



Point of View

高齢化社会にまつわる 3つの勘違い

これまで世界が経験したことのないスピードで進む日本の高齢化。

国民の間には、〃日本中で〃高齢者が増え続けるとの認識がある。

だが、現実はどうと筆者は言う。

高齢者が急増する社会は間もなく終わりを告げる。

現役世代の負担を減らす対応に舵を切るべきときだ。

高橋 泰

(国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野分野責任者・教授)

皆が勘違いしている状況は、怖い。

戦争、バブル崩壊など、歴史上これまで幾度となく、多くの人々が社会の将来に対して共通の勘違いをした結果、誤った世論が形成され、実情に合わない方向に世の中が進んでいったからである。

我が国が直面している高齢化社会に関しても、実は同じことが言えるのではないか。

以下に日本の高齢化の現状と将来を語った短い文章を示す。この文章を読んで「当たり前の内容」と感じるならば、あなたは日本の高齢化社会の現状と将来に対して大きな勘違いをしている一人である。

また、そう感じる人が多ければ、

国民の多くが共通の勘違いをしているといえる。

「日本では、これまで世界が経験したことのないスピードで高齢化が進んでいる。このまま進行すると現役世代が支えきれなくなってしまうことが明らかなので、現在、税と社会保障の一体改革が議論されている。今後数十年、日本中で高齢者が増え続け、特に高齢化が進んでいる過疎地を中心に、全国共通の問題として早急に対策を進める必要がある」

高齢者が 増えない社会へ

勘違いが潜んでいるのは、「今後数十年、日本中で高齢者が増え続け、

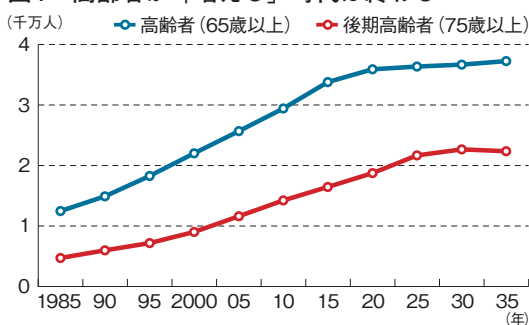
特に高齢化が進んでいる過疎地を中心に、全国共通の問題として早急に対策を進める必要がある」の部分であり、この中に、①「今後数十年、高齢者は増え続ける」②高齢化対策は「過疎地中心」③高齢化を「全国共通の問題」という、少なくとも3つの勘違いが含まれている。

だが、国民の多くが3つの勘違いをしたままだと今後数十年増え続ける高齢者に対応するため、従来通り、全国一律に施設整備を継続すべきという結論に達する可能性がある。そうしなければ冒頭に述べたように、今後進行する高齢化社会の実情に合わない方向に、社会を導く可能性がある。3つの勘違いのうち①の認識は早



写真・高齢化社会への対応はデータに基づいた冷静な議論が必要だ (提供・時事)

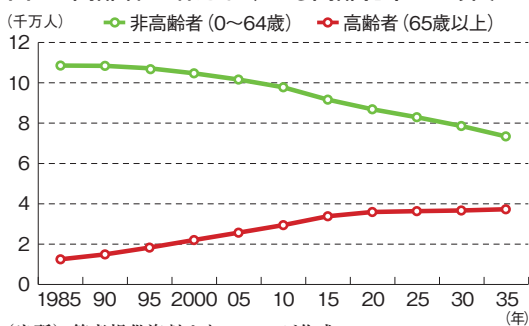
図1 高齢者が「増える」時代は終わる



◎高齢化率ばかり見ていると将来を見誤る

$$\text{高齢化率} = \frac{(65歳以上の人口)}{(0 \sim 64歳の人口) + (65歳以上の人口)}$$

図2 高齢者は増えなくても高齢化率は上昇する



(出所) 筆者提供資料よりウェッジ作成

急に変わる必要がある。

図1を見てほしい。65歳以上の高齢者（以下、高齢者）は2020年を過ぎるとほとんど増えなくなり、30年過ぎには、75歳以上の後期高齢者（以下、後期高齢者）が減り始めることが分かる。

図2は、年齢層を2つに分けた我が国の人口推移を示す。高齢者は、20年以降、ほとんど増えない。これは、1947～49年生まれの団塊の世代が65歳を超えるため、高齢者数の伸びが止まることに起因している。

それでは、なぜ「高齢者は増え続ける」という勘違いしてしまうのだろうか。それは、「高齢化率の上昇＝高齢者数の増加」と思い込んでいるからではないか。

高齢化率は、左に示す式で算出される。これから、65歳以上人口が増加すると高齢化率は上昇するが、0～64歳人口（以下、非高齢者）が減少しても、高齢化率が上昇することがわかるだろう。

再び非高齢者の人口推移を示す図2の緑の折れ線に注目してほしい。非高齢者人口は、05年頃から急速に減少し始め、その傾向は今後数十年続く。一方、高齢者人口の伸びは15年以降止まり、高齢化率の分子は大きくならないが、非高齢者人口の減少による分母の縮小は20年以降も続くので、高齢化率はその後も上昇を続ける。今後は、高齢化率は上昇するが、高齢者は増えない。つまり、「高齢化率が上昇＝高齢者も増え続ける」という思い込みは、勘違いなのである。

「このように思い込みは、勘違いなのである。」

次に、医療・介護の支援が実際に必要となってくる後期高齢者の人口動態を説明する。後期高齢者は95年頃から急速に増え始め、その30年後の25年にかけて700万人から2100万人と、3倍に膨れ上がる。20年で頭打ちになる高齢者人口と比べ、後期高齢者人口が5年後の25年まで増え続ける理由は、12～14年にかけて65歳を超える団塊の世代が、その10年後の22～24年にかけて、後期高齢者になるからである。

一方、30年を過ぎると、後期高齢者数は非常にゆっくりだが、減少し始める。背景には、団塊の世代が75歳を超えると、その後の75歳超えの流入が緩やかになる一方で、死亡者数が急激に増え始めるからである。

「高齢者は今後数十年間、増え続ける」という勘違いにより、現在でも多くの企業経営者や自治体の首長は、更なる高齢者施設を建設しようとしている。

しかし、「自分の地域でも高齢化率は上がり続けるが、高齢者が増えるのは、あと5年、後期高齢者が増えるのも、あと10年ちょっと」ということに気付けば、施設の新規建設を思いとどまる場合も多いだろう。

こうした事実を踏まえ、そろそろ社会全体の高齢化対策の方向を、「激増する高齢者への対応」から、「急速に先細る非高齢者世代の負担をできる限り小さくする対応」へと、舵を切り替える必要はない時期に差し掛かっているといえよう。

日本は生産年齢人口の減少に直面しているが、世界には生産年齢人口が増えすぎ、若者の失業問題に困っている国も多い。そろそろ我が国も、若者の労働力を輸出したい国からの効果的かつ大量の労働力の受け入れを本気で検討する必要があるだろう。

また、社会に対してできる限り負担をかけないような老い方・死に方を受容する方向で、国民一人一人の意識変革も必要になってくるだろう。

東京・名古屋・大阪に集中する高齢者増

20世紀、日本は特に過疎地域の高齢化が都市に先行する形で急速に進み、数年前までの、「高齢化＝過疎地の問題」という見方は正しかった。またこれまで都市部の高齢化の進行がゆっくりしていた影響で、現状ではまだ、地方の方が都市部よりも高齢化率が高い。そのため、現在でも多くの人が「高齢化＝過疎地の問題」という共通の勘違いをしている。

現実には05年頃から都市部の高齢化のスピードが急上昇をはじめ、逆に、地方の高齢化率の伸びが緩やかになってきており、高齢化が過疎地の問題から都市部の問題になりつつあるのだが、未だ多くの人がこの現実を認識していない。

10～25年にかけて、全国では700万人の後期高齢者が増加する。その増加分の50%以上が、日本の国土面積のわずか2%に相当する首都圏、大阪圏、名古屋圏に集中する。

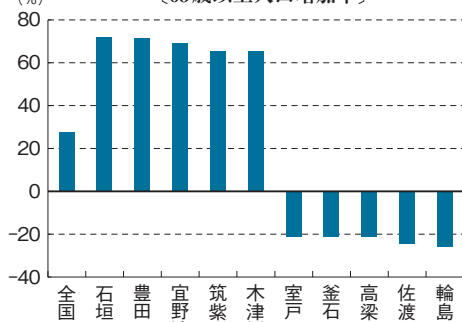
一方、地方では、後期高齢者数の伸びは緩やかになり、後期高齢者人口がこれから減少に転じる地域も少なくない。

日本社会は、今後20年弱の間、爆発的に増加する大都市の後期高齢者の対応に、持てる力を集中せざるを得ない状況にある。緊急を要する大都市の高齢化対策をこれ以上遅らせてはならない。

特に東京23区内は、後期高齢者一人当たりの特別養護老人ホームや老人保健施設のベッド数が、現状でも全国平均の半分程度の水準である。加えて、後期高齢者は今後20年間で7割以上の急増が見込まれる。都内に住む後期高齢者は、現在でも施設入所が容易ではないが、今後はますます困難になっていくだろう。東京

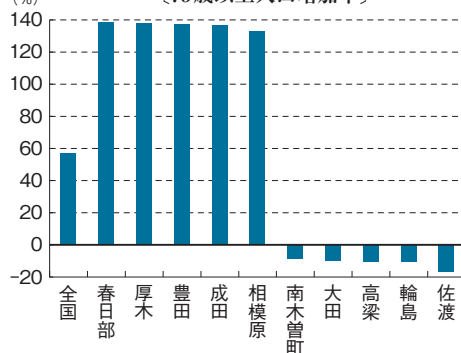
図3 各地域の高齢化の進展度 2010年から25年間でこんなに異なる

〔65歳以上人口増加率〕



(出所) 筆者提供データよりウェッジ作成

〔75歳以上人口増加率〕



の住民が、余力のあるうちにお金を持って高齢者の受け入れ施設の余裕がある西日本や海外へ引越すことは、有力な老後対策の一つだろう。

高齢者数増減は地域で違いがある

全国的に見れば、10～35年にか

て日本の総人口は、13%減少すると予測されている。一方、高齢者人口は、2945万人(10年)から3728万人(35年)へと27%も増加し、後期高齢者人口は、1421万人(10年)から2235万人(35年)と、57%も増加する。だが、全国一律ではなく、地域によって人口推移のパターンが驚くほど大きく異なる。

図3を見てほしい。高齢者および後期高齢者の35年時点の人口増減率を地域別に示したものである。石垣(沖縄県)地域は、10年時点の高齢者人口が9242人だが35年には1万5876人になり72%増になることが予測されている。同じく現在比較的小さい地域である豊田(愛知県)、宜野湾(沖縄県)、筑紫野(福岡県)、木津川(京都府)なども66%以上の増加が予測されている。一方、輪島(石川県)、佐渡(新潟県)は、高齢者人口が25%以上、高梁(岡山県)、釜石(岩手県)、室戸(高知県)も20%以上の高齢者人口の減少が予想される。

後期高齢者の増減の地域差は、さらに大きい。

例えば春日部(埼玉県)地域では、10年時点の後期高齢者が8万2978人だが、35年には19万7904人と139%も増加する。厚木(神奈

川県)、豊田(愛知県)、成田(千葉県)なども、後期高齢者が25年間で130%以上増加すると予想される。一方、佐渡(新潟県)、輪島(石川県)、高梁(岡山県)、大田(島根県)は、いずれも10%以上減少することが、予測されている。

図3が示すように、高齢化を「全国一律」の問題と考えるというのは勘違いである。国がこの認識に基づき、高齢化対策を全国一律に進め、地方もそれを受け入れようとする傾向がある。その結果、施設建設が困難な大都市の高齢者増に適した「在宅ケア推進」という政策が、地域性をあまり考慮せず、全国一律に施行され、人口密度の低い地域では、採算割れにより在宅ケアが継続できなくなる事業所が続出するなどの問題が起きる可能性が高い。

今後は、高齢化を「地域固有」の問題として捉え、都市には都市の、過疎地には過疎地の人口動態や人口密度に応じた対策を早急に用意すべきである。時間は待ってくれない。

〔たかはし・たい〕1959年生まれ。金沢大学医学部、東大病院研修医、東京大学医学系大学院(医学博士)、米国スタンフォード大学アジア太平洋研究所客員研究員、ハーバード大学公衆衛生校武見フェローを経て、97年より国際医療福祉大学教授、2009年より現職。

巻末資料2 医療需要ピークの計算方法

以下の表に示す医療費は、平成22年度の国民医療費に示された年齢階級別医療診療医療費の額である。この総額を、2010年の国勢調査の年齢階級別人口で割ることにより、各階層一人当たりが、1年間でどの程度医療費を使うかが計算できる。

	2010年	2010年	2010年	
	人口 (人)	医療費 (億円)	1人医療 費 (千円)	比率
65歳未満	98,811,667	116,531	117.9	1
65－75歳	15,173,475	60,319	397.5	3.4
75歳以上	14,072,210	95,378	677.8	5.7
全体	128,057,352	272,228	212.6	1.8

65歳医療費を1とすると、65－74歳医療費は3.4に、75歳以上は5.7になる。

医療需要点数は、

$$= (0-64歳人口) + 3.4 \times (65-74歳人口) + 5.7 \times (75歳以上人口)$$

で、算出する点数であり、今後各年代が現在と同じ比率で医療費を消費するという仮定に基づき、人口の推移につれて医療需要がどのように変化するのかを計算するために用いる。各年の医療点数を計算し、その点数のピークとなる時期や、2010年と比較して何%、医療点数が増減したかを計算する。

巻末資料 3：二次医療圏データベースとは

全国レベルの目標を意識しながら各地域の進むべき方向性を示すには、まず全国の地域の医療提供体制を同じ物指しで測定して、全国の二次医療圏の医療福祉の提供量を全国平均を偏差値 50 とする偏差値で表現する必要がある。筆者は 2010 年頃より、各地域の人口動態から、各地域の医療福祉の整備体制の進むべき方向性を明らかにしたいと考え、必要なデータベースを探したが、この目的に沿うようなデータベースは存在しなかった。

そこで筆者と石川雅俊（当時、国際医療福祉大学大学院博士課程）と株式会社ウェルネスの 3 者が、二次医療圏データベースを共同で開発した。二次医療圏データベースとは、「医療・福祉資源情報」と「二次医療圏ごとの地理データ（年齢階級別人口、面積など）」を組み合わせマイクロソフト・エクセル上で展開したデータベースである。二次医療圏データベースは 2011 年 1 月 10 日より Web 上で公開、その後 3 回のバージョンアップを行い、現在はバージョン 4 である。また、国立社会保障・人口問題研究所が 2013 年 3 月Ⅱ発表した市区町村別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）のデータや、2012 年秋から 2013 年 3 月中に行われた二次医療圏の組み換えに対応したバージョン 5 を、2013 年 6 月に公開予定である。以下のアドレス（<http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>）から無償でダウンロードすることができる。是非、データを参照したり、活用されたりすることを強くお勧めする。

以下に、二次医療圏データベース(ver.4)の中心的な役割を果たす「巧見（たくみ）くん」というシートの内容を示す。各二次医療圏の病床情報、病院勤務医数、看護師やセラピストの数、病院や施設や高齢者住宅数に関する情報、人口、人口密度、面積、年齢階級別の 2010 年から 35 年までの 5 年ごとの人口推計データが示されている。

二次医療圏	色指定	二次医療圏略称	市町村概要	病院数	病床数
全国				8,658	1,672,549
南渡島		函館(北海道)	函館市、北斗市及び周辺部	38	8,140

一般病床数	療養病床数	精神病床数	結核病床数	回復期病床数	感染病床数	病院勤務医数	看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
915,096	333,717	349,345	10,872	61,697	1,822	157,166	682,604	161,126	47,541	30,795	9,663
4,467	1,372	1,893	80	322	6	539	2,984.2	1,027.4	176	119	58

DPC対象病院	大学病院	救急救命センター	地域医療支援病院	がん診療拠点病院	周産期母子医療センター	総合入院加算	老人保健施設収容数	特別養護老人ホーム収容数	高齢者住宅数			
									有料老人ホーム	グループホーム	高齢者住宅計	その他計
1,333	163	203	298	377	337	202	308,426	396,267	235,778	157,413	76,102	170,849
6	0	1	1	2	2	1	1,394	1,423	841	1,015	386	989

人口	人口密度	面積	2010年(総人口)	2015年(総人口)	2020年(総人口)	2025年(総人口)	2030年(総人口)	2035年(総人口)	2010年(65歳以上人口)	2015年(65歳以上人口)
127,176,445	344.4	369,271	127,176,445	125,430,199	122,734,999	119,269,818	115,223,669	110,679,388	29,405,117	33,773,129
404	151.2	2,670	403,764	383,791	361,192	337,002	312,070	286,853	109,396	121,437

巻末資料4：日医総研のワーキングペーパーへのアクセス方法

二次医療圏データベースをもとに都道府県ごとに医療資源の偏りなどを分析したレポートは日本医師会総合政策研究機構（日医総研）のホームページで公開されている。ぜひ、地域の医療計画の策定などに役立ててほしい。

検索エンジンに、「日医総研」と入力

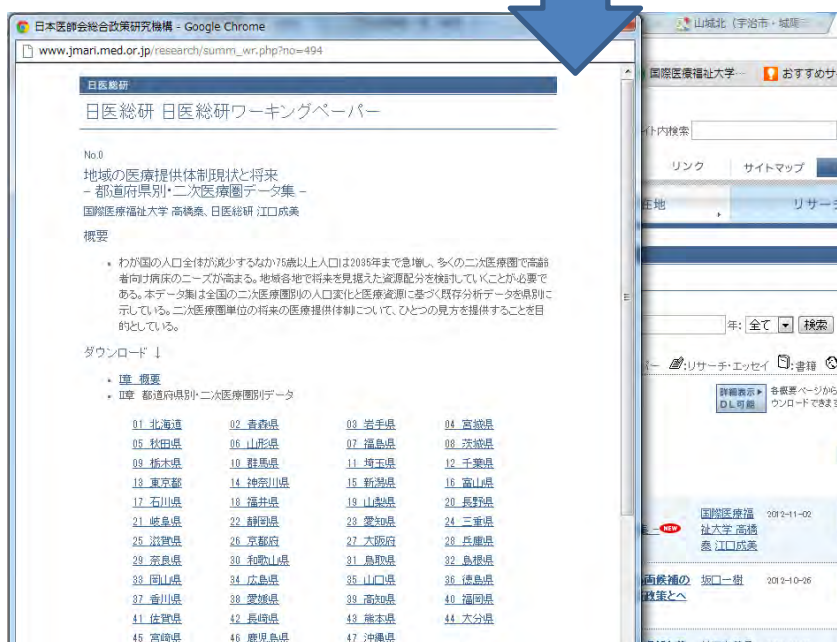


日本医師会総合政策研究機構をクリック



リサーチをクリック

(地域の医療提供体制現状と将来
—都道府県別・二次医療圏データ集)
をクリック



(必要とする都道府県をクリックすると、PDF ファイルをダウンロードすることができる)

社会保障制度改革国民会議提出資料

2013年4月19日

増田 寛也

本日のプレゼンテーション項目

- I 医療・介護が地域経済・雇用・産業にどう影響を
与えるか……………P1
- II 新たな地域医療政策について……………P9
- III 医療・介護の提供体制の改革とまちづくり・
都市再生について……………P18

I 医療・介護が地域経済・雇用・産業にどう影響を与えるか (基本的な認識)

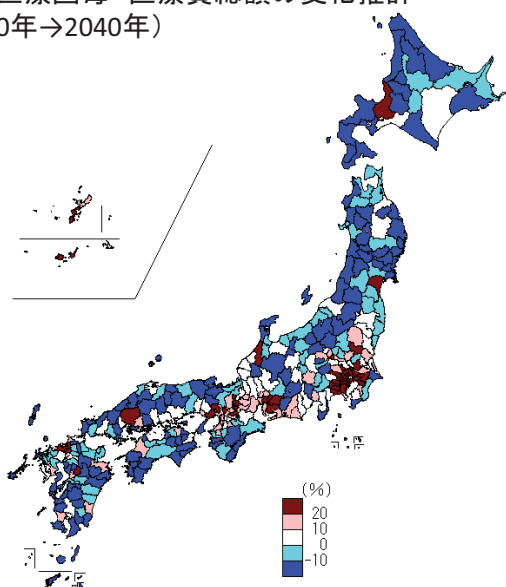
- ・ 医療・介護の状況は、費用ベースで見ても地域によって極めて多様である。
- ・ 医療・介護は、地域の雇用に対して大きな役割を果たしている。
- ・ 一方、今後地域の消費や経済規模は縮小していくため、その費用負担や雇用を地域経済で支えていくのは困難になる。
- ・ 以上を考えると、社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。また社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。

1

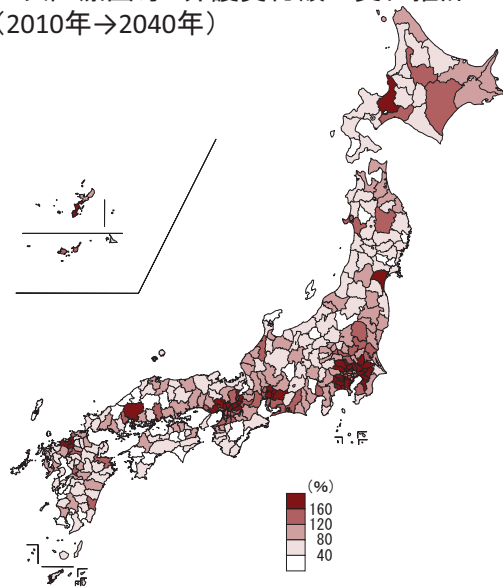
2040年までの医療費・介護費の変化(医療費・介護費別)

・年齢階層別の一人あたり医療費・介護費を一定と仮定し、将来の人口動態にあわせて費用変化を推計すると、医療費は人口減少の影響で地方は減少、都市部は高齢化の影響で増加。他方、介護費はほとんどの地域で増加、特に都市部で増加額が大きい。

二次医療圏毎 医療費総額の変化推計
(2010年→2040年)



二次医療圏毎 介護費総額の変化推計
(2010年→2040年)



厚生労働省『平成22年度国民医療費』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。
年齢階層別医療費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

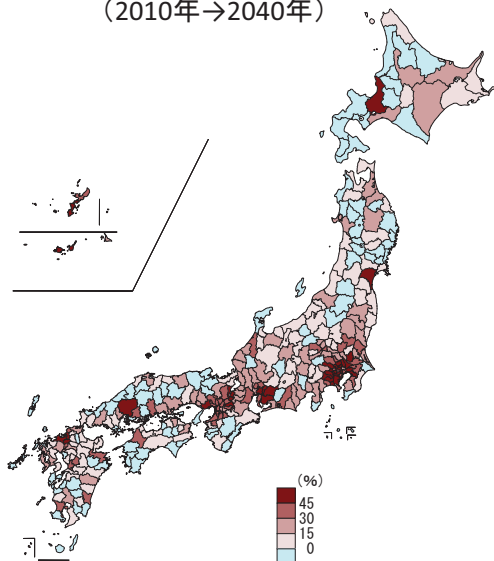
厚生労働省『介護給付費実態調査』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。
年齢階層別介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

2

2040年までの医療費・介護費の変化

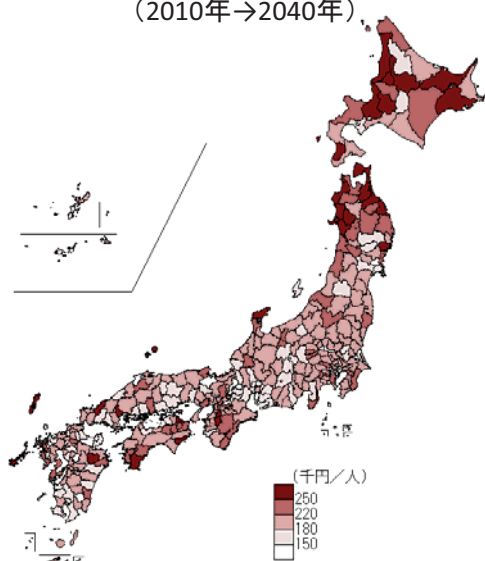
- ・医療費・介護費合算の変化率を見ると、都市部を中心に増加する地域が多い。
- ・また、人口一人あたり医療費・介護費の変化額でみると、20万円以上の増加になる地域もあるなど、費用の負担は重くなる。

二次医療圏毎 医療費＋介護費の変化率
(2010年→2040年)



厚生労働省『平成22年度国民医療費』、『介護給付費実態調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。年齢階層別医療費・介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

二次医療圏毎 人口一人あたり医療費＋介護費の変化額
(2010年→2040年)



厚生労働省『平成22年度国民医療費』、『介護給付費実態調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。年齢階層別医療費・介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

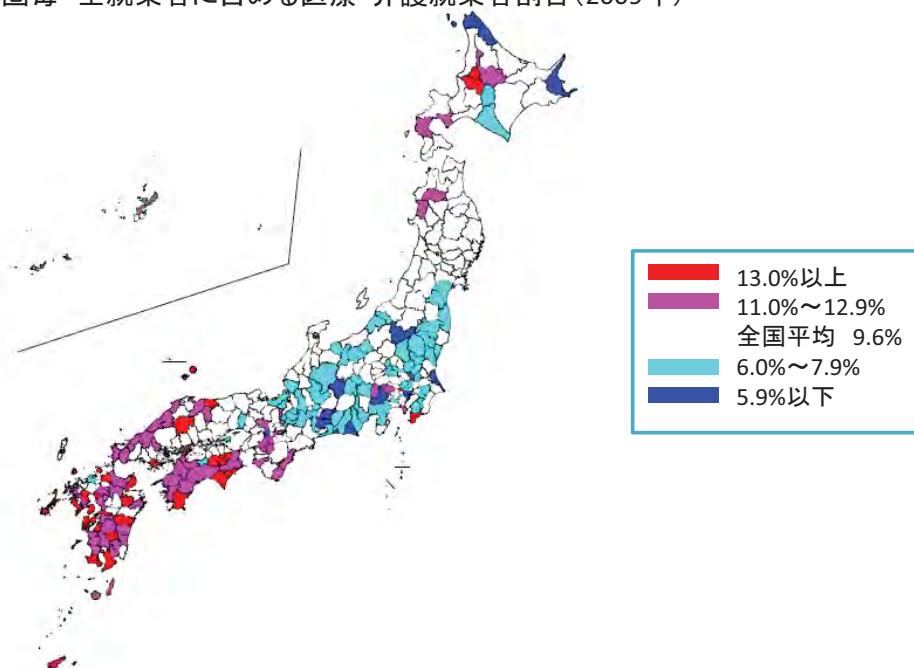
※あくまで医療費・介護費の費用増加のイメージであり、一人あたりの保険料負担の増加額を示すものではない。

3

医療・介護と地域の雇用

- ・二次医療圏毎に、全就業者に占める医療・介護就業者の割合をみれば、特に地方部においては10%を超えている地域もある。医療・介護は地域の雇用を支えている面がある。

二次医療圏毎 全就業者に占める医療・介護就業者割合(2009年)



総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』より作成

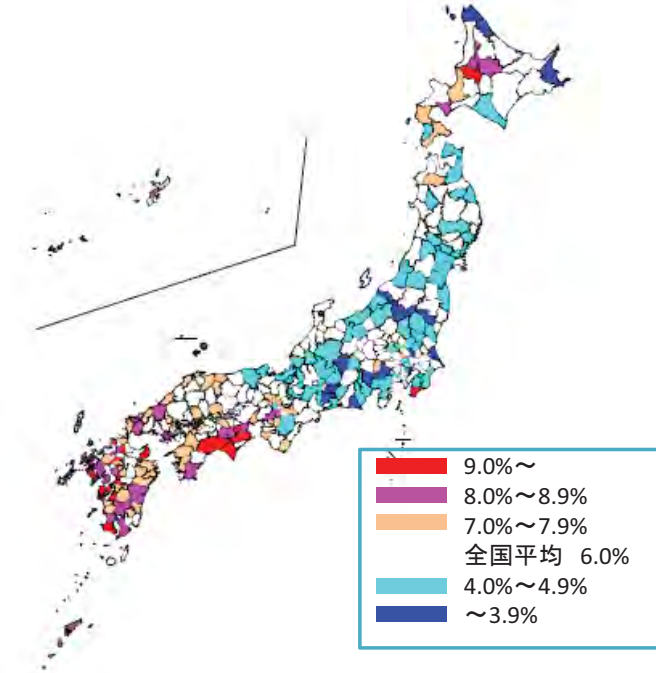
※ここで医療・介護従事者とは、病院等医療・介護業の事業所に勤める人員を指す。医師・看護師・介護士等の医療・介護従事者に加え、事務員等も含まれる。

4

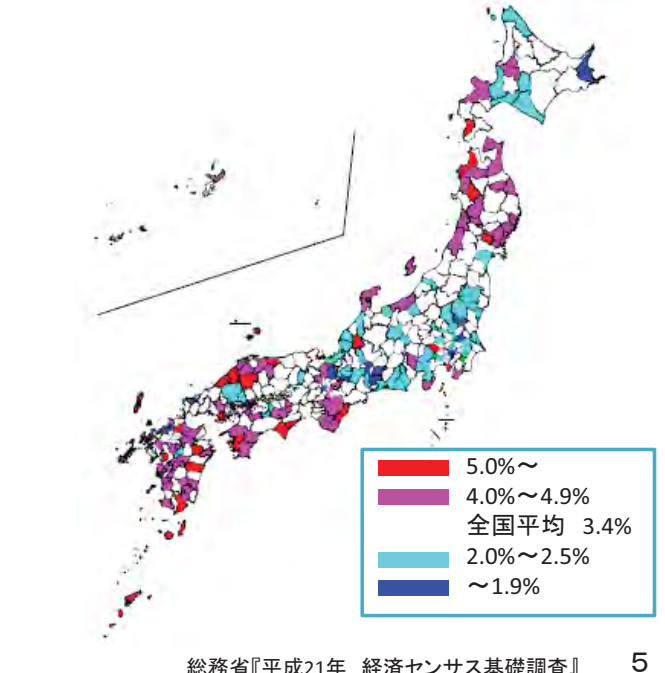
(参考)医療就業者、介護就業者別の割合

・就業者の割合を医療と介護と比較すると、西日本は医療・介護ともに全国平均対比高くなっているのに対し、東北地方では医療の割合が低く、介護の割合が高くなっている。

二次医療圏毎 全就業者に占める医療就業者割合
(2009年)



二次医療圏毎 全就業者に占める介護就業者割合
(2009年)



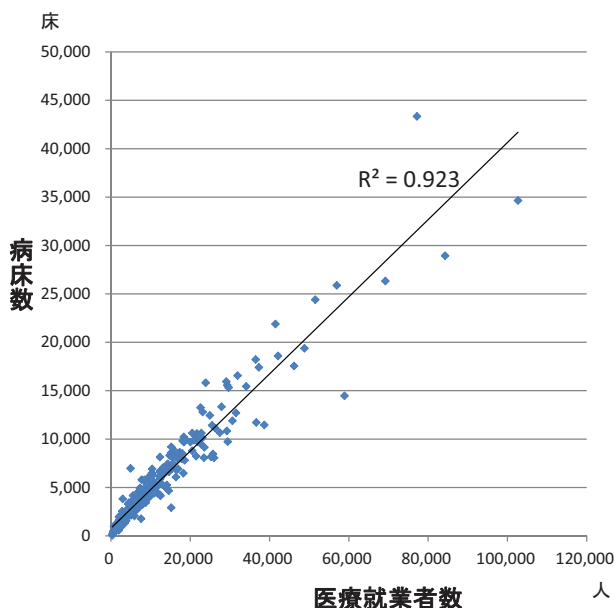
総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』

5

医療就業者、介護就業者別の割合

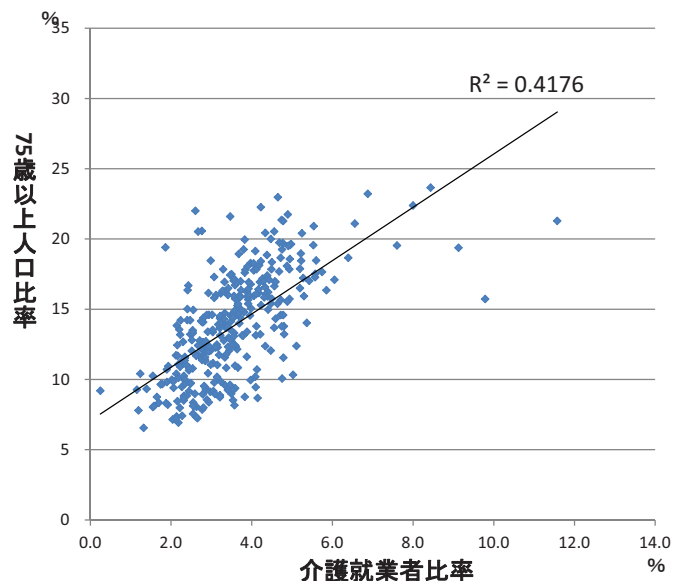
・二次医療圏毎にプロットすると、医療就業者数は病床数との相関が高く、介護は75歳以上人口比率との相関が高いことがわかる。

二次医療圏毎 病床数と医療就業者数の相関



総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』及び
ウェルネス『二次医療圏データベース』より推計

二次医療圏毎 75歳以上人口比率×介護就業者割合の相関図



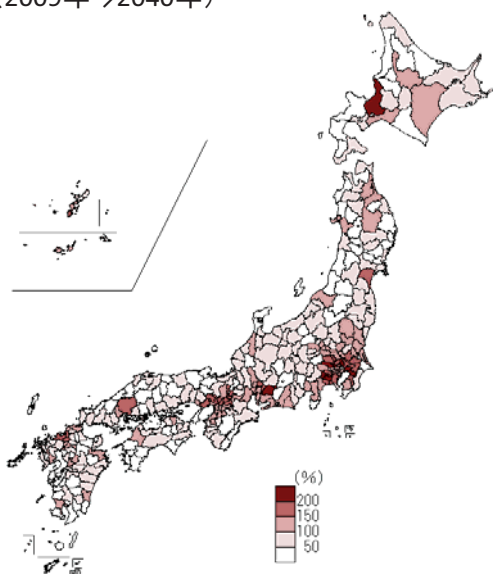
総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』及び
総務省『国勢調査』より推計

6

2040年までの介護就業者の変化

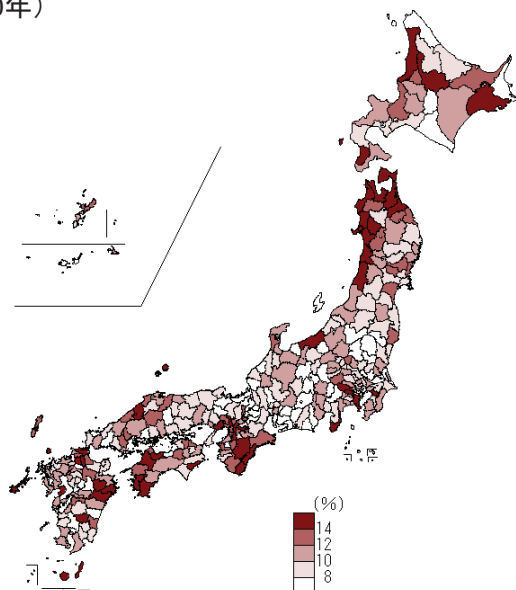
・2040年までの高齢人口変化を踏まえて介護就業者数の見通しを推計すると、都市部で介護就業者が大幅に増加。介護就業者の割合は、北海道・東北・西日本に加え、都市近郊等でも10%を超える地域がある。

二次医療圏毎 介護従事者の変化割合
(2009年→2040年)



総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』、『国勢調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』、厚生労働省『介護職員をめぐり現状と人材の確保等の対策について』より推計

二次医療圏毎 全就業者に占める介護従事者の割合
(2040年)



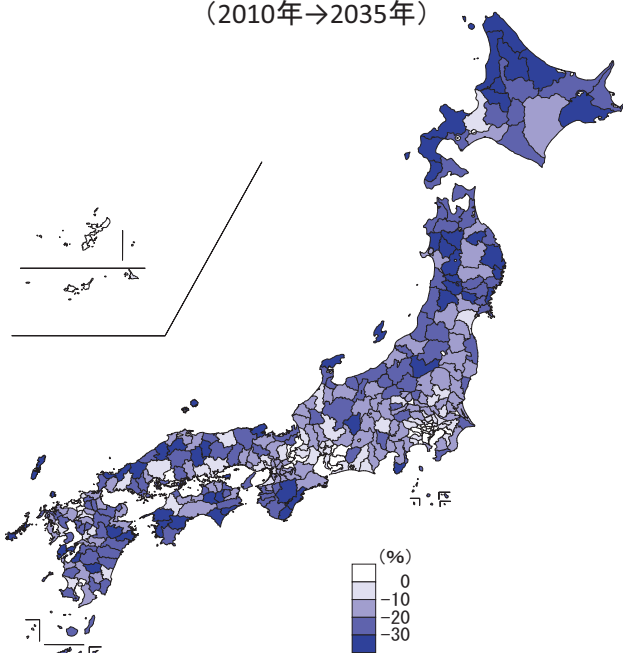
総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』、『国勢調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』、厚生労働省『介護職員をめぐり現状と人材の確保等の対策について』より推計

7

2035年までの地域の消費額の変化

・他方、一世帯あたりの消費支出を一定と仮定し、将来の世帯数変化にあわせて消費支出の総額変化を推計すると、地方部では30%以上の減少を見込む地域もある。

二次医療圏毎 消費支出総額の変化率
(2010年→2035年)



総務省『全国消費実態調査』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計』より推計。
世帯あたり消費額を一定とし、人口動態変化にあわせて将来推計を行ったもの。経済成長率等は織り込んでいない。

8

Ⅱ 新たな地域医療政策について(提言のポイント①)

- ・ 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討することが必要。

【地域医療提供体制の整備について】

- ・ 増大する医療ニーズに対応するためには、病床を急性期・回復期など機能別に区分し、有効活用していくことや、病院間の役割分担・連携が必要不可欠(病院・病床機能の役割分担・連携)。 そのためには、都道府県知事が、地域毎の医療提供体制に関するビジョンを示すことが必要。

※ このビジョンは、将来にわたって持続可能な地域医療提供体制を実現するため、地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を、住民や医療提供者等に広く示すもの。

※ また、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成することにより、実行可能なビジョンとすることが必要。

※ 具体的な仕組みについては地方と協議し、地方の理解を得て構築

- ・ このようなビジョンを策定し、実現していくためには、都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、都道府県の役割を拡大。

(例) 現在、国が行っている保険医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与 等

9

Ⅱ 新たな地域医療政策について(提言のポイント②)

【国民皆保険を最終的に支えている国民健康保険の抜本的見直しについて】

- ・ 国民健康保険は、「医療保険における最後のセーフティネット」であり、国民皆保険を維持するため、その持続可能性の確保は極めて重要な課題。 しかしながら、国民健康保険は、毎年度、多額の赤字補填目的の法定外繰入が行われており、持続可能とは言い難い現状。

- ・ また、財政運営が不安定になるリスクの高い 小規模保険者の存在や、地域毎の保険料格差が大きいことも国民健康保険の 大きな課題。

- ・ 以上の問題を解決するためには、国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とすることが適切。

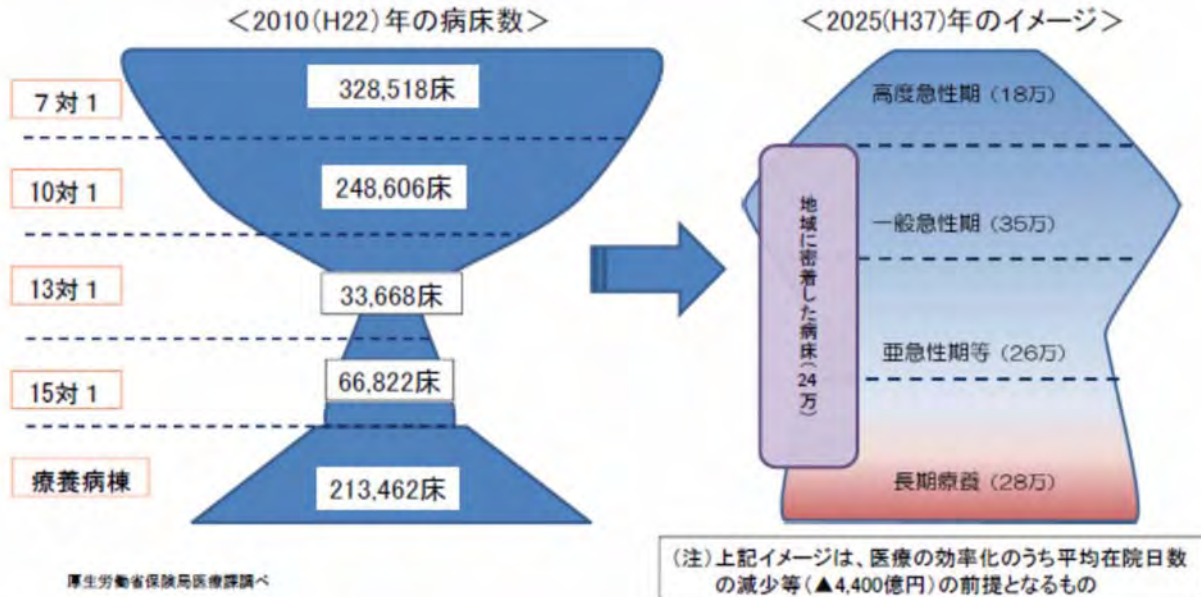
- ・ また、都道府県が国民健康保険の保険者となることにより、地域医療提供体制整備の責任主体と、国民健康保険の保険者が都道府県に一本化。 これにより、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な望ましい体制が実現。

※ なお、都道府県が国民健康保険の保険者となった場合でも、保険料徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務は存在。したがって、都道府県と市町村が適切に役割分担する仕組みとすることが必要。

10

現在の一般病棟入院基本料等の病床数

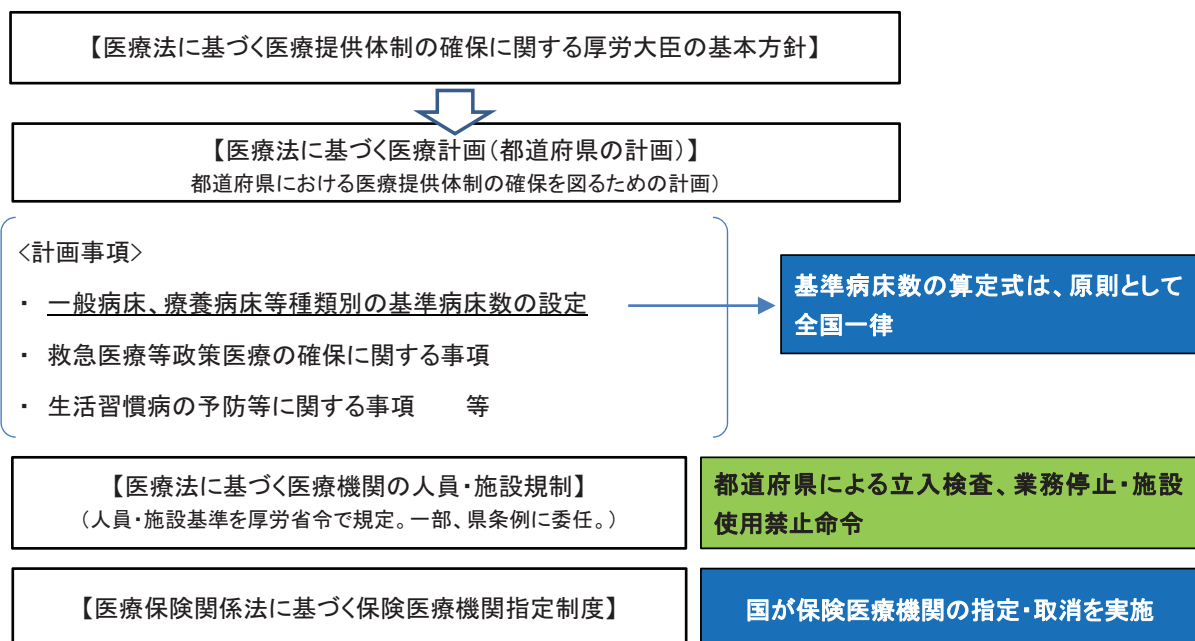
○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。



11

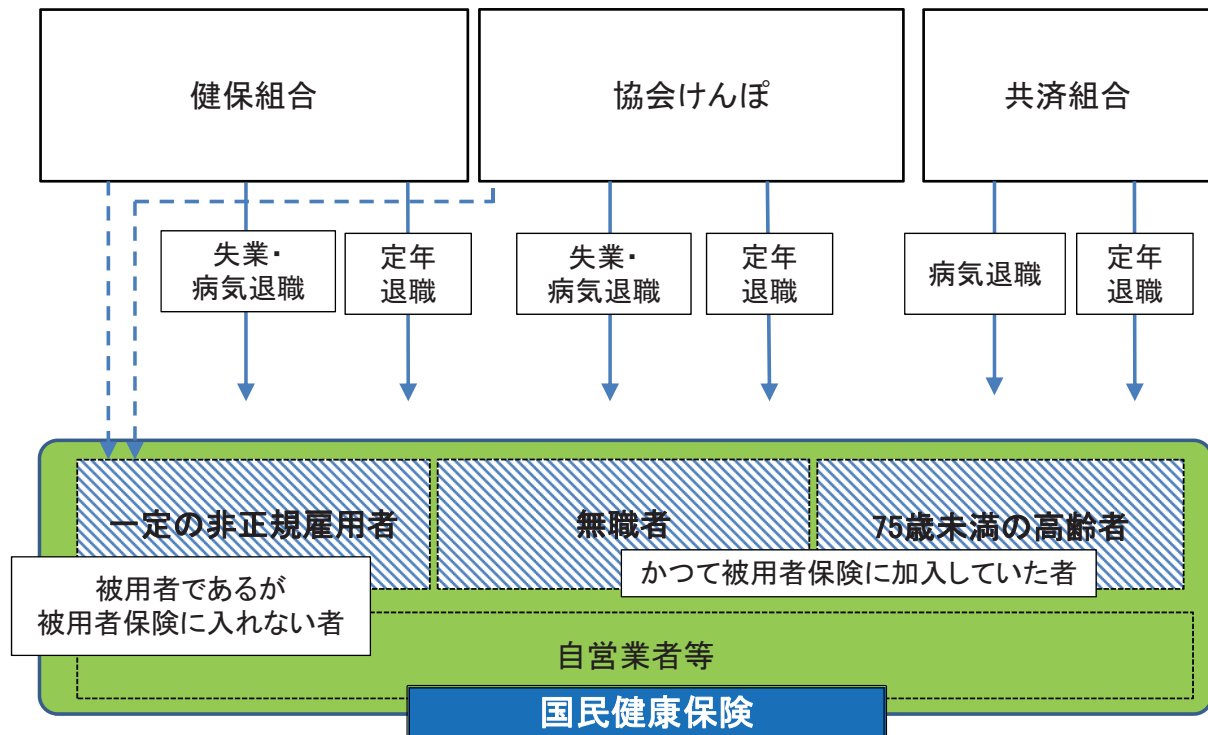
地域医療体制を整備するための主な仕組みには、都道府県が自主的に判断することができないもの、都道府県には権限のないものがある。

■地域医療提供体制を整備するための主な仕組み(現状)



12

国民健康保険が国民皆保険を最終的に支えており、国民健康保険が「医療保険における最後のセーフティネット」としての役割を果たしている。



13

国民健康保険は以下のような構造的な問題を抱えており、抜本的な見直しが必要不可欠な状況。

<国民健康保険制度の運営に関する問題>

①年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合：国保(31.3%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費：国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)

②所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得：国保(145万円)、健保組合(369万円)
- ・無所得世帯割合：22.8%

※無所得世帯とは、収入－経費(又は税法上の給与所得控除等)が0以下の世帯。

③保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料／加入者一人当たり所得
市町村国保(9.7%)、健保組合(4.8%) ※健保は本人負担分のみの推計値

多額の一般会計繰入・繰上充用の発生

市町村による法定外繰入額
→ 約3,500億円
繰上充用額 → 約1,500億円

※H23決算

赤字構造の解消が必要不可欠

<保険者のあり方に関する問題>

⑤財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (全体の1/4)

⑥市町村単位で運営しているため格差が大きい

- ・一人あたり医療費の市町村間格差 4.3倍(都道府県間格差 1.5倍)
- ・一人当たり保険料の市町村間格差 4.3倍(都道府県間格差 1.7倍)

赤字構造の解消を行った上で

国保の都道府県保険者化等
国保広域化による対応

14

(参考)医療費の地域間格差

①一人あたり医療費の格差(H21年度)

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	馬路村 (高知) 549,175円	広島県 351,815円	289,885円
最低(B)	御蔵島村 (東京) 127,349円	沖縄県 240,938円	
(A)/(B)	4.3倍	1.5倍	
標準偏差	市町村別 45,634円	都道府県別 31,230円	

③市町村別一人あたり医療費の上位・下位(H21年度)

順位	上位10保険者	順位	下位10保険者
	円		円
1	馬路村 (高知) 549,175	1	御蔵島村 (東京) 127,349
2	上北山村 (奈良) 470,384	2	座間味村 (沖縄) 146,837
3	津奈木町 (熊本) 458,523	3	渡嘉敷村 (沖縄) 155,904
4	赤平市 (北海道) 458,063	4	竹富町 (沖縄) 162,072
5	早川町 (山梨) 453,222	5	小笠原村 (東京) 164,597
6	中頓別町 (北海道) 449,495	6	川上村 (長野) 175,235
7	大崎上島町 (広島) 447,225	7	多良間村 (沖縄) 179,304
8	水俣市 (熊本) 445,270	8	石垣市 (沖縄) 190,382
9	大川村 (高知) 441,575	9	南牧村 (長野) 197,185
10	初山別村 (北海道) 437,140	10	与那国町 (沖縄) 205,804

②都道府県別一人あたり医療費の上位・下位(H21年度)

順位	上位10都道府県	順位	下位10都道府県
	円		円
1	広島県 351,815	1	沖縄県 240,938
2	山口県 349,171	2	茨城県 247,156
3	香川県 346,873	3	栃木県 255,748
4	島根県 346,810	4	千葉県 257,331
5	大分県 346,638	5	埼玉県 261,535
6	長崎県 343,895	6	群馬県 262,721
7	徳島県 343,657	7	東京都 264,810
8	佐賀県 340,137	8	山梨県 268,288
9	鹿児島県 335,603	9	愛知県 269,119
10	高知県 334,888	10	静岡県 269,724

(参考)保険料の地域間格差

①一人あたり保険料の格差(H21年度)

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	猿払村 (北海道) 133,682円	栃木県 93,965円	83,204円
最低(B)	伊平屋村 (沖縄) 30,907円	沖縄県 54,034円	
(A)/(B)	4.3倍	1.7倍	
標準偏差	市町村別 14,338円	都道府県別 7,328円	

③市町村別一人あたり保険料の上位・下位(H21年度)

順位	上位10保険者	順位	下位10保険者
	円		円
1	猿払村 (北海道) 133,682	1	伊平屋村 (沖縄) 30,907
2	大潟村 (秋田) 123,405	2	粟国村 (沖縄) 32,018
3	利尻町 (北海道) 122,420	3	伊仙町 (鹿児島) 36,076
4	標津町 (北海道) 120,243	4	三島村 (鹿児島) 37,077
5	羅臼町 (北海道) 119,881	5	大鹿村 (長野) 39,113
6	えりも町 (北海道) 115,638	6	東村 (沖縄) 39,267
7	南幌町 (北海道) 114,006	7	三宅村 (東京) 40,506
8	千代田区 (東京) 113,554	8	伊是名村 (沖縄) 40,531
9	西方町 (栃木) 112,838	9	三原村 (高知) 42,018
10	栗山町 (北海道) 111,734	10	渡嘉敷村 (沖縄) 42,181

②都道府県別一人あたり保険料の上位・下位(H21年度)

順位	上位10都道府県	順位	下位10都道府県
	円		円
1	栃木県 93,965	1	沖縄県 54,034
2	群馬県 92,109	2	鹿児島県 69,714
3	愛知県 91,211	3	宮崎県 71,033
4	静岡県 90,442	4	長崎県 71,631
5	埼玉県 89,939	5	鳥取県 72,107
6	石川県 89,484	6	高知県 72,714
7	三重県 88,860	7	岩手県 73,023
8	千葉県 88,281	8	愛媛県 73,764
9	神奈川県 87,550	9	島根県 74,081
10	滋賀県 87,347	10	秋田県 76,233

知事会・市長会・町村会は、国民健康保険の構造的問題を早急に解決することが、国民健康保険の保険者のあり方を検討する際の前提条件と主張している。

■第5回社会保障制度改革国民会議・地方三団体提出資料(抜粋)

1. 国民健康保険制度について

- 国民皆保険の堅持のためには、医療保険における最後のセーフティネットである国民健康保険の構造的な問題を抜本的に解決し、基盤強化を行うことは必要不可欠。
- 社会保障・税一体改革による国民健康保険への追加公費投入額は2,200億円となっており、当面一定の効果は見込まれるものの、構造的な問題の抜本的な解決には不十分であり、これをもって将来的に持続可能な制度が実現するとは考えられない。医療費適正化、保険料適正化、被用者保険との財政調整、公費投入等をどう組み合わせる持続可能な国民健康保険制度を実現するのか、国は方針を明確にすべき。
- 上記の問題を早急に解決した上で、国民健康保険の保険者のあり方についても検討すべき。

17

Ⅲ 医療・介護の提供体制の改革とまちづくり・都市再生について(提言のポイント)

- ・ 地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくためには、病院の統合・再現による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅の結合が必要。
- ・ また、高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを供給する体制が必要であり、都市のコンパクトシティ化、それに応じて医療・介護施設を含めた必要な都市機能の再配置を行うことが不可避。
- ・ 以上のような問題に対応するためには、新しいまちづくりを促進する仕組みの構築が必要であり、具体的には以下のような総合的な規制の見直しが必要ではないか。
 - (1)医療法人制度(及び社会福祉法人制度)の経営統合を促進する制度
 - (例) ホールディングカンパニー型の法人類型の創設
 - (2)医療法人(及び社会福祉法人)の「非営利性」を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度
 - (例) 都市再生会社(SPC)への出資等を認める規制改革
 - (3)ヘルスケアも含むコンパクトシティに対する資金調達手段を促進する制度
 - (例) ヘルスケアリートの普及手法の検討

18

医療・介護サービスの改革の方向性

- 医療・介護サービスの改革の方向性については、概ねコンセンサスが存在。「安心社会実現会議」においても、社会保障国民会議の議論を継承しつつ、優先課題として以下の方向性を提示。

【安心社会実現会議報告別紙（優先課題）】

○地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備

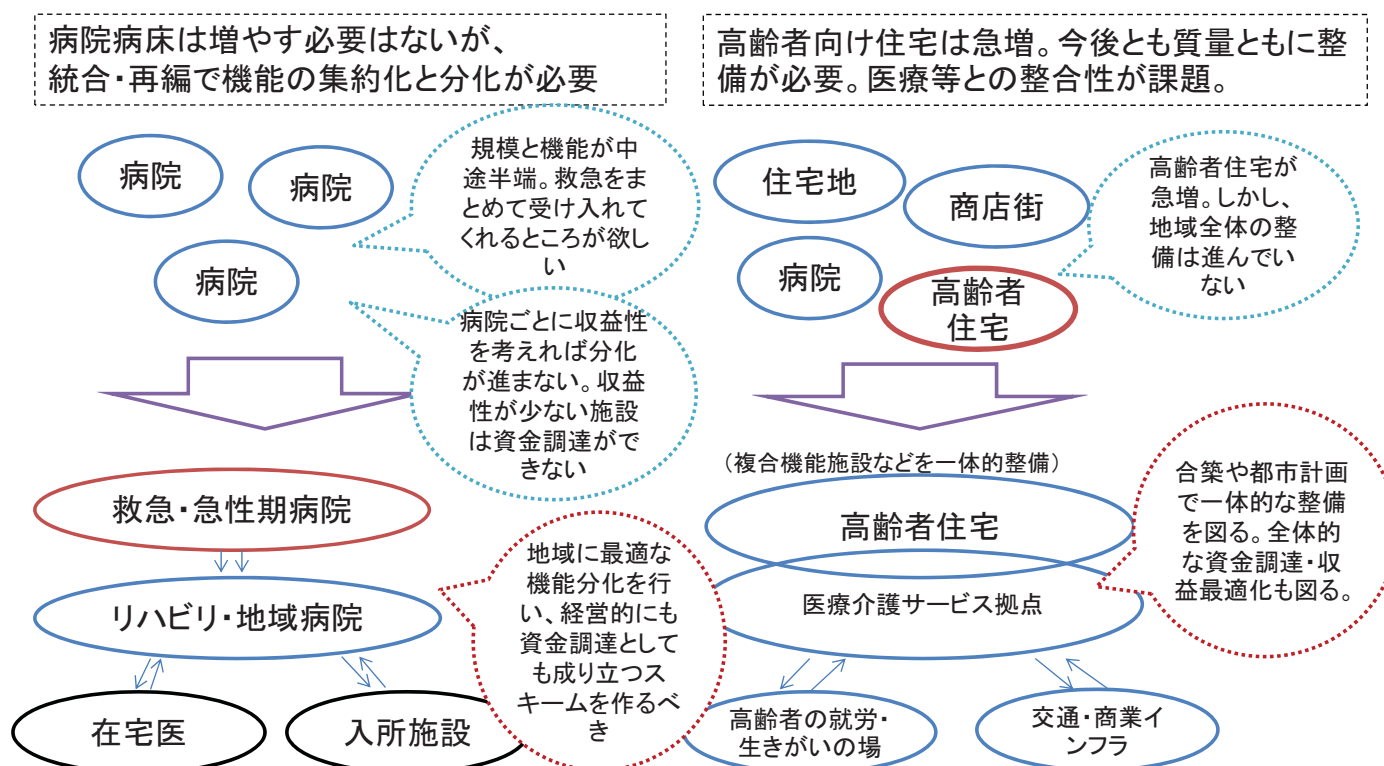
- ①地域医療の再生、特に二次医療圏における救急体制の整備と当該救急部門のファイナンスの確立
- ②コミュニティにおける医療介護連携の推進とそれに連動した独居高齢者に対する住宅保障

〔※①は、病院のコンソーシアム（共同運営体制）を組織しつつ医療機関の機能分担と集約を進めることを提言。〕

- 病院団体もこうした課題認識は共有。問題は、これをどう実現するか。まだ具体的提案がない状況。

19

医療介護の改革は病院再編と住宅との結合が鍵

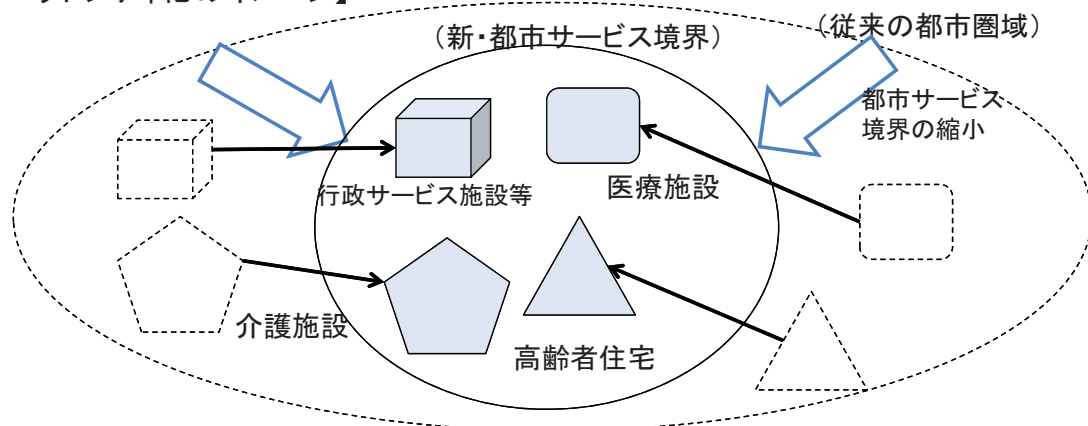


20

高齢化の中でのまちづくりの課題＝コンパクト化

- 我が国はこれから急速な人口の減少と高齢化に見舞われる。高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを提供する体制が必要。
- 大きな方向性としては都市をコンパクトなものに作り替えること(コンパクトシティ化)、それに応じて必要な機能の再配置を行うことが不可避。

【コンパクトシティ化のイメージ】



- 医療介護の再配置も必須。全体として整合性のとれた開発・機能再配置のための新たな仕組みが必要ではないか。

21

医療介護を含めたまちづくりは始まっている(1)

(参考) 東大高齢社会総合研究機構によるAging in Place の理念

Aging in Place: コミュニティーでの社会実験



IOG 東京大学 高齢社会総合研究機構
INSTITUTE OF GERONTOLOGY, The University of Tokyo

出典: 東京大学高齢社会総合研究機構ホームページ

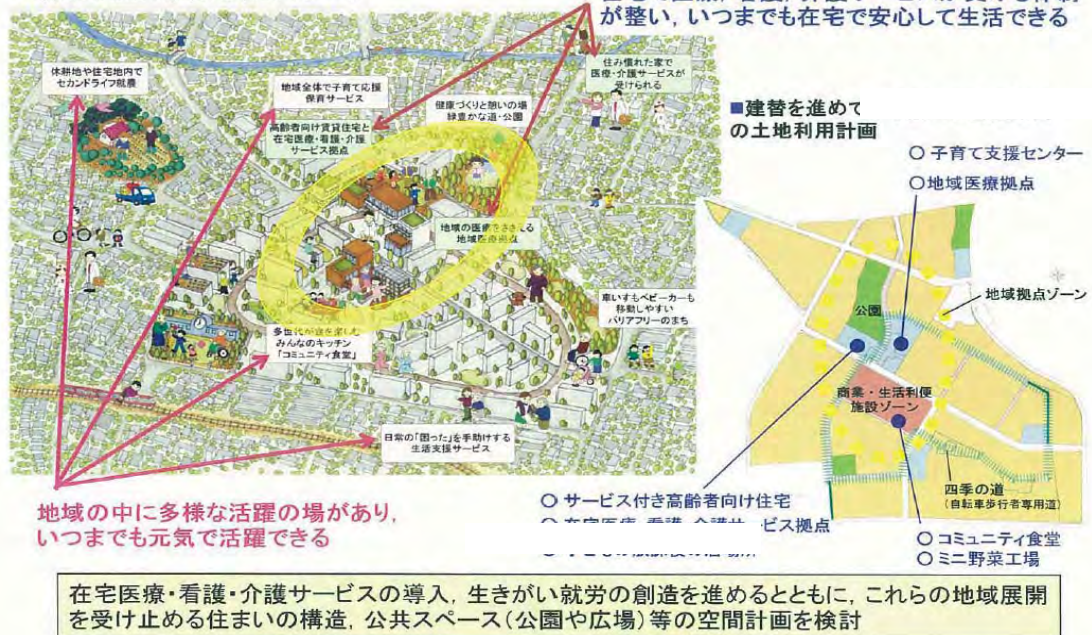
22

医療介護を含めたまちづくりは始まっている(2)

(参考) 柏プロジェクトのコンセプト

3-4. 生まれ変わる柏市・豊四季台地域の暮らし

■将来の豊四季台地域のイメージ



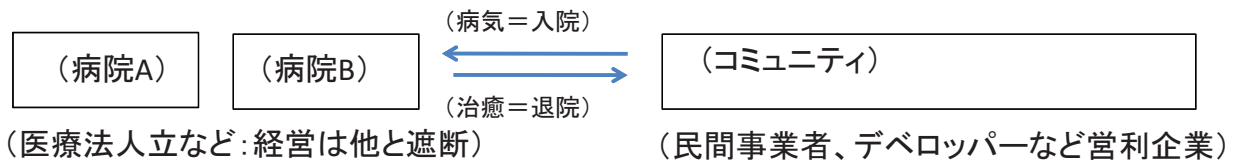
注: 社会保障審議会介護給付費分科会資料(平成23年7月28日)より

23

新しいまちづくりを促進する仕組みの構築を

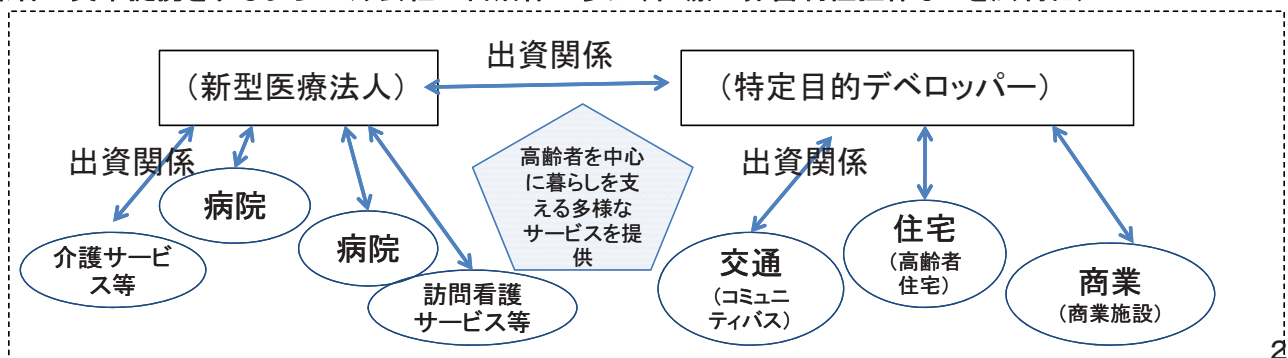
- ・従来の医療施設・コミュニティ分断型から統合型の都市整備へ移行するためには、医療法人制度、社会福祉法人制度、資金調達手段等の見直しが必要。

【従来の医療・医療施設整備の形態】



【今後必要とされる形態】

(関係者が資本提携をするまちづくり会社=自治体の参加、医療の非営利性担保などを法制化)



24

第9回社会保障制度改革国民会議 (平成25年4月19日)

独立行政法人国立長寿医療研究センター
総長 大 島 伸 一

1

超高齢社会

人生	50～60年 (1950年)	⇒	80～90年
人口	12800万人台 (2010年)	⇒	8000万人台 (2060年)
高齢化率	5% (1950年)	⇒	40% (2060年)

2

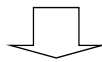
20世紀の医療

1. 医療：医術で病気をなおすこと

広辞苑

2. 病院の世紀の理論

猪飼周平



病院で治す医療

3

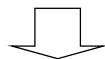
現状認識（1）

1. 少子高齢化の急速な進行

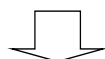
疾病構造の変化→医療需要の量的・質的变化

2. 皆保険制度：需要の増大と支え手の減少

3. 需要と供給の均衡の限界



皆保険制度の維持は危機的
抜本的改革が必要



国民会議の設置

4

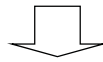
現状認識(2)

病気があって医学が生まれ

病人のために医療があり

医療を行うために医師がいる

医学概論 1982年 川喜田愛郎著
傍線部分(大島加筆)

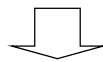


この原則が壊れている

5

提案1

いつでも 好きなところで
お金の心配をせずに 求める
医療を受けることができる



必要なときに適切な医療を
適切な場所で最小の費用で
受けることができる

6

適切な医療の提供とは

1. 疾病構造に合った医療とその提供体制
2. 疾病・障害に合った適切な場での医療の提供
3. 必要度・重症度に合った医療の提供
4. 根拠に基づいた医療の提供

7

提案2

1. 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ
2. 医療資源を国民の財産と考え、適正に養成、配置し有効に使用できるシステムへ
3. 個人の全ての要求に応えることは、不可能ということを前提にした制度の再編へ
4. 科学的な根拠を反映できる制度、診療体制へ

8

医療提供体制の考え方(1)

1. 時代によって医療は変わる
2. 資源は有限である
3. 需要に供給を合わせる
4. 医療の形が医療需要を決める
5. 医療には公共性がある

9

医療提供体制の考え方(2)

1. 需要に基づいた医療資源の算定
2. 提供体制の総合計画
3. 診療内容選択の基準
4. 計画に合った診療報酬
5. 機能を活かした医療提供のシステム化
6. 需要に応じた医療人の育成
7. 総合的技術評価;技術移転
8. 資源の重点配分

10

提案の実現の阻害要因

1. 既存制度の構造的問題への対処はできているか
2. 固定した利権構造にとらわれていないか
3. 専門職能団体は責任を十分に果たしてきたか
4. 国民の要求にどこまで応えうるか