

201102001A

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

（課題番号H22-統計-一般-001）

平成23年度 総括研究報告書

研究代表者 満武 巨裕

平成24年（2012）年3月

一般財団法人 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
研究代表者 満武巨裕	

II. 分担研究報告書

1. SHA の更新 (SHA2011) と第 13 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合.....	7
満武巨裕	
2. SHA2011 の機能分類 (HC)	13
満武巨裕、田中 滋、福田 敬、佐野洋史、村井昂志（研究協力者）、林 勇輝（研究協力者）	
3. SHA2011 の供給主体分類 (HP)	20
満武巨裕、田中 滋、福田 敬、佐野洋史、村井昂志（研究協力者）、林 勇輝（研究協力者）	
4. SHA2011 の財源分類 (HF)	24
満武巨裕、田中 滋、福田 敬、佐野洋史、村井昂志（研究協力者）、林 勇輝（研究協力者）	
5. SHA2011 の機能分類 (HC) における長期療養（LTC）に関する検討.....	29
満武巨裕、田中 滋、福田 敬、佐野洋史、村井昂志（研究協力者）、林 勇輝（研究協力者）	
6. SHA2011 の機能分類 (HC) における予防に関する検討.....	34
満武巨裕、田中 滋、福田 敬、佐野洋史、村井昂志（研究協力者）、林 勇輝（研究協力者）	
7. SHA2011 への適用に関する検討.....	46
満武巨裕、田中 滋、福田 敬、佐野洋史、村井昂志（研究協力者）、林 勇輝（研究協力者）	
参考資料（委員会資料）	55

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	205
---------------------------	-----

IV. 研究成果の刊行物・別刷	207
-----------------------	-----

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 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

研究代表者 満武 巨裕

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 副部長

研究要旨

OECD（経済協力開発機構）、EUROSTAT（欧州委員会統計局）、WHO（世界保健機構）による SHA (System of Health Account) の改訂作業が、2011 年 6 月に完了した。

SHA は、2000 年に OECD がヘルスアカウントの国際基準として発表した国民保健計算 (National Health Accounts) の手法の一つである。OECD 加盟国は 2001 年より、原則この基準に沿った推計結果を総保健医療支出として OECD に提出している。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、1995 年以降の推計値を提出してきた。

2000 年に公表の SHA (以下、SHA1.0) は、2003 年に WHO、World Bank (世界銀行) および USAID (アメリカ合衆国国際開発庁) が低中所得国向けの国民保健計算方法として開発した、WHO 加盟国が国民保健計算を推計する際の Producers Guide のベースになっている。また、2006 年の SHA 専門家会議では、OECD、Eurostat (欧州委員会統計局) および WHO が、SHA1.0 と Producer Guide の方法の統一が望ましいとの合意に達した。さらに、急速な医療技術の進歩、多くの国で複雑化している保健医療システムをモニタリングするために SHA1.0 の改良が求められていた。

SHA1.0 の更新作業は、OECD 加盟国内でも意見の一致をみるのは困難であることに加え、WHO とも共同で行われたために、開発途上国への適用を前提とする意見も組み入れなければならず、意見の一致が難しいものであった。当初の予定 (2010 年末) より遅れたものの、SHA1.0 が改訂されたことによる意義およびその影響力は大きい。SHA は、国家間の医療費を比較する際のグローバルスタンダード (国際標準) になっているため、今後は OECD 加盟国、開発途上国が、新しい SHA に準拠するための推計方法が開発されていくことになるからである。また、日本では諸外国と比べて比較的少ない医療費で、質の高い医療を提供しているといわれてきた。例えば、SHA1.0 での総医療保健支出は 42.9 兆円 (2008 年度)、対 GDP 比 8.5% であり OECD 加盟国 34 のうち 24 位 (2008 年) となるため、「日本は比較的少ない」、との根拠になっている。しかし、SHA 改訂に伴って推計

値にも変化が生じると、この順位が将来、変わる可能性があるからである。

本研究は、2年間、新しいSHA（以下、SHA2011とする。改訂作業中はSHA2.0という名称であったが、最終的にSHA2011となったからである。）に準拠するための推計方法の検討、およびSHA1.0の推計精度向上の検討を行ってきた。初年後から、SHA2011の基本分類（供給主体別（HP）、財源別（HF）、機能別（HC））等の検討に加え、日本の推計に用いているデータソース（統計資料）の再精査、各統計の担当者・専門家へのヒアリング、新たなデータソースの組み込み、推計方法の開発も行ってきた。

今回、分担研究報告書1では、第13回OECDヘルスアカウント専門家会合の概要を紹介し、SHA更新の経過を報告する。分担研究報告書2では、SHA2011の機能分類（HC）についての検討結果を報告する。同様に、分担研究報告書3ではSHA2011の供給主体分類（HP）、分担研究報告書4では財源分類（HF）について報告する。SHA2011はSHA1.0と比較して大きく定義変更された部分が、LTC（長期療養）とPrevention（予防）である。そこで、前者は分担研究報告書5、後者は分担研究報告書6において検討結果を報告する。最後に、分担研究報告書7では、SHA2011への適用に関する検討として、SHA1.0による2008年度推計値とSHA2011準拠の推計値の比較を行う。

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、一般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、主任研究員

医学部 医療政策・管理学教室 教授）、勝又幸子（国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長）、岡本悦司（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部、地域医療システム研究分野 首席主任研究官）である（平成22年度まで（故）開原成允（国際医療福祉大学大学院長（当時））。

委員会は、全5回（平成23年度は2回）開催された。

本研究では、医療経済学、医療統計の専門家および学識有識者、厚生労働省の関連部局（大臣官房統計情報部、大臣官房国際課、保険局、老健局、政策統括官室）から構成される委員会を構成した。

委員会座長は、分担研究者の田中 滋がつとめた。委員は池上直己（慶應義塾大学

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 に提出している。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)を提出している。このように 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。

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)と共同で行われた。SHA2.0 は SHA2011 として 2011 年月に完成し、10 月に公表された。SHA 改訂に伴い、定義(推計する範囲等)や項目が変更になった。

そこで分担研究報告書 1 として SHA 更新 (SHA2011) の概要と第 13 回ヘルスアカウント専門家会議の内容について報告する。

分担研究報告書 2 として、SHA2011 の機能別分類(HC)について報告する。

分担研究報告書 3 として、SHA2011 における供給主体分類(HP)について報告する。

分担研究報告書 4 として、SHA2011 における財源分類 (HF: Financing agents/schemes)について報告する。

SHA2011 は SHA1.0 と比較して大きく定義変更された部分が、LTC (長期療養)と Prevention (予防)である。そこで、分担研究報告書 5 として、SHA2011 の LTC サービスの類型に基づき、日本の介護保険サービス種別と推計対象項目の整理を行う。

分担研究報告書 6 としては、SHA2011 の機能別分類(HC)における Preventive care (予防)に関する検討を行う。

最後に分担研究報告書 7 では SHA2011 への適用に関する検討として、これまでの成果を基に SHA2011 に準じた推計を実施し、2008 年度の SHA1.0 の推計値との比較を行う。

B. 研究方法

第 13 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の資料および議事録、SHA2011 をもとに検討を行う。

C. 研究結果

分担研究報告書 1 で、日本の SHA2011 への対応(概要)と第 13 回ヘルスアカウント専門家会議の内容について報告した。SHA 更新に伴う大きな変更点は、Long Term Care (長期医療系サービス)および Preventive care (予防)の二つであった。特に、SHA2011 では Long Term Care (長期医療系サービス)の範囲が、これまでよりも拡大された。

分担研究報告書 2 として、SHA2011 の機能分類(HC)と SHA1.0 の対応を検討し、日本語訳も作成した。HC.3(Long Term Care (長期医療系サービス))および HC.6 (Preventive care (予防))の分類が、大きく変更になった。

分担研究報告書 3 として、SHA2011 の供給主体分類(HP)と SHA1.0 の対応表及び訳語を示した。SHA1.0 と SHA2011 を比較すると、SHA2011 には 1st digit レベルの分類において、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かった。

分担研究報告書 4 として、SHA2011 (左列)の財源分類(HF)と SHA1.0 (右列)との対応を示した。1 デジットでは、社会保障部分に該当する政府および強制加入保険が HF.1、民間保険部分の HF.2、自己負担分(家計)の HF.3 の 4 分類となり、SHA 1.0 より明確になった。

分担研究報告書 5 として、SHA2011 で定義する LTC サービスの類型に基づき、日本の介護保険サービス種別と推計対象項目の対応を検討した。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、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)を総保健医療支出に計上してきた。しかし、SHA2011 においては、これまで計上してこなかった、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。よって、SHA2011 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。

分担研究報告書 6 では、SHA2011 における HC.6 に分類される Preventive care (予防)に関する検討をおこなった、SHA2011 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)となった。また SHA2011 の推計のために、新たなデータソースを利用して、SHA2011 に準じた HC.6 の推計手法を検討し、2008 年度分の HC.6 を試算したところ、1兆1,620億8,376万円となった(SHA1.0 における HC.6 の総額は、1兆78億9,200万円)。

分担研究報告書 7 において、2008 年度の SHA2011 準拠の総保健医療支出は 46兆9890億円となること推計できた(SHA1.0 準拠は約 42兆9350億円)。

D. 考察

2000年に公表された SHA1.0 は、2007年から改訂の検討がはじまり、4年間後の 2011年に SHA2011 が公表された。SHA2011 は、OECD 加盟国および開発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マニュアルとなる。

SHA2011 の機能分類(HC)では、HC.3 の Long Term Care (長期療養)と HC.6 の Preventive care (予防)が大きく変更

になった。HC.3における変更点は、分類が一つ増え、定義も変更された。Long Term Care(長期療養)に関しては、OECD加盟国間でも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か、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、SHA2011のHC.3は、両者を含めることにした。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、SHA2011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るので、SHA2011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。

SHA2011の供給主体分類(HP)は、改訂に伴う影響はほとんどないといえる。

SHA2011の財源分類(HF)は、1デジットでは、定義がSHA1.0より明確になり、新設されたHF.4(国外財源スキーム)は、OECD加盟国以外のWHO加盟国には必要な分類であり、より国際比較を可能する目的を実現する成果が表れている。

最後のSHA2011への適用に関する検討では、2008年度のSHA1.0準拠の総保健医療支出が約42兆9350億円に対して、SHA2011準拠では46兆9890億円となることがわかった。これは、対GDP比率にすると8.5%から9.3%に上昇することになる。上昇部分の要因は、HC.3の定義変更による費用の増大である。実際、SHA1.0にお

けるHC.3の費用は、2,198,800(百万)円だったのに対して、SHA2011では6,444,732(百万)円まで増加した。

日本の総保健医療支出は、OECD加盟国OECD加盟国34カ国中24位の順位であった(2008年)。SHA2011に準拠すれば日本の総保健医療支出は増加するため、順位が上昇することが予想される。しかし、どこまで上昇するかについては、不明である。既に介護保険制度が導入されているオランダ、デンマーク、スウェーデン等は増加することは明らかである。一方、介護保険制度が導入されていないOECD加盟国、また比較的導入されて間もない国(例えば、韓国は2008年度に導入)はSHA2011に準拠しても総保健医療支出に対する影響は僅かであろう。

E. 結論

SHA2011では、Long Term Care(長期療養)とPrevention(予防)が大きく変更になった。定義の範囲が拡大したために、SHA2011を提供した際に日本の総保健医療支出が増加することが予想される。

SHA2011の供給主体別分類(HP)および財源分類(HF)は、SHA1.0と比較するとより明確となった。

2008年度のSHA2011に準拠した推計を行ったところ46兆9890億円となり、対GDP比率にすると8.5%から9.3%に上昇することになる。2008年度の日本の総保健医療支出は、OECD加盟国OECD加盟国34カ国中24位の順位であった。SHA2011に準拠すれば日本の総保健医療支出は増加するため、順位が上昇することが予想され

る。

本研究事業を実施するにあたり、厚生労働省関連部局、学識有識者で構成される委員会で SHA2011 に準拠するための定義や推計方法の検討を重ねてきた。また国内外の関係者および OECD 事務局・専門官とも情報交換や協議を重ねてきた。今後も、委員会、関係部局と検討、情報交換、協議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. 第 13 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の報告-A System of Health Accounts 2011 EDITION-、満武巨裕、厚生指標、第 59 巻(4) : 33~37 頁、2012 年

2. 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

3. 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

4. OECD の SHA2011 (案) の概要 III -財源分類(HF)-、満武巨裕、厚生指標、第 58 巻(11) : 38~41 頁、2011 年

5. 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、満武巨裕、No. 86: 11 頁~23 頁、2010 年

H. 知的所有権の取得状況

該当なし

Ⅱ. 分担研究報告書

SHA の更新（SHA2011）と第 13 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合

満武 巨裕

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、副部長

研究要旨

OECD（経済協力開発機構）、EUROSTAT（欧州委員会統計局）そして WHO (World Health Organization) が共同で 4 年間にわたって行ってきた SHA (A System of Health Accounts) の改訂作業が 2011 年 6 月に終了し、10 月に SHA2011 として公表された。SHA2011 は、OECD ヘルスアカウント専門家会議でも協議され、指摘事項が反映されてきた。

ヘルスケア支出の国際比較が可能となる SHA マニュアルが改訂されたことの意義およびその影響力は大きい。SHA は、国家間の医療費を比較する際のグローバルスタンダード（国際標準）になっており、今後は OECD 加盟国以外の発展途上国を含む国々で、SHA2011 に準拠するための推計方法が開発されていくことになるからである。また、日本は、これまで諸外国と比べて比較的少ない医療費で、質の高い医療を提供しているといわれてきた。例えば、SHA1.0 での総医療保健支出は 42.9 兆円 (2008 年度)、対 GDP 比 8.5% であり OECD 加盟国 34 のうち 24 位となるため、「日本は比較的少ない」、との根拠になっている。しかし、SHA2011 に伴って推計値にも変化が生じると、この順位が変わる可能性がある。

そこで、SHA 更新（SHA2011）の概要と第 13 回ヘルスアカウント専門家会議の内容について報告する。また、公表直前に OECD 事務局側が独自修正した部分についても報告する。

A. 研究目的

2000 年に発表されたヘルスアカウントの推計手法である SHA1.0 を改訂する作業は、当初の計画から約 1 年遅れて 2011 年に完成した。改訂作業は、OECD、EUROSTAT そして WHO が共同で行い、OECD ヘルスアカウント専門家会合でも協議してきた。

公表の直前にも OECD 事務局側が内容の一部に変更が加えられ、2011 年 10 月に正式名称 SHA2011 として公表された。（改訂作業中は、SHA2.0 と呼ばれてい

た）。

ここでは第 13 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合と、SHA 更新（SHA2011）の概要について報告する。

B. 研究方法

第 13 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の資料および議事録、SHA2011 をもとに報告する。

C. 研究結果

ヘルスアカウント専門家会合では OECD

事務局の各担当者から各議題について説明を行い、ヘルスアカウント専門家と OECD 事務局の検討を経て、今後の方針が決められていく。

第 13 回会合は、SHA2011 が 3 カ月前に完成していたこともあり、議題が昨年よりも少なく（第 12 回会合の議題数 15 に対して、議題数 9）、開催期間も 1 日のみであった（第 12 回会合は 2 日間）。

表 1 に第 13 回ヘルスアカウント専門家会合の議題を示した。

議題 1 及び 2 では、OECD 事務局から第 13 回会合の全議題、昨年度会議の議事要旨に関する説明があった。全加盟国が承認した。

議題 3 では、OECD 事務局から SHA データの提出状況の報告がなされた。2011 年度は、28 の OECD 加盟国および 5 つの非加盟国から提出があったことが報告された。本議題中に、全 OECD 加盟国は SHA データ提出における問題点等を報告しなければならない。日本は、2011 年度に提出した SHA データは 2008 年度であり、次年度は 2009 年度のデータを提出する予定であると述べた。また、2008 年度の医療制度改革の影響から、予防（特定健診・特定保健制度）の推計値に変化があったことを報告した。結果として、他の諸外国からも、大きな問題は提起されなかった。よって、次のデータの提出期限は、例年通り 2012 年 3 月末となった。

議題 4 は、OECD.Stat5 の機能説明である。これまで CD-ROM（有償）で提供していた SHA データを含む OECD Health Data は 2010 年版をもって終了し、2011 年から OECD.Stat としてホームペ

ージからの無償提供がはじまった。現在英語版だけだが、フランス語やその他の言語にも対応する予定である。

議題 5 は、SHA2011 の公表に関する事務局からの説明である。予定通り 2011 年 10 月に公表されたことは既に述べた。

議題 6 は、4 カ国（オーストラリア、日本、韓国、カナダ）が、SHA1.0 から SHA2011 の対応について試行調査した報告である。4 カ国全てが SHA2011 への対応は可能と報告した。特に、SHA の基本的な枠組みである、1)機能(HC)、2)供給主体(HP)、3)財源(HF)の分類に対応は可能であるが、推計が可能な分類の桁 (Digit) は国により異なることも報告された。また、SHA2011 の大きな更新点は、Long Term Care（長期医療系サービス）の定義であるため、既に介護保険が導入されている日本には影響が大きいのが、近年(2008 年)に導入された韓国では影響をほとんど受けない等の議論がなされた。今後、試行調査を拡大すべきとの結論に至った。

議題 7 は、財源分類のガイドラインについて OECD 事務局から解説である。

議題 8 は、提出された各国の SHA 推計値を利用して、将来値を推計しようとするプロジェクトについての解説である。現時点では推計に約 10 のモデルが存在するとの報告があった。

議題 9 は、SHA と SNA(Systems of National Accounts)の連携についてである。SHA は、最終消費の推計であるために Input と Output(最終消費)の両方を対象としている SNA との連携は困難であるが、今後も連携を考えていくべきとの方向性が OECD 事務局より示された。

次に、SHA の更新(SHA2011)について報告する。SHA 更新による大きな変更点は、Long Term Care（長期医療系サービス）および Preventive care（予防）の 2 か所であった。また、OECD 事務局側が公表直前に修正した部分が、Preventive care（予防）の部分である。

SHA1.0 では、Long Term Care（長期医療系サービス）の定義（境界）が明確に定められていなかった。そのため、各国は自国の医療・介護・福祉制度の在り方によって、Long Term Care（長期医療系サービス）に含める費用を、医療の有資格者が提供するサービスのみ限定するという意見と社会的サービスまで幅広く含めるという意見に二分していた。SHA2011 では Long Term Care（長期医療系サービス）は、以下の 4 つの分類とされた。

- 1) Medical or Nursing care（医療の有資格者が提供するサービス）
- 2) Personal care services（食事や入浴等の ADL に関するサービス）
- 3) Assistance Services（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）
- 4) Other social care services（その他の社会的サービス）

結果として SHA2011 の Long Term Care（長期医療系サービス）は、1) と 2) を含むと定義されることになった 2)。また、サービスによっては 2) および 3) の両方の分類に関与し、区分することが困難なものがある。その場合は、3) も Long Term Care（長期医療系サービス）に組み込むべきであるとの指針が示された。

Preventive care（予防）については、

SHA1.0 では母子保健、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 2)。SHA2.0(案)では 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）が追加された（表 3）。しかし、第 12 回ヘルスアカウント専門家会議でも、最後まで予防の定義自体が明確でないと指摘を受け、議論が整理できていなかった。そのため、SHA2011 公表直前の変更ではあったが、OECD 事務局側の判断によって SHA2.0（案）における HC 6. 2. 1 および HC 6. 2. 4 がなくなり、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）の 6 分類となった（表 4）。

D. 考察

2000 年に公表された SHA1.0 は、2007 年から改訂の検討がはじまり、4 年間後の 2011 年に SHA2011 が公表された。SHA2011 は、OECD 加盟国および開発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マニュアルとなる。

議題 6 のパイロット調査では、4 力国が適用可能との報告をしたが、2012 年度は、更に対象国を拡大して SHA2011 への対応調査が開始される。おそらく 2012 年の第 14 回会議において、第 13 回会合同様に SHA2011 への適用が可能と諸外国から報告されるであろう。その後、OECD 加盟国は、SHA2011 に準拠した推計方法を開発し、SHA データを作成することになる。推計方法の開発には、最低でも 1 年を要するため、最短で SHA2011 データの提出開始は 2015 年と予想できる。提出時には、過去にさかのぼって再推計も行わなければならない。日本は 1995 年度のデータから OECD へデータ提出を行っているために、おおよそ 20 年分の再計算が必要となる。

E. 結論

日本の SHA2011 への対応（概要）と第 13 回ヘルスアカウント専門家会議の内容

について報告した。SHA 更新に伴う二つの変更点は、Long Term Care（長期医療系サービス）および Preventive care（予防）であった。特に、SHA2011 では Long Term Care（長期医療系サービス）の範囲が、これまでよりも拡大されるために、将来 SHA2011 に準拠した場合、日本の総保健医療支出は増大することが予想される。

F. 研究発表

1. 第 13 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の報告-A System of Health Accounts 2011 EDITION-、満武巨裕、厚生 の 指 標、第 59 巻(4)：33～37 頁、2012 年

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

表 1. 第 13 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.	2010 年のヘルスアカウント会合の議事要旨の承認
議題 3.	2011 年 SHA データの評価および 2012 年 SHA データ収集計画
議題 4.	OECD.Stat における SHA データの公表
議題 5.	SHA2011 の公表
議題 6.	SHA2011 への対応に関するパイロット調査
議題 7.	SHA2011 の財源分類のガイドライン
議題 8.	医療費推計のモデル
議題 9.	SHA と SNA の連携

表 2. SHA1.0 における予防

HC.6.1	母子保健
HC.6.2	学校保健サービス
HC.6.3	感染症予防
HC.6.4	非感染症予防
HC.6.5	産業保健
HC.6.9	その他の様々な公衆衛生サービス

表 3. SHA2.0 (案) における予防

HC 6.1	個人への予防プログラム
	HC.6.1.1 情報提供およびカウンセリングプログラム
	HC.6.1.2 予防接種プログラム
	HC.6.1.3 疾患早期発見プログラム
	HC.6.1.4 一般健康診断プログラム
HC 6.2	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 6.2.1 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
HC 6.3	その他の予防医療

表 4. SHA2011 における予防

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

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 2

SHA2011 の機能分類(HC)

満武巨裕

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、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

佐野洋史

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、主任研究員

村井昂志(研究協力者)

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、主任研究員

林 勇輝(研究協力者)

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

研究要旨

現在 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 OECD 加盟国は、1)機能 (Health Care Functions: HC)、2)供給主体 (Providers:HP)、3)財源 (Financing agents/schemes:HF)分類に関して相互関係のある標準的な表（標準表形式）を作成、提出している。ここでは、SHA2011 の機能別分類を報告する。

SHA2011 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、SHA1.0 の複数部分に対応している箇所も存在する。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、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、SHA2011 においては HC.3 に訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、居宅介護支援等も含まれる。HC.6 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) の6分類となった。

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 OECD 加盟国は、1)機能 (Health Care Functions: HC)、2)供給主体 (Providers:HP)、3)財源 (Financing agents/schemes:HF)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。

そこで、SHA2011 の機能別分類(HC)について報告する。

B. 研究方法

SHA2011 の資料をもとに、機能別分類(HC)について検討を行う。

C. 研究結果

表 1 に、SHA2011(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 HC 1) のことを 1st Digit、二桁 (例えば HC 1.1) のことを 2nd Digit、三桁 (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 レベルの枠組みに関しては SHA2011 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 の SHA1.0 との対応に関しては、ある部分(表 1 では part of となっている)に複数の項目が関与しており、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 (長期ケア) である。2nd Digit(SHA1.0)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、SHA2011では
HC.3.1 Inpatient long term inpatient
care (health) (長期ケア・入院/入所)

HC.3.2 Day long term care (health) (長
期ケア・通所)

HC.3.3 Outpatient long term care
(health) (長期ケア・外来)

HC.3.4 Home based long term care
(health) (長期ケア・在宅)

の4分類となった。

HC.6は、Preventive care (予防) であ
る。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) の6分類となった。

D. 考察

SHA2011では、HC.3とHC.6が大
きく変更になった。

HC.3における変更点は、分類が一つ増
えただけではない。定義そのものが変更さ
れた。

Long Term Care (長期療養) に関して
は、OECD 加盟国間でも医療および看護
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、以下の4

つの類型が提示された(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。

SHA2011 の HC.3 には、Medical or
nursing care と Personal care services が
含まれることになった。

日本は、(SHA1.0において)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、SHA2011
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るので、
SHA2011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の予防も、同様である。

E. 結論

SHA2011では、HC.3とHC.6が大
きく変更になった。定義の範囲が拡大したた
めに、SHA2011を提供した際に日本の総
保健医療支出が増加することが予想され
る。

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
生の指標, 第 58 卷(4) : 27~32 頁、2011
年

G. 知的所有権の取得状況
該当なし