

平成 22-23 年度 厚生労働科学研究
費補助金 政策科学総合（統計情報
総合）研究事業による研究報告書
（課題番号 H22-統計一般-001）

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

報告書

平成 24 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

研究代表者 満武 巨裕

調査研究体制

【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／主席研究員

【分担研究者】

田中 滋 慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授
(本研究に関する委員会・座長)

福田 敬 東京大学大学院医学系研究科 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 (前) 主任研究員(平成22年度)

【研究協力者】

林 勇輝 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

片岡 寛典 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

杉田 拓男 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

村井 昂志 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

本研究の実施にあたっては、学識有識者および厚生労働省関連部局から構成される委員会において、検討を行いました。

多大な協力を頂きました皆様に、心から御礼申し上げます。

【委員】

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（平成 23 年度）
(故)	開原	成允	国際医療福祉大学 大学院長（平成 22 年度）

【厚生労働省関連部局】

厚生労働省	大臣官房	統計情報部
厚生労働省	社会保障担当参事官室	政策評価官室
厚生労働省	大臣官房国際課	国際企画室
厚生労働省	老健局	総務課
厚生労働省	保険局	総務課 医療費適正化対策推進室
厚生労働省	保険局	調査課 数理第一係

開原 成允先生は平成 23 年 1 月 12 日に御逝去されました。
ここに謹んでお悔やみ申し上げます。

研究代表者、分担研究者、協力研究者 一同

**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
[研究要旨]**

はじめに

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。

本研究の目的は、SHA の改訂版に準拠するための推計方法の開発と推計(試算)を行うことである。

2000 年に公表された SHA (以下、SHA1.0¹⁾) は、欠点(flaws)、一貫性の欠如(inconsistencies)、漏れ(omissions)があることが指摘されていたものの、これまで広く受け入れられてきた。例えば、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 のベースになった。一方で、2006 年の OECD ヘルスアカウント専門家会議では、OECD、Eurostat (欧州委員会統計局) および WHO が、SHA1.0 と Producer Guide²⁾ 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の改良が求められていたこともあり、SHA の改訂作業がはじまった。

SHA1.0 の改訂作業は、OECD 加盟国内でも同意を得ることが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 が改訂されたことの意義およびその影響力は大きい。SHA1.0 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)になっているからである。従って、今後、OECD 加盟国に加えて開発途上国も、新しい SHA に準拠するための推計方法を開発し、推計していくことになる。また、SHA1.0 準拠の日本の総保健医療支出は 42.9 兆円(2008 年度)、対 GDP 比では 8.5% という数値は、OECD 加盟国 34 のうち 24 位(2008 年)であるが、SHA 改訂に伴って、我が国の医療費水準に対する評価が変わる可能性がある。

SHA1.0

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、あるいは医療保障制度の運営費、設備整備なども含めて捉えなければならない。こうした保健医療に関する支出が国民保健計算(National Health Accounts)であり、政策を評価するための一つの指標となっている。具体的には、医療保険適用の医療サービスに加えて、医療保険が適用されない医療、リハビリ、看護サービス、一般薬(OTC(Over the Counter)薬剤)、医療用品に加え、健康維持・増進のためのサービス、公衆衛生サービス、保健医療の管理コストを含む概念である。

SHA1.0 は、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。

一方、日本には、厚生労働省統計情報部から公表される国民医療費が存在する。国民医療費は、日

研究要旨

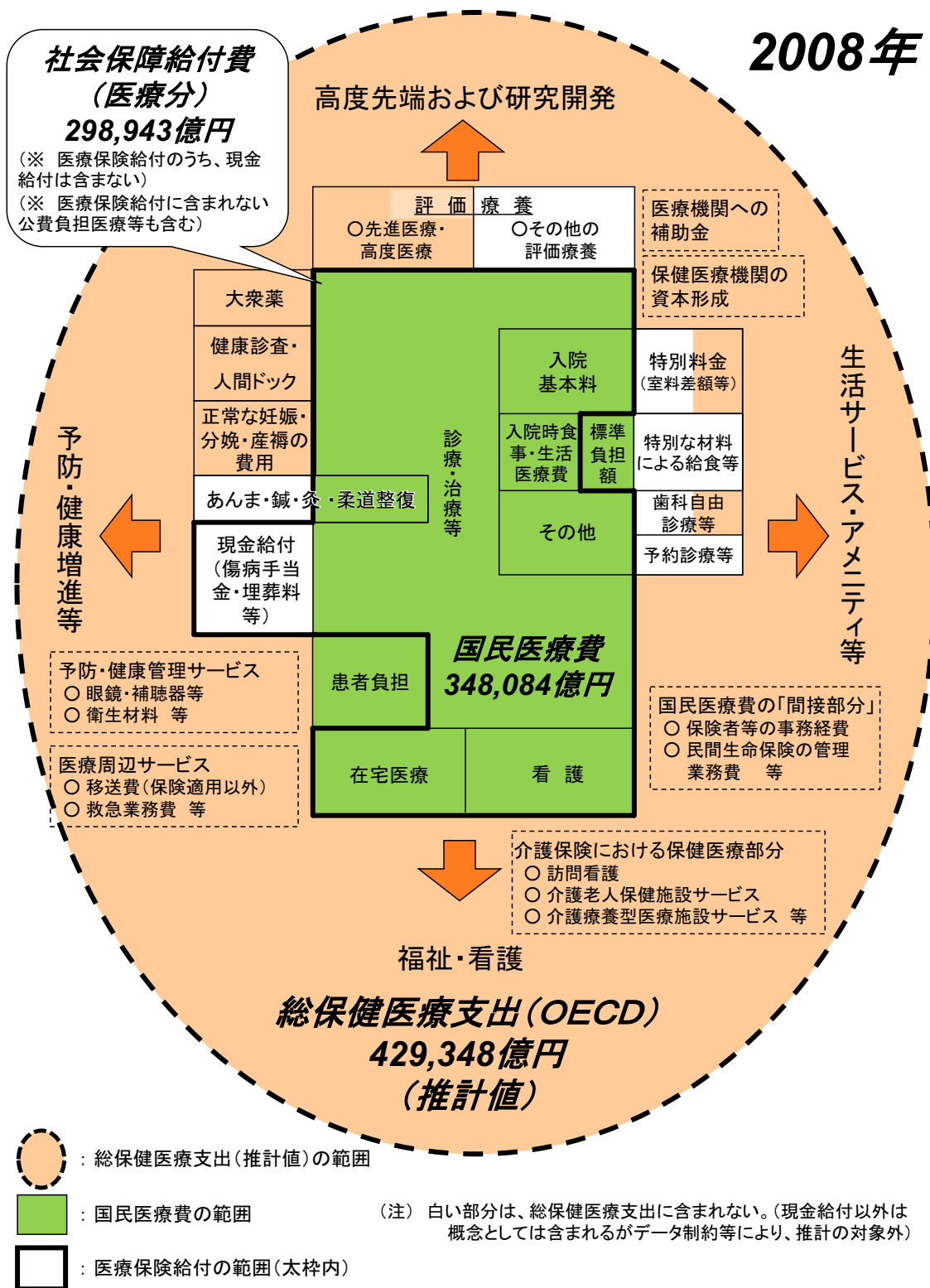
本の医療保険制度のもとでの支出を推計したものであるため、医療政策における成果をはかる重要な指標の一つである。しかし、推計範囲を、傷病の治療費に限定しており、医療保険対象外の費用が除外されている。例えば、総保健医療支出に含まれている一般薬、正常分娩費用、健康増進・疾病予防費用、医療保障の運営費などは含まれていない。つまり、医療支出の範囲が諸外国とは異なるために、国際比較を行う場合には適していない。

図 1 に、2008 年度の国民医療費と総保健医療支出の関係を示した。面積と実際の値は比例していないが、国民医療費の約 34 兆 8084 円に対して、総保健医療支出の推計値は約 42 兆 9348 億円となる。もっとも、総保健医療支出には全ての項目に係る費用が含まれているわけではない。空白の部分で示した通り、データ制約等の理由により推計値に含まれないものがある。保険給付外の高度医療、高度先進医療における患者負担分、室料差額、歯科自由診療・歯科材料差額、美容整形費、医師の指示以外によるあん摩・マッサージなど（健康保険適用外部分）、政府の保健医療実務費等は含まれていない。

SHA の意義は、国および地域により保健医療費の概念を揃えるのみならず、推計基準における細かさ、分類方法を統一し、保健医療支出とその財源の対応関係を示した標準的な表（SHA tables）を提供することにある。統一的な標準表形式を用いることで、国際比較が可能となるよう、医療活動の全分野を対象とした包括的な勘定枠組みを提供している、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。

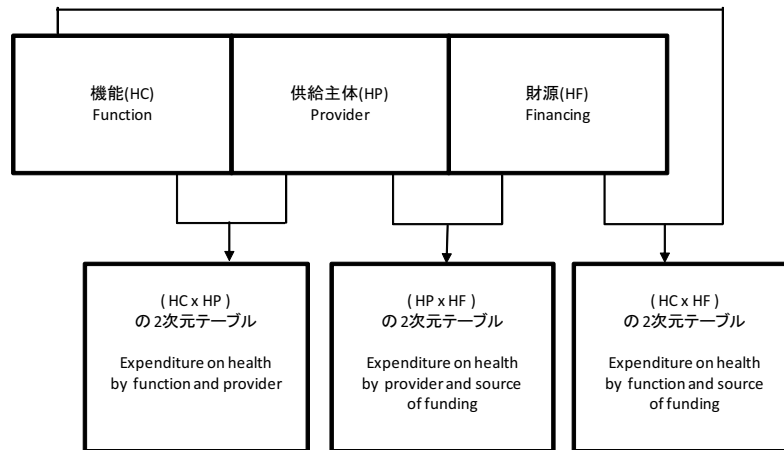
1) は 機能 (Classification of Function: HC)、2) は 供給主体 (Providers: HP)、3) は 財源 (Financing agents/schemes: HF) の分類と言われている。特徴的なのは 3 つの分類 (HC, HP, HF) の相互関係が保たれていることである。つまり、機能 (HC) のそれぞれのサービスが供給主体 (HP) の分類のどこに帰属するのかという関係が表形式で、HC x HP の 2 次元テーブルとして表現される (図 2)。同様に、HC x HF と HP x HF の 2 次元テーブルが存在する。加盟国の大半がこれら 3 つの 2 次元テーブルを OECD 事務局へ提出している。



出典:財)医療経済研究機構、2008OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計

図1 総保険医療支出、国民医療費、医療保健給付の範囲

図 2. 機能(HC)、供給主体(HP)、財源(HF)と提出する2次元テーブルの関係



SHA2011

新しいSHA（以下、SHA2011³⁾とする。改訂作業中はSHA2.0（暫定版）という名称であった。）の基本分類の機能（HC）については、“HC. 3 Long Term Care (Health)（長期ケア）” および“HC. 6 Preventive care（予防）”に関してSHA1.0との関係が複雑になり、分類数も増加した。つまり、SHA2011では、「長期ケア」と「予防」の定義が更新されたといえる。機能分類（HC）に関するSHA2011（左列）とSHA1.0（右列）の対応および邦訳を示した。

供給主体分類（HP）は、SHA1.0における細分類が格上げされHP.4（補助的サービス提供者）という分類が追加されたものの、大きな変更はなかった。

財源分類（HF）は、社会保障部分に該当する政府および強制加入保険のHF.1、民間保険部分のHF.2、自己負担分（家計）のHF.3、新設の国外財源スキームのHF.4の4分類となり、SHA 1.0より明確になったと考えられる。特に、HF.4は外国の事業者による助成金やその他の無償提供によるものと定義されており、開発途上国の財源の一定割合を占める項目である。今回の改訂はOECDとEUROSTATに加えてWHOとの共同作業であり、OECD加盟国以外についても推計および国際比較を可能にする目的を実現するものである。

今回の改訂によって、「長期ケア」については、以下の1)～4)の類型と境界領域が示された（図3）。

- 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）

表 1. 機能分類(HC)の SHA2011 と SHA1.0 の対応

SHA.2011	SHA.1.0
HC.1 Curative care (診療)	HC.1
HC.1.1 In-patient curative care (入院診療)	HC1.1
HC.1.1.1 General in-patient curative care (一般的な入院診療)	
HC.1.1.2 Specialised in-patient curative care (専門的な入院診療)	
HC.1.2 Day curative care (通所診療)	HC1.2
HC.1.2.1 General day curative care (一般的な通所診療)	
HC.1.2.2 Specialised day curative care (専門的な通所診療)	
HC.1.3 Out-patient curative care (外来診療)	HC1.3
HC.1.3.1 General out-patient curative care (一般医の外来診療)	HC.1.3.1
HC.1.3.2 Dental out-patient curative care (歯科外来診療)	HC.1.3.2
HC.1.3.3 Specialised out-patient curative care (その他の専門医の外来診療)	HC.1.3.3
HC.1.4 Home based curative care (在宅診療)	HC1.4
HC.2 Rehabilitative care (リハビリテーション)	HC.2
HC.2.1 In-patient rehabilitative care (入院リハビリテーション)	HC.2.1
HC.2.2 Day rehabilitative care (通所リハビリテーション)	HC.2.2
HC.2.3 Out-patient rehabilitative care (外来リハビリテーション)	HC.2.3
HC.2.4 Home based rehabilitative care (在宅リハビリテーション)	HC.2.4
HC.3 Long Term Care (Health) (長期ケア)	HC.3
HC.3.1 In-patient long term care (health) (長期ケア・入院/入所)	HC.3.1
HC.3.2 Day long term care (health) (長期ケア・通所)	HC.3.2
HC.3.3 Out-patient long term care (health) (長期ケア・外来)	part of HC.3
HC.3.4 Home based long term care (health) (長期ケア・在宅)	HC.3.3
HC.4 Ancillary services (医療の補助的サービス)	HC.4
HC.4.1 Laboratory services (臨床検査サービス)	HC.4.1
HC.4.2 Imaging services (画像検査サービス)	HC.4.2
HC.4.3 Patient transportation (患者の搬送)	HC.4.3
HC.5 Medical goods (not specified by function) (医薬品・医療器具および医療財)	HC.5
HC.5.1 Pharmaceuticals and other medical non-durable goods (医薬品とその他の非耐久性医療財)	HC.5.1
HC.5.1.1 Prescribed medicines (処方薬)	HC.5.1.1
HC.5.1.2 Over the counter medicines (一般薬)	HC.5.1.2
HC.5.1.3 Other medical non-durable goods (その他の非耐久性医療財)	HC.5.1.3
HC.5.2 Therapeutic appliances and other medical durable goods (医療器具とその他の耐久性医療財)	HC.5.2
HC.5.2.1 Glasses and other vision products (眼鏡と視力矯正器具)	HC.5.2.1
HC.5.2.2 Hearing aids (補聴器)	HC.5.2.2
HC.5.2.3 Other orthopaedic appliances, orthosis and prosthetics (excluding glasses and hearing aids) (矯正器具とその他の人工装具)	HC.5.2.2
HC.5.2.9 All other medical durables, including medical technical devices non specified by function (その他の様々な耐久性医療財)	HC.5.2.4-HC.5.2.9
HC.6 Preventive care (予防)	HC.6, part of HC.R.4, HC.R.5
HC.6.1 Information, education and counseling programmes (情報提供、教育およびカウンセリングプログラム)	HC.6.9, part of HC.R.4, HC.R.5
HC.6.2 Immunization programmes (予防接種プログラム)	Part of HC.6.3
HC.6.3 Early disease detection programmes (疾患早期発見プログラム)	Part of HC.6.3, HC.6.4
HC.6.4 Healthy condition monitoring programmes (一般健康診断プログラム)	Part of HC.6.1, HC.6.2, HC.6.5
HC.6.5 Surveillance of communicable and non-communicable diseases, injuries and exposure to environmental health risks programmes (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, part of HC.4, HC.5
HC.6.6 Preparing for disaster and emergency response programmes (災害対策および救急対応プログラム)	Part of HC.6
HC.7 Governance, and Health system and financing administration (保健行政、保健システムおよび財政管理)	HC.7
HC.7.1 Governance, and health system administration (保健行政、保健システム管理)	HC.7.1
HC.7.2 Administration of health financing (保健医療の財政管理)	HC.7.2
HC.9 Other health care services not elsewhere classified (他の分類されないもの)	

図 3. OECD による長期ケアの類型化と境界領域

Boundary	Primary long-term	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
	Limited ↓ Expanded	HC.3 ↓ HC.3 + HC.R.1			

OECDの推奨する境界線→
※ただし、2)と3)が切り分け不能な場合に限り、3)も含めて良いとしている

表 2. 日本の介護保険サービスの一覧と OECD による長期ケア分類の対応

No.	サービス名称	サービスの内容	《参考》 2008年度費用額 (百万円)	LTC類型化			
				1)Medical or Nursing care	2)Personal care services	3)Assistance Services	4)Other social care services
居宅サービス			2,945,356				
1	訪問介護 ※1	身体介護、生活援助等	578,530				
2	訪問入浴介護	入浴介護	54,183				
3	訪問看護	看護	122,573				
4	訪問リハビリテーション	リハビリ	15,114				
5	通所介護	身体介護	826,120				
6	通所リハビリテーション	リハビリ	333,074				
7	福祉用具貸与	その他	167,379				
8	短期入所生活介護	生活介護	276,300				
9	短期入所療養介護(老健)	施設介護	48,653				
10	短期入所療養介護(病院等)	施設介護	5,415				
11	居宅療養管理指導	その他	31,450				
12	特定施設入居者生活介護	生活介護	231,687				
13	居宅介護支援	その他	254,878				
地域密着型サービス			569,554				
14	夜間対応型訪問介護 ※1	訪問介護	868				
15	認知症対応型通所介護	通所介護	63,861				
16	小規模多機能型居宅介護	通所介護中心	55,667				
17	認知症対応型共同生活介護(短期以外)	生活介護	430,291				
18	認知症対応型共同生活介護(短期)	生活介護	171				
19	地域密着型特定施設入居者生活介護	生活介護	3,926				
20	地域密着型介護老人福祉施設サービス	施設介護	14,770				
施設サービス			2,843,749				
21	介護福祉施設サービス	施設介護(医療有資格者の配置なし)	1,325,043				
22	介護保健施設サービス	施設介護(医療有資格者の配置あり)	1,043,022				
23	介護療養施設サービス	施設介護(医療有資格者の配置あり)	475,684				
介護予防居宅サービス(介護保険サービスに準じて分類)			373,753				
24	介護予防訪問介護	身体介護、生活援助等	92,577				
25	介護予防訪問入浴介護	入浴介護	181				
26	介護予防訪問看護	看護	7,556				
27	介護予防訪問リハビリテーション	リハビリ	1,821				
28	介護予防通所介護	身体介護	134,625				
29	介護予防通所リハビリテーション	リハビリ	57,043				
30	介護予防福祉用具貸与	その他	9,358				
31	介護予防短期入所生活介護	生活介護	3,532				
32	介護予防短期入所療養介護(老健)	施設介護	697				
33	介護予防短期入所療養介護(病院等)	施設介護	46				
34	介護予防居宅療養管理指導	その他	2,299				
35	介護予防特定施設入居者生活介護	生活介護	26,097				
36	介護予防支援	その他	37,921				
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)			5,121				
37	介護予防認知症対応型通所介護	通所介護	412				
38	介護予防小規模多機能型居宅介護	通所介護中心	2,039				
39	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期以外)	生活介護	2,669				
40	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期)	生活介護	1				

日本は、「長期ケア」に関して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）を総保健医療支出に計上してきた。つまり、OECDによる「長期ケア」の類型では1)のみを含めていた。しかし、SHA2011から1)と2)が含まれることになった。また、サービスによっては2)および3)のいずれかの分類に区分することが困難なものがある。その場合は、3)も推計値に組み込むべきであるとの指針がOECDから示されている。

表2に、日本の介護保険サービスの一覧とSHA2011の長期ケア類型との関連を示した。日本は、40種類の介護サービスの中で14サービスのみをSHA1.0に含めている。しかし、SHA2011ではLTC類型の2)および3)の計38サービスを含めることになるであろう。その総額は2008年度では、1.8兆円から6.4兆円に増大する。

「予防」は、災害対策および救急対応プログラム等の項目が追加された。SHA2011に準じて、2008年度分を試算したところ、1兆1,620億8,376万円となった。SHA1.0では1兆78億9,200万円であったので、約1.15倍となった。

最後に、SHA2011準拠の推計試算を行い、SHA1.0準拠の推計値と比較する。2008年度のSHA1.0準拠の総保健医療支出は42兆9350億円である。したがって、SHA2011による改訂された「長期ケア」および「予防」の増加分を加えると46兆9890億円となる。総保健医療支出の対GDP比では、8.5%から9.3%に増加する。

	SHA 1.0	SHA 2011
	2008	2008
GDP(bn)	504,378	
総保健医療支出 (10億円)	42,935	46,989
対GDP比	8.46%	9.31%

図4. SHA1.0とSHA2011における総保健医療支出と対GDP比

参考資料

- 1) A System of Health Accounts v.1.0、<http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf>
- 2) Guide to Producing National Health Accounts、http://www.who.int/nha/docs/English_PG.pdf
- 3) A System of Health Accounts 2011、
http://www.oecd.org/document/26/0,3746,en_2649_37407_49019802_1_1_1_37407,00.html