

## SHA 2011

Revenues  
of health care financing schemes  
(ICHA-FS)Health care  
financing schemes  
(ICHA-HF)Millions  
of  
national currency

		FS.1					FS.2	FS.3		FS.4				FS.5	FS.6	FS.7	All FS		Memorandum Items									
		Transfers from government domestic revenue	Internal transfers and grants	Transfers by government on behalf of specific groups	Subsidies	Other transfers from government domestic revenue	Transfers distributed by government from foreign origin	Social insurance contributions	Social insurance contributions from employees	Social insurance contributions from employers	Social insurance contributions from self-employed	Other social insurance contributions	Compulsory prepayment (other than FS.3)	Voluntary prepayment	Other domestic revenues n.o.c.	Direct foreign transfers	Direct foreign financial transfers	Direct foreign aid in kind	All revenues of financing schemes	Total current expenditure by financing schemes	Operating balance	Reporting Items						
			FS.1.1	FS.1.2	FS.1.3	FS.1.4			FS.3.1	FS.3.2	FS.3.3	FS.3.4				FS.7.1	FS.7.2				FS.R.1	FS.R.1.1	FS.R.1.2-4	FS.R.1.5	FS.R.2	FS.R.1	FS.R.2	
																						Institutional units providing revenues to financing schemes	Government (S13)	Corporations (S14/S12)/Households (S14)/NPISH (S15)	Rest of the World (S2)	Total foreign revenues (FS.2+FS.7)	Loans	Aid in kind at donor value
HF.1	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes	22,950,148	0	0	0	0	0	22,627,928	14,617,946	8,008,983	0	0	0	0	0	0	0	0	45,578,076	45,578,076								
HF.1.1	Governmental schemes	4,692,430						0											4,692,430	4,692,430								
HF.1.2/1.3	Compulsory contributory health insurance schemes/CMSA	18,257,718						22,627,928	14,617,946	8,008,983									40,885,646	40,885,646								
HF.2	Voluntary health care payment schemes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,170,361	483,703	0	0	0	0	1,654,063	1,654,063								
HF.2.1	Voluntary health insurance schemes							0					1,170,361	0					1,170,361	1,170,361								
HF.2.2	NPISHs financing schemes							0					0	0					0	0								
HF.2.3	Enterprises financing schemes							0					0	483,703					483,703	483,703								
HF.3	Household out-of-pocket payment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,629,237	2,982,454	0	0	0	7,629,237	7,629,237								
HF.3.1	Out-of-pocket excluding cost sharing							0						2,982,454					2,982,454	2,982,454								
HF.3.2	Cost sharing with third-party payers							0						4,646,784					4,646,784	4,646,784								
HF.4	Rest of the world financing schemes (non resident)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
HF.4.1	Compulsory schemes (non-resident)							0											0	0								
HF.4.2	Voluntary schemes (non-resident)							0											0	0								
HF.0	Financing schemes unknown							0											0	0								
All HF	All financing schemes unknown	22,950,148	0	0	0	0	0	22,627,928	14,617,946	8,008,983	0	0	0	1,170,361	8,112,940	0	0	0	54,861,376	54,861,376								
<b>Memorandum Items:</b>																												
<b>Reporting Items</b>																												
HF.RI.1	Institutional units managing financing schemes																											
HF.RI.1.1	Government (S13)																											
HF.RI.1.2-4	Corporations (S14/S12)/Households (S14)/NPISHs (S15)																											
HF.RI.1.5	Rest of the World (S2)																											
HF.RI.2	Governmental schemes and compulsory health insurance combined with cost sharing (HF.1 + HF.3.2.1)																											
HF.RI.3	Voluntary health insurance schemes together with cost sharing (HF.2.1+HF.3.2.2)																											









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---

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

本報告書では、2014 年 10 月 22 日～23 日に OECD 本部で開催された第 16 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合について報告する。

現在、多くの SHA 加盟国が 2016 年から切り替わる国民保健計算（National Health Accounts）のガイドラインである SHA(A System of Health Accounts)の改訂版（SHA2011）への対応を行っている。そのため、専門家会合においては、2016 年度から切り替わる SHA2011 準拠および速報値の 2 つが主なテーマであった。

SHA2011 準拠の推計値に大きな変化のない国は、2016 年度の SHA2011 への更新において介護費の推計範囲の影響を受けない、つまり介護保険制度を導入していないあるいは近年に介護保険制度を導入し既に推計方法を SHA2011 準拠としている（例えば韓国は 2008 年に介護保険導入）ことが原因である。一方で、日本やスウェーデンのように介護保険導入してから一定の歴史を持つ国は、SHA2011 準拠による影響が生じる。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 加盟国の平均を超えた 12 番目であるが、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。

A. 研究目的

本報告書では、2014 年 10 月 22 日～23 日に開催された第 16 回 OECD ヘルスアカウント専門家会議について報告する。

毎年 OECD 本部（フランス・パリ）で行われるヘルスアカウント専門家会合では、様々な議題が検討されるが、この数年は 2016 年から切り替わる国民保健計算（National Health Accounts）のガイドラインである SHA(A System of Health Accounts)の改訂版(SHA2011)の議論が

主である。

国民の保健医療支出は、傷病の治療に要する医療費に加えて、健康増進・疾病予防、健康管理、あるいは医療保障の運営費、設備整備費なども含めて捉える必要がある。こうした保健医療に関する支出は国民保健計算とよばれ、医療政策を評価するための指標の一つとなっている。

OECD は、1980 年代に加盟国の国民保健計算の推計値の収集を行い OECD Health Data として公表をはじめた。しか

し、このときに収集したデータは、加盟国が自国の政府統計資料や国民経済計算(SNA)を活用して独自推計したものであった。そのため、各国の保健計算を、医療政策の立案・分析に利用できるような国際比較が可能なガイドラインとして、OECDが2000年に公表したのがSHA1.0であった。その後、多くの国で複雑化した保健医療システムをより正確にモニタリングするため、2011年にSHA1.0の改訂版がSHA2011として公表された。将来は、WHO加盟国の利用も想定されており、SHA2011はさらに幅広い国々に活用されていくことになる。

## B. 研究方法

本会合では、OECD事務局が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事務局の議論を経て、今後の方針が決められていく。今回の議題は、8つである。

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

## C. 研究結果

議題1と2では、例年通りOECD事務局部門長の挨拶に続き、議長が選出され(米国のヘルスアカウント専門家)、議題および議事進行は例年通りOECD事務局が行うことが承認された。次に、事前に配布されていた前回(第15回会合)の要旨に関する説明があり、全加盟国が承認した。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(ベルギー、ボスニア・ヘルツェゴビナ、カナダ、キプロス、チェコ共和国、フランス、ハンガリー、イスラエル、韓国、ラトビア、オランダ、ポーランド、スロバキア、スウェーデン、スイス)の報告があった。全ての国で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。

国際比較を行う前提として、同一のガイドラインが用いられてなければ、利用者は混乱してしまうが、現在のOECDが公表しているデータはSHA1.0準拠とSHA2011準拠が混在している。この原因は、OECD事務局の調整能力にあるといえる。今年も、OECD事務局から2016年にSHA2011準拠に一本化するまでの移行期間である最新(2014年度)のSHAデータ収集について、以下の3つについて問われた。

- ① SHA1.0準拠とSHA2011準拠の両方のデータ提出する
- ② SHA2011準拠のデータのみを提

出する

③ SHA1.0 準拠のデータのみを提出する

その結果、①と②の国が半々であり、③は1~2カ国であった。したがって、2015年のデータ公表時には、SHA2011準拠の推計値が大勢となる見込みである。

また、OECDはSHAデータを各国の政策立案時の活用してもらうために、速報値データの提出を求めている。具体的には、前年のデータ（以下、t-1年とする）を収集したいという意向が示されている。2014年度は、34加盟国中11カ国がt-1年である2013年度の速報値データの提出があったことも報告された。

本議題の中に、全OECD加盟国は自国のSHA推計データに関する報告をしなければならない。日本（著者）は、2015年データ収集では、①の対応を検討すると同時に、前回のデータ収集で初めてt-2年の速報値データを提出したことに続けて、今回はt-1の速報値データを提出する方向で検討すると発言した

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。しかし、2013年の専門家会合の時点から進捗はなく、引き続きデータ提出国の増加と継続的なデータ収集が課題とされた。加えて、WHO支援による途上国の疾病別医療費データ整備や、Eurostatによる欧州諸国の疾病別医療費データ整備の取組が進められているとの紹介があった。

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額することから、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、今回会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。

#### D. 考察

今回の会合は、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。



SHA2011 準拠の推計値は、OECD 加盟国において推計値に大きな変化はない場合は、現時点で介護保険制度を導入していない、あるいは近年に介護保険制度を導入し既に推計方法を SHA2011 準拠としている（例えば韓国は 2008 年に介護保険導入）ことが原因である。一方で、日本やスウェーデンのように介護保険導入してから一定の歴史を持つ国は、SHA2011 準拠による影響が生じる。

日本は、SHA1.0 準拠で 2011 年度は約 47 兆 6069 億（対 GDP 比 10.0%）、SHA2011 準拠では約 53 兆 1788 億円（対 GDP 比 11.4%）となる。現在、日本の SHA1.0 準拠の総保健医療支出は、対 GDP 比で OECD 加盟国の平均を超えた 12 番目である（2012 年度）。SHA2011 準拠になると、日本は更に上位となる。

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、継続的に報告していく。

## E. 結論

SHA2011 準拠については、現時点で介護保険制度を導入していない国あるいは近年に介護保険制度を導入した国においては、推計値に変化は見られない。一方で、日本やスウェーデンのように介護保険導入してから一定の歴史を持つ国は、SHA2011 準拠による影響が生じることになる。

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。

## F. 研究発表

1. 第 16 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の報告、満武巨裕、厚生省の指標、第 62 巻(5) : 34~36 頁、2014 年

## G. 知的所有権の取得状況

該当なし

## OECD の SHA 手法に基づく日本の総保健医療支出の速報値

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

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

本研究では、経済開発協力機構(OECD)の SHA (a System of Health Accounts) 手法に基づく「保健医療支出」の速報値(Preliminary Data)の推計方法の検討と推計を行う。これまで日本は、保健医療支出の推計にあたり、国民医療費を主要データソースとして利用してきたことから、その公表時期の関係上、OECD には 3 年前の SHA データ（以降、“t-3”と表記）を確報値として提出してきた。昨年度は、本研究により日本の(t-2)年度の保健医療支出の速報値算出方法を検討し、推計を実施した。本年度は、日本の(t-1)年の保健医療支出の速報値の推計方法の検討と推計を行う。

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。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。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。

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。

速報値と確報値を比較すると乖離は、約 1%であった程度であった。

### A. 研究目的

本研究では、経済開発協力機構(OECD)の SHA (a System of Health Accounts) 手法に基づく「保健医療支出」について、速報値(Preliminary Data)の推計方法の検討と推計を行う。

これまで日本は、保健医療支出の推計に

あたり、国民医療費（厚生労働省大臣官房統計情報部）を主要データソースとして利用してきたことから、その公表時期の関係上、OECD には 3 年前の SHA データ（以降、“t-3”と表記）を確報値として提出してきた。たとえば、2012 年度の保健医療支出は、2014 年秋頃に公表された国民医

療費等を用いて推計し、2015年3月にOECDに提出する。その後、OECD Health Data 2014としてOECDホームページより公表される。

近年OECDでは、SHAデータを各国の政策担当者のニーズにさらに合ったものにするために速報値データの提出を求めており、加盟各国の中にも、速報値として(t-1)、確報値として(t-2)を提出する国が増えてきている。既に(t-1)のデータを提出しているOECD加盟国は、12ヶ国にのぼる。ただし、(t-1)の推計の実現可能性は、会計年度(Fiscal Year)にも影響を受けることに留意する必要がある。日本の公共機関の会計年度は4月～3月制をとっており、OECD加盟国内では英国・カナダ・デンマークも同様である。これに対し、米国は10月～9月制、フランス・ドイツ・オランダ・ベルギー・スイス・韓国は1月～12月制である。したがって、日本のように4月～3月制の国では、他国と比べた場合の推計期間が短くなる。このような中、2013年度に日本は(t-2)年度の保健医療支出の算出方法を検討し、速報値として推計を実施した。

本年度は、日本の(t-1)年の保健医療支出を速報値として提出することを検討し、推計を行う。

## B. 研究方法

OECDが提出を求めている速報値データ(Preliminary Data)の形式は、総額およびHF(財源)分類別の保健医療支出である。そこで、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。

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。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。

## C. 研究結果

SHA1.0準拠の総保健医療支出のt-1速報値は、2014年度が49.9兆円(対GDP比10.2%)となった。

2012年度分についてt-1速報値と確報値とを比較すると、乖離率は約1%である。また、2013年度のt-1速報値とt-2速報値とを比較すると、乖離率は約1.33%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未満であった。

#### D. 考察

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)以前の推計値を確報値で出してきた。2014年度は、国民医療費のかわりとなる、速報性の高いデータソースである MEDIAS 等を利用することにより、1年前(t-1)の速報値を推計することができた。また、速報値と確報値を比較すると乖離は、約1%であった。

#### E. 結論

今回、速報性の高いデータソースである MEDIAS 等を利用することで、1年前(t-1)の速報値を推計することができた。SHA1.0 準拠の保健医療支出の 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。

#### F. 研究発表

該当なし

#### G. 知的所有権の取得状況

該当なし

図1 t-n年のSHAデータの提出国数（2014年度の状況）

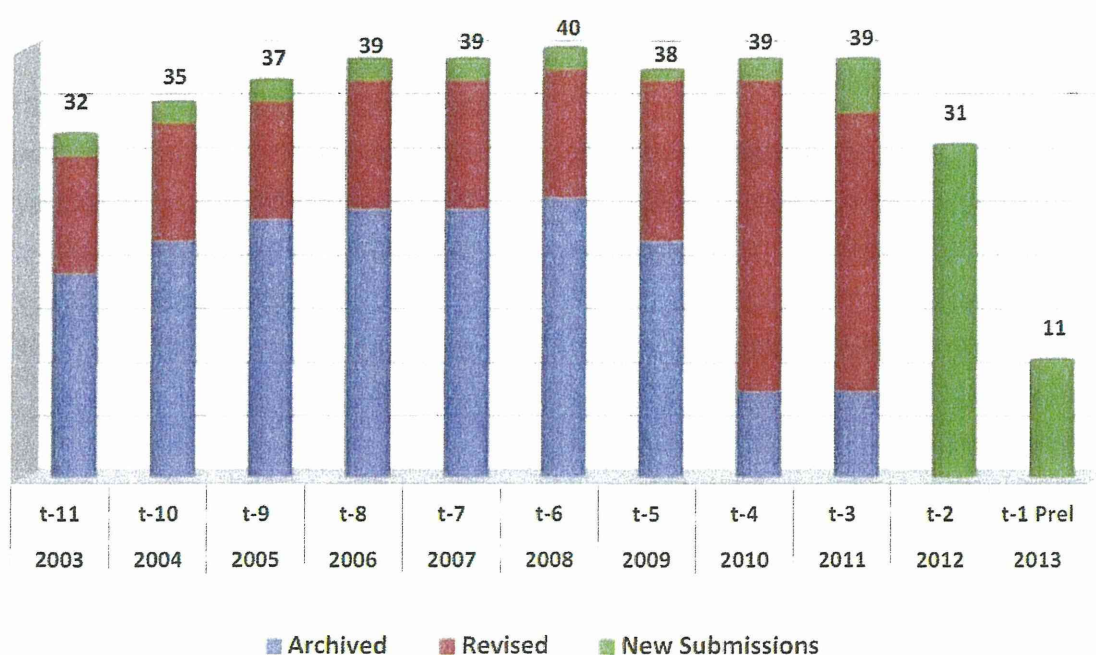


図2 速報値データの形式

Financing agents

Million of national currency		Current Expenditure on Health care	Total Expenditure on Health Care
<b>HF.1</b>	<b>General government</b>		
HF.1.1	General government (excl. social security) = Territorial government		
HF.1.2	Social security funds		
<b>HF.2</b>	<b>Private sector</b>		
HF.2.1-HF.2.2	Private insurance		
HF.2.3	Private households out-of-pocket exp.		
HF.2.4	Non-profit institutions serving households		
HF.2.5	Corporations (other than health insurance)		
<b>HF.3</b>	<b>Rest of the world</b>		
	<b>Total HF.1-HF.3</b>		

表 1. SHA の要素ごと速報値推計方法

項目	2012年度 (百万円)	対CHE (SHA1.0) 比	対THE (SHA1.0) 比	対THE (SHA2011 試算)比	確報値の推計方法	t-2速報値の推計方法	t-1速報値の計上方法
[A] 国民医療費部分	39,211,700	81.83%	81.15%	71.47%	【総額算出】 ○国民医療費の総額  【HF分類】 ○国民医療費の制度区分別医療費を用いて分類	【総額算出】 OMEDIAS(年報)による速報値を、前年度(t-3)の「国民医療費とMEDIAS速報値との乖離率」を用いて国民医療費ベースに補正  【HF分類】 ○HF.1.1・HF.1.2・HF.2のそれぞれの構成割合の過去3年間(t-5~t-3)の上昇率を加算平均し、延長	【総額算出】 OMEDIAS(月報)による上半期の速報値を、前年度(t-2)における「上半期の医療費が年間に占める割合」を用いて年間値に変換 ○この年間値を、前々年度(t-3)の「国民医療費とMEDIAS速報値との乖離率」を用いて国民医療費ベースに補正  【HF分類】 ○HF.1.1・HF.1.2・HF.2のそれぞれの構成割合の過去3年間(t-4~t-2)の上昇率を加算平均し、延長
[B] 介護保険の医療系サービス	2,322,241	4.85%	4.81%	4.23%	【総額算出】 ○介護給付費実態調査による該当サービスの費用額  【HF分類】 ○上記について、公費をHF.1.1、保険給付をHF.1.2、利用者負担をHF.2に計上	【総額算出】 ○t-2のデータが取得可能であるため、確報値と同様に算出  【HF分類】 ○t-2のデータが取得可能であるため、確報値と同様に算出	【総額算出】 ○介護給付費実態調査(月報)による5~12月審査分(≒4~11月サービス分)の速報値を、前年度(t-2)における「5~12月審査分の費用額が年間に占める割合」を用いて年間値に変換  【HF分類】 ○公費・保険給付・利用者負担のそれぞれの構成割合の過去3年間(t-4~t-2)の上昇率を加算平均し、延長
[C] 保健医療物品 (一般薬、衛生用品、眼鏡など)	2,104,332	4.39%	4.36%	3.84%	【総額算出】 ○事業工業生産動態統計による国内出荷額に、中小企業実態基本調査から算出した卸売・小売マージンを乗せ  【HF分類】 ○社会福祉行政業務報告による、自立支援・戦傷病者に係る補聴器・眼鏡の支給・修理額の公費負担分のみHF.1.1、残りはHF.2に計上。	【総額算出】 ○各種物品の国内出荷額は、t-2のデータが取得可能であるため、確報値と同様に算出 ○マージン比率は過去3年分(t-5~t-3)の増加率を幾何平均し、延長  【HF分類】 ○社会福祉行政業務報告はt-2のデータが取得できるため、自立支援・戦傷病者に係る補聴器・眼鏡の支給・修理額の公費負担分のみHF.1.1、残りはHF.2に計上。	【総額算出】 ○過去3年分(t-4~t-2)の増加率を幾何平均し、延長  【HF分類】 ○HF.1.1については過去3年分(t-4~t-2)の増加率を幾何平均し、延長残りはHF.2に計上。
[D] その他の費目 (正常分娩、病院補助金、母子保健、保険者の事務経費等)	4,282,382	8.94%	8.86%	7.81%	病院に対する施設運営補助金(7000億円弱)を筆頭に、計上項目毎に各種統計から積み上げ 国民経済計算年報	・HF.1.1、HF.1.2、HF.2ごとに過去3年分の増加率を延長	・t-2の推計方法に同じ
[E] 資本形成	397,147	—	0.82%	—	国民経済計算年報	・過去3年分の増加率を延長	・過去3年分の増加率を延長
SHA2011での新規計上項目	6,940,722	—	—	12.65%			
[α] 介護保険のADL系サービス	6,180,660	—	—	11.27%	[B]と同じ	[B]と同じ	[B]と同じ
[β] 特養等の食事・居住費	604,490	—	—	1.10%	介護サービス施設・事業所調査、介護給付費実態調査など	・HF.1.2、HF.2ごとに過去3年分の増加率を延長	・t-2の推計方法に同じ
[γ] 介護保険の事務経費のうちADL系サービス相当分	155,571	—	—	0.28%	介護保健事業状況報告など	・HF.1.2、HF.2ごとに過去3年分の増加率を延長	・t-2の推計方法に同じ

表 2. SHA1.0 に準拠した総保健医療支出の速報値

単位：億円

年度	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
確報値(t-3)	430,991	448,240	462,052	474,697	483,178	—	—
対GDP比	8.6%	9.5%	9.6%	10.1%	10.2%	—	—
速報値(t-2)	430,268	445,896	464,103	476,630	485,124	492,005	未推計
対GDP比	8.6%	9.5%	9.6%	10.1%	10.2%	10.2%	—
確報値との乖離	-0.17%	-0.52%	0.44%	0.41%	0.40%	—	—
速報値(t-1)	—	—	—	478,204	485,716	498,569	498,652
対GDP比	—	—	—	10.1%	10.2%	10.4%	10.2%
確報値との乖離	—	—	—	0.74%	0.53%	—	—

表 3. SHA2011 に準拠した総保健医療支出の速報値

単位：億円

年度	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
確報値(t-3)	479,147	499,936	518,105	535,035	548,614	未推計	未推計
対GDP比	9.6%	10.6%	10.7%	11.4%	11.5%	—	—
速報値(t-2)	479,729	498,874	518,988	536,678	550,657	561,659	未推計
対GDP比	9.6%	10.6%	10.8%	11.4%	11.6%	11.7%	—
確報値との乖離	0.12%	-0.21%	0.17%	0.31%	0.37%	—	—
速報値(t-1)	—	—	—	536,561	551,676	568,930	564,014
対GDP比	—	—	—	11.4%	11.6%	11.8%	11.6%
確報値との乖離	—	—	—	0.29%	0.56%	—	—

表 4. SHA1.0 に準拠した総保健医療支出の速報値 (HF 分類別)

単位: 億円

年度		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
実額(億円)								
HF.1.1 (公費)	確報値	41,507	45,720	46,985	49,182	50,221	—	—
	t-2速報値	37,978	43,149	48,882	50,261	51,493	51,660	—
	t-1速報値	—	—	—	52,765	53,344	53,666	53,101
HF.1.2 (公的保険)	確報値	309,090	319,577	332,264	342,866	349,343	—	—
	t-2速報値	313,200	319,315	330,694	341,458	349,324	357,803	—
	t-1速報値	—	—	—	338,804	346,785	359,782	363,716
HF.2 (民間)	確報値	80,394	82,942	82,803	82,649	83,614	—	—
	t-2速報値	79,090	83,432	84,527	84,911	84,308	82,542	—
	t-1速報値	—	—	—	86,634	85,587	85,121	81,835
構成割合								
HF.1.1 (公費)	確報値	9.6%	10.2%	10.2%	10.4%	10.4%	—	—
	t-2速報値	8.8%	9.7%	10.5%	10.5%	10.6%	10.5%	—
	t-1速報値	—	—	—	11.0%	11.0%	10.8%	10.6%
HF.1.2 (公的保険)	確報値	71.7%	71.3%	71.9%	72.2%	72.3%	—	—
	t-2速報値	72.8%	71.6%	71.3%	71.6%	72.0%	72.7%	—
	t-1速報値	—	—	—	70.8%	71.4%	72.2%	72.9%
HF.2 (民間)	確報値	18.7%	18.5%	17.9%	17.4%	17.3%	—	—
	t-2速報値	18.4%	18.7%	18.2%	17.8%	17.4%	16.8%	—
	t-1速報値	—	—	—	18.1%	17.6%	17.1%	16.4%

表 4. SHA2011 に準拠した総保健医療支出の速報値 (HF 分類別)

単位: 億円

年度		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
実額(億円)								
HF.1.1 (公費)	確報値	37,925	41,388	43,649	45,965	46,924	—	—
	t-2速報値	35,356	39,756	44,200	46,881	48,405	48,661	—
	t-1速報値	—	—	—	47,437	50,051	50,939	50,211
HF.1.2 (公的保険)	確報値	353,692	367,959	383,625	397,910	408,856	—	—
	t-2速報値	358,447	368,222	382,083	396,384	408,857	420,683	—
	t-1速報値	—	—	—	393,691	406,742	422,936	426,038
HF.2 (民間)	確報値	87,530	90,589	90,831	91,161	92,833	—	—
	t-2速報値	85,926	90,895	92,705	93,413	93,395	92,315	—
	t-1速報値	—	—	—	95,434	94,882	95,055	87,766
構成割合								
HF.1.1 (公費)	確報値	7.9%	8.3%	8.4%	8.6%	8.6%	—	—
	t-2速報値	7.4%	8.0%	8.5%	8.7%	8.8%	8.7%	—
	t-1速報値	—	—	—	8.8%	9.1%	9.0%	8.9%
HF.1.2 (公的保険)	確報値	73.8%	73.6%	74.0%	74.4%	74.5%	—	—
	t-2速報値	74.7%	73.8%	73.6%	73.9%	74.2%	74.9%	—
	t-1速報値	—	—	—	73.4%	73.7%	74.3%	75.5%
HF.2 (民間)	確報値	18.3%	18.1%	17.5%	17.0%	16.9%	—	—
	t-2速報値	17.9%	18.2%	17.9%	17.4%	17.0%	16.4%	—
	t-1速報値	—	—	—	17.8%	17.2%	16.7%	15.6%



## 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

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  
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

本研究では、2013 年度に引き続き、経済開発協力機構(OECD)の 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。

今回、介護保健施設や介護保険サービス事業所の FP 分類について、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 FP た推計について検討する。

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る可能性がある。

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、望ましい。今後、FP 分類を実行するにあたっては、各データソースの精度、有用性を検討し、実際に利用するデータソースを決定する必要がある。

### A. 研究目的

本報告書では、2013 年度に引き続き、経済開発協力機構(OECD)の 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。

日本は、保健医療支出の推計に用いているデータソースの中に、FP 分類に必要な投入（input）データは含まれていないため、FP 分類の推計方法を検討するにあたり、新たなデータソースを探索する必要がある。2013 年度研究では、FP 分類と関連性のある HP（供給主体）分類に利用しているデータソースを利用して FP 分類の推計方法を検討した。データソースが存在しない項目や精度が低い項目が存在した。そのため、2nd digit の FP 分類の推計が困難であり、1st digit レベルにおいても、複数項目にまたがるデータソースをどちらかの項目に一元的に寄せる等の対応をしなければならない。

## B. 研究方法

介護保健施設や介護保険サービス事業所の FP 分類について、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、昨年度は SHA1.0 準拠の FP 分類の推計方法の整理を行ったが、SHA2011 準拠とした推計について検討する。

## C. 研究結果

HP（供給主体）分類ごとに、FP 分類に用いるデータソースとして 2013 年度の検討では、「病院経営実態調査」「医療経済実態調査」「介護事業実態調査」等のデータソースを用いることができ、一方で HP 分類には利用可能なデータソースが存在せ

ず、他の FP 分類に計上する等の検討を行った。

介護施設・介護サービス事業所については、「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（データの無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と考えられた。

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る可能性がある。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。

## D. 考察

本研究では、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 FP 分類にあたって必要な各事業所に関する支出費目に関するデータソースのうち、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推計を行うため、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が必要となる。したがって、費目の精度に課

題はあるが、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、同協議会より調査資料の提供と利用許可を取る必要がある。

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」について検討し、実際に利用するデータソースを決定してゆく必要がある。

#### E. 結論

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る可能性がある。

#### F. 研究発表

該当なし

#### G. 知的所有権の取得状況

該当なし

表 1. 保健医療提供要素 (FP) の分類

コード	内容	説明
<b>FP.1</b>	<b>Compensation of employees</b>	被雇用者への対価
FP.1.1	Wages and salaries	賃金及び給与
FP.1.2	Social contributions	社会的負担金
FP.1.3	All other costs related to employees	被雇用者に関連するその他の全コスト
<b>FP.2</b>	<b>Self-employed professional remuneration</b>	自営専門家への報酬
<b>FP.3</b>	<b>Materials and services used</b>	使用した原材料及びサービス
FP.3.1	Health care services	保健医療サービス
FP.3.2	Health care goods	保健医療物品
FP.3.2.1	Pharmaceuticals	医薬品
FP.3.2.2	Other health care goods	その他の保健医療物品
FP.3.3	Non-health care services	保健医療以外のサービス
FP.3.4	Non-health care goods	保健医療以外の物品
<b>FP.4</b>	<b>Consumption of fixed capital</b>	固定資本の消費
<b>FP.5</b>	<b>Other items of spending on inputs</b>	その他の投入支出項目
FP.5.1	Taxes	税金
FP.5.2	Other items of spending	その他の支出項目

出典: IHAT for SHA 2011.