

## HC.6(予防)

- HC.6.1: 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: (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: 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: 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: 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: 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。
- 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。

# Results of Mapping from SHA 1.0 to SHA2.0 (HC)

SHA.1.0	million NCU	% to CHE	SHA.2.0	million NCU	% to CHE
<b>HC.1 Services of curative care</b>	<b>27,174,125</b>	<b>64.3%</b>	<b>HC. 1 Curative care</b>	<b>27,174,125</b>	<b>57.8%</b>
HC1.1 In-patient curative care	13,201,512	31.2%	HC.1.1 In-patient curative care	13,201,512	28.1%
HC1.2 Day cases of curative care	—	—	HC.1.2 Day curative care	—	—
HC1.3 Out-patient curative care	13,316,673	31.5%	HC.1.3 Out-patient curative care	13,316,673	28.3%
HC1.4 Services of curative home care	655,940	1.6%	HC.1.4 Home based curative care	655,940	1.4%
<b>HC.2 Services of rehabilitative care</b>	<b>440,801</b>	<b>1.0%</b>	<b>HC. 2 Rehabilitative care</b>	<b>440,801</b>	<b>0.9%</b>
HC.2.1 In-patient rehabilitative care	—	—	HC.2.1 In-patient rehabilitative care	—	—
HC.2.2 Day cases of rehabilitative care	390,117	0.9%	HC.2.2 Day rehabilitative care	390,117	0.8%
HC.2.3 Out-patient rehabilitative care	13,316,673	31.5%	HC.2.3 Out-patient rehabilitative care	13,316,673	28.3%
HC.2.4 Services of rehabilitative home care	50,684	0.1%	HC.2.4 Home based rehabilitative care	50,684	0.1%
<b>HC.3 Services of long-term nursing care</b>	<b>3,747,280</b>	<b>8.9%</b>	<b>HC. 3 Long Term Care (Health)</b>	<b>8,047,565</b>	<b>17.1%</b>
HC.3.1 In-patient long-term nursing care	3,556,651	8.4%	HC.3.1 In-patient long term care (health)	5,871,136	12.5%
HC.3.2 Day cases of long-term nursing care	—	—	HC.3.2 Day long term care (health)	1,082,725	2.3%
—	—	—	HC.3.3 Out-patient long term care (health)	—	—
HC.3.3 Long-term nuring care: home care	190,629	0.5%	HC.3.4 Home based long term care (health)	1,093,704	2.3%
<b>HC.4 Ancillary services to health care</b>	<b>304,358</b>	<b>0.7%</b>	<b>HC. 4 Ancillary services</b>	<b>304,358</b>	<b>0.6%</b>
HC.4.1 Clinical laboratory	—	—	HC.4.1 Laboratory services	—	—
HC.4.2 Diagnostic imaging	—	—	HC.4.2 Imaging services	—	—
HC.4.3 Patient transport and emergency rescue	304,358	0.7%	HC.4.3 Patient transportation	304,358	0.6%
<b>HC.5 Medical goods dispensed to out-patients</b>	<b>8,775,751</b>	<b>20.8%</b>	<b>HC. 5 Medical goods ( n.s.f)</b>	<b>8,775,751</b>	<b>18.7%</b>
HC.5.1 Pharmaceuticals and other medical non-durables	8,330,690	19.7%	HC.5.1 Pharmaceuticals and other medical non-durable goods	8,330,690	17.7%
HC.5.2 Therapeutic appliances and other medical durables	445,061	1.1%	HC.5.2 Therapeutic appliances and other medical durable goods	445,061	120.9%

## Results of Mapping from SHA 1.0 to SHA2.0 (HP)

SHA.1.0		million NCU	% to CHE	SHA.2.0		million NCU	% to CHE
HP.1	Hospitals	20,212,731	47.8%	HP.1	Hospitals	20,212,731	43.0%
HP.2	Nursing and residential facilities	1,537,351	3.6%	HP.2	Residential long-term care facilities	3,851,836	8.2%
HP.3	Providers of ambulatory health care	11,737,767	27.8%	HP.3	Providers of ambulatory health care	13,419,296	28.6%
HP.3.5, HP.3.9.1, — HP.3.9.9		304,271	0.7%	HP.4	Providers of ancillary services	304,271	0.6%
HP.4	Retail sale and other providers of medical goods	6,954,467	16.5%	HP.5	Retailers and other providers of medical goods	6,954,467	14.8%
HP.5	Privision and administration of public health programmes	1,007,892	2.4%	HP.6	Providers of preventive care	1,304,476	2.8%
HP.6	General health administration of health	799,114	1.9%	HP.7	Providers of health care system administration and financing	941,741	2.0%
HP.7	Other industries (rest of economy)	—	—	HP.8	Rest of economy	—	—
HP.9	Rest of the world	—	—	HP.9	Rest of the world (その他)	—	—
<b>Current expenditure on health</b>		<b>42,249,321</b>	<b>100.0%</b>	<b>Current expenditure on health</b>		<b>46,988,818</b>	<b>100.0%</b>

Country: JAPAN Year: 2008

- Given the changes in the scope of HC.3 health expenditure, HP.2 has increased by JPY 2,314,485 million, and its proportion in CHE has increased from 3.6% to 8.2%.
- HP.3 has also increased by JPY 1,681,529 million, and its proportion in CHE has increased from 27.8% to 28.6%.
- Prescribed and non-prescribed medicine expenditures [allocated to HP4.1 and HP.4.9 in SHA1.0], have been combined and allocated to HP.5.1.

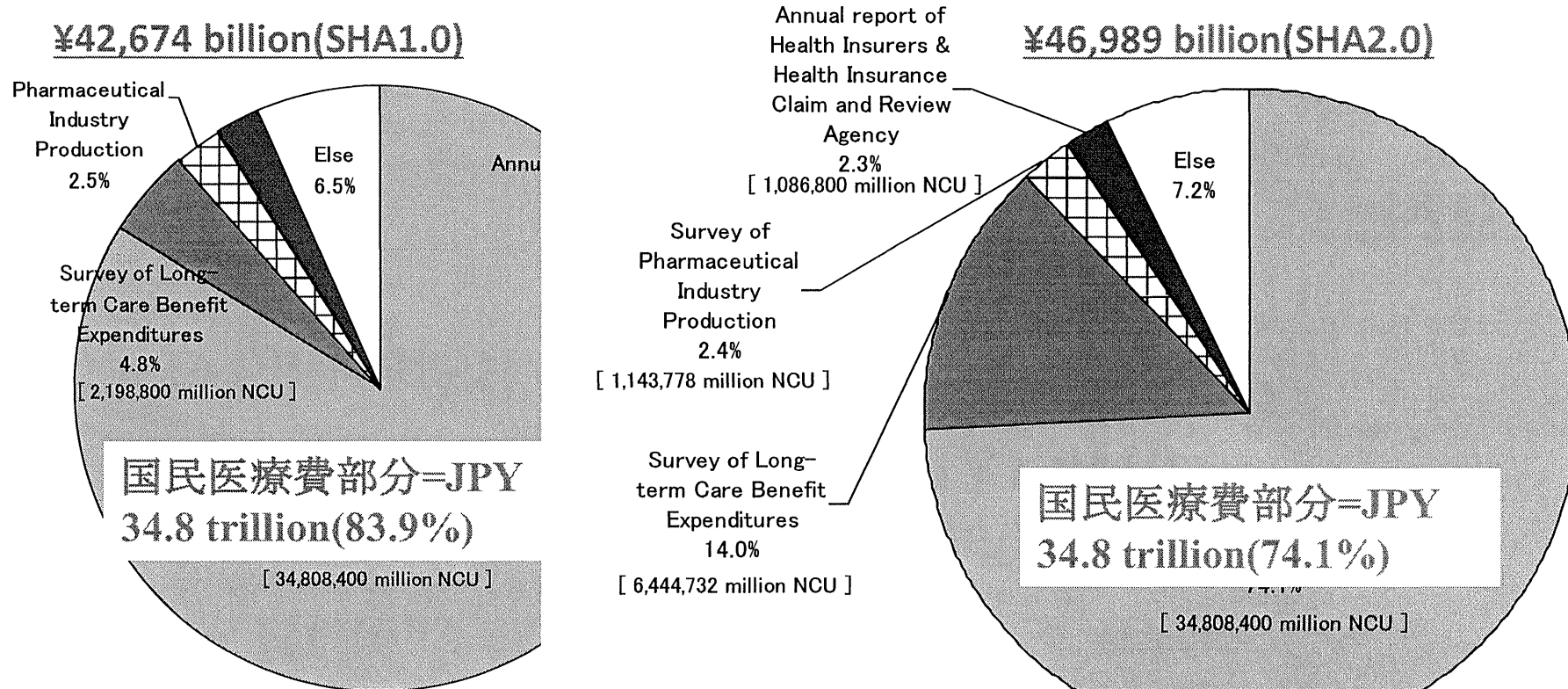
# Results of Mapping from SHA 1.0 to SHA2.0 (HF)

SHA.1.0		million NCU	% to CHE	SHA.2.0		million NCU	% to CHE
HF.1	<b>General government</b>	<b>33,997,789</b>	<b>80.5%</b>	HF.1	<b>Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes</b>	<b>38,339,236</b>	<b>81.6%</b>
HF.1.1	General government	3,581,115	8.5%	HF.1.1	Governmental schemes	4,066,370	8.7%
HF.1.2	Social security funds	30,416,674	72.0%	HF.1.2	Compulsory contributory health insurance schemes	34,272,866	72.9%
—	—	—	—	HF.1.3	Compulsory Medical Saving Accounts (CMSA)	—	—
<b>Part of HF.2</b>	<b>Private Sector</b>	<b>1,477,430</b>	<b>3.5%</b>	<b>HF.2</b>	<b>Voluntary health care payment schemes</b>	<b>1,477,430</b>	<b>3.1%</b>
Part of HF.2.2	Private insurance enterprises (other than social insurance) *In the case of Japan	1,049,759	2.5%	HF.2.1	Voluntary health insurance schemes	1,049,759	2.2%
Part of HF.2.2	—	—	—	HF.2.1.1	Primary /subsitory health insurance schemes	—	—
Part of HF.2.2	Private insurance enterprises (other than social insurance) *In the case of Japan	1,049,759	2.5%	HF.2.1.2	Complementary / supplementary insurance schemes	1,049,759	2.2%
HF.2.4	Non-profit institutions serving households (other than social insurance)	—	—	HF.2.2	NPISHs financing schemes	—	—
HF.2.5	Corporations (other than health insurance)	427,671	1.0%	HF.2.3	Enterprises financing schemes	427,671	0.9%
<b>HF.2.3</b>	<b>Private household out-of-pocket expenditure</b>	<b>6,774,102</b>	<b>16.0%</b>	<b>HF.3</b>	<b>Household out-of-pocket payment</b>	<b>7,172,152</b>	<b>15.3%</b>
HF.2.3.1	Out-of-pocket excluding cost-sharing	2,068,663	4.9%	HF.3.1	Out-of-pocket excluding cost sharing	2,068,663	4.4%
HF.2.3.2-2.3.9	Cost-sharing	4,705,438	11.1%	HF.3.2	Cost sharing with third-party payers	5,103,488	10.9%
HF.2.3.2-2.3.5	Cost-sharing: governmental/ social security funds	4,705,438	11.1%	HF.3.2.1	Cost sharing with government schemes and compulsory contributory health insurance schemes	5,103,488	10.9%
HF.2.3.6-2.3.7	Cost-sharing: private insurance *In the case of Japan	—	—	HF.3.2.2	Cost sharing with voluntary insurance schemes	—	—
—	—	—	—	HF.4	Rest of the world financing schemes (non-resident)	—	—
<b>Current expenditure on health</b>		<b>42,249,321</b>	<b>100%</b>	<b>Current expenditure on health</b>		<b>46,988,818</b>	<b>100%</b>

Country: JAPAN Year: 2008



**SHA 1.0 was estimated to be JPY42.6 trillion(2008), however  
SHA2.0 will be JPY 46.9 trillion(2008)**



**“National Medical Expenditure” remains the same,  
the proportion to CHE has decreased from 83.9% to 74.1%.  
“Survey of Lon-term Care Benefit Expenditures” increased  
from 4.8% in SHA1.0 to 14.0% to CHE in SHA2.0**

**Due to changes in the scope of health expenditure included in HC.3 [LTC],  
the proportion of HC.3 in CHE also increased from 8.9% to 17.1%.**

# Conclusions

- **Japan changed the scope of health expenditure in HC.3 and developed estimation methodology for new items on HC.6.**
- **Japan's total current health expenditure(2008) has increased from ¥42,674 billion(SHA1.0) to**
- **¥46,989 billion(SHA2.0)**

204

	SHA 1.0			SHA 2.0
	2006	2007	2008	2008
Gross domestic product (output approach) (national currency, current prices)	507,365	515,520	504,378	
Total health expenditure (THE)	41,541	42,215	42,935	46,989
THE % gross domestic product	8.19%	8.19%	8.46%	9.31%

### 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	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-	厚生指標	第59巻(4)	33~37	2012
満武巨裕	OECDのSHA2.0(案)の概要Ⅲ-財源分類(HF)-	厚生指標	第58巻(9)	38~41	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、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	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



#### IV. 研究成果の刊行物・別刷

# 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—

ミツタケ ナオヒロ  
満武 巨裕\*

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OECDから公表された<sup>1)</sup>。

本誌において、著者はOECDヘルスアカウント専門家会合およびSHAの改訂作業について報告してきた<sup>2)-4)</sup>。今回は、2011年に開催された第13回OECDヘルスアカウント専門家会議について報告する。また、SHA2011は、公表直前にOECD事務局側の独自修正によって、以前本誌で紹介した内容と異なる部分が存在する。そこで、この修正部分についても併せて報告する。

## I はじめに

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年遅れて完成した。公表の直前にOECD事務局側が内容の一部に変更を加えた部分もあったが、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）。

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、国際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加盟国のみならず発展途上国も含めた多くの国で、SHA2011に準

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：OECDStat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

拠した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20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もある。

## II 第13回ヘルスアカウント専門家会合の議題

会合では、毎年、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、議題が例年よりも少なく（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）。

\*（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

議題1および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。本議題では、全OECD加盟国にSHAデータ提出における問題点等を発言することが求められる。日本からは、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、予防の推計値に変化があったことを報告した。結果として、諸外国からは、大きな問題は指摘されなかった。よって、次のデータの提出期限は、例年どおり2012年3月末となった。

議題4は、OECD.Stat<sup>5)</sup>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始まった。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。ただし、日本語版は未定である。

議題5は、SHA2011の公表に関する事務局からの説明である。予定どおり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カ国すべてが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、分類の桁(Digit)は国により異なることも報告された。分類の桁とは、例えば1桁とはHC.1、2桁はHC.1.1、3桁はHC.1.1.1としている。提出データの桁数は、OECD加盟国が独自に決めてよいことになっている。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、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報告がなされた。

議題7は、財源分類のガイドラインについてOECD事務局からの解説である。

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調査結果の報告があった。

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。

### Ⅲ 日本のSHA2011への対応(パイロット調査)

本節では、議題6において日本が報告した内容の概要を報告する。本誌にて過去に報告したとおり、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カ所である<sup>2)</sup>。OECD事務局側が公表直前に修正した部分が、Preventive care（予防）でもあるため、これは次節にて報告する。

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に限定、あるいは社会的サービスまで幅広く含めるという状況がみられた。

SHA2011ではLong Term Care（長期医療系サービス）は、以下の4つの分類を示した。

- ①Medical or Nursing care（医療の有資格者が提供するサービス）
- ②Personal care services（食事や入浴等のADLに関するサービス）
- ③Assistance Services（買い物や洗濯等の

図1 日本の介護保険サービスの一覧とOECDによるLongTermCare分類

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)	長期医療系サービス類型化			
				①Medical or Nursing care	②Personal care services	③Assistance Services	④Other social care services
居宅サービス			2 945 356				
1	訪問介護	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	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				

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

ADL以外の日常生活を補助するサービス)

④Other social care services (その他の社会的サービス) △

日本、オーストラリア、デンマーク、ポルトガル、スウェーデン、韓国は、Long Term Care (長期医療系サービス) は①のみを含むべきであり、②のADLをはじめとするサービスは、含めるべきではないと主張してきた。しかし、結果としてSHA2011には①と②が含まれることになった<sup>2)</sup>。また、サービスによっては②および③の両方の分類に該当し、区分することが困難なものがある。その場合は、すべて推計値に組み込むべきであるとの指針が示されている。

図1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。よって、SHA1.0では42.9兆円であったのが、SHA2011では49.3兆円になることになる。日本と同様の状況のオランダから、②と③の区分が困難であるとのコメントが寄せられた。

IV SHA2011の変更部分

SHA1.0では、Preventive care (予防) 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、その他の公衆衛生サービスの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)、

表3 SHA2.0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

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、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く、議論が整理できていないと指摘されていた。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OECD加盟国の承認を得ることなく、SHA2.0(案)におけるHC. 6.2.2およびHC. 6.2.4がなくなり、表4となった。

V おわりに

SHA2011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り、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。2000年に公表されたSHA1.0は、2007年から改訂の検討が始ま

り、4年後の2011年にSHA2011が公表された。議題6のパイロット調査では、4カ国が適用可能との報告をしたが、2012年度は、さらに対象国を拡大してSHA2011への対応調査が開始される。おそらく次回の第14回会議においても、適合が可能との報告が行われるであろう。その後、各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年と予想される。提出時には、過去に遡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年分の再推計を行うことになる。

最後に、近年SHA2011公表後にOECD事務局で検討されはじめたプロジェクトについて述べる。SHAは、疾病に関する情報がないために、SHA2011疾病別医療費情報を新しく付加しようとするものである。既に2012年2月に疾病別医療費の会議がOECD事務局主導で開催され、疾病コード(ICD9の中分類)や年齢区分(10歳区分)などの検討が進められた。

今後のOECDヘルスアカウント専門家会合では、SHA2011の推計方法の開発と推計に加えて、疾病別医療費の検討が大きな議題になると思われる。

#### 謝辞

本研究の一部は、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(研究代表者:満武巨裕)」によって行われたものである。

#### 文 献

- 1) OECDのホームページにおけるRevision of the System of Health Accounts ([http://www.oecd.org/pages/0,3417,en\\_40045874\\_40037351\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_40045874_40037351_1_1_1_1_1,00.html)) 2012.3.1.
- 2) 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」の指標 2011; 58(4): 27-32.
- 3) 満武巨裕. OECDのSHA2.0(案)の概要II-供給主体分類(HP)-. 厚生」の指標 2011; 58(5): 36-42.
- 4) 満武巨裕. OECDのSHA2.0(案)の概要III-財源分類(HF)-. 厚生」の指標 2011; 58(11): 36-42.
- 5) OECDのホームページにおけるOECD. StatExtracts (<http://stats.oecd.org/Index.aspx>) 2012.3.1.

# OECDにおけるSHA2.0(案)の概要Ⅲ

—財源分類(HF)—

ミツタケ ナオヒロ  
満武 巨裕\*

これまでSHA(A System of Health Accounts)改訂版(以下、SHA2.0)の基本的な枠組みである機能分類(HC)、供給主体別分類(HP)について紹介した<sup>1)2)</sup>。今回は、財源分類(HF: Financing agents/schemes)について紹介する。

9月にOECDのホームページで公表予定となっている。現在、日本、韓国、カナダ、オーストラリアを対象としてSHA2.0への対応や推計の試行が行われており、2011年10月の第13回ヘルスアカウント専門家会合で結果が報告される予定となっている。

## I はじめに

OECD(経済開発協力機構)、EUROSTAT(欧州委員会統計局)、WHO(世界保健機構)によるSHA1.0からSHA2.0への改訂作業は、OECD本部での医療委員会(6月20~21日)にて完了した<sup>3)</sup>。SHA2.0(確定版)は、2011年

今回は、SHA2.0の財源分類(HF)について紹介する<sup>4)</sup>。

## II SHA1.0における財源分類(HF)

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

表1 SHA1.0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 Central government	中央政府
	HF.1.1.2 State / provincial government	地方政府
	HF.1.1.3 Local / municipal government	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	制度が定める一部負担を除く家計負担
	HF.2.3.2- Cost-sharing: central government : state / provincial govern-	公的保険適用サービスの一部負担
	HF.2.3.5 ment : Local / municipal government : Social security funds	民間保険適用サービスの一部負担
	HF.2.3.6- Cost-sharing: Private insurance	民間保険適用サービスの一部負担
	HF.2.3.7	民間保険適用サービスの一部負担
	HF.2.3.9 All other cost-sharing	その他の一部負担
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

\*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部副部長

である(表1)。ただし、HF3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。

HF1は、2デジットとしてHF1.1(社会保障基金を除く一般政府)とHF1.2(社会保障基金)という分類になっており、日本でHF1.1に該当するものは、例えば国民医療費<sup>5)</sup>(制度区分)では公費負担医療給付分であり、HF1.2は医療保険等給付分が該当する。さらにHF1.1の3デジットとしてHF1.1.1(中央政府)、HF1.1.2(地方政府)、HF1.1.3(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。

HF2は、2デジットとしてHF2.1(民間が扱う社会保険)、HF2.2(民間の保険会社(社会保険以外))、HF2.3(家計負担)、HF2.4(対家計民間非営利団体(社会保険以外))、HF2.5(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HF2.1は推計していない。HF2.2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。HF2.3は、3デジットとしてHF2.3.1(制度が定める一部負担を除く家計負担)、HF2.3.2-HF2.3.5(公的保険適用サービスの一部負担)、HF2.3.6-HF2.3.7(民間保険適用サービスの一部負担)、HF2.3.9(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(処方せんを除く)や医療材料(保険適用ではないもの)等がHF2.3.1に該当し、(保険適用の)医療費や介護費の自己負担分がHF2.3.2-HF2.3.5に該当する。HF2.4は日本は推計しておらず、HF2.5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、企業等が行う健康診断や人間ドック費用が該当する。

表2 SHA.2.0の財源分類(HF)とSHA.1.0との対応

	SHA.2.0	SHA.1.0
HF1	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes (政府および強制加入保険スキーム)	
HF1.1	Governmental schemes (政府によるスキーム)	HF1.1
HF1.1.1	Central governmental schemes (中央政府によるスキーム)	HF1.1.1
HF1.1.2	State/regional/local governmental schemes (地方政府/自治体によるスキーム)	HF1.1.2; HF1.1.3
HF1.2	Compulsory contributory health insurance schemes (強制加入健康保険スキーム)	HF1.2
HF1.2.1	Social health insurance schemes (社会保険スキーム)	Part of HF2.1
HF1.2.2	Compulsory private insurance schemes (強制加入民間保険スキーム)	N/A
HF1.3	Compulsory Medical Saving Accounts (CMSA) (強制医療貯蓄口座)	Part of HF2.2
HF2	Voluntary health care payment schemes (任意加入の健康保険支払スキーム)	
HF2.1	Voluntary health insurance schemes (任意加入の健康保険支払スキーム)	Part of HF2.2
HF2.1.1	Primary/subsidiary health insurance schemes (基礎/代替型健康保険スキーム)	Part of HF2.2
HF2.1.2	Complementary/supplementary insurance schemes (補充/補足型任意保険スキーム)	HF2.4
HF2.2	NPISHs financing schemes (非営利機関によるスキーム)	HF2.5
HF2.3	Enterprises financing schemes (企業によるスキーム)	HF2.5
HF2.3.1	Enterprises (except health care providers) financing schemes (企業によるスキーム (HF2.3.2以外))	N/A
HF2.3.2	Health care providers financing schemes (保健医療サービス提供者のスキーム)	HF2.3
HF3	Household out-of-pocket payment (家計による自己負担)	
HF3.1	Out-of-pocket excluding cost sharing (制度が定める一部負担を除く自己負担)	HF2.3.1
HF3.2	Cost sharing with third-party payers (制度が定める一部負担)	HF2.3.2- HF2.3.9
HF3.2.1	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 HF2.3.2-2.3.7
HF3.2.2	Cost sharing with voluntary insurance schemes (任意加入保険における一部負担)	part of HF2.3.6-2.3.7
HF4	Rest of the world financing schemes (non-resident) (国外財源スキーム)	N/A
HF4.1	Compulsory schemes (non-resident) (強制加入スキーム)	N/A
HF4.1.1	Compulsory health insurance schemes (non-resident) (強制加入の社会保険スキーム)	N/A
HF4.1.2	Other compulsory schemes (強制加入の社会保険以外のスキーム)	N/A
HF4.2	Voluntary schemes (non-resident) (任意加入スキーム)	N/A
HF4.2.1	Voluntary health insurance schemes (non-resident) (任意加入の社会保険スキーム)	N/A
HF4.2.2	Other schemes (その他のスキーム)	N/A



### Ⅲ. SHA2.0における財源分類 (HF)

表2に、SHA2.0 (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SHA2.0の1デジットは、HF1 (政府および強制加入保険スキーム)、HF2 (任意加入の健康保険支払スキーム)、HF3 (家計による自己負担)、HF4 (国外財源スキーム) の4分類となった。

HF1の2デジットの部分は、HF1.3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HF1.2.2 (強制加入民間保険スキーム) が追加された。これはSHA1.0のHF2.1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。

HF2の2デジットは、HF2.1 (任意加入の健康保険支払スキーム)、HF2.2 (非営利機関によるスキーム)、HF2.3 (企業によるスキーム) の3分類である。HF2.1は、SHA1.0のHF2.2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 (HF2.1.1) と補完/補足型 (HF2.1.2) 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。HF2.2は日本では推計していない。HF2.3は、SHA1.0のHF2.5が該当する。

HF3は、SHA1.0におけるHF2.3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、HF3.1 ((制度が定める一部負担を除く自己負担))、HF3.2 (制度が定める一部負担) の2分類であり、前者はSHA1.0のHF2.3.1、後者はSHA1.0のHF2.3.2-HF2.3.9が該当する。3デジットは、日本の場合はHF3.2.1のみ推計している。

HF4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。

### Ⅳ. 終わりに

今回は、財源分類 (HF) の改訂について紹介した。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HF1、民間保険部分のHF2、自己負担分 (家計) のHF3国外財源スキームの4分類となり、SHA1.0より明確になったと考えられる。また、新設のHF4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の他の無償提供によるものと定義されていることから、発展途上国の財源の一定割合を占める項目である。今回のSHA2.0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とする目的を実現する成果がここにも表れている。

当初の計画よりも遅れがあったものの、SHA2.0が完成した。しかし、今後の課題も存在する。例えば、各国がSHA2.0に準拠した推計を提出する時期、これまでSHA1.0で推計してきた過去の推計値をどのぐらい遡って再推計するのか等、実務レベルの対応はまだ決まっていない。

本誌にて紹介したように、SHA2.0の機能 (HC) の長期医療 (療養) サービス (Long Term Care (HC.3) と予防 (HC.6) の変更によって総保健医療支出の増加が予想される。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、日本は、総保健医療支出が増加することは明らかである。一方で、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) は総保健医療支出の変化は少ないであろう。このように、SHA2.0に準拠することによって総保健医療支出が増加する国もあればしない国もある。

日本の総保健医療支出は、2008年度は約42兆9348億円 (対GDP比は昨年より0.3%増加の8.5%)、OECD加盟国34カ国中24位の順位であった。SHA2.0に準拠すれば日本の総保健医療支出は増加する。一方、順位 (どこまで上昇

するか)については、他国の推計試行調査が終了していないために不明である。

現在、医療経済研究機構では、厚生労働省関連部局、学識有識者で構成される委員会でSHA2.0に準拠するための定義や推計方法の検討を重ねている。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、その結果・成果等を本誌で継続的に報告していく予定である。

#### 謝辞

本研究は、平成23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)研究「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(H23-

統計-一般-001)」の成果の一部である。

#### 文 献

- 1) 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 2011; 58(4): 27-32.
- 2) 満武巨裕, OECDのSHA2.0(案)の概要II-供給主体分類(HP)-, 厚生指標 2011; 58(5): 36-42.
- 3) OECD Revision of the SHA. ([http://www.oecd.org/pages/0,3417,en\\_40045874\\_40037351\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_40045874_40037351_1_1_1_1_1_1,00.html)) 2011.8.1.
- 4) SHAマニュアル(確定版): (<http://www.oecd.org/dataoecd/27/51/47406956.pdf>) 2011.8.1.
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部編: (財)厚生統計協会, 平成20年度 国民医療費.

## 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>。

前回は、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。前回は、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×HP 2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。

表1 供給主体別分類 (HP) 分類の詳細

Provider 供給主体		
HP.1	Hospitals	病院
HP.1.1	General hospitals	一般病院
HP.1.2	Mental health and substance abuse hospitals	精神保健および薬物乱用治療病院
HP.1.3	Specialty (other than mental health and substance abuse) hospitals	専門病院 (精神保健および薬物乱用治療以外)
HP.2	Nursing and residential care facilities	長期医療系施設および居住施設
HP.2.1	Nursing care facilities	長期医療系施設
HP.2.2	Residential mental retardation, mental health and substance abuse facilities	発達遅滞, 精神保健および薬物依存治療のための居住施設
HP.2.3	Community care facilities for the elderly	高齢者のためのコミュニティーケア施設
HP.2.9	All other residential care facilities	その他の居住施設
HP.3	Providers of ambulatory health care	外来医療提供者
HP.3.1	Offices of physicians	医科診療所
HP.3.2	Offices of dentists	歯科診療所
HP.3.3	Offices of other health practitioners	その他の保健医療従事者の外来施設
HP.3.4	Out-patient care centres	外来診療センター
HP.3.5	Medical and diagnostic laboratories	臨床検査および診断検査所
HP.3.6	Providers of home health care services	在宅医療サービス提供者
HP.3.9	Other providers of ambulatory health care	その他の外来サービス提供者
HP.4	Retail sale and other providers of medical goods	医薬品の小売, 供給
HP.4.1	Dispensing chemists	調剤薬剤師
HP.4.2	Retail sale and other suppliers of optical glasses and other vision products	眼鏡と視力矯正器具の小売, その他の供給業者
HP.4.3	Retail sale and other suppliers of hearing aids	補聴器の小売, その他の供給業者
HP.4.4	Retail sale and other suppliers of medical appliances (other than optical glasses and hearing aids)	医療器具の小売, その他の供給業者 (眼鏡および補聴器以外)
HP.4.9	All other miscellaneous sale and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods	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
HP.5	Provision and administration of public health programmes	公衆衛生プログラムの提供および管理
HP.6	General health administration of health	一般保健医療管理業務
HP.6.1	Government administration of health	政府による保健医療管理業務
HP.6.2	Social security funds	社会保障基金
HP.6.3	Other social insurance	その他の社会保険
HP.6.4	Other (private) insurance	その他の (民間) 保険
HP.6.9	All other providers of health administration	その他の保健医療管理
HP.7	Other industries (rest of the economy)	その他の産業 (その他経済分野)
HP.7.1	Establishments as providers of occupational health care services	産業保健サービス提供者の事業所
HP.7.2	Private households as providers of home care	在宅ケア提供者としての一般家計
HP.7.9	All other industries as secondary producers of health care	保健医療の2次的生産者としての他の産業
HP.9	Rest of the world	その他

表2 供給主体別分類 (HP) 分類に含まれる機能別分類 (HC) の種類

	HP.1.1 (一般病院)	HP.1.2 (精神保健および 薬物乱用治療病院)	HP.1.3 (専門病院 (HP.1.2 以外))	HP.2.1 (長期 医療系 施設)	HP.3.1 (医科 診療所)	HP.3.2 (歯科 診療所)	HP.3.6 (在宅医療 サービス 提供者)
HC1.1 入院診療	✓	✓	✓		✓		
HC1.3.1 外来診療	✓	✓			✓		
HC1.3.2 外来歯科診療						✓	
HC1.4 在宅診療	✓						
HC2.2 日帰りリハビリテーション	✓			✓	✓		
HC2.4 在宅でのリハビリテーション	✓				✓	✓	
HC3.1 長期医療系施設サービス	✓			✓	✓		
HC3.3 在宅での長期医療系サービス	✓				✓		✓
HC4.3 患者搬送および救急の移送費	✓						
HC5.1.1 処方薬	✓	✓			✓	✓	
HC5.2.2 矯正器具とその他の人工器具	✓						

は欠番) (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, たとえばHP.1 (病院) は, HP.1.1 (一般病院), HP.1.2 (精神保健および薬物乱用治療病院),