

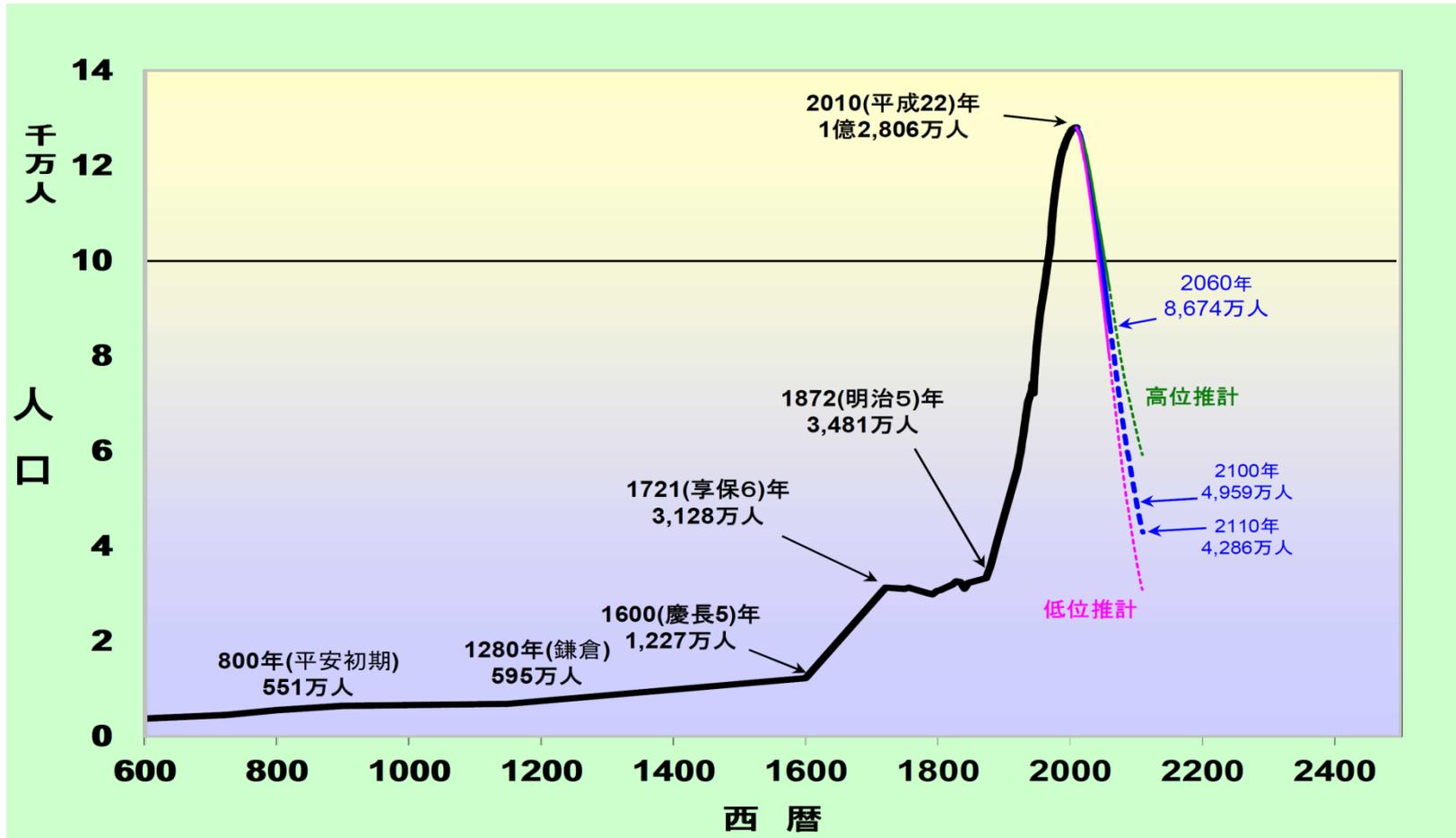
医療介護福祉政策研究フォーラム「2019年新春座談会」

2040年に向けての医療・介護の挑戦 —医師会、医療・介護を 実践する視点から—

2019年1月10日

公益社団法人 日本医師会
常任理事 江澤 和彦

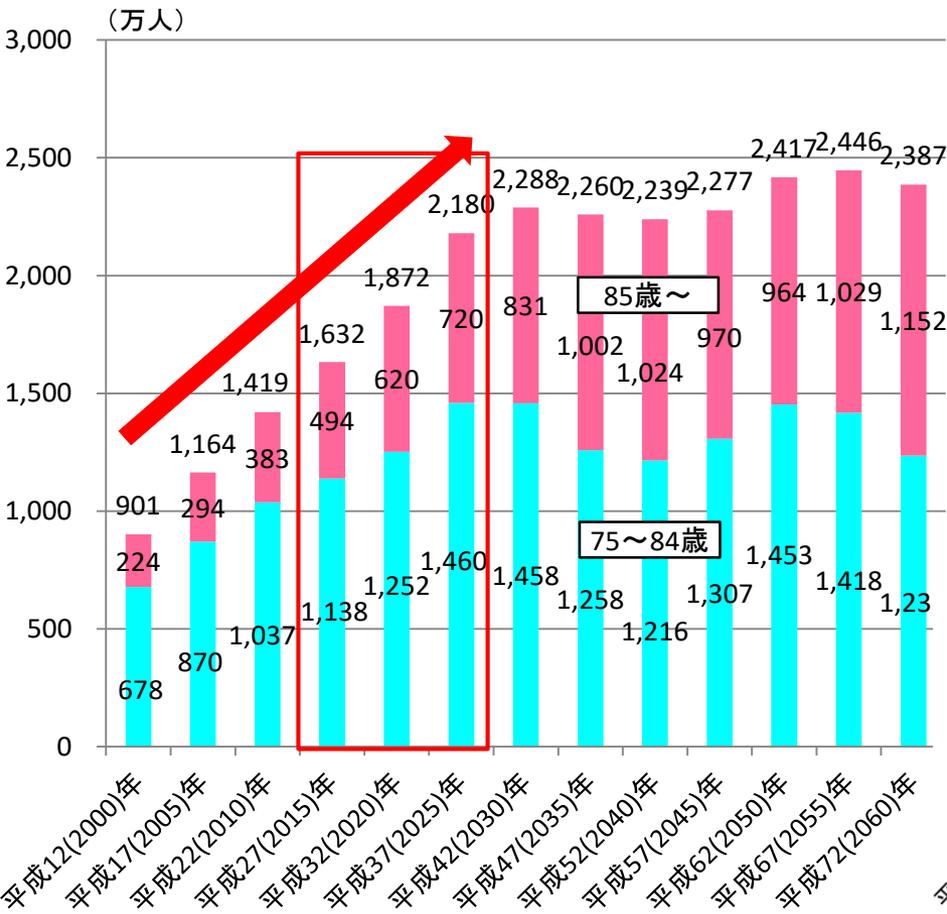
日本人口の歴史的推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])。

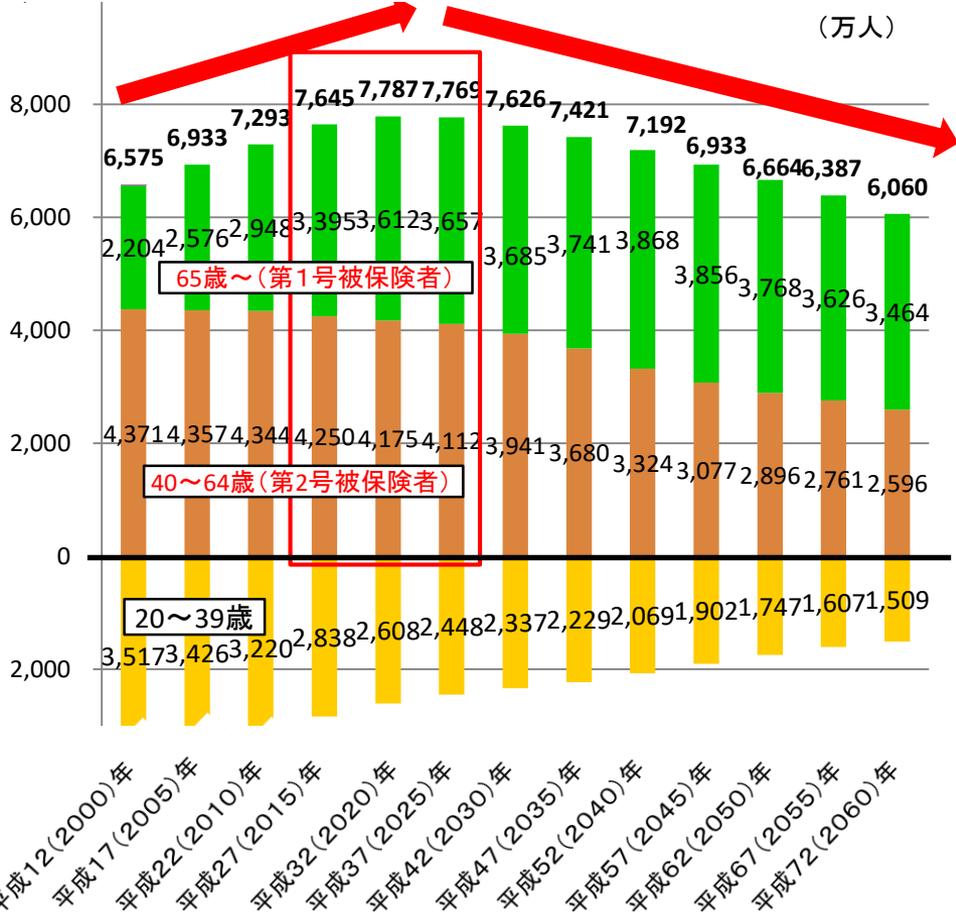
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。
 ○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。

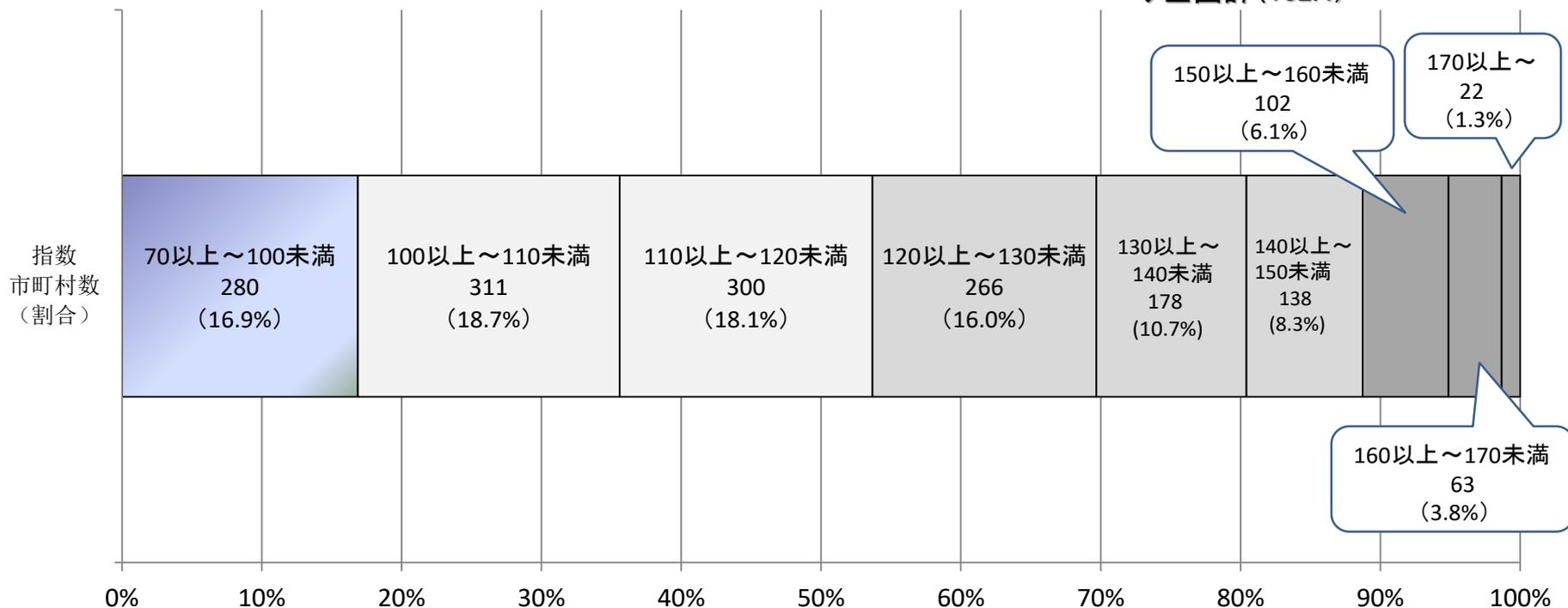


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数

◆全国計(132.4)



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

日本医師会の基本方針

● 基本方針

1. かかりつけ医を中心としたまちづくり
2. 人材育成の視点にたった人づくり
3. 医療政策をリードし続ける組織づくり

● 目指すべき方向性

1. プロフェッショナルオートノミーに基づく医師の働き方改革
 - 医師の健康管理と地域医療のバランスと財源確保
2. かかりつけ医機能の拡充による地域医療の強化
 - かかりつけ医機能研修制度と看取り・人生会議
3. 経済・財政・社会保障を一体的に考えた国づくりの推進
 - 経済動向にふさわしい医科本体財源の伸びの確保
 - 物品費の抑制と新たな財源の確保

社会保障への国民不安

◇国債発行残高

○平成元年：161兆円→平成30年度末見込み：883兆円

○財政審：「受益の拡大と負担の軽減・先送りを求める圧力に抗えなかった時代」→第二次世界大戦末期の水準

◇75歳以上の人口伸び率(対前年比)

○2019年：2.9% 2020年：1.1% 2021年：0.5%

○2022年：4.1% 2023年：4.2% 2024年：3.9%

→社会保障費自然増9000億円↑

◇社会保障に関する意識調査：対象20歳以上(厚生労働省)

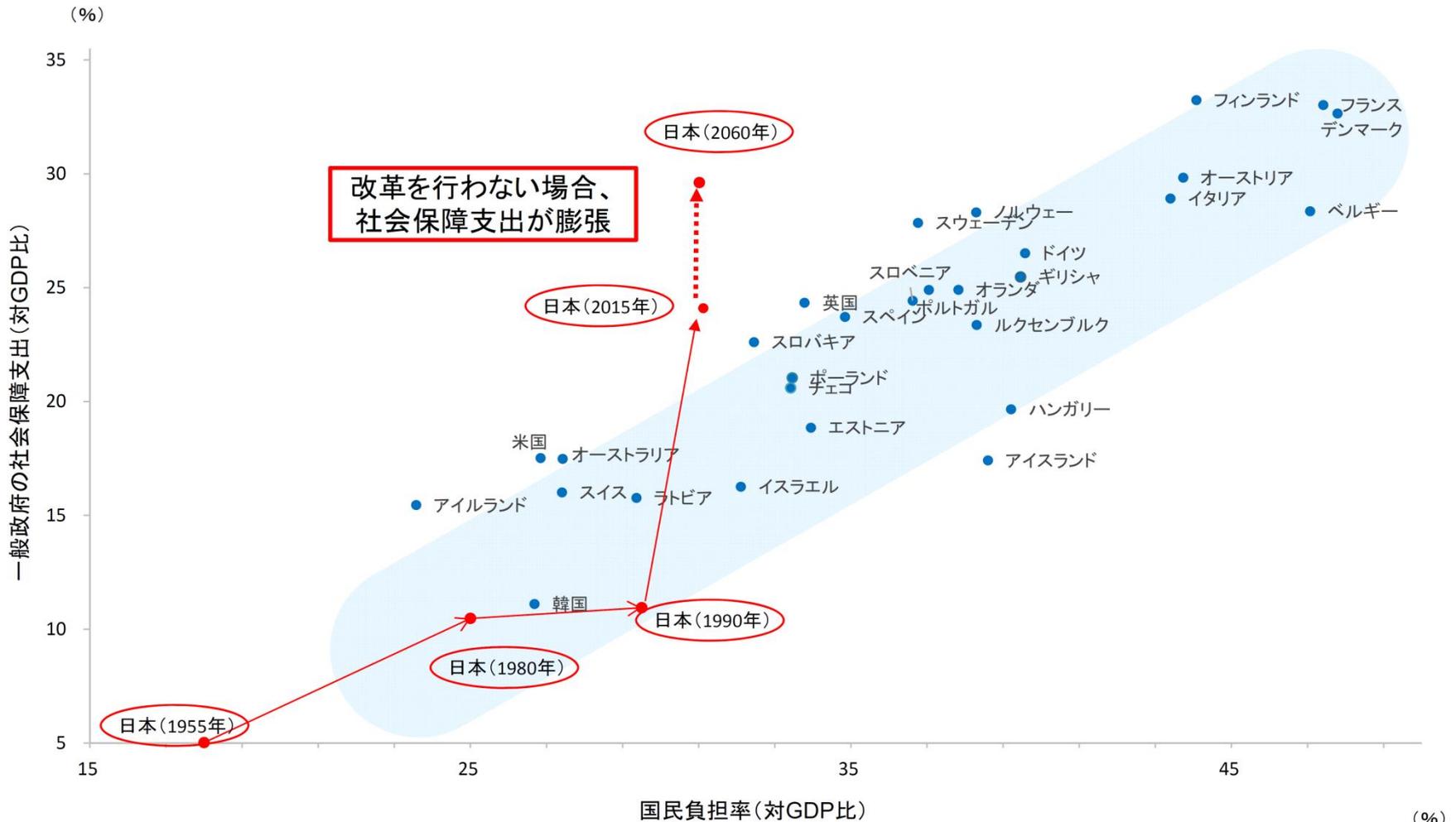
○年金への不安：8割超

○医療・介護負担増への不安：5割超

◇家計金融資産残高1859兆円>一般政府金融負債残高1284兆円

(2018年9月)←GDPの6割を占める家計消費・消費税10%は一里塚

OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係



(出典) 国民負担率: OECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”、内閣府「国民経済計算」等。

社会保障支出: OECD “National Accounts”、内閣府「国民経済計算」。

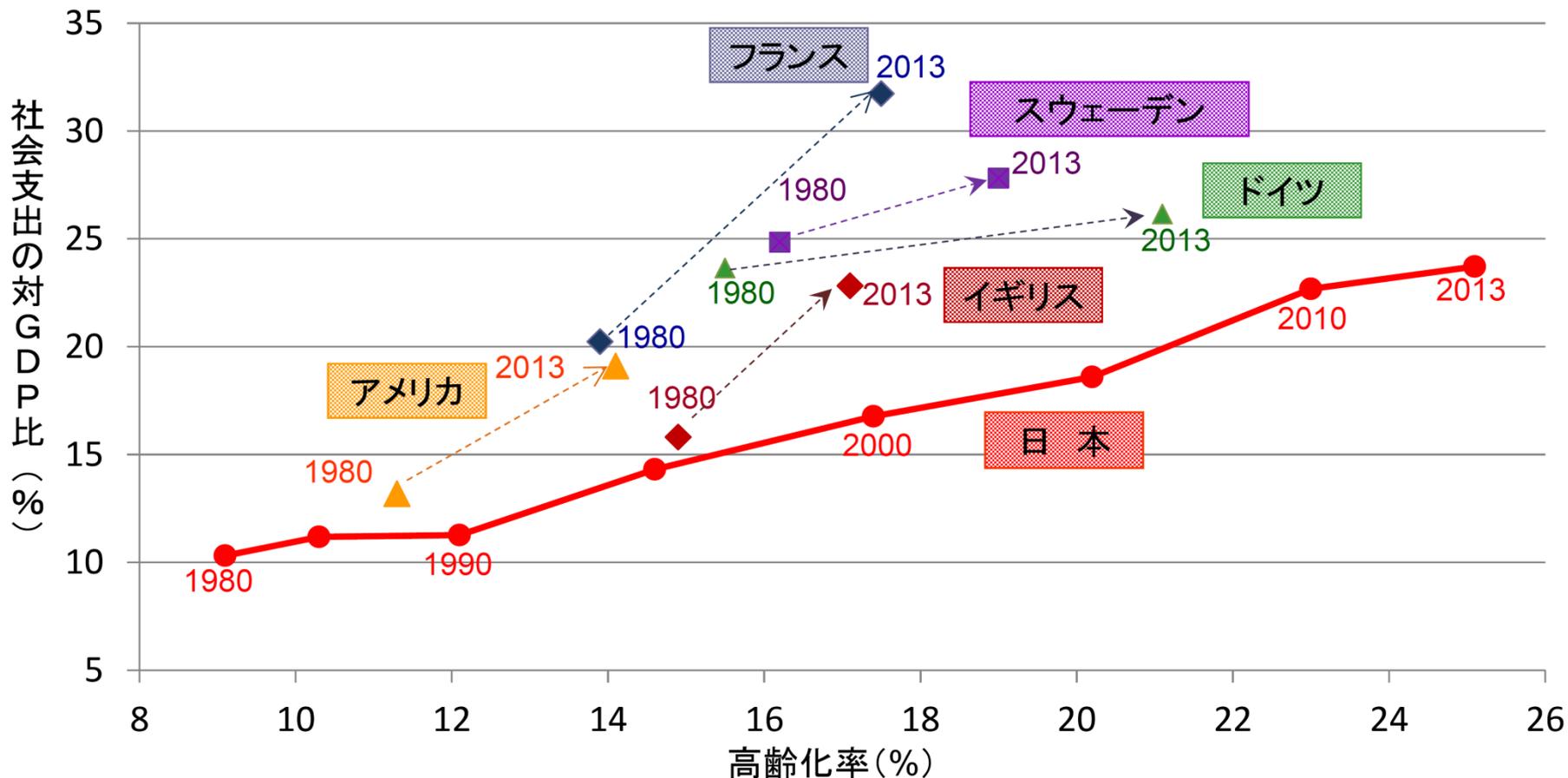
(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。

(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。

(注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(平成30年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

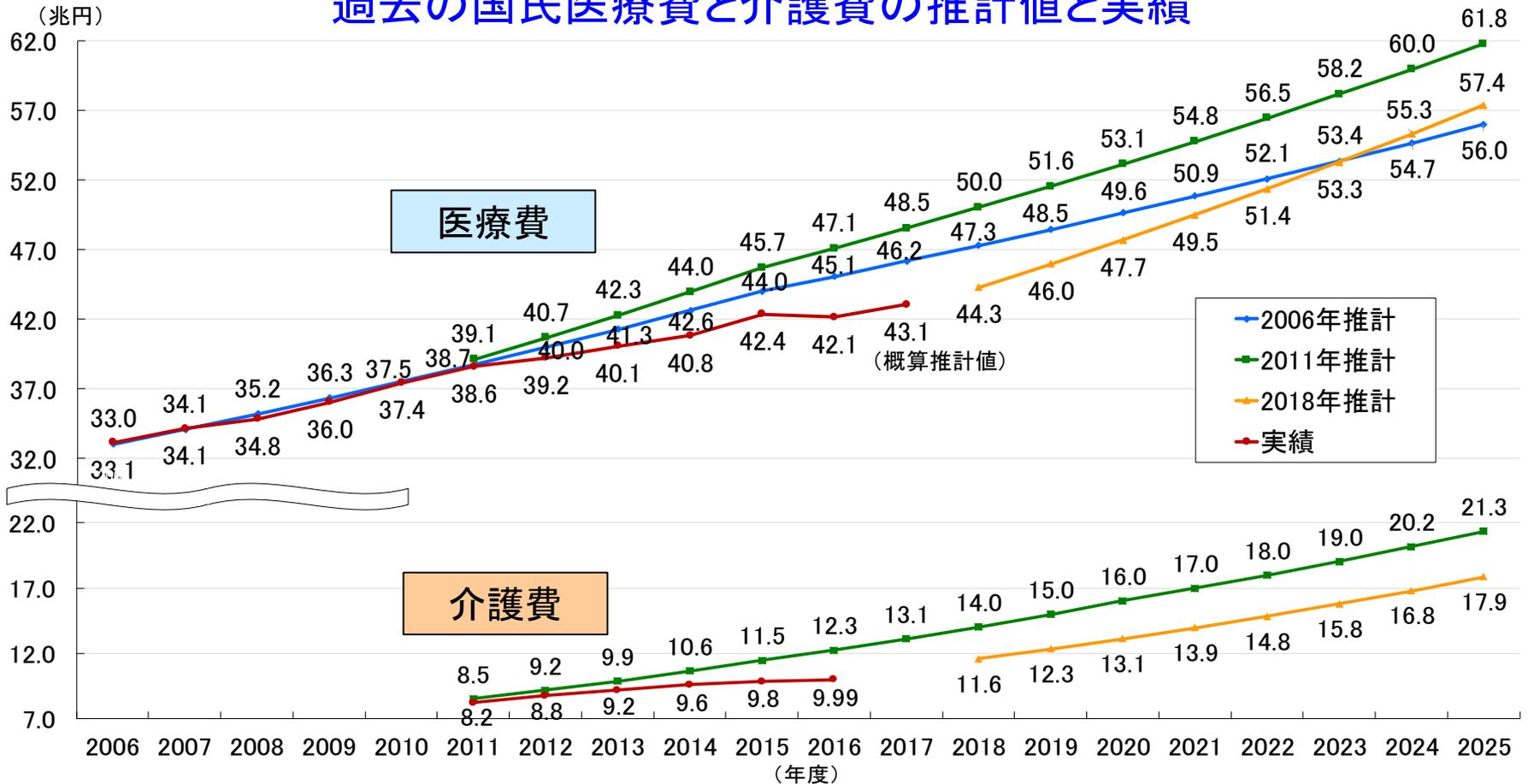
高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較

- 日本の高齢化率は1980年から2013年までの33年間で約16%上昇。
- この間、日本は社会支出の規模(対GDP比)も約13%上昇。
高齢化率を勘案すれば、先進諸国に比して、むしろ低いか又は同程度の水準。



(資料) OECD(2016): OECD Social Expenditure Database, OECD Health Statistics 2016 より作成

過去の国民医療費と介護費の推計値と実績



(推計パターンについて) 2006年推計は「改革実施前」と「改革後」の2種類の推計のうち、「改革後」の推計値を掲載。

2011年推計は「現状投影シナリオ」と「改革シナリオ」の2種類の推計のうち、「改革シナリオ」の推計値を掲載。

2018年推計は「現状投影」と「計画ベース」の2種類の推計のうち、「計画ベース」(賃金・物価上昇率の平均+0.7%)の推計値を掲載。

<医療費>

※2016年度までは厚生労働省「国民医療費」、2017年度は「平成29年度 医療費の動向」から推計(概算医療費が国民医療費の約98%であることをもとに推計)。

※2018年推計は給付費が公表されているため、2016年度の国民医療費に占める給付費の割合が88.5%であることを利用して推計(介護費も同じ)。

※2006年推計、2011年推計、2018年推計で公表されていない年度については、公表値から年平均伸び率を計算して推計。

*厚生労働省「第1回医療費の将来見通しに関する検討会」資料(2006年12月27日)、内閣官房「医療・介護に係る長期推計」(2011年6月2日、2012年3月に改定)、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月21日)より作成

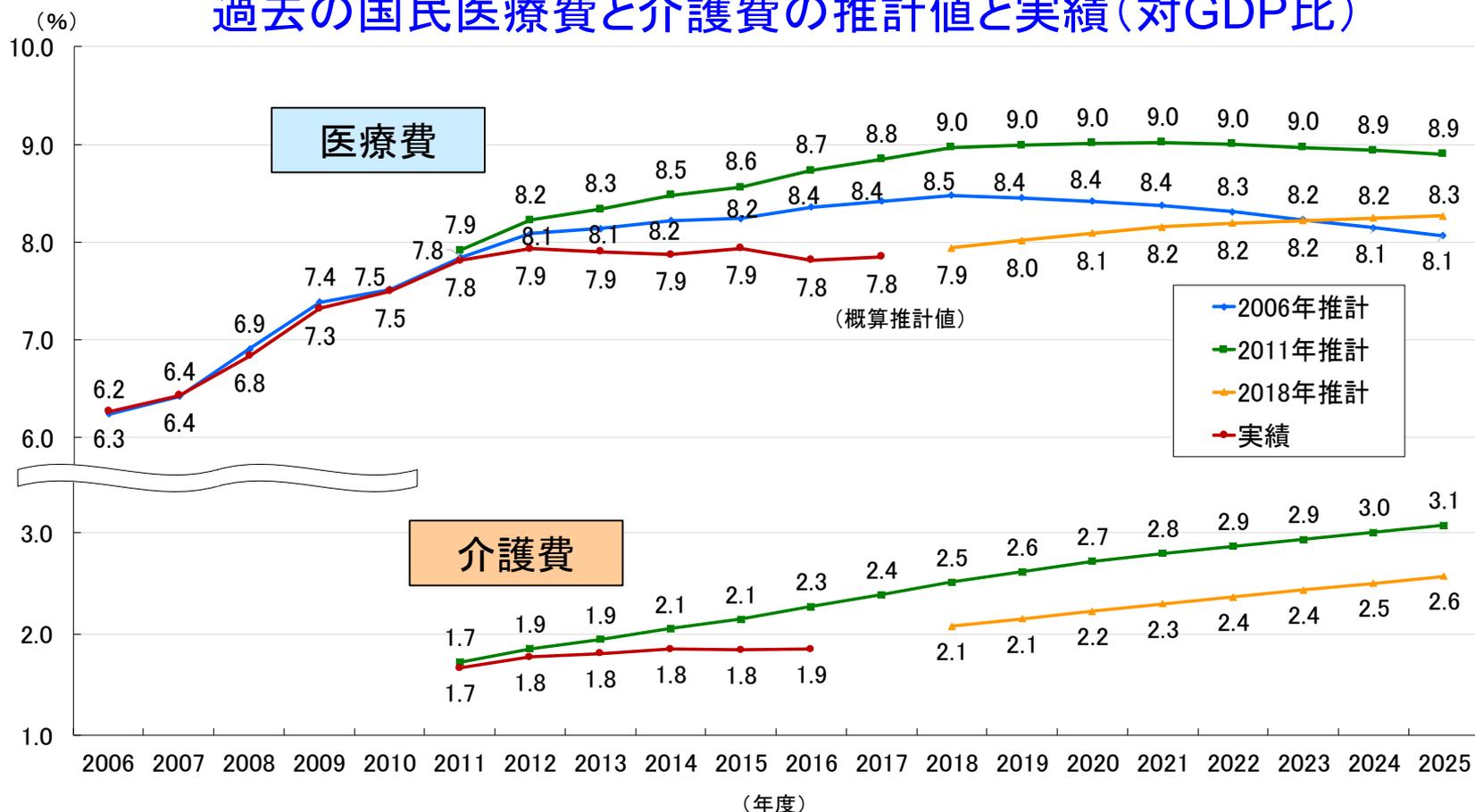
<介護費>

※2011年推計は内閣官房「医療・介護に係る長期推計」(2011年6月2日)による。公表されていない年度については、公表値から年平均伸び率を計算して推計。

※2018年推計は内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月21日)による。給付費のみの公表のため、2016年度の介護給付費が介護費の92.38%であることから推計。

*実績値は厚生労働省「介護保険事業状況報告」による。高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む。

過去の国民医療費と介護費の推計値と実績(対GDP比)



(推計パターンについて)2006年推計は「改革実施前」と「改革後」の2種類の推計のうち、「改革後」の推計値を掲載。

2011年推計は「現状投影シナリオ」と「改革シナリオ」の2種類の推計のうち、「改革シナリオ」の推計値を掲載。

2018年推計は「現状投影」と「計画ベース」の2種類の推計のうち、「計画ベース」(賃金・物価上昇率の平均+0.7%)の推計値を掲載。

<GDP>

※名目GDP。2017年度までは内閣府「国民経済計算年報」(2011年基準)、2018年度以降は内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(2018年7月9日)の成長実現ケースによる。

<医療費>

※2016年度までは厚生労働省「国民医療費」、2017年度は「平成29年度 医療費の動向」から推計(概算医療費が国民医療費の約98%であることをもとに推計)。

※2018年推計は給付費が公表されているため、2016年度の国民医療費に占める給付費の割合が88.5%であることを利用して推計(介護費も同じ)。

※2006年推計、2011年推計、2018年推計で公表されていない年度については、公表値から年平均伸び率を計算して推計。

*厚生労働省「第1回医療費の将来見通しに関する検討会」資料(2006年12月27日)、内閣官房「医療・介護に係る長期推計」(2011年6月2日、2012年3月に改定)、

内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月21日)より作成

<介護費>

※2011年推計は内閣官房「医療・介護に係る長期推計」(2011年6月2日)による。公表されていない年度については、公表値から年平均伸び率を計算して推計。

※2018年推計は内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月21日)による。給付費のみの公表のため、2016年度の介護給付費が介護費の92.38%であることから推計。

*実績値は厚生労働省「介護保険事業状況報告」による。高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む。

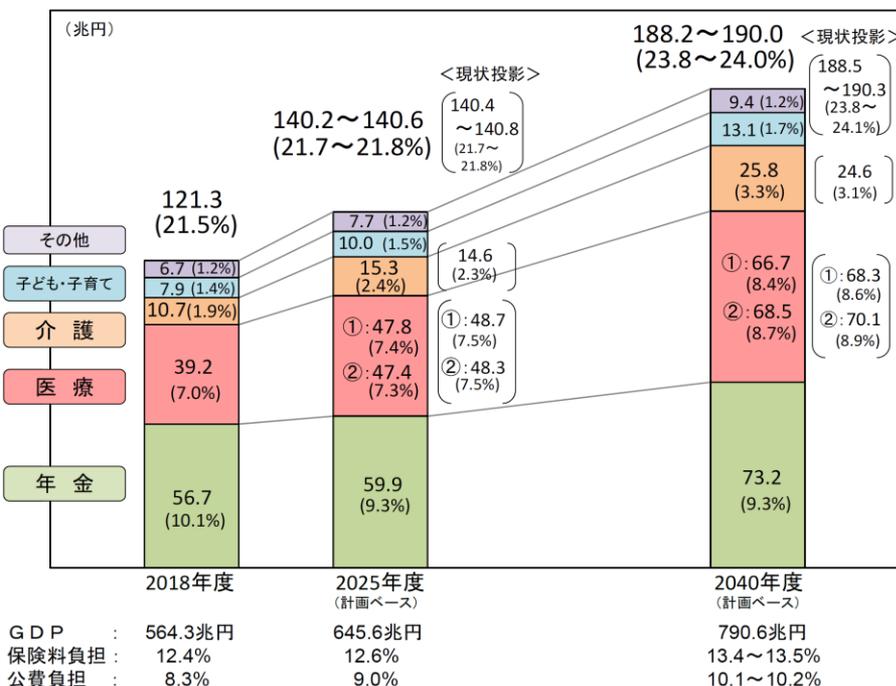
試算結果②(社会保障給付費全体の見通し)

- 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%(名目額121.3兆円)から、2025年度に21.7~21.8%(同140.2~140.6兆円)となる。その後15年間で2.1~2.2%ポイント上昇し、2040年度には23.8~24.0%(同188.2~190.0兆円)となる。(計画ベース・経済ベースラインケース*)
- 経済成長実現ケース*でも、社会保障給付費の対GDP比は概ね同様の傾向で増加するが、2040年度で比較するとベースラインケースに比べて、1%ポイント程度低い水準(対GDP比22.6~23.2%(名目額210.8~215.8兆円))(計画ベース・経済成長実現ケース)。

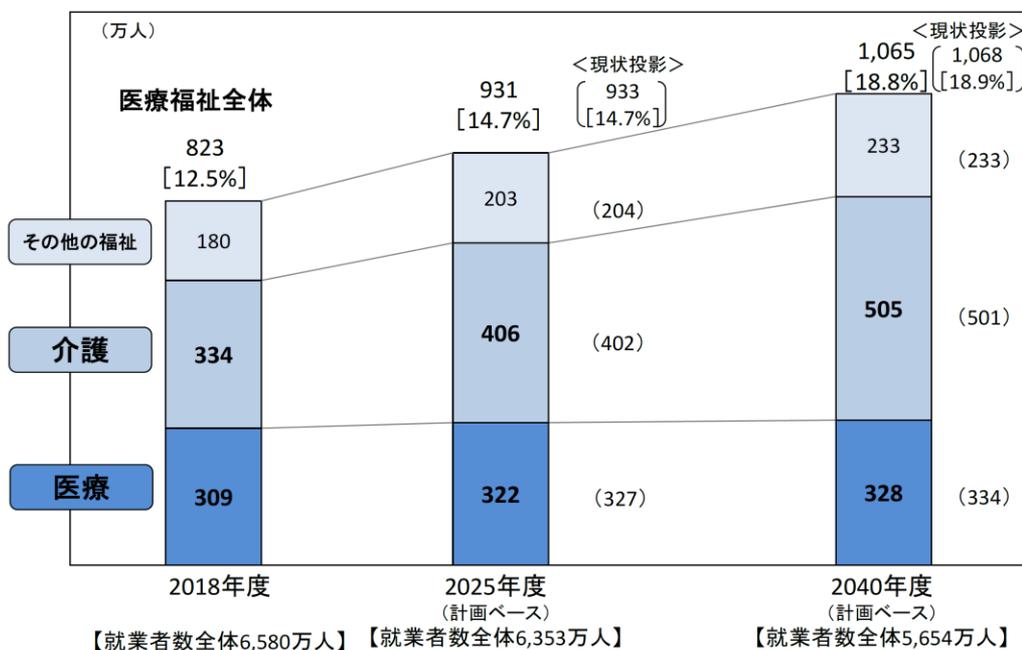
※経済ベースラインケース及び成長実現ケースの経済前提については次頁参照。

社会保障給付費の見通し

(経済ベースラインケース)



医療福祉分野における就業者の見通し



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

(注3) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

※平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。[]内は就業者数全体に対する割合。保険料負担及び公費負担は対GDP比。

2040年に向けて安心感のある社会保障へ

◇2040年を見据えた安心感のある社会保障の充実

○社会保障の財源基盤を支える経済(成長)と経済波及効果・雇用誘発効果が高く経済成長を支える基盤となる社会保障(制度)は相互補完し合う関係

○社会保障給付費推計値(対GDP比)※経済ベースラインケース・計画ベース

2018年度 21.5%(121.3兆円) GDP564.3兆円

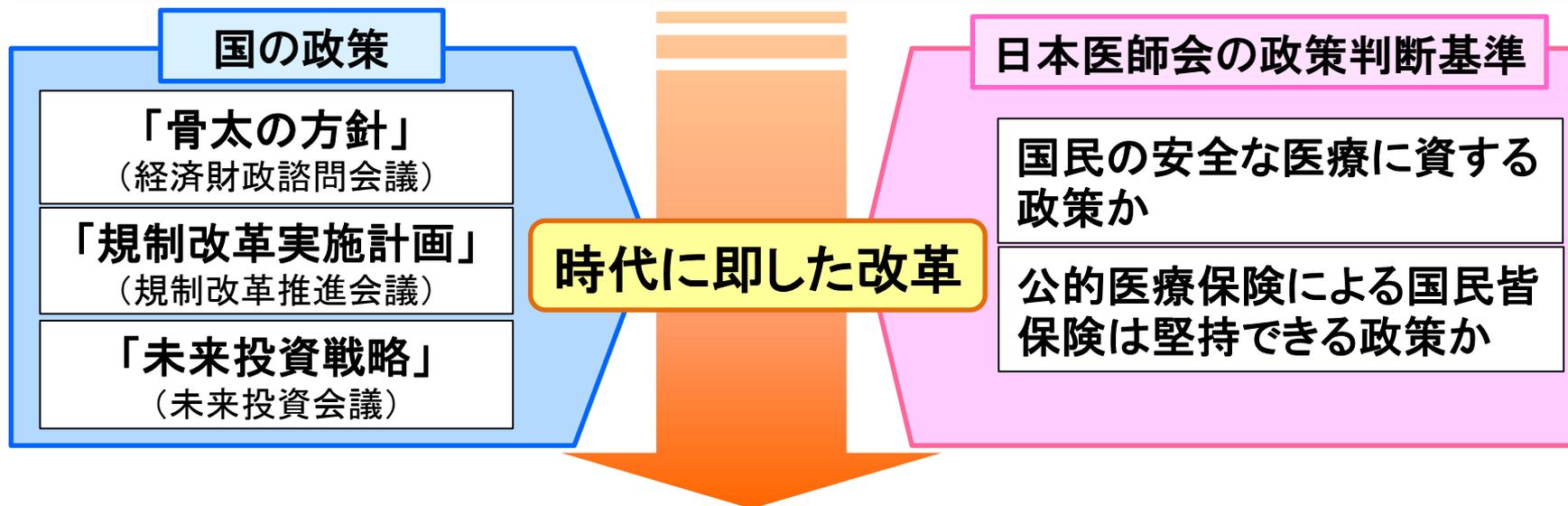
2025年度 21.8%(140.6兆円) GDP645.6兆円

2040年度 24.0%(190.0兆円) GDP790.6兆円

○「新時代」は子供・孫・将来世代の後世への負担の押しつけから将来世代が安心出来る社会保障の構築へシフトすると共に少子化対策の柱として「大人」の責任において取り組むべき

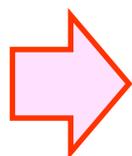
社会保障費は、高齢化により、医療・介護等を中心に今後も増加が見込まれる

➡ 財政を健全化する立場から、社会保障費の抑制策が検討される



持続可能な社会保障のために

財政主導ではなく、未曾有の少子高齢社会が進展し、人口が減少していく中で国民皆保険を堅持していくため、我々医療側から、過不足ない医療提供ができる適切な医療を提言。



国民の不安が高まる時こそ、社会保障を充実することで、将来の安心が社会を安定させ、経済成長に繋がっていく。

2040年へ向けた医療・介護改革

◇地域の実情に応じた医療介護提供体制の効率化

- 偏在の是正から前提へ：我が国は2割の国土面積に8割の人口が集中
- 地域医療介護総合確保基金：事業区分の枠と中身は都道府県の裁量へ
- 地域医療構想：病床再編の最大のハードルは病院経営→経営支援
調整会議へ介護関係者の参加と介護需要の見える化
→『地域医療介護構想』へ
- かかりつけ医機能のさらなる確立（ゲートキーパー機能）と入院医療の
連携と最適化→健康寿命の延伸・看取り・ACP・オンライン診療の在り方
- 全国一律在宅移行の政策転換：地域に応じた在宅医療・介護提供体制
の構築と質の評価を踏まえた集合住宅減算・大規模減算の見直し
→介護離職：2017年9.9万人→2012年10.1万人⇒経済的損失6500億円
→訪問系サービス：直接サービス時間は4割
→集住化による効率的なサービス提供と本人・家族の覚悟

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療資源を効率的に活用するため、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化し、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。

（⇒ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）

○ 今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進めるため、

・ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに

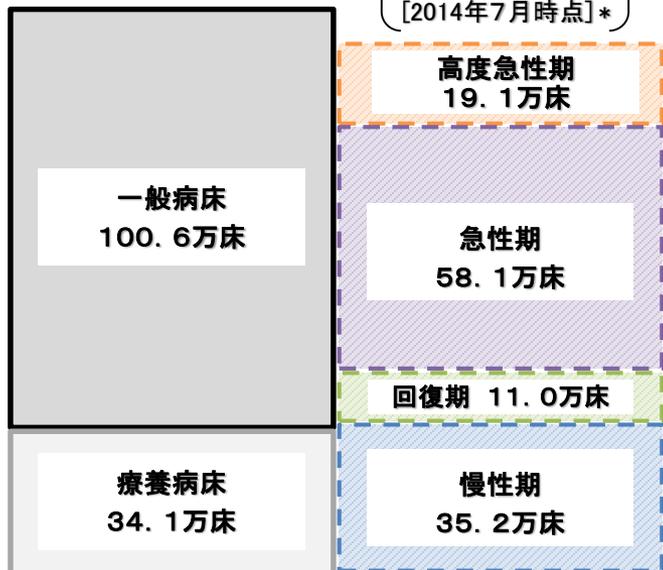
・ 今後の療養病床における医療提供のあり方を含め、受け皿としての医療・介護のあり方の検討を行うなど、

国・地方が一体となって取り組む。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】

※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。

なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

地域医療介護総合確保基金 (平成26年度～平成28年度) における 医療分の執行状況について

【執行状況】 ※括弧内は国費

○交付総額（平成26年度から平成28年度）

2,711億円（1,807億円）

○執行総額（平成26年度から平成28年度）

1,729億円（1,153億円）

【留意点】

○未執行額が生じている主な要因は、複数年度にわたって実施中の施設設備整備事業や今後実施予定の施設設備整備事業について、後年度の負担分を確保しているためであるが、整備の進捗に伴い、未執行額は次第に解消される見込みである。

地域医療介護総合確保基金 (平成27年度～平成28年度) における 介護分の執行状況について

【執行状況】 ※括弧内は国費

○交付総額（平成27年度から平成28年度）

1, 4 4 8 億円（9 6 6 億円）

○執行総額（平成27年度から平成28年度）

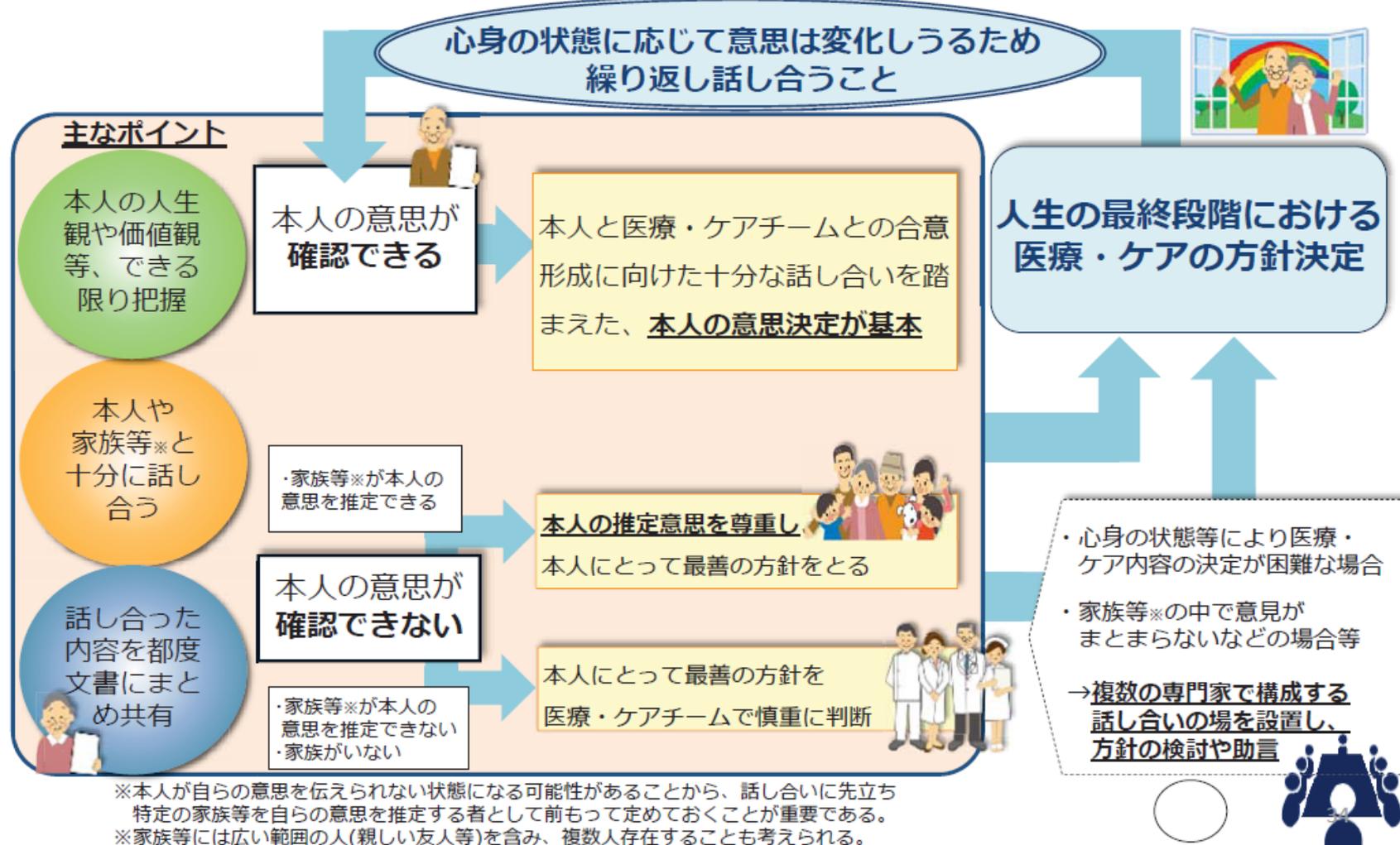
8 7 6 億円（5 8 4 億円）

【留意点】

○未執行額が生じている主な要因は、複数年度にわたって実施中の施設設備整備事業や今後実施予定の施設設備整備事業について、後年度の負担分を確保しているためであるが、整備の進捗に伴い、未執行額は次第に解消される見込みである。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



2040年へ向けた医療・介護改革

◇医療介護総合戦略

○生涯現役社会の実現:若返り・女性就業率↑+労働生産性向上

○後発医薬品の信頼性向上・ポリファーマシー対策

○高血圧症・糖尿病・高脂血症・認知症

→低所得者への健康支援・費用対効果のある予防医療の推進

○肺炎・脳血管障害・慢性心不全(不整脈)・骨折

→介護サービス利用者の医学的予防的管理

○認知症一次・二次・三次予防とケアの質と地域への浸透

○NDB・介護DB・VISIT・CHASE等のデータベースにおける有識者

との協働 →データに基づいた政策・分析・KDB活用等のノウハウや最新の知見・エビデンスに基づいた取り組みについて国が都道府県・市町村を支援すると共に医師会・かかりつけ医・専門家との連携は不可欠

○介護事業所等への経営・労務管理支援

介護医療院とは・・・

- 住まいと生活を医療が支える新たなモデルとして創設
- 介護保険上の介護保険施設（生活機能）＋医療法上の医療提供施設（長期療養）
- I型：介護療養病床（療養機能強化型）相当と
II型：老人保健施設相当（療養型）のサービス提供



尊厳を保障する介護医療院

利用者の尊厳を最期まで保障し、状態に応じた自立支援を常に念頭に置いた長期療養・生活施設であり、さらに、施設を補完する在宅療養を支援し、地域に貢献し地域に開かれた交流施設として、地域包括ケアシステムの深化・推進に資する社会資源である。

2040年へ向けた医療・介護改革

◇尊厳の保障を担保するケアの質の評価

- 本人の意思・趣向・生活習慣・プライバシーを尊重するケア
- 食事・入浴・排泄ケアのあり方の抜本的見直し

◇働き方改革

- 医師・自動車運転業務・建設業等以外は原則本年4月1日施行
- 残業時間上限規制・年次有給休暇付与は罰則規定
 - 年次有給休暇は管理職も対象・中小企業も4月1日施行
 - 課題：慢性的人材不足の職種・少人数の特定業務従事者・現場従事者へのしわ寄せ・サービスの質の担保
 - 法人内・事業所内の多職種統合

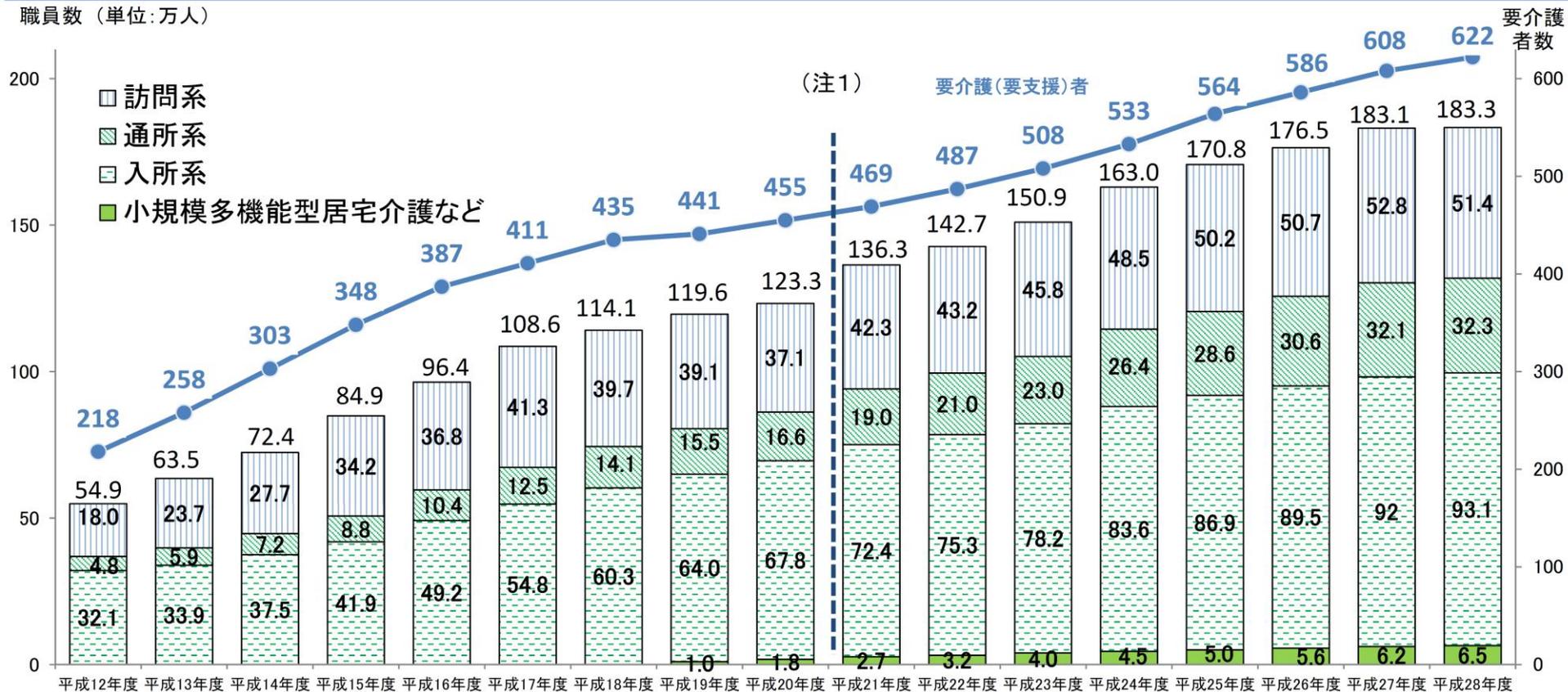
◇医療介護人材確保

- 離職理由への対応や賃金ベースアップも課題
- 介護職員処遇改善は「人」の評価
- 介護職員190万人月額5.7万円と医療現場介護職員23万人0円
- 外国人材の受け入れにはウェルカムな姿勢と外国人の処遇

介護職員数の推移

○ 介護保険法の施行以来、要介護（要支援）認定者数は増加してきており、サービス量の増加に伴い介護職員数も16年間で3.3倍に増加している。

職員数（単位：万人）



注1) 平成21年度以降は、調査方法の変更による回収率変動等の影響を受けていることから、厚生労働省(社会・援護局)にて推計したものの。

(平成20年まではほぼ100%の回収率 → (例)平成28年の回収率: 訪問介護90.8%、通所介護86.8%、介護老人福祉施設92.2%)

・補正の考え方: 入所系(短期入所生活介護を除く)・通所介護は①施設数に着目した割り戻し、それ以外は②利用者数に着目した割り戻しにより行った。

注2) 各年の「介護サービス施設・事業所調査」の数値の合計から算出しているため、年ごとに、調査対象サービスの範囲に相違があり、以下のサービスの介護職員については、含まれていない。

(特定施設入居者生活介護: 平成12~15年、地域密着型介護老人福祉施設: 平成18年、通所リハビリテーションの介護職員数は全ての年に含めていない)

注3) 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数である。(各年度の10月1日現在)

注4) 平成27年度以降の介護職員数には、介護予防・日常生活支援総合事業に従事する介護職員数は含まれていない。

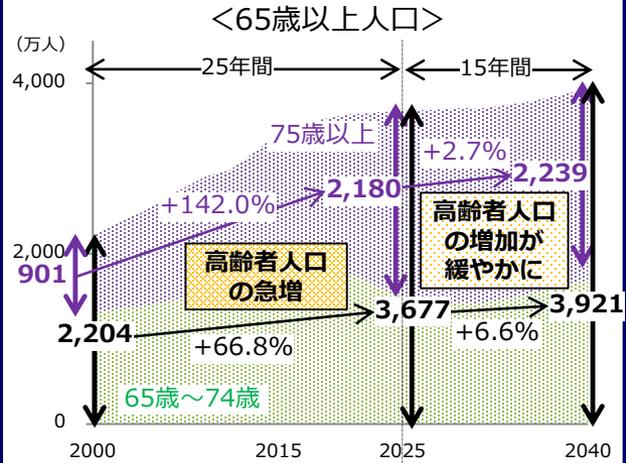
【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(介護職員数)、「介護保険事業状況報告」(要介護(要支援)認定者数)

2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

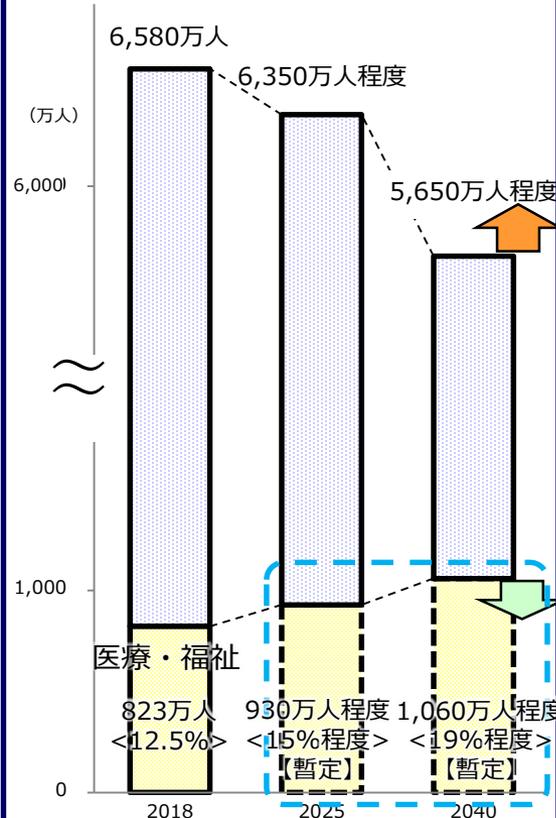
2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



(資料) 総務省「国勢調査」「人口推計」(2015年まで)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計) (2016年以降)

《就業者数の推移》



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減中での社会の活力維持向上
⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保
⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性[※]の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出)
- ※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

総合的な介護人材確保対策（主な取組）

これまでの主な対策

今後、さらに講じる主な対策

介護職員の 処遇改善

（実績）月額平均5.7万円相当の改善

- 月額平均1.4万円の改善(29年度～)
- 月額平均1.3万円の改善(27年度～)
- 月額平均0.6万円の改善(24年度～)
- 月額平均2.4万円の改善(21年度～)

◎ 2019年10月の消費税率の引き上げに伴い、更なる処遇改善を実施予定

多様な人材 の確保・育成

- 介護福祉士を目指す学生への修学資金貸付
- いったん仕事を離れた介護人材への再就職準備金貸付(人材確保が特に困難な地域では貸付額を倍増)

- ◎ 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修を創設し、研修受講後のマッチングまでを一体的に支援
- ◎ 介護福祉士養成施設における人材確保の取組を支援

離職防止 定着促進 生産性向上

- 介護ロボット・ICTの活用推進
- 介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援
- キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員の確保支援

- ◎ 介護ロボットの導入支援や生産性向上のガイドラインの作成など、介護ロボット・ICT活用推進の加速化
- ◎ 認証評価制度の普及に向けたガイドラインの策定

介護職 の魅力向上

- 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進

- ◎ 介護を知るための体験型イベントの開催(介護職の魅力などの向上)

外国人材の受 入れ環境整備

- ◎ 在留資格「介護」の創設に伴う介護福祉士国家資格の取得を目指す外国人留学生等の支援(介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等)

地域包括ケアシステム構築10か条

1. 本質は「地域づくり」「まちづくり」
2. 「住民」が主人公として取り組む総力戦
3. 課題を踏まえ住民共に築く「ご当地システム」
4. 「医療介護連携」から「異業種・異分野連携」へ
5. 「自助」「互助」は不可欠
6. 「全世代対応型」システムの構築
7. 若者や子供たちの「住み慣れた地域」の視点
8. 医療も介護も「生活の視点」の重視
9. 地域の一員として「地域づくり」へ参画
10. 地域力を左右する地域への「愛着」「想い」

我が国の高齢社会がモデルを示すために

健全な社会保障制度の持続のために痛みを分かち合うことがやむを得ない状況にあることを丁寧にわかりやすく説明することで多くの国民の理解は得られるはずである。自らの健康管理、疾病予防、介護予防、医療機関のかかり方、介護サービスの利用方法について、行政、関係団体等と共に、国民自らが考えることが地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムの構築につながっていく。幾多の災害や苦難を冷静沈着に忍耐強く知性をもって乗り越えてきた日本人が世界にモデルを示す時が刻々と迫っている・・・

尊厳の保障へ向けて

好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち尊厳の保障を実行することが我々の役割である。

ご清聴ありがとうございました

