

OECDヘルスデータ担当者会合(2012)の報告

ナカヤマ カオリ
中山 佳保里*

I はじめに

OECD（経済協力開発機構）では、34の加盟国から保健医療および保健医療制度に関するデータを収集し、ウェブ上のデータベース「OECDヘルスデータ」として、毎年公表している。データベースの改善のため、加盟国（保健担当省、統計担当機関等）および関係機関（WHO、Eurostat等）が出席するOECDヘルスデータ担当者会合（以下、会合）が、年1回開催されており、データ範囲の拡大や比較可能性の向上について議論している。本稿では、

表1 2012年OECDヘルスデータ担当者会合の議題
ヘルスアカウント専門家会合との合同セッション

10月11日（木）
議題1：OECDにおける保健医療に関する最近・今後の取り組み概要
✦ 2：疾病別医療支出について
✦ 3：OECD各国間における病院費用の違いについて：価格および量の測定の役割
✦ 4：医薬品消費について
✦ 5：医療の質の指標について

ヘルスデータ担当者会合単独セッション

10月12日（金）
議題1：議長および議長団の選任ならびに議題採択
✦ 2：OECDヘルスデータ2012の結果概要
✦ 3：2013年における非金銭的保健医療統計に関する合同質問票の拡張について
✦ 4：介護データについて
✦ 5：医学・看護教育プログラムの入学者数ついて：パイロットデータ収集
✦ 6：待機期間の測定について
✦ 7：乳児死亡について
✦ 8：健康状態における格差の測定について
✦ 9：総括・閉会

2012年10月11、12日に開催された会合（於パリ、参加者数約90名）の議論について報告する。

II 2012年OECDヘルスデータ担当者会合

OECDの会合では、一般的に議題ごとに事務局担当者からプレゼンがあり、提示された議論のポイントについて参加国が発言する形式をとる。議長団は形式的に立候補と選挙により選ばれ、今回は、Francis Notzon氏（米国）、Mika Gissler氏（フィンランド）が共同議長、またスイス、豪州の担当者が議長団のメンバーとなった。会合では、何かの議決を行うということではなく、出席者の発言を踏まえて、事務局がその場で今後の対応等について回答するか、テーク・ノートして今後の研究活動に反映されることになる。

ここ数年来の慣例であるが、今回も前半は、ヘルスアカウント専門家会合との合同セッションの場が設けられ、後半がヘルスデータ担当者による単国会合となった。議題は、表1のとおり、多岐にわたるが、その中から、疾病別医療支出、乳児死亡、健康格差の議論についてご紹介する。なお、会合で使用されたプレゼン資料は、OECDウェブサイトから参照可能であるので適宜ご参照いただきたい^{注1)}。

(1) 疾病別医療支出 (Expenditure by diseases)

医療支出を押し上げている要因は何なのか。この疑問への理解を深めるために、OECDでは、

* 厚生労働省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

SHAの枠組みにおける疾病分類別の医療支出を国際比較可能な方法で推計できないかと考えている。ベースとなっているのは、2007年～2008年に実施されたプロジェクトで、2008年に作成された報告書は、ウェブサイトからダウンロード可能である^{注2)}。その後数カ国のパイロット調査等を踏まえ、2012年には、現在のプロジェクトの中間報告^{注3)}が公表され、現在は、病院の入院支出に焦点を当て、また、疾病別では、精神疾患およびがんに着目して研究を続ける予定となっており、2013年末には、最終報告書を公表予定とのことである。

推計の方法については、各報告書を見ていただく方が正確であるため、ここでは詳しくは触れないこととする。ただ、様々な試行錯誤を経てきたようで、例えば、当初はシンプルな発想として、疾病別の1日当たりの平均支出を在院日数にかけるということも検討されたようだが、資源強度を考慮しないために、慢性疾患では過大評価になりがちであるし、がん治療では過小評価になるかもしれないということで、現在は診療報酬の支払いに用いられるDRG（診断群分類）の情報を元に推計を行っているとのことである。一つの結果として、表2に今回の会合で示された表を引用させていただいた。ここでも未分類の割合が大きい国があるなどの課題が

あるものの、OECD事務局としては、疾病・性・年齢別のデータを元に医療支出の将来推計も想定しており、OECDにおける研究の基礎データとして期待されているようである。

参考までに、単純に比較するのは問題が大きいと思われるが、わが国の平成22年度国民医療費では、主傷病による傷病分類別に多い順に、「循環器系の疾患」「新生物」「呼吸器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「精神及び行動の障害」の順となっている。

(2) 乳児死亡 (Infant mortality)

この議題では、EURO-PERISTAT^{注4)}(周産期統計に関するEUのプロジェクト)について、フランスの国立保健医学研究所から報告があった。欧州では、年間23,000の死産と22,000の乳児死亡が報告されているが、周産期保健の監視システム強化のために、この統計データを詳細に分析したとのこと。出生や死産には、WHOの定義があり、出生は、何らかの生命の徴候 (sign of life) があることとされ^{注5)}、また、出生体重が少なくとも500グラムあれば、生死にかかわらず報告すること、体重が分からなければ、妊娠期間あるいは身長で判断することとされている^{注6)}。そこで、実際の各国のデータを詳細に見ると、死産の登録基準として500グラムを使用しているオーストリアやドイツ、12週以上とするノルウェー、22週とするチェコ、デンマーク、28週とするスウェーデンなど各国ばらばらで、さらには一定以下の出生体重や妊娠週数を一律にデータから除くと、国のランキングに大きな違いが出てくるという報告がなされた。そのため、報告者は、何らかの生命の徴候といったあいまいな基準ではなく、何か線引きが必要で、それを何にするのが適切かという問題意識を持っているようであったが、会合では、OECDヘルスデー

表2 疾病別医療支出の割合 (ICDの章レベル)

	カナダ	チェコ	フランス	ドイツ	ハンガリー	韓国	オランダ	スロベニア	アメリカ
総計	100	100	100	100	100	100	100	100	100
新生物	2.8	7.7	5.1	7.1	7.1	9.1	5.2	7.0	5.8
内分泌、栄養及び代謝疾患	2.4	2.5	2.8	5.4	5.2	4.1	2.5	2.3	3.5
精神及び行動の障害	7.2	3.5	7.1	11.3	4.4	5.8	16.0	7.8	7.7
神経系の疾患	1.6	2.6	2.5	4.9	2.4	3.0	2.2	4.4	3.6
眼及び付属器の疾患	1.2	1.4	3.9	2.7	1.8	3.9	3.7	4.6	1.3
耳及び乳様突起の疾患	0.6	0.4	0.6	1.0	0.8	1.0	1.4	0.8	0.0
循環器系の疾患	7.4	10.2	8.5	14.5	15.9	14.4	10.1	14.1	13.7
呼吸器系の疾患	4.6	3.8	5.2	5.2	5.0	12.2	4.5	6.5	5.3
消化器系の疾患	3.7	5.9	8.7	13.7	5.4	13.6	9.3	13.0	10.6
筋骨格系及び結合組織の疾患	3.5	4.7	6.1	11.2	6.3	9.0	7.6	6.3	6.6
腎尿路生殖器系の疾患	2.6	5.2	3.8	3.5	3.9	5.4	3.5	8.0	4.1
その他	16.1	17.2	13.4	19.4	11.1	18.5	22.3	23.2	12.6
未分類	46.2	34.9	32.4	0.0	30.8	0.0	11.7	2.0	25.1

原典 Public Health Agency of Canada (2010) unpublished data; Roehring et al 2009; Unpublished OECD data Data is for the following years: Canada (2000); Czech republic (2009); France (2002); Germany 2008; Hungary 2006; Korea (2009); Netherlands (2005); Slovenia (2006); United States (2005)
 出典 OECDヘルスデーデータ会合プレゼン資料 (Alan Diener, Estimating Expenditures by Disease in SHA Framework, 9頁) より邦訳・作成

タでも、別途、一定の制限を設けた表を作成することも検討できるとされるに止まった（なお、後日の2013年のデータ収集では、従来どおり体重や週数の基準は設けられていなかった）。また、現実に定義を改正しようという動きがあるわけではなく、研究段階ということかと思うが、興味深い報告であったと思う。

(3) 健康状態における格差の測定 (Measures of inequalities in health status)

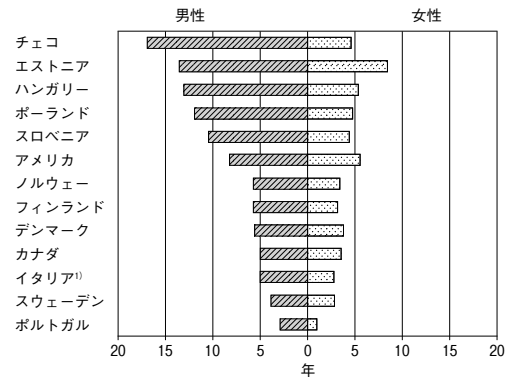
OECDヘルスデータでは、健康格差に関する指標として、現在所得別の健康自己認識のデータを収集しており、わが国も国民生活基礎調査からデータ提供を行っている。今回の会合では、データ範囲をさらに拡大するため、①平均余命、②健康自己評価、③慢性疾患自己評価、④障害自己評価について、教育あるいは所得別のデータ収集の試みについて事務局から進捗報告があった。多くのデータが、Eurostatから引用されたもので、欧州における関心の高さが伺える。議論の結果、データの入手可能性等を踏まえ、今後、教育水準別の平均余命と健康自己認識のデータ収集を開始することが決定された。

図1に会合資料から参考までに一例だけ引用させていただいたが、その他の指標においても社会経済状態（ここでは所得あるいは教育）の格差が存在し、国によってその大きさにばらつきがあることが示されている^{注7)}。ヘルスデータで取り上げられれば、今後、社会や制度を測る指標の1つとして、また、人の健康を測る指標としても、定着していくのではないかと思われる。

Ⅲ おわりに

今回、会合の議題から、特に国際的な動向が感じられるいくつかの議題を取り上げた。ただ、お気づきのように国際的とはいえ、実は欧州のといっても差し支えない状況で、やはりOECD加盟国における数の論理と、欧州のデータベースの存在は大きい。そして実は日本のデータがない指標も多い。政策的な関心の違いもあるた

図1 教育水準(最高水準と最低水準)別30歳時平均余命格差 (2010年)



原典 Eurostat Statistics Database, 各国データ
 出典 OECDヘルスデータ会合プレゼン資料 (Michael de Looper, OECD, Measures of inequalities in health status, 3頁) より引用, 邦訳
 注 1) イタリアは2009年である。

め、必ずしもこうしたデータを整備しなければならないということはないが、まずは、比較可能なデータを持っていなければ国際的な議論に加わりにくいという側面は否めない。国内の統計整備にあたっては国際比較可能なデータが少しずつでも増えていくことを期待したい。

- 注1) (<http://www.oecd.org/health/health-systems/healthmeetings-presentations.htm>)
- 2) OECD, SHAの枠組みにおける疾病、年齢、性別医療支出の推計最終報告、2008年12月：http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/EstimatingExpenditurebyDiseaseAgeandGender_FinalReport.pdf
- 3) OECD疾病、年齢、性別医療支出に関する拡張作業中間報告、2012年4月 (http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/Extensionofworkonexpenditurebydiseaseageandgender_InTerimReportApr2012.pdf)
- 4) EURO-PERISTATウェブサイト (<http://www.europeristat.com/>)
- 5) 「出生とは、妊娠期間にかかわらず、受胎生成物が母体から完全に排出または娩出された場合で、それが母体からの分離後、臍帯の切断または胎盤の付着いかんにかかわらず、呼吸している場合または心臓の拍動、臍帯の拍動もしくは随意筋の明白な運動のような生命の証拠のいずれかを表す場合である」疾病、障害および死因統計分類提要、ICD-10 (2003年版) 準拠、第1巻・総論、156頁、厚生労働統計協会)
- 6) 「出生体重が少なくとも500グラムある全ての胎児および新生児は、生死にかかわらず、統計の中に含めるべきである。出産体重が不明の場合は、妊娠期間(妊娠満22週)または身長(頭-踵25センチメートル)を、これに対応する基準として使用するべきである。」(同上、158頁)
- 7) Michael de Looper, 健康状態における格差の測定 (2012年OECDヘルスデータ担当者会合プレゼン資料) (http://www.oecd.org/els/health-systems/Item%208_Measures%20of%20Inequalities%20in%20Health%20Status_MdL.pdf)