

(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—小計(千円/10 万人)」と「結核予防費—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

エスタンプロット法)として、費用を4億1,160万円と推計した。

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

HC.6.4(一般健康診断プログラム)は、妊産婦健診、乳幼児の健診、歯科検診・保健指導、健康保険組合が実施する健診、人間ドックを想定している。

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

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

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

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

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

学校保健はSHA1.0のSchool Health

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

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

HC.6.5（感染性疾患、非感染性疾患、外傷、環境における健康リスクへの曝露に関するサーベイランス）は、がん登録、検疫所運用、保健所の感染症例報告等に係る費用を想定している。財務省の一般会計歳入歳出決算、特別会計歳入歳出決算を利用し、検疫所施設費（3億4,000万円）、検疫業務等実施費（12億7,900万円）とした。がん登録費用は不明である。

HC.6.6（災害対策および救急対応プロ

グラム）は、保健医療関連の災害対策費用（災害派遣医療チーム（DMAT）の体制整備等）およびドクターヘリ関連の整備・運用（ヘリポート整備含む）に係る費用を想定した。データソースは、財務省・一般会計歳入歳出決算、厚生労働省第2次補正予算（H20）を利用して、災害対策等緊急事業推進費（2億2,527万円）、緊急ヘリポート施設整備事業（11億円）、災害派遣医療チーム体制設備整備事業（11億円）として24億2,527万円と推計した。

D. 考察

SHA2.0（暫定版）に準じて、2008年度分のHC.6を試算したところ、HC.6.1は28億8,483万円、HC.6.2は931億6,873万円、HC.6.3は5,823億7,782万円、HC.6.4は4,796億811万円、HC.6.5は16億1,900万円、HC.6.6は24億2,527万円となった。

E. 結論

SHA2.0（暫定版）の定義では、HC.6は1兆1,620億8,376万円となった。一方、SHA1.0では、HC.6の総額が1兆78億9,200万円であったので、約1.15倍となった。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

厚生労働科学研究補助金（政策科学総合（統計情報総合）研究事業）
分担研究報告書

卸・小売マージンの精度向上について

肥塚 修子

財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、主任研究員

満武 巨裕

財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、副部長

杉田 拓男(研究協力者)

財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、研究員

林 勇輝(研究協力者)

財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、研究員

研究要旨

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

その結果、従来手法と比較で約1.07～1.13倍であり、総保健医療支出（40兆9501億円）の0.34%に相当し、全体に及ぼす影響は大きくなかった。

A. 研究目的

我々は、OECDのSHA手法に基づく保

健医療支出推計の推計方法を開発し、推計

を行ってきた。推計に用いるデータソース

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

そこで、本研究では、中小企業庁の統計資料である中小企業基本実態調査の目的外使用申請を行い、個票を入手することで、産業小分類レベルでデータの分類を行ったうえで、各項目に該当する流通マージン

を算出し、保険外負担の一般薬部分の精度向上について検討した。

B. 研究方法

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

請求年度は平成 19 年度、平成 20 年度である。

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

・売上高及び営業費用／産業中分類別表／法人企業／その他の卸売業

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

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

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

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

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

経時変化についての把握、及び各データソースより算出される結果を比較する。

表1に、中小企業実態基本調査報告書の産業中分類と産業小分類の関係を示した。

C. 研究結果

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

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

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

D. 考察

個票を入手することで、公表値のレベルである産業中分類から産業小分類まで対象を絞り込んでマージン率の算出が可能であるが、個票にも細分類の情報までは無いため、精度の点では依然問題が残る（例えば、「医薬品・化粧品等卸売業」の小分類は化粧品分も含まれている）。その影響

が、どの程度であるかは不明である。さらに、個票の目的外利用申請を行ってマージン率を算出する場合、公表値を用いる場合よりも作業量および時間もかかることが指摘できる。さらに、中小企業実態基本調査の産業小分類を利用した場合、公表値と比較して約1.06倍のマージン率であり、大きな違いはなかった。

E. 結論

中小企業実態基本調査の産業小分類を利用した場合、公表値と比較して約1.06倍のマージン率となった。一般薬の推計値は、個票値の流通マージンを使用すると従来方法とでは、総保健医療支出（40兆9501億円）の0.34%に相当し、全体に及ぼす影響は小さい。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

表 1. 中小企業実態基本調査報告書の産業中分類と産業小分類

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

注) 平成 21 年総務省告示 (12 回改訂) の産業分類で表示

表 2. 中小企業実態基本調査報告書の卸マージン率の公表値と個票値の比較

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

表 3. 中小企業実態基本調査報告書の小売マージン率の公表値と個票値の比較

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

表 3. 中小企業実態基本調査報告書の流通マージン率

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

保険外負担費用等の推計の検討

肥塚 修子

財) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、主任研究員

満武 巨裕

財) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、副部長

田中 滋

慶應義塾大学大学院経営管理研究科、教授

福田 敬

東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻、准教授

研究要旨

日本の SHA に基づく総保健医療支出の推計には、保険診療の際に発生する費用のうち
の保険外負担分（選定療養・評価療養、先進医療）、および歯科等の自由診療に係る費用
が含まれていない。これらの保険外負担分および自由診療に係る費用は、財源別分類上
は全て私的費用負担（HF.2）の中の家計負担（HF.2.3）になるため、これらの項目が推
計対象に含まれていないことにより、かねてより日本の保健医療支出における私的費用
負担の割合が低いことが OECD や国内の有識者から指摘されてきた。本研究では、これ
まで推計対象に含まれなかった 1)選定療養・評価療養のうち入院時の差額室料、2)高度
先進医療を含む先進医療の費用、および 3)歯科の自由診療に係る費用について、利用可
能なデータの範囲で推計を行い、新たに総保健医療支出に計上を試みた。その結果、1)
は約 1,709 億円、2) は約 49 億円、3) は約 461 億円の増加となった。保険外負担の費用
を正確に把握することはデータの制約上困難であるが、利用可能な二次データの範囲で
家計が負担している保険外負担分の費用を推計に含めることは妥当であると判断され
た。よって、1)~3)の推計項目は OECD Health Data2011 提出分より総保健医療支出推
計に含めることとなった。

A. 研究目的

これまで日本の SHA に基づく総保健医療支出推計の対象に含まれなかった保険外負担等の費用のうち、1)選定療養・評価療養のうち入院時の差額室料、2)高度先進医療を含む先進医療の費用、および 3)歯科の自由診療に係る費用について、利用可

能なデータの範囲で推計を行い、推計手法・データソースについての妥当性の検証を行う。

B. 研究方法

1)選定療養・評価療養（差額室料）

これまでも推計に使用している厚生

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

2)高度先進医療を含む先進医療の費用

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

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

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

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

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

C. 研究結果

1)選定療養・評価療養（差額室料）

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

2)高度先進医療を含む先進医療の費用

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

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

3) 歯科の自由診療に係る費用

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

D. 考察

1)の差額室料の推計については、病院種別・開設者別の1施設あたりの差額室料のデータソースが医療経済実態調査であり、施設数は医療施設調査であるため、病院種別の区分が完全には一致していない

という問題点がある。また、医療経済実態調査は抽出調査であるため、データの代表性、正確性に関する一定の限界点を有している。2)先進医療の費用総額については、実施医療機関より報告されている実数であり、データソースの問題点は少ないが、個別技術別の費用内訳が毎年示されているわけではないため、本来歯科診療や外来診療に計上すべき費用も全て入院診療に計上しているという手法上の問題点が残る。3)歯科の自由診療に係る費用は、二次データを用いて把握可能であるのはあくまでも材料費部分であり、その他に家計が負担している自由診療に係る費用は含まれていないという問題点を含んでいる。

以上のような問題点は残るが、いずれも既にSHAに基づく総保健医療支出推計において利用しているデータソースもしくは厚生労働省の審議会等での公表資料であるため、データの信頼性については一定の水準はクリアしており、また二次データを用いて把握可能な部分だけでも家計負担分費用を推計し計上することに意義があると考えられた。

E. 結論

これまで推計対象に含まれなかった 1) 選定療養・評価療養のうち入院時の差額室料、2) 高度先進医療を含む先進医療の費用、および 3) 歯科の自由診療に係る費用について、利用可能なデータの範囲で推計を行い、新たに総保健医療支出に計上を試みた。その結果、1)は約1,709億円、2)は約49億円、3)は約461億円の増加となった。保険外負担の費用を正確に把握することはデータの制約上困難であるが、利用可能

な二次データの範囲で家計が負担している保険外負担分の費用を推計に含めることは妥当であると判断された。よって、1)～3)の推計項目は OECD Health Data2011 提出分より総保健医療支出推計に含めることとなった。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

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、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の指摘を受け、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 カ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 8

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 の複数部分が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

バイランス)、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)