

指標

人口減少社会に向かって

副会長
深澤 雅則

はじめに

少子高齢化社会が進んでいる現在、日本の将来推計人口は、団塊の世代がすべて75歳以上になる2025年の高齢社会を経て、2040年には大都市ならびに一部の中核都市を除いて人口が半減してしまうと予想されている。地方の町・村や過疎地では、2015年の国勢調査の時点と比較して50%を切る地域がかなりの数にのぼる。一方で少子化により労働人口の減少のため、国は外国人労働者の受け入れを拡大してきている。これは医療・介護においても同様である。このような流れの中、全ての労働者に対して過労死問題もあってか、時間外労働への上限規制を打ち出してきている。今後産業界、サービス業界での人手不足が進むと考えられているが、医療・介護の世界でも人手不足が深刻になると予想される。解決策は

簡単には見いだせないが、元気な高齢者や外国人労働者の雇用、AI、ICT、ロボット技術の活用、チーム医療やタスク・シフティング、医療機能の分化連携が必要になってくる。

今後の人口減少社会に向けて、国も財政健全化を目指し、地域医療構想、介護医療院、外来医療計画、医師の偏在対策、働き方改革など、将来に向けての施策を次々と打ち出してきている。

1. 将来の推計人口

国立社会保障・人口問題研究所は、国勢調査結果の公表に合わせて5年ごとに全国人口、都道府県別人口、世帯数などの将来推計を行っている。

2016年の国勢調査で、日本の総人口は12,693万人。15歳から64歳の生産年齢人口は60.3%、65歳以上の高齢化率は27.3%である。これが2065年には総人口が8,808万人と、現在の3分の2の人口に減少。生産年齢人口は51.4%、逆に高齢化率38.4%となる。合計特殊出生率は1.44ぐらいで推移するものと考えられ、推計値を狂わすほどの特別な事態が生じない限り、ほぼ推計値通りになると思われる。少子高齢化の動きは1970年代に出生率2.0を切ってからずっと少子化傾向が続いてきたが、人口減があまり目立たなかったのは、寿命が延びて高齢者が増えたためである。100歳以上の人口は1963年に153人しかいなかったが、現在は7万人弱となっていて、2051年には53万人以上と予想されている。2065年の問題は生産年齢人口が51.4%になることで、労働者1人がもう1人を支える肩車社会となることである。この推計は外国人労働者が現在より多く入ってくることを想定した値なので、今後は労働力として元気な高齢者には働き続けてもらう必要がある(図1、2)。

図 1

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

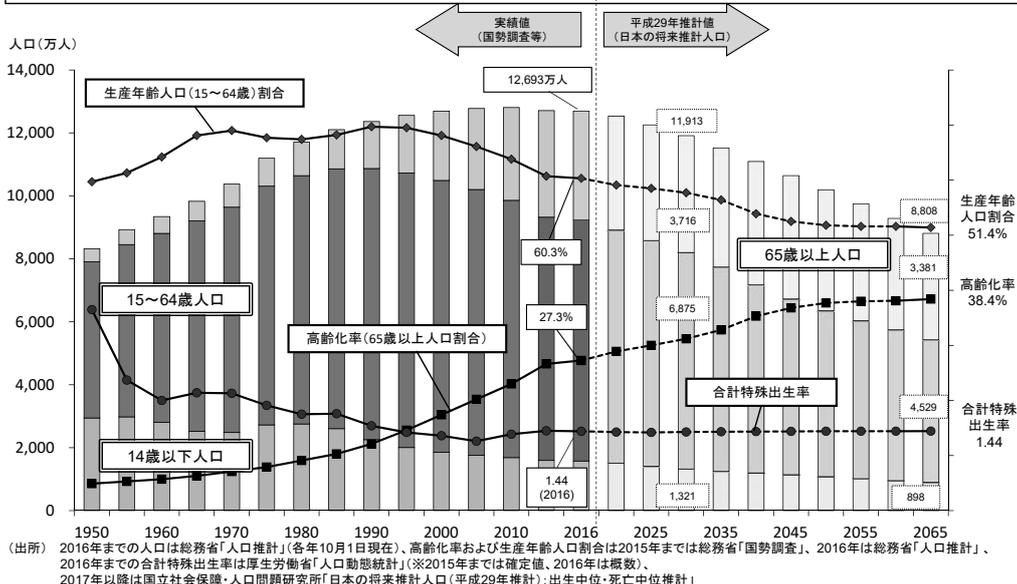
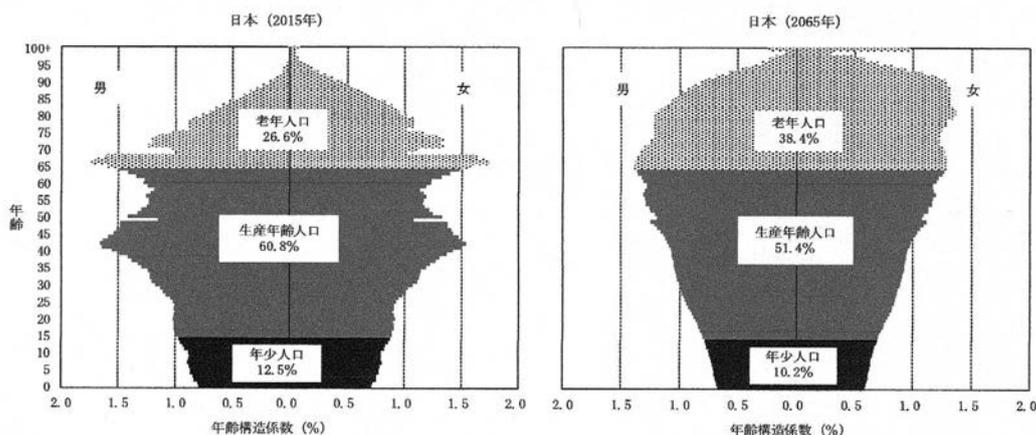


図2 日本の人口ピラミッド：2015年・2065年



資料：2015年データは「平成27年国勢調査」（年齢不詳人口を按分済みのもの）。2065年データは国立社会保障・人口問題研究所（2017）。

北海道の総人口は2015年に538万人、生産年齢人口は60%台で全国平均と変わりはない。65歳以上の高齢化率は29.1%。2040年には人口428万人と、100万人以上減少してしまう。高齢化率も40.9%と全国平均より高く、より少子高齢化社会を見据えて医療・介護を実効性のあるものにすべく、今からしっかりとした対策を立てておく必要がある（表1）。

2. 地域医療構想

国が将来の人口減少、高齢化社会を見据えて効率的な医療提供体制の構築を考え、打ち出したものである。それに応じて北海道では、地域医療構想調整会議において意見交換を行い、情報を共有するようになっている。二次医療圏ごとの協議において、その地域の実情に応じた医療連携体制の構築と、医療関係者と行政、地域の連携による人材確保対策が必要である。

2025年に必要とされる病床数の推計では、2016年

の医療施設調査で全道に81,859床あるが、2017年7月1日時点の病床機能報告制度の許可病床は80,328床で、そのうち回復期病床が7,078床と非常に少ない数である。しかし現実にはどの二次医療圏でも回復期病床が不足して困っている話は聞かない。この報告が病棟単位であるため、急性期病棟でも何人かは回復期の患者が混じっているのが現実で、うまくいっているのである（図3）。将来的には地方の市町村の病院が問題となってくる。人口減少が著しく、病院がいくつかある所では患者減少、転院の確保困難によりダウンサイジングするか統廃合を視野に入れて協議していくことが求められるであろう。地域医療構想における2025年の必要病床数は二次医療圏ごとの地域医療の在り方を示す参考値であり、絶対的基準ではない。それぞれの地域でどの機能が足り、どの機能が不足かを認識してもらうことが大事で、その地域の医療の将来に向けての指標となるものである。

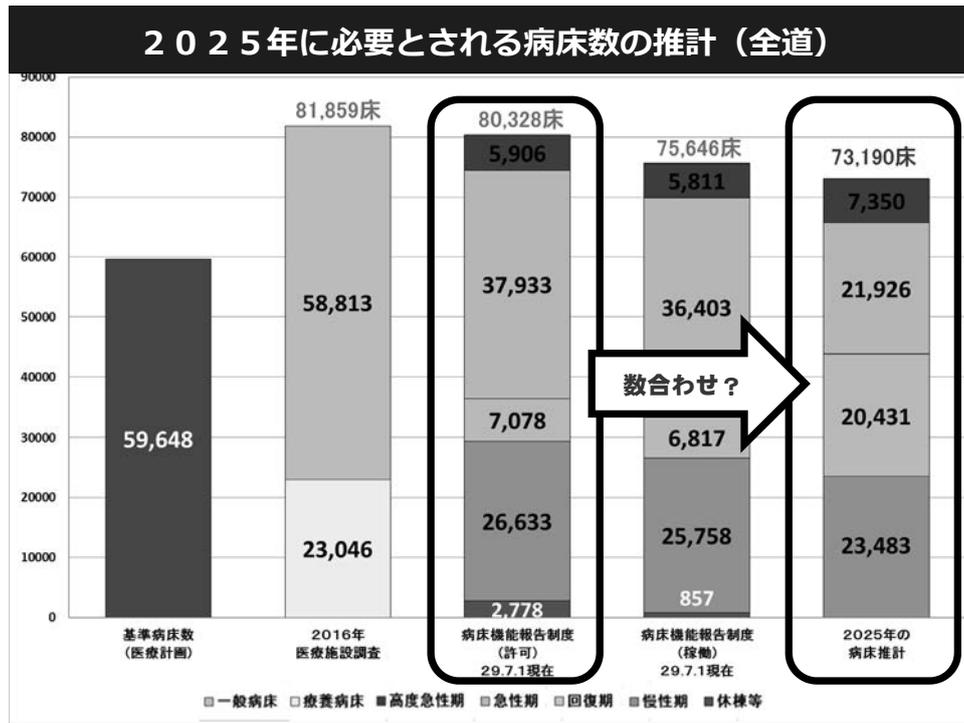
表1

※()内は2015年を100とした場合の割合

年	総人口 (A)	年少人口 15歳未満 (B)	生産年齢人口 15~64歳 (C)	高齢者人口		高齢化率 (D/A)
				65歳以上 (D)	高齢者人口 75歳以上	
2015	5,381,733 (100)	609,181 (100)	3,207,143 (100)	1,565,409 (100)	771,234 (100)	29.1%
2020	5,216,615 (96.9)	561,558 (92.2)	2,959,481 (92.2)	1,695,576 (108.3)	868,619 (112.6)	32.5%
2025	5,016,554 (93.2)	511,677 (84.0)	2,781,175 (86.7)	1,723,702 (110.1)	1,016,438 (131.8)	34.4%
2030	4,719,592 (87.7)	465,307 (76.4)	2,594,718 (80.9)	1,731,567 (110.6)	1,092,394 (141.6)	36.1%
2035	4,546,357 (84.5)	423,382 (69.5)	2,394,230 (74.7)	1,728,745 (110.4)	1,084,047 (140.6)	38.0%
2040	4,280,427 (79.5)	391,086 (64.2)	2,140,781 (66.8)	1,748,560 (111.7)	1,061,558 (137.6)	40.9%

(出典：国立社会保障・人口問題研究所(平成30年推計))

図 3



3. 介護医療院

平成29年6月2日に公布された介護保険法の一部が改正され、日常的な医学管理を行う医療機能と生活施設としての機能を兼ね備えた介護医療院が介護保険施設に追加された。平成30年4月1日の施行である。

基本方針として、介護医療院は長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練、そのほか必要な医療ならびに日常生活上の世話をすることとされている。医療の

必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設としての位置づけで、医療と介護の両方にまたがる施設である。介護医療院の施設基準（Ⅰ）は介護療養病床相当であり、施設基準（Ⅱ）は老健施設相当以上となっている（表2）。介護医療院の基準については国が定める基準省令を基本に、札幌市、旭川市、函館市、北海道（指定都市、中核市以外の市町村が対象）がそれぞれ条例を定めている。

まだ出足は遅いが、いくつかの医療機関が移行している。

表 2

介護医療院のイメージ

第5回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料（一部改変）

介護医療院	
	(Ⅰ) (Ⅱ)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等（療養機能強化型A・B相当） 左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>医師 48対1 (3人以上)</p> <p>看護 6対1</p> <p>介護 6対1</p> </div> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>医師 100対1 (1人以上)</p> <p>看護 3対1</p> <p>介護 ※うち看護2/7程度</p> </div> </div> </div>
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多居室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象

4. 外来医療計画

2020年度から2023年度にかけて、外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っているため、国は偏在対策として新たに導入する計画である。

外来医療の提供体制の確保に関する事項としては①外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定②区域ごとの外来医療機能の状況③外来医師多数区域における協議プロセス——それに医療機器の効率的な活用に関する事項で、現在高額医療機器を個々の診療所で過剰に保持している傾向があり、共同利用を促す方針である。偏在対策ばかりでなく、医療機関の機能分化連携の方針等について協議を行い、地域ごとに方針決定を行うとしている。2024年度以降は3年ごとに見直していくが、無床診療所の開設に関して最終的に強制力を持つものではない。

5. 医師の働き方改革

日本の医師は働き過ぎと思っている。日本人全体が一部の人間を除いて働き過ぎで、過労死問題が世間を騒がせている。

そのような中、厚生労働省は一般則として時間外労働の上限を原則1ヵ月45時間、年360時間に限定した。医師に関しては一般労働者と同じにしては日本の医療が成り立たないため、診療従事勤務医に2024年4月以降適応される水準として月100時間、年960時間を上限とした。これでも労災認定の過労死ラインである。

特例水準医療機関においては、月100時間、年1,860時間以内の上限を設けたが、現在この上限を超えて働いている医師が2万人いると推計されてお

り、2035年度末までに解消されることが示された(図4)。これに違反すると罰則がある。地方の医師不足の市町村立病院、国保病院、救急対応病院は解消できるかは疑問である。入院・外来機能を縮小せざるを得なくなることは起きないのであろうか。医師には応召義務がある。労働時間制限の法律と応召義務は相反する法律であり、将来に向けてどちらかを縮小する方向に向かうのではないかと考える。医師の働き方改革に向けてはタスク・シフティング、グループ主治医制、AI、ICT、ロボット技術の活用など種々の方策が言われているが、業務量軽減には限界がある。大学や研究機関で働く医師は自己研さんと日常診療とのきっちりとした区別は個人において全く不可能であり、今後課題を残している。

おわりに

社会保障全体額が高齢社会のため増加しているが、年金は2004年に給付費の伸びを抑える法改正があり、さほど増えはしない。医療・介護に関する費用の増加が著しい。一方少子化のため税収は思うほど伸びず、生産年齢人口の1人がもう1人を支える肩車社会となってきている。

国は財政的に苦しい中、社会保障費の抑制を目指して医療・介護の効率化を求めてさまざまな施策を打ち出してきている。種々の法律の絡みで強制的なことは打ち出せないでいるが、それでも地域医療構想、介護医療院、外来医療計画、在宅医療の推進、医師の働き方改革など目白押しである。いろいろな施策に対し注視、対応していただきたい。

図 4

