

医療統計の体系化： 統計委員会の基本計画に向けて

井伊 雅子*

抄 録

日本の公的統計制度は60年ぶりの大改正の途上である。昨年5月に全面的に統計法が改正され、10月には公的統計整備の司令塔としての統計委員会が発足した。本稿では、まず、新統計法改正の背景やその目的、そして昨年10月に発足した統計委員会の役割に関して概観し、医療・介護に関する統計を新統計法の下でどのように整備、体系化していくべきか、いくつか問題提起を行った。

現行の日本の医療統計の問題の一つは、SNAのような明確な体系性が欠如している点である。今後、国民医療費に代わり、SHA (A System of Health Accounts) を基幹となる医療費統計と位置づけ、関係する統計を整備し直す必要がある。指定統計を始め、承認統計や届出統計として行われている調査統計を政策評価に十分に活用することも期待されている。そのためにも、政策部局と調査実施部局との連携も重要となろう。莫大な公費を投じて作成された統計は国民全体の貴重な財産であり、この財産を、公正で有効に活用できる体制を整備することは、国民生活の質の向上に大いに寄与することである。

キーワード：新統計法、統計委員会、基本計画、基幹統計、基幹統計調査、SHA (A System of Health Accounts)

いくつか問題提起を行いたい。

1. はじめに

日本の公的統計制度は60年ぶりの大改正の途上にある。昨年5月に全面的に統計法が改正され、10月には公的統計整備の司令塔としての統計委員会が発足した。本稿では、新統計法の背景やその目的、そして昨年10月に発足した統計委員会の役割に関して概観したあと、医療・介護に関する統計を新統計法の下でどのように整備、体系化していくべきか、

2. 新統計法

海外諸国の統計制度やその根拠となる統計法規が80年代前後から大きく変わってきた。これは、マイクロデータといわれる匿名標本データの利用や、プライバシーの高まりを受けた個人情報保護法制の整備などの展開を反映したものである。このような世界の潮流の中で、今回の統計法改正は60年ぶりの抜本的改革と言われている。

まず、大きな特徴として、法の目的が抜本的に

* 一橋大学 国際・公共政策大学院

書き改められたことがある。旧統計法では、統計行政が遂行すべき課題を列記しただけであった。しかし、新統計法では、国民経済の発展並びに国民生活の向上のためにその整備を行うことが法の目的となっている。

統計委員会の役割は、基本計画案の作成、基幹統計の指定、匿名データの作成など多岐にわたるが、特に基本計画の策定に向けて議論が重ねられている。基本計画は閣議決定を経て、公的統計の整備に関する政府の正式な方針となる。現在の指定統計という概念が、平成21年度の新統計法の全面施行以後は基幹統計という概念に変わるが、政府の重要な統計としての基幹統計の指定も行う。

さて、統計法の今回の法改正での新たな制度的仕組みであるが、まず、1点目として、旧統計法が事実上統計調査とそれに基づいて作られた調査統計（一次統計）のみを想定していたのに対して、新統計法はそれを加工した統計（加工統計）または行政記録や登録などにもとづいて作られた統計（業務統計）も広く明示的に公的統計として捉えることになった。つまり、加工統計、業務統計といった調査統計以外の統計についても明確な規律を定めた点が大きな特徴である。旧統計法では、指定統計と指定統計調査は一体化していたが、新統計法では、基幹統計と基幹統計調査は必ずしも一体化していない。統計調査は統計を作成するために行われる調査だが、統計は必ずしも統計調査によってのみ作られるとは限らないためだ。

統計と統計調査を概念上区別することにより、統計の作成にあたり、統計調査以外の行政記録や登録などの情報を用いることが重要になった。基幹統計である国勢調査に関しても、ヨーロッパの多くの国では従来の実査による人口センサスは中止して、登録データにおきかえるなど、変革期にある。行政記録等の活用は、わが国の場合、諸外国と比べて特に制度的障害が多いと言われている。

統計調査のための基盤整備の一つとして、ビジネスフレームが導入されたことも新統計法の新しい点である。これまでのわが国の企業や事業所を対象とするほとんどの統計調査では、事業所・企業統計調査によって把握された事業者などの名簿情報を標本抽出のフレームとして使用してきた。新統計法では、「事業者母集団データベース」の整備が規定されており、経済センサスや商業・法人登記の情報を活用して整備していく予定である。諸外国では90年代から、税務記録等の行政情報を中心にビジネスレジスターと呼ばれるフレームが整備されてきている。

分散型システムをとる日本の統計行政には多くの問題点が指摘されてきた。例えば、医療関係の統計は、総務省の統計局がすべてを把握しているわけではなく、厚生労働省や地方自治体が主に把握をしている統計もある。統計行政に共通している問題点として、作成者の都合が優先し、利用者の利便性が軽視されているとか、統計間に統一性がなく、全体像がつかみにくい、行政費用削減の影響により資源が不足し統計の質が低下しているなども指摘されてきた事項である。

こうした問題を克服するため、司令塔として、基本計画を作成し、閣議決定を通じて実行させることが、統計委員会の役割である。統計委員会では、現在の指定統計を見直して、基幹統計を定めるための議論を行っている。また、昨今、統計調査に非協力的な人が増えたことから、統計調査に頼って統計を作成することの非効率性が指摘されている。すでに行政が業務上得ている記録をうまく活用すれば、新たな調査の必要がなくなる場合もある。

医療・介護・健康に関しては、国民経済に占める比重が増してきており、さまざまな統計・調査の取捨選択ができず、社会のニーズに応え切れていない。次項以降は、医療関係の統計に関して詳

細に議論をしてみたい。

3. 医療統計の現状

医療制度改革の議論において、実態の正確な把握が重要である。しかし現状では定量面ですら十分に実態が理解されているとは言いがたい。データ自体が第三者への情報公開に資するように整備されていないのである。医療に関する重要なデータとしては、経済協力開発機構（OECD）の「Health Data」が毎年発表されている。近年では医療の質に関する指標も加わるなど、OECD加盟国の医療データとしては信頼性が高いとされている。ところが日本の欄は空欄が目立つ。また医療費の定義が異なるとはいえ、公的医療費の支出額などは厚生労働白書のデータと比較すると数値にかなりの差がある。

国際的な標準の手法で財政収支を集計、発表する国際通貨基金（IMF）の『政府財政統計』（GFS: Government Finance Statistics）でも他の先進諸国に比べると空欄が目立ち見劣りがする。つまり、日本の医療産業や政策のパフォーマンスの実態を客観的に国際比較しようにも、信頼のおける集計されたデータが手に入らないのである。

GFSは、公会計と国民経済計算をつなぐ重要な統計である²¹。GFSの整備において、現行のように、中央政府は財務省、地方政府は総務省、一般政府は内閣府という分散体制は機能せず、調整部局を一元化するべきである。社会保障費統計は欧州連合（EU）のESSPROS（The European System of integrated Social Protection Statistics）を基幹として再編・整備が必要で、医療費に関しては、国民医療費に代わって、2000年にOECDが発表した国民保健計算の国際基準であるSHA（A System of Health Accounts）を基幹となる医療費統計と位置づけ、関係する統計を整備し直す必要

がある。

国民医療費、社会保障給付費、SHAの関係を示したものが図1である。国民医療費は斜線の範囲である。国民医療費の推計に関しては、データソースやどのようなアルゴリズムで推計しているのか詳細が公開されていない。過去の実績からの伸び率として、推計されているようであるが、初期値も公開されておらず、デフレーターも、診療報酬点数の改定率をもとにしており、物価指数などの経済的に意味のあるデフレーターを用いていないと思われる。現在のクロスセクションのデータに基づいて、かかった医療費を積み上げるようにして出した数値でもない。こうした問題点は辻（1995）や速水・その他（2003）でも指摘されてきた。

OECDのSHAによる推計である総保健医療費支出は、点線で囲まれた範囲である。ここで問題となるのが、白地の部分で、SHAの算出で必要とされているが保険適用外であるため、把握できない医療費情報である。具体的には、1) 自由診療費部分：例、歯科自由診療費、美容整形費等、2) 特別料金（入院時の室料差額料、特定療養費分、紹介状を持たないで病院を初診する時の初診代など）、3) 入院中の食事代の一部、4) 予防・健康管理サービスとして、医師の指示以外によるあん摩・マッサージ料など、5) 出産（正常分娩）に関わる費用（現在は出産時に支給される「出産育児一時金」を正常分娩費に要した費用として推計）、6) 先進医療における患者負担分などである。

網をかけた部分は、国民医療費以外の総保健医療支出の推計で必要となる情報であるが、以下のような問題点がある。

まず、介護であるが、公的介護保険で定められた利用限度額以上を使っている場合は介護保険としては要求できないためこの推計値に含まれないが、介護業者への支払いは発生する。ただし、介

護費の推計方法はOECD事務局が検討中で統一基準が定まっていない。

次に産業データであるが、米国では大きなウェイトを占める医療機器や薬剤費（大衆薬）は一部分のみしか把握できない。たとえば、血圧計・体温計は、厚労省が使用している生産、輸出入統計を使用しているために、水銀計だけを計上している。これらについては、経済産業省などの部署が業界団体からデータを取って把握されていると思われるが、そうした各官庁に拡散した情報を集約することが改善の一策であろう。

民間医療保険では、がん保険等の医療費支払は正確に把握できないため、管理費を計上している。ただし、生命保険部分については有る程度データが存在する（社団法人 生命保険協会「年次統計保険金・年金・給付金明細表」等）。しかし、損害保険部分についてはデータソースが無いため把握できない。

地方公共団体単独実施による保健事業等（子供の医療費の自己負担の無料化、健診）は、推計方法や基礎なる参考資料について言及されておらず、「完全にブラックボックスとなっている」（辻（1995））。恐らく、総務省による「市町村別決算状況調査」などの各種統計の発刊が遅い等、各地方から該当する事業費の情報を積み上げる仕組みが出来ていないことに問題がある。

他にも、確定申告における医療費控除による還付なども把握されていないが、金額的に無視できない額と思われる。

4. 韓国の状況^{注2)}

韓国は、日本の医療保険制度を参考に1989年に公的皆保険制度を導入したが、現在、ほぼ100%のレセプトの電子化を達成し、そのレセプト情報に基づき疾病管理の分析や医療評価を行って

る。国民医療費の推計も国際比較を行う場合に、概念的な正確性や制度の変化を経年的に反映できないことが問題となり、OECDのSHA推計に基づいた新しい推計方法の構築がされ、OECD Health DATA 2004 3rd Version よりその結果が本格的に反映され、その後も推計方法が続けて開発されつつある。

日本では国民医療費推計のデータソースのほとんどが各種事業報告であるが、そうした方法では本人負担部分が過小に推定される可能性が大きい。韓国では、家計調査を活用することにより医療費推計に改良を加えている。具体的には、家計調査の対象世帯を、以前の都市部のみから都市部以外の地域に拡大したり、一人家計を含めるなど全国世帯を対象にして、サンプル数を増やしたり、消費支出の項目を増やすことなどを試みている。日本の医療費推計との大きな違いである。家計調査でとらえにくい部分は、業務統計を用いるなど複数の資料情報を最大限に活用している。韓国の医療制度は、基本的な骨格が日本と似ており、日本の医療費統計の整備に参考になる点が大いにあると思われる。

5. 医療統計の体系化

経済統計では「経済センサス」の導入が決まり、ビジネスレジスターを作成し、その名簿情報をもとに事業所・企業統計を統一的に構築していくという方向が打ち出された、ビジネスと生活は違うという考えもあるが、個人情報統計の利用に関する法整備もしたうえで、人間の生活の質的向上のために人口・社会統計の体系化が必要だということを国民に訴えていく必要がある。レジスターをしっかりと作り、医療、教育、福祉、消費などの人間の生活にかかわる統計を相互補完的、整合的に作っていくというのが今回の新統計法の基本計画

の柱となるであろう。医療統計に関しては、国民医療費に代わって、SHAを基幹となる医療費統計と位置づけ、関係する統計を整備し直すことを基本計画に盛り込むことが必要である。

この節では、指定統計である患者調査や医療施設調査や、DPCやレセプトなどの調査、行政記録をどのように用いることにより、調査対象者の負担も軽減され、かつ地域医療計画や地域医療費の推計をより精度高く科学的に進めるための医療統計としての価値も高まるかを、需要、供給、コストの3つの側面から考えてみる。

地域にどの程度の疾病があるか、個人ベースでどのくらい医療費がかかるのか、重複受診の実態などを知るためには、需要分析が必要である。急性期医療に関してはDPC調査データを、慢性期や外来等ボリューム把握が主要な調査目的である部分については電子レセプトデータの活用で、より効率的で正確な情報を確保できる仕組みを構築できるのではないかと考えられる²³。社会医療診療行為別調査も、季節変動、悉皆性を考慮して電子レセプトデータの活用が必要である。電子化されたレセプトからの情報を活用することにより、正確かつ効率的に情報を収集することができる。

次に、供給面であるが、医療計画の立案に関して、どのような提供体制が必要かといった、地域の医療資源の充足状態を知るためにも、全数調査である医療施設調査は今後も供給面のデータ把握のためには重要な調査である。改善点としては、レセプト情報や、保健所や社会保険事務局への施設基準の届けなどを活用することで大幅に回答者の負担を軽減できるという点であろう。

コストのデータは、将来の給付の範囲を決めるうえでも重要である。また、たとえば保険外の医療費が経年的に増えていけば、国民がある程度受容している結果と考えられ、混合診療の議論にこ

うしたデータは不可欠である。現在、医療のコストに関する数少ない調査の1つとして、医療経済実態調査がある。病院、診療所、保険薬局における医業経営等の実態を調査したものである。中医協に提出するための調査であるが、サンプル施設数が少なく、経営主体が自治体病院に偏るなど問題点が多い。医療のコスト面を把握するためには必須の調査であるため、サンプル数を増やすことが必要である。例えば保険診療機関に関しては全数調査にするとか、医療法の下で経営している医療機関をすべて対象にすることも議論されるべきであろう。また、病院の会計原則を統一して、保険診療と自費診療に分けて財務報告を公開することを義務付けることにより、図1の白地の部分の把握ができる。

6. 国民生活基礎調査に関して

国民生活基礎調査が基幹統計の候補の1つであるというのは、研究者の中ではほぼ一致していると思われる。しかし、いろいろと問題点が指摘されており、基幹統計とするには改善が望まれる。たとえば、国民生活基礎調査には、世帯・健康票、所得・貯蓄票、介護票があり、さらに国民健康栄養調査もそのサブサンプルで取られているが、栄養調査、所得・貯蓄票及び介護票はそれぞれ別々のサブサンプルで取っており接続できないため、世帯所得状況と生活習慣、もしくは介護提供の実態をあわせて分析することができない。またサンプル数も非常に少ない²⁴。現在の国民生活基礎調査では、社会保障費やその他の税の情報が不足しているが、医療介護のshadow economyとなっているインフォーマルケアの部分を考慮する上で、国民生活基礎調査の介護票・世帯票が不可欠である。

抽出方法に関しても、現在は、選ばれた地区内

の全ての世帯を抽出する方法をとっているが、層化多段階抽出で、多数の地域を選び、その中でランダムに当てた世帯のみを調査する手法の方が適切という意見も多い²⁵⁾。また昨今の個人情報などに対する懸念から統計実施の環境が悪化していることなどから、一人暮らし・夫婦のみ高齢者の入院ケースや昼間不在の20歳代の者などが、アンダーサンプリングになっているのは国勢調査などを含め、統計調査全体の問題ともいえるが、国民生活基礎調査においても深刻な問題になっている²⁶⁾。

7. レセプトデータとDPC調査データ

今後、SHAを基幹となる医療費統計と位置づけ、関係する統計を整備する上で、現在は行政記録であるレセプトデータの電子化は必須の条件となる。レセプトの現行精度レベルでは、集めてもたいした役には立たないという指摘もあるが、SHAのような設計概念をもち、誰がどのような権限でどのような公益のためにデータベースの作成・管理を行うのかを明確にした運用体制の裏付けがあれば、医療経済データとして貴重なデータとなる。

また急性期医療に関するデータベースであるDPC調査データであるが、コードの標準化・診断名と処置の紐付けといった従来のレセプトデータの問題点の多くが克服されている。DPCシステムについては、包括支払いによる費用抑制に主眼を置くのではなく、分配面・生産面統計を補完する、標準化データベースとしての位置づけを明確にする必要がある。

ただし現行のDPCレセプトでは詳細なプロセス情報などが省略されているため、調査データとして集計されている様式1情報（診断・処置名など）とE.Fファイル情報（レセプトコンピューターから転載した詳細プロセス情報）を電子レセプトに反映させることが望まれている。DPC調査データ

と患者調査・医療施設調査などが有機的に接続されれば、地域医療計画・地域医療費の推計をより精度高く科学的に進める情報基盤が築かれると期待される。

8. 最後に

現行の日本の医療統計の問題の一つは、SNAのような明確な体系性が欠如している点である。患者調査、社会医療診療行為別報告、医療施設調査、国民生活基礎調査など厚生労働省主管の統計がそれぞれどのように連関しているのか説明できる体系がなく統一性に欠けている。また、指定統計を始め、承認統計や届出統計として行われている調査統計が政策評価に十分に活用されていないのではないだろうか。たとえば、現在医療分野のデータとしてDPCで膨大な情報が得られているが、その活用は不十分である。政策部局において、例えば、DPC調査データと医療施設調査、介護保険と医療保険のデータなど関連するデータの連携が必要である。そのためにも、今後、国民医療費に代わり、SHAを基幹となる医療費統計と位置づけ、関係する統計を整備し直す必要がある。政策部局と調査実施部局との連携も重要となろう。日本では、医療政策のみならず、最低賃金や税制といった国の重要な政策が、基本的な情報や統計分析に基づくことなく決まってきた。こうした分析は集計データでは不可能なため、マイクロデータの分析に基づいて政策を提言、決定することは、先進国だけでなく途上国でも通常の手続きとなっている。莫大な公費を投じて作成されたデータは国民全体の貴重な財産であり、この財産を、公正で有効に活用できる体制を整備することは、国民生活の質の向上に大いに寄与することである。

謝辞

医療経済学会内に設けられた「公的統計のあり方についての検討会」のメンバーである岩本康志氏（東京大学大学院 経済学研究科）、小椋正立氏（法政大学大学院 エイジング総合研究所）、鈴木亘氏（学習院大学 経済学部）、橋本英樹氏（東京大学大学院 医学系研究科）、伏見清秀氏（東京医科歯科大学大学院 医療情報・システム学分野）、満武巨裕氏（医療経済研究機構）には、新統計法の目的、医療統計の現状と問題点、今後の改善点など全般にわたり議論を重ね、貴重なご意見をいただきました。こころから感謝しております。

注

- 1 この段落の議論は、岩本（2008）の資料に基づいている。
- 2 韓国がおこなってきた国際比較に適した医療費の定義やデータ集計の方法の開発は、医療費の構造分析と適正化に向けた政策的課題に関する研究（2008）に詳しい。
- 3 DPC調査では、患者調査と異なり、患者の住所がないことが欠点である。
- 4 介護票では抽出される要介護者・要支援者の数は全国で約7千人である。
- 5 国民生活基礎調査に関しては個別の審議会などでも議論されており、参考となる報告書も多い（健康票を中心とした国民生活基礎調査の見直しに関わる有識者会議報告書（2008）など）。個別の調査の改善に関しては、こうした会議での議論・報告書を始め、学会などユーザー側の意見をくみ上げる仕組みが不可欠である。
- 6 国民生活基礎調査は高齢者に偏ったサンプルになっているため、国民生活基礎調査（所得再分配調査）と国勢調査の年齢別分布には乖離ができ、そのため全国消費実態調査で見たジニ係数よりも国民生活基

礎調査で見たジニ係数が非常に大きく出た原因になっている。

参考資料

- 1) 岩本康志. 統計の重点的・戦略的整備（財政統計）論点メモ. 2008年3月5日 統計委員会基本計画部会第2WG提出資料
- 2) 健康票を中心とした国民生活基礎調査の見直しに関わる有識者会議報告書. 今後の健康票を中心とした国民生活基礎調査のあり方について（中間報告）. 平成19年度厚生統計研究委託金 研究事業（主任研究者 橋本英樹）2008年3月
- 3) 竹内 啓. 公的統計の体系的整備と利用促進を目指して. 統計情報 2008；1月号；2-4
- 4) 辻 泰弘. 国民医療費推計の一手法. 医療経済研究 1995；2；93-112
- 5) 統計フォーラム. 第28回理論家と実務家による官庁統計シンポジウム. 統計情報 2008；2月号；11-25
- 6) 速水康紀, 坂巻弘之, 伊原辰雄, 石井 聡, 小澤由幸, 山崎 学, 池崎澄江. OECD「A System of Health Accounts」準拠の医療費推計に関する研究. 医療経済研究 2003；13；71-106
- 7) 医療費の構造分析と適正化に向けた政策的課題に関する研究. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金（主任研究者 福田敬）2008年3月

著者連絡先

井伊 雅子
一橋大学 国際・公共政策大学院
〒101-8439 東京都千代田区一ツ橋2-1-2
学術総合センター 916号室
TEL：03-4212-3145
FAX：03-4212-3146
e-mail:masako@econ.hit-u.ac.jp

The Statistics Commission's Basic Plan Towards Systemization of Japanese Health Data

Masako Ii*

Abstract

Japanese Government data are under drastic reform for the first time after 60 years. In May 2007, the Statistics Act was revised fundamentally and a Statistics Commission was set up under the Cabinet Office. This paper describes the background of the new Statistics Act and its purpose, and the roles of the Statistics Commission.

Japanese health data have been criticized that they are not constructed in a systematic way and lack the conceptual framework similar to the System of National Accounts (SNA). The central indicator of various health data, Japan's National Medical Expenditure, is not comprehensive and does not reflect the current health system and expenditure situation. Since 2000, OECD has provided an international standard to estimate the health expenditure, called a System of Health Accounts (SHA). In place of National Medical Expenditure, it is proposed that SHA should be the central health data as most OECD countries have adopted.

[key words] New Statistics Act, Statistics Commission, Basic Plan, Fundamental Statistics, Fundamental Statistical Surveys, SHA (A System of Health Accounts)

* School of International and Public Policy, Hitotsubashi University