

201502009B

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

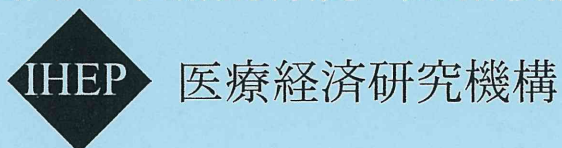
（課題番号 H26－統計－指定－003）

平成 26～27 年度 総合研究報告書

研究代表者 満武 巨裕

平成 28 年（2015）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 26～27 年度 総合研究報告書

研究代表者 満武 巨裕

平成 28 年（2015）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

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

平成 26 年度

1. SHA2011 準拠の保健医療支出推計.....	9
満武巨裕、田中 滋、福田 敬、村井昂志（研究協力者）	
2. SHA 改訂(SHA2011)に関する状況---第 16 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合.....	23
満武巨裕	
3. OECD の SHA 手法に基づく日本の総保健医療支出の速報値.....	27
満武巨裕、村井昂志（研究協力者）	
4. SHA2011 に基づく FP 分類別の保健医療支出の推計可能性の検討.....	34
満武巨裕、村井昂志（研究協力者）	

平成 27 年度

5. SHA2011 準拠の保健医療支出推計(2013 年度).....	41
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.....	51
資料 b. 平成 27 年度第一回 SHA 委員会 議事録.....	82
資料 c. 平成 27 年度 SHA 委員会の議論に基づく決定事項.....	109
資料 d. SHA2011 準拠の 2 次元テーブル（4 種類）.....	111
6. 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).....	117
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.....	122
--------------------------	-----

IV. 研究成果の刊行物・別刷.....	123
----------------------	-----

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）。

平成26年度は第一（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2000年度から2012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、HFxFS）の2012年度を作成する。結果、2012年度のSHA1.0の経常保健医療支出は、47兆9207億円（2012年度）であるのに対して、SHA2011に準じた推計値は54兆8614億であり、対GDP比率では1.5ポイントの上昇となった。SHA2011準拠の保健医療支出は、日本同様に他のOECD加盟国もSHA1.0準拠と比較して増加することが報告されているが、日本の1.5ポイント上昇は他国と比較しても大きく、2016年度以降の日本の相対的順位は、上位になると考えられる。今後の課題は、SHA2011準拠2次元テーブルを1995年度から2011年度分を作成し、各分類にどのような影響を及ぼしたのか、医療・介護の施策導入の影響がどの程度モニタリングできるのか等、検討する必要がある。

第二（分担報告書2）は、2016年度から切り替わるSHA2011準拠および速報値が主なテーマであった第16回OECDヘルスアカウント専門家会合について報告する。

第三（分担報告書3）は、速報値（Preliminary Data）の推計方法の構築と推計を行う。速報性の高いデータソースであるMEDIAS（厚生労働省大臣官房統計情報部）を利用する等の方法により、1年前（t-1）の速報値を推計する。結果、SHA1.0準拠の総保健医療支出のt-1速報値（2014年度）は49.9兆円（対GDP比10.2%）となった。SHA2011準拠の総保健医療支出のt-1速報値（2014年度）は、56.4兆円（対GDP比11.6%）となった。

第四（分担報告書4）は、SHA2011で新設されたFP（Factors of Provision＝医療提

供に係る要素) 分類別の保健医療支出について検討する。日本の SHA 推計方法の介護保険部分は、各サービス区分の費用額を積み上げて HC 分類を行うというものであり、サービス区分ごとに費用の内訳データが取得できるデータソースの方が、親和性が高い。介護施設・介護サービス事業所は、「介護事業経営概況調査」および「介護事業経営実態調査」による「介護事業費用」および「介護事業外費用」がデータソースとして挙げられた。介護老人福祉施設(特養)は全国老人福祉施設協議会「収支状況等調査」、介護老人保健施設(老健)は福祉医療機構「介護老人保健施設の経営状況について」が、代替データソースの候補となった。両データソースは、介護保健施設と併設された事業所等を包括した費用データであることから、今後、FP 分類を実行するにあたっては、精度等について検討し、実際に利用するデータソースを決定する。

平成27年度は、第一(分担報告書5)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6)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）。

平成 26 年度は第一（分担報告書 1）に、SHA 改訂版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。

第二（分担報告書 2）は、2016 年度から切り替わる SHA2011 準拠および速報値が主なテーマであった第 16 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合について報告する。

第三（分担報告書 3）は、速報値（Preliminary Data）の推計方法を検討・推計を行う。

第四（分担報告書 4）は、SHA2011 で新設された FP（Factors of Provision＝医療提供に係る要素）分類別の保健医療支出について検討する。FP 分類は、保健医療の供給主体が提供する物品やサービスの生産のために必要となる投入（input）の構成に着目した分類であり、「賃金・給与」「サービスの購入」「物品の購入」「固定資本の消費」等の分類項目があり、供給主体（HP）分類とのクロス表の作成が検討されている。

平成 27 年度は、第一（分担報告書 5）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 6）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

平成 26 年度の第一の SHA 改訂版に準拠した日本の保健医療支出を推計は、SHA1.0 と SHA2011 の両方に準じた保健医療支出の推計を行う。推計期間は 2000 年度から 2012 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こととした。また、SHA2011 からは、資本形成関連支出を除くことになったために、その対応も行った。SHA1.0 において資本形成関連支出を除いた費用は、経常保健医療支出と呼ばれる。そのため、SHA2011 においては、SHA1.0 の経常保健医療支出が総保健医療支出となる。また、2012 年度 OECD に提出する 4 種類の 2 次元テーブル（HCxHF、HCxHP、HPxHF、HF x FS）も作成した。

第二の第 16 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の議題は、8 つであった。

議題 1. 開会の挨拶と第 16 回ヘルスアカウント会合の議題採択

議題 2. 第 15 回ヘルスアカウント会合の要旨の承認

議題 3. 2014 年収集の SHA データの評価、SHA2011 試行調査および 2015 年度データ収集

議題 4. 疾病別医療費

議題 5. ヘルスアカウントの国際比較機能の向上

議題 6. ヘルスアカウントの利用拡大

議題 7. ヘルスアカウントの政策利用

議題 8. その他

第三の速報値データ(Preliminary Data)は、HF分類のうちHF.1.1(社会保障基金を除く一般政府一公費)、HF.1.2(社会保障基金一公的保険の給付)、HF.2(民間部門)の3区分の速報値推計を行うこととした。推計には、昨年度同様、国民医療費の代替として「MEDIAS」の年報値を利用した。ただし(t-1)年の年報値は未公表であるため、「MEDIAS」の月報値(公表済みのみ)を利用する。したがって、3月時点で公表されていた前年9月まで(=上半期)の月次データを用い、これを(t-2)年の実績を踏まえた年間値に換算する。このほか、費用積み上げ方式をとる現行の日本の確報値推計方法との親和性を考慮し、t-1速報値の推計方法を構築した。介護保険費用額部分は、介護給付費実態調査の月報値を用いる(介護給付費実態調査は4月～11月分であり、「前年同月分の合計額が前年の年間値に占める割合」で割り戻して年間の推計値とする)。その他の積み上げ要素は、ほとんどのデータソースのt-1のデータが未公表であることを踏まえ、原則として過去のトレンドの延長によって推計する。

第四のFP分類別の保健医療支出については、介護保健施設や介護保険サービス事業所に関連する新たなデータソースを探索し、推計方法の改善の可能性について検討する。また、SHA2011準拠としたFP

推計について検討する。

平成27年の第五のSHA2011に準拠した日本の保健医療支出の推計期間は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。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 x FS）も作成する。

第六の速報値データ (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

平成26年度の第一のSHA2011に準拠した日本の保健医療支出については、2012年度のSHA1.0の経常保健医療支出は、47

兆9207億円(2012年度)であるのに対して、SHA2011に準じた推計値は54兆8614億であり、対GDP比率では1.5ポイントの上昇となった。

第二の第16回OECDヘルスアカウント専門家会合では、議題1と2では、例年通りであり、議題3では、OECD事務局から2014年度のSHAデータの提出は、前年同様30の加盟国から提出があったことが報告された。次に、2014年度に行われたSHA2011準拠に関する試行調査に関して、16の調査対象国でSHA2011準拠の推計が可能であること、スウェーデン以外の国ではSHA1.0とSHA2011の大きな差がないことが報告された。議題4は、疾病・年齢・性別の医療費の推計プロジェクトについて、事務局から進捗状況の報告が行われた。議題5は、SHA2011準拠における自己負担額(公的医療制度外の私的負担の把握)と介護費(介護費の定義・範囲が課題)の国際比較の改善に向けて、各国データに係る方法論や出所等の現状把握のための質問票が事務局から提案された。自己負担額に関する質問票は2015年1月に各国に送付される予定であり、介護費に関する質問票は2015年6月に各国に送付される予定である。介護費は、SHA2011準拠において日本やスウェーデンは増加することから、各国の介護費データの内訳が明確になることは、日本にとっても国際比較の際に重要な情報になると考えられる。議題6は、OECD事務局から新たな調査テーマが示された。①医薬品に係る各種リベートの取扱い、②医療に係る税控除等の取扱い、③非公式な患者負担、について各国の現状の把握を目的とした調査である。米国とハンガ

リーから関心が示されたものの、今回合
では調査実施の可否に関する決定はしな
かった。議題 7 は、各国の経年データを国
際比較する際に、OECD では経済全体の GDP
デフレーターを使用しているが、市場価格
が馴染みにくいという医療費の特性を踏
まえ、家計による財・サービスの消費に基
づく現実個別消費指数（Actual
Individual Consumption Index）をデフレ
ーターに用いることが、事務局から提案さ
れた。各国による追加的な作業負担が要ら
ないという実務的な利点もあり、各国から
特に異議は出なかった。

第三の速報値は、SHA1.0 準拠の総保健
医療支出の t-1 では、2014 年度が 49.9 兆
円（対 GDP 比 10.2%）となった。SHA2011
準拠の総保健医療支出の t-1 速報値は、
2014 年度が 56.4 兆円（対 GDP 比 11.6%）
となった。SHA1.0 準拠および SHA2011 準
拠の各年度の総保健医療支出を構成する
HF（財源）別分類の構成割合に関する速報
値と確報値との差は、いずれも 1 ポイント
に満たない値であり、大きく乖離はしてい
なかった。

第四の FP 分類に用いるデータソースと
して介護施設・介護サービス事業所の「介
護事業経営概況調査」（介護報酬改定の翌
年実施）、「介護事業経営実態調査」（介護
報酬改定の翌々年実施）による「介護事業
費用」および「介護事業外費用」が、デー
タソースとして挙げられた（データのない
介護報酬改定年は適宜補間）。だが、費目
の区分が少なく、「委託費を除くその他」
部分に多くの FP 項目にまたがる支出が含
まれている。介護老人福祉施設（特養）に
ついては全国老人福祉施設協議会「収支状

況等調査」が、介護老人保健施設（老健）
については福祉医療機構「介護老人保健施
設の経営状況について」が、それぞれ代替
データソースの候補となった。両データソ
ースは、介護保健施設と併設された事業所
等を包括した費用データである。

平成 27 年度の第五の 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。

第六の速報値は、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グ
ローバルスタンダードになっており、特に
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、保健医療支出の対 GDP 比率は、
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

際比較を行い、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指摘できる。

今回、SHA2011 準拠の保健医療支出を比較したところ、2012 年度の推計結果から対 GDP 比では 1.5 ポイントの上昇となり、OECD 加盟国内の上位となることが予想される。上位となる主要因は、これまでは一部分（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、介護保健施設サービス、介護療養施設サービス）のみを計上していた介護保険費用に関して、SHA2011 準拠の場合は、大部分を計上することになるからである。今後の課題は、SHA2011 準拠 2 次元テーブルを 1995 年度から 2011 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、医療・介護の施策導入の影響がどの程度モニタリングできるのか、経年分析を行うことで有用性を検証する必要がある。

第二の第 16 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合は、2016 年度から切り替わる SHA2011 準拠および速報値が主なテーマであった。

第三の速報値について日本は、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、対象年度の翌々年秋ごろであり、その値を用いて推計を行ってきたことから、3 年前 (t-3) 以前の推計値を速報値のみを提出してきた。国民医療費のかわりとなる、より速報性の高いデータソースである MEDIAS（厚生労働省大臣官房統計情報部）年報を利用する等により、2 年前 (t-2) および 1 年前 (t-1) の値を速報

値として出す手法を構築することができた。また、速報値と速報値を比較すると乖離は約 1%であった。

第四では、OECD の SHA2011 で新設された分類である FP 分類別の保健医療支出について 2013 年度研究に引き続いて費用項目が粗い介護事業経営実態調査について、代替となるデータソースを探索し、置き換えることを検討した。日本の SHA 推計方法の介護保険部分は、各サービス区分の費用額を積み上げて HC 分類を行うというものであり、サービス区分ごとに費用の内訳データが取得できるデータソースの方が、親和性が高い。したがって、費目の粗さという課題はあるものの、介護事業経営実態調査は望ましいデータソースといえる。また、全国老人福祉施設協議会「収支状況等調査」については、結果が会員施設向けに公表されているものであり、SHA の推計に用いるにはデータソースとして採用するか検討する必要がある。今後、FP 分類を実行するにあたっては、各データソースの「費目の細かさ」や「サービス区分毎の費用データ」についても検討し、実際に利用するデータソースを決定する必要がある。

第五では、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である。

第六の速報値について 2 年前 (t-2) の速報値を推計することができた。

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

平成26年度の検討結果から、2012年度のSHA1.0の経常保健医療支出は、47兆9207億円（2012年度）であるのに対して、SHA2011に準じた推計値は54兆8614億であり、対GDP比率では1.5ポイントの上昇となった。現時点における日本のSHA1.0準拠の総保健医療支出は、GDP比でOECD加盟国中12番目である。SHA2011準拠になると、日本は更に上位となることが予想される。

1年前(t-1)の速報値(2014年度)は、SHA1.0準拠の総保健医療支出が49.9兆円(対GDP比10.2%)となった。SHA2011準拠は、56.4兆円(対GDP比11.6%)となった。

平成27年度の検討結果から、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

1. 論文発表

- ・満武巨裕：第16回OECDヘルスアカウント専門家会合，厚生学の指標，第62巻第5号：34～36頁、2015年
- ・(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

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）
分担研究報告書 1

SHA2011 準拠の保健医療支出推計

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

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长

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

本報告書では、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2000年度から2012年度とする。

推計方法は、現行のSHA（以下、SHA1.0）の推計手法をもとに、SHA改定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は、資本形成関連支出を除くことになったために、その対応も行った。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）の2012年度版を作成した。

その結果、2012年度のSHA1.0準拠の経常保健医療支出は47兆9207億円であるのに対して、SHA2011準拠の推計値は54兆8614億となり、対GDP比率では1.5ポイントの上昇となった。

SHAは保健医療支出を推計する際のグローバルスタンダードになっており、特に保健医療支出の対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、保健医療支出の対GDP比率は、分母であるGDPの増減（経済状況）にも影響される。また、分子に計上している範囲もデータソースの欠如などの問題からOECD加盟国間で統一されていない。したがって対GDP比率の単年度国際比較による相対的な位置（順位）は、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。SHA2011による新たな保健医療支出は、日本同様に他のOECD加盟国もSHA1.0準拠と比較して増加することが報告されているが、日本の1.5ポイント上昇は他国と比較しても大きく、SHA2011準拠後(2016年度)の日本の相対的順位は、上位になると考えられる。

今後の課題は、SHA2011準拠2次元テーブルを1995年度から2011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、有用性を検証する必要がある。

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。SHAは、2011年に改訂版が完成し、2016年度から改訂版に準じた保健医療支出が公表される。

本報告書では、SHA改訂版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。

B. 研究方法

現在のSHA（以下、SHA1.0）とSHA改訂版（以下、SHA2011）の両方に準じた保健医療支出の推計を行う。推計期間は2000年から2012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ために、その対応も行った。SHA1.0において資本形成関連支出を除いた費用は、経常保健医療支出と呼ばれる。したがって、SHA2011においては、SHA1.0の経常保健医療支出が総保健医療支出となる。

SHAは、国および地域により保健医療費の概念を揃えるためのガイドラインとしての役割がある。このガイドラインによって推計基準における細かさ、分類が可能な

限り統一され、OECD加盟国は保健医療支出の推計、および各分類（機能、供給、財源等）の対応関係を示した標準的な表（SHA tables）を作成している。統一的な標準表形式を用いることで、OECD加盟国間での国際比較が可能となっている。基本的には、以下の3つの考え方が基になっている。

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。

1)は機能（Classification of Function: HC）、2)は供給主体（Providers: HP）、3)は財源（Financing agents/schemes: HF）の分類と言われている。特徴的なのは3つの分類（HC, HP, HF）の相互関係が保たれていることである。つまり、例えば「ある支出が機能（HC）のどのサービスに該当し、さらに供給主体（HP）の分類のどこに帰属するのか」という関係が表形式で、 $HC \times HP$ の2次元テーブルとして表現される。また、最終支出段階の費用負担者である財源（HF）に加えて、保険料等の拠出段階の費用負担者の分類である資金（FS）があり、政府・企業・家計・非営利団体といった区分が存在する。したがって、今回は、2012年度OECDに提出する4種類の2次元テーブル（ $HC \times HF$ 、 $HC \times HP$ 、 $HP \times HF$ 、 $HF \times FS$ ）も作成した。

C. 研究結果

2012年度のSHA1.0の経常保健医療支出は、47兆9207億円（2012年度）であるのに対して、SHA2011に準じた推計値は54兆8614億であり、対GDP比率では1.5ポイントの上昇となった。

D. 考察

SHAは保健医療支出を推計する際のグローバルスタンダードになっており、特に保健医療支出の対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、保健医療支出の対GDP比率は、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を行い、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指摘できる。

今回、SHA2011準拠の保健医療支出を比較したところ、2012年度の推計結果から対GDP比では1.5ポイントの上昇となり、OECD加盟国内の上位となることが予想される。上位となる主要因は、これまでは一部分（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、介護保健施設サービス、

介護療養施設サービス）のみを計上していた介護保険費用に関して、SHA2011準拠の場合は、大部分を計上することになるからである。

今後の課題は、SHA2011準拠2次元テーブルを1995年度から2011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、医療・介護の施策および制度改革の影響がどの程度モニタリングできるのか、分析する必要がある。

E. 結論

2012年度のSHA1.0の経常保健医療支出は、47兆9207億円（2012年度）であるのに対して、SHA2011に準じた推計値は54兆8614億であり、対GDP比率では1.5ポイントの上昇となった。

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

図1. SHA1.0 および SHA2011 の経常保健医療支出（1995年から2014年度）

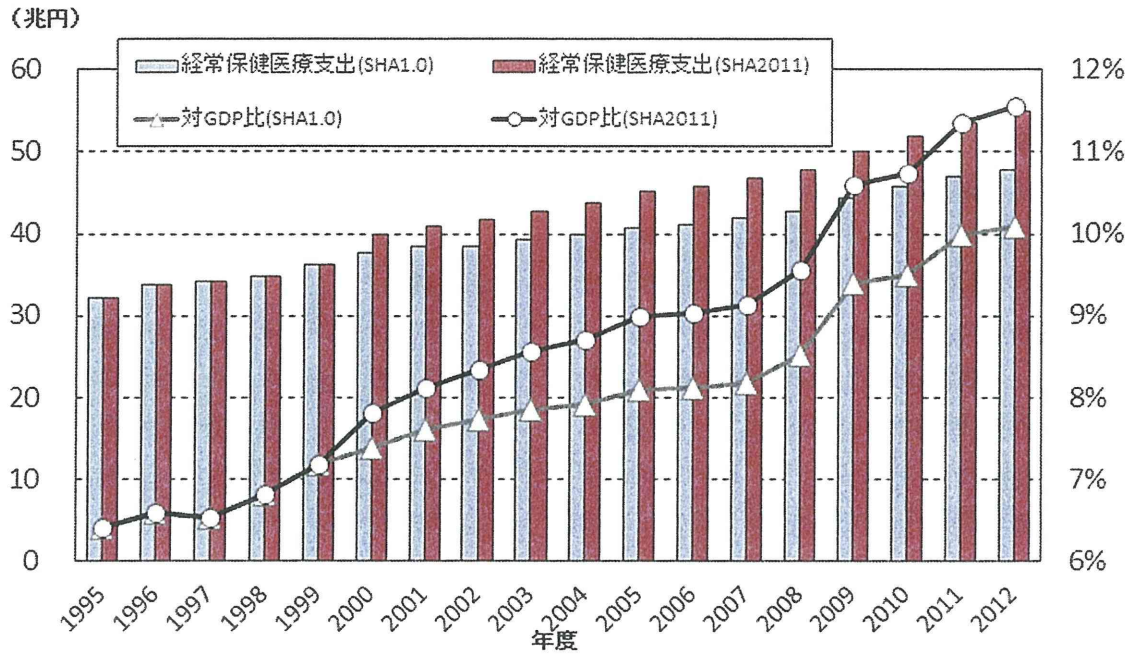


表1. SHA1.0およびSHA2011準拠の推計結果

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
総保健医療支出(SHA1.0)(百万円)	38,409,011	39,162,840	39,175,446	39,888,151	40,473,711	41,227,040	41,518,615	42,312,936	43,099,122	44,823,950	46,205,174	47,469,715	48,317,802
経常保健医療支出(SHA1.0)(百万円)	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	44,340,454	45,816,270	47,087,019	47,920,655
経常保健医療支出(SHA2011)(百万円)	39,837,323	41,012,696	41,661,369	42,742,732	43,826,567	45,292,573	45,753,136	46,878,997	47,914,740	49,993,600	51,810,546	53,503,512	54,861,376
総保健医療支出(SHA1.0)がGDPに占める割合	7.53%	7.75%	7.85%	8.00%	8.03%	8.18%	8.19%	8.25%	8.60%	9.51%	9.58%	10.07%	10.17%
経常保健医療支出(SHA1.0)がGDPに占める割合	7.39%	7.61%	7.73%	7.86%	7.92%	8.09%	8.12%	8.18%	8.52%	9.41%	9.50%	9.99%	10.09%
経常保健医療支出(SHA2011)がGDPに占める割合	7.81%	8.11%	8.35%	8.57%	8.70%	8.99%	9.03%	9.14%	9.56%	10.61%	10.74%	11.35%	11.55%
国民医療費がGDPに占める割合	5.91%	6.15%	6.20%	6.32%	6.37%	6.57%	6.54%	6.65%	6.94%	7.64%	7.76%	8.19%	8.25%

図 2. SHA1.0 および SHA2011 の対前年度伸率（1995 年から 2014 年度）

