

表 1. HC の SHA2011 と SHA1.0 の対応

SHA.2011	SHA.1.0
HC.1 Curative care (診療)	HC.1
HC.1.1 In-patient curative care (入院診療)	HC1.1
HC.1.1.1 General in-patient curative care (一般的な入院診療)	
HC.1.1.2 Specialised in-patient curative care (専門的な入院診療)	
HC.1.2 Day curative care (通所診療)	HC1.2
HC.1.2.1 General day curative care (一般的な通所診療)	
HC.1.2.2 Specialised day curative care (専門的な通所診療)	
HC.1.3 Out-patient curative care (外来診療)	HC1.3
HC.1.3.1 General out-patient curative care (一般医の外来診療)	HC.1.3.1
HC.1.3.2 Dental out-patient curative care (歯科外来診療)	HC.1.3.2
HC.1.3.3 Specialised out-patient curative care (その他の専門医の外来診療)	HC 1.3.3
HC.1.4 Home based curative care (在宅診療)	HC1.4
HC.2 Rehabilitative care (リハビリテーション)	HC.2
HC.2.1 In-patient rehabilitative care (入院リハビリテーション)	HC.2.1
HC.2.2 Day rehabilitative care (通所リハビリテーション)	HC.2.2
HC.2.3 Out-patient rehabilitative care (外来リハビリテーション)	HC.2.3
HC.2.4 Home based rehabilitative care (在宅リハビリテーション)	HC.2.4
HC.3 Long Term Care (Health) (長期ケア)	HC.3
HC.3.1 In-patient long term care (health) (長期ケア・入院/入所)	HC.3.1
HC.3.2 Day long term care (health) (長期ケア・通所)	HC.3.2
HC.3.3 Out-patient long term care (health) (長期ケア・外来)	part of HC.3
HC.3.4 Home based long term care (health) (長期ケア・在宅)	HC.3.3

SHA.2011	SHA.1.0
HC.4 Ancillary services (医療の補助的サービス)	HC.4
HC.4.1 Laboratory services (臨床検査サービス)	HC.4.1
HC.4.2 Imaging services (画像検査サービス)	HC.4.2
HC.4.3 Patient transportation (患者の搬送)	HC.4.3
HC.5 Medical goods (not specified by function) (医薬品・医療器具および医療財)	HC.5
HC.5.1 Pharmaceuticals and other medical non-durable goods (医薬品とその他の非耐久性医療財)	HC.5.1
HC.5.1.1 Prescribed medicines (処方薬)	HC.5.1.1
HC.5.1.2 Over the counter medicines (一般薬)	HC.5.1.2
HC.5.1.3 Other medical non-durable goods (その他の非耐久性医療財)	HC.5.1.3
HC.5.2 Therapeutic appliances and other medical durable goods (医療器具とその他の耐久性医療財)	HC.5.2
HC.5.2.1 Glasses and other vision products (眼鏡と視力矯正器具)	HC.5.2.1
HC.5.2.2 Hearing aids (補聴器)	HC.5.2.3
HC.5.2.3 Other orthopaedic appliances, orthosis and prosthetics (excluding glasses and hearing aids) (矯正器具とその他の人工器具)	HC.5.2.2
HC.5.2.9 All other medical durables, including medical technical devices non specified by function (その他の様々な耐久性医療財)	HC.5.2.4-HC.5.2.9
HC.6 Preventive care (予防)	HC.6, part of HC.R.4, HC.R.5
HC.6.1 Information, education and counseling programmes (情報提供、教育およびカウンセリングプログラム)	HC.6.9, part of HC.R.4, HC.R.5
HC.6.2 Immunization programmes (予防接種プログラム)	Part of HC.6.3
HC.6.3 Early disease detection programmes (疾患早期発見プログラム)	Part of HC.6.3, HC.6.4
HC.6.4 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.6.5 Surveillance of communicable and non-communicable diseases, injuries and exposure to environmental health risks programmes (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 HC.4, HC.5
HC.6.6 Preparing for disaster and emergency response programmes (災害対策および救急対応プログラム)	Part of Hc.6
HC.7 Governance, and Health system and financing administration (保健行政、保健システムおよび財政管理)	HC.7
HC.7.1 Governance, and health system administration (保健行政、保健システム管理)	HC.7.1
HC.7.2 Administration of health financing (保健医療の財政管理)	HC.7.2
HC.9 Other health care services not elsewhere classified (他の分類されないもの)	

図1. Long Term Care (長期療養) の類型化と境界領域

境界	長期療養に係るサービス※			
	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 (ADL)	3) Assistance care 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 (IADL)	4) Other social care services その他の社会サービス
HC. 3				
HC. R. 1				
除外				

※ただし、2)と3)が切り分け不能な場合に限り、3)もHC.3に含めて良いとしている

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

## SHA2011 の供給主体分類(HP)

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

SHA では、3つの基本的な枠組みとして 1)機能 (Health Care Functions: HC)、2)供給主体 (Providers:HP)、3)財源 (Financing agents/schemes:HF)の分類がある。ここでは、SHA2011 における供給主体分類(HP)について報告する。

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い。よって、供給主体別分類 (HP)に関しては、SHA2011 の改訂に伴う影響はほとんどないといえる。

### A. 研究目的

OECD 加盟国は、2000 年に国際基準として公表された SHA 手法(以下、SHA1.0)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。

SHA では、3つの基本的な枠組みとして 1)機能 (Health Care Functions: HC)、2)供給主体 (Providers:HP)、3)財源 (Financing agents/schemes:HF)の分類がある。ここでは、SHA2011 における供給主

体分類(HP)について報告する。

## B. 研究方法

SHA2011の資料をもとに、供給主体別分類(HP)について検討を行う。

## C. 研究結果

表1にSHA2011の供給主体分類(HP)とSHA1.0の対応表及び訳語を示した。

SHA2011における供給主体(HP)は、HP.1(病院)にはじまり、HC.9(その他)までの計9分類が設定された(表1)。これが1デジット(以下、1st digit)の分類である。さらに細目があり、例えばHP.1(病院)は、HP.1.1(一般病院)、HP.1.2(精神科療養病院)、HP.1.3(専門病院(精神科病院以外))と設定されている。これは2nd digitと呼ばれる。

HP.1(病院)は、病院によって提供されたサービスの分類である。2nd digitのHP.1.1(一般病院)は、病院でも一般病院で提供された費用を含んだものとなる。HP.1.2(精神科病院)は、精神科病院で提供された費用であり、HP.1.3(専門病院(精神科病院以外))は、日本では結核病院で提供された医療費用が該当する。

HP.2(居住系長期ケア施設)は、HP.2.1(長期ケア施設)に介護老人保健施設の全費用、介護老人保健施設で提供された通所リハビリテーションと短期入所療養介護サービスの費用分が該当する。

HP.3(外来医療提供者)は、外来によって提供された医療・介護サービスである。HP.3.1(医科診療所)は、診療所で提供された医療や介護費用が含まれる。P.3.2(歯科診療所)は、外来歯科診療

(HC.1.3.1)の全額、在宅でのリハビリテーションと処方薬のうち歯科診療所で提供された費用が含まれる。HP.3.6(在宅医療サービス提供者)は、訪問看護費用のうち、訪問看護ステーションで提供された費用が含まれる(病院および一般診療所で提供された分を除外している)。HP.3.9(その他の外来サービス提供者)は、日本ではHP.3.9.1(救急車サービス)を推計しており、患者搬送および救急の救急業務費が含まれる。

HP.4(医療品の小売、供給)は、日本のSHA1.0では、4つ(HP.4.1、HP.4.2、HP.4.3、HP.4.9)を推計してきた。HP.4.1(調剤薬剤)は外来診療の薬局の調剤技術費用と処方薬の薬局部分の費用が含まれる。HP.4.2(眼鏡と視力矯正器具の小売、その他の供給業者)は眼鏡と視力矯正器具の費用、HP.4.3(補聴器の小売、その他の供給業者)は補聴器(HC.5.2.3)の費用が該当する。HP.4.9(その他、医薬品および医療財の様々な販売、その他の供給業者)は、一般薬、その他の非耐久性医療財、その他の様々な耐久性医療財の費用が該当する。

HP.5(公衆衛生プログラムの提供および管理)は、国内で把握できる予防医療費として、母子保健、学校保健サービス、感染症予防、産業保健、の費用を含めている。

HP.6(一般保健医療管理業務)は、医療・介護サービスに関する事務経費部分であり、HP.6.2(社会保障基金)とHP.6.4(その他の(民間)保険)の2つを推計してきた。HP.6.2(社会保障基金)は、保険者の管理・運営・支援活動(の費用を含んでいる)。HP.6.4(その他の(民間)保険)

は、保健医療管理業務および医療保険、その他の民間保険を含めている。

#### D. 考察

今回の改訂により 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、大半が日本では HP.1 や HP.3 の医療機関内で行われる医療サービスである。独立の臨床検査および診断検査所はデータソースの制約から判別できないために、HP.1 と HP.3 に含むものとしている。よって、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。

#### E. 結論

SHA1.0 と SHA2011 を比較すると、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。具体的には、1st digit レベルの分類において、HP.4（補助的サービス提供者）が追加されたが、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ある。よって、供給主体別分類（HP）に関しては、SHA2011 の改訂に伴う影響はほとんどないといえる。

SHA2011 に伴う供給主体別分類（HP）の推計値への影響も、機能別分類（HC）の変化に基づくものにとどまるといえる。

#### F. 研究発表

1. OECD の SHA2.0（案）の概要Ⅱ -供給主体分類（HP）-、満武巨裕 厚生指 58 巻(5) : 36 頁～42 頁、2011 年

#### G. 知的所有権の取得状況

該当なし

表 1. HP の SHA2011 と SHA1.0 の対応

SHA.2011		SHA.1.0
HP.1	Hospitals (病院)	HP.1.0
HP.1.1	General hospitals (一般病院)	HP.1.1
HP.1.2	Mental health hospitals (精神科病院)	HP.1.2
HP.1.3	Specialised hospitals (other than mental health hospitals) (専門病院 (精神科病院以外))	HP.1.3
HP.2	Residential long-term care facilities (居住系長期ケア施設)	HP.2
HP.2.1	Long-term nursing care facilities (長期ケア施設)	HP.2.1
HP.2.2	Mental health and substance abuse facilities (精神保健および薬物乱用治療施設)	HP.2.2
HP.2.9	Other residential long-term care facilities (その他の居住系長期ケア施設)	HP.2.3, HP.2.9
HP.3	Providers of ambulatory health care (外来医療提供者)	HP.3
HP.3.1	Medical practices (医科診療所)	HP.3.1
HP.3.1.1	Offices of general medical practitioners (一般医の診療所)	HP.3.1
HP.3.1.2	Offices of mental medical specialists (精神科専門診療所)	HP.3.1
HP.3.1.3	Offices of medical specialists (other than mental medical specialists) (専門医療を提供する診療所 (精神科専門診療所以外))	HP.3.1
HP.3.2	Dental practice (歯科診療所)	HP.3.2
HP.3.3	Other health care practitioners (その他の保健医療従事者の外来施設)	HP.3.3
HP.3.4	Ambulatory health care centres (外来診療センター)	HP.3.4
HP.3.4.1	Family planning centres (家族計画センター)	HP.3.4.1
HP.3.4.2	Ambulatory mental health and substance abuse centres (外来患者精神科および薬物乱用治療センター)	HP.3.4.2
HP.3.4.3	Free standing ambulatory surgery centres (独立外来外科手術センター)	HP.3.4.3
HP.3.4.4	Dialysis care centres (透析医療センター)	HP.3.4.4
HP.3.4.9	All other ambulatory centres (その他の外来専門センター)	HP.3.4.5, 3.4.9
HP.3.5	Providers of home health care services (在宅医療サービス提供者)	HP.3.6
HP.4	Providers of ancillary services (補助的サービス提供者)	n/a
HP.4.1	Providers of patient transportation and emergency rescue (患者搬送および救急搬送の提供者)	HP.3.9.1
HP.4.2	Medical and diagnostic laboratories (臨床検査および画像診断所)	HP.3.5, 3.9.2
HP.4.9	Other providers of ancillary services (その他補助的サービスの提供者)	
HP.5	Retailers and other providers of medical goods (医療品の小売業者およびその他の供給者)	HP.4
HP.5.1	Pharmacies (薬局)	HP.4.1
HP.5.2	Retail sellers and other suppliers of durable medical goods and medical appliances (耐久性医療材と医療器具の小売および卸業者)	HP.4.2, 4.3, 4.4
HP.5.9	All other miscellaneous sellers and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods (その他の様々な薬剤と医療品の小売および卸業者)	HP.4.9
HP.6	Providers of preventive care (予防医療の提供者)	HP.5
HP.7	Providers of health care system administration and financing (保健医療システムの運営および財務管理提供者)	HP.6
HP.7.1	Government health administration agencies (政府による保健医療管理業務)	HP.6.1
HP.7.2	Social health insurance agencies (社会保険運営機関)	HP.6.2
HP.7.3	Private health insurance administration agencies (民間保険運営機関)	HP.6.3, 6.4
HP.7.9	Other administration agencies (その他の保険運営機関)	HP.6.9
HP.8	Rest of economy	HP.7
HP.8.1	Households as providers of home health care (在宅ケア提供者としての一般世帯)	HP.7.2
HP.8.2	All other industries as secondary provider of health care (その他の保健医療の二次的提供者産業)	HP.2.3, 2.9, 7.1, 7.9
HP.8.9	Other industries n.e.c (他に分類されない産業)	
HP.9	Rest of the world (その他)	HP.9

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 4

SHA2011 の財源分類(HF)

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**

SHA では、3つの基本的な枠組みとして 1)機能 (Health Care Functions: HC)、2)供給主体 (Providers:HP)、3)財源 (Financing agents/schemes:HF)分類がある。ここでは、SHA2011 における財源分類(HF: Financing agents/schemes)について報告する。

**A. 研究目的**

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 の改訂作業は、OECD 本部での医療委員会（2011年6月20-21日）にて完了した。SHA の改訂版は、SHA2011 として、2011年10月に OECD のホームページでも公表された。

OECD 加盟国は、2000年に国際基準として公表された SHA 手法（以下、SHA1.0）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。

SHA では、3つの基本的な枠組みとして 1)機能 (Health Care Functions: HC)、2)供給主体 (Providers:HP)、3)財源 (Financing agents/schemes:HF)分類がある。ここでは、SHA2011 における供給主体分類 (HP) について報告する。

**B. 研究方法**



SHA2011 の資料をもとに、財源分類 (HF)について検討を行う。

### C. 研究結果

表 1 に SHA1.0 の財源分類 (HF)を示した。

財源分類(HF)は、HF.1(一般政府)、HF.2(民間部門)と HF.3(その他)の 3 分類である (表 1)。ただし、HF.3 は、日本を含めた大半の国が利用していないため、事実上は 2 分類である。

HF.1 は、2 デジットとして HF.1.1(社会保障基金を除く一般政府)と HF.1.2 (社会保障基金) という分類になっており、日本で HF.1.1 に該当するものは、例えば国民医療費 (制度区分) の公費負担医療給付分であり、HF.1.2 は医療保険等給付分が該当する。さらに HF.1.1 の 3 デジットとして HF.1.1.1 (中央政府)、HF.1.1.2 (地方政府)、HF.1.1.3 (地方自治体) の 3 分類が存在する。日本では、それぞれ国、都道府県、市町村に該当する。

HF.2 は、2 デジットとして HF.2.1 (民間が扱う社会保険)、HF.2.2 (民間の保険会社 (社会保険以外))、HF.2.3 (家計負担)、HF.2.4 (対家計民間非営利団体 (社会保険以外))、HF.2.5 (企業 (医療保険以外)) となっている。しかし、日本は民間が扱う社会保険が存在しないために HF.2.1 は推計していない。HF.2.2 は民間保険部分の医療保険 (入院給付費、手術給付費、障害給付費) が該当する。HF.2.3 は、3 デジットとして HF.2.3.1 (制度が定める一部負担を除く家計負担)、HF.2.3.2-HF.2.3.5 (公的保険適用サービスの一部負担)、HF.2.3.6-HF.2.3.7 (民間

保険適用サービスの一部負担)、HF.2.3.9 (その他の一部負担) の 4 つの分類となっている。日本では、OTC 等の医薬品 (処方箋を除く) や医療材料 (保険適用ではないもの) 等が HF.2.3.1 に該当し、(保険適用の) 医療費や介護費の自己負担分が HF.2.3.2-HF.2.3.5 に該当する。HF.2.4 は日本は推計しておらず、HF.2.5 には医療保険以外で企業が負担する財源となっており、日本では例えば、産業保健サービス費用が該当する。

表 2 に、SHA2011 (左列) の財源分類 (HF) と SHA1.0 (右列) との対応を示した。

今回の改訂により SHA2011 の 1 デジットは、HF.1 (政府および強制加入保険スキーム)、HF.2 (任意加入の健康保険支払スキーム)、HF.3 (家計による自己負担)、HF.4 (国外財源スキーム) の 4 分類となった。

HF.1 の 2 デジットの部分は、HF.1.3 として、強制医療貯蓄口座 (Compulsory Medical Saving Accounts) が追加された。また、3 デジットとして HF.1.2.2 (強制加入民間保険スキーム) が追加された。これは SHA 1.0 の HF.2.1 である。だが、これら追加項目の強制医療貯蓄口座と強制加入民間保険は、日本には存在しないため、推計に影響はない。

HF.2 の 2 デジットは、HF.2.1 (任意加入の健康保険支払スキーム)、HF.2.2 (非営利機関によるスキーム)、HF.2.3 (企業によるスキーム) の 3 分類である。HF.2.1 は、SHA 1.0 の HF.2.2 の部分であり、3 デジットとして民間社会保険の基礎/代替型 (HF.2.1.1) と補完/補足

型(HF. 2. 1. 2)の2分類となり日本では後者が民間の医療保険部分に該当する。

HF. 2. 2は日本では推計していない。

HF. 2. 3は、SHA 1. 0のHF 2. 5であり、日本では産業保健サービスが該当する。

HF. 3は、SHA 1. 0におけるHF. 2. 3の部分が「家計による自己負担」として独立した分類(1 デジットに格上)となった。2 デジットは、HF. 3. 1((制度が定める一部負担を除く自己負担))、HF. 3. 2(制度が定める一部負担)の2分類であり、前者はSHA 1. 0のHF. 2. 3. 1、後者はSHA 1. 0のHF. 2. 3. 2-HF. 2. 3. 9が該当する。3 デジットは、日本の場合はHF.3.2.1のみ推計している。

HF. 4は、国外財源スキームであり、日本に該当する財源は存在しない。

#### D. 考察

SHA2011の財源分類(HF)について紹介した。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より明確になったと考えられる。また、新設のHF.4の国外財源スキームは、資金調達方法として外国の事業者による助成金やそ

他の無償提供によるものと定義されていることから、開発途上国の財源の一定割合を占める項目である。今回のSHA 2011は、OECD、EUROSTAT、WHOの共同作業であり、OECD加盟国以外も推計および国際比較を可能する目的を実現する成果がここにも表れている。

#### E. 結論

SHA2011の財源分類(HF)は、SHA1.0と比較すると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分類となった。また、HF.4(国外財源スキーム)が新設された。HF.4は、資金調達方法として外国の事業者による助成金やその他の無償提供によるものと定義されている。

#### F. 研究発表

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

#### G. 知的所有権の取得状況

該当なし

表 1. SHA 1.0 の 財源分類 (HF)

Financing agents/schemes 財源			
HF.1		General government	一般政府
	HF.1.1	General government excluding social security funds	社会保障基金を除く一般政府
		HF.1.1.1	中央政府
		HF.1.1.2	地方政府
		HF.1.1.3	地方自治体
	HF.1.2	Social security funds	社会保障基金
HF.2		Private sector	民間部門
	HF.2.1	Private social insurance	民間が扱う社会保険
	HF.2.2	Private insurance enterprises(other than social insurance)	民間の保険会社 (社会保険以外)
	HF.2.3	Private household out-of-pocket expenditure	家計負担
		HF.2.3.1	out-of-pocket excluding cost-sharing
		HF.2.3.2-H	Cost-sharing: central government:
		F.2.3.5	state / provincial government : Local / municipal government : Social security funds
		HF.2.3.6-H	Cost-sharing: Private insurance
		F.2.3.7	
		HF.2.3.9	All other cost-sharing
	HF.2.4	Non-profit institutions serving households(other than social insurance)	対家計民間非営利団体 (社会保険以外)
	HF.2.5	Corporations(other than health insurance)	企業 (医療保険以外)
HF.3		Rest of the world	その他

表 2. SHA2.0 の財源分類 (HF) と SHA1.0 との対応

SHA.2.0		SHA.1.0
HF.1	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes (政府によるスキームおよび強制加入保険スキーム)	
HF.1.1	Governmental schemes (政府によるスキーム)	HF.1.1
HF.1.1.1	Central governmental schemes (中央政府によるスキーム)	HF.1.1.1
HF.1.1.2	State/regional/local governmental schemes (地方政府/自治体によるスキーム)	HF.1.1.2, HF.1.1.3
HF.1.2	Compulsory contributory health insurance schemes (強制加入健康保険スキーム)	n/a
HF.1.2.1	Social health insurance schemes (社会保険スキーム)	HF.1.2
HF.1.2.2	Compulsory private insurance schemes (強制加入民間保険スキーム)	Part of HF.2.1
HF.1.3	Compulsory Medical Saving Accounts (CMSA) (強制医療貯蓄口座)	n/a
HF.2	Voluntary health care payment schemes (任意加入の健康保険支払スキーム)	Part of HF.2.2
HF.2.1	Voluntary health insurance schemes (任意加入の健康保険支払スキーム)	n/a
HF.2.1.1	Primary /subsidiary health insurance schemes (基礎/代替型健康保険スキーム)	Part of HF.2.2
HF.2.1.1.1	Employer-based insurance (other than enterprises schemes) (雇用主提供保険 (企業型保険を除く))	n/a
HF.2.1.1.2	Government-based voluntary insurance (政府による任意加入保険)	n/a
HF.2.1.1.3	Other primary coverage schemes (その他基礎保険スキーム)	n/a
HF.2.1.2	Complementary / supplementary insurance schemes (補完/補足型任意保険スキーム)	Part of HF.2.2
HF.2.1.2.1	Community-based insurance (地域型保険)	n/a
HF.2.1.2.2	Other complementary / supplementary insurance (その他の補完/補足型保険)	n/a
HF.2.2	NPISHs financing schemes (非営利機関によるスキーム)	HF.2.4
HF.2.2.1	NPISHs financing schemes (excluding HF.2.2.2) (非営利機関によるスキーム (HF.2.2.2 以外))	HF.2.4
HF.2.2.2	Resident foreign government development agencies schemes (国内の海外政府開発援助機関スキーム)	n/a
HF.2.3	Enterprises financing schemes (企業によるスキーム)	HF.2.5
HF.2.3.1	Enterprises (except Health care providers) financing schemes (企業によるスキーム (HF.2.3.2 以外))	HF.2.5
HF.2.3.2	Health care providers financing schemes (保健医療サービス提供者のスキーム)	n/a
HF.3	Household out-of-pocket payment (家計による自己負担)	HF.2.3
HF.3.1	Out-of-pocket excluding cost sharing (制度が定める一部負担を除く自己負担)	HF.2.3.1
HF.3.2	Cost sharing with third-party payers (制度が定める一部負担)	HF.2.3.2-HF.2.3.9
HF.3.2.1	Cost sharing with government schemes and compulsory contributory health insurance schemes (政府および強制加入保険スキームにおける一部負担)	part of HF.2.3.2-2.3.7
HF.3.2.2	Cost sharing with voluntary insurance schemes (任意加入保険における一部負担)	part of HF.2.3.6-2.3.7
HF.4	Rest of the world financing schemes (non-resident) (国外財源スキーム)	n/a
HF.4.1	Compulsory schemes (non-resident) (強制加入スキーム)	n/a
HF.4.1.1	Compulsory health insurance schemes (non-resident) (強制加入の社会保険スキーム)	n/a
HF.4.1.2	Other compulsory schemes (強制加入の社会保険以外のスキーム)	n/a
HF.4.2	Voluntary schemes (non-resident) (任意加入スキーム)	n/a
HF.4.2.1	Voluntary health insurance schemes (non-resident) (任意加入の社会保険スキーム)	n/a
HF.4.2.2	Other schemes (その他のスキーム)	n/a
HF.4.2.2.1	Philanthropy / international NGOs schemes (慈善団体、国際 NGO によるスキーム)	n/a
HF.4.2.2.2	Foreign development agencies schemes (外国の開発援助機関によるスキーム)	n/a
HF.4.2.2.3	Schemes of Enclaves (e.g., international organizations or embassies) (特別居住団体によるスキーム<例: 国際機関および大使館>)	n/a

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 5

## SHA2011 の機能分類(HC)における長期療養（LTC）に関する検討

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

SHA1.0 では、HC.3 の Long Term Care (LTC) に含めるべきサービスの定義（境界）が明確に定められていなかった。そのため、各国は Long Term Care（長期医療系サービス）に含める費用を、自国の医療・介護・福祉制度の在り方によって定めてきた。

SHA2011 では、ADL (Activities of Daily Living) に関するサービスまで HC.3 の Long Term Care (LTC) に含めることになった。そこで、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 SHA2011 で推計対象とする項目について検討した。

### A. 研究目的

日本は、SHA1.0 では 2000 年に医療保険から介護保険へ移管されたサービスを計上してきた。それ以外の介護サービスは HC.R に計上し、総保健医療支出には含めていない。

しかし、SHA2011 では ADL (Activities of Daily Living) に関するサービスまで総保健医療支出に含めることになった。

SHA2011 の推計にあたっては、新しく含めるべき範囲の検討が必要である。そこで、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った。

### 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 SHA2011 をもとに

検討を行った。

### C. 研究結果

SHA1.0 には、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 Long Term Care（長期医療系サービス）に含める費用を、自国の医療・介護・福祉制度の在り方によって定めてきた。日本は、医療の有資格者が提供するサービスのみ限定してきた。一方、社会的サービスまで幅広く含めるという方法を採用している国もある（例えば、ドイツ）。

表 1 に、SHA2011(左列)の分類と SHA1.0 (右列)を示した。

SHA1.0 における HC.3:Long Term Care（長期療養）は、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。

これが、SHA2011 では、

HC.3.1 In-patient long term 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 Out-patient 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。

また、SHA2011 では Long Term Care（長期医療系サービス）は、以下の 4 つの分類

が示された（図 1）。

- 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）

過去、日本は、Long Term Care（長期医療系サービス）は 1)のみを含み、2)の ADL をはじめとするサービスは、含めてこなかった。しかし、SHA2011 には 1)と 2)が含まれることになった 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)も推計値に組み込むべきであるとの指針が SHA2011 では示された。

表 2 に、日本の介護保険サービスの一覧と SHA2011 の Long Term Care（長期医療系サービス）分類との関連を示した。日本は、40 種類の介護サービスの中で 14 サービスのみを SHA1.0 に含めてきた。しかし、SHA2011 では 38 サービスを含めることになる。その総額は 2008 年度では、1.8 兆円から 6.4 兆円に増大する。

### D. 考察

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、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。

SHA2011では、表2に示した1)Medical or Nursing care と 2)Personal care services を推計に含めなければならない。また、サービスによっては 2) および 3) Assistance Services の両方に関与するものも推計値に組み込むべきであるとの指針である。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。

#### E. 結論

日本が SHA2011 に準拠するためには、

これまでの LTC の推計対象範囲を変更(拡大)することになる。よって、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。

#### 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、厚生指針, 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. SHA2011 と SHA1.0 の対応

HC.3 Long Term Care (Health) (長期ケア) (SHA2011)	HC.3(SHA1.0)
HC.3.1 In-patient long term care (health) (長期ケア・入院/入所)	HC.3.1
HC.3.2 Day long term care (health) (長期ケア・通所)	HC.3.2
HC.3.3 Out-patient long term care (health) (長期ケア・外来)	part of HC.3
HC.3.4 Home based long term care (health) (長期ケア・在宅)	HC.3.3

図 1. OECD による LTC サービスの類型化と境界領域案

Boundary	Primary long-term	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
<b>Limited</b> ↓ <b>Expanded</b>		■			
	<b>HC.3</b>	■	■		
		■	■	■	
	<b>HC.3 + H.C.R.1</b>	■	■	■	■

OECDの推奨する境界線→

※ただし、2)と3)が切り分け不能な場合に限り、3)も含めて良いとしている



表 2. 日本の介護保険サービスの一覧と OECD による Long Term Care 分類の対応

No.	サービス名称	サービスの内容	《参考》 2008年度費用額 (百万円)	LTC類型化			
				1)Medical or Nursing care	2)Personal care services	3)Assistance Services	4)Other social care services
居宅サービス			2,945,356				
1	訪問介護 ※1	身体介護、生活援助等	578,530				
2	訪問入浴介護	入浴介護	54,183				
3	訪問看護	看護	122,573				
4	訪問リハビリテーション	リハビリ	15,114				
5	通所介護	身体介護	826,120				
6	通所リハビリテーション	リハビリ	333,074				
7	福祉用具貸与	その他	167,379				
8	短期入所生活介護	生活介護	276,300				
9	短期入所療養介護(老健)	施設介護	48,653				
10	短期入所療養介護(病院等)	施設介護	5,415				
11	居宅療養管理指導	その他	31,450				
12	特定施設入居者生活介護	生活介護	231,687				
13	居宅介護支援	その他	254,878				
地域密着型サービス			569,554				
14	夜間対応型訪問介護 ※1	訪問介護	868				
15	認知症対応型通所介護	通所介護	63,861				
16	小規模多機能型居宅介護	通所介護中心	55,667				
17	認知症対応型共同生活介護(短期以外)	生活介護	430,291				
18	認知症対応型共同生活介護(短期)	生活介護	171				
19	地域密着型特定施設入居者生活介護	生活介護	3,926				
20	地域密着型介護老人福祉施設サービス	施設介護	14,770				
施設サービス			2,843,749				
21	介護福祉施設サービス	施設介護(医療有資格者の配置なし)	1,325,043				
22	介護保健施設サービス	施設介護(医療有資格者の配置あり)	1,043,022				
23	介護療養施設サービス	施設介護(医療有資格者の配置あり)	475,684				
介護予防居宅サービス(介護保険サービスに準じて分類)			373,753				
24	介護予防訪問介護	身体介護、生活援助等	92,577				
25	介護予防訪問入浴介護	入浴介護	181				
26	介護予防訪問看護	看護	7,556				
27	介護予防訪問リハビリテーション	リハビリ	1,821				
28	介護予防通所介護	身体介護	134,625				
29	介護予防通所リハビリテーション	リハビリ	57,043				
30	介護予防福祉用具貸与	その他	9,358				
31	介護予防短期入所生活介護	生活介護	3,532				
32	介護予防短期入所療養介護(老健)	施設介護	697				
33	介護予防短期入所療養介護(病院等)	施設介護	46				
34	介護予防居宅療養管理指導	その他	2,299				
35	介護予防特定施設入居者生活介護	生活介護	26,097				
36	介護予防支援	その他	37,921				
介護予防地域密着型サービス(介護保険サービスに準じて分類)			5,121				
37	介護予防認知症対応型通所介護	通所介護	412				
38	介護予防小規模多機能型居宅介護	通所介護中心	2,039				
39	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期以外)	生活介護	2,669				
40	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期)	生活介護	1				

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 6

SHA2011 の機能分類(HC)における予防に関する検討

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**

SHA2011 の機能別分類 (HC) において、SHA1.0 と比較すると、大きな変更があったのが LTC (長期療養) と Preventive care (予防) である。

HC. 6 に分類される Preventive care (予防) は、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。

結果、SHA2011 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 倍である。

**A. 研究目的**

改訂された SHA2011 の機能別分類 (HC) において、LTC (長期療養) と共に大きな変更のあった Preventive care (予

防) に関する検討を行う。

**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 SHA2011 をもとに検討する。

## C. 研究結果

HC.6 の Preventive care (予防) は、SHA1.0 では、Prevention and public health services (予防および公衆衛生サービス) として、以下であった。

HC.6.1 母子保健、家族計画およびカウンセリング (具体的には、妊産婦・乳幼児検診、新生児聴覚検査等の費用)

HC.6.2 学校保健サービス (具体的には、学校医の報酬 (小学校、中学校、高校) の費用)

HC.6.3 感染症予防 (具体的には、予防接種、ツベルクリン反応、BCG 接種の費用)

HC.6.4 非感染症予防

HC.6.5 産業保健 (具体的には、組合の健診、人間ドック、職域福利厚生等の費用)

しかし、SHA2011 では、下記の 6 項目が新たに示された。

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

そこで、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(案)を検討した。

HC.6.1 (情報提供、教育およびカウ

セリングプログラム) については、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た。利用可能と考えられるデータソースは、厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告、厚生労働省報道発表資料「平成 20 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」である。

特定健診・保健指導の保健指導部分に関しては、特定保健指導の対象者は 3,942,621 人 (19.8%(割合・実施率)) であった。そこで、第一に「特定保健指導勧奨通知送付費用」を 200 円として対象者数を乗算し、約 8 億円と推計した。第二に、特定保健指導の修了者は 307,847 人 (7.8%(割合・実施率)) であり、動機付け支援単価は集合契約 B の全国平均から 9,371 円、積極的支援単価は、集合契約 B パターンの全国平均から 25,624 円とのデータを利用する。しかし、動機づけ支援と積極的支援それぞれの修了者の人数の値が公表されていない。そこで、動機づけ支援単価と保健指導修了者を乗算して約、28.8 億円と推計した (307,847 × 9,371)。

健康増進に係る費用、精神保健福祉に関する費用も HC.6.1 に含まれる。地域保健・健康増進事業報告 (厚生労働省) では、健康増進として、平成 20 年度の栄養指導、運動指導、休養指導、禁煙指導、その他を含めた健康指導の被指導人員の値が公表されている。しかし、それぞれの指導の価格データが得られないために、推計することができなかった。また、精神保健福祉として、平成 20 年度の保健所及び市

区町村における精神保健福祉の相談等延人員は、「相談」約76万8千人、「デイ・ケア」約20万9千人、「訪問指導」約33万3千人、「電話相談」約111万4千人となっている。しかしそれぞれの価格データが得られないため、推計不能であった。

HC.6.2（予防接種プログラム）については、SHA1.0のときに推計していた各種予防接種、ツベルクリン反応、BCG接種等の費用とした。データソースは、自治省地方交付税制度解説（費用単位編）および住民基本台帳人口要覧であり、標準団体行政経費積算内容の「予防接種費一小計（千円/10万人）」と「結核予防費一小計（千円/10万人）」の値を参考に、日本の人口データを使って推計した（推計値は、931億6,873万円）。

HC. 6.3（疾患早期発見プログラム）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た。地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）から、肝炎ウイルス検診として、「C型肝炎ウイルス検診」約69万2千人、「B型肝炎ウイルス検診」約69万4千人の数値を得た。そこで、診療報酬点数のB型肝炎ウイルス検診は「HBs抗原、HBs抗体価」90点、C型肝炎ウイルス検診は「HCV抗体価（定性、定量）、HCVコア蛋白質」として120点を利用して、肝炎ウイルス検診費用の合計を14億5,500万円と推計した。

歯周疾患検診は、地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）から、歯周疾患検診の受診者数は約22万4千人であった。歯周組織検査歯周組織検査（1口腔単位）

（1月以内の検査2回目以降は50/100の算定）の最低価格である、「歯周基本検査（1～9歯）」の50点を利用して、歯周疾患検診費用を1億1,200万円と推計した。

骨粗鬆症検診は、踵骨（かかと）の超音波伝導検査として定量的超音波測定法が主に実施されていると考えられるが、診療報酬点数としては存在しないため推計はできなかった。

エイズ検査は、保健所が実施したHIV抗体スクリーニング検査のための採血件数が約14万7千件であった。HIV-1抗体価（ウエスタンブロット法）が280点、HIV-2抗体価（ウエスタンブロット法）が380点であるが、全てHIV-1抗体価（ウエスタンブロット法）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）、