

表 4. 介護事業経営実態調査の費目構成と FP 分類 (案)

介護事業費用	給与費	FP.1	⇒	FP.1
	減価償却費	FP.4		FP.4
	その他	FP.3.2、FP.3.4、 FP.5.1など?		FP.3
うち委託費	FP.3.1、FP.3.3			
介護事業外費用	借入金利息	FP.5.2		FP.5.2

表 5. 福祉医療機構「介護老人保健施設について」の費用構成と FP 分類 (案)

人件費	FP.1	⇒	FP.1
医療材料費	FP.3.2		FP.3.2
給食材料費	FP.3.4		FP.3.4
経費	FP.3.1、FP.3.3、 FP.3.4など		FP.3
減価償却費	FP.4		FP.4

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
満武巨裕	第16回OECDヘルスアカウント専門家会合	厚生指標	第62巻(5)	34~36	2014

IV. 研究成果の刊行物・別刷

「厚生 の 指標」 抜 刷

一般財団法人 厚生労働統計協会

第16回OECDヘルスアカウント専門家会合

ミツタケ ナオヒロ
満武 巨裕*

本誌においては、OECD（経済協力開発機構）の第10回ヘルスアカウント専門家会合からの議題・検討内容を報告してきた。今回は、2014年10月22日～23日に開催された第16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

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、様々な議題が検討されるが、この数年は2016年から切り替わる国民保健計算（National Health Accounts）のガイドラインであるSHA（A System of Health Accounts）の改訂版（SHA2011）の議論が主である。

国民の保健医療支出は、傷病の治療に要する医療費に加えて、健康増進・疾病予防、健康管理、あるいは医療保障の運営費、設備整備費なども含めて捉える必要がある。こうした保健医療に関する支出は国民保健計算とよばれ、医療政策を評価するための指標の一つとなっている。

OECDは、1980年代に加盟国の国民保健計算の推計値の収集を行い、OECD Health Dataとして公表をはじめた。しかし、この時に収集したデータは、加盟国が自国の政府統計資料や国民経済計算（SNA）を活用して独自推計したものであった。そのため、各国の保健計算を、医療政策の立案・分析に利用できるように国際比較が可能なガイドラインとして、OECDが

表1 第16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16回ヘルスアカウント会合の議題採択
議題2	第15回ヘルスアカウント会合の要旨の承認
議題3	2014年収集のSHAデータの評価、SHA2011試行調査および2015年度データ収集
議題4	疾病別医療費
議題5	ヘルスアカウントの国際比較機能の向上
議題6	ヘルスアカウントの利用拡大
議題7	ヘルスアカウントの政策利用
議題8	その他

2000年に公表したものがSHA1.0であった¹⁾。その後、多くの国で複雑化した保健医療システムをより正確にモニタリングするため、2011年にSHA1.0の改訂版がSHA2011として公表された²⁾。将来は、WHO加盟国の利用も想定されており、SHA2011はさらに幅広い国々に活用されていくこととなる。

II 第16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、8つである（表1）。

議題1と2では、例年どおりOECD事務局部門長の挨拶に続き、議長が選出され（米国のヘルスアカウント専門家）、議題および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前回（第15回会合）の要旨に関する説明があり、全加盟国が承認した。

議題3では、OECD事務局から2014年度の

*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

SHAデータの提出は、前年同様30の加盟国から提出があったことが報告された。次に、2014年度に行われたSHA2011準拠に関する試行調査に関して、16の調査対象国（ベルギー、ボスニア・ヘルツェゴビナ、カナダ、キプロス、チェコ共和国、フランス、ドイツ、ハンガリー、イスラエル、韓国、ラトビア、オランダ、ポーランド、スロバキア、スウェーデン、スイス）の報告があった（表2）。すべての国でSHA2011準拠の推計が可能であること、スウェーデン以外の国ではSHA1.0とSHA2011に大きな差がないことが報告された。

国際比較を行う前提として、同一のガイドラインが用いられなければ、利用者は混乱してしまうが、現在のOECDが公表しているデータはSHA1.0準拠とSHA2011準拠が混在している。この原因は、OECD事務局の調整能力にあることは、昨年度に指摘した³⁾。今年も、OECD事務局から2016年にSHA2011準拠に一本化するまでの移行期間である最新（2014年度）のSHAデータ収集について、以下の3つについて問われた。

- ①SHA1.0準拠とSHA2011準拠の両方のデータを提出する
- ②SHA2011準拠のデータのみを提出する
- ③SHA1.0準拠のデータのみを提出する

その結果、①と②の国が半々であり、③は1～2カ国であった。したがって、2015年のデータ公表時には、SHA2011準拠の推計値が大勢となる見込みである。

また、OECDはSHAデータを各国の政策立案時に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。2014年度は、34加盟国中11カ国が $t-1$ 年である2013年度の速報値データの提出があったことも報告された。

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、2015年データ収集では、①の対応を検討すると同時に、前回のデータ収集で初めて $t-2$ 年の速報値データを提出したこと

表2 SHA1.0準拠とSHA2011準拠の推計値（経常保健医療支出）と増減割合

（単位 各国の通貨）

	SHA 1.0	SHA 2011	Ratio (%)
1 Belgium	40,946.74	40,946.74	100.00
2 Bosnia & Herzegovina	—	2,468,499.42	—
3 Canada	182,717	182,717	100.00
4 Cyprus	1,286.54	1,286.54	100.00
5 Czech Republic	285,348.29	285,348.29	100.00
6 France	226,776.38	226,744.67	99.99
7 Germany	290,422.00	290,422.00	100.00
8 Hungary	2,166,769.98	2,166,769.98	100.00
9 Israel	60,746	60,746	100.00
10 Korea	92,685.283	92,685.283	100.00
11 Latvia (only HF1.1)	404.33	404.33	100.00
12 Netherlands	70,514.57	70,514.57	100.00
13 Poland	101,041.50	101,041.81	100.00
14 Slovakia	5,550.07	5,550.07	100.00
15 Sweden	321,802.00	399,153.74	124.04
16 Switzerland	67,650.92	68,772.10	101.66

に続けて、今回は $t-1$ の速報値データを提出する方向で検討すると発言した。

議題4は、疾病・年齢・性別の医療費の推計プロジェクトについて、事務局から進捗状況の報告が行われた。しかし、2013年の専門家会合の時点から進捗はなく、引き続きデータ提出国の増加と継続的なデータ収集が課題とされた。加えて、WHO支援による途上国の疾病別医療費データ整備や、Eurostatによる欧州諸国の疾病別医療費データ整備の取り組みが進められているとの紹介があった。

議題5は、SHA2011準拠における自己負担額（公的医療制度外の私的負担の把握）と介護費（介護費の定義・範囲が課題）の国際比較の改善に向けて、各国データに係る方法論や出所等の現状把握のための質問票が事務局から提案された。自己負担額に関する質問票は2015年1月に各国に送付され、介護費に関する質問票は2015年6月に各国に送付される予定である。介護費は、SHA2011準拠において日本やスウェーデンは増額することから、各国の介護費データの内訳が明確になることは、日本にとっても国際比較の際に重要な情報になると考えられる。

議題6は、OECD事務局から新たな調査テ-

マが示された。①医薬品に係る各種レポートの取り扱い、②医療に係る税控除等の取り扱い、③非公式な患者負担について各国の現状の把握を目的とした調査である。米国とハンガリーから関心が示されたものの、今回合合では調査実施の可否に関する決定はしなかった。

議題7は、各国の経年データを国際比較する際に、OECDでは経済全体のGDPデフレーターを使用しているが、市場価格がなじみにくいという医療費の特性を踏まえ、家計による財・サービスの消費に基づく現実個別消費指数 (Actual Individual Consumption Index) をデフレーターに用いることが、事務局から提案された。各国による追加的な作業負担が要らないという実務的な利点もあり、各国から特に異議は出なかった。

Ⅲ ま と め

今回の合合は、2016年度から切り替わるSHA2011準拠および速報値が主なテーマであった。

SHA2011準拠については、今回報告のあった大半の加盟国において推計値に大きな変化はない。その原因としては、2016年度のSHA2011への更新において介護費の推計範囲の影響を受けない国、つまり現時点で介護保険制度を導入していない国、あるいは近年に介護保険制度を導入し、既に推計方法をSHA2011準拠とした国 (例えば韓国は2008年に介護保険制度導入) においては、推計値に変化は見られない。一方で、日本やスウェーデンのように介護保険制度を導入してから一定の歴史を持つ国は、SHA2011準拠による影響が生じることになる。

日本は、SHA1.0準拠で2011年度は約47兆6069億 (対GDP比10.0%)、SHA2011準拠では約53兆1788億円 (対GDP比11.4%) となる。現

在、日本のSHA1.0準拠の総保健医療支出は、2012年から対GDP比でOECD加盟国の平均を超えた12番目である。SHA2011準拠になると、日本はさらに上位となる。ただし、日本同様にスウェーデンやスイス等も順位が上がるのが予想されるために、日本の順位予測は難しい。

日本の速報値に関しては、SHA1.0準拠で2013年度 (t-2) が49兆7955億 (対GDP比10.3%)、2014年度 (t-1) は50兆6584兆 (対GDP比10.3%) と推計している。

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、本誌で必要に応じて報告していく予定である。

謝辞

本研究の一部は、平成26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>) 2015.3.24.
- 2) A System of Health Accounts 2011 (<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/asystemofhealthaccounts2011.htm>) 2015.3.24.
- 3) 満武巨裕. 第15回OECDヘルスアカウント専門家会合. 厚生 の 指標 2014 : 61(3) : 36-9.
- 4) 現実個別消費に対する購買力平価, (Purchasing Power Parities for actual individual consumption) (<http://www.oecd.org/tokyo/statistics/>) 2015.3.24.

