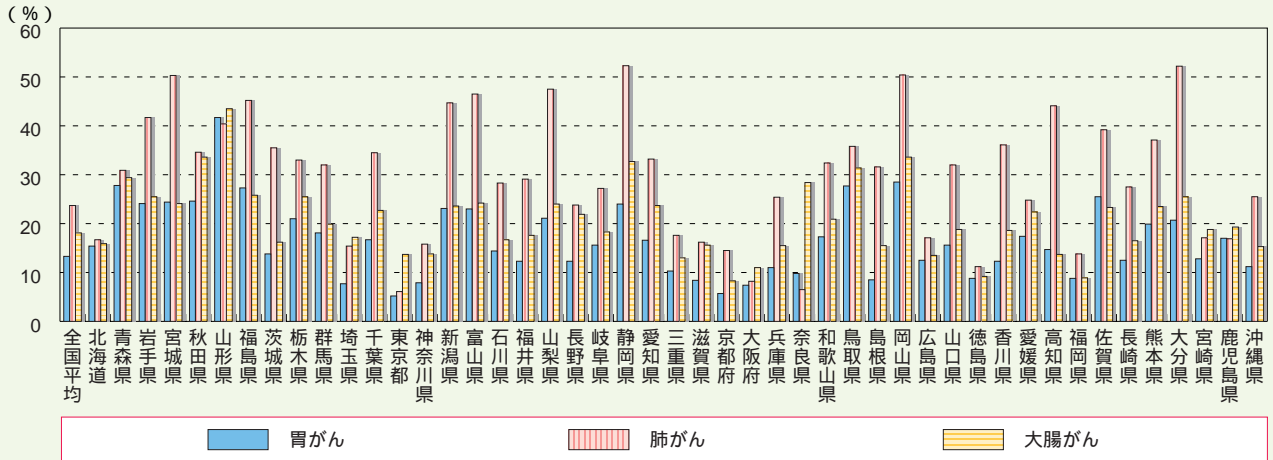


また、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がんといった個別のがん検診についても、東京都のように大腸がんを除けばそれぞれ10%未満の受診率の自治体から、静岡県のように各がん検診受診率が25%を超えるところもある。

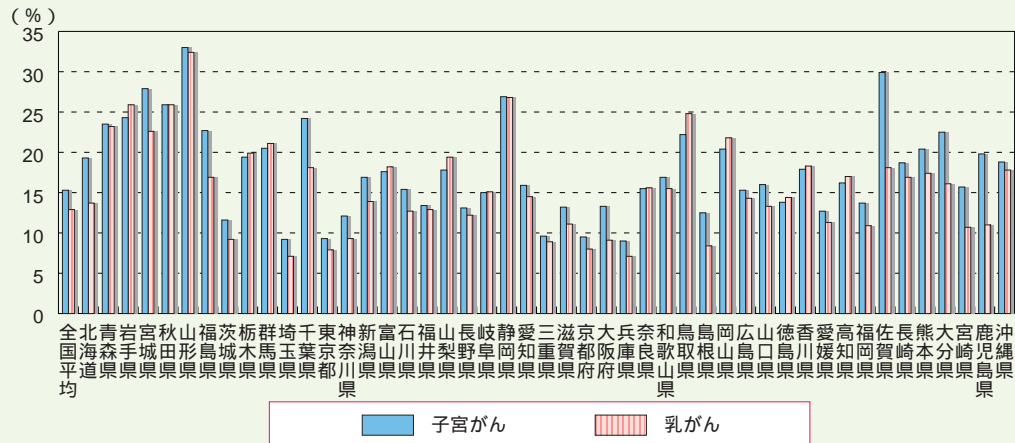
◀ 図表2-5-11
▶ 図表2-5-12

図表2-5-11 都道府県別 がん検診（胃がん、肺がん、大腸がん）受診率



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年度地域保健・老人保健事業報告」

図表2-5-12 都道府県別 がん検診（子宮がん、乳がん）受診率



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年度地域保健・老人保健事業報告」

コラム

生活習慣病の二類型

生活習慣病は、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に關与する疾患群（平成8年公衆衛生審議会意見具申より）と定義されている。この生活習慣病は、その発症、予防および治療といった観点から見ると、二つの類型に分けて考えることが適切である。

健康度の把握 生活習慣改善型

第1の類型は、糖尿病、高血圧症、高脂血症等のように、日常の不健康な生活習慣（不適切な食生活、運動不足、喫煙等）の継続により発症する確率が高まる慢性疾患群である。これらの病態は自覚症状に乏しく、日常生活において大きな支障がない場合も多いが、そのまま生活を

改善せずに経過すると、脳卒中や心筋梗塞、その他重症な合併症（糖尿病の場合は人工透析や失明など）に進展する危険性が高い。定期的に自分の健康度を把握し、日頃の生活習慣を確認し、適切な生活習慣を継続することが重要となる。

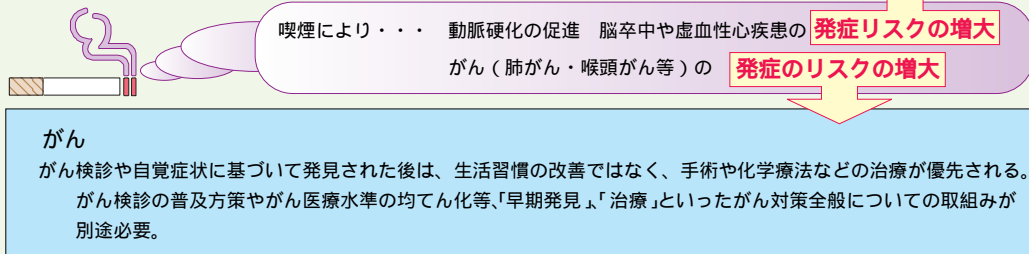
早期発見 早期治療型

第2の類型は、がんのように、日常の不健康な生活習慣（喫煙等）が発症の確率を高めるが、遺伝子異常や加齢などの遺伝要因、病原体、有害物質等の外部環境要因も発症に大きく関わる疾患群である。そして、発見された場合は、直ちに適切な治療を開始することが必要であり、早期発見・早期治療が重要となる。

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

メタボリックシンドロームとしての肥満症、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）
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。



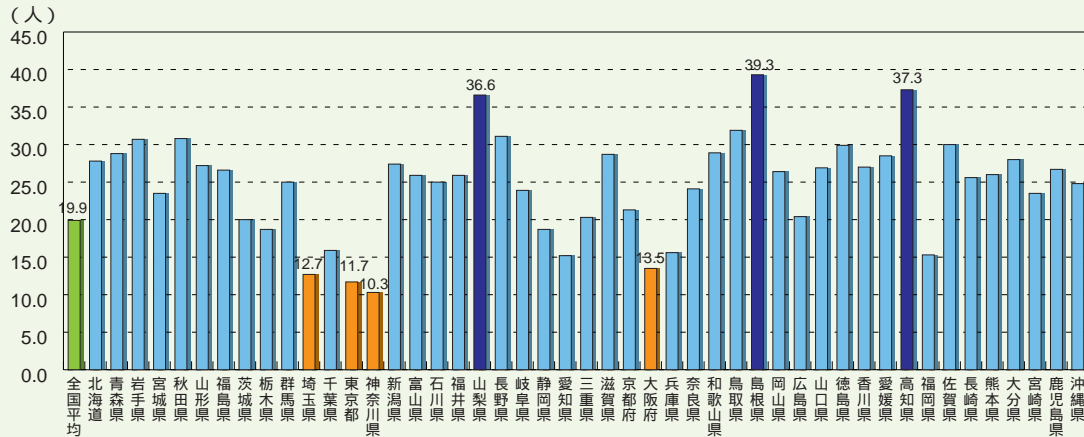
3) 保健所などにおける人的配置の地域差

（保健所などの常勤保健師の人的配置は都市部で少ない傾向にある）

保健所などの人的配置に関して、常勤保健師の設置人数を都道府県別の人口10万人当たりで見た場合、最も高い島根県の39.3人に続いて、高知県37.3人、山梨県36.6人が高水準であるが、最も低い神奈川県10.3人を始めとして、東京都11.7人、埼玉県12.7人、大阪府13.5人など人口の多い県において、低水準となっている。全国の政令市・特別区（大都市部）とそれ以外の市町村の常勤保健師数を比較した場合、それぞれ人口10万対10.8人及び25.2人であり、大都市部の保健師数はそれ以外の地域に比べ、半分以上（約0.4倍）となっている。

図表2-5-13 ▶

図表2-5-13 都道府県別常勤保健師数（人口10万人対）



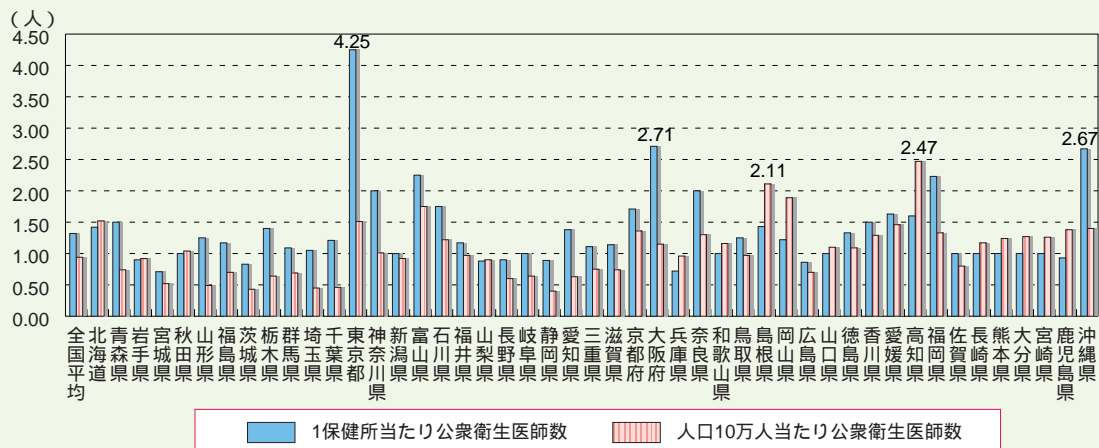
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年度地域保健・老人保健事業報告」

（公衆衛生医師の育成・確保の状況にはばらつきがある）

地域保健対策の推進のためには、保健所などにおいて、訓練された公衆衛生医師を配置することが必要である。この公衆衛生医師について、各都道府県の1保健所あたりの設置人数で比較した場合、東京都の4.25人に続いて2人以上の府県が6府県ある一方で、宮城県0.71人、兵庫県0.72人など1人を下回る県も9県見られている。また、各都道府県の人口10万人対の公衆衛生医師数（保健所及び本庁職員）で見た場合、高知県2.47人、鳥根県2.11人が高水準であるが、静岡県0.40人、茨城県0.43人、埼玉県0.45人など0.5人を下回る県も見られている。

◀ 図表2-5-14

図表2-5-14 都道府県別公衆衛生医師数（1保健所当たり及び人口10万人対）



資料：厚生労働省健康局総務課地域保健室調べ

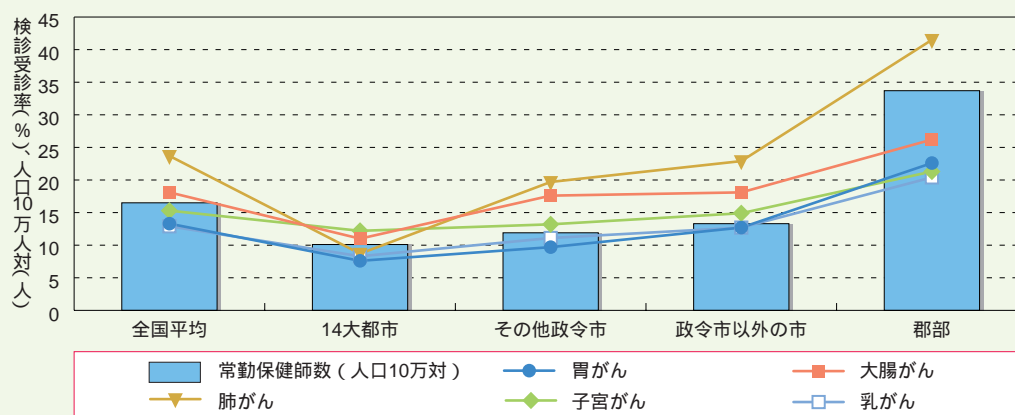
図表2-5-15 ▶

4) 地域差を生み出す要因

(保健事業の地域差の要因は様々に推定される)

以上のように、地域保健対策については、地域差を生み出す要因として、例えば、市郡別にがん検診の受診率を比較した場合、郡部から大都市部に向かうにつれ受診率が低くなるが、同時に10万人当たりの保健師数も減少しており、保健事業の提供者側である保健所などの人的体制の差異が一つの要因として考えられる。また、がん検診については都道府県間の地域差のみならず、実施主体である市区町村間の地域差は大きく、市区町村の取組み姿勢の差異が反映されていると考えられる。

図表2-5-15 市郡別に見たがん検診受診率と10万人対保健師数



(注1) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年度地域保健・老人保健事業報告」から厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

(注2) 14大都市とは東京区部及び指定都市である。

(注3) 市区町村別の常勤保健師数をデータとして使用しているため常勤保健師数は、前表の数値と異なる。

(基本健康診査の充実が必要～市町村の創意工夫や実施主体の役割分担の明確化)

保健所、市町村が実施する定期的な基本健康診査は、住民の健康意識の自覚及びそれに基づく行動変容の機会としても重要であり、実施主体である市町村においては、例えば地域の住民組織、ボランティア団体などとの連携を図ることや、民間事業者も含めた様々な事業者への委託を行うことなどの創意工夫により、効果的・効率的な健診の受診率向上のための取組みを図ることが期待される。

また、健診は、医療保険者が保健事業として実施する健診や労働安全衛生法に基づき事業者が行う健診もあり、市町村が行うものも含め、各実施主体の責任や役割分担が不明瞭であるとともに、各実施主体間の連携や受診者に対するフォローアップも不十分であることが指摘されている。

コラム

企業における健康管理の取組み

地域保健対策は、市町村など行政が実施主体となる、健康づくり、疾病予防のための事業であるが、労働者の職場における健康管理については、労働安全衛生法に基づき、各企業・事業者が毎年の健康診断の実施など様々な事業を行っている。特に、最近では、過重労働に伴う心疾患などの健康障害や過剰なストレスによる精神面での障害が増加していることから、厚生労働省において、「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」を立ち上げ、2004（平成16）年8月に報告書をまとめたところである。報告書の中で、過重労働に対しては、医師による面接指導の実施や企業内衛生委員会の活用、メンタルヘル

ス対策としては、家族を通じた地域と職域の連携推進や労働者、管理監督者に対する教育など、企業自身による疾病予防対策もますます重要となってきている。

さらに、強い不安、悩み、ストレスがあると訴える労働者が6割を占める状況の中、日常の健康管理にもかかわらず、心の健康問題で休業する労働者も増加しており、いったん休業した労働者がスムーズに職場復帰できるような企業における環境作りも必要となる。そのため、2004年10月に、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」がつくられ、各企業における努力が求められているところである。

（がん検診向上の取組み～根拠に基づいたがん検診の推進と精度管理の在り方）

がん検診の受診率は、胃がん検診で全国平均13.3%と低く、最も高い山形県の41.7%に比べ、最も低い東京都は5.2%と幅広い地域差がある。受診率の向上を図る一方で、がん検診のより一層の効果的な実施体制や実施手法などについて様々な議論・検討がなされてきている。

がん検診自体の有効性を考えた場合、現在のところ、受診率と死亡率の間には直接の明確な相関が見られていない。この原因として精度管理の不備も一つの要因であると考えられる。例えば2002（平成14）年度の胸部X線による肺がん検診のがん発見率は最低の茨城が0.01%で、最高の徳島が0.11%と10倍の開きがある。現在、がん検診は市町村事業として実施されているが、例えば、ある程度の技術レベルと経験症例数が必要となる精度管理については、各都道府県にある成人病検診管理指導協議会^{（注）}の情報収集・提供に関する機能・役割を強化することなど、都道府県レベルの広域的な体制を強化することで、適正化を図ることも検討されている。

また、国としても、2005（平成17）年度から、根拠に基づいたがん検診推進の取組みの一つとして、乳がん検診におけるマンモグラフィ検査の導入促進のための緊急整

（注）各都道府県において、がん、心臓病等の成人病（現・生活習慣病）の動向を把握し、また、市町村及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や制度管理の在り方等に関して専門的な見地から適切な指導を行うために設置されている組織。胃がん部会、子宮がん部会、成人病登録・評価等部会などの七部会で構成される。

備事業が始まり、科学的根拠に基づく検診事業の推進、全国的な検診項目の明確な基準設定などについて、役割を担ってきている。

コラム

がん対策の新展開～がん医療水準の均てん化と「がん対策推進本部」の設置

1981（昭和56）年以来、日本人の死因の第1位である「悪性新生物」については、1984（昭和59）年度からの10年間の「対がん10ヵ年総合戦略」、続く1994（平成6）年度からの10年間の「がん克服新10ヵ年戦略」に沿って、対策が取られてきた。その後、各種がんに対する診断・治療技術の進歩、研究開発の進展に伴い、がん医療を巡る医療事情は大きく変化してきており、多くのがんの5年生存率は年々向上している一方、ますますの高齢化の進展による罹患率の上昇、食習慣を含む生活習慣の変化などによる欧米で多く見られる大腸がんや乳がんの増加が見られている。そのため、2004（平成16）年度から2013（平成25）年度までのがん対策の指針として、2003（平成15）年7月に「第3次対がん10ヵ年総合戦略」が策定され、がんの罹患率と死亡率の激減を目指している所である。同戦略においては、「がん研究の推進」、「がん予防の推進」、「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」が3つの柱となっており、がん医療水準の

地域差の是正（均てん化）を図ることも大きな目標となっている。

このような状況を受け、「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」が2004年9月に厚生労働大臣の懇談会として設置され、専門家による議論・検討の後、2005（平成17）年4月にとりまとめた報告書が提出された。同報告書において、地域がん診療拠点病院の機能的役割分担とネットワークの構築、がん診療に従事する医師、コメディカルスタッフの育成・研修の充実、診療・研修・情報ネットワークの強化などの提言がなされている。本検討会の報告や「健康フロンティア戦略」において、2005（平成17）年からの10年間でがんの5年生存率を20%改善する目標が掲げられたこともあり、国民のがんへの不安の解消をめざし、厚生労働省が一丸となった対策を進めるための横断的な体制として、厚生労働大臣を本部長とする「がん対策推進本部」が2005年5月に設置されたところである。

5) 保健事業の地域差に対する考え方

（保健事業の地域差は一定の水準を目標に是正すべき格差である）

保健事業の地域差の一例として、老人保健事業の基本健康診査（健診）の受診率をみた場合、年々受診率は増加しているとはいえ、いまだ全国平均で対象者の約4.5割（44.8%）しか受診しておらず、最も高い山形県の65.3%に比べ、最も低い高知県はその半分以下の26.0%と大きな地域差が見られている。この保健事業の地域差が生じる要因は様々であるが、保健事業によるサービスは国民の健康の保持・増進のために重要な役割を担っており、全国民が一定のサービスを受けることができる体制が必要である。各地域はその水準を達成するように、この格差の是正を図るべきである。

(4) 医療提供体制の地域差とその要因

我が国の医療提供体制については、全国的なマクロの視点で見た場合には、物的資源である病院数や病床数、人的資源である医師・歯科医師数などは量的にほぼ充足しつつあり、質的にも、高い水準の医療を提供している。しかしながら、特定の分野においては、様々な地域差が生じている。

1) 小児救急医療体制

(小児救急体制の整備状況の地域差は大きい)

提供体制の充実が早急に求められている小児救急については、1999(平成11)年から1つの医療圏内で病院群の輪番による二次小児救急医療体制^(注)を確保する「小児救急医療支援事業」が始まっている。その整備状況を比較すると、神奈川県、静岡県、大阪府などでは、すべての医療圏で整備された一方、その整備率が20%以下にとどまっているところも約10の府県で見られ、地域差が大きい。

◀ 図表2-5-16

2) 医師数の地域差

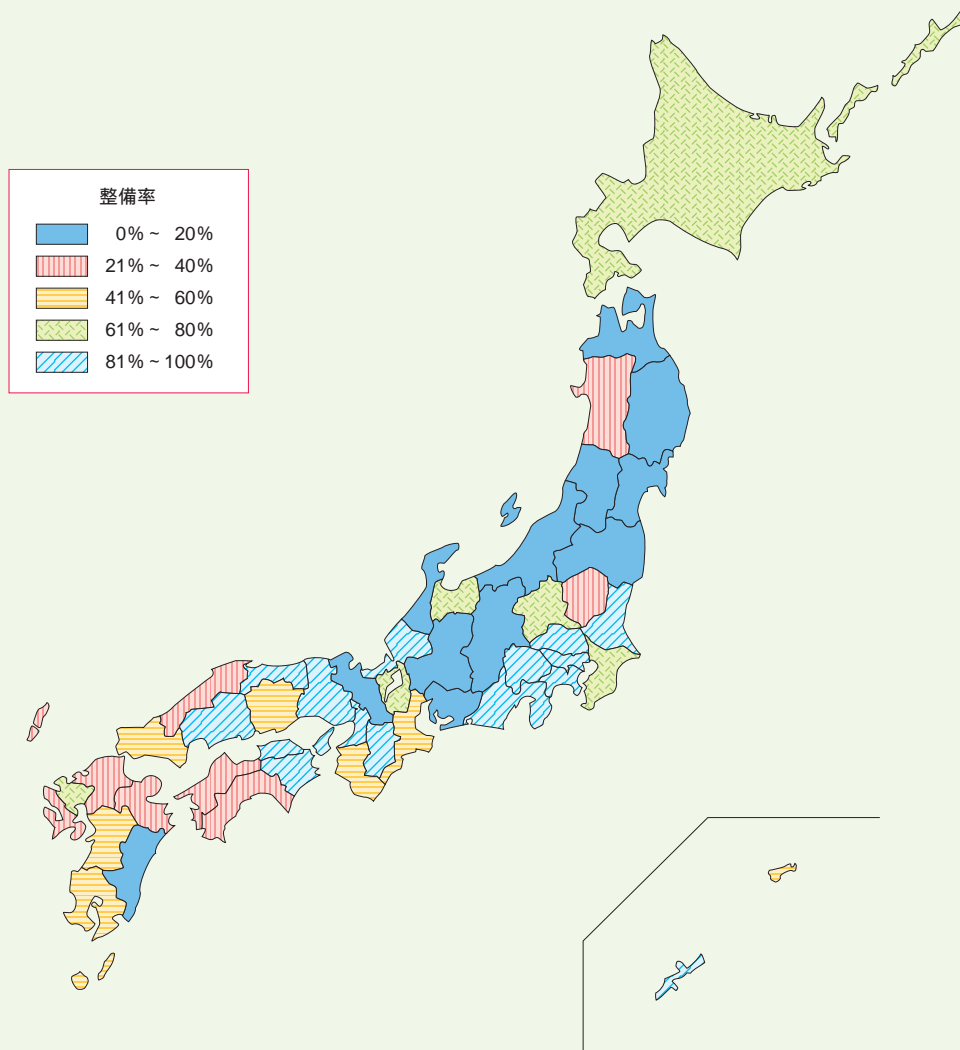
(都道府県別人口当たりの医師数の地域差は約2倍である)

医療提供体制の人的資源の充実度を考慮する場合、人口10万人当たりの医師数の値が一つの目安となり、日本全体としては2002(平成14)年末で206.1人となっている。都道府県間の比較においては、人口10万人に対する医療施設従事医師数が、徳島県の258.7人から埼玉県の121.8人まで約2倍の差が見られる。また、各都道府県を個別に観察した場合、全体平均として数字的に一定水準が保持されているように見えていても、一般に都市部に医師が集中する傾向にあるため、徐々に減少してきているとはいえ、いまだに無医地区(当該地域の中心的な場所を起点に半径4キロの区域内に50人以上が居住しており、かつ容易に医療機関を利用できない地区)が各地にみられている〔全国で787カ所(2004(平成16)年12月末現在)〕。これら無医地区に居住する住民も含め、小児科、産科、麻酔科などの特定診療科の専門医師が不足し、適切な医療の提供が容易になされないことに不安を感じている者も多いと考えられ、各都道府県において独自に医師確保のための取組みがなされているところである。

◀ 図表2-5-17

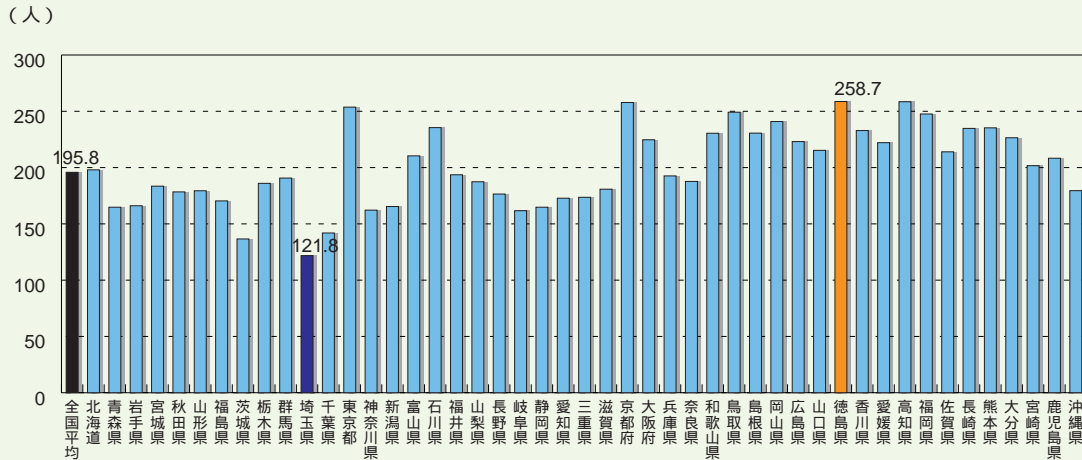
(注) 入院治療を必要とする重症救急患者に対する医療のこと。初期救急医療は外来診療で対応可能な医療、三次救急医療は、二次救急医療機関で対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対する総合的高度医療を意味する。

図表2-5-16 二次小児救急医療体制の取組状況（平成16年9月1日現在）



資料：厚生労働省医政局指導課調べ

図表2-5-17 人口10万対医療施設従事医師数（都道府県別）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査」

コラム

医師確保のための各地の取組み

無医地区が42カ所（準無医地区15を含む）ある島根県では、地域医療確保のために医療人材を確保・供給する取組みを始めている。同県においては、開業医の高齢化や都市部への医師偏在などの理由により離島や中山間地域の医療機関の医師が不足しており、地域の中核病院においても、産婦人科医や精神科、外科などの医師が不在になるなどの問題が生じていた。そこで、県は2004（平成16）年4月に、これまでのへき地医療支援対策を統合化した「しまね地域医療支援センター」を立ち上げ、島根で働く意向のある医師を登録すること（ドクターバンク）や、過疎地の医師が孤立せず、また専門性も磨くことができるように過疎地と都市部の医療機関に交互に勤務するプログラム（専門医養成プログラム）をはじめ、2005（平成17）年4月からは臨床研修必修化による影響に対応するため、県下の研修病院合同による初期・後期臨床研修説明会、魅力ある臨床研修プログラムの作成支援、指導医の教育技術講習会など長期的視点での医師の県内定着事業（研修医等定着特別対策事業）などを実施することにより、必要な医師の確保に乗り出し、地域に医師を供給

することに取り組んでいる。同様な取組みとして、北海道においても、行政、大学、医療機関の話し合いの場（医療対策協議会）を2004年5月に設置し、地方病院への医師派遣の調整などが開始されたところである。

また、地元出身者の地元定着率が高いことなどから、各県で、地域の大学と協力して医学部入試に県内在住者を対象とした地域枠を設定するなど、深刻化しているへき地での医師確保に向けた対策が進められている。2005年度入試においては、岩手医科大学、信州大学、佐賀大学など全国7大学で実施され、次年度以降も地域枠を設定する大学が増えると予想されている。

政府全体の取組みとして、へき地を含む地域における医師の確保を推進するため、厚生労働省、総務省、文部科学省からなる「地域医療に関する関係省庁連絡会議」を開催し、「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」（2004年2月26日）の中で、地域における医療対策協議会の開催の促進を提言している。具体的には、都道府県において、医師会などの医療関係団体、地域の中核的な病院、当該都道府県内の医科大学・大学医学

部などを構成員とした協議会を設置し、同協議会の中で、医師の確保が困難な地域については医療提供体制の整備状況の地域・診療科ごとの分析などを踏まえ、医療機関の機能分

担や連携の推進、必要な医師の確保と医療機関への配置、地域医療を担う医師の生涯を通じた教育研修体制の整備などについて協議し、対応策を推進するとされている。

3) 病床数と平均在院日数

(人口当たりの病床数、平均在院日数はそれぞれ3倍、2倍の地域差がある)

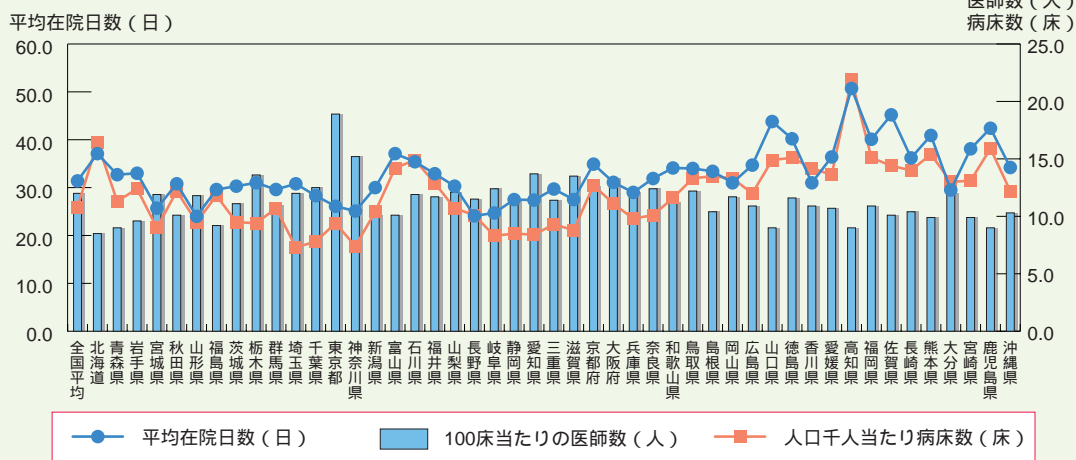
医療提供体制の物的資源の充実度については、人口当たりの病床数の値が一つの目安となる。精神病院、結核療養所などを除く一般病院の病床数を都道府県間で比較すると、人口千人当たり、高知県の21.9床から埼玉県7.3床まで約3倍の差が見られる。また、一人の入院患者により病床が占有されている平均期間を表す平均在院日数も、提供されている医療資源量の一つの指標となり、病床数と同様に、都道府県間で比較すると、高知県の50.7日から山形県の24.0日まで約2倍の差が見られる。これら2つの指標は強い正の相関が見られ、病床数の多い都道府県は平均在院日数も長い傾向にある。

さらに、病床当たりの投入される人的資源の充実度を図る目安として、100床当たりの医師数を都道府県別に比較した場合、東京都の18.9人から北海道の8.5人まで約2.2倍の差が見られ、病床数の多い都道府県ほど、病床当たりの医師数は少なくなる傾向にある。

図表2-5-18 ▶

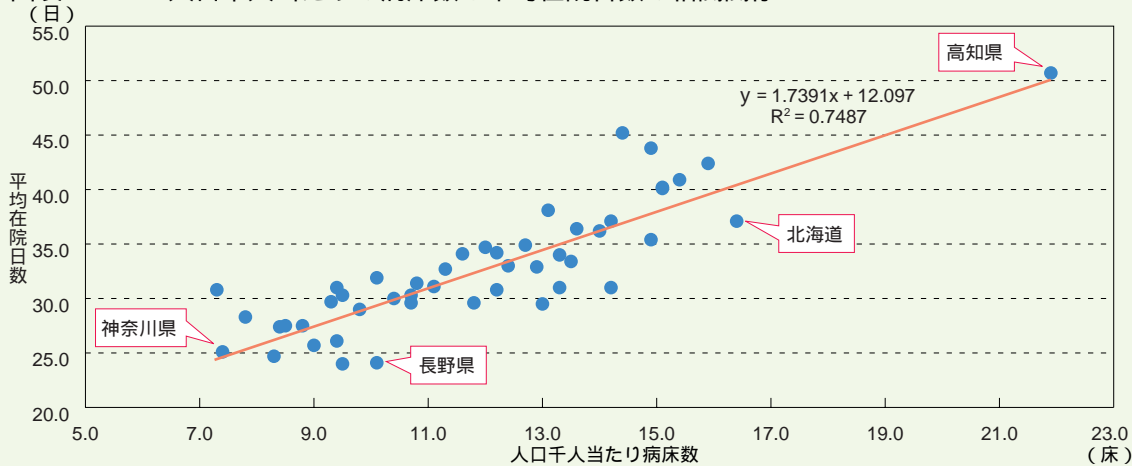
図表2-5-19 ▶

図表2-5-18 都道府県別平均在院日数・病床数・医師数



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年病院報告」

図表2-5-19 人口千人当たりの病床数と平均在院日数の相関関係



(注1) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年病院報告」より厚生労働省政策統括官付政策評価室作成
 (注2) 共に精神病院、結核療養所などを除く一般病院を対象とした値

4) 医療安全対策

(医療安全支援センターの設置状況には地域差がある)

2003(平成15)年度より、患者・家族などと医療人・医療機関との信頼関係の構築の支援と患者サービスの向上を目的に、医療に関する患者・家族などの苦情・心配や相談に迅速に対応し、医療機関への情報提供などを行う「医療安全支援センター」が、各都道府県で整備されることとなり、2004(平成16)年5月時点で全都道府県において設置が完了した。しかしながら、都道府県レベルのセンターに加え重層的に設置が求められている保健所設置市・特別区または医療圏ごとのセンターは2004年末現在、まだ半数近くの県で設置されていない状況にあり、今後の迅速な整備が求められている。

5) 在宅医療体制の整備

(在宅等死亡率の地域差は約2倍である)

これまで我が国においては、病気が治るまで入院するという考え方が一般的であり、在宅医療が社会に十分根付いているとは言えず、高齢者の介護を主たる目的とする一般病院への長期入院(いわゆる社会的入院)など、医療の提供という観点から、必ずしも医療サービスの利用が適切になされていない問題があった。在宅医療には、医師による往診・訪問診療、看護師による訪問看護、作業・理学療法士が行う訪問リハビリテーション、歯科医師が行う訪問歯科診療などがあるが、高齢者の介護について、2000(平成12)年の介護保険制度の導入により、利用者自身の住み慣れた自宅で、家族・地域のサポートを受けつつ、在宅療養することもより容易となった。

在宅医療制度の普及度を客観的・直接的に評価することは困難であるが、間接的には全死亡に対する自宅・老人ホーム・介護老人保健施設における死亡の割合（在宅等死亡率）がその一つの指標になると考えられる。都道府県別に在宅等死亡率を比較すると、長野県の22.3%から北海道の10.4%まで、約2倍の地域差が見られる。

6) 地域差を生み出す要因

(医療提供体制の地域差の要因は様々である)

日本の医療提供体制は、国際的にみて、人口当たりの病床数は多く、外来受診率が高い、入院期間が長いという特徴がある。これは誰もがアクセスできる十分な医療インフラが整っていることを示唆するものであるが、逆に、病床数が多いため、病床当たりの医療従事者数が比較的少ないことも指摘されている。

国内においては、数々の指標で地域差が見られている。従来、各都道府県においては医療計画の作成を通じて、地域に必要な病床数の確保に努力がなされてきているが、上述した小児救急体制の整備状況の地域差や無医地区の存在など、まだまだ多くの解決すべき課題が存在している。このような地域差を生み出す要因は様々であり、医師等の医療従事者であれば、一般的に自分の医療技術を発揮できる場所が整備されているかなどの環境的なインセンティブや経済的なインセンティブが働き、都市に集中する傾向があると考えられる。

(小児救急医療のセンター化が進められている～地域の小児専門医療資源を効率的に連携)

地域差の大きい小児救急体制の背景には、少子化が進む中で、特定の医療機関に患者が集中する傾向が強まっていることがあげられる。特に、地域の小児科開業医ではサービス提供が困難な夜間・休日などの時間外の小児救急の充実は、子どもを持つ夫婦にとって、安心して子育てを行うためにも、喫緊の対処すべき課題として、多くの地域で求められているところである。前述のように、国としては、1999（平成11）年から、医療圏内での病院群の輪番による二次小児救急医療体制確保のための「小児救急医療支援事業」を開始し、さらに2002（平成14）年からは、複数の医療圏を包括する地域において高度な小児救急医療を提供するセンター拠点として「小児救急医療拠点病院整備事業」を実施してきている。また、日本医師会、日本小児科医会、日本小児救急学会、日本小児外科学会、日本小児科学会及び厚生労働省が参集して、日本小児救急協議会を発足させ、学会と行政が連携して、時代の状況に対応した小児救急医療の在り方についての検討が始まっている。今後は、地域の医療資源を効果的に連携させることで、小児科医個人の努力のみに頼るのではなく、組織として質の高い小児医療を地域で提供するために、地域における小児救急医療提供機関の適切な集中化・

センター化をすすめ、時間外においても小児科専門医が対応できる体制作りが各地で更に進められていくと予測される。

（在宅療養を支える環境作りが進められている～地域における高齢者の生活機能の重視）

在宅医療体制の地域差を是正するためには、地域における高齢者の生活機能を重視し、緊急時の対応や適切な在宅医療の提供、介護サービスを整え、家族の負担などをより軽減できるようにするなど、安心して在宅療養を受けることのできる環境を作ることが重要となってくる。具体的には地域の医療機関、介護サービス提供者などを含む関係の医療・福祉資源を効果的に活用することが必要となり、在宅医療制度の医療提供体制全体の中での位置づけに関して、各都道府県、市町村が地域の実情を反映させていくことが求められる。先駆的事例として、長野県の佐久総合病院では1988（昭和63）年から登録患者を月1回自宅訪問する制度を実施してきており、このことが22.3%と高い在宅等死亡率（全国1位、厚生労働省統計情報部「平成15年人口動態統計」より）の一因となっていると考えられる。

（医療計画の見直しの方向性～保健、福祉分野の計画と連携した計画）

これまでの医療計画では、基準病床数の設定を通じた病床数の確保や医療従事者の確保などの医療サービスの量的整備を定めることが中心となっていた。しかし今後は、地域住民の生活の質の向上を重視し、主要な事業（がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策、へき地医療対策など）ごとの数値目標とその実現方策の設定や、地域内の様々な医療機関の特性に合わせた医療機能の分化と連携による効率的な保健医療提供体制の構築を重視しており、急性期から回復期、慢性期、在宅療養期までを視野に入れた「医療計画」、さらに「健康増進計画」等の地域保健・健康増進施策、「介護保険事業支援計画」等の介護施策など、医療のみならず、保健分野、福祉分野の計画と連携した総合的な医療計画を作成することが必要になると考えられる。

7) 医療提供体制の地域差に対する考え方

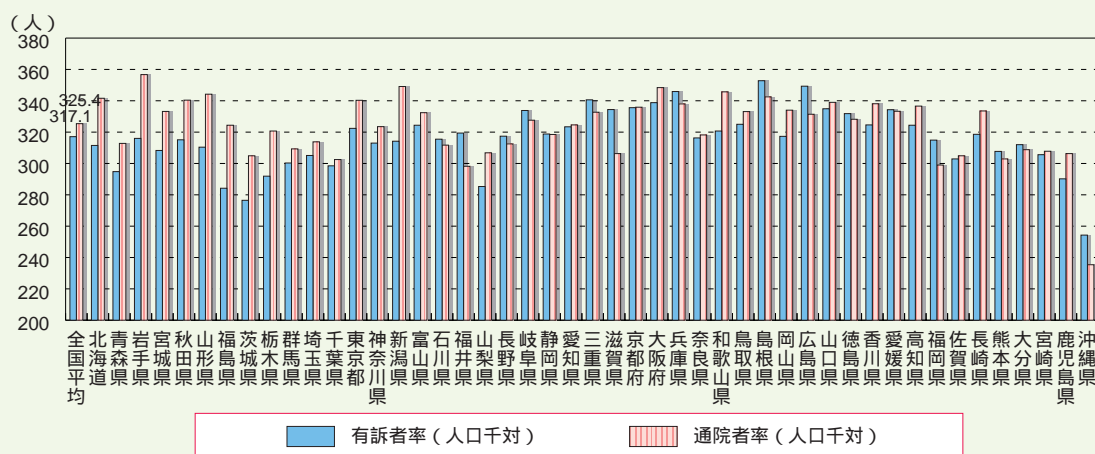
（医療提供体制の地域差は必要水準を確保するとともに、平均在院日数の短縮や病床数の適正化を目指す方向で是正すべき格差である）

以上のように、医療提供体制に関する地域差は、小児救急体制や無医地区の存在といった個別分野においては、国民が必要とする水準に達しているとは言えないものもまだまだ存在する。医療提供体制の充実の必要性に鑑みた場合、このような地域差は一定水準を確保するために是正すべき格差であると考えられる。

図表2-5-20 ▶

一方、人口当たりの有訴者率^(注1)や通院者率^(注2)の地域差を比較すると、千人当たりの有訴者率は沖縄県の254.3人から島根県の352.8人、千人当たりの通院者率は沖縄県の235.4人から岩手県の356.7人と1.5倍前後の地域差となっているにもかかわらず、平均在院日数や人口当たりの病床数には2～3倍の大きな差が見られている。一日も早く疾患を治癒して、在宅での日常生活ができるようにしてゆくという基本的な考え方に立てば、平均在院日数の短縮や人口当たりの病床数の適正化を目指してゆくことで、地域格差の是正が図られるものと考えらる。

図表2-5-20 都道府県別の有訴者率、通院者率



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成16年 国民生活基礎調査」

(5) 医療費の地域差とその要因

(国民医療費は年々増加し、年間30兆円を超えている)

国民医療費は、国民皆保険が達成された1961（昭和36）年度以降の増加が著しく、介護保険導入の2000（平成12）年度、被用者の自己負担割合を増やすなどの制度改革、診療報酬において薬価を除く本体で初のマイナス改定を行った2002（平成14）年度以外は、最近の10年間、毎年約1兆円ずつ増加しており、最新のデータである2002（平成14）年度では年間総額31.1兆円に上っている。

(老人医療費の伸び率は大きく、1人当たりの医療費も若者に比べ約4倍である)

過去10年間（1991-2001年、2000年は除く）の国民医療費全体の年平均伸び率は4.3%

(注1) なんらかの自覚症状のある者の割合。腰痛や肩こりが多い。

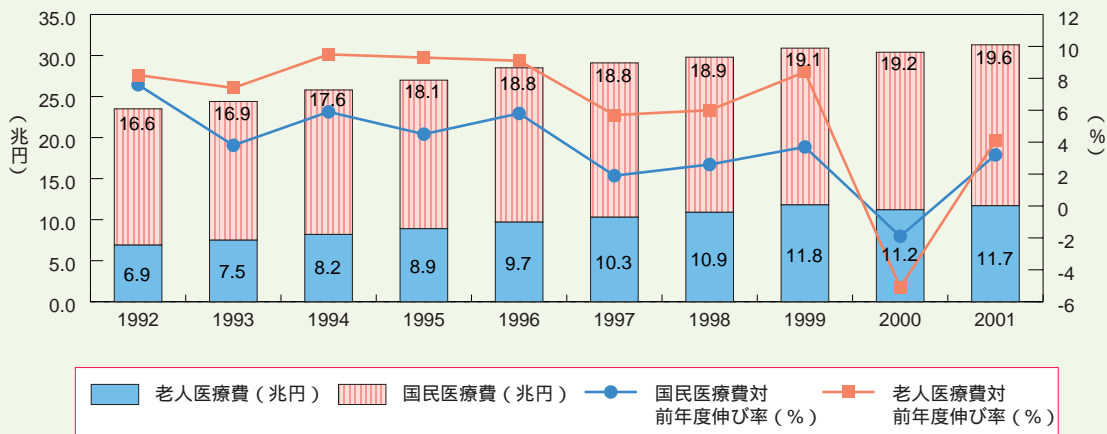
(注2) 傷病で通院している者の割合。入院者は含まない。高血圧症が最も多くなっている。

である。これに対し、高齢化の進展もあり老人医療費^(注)は同時期の年平均伸び率が7.5%となっている。また、同時期の老人医療費の国民医療費全体に対する割合は1992年の29.5%から2001年の38.2%と徐々に増加している。一人当たりの年間医療費については、70歳未満では平均17万2,800円、70歳以上の老人医療費は平均73万2,500円となっており約4倍の違いがある。

◀ 図表2-5-2-1

◀ 図表2-5-2-2

図表2-5-21 過去10年の医療費の動向



資料：厚生労働省保険局調べ

図表2-5-22 年齢階級別国民医療費

年齢階級	平成14年度			平成13年度		
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	一人当たり医療費 (千円)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	一人当たり医療費 (千円)
国民医療費						
総数	311 240	100.0	244.2	313 234	100.0	246.1
70歳未満	192 174	61.7	172.8	193 695	61.8	174.2
0～14歳	21 495	6.9	118.7	20 754	6.6	113.5
15～44歳	50 843	16.3	101.3	49 364	15.8	98.0
45～64歳	86 362	27.7	243.1	89 165	28.5	249.1
65～69歳	33 474	10.8	453.9	34 412	11.0	472.9
70歳以上	119 066	38.3	732.5	119 539	38.2	766.8

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成13年度、平成14年度国民医療費」

(注) 老人保健制度は、2002(平成14)年9月末までは70歳以上、それ以降は75歳以上のものが対象である。