

Health at a Glance: OECD Indicators 2005 Edition

Summary in Japanese

図表で見る医療：OECD インディケータ（2005年版）

日本語要約

エグゼクティブ・サマリー

OECD 諸国の保健医療制度は規模が拡大し、重要性も増している。保健医療の進歩と新薬の開発はここ数十年の OECD 諸国における健康状態の着実な向上に寄与している。しかし同時に、保健医療関連支出は過去最高を記録し、国民所得に占める比率は上昇の一途をたどっている。

いうまでもなく、健康には保健医療やそのための支出以外の要素も絡んでいる。多くのデータによれば、先進国の国民の健康は保健医療の提供そのものより社会経済的要因や生活様式に係る要因に左右されている。公的保健医療制度を適切に設計すれば、病気の予防に寄与するとともに、保健医療制度へのコスト圧力のある程度緩和することにも役立つ可能性がある。健康へのリスク要因も変化している。例えば、多くの OECD 諸国は過去 20～30 年にたばこ消費量の削減で著しい進歩を示しているが、食習慣の変化や運動不足になりがちなライフスタイルを反映し、全ての OECD 諸国で肥満者率は上昇している。

「OECD 図表で見る医療（2005年版）」は、保健医療制度のパフォーマンスの様々な側面に関する一連の最新指標を国際比較が可能な形で提供するものである。そのベースとして用いられているのは、OECD 諸国の健康と保健医療制度に関する 1000 以上の統計が含まれる包括的データベースの「OECD ヘルスデータ 2005」である。この「図表で見る医療」第 3 版は、保健医療制度の資源や活動に焦点を当てているばかりでなく、健康増進と病気予防関連の指標もさらに充実させている。例えば、健康状態に関する章には、歯科医療を含めた児童の健康に関する情報が以前より多く盛り込まれた。リスク要因に関する章でも、たばこ消費量、アルコール消費量、過体重と肥満の指標に加え、栄養に関する指標も新たに盛り込まれている。病気やそれに伴う保健医療ニーズを減らせる予防医療サービスの例として、高齢者のインフルエンザ予防接種率も従来からの児童のインフルエンザ予防接種関連の指標に加えられた。保健医療関連支出についても OECD 加盟各国の組織的な公的保健医療制度向け支出が内訳として示されるようになった。

本書の指標によれば、健康状態と健康リスク、保健医療制度の費用、資源配分、成果に関して OECD 加盟 30 ヶ国間には著しい開きがある。多くの指標は男女別、年齢別の内訳が示されているが、大半の場合、(国内の)地域別、社会経済グループ別、民族/人種別というより詳細な内訳は示されていない。したがって、本書の多くの指標については各国内でも各国間と同じくらい大きな開きがあるかもしれないという点に留意すべきである。

以下は、保健医療制度のパフォーマンスに関する本書の主な結論を一部要約したものである。

OECD 諸国は健康状態が劇的に改善

- 医療を受けやすくなっていることや医薬品の効能が高まっていることに加え、生活水準や教育の向上、ライフスタイルの改善により、OECD 諸国の出生時の平均余命はこの数十年で大幅に延びている。OECD 諸国平均では、出生時の平均余命は 1960 年の 68.5 歳から 2003 年には 77.8 歳へと延びている。2003 年の平均余命が最も長かったのは日本の 81.8 歳(全人口)で、以下、アイスランド、スペイン、スイス、オーストラリア、スウェーデンの順である(図 1.1)。
- 医療と医療以外の多くの要因が各国間の平均余命のバラツキや長期的な変化にどの程度相対的に影響を及ぼすかを推計するのは困難である。国民所得の増加は総じて OECD 諸国の出生時平均余命の延びと関係しているが、この関係は国民所得が多い国ほどはっきりしない。また、1 人当たり GDP が同程度の OECD 諸国間でも平均余命には著しい開きがある。例えば、日本とスペインの平均余命は 1 人当たり GDP のみから予測される平均余命より長い、米国とハンガリーの平均余命は GDP から予測される平均余命より短い(図 1.3)。
- OECD 諸国では 65 歳時の平均余命もこの数十年で大幅に延びている。2003 年の 65 歳時の平均余命は OECD 諸国平均で女性 19.3 歳、男性 15.9 歳であった。これは男女とも 1970 年に比べ 3 歳以上の延びである。出生時の平均余命と同様、2003 年の 65 歳時の平均余命が最も長かったのも日本である(図 1.5)。65 歳時の平均余命は向こう数十年間延び続ける見込みである。OECD の予測によれば、2040 年までに 65 歳時の平均余命は OECD 諸国平均で女性は 21.6 歳、男性は 18.1 歳に達する。
- 児童の予防接種など出生後の保健医療サービスの向上に加え、経済社会的状況の全般的改善により、全ての OECD 諸国でここ数十年間に乳児死亡率は著しく低下している。ポルトガルは 1970 年以降、乳児死亡率が 90% 以上低下し、欧州で最も乳児死亡率の高かった国から 2003 年には最も低い国の 1 つとなった。乳児死亡率の大幅な低下はメキシコやトルコ、さらにイタリア、スペイン、ギリシャなど一部の南欧諸国でも実現されている。2003 年に OECD 諸国の中で乳児死亡率が最も低かったのはアイスランド、日本、一部の北欧諸国である(図 1.20)。

OECD 諸国は保健医療費の増加に直面

- OECD 諸国ではここ数十年間に寿命が大幅に延びる一方、保健医療費も増加傾向をたどっており、大半の国では保健医療関連支出の伸び率が経済全体の成長率を上回っている。2003 年の OECD 諸国の保健医療関連支出の GDP 比は、1990

年の 7.1%、1970 年のわずか 5%強に比べ、平均で 8.8%となった。ただし、保健医療関連支出の GDP 比は、米国の 15%からスロバキアと韓国の 6%未満まで、国により大幅に異なる。2003 年に保健医療関連支出の GDP 比が米国に次いで高かったのはスイスとドイツで、それぞれ 11.5%、11.1%であった（図 3.7）。

- 保健医療関連支出が伸びている背景にはいくつかの要因がある。一般に、1 人当たり GDP の高い OECD 諸国ほど 1 人当たり保健医療関連支出は多くなる傾向が見られる（図 3.10）。ただし、国によって大きなバラツキがある。このバラツキは、適切な支出水準に関する政策決定、保健医療制度の財源や組織構造の違い、他のモノやサービスより保健医療関連支出を増やすべきか否かの価値認識などを反映したものと思われる。保健医療関連費の伸びを牽引している主な要因は、病気を予防、診断、治療できる医療の進歩である。新しい医療器具や治療法、医薬品の資金をどのように賄うかについての意思決定プロセスなど、様々な要因が新しい医療技術や新薬の開発・普及に影響を及ぼしている。人口高齢化も保健医療関連支出の伸びの一因となっている。65 歳以上人口の比率は全ての OECD 諸国で上昇している（図 5.3）が、特に「ベビーブーム」世代（2010 年以降に 65 歳に到達し始める）の高齢化を考えると、この上昇は今後数十年間続く見込みである。高齢者ほど保健医療や長期介護へのニーズは強いので、人口高齢化はこれらの分野における公的支出の増加につながるものと見込まれる。

保健医療関連費は財政を圧迫

- 大半の OECD 諸国は公的医療保険制度や財政による直接的な保健医療負担が主流なので、米国、メキシコ、韓国以外の全 OECD 諸国で公的セクターが保健医療関連支出の最大の負担者となっている（図 3.17）。民間セクターが保健医療支出の負担で特に大きな役割を果たしている米国でも、公的保健医療関連支出の GDP 比は OECD 平均とほぼ同じ 6.6%となっている。
- OECD 諸国の公的保健医療関連支出の伸びに関しては過去 10 年を大まかに 2 つの期間に分けることができる。1992 年から 1997 年までは公的保健医療関連支出の伸び率が経済成長率と同程度か下回ってさえいた。しかし、近年は全ての OECD 諸国で公的保健医療関連支出の伸び率が経済成長率を上回っている。英国やカナダなど一部の国の公的保健医療関連支出の近年の伸びは、1990 年代半ばの医療費抑制に起因する需要圧力を緩和するための意図的な政策を反映したものである（図 3.6）。
- 保健医療関連支出全体の増加を大きく引っ張っているのは、近年の医薬品費の急増 - 1997 年以降の伸びは年率平均で 5%以上 - である。実際、大半の OECD 諸国では 1997 年以降の医薬品費の伸び率は保健医療関連支出全体の伸び率を上回っている。米国とオーストラリアの 1997 年以降の医薬品費の伸び率は保健医療関連支出全体の伸び率の 2 倍以上である。アイルランドと韓国でも、1 人当たり医薬品費は、1997 年当時の比較的低い水準からではあるが、大幅に伸びている。これらの国に比べると日本の医薬品費の伸びははるかに低い（図 3.16）。
- OECD 諸国平均では、医薬品費の 60%が公的資金により負担され、残りは基本的に個人と、程度は劣るが民間保険により負担されている。しかし、平均の数値からは分からないが、メキシコの 11%、米国の 21%からアイルランドの 86%まで、医薬品費の公的負担率には非常に大きな開きがある。これは、1 つには

医薬品費が国の保健医療制度や公的保険によってカバーされているのか、されているとすればどの程度なのかという違いによるものである（表 3.11）。

- 2003 年に 1 人当たり医薬品費が最も多かったのは米国（1 人当たり 700 ドル以上）で、以下、フランス（600 ドル強）、カナダとイタリア（約 500 ドル）の順となっている。最も少なかったのはメキシコとトルコで、100 ドル強であった。各国の医薬品費がまちまちなのは、使用量、消費構造、価格水準が違いためである。各国の所得格差も医薬品費に影響を及ぼしている（図 3.14）。

一部の国では保健医療資源の不足が問題化する可能性も

- 多くの国では医師不足の見込まれることが重大な懸念材料となっている。開業医の数、分布、構成は、医業への参入制限、専門分野の選択、報酬その他の労働条件、移住など、多くの要因の影響を受ける。2003 年の OECD 諸国の 1 人当たり開業医数には大きな開きがあった。最も多かったのは人口 1000 人当たり開業医数が 4 人以上のイタリアとギリシャで、最も少なかったのは人口 1000 人当たり開業医数が 2 人未満のトルコ、メキシコ、韓国である。日本、カナダ、英国、ニュージーランドも 1 人当たり開業医数は比較的少なかった。後者の国々では伝統的に医科大学 / 大学医学部の入学者数が規制されている。
- 一部の国では外国で訓練された医師が医師全体の相当数を占めている。2000 年にはニュージーランド、英国、米国、カナダなど英語圏の国で、外国で訓練された医師の比率は全開業医の 20% を超えていた。一方、日本、オーストリア、フランスでは、外国で訓練された医師の比率ははるかに低かった（図 2.4）。海外移住は、受け入れ国の医師その他の医療専門家向け労働市場の柔軟性を高めことにつながるが、低所得国から高所得国への医療スタッフの純流出が長期間続くと、「頭脳流出」という深刻な問題が生じる。
- 第 3 版「OECD レポート図表で見る医療（2005 年版）」では、一般開業医（GP）と専門医（勤務医と開業医に分けられる）の報酬に関する新データが提示されている。医師所得の平均国民所得比は国により大きく異なる。例えば、オランダ、米国、ベルギー、カナダでは、専門開業医の所得は相対的に高い。一方、ハンガリー、チェコでは、専門医（勤務医、開業医を問わない）の所得の平均国民所得比は他の国に比べ相対的に低い（図 2.9）。
- ごく一部の国を除く全ての OECD 諸国では現在、看護師不足も報告されている。様々な分類の看護師が含まれているので一概には比較できないが、医師の場合同様、OECD 諸国は看護師数でも大きな開きがある。国民 1 人当たり看護師数が最も多いのはアイルランド、アイスランド、オランダで、2003 年の人口 1000 人当たり看護師数は 13 人以上である。逆に看護師数が最も少ないのはトルコ、韓国、メキシコ、ギリシャで、人口 1000 人当たり看護師数は 4 人未満である（図 2.5）。1990～2003 年の長期的な動向を見ると、国民 1 人当たり看護師数は大半の国では少なくとも微増傾向をたどっているが、オーストラリア、カナダ、ニュージーランド、ポーランドでは減少に転じている（図 2.6）。
- 看護師報酬に関する入手可能なデータは病院勤務の看護師のデータのみである。12ヶ国のデータによると、看護師所得の 1 人当たり GDP 比が最も高いのはポルトガルで、以下、オーストラリア、ニュージーランドの順である。1 人当たり GDP 比が最も低いのはチェコ、ハンガリーとノルウェーである（図 2.11）。

- 診断装置や治療器具の不足により最先端技術をタイムリーに利用できないことが懸念されている国もある。全ての OECD 諸国でここ 10 年間に CT スキャナ（コンピュータ断層撮影装置）や MRI スキャナ（磁気共鳴断層撮影装置）などの診断技術の普及率は高まっている。MRI の方が CT より新しい技術なので、MRI 数は 1990 年以降に急増している（表 2.8）。にもかかわらず、こうした医療技術の普及状況には依然として大きな開きがあり、1 人当たり CT/MRI 数では日本が断然トップに立っている。こうした装置が高価なことを考えれば驚くには当たらないが、1 人当たり MRI 数が最も少ないのはメキシコで、以下、ポランド、スロバキア、チェコの順となっている（図 2.13 および 2.14）。

予防に重点的に取り組めば保健医療制度への圧力を緩和しつつ一層の健康増進も可能に

- 保健医療制度は時に「病気治療」に偏っているとの批判を受けている。病気治療はするが、病気予防には熱心でないというのである。実際、現在の保健医療関連支出のうち予防と公的保健医療制度に充てられているのは OECD 諸国平均で約 3% に過ぎない（図 3.12）。
- 児童の予防接種は児童の病気と死亡率を削減する最も効果的な予防法の 1 つとされている。OECD 諸国のほぼ 3 分の 2 は、DTP（ジフテリア、破傷風、百日咳）ワクチン接種率で国民全体に免疫性を与えるのに必要な 95% 以上の水準を達成している。麻疹（はしか）については OECD 諸国のほぼ半数が同水準のワクチン接種率となっている。アイルランド、ノルウェー、オーストリアなど、1 人当たり GDP が高い部類に属する OECD 諸国の中にも、ジフテリアと麻疹のワクチン接種率が平均以下の国もある（図 2.21）。
- OECD 諸国では、インフルエンザから深刻な合併症を引き起こすリスクの高い高齢者の発症、入院、死亡を予防する手段として、高齢者へのインフルエンザ予防接種がこの 10 年間にますます普及している。2003 年の高齢者のインフルエンザワクチン接種率は、チェコ、スロバキア、ハンガリーの 40% 未満からオーストラリア、韓国、オランダの 75% 以上まで幅があった。大半の G7 諸国もインフルエンザワクチン接種率は 60% を超えていたが、ドイツと日本は例外で、2003 年の高齢者のインフルエンザワクチン接種率は 50% 未満であった（図 2.23）。

健康へのリスク要因は変化

- 多くの OECD 諸国は過去 20 年間にたばこ消費量の削減で著しい進展を見せているが、たばこは依然として早死の原因としてトップに立っている。こうした消費量の減少は、国民の意識向上キャンペーン、広告の禁止、増税などによりたばこ消費量を減らそうとする政策に負うところが大きい。オーストラリア、カナダ、スウェーデン、米国の成人喫煙率は 1970 年代末には 33% を超えていたが、現在では 20% 未満へと低下している。一方、ギリシャ、ハンガリー、ルクセンブルグでは成人の 33% 以上が日常的な喫煙を続けている（図 4.1）。
- 成人 1 人当たり平均アルコール消費量も多くの OECD 諸国で過去 20 年間に徐々に減少してきている。広告の抑制、販売規制、課税はいずれもアルコール消費量の削減に効果を発揮することが判明している。イタリアやフランスなどの伝統的なワイン生産国では、1 人当たりアルコール消費量が 1980 年以降大幅に減

少している。一方、アイルランドでは 1 人当たりアルコール消費量が 40% 以上増加している（図 4.6 及び 4.7）。

- 多くの OECD 諸国では、子供と成人の過体重者率 / 肥満者率の上昇が国民の健康上の大きな懸念材料として急浮上してきている。肥満は高血圧、高コレステロール、糖尿病、心臓血管障害、喘息、関節炎、ある種の癌などの病気のリスク要因として知られている。現在、OECD の 10 ヶ国（米国、メキシコ、英国、オーストラリア、スロバキア、ギリシャ、ニュージーランド、ハンガリー、ルクセンブルグ、チェコ）で 50% 以上の成人が過体重か肥満とされている（表 4.6）。
- 肥満（単なる過体重より健康リスクが大きい）に絞ると、成人肥満者率は日本と韓国の 3% から米国の 31% まで幅がある。しかし、国民の身長と体重の実測値に基づいて推計値を出している米国、オーストラリア、ニュージーランド、英国以外の大半の国では過体重者率と肥満者率は自己申告データに基づいて推計されているという点に留意すべきである。身長と体重の自己申告データは実測値に比べると信頼性が劣る。体重は普通、少なめに申告されるからである。これは、大半の OECD 諸国の現在の肥満者率は、こうした申告上のバイアスにより、実際の肥満者率より低めに出ていることを意味する（図 4.12 及び 4.13）。
- 肥満になると慢性疾患のリスクが上昇するので、保健医療関連費の大幅な増加にもつながる。米国の推計によれば、保健医療関連サービス費は 36%、医薬品費は 77%、肥満の方が標準体重者より多い（Sturm, 2002）。肥満になり始めてから関連の病気になるまで数年かかるため、大半の OECD 諸国で過去 20 年間に肥満者率が上昇していることは保健医療関連費が将来増えることを意味する。

© OECD 2005

本要約は OECD の公式翻訳ではありません。

本要約の転載は、OECD の著作権と原書名を明記することを条件に許可されます。

多言語版要約は、英語と仏語で発表された OECD 出版物の抄録を
翻訳したものです。OECD オンラインブックショップから無料で入手できます。
www.oecd.org/bookshop/

お問い合わせは OECD 広報局著作権・翻訳部にお願いいたします。

rights@oecd.org

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
France

Visit our website www.oecd.org/rights/

