

諸外国における医療・介護の質の変化を反映した  
価格・実質アウトプットの把握手法  
～各国ヒアリングの結果～

野口 良平 市川 恭子 藤森 裕美

岡崎 康平 小池 健太 石橋 尚人

June 2019



内閣府経済社会総合研究所  
Economic and Social Research Institute  
Cabinet Office  
Tokyo, Japan

ESRI リサーチ・ノート・シリーズは、内閣府経済社会総合研究所内の議論の一端を公開するために取りまとめられた資料であり、学界、研究機関等の関係する方々から幅広くコメントを頂き、今後の研究に役立てることを意図して発表しております。

資料は、すべて研究者個人の責任で執筆されており、内閣府経済社会総合研究所の見解を示すものではありません。

The views expressed in “ESRI Research Note” are those of the authors and not those of the Economic and Social Research Institute, the Cabinet Office, or the Government of Japan.

## 諸外国における医療・介護の質の変化を反映した価格・実質アウトプットの把握手法 ～各国ヒアリングの結果～

野口良平、市川恭子、藤森裕美、岡崎康平、小池健太、石橋尚人\*

### 概要

医療・介護の質の変化を反映した価格・実質アウトプットの把握手法について、国際機関、G7等諸外国からヒアリングした。

その結果、医療アウトプットの推計にあたって、明示的質調整（死亡率等のアウトカム指標を質指標として用いる調整手法）にかかるコンセンサスが得られてないことを背景に、SNA本体で明示的質調整を行っている国は見当たらなかった。

また、医療の価格の決定方法（市場/公定）の視点から整理すると、概ね市場によって決定される国は価格指数によるデフレーション、概ね公的に決定される国は実質アウトプットの直接推計、価格指数によるデフレーション、インプット法を用いていた。医療価格の決定のプロセスがデフレーション方式に影響を与えたと考える一方、データ制約やその他のSNA推計手法との関係も踏まえ各国は手法を採用している。

介護についても、SNA本体で明示的質調整を行っている国はなかった。また、介護の価格の決定方法（市場/公定）による整理では、概ね市場によって決定される国は価格指数によるデフレーション、それ以外の国では実質アウトプットの直接推計、インプット法もしくは価格指数によるデフレーションを併用又は単独で採用している。介護については、医療ほどSNAにおける扱いが整理されていない印象である。

- \* 野口良平 : 内閣府経済社会総合研究所 元行政実務研修員  
市川恭子 : 内閣府経済社会総合研究所 上席主任研究官  
藤森裕美 : 内閣府経済社会総合研究所 研究官  
岡崎康平 : 内閣府経済社会総合研究所 研究協力者（元政策調査員）  
小池健太 : 内閣府経済社会総合研究所 国民経済計算部 企画調査課係員  
（元総務部総務課係員）  
石橋尚人 : 内閣府経済社会総合研究所 政策調査員

## 目次

1. はじめに .....	4
2. 質の変化を反映した実質アウトプット・価格の把握手法に関する整理.....	4
3. 調査概要 .....	5
(1) 調査目的.....	5
(2) 調査対象.....	5
(3) 調査項目.....	6
(4) 調査時期.....	7
(5) 調査方法.....	7
(6) 調査実施機関.....	7
(7) 回収結果.....	7
4. 調査結果（国際機関及び各国の動向） .....	7
(1) 国際機関.....	7
(2) 国際機関 G7 各国及びその他.....	10
5. まとめ .....	19
参考文献 .....	22

## (別表) ヒアリング結果一覧

<国際機関に対するヒアリング結果>.....	24
I.1 計測の意義 .....	24
I.2 医療・介護サービスの範囲.....	25
II.1 医療サービス .....	26
II.2 介護サービス .....	30
III.1 国際比較 .....	32
<各国に対するヒアリング結果（医療）>.....	33
I.1 計測の意義 .....	33
I.2 医療サービスの範囲.....	34
I.3 医療サービスの価格.....	39
I.4 SNA/NIPAにおける医療サービスの質調整の扱い .....	41
II.1 インプット法 .....	46
III.1 選択理由（産出数量法） .....	47
III.2 細分化 .....	48
III.3 明示的な質調整.....	55
IV.1 選択理由（価格指数によるデフレーション） .....	60

IV.2	価格指数（デフレーター）	61
IV.3	MCE 等疾病別の価格指数（単価）を用いる場合	61
IV.4	CPI、PPI 等の価格指数を用いる場合	67
IV.5	明示的な質調整	69
V.1	Cost of Living Index 法の適用有無	73
V.2	Cost of Living Index 法を用いている場合	73
V.3	その他の手法を用いている場合	75
VI.1	最後に	76
<各国に対するヒアリング結果（介護）>		81
I.1	計測の意義	81
I.2	介護サービスの範囲	82
I.3	介護サービスの価格	85
I.4	SNA/NIPA における介護サービスの質調整の扱い	87
II.1	インプット法	92
III.1	選択理由（産出数量法）	93
III.2	細分化	94
III.3	明示的な質調整	97
IV.1	選択理由（価格指数によるデフレーション）	100
IV.2	価格指数（デフレーター）	101
IV.3	介護サービス別の単価を用いる場合	101
IV.4	CPI、PPI 等の価格指数を用いる場合	105
IV.5	明示的な質調整	106
V.1	I.4 において、その他の手法を選択している場合	108
VI.1	最後に	108

## 1. はじめに

アメリカ上院財政委員会の「消費者物価指数（CPI）を検討するための諮問委員会」報告（「ボスキンレポート」1996年）に端を発する物価指数に関する議論の流れは、医療分野において、アメリカ National Bureau of Economic Research (NBER)による医療の質と価格の関係に関する研究プロジェクトにつながった。またイギリスでは非市場サービス（政府サービス）にかかるアウトプットや生産性の計測手法について Atkinson(2005)を契機として、研究が行われ始めた。

こうした国際的な動向を背景に、我が国においても「公的統計の整備に関する基本的な計画」（平成30年3月6日閣議決定）において「医療・介護及び教育の質の変化を反映した価格の把握手法等について、包括的な研究を推進する」とこととされた。このような流れを受けて、内閣府経済社会総合研究所（ESRI）は、2017年度から医療・介護、教育の質の変化を反映した価格の把握手法について研究を開始した。

本稿では、医療の質の変化を反映した価格・実質アウトプットの把握手法の概念を踏まえ、各国からヒアリングをした、現在採用している手法、推計に用いるデータ及びデータソース並びに当該手法を採用するに至った経緯・理由等についてまとめる。さらに各国の共通点や反対に異なる点をまとめたうえで、本研究に対する一定の示唆を行う。

## 2. 質の変化を反映した実質アウトプット・価格の把握手法に関する整理

各国ヒアリングについて述べる前に国民経済計算（the System of National Accounts、以下 SNA）における医療・介護の質の変化を反映した 価格・実質アウトプットの把握手法について整理しておきたい。eurostat 等の国際機関や欧米各国における具体的な医療の質の取扱いや先行研究を踏まえると、概ね医療の質の調整のアプローチ（手法）という観点から整理できる。

国際機関、各国において質調整のアプローチは、概ね①細分化、②質の明示的・統計的な計測、といった2つに整理される。

①は、疾病等に着目した分類を可能な限り細分化し、分類内の医療サービスを可能な限り均質にするアプローチである。疾病や疾病・治療に着目した分類を可能な限り細分化し、分類内の医療サービスを可能な限り均質にし、質の変化を分類間の移行で捉える。

②は、医療の質を疾病死亡率や再入院率という明示的な指標で捉え、統計的手法を用いてアウトプット等に反映させる。例えば、明示的質指標である死亡率は患者の重症度や併存疾患の状況に影響を受けると考えられ、これらの変数でコントロールした統計的手法により死亡率を推計しアウトプット等に反映させる。

①の細分化アプローチについては、さらに実質アウトプットを直接推計する手法（数量指数を用いた推計「産出数量法」）とデフレーターを直接推計する手法（価格指数を用いた推計）がある。産出数量法による実質アウトプットの直接推計は、基準年（名目＝実質）の産出額を数量指数（ラスパイレス数量指数やパーシェ数量指数等）を用いて延伸する手法である。当該手法の場合、デフレーターは名目アウトプットを実質アウトプットで除することにより事後的に算出される。他方のデフレターの直接推計については価格指数を直接推計し、名目産出額を当該デフレーターで除することにより実質アウトプットを算出する。

名目アウトプット＝実質アウトプット×価格指数（デフレーター）という式に基づけば、同一データ内においては、名目アウトプットを数量指数に基づいて直接算出した実質アウトプットで除して事後的に算出したデフレーターと、直接推計したデフレーターは一致する。デフレーターを直接推計した場合も同様である。

②については、①の実質アウトプットの直接推計の際に疾病死亡率や再入院率という明示的な指標で医療の質を捉え、統計的手法を用いて実質アウトプット等に反映させる手法である。また、同手法とは別に、Cutler et al(1998)が示した健康状態を変数に含む効用関数を用いて、健康状態の変化を補償するような金額を算出し、それをデフレーターとして用いる手法もある（Cost of Living Index 法。以下「COL 法」）<sup>1</sup>。

### 3. 調査概要

本稿は、内閣府が株式会社インテージリサーチに委託して実施した「医療・介護の質の変化を反映した価格の把握手法に関する調査研究報告書」における調査結果を踏まえ、調査対象国・機関の SNA における医療の質の変化の取り扱いをまとめて紹介するものである。

#### （1）調査目的

我が国の国民経済計算（以下 JSNA）における、医療・介護について質の変化を反映した価格、実質値の把握手法の検討を行うべく、欧米等諸外国における

- ① 質の変化を調整した医療・介護の実質産出額の直接推計
- ② 質の変化を調整した医療・介護の価格指数の推計  
等の先行事例を収集・整理することを目的に実施。

#### （2）調査対象

- ① 国際機関（eurostat、OECD 統計局及び ILO）
- ② G7 各国（日本を除く）
- ③ その他（韓国、シンガポール及びオーストラリア）

<sup>1</sup> Cutler et al（1998）参照。

### (3) 調査項目

各国・機関が実際にどのように質の反映をしているのか、詳細かつ統計実務的な観点を含めたヒアリングを行った。

#### ① 国際機関

- 医療・介護の質を計測する意義
- SNA における医療・介護サービスの範囲の定義
- 医療・介護サービスの四つの質の調整方法<sup>2</sup>に対する評価
- 価格・数量にかかる望ましいデータ（データ項目、更新頻度等）
- 国際比較の観点から望ましい質の調整手法 等

#### ② G7 各国及びその他

G7 等各国に対しては、主に次の2点に重点を置き、ヒアリング内容の検討を行った。

- 文献等調査では分からない SNA における質調整手法の細かな点
- 文献等には掲載されない、医療における質調整を SNA に導入した理由  
各国における SNA での質調整の導入状況は文献や OECD 等が発行する資料等で把握することができる。しかし、質調整に使用するデータについて、コスト及び数量のデータはどういったデータを用いるのか、当該データはサンプル調査なのか、悉皆データであるのか、また更新頻度はどれくらいかといった詳細な内容は、質調整手法の導入にあたっては重要な要素であるものの、最新の状況についてはそれぞれヒアリングが必要である。また、そもそもなぜ質調整を導入しているのか、質調整に当たって今の手法を導入するに至った経緯は何か、といった点も JSNA における医療の質調整にあたって示唆を与えるものと考えられるため、ヒアリングを行った。この他にヒアリングした項目は次のとおりである。

- SNA における医療・介護サービスの範囲の定義

医療、介護サービスについては各国によって定義された範囲が異なり、特に介護と医療の間については、両者の親和性の高さから範囲が重なる部分が多いと考えられ、各国がどのように定義しているか確認を行った。

- 医療・介護サービスの価格及び保険制度

サービス価格の性質（市場価格、公定価格）がデフレーション手法の選択に影響を及ぼすことが考えられる。このため、医療・介護サービスの価格の性質をヒアリングした。また、サービス価格の負担方法について確認するため、医療保険の有無、公営か私営か又はその両方かについてもヒアリングした。

---

<sup>2</sup> 杉原ほか（2018）参照。

- 質調整手法選択の理由

質調整手法について、なぜ現在導入されている手法を採用したのかは前記のサービス価格の性質に基づく手法の決定や、国際機関のガイドラインに従うなど、複数の理由が考えられる。日本における手法採用にあたっても参考となることからヒアリングを行った。

- 使用データ及びデータソース

主に価格・コスト、数量及び細分化の分類軸について、データがカバーする範囲や更新の頻度等ヒアリングを行った。

(4) 調査時期

2018年2月2日～5月7日

(5) 調査方法

調査実施機関から調査票を電子メールで配布し、各国（各機関）担当者が調査内容に対する回答を記入したうえで期日までに返信させる方法

(6) 調査実施機関

株式会社インテージリサーチ

(7) 回収結果

調査票回収数：ILO 及びフランスを除く 11 の調査対象国・機関。

ただし、ドイツ及び韓国については非公表を条件に回答があったため、内容を記載していない。

4. 調査結果（国際機関及び各国の動向）

各国（各機関）から得た回答内容の詳細については、後掲の別表「ヒアリング結果一覧」を参照されたい。

(1) 国際機関

➤ OECD

【医療】

OECD は *Towards Measuring the Volume Output of Education and Health Services: A Handbook* (2010) (以下、OECD ハンドブック) において、アウトプット推計及び質の調整手法に関する指針を示している。今回のヒアリングに対する回答は、当該指針を踏まえた内容であった。

OECD は産出の変化を価格の変化によるものと数量の変化によるものに分けること、すなわち「名目＝実質×デフレーター」の式のとおり、名目の変化がどの程度実質の変化によるものなのか、デフレーターの変化によるものなのかを算出することが重要であると述べている。このとき、質の変化は数量の変化として扱われるべきであると述べている。

統計実務の観点から、当該研究を進めた場合、セクター間（例：医療と教育）及び項目間（例：産出と中間投入）でアウトプット推計手法が異なるケースが考えられる。その是非について OECD の考え方をヒアリングした。OECD は利用可能なデータによって方法は異なることが考えられる。重要なのは利用可能なデータに可能な限り基づいて推計を行うことである、またアウトプットとインプットは正確に推計された価格を使用すべきであり、その推計方法が同じである必要はないと示した。

価格の決定経緯により、たとえば公定価格であれば実質アウトプットの直接推計（数量指数を用いた推計）を用い、市場価格であれば価格指数によるデフレーション（価格指数を用いた推計）を用いるという考えはあり得るか、との問いに対して、OECD は実質アウトプットの直接推計と価格指数によるデフレーションのいずれの推計方法を採用しても本質的に間違いではないとし、質の変化を数量の変化としてとらえる目的に最も適切な方法を採用することを推奨している。したがって、公定価格だからといって実質アウトプットの直接推計にこだわる必要はなく、公定価格が適切に費用を反映し、それが均質であるなら価格指数によるデフレーション方式で用いる価格指数に使用してもよいとしている。

### 【介護】

介護については OECD ハンドブックを参照するよう回答を得たのみで、特に介護に特化した方法論についての回答は得られなかった。

医療及び介護を通じて、OECD は実質アウトプットの直接推計とデフレーターによる直接推計は本質的には変わらないと述べている。産出の変化を、価格の変化と数量の変化に適切に割り振るといった目的が達成されれば、手法の差に拘泥することはないようである。

### ➤ eurostat

#### 【医療】

eurostat は *Handbook on prices and volume measures in national accounts*(2016)（以下「ユーロスタットハンドブック」）において、アウトプット推計及び質の調整手法に関する指針を示し、また今回のヒアリングに対して、詳細かつ具体的な回答を寄せ、推奨する手法や適合性が低いと考える手法及びその理由についても指摘している。

eurostat はまず、アウトプット計測の意義について、量と質の両側面においてアウトプット数量を正確に計測することに価値を置いている。したがって、セクター間（例：医療と教育）及び項目間（例：産出と中間投入）でアウトプット計測手法が異なるとしても、当該手法が利用可能なデータによる最良の手法であることを優先するべきであり、それが満たされる場合、SNA としての部門間、項目間の整合性に問題はないと

主張する。これを踏まえ、eurostat は医療において実質アウトプットの直接推計、価格指数によるデフレーション、実質アウトプットの直接推計にさらに明示的な質指標を反映させる手法<sup>3</sup>を推奨し、COL 法は SNA への適合性が低い (less compatible) として推奨していない。

今回のヒアリングで、価格が純粋に市場で決まるのであれば価格指数のアプローチが可能であり好ましい、ただし、欧州ではそのようなことはめったにないと回答している。産出数量法による実質アウトプットの直接推計はアウトプットを網羅的に把握できる利点がある一方、治療を受けた患者に関するほぼ完全なデータが不可欠であり、必要とするデータ量の多さが難点であると述べている。また細分化の分類軸については、従来から治療の変化を網羅している DRG<sup>4</sup>や ICD<sup>5</sup> (疾病及び関連保健問題の国際統計分類) 等の疾病分類を挙げている。

明示的な質指標による質調整については、実質アウトプットの直接推計にさらに明示的な質指標を反映させる手法は「信頼性の高い直接的な質調整指標を得ることが難しい」ことを挙げ、COL 法は「アウトプットよりアウトカムを測定するため、SNA への適合度が低い」として、いずれの明示的な質調整方法に関しても eurostat は慎重な姿勢である。

### 【介護】

介護についても、eurostat はユーロスタットハンドブック内において、アウトプット推計及び質の調整手法に関する指針を示しており、また今回のヒアリングに対して、詳細かつ具体的な回答を寄せ、推奨する手法及び適合性が低いと考える手法並びにその理由についても指摘している。

アウトプット計測の意義については、医療ですでに述べたとおりであるが、eurostat は量と質の両側面においてアウトプット数量を正確に計測することに価値を置いている。

これを踏まえ、介護では実質アウトプットの直接推計、価格指数によるデフレーション、実質アウトプットの直接推計にさらに明示的な質指標を反映させる手法を推奨し、COL 法は適切ではないと回答している。

ユーロスタットハンドブック内においては、介護を市場部分と非市場部分で区別し、それぞれ適切又は他の手法より適切な手法について解説している。

市場部分については、CPI によるデフレーションが最も望ましく、サービス内容が均

<sup>3</sup> 死亡率や QOL 等の明示的な質指標を統計的に算出し、実質アウトプットの直接推計の一部に明示的な質指標の変化を反映させる手法である。

<sup>4</sup> Diagnosis Related Group の略称であり、重症度、合併症情報も含む疾病分類である。

<sup>5</sup> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems の略称であり、国際比較をするための統計分類。また、疾病、傷害及び死因の統計を国際比較するため WHO(世界保健機関)が作成した統計分類。

質となるよう分類されている場合には施設別の滞在日数による数量推計が許容される。

非市場部分については、インプット法が許容され、カバーされる範囲が広ければ明示的な質調整なしの実質アウトプットの直接推計も許容されると考えている。

医療及び介護を通じて、eurostat は細分化による質調整を重視し、価格・コストが市場によって決まる領域は価格指数によるデフレーション、非市場領域については実質アウトプットの直接推計を重視している。明示的な質調整については、今後信頼性の高い指標が出てこない限り、慎重な姿勢であると思われる。

## (2) G7 各国及びその他

### ➤ アメリカ

#### 【医療】

##### ● 医療制度

アメリカにおける医療サービスの提供主体は公立の医療機関（連邦、州又は地方自治体）と民間の医療機関（非営利又は営利）に分かれている。

医療保険についても公営医療保険と民間医療保険が存在するが、公営の医療保険は高齢者向けのメディケアと低所得者向けのメディケイドに限定されている。現役世代については民間医療保険、中でも雇用主負担の医療保険が主体である。

医療サービスの価格については、公営の医療保険の対象となる医療サービスは、メディケイド、メディケアによって設定されているが、それ以外の医療サービスは保険会社と医療機関の間で決定されている。

##### ● 手法の現状

アメリカの NIPA<sup>6</sup> 本体における医療サービスのアウトプット推計は PPI によるデフレーションが用いられており、明示的な質調整は導入されていない。

##### ● 根拠

PPI によるデフレーションを採っている根拠として、アメリカは NIPA 内のすべてのサービスに対して従来から適用してきた方法であり、一貫性の観点から医療サービスにも同様に適用するものと考えている。

また医療サービスの価格が市場価格であることも、PPI によるデフレーションを採る理由のひとつとしている。

##### ● 価格・コストのデータ

医療サービスにおける価格・コストはどのようなデータを用いているのかについて確認したところ、アメリカ労働統計局のデータを利用しており、サンプリング又は一部データであるものの、月次で情報が更新されている。

<sup>6</sup> National Income and Product Accounts の略称であり、アメリカ独自の国民経済計算体系である。

また使用している物価指数が PPI である理由について、医療サービスは患者本人ではなく、医療保険等第三者が料金を支払っていること、CPI は患者の自己負担額しか含まれず、医療サービスの価格の変化として利用するには無理があることから、PPI を推奨している。PPI については、内科、家庭医、病院、その他について異なる PPI が適用されており、NIPA に用いる NAICS（北米産業分類システム）の分類に適合している。

#### ● 明示的質調整

アメリカでは NIPA 本体では明示的質調整を行っていない。

明示的質調整を行わない理由について、NIPA において許容しがたいレベルの主観性が入り込むことを懸念しており、現時点における導入には消極的である。

しかし、質調整された医療アウトプットの推計については調査・研究が進行しており、複数の手法及びそれらを組み合わせることも検討している。

#### ● MCE

アメリカでは NIPA 本体とは別に医療サテライト勘定（HCSA）を作成し、公開している。HCSA では、疾病分類別に患者一人あたりの平均医療費の推移を、ラスパイレス式（医療部門全体にまとめ上げる際にはフィッシャー式）で統合したデフレーターを MCE INDEX として公表している。この MCE INDEX は細分化したうえでデフレーターを求める手法である。この手法で用いる細分化の分類は疾病分類である。その疾病分類について、各分類の質を一定と仮定しているのか、仮定しているのであれば、その根拠を尋ねた。その結果、特に MCE INDEX の疾病分類は質を調整しているものではなく、質調整における課題を研究している最中であると回答された。

MCE INDEX の疾病分類については、CCS(Clinical Classification Software)という概ね臨床に近い疾病をグループ化した疾病分類である。

#### 【介護】

アメリカにおける介護保険制度には公的保険・民間保険の両方が存在する。介護サービスの中でも医療の範疇については公的保険であるメディケアで支払われており、価格も政府が決定している。一方で、その他の介護サービスの価格は民間保険会社と病院等の間で決定される。

デフレート手法は介護についても医療とほぼ同様の環境であり、PPI によるデフレーションが用いられ、明示的質調整は行われていない。データについても月次で更新される労働統計局データを用いている。ただし介護については NIPA 上も特に細分類を設定しておらず、高齢者向けサービスを提供するナーシングホームの分類で介護分野を代表させている。

## ➤ イギリス

### 【医療】

#### ● 医療制度

イギリスにおける医療サービスの提供主体は **National Health Service**（以下 **NHS**）及び民間の医療機関である。**NHS** の運営には税金が投入され、原則として無料で医療サービスを受けることができる。したがって、**NHS** が提供する医療サービスの価格は市場価格ではなく、国又は第三者機関が価格を規制している。民間の医療機関が提供する医療サービスについては **NHS** のような規制はなく、医療機関が価格を決定する、すなわち市場価格である。

#### ● 手法の現状

イギリスの **SNA** 本体における医療サービスのアウトプットの推計は、非市場サービス部分は実質アウトプットの直接推計を用い、市場サービス部分については **CPI** によるデフレーションが用いられている。いずれも明示的な質調整は導入されておらず、細分化による質調整のみが行われている。

一方で、サテライト勘定及び参考指標ではインプット法、実質アウトプットの直接推計及び **CPI** によるデフレーションが用いられており、明示的な質調整も行われている。

#### ● 根拠

実質アウトプットの直接推計及び **CPI** によるデフレーションを適用している根拠は、いずれもユーロスタットハンドブックに則ったものである。

具体的には、市場サービスとして医療サービスが供給されている場合には、**CPI** 又は **PPI** 等の価格指数を使用してデフレートすることが望ましいとし、医療サービスが非市場サービスとして供給されている場合には質調整を行わない、実質アウトプットの直接推計を推奨している。

細分化の分類軸は **HRG**<sup>7</sup>を用いており疾病又は疾病及び治療行為による分類によって細分化を行っている。2016年現在、分類数は疾病、合併症等約 **25,000** 種類である。

#### ● 価格・コストのデータ

医療サービスにおける価格・コストはどのようなデータを用いているのかについて確認した。日本においては現在使用可能と考えられる疾病別の価格は診療報酬であるが、イギリスでは **reference cost** を用いている。**reference cost** とは、患者への医療サービス提供にかかるコストをサービスの提供件数等で除した、平均コストを収集したものである。収集でカバーされる範囲は悉皆であり、医療サービス価格の設定や議会での説明にも使用される信頼性の高いデータとされている。

<sup>7</sup> Healthcare Resource Group の略称である。

### ● 数量データ

一方、数量に使用するデータは、提供される医療サービスの内容によって異なる。例えば、外来における処置であれば、当該処置の数であり、画像診断であれば検査の回数等である。

また細分化の分類軸である HRG になじまない医療サービスも一定存在する。総合診療医であれば、様々な疾病に対処することから、診察件数を数量指標としている。NHS では電話による医療相談サービスを行っているが、当該サービスについては対応した相談件数を数量とする等、医療サービスの内容に応じた数量指標が設定されている。

価格指数によるデフレーションにかかる照会では、価格指数として使用される CPI についてヒアリングした。CPI は八つの医療サービス項目（非 NHS 理学療法、基本民間歯科検査及び BUPA<sup>8</sup>等）をもとに算出されており、「医療」部門の「外来」、「歯科」又は「病院サービス」のいずれかに分類される。NHS が提供する医療サービスではなく民間の医療機関が提供する医療サービスがターゲットであると考えられ、それに即した項目が CPI に含まれている。

### ● 明示的質調整

イギリスでは SNA 本体とは別に、実質アウトプットの直接推計にさらに明示的な質指標を反映させる手法を使って参考指標群を作成している。

質調整にあたり、大きく次の五つを明示的な質の指標としている。

- a. Health gain following treatment in hospital（病院での治療に伴う健康の改善）
- b. Short-term survival（短期生存率）
- c. Waiting time（治療までの待ち時間）
- d. Outcomes from primary medical care（プライマリ・ケアによる成果）
- e. National patient survey（患者調査）

これらは医療サービスが企図する成果（アウトカム）であり、医療サービスの提供によって変化するものと考えられ、質指標として選択されている。

適用手法については、適用する質指標によって異なる。a. b. c. については、患者レベルでデータを作成し、HRG ごとに分類、質調整係数を算定し、実質アウトプットの直接推計による数量指数に HRG ごとに乗じることで適用される。

d. については、いわゆるかかりつけ医である総合診療医のアウトプットに適用される。例えば高血圧にかかるケアの質指標の適用にあつては、総合診療医ごとに患者に占める高血圧の患者の割合を勘案する等の調整している。

また e. の患者調査については、適用するサービスの分類は HRG よりも大きな分類である。

---

<sup>8</sup> The British United Provident Association Limited の略称である。

明示的な質調整については、その論拠について多くを、ヨーク大学での研究結果 (Dawson, et al. (2005)) に依っている。また、「(アウトカムに基づいて) 質調整されたアウトプット法についての合意がないことから～中心的なフレームワークから除外されている」とする欧州経済計算 (ESA2010) に従って、SNA 本体では明示的な質調整なしの実質アウトプットの直接推計又は価格指数によるデフレーションを適用している。

### 【介護】

介護について、イギリスでは医療と同様、サービスの提供主体は NHS 及び民間企業等複数である。したがって政府が介護費用を負担する領域と、個人が介護費用を負担する領域が存在する。さらに医療と異なる点として、政府と個人の混合で介護費用を負担する領域も存在する。

SNA 本体、サテライト勘定及び参考指標群ともに産出数量法による実質アウトプットの直接推計とインプット法が用いられており、いずれも明示的な質調整は導入されていない。

実質アウトプットの直接推計が採られている部分については細分化による質調整が行われている。実質アウトプットの直接推計を導入した根拠については、医療と同様、ユーロスタットハンドブックに則ったものである。

医療と異なり、市場部分についてはインプット法が用いられている。医療では価格指数によるデフレーションが用いられていた領域であるが、イギリスでは介護について、資金とサービスの流れが非常に複雑であるため、データの取得が困難であり、インプット法を用いざるを得ない。

コストは、イギリス保健省が毎年個人向け福祉サービスの支出及び単位コストを収集、出版して公表しており、当該データを使用する。コストデータの収集範囲は悉皆であり、データは毎年1回更新される。また数量のデータは提供される介護サービスの内容によって異なる。数量データの単位については、ホームケア (在宅介護) については提供されたケアの時間数が数量であり、デイケア (通所介護) についてはデイケアの回数、施設での居住型ケアについては支援対象者が実際に施設で過ごした週数が数量データとなる。コストのデータと同様、収集でカバーされる範囲は悉皆であり、データは毎年1回更新される。

## ➤ イタリア

### 【医療】

#### ● 医療制度

イタリアにおける医療サービスの提供主体は、公立の医療機関及び民間の医療機関である。公立の医療機関については税金が投入され、原則として無料で医療サービス (LEA) を受けられる。公立の医療機関及び LEA の公認を受けた民間の医療機関は国又は地域で

決まった料金に従った報酬が支払われる仕組みである。LEA の価格は市場価格ではなく、イタリア保健省をトップとする特別委員会が価格を規制している。

また医療保険制度があり、医療保険は公営と民営の両方の制度が存在する。

- **手法の現状**

イタリアにおける医療の実質産出量の推計は、産出数量法による実質アウトプットの直接推計を採用している。

- **根拠**

実質アウトプットの直接推計を採用した根拠について直接的な言及はなかったが、ヒアリングに際し「総評」として、eurostat や ESA2010 に記載されている方法を引いたうえで、当該方法に適用するデータについて、イタリアにおける使用データを説明している。このことから、採用の根拠は eurostat 等の定める手法であるから、と考えられる。

- **価格・コストのデータ**

価格・コスト及び数量データについては当初は回答を得られず、追加の質問を行って回答を得た。医療サービスにおける価格・コストは医療制度の項に記述した国又は地域で決定した料金のデータを使用している。当該料金をコストとみるか、コストを反映しない単なる価格であるのかを確認するため、その決定過程を確認したところ、医療サービスにかかるコストと予算制約の両方を考慮しているとの回答を得た。コストとしての性格も帯びるものと考えられる。

- **数量データ**

一方、数量に使用するデータは、DRG によって分類された退院患者数を数量指標としていると回答があった。

ただし 1998 年までは開業医、専門医の診察数で調整した患者数を使用していたとも回答している。

- **明示的質調整**

イタリアでは明示的質調整は行われていない。

### **【介護】**

イタリアにおける質調整の方法については、明示的質調整を行っていない旨の回答はあったものの、具体的な手法については回答がなかった。

介護にかかる保険については医療と同様、公営と民営とが存在する。

## ➤ カナダ

### 【医療】

#### ● 医療制度

カナダにおける医療サービスの提供主体は公立の医療機関及び民間の医療機関である。メディケアと呼ばれる国民皆保険制度を採用しており、公立の医療機関については原則として患者の自己負担が一切なく、全てを税財源で公的に負担している。したがって、公立の医療機関が提供する医療サービスの価格は市場価格ではなく、国又は第三者機関が価格を規制している。民間の医療機関が提供する医療サービスについては、医療機関が価格を決定する、すなわち市場価格である。

#### ● 手法の現状

カナダのSNA本体における医療サービスのアウトプット推計は、公立の医療機関での医療サービスについてインプット法、民間の医療機関が提供する医療サービスについては家計最終消費支出（HFCE<sup>9</sup>）の指数を使ったデフレーションが用いられており、いずれも明示的な質調整は導入されていない。

#### ● 根拠

非市場部門である公立の医療機関における医療サービスについて、インプット法を適用している根拠は明確には示されていない。

一方で、民間の医療機関における医療サービスについては、市場ベースの活動であることから、「市場価格を反映した価格でデフレーションする必要がある」という根拠で価格指数によるデフレーションが用いられている。

#### ● 明示的質調整

カナダでのSNAにおける医療サービスについては、使用可能なデータがないため、明示的な質調整は行われていない。

### 【介護】

カナダにおける介護についてもヒアリングを行ったが、おおむね内容は医療と同様であった。医療と同様に公的な介護サービスと民間の介護サービスが存在し、それぞれ公的介護サービスはインプット法、民間の介護サービスは価格指数によるデフレーションが採られている。

またデフレーターは医療と同じくHFCE物価指数である。明示的質調整は行われていない。

---

<sup>9</sup> Household Final Consumption Expenditure の略称である。

➤ シンガポール

【医療】

● 医療制度

シンガポールにおける医療サービスは各医療機関によって価格が決められており、公定価格はなく、原則として自由診療である。医療保険制度は存在し、かつ公営、民営の両方の制度が存在するとの回答があった。

● 手法の現状

シンガポールの SNA における医療サービスのアウトプット推計は CPI によるデフレーションが用いられており、明示的な質調整は導入されていない。

● 根拠

CPI によるデフレーションを用いる理由について確認したところ、売上高と価格について信頼できるデータが存在するため、という回答であった。

また明示的質調整を導入していない理由については、質調整のための方法論がまだ開発されていない、と述べている。

【介護】

● 介護制度

シンガポールにおける介護サービスは医療制度と同様、各介護施設によって価格が決められている。介護保険制度は存在し、医療保険と同様公営、民営の両方の制度が存在するとの回答があった。

● 手法の現状

シンガポールの SNA における介護サービスのアウトプット推計は CPI によるデフレーションが用いられており、明示的な質調整は導入されていない。

● 根拠

CPI によるデフレーションを用いる理由について確認したところ、医療と同様、売上高と価格について信頼できるデータが存在するため、という回答であった。

また明示的質調整を導入していない理由についても、医療と同様に質調整のための方法論がまだ開発されていない、と述べている。

## ➤ オーストラリア

### 【医療】

#### ● 医療制度

オーストラリアにおける医療サービスの提供主体は公立及び民間の医療機関である。

オーストラリアでは全国民を対象とする医療保険であるメディケアが整備されており、メディケア及び政府の負担により医療費をカバーしている。一部の診療科や医療サービスについては自己負担が発生するが、概ね無料又はそれに近い負担で医療サービスを受けることが可能である。

#### ● 手法の現状

オーストラリアの SNA 本体における医療サービスのアウトプット推計は、医療サービスの公定価格による分野と市場価格による分野があるものの、産出数量法による実質アウトプットの直接推計が用いられており、いずれも明示的な質調整は導入されておらず、細分化による質調整のみが行われている。

#### ● 根拠

実質アウトプットの直接推計を適用している根拠について、オーストラリアはデータの利用可能性を主な理由に挙げた。具体的には、価格指数によるデフレーションに依拠するには適時利用可能なデータが不十分なためである。

#### ● 価格・コストのデータ

医療サービスにおける価格・コストはどのような資料を用いているのかについて確認した。専門医及び一般医療サービスについてはメディケアのデータを使用している。公立、私立の病院のデータについてはオーストラリア保健福祉研究所から提供を受けている。この他、非病院系サービスについてはメディケアや民間健康保険管理評議会等の報告書をデータに使用している。

これらのデータは1年毎に更新される悉皆データである。

#### ● 数量データ

数量データについては行政記録情報からである。また悉皆データである。

#### ● 明示的質調整

オーストラリアでは前述のように、明示的質調整は行っていない。

### 【介護】

介護については65歳以上の国民は公的介護サービスを受けることができる。概ね介護サービスはメディケアによってカバーされており、その価格も政府により決定されている。しかし一部民間企業によって供給される介護サービスについては市場内で価格が決定される。

SNA における介護サービスのアウトプット推計は、医療と同様、実質アウトプットの直接推計が用いられている。また明示的質調整はデータ上の問題により、行われていない。

## 5. まとめ

### 【医療】

医療のアウトプット推計にあたって、SNA 本体で明示的質調整を行っている国は見当たらなかった。また国際機関も、明示的質調整を積極的に推奨していない。

明示的質調整を導入しない理由は、国際機関の方針又は国際機関が発行する SNA にかかるハンドブックを理由に挙げる国が多かった。質指標が主観的な評価となることを懸念する国やデータの不足を挙げる国もあったが、明示的質調整にかかるコンセンサスが得られていないことが背景にあるように思われる。

明示的質調整を不採用としたうえで、医療サービスの価格が概ね市場によって決定される国は価格指数によるデフレーションを採用している。また、医療サービスの価格が公的に決定される国については、実質アウトプットの直接推計、価格指数によるデフレーション、インプット法を用いる国に分かれる。

採用に至った理由を詳細にヒアリングしていくと、価格の決定プロセスが直接または間接的に影響を与えたと考えられる国がある。その一方、そのほかの事情も踏まえたと考えられる国も存在する。

例えばオーストラリアはデータの利用可能性を、実質アウトプットの直接推計を採用した理由に挙げた。オーストラリアは医療サービスが公定価格による分野と市場価格による分野があるものの、価格指数によるデフレーションを採用するには利用可能なデータが不十分であり、実質アウトプットの直接推計を採用したと回答している。アメリカは医療サービスの価格は市場で決定されていて、価格指数によるデフレーションを用いている。同手法採用の理由として最初に挙げたのは SNA における他サービスにおけるデフレート手法との「一貫性」であるが、医療サービスの価格が市場で決定されることも価格指数によるデフレーション採用の理由のひとつと回答している。また、欧州の中には医療の価格が公的に（保険会社と病院の代表が国のレベルで価格を交渉）決定され、価格指数によるデフレーションを使っている国が存在するが、これは、数量データよりも価格データの方が情報を素早く集められ、かつ信頼性が高いため、同手法を採用している。

国際機関についても、医療サービスの価格の性質により手法を分けるか否かについては意見に濃淡が見られた。

eurostat は回答の中で実質アウトプットの直接推計と価格指数によるデフレーションを、医療サービスの価格が公的に決定されるか市場で決定されるかで分ける記述が見られたが、一方で OECD は正確な算出という目的が達せられることを重視し、産出数量法による実質アウトプットの直接推計と価格指数によるデフレーションの推計方法のいずれを採っても本質的に間違いではないという考えである。

今回のヒアリング結果から、医療サービスの価格決定が市場価格の場合は価格指数によるデフレーション、公定価格の場合は実質アウトプットの直接推計、価格指数によるデ

デフレーション、インプット法に分かれる傾向にあるが、その決定要因についてデータ制約をはじめとする各国事情を挙げる国が多い。

### 【介護】

介護については各国ともにSNA本体において明示的質調整を行っている国は見られなかった。また国際機関は、医療と考え方の本質は同じと考えている。

各国とも介護については分類が医療ほど細かくなく、特定の介護サービスで介護全体を代表させている例もあり、医療ほどSNAにおける介護の扱いについては整理されていない印象を受ける。

介護サービスが概ね市場によって決定される米国やシンガポールでは価格指数によるデフレーションが採用されている。それ以外の国では実質アウトプットの直接推計、インプット法若しくはCPI・PPIによるデフレーションを併用又は単独で採用している。

介護サービスにおける推計方法は国によってばらつきがあり、介護サービスの価格決定方法と推計方法との間ではっきりとした関係性は整理し難いのが現状である。

### 《付論》国際機関等による医療のデフレーション手法の整理

OECD、eurostat等の国際機関の文献では、医療部門が市場生産者か非市場生産者かによって概ね以下のようにデフレーション手法を整理している。なお、SNAにおける市場生産者/非市場生産者の定義は50%ルール<sup>10</sup>に基づいて行われる。JSNAの医療は、50%ルールにより「市場生産者」と位置づけられている。

JSNAのように医療が「市場生産者」の場合のデフレーション手法については、価格指数によるデフレーションまたは産出数量法による実質アウトプットの直接推計が妥当と整理されている。

価格指数によるデフレーションと産出数量法による実質アウトプットの直接推計のどちらがより好ましいかとの論点については、2008SNAにおける以下の指摘を踏まえると、価格指数によるデフレーションがデータ制約等も踏まえて可能であるのであればより妥当と考えられる。

<sup>10</sup> 提供する財貨・サービスの価格に経済的な意味があるかどうかを判断する。具体的には、売上高が生産費用の50%以上であれば、市場性があるとして、法人企業に分類し、それ以外は非市場生産者（一般政府、対家計民間非営利団体）に分類する。（内閣府『2008SNAに対応した我が国国民経済計算について（平成23年基準版）』）

「独立の信頼し得る、包括的な当期価額が利用可能であるならば、一般には、物量比率を集計して、数量を構築することは必要ない。ほとんどの場合、価格指数を使って当期価額データをデフレートすることはより好ましいことで、同時により実務的でもある。」

「(市場産出において)他に、当期価額に適用するために適切なデフレーターがない事例では、適切な指数で基準時点の当期価額を外挿し、数量指数を導出する。」

なお、Schreyer (2010)では、「広い意味でのデフレーション」にCPI、PPI等の価格指数によるデフレーションに加えて、単位費用によるデフレーション、疑似価格指数によるデフレーションも含まれるとしている。この場合の疑似価格指数とは、治療ごとの平均収入に基づく価格指数のことである。また、OECDは今回のヒアリングで「政府が設定した公定価格は、それぞれの費用を適切に反映し、十分均質であれば、価格指数を構築するために使用することもできる。これは疑似価格指数の計算に使用することができる。」と回答している。

なお、医療が非市場生産者の場合のデフレーション手法については、産出数量法による実質アウトプットの直接推計または単位費用によるデフレーションが挙げられている。2008SNAでは、これらの手法の他に非市場生産者一般のデフレーション手法として疑似産出価格指数や投入法を指摘している。

## 参考文献

- 杉原茂・市川恭子・今井健太郎・野口良平・岡崎康平・小池健太, 2018, 「医療の質の変化を反映した実質アウトプット・価格の把握～方法論の整理～」 ESRI Research Note No.36
- Atkinson, T., 2005, “Atkinson review: final report. Measurement of government output and productivity for the national accounts”
- Australian Bureau of Statistics, 2015, “Australian System of National Accounts” , P.152.
- Bureau of Economic Analysis, 2017, “Concepts and Methods of the U.S. National Income and Product Accounts” , P.5-20, 5-21
- Dunn, A., Rittmueller, L. and Whitmire, B., 2015, “Introducing the new BEA Health Care Satellite Account,” *Survey of Current Business*, Vol.95, No.1
- eurostat, 2016, “Handbook on prices and volume measures in national accounts”
- Gu, W., Morin, S., 2014, “Experimental Measures of Output and Productivity in the Canadian Hospital Sector, 2002 to 2010” , The Canadian Productivity Review, Statistics Canada, P.9.
- Gu, W., and Li, Jiang., 2015, “Productivity in Residential Care Facilities in Canada, 1984-2009” , Statistics Canada, P.19.
- Office for National Statistics, United Kingdom, 2007, “Public Service Productivity: Adult Social Care”
- Office National for Statistics, United Kingdom, 2010, “Sources & Methods for Public Service Productivity Estimates: Total Public Services” , P.7
- Office for National Statistics, United Kingdom, 2012, “Quality adjustment of public service health output: current method”
- Office for National Statistics, United Kingdom, 2013, “Sources and methods public service productivity estimates: healthcare”
- Office for National Statistics, United Kingdom, 2017, “Public service productivity estimates: total public service, UK: 2014” , P.15
- Office for National Statistics, United Kingdom, 2015, “Information paper: Quality and Methodology Information” , P.5
- Schreyer, P., 2010, “Towards measuring the volume output of education and

health services: a handbook”

Sharpe, A., Bradley, C., Messinger, H., 2007, “The Measurement of Output and Productivity in the Health Care Sector in Canada: An Overview, Centre for the Study of Living Standards (CSLS)” Research Report 2007-06, P.13.

Statistics New Zealand, 2010, “Measuring government sector productivity in New Zealand: a feasibility study” , P.99.

Tipper, A., 2013, “Output and productivity in the education and health industries” , Statistics New Zealand, P.21.

## ＜国際機関に対するヒアリング結果＞

<b>I.1 計測の意義</b>
<b>I.1.1 SNAにおける医療・介護サービスの「質」を計測する意義について、どう考えるか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD 産出の変化を、価格による変化と量による変化に分けることは重要である。 質の変化は、SNA では量の変化として扱われるべきである。</li> <li>● eurostat アウトプット数量を完全な形で測定し、数量・質の両側面を含めるよう努力することが重要である。</li> </ul>
<b>I.1.2 セクター間の質の調整の手法が異なる場合、SNA 全体としての整合性について、どう考えるか（例：医療は産出数量法、教育は投入コスト法と手法が異なる）。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD 使用される方法の種類は、使用可能なデータ源によって異なる場合がある。 重要なことは、利用可能なデータ源に基づいてできるだけ正確に計算することである。</li> <li>● eurostat 各産業に対し、利用可能なデータを用いてできる最も良い方法を選ぶべきである。一般的にインプット法より産出数量法が好まれる。</li> </ul>
<b>I.1.3 項目間の質の調整手法が異なる場合、SNA 全体としての整合性について、どのように考えるか（例：産出は産出数量法、中間投入はCPI等によるデフレーションを行ってGDPを算出）。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD アウトプットとインプットの両方に、適切な質調整された価格を使用すべきである。 適切な価格を得るための推定方法は同じである必要はない。</li> <li>● eurostat 整合性は保たれる。各項目に対して可能な範囲で最良の方法を選ぶべきである。中間投入については一般的にCPIによるデフレーションは最良の方法ではないが、他のよりよいデフレーターがない場合は必要となるかもしれない。</li> </ul>

## I.2 医療・介護サービスの範囲

### I.2.1 SNAにおける医療・介護サービスの範囲をどのように定め、どのように分類すべきか。

- OECD

医療および高齢者ケアサービスは、SNAでは定義されていない。

OECD「教育と医療のアウトプットの測定に向けて」

[http://www.oecd-ilibrary.org/economics/towards-measuring-the-volume-output-of-education-and-health-services\\_5kmd34g1zk9x-en](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/towards-measuring-the-volume-output-of-education-and-health-services_5kmd34g1zk9x-en)では、項目 4.1.2 で医療サービスの目標とすべき定義を載せている。

国レベルでは、どのカテゴリ項目を分類すべきかを判断するために、国際標準産業分類 (International Standard Industrial Classification: ISIC rev 4) および/または中央商品分類 (Central Product Classification: CPC) を使用する。

- eurostat

さまざまな医療・介護サービスの定義に関する議論については、eurostat (2016) 4.17 を参照されたい。

<b>II.1 医療サービス</b> <b>ー 現在、各国で行われている医療サービスにおけるアウトプットの質調整の方法</b>
<b>II.1.1 次の4分類について、最も推奨するものは何か。</b>
<b>①産出数量法 ②細分化・デフレーター方式 ③統計的手法・アウトプット方式 ④統計的手法・デフレーター方式 その他 ( )</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD OECD「教育と医療のアウトプットの測定に向けて」(以下 Schreyer(2010))、および eurostat「価格と量の測定に関するハンドブック」(以下 eurostat (2016))は、どのような方法を使用するかについての指針を提供している。 <a href="http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-GQ-14-005">http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-GQ-14-005</a></li> <li>● eurostat ①、②または③を推奨する。COL法(④)は国民経済計算との適合性が低い。</li> </ul>
<b>II.1.2 産出数量法の利点と課題について、どのように評価するか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD Schreyer(2010)では、第4.2節および第4.3節においてアウトプット推計の問題に関する議論を行っている。</li> <li>● eurostat 産出数量法を使うためには、治療を受けた患者に関するほぼ完全なデータが利用可能である必要がある。治療のサンプルに基づいて数量指数を計算することはできないためである。これは利点でもあり(カバー範囲が広い)、欠点でもある(大量のデータが必要)。</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

II.1.3 産出数量法で用いるコストウェイトのコストとは、市場で価格が決まる場合には限界効用と価格が一致し、コストに価格を用いるのは妥当と考える。その一方、医療のように価格が市場で決まらないケースにおいてコストに社会的価値を必ずしも反映していない公定価格を用いることの妥当性をどのように考えるか。

- OECD

SNAは、フローとストックの効用を判断するのではなく、国民経済計算への記載項目の現在の交換価値を金額で測定する（SNA2008 パラグラフ 3.118）。

市場価格が存在する場合、国レベルではそれらを使用することになる。市場価格に基づく価格指数も一定の質を反映しなければならないことに留意すべきである。市場価格の変化が単に国民経済計算上の純粋な価格変動であるとは限らないということを意味する。詳細については、SNA2008 パラグラフ 15.64-15.75 を参照のこと。

- eurostat

どのように公定価格が決められるのかによる。例えば病院、保険者、政府の間での何らかの交渉の結果に基づくのであれば、コストウェイトとして用いることは適切であると考えられる。

II.1.4 医療サービスが公定価格であるか、市場価格であるかによって、産出数量法、またはデフレーター方式を選択することについてどのように考えるか。

(例：公定価格である場合、産出数量法を選択、市場価格である場合はデフレーター方式を選択)

- OECD

データ源と、質の変化を数量の変化として記録することを念頭に置いて、最も適切な方法を使用することを推奨する。2つの異なる方法の使用に本質的に間違ったものはない。

アウトプット数量の推計は、質の変化に合わせて調整する必要があるかもしれない。市場価格に基づく価格指数は、一定の質を反映する必要がある。

政府が設定した公定価格は、それぞれの費用を適切に反映し、十分均質であれば、価格指数を構築するために使用することもできる。これは、(疑似)物価指数の計算に使用することができる。Schreyer (2010) を参照のこと。

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● eurostat 確かに価格が純粋に市場で決まるのであれば、価格指数のアプローチが可能であり、好ましい。ただし欧州ではそのようなことはめったにない。</li> </ul>
<b>II.1.5 米国のMCEのような「②細分化・デフレーター方式」の利点と課題について、どのように評価するか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD Schreyer (2010) では、各方法論の強みと弱みを含む様々な評価方法について議論している。</li> <li>● eurostat 市場で価格決定がなされる場合は、ほぼ価格指数によるデフレーションが適用可能なようである。</li> </ul>
<b>II.1.6 英国の生産性指標のような「③統計的手法・アウトプット方式」の利点と課題について、どのように評価するか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD Schreyer (2010) では、各方法論の強みと弱みを含む様々な評価方法について議論している。</li> <li>● eurostat 信頼性の高い直接的な質調整指標を得ることが難しい。</li> </ul>
<b>II.1.7 米国 (Cutler et. al. (1998)) の Cost of Living Index のような④「統計的手法・デフレーター方式」の利点と課題について、どのように評価するか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD Schreyer (2010) では、各方法論の強みと弱みを含む様々な評価方法について議論している。</li> <li>● eurostat COL法はアウトプットよりアウトカムを測定するため、国民経済計算に適合する方法ではない。</li> </ul>
<b>II.1.8 価格や数量を示すデータは、どのようなデータを用いるのが望ましいか (データ項目、分類数、分類軸等)。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD Schreyer(2010)、eurostat (2016) は、どのような方法を使用するかについての指針を提供している。</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● eurostat eurostat (2016) を参照のこと。</li> </ul>
<p>II.1.9 前記「II.1.8」の項目のデータについて、更新頻度はどの程度が望ましいか。そのデータが1年ごとの更新ではない場合、どのような方法で補完すべきか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD Schreyer (2010) では、各方法論の強みと弱みを含む様々な評価方法について議論している。</li> <li>● eurostat 経験上、毎年の更新があるデータが利用可能であるのが一般的である。四半期ごとの決算に実況把握 (nowcasting) の方法を開発している国もある。</li> </ul>
<p>II.1.10 前記「II.1.8」の項目のデータについて、サンプリング・一部データしか入手できない場合、どのような方法で全体を推計すべきか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD N/A</li> <li>● eurostat 全体とは治療の総数を指す。</li> </ul>
<p>II.1.11 上記のような方法論の整理の仕方について、意見があれば：</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD N/A</li> <li>● eurostat 上記の整理は完全である。</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

<b>II.2 介護サービス</b>
<b>II.2.1 介護サービスでは、①～④のうちどの方式で質の調整をすべきか。また、それはなぜか。</b>
①産出数量法 ②細分化・デフレーター方式 ③統計的手法・アウトプット方式 ④統計的手法・デフレーター方式 その他 ( )
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD Schreyer(2010)、eurostat (2016) は、どのような方法を使用するかについての指針を提供している。</li> <li>● eurostat ①、②または③を推奨する。質調整はすでにデフレーターで行われているはずであり、④は適切ではない。</li> </ul>
<b>II.2.2 質の指標、数量、価格のデータは、どのようなデータを用いるべきか（データ項目、分類数、分類軸等）。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD Schreyer(2010)、eurostat (2016) は、どのような方法を使用するかについての指針を提供している。</li> <li>● eurostat eurostat (2016) のセクション 4.17.4 を参照のこと。</li> </ul>
<b>II.2.3 前記「II.2.2」項目のデータについて、更新頻度はどの程度が望ましいか。そのデータが1年ごとの更新ではない場合、どのような方法で補完すべきか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD Schreyer(2010)、eurostat (2016) は、どのような方法を使用するかについての指針を提供している。</li> <li>● eurostat 経験上、毎年更新があるデータが利用可能であるのが一般的である。四半期ごとの決算に実況把握 (nowcasting) の方法を開発している国もある。</li> </ul>
<b>II.2.4 前記「II.2.2」の項目のデータについて、サンプリング・一部データしか入手できない場合、どのような方法で全体を推計すべきか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD N/A</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

- eurostat  
全体とは治療の総数を指す。

## (別表) ヒアリング結果一覧

<b>Ⅲ.1 国際比較</b>
<b>Ⅲ.1.1 国際比較の観点から、質の調整はどの方法で行われるのが望ましいか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD OECD「教育と保健サービスの量産量の測定に向けて（2010年）」（以下、Schreyer(2010)）、および eurostat「価格と量の測定に関するハンドブック」（2016）（以下、eurostat（2016））は、どのような方法を使用するかについてのガイダンスを提供している。</li> <li>● eurostat 質調整の各手法の妥当性に関する議論については、eurostat(2016)を参照のこと。</li> </ul>
<b>Ⅲ.1.2 国際機関として標準化に取り組んでいることはあるか。また、今後取り組む予定はあるか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD 2008年のSNAは主にレベルの推計に焦点を絞っており、価値の変化を量と価格に分解することについてのコメントは比較的少ない。2008SNAの第15章には、この点でより一般的な推奨事項があるが、量と価格について詳細には触れていない。国際レベルでは、価値の変化を量と価格に分解することについて、より多くの指針が必要かどうかを決定する議論がなされている。</li> <li>● eurostat ある。 医療・教育（非市場型サービス）における質調整をテーマとしたタスクフォースがある。報告書は6月までに公開されるはずである。 （筆者注：2018年6月に「FINAL REPORT OF THE TASK FORCE “PRICE AND VOLUME MEASURES FOR SERVICE ACTIVITIES”」を公表している。当該報告書では、医療や教育といった非市場サービスにおける質の調整について記述されている。）</li> </ul>
<b>Ⅲ.1.3 質の調整方法について有用な情報があれば、ご教示いただきたい。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● OECD 参考文献は回答中に記載している。</li> <li>● eurostat 先の回答を参照のこと。</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

## &lt;各国に対するヒアリング結果（医療）&gt;

<b>I.1 計測の意義</b>
I.1.1 医療サービスについて「質」をSNAにおいて反映させることについて議論を行っているか。またはすでに対応しているか。
<input type="checkbox"/> すでに対応している <input type="checkbox"/> 議論を行っている <input type="checkbox"/> 検討していない
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 すでに対応している</li> <li>● 英国 検討していない (ESA2010 の制約のため)</li> <li>● イタリア 検討していない</li> <li>● オーストラリア 検討していない</li> <li>● カナダ 検討していない</li> <li>● シンガポール 検討していない</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

**I.2 医療サービスの範囲****I.2.1 SNA の公表している最小分類において、医療・介護はどのように分離しているか。**

- 米国  
NAICS 分類方式に従い、NAICS と報告された産業カテゴリーが一致するようにしている。例えば NIPA ではナーシングホーム、病院、内科サービス、歯科サービス、救命救急のサービスをそれぞれ別に計算している。詳細については、[www.bea.gov](http://www.bea.gov) の NIPA 表を参照されたい。
- 英国  
86 : 人間の医療活動  
86NM : 人間の医療活動 - 非市場型 (85%)  
86M : 人間の医療活動 - 市場型 (15%)  
87 : 居住型ケア活動  
87NM : 居住型ケア活動 - 非市場型 (51%)  
87M : 居住型ケア活動 - 市場型 (49%)  
88 : 非居住型福祉活動  
88NM : 非居住型福祉活動 - 非市場型 (50%)  
88M : 非居住型福祉活動 - 市場型 (50%)
- イタリア  
SNA では、財とサービスの取引を詳細に調査するための参照分類は、中央商品分類 (Central Product Classification, CPC) の第 2 版である (国連 2008、<http://unstats.un.org/unsd//cr/registry/cpc-2.asp>)。分類 (Division) 93 が、人間の医療と社会福祉サービスのためのカテゴリーとなっている。  
生産活動 (Production activity) における参照分類は、全経済活動の国際標準産業分類 (ISIC Rev.4、<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/isic-4.asp>) である。ISIC のセクション Q は、人間の医療および福祉活動の分類となっている。  
どちらの分類はどちらも SNA の参照点 (reference points) であるが、SNA 外の分類システムであり、SNA 内では公表されていない。

## (別表) ヒアリング結果一覧

- オーストラリア  
オーストラリア・ニュージーランド標準産業分類 (ANZSIC) 部門の中の「ヘルスケアと社会扶助」であり、国際標準産業分類 (ISIC) の1桁 (One digit) に相当する。
- カナダ  
公表されているなかで最も小さい区分では、介護 [医療] は以下の2つの商品として捕捉されている。  
NGS622000 : 政府により供給される、非市場型病院サービス  
MPS622000 : 病院サービス  
これらの2商品は、このサービスが市場ベースで供給されるか、非市場 (政府) ベースで供給されるかという観点から区別されている。
- シンガポール  
公表されている範囲では、医療・介護サービスは「その他のサービス」という産業に分類されている (他に行政、教育、保健と社会福祉、芸術、エンターテインメントとレクリエーション、その他のサービスがある)。

### 1.2.2 SNA では公表されていない、さらに詳細な内訳 (SNA の作業段階で用いている詳細な内訳・分類) はあるか。

- 米国  
前記「1.2.1」の回答で挙げた5つのカテゴリーは、米国で作成・公表しているサービス分類の最も詳細なレベルのものである。
- 英国  
86 : 人間の医療活動  
86NM : 人間の医療活動 - 非市場型
  - プライマリー・ケア
  - 一般開業医
  - 歯科サービス
  - 眼科サービス
  - NHS ダイレクト (電話コンサルタント)
  - NHS チョイス (オンライン)

## (別表) ヒアリング結果一覧

- 地域 (community) で処方された薬物
- 二次的 (secondary) ケア
- 待機 (elective) 入院患者
- 非待機 (non-elective) 入院患者
- 日帰り手術 (day case)
- コンサルタント主導の外来診療
- コンサルタント主導でない外来診療
- 外来処置
- 救急医療
- 化学療法
- 救命救急
- 医療画像診断
- 核医学
- 放射線療法
- リハビリ
- 専門家による緩和ケア
- 腎透析
- 直接アクセスされた (directly accessed) 診断サービス
- 直接アクセスされた (directly accessed) 病理サービス
- 精神疾患 (Mental health care)
- 地域保健サービス
- 救急サービス
- 嚢胞性線維症専門医ケア

## (別表) ヒアリング結果一覧

- 民間セクターでの提供

86M:人間の医療活動 - 市場型

社会福祉の詳細については、介護版アンケートを参照のこと。

● イタリア

SNA に関しては、I.2.1 の質問に対する回答を参照のこと。

欧州会計システム (ESA2010) では、アウトプット推計により医療サービスの数量変化の非市場生産を測定するために必要な最低レベルの分類は、下記のような、CPA2.1 の活動別製品統計分類 (欧州レベルでの製品〈財およびサービス〉分類) の分類レベルである。

86 人間の健康サービス

86.1 病院サービス

86.10 病院サービス

86.2 医療および歯科診療サービス

86.21 家庭医による診療サービス

86.22 専門医による診療サービス

86.23 歯科診療サービス

86.9 その他の人間の医療サービス

86.90 その他の人間の医療サービス

87 居住型ケア活動

87.1 居住型介護活動

87.2 精神遅滞、精神障害および薬物乱用に対する居住型ケアサービス

87.3 高齢者および障害者の居住型ケア活動

## (別表) ヒアリング結果一覧

87.9 その他の居住型ケア活動

88 非居住型福祉活動

88.1 高齢者と障害者のための非居住型福祉活動

88.9 その他の福祉活動

- オーストラリア  
さらに詳細な内訳は現時点ではない。
- カナダ  
集計の最も詳細なレベルは、北米生産物分類システム（NAPCS）である。
- シンガポール  
シンガポール基準産業分類（SSIC 2015）の項目 Q「保健と福祉サービス」によって分類されたレベルでの推計が作成される。

## (別表) ヒアリング結果一覧

**I.3 医療サービスの価格****I.3.1 特定の医療行為に対する価格の決定方法（保険制度の有無、概要）**

国または第三者機関（医療機関・患者以外）が価格を規制  価格に関する規定はなく、各医療機関が価格を決定

その他

## ● 米国

その他

米国の医療制度は公的、民間、個人保険者の組み合わせとして機能している。公的保険者からの価格（レート）は一般的に規制主体（特にメディケア、メディケイドプログラム）により設定されるが、民間や個人保険者の価格は民間保険者、病院、他の医療サービス提供者とのやりとりで設定される。

## ● 英国

国または第三者機関（医療機関・患者以外）が価格を規制（患者が支払わなければならない場合を除き、医療サービス提供の時点では無料）

価格に関する規定はなく、各医療機関が価格を決定（民間セクターの場合）

## ● イタリア

イタリアの医療システムは、一般税として徴収された公的資金を使用して、市民に無料または自己負担料（チケット）を提供するヘルスケア治療（Livelli Essenziali di Assistenza-LEA）を提供している。財源は、住民への医療サービスの計画、調整、提供を担当する地域（Region, NUTS II）に割り当てられている。

地域では追加的な LEA の給付金（benefit）を提供することもでき、実際にいくつかの地域で行われているが、追加の費用は自主財源でカバーする必要がある。

LEA の更新を担当しているのは、保健省が委員長を務め、地域やその他の国・地方機関の代表者で構成される特別委員会である。

LEA に含まれる医療サービスは、公的施設（ASL [=Aziende Sanitarie Locali、地方医療機関]、公立病院、大学の公立病院）および公認を受けた民間の提供者を通じて提供されている。これらの提供者は、国レベルまたは地域レベルで事前に定義された料金に基づき、報酬が支払われる。

## (別表) ヒアリング結果一覧

## ● オーストラリア

その他

オーストラリアには全国民を対象とした保健医療制度があり、民間保険で補っている。医療に対する政府支出は総医療支出の約3分の2である。

## ● カナダ

国または第三者機関（医療機関・患者以外）が価格を規制

## ● シンガポール

価格に関する規定はなく、各医療機関が価格を決定

## I.3.2 医療保険制度の有無および医療費負担割合

医療保険制度があるか。あるなら、公営か民営か。また、利用者の医療費負担割合は平均して何割くらいか。

医療保険制度がある ・ 医療保険制度は：【 公営 ・ 民営 】 ・ 患者の平均的な医療費負担割合：【     】割

医療保険制度はない  その他

## ● 米国

その他

米国では公的・民間保険の組み合わせである。主要な公的保険プログラムは主に高齢者を対象とするメディケアと、低所得の個人を対象とするメディケイドである。反対に民間保険の大部分は、雇用主が提供する保険の形で雇用主を通じて提供される。自営業者およびその他の者は、個人加入（non-group）市場を通じて民間保険を購入することもできる。

## ● 英国

医療保険制度がある

医療保険制度：民営

民間医療保険では、保険契約の開始後に発生する条件に基づき、民間医療サービスへのアクセスが可能になる。毎月支払うプレミアムによりすべて、または一部の治療コストをカバーする。

## (別表) ヒアリング結果一覧

- イタリア  
医療保険制度がある  
医療保険制度：公営・民営両方
- オーストラリア  
民間医療保険のスキームに加え、公的なシステムであるメディケア・サービスがある。負担割合は個別に算出していない。
- カナダ  
医療保険制度がある  
医療保険制度：公営。各州に独自の保険体制がある。  
平均的な医療費負担割合：N/A
- シンガポール  
医療保険制度がある  
医療保険制度：公営、民営  
平均的な医療費負担割合：保険プランにより異なる

**I.4 SNA/NIPA における医療サービスの質調整の扱い**

— SNA/NIPA 等において、医療サービスの質の調整をどのような方法で行っているか（予定も含む）。

**SNA 本体 医療サービスの質調整方法**

インプット法 産出数量法 CPI、PPI 等によるデフレーター 疾病別の MCE 等によるデフレーター その他

- 米国  
CPI、PPI 等によるデフレーター
- 英国  
産出数量法  
CPI、PPI 等によるデフレーター

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● イタリア 国民経済計算では、医療サービスに特化した質の調整の問題には対応していない。サテライト勘定でも、現行価格での推計は作成されていない。</li> <li>● オーストラリア 産出数量法</li> <li>● カナダ インプット法 CPI、PPI 等によるデフレーター</li> <li>● シンガポール CPI、PPI 等によるデフレーター</li> </ul>
<b>SNA 本体 明示的な質調整の有無</b>
<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 行っていない</li> <li>● 英国 行っていない</li> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> <li>● カナダ 行っていない</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

● シンガポール 行っていない
<b>サテライト勘定 医療サービスの質調整方法</b>
<input type="checkbox"/> インプット法 <input type="checkbox"/> 産出数量法 <input type="checkbox"/> CPI、PPI 等によるデフレーター <input type="checkbox"/> 疾病別の MCE 等によるデフレーター <input type="checkbox"/> その他
● 米国 N/A
● 英国 インプット法 産出数量法 CPI、PPI 等によるデフレーター
● イタリア N/A
● オーストラリア N/A
● カナダ N/A
● シンガポール N/A
<b>サテライト勘定 明示的な質調整の有無</b>
<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
● 米国 N/A

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 行っている</li> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
<b>参考指標 医療サービスの質調整方法</b>
<input type="checkbox"/> インプット法 <input type="checkbox"/> 産出数量法 <input type="checkbox"/> CPI、PPI 等によるデフレーター <input type="checkbox"/> 疾病別の MCE 等によるデフレーター <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 インプット法 産出数量法 CPI、PPI 等によるデフレーター</li> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
<b>参考指標 明示的な質調整の有無</b>
<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 行っている</li> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

**II.1 インプット法****II.1.1 中間投入、付加価値のコスト等価格はどのように定義し、データはどのようなデータを用いているか（データ名、更新頻度、カバレッジ等）。**

## ● カナダ

病院サービスのアウトプットには2つの商品がある。1つは市場サービスを対象とし、もう一つは非市場サービスを対象とする。以下の説明は、非市場サービスにのみ適用するものである。

政府が提供する病院サービスの基準年価格の推計は、国民経済計算の以下の恒等式により、間接的に推計される。

産出=中間投入+一次投入

二次産出（病院サービス以外の商品の産出）、中間投入および一次投入は、観察された価格または間接数量法を使用してデフレーションされる。それから中間・一次投入のデフレーションされた額から二次産出量のデフレーションされた額を差し引く。その結果、NGS622000のデフレーションされた産出の間接的な推計がなされる。

## (別表) ヒアリング結果一覧

<b>III.1 選択理由（産出数量法）</b>
<b>III.1.1 SNA 等内で産出数量法を用いる理由は何か。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 eurostat はハンドブックにおいて、教育のような対個人サービスの非市場測定に対する好ましいアプローチは実質アウトプットの直接推計であることを推奨している。実質アウトプットの直接推計法は、以下の論拠に基づいて収集されるべきである。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 生産者が外部の利用者に提供するサービスをカバーすべきである。</li> <li>2. 前年における各アウトプットの種類別のコストでウェイト付けしなければならない。</li> <li>3. 可能な限り詳細なレベルで定義されるべきである。</li> </ol> <p>サービスの区別は、国民経済計算が質の変化を考慮に入れる標準的な方法である。各サービスは、均質であるとみなせるカテゴリーに到達するまで区別されている。各サービスに割り当てられたウェイトが毎年更新されるため、質の変化は、異なるカテゴリーの比率の変化によって把握する。</p> </li> <li>● オーストラリア データの利用可能性。価格指数によるデフレーションに依拠するには利用可能なデータが不足している。</li> </ul>
<b>III.1.2 医療サービスが公定価格であるため、デフレーター方式よりも、産出数量法の方が妥当という考え方が選択理由の一つとなっているか。</b>
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<b>III.2 細分化（細分化された疾病分類や治療・疾病分類等に基づいて、直接的に実質産出額を求める手法）</b>
<b>III.2.1 産出数量法を SNA に用いるにあたっての課題は何か</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 英国での医療サービスの推計における最も重要な課題は、データの適時性と地理的なカバレッジである。これは医療サービスの提供を担う行政体制が異なることによる。</li> <li>● オーストラリア 標準的な医療費は特定の医療行為（関連リンクのメディケアスキームの背景を参照）に対して決定されるが、患者の自己負担額が存在する。これらを総計して特定することはできるが、特定の医療サービスの提供に、自己負担額を紐づけることができない。</li> </ul>
<b>III.2.2 どの程度の細分化を行っているか（分類数）。治療内容の違いや重症度などにより、さらなる細分化が必要だと考えているか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 2016年には、約 25,000 種類の異なる HRG の組み合わせがあり、治療の背景、合併症および複雑さにより患者の症例を反映している。サービスの区別は、国民経済計算が質の変化を考慮に入れる標準的な方法である。各サービスは、均質であるとみなせるカテゴリに到達するまで区別されている。各サービスに割り当てられたウェイトが毎年更新されるため、質の変化は、異なるカテゴリの比率の変化によって把握する。</li> <li>● オーストラリア 約 15 の疾病-治療（広範な種類のサービス、Broad Type of Service）カテゴリを集計に使用している。より詳細なカテゴリの使用については、まだ研究されていない。概念的には、より細かいレベルのインプットデータを使用して数量の推計を行うのは理にかなっているが、その影響はまだ分析されていない。</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<p>III. 2.3 医療サービスの分類の基準は何か（何の基準を採用しているか）。</p> <p>（例）疾病による分類、疾病・治療による分類、具体的な分類名（ICD, DRG など）</p> <p><input type="checkbox"/>DRG (Diagnosis-Related Group)    <input type="checkbox"/>HRG (Healthcare Response Group)    <input type="checkbox"/>ICD (International Classification of Diseases)</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 HRG</li> <li>● オーストラリア さらに詳細な内訳は現時点ではない。</li> </ul>
<p>III. 2.4 DRG または HRG を選んだ場合、当該分類では対象とならない医療サービスについてはどのように推計しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 一般開業医 - 診察件数 歯科医療 - 治療数 眼科サービス - 視力検査の回数 NHS ダイレクト（電話コンサルタント） - 通話数 NHS チョイス（オンライン） - ウェブサイト訪問数 地域で処方された薬剤 - 英国国民医薬品集（British National Formulary）が処方された薬の量を記録（約 26,000 種類の異なる薬剤の組み合わせ）</li> <li>● オーストラリア メディケアの広範な種類のサービス（Broad Type of Service）のデータは、DRG と関連している。平均分離コストのデータは、公立・私立病院のためのオーストラリア病院統計（Australian Hospital Statistics）から提供されている。</li> </ul>
<p>III. 2.5 DRG または HRG を選んだ場合、DRG、HRG 導入前については、どの分類基準を採用しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 HRG は 1997 年から用いられている。</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
<b>III.2.6 DRG または HRG を選んだ場合、データの信頼性の確保（医療機関での入力やデータ収集などを適切に行うため）に、どのような対応がなされているか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 参照コストの収集（reference cost collection）においては、NHS トラストおよび NHS 財団トラストから、NHS でサービスを提供するためのコスト・データを収集する権限を与えられている。 参照コストとは、ある会計年度において、英国の NHS 患者に特定のサービスを提供する際の NHS の平均単位コストである。これを見ると、NHS の医療サービス提供者が患者に医療を提供するのに、どのように資金を費やしているかがわかる。これは豊富なデータソースであり、地方での価格設定から議会への説明まで、さまざまな場面で使われる。 したがって、コレクションに報告するデータの質は非常に重要である。内部コスト処理のプロセスとシステムを改善してサービスの提供コストをよりよく理解し、コストデータの改善を提示することを支援するのは、NHS のサービス提供者の責任である。国家機関は、収集されたコストのデータが目的に合っていることを確かめ、包括的かつ明確な指針を作成することによってこれを支援する責任を負う。</li> <li>● オーストラリア これらは行政データソースであり、関連する報告を担当するオーストラリア政府機関は、自らのデータ品質基準を説明している。このデータ品質は、ABS の直接管理の範囲外である。</li> </ul>
<b>III.2.7 価格・コストについて</b>
<b>III.2.7.1 価格・コストにはどのようなデータを用いているか。また、データの種別は何か（統計／行政記録情報／その他）。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 数量とコストは、NHS 参照コストのコレクション（収集）で把握されている。</li> <li>● オーストラリア 産出数量法は、公立・私立の病院の分類と、非病院系サービスの提供数に基づいている。 病院サービスの階層化は、精神科と非精神科のみだが、専門医・一般医療サービスの階層化には、メディケアの「広範な種類のサービス</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<p>(Broad Type of Service)」データを使用している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公立病院と私立病院の分類（医療行為のタイプでは通院の階層化をしていない）、平均分離コスト（separation costs）はオーストラリア保健福祉研究所からのデータである（入院患者ケア：オーストラリアの病院統計）。</li> <li>・ 非病院系サービスの提供数（およびコスト）は、メディケア、民間健康保険管理評議会および政府サービスに関する生産性委員会の報告書に基づく。</li> </ul>
<p>III. 2. 7. 2 そのデータは悉皆データか、サンプリングデータや一部のデータか。</p>
<p><input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプリング・一部データ <input type="checkbox"/> その他（ ）</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 悉皆データ</li> <li>● オーストラリア 悉皆データ</li> </ul>
<p>III. 2. 7. 3 サンプリングデータや一部のデータ（例：入院の一部分のみをカバーするデータを使用する場合等）の場合、どのような方法で入院部分等の全体を推計しているか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
<p>III. 2. 7. 4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。</p>
<p><input type="checkbox"/> 1年ごと <input type="checkbox"/> それ以外（頻度： ）</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 1年ごと</li> <li>● オーストラリア 1年ごと</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

III.2.7.5 1年ごとの更新がない場合、どのような方法で1年ごとの数値を補完しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
III.2.8 数量について
III.2.8.1 数量にはどのようなデータを用いているか。また、データの種別は何か（統計／行政記録情報／その他）。
<input type="checkbox"/> 患者数 <input type="checkbox"/> 診療件数／初回診療件数 <input type="checkbox"/> 手術件数／初回手術件数 <input type="checkbox"/> 明細書（レセプト）件数 <input type="checkbox"/> その他   データの出所
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ NHS 参照コスト（1年ごと） <ul style="list-style-type: none"> <li>- 待機（elective）入院患者：コンサルティング終了数</li> <li>- 非待機（non-elective）入院患者：コンサルティング終了数</li> <li>- 日帰り手術（day case）</li> <li>- コンサルタント主導の外来診療：[患者の] 出席数</li> <li>- コンサルタント主導でない外来診療：[患者の] 出席数</li> <li>- 外来処置：処置数</li> <li>- 救急医療：件数</li> <li>- 化学療法：活動数</li> <li>- 救命救急：ベッド・日数</li> <li>- 医療画像診断：検査数</li> <li>- 核医学：検査数</li> <li>- 放射線療法：治療数</li> <li>- リハビリ：評価・治療数</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

- 専門家による緩和ケア：活動数
- 腎透析：回数
- 直接アクセスされた（directly accessed）診断サービス：検査数
- 直接アクセスされた（directly accessed）病理サービス：検査数
- 精神疾患（Mental health care）：ケア日数
- 地域保健サービス：活動数
- 救急サービス：要請・応答数
- 嚢胞性線維症専門医ケア：活動数
- NHS の歯科統計（四半期）
  - 歯科サービス - 治療数（course of treatment）
- 一般眼科サービス（GOS）：活動統計（四半期）
  - 眼科手術 - 視力検査の回数
- NHS の最小データセット（毎月）
  - NHS ダイレクト（電話コンサルタント） - 応答したコール数
- NHS の選択トラフィック量（毎月）
  - NHS チョイス（オンライン） - ウェブ訪問数
- 処方コスト分析（PCA）は、イングランドの地域で調剤されたすべての処方箋（年間および四半期）の項目数および薬剤コスト（Net Ingredient Cost）の詳細データを提供
  - 地域で処方されている薬物の数
- オーストラリア
  - 行政記録（メディケアのデータ）

## (別表) ヒアリング結果一覧

III. 2. 8. 2 そのデータは悉皆データか、サンプリングデータや一部のデータか。
<input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプリング・一部データ <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 悉皆データ</li> <li>● オーストラリア 悉皆データ</li> </ul>
III. 2. 8. 3 サンプリングデータや一部のデータ（例：入院の一部分のみをカバーするデータを使用する場合等）の場合、どのような方法で入院部分等の全体を推計しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
III. 2. 8. 4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。
<input type="checkbox"/> 1年ごと <input type="checkbox"/> それ以外（頻度： ）
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 年1回、毎四半期、毎月</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
III. 2. 8. 5 1年ごとの更新がない場合、どのような方法で1年ごとの数値を補完しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア メディケアのデータは、保健局の年間数量ベンチマークに組み込まれている。</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

<b>III.3 明示的な質調整</b>
III.3.1 明示的な指標を用いた質調整を行っているか。
□行っている → III.3.2～III.3.3へ □行っていない → III.3.4へ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A [※IR注：III.3.2.の回答あり→行っている？]</li> <li>● オーストラリア 行っていない</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

## III.3.2 明示的な質調整を行っている場合、何を質と定義しており、その理由は何か。

生存率・死亡率 → 死亡しない疾病の場合も死亡率を使っているか 【 はい ・ いいえ 】

QOL 指標 → 理論のソース (論文名、データ名等)

QALYs (質調整生存年)、DALYs (障害調整生存年)、QALEs (質調整平均寿命) → 理論のソース (論文名、データ名等)

その他 (具体的に)

上記の指標を質と定義する理由

● 英国

・ 生存率・死亡率

手術後の入院患者生存率は質調整に含まれる。これは医療サービスの質が直接的に影響する重要な指標として組み込まれている。

→ 死亡しない疾病の場合も死亡率を使っているか 【 いいえ 】

・ QALYs (質調整生存年)、DALYs (障害調整生存年)、 QALEs (質調整平均寿命)

→ 理論のソース (論文名、データ名等)

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160106223636/http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/method-quality/specific/public-sector-methodology/articles/quality-adjustment-of-public-service-health-output-current-method.pdf>

ONS の質調整は意図したアウトカムを提供できたか (①短期間生存率 ②病院の治療に伴う健康改善 ③待ち時間、④プライマリーケアの成果)、利用者のニーズに応えたか (⑤国民患者調査) からなる。

「病院での処置」による調整 (①～③) はヨーク大学で開発された方法論に基づく。ここには「健康改善」の要素が含まれ、医療の結果としての健康関連の QOL の改善についてのおよその推計が行われている。

詳しくは以下の報告書を参照のこと。

[https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/rp6\\_Measuring\\_NHS\\_outputs\\_and\\_productivity.pdf](https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/rp6_Measuring_NHS_outputs_and_productivity.pdf)

## (別表) ヒアリング結果一覧

<p>上記の指標を質と定義する理由</p> <p>上記は、医療サービスの目的であるアウトカム（成果）であり、その変化は保健サービス活動に起因するため、質指標として選択されている。（保健サービスのパフォーマンスは、入院生存率、待ち時間および患者満足度に影響を及ぼす可能性があるが、平均余命などの測定基準は、喫煙率などの医療サービスの管理外の問題に強く影響を受ける）。</p>
<p>III.3.3 明示的な質調整の手法に何を用いているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 質指標（QOL、死亡率等）をデータからそのまま使用</p> <p>具体的な手法：</p> <p><input type="checkbox"/> 質指標（QOL、死亡率等）を統計的手法（リスク調整等）により使用</p> <p>例）死亡率を被説明変数、疾病別重症度・併存疾患・患者属性（年齢・性別）を説明変数とし、最尤法により推定（リスク調整）。</p> <p>具体的な手法：</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国</li> </ul> <p>質指標（QOL、死亡率等）をデータからそのまま使用</p> <p>病院における処置の質調整は患者レベルのデータから計算され、質調整係数は各 HRG（医療リソースグループ - 2 万以上の異なる活動カテゴリのセットを提供する、DRG のより詳細なバージョン）ごとに計算される。その後、各 HRG の活動（activity）の変化率は、その HRG の質調整における 2 年間の変化について調整される。それから質調整された活動は、コストウェイトの活動指数に再集計される。これは質調整なしの活動指数の計算と同じ方法である。</p> <p>国民患者調査の結果は、病院のコスト調整と同様に、活動の変化率を調整するために使われる。これは HRG レベルでは行われず、調査が行われた時の HRG よりずっと大まかなサービス分類で行われる。たとえば、「メンタルヘルス」活動と「緊急ケア」活動はすべて一つのカテゴリになっている。</p> <p>プライマリー・ケアのアウトカムの調整は、すべての総合診療医のアウトプットに適用されるが、倍率（scaling factor）を使用して調整の影響を減らし、関連する条件の人口の割合にのみ効果的に適用する。例えば、高血圧のケアのための質調整は、高血圧の集団の割合により設計される。</p>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<p>III.3.4 明示的な質調整を行っていない場合、その理由は何か。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア 医療サービスの推計は、現行価格で別々に行われていない。医療サービスに関する特定の数量データはまだ提供/調査されていない。</li> </ul>
<p>[英国のみ] III.3.4 貴国にあっては、明示的な質調整を行っているものについては生産性指標として掲載にとどまっており、SNA 本体には掲載されていないと承知している。SNA に掲載しない理由と今後 SNA 本体に掲載する予定はあるか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 ESA2010 の 10.30 項において、「欧州連合では、概念上の困難があることと、(アウトカムに基づいて) 質調整されたアウトプット法についての合意がないことから、[推計] 結果の比較可能性を維持するために、そのような方法 [=明示的な質調整] は中心的なフレームワークから除外されている。そのような方法は、継続的な研究が行われる間、補足的な表のオプションとして [本体系には] 使わずに残している。したがって非市場の医療と教育の分野において、生産・消費の量の推計は、質調整なしの直接アウトプット推計として、当該サービスの昨年の単位コストにより導き出された数量を積み上げることにより計算されなければならない。ここでは、質を考慮するための修正は加えられない。</li> </ul>
<p>[英国のみ] III.3.5 III.3.4にて SNA への掲載を予定または検討している場合、現行 SNA と生産性指標の整合をどのように取っているか。検討内容についてもご教示いただきたい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 III.3.4 を参照のこと。</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

[英国のみ] III. 3. 6 明示的質調整にあつて、QALYを疾病ごとに特定しているが、当該データの根拠となる論文はなにか。またその後アップデートしているようであればその情報を共有願いたい。

## ● 英国

健康関連のQOLの「健康改善」のファクトの大部分は、ヨーク大学が待機・非待機ケアのために使用する要因に基づき、さまざまな活動に近似している。詳細は technical appendices.pdf の126ページを参照のこと。患者報告のアウトカム指標 (Patient-Reported Outcome Measures) に基づいて、健康関連のQOLを観察することができる場合もわずかながらある。

<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/proms/>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<b>IV.1 選択理由（価格指数によるデフレーション）</b>
<b>IV.1.1 SNA 等内でデフレーター法（価格指数によるデフレーション）を用いる理由は何か。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 これは、BEA が SNA 内のすべてのサービスに対して従来から適用してきた方法である。一貫性を保つため、医療サービスにも同様に適用される。</li> <li>● 英国 eurostat のハンドブックでは、病院サービス、医療および歯科診療サービス、およびその他の人間医療サービスのための A 方式 [=最も推奨すべき方式] として、PPI または CPI（基本価格に調整されている場合）の使用を推奨している。</li> <li>● カナダ 商品 MPS622000 は市場ベースの活動によって生産される。したがって、この商品を市場価格を反映した価格（または代用の数値）でデフレーションする必要がある。</li> <li>● シンガポール 売上高と価格に関する信頼できるデータがある。</li> </ul>
<b>IV.1.2 医療サービスが市場価格であるため、産出数量法よりもデフレーター方式の方が妥当という考え方が選択理由の一つとなっているか。</b>
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 はい</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ はい</li> <li>● シンガポール はい</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<b>IV.2 価格指数（デフレーター）</b>
IV.2.1 価格指数（デフレーター）として何を用いているか。
<input type="checkbox"/> 疾病別 MCE 等の価格指数 → IV.3 へ <input type="checkbox"/> その他の価格指数 (ex. CPI、PPI 等) → IV.4 へ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 その他の価格指数 (ex. CPI、PPI 等)</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ その他の価格指数 (ex. CPI、PPI 等)</li> <li>● シンガポール その他の価格指数 (ex. CPI、PPI 等)</li> </ul>
<b>IV.3 MCE 等疾病別の価格指数（単価）を用いる場合</b>
IV.3.1 どの程度の細分化を行っているか（分類数）。治療内容の違いや重症度などにより、さらなる細分化が必要だと考えているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<p>IV.3.2 医療サービスの分類の基準は何か（何の基準を採用しているか）。</p> <p>（例）疾病による分類、疾病・治療による分類、具体的な分類名（ICD, DRG など）</p> <p><input type="checkbox"/>DRG (Diagnosis-Related Group)    <input type="checkbox"/>HRG (Healthcare Response Group)    <input type="checkbox"/>ICD (International Classification of Diseases)</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
<p>IV.3.3 価格・コストについて</p> <p>IV.3.3.1 価格・コストにはどのようなデータを用いているか。また、データの種類は何か（統計／行政記録情報／その他）。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 価格指標のデータ源は労働統計局である。</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

IV.3.3.2 そのデータは悉皆データか、サンプリングデータや一部のデータか。
<input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプリング・一部データ <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 サンプリング・一部データ</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
IV.3.3.3 サンプリングデータや一部のデータ（例：入院の一部分のみをカバーするデータを使用する場合等）の場合、どのような方法で入院・外来部分等の全体を推計しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 BEA ではなく労働統計局が調査を行っている。</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

IV.3.3.4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。
<input type="checkbox"/> 1年ごと <input type="checkbox"/> それ以外（頻度）
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 それ以外：月次</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
IV.3.3.5 1年ごとの更新がない場合、どのような方法で1年ごとの数値を補完しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

IV.3.4 単価を価格・コストとして用いる場合、それを算出するための数量について
IV.3.4.1 数量にはどのようなデータを用いているか。また、データの種類は何か（統計／行政記録情報／その他）。
<input type="checkbox"/> 患者数 <input type="checkbox"/> 診察件数／初回診察件数 <input type="checkbox"/> 手術件数／初回手術件数 <input type="checkbox"/> 明細書（レセプト）件数 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
データの出所：
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
IV.3.4.2 そのデータは悉皆データか、サンプリングデータや一部のデータか。
<input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプリング・一部データ <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

IV.3.4.3 サンプルングデータや一部のデータ（例：入院の一部分のみをカバーするデータを使用する場合等）の場合、どのような方法で入院・外来部分等の全体を推計しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
IV.3.4.4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。
<input type="checkbox"/> 1年ごと <input type="checkbox"/> それ以外（頻度）
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

IV.3.4.5 1年ごとの更新がない場合、どのような方法で1年ごとの数値を補完しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
<b>IV.4 CPI、PPI等の価格指数を用いる場合</b>
IV.4.1 用いている価格指数は何か。
<input type="checkbox"/> CPI <input type="checkbox"/> PPI <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 PPI</li> <li>● 英国 CPI</li> <li>● カナダ その他</li> </ul> <p>家計最終消費支出(HFCE)物価指数。この系列は非明示的な価格指数である。この系列の不変ドルでの推計(基準年、基準年+1、基準年+2)は、カナダ全国、州および準州の消費者物価指数(CPI)を使用して現在価格の推計をデフレーションすることによって得られる(具体的には6102:医療サービス)。毎月公表されるCPI指標系列は、時系列で複数のウェイトベースに基づいており、連続した系列となるように連鎖されているため、効果的な連鎖指数である。特定の系列に対応する単一のCPIがない場合、必要なデフレーターを得るため、多くのインデックスを組み合わせる重み付けすることがある。</p>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● シンガポール CPI</li> </ul>
<b>IV. 4. 2 医療サービスに関する価格指数はいくつに分類されているか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 米国では複数の PPI 測定を利用する。複数の異なるカテゴリー、例えば内科、家庭医、病院、その他について、異なる PPI 指標が適用される。医療については CPI よりも PPI を推奨する。理由は、ほとんどの医療サービスは第三者によって支払われるにもかかわらず、CPI には自己負担額しか含まれないからである。</li> <li>● 英国 CPI バスケットには 8 つの医療サービス項目がある（非 NHS 理学療法、非 NHS カイロプラクター、基本民間歯科検査、NHS 歯科料金、病院入院患者サービス（BUPA）、病院内入院サービス（PPP）、ナーシングホーム、民間手術／自己負担手術）。</li> <li>● カナダ MPS622000 のデフレーションに使われる項目は HFCE 16311 - 「病院のケアなど」である。これは病院、居住型介護施設、および他の医療施設によって提供される病院ケアサービスを含む集計項目であり、それより細かい集計単位はない。</li> <li>● シンガポール 医療の CPI は、「医療と歯科治療」と「医療製品・設備・機器」に大別される。詳細はホームページ (<a href="http://www.singstat.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/publications/publications_and_papers/prices/ip-e44.pdf">http://www.singstat.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/publications/publications_and_papers/prices/ip-e44.pdf</a>)、特に補則 III にある “Rebasing of the Consumer Price Index (Base Year 2014 = 100)を参照のこと。</li> </ul>
<b>IV. 4. 3 その価格指数の分類軸は何か。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 NAICS の対応する産業分類に最もよく一致する最も適切な指標。</li> <li>● 英国 これらのサービスはすべて、CPI バスケットの「医療」部門にある。最初の 2 つは「外来患者サービス」に分類され、次の 2 つは「歯科サービス」に分類され、残りはすべて「病院サービス」に分類される。</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール 現在の 2014 年ベースの CPI については、目的別個人消費分類 (COICOP) の枠組みに連動している。</li> </ul>
<b>IV.5 明示的な質調整</b>
<b>IV.5.1 明示的な指標を用いた質調整を行っているか。</b>
<input type="checkbox"/> 行っている →IV.5.2へ <input type="checkbox"/> 行っていない →IV.5.3へ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 行っていない</li> <li>● 英国 行っていない</li> <li>● カナダ 行っていない</li> <li>● シンガポール 行っていない</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<p>IV.5.2 明示的な質調整を行っている場合、何を質と定義しており、その理由は何か。</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/>生存率・死亡率（重症度別） →死亡しない疾病の場合も死亡率を使っているか【 はい ・ いいえ 】</p> <p><input type="checkbox"/>QOL 指標 →理論のソース：</p> <p><input type="checkbox"/>QALYs（質調整生存年）、DALYs（障害調整生存年）、QALEs（質調整平均寿命） →理論のソース：</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に）</p> <p>・上記の指標を質と定義する理由</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
<p>IV.5.3 明示的な質調整の手法</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/>質指標（QOL、死亡率等）をデータからそのまま使用 具体的な手法：</p> <p><input type="checkbox"/>質指標（QOL、死亡率等）をその他の手法により使用 具体的な手法：</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

- シンガポール  
N/A

## IV.5.4 明示的な質調整を行っていない場合、その理由は何か。

- 米国  
QOL 指数を使うと、国民経済計算において許容しがたいレベルの主観性が入り込んでしまうと考える。質調整された医療アウトプットの推計に向けた調査は進行中だが、徹底した審査のプロセスを経た後、複数の方法を組み合わせる可能性がある。
- 英国  
医療サービスの質は時々変わるが、これらのサービスの質の変化は、テクノロジー製品 (technological goods) などのバスケット内の他のアイテムと比べ、はるかに低い頻度である。より大きなレベルの製品の回転/より頻繁に質の変化がある品目のほうが優先度は高いとみなされる。  
さらに、明示的な方法はかなりリソースを要する傾向があり、優先順位の高い項目に加えて、医療サービスの項目に明示的な方法を適用するキャパシティがあるか不確実である。
- カナダ  
このような調整が可能なデータがない。
- シンガポール  
医療サービスの品質調整のための方法論が、まだ開発されていない。

## (別表) ヒアリング結果一覧

【米国のみ】貴国にあってはサテライト勘定に疾病別 MCE を使用していると承知しているが、疾病の分類（263CCS）について各分類内の質を一定と仮定していると思われるが、その根拠は何か。

- 米国  
質の調整は非常に困難であり、MCE の疾病別指標には現在のところ質調整はなされていない。BEA は現在、質調整の課題を調べる研究を実施している。

## (別表) ヒアリング結果一覧

<b>V.1 Cost of Living Index 法の適用有無</b>
V.1.1 Cost of Living Index 法を用いているか。
<input type="checkbox"/> Cost of Living Index 法を用いている →V.2へ <input type="checkbox"/> その他の方法を用いている →V.3へ
N/A
<b>V.2 Cost of Living Index 法を用いている場合</b>
V.2.1 COL 法を用いる理由
N/A
V.2.2 どの程度の細分化を行っているか（分類数）。治療内容の違いや重症度などにより、さらなる細分化が必要だと考えているか。
N/A
V.2.3 分類軸は何か。（例）疾病による分類、疾病・治療による分類、具体的な分類名（ICD, DRG など）
<input type="checkbox"/> DRG (Diagnosis-Related Group) <input type="checkbox"/> HRG (Healthcare Response Group) <input type="checkbox"/> ICD (International Classification of Diseases) <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
N/A
V.2.4 価格・コストについて
V.2.4.1 価格・コストにはどのようなデータを用いているか。また、データの種別は何か（統計／行政記録情報／その他）。
N/A
V.2.4.2 そのデータは悉皆データか、サンプリングデータや一部のデータか。
<input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプリング・一部データ <input type="checkbox"/> その他
N/A

## (別表) ヒアリング結果一覧

V. 2. 4. 3 サンプルングデータや一部のデータ（例：入院の一部分のみをカバーするデータを使用する場合等）の場合、どのような方法で入院・外来部分等の全体を推計しているか。
<input type="checkbox"/> 1年ごと <input type="checkbox"/> それ以外（頻度）
N/A
V. 2. 4. 4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。
N/A
V. 2. 4. 5 1年ごとの更新がない場合、どのような方法で1年ごとの数値を補完しているか。
N/A
V. 2. 5 単価を価格・コストとして用いる場合、その数量について
V. 2. 5. 1 どのような指標を用いており、それを示すデータは何か（統計／行政記録情報）。
<input type="checkbox"/> 患者数 <input type="checkbox"/> 診察件数／初回診察件数 <input type="checkbox"/> 手術件数／初回手術件数 <input type="checkbox"/> 明細書（レセプト）件数
<input type="checkbox"/> その他（具体的に） データの出所：
N/A
V. 2. 5. 2 そのデータは悉皆データか、サンプルングデータや一部のデータか。
<input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプルング・一部データ <input type="checkbox"/> その他
N/A
V. 2. 5. 3 サンプルングデータや一部のデータ（例：入院の一部分のみをカバーするデータを使用する場合等）の場合、どのような方法で入院・外来部分等の全体を推計しているか。
N/A
V. 2. 5. 4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。
<input type="checkbox"/> 1年ごと
<input type="checkbox"/> それ以外（頻度）
N/A

## (別表) ヒアリング結果一覧

V. 2. 5. 5 1年ごとの更新がない場合、どのような方法で1年ごとの数値を補完しているか。
N/A
V. 2. 6 質・効用指標
V. 2. 6. 1 質・効用指標にはどのようなデータを用いているか (ex. 死亡率、QOL)。また、データの種類は何か (統計/行政記録情報)。
N/A
V. 2. 6. 2 そのデータは悉皆データか、サンプリングデータや一部のデータか。
<input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプリング・一部データ <input type="checkbox"/> その他
N/A
V. 2. 6. 3 サンプリングデータや一部のデータ (例: 入院の一部分のみをカバーするデータを使用する場合等) の場合、どのような方法で入院・外来部分等の全体を推計しているか。
N/A
V. 2. 6. 4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。
<input type="checkbox"/> 1年ごと <input type="checkbox"/> それ以外 (頻度)
N/A
V. 2. 6. 5 1年ごとの更新がない場合、どのような方法で1年ごとの数値を補完しているか。
N/A
V. 2. 7 WTP や生涯所得にどのようなデータを用いているか。
設定額の詳細:
N/A
<b>V. 3 その他の手法を用いている場合</b>
V. 3. 1 どのような手法を用いているか、データの内容、手法を含め具体的に記述されたい。
N/A

(別表) ヒアリング結果一覧

<b>VI.1 最後に</b>
<p>VI.1.1 上記の他に、医療制度自体の変更を理由として、質の調整手法に影響があるか。あれば、影響の内容についても記述されたい。  (例：日本においては2年に一度診療報酬改定が行われることに伴い、治療費の単価、疾病分類等が大きく変更されるケースがある。  このため2年に一度統計に突合上の課題がある。)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 病院の質調整の導入を行っている BLS（労働統計局）への照会がより適切である。</li> <li>● 英国 いいえ</li> <li>● イタリア その問題はイタリアの場合には関連がない。</li> <li>● オーストラリア N/A</li> <li>● カナダ いいえ。現在行われている質調整はない。</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
<p>VI.1.2 医療と医療以外のサービスとの手法の整合性をどのように考えるか。  またこれは推計の対象が異なるが、それも問題ないと考えるか。  (例：医療は産出数量法、教育はインプット法等、セクターにより質の調整手法が異なる場合)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 セクターと商品の特性に合わせて、異なる指数・異なる質調整方法が適用される。質調整に関する質問は、こうした物価指数の作成を担当する労働統計局に照会する必要がある。</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

- 英国  
質の調整は適切な部分で、国民経済計算全体を通じて把握されており、非市場セクターの活動の提供・成果における質の変化を考慮すれば、全体的な整合性が向上する。
- イタリア  
はい
- オーストラリア  
理想的には質調整を含め、数量の推計に一貫した方法を使うべきだが、実際には、データの入手可能性と質の決定が、各国の数量推計を決めている。
- カナダ  
N/A
- シンガポール  
推計は、それぞれのセクターの適切な方法論に基づいて作成され、利用可能な最も関連性の高いデータを利用する。さまざまな方法を使用する可能性があるが、推計はサービスの価格と量の信頼できる尺度となっている。

**VI. 1.3 項目間の質の調整手法が異なる場合、SNA 全体としての整合性について、どのように考えるか（例：産出は産出数量法、中間投入はCPI 等によるデフレーションを行って GDP を算出）。**

- 米国  
セクターと商品の特性に合わせて、異なる指数・異なる質調整方法が適用される。質調整に関する質問は、こうした物価指数の作成を担当する労働統計局に照会する必要がある。
- 英国  
前記「V. 2」を参照のこと。
- イタリア  
はい

## (別表) ヒアリング結果一覧

- オーストラリア  
N/A
- カナダ  
N/A
- シンガポール  
推計は、それぞれのセクターの適切な方法論に基づいて作成され、利用可能な最も関連性の高いデータを利用する。さまざまな方法を使用する可能性があるが、推計はサービスの価格と量の信頼できる尺度となっている。

## VI. 1.4 データ量が膨大となるが当該データをハンドリングするインフラ等はどのように整備しているか。

また、データのハンドリングや推計には何人であたっているか。

- 米国  
データの取り扱いには複数の組織に分かれており、関係するスタッフの正確な数を示すことは困難である。労働統計局、国勢調査、その他の情報源からデータを受け取っている。
- 英国  
国家統計局では、経済統計グループ内で約 500 人が働いている。
- イタリア  
価格の扱い (Treatment) は国民経済計算の標準的な側面であり、特別な課題とはなっていない。医療サービスのデフレーションは 1 人の統計家により行われている。
- オーストラリア  
賃金指数、消費者物価指数; 生産者物価指数、および住宅価格指数をそれぞれカバーする価格部門がある。
- カナダ  
カナダ統計局には価格データの収集、推計、および普及を専門とする複数の部門がある。主なものは消費者物価課 (CPD) と生産者物価課 (PPD) である。物価指数は CPD または PPD によってカバーされていない商品の場合、国民経済計算の他の部門で計算されることもある。

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● シンガポール サービスの価格と量の集計には、それぞれ約 30 人、約 20 人のスタッフが関わっている。</li> </ul>
<b>VI.1.5 サンプリングデータを用いる場合、どのようなサンプリング手法を用いているか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● 英国 N/A</li> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> <li>● カナダ カナダ統計局が採用している主要なサンプリング方法の 1 つは、確率比例抽出法(probability proportional to size) である。この方法はカナダ統計局で広く使われている。</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
<b>VI.1.6 Cost of living Index 法も検討のひとつの選択肢として考えているが、Cutler et. al. (1998) 等による Cost of Living Index 法を NIPA で用いることを検討したか。検討して、採用していない場合には、その理由は。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 我々は現在、医療の質の測定を改善するために適用できる代替方法を検討している。さまざまな方法があるが、Cutler et al (1998) の COLI を研究目的で調査することも含まれる。我々の現在の研究で分かっているのは、こうした方法は研究者の前提により、かなり取り扱いに慎重を要するものである、ということである。</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

VI.7 Cost of Living Index 法のその後の研究に進展があれば共有願いたい。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 医療の質調整の代替方法を調査した、添付の草稿を参照のこと。</li> </ul>
VI.8 リスク調整の手法（モデル、統計的技法（AR, ML etc.））を検討しているが、貴国で検討した文献等あれば共有願いたい。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 医療に関する研究は、医療サテライトアカウントのウェブサイト内で多く見つかる可能性がある。 <a href="https://www.bea.gov/national/health_care_satellite_account.htm">https://www.bea.gov/national/health_care_satellite_account.htm</a></li> </ul>
VI.9 明示的質指標として疾病別の QOL を候補の一つと考えているが、その網羅的把握が難しい。もし包括的にまとめた文献等を知っていれば共有願いたい。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 このテーマ、または関連テーマで有用な情報源としては、以下のものがある。 National Research Council. 2010. “Accounting for Health and Health Care: Approaches to Measuring the Sources and Costs of Their Improvement.” Washington, DC: The National Academies Press. <a href="https://doi.org/10.17226/12938">https://doi.org/10.17226/12938</a>. <a href="https://www.nap.edu/catalog/12938/accounting-for-health-and-health-care-approaches-to-measuring-the">https://www.nap.edu/catalog/12938/accounting-for-health-and-health-care-approaches-to-measuring-the</a></li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

## &lt;各国に対するヒアリング結果（介護）&gt;

<b>I.1 計測の意義</b>
<b>I.1.1 介護サービスについて「質」をSNAにおいて反映させることについて議論を行っているか。または既に対応しているか。</b>
<input type="checkbox"/> すでに対応している <input type="checkbox"/> 議論を行っている <input type="checkbox"/> 検討していない
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 すでに対応している</li> <li>● 英国 検討していない</li> <li>● イタリア 検討していない</li> <li>● オーストラリア 検討していない</li> <li>● カナダ 検討していない</li> <li>● シンガポール 検討していない</li> </ul>
<b>I.1.2 対応又はすでに議論している場合、どのような問題意識に基づいているか。</b>
Pay for performance (P4P) の制度にひもづいた質の評価の場合は、具体的な制度内容とどのような観点からの質評価なのか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 BEA は BLS から質調整された価格指数の提供を受けている。これには病院や養護施設に関する、質調整された PPI が含まれる。われわれの理解では、現在実施されている質調整の方法がこれらの指標に与える影響は比較的小さい。現在、別の質調整の方法を研究している。質調整に関するその他の質問は、物価指数の作成を担当する労働統計局に問い合わせること。</li> <li>● 英国</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<p>質の調整はない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
<b>1.2 介護サービスの範囲</b>
<b>1.2.1 SNA/NIPA の公表している最小分類において、医療・介護はどのように分離しているか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ 1.2.1 参照</li> <li>● 英国 ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ 1.2.1 参照</li> <li>● イタリア ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ 1.2.1 参照</li> <li>● オーストラリア ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ 1.2.1 参照</li> <li>● カナダ 公表されているなかで最も小さい区分では、介護〔医療〕は以下の2つの商品として捕捉されている。 NGS623000：政府により供給される、非市場型居住施設サービス MPS623000：療養・居住型サービス</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

これらの2商品は、このサービスが市場ベースで供給されるか、非市場（政府）ベースで供給されるかという観点から区別されている。この両方に身体的、精神的、薬物に関連する病気のリハビリサービスなど、高齢者ケアに関係のないサービスが含まれる。また熟練した看護サポートの有無にかかわらず提供される居住ケアサービスが含まれる。

- シンガポール

<各国に対するヒアリング結果（医療）> I.2.1 参照

### I.2.2 SNA/NIPA では公表されていない、さらに詳細な内訳（SNA/NIPA の作業段階で用いている詳細な内訳・分類）はあるか。

- 米国

<各国に対するヒアリング結果（医療）> I.2.2 参照

- 英国

国民経済計算で公表されていない、最も詳細なカテゴリーは、「87 居住型ケア活動」と「88 居住を伴わない福祉活動」（非市場）の以下の項目である。

紹介と評価：高齢者

紹介と評価：身体障害（pd）

紹介と評価：学習障害（ld）

紹介と評価：メンタルヘルス（mh）

ホームケアすべてのサービス

デイケアセッション - 65歳以上の高齢者、すべてのサービス

デイケアセッション - 18～64歳の成人、pd、すべてのサービス

デイケアセッション - 18～64歳の成人、ld、すべてのサービス

デイケアセッション - 18～64歳の成人、すべてのサービス

居住型ケア - 65歳以上の高齢者、看護

居住型ケア - 65歳以上の高齢者、自分で提供する居住型施設（Own provision Residential Placement）

居住型ケア - 65歳以上の高齢者、他人が提供する居住型ケア

## (別表) ヒアリング結果一覧

居住型ケア - 18歳から64歳の大人、pd、自分で提供する居住型施設  
居住型ケア - 18歳から64歳の大人、ld、自分で提供する居住型施設  
居住型ケア - 18-64歳の大人、mh、自分で提供するの居住型施設  
居住型ケア - 18-64歳の成人、pd、看護  
居住型ケア - 18-64歳の成人、pd、他人が提供する居住型ケア  
居住型ケア - 18～64歳の大人、ld、看護  
居住型ケア - 18歳から64歳の大人、id、他人が提供する居住型ケア  
居住型ケア - 18-64歳の大人、看護  
居住型ケア - 18-64歳の大人、他人が提供する居住型ケア

- イタリア  
＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ 1.2.2 参照
- オーストラリア  
さらに詳細な内訳は現時点ではない。
- カナダ  
北米生産物分類システム（NAPCS）では、NGS623000とMPS623000の対象となる個々のサービスをより詳細に分類している。
- シンガポール  
＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ 1.2.2 参照

### I.3 介護サービスの価格

#### I.3.1 特定の介護行為に対する価格の決定方法（保険制度の有無、概要）

国ないし第三者機関（介護施設・患者以外）が価格を規制  価格に関する規定はなく、各介護施設が価格を決定

その他（具体的に）

- 米国  
その他  
公的保険と私的保険の組み合わせだが、大部分の高齢者医療費はメディケアプログラムにより支払われる。これらの価格は政府によって固定されているが、その他の価格は民間保険会社、病院、および民間市場における医療サービスの他の提供者の間のやり取りによって決定される。
- 英国  
その他  
英国では、福祉ケア産業に3階層の支払い構造がある。政府、個人（自己資金）、およびこれら2者の混合により、ケアの費用を賄うことができる。福祉ケアはNHS、ボランティアセクター、民間企業、インフォーマルな無報酬のケア従事者により提供され、地方自治体からの金銭的支援を受ける。
- イタリア  
価格に関する規定はなく、各介護施設が価格を決定
- オーストラリア  
その他  
非営利施設により提供されるケアを選ぶ高齢患者に対しては、保証システム（bond system）による部分的な価格の規制がある
- カナダ  
国ないし第三者機関（介護施設・患者以外）が価格を規制
- シンガポール  
価格に関する規定はなく、各介護施設が価格を決定

## (別表) ヒアリング結果一覧

## I.3.2 介護保険制度の有無および介護費負担割合

介護保険制度があるか。あるなら、公営か民営か。また、利用者の介護費負担割合は平均して何割くらいか。

- 介護保険制度がある ・ 介護保険制度は：【公営・民営】 ・ 利用者の平均的な介護費負担割合：【 】割  
 介護保険制度はない  その他（ ）

## ● 米国

その他

公的保険（主にメディケア、ナーシングホームは主にメディケイドを通じて資金提供される）と民間保険、自己負担の組み合わせである。

## ● 英国

N/A

## ● イタリア

介護保険制度はない

## ● オーストラリア

介護保険制度がある

Web サイト「介護職員報告書 2016-2017（Report of the Aged Care Commissioner 2016-2017）を参照のこと。個別に算出していない %

## ● カナダ

介護保険制度がある

介護保険制度は：民営：民間保険者を通じた民間保険が利用できる

平均的な医療費負担割合：N/A

その他

カナダの老齢保障年金（OAS）プログラムは、国内の法的地位と居住要件を満たす 65 歳以上の高齢者に毎月支払われるものである。受給資格のある者は、このプログラムを通じて基本的な居住介護費用の補助金を受けられる。資格と補助金額の詳細は州によって異なる。

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● シンガポール 介護保険制度がある 介護保険制度は：公営および民営 平均的な介護費負担割合：保険プランと利用者の年齢により異なる</li> </ul>
<b>I.4 SNA/NIPA における介護サービスの質調整の扱い</b> — SNA/NIPA 等において、介護サービスの質の調整をどのような方法で行っているか（予定も含む）。
<b>SNA 本体 介護サービスの質調整方法</b>
<input type="checkbox"/> インプット法 <input type="checkbox"/> 産出数量法 <input type="checkbox"/> CPI、PPI 等によるデフレーター <input type="checkbox"/> 介護サービス別の単価（価格／件または人）等によるデフレーター <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 CPI、PPI 等によるデフレーター</li> <li>● 英国 投入数量法（input volume method、市場型） 産出数量法（非市場型）</li> <li>● イタリア 国民経済計算では、医療サービスに特化した質の調整の問題には対応していない。サテライト勘定でも、現行価格での推計は作成されていない。</li> <li>● オーストラリア 産出数量法</li> <li>● カナダ インプット法 CPI、PPI 等によるデフレーター</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● シンガポール CPI、PPI 等によるデフレーター</li> </ul>
<b>SNA 本体 明示的な質調整の有無</b>
<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 行っていない</li> <li>● 英国 行っていない</li> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア 行っていない</li> <li>● カナダ 行っていない</li> <li>● シンガポール 行っていない</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

サテライト勘定 介護サービスの質調整方法
<input type="checkbox"/> インプット法 <input type="checkbox"/> 産出数量法 <input type="checkbox"/> CPI、PPI 等によるデフレーター <input type="checkbox"/> 介護サービス別の単価（価格／件または人）等によるデフレーター <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 投入数量法（input volume method、市場型） 産出数量法（非市場型）</li> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
サテライト勘定 明示的な質調整の有無
<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 行っていない</li> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
<b>参考指標 介護サービスの質調整方法</b>
<input type="checkbox"/> インプット法 <input type="checkbox"/> 産出数量法 <input type="checkbox"/> CPI、PPI 等によるデフレーター <input type="checkbox"/> 介護サービス別の単価（価格／件または人）等によるデフレーター <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 投入数量法（input volume method、市場型） 産出数量法（非市場型）</li> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> <li>● シンガポール N/A</li> </ul>
<b>参考指標 明示的な質調整の有無</b>
<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 行っていない</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

- イタリア  
N/A
- オーストラリア  
N/A
- カナダ  
N/A
- シンガポール  
N/A

## (別表) ヒアリング結果一覧

**II.1 インプット法****II.1.1 中間投入、付加価値のコスト等価格はどのように定義し、データはどのようなデータを用いているか（データ名、更新頻度、カバレッジ等）。**

- 英国  
英国では介護における資金やサービスの提供が非常に複雑で、データの取得が困難であるために、投入数量法が使用されている。個人向け社会サービス雇用指標（personal social services employment measure）が、市場アウトプットの代数として使用される。
- カナダ  
介護サービスのアウトプットには2つの商品がある。1つは市場サービスを対象とし、もう一つは非市場サービスを対象とする。以下の説明は、非市場サービスにのみ適用するものである。

政府が提供する介護サービスの基準年価格の推計は、国民経済計算の以下の恒等式により、間接的に推計される。

産出=中間投入+一次投入

二次産出（介護サービス以外の商品の産出）、中間投入および一次投入は、観察された価格または間接数量法を使用してデフレーションされる。それから中間・一次投入のデフレーションされた額から二次産出量のデフレーションされた額を差し引く。その結果、NGS623000のデフレーションされた産出の間接的な推計がなされる。

## (別表) ヒアリング結果一覧

<b>III.1 選択理由（産出数量法）</b>
<b>III.1.1 SNA 等内で産出数量法を用いる理由は何か。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ III.1.1 参照</li> <li>● オーストラリア データの利用可能性</li> </ul>
<b>III.1.2 介護サービスが公定価格であるため、デフレーター方式よりも、産出数量法の方が妥当という考え方が選択理由の一つとなっているか。</b>
<b><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 上記参照</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

<b>III.2 細分化（細分化された介護サービスの分類等に基づいて、直接的に実質産出額を求める手法）</b>
<b>III.2.1 産出数量法を SNA に用いるにあたっての課題は何か。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ III.2.1 参照</li> <li>● オーストラリア ASNA の現行価格（Current prices）では、介護サービスは他の医療サービスと区別されていない。</li> </ul>
<b>III.2.2 どの程度の細分化を行っているか（分類数）。要介護度などにより、さらなる細分化が必要だと考えているか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 I.2.2 を参照のこと。 サービスの区別は、国民経済計算が質の変化を考慮に入れる標準的な方法である。各サービスは、均質であるとみなせるカテゴリに到達するまで区別され、これにより質の変化が捕捉される。</li> <li>● オーストラリア 上記参照</li> </ul>
<b>III.2.3 介護サービスの分類の基準は何か（何の基準を採用しているか）。（例）要介護度による分類、具体的な分類名（RUG など）</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 I.2.2 を参照のこと。</li> <li>● オーストラリア ASNA では区別されていない。もし介護が区別されることになれば、ANZSIC 産業分類により階層化されるはずである。</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

III.2.4 価格・コストについて
III.2.4.1 価格・コストにはどのようなデータを用いているか。また、データの種類は何か（統計／行政記録情報／その他）。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 非市場サービスのコストは英国保健省（Department of Health）で収集され、毎年の個人向け福祉サービス支出および単位コストに関する出版物の中で公表される。これで成人福祉サービス責任協議会（CASSR）の福祉ケア支出を捉えている。</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
III.2.4.2 そのデータは悉皆データか、サンプリングデータや一部のデータか。
<input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプリング・一部データ <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 悉皆データ</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
III.2.4.3 サンプリングデータや一部のデータ（例：入居者・利用者的一部分のみをカバーするデータを使用する場合等）の場合、どのような方法で全体を推計しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
III.2.4.4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。
<input type="checkbox"/> 1年ごと <input type="checkbox"/> それ以外（頻度）
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 1年ごと</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
<b>III.2.4.5 毎年の更新がない場合、どのような方法で毎年の数値を補完しているか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
<b>III.2.5 数量について</b>
<b>III.2.5.1 数量にはどのようなデータを用いているか。また、データの種別は何か（統計／行政記録情報／その他）。</b>
<input type="checkbox"/> 利用者数 <input type="checkbox"/> 滞在日数 <input type="checkbox"/> その他（具体的に） データの出所：
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 紹介と評価：評価の数 ホームケアすべてのサービス：提供されたケア時間数 デイケアセッション：セッション数 居住型ケア：居住型・看護ケアにおいて支援対象の居住者が過ごした週数</li> <li>● オーストラリア サービス提供数に関する行政記録（メディケアのデータ）</li> </ul>
<b>III.2.5.2 そのデータは悉皆データか、サンプリングデータや一部のデータか。</b>
<input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプリング・一部データ <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 悉皆データ</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<p>III.2.5.3 サンプルングデータや一部のデータ（例：入居者・利用者の一部分のみをカバーするデータを使用する場合等）の場合、どのような方法で全体を推計しているか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
<p>III.2.5.4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。</p>
<p><input type="checkbox"/>1年ごと <input type="checkbox"/>それ以外（頻度）</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 1年ごと</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
<p>III.2.5.5 毎年の更新がない場合、どのような方法で毎年の数値を補完しているか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア 保健局（Health Division）の年間数量ベンチマークにメディケアのデータが提供される。</li> </ul>
<p><b>III.3 明示的な質調整</b></p>
<p>III.3.1 明示的な指標を用いた質調整を行っているか。</p>
<p><input type="checkbox"/>行っている → III.3.2, III.3.3へ <input type="checkbox"/>行っていない → III.3.4へ</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 行っていない</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● オーストラリア 行っていない</li> </ul>
<p>III.3.2 明示的な質調整を行っている場合、何を質と定義しており、その理由は何か。</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> QOL 指標 →理論のソース（論文名、データ名）：  <input type="checkbox"/> 要介護度 →理論のソース（論文名、データ名）：  <input type="checkbox"/> その他（具体的に） 上記の指標を質と定義する理由</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>
<p>III.3.3 明示的な質調整の手法に何を用いているか。</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 質指標（QOL、要介護度等）をデータからそのまま使用  具体的な手法：  <input type="checkbox"/> 質指標（QOL、要介護度等）を統計的手法により回帰分析し使用  具体的な手法：</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英国 N/A</li> <li>● オーストラリア N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

## III.3.4 明示的な質調整を行っていない場合、その理由は何か。

## ● 英国

ESA2010の10.30項において、「欧州連合では、概念上の困難があることと、(アウトカムに基づいて) 質調整されたアウトプット法についての合意がないことから、[推計] 結果の比較可能性を維持するために、そのような方法 [=明示的な質調整] は中心的なフレームワークから除外されている。そのような方法は、継続的な研究が行われる間、補足的な表のオプションとして [本体系には] 使わずに残している。したがって非市場の医療と教育の分野において、生産・消費の量の推計は、質調整なしの直接アウトプット推計として、当該サービスの昨年の単位コストにより導き出された数量を積み上げることにより計算されなければならない。ここでは、質を考慮するための修正は加えられない。

## ● オーストラリア

現行価格では介護のみの区分では収集されていない。介護サービスに特化した数量データは開発されていない。

## (別表) ヒアリング結果一覧

<b>IV.1 選択理由（価格指数によるデフレーション）</b>
<b>IV.1.1 SNA 等内でデフレーター法（価格指数によるデフレーション）を用いる理由は何か</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 これは、BEA が SNA 内のすべてのサービスに対して従来から適用してきた方法である。一貫性を保つため、介護サービスにも同様に適用される。</li> <li>● カナダ 商品 MPS623000 は市場ベースの活動によって生産される。したがって、この商品を市場価格を反映した価格（または代用の数値）でデフレーションする必要がある。</li> <li>● シンガポール 売上高と価格に関する信頼できるデータがある。</li> </ul>
<b>IV.1.2 介護サービスが市場価格であるため、産出数量法よりも、デフレーター方式の方が妥当という考え方が選択理由の一つとなっているか。</b>
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 いいえ</li> <li>● カナダ はい</li> <li>● シンガポール はい</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

<b>IV.2 価格指数（デフレーター）</b>
<b>IV.2.1 価格指数（デフレーター）として何を用いているか。</b>
□介護サービス別の単価（価格／人または件等） → IV.3へ □CPI、PPI等の価格指数 → IV.4へ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 CPI、PPI等の価格指数</li> <li>● カナダ CPI、PPI等の価格指数</li> <li>● シンガポール CPI、PPI等の価格指数</li> </ul>
<b>IV.3 介護サービス別の単価を用いる場合</b>
<b>IV.3.1 どの程度の細分化を行っているか（分類数）。介護サービスの内容の違いや要介護度などにより、さらなる細分化が必要だと考えているか。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 介護は別個に分類されていない。高齢者向けサービスを主に提供するナーシングホームのセクターを一つの産業分類としている。</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>
<b>IV.3.2 介護サービスの分類の基準は何か（何の基準を採用しているか）。 （例）要介護度等による分類、具体的な分類名（RUGなど）</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 ナーシングホーム単一のカテゴリーである。</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

IV.3.3 価格・コストについて
IV.3.3.1 価格・コストにはどのようなデータを用いているか。また、データの種類は何か（統計／行政記録情報／その他）。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 価格指標のデータ源は労働統計局である。</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>
IV.3.3.2 そのデータは悉皆データか、サンプリングデータや一部のデータか。
<input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプリング・一部データ <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 サンプリング・一部データ</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>
IV.3.3.3 サンプリングデータや一部のデータ（例：入居者・利用者の一部分のみをカバーするデータを使用する場合等）の場合、どのような方法で全体を推計しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 BEA ではなく労働統計局が調査を行っている。</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>
IV.3.3.4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。
<input type="checkbox"/> 1年ごと <input type="checkbox"/> それ以外（頻度）
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 その他：月次</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>● カナダ N/A</li> </ul>
IV.3.3.5 毎年の更新がない場合、どのような方法で毎年の数値を補完しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>
IV.3.4 単価を価格・コストとして用いる場合、その数量について
IV.3.4.1 数量にはどのようなデータを用いているか。また、データの種別は何か（統計／行政記録情報／その他）。
<input type="checkbox"/> 利用者数 <input type="checkbox"/> 滞在日数 <input type="checkbox"/> その他（具体的に） データの出所：
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>
IV.3.4.2 そのデータは悉皆データか、サンプリングデータや一部のデータか。
<input type="checkbox"/> 悉皆データ <input type="checkbox"/> サンプリング・一部データ <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

IV.3.4.3 サンプルングデータや一部のデータ（例：入居者・利用者の一部分のみをカバーするデータを使用する場合等）の場合、どのような方法で全体を推計しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>
IV.3.4.4 用いているデータの更新頻度はどのくらいか。
<input type="checkbox"/> 1年ごと <input type="checkbox"/> それ以外（頻度）
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>
IV.3.4.5 毎年の更新がない場合、どのような方法で毎年の数値を補完しているか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 N/A</li> <li>● カナダ N/A</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

IV.4 CPI、PPI等の価格指数を用いる場合
IV.4.1 用いている価格指数は何か。
<input type="checkbox"/> CPI <input type="checkbox"/> PPI <input type="checkbox"/> その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 PPI</li> <li>● カナダ 家計最終消費支出（HFCE）物価指数。この系列は非明示的な価格指数である。この系列の不変ドルでの推計は、SEPHに基づくナースィングホームおよび居住介護施設での平均週給与の推計から導き出された価格デフレーターを使用して、現在の価格推計をデフレーションすることによって得られる。州および地域の推計のデフレーションには、国内のIPIが使用される。</li> <li>● シンガポール CPI</li> </ul>
IV.4.2 その価格指数の分類数および分類軸の詳細
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 老人ホームサービスは、1つのカテゴリーに分類されるが、624120（高齢者・障害者向けサービス）、621610（在宅医療サービス）、623で始まるカテゴリーのクラス（日常生活支援サービス）など複数のNAICSコードが含まれる。</li> <li>● カナダ MPS623000のデフレーションに使われる項目はHFCE 24313-「専門看護施設」である。これは病院、居住型介護施設、および他の医療施設によって提供される専門的な看護サービスを含む総計項目であり、それより細かい集計単位はない。</li> <li>● シンガポール ヘルスケアのCPIは、「医療と歯科治療」と「医療製品・設備・機器」に大別される。詳細はホームページ (<a href="http://www.singstat.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/publications/publications_and_papers/prices/ip-e44.pdf">http://www.singstat.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/publications/publications_and_papers/prices/ip-e44.pdf</a>)、特に補則IIIにある“Rebasing of the Consumer Price Index (Base Year 2014 = 100)を参照のこと。 現在の2014年ベースのCPIについては、目的別個人消費分類（COICOP）の枠組みに連動している。</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

<b>IV.5 明示的な質調整</b>
<b>IV.5.1 明示的な指標を用いた質調整を行っているか。</b>
<input type="checkbox"/> 行っている →IV.5.2、IV.5.3へ <input type="checkbox"/> 行っていない →IV.5.4へ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 行っていない</li> <li>● カナダ 行っていない</li> <li>● シンガポール 行っていない</li> </ul>
<b>IV.5.2 明示的な質調整を行っている場合、何を質と定義しており、その理由は何か。</b>
<input type="checkbox"/> QOL指標 →理論のソース(論文名、データ名):
<input type="checkbox"/> 要介護度 →理論のソース(論文名、データ名):
<input type="checkbox"/> その他(具体的に) 上記の指標を質と定義する理由
<b>IV.5.3 明示的な質調整の手法</b>
<input type="checkbox"/> 質指標(QOL、要介護度等)をデータからそのまま使用 具体的な手法:
<input type="checkbox"/> 質指標(QOL、要介護度等)をその他の手法により使用 具体的な手法:
<b>IV.5.4 明示的な質調整を行っていない場合、その理由は何か。</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 質調整された医療[介護]アウトプットの推計に向けた調査は進行中だが、徹底した査定プロセスを経た後、複数の方法を組み合わせる可能性がある。</li> </ul>

(別表) ヒアリング結果一覧

- カナダ  
このような調整が可能なデータがない。
- シンガポール  
医療サービスの品質調整のための方法論が、まだ開発されていない。

## (別表) ヒアリング結果一覧

<b>V.1 1.4において、その他の手法を選択している場合</b>
<b>V.1.1 どのような手法を用いているか、データの内容、手法を含め具体的に記述されたい。</b>
N/A
<b>VI.1 最後に</b>
<b>VI.1.1 上記の他に、介護制度自体の変更を理由として、質の調整手法に影響があるか。あれば、影響の内容について記述されたい。 (例：日本においては3年に一度介護報酬改定が行われることに伴い、介護費の単価等が大きく変更されるケースがある。 このため3年に一度統計に突合上の課題がある。)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.1 参照</li> <li>● 英国 ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.1 参照</li> <li>● イタリア イタリアは質調整を行っていないため、この課題は妥当でない。さらに、この領域で使われているインプット法には関連がない。</li> <li>● オーストラリア ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.1 参照</li> <li>● カナダ ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.1 参照</li> <li>● シンガポール ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.1 参照</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

## VI.1.2 介護と介護以外のサービスとの手法の整合性をどのように考えるか。

(例：介護は産出数量法、教育はインプット法等、セクターにより質の調整手法が異なる場合)

- 米国  
＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.2 参照
- 英国  
＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.2 参照
- イタリア  
はい。原則として整合性は保たれる。
- オーストラリア  
＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.2 参照
- カナダ  
＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.2 参照
- シンガポール  
＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.2 参照

## VI.1.3 項目間の質の調整手法が異なる場合、SNA 全体としての整合性について、どのように考えるか（例：産出は産出数量法、中間投入はCPI 等によるデフレーションを行って GDP を算出）。

- 米国  
＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.3 参照
- 英国  
＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI.3 参照
- イタリア  
原則として整合性は保たれる。
- オーストラリア

## (別表) ヒアリング結果一覧

<p>＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI. 3 参照</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● カナダ ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI. 3 参照</li> <li>● シンガポール ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI. 3 参照</li> </ul>
<p>VI. 1. 4 データ量が膨大となるが当該データをハンドリングするインフラ等はどのように整備しているか。 また、データのハンドリングや推計には何人であたっているか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 米国 ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI. 4 参照</li> <li>● 英国 ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI. 4 参照</li> <li>● イタリア N/A</li> <li>● オーストラリア ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI. 4 参照</li> <li>● カナダ ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI. 4 参照</li> <li>● シンガポール ＜各国に対するヒアリング結果（医療）＞ VI. 4 参照</li> </ul>

## (別表) ヒアリング結果一覧

## VI.1.5 サンプルングデータを用いる場合、どのようなサンプルング手法を用いているか。

- 米国  
N/A
- 英国  
いいえ
- イタリア  
CPI の調査では特定の手法が用いられるが、ここでは議論できない（一般的に国民経済計算の担当者は、サンプルング手法の詳細を入力（enter）せずに CPI 指数を使っている。
- オーストラリア  
N/A
- カナダ  
カナダ統計局が採用している主要なサンプルング方法の 1 つは、確率比例抽出法(probability proportional to size) である。この方法はカナダ統計局で広く使われている。
- シンガポール  
N/A