

Health at a Glance – OECD Indicators 2003

日本に関するブリーフィング・ノート⁽¹⁾

照会先

ガエタン・ラフォルチュン、OECD 保健政策局

Tel: +33 1 45 24 92 67, E メール: gaetan.lafortune@oecd.org

デービッド・モーガン、OECD 保健政策局

Tel: +33 1 45 24 76 09, E メール: david.morgan@oecd.org

医療関連支出

日本の 2000 年の医療関連支出総額（公的支出と民間支出の合計）の対 GDP 比は 7.6%と OECD 平均の 8.1%をわずかに下回りました（図 3.4）。最近のデータによれば、2001 年の日本の医療関連支出の対 GDP 比は、OECD 全体の対 GDP 比が上昇しているのと歩調を合わせて 8.0%へと上昇しています。医療関連支出の対 GDP 比が他の国より断然高いのは米国で、2001 年の対 GDP 比は 13.9%に達しています。米国に次いで高かったのはスイスとドイツで、それぞれ 10.9%、10.7%でした。

日本の医療関連支出の対 GDP 比は 1970 年代に上昇し、1980 年代にはやや低下しましたが、1990 年代と 2000 年代初めには再び増加に転じています（表 3.2）。ここ 10 年ほどの対 GDP 比の上昇は主に経済成長の減速によるものですが、1 人当たり実質医療関連支出も増加しています（表 3.4）。

公的支出

米国、メキシコ、韓国以外のすべての OECD 諸国では、公共セクターが医療関連支出の主な財源となっています。日本では医療関連支出の 78%が政府の歳入で賄われており、OECD 平均の 72%を上回っています（図 3.11）。日本の公的支出のシェアは 1970 年の 70%から 2000 年には 78%へと上昇し、今ではカナダ、フランス、ドイツ等の国より高くなっています（図 3.12）。医療関連支出全体に占める公的支出のシェアが最も低いのは米国で、44%となっています。

医療セクターの資源と活動

国民 1 人当たり医師数については、日本は他の大半の OECD 諸国を下回っています。2000 年の日本の人口 1000 人当たり開業医数は 1.9 人で、OECD 平均の 2.9 人を大幅に下回っています（図 2.1）。日本の 1960～2000 年の国民 1 人当たり医師数の伸びは、全 OECD 諸国の最低でした（図 2.3）。これは供給を抑制するために医師数の伸びを抑えている日本政府の政策によるものです。この政策は主に、大学医学部の合格者数を厳しく制限することに

よって達成されています。

日本は国民 1 人当たり看護師数でも他の大半の OECD 諸国を下回っています。(日本の最新データが得られる) 1998 年の日本の人口 1000 人当たり看護師数は 7.8 人と OECD 平均の 8.1 人をやや下回っていました(図 2.5)。

大半の OECD 諸国では過去 10 年間に CT (コンピュータ断層撮影) や MRI (磁気共鳴断層撮影装置) などの診断技術が急速に普及しています。2000 年の国民 1 人当たりの CT スキャナ数と MRI 数では日本が断然多く、人口 100 万人当たりの CT 数は 84 機(図 2.14) MRI 数は 23 機でした(図 2.13)。OECD 諸国の人口 100 万人当たりの CT 数と MRI 数は平均でそれぞれ 17.7 機、6.5 機でした。日本で MRI が急増しているのは、少なくとも一つには、MRI の購入を決める前に効率性や効果について公式な評価が行われていないためです。

日本の 2000 年の 1 人当たり年間受診回数は 14.4 回で、OECD 諸国の最高でした(図 2.17)。OECD 諸国の 1 人当たり年間受診回数の平均は 5.6 回でした。日本の受診率の高いのは、少なくとも一つには、医師が薬の処方だけでなく調剤も行っているためです。

健康状態

2000 年の日本人の平均余命は OECD 諸国の中で最高の 81.2 歳でした。平均余命が日本に次いで高かったのはスイス、スウェーデン、アイスランドで、ほぼ 80 歳に達していました(表 1.1)。日本の平均余命は 1960 ~ 2000 年に 13.4 歳もの急激な伸びを記録しています(図 13.4)。日本人の寿命がこれほど延びているのは、乳児死亡率が低下し続けているためと循環器系の病気による死亡率が急激に低下しているためです。

日本は 65 歳時の平均余命も大幅に延びています。65 歳時の平均余命が世界で一番長いのは日本人女性で、次いで長いのは日本人男性です(図 1.3)。これは、主に日本では高齢者の心臓病や脳血管病による死亡率が著しく低下しているためと癌による死亡率が低いからです。日本では高齢者の寿命の延びと出生率の低下傾向によって高齢者が人口に占める比率が着実に上昇していますが、これは他の大半の OECD 諸国でも見られる傾向です(図 5.7)。

日本の乳児死亡率はここ数十年で劇的に低下しています。日本は乳児死亡率(新生児 1000 人当たり)が最も低い国の一つで、OECD 平均の 6.5 人に対し、3.2 人となっています(図 1.5)。

他方、低出生体重児出生率は日本が OECD 諸国で最も高く、8.6%です(図 1.34)。低出生

体重児は幼児期やその後の健康・発育上のリスクが大幅に高くなります。日本でもかつて低出生体重児出生率が比較的低い時期がありましたが、若年女性の喫煙率上昇と出産年齢の高齢化によって低出生体重児出生率が上昇していると見られています。

リスク要因

日本人男性の喫煙率は 1975 年の 76%から 2000 年には 54%へと大幅に低下しています(表 4.1)。しかしそれでも男性の喫煙率は韓国に次いで OECD 諸国で 2 番目に高くなっています(図 4.1)。

他の大半の OECD 諸国とは対照的に、日本では自殺率が 1990 年代に著しく上昇しました。男性の場合、10 万人当たりの自殺率は 1990 年の 19 人から 2000 年には 30 人へと上昇しています(表 1.17)。

(1) 本ブリーフィング・ノートは 2001 年 12 月に公表された OECD レポート「An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System」に含まれている情報に基づくものです。このワーキングペーパーは OECD のウェブサイト (<http://www.oecd.org/health>) から無料でダウンロード可能です。日本の医療制度に対する審査の詳細についてはジェレミー・ハースト (Jeremy.hurst@oecd.org、tel: 33 1 45 24 92 55) までお問い合わせください。