

第14回OECDヘルスアカウント専門家会合の報告

ミツタケ ナオヒロ
満武 巨裕*

本誌において、第10回OECDヘルスアカウント専門家会合から報告をしてきた。今回は、2012年10月10～11日に開催された第14回OECDヘルスアカウント専門家会議について報告する。ここ数年の議論の中心であったSHAの改定作業も2011年6月に終了したため、今回の会合は、SHA2011に準拠した推計を行うに当たっての諸外国間での情報共有、データ提出のスケジュール調整等が中心であった。

I はじめに

SHA (System of Health Account) は、OECD (経済協力開発機構) 加盟国の国民保険計算 (National Health Accounts) を推計する際のガイドラインである¹⁾。国民保健計算には、傷病の治療に要する医療費に加えて、長期ケア (介護保険)、健康増進・疾病予防、一般薬 (OTC)、保険制度の運営、設備投資等も含めた保健医療に関する支出が含まれる。

日本の国民医療費 (厚生労働省統計情報部) は、推計範囲が公的な医療保険対象の費用 (支出) を推計したものである²⁾。しかし、諸外国と比較する際には、国によって公的医療保険の対象範囲も異なるために、現在では事実上のグローバルスタンダードになっているSHA準拠の推計値が用いられることが多い。OECD加盟国は2001年から、このSHAに沿った推計結果を総保健医療支出としてOECD事務局に提出している。提出データはOECD事務局が検収・編

表1 第14回ヘルスアカウント専門家会合の議題

議題1	開会の挨拶
議題2	議長と事務局の選出
議題3	第14回ヘルスアカウント会合の議題採択
議題4	第13回ヘルスアカウント会合の議事録 (要旨) の承認
議題5	2012年SHAデータの評価および2013年SHAデータ収集計画
議題6	SHA2011推計の実施と試行調査結果
議題7	SHA2011の財源分類の検討
議題8	SHA2011準拠の長期ケア費用の推計
議題9	SHA2011準拠の予防費用の推計
議題10	SHA2011準拠の資本費用の推計
議題11	一般薬 (OTC) 費用の推計
議題12	今後の財源分類に関するデータ収集計画
議題13	加盟国によるプレゼンテーション (ギリシャとイギリス)
議題14	閉会

集して、OECD.Statとしてインターネット上で公開されている³⁾。

2006年、OECDヘルスアカウント専門家会議において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より正確にモニタリングするための改良が求められていた等の理由から、SHA (以下、改定以前をSHA1.0) の改定作業が始まった。この改訂作業は、通常はOECD加盟国間でも同意を得ることが難しいことが多いのが実情であるが、より広範囲の国での適用も視野に入れてWHO (世界保健機関) とも共同したため (WHOは開発途上国への適用を目的としており、先進国が主たるメンバーのOECDとは興味・関心が異なる場合がある)、合意形成に至るまでに多くの労力と時間を要した。だが、当初の予定より半年の遅れが生じたものの、2011年6月にSHA1.0の改訂作業は終了し、改訂版SHAはSHA2011という名

* (財) 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構研究部副部長

称で公開された⁴⁾。

今回の会合は、既に改定作業が2011年に終了していることもあり、SHA2011に準拠した推計を行うに当たっての諸外国間での情報共有、データ提出のスケジュール調整等が議論の中心であった。

Ⅱ 第14回ヘルスアカウント専門家会合の議題

会合では、毎年、OECD事務局の各担当者から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(表1)。

議題1から4では、OECD事務局・部門長の挨拶に続き、議長が選出され(今回はオランダのSHA担当者)、議事進行は例年どおり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第14回会合の議題、昨年度会議の議事要旨に関する説明があり、全加盟国が承認した。

議題5では、OECD事務局からSHA1.0データの提出状況の報告がなされた。2012年度は、27のOECD加盟国から提出があったことが報告された。また、5つのEU加盟国(非OECD加盟国)と2つのOECD加盟予定国からの提出もあったために、合計34カ国のデータが揃ったことになる。6月にOECD.Statから最新データが公開される予定である。

本議題中には、全OECD加盟国に対してSHAデータ推計における課題等の報告が求められる。日本としては、2012年度に提出したSHA1.0データは2009年度であり、2013年3月に2010年度を提出する予定であり、推計方法に大きな変更はないと述べた。また、SHA2011準拠の推計に関しては、日本の試行調査結果を第13回会合で報告したとおり、対応可能である旨を報告した。

議題6では、SHA2011推計の実施と試行調査結果についてOECD事務局から報告があった。昨年度の試行調査参加国に関しては、SHA2011の推計が可能であることが確認された旨の報告があった。SHA2011への切り替え時期に

については、2014年度までが準備期間とされ、2015年度末からSHA2011準拠の推計値を提出するスケジュール案が示され、承認された。

議題7は、財源分類のガイドラインについてOECD事務局から解説である。

議題8は、2000年に公表されたSHA1.0では、定義が定まっていなかった長期ケアに関する推計である。SHA2011の改定作業においては、特に長期ケアについての定義について数年の議論を行って、関係部局との調整も行い、合意に至った経緯がある。長期ケアの推計の試行調査には日本も関わっており、対GDP比で日本は0.8%、オランダは1.1%、スウェーデンは1.4%、スロベニアは0.6%上昇することが報告された。

議題9は、予防に関する費用推計であり、イギリスのSHA担当者が推計方法に関する説明を行った。

議題10は、「保健医療機関の資本形成」に関してOECD事務局から説明があった。資本形成の費用は、推計方法が国によって異なり、提出していない国もあることからOECD事務局で検討を重ねていた。資本形成費用は、SHA2011から総保険医療支出に含めないことは既に決定しているが、引き続き各国の推計値は収集し続けることが承認された。

議題11は、一般薬(OTC)に関して各国のデータソースや推計方法、推計値に関する報告があった。一般薬の費用は、公的医療保険適用外費用の大きな割合を占めるために、引き続き調査を続けることが承認された。

議題12は、財源分類のデータの収集についてOECD事務局から説明があった。

議題13は、データソース等の問題からSHAデータを提出が遅れていたギリシャやSHA推計をしてこなかったイギリスの取り組みに関する説明がなされた。

Ⅲ まとめ

今回の会合のポイントは、大きく3つであった。1つ目はSHA2011準拠の推計値の提出スケジュール、2つ目はSHA1.0とSHA2011準拠

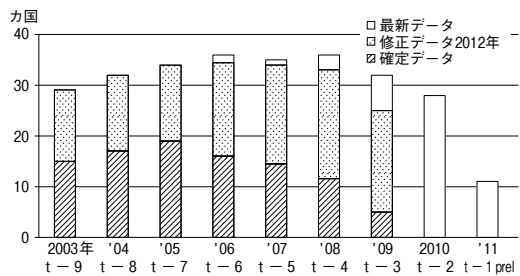
の推計値の影響、3つ目が今後のSHA推計に求められる動向である。

1つ目のスケジュールについては、2016年度からSHA2011準拠に切り替わるスケジュール案が示され、全加盟国の承認を得たことは既に述べた。OECD.statから公開される推計値は、2016年6月からSHA2011準拠に統一される。それまでは、OECD加盟国は従来どおりSHA1.0準拠の推計結果は必ず提出しなければならないが、SHA2011準拠の推計結果に関してもデータ提出が可能となった。2016年6月までのOECD.statからのデータ公表は、今後の検討課題であるが、両方のデータを並行して公表する可能性もある。

著者には、SHA2011の試行調査に参加していない国が存在する中、スケジュールに関して何の意見も表明されなかったことが意外であった。OECD事務局の部門長に会議終了後に尋ねたところ、スケジュールは事前にOECD事務局とEurostat（欧州委員会統計局）と調整済みであったことが分かった。つまりEU加盟国は専門家会議会合前に了承済みであった。日本は、OECD試行調査の参加によってOECD事務局側と専門家会合以外にも情報交換をしていたために、スケジュールに関しても情報を得ていたが、ここでも専門家会合の参加以上の情報共有の必要性を認識した。

2つ目の影響に関しては、日本はこれまで諸外国と比べて比較的少ない総医療費で、質の高い医療を提供しているといわれてきた。例えば、SHA1.0での総医療保健支出は42.9兆円（2008年度）、対GDP比8.5%であり、OECD加盟国34のうち24位（2008年）になるため、「日本は比較的少ない」との根拠になっている。しかし、SHA2011に伴って推計値に変化が生じるので、この順位が将来、変わる可能性がある。前回にも報告したが、日本の長期ケアの推計額は1.8兆円から6.4兆円（2008年度）、総保健医療支出の対GDP比では8.5%から9.3%に増加する⁵⁾。しかし、その順位は現時点では未定である。その理由は、日本以外の国（例えば、オランダ、スウェーデン、スロベニア）も総保健医療支出

図1 OECD事務局から示された各国のデータ提出状況



が増加する一方で、介護保険制度を最近導入した国（例えば韓国は2008年に導入）では変動はないために、加盟国の状況次第なのである。

3つ目の今後の動向については、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に改善するために、推計年の速報化を求めていることが挙げられる（図1）。日本は推計に必要な統計資料の影響から、現時点（2012年度）の最新データが2009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カ国）が2010年の推計値が最新値であり（OECDの定義では、t-2同）、日本は1年遅れているのである。OECD事務局は、さらに推計値の収集を強化したい意向であることが示され、t-1年のデータ提出も求めてきている（ただし方向性のみで、具体的な提案はない）。これまで日本は「国民医療費」の公表時期の制約のためt-3年のデータを提出してきた。仮に諸外国がOECD事務局の提案を受け入れてデータの速報性を了承した場合、日本としてどのような対応が可能か、検討していかなければならない。

謝辞

本研究の一部は、平成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）「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（研究代表者、満武巨裕）」によって行われた。

文 献

- 1) OECDのホームページにおけるRevision of the System of Health Accounts (<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/asystemofhealthaccounts.htm>) 2013.2.1.
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 一般財団法人厚生労働統計協会：平成21年度 国民医療費.
- 3) OECDのホームページにおけるOECD. StatExtracts (<http://www.oecd-ilibrary.org/statistics>) 2013.2.1.
- 4) A System of Health Accounts 2011 (<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/asystemofhealthaccounts2011.htm>) 2013.2.1.
- 5) 満武巨裕. 第13回OECDヘルスアカウント専門家会合の報告－A System of Health Accounts 2011 EDITION－. 厚生指標2012：59(4)：33-7.