

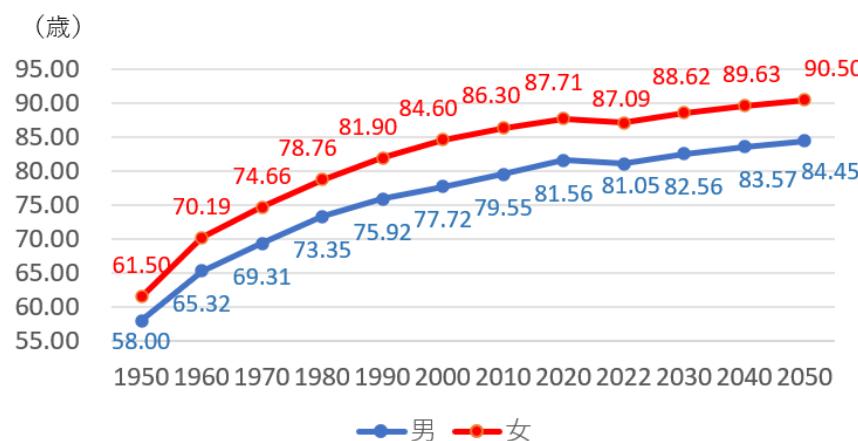
2. 増大する医療・介護需要

(1) 医療・介護需要の増加

◆平均寿命の延伸、健康寿命との乖離

2022年における日本人の平均寿命は、男性が81.05歳、女性が87.09歳となり、前年と比較して男性は0.42年、女性は0.49年下回った⁴が、依然として男女ともに高い水準で推移している。今後、平均寿命はさらに伸び、2050年には男性が84.45歳、女性が90.50歳になると予測されている⁵（図表2-5）。さらに、2060年頃には100歳以上の高齢者が50万人を超える見込み⁶であり、まさに「人生100年時代」が到来しようとしている。

図表 2-5 平均寿命の推移



（出典）図表2-1に同じ

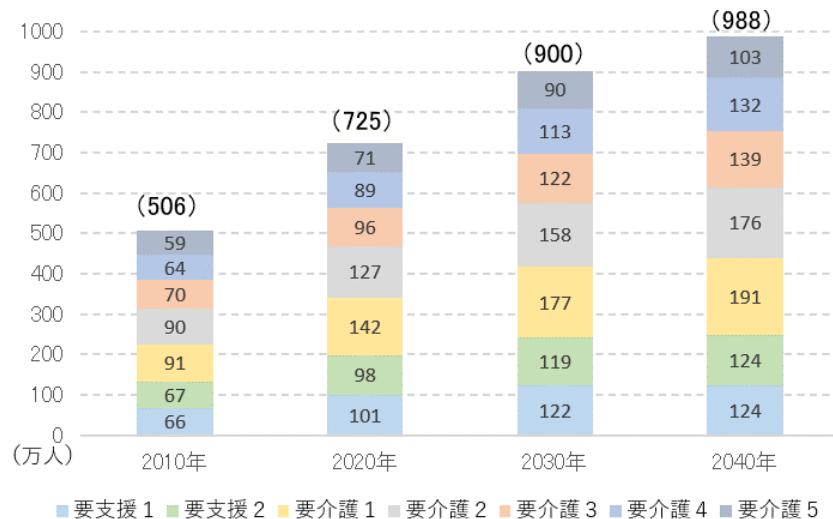
平均寿命の延伸と同様に健康寿命も伸びることが予想されているが、平均寿命と健康寿命の間には約10年前後の乖離（＝不健康期間）がある。不健康な期間が従来と変わらなければ、高齢者人口の増加により医療・介護に対す

る需要はますます増大する。健康長寿の実現に向けては、「不健康期間の短縮」がより重要となり、高齢者のみならず若年層も含めた健康増進が求められる。

◆要介護者、認知症の増加

高齢化率の上昇にともない、要介護者も増加することが予測される。要介護認定者数は2040年頃にピークをむかえ、988万人に達すると推計される⁷（図表2-6）。要介護者の増加をなるべく回避するためにも、日常生活における介護予防が重要となる。

図表 2-6 要介護認定者の推移



（出典）経済産業省「将来の介護需給に対する高齢者ケアシステムに関する研究会」（2018年3月）より当社作成

⁴ 厚生労働省「令和4年簡易生命表の概況」（2023年7月）

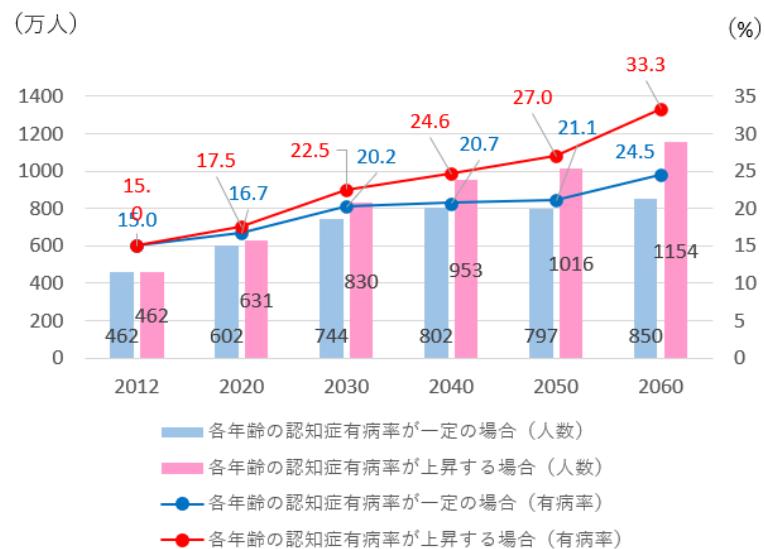
⁵ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」（2023年4月）の出生中位・死亡中位仮定による。

⁶ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」（2023年4月）の出生中位・死亡中位仮定による。

⁷ 経済産業省「将来の介護需給に対する高齢者ケアシステムに関する研究会」（2018年3月）

また、要介護者の多くを占める認知症高齢者も増加する⁸。「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」⁹の推計では、各年齢における認知症有病率が上昇する前提での患者数は、2040年に953万人、2060年に1,154万人と1,000万人を超える見込みである。有病率が一定の前提での推計においても、2040年には802万人、2060年には850万人と増加する見込みであり、認知症対策はますます重要となる<図表2-7>。

図表 2-7 認知症患者数、有病率の推移



(出典) 内閣府「平成29年度版高齢社会白書」(2017年7月)より当社作成

要介護者、認知症患者が増加する一方では、日本における医療費、介護費は大きく膨らんでしまう。持続可能な社会保障制度を維持、構築するためにも医療費、介護費への影響をなるべく抑え、予防、早期発見、治療による進行抑制などを図ることが求められる。

⁸ 厚生労働省令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」によると、65歳以上の人口に対する有病率は12.3%で、これが続くと仮定した場合の患者数は2040年に約584万人（高齢者の7人に1人）になる見込みとしている。図表2-7にある前回調査より有病率、患者数が減少している一方で、軽度認知障害（MCI）の有病率、患者数は増加すると推計している。

(2) 財源も人材も足りない

◆社会保障費（医療、介護など）の増大

医療・介護の利用が多い高齢者が増加することにともない、医療費、介護費が従来にないペースで増大する懸念がある。

2018年と比較し、2025年には医療費が1.2倍、介護費が1.4倍に増加する見込みであり、さらに2040年には医療費が1.4倍、介護費が1.7倍に膨らむ見通しである<図表2-8>。特に介護費の伸びが顕著であり、社会保障料や税の増大にもつながる可能性がある。医療費、介護費を無駄に増大させないためにも予防がますます重視されるようになるだろう。減少する現役世代に対する負担が増えるばかりにならないよう、持続可能な社会保障制度を検討する必要がある。

図表 2-8 社会保障費の推移と見通し



(出典) 日本経済団体連合会「中長期視点での全世代型社会保障の議論を求める」(2023年10月)より当社作成

人)になる見込みとしている。図表2-7にある前回調査より有病率、患者数が減少している一方で、軽度認知障害（MCI）の有病率、患者数は増加すると推計している。

⁹ 平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業（九州大学二宮利治教授）

高齢者の増加、現役世代の減少による影響は、医療需要の地域差も生み出している。<図表 2-9>のとおり、外来患者数は全国の多くの地域において既にピークに達しているのに対して、入院患者数がピークに到達する時期には地域間でかなりの差があり、2035年から2040年頃に最大となる地域が多い。

さらに、訪問診療を受ける在宅患者が全国の多くでピークを迎えるのが2040年以降となるため、訪問診療に重きを置いた医療提供体制にシフトすることを想定しながら、将来に向けて準備していくなければならない。今後の人団動態の変化を踏まえながら、医療提供体制の見直し、介護サービス提供体制の効率化なども検討し、同時に医療費や介護費がむやみに増大しないよう適正化を図る必要がある。

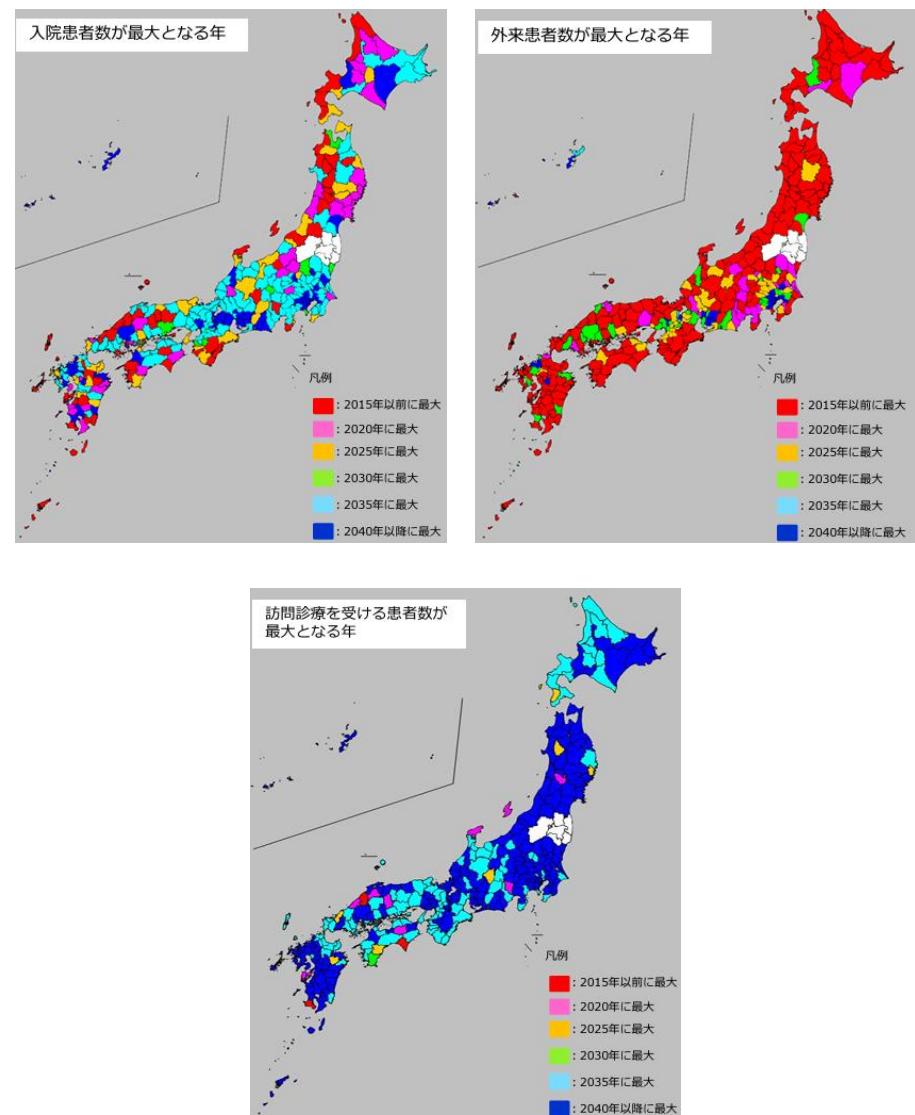
◆医療・介護人材は100万人も不足

現役世代の減少が就業者数にも影響を及ぼす。令和2年版厚生労働白書によると、経済成長と多様な労働参加が進む前提での就業者数は2040年に6,024万人、そのうち医療・福祉分野の就業者数は974万人（総就業者数の16%）と推計されている。他方、医療・介護サービスの直近利用実績をもとに人口動態の変化を加味して試算した2040年に必要な就業者数は約1,070万人（総就業者数の18.9%）とされており、およそ100万人の不足が生じる。

では、この不足をいかにして埋めるのか。現実的な解決策は、女性や高齢者のさらなる労働参加を進めると同時に、可能な限り外国人労働者（フィリピン、ベトナム、タイ、ミャンマーなど）の受け入れを進めることである。外国人の受け入れに際しては、外国人に適応できる職場環境やインフラなどの環境も整えなければならない。

並行して生産性向上にもすみやかに取り組む必要がある。今後は医療従事

図表 2-9 入院・外来・在宅患者数が最大となる年



(出典) 厚生労働省 第7回第8次医療計画等に関する検討会資料（2022年3月）

者 や介護サービス事業者が行っていた業務をロボットやAIが代替することが予想される。利用者に対応する業務も AI が担うようになるなど、医療・介護現場でのデジタル化の動きは避けることができないものである。

◆生産性向上と DX が急務

医師の働き方改革や介護現場での労働力不足、新型コロナウイルス流行に伴うオンライン診療の普及などが追い風となり、医療・介護現場での DX 化、生産性向上に対する関心が急速に高まっている。

医療現場では、全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化（全医療機関への普及）、診療報酬改定 DX などが進む。一方、これらの取り組みを進めるうえでベースとなるシステム基盤を新たに構築する必要があり、セキュリティ対策にも注力しなければならないなど課題も多い。従来にないシステムを新たにつくり出すことは容易ではなく、現場で混乱が生じるかもしれない。しかしながら、医療データの活用による医療の質向上、効率化は待ったなしである。新たなシステムの導入に関する制度面での義務化や診療報酬による後押しなど、様々な手段を組み合わせて、導入に伴う混乱や抵抗を乗り越えていく必要があるだろう。

介護現場でも同様に、人手不足の中で介護サービスの質を維持・向上させながら生産性向上を図る介護 DX が進んでいる。ロボットやセンサー、ICT（情報通信技術）が活用され始めており、介護業務支援、コミュニケーション、見守り、排泄支援、移動支援、移乗支援などの局面で効果を発揮し始めている＜図表 2・10＞。

一方であらたなロボット、センサーを導入しても、うまく使いこなせていないという声も多い。現場で利用しやすい、現場の声を取り入れた介護機器を導入し、導入後の円滑な利用を促していく必要があるだろう。

¹⁰ 厚生労働省無医地区等調査における定義

¹¹ 前掲注 10

図表 2・10 介護現場で導入が進む介護ロボットの例



（出典）厚生労働省「介護ロボットとは」

（3）「無医地区」の拡大

◆「無医地区」の現状

自宅の近くに病院や診療所がない「無医地区」が増えていることも見逃すことができない。「無医地区」とは、当該地域の中心的な場所を起点として概ね半径 4km の区域内に人口 50 人以上が居住している地域であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区をいう¹⁰。

さらに、無医地区には該当しないが、無医地区に準じた医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議できる扱いとされる「準無医地区¹¹」にも無医地区同様に注意を要する。

2022 年における全国の無医地区および準無医地区（以下、「無医地区等」という）は、1,106 カ所となった¹²。人口が急激に減る地域では、患者も減少するため医療機関や診療所を維持することができなくなる。

人口減に伴い無医地区等が増えるという前提で試算すると、2054 年には全国で無医地区等が 2,000 カ所を超える、無医地区を抱える市区町村は全体の

¹² 厚生労働省「令和 4 年度無医地区等及び無歯科医地区等調査」の概況（2023 年 8 月 7 日）

4割に達する¹³＜図表 2・1・1＞。さらに、それぞれの地域において医師、病院、診療所が偏在するという課題もある。

図表 2・1・1 無医地区・準無医地区数の見通し



(出典) 日本経済新聞「病院まで1時間超え 広がる無医地区」(2023年8月7日)

一方で医師数は増えている。厚生労働省による見通しでは、医師は2030年前後に約36万人となった時点で需給が均衡し、その後は過剰になるとする。しかしながら、余剰となった医師が過疎地や無医地区で働くとは限らず、医師は偏在する傾向にある。

このような病院、医師が偏在する状況に対応するためには、医師を可能な限り共有し、場合によっては必要に応じて派遣するような対応が求められる。また、オンライン診療をさらに効果的に活用することによって、過疎地や無医地区へのサービス供給を実現する必要がある。

提供される医療サービスが偏在する環境においては、高齢者、患者がなるべく集まって居住することも一案である。例えば、サービス付き高齢者向け住宅（医療付きかつ集合住宅）のような居住形態においては、日常生活を行いながら、医療サービス、介護サービスの提供を受けることができるため、医療サービス偏在の問題も解消できる。

◆「無医地区」への対応

将来的な人口減少は、病院のあり方や都市のあり方にも影響を及ぼす。人口減少に伴い患者総数も減少する。患者総数が減ることによって病院経営を維持できなくなり、閉鎖に追い込まれることもありうる。

近隣の病院が閉鎖されたことによって、自宅から離れた病院へ通おうとしても、電車やバスなどの交通機関も淘汰が進んで通院の足が無くなっているかもしれない。さらに、下肢に衰えが見られる高齢者の場合には、遠方の病院まで通うことが困難になっている可能性もある。

人口減少下での未来には、提供される医療サービス量が比較的多い地域と少ない地域、無医地区等との格差がますます拡大しているかもしれない。

¹³ 日本経済新聞「病院まで1時間超え 広がる無医地区」(2023年8月7日)