

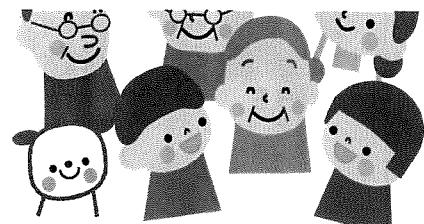
# 高齢化に対応した 医療提供体制の再構築について

「日経SDGs/ESGサミット2019  
社会的共通資本としての医療」より

前・厚生労働省 医政局長

(岩手医科大学医学部客員教授)

武田俊彦



高齢化に対応した医療提供体制の再構築について

本日のテーマ～

世界が、我が国が育て、守るべきもの

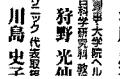
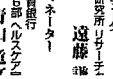
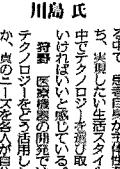


日経SDGsフォーラム 特別シンポジウム

# 社会的共通資本としての医療

主催:日本経済新聞社、日経BP 共催:日本医師会、宇沢国際学館

日経SDGsフォーラム 特別シンポジウム「社会的共通資本としての医療」(主催=日本経済新聞社、日経BP、共催=日本医師会、宇沢国際学館)が5月9日、都内で開催された。日本を代表する経済学者、故宇沢弘文氏が唱えた「社会的共通資本」の概念を軸に、医療と持続可能な開発目標(SDGs)との関わりについて識者が議論・提言した。



## テクノロジーで支える

西上 氏  
西上氏は、産業技術研究機構  
医療・保健部の部長。医療・保健  
分野におけるAI技術の開発と  
実用化に貢献。特にAI診断基準  
の開発やAIによる医療データの  
分析など、医療現場でのAI活用  
を推進している。



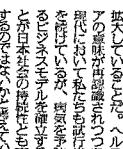
西上 氏



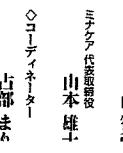
西 氏



山本 氏



西 氏



占部 氏

## パネルディスカッション

### 日本発信 We——be——ingを考える

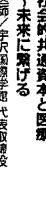
厚生労働省医務技監 鈴木 康裕氏  
鈴木康裕氏は、厚生労働省医務技監。医療制度の構築と運営に力を入れ、特に医療の質向上や医療費抑制に取り組んでいます。



鈴木 康裕氏



横倉 義武氏



上部 まり氏



武田 俊彦氏

## 医療には「信任」が重要

日本医師会会長 横倉 義武氏  
横倉義武氏は、日本医師会会長。医療の質向上や医療費抑制に取り組んでいます。



日本医師会会長  
医療の質向上と医療費抑制  
医師へ宇沢国際学館 代表取締役

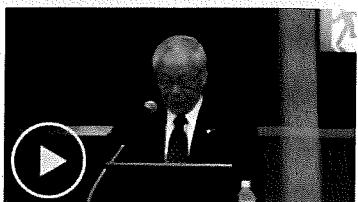
## 質を重視し支える医療を

基調講演「社会的共通資本と医療～未来に繋げる」  
基調講演「高齢化に対応した医療提供体制の再構築について」  
基調講演「社会的共通資本と医療～未来に繋げる」  
基調講演「高齢化に対応した医療提供体制の再構築について」

## 日経SDGsフォーラム 特別シンポジウム「社会的共通資本としての医療」



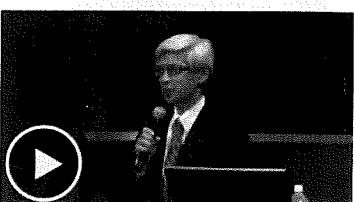
ご挨拶 厚生労働省医務技監 鈴木 康裕氏



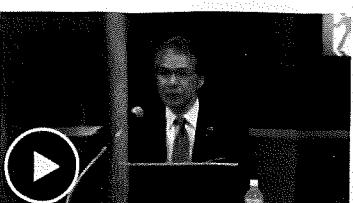
ご挨拶 日本医師会会長、世界医師会前会長 横倉 義武氏



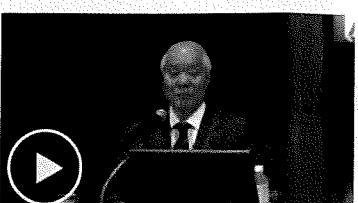
基調講演「社会的共通資本と医療～未来に繋げる」



基調講演「高齢化に対応した医療提供体制の再構築について」



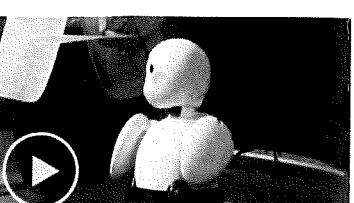
講演 「Society5.0時代のヘルスケア」



特別講演「UHCとアジアの高齢化：アジア健康構想の新展開」



パネルディスカッション「コミュニティで支える」



パネルディスカッション「テクノロジーで支える」

# 「持続可能な開発目標」(SDGs) について



SDGsを通じて、豊かで活力ある未来を創る



平成31年1月  
外務省

## 政府によるSDGsを推進するための取組一覧

- 『経済財政運営と改革の基本方針2018』(抜粋(平成30年6月15日閣議決定)):  
積極的平和主義の旗の下、持続可能な開発目標(SDGs)の実現に向け、貧困対策や保健衛生、教育、環境・気候変動対策、女性のエンパワーメント、法の支配など、人間の安全保障に関わるあらゆる課題の解決に、日本の「SDGsモデル」を示しつつ、国際社会での強いリーダーシップを発揮。
- 『未来投資戦略2018』(要約(平成30年6月15日閣議決定)) :「Society 5.0」の国際的な展開は、世界におけるSDGsの達成に寄与。企業による取組を支援し、国連STIフォーラム、2019年に日本で開催するG20や、国連ハイレベル政治フォーラム(特に、首脳級会合)において、積極的に発信。

### 『SDGs実施指針』の8分野に関する取組を更に具体化・拡充

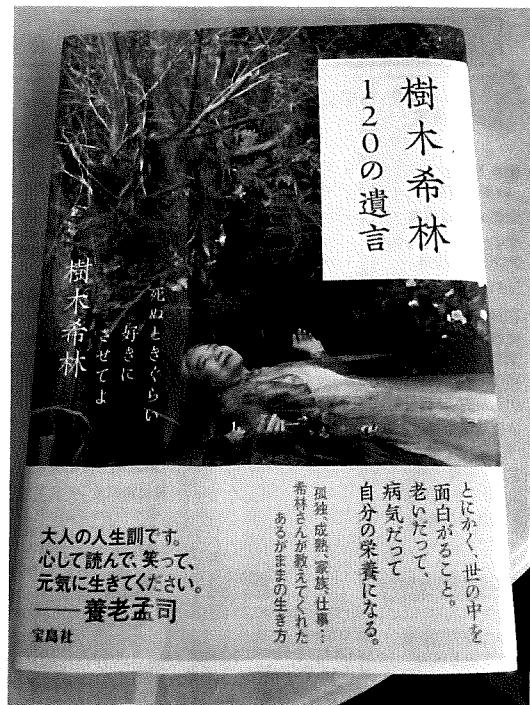
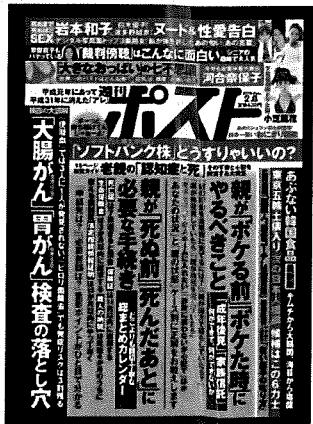
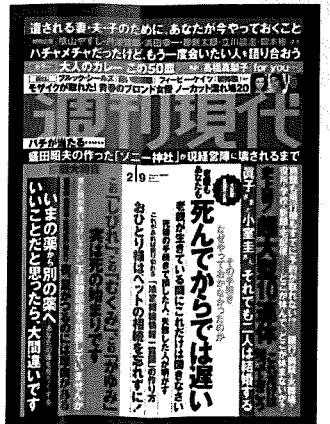
※取組の詳細は次頁以降に掲載  
(記載された額は、平成31年度当初予算政府案及び30年度補正予算政府案(12月21日閣議決定[P])

①あらゆる人々の活躍の推進	②健康・長寿の達成	③成長市場の創出、地域活性化、科学技術イノベーション	④持続可能で強靭な国土と質の高いインフラの整備	⑤省エネ・再エネ、気候変動対策、循環型社会	⑥生物多様性、森林、海洋等の環境の保全	⑦平和と安全・安心社会の実現
<ul style="list-style-type: none"> <li>働き方改革の着実な実施</li> <li>女性の活躍推進</li> <li>ダイバーシティ・パリアフラーの推進</li> <li>子供の貧困対策</li> <li>次世代の教育振興</li> <li>次世代のSDGs推進プラットフォーム</li> <li>ビジネスと人権に関する国別行動計画</li> <li>消費者等に関する対応</li> <li>若者・子供、女性に対する国際協力</li> <li>人道支援の推進</li> </ul> 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>データヘルス改革の推進</li> <li>国内の健康経営の推進</li> <li>医療拠点の輸出</li> <li>感染症対策等保健医療の研究開発</li> <li>ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ推進のための国際協力</li> <li>アジア・アフリカにおける取組</li> </ul> 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>基盤となる技術・データ、人材育成</li> <li>未来志向の社会づくり(Connected Industries、「i-Construction」推進等)</li> <li>STI for SDGsや、途上国のSTI・産業化に関する国際協力</li> <li>地方創生や未来志向の社会づくりを支える基盤・技術・制度等</li> <li>地方におけるSDGsの推進</li> <li>農山漁村の活性化、地方等の人材育成</li> <li>農林水産業・食品産業のイノベーションやスマート農林水産業の推進、成長産業化等</li> </ul> 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>持続可能で強靭なまちづくり(「コンパクト・ネットワーク」推進)</li> <li>戦略的な社会資本の整備</li> <li>文化資源の保護・活用と国際協力</li> <li>防災(リージリエント防災・減災)の構築や、灾害リスクがバランスの良いエネルギー・インフラの強化(燃料供給の安定化等)</li> <li>地方創生や未来志向の社会づくりを支える基盤・技術・制度等</li> <li>地方におけるSDGsの推進</li> <li>農山漁村の活性化、地方等の人材育成</li> <li>農林水産業・食品産業のイノベーションやスマート農林水産業の推進、成長産業化等</li> </ul> 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>徹底した省エネの推進</li> <li>再エネの導入促進</li> <li>エネルギー科学技術に関する研究開発の推進</li> <li>気候変動対策や、CCSの調査・研究</li> <li>循環型社会の構築(東京オリンピック・パラリンピックに向けた持続可能性等)</li> <li>国際展開・国際協力</li> <li>食品廃棄物の削減や活用</li> <li>農業における環境保護</li> <li>持続可能な消費の推進</li> </ul> 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>持続可能な農林水産業の推進や林業の成長産業化</li> <li>世界の持続可能な森林経営の推進</li> <li>地域循環共生圏の構築</li> <li>森林の国際協力</li> <li>大気、化学物質規制対策</li> <li>海洋(海洋・水産資源の持続的利用、国際的な資源管理、水産業・漁村の多面的機能の維持・促進)</li> <li>農業における環境保護</li> <li>持続可能な消費の推進</li> <li>海洋ゴミ対策の推進</li> <li>地球観測衛星を活用した課題解決</li> </ul> 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>子どもの安全(性被害、虐待、事故、人権問題等への対応)</li> <li>女性に対する暴力根絶</li> <li>再犯防止対策・法務の充実</li> <li>公益通報者保護制度の整備・運用</li> <li>「法の支配」の促進に関する国際協力</li> <li>平和のための能力構築</li> <li>中東和平への貢献</li> <li>マネーローンダリング、テロ資金供与等対策</li> </ul> 等
⑧SDGs実施推進の体制と手段	<ul style="list-style-type: none"> <li>モニタリング(国連におけるSDG指標の測定協力、統計に関する二国間交流・技術支援等)</li> <li>広報・啓発の推進(「ジャパンSDGsアワード」の実施等)</li> <li>2025年万博開催を通じたSDGsの推進</li> </ul> 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>地方自治体や地方の企業の強みを活かした国際協力の推進</li> <li>市民社会等との連携(ジャパンプラットフォーム、活動環境整備、事業補助金等)</li> <li>適切なグローバル・サプライチェーン構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SDGs経営イニシアティブや、ESG投資の推進</li> <li>国内資金动员のための途上国における税制・税務執行支援</li> <li>途上国でのSDGs達成に貢献する企業の支援</li> <li>フューチャー・アース構想下での研究開発、国連大学等</li> </ul>	5		

高齢化に対応した医療提供体制の再構築について

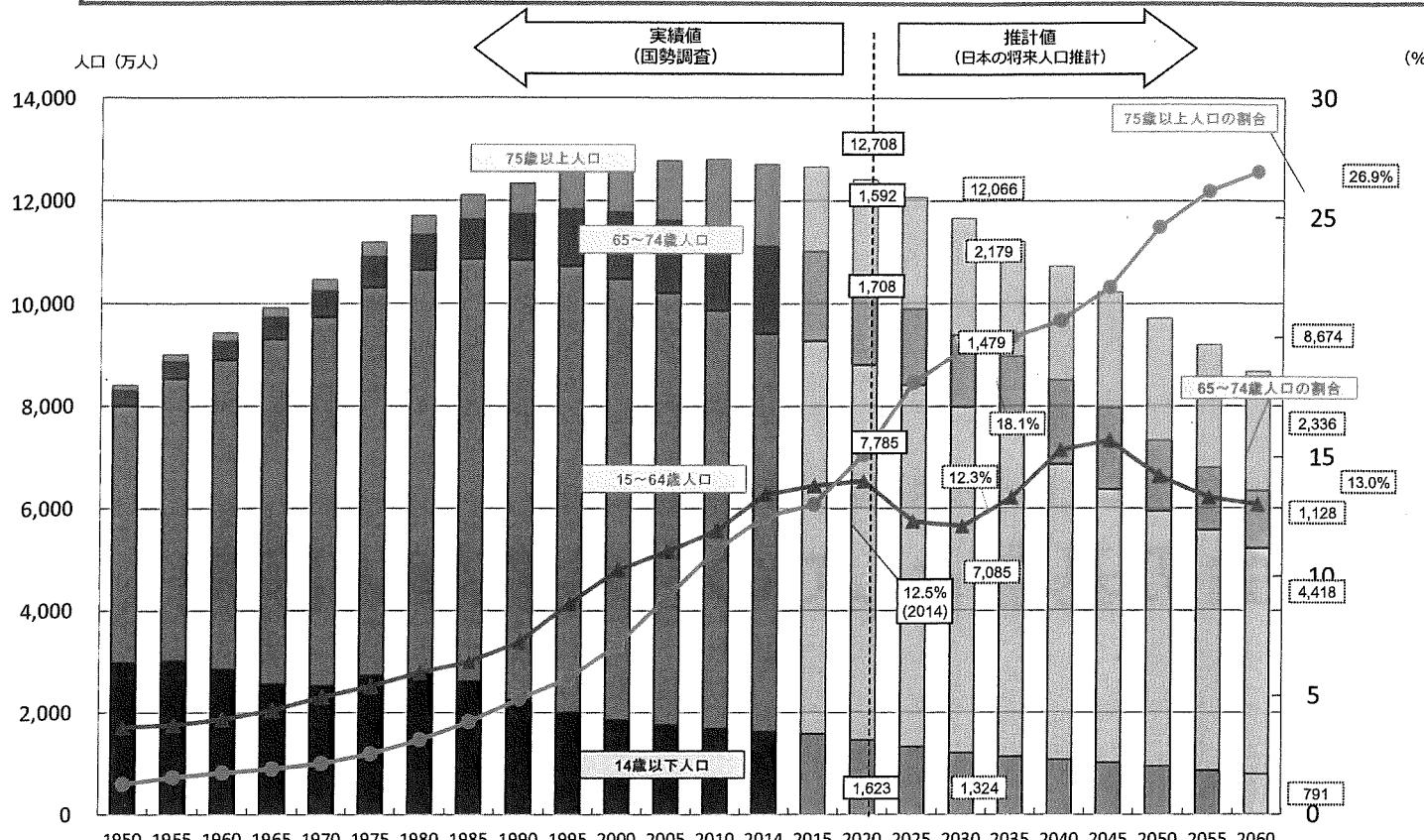
## 今年の話題

# 高齢化社会＝多死時代を迎えた日本社会



# 今後の年齢階級別人口の推計

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者(特に75歳以上の高齢者)の占める割合は増加していくことが想定される。



資料：2010年までは総務省統計局「国勢調査」、2014年は総務省統計局「人口推計(平成26年10月1日確定値)」、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24年1月推計) 中位推計」

8

平成30年12月21日公表

## 平成30年(2018)人口動態統計の年間推計を公表します

厚生労働省では、このほど、平成30年(2018)人口動態統計の年間推計を行いましたので、公表します。

### 【結果のポイント】

平成30年(2018)は以下のとおり、推計される。

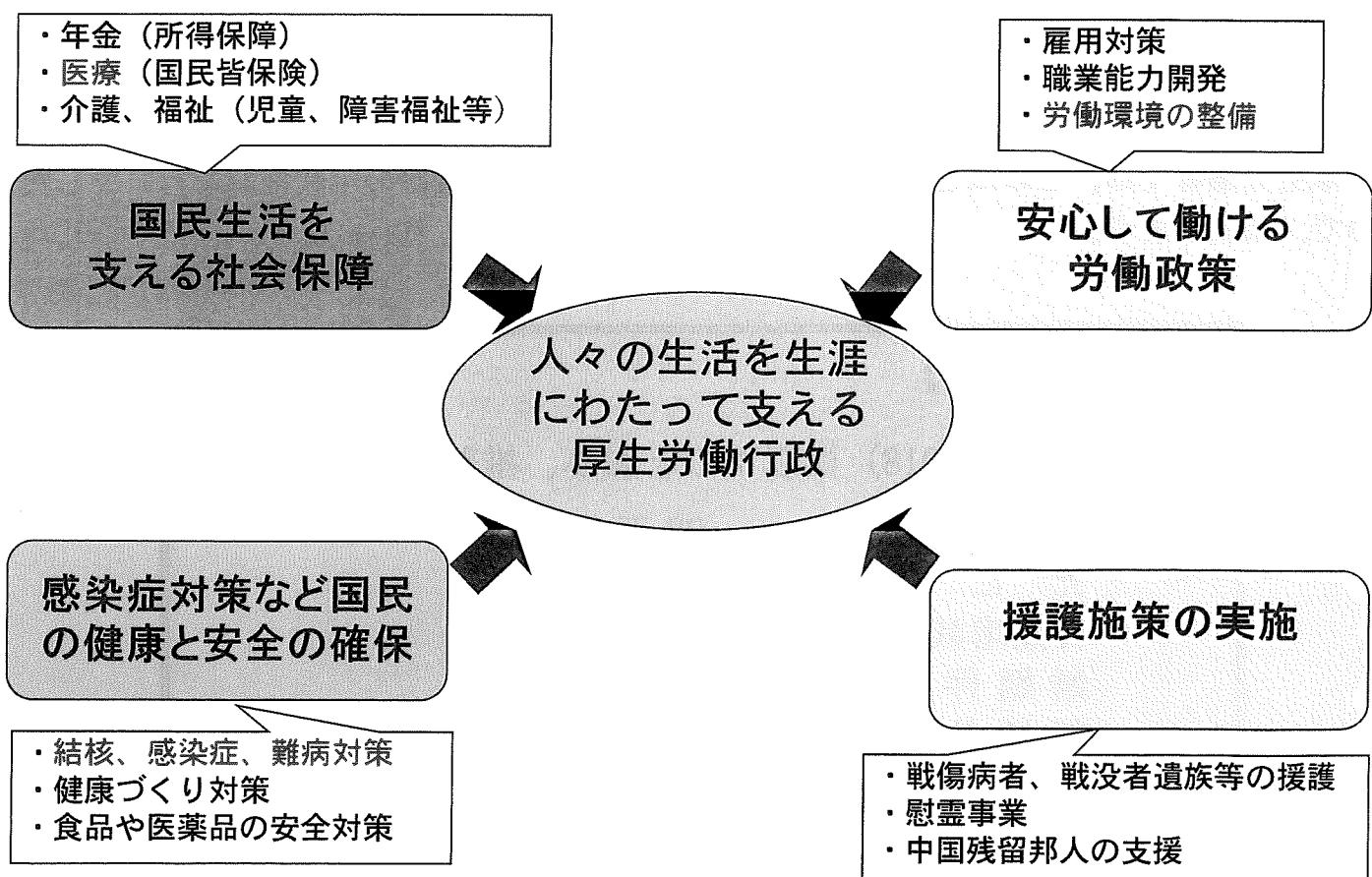
出生数	:	92万1000人
死亡数	:	136万9000人
自然増減数	:	△44万8000人
婚姻件数	:	59万0000組
離婚件数	:	20万7000組

高齢化に対応した医療提供体制の再構築について

## 社会の基盤としての社会保障と医療

10

### 厚生労働省の役割・任務



# 社会保障制度とは

社会保障制度は、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネット。

社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生からなり、人々の生活を生涯にわたって支えるものである。

## ① 社会保険(年金・医療・介護)

国民が病気、けが、出産、死亡、老齢、障害、失業など生活の困難をもたらすいろいろな事故(保険事故)に遭遇した場合に一定の給付を行い、その生活の安定を図ることを目的とした強制加入の保険制度

- 病気やけがをした場合に誰もが安心して医療にかかることができる医療保険
- 老齢・障害・死亡等に伴う稼働所得の減少を補填し、高齢者、障害者及び遺族の生活を所得面から保障する年金制度
- 加齢に伴い要介護状態となった者を社会全体で支える介護保険など

## ② 社会福祉

障害者、母子家庭など社会生活をする上で様々なハンディキャップを負っている国民が、そのハンディキャップを克服して、安心して社会生活を営めるよう、公的な支援を行う制度

- 高齢者、障害者等が円滑に社会生活を営むことができるよう、在宅サービス、施設サービスを提供する社会福祉
- 児童の健全育成や子育てを支援する児童福祉など

## ③ 公的扶助

生活に困窮する国民に対して、最低限度の生活を保障し、自立を助けようとする制度

- 健康で文化的な最低限度の生活を保障し、その自立を助長する生活保護制度

## ④ 保健医療・公衆衛生

国民が健康に生活できるよう様々な事項についての予防、衛生のための制度

- 医師その他の医療従事者や病院などが提供する医療サービス
- 疾病予防、健康づくりなどの保健事業
- 母性の健康を保持、増進するとともに、心身ともに健全な児童の出生と育成を増進するための母子保健
- 食品や医薬品の安全性を確保する公衆衛生など

※これらの分類については、昭和25年及び昭和37年の社会保障制度審議会の勧告に沿った分類に基づいています。

12

# 社会保障制度の基本的考え方

## 現行制度の基本的考え方

○我が国の福祉社会は、自助、共助、公助の適切な組み合わせによって形づくられている。その中で社会保障は、国民の「安心感」を確保し、社会経済の安定化を図るため、今後とも大きな役割を果たすもの。

○この場合、全ての国民が社会的、経済的、精神的な自立を図る観点から、

①自ら働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本として、

②これを生活のリスクを相互に分散する「共助」が補完し、

③その上で、自助や共助では対応できない困窮などの状況に対し受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などを「公助」として位置づける

こととされている。社会保障制度審議会 昭和25年10月「社会保障制度に関する勧告」

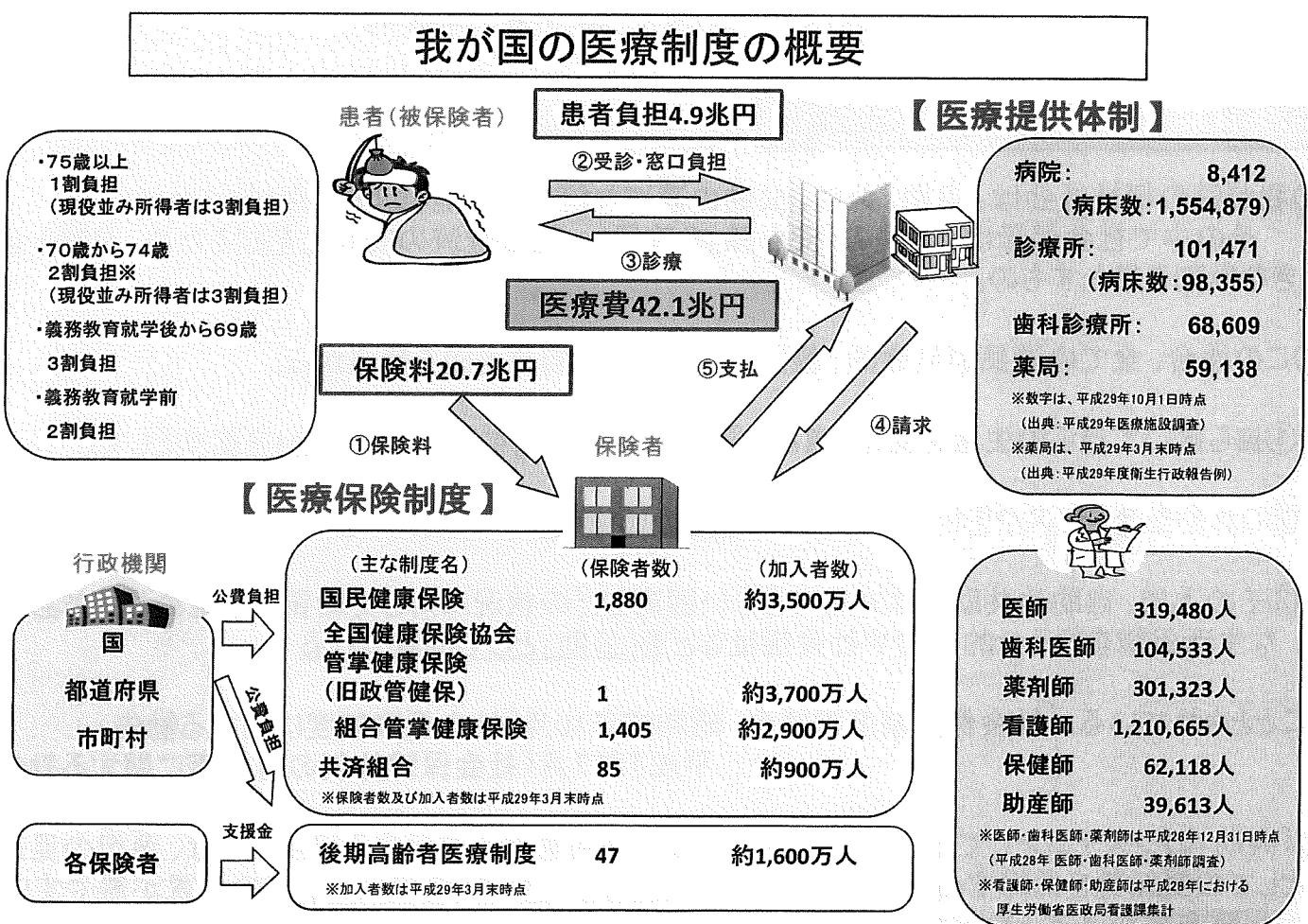
平成7年7月「社会保障体制の再構築に関する勧告」

○「共助」のシステムとしては、国民の参加意識や権利意識を確保する観点からは、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みとして、国民に分かりやすく負担についての合意が得やすい社会保険方式が基本となっている。

高齢化に対応した医療提供体制の再構築について

# 我が国の医療制度

14



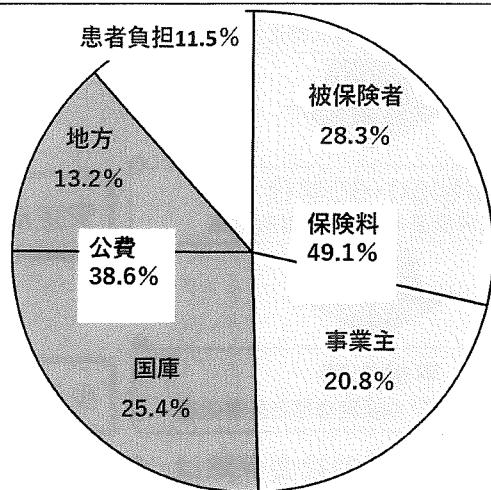
## 国民皆保険制度の意義

- 我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要。

### 【日本の国民皆保険制度の特徴】

- ① 国民全員を公的医療保険で保障。
- ② 医療機関を自由に選べる。(フリーアクセス)
- ③ 安い医療費で高度な医療。
- ④ 社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため、公費を投入。

日本の国民医療費の負担構造（財源別）（平成28年度）



16

## 医療保険制度の体系

### 後期高齢者医療制度

約16兆円

- ・75歳以上
- ・約1,800万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1,680万人) 約7兆円(再掲)※3

65歳

### 国民健康保険 (都道府県・市町村国保 +国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、  
非正規雇用者等
- ・約3,170万人
- ・保険者数:約1,900

約9兆円

### 協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約4,070万人
- ・保険者数:1

約6兆円

### 健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,830万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約5兆円

### 共済組合

- ・公務員
- ・約850万人
- ・保険者数:85

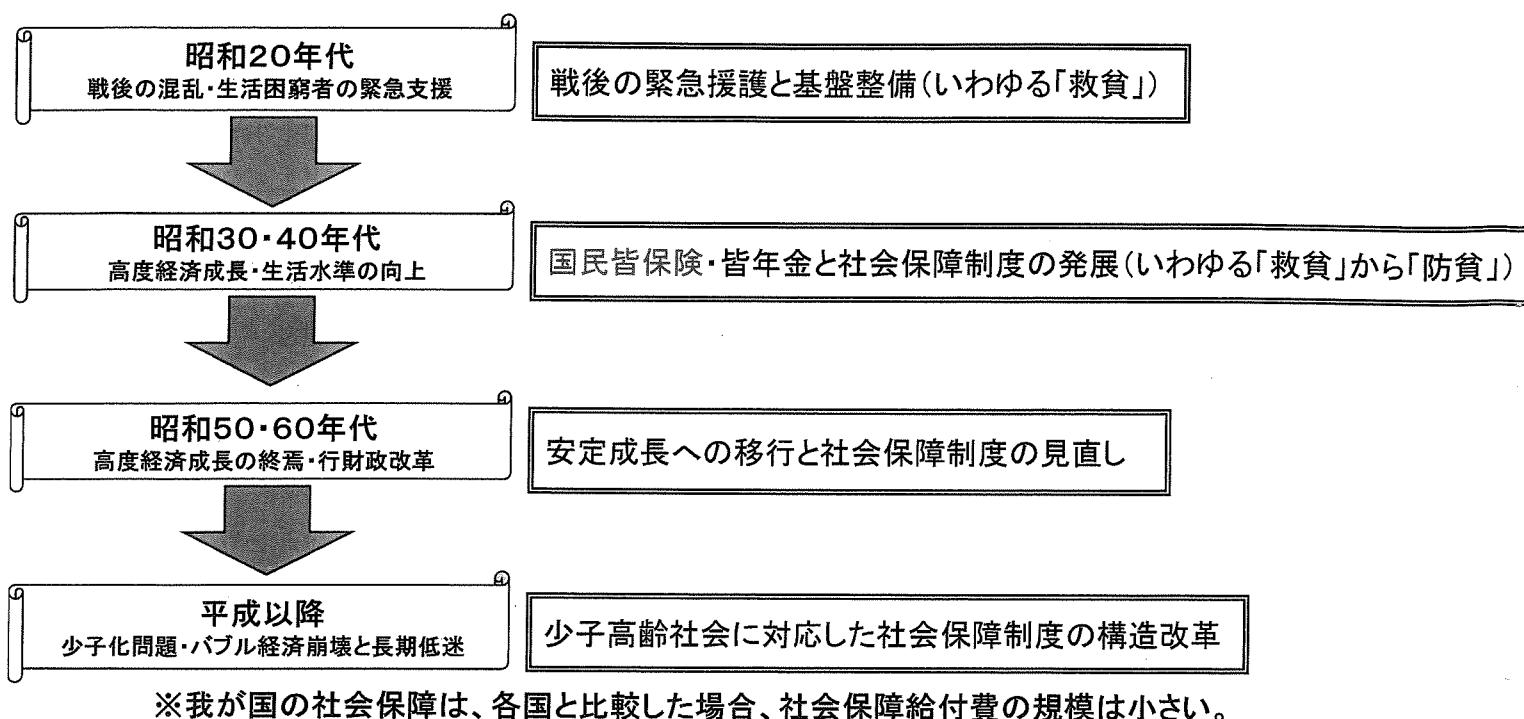
※1 加入者数・保険者数、金額は、令和元年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約10万人)、経過措置として退職者医療(対象者約4万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,680万人)の内訳は、国保約1,250万人、協会けんぽ約320万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

# 社会保障制度の変遷

- 現在の社会保障制度は、戦後の復興期を経て、高度成長期であった1960～70年代に骨格が築かれた。



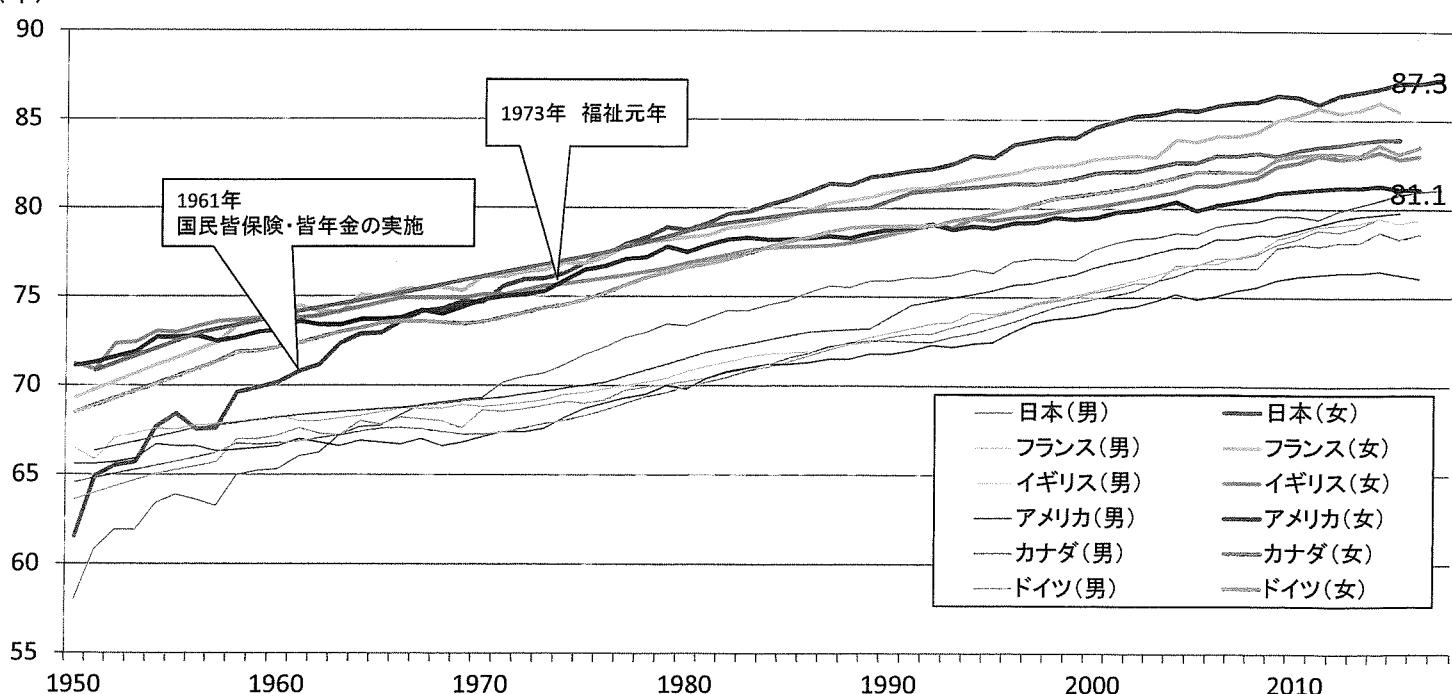
※我が国の社会保障は、各国と比較した場合、社会保障給付費の規模は小さい。

18

## 主要先進国の平均寿命の推移

- 先進諸国の平均寿命は一貫して伸長。平均寿命の延伸の背景には、医療技術の進歩等のほか、公衆衛生、食生活、住居環境の改善等の生活水準の向上が死亡率低下に寄与していると考えられる。

(年)



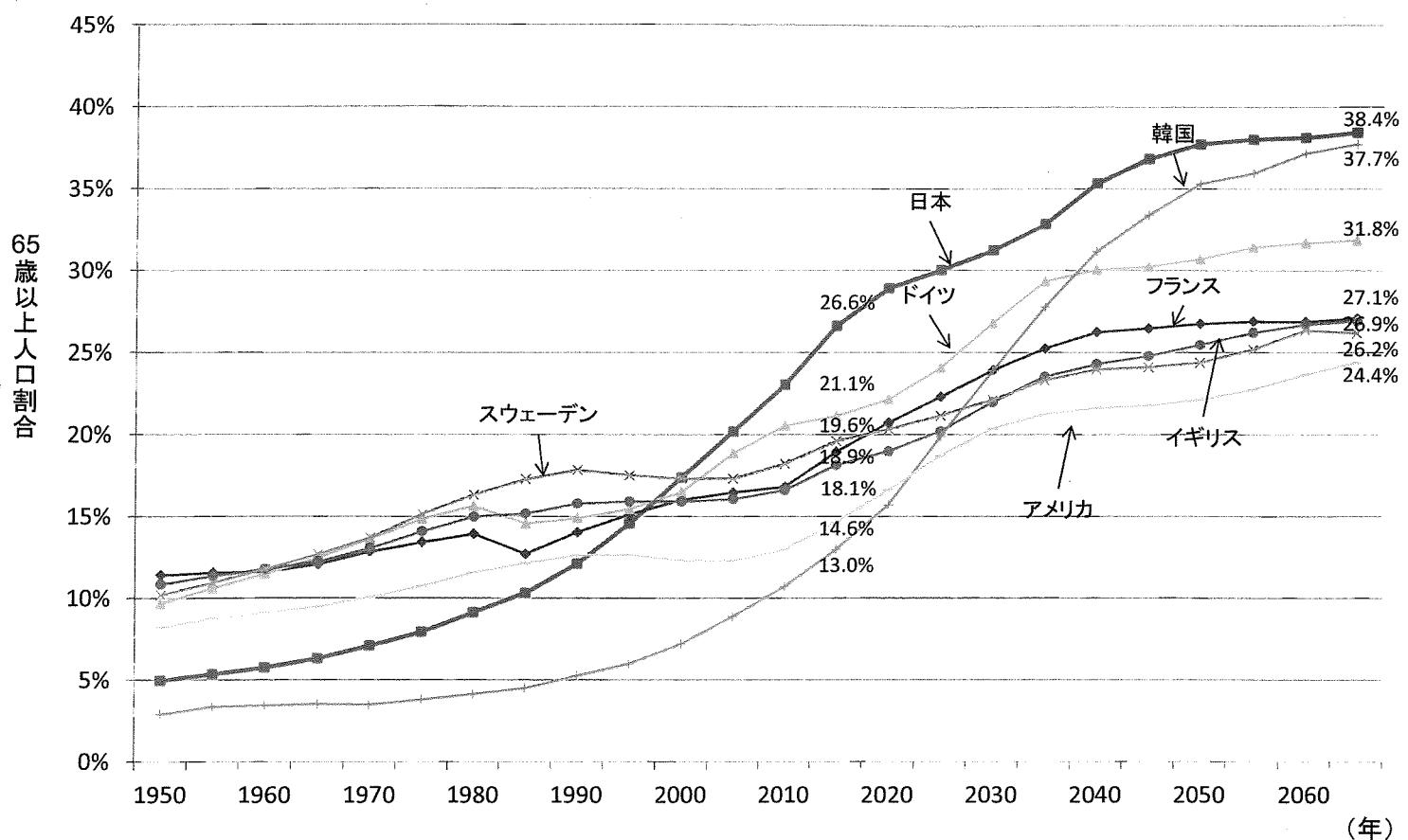
(資料)OECD「Health Statistics」、UN「Demographic Yearbook」

(注)1. 1990年以前のドイツは、旧西ドイツの数値である。

2. 1982年以前のイギリスはイングランド(ウェールズ)の数値である。\_10-

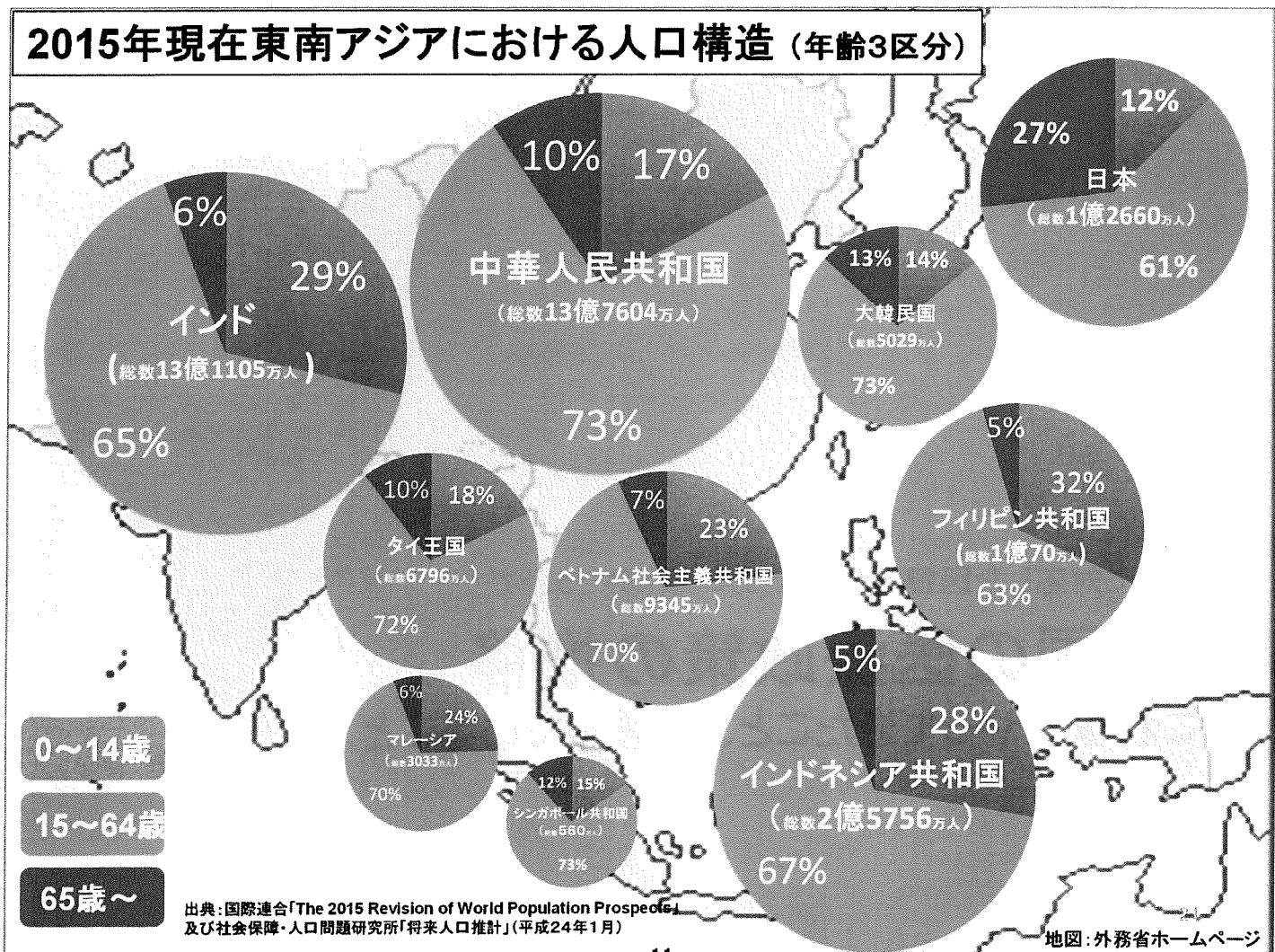
19

# 65歳以上人口割合の推移



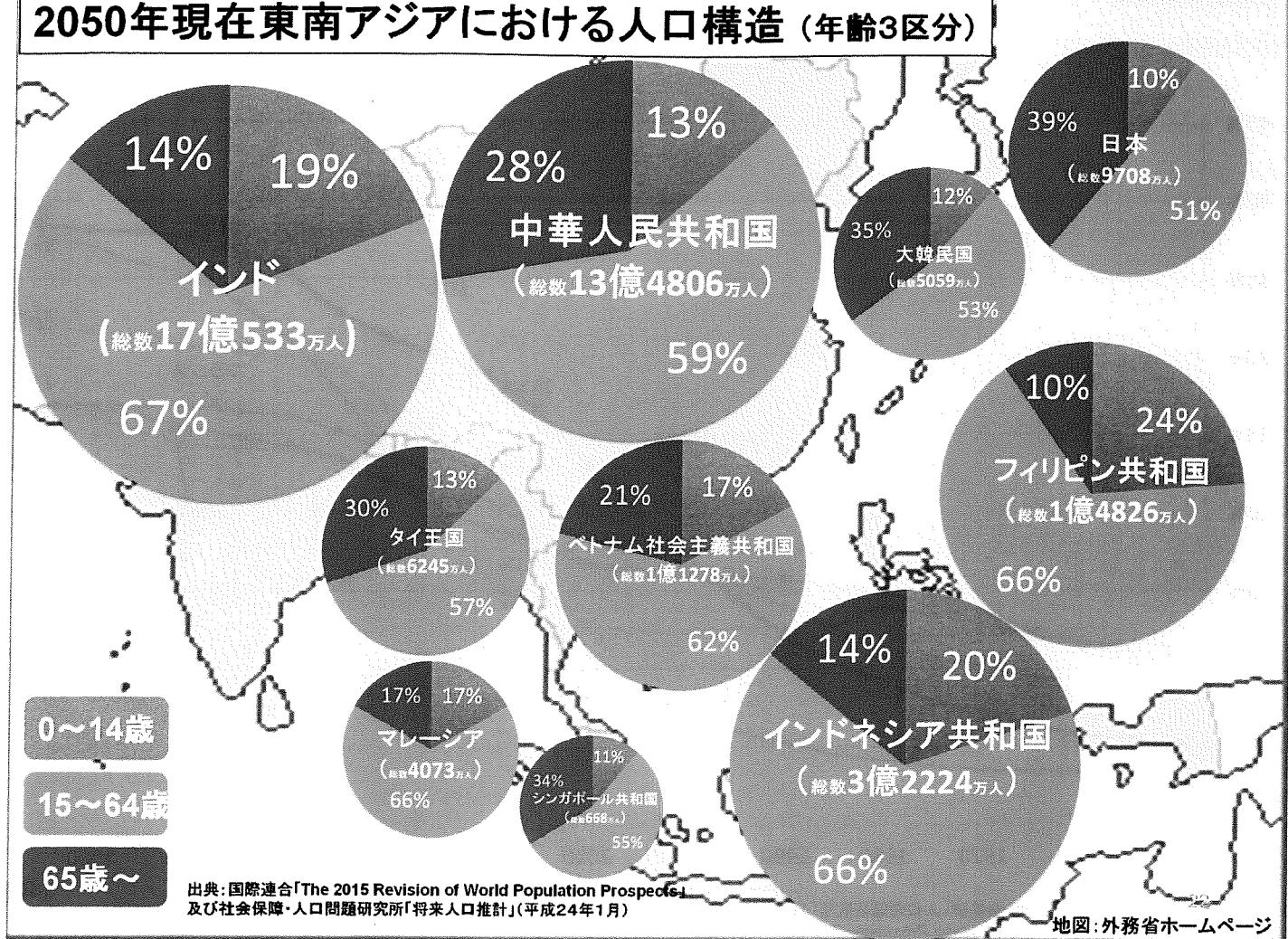
(出所) 日本は、総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)  
諸外国は、United Nations, World Population Prospects: The 2017 Revision

20



21

## 2050年現在東南アジアにおける人口構造（年齢3区分）



高齢化に対応した医療提供体制の再構築について

## 我が国の医療政策の推移 ～これまでやってきたこと、今進んでいること

# 医療政策・振り返り

- 老人医療費無料化時代(1973～1983)
  - 財政再建(臨調行革時代)(1980年代)
  - 介護対策の10年 (1990年代)  
平成元年 ゴールドプラン 高齢者対策の充実  
平成9年介護保険法成立 → 12年施行
- 
- 医療提供体制の改革 (2000年代)  
厚生労働省初の医療ビジョン、21世紀医療提供の姿  
病床の機能分化・機能連携
  - 社会保障・税一体改革 (2010年代)  
公費の投入で医療機能を強化 (消費税)  
治す医療から、治し・支える医療へ

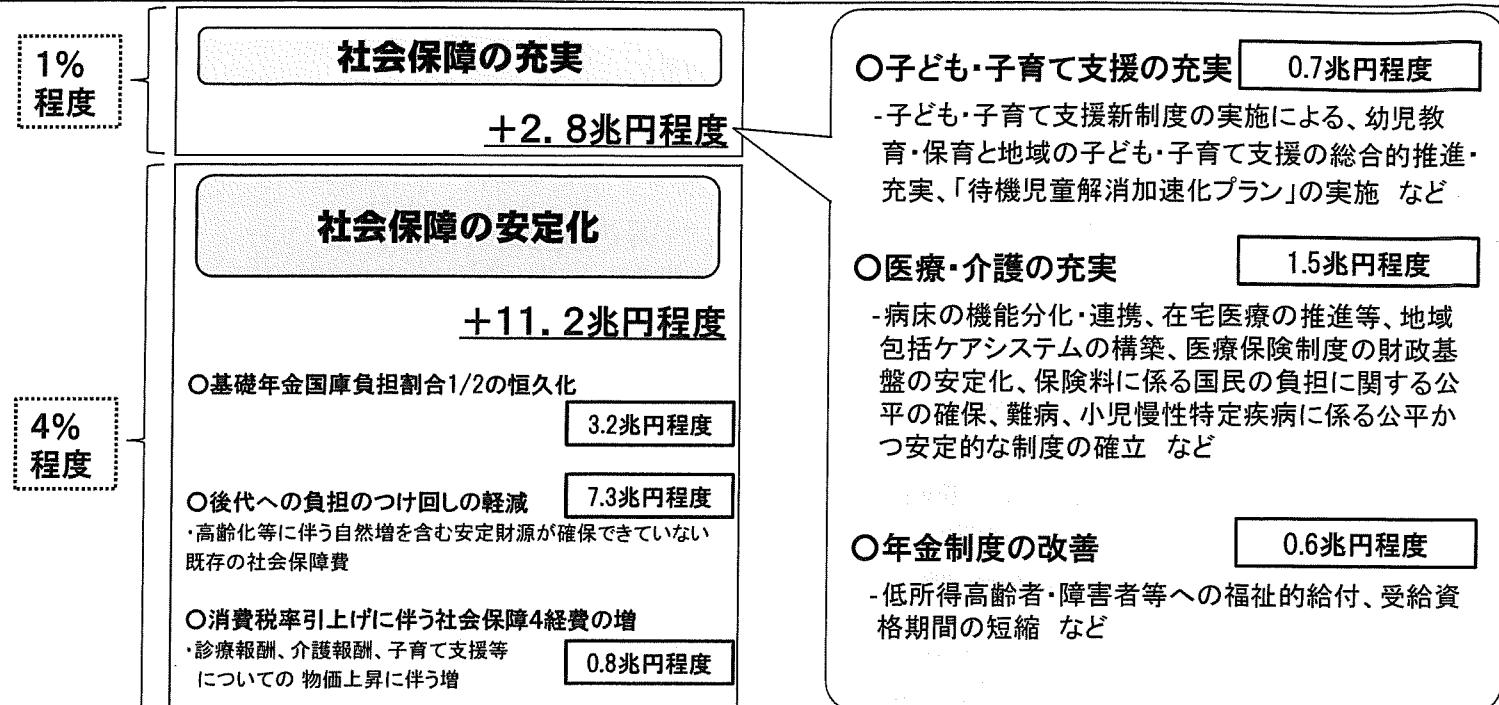
24

## 今進んでいること・これから必要なこと

- 医療提供体制の改革 (2000年代)  
厚生労働省初の医療ビジョン、21世紀医療提供の姿  
病床の機能分化・機能連携
  - 社会保障・税一体改革 (2010年代)  
公費の投入で医療機能を強化 (消費税)  
治す医療から、治し・支える医療へ
- 世界が注目する最先端の医療介護の仕組み  
= 地域包括ケア
- New!
- 世界標準の医療体制  
高度医療へのアクセス確保  
(継続・さらに深化)
- 医療の在り方そのものの改革 → 国民皆の課題  
まちづくり、地域づくり → 自治体・地域を巻き込んだ課題 New!

# 消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2017年4月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途は、国分については、これまで高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっていたが、今回、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない



(注) 税制抜本改革法に沿って消費税率が平成29年4月に10%に引き上げられ、増収分が平成30年度に満年度化した場合、5%引き上げ分の14.0兆円程度のうち、1%程度の2.8兆円程度が充実に充てられる。

26

## 社会保障・税一体改革で目指す将来像

～未来への投資(子ども・子育て支援)の強化と貧困・格差対策の強化～

厚生労働省  
平成24年3月30日

### 社会保障改革が必要とされる背景

非正規雇用の増加など  
雇用基盤の変化

家族形態や地域の変化

人口の高齢化、  
現役世代の減少

高齢化に伴う社会保障  
費用の急速な増大

- ・高齢者への給付が相対的に手厚く、現役世代の生活リスクに対応できていない
- ・貧困問題や格差拡大への対応などが不十分
- ・社会保障費用の多くが赤字国債で賄われ、負担を将来世代へ先送り

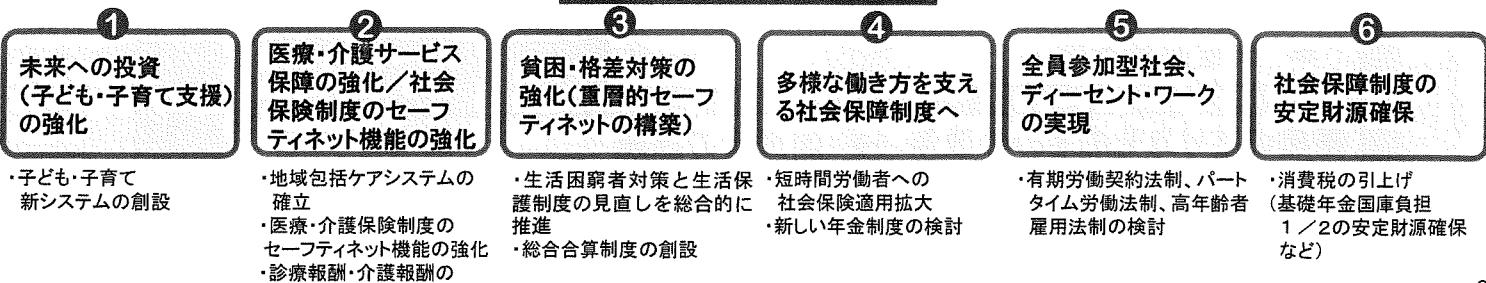
社会経済の変化に対応した  
社会保障の機能強化  
が求められる

→ 現役世代も含めた全ての人が、より受益を実感できる社会保障制度の再構築

### 改革のポイント

- ◆ 共助・連帯を基礎として国民一人一人の自立を支援
  - ◆ 機能の充実と徹底した給付の重点化・効率化を、同時に実施
  - ◆ 世代間だけでなく世代内での公平を重視
  - ◆ 特に、①子ども・若者、②医療・介護サービス、③年金、④貧困・格差対策を優先的に改革
  - ◆ 消費税の充当先を「年金・医療・介護・子育て」の4分野に拡大<社会保障4経費>
  - ◆ 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成への第一歩
- ⇒消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- ◆ 就労促進により社会保障制度を支える基盤を強化

### 改革の方向性

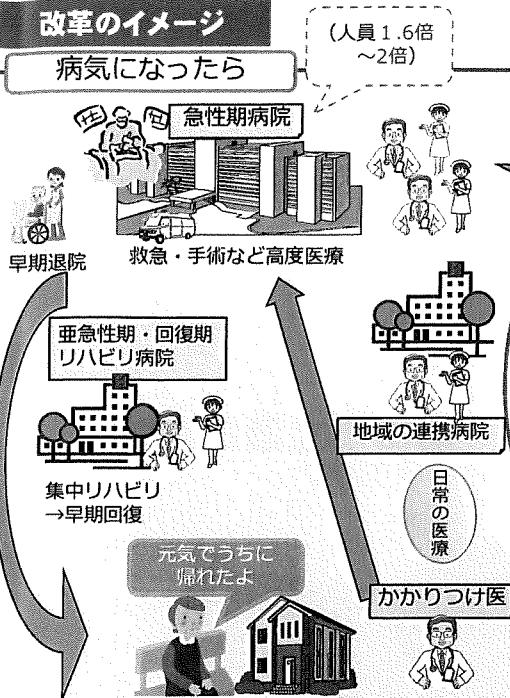


- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

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

病気になったら



## 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

<地域包括ケアシステム>  
(人口1万人の場合)

## 医療



在宅医療・訪問看護

通院

在宅医療等

訪問看護

(1日当たり  
17→29人分)(1日当たり  
31→51人分)

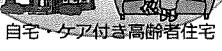
## 介護

- ・グループホーム  
(17→37人分)
- ・小規模多機能  
(0.25カ所→2カ所)
- ・デイサービスなど

## 介護

- ・介護人材  
(219→364~383人)

## 住まい



自宅・ケア付き高齢者住宅

通所

訪問介護・看護

- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス(15人分)

※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定

## 生活支援・介護予防

- ・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

表15-1 入院 受診延日数の推移

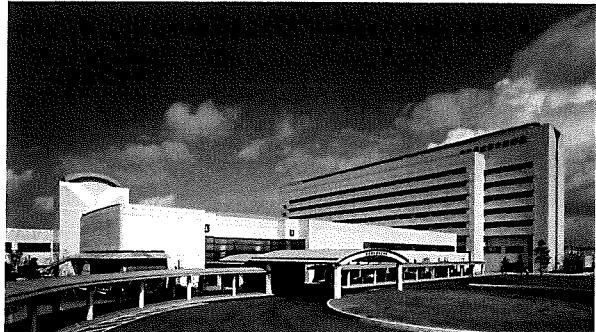
医科	病院						診療所		歯科	
		大学	公的	法人	個人	200床未満	200床以上			
平成26年度	4.7	4.5	0.28	1.16	2.99	0.08	1.67	2.84	0.17	0.010
平成27年度	4.7	4.5	0.28	1.16	3.01	0.07	1.68	2.84	0.16	0.010
平成28年度	4.7	4.5	0.28	1.15	3.02	0.07	1.68	2.83	0.15	0.011
平成29年度①	4.7	4.5	0.28	1.16	3.05	0.06	1.70	2.84	0.15	0.011
平成30年度②	4.7	4.5	0.28	1.15	3.06	0.05	1.72	2.81	0.14	0.011
②-①	▲0.02	▲0.01	▲0.00	▲0.01	0.01	▲0.01	0.02	▲0.03	▲0.01	0.000

表15-2 入院 受診延日数の伸び率(対前年度比)

医科	病院						診療所		歯科	
		大学	公的	法人	個人	200床未満	200床以上			
平成26年度	▲0.8	▲0.6	▲0.3	▲1.1	▲0.3	▲6.8	▲0.4	▲0.7	▲5.2	0.3
平成27年度	▲0.0	0.2	0.3	▲0.3	0.6	▲9.2	0.5	0.0	▲5.3	0.2
平成28年度	▲0.2	▲0.0	▲0.0	▲0.5	0.4	▲9.0	0.1	▲0.1	▲4.8	1.8
平成29年度	0.5	0.7	0.2	0.7	1.1	▲15.4	1.5	0.2	▲4.5	1.4
平成30年度	▲0.4	▲0.3	▲0.4	▲0.8	0.2	▲14.1	1.0	▲1.1	▲5.3	2.2

# 山形県酒田市における病院統合・再編とその後の運営状況

(2019.2.22地域医療構想ワーキング)

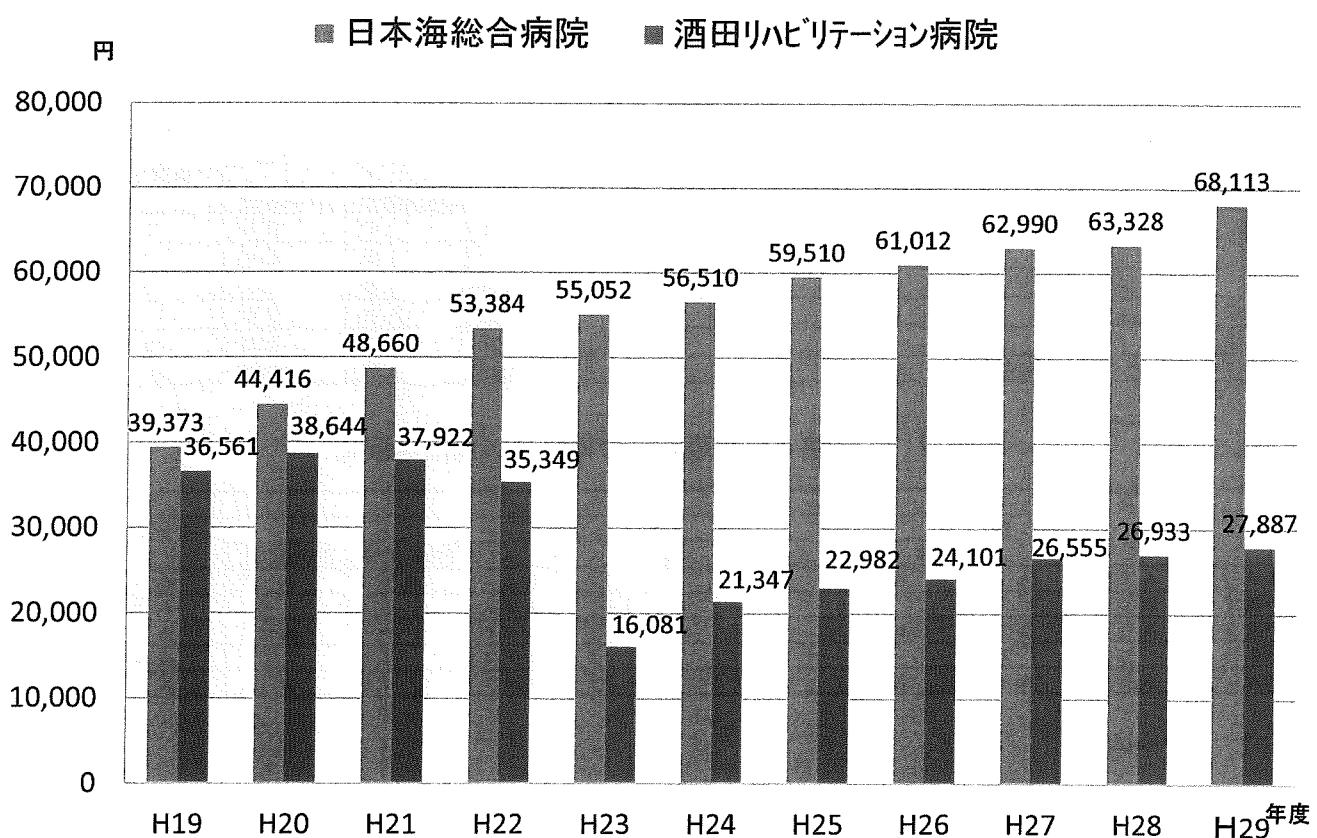


酒田市立酒田病院

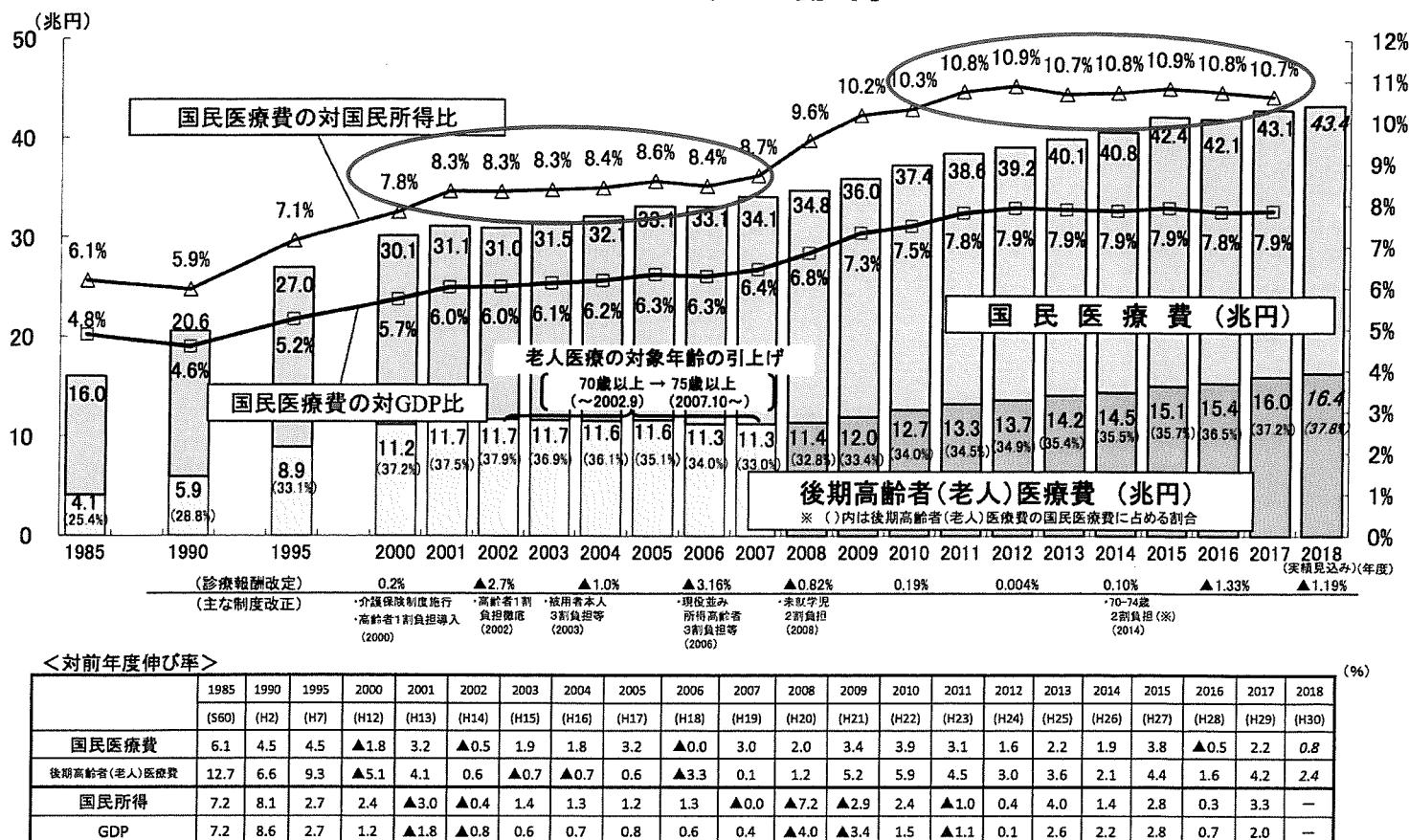
山形県立日本海病院



第19回地域医療構想に関するWG 資料



# 医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	
<b>国民医療費</b>	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8
<b>後期高齢者(老人)医療費</b>	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.4
<b>国民所得</b>	7.2	8.1	2.7	2.4	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	4.0	1.4	2.8	0.3	3.3	—
<b>GDP</b>	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.7	2.0	—

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2018年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2018年度分は、2017年度の国民医療費に2018年度の核算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※)70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年9月までに70歳に達した者は1割に抑え置く。



株式会社 社会保険出版社

プライバシーポリシー | 聞い合わせ | アクセス | サイトマップ

■ 新刊のご案内

## こくほ隨想

■ おすすめ商品

■ 出版物のご案内

■ 啓発冊子のご案内

■ ご注文

■ 会社概要

■ 採用情報

こくほ 隨想

### 一部負担金と錨の効果

行動経済学のブームのきっかけになったという本を読んでみた。「予想通りに不合理」という不思議なタイトルがついている。この本は、経済学は合理的に判断する人間というのを前提としているのに、どうして人は不合理な行動を取ってしまうのか、様々な実験で実証しており、なんとも興味深い。そして、医療費に対する施策の歴史・経験によく当てはまる、と思ってしまった。

行動経済学にはアンカーという概念があるそうだ。アンカーは船が港に着いたときの錨の意味としか知らないなかつたが、我々が価格を考えるときに各自基準となる錨を持っているそうだ。刷り込まれた価格(アンカー)を基に消費者はその商品やサービスが高いか安いか考えて購入しており価格が上がると、消費者は驚いて消費を手控えるが、時間が経つと新しい価格をアンカーとして受け入れ、元に戻る傾向が見られるという。

また、価格が付いているうちは的確に判断できている消費者が、無料となるといかにそれに引きずられてしまうか、ということも書かれている。十分安くお得なリンツチョコより無料のハーシーズキスチョコを選んでしまう、という実例は、チョコ好きとしては大いに興味を持った。

こういう研究結果は、知らず知らずに社会に浸透している。そう、知らず知らずに行動が左右されるのがこの方法の面白いところでもあり怖いところでもある。厚生労働省も、最近は「自然に健康になれる環境づく

高齢化に対応した医療提供体制の再構築について  
**地域包括ケア・支える医療とは**

34

社会保障制度改革国民会議  
報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成25年8月6日  
社会保障制度改革国民会議

## (8) 成熟社会の構築へのチャレンジ

また、従来の支えられる側、支える側という区分を取り払って、こうした高齢者が社会で活躍できるような、経済社会システムづくりを行っていくことが求められる。

例えば、医療の目的は、従来の「治す医療」からよりQOLを重視した「治し・支える医療」への転換が求められる。また、医療・介護の提供体制についても、まちづくりとして考えることが求められ、終末期ケアや看取りの在り方についても、最後まで自分らしく生きるためにどうあるべきかという観点から、国民的な議論を行っていくことが求められる。

## (4) 医療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

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとすれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位

(中略)

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことをも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

## (6) 医療の在り方

医療の在り方そのものも変化を求められている。

(中略)

がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD（クオリティ・オブ・デス）」を高める医療」—も入ってこよう。「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

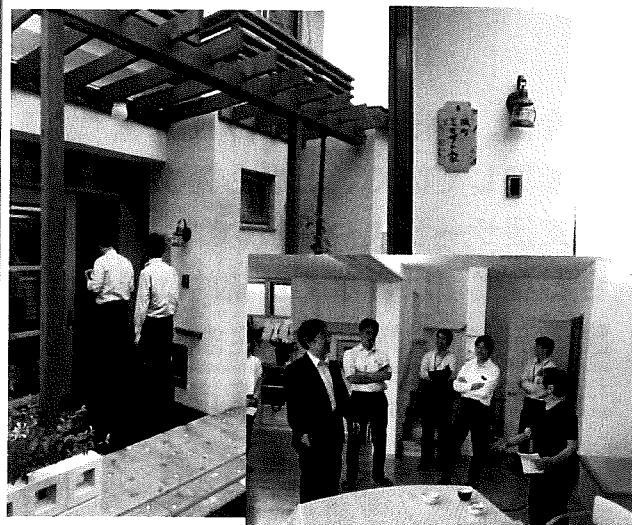
## 病院・施設から地域・在宅へ

夕張市立病院の院長室



ミモザの家

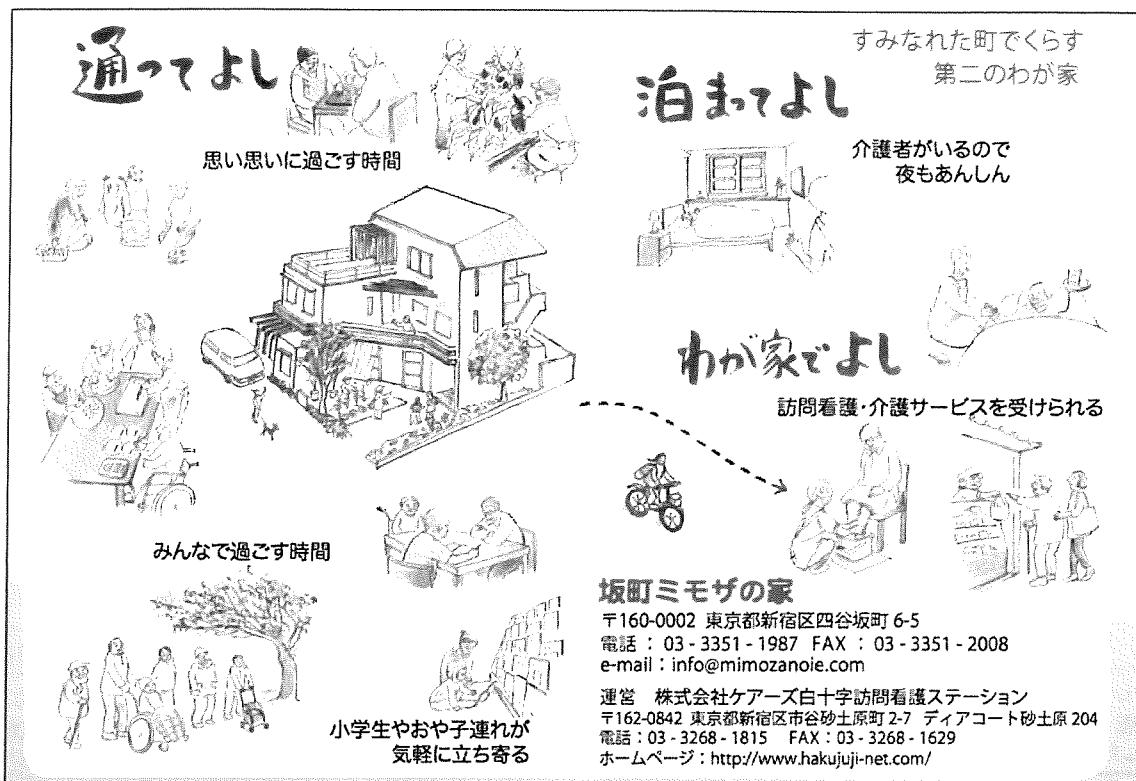
(看護小規模多機能)



※ 病床数171→19

※ 登録定員25名、通い15名、宿泊5名

(参考) ミモザの家のパンフレットより



40

高齢化に対応した医療提供体制の再構築について

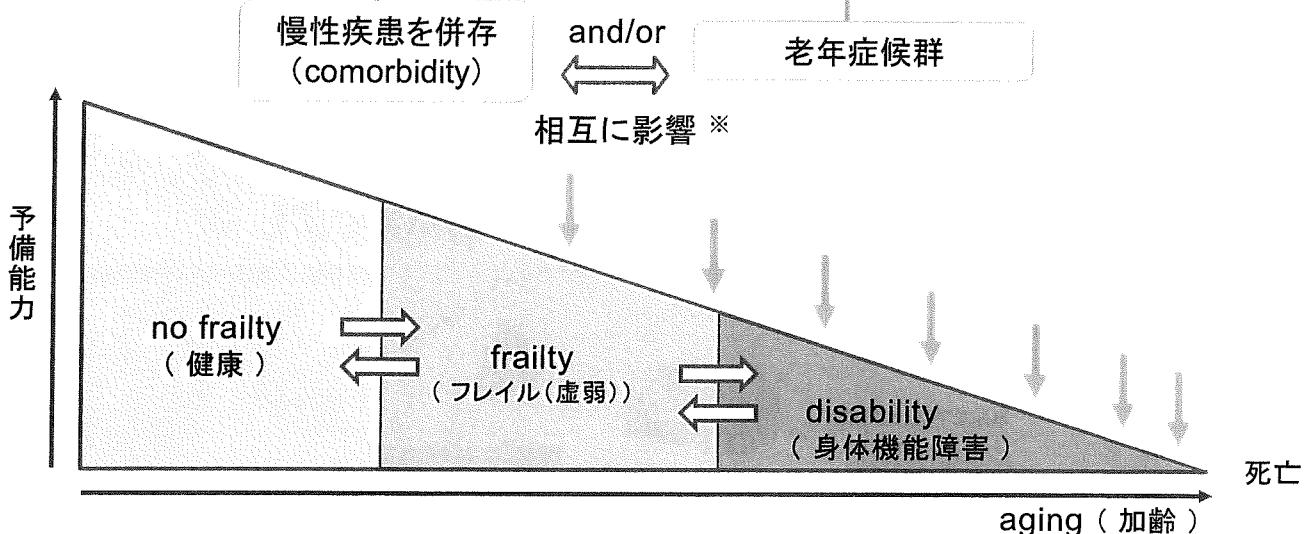
## 地域包括ケア実現のための施策

偏在対策、期待される医師像、かかりつけ医、人生会議、財源

# フレイルの概念

葛谷雅文: 日老誌(2009)をもとに、著者の許可を得て本研究班で改変

- 高血圧 ●心疾患 ●脳血管疾患
  - 糖尿病 ●呼吸器疾患 ●悪性腫瘍等
  - (生活習慣病等)
- 認知機能障害 ●めまい
  - 視力障害 ●うつ
  - 難聴 ●せん妄
  - 体重減少 ●易感染性
  - 摂食・嚥下障害
  - 貧血
  - サルコペニア(筋量低下)

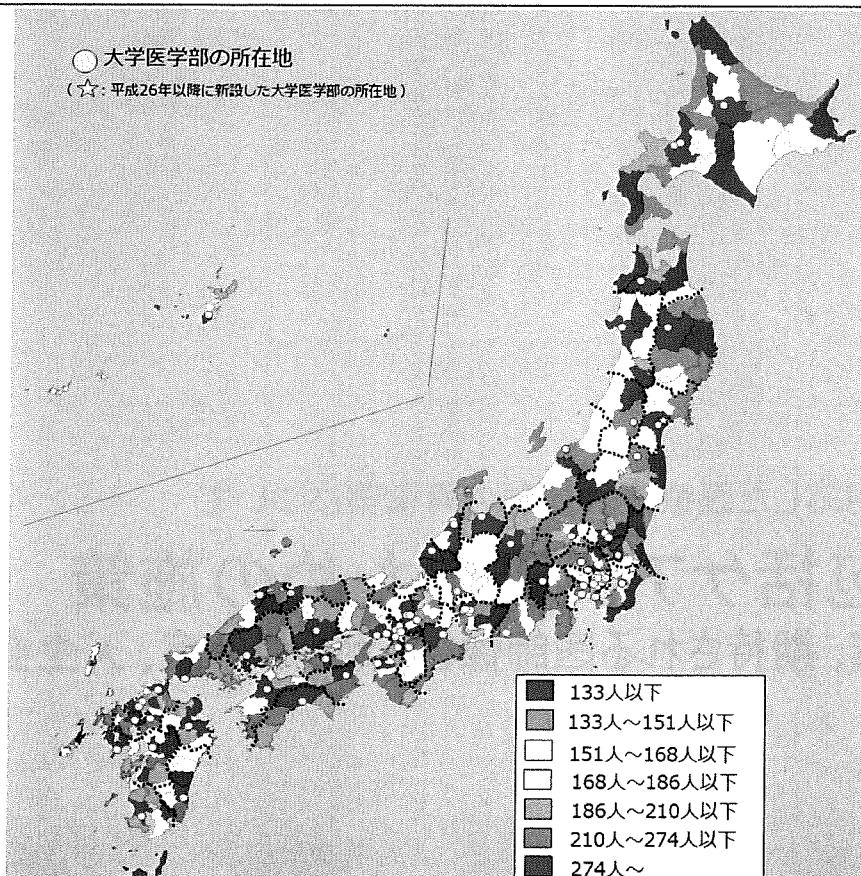


「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本報告書では、「加齢とともに、心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

42

## 二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）

- 大学医学部の所在地に医師が多く、「西高東低」の傾向にある。  
人口10万対医師数（全国） （中央値） 182.3人（平均） 238.3人

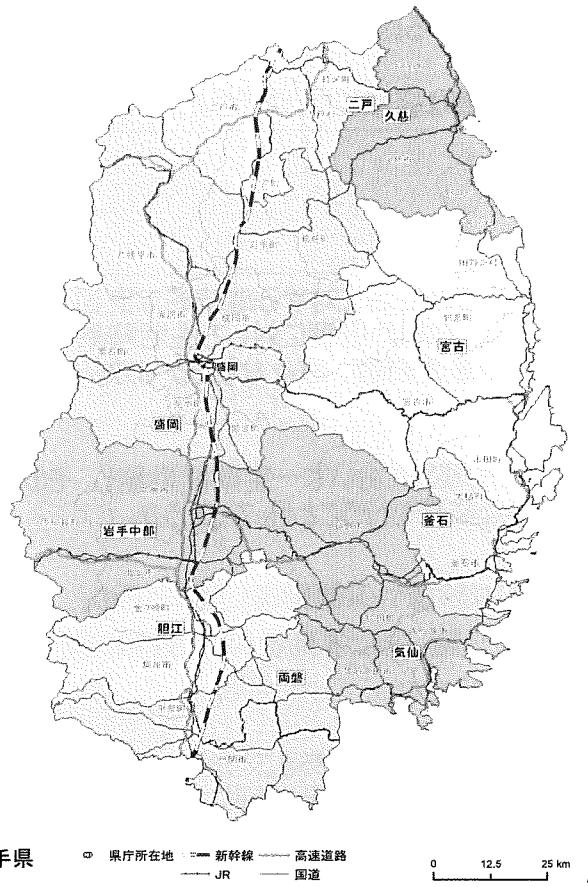


(出典)平成29年1月1日住民基本台帳・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査<sup>29</sup>（医師数：医療施設(病院・診療所)に従事する医師数

43

## 医師偏在の状況 岩手県の例

### ○地理の概要



### ○各二次医療圏の基礎データ

二次医療圏名	人口(人) (住民基本台帳に基づく人口・人口総数及び世帯数(平成27年1月1日現在))	高齢化率(%) (住民基本台帳に基づく人口・人口総数及び世帯数(平成27年1月1日現在))	面積 (平方km)(平成26年国土利用地図調査結果)	病院数 (平成26年医療施設調査)	一般診療所数 (平成26年医療施設調査)	医師数 (平成26年三師員額)	流入患者割合 (%) (平成26年患者調査)	流出患者割合 (%) (平成26年患者調査)
全体	1,300,963	29.4	15,275	91	902	2,465	4.3	4.3
盛岡	477,742	25.3	3,642	39	368	1,312	24.6	3.9
岩手中部	228,912	29.3	2,763	13	168	323	17.6	30.0
胆沢	138,570	30.9	1,173	9	98	206	14.3	14.3
南磐	132,461	32.2	1,320	10	87	200	16.7	23.1
気仙	65,325	34.5	889	3	39	98	20.0	42.9
釜石	48,988	34.9	641	5	27	72	12.5	22.2
宮古	87,474	34.4	2,671	5	49	101	10.0	25.0
久慈	62,619	30.4	1,077	4	31	75	0.0	28.6
二戸	58,872	34.0	1,100	3	35	78	20.0	42.9

[流入患者割合]

当該地域内の医療施設で受診した当該地域外に居住する病院の推計入院患者数÷当該地域内に居住する病院の推計入院患者数

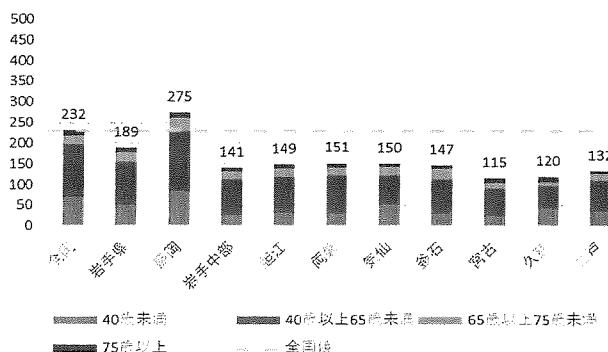
[流出患者割合]

当該地域外の医療施設で受診した当該地域内に居住する病院の推計入院患者数÷当該地域内に居住する病院の推計入院患者数

注：流入患者割合・流出患者割合について、患者調査における准計入院患者数が表單単位(0.1千人)未満の場合、及び、計数のない場合(表記記号「-」)は、算計結果を「-」としている。

### ○医師偏在の状況

人口10万人あたり医師数



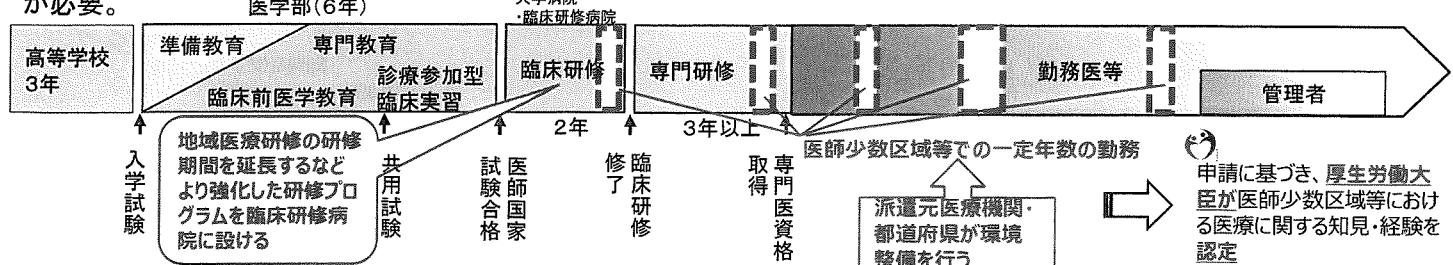
※医師数は、医師・歯科医師・薬剤師調査における「医療施設に従事する医師数」を計上

44

## 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設について

### 基本的な考え方

- 医師の少ない地域での勤務を促すため、都道府県、大学医局、地域の医療機関等の関係者の連携により、医師の少ない地域で医師が疲弊しない持続可能な環境を整備するとともに、医師少数区域等での一定期間の勤務経験を評価する仕組みが必要。



※ 医療機関に対するインセンティブも別途検討

### 法改正の内容（いざれも医療法改）

#### ＜認定医師＞

- 「医師少数区域」等における医療の提供に関する一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が認定することとする。（平成32年4月1日施行）

#### ＜一定の病院の管理者としての評価＞

- 「医師少数区域」等における医療の確保のために必要な支援を行う病院その他の厚生労働省令で定める病院の開設者は、①の認定を受けた医師等に管理させなければならないこととする。（平成32年4月1日施行）

※ 施行日以降に選任する管理者にのみ適用。

\* 「医師少数区域」については、「2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について」の法案の内容の①にあるとおり、国が定める「医師偏在指標」に基づき、都道府県が「医師少数区域」又は「医師多数区域」を定めることができる。また、医師少数区域の医療機関における勤務と同等の経験が得られたと認められる者の範囲等を今後検討。

#### ＜医療機関の複数管理要件の明確化＞

- 病院等の管理者が「医師少数区域」等に開設する他の診療所等を管理しようとする場合に、都道府県知事が許可を行う要件を明確化する。（公布日施行）

# 1. 認定に必要な経験について

## 課題

- 本制度においては、医療法上、認定を受けるのは医師少数区域等における医療の提供に関する知見を有するためには必要な経験を有するものとされている。
- 医師少数区域等における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験についてどのように考えるか。



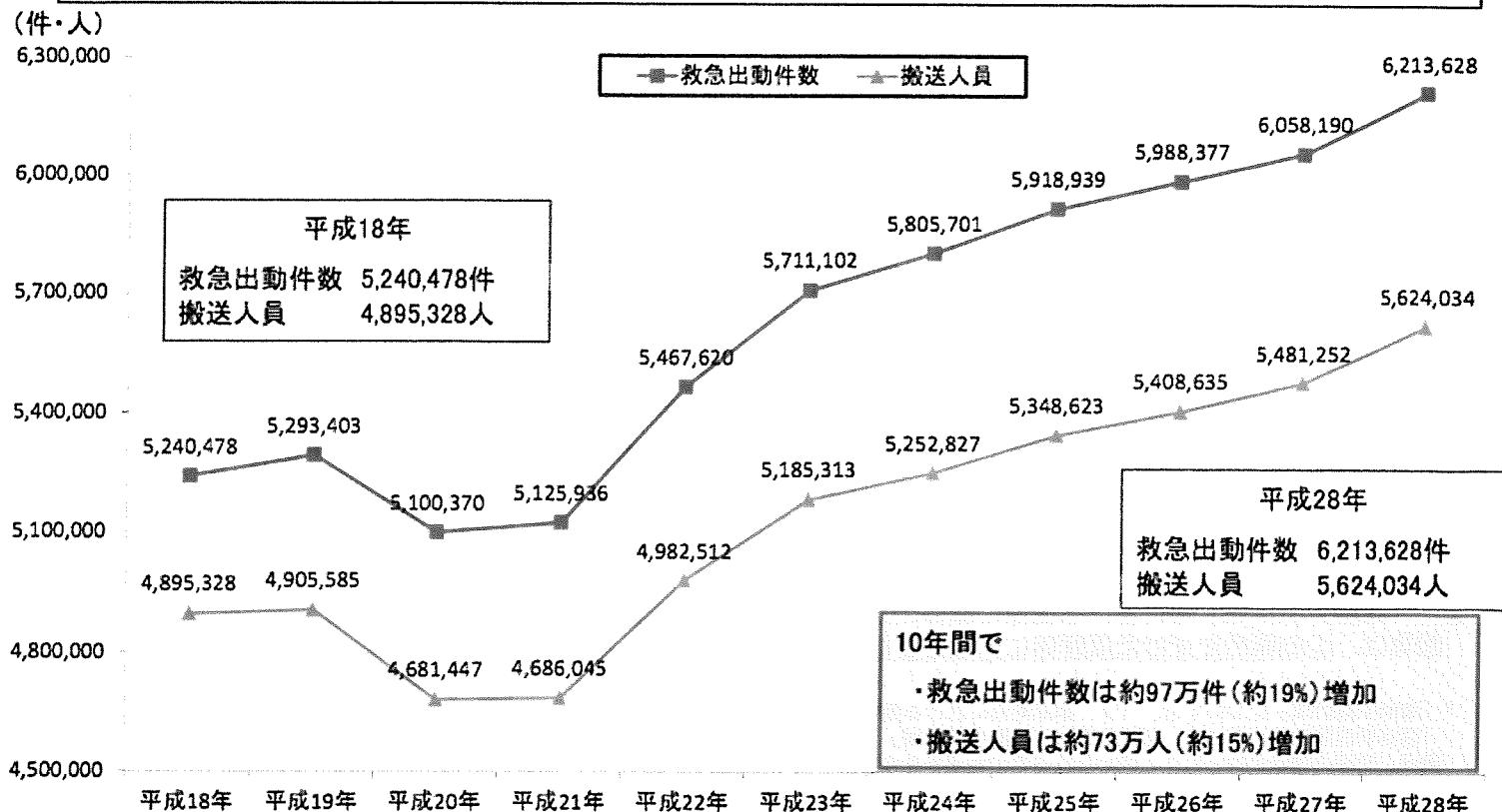
## 論点

- ・ 医療資源の限られた地域におけるプライマリ・ケアの確保や、地域の患者の生活に対する継続的な支援、地域住民の健康の保持と増進の観点から、医師少数区域等における医師は、地域の患者に対して生活背景等を考慮した継続的な診療を行い、専門的な医療または介護が必要な場合や急変時等、様々な状況への対応を行うとともに、住民に対する地域保健活動を行うことが望ましい。
- ・ こうしたことから、認定を受けるために必要な経験としては、医師少数区域等において一定期間勤務し、その中で以下の柱立てに基づく医師少数区域等における医療の提供に必要な業務を行うこととしてはどうか。
  - 認定に必要な医師少数区域等における業務の柱立て
    - ①個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導に関するもの。
    - ②他の医療機関との連携や、患者の地域での生活を支援するための介護・福祉事業者等との連携に関するもの。
    - ③地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動に関するもの。
- ・ なお、本制度が医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進のためのものであることから、都道府県の医療計画において医師少数区域等が定められる平成32年度以降の当該医師少数区域等における勤務を認定の対象としてはどうか。

46

## 救急出動件数及び搬送人員の推移

- 救急出動件数及び搬送人員ともに、8年連続の増加となり、過去最多となった。



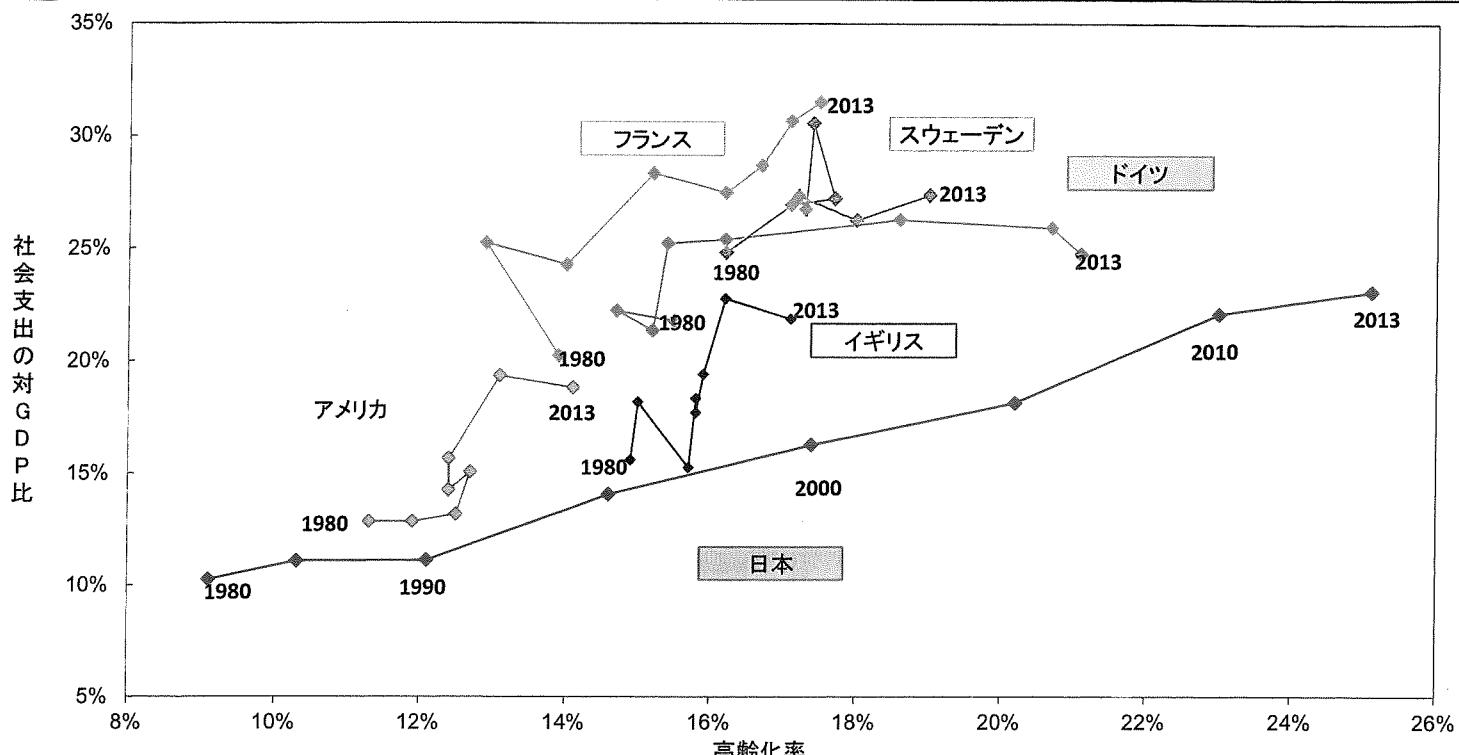
「平成29年版 救急・救助の現況」(総務省消防庁)

(注) 1 平成10年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。

2 各年とも1月から12月までの数値である。

# 高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較

- 日本は1980年から2013年までの33年間で高齢化率は約16%上昇しており、社会支出の対GDP比も約13%程度増加している。一方、フランスは30%を超えており、イギリス・アメリカなどは、高齢化率はさほど大きく変わらないものの、その社会支出の対GDP比は6~7%程度上昇している。



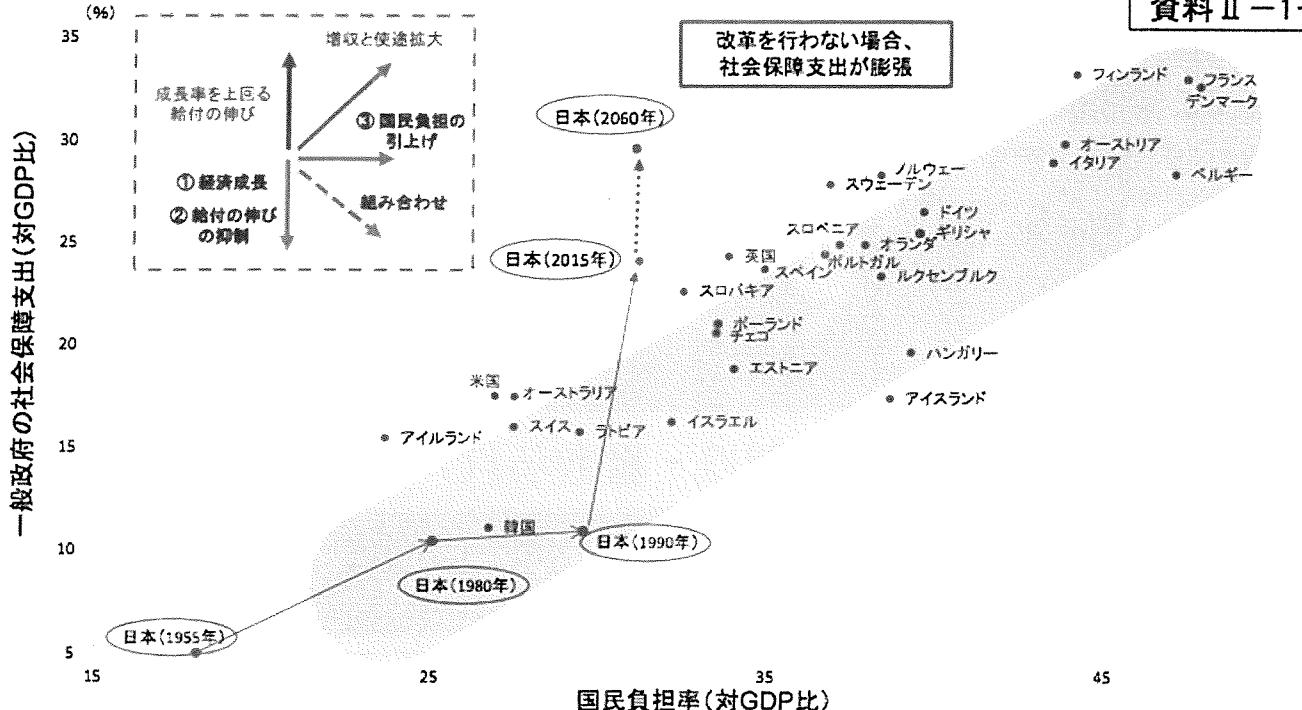
出典:OECD(2016): Social Expenditure Database , OECD Health Statistics 2016より作成

48

追加:財政審建議 令和元年6月19日

## OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係

資料 II-1-1



我が国は諸外国と比べ、給付と負担のバランスが不均衡の状態に陥っており、制度の持続可能性を確保するための改革が急務

(出典) 国民負担率: OECD "National Accounts", "Revenue Statistics", 内閣府「国民経済計算」等。  
社会保険支出: OECD "National Accounts", 内閣府「国民経済計算」。

(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保険基金を合わせたもの)ベース。

(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(イスラエル、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。

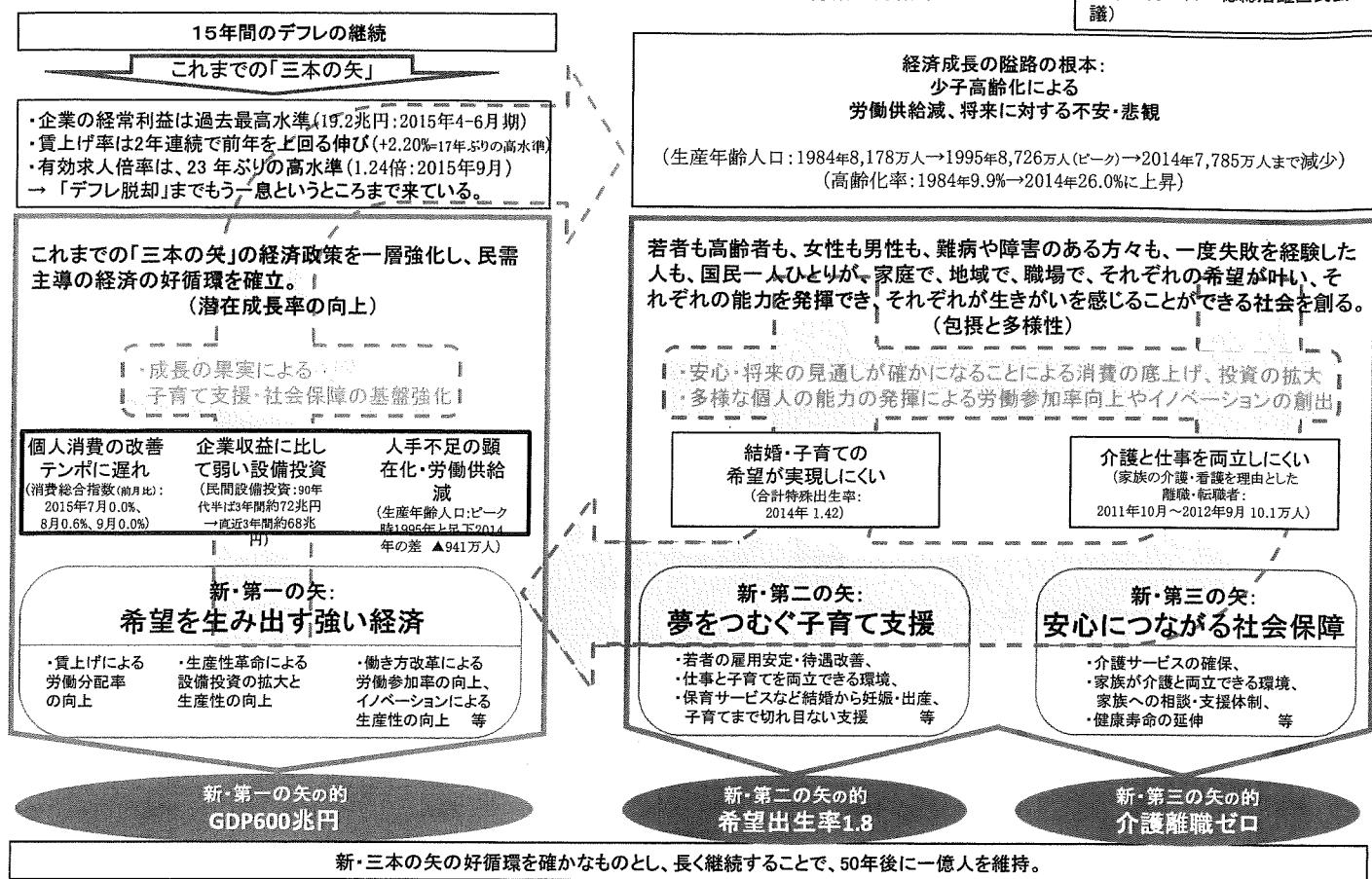
(注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期指針(改訂版)」(2018年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

## 追加：根本大臣講演会 参考資料 平成31年1月16日

一億総活躍社会は少子高齢化に直面した我が国経済の活性化策

— 包摂と多様性による持続的成長  
と分配の好循環 —

「一億総活躍社会の実現に向けて  
緊急に対応すべき対策」抄(平成  
27年11月26日一億総活躍国民会  
議)



50

## ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の 愛称が「人生会議」に決まりました！

人生会議

11月30日（いい看取り・看取られ）は「人生会議の日」

### 人生の最終段階における医療・ケアについて考える日

人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

[http://https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](http://https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)

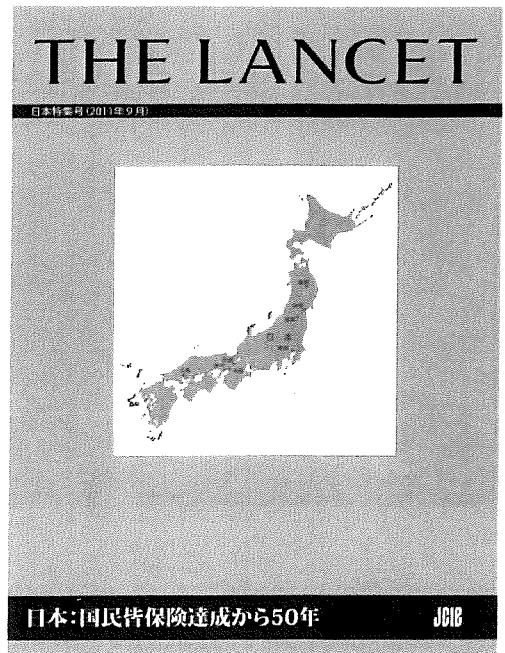
-26-



51

# 『ランセット』日本特集号 －国民皆保険達成から50年－

- 短期間で長寿社会を実現した要因
- 国民皆保険制度の長所と限界
- 高品質低コスト医療の実態
- 急速な高齢化に対応する介護  
保険制度
- 保健外交における日本の優位性と  
役割



2011年9月発行

編・著:『ランセット』日本特集号プロジェクト  
研究チーム(監修:渋谷健司)

52

高齢化に対応した医療提供体制の再構築について

おわりに

# 医療介護連携は、まるごとケアに発展中

特定非営利活動法人 里つむぎ八幡平  
一般社団法人 すばる のパンフレットより

里  
・  
つ  
む  
ぎ

まるごとケアの家

一般社団法人すばるのご紹介

すばる農業

地域食堂

なつかしの家

半介護半介護

すばる農業

0195-68-7523

0195-68-7230

54

## 人材不足の介護、後継者不足の農業。でも。。



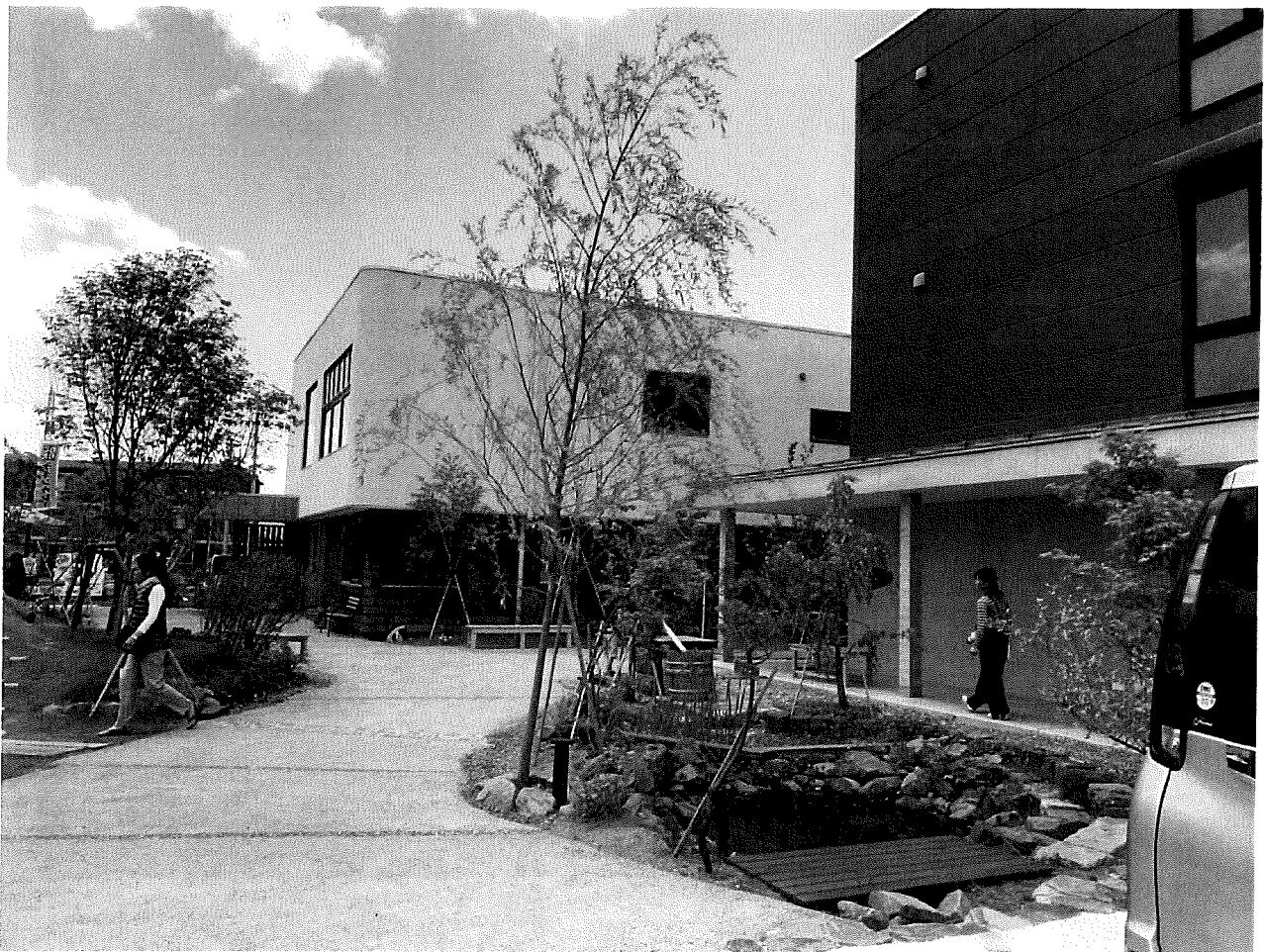
## かして働く

所を設立。同時に「腰を痛める人が多い介護職のため、整体の技術を生かしたい」と、整体院も設けた。岩手県八幡平市の高橋和人さん(五十も実家を改装して介護施設を開き、親から引き継いた農地も活用する。「人材不足の介護、後継者不足の農業。半介護半農は地域の介護と農業を生かす一つの道だと思う」高橋さんが理事長と統括

をチェックする工藤さん

員、午前で施行い出で  
うに、減見知豊

## 「アンダンチ」(宮城県仙台市)



## 築山、ヤギ小屋、イベント、出店





## INTERVIEW—一体改革における在宅医療の推進

### 武田俊彦

厚生労働省社会保障担当参事官

#### 今は医師同士が手を組む時代 一般開業医も在宅に積極参加

厚生労働省が社会保障・税一体改革の中に明確に位置づけ、予算・法制度・報酬などの組み合わせで本格的に推進しようとしている在宅医療。しかし、その針は本当に国民のニーズに合致したものなのか。同省の武田参事官に現場から上っている様々な疑問をぶつけた。

(聞き手:山崎隆)

厚生労働省は社会保障・税一体改革の中でも在宅医療推進の方針を明確に打ち出した。武田 厚生労働省としては以前から在宅医療重視の方針をとってきた。今回、一体改革の「医療・介護の将来像」(17頁図)の中で、左側に「入

宅医療については考える機会があまりない。親が倒れて急に困って悪戦苦闘はじめて制度の問題を感じるというパターンが多い。在宅医療はまだ国民に十分なテーマになっていないのだ」と申す



までは言っていない。多様な選択肢が必要だと考えている。QOL重視の観点から施設偏重の見直しが進んでいるという世界的な潮流があり、その流れの中に我が国の医療政策もあると理解しているが、無理強いや押しつけにやられたいけないと思ってる。ただ、マ

のような医療・福祉・生活のあり方が理想かを各地域で考え、その中に在宅医療をどう組み込むかを考えた方がいいのではないか。

#### 病院と在宅では医療の中身が違う

「在宅ケアは施設ケアに比べて逆にコス

これからの診療報酬

# 「モノから技術へ、薬から食事へ」の転換を —厚労省・武田俊彦大臣官房審議官(医療保険担当)に聞く

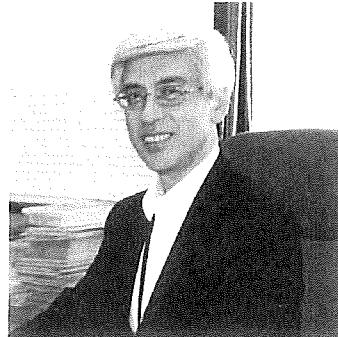
## 概要

—今後の診療報酬の評価について「モノから技術へ、薬から食事へ」の転換を主張する厚労省官僚がいる。診療報酬を担当する保険局の幹部、武田俊彦氏にその真意を聞いた。

——まず「モノから技術へ」の意味を教えて下さい。

モノの代表例は薬、医療機器です。医療費の中で薬剤・医療機器の割合は、薬価引下げによりかなり適正化してきた歴史がありますが、この10年ほどは比率が上昇しています。今後も薬をたくさん出すと診療報酬上の評価も高くなることを志向するよりは、もっと、医師や薬剤師の技術の評価を重視したほうがいいのではないかと考えています。

今後は人口の高齢化が進みますが、高齢者の医療は若い人の医療と考え方が変わります。これは大臣直轄の有識者懇談会の政策提言『保健医療2035』にも書いてありますが、高齢者になると“キュア”より“ケア”的発想が大事になる。薬や医療機器を使って治す医療から、患者さんに寄り添い支えていく医療を重視しなければならない。



日本医事新報  
2015.8.22 より

たけだ としひこ 1983年東大法学部卒。社会保障・税一体改革では医療・介護分野の政策を立案。2014年7月から現職。TwitterなどSNSでの情報発信も行う

投薬されているというデータ(次頁図)をお示しましたが、おそらく、こうした実態は善意の積み重ねだと思います。患者さんが症状を訴えれば、処方

60

## ご清聴ありがとうございました

