

УДК614.2 + 616.39] (520)

Д. Сибаяма¹, К. Такано¹, Н. Киносита¹, К. Исигами¹, Т. Такигути¹, К.В. Жмеренецкий², М.Ф. Рзыанкина², А.Б. Петренко², Т.А. Ильенко², Н.В. Воронина², А.Л. Дорофеев², З.М. Ван².

Спрос на медицинское обслуживание в Японии: текущая ситуация и проблемы

¹ *Университет здравоохранения и социального обеспечения Ниигаты, г. Ниигата, Япония*

² *Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск*
Контактная информация: Д. Сибаяма, e-mail: shibayama@nuhw.ac.jp

Резюме

Целью данного исследования является анализ официальных статистических данных об изменении численности пациентов медицинских учреждений в Японии, а также рассмотрение текущей ситуации и проблем в сфере медицинского обслуживания. Важной мерой для сферы медицинского обслуживания в Японии при лечении пациентов пожилого возраста, среди которых спрос на медицинские услуги будет продолжать расти в первую очередь, является постепенное сокращение сроков стационарного лечения, за счет уточнения функций оказываемых услуг, их распределения, координации и одновременного повышения их качества.

Ключевые слова: численность населения Японии, старение населения, количество пациентов, система предоставления медицинских услуг, проблемы в сфере медицинского обслуживания

J. Shibayama¹, K. Takano¹, N. Kinoshita¹, K. Ishigami¹, T. Takiguchi¹, K.V. Zhmerenetsky², M.F. Rzyankina², A.B. Petrenko², T.A. Ilyenko², N.V. Voronina², A.L. Dorofeev², Z.M. Van²

Current status and issues of medical demand in Japan

¹ *Niigata University of Health and Welfare, Niigata Japan*

² *Far Eastern state medical University, Khabarovsk*

Summary

The purpose of this study is to analyze the transition of population and the number of patients in Japan based on official statistical data, and to examine the current state and issues of medical care. In Japan's medical care, it will be an important measure to improve the quality and shorten the length of hospital stay by clarifying, sharing and coordinating service functions to meet the ongoing demand for the elderly.

Key words: population of Japan, elderly population, number of patients, medical care provision system, issues in medical care

Введение

С тех пор, как в 1961 г. в Японии была введена действующая в настоящее время Система государственного медицинского страхования, здравоохранение и система социального обеспечения постоянно совершенствовались [2], и теперь средняя продолжительность жизни достигает 81,25 лет у мужчин и 87,32 лет у женщин (согласно данным за 2018 г.), а Япония считается во всем мире страной долгожителей [3]. Однако одновременно с увеличением продолжительности жизни, снижается рождаемость и уменьшается численность населения, способного обслуживать пожилых людей [4], в связи, с чем эффективное оказание медицинских услуг высокого качества становится все более сложной задачей.

Цель исследования: провести анализ изменения численности пациентов медицинских учреждений на фоне изменения численности населения с делением по возрастным группам и по классам заболеваний на материале официальных статистических данных, а также рассмотреть спрос на медицинское обслуживание и сопутствующие проблемы.

Материал и методы

На основе данных проводимых каждые 5 лет переписи населения Японии [4] за 2000 – 2015 г. был выполнен анализ изменения численности населения с де-

лением по возрастным группам. Данные о пациентах медицинских учреждений, полученные при опросах пациентов [5], проводимых раз в 3 года, за период с 2002 по 2017 г. были сгруппированы по условиям оказания медицинских услуг (стационарные/амбулаторные), по возрастному критерию, а также по классам заболеваний (МКБ-10) и сопоставлены со статистикой предоставления медицинских услуг на 100 тыс. чел. населения. Для анализа количества медицинских учреждений и койко-мест были использованы данные ежегодной статистики медицинских учреждений [6]

Обсуждение результатов

Общая численность населения Японии за период с 2000 г. по 2015 г. практически не менялась: в 2000 г. она составляла 126,9 млн. чел., в 2005 г. – 127,8 млн. чел. (на 0,7% больше, чем в 2000 г.), в 2010 г. – 128,1 млн. чел. (на 0,9 % больше, чем в 2000 г.), а в 2015 г. – 127,1 млн. чел. (на 0,1% больше, чем в 2000 г.).

Если обратиться к данным по возрастным группам, можно увидеть, что численность населения в возрасте от 0 до 15 лет уменьшается: в 2000 г. она составляла 18,5 млн. чел., в 2005 г. – 17,6 млн чел. (95% от численности в 2000 г.), в 2010 г. – 16,9 млн. чел (91,5% от численности в 2000 г.) и в 2015 г. – 16,1 млн. чел. (86,8% от численности в 2000 г.).

Численность населения от 15 до 65 лет также уменьшается: 2000 г. – 86,4 млн. чел., 2005 г. – 84,4 млн чел. (97.7% от численности в 2000 г.), в 2010 г. – 81,7 млн. чел. (94,5% от

численности в 2000 г.) и в 2015 г. – 77,2 млн чел. (89,3% от численности в 2000 г.). Численность населения в возрасте 65 лет и старше, напротив, растет: в 2000 г. она составляла 22,0 млн.чел., в 2005 г. – 25,8 млн чел. (116,9% от численности в 2000 г.), в 2010 г. – 29,5 млн. чел. (133,7% от численности в 2000 г.) и в 2015 г. –

33,9 млн. чел. (153,6% от численности в 2000 г.), при этом численность населения в возрасте 65 лет и старше по отношению к общей численности населения за период с 2000 г. по 2015 г. выросла с 17,4% до 26,6%, из чего следует, что население Японии стареет. (Рис. 1).

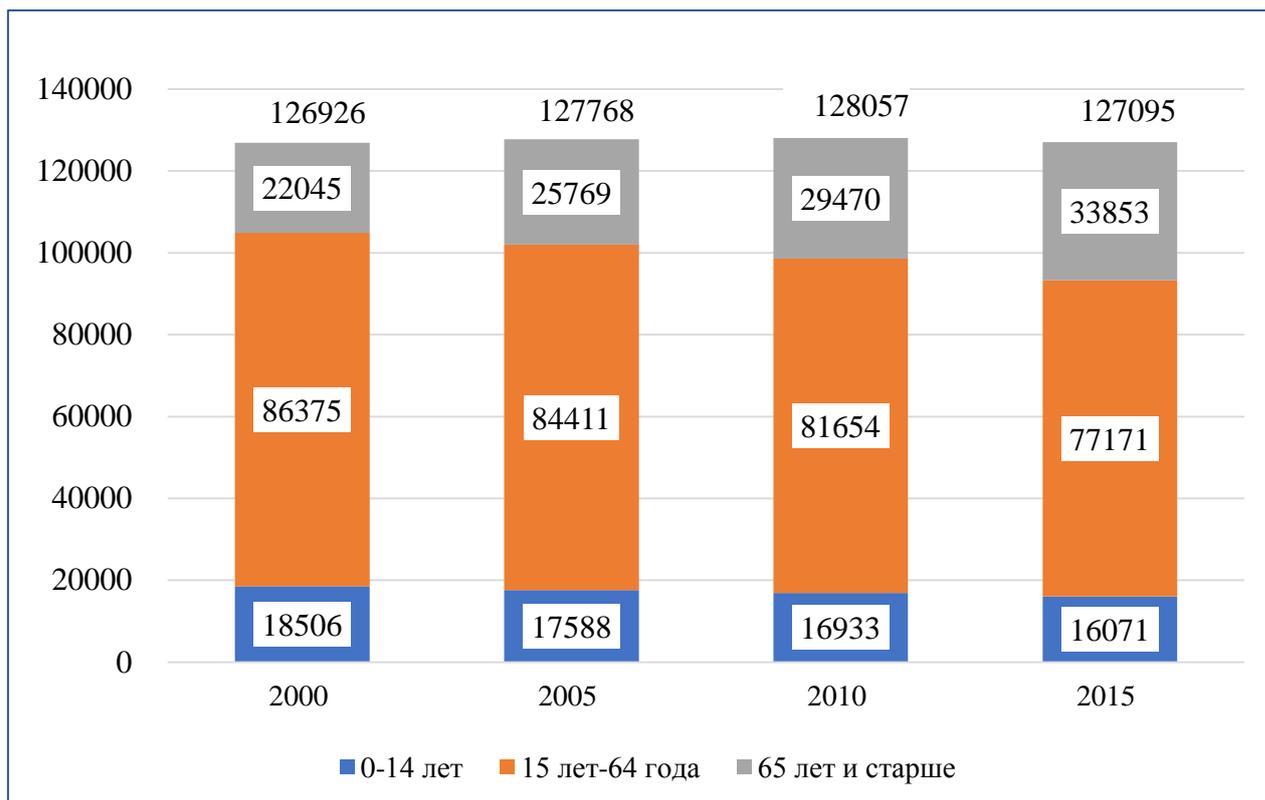


Рис. 1. Изменения численности населения в разных возрастных группах (тыс. человек).

Количество пациентов, принимаемых на стационарное лечение на 1 день, на протяжении лет скорее уменьшается, чем растет: в 2002 г. оно составляло 1451,0 тыс. чел., в 2005 г. – 1462,8 тыс. чел. (100,8% от количества в 2002 г.), в 2008 г. – 1392,4 тыс. чел (96,0% от количества в 2002 г.), в 2011 г. – 1341,0 тыс. чел. (92,4% от количества в 2002 г.), в

2014 г. – 1318,8 тыс. чел. (90,9% от количества в 2002 г.) и в 2017 г. 1312,6 тыс. чел. (90,5% от количества в 2002 г.). Так же, как и численность населения, численность пациентов медицинских учреждений в возрасте до 65 лет уменьшается, а в возрасте от 65 лет и старше – растет: в 2002 г. количество пациентов в возрасте от 65 лет и старше составляло 878,9 тыс. чел., в 2005 г. – 940,7 тыс. чел. (107,0% от ко-

личества в 2002 г.), в 2008 г. – 933,5 тыс. чел. (106,2% от количества в 2002 г.), в 2011 г. – 918,1 тыс. чел. (104,5% от количества в 2002 г.), в 2014 г. – 939,2 тыс. чел. (106,9% от количества в 2002 г.), а к 2017 г. достигло 962,4 тыс. чел. (109,5%

от количества в 2002 г.). Численность пациентов старше 65 лет по отношению к общей численности пациентов стационарных медицинских учреждений за период с 2002 по 2017 г. выросла с 60,6% до 73,3%. (Рис. 2).

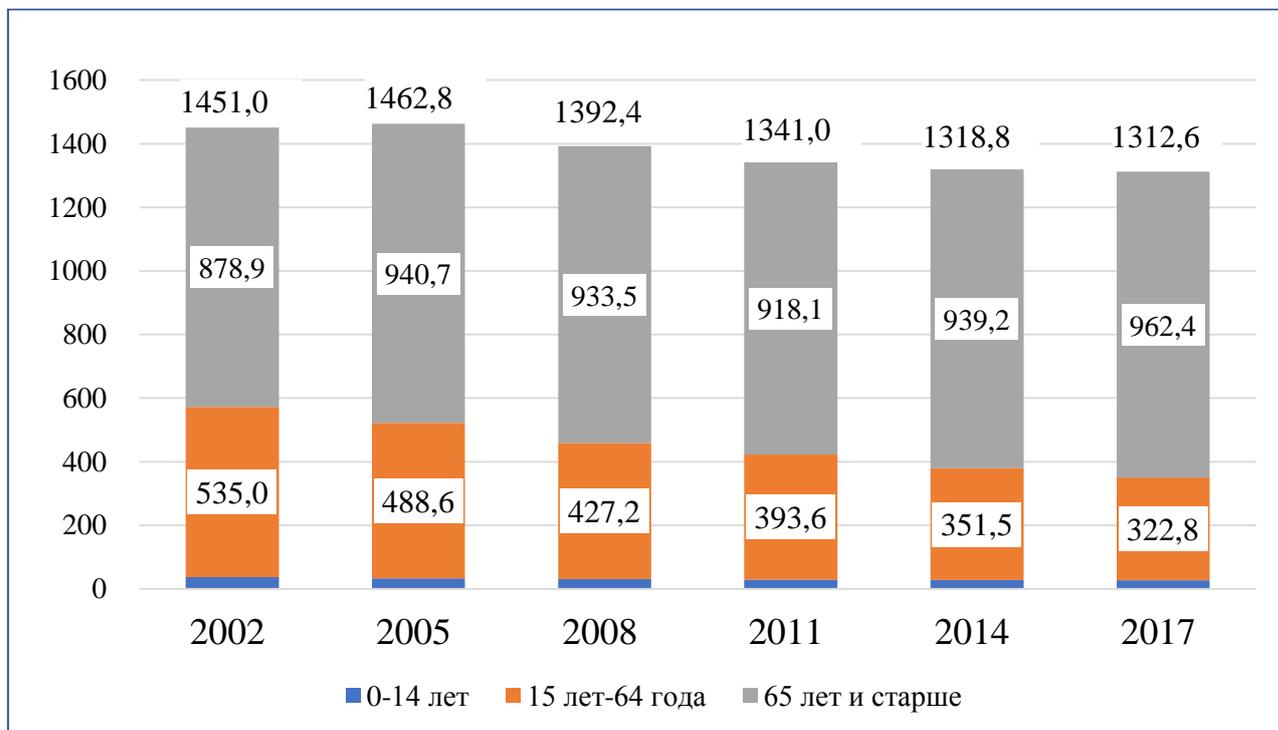


Рис. 2. Статистика изменений численности пациентов (стационарное лечение, тыс. человек).

Численность пациентов, принимаемых на амбулаторное лечение на 1 день, увеличивается. В 2002 г. она составляла 6478,0 тыс. чел., в 2005 г. – 7092,4 тыс. чел. (109,5% от количества в 2002 г.), в 2008 г. – 6865,0 тыс. чел. (106,0% от количества в 2002 г.), в 2011 г. – 7260,5 тыс. чел. (112,1% от количества в 2002 г.), в 2014 г. – 7238,4 тыс. чел. (111,7%), в 2017 г. – 7191,0 тыс. чел. (111,0% от количества в 2002 г.). При этом в возрастной группе от 15 до 64 лет численность амбулаторных пациентов уменьшается, но в

возрастных группах от 0 до 14 лет и от 65 лет и старше – увеличивается. Количество амбулаторных пациентов, принимаемых на лечение на 1 день, в возрастной группе от 0 до 14 лет составляло 635,1 тыс. чел., и к 2017 г. увеличилось на 11,4% (на 72,2 чел./день). В возрастной группе от 65 лет и старше количество пациентов в 2002 г. составляло 2727,4 тыс. чел., а к 2017 г. оно достигло 3662,9 тыс. чел (134,3% от количества в 2002 г.). Численность пациентов от 65 лет и старше по отношению к общей численности амбулаторных пациентов в 2002

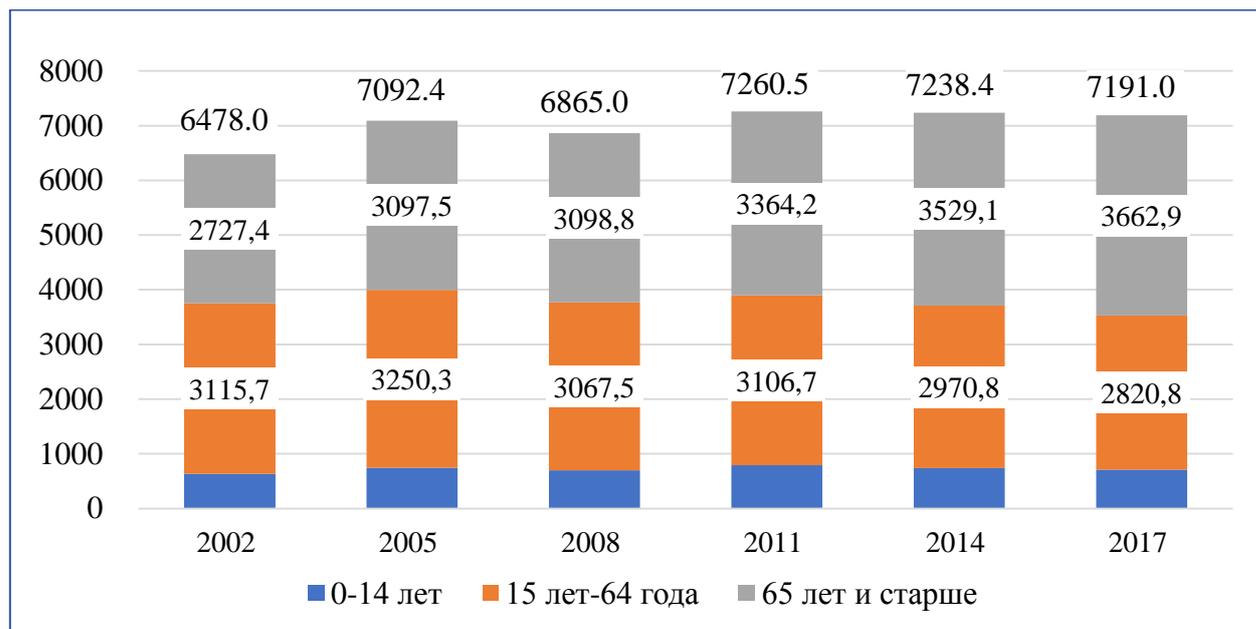


Рис. 3. Статистика изменений численности пациентов (амбулаторное лечение, тыс. человек).

В 2017 году медицинские учреждения принимали на стационарное лечение 1312,6 тыс. чел. в день, при этом значительная часть заболеваний относилась к классу «V Психические расстройства и расстройства поведения». Этот класс насчитывал 252,0 тыс. чел. и составлял 19,2% от общего количества пациентов, принимаемых на стационарное лечение. Общее количество пациентов с заболеваниями остальных классов в 2017 г. составляет 1060,6 тыс. чел. и в сравнении с 2002 г. (1122,2 тыс. чел.), демонстрирует тенденцию к уменьшению, однако с 2011 г. показатели практически не меняются.

В 2017 г. классами заболеваний с наибольшим количеством пациентов, принимаемых на стационарное лечение, являлись «IX Болезни системы кровообращения» с количеством пациентов 228,6

тыс. чел. (17,4% от общего количества пациентов), «II Новообразования (опухоли)» – 142,2 тыс. чел. (10,8%), «XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» – 137,7 тыс. чел. (10,5%), «VI Болезни нервной системы» – 126,2 тыс. чел. (9,6%), «X Болезни органов дыхания» – 95,9 тыс. чел. (7,3%), «XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» – 71,3 тыс. чел. (5,4%), «XI Болезни органов пищеварения» – 66,1 тыс. чел. (5,0%).

При сравнении данных за 2002 г. и за 2017 г. становится очевидным увеличение количества пациентов в классах «VI Болезни нервной системы», «X Болезни органов дыхания», «XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» и уменьшение количества пациентов в классах «IX Болезни системы кровообращения», «V Психические расстройства и рас-

Управление персоналом Д. Сибаяма, К. Такано, К.В. Жмеренецкий
 «Спрос на медицинское обслуживание в Японии: текущая ситуация и проблемы
 строения поведения» и «II Новообразования (опухоли)» (Табл.1).

Таблица 1. Статистика пациентов по классам заболеваний (стационарное лечение, тыс. человек).

Стационарное лечение	2002	2005	2008	2011	2014	2017
Общая численность	1451,0	1462,8	1392,4	1341,0	1318,8	1312,6
I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	31,6	27,2	24,6	22,4	20,7	19,8
II Новообразования (опухоли)	166,5	169,8	159,2	150,6	144,9	142,2
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	5,8	5,9	5,9	6,5	6,3	5,9
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	42,6	39,7	36,9	36,0	33,0	33,0
V Психические расстройства и расстройства поведения	328,8	326,2	301,4	282,3	265,5	252,0
VI Болезни нервной системы	84,2	97,3	105,4	114,9	122,2	126,2
VII Болезни глаза и его придаточного аппарата	14,7	12,7	10,3	11,9	11,5	11,7
VIII Болезни уха и сосцевидного отростка	3,3	3,0	2,7	2,7	2,5	2,6
IX Болезни системы кровообращения	312,9	318,7	280,3	251,3	240,1	228,6
X Болезни органов дыхания	72,0	78,7	83,8	89,7	90,7	95,9
XI Болезни органов пищеварения	75,4	72,0	68,4	64,3	65,9	66,1
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки	8,6	9,5	12,3	15,8	10,9	11,7
XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	70,6	68,8	68,5	63,1	69,9	71,3
XIV Болезни мочеполовой системы	46,9	46,2	47,3	47,6	46,9	50,3
XV Беременность, роды и послеродовой период	24,1	19,0	19,4	17,6	18,4	18,3
XVI Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	6,3	6,2	6,1	6,6	6,7	7,0
XVII Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	6,2	5,8	5,7	5,8	5,8	5,7
XVIII Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	21,3	23,8	18,8	18,6	16,0	14,4
XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	118,6	122,5	125,6	124,8	131,3	137,7
XXI Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	10,4	9,8	9,9	8,3	9,7	12,1

За исключением случаев лечения кариеза и протезирования зубов, которые

чаще всего относят к категории стоматологических услуг, количество амбулаторных паци-

Управление персоналом Д. Сибаяма, К. Такано, К.В. Жмеренецкий

Спрос на медицинское обслуживание в Японии: текущая ситуация и проблемы

ентов, которое в 2002 году составляло 5964,7 тыс. чел., к 2017 году увеличилось до 6621,5 тыс. чел., однако, как и в случае с количеством стационарных пациентов, с 2011 года цифры практически не менялись.

В 2017 году наибольшее количество пациентов обратилось за лечением заболеваний класса «XI Болезни органов пищеварения» 1293,2 тыс. чел. (или, если исключить лечение кариеса – 1016,1 тыс. чел.), что составляет 18,0% (15,3% без учета лечения кариеса). Далее следуют классы «IX Болезни системы кровообращения» – 888,9 тыс. чел. (12,4%), «XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» – 877,2 тыс. чел. (12,2%), «X Болезни органов дыхания» – 629,9 тыс. чел. (8,8%), «IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» – 442,9 тыс. чел. (6,2%), «VII Болезни глаза и его придаточного аппарата» – 358,5 тыс. чел. (5,0%) и «XIV Болезни мочеполовой системы» – 321,5 тыс. чел. (4,5%).

При сравнении данных за 2002 г. и 2017 г. становится очевидным, что количество амбулаторных пациентов с заболеваниями классов «XIV Болезни мочеполовой системы», «IV Болезни эндо-

кринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ», «XII Болезни кожи и подкожной клетчатки» и «XI Болезни органов пищеварения» значительно увеличилось, а с заболеваниями классов «X Болезни органов дыхания» и «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» – постепенно уменьшается (Табл. 2)

Количество случаев предоставления медицинских услуг в стационарной форме на 100 тыс. чел. населения уменьшается: в 2002 г. оно составляло 1139 чел., а в 2017 г. снизилось до 1036 чел. Если рассматривать показатели от 2011 года и позднее, тенденция к уменьшению также очевидна: 2011 г. – 1068 чел., 2014 г. – 1038 чел., 2017 г. – 1036 чел. В 2017 г. количество принимаемых пациентов на 100 тыс. чел. женского пола (1096 чел.), превышало количество принимаемых пациентов на 100 тыс. чел. мужского пола (972). Количество случаев предоставления медицинских услуг в стационарной форме на 100 тыс. чел. по данным 2017 г. Остается высоким в группе детей грудного возраста (1167 чел.), резко уменьшается в возрастных группах от 1 года до 4 лет (169 чел.) и от 5 до 9 лет (86 чел.) и дальше увеличивается с возрастом. При этом максимальное увеличение отмечается в возрастных группах от 80 до 84 лет (3633 чел.), от 85 до 89 лет (5326 чел.) и от 90 лет и старше (7815 чел.) (Рис. 4).

Таблица 2. Статистика пациентов по классам заболеваний (амбулаторное лечение, тыс. человек).

Амбулаторное лечение	2002	2005	2008	2011	2014	2017
Общая численность	6478,0	7092,4	6865,0	7260,5	7238,4	7191,0
I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	219,0	227,5	194,6	169,9	173,3	169,8
II Новообразования (опухоли)	180,0	204,6	218,2	219,9	231,6	249,5
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	27,0	26,4	22,6	22,3	21,6	21,1
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	359,5	381,5	360,3	414,4	437,0	442,9
V Психические расстройства и расстройства поведения	200,3	224,5	232,3	221,2	257,7	260,9
VI Болезни нервной системы	119,3	143,2	133,0	149,8	173,0	164,9
VII Болезни глаза и его придаточного аппарата	306,3	333,7	269,3	294,1	337,9	358,5
VIII Болезни уха и сосцевидного отростка	101,7	114,6	122,4	114,7	100,5	99,2
IX Болезни системы кровообращения	897,0	949,5	894,8	948,3	933,0	888,9
X Болезни органов дыхания	717,9	757,7	649,3	708,0	668,4	629,9
XI Болезни органов пищеварения	1211,5	1301,4	1249,8	1300,3	1310,0	1293,2
Лечение кариеса (из общего количества)	266,6	315,1	280,5	314,3	283,6	277,1
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки	220,4	266,6	252,7	254,0	286,9	303,5
XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	883,0	983,1	945,3	1001,8	877,8	877,2
XIV Болезни мочеполовой системы.	222,8	252,0	288,7	266,0	283,1	321,5
XV Беременность, роды и послеродовой период	18,0	14,5	17,1	13,9	14,5	15,1
XVI Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	2,2	2,0	2,6	2,6	2,9	3,0
XVII Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	9,9	12,0	12,9	11,4	14,3	14,1
XVIII Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	65,9	76,3	86,5	83,7	76,9	78,9
XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	282,2	303,9	319,3	317,6	306,5	299,0

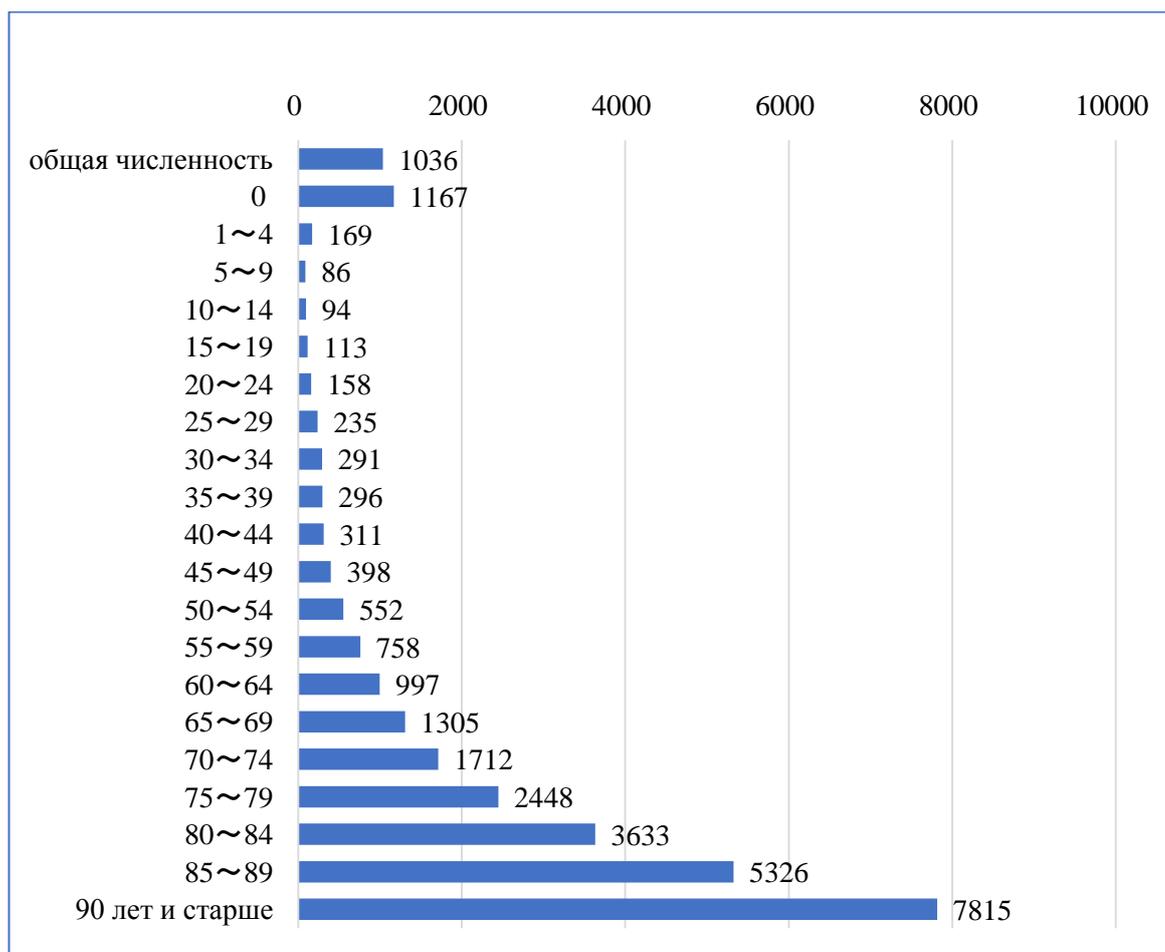


Рис. 4. Статистика предоставления медицинских услуг по возрастным группам (2017 г., стационарное лечение, на 100 тыс. чел. населения).

Количество случаев предоставления медицинских услуг в амбулаторной форме, которое в 2002 г. составляло 5083 чел., в 2017 г. увеличилось до 5675 чел., однако начиная с 2011 г. (5784 чел.) наблюдается тенденция к постепенному уменьшению. В 2017 г. количество амбулаторных пациентов на 100 тыс. чел. составляло 4953 чел. в группе мужского пола и 6360 чел. в группе женского пола, при этом численность постепенно уменьшалась в возрастных группах младше одного года (7276 чел.), от 1 года до 4 лет (6517 чел.) и от 5 до 9 лет (4377),

была минимальной в группе от 15 до 19 лет (1923 чел.) и достигала пика в группе от 80 до 84 лет (12551 чел.); в группе от 85 до 89 лет численность составляла 11608 чел., а в группе от 90 лет и старше – 9968 чел. (Рис. 5)

По данным статистики 2018 г. в Японии насчитывается 8372 больницы, 102105 клиник и 68613 стоматологических клиник. Из этого общего числа, 1058 больниц – психиатрические, остальные 7314 – больницы общей специализации.

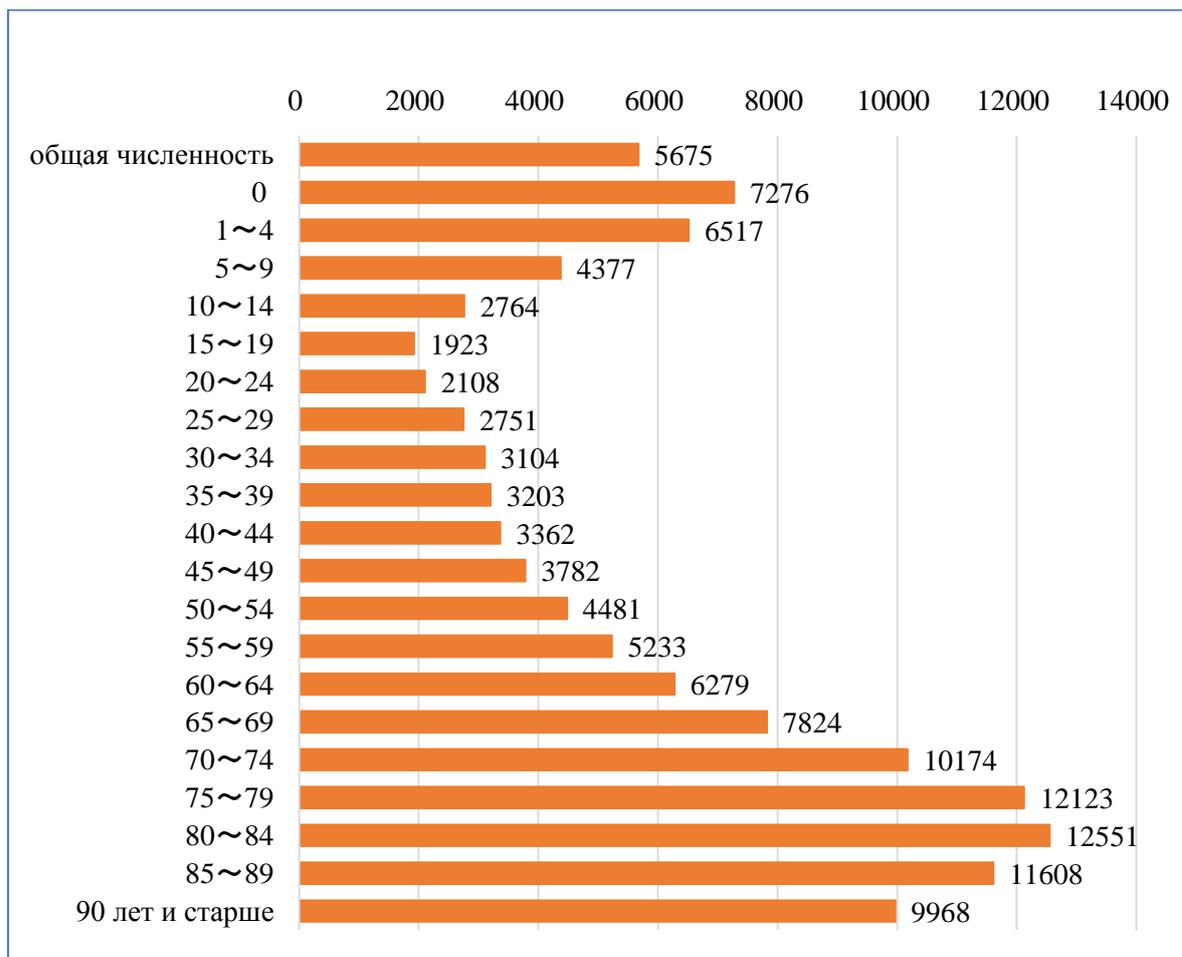


Рис. 5. Статистика предоставления медицинских услуг по возрастным группам (2017 г., амбулаторное лечение, на 100 тыс. чел. населения).

Количество койко-мест демонстрирует тенденцию к уменьшению с каждым годом: в 2013 г. оно составляло 1798,5 тыс., а к 2018 сократилось до 1641,4 тыс. (91.3% от показателя 2013 г.). В 2018 г. распределение койко-мест по специализациям выглядит следующим образом: 890,7 тыс. койко-мест общей специализации, 319,5 тыс. койко-мест для длительного ухода за больными, 329,7 тыс. койко-мест психиатрической специализации, 6,6 тыс. койко-мест инфекционной и фтизиатрической специализации и 94,9 тыс. койко-мест в клиниках. Сумма койко-

мест общей специализации и койко-мест для длительного ухода за больными, которая в 2013 г. составляла 1263 тыс., в 2018 г. уменьшилась до 1210 тыс. (на 53 тыс. койко-мест). (Рис. 6).

За период с 2000 г. по 2015 г. общая численность населения Японии практически не изменилась, однако численность возрастной группы 65 лет и старше увеличилась, а численность возрастной группы до 65 лет – уменьшилась. В Японии наблюдается старение населения, при этом, в связи с уменьшением численности населения в возрасте до 65 лет, увеличилось количество людей от 65 лет и

старше, получающих поддержку и обслуживание от людей продуктивного возраста (от 15 до 64 лет), в 2000 г. коли-

чественное соотношение составляло 0,26, а к 2015 г. оно увеличилось до 0,44.

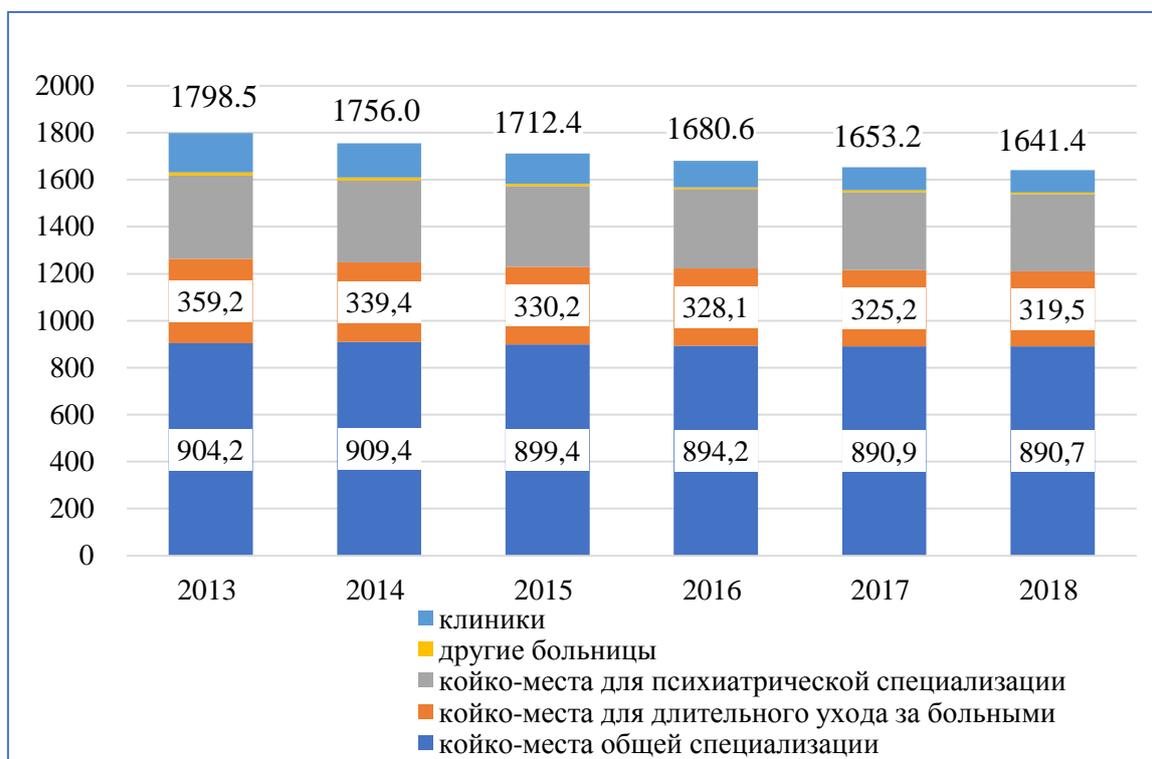


Рис. 6. Изменения количества койко-мест (тыс. койко-мест).

Кроме того, общая численность населения Японии в данный момент уже достигла пика, и, согласно прогнозам, ее показатель, в 2020 г. равный 125,3 млн. чел., к 2025 г. может снизиться до 122,5 млн. чел., а к 2030 г. – до 119,1 млн. чел, при этом ожидается, что старение населения будет продолжаться, и численность населения в возрасте от 65 лет и старше, в 2020 г. равная 36,2 млн. чел, увеличится до 36,8 млн. чел в 2025 г. и до 37,2 млн. чел. в 2030 г. [7]. Численность населения в возрасте от 65 лет и старше по отношению к общей численности населения, которая в 2015 г. составляла 26,6%, к 2030 г. может увеличиться до 31,2%, в резуль-

тате чего на 2 чел. продуктивного возраста будет приходиться 1 чел. в возрасте от 65 лет и старше. (Рис. 7).

При сравнении данных 2002 г. и 2017 г. становится очевидным, что показатель численности стационарных пациентов снизился с 1451,0 тыс. чел. до 1312,6 тыс. чел., а показатель численности амбулаторных пациентов вырос с 6478,0 тыс. чел. до 7191,0 тыс. чел. Если обратиться к статистике по возрастным группам, становится очевидной разница тенденций: в возрастной группе младше 15 лет количество стационарных пациентов уменьшилось, а количество амбулаторных пациентов увеличилось, в группе от 15 до 64 лет уменьшилось количество как стационарных,

так и амбулаторных пациентов, а в группе от 65 лет и старше увеличилось количество и стационарных, и амбулаторных пациентов. В результате к 2017 г. пациенты от 65 лет и старше составляли 73,3% от общего числа стационарных пациентов и 50,9% от общего числа амбу-

латорных пациентов, что свидетельствует о росте необходимости специального ухода за лицами пожилого возраста. Факт увеличения количества амбулаторных пациентов среди детей также требует обратить на себя внимание.

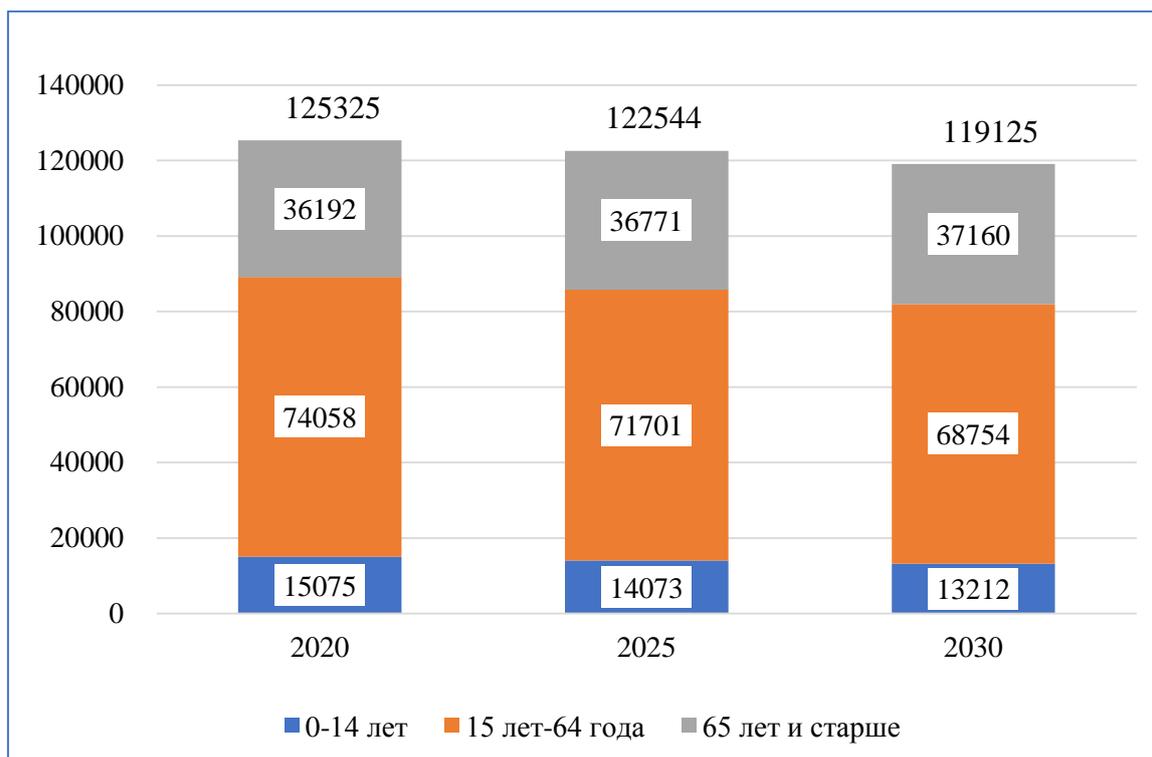


Рис. 7. Предполагаемая статистика изменений численности населения в будущем (тыс.чел).

Что касается статистики по классам заболеваний, среди стационарных пациентов преобладают «IX Болезни системы кровообращения», «II Новообразования (опухоли)» и «XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин», а среди амбулаторных – «XI Болезни органов пищеварения», «IX Болезни системы кровообращения», «XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», в свя-

зи с чем становится необходимым усовершенствование системы предоставления медицинских услуг.

Если сравнить данные 2002 г. и 2017 г., становится очевидным, что количество случаев предоставления медицинского обслуживания в стационарных условиях уменьшилось, а в амбулаторных условиях – увеличилось, при этом начиная с 2011 г. оба показателя практически не менялись. Если исключить высокие показатели среди новорожденных и детей, то

можно говорить о тенденции к повышению обоих показателей с увеличением возраста.

Заметна тенденция к увеличению количества медицинских учреждений в Японии, однако причиной этому является увеличение количества клиник, а если рассмотреть отдельно статистику количества больниц, становится очевидной тенденция к уменьшению их количества. В связи с этим количество койко-мест тоже уменьшается с каждым годом: в 2002 г. суммарное количество койко-мест общей специализации и койко-мест для длительного ухода за больными составляло 1263 тыс., а в 2018 г. снизилось до 1210 тыс. (на 53 тыс.).

Общая численность населения Японии сокращается, однако численность населения возрастной группы от 65 лет и старше – растет. Что касается статистики случаев предоставления медицинского обслуживания, если исключить высокие показатели среди детей, можно говорить о том, что в целом количество случаев предоставления медицинского обслуживания увеличивается с увеличением возраста. Если предположить, что количество случаев предоставления медицинского обслуживания будет оставаться таким же, как сейчас, то в связи с увеличением численности населения пожилого возраста и вызванного им увеличения количества пациентов медицинских учре-

ждений, можно ожидать увеличения спроса на медицинское обслуживание среди пожилого населения, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Есть основания полагать, что среди пациентов от 65 лет и старше будут расти показатели по заболеваниям классов «IX Болезни системы кровообращения», «X Болезни органов дыхания», «XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» и «VI Болезни нервной системы» в стационарных условиях, а также «IX Болезни системы кровообращения», «XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» и «VI Болезни нервной системы» – в амбулаторных условиях, в связи с чем появится необходимость в преобразовании системы предоставления медицинского обслуживания в соответствии с изменением численности пациентов по группам заболеваний.

Исходя их данных о численности населения пожилого возраста и статистике предоставления медицинского обслуживания по возрастным группам, можно заключить, что если показатели статистики предоставления медицинского обслуживания будут продолжать меняться так же как сейчас, то количество пациентов медицинских учреждений будет продолжать увеличиваться, а если рассмотреть статистику количества медицинских учреждений и койко-мест, можно наблюдать тенденцию к снижению ее показателей.

Если обратиться к статистике, отражающую среднюю продолжительность лечения в

станции на койко-местах общей специализации и койко-местах для длительного ухода за больными [8], становится очевидным, что длительность лечения на койко-местах общей специализации, которая в 2005 г. равнялась 19,8 дней, к 2018 г. сократилась до 16,1 дней (на 3,7 дней). Средняя длительность лечения в стационаре на койко-местах для длительного ухода за больными также сократилась: в 2005 г. она составляла 172,8 дней, а к 2018 г. сократилась до 141,5 дней. Это свидетельствует о том, что проблемы, связанные с повышением спроса на медицинское обслуживание, решаются за счет сокращения длительности стацио-

нарного лечения, и что больницы увеличивают количество новых пациентов на одно койко-место. Медицинские учреждения уточняют свои функции и предоставляют медицинское обслуживание, поддерживая баланс качества и повышения эффективности.

Кроме того, в 2000 г. была введена система страхования по долгосрочному уходу и произошли распределение и координация услуг между сферой медицинского обслуживания и сферой долгосрочного ухода, что в конечном итоге также способствовало уменьшению количества койко-мест и сокращению сроков лечения в стационаре [1].

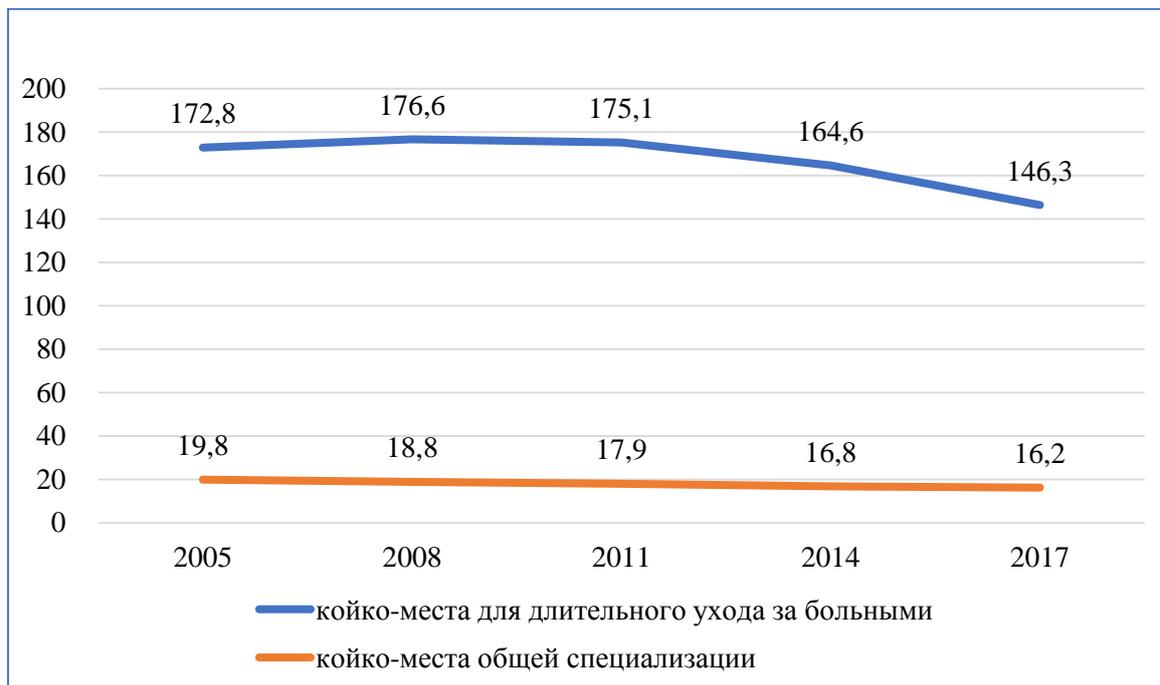


Рис. 8. Средняя длительность стационарного лечения в больницах (койко-места общей специализации, койко-места для длительного ухода за больными, дни).

Важной мерой для сферы медицинского обслуживания в Японии при лечении пациентов пожилого возраста, среди

которых спрос на медицинские услуги будет продолжать расти в первую очередь, является постепенное сокращение сроков стационарно-

го лечения за счет уточнения, распределения и координации оказываемых услуг и одновременного повышения их качества путем усиления подготовленности персонала и оборудования.

Заключение

В данном исследовании были проанализированы изменения численности пациентов медицинских учреждений на фоне изменений численности населения Японии с целью рассмотрения текущей ситуации и проблем спроса на медицинское обслуживание. В ходе исследования были получены следующие результаты.

Общая численность населения Японии практически не меняется, при этом численность населения в возрасте от 65 лет и старше увеличивается, а численность населения в возрасте младше 65 лет уменьшается. В будущем можно ожидать дальнейшего снижения общей численности населения и увеличения численности населения в возрасте от 65 лет и старше, что приведет к увеличению численности пожилого населения по отношению к обслуживаемому его населению продуктивного возраста (от 15 до 64 лет).

Общее количество стационарных пациентов медицинских учреждений уменьшается, а количество амбулаторных пациентов увеличивается, при этом в возрастной группе от 15 до 64 лет показатели количества как стационарных, так и

амбулаторных пациентов уменьшаются, а в группе от 65 лет и старше оба показателя увеличиваются. В 2017 году количество пациентов в возрасте от 65 лет и старше составляло 73,3% от общего количества стационарных пациентов и 50,9% от общего количества амбулаторных пациентов, из чего можно заключить, что необходимость в специальном уходе за пожилыми людьми будет продолжать расти.

При стационарном лечении наиболее многочисленными группами заболеваний являются болезни системы кровообращения, новообразования, а также травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, а при амбулаторном лечении – болезни органов пищеварения, болезни системы кровообращения и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, и становится необходимым преобразование системы предоставления медицинского обслуживания в соответствии с изменением численности пациентов по группам заболеваний.

Количество случаев предоставления медицинского обслуживания в стационаре уменьшается, а в амбулаторных условиях – увеличивается, однако с 2011 г. оба показателя практически не меняются. Количество случаев предоставления медицинского обслуживания растет с увеличением возраста, однако, количество больниц и койко-мест постепенно уменьшается.

Данные о численности населения пожилого возраста и о количестве случаев предоставления медицинского обслуживания в разных

возрастных группах позволяют прогнозировать дальнейшее увеличение количества пациентов, при этом проблемы, связанные с увеличением количества пациентов, решаются больницами путем сокращения сроков лечения в стационаре и увеличением количества пациентов на одно койко-место.

В 2000 г. в Японии была введена система страхования по долгосрочному уходу. Кроме того, важной мерой для сферы медицинского обслуживания в Японии при лечении пациентов пожилого возраста, среди которых спрос на медицинские услуги будет продолжать расти в первую очередь, является постепенное сокращение сроков стационарного лечения за счет уточнения, распределения и координации оказываемых услуг и одновременного повышения их качества путем усиления подготовленности персонала и оборудования.

Список литературы

1. Актуальное состояние системы страхования по уходу за пожилыми людьми в Японии / Дз. Сибаяма, К. Исигами, Н. Киносита, Т. Такигути, М. Хатано, Х. Арасида, К.В. Жмеренецкий, М.Ф. Рзянкина, А.Б. Петренко, Н.В. Воронина, А.Л. Дорофеев, З.М. Ван, Е.О. Ефимова // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России.

– 2019. - №1. - Режим доступа: URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20191/2019101.asp>

2. Кирик Ю.В. Региональная система медицинского обслуживания и структура медицинского плана в Японии // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2019. - №3. - Режим доступа: URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20193/2019302.asp>
3. Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии. Бюро статистики демографии и здравоохранения // Таблица демографических показателей 2018 г. (Обобщенные сведения).
4. Министерство внутренних дел и коммуникаций. Национальная перепись населения (Япония), оценка численности населения по возрасту (группы по 5 лет) и полу: 2015. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001011777&cycle=0&tclass1=000001011778&stat_infid=000001085926&second=1&second2=1.
5. Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии. Бюро статистики здравоохранения // Статистика пациентов медицинских учреждений – 2017 г.
6. Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии. Бюро статистики здравоохранения // Статистика медицинских учреждений – 2018 г.

Управление персоналом Д. Сибаяма, К. Такано, К.В. Жмеренецкий
Спрос на медицинское обслуживание в Японии: текущая ситуация и проблемы

7. Национальный институт исследований в области народонаселения и социального обеспечения // Прогноз численности населения в Японии (оценка на момент 2017 года). - 2017.
8. Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии. Бюро статистики здравоохранения // Отчет о больницах – 2018 г.