

2016年1月25日 全6頁

長寿社会と健康増進 第3回 高齢期に増加する生活習慣病の医療費

経済環境調査部 研究員
亀井 亜希子

[要約]

- 「長寿社会と健康増進」のためには、医療保健制度の持続可能性が求められ、医療費の伸びの抑制が不可欠となる。医療費全体の約3割は生活習慣病の医療費であり、生活習慣病の医療費は特に高齢者が多い。
- このような状況において、政府は、2008年度以降、生活習慣予防対策を本格化させており、その成果が2011年度以降の生活習慣病の医療費の伸びの低下として徐々に表れてきているといえよう。

1. 主な生活習慣病の医療費は医療費全体の約3割を占める

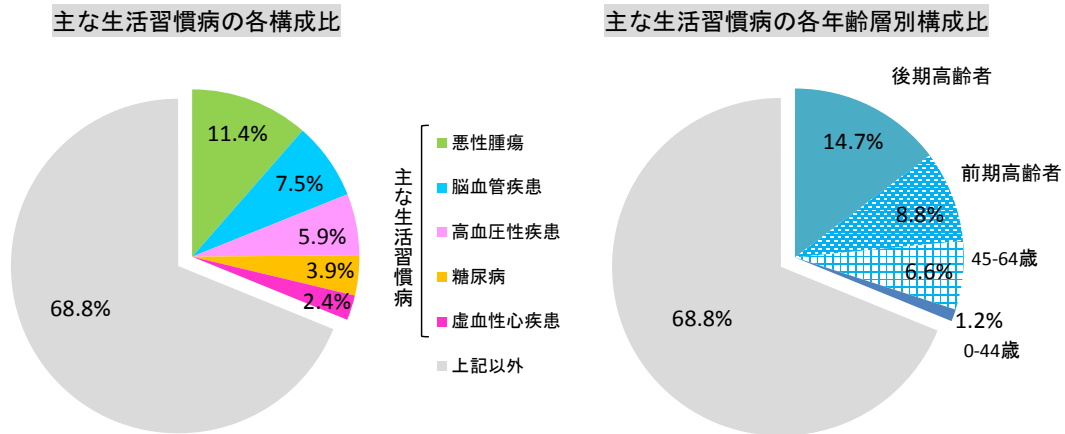
2013年度の医療費¹に対する主な生活習慣病²(以下、生活習慣病)の医療費の構成比は31.2%であり、特に悪性腫瘍の医療費の構成比が11.4%と最も高かった(図表1 左図)。各年齢層別(0~44歳層、45~64歳層、前期高齢者、後期高齢者)の生活習慣病の医療費の構成比では、後期高齢者の構成比が14.7%と最も高かった(図表1 右図)。

2013年度の全体の医療費の各年齢階層別の構成比をみると、後期高齢者層が42.7%、前期高齢者が22.6%と、両年齢層を合わせて65.3%と高い比率を占める。さらに各年齢階層の医療費における生活習慣病の医療費の構成比をみると、45歳以上から急激に高くなり、45~64歳層が32.4%、前期高齢者層は38.7%、後期高齢者層は34.4%であった(図表2)。

¹ 入院+入院外+食事・生活療養の合計である

² 生活習慣病は、悪性腫瘍、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病、に代表される非感染性疾患(Non-Communicable Diseases ; NCDs)をさす。

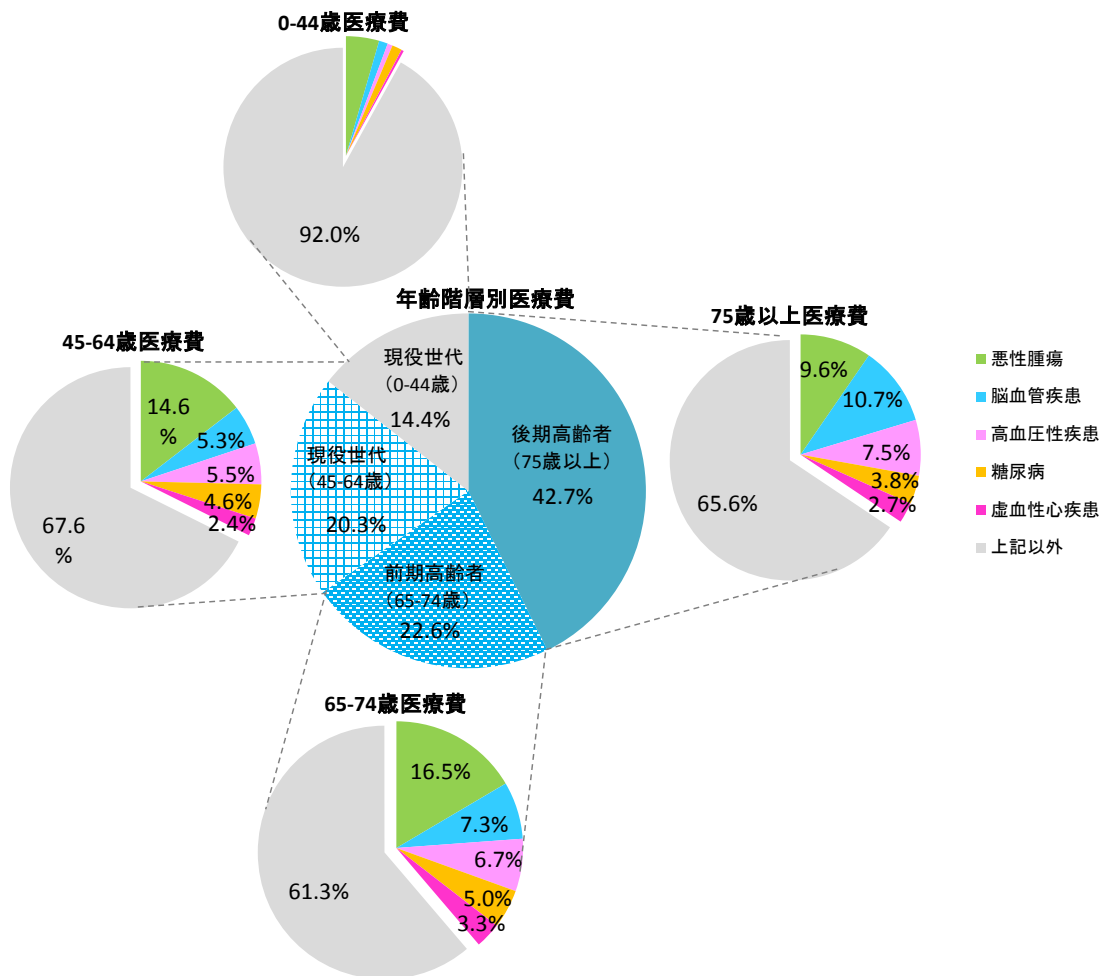
図表 1 医療費に占める主な生活習慣病、年齢階層別生活習慣病の医療費の構成比（2013 年度）



(注) 入院+入院外+食事・生活療養の合計である。

(出所) 厚生労働省「平成 25 年度 医療給付実態調査」より大和総研作成

図表 2 医療費の各年齢階層別構成と各年齢階層別医療費の生活習慣病構成（2013 年度）



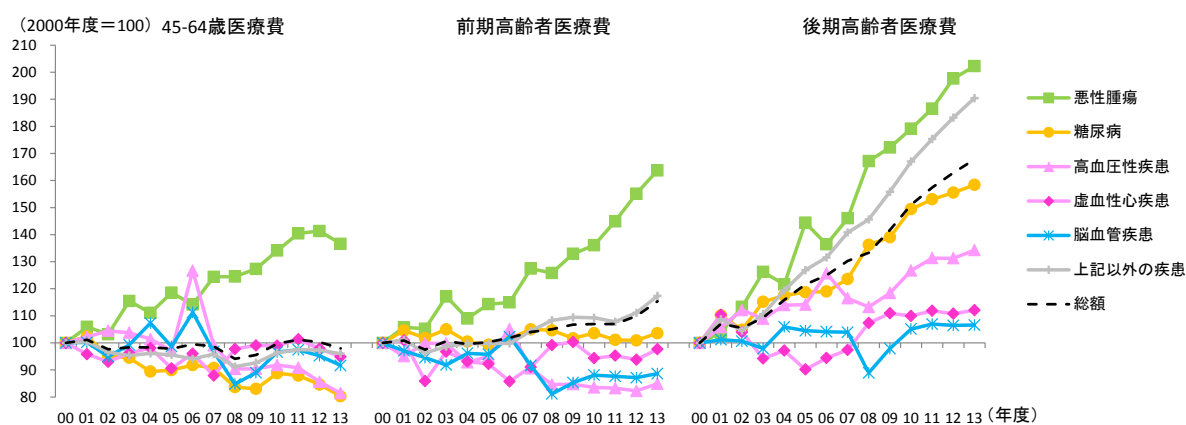
(注) 入院+入院外+食事・生活療養の合計である。

(出所) 厚生労働省「平成 25 年度 医療給付実態調査」より大和総研作成

2. 生活習慣病の医療費の伸びは 2011 年度以降に低下

2001～13 年度の生活習慣病の医療費³の推移について、年齢階層別（45～64 歳層、前期高齢者、後期高齢者）にみると、悪性腫瘍の医療費が、45～64 歳層・前期高齢者層では、2000 年度比 2013 年度に各々約 1.4 倍、約 1.6 倍となり、さらに後期高齢者層では約 2.0 倍となり、大幅に増加した。加えて、後期高齢者層では糖尿病と高血圧性疾患の医療費についても、各々約 1.6 倍、約 1.3 倍となった。

図表 3 主な生活習慣病の医療費の推移（2000～13 年度）



(注) 2000～07 年度は一般診療医療費（医科診療医療費＋療養費等）、2008 年度以降は医科診療医療費。

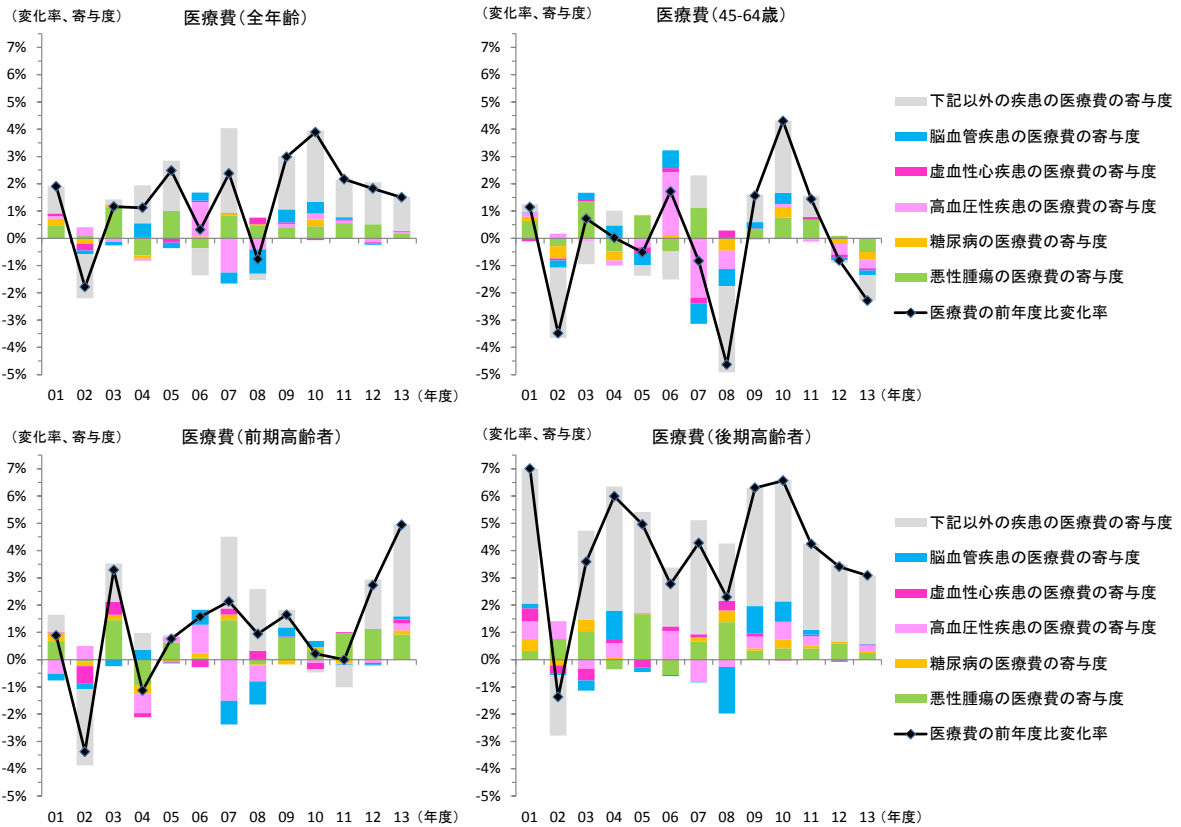
(出所) 厚生労働省「国民医療費」（平成 15・19・24・25 年度）より大和総研作成

ただし、医療費（医科診療医療費）の前年度比の伸びをみると、2011 年度以降、主な生活習慣病の医療費の増加の寄与度が低下しているのを要因として、医療費全体の増加率が低下している（図表 4 左上図）。

特に 45～64 歳層の生活習慣病の医療費の伸びが 2012 年度以降に前年度比でマイナスとなっていること（図表 4 右上図）、2011 年度以降に後期高齢者の同医療費の伸びが低下していること（図表 4 右下図）が、生活習慣病の医療費の伸びの低下につながった（図表 4 左上図）。ただし、前期高齢者の医療費については、2012 年度以降に前年度比の伸びが大きくなっており、生活習慣病の医療費の伸びの寄与度も相対的に高いという傾向を示している。

³ 2000～07 年度は一般診療医療費（医科診療医療費＋療養費等）、2008 年度以降は医科診療医療費である。

図表4 年齢階層別医療費の前年度比変化率に対する各疾病の医療費の寄与度（2001～13年度）



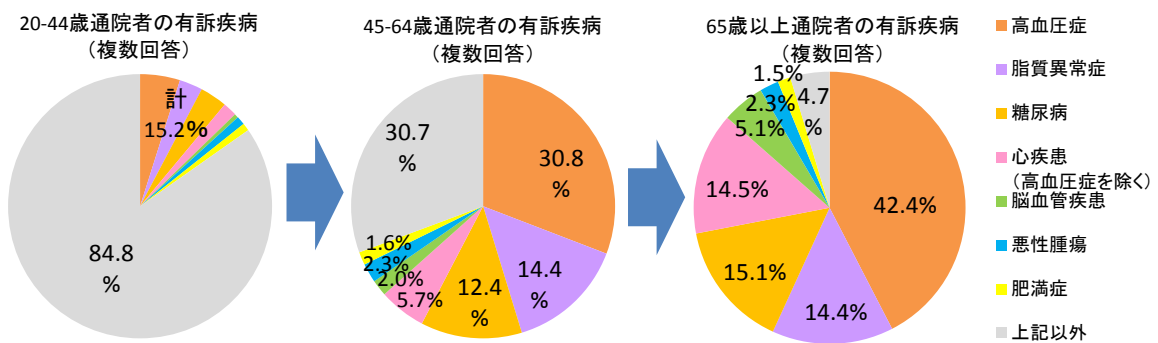
(注) 2000～07年度は一般診療医療費（医科診療医療費＋療養費等）、2008年度以降は医科診療医療費。
 (出所) 厚生労働省「国民医療費」（平成15・19・24・25年度）より大和総研作成

3. 生活習慣病は高齢化に伴い発症し重症化する患者数の増加が問題

(1) 生活習慣病の患者は40代以上に増加

2013年の各年齢階層（20～44歳、45～64歳、65歳以上）別の通院患者の疾病（複数回答）をみると、生活習慣病の患者は、20～44歳では約15%であるのに対し、45～64歳では約70%、65歳以上では約95%であった（図表5）。年齢を重ねるにつれ、生活習慣病を要因とした通院患者数が増加する傾向にある。

図表5 年齢階層別通院者の生活習慣病の罹患率（2013年）

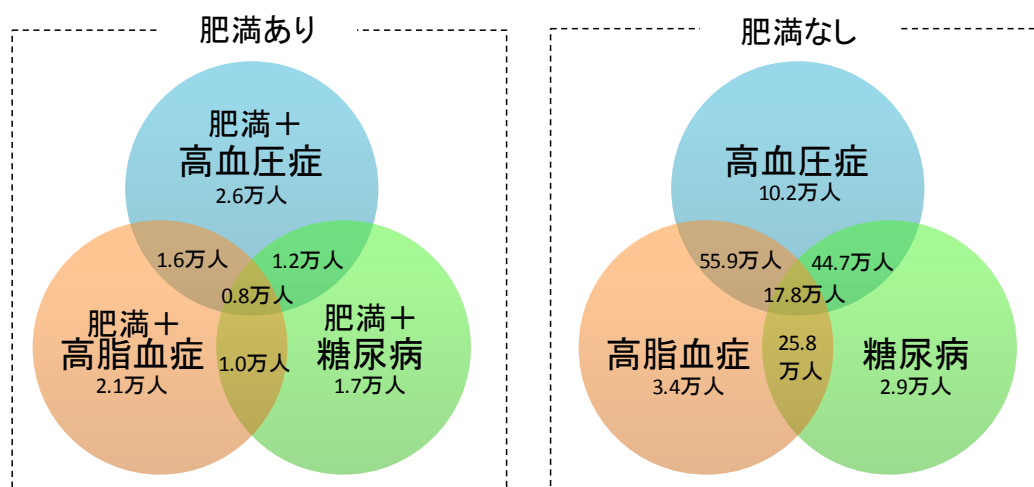


(出所) 厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」より大和総研作成

(2) 生活習慣病の患者の多くは生活習慣病を相互に併発する傾向

生活習慣病の発症段階（肥満症、高血圧症、高脂血症、糖尿病）の患者は、内臓脂肪型肥満を共通の要因として発症している患者（＝メタボリックシンドロームに該当する患者数）と、肥満を伴わずに発症している患者に分かれるが、数字上では後者が圧倒的に多い（図表6）。「肥満なし」の患者では、高血圧症、高脂血症、糖尿病のいずれか1疾病を発症している患者数よりも複数の疾病を発症している患者数が圧倒的に多く、「肥満あり」の患者では、肥満に加え、高血圧症、高脂血症、糖尿病のいずれか1疾病を発症している患者数が多いという傾向がある。

図表6 肥満症、高血圧症、高脂血症、糖尿病の推計患者数（2011年）



(注1) 宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏、福島県を除いた数値である。

(注2) 推計患者数は、調査当日に医療機関を受診した推計患者数である。

(注3) 肥満あり、肥満なしの患者総数は、図中の各患者数の合計である。

(出所) 厚生労働省「平成23年患者調査」より大和総研作成

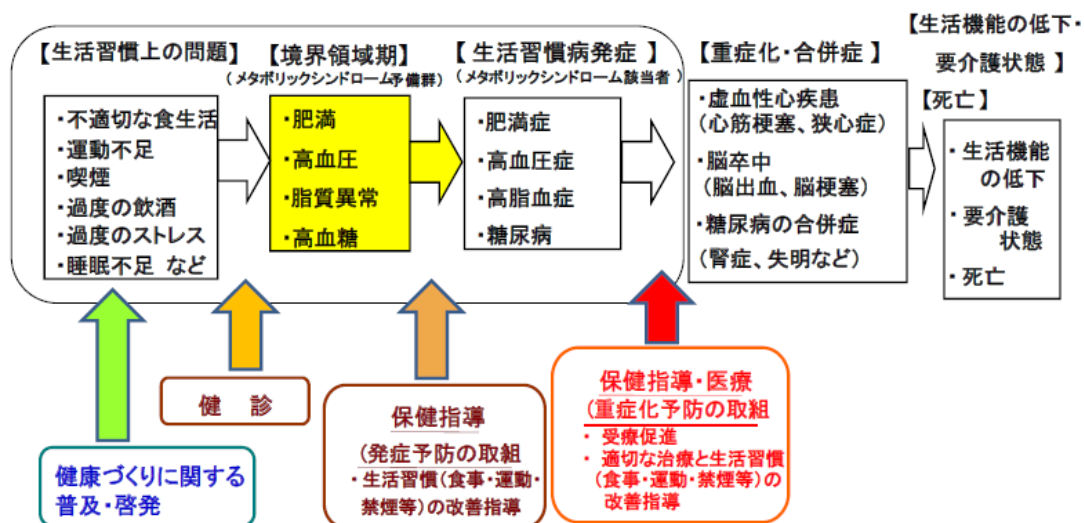
おわりに

生活習慣病の発症及び重症化による医療費・介護費の伸びを抑制するために、2008年度以降、生活習慣病の発症プロセスの各段階における予防対策が本格的に推進されている（図表7）。

特に、生活習慣病予防の主な方策の一つである、医療保険者による特定健診・特定保健指導等の健診の実施（早期発見・早期治療）は、日本再興戦略でも重点目標としている。

その成果も徐々に始まっており、前述した通り、2011年度以降、主な生活習慣病の医療費の伸びは低下し、医療費全体の伸びの低下に寄与している。今後、さらに生活習慣病予防の取組みを定着させ、特定健診の実施率を向上させていくことが、生活習慣病の医療費の伸びの抑制、さらには「不健康な期間」の短縮になり、更なる健康寿命の延伸にも繋がるだろう。

図表7 「危険因子」から生活習慣病への進展と各段階における支援方策



(出所)医療情報化に関するタスクフォース第11回会合資料8「厚生労働省における生活習慣病対策について」

次回の「長寿社会と健康増進 第4回」のレポートは、この特定健診の実施状況とその課題について考察を加えていく。

以上