

21世紀政策研究所新書—82

シンポジウム

2040年の社会保障の あり方を検討する

第131回シンポジウム（2019年7月23日開催）

講演1

2040年の社会保障のあり方を検討する……………7

21世紀政策研究所研究主幹／
津田塾大学総合政策学部教授

森田 朗

講演2

社会保障費用負担のあり方……………19

21世紀政策研究所研究副主幹／
日本総合研究所調査部主席研究員

西沢 和彦

講演3

データ基盤にもとづく医療介護サービス提供の現状と課題……………37

21世紀政策研究所研究委員／
産業医科大学医学部公衆衛生学教授

松田 晋哉

講演4

誰もが参加できる社会に向けたチャレンジ…
認知症未来共創ハブと健康の新しい概念を手がかりに……………61

21世紀政策研究所研究委員／
慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授

堀田 聡子

講演5

Society 5.0 実現による社会保障費の最適化に向けて……………77

21世紀政策研究所研究委員／
日立製作所社会イノベーション事業推進本部
事業戦略推進本部アーバン&ソサエティ本部長
甲斐 隆嗣

パネルディスカッション……………89

【パネリスト】(順不同)
21世紀政策研究所研究副主幹／
日本総合研究所調査部主席研究員
西沢 和彦

21世紀政策研究所研究委員／
産業医科大学医学部公衆衛生学教授
松田 晋哉

大和総研政策調査部長
鈴木 準

【モデレータ】
21世紀政策研究所研究主幹／
津田塾大学総合政策学部教授
森田 朗

質疑応答……………121

いっしょに

21世紀政策研究所では、森田朗研究主幹（津田塾大学教授）による研究プロジェクト「2040年の社会保障のあり方」を立ち上げ、今後の人口構造の変化が社会保障に及ぼす影響と課題について、財政、医療、介護、society 5.0の観点から調査・研究を進めています。

財政分野は西沢和彦研究副主幹（日本総合研究所主席研究員）、医療分野は松田晋哉研究委員（産業医科大学教授）、介護分野は堀田聰子研究委員（慶應義塾大学大学院教授）、そして、経団連も推進している Society 5.0 と社会保障との関係については甲斐隆

嗣研究委員（日立製作所本部長）にそれぞれご担当いただいています。こうしたさまざま
まな分野の専門家で、総合的に議論を進めています。

シンポジウムの前半では、先生方から、それぞれのご担当分野についてご報告いた
き、後半のパネルディスカッションでは大和総研政策調査部長の鈴木準様にも加わって
いただき、論点をより深掘りしました。

本日のセミナーが皆さま方のビジネスに少しでもお役に立ちますことを祈念して、私
からのごあいさつとさせていただきます。

二〇一九年七月二十三日

21世紀政策研究所事務局長 太田 誠

【講演1】

2040年の社会保障のあり方を検討する

21世紀政策研究所研究主幹／
津田塾大学総合政策学部教授

森田 朗

はじめに

皆さん、おはようございます。津田塾大学の森田です。

先日、参議院の選挙もありましたが、いろいろな世論調査をすると、国民の皆さんの一番の関心事はやはり社会保障です。社会保障について不安を持っている方がたくさんおられます。では、どうすれば社会保障への不安を取り除くことができるのか、どうすればこの問題を解決できるのかというと、それについての答えはなかなか見つかりません。先日の選挙の各政党の公約を見ても、どの政党も低負担・高福祉をうたっています。それができるならばみんな困らないのではないか、そういう状態ではないかと思えます。その中で私どもは、将来、2040年頃を念頭に置いて社会保障のあり方がどう変わっていくのかを考え、そこで出てくる課題についていろいろ取り上げていく形で研究を行ってきました。それぞれの先生方から財政の分野、医療の分野、介護の分野、そしてITの分野について話がありますが、どういう共通の認識を持っていたのかということについて、最初に私からお話をいたします。今日お話しすることを簡単にタイトルでまとめると、「変化の時代」「縮小への対応」「制度疲労と抜本改革の必要」「大胆な改



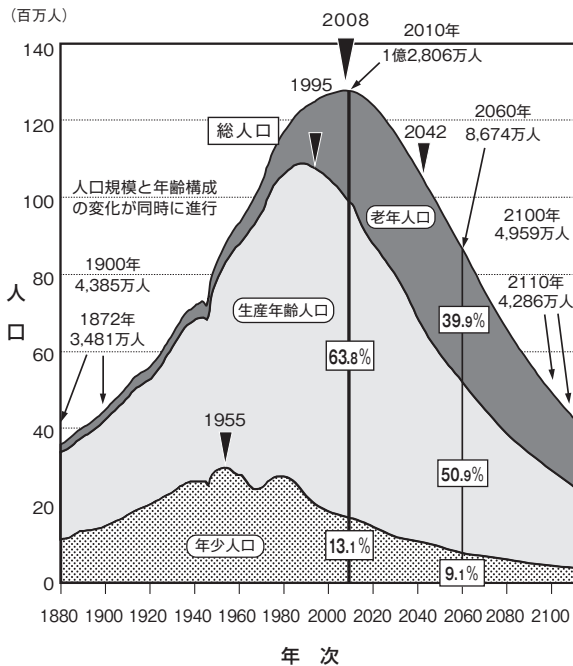
森田研究主幹

革を」ということになります。

変化の時代

最初にお話ししたのは、何といっても、これからの時代は、これまでと違い、わが国が大きく変わってくるということです。変わってくる一番の要因は、何よりもやはり人口だと思えます。少子高齢化、人口減少ということがかなり言われるようになりました。人口減少が起こると何が起こってくるのか。それについてはそれぞれのご意見があります。もっと頑張っって少子化対策を講じれば人口は戻るといってご意見もあれば、なかなか難しいといっって悲観的になる方もいらっしゃる。悲観的か楽観的かはともか

図表1 日本の人口推移(年齢3区分):1880-2110年



(出所) 旧内閣統計局推計、総務省統計局「国勢調査」「推計人口」、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[出生中位・死亡中位推計])より国立社会保障・人口問題研究所作成

くとして、人口が減り続けることはほぼ確実と思います。

図表1のグラフはあちこちでご覧になると思いますが、明治時代の半ばから2100年ぐらいまでの人口の変化を示したものです。もちろん、将来部分は推計になります。15歳以下の年少人口に関しては実は1955年がピークでした。いわゆる団塊の世代、ベビーブームで生まれた人が中心です。その後この人たちの子ども世代が、30年後頃に二つ目の山として来ます。

縮小への対応

しかし、親の山を越えることはありませんでした。そして問題なのは、当然これならば孫の世代で、もう一つ山があるはずだったので、それが全くありませんでした。この時点から、わが国の人口は将来ずっと減り続けるであろうことは予測できました。さらに申し上げますと、15〜65歳の生産年齢人口のピークが1995年です。最近になり労働力不足がかなり言われていますが、実は95年ぐらいからこの世代の人の総数が減り始めています。

ならばなぜ、人口減少が最近まで問題として大きく取り上げられなかったのでしょうか。それはなんととっても高齢者の数が増え続けてきていたからです。総人口のピークは、国勢調査だと2010年になります。それまでわが国の人口は高齢者の増加によって増え続けてきました。

どういふことかというところ、それ以前の時代だとお亡くなりになっていった高齢者の方が、医療の普及や栄養状態がよくなったことで長生きされるようになってきました。そのため、総人口は増え続けました。それがピークに達したのが2010年頃です。これ以降はこれまでの少子化が効いて人口はだんだん減ってきましたが、高齢者数のピークは実は2040年ぐらいになります。その後ずっと高齢者が40%、生産年齢が50%、年少人口が10%ぐらいの比率で総人口が減ってくると予測されています。

昔は子どもがたくさん死んでいましたが、これからは85歳以上の人に死亡者数の山が来ます。こうした変化は、止めることのできない変化として起こってくると考えられています。さらに言うと、人口は地域によって減り方が違います。「地方消滅」ということもいわれましたが、地域における人口がだんだん減ってくると、当然のことながら社

会のあり方に影響を与えます。財政がどうなるか。地域医療がどうなるか。さらに、これから都市部はしばらく高齢者が増え続けるので、それに対する医療・介護のサービスをどうしていくのか。大きな問題だと思います。これについては後で西沢先生、松田先生、堀田先生からお話があるところですので、私はここではいたしません。

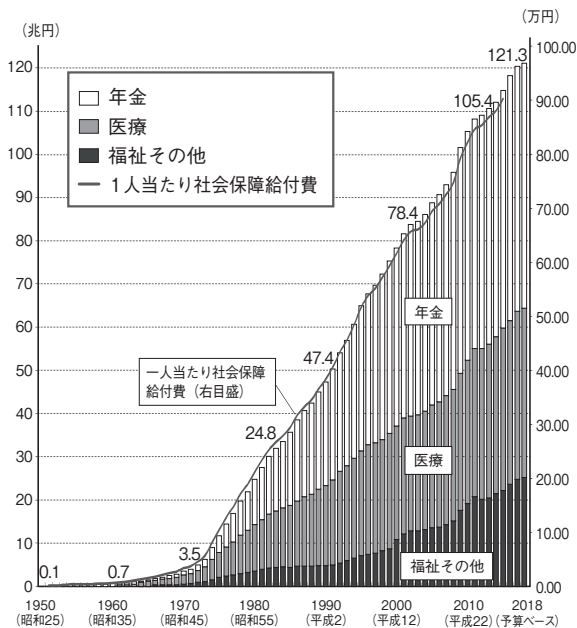
制度疲労と抜本改革の必要

図表2（14ページ）は社会保障の給付に関する財政のグラフです。2018年には120兆円を超えています。このうち半分が年金、3分の1が医療、6分の1が福祉その他になっています。わが国は非常に行き届いた医療保険制度、あるいは介護保険制度が存在しています。年金もそうです。介護保険にせよ皆年金にせよスタートしたのは1961年です。このときは高齢者の比率は6%ぐらいでした。現在は28%。それが今後40%に達するだろうといわれています。

そこから何を申し上げたいかというと、これだけ人口構成が変わってきて、しかも、これから減少に向かうところですが、制度そのものは高度成長期につくられた制度をそ

図表2 社会保障給付費の推移

	1970	1980	1990	2000	2010	2018 (予算ベース)
国民所得額(兆円) A	61.0	203.9	346.9	386.0	361.9	414.1
給付費総額(兆円) B	3.5(100.0%)	24.8(100.0%)	47.4(100.0%)	78.4(100.0%)	105.4(100.0%)	121.3(100.0%)
(内訳)						
年金	0.9(24.3%)	10.5(42.2%)	24.0(50.7%)	41.2(52.6%)	53.0(50.3%)	56.7(46.8%)
医療	2.1(58.9%)	10.7(43.3%)	18.6(39.1%)	26.2(33.5%)	33.2(31.5%)	39.2(32.4%)
福祉その他	0.6(16.8%)	3.6(14.5%)	4.8(10.2%)	11.0(14.0%)	19.2(18.2%)	25.3(20.9%)
B/A	5.77%	12.15%	13.67%	20.31%	29.11%	29.29%



(注) 図中の数値は、1950、1960、1970、1980、1990、2000及び2010並びに2018年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度、2018年度(予算ベース)は厚生労働省推計、2018年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成30年1月22日閣議決定)」

のまま維持しようとしてきました。そのままというのは多少言いすぎかもしれませんが、パッチワーク的に補正をしてきたわけです。そろそろそうした形での制度の維持は難しくなってきたのではないでしょうか。

—例えば医療で申し上げると、これまでは医療需要は増えてくるという前提で、それをどうコントロールするかということが、診療報酬の付け方にしても、あるいは医療サービスの提供の仕方にしても、中心的な問題でした。しかし、これから地方で人口が減ってくる、患者さんが減って、明らかに医療が供給過剰である状態が起こってきます。遠からずそういう状況になってきます。今までの制度の下で、それに対してどう対応していくか、その仕組みが存在していないということになります。

そうすると、これまではサービスの質を上げるためにどうやって、何を増やしていくかということを考えてきたわけですが、これからは何を削っていくかということに関心を向ける必要があるのではないのでしょうか。これはわれわれの社会にとってなかなか難しい選択、決断を求めることになります。改革が必要な複雑な制度の例としては、社会保障財源のあり方と、医療保険制度とがあります。これについては後でお話があります

ので省略します。

大胆な改革を

では、こういう時代に何をどうやって削っていくのか。縮小するというと、多少印象が悪いのかもしれません。私自身はダウンサイジングという言い方をしたほうがいいと思います。要するに質を変えずに、あるいは質を上げながらもいかに効率的に量を絞っていくのか。そうした形での政策選択が必要になると思います。

それには何が必要か。何よりも正確なデータにもとづいた資源の配分を、効率的に行っていくことが必要であろうと思います。そのためには、日本はある意味で非常に高い技術やデータを持っています。これを使い、ITを活用した形での効率的な資源配分に向かっていく。それによって社会保障の問題は解決するかというと、それは分かりませんが、少なくともそうした効率化の努力を続けていくことが必要ではないでしょうか。ただ、わが国のIT化は世界の最先端の国からいいますと2周遅れぐらいの状態にあります。それをこれからいかに急速にキャッチアップしていくか。それが課題ではないか

と思います。いま触れた点については、最後で甲斐委員からお話があります。

それでは、私の話はこれくらいにさせていただきます。どうもありがとうございました。

【講演2】

社会保障費用負担のあり方

21世紀政策研究所研究副主幹／
日本総合研究所調査部主席研究員

西沢
和彦

社会保障費用負担における問題点

日本総合研究所の西沢です。

「社会保障費用負担のあり方」というテーマでお話をさせていただきます。これは取りも直さず、国の役割を改めて考えるということだと思います。今日は自由に話させていただきます。確かに、憲法25条には社会保障が出てきますが、それは国が実施主体であるとは特に書いておらず、誰がやってもいいのです。国は必要な負担を国民に求めることをなかなかしません。一方で、給付については拡張的なことを国民に言います。それにより負担と給付の乖離がどんどん開き、今のような財政状況に陥ってしまったというわけです。

ですから、国にはもう少し手を引いてもらい、市場や企業や家計や地域にもっと任せざるべきです。企業や家計や地域には自らの課題解決能力があります。本当に国でなければできないところは何か、企業や家計や地域にもっと任せることにより解決できることは何か、そういうことを考えるのが起点です。

例えば幼児教育に関しても、無償化するよりも企業の働き方や家庭での夫婦の育児分



西沢研究副主幹

担などにもっともっとと解決を見いだすことにより、政府の負担は軽くなります。介護や医療についても同様のことがいえます。ですから、厳しい言い方をしますと、政府については極力、手を引いてもらい、企業や家計、地域でもっと解決できればいい、ということが起点にあります。

それを財源の面から考えると、今の問題点はあまりにも多くなってしまった公費投入があります。社会保障に対しては、現在、一般会計から34兆円（平成31年度予算）の社会保障関係費が入っていますが、うち年金、医療、介護といった社会保険に計27・1兆円入っています。これがあまりにも膨らみすぎてきてしまっています。

す。

そして社会保険料。これは本来、社会保険自治に基づく財源調達手段であるはずですが、これが再分配に多用され、その規模が拡大してきてしまつて、負担と受益の実感になかなか持てなくなっています。

マンションにお住まいの方は実感があるかもしれませんが、例えば修繕をするときにいろいろな業者の相見積もりを取り、ここは安い、ここは高い、これをやってしまうと修繕費が高くなるから、これは来期に回そうとかいう議論になります。社会保険料は本来、そういう自治的・民主的な財源調達手段です。ところが、それが再分配に多用されてしまうと負担と受益がリンクしないので、「隣家のマンションの修繕費に自分の修繕費を使うな」という感じになり、自治的な機能が働きにくくなつてしまいます。そういうことが非常に問題であると思います。

医療保険制度と年金のキャッシュフロー

図表3は医療保険のキャッシュフローを示したものです。

図表 3 医療保険制度のキャッシュフロー

(兆円)

制度	収入	保険料	公費	国		地方	前期高齢者 交付金	退職者 拠出金	その他	支出	給付	支援金		退職者 拠出金	その他	
				国	地方							後期高齢者 交付金	前期高齢者 交付金			
組合健保	8.0	7.8	0.0	0.0	-	0.0	-	-	0.1	7.7	3.9	3.3	1.7	1.5	0.1	0.5
協会けんぽ	9.6	8.4	1.2	1.2	-	-	-	-	0.0	9.1	5.6	3.4	1.8	1.5	0.1	0.2
共済組合	2.6	2.5	-	-	-	-	-	-	0.1	2.4	1.3	1.1	0.5	0.5	0.0	0.1
国民健康保険	15.8	3.1	5.3	3.4	1.9	3.5	0.3	3.6	15.6	9.7	1.9	1.9	1.9	0.1	0.0	4.0
計	36.0	21.9	6.5	4.6	1.9	3.5	0.3	3.8	34.9	20.5	9.6	5.8	3.5	0.3	4.8	

(注1)

制度	収入	保険料	公費	国		地方	後期高齢者 交付金	支出	給付
				国	地方				
後期高齢者 医療制度	14.4	1.1	7.3	4.7	2.6	5.9	14.3	14.3	

社会保険基金を構成

(注1) 支援金等は、清算などの関係から納付額と交付額が必ずしも一致しない。(注2) 数値は、小数点2桁を四捨五入。内訳と合計は必ずしも一致しない。
 (注3) 退職者拠出金とは、国保に加入する64歳以下の被用者OBを対象とした拠出金。(注4) 生活保護などは公費負担の医療給付分は含んでいない。
 (出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」より、日本総合研究所作成。2016年度実績

組合健保の収入は保険料で賄われます。支出は、被保険者と家族への給付が3・9兆円、高齢者医療費の支援金が3・3兆円、後期高齢者向けが1・7兆円、前期高齢者向けが1・5兆円、退職者拠出金は64歳未満のサラリーマンOB向けですが、それに対して0・1兆円となっています。ですから、支出の半分近くが高齢者医療費の支援金に回ってしまっているわけで、負担と給付のリンクは感じにくくなっています。

例えば組合の出している前期高齢者納付金は、ほかの協会けんぽ、共済組合分と一緒に国保に入ってくるわけですが、この国保に入ってくる3・5兆円というのは、国保に加入している前期高齢者が負担する後期高齢者支援金の分も前期高齢者納付金として出しています。複雑ですね。さらに、ここには国と地方から公費が入っていて、地方の公費は地方交付税を通じて国から地方自治体に出ているお金も入っています。ですから一見、地方が負担しているようにでいて、実は国が負担している部分が多いです。さらに後期高齢者医療制度を見ると、国と地方から公費が入り、後期高齢者支援金も受け取り、保険料は1・1兆円でしかありません。

ですから、わが国は社会保険方式であるといいながらも、公費が国と地方から入りま

す。その地方の公費には国から地方交付税でお金が行き、さらに3種類の支援金が制度間で移転されます。そういう極めて複雑な仕組みになってしまっていて、国の公費だけ合計すると、4・6兆円と4・7兆円で9兆円あります。こうした状況のまま国民に消費税を求めたとしても、「では一体、なぜ消費税が要るのですか」ということになりかねないわけです。

これは年金もほぼ一緒です（26ページ図表4）。現状では基礎年金に対し国庫負担が入っていますが、国庫負担の入れ方は、基礎年金にダイレクトに入れるわけではありません。先ほどの後期高齢者支援金などと似ていますが、厚生年金、共済組合、国民年金が、基礎年金拠出金を出す際に、公費を2分の1負担する形になっています。ですから、ダイレクトに基礎年金に入っているわけではありません。そういったお金が12・5兆円あります。先ほどの医療に対する9兆円と基礎年金の12・5兆円、さらに介護保険を足すと25兆円程度になります。こういう仕組みになっています。ですから、この状況のまま国民に対して「消費税を」と訴えても、「何でお金が必要のですか」となるのではないかと思います。

図表 4 公的年金制度のキャッシュフロー

(兆円)

制度	収入			支出			収支		
	保険料	国庫負担	その他	給付費	基礎年金 拠出金	その他			
厚生年金保険	42.3	30.9	9.5	1.9	41.1	23.1	17.9	0.1	1.2
共済組合	7.1	4.9	1.1	1.0	7.6	5.2	2.2	0.1	-0.5
国民年金	3.3	1.4	1.9	0.0	3.7	0.1	3.5	0.1	-0.3
計	52.8	37.3	12.5	3.0	52.4	28.4	23.5	0.4	0.4

社会保障基金を構成

勘定	収入		支出		収支
		基礎年金 拠出金		給付費	
基礎年金	23.5	23.5	23.6	23.6	-0.1

(注1) 収入面の基礎年金交付金は、支出面の給付費と相殺している。収入面の厚生年金交付金、実施機関拠出金収入は、支出面の厚生年金拠出金、実施機関保険給付費等交付金と相殺している。

(注2) 運用損益は除いている。

(出所) 社会保障審議会年金数理部会「公的年金財政状況報告—平成29年度—」より日本総合研究所作成

図表 5 政府部門の収支と部門間の移転 (2017年度)

(兆円)

取引の種類	中央政府	地方政府	社会保障基金
収入	71.0	82.6	110.9
税	63.5	40.0	0.0
社会負担 (社会保険料)	0.5	1.9	68.6
交付金 中央政府から	-	33.8	25.8
地方政府から	1.0	-	9.0
社会保障基金から	0.1	0.2	-
その他の収入	6.0	6.8	7.5
支出	89.6	81.2	105.7
交付金 中央政府へ	-	1.0	0.1
地方政府へ	33.8	-	0.2
社会保障基金へ	25.8	9.0	-
社会給付 (社会保障給付)	0.9	12.2	103.2
それ以外	29.1	59.0	2.2
純業務収支 (収入-支出)	-18.6	1.5	5.3
非金融資産の純取得	1.1	2.1	0.0
純貸出(+)/純借入(-)	-19.7	-0.6	5.2
プライマリーバランス	-13.8	1.1	-0.2

(出所) 内閣府「国民経済計算平成29年度」一般政府の部門別勘定より日本総合研究所作成

図表5は政府部門間の図として示したものです。中央政府というのは国の一般会計であり、地方政府があり、そして社会保障基金はSNA上では一つの政府部門としてみなされており、健康保険組合や協会けんぽ、年金特別会計や国民健康保険がこれに当たることになります。国は地方と社会保障基金へのミルク補給者のような形になっていて、税は63・5兆円しかないのに交付税などの補助金で地方政府に33・8兆円を渡し、社会保障基金に25・8兆円を渡すことになっています。国としての仕事

がほとんどできないような状況になっているわけです。

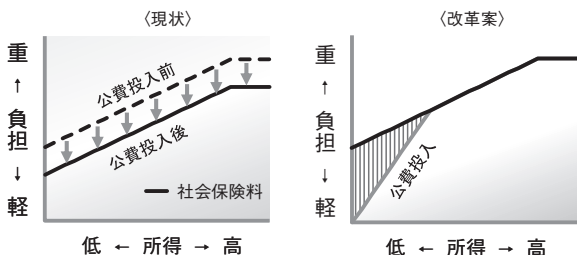
さらに、これは政府部門間の資金移転なので、言ってみれば舞台裏で国から地方、国から国民健康保険などに渡しているため、一般国民には全く見えてきません。やはり、この構造を改めるべきです。この構造を根本的に改めない限り国民に「税を」と言っても、「何で要るのですか。行政サービスを受けているのは地方自治体からであり、健康保険組合からである。何で国に払うのですか」となるのではないかと思えます。

社会保険への公費投入の方法と問題点

図表6では、現行の社会保険への公費投入方法を図示しています。所得の高い人、低い人を横軸にとり、縦軸には保険料負担の重い、軽いをとっています。協会けんぽは保険料8・4兆円以外に収入の中に1・2兆円の公費が入っています。この協会けんぽをイメージしていただくと分かりやすいのですが、協会けんぽの保険料はいま所得比例の10%。上限があるので、途中から平行になっていますが、10%です。仮に1・2兆円の公費がなければだいたい11・4%になっている計算です。ということは、所得の高い人

図表 6 社会保険への公費投入方法、現状と改革案

社会保険料による再分配は最小限にとどめる
公費(税金)は低所得の家計に対しピンポイントで投入



(出所) 日本総合研究所作成

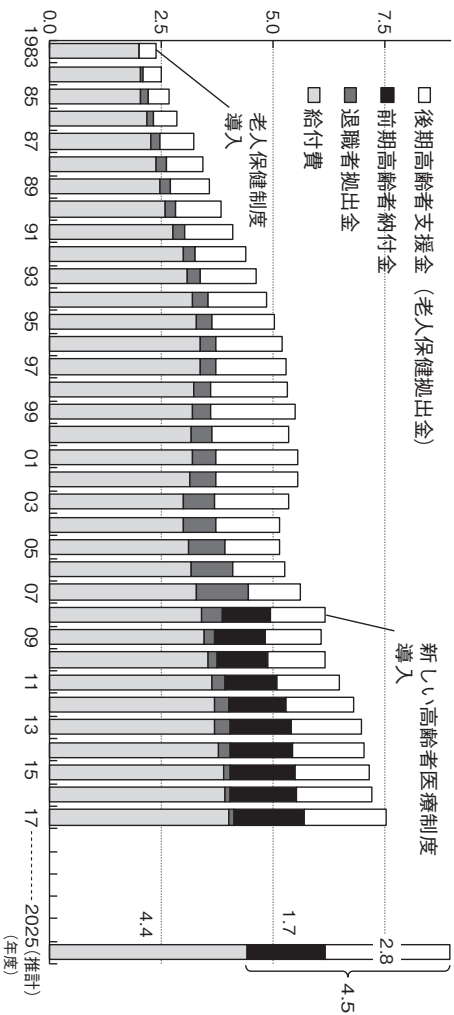
も公費が投入されることにより保険料率が1・4%抑えられる恩恵を受けていることになりません。

もちろん協会けんぽの中には、所得の高い人もいます。その人も保険料率が低くなる恩恵を受けている。これは消費税の軽減税率とほぼ同じ非効率さを持っています。所得の高い人は多額の食費を使う余裕があります。その人も消費税の軽減税率の恩恵を受けるわけです。非効率であることは、よく経済学者から批判が出てきます。それと同じような構造が現在の健康保険の公費の投入方法にもいえます。

協会けんぽを例にお話ししましたが、これは国民健康保険や後期高齢者医療制度ではより顕

(兆円)

図表 7 組合健保の主要な支出の推移(実績と推計)
高齢者向け支援金等が給付費を上回る見通し



(出所) 健康保険組合連合会「事業年報」各年度版、「2025年度に向けた国民医療費等の推計」、厚生労働省「健康保険・船員保険事業年報」より
日本総合研究所作成

著になります。国民健康保険は全体の収入15・8兆円のうち保険料は3・1兆円でしかなく、あとは公費と支援金の受け入れで賄われています。国保の中にももちろん高所得の人がいますが、国保全体の保険料が抑えられています。そういうことで消費税の軽減税率のような批判的に評価すべき効果が表れます。後期高齢者医療制度もやはり同じです。全体の保険料を抑えることにより、効率的な公費の投入方法になっていないわけです。

今は公費の話をしました。が、保険料も上がっていくことを認識しなければいけません。図表7は組合健保の支出の実績と組合健保の出した見通しで、支出、給付に比べて前期高齢者納付金、後期高齢者支援金が増え、2025年にはその比率が逆転することを示しています。こうして見ますと、保険料と言いながら負担と受益の実感を持つことはほとんど困難になる状況になってきてしまっています。

公費投入方法の改革案とためのインフラ整備

そこで公費についての改革案です。保険料についてはなるべく原形を維持する。負担

と給付の実感を保険料に求める。公費は所得の低い人に重点的に入れる。言葉を換えれば、給付付き税額控除といわれる投入方法に改めるべきです。

これは消費税の軽減税率の議論のときも出ていました。軽減税率は非効率だからということはよくいわれていましたが、カナダのGSTクレジットという先例があるように、低所得者に重点的に公費を入れて逆進性対策を行ったほうが効率的です。それと全く同じことです。そういう公費投入方法に改めていくべきであると思います。

そのためには行政インフラが必要です。わが国は誰が低所得であるかをきちんと把握できていません。国税庁という役所がありますが、国税庁は課税最低限を上回るような税金を取るに値する所得層を相手にする役所であり、課税最低限を下回る人にはあまり関心が向きません。例えば1万円の徴収コストをかけて5000円の税を取っても仕方がない。1万円の徴収コストをかけるなら2万円、3万円の税金を取れないと意味がない。

確かにそのとおりですが、私の提案はそうではありません。「1万円の徴収コストをかけても徴収はゼロでいいよ」ということに等しいのですが、例えばサラリーマ

ンを例にとると、国税庁が所得捕捉を個々人について行っているのは翌年1月です。源泉徴収をしているときは、企業はグロスで合計額を税務署に納めているだけなので、各人の所得は分かりません。市町村も翌年とならないと分かりません。国税庁も市町村もリアルタイムで個々人の所得を捕捉していません。

リアルタイムというのが非常に重要です。リアルタイムで捕捉していないと、一つにはいま困っている人が1年後にしか分からなくなります。「いや、いま困っているのですが」と言われても1年後に分かるのでは困ってしまう。また、いまリアルタイムで所得を捕捉しないと社会保険の受給権は確保できません。社会保険はいかに少なくても保険料を払っているから受給権を得られるのであり、払っていることを行政がリアルタイムで把握できていないとその人に対し健康保険証も出せないし、年金の受給権を記録しておくこともできません。ですから、リアルタイムで個々人の情報を把握していくことが非常に重要になってきます。

日本年金機構はさすがに少しだけですがやっています。受給権の意識がありますので、7月に4月から6月の平均賃金の報告を求めています。ボーナスについては6月・12月

に出るとしますと、企業はリアルタイムで年金機構に報告しています。イギリスは徹底しており、10年ほど前からリアルタイム情報システムを導入しています。

イギリスでは、企業は毎月リアルタイムに歳入庁に個人の所得情報を提供します。こうすることによってはじめてきめ細かな所得政策が可能になってきます。ですから、制度を抜本改革すると同時に、オペレーションについて改革していくことによって、本当に困っている人を見つけ出し、そこに重点的に公費を投入していくことが可能になります。

その他の必要な改革

こうした行政システムを変えることに加え、ほかに三つ。一つは目標の見直しです。この後、年金改革が始まって、所得代替率が50%を維持できるかという点に注目が集まると思うのですが、私はそういった目標は見直したほうがいいと思います。所得代替率というのはサラリーマンの夫と専業主婦の妻からなる世帯を想定した定義ですが、もはやそれは多数を占めるに至っていません。それよりもむしろ、全国民共通である基礎年

金の水準に焦点を当てたほうがいいのです。ですから今後、改革に進んでいく上では、今までわれわれが掲げていた目標の見直しが必要です。

二つ目は、消費税があまりにも悪者にされすぎてしまっているということです。わが国の財政を考えていく上ではやはり、消費税を中心として国民に税負担を求めていくしありません。消費税を嫌われ者にしていたのでは今後の財政健全化はおぼつきませんから、消費税の利点を国民で共有し、消費税の悪い点については補正していくといった、税制の議論が必要です。

最後に、これは多少抽象的ですが、国民の主権発揮というか、行政依存体質を改める。企業や家計や地域で解決できることは、もっとそこで解決していく。そのような、行政依存体質を改める、国民の主権をもっと発揮していくといった発想転換が必要です。

その一つに高額薬の問題もあります。先日2億円という薬も出てきましたが、保険給付の対象とするか否か線引きするのは非常に難しい問題です。国が「ここで線引きしなさい」というわけには絶対いきません。ものすごいハレーションを起こします。では、科学技術の進歩で多くの高額薬が出てくる中で、誰が、どこで線引きするかを議論する

べきかというところ、私は保険者と被保険者だと思います。

健康保険組合は代議員制度がありますから、代議員が出て「この2億円の薬、払えるかね」「でも、保険はビッグリスクに備えるものだから払わないといかんでしよう」といった議論を、結論は出ないまでも、蓄積していくべきです。それは国や学者や有識者が議論するものではなく、子どもや家族を抱え保険料を払っている自分たちが議論し、蓄積していくべきものです。そういった意味で政府を相対化するといえますか、われわれが自立していくことが必要です。

【講演3】

データ基盤にもとづく
医療介護サービス提供の現状と課題

21世紀政策研究所研究委員／
産業医科大学医学部公衆衛生学教授

松田 晋哉

産業医科大学の松田です。「データ基盤にもとづく医療介護サービス提供の現状と課題」ということでお話しします。データ分析をされていて、最初に森田先生も言われたように、根本的に仕組みを変えないと、もうだめだろうと思います。私自身は研究者ですが、いまやっていることはHealth Service Researchの基盤づくりです。データベースをつくり、それを使った臨床研究とか政策関係を実施し、それにもとづいてエビデンスを出していきます。それを判断基準にして保健医療行政などをきちんとやっていただきます。このためのデータベースをつくっていますので、その一端をお話しします。

地域ごとの人口動向

まず、冒頭でも話がありました。人口の動向が一番大事です。これはもう確実な未来です。例えば東京都内でも人口の動向のあり方は大きく違います。江東区はいまだに有明地区の開発が進んでいるので人口は増えています。

多摩市は2020年頃をピークとして人口が下がり続けます。なぜ下がり続けるかという、結局、高度成長時代に団塊の世代が一挙に居住し始め、これからその人たちの



松田委員

高齢化が進んでいくからです。日本の土地開発の問題点、郊外開発の問題点というのは、同じ世代の人が一挙に入って、そのまま年を取っていく。循環型の仕組みになっていません。そういうことで、どこの団地も同じことが起こってしまいます。同じ都内でもこれだけ差が出てくるわけです。

そうするとこれは当然、疾病構造にも関係してきます。例えば江東区の場合には人口が増えていきますので、医療ニーズがどこまで上がっていくか分かりません。たぶん2050年、2060年も上がっていくだろうと思います。一方で多摩市は2030年ぐらいがピークで、ここからはもうフラットになっていきます。これ

は急性期から慢性期まで含めていますが、その中で分岐は非常に減っていきます。

ただ、この中でとても大事なものは、どこの地域も肺炎、骨折、脳血管障害、慢性心不全が非常に増えてくるということです。いわゆる高齢者に多発する病気がこれから非常に増えていきます。しかもこれは、元気な人がいきなり急性期になるわけではなく、もともと介護状態であるとか、既にいろいろな病気を持たれている方たちの中から出てくる急性期のイベントです。これが非常に増えてくることになります。

傷病構造の変化と地域医療構想

こういう傷病構造の変化が医療に何を求めるのかということを考えないといけません。しかも人口構造の地域差が拡大しますので、こういう変化に対してそれぞれの地域で考えないといけません。現在、地域医療構想が走っています。地域医療計画もそうですが、実はこれはそういうことです。われわれはデータを準備しましたが、そのデータにもとづいて、各地域でこれから何が起ってくるのか、利用可能な資源はどんなものがあるのか、それを前提としたときにこれから2030年、2040年にどういう問題が起

こつてくるのか、それを解決するためにはどうしたらいいのか、ということを考えるのが地域医療構想であり、単に病床をどうするかという話ではありません。

特に急性期の病床の増加はもう地域のニーズが限られてくるので、放っておいても落ち着いてきます。もっと大事なことは、これからすぐ増えてくる慢性期への対応をいかに計画するかです。特に慢性期というのは医療だけの問題ではありません。介護もあるし、生活支援もあるし、それから住まいの問題もある。それをどのように計画していくかを各地域で考えなければいけません。これは日本が今後30年間直面する問題になります。

図表8（42ページ）は、多摩市の推計医療費です。2010年の医療費の構造が全く変わらないと仮定して、2040年はどうなるかを見たものです。一番注目していただきたいのは1人当たり医療費です。2040年の1人当たり医療費は2010年と比較して147%になります。これは診療報酬の改定などは考慮していませんので、7割から8割、あるいはもっと上昇するだろうと思います。

ここで問題になってくるのは、1人当たり医療費は上がるのですが、人口は減ってし

図表 8 東京都多摩市の推計医療費

	2010年	2020年	2030年	2040年
推計医療費(千円)				
医科診療医療費(入院)	14,666,878	18,663,392	21,359,160	21,527,836
医科診療医療費(入院外)	14,395,280	16,406,930	16,877,882	16,346,795
総計	40,201,611	47,905,313	51,583,338	50,837,535
【伸び率】				
医科診療医療費(入院)	100%	127%	146%	147%
医科診療医療費(入院外)	100%	114%	117%	114%
総計	100%	119%	128%	126%
人口	147,637	146,682	139,200	127,469
【伸び率】	100%	99%	94%	86%
1人当たり医療費(円)				
医科診療医療費(入院)	99,344	127,237	153,442	168,887
医科診療医療費(入院外)	97,505	111,854	121,249	128,241
総計	272,300	326,593	370,570	398,823
【伸び率】				
医科診療医療費(入院)	100%	128%	154%	170%
医科診療医療費(入院外)	100%	115%	124%	132%
総計	100%	120%	136%	146%

(注) 診療報酬と性・年齢階級別医療費が2010年のままでとした場合の推計。
(出所) 松田晋哉(2018)

まうということ。人口が減ってきて、1人当たり医療費が上がります。しかも、社会全体としては高齢化が進んでいきます。いわゆる年金所得しかないような人が増えていく中で、1人当たり医療費が上がっていきます。この構造をこれからのようにすれば支えることができるのでしょうか。これに加え介護保険が入ります。年金が入ります。そうしたときに若い世代が、今のままの高齢者の生活をずっと維持することができるといって、無理です。これはもう確実な未来です。この確実な未来が分かっている以上、それ

に對しどう備えるか、ということを私たちは考えなければいけません。

それから、日本はこれから多死社会になります。日本が先進国であり続けたいと思うのであれば、やはり死ぬ前の10年間に悲惨なものであつてはいけません。そうすると、この国で生活してよかつたと思つてもらえるような終末期の状況を、これからデザインしていかないといけません。これも確実な未来です。将来の状況が既に起こっているわけです。皆さんは目をつぶっているけれども、実は起こっています。特に地方に行くと明らかです。

例えば、東京都のDPC（診療群分類包括評価）対象の急性期病院のデータから、どの地域でも骨折が著しく増えていることが分かります。何が增えているかというところ、椎体骨折、前腕骨折、股関節の骨折です。いわゆる高齢者の転倒に関連する骨折です。要するに高齢者が増えるということは、現実に、こういう状況がこれからますます進んでいくことになります。

超高齢化社会下での医療・介護へのニーズの National Database

では、超高齢化社会では医療・介護は何を求められるのでしょうか。「National Database (NDB)」によってこれが分かるようになりました。現在、全国の医療機関からレポートが国に集められ、それがアーカイブされてデータベースになっています。確かにITの仕組みは、日本は大変遅れています。ところが、この「National Database」や介護のデータベースに関してはおそらく日本が世界最高峰です。なぜかという点、国民皆保険でこれだけ詳しい情報が全て集められている国はほかにありません。この医療・介護のデータベースの活用の仕方は、これから高齢化が進んでいくアジア全体にとって参考になるものです。

この「National Database」を使うと、いろいろなことが分かります。SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）という指標があります。年齢階級を補正したときに、その地域で特定の医療行為がどの程度実施されているのか。全国標準を100として、100より大きければその地域で全国標準よりも多く実施されている、100より少なければあまり実施されていないことを意味します。

都心部での高齢者医療の将来像

図表9（46ページ）から、東京都の問題がよく見えてきます。東京のどこを見たらいいの。区中央部でもいいのですが、例えば一般病院の入院は非常に多く実施されています。ところが、療養病床になるとSCRは29・0です。全国標準の3割も実施されていない。都心部は全部一緒で、三多摩地区以外はほとんど行われていません。これは何を意味しているか。東京は大学病院がたくさんあります。それから、都心部には急性期病院がたくさんあります。そのため、こういう結果になります。

しかし、これから都心部では高齢者がたくさん出てきます。1%上がるだけで高齢者の数が20万とか30万とか上がってきます。その高齢者をこれからどこで診るのかというのは、実は今まで全く計画されていません。都心部に療養病床はありません。しかし、死ぬ前の10年間、多数の人が医療が必要な慢性期の状態になります。その人たちを都心ではどこで診るのかということが、実はこのデータから見えてしまうわけです。

東京都は急性期や診療所が多すぎて、療養病床や介護の入居系の施設が非常に足りません。そういう状況で、これからたくさん増えてくる高齢者をどうやって診るのかとい

図表 9 SCRから考える東京都の問題

指標名	区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部	区東部	西多摩	南多摩
外来_初診料	300.3	98.8	101.5	123.3	94.5	86.8	92.9	81.2	92.9
外来_再診料	183.5	88.2	95.9	95.6	89.3	95.3	92.7	85.3	86.8
一般入院基本料	124.8	96.8	78.1	57.5	81.1	124.7	68.6	50.0	79.5
一般入院基本料_7:1、10:1	151.1	114.9	75.7	54.1	69.7	105.8	59.4	27.2	86.1
DPC入院	457.1	107.5	104.0	171.1	73.1	43.6	91.8	76.8	60.5
一般入院基本料_13:1、15:1	18.4	15.9	86.5	70.4	126.2	202.5	111.4	146.1	48.3
回復期リハビリテーション病棟入院料	47.9	68.9	72.9	115.2	67.4	97.2	64.2	91.6	72.6
療養病棟入院基本料	29.0	33.1	47.6	50.2	48.9	63.5	28.7	241.3	82.5
有床診療所入院基本料	146.0	15.4	39.5	24.5	46.4	57.1	26.5	53.0	43.3
有床診療所療養病棟入院基本料			55.3		11.8	77.4	59.7	153.3	
訪問診療	202.2	188.7	208.7	186.1	143.0	215.9	120.5	73.4	137.1
訪問看護提供	94.0	81.2	65.9	27.6	59.6	107.2	71.1	25.9	71.6
訪問看護指示	242.9	195.4	198.6	170.0	116.5	143.3	114.1	65.2	97.2
運搬器リハビリ入院	95.5	58.7	51.8	72.7	66.5	84.8	62.1	77.6	58.7
運搬器リハビリ_外来	115.9	53.2	61.7	85.2	51.3	73.6	57.7	40.3	51.0
脳卒中リハビリ入院	41.8	70.1	85.0	65.6	74.2	78.4	50.7	107.4	90.9
脳卒中リハビリ_外来	167.8	81.9	213.4	55.7	56.5	59.1	57.4	62.9	94.0
心大血管疾患リハビリ入院	391.0	138.7	35.2	111.2	83.8	156.9	3.2		37.6
心大血管疾患リハビリ_外来	954.0	172.2		159.6	52.6	137.1			212.8

今後、都心部における回復期・慢性期への対応が課題になる。療養病床を増やすことは難しいので、在宅医療を増やすためのシステムの見直し(一般病棟→回復期への転換)や「街づくり」の工夫が必要になると考えられる。しかも、その内容は地域によって異なる。いずれにしてもリハビリと慢性期医療の充実が不可欠

(出所) 松田晋哉(2018)

うことが問題になるわけですが、東京の場合は当然、これは在宅でやっていくしかありません。その在宅のあり方を東京都ではどう考えるのかということになるわけです。ところが、東京でつくられているのは超高層マンションばかりです。

われわれ医療者からすると、超高層マンションでの在宅医療は一番やりにくいです。駐車場がありません。入るには暗証番号が必要です。行ってもエレベーターがなかなかやってきません。ところが、現在、日本の都市開発は、マンションもそうですが、建った瞬間に売れていないといけません。先のことは全く考えていません。要するに昔、西多摩とか、私は千葉ですが、千葉の郊外で行った住宅開発と全く同じことがいまここで行われています。皆さん、このままずっと同じように年を取っていきます。介護が必要になったときにどうするかという話になります。

対策をしているところもあります。例えば、岐阜駅のすぐ隣にあるシティ・タワーマンション。最初から共用部分にデイサービスセンターが入り、このマンションの中に在宅医療をやっているクリニックが入っています。要するに、将来を見据えてこういう開発をするかどうかですごく大きな差がついてくるだろうと思います。こういうのが本当

はいいのだろうと思っっていますが、川崎市にある「ピバース日進町」が有名です。1、3階が馬嶋病院さんという病院で、4階が川崎市の在宅ケアセンター。その上にサ高住が付いている。建て替えのときにこういうものができています。医療や介護が保障された住まいを、しかも都心部にどうつくっていくかということがおそらく、これから大きな課題になってきます。

こういう視点でまちづくりができるかどうかで、この後、10年、20年先の居住性が全然違ってくるだろうと思います。これは何を意味しているかというと、医療行政、介護行政、宅地開発といったものをバラバラにやっている時代ではもはやないということですね。要するに、その地域でこれから起こってくることを前提として総合的に何が必要なのかを考え、いろいろな計画をしていく。そういう時代になっているのですが、残念ながらこの国は、多くの自治体にそういうことを考えるヘッドクォーターがありません。生活することそのものがリハビリテーションになるようなまちづくりをどう実現しているのか。こういうことを考えないといけないわけです。

医療と介護の連携強化が必要

こういうことを口で言っているかもしれませんが。そういうことをさらに考えるためにわれわれの教室では、500万人ぐらいの人をずっと継続的に追いかけられるようなデータベースをつくってきました。この中で何をやっているかというところ、医療と介護と健診、あとは地域によつてはがん検診などいろいろな検診のデータも入っていますので、それを個人単位でずっと追いかけることができる。そういうデータベースをつくってきました。

例えばある自治体における要介護高齢者の主たる傷病の有病率をみると、糖尿病は在宅で介護を受けている3割ぐらいの人が持っています。在宅で介護保険を使っている3割ぐらいの方が心疾患を持っています。悪性新生物（がん）も15%ぐらいです。介護保険を使っている人は、実は多様な疾患を持っています。しかも、こういう疾患で介護保険を使う人が増えてきています。なぜかというところ、65歳以上であればどういう病態であつても、介護サービスが必要になれば介護保険が使えるからです。

ところが、介護保険はどういうことを前提につくられてきたかというところ、大ざっぱに

言ってしまうと脳血管障害と認知症と筋骨格系疾患（骨折）です。これでつくってきたので、どちらかというと言症からのリハビリテーションという話になるのですが、今は例えばCOPD（慢性閉塞性肺疾患）、心不全、がんなど多様な疾患で介護保険を使う人が増えています。要するに、病気のことも含めてマネジメントしなければいけない状況になっています。

多くの方は要介護状態を、要支援1、要支援2、要介護1、2、3、4、5と悪くなると思われていますが、それは必ずしも正しくありません。膝関節症とか、いわゆる筋骨格系疾患の人たちは要支援から要介護1の辺りをグルグル回っています。脳血管障害や骨折で要介護度が一番重いのは発症直後です。そこで適切な医療をやりリハビリテーションをやってどこまで戻せるかというのは医療の役割で、戻した段階で悪化しないように管理するのが介護保険の役割であるし、プライマリーケアの役割になってきます。問題なのは最近、要介護1から要介護4ぐらいのところまで脳血管障害や骨折の疾患で介護保険を使う人がすごく増えてきています。これをどうするのか。

実は、傷病別に見て適切な医療・介護のあり方というのは全然違います。そもそも脳

血管障害や骨折は発症予防のための生活習慣病の管理です。これを制度では何をやっているかという特定健診・特定保健指導です。特定健診・特定保健指導というのはただメタボ健診をやっているわけではなく、将来の脳血管障害や将来の心筋梗塞を防ぐための枠組みであるはずで、では介護保険と特定健診・特定保健指導はつながっているか。つながっていません。縦割りの障害がたくさん出てきてしまっているわけです。

例えばある地域でわれわれは心筋梗塞になった人を調べました。40代、50代で心筋梗塞になった人が500人ぐらいだと思ってください。その人たちが過去1年間に医療保険を使っているかという、だいたい4割の方が使っています。発症したときには糖尿病の人が約6割、高脂血症の人が9割、高血圧の人が8割でした。ところが、過去1年間を見てそういう診断がついている人は2割もいません。何が起きているかという、そういう人たちは整形外科とかにはかかっているけれども、かかりつけ医の先生にはかかっています。では過去3年間、その心筋梗塞を起こした人たちが特定健診を受けているかという、実は8%の人しか受けていません。8%の人はほとんどメタボです。

ここで言いたいのは、特定健診・特定保健指導がその程度にしか使われていないということ。しかし40代、50代の人たちが自分のリスクをきちんと考えるために医療機関にかかって健診を受けていけば、こんなことにはなりません。要するに、こういうところに全然つながっていないのが問題です。

あとはがん、慢性心不全、慢性腎不全、慢性呼吸器不全などはまず、定期的な医学的管理が必要になります。ところが、介護保険を使っていてこういう病気を持っている人たちにどのくらい適切な管理がやられているかというところ、やはり非常にさびしい状況です。しかし、こういう方たちは医学的な管理がないと難しいです。ところが、日本は、ケアマネジャーさんはどちらかというと福祉職の人が多いのです。しかも、連携がなかなかうまくできていない状況で、結局、このコーディネーションがうまくいっていません。ここが問題です。

脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎で急性期病院に入院した患者さんが入院してどういうサービスを使っているか調べてみました(図表10)。これは全部、急性期のDPC病院に入院した人たちです。入院6カ月前の状況を見ますと、脳梗塞が3割、股関節骨

図表 10 高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況(その1)

(西日本の一自治体データ：2014年10月～2016年3月DPC対象病院入院症例)

	入院6か月前		一般病床入院1か月後					
	介護保険 利用	介護施設 入所	一般 病床	回復期 病床	療養 病床	介護保 険利用	介護施 設入所	累積 死亡
脳梗塞(1,734名)	32.5%	5.4%	68.7%	21.9%	1.8%	19.4%	5.4%	1.1%
股関節骨折(1,493名)	54.5%	5.8%	78.4%	37.6%	3.7%	24.0%	7.5%	0.1%
心不全(1,192名)	45.0%	6.9%	70.1%	0.5%	3.0%	33.6%	6.8%	3.3%
一般肺炎(1,798名)	47.3%	7.6%	56.1%	0.8%	3.4%	38.6%	7.5%	2.9%
誤嚥性肺炎(1,585名)	73.4%	21.5%	66.9%	0.9%	5.9%	45.3%	17.4%	5.0%

(出所) 松田晋哉(2019)

折が5割、心不全も5割、普通の肺炎が5割、誤嚥性肺炎に至っては7割の人が介護保険を使っています。要するに介護の現場から急性期のイベントが起こり、急性期病院に入院しています。こういう状況が既に起こっているわけです。

3カ月後を見てみると、脳梗塞や股関節骨折は回復期に3割の方がいらっしやいますが、心不全や肺炎の方はほとんどいません(54ページ図表11)。この人たちは、実は介護保険のほうに戻っています。要するに、急性期医療と介護の現場のダイレクトのやりとりがもう起こり始めている。介護保険が想定していた急性期、回復期、慢性期、介護という形で患者さんが流れていません。高齢社会とはこういう社会です。

高齢社会になり、急性期の現場も大幅に変わってき

図表 11 高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況(その2)

(西日本の一自治体データ：2014年10月～2016年3月DPC対象病院入院症例)

	一般病床入院3か月後					一般病床入院12か月後						
	一般病床	回復期病床	療養病床	介護保険利用	介護施設入所	累積死亡	一般病床	回復期病床	療養病床	介護保険利用	介護施設入所	累積死亡
脳梗塞 (1,734名)	11.3%	22.7%	3.7%	26.2%	8.0%	3.9%	6.1%	0.9%	2.7%	30.4%	9.0%	11.1%
股関節骨折 (1,493名)	13.4%	27.2%	4.2%	51.9%	14.7%	3.0%	6.0%	0.3%	1.7%	54.9%	14.7%	9.5%
心不全 (1,192名)	20.1%	0.8%	4.3%	38.0%	7.7%	8.0%	7.0%	0.4%	2.6%	29.9%	6.0%	19.1%
一般肺炎 (1,798名)	13.9%	1.0%	3.7%	39.6%	8.4%	7.8%	7.6%	0.4%	2.2%	31.5%	6.7%	17.2%
誤嚥性肺炎 (1,585名)	18.7%	1.0%	7.2%	44.2%	17.8%	12.4%	6.6%	0.1%	3.3%	31.4%	12.9%	25.0%

医療と介護の複合化を踏まえたサービス提供体制の在り方を検討すべきではないか？

(出所) 松田晋哉 (2019)

ています。2011年4月～2016年3月までの肺炎で急性期病院に入院した患者さん（要介護認定情報がある75歳以上の方）の在院日数を調べてみました（56ページ図表12）。そうすると要介護度が重いと長くなる。年齢が高くなると長くなる。それから、肺炎の種類で誤嚥性肺炎だと長くなる。これは当たり前です。ところが、ここまで分析してみても驚きました。入院する前の場所が介護保険施設だと、在院日数が2倍とか3倍になってしまいます。なぜなのか、調べてみました。

老人保健施設に入所していた方が肺炎で入院し、同じところに帰れば平均在院日数は30日で済んでいます。ところが、同じところに帰れないと56日もかかってしまう。特養だと22日と75日ですから3倍違います。要するに介護施設からやってくるのですが、帰そうと思ったときに介護施設が受け入れてくれません。そういうことが起こっています。つまりこれは不必要な入院です。もう状態は落ち着いているのに、結局、引き取り手がないためにずっと医療機関に居続けるということが起こってしまっています。なぜこんなことが起こってしまうのでしょうか。医療と介護の連携がとれていないからです。情報が共有できていません。

図表 12 退院前後の施設の一致の有無別に見た
平均在院日数の差異 (施設種類別)

	対象者数	平均(日)	標準偏差	p値
老人保健施設				
不一致	261 (41.5%)	56.0	53.9	<0.001
一致	368 (58.5%)	28.3	76.0	
介護老人福祉施設				
不一致	139 (22.5%)	75.0	145.2	<0.001
一致	480 (77.5%)	22.3	17.7	
介護療養病床				
不一致	11 (35.5%)	42.7	32.3	0.022
一致	20 (64.5%)	16.3	8.7	
グループホーム				
不一致	67 (30.6%)	43.2	35.8	<0.001
一致	115 (63.2%)	15.3	10.8	
医療療養病床				
不一致	87 (30.6%)	35.0	29.2	0.021
一致	197 (69.4%)	21.5	51.1	
回復期病床				
不一致	30 (30.9%)	29.9	21.2	0.002
一致	67 (69.1%)	15.9	13.9	

いずれの場合も、同一施設に帰れている症例は有意に平均在院日数が短い

(出所) 松田晋哉・他(2018)

この結果が示唆するのは、日本のような超高齢社会において、医療と介護を別々に考えること自体がサービス提供の効率性を阻害しているということ。われわれのほうではケースマネジメントですが、介護のほうでやっているのはケアプランです。医療と介護を同じように連続して実施できる仕組みをつくっていかないといけません。おそらくこれはITを使わないとできません。

それから、医療と介護を包括した予防サービスの提供です。心不全になっていく人が悪化して急性期病院に入らないような予防をどうするのでしょうか。これがディージーズ・マネジメントです。やはり、そういうものを考えていかないといけません。そういうものがリアルタイムに分らないといけません。データの連続性を持ってリアルタイムに変わる仕組みを地域単位でどうつくるのか、が求められています。例えばオランダの場合は、介護保険は長期医療制度の中でやられています。医療と介護を分けることの妥当性をそろそろ考えなければいけない時期に来ているのだらうと思います。

医療・介護の複合化と情報の標準化・国際展開

医療と介護はいろいろな要素が混沌としてしまっていて非常に悪いというので、介護保険で1回分解しました。分解して、ケアマネジャーが地域の資源を活用して個人に適切なケアプランをつくります。そういうことがそもそもの話だったのですが、これはうまくいっていません。分解した仕組みの中で、ケアマネジャーが全部整理してつなげるのはなかなか難しい。これを今回はまとめようと思いました。これが「地域包括ケア」ということです。まとめるのであれば、これからは医療・介護複合体の時代になるだろうと思っています。恐らくそういう視点からの地域開発が必要になってくるのではないでしょうか。

そうやっていくと、日本の介護サービスや高齢者を対象にした医療サービスというのは、おそらく、アジアの標準にできます。それができると、それをもとにして日本のいろいろな介護資材が売れると思います。そのためには何をやらなければいけないでしょうか。情報の標準化です。いわゆるICF（国際生活機能分類）、ICHI（医療行為の国際分類）、ICD（国際疾病分類）といったものをちゃんと意識し、日本の介

護行為や介護の状態像を標準コードとして国際展開できるようにしていく。それができれば日本の介護はアジアの標準になれます。われわれはいまそういう研究をしているので、ぜひまた関心を持って見ていただけたらと思います。

大事なことは共通フォーマットです。日本はいろいろなところで電子化もIT化も進んでいるのですが、フォーマットがバラバラです。電子カルテもF社とN社とはバラバラ。介護保険の施設レベルでのデータベースになるともっとひどい状況になっています。バラバラなフォーマットをくっつけるにはものすごくお金がかかります。

これは国の仕事だと思えますが、どこかの段階で医療や介護に関連する情報を標準化することが必要です。やはりこの作業をやっていたただかないといけません。おそらく個々の企業にしてみると、多少自分たちに不利な状況も出るかもしれませんが。しかし10年先、20年先を考えると、これをやらないと未来はありません。そういう意味で皆さんには情報の共通フォーマットの必要性に関心を持っていただき、日本全体として医療・介護の関連情報の標準化をしていただけるといいと思います。

【講演4】

誰もが参加できる社会に向けたチャレンジ..
認知症未来共創ハブと健康の新しい概念を手がかりに

21世紀政策研究所研究委員

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授

堀田 聰子

介護サービスを使いながらはたらく

私は少し眼鏡を替えてみる、見方を変えてみるというお話をここで挟ませて頂きたいと思います。

まず、介護保険サービスの事業所の一例を紹介します。東京都の町田、奈良県の桜井市の地域密着型通所介護、デイサービスの事業所です。認知症になっても誰かの役に立ちたい、社会に参加したい、仕事をしたいと願っている方々の思いを実現する場としても機能しています。

例えば町田にあるH社の営業所・自動車販売店の風景です。自動車販売店としてはできれば毎日洗車してきれいな車を売りたいわけですが、なかなか人手がない。この営業所では、近隣のデイサービスの認知症のあるメンバーさんが毎朝、洗車をしています。こちらの事業所は、他にもフリーペーパーのポスティング、タマネギの皮むき、ジャガイモの芽取り等の仕事も受託しています。元植木職人のメンバーさんは、年末に門松をつくって商店街で売っています。夏冬休みには地域の学童保育を回って認知症とともに生きるってどうということか、紙芝居をしたり、餅つき大会に参加することも。

奈良県桜井市は野球のグローブのシェアが一番高いところ。革職人が多く、革製品を作って販売しています。事業所の職員のお子さんたちの面倒はじいちゃん、ばあちゃんが見てくれる。事業所の軒先で駄菓子屋さんも開店、小学校の登下校の交通整理、幼稚園の落ち葉掃きをして堆肥をつくるといったこともやっています。

介護保険はもともと、「その人の持つ力とその発揮を支える。その人らしさ、その人の思いを生かし続けていく。自立と尊厳を」ということで始まっています。しかし、介護保険サービスに従事している方々が、ご本人の持つ力を信じて、その可能性が最大限生かされる環境をつくられているのか。認知症になったら、あるいは介護保険サービスを利用するようになったら、そういう立場になった瞬間に、その「受け手」という立場に閉じ込めていないだろうか。こういう問いはまだまだする余地があると思います。

実は、いまご紹介したような取り組みについては、平成23年には町田の認知症のあるメンバーさんたちを中心とする国に対する働きかけにより、「介護サービスの一環として社会参加型のメニューを実施して、ご本人が謝礼を受け取ってもよい」という通知が厚生労働省から出されています。われわれはこの2年ぐらいこういう取り組みを応援す

る活動を進めてきて、昨年新たな通知を出して頂きました。元気な高齢者の生きがい就労を超えて、各地で、介護サービスを利用するようになっても本人の思いを活かして活躍するという姿が広がればと期待しています。

最近、全国で広げられる形のひとつとして、新たに宅配便K社との取り組みも始まっています。

福岡県の大牟田市と鹿児島県始良市では、K社と介護保険サービス事業所がDM便を配る業務委託契約を結んでいます。DM便は、1通当たりの金額が決まっていて、もちろん元気な方であればたくさんのメール便を配れることになりましたが、支援を必要とする方々が何人かで配っても1通当たりの金額は同じで、それを山分けすることができません。最初はお金なんていらなとおっしゃっていた方も謝礼を手にとると、孫のお小遣いにしたり、パーマを当てたりされています。介護保険サービスの利用を終了した後の仕事につなげておられる方もいます。

今日は介護保険サービス利用者に焦点をあてましたが、年齢や障害・疾病の有無や違いに関わらず、誰もがその人なりのはたらき方で、時に必要な支援を使いながら参加す

ることに向けた環境整備は、企業の持続可能性という観点からも重要だと考えています。

社会的処方——健康の社会的決定要因への対応

イギリスの家庭医診療所で、社会的な状況を主因として診療所にやってくる患者さんの割合は20%、15%くらいは福祉的助言を必要としているといわれています。例えば職場でストレスを抱えて、失業して、配偶者に先立たれて気分が落ち込んでやってきた人に薬を出すで、本人の回復につながるでしょうか。患者をめぐる環境が変わらないと、本人の問題解決にならないのでたびたび受診する、医師という貴重な資源の無駄遣いにもなるし、そこで出される薬は何の役にも立っていないかもしれないというわけです。

高齢化の進展や疾病構造、社会経済情勢の変化に伴って、個人や世帯単位でさまざまな課題を抱え、地域生活を送るうえで、複合的な支援を必要とする人々が増加しています。他方、社会・経済的因子や環境が健康状態に大きな影響を及ぼすことが明らかにされ、その場しのぎの医療ではなく、健康によくない社会・経済的状况への介入の必要性が高まっています。先ほどもちづくりの話がありましたが、楽しく豊かに暮らした結果

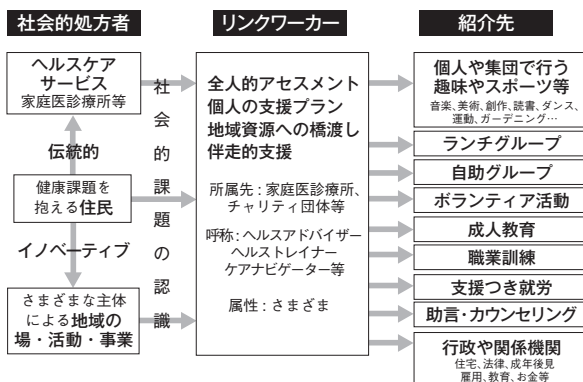
として健康になるようなまちづくりが求められているのに、川の下流で待っていて医療・介護の利用者として吸い込んでいられるだけでよいのでしょうか。

こうしたなか、英国では、健康の社会的決定要因への対応のひとつとして、より患者・住民が主体的に生きていけるよう支援するとともに、ケアの持続可能性を高める仕組みとして「社会的処方 (Social Prescribing)」に注目が集まっているのです (図表13)。

社会的処方とは、「社会的・情緒的・実用的なニーズを持つ人々が、時にボランティア・コミュニティセクターによって提供されるサービスを使いながら、自らの健康とウェルビーイングの改善につながる解決策を自ら見出すことを助けるため、家庭医や直接ケアに携わる保健医療専門職が、患者をリンクワーカー (link worker) に紹介できるようにする手段である。患者はリンクワーカーとの面談を通じて、「可能性を知り、個々に合う解決策をデザインする。すなわち自らの社会的処方をともに創り出していく。」と定義されています。基本理念は人間中心性、エンパワメント、共創の3点です。

患者自身の定義する問題への対応は、時代や国にかかわらず優れた一般診療や家庭医療の普遍的価値観で、社会的処方の概念は、目の前の人にとってよりよい解を探索する

図表 13 社会的処方 of 仕組み



(出所) 各種資料に基づき堀田作成

…等

専門職にとって、特段目新しいものではありません。

しかし、「社会的処方」という言葉そのものは比較的新しいもので、この新しい言葉によって、これまで多くのケア提供者たちが意識してきたものの、実際はどうしてよいかわからなかった健康の社会的決定要因への対応の重要性が明確に認識されるきっかけとなったのです。

英国では、昨年、社会的孤立の解消に向けた国家戦略の下に、社会的処方 を全土に広げる方針が提起され、日本でも地域共生社会の実現に向けた手がかりのひとつとしても関心が寄せられています。

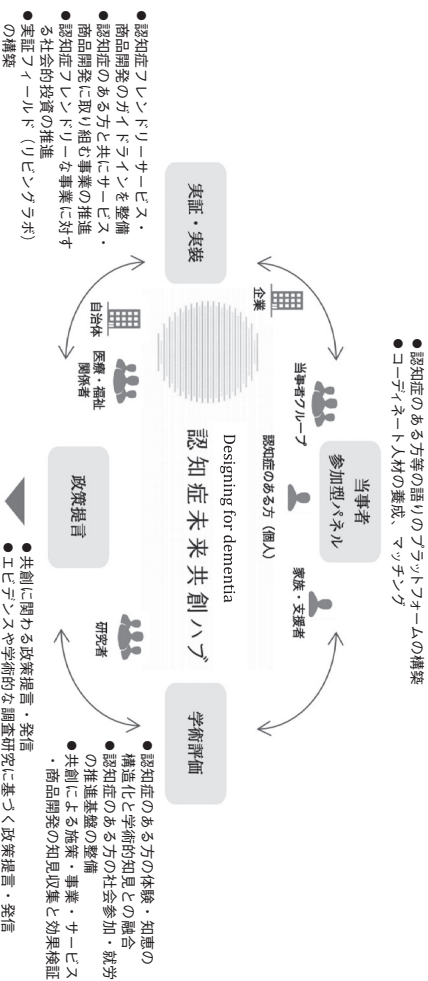
認知症未来共創ハブ——認知症とともによりよく生きる

「認知症未来共創ハブ」は、認知症のある方の思いや体験、知恵に基づいて、認知症とともに、よりよく生きるいまと未来に向けて社会環境を変えていくことを目指して、昨年慶應大学と三つのNPOが運営団体となって立ち上げた活動体です。

ご本人の体験・思い・知恵を蓄積し、構造化してそのナラティブ・語りと学術的なエビデンスを組み合わせることによって、認知症フレンドリーなまちづくり、商品・サービス、よりよい医療・介護・福祉につなげていく。認知症になっても参加できる、認知症だからこそ、さらに誰もが活躍できるよう政策提言を行う。そうした取り組みの社会的価値を評価する。①当事者参加型パネル②学術評価③実証・実装④政策提言の循環を目指しています(図表14)。

中核の「当事者参加型パネル」では、当面100人を目標にご本人のインタビューを行っており、現在までのあゆみ、日常生活の喜びや生きがい、実現したいこと、困りごとや工夫等を伺っています。認知症の人に限らずすべての人に共通する衣食住などの11の生活領域別に課題を収集・分析し、現在、11の生活領域で189の課題を把握、これ

図表 14 認知症未来共創ハブ



認知症とともによりよく生きる未来

(出所) 認知症未来共創ハブウェブサイト <https://designing-for-dementia.jp/>

を引き起こす心身機能のトラブルを紐づけて、整理しています。

インタビューに基づいて、ちょうど先週、ハブのウェブサイトで「認知症世界の歩き方」という連載をオープンしました。認知症の人が体験する世界を、デザインの力を使って旅行記の形式で身近に感じられる形式で紹介しています。お一人おひとりの思い、生活のなかでの苦労や知恵・工夫をご紹介します。「認知症当事者ナレッジライブラリー」も公開に向けて準備中です。

課題を解決して生活を豊かにするソリューションの手がかりとして、認知症のある方、ご家族、自治体、企業、デザイナー、研究者等による認知症未来共創ワークショップも始めたところです。初回は「住まい」をテーマにして、お越しくださった認知症のある方からのインプット、インタビューに基づく生活課題と背景をカード化したものなどを用いて個人とチームで未来に向けたアイデアの種を生み出しました。

認知症になったら医療と介護、と思いこんでいないでしょうか。認知症があっても一人の生活者です。これから認知症とともに生きる方々、なんらかの疾病・障害とともに暮らす方々はまだまだ増えていくことが見込まれています。社会が追いついていないか

からこそ感じられる暮らしにくさに耳を傾けることは、多くの生活関連産業にとっても選ばれる商品・サービスを生み出すチャンスでもあると思います。

昨年、日本認知症本人ワーキンググループの方々が、「認知症とともに生きる希望宣言」をまとめています。その5番目に「認知症とともに生きていく体験や工夫を生かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます」とあります。さまざまな立場の方々にパートナーとして参画していただきながら、認知症とともによりよく生きるいまと未来に向けた取り組みを重ねたいと考えていますので、ご関心があればぜひご参加ください。

ポジティブ・ヘルス——新たな健康の概念

最後に健康概念の問い直しをしたいと思います。

かつてWHOでは、健康を「身体的・精神的・社会的にも完全に良好であること」と定義づけていました。病気になったら健康とはいえない、健康から遠ざかるというのが、未だに私たちの多くが持っている健康に対する認識ではないでしょうか。現行の政策指

標としての健康寿命も「日常生活に制限のない期間のない平均」という定義になっています。パラダイムが古くないでしょうか。

ポジティブ・ヘルスは、オランダ生まれのマフトルド・ヒューバーという家庭医が、自身の深刻な病気の体験を経て研究者に転じ、患者、ヘルスケア提供者、政策策定者、保険者、公衆衛生関係者、市民、研究者という7種のステークホルダーに対する質的・量的な研究に基づいて構築した新しい健康の概念です（図表15）。

このコンセプトに基づけば、もはや、何らかの病気の診断を受けたとしても、あるいは何らかの障害を持っているとしても、その状態をもって不健康ということではないのです。健康かどうかは私たち一人ひとりが決めること、健康とは、チャレンジに対応することを学ぶプロセスともいうことができます。

オランダでは、各地で「ポジティブ・ヘルス」の概念を中核に据えたプロジェクトが始動・拡大していますが、なかでも社会・経済的に厳しい環境にあり、健康寿命が短く、平均寿命との格差も大きいリンブルフ州は、州をあげてこれに取り組もうとしています。ポジティブ・ヘルスの6つの次元を軸としてそれぞれ0から10の点数で図示できる「ク

図表 15 健康の新しい概念

「社会的・身体的・感情的問題に直面したときに適応し、
みずから管理する能力としての健康(ポジティブ・ヘルス)」

- 身体的機能：健康感、体調、症状と痛み、睡眠、食事、耐久力、運動
- メンタルウェルビーイング：記憶力、集中力、コミュニケーション力、幸福感、自己受容、変化に対する適応、状況をマネージしている感覚
- 生きがい：意味のある生活、生きる意欲、理想を達成する意欲、信頼できる、受容力、感謝の心、学び続ける
- 生活の質：楽しめる、幸福感、のびのびできる、バランス感、安心感、住まい、生活を賄える経済力
- 社会参加：社会的な接触、真剣にとらえてもらえる、一緒に楽しいことができる、支援を得られる、帰属感、意味のある活動、社会に対する関心
- 日常機能：自分の面倒を見られる、自分の限界を知る、健康についての知識、時間管理、金銭管理、働ける、支援を求めることができる

(出所) M. Huber et al, 2011, 2016 他

「モノの巣」と呼ばれるツールを用いて、子どもを含めて市民が自分のいまの状態をまず知る。それをよいと思っているのか。どうしたいと願っているのか。リンブルフ州では特に食・運動・生きがい・社会参加の側面からセクターをこえたイニシアティブを推進しており、アクションセンターを通じてナレッジを共有、拡張を試みています。

ポジティブ・ヘルスの概念は、2012年から5年かけて国をあげてとりまとめた2030年のケアと専門職のあり方、市民・専門職の学びに関する報告においても、議論の出発点の一つに位置づけられました。ポジティブ・ヘルスは市民やそのもつネットワークにとって何を意

味するのか、それぞれのステークホルダーはどのようにそれを支援できるのか、地域のなかでのベストプラクティスとは…。

専門職の教育においては、未来のケアに対する需要を満たす新たなスキルと価値の必要性が謳われ、ネットワーク構築、テクノロジ、社会的スキル、コンテクスト理解に加えて「ケアの縮小化」が明記されたところです。実際に基礎教育のなかで、クモの巣を用いたコミュニケーションも採り入れられています。

市民の学ぶ力と健康に関する能力を初等・中等教育から涵養することも改めて提起されており、社会的に、あるいは病気や障害等のチャレンジに直面した「経験専門家」の体験や知恵から学ぶ機会をつくる、あるいはカリキュラムの構成にあたって参加を促すといった取り組みも進んでいます。

日本という地域包括ケア、グローバルにいうと integrated care の観点から先進事例の一つとしても注目を集めるオランダ発の「BUURTORG」という在宅ケア組織があります。この在宅ケア組織は、最大12人の地域看護師を中心とするセルフマネジメントチームで、ケースマネジメント・看護・介護・予防・リハビリという五つの機能を、家

庭医療、地域にあるさまざまな資源と連携しながら、全対象対応で統合的に展開、患者満足度トップ、スタッフ満足度全産業トップで、他の在宅ケア組織と比べて1人の利用者にかかるケアの費用は半分くらいという「三方よし」を実現しています。この大きなインパクトをもつモデルの基盤にある理念もポジティブ・ヘルスの考え方に通じています。本人がよりよく生きていく上で、生きがいを追求するうえでの解は本人こそが持っている。それが発見・発揮される環境をセクターを越えて創り出すことがwin-winにつながっているのです。

介護サービスの利用者、医療機関にきた患者、認知症のある方…を「利用者」「患者」という眼鏡だけでみていないか。一人の生活者として楽しみたいことはないか。「社会の役に立ちたい」「仕事をしたい」という思いと力を無駄にしていないか。先にチャレンジに直面しているからこそその体験と知恵を、社会のイノベーションに生かすという循環をつくれているのか。それができていないとしたらビジネスチャンスも失っているのではないか。ほんとうの意味で健康で持続可能な社会に向けて、私からはこういった問いを投げかけさせていただいて終わりたいと思います。

【講演5】

Society 5.0 実現による 社会保障費の最適化に向けて

21世紀政策研究所研究委員／

日立製作所社会イノベーション事業推進本部

事業戦略推進本部アーバン&ソサエティ本部長

甲斐

隆嗣

日立製作所の甲斐です。「Society 5.0 実現による社会保障費の最適化に向けて」という題名で、お話しします。

本日の目次は、「1. Society 5.0 の考え方」「2. 社会保障分野への Society 5.0 の考え方」「3. 必要な要素技術の動向」「4. 適用のユースケース」「5. 実現に向けた課題と進め方について」「6. まとめ」になっています。現在政策の一丁目一番地である Society 5.0。これはデータの活用や連携をすることによって、A ーや T をさらに使用し、少しでも社会保障費の伸びを抑えつつ、同時に国民の満足度を上げ、よりよいサービスを提供していくということです。そのためユースケースと課題の一部をお話しします。

Society 5.0 の考え方

「Society 5.0」とは、地球環境を含む持続可能な社会と運営のために、全体の最適化と個人の QOL を向上していくものです。レジユメに「教育」「自立と自律」「相互扶助」「科学技術の応用」とありますが、このような世界を目指そうというものです。なぜ 5.0



甲斐委員

なのかとよくいわれます。これは狩猟社会から農耕社会、工業社会、情報社会に続く新たな経済社会であり、IOT、AI、ロボット等が生産性革命を牽引し、超スマートな社会を実現するというものです。

これまでの情報社会と Society 5.0 の違いを簡単に紹介します。フィジカル（現実）空間からセンサーやIOTを通じてあらゆる情報が集積されてくる。そのデータを使って人工知能で解析・制御し、高付加価値を現実社会にフィードバックする。そのような社会の実現を、2020年以降を目標に目指しているわけです。では、社会を支える情報技術の動向という形で少し振り返ってみたいと思います。

2000年頃までは、データは個人のパソコンや汎用コンピュータに個別管理されていました。最近ではインターネットなどを介しながら、スマートフォンの普及などを含めサービスもいろいろできましたし、データ量も増大しています。しかし、分野間のいろいろなデータやサービスの相互運用性はまだまだ不十分と言えます。Society 5.0の進展に伴ってどうなるか。データ流通圏の基礎には大きな基盤が必要になります。

今後は、データやサービスの相互運用を図るサービスのプラットフォームが、いくつも見られ、実現されてくるでしょう。明確な出現元の標準化されたデータが流通し、それが蓄積されてきます。現場のセンシングが高度・正確・安全などの柔軟なアクションを支援し、プライバシーを確保し、業界を超えたデータ活用の国民理解が進展します。そして社会全体で知識を共有してフィードバックし、高度化が進展していきます。

本日の話題の健康・医療・介護分野におけるSociety 5.0で実現される社会像を見てみましょう。医療現場の情報や環境データ等々をもとにして、快適な生活、健康促進、最適な治療が実現されることになると考えます。また、移動分野においては、いろいろな技術革新はありますが、いま特に注目すべきことは、自動運転のような移動の分野に

対するロボットなどによる人間の省力化で、効率的で安心・安全な社会が進展していくだろうと思います。

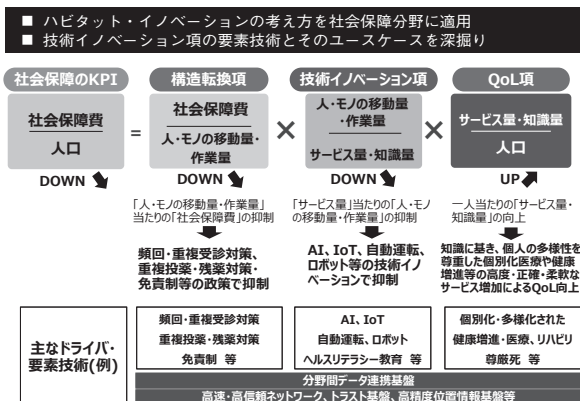
社会保障分野への Society 5.0 の考え方

では、社会保障分野に Society 5.0 の考え方を適用してみましょう。

当社と東大との間で「日立東大ラボ」を設立し、今後の Society 5.0 の実現に向けた「ハビタット・イノベーション」といった共同研究を促進しています。

82 ページの図表16は、「ハビタット・イノベーション」の基本的な考え方の一例です。社会全体の目標指標（KPI）を、構造転換項、技術イノベーション項、QOL項に因数分解します。社会保障のKPIは、「人口当たりの社会保障費の削減あるいは維持」となります。構造転換項を下げるとは、制度的に何らかの形で社会保障費を抑えるということです。例えば、頻回・重複受診対策を図り社会保障費を抑制することです。技術イノベーション項を下げるとは、人・モノの移動量や作業量は変えずに、サービス量、知識量を増やしていくということです。そのためにはAI、IoT、自動運転、口

図表 16 ハビタット・イノベーションの基本的考え方の
社会保障分野への適用



ポットといった技術イノベーションが必要となります。一方、個人の多様性を尊重した生き方への対応つまり、QOL項の向上が重要です。これらを同時にやっていくという考え方です。

このようなマクロな考え方に基づき、今後、Society 5.0を社会保障分野に適用していければと考えています。

必要な要素技術の動向

次に技術の動向を簡単に紹介します。A1においては、現在ではディープラーニングの高度化で画像認識や音声認識の精度が高まってきました。今後は、ディープラー

ニングや強化学習等を組み合わせ、さらにAIの高度化が進展してくるだろうし、進展していくべきだと思います。しかしながら、AIを人の幸せのために使わない異常な使われ方がされる可能性もあり、これに対しては何らかの方針をもって、人が制御していかなければいけないと思います。

AIの活動事例を紹介します。AIによる診断支援、ケアプランの作成支援などは既に出ているものです。これらはさらに高度化していくと考えられます。また、自動運転では、特定条件下での自動運転機能のレベル2は実用化されつつあり、いまレベル3や条件付自動運転であるレベル4を見据えながら法制度が整備されている状態で、いろいろな実証実験が行われています。ロボットに関しては、特に介護分野などで介護支援型のロボット、自立の支援をするロボット、コミュニケーションを図るロボットなどが出てきています。これらにより人を支えながら適切なケアをし、なるべく介護従事者の方々の負担を減らすということもできるようになってくると考えています。

また、最適な状態をつくり上げていくためにもインフラ分野に関する仕掛けが必要となります。いま内閣府では、「分野間データ連携基盤」というものを進めています。デ

ータを複数の分野で活用する上で、おのおのバラバラに持っているデータがどこにあるのか、それをどのように活用するのか、という課題があります。それに対し、コード・データ・APIの標準化、あるいは言葉の意味そのものの整理・標準化などを行っているき、データやサービスの相互運用性を図るというものです。このような仕掛けが徐々に整備され、分野横断的にデータが使われていきます。もちろん、通信ネットワークも高度にかつ高速になります。

適用のユースケース

以上のような技術、社会実装の動向に基づきながらユースケースを少し考えてみました。①健常者、②急性期、③通院・入院・介護の各フェーズで先ほどの技術要素をどのように適用していったらいいのか、仮想的なシミュレーションを試してみたいものです。

①健常者ではIoTデバイスによりバイタルデータを収集し、AIが、発症予測、予防の取り組みを提示してくれます。②急性期には、多少SF的などころがあるかもしれませんが、自動運転車両による救急車が搬送支援をする、あるいは超高速ネットワーク

の利用による遠隔医療、遠隔手術などが考えられます。既にできつつありますが、さらに法律制度として整備されていくという形です。急性期の方々が③通院・入院・介護の状態になったときには、IoTによる見守りや外出の支援などが行われるようになると考えられます。どのフェーズにおいても、個人のQOLを保ちながら、なるべく医療従事者や介護従事者の方々の負担を減らしてQOLを上げていく。そのような考え方です。

それぞれのフェーズにおける現状とSociety 5.0時代の例を示します。健康者のユーザーズで言うと、スマートフォンなどのデバイスでバイタル情報を取り、その活用によって病気の発症予測、予防・予後指導に役立てます。そのためいろいろなデータの活用の仕方として、インフラ整備が進んでいく形になっています。また、急性期に関しては、例えば脳梗塞発症で救急搬送し、その後、t-PPAの処置をします。こういった一連の流れに対しIoT、ITを活用していく形です。

簡単に申しますと、最初の発症の時点で、PHR（生涯型電子カルテ）等の既存の個人データから既往症や健診のデータを確認することで、素早い判断ができるようになります。また、自動運転車両などで、場合によっては自分の車が救急車両に代わる形で病

院に搬送され、処置ができるようになります。また、AIについても、遠隔医療やそのほか見守りでも使われます。このように、あらゆる場面でAIやIoTなどが使われる状態になります。

実現に向けた課題と進め方について

次に、多少空想的な話も入っていますが、社会保障分野における Society 5.0 実現のための課題をまとめています（図表17）。1人当たりの社会保障費をなるべく抑えながら、個人のQOLを上げていく。そのためには世の中で必要な課題、解決すべき課題は何かということです。

まず、一つ目は、「データ利活用の基盤づくり」です。個人の医療・健診、介護、及び健康な状態のデータを連結させ、いろいろな場面で使えるようにする必要があります。社会保障分野だけでなく、異分野でも活用できることも必要です。自治体でも使える、民間でも使える、自動運転で使えるというように、分野間でのデータ連携ができる相互運用性を、図っていく必要があります。

図表 17 実現に向けた課題

- Society 5.0は、全体最適とQoL向上のバランスが取れ、人に寄り添う技術が使われる時代をめざしている。
- これまでの議論を踏まえ、実現に向けた課題を以下に示す。

(1)データ利活用の基盤づくり

- ①個人の医療、健診、介護のデータ連結
- ②異分野間でデータの連結ができる相互運用性の確保

(2)活用・活性化

- ①利用者の知識、リテラシー、モチベーションの向上
- ②個人データ不正利用の不安の解消
- ③ナショナルビッグデータ利活用による課題発見・解決策検討の活性化

(3)技術・サービスの開発促進

- ①イノベーションに必要な技術の充足
- ②技術実装を支える制度改革の促進
- ③プライバシーデータ漏洩リスクの解消

二つ目は、「活用・活性化」です。データの活用を活性化していくためには、利用者の知識、リテラシー、モチベーションを上げていく必要があります。また、個人データ不正利用の不安を解消していくことも必要です。

三つ目は、「技術・サービスの開発促進」です。データを活用していく、あるいは、AI、IoT、ロボットなどの技術革新を継続的にやっていく必要があるということです。イノベーションに必要な技術の充足、技術実装を支える制度改革の促進、プライバシーデータ漏洩リスクの解消により、安心・安全にデータを活用する環境をつくっていくということです。

報告書では、国がやるべきこと、民間がやるべきこと、個人が努力して理解していくこと等々をまとめています。参考にしていただければと思います。

まとめ

最後に今日お話したことをまとめます。Society 5.0時代の社会保障のあり方に関し、「日立東大ラボ」の「全体最適とQOL向上」の考え方をお話ししました。特に介護分野でサービス提供者が不足する時代において、イノベーションによる技術を活用することが必要と考えます。重要なことは、先ほど空想物語と言いましたが、2040年の社会のあり方を見て社会実装をイメージし、バックキャストイングし、研究開発を推進していくということです。実現に向けては、技術イノベーションが必要ですが、あわせて制度改正についても考える必要があります。これらを人がきちんと考えながら、一歩一歩できることを進めていくことが重要です。その結果、日本の社会保障モデルを製品や技術等を含めたパッケージとして、海外へのビジネス展開の可能性も見えてくると考えます。これが Society 5.0全体に通じる考え方です。

パネルディスカッション

【パネリスト】（順不同）

21世紀政策研究所研究副主幹／
日本総合研究所調査部主席研究員

西沢 和彦

21世紀政策研究所研究委員／
産業医科大学医学部公衆衛生学教授

松田 晋哉

大和総研政策調査部長

鈴木 準

【モデレータ】

21世紀政策研究所研究主幹／
津田塾大学総合政策学部教授

森田 朗

森田 それでは、パネルディスカッションに入りたいと思います。

われわれ研究に携わってきた者たちがいろいろと報告をいたしました。全体をまとめますと、やはり現在の状況はかなり変わってきている。人口減少社会の中で保険財政の仕組みも見直さなければならぬ。また、いわゆる医療・介護と区分された領域で物事を考えるのではなく、むしろ広く、生活全般の中で考えていかなければいけない。そして、そうした問題を解決するためにはICTをもっと活用する必要があるのではないか。こういう流れは共通していたかと思えます。

このわれわれの報告に対し、研究会外部からいらっしやった鈴木さんからまずコメントをいただき、それを素材にして議論を進めていきたいと思えます。

データを用いた社会保障改革とアウトカム評価

鈴木 大和総研の鈴木です。

いま多くの人々が天寿を全うできるようになって、さらにその天寿がどんどん延びています。いま65歳の男性の35%、女性の60%の方は90歳まで生きられる。これが



鈴木大和総研政策調査部長

1990年生まれの方だと、65歳まで生きた女性の方は2割が100歳まで生きられる。これは少なくともだと思えます。これまでわれわれは死亡率をわりと過大推計していました。つまり、どんどん寿命が延びて、人々は亡くならないようになっていく。まさに人生100年だと思えます。一方で、いま65歳以上の7人に1人は認知症と言われ、これが2035年には4人に1人になるという課題もあります。

まず、冒頭の森田先生のご報告です。私が理解する先生のご趣旨は、人口動態を考えると改革は必要だけれども、これまでの延長線上の改革ではもはや埒が明かないということではないかと思えます。医療需要は人口減で当然減って

いくわけですが、その供給体制がうまく調整できない。あるいは医療と介護の連携が非常に不十分である。それから、医療、介護それぞれについても、例えば診療報酬・介護報酬という価格政策と、健康保険・介護保険という保険の政策とがそれぞれ独立的に運営をされてしまっているということです。

森田先生の資料の中では「経験ではなくて科学で」という書き方をされていましたが、まさにいまこの分野には膨大なデータがある。そのデータをうまく使って、EBPM（証拠に基づく政策立案）的に社会をデザインし直さないといけない。報告書を拝見すると、その中にアウトカム評価という言葉がありました。私はそれがやはりキーワードではないかと思えます。つまり、これまでの報酬体系あるいは保険というのは、何をやったかに値段が付き、やればやるほど売りが立つという形でした。そうではなく、できるだけインプットが少なくアウトカムを発揮できた人が評価される。あるいはそういうものに高い値段が付く。そういうことを目指すべきではないかと思えます。

社会保障費用負担、公費投入の方法

鈴木 それを受け、西沢先生からは主に財政の話がありました。社会保障の費用についての保険料と税、いわば保険と公費の役割分担の話。一言でいえば、今の保険は機能不全を起こしていて、保険が保険になっていないという話だったと思います。本来、リスクシェアであるはずの保険が、公費依存がすぎるがゆえに受益と負担の関係が見えにくくなっていて、ある意味では共助の自治が働いていない。それから、非常に複雑な財政移転が政府の中で行われていて、一体誰のために保険料を払っているのかよく分からない。そういう現状になってしまっているのではないかということです。

保険料に関しても、OB、OGの皆さまの分を現役が負担するのはある程度当然のことだと思えますが、いま後期高齢者医療制度や介護保険を見てみると、給付の効率化が不十分なまま、足りない分の請求書が現役や企業に送りつけられています。そういう現状になってしまっているのではないかと思えます。

それから、公費の使い方です。話があったように保険料を一律にまけてしまっているということだと、公費を再分配としてうまく使えていない。では保険料かということに

なるわけですが、保険料自体も相当に問題のある、もはや高い水準になっている。それから、保険料というのは消費税以上に逆進的であったり、あるいは雇用に悪影響を与えたりする。賃上げをしても可処分所得が増えないので、消費が増えないという問題もあります。保険料にも大きな課題が生じているというのが私のコメントです。

西沢先生に質問です。「財政検証」が参議院選の前に出なかったことは非常に問題だと思えますが、私も所得代替率50%という指標は、ほとんど意味がない指標ではないかと思えます。それに代わるものとして基礎年金に注目すべきだとおっしゃいましたが、具体的にそれはどうということなのか、教えていただければと思います。

地域医療

鈴木 それから、松田先生からは、将来の医療事業は地域によって量や質が相当違ってくる、パスも違ってくるというご報告だったと思います。人口動態にきちんと対応すべきだけでも、必ずしもうまくいっていない。また、いま入院医療費だと地域医療構想、入院外と調剤を含めて医療費適正化計画というのが進められていますが、なかなかうま

くいつていないと思います。

それから、高齢者は医療と介護を行ったり来たりしているのは非常に重たい話で、したがって医療と介護の連携がまさに重要だということですが、いま介護療養病床は廃止が進められていますし、地域医療構想で療養病床については、医療区分1の7割は入院外に持っていく。つまり、在宅などに持っていくことを目安として進められているわけです。だとしたら、まさにデータをベースにして、人々がどういうニーズで動いているのかももう少しよく見ないと、供給の体制の整備ができない。地域包括ケアや地域医療構想が実現しないことになってしまいます。これは本来、国としても大きな政策ですが、地域ごとの対応がやはり重要であることを松田先生は強調されていたと思います。いろいろなソリューションをお話しになられました。松田先生への質問としては、頑張る地域と頑張らない地域とがあったときに、結局、国が全てやってしまうと頑張らない地域が増えてしまうのではないか。頑張る地域を増やすためにはどういう政策が有効なのか、コメントがあればと思います。Society 5.0については2ラウンド目で申し上げたいと思います。

共通フォーマット、住居、サステイナブル

西沢 鈴木さんからいただいたコメントにお答えする前に、研究会の中で出た堀田さんや甲斐さん、森田先生、松田先生のお話で感じたことがありますので、それを幾つか申し上げてから所得代替率のことをお話したいと思います。

データの共通フォーマットが重要であるという話がありました。やはり、それを急がないといけないし、それは私がお話しした所得捕捉の話にもつながってきます。行政が国税、市町村、日本年金機構とバラバラの所得情報、バラバラの定義、バラバラのフォーマットで集めています。これを共通化し精緻化することにより、非常に有効な社会保障政策を打てるようになると思います。

あとは住居の話がありました。本来、社会保障の一分野としてハウジングが位置付けられていて、森田先生が前におられた社人研（国立社会保障・人口問題研究所）でも「社会保障費用統計」をつくられていました。ハウジングは一つの項目であると思いますが、そこは数字がブランクだったと思います。そこに象徴されるように、ハウジングにもっと関心を持って社会保障を位置付けていくことが重要であるということ。



それから、堀田さんが言われたことを一言で言うとして、「ヘルス」の定義を行政が付けるというよりも、健康であるという定義は自らの中にあるということかと思えます。ですから、それも私が申し上げた、社会の中に解決能力があるということに通じるのではないかと勝手に解釈しています。堀田さんの中でビジネスという言葉が何度か出てきました。社会保障の中でビジネスというと、一見、「お金もうけではないか」といやがられるのですが、違うのですよね。ビジネスということはきちんと対価を払ってサービスを受けるわけですから、利用者と供給者とは対等であるということだと思ふし、ちゃんと対価を払うことによってサステイナブルになる。また、それによって利用者

がニーズを伝えますから、ニーズが供給者にいち早く伝わる。ですから、やはり「サステイナブル」がカギだと思っています。

所得代替率と基礎年金

西沢 所得代替率に関して言うと、分母を現役世代の賃金とし、分子に夫、妻の年金を持つてくるのですが、そうすると分母が1人分、分子が2人分です。夫と妻の2人分を持つてくること自体が時代遅れです。平均的なサラリーマンをベンチマークとするよりも、政府としてはもっと貧困に着目したほうがいいと思います。長生きすると単身高齢女性を中心に貧困が増えてきます。そこを救うのは民間というよりもやはり政府であろう。年金2000万円問題が批判を受けましたが、それは平均的な人だけに着目している、年金が少ない人はどうするのかについては答えていなかったことが理由の一つだと思います。

そういった意味で、最低保障的な年金の役割という1階部分である基礎年金になってきますので、所得代替率という定義よりも、基礎年金を一体幾らもらえるのかという

ところに着目する。「財政検証」が8月に出るようですが、基礎年金額に^(注)着目して年金政策を展開していくのが好ましいのではないかと思つた次第です。

頑張っている地方自治体を支援する規制緩和

松田 これから地域差が非常に拡大してくる。その中で、地域ごとの対応で頑張っているところと頑張っていないところをどういふふうの評価するかとお話だと思ひますが、なかなか難しいと思ひつています。いま例えば協会けんぽの保険料とか、国保のいろいろな保険料とか、地方に対する支援金とか、そういうところで一応インセンティブ制度がとられる形になりましたが、そういうインセンティブ制度みたいなものをうまく使い、医療介護総合確保基金のようなものの配分を決めていくのも一つのアイデアだろふと思ひつています。

ただ最近、私自身は地方のいろいろな病院や医療機関を見学しに行つていますが、お金をあげることが本当にいいことなのかどうか、実は分からなくなつています。というのは最近、北海道の奈井江町、数年前には北海道の足寄町を見に行つたのですが、お

(注) 8月27日、厚労省により公表された

金がないのです。しかし、すごい工夫をしている。例えば奈井江町の場合には、国保の町立病院の1階部分が空いてしまった。結局、空いてしまったところを彼らは何にしたか。サ高住にして、もともと一般病棟があったところも全部、療養病床にしました。

なおかつ地域の開業医の3人の先生がその病棟を、いわゆるオーブンホスピタルとして使う。要するに、現行制度の中ですごく工夫をして対応されています。思ったのは、結局、その地域の関係者の人たちがこの問題をどのくらい真剣に考えてやるかです。しかも、そこは補助金ではなく、自分たちでやれることをやろうと町長自らがきちんと決断してやられた。そういうことだろうと思います。

何が言いたいのかということ、要するにお金に困ってしまうと、地方自治体の首長さんは公的資金の導入を要求します。この国は1990年代ぐらいからそれがひどくなった。ずっとこれをやってきて、結局、それでいい結果も出ずに地方も国も疲弊している。そういう状態になっているわけです。その中で工夫した地域というのはいはり、すごくよくなっている。なんとか現状維持で頑張って、さらによくなっている。

もう一つの足寄町も非常に素晴らしいところで、ここも町長さんがすごい。国のほう

でも少し配慮してくれたらいいなと思っただけですが、北海道は高校に40人入学しないと、結局その高校は廃校になってしまうと聞きました。そのとき足寄町長さんが言われたのは、「高校がなくなってしまうと、中学生が卒業と同時に町外に出てしまう。そうすると将来その地域に残り、町の役場に勤める、あるいは医療・介護に勤める人がいなくなってしまう」。

結局、何をやったか。普通高校以外を卒業した町内の高齢者に声を掛け、足寄高校を受けさせるわけです。私が見に行ったときは合格者のうち何人かが高齢者でした。そうやって維持をしている。しかし、これでは持たない。結局、足寄高校の学生が無料で通える公設民営の義塾をつくり、「学生の進学支援」をやっている。こうやって子どもを集めるような枠組みをつくっているわけです。

そこから先が面白い。加えて彼らが何をやったかというと、町内に高齢者が増えてきて、まさに単身の高齢女性の問題が起こっているのですが、そういう人たちが住む場所として、グループホームとサ高住と一般住宅を同じ枠の中につくっています。そこに町外からやってくる子どもたちも住ませるといふ形です。教育と医療・介護を全部一体

化し、魅力あるまちづくりを独自でやっているということです。

実は、これはちょっとたいへんで、グループホームと一般住宅とサ高住を同じものにしてしまっている。制度上は入り口を分けなければいけないとかいろいろなことがあるわけで町もそれに対応しているわけですが、無駄なコストがかかっている。何が言いたいか。こういうばかげた規制をやめることがまず、一番だと思えます。要するに、いまある資源を活用できるように国が規制緩和をしてあげれば、まだまだ地方はいろいろ工夫ができます。頑張っている自治体、頑張らない自治体があるのですが、まず規制緩和をしていただくことが大事ではないかと思えます。

要するにこの国はいろいろなものをつくってしまい、資源はたくさんあります。ところが、それがいろいろな規制に関わって自由な活用ができなくなってしまう。そういうものを一回棚卸しして、これはほかのものに使えないのかということが自由にできるようにしてあげれば、地方はいろいろ工夫できるわけです。例えば奈井江町の場合も工夫しています。今のルール上はサ高住と病院とは入り口を分けなければいけません。しかし、もともと病院であったものをサ高住にしているので、入り口がありませんで

した。どうしているかというところ、しょうがないから今は使っていない救急外来の入り口をサ高住の入り口にしている。こんなことをやらなくてもいいように規制緩和をするだけで、いろいろなことができるわけです。そういう意味で頑張っている地方自治体を支援するためにもやはり、抜本的に規制緩和をしていただけたらいいのではないかと思っています。

森田 お二人から回答がありました。鈴木さん、さらにいかがでしょうか。

鈴木 所得代替率に関しては、50%というのはまさにモデル年金の、しかも新規裁定時の代替率にすぎない。それから、これは現役の賃金下がると上がってしまうような指標なので、基礎年金の金額そのもの、実質的な金額そのもので見ていくのは非常にいいアイデアだと思います。

それから、松田先生からのコメントもありがありがとうございます。やはり首長さんのリーダーシップというのは非常に重要だと思えます。お金を配るということではなく、規制を緩和して、知恵を出してもらおう。それから、好事例があれば全国に広める。あるいは状況をもっと見える化する。問題のあるところにはどういった問題があるのかを見る化

することが、課題解決の原動力になるのだらうと思います。

一体として考える時代、人的資源の効率的な使い方

森田 私のほかからさらに一言二言、言わせていただきます。

今までの日本の、医療に限らず社会の仕組みといえますのはどちらかというところからいって、スライドでも書きましたように、次に何を足していくかという発想でやってきた。特に、非常に複雑な社会の中をいろいろな分野ごとに切ってしまう、その中で完結するような仕組みを考えていたと思います。われわれが生活しているところだと当然、住宅に住み、家計でお金を使い、ものを食べたり、いろいろします。子どもがいれば学校に行く。教育の分野にも関わってきましたし、病気になれば医療にかかるということですが、医療なら医療だけで切り分けてしまった制度や仕組みをつくっていた。

かつてはそれでよかったと思います。特に医療の場合で言うと、昔は病気になり入院するとずっと治るまでいて、退院した明るる日から職場に行くようなこともやっていました。今はそういう時代ではなくなってきた。特に高齢者の場合には、本日もたく

さん話が出ましたが、介護が必要になってくる。いわば病気を持ちながら、病気と付き合いながら日常生活を送り、その中で人生を送っていくという形になってきた。そのときに医療だけ切り離せるか、介護は別にするのが可能か、あるいは住宅はどうなのか。これを一体として考えなければいけなくなってきた。そういう時代になっているのではないかと思えます。

そのときにどうやって一体化するか。これは非常に難しい問題です。今までは医療だけでも非常に複雑な制度で成り立っていました。先ほど話がありましたように、高齢者の方は介護と医療を行ったり来たりする。そのたびに制度を切り替えていくということがとてもやっていられない。そこで情報、データというものをつないでいくことが一つのポイントになってくるのではないかと思えますし、特に住宅も含めて一体的にする。さらにいいますと、今の北海道の話もそうですが、まちづくりも含め考えていく必要があるだろうと思えます。

もう1点は、特に地域では人口が減ってきて、社会全体がある意味で縮小傾向に向かっています。その中では、それぞれの分野ごとに分けて資源を使っていたのではかなり

無駄になるのではないか。いまいわれているのは、例えば医療関係の資格を持っている方でも、ある資格を持っている人はあることしかできない形では、人的な資源の使い方として非効率になってしまふ。1人の人がいろいろな仕事ができるような形で対応できないのか。これは医師とか看護師とか、医療従事者の働き方改革にもつながってるところだと思います。そうした形での改革の方向を目指していかなければいけないのではないか。実際にある意味で人が少ない北欧諸国だと、そういう仕組みが既に制度化されていますし、そうした形で変えていくことが重要になってくるのではないか。

そのときに問題になるのは、いろいろな事象に関わることをどうやってうまく管理していくのか。管理という言葉もありましたが、そのところにまさに今のICTをツールとして使いながら、マネジメントをきちんとやる。そうした能力といえます。それが意味で費用の削減にも結び付くと同時に、サービスの質を高めていくことにもなるのではないか。そういう印象を持ったところですよ。さらにいかがでしょうか。

医療人材管理のあり方

松田 森田先生が言われたことはそのとおりだと思います。広く言うと、ヨーロッパでも資格を相互認証するとか、いわゆる代替政策、サブスティテューションという枠組みの中でやられています。例えば医者が出ていたことを看護師さんにやっていただき、看護師さんがやっていたことを看護助手の方にやっていただく。オランダの場合には、介護士と看護師を同じ枠の中に入れてモジュールを積み上げていくと資格が上がっていくという形ですし、かなりクロスオーバーになってきている。日本もそういうことを考えなければいけない時期に来ているのだらうと思います。

利用者さんのほうから見てもたぶん、制度がすごく複雑になっているから、例えば介護福祉士さんなのか何なのか、いろいろなことが分からなくなっている。私は介護保険に最初から関わっていますが、そもそもサービスも非常に複雑になってきてしまっただけで、何が何だかよく分からなくなっています。デイサービスとデイケアは何が違うのか。ショートステイもいろいろ種類があります。

一回棚卸しをして同じようなものはまとめてみて、資格もいろいろなことが相互に共

通化できるようにする。例えば介護と障害者福祉の部分とがちゃんとクロスオーバーしないといけないし、健常者の教育と障害者の教育ももうクロスオーバーしないといけないと思います。人間の抱えているニーズがこれだけ多様化し、お互いに重なるようになってきているときに、資格を細かく分けていくという日本のやり方自体がもう合わなくなってきたのだらうと思います。

そういう意味では森田先生が言われたように、資源というか資格の有効活用という形での相互認証というか、資格の総合化、施策の総合化が必要な時代になっていると思います。おっしゃられたように、やはりアウトカムから考える。アウトカムを達成するには、やり方がいろいろあると思います。そういうものはちゃんと認めて、そういうことができるような社会にする。結局、規制緩和につながっていくと思うのですが、そういうふうにやっていただくことが必要ではないかと思えます。

アウトカム評価

西沢 引き続きアウトカムといったことをお話しさせていただきますと、研究会の過

程でも脳神経外科を開業されている先生にヒアリングをさせていただいたら、動物セラピーをやっていたり、温泉施設をつくったりされている。たぶん、動物セラピーをやっても温泉をつくってもそれら自体に診療報酬は出ないと思います。しかし、それが免疫力を高めたりすることにより治療に効果があったとしたら、その改善した結果をもって評価してあげればいいと思います。ですから、アウトカムベースにする。

子育ての専門家にも来てもらいました。例えばニュージーランドの保育園だと、保育士の有資格者だけで構成するのではなく、親も参画していいことになります。ですから、全部が有資格者ではなくても、注意深い子育て経験のある親が保育に参加してくれば充足されるわけで、アウトカムを評価していくことが重要であると思います。やはり人員配置基準とか、松田先生が言われたように入り口を一緒にするとか、規制は極力外していったって、アウトカムを評価するベースを構築していくことがキーポイントの一つではないかと、お話を伺いながら、また研究会を通じて思いました。

Society 5.0 と社会保障改革の必要性、成長産業としての医療・介護

森田 ありがとうございます。規制緩和もそうですが、今の話もそうです。アウトカムできちっと評価をしてというのはよく言われるのですが、実際にはかなり難しいところもあるかと思えます。その場合に一つのカギになるのは、情報といいたいでしょうか、要するにアウトカムの結果をいかに見えるようにするかだと思います。

また、少し離れるかもしれませんが、西沢さんがおっしゃった医療保険や財政の仕組みにしても、幾ら払って幾らサービスを受けるか、その関係が見える化といえますか、分かりやすく示すような仕組みが重要ではないかと思えます。特に先ほどおっしゃった中でいいますと、リアルタイムにそれが分かるようにするという事です。いまやっていることがこういう結果になるのだと、自分たちのやっているインプットとアウトプットが結びつく関係を示していく。それが非常に重要ではないかと思えます。そうした情報の観点は先ほど Society 5.0 で甲斐さんのほうからお話しいただいたところですが、そうした観点からこれからのあり方というのはいかがでしょうか。

鈴木 それでは、甲斐本部長の Society 5.0 のご報告も受けて、コメントを申し上げますた

いと思います。

医療や介護の世界で少し奇妙だなと思うのは、イノベーションといったときに医療や介護については、価格が上がるイノベーションばかりだということです。普通、イノベーションというと、既存のモノやサービスを少ない投入で生産できるようになりますから価格は下がります。あるいは新しい技術が出てくれば、古い技術は陳腐化して価格が下がる。価格が下がると競争力が生まれるので、しばらくはビジネスとして成立をする。そういうダイナミズムが社会、経済のイノベーションだと思います。医療だと、例えば高額な薬品が典型で分かりやすいわけですが、高度化ということがいわれ、イノベーションで医療費が増えましたという話になりがちです。

もちろん現在もあるとは思いますが、医療も介護も価格を下げるイノベーションがもう少しあってもよいのではないか。本日通じているテーマはデータの活用ということですが、IT化が非常に遅れている、データが標準化されていない、ネットワークでつながっていないという問題があります。

松田先生がNDBの話をされましたが、いま病院や診療所にはカルテのデータ、検査

データ、紹介状があるし、薬局には処方箋、お薬手帳の服薬データ、介護事業所にはリハビリのデータがある。保険者には健診のデータがある。これらは本当に宝の山であるわけです。それらが標準化されていないし、一元的に管理されていない。活用されていない状況にあります。

ここを直していくと相当明るい展望が持てるのではないか。そういうデータをもとにして、まさにアウトカム評価で、ICTはもちろん、IoT、ロボット、センサー、AI、高度画像技術といったものを医療や介護の現場にどのように入れ込んでいけば、予防あるいは治療につながるのか。そういうことが重要だと思えます。

それに関して2点ほど申し上げたいのですが、一つはSociety 5.0で展望されている世界というのは、皆さんが健康になつて寿命が延び、働き続けられる。まさにQOLが上がる世界だと思えます。つまり、生活の質が高まり、生涯所得が高まるということですね。ただ、技術がどんどん進化するのですから、軽に異常が見つければ「念のため治療しましょう」ということになるのかもしれないし、実際に検査をしょっちゅうしているような状況になるのかもしれない。

病気や要介護になるタイミングを後ずれさせただけだとすれば、医療費や介護費を減らすかどうかは分らないと思います。私は生活水準を向上させるという意味で Society 5.0 を強力に進めるべきだと思つのですが、ひよつとすると、むしろ医療費や介護費は増えるのかもしれない。つまり、Society 5.0 によって社会保障改革が不要になるということではなく、むしろ Society 5.0 の推進と同時に、社会保障改革も相当強力に別途の方法で進めないといけないのではないかと思います。

2 点目は、医療も介護も需要は間違いなく増えていきます。需要というのは実質的な意味の需要です。もちろん人口が減っていくという意味では減るわけですが、価値という意味では増えていくと思います。それから、供給側の生産性向上余地も相当大きい。そういうことを考えますと、これは成長産業ということだと思います。成長産業なので、そこへ投資する期待リターンは高いわけですし、それから医療・介護分野で働かれています。方々の実質賃金も、生産性が上がれば上がっていく。そういう世界だと思っています。

同時に、国民の社会保障費の負担も減らさなければいけない。そんなうまい話があるのかと思われる方も多いかもありません。例えば、いま介護の担い手不足が大問題です

が、生産性が向上すれば、向上しない場合と比較すれば人手不足は緩和するわけです。しかも、そこでは生産性が上がっていることが同時に起きているので、生産性が向上しない場合と比べ、そこで働いている方の実質賃金を増やししながら人件費総額を抑えられる。それから、生産性を上げるためには資本の装備をしていかないといけないので、資本にも当然、その費用を払っていかないといけないことですが、そこはたゆまぬ技術革新と提供者のマネジメント向上があれば、生産性に見合わない費用負担にはならないと考えられます。

介護事業所は非常に零細なところが多く、ここを大規模化していくことだけでも相当違う。資本の側も相当工夫をしていけば、かなり筋肉質になっていくと思います。逆に申し上げると、そのように考えていかないと社会保障の問題は相当深刻です。成長産業としてのポテンシャルは相当あると思いますので、実際に利害関係者がそういう発想に立ち、どういう工夫をどこまでしていけるのか。そういうことに将来がかかっているのではないかと思います。

日本の医療・介護情勢の海外展開

森田 いま Society 5.0 でデータを使うという話が出ました。その活用の可能性について松田さんよりお願いします。

松田 幾つかあると思います。まず大前提として、これから日本は世界に何を売るのかということを考えないといけない。過去20年ぐらい日本発で世界を席卷したものは、あまりありません。例えばT絡みで言うと、ほとんどがアメリカ、あるいはフィンランド、ノルウェーといったところです。たぶん、その辺を考えなければいけないのだろーと思います。

では、その中で日本はどういう情報を持っているのか、どういうコンテンツがあるのかと考えると、一つはやはり医療・介護です。意外に思われるかもしれませんが、高齢者に対してこれだけインテンシブ（集中的）で、インターベンシブ（介入的）な治療をやっている国はありません。

要するに日本は、高齢者に対していろいろ進取的な医療をやってきた。その結果に関するエビデンスがこれだけ蓄積している国というのは実はないのですが、それが体系的に

集められていない。しかし、恐らくこれから世界中が豊かになっていく中で、特にアジアはそうだと思いますが、高齢者の人たちが例えば80歳になったからといって積極的な治療をあきらめないという状況になってくると思います。そういう方たちが例えばアジアでたくさん出てくるだろうと思います。

そういうときに安心してインターベンション（治療行為）が受けられる国はたぶん、アジアでは日本だけでしょう。要するに高齢者に対していろいろなことをやってきた経験とエビデンスを、ほかの国の人たちが納得できる形でアウトカムとしてきちんと示していく。恐らく、そういう作業をやらなければいけないのだろうと思います。

実際にはバズ（口コミ）で広がっていて、いま治療を目的としたインバウンドはすごいことになっています。しかし、これはバズではだめだろうと思います。やはり、それをちゃんとデータベース化していく。ということは、各大学、各医療機関で、バラバラでやっているいろいろな臨床研究というよりも今の臨床行為のアウトカムを、きちんとデータベース化してやっていく必要があります。これはその気になればすぐできるはず。まずこれが1点。

もう一つは介護です。これだけ地域包括ケア的な枠組みでいろいろな介護をやっている国というのは、実はあまりありません。この介護技術をインターナショナルで使われているICD、ICF、ICHIといったコードにきちんと対応させ、ほかの国が分かるような形で要介護高齢者の状態像、それに対する介入、メソドロジーということをちゃんと体系化していく。そうするとたぶん日本は、高齢者の医療・介護というところで、あるいは薬の使い方というところで、知財という形でいろいろなものが提供できるだろうと思います。

そういう意味では、そこをどのようにやっていくのか。高齢者を対象としたいろいろなアクティビティというか経済活動を、いかに情報化していくか。恐らく、この国にとってはそのことが大事ではないか。

もう一つ、医療に関して言うと、医療も変わらなければだめです。この国はこれから生涯現役社会にするしかないわけで、たぶん前期高齢者の就業確率を上げなければいけない。そうすると、医療の役割は変わります。治す医療ではなく、人々が元気であり続けることを支援する医療という形になってくる。治療というよりも、リハビリテーション

ンとか、サポーターリンググッズを使っていたいろいろな活動支援とか、そういう観点からの、要するに機能に関連した医療をやっていくと日本はまだまだやれるのではないか。そのためにもいまこぢんまりと細々やっているいろいろな治療行為に関する情報を1回大きなデータベースにして、皆さんが評価できるような枠組みをつくらなければいけないのだらうと思っています。

薬価と予算システム

森田 先ほど鈴木さんのコメントでもう1点として、効率化をすることで、いろいろな意味でまだ経済的な成長といいますが、イノベーションに結び付くというお話がありました。これは普通の経済的な財と違って、医療とか社会保障というのはその原資自体がまさに公費や保険料であるわけです。そちらにリミットがある以上は成長といっても、いい製品を開発したら売れるという類の普通の経済モデルではないと思います。そういう観点から、西沢さん、いかがでしょうか。

西沢 薬で言えば、確かにオプジーボとか、キムリアとか、この間は2億円の薬が保険

で収載されていきました。もっと汎用性があって安くなる技術進歩があつていいはずなのに、科学技術の進歩というと、必ず価格が上がるのはなぜなのか。そういう鈴木さんの問い掛けに「そうだよな」と思つて伺つていました。

わが国の薬に引き付けていいますと、長期収載品の話があつたり、全体的にイノベーションを促すような仕組みになつていないと思つています。幾つか要因があります。一つは予算システム。単年度予算ですから、「貧すれば鈍する」ではないですが、予算をつくるために投資的な予算まで切つてしまつていいる側面があります。

例えば新薬の価格がそうだと思います。新薬の価格の中には開発費が入っているはずで、そこを削つたことにより将来、イノベーションが阻害される要因もあるかもしれないと私は思います。ですから、貧すれば鈍するにならないようにきちんと税収を確保し、単年度予算の悪弊は見直す。本来、それが経済財政諮問会議の役割でもあつたと思います。予算システム自体を変えないと、貧すれば鈍すになってしまう。

価格の不透明さに関して、「なぜ2億円なの?」「オプジーボはなぜ3500万円なの?」というところは確かにあります。不透明さを正していくためにはやはり、個人の

データを追跡していくしかないと思います。健康状態であるときのデータ、疾病にかかったときのデータ、治療のデータ、そして治った後、健康がどういうふうに戻っていかののか、そうではないのか。そういうデータを接続していく必要があります。治療を施した後に薬が効いたのか、効いていないのか。薬が効いていないとしたら単に生活習慣の改善で治ったのか。そういうところを峻別し、そのデータをもって保険者で価格を判定していく必要があると思います。

全体的にわれわれは国任せであるわりに文句だけ言いますが、データをもらったなら、それは保険者、患者、被保険者に責任が戻ってくるという自覚を持ち、それに向き合っていく。高いことは必ずしも悪いことではなく、それを払う意思があれば払えばいいし、いやであればノーと言うべきです。それは個々の保険者や企業が明確に言っていけばいいのではないかと思います。

質疑応答

森田 まだいろいろと論点があるかと思いますが、残り時間が少なくなってきました。今までわれわれの話の中に出てこなかった論点などについて、フロアからもご質問があればと思います。いかがでしょうか。

質問 いろいろなお話を聞かせていただき、非常に考えさせられた形です。特に医療は制度だとかしらがらみがあるものすごく多く、いろいろなカベがある世界ではないかと思えます。データの標準化とか規制緩和とかあると思うのですが、なかなか即効性がない。その中を潜り抜けた、松田先生がおっしゃった好事例が幾つか出てきているかと思えます。そういった事例をもっと直近のところでは、「あしたからできる第一歩」みたいな形で広げていく。なおかつ、ヘルスケアビジネスの分野で、金融、製薬、製造業がもっと活

躍できるための取っ掛かりとしてできるとしたら、現実的にはどのようなところがあるのか。ご意見がありましたらお願いいたします。

松田 やはり時代に合った産学の連携の仕組みをつくっていただく。そのことが大事ではないかと思っています。きょうの「日立東大プロジェクト」もそうですが、組織対組織になるわけです。もう少し丁寧いろいろな学会に行っていたと、いろいろな大学にいろいろな研究室があり、そこに実はいろいろなシーズが埋まっています。ただ、そのシーズの可能性に研究者自身があまり気付いていない。特に日本のバイオはすごい研究者がたくさんいるので、産業界の皆さんにいろいろな学会に少し足を運んでいただき、どこの大学のどこの研究室にどういうシーズがあるのか、まずそこからやっていただけたらいいのではないかと思います。

皆さんの目から見ると、「たぶんこれはいろいろなものに使えるよな」というシーズがたくさんあると思います。そこを皆さんが見つけてくださり、それを違うものと組み合わせながら一つのビジネスとして育ててあげる。そうすると、その大学にとっても、その研究者にとっても、さらに継続性を持ってそれをやっていくことができます。

結局、この国はそういう研究をベースにして発展していくしかないと思います。イスラエルと一緒にです。イスラエルはいますごい。軍需産業で開発された技術みたいなものがどんどん転用されてきて、いろいろなビジネスのところで必ずイスラエルが出てきます。なぜかという、大学がすごいからです。そういう意味でぜひ皆さんにお願いしたいのは、いろいろな学会に出ているいろいろなシーズを見つけていただき、それを実際のビジネスにつなげていく。そこはすぐできることなので、それをお願いしたいと思います。

最後に

森田 鈴木さん、西沢さん、何か一言ずつお願いします。

鈴木 きょうお話を伺って、やはり制度効率化のために技術とデータを活用する余地が相当大きいということが一つ。二つ目として、便益と負担の関係を明確にした制度の構築をしないと、持続性や社会的公正という点で相当問題だということ。三つ目は、人口動態の違いから地域ごとに対応がかなり異なる。都市部の高齢者と地方部の高齢者とは相当質も違うし、コミュニティも違うので、地域ごとの対応が重要ということではない

かと思いません。

西沢 企業の方がほとんどですが、すぐできることとして、一つは健康保険組合にもつと着目していただきたい。健康保険組合は重要な人材戦略部門であり財務部門であると思えます。ですから、健康保険組合をもっと活用して、そこを育てていただきたいということ。あとは企業からしてみると、働き方を変えらるというのは非常に重要です。それによって保育サービスへの需要も減らすことができる。あとは会社にかけている時間も、もう少しパブリックに目を向けられないといけません。働き方を効率化して、地域や家庭などに目を向けていくことが非常に重要かと思えます。

森田 ありがとうございます。私がまとめるまでもなく、お二人に結論を述べていただいたかと思えます。繰り返しになりますが、これからある意味で、縮小とは言わないが人口がだんだん減ってくる。その中で限られた資源をどう効率的に使うか。たぶんそれがポイントになってくると思います。そのときにやはり情報に基づき、きょうのキーワードを使うならアウトカムというものを指標にしながら、資源の効率的な利用を考えたいことが必要ではないか。これはいろいろな分野について言えると思えます。その

ために、まさにその情報を使えるような形で生かしていくことが重要ではないかと思えます。

ただ、もう1点、述べさせていただきますと、2040年を射程に置いた場合には、そうした形の努力だと思いますが、わが国の人口はそれ以後ももっと減ります。したがって、長期的には国全体をどういう形で集約化していくか。そうした形で持っている資源をより力強くしていきませんか、地域によってはだんだん衰退してしまうことになりかねません。そういう意味で言うと、地域ごとに違いますが、同時に国全体のことを視野に入れながら、この国のあり方を考えていく必要があるのではないかと思っただ次第です。

まだまだ議論は尽きないところですが、本日のところはこれで終わらせていただきます。どうもありがとうございます。

堀田 聡子 (ほった・さとこ)

21世紀政策研究所研究委員

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授

京都大学法学部卒業後、東京大学社会科学研究所特任准教授、ユトレヒト大学訪問教授等を経て慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授（医学部・ウェルビーイングリサーチセンター兼担、認知症未来共創ハブ代表）。博士（国際公共政策）。compassionate community、dementia friendly community 等を手がかりに、より人間的で持続可能なケアと地域づくりに向けた移行の支援及び加速に取組み、社会保障審議会・介護給付費分科会及び福祉部会、地域包括ケア研究会、地域共生社会研究会等において委員を務める。

甲斐 隆嗣 (かい・たかし)

21世紀政策研究所研究委員

日立製作所社会イノベーション事業推進本部事業戦略推進本部アーバン&ソサエティ本部本部長

1987年 日立製作所入社、公共システム事業部を経て現在、社会イノベーション事業推進本部事業戦略推進本部アーバン&ソサエティ本部本部長。Society5.0に関する事業化検討業務に従事。行政におけるデータ活用上の課題及びデータの標準化に関する検討経験・知見を有する。2017年一般社団法人データ流通推進協議会理事就任。2018年一般社団法人官民データ活用共通プラットフォーム協議会理事就任。一般社団法人日本経済団体連合会 Society 5.0 実現部会サイバー空間WG 主査を務めるなど、番号制度やオープンデータ等の組織間データ連携及びデータ利活用に係る業務に多数従事。

鈴木 準 (すずき・ひとし)

大和総研政策調査部長

福島県出身。1990年 東京都立大卒、大和総研入社。この間、経済・景気、経済政策・税制、資本市場、法律制度、人口動態などに関する調査研究に一貫して従事。経済調査部長（2009年）などを経て、2017年より現職。現在、政府の経済財政諮問会議専門委員、社会保障制度改革推進会議専門委員、男女共同参画会議専門委員、明治大学専門職大学院ガバナンス研究科（公共政策大学院）兼任講師などを務める。

著書：『社会保障と税の一体改革をよむ』日本法令2012、『人口減少社会は怖くない』日本評論社（共著）2005など

講演者等略歴紹介 (敬称略、順不同、2019年7月23日現在)

森田 朗 (もりた・あきら)

21世紀政策研究所研究主幹
津田塾大学総合政策学部教授

1976年 東京大学法学部卒業、千葉大学法経学部助教授等を経て、94年より東京大学大学院法学政治学研究科教授、2004年 同公共政策大学院教授・院長、12年より学習院大学法学部教授、東京大学名誉教授。14年 国立社会保障・人口問題研究所所長。17年より現職、18年より JST 社会技術研究開発センター長兼務。中医協前会長。著書：『会議の政治学・Ⅱ・Ⅲ』慈学社出版2006、14、16、『制度設計の行政学』慈学社出版2007、『新版・現代の行政』第一法規出版2017など

西沢 和彦 (にしざわ・かずひこ)

21世紀政策研究所研究副主幹
日本総合研究所調査部主席研究員

1989年 一橋大学社会学部卒業、三井銀行（現三井住友銀行）入行。1998年 さくら総合研究所へ出向。2001年 組織変更により日本総合研究所調査部所属となり現在に至る。この間、2002年 法政大学修士（経済学）。社会保障、税制が専門。社会保障審議会年金事業管理部会委員（2009年～2018年）、社会保障審議会年金部会年金財政における経済前提と積立金運用のあり方に関する専門委員会委員（2011年～2014年）。著書：『年金制度は誰のものか』日本経済新聞出版社2008、『税と社会保障の抜本改革』日本経済新聞出版社2011など

松田 晋哉 (まつだ・しんや)

21世紀政策研究所研究委員
産業医科大学医学部公衆衛生学教授

1985年 産業医科大学医学部卒業。1992年 フランス国立公衆衛生学校卒業。1993年 京都大学博士号（医学）取得。1999年3月 産業医科大学医学部公衆衛生学教授。保健医療システム論が専門領域。著書：『基礎から読み解くDPC 第3版』医学書院2011、『医療の何が問題なのかー超高齢社会日本の医療モデル』勁草書房2013、『欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆』勁草書房2017など

シンポジウム

2040年の社会保障の あり方を検討する

2019年12月27日発行

編集 21世紀政策研究所

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-3-2
経団連会館19階

TEL 03-6741-0901

FAX 03-6741-0902

ホームページ <http://www.21ppi.org>

21世紀政策研究所新書【税財政・金融・社会保障】

- 05 わが国企業を巡る国際租税制度の現状と今後（2010年2月10日開催）
- 07 税・財政の抜本的改革に向けて（2010年7月9日開催）
- 12 国際租税制度の世界的動向と日本企業を取り巻く諸課題（2011年1月17日開催）
- 14 新しい社会保障の理念―社会保障制度の抜本改革に向けて（2011年2月14日開催）
- 20 税制抜本改革と地方税・財政のあり方―グローバル化と両立する地方分権をいかにして進めるか（2011年10月6日開催）
- 24 社会保障の新たな制度設計に向けて（2012年2月23日開催）
- 30 持続可能な医療・介護システムの再構築（2013年2月4日開催）
- 31 国際租税をめぐる世界的動向―OECD、BIAACの取り組み―（2013年2月7日開催）
- 35 金融と世界経済―リーマンショック、ソブリンリスクを踏まえて―（2013年3月7日開催）
- 46 超高齢・人口減少社会のインフラをデザインする（2014年7月24日開催）
- 58 BEPSプロジェクトの総括と今後の展望（2016年5月12日開催）
- 82 2040年の社会保障のあり方を検討する（2019年7月23日開催）

21世紀政策研究所新書は、21世紀政策研究所のホームページ（<http://www.21pi.org/pocket/index.html>）でご覧いただけます。

 21世紀政策研究所