

# 社会保障のあり方を問う

2019年11月28日(木)

日本工業倶楽部 コーヒーブレイクの会

元住友銀行専務取締役・元広島国際大学教授 岡部 陽二

URL; <http://www.y-okabe.org>

E-Mail; [tho@bp.iij4u.or.jp](mailto:tho@bp.iij4u.or.jp)

# 目次

1、わが国社会保障の問題点～理念の再確認

2、年金改革へ向けての処方箋

～公的年金への過度な依存からの脱却、私的年金制度の充実

3、医療保険改革へ向けての処方箋

～患者実質3割負担へ向けての抜本策

4、公的介護保険の縮小・全面民営化

～公的保険の給付対称を絞り、現物給付を廃止

5、ヘルスケアの目標転換～地域包括ケア化

# 1、わが国社会保障の問題点～理念の再確認

1、社会保障の本義である社会での「共助」を離れて、今や「公助」=財政問題～  
～公助は民間では対応できない「大きなリスク」に限定すべき。

2、人倫のルールとしての「自助」→「共助」→「公助」の原則に立ち戻るべし。

—自らが自らを弱いと思う者は自力再生、人を頼らず精進する気概が必要。

—一方、自らが自らを強いと思う者は周囲に配慮、出来る限り、助けてあげなければならない。

然るに現実の人間社会はむしろその正反対、弱い者は他人の支援を求め、強い者は弱い者を足蹴にする。

3、「今払う金は今払う」原則の徹底～社会保障給付の財源は赤字国債ではなく保険料と目的税に限定すべき。一般会計の1/3に上る33兆円の税金負担は余りにも異常。教育や科学技術振興予算を極端に圧迫。～スライド4、厚労省も方針転換。～スライド5

4、国際比較；日本は中福祉・低負担で、このまま放置すれば高福祉・低負担となる。これは、そもそもあり得ない状況で、財政破綻しかない。～スライド6、左図

5、高齢者福祉への偏りが大：社会保障関連公的支出に占める高齢者主体の年金・医療の対GDP比；19.9%：伊・仏次いで大きい。教育費；3.2%で最低。（先進10カ国中）

6、「支える側」と「支えられる側」のバランスの改善が重要。70歳で区切るのが妥当か。

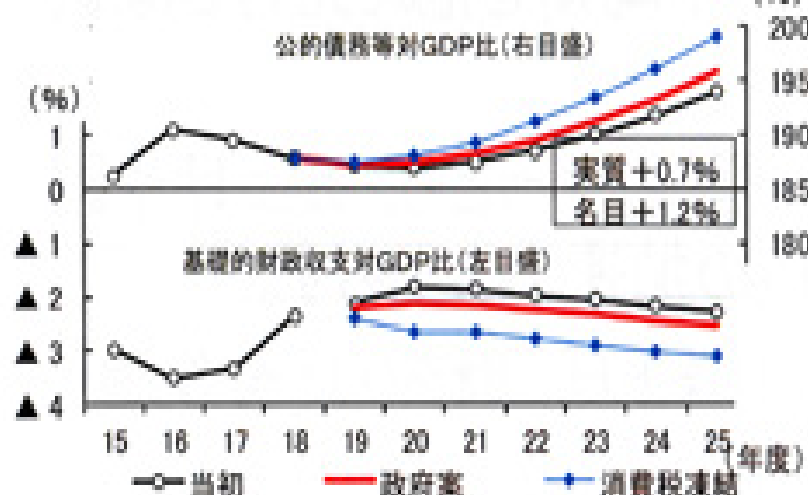
日本の社会保障は、積立方式ではなく、原則「賦課方式」：成人勤労所帯から高齢者所帯への所得移転；生涯でおおよそ1億円。～スライド7

# 会保財政・社障制度の再構築が不可避

～日本総研の展望～

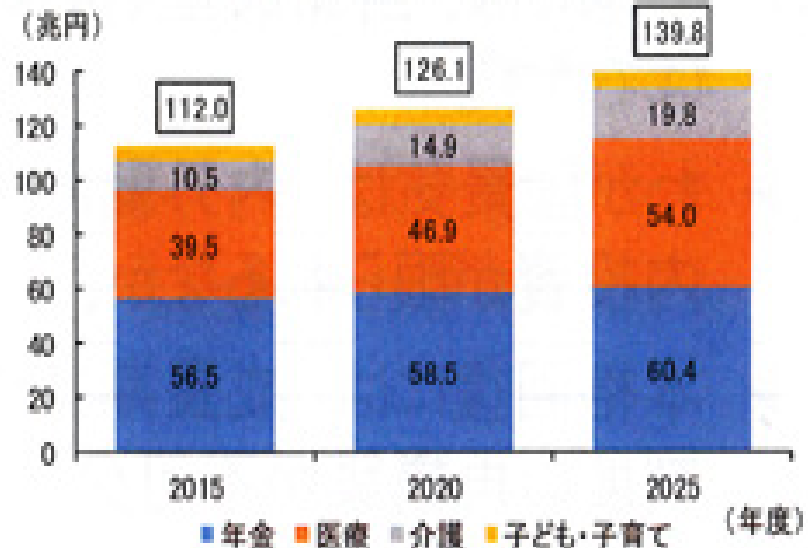
- **わが国財政への懸念**が企業の投資活動及び家計の消費活動を抑制。安倍政権は2020年度までのプライマリーバランス黒字化を半ば国際公約としていたものの、消費増税先送りや公共投資増加等を受け、その実現はほぼ不可能に。
- 名目4%弱の成長という非現実的な見通しのもとですら、黒字化を達成できない状況下、現状の成長ペースを前提にすれば、社会保障制度の抜本的な改革、あるいは、消費税率の20%前後への引き上げがない限り、基礎的財政収支の黒字化は展望できず。

わが国の基礎的財政収支と公的債務残高  
対GDP比の見通し<ベースラインシナリオ> (%)



(資料)内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(平成29年7月18日経済財政諮問会議提出)を基に日本総研作成  
 (注1)政府案は、産出+1.7兆円、消費税凍結は増税見送り。  
 (注2)シミュレーションにあたっては、税収等は不変と想定、公的債務等基礎的財政収支の悪化分だけ上昇と想定。

社会保障4分野給付費の見通し

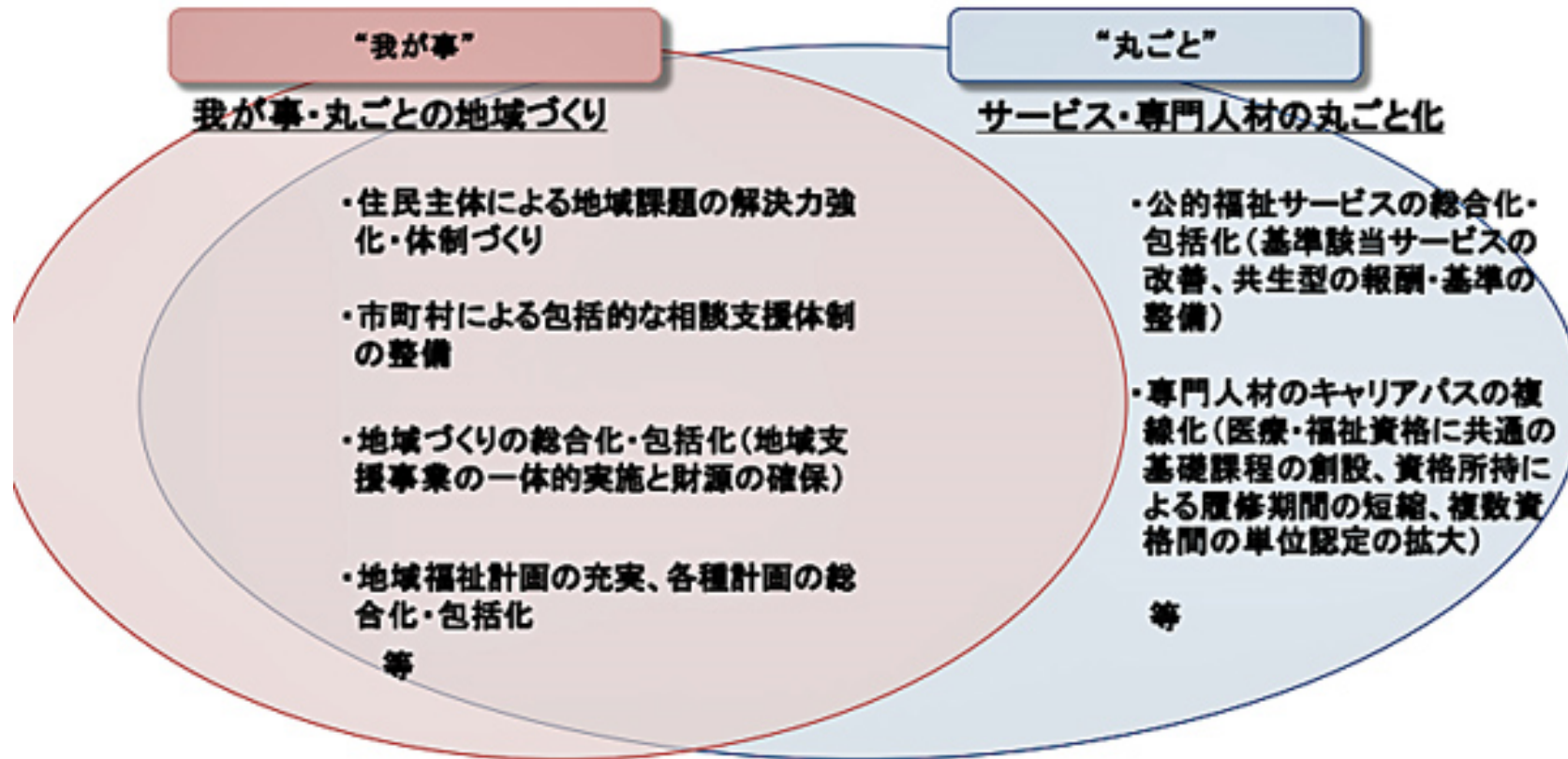


(資料)厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平成24年3月)

# 厚労省も「我が事、丸ごと社会保障」を提唱

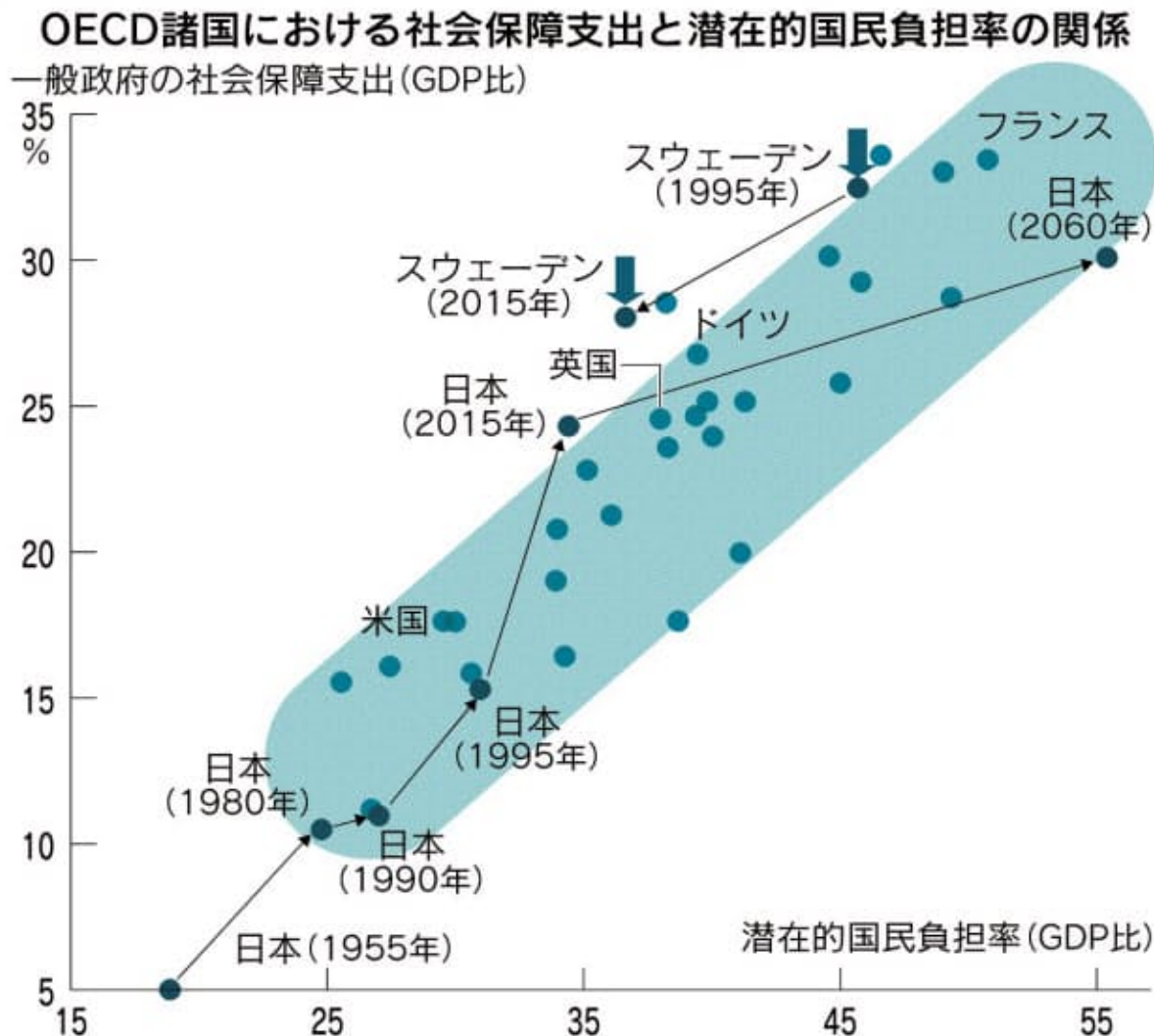
～国主体の公的社会保障を縮小、地域主体の自助・共助体制の拡大を目指す～

## 「地域共生社会」実現の全体像イメージ(たたき台)



出所;2016年7月15日、厚労省資料「地域包括ケアの深化と地域共生社会の実現」

# OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係



(注) 数値は一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。日本の2060年は財政制度等審議会の2018年4月の資料を基に作成。諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアは2014年実績)

(出所) OECD、内閣府など

ポイント

- スウェーデンは高成長で政府規模を縮小
- 有意な転職支える流動的な労働市場力ギ
- 国が成長しなければ国民の所得増えない

若者の働き方支える視点をくく松本崇元内閣府事務次官  
2019年11月1日付け「日本経済新聞」ANALYSIS

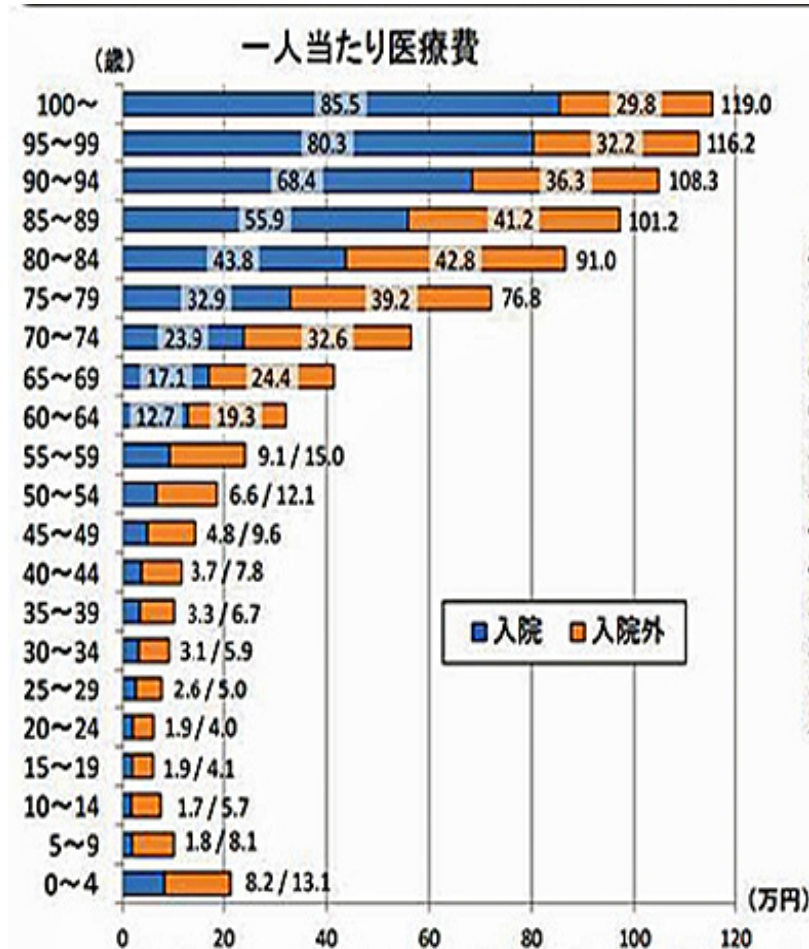
# 年齢階層別の年金給付と医療費格差

～年金；高齢者は若年層の3倍、医療費支出；若年層の5倍

世代ごとの保険料負担と年金給付額

2010年の年齢	厚生年金			国民年金		
	保険料負担	年金給付額	倍率	保険料負担	年金給付額	倍率
70歳	900	5600	6.5	300	1400	4.5
65歳	1000	4800	4.7	400	1300	3.4
60歳	1200	4700	3.9	500	1300	2.7
55歳	1500	4900	3.3	600	1300	2.2
50歳	1800	5100	2.9	700	1400	1.9
45歳	2100	5600	2.7	800	1500	1.8
40歳	2400	5900	2.5	1000	1500	1.6
35歳	2700	6400	2.4	1100	1700	1.5
30歳	3000	7000	2.3	1200	1800	1.5
25歳	3300	7600	2.3	1300	2000	1.5
20歳	3600	8300	2.3	1400	2200	1.5
15歳	3900	9000	2.3	1500	2300	1.5
10歳	4200	9700	2.3	1700	2500	1.5
5歳	4600	10400	2.3	1800	2700	1.5
0歳	4900	11200	2.3	1900	2900	1.5

(単位は、金額は万円、倍率は倍。厚生年金は妻が専業主婦のモデル世帯で夫婦がそれぞれ平均寿命まで年金を受給した場合。金額は物価上昇率で、09年度価値に換算した。厚生年金保険料は本人負担分のみ。請数処理のため、金額と倍率の異なる場合もある)



1人当たり医療費は厚労省保険局による平成24年度に支払われた入院・入院外(外来)の1年間の数値

## 2、年金改革へ向けての処方箋 ～公的年金への過度な依存からの脱却、私的年金制度の充実

1、私的年金制度、個人の長期積立貯蓄制度の税制での支援強化が最重要課題  
～貧富にかかわらず、年金を既得権益と考える権利意識は間違い。

①日本の私的年金や長期積立貯蓄制度は公的年金補完に不十分。～スライド9

②イデコやつみたてNISAで範とした米・英に比し一人当たりの積立残高は1/6程度。  
～スライド10

③全企業(雇用者)に対する私的年金提供を義務化。

(参考:英国では2008年年金法で、2018年までにすべての企業に私的企業年金への自動加入を強制、従業員には給与の最低8%拠出を義務化)

2、公的年金制度改革のポイント～年金議論、脱政治化が不可欠。

①年金支給年齢の引上げ(世界的潮流)、日本の立ち遅れ顕著。～スライド11

②高所得者や高資産保有者への支給額引下げ。



## 税制優遇のある「自分年金」作りの制度 (2018年10月現在)

	個人型の確定拠出年金 (iDeCo)	企業型の確定拠出年金※	つみたてNISA	一般NISA
対象者	20～59歳(原則)	従業員(原則)	20歳以上	
お金の負担者	本人(原則)	会社(原則)	本人	
上限額(年額)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会社員 14.4万円～27.6万円</li> <li>・専業主婦 27.6万円</li> <li>・自営業 81.6万円</li> </ul>	33万円または66万円(原則)	40万円	120万円
運用対象	預貯金、投信など		金融庁承認の投信	株式、投信など
税制優遇	掛け金は全額所得控除、運用時非課税、受給時も優遇	運用時非課税、受給時に優遇	運用益が20年間非課税	運用益が5年間非課税
引き出し時期	60歳以降(原則)		自由	

(注) ※は企業型の掛け金を基準額以下にして同時加入できると規定で定めた場合などにiDeCoも可能

## 私的年金・長期積立貯蓄制度の日・米・英比較 (2018年現在)

私的年金・長期積立貯蓄制度の別		開始年	加入者数	資産残高	一人当たり	上限年限	年間拠出限度額および加入年限
日本	企業型確定拠出年金	2001	6.5 百万人	11.7兆円	176万円	65歳	会社員；66万円
	iDeCo (個人型確定拠出年金)	2001	0.9 百万人	1.6兆円	115万円	60歳	会社員；27.7万円、 自営業；82.6万円
	つみたてNISA	2018	1.3 百万人	0.1兆円	105万円	なし	40万円 X 20年
	(一般NISA)	2014	12.8 百万人	7.8兆円	608万円	なし	120万円 X 5年
米国	401K(企業型確定拠出)	1984	41.2 百万人	583.0 兆円	1,133万円	なし	50歳未満；616万円、 60歳以上；682万円
	IRA(個人退職口座)	1974	49.0 百万人	594.0 兆円	1,100万円	70.5 歳	50歳未満；660万円、 50歳以上；770万円
英国	企業・個人型私的年金			297.0 兆円		75歳	520万円
	ISA(個人貯蓄勘定)	1999	21.2 百万人	78.0兆円	3,679万円	なし	260万円 X 55年

注：①為替換算レート；110円/\$1、130円/£1、②英国の私的年金は2013年、出所；各種統計より筆者作成

## 公的年金支給開始年齢と平均受給期間の国際比較 (2015年末現在)

	日本	米国	英国	ドイツ
A. 支給開始年齢	国民年金：65歳 厚生年金：女性60歳/男性61歳 2025~2030年までに男女とも65歳に引き上げ	66歳  2027年までに67歳に引き上げ	男性：65歳 女性：62歳11ヶ月 男女とも2020年までに66歳 2046年までに68歳に引き上げ	65歳4ヶ月  2029年までに67歳に引き上げ
B. 平均寿命	83.7歳	79.3歳	81.2歳	81.0歳
平均受給期間 (B-A)	18.7年	12.3年	13.2年	14年

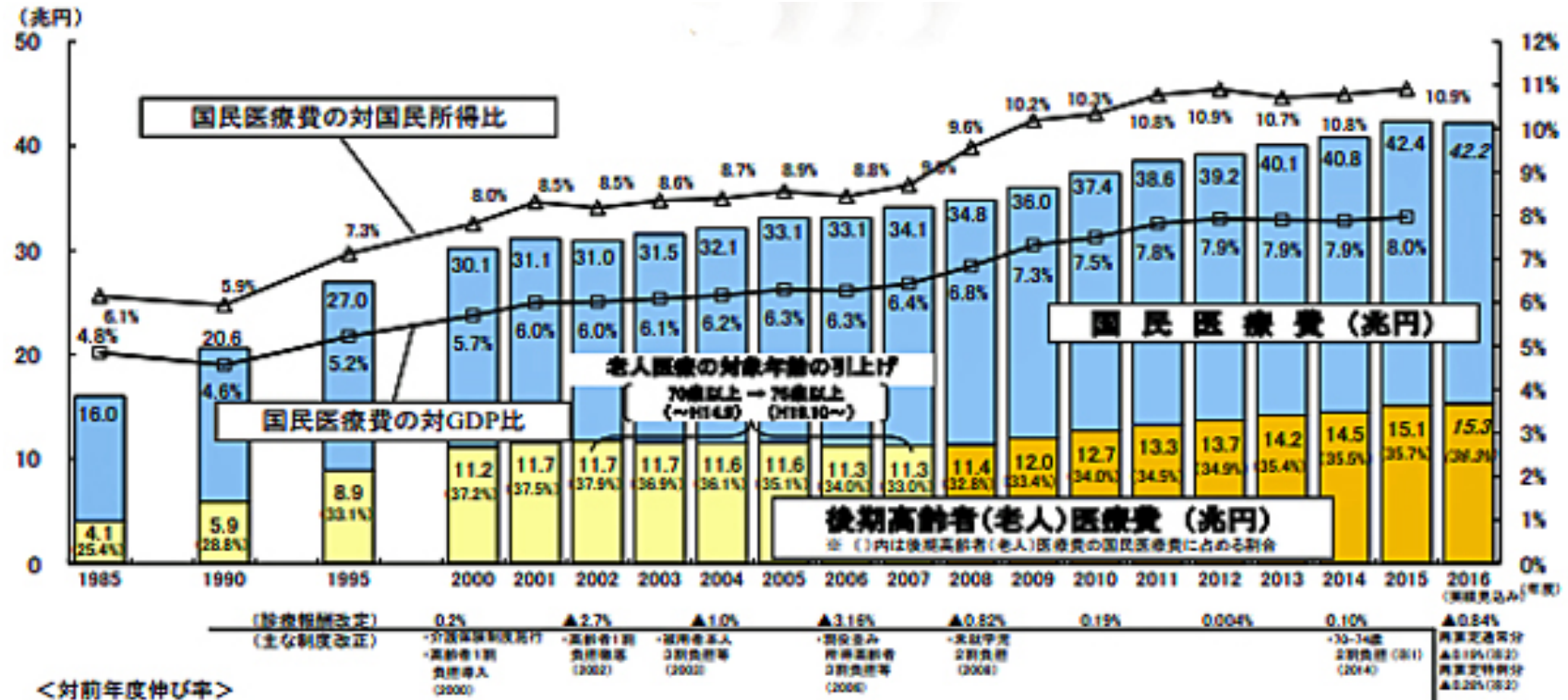
注；平均受給期間は引き上げ後、出所：；厚労省HP資料、2016年5月9日発表のWHO統計より筆者作成

# 3、医療保険改革へ向けての処方箋

## ～患者実質3割負担へ向けての抜本策

- 1、国民医療費の伸びは国民所得の伸びを上回って推移。～スライド13
- 2、患者の実質自己負担は12%以下、総医療費の3割負担とすべき。～スライド14
- 3、国民医療費の増加は技術進歩と高齢者の増加。～スライド15
- 3、支給範囲の限定が不可避。～スライド16、既得権益を死守する医師の排除
  - ①救命医療と自立医療、伝染病などを優先。
  - ②予防・検査の自己負担の徹底。
  - ③薬剤の種類、病院ランクなどにより自己負担率を変動させる。
- 4、医療供給体制の抜本見直しが急務。～プライマリーケア医指定制の導入(病院へのフリーアクセス禁止)など。～スライド17&18
- 5、規制撤廃による競争原理の導入。
  - ①混合診療の全面的解禁 (2014.4.7;混合診療の自由化を)
  - ②株式会社病院の解禁 (2014.1.6&9;株式会社参入規制の全廃を)
  - ③病床規制の全廃 (2014.2.20;機能していない病床規制の全廃を)

# 国民医療費の動向、対前年伸び率 (1978年～2016年)



	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)	(%)
国民医療費	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	▲0.4	
後期高齢者(老人)医療費	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	1.2	
国民所得	7.2	8.1	2.7	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	3.9	1.2	2.7	—		
GDP	7.2	8.6	2.9	▲1.8	▲0.8	0.7	0.5	0.9	0.7	0.3	▲4.1	▲3.4	1.4	▲1.1	0.2	2.6	2.1	2.8	—		

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 2016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、2015年度の国民医療費に2016年度の推算医療費の伸び率(上の斜字係)を乗じることにより推計している。  
 (※1)70-74歳の老の一部負担金割合の予定減額措置(1期～3期)、2014年4月以降割合に70歳に達した者が4-5割減し、同年2月までに70歳に達した者は(期)に納入額を、(※2)「算定過剰分」とは市場に大買入による算定の見直し、「算定特例分」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場に大買入の特例の実施を指す。

# 国民医療費の財源別内訳構成比 (2015～2016年度)

国民医療費支出に占める患者自己負担の割合は平均で12%弱、3割は上限の割合。  
平均で患者3割負担となるような設計に変更することが必須。

保険料についても、被保険者である患者の負担は総保険料の50%強、残余は企業負担

財 源	平成28年度		平成27年度		対 前 年 度	
	国民医療費 (億円)	構成割合 (%)	国民医療費 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
総 数	421 381	100.0	423 644	100.0	△ 2 263	△ 0.5
公 費	162 840	38.6	164 715	38.9	△ 1 875	△ 1.1
国 庫 1)	107 180	25.4	108 699	25.7	△ 1 519	△ 1.4
地 方	55 659	13.2	56 016	13.2	△ 357	△ 0.6
保 険 料	206 971	49.1	206 746	48.8	225	0.1
事 業 主	87 783	20.8	87 299	20.6	484	0.6
被 保 険 者	119 189	28.3	119 447	28.2	△ 258	△ 0.2
そ の 他 2)	51 570	12.2	52 183	12.3	△ 613	△ 1.2
患者負担 (再掲)	48 603	11.5	49 161	11.6	△ 558	△ 1.1

注：1) 軽減特例措置は、国庫を含む。

2) 患者負担及び原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等）である。

# 国民医療費の増加要因

1985～2015年の国民医療費の増加;  
23.6兆円の要因別:

- ①人口変動; 1.0兆円
- ②高齢化; 11.4兆円
- ③技術進歩など; 11.2兆円

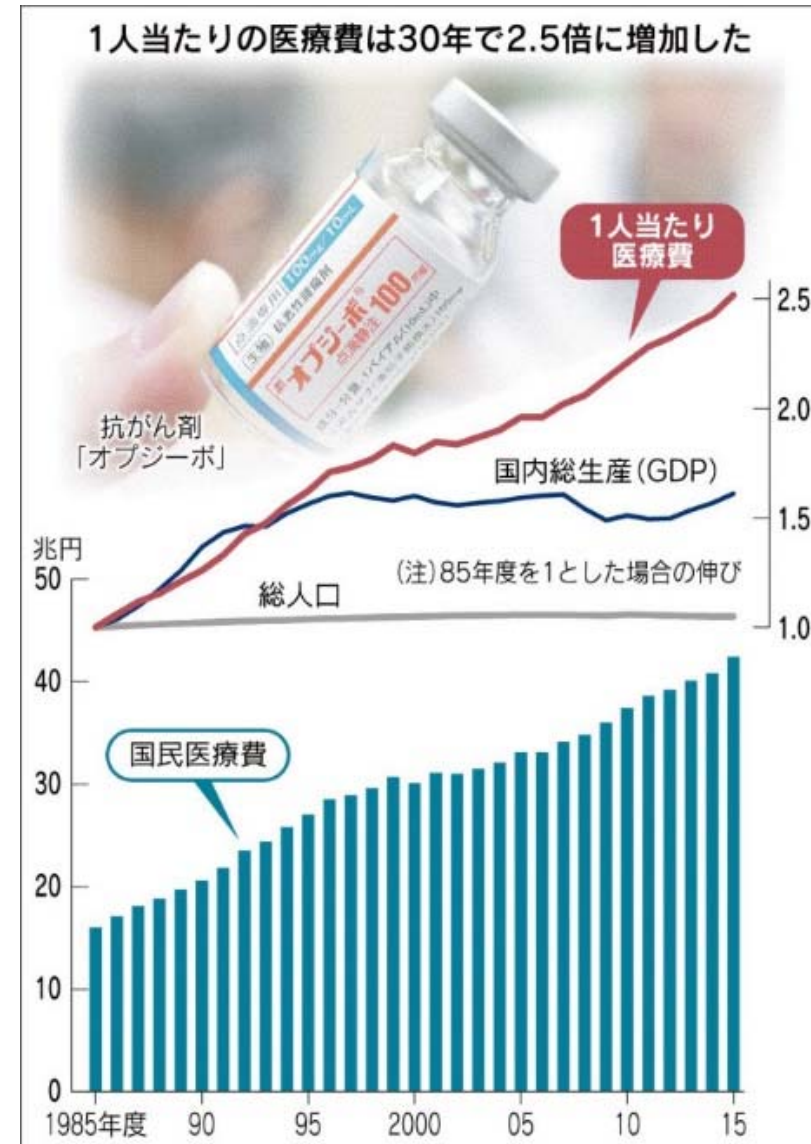
一人当たり医療費; 30年間で2.5倍  
同期間の一人当たりGDP増; 1.7倍

技術進歩による医療費増すべてを公的  
医療保険で賄うのは不可能

- ①1か月の医療費が1,000千万円以上;  
484件: 10年間で3.5倍
- ②人工透析で2兆円、先進国平均の2倍

対応策:

- ①保険収載のルール厳格化
- ②費用対効果による線引き
- ③民間医療保険への委譲



# 医療範囲の限定による公的医療費の節減案

## ～慶応大、印南一路教授私案

医療費;42兆円(2016年)

	大分類	主な傷病
救命医療 24.2兆円	A: 緊急かつ致命的	腸管感染症、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、肺炎、ぜんそく <sup>a</sup> 、胆石症及び胆のう炎、脾疾患 <sup>a</sup> 、流産 <sup>b</sup> 、頭蓋内損傷及び内臓の損傷、熱傷及び腐食、中毒など
	B: 緊急性ないが致命的	各種悪性新生物、甲状腺機能障害、糖尿病 <sup>c</sup> 、高血圧 <sup>c</sup> 、肝炎 <sup>a</sup> 、肝硬変、腎不全 <sup>a</sup> 、単体自然分娩 <sup>b</sup> 、骨折など
自立医療 11.4兆円	C: 感染・危害	結核、性感染症、皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患、中耳炎、真菌症、急性鼻咽頭炎など
	D: 機能障害	認知症、統合失調症、てんかん <sup>a</sup> 、脳性麻痺、白内障、う蝕、脊椎障害、慢性閉塞性肺疾患、月経障害及び閉経期周辺期障害など
	E: 苦痛緩和	痔核、胃炎及び十二指腸炎、皮膚炎及び湿疹、尿路結石症など
	F: その他 <sup>d</sup>	アルコール性肝疾患 ※ 基本分類ではないが、肩関節周囲炎、脂肪肝、鉄欠乏性貧血などが考えられる。

その他: 風邪、食べ過ぎ、腰痛、骨折など  
6.0兆円; 公的医療費の節減可能額

- a : 慢性期か急性期によって病態が大きく異なるため、実際に分類する際には十分な検討が必要になる。
- b : 分娩や流産は、母子ともに生命に関わるリスクが高いことから、救命医療に入れてある。
- c : 適切な治療を受けていれば致命的になる可能性が低い疾患は、新たに分類を設けて自立医療（重度化予防医療）とすることも可能である。
- d : 予防可能性が高い疾病や、対症療法的治療しかできず医療保障の必要性が低いものをFに分類している。

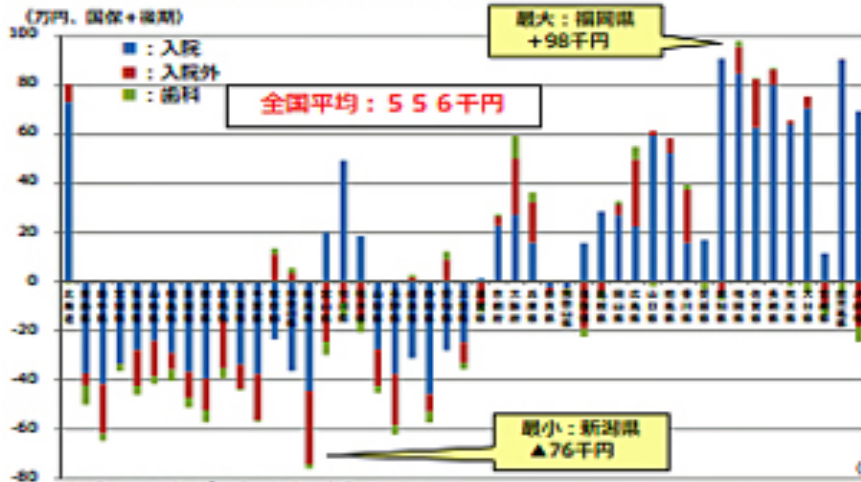


# わが国医療供給体制の問題点

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人 あたり 病床数	病床百床 あたり 医師数	人口千人 あたり 医師数	病床百床あたり 臨床看護職員数	人口千人あたり 臨床看護職員数	人口百万人あたり MRI台数
日本	28.8 (18.3)	13.1	18.5	2.4	86.5	11.3	61.7 床 <sup>2</sup>
ドイツ	8.9 (7.5)	8.1	51.9	4.2	159.4	12.9	34.5
フランス	10.1 床 <sup>1</sup> (5.7) 床 <sup>1</sup>	6.1	51.8	3.1	168.6 床 <sup>3</sup>	10.2 床 <sup>3</sup>	13.5
イギリス	7.1 (8.0)	2.6	108.1	2.8	306.0	7.9	7.2 床 <sup>2</sup>
アメリカ	6.1 床 <sup>1</sup> (5.5) 床 <sup>1</sup>	2.8 床 <sup>1</sup>	92.1 床 <sup>1</sup>	2.6	403.8 床 <sup>1-3</sup>	11.6 床 <sup>3</sup>	36.7

出典：「OECD HealthData2018」(2018年データ) 注1：「床1」は2015年のデータ。注2：「床2」は2014年のデータ。注3：「床3」は実際に病床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。  
注4：平均在院日数の0書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

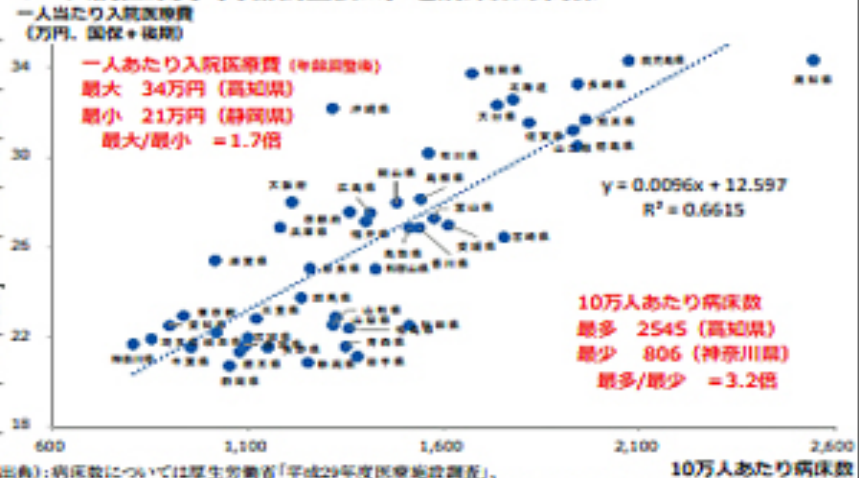
## ◆ 一人あたり医療費 (年齢調整後※) の地域差



〔出典〕厚生労働省「平成29年度医療費の地域差分析」

※ 各都道府県の年齢階級別1人あたり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

## ◆ 入院医療費 (年齢調整後※) と病床数の関係



## わが国医療供給システムの特異点

	日本	英国	米国
医療の利用	①アクセスの自由度、受診頻度の高さ	×	△
	②診療時間の短さ(いわゆる「3時間待ちの3分診療」)	×	×
	③一般病院による高齢者受入れ(いわゆる「社会的入院」)	×	×
医療機関	④病院と診療所の競合的關係	×	×
	⑤大きな病院外来部門の存在	×	×
	⑥病院による医師の直接雇用と外部者への閉鎖性	○	×
	⑦民間病院・病床ストックの比率の高さ	×	×
	⑧病床の施設間における分散的分布	×	×
医療職	⑨高額医療機器の分散的配置および保有台数合計の大きさ	×	×
	⑩開業医の高い専門性(総合医の絶対的不足)	×	○
	⑪かかりつけ医(GP)が未確立	×	×
	⑫看護職における正・准構造	×	△
	⑬医局制度における平等主義的人事(戦後)	×	×

## 4、公的介護保険の縮小・全面民営化 ～公的保険の給付対称を絞り、現物給付を廃止

1、2000年から開始された市町村などを保険者とする公的介護保険は、認定対象者;644万人、財政規模;11兆円の規模に拡大、保険料負担が問題化、特養穂補助対象者の削減程度では焼け石の水。～スライド20

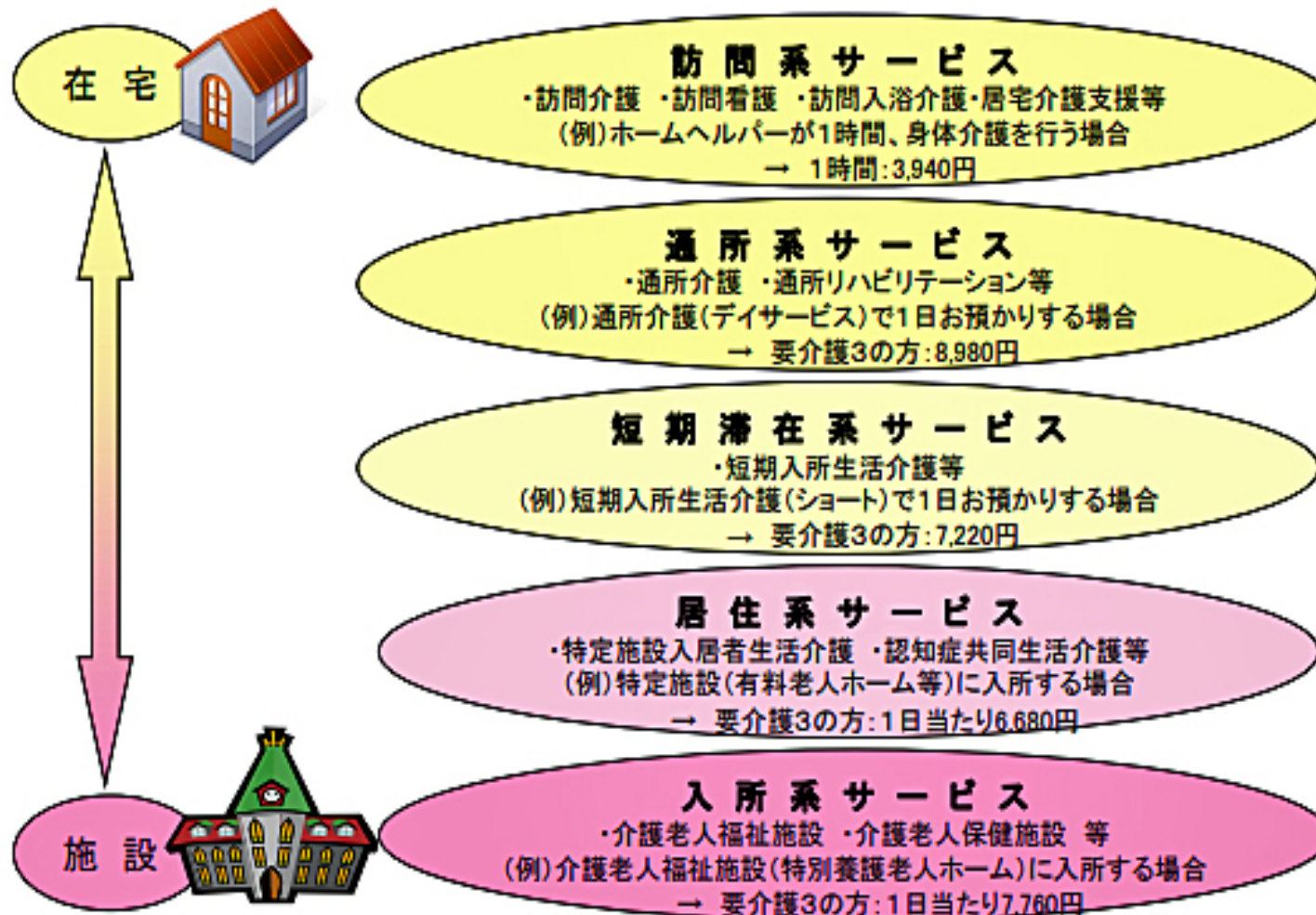
2、介護サービスを社会保険制度して実施しているのは、ドイツ、オランダ、韓国のみで他の先進国は全額税金で賄っている。ドイツ・オランダは現金給付中心、韓国は極めて小規模。サービスの現物給付中心は日本のみ。

3、そもそも質を管理できないサービスを公定価格で給付対象とする制度では、競争原理が働かず、非効率で、介護従事者不足は不可避。

4、公費で財源の1/2を賄っている保険制度は異例、保険料の負担も過大。～スライド21

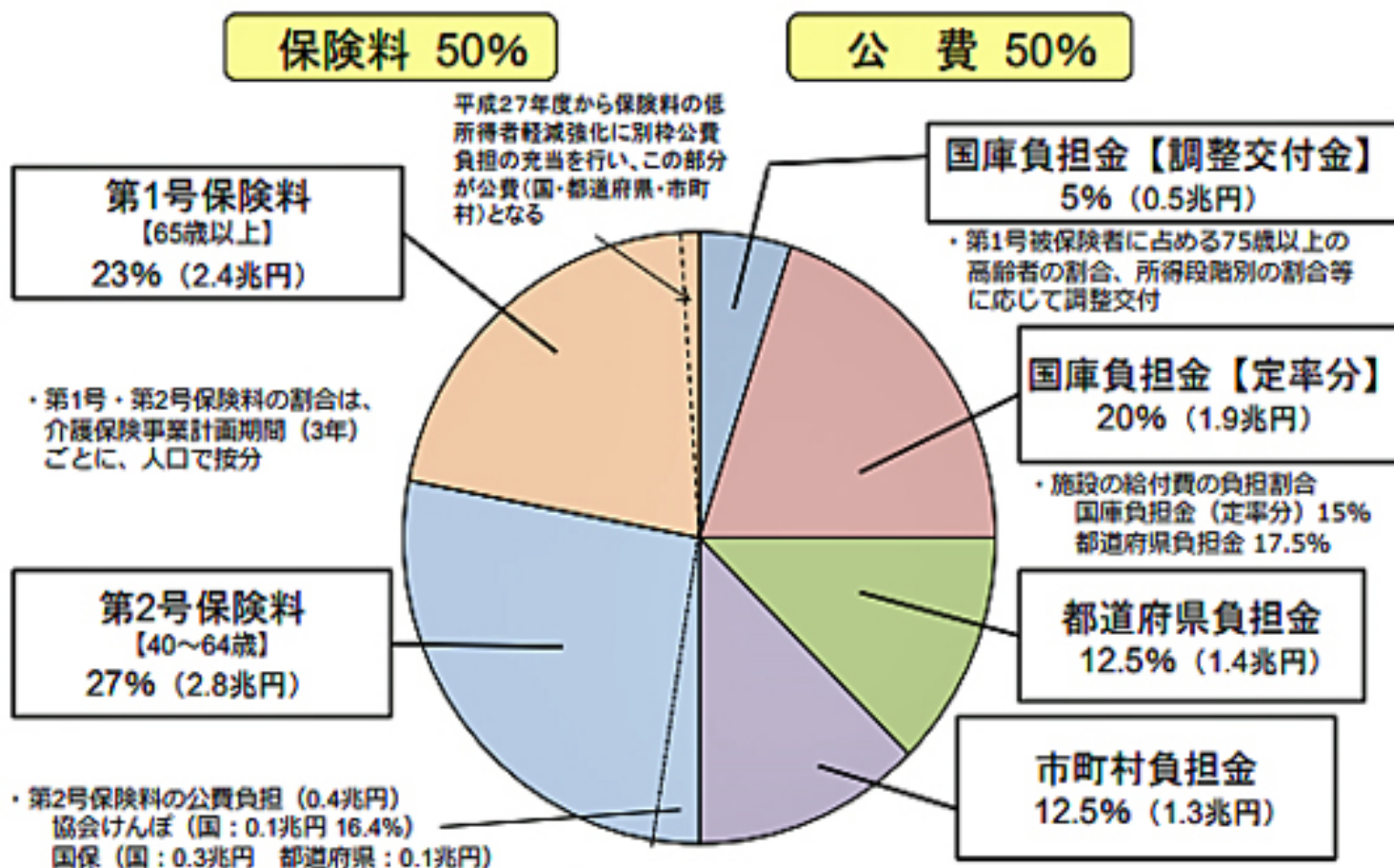
5、将来的には介護保険の縮小、介護サービスの現物給付は廃止に転換すべき～介護サービスは質の開きが大きく、現物給付に馴染まないため他の先進国はどこも追随しない。困窮者は公的介護、その他は私的介護で対処。

# 介護保険サービスの体系(2018年)



# 介護保険の財源構成と規模(2018年)

(30年度予算 介護給付費：10.3兆円)  
総費用ベース：11.1兆円



## 5、ヘルスケアの目標転換～地域包括ケア化

### 1、地域包括ケア化への転換が必要。～スライド22 の中央

#### ①ヘルスケアシステムの包括化

保健・医療・福祉が生活の質向上という目標を共有。

→高齢者の生活支援は医療・介護だけでは対応できない、介護に医師は不要。

#### ②ヘルスケアシステムの地域化

→患者の生活環境を引き継ぐことが重要、自宅死増を志向。～スライド23

→サービス主体も地域的に展開する方式が有効。

③病院は救命救急・高度先進治療を中心とした急性期医療に特化。

### 2、地域包括ケアの問題点

①異職種間の分業・スムーズな連携をいかにして実現するか。

→中間施設(特養・老健・社会的入院など)が弊害となる懸念大。

②医療・介護と生活支援の混合化・一体化をいかに進めるか。

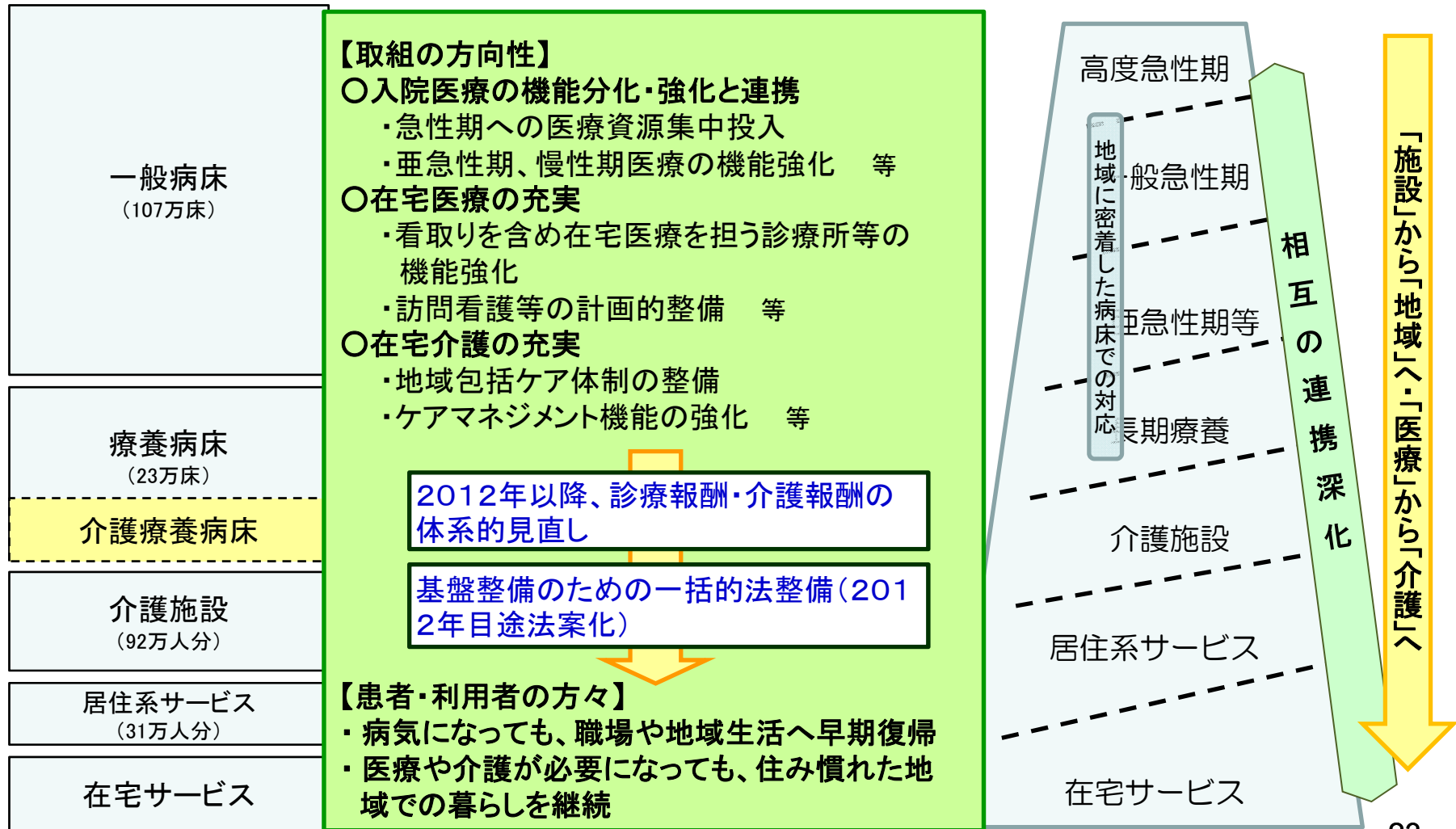
③連携の中核となる機関・役割・責任体制の明確化。

④ケアを担う職種の多様化と介護に関与すべきでない医師の権限縮小が必須。

# 将来に向けての医療・介護機能再編のイメージ

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】

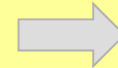


# 「超高齢社会」に対応した医療・介護の在り方

高齢化の下で進む大きな変化

主たる疾患の  
性質が変化

感染症型  
外因性：シングルファクター



生活習慣病・老化型  
内因性：マルチファクター

医療：

治す  
(原因を特定して取り除く)



予防・進行管理  
(患者本人の関与が不可欠)

Cf.

介護：

足りないものを補う（重くなるほど給付が増える）



自律を支える  
(自分でできることは自分で)

<基本コンセプト> 誰かに何かをしてもらう。 → まずは自分で取り組む。

スライド24～28の出所；2019年9月16日、SMBCグループ主催「人生100年時代FORUMでの経済産業省、江崎禎英政策統括調整官基調講演「生涯現役社会の構築～高齢化の進展と疾病の性質変化を踏まえて」資料



# 医療：疾患の性質変化にどう対応するか

治療スタンスの変化（健康・医療データの意義）

感染症型



生活習慣病・老化型

原因

外因性 個別要因  
＜シングルファクター＞

内因性 複数要因  
＜マルチファクター＞

診断に必要な情報

検査によって原因を特定

日々の生活・活動データ  
※ これまで正確な情報を入手することは困難（自己申告に依存）

求められるデータの性質

個々の診断・治療で完結  
データの接続性は必須ではない

継続的なデータが不可欠  
データの接続性がカギ

治療

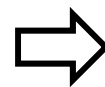
病名が付いてから対応  
専門医の技量に依存  
適切な投薬・手術がカギ

病名が付く前から対応  
総合的な判断（マルチ分析）  
生活指導（食事、運動、楽しさ、薬）

# 介護:何を実現するための介護なのか

## 目的の再確認

お年寄りは弱いもの  
支えられるべきもの



最期まで自律した  
生活を目指す

### 居場所

自宅：引きこもり  
→「何もしない、することがない」

自宅：住み慣れた場所でこれまで通り  
→「可能な限り生活・活動を継続する」

施設：介護リスクの低減  
→「何もさせてもらえない」

施設：新たな活動を行う場所へ  
→「ワクワクすることが始められる」

### 役割

特になし

誰かの役に立ち、「ありがとう」と言われる

### 活動

レクリエーション、読書、TVなど

地域の世話役、ボランティア、農業・・・

### 支援

生きるための支援

自律のための支援（プログラムの提供）  
「何ができ、何ができないか」を考える機会（大学等）

### 介助

食事、入浴、排泄の介助・・・

やりたいことをサポートする

自律と尊厳が失われていく！

常に自分の存在意義を確認！

# 医療・介護の見直しに向けた政策課題

多様な公的保険外サービスの創出（保険サービスのハイブリッド化）

<現 状>

- ★ 「予防」に対する効果的なサービスが提供できない。（医療）
- ★ 「生活支援」メニューが中心で、「改善」メニューはリハビリのみ。（介護）
- ★ ケアマネの報酬が公的介護保険サービスと連動。（介護）

<課 題>

- 健康の維持管理につながるサービスの提供が難しい（医療）
- 介護サービスを提供すること自体が目的に（介護）  
（高齢者にも漫然と続けられるリハビリ。  
デイサービス自体が社会参加の場に!?)

<取り組むべきテーマ>

- ★ 自らが主体的に行動し、最期まで存在意義を感じられるための支援を実現する。
- 積極的に参加したくなるサービスを創出。（ワクワク・ドキドキ/居場所、役割の提供）
- 民間保険との組み合わせによって、その人に合ったサービスを実現。（自賠償と民間保険）

# ハイブリッド型社会の構築

- 我が国においては、**生産年齢人口（15歳～64歳）**と**高齢者（65歳～）**人口が同程度となる期間が比較的長期間継続することが予想され、こうした人口構造を前提としつつ、**活力ある安定した社会を形成する**ことが求められる。
- このためには、**65歳以上の高齢者人口が年金制度をベースとしつつ経済活動への緩やかな参加**を維持することで**自立型の経済プレーヤー**となり、生産年齢人口が競争力を有する経済活動を継続することを可能にする**ハイブリッド型の社会**を構築することが重要。

## 生産年齢期（15歳～64歳）

## 第二の社会活動期（65歳～）

### 市場経済システム

- 経営者に対する**健康経営の普及・浸透**
- 職員自らが健康管理に取り組みやすい**環境の整備**。
- 金融市場、労働市場が**健康経営を評価する仕組み作り**。
- 個人の**健康度合いと連動する金融商品、健康関連サービス付き保険商品等**の開発。

- **緩やかな経済活動への参加**を可能にする**機会の創出**。
- **役割を持つことができ、高齢者を病人にしない高齢者住宅、コミュニティの整備**。
- 医療・介護サービスを受ける者や**軽度認知症でもできる仕事の創出**。
- **医療介護の予防・重症化予防**プログラムの整備、充実。

### 自給＋給付型システム

生涯現役社会の実現