

201002003A

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合（統計情報総合）研究事業

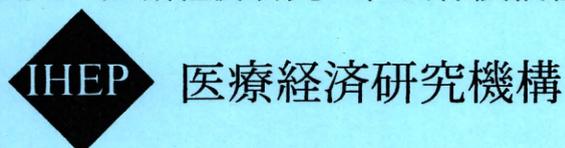
厚生労働統計データを利用した総保健医療支出（OECD 準拠の System of Health Account2.0）の推計方法の開発および厚生労働統計との二次利用推進に関する研究

平成22年度 総括研究報告書

研究代表者 満武 巨裕

平成23（2011）年3月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合（統計情報総合）研究事業

厚生労働統計データを利用した総保健医療支出（OECD 準拠の System of Health Account2.0）の推計方法の開発および厚生労働統計との二次利用推進に関する研究

平成22年度 総括研究報告書

研究代表者 満武 巨裕

平成23（2011）年3月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構

目 次

I. 総括研究報告書

厚生労働統計データを利用した総保健医療支出（OECD 準拠の System of Health Account2.0）の推計方法の開発および厚生労働統計との二次利用推進に関する研究.....1

満武巨裕

II. 分担研究報告書

1. SHA2.0（案）の概要 -第12回ヘルスアカウント専門家会合の報告と機能別分類(HC)8

満武 巨裕、肥塚 修子、田中 滋、福田 敬

2. SHA2.0（案）の概要 -供給主体分類(HP)17

満武 巨裕、肥塚 修子、佐野 洋史

3. SHA2.0のLTC（長期療養）に関する検討について.....26

肥塚 修子、佐野 洋史、満武 巨裕、田中 滋

4. SHA2.0の予防に関する検討について.....33

満武 巨裕、肥塚 修子、佐野 洋史、片岡寛典（研究協力者）

5. 卸・小売マージンの精度向上に向けた取組について.....38

肥塚 修子、満武 巨裕、杉田拓男（研究協力者）、林 勇輝（研究協力者）

6. 保険外負担費用等の推計について.....43

肥塚 修子、満武 巨裕、田中 滋、福田 敬

III. 研究成果の刊行に関する一覧表47

IV. 研究成果の刊行物・別刷48

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究補助金（政策科学総合（統計情報総合）研究事業）

総括研究報告書

厚生労働統計データを利用した総保健医療支出（OECD 準拠の System of Health Account 2.0）
の推計方法の開発および厚生労働統計との二次利用推進に関する研究

研究代表者 満武 巨裕

財) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 副部長／主席研究員

研究要旨

厚生労働省統計情報部から公表される「国民医療費」は、わが国の医療保険制度のもとでの支出を推計したものであり、医療政策における成果をはかる重要な指標の一つである。ただし、正常分娩や歯科自由診療など医療保険の対象外の保健・医療サービスに係る、予防や医療機関の運営および施設整備のための費用が除外されている。それを補完するデータとして、2000年にOECD（経済開発協力機構）がヘルスアカウントの国際基準として発表した総保健医療支出（以下 SHA）があり、日本では医療経済研究機構が SHA に準拠した推計方法を開発し、推計を行ってきた。さらに、現在、SHA は、OECD と EUROSTAT（欧州委員会統計局）に加えて WHO 共同で SHA2.0 を作成中であり、2011年に公表が予定されている。

本研究の目的は、SHA2.0 に準拠するための推計方法の開発と推計を行うことである。

分担研究報告書 1 では、SHA2.0（案）の概要を紹介し、機能別分類(HC)について検討した。分担研究報告書 2 では、供給主体分類(HP)について検討した。分担研究報告書 3 では、機能別分類(HC)の中で変更が予定されている HC.3(Long Term Care: LTC（長期療養）)について検討した。分担研究報告書 4 では、LTC（長期療養）同様に変更が予定されている HC.6(Prevention: 予防)について検討した。さらに、日本の保健医療支出の精度向上と利用促進のために、データソース（統計資料）の再精査、定義変更（含、廃止）への対応、新たなデータソースの組み込み、推計方法の開発も検討した。分担研究報告書 5 では、一般薬の推計に利用している「中小企業基本実態調査（中小企業庁）」の目的外使用申請を行うことで、卸・小売マージン率の精度向上に向けた検討を行った。最後に、分担研究報告書 6 では、日本の SHA に基づく総保健医療支出の推計に含まれていない保険外負担分（選定療養・評価療養、先進医療）、および歯科等の自由診療に係る費用に関する検討を行った。

研究分担者

田中 滋、慶應義塾大学大学院経営管理研究科、教授

福田 敬、東京大学大学院医学系研究科

公共健康医学専攻、准教授

佐野 洋史、財) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、主任研究員

肥塚 修子、財) 医療経済研究・社会保険

A 研究目的

ヘルスアカウントとは保健医療に関する支出であり、その範囲には厚生労働省統計情報部から公表される医療保険制度下における支出の国民医療費に加えて、一般薬、正常分娩や歯科自由診療など医療保険の対象外の費用、介護、健康維持・増進、公衆衛生、医療機関の運営および施設整備のための費用、医療保険の運営費用等も含まれる。したがって、日本の総保健医療支出は、国民医療費と比較すると約 2-3 割高くなる。

OECD 加盟国は、ヘルスアカウントの推計手法である SHA1.0 に基づいて推計した総保健医療支出を OECD に提出しており、国際比較が可能となっている。SHA に基づいた推計を実施することで、国および地域による保健医療と他の社会経済的活動による違い、推計基準における細かさ、分類方法が統一される。具体的には、1) 機能 (Health Care Functions: HC)、2) 供給主体 (Providers:HP)、3) 財源 (Financing agents/schemes:HF) の分類に関する相互関係のある標準的な表(標準表形式)を作成することで、国際比較が可能となる。

2000 年に公表された SHA1.0 を SHA2.0 に改訂する作業は、OECD と EUROSTAT (欧州委員会統計局) に加えて WHO(World Health Organization)と共同で行われている。よって、将来的には、WHO 加盟国とも国際比較可能となる。さらに OECD 加盟国以外でも台湾のように SHA 推計を行う国が増えつつあり、今

後 SHA は国際比較や施策立案の基礎資料としてさらに幅広く活用されていくであろう。しかし、今回の改訂作業によって定義(推計する範囲等)や項目が変更になり、SHA1.0 と SHA2.0 手法で推計したそれぞれの値に差異が生じることが予想されている。

そこで、第一として SHA2.0 (案) の概要および機能別分類(HC)について報告する。

第二として、供給主体別分類 (HP)について報告する。

第三として、LTC (長期療養) に関して SHA2.0 への対応に関する検討を行う。

第四として、予防に関して SHA2.0 への対応に関する検討を行う。

第五として、データソース (統計資料) の再精査、データソースの定義変更 (含、廃止) への対応、新たなデータソースの組み込み、推計方法の開発を行うことを目的として初年度は、「中小企業基本実態調査」の目的外使用申請を行い、個票を入手することで、産業小分類レベルで各項目に該当する流通マージンの精度向上を試みる。

最後に、日本の SHA に基づく総保健医療支出の推計には、保険診療の際に発生する費用のうちの保険外負担分 (選定療養・評価療養、先進医療)、および歯科等の自由診療に係る費用が含まれていないことから、これまで推計対象に含まれなかった 1)選定療養・評価療養のうち入院時の差額室料、2)高度先進医療を含む先進医療の費用、および 3)歯科の自由診療に係る費用について、利用可能なデータの範囲で推計を行い、新たに総保健医療支出に計上を試みる。

B. 研究方法

SHAの意義は、国および地域により保健医療と他の社会経済的活動による違いのみならず、推計基準における細かさ、分類方法を統一し、保健医療支出とその財源に関する相互関係のある標準的な表

(SHA tables)を提供することにある。具体的には、統一的な標準表形式で国際比較が可能となるよう、医療活動の全分野を対象とした包括的な勘定枠組み

(International Classification for Health Accounts: ICHA)を提供している。ICHAの基本的な考え方は、以下の3つの考え方が基になっている。

- 1) 機能的な定義：どの種類のサービスが提供され、どの品目の財が購入されたのか。
- 2) 保健医療サービスと財の供給：資金はどこへ行くのか。
- 3) 財源主体：どこから資金がやってきたのか。

3つの考え方に対応する形として、ICHAは、1) 機能 (Classification of Function: HC)、2) 供給主体 (Providers: HP)、3) 財源 (Financing agents/schemes: HF)の分類を枠組みとしている。また、人的資源 (Human Resources :RC)、および資金 (Financing Source :FS)が2006年から新たな枠組みに加えられている。

そこで、2010年時点で提案されているSHA2.0 (暫定版(Pre-edited version))に基づき、新定義、SHA1.0からSHA2.0との相違点、データソース、推計方法等の検討を行った。

C. 研究結果

第一に、SHA2.0の機能別分類のHC.1に関しては、2nd Digitに変更はないが、3rd digitでは、新たなカテゴリであるHC.1.1.1 General inpatient curative care (一般的な入院診療)とHC.1.1.2 Specialised inpatient curative care (専門的な入院診療)が追加された。

HC.2に関しては、大きな変更はない。HC.4、HC.5、HC.7も同様である。HC.3 (長期療養) およびHC.6 (予防)に関しては実際SHA1.0のある部分が複数に関与しており、対応が取れていない(他のHCのように一対一対応ではなかった)。HC.3には、日本は、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、基本的にNursing Careに該当する介護保険から医療保険に移管されたサービス(介護老人保健施設、訪問看護等)を計上してきた。しかし、SHA2.0において訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、居宅介護支援等も含まれた場合、SHA2.0に準じた日本の総保健医療支出は増加することが予想された。HC.6では従来にはなかったHC.6.2.1 (感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへの曝露に関するサーベイランス) HC.6.2.2 (プログラムの設計およびモニタリング、評価)、HC 6.2.3 (保健システムにおける災害・救急対応プログラム)、HC 6.2.4 (一般大衆への疾患やリスク回避に関する情報、教育およびコミュニケーションに関するマスカンペーン)項目が追加された。

第二に、改訂により1st digitレベルの分類では、HP. 4 ((補助的サービス提供者)が追加された。しかし、SHA1.0におけるHP. 3. 5 (臨床検査および診断検査所)と

HP. 3. 9 (その他の外来サービス提供者) の部分が1st digitに格上げされただけで大きな定義上の変更はない。加えて、HP. 3. 5 (臨床検査および診断検査所) は、日本においては医療機関内で検査や画像等の診断が行われるために推計していない(その分はHP. 1とHP. 3に含まれている)。

第三に、LTC(長期療養)に関しては日本は、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、基本的にNursing Careに該当する医療保険から介護保険に移管されたサービス(介護老人保健施設、訪問看護、短期入所療養介護等)に限って保健医療支出に計上してきた。しかし、OECD事務局からは、4つの類型が提示された。一つ目が医療の有資格者が提供するMedical or nursing care、二つ目が食事や入浴等のADLに関するサービスであるPersonal care services、三つ目が買い物や洗濯等のADL以外の日常生活を補助するAssistance service、そして四つ目がその他の社会的サービスとしてのOther social care servicesである。そして、OECD事務局はMedical or nursing careとPersonal care servicesをHC. 3に含めることを推奨している。SHA2. 0において介護老人福祉施設、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護等も含まれた場合、日本の総保健医療支出はSHA1. 0に準拠した場合に比べ大幅に増加することになる。

第四に、予防は、SHA2. 0(暫定版)では、HC. 6. 1(情報提供、教育およびカウンセリングプログラム)、HC. 6. 2(予防接種プログラム)、HC. 6. 3(疾患早期発見プログラム)、HC. 6. 4(一般健康診断プログラム)、

HC. 6. 5(感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへの曝露に関するサーベイランス)、HC. 6. 6(災害対策および救急対応プログラム)が新たに示された。そこで、新たなデータソースを利用して、SHA2. 0(暫定版)に準じたHC. 6の推計手法を検討し、2008年度分のHC. 6を試算した。

HC. 6. 1は、特定健診・特定保健指導の保健指導部分に係る費用、健康増進に係る費用、精神保健福祉に関する費用を想定し約28億8,483万円となった。HC. 6. 2は、(SHA1. 0と同様に)各種予防接種、ツベルクリン反応、BCG接種等の費用として約931億6,873万円となった。HC. 6. 3は、肝炎ウイルス検診、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、エイズ検査、がん検診等の費用を想定し約5,823億7,782万円となった。HC. 6. 4は、妊産婦健診、乳幼児の健診、歯科検診・保健指導、健康保険組合が実施する健診、人間ドックを想定し約4,796億811万円となった。HC. 6. 5は、がん登録、検疫所運用、保健所の感染症例報告等に係る費用を想定し16億1,900万円となった。HC. 6. 6は、保健医療関連の災害対策費用(災害派遣医療チーム(DMAT)の体制整備等)およびドクターヘリ関連の整備・運用(ヘリポート整備含む)に係る費用を想定し24億2,527万円となった。

第五に、「中小企業基本実態調査」の目的外使用申請を行い、個票を入手することで、産業小分類レベルで各項目に該当する流通マージンの算出を試みたところ、従来手法と比較で約1.07~1.13倍となった。

最後に、これまで推計対象に含まれなかった1)選定療養・評価療養のうち入院時

の差額室料、2) 高度先進医療を含む先進医療の費用、および 3) 歯科の自由診療に係る費用について、利用可能なデータの範囲で推計を行い、新たに総保健医療支出に計上を試みた。その結果、1) は約 1,709 億円、2) は約 49 億円、3) は約 461 億円の増加となった。

D. 考察

SHA は、OECD 加盟国のみならず、今後発展途上国も含めた多くの国で国際比較が可能となる総保健医療支出を推計する際の指針となる重要なマニュアルである。SHA2.0 の改訂に伴い、定義の改訂、分類の変更等があり、今回紹介したように機能別分類では HC.3 と HC.6 の変更による総保健医療支出の増加が予想される。

供給主体別分類 (HP) に関しては、SHA2.0 改訂に伴う影響はほとんどないといえる。

LTC (長期療養) に関しては、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、医療保険から介護保険に移管されたサービス (介護老人保健施設、訪問看護等) を計上してきた。しかし、SHA2.0 においてこれまで計上してこなかった、他の介護サービス種別 (介護老人福祉施設、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護等) も含むことになった場合、SHA2.0 準拠の日本の総保健医療支出は SHA1.0 の時に比べ大幅に増加することが考えられた。

予防に関しては、2008 年度分の HC.6 を試算したところ、HC.6.1 は 28 億 8,483 万円、HC.6.2 は 931 億 6,873 万円、HC.6.3 は 5,823 億 7,782 万円、HC.6.4 は 4,796

億 811 万円、HC.6.5 は 16 億 1,900 万円、HC.6.6 は 24 億 2,527 万円となり、約 1.15 倍になった。

データソース (統計資料) の再精査、データソースの定義変更 (含. 廃止) への対応、新たなデータソースの組み込み、推計方法の開発を行うことを目的として初年度は、「中小企業基本実態調査」の目的外使用申請を行い、個票を入手することで、産業小分類レベルで各項目に該当する流通マージンの精度向上を試みたが、精度の点では依然問題が残った (例えば、「医薬品・化粧品等卸売業」の小分類は化粧品分も含まれている)。個票の目的外利用申請を行ってマージン率を算出する場合、公表値を用いる場合よりも作業量および時間もかかることが指摘できる。さらに、公表値と比較しても約 1.06 倍であり、大きな違いはなかった。

差額室料の推計については、病院種別・開設者別の 1 施設あたりの差額室料のデータソースが医療経済実態調査であり、施設数は医療施設調査であるため、病院種別の区分が完全には一致していないという問題点があった。また、医療経済実態調査は抽出調査であるため、データの代表性、正確性に関する一定の限界点を有している。先進医療の費用総額については、実施医療機関より報告されている実数であり、データソースの問題点は少ないが、個別技術別の費用内訳が毎年示されているわけではないため、本来歯科診療や外来診療に計上すべき費用も全て入院診療に計上しているという手法上の問題点が残る。歯科の自由診療に係る費用は、二次データを用いて把握可能であるのはあくまでも材料

費部分であり、その他に家計が負担している自由診療に係る費用は含まれていないという問題点を含んでいる。以上のような問題点は残るが、いずれも既に SHA に基づく総保健医療支出推計において利用しているデータソースもしくは厚生労働省の審議会等での公表資料であるため、データの信頼性については一定の水準はクリアしており、また二次データを用いて把握可能な部分だけでも家計負担分費用を推計し計上することに意義があると考えられた。

E. 結論

SHA2.0 の改訂に伴い、定義の改訂、分類の変更等があり、今回紹介したように HC.3 と HC.6 の変更による総保健医療支出の増加が予想される。

供給主体別分類 (HP) には分類上の変更はあったものの、定義上の変更はない。

LTC(長期療養)は、定義の変更により、日本の総保健医療支出は SHA1.0 準拠のものに比べ大幅に増加するため、推計手法の変更について、国内の関係者および Health Data のユーザへの説明を行い、変更内容について周知する必要があると考えられる。

予防は、SHA2.0 (暫定版) では、HC.6 は 1 兆 1,620 億 8,376 万円となった。一方、SHA1.0 では、HC.6 の総額が 1 兆 78 億 9,200 万円であったので、約 1.15 倍となった。

「中小企業基本実態調査」の目的外使用申請を行い、個票を入手することで、産業小分類レベルで各項目に該当する流通マージンの精度向上を検証したが、総保健

医療支出 (40 兆 9501 億円) の 0.34% に相当し、全体に及ぼす影響は小さかった。

これまで推計対象に含まれなかった 1) 選定療養・評価療養のうち入院時の差額室料、2) 高度先進医療を含む先進医療の費用、および 3) 歯科の自由診療に係る費用について、利用可能なデータの範囲で推計を行い、新たに総保健医療支出に計上を試みたところ、1) は約 1,709 億円、2) は約 49 億円、3) は約 461 億円の増加となった。保険外負担の費用を正確に把握することはデータの制約上困難であるが、利用可能な二次データの範囲で家計が負担している保険外負担分の費用を推計に含めることは妥当であると判断できる。

今後も、SHA2.0 に準拠するための定義や推計方法の検討を行い、OECD 事務局 (専門官)、厚生労働省関連部局、学識有識者で構成される委員会で検討を重ねていく予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. OECD における SHA2.0 (案) の概要 I -機能分類と第 12 回ヘルスアカウント専門家会合の報告・ 満武巨裕、肥塚修子、厚生指標、第 58 巻(4) : 27~32 頁、2011 年
2. OECD の SHA2.0 (案) の概要 II -供給主体分類(HP)-、満武巨裕、厚生指標、第 58 巻(5) : 36~42 頁、2011 年
3. OECD の SHA2.0 (案) の概要 III -財源分類(HF)- 満武巨裕 厚生指標 第 58 巻(7) : (未定) 頁、2011 年

4. 国際基準としての医療費---OECD の SHA 手法に基づく総保健医療支出, 満武 巨裕, 健保連海外医療保障, 第86巻: 11~23頁、2010年
5. 総保健医療支出の国際比較---ドイツ、韓国および日本、満武 巨裕, 肥塚 修子, 健保連海外医療保障, 第86巻: 24~33頁、

2010年

6. 台湾の総保健医療支出、肥塚 修子, 満武 巨裕, 健保連海外医療保障, 第86巻: 34~41頁、2010年

II. 知的所有権の取得状況

該当なし

II. 分担研究報告書

厚生労働科学研究補助金（政策科学総合（統計情報総合）研究事業）
分担研究報告書

SHA2.0（案）の概要・第12回ヘルスアカウント専門家会合の報告と機能別分類(HC)・

満武 巨裕

財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、副部長

肥塚 修子

財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、主任研究員

田中 滋

慶應義塾大学大学院経営管理研究科、教授

福田 敬

東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻、准教授

研究要旨

2000年にOECD（経済開発協力機構）が発表したヘルスアカウントの推計手法であるSHA（System of Health Account）は、現在、改訂作業が進んでいる。SHA2.0は、2011年6月に公表予定であり、2010年度は6月に特別会合、11月に第12回ヘルスアカウント専門家会合が開催されSHA2.0(案)が検討された。そこで、本分担報告書では、第12回ヘルスアカウント専門家会合の議題を紹介し、SHA2.0（案）の機能別分類の概要を報告する。

SHA2.0の機能別分類のHC.1に関しては、2nd Digitに変更はないが、3rd digitでは、新たなカテゴリであるHC.1.1.1 General inpatient curative care（一般的な入院診療）とHC.1.1.2 Specialised inpatient curative care（専門的な入院診療）が追加された。

HC.2に関しては、大きな変更はない。HC.4、HC.5、HC.7も同様である。

HC.3 およびHC.6に関しては実際SHA1.0のある部分(表2では part of となっている)が複数に関与しており、対応が取れていない(他のHCのように一対一対応ではない)。HC.3には、Medical or nursing care と Personal care services が含まれることになるであろう。日本は、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、基本的にNursing Careに該当する介護保険から医療保険に移管されたサービス（介護老人保健施設、訪問看護等）を計上してきた。しかし、SHA2.0において訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、居宅介護支援等も含まれた場合、SHA2.0に準じた日本の総保健医療支出は増加することが予想される。HC.6では従来にはなかったHC.6.2.1（感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへの曝露に関するサーベイランス）HC.6.2.2（プログラムの設計およびモニタリング、評価）、HC 6.2.3（保健システムにおける災害・救急対応プログラム）、HC 6.2.4（一般大衆への疾患やリスク回避に関する情報、教育およびコミュニケーションに関するキャンペーン）項目が追加された。

A. 研究目的

OECD 加盟国は、ヘルスアカウントの推計手法である SHA1.0 に基づいて推計した総保健医療支出を OECD に提出しており、国際比較が可能となっている。SHA に基づいた推計を実施することで、国および地域による保健医療と他の社会経済的活動による違い、推計基準における細かさ、分類方法が統一される。具体的には、1) 機能 (Health Care Functions: HC)、2) 供給主体 (Providers:HP)、3) 財源 (Financing agents/schemes:HF) の分類に関する相互関係のある標準的な表(標準表形式)を作成することで、国際比較が可能となる。

2000年に公表された SHA1.0 を SHA2.0 に改訂する作業は、OECD と EUROSTAT (欧州委員会統計局) に加えて WHO(World Health Organization)と共同で行われている。よって、将来的には、WHO 加盟国とも国際比較可能となる。さらに OECD 加盟国以外でも台湾のように SHA 推計を行う国が増えつつあり、今後 SHA は国際比較や施策立案の基礎資料としてさらに幅広く活用されていくであろう。

しかし、今回の改訂作業によって定義(推計する範囲等)や項目が変更になり、SHA1.0 と SHA2.0 に準拠した手法で推計した値に差異が生じることが予想されている。例えば、SHA2.0 の定義改訂に関して数年来議論となっている原因の一つに、OECD 加盟国と WHO 加盟国の興味・関心の違いがある。例をあげると、OECD 加盟国の Long Term Care (長期療養) や生活習慣病をはじめとする

Non-Communicable diseases (非感染性疾患) に対する関心に対して、発展途上国を中心とする WHO 加盟国は Communicable diseases (感染症性疾患) 対策をはじめとする予防・公衆衛生活動に関心があり、双方の関心を組み入れる試み及び議論が続いている。

そこで、第 12 回会合の議題を紹介し、SHA2.0 (案) の概要および機能別分類(HC)について報告する。

B. 研究方法

第 12 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の資料および SHA2.0 (案) の暫定版(Pre-edited version)の資料をもとに、供給主体別分類 (HP)について調査する。

C. 研究結果

第 12 回ヘルスアカウント専門家会合では、毎年、OECD 事務局の各担当者から、全章について網羅的な説明が行われ、加盟国ヘルスアカウント専門家が意見を出し合う形式である(表 1 第 12 回ヘルスアカウント専門家会合の議題)。

議題 1-3 は、OECD 事務局からの SHA データの提出状況や来年度データ提出に関する説明であり、SHA2.0 のデータ提出が実施されるまでは、大きな変更点はなかった。議題 4 は、いわゆるメディカルツールの推計に関する推計試みであり、まだ明確な結論はでていない。議題 5 は、「公的な保健医療支出に関する指標の修正」に関する検討である。本指標は、OECD ヘルスデータ(注 1) の中でも良く引用される指標の一つである。現在、本指標の分子には「経常保健医療支出(注 2)」と「保

健医療提供機関の資本形成(注3)」を含む公的な「総保健医療支出(注4)」を使用しているが、今後、「保健医療提供機関の資本形成」に関してはその構成要素である「資本移転」のみとする提案がなされた。今回は、修正案が示されただけで結論には至っていないが、SHAの改訂によって、OECDヘルスデータの指標にも大きく影響を及ぼすものがあると予想された。議題6-15は、SHA2.0(案)に関するものであり、議題の2/3を占めた。

SHAは、1)機能(HC)、2)供給主体(HP)、3)財源(HF)の分類に関する標準的な表を提出することは既に述べたが、この3つの中でも一番重要であるのが1)機能(HC)である。そこで、今回は議題8で検討されたSHA2.0における機能別分類について報告する。

表2に、現在提示されているSHA2.0(案)(左列)の分類とSHA1.0(右列)を示した。

ここで機能分類の数字の一桁(例えばHC1)のことを1st Digit、二桁(例えばHC1.1)のことを2nd Digit、三桁(例えばHC1.1.1)のことを3rd digitと呼ぶことにする。

HCに関しては、1st DigitレベルではSHA2.0とSHA1.0では変更がない。

HC.1に関しては、2nd Digitに変更はないが、3rd digitでは、新たなカテゴリであるHC.1.1.1 General inpatient curative care(一般的な入院診療)とHC.1.1.2 Specialised inpatient curative care(専門的な入院診療)が追加された。一般的及び専門的の違いは、開業医及び専

門医によって提供された医療サービスの区分によるものである。開業医と専門医の資格制度があり、それぞれで提供できる医療行為が異なるドイツやフランスのように医療費を分類できる国は算出可能である。しかし、3rd digitレベルでのデータの提出は必須ではなく、会議でも日本や韓国は困難であることを表明している。

HC.2に関しては、大きな変更はない。HC.4、HC.5、HC.7も同様である。

HC.3およびHC.6に関しては実際SHA1.0のある部分(表2ではpart ofとなっている)が複数に関与しており、対応が取れていない(他のHCのように一対一対応ではない)。そこで以下、HC.3とHC.6について説明する。

HC.3は、Long Term Care(長期療養)である。2nd Digitでは、

HC.3.1 In-patient long-term nursing care(長期入院・入所療養)

HC.3.2 Day cases of long-term nursing care(長期通所療養)

HC.3.3 Long-term nursing care: home care(長期在宅療養)

の3分類であったものが、SHA2.0ではHC.3.1 In-patient long term inpatient care (health)(長期入院・入所療養)

HC.3.2 Day long term care (health)(長期通所療養)

HC.3.3 Outpatient long term care (health)(長期外来療養)

HC.3.4 Home based long term care (health)(長期在宅療養)

の4分類となった。だが、HC.3における変更点は、分類が一つ増えただけではない。定義そのものの変更が検討されている。こ

の変更については、本誌でも紹介してきた境界領域の問題である 5・6)。特に、Long Term Care (長期療養) に関しては、本来は医療および看護関連サービスのみをヘルスケアに含めるべきであるが、区分することが困難である為、案として日常生活動作(Activities of daily living:以下 ADL とする)に関連する支援も含めるか否かで議論が分かれていた。しかし、OECD 事務局は、可能な限り同じ共通の定義を定めようとしていることから、現在は、以下の 4 つの類型が提示されている (図 1)。一つ目が医療の有資格者が提供する Medical or nursing care、二つ目が食事や入浴等の ADL に関するサービスである Personal care services、三つ目が買い物や洗濯等の ADL 以外の日常生活を補助する Assistance service、そして四つ目がその他の社会的サービスとしての Other social care services である。そして、OECD 事務局は Medical or nursing care と Personal care services を HC.3 に含めることを推奨している。

日本は、一昨年より「HC.3 は Medical or nursing care のみを含むべきであり、ADL をはじめとするサービスは、SHA1.0 と同様に総保健医療支出には含まれない HC.R.6.1 Social services of LTC (LTC other than HC.3) (HC.3 に含まれない社会的介護サービス)に入れ参考値とすべきである」と主張してきた。オーストラリア、デンマーク、ポルトガル、スウェーデン、韓国も同様の反対意見を主張していた。しかし、6 月会合を受けて、OECD 事務局が本件について加盟国に質問票を用いて調査した結果、31 カ国中 23 カ国が ADL

に関するサービスである Personal Care を HC.3 (LTC) に含めることに賛成し、反対は 8 カ国であったとして、図 1 の通り 1)Medical or nursing care と 2) Personal care services とする案を採用すると OECD 事務局が述べた。韓国、日本、デンマーク、スウェーデンが反論した。しかし、SHA2.0 の HC.3 には、Medical or nursing care と Personal care services が含まれることになるであろう。

日本は、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、基本的に Nursing Care に該当する介護保険から医療保険に移管されたサービス(介護老人保健施設、訪問看護等)を計上してきた。しかし、SHA2.0 において訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、居宅介護支援等も含まれた場合、SHA2.0 に準じた日本の総保健医療支出は増加することが予想される。

HC.6 は、Preventive care (予防)である。従来(SHA1.0)は、Prevention and public health services (予防および公衆衛生サービス)として、母子保健(家族計画およびカウンセリング)、学校保健サービス、感染症予防、非感染症予防、産業保健、その他の 6 分類であった(表 3)。しかし、2nd digit で二つの HC 6.1 と HC 6.2 になり、3rd digit も設定された。特に、HC.6.2 は従来にはなかった HC 6.2.1 (感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへの曝露に関するサーベイランス) HC 6.2.2 (プログラムの設計およびモニタリング、評価)、HC 6.2.3 (保健システムにおける災害・救急対応プログラム)、HC 6.2.4 (一般大衆への疾患やリスク回

避に関する情報、教育およびコミュニケーションに関するマスカンペーン)項目が追加されている(表4)。

(注1) SHA手法により推計された総保健医療支出データは、OECDに提出後、OECD Health Data(以下、OECDヘルスデータ)としてホームページやCD-ROMで公開されている(一部有料)。OECDヘルスデータには、OECD加盟国の総保健医療支出、医療の質(Quality indicator)等の様々な健康保健分野のデータが含まれている。

(注2) 「経常保健医療支出」とは、表2のHC.1からHC.7までの合計値である。

(注3) 「保健医療提供機関の資本形成」とは、HC.R.1 Capital formation of health care provider institutions(保健医療提供機関の資本形成)と定義されているものである。

具体的には、「保健」および「社会保護」を目的とする、1)補助金、2)総固定資本形成、3)資本移転の合計値から、4)固定資本の摩耗と5)病院施設運営補助金を減算した額としている。

(注4) 「総保健医療支出」は、「経常保健医療支出」と「保健医療提供機関の資本形成」の合計値である。

D. 考察

SHAは、OECD加盟国のみならず、今後発展途上国も含めた多くの国で国際比較が可能となる総保健医療支出を推計する際の指針となる重要なマニュアルとな

る。

SHAの推計方法は、SHAマニュアルに準拠して各国が個別に定めるものである。よって、OECD加盟国の中でも機能分類上のSHAの概念に含まれる全ての項目を推計できているわけではないが、SHA2.0の改訂に伴い、定義の改訂、分類の変更等があり、今回紹介したようにHC.3とHC.6の変更による総保健医療支出の増加が予想される。

SHA2.0は、既に大方に定義が決定し、現在は2010年度末の予定で複数のOECD加盟国を対象にSHA1.0とSHA2.0の互換性や対応状況に関するパイロット調査が行われている。そのパイロット調査の結果も踏まえ、承認プロセスを経て、公表される予定となっている。

現在、OECD事務局・専門官、厚生労働省関連部局と協議し、さらに学識有識者で構成される委員会で検討を重ねている。今後も、国内外の関係者およびOECD事務局とも情報交換を重ねていく予定である。

E. 結論

SHA2.0のHC.1に関しては、2nd Digitに変更はないが、3rd digitでは、新たなカテゴリであるHC.1.1.1 General inpatient curative care(一般的な入院診療)とHC.1.1.2 Specialised inpatient curative care(専門的な入院診療)が追加された。

HC.2に関しては、大きな変更はない。HC.4、HC.5、HC.7も同様である。

HC.3 および HC.6 に関しては実際 SHA1.0のある部分(表2では part of となっている)が複数に関与しており、対応が取れていない(他の HC のように一対一対応ではない)。HC.3 には、Medical or nursing care と Personal care services が含まれることになるであろう。日本は、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、基本的に Nursing Care に該当する介護保険から医療保険に移管されたサービス(介護老人保健施設、訪問看護等)を計上してきた。しかし、SHA2.0において訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、居宅介護支援等も含まれた場合、SHA2.0 に準じた日本の総保健医療支出は増加することが予想される。

HC.6 では従来にはなかった HC.6.2.1(感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへの曝露に関するサーベイランス) HC.6.2.2(プログラムの設計およびモニタリング、評価)、HC 6.2.3(保健システムにおける災害・救急対応プログラム)、HC 6.2.4(一般大衆への疾患やリスク回避に関する情報、教育およびコミュニケーションに関するマスキャンペーン)項目が追加された。

F. 研究発表

1. OECD における SHA2.0 (案) の概要
I 機能分類と第 12 回ヘルスアカウント専門家会合の報告・ 満武巨裕、肥塚修子、厚生 の 指 標、第 58 卷(4) : 27~32 頁、2011 年
2. 第 11 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の報告、満武 巨裕、 肥塚 修子、厚生 の 指 標、第 57 卷 : 5~8 頁、2010 年

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

表1 第12回ヘルスアカウント専門家会合の議題

議題1.	開会および検討議題の説明
議題2.	2009年のヘルスアカウント会合の議事要旨
議題3.	2010年のデータ収集の評価および2011年のデータ収集
議題4.	国際間で流通している医療財およびサービス-パイロット調査の進捗報告
議題5.	公的な保健医療支出の指標に関する課題
議題6.	SHAマニュアルの改訂作業の概説
議題7.	SHA2.0マニュアルの第1~4章について
議題8.	SHA2.0の第5章(機能別分類)について
議題9.	SHA2.0の第6章(供給主体別分類)について
議題10.	SHA2.0の第7章(財源別分類)について
議題11.	SHA2.0の第8章(資金別分類)について
議題12.	SHA2.0の第9~11章について
議題13.	SHA2.0の第12~13章について
議題14.	SHA2.0の第14~16章について
議題15.	SHA2.0マニュアルの承認と結論、今後の過程について

表 2. HC の SHA2.0(案)と SHA1.0 の対応 (2010 年 11 月時点)

SHA.2.0 (案)	SHA.1.0
HC 1 Curative care (診療サービス)	HC.1
HC.1.1 Inpatient curative care (入院診療)	HC1.1
HC.1.1.1 General inpatient curative care (一般的な入院診療)	
HC.1.1.2 Specialised inpatient curative care (専門的な入院診療)	
HC.1.2 Day curative care (日帰り診療)	HC1.2
HC.1.2.1 General curative day care	
HC.1.2.2 Specialised curative day care	
HC.1.3 Outpatient curative care (外来診療)	HC1.3
HC.1.3.1 General curative outpatient care (基本的な医療および診断サービス)	HC.1.3.1
HC.1.3.2 Dental curative outpatient care (外来歯科診療)	HC.1.3.2
HC.1.3.3 Specialised curative outpatient care (その他の専門的サービス)	HC.1.3.3
HC.1.4 Home based curative care (在宅診療サービス)	HC1.4
HC.1.5 Curative care n.e.c.	
HC 2 Rehabilitative care (リハビリテーションサービス)	HC.2
(HC 2 に関しては大きな変更がないために 2nd digit, 3rd digit は割愛)	
HC 3 Long Term Care (Health) (長期療養)	HC.3
HC.3.1 Long term inpatient care (health) (長期入院・入所療養)	HC.3.1
HC.3.1.1 Inpatient nursing long term care (長期医療系入院・入所療養)	part of HC.3.1
HC.3.1.2 Other inpatient long term care (health) (その他の長期入院・入所療養)	part of HC.3.1
HC.3.2 Day cases of long term care (health) (長期通所療養)	HC.3.2
HC.3.2.1 Day cases of nursing long term care (長期医療系通所療養)	part of HC.3.2
HC.3.2.2 Other day cases of long term care (health) (その他の長期通所療養)	part of HC.3.2
HC.3.3 Outpatient long term care (health) (長期外来療養)	part of HC.3
HC.3.3.1 Outpatient nursing long term care (長期医療系外来療養)	part of HC.3
HC.3.3.2 Other outpatient long term care (health) (長期外来療養)	part of HC.3
HC.3.4 Home based long term care (health) (長期在宅療養)	HC.3.3
HC.3.4.1 Home based nursing long term care (長期医療系在宅療養)	part of HC.3.2
HC.3.4.2 Other home based long term care (health) (長期在宅療養)	part of HC.3.2
HC.3.5 Long term care (health) n.e.c.	part of HC.3
HC 4 Ancillary services non specified by function (医療の補助的サービス)	HC.4
(HC 4 に関しては大きな変更がないために 2nd digit, 3rd digit は割愛)	
HC 5 Consumption of medical goods non specified by function (外来患者への医療財の提供)	HC.5
(HC 5 に関しては大きな変更がないために 2nd digit, 3rd digit は割愛)	
HC 6 Preventive care(予防医療)	HC.6, part of HCR 4, HCR 5
HC 6.1 Personal preventive programmes (個人への予防プログラム)	HC.6, part of HCR 4, HCR 5
HC 6.1.1 Information and counseling programmes (情報提供およびカウンセリングプログラム)	part of HC.6.9
HC 6.1.2 Immunization programmes (予防接種プログラム)	part of HC.6.3
HC 6.1.3 Early disease detection programmes (疾患早期発見プログラム)	part of HC.6.3, 6.4
HC 6.1.4 Healthy condition monitoring programmes (一般健康診断プログラム)	part of HC.6.1, 6.2, 6.5
HC 6.2 Epidemiologic surveillance & risk and disease control programmes (疫学的サーベイランスと健康リスクおよび疾病コントロールプログラム)	HC.6, part of HCR 4, HCR 5
HC 6.2.1 Surveillance of communicable and non-communicable diseases, injuries and exposure to environmental health risks (感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへの曝露に関するサーベイランス)	HC.6, part of HCR 4, HCR 5
HC 6.2.2 Programme design, monitoring and evaluation (プログラムの設計およびモニタリング、評価)	HC.6, part of HCR 4, HCR 5
HC 6.2.3 Preparing for disaster and emergency response programmes (保健システムにおける災害・救急対応プログラム)	HC.6
HC 6.2.4 Mass campaigns on information, education and communication on disease and risk avoidance & to consumers of health system (一般大衆への疾患やリスク回避に関する情報、教育およびコミュニケーションに関するマスカンペーン)	HC.6, part of HCR 4, HCR 5
HC 6.3 All other preventive care nsk	HC.6, part of HCR 4, HCR 5
HC 7 Governance and Health system administration (保健関連の現金給付および管理業務)	HC 7
(HC 7 に関しては大きな変更がないために 2nd digit, 3rd digit は割愛)	

出典) 第 12 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合 資料 SHA2.0 (Draft) より著者作成