

2009年12月11日

医療関連データの国際比較－「OECD Health Data 2009」より－

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

1. 分析の目的と方法	1
2. 医療関連データの国際比較	2
2.1. 医療費	2
2.2. 医療従事者数	7
2.3. 病床数および平均在院日数	11
2.4. 医療機器の台数	16
2.5. 受診件数	19
2.6. 予防接種	20
2.7. 健康状態	24
2.8. 疾病別死亡率および患者数	27
2.9. 危険因子	32
3. まとめ	36

1. 分析の目的と方法

日本の対 GDP 総医療費は、OECD 加盟 30 か国中 21 位の低さである。しかし、「基本方針 2001」（いわゆる骨太の方針）以降、少なくとも 2009 年まで、日本では医療費が低いにもかかわらず、医療費を抑制するという矛盾した政策がとられてきた。

医療費抑制政策は、日本の医療を崩壊させたが、このような政策がとられてきた背景には、財務当局が医療に関するデータを意図的、かつ部分的に使用してきたこともあるのではないだろうか。

財務当局は、「OECD Health Data」から、諸外国に比べて日本は病床数が多く、平均在院日数が長いといったデータだけをとりだし、医療費抑制を進めてきた。しかし「OECD Health Data」の情報量はきわめて豊富である。これをより視覚化することで、さまざまな示唆が得られるのではないか。そう考えて、「OECD Health Data」をグラフ化して示してみることにした。

具体的には、日本の位置づけをより単純化して確認するため、OECD加盟国すべてではなく、現在のG7¹を対象にした。今回分析したデータでもっとも古いものは 1960 年のものであり、当時はG7 という概念はなかったが、現在のG7 ということで経年変化を見た。

年によってデータの提出がない国があるが、傾向を見やすくするため、グラフ上ではデータのある年をそのまま結んだ。また国によっては、統計的手法が変更される年が少なくないことを断っておく。

¹ 1985 年 9 月、G5 (Group of five, 日本、フランス、ドイツ、イギリス、アメリカ) が円安ドル高是正のための協調行動に合意した (プラザ合意)。その後、1986 年にイタリアとカナダが参加し、G7 になった。1988 年にはロシアが参加して G8 になっている。

2. 医療関連データの国際比較

2.1. 医療費

対GDP総医療費

総医療費には、日本の国民医療費に相当する費用のほか、介護サービス費、予防・公衆衛生サービス費、保健医療管理業務および医療保険にかかわるコストを含む。

1960年代初頭、日本の対GDP総医療費は最も低い水準であった。その後、日本の医療費は伸びつづけ、高度経済成長期（1955～1973年）の後半にイギリスと同水準になり、1980年頃にはフランスやカナダの水準に近づいた（図 2.1.1）。

1980年後半、日本はいわゆる「バブル景気」に突入し、分母であるGDPが医療費以上に増加し、対GDP総医療費が低下した（図 2.1.2）。1990年代の後半からは医療費そのものが抑制されるようになった。2006年時点、日本の対GDP総医療費は8.1%であり、G7の中で最下位である。

このように日本の対GDP総医療費は、高度経済成長後の一時期に先進国に近づこうとした時期があったものの、長年にわたって低い水準を推移してきた。

翻ってG7他国はどうであろうか。ドイツは1970年代前半に、対GDP総医療費が大きく増加している。イギリスは1990年代後半に大きな伸びを示している。かつて医療費水準があまり高くなかった国では、医療費を大胆に引き上げた時期があるのである。

図 2.1.1 対 GDP 総医療費

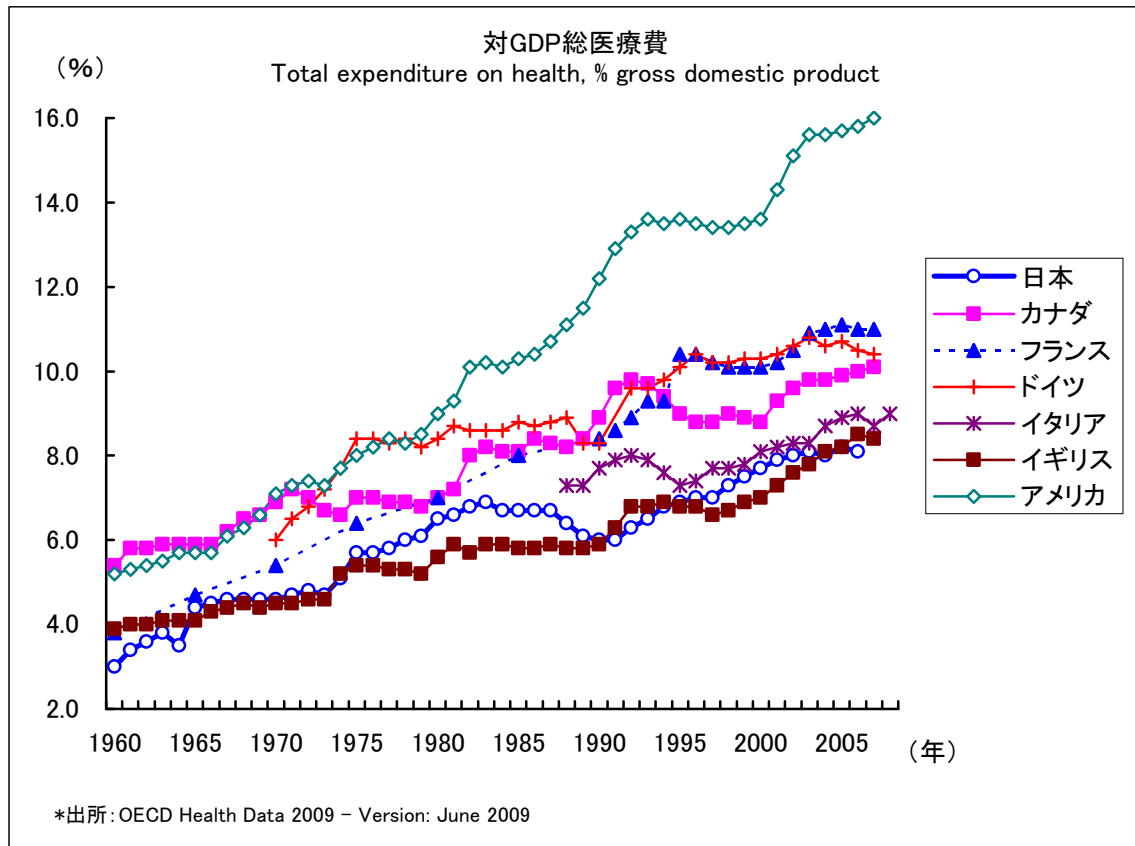
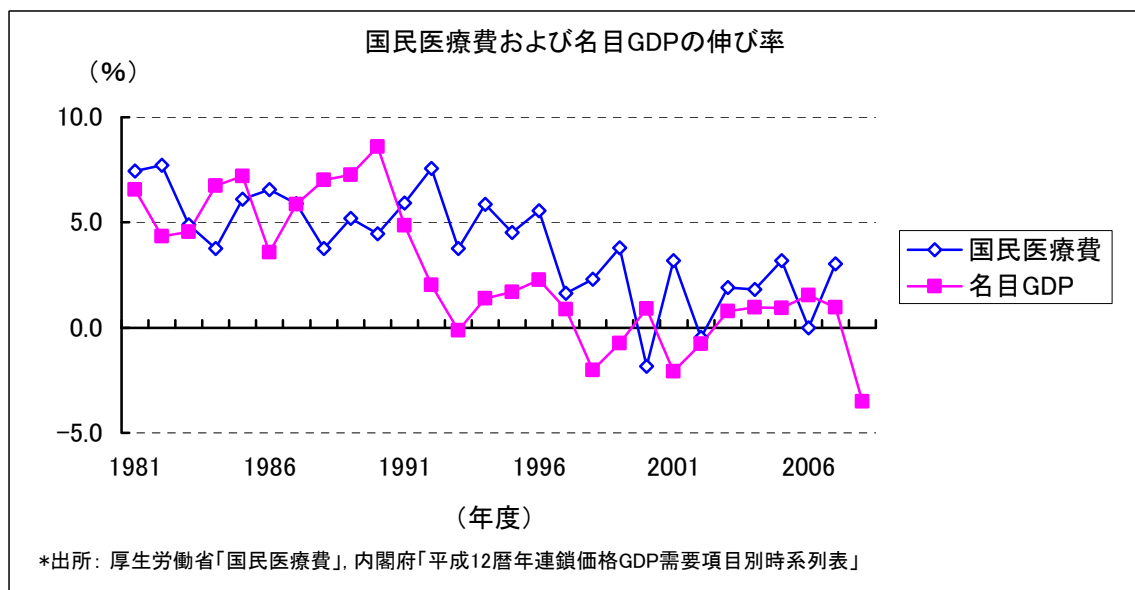


図 2.1.2 国民医療費および名目 GDP の伸び率

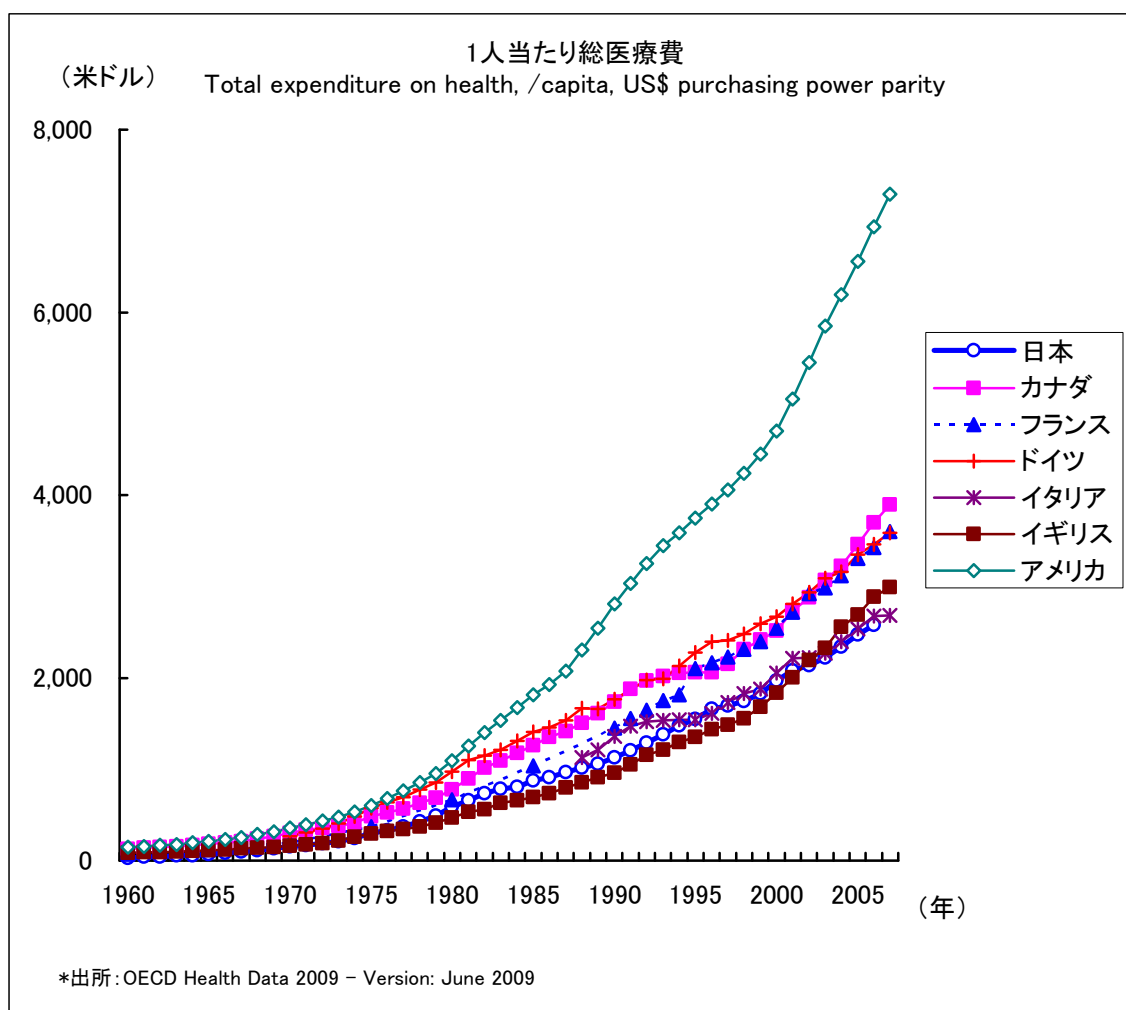


1人当たり総医療費

日本の1人当たり総医療費は、1980～1990年代にはイギリスを上回っていたが、2006年には2,581ドルともっとも低い(図 2.1.3)。

G7他国では、イタリアが2,686ドル(2007年)、イギリスが2,992ドル(2007年)であり、それ以外の国はすべて3,000ドルを超えている。

図 2.1.3 1人当たり総医療費



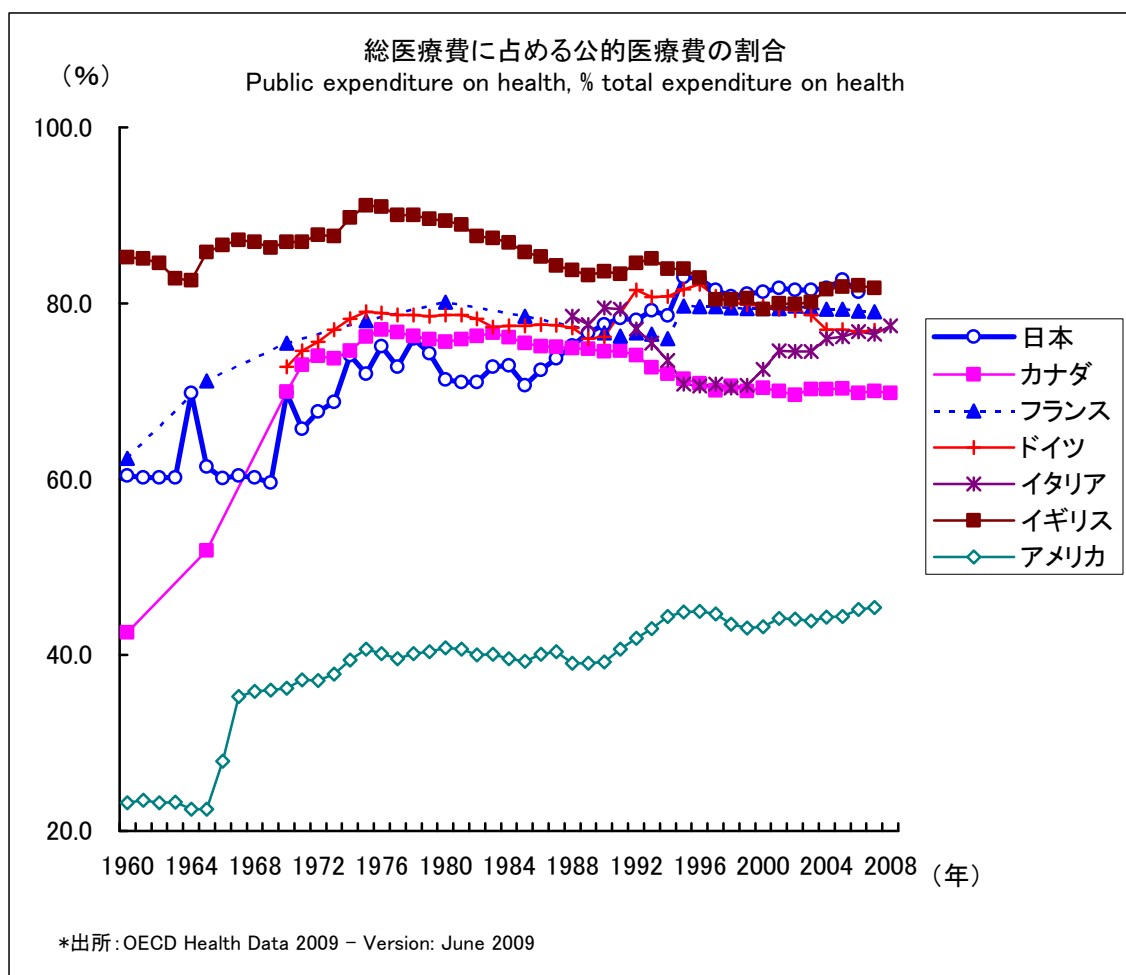
総医療費に占める公的医療費の割合

公的医療費とは、政府および社会保障基金からの医療費支出を指す。

日本は、1980年代半ば以降、公的医療費の割合が安定的に上昇してきた（図2.1.4）。1982年2月に公費負担割合の高い老人保健がスタートしたことや、高齢化が進んだことがあげられる。

アメリカも1965年にメディケア（高齢者医療保険制度）、メディケイド（低所得者、障害者の医療保障など）が創設された際に、公的医療費の割合が上昇している。

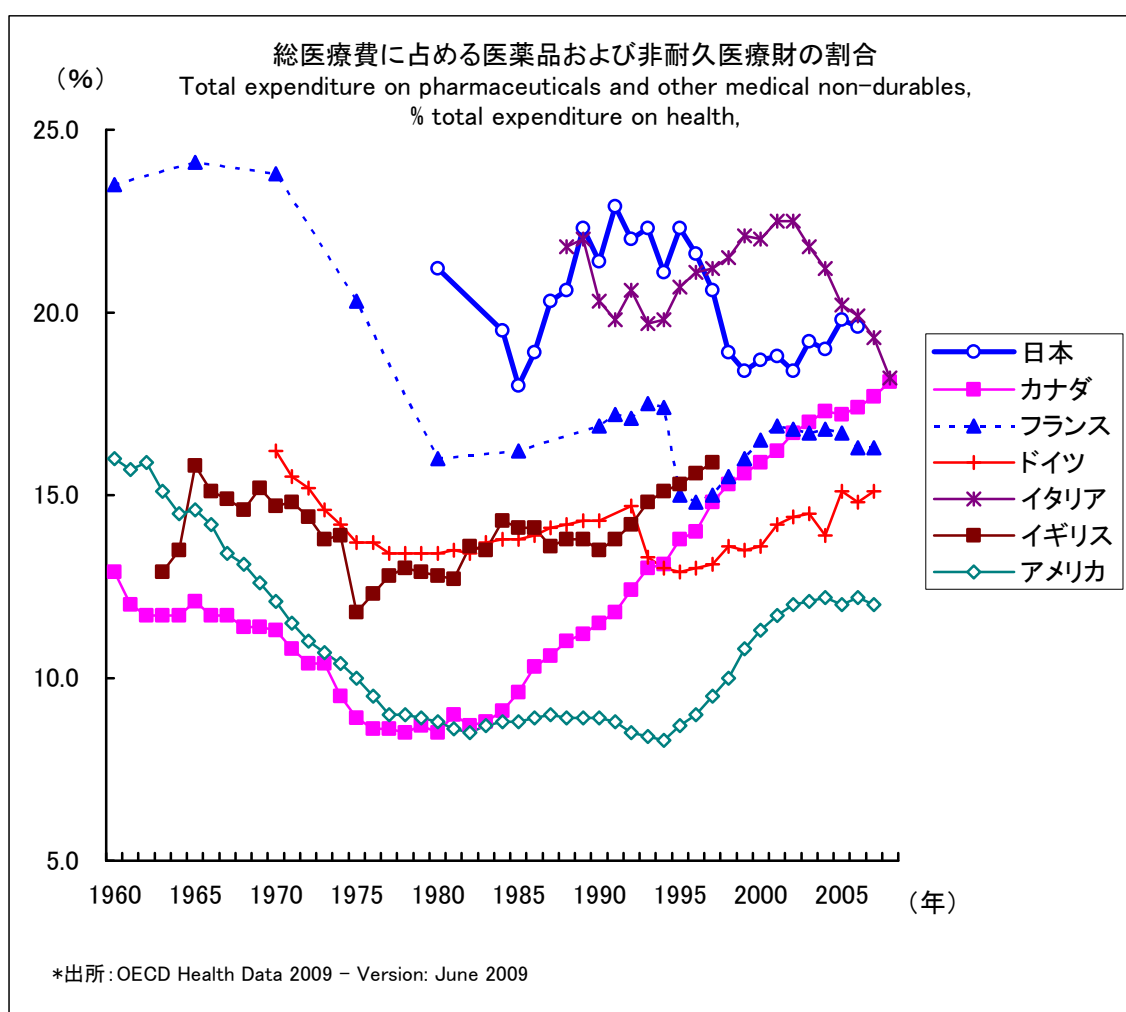
図 2.1.4 総医療費に占める公的医療費の割合



総医療費に占める医薬品および非耐久医療財の割合

日本は 1980 年代時点でもっとも上位にあったが、1990 年代後半に縮小し、2000 年代に入ってからやや増加に転じている（図 2.1.5）。イタリアは、1990 年代半ばから 2000 年代半ばまで日本よりも高かったが、2000 年代に入ってから、医薬品費等を抑制している²。日本の最近のデータはないが、日本の医薬品費等の割合は、もっとも高い水準になっているのではないかと推察される。

図 2.1.5 総医療費に占める医薬品および非耐久医療財の割合



² 「みずほ産業調査－特集：2009年度の日本産業動向－」（2009）によると、薬価引き下げなどの薬剤費抑制策により、2007年の医療用医薬品市場の成長率がマイナスになったことが報告されている。

2.2. 医療従事者数

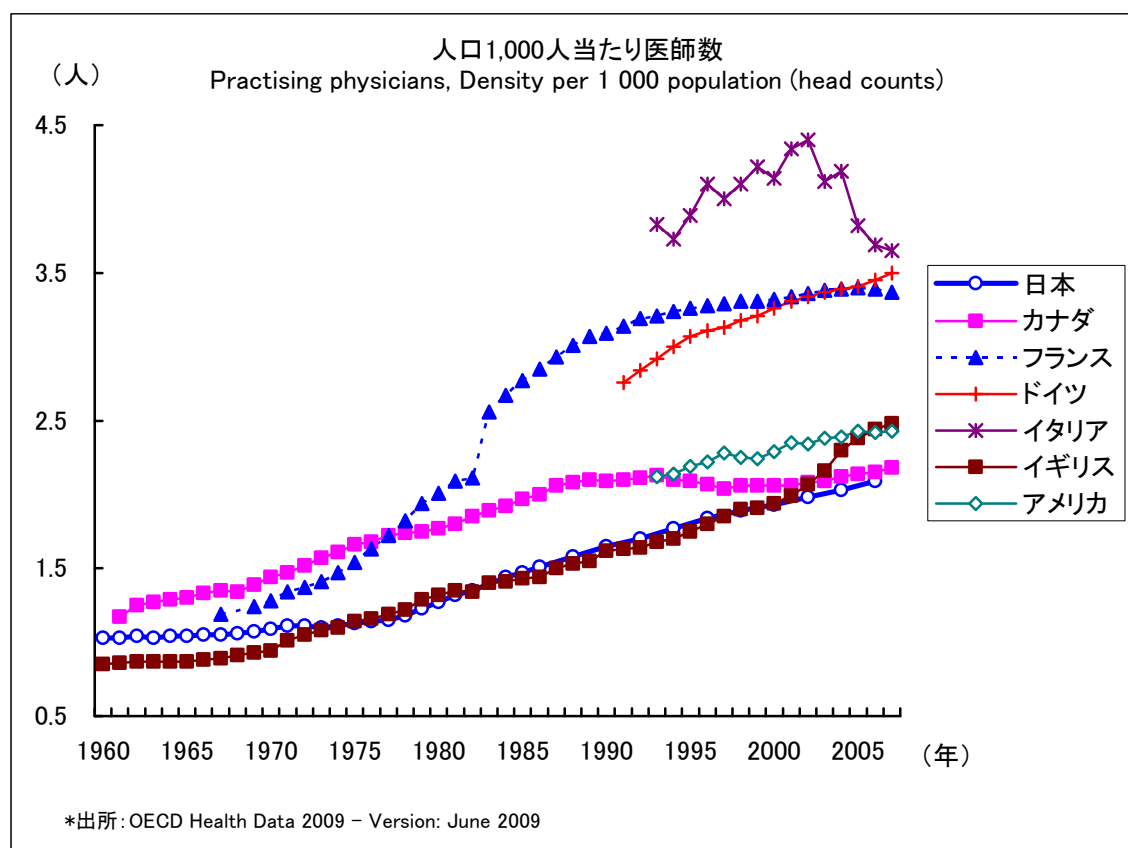
人口 1,000 人当たり医師数

人口 1,000 人当たり医師数は、1970 年頃までは大きなバラツキはなかったが、その後、それぞれの国は異なる道筋をたどっていく（図 2.2.1）。

フランスはかなり右肩上がりで推移した後、1990 年頃から抑制がはじまった。カナダは、ゆるやかに上昇していたが、フランスと同じ 1990 年頃から長期に抑制され、現在は日本についで少ない。イギリスは日本と同じような伸びを示していたが、2000 年頃から大幅な増加に転じた。そして日本は、人口 1,000 人当たり医師数が多くなかったにもかかわらず、1982 年に医師数抑制を決定し、延々と抑制をつづけてきた。

ところで、イタリアは 2002 年には 4.40 人であり、看護職員の 5.44 人に迫る水準であった。その後、2006 年には 3.65 人に減少している。

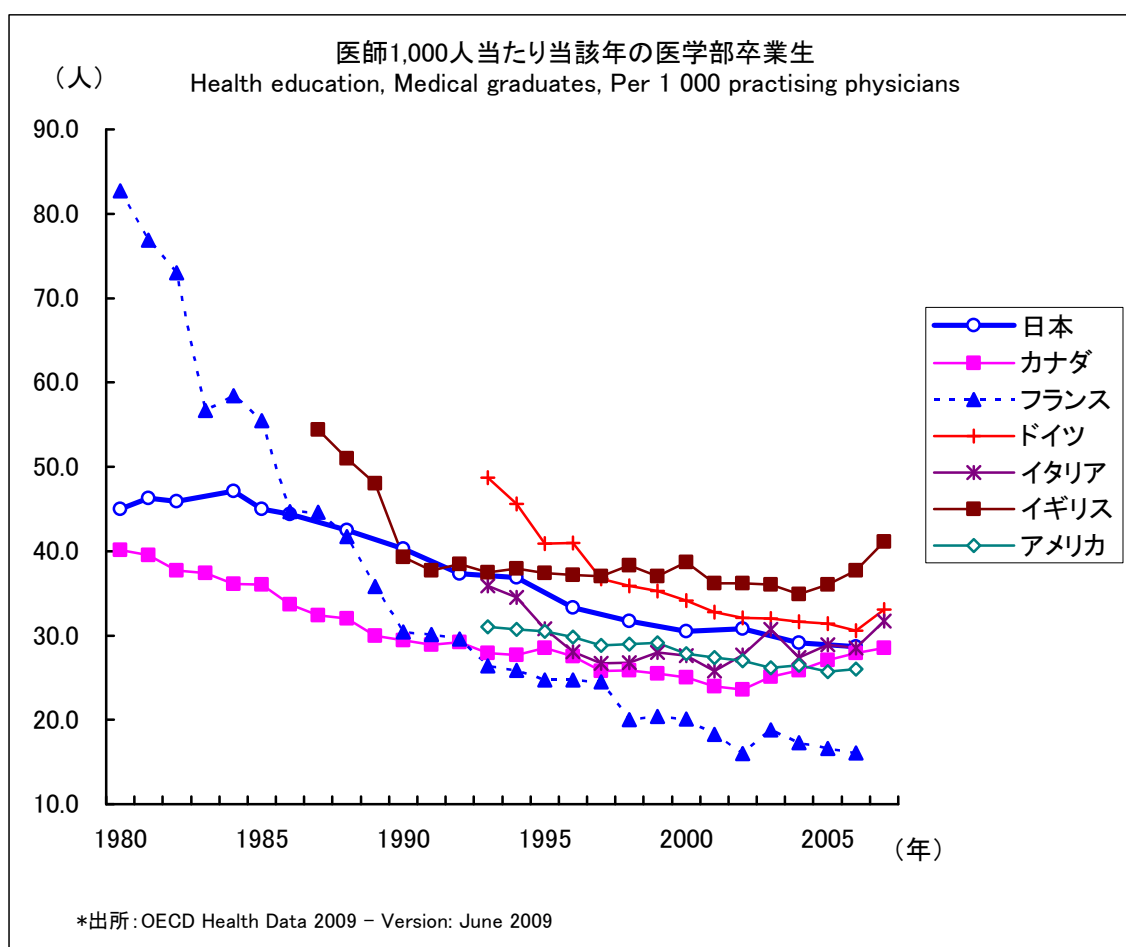
図 2.2.1 人口 1,000 人当たり医師数



医師 1,000 人当たり医学部卒業生

医学部卒業生数（医師養成数）は、かつては国によるバラツキが見られたが、最近ではフランスを除いて、ある程度の範囲内におさまってきている（図 2.2.2）。G7 の医師養成数は、一定の水準に収斂しつつあるのではないかと推察される。

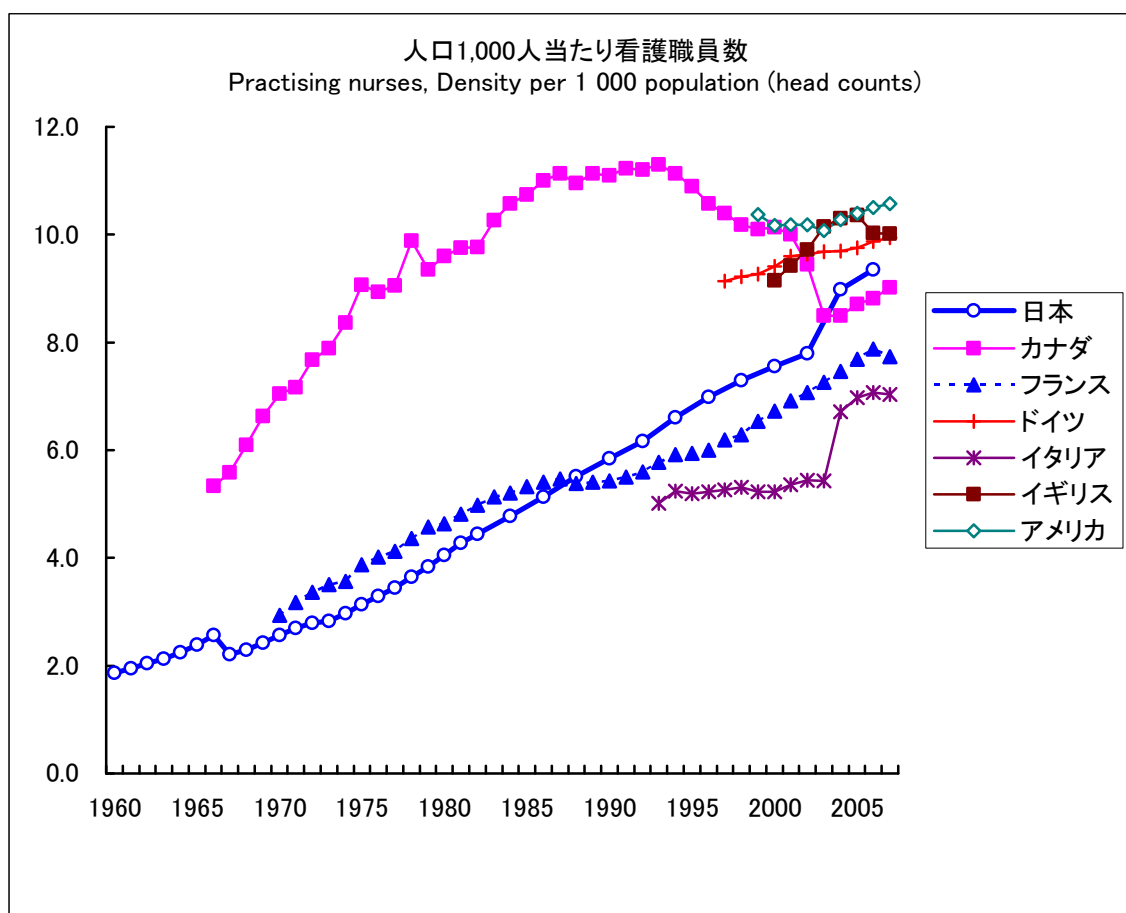
図 2.2.2 医師 1,000 人当たり当概年の医学部卒業生



人口 1,000 人当たり看護職員数

日本の人口 1,000 人当たり看護職員数³は、1960 年代の終わりから 2000 年代の初頭まで、ほぼ同じ傾きで増加してきた（図 2.2.3）。2002 年以降はさらに伸び、2006 年には 9.35 人になった。日本の看護職員数は医師数に比べると多く、G7 各国の中で中位である。准看護師の存在も寄与しているのではないかと考えられる。

図 2.2.3 人口 1,000 人当たり看護職員数



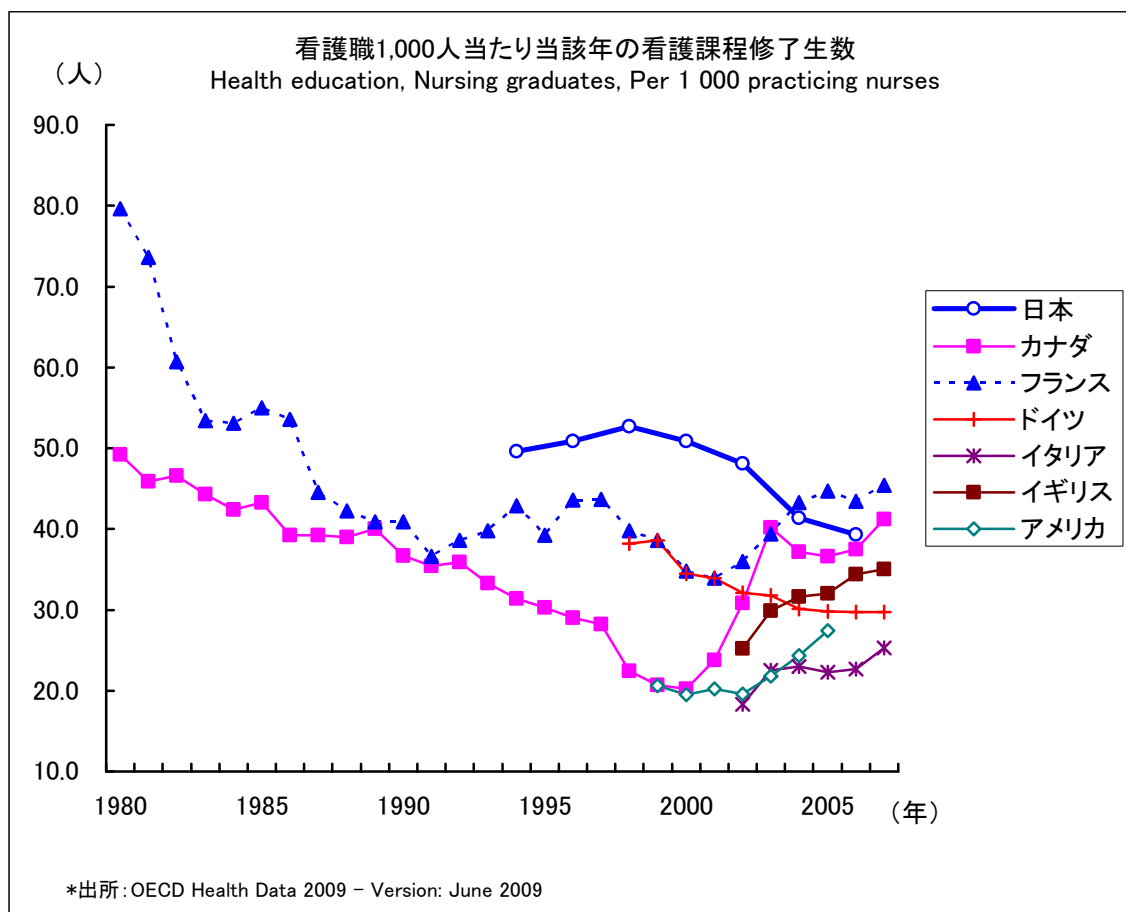
³ イタリア、日本、イギリス、アメリカは助産師（midwives）を含む。

看護職員 1,000 人当たり看護課程修了生数

前述したように日本の看護職員数は比較的多い。そして、日本の看護職員養成数は、2000 年代初頭までもっとも多かった（図 2.2.4）。

しかし、2002 年度に准看護師養成カリキュラムが変更された。このため、高等学校の衛生看護科を廃止したところもあるなどして、准看護師養成数は 2001 年度の 24,820 人から、2002 年度には 15,628 人に激減した⁴。ここ数年で看護職員養成数を大幅に減らした国は日本以外にはない。

図 2.2.4 看護職 1,000 人当たり当該年の看護課程修了生数



⁴文部科学省: 看護師・准看護師養成施設・入学定員年次別推移一覧
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/08011620/021.htm

2.3. 病床数および平均在院日数

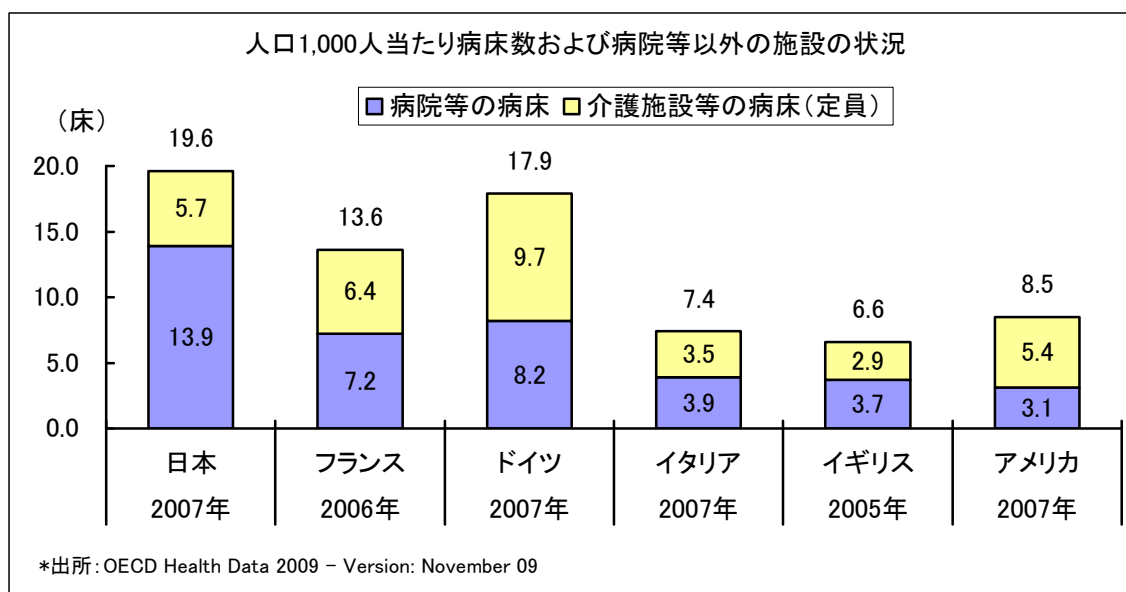
病床の意味合い

OECD では、病床は、大きく「Total hospital beds」と「Long-term care beds in institutions (other than hospitals)」に区分されている。「Total hospital beds」は直訳すれば総病院病床であるが、日本では有床診療所も対象であるので、ここでは「病院等の病床」と呼ぶ。「Long-term care beds in institutions (other than hospitals)」は、「介護施設等の病床」と訳す。日本では介護老人福祉施設と介護老人保健施設の定員数の合計である。ただし日本も 2005 年までは、介護老人保健施設の数字だけである。そこで、経年比較ではなく、直近の状況のみを示した。

人口 1,000 人当たり病床数は、日本では病院等 13.9 床、介護施設等 5.7 床である（図 2.3.1）。日本は高齢化率が高いが、介護施設等の病床数はフランス、ドイツよりも少ない。また日本の病院等の病床数は、G7 他国（カナダは介護施設等のデータなし）の 1.7～4.5 倍であるが、介護施設を加えるとその差は 1.1～3.0 倍に縮小する。

またアメリカの病院等病床数は日本の約 2 割と少ないが、ナーシングホームが含まれる介護施設等の病床数は、日本と同じぐらいである。

図 2.3.1 人口 1,000 人当たり病床数および介護施設等の状況

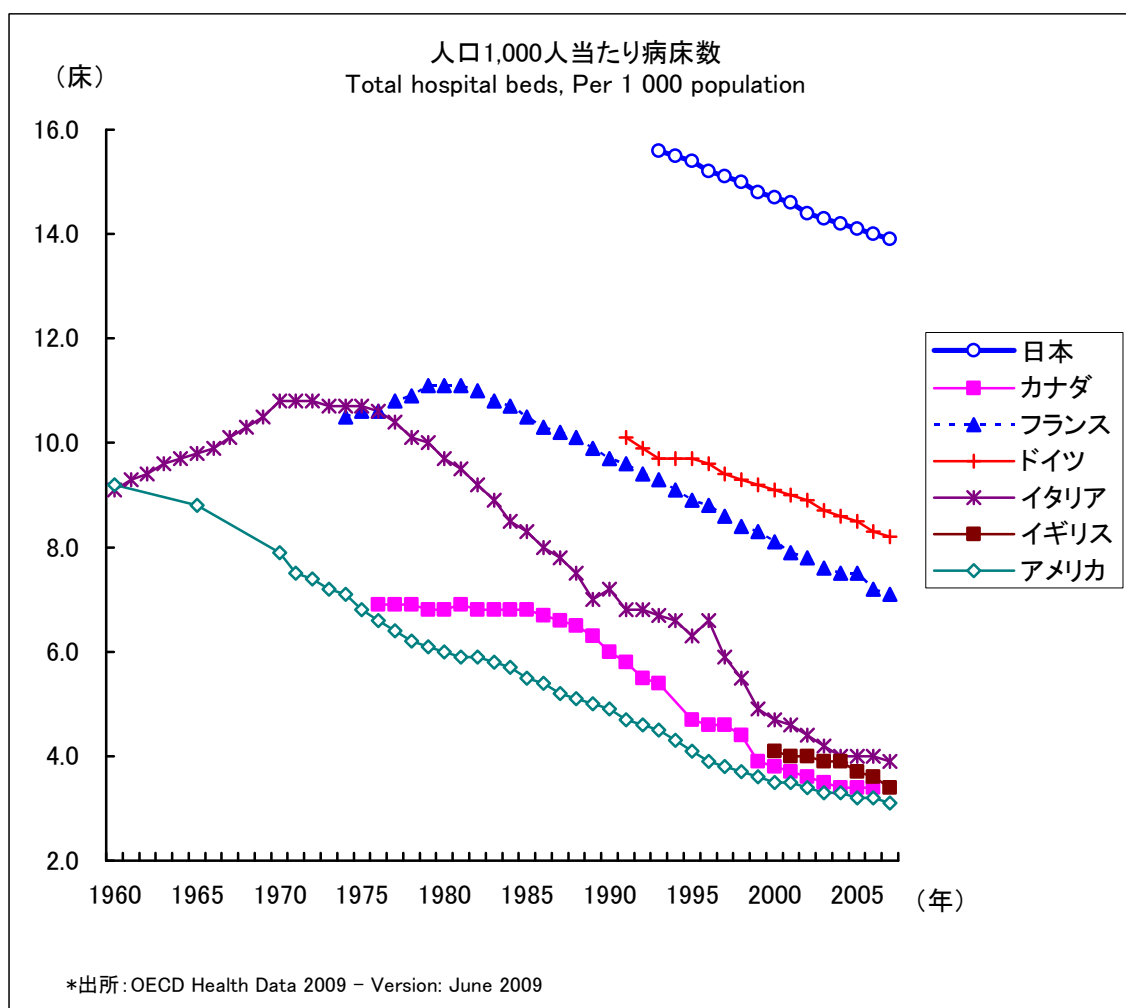


人口 1,000 人当たり病院等の病床数

日本の人口 1,000 人当たり病床数は減少傾向にあるが、13.9 床（2007 年）ともっとも多い（図 2.3.2）。ただし前述したように、日本では高齢化率に比べて介護施設等の病床（定員）が少なく、病院等が介護施設等の役割を担っているケースもあると推察される。

また G7 は、「日本」、「ドイツ・フランス」、「イタリア・イギリス・カナダ・アメリカ」のおおむね 3 つのグループに分けられ、いずれも 1980 年頃から減少傾向にある。

図 2.3.2 人口 1,000 人当たりの病院等の病床数



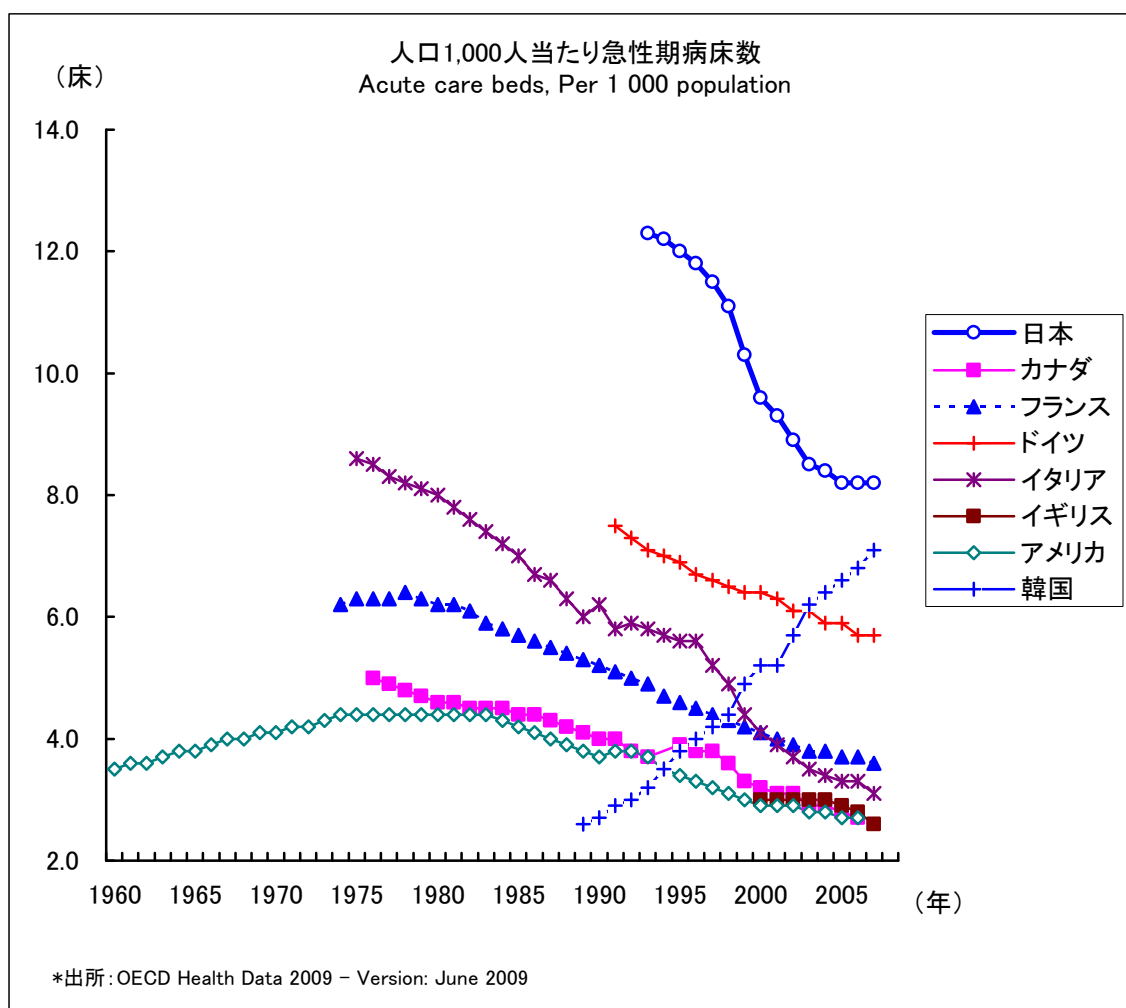
人口 1,000 人当たり急性期病床数

日本の人口 1,000 人当たり急性期病床数は大幅に減少してきているが、8.2 床 (2007 年) ともっとも多い (図 2.3.3)。

ドイツ、フランスは、病床数全体は同じぐらいであるが、ドイツは急性期病床数が多く、フランスは精神病床数が多いなど、病床の内訳は国によってかなり特徴がある。

また G7 以外の韓国も示したが、韓国は急性期病床数が増加して、日本の水準に近づきつつある点が興味深い。

図 2.3.3 人口 1,000 人当たりの病院等の急性期病床数

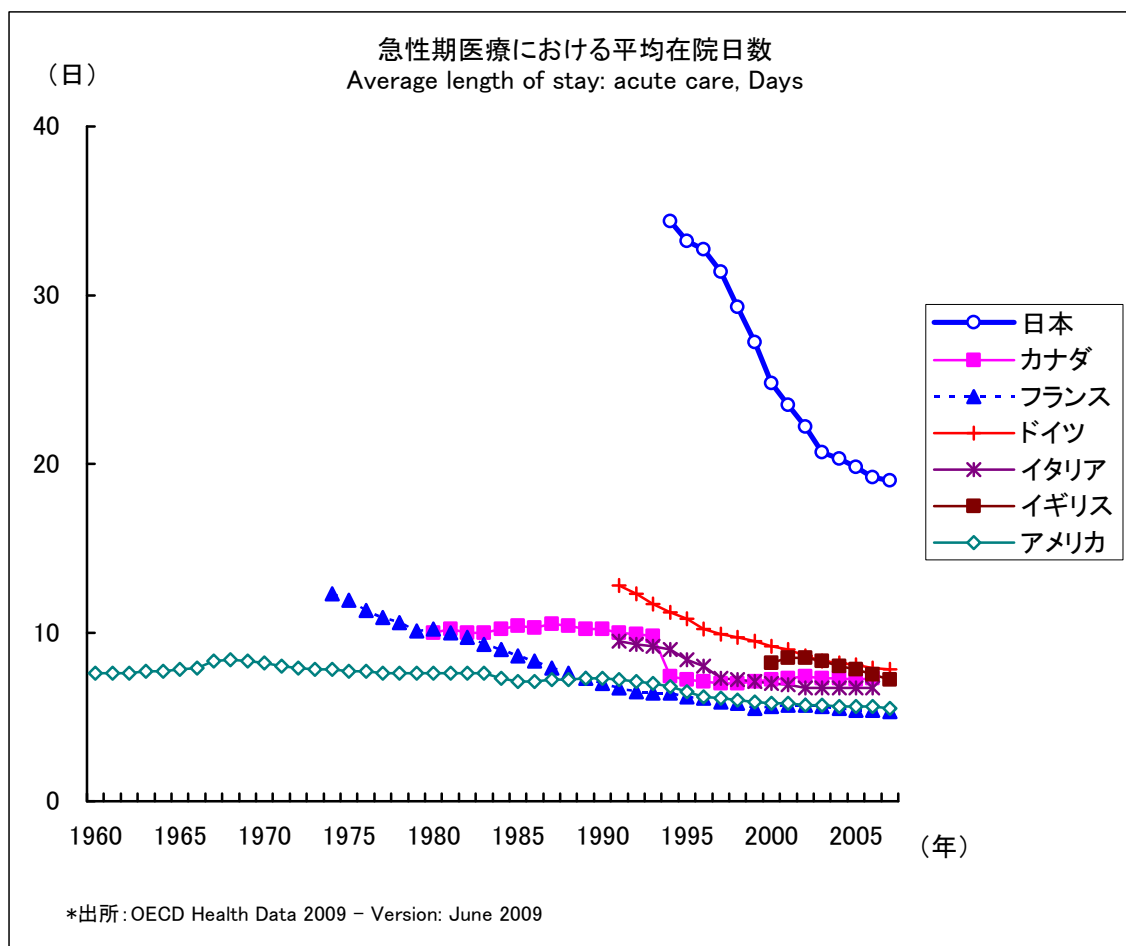


急性期医療における平均在院日数

日本の平均在院日数は、1994年には34.4日であったが、2007年には19.0日にまで縮小している（図 2.3.4）。しかし、依然としてG7以外も含むOECD加盟国の中でもっとも長い。G7以外を含めて見ても、日本について長いのは韓国の10.6日（2003年）であり、日本との差は1週間以上ある。

日本は諸外国と比較して、平均在院日数の長さが問題視されることが多いが、比較するには差が大きすぎる。そもそも「入院」の成り立ち、役割が異なっていたのではないかと考えられる。

図 2.3.4 急性期医療における平均在院日数

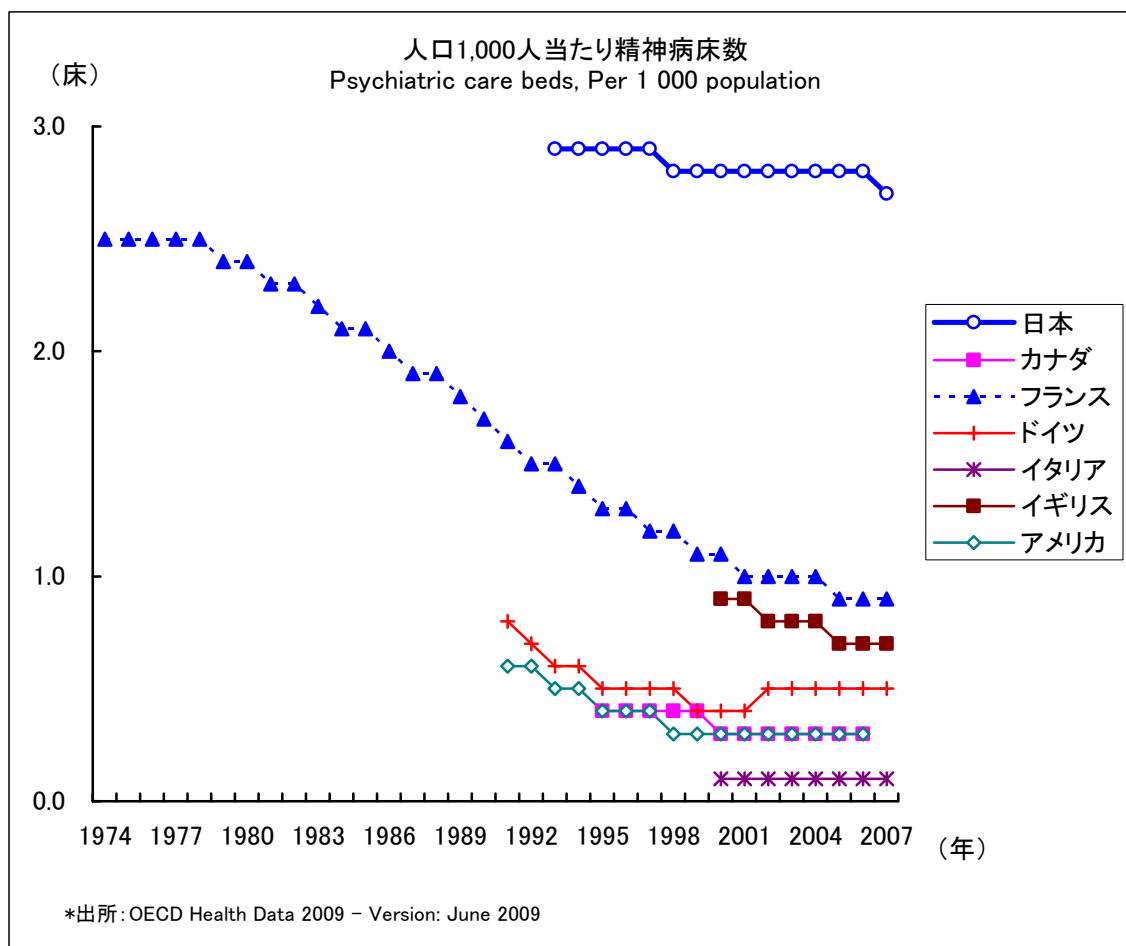


人口 1,000 人当たり精神病床数

日本の病床数は段階的にやや減少してきているが、G7 他国に比べると高水準である（図 2.3.5）。G7 他国は 2000 年頃まで減少し、その後、横ばい傾向である。

イタリアは 0.1 床であり、精神病床がほとんど存在しない。水野（2002）⁵によると、イタリアは 1978 年の精神医療改革で、地域サービスと関連した新しい精神科入院病棟（15 床以下）を整備する一方、精神病院の閉鎖を打ち出し、1998 年末に精神病院の完全閉鎖を宣言している。

図 2.3.5 人口 1,000 人当たり病院の精神病床数



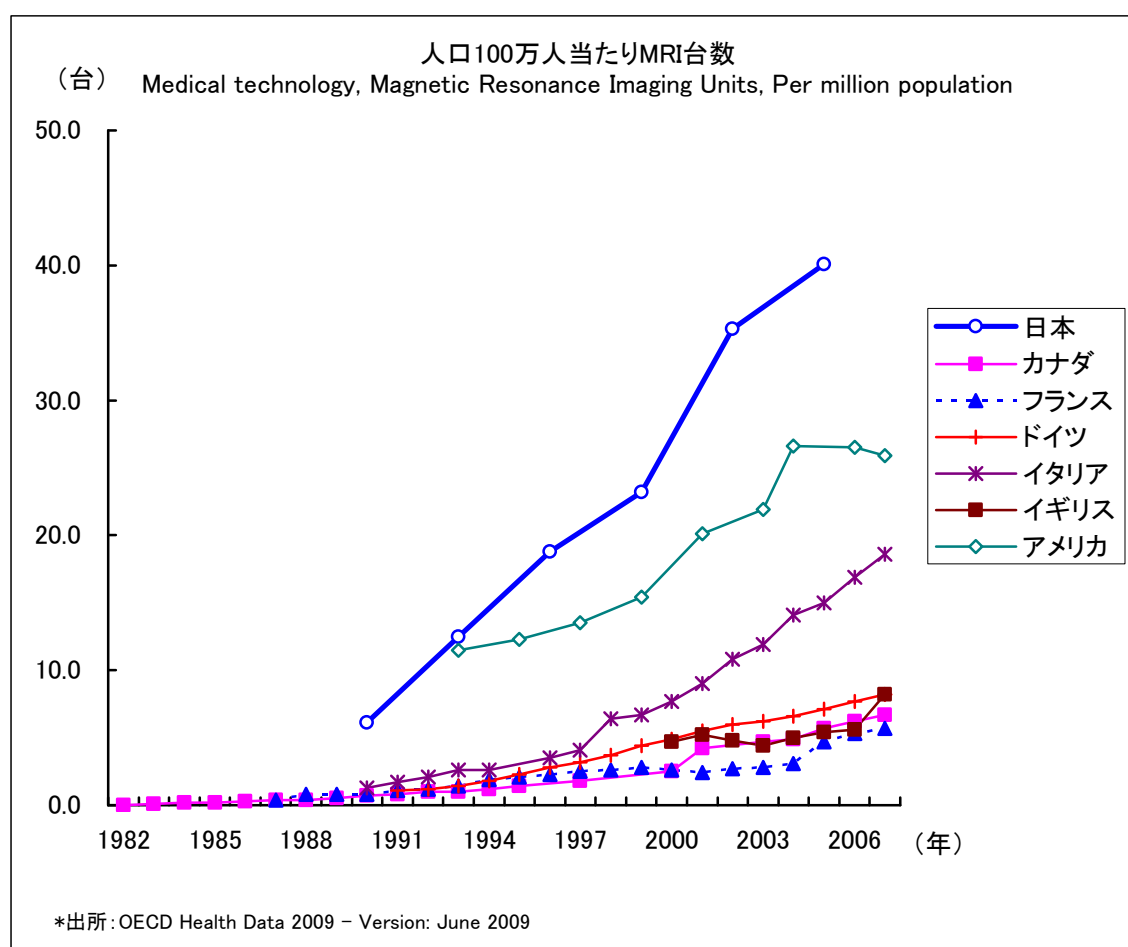
⁵ 水野雅文: イタリアの精神科医療の歴史と課題. 社会福祉研究 2002; 84: 110-113

2.4. 医療機器の台数

人口 100 万人当たりMRI台数

日本のMRI台数はそもそも多く、現在（2005年）は40.1台（図 2.4.1）である。民間保険主流のアメリカは、1993年時点では、日本とほぼ同じであったが、その後の伸びは日本よりも緩やかで、2004年をピークに減少に転じている。

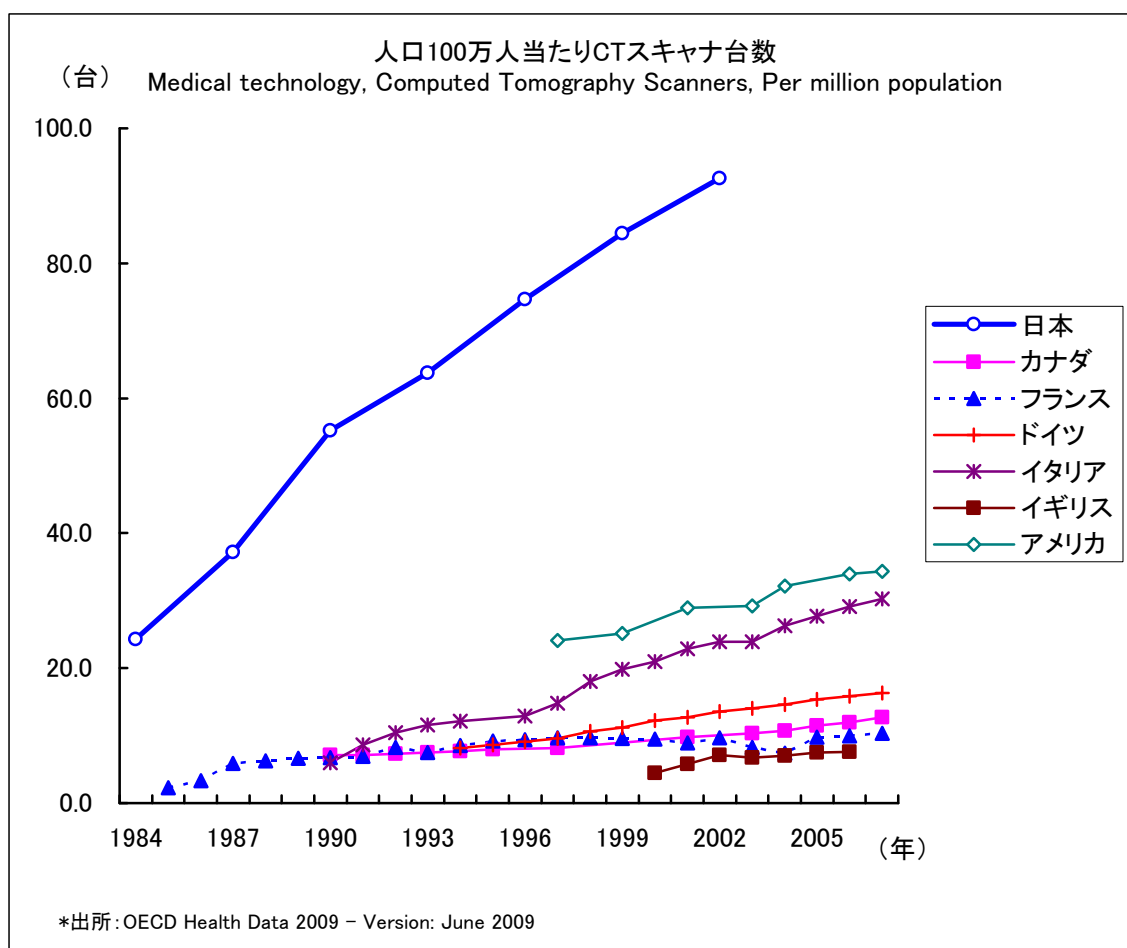
図 2.4.1 人口 100 万人当たりの MRI 台数



人口 100 万人当たりCTスキャナ台数

日本のCTスキャナ台数も、MRI台数と同様そもそも多く、2002 年には 92.6 台である（図 2.4.2）。この年にもっとも少なかったイギリスは 7.1 台で、日本との差は 13.0 倍に拡大した。

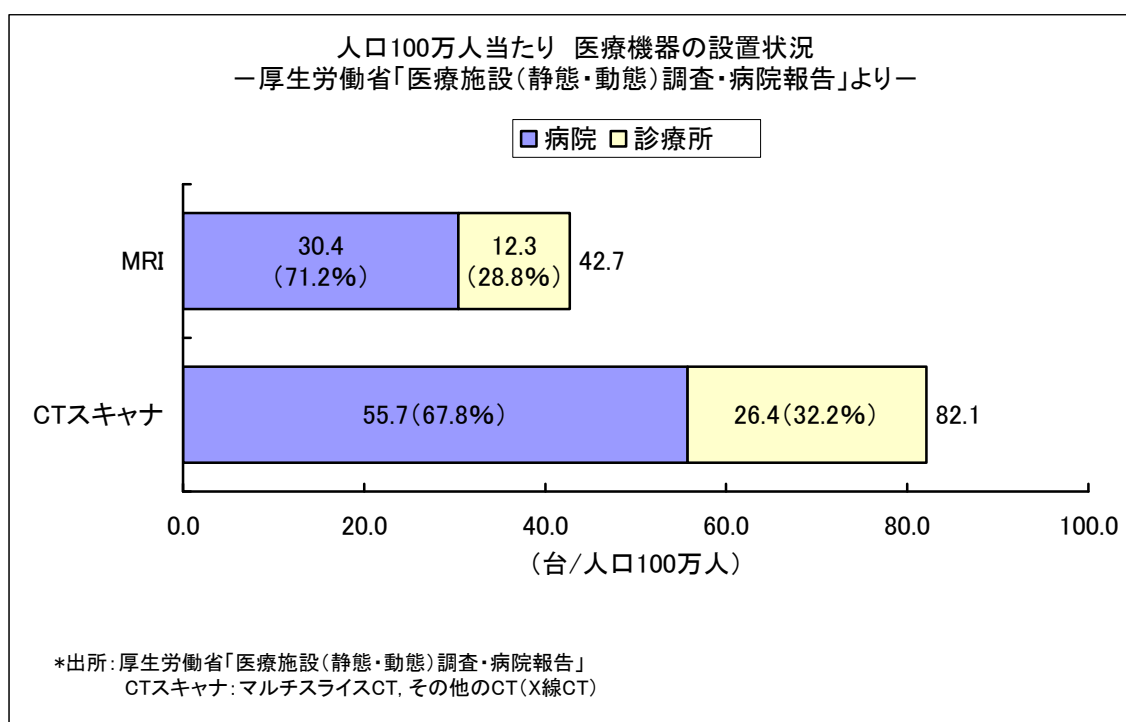
図 2.4.2 人口 100 万人当たりの CT スキャナ台数



厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査・病院報告」から、MRI、CTの設置場所別状況を見ると、MRIについては診療所が28.8%、CTについては診療所が32.2%を保有している（図2.4.3）。

このことについて、日本では診療所に多くの医療機器が設置されており、医療資源が非効率に使用されているとの指摘もある。しかし、身近でいつでも検査できることによって、日本人の高い健康度が維持されているともいえよう。

図 2.4.3 人口100万人当たりの医療機器の設置状況



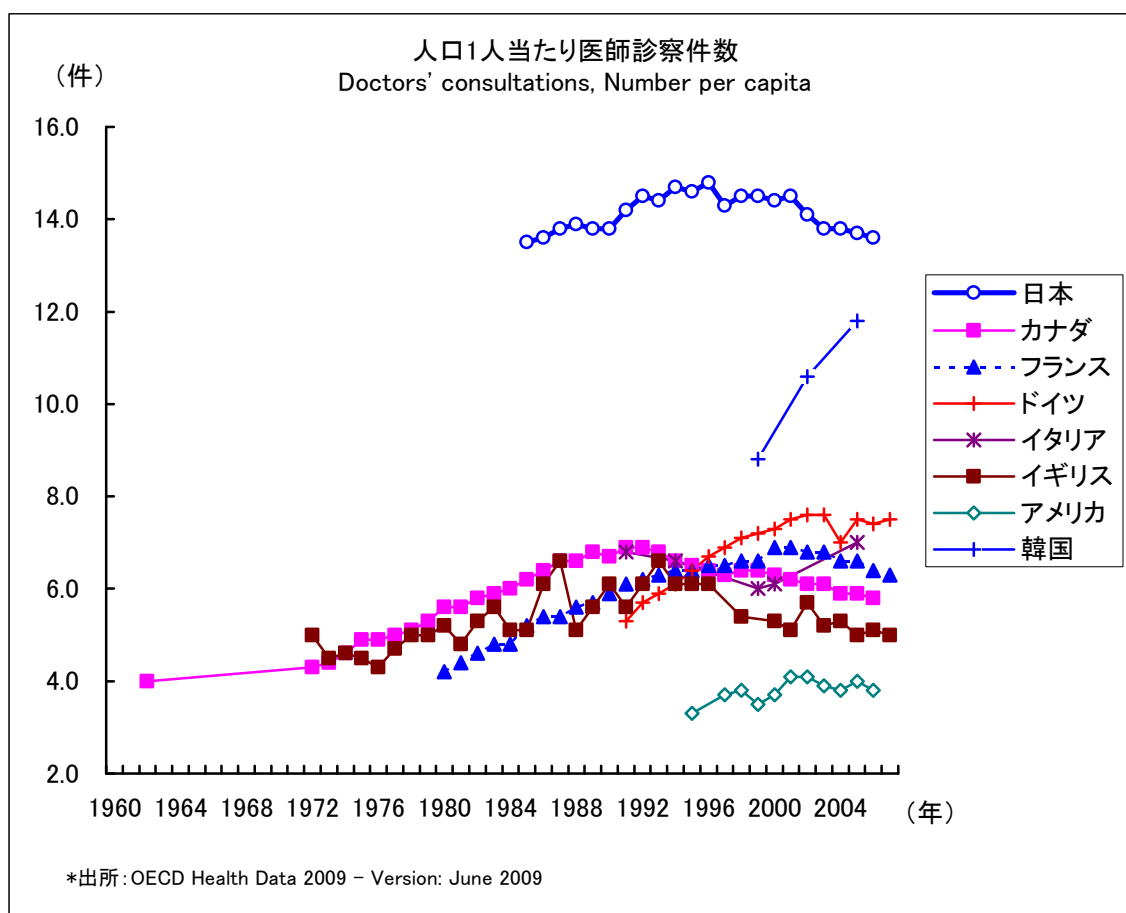
2.5. 受診件数

人口1人当たり医師診察件数

日本はもっとも高く 13.6 件（2006 年）である（図 2.5.1）。G7 以外で診察件数 10 件以上の国は、チェコ 12.6 件（2007 年）、韓国 11.8 件（2005 年）、スロバキア 11.2 件（2007 年）、ハンガリー 10.8 件（2007 年）である。特に韓国は日本の水準に近づいてきており、今後の動向が注目される。

長期的な推移は、国によってばらつきがある。ドイツはやや増加傾向にあるが、フランス、カナダ、イギリスは最近では減少傾向にある。

図 2.5.1 人口1人当たり医師診察件数



2.6. 予防接種

はしか予防接種を受けた1～2歳児の割合

日本のはしか予防接種率は決して高いとはいえない水準であり、2006年は88.0%である（図 2.6.1）。また、日本では、1980年代の終わりから1990年代の初めにかけて、はしか予防接種率が低迷した時期があるが、現在、当時の1～2歳児が成人になりつつある。

なお、G7 他国と比べると日本の接種率はそれほど低くないように見えるが、G7 の中に接種率が低い国があるためである。OECD加盟国すべてで見ると、日本は30か国中23位の低さである（図 2.6.2）。

図 2.6.1 はしか予防接種を受けた1～2歳児の割合

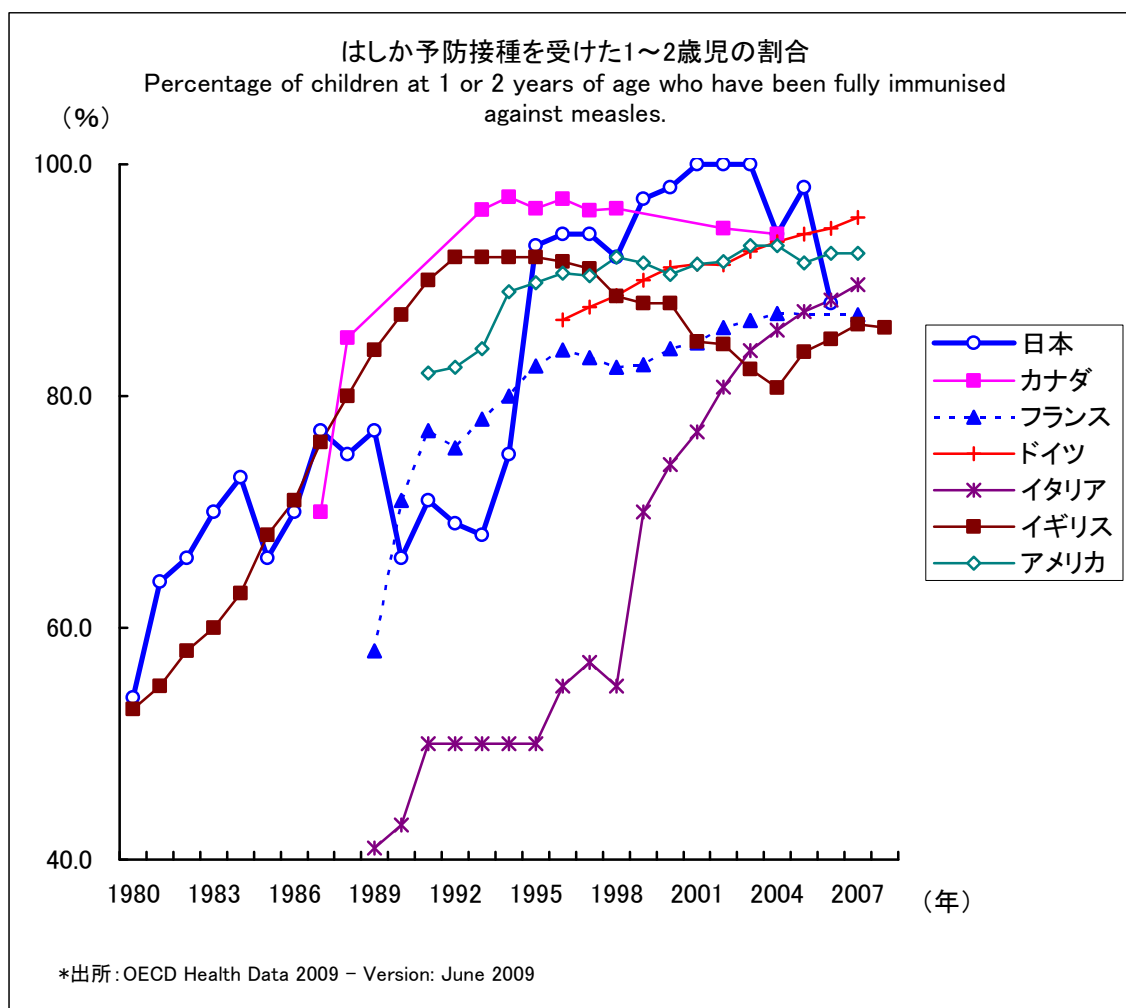
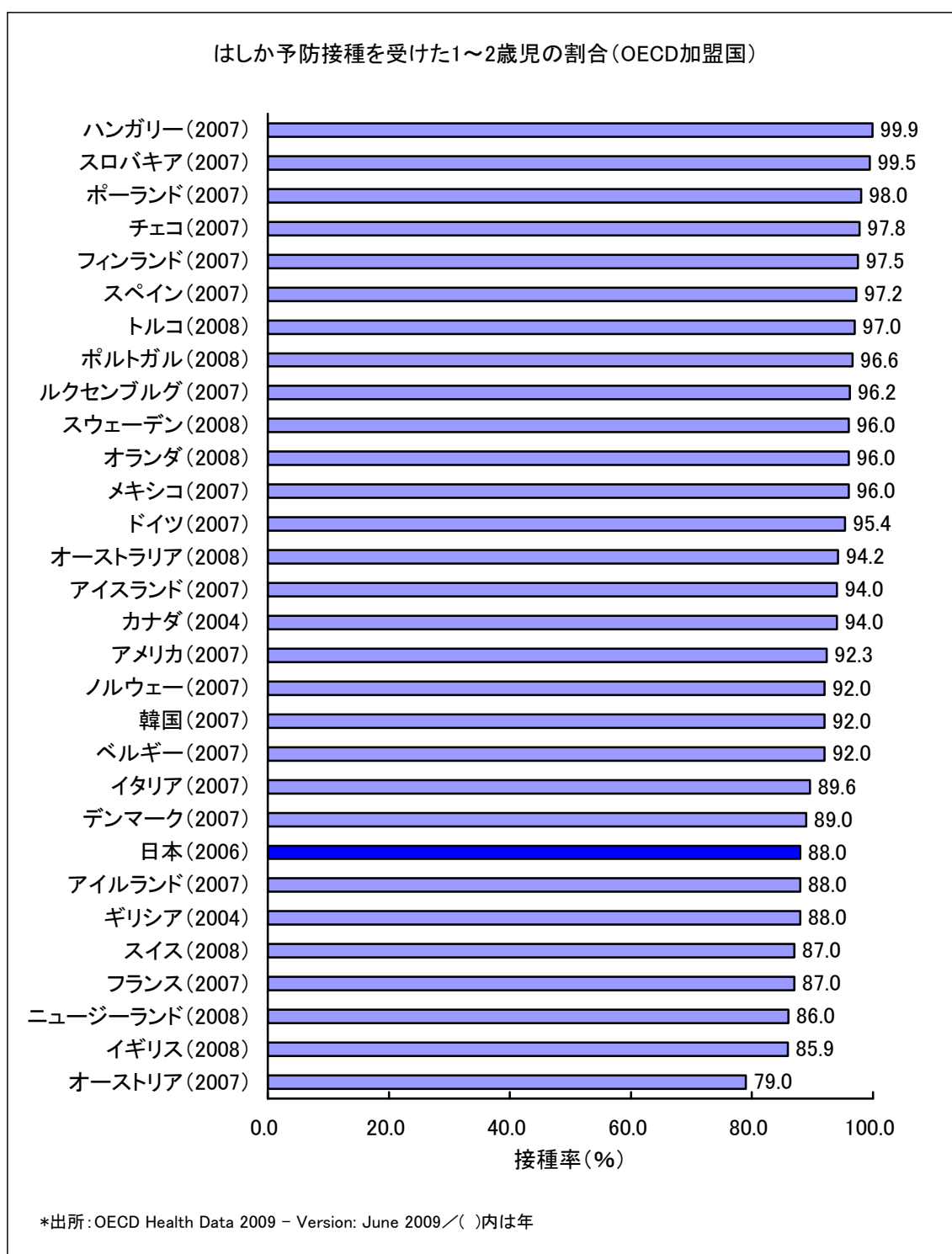


図 2.6.2 はしか予防接種を受けた1～2歳児の割合（OECD加盟国）



インフルエンザワクチンを受けた高齢者の割合

日本の高齢者のインフルエンザワクチン接種率はかなり低く、2006年に48.0%であった(図 2.6.3)。G7において最下位であるばかりでなく、OECDでデータのある24か国中19位の低さである(図 2.6.4)。

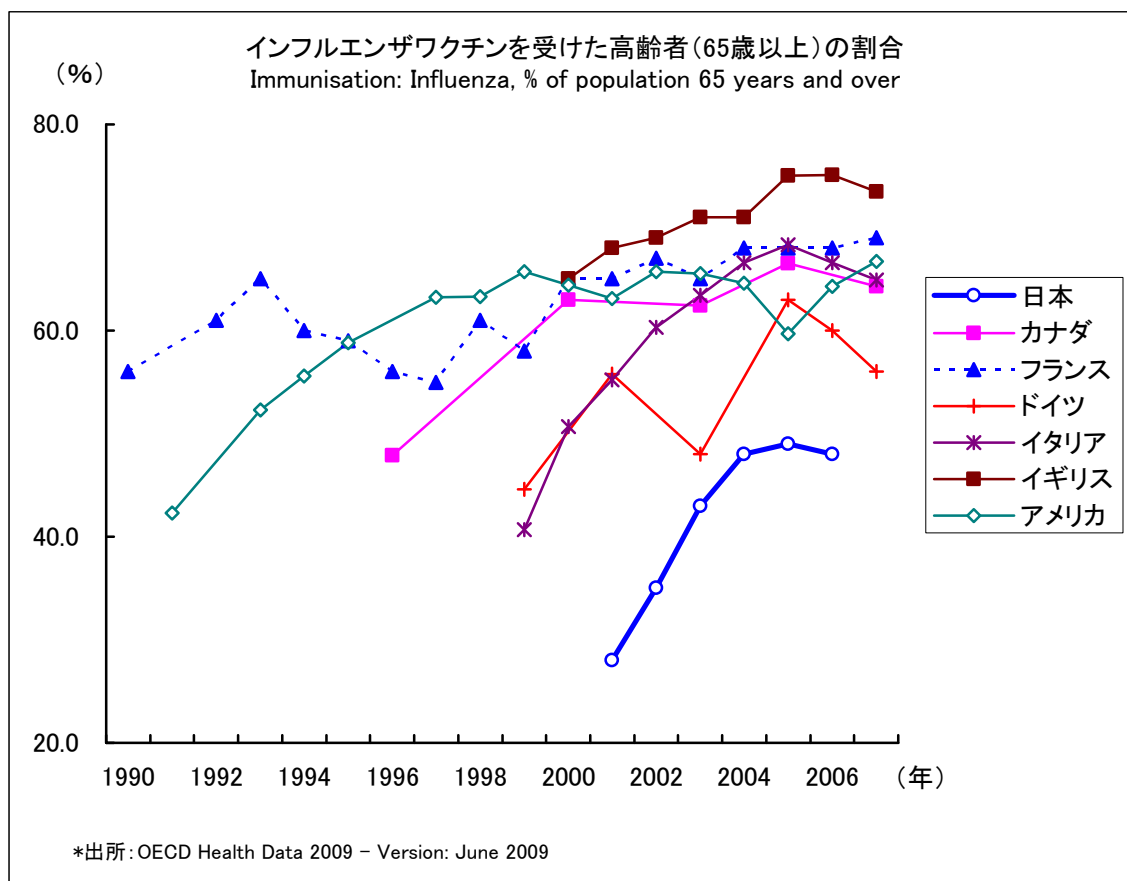
インフルエンザワクチンの接種率は、有償か無償かによって影響を受けると推察される。今般の新型インフルエンザの事例になるが、厚生労働省によれば諸外国のワクチン接種費用の負担は次のようになっている⁶。

イギリス：医療従事者や妊婦等、優先して接種すべき対象者に係るワクチン代及び接種費用が無料

フランス、ドイツ：ワクチン代及び接種費用が無料

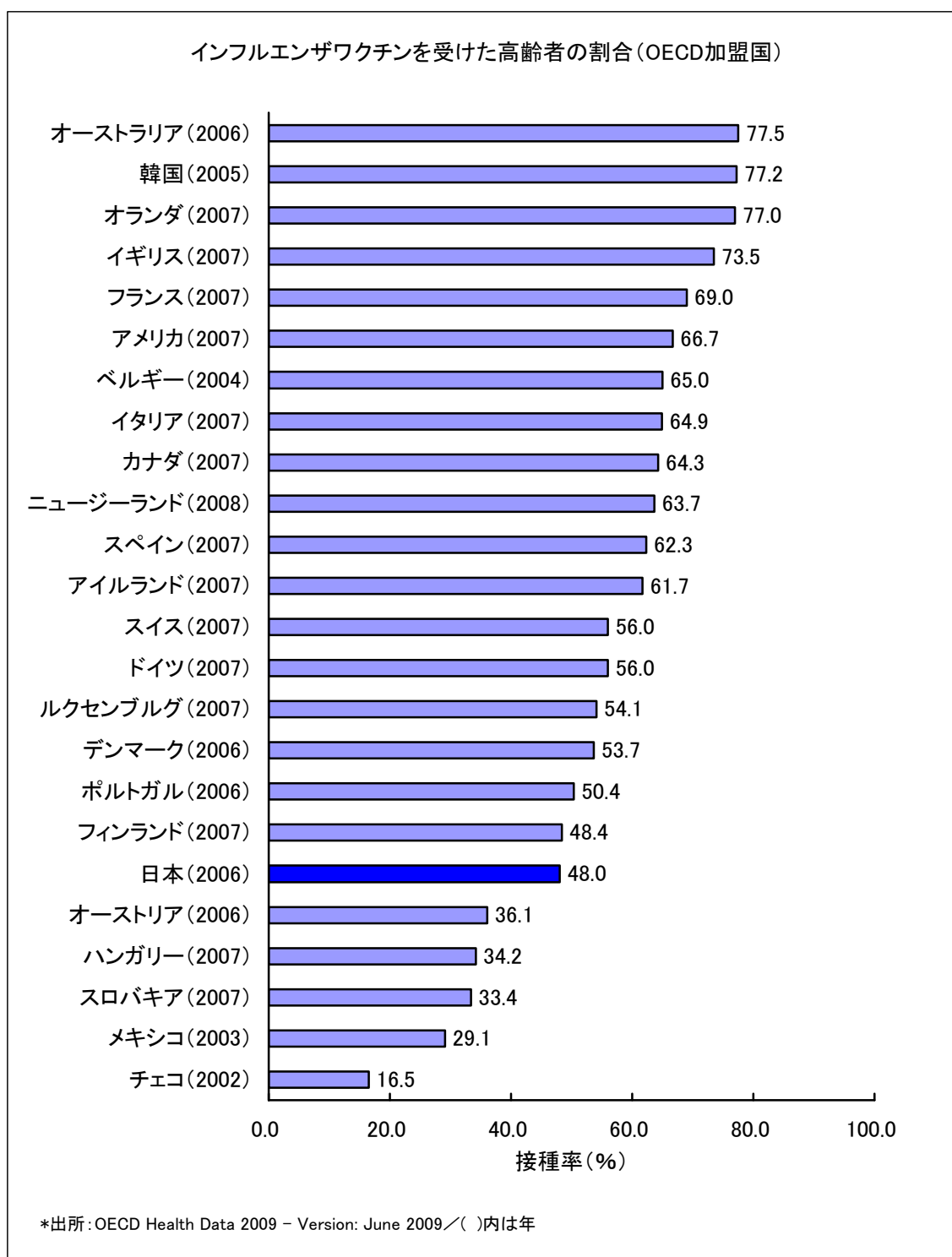
アメリカ：ワクチン代は無料、接種費用は被接種者が加入する医療保険による

図 2.6.3 インフルエンザワクチンを受けた高齢者の割合



⁶ 「衆議院議員大村秀章君提出新型インフルエンザ対策に関する質問に対する答弁書」2009年11月13日

図 2.6.4 インフルエンザワクチンを受けた高齢者の割合 (OECD 加盟国)



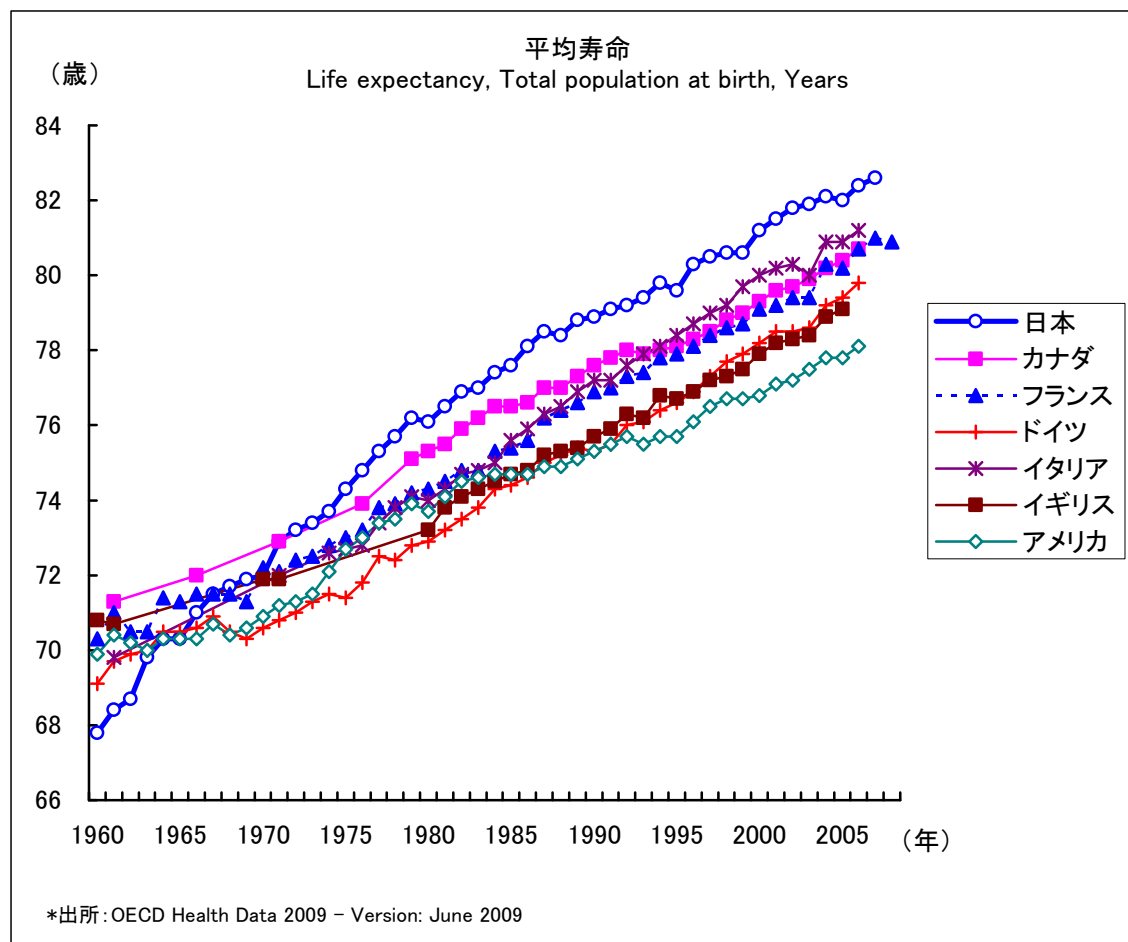
2.7. 健康状態

平均寿命

日本の平均寿命は1960年には67.8歳であり、G7の中でもっとも短かった（図 2.7.1）。日本の平均寿命がもっとも長くなるのは、高度経済成長期（1955～1973年）の終わり1972年のことである。その後も、平均寿命は伸びつづけ、2007年には82.6歳になった。

アメリカでは医療費は高いが、平均寿命は78.1歳（2006年）であり、G7の中でもっとも低い。

図 2.7.1 平均寿命

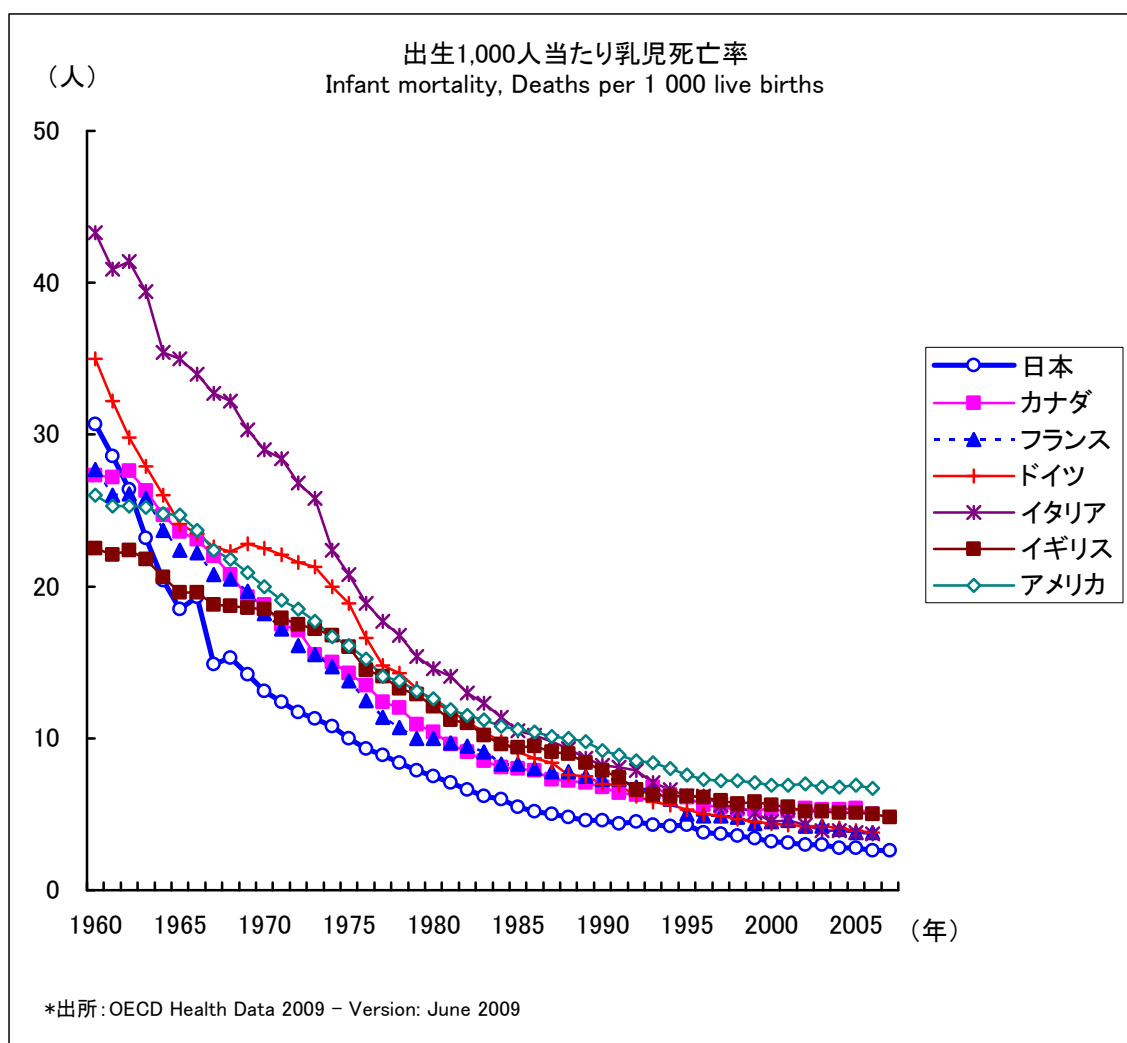


出生 1,000 人当たり乳児死亡率

乳児死亡率は、1960年にはイタリアで40人を超えており、日本でも30.7人であった（図 2.7.2）。その後、各国とも改善した。日本は1960年代に大幅に低下した、2006年には2.6人になった。

G7以外で乳児死亡率が低いのは、アイスランド2.0人（2007年）、ルクセンブルグ2.5人（2006年）、スウェーデン2.5人（2006年）である。

図 2.7.2 出生 1,000 人当たり乳児死亡率



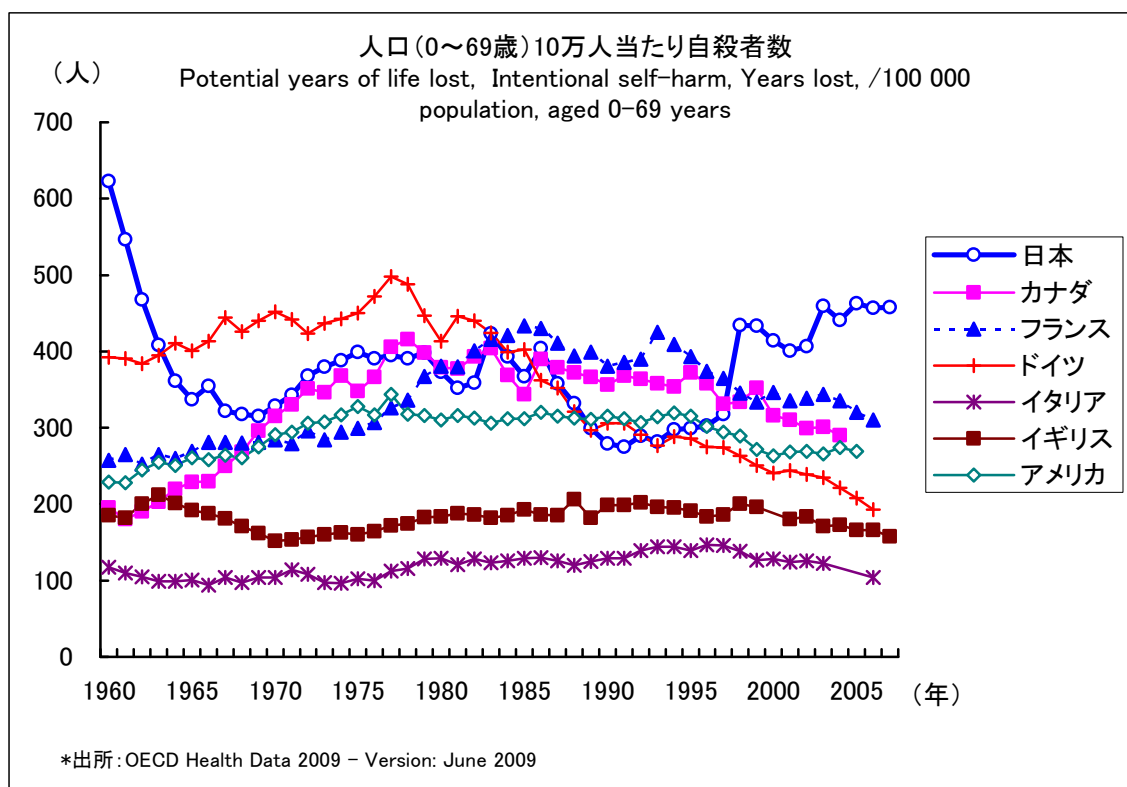
人口 10 万人当たり自殺者数

日本の人口 10 万人当たり自殺者数は、1960 年時点で 623 人と G7 の中でもっとも多かった。いわゆる「バブル景気」（1986 年～1991 年）の頃に大幅に減少したが、2006 年は 457 人と、ふたたび G7 の中で最多になっている（図 2.7.3）。

イタリア、イギリスはもともと少なく、ほぼ横ばいで推移している。フランスは 1980 年代半ばまで増加していたが、1990 年代以降は減少している。またドイツは一時期日本よりも多かったが、1970 年代後半以降、大幅に減少した。

G7 以外の国では、フィンランドが 1990 年台終盤に 700 人を超えていたが、2007 年には 447 人になった。少ないのはギリシアの 63 人（2007 年）である。

図 2.7.3 人口 10 万人当たり自殺者数



(捕捉)

日本では、WHO が定めた ICD-10(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)に基づき、1995 年 1 月に死亡診断書を改正し、死亡原因記入欄に「疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という表現が追加された。このため、自殺を含む疾病別死亡率などの統計に影響を与えている。現在は、ICD-10 を一部改正した ICD-10(2003 年版)が適用されている。

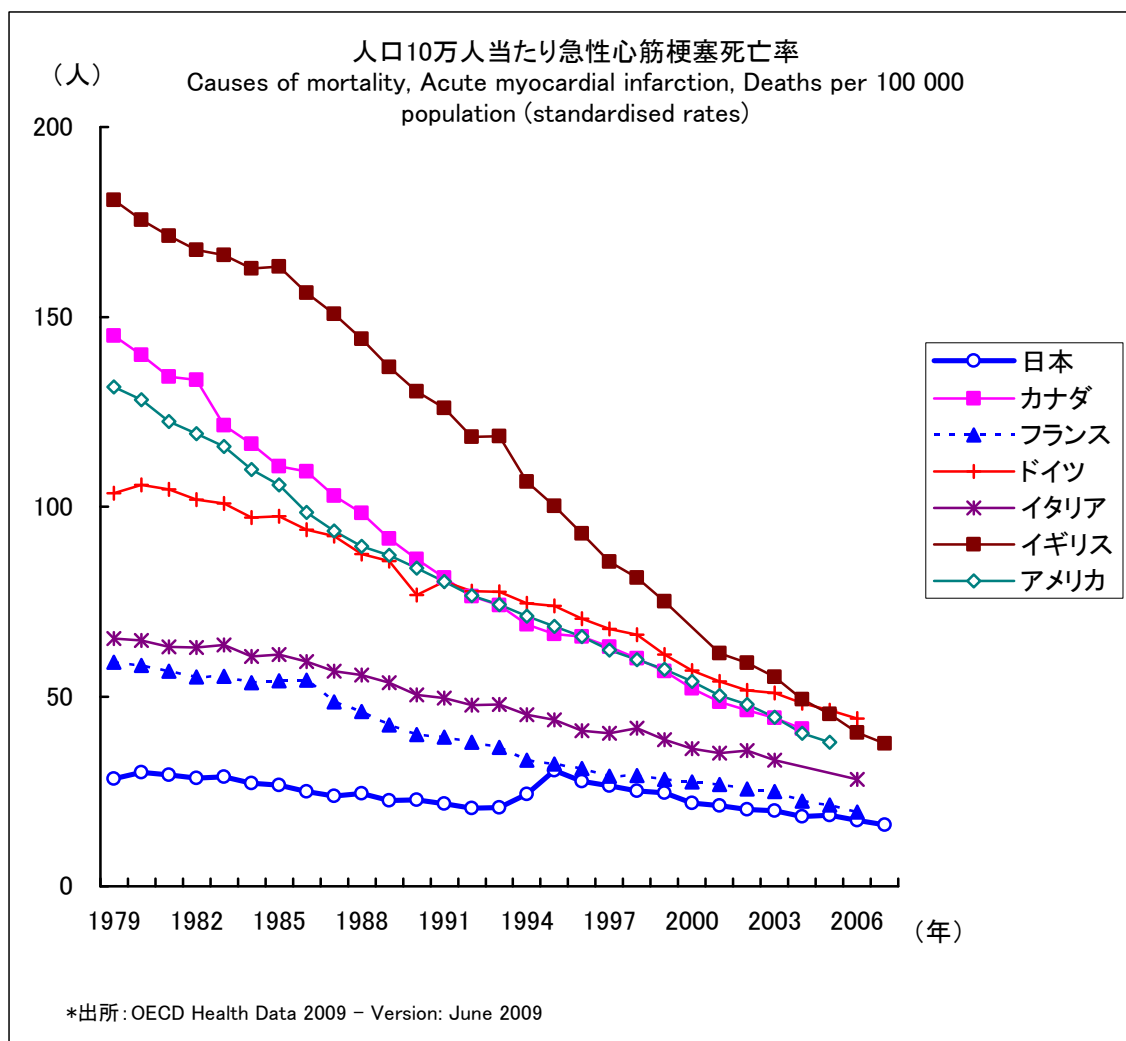
2.8. 疾病別死亡率および患者数

人口10万人当たり急性心筋梗塞死亡率

日本は1979年時点で28.3人ともっとも低く、1990年代半ばにいったん上昇したものの（死亡診断書改正の影響と推察される）、低位を維持し、2007年には16.2人である（図2.8.1）。

他国でも、急性心筋梗塞の死亡率が大幅に減少しており、日本との差が縮小している。

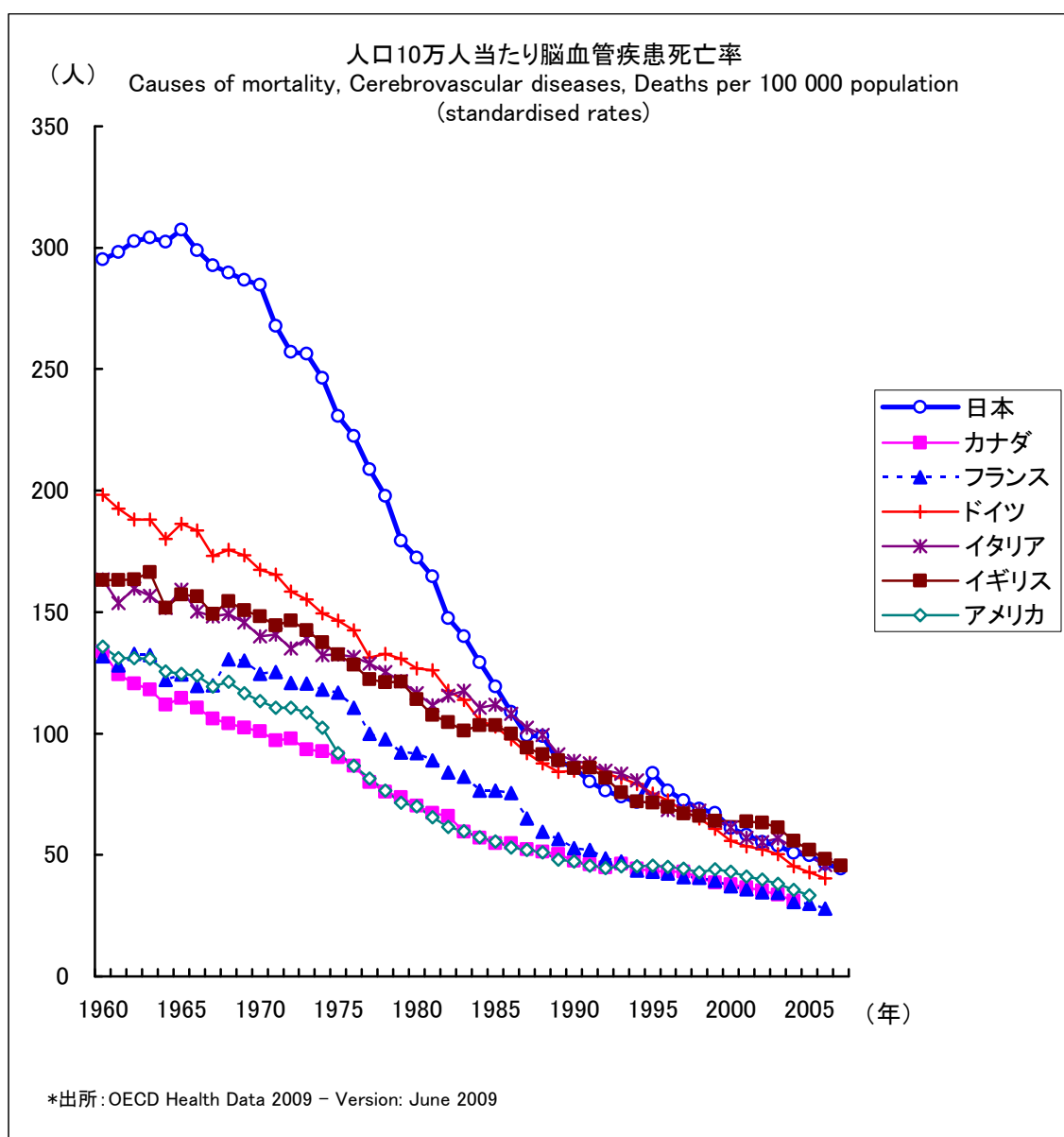
図 2.8.1 人口10万人当たり急性心筋梗塞死亡率



人口 10 万人当たり脳血管疾患死亡率

脳血管疾患の死亡率は、日本では 1960 年時点で 295.2 人であり、日本について高かったドイツ (198.3 人) の約 1.5 倍であった (図 2.8.2)。しかし、日本ではその後、大幅に減少し、2007 年には 44.3 人と、イギリスの 45.6 人よりも少なくなった。最近でもっとも少ないのはフランスの 27.8 人 (2006 年) である。

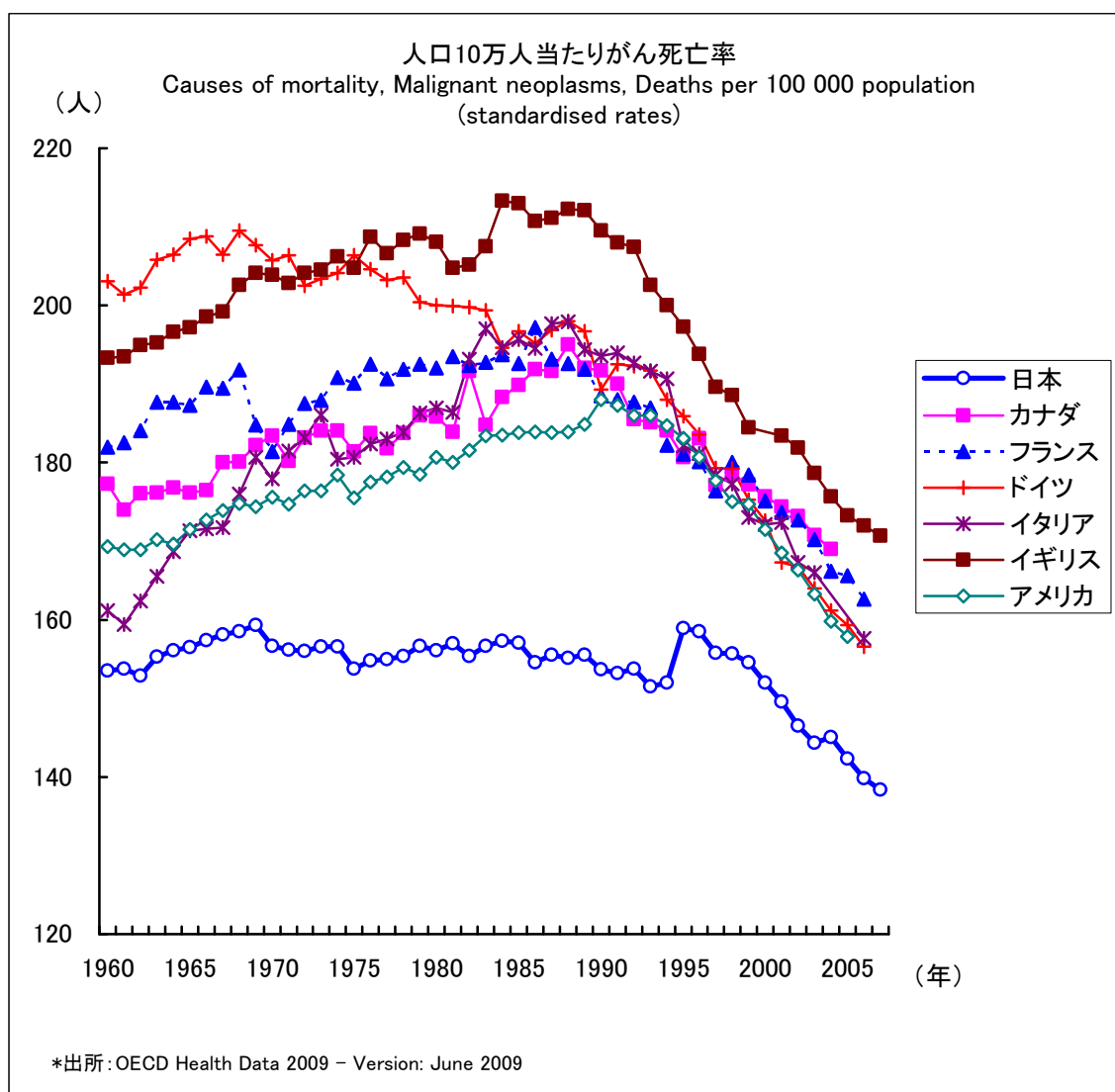
図 2.8.2 人口 10 万人当たり脳血管疾患死亡率



人口 10 万人当たりがん死亡率

日本のがん死亡率は、1960 年代以降、G7 の中でもっとも低い。2007 年には、日本は 138.4 人である（図 2.8.3）。G7 他国では 1980 年代半ばにがん死亡率が低下しはじめているが、日本でがん死亡率が低下しはじめるのは 1990 年代半ばであり、約 10 年遅れている。この結果、かつてと比べて日本と他国の差が縮小している。

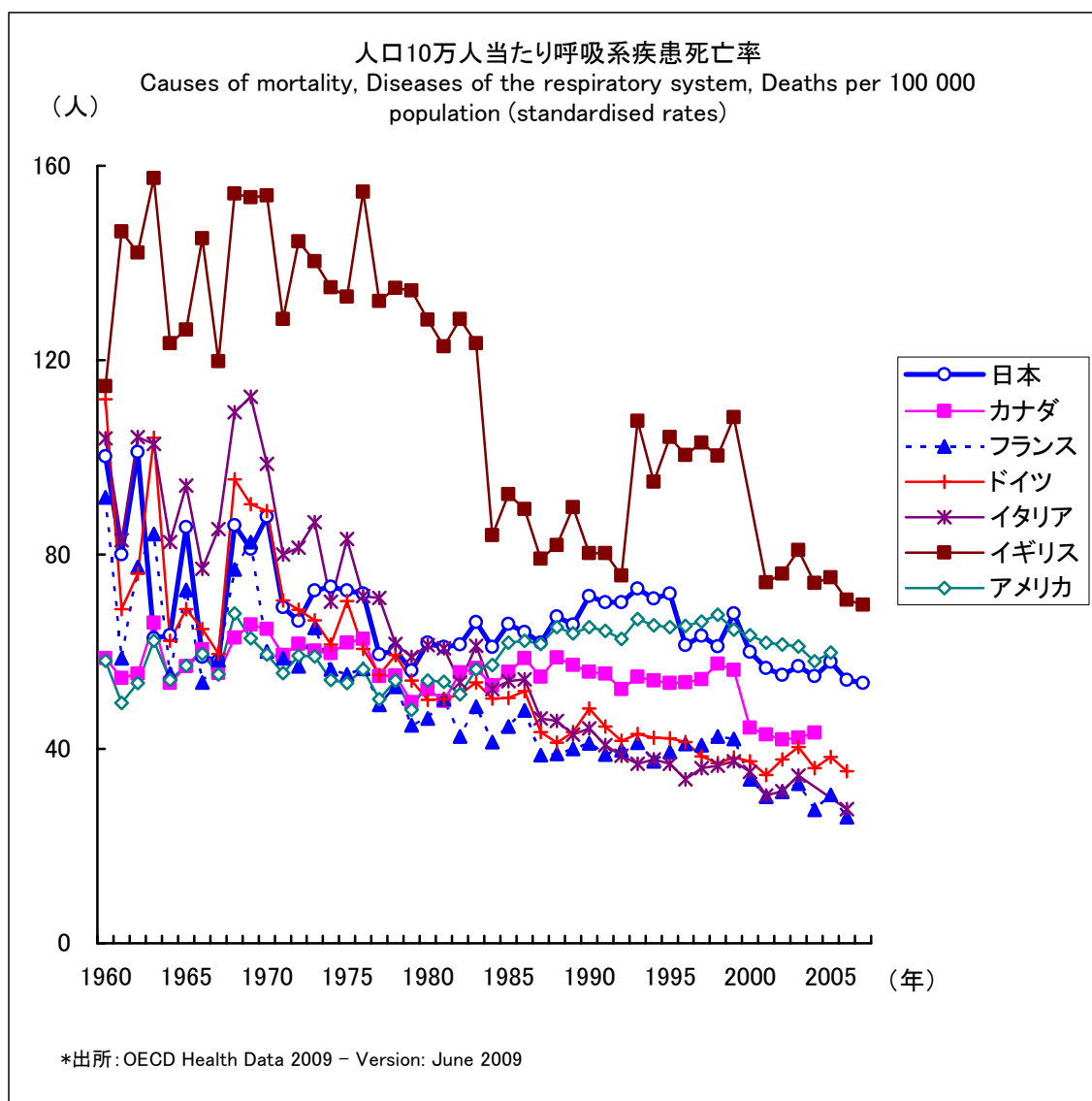
図 2.8.3 人口 10 万人当たりがん死亡率



人口 10 万人当たり呼吸器系疾患死亡率

呼吸器系疾患の死亡率は、イギリスでは減少してきているものの、依然としてもっとも高い（図 2.8.4）。日本は 1960 年代と比べると少なくなっているが、1980 年代以降、フランス、ドイツ、イタリアが減少傾向にあったのに対し、日本ではそれほど減っておらず、現在の死亡率も比較的上位である。

図 2.8.4 人口 10 万人当たり呼吸器系疾患死亡率

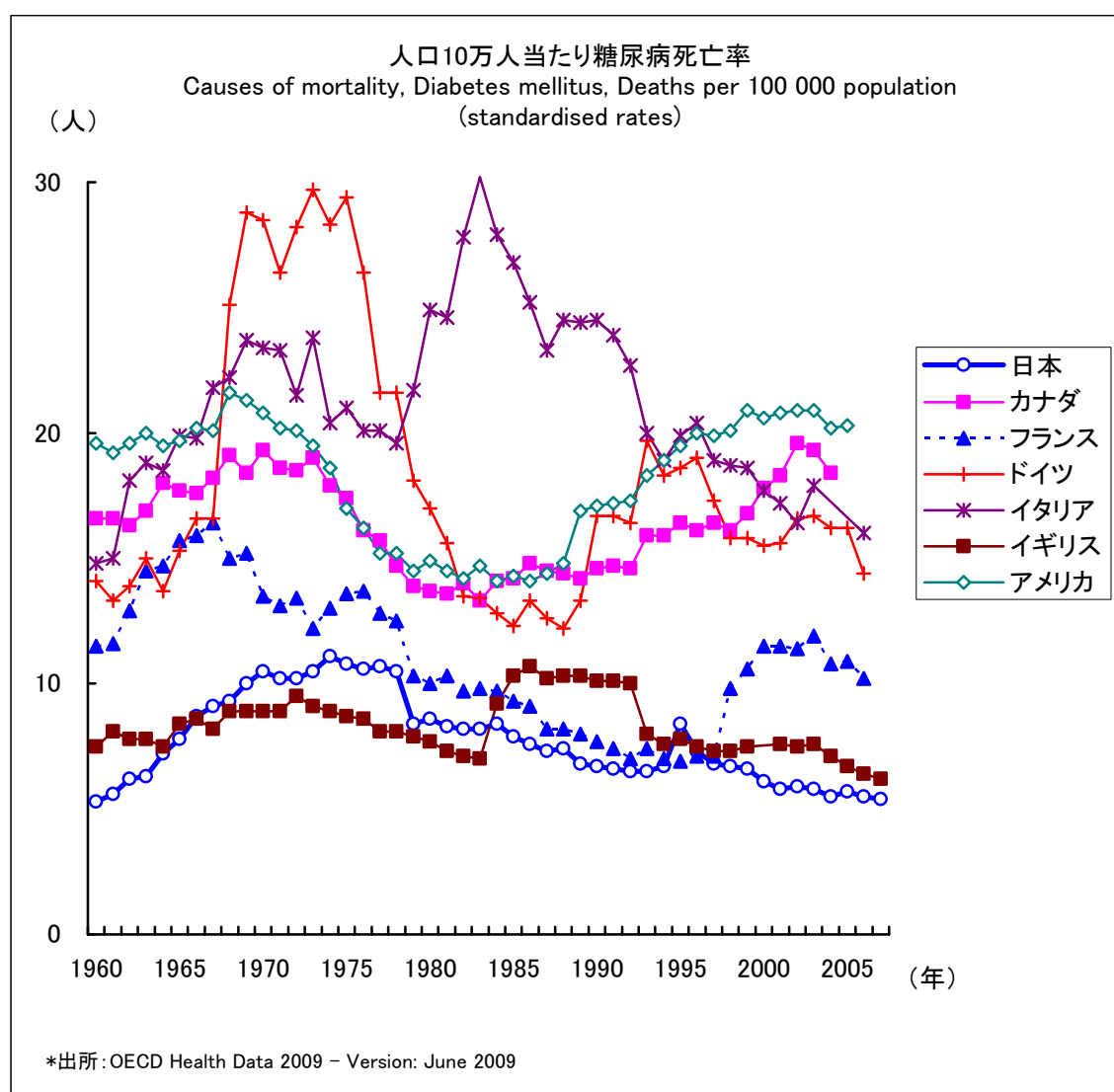


人口 10 万人当たり糖尿病死亡率

国によって増加、減少を繰り返しているケースが見られる。日本の糖尿病死亡率は 1960 年頃には低く、そのあと増加したが、1980 年代以降は長期的に減少し、2007 年は 5.4 人と最も少ない (図 2.8.5)。

アメリカ、カナダは、1980 年頃にかけて減少していたが、その後、増加に転じ、最近ではアメリカ 20.3 人 (2005 年)、カナダ 18.4 人 (2004 年) である。

図 2.8.5 人口 10 万人当たり糖尿病死亡率

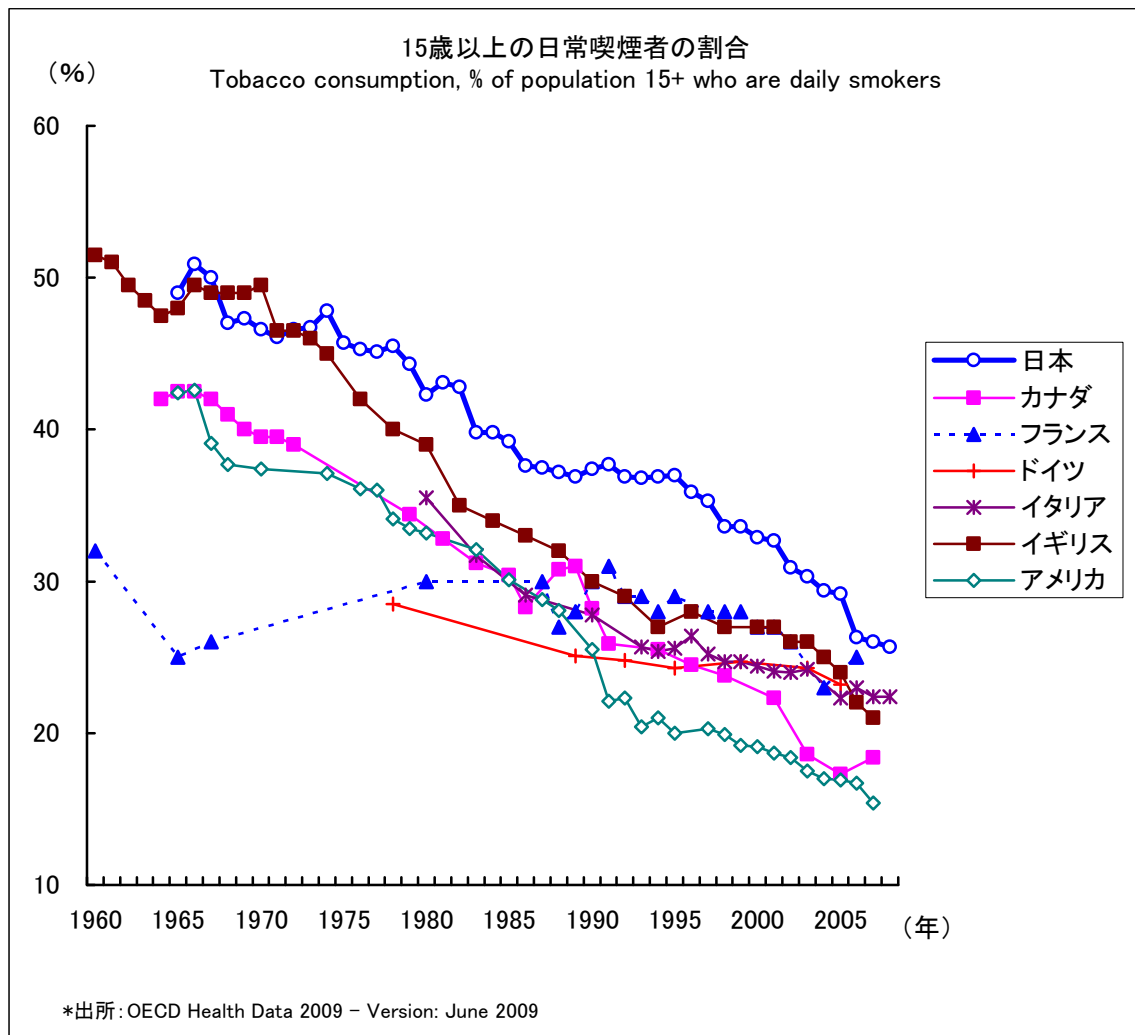


2.9. 危険因子

喫煙者の割合

日本はG7の中でもっとも喫煙率が高く、2008年において25.7%である（図2.9.1）。1965年には、日本49.0%、イギリス48.0%とほぼ同じぐらいであったが、イギリスは2007年には21.0%になっている。アメリカも大幅に減少し、2007年には15.4%になっている。

図 2.9.1 15歳以上の日常喫煙者の割合

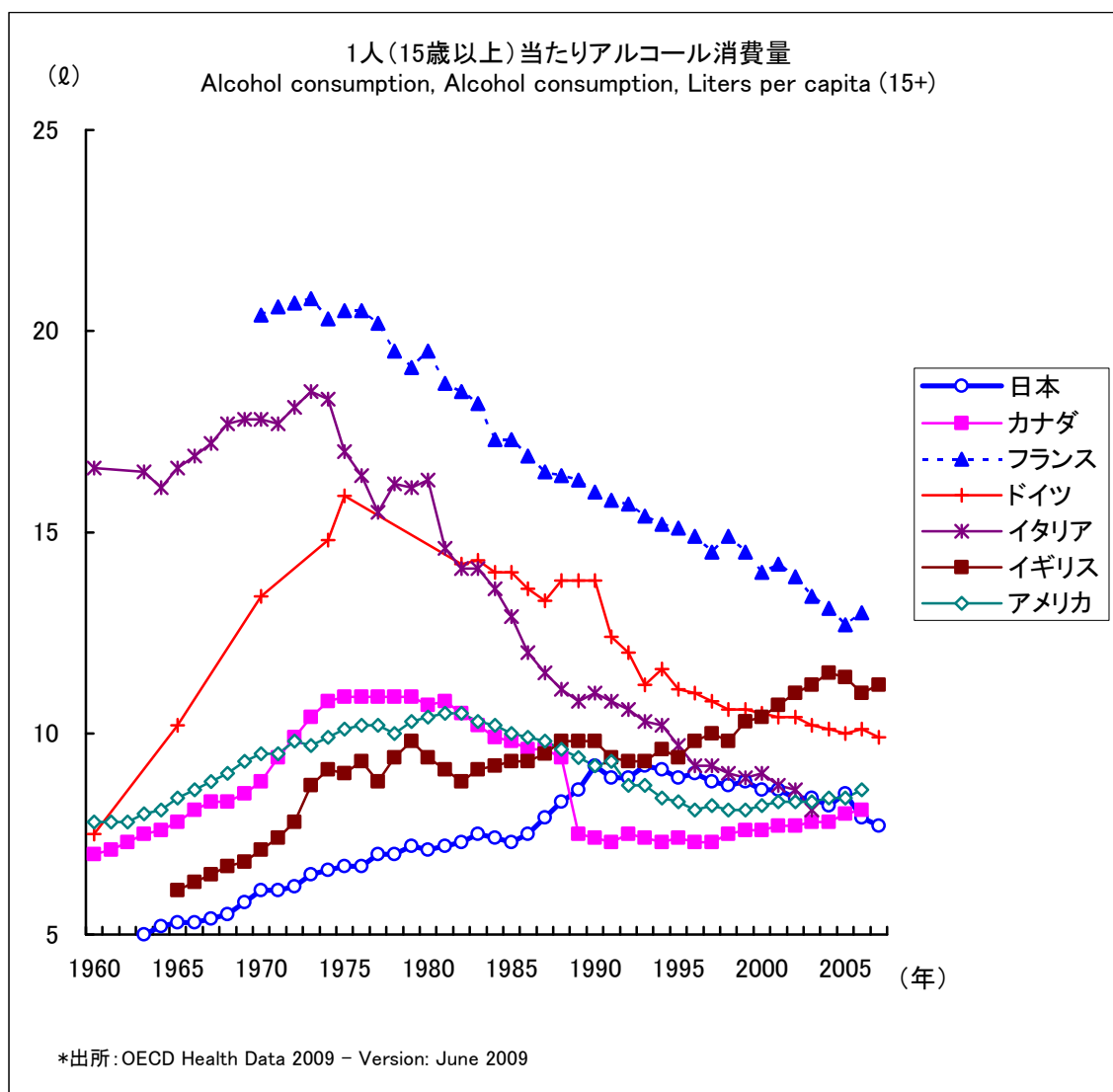


1人当たりアルコール消費量

日本は1990年代初頭まで、1人当たりのアルコール消費量が増加しつづけたが、その後、微減し、2007年には7.7ℓである（図2.9.2）。

一方、フランスは13.0ℓ（2006年）、イギリスは11.2ℓ（2007年）と、ともに10ℓ以上であるが、フランスは減少傾向、イギリスは増加傾向にある。

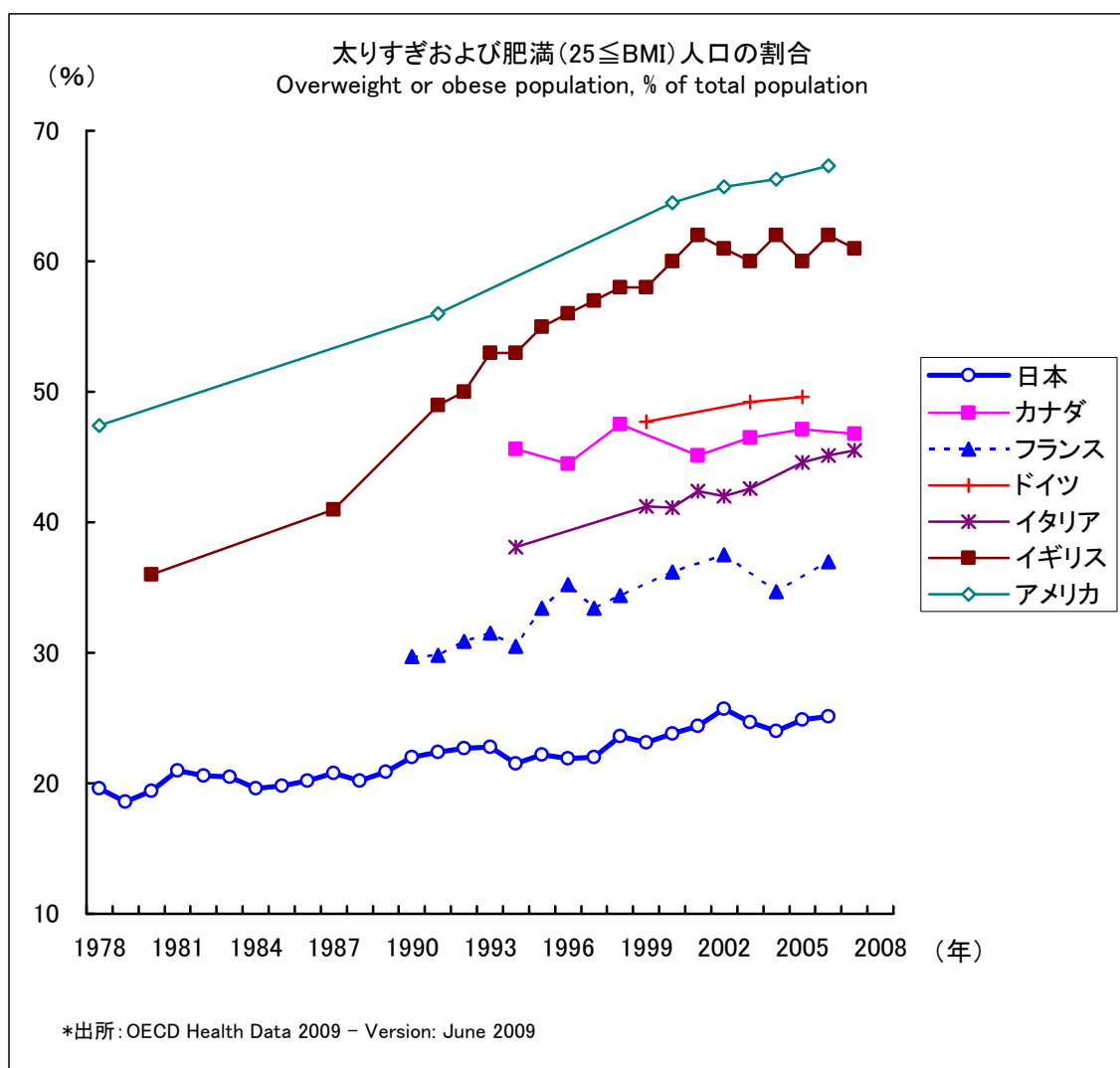
図 2.9.2 1人当たりアルコール消費量



太りすぎおよび肥満人口の割合

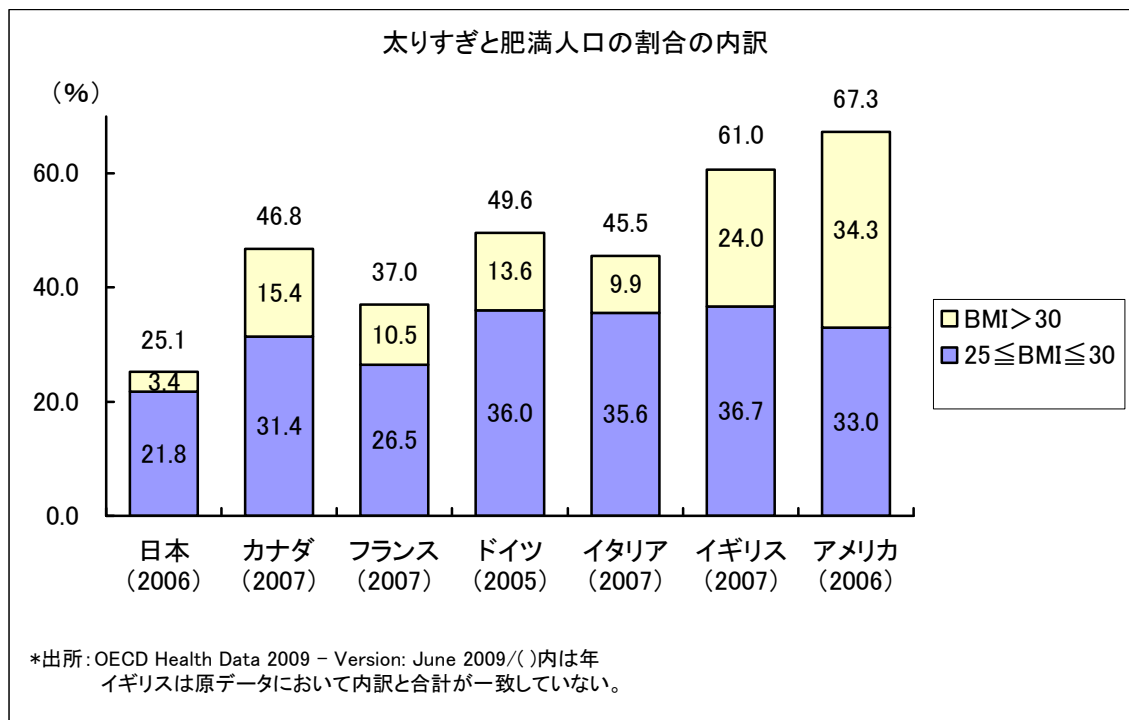
日本では、太りすぎおよび肥満人口の割合はもっとも少ないが、微増傾向であり、2006年は25.1%（約4人に1人）である（図2.9.3）。もっとも高いのはアメリカの67.3%（2006年）、ついでイギリスの61.0%（2007年）である。

図 2.9.3 太りすぎ人口と肥満人口の割合



太りすぎ ($25 \leq \text{BMI} < 30$) と肥満 ($\text{BMI} > 30$) の内訳を見ると、日本では、肥満の割合は非常に小さい (図 2.9.4)。これに対してアメリカでは、太りすぎ人口よりも肥満人口が多いのが特徴である。

図 2.9.4 太りすぎと肥満人口の割合の内訳



3. まとめ

歴史、文化、医療制度などが異なるため、医療関連データの国際比較には注意が必要である。しかし、ここでは今後のディスカッションに資するため、行き過ぎを承知の上で、若干のまとめと考察を試みたい。

日本人の健康長寿の背景

日本の医療費は低く、人口 1,000 人当たり医師数は少ない。日本では、医師という人的資源に対する十分な投資が行われていない。また、日本では予防接種率が低く、喫煙率が高い。日本人の健康意識は決して高いとはいえない。しかし、肥満でもなく、飲酒量も少なく、そして、日本人の平均寿命は OECD 加盟国の中でもっとも長い。これはなぜだろうか。

第一に、日本では、いつでも、どこでも受診できる。1 人当たり医師診察件数の多さがそれを示している。

第二に、日本では、疾病が早期に発見されている可能性がある。日本では医療機器の台数が多く、特に身近な診療所での保有数が多い。

第三に、日本では病床数が多く、このため退院時の治癒率が高くなっている可能性がある。

病床数や医療機器保有数の多さは、しばしば医療費高騰の要因として問題視される。しかし、日本の医療費は諸外国と比べて「低い」。病床数の多さなどは、むしろ肯定的要因としてとらえても良いのではないだろうか。

ところで、日本の平均在院日数は欧米先進国と比較にならないくらい長い。この背景をさぐっていくと、日本では、脳血管疾患の死亡率が、G7 他国の約 2 倍の時期があった。アジアにある日本の疾病構造は欧米とはまったく異なっており、そのために必然的に平均在院日数が長くなっているのではないだろうか。欧米を目指して平均在院日数の短縮化を目指すと、日本人の健康長寿をそこなうことになりかねない。

疾病別死亡率からの一考察

第一に、日本の精神病床数はきわめて多い（急性期病床の比ではない）。また、この 10 年間、日本の自殺者数は G7 の中でもっとも多い。精神障害に対する支援や自殺予防について、先進国に学ぶことも少なくないと思われる。

第二に、日本ではがん対策が重要であると考えられる。G7 他国では、がん死

亡率が 1980 年代半ばから急速に低下しているが、日本は 1990 年代半ばを過ぎようやく低下しはじめており、約 10 年遅れている。

第三に、日本では禁煙対策が不十分である。欧米先進国では、呼吸器系疾患の死亡率が減少しているが、日本ではそれほど減っておらず、かつ比較的高い。また、日本は欧米先進国と比べて喫煙率をもっとも高い。

これまで、財政制度等審議会の資料などは、日本の病床数の多さ、平均在院日数の長さばかりを取り上げてきた。しかし、重要なのは、病床数の多さや平均在院日数の長さをもたらす要因、たとえば疾病構造の違い、社会的背景の違いである。ただし、社会的背景等についての分析、考察は容易ではない。そうであればこそ、日本の医療の問題点だけではなく、日本の医療のすぐれた面もあわせて提示するようにすべきである。

今回は、OECD データをグラフ化しただけでだが、ある時点の断面ではなく、経年変化を見ることで、気づかされたことも少なくなかった。今後も、他国との優劣を比較するためではなく、日本のあるべき医療への示唆を得るために、さまざまな分析を試みていきたい。