

201502009A

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（統計情報総合研究）

OECD の System of Health Account2011 (SHA2011)
に準拠の推計方法の開発と推計

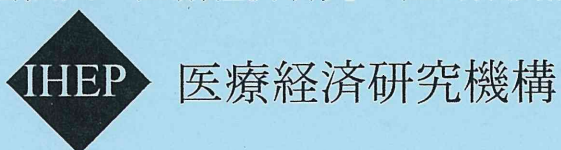
（課題番号 H26－統計－指定－003 ）

平成 27 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 満武 巨裕

平成 28 年（2016）年 3 月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（統計情報総合研究）

OECD の System of Health Account2011 (SHA2011)
に準拠の推計方法の開発と推計

（課題番号 H26－統計－指定－003）

平成 27 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 満武 巨裕

平成 28 年（2016）年 3 月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構

目 次

I. 総括研究報告書

OECD の System of Health Account2011 (SHA2011) に準拠の推計方法の開発と推計.....1	
満武巨裕	

II. 分担研究報告書

1. SHA2011 準拠の保健医療支出推計(2013 年度)..... 5	
満武巨裕、田中 滋、村井昂志（研究協力者）	
資料 a. 平成 27 年度第一回 SHA 委員会..... 15	
資料 b. 平成 27 年度第一回 SHA 委員会 議事録..... 46	
資料 c. 平成 27 年度 SHA 委員会の議論に基づく決定事項..... 73	
資料 d. SHA2011 準拠の 2 次元テーブル（4 種類）..... 75	
2. OECD の SHA 手法に基づく日本の総保健医療支出の速報値（2014 年度）..... 81	
満武巨裕、村井昂志（研究協力者）	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

..... 86

IV. 研究成果の刊行物・別刷

..... 87

厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（統計情報総合研究）

総括研究報告書

OECD の System of Health Account2011（SHA2011）に準拠の推計方法の開発と推計

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

日本の総医療費は、2012年にはじめて対GDP比でOECD（経済協力開発機構）加盟国の平均を超えた。しかし、この総医療費は、厚生労働省大臣官房統計情報部が公表している国民医療費とは異なり、OECDが2000年に公表した国民保健計算（National Health Accounts）のガイドラインであるSHA（A System of Health Accounts）に準じて推計した総保健医療支出のことである。SHAは2011年に改訂され、2016年度から改訂版に準拠した推計値に切り替わる。また、OECD事務局は各国のSHA担当者に対して、各国の政策担当者のニーズにさらに合ったものとするために、推計の速報化を求めている。日本は最新データが2011年度の3年前の推計値となっている（OECDの定義では、t-3と表記）。しかし、大半の国（28か国）が2010年の推計値が最新値である（t-2）。

本報告書では第一（分担報告書1）に、SHAの改訂版であるSystem of Health Account2011（以下、SHA2011）に準拠した日本の保健医療支出を推計し、その影響について検討する。推計期間は2011年度から2014年度とする。SHA2011準拠による大きな変更点は、長期医療（保健）サービスの範囲である。OECDは、長期医療（保健）サービスを「一定の長期間依存状況にある患者における疼痛および苦痛を緩和し、健康状態の悪化を軽減またはコントロールすることを主な目標として消費される種々の医療および身辺介護サービス」と定義している。そこで、SHA2011準拠による大きな変更点である長期医療（保健）サービスの我が国における計上範囲についての検討し、SHA2011に準拠した日本の保健医療支出の推計結果について報告する。その結果、2013年度のSHA2011準拠の推計値は54兆3007億となった。今後の課題は、SHA2011準拠2次元テーブルを1995年度から2010年度分までを完成させ、各分類にどのような影響を及ぼしたのか、政策導入の影響がどの程度モニタリングできるのか、有用性を検証することが課題である。

第二（分担報告書2）は、SHA1.0およびSHA2011に準拠した日本の速報値（Preliminary Data）として2年前（以降、“t-2”と表記）の推計方法と結果について報告する。SHA1.0に準拠した総保健医療支出の2014年度の速報値は49兆8652億円、SHA2011に準拠は、55兆3511億円となった。

分担研究者
田中 滋・慶應義塾大学名誉教授

福田 敬・国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部部長

研究協力者

村井昂志・みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 医療政策チーム

A. 研究目的

国民の保健医療支出は、傷病の治療に要する医療費のみならず、健康増進・疾病予防、健康管理、医療保障制度の運営費等も含めて捉える必要がある。OECD（経済協力開発機構）は、2000年に保健医療支出を推計するガイドラインであるSHA(A System of Health)を公表した。2012年にはじめて対GDP比でOECD加盟国の平均を超えた日本の総医療費は、2011年に改訂版(SHA2011)が完成し、2016年度から改訂版に準じた保健医療支出が公表される。

また、OECD事務局は各国のSHA担当者に対して、各国の政策担当者のニーズにさらに合ったものとするために、推計の速報化を求めている。日本は2014年に公表されたデータが2011年度の推計値である(OECDの定義では、t-3と表記)。しかし、大半の国(28か国)が2010年の推計値が最新値である(t-2)。

そこで第一(分担報告書1)は、SHA2011準拠による大きな変更点である長期医療(保健)サービスの我が国における計上範囲についての検討結果を報告し、SHA2011に準拠した日本の保健医療支出の推計結果について報告する。

第二(分担報告書2)は、SHA1.0およびSHA2011に準拠した日本の速報値(Preliminary Data)として2年前(以降、”t-2”と表記)の推計方法と結果について報告する。

B. 研究方法

第一のSHA2011に準拠した日本の保健医療支出の推計期間は2011年度から2013年度とする。推計方法は、SHA1.0の推計手法を基に、SHA更新に伴い変更のあった項目に関する費用を新たに計上する。SHA2011準拠による大きな変更点は、長期医療(保健)サービスの範囲である。OECDは、長期医療(保健)サービスを「一定の長期間依存状況にある患者における疼痛および苦痛を緩和し、健康状態の悪化を軽減またはコントロールすることを主な目標として消費される種々の医療および身辺介護サービス」と定義している。

SHA2011ではLong Term Care(長期医療系サービス)は、以下の4つの分類がしめされた。

I. Medical or nursing care (医療の有資格者が提供するサービス)

II. Personal care services (食事・入浴等のADLに関するサービス)

III. Assistance services (買い物・洗濯等のADL以外の日常生活を補助するサービス)

IV. Other social care services (その他の社会福祉サービス)

SHA2011では、各分類に含むサービスの範囲が明確化され、長期医療(保健)サービスとして計上されるのは、上記のIとIIである。しかし、介護保険サービスがパッケージとして提供されIIとIIIの区分が困難であるときは、独自に按分を行うか両方を計上することになる。IIIとIVは、長期医療(社会)サービスとしてOECDに費用を報告するが、総保健医療支出には含まれない。

昨年度迄の研究事業で、SHA2011における介護保険サービスの計上範囲については、SHA1.0において既にSHA1.0で計上していたⅠに相当する14サービスに加え、新たにⅡまたはⅡ・Ⅲにまたがるサービスを含めることにした。日本の介護保険サービスにおける給付管理やケアプラン作成に関する費用も、介護保険サービスの提供に必然的に付随するとの考えとし、居宅介護支援及び介護予防支援も含む。しかし、介護サービスの中には、「身体介護」「身体介護・生活援助」「生活援助」といった区分がデータソースに存在するものもある。そこで、推計精度の向上のために、再度の推計方法について検討した。また、OECDに提出する4種類の2次元テーブル（HCxHF、HCxHP、HPxHF、HF×FS）も作成する。

第二の速報値データ(Preliminary Data)は、確報値(t-3)と同じデータソースから速報値(t-2)のデータ取得を検討し、これができない場合は新しいデータソースも探索する。適切なデータソースが無い場合は、過去3年間の値の増減を加味した推計を行う。過去3年間としたのは、OECDから推計方法に変更を加える場合は、過去3年間のデータの再提出が求められているからである。そこで総保健医療支出の大部分(90%以上)を占める3費目(国民医療費、介護保険部分、保健医療物品等部分)とその他に分けて推計方法を検討する。

C. 研究結果

第一のSHA2011に準拠した日本の保健医療支出については、SHA2011の長期医療系サービスと日本の介護保険のサービス

種類の関係についての検討を行った。その結果、2014年度の介護保険サービスの合計約9兆3039億円のうち、SHA2011準拠による長期医療(保健)費用が7兆2956.7億円となった。SHA1.0準拠の長期医療(保健)費用は2兆4019億円なので、SHA2011準拠となることにより約5兆円の上昇となる。その結果、2013年度のSHA2011準拠の推計値は54兆3007億となった。

第二の速報値は、SHA1.0に準拠した総保健医療支出の2014年度の速報値は、49兆8652億円となった。SHA2011に準拠した総保健医療支出の速報値(2014年度)は、55兆3511億円となった。

D. 考察

SHAは、保健医療支出を推計する際のガイドラインである、その中でも総保健医療支出の対GDP比率は、国際比較する際に最もよく利用されている指標である。しかし、この指標は、分母であるGDPの増減(経済状況)に影響されると同時に、分子に計上している範囲もOECD加盟国間で必ずしも統一されていない。したがって、対GDP比率の単年度国際比較で、相対的な位置(順位)を検討しても、諸外国の保健・医療政策の評価する指標としての有用性は限定的であることが前提である。現在の日本の順位は、2012年に対GDP比でOECD加盟国34中10位である。既にこの指標を基にした「日本は諸外国と比べて比較的少ない総医療費という認識」は過去のものになったが、これまで見てきた通りSHA2011準拠に伴って推計値に変化が生じる。ただし、日本の長期医療(保健)は増加するが、その順位は予測することはできない。その

理由は、日本以外の国（例えば、スウェーデン、スイス、ドイツ、スロベニア等）も総保健医療支出が増加するからである。

今後の課題は、SHA2011 準拠 2 次元テーブルを 1995 年度から 2010 年度分までを完成させ、各分類にどのような影響を及ぼしたのか、政策導入の影響がどの程度モニタリングできるのか、有用性を検証することが課題である。

第二の速報値について 2 年前 (t-2) の速報値を推計することができた。日本は、これまで保健医療支出の 8 割以上の額を占める国民医療費の公表時期が、対象年度の翌々年であることから 3 年前 (t-3) 以前の推計値を確報値で出してきた。

現在、OECD と総保健医療支出の推計方法およびその値について協議中であり、OECD のホームページ (OECD. stat) から公表される 7 月頃に、長期医療（保健）の推計方法および推計値が確定する。したがって、今回の報告内容は暫定的なものである。

E. 結論

2013 年度の SHA2011 準拠の推計値は 54 兆 3007 億となった。

SHA1.0 に準拠した総保健医療支出の 2014 年度の速報値は 49 兆 8652 億円、SHA2011 準拠は、55 兆 3511 億円となった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

（掲載予定）満武巨裕、山岡 淳：OECD の System of Health Account に準じた日本の総保健医療支出の速報値、社会保障研究、第 1 巻第 1 号、2016 年

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

SHA2011 準拠の保健医療支出推計（2013 年度）

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

田中 滋

慶應義塾大学 名誉教授

村井 昂志（研究協力者）

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 医療政策チーム

研究要旨

総医療費を国際比較する際のガイドラインとなっている SHA (A System of Health Accounts) 1.0 は、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）による改訂作業が完了し、System of Health Account2011（以下、SHA2011）として公表された。2016年3月末に全OECD加盟国は、SHA2011準拠の値をOECDへ提出し、2016年夏頃にOECD（OECD.stat）から公表される予定である。

SHA2011準拠による大きな変更点は、長期医療（保健）サービスの範囲である。OECDは、長期医療（保健）サービスを「一定の長期間依存状況にある患者における疼痛および苦痛を緩和し、健康状態の悪化を軽減またはコントロールすることを主な目標として消費される種々の医療および身辺介護サービス」と定義している。

本報告書では、SHA2011準拠による大きな変更点である長期医療（保健）サービスの我が国における計上範囲についての検討結果を報告し、SHA2011に準拠した日本の保健医療支出の推計結果について報告する。推計期間は2011から2013年度とする。加えて、OECDに提出する4種類の2次元テーブル（HCxHF、HCxHP、HPxHF、HF x FS）についても報告する。

その結果、2013年度のSHA2011準拠の推計値は54兆3007億となった。

今後の課題は、SHA2011準拠2次元テーブルを1995年度から2010年度分までを完成させ、各分類にどのような影響を及ぼしたのか、政策導入の影響がどの程度モニタリングできるのか、有用性を検証することが課題である。

A. 研究目的

総医療費を国際比較する際のガイドラインとなっている SHA (A System of Health Accounts) 1.0 は、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）による改訂作業が完了し、SHA2011として公表された。2016年3月末に全OECD加盟国は、SHA2011準拠の

値を OECD へ提出し、2016 年夏頃に OECD (OECD. stat) から公表される予定である。

SHA2011 準拠による大きな変更点は、長期医療(保健)サービスの範囲である。OECD は、長期医療(保健)サービスを「一定の長期間依存状況にある患者における疼痛および苦痛を緩和し、健康状態の悪化を軽減またはコントロールすることを主な目標として消費される種々の医療および身辺介護サービス」と定義している。

2000 年に公表された 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。これは、現時点でも多くの低および中所得国において長期医療が非公式医療(通常は近縁者により提供され、関係する取引または記録が存在しない、在宅で消費される医療)として提供されているが、OECD 加盟国においても 2000 年以前は類似の状況であった。わが国も介護保険制度が導入されたのは 2000 年である。

現在、長期医療に必要なサービスにおける支出の推計は、主に OECD 加盟国をはじめとする高所得国を中心に検討が進められている。しかし、社会・経済変化の高まりのなかで余命の延長、疫学的変遷、医療システムの長期医療への関与増加に伴い、あらゆる国で長期医療系サービスの需要が拡大している。こういった理由で、OECD 加盟国間では、各国の医療・介護・福祉制度の在り方によって、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。

今回、SHA2011 準拠による大きな変更点

である長期医療(保健)サービスの我が国における計上範囲についての検討結果を報告し、SHA2011 に準拠した日本の保健医療支出の推計結果について報告する。

B. 研究方法

推計期間は 2011 年から 2013 年度とする。推計方法は、SHA1.0 の推計手法を基に、SHA 更新に伴い変更のあった項目に関する費用を新たに計上する。また、SHA2011 からは、資本形成関連支出を除くことになった。また、OECD に提出する 4 種類の 2 次元テーブル (HCxHF、HCxHP、HPxHF、HF x FS) も作成する。

SHA2011 では Long Term Care (長期医療系サービス) は、以下の 4 つの分類がしめされた。

I. Medical or nursing care (医療の有資格者が提供するサービス)

II. Personal care services (食事・入浴等の ADL に関するサービス)

III. Assistance services (買い物・洗濯等の ADL 以外の日常生活を補助するサービス)

IV. Other social care services (その他の社会福祉サービス)

I は、医療または看護における、疼痛などの症状の緩和、薬剤の投与、医学的診断および処置の実施、創傷の手当、家族への健康相談、患者およびその家族への情緒的および精神的支援の提供など、医療、パラメディカル、看護サービスが関係する症状の管理が含まれる。そうしたケアには、a) 患者の脆弱な健康状態の大幅な悪化を回避するためのさまざまな予防サービス、b) さまざまな慢性疾患管理の状況、c) 機能

を回復するための相当量のリハビリテーション医療、d) 悪化を遅延または抑制したり、機能を維持したりすることを目的としたケアが挙げられる。したがって、疾患の種類に関係なく、高い水準の生活の質の確保ということになる。

Ⅱは、主に障害および疾患によるセルフケアの制限に応じて提供される身辺介護サービスである。これらのサービスでは、例えば、食事、入浴、洗浄、着替え、就寝および起床、排泄、失禁の管理など、日常生活動作（ADL）に対する支援が提供される。大部分の入院治療および一部のデイケアおよび在宅サービスは、消費されるサービスパッケージの一環として身辺介護サービスを含むことになることが考えられる。これらのサービスは一般に、直接または看護スタッフの監督のもと実施される。この種のケアの目的は生存および健康状態の維持に関連するため、保健医療の範囲内である。また、身辺介護サービスのニーズは、一部の基礎疾患に関連しないニーズよりも頻度が高い。

Ⅲは、一戸建てまたはアパート等で独立して生活できるようにするケアに関連する支援サービスである。支援サービスでは、買い物、洗濯、掃除機がけ、料理、家事の実施、家計管理、電話などの家庭管理上の課題（手段的日常生活動作：IADL）に支援を提供する。これらのサービスは通常、生活の調整などを支援する家庭支援サービスのもとで行なわれる。

Ⅳは、主な目的が社会参加および余暇活動である活動など、個人に連続または繰り返し提供される地域社会活動および就労支援が含まれる。

SHA2011 では、各分類に含むサービスの範囲が明確化され、長期医療（保健）サービスとして計上されるのは、上記のⅠとⅡである。しかし、介護保険サービスがパッケージとして提供されⅡとⅢの区分が困難であるときは、独自に按分を行うか両方を計上することになる。ⅢとⅣは、長期医療（社会）サービスとしてOECDに費用を報告するが、総保健医療支出には含まれない。

昨年度迄の研究事業で、SHA2011 における介護保険サービスの計上範囲については、SHA1.0 において既に SHA1.0 で計上していたⅠに相当する 14 サービスに加え、新たにⅡまたはⅡ・Ⅲにまたがるサービスを含めることにした。日本の介護保険サービスにおける給付管理やケアプラン作成に関する費用も、介護保険サービスの提供に必然的に付随するとの考えとし、居宅介護支援及び介護予防支援も含む。しかし、介護サービスの中には、「身体介護」「身体介護・生活援助」「生活援助」といった区分がデータソースに存在するものもある。そこで、推計精度の向上のために、再度の推計方法について検討を行った。この検討は、厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（統計情報総合研究））の指定研究として実施し、有識者および厚生労働省の関連部局から構成する委員会で検討したものである。

表 1 に、日本の介護保険サービスの種類、費用、SHA1.0 における計上範囲、OECD の提示する介護サービス種類、SHA2011 における計上範囲について記した。SHA においては、計上と計上なしがある。計

上は、総保健医療に含まれる。計上なしについては、総保健医療支出には含まれないが、参考値として OECD へ提出するデータには含まれている。

例えば、2013 年度の介護保険総額は 8 兆 5103 億円であるが、SHA1.0 に準拠した場合には総保健医療支出に含まれるのは 2 兆 3597 億円となっている。それ以外は、総保健医療支出に含まれないものの、参考値 (HC. R) として OECD に報告している。

C. 研究結果

①訪問介護に関する対応

介護給付費実態調査では、提供しているサービス区分をさらに細分化したサービスコード別の単位数が公表されており、訪問介護については、「身体介護」「身体介護・生活援助」「生活援助」「通院等乗降介助」といった形で単位数を区分集計することができる。また、訪問介護にかかる費用額をこの単位数に応じて按分することで、各区分の費用額が推計できる。そこで、4 区分のうち、「生活援助」部分をⅢとして、長期医療（医療）サービスには含めないこととした。2014 年度では、加算項目を除く訪問介護の総単位数のうち、「生活援助」の単位数は 19.2%である（表 1）。この該当費用は、2014 年度の訪問介護費用額（7991.7 億円）のうち生活援助相当分は 1537.9 億円（1.65%）となる。

②介護予防訪問介護

要支援者に対して実施される介護予防訪問介護は、訪問介護とは異なり①のような

区分集計を行うことができない。一方で、介護予防訪問介護は、身体介護にあたるサービスはわずかであり、ほとんどが生活援助にあたるサービスとして実施されていると考えられる。このことを踏まえ、介護予防訪問介護については、長期医療（医療）サービスには含めないこととした。2014 年度の介護予防訪問介護の費用額は、1118.3 億円（1.20%）となる。

③通所介護・介護予防通所介護

通所介護のうち、常に看護師による観察を必要とする難病、認知症、脳血管疾患後遺症等の重度要介護者、がん末期患者を対象として行われる療養通所介護は、要介護度によらず全体をⅠと考えた（図表 3）。通所介護・介護予防通所介護のその他の部分は、中重度の要介護者の場合は入浴・食事・排泄の介助等の身体介護の比重が高いと考えられるが、要支援者や軽度の要介護者については、サービス実態から類推すると、身体介護を要する利用者は少ないと考えられる。特に、要支援の利用者に対する介護予防通所介護は、介護予防・日常生活支援総合事業への移行対象となっており、今後の費用捕捉が困難になる。そこで、介護予防通所介護については、長期医療（医療）サービスには含めないこととした。2014 年度の予防通所介護の費用は、2109.4 億円（2.27%）となる。

④ 非医療系の短期入所系・入所系サービス

③と同様に、医療系サービスや認知症高齢者向けのサービスを除く短期入所系・入所系サービス（表 4）は、要支援、あるいは

は要支援と要介護 2 以下の軽度要介護者に対するサービスをⅢおよびⅣとして、長期医療（医療）サービスには含めないこととした。2014 年度の非医療系の短期入所系・入所系サービスの費用額は、要支援の利用者に対する分が 341.4 億円（0.37%）。要介護 1・2 の利用者の費用は、4559.1 億円（4.90%）。

⑤介護保険 3 施設および短期入所における食費・居住費

介護老人福祉施設（地域密着型含む）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所生活介護および短期入所療養介護については、食費・居住費（いわゆるホテルコスト）を介護サービス施設・事業所調査による平均食費・平均居住費に、介護給付費実態調査による入所・短期入所の日数を乗じる方法で推計し、計上している。本費用は、居宅介護の利用者における食費や自宅にかかるコストに相当するものであり、利用者負担の公平性を図るという観点から、2005 年 10 月に介護保険制度による給付対象から外された部分である。

このことを踏まえ、介護保険 3 施設や短期入所における食費・居住費は、長期医療（医療）サービスには含めないこととした。2014 年度の介護保険 3 施設および短期入所における食費・居住費は計 1 兆 414.4 億円。

今回、SHA2011 の長期医療系サービス 4 分類（Ⅰ～Ⅳ）と日本の介護保険のサービス種類の関係についての検討を行った。2014 年度の介護保険サービスの合計約 9 兆 3039 億円のうち、SHA2011 準拠による

長期医療（保健）費用が 7 兆 2956.7 億円となる。SHA1.0 準拠の長期医療（保健）費用は 2 兆 4019 億円なので、SHA2011 準拠となることにより約 5 兆円の上昇となる。

その結果、2013 年度の SHA2011 準拠の推計値は 54 兆 3007 億となった。

D. 考察

SHA は、保健医療支出を推計する際のガイドラインである、その中でも総保健医療支出の対 GDP 比率は、国際比較する際に最もよく利用されている指標である。しかし、この指標は、分母である GDP の増減（経済状況）に影響されると同時に、分子に計上している範囲も OECD 加盟国間で必ずしも統一されていない。したがって、対 GDP 比率の単年度国際比較で、相対的な位置（順位）を検討しても、諸外国の保健・医療政策の評価する指標としての有用性は限定的であることが前提である。現在の日本の順位は、2012 年に対 GDP 比で OECD 加盟国 34 中 10 位という、真ん中より上である。既にこの指標を基にした「日本は諸外国と比べて比較的少ない総医療費という認識」は過去のものになったが、これまで見てきた通り SHA2011 準拠に伴って推計値に変化が生じる。ただし、日本の長期医療（保健）は増加するが、その順位は予測することはできない。その理由は、日本以外の国（例えば、スウェーデン、スイス、ドイツ、スロベニア等）も総保健医療支出が増加するからである。

今回は、昨年度に検討した長期医療（保健）と長期医療（社会）の費用部分について報告した。現在、OECD と総保健医療支

出の推計方法およびその値について協議中であり、OECD のホームページ (OECD. stat) から公表される 7 月頃に、長期医療 (保健) の推計方法および推計値が確定する。したがって、今回の報告内容は暫定的なものである。

今後の課題は、SHA2011 準拠 2 次元テーブルを 1995 年度から 2010 年度分までを完成させ、各分類にどのような影響を及ぼしたのか、政策導入の影響がどの程度モニタリングできるのか、有用性を検証することが課題である。

E. 結論

2013 年度の SHA2011 準拠の推計値は 54 兆 3007 億となった。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表1. 介護保険サービス一覧、費用およびSHA計上の検討

No.	サービス名称	2013年度費用額 (百万円)	2014年度費用額 (百万円)	SHA1.0			SHA2011の介護サービス類型化			
				計上 (HC.1~3)	計上なし (HC.R)	計上なし (その他)	I: 医療の有資格者が提供するサービス	II: 食事・入浴等のADLに関するサービス	III: 買い物・洗濯等のADL以外の日常生活を補助するサービス	計上なし (その他)
居宅サービス		4,276,335	4,507,721							
1	訪問介護	772,591	799,167		○					
2	訪問入浴介護	59,081	57,680		○					
3	訪問看護	171,601	186,382	○						
4	訪問リハビリテーション	30,597	33,016	○						
5	通所介護	1,319,083	1,419,137		○					
6	通所リハビリテーション	401,965	409,842	○						
7	福祉用具貸与	237,122	251,583						○	
8	短期入所生活介護	384,381	398,279						○	
9	短期入所療養介護(老健)	53,133	53,042	○						
10	短期入所療養介護(病院等)	3,923	3,838	○						
11	居宅療養管理指導	62,154	71,349	○						
12	特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	395,073	421,918						○	
13	特定施設入居者生活介護(短期利用)	184	273							
14	居宅介護支援	385,447	402,215		○					
地域密着型サービス		965,736	1,063,164							
15	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8,085	15,659							
16	夜間対応型訪問介護	2,793	2,934		○					
17	認知症対応型通所介護	85,724	86,484		○					
18	小規模多機能型居宅介護	172,455	188,616		○					
19	認知症対応型共同生活介護(短期以外)	580,251	604,392						○	
20	認知症対応型共同生活介護(短期)	258	284						○	
21	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	14,555	15,631						○	
22	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)	5	9							
23	地域密着型介護老人福祉施設サービス	97,457	140,917						○	
24	看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービスから改称)	4,153	8,239							
施設サービス		3,151,067	3,191,650							
25	介護福祉施設サービス	1,602,223	1,642,239						○	
26	介護保健施設サービス	1,222,082	1,241,804	○						
27	介護療養施設サービス	326,762	307,607	○						
介護予防居宅サービス(介護保険サービスに準じて分類)		493,546	531,312							
28	介護予防訪問介護	110,382	111,883		○					
29	介護予防訪問入浴介護	200	193		○					
30	介護予防訪問看護	13,767	16,184	○						
31	介護予防訪問リハビリテーション	3,868	4,338	○						
32	介護予防通所介護	190,466	210,936		○					
33	介護予防通所リハビリテーション	65,556	69,632	○						
34	介護予防福祉用具貸与	20,784	23,871						○	
35	介護予防短期入所生活介護	4,087	4,234						○	
36	介護予防短期入所療養介護(老健)	511	512	○						
37	介護予防短期入所療養介護(病院等)	31	28	○						
38	介護予防居宅療養管理指導	3,744	4,298	○						
39	介護予防特定施設入居者生活介護	28,366	29,901						○	
40	介護予防支援	51,784	55,302		○					
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)		9,083	10,022							
41	介護予防認知症対応型通所介護	520	544		○					
42	介護予防小規模多機能型居宅介護	6,126	6,956		○					
43	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期以外)	2,436	2,520						○	
44	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期)	1	2						○	

表2 訪問介護の種類別単位数の構成割合（2014年5月～2015年4月審査分）

サービスの種類	単位数(億単位)	構成比
生活援助	143.31	19.2%
身体介護・生活援助	184.36	24.8%
身体介護	408.61	54.9%
通院等乗降介助	8.40	1.1%
小計	744.68	100.0%
加算単位数	30.10	—
合計	774.78	—

平成26年度介護給付費実態調査報告より作成

表3 通所介護の種類別単位数（2014年5月～2015年4月審査分）

	単位:億単位							合計
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
療養通所介護	—	—	0.02	0.04	0.06	0.15	0.67	0.94
療養通所介護以外の通所介護	—	—	335.58	370.49	286.19	193.53	115.57	1301.36
【参考】介護予防通所介護	61.79	145.04	—	—	—	—	—	207.10

平成26年度介護給付費実態調査より作成

表4. 非医療系の短期入所系・入所系サービスの費用額（2014年5月～2015年4月審査分）

	要支援	要介護1・2
短期入所生活介護	42.34	1007.03
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	299.01	1722.28
特定施設入居者生活介護(短期利用)	—	1.09
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	—	58.39
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)	—	0.04
地域密着型介護老人福祉施設サービス	—	165.20
介護福祉施設サービス	—	1605.05
	341.35	4559.08

図1. SHA1.0 準拠および SHA2011 準拠の総保健医療支出および対 GDP 比

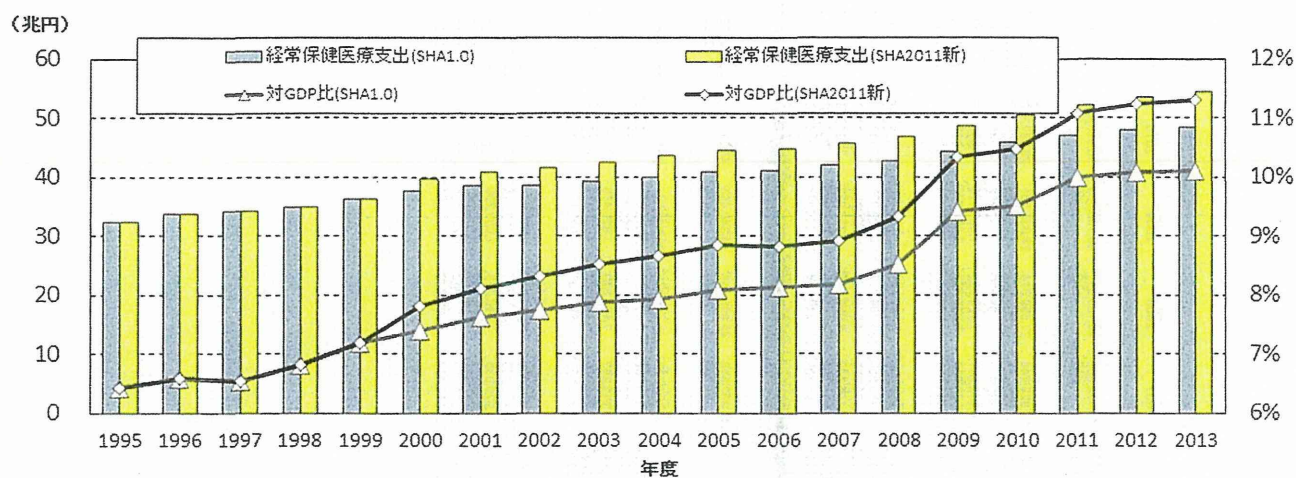


表5. SHA2011準拠およびSHA1.0準拠の総保健医療支出および対GDP比率等

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SHA2011準拠																			
1 総保健医療支出(百万円)	32,198,385	33,770,935	34,183,953	34,921,388	36,251,345	39,771,161	40,921,591	41,539,929	42,541,915	43,602,915	44,498,739	44,723,685	45,722,809	46,709,597	48,738,333	50,515,442	52,171,453	53,409,115	54,300,669
2 対GDP比率	6.4%	6.6%	6.5%	6.8%	7.2%	7.8%	8.1%	8.3%	8.5%	8.7%	8.8%	8.8%	8.9%	9.3%	10.3%	10.5%	11.1%	11.2%	11.3%
HC(機能)分類																			
1 診療・リハビリテーション	21,741,490	22,923,612	23,278,816	24,016,284	24,433,783	25,058,084	25,544,496	25,468,857	25,445,187	25,723,829	26,123,508	26,195,427	26,928,444	27,559,814	28,035,531	29,307,121	29,989,520	30,472,562	30,801,457
2 長期ケア	1,524,580	1,873,870	1,986,646	2,338,202	2,838,413	5,065,541	5,493,427	6,128,068	6,677,663	7,247,753	7,388,163	7,183,039	7,425,564	7,552,996	8,170,504	8,559,166	8,992,819	9,479,683	9,884,985
3 医療の補助的サービス	191,219	194,720	199,766	208,382	213,766	250,074	271,751	304,453	304,548	305,783	300,575	297,292	302,415	308,509	332,736	343,017	332,778	333,588	337,653
4 医薬品・医療機器および医療材(処方薬部分)	5,129,432	5,103,379	5,060,421	4,717,992	4,902,775	5,207,944	5,604,322	5,643,216	6,074,795	6,226,406	6,674,142	6,750,945	6,952,897	7,128,220	7,827,476	7,959,816	8,465,762	8,550,298	8,833,859
5 医薬品・医療機器および医療材(処方薬以外)	1,895,797	1,981,421	1,939,861	1,880,298	2,039,088	2,149,059	2,080,112	2,059,107	2,165,445	2,205,401	2,090,763	2,352,886	2,129,917	2,035,524	2,163,775	2,128,463	2,130,986	2,314,630	2,205,202
6 予防・保健行政・保健システムおよび財政管理	1,715,867	1,693,932	1,718,443	1,760,229	1,823,519	2,040,460	1,927,484	1,936,229	1,874,276	1,893,743	1,921,588	1,944,096	1,983,572	2,124,533	2,208,311	2,217,860	2,259,588	2,258,354	2,237,512
HF(財源)分類																			
1 政府	2,570,086	2,853,014	2,933,023	3,185,388	3,342,123	3,080,939	3,232,334	3,299,814	3,364,888	3,426,203	3,414,282	3,461,833	3,499,828	3,787,021	4,132,716	4,358,346	4,589,415	4,684,946	4,591,866
2 社会保険	23,752,806	24,834,814	24,681,484	24,787,285	25,679,652	29,149,407	30,157,349	30,558,362	31,020,847	31,969,462	33,206,457	33,112,977	34,283,250	34,784,267	36,179,096	37,718,275	39,099,285	40,141,691	41,162,372
2 民間保険	864,432	861,572	882,605	900,329	926,153	942,497	933,763	943,161	958,428	974,037	1,010,889	1,051,684	1,070,035	1,049,759	1,089,250	1,121,067	1,153,324	1,170,361	1,194,888
3 家計による自己負担	2,132,451	2,211,962	2,169,883	2,095,165	2,237,226	2,302,926	2,198,306	2,128,361	2,231,104	2,242,033	2,098,825	2,412,753	2,166,440	2,058,945	2,217,922	2,171,189	2,184,739	2,321,630	2,221,384
4 家計による一部負担(社会保険)	2,527,991	2,658,973	3,166,414	3,522,197	3,632,756	3,861,972	4,082,624	4,293,002	4,689,651	4,713,885	4,491,064	4,396,507	4,415,846	4,546,096	4,635,983	4,662,965	4,661,086	4,606,784	4,675,497
5 企業	350,618	350,599	350,544	431,025	433,436	433,420	317,213	317,229	276,997	277,296	277,223	287,931	287,408	483,509	483,366	483,600	483,604	483,703	454,662
SHA1.0準拠																			
1 総保健医療支出(百万円)	32,198,385	33,770,935	34,183,953	34,921,388	36,251,345	37,664,288	38,488,974	38,561,530	39,227,162	39,891,334	40,781,036	41,137,938	41,952,648	42,696,158	44,340,455	45,815,221	47,107,969	47,897,747	48,467,370
2 対GDP比率	6.42%	6.60%	6.53%	6.81%	7.18%	7.39%	7.61%	7.73%	7.86%	7.92%	8.09%	8.12%	8.18%	8.52%	9.41%	9.50%	10.00%	10.08%	10.09%
HC(機能)分類																			
1 診療・リハビリテーション	21,741,490	22,923,612	23,278,816	24,016,284	24,433,783	25,058,084	25,544,496	25,468,857	25,445,187	25,723,829	26,123,508	26,195,427	26,928,444	27,559,814	28,035,531	29,307,121	29,989,520	30,472,562	30,801,457
2 長期ケア	1,524,580	1,873,870	1,986,646	2,338,202	2,838,413	3,095,585	3,244,570	3,377,834	3,621,927	3,822,227	3,984,423	3,892,851	3,949,104	3,853,033	4,099,081	4,204,783	4,301,249	4,353,907	4,453,850
3 医療の補助的サービス	191,219	194,720	199,766	208,382	213,766	250,074	271,751	304,453	304,548	305,783	300,575	297,292	302,415	308,509	332,736	343,017	332,778	333,588	337,653
4 医薬品・医療機器および医療材(処方薬部分)	5,129,432	5,103,379	5,060,421	4,717,992	4,902,775	5,207,944	5,604,322	5,643,216	6,074,795	6,226,406	6,674,142	6,750,945	6,952,897	7,128,220	7,827,476	7,959,816	8,465,762	8,550,298	8,833,859
5 医薬品・医療機器および医療材(処方薬以外)	1,895,797	1,981,421	1,939,861	1,880,298	2,115,545	2,011,563	1,949,132	2,020,207	2,033,872	1,903,399	2,185,033	1,967,455	1,858,787	1,972,514	1,921,133	1,908,894	2,073,225	1,947,296	2,093,255
6 予防・保健行政・保健システムおよび財政管理	1,715,867	1,693,932	1,718,443	1,760,229	1,823,519	1,937,056	1,812,272	1,818,039	1,760,497	1,779,217	1,794,989	1,816,390	1,852,333	1,987,795	2,073,116	2,079,353	2,111,766	2,114,168	2,093,255
HF(財源)分類																			
1 政府	2,570,086	2,853,014	2,933,023	3,185,388	3,342,123	3,068,360	3,215,855	3,275,645	3,337,890	3,394,477	3,380,766	3,426,413	3,462,239	3,747,740	4,088,514	4,309,571	4,535,547	4,624,982	4,527,898
2 社会保険	23,752,806	24,834,814	24,681,484	24,787,285	25,679,652	27,225,226	27,946,388	27,863,939	28,029,645	28,627,973	29,720,369	29,616,210	30,623,988	30,908,997	31,957,696	33,225,388	34,278,295	34,912,121	35,643,975
2 民間保険	864,432	861,572	882,605	900,329	926,153	942,497	933,763	943,161	958,428	974,037	1,010,889	1,051,684	1,070,035	1,049,759	1,089,250	1,121,067	1,153,324	1,170,361	1,194,888
3 家計による自己負担	2,132,451	2,211,962	2,169,883	2,095,165	2,237,226	2,302,926	2,198,306	2,128,361	2,231,104	2,242,033	2,240,466	2,680,168	2,434,424	2,324,502	2,482,035	2,434,932	2,446,434	2,588,793	2,489,729
4 家計による一部負担(社会保険)	2,527,991	2,658,973	3,166,414	3,522,197	3,632,756	3,691,859	3,877,448	4,033,196	4,393,099	4,375,519	4,151,323	4,075,533	4,074,554	4,181,652	4,239,594	4,240,663	4,210,765	4,117,788	4,156,218
5 企業	350,618	350,599	350,544	431,025	433,436	433,420	317,213	317,229	276,997	277,296	277,223	287,931	287,408	483,509	483,366	483,600	483,604	483,703	454,662

【日 時】 平成 28 年 1 月 28 日 (木) 15:00 - 17:00

【場 所】 医療経済研究機構 3 F 大会議室

OECD の System of Health Account2011 (SHA2011) に準拠の推計方法の開発と推計

平成 27 年度・第 1 回 SHA 委員会

議事次第

【議題】

- 1) 名称の変更
- 2) SHA2011 における各分類の計上範囲の検討
 - ①訪問介護
 - ②介護予防訪問介護
 - ③通所介護・介護予防通所介護
 - ④非医療系の短期入所系・入所系サービス
 - ⑤介護保険 3 施設および短期入所における食費・居住費
- 3) その他

【資料】

- | | |
|---------|---|
| 資料 1: | 本日の議題 1) および 2) |
| 資料 2-1: | 議題 2) の各図表のデータソースおよび作成方法について |
| 資料 2-2: | 議題 2) のデータソース (抜粋) |
| 資料 3: | 介護保険サービスの整理表(SHA1.0 の状況と SHA2011 対応の検討) |
| 資料 4: | SHA2011 マニュアルの HC 部分 |
| 資料 5: | HC の SHA2011 と SHA1.0 の対応 |
| 資料 6: | SHA2011 の HC. 3 および HC. R. 1 (翻訳) |

SHA 委員会 委員等名簿

【委員】

田中 滋 座長 慶應義塾大学 名誉教授
池上 直己 委員 慶應義塾大学 名誉教授
岡本 悦司 委員 国立保健医療科学院 統括研究官
勝又 幸子 委員 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部 部長
福田 敬 委員 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長(欠席)

【厚生労働省】

大臣官房 統計情報部 人口動態・保健社会統計課 保健統計室

統計情報調整官 鈴木 一也

室長補佐 清水 美奈

大臣官房 統計情報部 人口動態・保健社会統計課 社会統計室

調整官 高橋 恵介

介護統計専門官 成井裕子

介護統計第三係長 又吉美樹

大臣官房 統計情報部 企画課 国際分類情報管理室

国際統計係長 中山佳保里

保険局 調査課 医療費解析官 森川 直哉

老健局 総務課 課長補佐 村木 幸広

企画法令係長 山崎 菜央

政策統括官付 社会保障担当参事官室 室長補佐 植田 博信

政策統括官付 政策評価官室 室長補佐 武井 亜起夫

大臣官房 国際課 国際企画室 国際経済機関係長 東 正幸

【医療経済研究機構】

所 長 西村 周三

研究主幹 上田 真由美

研究部 副部長 満武 巨裕(研究代表者)

研究部 主任研究員 山岡 淳

【みずほ情報総研株式会社】 社会政策コンサルティング部 村井 昂志

【傍聴】

厚生労働省 政策統括官付 社会保障担当参事官室 政策第一係長 金子 正
国立社会保障・人口問題研究所 企画部 渡辺 久里子