

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—

ミツタケ ナオヒロ
満武 巨裕*

OECD（経済協力開発機構）、EUROSTAT（欧州委員会統計局）そしてWHO（World Health Organization）が共同で4年間にわたって行ってきたSHA（A System of Health Accounts）の改訂作業が2011年6月に終了し、10月にSHA2011としてOECDから公表された¹⁾。

本誌において、著者はOECDヘルスアカウント専門家会合およびSHAの改訂作業について報告してきた²⁾⁻⁴⁾。今回は、2011年に開催された第13回OECDヘルスアカウント専門家会議について報告する。また、SHA2011は、公表直前にOECD事務局側の独自修正によって、以前本誌で紹介した内容と異なる部分が存在する。そこで、この修正部分についても併せて報告する。

I はじめに

2000年に発表されたヘルスアカウントの推計手法であるSHA1.0を改訂する作業は、当初の計画から約1年遅れて完成した。公表の直前にOECD事務局側が内容の一部に変更を加えた部分もあったが、2011年10月に正式名称SHA2011として公表された（改訂作業中は、SHA2.0と呼ばれていた）。

ヘルスケア支出の国際比較が可能となるSHAマニュアルが改訂されたことの意義およびその影響力は大きい。SHAは、国際比較する際のグローバルスタンダード（国際標準）になっており、今後はOECD加盟国のみならず発展途上国も含めた多くの国で、SHA2011に準

表1 第13回ヘルスアカウント専門家会合の議題

議題1	： 開会および検討議題の説明
議題2	： 2010年のヘルスアカウント会合の議事要旨の承認
議題3	： 2011年SHAデータの評価および2012年SHAデータ収集計画
議題4	： OECD.StatにおけるSHAデータの公表
議題5	： SHA2011の公表
議題6	： SHA2011への対応に関するパイロット調査
議題7	： SHA2011の財源分類のガイドライン
議題8	： 医療費推計のモデル
議題9	： SHAとSNAの連携

拠した推計方法が開発されていくことになるからである。また、日本は、これまで諸外国と比べて比較的少ない医療費で、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20位となるため、「日本は比較的少ない」、との根拠になっている。しかし、SHA2011に伴って推計値にも変化が生じると、この順位が変わる可能性もある。

II 第13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事務局の検討を経て、今後の方針が決められていく。

第13回会合は、SHA2011が3カ月前に完成していたこともあり、議題が例年よりも少なく（第12回会合の議題数15に対して、議題数9）、開催期間も1日のみであった（第12回会合は2日間）（表1）。

*（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

議題1および2では、OECD事務局から第13回会合の全議題、昨年度会議の議事要旨に関する説明があった。全加盟国が承認した。

議題3では、OECD事務局からSHAデータの提出状況の報告がなされた。2011年度は、28のOECD加盟国および5つの非加盟国から提出があったことが報告された。本議題では、全OECD加盟国にSHAデータ提出における問題点等を発言することが求められる。日本からは、2011年度に提出したSHAデータは2008年度であり、次年度は2009年度のデータを提出する予定であると述べた。また、2008年度の医療制度改革の影響から、予防の推計値に変化があったことを報告した。結果として、諸外国からは、大きな問題は指摘されなかった。よって、次のデータの提出期限は、例年どおり2012年3月末となった。

議題4は、OECD.Stat⁵⁾の機能説明である。これまでCD-ROM（有償）で提供していたSHAデータを含むOECD Health Dataは2010年版をもって終了し、2011年からOECD.Statとしてホームページからの無償提供が始まった。現在英語版だけだが、フランス語やその他の言語にも対応する予定である。ただし、日本語版は未定である。

議題5は、SHA2011の公表に関する事務局からの説明である。予定どおり2011年10月に公表されたことは既に述べた。

議題6は、4カ国（オーストラリア、日本、韓国、カナダ）が、SHA1.0からSHA2011の対応について試行調査した報告である。4カ国すべてがSHA2011への対応は可能と報告した。特に、SHAの基本的な枠組みである、1) 機能(HC)、2) 供給主体(HP)、3) 財源(HF)の分類に対応は可能であるが、分類の桁(Digit)は国により異なることも報告された。分類の桁とは、例えば1桁とはHC.1、2桁はHC.1.1、3桁はHC.1.1.1としている。提出データの桁数は、OECD加盟国が独自に決めてよいことになっている。また、SHA2011の大きな更新点は、Long Term Care（長期医療系サービス）の定義であるため、既に介護保険が

導入されている日本には影響が大きい、近年（2008年）に導入された韓国では影響をほとんど受けない等の報告がなされた。

議題7は、財源分類のガイドラインについてOECD事務局からの解説である。

議題8は、提出された各国のSHA推計値を利用して、将来値を推計しようとするプロジェクトについての解説である。現時点では推計に約10のモデルが存在するとの調査結果の報告があった。

議題9は、SHAとSNA（Systems of National Accounts）の連携についてである。SHAは、最終消費の推計であるためにInputとOutput（最終消費）の両方を対象としているSNAとの連携は困難であるが、今後も連携を考えていくべきとの方向性がOECD事務局より示された。

Ⅲ 日本のSHA2011への対応(パイロット調査)

本節では、議題6において日本が報告した内容の概要を報告する。本誌にて過去に報告したとおり、SHA更新による大きな変更点は、Long Term Care（長期医療系サービス）およびPreventive care（予防）の2カ所である²⁾。OECD事務局側が公表直前に修正した部分が、Preventive care（予防）でもあるため、これは次節にて報告する。

SHA1.0には、Long Term Care（長期医療系サービス）の定義（境界）が明確に定められていなかった。そのため、各国は自国の医療・介護・福祉制度の在り方によって、Long Term Care（長期医療系サービス）に含める費用を、医療の有資格者が提供するサービスのみに限定、あるいは社会的サービスまで幅広く含めるという状況がみられた。

SHA2011ではLong Term Care（長期医療系サービス）は、以下の4つの分類を示した。

- ①Medical or Nursing care（医療の有資格者が提供するサービス）■
- ②Personal care services（食事や入浴等のADLに関するサービス）■
- ③Assistance Services（買い物や洗濯等の

図1 日本の介護保険サービスの一覧とOECDによるLongTermCare分類

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)	長期医療系サービス類型化			
				①Medical or Nursing care	②Personal care services	③Assistance Services	④Other social care services
居宅サービス			2 945 356				
1	訪問介護	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	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				

表2 SHA1.0における予防

HC. 6.1	母子保健
HC. 6.2	学校保健サービス
HC. 6.3	感染症予防
HC. 6.4	非感染症予防
HC. 6.5	産業保健
HC. 6.9	その他の様々な公衆衛生サービス

ADL以外の日常生活を補助するサービス)

④Other social care services (その他の社会的サービス) △

日本、オーストラリア、デンマーク、ポルトガル、スウェーデン、韓国は、Long Term Care (長期医療系サービス) は①のみを含むべきであり、②のADLをはじめとするサービスは、含めるべきではないと主張してきた。しかし、結果としてSHA2011には①と②が含まれることになった²⁾。また、サービスによっては②および③の両方の分類に関与し、区分することが困難なものがある。その場合は、すべて推計値に組み込むべきであるとの指針が示されている。

図1に、日本の介護保険サービスの一覧とSHA2011のLong Term Care (長期医療系サービス) 分類との関連を示した。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に含めてきた。しかし、SHA2011では38サービスを含めることになる。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。よって、SHA1.0では42.9兆円であったのが、SHA2011では49.3兆円になることになる。日本と同様の状況のオランダから、②と③の区分が困難であるとのコメントが寄せられた。

IV SHA2011の変更部分

SHA1.0では、Preventive care (予防) は、母子保健、学校保健サービス、感染症予防、非感染症予防、産業保健、その他の公衆衛生サービスの6分類であった(表2)。SHA2.0(案)ではHC. 6.2は従来にはなかったHC 6.2.1(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)、

表3 SHA2.0における予防

HC 6.1	個人への予防プログラム
HC. 6.1.1	情報提供およびカウンセリングプログラム
HC. 6.1.2	予防接種プログラム
HC. 6.1.3	疾患早期発見プログラム
HC. 6.1.4	一般健康診断プログラム
HC 6.2	疫学的サーベイランスと健康リスクおよび疾病コントロールプログラム
HC 6.2.1	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 6.2.2	プログラムの設計およびモニタリング、評価
HC 6.2.3	保健システムにおける災害・救急対応プログラム
HC 6.2.4	一般大衆への疾患やリスク回避に関する情報、教育およびコミュニケーションに関するマスカンパーン
HC 6.3	その他の予防医療

表4 SHA2011における予防

HC. 6.1	情報提供、教育およびカウンセリングプログラム
HC. 6.2	予防接種プログラム
HC. 6.3	疾患早期発見プログラム
HC. 6.4	一般健康診断プログラム
HC. 6.5	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. 6.6	災害対策および救急対応プログラム

HC 6.2.2 (プログラムの設計およびモニタリング、評価)、HC 6.2.3 (保健システムにおける災害・救急対応プログラム)、HC 6.2.4 (一般大衆への疾患やリスク回避に関する情報、教育およびコミュニケーションに関するマスカンパーン) が追加された(表3)。しかし、ヘルスアカウント専門家会議でも、最後まで予防の定義自体が明確でなく、議論が整理できていないと指摘されていた。そのため、SHA2011公表直前の変更ではあったが、OECD事務局側の判断によってOECD加盟国の承認を得ることなく、SHA2.0(案)におけるHC 6.2.2およびHC 6.2.4がなくなり、表4となった。

V おわりに

SHA2011は、OECD加盟国のみならず、今後発展途上国も含めた多くの国で国際比較が可能となり、総保健医療支出を推計する際の指針となる重要なマニュアルである。2000年に公表されたSHA1.0は、2007年から改訂の検討が始め

り、4年後の2011年にSHA2011が公表された。議題6のパイロット調査では、4カ国が適用可能との報告をしたが、2012年度は、さらに対象国を拡大してSHA2011への対応調査が開始される。おそらく次回の第14回会議においても、適合が可能との報告が行われるであろう。その後、各OECD加盟国は、SHA2011に準拠した推計方法を開発し、SHAデータを作成することになる。推計方法の開発には、最低でも1年を要するため、最短でSHA2011データの提出開始は2015年と予想される。提出時には、過去に遡って再推計も行わなければならない。日本は1995年度のデータからOECDへデータ提出を行っているために、おおよそ20年分の再推計を行うことになる。

最後に、近年SHA2011公表後にOECD事務局で検討されはじめたプロジェクトについて述べる。SHAは、疾病に関する情報がないために、SHA2011疾病別医療費情報を新しく付加しようとするものである。既に2012年2月に疾病別医療費の会議がOECD事務局主導で開催され、疾病コード（ICD9の中分類）や年齢区分（10歳区分）などの検討が進められた。

今後のOECDヘルスアカウント専門家会合では、SHA2011の推計方法の開発と推計に加えて、疾病別医療費の検討が大きな議題になると思われる。

謝辞

本研究の一部は、平成22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）」によって行われたものである。

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/pages/0,3417,en_40045874_40037351_1_1_1_1_1,1,00.html) 2012.3.1.
- 2) 満武巨裕, 肥塚修子. OECDにおけるSHA2.0（案）の概要Ⅰ－機能分類と第12回ヘルスアカウント専門家会合の報告－. 厚生指標 2011; 58 (4): 27-32.
- 3) 満武巨裕. OECDのSHA2.0（案）の概要Ⅱ－供給主体分類（HP）－. 厚生指標 2011; 58 (5): 36-42.
- 4) 満武巨裕. OECDのSHA2.0（案）の概要Ⅲ－財源分類（HF）－. 厚生指標 2011; 58 (11): 36-42.
- 5) OECDのホームページにおけるOECD. StatExtracts (<http://stats.oecd.org/Index.aspx>) 2012.3.1.