

《税・社会保障改革シリーズ No.26》

2016年7月19日

No. 2016-16

日本の医療費 35 か国中第 3 位に

～OECD ‘Health Statistics 2016’ の検証～

調査部 主席研究員 西沢 和彦

《要 点》

- ◆2016年6月、OECD ‘Health Statistics 2016’ のデータが公表された。注目度の高い医療費（正確には総保健医療支出）の対 GDP 比をみると、わが国は 11.2%と OECD 加盟 35 か国中第 3 位となっており、昨年 7 月に公表された ‘Health Statistics 2015’ における同 10.2%、第 8 位から水準と順位を大きく上げている。
- ◆これは、この間、わが国の医療費が急増したためではない。総保健医療支出の構成要素である LTC（Long Term Care）に関し、わが国の推計機関が ‘Health Statistics 2016’ において計上範囲を拡大したためである。LTC は、長期療養あるいは介護と訳される。
- ◆範囲拡大前の LTC は 4 兆 3,488 億円、対 GDP 比 0.9%に過ぎなかったのに対し、拡大後は 9 兆 4,797 億円、同 2.0%へと上方修正されている（2013 年）。これは、Health Statistics 推計の基準である SHA（System of Health Accounts）の最新版 SHA2011 に準拠した措置であるが、他の多くの国が既に準拠済みであり、わが国が最後発組（しかも少数）となったことから、水準のみならず相対的な順位も上げることとなった。
- ◆ ‘Health Statistics 2016’ は、従来に比べれば国際比較可能性が改善したといえるが、わが国の推計に関しなお重大な留意点がある。1つは、本来、総保健医療支出から除外されるべき資本形成（病院建設や医療機器購入費用など）が混入し、数値を押し上げていることである。もう1つは、他方、LTC、および、やはり総保健医療支出の構成要素である予防などに未計上や過少推計があることである。
- ◆ ‘Health Statistics’ 自体は重要な統計であり、本来、政府が主体となって推計精度向上につとめ、こうした留意点などについても積極的に統計の利用者に向け説明すべきであろう。

本件に関するご照会は、調査部・西沢和彦宛にお願いいたします。

Mail: nishizawa.kazuhiko@jri.co.jp

1. はじめに

2016年6月30日、OECDは‘**Health Statistics 2016**’のデータを公表した。Health Statisticsは、OECD、EU、WHOが共同で作成した**SHA (A System of Health Accounts)**という基準のもと、各国により推計され、OECDに報告される医療費のマクロ統計である。わが国は医療経済研究機構が推計している。なかでも、『厚生労働白書』に毎年度掲載されるなど注目を集めるのが、**health expenditure**を対GDP比で測った支出規模の国際比較である。

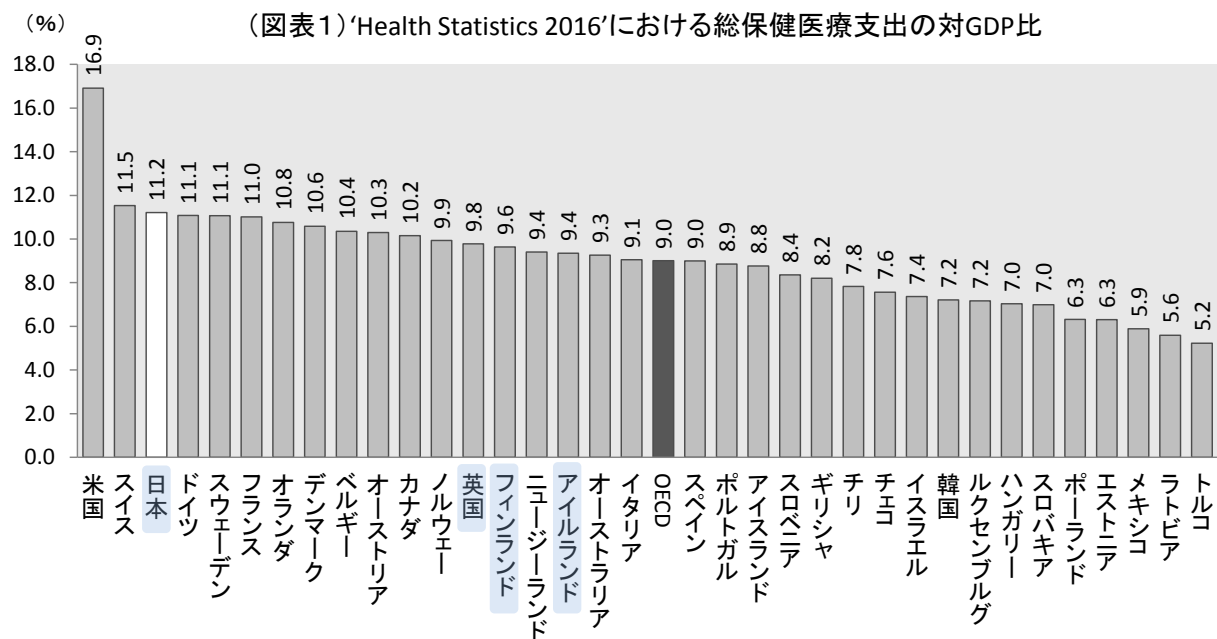
以下では、昨年7月公表の‘Health Statistics 2015’と比較しつつ、その概要および統計を解釈するうえでの留意点を整理した。‘Health Statistics 2016’から、SHAの改定版である**SHA2011**への準拠が一律に求められており、従来に増し解釈に留意が必要となっている。

なお、**health expenditure**は、わが国では単に医療費と紹介されることも多いが、実際には、医療保険給付される治療費を対象とした「国民医療費」の範囲にとどまらず、市販薬、介護サービス、予防（予防接種、健康診断、健康教育他）、自然分娩、差額ベッド代を含むなどより広範な概念であり、以下では総保健医療支出の訳語を用いる。

2. OECD‘Health Statistics 2016’における総保健医療支出の対GDP比

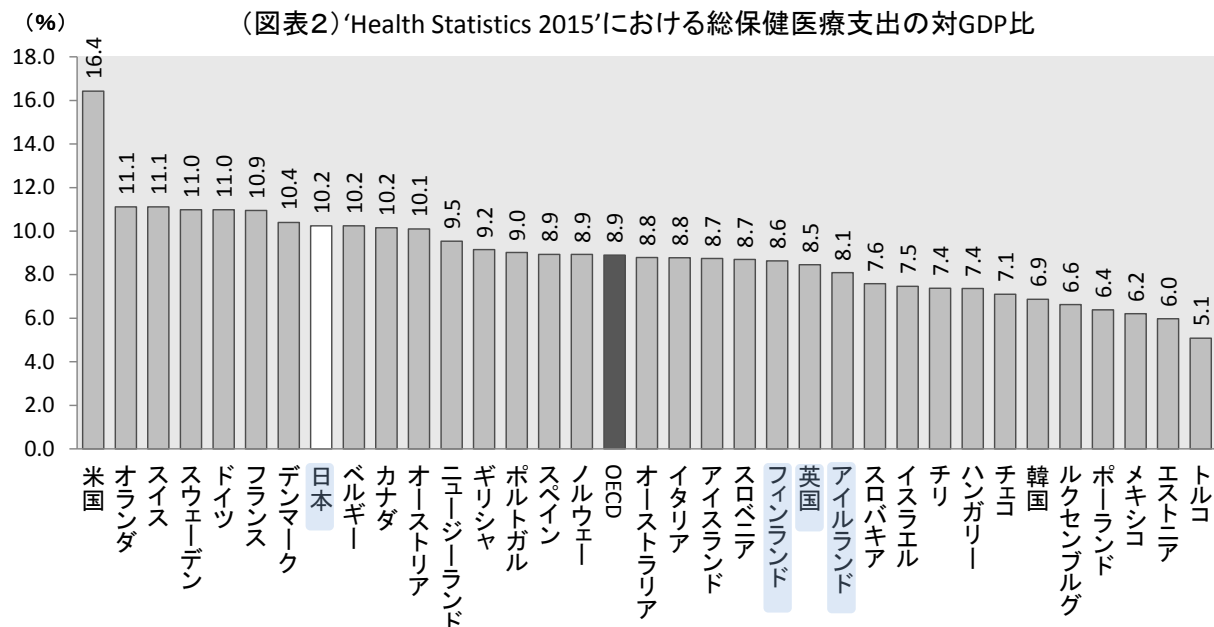
(1) わが国は11.2%の第3位に

‘Health Statistics 2016’（対象年は2015年）における総保健医療支出の対GDP比をみると、**OECD加盟35か国中わが国は11.2%と米国（16.9%）、スイス（11.5%）に次ぐ第3位**となっており（図表1）、昨年7月に公表された‘Health Statistics 2015’（対象年は2013年）における同10.2%、第8位（図表2）から水準と順位を上げている。



(資料) OECD Health Statistics 2016より日本総合研究所作成
 (注) 2015年

‘Health Statistics 2015’の内容も、それまでのわが国の一般的な認識、すなわち、「わが国の医療費は先進諸外国のなかで低水準」であるという認識（注¹）に修正を迫るものであったが（西沢 [2015c]）、‘Health Statistics 2016’はそれを決定付ける内容となっている。



(資料) OECD ‘Health Statistics 2015’ Figure2. Health spending as a share of GDP, 2013 より日本総合研究所作成
(注) 2013年

(2) 水準と順位上昇の背景

‘Health Statistics 2015’から ‘Health Statistics 2016’にかけてわが国が水準と順位を上げたのは、この間、医療費が急増したためではなく、総保健医療支出の構成要素である **LTC (Long Term Care)** に関し、わが国の推計機関が計上範囲を拡大したためである。LTCは、介護あるいは長期療養などと訳される。

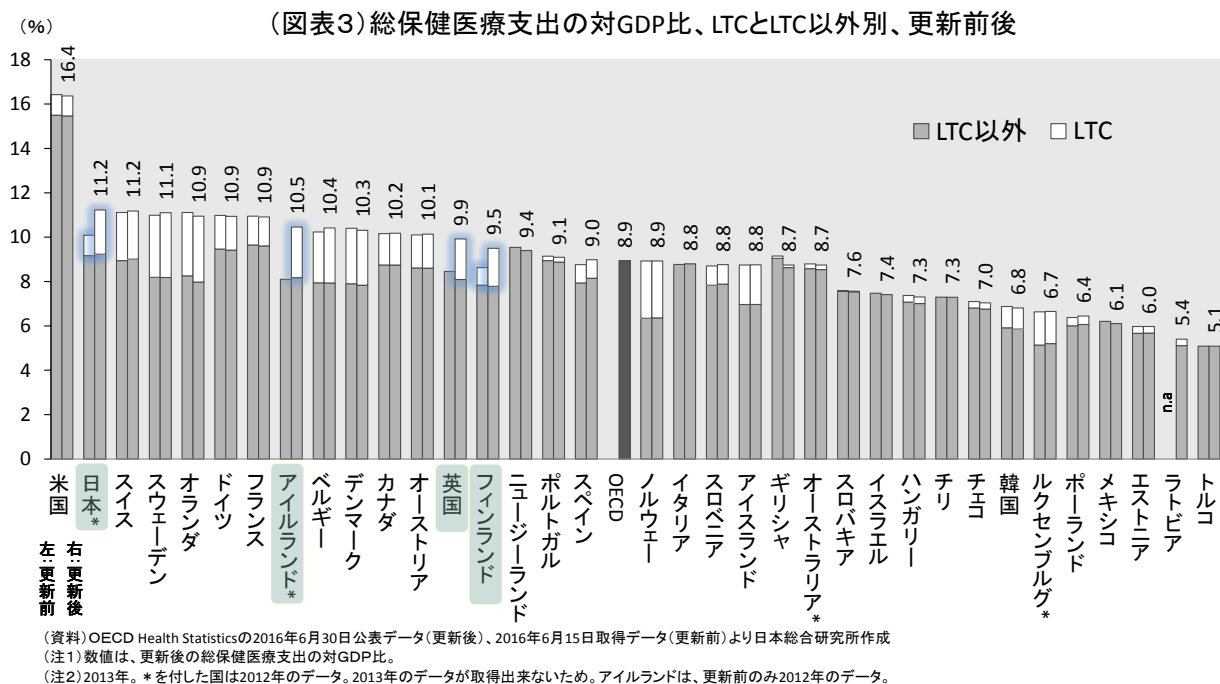
総保健医療支出を **LTC** と **LTC 以外** とに分け、さらに、2016年6月30日の ‘Health Statistics 2016’ 公表に伴い更新された数値と更新前の数値とを比較するとこうした点が明確になる。2013年を対象とし、更新前と更新後と比較する。‘Health Statistics 2016’ 公表に併せ、過年度の数値も SHA2011 に準拠するよう遡及して更新されており（遡及期間は国によって異なる）、2013年は内訳が取得可能な直近年であるためである。

結果は、わが国、アイルランド、英国、フィンランドの4か国において、LTCが新規計上、あるいは他国比顕著に上方修正され、それを受け、総保健医療支出が上方修正されている(図表3)。わが国は、更新前の LTC は 4 兆 3,488 億円、対 GDP 比 0.9% に過ぎなかったのに対し、更新後は 9 兆 4,797 億円、同 2.0% へと約 5 兆円、プラス 1.1 ポイント上方修正されている。アイルラ

¹ 例えば、次のような認識。「医療費が高くなりがちな出来高払い方式であるにもかかわらず、日本の医療費は2010年時点で国内総生産（GDP）の9.6%と高所得国としては低い水準にある」（池上 [2014]）。

ンド、英国は対 GDP 比それぞれ 2.3%、1.8%の LTC が新規計上され、フィンランドは更新前同 0.8%の LTC が、更新後 1.7%へ 0.9 ポイント上方修正されている。これら 4 か国以外の国の総保健医療支出は、更新前後でほぼ不変である。

アイルランド、フィンランド、英国の 3 か国は、‘Health Statistics 2015’では、総保健医療支出の対 GDP 比は、8%台前半から半ばと OECD の平均値 8.9%よりも低い、一見すれば「医療費の低い国」であったが（図表 2）、以上のような背景から ‘Health Statistics 2016’では一変し、OECD の平均値 9%を上回る「医療費の高い国」となっている（図表 1）。



わが国を含む 4 か国は、結果として、**SHA2011 準拠の最後発組**となったことから、一挙に水準と順位を上げたことになる。LTC に関しては、もともと「ケア」の概念が国によって異なるうえ、2000 年に公表された SHA の初版 (SHA1.0) においても定義が曖昧であったため、国ごとの推計のバラツキが指摘されていた。そこで、2006 年に、OECD から LTC 推計のガイドラインが示され (OECD [2006])、2011 年にそのガイドラインが SHA の改定版 (SHA2011) として正式にマニュアル化された。SHA2011 への完全移行は 2016 年とされた。

この間、オランダやスウェーデンのように早々に 2006 年のガイドラインあるいは SHA2011 に準拠して LTC を推計し、OECD に報告する国があり、他方、わが国は、LTC を固有の判断のもと、狭い範囲での計上にとどめてきており (西沢 [2015b])、ガイドラインあるいは SHA2011 準拠の最後発組 (しかも少数グループ) となったことから、一挙に水準と順位を上げたといえる。

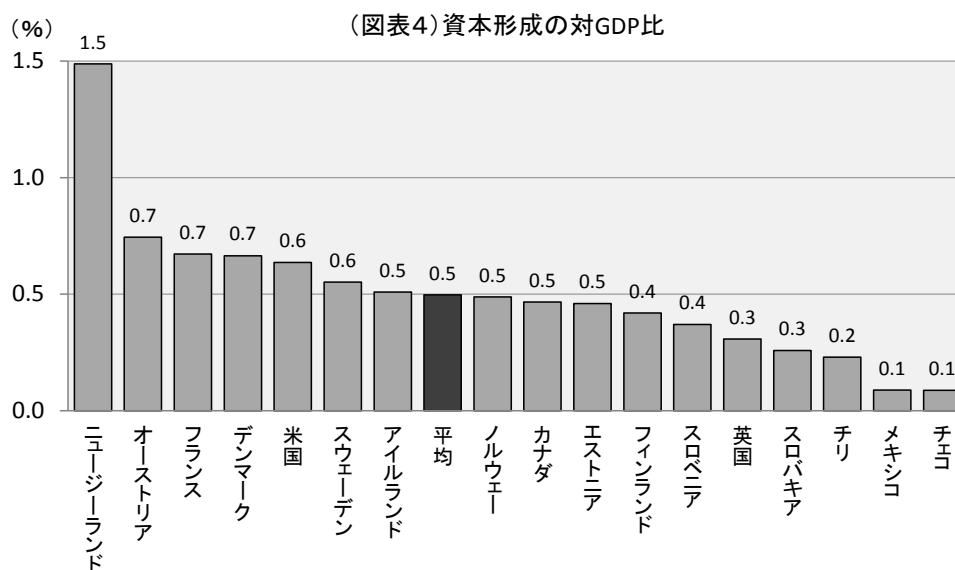
わが国固有の判断とは、2000 年の介護保険制度創設時に、医療保険制度から介護保険制度へ移管された①療養病床、②老人保健施設、③訪問看護の 3 つのみを LTC として計上するというものである。これらは、介護保険制度における介護費用 9 兆 3,039 億円のうち 19.3% の 1 兆 7,927

億円に過ぎない（注²）。本来であれば、介護サービス1つひとつをSHAの定義に照らし、LTCとして計上すべきか否か判断されるべきである。SHAの定義では、ADL（Activities of Daily Living）に関するサービスをLTCとして計上することとなっており、①～③以外の訪問介護、訪問入浴、特別養護老人ホームなどは、当然LTCとして計上されるべきであったといえる。

(2)なお残る留意点

このように、‘Health Statistics 2016’は、従来よりも諸外国間の比較可能性という点で改善したといえるが、わが国の推計には、なお重大な留意点がある。1つは、health expenditure（総保健医療支出）のなかに、本来除外されるべき**資本形成**が混入し、数値を押し上げている点である。その規模は、対GDP比で0.5%～0.9%と推測される（西沢 [2015a]）。資本形成とは、病院や診療所による建物建設、検査や治療のための医療機器、自動車や什器の購入費などである。SHAでは、health expenditureは、経常支出として定義されており、こうした資本形成は除外され、とはいえ重要な指標であることから memorandum item として別途推計されることとなっている。

資本形成を公表している国は17か国あり（図表4）、対GDP比の平均は0.5%である。わが国は、資本形成のやや多いグループに属するものと推測される。



(資料) OECD Health Statistics 2016より日本総合研究所作成

(注) 2013年。gross fixed capital formationの対GDP比。gross fixed capital formation単体の数値が公表されておらず、current expenditure on health plus gross fixed capital formationからcurrent expenditure on healthを控除することで求めた。

2つめは、他方、未計上あるいは過少推計となっている項目が複数あることである。代表的なものとして、障害者福祉における介護サービスがある。わが国の推計機関は、LTCとして介護保険にかかる介護費用しか計上していない。わが国の介護保険は、高齢を原因として介護を要する

² 厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」。

人に対象を限定している。もっとも、SHA の定義では、LTC を高齢者に限定しておらず、障害を原因に介護を要する人へのサービスも本来 LTC として計上しなければならないはずである。

そのほか、SHA では、予防も構成項目となっているが、予防に関しても未計上あるいは過少推計が多くあると考えられる。例えば、わが国の地方自治体は、母子保健、各種健診、予防接種、精神保健福祉などを担っているが、これらは一部のみの計上にとどまっている（西沢 [2015a]）。

このように、総保健医療支出は依然として、その対 GDP 比を小数点一桁単位で国際比較できるような精緻なものではない。国際比較するとしても、少なくとも現時点においては、大まかな目安程度にとどめるべきである。

4. おわりに

‘Health Statistics’ は、国際的な基準であることに加え、包括性、SNA との整合性などわが国の「国民医療費」に欠ける特徴を備えていることから有効な統計となるはずであり、本来、政府が主体となって推計精度向上につとめ、こうした留意点についても積極的に統計の利用者に向け説明すべきである。わが国同様、SHA2011 への準拠に伴い数値が大きく改定された英国では、政府自らが、差異について詳細にレポートしており（Office for National Statistics [2016]）、わが国と彼岸の差がある。 以上

〈参考文献〉

- [1] OECD [2006] ‘Guidelines for estimating long-term care expenditure in the joint 2006 SHA data questionnaire’ (JHAQ)
- [2] OECD、EU、WHO [2011] ‘A System of Health Accounts 2011edition’
- [3] Office for National Statistics [2016] ‘UK Health Accounts:2014’
- [4] 池上直己 [2014] 「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」池上直己編著『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ—日本からの教訓』（公財）日本国際交流センター
- [5] 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」
- [6] 医療経済研究機構 [2012b] 「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」
- [7] 西沢和彦 [2015a] 「『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)
- [8] 西沢和彦 [2015b] 「『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～」JRI レビュー Vol.10, No.29
- [9] 西沢和彦 [2015c] 「日本の医療費は公表値よりさらに高い～OECD ‘Health Statistics 2015’ の検証～」日本総研 Research Focus No. 2015-025
- [10] 満武巨裕 [2016] 「OECD の SHA ガイドライン準拠した場合の日本の長期医療 (保健) サービスの範囲 (前編)」Monthly IHEP 2016 5 月号 No.252
- [11] 満武巨裕 [2016] 「OECD の SHA ガイドライン準拠した場合の日本の長期医療 (保健) サービスの範囲 (後編)」Monthly IHEP 2016 6 月号 No.253

◆ 『日本総研 Research Focus』は、政策 이슈、経済動向に研究員独自の視点で切り込むレポートです。

