

エスタンプロット法)として、費用を4億1,160万円と推計した。

がん検診は、地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)から、胃がん(問診、胃部エックス線検査)が3,916,203件、肺がん(問診、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診)が6,685,467件、大腸がん(問診、便潜血検査)が6,418,334件、子宮がん(問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診)が3,499,278件、乳がん(問診、視触診及び乳房エックス線検査(マンモグラフィ))が1,792,176件であった。そこで、がん検診の費用は、上記の検査において診療報酬点数表から該当の点数を参照し、推計を行った。胃がんは、初診料(270点)、胃部X線検査(788点)、フィルム(160点)とした。肺がんは、初診料(270点)、胸部X線検査(153点)、フィルム(26点)、喀痰細胞診(190点)、判断料(150点)とした。大腸がんは、初診料(270点)、便潜血検査(9点)、判断料(34点)とした。子宮がんは、初診料(270点)、頸部細胞診(150点)、判断料(150点)、採取料(40点)とした。乳がんは、初診料(270点)、マンモグラフィ(300点)フィルム(24点)とした。がん検診費用は合計1,527億2,776万円と推計した。

HC.6.4(一般健康診断プログラム)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ている。

母子保健としては、必要な回数(14回程度)とされる妊婦健診については、H20年度に妊婦健康診査支援基金が造成された。国庫補助として790億、地方財政措置(市町村)は790億円を拠出(これはH22年

度までの間)。その後の5回分としては市町村の公費負担としている。つまり年間790億円が9回分の妊婦健診として考えることができる。そこで、全14回とすると、年間1228.9億円と推計することができる。また、この他に初年度111億円の補助金が入れている。よって、1,339億9,000万円と推計した。

乳幼児の健康診査としては、地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)から、幼児の健康診査(一般健康診査受診実人数)が、1歳6ヶ月、3歳児、その他とあり、H20年度は2,141,197件である。健康診査の内容は身体測定(身長・体重・胸囲・頭囲)の計測・医師の診察・栄養指導が主な項目とあるが、それぞれの価格データが無いために、推計できなかった。

歯科保健は、地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)から、平成20年度に保健所及び市区町村が実施した歯科健診・保健指導等の実施の延べ人数は、「歯科健診・保健指導」約456万2千人、「予防処置」約245万5千人、「治療」11,857人であった。、歯科初診料は、182点であることから、「歯科健診・保健指導」と歯科初診料を掛け合わせて、83億284万円と推計した。

人間ドック(企業助成分)については、企業が福利厚生で人間ドックやインフルエンザの予防注射等の助成を行っている費用「医療保健に関する費用」を、人間ドックの費用とみなし(SHA1.0の時はOccupational Healthの一環として計上)、費用推計を行い、4,276億7,136万円とした。

学校保健はSHA1.0のSchool Health

Services 計上分と同じであり、学校医の報酬（小学校、中学校、高校）に小学校、中学校、高校のそれぞれの（学校数×1校当たり学校医等の報酬）の合計を乗算している。学校数は学校基本調査報告、1校当たり学校医等の報酬は自治省地方交付税制度解説（単位費用編）を利用している。789億4,000万円と推計した。

健康保険組合が実施する健診は、それぞれの保険者の事業報告書から、組合管掌健康保険は、保健事業費のうち疾病予防費2,076億8,473万円、協会けんぽ（～H19は政府管掌保険）は保健事業費決算額371億3,715万円、船員保健は保健事業費のうちの保健事業等委託費3億2,747万円、国家公務員等共済組合は119億2,215万円、地方公務員共済組合は291億219万円、国民健康保険は1,029億8,300万円、後期高齢者医療（～H19は老人保健事業）は144億9,625万円であった。さらに、上記の推計額合計より、特定健診・保健指導の保健指導部分に係る費用28億8,483万円を差し引いた。HC.6.4の推計額は4,796億811万円となった。

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）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ている。財務省の一般会計歳入歳出決算、特別会計歳入歳出決算を利用し、検疫所施設費（3億4,000万円）、検疫業務等実施費（12億7,900万円）とした。がん登録費用は不明である。

HC.6.6（災害対策および救急対応プロ

グラム）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た。データソースは、財務省・一般会計歳入歳出決算、厚生労働省第2次補正予算（H20）を利用して、災害対策等緊急事業推進費（2億2,527万円）、緊急ヘリポート施設整備事業（11億円）、災害派遣医療チーム体制設備整備事業（11億円）として24億2,527万円と推計した。

#### D. 考察

SHA2.0（暫定版）に準じて、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24億2,527万円となった。

#### E. 結論

SHA2.0（暫定版）の定義では、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。

#### F. 研究発表

該当なし

#### G. 知的所有権の取得状況

該当なし

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

卸・小売マージンの精度向上について

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

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

杉田 拓男(研究協力者)

財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、研究員

林 勇輝(研究協力者)

財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、研究員

研究要旨

我々は、OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計の推計方法を開発し、推計を行ってきた。推計に用いるデータソースとしては、現在、厚生労働統計データ18種類、総務省が公表している統計データ4種類をはじめ、合計40種類の統計データを利用している。これらデータソースには、様々な変更や廃止が日々行われるため、各統計の担当者・専門家へのヒアリングや、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、新たな推計方法の開発を行うことが重要である。例えば、一般薬や、衛生材料、眼鏡、体温計、血圧計等の医療財（HC.5に計上）については、これまで「薬事工業生産動態統計（厚生労働省）」における生産額（国内出荷額+輸入金額）に「中小企業基本実態調査（中小企業庁）」から推計した流通マージン率を掛けることで、最終消費支出を推計していた。流通マージン率は、「中小企業基本実態調査」の産業中分類レベルで、卸売マージン率、小売マージン率をそれぞれ求め（総売上高を総売上原価で除す）、両者を乗して算出していた。この手法は簡便ではあるが、対象項目以外の項目を多く含むデータを使用するため、流通マージン率の精度についての問題が考えられた（例えば、産業中分類レベルのその他の卸売業の中には、「医薬品・化粧品卸売業」の他に「家具・建具・じゅう器卸売業」、「紙・紙製品卸売業」、「他に分類されない卸売業」が含まれている）。そこで、本研究では「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データの分類を行ったうえで、各項目に該当する流通マージンの算出を試みた。

その結果、従来手法と比較で約1.07~1.13倍であり、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大きくなかった。

A 研究目的

我々は、OECDのSHA手法に基づく保

健医療支出推計の推計方法を開発し、推計を行ってきた。推計に用いるデータソース

として、厚生労働統計データ 18 種類、総務省が公表している統計データ 4 種類をはじめ、合計 40 種類の統計データを利用している。これらデータソースには、様々な変更や廃止が日々行われるため、各統計の担当者・専門家へのヒアリングや、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、新たな推計方法の開発を行うことが重要である。例えば、一般薬や、衛生材料、眼鏡、体温計、血圧計等の医療財（HC.5 に計上）については、これまで「薬事工業生産動態統計（厚生労働省）」における生産額（国内出荷額＋輸入金額）に「中小企業基本実態調査（中小企業庁）」から推計した流通マージン率を掛けることで、最終消費支出を推計していた。流通マージン率は、「中小企業基本実態調査」の産業中分類レベルで、卸売マージン率、小売マージン率をそれぞれ求め（総売上高を総売上原価で除す）、両者を乗して算出し、全ての推計項目で共通の流通マージンを使用していた。この手法は簡便ではあるが、対象項目以外の項目を多く含むデータを使用するため、流通マージン率の精度について問題もあった。具体的には、産業中分類レベルのその他の卸売業の中に「医薬品・化粧品卸売業」が含まれているが、この他に「家具・建具・じゅう器卸売業」、「紙・紙製品卸売業」、「他に分類されない卸売業」が含まれている。

そこで、本研究では、中小企業庁の統計資料である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データの分類を行ったうえで、各項目に該当する流通マージン

を算出し、保険外負担の一般薬部分の精度向上について検討した。

## B. 研究方法

卸・小売マージンの精度向上に向け、中小企業庁への個票データ目的外利用申請を行ってデータを入手する。

請求年度は平成 19 年度、平成 20 年度である。

「中小企業実態基本調査報告書」で利用しているデータ項目は以下のとおりである。

・売上高及び営業費用／産業中分類別表／法人企業／その他の卸売業

・母集団企業数、売上高、売上原価  
売上高及び営業費用／産業中分類別表／法人企業／その他の小売業

・母集団企業数、売上高、売上原価  
売上高及び営業費用／産業中分類別表／個人企業／その他の卸売業

・母集団企業数、売上高、売上原価  
売上高及び営業費用／産業中分類別表／個人企業／その他の小売業

・母集団企業数、売上高、売上原価  
産業小分類まで読み取れる個票を請求し、以下の解析を行う。

小分類コードを利用することにより、中分類コードの範囲から推計非該当の産業を取り除いた推計を行う。推計に該当する企業における法人企業、個人企業の分布範囲を把握し、個人企業を推計範囲から除外することを検討する。「中小企業の原価指標」、「中小企業の財務指標」、「中小企業実態基本調査報告書」各データソースから算出される卸マージン率、小売マージン率の

経時変化についての把握、及び各データソースより算出される結果を比較する。

表1に、中小企業実態基本調査報告書の産業中分類と産業小分類の関係を示した。

### C. 研究結果

中小企業実態基本調査報告書の公表値の「その他の卸売業」の卸マージン率は、平成19年度では1.22であり、目的外利用申請により個票値を集計した結果「その他の卸売業」は1.19であり、産業小分類における「医薬品・化粧品等卸売業×医薬品・化粧品等小売業」の結果は、1.29であった。

一方、小売マージン率については、「その他の卸売業」の公表値は、平成20年度では1.41であり、目的外利用申請により個票値を集計した結果「その他の卸売業」は1.32であり、産業小分類における「医薬品・化粧品等卸売業×医薬品・化粧品等小売業」の結果は、1.45であった。

したがって、公表値では流通マージン率は1.77となり、個票値では、1.87となり、多少個票値の方が高く算出される傾向が確認できた（約1.06倍）。

### D. 考察

個票を入手することで、公表値のレベルである産業中分類から産業小分類まで対象を絞り込んでマージン率の算出が可能であるが、個票にも細分類の情報までは無いため、精度の点では依然問題が残る（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）。その影響

が、どの程度であるかは不明である。さらに、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、中小企業実態基本調査の産業小分類を利用した場合、公表値と比較して約1.06倍のマージン率であり、大きな違いはなかった。

### E. 結論

中小企業実態基本調査の産業小分類を利用した場合、公表値と比較して約1.06倍のマージン率となった。一般薬の推計値は、個票値の流通マージンを使用すると従来方法とでは、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い。

### F. 研究発表

なし

### G. 知的所有権の取得状況

該当なし

表 1. 中小企業実態基本調査報告書の産業中分類と産業小分類

産業中分類	産業小分類	
54 機械器具卸売	541 産業機械器具卸業 542 自動車卸売業	543 電気機械器具卸売業 549 その他の機械器具卸売業
55 その他の卸売業	551 家具・建具・じゅう器卸売業 552 医薬品・化粧品卸売業	553 紙・紙製品卸売業 559 他に分類されない卸売業
59 機械器具小売業	591 自動車小売業 592 自動車小売業	593 機械器具小売業
60 その他の小売業	601 家具・建具・畳小売業 602 じゅう器小売業 603 医薬品・化粧品小売業 604 農耕用品小売業 605 燃料小売業	606 書籍・文房具小売業 607 スポーツ用品・がん具・娯楽用品・楽器小売業 608 写真機・時計・眼鏡小売業 609 他に分類されない小売業

注) 平成 21 年総務省告示 (12 回改訂) の産業分類で表示

表 2. 中小企業実態基本調査報告書の卸マージン率の公表値と個票値の比較

	H15	H16	H17	H18	H19	H20
中小企業実態基本調査報告書 公表値集計:その他の卸売業	1.20	1.22	1.21	1.21	1.25	1.22
中小企業実態基本調査報告書 個票値集計:その他の卸売業(公表値と同じ中分類)	1.21	1.17	1.17	1.21	1.19	1.15
中小企業実態基本調査報告書 個票値集計:医薬品・化粧品等卸売業(小分類)	1.23	1.23	1.29	1.25	1.29	1.12

表 3. 中小企業実態基本調査報告書の小売マージン率の公表値と個票値の比較

	H15	H16	H17	H18	H19	H20
中小企業実態基本調査報告書 公表値集計:その他の小売業	1.47	1.44	1.41	1.42	1.41	1.39
中小企業実態基本調査報告書 個票値集計:その他の小売業(公表値と同じ中分類)	1.38	1.39	1.36	1.41	1.32	1.37
中小企業実態基本調査報告書 個票値集計:医薬品・化粧品等小売業(小分類)	1.43	1.45	1.43	1.43	1.45	1.47

表 3. 中小企業実態基本調査報告書の流通マージン率

	H15	H16	H17	H18	H19	H20
中小企業実態基本調査報告書 公表値集計(その他の卸売業×その他の小売業)	1.76	1.76	1.71	1.72	1.77	1.69
中小企業実態基本調査報告書 個票値集計(その他の卸売業×その他の小売業)	1.66	1.63	1.59	1.70	1.57	1.58
中小企業実態基本調査報告書 個票値集計【一般薬、衛生材料用】 (医薬品・化粧品等卸売業×医薬品・化粧品等小売業)	1.76	1.79	1.85	1.78	1.87	1.65

## 保険外負担費用等の推計の検討

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

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

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

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。これらの保険外負担分および自由診療に係る費用は、財源別分類上  
は全て私的費用負担（HF.2）の中の家計負担（HF.2.3）になるため、これらの項目が推  
計対象に含まれていないことにより、かねてより日本の保健医療支出における私的費用  
負担の割合が低いことがOECDや国内の有識者から指摘されてきた。本研究では、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。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され  
た。よって、1)~3)の推計項目はOECD Health Data2011提出分より総保健医療支出推  
計に含めることとなった。

### A. 研究目的

これまで日本のSHAに基づく総保健医療支出推計の対象に含まれなかった保険外負担等の費用のうち、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、推計手法・データソースについての妥当性の検証を行う。

### B. 研究方法

1)選定療養・評価療養（差額室料）

これまでも推計に使用している厚生

労働省 医療経済実態調査の「特別の療養環境収入」とその「医療施設調査」における施設数のデータを用いて、差額室料の推計を試みた。医療経済実態調査における「療養病床 60%以上の病院」、「その他の一般病院」、「精神病院」の1施設当たり特別の療養環境収入に、医療施設調査における療養病床を有する一般病院、療養病床を有さない一般病院、精神病院の各施設数を乗じて、療養病床、一般病床、精神病床の差額室料として推計した。医療経済実態調査は2年に一度の調査であるため、調査の無い年の値は前年度の調査結果を利用した。また、推計した差額室料はそれぞれ、「長期医療系施設サービス費 (Expenditure on long-term nursing care)」、「急性期の入院医療費 (Expenditure on acute care)」、「精神の入院医療費 (Expenditure on psychiatric care)」に計上を行った。

#### 2) 高度先進医療を含む先進医療の費用

厚生労働省の先進医療専門家会議の公表資料を用いて、先進医療（高度先進医療含む）の総額の計上を行った。

当該資料の先進医療（第2項先進医療（従来の先進薬事法の承認・認証・適用のあるもの）、および第3項先進医療（高度医療で、薬事法の承認・認証・適用のないもの）の費用を新たに計上する。

新規計上にあたって、先進医療に係る個別の技術別に費用が把握できない年もあることから、先進医療に係る費用総額を「入院医療費 (Expenditure on in-patient care)」における「急性期の入院医療費 (Expenditure on acute care)」に計上を行った。

3) 歯科の自由診療に係る費用について  
薬事工業生産動態統計の歯科用機器の中で自由診療に係る材料費について、国内出荷額に流通マージン率を乗じて、費用計上を試みた。「入院外医療費 (Expenditure on out-patient care)」における「歯科診療費 (Expenditure on dental services)」に全額計上を行った。具体的には、下記の項目を対象とした。

- ・ 1806 矯正用器材及び関連器具
- ・ 200204 歯科用貴金属合金
- ・ 200212 歯科用コバルト・クロム系合金
- ・ 200214 歯科用ステンレス合金及びチタン合金
- ・ 200402 陶歯
- ・ 200404 歯科用セラミックス
- ・ 209904 歯科用インプラント材

### C. 研究結果

#### 1) 選定療養・評価療養（差額室料）

厚生労働省 医療経済実態調査の「特別の療養環境収入」とその「医療施設調査」における施設数のデータを用いて、差額室料の推計を行った結果、「長期医療系施設サービス費 (Expenditure on long-term nursing care)」は約 337 億円、「急性期の入院医療費 (Expenditure on acute care)」は約 1,322 億円、「精神の入院医療費 (Expenditure on psychiatric care)」は約 50 億円の差額室料となり、差額室料合計は約 1,709 億円となった。これにより、「入院医療費 (Expenditure on in-patient care)」に占める私的費用負担割合は 13.7%から 14.6%に増加した。

#### 2) 高度先進医療を含む先進医療の費用

先進医療専門家会議の公表資料における、先進医療に係る費用の集計対象期間は毎年7月1日から翌年6月末まで（平成16年以前は6月1日から5月末まで）であるため、集計開始時期に当たる年度へ費用計上することとした。その結果、2008年の推計費用は約65億4000万円であった。これを従来の「入院医療費

（Expenditure on in-patient care）」における「急性期の入院医療費（Expenditure on acute care）」の値に加えると、急性期の入院医療費の総額は約16兆6,049億円から16兆6,114億円となった。本項目は金額規模が大きいため、急性期の入院医療費に占める私的費用負担の割合はほぼ変化がなかった。

### 3) 歯科の自由診療に係る費用

2008年の自由診療に係る材料費の国内出荷額の合計額は約273億円であり、そこに流通マージン1.69を乗じて、総計461億6,500万円となった。これを従来の「歯科診療費（Expenditure on dental services）」の値に加えると、歯科診療費は約2兆5,092億円から2兆5,554億円になった。また、財源別分類では全て私的費用（HF.2.3）であるため、歯科診療費に占める私的費用負担の割合は22.4%から23.6%に増加した。

## D. 考察

1)の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

という問題点がある。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。2)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。3)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

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。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された。よって、1)～3)の推計項目は OECD Health Data2011 提出分より総保健医療支出推計に含めることとなった。

**F. 研究発表**

該当なし

**G. 知的所有権の取得状況**

該当なし

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

#### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
満武巨裕、肥塚修子	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-	厚生指標	第58巻(4)	27~32	2011
満武巨裕	OECDのSHA2.0(案)の概要Ⅱ-供給主体分類(HP)-	厚生指標	第58巻(5)	36~42	2011
満武巨裕	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	健保連海外医療保障	第86巻	11~23	2010
満武巨裕、肥塚修子	総保健医療支出の国際比較--ドイツ、韓国および日本	健保連海外医療保障	第86巻	24~33	2010
肥塚修子、満武巨裕	台湾の総保健医療支出	健保連海外医療保障	第86巻	34~41	2010

#### IV. 研究成果の刊行物・別刷

# 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—

ミツタケ ナオヒロ コエヅカ ナオコ  
満武 巨裕\*1 肥塚 修子\*2

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。これまでのOECDヘルスアカウント専門家会合の概要を本誌にて報告してきたが、この数年の議題の中心はSHAの改訂作業であった（以下、現在のSHAをSHA1.0とし、改訂版をSHA2.0）。SHA2.0は、2011年3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回会合が開催されSHA2.0（案）が検討された。

本稿では、第12回会合の議題を紹介し、SHA2.0（案）の概要を報告する。

## I はじめに

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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>。

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、機能（Health Care Functions: HC）、供給主体（Providers: HP）、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<sup>3)</sup>。

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<sup>4)</sup>、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。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<sup>5)6)</sup>。例をあげると、OECD加盟国のLong Term Care（長期医療系サービス）や生活習慣病をはじめとするNon-Communicable diseases（非感染症疾患）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（感染症疾患）対策をはじめとする予防・公衆衛生

\*1 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構研究部副部長 \*2 同主任研究員

活動に関心があり、双方の関心を組み入れる試みや議論が続いている。

## II 第12回ヘルスアカウント専門家会合の議題

会合は、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)。

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、大きな変更点はないと思われる。

議題4は、いわゆるメディカルツーリズムの推計に関する試みであり、まだ明確な結論はできていない。

議題5は、「公的な保健医療支出の指標に関する課題」についての検討である。本指標は、OECDヘルスデータ<sup>21)</sup>の中でも良く引用される指標の1つである。現在、本指標の分子には「経常保健医療支出<sup>22)</sup>」と「保健医療提供機関の資本形成<sup>23)</sup>」を含む公的な「総保健医療支出<sup>24)</sup>」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る。

議題6～15は、SHA2.0(案)に関するものであり、議題の2/3を占める。

## III SHA2.0(案)の概要-機能(HC)分類-

SHAは、機能(HC)、供給主体(HP)、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<sup>25)</sup>。

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。

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
2	: 2009年のヘルスアカウント会合の議事要旨
3	: 2010年のデータ収集の評価および2011年のデータ収集
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-
5	: 公的な保健医療支出の指標に関する課題
6	: SHAマニュアルの改訂作業の概説
7	: SHA2.0マニュアルの第1～4章について
8	: SHA2.0の第5章(機能別分類)について
9	: SHA2.0の第6章(供給主体別分類)について
10	: SHA2.0の第7章(財源別分類)について
11	: SHA2.0の第8章(資金別分類)について
12	: SHA2.0の第9～11章について
13	: SHA2.0の第12～13章について
14	: SHA2.0の第14～16章について
15	: SHA2.0マニュアルの承認と結論、今後の過程について

ここで機能分類の数字の1桁(例えばHC 1)のことを1st digit, 2桁(例えばHC 1.1)のことを2nd digit, 3桁(例えばHC 1.1.1)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。一般的小および専門的の違いは、開業医、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。

表2 SHA2.0 (案)とSHA1.0の対応

HC: Health Care Functions	
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)	HC.1.1
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)	HC.1.2
HC.1.2.1 General curative day care (一般的な日帰り診療)	
HC.1.2.2 Specialised curative day care (専門的な日帰り診療)	
HC.1.3 Outpatient curative care (外来診療)	HC.1.3
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)	HC.1.4
HC.1.5 Curative care n.e.c. (その他の診療サービス)	
HC 2 Rehabilitative care <sup>1)</sup> (リハビリテーションサービス)	HC.2
HC 3 Long Term Care (Health) (長期医療サービス)	HC.3
HC.3.1 Long term inpatient care (health) (長期療養入所サービス)	HC.3.1
HC.3.1.1 Inpatient nursing long term care (長期医療系入所サービス)	part of HC.3.1
HC.3.1.2 Other inpatient long term care (health) (その他の長期療養入所サービス) (HC.3.1.1以外)	part of HC.3.1
HC.3.2 Day cases of long term care (health) (長期療養通所サービス)	HC.3.2
HC.3.2.1 Day cases of nursing long term care (長期医療系通所サービス)	part of HC.3.2
HC.3.2.2 Other day cases of long term care (health) (その他の長期療養通所サービス) (HC.3.2.1以外)	part of HC.3.2
HC.3.3 Outpatient long term care (health) (外来での長期療養サービス)	part of HC.3
HC.3.3.1 Outpatient nursing long term care (外来での長期医療系サービス)	part of HC.3
HC.3.3.2 Other outpatient long term care (health) (その他の外来での長期療養サービス) (HC.3.3.1以外)	part of HC.3
HC.3.4 Home based long term care (health) (在宅での長期療養サービス)	HC.3.3
HC.3.4.1 Home based nursing long term care (在宅での長期医療系サービス)	part of HC.3.2
HC.3.4.2 Other home based long term care (health) (その他の在宅での長期療養サービス) (HC.3.4.1以外)	part of HC.3.2
HC.3.5 Long term care (health) n.e.c. (その他の長期療養サービス)	part of HC.3
HC 4 Ancillary services non specified by function <sup>1)</sup> (医療の補助的サービス)	HC.4
HC 5 Consumption of medical goods non specified by function <sup>1)</sup> (外来患者への医療財の提供)	HC.5
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, HC.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, HC.6.2, HC.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 (感染症疾患、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 (その他の予防医療)	HC.6, part of HCR 4, HCR 5
HC 7 Governance and Health system administration <sup>1)</sup> (保健関連の現金給付および管理業務)	HC 7

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。  
 注 1) 大きな変更がないために2nd digit, 3rd digitは割愛。

(1) HC.3 Long Term Care (長期医療系サービス)

HC.3は、Long Term Care (長期医療系サービス) である。2nd digitでは、

HC.3.1 In-patient long-term nursing care (長期医療系施設サービス)

HC.3.2 Day cases of long-term nursing care (長期医療系通所サービス)

HC.3.3 Long-term nursing care: home care (在宅での長期医療系サービス)

の3分類であったものが、SHA2.0では、

HC.3.1 Long term inpatient care (health) (長期医療系施設サービス)

HC.3.2 Day cases of long term care (health) (長期医療系通所サービス)

HC.3.3 Outpatient long term care (health) (外来での長期医療系サービス)

HC.3.4 Home based long term care (health) (在宅での長期医療系サービス)

の4分類となった。だが、HC.3における変更点は、分類が1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<sup>56)</sup>。特に、Long Term Care (長期医療系サービス) 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、区別することが困難であるため、案として日常生活動作 (Activities of daily living 以下、ADL) 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)。1つ目が医療の有資格者が提供する [Medical or nursing care]、2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]、3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4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。

図1 Long Term Care (長期医療サービス) の類型化と境界領域 (案)

	1) 医療の有資格者が提供するサービス (Medical or nursing care)	2) 食事や入浴等のADLに関するサービスである (Personal care services)	3) 買い物や洗濯等のADL以外の日常生活を補助するサービス (Assistance services)	4) その他の社会的サービス (Other social care services)
疾病	HC.3	HC.3	HC.3	HC.3
↓	疾病	HC.3	HC.3	HC.3
		HC.3	HC.3	HC.3
広義	HC.3+	HC.R.1	HC.3+	HC.3+

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

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のとおり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。よって、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。

(2) HC.6, Preventive care (予防)

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2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キャンペーン)項目が追加されている(表2□部分)。

Ⅳ おわりに

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。

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の概念に含まれるすべての項目を推計できているわけではない<sup>7)</sup>が、SHA2.0の改訂に伴い、定義の改訂、分類の変更等があり、本誌にて紹介したように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、既に大方において定義が決定し、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、医療経済研究機構では平成22~23年度の前定で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

表3 SHA1.0におけるHC.6 Prevention and public health services (予防および公衆衛生サービス)

HC.6.1	Maternal and child health, family planning and counseling (母子保健; 家族計画およびカウンセリング)
HC.6.2	School health services (学校保健サービス)
HC.6.3	Prevention of communicable diseases (感染症予防)
HC.6.4	Prevention of non-communicable diseases (非感染症予防)
HC.6.5	Occupational health care (産業保健)
HC.6.9	All other miscellaneous public health services (その他の様々な公衆衛生サービス)

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

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も検討を重ねている<sup>8)</sup>。加えて、パイロット調査にも参加していることから、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、その結果、成果なども本誌で継続的に報告していく予定である。

5月号は供給主体分類(HP)、6月号は財源分類(HF)のついて紹介する。

謝辞

本原稿の執筆にあたり、東京大学大学院医学系研究科健康医科学創造講座、興梠貴英助教および公共健康医学専攻疫学保健学講座、福田敬准教授の協力を得た。ここに感謝の意を表す。

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。

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。

3) 「保健医療提供機関の資本形成」とは、HC.R1 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。

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。

5) SHA1.0におけるHC分類の詳細については、文献<sup>2)3)</sup>を参照。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編。(財)厚生統計協会：平成19年度 国民医療費。
- 2) 医療経済研究機構：2007年度OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計，2010年。
- 3) 溝武巨裕。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。健保連海外医療保障 2010：86：11-23。
- 4) 肥塚修子，溝武巨裕。台湾の総保健医療支出。健保連海外医療保障 2010：86：34-41。
- 5) 溝武巨裕，石橋洋次郎。第10回OECDヘルスアカ

ウント専門家会合の報告。厚生指標 2009：56(4)：5-8。

- 6) 溝武巨裕，肥塚修子。第11回OECDヘルスアカウント専門家会合の報告。厚生指標 2010：57(3)：5-8。
- 7) 溝武巨裕，石橋洋次郎，肥塚修子。総保健医療支出の国際比較 - ドイツ，韓国および日本。健保連海外医療保障 2010：86：24-33。
- 8) 平成22年度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。

## 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 2011年度（第15回）研究助成募集要項

### 1 主旨

医療経済・医療政策分野において、主として若手研究者を中心に研究助成を行い、研究者層の裾野を広げ、医療経済研究の発展を目指し、もってわが国における医療政策の発展に寄与することを目的とします。助成対象は以下の4分野で募集を行います。

- ① 医療保険および介護保険に関する研究
- ② 診療報酬および介護報酬に関する研究（①を除く）
- ③ 医療・介護の分野の政策に関する研究
- ④ 医療・介護産業に関する研究

### 2 対象者

- (1) 上記の分野に関する科学的実証的研究を志向する個人又はグループとします（医療系研究者および社会系研究者との共同研究を歓迎します）。
- (2) 主たる研究者は、国内研究機関に常勤で勤務・所属する研究者・院生を対象とします。
- (3) 主たる研究者は、40歳以下（2011年4月1日現在）を対象とします。

### 3 助成額

1件当たり50万円～100万円とし、5件程度の採択を予定しております。

### 4 申請手続き

#### (1) 申請方法

所定の研究計画書および共同研究同意書（当機構ホームページ<http://www.ihep.jp>に掲載）に必要事項を記入し、事務局にE-mail: [grant@ihep.jp](mailto:grant@ihep.jp)にて申請して下さい。

なお、共同研究同意書は、スキャンしPDF化したファイルをE-mailに添付することを原則といたしますが、共同研究同意書に限っては事務局宛への郵送も受け付けます。

#### (2) 期限

2011年6月30日（必着）です。

### 5 資料請求先・照会先・提出先

当機構ホームページ（<http://www.ihep.jp>）から、募集要項ならびに応募書類のダウンロードが可能です。また、E-Mail（[grant@ihep.jp](mailto:grant@ihep.jp)）で資料請求を行っていただきますと、研究計画書（WINDOWS MS-WORD形式）を添付ファイルでお送りいたします。

なお、郵送や電話による資料請求はお取扱いいたしておりません。

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「研究助成事務局」  
〒105-0003 東京都港区西新橋1-5-11第11東洋海事ビル2F  
TEL：03-3506-8529 E-mail：grant@ihep.jp  
詳細は当機構ホームページをご覧ください⇒URL：<http://www.ihep.jp>

## OECDにおけるSHA2.0 (案) の概要Ⅱ

—供給主体分類 (HP)—

ミツタケ ナオヒロ  
満武 巨裕\*

現在、SHA (A System of Health Accounts : 以下、SHA) は、改訂作業が続けられており、2011年中にSHA2.0として完成版が公開される予定である。暫定版 (Pre-edited version) は、ホームページで公開されている<sup>1)</sup>。

今回は、SHAの3つの基本的な枠組みである機能別分類 (HC) の改訂版について紹介した。今回は、供給主体別分類 (HP) について紹介する。

### I はじめに

OECD加盟国は、2000年に国際基準として公表されたSHA<sup>2)</sup>手法によって推計した結果を、「総保健医療支出」としてOECDに提出している。OECD加盟国が同一の手法によって推計することで、国によって異なる推計基準の精度や分類が統一され、国際比較が可能となる。そのため総保健医療支出は、医療政策や制度改革案のための基礎資料としても、広く活用されている。例えば、厚生労働省のホームページでは、OECD加盟国の医療費の状況 (2008年) として、「総医療費」の対GDP比 (%) に占める割合が第1位のアメリカ合衆国 (16.0%)、第2位のフランス (11.2%)、第4位のドイツ

(10.5%) に対して、日本はOECD平均 (9.0%) より低い第22位 (8.1%) である、といった国際比較データが紹介されている<sup>3)</sup>。だが、定義が異なる国民医療費 (厚生労働省大臣官房統計情報部が作成・公表) と総保健医療支出は、混同されることがある。ここでいう「総医療費」も、正確には「総保健医療支出」である<sup>4)</sup>。

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利用される総保健医療支出を推計する際の指針となるマニュアルである。本誌では、改訂作業が続けられているSHAについて、OECDヘルスアカウント専門家会合の資料、会合での検討内容を基に、概要を紹介してきた。今回は、機能別分類 (HC) における定義の改訂 (変更)、分類の変更等について紹介した。

そこで、今回は供給主体別分類 (HP) について紹介する<sup>5)</sup>。

### II SHA1.0における供給主体別分類 (HP) とHC×HP2次元テーブル

供給主体は、HP.1 (病院) に始まり、HC.9 (その他) までの計8分類が存在する (HC.8

注1) 厚生労働省のホームページでは、注釈として「OECDの「総医療費」には、国民医療費に加え、介護費用の一部 (介護保険適用分)、民間の医療保険からの給付、妊娠、分娩費用、予防に係る費用等が含まれていることに留意が必要」とつけられている。

2) SHAは、以下の3つの考え方が基礎となり、それぞれに対応する形として、1) 機能 (Classification of Function, 以下、HC)、2) 供給主体 (Providers, 以下、HP)、3) 財源 (Financing agents/schemes, 以下、HF) 分類が定義されている。

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。