

第15回OECDヘルスアカウント専門家会合

ミンツク ナオヒロ
満武 巨裕*

本誌において、著者は第10回OECDヘルスアカウント専門家会合から議題および論点について報告してきた。今回は、2013年10月16～17日に開催された第15回OECDヘルスアカウント専門家会議について報告する。

I はじめに

日本の総医療費は、2012年に初めて対GDP比でOECD加盟国の平均を超えた¹⁾。しかし、この総医療費は、厚生労働省大臣官房統計情報部が公表している国民医療費とは異なり、OECD（経済協力開発機構）が2000年に公表した国民保健計算（National Health Accounts）のガイドラインであるSHA（A System of Health Accounts）1.0に準じて推計した総保健医療支出のことである²⁾。総保健医療支出は、厚生労働省統計情報部から公表される医療保険制度下における支出の国民医療費に加えて、一般薬、正常分娩や歯科自由診療など医療保険の対象外の費用、介護、健康維持・増進、公衆衛生、医療機関の運営および施設整備のための費用、医療保険の運営費用なども含む³⁾。したがって、日本の総保健医療支出は、国民医療費と比較すると約2、3割高くなる。2010年度の総保健医療支出は約46.2兆円であり、対GDP比率で約9.6%である。一方、国民医療費は約37.4兆円であり、対GDP比率は7.8%である⁴⁾。

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

表1 第15回ヘルスアカウント専門家会合の議題

議題1	開会の挨拶と第15回ヘルスアカウント会合の議題採択
❖ 2	第14回ヘルスアカウント会合の要旨の承認
❖ 3	2013年SHAデータの評価とSHA2011試行調査
❖ 4	SHA2011の移行
❖ 5	Factors of Provision（医療提供に係る要素）の検討
❖ 6	管理運営費用の検討
❖ 7	2014年における方法論の検討（新プロジェクト）
❖ 8	性別・年齢別・疾病別の医療費について
❖ 9	その他

題が討議されているが、この数年はSHAの改訂に関する議題が大半を占める。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に2006年からはじまったSHAの改訂は、2011年に終了した。改訂版SHAは、SHA2011という名称で公開され、2016年度からSHA2011に準拠した推計値に切り替わる予定である⁵⁾⁶⁾。

II 第15回ヘルスアカウント専門家会合の議題

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、9つであった（表1）。

議題1と2では、OECD事務局部門長の挨拶に続き、議長が選出され（オランダ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14回会合）の要旨に関する説明があり、全加盟国が承認した。

*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部副部長

議題3では、OECD事務局から2012年度のSHAデータの提出状況について、30の加盟国から提出があったことが報告された。次に、2012年度に行われたSHA2011準拠に関する試行調査に関して、全調査対象国（カナダ、フランス、ハンガリー、アイスランド、イスラエル、韓国、ラトビア、オランダ、スイス）で準拠可能であったことが報告された。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）を収集したいという意向が示されている。昨年度は、34加盟国中12カ国が $t-1$ 年のデータの提出実績があったことも併せて報告された。

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、2013年3月に提出した2010年度の日本のSHA推計方法に大きな変更がなかったことを報告した。加えて、日本は確定値として $t-3$ 年のデータを提出してきたが、速報値は提出していない。しかし、来年は $t-2$ 年データを速報値として提出することについて、厚生労働省と検討すると発言した。

議題4は、OECD事務局から2016年のSHA2011準拠に一本化するまでの移行期間の説明である。2014年度のSHAデータ収集については、以下の3つの案が事務局から示された。

① SHA1.0準拠のデータのみを受け付ける

- ② SHA2011準拠のデータのみを受け付ける
- ③ SHA1.0準拠のデータを受け付け、SHA2011準拠のデータも受け付ける

SHA2011への移行スケジュールについては、2014年および2015年のデータ収集においてはSHA準拠とSHA2011準拠の両方が併存しているのが現状である。

各国の意見は、①に関してオーストラリアとスペインが賛同し、②がカナダとオランダが賛同したもの、多くの国が③を支持した。日本も、③の方向で厚生労働省と検討する旨を発言した。また、OECD事務局は、2014年はSHA2011準拠のデータをどのように公表するかについては、引き続き検討すると述べるにとどまった。

議題5は、SHA2011で新設された分類であるFP（Factors of Provision（医療提供に係る要素））に関する検討である。FP分類は、人件費、物品費、固定資本費などの要素から構成される（表2）。これらの要素は、保健医療サービスおよび物品を生産するのに必要とされる費用とみなすことができるために、保健医療提供者による産出（外来・入院治療、医薬品等）と投入に関する比較分析を行うことが可能となる。各国の政策分析に対する有用性が期待できることから、韓国やスウェーデンからも今後のFPデータの作成に関して前向きな発言があった。日本も、隔年で実施している医療経済実態調査などを活用したFPデータ作成の可能性について、検討すると発言した。

議題6は、管理運営費用に関して、OECD事務局からの報告があった。管理運営費用は、データは総医療費に占める割合は小さいものの、行政の効率化などの観点から各国での政治的な関心が高いテーマである。日本の場合は、データソースが存在しないために一般政府部門の管理運営費用の推計をしていないが、今度必要に応じて検討すべき点である。

議題7は、2014年の新プロジェクトに関して、OECD事務局からの提案が

表2 保健医療提供要素 (FP) の分類

コード	内容	説明
FP.1	Compensation of employees	被雇用者への対価 賃金及び給与 社会的負担金 被雇用者に関連するその他の全コスト
FP.1.1	Wages and salaries	
FP.1.2	Social contributions	
FP.1.3	All other costs related to employees	
FP.2	Self-employed professional remuneration	自営専門家への報酬
FP.3	Materials and services used	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
FP.4	Consumption of fixed capital	固定資本の消費
FP.5	Other items of spending on inputs	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.

あった。具体的には、医薬品に係る各種リベットの取り扱い、医療に係る税控除等の取り扱い、欠損の取り扱いに関する調査提案があった。しかし、各国からSHA2011への移行を進めている時期に新プロジェクトに着手すべきではないという意見を受けて、事務局で再度検討することとなった。

議題8は、性別・年齢別・疾病別の医療費のプロジェクトに関する現状報告があった。日本を含む各国から提出されたデータをホームページ上に一部を公表すると共にワーキングペーパーが2014年第1四半期に公開されるとの報告があった。

Ⅲ ま と め

今回の会合は、2016年度からSHA2011準拠に切り替わるまでOECDに提出するデータの統一、速報値、新しいFP分類の3つが重要なテーマであった。

1点目に関しては、OECD事務局は現在、SHA1.0準拠とSHA2011準拠の両方のデータを受け付けている。2016年にSHA2011準拠へ一斉に切り替えることは、昨年度に決定したばかりであり、多くの国が現在SHA2011準拠の対応を検討している段階である。しかし、例えばオランダのように、既にSHA2011準拠の推計値を提出しており、SHA1.0準拠の推計値は提出していない国も存在する。今回報告のあった施行調査国の中にはSHA2011に準拠しても、推計値に大きな変更がない国も存在するが、日本のように総額が増加する国も存在する。国際比較を行う前提としては、同一のSHAガイドライン(基準)を用いなければならないが、SHA1.0準拠とSHA2011準拠の両方のデータが混在して公表されても、利用者は混乱する。したがって、日本(著者)は、2015年度までは全加盟国がSHA1.0準拠の推計値の提出が必須である旨を会議中に発言した。現在のOECD加盟国が提出しているデータについては、SHA2011準拠とSHA1.0準拠が混在していることから、OECD事務局の調整能力に限界があると指摘せ

図1 OECD事務局から示された各国のデータ提出状況



ざるを得ない。

2点目に関しては、OECD事務局は各国のSHA担当者に対して速報値の提出を求めており、既に12カ国がデータ(t-1)を提出している(図1)。ただし、国によって会計年度(Fiscal Year)あるいはカレンダーイヤーの違いがあることを考慮しなければならない。日本の公共機関における会計年度は4月-3月制であり、OECD加盟国内では英国・カナダ・デンマークが同じである。だが米国の会計年度は10月-9月制、フランス・ドイツ・オランダ・ベルギー・スイス・韓国はカレンダー制を採用している。つまり、日本より米国は7カ月、フランス等は3カ月早いのである。このような相違が原因で、日本の速報値に関しては1年遅れのデータ(t-2)の提出の検討とならざるを得ない。

3点目のFP分類は、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」などの分類項目がある。本分類の性質上、HP(供給主体)別分類との関連性が強く、OECDからHP×FP別の分類データを求められている。FP分類の調査は、始まったばかりであり、今回報告(議題5)も諸外国におけるデータソースの確認がメインであった。今後日本も、推計に必要なデータソースと推計方法の検討をしていかなければならない。また、現時点では、推計方法の確立しているHP別の支出額を母体として、これをFP分類ごとにあん分する方法が適切と考えられる。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、OECDヘルスアカウント専門家会合について本誌で継続的に報告していく予定である。

謝辞

本研究の一部は、平成25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加盟国の医療費の状況（2010年）、厚生労働省（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken11/>）2013.12.1.
- 2) 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>）2013.12.1.
- 3) 医療経済研究機構。「2010年度OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計」2013.
- 4) 国民医療費。厚生労働省（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>）2013.8.1.
- 5) 満武巨裕。第14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 2013；60（4）：33－6.
- 6) A System of Health Accounts 2011（<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/asystemofhealthaccounts2011.htm>）2013.2.1.