

# 日本の医療背景

## はじめに

わが国の医療は世界保健機関（WHO）2000 報告<sup>1)</sup> や Conference Board of Canada 2012<sup>2)</sup> によると世界一と評価されており、その根拠は平均寿命、健康寿命とも世界トップレベルを保っていることにある。また国民皆保険制度を保ちつつ、経済協力開発機構（OECD）平均以下の総医療費で良質の医療に比較的簡単にアクセスでき、アクセス、医療の質、コストともに世界トップクラスといえる。わが国の優れた医療制度は脳神経外科の領域でも示されており、脳神経外科医の数、手術可能な病院数、病床数も多く、くも膜下出血の発症から初期診断、治療への時間はおそらく他国よりかなり短いと思われる。くも膜下出血後の手術成績も良好であり、これらがくも膜下出血後の致死率が他国より有意に少ないという報告<sup>3)</sup> の理由と考えられる。

また国民の健康への関心は高く、医療機関へのアクセス状況がよいのみならず人間ドック等の予防医学も発展し、なかでも脳ドックとしての脳の検診システム<sup>4)</sup> はわが国独特に発展しており、そのため未破裂脳動脈瘤が発見される頻度も治療数も多いと思われる。フォローの画像診断数も多く、長期にわたり未破裂脳動脈瘤をフォローできる環境にあるといえる。

未破裂脳動脈瘤の治療はガイドラインに基づいているが、「脳卒中治療ガイドライン 2015」では、治療により慎重な対応が薦められている。一方、わが国は先進国では最も早く高齢化が進んでおり諸外国の高齢化の将来像を先取りしているとも考えられる。本稿では、未破裂脳動脈瘤の診断や治療の観点からわが国の医療制度等の背景と今後の問題点を解説した。

## 日本の医療の評価

OECD 健康部門データ 2012<sup>5,6)</sup> からわが国の医療の特徴について、種々の項目を 2000～2012 年まで調査した。また、平成 24 年度 国民医療費の概況<sup>7)</sup> より医療経済についても検討した。

### 医療アクセス（受診回数、入院期間、病床数、医療機器など）

図 1-1 に国民 1 人当たりの受診回数を示したが、わが国は 2001～2010 年まで世界 1 位であった。近年は、韓国に次ぐ 2 位となっているが、諸外国に比較してかなり多い。図 1-2 は急性期の入院期間を示したが、わが国の平均在院日数は 2000 年以降大幅に減少した。OECD 平均が 8 日のところわが国は 17.5 日で OECD 諸国の中ではいまだに最長で、逆に退院率は少な

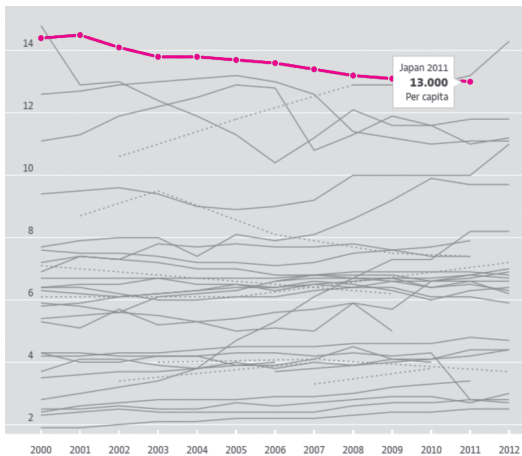


図 1-1 国民 1 人当たりの受診回数

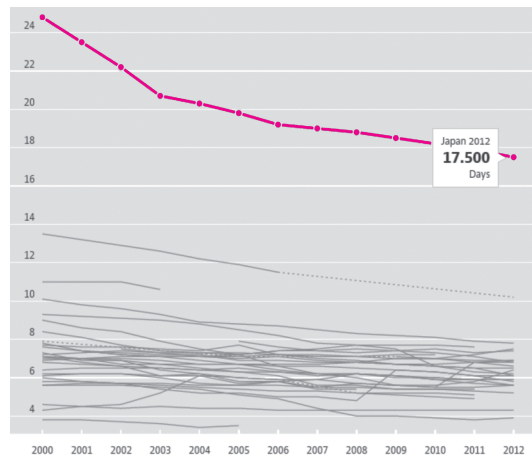


図 1-2 急性期の入院期間

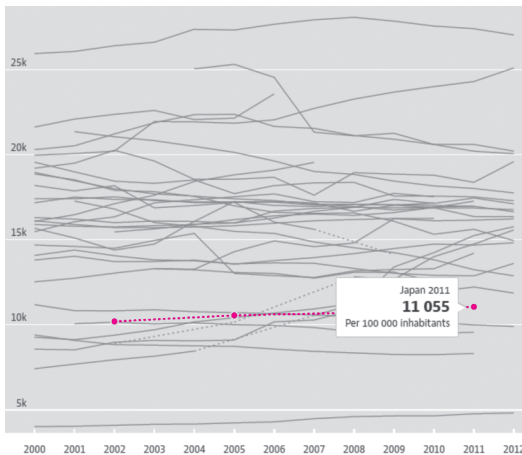


図 1-3 10 万人当たりの退院率

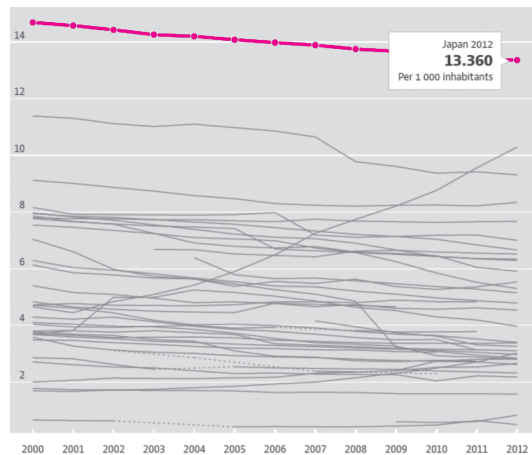


図 1-4 1,000 人当たりの病床数

かった (図 1-3)。日本が世界に誇る医療システムは、国民皆保険とフリーアクセスである。名目上は国民全員が医療保険に加入していて、どの病院でもかかることができる。米国のように保険に入っていない国民はおらず、フランス、カナダのように大病院に行くのに紹介状が必要ということもない。英国やスウェーデンのように診察・入院待機患者が社会問題化しているわけでもない<sup>8)</sup>が、そのアクセスのよさから受診回数は多くなる。また、1,000 人当たりの病床数 (図 1-4) は 13.36 で、徐々に低下しているものの圧倒的に世界 1 位である。在院日数、病床数が多い理由として、医学的に入院の必要はないが家族の受け入れ困難などの理由による社会的入院があげられる。逆にわが国では慢性期病床数や介護施設は少なく、こちらヘシフトすべきである<sup>8)</sup>。戦後の日本の医療提供体制の整備が急性期の病床を中心に進められた結果と考えられ、今後は計画的な病床数の削減や急性期以外への病床転換等が必要であり、合わせて在宅医療や介護サービスの充実が求められる。CT スキャン (図 1-5)、MRI (図 1-6) の数は圧倒的に世界 1

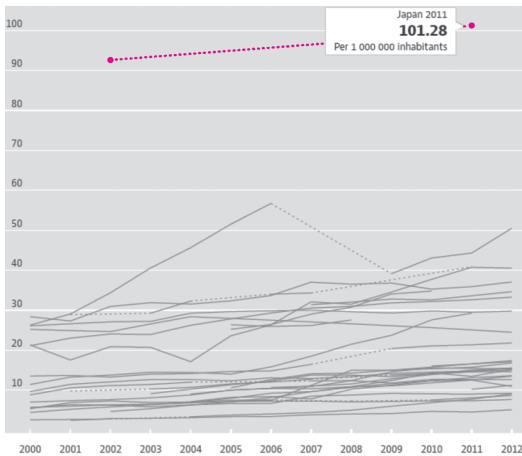


図 1-5 100 万人当たりの CT スキャンの数

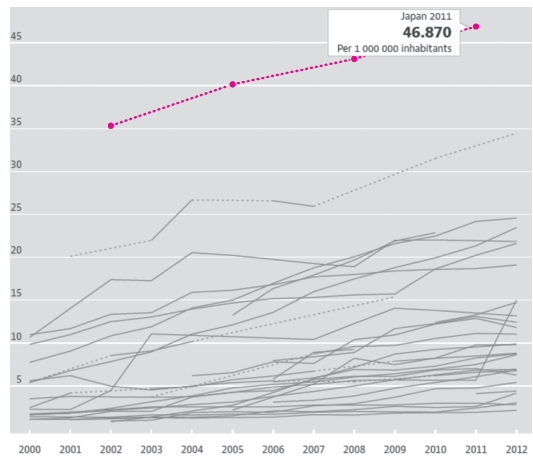


図 1-6 100 万人当たりの MRI の数

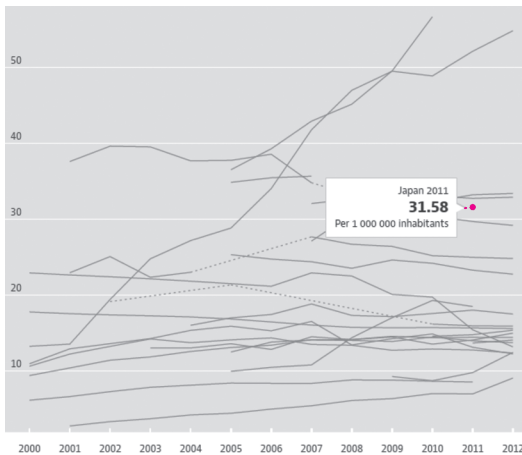


図 1-7 100 万人当たりのマンモグラフィの数

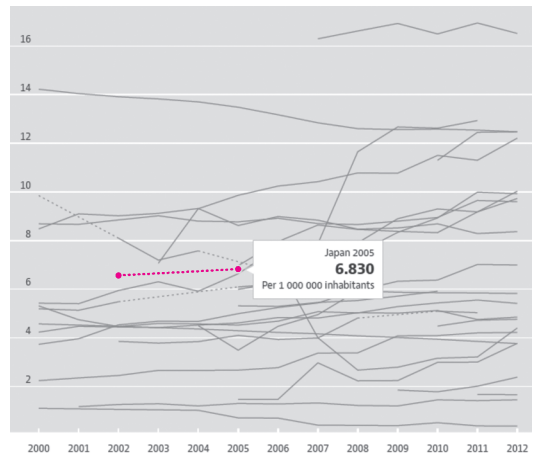


図 1-8 100 万人当たりの放射線治療機器の数

位で諸外国との差は大きい、これほど多くの医療機器が全国に必要であったかの議論は別として、脳神経外科領域の画像診断設備数が世界トップレベルであり、わが国には未破裂脳動脈瘤の長期画像データが蓄積されている。一方、マンモグラフィ（図 1-7）や放射線治療機器（図 1-8）は他国と比較して突出して高いわけではなく、医療機器数の偏りがうかがえた。

## 医療の質的評価と人口構成

わが国の平均寿命（図 1-9）は、2012 年には 83.2 歳で 2000 年以降世界 1 位をキープしている。65 歳時点での平均余命は男性（図 1-10）では 18.9 歳で 6 位であるが、女性（図 1-11）では 23.8 歳で世界 1 位であり、日本女性の健康優位性は明らかであった。乳児死亡率（図 1-12）は世界一低く、悪性腫瘍の死亡率（図 1-13）の低さも世界のトップクラスといえる。一方、喫煙者数（図 1-14）は減少しているものの上位であり、自殺率（図 1-15）は、世界 3 位で

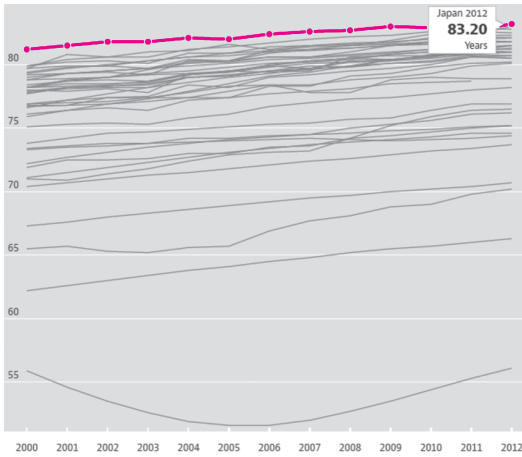


図 1-9 平均寿命

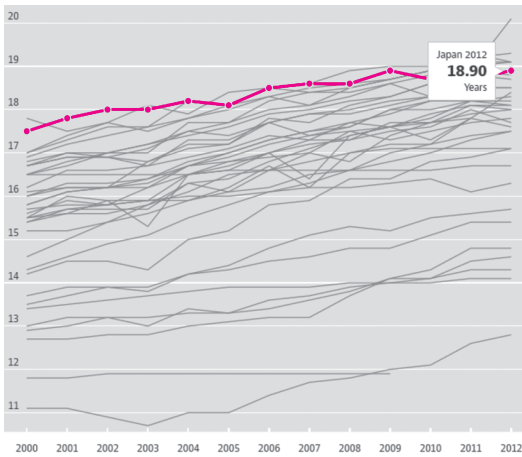


図 1-10 65 歳時点での平均余命 (男性)

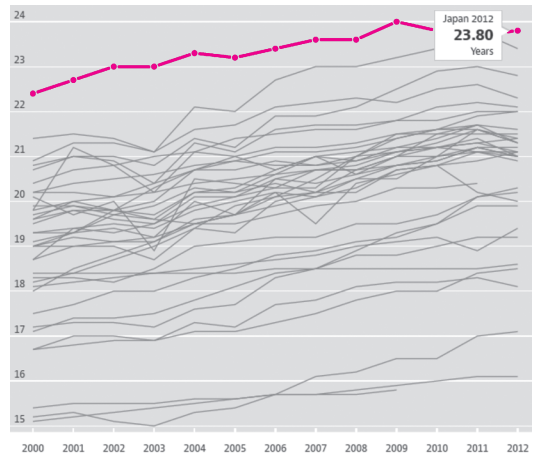


図 1-11 65 歳時点での平均余命 (女性)

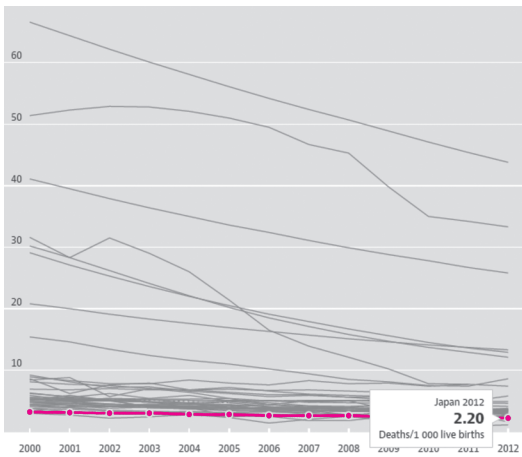


図 1-12 乳児死亡率

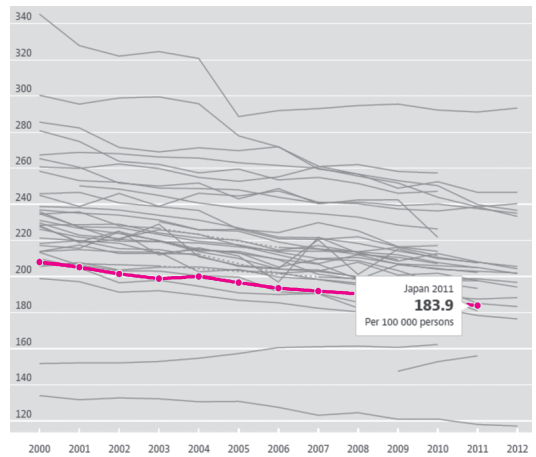


図 1-13 10 万人当たりの悪性腫瘍の死亡数

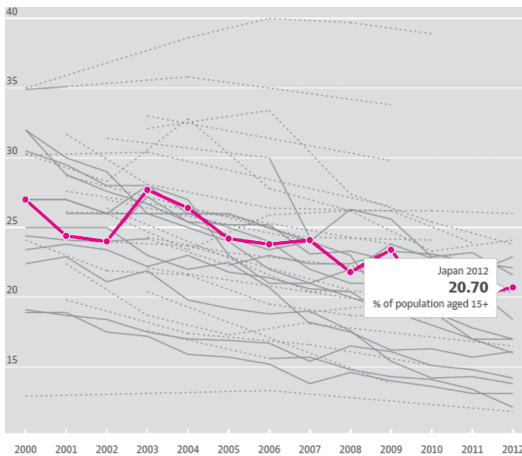


図 1-14 15 歳以上の喫煙率

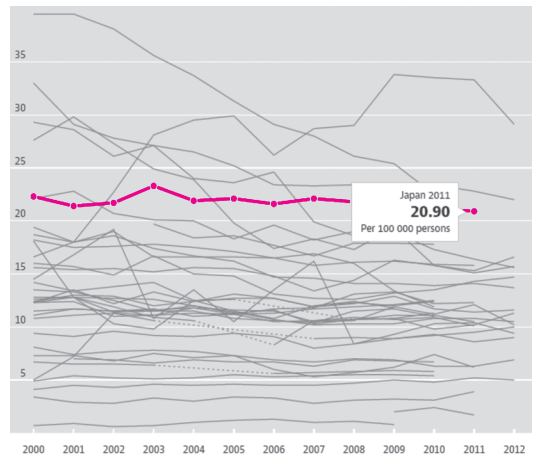


図 1-15 10 万人当たりの自殺数

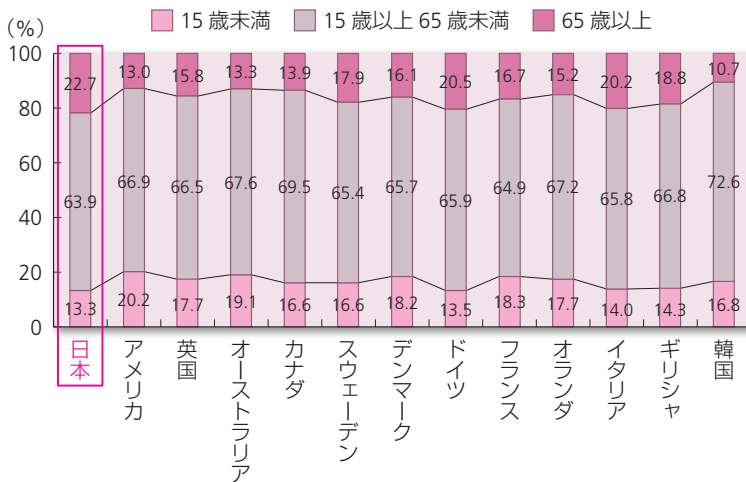


図 1-16 国別年齢層別人口構成比

減少していないのが問題といえる。

2009 年の各国の年齢層別人口構成比 (図 1-16) をみると、15 歳未満人口の割合は最も高い米国で 20.2%、最も低い日本で 13.3%であった。15 歳以上 65 歳未満人口の割合は最も高い韓国で 72.6%、最も低い日本で 63.9%であった。一方、65 歳以上人口の割合は最も高い日本で 22.7%、最も低い韓国で 10.7%であった。年齢別人口構成の問題はわが国の少子高齢化の急速な進展とともに今後の大きな課題である。

## 医療経済

図 1-17 に各国の国内総生産 (GDP) 当たりの医療費の占める割合を示したが、米国が圧倒的 1 位でオランダ、フランスと続き、日本は 10 位であった。ただし、医療費の国民負担を比較す