

介護・医療改革の行方～2018年に向けて～

平成29年1月11日 医療介護福祉政策研究フォーラム
平成29年新春座談会

厚生労働省保険局医療課長

迫井 正深

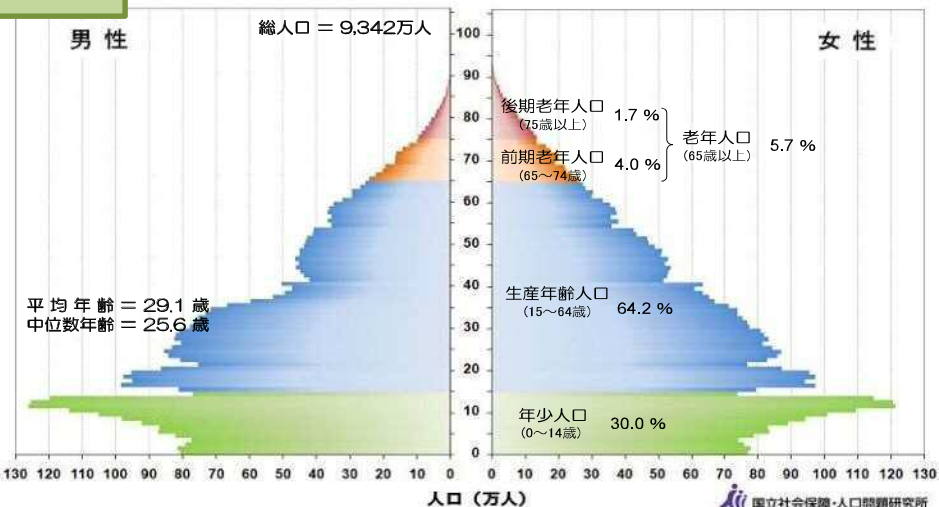
※【お断り】講演において演者が示す意見や見解は、講演資料の内容も含めて、演者個人によるものであり、必ずしも厚生労働省の公的な見解ではない内容が含まれています

【論点1】 人口構成の変革 （“日本型少子高齢化”）

- ・マクロの急速な少子高齢化

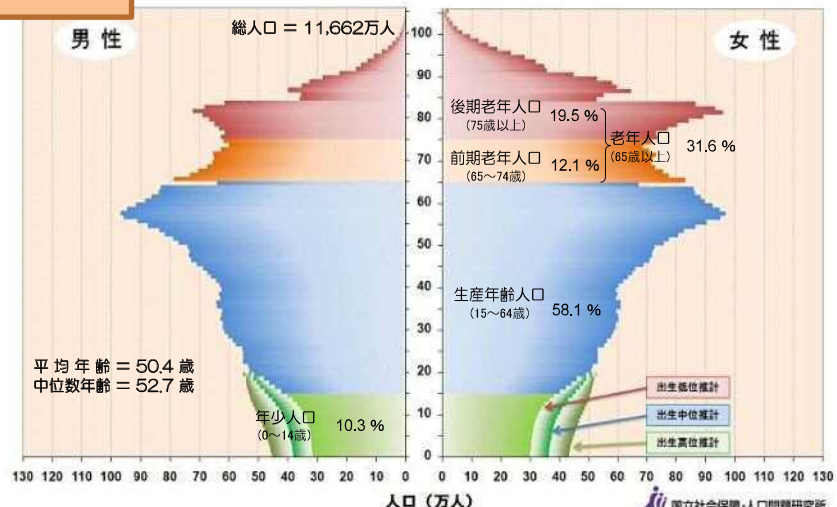
1960年

(1) 1960年



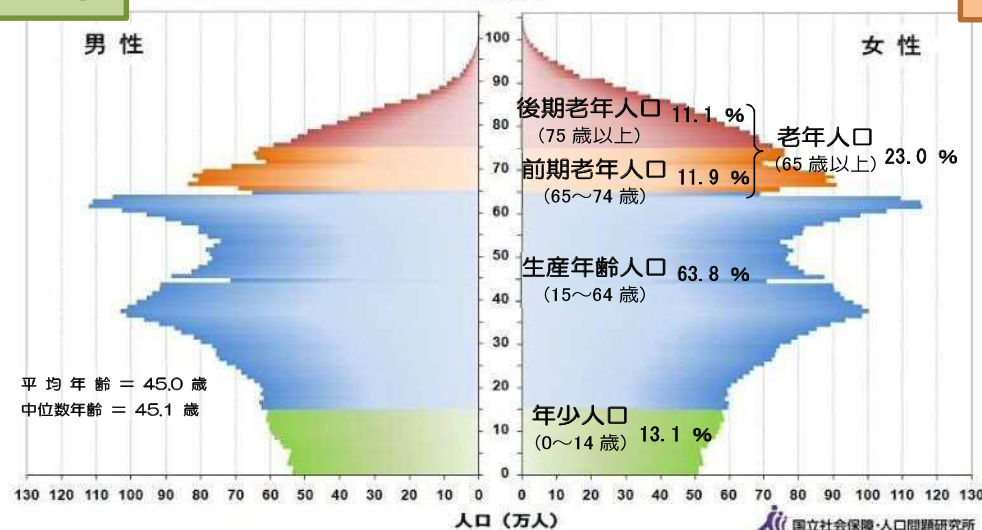
2030年

(3) 2030年



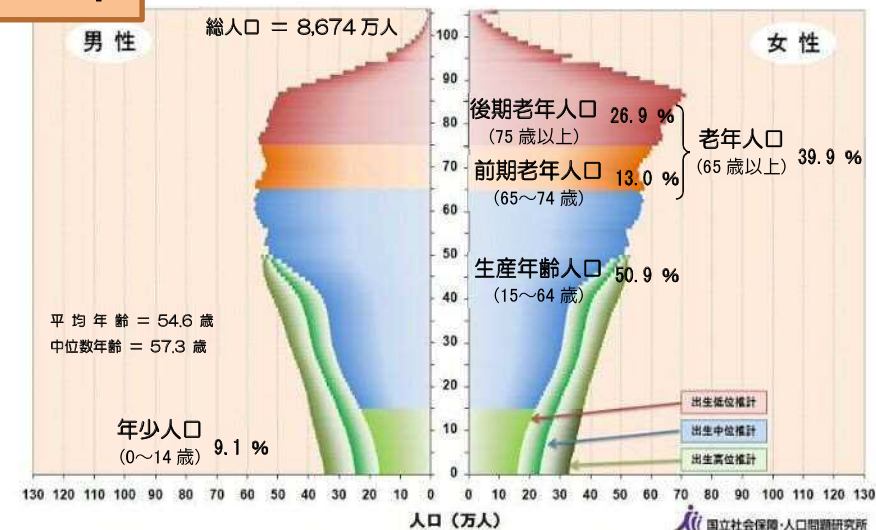
2010年

(2) 2010年



2060年

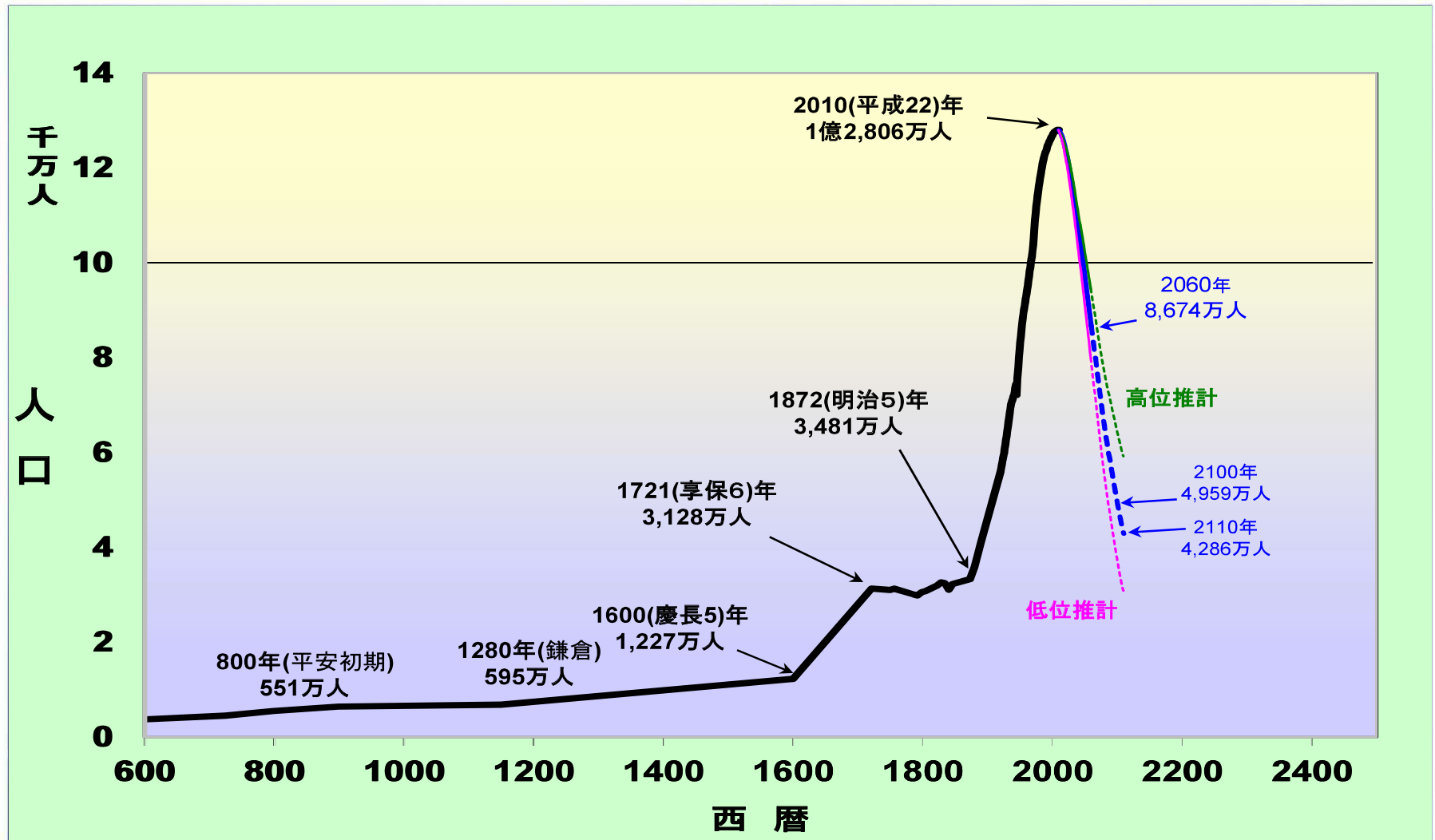
(3) 2060年



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

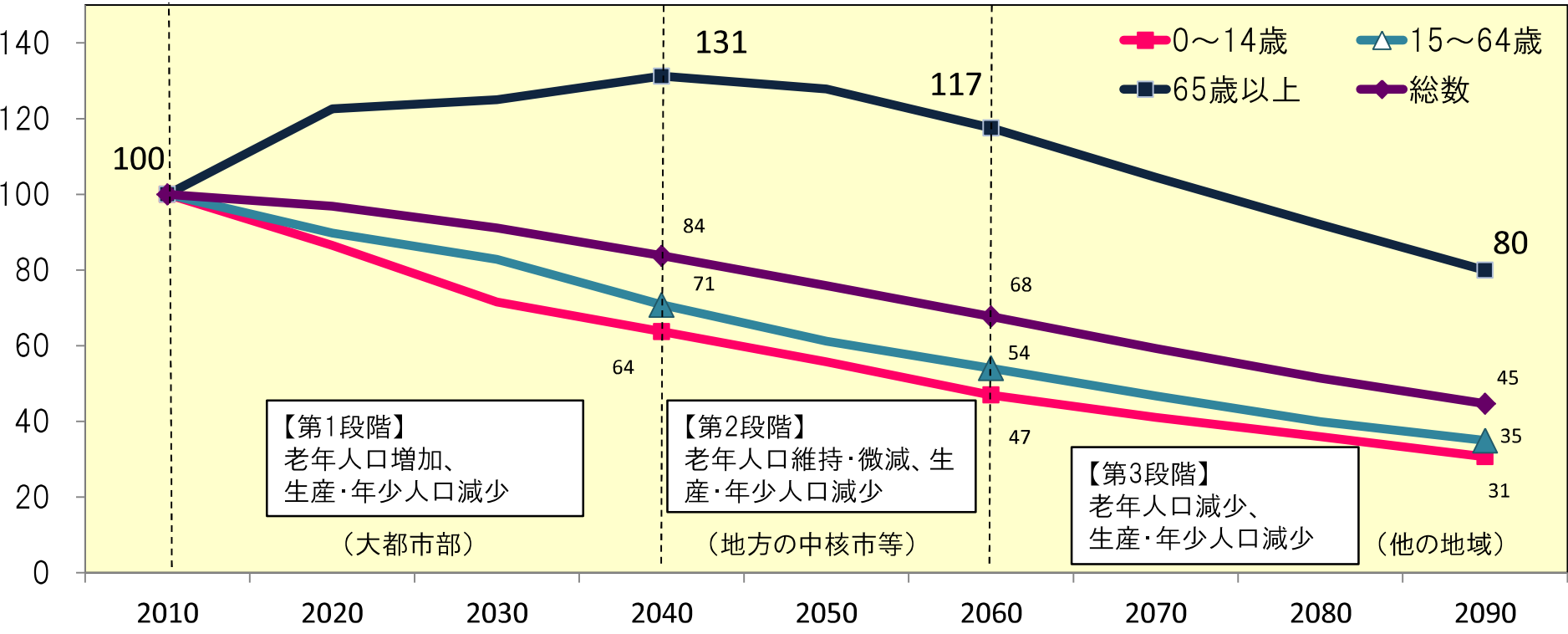
日本人口の歴史的推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」[推計人口]) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])。

将来人口動向:「3つの減少段階」

我が国の人口動向は、大きく「3つの減少段階」を経て、人口減少に至る。



【第1段階】
老年人口増加、
生産・年少人口減少
(大都市部)

【第2段階】
老年人口維持・微減、生
産・年少人口減少
(地方の中核市等)

【第3段階】
老年人口減少、
生産・年少人口減少
(他の地域)

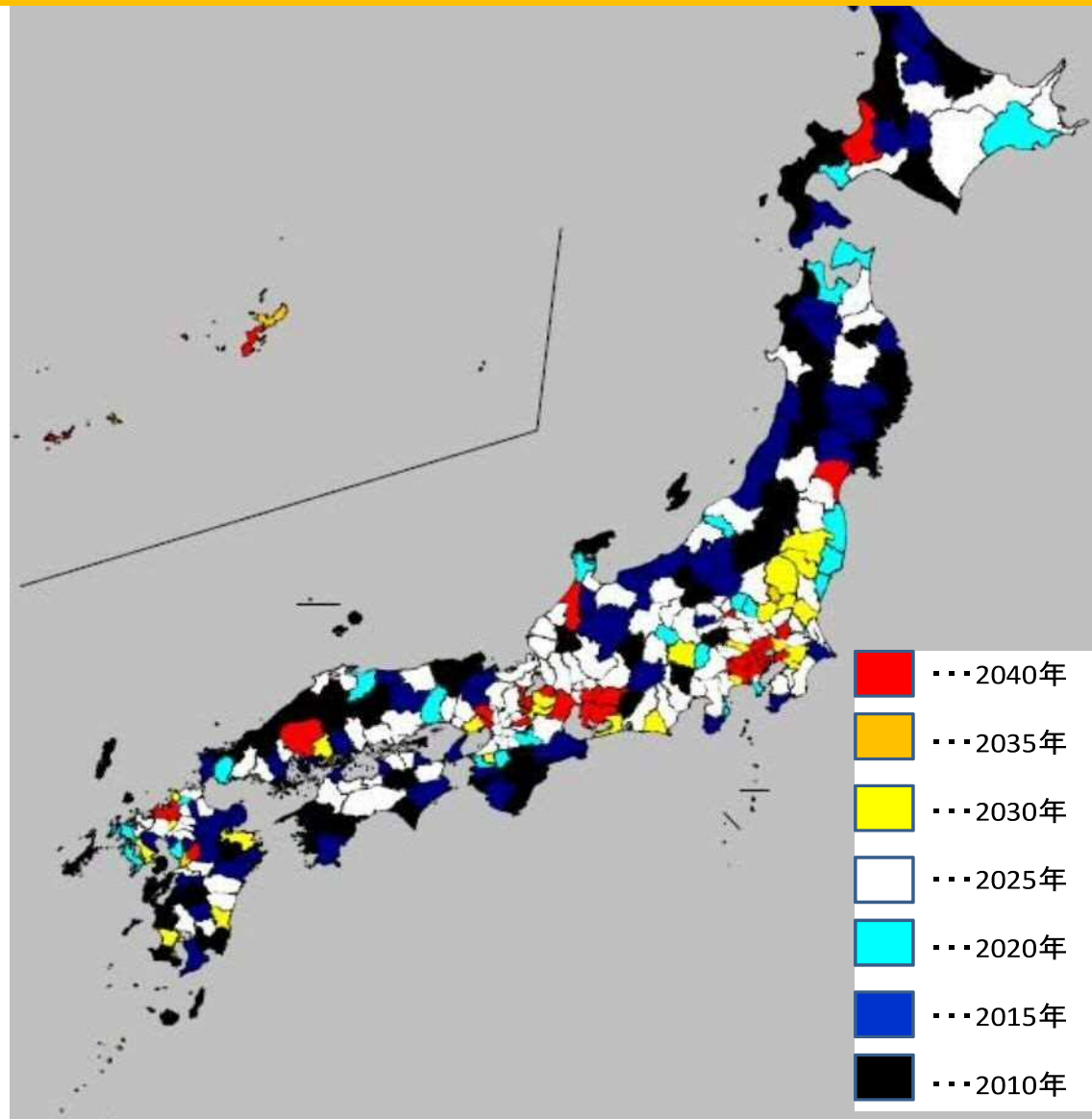
(備考)
1. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」より作成。
2. 2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

【論点1】 人口構成の変革 （“日本型少子高齢化”）

- ・地域で異なる変化の大きさとスピード

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



次期介護保険事業計画の始まる2015年から2025年までの各地域の高齢化

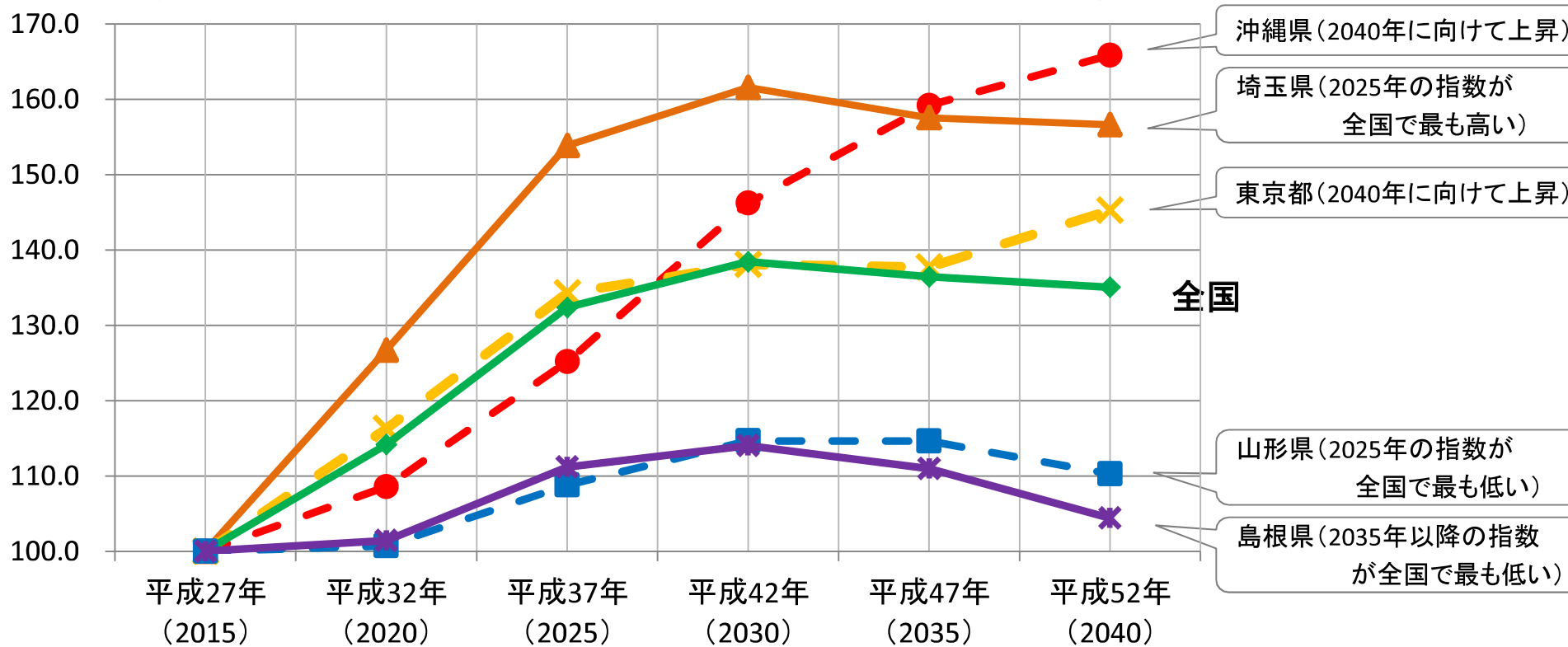
○75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県

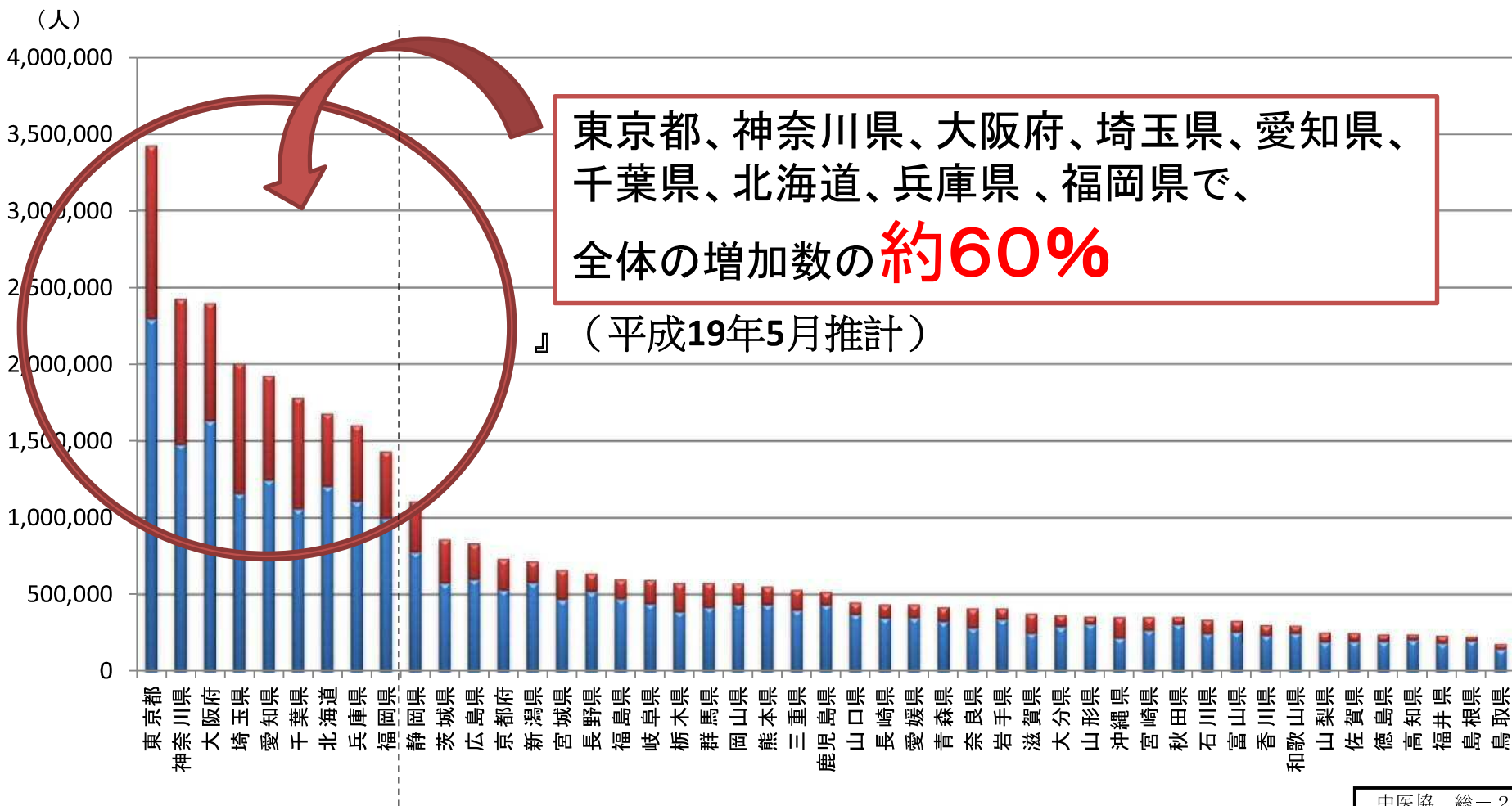
※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇

○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



■ 2025年までの増加数

■ 2005年

出典：国勢調査(平成17年)

中医協 総-2参考
28.12.14より

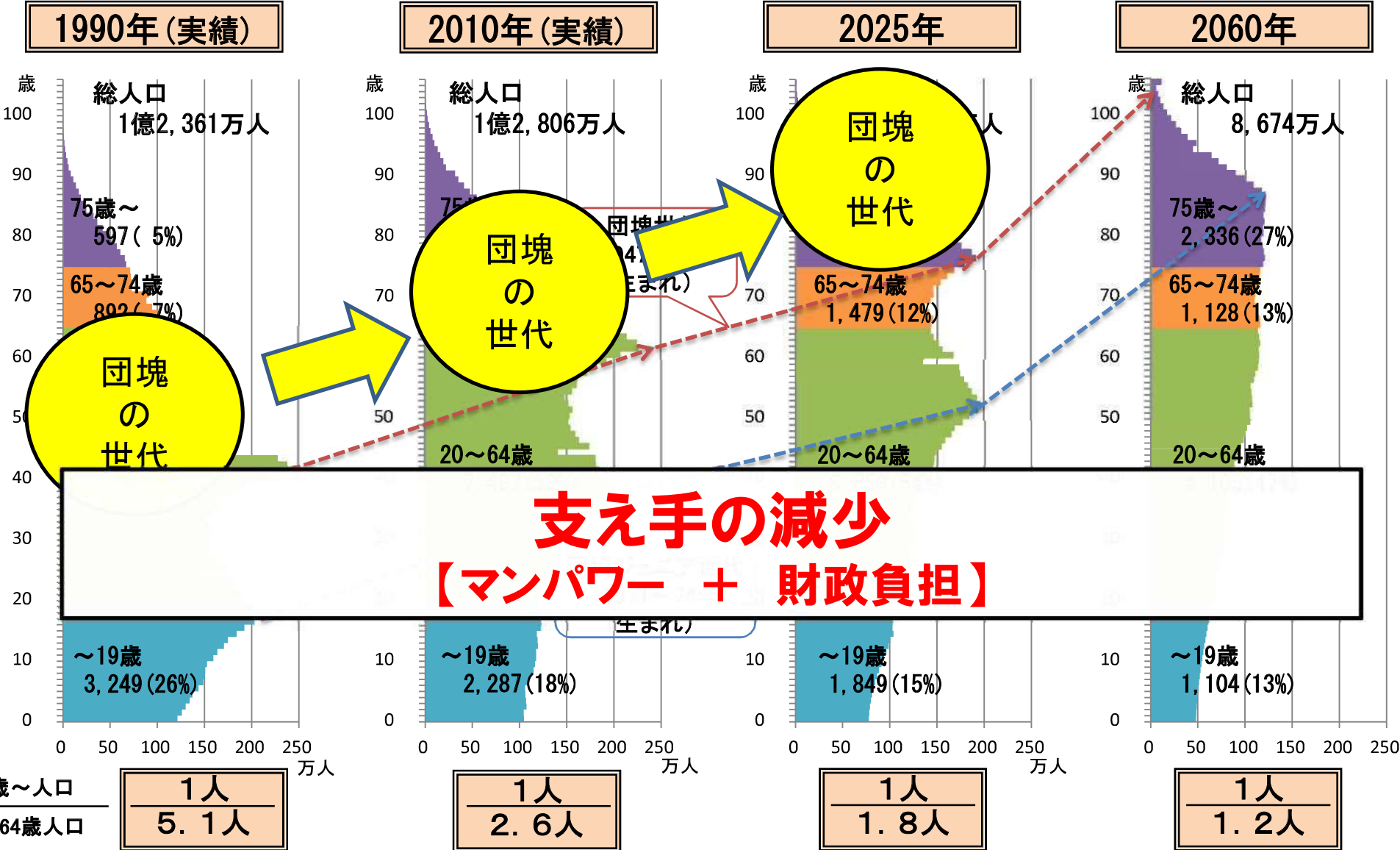
【論点2】 医療資源の現状と課題

- ・サービス利用者と提供者のバランス
- ・サービス提供に必要な財源（財政）

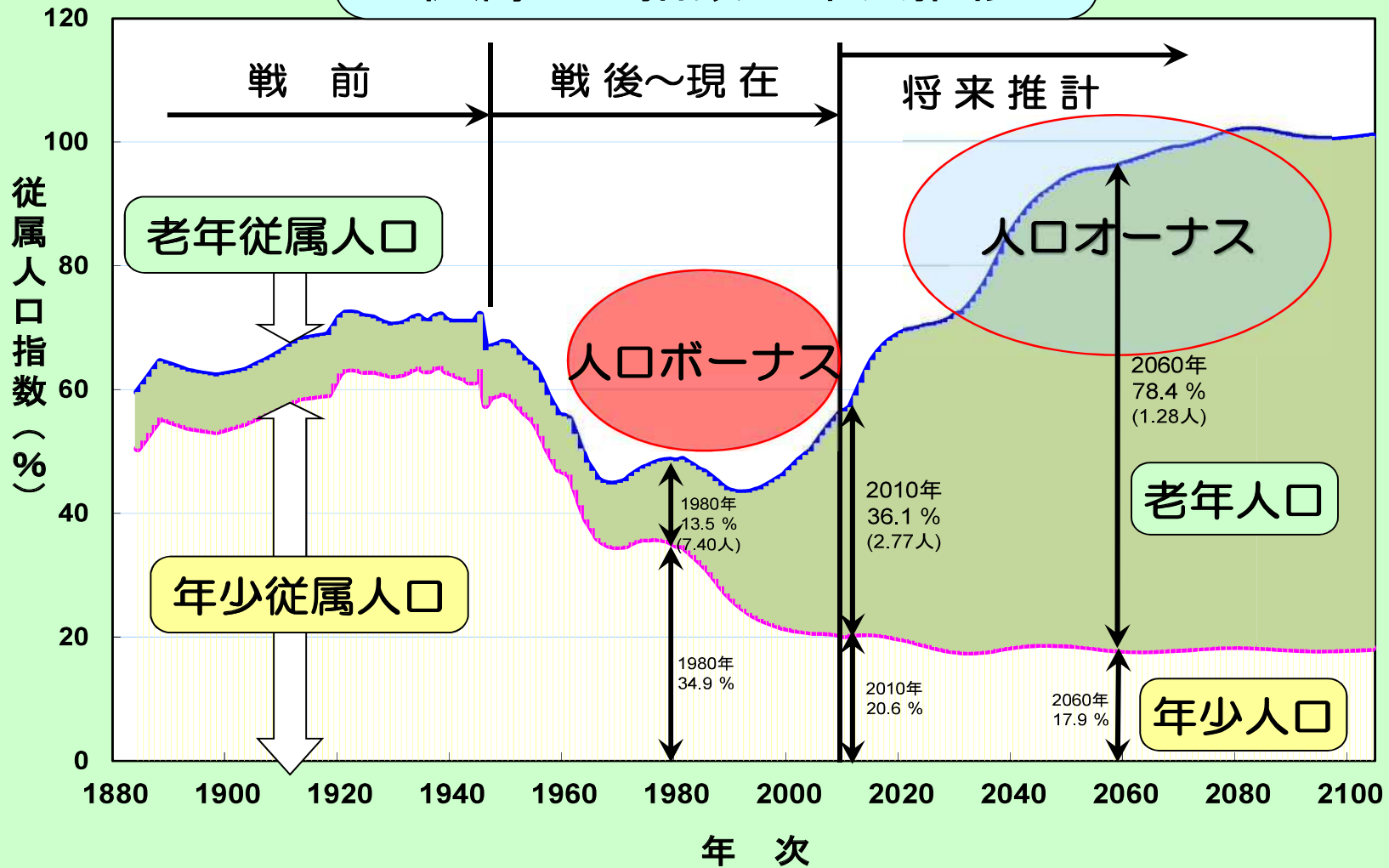
人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

28.12.14をもとに演者が加筆修正

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



従属人口指数の年次推移



老年人口：65歳以上人口

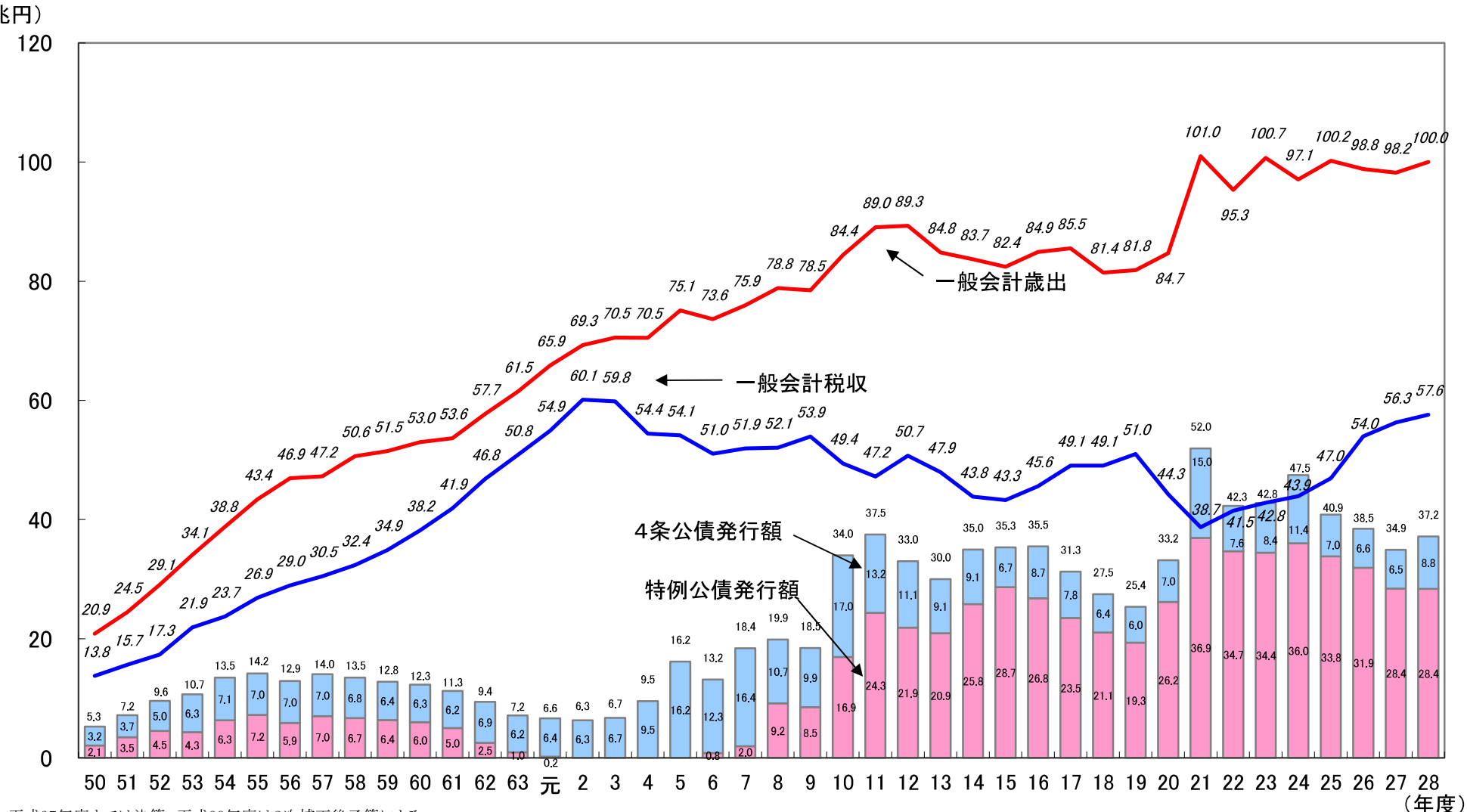
年少人口：0～14歳人口

資料：総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計[出生中位・死亡中位推計]）」

※従属人口指数 (%) = (0～14歳人口 + 65歳以上人口) / (15～64歳人口) × 100

一般会計における歳出・歳入の状況

我が国財政は歳出が歳入（税込及びその他収入）を上回る状況が継続している。特に、平成2年度以降、景気悪化に伴う税収減少等により歳出と歳入の差額が拡大し、その差は借金である国債（建設国債・特例国債）の発行によって賄われている。



平成27年度までは決算、平成28年度は2次補正後予算による。
 公債発行額は、平成2年度は湾岸地域における平和回復活動を支援する財源を調達するための臨時特別公債、平成6～8年度は消費税率3%から5%への引上げに先行して行った減税による租税収入の減少を補うための特例公債、平成23年度は東日本大震災からの復興のために実施する施策の財源を調達するための復興債、平成24年度及び25年度は基礎年金庫負担2分の1を実現する財源を調達するための年金特別公債を除いて算出している。

【論点3】 ケアニーズの変化と多様性

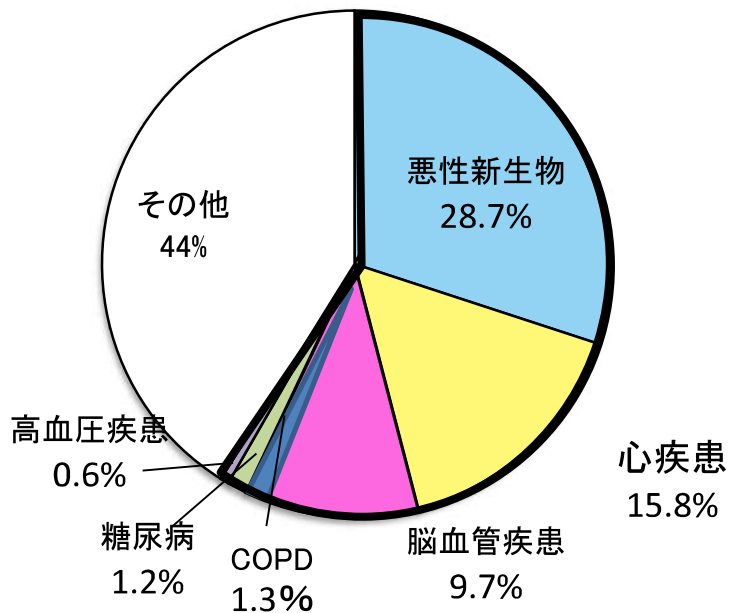
- ・疾病構造の変遷
- ・ライフスタイルの変化
- ・自立度とケアの多様性

我が国における疾病構造

生活習慣病は死亡割合の約6割

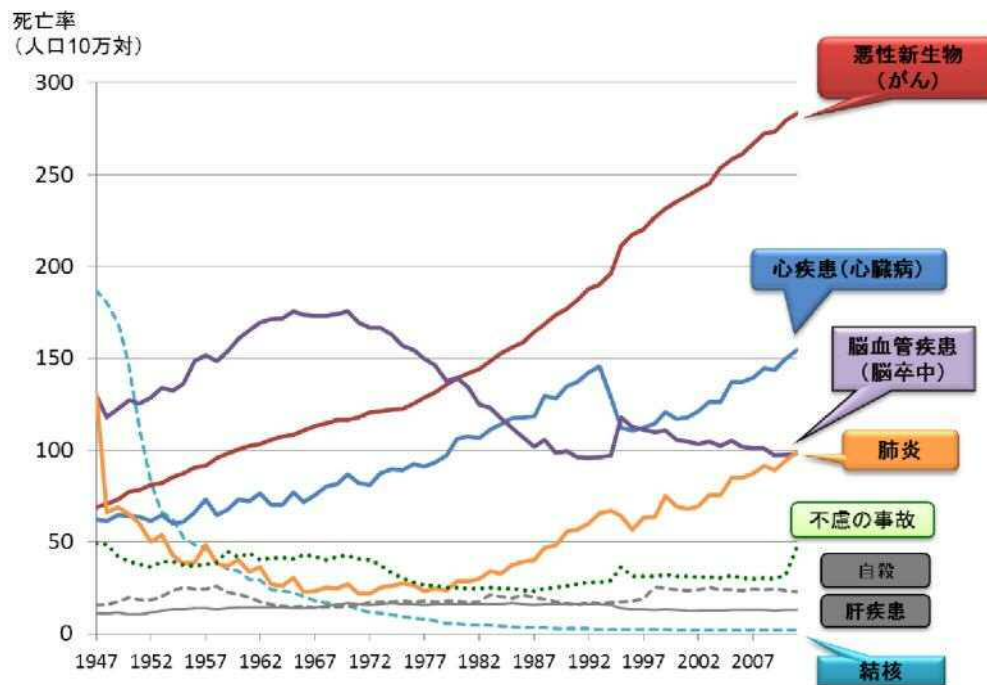
我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化。

死因別死亡割合(平成24年)
生活習慣病・・・57.2%



(出所)「平成24年度人口動態統計」

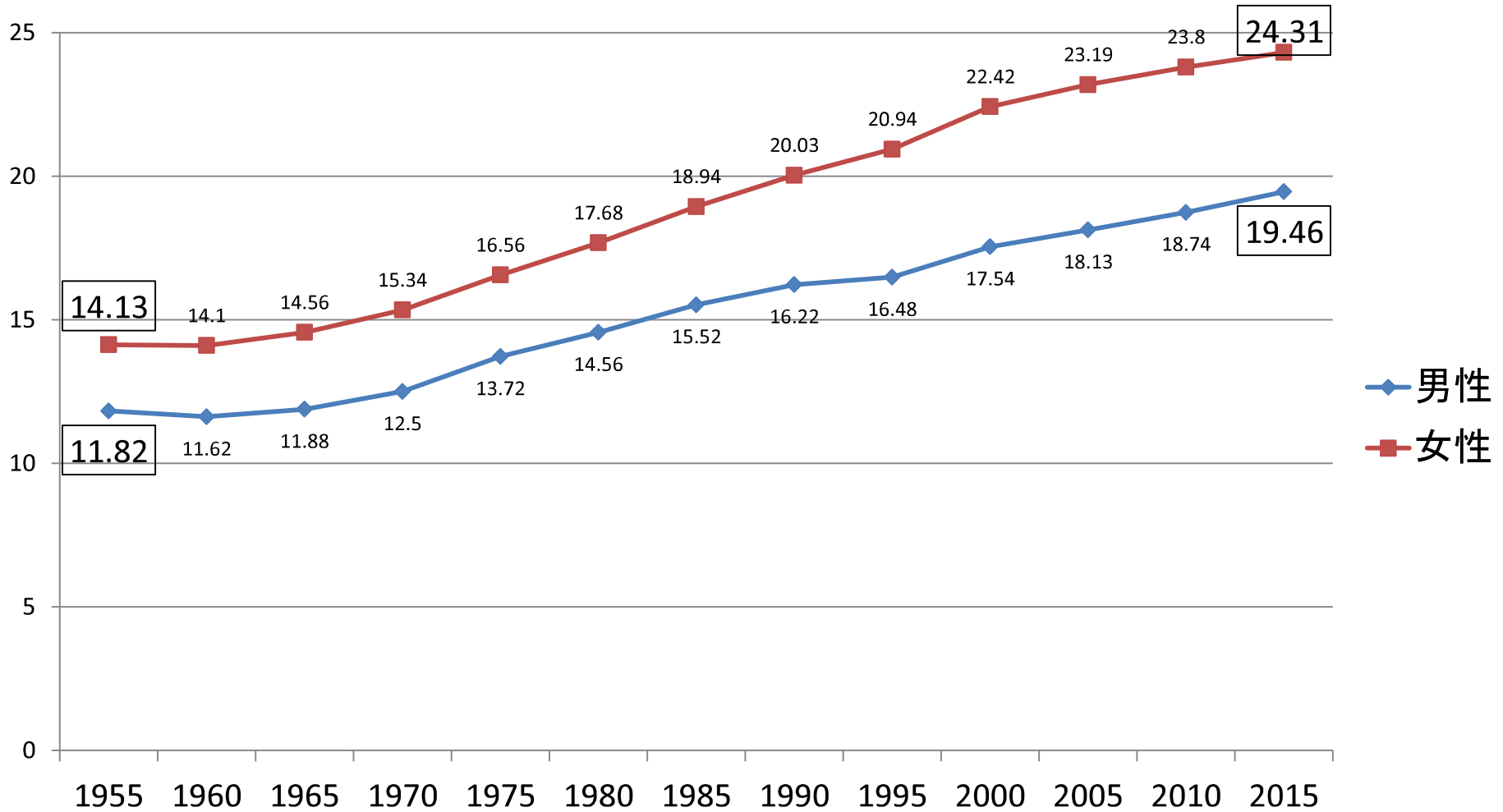
主な疾患別の死亡率の推移



(出所)「人口動態統計(1947~2011年)」

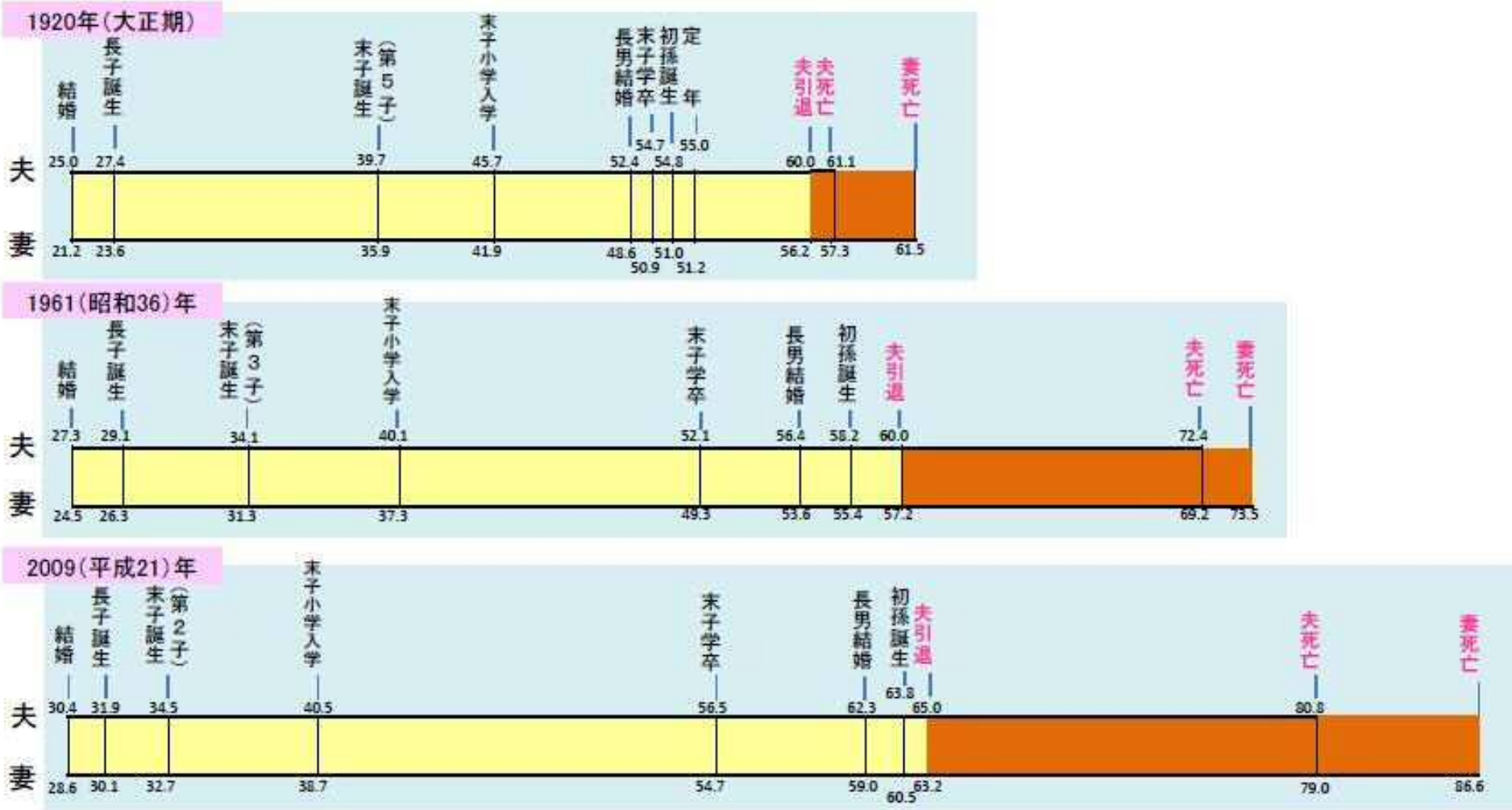
※ 生活習慣病関連疾患に係る医療費は、医科診療医療費(28.3兆円)の約3割(8.9兆円)を占める。(出所)「平成24年度国民医療費」

65歳時の平均余命の推移



統計でみた平均的なライフサイクル

○子どもの数は減少する一方、平均寿命の延伸により引退後の期間が、長くなっている。



資料：1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官付政策評価官室において作成。
(注) 価値観の多様化により、人生の選択肢も多くなってきており、統計でみた平均的なライフスタイルに合致しない場合が多くなっていることに留意する必要がある。

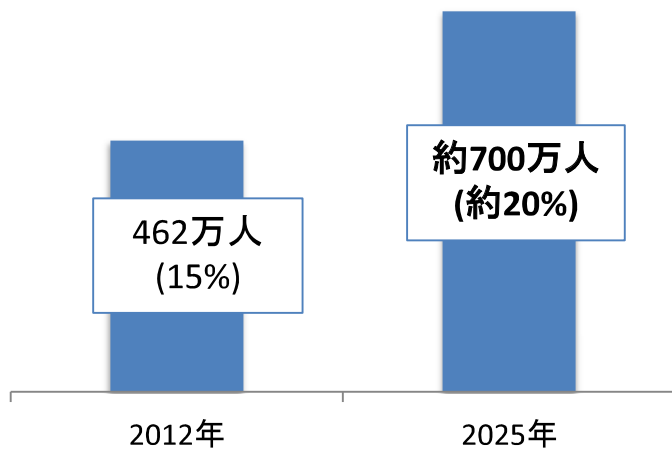
認知症高齢者の増加

独居・夫婦のみ世帯の増加

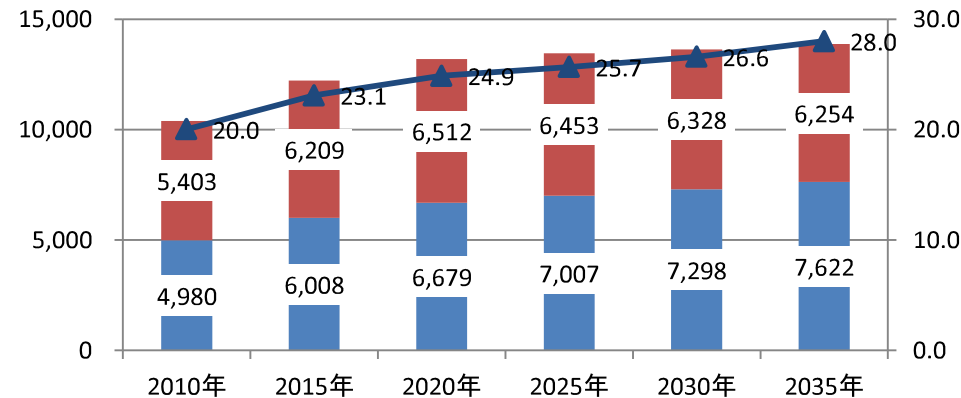
65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

(括弧内は65歳以上人口対比)



(1,000世帯) 世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



- 世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数
- 世帯主が65歳以上の単独世帯数
- ▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合

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)

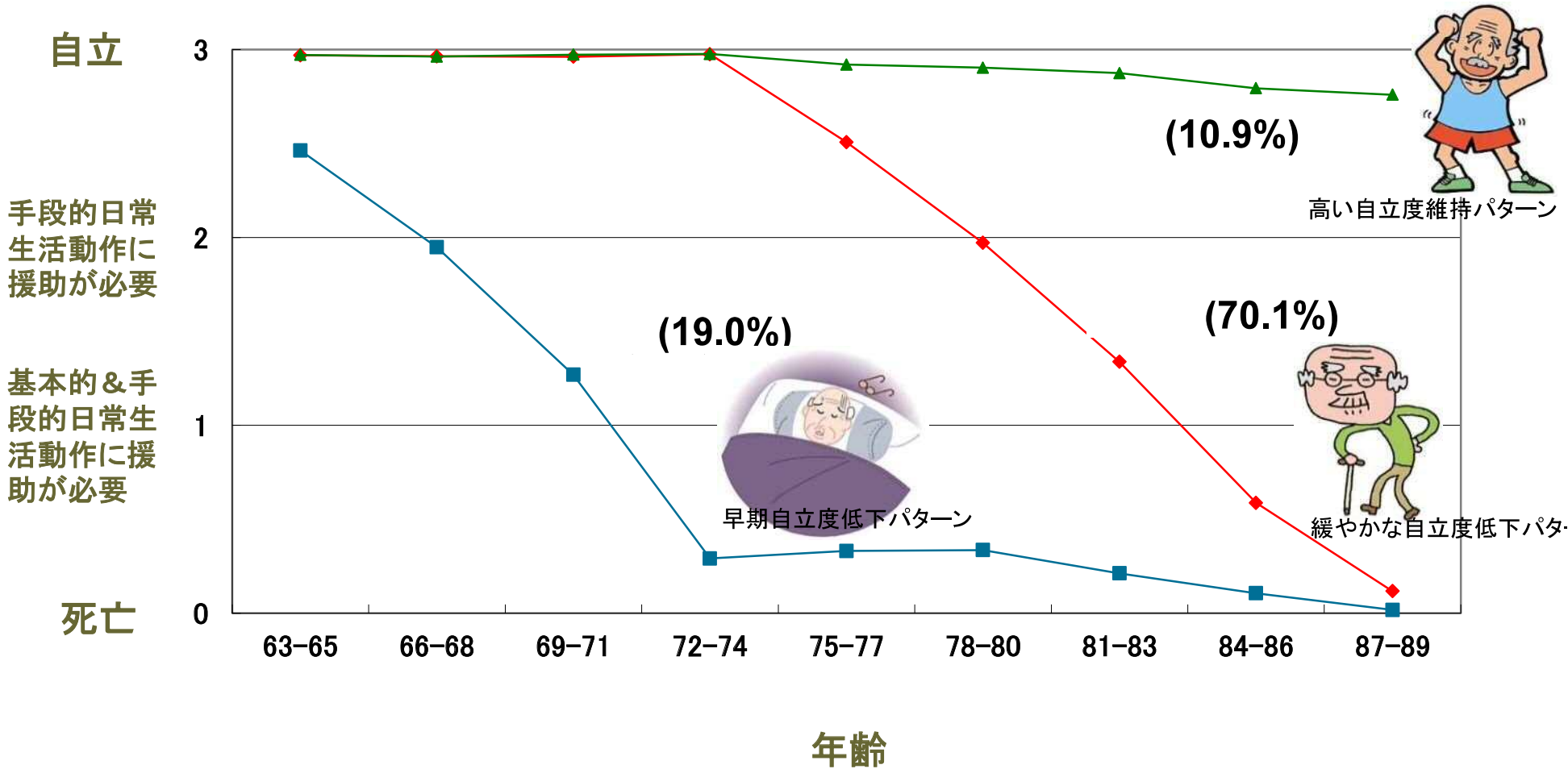
(平成25(2013))年1月推計」より作成

※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

自立度の変化パターン

—全国高齢者20年の追跡調査—

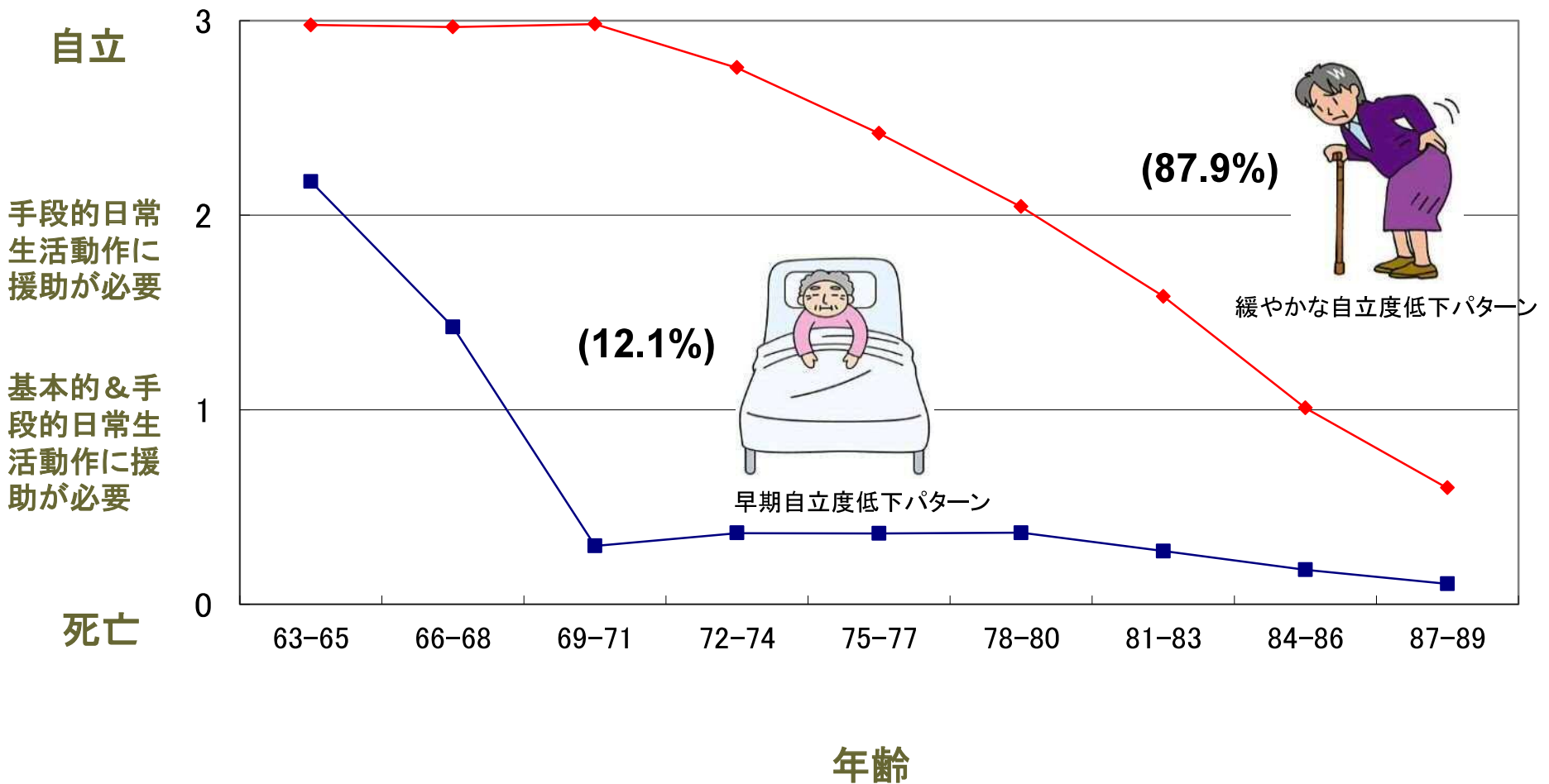
男性



自立度の変化パターン

—全国高齢者20年の追跡調査—

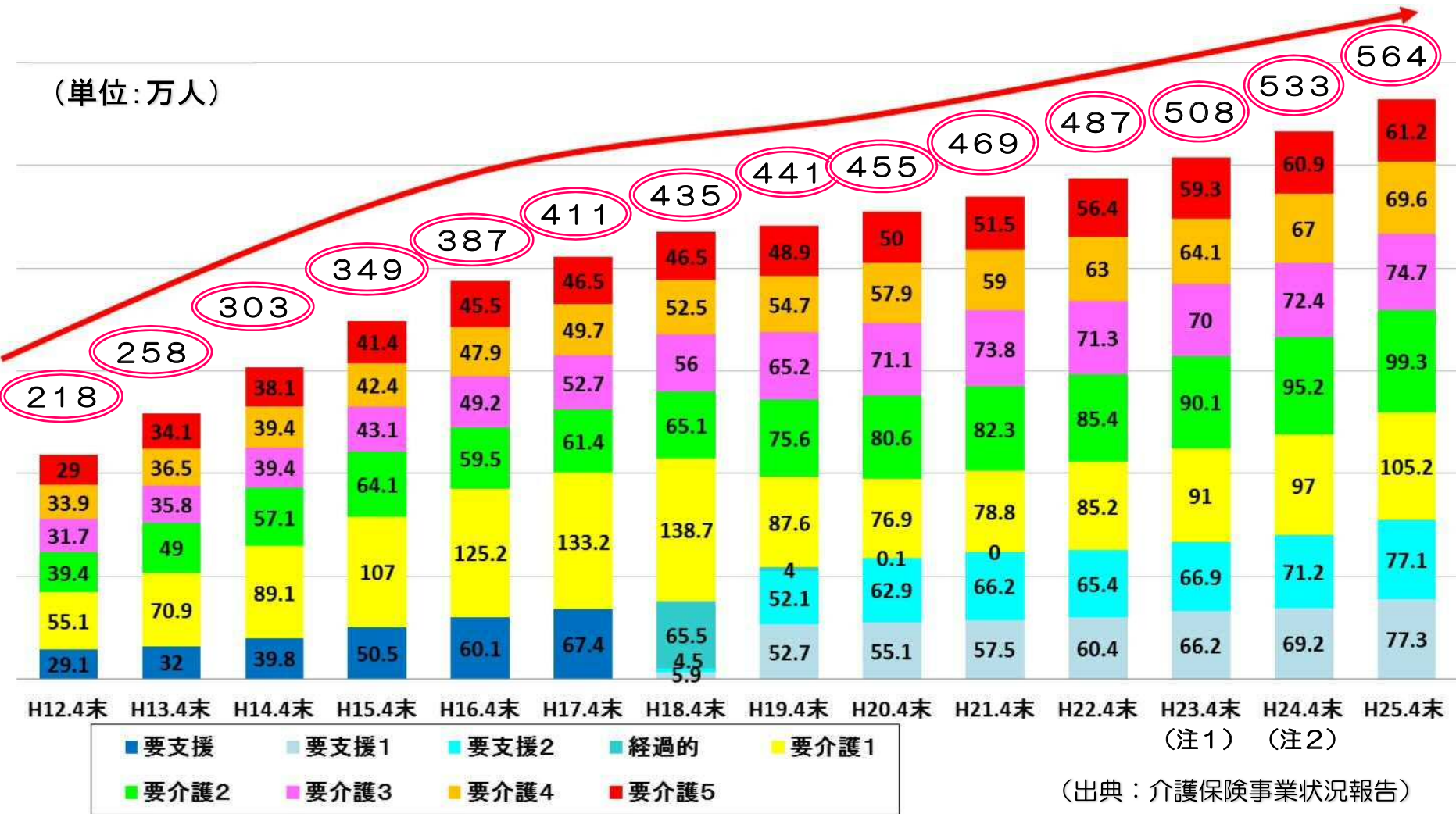
女性



要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。

(単位:万人)



(注1) (注2)

(出典:介護保険事業状況報告)

注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、櫛葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。
 注2) 櫛葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

【論点4】 急速な技術革新 (イノベーション)

- ・高い効果をもたらす高額技術の出現
- ・ビッグデータやICT等利活用の進展

2001年と2014年の世界売上げ上位品目を比較すると、近年は、1品目の売上高が大きく増加している。また、バイオ医薬品の占める割合が増加している。

2001年

製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高 (百万ドル)	前年比 伸び率
ニコル(リポバス)	シンバスタチン	高脂血症薬	メルク	6,670	26%
ヒトール	アトルバスタチン	高脂血症薬	ファイザー	6,449	28%
オメプラール/ アプロゼック	オメプラゾール	抗潰瘍剤PPI	アストラゼネカ	5,684	▲7%
カルバスク	アムロジピン	降圧剤Ca拮抗剤	ファイザー	3,582	7%
プラバチン/ プラバコール	プラバスタチン	高脂血症薬	三共/BMS	3,509	5%
プロクリット/ エプレククス	エポエチンアルファ	腎性貧血	J&J	3,430	27%
ラソプラゾール	ランソプラゾール	抗潰瘍剤PPI	武田薬品/ TAP	3,212	25%
ロラチン/D	ロラタジン	抗ヒスタミン剤	シエリング・プラウ	3,159	5%
セレブレククス	セレコキシブ	Cox2阻害剤	ファルマシア	3,114	19%
ゾプレキサ	オランザピン	精神分裂病薬	イーライ・リリー	3,087	31%
グルコファージ	メトホルミン	糖尿病薬	独メルク/BMS	2,682	55%
ロクサット/ パキシル	パロキセチン	抗うつ剤SSRI	グラクソ・スミスクライン	2,674	16%
バイオックス	ロフェコキシブ	Cox2阻害剤	メルク	2,555	18%
ゾロフト	セルトラリン	抗うつ剤SSRI	ファイザー	2,366	11%
エポジェン(エストロ)	エポエチンアルファ	腎性貧血	アムジェン	2,150	10%

2014年

製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高 (百万ドル)	前年比 伸び率
1 ヒュミラ	アダリムマブ	関節リウマチ/ クローン病	アッヴィ/イーザイ	12,902	17%
2 ソバルディ /ハーボニ	ソフォスビルル ディパスビル	慢性C型肝炎	ギリアド・サイエン シズ	12,410	NE
3 レミケード	インフリキシマブ	関節リウマチ /クローン病	J&J/メルク /田辺三菱	9,909	2%
4 エンブレル	エタネルセプト	関節リウマチ /クローン病	アムジェン /ファイザー/武田	8,927	2%
5 リツキサ	リツキシマブ	抗がん剤 /抗リウマチ	ロシュ/バイオジェン	8,744	▲2%
6 ランタス	インスリンラルギン ナログ	糖尿/インスリンア ナログ	サノフィ	8,432	12%
7 アバスタチン	ペバシズマブ	転移性結腸がん	ロシュ /中外製薬	7,021	6%
8 ハーセプチン	トラスツズマブ	HER2乳がん	ロシュ /中外製薬	6,865	7%
9 アドエア /セレタイド	サルメテロール /フルチカゾン	抗喘息 /COPD	GSK/アルミラル	6,620	▲24%
10 クレストール	ロスバスタチン	高脂血症 /スタチン	塩野義 /アストラゼネカ	6,372	▲5%
11 ジャヌビア	シタグリプチン /配合剤	2型糖尿病 /DPP4	メルク/小野薬品 /アルミラル	6,355	1%
12 エビリファイ	アリピプラゾール (経口)	総合失調症	大塚製薬 /BMS	5,928	17%
13 リリカ	プレガバリン	神経疼痛 /てんかん	ファイザー /イーザイ	5,389	12%
14 レプリミット /ルプラミット	レナリドミット	多発性骨髄腫	セルジーン	4,980	16%
15 ノボラピット /ノボミックス	インスリンアスパルト/ 混合	糖尿/インスリンア ナログ	ノボ・ノルディスク	4,871	3%

網掛けはバイオ医薬品。下線は抗体医薬品。

所: ユートブレイン(ファルマ・フューチャー2002 NO.136)、ゼジデム・ストラテジックデータ(株) ユート・ブレイン事業部刊「Pharma Future(2015年5月号)」をもとに厚生労働省

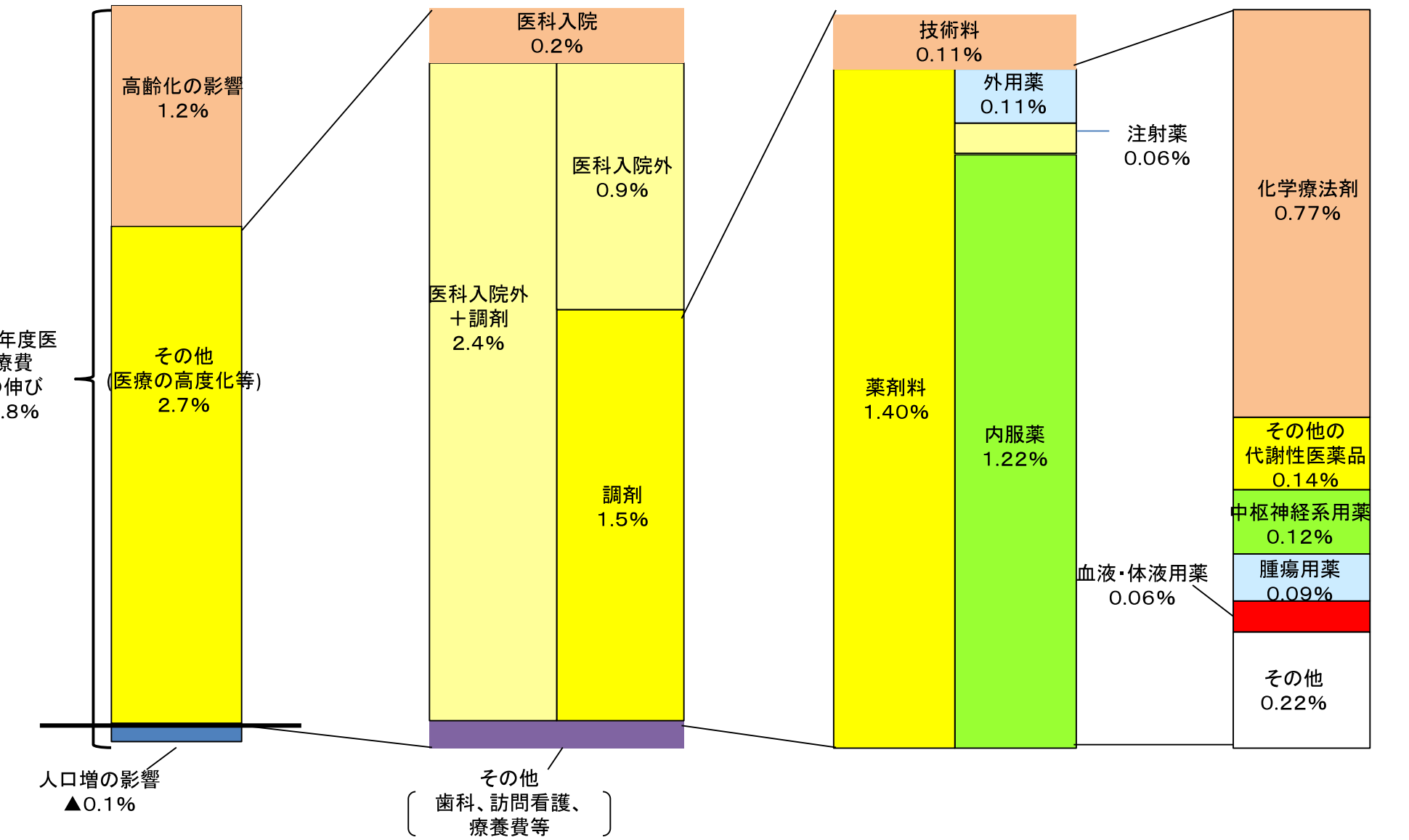
医療費の伸びの分解 まとめ(平成27年度)

①27年度医療費
全体を分解

②その他の伸びを
診療種別に分解

③調剤の伸びを分解

④薬剤料の伸びを
薬効分類に分解



2. 一人ひとりに寄り添った保健医療へ

- 本提言で実現していく患者・国民にとっての価値 -



ビッグデータ活用やAIによる分析

現在、診断や治療が難しい疾患でも、個人の症状や体質に応じた、迅速・正確な検査・診断、治療が受けられる。

ICTを活用した遠隔診療や見守り

専門の医師がいない地域の患者や、生活の中で孤立しがちなお年寄りでも、専門医療や生活支援が受けられる。



地域や全国健康・医療・介護情報ネットワーク

どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が医師などに安全に共有され、かかりつけ医と連携しながら切れ目ない診療やケアが受けられる。検査や薬の重複も避けられ、負担も軽減される。

ビッグデータ活用によるイノベーション

疾患に苦しむ様々な患者に、最適な治療や新たな薬が届けられる。魅力的な健康づくりサービスが生まれ、自身に合ったサポートが受けられる。



< 検討の視点 >

今後の主な医療政策のアウトライン

※私
で

医療を取り巻く状況・課題

I. 日本型高齢社会の到来

- ・急速な少子高齢化と人口減
- ・地域で異なる高齢化の実相

II. 社会保障の持続性確保

- ・経済成長と財政健全化
- ・サービス提供人材の確保
- ・医療費増加要因とその対応

III. 技術革新と医療の高度化

- ・高い効果で高額な技術
- ・医療の質と生産性の向上



対応する主な医療政策

① 地域包括ケアシステムの構築

- ・生活視点を踏まえた医療への転換
- ・介護や地域づくりとの連携
- ・医療を含む「ご当地システム」構築

② 地域医療構想の策定と実現

- ・地域の“あるべき医療の姿”を共有
- ・関係者調整と自主的取組で実現
- ・体制整備のための資源確保

③ 医療サービスの適正評価

- ・医療の必要性に応じた資源配置
- ・費用対効果も含めた薬価等の改革
- ・効果や価値(データ)に基づく評価

Ⅱ 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(3) 改革の方向性(抜粋)

■ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

2 医療・介護サービスの提供体制改革

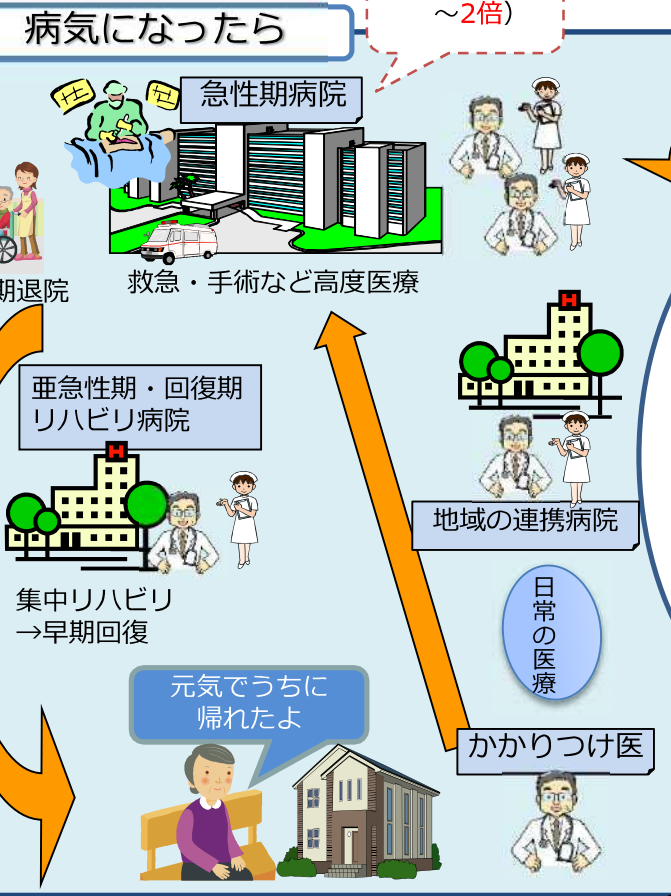
(4) 遺漏と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築(抜粋)

■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

■ 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
■ 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

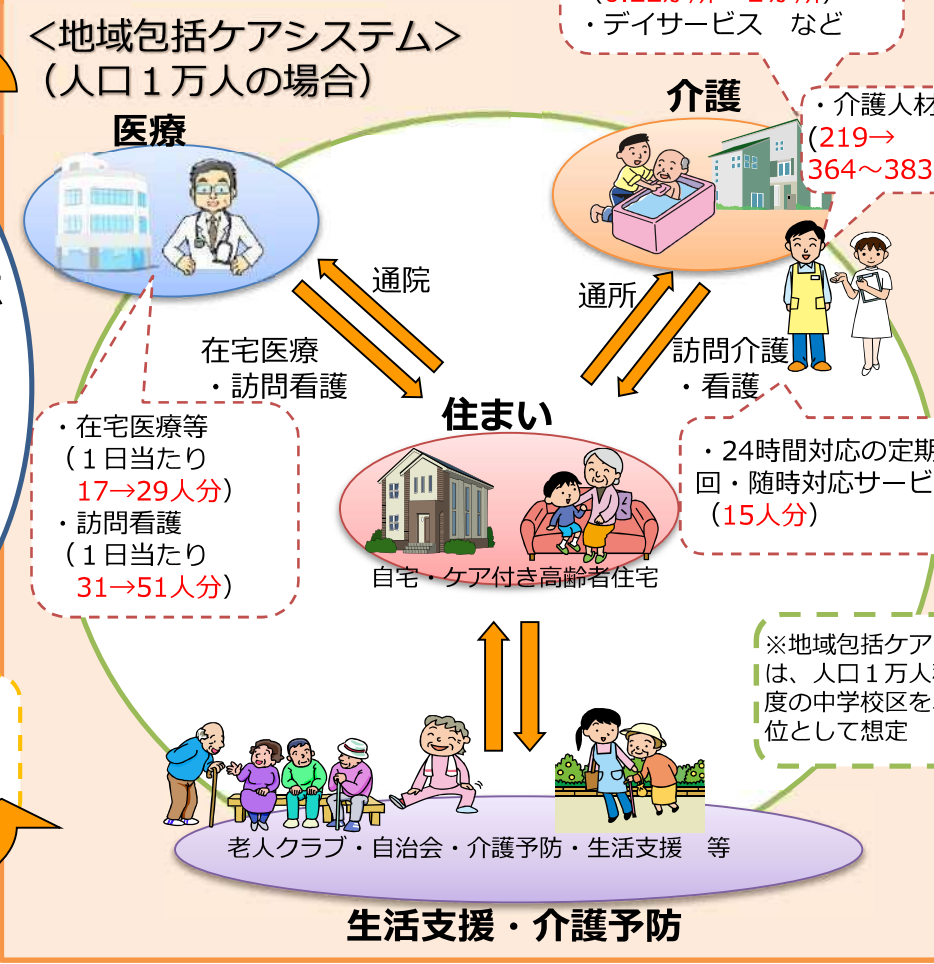


包括的マネジメント

- 在宅医療連携拠点
- 地域包括支援センター
- ケアマネジャー

医療から介護への円滑な移行促進
相談業務やサービスのコーディネート

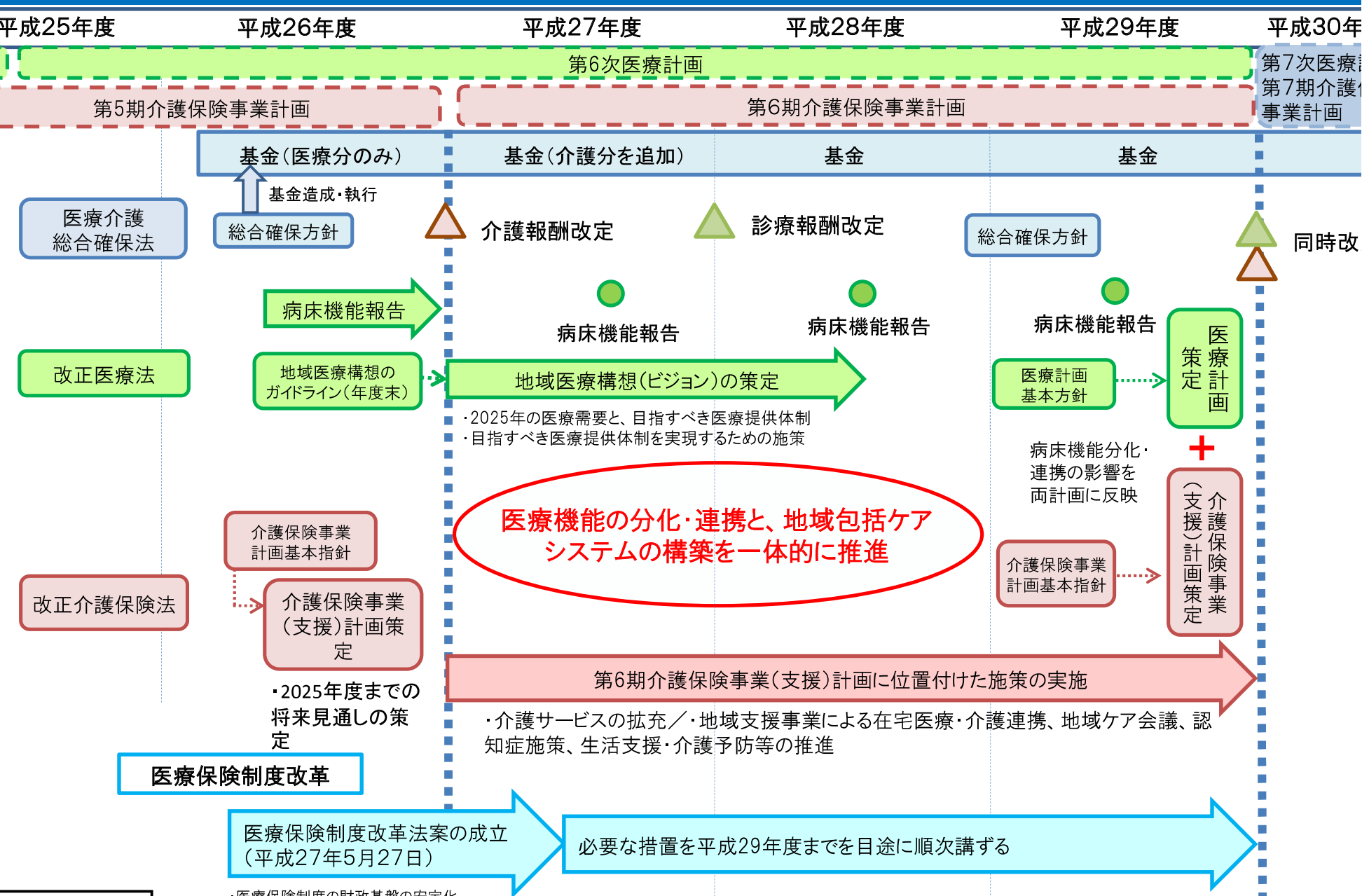
退院したら



地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



・医療保険制度の財政基盤の安定化
・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
・保険給付の対象となる事業の管理の適正化等

ご清聴ありがとうございました



介護・医療改革の行方～2018年に向けて～ 【補足資料(追加)】

平成29年1月11日 医療介護福祉政策研究フォーラム
平成29年新春座談会

厚生労働省保険局医療課長

迫井 正深

※【お断り】 講演において演者が示す意見や見解は、講演資料の内容も含めて、演者個人によるものであり、必ずしも厚生労働省の公的な見解ではない内容が含まれています

【論点1】 人口構成の変革

（“日本型少子高齢化”）

- ・マクロの急速な少子高齢化
- ・地域で異なる変化の大きさとスピード



将来的なサービス需要の変化と減少
“地域”ベースでの政策展開が必要



域毎のニーズ変化と提供体制の調整局面
を見据えた構造転換が不可欠 〔私見です〕

【論点3】 ケアニーズの変化と多様性

- ・疾病構造の変遷
- ・ライフスタイルの変化
- ・自立度とケアの多様性



社会の実態に即したケアと人材活用の推進



生活の視点と地域力（自助・互助）を導入

【論点2】 医療資源の現状と課題

- ・サービス利用者と提供者のバランス
- ・サービス提供に必要な財源（財政）



投入可能な「医療資源」（マンパワー含む）
の相対的な抑制トレンド



サービス提供効率（生産性）の向上が必要 〔私見〕

【論点4】 急速な技術革新（イノベーション）

- ・高い効果をもたらす高額技術の出現
- ・ビッグデータやICT等利活用の進展



社会の情勢・ニーズに即したイノベーションの推
進（医療の質向上とサービス提供効率化の両立）



イノベーションによる
費用対効果を踏まえた医療の質改善と
シフニシ効率の改善 〔私見〕

・ Time Frame 地域に応じて考慮すべき3つの時間軸

・ 現時点でのサービス需給ミスマッチの改善【短期】

・ マクロの2025年に象徴される需要拡大のピークに向けた体制整備【中期】

・ 2040年以降のマクロ縮小トレンドに向けた円滑な移行(“助走”)【長期】

・ 構造改革の必要性(体制転換と生産性向上)

・ 基本構図は①需給ミスマッチに対応する体制転換(Transformation)と、②サービス需要(質・量)増大と資源縮小に対する生産性向上(Service Innovation)

・ 既存の資源・枠組みを活かしつつも、構造的な改革やICT・Data利活用も含めたイノベーション導入等によるBreakthroughが不可欠

(他の産業分野と同様、社会とともに取り組む課題)

・ 社会や地域(生活)の視点を踏まえた医療介護サービス(質)の改善

・ ③生活視点によるサービスの転換と地域力・セルフケアを重視したサービス連携や予防等の推進

・ 皆保険の維持・国民負担の軽減を踏まえた、④イノベーション導入を含む費用対効果を重視したサービスの改善

考えられる具体的な対応の例(イメージ)】

① サービス提供体制の転換の例 >

地域における入院サービスと居宅サービス(外来・在宅)のバランス見直し
(高度)急性期機能から回復期・慢性期機能への転換

② サービス提供効率(生産性)の向上の例 >

ICT等を活用した遠隔医療・在宅医療の導入
情報管理手順・様式やサービス評価手法の見直しによる効率化
多職種連携やチーム医療の推進によるサービスの効率的な提供

③ 生活視点と地域力・セルフケアの重視(サービス連携や予防等の推進)の例 >

生活機能を重視したリハビリテーションの推進
居宅生活に即した看取り・人生の最終段階の支援

④ 費用対効果を重視したイノベーションの導入・サービス改善の例 >

薬価制度の抜本改革と費用対効果評価の早期導入
データヘルスを活用した予防の推進