

201102001B

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22～23年度 総合研究報告書

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. 総合研究報告書

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

II. 分担研究報告書

SHA2.0（案）に関する検討

1. SHA2.0（案）の概要 -第12回ヘルスアカウント専門家会合の報告と機能別分類(HC).....	9
満武 巨裕、肥塚 修子、田中 滋、福田 敬	
2. SHA2.0（案）の概要 -供給主体分類(HP).....	18
満武 巨裕、肥塚 修子、佐野 洋史	
3. SHA2.0 の LTC（長期療養）に関する検討について.....	27
肥塚 修子、佐野 洋史、満武 巨裕、田中 滋	
4. SHA2.0 の予防に関する検討について.....	34
満武 巨裕、肥塚 修子、佐野 洋史、片岡寛典（研究協力者）	

SHA1.0 の推計方法に関する検討

5. 卸・小売マージンの精度向上に向けた取組について.....	39
肥塚 修子、満武 巨裕、杉田拓男（研究協力者）、林 勇輝（研究協力者）	
6. 保険外負担費用等の推計について.....	44
肥塚 修子、満武 巨裕、田中 滋、福田 敬	

SHA2011 に関する検討

7. SHA の更新(SHA2011)と第13回 OECD ヘルスアカウント専門家会合.....	48
満武 巨裕	
8. SHA2011 の機能分類(HC).....	54
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）	

9. SHA2011 の供給主体分類(HP).....	61
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）	
10. SHA2011 の財源分類(HF).....	65
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）	
11. SHA2011 の機能分類(HC)における長期療養（LTC）に関する検討.....	70
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）	
12. SHA2011 の機能分類(HC)における予防に関する検討.....	75
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）	
13. SHA2011 への適用に関する検討.....	87
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）.....	95
Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表	245
Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷	247

I. 総合研究報告書

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）

総合研究報告書

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

研究代表者 満武 巨裕

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を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。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。) 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た。

本報告書の内容は、初年度に実施した「SHA2.0 (案) に関する検討」として、分担報告書 1 から 4 において、SHA2.0 (案) の基本分類 (供給主体別 (HP)、財源別 (HF)、機能

別 (HC) 等の検討を報告する。

次に、「SHA1.0 の推計方法に関する検討」として、分担報告書 5 および 6 において、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、推計方法の開発について報告する。

最終年度は、公表された SHA2011 を基に、分担研究報告書 7 では第 13 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の概要および SHA 更新の経過を報告する。分担研究報告書 8 では、SHA2011 の機能分類 (HC)、分担研究報告書 9 では SHA2011 の供給主体分類 (HP)、分担研究報告書 10 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 11、後者は分担研究報告書 12 において検討結果を報告する。最後に、分担研究報告書 13 では、2008 年度の SHA1.0 準拠 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

肥塚 修子、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、元主任研究員（平成 22 年のみ）

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 上席主任研究官）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。

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10月に公表された(SHA改訂作業中はSHA2.0という名称であった。最終的にSHA2011として公開された。)。今回の改訂に伴い、定義(推計する範囲等)や項目が変更になった。

初年度にSHAの改訂作業中に検討した内容は「SHA2.0(案)に関する検討」としている。分担報告書1から4において、その検討結果を報告する。

分担報告書1では、SHA2.0(案)の概要および機能別分類(HC)について報告する。分担報告書2として、供給主体別分類(HP)について報告する。分担報告書3として、LTC(長期療養)に関してSHA2.0への対応に関する検討を行う。分担報告書4として、予防に関してSHA2.0への対応に関する検討を行う。

次に、「SHA1.0の推計方法に関する検討」として、分担報告書5および6で報告する。分担報告書5では、データソース(統計資料)の再精査、データソースの定義変更(含.廃止)への対応、新たなデータソースの組み込み、推計方法の開発を行うことを目的として初年度は、「中小企業

基本実態調査」の目的外使用申請を行い、個票を入手することで、産業小分類レベルで各項目に該当する流通マージンの精度向上を試みる。分担報告書6では、日本のSHAに基づく総保健医療支出の推計には、保険診療の際に発生する費用のうちの保険外負担分(選定療養・評価療養、先進医療)、および歯科等の自由診療に係る費用が含まれていないことから、これまで推計対象に含まれなかった1)選定療養・評価療養のうち入院時の差額室料、2)高度先進医療を含む先進医療の費用、および3)歯科の自由診療に係る費用について、利用可能なデータの範囲で推計を行う。

最終年度は、2011年10月に公表されたSHA2011を基に、分担研究報告書7として2011年度の第13回OECDヘルスアカウント専門家会合の概要およびSHA更新の経過を報告する。分担研究報告書8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9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10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11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12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13として、これまでの成果を基にSHA2011に準じ

た推計を実施して2008年度のSHA1.0の推計値と比較する。

B. 研究方法

初年度における「SHA2.0(案)に関する検討」では、2010年時点で提案されていたSHA2.0(暫定版(Pre-edited version))に基づき、新定義、SHA1.0からSHA2.0との相違点、データソース、推計方法等の検討を行う。

「SHA1.0の推計方法に関する検討」では、SHA1.0に準じた総保健医療支出推計のデータソースである、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種類の統計データの検討を行う。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で、入院時の差額室料、先進医療の費用、歯科の自由診療に係る費用について支出の計上を行う。

「SHA2011に関する検討」では、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のSHA2.0(案)の機能別分類(HC)の検討に関しては、HC.1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.1.1.1General

inpatient curative care(一般的な入院診療)とHC.1.1.2 Specialised inpatient curative care(専門的な入院診療)が追加された。

HC.2に関しては、大きな変更はない。HC.4、HC.5、HC.7も同様である。HC.3(長期療養)およびHC.6(予防)に関しては実際SHA1.0のある部分が複数に関与しており、対応が取れていない(他のHCのように一対一対応ではなかった)。HC.3には、日本は、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、基本的にNursing Careに該当する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た。HC.6では従来にはなかったHC.6.2.1(感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへの曝露に関するサーベイランス)HC.6.2.2(プログラムの設計およびモニタリング、評価)、HC.6.2.3(保健システムにおける災害・救急対応プログラム)、HC.6.2.4(一般大衆への疾患やリスク回避に関する情報、教育およびコミュニケーションに関するマスキャンペーン)項目が追加された。

分担研究報告書2の供給主体分類(HP)は、改訂により1st digitレベルの分類では、HP.4(補助的サービス提供者)が追加された。しかし、SHA1.0におけるHP.3.5(臨床検査および診断検査所)とHP.3.9(その他の外来サービス提供者)の部分が1st digitに格上げされただけで大きな定

義上の変更はない。加えて、HP. 3. 5 (臨床検査および診断検査所) は、日本においては医療機関内で検査や画像等の診断が行われるために推計していない (その分は HP. 1 と HP. 3 に含まれている)。

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

分担研究報告書 4 の予防は、SHA2. 0 (暫定版) では、HC. 6. 1 (情報提供、教育およびカウンセリングプログラム)、HC 6. 2 (予防接種プログラム)、HC 6. 3 (疾患早期発見プログラム)、HC 6. 4 (一般健康診断プログラム)、HC 6. 5 (感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへ

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

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

分担研究報告書 5 において、「中小企業基本実態調査」の目的外使用申請を行い、個票を入手することで、産業小分類レベルで各項目に該当する流通マージンの算出を試みたところ、従来手法と比較で約 1. 07~1. 13 倍となった。

分担研究報告書 6 において、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。

分担研究報告書7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8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9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10として、SHA2011の財源分類(HF)とSHA1.0との対応を示した。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、SHA1.0より明確になった。

分担研究報告書11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。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。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12では、SHA2011におけるHC.6に分類されるPreventive care(予防)に関する推計手法および推計をおこなった。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、HC.6は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13において、SHA2011におけるHC.3(長期ケア)を推計した結果、8,047,565(百万)円となった(SHA1.0では3,747,280(百万)円)。よって、2008年度のSHA2011準拠の総保健医療支出は

46兆9890億円となった(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、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。

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)円まで増加したからである。

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。

また、これまでSHA1.0の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。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。

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。

選定療養・評価療養のうち入院時の差額室料、高度先進医療を含む先進医療の費用、および歯科の自由診療に係る費用とい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だが、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。また、「中小企業基本実態調査」の目的外使用申請を行い、個票を利用した流通マージンの検討した結果、公表値と比較し全体に及ぼす影響は小さい。

最後に、2008 年度の SHA1.0 準拠の総保健医療支出と SHA2011 に準拠した推計値を比較すると、が約 42 兆 9350 億円に対して、46 兆 9890 億円となる。対 GDP 比率にすると 8.5%から 9.3%に上昇する。SHA 2011 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た。

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 の 指 標、第 59 卷(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 の 指 標、第 58 卷(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 の 指 標、第 58 卷(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 の 指 標、第 58 卷(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

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 1

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

満武 巨裕

財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、副部長

肥塚 修子

財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、主任研究員

田中 滋

慶應義塾大学大学院経営管理研究科、教授

福田 敬

東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻、准教授

研究要旨

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

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

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

HC.3 およびHC.6に関しては実際SHA1.0のある部分(表2では part of となっている)が複数に関与しており、対応が取れていない(他のHCのように一対一対応ではない)。HC.3には、Medical or nursing care と Personal care services が含まれることになるであろう。日本は、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、基本的にNursing Careに該当する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。HC.6では従来にはなかったHC.6.2.1（感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへの曝露に関するサーベイランス）HC.6.2.2（プログラムの設計およびモニタリング、評価）、HC 6.2.3（保健システムにおける災害・救急対応プログラム）、HC 6.2.4（一般大衆への疾患やリスク回避に関する情報、教育およびコミュニケーションに関するマスキャンペーン）項目が追加された。

A. 研究目的

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

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

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

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

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

B. 研究方法

第 12 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の資料および SHA2.0 (案) の暫定版(Pre-edited version)の資料をもとに調査する。

C. 研究結果

第 12 回ヘルスアカウント専門家会合では、毎年、OECD 事務局の各担当者から、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)。

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

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

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

表2に、現在提示されているSHA2.0(案)(左列)の分類とSHA1.0(右列)を示した。ここで機能分類の数字の一桁(例えばHC1)のことを1st Digit、二桁(例えばHC1.1)のことを2nd Digit、三桁(例えばHC1.1.1)のことを3rd digitと呼ぶことにする。

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

HC.1に関しては、2nd Digitに変更はないが、3rd digitでは、新たなカテゴリであるHC.1.1.1 General inpatient curative care(一般的な入院診療)とHC.1.1.2 Specialised inpatient curative care(専門的な入院診療)が追加された。一般的及び専門的の違いは、開業医及び専門医によって提供された医療サービスの区分によるものである。開業医と専門医の資格制度があり、それぞれで提供できる医

療行為が異なるドイツやフランスのように医療費を分類できる国は算出可能である。しかし、3rd digitレベルでのデータの提出は必須ではなく、会議でも日本や韓国は困難であることを表明している。

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

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

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

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

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

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

の3分類であったものが、SHA2.0(案)では

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

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

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

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

の4分類となった。だが、HC.3における変更点は、分類が一つ増えただけではない。定義そのものの変更が検討されている。この変更については、本誌でも紹介してきた境界領域の問題である。特に、Long Term

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

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

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

日本は、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、基本的に Nursing Care に該当する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。

HC.6は、Preventive care（予防）である。従来(SHA1.0)は、Prevention and public health services（予防および公衆衛生サービス）として、母子保健（家族計画およびカウンセリング）、学校保健サービス、感染症予防、非感染症予防、産業保健、その他の6分類であった（表3）。しかし、2nd digit で二つの HC 6.1 と HC 6.2 になり、3rd digit も設定された。特に、HC.6.2 は従来にはなかった HC 6.2.1（感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへの曝露に関するサーベイランス）HC 6.2.2（プログラムの設計およびモニタリング、評価）、HC 6.2.3（保健システムにおける災害・救急対応プログラム）、HC 6.2.4（一般大衆への疾患やリスク回避に関する情報、教育およびコミュニケーションに関するマスカンペーン）項目が追加されている（表4）。

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

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

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

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

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

D. 考察

SHA は、OECD 加盟国のみならず、今後、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際の指針となる重要なマニュアルとなる。

SHA の推計方法は、SHA マニュアルに準拠して各国が個別に定めるものである。よって、OECD 加盟国の中でも機能分類

上の SHA の概念に含まれる全ての項目を推計できているわけではないが、SHA2.0 の改訂に伴い、定義の改訂、分類の変更等があり、今回紹介したように HC.3 と HC.6 の変更による総保健医療支出の増加が予想される。

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

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

E. 結論

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

HC.2 に関しては、大きな変更はない。HC.4、HC.5、HC.7 も同様である。HC.3 および HC.6 に関しては実際 SHA1.0 のある部分 (表 2 では part of となっている) が複数に関与しており、対応が取れていない (他の HC のように一対一対

応ではない)。HC.3 には、Medical or nursing care と Personal care services が含まれることになるであろう。日本は、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、基本的に Nursing Care に該当する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。

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

F. 研究発表

1. OECD における SHA2.0（案）の概要

I -機能分類と第 12 回ヘルスアカウント専門家会合の報告- 満武巨裕、肥塚修子、厚生指標、第 58 巻(4)：27～32 頁、2011 年

2. 第 11 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の報告、満武巨裕、肥塚修子、厚生指標、第 57 巻：5～8 頁、2010 年

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

表1 第12回ヘルスアカウント専門家会合の議題

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