

第1章では、これまでの我が国の保健医療をめぐる軌跡を振り返ったが、改めて整理すると、医療提供体制では、まず医療基盤の整備を図り、その後、病床数、医師養成数を抑制する一方で、医療施設の機能分化、医療従事者の質の向上などを図ってきた、医療保険制度では、国民皆保険制度の確立により、誰もが安心して医療を受けることができるようになる一方、高齢化等を背景にした医療費の増大に対し、患者自己負担の引上げを中心とする医療費適正化を推進してきた、健康づくりでは、加齢に着目する成人病対策から、生活習慣に着目する生活習慣病概念の導入へ、更にはメタボリックシンドローム概念という新しい知見に基づく健康づくり対策の時代へと変化してきているといったことが示された。

本章では、こうした保健医療の歴史を踏まえ、今日における医療構造改革の必要性について述べるとともに、医療提供体制、医療保険制度、健康づくりについて、それぞれの現状と課題を整理する。なお、これらの現状と課題を踏まえた医療構造改革の具体的内容については、改めて第4章で解説する。

第1節 医療構造改革の必要性

1 医療をめぐる環境変化

(1) 高齢化の進行と医療費の増大

(高齢化の進行)

我が国の高齢化は今後ますます進んでいくことが予想されている。国立社会保障・人口問題研究所によれば、2030(平成42)年には、75歳以上の後期高齢者が、現在の2倍近い2,266万人に増加すると推計されている^(注1)(図表2-1-1)。

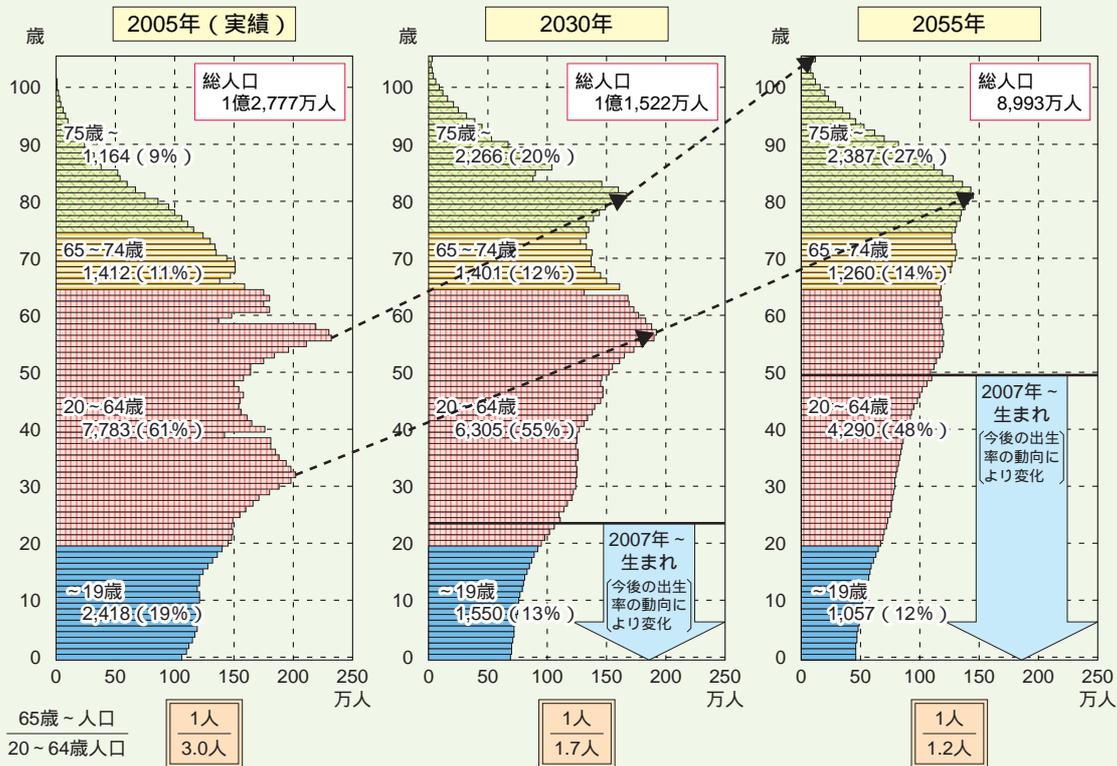
(医療費の増大)

また、年齢階級別の1人当たり医療費について見ると、年齢が高くなるに従って飛躍的に医療費が増加していることが分かる(図表2-1-2)。医療費を、老人医療費とそれ以外で分けると、1人当たりの老人医療費は、老人の受診率の高さから(図表2-1-5、6(31頁)参照)、老人以外の1人当たり医療費の約5倍になっている。

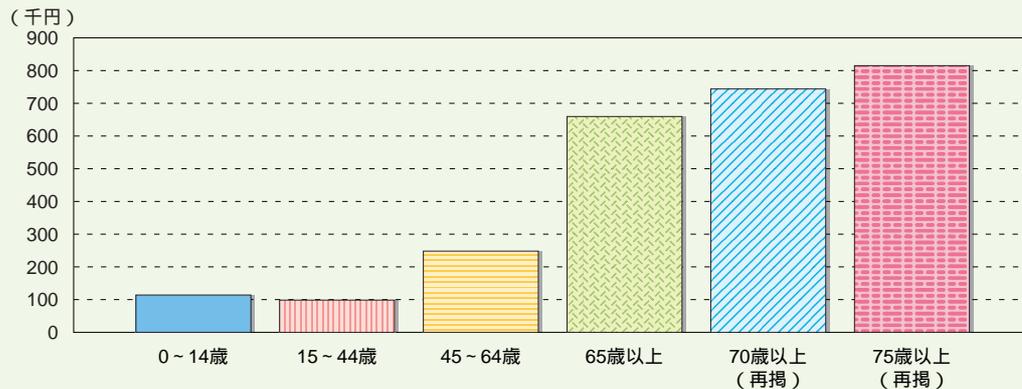
今後、後期高齢者が増加することから、今後何らの対策も講じなければ、医療技術の進歩(第1章第1節(17頁)参照)とも相まって、将来の医療費は大幅に増大していくことが確実である。

(注1) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2006(平成18)年12月推計)中位推計」

図表2-1-1 人口ピラミッドの変化



図表2-1-2 年齢階級別1人当たり医療費（2004年度）

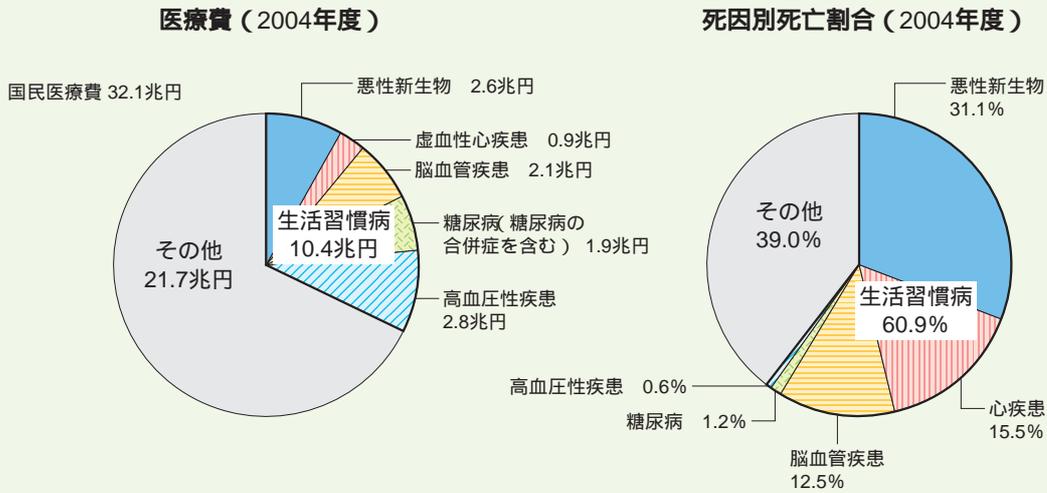


(2) 生活習慣病対策の重要性の増大

(先進国共通の課題である生活習慣病の脅威)

我が国の死因別死亡率の推移を見ると、1958（昭和33）年以降は、上位3位が、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患となっている（第1章第3節（21頁）参照）。現在の疾病全体に占める生活習慣病の割合について見ると、死亡原因では6割、医療費では3割を占めており、国民の健康に対する大きな脅威となっている（図表2-1-3）。

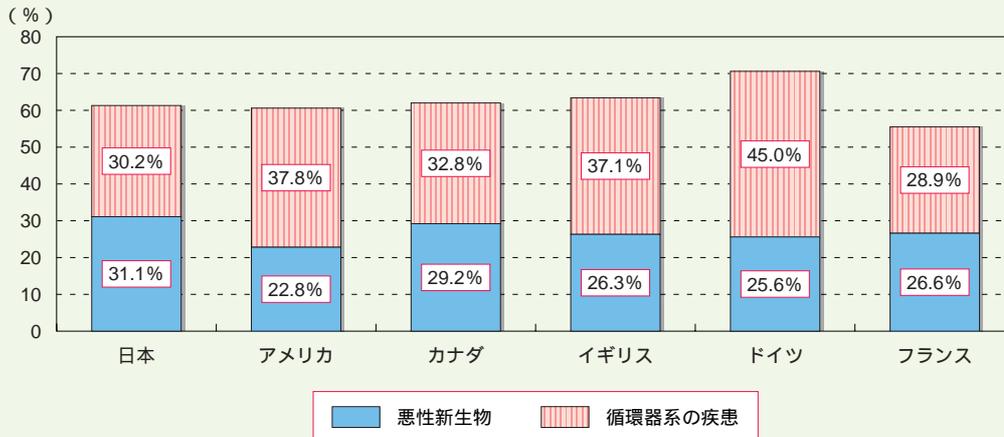
図表2-1-3 生活習慣病の医療費と死因別死亡割合



資料：医療費については厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」（2004年度）、日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2004年12月31日）」、死因別死亡割合については厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」（2004年）より厚生労働省保険局作成。

こうした状況は他の先進諸国も同様であり、生活習慣病に分類される疾病による死亡割合はいずれも5割を超えている（図表2-1-4）。

図表2-1-4 先進諸国における悪性新生物及び循環器系の疾患による死亡割合



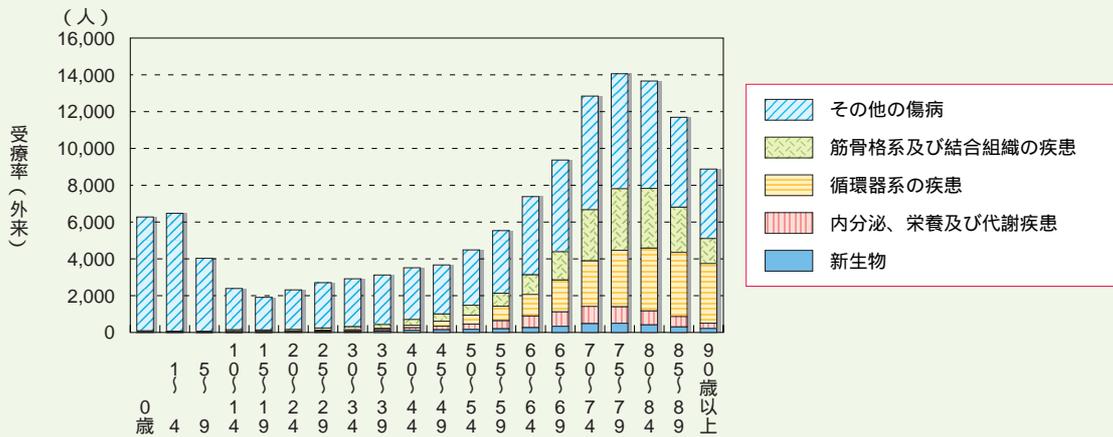
資料：総務省統計局「世界の統計2007」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
 (注1) 日本は国内の日本人のみが対象。
 (注2) 日本・イギリス・ドイツは2004年、カナダ・フランスは2003年、アメリカは2002年のもの。
 (注3) 循環器系の疾患は、心疾患、高血圧性疾患、脳血管疾患などをいう。

（高齢期に受療・入院に至る生活習慣病）

国民の受療の実態を見るため、主として生活習慣病に分類される疾患の年齢階級別受療率について見ると、循環器系の疾患については、入院、外来ともに年齢が高くなるにつれて上昇しており、とりわけ入院受療率は75～80歳を境に急速に上昇している（図表2-1-5、6）。このように、循環器系生活習慣病については、高齢期になると受療率が上昇し、さらに後期高齢期に入院に転化している様子を伺うことができる。

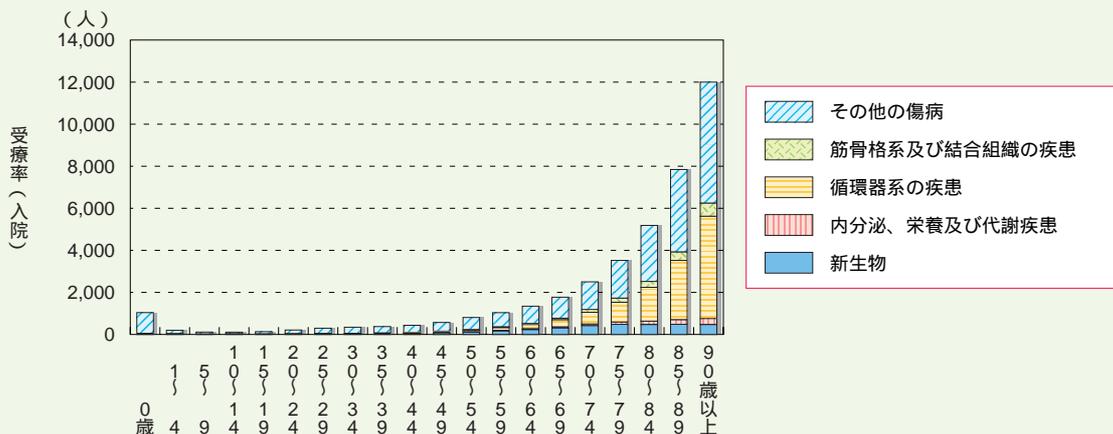
また、循環器系の生活習慣病の進行モデルを図で示すと図表2-1-7のとおりとなる。不適切な食生活、運動不足、ストレス過剰といった不健康な生活習慣により（1つ目の箱）糖尿病、高血圧症、脂質異常症といった内臓脂肪症候群としての生活習慣病にかかる（2つ目の箱）。その後、心筋梗塞や脳卒中に重症化し（3つ目の箱）最後は生活機能の低下、要介護状態となる（4つ目の箱）。こうした進行を抑えるためには、境界領域期での生活習慣の改善にしっかり取り組むことが重要である。それにより、疾病の発症リスク要因を減少させることができ、生活の質（QOL）の維持とともに、結果として老人医療費の適正化を行うことができる（図表2-1-8）。今後、医療費の適正化を図っていくためには、生活習慣病対策がますます重要となる。

図表2-1-5 人口10万人当たり年齢階級別受療率（外来）（2005年）



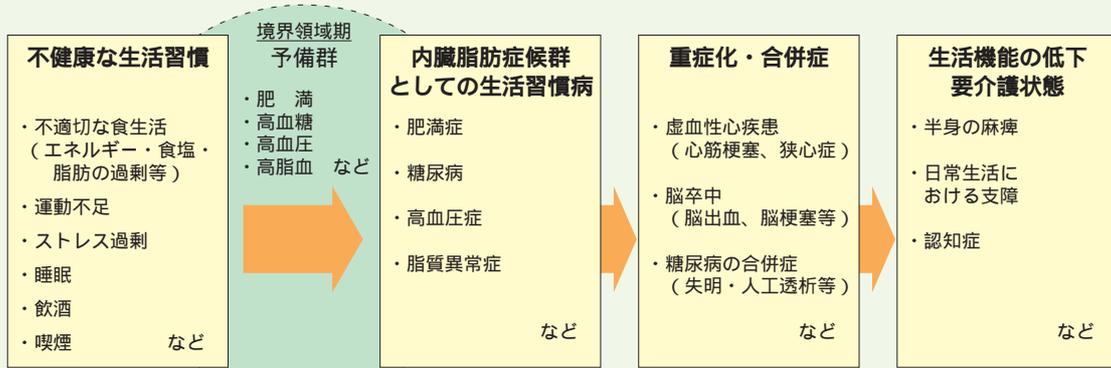
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」（2005年）

図表2-1-6 人口10万人当たり年齢階級別受療率（入院）（2005年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」（2005年）

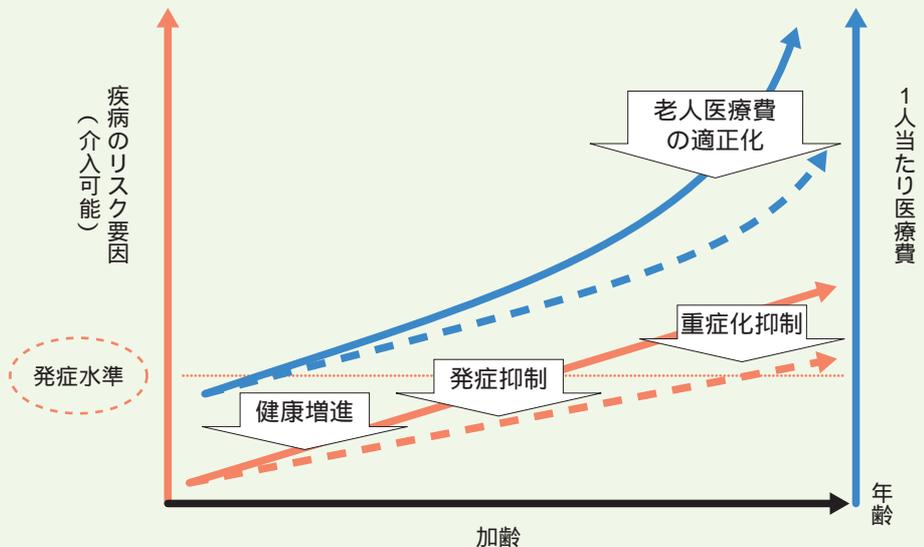
図表2-1-7 生活習慣病の進行モデル



* 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）」、「内臓脂肪症候群としての生活習慣病」、「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。

図表2-1-8 生活習慣病対策と老人医療費への影響



(例えば 型糖尿病(注1)は発症して20年超で60%超に合併症(網膜症)発現)(注2)

(注1) 生活習慣病に起因する糖尿病。
(注2) 厚生省「平成3年度 糖尿病調査研究報告書」より引用。

(3) 患者の視点に立った医療提供の重要性の増大 (国際的に見て長い平均在院日数、多い病床数)

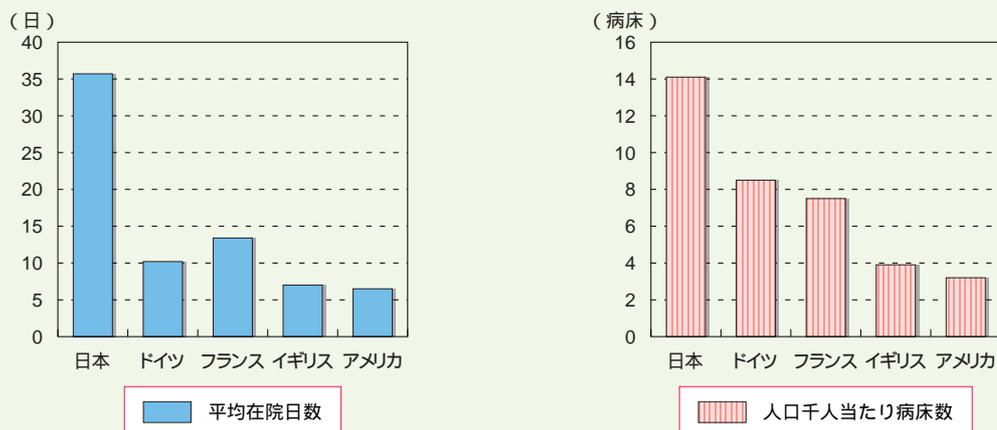
OECD (Organization for Economic Cooperation and Development : 経済協力開発機構) の調査結果に基づき、一人の入院患者により病床が占有されている平均期間を表す平均在院日数を比較すると、我が国はOECDに加盟する先進国30か国の中で最も長い。2005 (平成17) 年のOECDのデータによると、ドイツが10.2日、フランスが13.4日、イギリスが7.0日、アメリカが6.5日であるのに対し、日本は全病床の平均在院日数が35.7日となっており、各国によって定義に違いがあるため、単純な数字の比較による評価は困難であるものの、国際的に見て長

い平均在院日数となっている。また、一般病床だけで見ても平均在院日数は19.8日であり^(注2)、諸外国の全病床の平均在院日数よりも長い。

このような違いの大きな要因の一つに、日本では、主として慢性期の患者が入院する療養病床の平均在院日数が172.6日と長くなっていることがあげられる^(注2)。これは、介護サービスを必要とする高齢者の受け皿が家庭や福祉施設に乏しいことや、転院・退院後も考慮した切れ目のない医療が十分に提供されていないことから、本来福祉サービスが担うべき高齢者の生活支援ニーズを病院が担っていることが背景にあると考えられる。

また、同じOECDの調査によれば、2005年の人口千人当たり病床数は、ドイツが8.5床、フランスが7.5床、イギリスが3.9床、アメリカが3.2床であるのに対し、日本は14.1床となっており、国際的に見て多いものとなっている(図表2-1-9)。

図表2-1-9 諸外国における平均在院日数と人口千人当たり病床数



資料：「OECD Health Data 2007」

(注) 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本：全病院の病床

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(ナース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

イギリス：NHSの全病床(長期病床を除く。)

アメリカ：AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

(今後増加する高齢者の一人暮らし世帯)

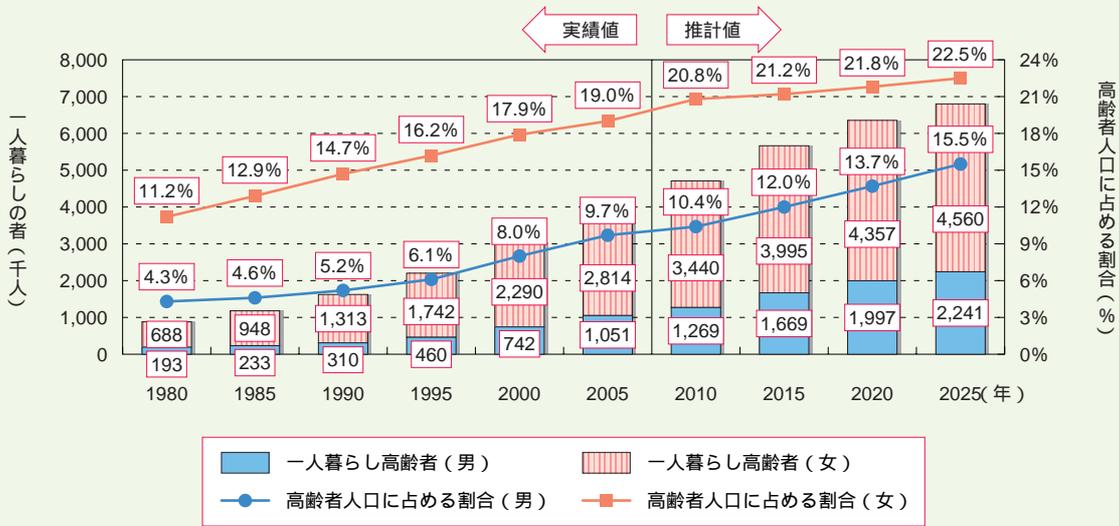
次に、こうした生活支援を必要とする高齢者が置かれた状況に着目してみる。

我が国の高齢者は今後ますます増加するとともに(28頁参照)、高齢者の一人暮らし世帯の数も、2000(平成12)年の303万世帯から2025(平成37)年には680万世帯と2倍以上に増加すると推計されている^(注3)。これは、家族による看護や介護が難しい世帯の増加を示しており、今後は高齢者の一人暮らし世帯の増加を想定した住まいの在り方や医療提供の在り方を検討していく必要性を示唆している(図表2-1-10)。

(注2) 厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(2005(平成17)年)

(注3) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2003(平成15)年10月推計)」

図表2-1-10 高齢者の一人暮らし世帯の増加



資料：総務省統計局「国勢調査」(2000年)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2003年10月推計)」

(認知症がある高齢者の増加)

また、「高齢者介護研究会報告書『2015年の高齢者介護』」(2003(平成15)年6月)によれば、何らかの介護・支援を必要とし、かつ認知症がある高齢者は、2015(平成27)年までに250万人、2025(平成37)年には323万人になると推計されている(図表2-1-11)。これからの高齢者介護においては、身体ケアのみではなく、認知症に対応したケアも標準として位置づけていくことが必要となっている。

図表2-1-11 認知症高齢者数の現状と将来推計



資料：厚生労働省老健局「高齢者介護研究会報告書『2015年の高齢者介護』」(2003年6月)
 (注) ここでいう「認知症高齢者」は、認知症自立度(日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。)以上の者をいう。

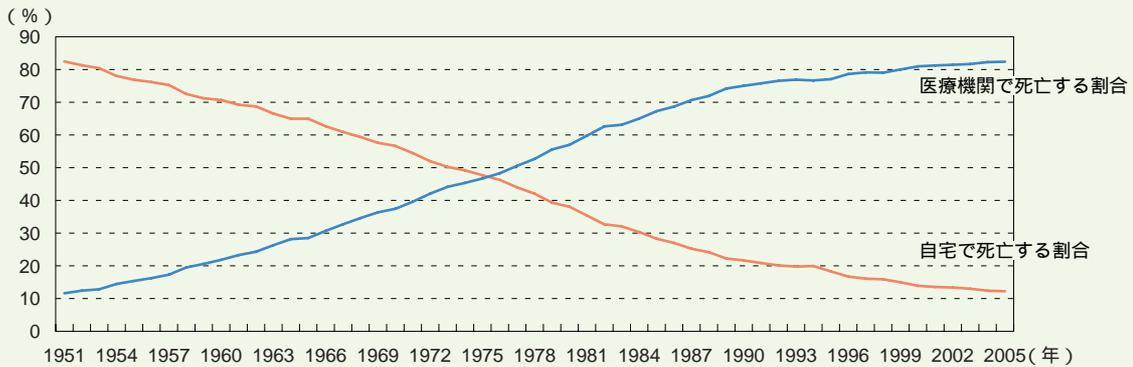
(在宅死亡割合の低下と今後の死亡者数の増加)

最後に、死亡の状況について見ると、昭和30年代前半までは8割の方が家で亡くなっていたが、医療施設の整備などに伴い、病院を利用しやすくなったことと相まって、昭和50年代に医療機関で亡くなる割合が上回るようになった。現在は8割の方が医療機関で亡くなっており、

在宅死亡割合は1割余りとなっている（図表2-1-12）。

こうした中、「終末期医療に関する調査等検討会」報告書（2004（平成16）年）によれば、一般国民の58.8%が自宅で最期まで療養することを希望している一方で、同じく一般国民の65.5%は、介護してくれる家族に負担がかかる、症状が急変したときの対応に不安があるといった理由により、実現困難であると回答している（図表2-1-13）。

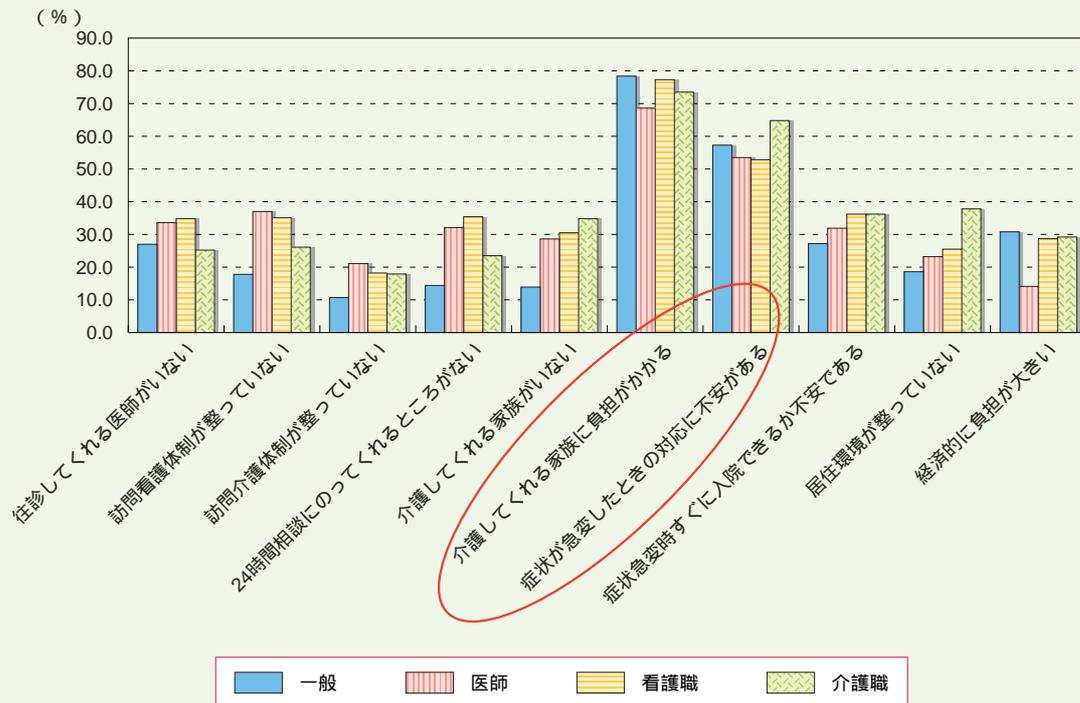
図表2-1-12 医療機関における死亡割合の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

図表2-1-13 自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの在宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかもお答えください。



資料：終末期医療に関する調査等検討会「終末期医療に関する調査等報告書」（2004年）