

超高齢社会における医療・介護のあり方



西村 周三（にしむら しゅうぞう）

京都大学名誉教授
医療経済研究機構所長
公益財団法人・年金シニアプラン総合研究機構理事長
社会保障審議会 会長

■略歴

1969年 京都大学経済学部卒業
1975年 横浜国立大学経済学部助教授
1987年 京都大学経済学部教授
1999～2000年 同 経済学研究科長
2004～2006年 同 経済学研究科長
2010～2014年 国立社会保障・人口問題研究所所長

■専門

医療経済学、福祉経済学

■主な著書

「超高齢社会と向き合う」〔共編著〕（2003年、名古屋大学出版会）
「保険と年金の経済学」（2000年、名古屋大学出版会）
「医療と福祉の経済システム」（1997年、筑摩書房）
「応用ミクロ経済学」（1989年、有斐閣）
「医療の経済分析」（1987年、東洋経済新報社）
「病院化社会の経済学」（1982年、PHP研究所）
「現代医療の経済学的分析」（1977年、メヂカルフレンド社）

【 要 旨 】

- 高齢者を65歳以上などで一括りにせず、細分化して分析する必要
- 長寿化の最大のリスクは介護であり、90代になると費用が急増
- 認知症発生のリスクは80代後半から激増
- 健康寿命後の人生は暗くとらえがちであるが、多角的にとらえる必要
- 高齢者が元気であり続けるには、地域の取組み・生活の質を高める工夫が重要
- 重い病気にかかった後の人生ではメンタル面のケアが不可欠
- 金融資産の保有は高齢者に偏っており、社会全体で有効活用する仕組みが必要
- 老後どこに住むかは重要であるが、日本は中古住宅市場が未整備であるのが問題

本稿は、2015年12月21日に実施された講演「超高齢社会における医療のあり方と生保に期待すること」に基づいて編集を行なった。

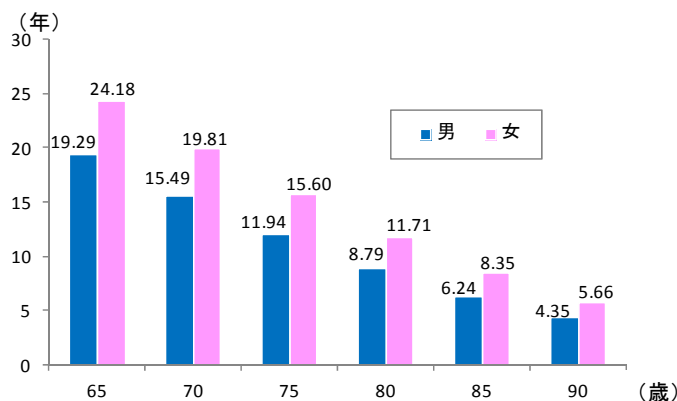
I 長寿社会の到来

1. 日本は超高齢社会

総人口に対して 65 歳以上の高齢者人口が占める割合を高齢化率というが、高齢化率が 7% 超の社会を「高齢化社会」、14% 超の社会を「高齢社会」、21% 超の社会を「超高齢社会」という。日本は 1970 年に高齢化社会、1994 年に高齢社会、2007 年に超高齢社会となった。2014 年の高齢化率は 26% である。

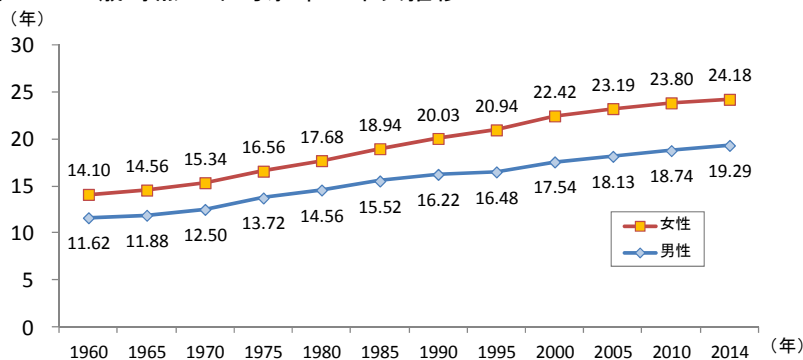
こうした中、高齢者の平均余命は多くの人を感じる以上に長くなっていると思われる。例えば、65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳の平均余命をそれぞれ見ると、90 歳の方は、平均的にさらに 5 年位生きることがわかる（図表 1）。また、65 歳時点の平均余命を見ると、過去 30 年の間に女性は 5 年以上、男性も約 3.7 年延びていることがわかる（図表 2）。

図表 1 年齢別の平均余命



出所：厚生労働省「簡易生命表（2014 年）」より作成

図表 2 65 歳時点の平均余命の年次推移



出所：厚生労働省「簡易生命表（2014 年）」より作成

しかし、このような状況は実感しにくいかもしれない。例えば、もし「自分がこれか

ら何年生きると思いますか」という質問をすると、間違いなくこの平均余命よりも短い数字が出てくると思われる。なぜなら、一般的に人は親の世代の寿命をイメージしながら、自分が後どれくらい生きるかを想像する傾向があるからである。従って、これほど平均余命が延びたことを理解できないのは自然である。

2. 高齢者を一括りで見ない

高齢化は今後も続く。今後の高齢者人口の推移を5歳刻みで見ると、100歳以上の方は最近6万人を超えたが、社会保障・人口問題研究所は2025年には17.4万人になると推計している。一番伸びが著しいのは団塊の世代で、70代前半の人は、1995年には500万人を切っていたが今では700万人台で、2020年には1,000万人を超える。

注意すべきことは、さまざまな調査で高齢者について語るとき、65歳以上を一括りにして高齢者として扱う事例が多いことである。最近では、75歳以上あるいは80歳以上を一括りにする例も増えている。例えば、生命保険文化センターの実態調査では、75歳以上で一括りにしている。また、75歳以上の預貯金のデータはあるが、70代前半・後半、80代前半・後半、90代前半・後半、100歳以上と分けしたデータはない。しかし、60代・70代・80代・90代では健康状態など相当違っている。

羽仁もと子さん（日本初の女性ジャーナリスト）は、家計簿をつけるための友の会を作ったが、90歳を過ぎた参加者もわずかにいた。そもそも、90歳を過ぎて家計簿をつけるということは驚異的なことであるが、90歳を超えた方が何にお金を使っているかというデータを最近いただくことができた。驚くべきことに400例位あるが、データは未整理である。高齢者の実情を詳しく知るには、年齢を細かく刻んでデータを分析する必要があり、今後の課題といえる。

II 長寿化リスクと対応

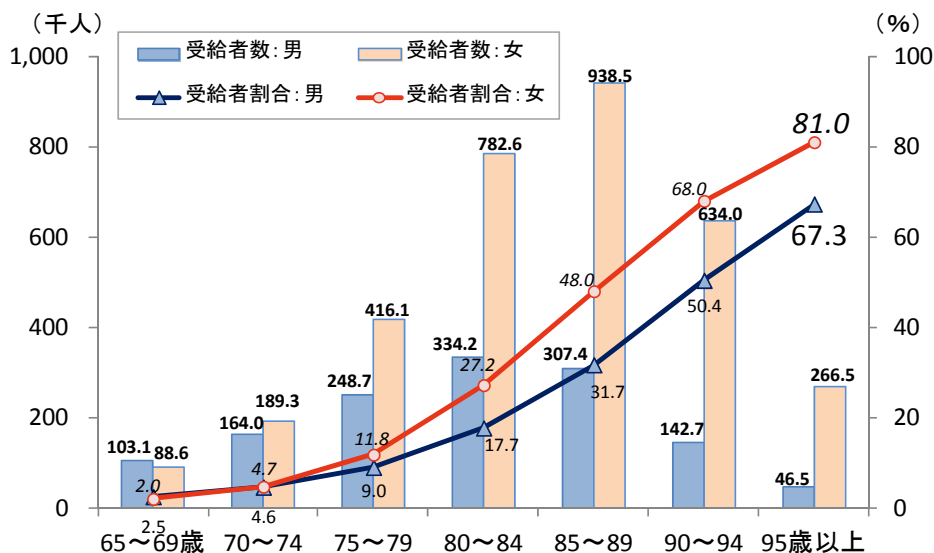
1. 最大のリスクは介護

長寿化において最大のリスクは介護リスクである。1人当たりの医療費・介護費を見ると、70代後半では医療費はかかるが、介護費はさほどではない。しかし、80代になると介護保険の受給者数・受給者割合がともに増加し（図表3）、90代から100歳位になると1人当たりの介護費が大幅に増加する（図表4）。その最大の理由は、例えば、95歳の人のお世話をする方はもうすでに65歳位、つまり、息子65歳・母95歳、あるいは娘60歳・母90歳というケースが非常に多く、子が十分に親の世話をできなくなることである。従来は、前期高齢者のような高齢者の中でも若い方の介護は家族が担っていたので、介護費はあまりかからなかったのである。

2001～2012年頃までの1人当たりの介護費を見ると、この10年間ほとんど変わって

いないことがわかる（図表4）。介護と医療は異なり、介護は年齢とともに費用が急増する。

図表3 65歳以上の性・年齢階級別にみた介護保険受給者数および人口に占める受給者数の割合

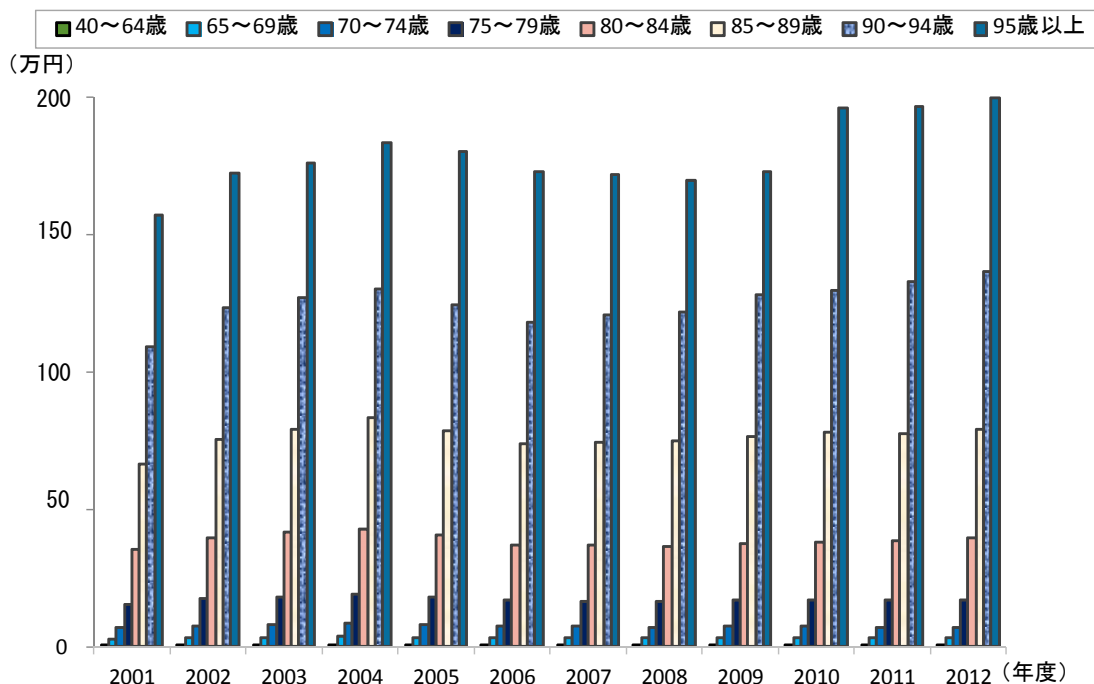


注1：各年齢階級別人口に占める受給者割合（%）＝性・年齢階級別受給者数/性・年齢階級別人口×100

注2：人口は、総務省統計局「人口推計（平成25年10月1日現在）」の総人口を使用

出所：厚生労働省「平成25年度 介護給付費実態調査の概況」より作成

図表4 年齢別にみた1人当たり介護費の年次推移



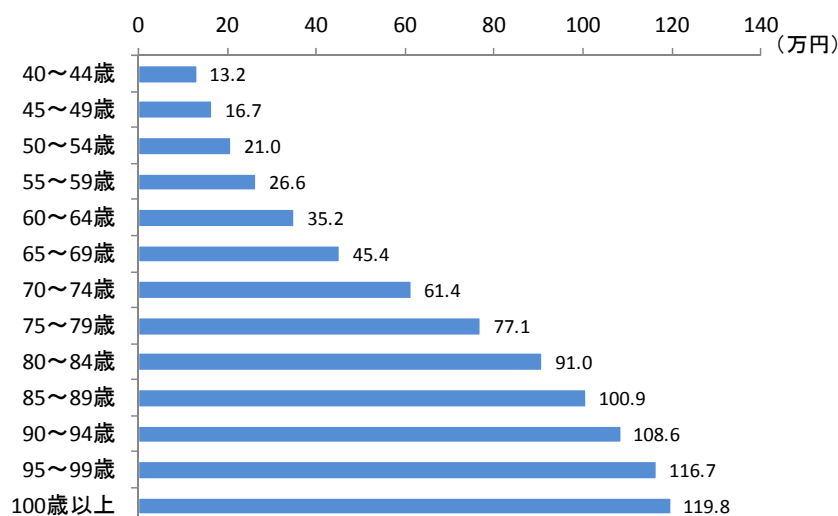
出所：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」より作成

介護が必要になったとき、施設と在宅とではどちらがより費用がかかるかという点も問題となる。施設の方が安いと思われるかもしれないが、ほとんど変わらない。ただし、これには家族による負担・家計負担は入っておらず、介護保険の給付額のみを見た場合である。どちらがより多くの費用がかかるか、国や地方自治体は、国民に明確に情報提供する必要がある。今後、介護保険の在宅サービスの質・量が増える可能性があり、この状況は変わるかもしれない。

2. 医療費の増加

図表 5 は、平成 23 年度（2011 年度）の年齢階級別の 1 人当たり医療費である。この表は、以前は 75 歳以上を一括りにしていた。厚生労働省は都道府県にデータを作るよう指示していなかったのである。私の想像であるが、昔は 80 代後半からは医療費は減っていたのではないかと考えている。90 歳以上の方は、昔はあまり入院することはなかった。しかし、今は外来よりも入院のウェイトが圧倒的に大きく、かなり長期にわたる。この結果、介護費が 90 代から急増するのと比べ、医療費は年齢とともに緩やかに増加している。

図表 5 年齢階級別の 1 人当たり医療費（2011 年度）



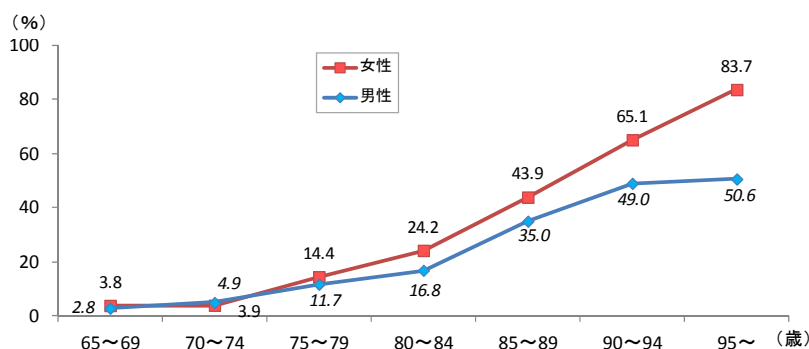
出所：厚生労働省保険局「医療保険に関する基礎資料 ～平成 23 年度の医療費等の状況～」
(平成 25 年 12 月)

3. 増える認知症患者

認知症にかかるリスクは、80 代前半まではそれほど高くはないが、80 代後半から急速に高まる（図表 6）。ただし、男性は 90 歳を超えたあたりで増加が止まる傾向がある。このような男女の相違や、女性ばかり認知症が増加することに疑問を持っていた。最近の興味深い研究では、男性は 75 歳あたりから 2 種類に分かれ、元気な人はそのまま元

気で長生きするが、元気でない人は早死にする傾向があるとわかった。一方女性は、元気でなくてもある程度長生きする傾向がある。この点は重要で、例えば骨粗鬆症にかかったり骨折する方は、比率を見ても男性よりも女性の方が高い。

図表6 年齢別にみた認知症の人の割合

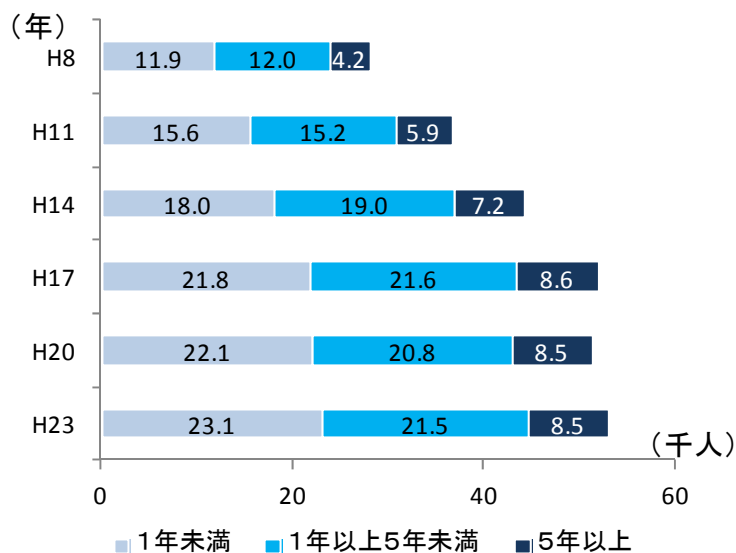


注：茨城県つくば市など専門医がいる全国8市町で任意に選んだ5,000人超のデータから算出
出所：厚生労働省研究班（代表研究者・朝田隆筑波大教授）の調査（2009～12年度）より作成

認知症患者数は増加しており、1～5年くらいは認知症の状態でごす方が非常に多い（図表7）。私の理解では、今から30年前までは30年経てばガンは治ると思っている人がたくさんいた。結論はそうになっていない。しかし、大事なポイントは、ガンになった後、昔と比べていかに長生きできるようになったかということである。

認知症については、可能性としては治ることは絶対には言い切れないが、完治するという時代はそれ程早く来ないと思われる。しかし、認知症が悪化しない方法の検討は進むと思われる。その場合、そのような状況に社会がいかに対応するかが重要なテーマとなる。今のところ、残念ながら大部分の国民が認知症になりたくないとか考えていないが、認知症になってもやむを得ないが悪化しないという方向性を考えるべきではないか。

図表7 認知症患者数の推移



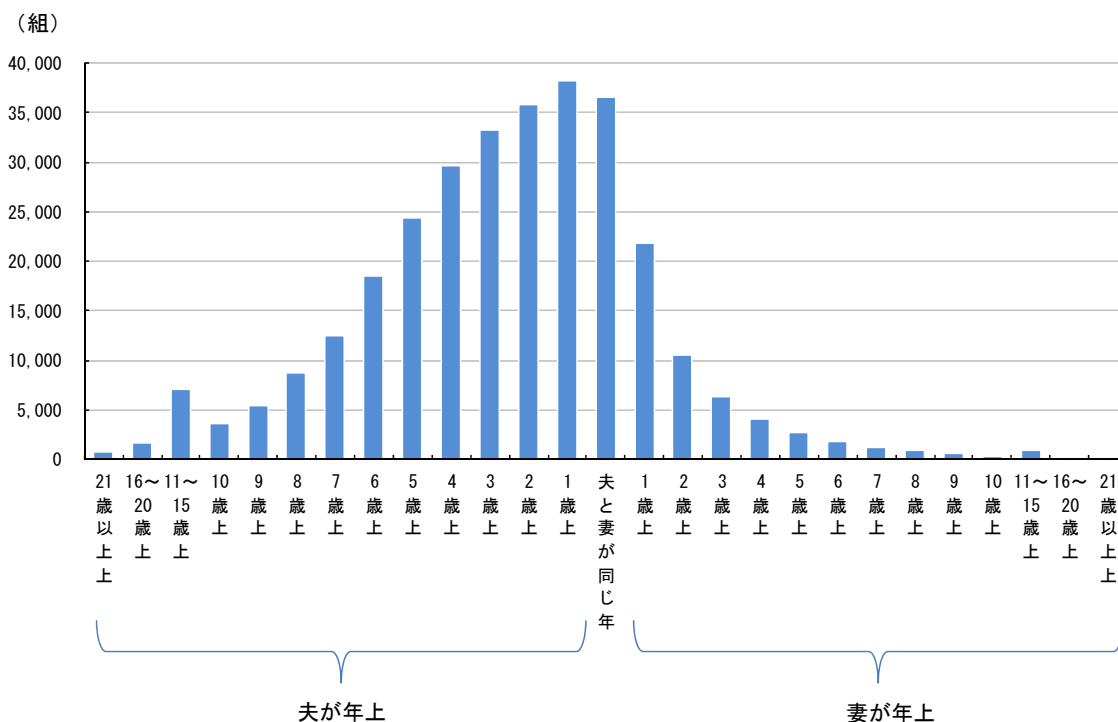
(注) 平成23年の調査では宮城県の一部と福島県を除く
出所：厚生労働省「患者調査（平成23年）」より作成

その対処方法として地域包括ケアが大切である。例えば、ご近所と付き合いのある人の認知症発症リスクと、ない人の認知症発症リスクは大きく異なるという研究が世界中でたくさん行なわれている。そうであるならば、ご近所とのつながりをどう作るかが重要である。先進的な取り組みとして、福岡県大牟田市の事例がある。静岡県富士宮市の取り組みも有名である。このような取り組みをいかに全国に広めていくかが今後のテーマである。

4. 配偶者喪失リスク

京都市による夫婦の年齢差に関する興味深いデータがある。夫婦の年齢差を見ると、きれいな正規分布になっている（図表 8）。かつて、私は京都大学の佐和隆光先生のもとで統計学の勉強をしていた。佐和先生の指示で私が担当して夫婦の年齢差分析表を作った経験がある。最近これを公表しているのは、京都市だけである。私が作ったときは、夫が 4 歳上というのがピークだったが、最近はその差が縮小し、平成 22 年の国勢調査の結果では夫 1 歳上がピークになった。このデータによれば、配偶者を喪失後、何年 1 人で暮らすかがおよそわかるので、有益な資料である。

図表 8 京都市における夫婦の年齢差分布



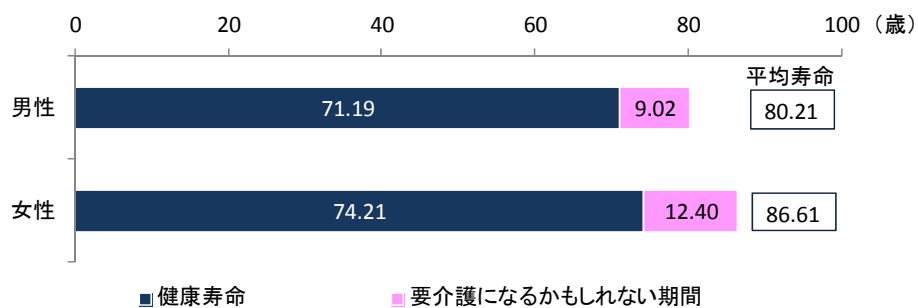
出所：京都市HP（平成 22 年「国勢調査」より京都市が作成）

5. 健康寿命後の人生

最近、健康寿命（注）という考え方が広く知られるようになった。多くの高齢者が健康寿命は長く、その後の寿命は長くなくてもいいと言うが、これはある程度自然なことである。健康寿命と平均寿命の差は男性で約9歳・女性で約12歳あり（図表9）、多くの人が長い間健康でない人生を過ごすことがわかる。これを見ると愕然とする人もいるだろうが、私は必ずしもそうではない。

（注）人の寿命で「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」

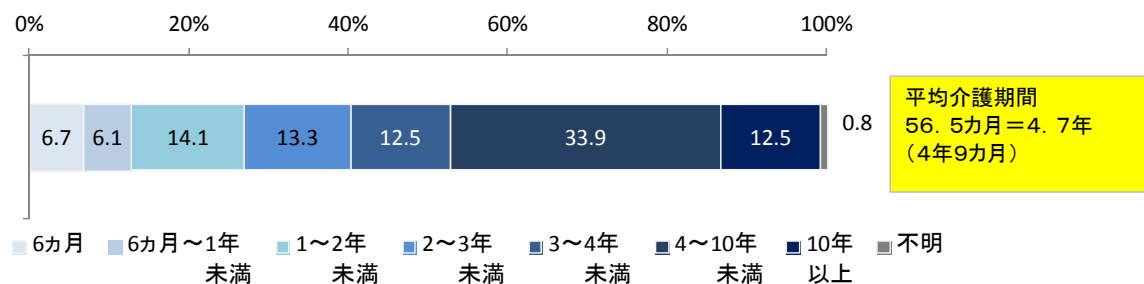
図表9 健康寿命と平均寿命



出所：平成26年 厚生労働省発表資料より作成

約10年間も健康でなく暮らすよりも早く死にたいと考える方が多い。しかし、平均介護期間は4.7年である（図表10）。その期間の差は、健康でなくても介護を受けずに、それなりに頑張っている方が多いということの意味する。

図表10 平均介護期間



出所：生命保険文化センター「生命保険に関する全国実態調査」（平成21年）

アメリカでは100歳で元気な人を対象にした研究が進んでいる。ところが日本の場合、元気な100歳はどういう暮らしをしているかの情報がほとんどない。意外に、それなりに幸せな暮らしをされている。

しかし、日本のメディアは暗い下流老人等の話ばかりしており、長生きすることは面白くないと思わせるような表現が多い。90～95歳まで生きて、体が動かなくても何か

楽しいことがあるはずであるが、日本では暗い論調が多い。アメリカでは 90 歳代に関する研究は急速に増えている。日本でも、健康寿命だけで元気かどうかを考えることはしないで、元気の意味をもっと多角的に考える必要がある。

6. 予防に関する地域の取組み

高齢者の元気の在り様が地域や場所によって違うということが、老年学や介護の研究をしていると分かる。例えば、認知症になって高速道路を逆走するお年寄りが増えてきたが、地方では車のない暮らしは考えられないお年寄りが結構いる。そこで、自家用車以外の方法で外出を促すなど、認知症や糖尿病の重症化予防に向けた地域の取組みが重要である。

有名な事例が富山市のコンパクトシティである。富山市は、時間がかかったが LRT（次世代の路面電車）を開通させ、街の中心部にお年寄りを集める努力をするなど、興味深い取組みをされている。実際、富山市が宣伝しているように、LRT を使って中心部にお年寄りが集まり、その結果歩いて暮らすことのできるお年寄りが増えた。面白いことに、たくさん歩くと元気になるというデータが多く得られた。さらに興味深いのは、中心部のマンションの価値が上がり、固定資産税が増え富山市も潤うという波及効果があったことである。ただ負の側面もあり、富山市の隣には射水市があるが、その住民が富山市に移ったため人口が減少した。そこで困った射水市は、大型スーパーを誘致した。すると、富山市は最初は市内に若い人と年寄りが混住する形となり良い効果が出たと考えていたが、若い人が射水市へ転出するという逆流現象が起きた。

地域における社会的ネットワークやソーシャルキャピタルが大事である。なぜなら、今まで大部分の方は医療機関に入って介護を受けていたが、今後は「在宅ときどき施設」になるからである。つまり、最後の人生のうちほとんどは在宅で、一部を施設で過ごすという形態が圧倒的に増えるのである。

7. コミュニティの役割

コミュニティにおいて QOL（生活の質）を高めるということを工夫すると、高齢化によるリスクをかなり軽減することができる。地域のコミュニティについて、千葉大学の近藤克則教授が興味深い研究をされている。地域のつながり・コミュニティの活動は、私たちは都会よりも田舎の方が進んでいるというイメージを持っているが、必ずしもそうとは言いきれないという研究である。つまり、都会でもしっかりしたコミュニティのあるところが結構ある。逆に全くないところもある。地方都市でも隣同士で話もしないところもある。この街づくりをどうするかが大事である。

8. メンタル面への配慮

健康寿命以後の日常生活に制限がある不健康な期間と実際の平均介護期間の差異は

大きい。その間にはフィジカルの話だけでなくメンタルの話も関係している。例えばガンについて見るとよく分かる。ガン患者は昔と比べて長生きするようになった。60歳で乳ガンになった人とならなかった人がいたとする。なっていない人は、ガンにならない今後30年の人生をイメージすることができる。しかし、ガンになった方は今後30年分の人生をかなりの不安をもって生きることが多い。そこで、メンタル面のケアをどうするかが問題である。

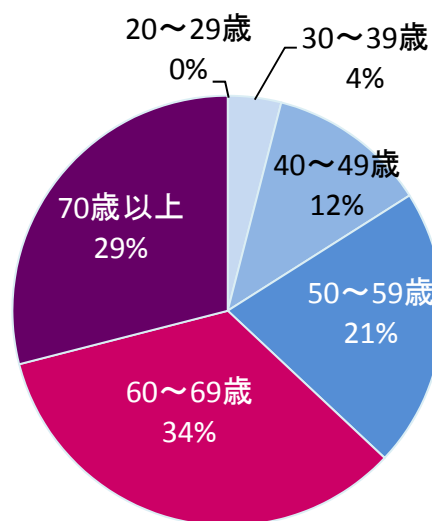
この研究はイギリスで進んでいる。ただし、ガンではあるが長生きする可能性のある方をずっと病院に入れておくということではない。日常生活をしながら、しかもガンになっても引き続き仕事ができるケアをどうするかが一つのテーマである。しかも体力が落ちるので、その方は他の方より帰宅時間を早くするということも問題となる。

Ⅲ 高齢者に偏る金融資産

日本人の金融資産の保有割合を世帯主年代別に見ると、40代は全体の12%、30代はわずか4%に過ぎず、半分以上を60代以上が持っており、いかに高齢者が保有する金融資産が多いかということが分かる(図表11)。しかも、アベノミクスのおかげで、少し前は金融資産の合計は1,500兆円だったが、主に株式のキャピタルゲインの影響で今では1,600兆円を超えた。結果としてお金持ちの人とそれ以外の人の資産格差が広がっている。

そこで、高齢者が保有する金融資産を有効活用する仕組み、例えば60代以上が持っている資産を保険料あるいは年金保険料とするようなビジネスの検討が必要である。また、高齢者が偏重されている様々な仕組みを、もう少し若い方にもお金が流れる社会に変えていく必要がある。例えば、お年寄りの死亡により若い人に資産を譲るというイメージが強かった相続は、今ではお年寄りが亡くなくても相続財産はすでに教育費支出の終わった60代の相続人が相続する。こうしたお金の流れを変えるため、2013年4月に孫や子どもに教育資金を贈った場合、1人当たり1,500万円まで贈与税がかからないという非課税制度が導入された。この制度の特徴は、まとまった資金を非課税で贈与できることであり、世代間での資金移転が活発化することが期待されている。このような、経済が活性化するための財産移転の仕組みが必要とされている。

図表 11 世帯主年代別の金融資産保有割合



出所：総務省「家計調査」(2014年)より作成

IV 日本の住宅問題

日本では中古住宅市場が未整備ということもあり、定年後どこに住むかということが重要な問題である。日本の一戸建ての家が紙と木でできているから、欧米に比べて永持ちせず、中古マーケットで売りにくいという意見があるが、これは間違っていると思う。マンションの場合でも、例えば4,000万円で買ったマンションが最悪な場合は1,000万円を切る価格になることもある。その場合、自宅を売却して東京周辺から田舎に移ろうとしても、十分な資金を準備できない恐れがあるということになる。これらはいずれも中古市場の未整備によるものと思う。

定年までだけで家賃やローン計算すると、一般的にマンションを買うよりも借りる方が得である。しかし、忘れてはならないことは定年後も暮らしの場が必要ということである。しかもその期間が昔と比べてとても長くなっている。先述したようにいかに長生きするかを考えると、若い方はマンションを買った方がいい。事情によって違うだろうが、住宅の問題はこれからもっと深刻になる。残念ながら日本ほど中古住宅市場が未整備な国は先進国の中ではほとんどなく、この点に問題を感じている。

長寿リスクの観点から、借家か持ち家のいずれを選択すべきかを考えるとき、早く死ぬ場合と長生きする場合とで異なる。この点について、あまり意識していない人が多いが、高齢化が進むなか老後の住居（終の棲家）をどこに決めるかは重要な問題である。