

## 第8回懇談会の振り返り（事務局作成）

### 国や行政がやるべきことは何か

#### 1. 財政、社会保障の現状と将来———今の状況は「財政的幼児虐待」

##### （1）鈴木さんの報告

##### （今のままで社会保障制度は維持できるのか）

- ・日本の社会保障制度では、これまで、高齢者向け給付を増やすことが正しいこととされてきた。しかし、このままでは制度を持続できるか疑問。また、現役世代のリスクを社会的に共有する仕組みが相対的に弱い。
- ・消費ひとつとっても、引退世代は堅調である一方、現役世代は生活水準を切り下げている。その背景には、働き方が変化し、雇用が不安定になっていることがある。パイを生み出す現役世代に負担をかけすぎると、保険料や税金が払えず、ひいては社会保障制度自体の存続が困難になる。
- ・年金給付は、デフレから脱却すればマクロ経済スライドが作用しモデレートになるが、医療給付・介護給付が増大することにより、このままでは、2020年代半ば以降、プライマリーバランスの赤字は拡大し、政府債務残高は家計金融資産残高を超えてしまう。

##### （改革シナリオか、超改革シナリオか）

- ・「改革シナリオ」では、年金や医療等の給付抑制を行うとともに、成長戦略を打ち出す。あわせて、2030年代初頭には消費税率を20%に、また、その後も社会保障費が拡大することにかんがみ、消費税率は25%まで引き上げることが必要と考える。
  - ・さらに「超改革シナリオ」では、年金の所得代替率を40%まで引き下げ、医療保険における窓口負担割合を全年齢3割にする。国からの給付が減ることにかんがみ、民間の年金保険や医療保険を拡大することで、全体のリスクをマネージすることを提案する。国の役割は、お金を配ることではなく、民間のサポートにまわる。
  - ・「改革シナリオ」では、財政破綻は回避できるが、問題解決にはならない。他方、「超改革シナリオ」を選択すれば、問題解決も可能になるが、単に給付削減と負担増をすればいいというのではなく、あわせて民間の活用を考える必要がある。
- ⇒ このシナリオを受け容れる用意はあるか？それにともない何が必要か？

##### （2）意見交換

##### （今の財政の状況は、財政的幼児虐待）

- ・今の財政状況は、「財政的幼児虐待」に他ならない。財政に関わっている人には、次世代に負担を先送りしていることをもっと自覚してほしいし、国民もそれを認識すべき。
- ・今の日本は、借金を重ねている人が高級車を乗り回しているようなもの。
- ・世代によって、どの政策分野に重点を置くのかが異なる。例えば、限られたお金でどれを選ぶかを考える際に、10年後の自分だったらどれを選ぶかを改めて考えることによって、「ない袖は振れない」ことを認識すべきである。
- ・国債の金利が上がれば、「ない袖は振れない」ことを認識できるようになると思う。

##### （給付と負担のアンバランス———民主主義や金融市場の規律は機能しているか？）

- ・アジア的な家族主義がありながら、ヨーロッパ的な福祉国家を目指したことで、日本の社会保障はある種独特な発展を遂げた。例えば、ヨーロッパでは給付と負担のバランスが図られるところであるが、日本では「負担増には応じない」という風潮が強い。
- ・給付と負担のバランスについては、民主主義を通じて統制するのが一般的だが、日本で

は民主主義が機能していない。金融市場による規律も働いていないのが現状である。

### **(国の持続可能性を「自分ごと」として考えることができるか?)**

- ・北欧では、新自由主義を取り入れ、交易を盛んにした結果、国民が流出するとともに移民が流入した。福祉国家は、そのような不安定な市場に対する緩衝材として役立っている。ただし、福祉国家は、全員が働き、全員が参加することを前提として成立するもの。日本でも、福祉国家を維持するのであれば、国民がどの程度まで負担できるかを、「自分ごと」として考えなければならない。
- ・北欧では、自国に対する愛国心が強いため、税金が高いことについて、抵抗感が少ない。日本でも、小手先の方法として税金の使い道を説明するよりは、そもそも日本を好きになってもらうことが、国民に「自分ごと」として考えてもらうための近道になると思う。
- ・日本では、お上と国民という発想が強く、中には、自分たちの払った税金が自分とは別の人のために使われているのではないかと疑っている人もいる。スウェーデンであれば人口が 900 万人しかいないので、国民が「自分ごと」として考えることが可能だが、人口が 1 億を超える日本では、自分が属しているコミュニティに抱く親近感を国レベルにまで広げることは難しいと思う。先進国の中で人口が 1 億人を超えているのは日本とアメリカだけであるが、現に、日本とアメリカの国民負担率は低い。

### **(単純に高齢者＝弱者とみるべきではない)**

- ・弱者対策というときの弱者とはいったい誰なのか。弱者＝高齢者という言われ方がされているように思うが、年齢で切り分けてしまうと、社会保障制度の持続性は維持できない。何のための改革なのかを再認識する必要がある。
- ・日本の平均余命は伸びており、アクティブな高齢者が増えることも念頭に置くべき。
- ・財政を世代問題として語るには限界があるのではないかと。まず、高齢者内格差問題として、裕福なお年寄りとそうでないお年寄りに圧倒的な格差がある。
- ・高齢者、特に団塊の世代は、シニアと呼ばれたくない人が大半であり、社会の役に立ちたいと思う人が多い。支えられる高齢者像から脱却し、元気に過ごしつつ、自分たちでどう支え合っていくかを考えていく必要がある。
- ・高齢者だというだけで優遇することに、合理性はないのではないかと。また、例えば 3 人以上子どもを産んだ人を、税金や保険料の面で優遇してもいいのではないかと。

### **(将来世代の声をどのような形で代表すればよいのか)**

- ・子どもに比べて大人は、「自分ごと」化することと、具体的な行動につなげることとの間に、やや隔たりがあるように感じる。
- ・これは典型的な世代間正義の問題、すなわち、現役世代と将来世代の利害が対立するとき、正義にかなった利害分配が可能かどうかという問題である。将来世代のうち、現役世代が亡くなる頃に生まれる世代は、現役世代と同一の場で民主的討議を行うことができず、結果、現役世代に有利な選択がされてしまう。これは民主制の根本的な問題であり、原理的に解決困難であるとされている。
- ・世代別選挙区制が一つの解決策になるという人もいる。すなわち、現代社会において世代が一つの対立軸になることに注目し、世代別に代表を出す（なおかつ、人口の少ない世代が過剰代表されるようにすればいい）というもの。
- ・どういう形で国民の声を代表するかということに対して、絶対的な解はないが、一つの考え方として、若い女性に 2 票与えるという考え方がある。若い女性は、自分の子どものことを考えた投票行動をとるだろうから、子どもの代表権を与えればいいというもの。

投票でものごとを決めるに当たり、利害対立の観点からではなく、国の持続可能性の観点から、皆が合理的だと思える解を考えるべきである。

- ・今の日本国民に、「自分ごと」なのだからこのように判断するという自己決定能力があるか。われわれの社会は、自己決定できて社会のことを判断できる能動市民と、自己決定できず恩恵を受けるだけの受動市民を区別せず、一人の市民として認める方向を選択してきた。果たしてその原理でどこまで対応できるのか。例えば、未成年であっても、自分の生活の良し悪しを判断できる。能力に応じて処遇するのか、一定年齢以上であれば同一に扱うのか、どちらの社会を選択するか改めて考えなければならない。

### **(福祉国家から参加型国家へ——持続可能な社会保障制度を目指して)**

- ・一方、これまで若者問題として語られてきたニートや引きこもりも、あと何十年後かには高齢者問題になる。加えて、今後死ぬまで働き続けなければならない時代になることにかんがみれば、世代という概念がどこまで有効な切り口なのか。現に、ヨーロッパ諸国において、福祉国家から参加型社会への動きが出てきていることを考えれば、従来型の福祉国家はもはや目指せないのではないか。
- ・「親の面倒を誰がみるか」という点で、日本的親孝行思想が立ち行かなくなりつつあると感じる。介護離職が社会問題化しているが、介護問題と働き方の問題は密接に関わっている。これまで、働き方の多様化は、育児休暇を取得する女性の働き方という文脈で語られてきたが、近い将来、女性のみならず男性にも、介護を前提としてフレキシブルな働き方を求めなければならなくなるだろう。
- ・あらゆる人がいつか高齢期を迎える。したがって、社会保障制度は、長期的に持続可能でなければならない。世代間対立を助長するのではなく、現役世代と引退世代が Win-Win 関係になるような仕組みを考えなければならない。
- ・ゼロサムゲーム下における利害調整は困難。したがって、経済成長は重要である。社会保障分野においても、市場の機能を活かし、民間の知恵を活用することをより発想すべきである。他方で、経済成長すれば問題が解決するわけではない。経済成長や物価上昇には、歳出を増やす側面もある。また、これとは別に、高齢化が進む。
- ・今回、消費税を社会保障のために使うことを決めたことで、負担と受益を比較衡量するプラットフォームができたように思う。今後この仕掛けをうまく活用することが重要。

## **2. 終末期医療にみる、国や行政がやるべき範囲のケース・スタディ**

### **(1) 武藤さんの報告**

#### **(「高齢者」とひとくくりせず、どの段階に資源を投入していくか考えることが必要)**

- ・武藤さんの祐ホームクリニックでは、年間 600 人程度の患者を診ているが、そのうち 150 人程度を看取っている。週で言えば 3 人程度亡くなっている。
- ・一口に高齢者と言ってもいろいろ。アクティブシニアがだんだん虚弱化していき、最後は在宅医療を受ける。70 代前半では、男性の 7 割、女性の 9 割が他の人の助けを必要としており、社会として、どの段階に資源を投入していくか丁寧に見ていく必要がある。

#### **(医療費・介護費の増大と、在宅医療に対するニーズの高まり)**

- ・社会的背景、財政事情、国民のニーズのどれもが、今、在宅医療を求めている。日本では、年間 110 万人が亡くなっているが、これが 160 万~170 万人に急速に増えていく。これを誰が支えるかということが問題。高齢者単独又は高齢者のみの世帯が、今後 7 割を超えてくるため、医療費とともに、これからは、介護費も非常に増えていく。
- ・なぜ在宅医療の取組みを進めているかと言えば、QODを高めるということもあるが、

本質的に、在宅はお金がかからないから。もし最後のヶ月を病院で過ごすと、治療費抜き（入院の基本料）で50万円近くかかるが、在宅医療は全て込みで17万円弱。

- ・ベッドが多いと、病院には、これを患者で埋めようとするインセンティブが働くので、結果としてより医療費がかかる。今後は、明らかにベッドを減らす方向に行くので、170万人の死んでいく人たちは、病院ではないところ、例えば家や施設に行くことになり、その医療は在宅医療が提供することになる。

### （在宅医療が目指すものは何か？）

- ・どんな統計を見ても、6割くらいの方が自宅で亡くなりたいと思っている。しかし、現実にならなっているのは1割程度。その理由は、家だと家族に負担がかかるため。
- ・在宅医療は、患者が置かれている社会環境の中で全てを完結させることが最大の目標。したがって、在宅医療チームが一体となって、患者や家族の精神的なケアも含め、患者の最期をソフトランディングさせていくことに力を尽くす。
- ・最期に、その人の人生観をどう実現してあげるか。周りの環境をどう整えて、その人が自由になれる場所を作ってあげるか。それが、ひいては不安を少しでも減らせる社会につながるものと信じている。

### （在宅医療を通じて社会モデルを作る）

- ・自分達がいかにやっていることは、3つのステップ（在宅医療の提供、在宅医療・介護の連携、医療・介護・生活の包括支援体制の構築）を踏みながら社会モデルを作ること。
- ・患者を中心として、医師や看護師、ヘルパーなどたくさんの方が関わっているが、地方に行けば行くほど医師が偉く、コミュニケーションがとれなくなることもあるので、ICTを活用してうまく情報共有できないか試みている。
- ・石巻にいる支援の手がほとんど届いていない人々について、我々は、評議会を立ち上げ、2万件の世帯訪問を行い、データベース化し、支援につなげるという活動を続けている。
- ・在宅被災者に聞くと、約6%の方が、死んでもかまわないとっていて、彼らは外出しないとか、頼れる人がいないなど、何かあったときにSOSを発することができない人々。お金（貧富）とか職業ではなく、人との縁が、生きる希望を大きく左右していた。
- ・住民にインタビューをしても、とにかくつながってほしいということだったので、今は、コミュニティ作りの側方支援で、ある一定の成果を収めている。

### （行政と多様な民間が連携し、高齢者に早めに介入していく）

- ・これから財政もどんどん厳しくなり、公的サービスが縮小していく中では、高齢者に早めに介入することが重要。コミュニケーターと呼ばれる、例えば宅配便やガス、電気の検針の人などが、虚弱化、孤立化している高齢者を早めに見つけ出し、クラウドを通じて情報分析して、介入する。公的サービスだけでなく、民間の食や移動サービス、つながりを作るNPOなどのミックスを早めに提供する。
- ・民間と行政が情報を共有し合い、リスクを減らしながら、早めに適正なサービスを提供する社会を目指して取組みを進めている。現在、石巻でα版ができたかな、といったところ。β版を神奈川や埼玉で展開しようとしており、やがてこれが地域全体に広がれば。
- ・その人が最期の時間をどう過ごしたいか、その人の死に方を尊重できるようにすることが、ひいてはいい国を作るための大きな鍵になる。ぜひ多様な企業が連携するプラットフォームを作り、その上にさまざまなサービスを載せていくモデルを実現したい。

## （2）意見交換——終末期医療について

## ①延命治療をどう考えるか？

### (本人の意思を尊重するというだけで、うまくいくのか？)

- ・自分のこととしては、メンバーの多くは、無理な延命治療は望まないという意見であったが、家族のこととしては、若干の迷いを感じる意見もあった。
- ・治療中止をめぐるトラブルの典型例は、見舞いにすら来なかった家族が、治療を中止したことを非難するというケース。また、突然現れた「遠くの親戚」が「なぜ十分な延命治療をしないのか」と家族や医師を非難することも多いとのこと。医者や身近な家族は、後に非難されないよう、やれることはやったと言えるような選択をしがち。これを避けるためには、保険適用の範囲や医療の提供水準はここまでということを開示しておくことが重要。
- ・今後、認知症の高齢者が増えていく中で、そもそも本人の意思が本当にそうなのか疑わしい場面も増えてくる。そうすると、医者が最善の治療を行うことを前提として、終末期医療について、国としての基準を示す必要があるのではないかと。今は皆が、誰かが費用を負担してくれると思っているが、それではもたない。
- ・オランダでは、尊厳死や自殺幫助の合法化など、社会から苦痛なく退出する自由が与えられている。これは究極の自己決定権の保障である。

### (どう死ぬかではなく、どう生きるかではないか——北欧諸国における考え方)

- ・どう死ぬかではなく、どう生きるかという問題であるように感じる。北欧では、高齢者が管から栄養を取ることに對して、「人間の尊厳を奪っている」と批判されると聞く。延命治療を無理に施さないことに對して、心理的抵抗があまりないように感じる。
- ・スウェーデンは、その寒さゆえ、長い間食料が不足していた。全員が生き延びることができない状況の中で、「民族として命の選択」をしなければならなかった。逆に言えば、生きて元気な人の労働力は貴重であり、女性はどんどん社会に進出し、移民の受け入れが進んだ。その結果、所得格差が少なく、ジニ係数が低い社会になった。スウェーデンでは、高い税金を払っても、それが自分に返ってくる感覚があるため、高い税金を払うことに抵抗感がないのだろう。

### (「自分ごと」としてとらえるためのデザイン)

- ・生活の中で、選択を迫られる瞬間はとても少ない。自分の意思を定期的にチェックする機会があれば、「自分ごと」として考えられるようになるのではないかと。
- ・メカニズム・デザインの理論では、いかに社会にとって良い方向に意思決定を誘導するかを考えている。例えば、言語や宗教に違いのない大陸ヨーロッパの2つの国でも、一方は臓器提供することが、他方は臓器提供しないことがデフォルト・オプションになっている場合、臓器提供の割合に大きな差が生じている。個人に選択の自由があっても、その選択は、その社会のデフォルト・オプションに引きずられることがある。

## ② どこまでが公的に保障する医療か？——予算制約を視野に入れて

### (医療にかかるコストは「見える化」されているか？)

- ・80歳を超えると、1人当たり医療費が年間100万円になるという統計がある。なかには、本人はもとより周りの家族が、どれだけ費用がかかるかわからないまま、終末期医療の継続を望んでいる場合もあるように感じる。
- ・医療にかかるコストを可視化するという方向に社会が変わってくるかどうかは疑問。
- ・仮に国が財政破綻すれば、公的な医療保険では最低限ここまではやるが、プラスアルファの治療はこの中から自費で選んでください、という時代がもしかすると来るかもしれ

ない。そのときになってからでは遅いので、今からどこまでが公的に保障する医療で、どこからが追加の治療なのかを考えておかなければならない。

### **(コスト意識を叩き込まれるアメリカの医学部)**

- ・医療にかかっているコストを理解しないままに、医療はまるでタダであるかのように思っている人がいる。国民の意識もそうだが、医師の意識としてもそう。アメリカの医学部では、初日に、検査や治療にかかるコストを叩き込まれる。日本の医師の意識にも、どう埋め込むかが重要である。
- ・それは、アメリカには国民皆保険制度がないから。患者が加入している保険によって、どこまで保険が適用されるのかが変わってくる。アメリカでは、ソーシャルワーカーが、医者と患者に対して、コストを明示しつつ選択を問うような仕組みになっている。

### **(患者の希望と費用負担——予算制約を曖昧にしてきた日本の医療)**

- ・医療提供のあり方にはさまざまなモデルがある。例えば、アメリカが典型例である市場主義モデルでは、患者の希望はかなうが、それにかかる費用は自己負担。また、かつてのイギリスが典型例である社会主義モデルでは、費用は社会が負担してくれるが、希望する医療をなかなか受けられない。
- ・いずれのモデルでも、予算制約の範囲内で、どのような医療を提供するかを政治が判断している。しかし、日本では、予算制約をあいまいにしながら医療が発展してきたため、今まさにそこが問われている。

### **(各自の負担額に差を付けられるか)**

- ・終末期医療を受けるか受けないかで、保険料に差をつけてもいいのではないか。
- ・今後、予防医療がメインになってくる中で、例えば、たばこを吸う人や、健康診断を受けていない人が病気になった場合、自己負担額に差を付けるなど、ある種のペナルティもしくは優遇策を受けてもらうことも考えられるだろう。
- ・憲法 25 条や生活保護制度のある日本では、ペナルティの付与までコンセンサスが得られていないのが実態である。ただし、それをまかなえるだけの財政的余裕はあるか。

## **③イソップ寓話「アリとキリギリス」の結末**

### **(支えられる側が増えていく中で、今までのように支えきれぬのか?)**

- ・10匹のアリに1匹のキリギリスが助けを求める場合もあれば、10匹のアリに10匹のキリギリスが助けを求める場合もある。10匹全員を家の中に入れてあげると、春が来るころには食べ物がなくなってしまう。そこで、10匹のキリギリスのうち、保険に加入している5匹のキリギリスだけ家の中に入れてあげて、残り5匹は見捨てるか。しかし、その残り5匹が認知症で、意思決定ができないときにどうするか。
- ・食料を与える代わりに巣の掃除などをさせるならば、ワークフェアの発想。しかし、状況がより厳しくなれば、そもそも夏のうちからキリギリスに就労を義務付ける必要に迫られるのではないか？
- ・働けない、財産もない、コミュニティと関わろうとしない高齢者には、行政が手をさしのべるほかないのではないか。他方で、元気な高齢者が増えていけば、高齢者がキリギリスを含めたコミュニティを自ら支えていくという状況を作ることが大切。
- ・日本では、市場が安価に食料品を提供し、それが福祉の代わりになっているため、キリギリスでも生きていけるのではないか。

＜文責：行政改革推進本部事務局＞