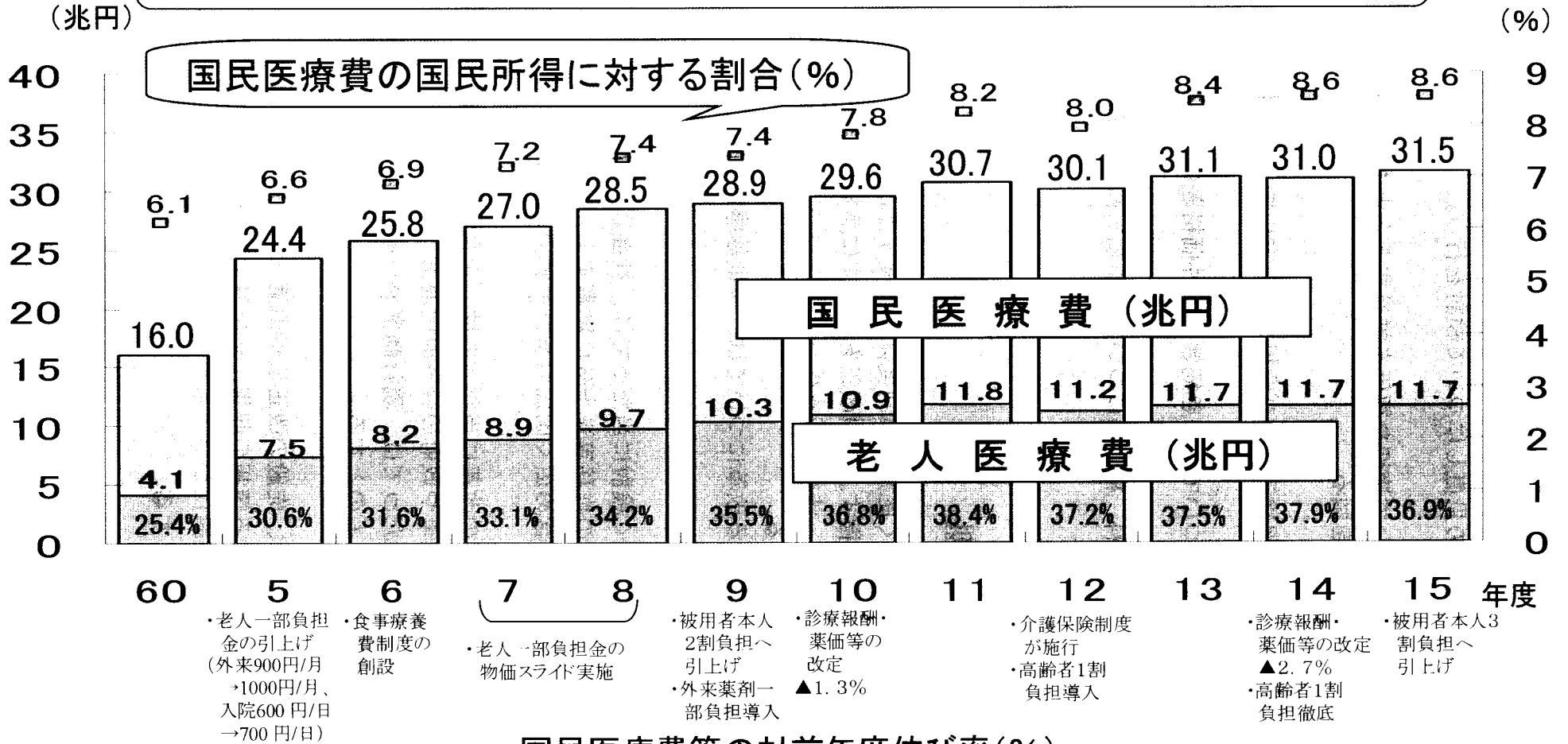


医療費の動向

○我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示している。
○特に老人医療費の伸びが著しい。



国民医療費等の対前年度伸び率(%)

	60	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
国民医療費	6.1	3.8	5.9	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9
老人医療費	12.7	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7
国民所得	7.4	▲0.1	1.4	0.1	3.3	1.2	▲3.1	▲1.6	1.5	▲2.8	▲1.7	1.8

注: 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2004年12月発表)による

OECD加盟国の医療費の状況(2002年)

国名	総医療費の対GDP比(%)	
		順位
アメリカ	14.6	1
スイス	11.1	2
ドイツ	10.9	3
アイスランド	10.0	4
ノルウェー	9.9	5
ギリシャ	9.8	6
フランス	9.7	7
カナダ	9.6	8
オランダ	9.3	9
オーストラリア	9.3	9
ポルトガル	9.3	9
スウェーデン	9.2	12
ベルギー	9.1	13
デンマーク	8.8	14
イタリア	8.3	15

国名	総医療費の対GDP比(%)	
		順位
ニュージーランド	8.2	16
日本	7.9	17
ハンガリー	7.8	18
イギリス	7.7	19
スペイン	7.6	20
オーストリア	7.6	20
アイルランド	7.3	22
フィンランド	7.2	23
チェコ	7.2	23
ルクセンブルク	6.1	25
ポーランド	6.0	26
メキシコ	6.0	26
スロバキア	5.7	28
韓国	5.3	29
トルコ	6.6	—

出典: OECD「HEALTH DATA 2005」

注1) トルコは2000年データ

注2) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

注3) 医療費については、現地通貨で発表の統計数値を該当する年の年間平均為替レートで換算

医療費増加の構図

医療費の増加

主要因は老人医療費の増加

老人増

1人当たり老人医療費=若人の5倍

1人当たり老人医療費は都道府県により大きな格差(平均75万円、最高:福岡県約90万円、最低:長野県約60万円)

1人当たり入院医療費の増(寄与度の約5割)

1人当たり外来医療費の増(寄与度の約5割)

病床数(平均在院日数)の長さ

生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動

在宅(自宅でない在宅含む)療養率の低さ

糖尿病・高血圧症・高脂血症の患者・予備群の増加

・医療機能の分化・連携

急性期

回復期

療養期

在宅療養

連携

介護提供体制

・地域における高齢者の生活機能の重視

生活習慣病対策

①保険者と地域の連携した一貫した健康づくりの普及啓発

②網羅的で効率的な健診

③ハイリスクグループの個別的保健指導

要因分析

取組の体系

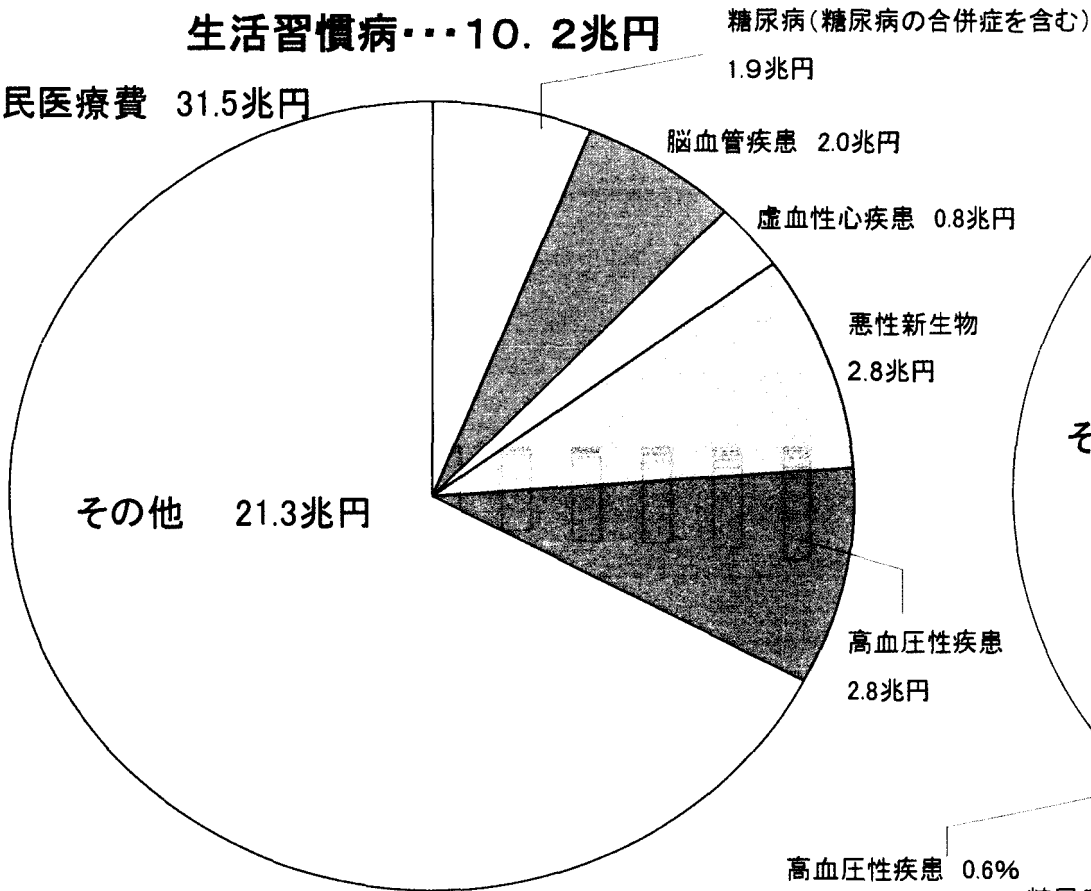
生活習慣病の医療費と死亡数割合

生活習慣病は、国民医療費の約3割を占め、死亡数割合では約6割を占める。

医療費(平成15年度)

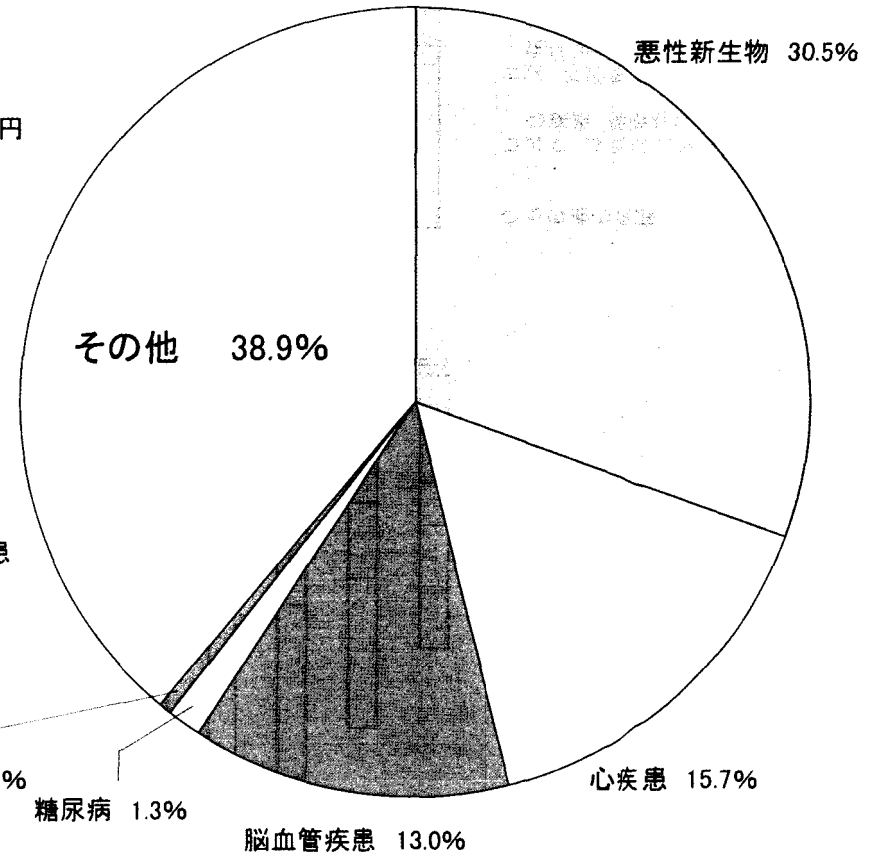
生活習慣病・・・10.2兆円

国民医療費 31.5兆円



死因別死亡割合(平成15年)

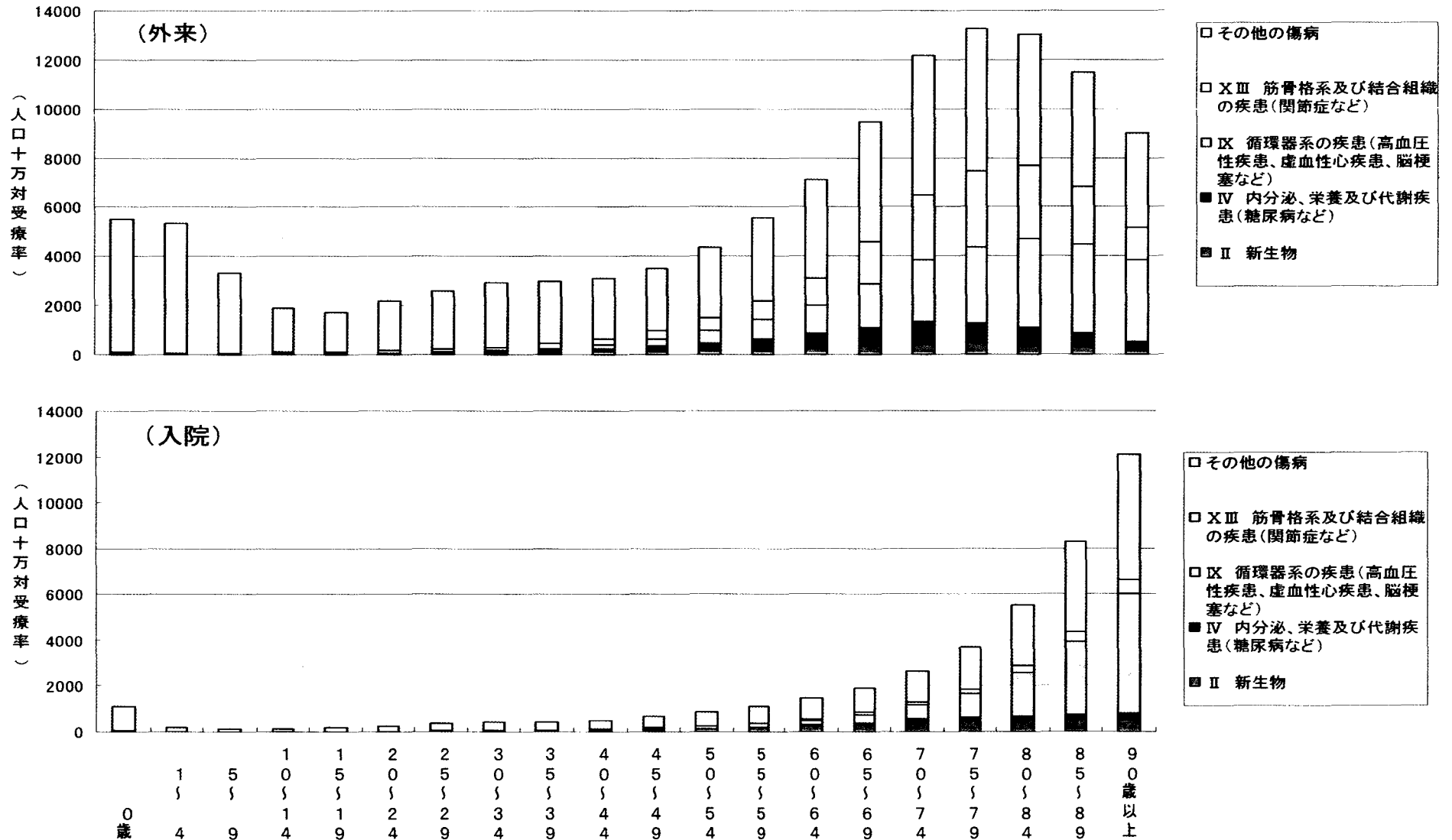
生活習慣病・・・61.1%



(注)国民医療費(平成15年度)、わが国の慢性透析療法の現況(2003年12月31日)等により作成

(注)人口動態統計(平成15年)により作成

年齢階級別受療率(主として生活習慣病に分類される疾患について)



(注)「患者調査」(平成14年)により作成

生活習慣病の現状

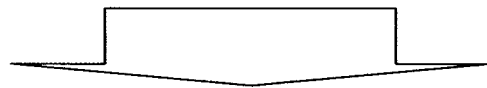
生活習慣の変化や高齢者の増加等によって...

→ 生活習慣病の有病者・予備群が増加

例えば糖尿病は、5年間で有病者・予備群を合わせて1.2倍の増加

生活習慣病の現状 (粗い推計)

- ・糖尿病 : 有病者 740万人 / 予備群 880万人
- ・高血圧症 : 有病者 3100万人 / 予備群 2000万人
- ・高脂血症 : 有病者 3000万人
- ・脳卒中 : 死亡者数 13万人 / 年
- ・心筋梗塞 : 死亡者数 5万人 / 年
- ・がん : がん死亡者数 31万人 / 年
(例: 胃5万人、大腸4万人、肺6万人)

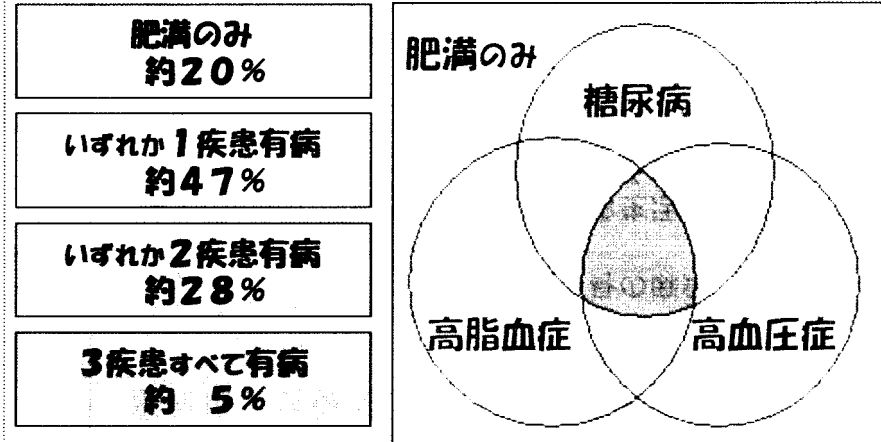


総合的な生活習慣病対策の実施が急務

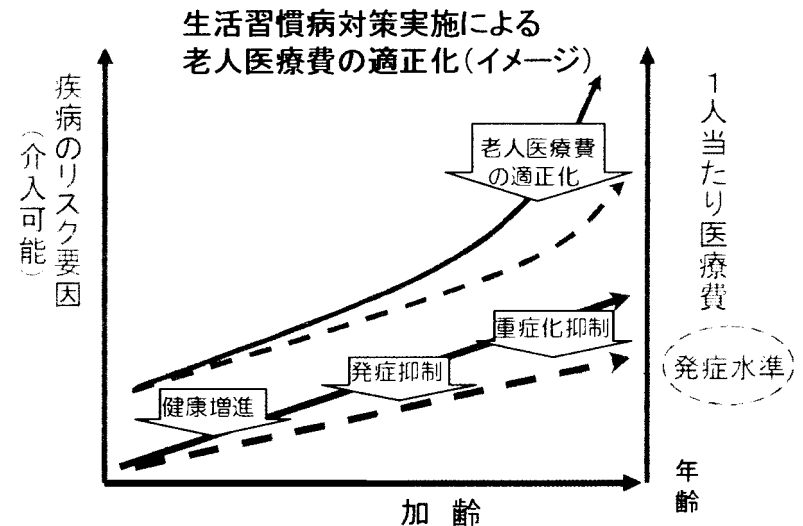
→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

肥満者の生活習慣病の重複の状況(粗い推計)

肥満に加え、糖尿病、高血圧症、高脂血症が...



(H14糖尿病実態調査を再集計)



生活習慣病とは

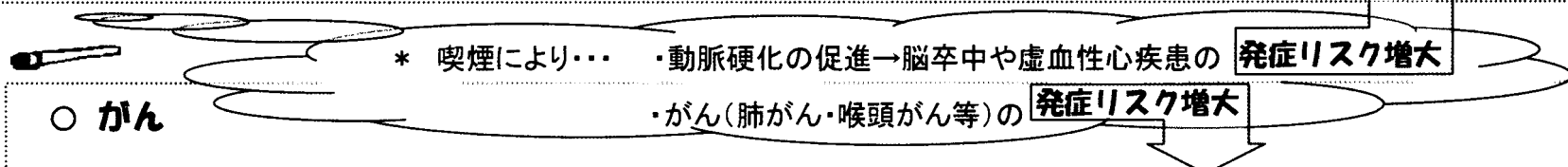
→ 不適切な食生活、運動不足、喫煙などで起こる病気

○ 内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病（肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症）及びこれらの予備群

自覚症状に乏しく日常生活に大きな支障はないが、健診で発見された後は、基本となる生活習慣の改善がなされないと...

○ 脳卒中や虚血性心疾患（心筋梗塞等）

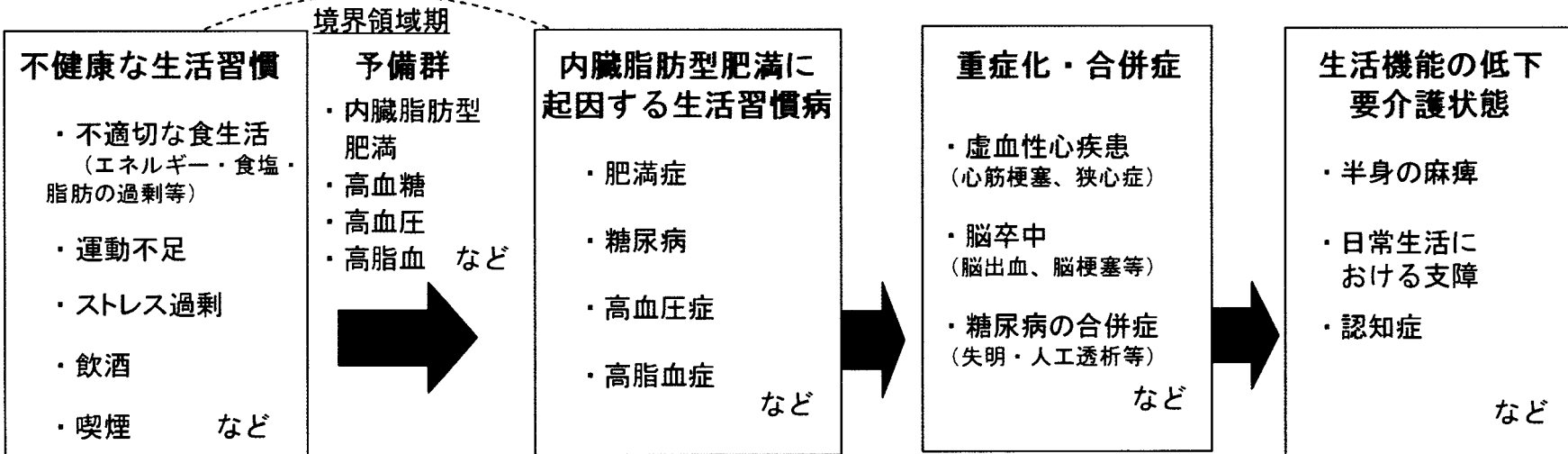
その他重症の合併症（糖尿病の場合：人工透析、失明など）に進展する可能性が非常に高い。



○ がん

がん検診や自覚症状に基づいて発見された後は、生活習慣の改善ではなく、手術や化学療法などの治療が優先される。

— がん検診の普及方策やがん医療水準の均てん化等、「早期発見」、「治療」といったがん対策全般についての取組が別途必要



* 一部の病気は、遺伝、感染症等により発症することがある。

○ 「不健康な生活習慣」の継続により、「予備群（境界領域期）」→「内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病」→「重症化・合併症」→「生活機能の低下・要介護状態」へと段階的に進行していく。

○ どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができる。

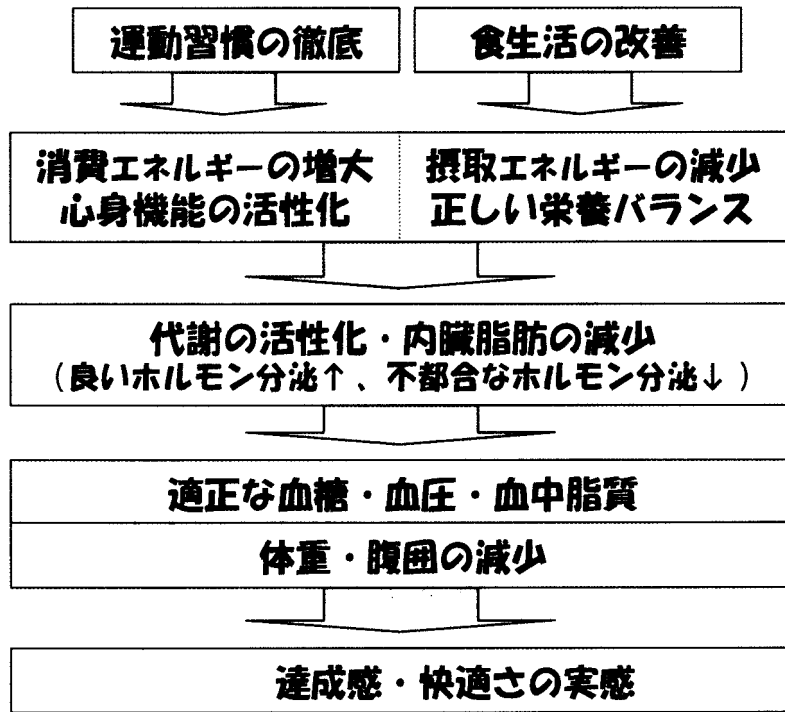
○ とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質(QOL)を維持する上で重要である。

生活習慣病の発症・重症化予防

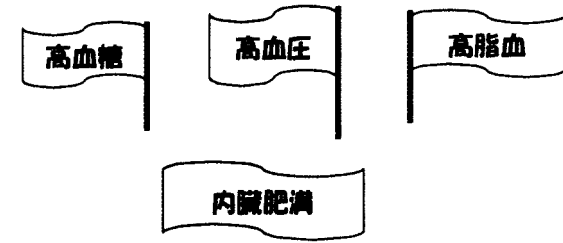
○高血糖、高血圧、高脂血、内臓肥満などは別々に進行するのではなく、「ひとつの氷山から水面上に出たいくつかの山」のような状態

○投薬（例えば血糖を下げるクスリ）だけでは水面に出た「氷山のひとつの山を削る」だけ

○根本的には運動習慣の徹底と食生活の改善などの生活習慣の改善により「氷山全体を縮小する」ことが必要



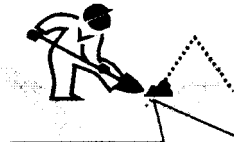
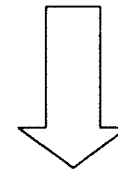
継続



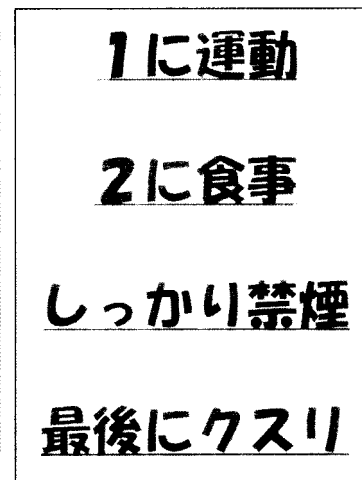
代謝機能の不調

生活習慣の改善

- ・運動習慣の徹底
- ・食生活の改善
- ・禁煙



個々のクスリで、1つの山だけ削っても、他の疾患は改善されていない。

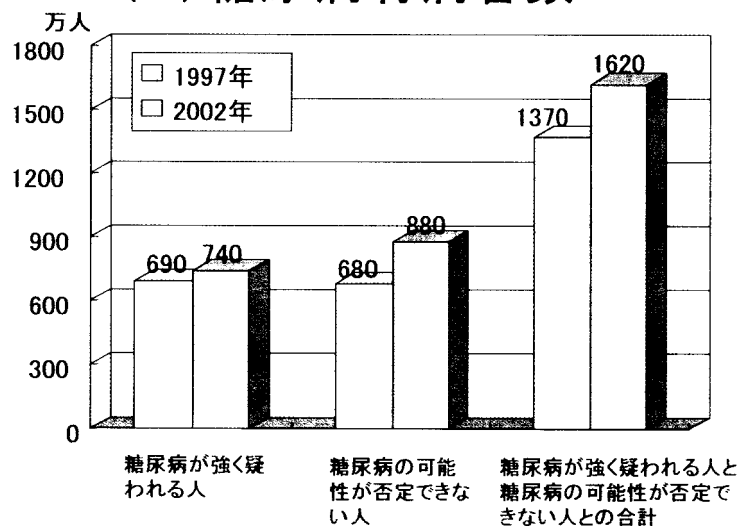


氷山全体が縮んだ!

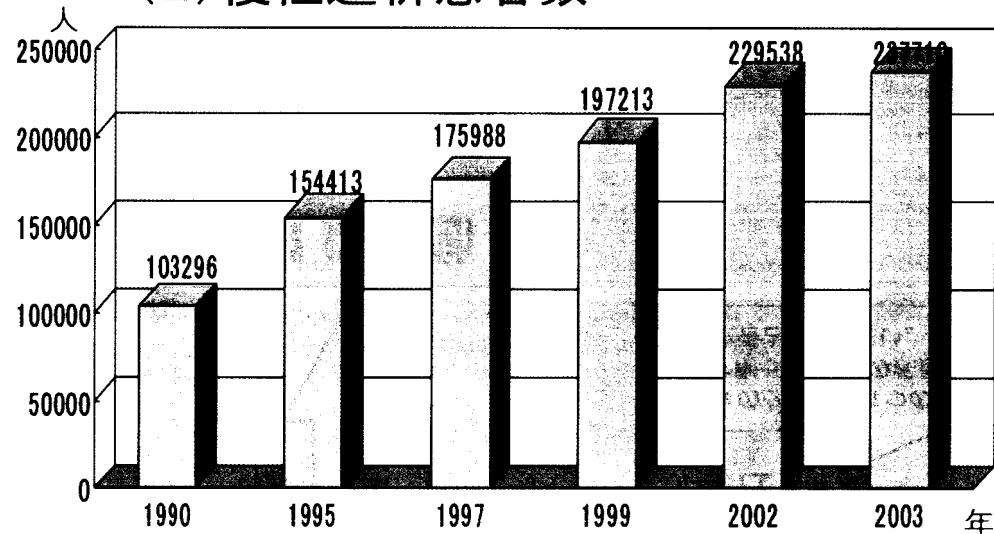


(参考) 糖尿病関連データ

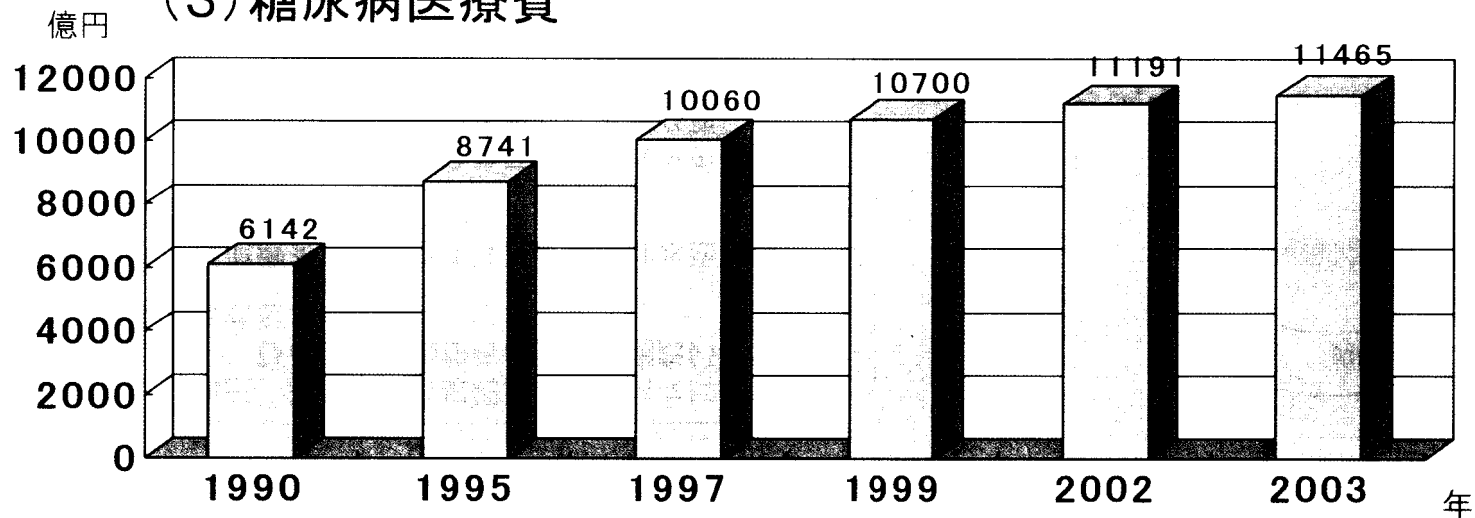
(1) 糖尿病有病者数



(2) 慢性透析患者数



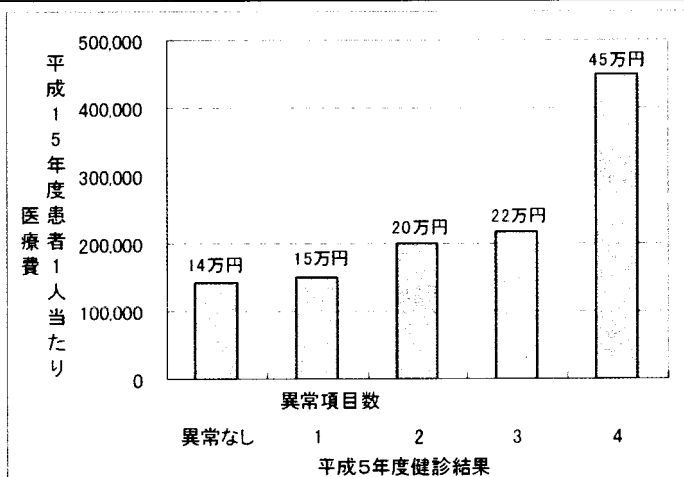
(3) 糖尿病医療費



政府管掌健康保険における健診・医療費データの分析結果

健診結果と医療費の関係

健診結果で異常が見つかった項目が多いほど10年後の患者一人当たり医療費は高くなり、異常なしの者と主要4検査項目異常ありの者では3倍の格差。



- ・全項目異常なし 約14万円 ... ①
- ・主要4検査項目 (BMI、血圧、脂質、代謝系) 異常あり 約45万円 ... ②

⇒ ①と②の差 約3.2倍

(参考) 主要4検査項目の健診結果と医療費の関係

	(異常なし)	(異常あり)	格差
BMI(肥満)	16.3万円	19.3万円	約1.2倍
血圧	15.6万円	22.5万円	約1.4倍
脂質(コレステロール等)	16.4万円	17.6万円	約1.1倍
代謝系(血糖値等)	16.1万円	27.1万円	約1.7倍

糖尿病患者と健診・医療費の関係

10年前の健診結果を見ると、代謝系に異常があった者は約43%が糖尿病患者となっており、代謝系に異常がない者の約6倍であった。

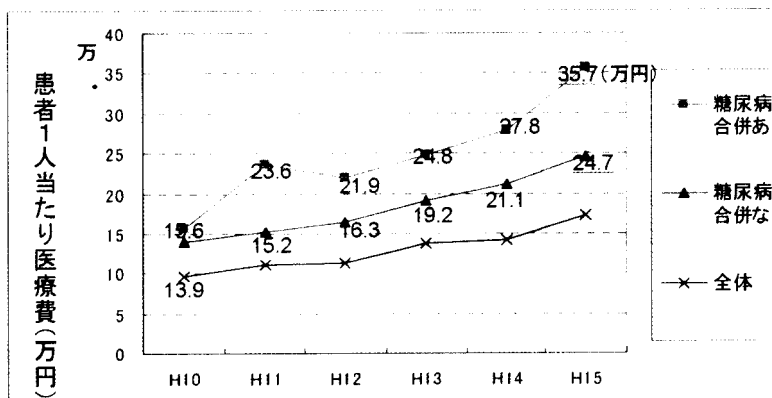
(平成5年度) (平成15年度)

代謝系で異常あり※ → 43%が糖尿病患者 } 約6倍の差
代謝系で異常なし → 7%が糖尿病患者

※平成10年に健診結果が異常なしと改善した群は、18%が糖尿病患者と大幅に低い値となっていた。

糖尿病合併症患者と合併症のない患者は、5年前の医療費はほぼ同額であったが、年々格差が拡大し、現在の医療費では約10万円の差が生じていた。

糖尿病・合併症ありなし別患者一人当たり医療費の推移



出典:「政府管掌健康保険における医療費等に関する調査研究報告書」(医療経済研究機構)

生活習慣病対策の現状と今後の方向

基本的な考え方

- 生活習慣病対策の要点は、高血糖、高血圧、高脂血症及び内臓脂肪型肥満といった「生活習慣病危険因子」の保有者（生活習慣病の予備群）を減らすこと。
- そのために、有効な取組は、
 - 1) 生活習慣病危険因子の保有者を健診によって効率的に抽出すること
 - 2) 抽出された者に対し、保健指導を確実に提供し、本人の自主的な行動変容に結びつけること。
- これらの一連の取組によって、
 - ・ 生活習慣病危険因子保有者の割合が減少し、
 - ・ 糖尿病、高血圧症、高脂血症等の疾患及びこれらが重症化した結果引き起こされる心疾患や脳血管疾患の発症が抑えられ、
 - ・ 健康寿命の延伸と医療費の伸びの抑制に至ると考えられる。

現状

- 健診や保健指導等の保健事業については、医療保険者と市町村（老人保健事業）との間で責任・役割分担が不明確。（特に、被扶養者、自営業者等）
- こうしたことから、
 - ① 個人ごとの健診の受診状況が把握されていない、
 - ② 健診を受けても事後の保健指導につながっていない、
 - ③ 健診結果等のデータが活かされていないという状況にある。

健診受診率（平16年国民生活基礎調査）

20歳以上	60.4%
男性	65.9%
女性	55.3%

今後の施策の方向

- 今後は、保健事業のうち、「生活習慣病危険因子」の減少に資する健診及び保健指導については、医療保険者が計画的に事業展開を進めるなど、取組強化を図る。
その際、確実に保健指導につながるとともに、事業改善のための基礎資料等とするために、データの管理及び評価についても、位置付けを明確化する。
- 各医療保険者、市町村等の関係者間の調整や連携を図るため、都道府県の役割を重視し、健康増進法に基づく都道府県健康増進計画の内容を充実する。

健やか生活習慣国民運動推進会議(仮称)の設置について

1 趣 旨

生活習慣病は、今や健康長寿の最大の障害要因となるだけでなく、国民医療費にも大きな影響を与えている。その多くは、不健全な生活の積み重ねによって内臓脂肪型肥満となり、これが原因となって引き起こされるものであるが、これは、個人が日常生活の中での適度な運動、バランスのとれた食生活、禁煙を実践することによって、予防をすることができるものである。

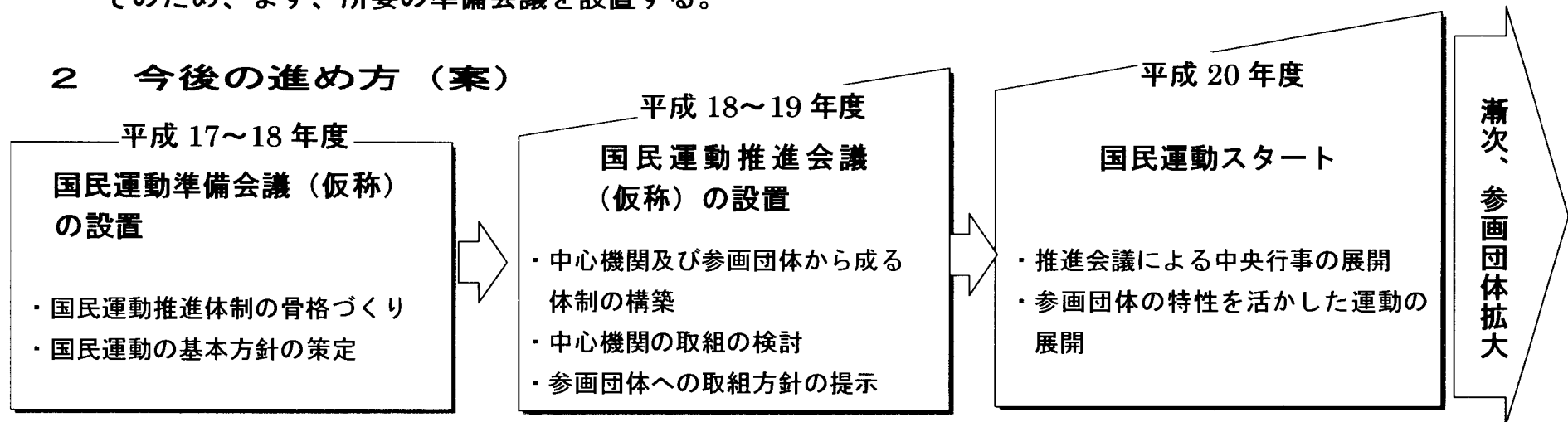
また、こうしたよい生活習慣の積み重ねは高齢期においても、できる限り元気に過ごすという「介護予防」にもつながるものであり、運動器の機能向上や低栄養状態の改善などを通じた生活機能の維持・向上にも資するものである。

このため、今後は運動習慣の定着、食生活の改善、そして禁煙を柱とする「生活習慣病予防」及び「介護予防」の取組が、食育とも連携しながら地域及び職域等において活発に展開されることにより、健やかな生活習慣は気持ちがいいことを一人一人が実感し、国民の生活文化として定着することを目指す国民運動を展開していく必要がある。

そこで、各界各層の幅広い理解と協力を得ながら、“健やか生活習慣国民運動”を展開していくための方策を検討するため、広く関係者の参画を得て、健やか生活習慣国民運動推進会議(仮称)を設置する。

そのため、まず、所要の準備会議を設置する。

2 今後の進め方(案)



平均在院日数の国際比較(時系列)

	1985	1990	1995	2003
日本	54.2	50.5	44.2	36.4
アメリカ	9.1	9.1	7.8	6.5
イギリス	16.2	15.7	10.2	7.6
ドイツ	17.4	17.2	14.2	10.9 (2002)
フランス	18.1	15.1	14.1	13.4

出所: OECD Health Data 2005による。

(注1)対象病床は以下の通り

日 本: 全病院の病床

アメリカ: American Hospital Associationに登録されている全病院の病床 イギリス: NHSの全病床(長期病床は除く)

ドイ ツ: 急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)

フランス: 急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床

医療提供体制の各国比較(2003年)

国名	平均在院日数	人口千人当 たり病床数	病床百床当たり 医師数	人口千人当 たり医師数	病床百床当たり 看護職員数	人口千人当 たり看護職員数
日本	36.4	16.5	15.6 (2002)	2.0 (2002)	42.8 (2002)	7.8 (2002)
ドイツ	10.9 (2002)	8.9 (2002)	39.6 (2000)	3.4	102.2 (2000)	9.7
フランス	13.4	7.7	35.2 (1998)	3.4	69.7 (1997)	7.3
イギリス	7.6	4.2	43.9 (2000)	2.2	129.2 (2000)	9.7
アメリカ	6.5	3.3	77.8 (2000)	2.3 (2002)	230.0 (1999)	7.9 (2002)

(出典)病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数:「OECD Health Data 2002」

平均在院日数、人口千人当たり病床数、人口千人当たり医師数、人口千人当たり看護職員数:「OECD Health Data 2005」

医療施設数・病床数

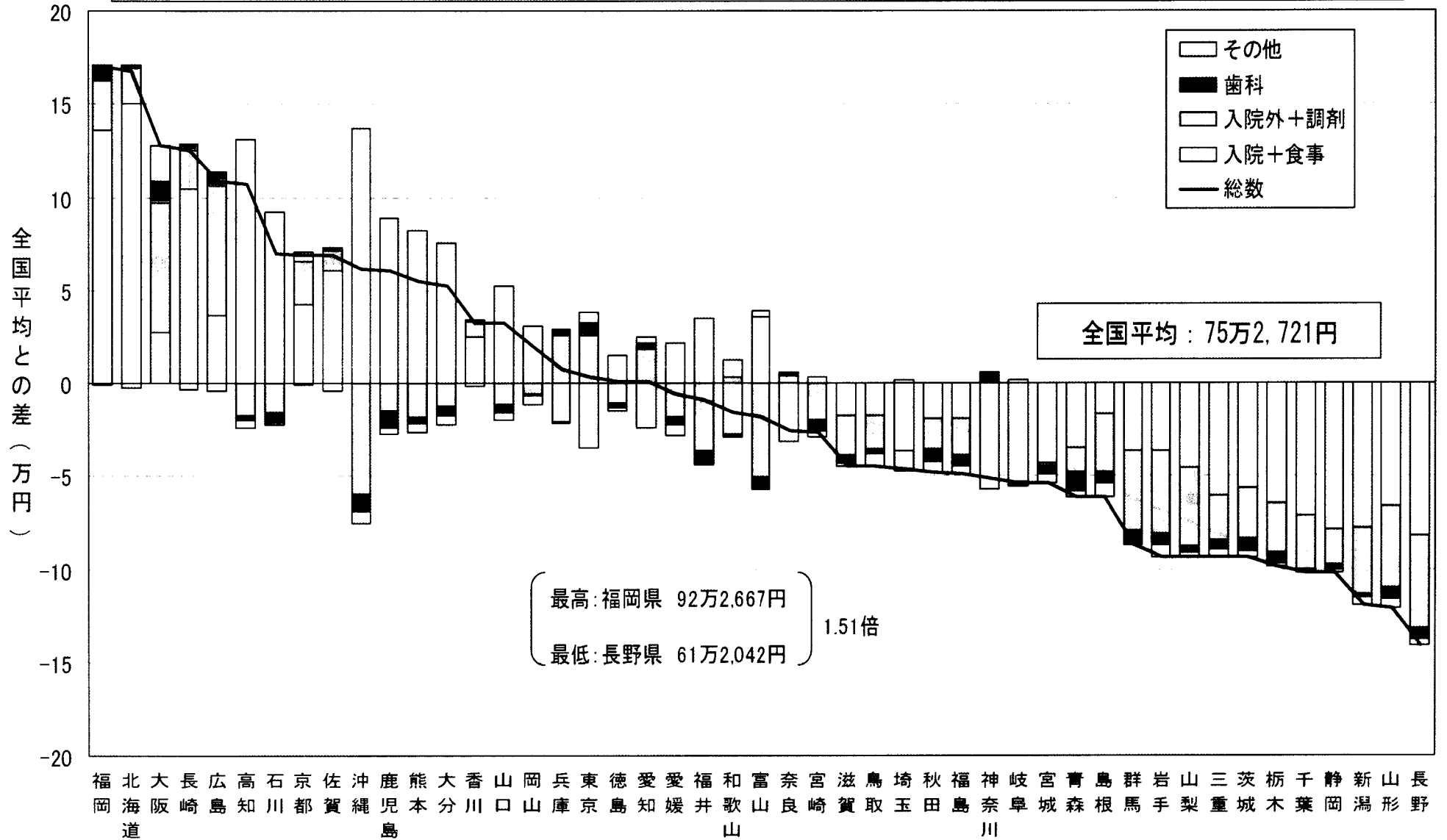
平成16年10月1日現在

	施設数	病床数					
		総数	一般	療養	精神	感染症	結核
病院	9,077	1,631,553	912,193	349,450	354,927	1,690	13,293
診療所	97,051	181,001	156,628	24,373	—	—	—
(有床)	14,765	181,001	156,628	24,373	—	—	—
(無床)	82,286	—	—	—	—	—	—
歯科診療所	66,557	168	—	—	—	—	—
(有床)	54	168	—	—	—	—	—
(無床)	66,503	—	—	—	—	—	—

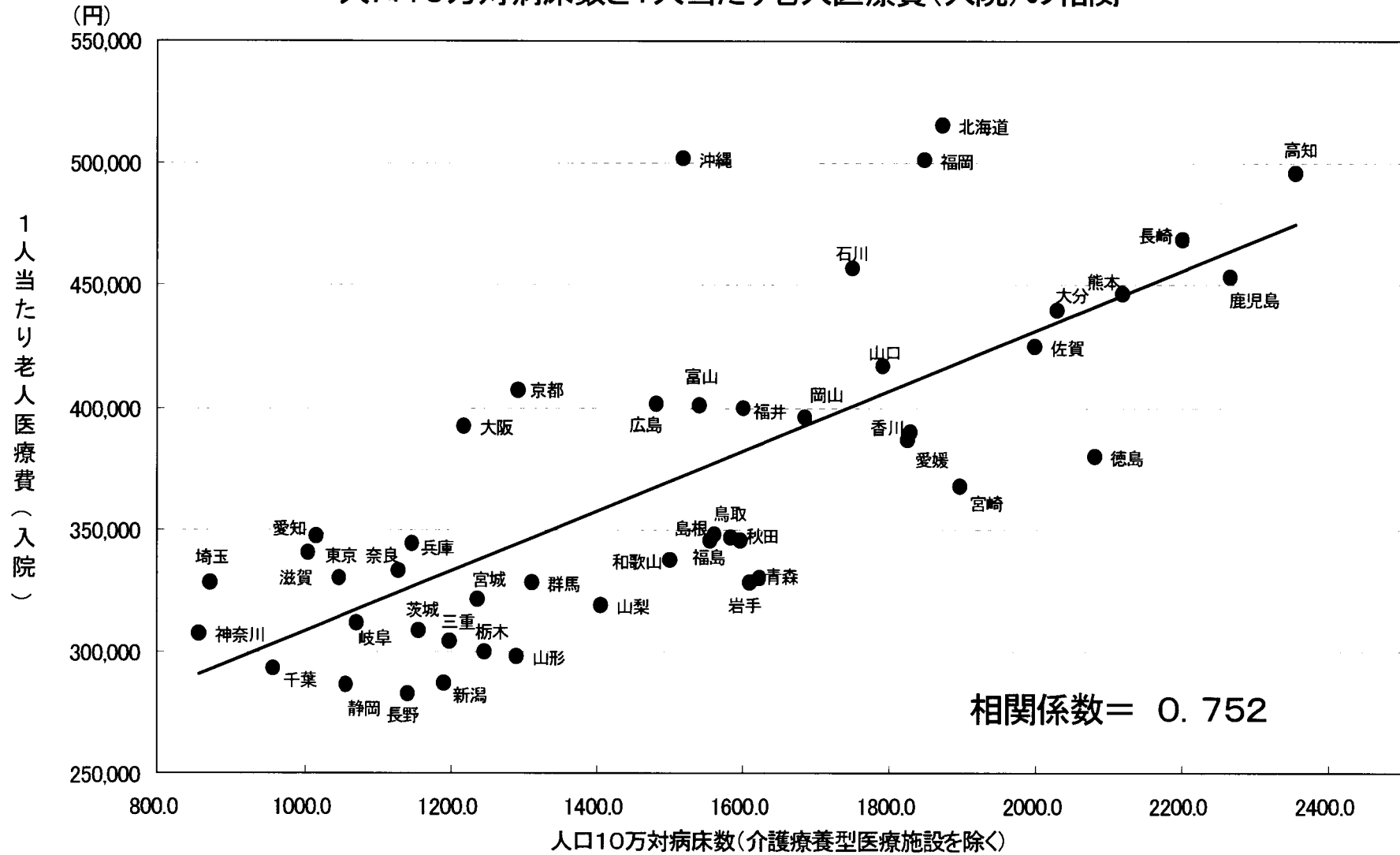
資料：『平成16年医療施設動態調査・病院報告』

1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差) ～平成15年度～

○1人当たり老人医療費は、最大(福岡県)と最小(長野県)で約30万円(約1.5倍)の格差が存在しており、都道府県格差の約7割は入院医療費が寄与している。



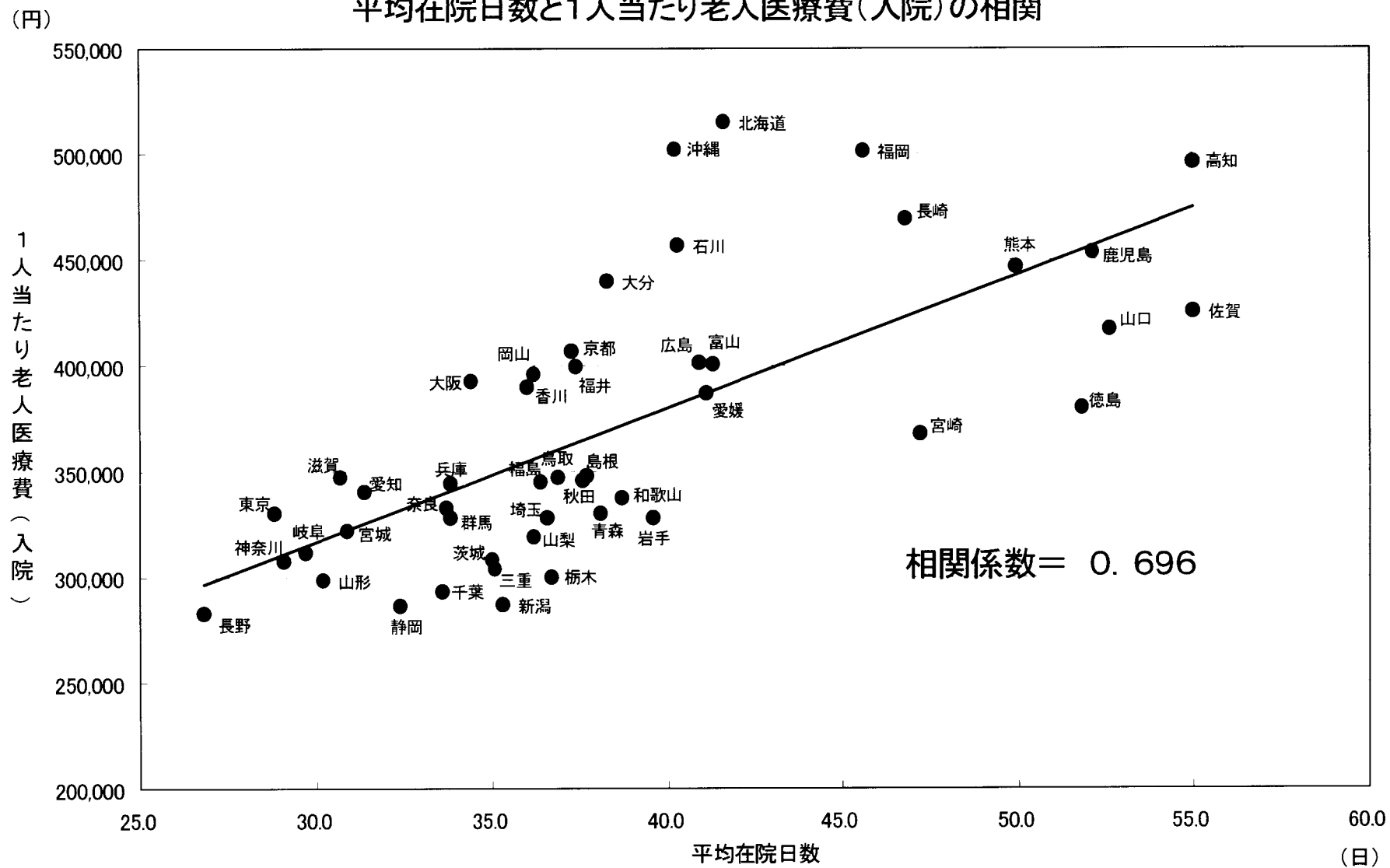
人口10万対病床数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



注: 病床数は、病院の病床数と一般診療所の病床数の合計から、介護療養型医療施設の病床数を減じたものである。

資料出所: 保険局調査課調べ(厚生労働省官房統計情報部「医療施設調査」、「介護サービス施設・事業所調査」(平成15年)、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成15年度)より作成)

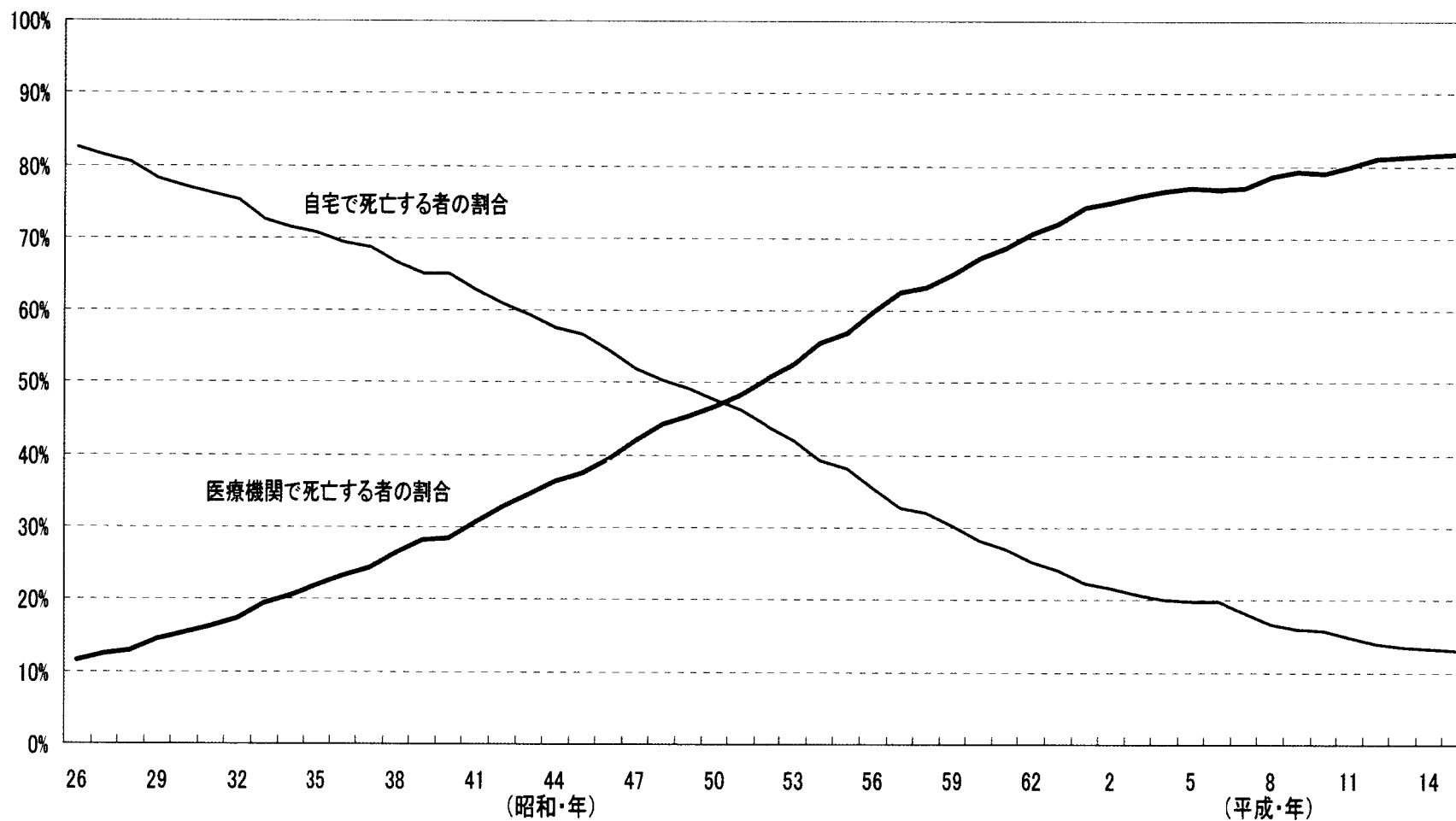
平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



資料出所: 保険局調査課調べ(厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成15年度)より作成)

医療機関における死亡割合の年次推移

- 医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



資料:「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)