

高齢社会の医療

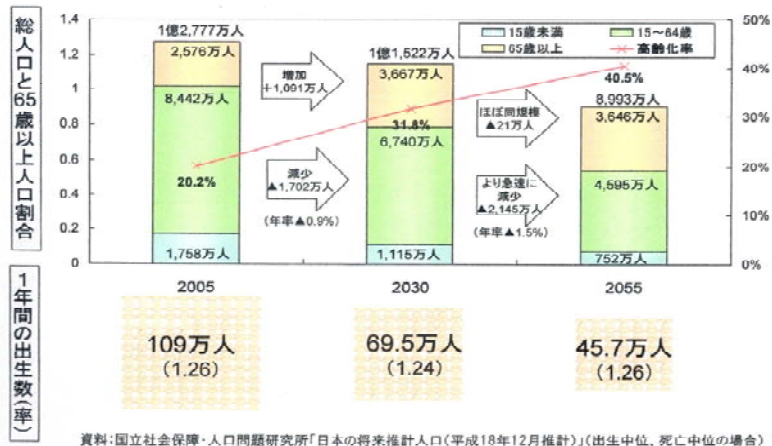
- 1 人口減少・高齢化が医療に及ぼす影響
- 2 わが国の医療制度の問題点
- 3 高齢社会の望ましい医療の姿

(財) 兵庫県健康財団 副会長兼理事長

兵庫県立大学大学院経営研究科 特任教授

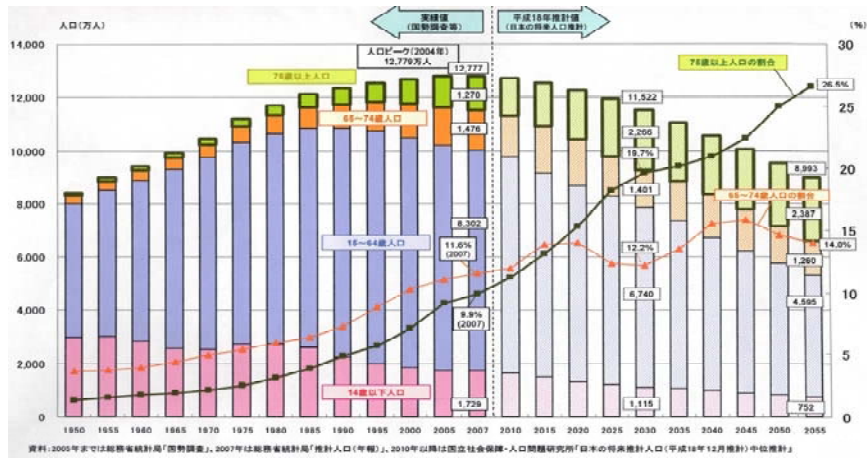
後藤 武

資料 1 わが国の人口の推移 1 (人口減少と高齢化の進展)

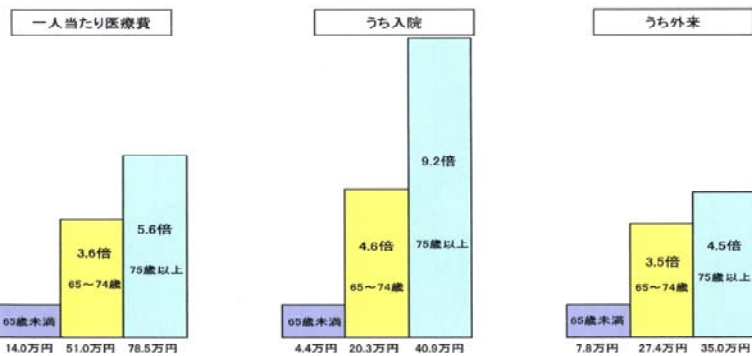


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位、死亡中位の場合) 4

資料 2 わが国の人口の推移 2 (高齢化から超高齢化社会へ)

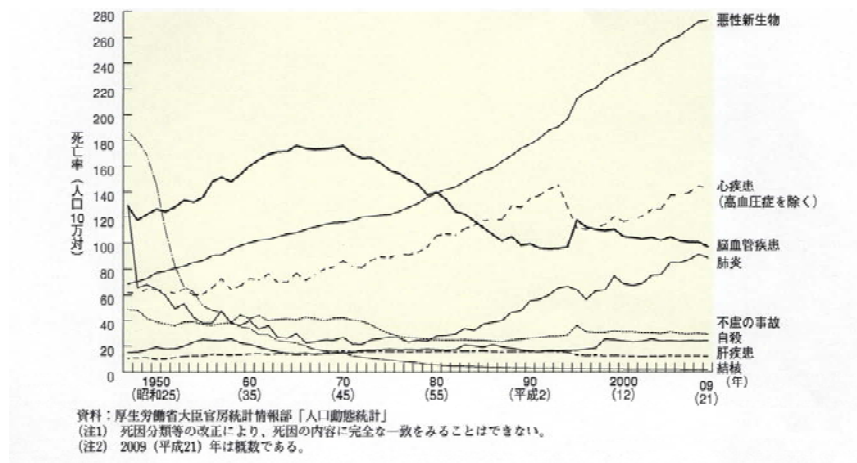


資料 3 年齢による医療費の違い (高齢化につれて嵩む医療費)



(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10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。

資料 4 死因別死亡率の推移 (日本人の約60%が生活習慣病で死亡)



資料 5 死因別死亡率の推移 (死因は結核・肺炎から生活習慣病へ)

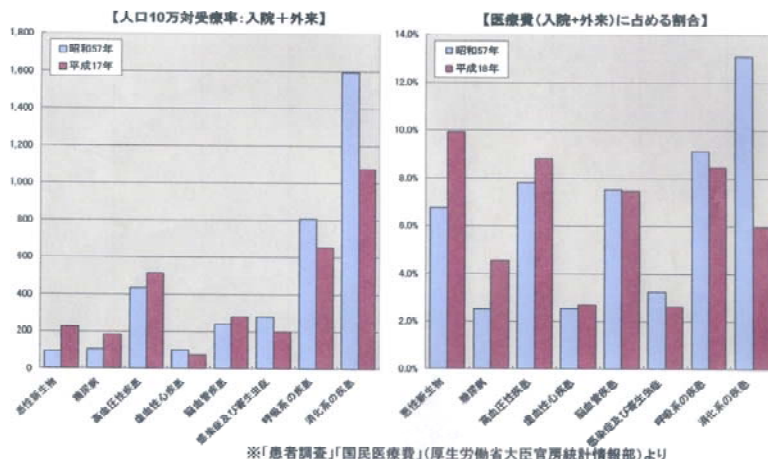
年次	悪性新生物	心疾患 (高血圧症を除く)	脳血管疾患	肺炎	不慮の事故	自殺	肝疾患	結核
1899 (明治32) 年	44.7	48.6	170.5	99.8	50.1	13.7	---	155.7
1910 (明治43)	67.1	65.0	131.9	142.1	44.7	19.1	17.2	230.2
1920 (大正9)	72.6	63.5	157.6	313.9	46.8	19.0	20.2	223.7
1930 (昭和5)	70.6	63.8	162.8	156.8	40.8	21.6	16.2	185.6
1940 (昭和15)	72.1	63.3	177.7	154.4	39.5	13.7	12.3	212.9
1950 (昭和25)	77.4	64.2	127.1	65.1	39.5	19.6	10.4	146.4
1960 (昭和35)	100.4	73.2	180.7	40.2	41.7	21.6	14.3	34.2
1970 (昭和45)	116.3	86.7	175.8	27.1	42.5	15.3	16.6	15.4
1975 (昭和50)	122.6	89.2	156.7	27.4	30.3	18.0	16.3	9.5
1980 (昭和55)	139.1	106.2	139.5	28.4	25.1	17.7	16.3	5.5
1985 (昭和60)	156.1	117.3	112.2	37.5	24.6	19.4	16.5	3.9
1990 (平成2)	177.2	134.8	99.4	55.6	26.2	16.4	16.1	3.0
1995 (平成7)	211.6	112.0	117.9	64.1	36.5	17.2	13.7	2.6
1997 (平成9)	220.4	112.2	111.0	63.1	31.1	15.8	13.3	2.2
1998 (平成10)	226.7	114.3	110.0	63.8	31.1	25.4	12.9	2.2
1999 (平成11)	231.6	120.4	110.8	74.9	32.0	25.0	13.2	2.3
2000 (平成12)	235.2	118.8	105.5	69.2	31.4	24.1	12.8	2.1
2001 (平成13)	238.6	117.6	104.7	67.8	31.4	23.3	12.6	2.0
2002 (平成14)	241.7	121.0	103.4	69.4	30.7	23.8	12.3	1.8
2003 (平成15)	245.4	126.5	104.7	75.3	30.7	25.5	12.5	1.9
2004 (平成16)	253.9	126.5	102.3	75.7	30.3	24.0	12.6	1.8
2005 (平成17)	258.3	137.2	105.3	85.0	31.6	24.2	13.0	1.8
2006 (平成18)	261.0	137.2	101.7	85.0	30.3	23.7	12.9	1.8
2007 (平成19)	266.9	139.2	100.8	87.4	30.1	24.4	12.8	1.7
2008 (平成20)	272.3	144.4	100.9	91.6	30.3	24.0	12.9	1.8
2009 (平成21)	273.4	143.5	97.2	89.0	29.9	24.4	12.7	1.7

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
 (注) 2009 (平成21) 年は概数である。

資料 6 悪性新生物(がん)に関する統計 (日本人の2人に1人は がんになる)

項目	現 状	備考(資料)
死亡数	<p>総数34万3,954人(全死因に対し30.1%)</p> <p>[男性20万6,280人(全死因に対し33.9%)]</p> <p>[女性13万7,694人(全死因に対し25.6%)]</p> <p>→ "日本人の3人に1人ががんで死亡"</p> <p>○ がんは加齢により発症リスク増</p> <p>→ 粗死に数は増加傾向(高齢化の影響)</p> <p>→ 年齢別死亡率(75歳未満)は、平成7年以降減少傾向(平成7年:108.4 → 平成20年:87.2)</p> <p>○ がんの種類が変化している</p>	<p>人口動態統計月報年計(概数)(2009年)</p> <p>国立がんセンターがん対策情報センターによる再集計</p>
罹患数	<p>64万1,594人</p> <p>[男性37万2,374人]</p> <p>多い部位:①胃、②大腸、③肺、④前立腺、⑤肝臓</p> <p>[女性26万9,220人]</p> <p>多い部位:①乳癌、②大腸、③胃、④子宮、⑤肺</p> <p>※ 男女とも、上位5部位のがんで、全がん患者の6割以上を占める。</p>	<p>地域がん登録全国推計値(2003(平成15)年)</p>
生涯リスク	<p>男性54%、女性41%</p> <p>→ "日本人の2人に1人ががんになる"</p>	<p>国立がんセンターがん対策情報センターによる推計値(2003(平成15)年)</p>
受療・患者	<p>継続的な医療を受けている者は152万人</p> <p>・ 調査日に入院中の者は14万1,400人</p> <p>・ 外療受診した者は15万6,400人</p> <p>・ 1日に29万7,800人が受療(全受療の3.6%)</p>	<p>患者調査(2008(平成20)年)</p>
がん医療費	<p>2兆6,958億円</p> <p>※ 一般診療医療費全体の10.5%</p>	<p>国民医療費(2007(平成19)年)</p>

資料 7 疾患別の受療率と医療費 (生活習慣病の医療は割高)



資料 8 高額な生活習慣病関連医療費

国民医療費(平成17年度) …… 33.1兆円
うち生活習慣病関連 …… 10.7兆円(約3割)



(出所)医療費適正化計画関係資料(厚生労働省)
※ 国民医療費等から推計したもの

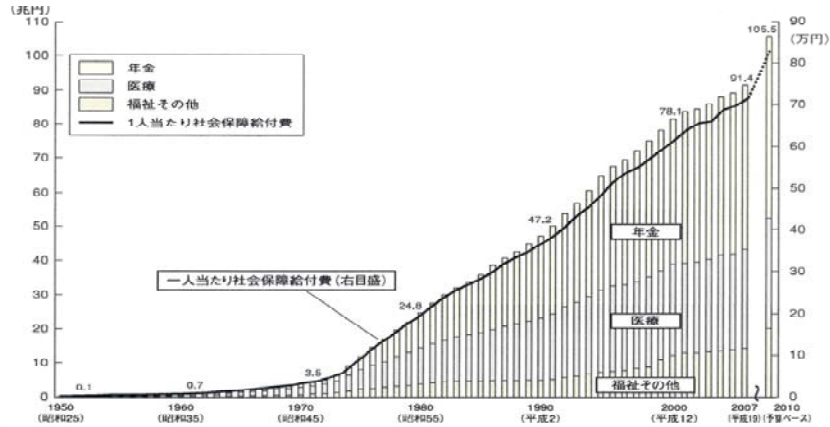
資料 9 認知症高齢者の見通し (後期高齢者の増加が押し上げ)

要介護者の認知症老人 自立度 (2002年9月末現在)	要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位:万人				
		居宅	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総 数	314	210	32	25	12	34
再掲						
認知症自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
認知症自立度Ⅲ以上	79	28	20	13	8	11

将来 推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
認知症 自立度Ⅱ 以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
認知症 自立度Ⅲ 以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

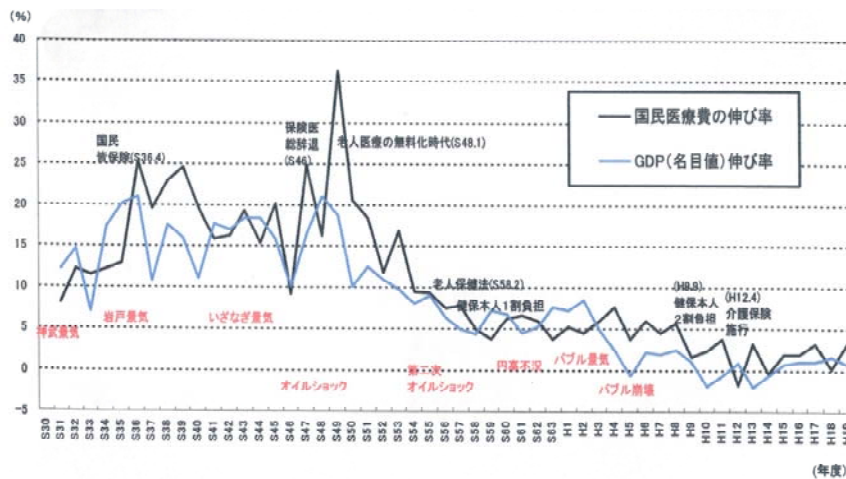
※ 下段は、65歳以上人口比(%) (平成15年6月 高齢者介護研究会報告書より)

資料 10 わが国の医療費の推移 (1970年代以降、急速・確実に増加)



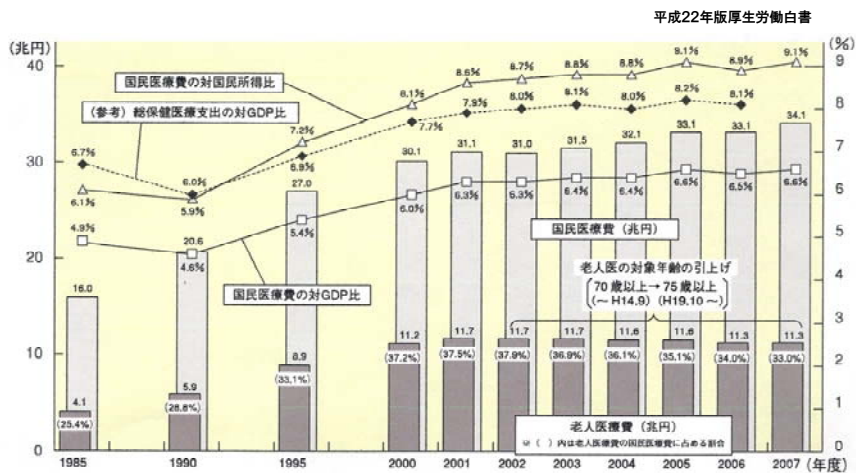
資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成10年度社会保障給付費」、2010年度（予算ベース）は厚生労働省推計。
 (注) 図中の数値は、1950、1960、1970、1980、1990、2000及び2007並びに2010年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。
 (参考) 一人当たり社会保障給付費は、2007年度で71.6万円、2010年度（予算ベース）で82.8万円である。

資料 11 医療費と経済成長率の推移 (名目GDPの伸びを上回る医療費の伸び)



※ H18及びH19の国民医療費の伸び率は概算医療費の伸び率で代用しており、H19のGDP(名目値)の伸び率は実績見込みである。

資料 12 近年の医療費の推移 (各種の抑制策にもかかわらず医療費は増加の一途)

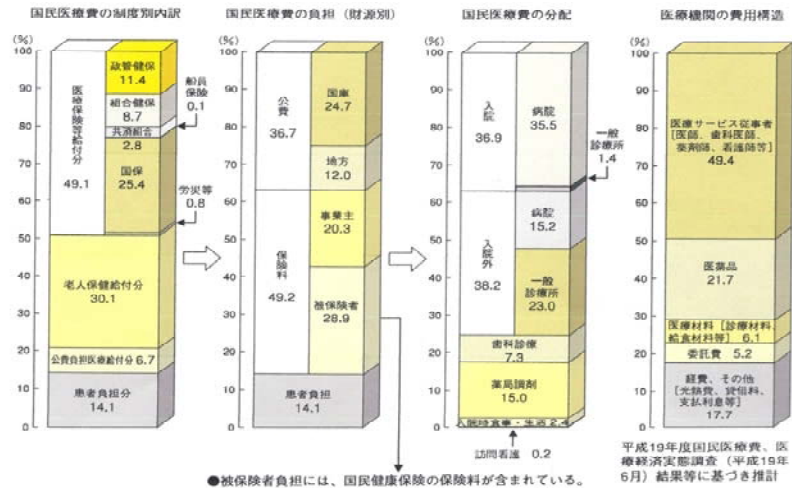


資料 13 医療費の国際比較 (国民医療費は国際的には低水準)

国名	総医療費の対GDP比 (%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考
	順位	順位	順位	順位	
アメリカ合衆国	16.0	1	7,290	1	
フランス	11.0	2	3,601	8	
スイス	10.8	3	4,417	3	*
ドイツ	10.4	4	3,588	10	
ベルギー	10.2	5	3,595	9	*
カナダ	10.1	6	3,895	5	
オーストラリア	10.1	6	3,763	7	
ポルトガル	9.9	8	2,150	29	※
オランダ	9.8	9	3,837	6	**
デンマーク	9.8	9	3,512	11	
ギリシャ	9.6	11	2,727	18	
アイスランド	9.3	12	3,319	14	
ニュージーランド	9.2	13	2,510	22	
スウェーデン	9.1	14	3,323	13	
ノルウェー	8.9	15	4,763	2	
オーストラリア	8.7	16	3,137	15	※
イタリア	8.7	16	2,686	19	
スペイン	8.5	18	2,671	20	
イギリス	8.4	19	2,992	16	
フィンランド	8.2	20	2,840	17	
日本	8.1	21	2,581	21	※①②③
スロバキア	7.7	22	1,555	26	
アイルランド	7.6	23	3,424	12	
ハンガリー	7.4	24	1,388	27	
ルクセンブルク	7.3	25	4,162	4	※*
韓国	6.8	26	1,688	24	
チエコ	6.8	26	1,626	25	
ポーランド	6.4	28	1,035	28	
メキシコ	5.9	29	823	29	
トルコ	5.7	30	618	30	※
OECD平均	8.9	—	2,964	—	

【出典】「OECD HEALTH DATA 2009」
 (注1) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの
 (注2) ※の数値は2006年のデータ (ただし、トルコのみ2005年のデータ)
 (注3) *の数値は子測値
 (注4) 日本円については、日本銀行「基準外国為替相場」により算出 (アメリカ合衆国通貨1米ドルにつき日本円通貨119円)
 (注5) OECDの各国比較に利用される医療費は、予防サービスなども含み、日本の国民医療費よりも範囲が広い。

資料 14 国民医療費の構造 (公費負担 37%、被保険者負担 43%、事業主 20%負担)



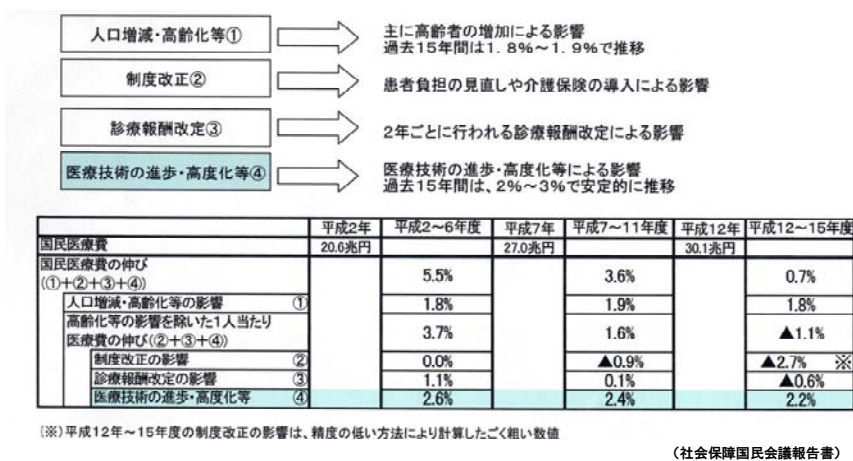
資料 15 国の一般歳出に占める医療費負担額の割合 (公共事業費を凌ぐ勢いの医療費負担)

(単位:億円、%)

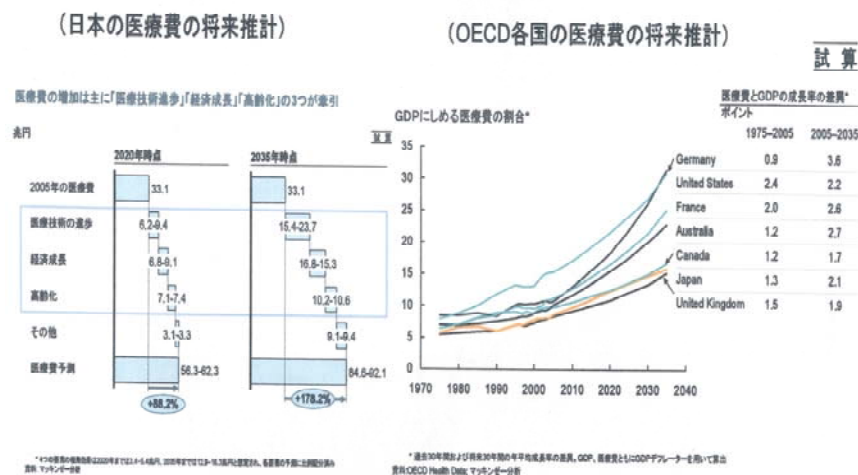
区分	1980年度 (昭和55)	85 (60)	89 (平成元)	90 (2)	91 (3)	92 (4)	93 (5)	94 (6)	95 (7)	96 (8)	97 (9)
金額	35,871	39,699	49,761	51,872	53,301	55,040	55,362	58,573	62,017	64,242	65,785
割合	11.7	12.2	14.6	14.7	14.4	14.2	13.9	14.3	14.7	14.9	15.0
区分	98 (10)	99 (11)	2000 (12)	2001 (13)	2002 (14)	2003 (15)	2004 (16)	2005 (17)	2006 (18)	2007 (19)	2008 (20)
金額	68,632	72,353	67,956	72,083	74,782	77,772	81,445	80,862	81,586	84,285	85,644
割合	15.4	15.4	14.1	14.8	15.7	16.3	17.1	17.1	17.6	17.9	18.1

資料:厚生労働省保険局調べ。

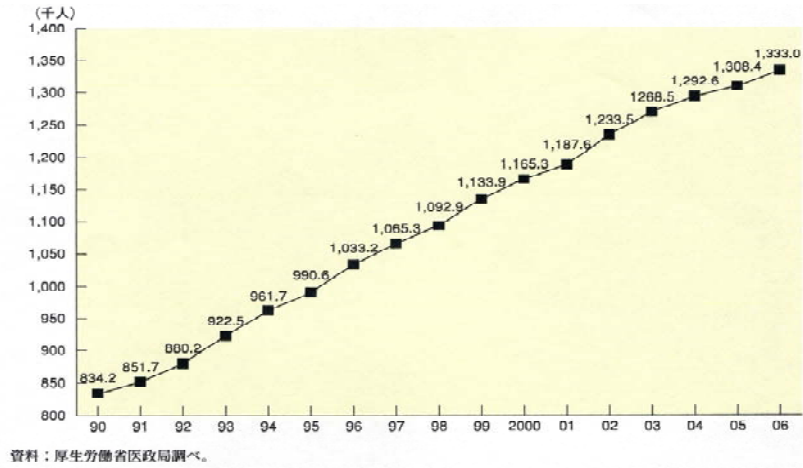
資料 16 医療費の伸びの要因分析 (医療費抑制には制度・診療報酬改定が有効だが)



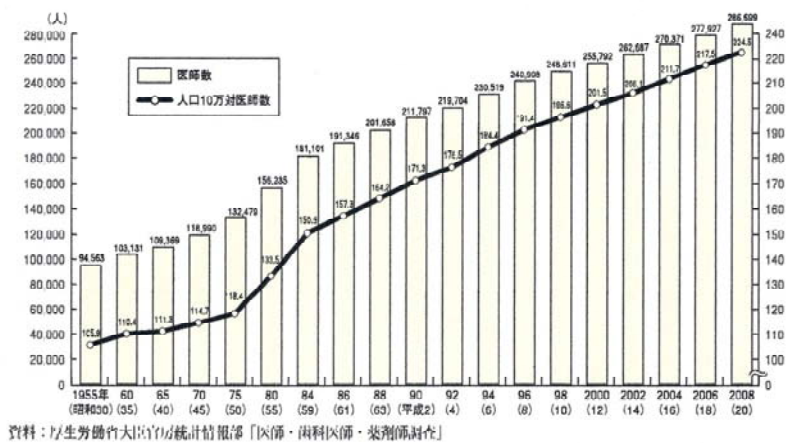
資料 17 各国の医療費の推計 (日本の医療費は2035年には2.78倍の約90兆円に)



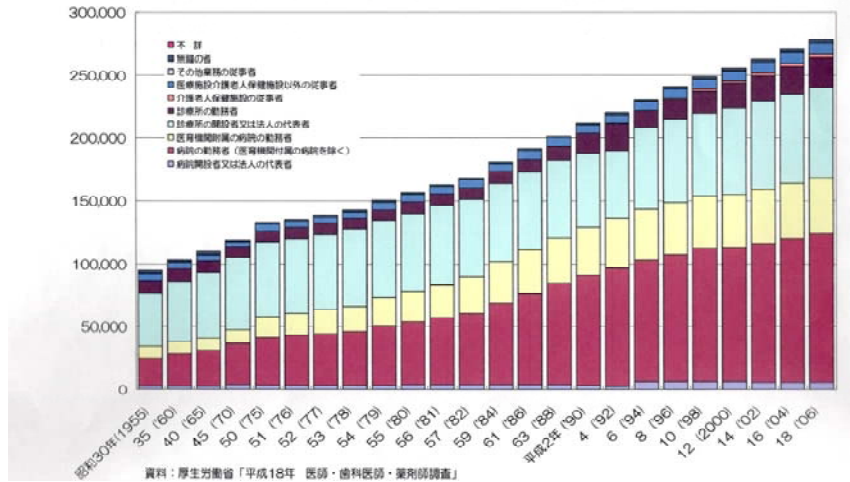
資料 18 看護職員数の推移 (将来的には、人口減少の影響が心配)



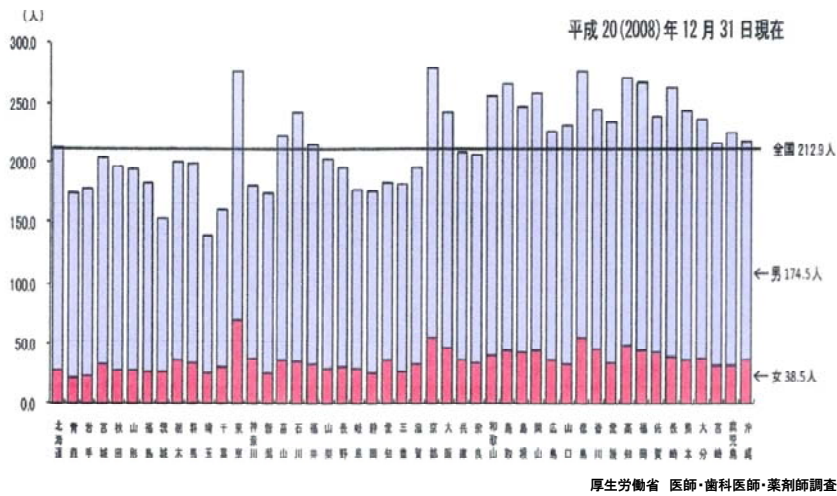
資料 19 医師数の推移 (1県1医科大学構想によって、一旦は、目標達成)



資料 20 業務の種類別にみた医師数の推移 (病院勤務医を上回る診療所医師の増加)



資料 21 都道府県別にみた人口当たり医師数 (医師数は都道府県間でバラツキ)



資料 22 兵庫県の二次医療圏と圏域別医師数 (圏域間でも医師数にバラツキ)

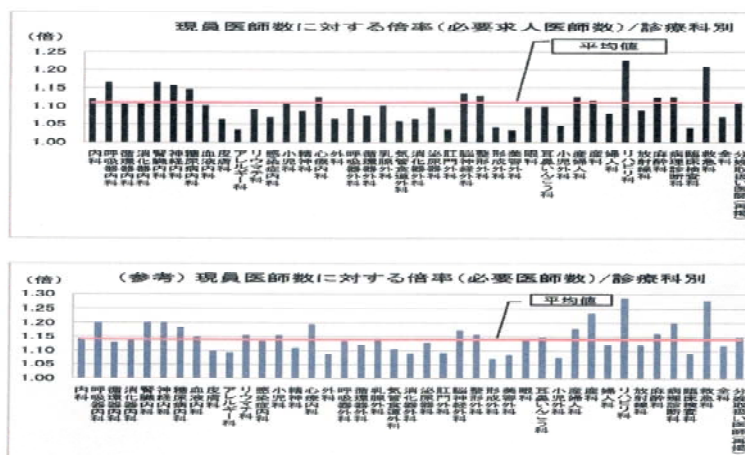


(単位 上段：医師数、下段：人口10万対)
(平成18年12月末)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
医師	4,203	2,590	1,200	1,197	480	1,076	412	334	191	270	11,953
	274.9	252.7	168.0	166.7	165.5	184.4	147.5	176.4	166.3	180.5	213.8

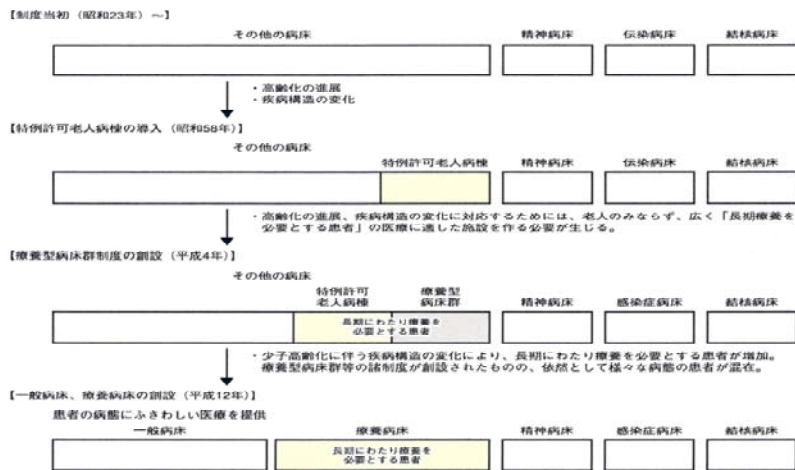
厚生労働省「平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査」

資料 23 診療科目別必要医師数 (医師の診療科目間のバラツキも明らか)

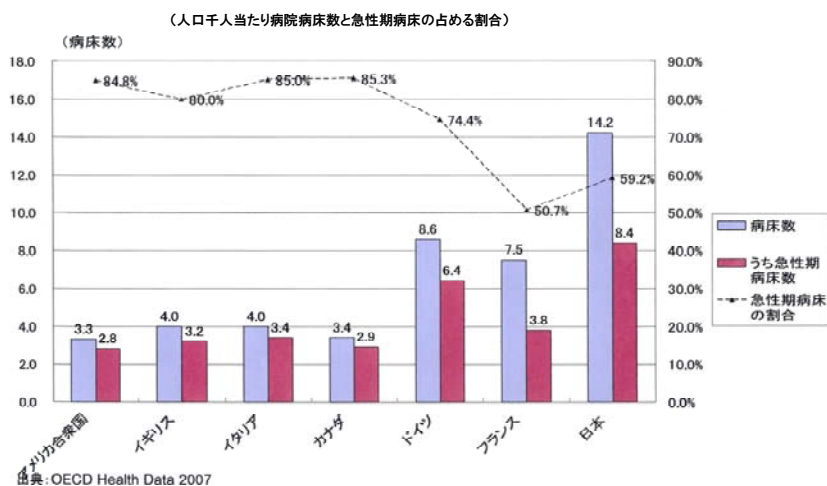


医師数実態調査(厚生労働省 2010年9月)

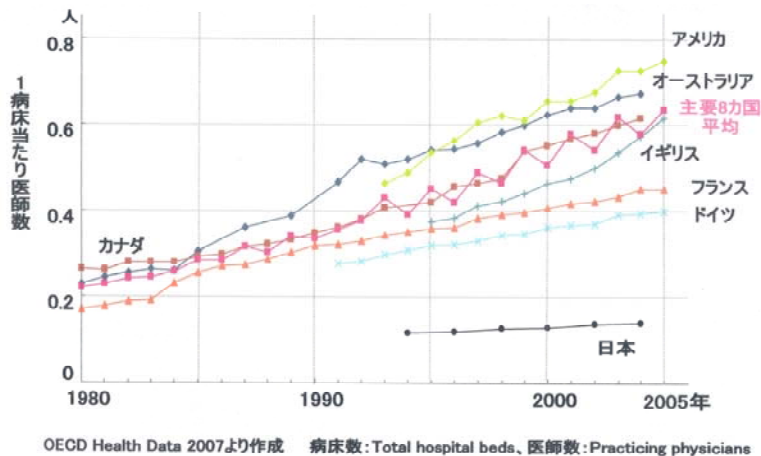
資料 24 病床区分に関する医療法改正の経緯 (患者の病態にふさわしい病床の整備へ)



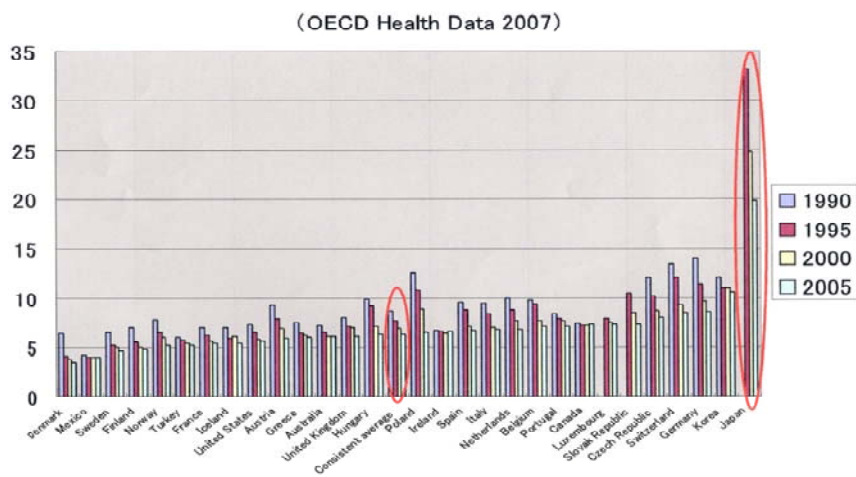
資料 25 病院病床数の国際比較 (わが国の病床数は多すぎる)



資料 26 病床当たり医師数の国際比較 (わが国では、医師が少ないのではなく、病床が多すぎる)

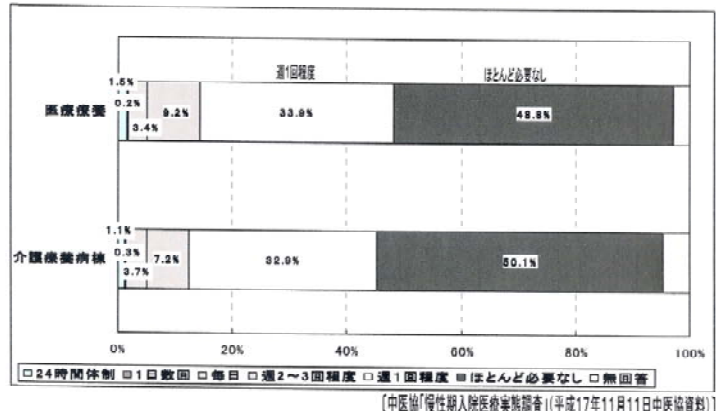


資料 27 急性期医療の平均在院日数 (わが国では、急性期といいながら、入院が長すぎる)



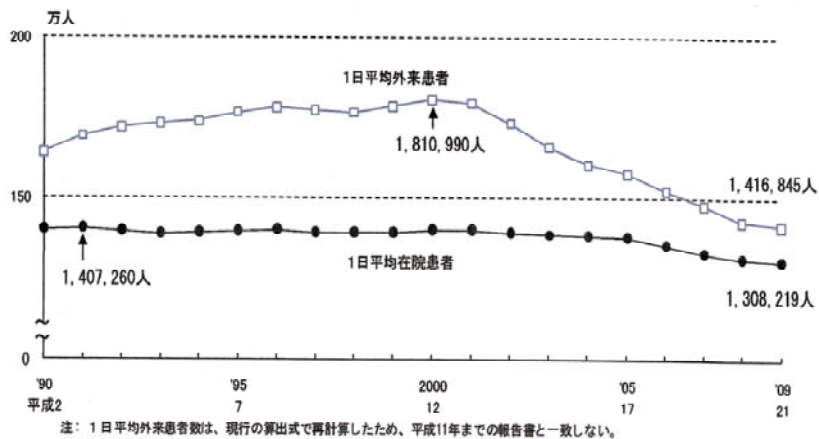
資料 28 療養病床の現状（療養病床では、医師の対応がほとんど必要ない入院患者が概ね5割）

医師による直接医療提供頻度

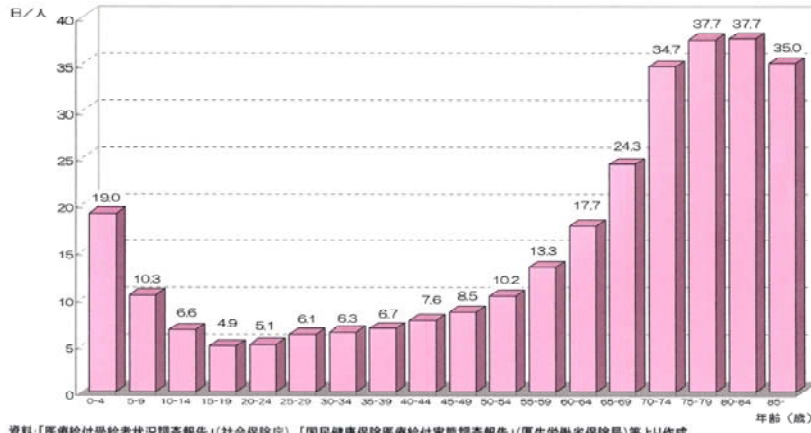


資料 29 1日平均患者数の推移（2週間処方、自己負担増による診療抑制などで外来は減少）

厚生労働省 患者調査

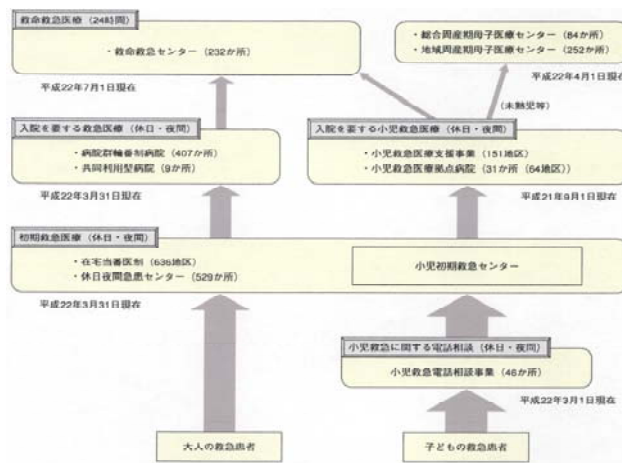


資料 30 年間1人当たり年齢階級別外来受診日数（概ね年齢が高くなるにつれて外来受診は増加）



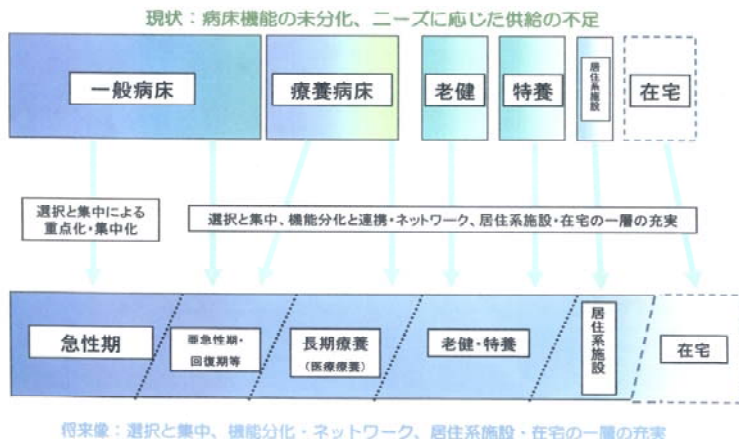
資料:「医療給付受給者状況調査報告」(社会保険庁)、「国民健康保険医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成
 ※年間延べ日数は、年間の延べ患者数に相当

資料 31 十分とはいえないわが国の救急医療の体系



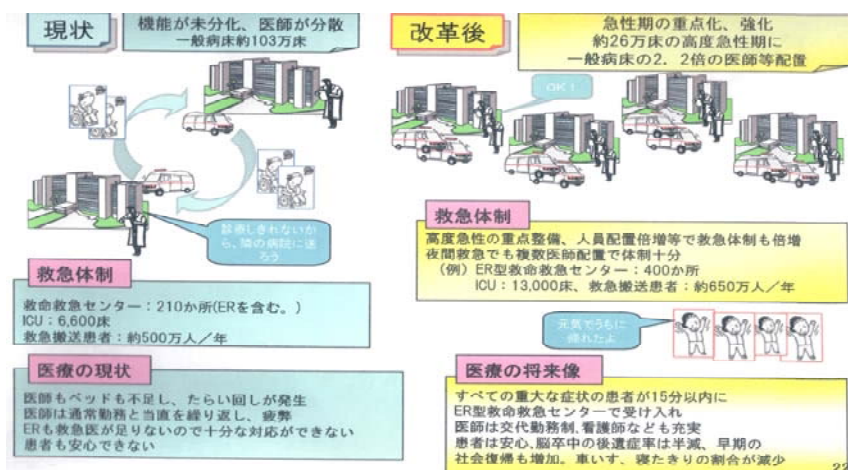
平成22年版 厚生労働白書

資料 32 病院病床の将来像 (方向は、選択と集中、機能分化・ネットワーク化、施設・在宅の充実)



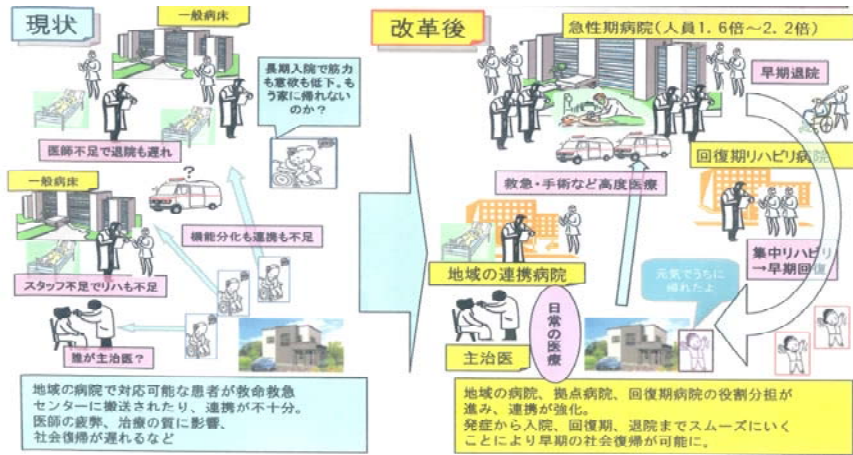
社会保障国民会議 報告書

資料 33 急性期医療の充実・強化 1 (将来は、高度急性期病床、ER型救命救急センターの整備)

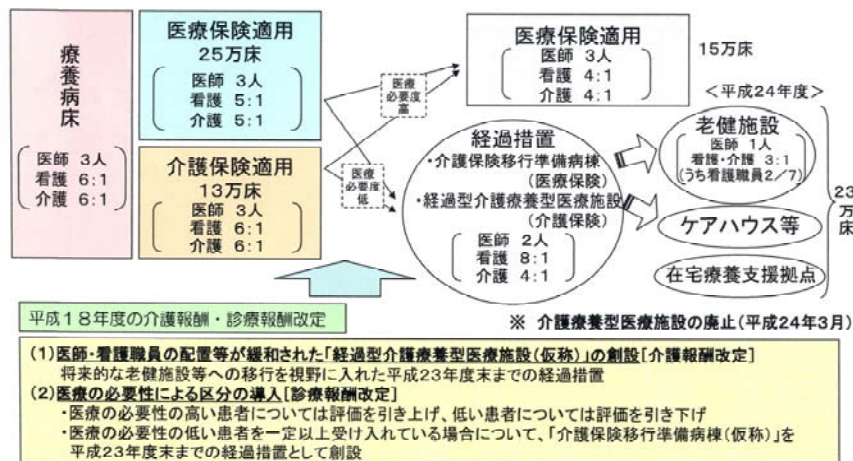


社会保障国民会議 報告書

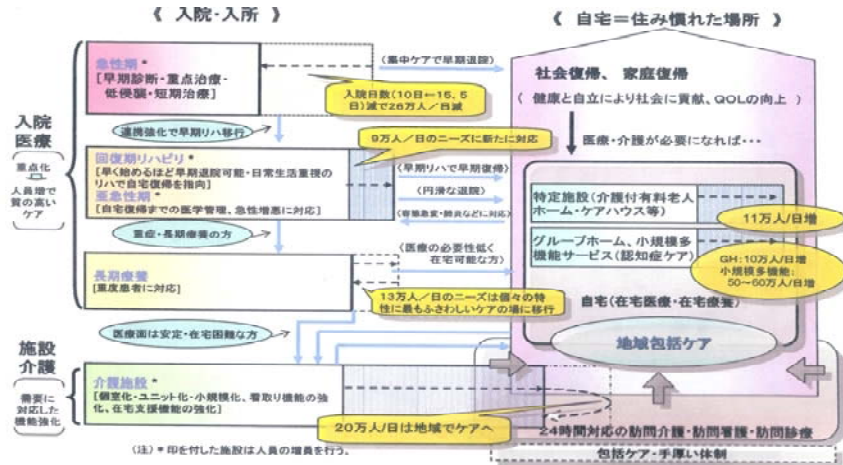
資料 34 急性期医療の充実・強化 2 (地域医療は、急性期・回復期リハ病院、地域病院・診療所の連携で)



資料 35 療養病床の再編成 (療養病床は、医療の必要度の高い患者の入院に限定)

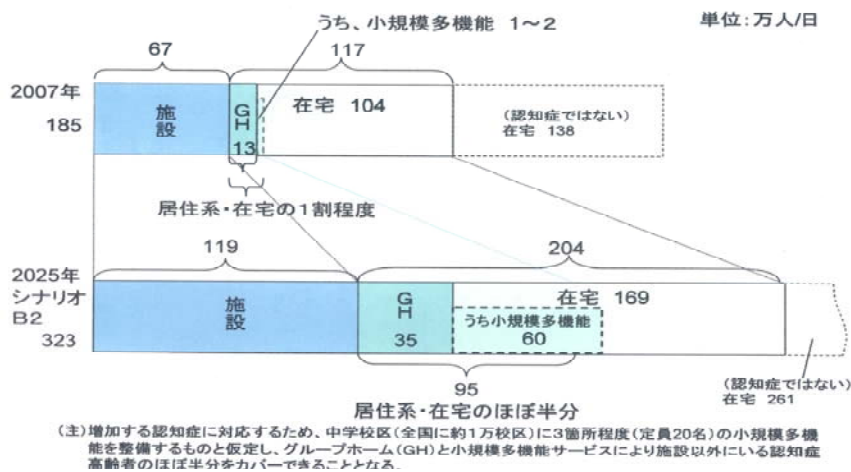


資料 36 地域医療・介護の改革(地域に必要な医療・介護の確保と質の高い効率的なサービスの提供を)



社会保障国民会議 報告書

資料 37 認知症高齢者のケア(在宅認知高齢者のためにグループホームと小規模多機能サービスを充実)



社会保障国民会議 報告書

資料 38 地域医療・介護サービスの充実（身近な地域で多様なサービスが受けられるシステムの整備を）

