

1 医療・介護サービスにかかる構造問題への対応

①医療・介護サービス需要の増大

- ・後期高齢者の増加(参考1)、高齢者像の変化(参考2)、家族介護力の低下(参考3)、疾病構造の変化(参考4)、技術革新(参考5) 等
- ・諸外国と比較して、足元の日本の医療・介護サービス費は高くない(参考6)

②不十分な医療・介護サービス供給体制

- ・医療分野において、病床数が多く(参考7)、人員が少なく(参考8)、施設設備が近代化できていない(参考9)
 - ・介護分野において、居住系施設が少なく(参考10)、介護職員も少ない(参考11)
- 医療・介護分野とも人的・物的両面から医療・介護サービス供給体制が脆弱

③改革の方向性

サービス体制の大胆な効率化・構造改革を行いつつ、人的・物的資源を計画的に整備し、集中的に投入(選択と集中)

- ・病院の病床数や機能の適正化等による病院病床の適正化
- ・専門的な医療提供を行う中核的病院の人的配置や設備面の強化
- ・住み慣れた地域で必要なサービスが受けられるような医療・介護の包括的供給体制の確保 等

2 直面する課題への対応

①医療分野における課題

- (背景)救急、産科、小児科における医師不足問題、病院の老朽化等による病院機能の低下 等
- 医師不足対策、地域医療の確保、病院経営の近代化支援 等

②介護分野における課題

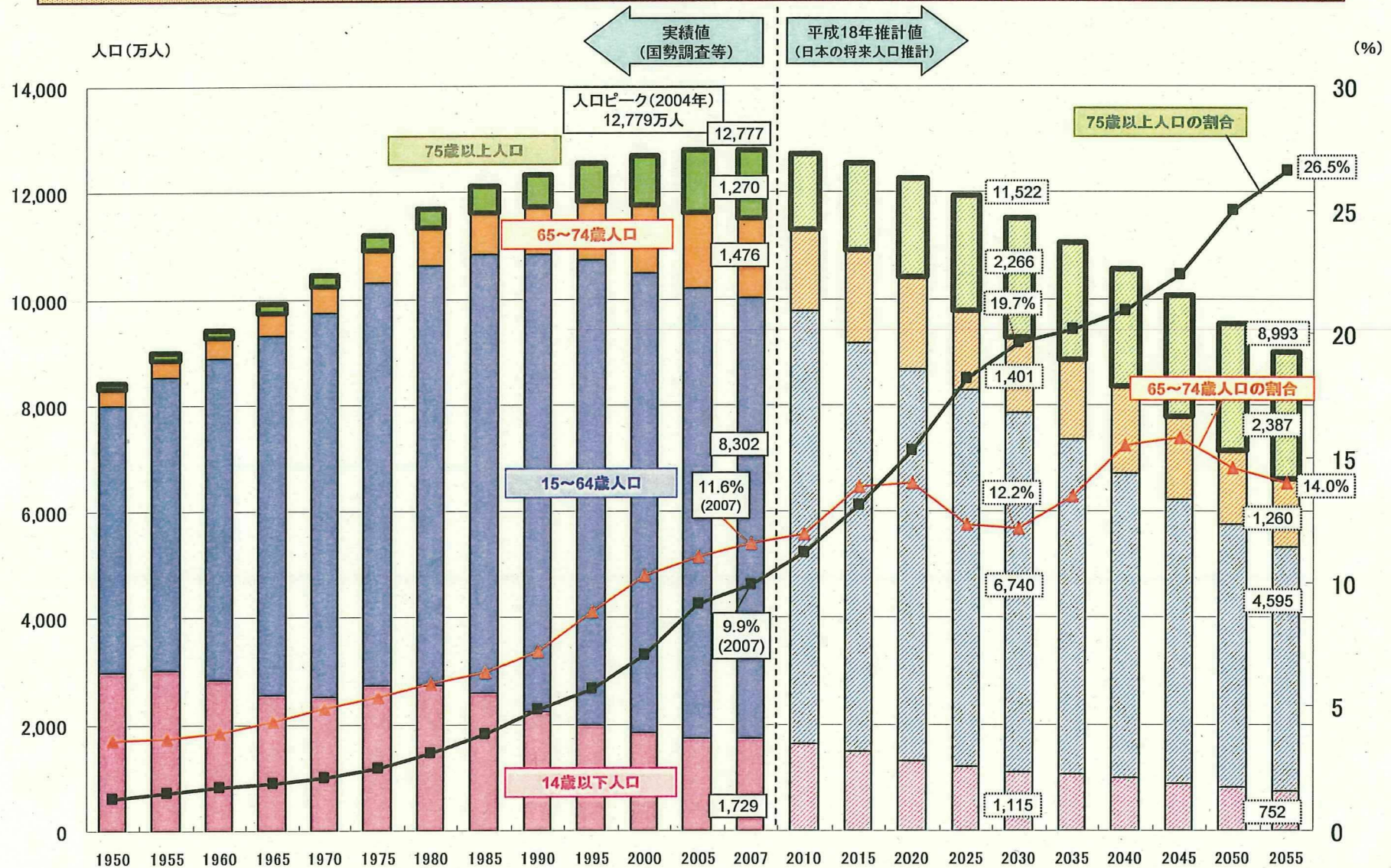
- (背景)介護労働力の不足、介護施設の待機者の増加 等
- 介護労働力の確保、要支援高齢者のための住宅対策 等

3 あるべき姿を目指した改革を踏まえたサービス費用の将来推計

75歳以上高齢者の増大

参考1

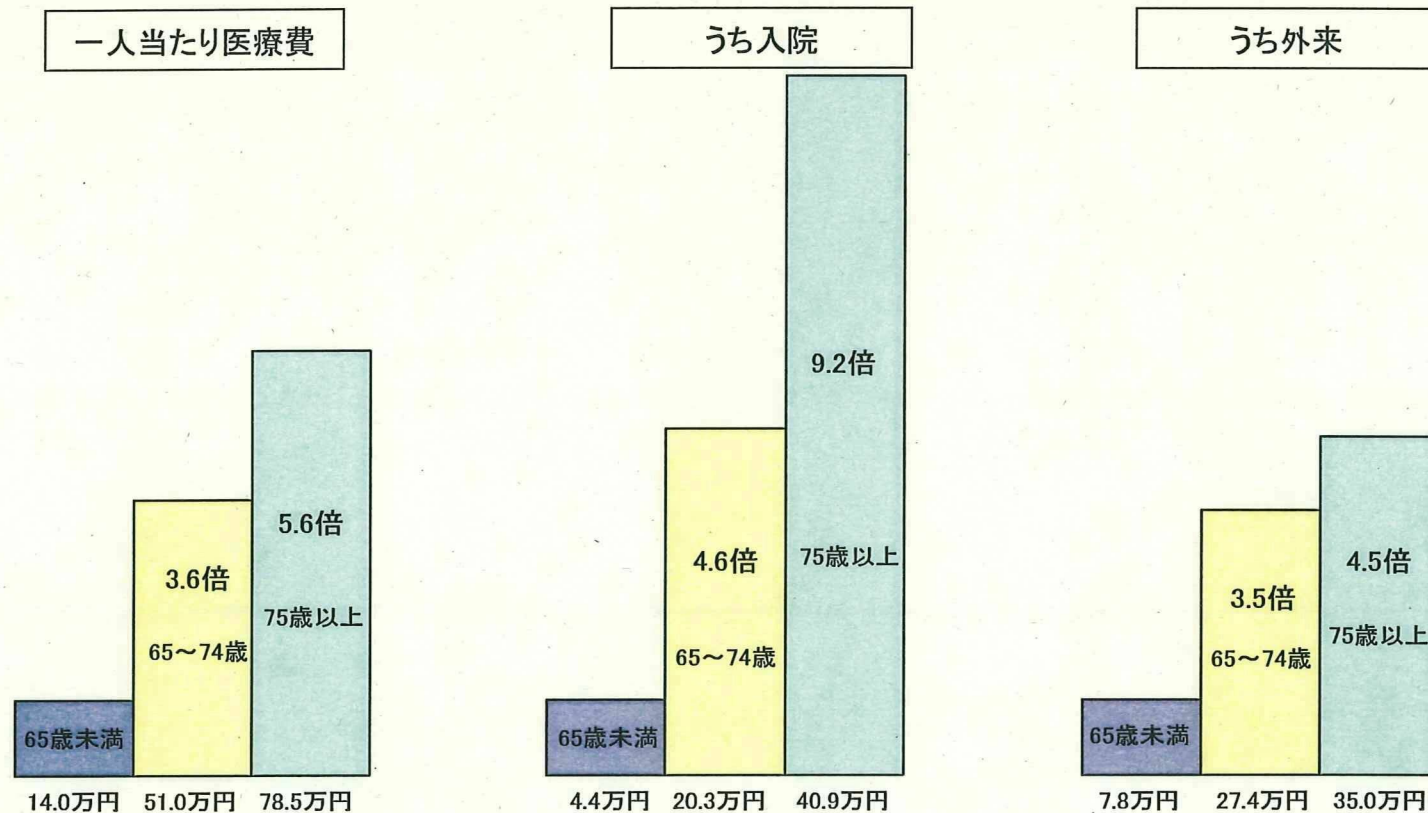
○ 我が国の75歳以上人口の割合は現在10人に1人の割合であるが、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推計されている。



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口(年報)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

年齢による医療費水準の違い

- 75歳以上高齢者の一人当たり医療費は65歳未満の者に比べて5.6倍かかっている。
- 入院でみると、75歳以上高齢者の一人当たり医療費は65～74歳の高齢者に比べても2倍程度かかっている。



(注) 「医療給付受給者状況調査報告」(社会保険庁)、「国民健康保険医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成。

一人当たり医療費は平成16年度の数字である。

入院には入院時食事療養費が含まれている。

外来には薬剤の支給が含まれている。

年齢による要介護認定率の違い

- 75歳以上高齢者の要介護認定率は、65～74歳の高齢者の約6倍となっており、また、重度の認定者のうち83%以上は75歳以上高齢者となっている。

○年齢別要介護認定率

	人口	要介護認定者数	要介護認定率
65～74歳の高齢者	1,476.1万人	65.8万人	4.5%
75歳以上高齢者	1,270.3万人	377.9万人	29.8%

約6倍

(注1) 要介護認定率とは、要介護認定者数を人口で除したものである。

(注2) 要介護には、要支援を含む。

(注3) 総務省「平成19年10月1日現在推計人口」、厚生労働省「介護給付費実態調査月報(平成20年1月審査分)」を元に作成

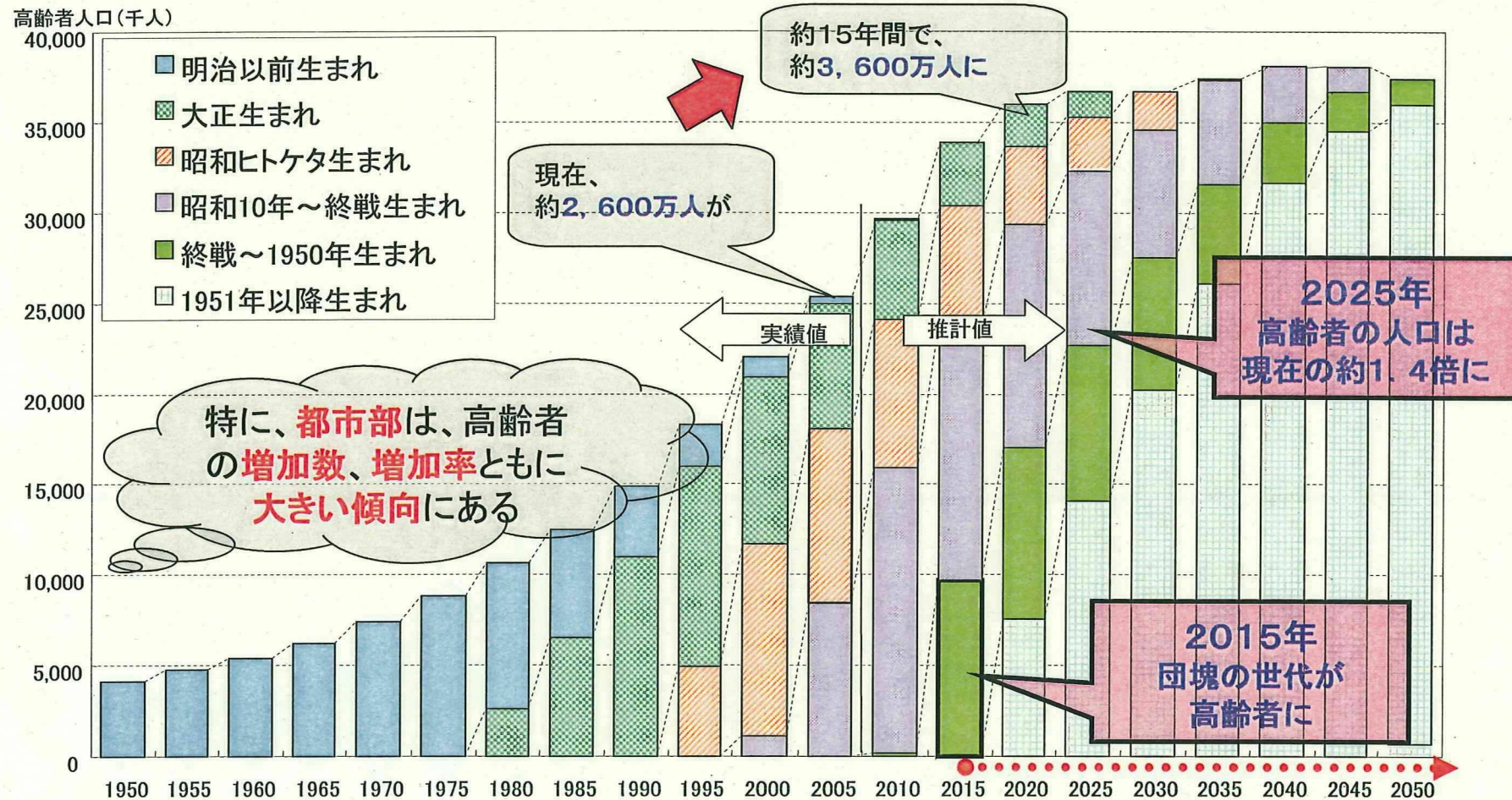
○要介護4・5の認定者に占める75歳以上高齢者の割合

	要介護4	要介護5	要介護4及び要介護5の合計
①認定者総数	58.5万人	52.4万人	110.9万人
②うち75歳以上高齢者の数	49.0万人	43.6万人	92.6万人
③認定者総数に占める75歳以上高齢者の割合(②/①)	83.9%	83.1%	83.5%

戦後世代の高齢者の増加と高齢者像の変化

参考2

- 戦後のベビーブーム世代(「団塊の世代」)が2015年には65歳以上に到達し、2025年には75歳以上高齢者に到達。
- 高齢者の生活状況、意識・価値観が一層多様化することを踏まえ、多様な高齢者のニーズに応え得る医療・介護・福祉サービスの構築が求められる。



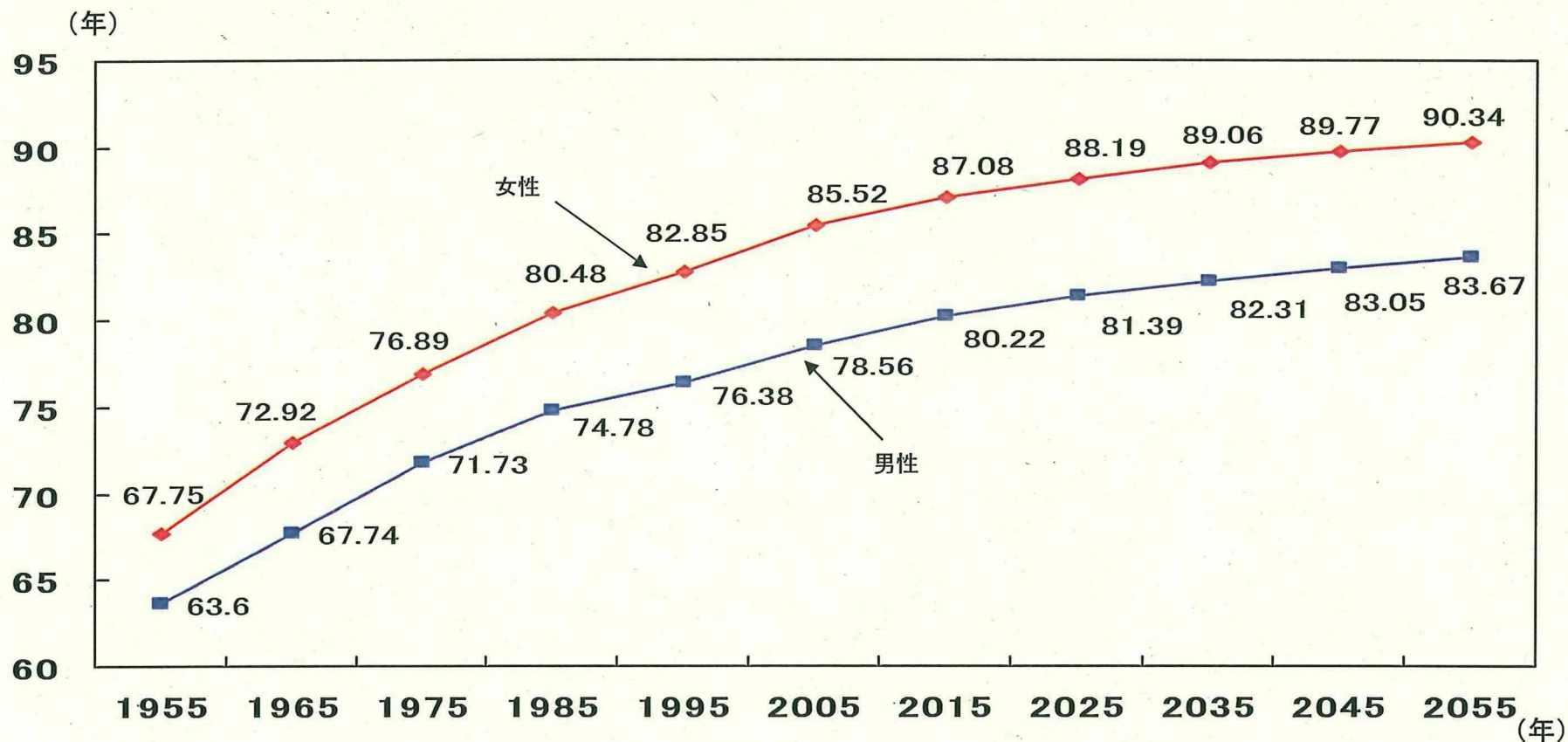
資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」

(1) 身体・健康状況の変化

○ 2025年には、平均寿命が男性81歳、女性88歳を超える。健康寿命も伸びる。

「老後」ではなく、「第二の人生」「生涯現役」へ。

平均寿命の推移と将来推計



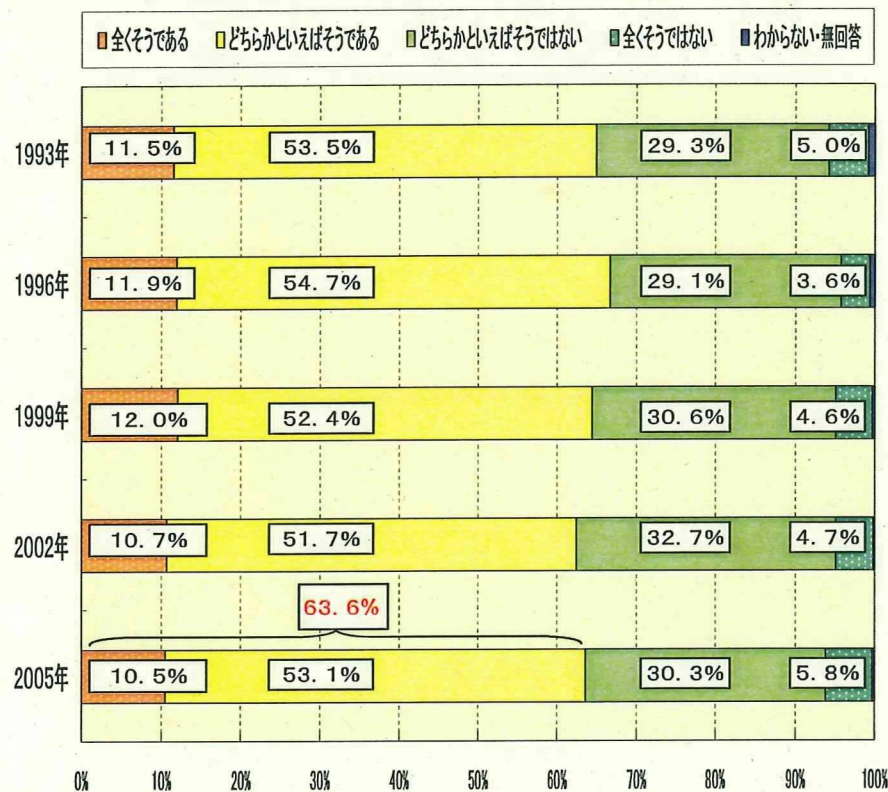
資料出所: 2005年までは、厚生労働省「完全生命表」

2015年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」の死亡中位過程による推定結果

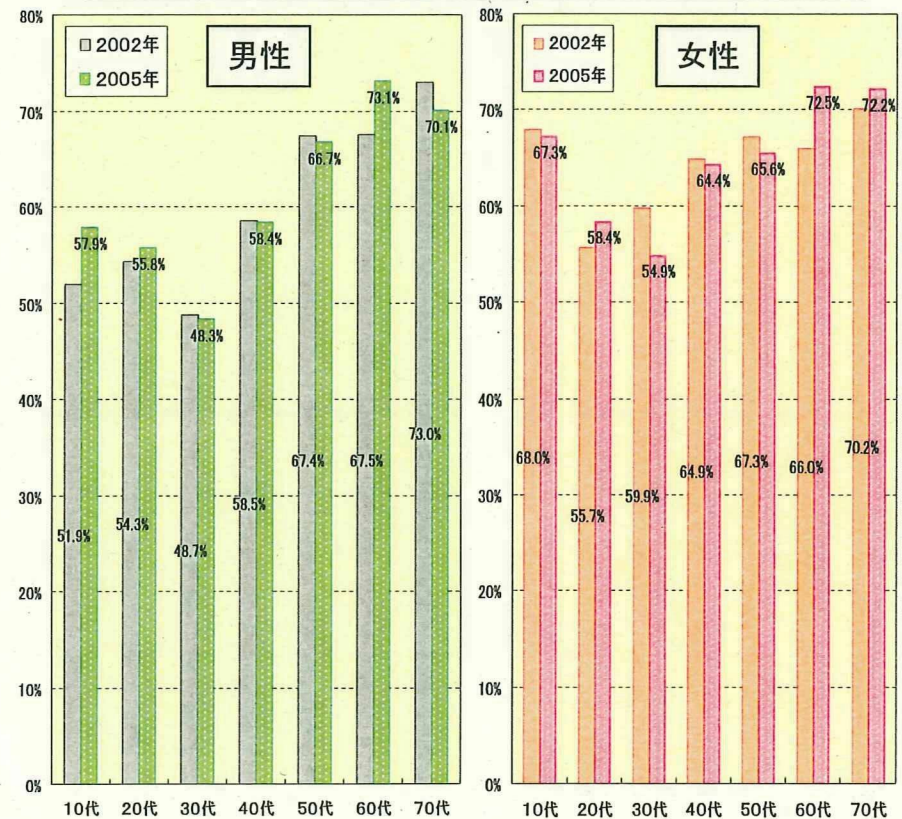
(2)意識・価値観の変化

- 2025年には、戦後の消費と流行を牽引してきた「団塊の世代」が75歳以上高齢者に到達。
各々の価値基準を持つ高齢者が増加。
- 年を取っても自分でできることは自分で行う意識を持った高齢者が増加。
- ボランティア活動など地域社会への関わりに対する意欲を持つ者が増加。

ボランティア活動には積極的に参加したいという意見について、
どう思うか



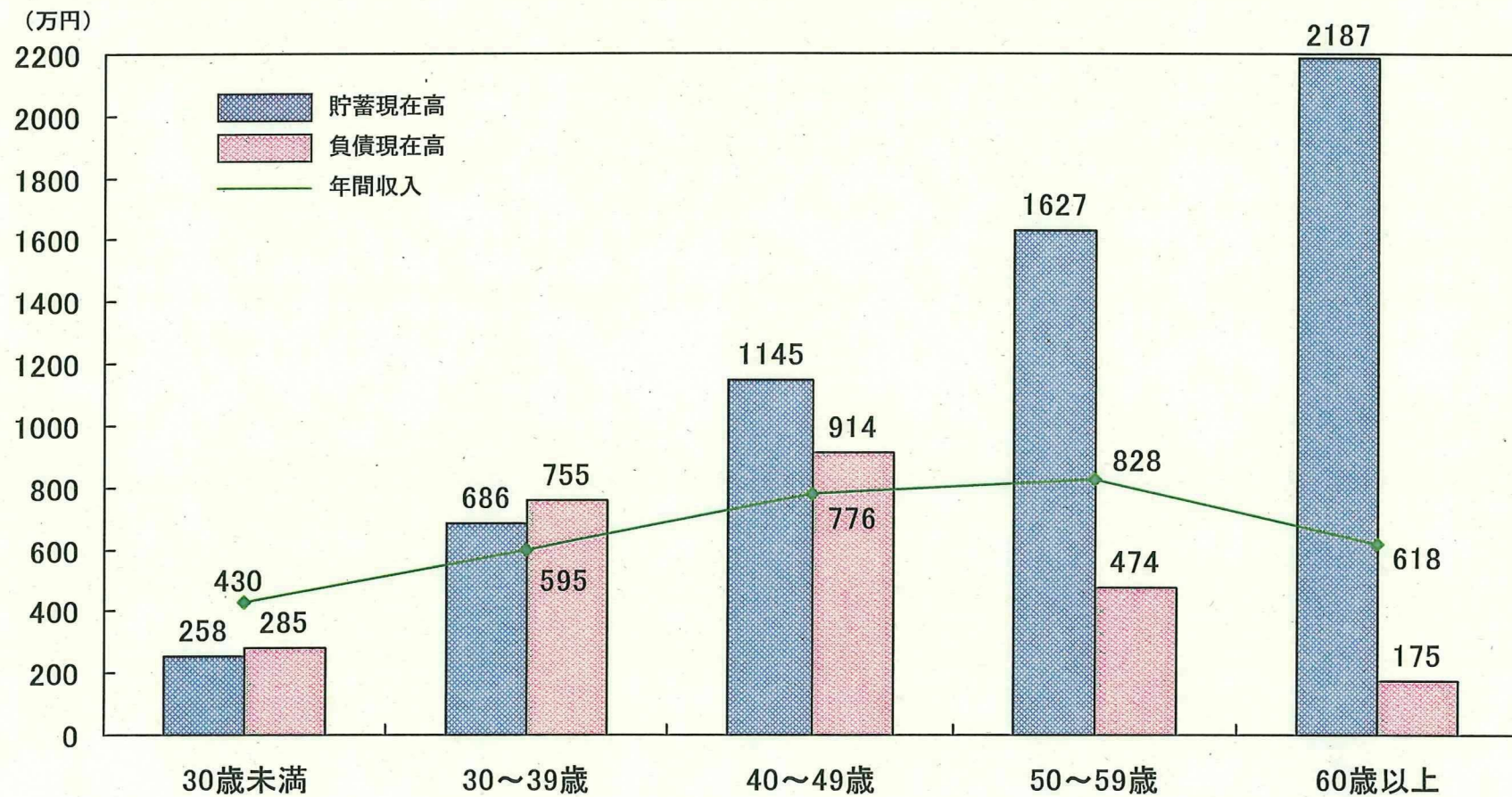
ボランティア活動には積極的に参加したいという意見について、
「全くそうである」「どちらかといえばそうである」と回答した人の割合



(3) 経済状況の変化

○ 公的年金の充実に伴い、相対的に豊かな高齢者が多く出現。

世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(二人以上世帯のうち勤労者世帯) ー平成18年ー



総務省「家計調査」(2006)

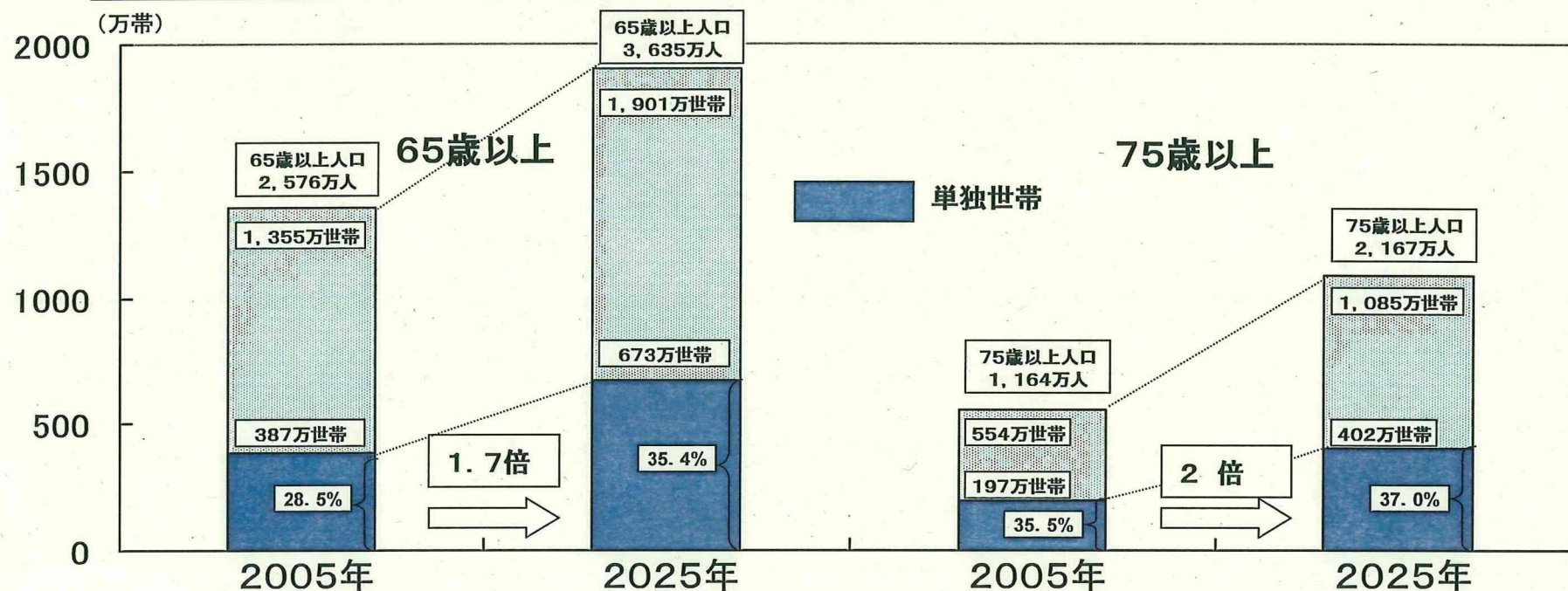
家族像の変化

- 高齢者の一人暮らし世帯が増加し、家庭内での相互扶助機能は低下。
ボランティアやNPO、住民団体など多様な民間主体が担い手となり、多様な生活課題に対して、地域で支え合う仕組みの構築が求められる。

(1) 高齢者の一人暮らし世帯の増加

- 2025年には、世帯主65歳以上の一人暮らし世帯は約670万世帯(現在の1.7倍)、世帯主75歳以上の一人暮らし世帯は約400万世帯(現在の2倍強)に達すると推計。

世帯主が65歳以上または75歳以上の世帯(将来推計)

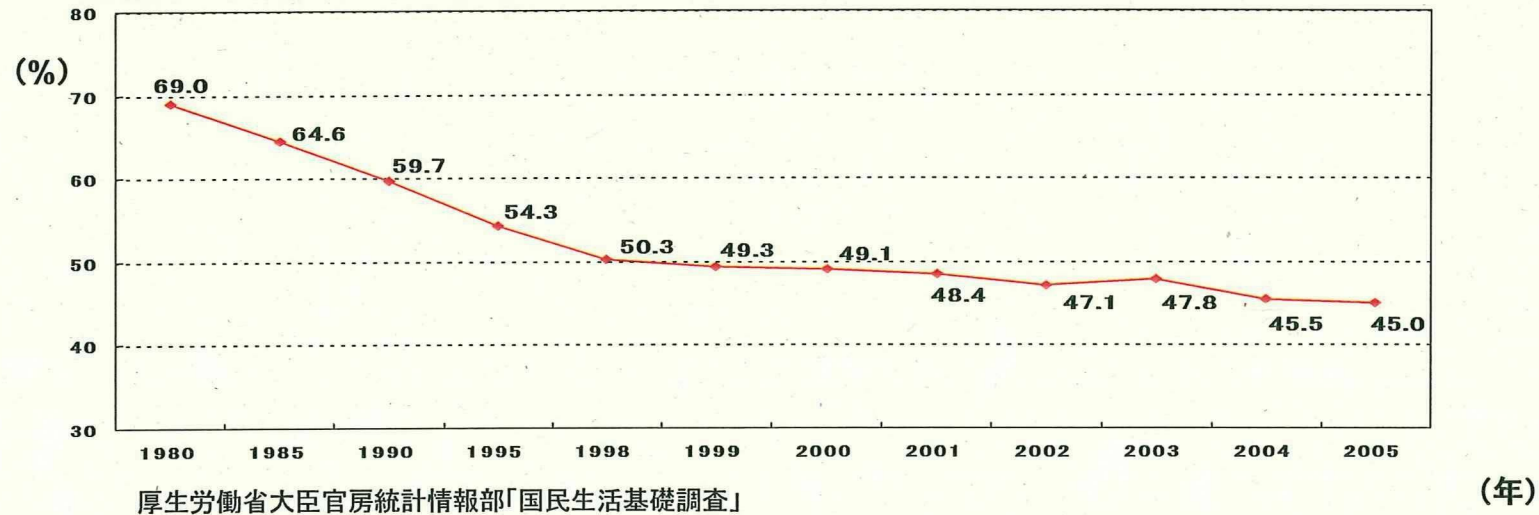


国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計
(全国推計)[平成20年3月推計]

(2)家庭内での相互扶助機能の低下

- 子どもと同居している高齢者が減少。
- 中高年齢者の子への依存意識が低下。
- 介護や子育てに対するサービスを外部化する志向が高まる。

65歳以上の者とその子との同居率



高齢者一人暮らし世帯で15分以内くらいの距離に居住している子等のいる割合

	総数	子	孫	兄弟姉妹	その他	いない	無回答
平成17年度 総数 (人)	792	176	71	129	43	458	3
構成比 (%)	100.0	22.2	9.0	16.3	5.4	57.8	0.4
平成14年度 総数 (人)	1,941	578	250	421	205	881	—
構成比 (%)	100.0	29.8	12.9	21.7	10.6	45.4	—

内閣府「平成17年度世帯類型に応じた高齢者の生活実態等に関する意識調査」(2006)

疾病構造の変化と認知症がある高齢者の増加

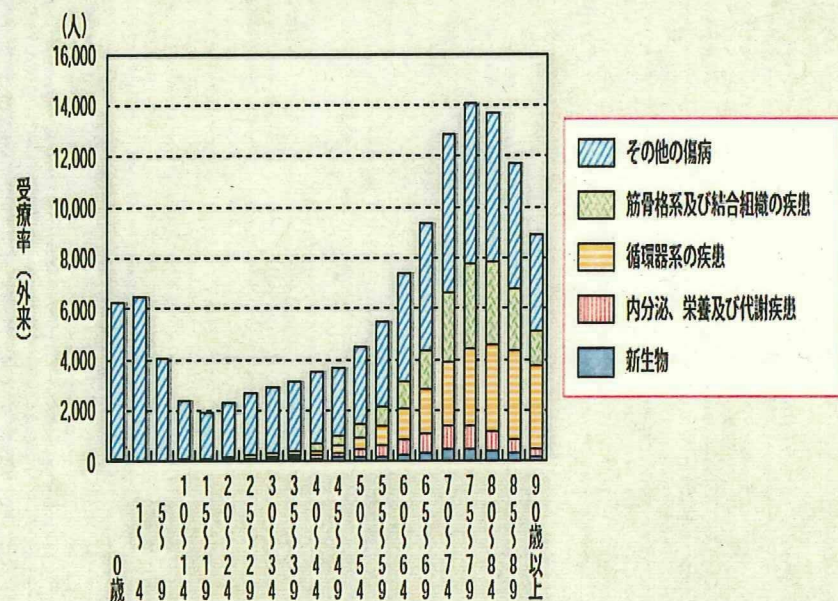
- 急性疾患から慢性疾患へという傾向が強まり、生活習慣病の受診率が増大。
- 認知症高齢者が2025年には現在の2倍以上に増加。
これに対応し、認知症高齢者の特性に応じた効果的なサービスが求められる。

(1) 疾病構造の変化

- 急性疾患から慢性疾患へという傾向。75歳以上高齢者の増加に伴い、生活習慣病の受療率が増加。

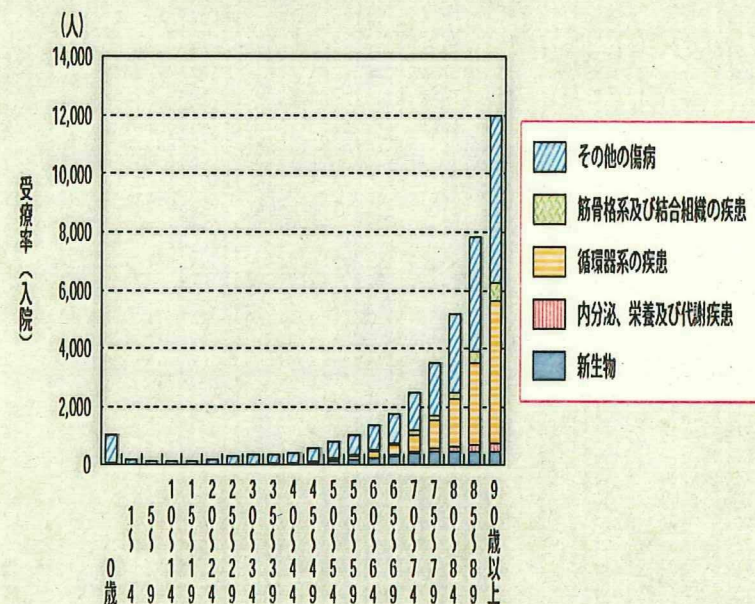
(注) 生活習慣病に分類される循環器系の疾患については、入院、外来ともに年齢が高くなるにつれて受療率が増加。

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）

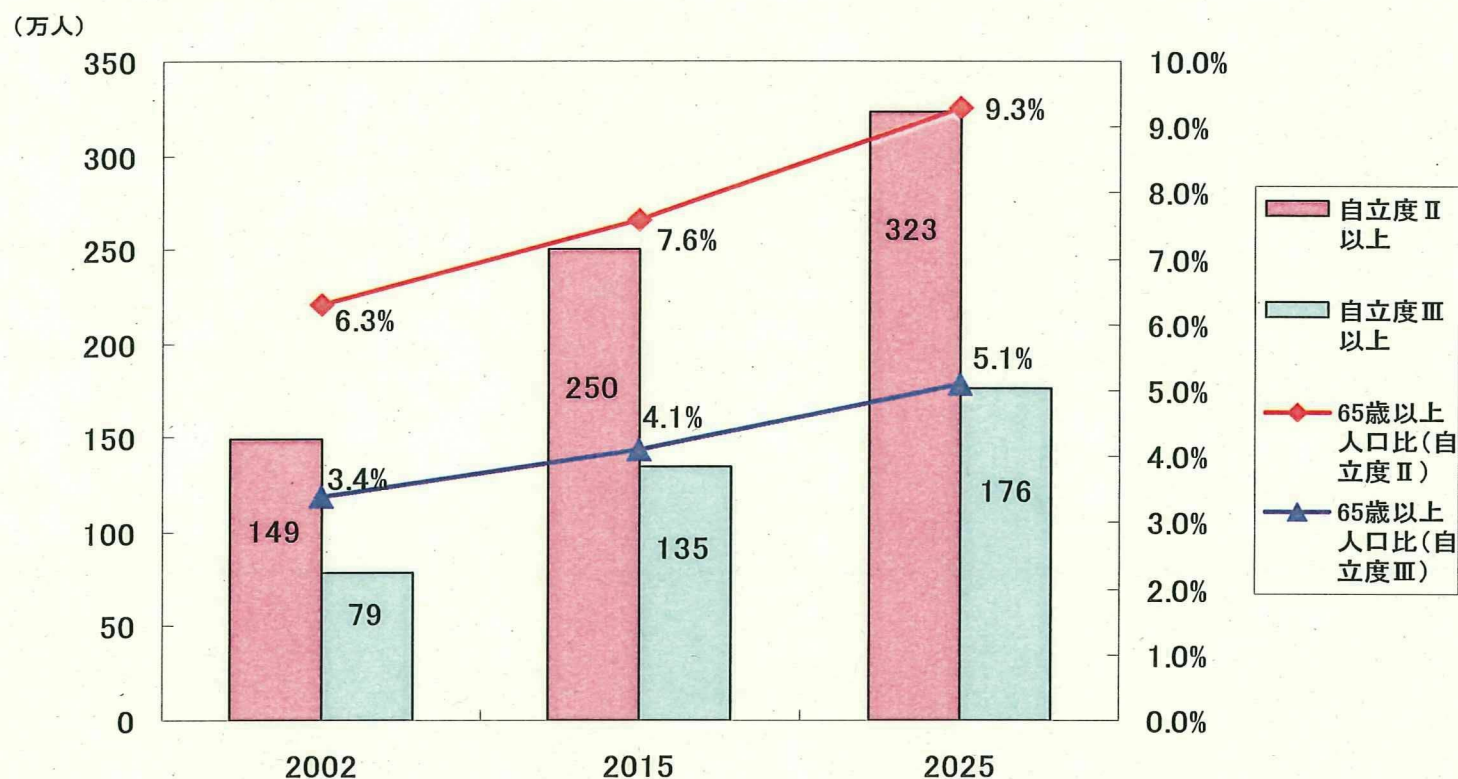


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」（2005年）

(2) 認知症高齢者の増加

○ 認知症高齢者(2002年149万人)が、2025年には約323万人になると推計。

認知症高齢者の将来推計



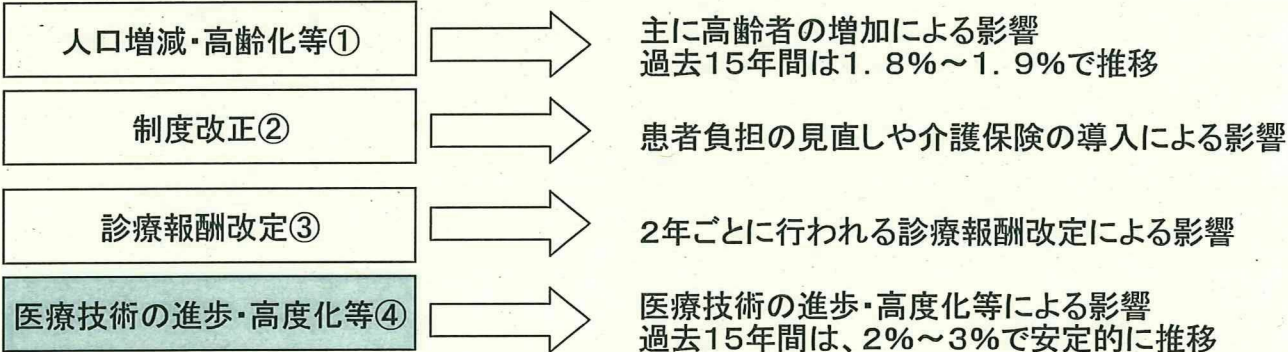
自立度Ⅱ：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

自立度Ⅲ：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ときどき見られ、介護を必要とする。

医療・介護・福祉サービス費用の増大

- 2025年に向けて75歳以上高齢者が増加する中、医療・介護サービスのニーズが増大し、サービス給付にかかる費用の増大が見込まれる。
- 高齢化等に加え、医療技術の進歩・高度化や疾病構造の変化などの影響により、医療サービスにかかる費用は増大する。
- サービスの提供の仕組みを将来にわたって持続可能なものとしていくことが不可欠であり、医療・介護サービスの一層の効率化、システム改革が求められる。

医療費の伸びの要因分析



	平成2年	平成2～6年度	平成7年	平成7～11年度	平成12年	平成12～15年度
国民医療費	20.6兆円		27.0兆円		30.1兆円	
国民医療費の伸び (①+②+③+④)		5.5%		3.6%		0.7%
人口増減・高齢化等の影響 ①		1.8%		1.9%		1.8%
高齢化等の影響を除いた1人当たり 医療費の伸び(②+③+④)		3.7%		1.6%		▲1.1%
制度改正の影響 ②		0.0%		▲0.9%		▲2.7% ※
診療報酬改定の影響 ③		1.1%		0.1%		▲0.6%
医療技術の進歩・高度化等 ④		2.6%		2.4%		2.2%

(※)平成12年～15年度の制度改正の影響は、精度の低い方法により計算したごく粗い数値

医療技術の進歩の例・健康寿命延伸の経済的価値(試算)

医療技術の進歩の例

- 内視鏡、特殊レントゲン撮影、CT装置の進歩による早期発見等により、がんの5年生存率が上昇。
(1979年:42.5%→1999年:58.8%)
- 心臓手術の技術進歩により、心筋梗塞や狭心症の平均在院日数が大幅減。
(平均在院日数:心筋梗塞 1984年:70.5日→2002年:24.4日、狭心症 1984年:93.5日→2002年:18.7日)
- CT(コンピューター断層撮影装置)、MRI(磁気共鳴画像装置)等により、脳卒中の人口10万対死亡率が低下。(1984年:117.2→2004年:102.3)
- シメチジンにより、従来手術しか治療法が無かった胃潰瘍は薬でほぼ治療できる病気となり、入院率が半減。(入院率 1984年:20.8%→2002年:11.9%)
- 腹腔鏡の導入により、胆石の退院患者の平均在院日数が半減。(1990年:37.7日→2004年:14.4日)
- 結石破碎装置の開発により、腎臓結石や尿管結石の手術が必要なくなり、短期入院治療が可能に。
(1980年以前:30日前後→1980年以降:3~5日)

健康寿命延伸の経済的価値

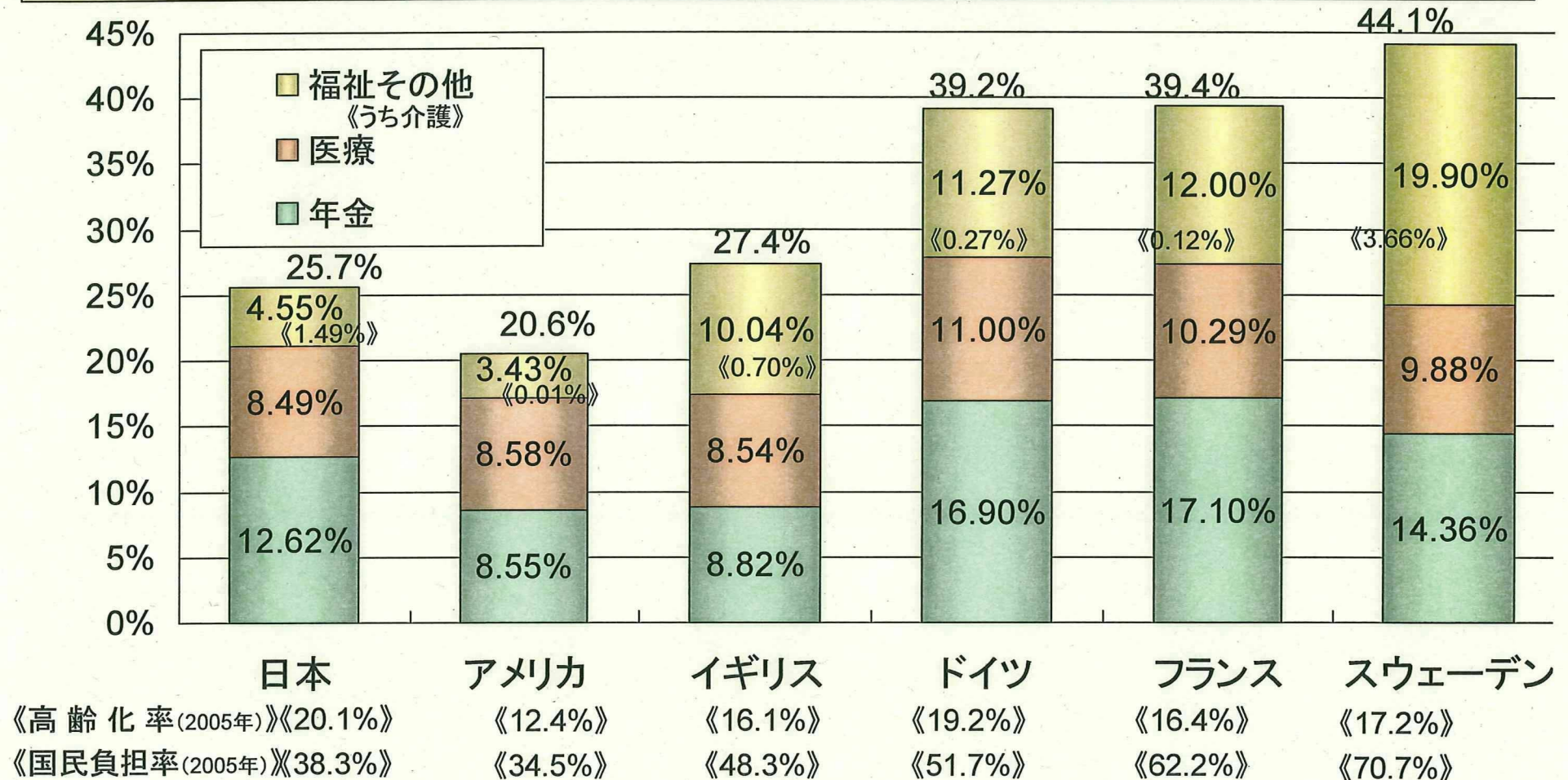
- 健康寿命1年延伸の(主観的)経済価値は個人差が極めて大きいですが、アンケート調査 (経済産業省「生活者の意識に関する調査」(2006年))の単純平均は約80万円。
(注)米国では、健康寿命1年・人の経済的価値のコンセンサスは約10万ドルと言われている。(Cutler and McClellan[2002]等)
- これに2005~2015年の間に予想される平均寿命の延び1.13歳(男女平均、将来人口推計ベース)、人口を乗じると、2015年までに約110兆円の経済厚生向上。これは、2.2%成長が続いた場合の2015年までの実質GDP増加額(約140兆円)に匹敵する。

社会保障給付の部門別の国際的な比較（対国民所得比）

参考6

○ 我が国の社会保障給付の規模を部門別に比較すると、

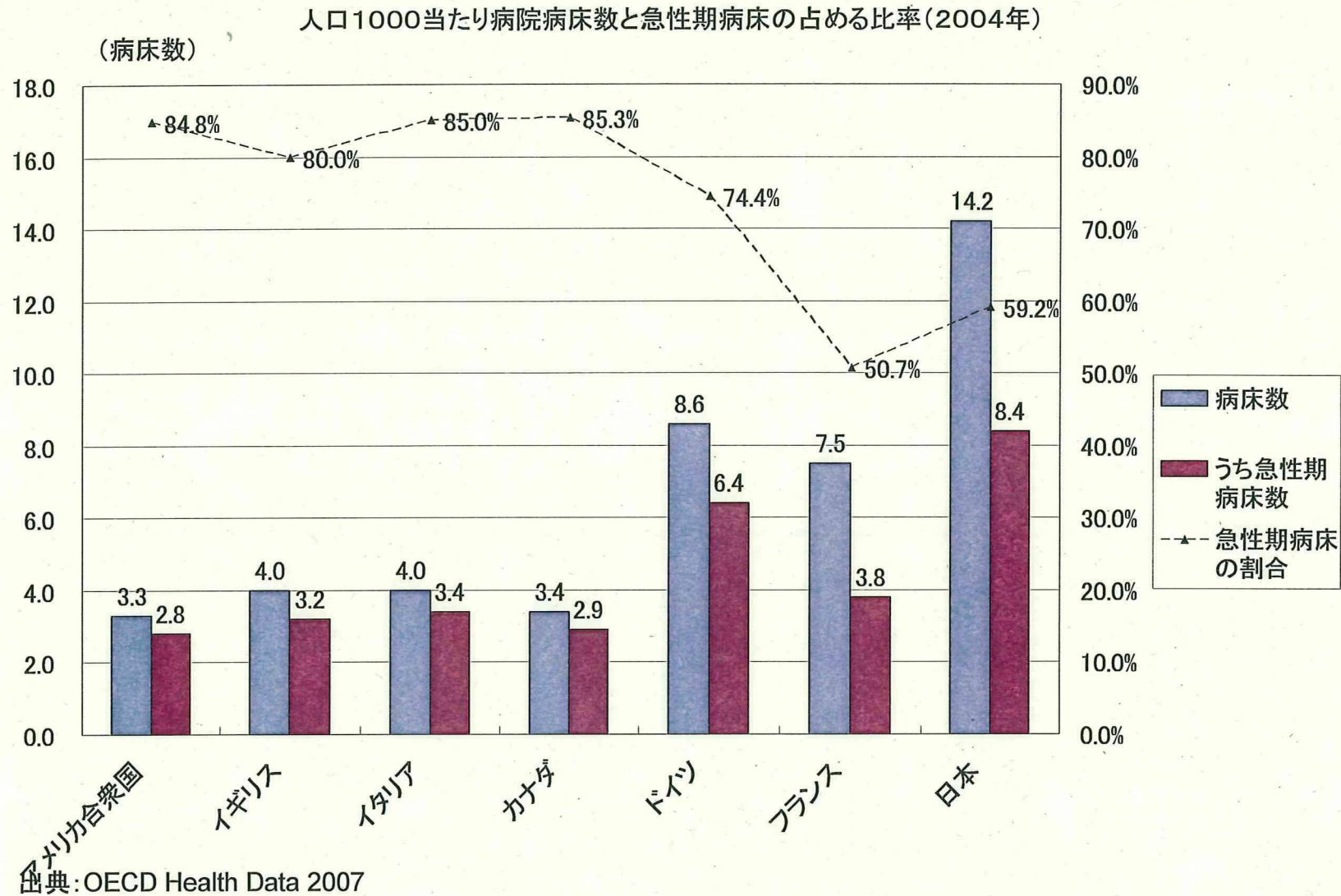
- ・ 年金 — 米英を上回るが、他の欧州諸国をやや下回る規模
- ・ 医療 — 米英とほぼ同規模、他の欧州諸国をやや下回る規模
- ・ その他の給付 — 米国を上回るが、欧州諸国をかなり下回る規模 となっている



(注) OECD: "Social Expenditure Database 2007"等に基づき、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室で算出したもの。いずれも2003年。
 OECD社会支出基準に基づく社会支出データを用いているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用(公的住宅費用、施設整備費等)も計上されている。
 高齢化率は OECD: "OECD in figures 2007"、国民負担率は財務省調べによる(なお、日本の2008年度の国民負担率は40.1%(見通し)。)

G7諸国の人口1000人当たりの病床数の国際比較について

○ 病床数で見ると、約1.7～4倍強の数となっている。



G7諸国の病床当たり病院職員数、平均在院日数、退院数の国際比較について

- 病床当たりの医師数、看護職員数、病院職員数は、日本は他のG7諸国に比較して少ない状況にある。
- 平均在院日数及び外来診察回数では、日本は、外来診療の頻度が高く、かつ入院期間が長い状況となっている。

2004年	100床当たり医師数	100床当たり看護職員数	100床当たり病院職員数（常勤換算）	人口1000人当たり病床数（2005年）	急性期1病床当たりの年間退院数	平均在院日数（急性期）	人口1人当たり外来診察回数
アメリカ合衆国	73.3	237.9	491.3	3.2	43.2	5.6	3.8
イギリス	57.5	227.7	—	3.9	74.1	6.6	5.3
イタリア	103.9	166.4	306.7	—	46.5	6.8	—
カナダ	62.0	286.6	379.3	—	30.2	7.3	6.0
ドイツ	39.5	113.0	127.0	8.5	31.5	8.7	7.0
フランス	44.9	100.1	—	7.5	70.5	5.5	6.6
日本	14.3	63.2	91.6	14.1	12.6	20.2	13.8

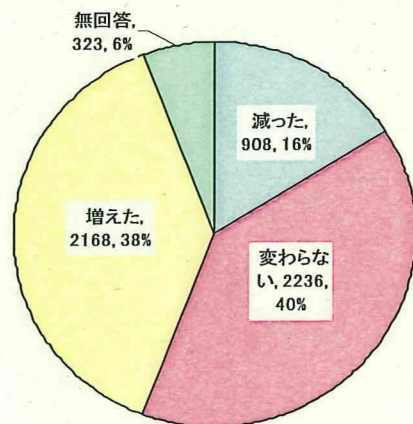
出典: OECD Health Data 2007

注1: アメリカ合衆国の看護職員数は、2002年の数字を用いている。

注2: 日本の年間退院数は、2005年の数字を用いている

病院勤務医の負担が増えた理由

5年前と比較した勤務時間



n=5, 635

増えている理由

患者数および診療時間が増えたほど医師が増えていない

書類を書く時間が増えた

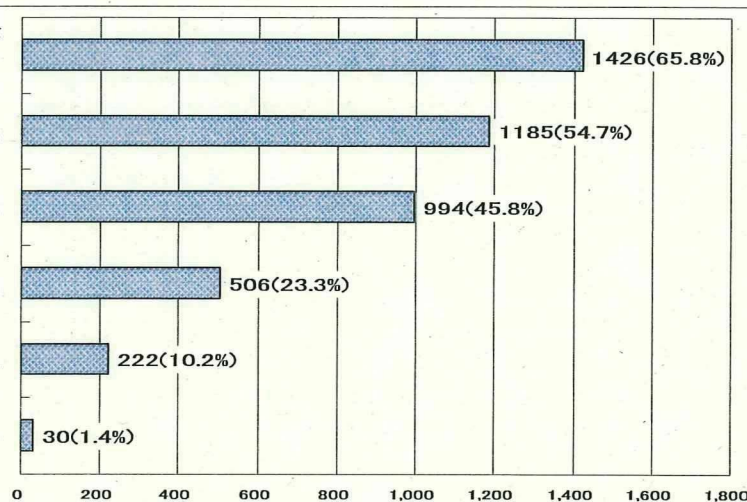
会議その他が増えた

IT化

その他

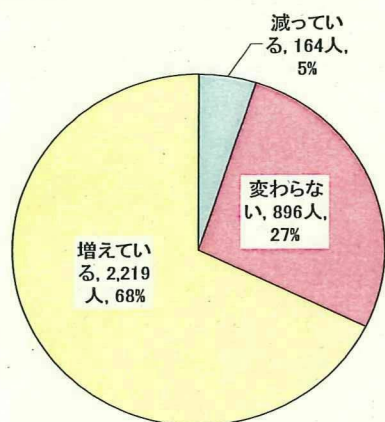
無回答

n=2, 168



平成19年3月 日本病院会 勤務医に関する意識調査報告

3年前と比較した勤務負担



n=3, 279

増えている理由

病院内の診療外業務（会議など）

教育・指導

外来患者数の増加

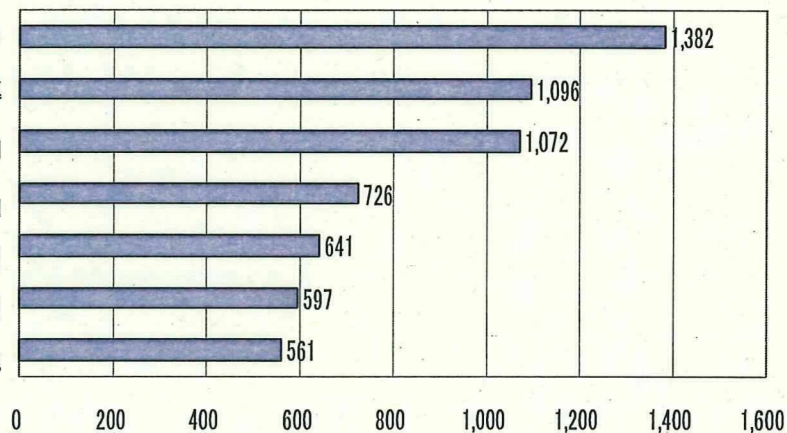
入院患者数の増加

外来患者1人に費やす時間

入院患者1人に費やす時間

その他

n=2, 219

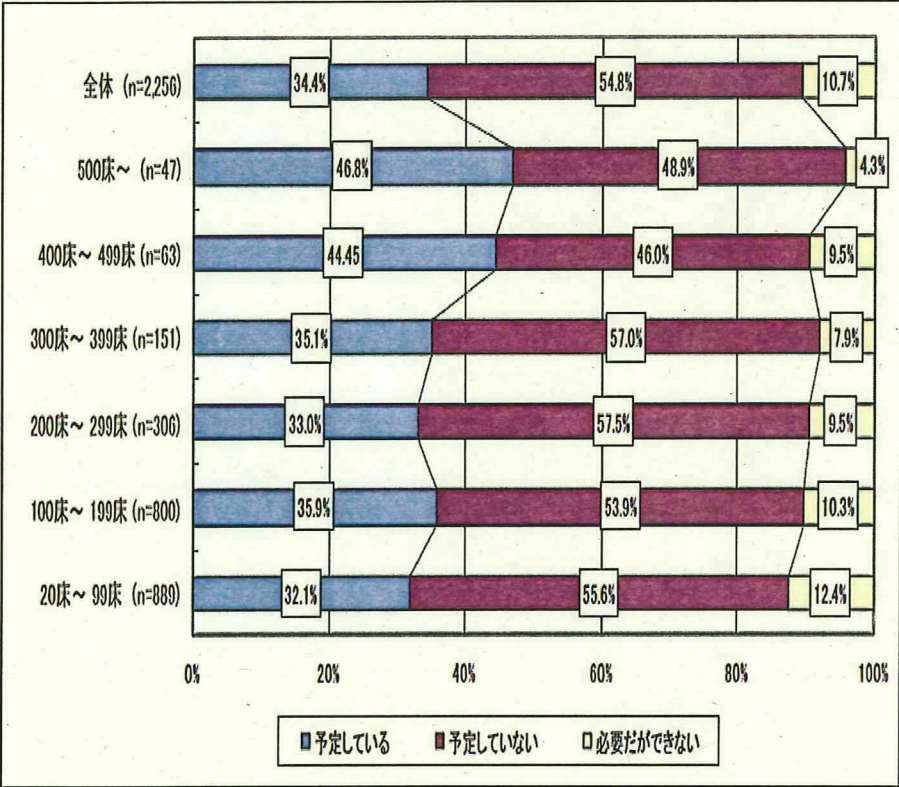


平成18年3月 医師需給に係る医師の勤務状況調査（中間報告2）

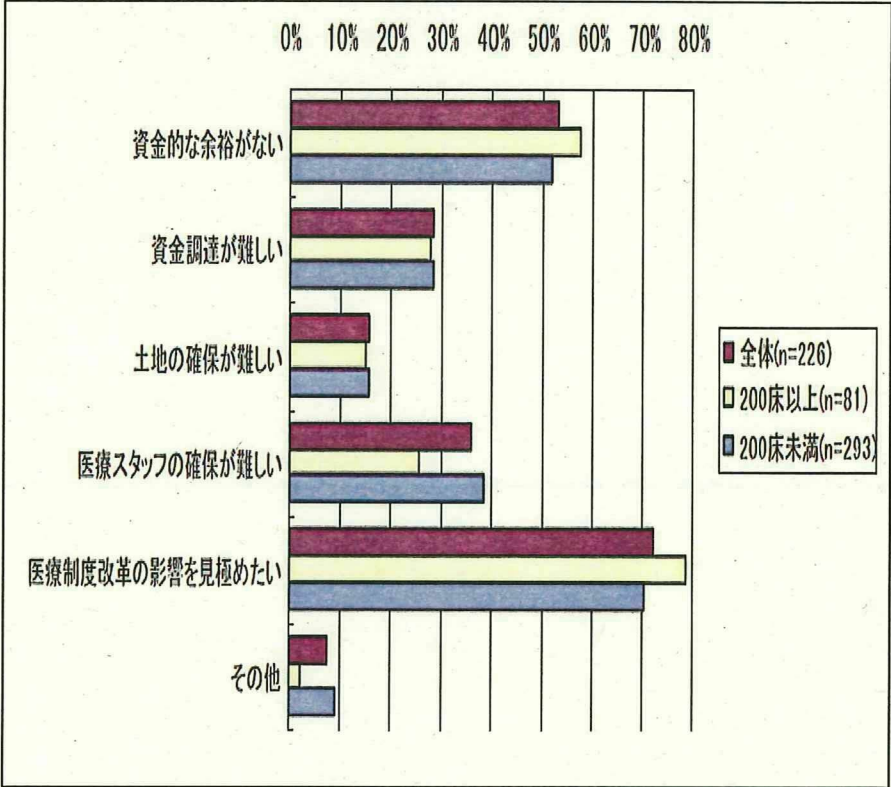
医療機関における建て替え需要の動向

- ・今後の整備予定については、規模の小さい病院ほど「必要だができない」という傾向にある。
- ・また、必要だができない理由としては、「医療制度改革の影響を見極めたい」という回答が最も多いが、それに次いで「資金的な余裕がない」、「資金調達が難しい」といった、費用面の問題を挙げる回答が多かった。

【病床規模別 今後の整備予定】



【整備が必要だができない理由(複数回答)】



出典： 病院の施設整備動向アンケート調査－結果概要－（平成20年1月 独立行政法人福祉医療機構調べ）
調査対象：福祉医療機構の融資の対象となる施設（国、独立行政法人、公立医療機関は含まない）

医療機関経営の状況

(参考)医療経済実態調査の概要(平成19年6月調査)

一般病院・医療法人立	医業収支差	2.5%(前回1.3%)
一般病院・国立	医業収支差	0.3%(前回0.5%)
一般病院・公立	医業収支差	△17.4%(前回△9.1%)
一般診療所・その他	医業収支差	8.7%(前回12.5%)

※「その他」とは、医療法人、市町村立、国民健康保険組合、社会福祉法人、医療生協などの一般診療所である。

平成元年からの一般病院(医療法人立)の収支差の最高値・最低値

高収支率の年 7.4%(平成元年)

低収支率の年 1.3%(平成17年)

(参考)医業収支差がマイナスとなっている病院の例

こども病院(小児総合医療施設)	△31.3%
一般病院(500床以上)	△9.4%
一般病院(500床以上)(国公立を除く。)	△2.7%

施設・居住系サービスの整備等

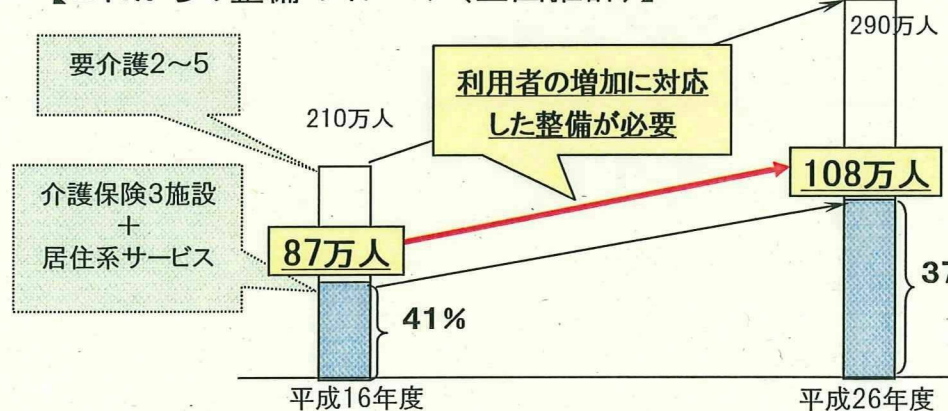
参考10

- 高齢者が、可能な限り、居宅において継続して日常生活を営むことができるような基盤整備を進めていく必要があるが、施設・居住系サービスについても、高齢化の進展に対応して、引き続き、整備を進めていく必要がある。
- 近年は、施設・居住系サービスの中でも、グループホーム等の伸びが大きく、サービスの多様化が進んでいる。

平成16年度 要介護認定者数（要介護2～5）に対する施設・居住系サービス利用者の割合は41%

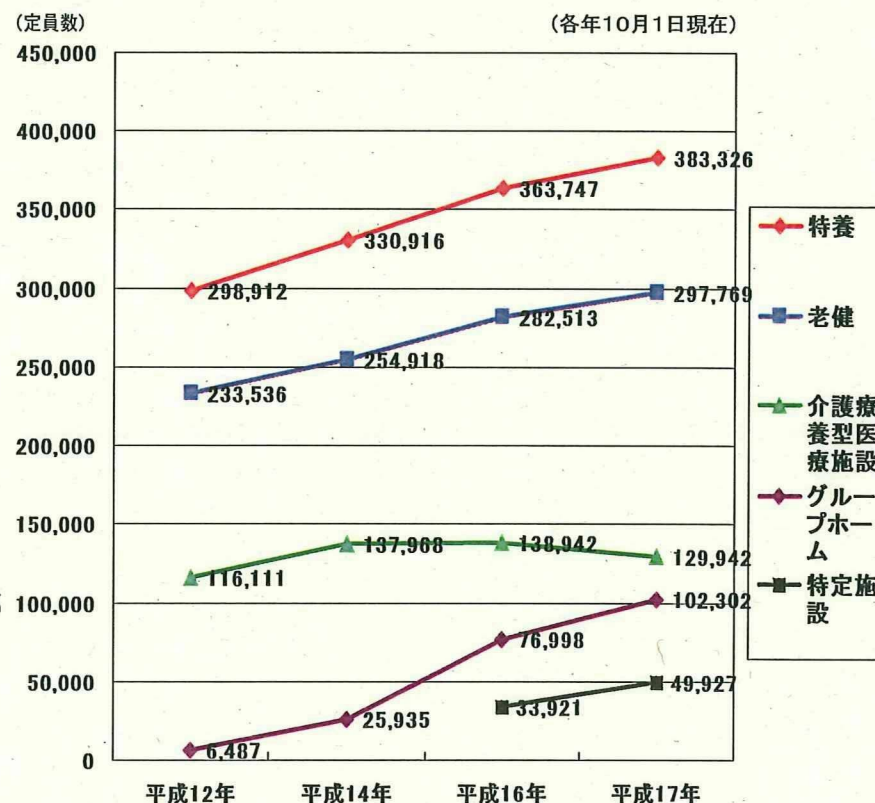
これを、平成26年度には37%以下とする。
（平成16年度の41%から1割引下げ）

【これからの整備のイメージ（全国推計）】



施設・居住系サービス
＝特養、老健、介護療養型医療施設、認知症高齢者グループホーム、介護専用型特定施設

（参考）介護保険3施設等の定員の推移



（注）特定施設については、利用者数である（平成14年以前の統計は存在しない）。

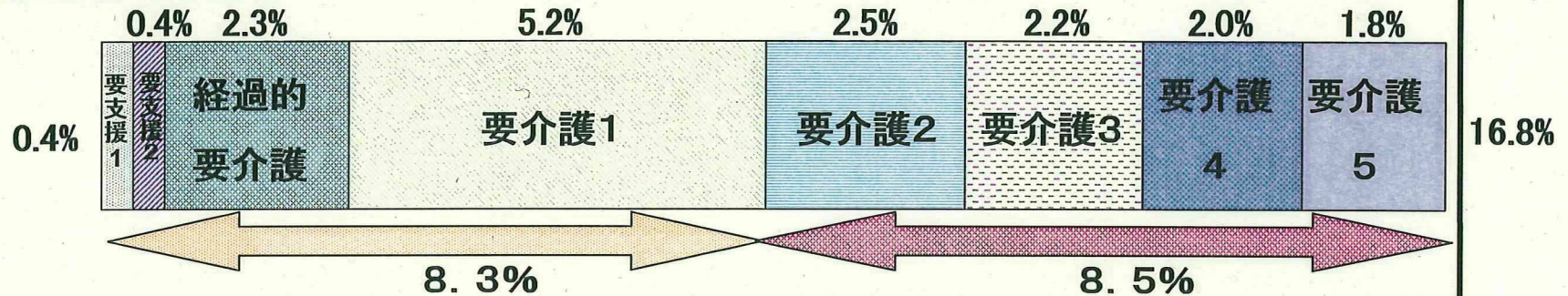
（出典）介護サービス施設・事業所調査

65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

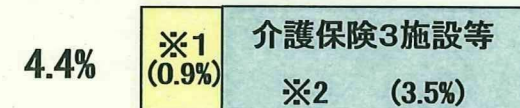
○要介護度別認定者割合

出典) 平成18年5月 介護保険事業状況報告



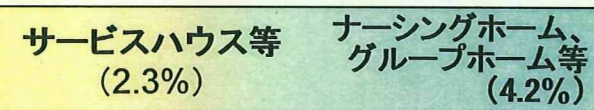
○各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本（2005）

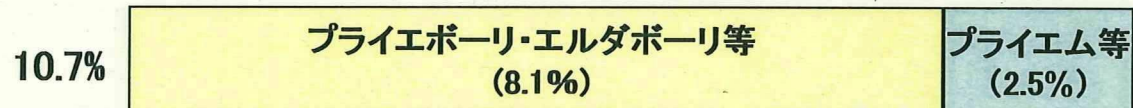


スウェーデン(2005)※3

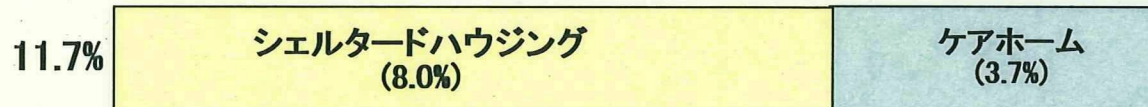
※制度上の区分は明確ではなく、
類型間の差異は小さい。



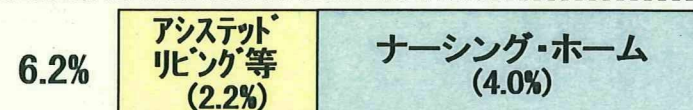
デンマーク（2006）※4



英国（2001）※5



米国（2000）※6



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。

※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※5 Elderly Accommodation Counsel (2004)「the older population」

※2 介護保険3施設及びグループホーム

※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

介護職員数の将来推計

参考11

○ 介護職員数は、今後10年間で年間平均4.0～5.5万人程度増加することが見込まれる。

I 介護サービス対象者数の推計

○ 要介護認定者等数、介護保険利用者数及び75歳以上高齢者数の推計

単位：万人

		平成16年 (2004)	平成20年 (2008)	平成23年 (2011)	平成26年 (2014)	平成36年 (2024)	平成42年 (2030)
要介護認定者等数	予防効果なし [A]	410	520	580	640	—	—
	予防効果あり [B]	—	500	540	600	—	—
	[C]	330	410	450	500	—	—
介護保険利用者数	うち 施設	80	100	100	110	—	—
	うち 在宅	250	310	350	390	—	—
	[D]	1110	1290	1430	1530	1980	2100
75歳以上高齢者数		1110	1290	1430	1530	1980	2100

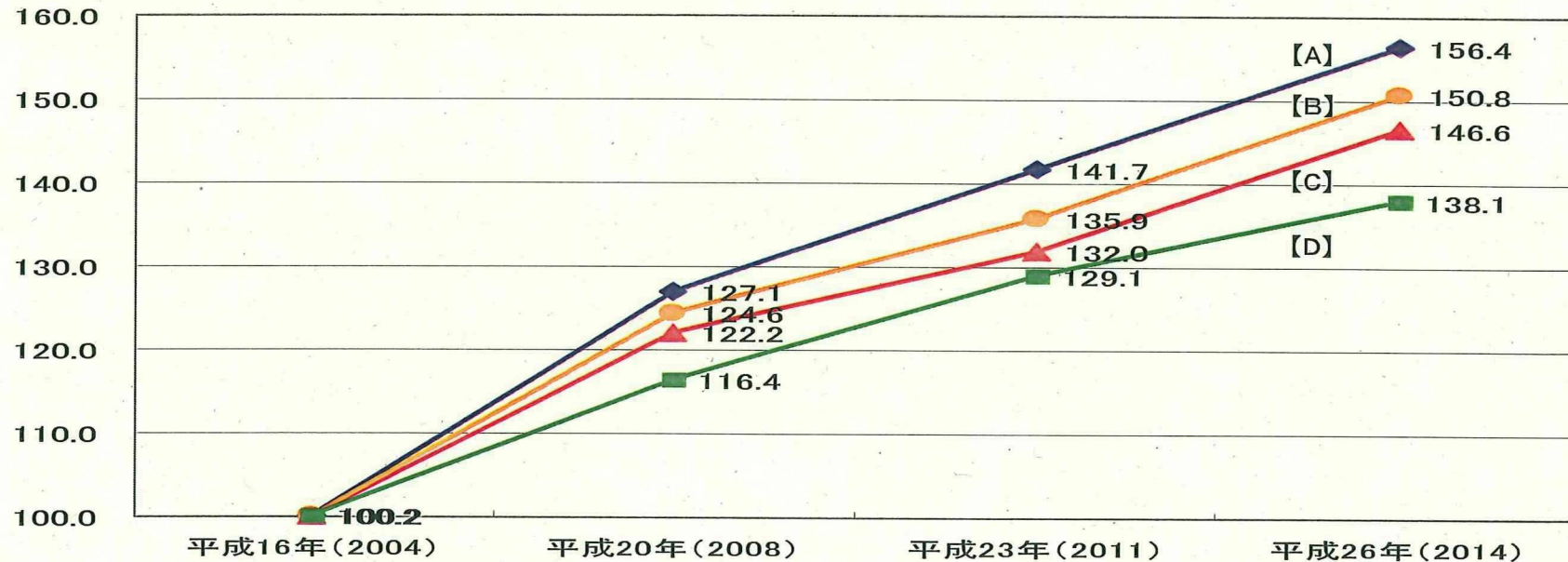
<出典> 要介護認定者等数：第18回社会保障審議会介護保険部会(平成16年10月29日)資料 介護保険利用者数：第19回社会保障審議会介護保険部会(平成16年11月15日)資料
75歳以上高齢者数：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口(平成14年1月推計)」

(注1) 介護保険利用者数[C]は、現行の要介護認定者等数[A]がベース。なお、要介護認定者等数と一致しないのは、入院、家族介護等により、介護保険の利用率が8割程度であるため。
(注2) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口(平成14年1月推計)」によると、2030年が後期高齢者数のピーク。

II 介護保険事業に従事する介護職員数(実数)の推計

○ 平成16年の介護職員数(100.2万人)を基準に、Iの各推計と同じ伸び率で増加すると想定して算定

(万人(実数))



(注3) 介護職員は、介護保険施設及び居宅サービス事業所等における従事者のうち、介護福祉士、訪問介護員等の介護関係業務に従事する者をいう。<出典> 平成16年の介護職員数：

(注4) [C]のケースの推計は、施設・在宅別に推計したものを合計したもの。

平成16年介護サービス施設・事業所調査