

第2節 本県の医療費の状況

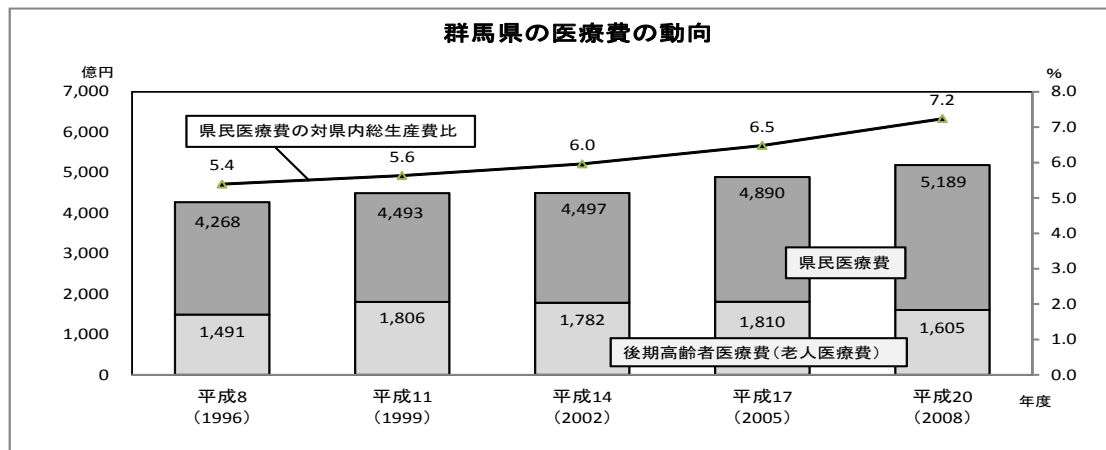
1 群馬県の医療費の状況

(1) 概況

平成20年度の都道府県別国民医療費^{*2}における群馬県の医療費総額は5,189億円で、平成17年度の4,890億円に比べて299億円、6.1%の増加となっています。

後期高齢者医療費は1,605億円で、県民医療費に占める割合は30.9%となっています。

図表2-4



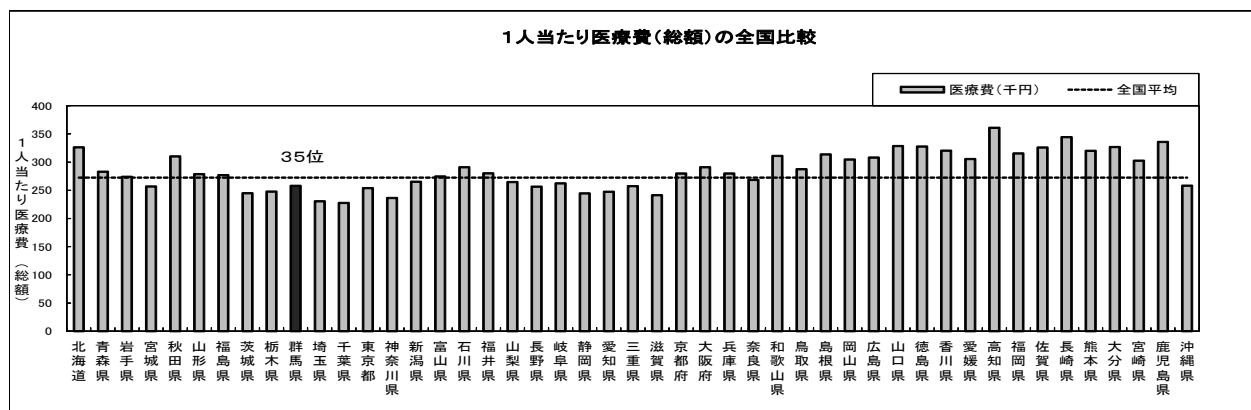
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」、「後期高齢者医療事業年報」

※平成20年度の後期高齢者医療費の総額については、平成20年4月から後期高齢者医療制度が創設されたため、平成20年4月から21年2月までの11ヶ月分となっている。

(2) 1人当たり医療費の全国比較

① 1人当たり医療費(総額)の全国比較

図表2-5



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」(平成20年度)

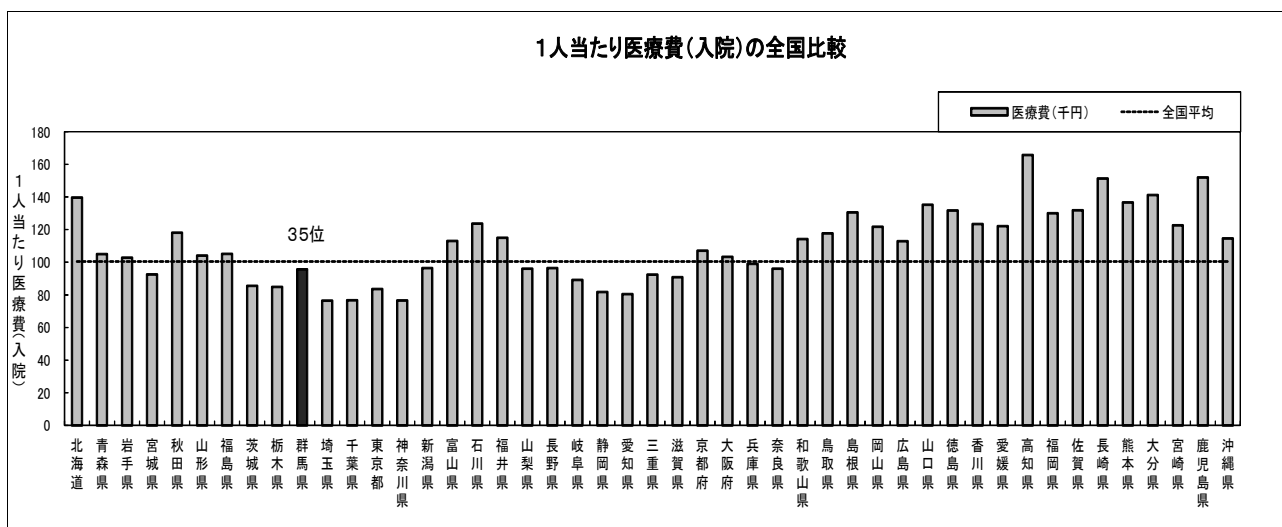
- ・平成20年度における群馬県の1人当たり医療費(総額)は「25万8千円」で、全国平均の「27万3千円」を下回っています。
- ・平成17年度の24万2千円と比べて1万6千円、6.6%増加しています。

*2 都道府県別国民医療費

国民医療費を患者の住所地に基づいて都道府県別に推計した指標で、3年おきに厚生労働省から公表されます。

② 1人当たり医療費（入院）の全国比較

図表 2-6

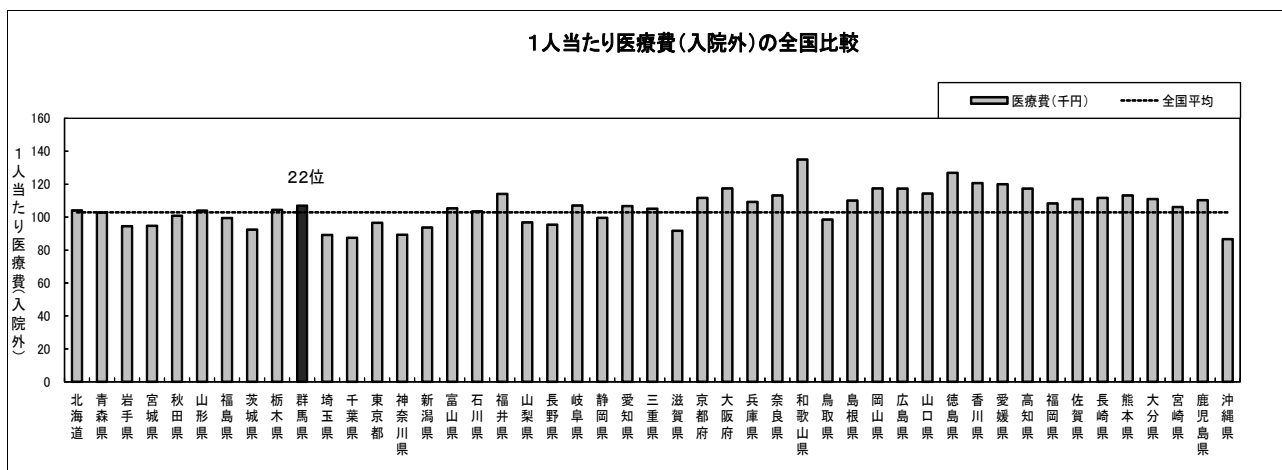


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」（平成20年度）

- ・平成20年度における群馬県の1人当たり医療費（入院）は「9万6千円」で、全国平均の「10万円」を下回っています。
- ・平成17年度の9万円に比べて6千円、6.7%増加しています。

③ 1人当たり医療費（入院外）の全国比較

図表 2-7



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」（平成20年度）

- ・平成20年度における群馬県の1人当たり医療費（入院外）は「10万7千円」で、全国平均の「10万3千円」を上回っています。
- ・平成17年度の10万2千円に比べて5千円、4.9%増加しています。

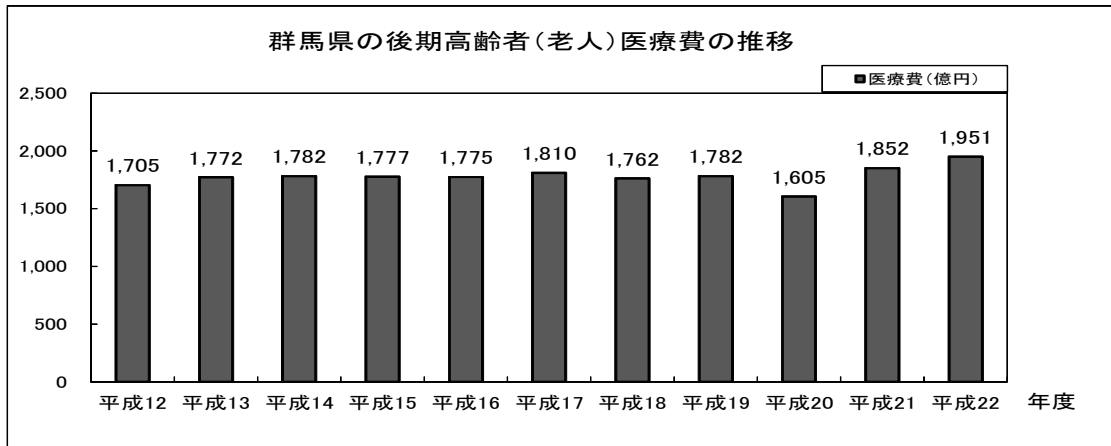
2 群馬県の後期高齢者医療費の状況

(1) 概況

平成 22 年度の群馬県の後期高齢者医療費の総額は、1,951 億円で、前年度の 1,852 億円に比べて 99 億円、5.3 % の増加となっています。

平成 12 年度の 1,705 億円と比較すると、この 10 年間で 246 億円増加したことがわかります。

図表 2-8



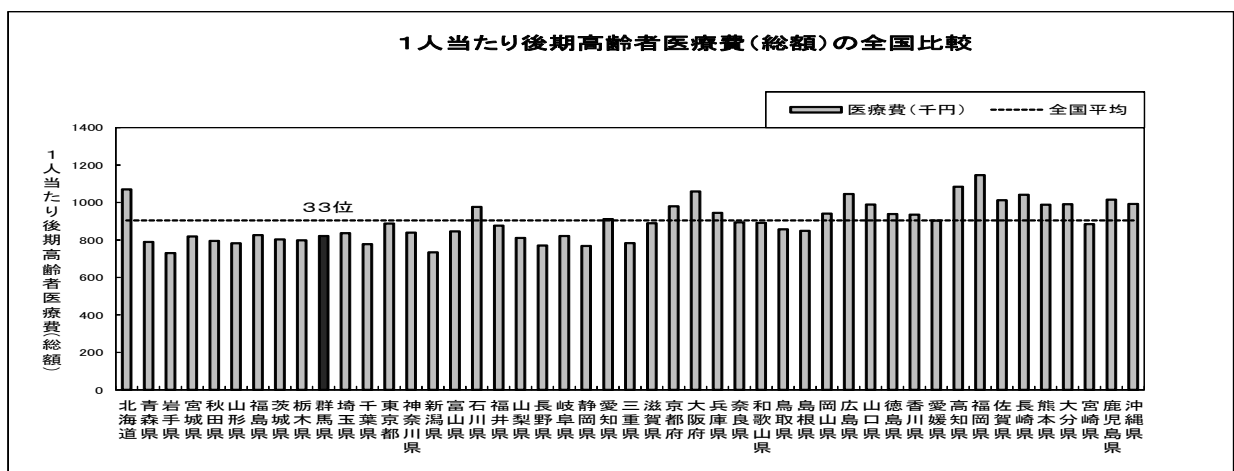
資料：厚生労働省保険局「老人医療事業年報」、「後期高齢者医療事業年報」

※平成 20 年度の群馬県の後期高齢者医療費の総額については、平成 20 年 4 月から後期高齢者医療制度が創設されたため、平成 20 年 4 月から 21 年 2 月までの 11 ヶ月分となっている。

(2) 1人当たり後期高齢者医療費の全国比較

① 1人当たり後期高齢者医療費(総額)の全国比較

図表 2-9

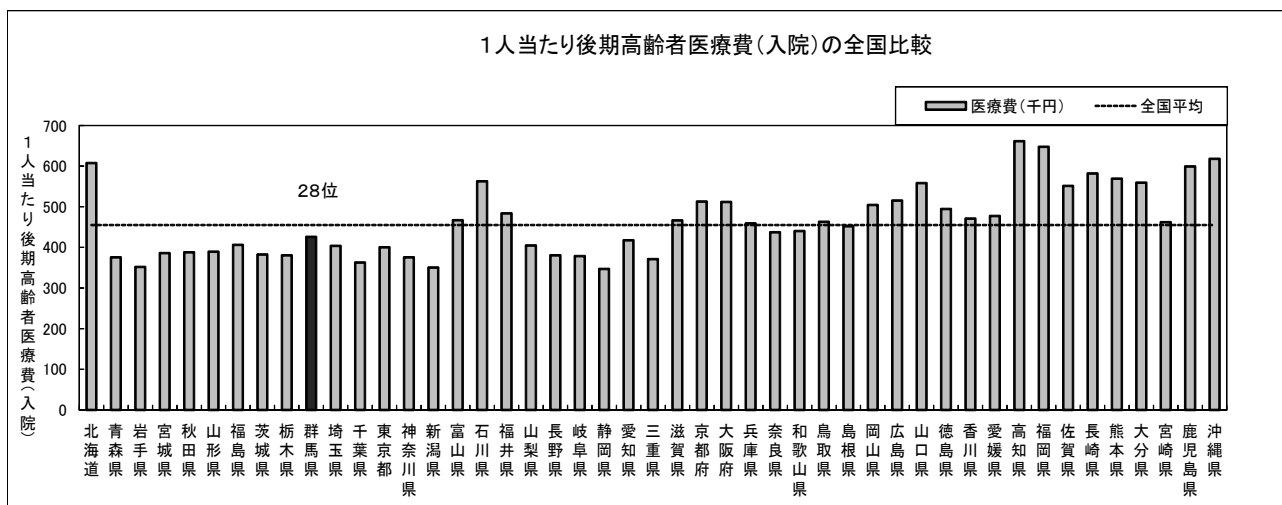


資料：厚生労働省保険局「後期高齢者医療事業年報」(平成 22 年度)

- ・平成 22 年度における群馬県の 1 人当たり後期高齢者医療費は「82 万 1 千円」で、全国平均の「90 万 5 千円」を下回っています。
- ・前年度の 79 万 8 千円に比べて 2 万 3 千円、2.9 % 増加しています。

② 1人あたり後期高齢者医療費（入院）の全国比較

図表 2-10

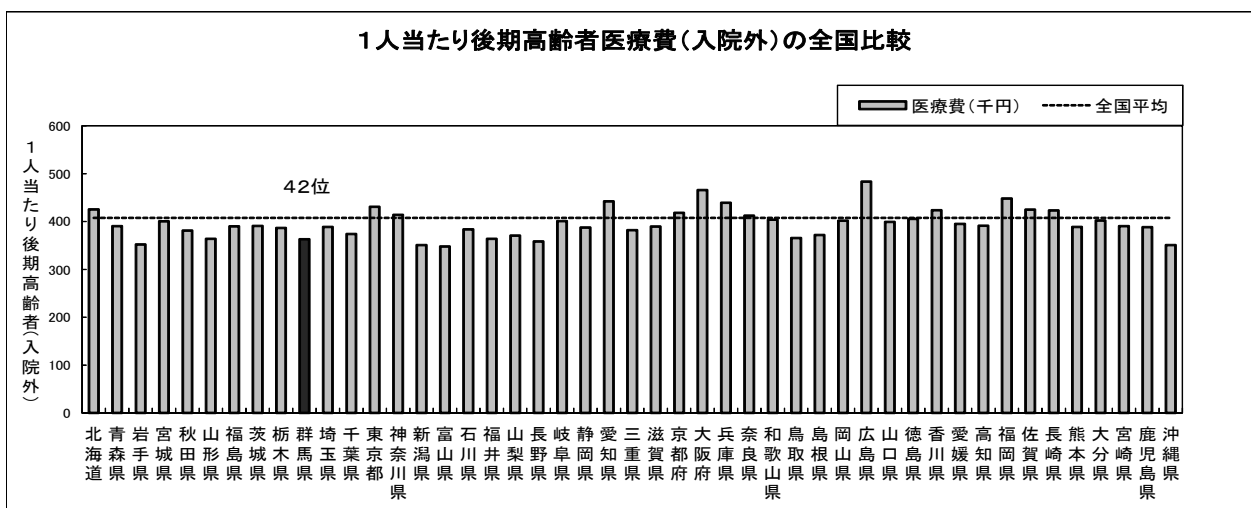


資料：厚生労働省保険局「後期高齢者医療事業年報」（平成22年度）

- ・平成22年度における群馬県の1人あたり後期高齢者医療費（入院）は「42万6千円」で、全国平均の「45万5千円」を下回っています。
- ・前年度の40万8千円に比べて1万8千円、4.4%増加しています。

③ 1人あたり後期高齢者医療費（入院外）の全国比較

図表 2-11



資料：厚生労働省保険局「後期高齢者医療事業年報」（平成22年度）

- ・平成22年度における群馬県の1人あたり後期高齢者医療費（入院外）は「36万3千円」で、全国平均の「40万7千円」を下回っています。
- ・前年度の35万9千円に比べて4千円、1.1%増加しています。

第3節 生活習慣病の状況

1 現状

がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病及びCOPD（慢性閉塞性肺疾患）などの非感染性疾患（Non Communicable Disease、以下「NCD」という。）は、生活習慣の改善により予防可能な生活習慣病をまとめた概念です。

平成23年における本県の死因をみると、第1位がん、第2位心疾患（高血圧性除く。）、第4位脳血管疾患となっており、これらに糖尿病及び高血圧性疾患を加えると、全死亡者数の約6割を占めていることから、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）が急務となっております。

図表2-12 群馬県の死因別死亡率（人口10万対）の推移

死因	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
悪性新生物	261.5	265.5	269.3	274.4	280	287.5	292.4
	28.0%	29.2%	28.8%	28.6%	28.4%	27.8%	27.5%
心疾患 （高血圧性除	154.4	145.3	145.5	152.7	159.5	156.6	164.5
	16.6%	16.0%	15.6%	15.9%	16.2%	15.2%	15.5%
脳血管疾患	125.9	114.8	116.2	113.8	109.3	114.4	112.6
	13.5%	12.6%	12.4%	11.9%	11.1%	11.1%	10.6%
糖尿病	12.0	11.0	13.7	12.4	12.9	12.8	14.9
	1.3%	1.2%	1.5%	1.3%	1.3%	1.2%	1.4%
高血圧性疾患	7.3	6.1	5.8	7.6	7.8	8.9	9.9
	0.8%	0.7%	0.6%	0.8%	0.8%	0.9%	0.9%
生活習慣病小計	561.1	542.7	550.5	560.9	569.5	580.2	594.3
	60.2%	59.6%	58.9%	58.5%	57.8%	56.1%	55.8%
その他	371.2	367.2	383.7	397.8	416.3	453.4	470.3
	39.8%	40.4%	41.1%	41.5%	42.2%	43.9%	44.2%
全死亡者	932.3	909.9	934.2	958.7	985.8	1033.6	1064.6
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

資料：群馬県「健康福祉統計年報」より群馬県保健予防課作成

2 課題

生活習慣病は、文字通り、食事や運動、喫煙などの日常の生活習慣に主な原因があるとされており、その予防を図るためには、県民一人ひとりの健康に関する意識の向上や生活習慣の改善に向けた行動の変容が不可欠です。

NCDの概念は、慢性疾患の発症や悪化について、個人の意識と行動に加えて、個人を取り巻く社会環境による影響にも着目したものです。これらの疾患については、地域、職場等における環境要因や経済的要因等の幅広い視点から、包括的に施策を展開し、健康リスクを社会全体で低減していくことが必要であるとの認識であり、国際的な潮流となってきたものです。

こうしたことも踏まえ、今後は個人的な取組を社会全体でサポートする体制の構築や情報提供など動機付けのための働きかけ、さらに、受動喫煙防止対策など社会環境整備の一層の充実などに取り組むことがより重要になるものと考えられます。

また、医療技術の進歩や食生活及び運動習慣など健康意識の高まりなどにより、県民の平均寿命が伸びる中で、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）の延伸が、県民の生活の質の向上という観点からますます重要な課題となっています。

介護を受けたり病気で寝たきりになったりせず、自立して健康に生活できる期間、「日常生活に制限のない期間」を示す健康寿命の延伸を図るためにも、生活習慣病を予防し、社会生活を営むために必要な機能の維持・向上を図るための県民の健康づくりを推進することが重要です。

（参考：NCDについて）

近年、慢性疾患の発症や悪化は、個人の意識と行動だけでなく、個人の取り巻く社会環境による影響が大きいため、これらの疾患について、単に保健分野だけでなく、地域、職場等における環境要因や経済的要因等の幅広い視点から、包括的に施策を展開し、健康リスクを社会として低減していく「NCD対策」としての概念が国際的な潮流となってきています。

がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPD（慢性閉塞性肺疾患）を中心としたNCDは、世界的にも死因の約60%を占め（2008年（平成20年）現在）、今後、10年間でさらに77%にまで増加するとの予測もなされています。また、世界保健機関（WHO）では、「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」（2008年（平成20年）～2013年（平成25年））を策定するほか、2011年（平成23年）には国連におけるハイレベル会合でNCDが取り上げられる等、世界的にNCDの予防と管理を行う政策の重要性が認識されているところです。今後、WHOにおいて、NCDの予防のための世界的な目標を設定し、世界全体でNCD予防の達成を図っていくこととされているところです。

各疾病の性質を医学的に見た場合、例えば、がんは必ずしも非感染性のものだけでなく、感染性のものも存在していますが、近年、国際的に取り組まれているNCD対策では、疾病そのものに着目して、がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPDをNCDという疾患として整理し、包括的な取組がなされているところです。

こうした国際的な背景を踏まえ、国も「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」において、主要な生活習慣病をNCD対策という枠組みで捉え、取り組むべき必要な対策を示しているところです。

第4節 平均在院日数の状況

1 現状

平成23年の群馬県における全病床（介護療養病床を除く）の平均在院日数は29.3日で、前年に比べて0.5日の短縮となりました。そして、全国の平均在院日数より1.1日短くなっています。

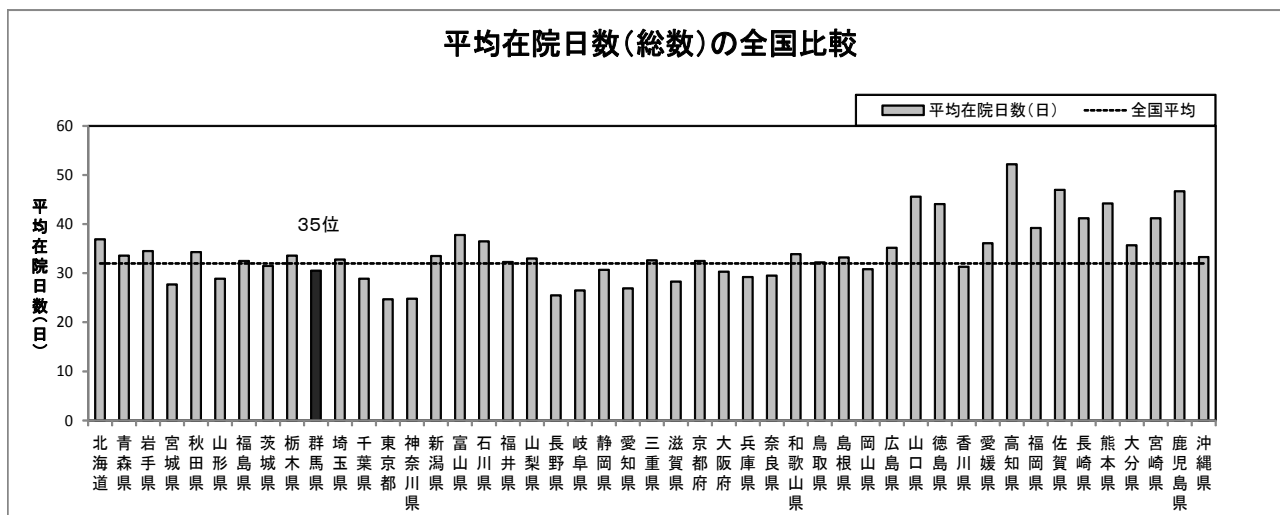
病床別では、一般病床において0.3日短縮されて17.8日となり、全国の平均在院日数より0.1日短くなっています。一方、精神病床については、6.6日増加し、全国の平均在院日数より59.8日長くなっています。

図表2-13 病床の種類別にみた平均在院日数の状況

①群馬県の状況 (単位：日)				②全国の状況 (単位：日)			
	平成23年	平成22年	増減数		平成23年	平成22年	増減数
一般病床	17.8	18.1	△0.3	一般病床	17.9	18.2	△0.3
療養病床	129.0	125.4	3.6	療養病床	175.1	176.4	△1.3
精神病床	357.9	351.3	6.6	精神病床	298.1	301.0	△2.9
結核病床	88.8	88.9	△0.1	結核病床	71.0	71.5	△0.5
感染症病床	16.5	14.3	2.2	感染症病床	10.0	10.1	△0.1
介護療養病床を除く全病床	29.3	29.8	△0.5	介護療養病床を除く全病床	30.4	30.7	△0.3

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」（平成22年、23年）

図表2-14

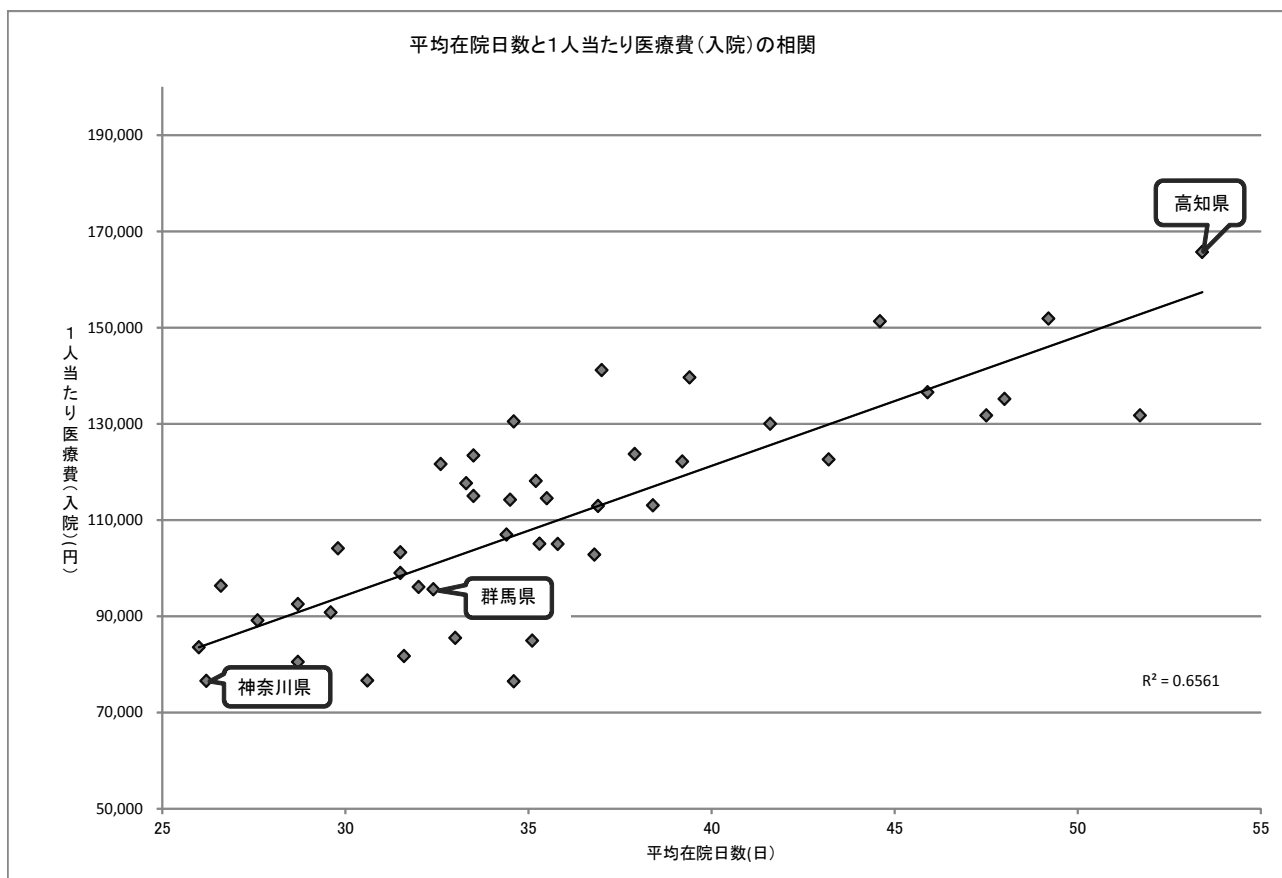


2 課題

都道府県ごとの平均在院日数と1人当たり医療費（入院）の関係をみると、相関関係が見られます。

病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化を図ること等により、医療機関における入院期間の短縮を目指します。

図表 2 - 1 5



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」（平成20年）、「国民医療費」（平成20年度）

※都道府県別国民医療費の最新データは平成20年度のものであるため、平成20年の平均在院日数と比較した。

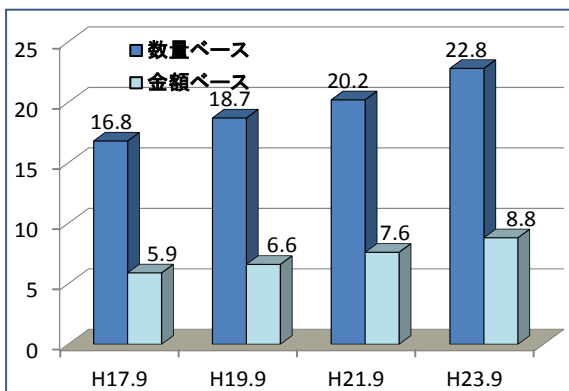
第5節 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況

1 後発医薬品の使用状況

我が国におけるすべての医療用医薬品の取引数量に占める後発医薬品の数量割合は、平成23年9月現在で22.8%です。欧米と日本では「後発医薬品」の定義が異なるため単純に比較はできないものの、欧米主要国では50%以上の数量割合となっていることを勘案すると、日本における後発医薬品の普及はまだまだ不十分であると言えます。

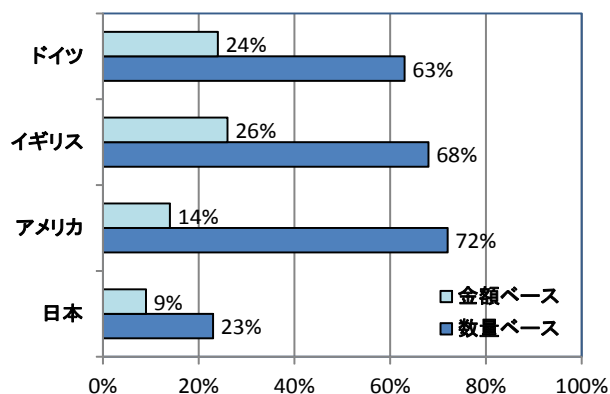
平成23年度調剤分の本県における後発医薬品割合(数量ベース)は24.6%で、全国平均の23.3%を上回っています。

図表2-16 後発医薬品の市場占有率の推移



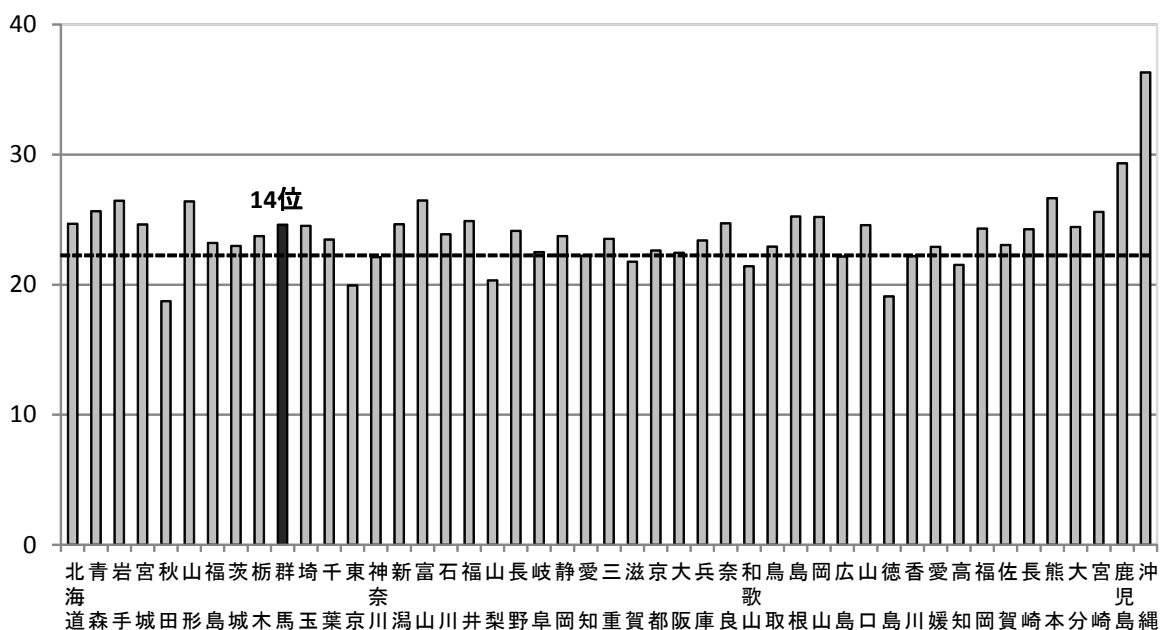
資料：厚生労働省ホームページ

図表2-17 後発医薬品の数量占有率の比較



資料：厚生労働省ホームページ(2009年、日本のみ2011年)

図表2-18 都道府県別の後発医薬品割合(数量ベース) 平成23年度調剤分



資料：厚生労働省「最近の調剤医療費〔電算処理分〕の動向」

2 後発医薬品普及の課題

後発医薬品が普及していない大きな要因の一つとして、患者(県民)に後発医薬品に関する正確な情報が提供されていないことや、医師や薬剤師などの医療関係者の間で、後発医薬品の品質等に対する信頼が十分に得られていないことなどが挙げられます。

こうしたことから、後発医薬品の使用促進に向けては、医薬品メーカーや行政サイドが「品質保証が十分であることの周知徹底」を図り、県民が後発医薬品を安心して使用できる環境整備が必要です。

*後発医薬品(ジェネリック医薬品^{*3})

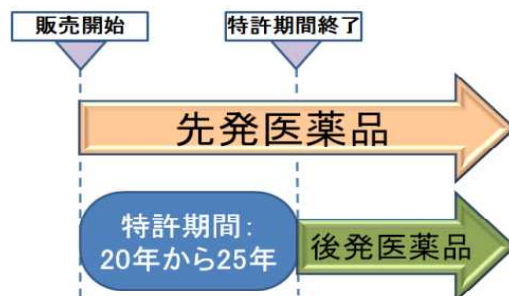
新しく開発された医薬品(先発医薬品)は、開発した医薬品メーカーに独占的に製造・販売できる特許期間が設定されます。しかし、その期間が終わると、厚生労働大臣の承認を得れば、他の医薬品メーカーでも同じ成分の医薬品を製造・販売することができます。この先発医薬品の特許期間満了後に販売される医薬品が後発医薬品(ジェネリック医薬品)と呼ばれています。

先発医薬品では、疾患に有効な新しい物質を医薬品として開発するまでに、9～17年程度の長い期間と巨額な費用がかかるため、薬の価格は高額になります。一方、後発医薬品は、すでに多くの患者に使用され、有効性や安全性が確認されている成分を使用しているため、開発に必要な費用や期間を大幅に削減でき、薬の価格も安く設定することが可能となります。

後発医薬品も先発医薬品と同じ製造基準に基づき、国や都道府県等の厳格な審査を受け製造されており、生物学的同等性試験により同等の結果が得られれば、後発医薬品と先発医薬品は同じ有効性と安全性を有するという判断が、世界標準の考え方となっています。

このため、後発医薬品は先発医薬品と代替可能な医薬品として位置づけることができ、その使用を促進することにより医療の質を落とすことなく、医療費の適正化を図ることが可能になると言われています。

図表 2-19



*3 ジェネリック医薬品

欧米では、後発医薬品を処方する場合、有効成分の一般的名称(generic name)を記載することから、ジェネリック医薬品と呼ばれています。