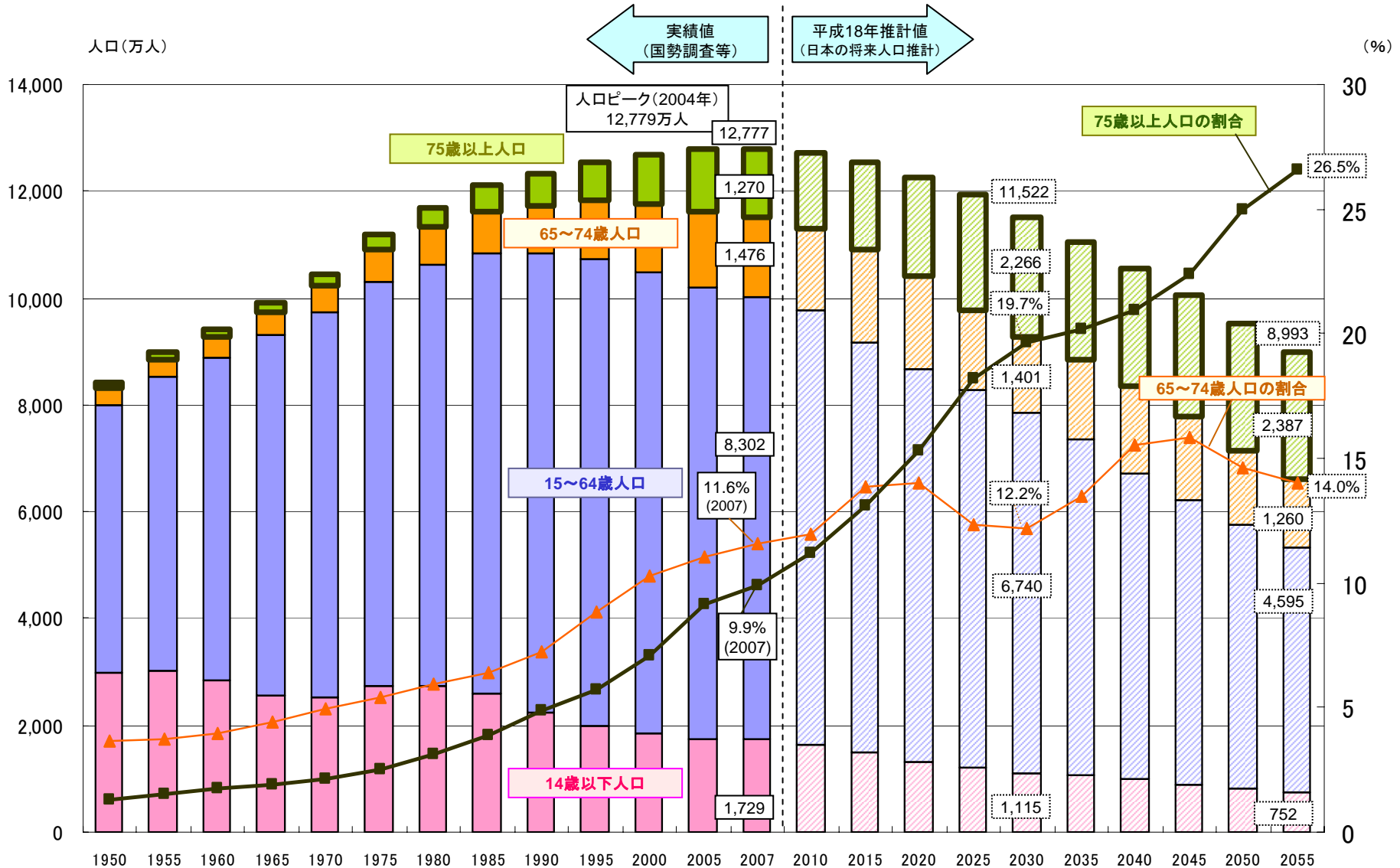


これからの社会の変化と 医療・介護・福祉サービスについて

75歳以上高齢者の増大

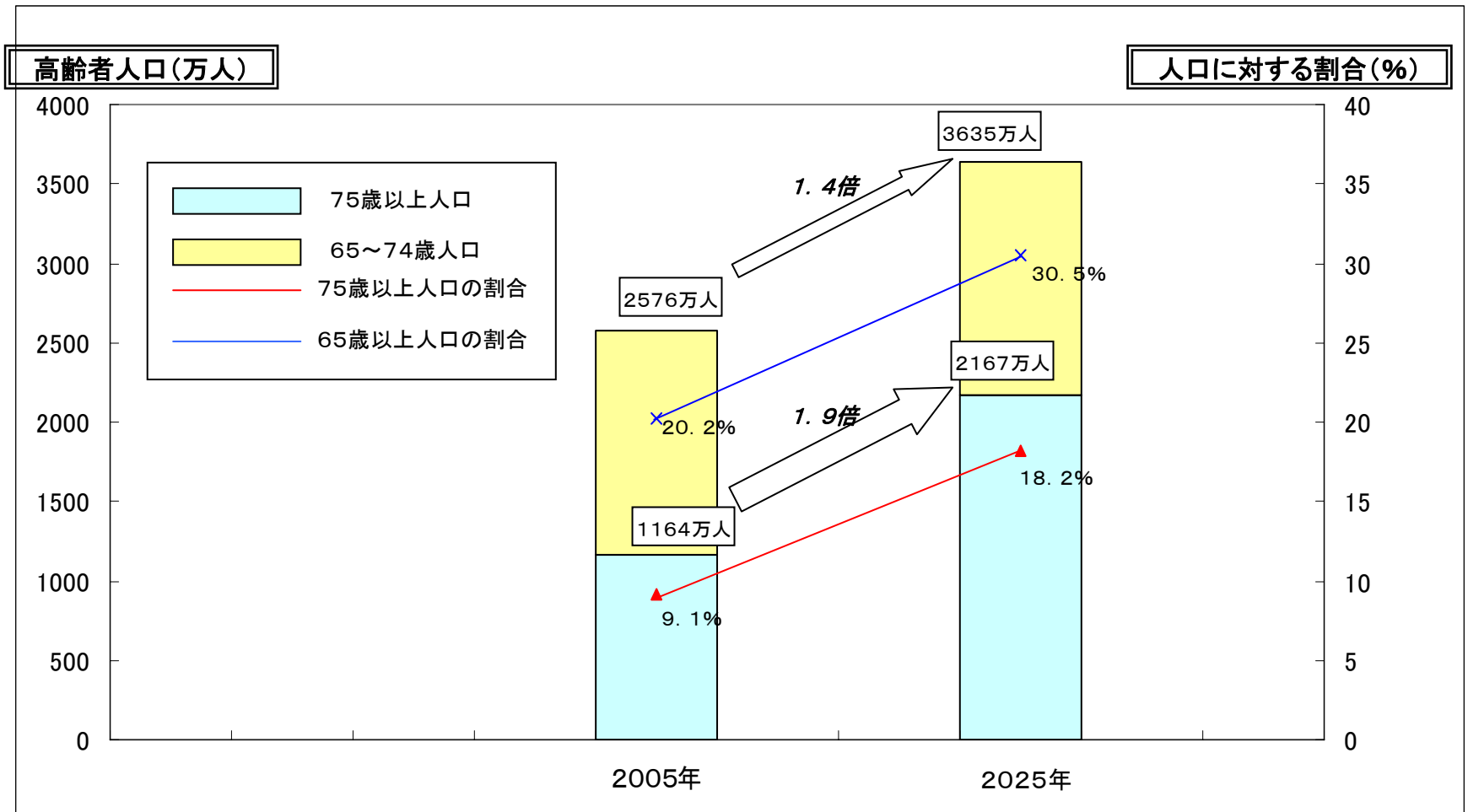
○ 我が国の75歳以上人口の割合は現在10人に1人の割合であるが、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推計されている。



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」

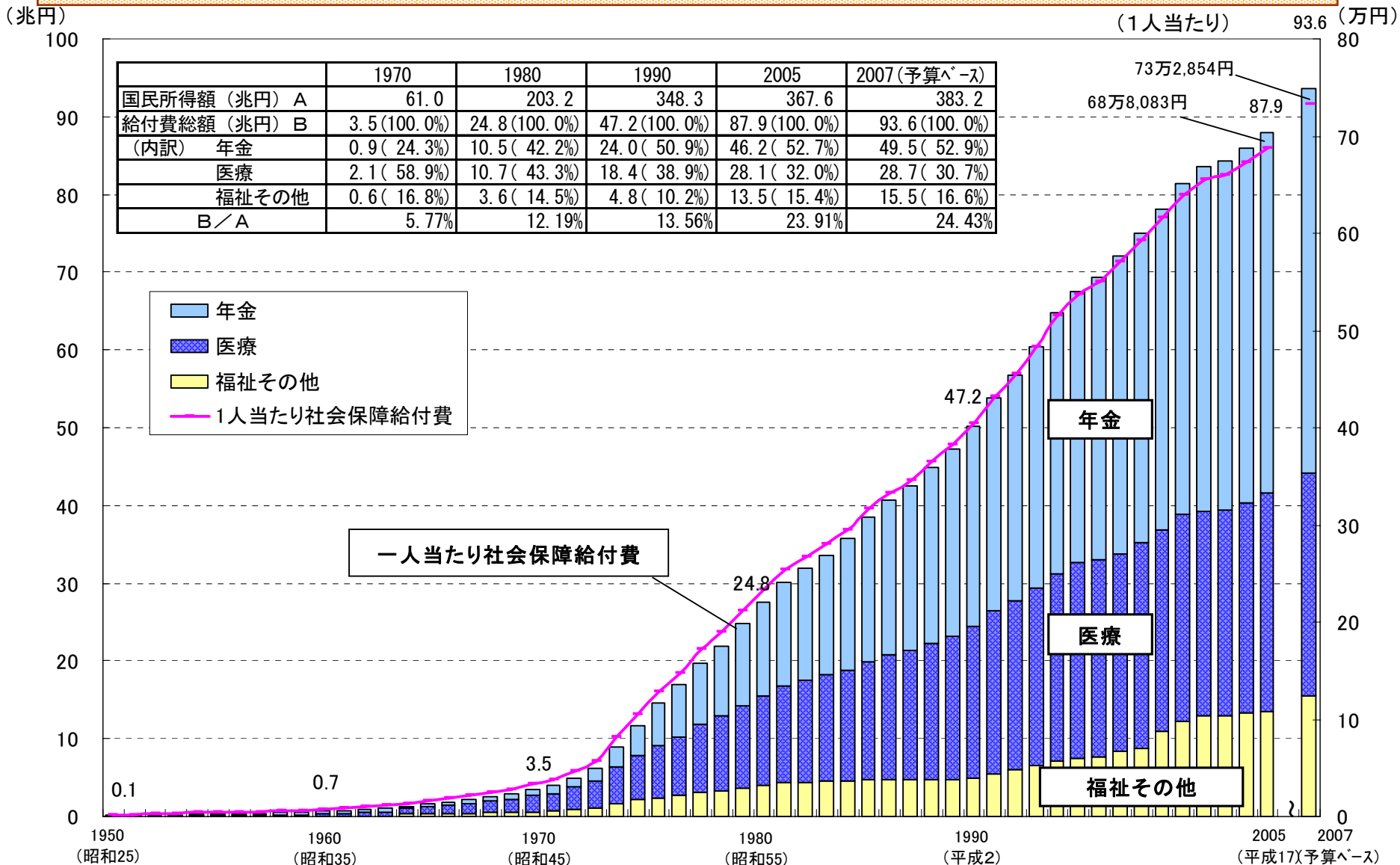
75歳以上高齢者の増加のスピード

- 75歳以上高齢者(現在約1160万人)は、2025年には現在のほぼ倍増(1.9倍)の約2170万人(高齢者全体の約6割)に達すると推計されている。
- 75歳以上高齢者の増加のスピード(1.9倍)は、高齢者全体の増加のスピード(1.4倍)よりも速い。



社会保障給付費の推移

○ 我が国の社会保障給付費は、年々増大しており、現在93.6兆円である。

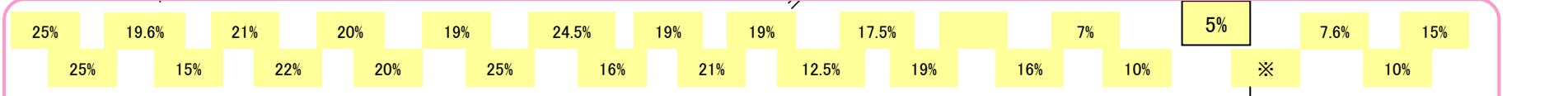
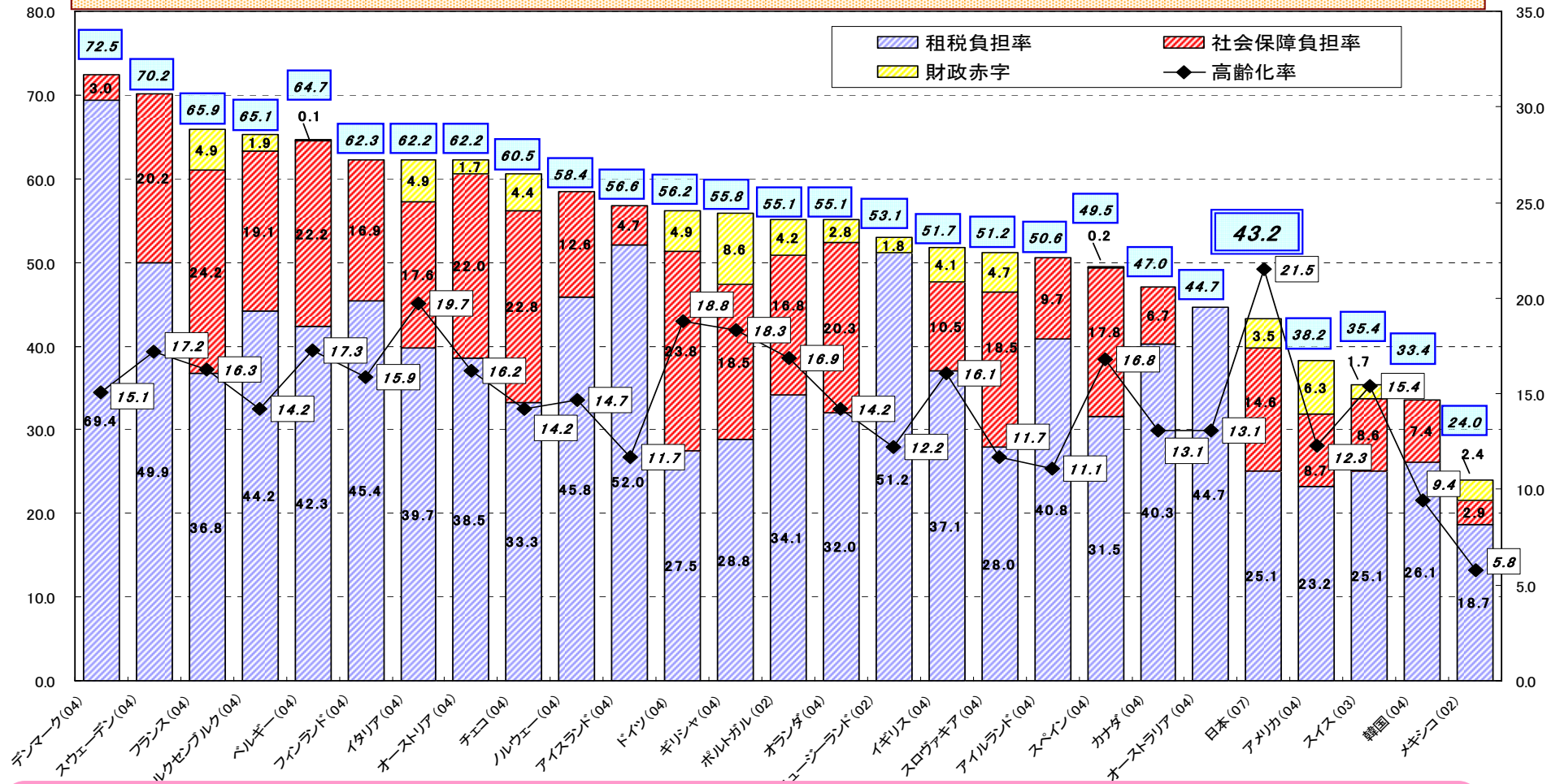


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成17年度社会保障給付費」、2007年度(予算ベース)は厚生労働省推計

(注1) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990及び2005並びに2007年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

OECD諸国の潜在的国民負担率及び高齢化率

○ 高齢化が最も進んでいる日本の潜在的国民負担率は、OECD諸国の中でも低い



付加価値税率(標準税率及び食料品に対する適用税率)の国際比較

- 1: 日本は07年度の係数は見通しである
- 2: 国民負担率は、租税負担率と社会保障負担の合計。四捨五入の関係上、係数の和が合計値と一致しないことがある。
- 3: ポーランド、ハンガリー及びトルコについては、係数が足りず、国民負担率が算出不能であるため掲載していない。
- 4: 高齢化率については、日本は2007年の推計値を、諸外国は2005年の推計値を仕様している。

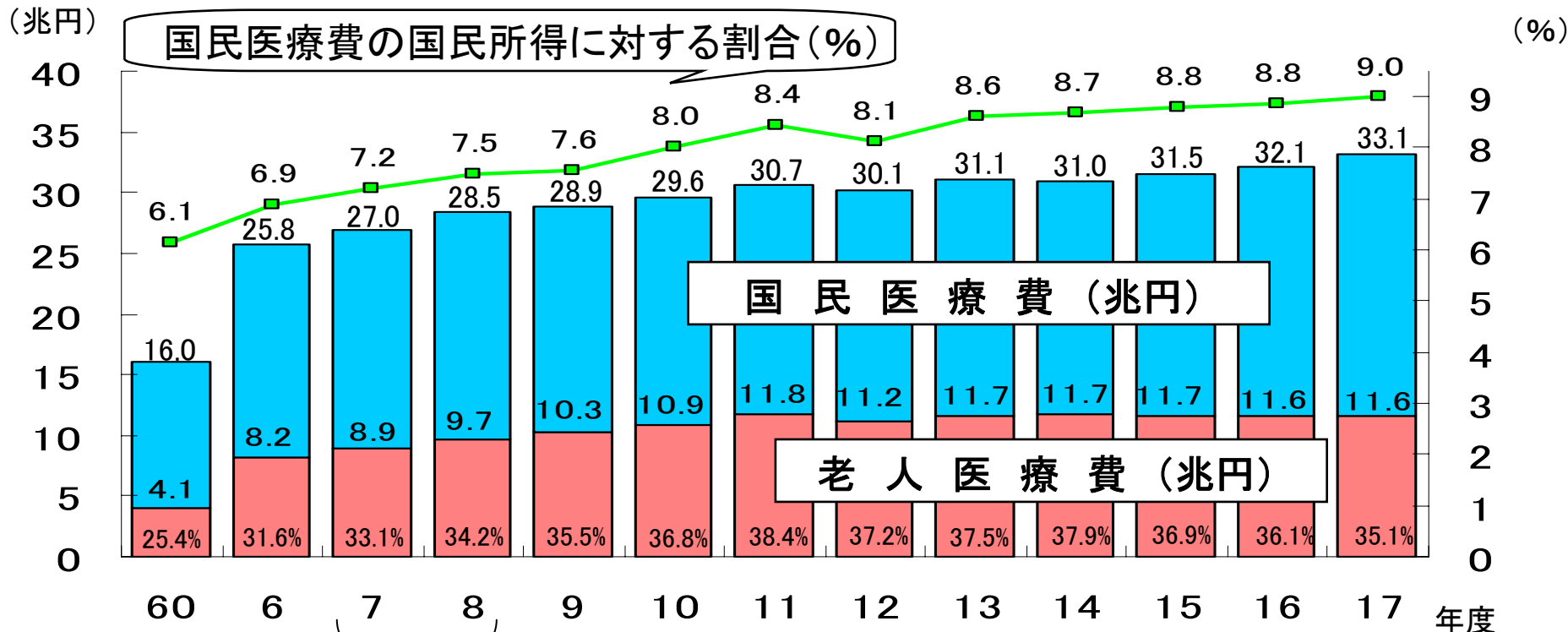
【出典】・(国民負担率) 日本:平成19年度予算案ベース、諸外国:National Accounts 2006 (OECD)Revenue Statistics (OECD)

・(高齢化率) 日本:「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)、諸外国:World Population Prospects 2006 Revision (UN)

※アメリカは州、群、市により小売売上税が課されている(例:ニューヨーク市8.375%)

医療費の推移

○ 我が国の国民医療費は、年々増大しており、現在33.1兆円である。



・食事療養費
制度の創設

・老人一部負担金の
物価スライド実施

・被用者本人
2割負担へ
引上げ
・外来薬剤
一部負担導入
・診療報酬・薬
等の改定
▲1.3%

・介護保険制度
が施行
・高齢者1割
負担導入

・診療報酬・薬
価等の改定
▲2.7%
・高齢者1割
負担徹底

・被用者本人
3割負担へ
引上げ
・診療報酬・
薬価等の改定
▲1.0%

国民医療費等の対前年度伸び率(%)

	60	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
国民医療費	6.1	5.9	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2
老人医療費	12.7	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6
国民所得	7.4	1.4	0.1	1.7	0.4	▲3.4	▲1.2	2.0	▲2.8	▲1.5	0.7	1.3	1.3

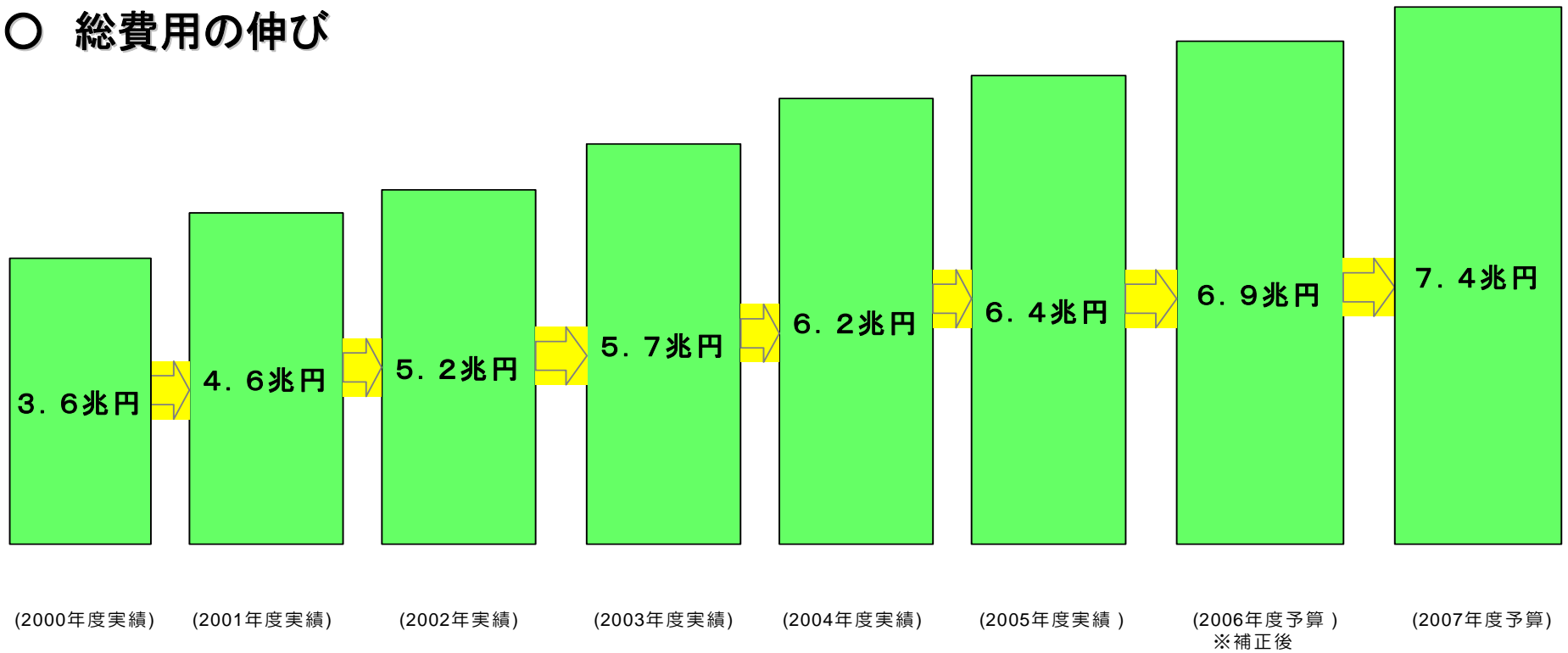
注1: 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2007年6月発表)による。

注2: 老人医療費は、平成14年の制度改正により、対象年齢が平成14年10月から平成19年9月までの5年間で、段階的に70歳から75歳に引き上げられたところ。

介護費の推移

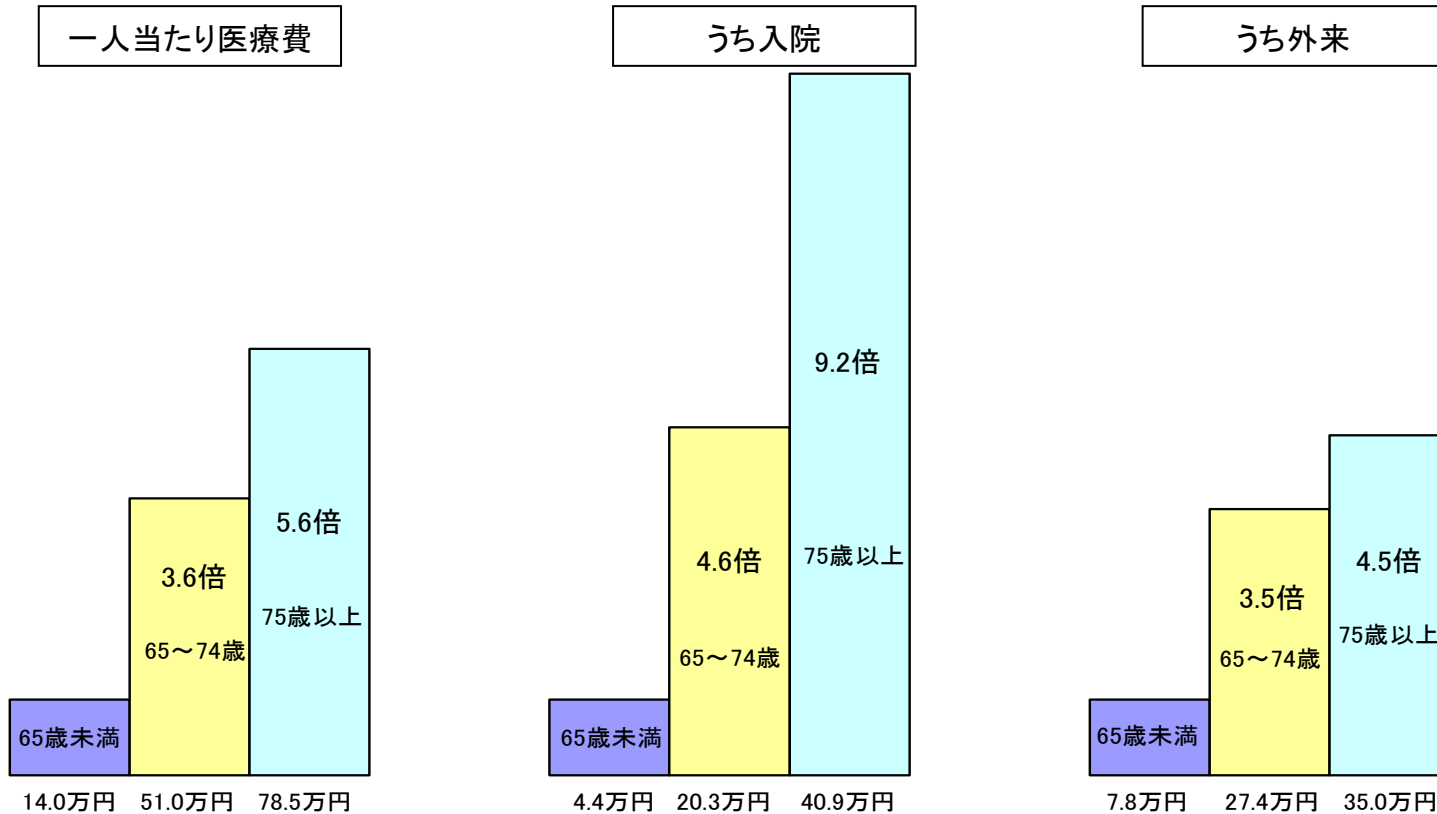
○ 介護保険の総費用は、毎年増加しており、現在7.4兆円である。

○ 総費用の伸び



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。
- 入院で見ると、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

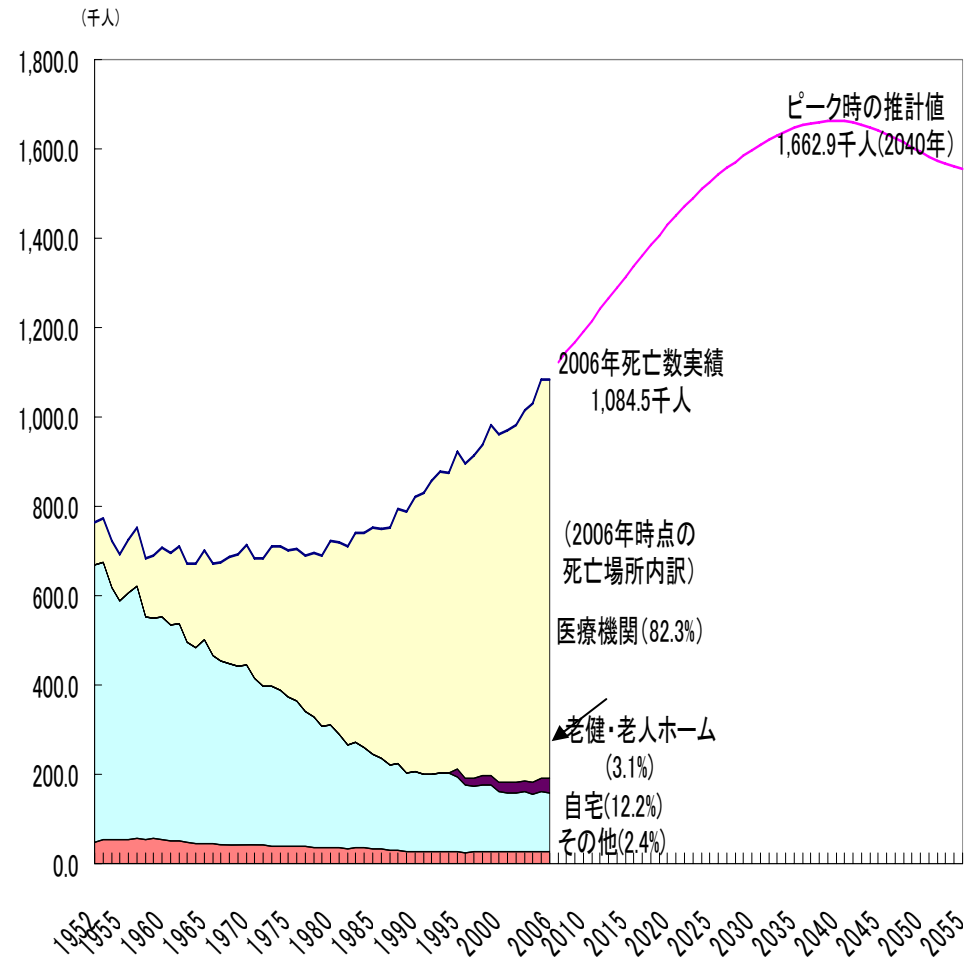
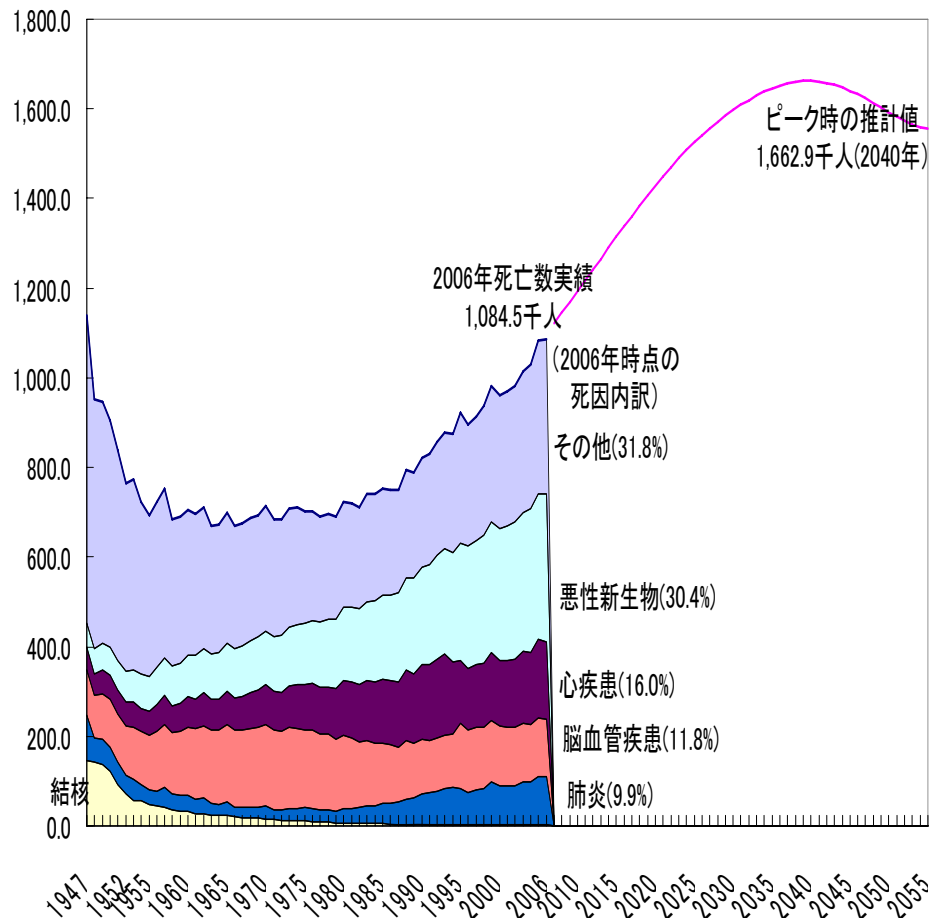
	要介護4	要介護5	要介護4及び要介護5の合計
①認定者総数	58.5万人	52.4万人	110.9万人
②うち75歳以上高齢者の数	49.0万人	43.6万人	92.6万人
③認定者総数に占める75歳以上高齢者の割合(②/①)	83.9%	83.1%	83.5%

死亡数の年次推移、主な死因及び死亡場所

- 戦後の死因の推移を見ると、感染症によるものが大幅に低下し、がん等の悪性新生物、心疾患等が死因の多くを占めるようになってきている。死亡場所では、自宅の比率が年々低下し、医療機関がおよそ8割となっている。
- また、今後、死亡数は、2040年頃に現在のおよそ1.5倍に達すると見込まれる。

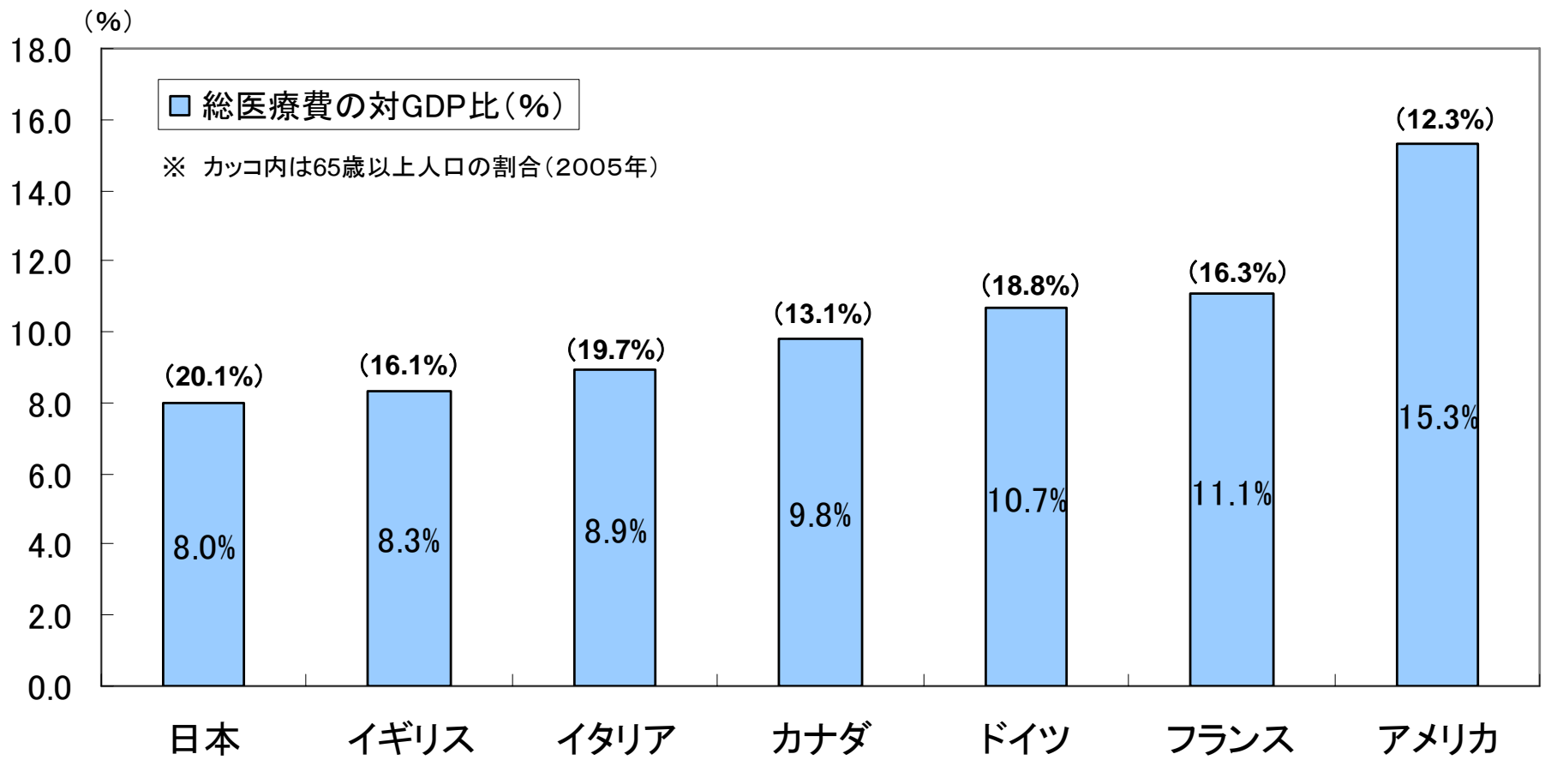
死亡数と主な死因の推移

死亡数と死亡場所の推移



G7諸国の総医療費の状況(2005年)

○ 制度や社会的背景の違い等もあり、単純な国際比較は困難であるものの、我が国の総医療費の対GDP比は、先進国の中で、比較的低い水準に留まっている。



【出典】「OECD HEALTH DATA 2007」
(注)日本とイギリスの数値のみ2004年のデータ

G7諸国の人口1000人当たりの医療従事者の国際比較について

○ 日本は人口当たりの医師数は他のG7諸国と比較して少ない状況にあるが、一方で、看護師を加えた数や病院職員では、概ね同程度の水準にある。

	診療医師数 (注1)	看護職員数 (注2)	医師＋ 看護職員数	病院職員数 (常勤換算)
アメリカ合衆国	2.4	7.9	10.3	16.0
イギリス	2.3	9.2	11.5	—
イタリア	4.2	6.7	10.9	12.4
カナダ	2.1	9.9	12.0	13.0
ドイツ	3.4	9.7	13.1	10.9
フランス	3.4	7.5	10.9	—
日本	2.0	9.0	11.0	13.0

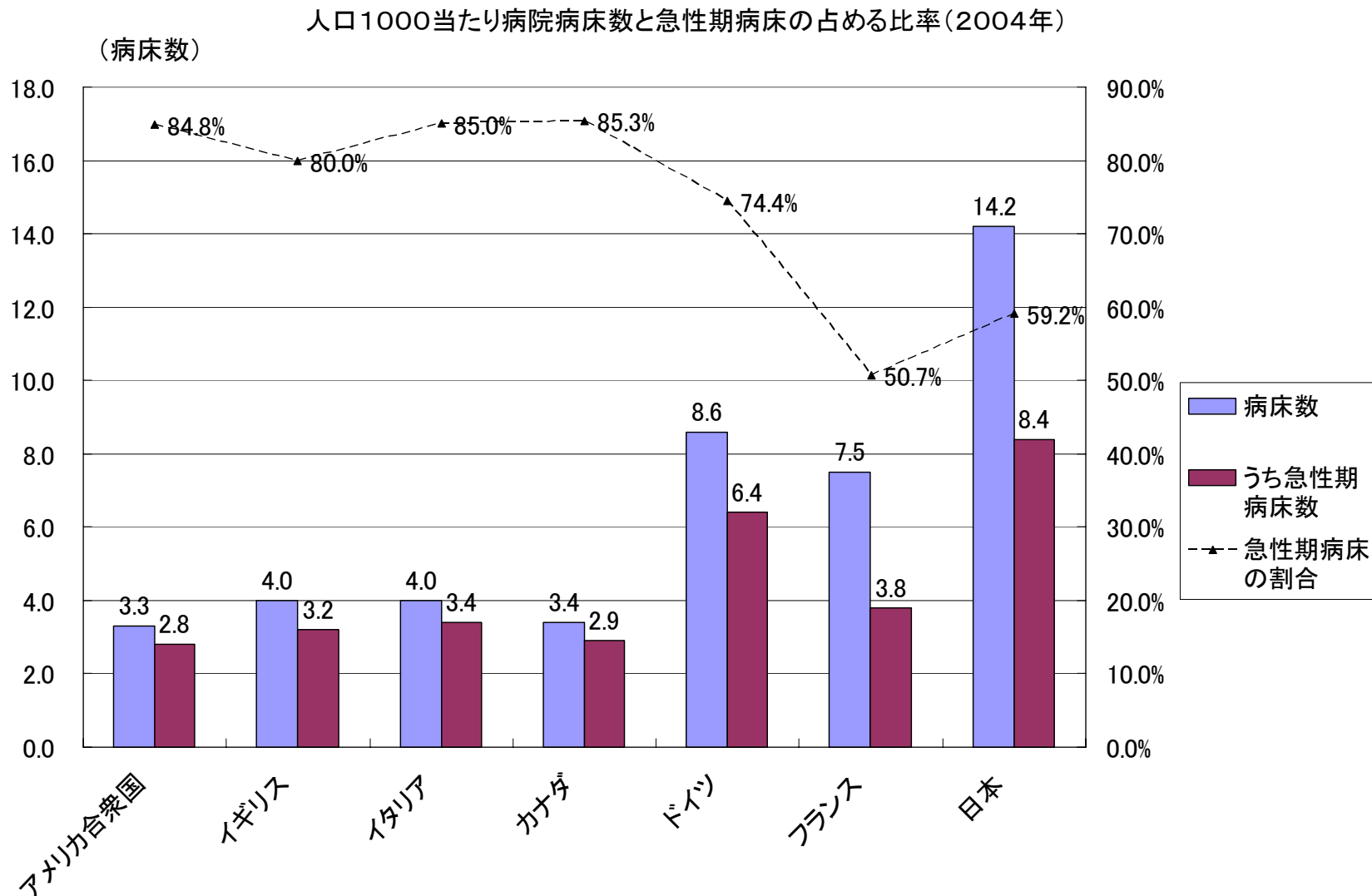
出典：OECD Health Data 2007

注1：診療に従事している医師数で算定している。なお、日本は、2006年で人口千当たり従事医師数は2.1

注2：看護業務に従事している看護師等の数で算定している。なお、アメリカ合衆国は2002年の数字を用いている。

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）	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	43.2	5.6	3.8
イギリス	57.5	227.7	—	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	31.5	8.7	7.0
フランス	44.9	100.1	—	70.5	5.5	6.6
日本	14.3	63.2	91.6	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

社会保障関係業務に携わる就業者数の推移

- 医師・看護師等の保健医療分野の就業者数は、2000(平成12)年に約170万人であったが、2006(平成18)年に約193万人と、約23万人増加している。
- 介護・福祉サービスの従事者数は、2000(平成12)年に約170万人であったが、2005(平成17)年には、約328万人と、約158万人増加している。

医師・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師数の推移

	2000(平成12)年	2002(平成14)年	2004(平成16)年	2006(平成18)年
医師	243,201	249,574	256,668	263,540
歯科医師	88,410	90,499	92,696	94,593
薬剤師	199,797	212,720	223,564	234,429
保健師	42,027	44,226	46,024	47,088
助産師	24,985	25,877	26,040	27,352
看護師	679,955	740,375	797,233	848,185
准看護師	418,352	423,018	423,296	410,420
合計	1,696,727	1,786,289	1,865,521	1,925,607

(資料) (医師・歯科医師・薬剤師) 医師・歯科医師・薬剤師調査 (その他の職種) 医政局看護課調べ

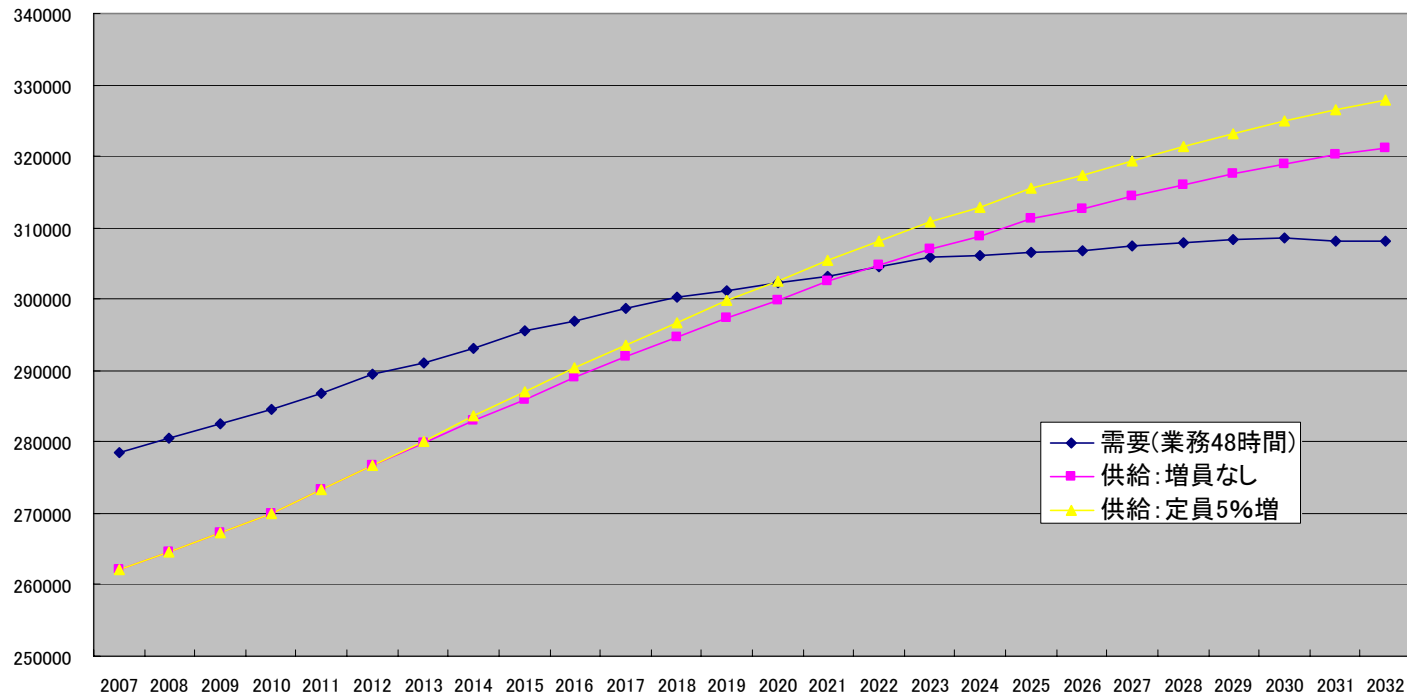
介護・福祉サービス従事者数の推移(実人員)

	2000(平成12)年	2005(平成17)年
老人分野	1,048,681	1,971,225
障害者分野	159,550	671,718
児童分野	447,013	556,008
その他	43,831	77,604
合計	1,699,075	3,276,555

(資料) 社会・援護局福祉基盤課調べ

医師の需給の見通し

○ 医師の労働時間を病院常勤医師の平均従業時間である48時間までとした場合、現状では、医師の総数が不足しているが見込まれるが、今後の医師の増加等により、2020年頃には、医師の供給が需要を上回り、マクロ的には、必要な医師数は供給されると見込まれる。
(ただし、これは、地域や診療科といったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない。)



出典: 医師の需給に関する検討会報告書(平成18年7月)

注1: 供給での「定員5%増」とは、新医師確保総合対策(平成18年)及び緊急医師確保対策(平成19年)による医学部定員増を実現した場合の影響を反映したものである。

注2: 医師数の需要の推計には、医師の労働時間の影響の他に、高齢化による患者数の増加や重症度の違いの影響等も見込んでいる。

介護職員数の将来推計

○ 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	—	—
介護保険利用者数 [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	—	—
75歳以上高齢者数 [D]		1110	1290	1430	1530	1980	2100

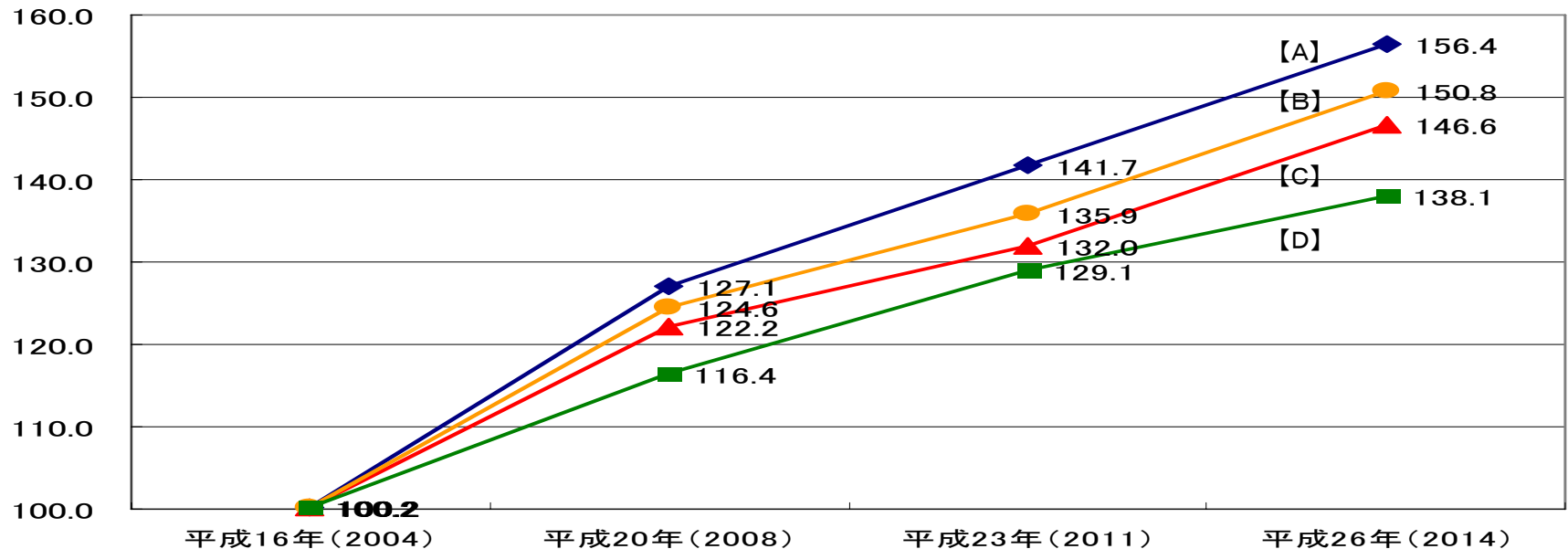
<出典> 要介護認定者等数 : 第18回社会保障審議会介護保険部会(平成16年10月29日)資料 介護保険利用者数 : 第19回社会保障審議会介護保険部会(平成16年11月15日)資料
75歳以上高齢者数 : 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口(平成14年1月推計)」

(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 : 平成16年介護サービス施設・事業所調査

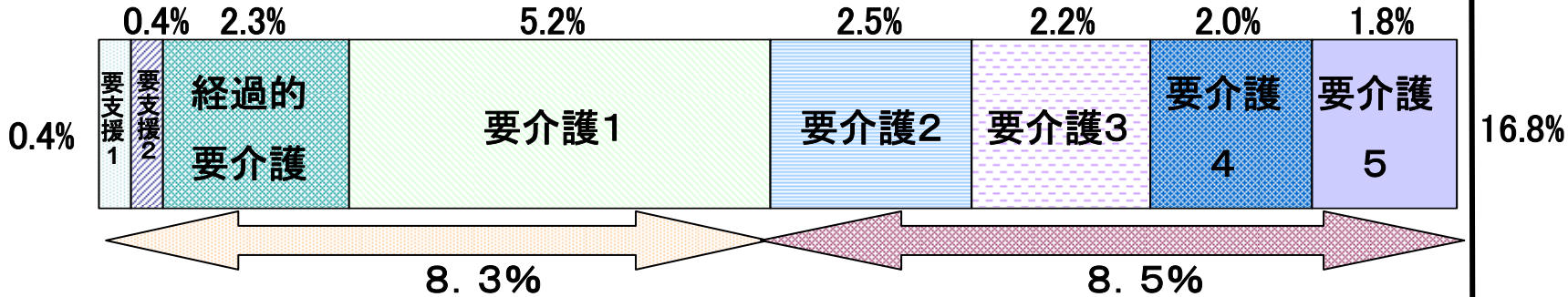
(注4) [C]のケースの推計は、施設・在宅別に推計したものを合計したもの。

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

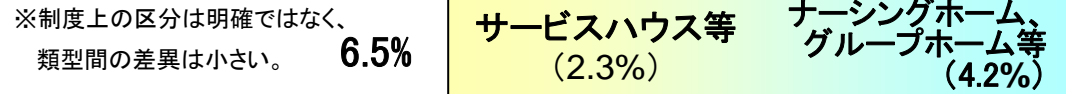


○各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

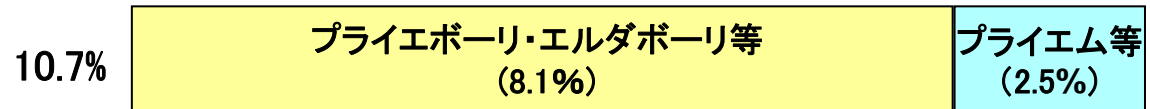
日本（2005）



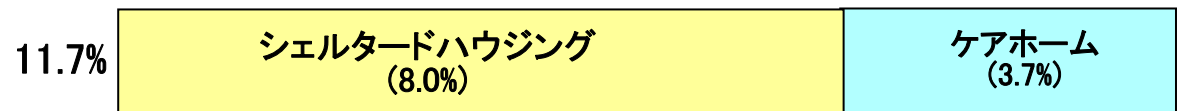
スウェーデン（2005）※3



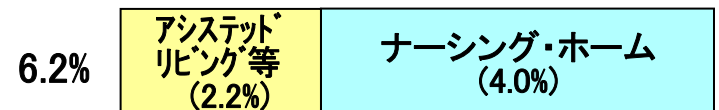
デンマーク（2006）※4



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)。

※2 介護保険3施設及びグループホーム

※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)

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

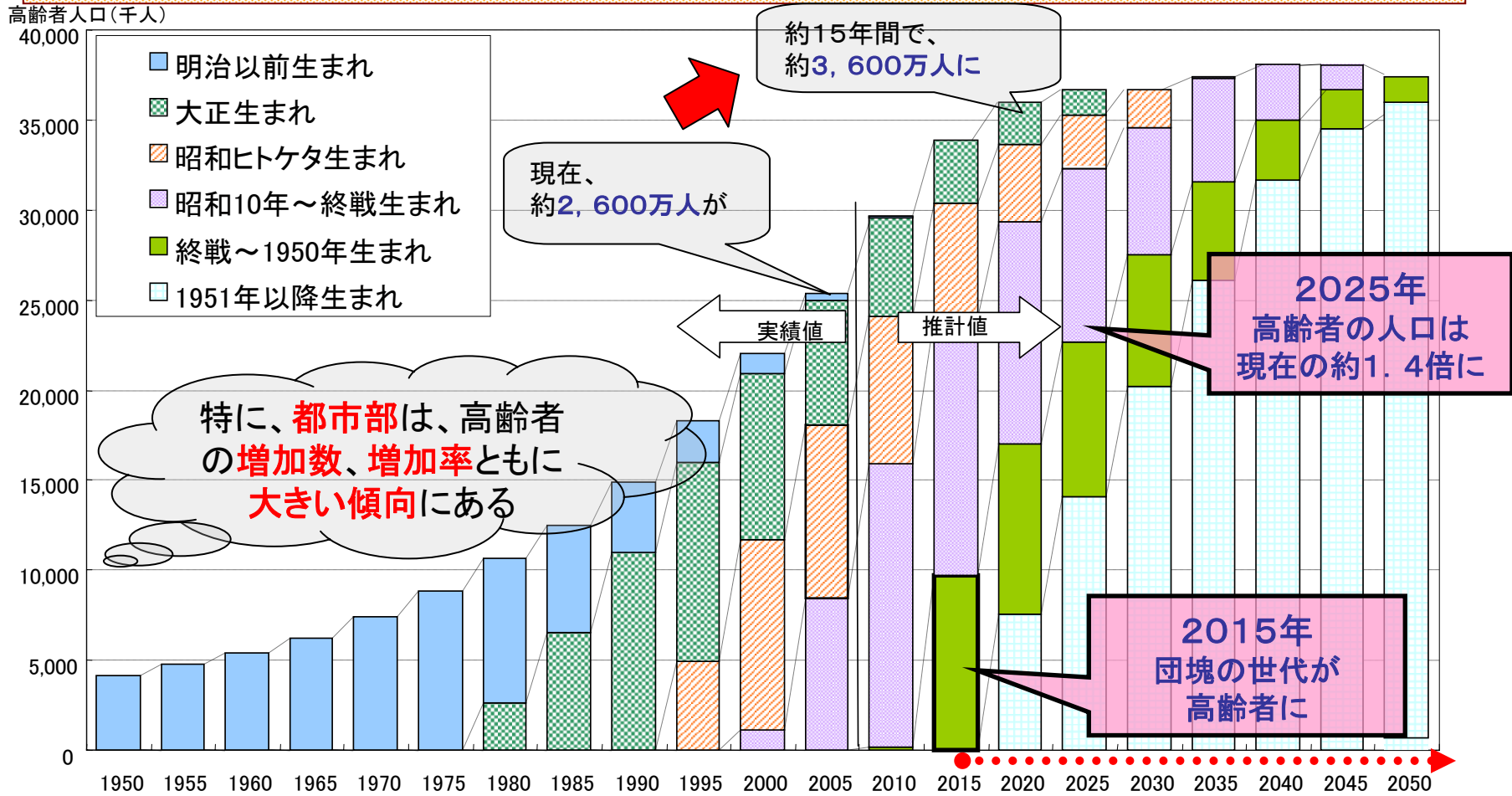
※5 Elderly Accommodation Counsel(2004)「the older population」

※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

これからの社会の変化と医療・介護・福祉サービスの姿

1 戦後世代の高齢者の増加と高齢者像の変化

- 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。

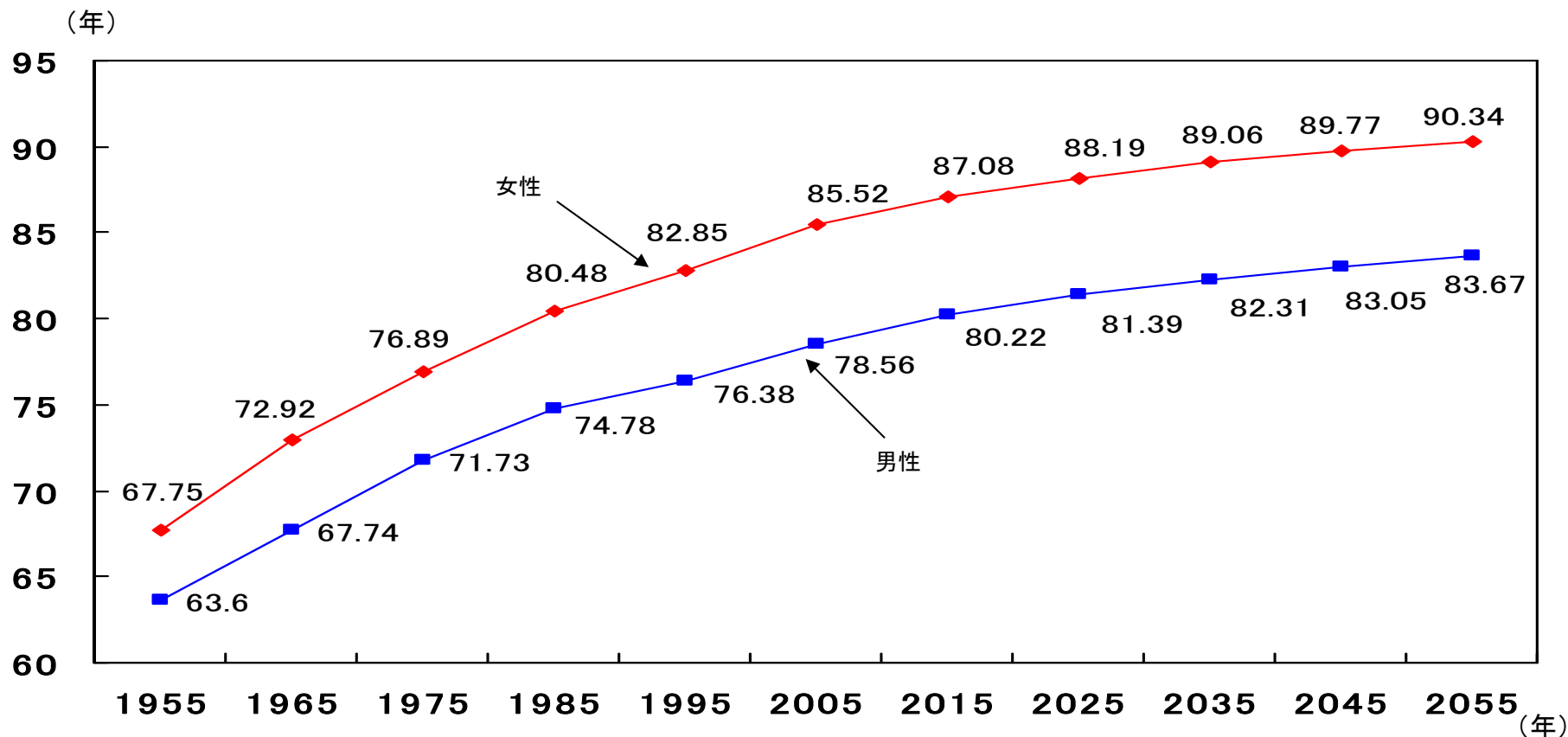


資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」

(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



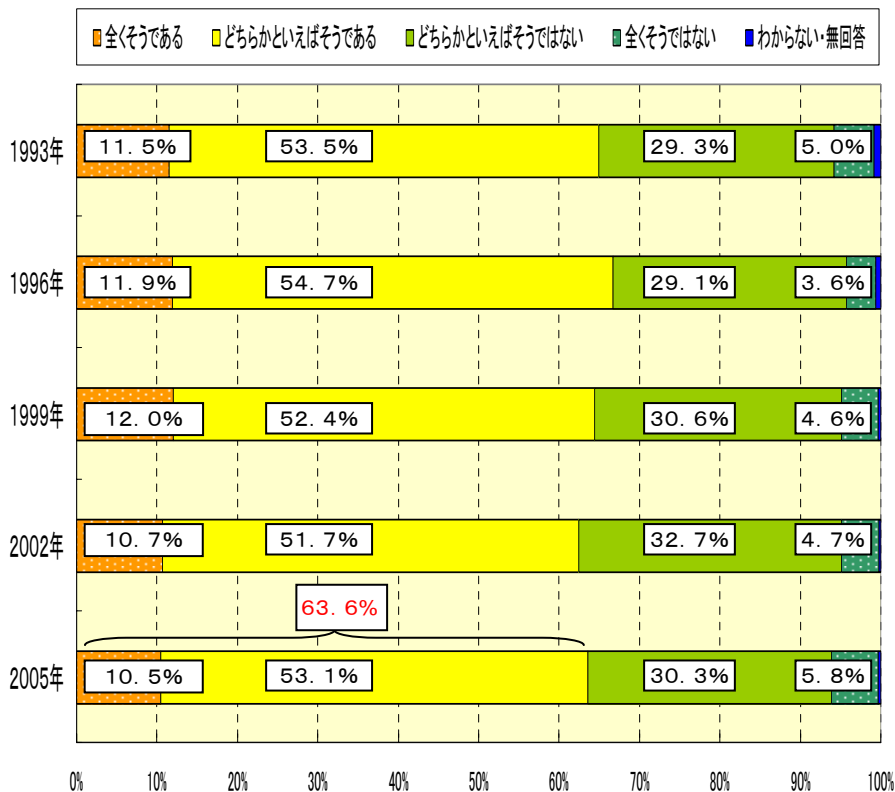
資料出所：2005年までは、厚生労働省「完全生命表」

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

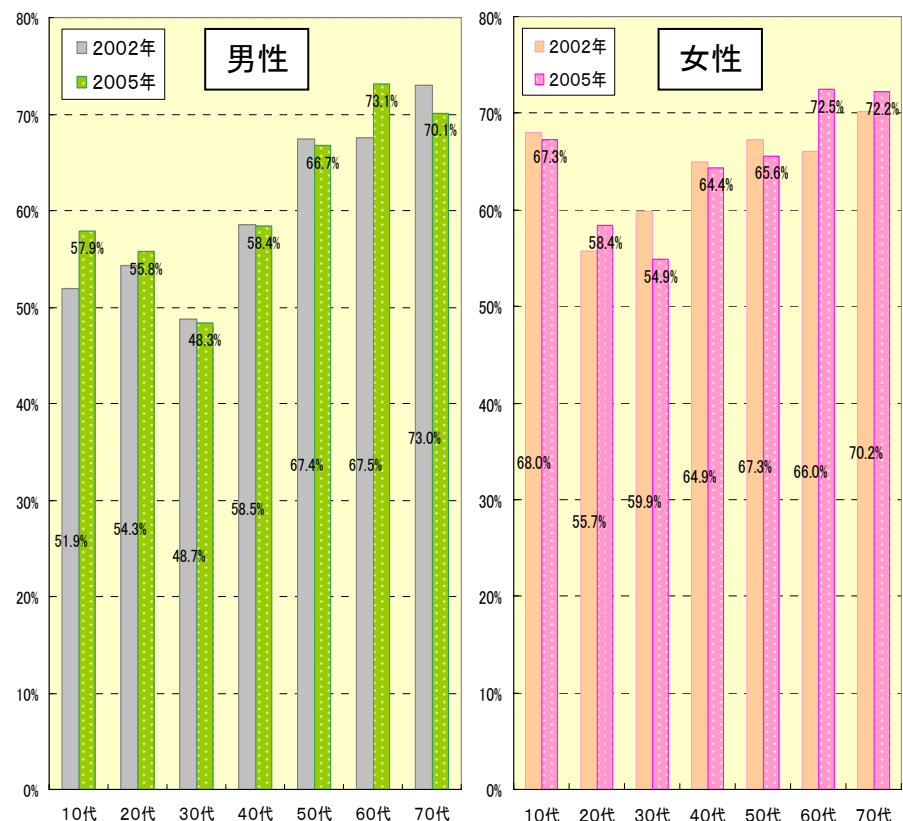
(2) 意識・価値観の変化

- 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



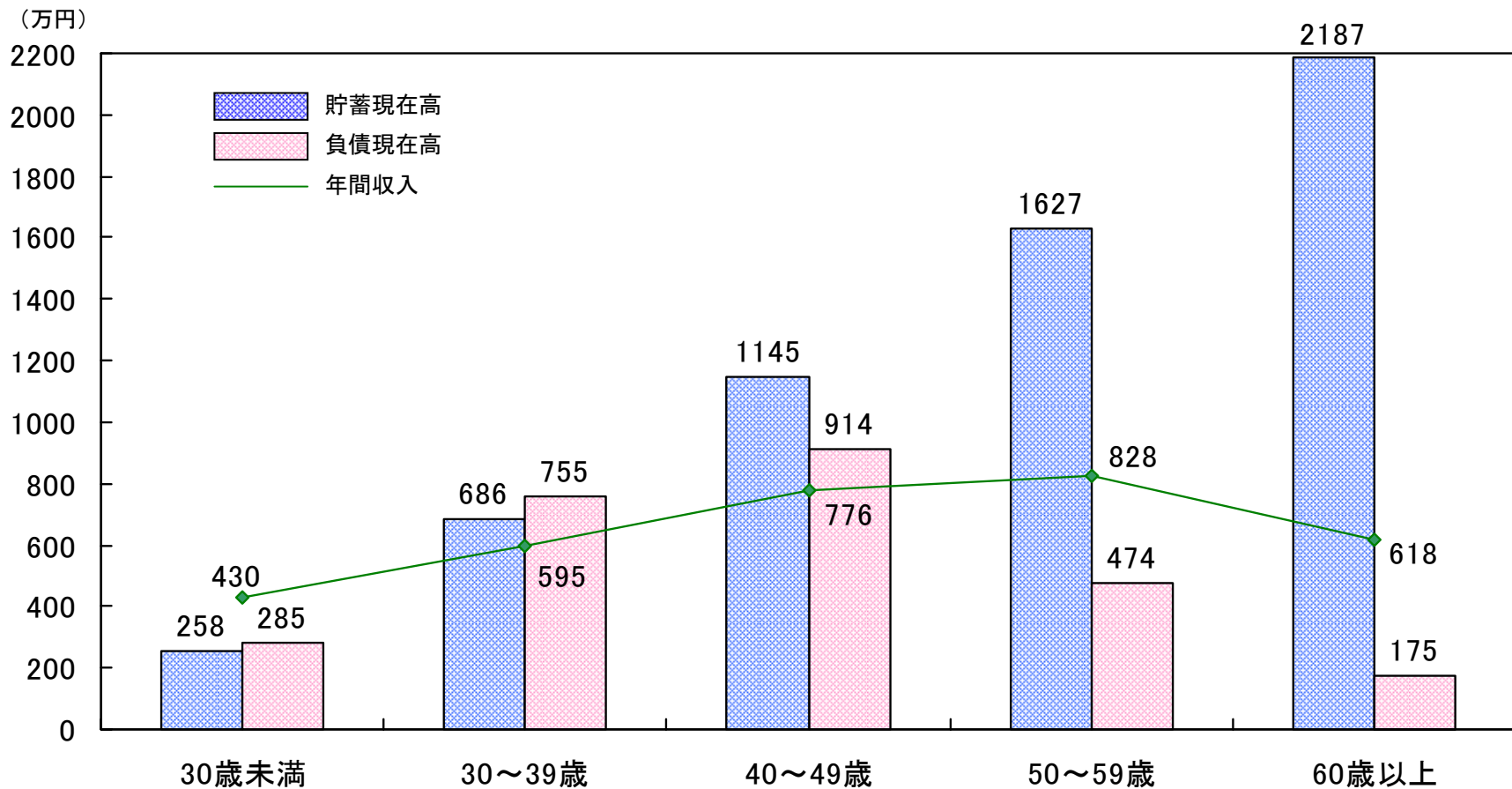
ボランティア活動には積極的に参加したいという意見について、
「全くそうである」「どちらかといえばそうである」と回答した人の割合



(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



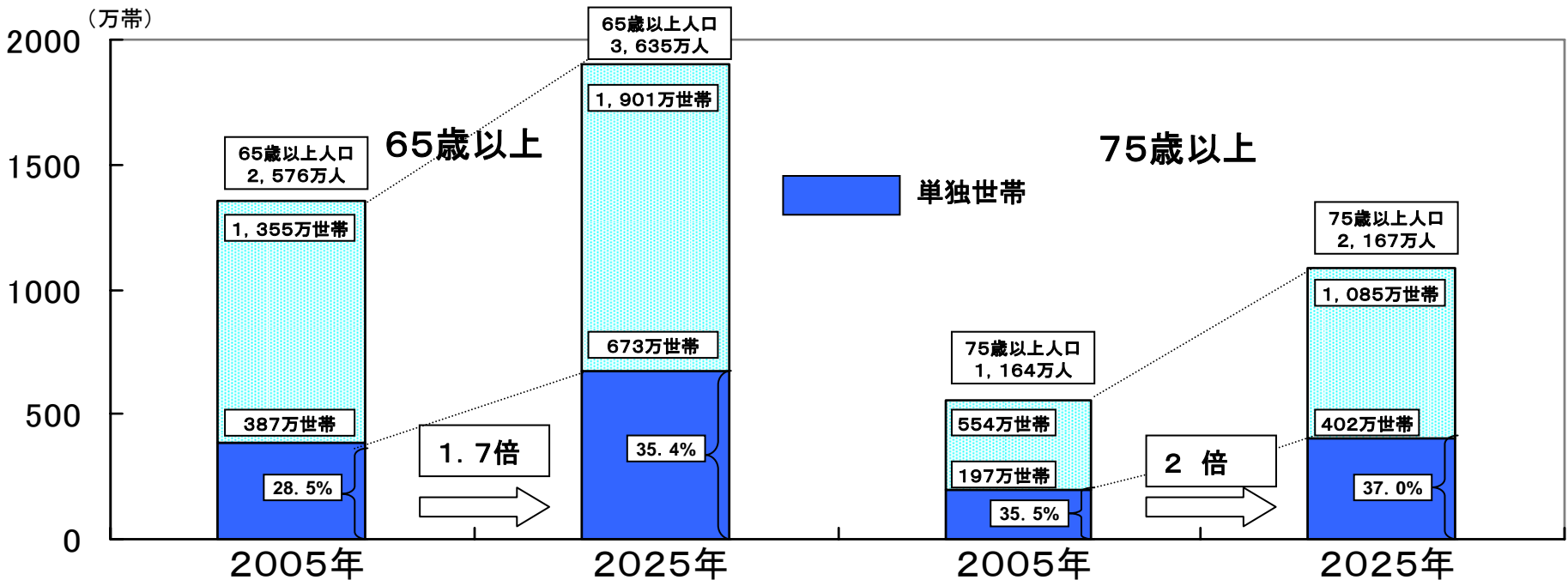
2 家族像の変化

- 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)

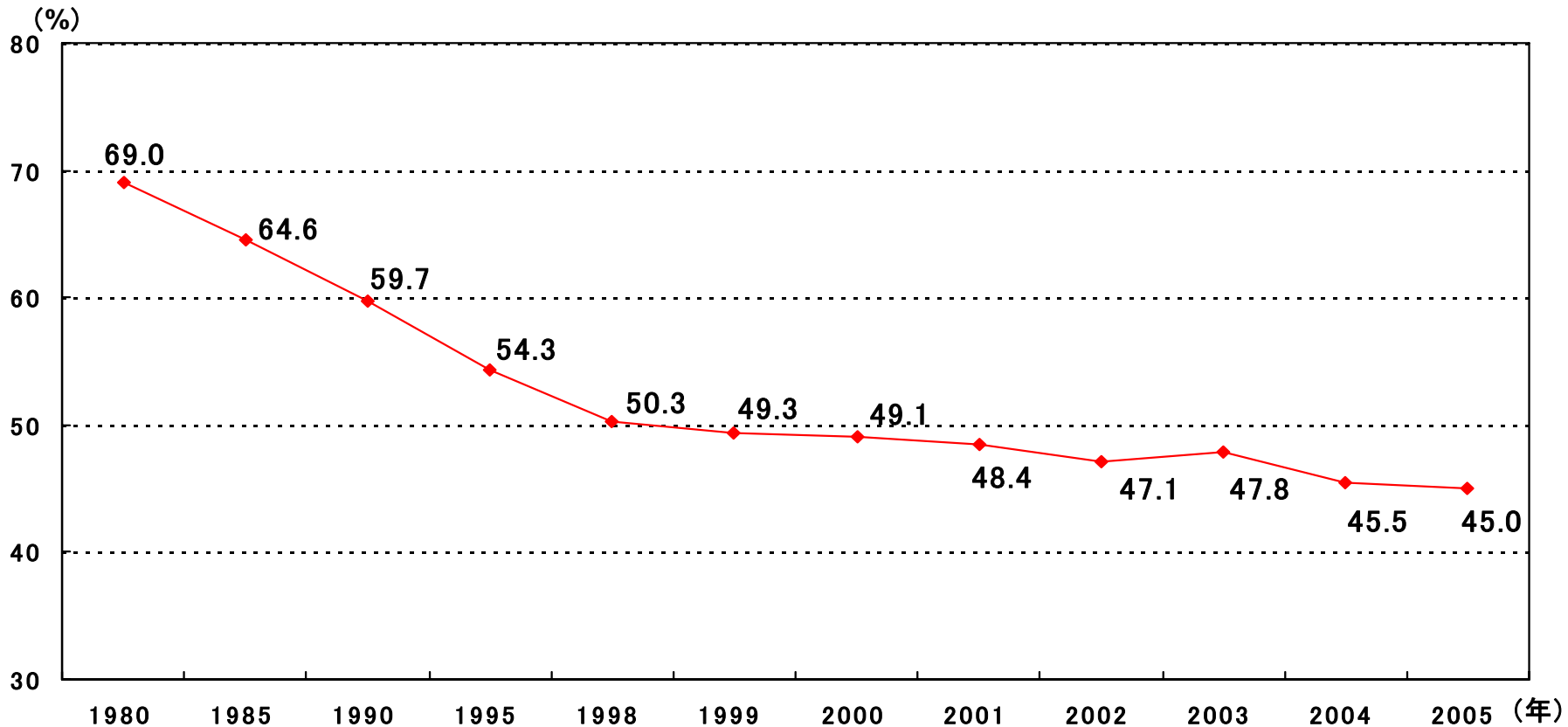


国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計
(全国推計)[平成20年3月推計]

(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



厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」

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	<u>22.2</u>	9.0	16.3	5.4	<u>57.8</u>	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)

3 疾病構造の変化と認知症がある高齢者の増加

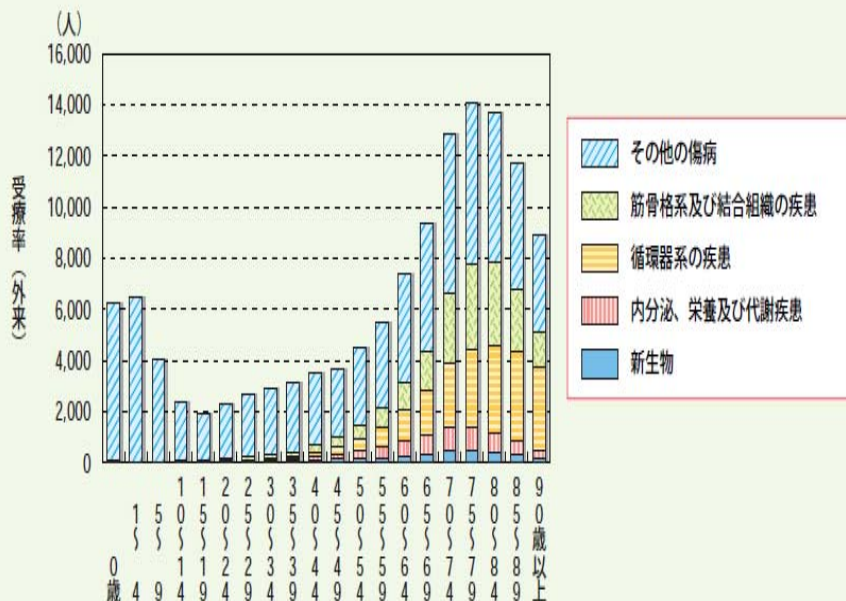
- 急性疾患から慢性疾患へという傾向が強まり、生活習慣病の受診率が増大。
- 認知症高齢者が2025年には現在の2倍以上に増加。
これに対応し、認知症高齢者の特性に応じた効果的なサービスが求められる。

(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。

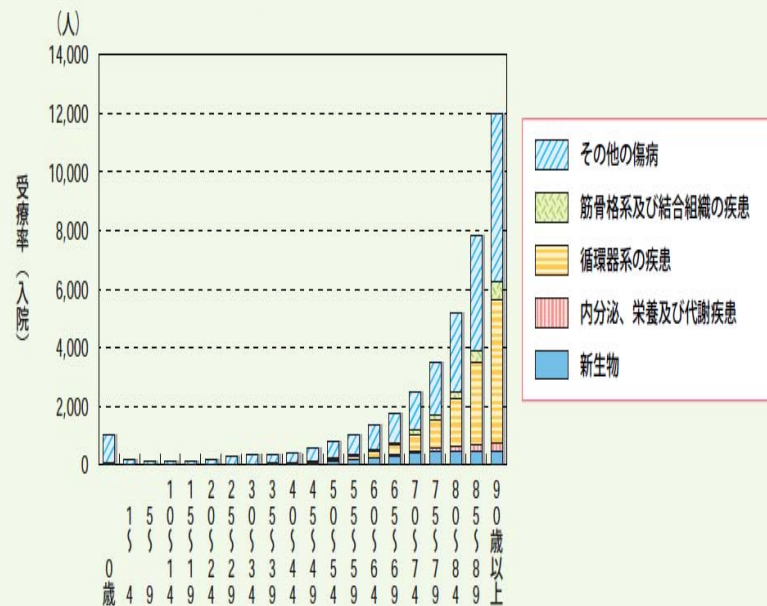
(注) 生活習慣病に分類される循環器系の疾患については、入院、外来ともに年齢が高くなるにつれて受療率が増加。

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）

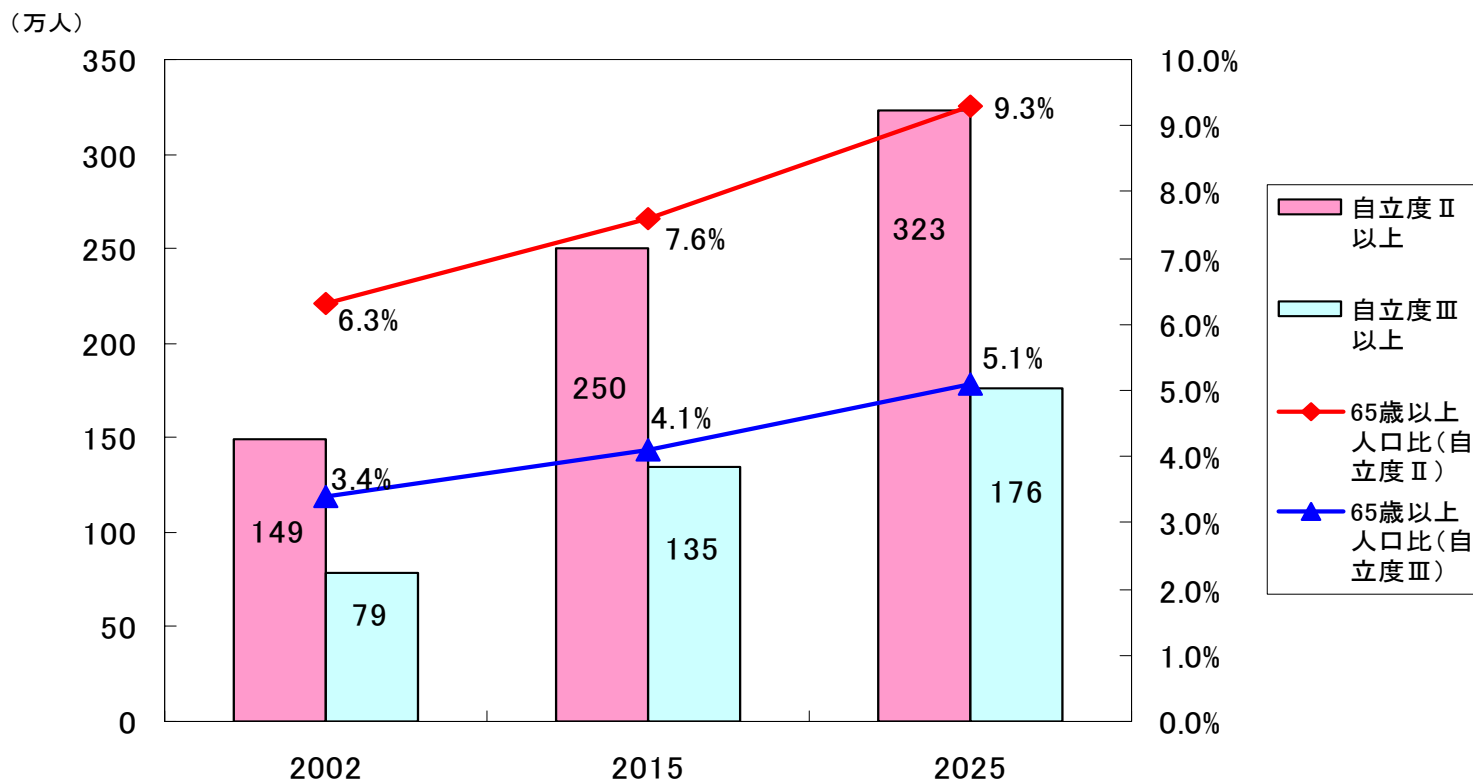


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」（2005年）

(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



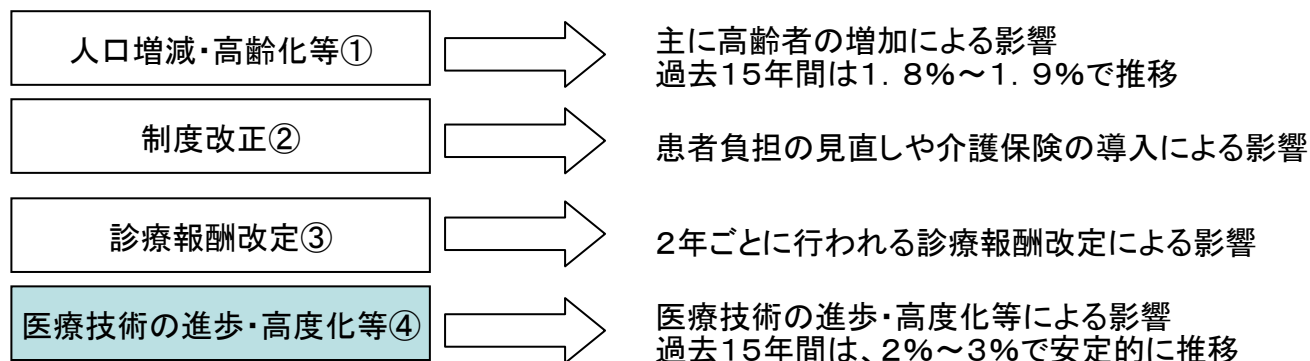
自立度Ⅱ：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

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。

4 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)
- 結石破砕装置の開発により、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。

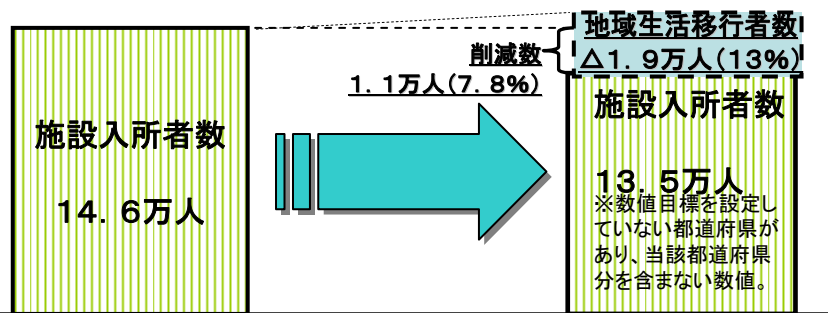
5 障害福祉サービスの理念の変化

○ 地域の中で自立した日常生活・社会生活を送りたいという障害者のニーズに対応し、障害者の地域移行や就労支援などのサービスを質・量ともに充実させていくことが求められる。

<これからの障害福祉サービス提供の姿(障害者自立支援法の施行)>

- ・地域の中での「自立した生活」
- ・利用者(障害者)と事業者間の契約に基づくサービス利用
- ・3障害(身体・知的・精神)の一元化(特に、精神障害分野の充実)
- ・地域移行や就労支援の強化

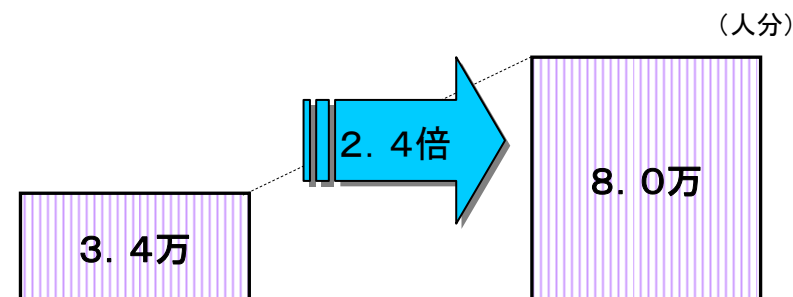
福祉施設から「地域生活」への移行



【現在(平成17年10月時点)】

【平成23年度末】

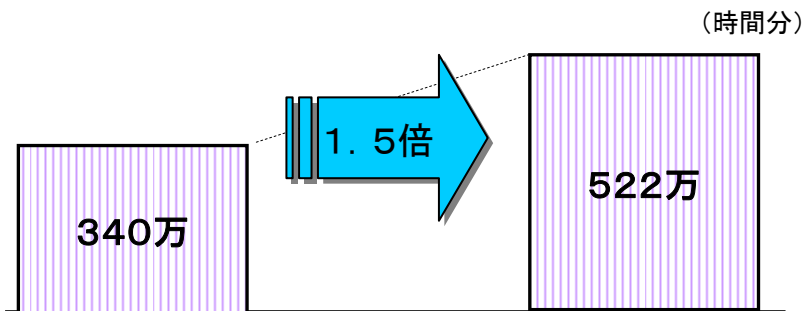
グループホーム・ケアホームの供給量の見込み



【現在(平成17年度)】

【平成23年度】

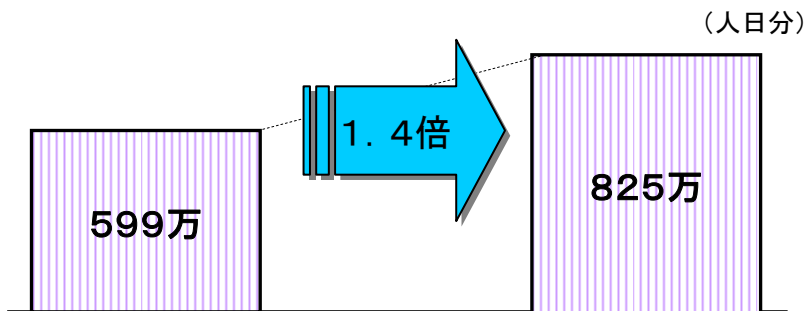
訪問系サービスの供給量の見込み



【現在(平成18年度)】

【平成23年度】

通所系サービスの供給量の見込み



【現在(平成17年度)】

【平成23年度】