

けではありません。主要な疾病ごとに使える薬でありますとか、その治療の順番まで決められていたわけです。今のように、医師の裁量で国民が必要なサービスすべてを受けられたわけではないということです。

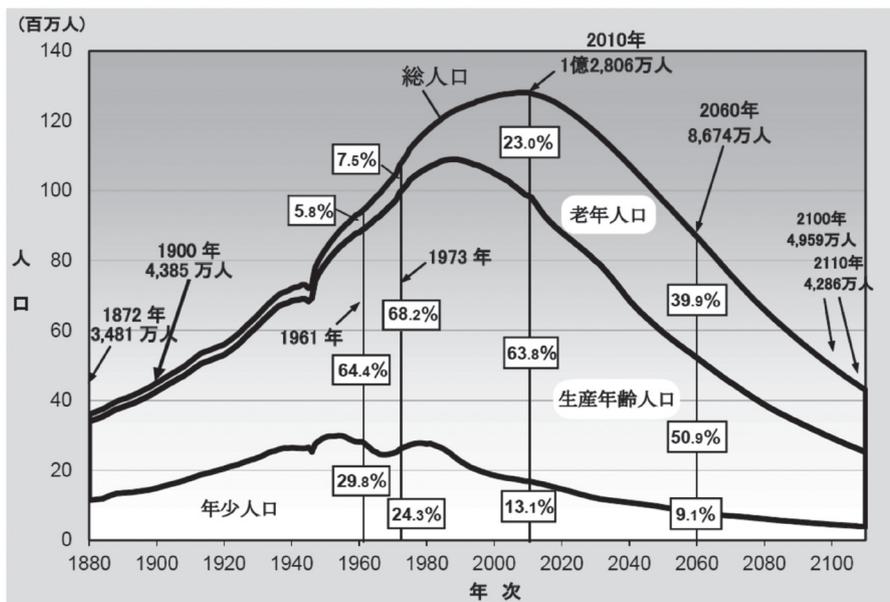
それから、給付率も国民健康保険、それから被用者保険の被扶養者につきましては5割給付であり、7割給付ではありませんでした。1961年から1973年にかけて、制限診療の撤廃、給付率の引上げ、高額療養費制度の導入等が行われ、国民皆保険の実質が具備されました。その意味では、日本で本当の意味で国民皆保険が達成されたのは実は1973年という見方もできます。

〔図：日本の人口の推移（年齢3区分 1880—2110年）〕

問題は、1961年から1973年にかけてなぜ国民皆保険の実現・成熟ができたのかということです。この図をご覧くださいますとおわりの通り、この当時、人口は増えていただけでなく、高齢化率も1973年時点で7.5%程度であり生産年齢人口の割合も増えていたのです。ちなみに、年少人口が若干減っているように見えますが、これは出生率の低下によるものではありません。団塊の世代がこの時期に生産年齢に移行したために、年少人口が減って生産年齢人口が増えたからです。いずれにせよ、当時は「右肩上がり」の社会経済だったということです。

これは、「逆も真なり」です。私が懸念しておりますのは、今後、日本の社会経済の「右肩下がり」が加速すれば、日本の国民皆保険はいわば1973年から1961年に遡るようなことになる、つまり国民皆保

図：日本の人口の推移（年齢3区分） 1880—2110年



(出典)「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計(2012年1月推計)」

険が形骸化するのではないかということです。

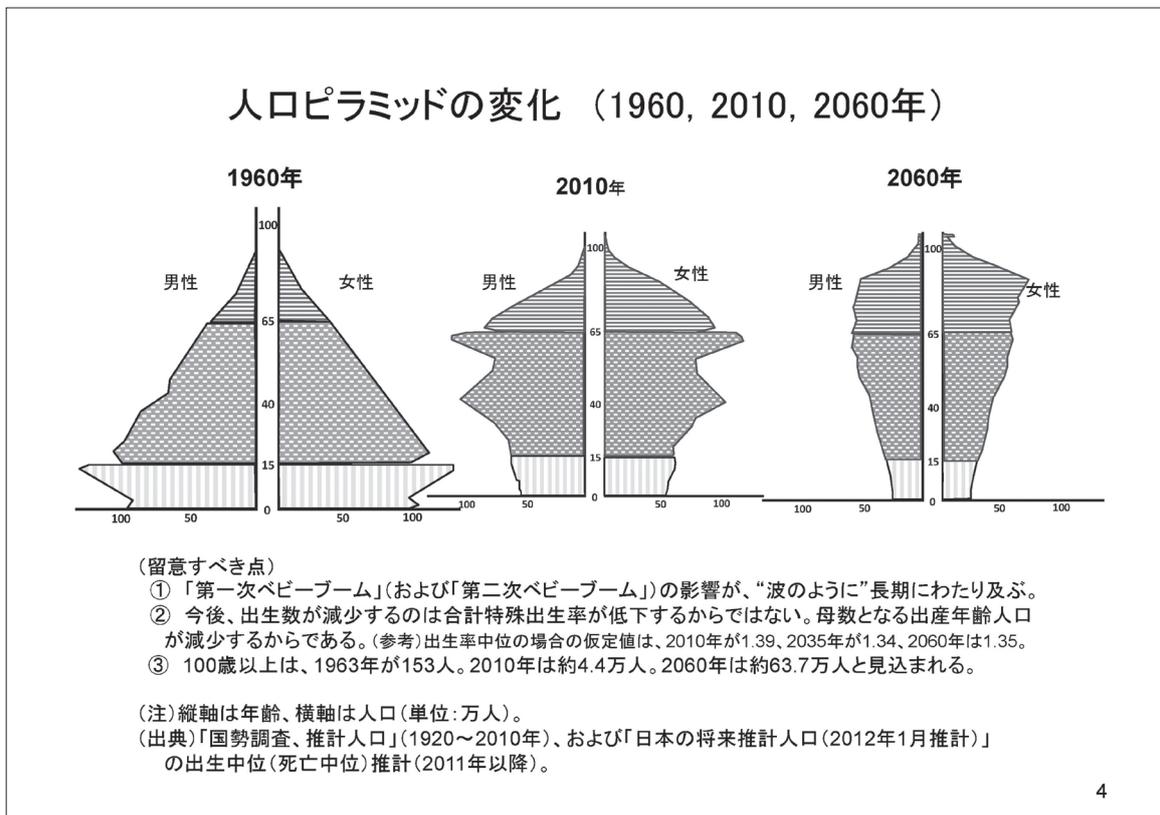
〔人口ピラミッドの変化（1960、2010、2060年）〕

まず人口について見てみますと、人口ピラミッドはもうピラミッドの形状をなしていません。こういうジョークがあります。「昔、あるところにおじいさんとおばあさんがおりました。今はどこにでもいます」（笑）。しかし、今言った「おじいさんとおばあさん」を「100歳以上」に置き換えますとジョークになりません。ここに書いてありますように、100歳以上の人の数をはじめて全国調査したのは1963年のことでしたが、そのときは、たかだか153人しかおりました。それが2010年には4.4万人、今年の秋には6.2万人います。そして、2060年には約64万人になると見込まれています。小さな県よりも100歳以上の人口が多くなってしまうということです。

そうなりますと、例えば地域包括ケアや在宅医療の実態も変わります。例えば在宅医療というと、85歳の方をその娘が支えているといったイメージかもしれませんが、105歳の方を75歳の後期高齢者の方が支えている。あるいは支え切れずに、さらにその孫が支えているようなイメージに変わってくるということです。

〔将来人口の基本指標〕

もう一つ。これは総人口とか主な指標を並べたものですが、とくに見ていただきたいのは、お



将来人口の基本指標								
年	総人口 (A) (万人)	人口3区分				高齢 化率 (D/A) (%)	老年人口 の生産年 齢人口に 対する割 合(C/D)	(参考) 生産年齢人口 を20～69歳、 老年人口を70 歳以上とした 場合の、老年 人口の生産年 齢人口の割合
		年少 人口(B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15～64 歳) (万人)	老年 人口(D) (65歳以 上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以 上) (万人)			
2010	12,806 (100)	1,684 (100)	8,173 (100)	2,948 (100)	1,419 (100)	23.0	2.8人で 1人を 支える	4.0人で 1人を 支える
2035	11,212 (88)	1,129 (67)	6,343 (78)	3,741 (127)	2,245 (158)	33.4	1.7人で 1人を 支える	2.3人で 1人を 支える
2060	8,674 (68)	791 (47)	4,418 (54)	3,464 (117)	2,336 (165)	39.9	1.3人で 1人を 支える	1.6人で 1人を 支える

(注) 括弧書は2010年を100とした場合の割合。
(出典)国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012年1月推計)」(出生中位・死亡中位の場合)。 5

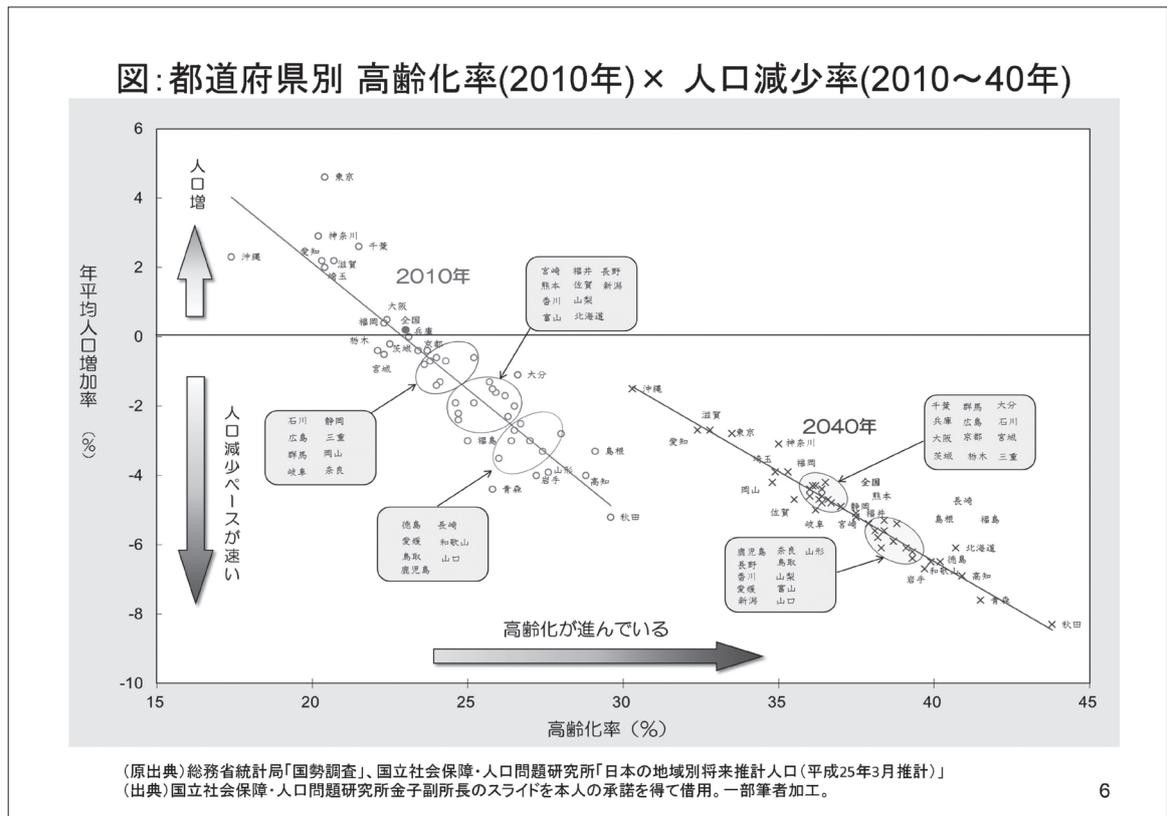
年寄りを生産年齢人口何人で支えるかということです。ここをご覧いただきますと、2010年は2.8人で一人を支える社会だったのが、2060年には1.3人で一人を支える社会になるということです。

生産年齢人口が15歳から64歳というのは、ちょっと日本の実態に合いません。高校進学率、大学進学率が高いことや、70歳手前ぐらいまで元気な人は数多くいるからです。そこで、生産年齢人口を20歳から69歳として計算し直した数字が1番右ですが、その結果を見ますと、少し緩やかになりますけれども、それでも2060年をご覧いただきますと、1.6人で一人を支える社会ですから、相当厳しいことには変わりないということです。

〔図：都道府県別高齢化率（2010年）×人口減少率（2010～2040年）〕

地域ごとの考察も重要です。この図の見方ですが、2010年の47都道府県の人口が増えているか、減っているか、それから、高齢化率がどうなっているかということをもドットしたものです。これをご覧いただきますと、高齢化が進んでいる地域ほど人口の減少も速い傾向がみてとれます。

2040年も同じようにドットしたものです。これをご覧いただきますと、2010年の時点で最も高齢化率が高いのは秋田県であり29.6%です。2040年で最も高齢化率の低いのは沖縄であり30.3%です。つまり、今、最も高齢化が進んでいる秋田よりも、2040年の最も高齢化率が低い沖縄県がそれを追い越してしまうということです。また、47都道府県がすべて人口減少になることも注目していただきたいと思います。



〔図：市区町村別75歳以上人口比率（東京都：2010年）〕

もう少し理解しやすいように、75歳以上人口の比率で見ってみました。これは2010年の東京都です。ほとんどの市区町村は75歳以上の比率が1割を切っています。

〔図：市区町村別75歳以上人口比率（東京都：2040年）〕

それが2040年になりますとどうなるかというと、こういう具合に変わります。もう1割を切っている市区町村はありません。例えば多摩市は1割未満から20%を超すことになります。これは高度成長期に多摩ニュータウンが造成され、その時点では最も高齢化率が低かった市なのですけれども、その当時は若かった人が高齢期を迎え一挙に高齢化が進むためです。

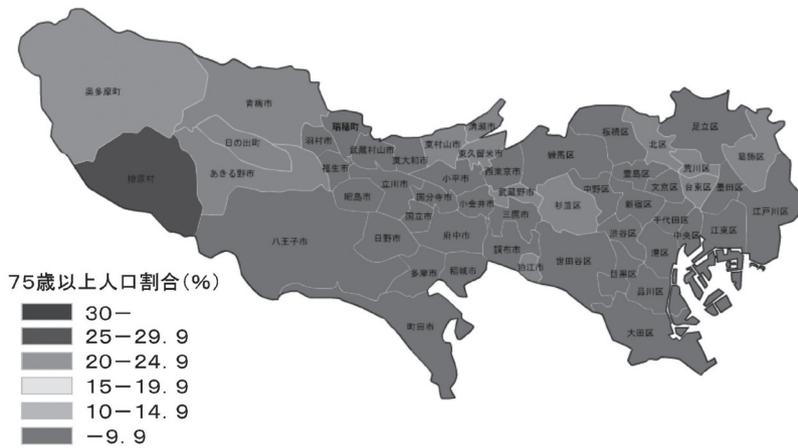
〔図：市区町村別75歳以上人口比率（秋田県：2010年）〕

もう一つ象徴的なのは秋田県です。秋田県は2010年でも75歳以上人口が1割未満の市町村はありません。

〔図：市区町村別75歳以上人口比率（秋田県：2040年）〕

それが2040年にどういう状況になるかといいますと、こういうことになります。大潟村というのは、八郎潟を干拓したところで大規模生産農家がいるところです。大潟村を除きますと、すべての秋田県の

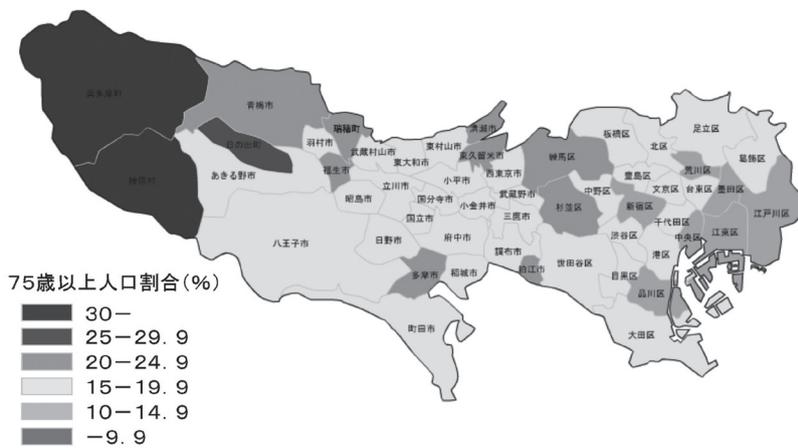
図：市区町村別75歳以上人口比率（東京都：2010年）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013年3月推計）」

7

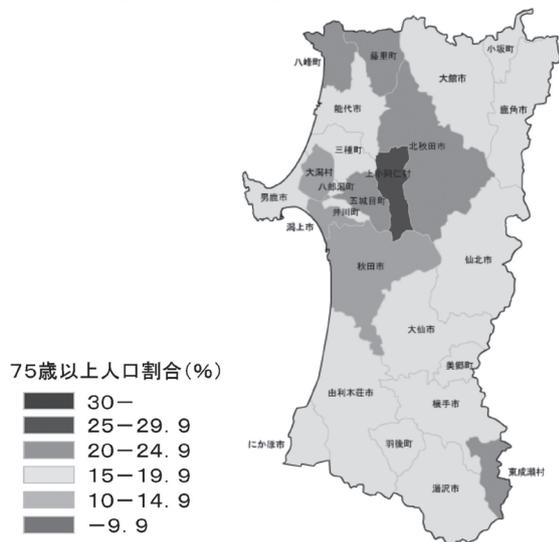
図：市区町村別75歳以上人口比率（東京都：2040年）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013年3月推計）」

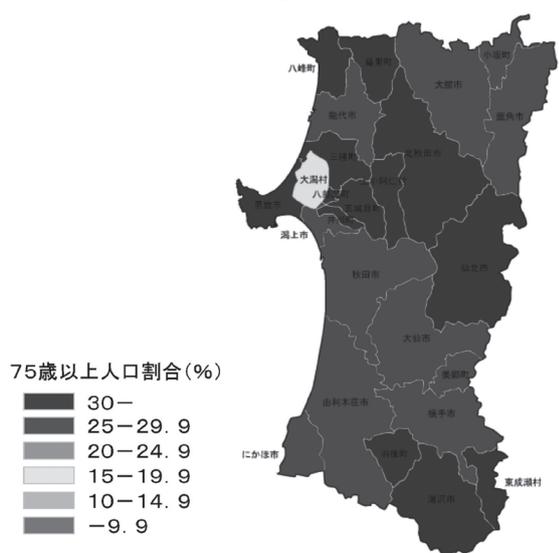
8

図：市区町村別75歳以上人口比率（秋田県：2010年）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013年3月推計）」

図：市区町村別75歳以上人口比率（秋田県：2040年）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013年3月推計）」

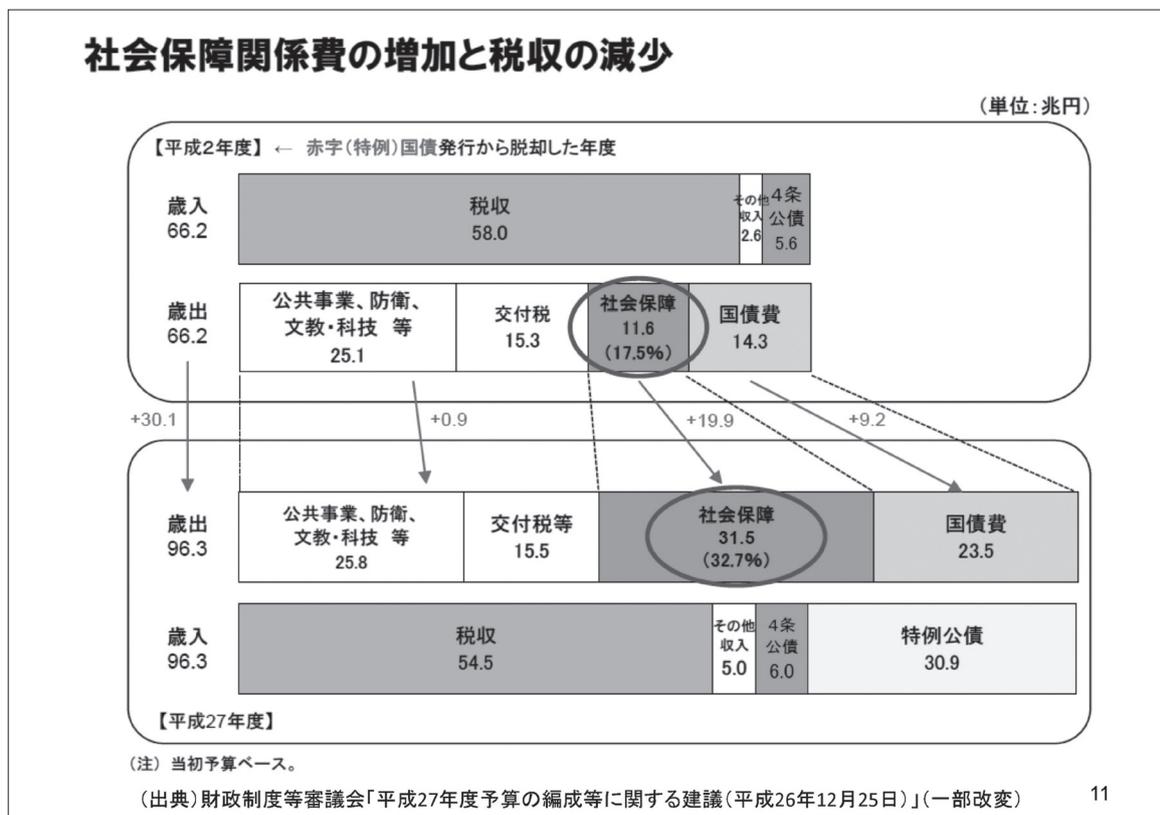
市町村は、2040年には75歳以上人口が25%を超えるということになります。たかだか30年の間にこれほど急激に人口構造が変わってしまうということです。

〔社会保障関係費の増加と税収の減少〕

社会保障関係費を見てみますと、先ほど、ご紹介がありましたように、平成2年度、1990年ですけれども、このときは赤字国債発行から脱却した年度です。この間、ほとんど物価の変動はありませんので、実額で比べてみても結構だと思いますが、公共事業とか防衛費でありますとか、文教・科学技術振興費はほとんど増えておりません。交付税もほとんど増えていません。増えているのは社会保障費と国債費です。

一方、税収はどうかというと、景気の低迷等により税収は落ち込んでいます。逆に言いますと、高齢化等に伴って社会保障費が増えていき、ほかの経費もあまり減らすことはできない一方、税収は落ち込んでいるので、特例公債の増発を余儀なくされているということですが、このような状態が持続できるはずがありません。

見方を変えますと、社会保障だけが赤字国債の発行原因ではありませんけれども、特例公債というのは、将来世代へのツケ回しですから、実を言うと、社会保障も含めた日本の財政はファイナンスがきちんとできていないのです。



〔わが国の財政健全化目標〕

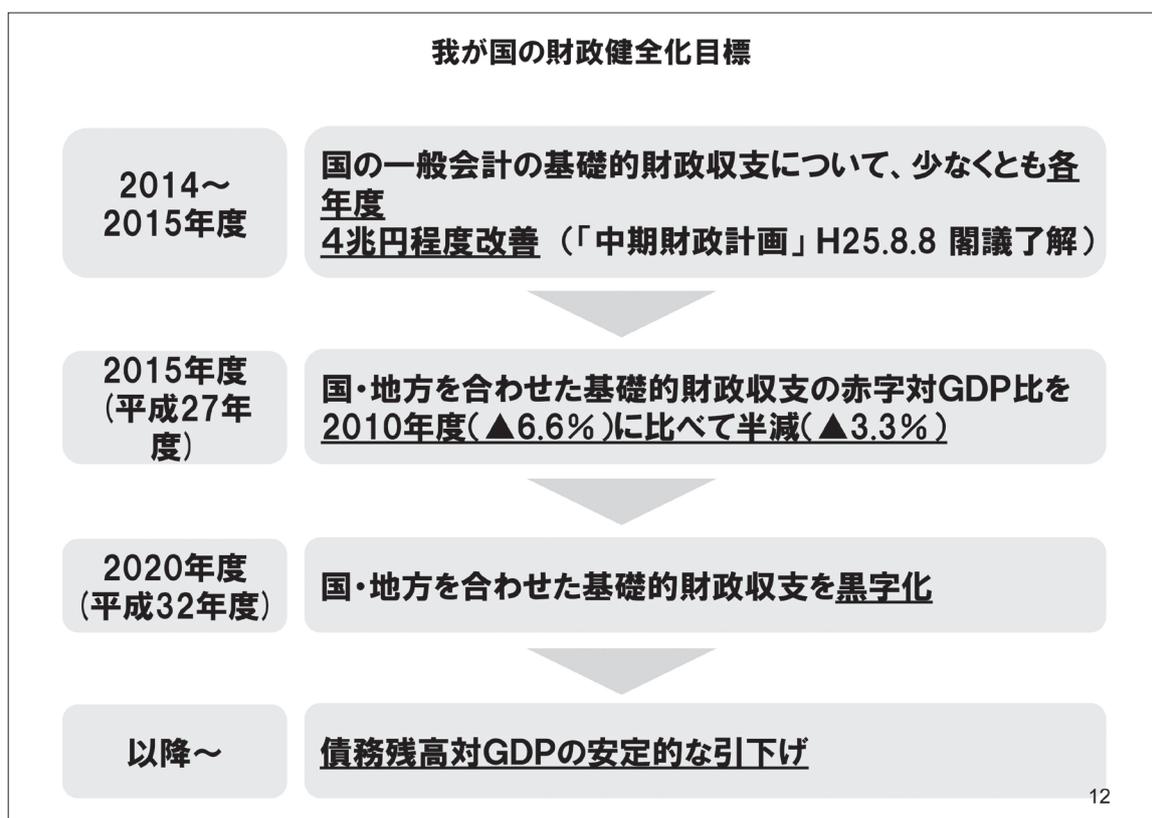
したがって、財務省は、2020年度に国・地方を合わせたプライマリーバランスの黒字化、すなわち新たな借金はしないという政策目標を掲げており、社会保障制度改革のプレッシャーが高まっています。

〔社会保障給付費および負担額の将来推計〕

社会保障の持続可能性といいますと、これまで年金に主眼が置かれていたと思いますが、この図の一番右のところをご覧くださいますと、年金は、実を言うと、それほどは増えない。なぜかといいますと、年金は煎じ詰めれば「お金の移転」だけの話であり、2004年の年金法の大改正により、年金給付は掛金の範囲内で賄うという改革がなされました。ところが医療とか介護はそういうわけにいきません。したがって、一番右の赤い数字を足していただいて39.4兆円で割りますと、75%になります。つまり、社会保障の持続可能性の焦点は年金ではなくて、医療・介護にあたっていくということが強調したい点です。

〔年齢階級別受療数〕

年齢階級別の医療費をみると、さすがに外来は8歳の前半ぐらいでピークアウトしますけれども、入院は加齢に伴いひたすら増えていることがおわかりいただけると思います。

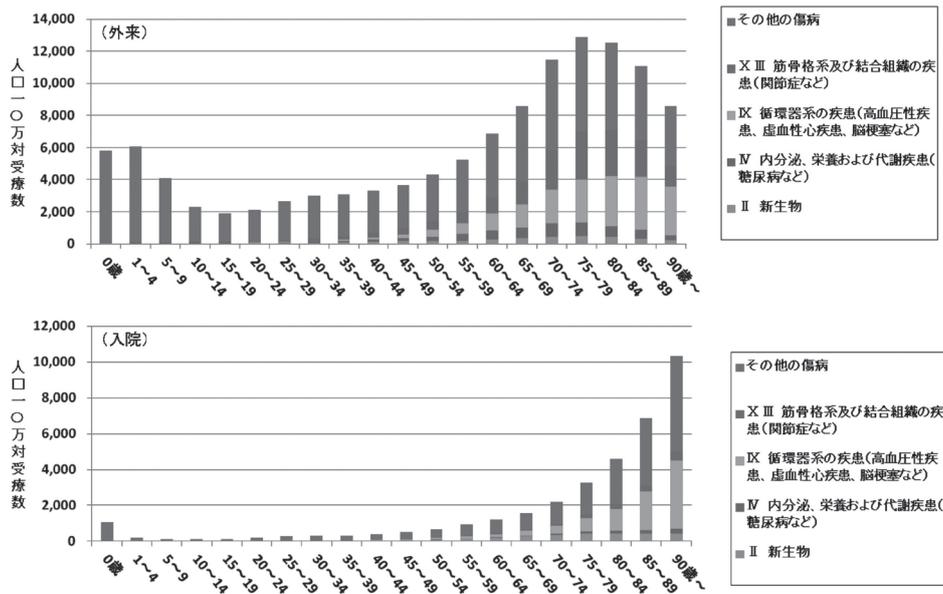


社会保障給付費及び負担額の将来推計

	2012年度		2025年度		2012年度から2025年度の伸び	
	金額	GDP比	金額	GDP比	金額	伸率
給付費	109.5兆円	22.8%	148.9兆円	24.4%	39.4兆円	1.36
年金	53.8	11.2	60.4	9.9	6.6	1.12
医療	35.1	7.3	54.0	8.9	18.9	1.54
介護	8.4	1.8	19.8	3.2	11.4	2.36
子ども・子育て	4.8	1.0	5.6	0.9	0.8	1.17
その他	7.4	1.5	9.0	1.5	1.6	1.22
負担額	101.2兆円	21.1%	146.2兆円	23.9%	45.0兆円	1.44
年金	45.5	9.5	57.7	9.5	12.2	1.27
医療	35.1	7.3	54.0	8.9	18.9	1.54
介護	8.4	1.8	19.8	3.2	11.4	2.36
子ども・子育て	4.8	1.0	5.6	0.9	0.8	1.17
その他	7.4	1.5	9.0	1.5	1.6	1.22

(注) 四捨五入の関係で合計は必ずしも一致しない。
 (出典)厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(2012年3月30日)。

年齢階級別受療数



(出典):厚生労働省統計情報部「患者調査(2008年)」。

〔高齢化の影響（入院患者の高齢化）〕

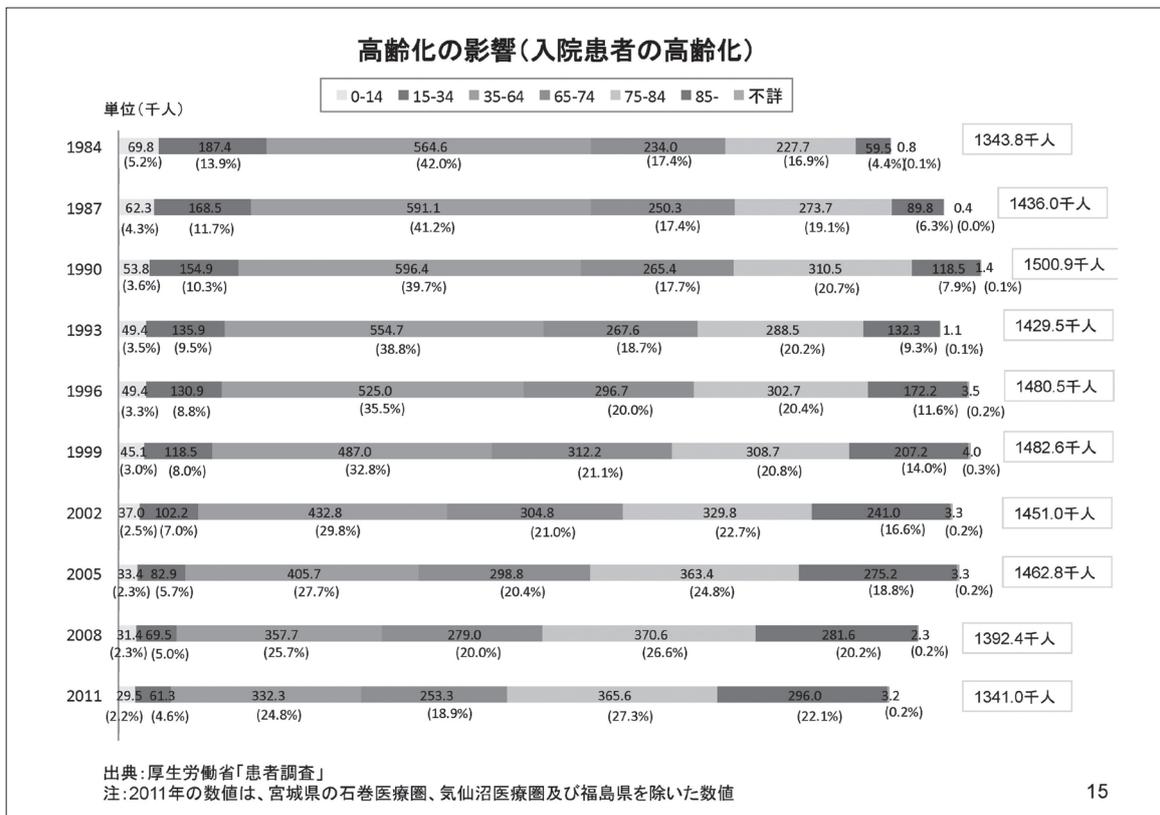
高齢化の影響ということで、2011年の患者調査の結果を見ると、日本のベッドの半分は75歳以上で占められています。30年前は、75歳以上の占有率が2割ぐらいでしたので、たかだか30年の間に様変わりをしていることがわかりいただけると思います。

〔人口の要素のみを考慮した国民医療費の将来推計（粗い試算）〕

医療技術の進歩を無視して、人口の要素だけで計算したものです。2025年は、とくに注目していただきたいのは、2割弱の75歳以上の人が、単純計算しますと国民医療費の半分近くを使う状態になるということです。果たしてこれで世代間対立が起きないかという話です。

〔年齢階級別一人当たり医療費、自己負担額および保険料の比較（年額）〕

もう一つ、これは、年齢階級別の医療費と自己負担額を比べたものです。先ほど申し上げたように、年齢が高くなるに従いまして1人当たりの医療費は増えていきますから、下段をご覧くださいますと、とくに保険料の割合が非常に小さくなっていることがお分かりいただけると思います。つまり、年金に限らず、医療・介護につきましても世代間の配分の要素が非常に強くなっているということです。



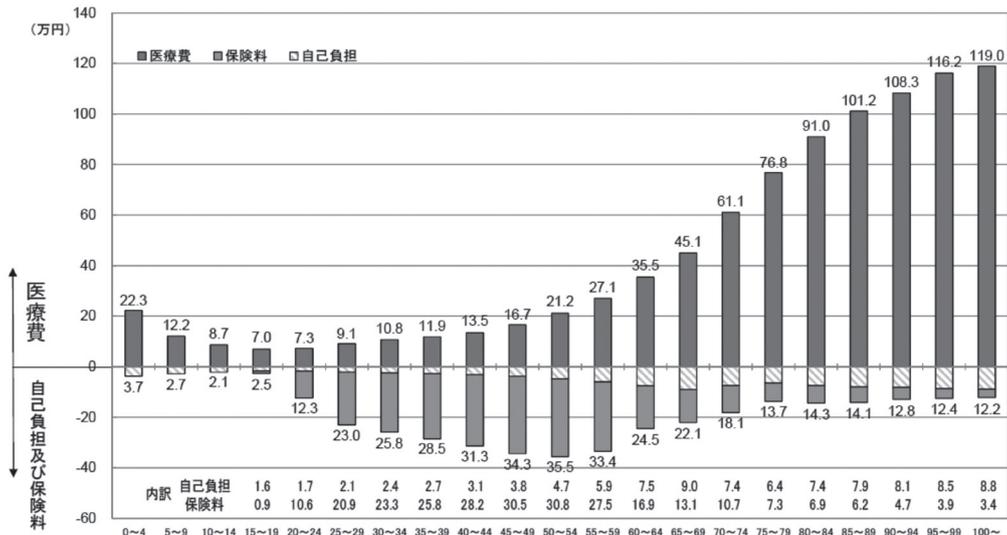
人口の要素のみを考慮した 国民医療費の将来推計(粗い試算)

	2012年度		2025年度	
	人口	国民医療費	人口	国民医療費
0～64歳	9,672万人 (76%)	17.1兆円 (44%)	8,409万人 (70%)	15.1兆円 (35%)
65～74歳	1,560万人 (12%)	8.5兆円 (22%)	1,479万人 (12%)	8.2兆円 (19%)
75歳以上	1,519万人 (12%)	13.6兆円 (35%)	2,179万人 (18%)	19.7兆円 (46%)
計	12,752万人	39.2兆円	12,066万人	43.0兆円

(注)国民医療費とは、医療給付費のほか患者の自己負担を含む。概念的には総医療費に近い。
 (推計方法)2012年度の国民医療費の年齢階級別1人当たり医療費(基本的に5歳刻み)に、2025年の年齢別人口を乗じて算出した極めて粗い試算(機械的試算)である。
 (出典)厚生労働省統計情報部「2012年度国民医療費」、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(2012年1月推計)』(出生中位・死亡中位の場合)。

16

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成24年度実績に基づく推計値)



(注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70～74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

(出典)厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(2014年)12月

17

〔図：労働力人口に占める医療・福祉就業者の割合〕

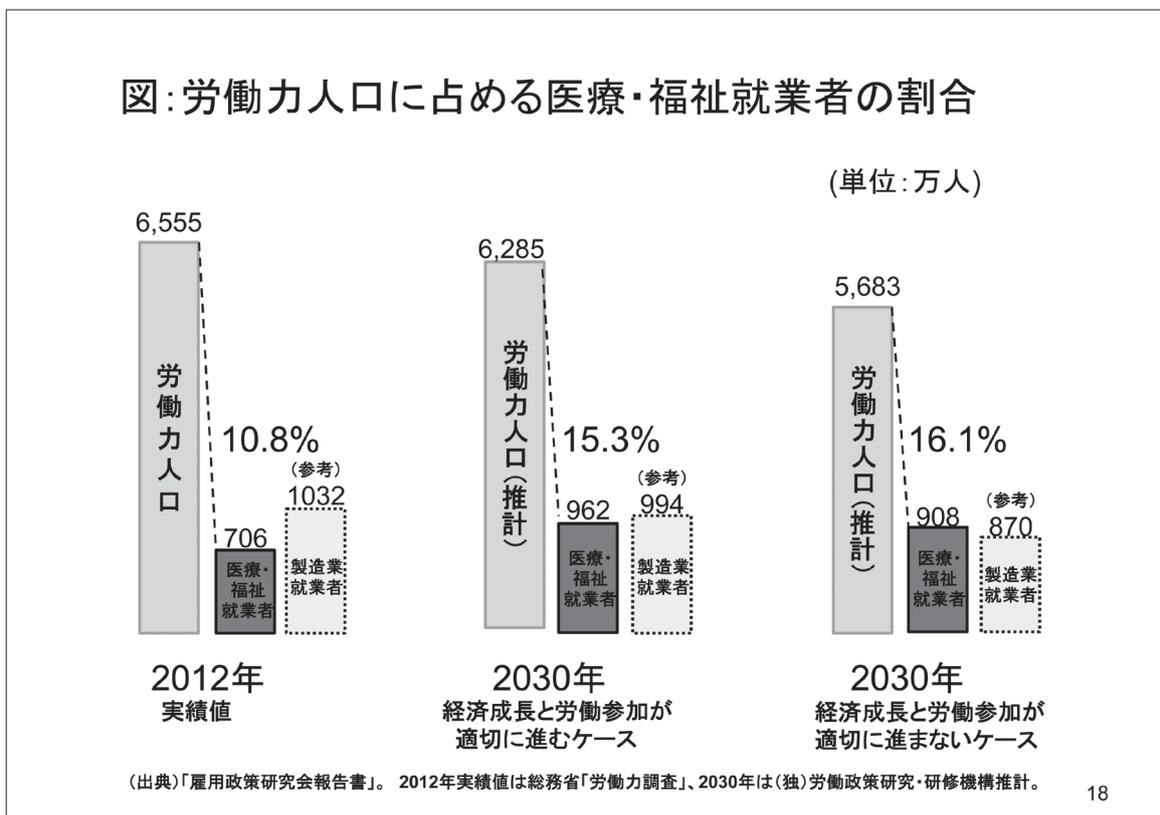
もう一つ重要なことは、医療サービスを提供する人がいけませんと医療制度は成り立たないということです。これをご覧いただきますと、医療・福祉、これには介護も含まれますが、2012年度では医療・福祉の労働人口は全労働力人口の1割を超えております。それが2030年、最も自然体でござらんいただきますと、労働力人口の16.1%、6人に1人が医療・介護・福祉に携わるということです。ちなみに、これは製造業の就業者数よりむしろ多くなります。以上述べたのが、近未来の医療・介護の姿です。

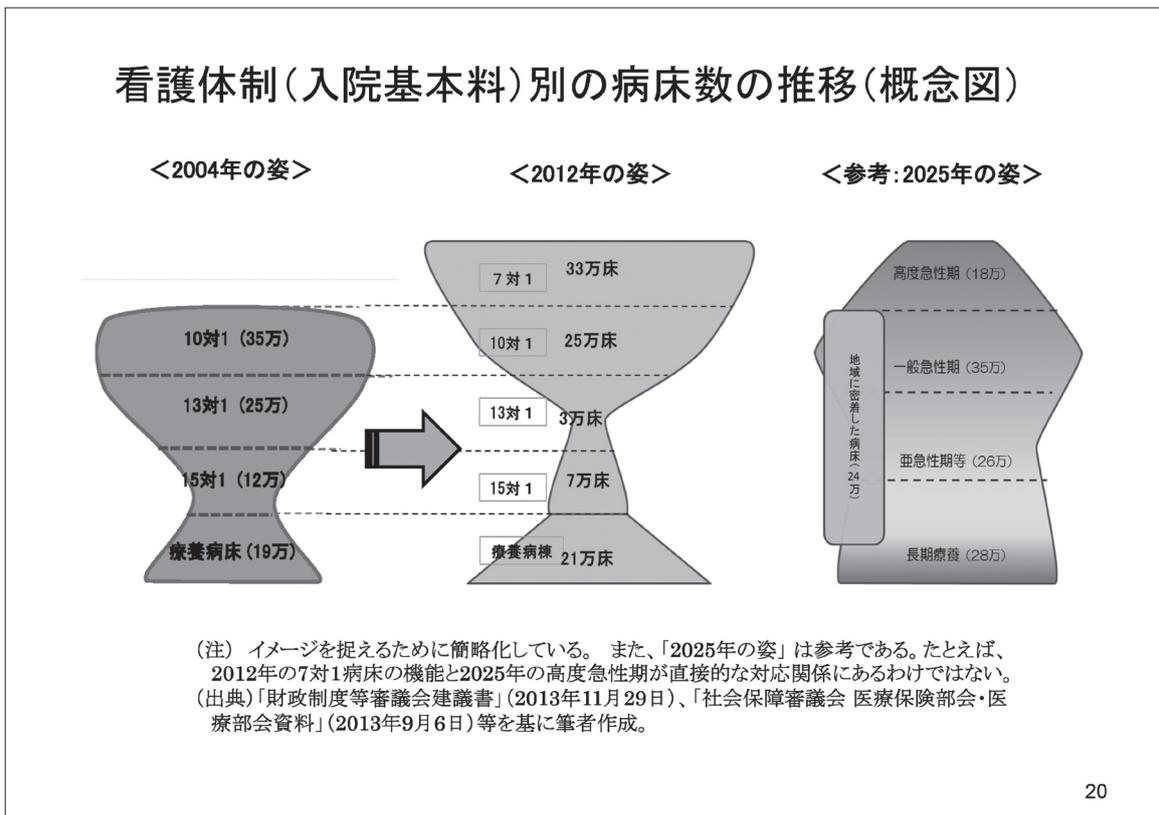
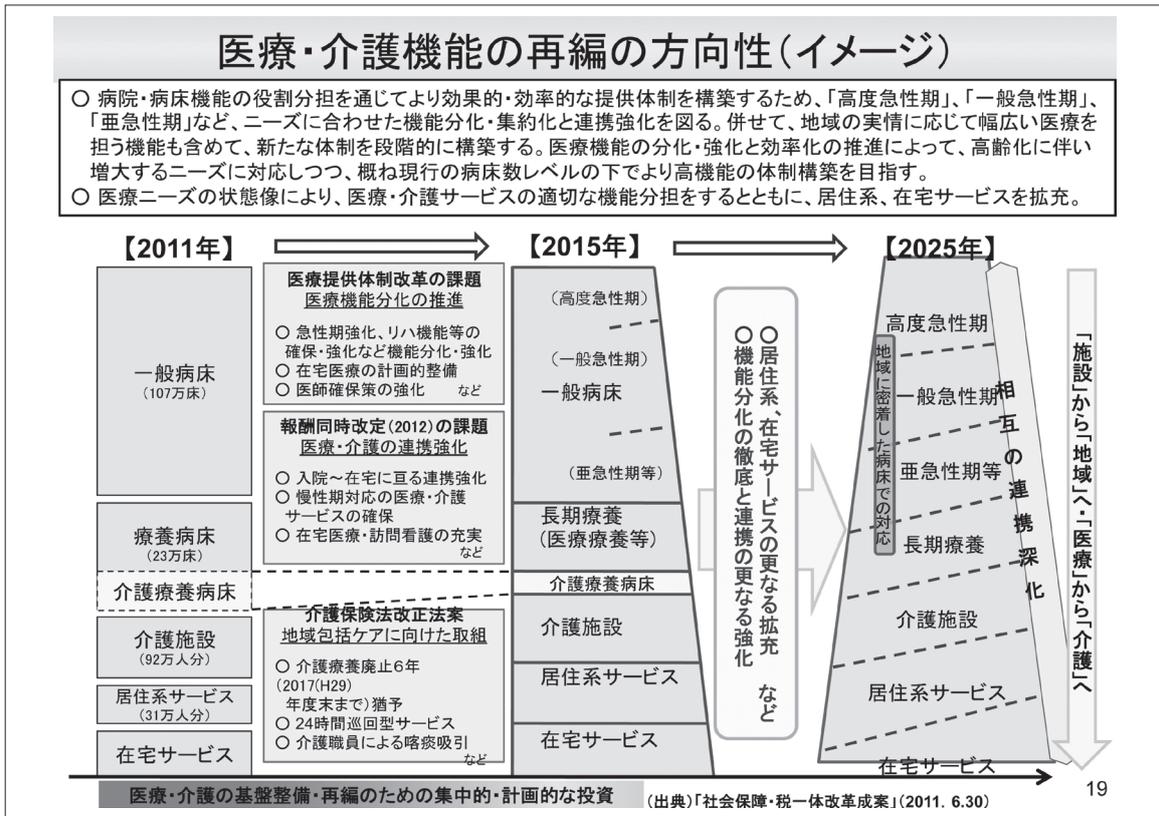
〔医療・介護機能の再編の方向性（イメージ）〕

そこで、国は医療・介護の機能の再編を図ろうとしているわけです。

〔看護体制（入院基本料）別の病床数の推移（概念図）〕

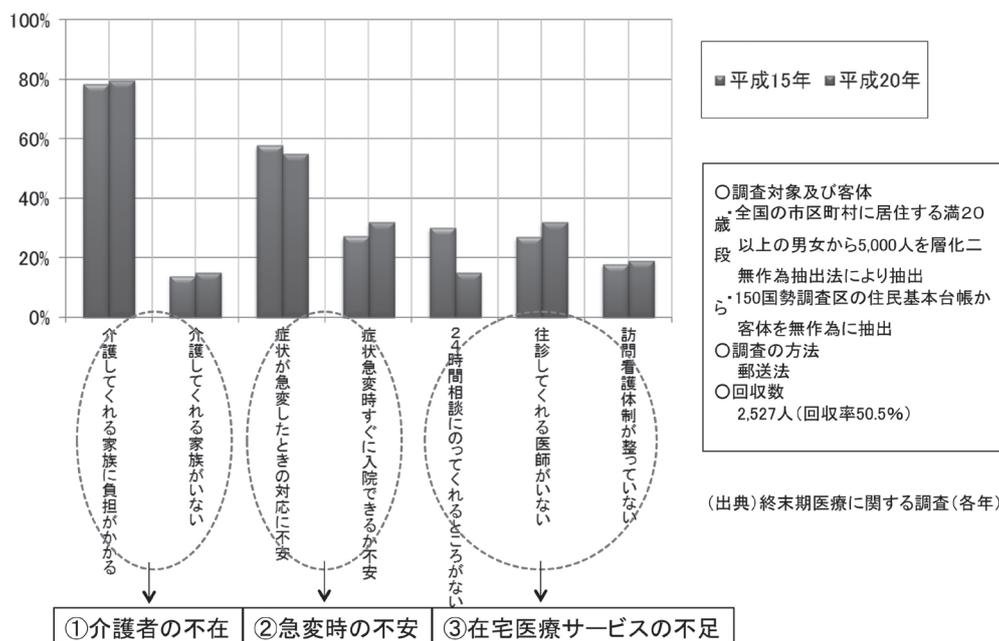
看護体制につきましても一言申し上げておきたいことは、これまで日本の医療提供体制の改革手法は、いわば「診療報酬一本足打法」だったのですけれども、社会保障制度改革国民会議は、「それではダメだ。計画的な手法を入れ込まなければいけない」と言ったわけです。なぜかという、後で白川先生がご説明されるかもしれませんが、「診療報酬は失敗ばかりしているじゃないか。したがって、診療報酬一本足打法ではなくて、計画的な手法を導入せよ」というのが大きな流れになったわけです。





在宅療養推進に当たっての課題

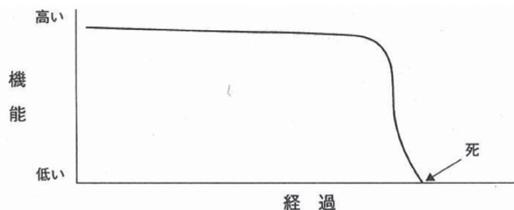
■在宅療養移行や継続の阻害要因



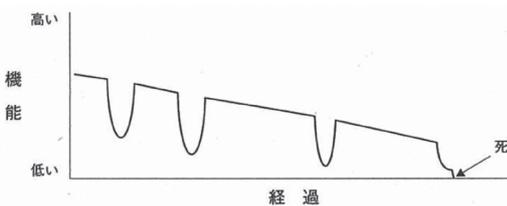
21

疾患別の死に至るパターンの相違

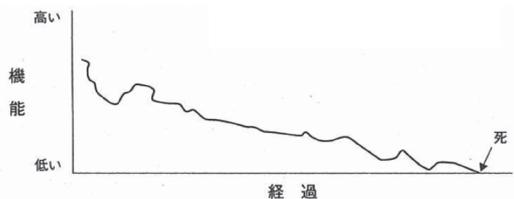
①がん等: 死亡の数週間前まで機能は保たれ、以後急速に低下



②心臓・肺・肝臓等の臓器不全: 時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下



③老衰・認知症等: 長い期間にわたり徐々に機能は低下



(島崎:コメント)

在宅医療や緩和ケアが必要なのは、がんの患者だけではない。②や③で急性増悪した場合の病院との連携、状態変化に対応できる在宅医療(訪問看護等を含む)の質の確保が必要。

出典 Lynn and Adamson : *Living Well at the End of Life*, WP-137, Rand Corporation, 2003.

22

〔地域医療構想（ビジョン）の策定〕

その一つが地域医療構想だということです。地域医療構想につきましては、後ほど、ご説明があると思いますが、一言でいえば、典型的な計画的な手法です。

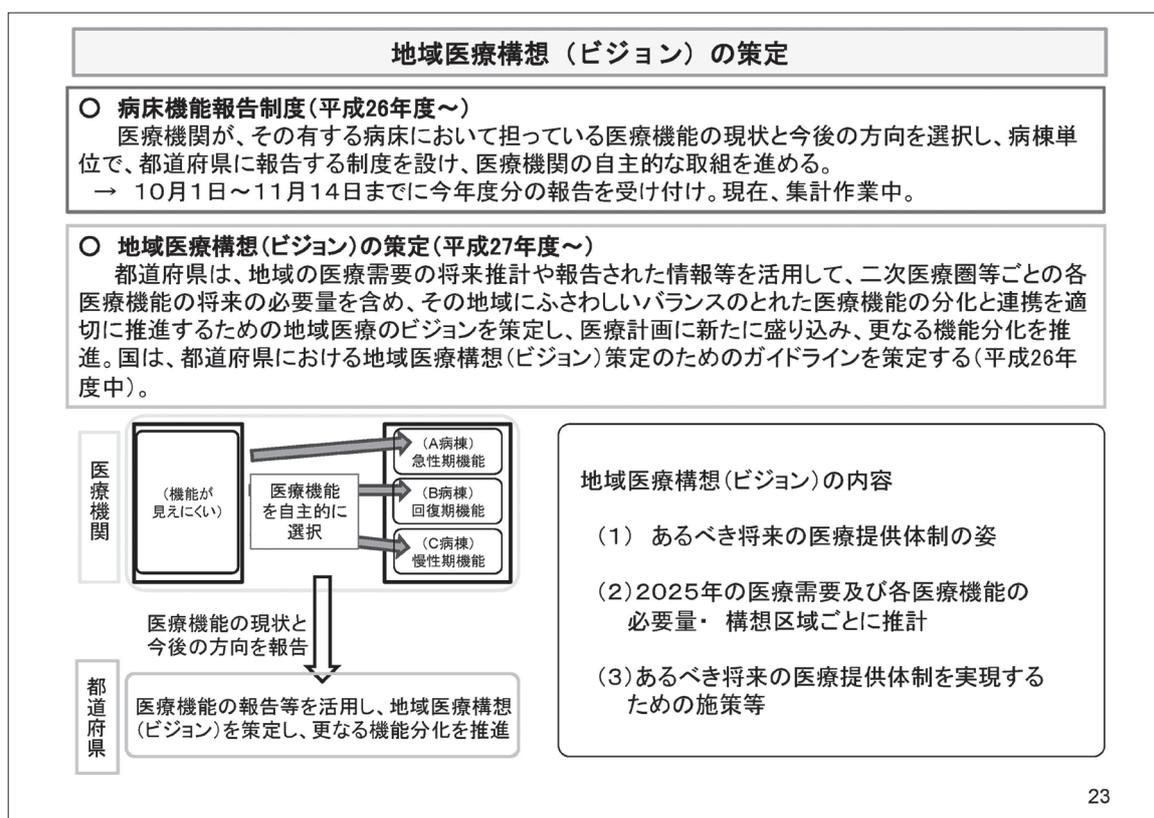
〔2025年のあるべき病床数の推計結果について〕

あるべき病床数の推計結果も、こちらのほうの内閣官房の専門調査会のほうで推計をしておりますが、機能分化なしのまま高齢化等が進んでいきますと152万床ぐらいまで増えてしまうけれども、機能分化を進めれば115万から119万程度でおさまるだろう。ただ、これについてもいろんな前提を置いての話でありますので、この通りになるわけではありませんけれども、これが、今、目指されている方向です。

〔医療的体制改革、医療費適正化計画策定等のスケジュール〕

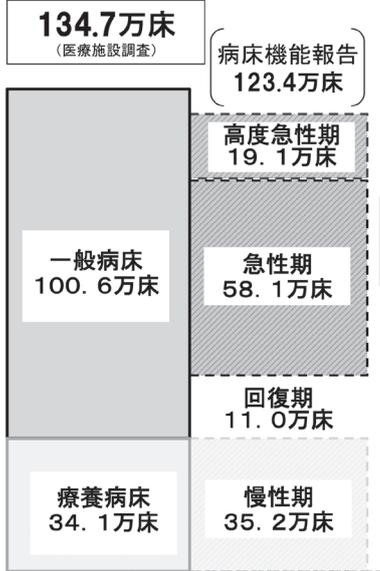
よく2025年問題でありますとか、最近では2035年問題とか言われますけれども、これはミスリードしやすいと私は思っています。この図は財務省が作成した資料なのですが、これをご覧いただくと、2018年に次期医療計画が始まります。そして、都道府県の医療費適正化計画も2018年度からスタートします。そして、2018年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われます。

何を申し上げたいかということ、重要な医療政策のメニューは2018年度に結節するのです。奇妙に思われるのは、なぜ国民健康保険の改革がここに載っているのかということだろうと思います。



2025年のあるべき病床数の推計結果について

【現 状:2013年】

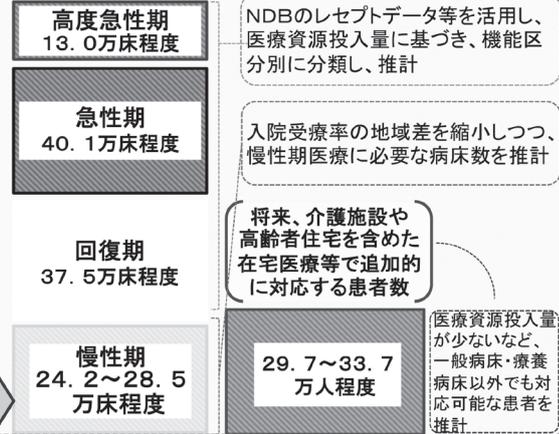


【推計結果:2025年】

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:

152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度



*2014年7月時点 (未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。) 平成27年6月15日:内閣官房情報調査会資料 24

医療提供体制改革、医療費適正化計画策定等のスケジュール

○ 将来のあるべき病床機能を達成するために、都道府県において、データに基づいて将来必要となる病床数に係る地域医療構想を策定するとともに、地域医療構想と整合的な医療費目標等を盛り込んだ医療費適正化計画を前倒して策定することとされている。

	2014(H26)年度	2015(H27)年度	2016(H28)年度	2017(H29)年度	2018(H30)年度	~	2023(H35)年度	~	2025(H37)年度
地域医療構想(医療計画)	国ガイドライン策定	都道府県:地域医療構想策定				都道府県医療計画(6年)			必要病床数
医療費適正化計画 ※ 今国会提出中の医療保険制度改革法案により見直し		国基本方針策定		都道府県:地域医療構想策定後前倒し策定		都道府県医療費適正化計画(6年) ・ 地域医療構想と整合的な医療費目標の設定 ・ 目標が実績と乖離した場合の要因分析と必要な対策の検討	目標設定		
(参考) 国保改革						○都道府県が財政運営の責任主体 ○各都道府県国保の医療費適正化に向けた取組等を推進			
報酬改定	診療報酬改定		診療報酬改定						
国保への財政支援 3,400億円									

49

(出典) 財政制度等審議会財政制度分科会(2015年4月27日開催)

25