

特集：第22回厚生政策セミナー

「長寿化に関する国際シンポジウム—二大長寿国 日本とフランスの比較—」

超高齢国家日本における医療と介護の現状と課題

遠藤久夫

- 日本の総人口は減少しているが、2030年頃まで後期高齢者が増加し、若い世代が減少し続けるので後期高齢者の割合は2060年には25%に上ると予測される。
- 今後、後期高齢者が大きく増加するのは団塊の世代が多く居住する三大都市圏で、地方はより人口減少が進む。
- 長寿化は社会保障費の増加をもたらす、少子化は現役世代の負担増に拍車をかける。
- 年齢の上昇に伴う1人当たりの費用増は介護費の方が医療費より大きいので、長寿化の進展は医療保険制度より介護保険制度の持続可能性に大きな影響を及ぼす。
- 長寿化の進展により、医療提供体制は急性期医療から慢性期医療へ、病院完結型医療から地域完結型医療への転換が求められている。また、高齢者の増加は地域差が大きいため、全国一律でなく地域単位での改革が必要。
- 後期高齢者は男性より女性の方が高い要介護度の割合が高く、認知症有病率も高いため、今後は女性の健康寿命の延伸が特に重要。

はじめに

「厚生政策セミナー」の基調講演として、日本における高齢化の現状と、それに伴う医療と介護の課題について概説する。尚、これは医療経済学を専門とする遠藤個人の意見であり、所属する組織を代表するものではない。

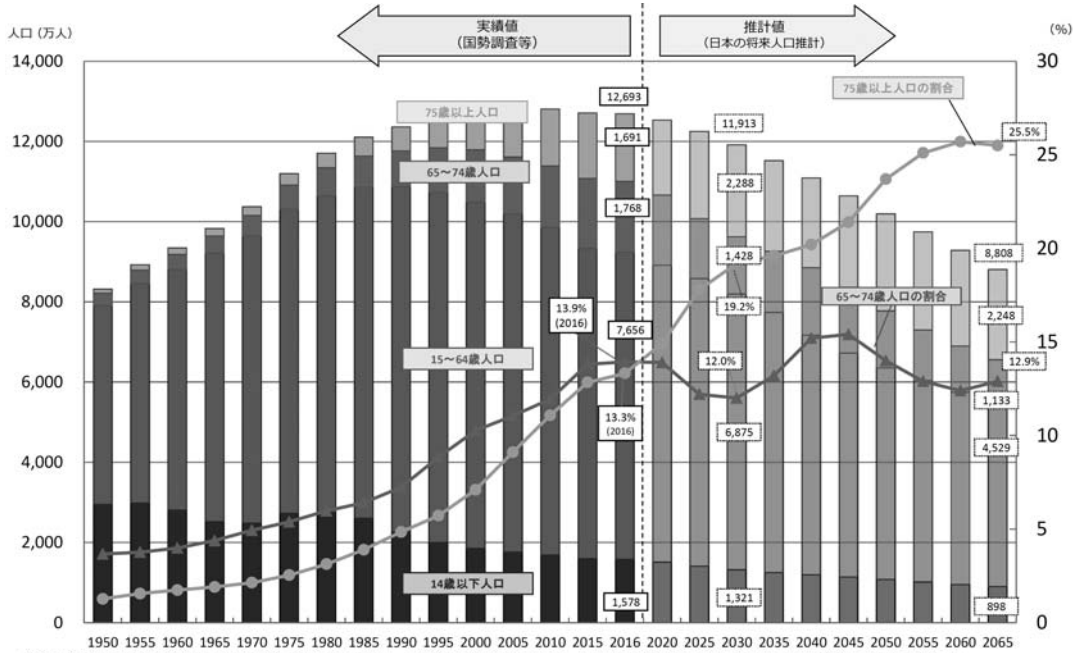
I. 日本の将来人口の特徴

1. 後期高齢者の全人口に占める割合が上昇

図1は我が国の人口構成の変化と将来推計である。後期高齢者（75歳以上）の人口は2030年頃まで増加し、その後は微増、ほぼ一定となる。一方、これまで長寿化の中心であった前期高齢者（65～74歳）は2016年をピークに減少に転ずる。生産年齢人口（15～64歳）は1995年をピークにすでに減少傾向にあり、年少人口（14歳以下）は一貫して減少している。

図1 日本の人口構成

- 後期高齢者（75歳以上）2030年頃をピークに、その後は微増
- 前期高齢者（65-74歳）2016年をピークに減少
- 64歳以下：減少
- 75歳以上人口の割合は上昇しつづける



資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020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29年4月推計）中位推計」

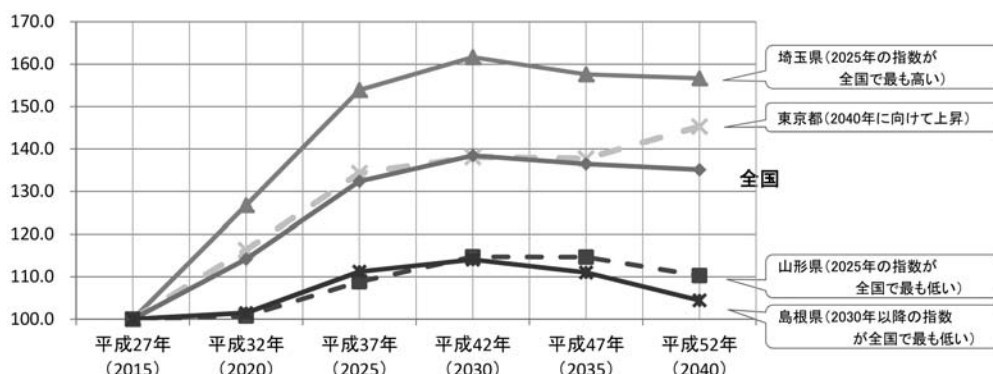
その結果、後期高齢者人口の全人口に占める割合は今後一貫して上昇し、国立社会保障・人口問題研究所が行った将来推計では、2065年にはこの値が25%に上昇する。すなわち日本の人口の1/4が後期高齢者になると予測されている。一方、前期高齢者人口の全人口に占める割合は2030年に12%まで低下し、その後は変動はあるものの2065年には13%と予想される。すなわち今後の日本の高齢化を考える際、後期高齢者が急増することが最大の課題である。

2. 今後は大都市部で高齢者が急増

日本の長寿化のもう一つの特徴は、高齢者人口の増加が全国一律で起きるのではないということである。高齢者が急増するのは三大都市圏、すなわち首都圏、中京圏、近畿圏に集中する。一方で、これまで高齢化率が高かった地方は、今後も高齢化は緩やかに進むものの、むしろ急速な人口減少に見舞われることになる。

図2は75歳以上の人口の将来推計を地域別にみたものである（2015年を100とする）。これによると2040年は埼玉県と東京都はかなり高い水準になるが、一方で山形県や島根県は現状とほぼ変わらない水準である。

図2 75歳以上人口の将来推計（2015年の人口を100としたときの指数）



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」より厚生労働省作成

このように、今後、急速な人口の高齢化は現時点では高齢化率の低い大都市周辺で生ずることになるが、それは団塊の世代の人々が高度経済成長期にこの地域に移動して、住み着いたためである。

3. 少子高齢化が社会保障（特に医療、介護）に及ぼす影響

このような少子高齢化は社会保障制度に影響を及ぼすことになる。第一に社会保障費への影響である。特に我が国の社会保障制度はヨーロッパ諸国と比べると年金、医療、介護など高齢者を対象とした給付が多いので、長寿化の進展は社会保障費の大きな増加要因となる。一方、社会保険料や税は主に生産年齢人口の人たちが負担するので少子化の進展は社会保障制度を維持する上で大きな問題となっている。

長寿化が社会保障に及ぼす第二の影響は、医療や介護のような現物給付型の社会保障制度に生ずる。一つは超高齢社会に対応できるように、医療や介護の質を変えていかなくてはならないことであり、あと一つは長寿化の速度や程度は地域によって異なることを反映して制度改革は全国一律ではなく地域単位で進めなくてはならないことである。

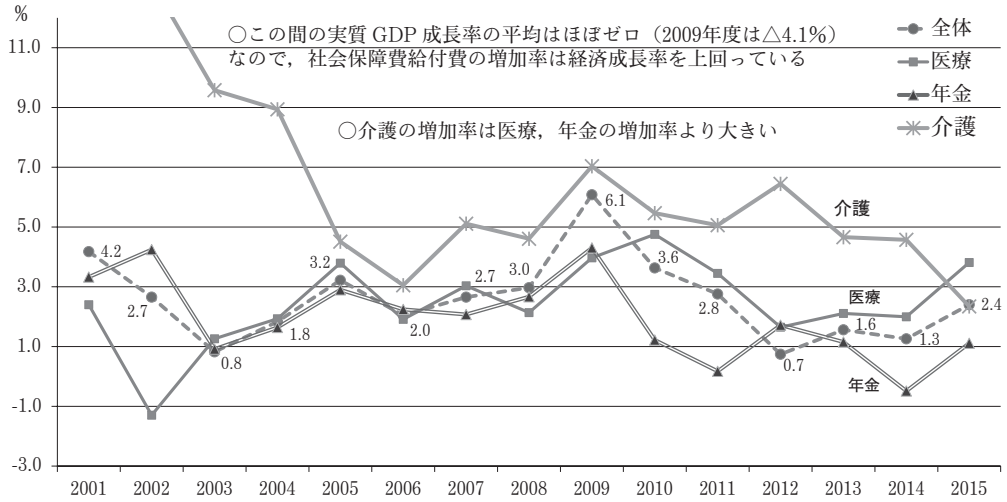
II. 高齢化が医療制度、介護制度にもたらす影響

1. 保険財政への影響と対策

(1) 高齢化に伴う費用増

社会保障費はどのように変化しているのか。図3は2001年から2015年まで、医療、年金、介護および社会保障全体について給付費の対前年増加率を示したものである。この間のGDPの増加率は平均するとほぼゼロで、特に2009年度はリーマンショックによりマイナス4.1%であった。このように、この間の社会保障給付費の伸びはGDPの伸びを大きく上回って推移した。内訳を見ると、一番伸び率が大きいのは介護である。特に2004年以前は

図3 社会保障給付費（全体、医療、年金、介護）の対前年増加率



「社会保障費用統計（平成27年度）」（国立社会保障・人口問題研究所）より作成

非常に大きいですが、これは2000年に介護保険制度が導入されたので、導入直後なので大幅に伸びたという特殊事情である。しかし2005年以降も、他の社会保障給付費の増加率を一貫して上回っている。

表1は、国立社会保障・人口問題研究所が作成している「社会保障費用統計」から引用したものである。社会保障給付費ベースでは、2001年から2015年の間に医療は1.4倍に増加したが、介護は2.3倍増加した。この間、介護給付費が医療給付費に占める割合は、2001

表1 社会保障給付費

年	医療（億円）	介護（億円）	介護/医療（%）
2001	268570	41563	15.5
2002	265087	47053	17.7
2003	268430	51559	19.2
2004	273612	56167	20.5
2005	283985	58701	20.7
2006	289413	60492	20.9
2007	298191	63584	21.3
2008	304560	66513	21.8
2009	316647	71192	22.5
2010	331700	75082	22.6
2011	343136	78881	23.0
2012	348793	83965	24.1
2013	356151	87879	24.7
2014	363257	91896	25.3
2015	377107	94049	24.9
2015/2001	1.4倍	2.3倍	

2001年から2015年には医療は1.4倍だが介護は2.3倍

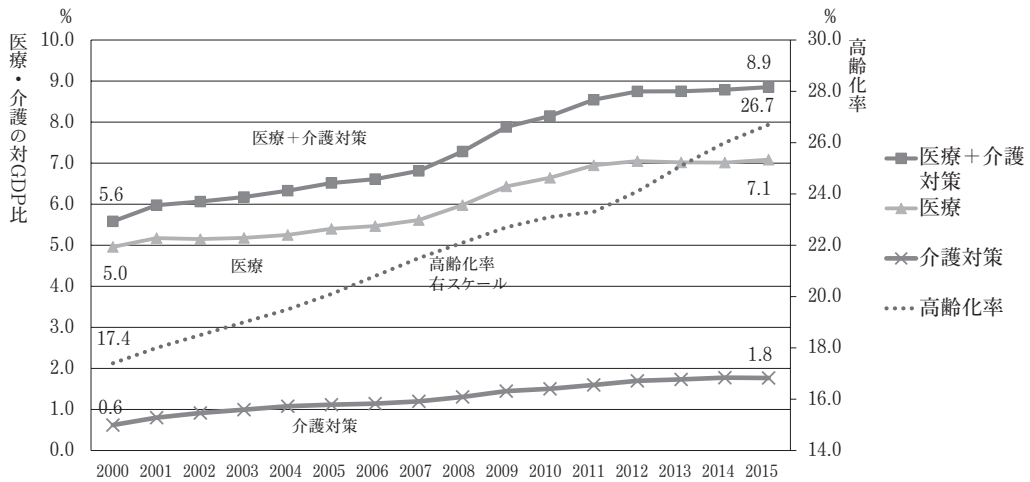
介護保険創設時（2000年）は介護給付費は医療給付費に対して16%であったが、2015年は25%に上昇。

平成27年度社会保障費用統計（国立社会保障・人口問題研究所）より作成

年は15.5%であったが2015年には24.9%にまで上昇した。

図4は医療と介護の給付費の対GDP比の推移を示したものである。医療と介護を合計した給付費の対GDP比は、2000年には5.6%であったものが2015年には8.9%へと上昇した。この間、高齢化率は17.4%から26.7%に上昇しているのので、長寿化が医療や介護の給付費をGDPの伸び以上に上昇させていることが分かる。

図4 社会保障給付費（医療および介護対策）の対GDP比と高齢化率



「社会保障費用統計（平成27年度）」（国立社会保障・人口問題研究所）より作成

社会保障制度の中で、長寿化により費用が増加するのは、年金、医療、介護であるが、年金については、マクロ経済スライドという、長寿化と少子化の動向を反映して給付額を調整する仕組みが導入されており、年金制度の持続可能性が担保されている。しかし医療や介護ではそのような制度はないため、長寿化により費用の増加とその負担の在り方が課題となる。そこで、医療と介護の問題に踏み込んで検討する。

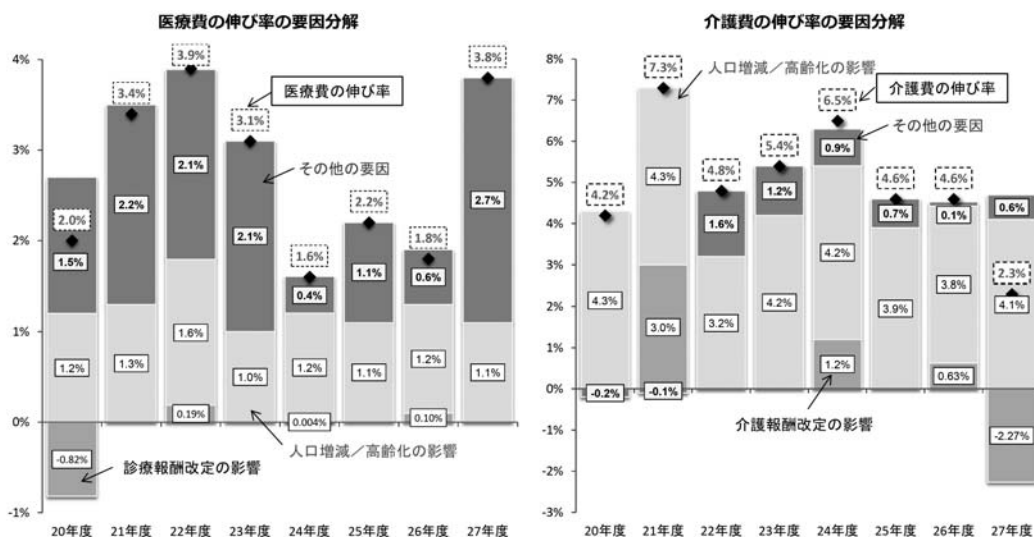
図5は医療費と介護費の伸び率を要因分解したものであるが、以下の特徴が読み取れる。

①医療費の伸び率よりも介護費の伸び率の方が大きい

医療費に関しては、2000年度（平成12年度）以降は、診療報酬の改定や自己負担の引き上げがなければ対前年増加率は約3%であった。そのため医療費の自然増は3%といわれてきた。しかし、2012年（平成24年度）以降は、自然増は2%程度に低下した。もっとも2015年度（平成27年度）は3.8%と高騰したが、これは非常に高額な医薬品が登場したからである。その後、薬価の特例引き下げや処方適正使用のためのガイドラインの作成等的高額医薬品対策がとられたため、2016年度（平成28年度）の医療費はマイナス0.4%に低下した。したがって、27年度、28年度の増加率を平均すれば2%を下回り、自然増に落ち着いた。このように、自然増2%程度の医療と比較して、介護費の対前年増加率は、介護報酬の改定がなければ、4～5%で推移しており、一貫して介護費の増加率は医療費の

図5 医療費・介護費の伸び率要因分解

介護費は医療費より「高齢化（長寿化）」の影響をより強く受ける。



財務省作成資料を加筆修正

それを上回っている。

②介護費の方が医療費より長寿化の影響を受ける

増加要因においても医療費と介護費に大きな違いがある。図5によれば人口要因と高齢化要因を合わせたものは、介護費の方が医療費よりはるかに大きい。どちらも人口要因は共通であるから、介護費の増加は医療費の増加より高齢化要因が大きいことが分かる。今後、後期高齢者が増加するので、介護保険の持続可能性は医療保険の持続可能性よりはるかに難しい課題となる。

表2は前期高齢者（65歳～74歳）と後期高齢者（75歳～）の一人当たりの費用を医療と介護でそれぞれ比較したものである。医療費では前期高齢者の一人当たりの平均医療費は1年間で55万4千円、後期高齢者の一人当たり平均医療費は90万7千円であり、その倍率は約1.6倍。一方、介護費の場合、前期高齢者の一人当たり平均介護費は5万5千円、後期高齢者の一人当たり平均介護費が53万2千円で、倍率は約10倍である。今後、後期高齢者が増加するので介護費の増加率は医療費の増加率を大きく上回ると予想できる。したがって、年齢が上がるほど、1人当たり介護費の1人当たり医療費に対する割合は上昇することになる。

図6は厚生労働省が行った要介護認定者数の将来推計である。これから次のことが読み取れる。第一に、要介護度が重い人、重度者の増加率は、軽い人、軽度者の増加率を上回っている。第二は、後期高齢者の急速な増加が一段落する2025年頃を過ぎると、重度者も軽度者も増加率が低下する。

表2 年齢階級別の1人当たり医療費および介護費（2014年）

年齢階級	1人当たり医療費(a)	年齢階級	1人当たり介護費(b)	年齢階級	(b)/(a)
65-69歳	48.4万円	65-69歳	3.7万円	65-69歳	8%
70-74歳	63.5万円 (+15.1)	70-74歳	7.7万円 (+4.0)	70-74歳	12%
75-79歳	78.5万円 (+15.0)	75-79歳	17.8万円 (+10.1)	75-79歳	23%
80-84歳	92.6万円 (+14.1)	80-84歳	41.3万円 (+23.5)	80-84歳	45%
85歳-	104.8万円 (+12.2)	85-89歳	83.6万円 (+42.3)		
		90-94歳	145.3万円 (+61.7)		
		95歳-	214.2万円 (+68.9)		

1人当たり平均医療費		1人当たり介護費	
前期高齢者	55.4万円①	前期高齢者	5.5万円①
後期高齢者	90.7万円②	後期高齢者	53.2万円②
②/①	1.6倍	②/①	9.7倍

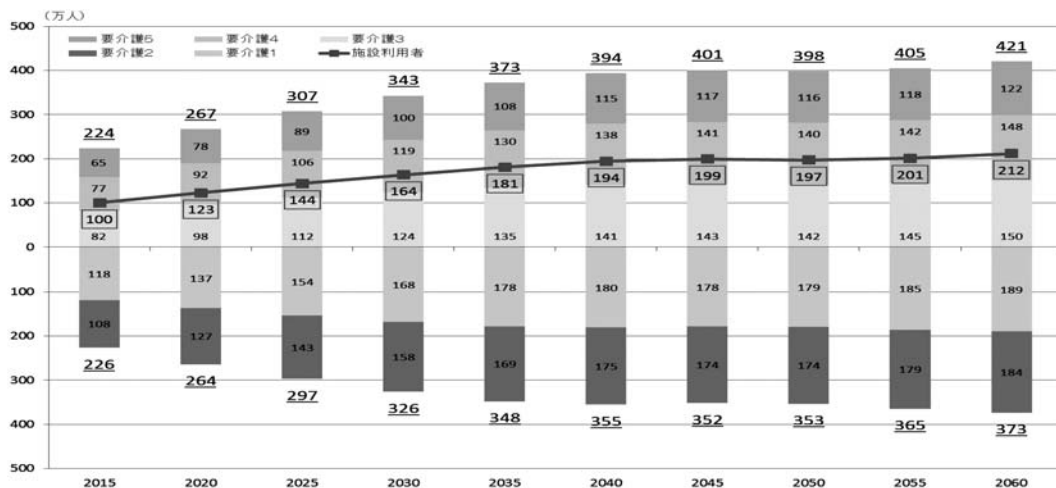
○年齢区分ごとに「1人当たりの医療費」と「1人当たり介護費」を比較すると、年齢の上昇に伴う費用の増加率は介護費の方が医療費より大きい。

※1人当たりは年齢区分ごとの医療費、介護費をその年齢区分の人口で除した値

○介護費の方が医療費より長寿化の影響を受ける。

財政制度等審議会 参考資料「社会保障について」（平成30年4月11日）を加筆修正

図6 要介護認定者数等の見通し



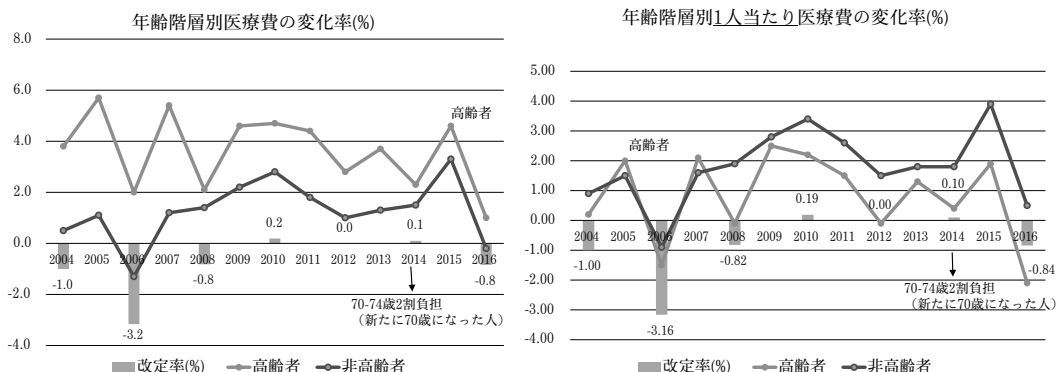
(資料)「人口推計」(総務省),「介護給付費実態調査(平成26年10月審査分)」(厚生労働省),「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)より厚生労働省作成

要介護認定者数(万人)	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
要介護3.4.5 A	224	267	307	343	373	394	401	398	405	421
要介護1.2 B	226	264	297	326	348	355	352	353	365	373
A/B	0.99	1.01	1.03	1.05	1.07	1.11	1.14	1.13	1.11	1.13
80歳以上人口(万人)	997	1131	1275	1492	1536	1476	1449	1498	1635	1647

上記グラフより作成

長寿化により重度の要介護者の割合が増加する

図7 年齢階層別医療費伸び率（全体および1人当たり）



高齢者：2004-2011年は70歳以上，2012-2016年は75歳以上
 非高齢者：2004-2011年は70歳未満，2012-2016年は75歳未満
 2016年は4-7月
 MEDIASより作成

厚生労働省資料より作成

図7は高齢者の医療費の変化率を示したものである。左のグラフは年齢階層別にみた医療費の対前年伸び率で、右側のグラフは1人当たり医療費の対前年伸び率を示している。右側のグラフから、高齢者の医療費の伸び率は非高齢者の医療費伸び率を上回っていることが読み取れるが、右側のグラフから1人当たりの医療費の伸び率では、高齢者の医療費の伸び率は非高齢者の医療費の伸び率を下回っている。このことは高齢者1人当たりの医療費抑制効果を高齢者数の増加が上回っていることを示している。

(2) 医療保険財政への影響

このような長寿化が医療保険財政に及ぼす影響について見ていきたい。医療費の財源構成は2015年時点で社会保険料48.8%、公費38.9%、自己負担11.6%である。2000年度の公費投入割合は33%なので、この15年で公費割合は6ポイント上昇した。これは、後期高齢者医療制度は財政基盤が弱いため、公費の投入割合を高く制度設計されているため、後期高齢者が増えると医療費全体の公費割合が上昇する。医療保険制度が現状のままであれば今後、公費割合がさらに上昇すると考えられる。

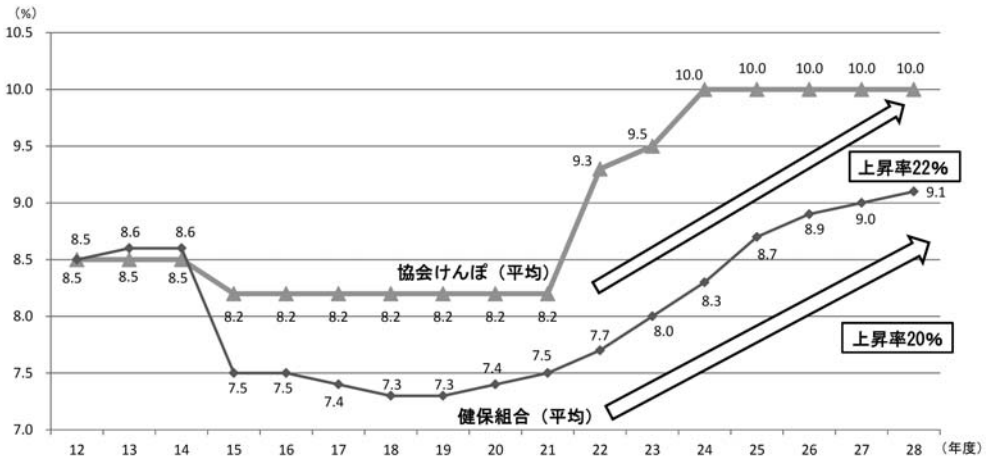
すなわち、増える高齢者医療費に公費投入を増やして対応してきたと言えるが、日本の公的債務はGDPの2倍を超えており、世界一の水準にあることを考えると公費への依存には自ずと限界があると考えられる。

それでは保険料負担はどうであろうか。図8はサラリーマンの加入する保険の保険料率の推移である。大企業の従業員が加入する健保組合、中小企業の従業員が加入する協会けんぽ、どちらの保険料率も2009年度（平成21年度）から2016年度（平成28年度）までに2割程度上昇している。ちなみに2003年度（平成15年度）にどちらの保険料率も低下したのは、この年からボーナスからも保険料を取るようになったため、保険料率を引き下げることができたためである。

このような保険料率の引き上げは今後も可能であろうか。日本はヨーロッパ諸国に対し

て高齢化の水準がはるかに高いにもかかわらず国民負担率（（社会保障負担＋租税負担）/国民所得）が低い。したがって、今後も保険料率を引き上げるべきだという意見もある。一方で、少子化により現役世代が減少するので負担増に対する慎重論も根強い。保険料は所得に応じて負担するため、現行の制度のままであれば少子化により現役世代の一人当たりの保険料負担が大きく増加することになる。

図8 協会けんぽと健康保険組合の保険料率の推移



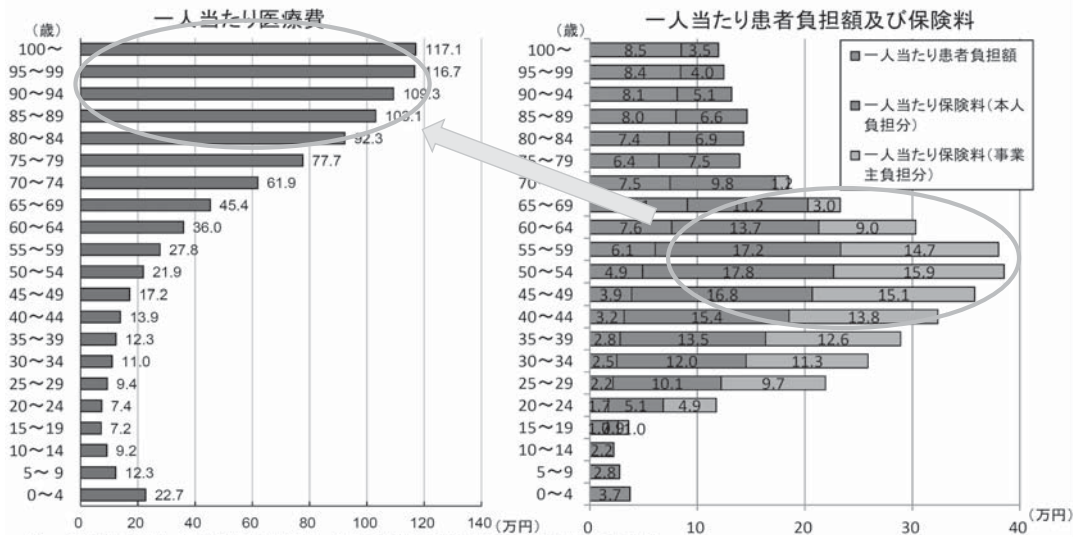
厚生労働省作成

図9は、左側が年齢階級別の一人当たり医療費で、右側が、年齢階級別の一人当たりの患者自己負担額と保険料である。一人当たり医療費は、新生児のころは多いが、18歳頃に最も低くなり、その後、年齢とともに増加する。一方、一人当たりの保険料は、いうまでもなく現役世代の負担が際立って大きい、このグラフから分かるように医療保険制度を通じて現役世代から高齢世代に所得が移転されていることがわかる。

現役時代に高齢世代の医療費を負担し、現役世代が高齢世代になったら、その時の現役世代に負担してもらおう、という循環が維持されるのであれば、この医療保険のスキームに何ら問題はない。しかし、現実には少子高齢化が進むため、現役世代の負担は増加していくと考えられる。図9は2014年時点の一人当たりの医療費、患者負担、保険料を示したもののだが、2000年時点で、同様のものがある。そこで、2014年の値から2000年の値を引いた数値を示したのが、図10である。国民医療費は14年間で増えているので、医療費、自己負担、保険料とも増加しているが、着目したいのは、現役世代の保険料の増加が高齢世帯の保険料の増加を大きく上回っていることである。高齢化によって増加した保険料は現役世代の増加によって負担されていることが分かる。このように現役世代に負担増をどこまで求めるのか、社会的な合意が形成されていないのが現状である。

図9 年齢階級別1人当たり医療費，保険料，自己負担（2014年）

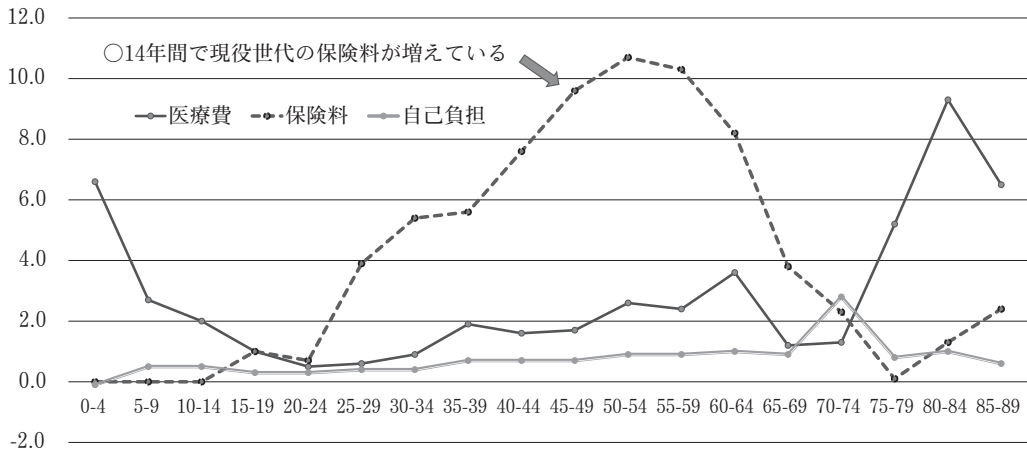
○現役世代から高齢世代に所得が移転している



※一人当たり医療費は、「医療給付実態調査報告」（厚生労働省保険局）等により作成した平成26年度の数値。
 ※一人当たり患者負担額及び保険料は、「医療保険に関する基礎資料」（厚生労働省保険局）に基づき作成した平成26年度の数値。

厚生労働省作成資料に加算

図10 1人当たり医療費，保険料，自己負担の変化（2014年-2000年の差額）：年額，万円



	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
医療費	6.6	2.7	2.0	1.0	0.5	0.6	0.9	1.9	1.6	1.7	2.6	2.4	3.6	1.2	1.3	5.2	9.3	6.5
保険料	0.0	0.0	0.0	1.0	0.7	3.9	5.4	5.6	7.6	9.6	10.7	10.3	8.2	3.8	2.3	0.1	1.3	2.4
自己負担	-0.1	0.5	0.5	0.3	0.3	0.4	0.4	0.7	0.7	0.7	0.9	0.9	1.0	0.9	2.8	0.8	1.0	0.6

「年齢階級別1人当たり医療費，保険料，自己負担（2014年）（2000年）」（厚生労働省）から計算

2. 医療・介護提供体制への影響と対策

少子高齢化に伴う医療制度、介護制度の持続可能性について財政的な視点から検討したが、長寿化は医療や介護のサービス提供体制を変えていく必要がある。それは高齢者の疾病の特徴が若人と異なるからである。

(1) 若人と高齢者の疾病特性の違いと医療提供体制の改革

若者の傷病の特徴は、急性疾患が多い、特定の臓器の疾患が多い、適切な治療をすれば完治する場合が多いなどである。それに対して、高齢者の疾病の特徴は、慢性疾患が多い、複数の臓器の疾患が多い、疾病の多くは老化に基づくものであり、治療しても完治が難しいという傾向がある。

これからの高齢社会を考えると、医療の提供体制を高齢者の疾患に応じた内容に変えていかなければならない。若者が必要とする医療は、いわば「入院させて集中的に治療して、できるだけ早く完治させて、社会復帰をさせる医療」である。そのためには、「臓器別に診断・治療を行い」、「完治にまでもっていきだけの医療資源を保有している、病院での医療が適切であり」、「治療の間は入院という制約の多い非日常的な環境下に居ることもいたしかたない」という療養モデルが有効である。

一方、高齢者が必要とする医療は、もちろん若者と同様に急性期の疾患もあるが、老化に伴う必ずしも完治が期待できない慢性疾患が多い。そのため、治療も完治させることを目的にするのではなく、これ以上悪くさせない、身体機能の衰えを防ぐ、といった医療、いわば「治し、支える」医療に転換する必要がある。このことは別の視点から言えば高齢者の医療は「治療と生活」が明確に分かれないということでもある。若人の急性疾患の治療であれば病院に入院して、病院の非日常的な生活環境の中で集中的に医療資源の投入が行われ、一定の経過を経て完治すれば退院する、という流れになるが、高齢者が必要とする医療は、病院だけでは適切なサービスを提供することができない。また、医療以外にも介護サービス等を利用しながら療養を続けることになる。このことは、病院だけでなく地域の様々な医療資源、介護資源、福祉資源を活用することが必要となることを意味する。社会保障制度改革国民会議の報告書では、このことを「病院完結型医療から地域完結型医療への移行」と表現している。この地域完結型医療の概念と類似の概念で、よりポピュラーなものが「地域包括ケアシステム」です。これはより幅広い概念で、医療と介護あるいは住まいや生活の仕方との連携を一体的に考えたネットワークの構築である。このシステムの構築には様々な課題があるが、その必要性については広く認識されており、各地で様々な試みが行われている。

(2) 高齢化速度の地域格差

このように長寿化は医療や介護の提供体制の改革を余儀なくするが、長寿化の速度と大きさが地域によって異なるのである。その際、重要な要素は団塊の世代（1947～49年生まれ）の動向である。団塊の世代の人々は高度経済成長期に東京、大阪、名古屋などの大都市周辺に進学や就職を通じて集中した。その団塊の世代が2025年には全員が後期高齢者（75歳以上）になるのである。その結果、現在は高齢化率の低い大都市圏およびその周辺

で急速に高齢者が増加することになる。そのため、今後大都市では急増する高齢者に対応した地域包括ケアシステムの構築や高齢者医療に適した病床機能の再編を行わなくてはならない。一方、地方はすでに高齢化率が高いが、今後は高齢化率があまり上昇しなくなるが、代わって急速な人口減少が生ずることになる。そのため、地方では病床を削減する必要が生ずる。

このような医療、介護提供体制の改革は、全国一律ではなく、都道府県あるいは市町村単位で行われなくてはならない。そこで、国は、地域別の将来人口を用いて、2025年に必要とされる機能別の病床数や在宅医療の必要量を推計して、各都道府県に提供し、都道府県はこのデータを参考に、医療関係者らと協議しながら病床再編や在宅医療の進展を図ることが求められている。これが「地域医療構想」と呼ばれるもので、今回の医療計画に盛り込まれている。ちなみに、この2025年の必要病床数を算定のする上で、当研究所が推計している地域別将来推計人口が用いられた。

このことは、医療政策の地方分権が進んでいくことを意味している。高齢化の速度と規模が地域により異なるため、医療対策や介護対策における地方自治体の権限と責任が大きくなってきている。国が基本方針を立て、必要な情報や予算を自治体に提供するが、実際の改革は地域事情がよく分かる自治体が主導して行う、という流れが鮮明になって来たのではないかと思う。

(3) 高齢期の男女の違い

視点を変えて、高齢期の男女の健康上の違いを見てみたい。表3は男性と女性の平均寿命と健康寿命、およびその差を示したものである。健康寿命とは、健康上の問題がない状態で日常生活を送れる期間のことで、女性は男性より平均寿命も健康寿命も長い。問題は平均寿命と健康寿命の差の期間である。この期間は健康上の理由で日常生活に影響がある期間だといえ、2013年は男性が9.02年、女性は12.40年で、女性の方が健康でない生存期間が3年以上長いことになる。また、右側の表は国民生活基礎調査で調査した「健康上の

表3 性・年齢階級別平均寿命、健康寿命、日常生活に影響のある人の割合

男女別平均寿命と健康寿命の差 単位：歳							日常生活に影響のある人の割合 単位%		
年	男性			女性			年齢	男	女
	平均寿命	健康寿命	差	平均寿命	健康寿命	差			
2013	80.21	71.19	9.02	86.61	74.21	12.40	60～64歳	13.3	13.0
2010	79.55	70.42	9.13	86.30	73.62	12.68	65～69歳	15.3	15.1
2007	79.19	70.33	8.86	85.99	73.36	12.63	70～74歳	20.1	20.1
2004	78.64	69.47	9.17	85.59	72.69	12.90	75～79歳	26.4	27.4
2001	78.07	69.40	8.67	84.93	72.65	12.28	80～84歳	33.9	39.3
							85歳以上	46.7	54.4

出典：平成29年版高齢社会白書

平成28年国民生活基礎調査

平均寿命と健康寿命の差は女性の方が男性より3.4年～3.8年程度長い

高齢になると女性の割合が上昇

理由で日常生活に何らかの影響がある」と回答した人の割合で、74歳以下であれば男女の差はあまり見られないが、75歳を超えると徐々に女性の比率が男性を上回って、85歳以上では男性は46.7%に対して女性は54.4%と10ポイント近い差が生じている。

このような傾向がみられるので、女性の方が男性より年齢で調整した要介護度が高いのではないかと思われるが、表4はそれを裏付けている。この表は年齢階級別に各要介護度の認定率（年齢階級別に要介護認定者をその年齢階級の人口で割った値）を男女別で示したものである。これから、85歳以上になると、女性の方が男性より認定率が高くなり、しかも高い要介護度の認定率が高くなっていることがわかる。たとえば、90歳以上だと、要介護度4は、男性は8.9%だが女性は15.8%、要介護度5は、男性は5.3%だが女性は12.4%である。このような結果から、長寿化は、男性以上に女性の要介護度を高めていくことになり、女性の健康寿命の延伸、介護予防政策が重要だといえる。

表4 性・年齢階級別要介護・要支援認定率（%） 2015年

女性は男性より高齢になると高い要介護度の認定率が上昇する

	年齢区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
男	65-74	0.6	0.6	0.8	0.9	0.6	0.5	0.4	4.4
	75-84	2.5	2.0	3.4	3.0	2.2	1.8	1.3	16.1
	85-89	6.0	4.9	8.8	7.5	5.6	4.4	3.0	40.2
	90-	7.4	6.8	13.6	13.3	10.8	8.9	5.3	66.1
女	65-74	0.8	0.8	0.8	0.7	0.4	0.4	0.4	4.2
	75-84	4.7	4.1	4.7	3.5	2.3	2.1	1.8	23.3
	85-89	7.7	8.3	11.7	9.7	7.1	6.6	5.3	56.3
	90-	5.2	7.5	14.3	15.6	14.5	15.8	12.4	85.3

認定率：年齢階級別に要介護度（要支援）認定者数を人口で除した値

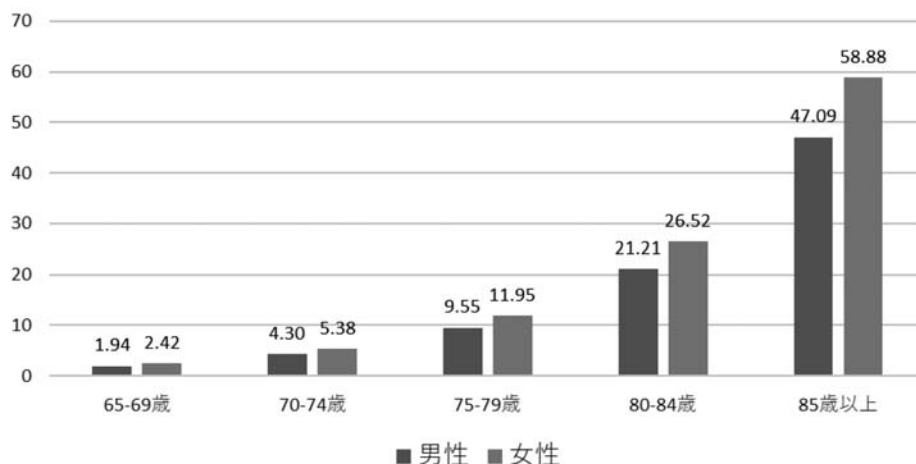
灰色：女性の認定率が男性の認定率を2ポイント以上上回っている年齢層と要介護度

厚生労働省「平成27年度介護保険事業状況報告」および総務省「平成27年国勢調査」より作成

(4) 認知症の課題

最後に、今後の高齢日本において極めて重要な課題である認知症について述べる。今後日本の認知症患者人口はどのように推移するのであろうか。九州大学の二宮教授は厚生労働科研費事業で認知症患者人口の将来推計を行っている。九州大学は福岡県久山町を対象に、医学、疫学調査を長期間行ってきた。公衆衛生の分野では有名な「久山町スタディ」と呼ばれる。この認知症人口の推計は久山町スタディのデータから、認知症有病率と危険因子との関係を分析している。危険因子は年齢、女性、糖尿病だということであるが、図11は高齢者と女性の認知症有病率が高いことを示している。この結果を国立社会保障・人口問題研究所が推計した年齢別将来人口に当てはめて、認知症患者の将来推計をしたものが表5である。2012年では65歳以上人口の15%が認知症であるが、2025年には20%に上昇すると予想される。

図11 性・年齢階級別認知症有病率（2012年） 単位：％



出典：「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事業 九州大学 二宮利治）

表5 認知症の高齢患者人口の将来推計

	2012年	2015年	2020年	2025年	2030年	2040年	2050年	2060年
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数および65歳以上人口に占める割合（％）	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数および65歳以上人口に占める割合（％）	15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

出典：「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事業 九州大学 二宮利治）

認知症には特効薬的手段はないので、医療や介護だけでなく、多様な対応が必要とされるため、国は他省庁に亘る認知症対策である「新オレンジプラン」という多方面にわたる認知症対策が実施されているが、認知症対策は長寿化がもたらす最も深刻で重要な課題だといえる。

おわりに

長寿化，少子化の進行する日本における医療・介護の現状や課題を述べたが、総括すると以下のとおりである。

- ・日本の総人口は減少しているが2030年頃まで後期高齢者が増加し、一方で若い世代が減

- 少するため後期高齢者の全人口に占める割合は2060年には25%に上ると予測される。
- 今後、後期高齢者が大きく増加するのは主に団塊の世代が多く居住する三大都市圏で、地方はむしろ人口減少が進む。
 - 長寿化は社会保障費の増加をもたらす、少子化は現役世代の負担増に拍車をかける。事実、社会保障費の増加率はGDP増加率を上回っており、現役世代の保険料負担は増加している。
 - 年齢の上昇に伴う1人当たりの介護費の増加率は、1人当たり医療費の増加率より高いため、長寿化の影響は介護費の方が医療費より大きい。このことは、今後の介護保険制度の持続可能性が課題であることを示唆する。
 - 長寿化の進展により、医療提供体制は急性期医療から慢性期医療へ、病院完結型医療から地域完結型医療への転換が求められている。また、高齢者の増加は地域差が大きいため、全国一律でなく地域単位での改革が必要。
 - 平均寿命と健康寿命の差の期間は女性の方が男性より長い。また、後期高齢者は男性より女性の方が高い要介護度の割合が高く、認知症有病率も高い。このことから、今後は女性の健康寿命の延伸が特に重要。
 - 後期高齢者は認知症の有病率が高く、2025年には65歳以上人口の2割が発症するという予測もあり、認知症対策の充実が喫緊の課題である。

Current Status and Problems of Medical Care System and Long-Term Care Insurance in Super-Aged Nation Japan

Hisao ENDO

- The total population of Japan is decreasing. While the population of latter-stage elderly will continue to increase until 2030, the younger generation will continue to shrink. As a result, it is predicted that the population of latter-stage elderly will make up more than 25% of Japan's total population by 2060.
- Hereafter, the most striking increase of latter-stage elderly will be in the three biggest metropolitan areas (Tokyo, Nagoya, Osaka) in this country, in which many members of the baby boom generation reside. The growth of the elderly population in rural areas is slowing, but overall depopulation is continuing rapidly.
- Longevity is putting more strain on social security systems, increasing the burden of paying into these systems for the shrinking population of younger generations.
- Along with the rise in the overall age of the population, the amount one person has to pay for Long-Term Care Insurance has become greater than that for Medical Care Insurance. As such, in a country with advanced longevity like Japan, the sustainability of Long-Term Care Insurance over Medical Care Insurance has become a serious issue.
- As the population continues to grow older, medical providers have to transition their treatment systems from those for acute issues to more chronic issues. It is hoped that treatments will move away from those completed in hospitals to those that can be completed more locally. Additionally, because the rate at which populations are aging varies so greatly depending on locality, the required systemic reform in these treatment systems can't be done on the national level but would be better implemented on a region by region basis.
- Among the latter-stage elderly in need of long-term care, women require a higher level of care than men, and experience a higher prevalence of dementia. Because of this, it is particularly important to focus on improving the health of elderly women moving forward.