

# 「総保健医療支出」におけるLong-term care推計の現状と課題 —医療費推計精度の一段の改善を—

調査部 上席主任研究員 西沢 和彦

## 目 次

1. はじめに
2. 総保健医療支出の全体像とLong-term care (LTC)
  - (1) 総保健医療支出の体系のなかのLTC
  - (2) わが国のLTCの具体的な推計内容
  - (3) SHA (SHA1.0) との不整合
  - (4) 新たなSHA (SHA2011) へのわが国の対応
3. なお残る推計上の課題
  - (1) 障害者福祉における介護費用の非計上
  - (2) 特養の介護費用に加え居住費・食費の非計上
  - (3) 地域支援事業の非計上
4. 提 言
  - (1) 推計のもととなる統計の整備・改善
  - (2) 統計としての透明性の向上

## 要 約

1. OECDの「総保健医療支出」は、医療保健に関するマクロ統計（国民保健計算）の一つである。これは、OECDが2000年に公表したSHA（A System of Health Accounts）という基準に基づき、各国の手により推計されている。わが国は、財団法人医療経済研究機構がそれを行っている。包括的であることや国際比較可能なほぼ唯一の統計であることなどから注目度が高い。もっとも、その統計としての信頼性に関しては、客観的評価がほとんど加えられてこなかったのが実態である。
2. 本稿では、総保健医療支出の構成要素のうちLong-term care（LTC）に焦点を絞り、医療経済研究機構の推計を本稿独自の推計も交え検証する。LTCは、介護、あるいは、長期療養などと訳されるが、SHAにおけるLTCはわが国の介護保険の介護より概念が広く、また、長期療養と訳すと介護と無関係であるかのような印象を与えてしまう。そこで、LTCの用語をそのまま用いる。本稿は、総保健医療支出の構成要素である予防や公衆衛生サービスの過少推計、資本形成の経常支出との未分化など推計上の問題点を指摘した西沢 [2015] 『『総保健医療支出』推計の問題点』の続編である。
3. そもそも国民保健計算体系としての総保健医療支出は、大きく分けてHC.1からHC.7までの〈ヘルスケア機能〉とHC.R.1からHC.R.7までの〈ヘルス関連機能〉で構成される。ヘルスケア機能にHC.R.1保健医療提供機関の資本形成を加えた額が、THE（Total Health Expenditure）として重視され、THEの対GDP比がしばしば用いられる。このなかで、LTCはHC.3 Services of long-term nursing careとHC.R.6.1 Social services of LTCの二つで定義上構成される。すなわち、LTCのうちTHEを構成するのはHC.3だけだが、これにHC.R.6.1を加え、トータルのLTCも把握可能な構造が目指されている。
4. 総保健医療支出はしばしば「医療のみならず介護を含む」と紹介される。上記のように定義上それは正しいが、わが国に関しては、中身を見ると「介護はほとんど含まれていない」と言った方がむしろ実態に近い。まず、わが国のHC.3は4.3兆円（2011年度）と、介護保険制度の主要統計である「介護給付費実態調査」における介護費用（給付費＋自己負担）8.0兆円の約半分でしかなく、4.3兆円にHC.R.6.1の2.5兆円を加えたトータルのLTCも6.8兆円にしかならない。
5. 次に、HC.3の4.3兆円の内訳を推計すると、約半分の2.1兆円が医療療養病床であり、その他も、介護療養病床0.4兆円、老人保健施設1.5兆円、訪問看護0.2兆円となっている。2.1兆円の医療療養病床はまさしく医療費であり、その他も現在でこそ介護保険から給付されているものの（訪問看護の一部を除く）、2000年度の介護保険創設前は、医療保険から給付されていた。すなわち、HC.3に計上されているのは、医療そのもの、および、医療に近い性格のものに限られている。介護として一般にイメージされる訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、特別養護老人ホームなどは、HC.3には一切計上されていない。一部がHC.R.6.1に計上されているのみである。
6. こうしたLTCの推計は、介護保険創設前後の比較可能性を重視したわが国固有の事情によるもので、OECDの推計ガイドラインに則ったものではない。2000年のSHAは、LTCに関し解釈の余地が大きい

---

かったことなどから、2006年に改めて推計のためのガイドラインが示された。ここでは、入浴、食事、排せつなどADL（日常生活動作）に関するケアはHC.3に、買い物、洗濯などIADL（手段的日常生活動作）に関するケアはHC.R.6.1に計上されることと明確化された。すると、わが国で現在HC.R.6.1に計上されている訪問介護、訪問入浴介護、および、いずれにも計上されていない特別養護老人ホームなどは、本来、HC.3に計上されていなければならない。

7. このガイドラインそのものは、準拠が各国の任意であったが、ガイドラインを反映させた新しいSHA（SHA2011）への準拠は2016年から各国の義務になるとされており、医療経済研究機構も2012年に対応方針を示している。それによると現在の介護保険の介護費用の大半がHC.3に計上される模様である。その結果、わが国のHC.3ひいてはTHEは大幅に上方修正されることとなる。その影響を試算すると、例えばHC.3は2012年度に5.8兆円（対GDP比1.22%）の上方修正となる。

8. こうした対応が取られれば、ようやくわが国のLTCの推計もOECDのガイドラインに近づくこととなる。もっとも、それでもなお、推計上の課題が残されている。一つは、介護保険すなわち高齢者介護の費用は計上されるとしても、障害者介護の費用が非計上である点である。国立社会保障・人口問題研究所の「社会支出」から類似する項目の金額を抜き出すと2012年度で1.5兆円（対GDP比0.31%）の規模がある。もう一つは、特別養護老人ホームの居住費・食費が非計上になっている点である。2012年度で0.5兆円（対GDP比0.10%）と推計される。よって、医療経済研究機構の想定以上に、わが国のHC.3ひいてはTHEは上方修正されなければならない。さらに、今後、介護予防サービスが地方自治体の地域支援事業に変わっていくことについての総保健医療支出推計上の対応も不明である。

9. 総保健医療支出の推計は、こうした問題を抱えつつも、その包括性や国際比較をするうえでほぼ唯一のものであることなどから、今後一段と注目度が高まっていくものと考えられる。よって、総保健医療支出推計のもととなる統計の整備・改善にまで遡った推計手法の根本的な見直し、および、統計としての透明性の確保などが、政府のイニシアティブのもと進められることが不可欠である。

## 1. はじめに

OECDの「総保健医療支出 (Total Health Expenditure)」は、医療保健に関するマクロ統計 (国民保健計算) の一つである。「総保健医療支出」は、2000年に公表されたA System of Health Accountsという基準 (2016年から適用予定の改訂版SHA2011と区別しSHA1.0と略記される、注1) に則り、各国の手によって推計、OECDへ報告されており、わが国は財団法人医療経済研究機構がそれを行っている。SHAはひな形のようなものであり、それに合わせた実際の推計は各国にゆだねられているという点に留意が必要である。

この統計は、やはり国民保健計算の一つである厚生労働省の「国民医療費」に比べ、予防および公衆衛生サービス、介護サービス、保健医療提供機関の資本形成を含むなど対象範囲も広く、かつ、諸外国比較を行ううえでほぼ唯一のものであることから対GDP比で測った支出規模の国際比較がしばしば用いられる。社会保障費の経済や財政に占めるウエート増大もあり、統計としての注目度は一段と増している。

しかし、そもそも統計自体の信頼性について客観的評価がほとんど加えられてこなかったのが実態である。「総保健医療支出」は、SHAの要求水準がもともと高いうえ、各国とも医療制度や根底にある考え方、および、推計に利用可能な統計が異なるなか、それにもかかわらず、共通のモノサシで支出を測ろうとする「試み」ともいえる。そのため、本来、推計作業は容易ではなく、結果の解釈にも十分な留意を要するが、そうした点が十分に認識されないまま用いられていることは否定できない。

このような問題意識を背景に、本稿の前編である西沢 [2015] では、医療経済研究機構の推計手法を検証した。西沢 [2015] では、「総保健医療支出」の構成要素のうち、推計の難しいもののなかから、予防および公衆衛生サービス、および、病院建物や医療機器などの資本形成を主な対象とした。本稿は、残されていたLong-term care (LTC) を対象とする。LTCは、「介護」あるいは「長期療養」などと通常訳されるが、SHAのLTCの定義はわが国の介護保険の介護より広く、また、長期療養と訳すと介護と無関係であるかのような印象を与えてしまう。そのため、LTCの用語をそのまま用いることとする。なお、西沢 [2015] では、次のようなことを明らかにしている。

- (1) 予防および公衆衛生サービスのうちとりわけ地方自治体の提供するサービスがほとんど計上されておらず過少推計となっている。例えば、地方自治体は、母子衛生、成人病対策、伝染病予防、健康教育、学校保健など広範な保健事業を行っており、総務省「地方財政統計年報」によれば、衛生費 (除く清掃費) は3.9兆円 (2012年度) である。こうした費用が、わが国では「総保健医療支出」にほとんど算入されていない。
- (2) 医療機関の受け取る補助金の捕捉も弱く、例えば、地域医療再生基金のような大規模な補助金が統計に適切に反映されていない。ちなみに、2009年度には、地域医療再生基金のために、国から都道府県に対し2,350億円が交付されている。
- (3) 保健医療提供機関における病院建物や医療機器などの資本形成は、実際には年間3兆～4兆円程度の規模があると推計されるにもかかわらず、算入されていないものがあるほか、金額の多くが経常支出に混入している。よって、「総保健医療支出」の解釈には十分な注意を要する。国際比較するとしても、大まかな目安程度にとどめるべきである。

---

本稿の構成は次の通りである。続く第2章で、まず、「総保健医療支出」の国民保健計算体系としての全体像、および、そのなかでのLTCの位置付け、具体的な内容を独自の試算も用い解説する。次いで、現在のわが国の推計の問題点、例えば、わが国のLTCの推計は、2000年度の介護保険制度創設以降の急速な介護費用の伸びを反映しておらず、過少推計となっていることなどを明らかにする。しかも、わが国の推計は、OECDから示されている推計のガイドラインとそもそも整合的ではない。こうした問題点は、SHA2011（2016年から適用予定）のもと改善に向かう模様であるが、十分とはいえない。

そこで、第3章では、なお残される問題点について掘り下げる。例えば、その一つとして、SHAのLTCの対象者は高齢者に限定されていないにもかかわらず、わが国のLTCには、若年障害者の介護費用が計上されておらず、この点からも過少推計になっている。SHA2011のもとでも、そうした非計上は是正されるのか不明である。それでも、総保健医療支出の統計としての重要性は増していくと考えられ、推計の改善が不可欠である。第4章では、推計改善に向けた提言を行う。

(注1) SHA20と表記されているものもあるが、SHA20もSHA2011も同じものを指している。

## 2. 総保健医療支出の全体像とLong-term care (LTC)

### (1) 総保健医療支出の体系のなかのLTC

厚生労働省の「国民医療費」は、「医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの」(厚生労働省 [2014]) である。計上されているのは、飽くまで病気やケガの治療に要した費用であり、かつ、保険診療の対象となり得るものであるから、対象範囲は限られている。「国民医療費」ではなく「国民治療費」と呼んだ方が相応しいだろう。

それに対し、「総保健医療支出」の対象は、「国民医療費」の対象範囲に加え、公衆衛生サービス、予防、介護サービス、一般薬、医療機関への補助金を含むなど広範である。国民保健計算体系としての「総保健医療支出」は、大別してHC.1からHC.7までのヘルスケア機能 (Functions of health care)、および、HC.R.1からHC.R.7までのヘルス関連機能 (Health-related functions) からなっており、具体的な項目は次の通りである。

なお、括弧内の訳語は医療経済研究機構のものである (long-term nursing careのnursingが「医療系」と訳されているが、OECDは、後に見るようにsocialと対になるhealthの意味で用いている)。

#### ヘルスケア機能

HC.1 Services of curative care (診療サービス)

HC.2 Services of rehabilitative care (リハビリテーションサービス)

HC.3 Services of long-term nursing care (長期医療系サービス)

HC.4 Ancillary services of health care (医療の補助的サービス)

HC.5 Medical goods dispensed to out-patients (外来患者への医療財の提供)

HC.6 Prevention and public health services (予防および公衆衛生サービス)

HC.7 Health administration and health insurance (保健医療管理業務および医療保険)



ヘルス関連機能

- HC.R.1 Capital formation of health care provider institutions (保健医療提供機関の資本形成)
- HC.R.2 Education and training of health personnel (保健医療従事者の教育および訓練)
- HC.R.3 Research and development in health (保健医療における研究開発)
- HC.R.4 Food, hygiene and drinking water control (食品、衛生および飲料水の管理)
- HC.R.5 Environmental health (環境衛生)
- HC.R.6 Administration and provision of social services in kind to assist living with disease and impairment (疾患や障害を伴う生活を支援するための社会サービスの現物支給および管理業務)
- HC.R.7 Administration and provision of health-related cash-benefits (保健関連の現金給付および管理業務)

このうち、支出の合計値としての総保健医療支出 (Total Health Expenditure (THE)) は、HC.1～HC.7およびHC.R.1で構成される。このTHEの対GDP比は医療費の国際比較において頻繁に用いられている (もっとも医療費と呼ぶのは国民医療費を想起させ適切ではない)。なお、以下、ヘルス関連機能も含む国民保健計算の体系の意味においては総保健医療支出の訳語を用い、上記の定義による支出の合計値の意味においてはTotal Health Expenditureの略語THEを用いることとする。

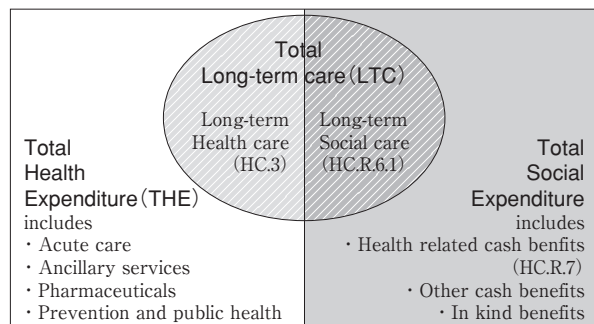
こうした総保健医療支出の体系のなかで、本稿が対象とするLong-term care (LTC) に焦点を絞ると、次の二つによってトータルのLTCが把握される構造となっている (OECD [2007]、図表1)。なお、OECD [2000] ではHC.3にnursing careという用語が用いられているがOECD [2007] などでは代わりにhealth careという用語が用いられている。

- HC.3 Services of long-term nursing care
- HC.R.6.1 Social services of LTC (LTC other than HC.3)

すなわち、LTCのうちTHEとして計上されるのはHealthに関するHC.3に限られるものの、HC.3以外すなわちSocialに関するLTCであるHC.R.6.1と合計することで、図表1の楕円部分のようにトータルのLTCを把握できる構造が目指されている。

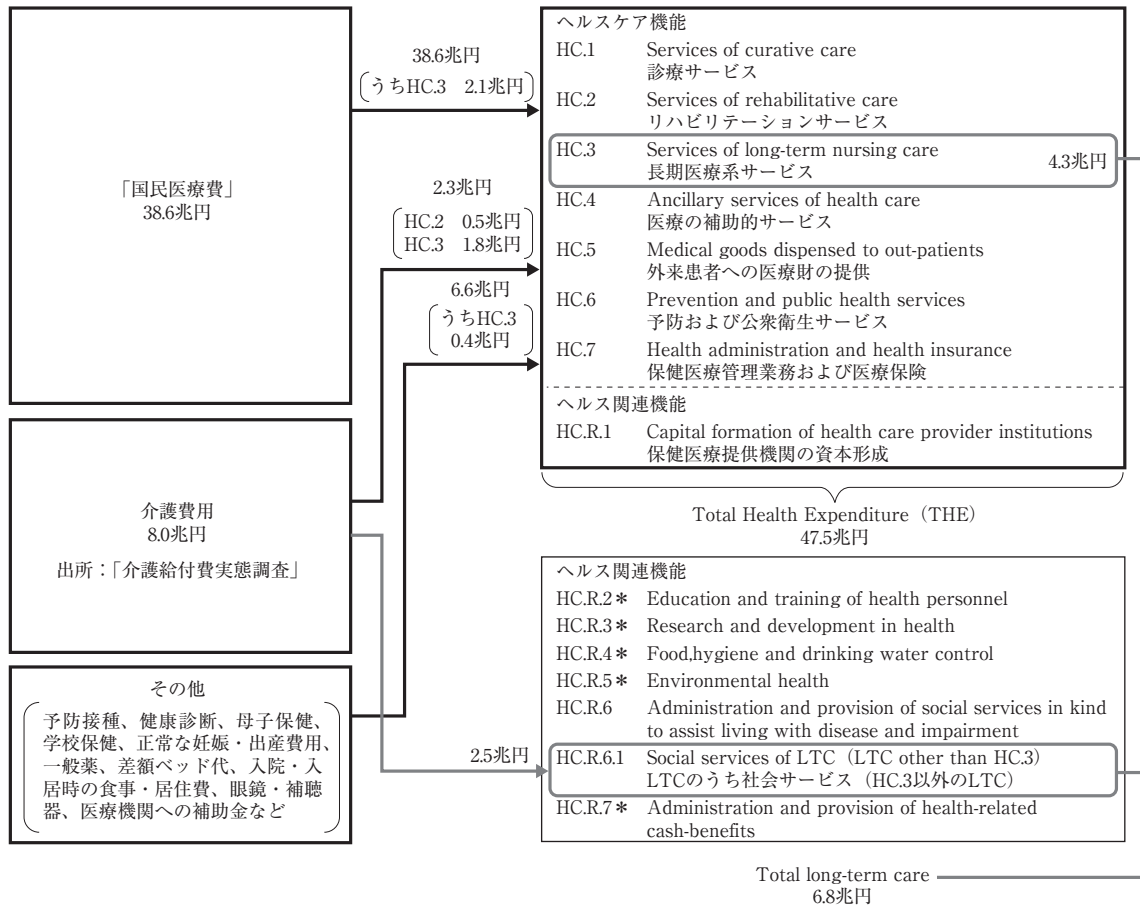
では、実際のが国の総保健医療支出、および、そのなかにおけるLTCの推計結果はどのようになっているのだろうか。OECDのホームページ上のが国の総保健医療支出は2011年度分が直近の実績であり、THEは47.5兆円である (図表2)。ヘルス関連機能HC.R.2～7は、

(図表1) HC.3とHC.R.6.1によるトータルのLTCの把握



(資料) OECD [2007] figure2 The wider context of Long-term care expenditure

(図表2) 総保健医療支出と「国民医療費」、「介護給付費実態調査」



(資料) 次の資料より日本総合研究所作成。厚生労働省「平成23年度国民医療費」、「平成23年度介護給付費実態調査」、医療経済研究機構 [2012a]

(注1) 2011年。介護費用から総保健医療支出HC.2、HC.3、HCR.6.1への算入額は医療経済研究機構 [2012a] における推計手法を基に日本総合研究所推計。

(注2) 総保健医療支出の各機能の訳語は、HCR.6.1を除き、医療経済研究機構によるもの。

(注3) ヘルス関連機能のうち、\*印を付した項目は、わが国では推計されていない (医療経済研究機構 [2012a])。

HC.R.6を除き、公表されていない (もっとも、HC.R.6も2008年分までの公表にとどまっている)。

こうした総保健医療支出を、わが国の統計と関連付けて捉えると、まず、最も密接なのが「国民医療費」である。国民医療費は38.6兆円であり、すべてがTHEに計上され、うち2.1兆円 (本稿推計) がHC.3に計上されている。2.1兆円は次節で詳述するように、国民医療費の内訳である入院医療費のなかの療養病床が主体である。療養病床とは、「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床」と定義されており、医療保険から給付されるものに加え、介護保険から給付されるものがある。

次に、「介護給付費実態調査」である。介護保険における給付費や費用 (給付費 + 自己負担) の状況をまとめた代表的統計として、厚生労働省「介護給付費実態調査」がある。これによる同年度の介護費用は8兆円である。もっとも、8兆円すべてが総保健医療支出に計上されているのではなく、うち2.3兆円がHC.2とHC.3に計上され、2.5兆円がHC.R.6.1に計上されるにとどまっている (本稿の推計)。

さらに、これら二つ以外の「その他」である。総保健医療支出は、前述のように「国民医療費」にも

「介護給付費実態調査」にも含まれない予防接種、健康診査、健康診断などを含む。これらは、47.5兆円から38.6兆円と2.3兆円を差し引いた残差として6.6兆円が計上されている計算になる。うち0.4兆円がHC.3に計上されている（本稿推計）。

このように、「国民医療費」、「介護給付費実態調査」の介護費用、および、「その他」のなかからHC.3には4.3兆円が計上され、介護費用からHC.R.6.1に2.5兆円が計上されていると推計される。よって、HC.3とHC.R.6.1を合計したトータルのLTC（図表1の楕円部分）は6.8兆円と計算される。もっとも、6.8兆円は、国民医療費の一部を含みながらもなお「介護給付費実態調査」の介護費用8兆円に満たない。SHAで想定されているのは、HC.3とHC.R.6.1を合計することで、THEに算入されない部分も含め、トータルのLTCを把握することであるが、わが国の推計値はそのようになっていない。

## (2) わが国のLTCの具体的な推計内容

具体的にLTCを構成するHC.3、HC.R.6.1に計上されている支出は何だろうか。総保健医療支出は、「介護も含む総保健医療支出」という紹介をされることが多く（注2）、SHAの定義としてそれは正しいのだが、前節の結果（HC.3として4.3兆円、トータルLTCとしても6.8兆円しか計上されていない）に加え、本節の議論からより明確になるのは、わが国については「HC.3に介護は含まれていない」といった方がむしろ実態に近いということである。まず、HC.3は、SHAの定義によりさらに次の三つの項目に分かれている（ここでも訳語は医療経済研究機構のもの）。

- HC.3.1 In-patient long-term nursing care （長期医療系施設サービス）
- HC.3.2 Day cases of long-term nursing care （ ク 通所サービス）
- HC.3.3 Long-term nursing care : home care （在宅での長期医療系サービス）

OECDのホームページ上では、HC.3.1～HC.3.3それぞれの数値は公表されているものの、さらなる詳細までは公表されていない。例えば、HC.3.1 In-patient long-term nursing care（長期医療系施設サービス）といっても、わが国には、医療療養病床、介護療養病床、老人保健施設、介護福祉施設サービス（特別養護老人ホーム）など複数の施設形態があるなか、どのような施設が対象となっており、いくら支出されているのかまでは、こうした公表値からは分からない。

そこで、医療経済研究機構 [2012a] で解説されている推計手法に則り、サービスを特定し、費用を試算すれば、以下の通りとなる（図表3）。最も直近で試算可能なのは2012年度であるが、図表2と時点の統一を図るため、2011年度の数値をみると、HC.3合計4兆2,893億円（＝図表2の4.3兆円）のうち、HC.3.1が約94%を占めており、具体的には、医療療養病床、介護療養病床、老人保健施設の三つの施設の費用とそれに伴う居住費・食費・室料差額がほとんどである。

なかでも、医療療養病床がHC.3の49.1%の2兆1,042億円（推計値）とほぼ半分を占めている。内訳は、入院医療費1兆9,075億円、入院時食事・生活療養費1,551億円（これらは「国民医療費」の一部。図表2の「国民医療費」からHC.3への2.1兆円に該当）、室料差額416億円である。

同じ療養病床でも、介護療養病床は4,360億円にとどまる。内訳は、介護療養施設サービス3,792億円、



(図表3) HC.3として計上されている支出の内訳(推計値)

機 能		(億円、%)			
		2011年度		2012年度	
HC.3.1	医療療養病床	21,042	49.1	21,219	48.9
	入院医療費	19,075	44.5	19,264	44.4
	入院時食事・生活療養費	1,551	3.6	1,542	3.6
	室料差額	416	1.0	413	1.0
	介護療養病床	4,360	10.2	4,016	9.2
	介護療養施設サービス*	3,792	8.8	3,488	8.0
	保険給付外の居住費・食費	569	1.3	527	1.2
	老人保健施設	14,557	33.9	14,926	34.4
	介護保険施設サービス*	11,699	27.3	11,965	27.6
	保険給付外の居住費・食費	2,857	6.7	2,961	6.8
HC.3.3	短期入所療養介護(老健)*	511	1.2	534	1.2
	(病院等)*	47	0.1	43	0.1
	訪問看護(医療)*	808	1.9	956	2.2
	(介護)*	1,568	3.7	1,726	4.0
合計(a)		42,893	100.0	43,420	100.0
(参考) OECDのHPで公表されているHC.3(b)		42,902		n.a	
(a) - (b)		-9		-	

(資料) 医療経済研究機構 [2012a] に掲載されている推計手法をもとに日本総合研究所推計

(注) \*印が付してある項目は、「介護給付費実態調査」、「国民医療費」からそのまま数値が転記されるもの。

居住費・食費569億円である。居住費・食費は、2005年10月から、保険給付の対象外となっている。そのため、同年同月分以降、「介護給付費実態調査」にその金額が計上されていない。もっとも、SHAの基準では、居住費・食費もHC.3に含まれる。そこで、他の統計(注3)を援用し推計した介護療養病床の居住費・食費が569億円である。他の施設形態の居住費・食費の扱いも同様である。

老人保健施設は1兆4,557億円が計上されている(推計値)。内訳は、介護保険施設サービス1兆1,699億円、居住費・食費2,857億円である。老人保健施設(老健)とは、「リハビリテーションなどの医療サービスを提供し、家庭への復帰を目指す施設」と定義され、給付は介護保険から行われている(注4)。

HC.3.2は「該当しない」として推計されておらず(医療経済研究機構 [2012a])、HC.3.3は、わずかに医療保険、介護保険における訪問看護が、それぞれ808億円、1,568億円計上されるにとどまっている。

このように、HC.3に計上されている支出は、①医療療養病床(HC.3.1)、訪問看護(HC.3.3)のように医療そのもの、および、②老健、介護療養病床(何れもHC.3.1)のように制度上介護保険から給付されているものの、医療に近い性格のものに限られている。実際、老健、介護療養病床は、介護保険制度創設の際、医療保険から介護保険に移管されたものである。介護保険の創設前まで「医療」だったのである。医療経済研究機構は、こうしたHC.3の取扱いに関し次のように説明している。

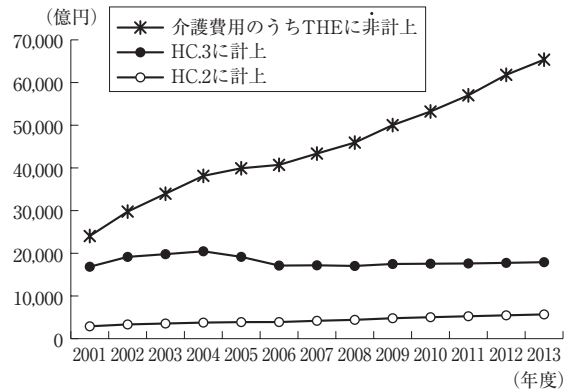
「日本は、(SHA1.0において)介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、基本的にnursing careに該当する医療保険から介護保険に移管されたサービス(介護老人保健施設、訪問看護等)を計上してきた」(医療経済研究機構 [2012b] p.26)。すなわち、ここでnursing careが意図しているものは、単に医療保険から介護保険に移管されたというものでしかないことになる。

よって、わが国のHC.2とHC.3についてはTHEには、2000年度の介護保険制度創設後急速に伸びてきた、そして、「介護」と聞いて一般にイメージされるサービス、すなわち、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護などの居宅サービス、および、認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)、介護

福祉施設サービス（特別養護老人ホーム）は計上されていない。本節の冒頭で述べたように、わが国のHC.3に介護は含まれていないといった方が実態に近いというのは、以上のような事情からである。

介護保険制度創設翌年度の2001年度、介護費用4兆3,783億円のうち、HC.2、HC.3への計上はそれぞれ2,894億円、1兆6,847億円であった（図表4）。他方、非計上分は差額2兆4,042億円であった。その後、介護費用のうちHC.2とHC.3への計上分はほぼ横ばいで推移し（2005年度、2006年度に伸びが鈍化しているのは前述の居住費・食費に関する法改正の影響である）、他方、非計上分は急速に増え続け、2013年度には6兆5,361億円に達している。2001年度に比べ約3倍の増加である。THEには、こうした介護保険の動きが反映されていない。

（図表4）介護費用のうちHC.2とHC.3への計上分と非計上分



（資料）日本総合研究所作成。介護費用は厚生労働省「介護給付費実態調査」。そこからHC.2、HC.3への計上分は日本総合研究所試算

次に、LTCのもう一つの構成要素であるHC.R.6.1に計上されているものは何であろうか。

医療経済研究機構 [2012a] によれば、HC.R.6.1に計上されているのは、介護サービス、および、介護予防サービスそれぞれにおける次の四つのサービスにとどまっている。なお、介護保険制度では、要介護者が受けるサービスを介護サービス、要支援者が受けるサービスを介護予防サービスとして区別している。

- ・ 訪問介護
- ・ 訪問入浴介護
- ・ 通所介護
- ・ 居宅介護支援

HC.R.6.1の実績値は、2008年分までの公表にとどまっており、かつ、内訳も示されていないため、医療経済研究機構 [2012a] を参照しつつ、「介護給付費実態調査」から数値を抜き出すと、図表5の通り

（図表5）HC.R.6.1として想定されている支出（推計値）

（単位：億円、%）

機能	2011年度		2012年度		2013年度	
訪問介護	6,811	27.3	7,401	27.3	7,726	26.7
訪問入浴介護	589	2.4	603	2.2	591	2.0
通所介護	11,028	44.2	12,137	44.8	13,191	45.7
居宅介護支援	3,454	13.8	3,672	13.5	3,854	13.3
介護予防訪問介護	1,020	4.1	1,084	4.0	1,104	3.8
介護予防訪問入浴介護	2	0.0	2	0.0	2	0.0
介護予防通所介護	1,609	6.4	1,724	6.4	1,905	6.6
介護予防支援	454	1.8	486	1.8	518	1.8
合計	24,967	100.0	27,108	100.0	28,890	100.0

（資料）医療経済研究機構 [2012a] で掲げられている項目に基づき日本総合研究所が計算  
 （注）すべて「介護給付費実態調査」から数値が転記される。

となる。最も直近で計算可能な2013年度のHC.R.6.1は、2兆8,890億円であり、2013年度の介護費用のうちHC.2およびHC.3に計上されていない6兆5,361億円のうち約4割をHC.R.6.1として計上しているに過ぎない。

### (3) SHA (SHA1.0) との不整合

こうした、介護保険創設前後での医療費データとしての比較可能性というわが国固有の目的を優先させた医療経済研究機構によるLTCの推計は、当然とも言えるが、OECDの示す推計のためのガイドラインとそもそも整合的ではない。2000年に公表されたSHA1.0のLTCに関する記述は、解釈の余地が極めて大きく、よって、わが国の推計もSHA1.0から逸脱してはいない。もっとも、SHA1.0を補完する目的で2006年にOECDから公表されたガイドラインとわが国の推計とを比べると、不整合が明らかである。

SHA1.0は、LTCに関し、例えばLong-term nursing careのnursingが定義されていない、あるいは、HC.3は入院 (in patient) を対象とすると説明しつつ、HC.3.3としてhome careを含めるなど、曖昧、かつ、矛盾ともとれる内容であったことから、2006年に推計に際してのガイドライン 'Guidelines for estimating long-term care expenditure in the joint 2006 SHA data questionnaire (JHAQ)' (OECD [2006]) が公表された。

ガイドラインでは、日常生活動作 (ADL : activities of daily living) および手段的日常動作 (IADL : instrumental activities of daily living) に着目した整理がなされている (図表6)。すなわち、身体的

(図表6) Long-Term Care、OECDのガイドラインと医療経済研究機構による推計範囲

機能	OECD (2006) のガイドライン	医療経済研究機構による推計範囲
HC.3 Services of long-term nursing care	身体的、あるいは、精神的機能の低下から、日常生活動作 (ADL : activities of daily living) に関し助けを必要とする人へのサービス。具体的には、入浴、着衣、食事、就寝・起床、移動、排泄などのパーソナル・ケア、および、傷の手当、ペイン・マネジメント、薬物治療、健康状態の観察、予防、リハビリテーション、緩和ケアなどの基礎となるメディカル・ケアあるいはナーシング・ケア。	長期医療系サービス 「日本は、介護保険制度創設前後で比較可能な医療データを算出するため、基本的にNursing Careに該当する医療保険から介護保険に移管されたサービス (介護老人保健施設、訪問看護等) を計上」(医療経済研究機構 [2012b] P12)
HC.3.1 in-patient long-term nursing care	介護施設における介護。長期入院病棟における介護も含む。	長期医療系施設サービス ・療養病床 (医療保険) ・「」 (介護保険) ・老人保健施設 ・上記の付随費用など (入院時食事・生活療養費、短期入所療養介護 (老健)、短期入所療養介護 (病院)、室料差額、介護保険施設の保険負担外の居住費・食費)
HC.3.2 day cases of long-term nursing care	デイサービス。介護施設において、あるいは、地域の物的・人的資源を利用して提供される。	長期医療系通所サービス 「該当しない」(医療経済研究機構 [2012a] P107)
HC.3.3 long-term nursing care:home care	自宅、あるいは、介護を要する人に対応した住宅で提供される介護。	在宅での長期医療系サービス ・訪問看護 (医療保険) ・「」 (介護保険)
HC.R.6.1 Social services of LTC (or : LTC other than HC.3)	手段的日常動作 (IADL : instrumental activities of daily living) に関するサービス。具体的には、買い物、洗濯、掃除機がけ、調理、身の回りの雑務などに関するサービス。	HC.3に含まれない社会的介護サービス ・介護保険の訪問介護 (身体介護、身体介護・生活援助、生活援助) ・介護保険の訪問入浴介護 ・介護保険の通所介護 ・介護保険の居宅介護支援

(資料) OECD [2000] 'A System of Health Accounts', OECD [2006] 'Guidelines for estimating long-term care expenditure in joint 2006 SHA data questionnaire', 医療経済研究機構 [2012a] 「2009年度OECDのSHA手法に基づく総保健医療支出の推計 (National Health Accounts) 報告書」、医療経済研究機構 [2012b] 「厚生労働統計データを利用した総保健医療支出 (OECD準拠のSystem of Health Account 2.0) の推計方法の開発および厚生労働統計との二次利用推進に関する研究」より日本総合研究所作成

あるいは精神的機能の低下から、ADLに関し助けを必要とする人へのサービスはLTC (health) としてHC.3に分類される。具体的には、入浴、着衣、食事、就寝・起床、移動、排泄などに対するpersonal care、および、傷の手当、ペイン・マネジメント、薬物治療、健康状態の観察、予防、リハビリテーション、緩和ケアなどの基礎となるmedical careあるいはnursing careである。

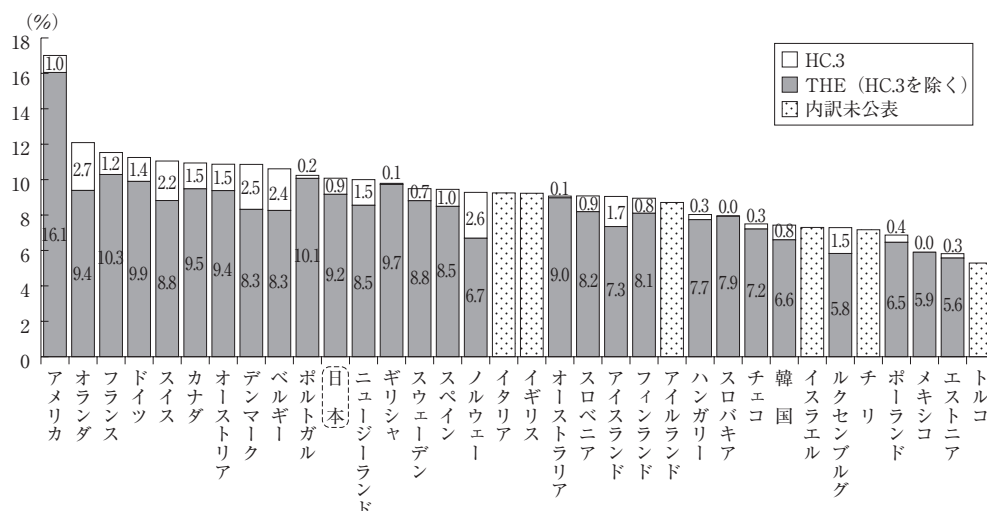
他方、IADLに関するケアは、LTC (social) としてHC.R.6.1に分類される。具体的には、買い物、洗濯、掃除機がけ、調理、身の回りの雑務などに関するサービスである (home help、注5)。

こうしたガイドラインに照らせば、わが国ではHC.R.6.1に計上されている (ただし、直近では数値の公表はされていない) 訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、居宅介護支援は、HC.3に計上されなければならないであろうし、HC.3とHC.R.6.1のいずれにも計上されていない特別養護老人ホームなどもHC.3に計上されなければならないであろう。これらは、明らかにADLに関し助けを必要とする人へのサービスである。

さらに、HC.R.6.1には、老人福祉法における老人施設である養護老人ホームや軽費老人ホームなどが計上されるべきであろう。例えば、養護老人ホームは、身体・精神または環境上の理由により自宅での生活が困難になった高齢者を入所させ、食事サービス、機能訓練、その他日常生活に必要な便宜を提供することにより養護を行う施設と定義されている (注6)。これは、IADLに関するケアと捉えることができる。ちなみに、養護老人ホームの規模は、2013年度末で施設数980、定員66,555人となっている (厚生労働省「平成25年度福祉行政報告例」)。

このように、わが国の総保健医療支出におけるLTCは、「介護給付費実態調査」の全額を反映している訳ではなく、OECDのガイドラインに照らしても狭い範囲での推計にとどまっている。このことは、THEの対GDP比の諸外国比較からもうかがうことができる (図表7)。OECD加盟34カ国中、THEの対GDP比がわが国より高い国はアメリカをはじめ10カ国ある。そのなかで、HC.3の対GDP比がわが国

(図表7) THEの対GDP比



(資料) OECD "OECD Health Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators", OECD Health Statistics (database), (2015年5月19日に取得) より作成

(注) 2011年。イタリア、イギリスなど機能別の内訳公表が一部にとどまっている国もある。



---

(0.9%) より低いのはポルトガル (0.2%) の1カ国しかない。

もちろん、HC.3の対GDP比がわが国より高いのは、HC.3の支出が実際に多いからという可能性もあるが、OECDのガイドラインに則って推計しているためHC.3の対GDP比が高くなっている国もある。HC.3の対GDP比2.7%のオランダは、そうした国の一つであり、ガイドライン通りHC.3を推計していることが確認されている (OECD [2012])。

わが国のHC.3およびそれにHC.R.6.1を加えたLTCは、情報として不完全であり、かつ、国際比較できる状況になっていない。こうした状況に至った背景として指摘できるのは、まず、医療保険から介護保険に移管されたもののみ総保健医療支出に計上するという医療経済研究機構の判断にある。それは、介護保険制度創設というわが国固有の事情でしかない。本来であれば、SHAの定義に照らし、LTCとして計上すべきものとしめないものが選び出されなければならないはずである。

次いで、すでに述べたようにSHA1.0の曖昧さがある。さらに、そうした曖昧さを補完するため2006年に公表されたガイドラインに従うか否かは各国の任意とされたこともあるだろう (ガイドラインに対し、わが国が十分な検討の後、対応しないという判断に至ったのか、そもそも十分な検討がなされなかったのかは不明である)。

#### (4) 新たなSHA (SHA2011) へのわが国の対応

2006年のガイドラインは、2011年に公表されたSHAの改訂版 (SHA2011) に反映され (注7)、2016年からはSHA2011に基づく推計が各国に求められるようになることとされている (満武 [2015])。ガイドラインへの準拠は各国の任意であったが、SHA2011への準拠は必須になる。それを受け、医療経済研究機構は、LTCについて次のような対応をとるとしている (医療経済研究機構 [2012b])。

すなわち、HC.3について、「介護給付費実態調査」の介護費用のうち、現在HC.2とHC.3に計上されていないサービスのほぼすべてをHC.3に計上するとしている。除かれるのは、介護費用全体の5%程度を占めるに過ぎない居宅介護支援と介護予防支援のみである。これらは、ケアマネージャーによるケアプランの作成、および、介護事業者との連絡・調整などである。

その結果、HC.3は、2008年度でみると現行の (すなわち、SHA1.0をわが国なりに解釈したまま、ガイドラインに則っていないもとでの) 3兆7,473億円から、SHA2011のもとでは8兆476億円になると推計されている。4兆3,003億円 (= 8兆476億円 - 3兆7,473億円) の追加計上である。現在、HC.R.6.1に分類されている介護費用のみならず、特別養護老人ホームも含め「介護給付費実態調査」における介護費用のほぼすべてがHC.3に計上されるようになる。

2009年度分以降の追加計上額についても、医療経済研究機構 [2012b] の手法に基づき推計すると、2009年度、2010年度、2011年度、2012年度、2013年度、それぞれ4兆6,600億円、4兆9,531億円、5兆3,100億円、5兆7,649億円、6兆988億円となる (図表8)。ちなみに、2012年度、2013年度の追加計上額は対GDP比でそれぞれ1.22%、1.26%の規模である。

2016年からこうした対応が取られるならば、わが国のHC.3の推計も2006年のガイドラインで示された考え方によりやく近づくこととなる。ただし、そもそもSHA2011のもとでは、HC.3の推計に際し全面的に依存することが予定されている「介護給付費実態調査」も、わが国の介護費用を包括的に捉えて



(図表8) 介護費用のSHA1.0およびSHA2011のもとでの総保健医療支出への計上

(単位：億円)

	SHA1.0	SHA2011	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
居宅サービス	-	-	26,905	29,346	31,553	33,875	36,652	38,909
訪問通所	-	-	20,970	22,718	24,329	26,082	28,210	29,920
訪問介護	H.C.R.6.1	H.C.3	5,785	6,179	6,469	6,811	7,401	7,726
訪問入浴介護	H.C.R.6.1	H.C.3	542	558	571	589	603	591
訪問看護	H.C.3	H.C.3	1,226	1,301	1,384	1,468	1,606	1,716
訪問リハビリテーション	H.C.2	H.C.2	151	201	234	265	283	306
通所介護	H.C.R.6.1	H.C.3	8,261	9,089	10,007	11,028	12,137	13,191
通所リハビリテーション	H.C.2	H.C.2	3,331	3,589	3,725	3,837	3,947	4,020
福祉用具貸与		H.C.3	1,674	1,801	1,939	2,084	2,232	2,371
短期入所	-	-	3,304	3,574	3,811	3,981	4,216	4,414
短期入所生活介護		H.C.3	2,763	3,008	3,240	3,429	3,645	3,844
短期入所療養介護（老健）	H.C.3	H.C.3	487	515	521	506	529	531
短期入所療養介護（病院等）	H.C.3	H.C.3	54	51	51	47	43	39
居宅療養管理指導	H.C.2	H.C.2	315	357	416	482	542	622
特定施設入居者生活介護		H.C.3	2,317	2,696	2,997	3,329	3,684	3,953
居宅介護支援	H.C.R.6.1		2,549	3,020	3,254	3,454	3,672	3,854
地域密着型サービス	-	-	5,696	6,369	6,987	7,858	8,994	9,657
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		H.C.3	0	0	0	0	16	81
夜間対応型訪問介護		H.C.3	9	14	18	22	27	28
認知症対応型通所介護		H.C.3	639	698	751	794	854	857
小規模多機能型居宅介護		H.C.3	557	810	1,023	1,253	1,551	1,725
認知症対応型共同生活介護		H.C.3	4,305	4,542	4,804	5,181	5,594	5,805
地域密着型特定施設入居者生活介護		H.C.3	39	60	77	99	125	146
地域密着型介護老人福祉施設サービス		H.C.3	148	245	313	510	817	975
複合型サービス		H.C.3	0	0	0	0	10	42
施設サービス	-	-	28,437	29,596	29,871	30,319	31,026	31,511
介護福祉施設サービス		H.C.3	13,250	14,059	14,365	14,828	15,573	16,022
介護保険施設サービス	H.C.3	H.C.3	10,430	11,204	11,476	11,699	11,965	12,221
介護療養施設サービス	H.C.3	H.C.3	4,757	4,334	4,030	3,792	3,488	3,268
小計	-	-	63,587	68,331	71,665	75,507	80,344	83,931
介護予防居宅サービス	-	-	3,358	3,511	3,640	3,847	4,117	4,418
訪問通所	-	-	3,032	3,190	3,329	3,525	3,772	4,050
介護予防訪問介護	H.C.R.6.1	H.C.3	926	950	988	1,020	1,084	1,104
介護予防訪問入浴介護	H.C.R.6.1	H.C.3	2	2	2	2	2	2
介護予防訪問看護	H.C.3	H.C.3	76	82	90	100	119	138
介護予防訪問リハビリテーション	H.C.2	H.C.2	18	24	28	32	35	39
介護予防通所介護	H.C.R.6.1	H.C.3	1,346	1,430	1,493	1,609	1,724	1,905
介護予防通所リハビリテーション	H.C.2	H.C.2	570	591	595	605	627	656
介護予防福祉用具貸与		H.C.3	94	112	134	157	182	208
短期入所	-	-	43	44	42	41	44	46
介護予防短期入所生活介護		H.C.3	35	37	36	36	38	41
介護予防短期入所療養介護（老健）	H.C.3	H.C.3	7	6	6	5	5	5
介護予防短期入所療養介護（病院等）	H.C.3	H.C.3	0	0	0	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	H.C.2	H.C.2	23	25	27	29	32	37
介護予防特定施設入居者生活介護		H.C.3	261	252	242	252	269	284
介護予防支援	H.C.R.6.1		379	410	431	454	486	518
介護予防地域密着型サービス	-	-	51	58	61	68	83	91
介護予防認知症対応型通所介護		H.C.3	4	4	4	4	5	5
介護予防小規模多機能型居宅介護		H.C.3	20	28	34	40	53	61
介護予防認知症対応型共同生活介護		H.C.3	27	26	24	23	25	24
小計			3,789	3,979	4,132	4,368	4,685	5,026
合計			67,375	72,310	75,797	79,875	85,029	88,958
SHA1.0 HC.2			4,408	4,786	5,024	5,250	5,466	5,679
SHA1.0 HC.3			17,036	17,493	17,557	17,617	17,756	17,918
小計			21,444	22,279	22,582	22,867	23,222	23,597
SHA2011 介護費用からHC.3への追加計上 (医療経済研究機構 [2012b] において想定されている限り) (参考) 対GDP比 (%)			43,003	46,600	49,531	53,100	57,649	60,988
			0.88	0.98	1.03	1.12	1.22	1.26

(資料) 医療経済研究機構 [2012b] を参照し日本総合研究所作成

(注1) アミ掛けは、THEに算入されている、あるいは、算入される予定のサービス。

(注2) H.C.R.6.1の扱いは、医療経済研究機構 [2012b] では不明。

いるものではなく、また、HC.R.6.1について医療経済研究機構 [2012b] では全く触れられていないなど、LTCの推計についてなお複数の課題が残されている。

(注2) 日本経済新聞 2014年8月27日。

(注3) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査 閲覧表」の平均居住費および平均食費を単価とし、「介護給付費実態調査」の利用回数・日数をかけ合わせることで推計されている。

(注4) WAM.net。http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/service/c078-p02-02-Kaigo-19.html。

(注5) わが国でホームヘルプという、ADLに関するケアも行うホームヘルパーが想起されるが、ここでのホームヘルプはより狭義に捉えられている。

(注6) Wam.net。http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kourei/handbook/service/c078-p02-02-Kourei-03.html。

(注7) OECD [2012] は、SHA2011について、LTCに関し基本的には2006年のガイドラインを正式にマニュアル化したものである旨の説明をしている。OECD医療部門長のマーク・ピアソン氏 [2012] も、インタビューでSHA2011への変更について問われ、次のように答えている。「その点については、基本的な定義は変更していません。繰り返しになりますが、定義の解釈がまちまちであったので、定義をより詳細にし、どの国でも同じように解釈されるように、定義を明確化しただけの変更です」。医療経済研究機構の認識は、これと真っ向から対立しており、例えば、医療経済研究機構 [2012b] p.2では、LTCの「定義が大きく変更になった」と表現している。

### 3. なお残る推計上の課題

#### (1) 障害者福祉における介護費用の非計上

医療経済研究機構 [2012b] で示されている対応がなされてもなお、わが国の推計には課題が残る。その一つが、障害者福祉における介護費用が非計上となっていることである。医療経済研究機構がLTCの推計のもととしている「介護給付費実態調査」は、介護保険における費用のみである。しかし、わが国の介護保険は原則65歳以上の高齢者を対象としているに過ぎず、65歳未満の障害者を対象とした介護費用は含んでいない。障害者福祉にも、自立支援給付の一つとして生活介護、居宅介護、施設入所支援などの介護給付の制度がある。

SHAは、LTCの対象年齢を高齢者に限定しておらず、それより若い層も含めている (OECD [2006] p.3)。よって、本来、HC.3およびHC.R.6.1には、若年障害者の介護費用も含めなければならない。この点、現在の総保健医療支出においても、SHA2011への対応を試行した医療経済研究機構 [2012b] でも見過ごされている。同じ介護サービスが、高齢者か障害者かという受給者の相違によって、統計としての計上・非計上を切り分けられることとなり、SHAの基準を待つまでもなく、合理的ではない。

では、それは一体どの程度の規模があるのでしょうか。障害者福祉に関するわが国の統計は極めて貧弱であり、「介護給付費実態調査」に相当するような詳細な統計は見当たらない。そうしたなか、国立社会保障・人口問題研究所から公表されている「社会支出」統計のなかに、障害者福祉における介護給付に近い概念を見出すことができる (図表9)。

「社会支出」統計の「障害、業務災害、傷病 (incapacity-related benefits)」という中項目のなかにresidential care/home-help services という小項目がある。2012

(図表9) 社会支出における障害、業務災害、傷病の現物給付 (億円)

	2010年度	2011年度	2012年度
現物	13,397	14,867	16,596
介護、ホームヘルプサービス (参考、対GDP比、%)	11,438 0.24	12,789 0.27	14,673 0.31
機能回復支援	26	29	30
その他の現物給付	1,933	2,049	1,893

(資料) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」各年度版より日本総合研究所作成

年度で1兆4,673億円であり、これが障害者福祉における介護給付（介護費用－自己負担）の規模を表していると考えられる。対GDP比でその規模を測れば0.31%（2012年度）になり、この分が、HC.3あるいはHC.R.6.1から洩れており、現在も、そして、医療経済研究機構〔2012b〕に基づく推計が行われたとしても過少推計になる。

### (2) 特養の介護費用に加え居住費・食費の非計上

二つ目は、現在、特別養護老人ホーム（特養）の介護費用が非計上になっていることから、必然的にその食費・居住費も非計上になっており、さらに、医療経済研究機構〔2012b〕は、SHA2011のもとでは特別養護老人ホームの費用をHC.3に計上するとしているものの、その居住費・食費については扱いが不明なことである。

2006年のOECDのガイドラインに則れば、特養がHC.3に計上されるべきであることは、第2章3節で述べた通りである。もっとも、「介護給付費実態調査」における特養の介護費用（給付費＋自己負担）には、介護療養病床や老健と同様、入居者の居住費・食費が含まれていない。SHAに照らせば、こうした居住費・食費もHC.3として計上されるべきである。よって、HC.3には「介護給付費実態調査」における特養の介護費用を計上するのに加え、特養入居者の居住費・食費を別途推計して計上しなければならない。

では、それはどの程度の規模があるのであろうか。医療経済研究機構〔2012a〕が、療養病床および老人保健施設について用いているのと同様の推計手法で、特養の食費・居住費についても試算すると、例えば、2012年度4,639億円、2013年度4,856億円になる。対GDP比0.10%の規模である（2012年度、2013年度とも）。引き続きSHA2011のもとでも、仮にこの分が計上されないとすれば、THEはその分過少推計になったままである。

なお、第2章4節から本節までで得られた結果を、注目を集めるTHEの対GDP比について2012年度を例に小括すると、まず、第2章4節では、SHA2011に則れば（すなわち2006年のガイドラインに則れば）、THEの対GDP比は1.22%上昇すると試算された。次いで、障害者介護費用、特養の居住費・食費の計上、それぞれ0.31%、0.10%上方修正されると試算された。合計1.63%（＝1.22＋0.31＋0.10）である。

### (3) 地域支援事業の非計上

三つ目は、地域支援事業が現在非計上となっており、SHA2011のもとでの扱いも不明なことである。地域支援事業とは、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する事業として創設されたと説明されている。2012年度における市町村の支出規模は1,710億円である（「介護保険事業状況報告」）、これがLTCに計上されておらず、この分、総保健医療支出におけるLTCは過少推計になっている。本来、地域支援事業は、SHAの基準に照らしLTCのうちHC.R.6.1に計上されるべきであろう。

地域支援事業の取り扱いは、今後一段と重要になる。2014年の法改正により（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律）、介護予防サービスのうち訪問

---

介護と通所介護を2017年度までに地域支援事業に移行させることとなっている。これらは、現在3,009億円（2013年度）ある。訪問介護と通所介護が、地域支援事業に移行していくと、「介護給付費実態調査」からは外れることになる。

すると、介護予防サービスの訪問介護と通所介護の地域支援事業への移行が進むにつれ、その分、総保健医療支出におけるLTCが一段と減って見えることになる。それは、制度変更に起因するみせかけの現象である。

以上の3点に共通するのは、西沢 [2015] でも指摘したように、わが国の「総保健医療支出」の推計において、社会保険給付以外の支出の捕捉が極めて弱いという点である。障害者福祉は社会保険制度ではなく、介護施設の居住費・食費は介護保険制度の対象外となった費用である。西沢 [2015] で扱った地方自治体の提供する予防や公衆衛生サービスなども保険制度ではない。これらは、地方自治体ごとに自治体負担と本人負担が異なるなど制度のバラツキがあるなど、把握が難しく、そもそもの原統計の整備にまで遡った議論が必要であろう。

#### 4. 提言

本稿の前編である西沢 [2015] では、次のような提言をした。第1に、地方自治体の行っている公衆衛生や保健サービスなどの推計精度の向上、および、支出の経常支出と資本形成への明確な切り分け。第2に、推計値が改定される際などはその理由、また、推計には限界があり、統計の利用者はその点を十分に留意する必要があることなどの国民への明示。第3に、それらを実現するためにも、推計における政府自らのイニシアティブの発揮。こうした提言趣旨は、本稿の対象であるLTCについてもあてはまる。本稿の分析を通じて、付け加えるべきは以下の点である。

##### (1) 推計のもととなる統計の整備・改善

「総保健医療支出」は、「国民医療費」など既存の統計に大きく依存して作られており、既存の統計の影響を強く受ける。例えば、「国民医療費」統計は広く用いられつつ、①保険料診療の対象となり得る治療費でしかなく包括性に欠ける、②薬剤費や資本形成が把握できない、③公表時期が遅く速報性に欠けることなどをはじめ様々な問題を抱えている。よって、もともとの統計についても改善が必要である。

LTCに焦点を絞れば、まず、「介護給付費実態調査」にも問題がある。医療経済研究機構 [2012b] によれば、SHA2011のもとでは、LTCの推計をほぼ「介護給付費実態調査」に依拠することになる模様である。もっとも、「介護給付費実態調査」にも問題があり、例えば、補足給付が計上されていない。すでに述べたように、2005年10月以降、施設入所者の居住費・食費が原則保険給付の対象外となった。ただし、低所得者に限り、特定入所者介護サービス費（補足給付）として一部保険給付される仕組みになったが、「介護給付費実態調査」には、こうした補足給付が入っていない。

次に、障害福祉サービスに関する情報開示が極めて不十分である。障害福祉サービスを構成する介護給付、訓練等給付、その他給付を合計した月次の給付額は、厚生労働省のホームページで公表されているが、内訳は公表されていない。障害福祉サービスは、事業者が国民健康保険団体連合会（国保連）に請求し、そこから支払われるという過程を経ており、国保連のデータを集計することで、「介護給付費



実態調査」と同様の統計を作れるはずである。

## (2) 統計としての透明性の向上

「総保健医療支出」の推計精度を上げることはもちろん、統計としての透明性の向上も不可欠である。本稿で述べたように、2006年にOECDから公表されたLTC推計のガイドラインに対し、結果としてわが国は従っていないが、その理由について書かれたものは、医療経済研究機構の報告書のなかに見当たらない。

2016年からSHA2011に従うこととなれば、わが国のHC.3ひいてはTHEは大幅上方修正されるはずである。その理由は、国民向けに分かりやすく説明されなければならない。もっとも、SHA2011はSHA1.0の定義を明確化しただけだとするOECDに対し、大きな変更だとそれに対立する認識を持つ医療経済研究機構にそうした役割が担い得るのか疑問である。統計としての透明性を高めるうえでも、政府がイニシアティブをとるべきである。

(2015. 8. 17)

## 参考文献

- [1] Adema, W., P. Fron and M. Ladaique [2011]. “Is the European Welfare State Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)”, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 124, OECD, Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kg2d2d4pbf0-en> (Part2がSOCXのマニュアルになっている)
- [2] OECD [2000]. ‘A System of Health Accounts’.
- [3] OECD [2006]. ‘Guidelines for estimating long-term care expenditure in the joint 2006 SHA data questionnaire’ (JHAQ).
- [4] OECD [2007]. ‘Conceptual framework and methods for analysis of data sources for long-term care expenditure’.
- [5] OECD [2011]. ‘A System of Health Accounts 2011edition’.
- [6] OECD [2012]. ‘Accounting and mapping of long-term care expenditure under SHA2011’.
- [7] 井伊雅子 [2011]. 「医療費の範囲と『国民医療費』」、橋本英樹、泉田信行編『医療経済学講義』東京大学出版会
- [8] 医療経済研究機構 [2012a]. 「2009年度OECDのSHA手法に基づく総保健医療支出の推計 (National Health Accounts) 報告書」
- [9] 医療経済研究機構 [2012b]. 「厚生労働統計データを利用した総保健医療支出 (OECD準拠のSystem of Health Account 2.0) の推計方法の開発および厚生労働統計との二次利用推進に関する研究」
- [10] 医療費統計の整備に関する検討会 [2011]. 「医療費統計の整備に関する検討会報告書」



- 
- [11] 厚生労働省 [2014]. 「平成23年度国民医療費」
- [12] 坂巻弘之、池崎澄江、山崎学、速水康紀、井上崇 [2000-2001]. 「OECD A System of Health Accounts準拠の国民保健計算に関する研究（2）2000～2001年度の推計結果」介護保険部分を中心に 厚生指標 52（2）, 23-34, 2005-02、厚生統計協会
- [13] 西沢和彦 [2015]. 「『総保健医療支出』推計の問題点」フィナンシャル・レビュー平成27年第3号（通巻第123号）
- [14] マーク・ピアソン [2012]. 「インタビュー OECD Health Dataによる医療の国際比較」Monthly IHEP 2012 10月号 No.213
- [15] 松山幸弘 [2015]. 『医療・介護改革の深層 日本の社会保障制度を守るための提言』日本医療企画
- [16] 満武巨裕 [2015]. 「第16回OECDヘルスアカウント専門家会合」厚生指標2015年5月第62巻第5号