

2040年の社会保障の あり方を検討する

報告書

2019年11月

はじめに

世論調査における国民の関心事は、そのときの政治情勢によって変わるが、わが国において一貫して国民の関心事の上位を占めているのが社会保障である。

わが国は、第二次大戦後長期にわたり、経済は拡大し、国民生活は豊かになってきた。少なくとも多くの国民はそのように感じてきた。しかし、近年になってわが国の内外の状況は大きく変わり、多くの国民がこの国の将来に不安を抱いている。

今やわが国は大きな転換期にあり、これまで経験したことのない状況や課題に直面しつつある。それを最も顕著に示しているのが、2010年の1億2,800万人（国政調査）をピークとして、長期的に急激な人口減少の時代に入ったことである。人口減少の速度はまだ緩やかであるが、今後、急速に加速し、とくに地方農村部においては、地域社会の存続が困難になるような大きな変化をもたらすことはまちがいない。

こうした人口減少は、かなり以前から始まっていた少子化によるものであり、それは深刻な生産年齢人口の減少を引き起こしている。他方、平均寿命は延び、高齢者は2040年ごろまで増加を続けると予想されている。このような社会は、これまで経験したことのないものであり、とくに増加する高齢者を対象とするこれからの社会保障は、その持続可能性について不安に思っている国民は多い。

現在の社会保障の中核をなす国民皆年金、皆保険制度は、1961年に創設された。制度は、その時代の社会状況を前提として構築されるが、前提とする社会状況が大きく変わると、期待される機能を果たすことができなくなる。これまでは社会状況の変化に対し、既存の制度をパッチワーク的に修正し適応してきたが、人口減少時代に入り、制度の前提が大きく変わり、そうした対応は困難になってきている。今や、“制度疲労”に陥った諸制度の抜本的な見直しが避けがたい状態にあるといえよう。

「2040年の社会保障のあり方を検討する研究会」では、メンバーの間でこのような認識を共有し、多様な観点から、この現代のわが国が直面する最も重要な課題である、これからの社会保障のあり方について、高齢者数がピークに達する2040年を念頭に置いて考察してきた。この報告書は、その考察の結果である。

もとより社会保障の問題といっても、その範囲は広い。年金、医療、介護、子育て等の各分野において複雑な制度が存在しており、その仕組みと課題を浮き彫りにすることだけでも容易ではない。さらにいえば、社会保障の問題を論じる際には、それらの多くを貫く財政

の問題を論じないわけにはいかない。そして、課題が明らかになったとしても、それをどのように解決するか、を示すことはさらに難しい。

この報告書では、人口構造の変化がいかなるものか、それが引き起こす具体的な課題はどのようなものかを導入として論じた後、それぞれの専門家が、社会保障財政、医療、介護について、現状と課題、そして今後改革すべき点について論じている。それらの主張に共通していると思われるのは、制度の抜本的な見直しの必要性であり、その方向は、一言でいえば、シンプルで国民にとって便益と負担の関係が明らかな制度の構築であるといえよう。

そして、そのような制度を、公正にきめ細かく、効率的に運用していくためには、現代社会で可能になった先端的技術を活用することが必要である。それはすなわち、すでに先進諸国で実施されているように、国民各自の生活や健康状態についての詳細なデータを蓄積し、その分析に基づいて、効率的な資源利用と、公正で各自に最適化されたサービスの提供を可能にする制度の実現である。達成すべき理念としてそのような社会を示した **Society 5.0** の具体的な姿について、最後の章で明らかにされている。

しかし、現在の政治社会情勢の下で、社会保障の問題を解決し、大規模な制度改革を実現することは容易ではない。だが、わが国の社会の変化は激しい。2040年までの時間は決して長くはない。それに適応していくためには、今すぐに改革に取りかかるべきである。

本研究会では、8回にわたって、外部有識者の意見を聞くとともに、メンバー間で議論を繰り返し、これからの社会保障のあり方について論じてきた。この場を借りて、協力いただいた有識者の方にお礼を申しあげておきたい。また、研究会を支えてくれた21世紀政策研究所の事務局の方々にも感謝の意を表したい。この報告書が、これからの社会保障の改革に些かでも貢献することができれば幸いである。

2019年11月

21世紀政策研究所研究主幹

森田 朗

目 次

はじめに	i
研究委員一覧	iv
第1章 2040年の社会保障のあり方	森田 朗 1
1. はじめに	1
2. 少子高齢化と人口減少	1
3. 課題	6
4. 改革の方向	12
第2章 社会保障費用負担のあり方	西沢 和彦 17
1. はじめに	17
2. 社会保障にかかる費用負担の現状と問題	17
3. 社会保障費用負担の根本的な改革に向けて	24
4. おわりに	32
第3章 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	松田 晋哉 33
1. はじめに	33
2. 超高齢化社会時代の医療介護	33
3. 医療介護の提供体制のあり方	37
4. まとめ—医療介護政策のこれから—	41
第4章 Society 5.0 実現による社会保障費の最適化に向けて	甲斐 隆嗣 49
1. Society 5.0 の考え方	49
2. 社会保障分野への Society 5.0 の考え方	51
3. 必要な要素技術の動向	52
4. 適用のユースケース	55
5. 実現に向けた課題と進め方について	59
6. まとめ	61
コラム 「ポジティブ・ヘルス」という考え方	堀田 聡子 63

研究委員一覧

研究主幹

森 田 朗 津田塾大学総合政策学部教授

研究副主幹

西 沢 和 彦 株式会社日本総合研究所調査部主席研究員

研究委員

松 田 晋 哉 産業医科大学医学部公衆衛生学教授
産業保健データサイエンスセンター長

甲 斐 隆 嗣 株式会社日立製作所社会イノベーション事業推進本部
アーバン&ソサエティ推進本部 公共企画本部本部長

堀 田 聰 子 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授

21 世紀政策研究所

松 藤 希代子 主任研究員

松 原 祐 二 主任研究員

(2019 年 3 月現在)

※本報告書は、21 世紀政策研究所の研究結果であり、経団連の見解を示すものではない。

第 1 章 2040 年の社会保障のあり方

津田塾大学総合政策学部教授

森田 朗

1. はじめに

本報告書では、財政と社会保障、医療介護サービスの現状と課題、需要の拡大が予想される介護サービスのあり方、IT の活用をめざす Society 5.0 の社会保障分野における可能性について論じるが、それらの各分野の考察に入る前に、この第 1 章では、導入として、まず①現行の社会保障制度が前提とする社会がどのように変わってきたかを、人口構成の変化に着目して考察する。次いで、②そのような社会状況の変化が、現行制度とどのようなミスマッチを生じ、いかなる課題を作り出しているか考察する。そして、最後に③今後めざすべき改革の方向について述べることにしたい。

(本章で用いた図は、図表 1-1～図表 1-4 までは、国立社会保障・人口問題研究所作成、図表 1-5 は厚生労働省ホームページから)

2. 少子高齢化と人口減少

(1) 人口構成の変化

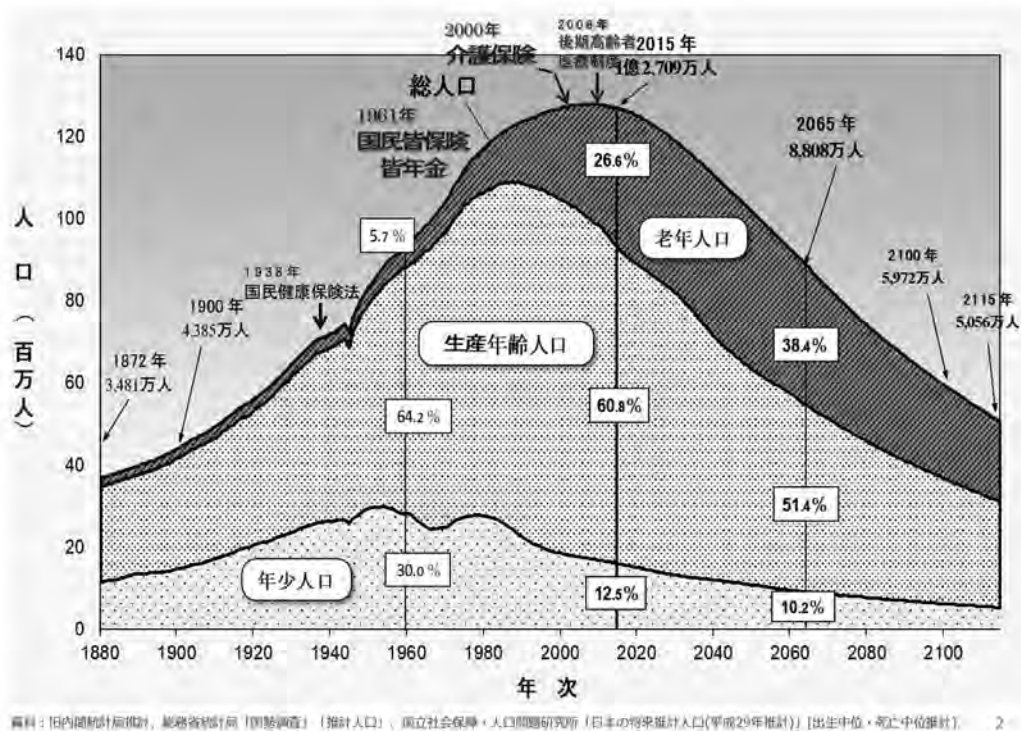
いうまでもなく、社会保障のあり方は、その時代の人口構成に依存している。高齢化率の上昇、高齢者数の増加は、それまでの水準の社会保障の持続を困難にする可能性がある。

わが国の総人口は、2010 年の 1 億 2,800 万人をピークとして減少に転じ、2040 年には 1 億 1,092 万人まで減少すると予測されている（国立社会保障・人口問題研究所推計）。

図表 1-1（2 ページ）に示したように、その後は、長期にわたって急速に減少していくと考えられている。

このような減少が生じたのは、何よりも数十年前から始まっていた少子化による。図表 1-1 が示すように、15 歳未満の年少人口が最も多かったのは 1955 年である。このときは、ベビーブームの直後であり、「団塊の世代」を形成する多数の子どもがいた。その後、年少人口は、約 30 年後にもう一度「団塊ジュニア」世代の山が訪れるが、それ以降は、緩やかに減り続けている。

図表 1-1 日本の人口と年齢構成の推移：明治期～21世紀～2115年

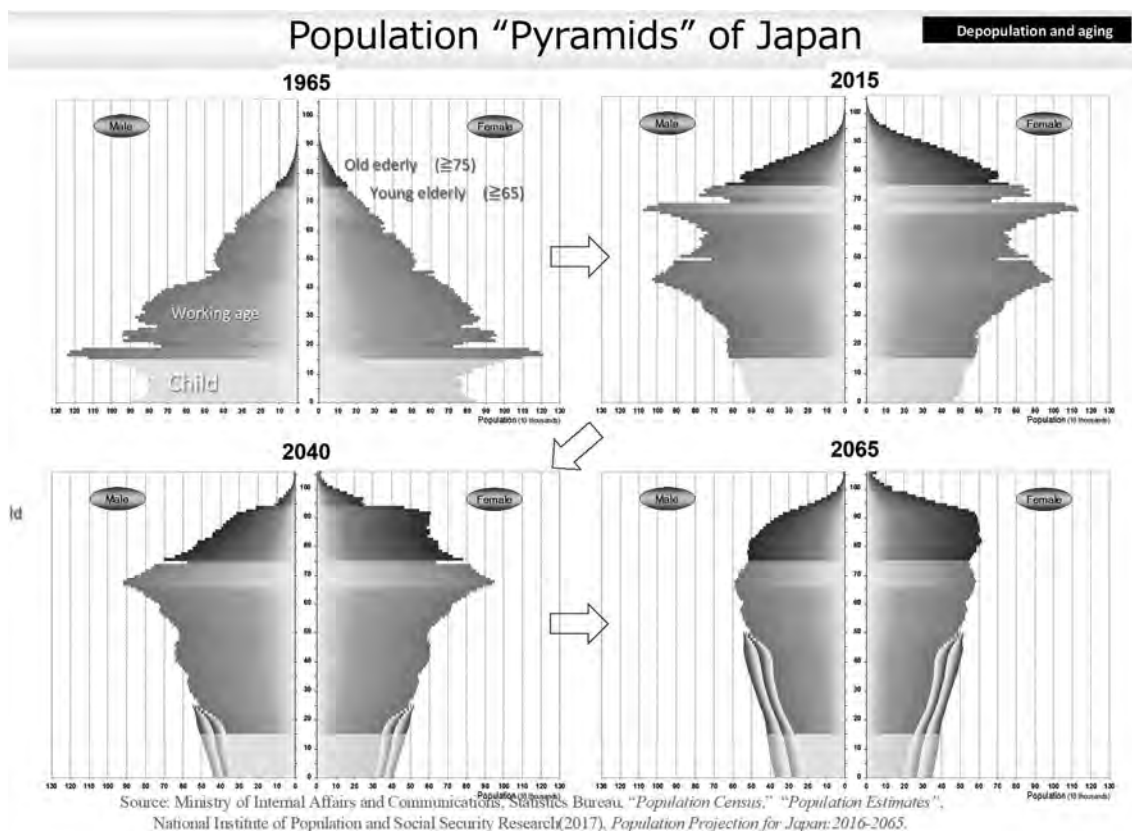


年少人口の人たちも15年経つと生産年齢人口の世代に入る。この15歳から65歳までの生産年齢人口のピークは1995年である。以後、生産年齢人口は減少しているが、1990年代は、経済の低迷もあり、労働力不足は顕在化しなかった。だが、近年になって、生産年齢人口の減少が一層進み、労働力の不足が大きな社会的課題となっている。

他方、65歳以上の高齢者は増加を続け、ピークに達するのは2040年頃と予測されている。平均寿命の延伸による高齢者の増加は、戦後の医学の発達、医療の普及や食生活の改善等によるものと考えられるが、かつては比較的若くして亡くなっていた世代の人たちが多数長生きすることによって、誕生する子どもの数の減少にもかかわらず、人口に占める高齢者の比率を高め、総人口を増加させてきたのである。

しかし、少子化がさらに進み、死亡数が出生数を上回るようになって、人口は減少へ転じた。このことは、ある年の男女別の年齢構成を示した図表 1-2 の人口ピラミッドの形状の変化をみれば明瞭である。

図表 1-2



図表 1-2 で、上が尖った三角形のピラミッド型をしているのは、1965 年だけである。それ以後は、かつては各年代で亡くなっていた多数の人たちが高齢になるまで長生きするようになったため、次第に上が膨らんだ壺型になり、その後は、少子化によって下が窄まった形状になっていく。さらに、少子化が続くことによって各年代の人口も次第に少なくなり、次第に西欧の“棺桶”に似た形状に近づいていくといわれている。現在の推計では、人口は 2050 年頃に 1 億人を割り、2100 年には、現在の半分以下の 6,000 万人になると予想されている。

(2) 人口減少のメカニズムと少子化対策

現在、少子化対策の重要性が説かれ、保育所の増設や幼児教育・保育の無償化等の施策が掲げられている。だが、現在、将来の人口の増減の指標である一人の女性が生涯に生む子どもの数の平均値である合計特殊出生率は 1.4 台に留まり、人口増に向かう気配はみえない。

仮に、少子化対策が効を奏して合計特殊出生率が上昇したとしても、親の世代と同数の

人口を維持する水準である 2.07 の置換率まで上昇する可能性は低く、さらにそれを達成できたとしても、母親になりうる世代の女性の数が、過去の少子化により数十年にわたって減少し続けるため、少子化が底を打ち、人口増へ転じるまでには相当の年数がかかる。

実際には、生涯独身者の増加や子どものいない世帯の増加等が続いており、人口減少が止まることはもちろん、減少速度が低下する可能性も高くはない。それゆえに、わが国は、少なくとも相当の長期にわたって人口はかなりの割合で減少していくと考え、そうした現実を前提として将来の社会像を描くべきである。

このような人口の変化についての認識は重要である。わが国は、2010年頃までは、歴史的に長期にわたって人口は増加のトレンドが続いてきた。そのため、従来は、人口にせよ経済成長にせよ、社会インフラの整備にせよ、「右肩上がり」の発展が社会のあるべき姿と考えられてきた。しかし、急速な人口減少はそれを著しく困難にする。このことは、社会の将来のあり方について考えるとき、われわれの意識や発想のリセットを要求する。社会保障制度も、このような人口にせよ経済にせよ上昇期に作られた。しかし、トレンドが「右肩下がり」になる時代にあって、従来発想の延長によって対応を考えることはもはやできない。それゆえに、制度の見直しは避けがたいといえよう。

(3) 地域社会の衰退・消滅の可能性

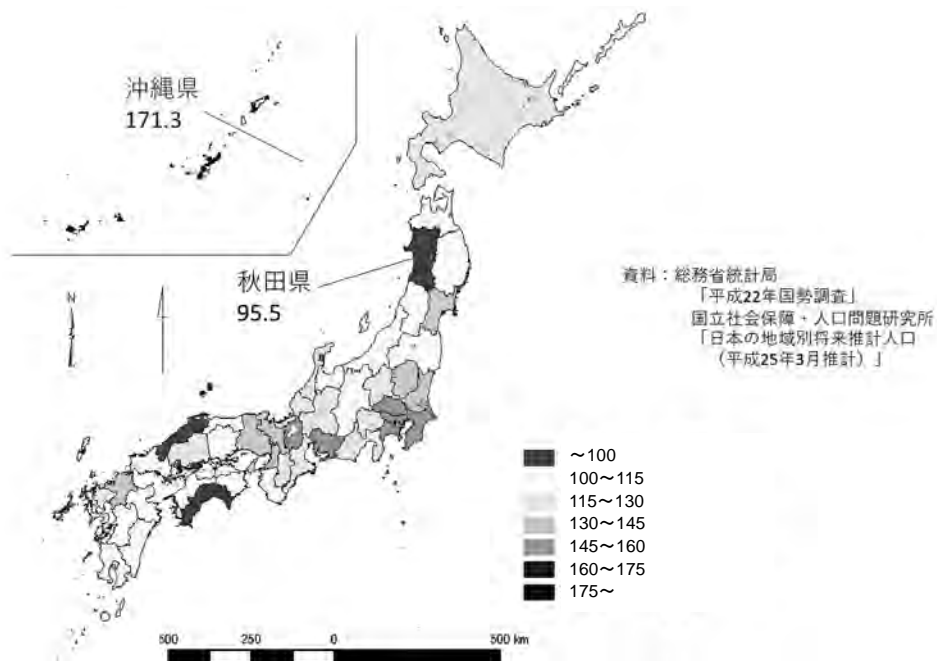
これまで、わが国全体の人口構成の変化について述べてきたが、人口の変化は地域によって大きく異なる。数年前、人口減少によって多くの地方自治体は今後消滅する可能性があるという話題となったが、「地方消滅」は決して可能性ではない。人口推計をみるかぎり、地域住民の努力と地域振興政策の如何にかかわらず、すべての地域社会が存続できる可能性はないといってよい。

地域社会は、一定の人口が存在して初めて維持することが可能になる。全国的な人口減少、とりわけ若年人口の減少によって、すべての地域において人口増が実現することはありえない。図表 1-3 が示しているように、東北、山陰、四国等の県のなかには、総人口の減少はもとより、高齢者数の減少も始まりつつあるところがある。それらの地域では、若者の流出、減少がより激しいことから、高齢化率は上昇している。高齢者が人口の多数を占める地域を今後どのようにしていくかは、深刻な問題である。

結論から言えば、医療や生活基盤といった社会機能を維持し、減少していく人材を含む社会的資源をできるだけ効率的に活用していくことが必要であり、そのためには、地域の

再編統合等によって、限られた地域に、人口はもとよりさまざまな社会的機能を集約していくしか方法はないと思われる。それ以外の地域については、計画的段階的な撤退を含めた対応を検討すべきである。

図表 1-3 2040年65歳以上人口指数
都道府県別推計結果図（2010年=100）



（4）高齢社会の社会保障

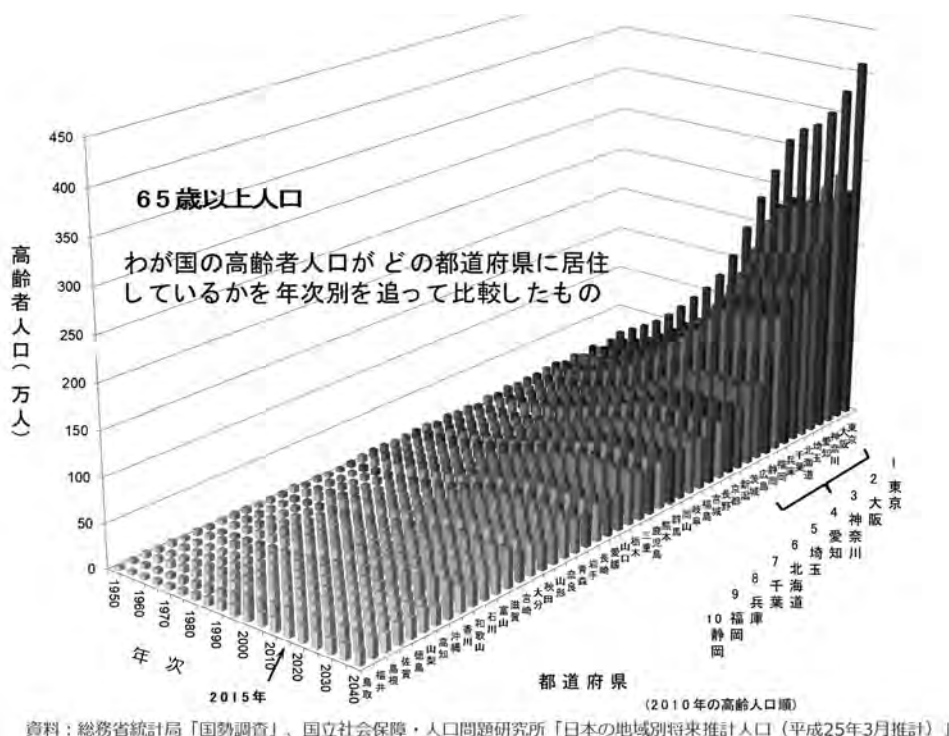
以上のように、これからのわが国では、少子化はますます進み、総人口も減少するが、当面高齢者は増加する。図表 1-4（6 ページ）が示すように、とくに、首都圏を中心とする都市圏では、高度経済成長期に地方から都市部に移り住んだ大量の団塊の世代が、2025 年以降、後期高齢者となり、彼らに対する医療介護等の社会保障のあり方が、喫緊の深刻な課題である。

都市部で増加する高齢者への対応は、それまでの農村部における高齢者への対応とは性質を異にする。彼らの多くは、郊外の団地に住む单身ないし老夫婦の核家族世帯であり、しかも長年の都心への通勤のため、地域社会への帰属意識は概して弱い。

このような大量の高齢者が安心して幸せな老後を送れるようにするためには、年金や医療介護等の社会保障だけではなく、彼らの生活の場である地域社会そのもののあり方から

見直していかなければならない。それは都市部だけではなく、生産年齢人口がますます減少する農村部においても大きな課題である。それに取り組むには、まちづくりをどうするか、地域共同体をどのように構成するか、それらの高齢者をサポートする人材をどのように調達するか、そしてそれにかかる経費を誰が負担するか等、総合的包括的な政策思考と制度改革が必要となるといえよう。

図表 1-4 高齢者の都道府県分布の変化：1950年→2040年



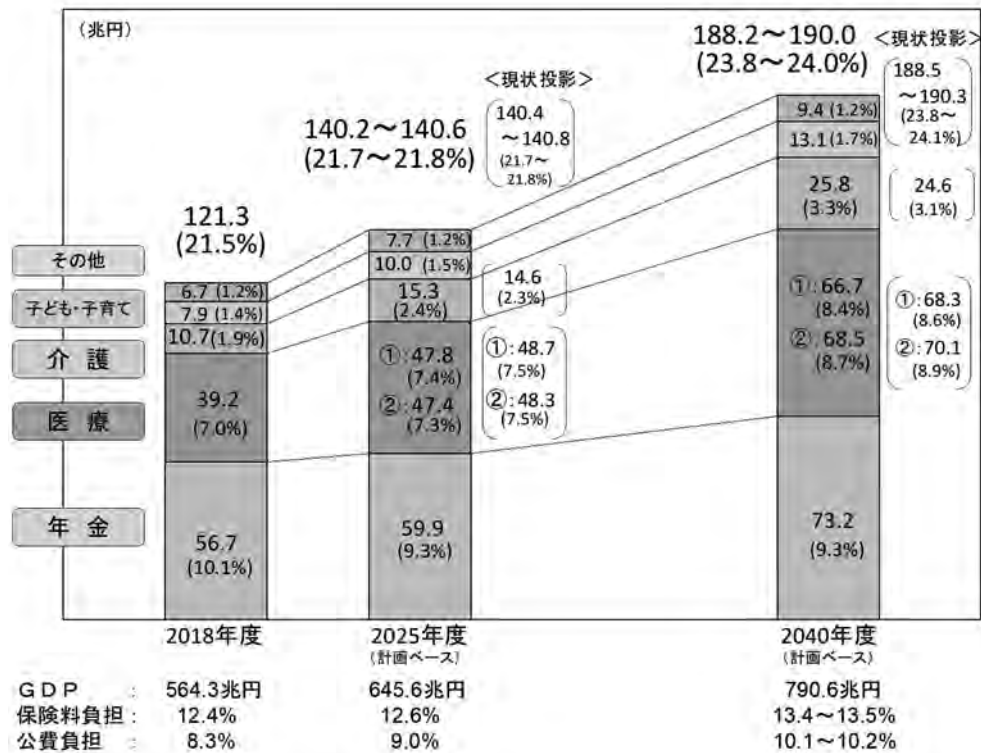
3. 課題

(1) 財政——社会保障費の将来像

この節では、前節で述べた人口構成の変化によって、どのような課題が出現しているのか、これまでの制度の前提がどのように崩れてきているか、について、財政面、医療介護制度の側面、そして現状における対応が困難である理由について述べることにしたい。

人口減少に伴う生産年齢人口の減少と、他方での高齢者の増加は、直ちに給付の受給者の増加に対して原資の負担者の減少を想起させる。その不安が、国民の社会保障に関する関心の高さを表しているが、では、今想定されている人口の変化が続くと、将来の社会保障はどうなるのか。

図表 1-5 社会保障給付費の見通し（経済ベースラインケース）



※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。

最近、2040年頃を想定した社会保障費の推計が、政府および民間研究機関から発表されている。いずれも類似した結論に達しているといえるが、図表 1-5 の厚生労働省資料によると、2016~18年に GDP の 21.5%程度であった社会保障費が、2040年頃には 2.5%程度増加し、約 24%になる。金額では、内閣府の現状のトレンドを投影した成長率のベースラインに基づく試算では、2016年の 120兆円強が 2040年に 190兆円近くに上るが、この数値は前提とする成長率によって大きく異なる。

したがって、成長率に依存する具体的な金額を過度に重視することは望ましくない。むしろ消費税率の 1%が GDP の 0.5%に相当することに留意すべきである。その場合には、消費税にして 5%分の増加になる。この数値が大きいか否かの評価は難しいが、消費税率 2%の引き上げがもたらす政治情勢への影響を想起すれば想像できよう。

社会保障費の内訳については、この想定では、年金の比率は抑制されているが、他の医療、介護、子育て等の比率は増加している。とくに介護の増加は大きく、どのようにそれを抑制するか、あるいはその財源をいかにして確保するかは課題である。

このような現状を前提とし一定の仮定を置いた推計に関しては、これからの社会保障財政のあり方について二つの対立する見解がある。一つは、保険財政は厳しく、これ以上の公費の投入も困難であることから、医療費を中心に給付を大規模に削減すべきであるという財務省に代表される立場である。もう一つは、社会保障は高齢者の生活を維持するためには必要不可欠の給付であり、これ以上削減することは困難である。それよりも国民に負担増を求めるべきという厚生労働省に代表される見解であり、負担増についての国民の合意を得る努力が重要と主張する。

この社会保障をめぐる負担と給付の問題については次章で論じられるが、いずれにせよ現行の制度のまま、負担と給付のあり方について論じるのではなく、制度そのものの抜本的な見直しについても検討すべきである。

たとえば、現行の社会保障制度は、前述のように 1960 年当時の高齢化率が 7%以下の社会状況を前提として創設され、その後各時代に応じた形で次第に形成されてきた。現在の医療保険制度もそうであり、今では国民健康保険、協会けんぽ、共済を含む組合健保、そして後期高齢者医療制度が存在し、保険者の数も多く、規模も多様で非常に複雑な制度となっている。後期高齢者医療制度への他の保険者からの多額の拠出金が示しているように、保険制度全体の運営は決して効率的とはいえない。こうした制度自体を改革し、保険財政の効率化を図るべきと思われる。

(2) 医療と介護——地域医療と地域包括ケアは持続可能か

人口構成の変化が医療・介護に及ぼす影響については、すでに多くの議論がある。高齢化による患者の増加とそれに伴う高額な医療技術や医薬品等の進歩が医療費の増加をもたらす、保険財政の危機を招く可能性についての議論である。これらは、前節で触れたように、あえていえば従来の制度の延長線上で生じてくる課題である。

それに対して、少子高齢化と人口減少によってこれまでは存在していなかった問題が発生してくる。正確に言えば、これまでも兆候は見られたものの、それへの対処が従来の制度の範囲内では困難になると思われる課題である。ここでは、とくに医療、介護分野におけるそのような課題について指摘しておく。

その第 1 は、地方の人口減少に伴う地域医療への影響である。現在の医療保険における診療報酬制度は、医療機関が患者を診察し治療を行うごとに、出来高ないし一定規模以上の病院では包括で診療報酬を支払う仕組みが基本である。それゆえに、医療機関の収入は、

患者一人当たりの平均診療報酬額と患者数で決まる。

人口が増加基調にあるとき、患者数の増加が収益の増加をもたらす。しかし、人口が急速に減少する地域では、これまでのように医療機関が収益を確保することが困難になる。医療機関の開設に関しては、施設としての基準を満たすかぎり、病床数を除いて公的な規制はなく、国が決める診療報酬という公定価格の下で、医療機関は自由に医療サービスの提供をビジネスとして行うことができる。

しかし、人口減少は患者数の減少をもたらし、医療需要の縮小を招く。そのような状況下では、既存の医療機関による医療サービスの供給は過剰になり、そこから医療機関の生き残りをかけた過剰な競争が展開される可能性がある。そして、そのような地域では、競争に敗れた医療機関は撤退していくことになり、それが、地域医療の崩壊に連なる事態を招くことはいままでもない。

わが国の多くの地域では、このような事態の発生が予想され、それゆえに現在地域医療構想を作成し、病床数の削減と医療機関の統合再編に取り組んでいるところであるが、それが奏効しても、とくに人口減少が著しい地域においては、提供される医療サービスの質の低下が懸念される場所である。

この問題と関連して、医師の需給調整、地域偏在の問題も重要である。これまで医療の充実を図るため、また医師不足が続く地方への医師の派遣を図るため、医学部定員の増員を図ってきたが、現在人口当たりの医師数では OECD 諸国の水準に達しており、人口減少下で現在の定員を維持していけば、遠からず医師の供給が需要を上回ることになる。しかし、他方では地方の医師不足は深刻であり、診療科ごとの偏在も大きい。医師養成のあり方を含め、地方における医師確保、偏在是正のために、医師を含む医療系人材の配置について、新たな仕組みを早急に制度化する必要がある。

第2の課題は、とくに高齢者が急増する都市部における医療・介護のあり方についてである。近年の医療は、初期に高額のコストをかけて密度の高い治療を行い、その後はより診療報酬単価の低い病床に移り、病状が安定したら退院して在宅で治療することを原則としている。

高齢者の場合、完全な回復が期待できないケースも多いため、在宅で医療、介護を続けることが基本となっている。それを象徴することばが「地域包括ケア」であり、医師、看護師、薬剤師等の医療従事者が連携して、住み慣れた地域社会で在宅の医療介護サービスを提供することをめざしている。

だが、実際にはこうした連携は容易ではなく、医療と介護の連携も充分ではないケースが多数みられる。とくに、これから増加する、首都圏等の大都市周辺の団地に住む単身ないし老夫婦世帯の場合、医療介護従事者がきめ細かく訪問してサービスを提供することは必ずしも効率的はいえない。

最近では、後述する IT 機器を活用した情報共有も普及してきたようであるが、多数の職種 of 医療従事者が、多数の患者の家庭を移動して訪問することは、資源の使い方として効率的ではないことに加えて、サービスの質の低下を招く可能性も否定できない。

さらに、このような都市圏の団地における高齢者ケアの問題として指摘できるのは、在宅で過ごす高齢者の場合、彼らにとって必要なサービスは医療、介護に限られないことである。高齢者は、一般の住宅に住む者として、日常的な家事や家屋の管理、さらには財産や家計の管理をしなければならない。成年後見人が不足していることはしばしば報道されているが、一人暮らしの認知症の高齢者の資産の管理を含めたトータルな生活と健康のケアこそが必要とされるサービスであるといつてよい。

こうした高齢者に対するケアを充分かつ効率的に行うためには、現行の制度は合理的ではない。それぞれの制度が独立した異なる目的のために設置されており、制度間の調整および制度に基づいてサービスを提供する専門職間の連携も不十分である。

今後、サービスを必要とする高齢者数の増加によって、医療と介護、とくに介護に従事する人材の不足が指摘されている。限られた人的資源を、過重労働を強いることなく、効率的に使用するためには、待遇の改善に加えて、その能力を最大限有効に活用するための仕組みの開発が必要であろう。

さらにいえば、こうした複雑なケアを、移動に時間のかかる個々の住宅で行うこともコストがかかる。ケアに従事する者と、高齢者自身の移動に伴うコストを削減するためにも、在宅に固執せず、ケアに便利な施設の設置や、前述したように、地域社会そのものをコンパクト化し限られた地域で十分な生活とサービスの提供ができるようなレイアウトのまちづくりを進めるべきであろう。

このように、急速な人口減少に対応するためには、従来の制度の壁を越えた政策の立案と実施が肝要である。

(3) 制度的限界と対応のための資源と情報の不足

現在わが国が直面している問題、とりわけこれまで経験したことのない人口減少と社会

の縮小という課題に対処するためには、現行制度の見直しが不可欠である。前節の最後で触れたように、かつての古きよき時代に形成された制度の中には、現代では期待された機能を十分に果たしているとはいえないものが少なくない。

たとえば患者数の大幅な減少に対応できない現行の診療報酬制度や、医療保険制度と介護保険制度のように、密接に関連し連携して取り組む必要があるにもかかわらず、歴史的に別々に形成されてきたために、上手く連携できず調整のコストが大きいケースなど、事例は多数存在している。

これらの制度間のミスマッチに関しては、関係者には認識され、その改善が叫ばれているにもかかわらず、改革に伴う調整コストや、現行制度に既得権益をもつ関係団体の抵抗、そしてそれぞれの制度を所管する行政機関の利益等、要するに既存の制度のレガシーが複雑に絡み合って改革の障害となっている。

そして、何よりも改革の障害となっているのが、既存の権利や利益に影響を与えることなく、よりよい制度を考案することの難しさである。新たな制度を導入した場合のメリットやそもそもどこにどのような改革をなすべきかということについては、現状についての詳細で正確なデータと、それに基づく確立された理論に依拠したシミュレーションができなくてはならない。

しかしながら、わが国では、個別の異なる目的のために相当量のデータの蓄積があるにもかかわらず、それを新たな政策の立案に活用することが難しい。たとえば、前述したように、かねてより医師養成数の抑制が叫ばれ、他方で地域偏在の事実が指摘されていたにもかかわらず、詳細な医師需要のデータや地域ごとの医師の過不足を示すデータが作成され示されたのはつい最近である。

先進諸国ではすでに実用化されているように、より優れた政策立案のために、ビッグデータを収集し活用するには、医療を含め社会のデジタル化が前提となる。わが国の場合、基盤となる制度はようやく整備されたものの、標準化の遅れや個人情報漏洩に関する過度の警戒からデータに基づく科学的な政策形成はまだ相当遅れているといわざるをえない。エビデンスに基づく政策形成を実現するためにも、次節で述べるように、データシステムの構築と活用のための仕組み作りが急がれる。

4. 改革の方向

(1) IT の活用とアウトカム評価

以上に述べてきたように、高齢化と人口減少が進む状況下で、現在の社会保障のサービス水準を維持し続けるためには、社会保障に用いることのできる限られた資源を有効に使い、必要なところに効率的に配分することが必要である。そのためには、誰にどのようなサービスを提供すればよいか、どこに資源をどの程度配分すればよいかを、正確かつスピーディに把握することが前提となる。

それには、すでに先進諸国で制度化され実施されているように、国民各自の置かれている状態について詳細なデータを収集し、データベース化し、それを解析することによって最適解を導きだすことが不可欠である。そして、ある施策を実施した際には、その個々の効果についても迅速かつ正確に把握し評価して、すなわちその政策等がどのような効果を生んだかというアウトカムを測定して、次なる施策の選択、決定につなげていくことが必要である。

わが国では、近年、とくに医療や介護の分野において IT 化が促進され、多様な身体 の健康データの測定機器やロボット、さらには診断支援の AI 等の開発導入が進められている。また、健康保険のレセプトデータや DPC データなど、世界に誇れるような大規模で正確な医療情報のデータベースも複数整備されている。そして、全国的に大量の情報を高速に送受信することができるネットワークも張り巡らされている。

しかし、それにもかかわらず先進諸国からは相当遅れているといわざるをえない。理由は、健康状態はもとより年金等の社会保障の給付に当たって必要となる生活・収入等に関する情報を個々の国民単位で結合することができず、各自に最適のサービスの提供や給付のために活用できないからである。

医療に関していえば、めざすべき理想的な状態は、個々の国民の過去および現在の健康状態や病状、治療歴等の情報を、病気の治療や健康管理のために、医師等の専門職が共有し一覽できる状態である。そのためには、国民各自の健康情報を PHR (Personal Health Record) として蓄積する仕組みを作る必要がある。

このようなデータベースがあれば、個々の国民の健康管理や病気の治療に使えるのみならず、ビッグデータとして病気の原因究明や新たな治療法の開発に役立てることができる。さらに、そうしたデータから地域ごとの医療需要や治療効果を把握できるならば、医療資源の最適配分や効果的な医療政策の立案に資することもできよう。また、個々の国民の治

療情報と年収等の情報を参照できるならば、負担能力に応じて負担額を調整することも可能になる。

医療における現在の診療報酬は、受診した医療機関のタイプと治療行為、治療に使用した資材に基づいて決められているが、継続的な健康情報にアクセスできるならば、まさに治療効果、すなわちアウトカム評価に基づいて診療報酬の額を決定することもできるようになる。それによる医療や介護の質の改善はもとより、厳しい保険財政の下で、効率的な資源の利用と質の維持向上を促す有効なインセンティブとなりうるであろう。

北欧の先進諸国では、すでにこのような発想からデータシステムが整備され、きめ細かく行き届いた社会保障のサービスが提供されている。このような公正で透明度が高く効率的な制度とその運用がなされていることから、他方において、消費税率 20 数%という高い負担にも国民の合意が得られているといえよう。

わが国では、上述のように、ハード面のインフラや制度基盤はかなり整備されており、それを実現するための技術力もあり、しかもレベルの高いデータベースも存在していながら、データを結合することができない。その理由は、一つには、システムの標準化がなされておらず、個々のシステム間でデータの互換性や結合が困難なことである。

もう一つの理由は、わが国における過剰な個人情報保護の意識である。たしかに個人情報の保護は重要であり、その利用に当たってはプライバシー保護の観点から制限が加えられるべきことはいままでもないが、他方では、前述のように、各人の特性に関する情報を活用してこそ、各自にとって最適のサービスの提供が可能になるし、集積されたデータの解析によって、国全体あるいは地域社会全体にとって最適の資源配分やサービスの質量を決定できる。

わが国では、数年前から個人番号（マイナンバー）制度が導入され、上述したような各自の情報の結合連携のための制度基盤が形成されたが、個人情報保護の観点から、実際に使用できる範囲は厳しく制限されており、そのメリットを十分に生かしきれていない。現在、年金や税等に法律で限定されている利用目的をさらに多分野に拡大すべきという意見も多く、医療、介護等の分野での利用が検討されているが、まだ多くの分野で積極的な活用がなされるにはほど遠い状態にある。

これからの社会保障において限られた資源の効率的な使用が不可避であることから、個人情報の保護には充分配慮しつつ、できるだけ早く多分野の情報の連携を可能にする全国的なシステムの構築が期待されるところである。

(2) 人的資源の活用——働き方改革

先にも触れたように(2.(2))、国全体としての人口減少の下で、将来的に現在以上の医師養成数を増やす必要はないと思われる。しかし一方では、地域によって深刻な医師不足が続いており、地域偏在は深刻である。また、診療科ごとの偏在も大きい。他方では、最近になって医師の過重労働が問題となっている。わが国の労働者全般に当てはまる課題であるが、とくに他の職種を大幅に上回る労働時間が医師の健康をむしばみ、ひいては医療の提供にも悪影響を及ぼしかねない状態にあると指摘されている。

そのため、現在、医師の労働時間の上限をめぐる議論が展開されている。厚労省の検討会で、病院勤務医の時間外労働の上限を年間960時間、一定の条件下では1,850時間までとされ、その上限の数値をめぐる多様な意見が表明されている。労働者としての医師の権利は保障されるべきであることはいまでもないが、医師が不足する地域において医師の労働時間に制限を加えることは、地域住民に対する医療サービスの質を低下させることになりかねない。

解決策として、医師の増員による医療サービスの確保が求められることになるが、それには当然人件費の増加を伴う。現在の診療報酬の下で、これまでと同様の待遇を保障しながら、労働時間を削減し、医師数の増員を図ることは必ずしも容易ではない。要するに、医師という貴重な人的資源を現在と同じ働き方で活用しようとするかぎり、換言すれば効率性を高め、生産性を向上させることなく活用しようとするかぎり、有効な解決法はないといえよう。

したがって、真の解決策として考えるべきは、医師の業務のあり方、まさに働き方の見直しを行うことである。現在医師が担当している業務の一部を看護師等の他の業種の専門家に担わせるというタスクシフト等も議論されているが、そのあり方についても、医師という高度の能力をもった人材の、その能力をいかに効率的に活用するか、そのための医療という多数の専門職が共同する作業の構成をどのように組み立てるか、について科学的に分析することが重要である。

それによって、組織全体としてその能力を最大限活用できる業務の組合せを見出し、医師には、その能力を最も効率的に使うことができる業務に専念させることが重要である。それには、医療という業務の内容、過程を詳細に分析するBPR(Business Process Reengineering)をしっかりと行い、それぞれの役割の分析とその最適の組合せを見出し、それを実行すべきである。

なお、このような意味における働き方改革は、医師に限らず、労働力不足が深刻化するわが国ではすべての業種、業務において必要である。現在、労働力の不足を補う対策として、高齢者の雇用の拡大や、高齢者の定義の変更などが議論されている。元気で意欲のある高齢者の雇を増やし、高齢者を社会で活用することは必要だが、労働力の量的拡大だけではなく、それに加えて、一人ひとりの労働生産性の向上を図ることがより重要である。それには、時間をベースとした労務管理、賃金決定という考え方を再検討し、業務の質や労働の産出（アウトプット）をより反映した要素を基準とする方向に管理の方法を変えていくべきであろう。

（３）制度とシステムの改革の必要

これまでわが国の社会保障が直面する課題とその改革の方向について述べてきたが、わが国の社会保障制度の改革は喫緊の課題である。早急に取り組み、理想を追うよりも今後直面する深刻な状態を少しでも改善するための方策を追求すべきである。最後に、改革への取組むに当たって、考慮すべき若干の点について言及しておきたい。

その第１は、現在のわが国が置かれている状況についての客観的な認識と冷静な分析の必要性である。冒頭に述べたように、わが国は、2010年以降急速な人口減少の局面に入り、従来の発想や方法は有効性を欠く時代に突入している。ここでネガティブな発想や根拠のない楽観論に依拠するのではなく、現状を直視して合理的なダウンサイジングのあり方を探るといふ姿勢が必要であり、それには過去の思考方法をリセットして、発想の転換を図ることが肝要である。

第２に、改革の実施に当たって指摘したいのが、従来のようなタテワリの分野別の課題対応からの脱却である。具体的には、包括的な地域社会のあり方の追求である。高齢者の増加は在宅医療や介護の課題を深刻化する。地域包括ケアも、その理想はともかく、想定されているような在宅におけるケアを前提とするかぎり、コストがかかり、介護人材等の不足が深刻な問題状況を作り出しかねない。

在宅で医療介護を必要とする高齢者にとっては、前述のように、生活の維持も必要であり、日常的な買い物や炊事、家事に加えて、財産の管理も課題である。成年後見人制度があるとはいえ、想定されている一人暮らしの認知症高齢者の数に比して決して充分とはいえない。

それゆえに必要なのは、医療介護等の対策だけではなく、地域社会の共同体のあり方、

さらにいえば、都市計画等の地域の空間的な構造のあり方を含めた総合的、包括的な政策の推進である。人口減少の結果、相当数の地域共同体の消滅が避けられないとすれば、より広域の地域において、特定の地域に人口や施設を集中させ、効率的にケアを行い生活の質を維持できる都市のコンパクト化を真摯に推進すべきである。国と地方の役割分担、地方分権も、原則論や観念論ではなく、このような具体的な総合的政策形成の観点から論じられるべきである。

第3に、こうした社会構造の改革を実現するためには、限られた資源をできる限り効率的に使用し、必要なサービスの質量の確保に努めることが重要であることはすでに何度も述べたが、それを実際に行うには、人材、財源、その他情報を含む資源の量と分布を把握し、効率的な配分と配置を行うマネジメントが重要である。

これまでわが国では、こうしたマネジメントの発想は稀薄であり、業務の遂行にあたっては担当者の献身と意欲が評価され、それに依存してきた。それが、これまでわが国の発展と質の高い社会保障を実現してきたともいえるが、これからはそうした手法だけでは、必要な使命を果たしていくことはできないであろう。より科学的、合理的な手法の採用によるサービスの実現が不可避である。

そして、そのためには、上述のように、現状についての詳細、正確、大量のデータをできるだけ速やかに収集し、それを活用できる状態を作ることが急務であり、そのための制度の整備を何よりも早く実現することを提言したい。

第2章 社会保障費用負担のあり方

株式会社日本総合研究所主席研究員

西沢 和彦

1. はじめに

2019年10月に消費税率が10%に引き上げられれば、2012年6月の民主党・自民党・公明党の三党合意に基づく社会保障・税一体改革は区切りをつける。2010年8月の参議院選挙に向け、菅首相が消費税率引き上げを前面に打ち出したのを起点とするならば、約9年を要したことになる。あるいは、2004年10月、小泉政権下打ち出された歳出・歳入一体改革を起点とすれば15年である。わが国の極めて厳しい財政状況や高齢化を踏まえれば、もう一段、あるいは二段の改革が不可避であり、そこでは、これまでほとんど顧みられることのなかった社会保障費用負担のあり方の根本的な見直しへ踏み込むことが不可欠である。

わが国の社会保障にかかる費用134.9兆円（2016年度）は、社会保険料68.9兆円、公費47.7兆円（国33.2兆円、地方14.6兆円）、窓口負担や積立金の運用益といったその他収入18.3兆円で構成されている^{注1}。社会保障にかかる費用負担のあり方は、構造的な問題を抱えており、とりわけ、社会保険料を特徴付けるはずの負担と受益の対応が損なわれていることは極めて重大な問題である。

本稿は、そうした問題を改めて整理しながら、社会保障費用負担のあるべき姿を考える。なお、医療や介護の自己負担も重要な検討対象であるが、本稿は主要部分を占める社会保険料と公費に焦点を絞る。

2. 社会保障にかかる費用負担の現状と問題

（1）本来的な社会保険料

そもそも社会保険料は、厚生年金保険料、健康保険料、および、介護保険料などその用途が名称に冠されているように、本来、負担と受益の対応を特徴とする費用調達手段である。例えば、健康保険組合（組合健保）には労使双方からなる組合会議員によって組織さ

^{注1} 国立社会保障・人口問題研究所「平成28年度社会保障費用統計」表11

れた組合会が置かれ、規約の変更や予算・決算は組合会の議決を経ることと法律で定められ、公的年金の収入と支出は一般会計とは別に年金特別会計で経理される。組合健保をはじめとした保険者や年金特別会計、国民健康保険事業会計などは、国民経済計算（SNA）においても、中央政府、地方政府とは独立し、社会保障基金政府として一つの政府部門と位置付けられている。

負担と受益の対応により、大きく 2 つの効果が期待される。1 つは、負担に対する納得感の醸成である。例えば、スウェーデンの所得年金（income pension）は、銀行口座のように政府に個人毎の口座が設けられた上で、納められた年金保険料はそこに記録・付利され、その残高をもとに年金給付額が決定される。付利に用いられる利回りこそ金融資産の収益率ではなく賃金上昇率にとどめられているものの（拋出建てとは言っても概念上のものに過ぎない）、こうした仕組みであれば、年金保険料に対する国民の認識は「負担」というより「貯蓄」に近くなる。加えて、スウェーデンの所得年金は、老齡リスクのみを対象とし、遺族、障害それぞれのリスクは別途費用負担がなされており、このようにリスクごとに費用負担が分けられていることも、負担と受益の対応を明確にしている。

2 つめに期待されるのは、支出抑制のインセンティブである。例えば、わが国の後期高齢者医療制度における加入者 1 人当たり年間給付費は 86 万円（平均値）に達するが、加入者本人の保険料は 1 人平均年間 7 万円と給付費の 1 割弱を賄っているに過ぎない。それが医療にかかる真の費用を見誤らせ、過剰な医療需要を誘発している可能性がある。極端な例で言えば、この 86 万円の納付通知書を加入者本人に提示し、保険料負担として求めたならば、保険料を抑えるため、ジェネリック医薬費の使用促進はもちろん、健康増進、不要不急の医療機関受診回避など医療費抑制の強力なインセンティブになるはずである^{注2}。

他方、負担と受益を対応させることに伴う負の側面もある。負担と受益を対応させるということは保険料拋出を給付要件とするということであり、言い換えれば排他的である。よって、わが国が標榜する国民皆保険、すなわち、排他的である社会保険に全国民の加入を義務付け、国民保健の向上（国民健康保険法第 1 条）や健全な国民生活の維持及び向上

^{注2} こうした 2 つの効果に加えて、負担と受益が対応することにより、課税ベースの狭さが公平性の観点からの問題となりにくいという利点も指摘できる。社会保険料の課税ベースはもっぱら賃金に限定されている。スウェーデンの所得年金のような報酬比例型の年金を想定すれば、支払った保険料に比例して年金給付額が決まってくるので、すなわち、負担と受益が対応し、所得再分配が排されているので、課税ベースが包括的に捉えられているか否かは問題となりにくい。しかし、所得再分配機能が組み込まれた制度であれば、課税ベースが包括的に捉えられなければ、水平的公平が損なわれる。

(国民年金法第 1 条) といった政策目標の実現を図ろうとすることはもともと矛盾を含んでいる。例えば、年金給付の 1 階部分として老後生活の土台の役割が期待される基礎年金も、保険料拠出期間に比例して給付額が決まることなどから、期待される役割に十分に当たっていない。実際、わが国の高齢者の貧困率は先進諸外国比低くはなく、今後、単身高齢女性の貧困率は一段の上昇が予想されている(稲垣(2016))。

わが国の社会保険制度は、定率の保険料率を主に用いることで社会保険料に一定程度の所得再分配機能を持たせ、かつ、公費を投入することにより排他性を和らげ、国民皆保険の成立を助けようとしている。社会保障にかかる公費 47.7 兆円のうち 31.6 兆円(国 24 兆円、地方 7.5 兆円)はそうした社会保険に対する公費投入であるが、その投入方法には 2.(3)で述べるように構造的な問題があり、高齢者の貧困率をはじめとしたアウトプットを見ると矛盾が解消されているとはいえない。

(2) 基礎年金拠出金、後期高齢者支援金、および、前期高齢者納付金

以上のような理論的な整理に照らし、社会保障にかかる実際の費用負担方法には構造的な問題がある。1 つは、年金制度における基礎年金拠出金、および、健康保険制度における後期高齢者支援金と前期高齢者納付金をはじめとする社会保険料の他制度への財政移転である。こうした形態による財政移転が、次節で述べる公費投入方法とともに、社会保険料の負担と受益の対応を損ねている。

まず、公的年金制度の場合、厚生年金保険、共済組合、国民年金と大きく 3 つに分立する制度のうち厚生年金保険を例にとると、収入と支出は年金特別会計厚生年金勘定で経理され、収入は料率 18.3%による保険料 30.9 兆円、国庫負担(公費) 9.5 兆円、その他 1.9 兆円となっている(20 ページ図表 2-1)。支出は、厚生年金(いわゆる 2 階部分)の給付費 23.1 兆円と基礎年金拠出金 17.9 兆円、その他 0.1 兆円である。収入のうち国庫負担(公費)は、基礎年金拠出金の 2 分の 1 を国の一般会計が負担するものが主体である。

基礎年金拠出金は、共済組合および国民年金からも支出され、年金特別会計基礎年金勘定に集められる。基礎年金は、この基礎年金勘定から支出される。

図表 2-1 公的年金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

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

(資料) 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
 (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。

このように、厚生年金保険の被保険者が支払っているのは「厚生年金保険料」の名を冠した保険料であるにもかかわらず、その費用は、厚生年金の給付のみならず、基礎年金拠出金を通じ基礎年金の給付にも充てられている。しかも、18.3%のうち一体いくらが基礎年金に充てられているのかも判然としない。例えば、現在、週の労働時間などが一定の基準を満たせば 69 歳まで厚生年金保険への加入義務があるが、基礎年金は 40 年間を超えて保険料を負担しても給付額は一円も増えないため（増えるのは厚生年金のみ）、仮に 23 歳で厚生年金保険の被保険者となり 63 歳到達以降も被保険者であり続ける人にとって 18.3%の保険料は割高になる。

あるいは、第 3 号被保険者（被用者の夫を持ち自らは一定収入以下である妻）の基礎年金給付にかかる費用は、厚生年金被保険者全員、すなわち第 3 号被保険者とは無関係の単身世帯や夫婦ともに厚生年金保険に加入している世帯も負担している。厚生年金保険料は、当たり前のように社会保険料に分類され、多くの人もそのように認識していると思われるが、実際には負担と受益が対応しているとは言い難く、目的税の性格が強く入り込んでいる。なお、このような仕組みとなったのは、基礎年金が導入された 1986 年以降である。それ以前、厚生年金保険料は厚生年金の給付のみに充てられていた。

次に、医療保険制度の場合、組合健保、協会けんぽ、共済組合、国民健康保険（国保）、後期高齢者医療制度と大きく 5 つに分立する制度のうち組合健保を例にとれば、被保険者

が負担する健康保険料率は9.218%（2019年度平均）であるが、支出は被保険者とその扶養親族を対象とした給付のみならず高齢者医療費向けの支援金等が大きなウェイトを占めている（図表2-2）。

図表2-2 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	支出					その他						
				国	地方	交前期高齢者 交付金	金退職者 拠出	給付		支 援 金	者後 支期 援高 金齡	者前 納期 付高 金齡	出退 金職 者抛		
														その他	
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	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	支出			給付
				国	地方	者後 交期 付高 金齡	
後期高齢者医療制度	14.4	1.1	7.3	4.7	2.6	5.9	14.3

(資料) 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

(注1) 支援金等は、資金繰りなどの関係から、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。64歳を超えると前職にかかわらず前期高齢者納付金、後期高齢者支援金の対象になる。

(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。

収入は、保険料7.8兆円が主であり、公費はほぼ投入されていない。支出は、給付3.9兆円、支援金等3.3兆円、その他0.5兆円である。支援金等は、後期高齢者支援金1.7兆円、前期高齢者向けの財政支援である前期高齢者納付金1.5兆円、および、65歳未満の被用者OB向けの財政支援である退職者拠出金0.1兆円となっている。こうした支援金等の規模は、既に給付の規模に迫っており、2025年には支援金等が給付を上回ると試算されている^{注3}。協会けんぽと共済組合もほぼ同様の財政構造である。社会保険料が本来特徴とするはずの負担と受益の対応が、支援金等によって大きく損なわれている。

しかも、支援金等の受け手である国保と後期高齢者医療制度の医療費に無駄が含まれて

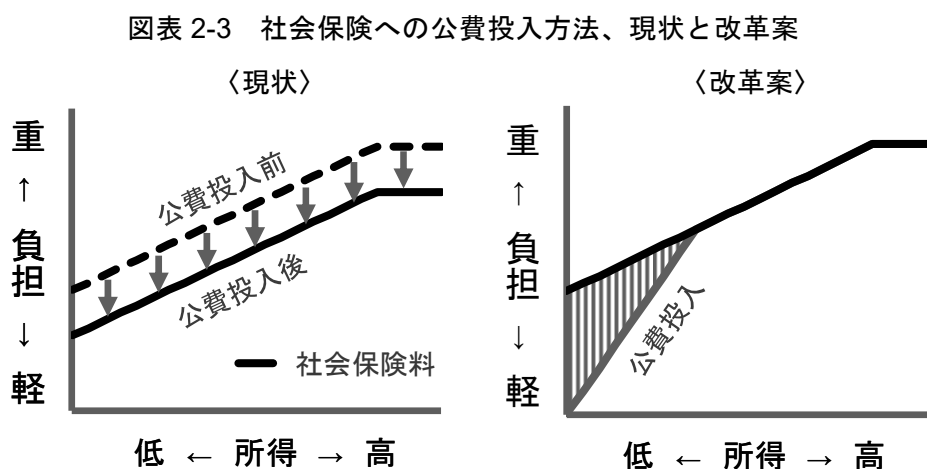
^{注3} 健康保険組合連合会「2025年度に向けた国民医療費等の推計」（2017年9月）

いたとしても、組合健保・協会けんぽ・共済組合は請求された通りに支援金等を拠出する仕組みとなっており、ガバナンスが全く効かない。他方、国保と後期高齢者医療制度は、支援金等の受け入れと次節で扱う公費投入により、社会保険料の軽減という形で、負担と受益の対応が崩れている。なお、このような制度間の財政移転は、1983年の老人保健制度（後期高齢者医療制度の前身）導入により始まっている。

改革すべきは、こうした構造である。財政移転を廃止するか規模を抑える、あるいは、財政移転するとしても出し手から受け手へのガバナンスを効かせるなど方法を改めなければ、健康保険料を社会保険料と呼び得るのか、支援金等の出し手側保険者が存続していけるのか一段と怪しくなる。これまでの改革においてそうした認識は乏しく、むしろ、財政移転規模の拡大が進められてきた。2008年度には、財政移転の対象となる年齢層が前期高齢者（65歳～74歳）に広げられ、2015年度からは、後に述べる後期高齢者支援金の全面総報酬割導入に名を借りた公費の支援金等への付替えが行われている。

（3）公費投入方法

構造的な問題の2つめは、公費投入方法である。現在、もっぱら所得額の高低を問わずおしなべて社会保険料を引き下げるように公費が投入されている（図表2-3左）。中小企業被用者の加入する健康保険である協会けんぽを例にとれば、収入9.6兆円の内訳は、保険料8.4兆円、公費1.2兆円であり（2016年度）、公費は、健康保険法上、支出に対し16.4%が投入されることとなっている。協会けんぽの保険料率は現在10%だが、仮に公費1.2兆円がなければ11.4%になっていると計算される。



（資料）日本総合研究所作成

すなわち、協会けんぽ被保険者のうち低所得層のみならず高所得層も、保険料率が1.4%分抑えられることを通じ公費の恩恵を受けていることになる。その分、低所得層の負担軽減が不十分なものとなる。この非効率さは消費税の軽減税率と同様である。2019年10月、消費税率が10%に引き上げられる際、飲食料品と新聞には軽減税率8%が適用されることが決まっている。軽減税率の恩恵は高所得層にもおよび、各方面から指摘されるように低所得層の負担軽減策として効率的ではない^{注4}。

協会けんぽで例示した公費投入方法は、国民健康保険（国保）、後期高齢者医療制度、厚生年金保険など他の社会保険制度にも概ね当てはまる。それぞれ3.6兆円（2016年度）、4.8兆円（同）、9.5兆円（2017年度）の公費が投入されており、恩恵は各制度に加入している高所得層にも及んでいる。他方、国保に加入している非正規雇用者などの保険料負担は重いままである。それは、各社会保険法において、支出の一定割合の公費負担がなされるという条文になっているためである。

こうした公費投入方法の問題は、低所得層対策として非効率であるばかりではない。基礎年金拠出金をはじめとした他制度への財政移転とともに、社会保険料が特徴とするはずの負担と給付の対応関係を崩す要因となっている。公費投入されている社会保険制度の被保険者は、公費によって押し下げられた社会保険料によって社会保険制度が実際よりも安価に運営されているかのような錯覚に陥りかねない。このように、需要行動を歪める要因となり得ることも消費税の軽減税率と共通している。消費税の軽減税率に向けられる批判は、社会保険への現行の公費投入方法にもあてはまる。

改革すべきは、やはりこうした構造であり、改革案を図表2-3の右側に示している。社会保険料においては負担と給付の対応を保持することが改革の骨格である。協会けんぽを例にとれば、保険料率そのものは11.4%とし、医療にかかる費用を全て保険料率に反映させる（なお、例示を簡単にするため、支援金等を存置し計算しているが、現在の支援金等を是認するものではない）。

その上で、協会けんぽ被保険者のうち低所得層に関しては、本人に対し、保険料を支払うための補助金を与える。SNAの用語法で言い換えれば、中央政府・地方政府から社会保障基金政府への政府部門間の財政移転ではなく、中央政府・地方政府から家計への補助へ改める。このことによって、社会保険料における負担と受益の対応を極力保ちつつ、真に

^{注4}例えば、「軽減税率の導入を懸念するアカデミア有志による声明」（2015年12月14日）
<http://www.japantax.jp/teigen/file/20151214.pdf>

困っている人に対しピンポイントで支援の手が行き届くようになる。米国、英国をはじめ欧州で普及し、わが国でも導入を求める声が強い給付付き税額控除はまさにそうした仕組みといえる。

3. 社会保障費用負担の根本的な改革に向けて

(1) 目標の再考と再設定

では、社会保障費用負担の根本的な改革に向け何をすべきであろうか。第1に、目標の再考と再設定である。ポスト社会保障・税一体改革において、何を実現するのが再考され、再設定されなければならない。主要な再考対象のうち1つは、財政健全化のベンチマークとなっている「基礎的財政収支」である。基礎的財政収支は、しばしば指摘されるように支出に債務の元本返済と利払い費が含まれておらず、その黒字化だけでは本格的な財政健全化が見通せないほか、政府の掲げる黒字化目標の対象が中央政府と地方政府の2部門に限定されており、社会保障基金政府が含まれていない。そのため、社会保障に対する公費（国の一般会計における歳出項目でいえば社会保障関係費）を減らし、社会保険料、あるいは、窓口負担に付け替えることで、政府が目標とする基礎的財政収支は改善する。

実際に、そうした付け替えは繰り返されている。例えば、既に触れた2015年度からの後期高齢者支援金への全面総報酬割の導入がそうである。これにより、協会けんぽへの公費0.2兆円を削減し、協会けんぽ財政に開いた穴は、組合健保と共済組合の保険料によって埋め合わされている^{注5}。後期高齢者支援金への全面総報酬割の導入とは、こうした財源捻出のために用いられた操作といえる（詳しくは西沢（2012））。これによって、確かに中央政府と地方政府に限定した基礎的財政収支は改善するが、この2つの政府部門に社会保障基金政府を加えた一般政府全体で見れば、何も変わらない。0.2兆円の支出が中央政府から社会保障基金政府に付け替えられただけである。

むしろ、組合健保と共済組合の後期高齢者支援金が増えたことにより、社会保険料の負担と受益の対応が一段と損なわれ、かつ、社会保険料はもっぱら現役世代の賃金にかかることから世代間の公平性が低下し、労働需給を歪めるなど弊害が生じる。このように、財政健全化において中央政府と地方政府の基礎的財政収支に偏重したわが国の目標には問題が多い。本来、債務の元本返済と利払い費を含む財政収支がベンチマークとして用いられ

^{注5} 数値は、第75回社会保障審議会医療保険部会（2014年5月19日）資料3

るべきであろうし、社会保障基金政府の中長期的な財政健全化、社会保険料として堅持すべき原則が尊重されなければならない。

2 つめに、年金政策における「所得代替率」がある。「100 年安心」がうたわれた 2004 年の年金改正において、所得代替率（年金給付水準を表す指標）の引き下げを図りつつ、50%は維持することが目標とされるようになった。2009 年の第 1 回財政検証、2014 年の第 2 回財政検証の何れにおいても、最も注目を集めたのは、所得代替率が将来とも 50%を維持できるか否かであった。

しかし、こうした所得代替率への過度な注目にも問題がある。理由は主に 3 つあり、まず、そもそも 50%に合理的な根拠が見当たらない。高齢期の生計費や諸外国の給付水準との比較から厳密に導かれたというより、単にキリがいいという程度でしかないのが実際といえよう。次に、所得代替率は、平均的な厚生年金保険被保険者が 65 歳時点で受け取る年金給付水準を表したものに過ぎず、しかも、今や平均的な姿ですらない。所得代替率の考え方自体は、諸外国共通であっても、わが国の定義は特殊であり、分母は 1 人分であるのに対し、分子は被用者であった夫と専業主婦の妻の 2 人分となっている。もはやこうした片働き世帯は一般的ではない。

62.7%（所得代替率）＝

$$\frac{9 \text{ 万円（厚生年金・夫）} + 6.4 \text{ 万円（基礎年金・夫）} + 6.4 \text{ 万円（基礎年金・妻）}}{34.8 \text{ 万円（現役男性の平均的な可処分所得）}}$$

*数値は、2014 年度

さらに、厚生年金と基礎年金のウェイトが問われていない。所得代替率が仮に 50%であるとしても、2 階部分に相当する厚生年金のウェイトが高いのか、あるいは、1 階部分に相当し全国民共通の給付である基礎年金のウェイトが高いのかによって、高齢期の貧困に及ぼす影響などが異なってくる。このような理由から、年金政策の目標としての所得代替率への過度な偏重を改める必要がある。具体的には、基礎年金の給付水準がより重視されるべきであろう。すると、必然的に、基礎年金に相応しい費用負担のあり方を模索する議論へと展開し、より所得再分配機能の強い財源へと行き着くはずである。

3 つめに、医療政策における「診療報酬」、および、ほぼその集計値であるマクロの医療費統計「国民医療費」がある。診療報酬とは、治療に要し保険給付の対象となる医療サー

ビスの公定価格である。診療報酬は2年に一度改定され、診療報酬のうち技術料に相当する本体部分をプラスとするかマイナスとするか、その幅をどの程度とするかが政治的な 이슈となり、国民医療費の対 GDP 比は財政健全化における重要なベンチマークとなっている。

もっとも、こうした診療報酬および「国民医療費」への過度な注目にも問題が多い（詳しくは西沢（2015））。1つあげれば、「国民医療費」には予防接種や健診をはじめとした予防にかかる費用が含まれていないことがある。例えば、保険給付の対象とならないインフルエンザ予防接種のワクチン代と問診料は「国民医療費」に計上されず、インフルエンザにかかった際に治療を受けた治療費は給付対象となり「国民医療費」に計上される。がん検診にかかる費用は「国民医療費」に計上されないが、がん治療の費用は計上される。そのため、予防の重要性が叫ばれながら、「国民医療費」では、いかに予防に資源を振り向け、治療費を抑えるかといった議論が困難である。治療費のみに耳目が集まるのはナンセンスにすら映る。

よって、「国民医療費」よりも、国民経済計算（SNA）の医療・介護版ともいうべき SHA（System of Health Accounts）に基づく Health Expenditure をベンチマークとすべきである。SHA は、OECD・EU・WHO によって整備されたマクロ統計の会計基準であり、それによって推計される Health Expenditure は保健医療支出と訳されている。Health Expenditure には、治療費のみならず、予防にかかる費用、介護費用など健康に関する費用が広範に含まれることとなっており、予防、治療、あるいは介護にいかに資源を振り向けるかといった議論が可能となる。ただし、わが国自身によって推計されているわが国の Health Expenditure には改善余地が多く、推計精度の抜本的な改善が急がれている（詳しくは西沢（2016a）、（2016b））。

（2）所得捕捉を行う行政組織の横断的な見直し

第2に、国税庁、地方自治体、日本年金機構という所得捕捉を行っている3つの行政組織の横断的な見直しである。現状では、真に困っている人の正確かつリアルタイムでの特定ができず、現行の社会保険への公費投入方法を図表3の改革案で示したような家計へのピンポイントでの補助へと改めることが難しい。必要なのは、①全ての国民を対象とした（包括的な）、②正確、かつ、③タイムリーな所得情報である。こうした観点からみたとき、何れの行政組織も不十分である。

所得捕捉の問題に関しては、給与所得者に対する税務当局の所得捕捉率に比べ、事業所得者、農林漁業所得者に対する所得捕捉率が劣り、公平性を欠いているとされるクロヨン問題として、かねてより議論されてきた。もっとも、それが改善されたというエビデンスはなお見当たらない（詳しくは立岡（2016））。給与所得控除がサラリーマンの経費控除としては過大であると指摘されながら本格的な見直しに向かっていないことや（すなわちクロヨン問題補償の機能が明示的ではないとしても残されている）、国民年金保険料が定額負担のままであることなどは、クロヨン問題について給与所得者の十分な納得を得る段階に至っていないことを反映しているといえる。

給与所得者についても、改革案を現実のものとするための条件が整っていない。国税庁は、課税最低限を上回る所得層からの徴税を目的としており、それを下回る所得層のなかには真に困っている人が含まれているとしても、そこには関心が向いていない。実際、事業主は、所得税の源泉徴収義務者として、税務署に対し個々の従業員の給与、所得控除額、税額などを記した「源泉徴収票」を送付するものの、それは給与500万円以上の従業員に限定されており、かつ、タイミングも課税対象年の翌年である（28ページ図表2-4）。

全ての従業員についての情報を把握し得るのは地方自治体である。事業主は、個人住民税の特別徴収義務者として、市町村に対し、全ての従業員について「源泉徴収票」と同仕様の「給与支払報告書」を提出する。ただし、タイミングはやはり課税対象年の翌年であり、かつ、原稿料や講演料などについては、住民税はそもそも源泉徴収の仕組みがとられていないことから、支払い主から市町村へ情報を直接提供するルートがない。

タイムリーさにおいては、国税庁と市町村よりも日本年金機構にむしろ分がある。厚生年金保険料の徴収は、月々の給与と賞与とで方法が大きく異なり、給与については、4～6月の給与の平均額が事業主から日本年金機構に報告され、賞与については、都度、報告がなされる。もっとも、対象は、労働時間などにおいて一定要件を充足した厚生年金被保険者に限定されることから、被用者であっても非正規雇用者などは洩れている可能性が大きく、しかも、給与について報告されるのは4～6月の平均額に限定され、かつ、標準報酬へと丸めた額であり、通年の正確な金額ではない。

図表 2-4 事業主からみた所得税、住民税、厚生年金保険料の納付手続

	T年												T+1年
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
源泉所得税	← 月々の給与・賞与に基づきそこから源泉徴収、納付 →												① (注1)
	年末調整 T+1年に向け扶養親族等申告書の受理												源泉徴収票を 税務署に提出 (注2)
(特別徴収) 住民税	← T-2年の所得に基づき右記と同様					T-1年の所得に基づく住民税額を12等分し、月々の給与から天引き							① (注1)
													給与支払報告書(T年分)を市町村に提出
厚生年金	T年												T+1年
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
給与	給与												
	4~6月の給与の平均値から31等級に分かれた標準報酬を決定。7月に日本年金機構あて算定基礎届として報告												
賞与	T-1年の標準報酬に基づき右記と同じ作業												
	日本年金機構は、納めるべき保険料額を記載した納入告知書(納付書)を毎月事業主に送付 事業主は、納入告知書(納付書)により月末までに納付												
												[同じ額を9月分から翌年8月分まで月々の給与から天引き]	
賞与	(例) 支給月 ① (注1)												(例) 支給月 ① (注1)
	支給日から5日以内に日本年金機構あて賞与支払届として報告												左記と同様の作業
事業主は、納入告知書により翌月末までに納付												左記と同様の作業	

(資料)日本総合研究所作成

(注1) ①は、事業主から当局に対するT年に関する個人ごとの情報提供のタイミング。

(注2)ただし給与金額500万円以下は必要ないとされている。

このように、国税庁、地方自治体、日本年金機構の何れも、所得捕捉を行いつつ、①包括性、②正確性、③タイムリー性において難がある。改革のモデルとなるのは、英国である。英国では、もともと税と社会保険料の徴収は、HMRC (HM Revenue & Customs) に一元化されているうえ、2013年に導入されたリアルタイム情報システム (RTI) によって、事業主は、給与支払いの都度、所得情報を HMRC に電子的に報告するようになっている。その情報が、給付付き税額控除を通じた家計へのピンポイントでの補助に活用されている。RTI 導入前は、わが国の源泉所得税や住民税 (特別徴収) のように、課税年の最後に HMRC あてにまとめて所得情報が報告される仕組みとなっていた。

わが国においても、歳入庁構想として税と社会保険料の一体的な徴収が議論される局面はあったが、社会保険庁 (日本年金機構の前身) の不祥事を契機とした行政組織の統廃合論として語られる側面が強かったといえる。しかし、行政組織を1つに束ねたり、看板を架け替えたりすることが目的ではなく、包括的、正確かつタイムリーな所得情報を集める機能を確保することが目的である。3つの行政組織はそのまま、1つの組織にそうした機能を集中しても良いし、役割分担しながら機能を確保しても良い。何れにせよ、共通の目的に向け3つの行政組織の連携を図る必要がある。ポスト社会保障・税一体改革では、機能論としての行政組織の横断的な見直しが求められる。

(3) 消費税に対する正当な評価と改善

第3に、消費税という税目に対し正当な評価を与え、さらに税目としての改善を図ることである。前述の後期高齢者支援金への全面総報酬割の導入に名を借りた公費の社会保険料への付け替え、厚生年金保険料に事業主が上乗せする子ども・子育て拠出金の0.23%から0.41%への引き上げ、および、自民党有志議員のなかから出てきた「こども保険」などの根底にあるのは、社会保険料の本来的なあり方に対する理解の欠如に加え、政治の消費税の忌避と考えられる^{注6}。

政治家にとって、消費税率引き上げの必要性を国民に説くより、後期高齢者支援金の拠出ルールを全面総報酬割に変え、厚生年金保険料に事業主負担を上乗せすることで財源を捻出する方が手っ取り早い。もともと、それにより、社会保険料における負担と受益の対応が一段と損なわれることをはじめ弊害が生じることは既に述べた通りであり、消費税か

^{注6} 亀井 (2017) は、こども保険について批判的視点を加えつつ詳しく論じている。また、2017年4月9日付け産経新聞は、こども保険に対し「税負担の議論を逃げるな」という主張を展開している。

ら目を背けている限り、10%後の展望が開けて来ない。このことは重く受け止められるべきであろう。

客観的にみて、所得税、法人税、資産課税といった基幹税、および、社会保険料のなかで、税収調達機能、公平性、中立性など様々な観点から消費税を中心に高齢化のコストを賄っていくべきとの結論に自ずと到達するはずである。欧州諸国に目を転じて、消費税の一般税率は20%近辺にある。従って、消費税を忌避するのではなく、消費税のメリットについて広く国民の間で認識を共有していく必要がある。実際、消費税という新税の導入、税率の3%から5%への引き上げに向け、そうした努力が積み重ねられてきたはずである。

加えて、消費税を国民の信頼に足る税目とすべくブラッシュアップしていくことも不可欠である。近年の消費税改正はむしろそれと逆行している。1つは、これまでも述べてきた軽減税率である。軽減税率は、税収が損なわれる割に低所得者対策として非効率であるだけでなく、イートインとテイクアウトの差で指摘されているように実体経済に複雑さをもたらす。さらに、公平性も損なわれる。現在、医療機関で処方される処方薬には8%の消費税がかけられており、2019年10月には10%に引き上げられるはずである。すると、処方薬は、レストランでの食事や新聞よりも税率が高くなる（西沢（2018b））。このような消費税が国民に受け入れられるとは到底思えない。

もう1つは、地方消費税である。現在、消費税率8%のうち1.7%分は地方税と位置付けられており、国税とともに徴収された後、清算基準にのっとり各都道府県に配分されている。消費税は、最終消費者による経済的負担を想定している税であることから、清算基準は、各都道府県の消費額であるはずだが、近年の改正では、消費額による配分の原則が後退し、人口による配分での代替が進められてきている。本来、各都道府県の消費額を正確に把握し、それに応じて消費税収を帰属させるべきところ、そうした努力がおざなりになっている（西沢（2019d））。

消費税に対する国民の信頼がなければ、税率10%後の引き上げも覚束ない。これまでのような手っ取り早い費用調達手段としての社会保険料の流用も止まないものと懸念される。消費税を忌避するのではなく、社会保険料を含めた他の税目との比較考量のなかで消費税の持つメリットを広く共有しながら、さらに、税目としての改善を図ることが不可欠である。

(4) 国民の被保険者としての主権発揮

第4に、国民が社会保険の被保険者として主権発揮が可能なルートを整備することである。社会保険料において、自らの選択による結果であるという認識が乏しければ、一方的に徴収される感覚ばかりが残りがねない。

例えば、オランダの医療保険制度においては、国民が、複数の保険者のなかからそれぞれ異なる保険料水準、任意の補完的保険（VHI）の提供内容などを参照しながら、保険者を選択することができる。その保険料も、次のようなオプションによって上げ下げが可能である。①保険者が契約する医療機関に限定し利用、あるいは、医療機関を自由に選択、②免責額の設定。免責額を増やせば、保険料低下、③グループ契約。自らの選択が働いている。なお、保険料は定額であるが、低所得者の被保険者へは、政府から税務署を通じ補助金（Health care allowance）が給付される。それぞれの保険者が抱える被保険者の属性の差が、保険者間の競争上不利に働かないよう、リスク構造調整という調整もなされる。

このように、社会保険料と補助金（わが国流に言えば公費）それぞれの機能が明確であるうえ、国民の側に様々な選択の権利があることで、社会保険料における負担と受益の対応はより明確になる。その結果、（自らが選んだものであるから）負担に対する納得感が備わり、選ばれる側の保険者には被保険者の利益を最大化するよう、医療提供者との交渉などを通じ給付内容を改善していくためのインセンティブが強まるものと考えられる。

改めてわが国の医療保険制度に目を向ければ、国民の側が保険者を選ぶことは出来ず、保険料率も保険者ごとの同一規定に従わなければならない。自らの意思とは関係なく、後期高齢者支援金が増えれば保険料率も上がってしまう。保険者も被保険者の側から選択される訳ではなく、それが、保険者機能を構成するはずの医療提供者への働きかけを弱めている可能性がある。わが国の医療保険制度は、オランダと成り立ちが異なるとはいえ、被保険者が主権を発揮できるルートを確保していく発想は極めて重要である。

例えば、現行のわが国の制度を所与としても、可能なことは多いはずであり、安藤伸樹 全国健康保険協会（協会けんぽ）理事長は、データ分析を通じた被保険者への情報提供と医療機関の働きかけについて次のように述べている。「データ分析を駆使してどうしたら病にかかりにくくなるのか、個々人に情報を丁寧に提供する。たとえば特定の大学の医学部を出た医師が多い地域は、新薬より安価なジェネリック（後発薬）の処方が少ないという特性をつかんだ。自治体と医療機関にもその地域の特性を伝えて予防を徹底させたい」

（2017年12月12日付 日本経済新聞）

4. おわりに

以上述べてきたことはもちろん網羅的では全くなく、社会保障費用負担のあり方、とりわけ社会保険料と公費のあるべき姿と現実、あるべき姿に向け何をすべきかに焦点を絞ったものである。それでも、これらを実現していくには、労力と時間を要する。2040年は遠い将来ではなく、早急な取組みが求められる。

【参考文献】

- 1) 稲垣誠一(2016)「高齢女性の貧困化に関するシミュレーション分析」『年金と経済』35(3)
- 2) 亀井善太郎(2017)「『こども保険』は誰のためなのか」Voice 2017年7月号
- 3) 健康保険組合連合会(2017)「医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究報告書」
- 4) 立岡健二郎(2016)「事業所得の捕捉率を推計する—給与所得と事業所得の間の捕捉率格差は残存—」JRI レビュー 2016 Vol.5、No.35
- 5) 西沢和彦(2012)「健康保険料・『総報酬割の導入』の背後に隠された実質増税の思惑」ダイヤモンドオンライン 2012年3月13日
- 6) 西沢和彦(2015)「社会保障改革のための医療費統計の整備」公益財団法人総合研究開発機構『社会保障改革しか道はない—2025年度に向けた7つの目標—』
- 7) 西沢和彦(2016a)「日本の医療費 35か国中第3位に～OECD ‘Health Statistics 2016’の検証～」日本総研 Research Focus No.2016-16
- 8) 西沢和彦(2016b)「『保健医療支出』における予防費用推計の現状と課題」JRI レビュー Vol.11、No.41
- 9) 西沢和彦(2017)「年金制度からみた『こども保険』」日本総研 Research Focus No.2017-008
- 10) 西沢和彦(2018a)「真の社会保障・税一体改革に向けて」健康保険組合連合会 健康保険第72巻6号
- 11) 西沢和彦(2018b)「処方薬は飲食料品・新聞より消費税率が高くなる!?!」東京財団政策研究所 <https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=2927>
- 12) 西沢和彦(2019a)「平成を振り返る：年金政策～年金財政の持続性確保はじめ令和に多くの課題～」日本総研 Viewpoint No.2019-008
- 13) 西沢和彦(2019b)「社会保険に対する公費投入方法の見直しを」月刊経団連 5月号
- 14) 西沢和彦(2019c)「働き方の多様化と厚生年金保険適用・資格取得・保険料納付の見直し」東京財団政策研究所 税・社会保障調査会『“働き方改革”と税・社会保障の在り方』(未刊)
- 15) 西沢和彦(2019d)「地方消費税の在り方—平成30年改正の評価」JRI レビュー (未刊)

第3章 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

産業医科大学公衆衛生学教室教授

松田 晋哉

1. はじめに

現在、わが国は他の先進諸国が経験したことのない少子高齢化の過程にある。日本のような成熟社会の場合、医療介護需要の基本的な部分は人口構造によって決まる。人口構造の変化はドラッカーの言うところの「確実な未来」¹⁾であり、我々はそれに対する準備を急がねばならない。しかも、わが国の場合、高度経済成長期以来、継続的に地方から中央への人口移動が続いたため、少子高齢化の様相に大きな地域差がある。したがって、将来の社会変化への対応のあり方は、地域ごとに検討される必要がある。そして、分析結果にもとづいて医療介護の財源やサービス提供体制、そして地域のあり方の問題に正面から向き合うことを求められている。本稿ではこのことを筆者のこれまでの研究結果にもとづいて説明する。

2. 超高齢化社会時代の医療介護

(1) 人口推計から考える医療介護ニーズの将来推計

高齢化の進行により医療・介護ニーズの構造は大きく変化しており、しかもその様相は地域によって異なる。図表 3-1 (34 ページ) は産業医科大学公衆衛生学教室で開発した医療と介護の将来予測ツールを用いて、人口変化の特性が異なる 4 つの地域の医療介護ニーズの変化について推計した結果を示したものである^{2)・3)}。推計方法は 2010 年の性年齢階級別・傷病別入院受療率・外来受療率が将来も変わらないと仮定して、これに国立社会保障・人口問題研究所の将来推計を掛け合わせるという単純なものである。方法論の詳細は村松・他を参考されたい²⁾。対象地域は大規模なマンション開発が続き現在も人口が増加している東京都区東部医療圏 (以下、区東部)、高度経済成長期に大型団地開発が進み現在は団塊の世代の急速な高齢化が進む大都市近郊の東京都西多摩医療圏 (以下、西多摩)、少子高齢化が進む地方の中核都市である島根県松江医療圏 (以下、松江)、少子高齢化が進みすでに高齢者人口も減少傾向にある中山間地域の島根県雲南医療圏 (以下、雲南) の 4 つである。

図表 3-1 分析対象とした 4 地域の人口及び医療介護需要の推計結果
(2010 年を 100 とした場合の相対指数)

	2010年	2020年	2030年	2040年
人口				
東京都区東部	100	103	104	102
東京都西多摩	100	95	87	79
島根県松江	100	96	88	80
島根県雲南	100	87	74	63
入院医療需要(全体)				
東京都区東部	100	114	130	139
東京都西多摩	100	116	124	119
島根県松江	100	106	110	105
島根県雲南	100	94	89	77
入院医療需要(再掲：肺炎)				
東京都区東部	100	122	141	152
東京都西多摩	100	127	144	139
島根県松江	100	115	129	124
島根県雲南	100	97	99	87
入院医療需要(再掲：分娩)				
東京都区東部	100	89	78	73
東京都西多摩	100	81	71	61
島根県松江	100	82	74	65
島根県雲南	100	79	69	56
外来医療需要(全体)				
東京都区東部	100	107	115	122
東京都西多摩	100	105	104	99
島根県松江	100	100	97	90
島根県雲南	100	91	81	70
介護需要(全体)*				
東京都区東部(江東区)	100	120	153	172
東京都西多摩(多摩市)	100	171	214	210
島根県松江(松江市)	100	119	137	135
島根県雲南(雲南広域連合)	100	98	101	89

まず、人口推移をみると総人口では 2010 年から 2040 年の間に区東部は 2%程度増加すると予想されるが、西多摩と松江は 20%、雲南は 40%減少すると予想される。また、2010 年と 2040 年の人口ピラミッドを比較すると、区東部では現在の青壮年層の流入の結果として前期高齢者の人口増が大きいのが、加えて 85 歳以上の高齢者、特に女性の増加が絶対数として大きいことがわかる(図表 3-2)。他の 3 地域は横軸のスケールは異なるが少子化と高齢化、特に女性の後期高齢者の増加が大きくなっている。また、雲南の場合には総体として若年層だけでなく高齢者が減少傾向にあることもわかる。

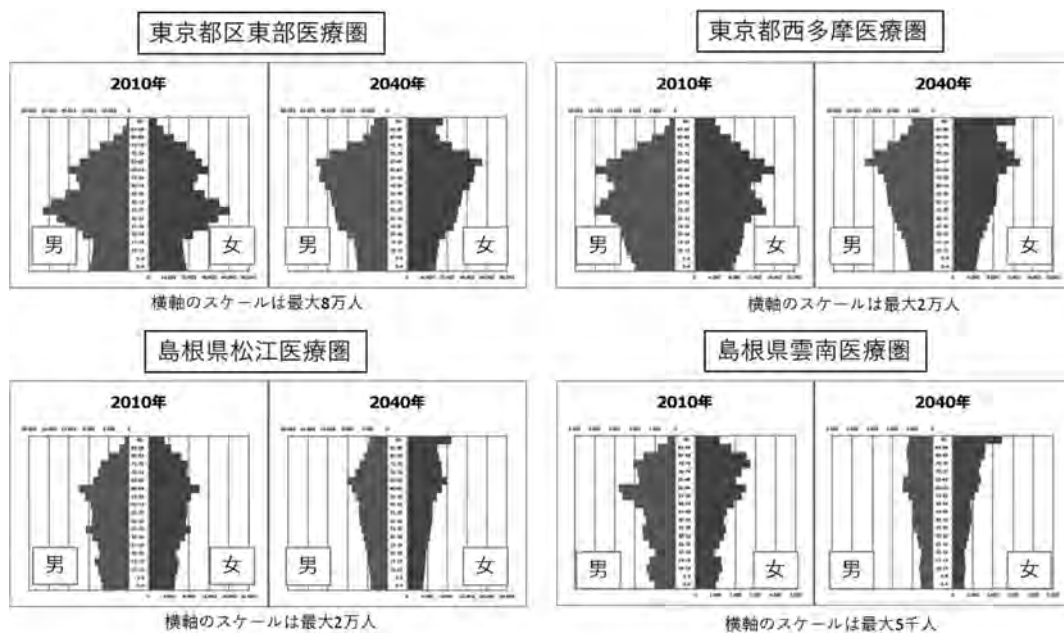
このような人口構造の変化を受けて、区東部では入院数の合計が 2040 年までに 40%程度増加する。特に肺炎は 50%程度増加すると予想される。また、2040 年でも入院需要の増

加傾向は続くと予想される。西多摩と松江はともに 2030 年が入院需要のピークで以後減少傾向に転ずる。増加率のピークも全体では西多摩が 20%増、松江が 5%増となっている。しかしながら、高齢化の影響により肺炎はそれぞれ約 40%と約 25%増加する。高齢化が進んでいる雲南では入院需要はすでに低下傾向にあり、2040 年までに約 20%減少し、肺炎も 10%減少する。少子化の進行は 4 地域とも共通の現象であるが、減少幅は区東部で 30%と相対的に少なく、他の 3 地域は 40%と予想される。

外来需要は区東部は 2040 年までに 20%程度の増加が見込まれるが、西多摩はほぼ現状レベル、松江は 10%減少、雲南は 30%減少と推計される。

介護需要については 2040 年までに区東部は 70%伸びると考えられるが、その後後期高齢者が急増するため、2040 年時点でも介護需要の伸びは継続すると予想される。現在、団塊の世代が後期高齢者に移行しつつある西多摩は 2030 年前後が介護需要のピークで 2010 年のニーズに比較して倍増するが、以後徐々に減少していく。松江も西多摩と同様の経過をたどるが、ピーク時の介護需要は 40%弱の増加にとどまる。雲南は 2030 年くらいまで現在と同じレベルにあるが、後期高齢者数も減少傾向になる 2030 年以降、急速に介護需要は縮小すると予想される。

図表 3-2 分析対象とした 4 地域の 2010 年と 2040 年の人口ピラミッド



(2) 医療介護連結レセプトの分析結果にもとづく、医療・介護ニーズの複合化の現状

図表 3-3 は西日本の 1 自治体において 2014 年 10 月から 2016 年 3 月までの間に脳梗塞、股関節骨折、心不全、一般肺炎（本稿では誤嚥性肺炎以外を便宜上このように呼称する）、誤嚥性肺炎で DPC 対象病院^{注1}に入院した 65 歳以上の高齢者の入院 6 か月前から入院 12 か月後までの医療介護サービスの利用状況を見たものである⁴⁾。なお、DPC 対象病院への入院に限定したのは、制度上入院治療の対象となった主要傷病名が明確であることによる。

図表 3-3 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

(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						一般病床入院3か月後						一般病床入院12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	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)	32.5%	5.4%	68.7%	21.9%	1.8%	19.4%	5.4%	1.1%	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)	54.5%	5.8%	78.4%	37.6%	3.7%	24.0%	7.5%	0.1%	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)	45.0%	6.9%	70.1%	0.5%	3.0%	33.6%	6.8%	3.3%	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)	47.3%	7.6%	56.1%	0.8%	3.4%	38.6%	7.5%	2.9%	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)	73.4%	21.5%	66.9%	0.9%	5.9%	45.3%	17.4%	5.0%	18.7%	1.0%	7.2%	44.2%	17.8%	12.4%	6.6%	0.1%	3.3%	31.4%	12.9%	25.0%

いずれの病態の高齢者も入院 6 か月前にはすでに 3 割から 7 割が介護保険サービスを使っており、特に誤嚥性肺炎では 73.4%の対象者が介護保険を使っていることが注目される。入院 1 か月後には脳梗塞は 21.9%、股関節骨折は 37.6%が回復期病床を利用しているが、他の傷病では 3 割から 5 割弱が介護保険を利用しており、特に誤嚥性肺炎では介護施設（介護療養型病床、老人保健施設、特別養護老人ホーム）入所者が 17.4%と高い割合になっている。入院 3 か月後では脳梗塞、股関節骨折はまだ 20%以上の者が回復期病棟に入院しているが、股関節骨折の場合は脳梗塞に比べて介護保険利用者が多く、特に介護施設入所者が 14.7%と高くなっている。誤嚥性肺炎の患者は入院 1 か月後の状況と同様、介護保険利用率（44.2%）および介護施設入所者（17.8%）の割合が高くなっている。入院 12 か月後の介護保険利用割合股関節骨折患者の 54.9%と、他の 4 傷病が約 30%であるのに対し高い値となっている。また、介護施設入所者は股関節骨折（14.7%）と誤嚥性肺炎（12.9%）で高い割合となっている。入院 12 か月後の累積死亡率は誤嚥性肺炎が最も高く（25.0%）、次いで心不全（19.1%）、一般肺炎（17.2%）となっていた。

^{注1} 急性期入院治療において、入院患者を傷病名と行われた医療行為にもとづき分類する方法を DPC (Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類) という。この DPC にもとづいて診療報酬の包括評価を行う制度を DPC-PDPS (DPC-Per-Diem Payment System: DPC にもとづく 1 日当たり包括払い) という。この支払いの対象となっている病院を DPC 対象病院と総称する。

以上の知見から、高齢化の進んだわが国では介護の現場で相当程度の急性期病変が生じており、しかも急性期の治療後、また介護の現場に戻っていくというように、医療と介護との複合化が進んでいることがわかる。筆者らは西日本の一自治体の医療・介護レセプトをもとに特別養護老人ホームに入所している 7,319 人について 4 年間追跡調査を行っているが、その結果によると 4 年間に累積で約 40% の対象者が死亡していた⁵⁾。その間の医療介護サービス利用状況を見ると、毎月 5~9% の所在が一般病床で、それ以外の医療介護サービスはあまり利用していなかった。すなわち、肺炎や発熱、骨折、ターミナルケア等で一般病床への入退院を特別養護老人ホームとの間でダイレクトに行っていることが明らかとなった。以上の結果は、脳梗塞や股関節骨折等は発症後、急性期入院→回復期入院→介護という経過をたどる場合がまだ多いが、現在高齢者の急性期入院として増えている肺炎などでは介護施設と急性期病院の間のダイレクトな行き来が一般的になっていることを示している。

上記のような状況下で肺炎に罹患した高齢患者の救急搬送例に関してその退院の難しさを表現する「出口問題」が救急現場で問題となっている。例えば、薬師寺は入院時診断が誤嚥性肺炎の全患者 174 例を分析した結果、半数近くが入院元の場所に戻れていないことを報告している⁶⁾。また、筆者らの分析でも施設から DPC 病院に肺炎で入院した患者について、同じ施設に帰れた群とそうでない群を比較すると、前者で後者の 2 倍から 3 倍平均在院日数が長くなることが明らかとなっている⁷⁾。このことは連携の状況が医療資源の使用量に大きく影響することを示しており、各地域における医療介護サービスの連携体制のあり方が医療経済的にも重要な要因となっていることを示唆するものである。

3. 医療介護の提供体制のあり方

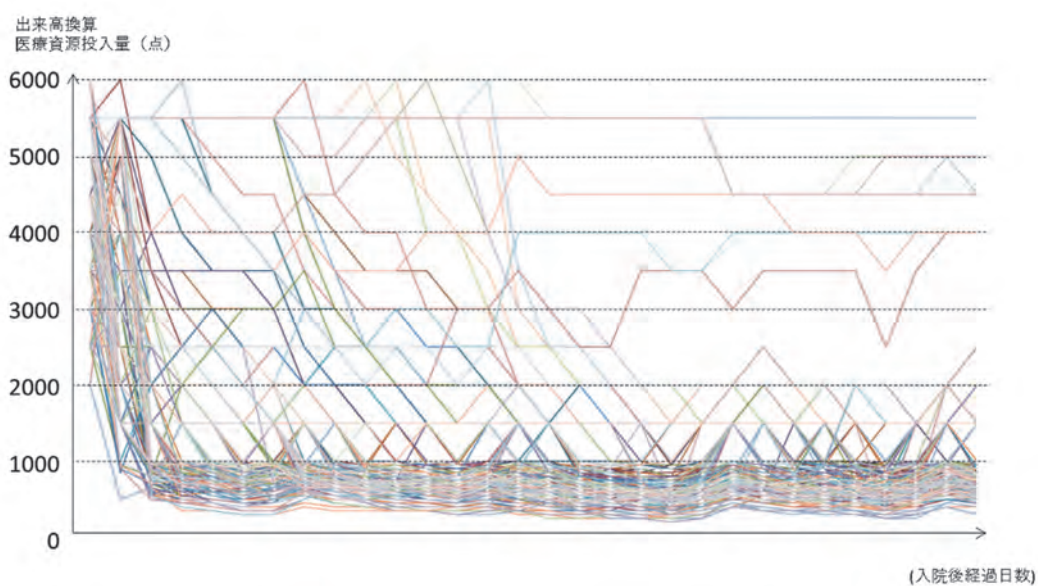
本節では、第 2 節における分析結果を踏まえて今後の医療介護提供体制のあり方を論考する。ここではまず、地域医療構想における病床機能別病床数の推計方法を説明し、それをもとに慢性期患者への対応が重要になることを説明したい。

(1) 病床機能別病床数の推計方法について⁸⁾

病床機能別病床数の推計にあたっては、年齢に加えて、傷病ごとの状況などを勘案すべきであるという意見が強かったことから、高度急性期・急性期については DPC のロジックを活用して基本的な推計を行った。まず、厚生労働省が収集している DPC データを用いて DPC ごとの 1 日当たり出来高換算コストを算出し、その分布が検討された。厚生労働省の

定義によると急性期病床は「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能」を持つ病床となっている。「安定化にむけて」という点に着目すれば、医療行為の総量が経時的にまだ大きく動いている時期に相当すると考えられた。そこで、図表 3-4 で出来高点数が収束する 500 点から 1000 点の範囲を厚生労働省所管の地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会に提案し、急性期と回復期との区分点を 600 点とした。同様の考え方で、高度急性期と急性期の区分点を 3000 点、回復期と慢性期の区分点を 175 点と定めた。実際の患者数の計算は、DPC ごとに各病床機能区分の日数の合計（年間）を求め、年末年始をまたぐ症例の補正を各 DPC の平均在院日数で行い、それを 365 日で除して 1 日当たり患者数を求めるというロジックを採用した（図表 3-5）。

図表 3-4 病床機能の区分点設定の基本となった医療資源投入量（中央値）の推移の分析結果



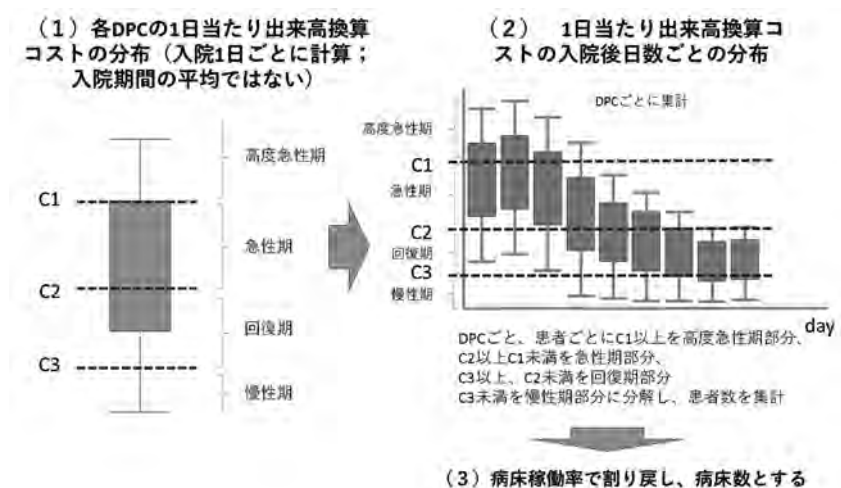
次いでこの基準が非 DPC の一般病床のレセプトにも適応された。具体的には NDB (National Database) から非 DPC の一般病床レセプトを抽出し、それを一入院として再構成した後、診療行為の内容を踏まえて医療資源病名を推計し、これらの情報をもとに DPC コーディングを行うという作業が行われ、そのデータに上記基準が適用して機能別病床数の追加集計を行った。

回復期リハビリテーション病棟のレセプト及び療養病床のレセプトについてはそれぞれ回復期、慢性期として 1 日当たり患者数 (= 実稼働病床数) が推計された。ここで療養病床

については以下のような仮定のもとに推計が行われた。

- ① 医療区分1の70%は入院以外で対応
- ② 療養病床入院率の都道府県格差を縮小

図表 3-5 病床機能別病床推計の具体的手順



以上のような検討をもとに病床機能別の実稼働病床数（＝患者数）を推計したのち、それを **MEDIAS**^{注2}データで補正し、さらに病床利用率（高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%：平成 27 年 3 月時点）で割ることにより病床機能別の病床数が、全国、都道府県、二次医療圏の各レベルで推計された。正常分娩についてはレセプトでは把握できないため、出生届をもとに別途推計が行われている。また、労災保険や自賠責、生活保護による医療についても厚生労働省が保有する各種資料について補正が行われている。こうして最終的に公表された結果が図表 3-6（40 ページ）に示されたものである⁹⁾。

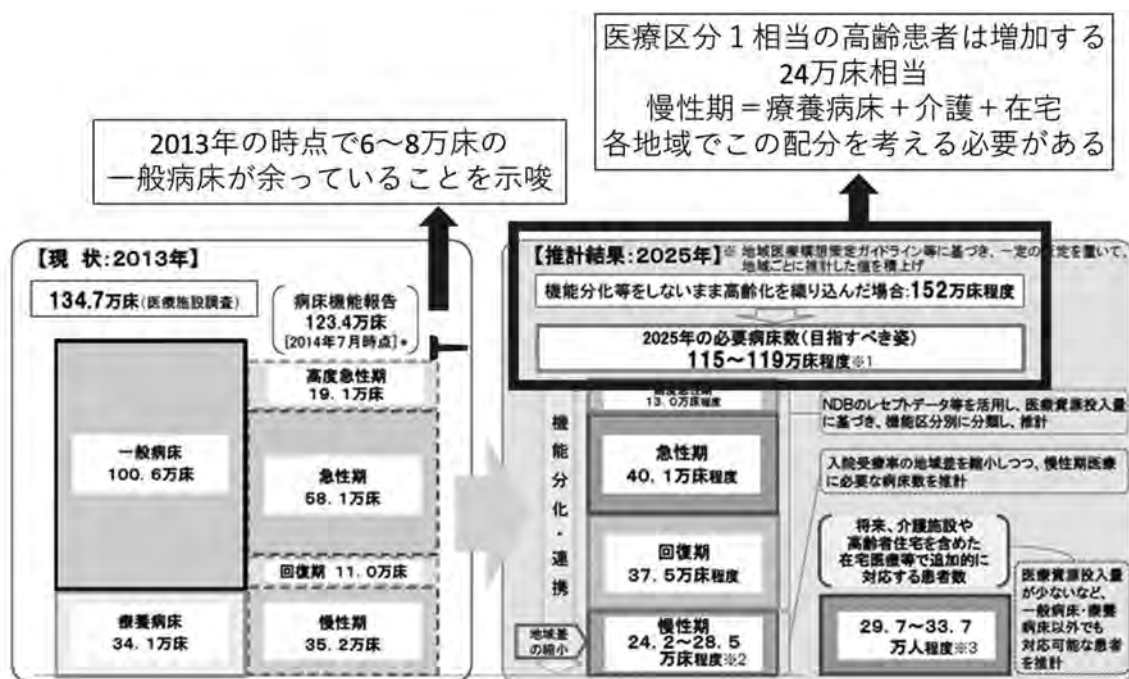
（2）地域医療構想における病床機能別病床数推計の注意点—慢性期の重要性の認識—

前節で地域医療構想の病床機能別病床数の推計方法について説明した。推計はあくまで一定の仮定にもとづいたものであり、病床数の絶対的な整備目標値あるいは上限値のようなものではない。現在、いくつかの都道府県では病床選択の定量基準にもとづいた議論が行われているが、それを絶対視するのではなく、あくまで参考値的なものにとどめ、各地域の

注2 厚生労働省が医療保険・公費負担医療分の医療費を集計し、「最近の医療費の動向—MEDIAS—」としてデータを公表している。

医療介護の状況を総合的に検討したうえで、整備目標を決めるべきだろう。特に、今回の地域医療構想においては、「医療区分1の70%は入院以外で対応」、「療養病床入院率の都道府県格差を縮小」という仮定をおいているが、その妥当性については各地域で慎重に検討する必要がある。結論を先に述べると、筆者は急性期医療の提供量はニーズの変化に応じて自然に落ち着くが、慢性期医療の提供のあり方については、当該地域の医療介護資源および社会経済状況を踏まえて慎重に検討すべきであると考えている。このことを説明するために再度図表3-6を見てみよう。図の左側に2013年の医療施設調査の結果と2014年の病床機能報告の結果が並列されているが、前者が134.7万床であるのに対し、後者は123.4万床になっている。仮に病床機能報告で届け出漏れがあるとしても、前者の療養病床と後者の慢性期の数がほぼ同数であることを考えると、2013年の時点でわが国の一般病床は全国で6万から8万床余っていることになる。実はすでにこの余剰問題は顕在化しており、地方によっては中核都市にある公的病院の病床利用率が70%前後であるのが常態となっている。その原因は高齢化に伴う典型的な急性期入院患者の減少、医療技術の進歩による入院ニーズの減少（内視鏡手術や外来手術の進歩）によるものである。

図表 3-6 地域医療構想における機能別病床の推計値（全国値）



資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

他方、地域医療構想の仮定にもとづく推計結果によると 2025 年の必要病床数が全体では 115 万から 119 万床となっているが、仮に今の入院受療率を前提とすると 2025 年に 152 万床必要になるという推計値も示されている。現在稼働している病床が 128 万床程度だとすると、それを維持したとしても約 24 万床不足することになる。この増加分のほとんどは医療区分 1 相当の高齢患者であるが、果たしてこれだけの数の医療区分 1 の高齢患者を病床以外で診ることができるのかが今後各地域における重要な検討課題となるのである。今回の地域医療構想では「慢性期＝療養病床入院＋介護施設入所＋在宅」となっていることが理解されなければならない。

推計上、どの地域にも在宅医療の必要量の数字が計算されるが、それを実現できるかどうかは、地域の在宅医療を支える資源の状況による。図表 3-1 で示した島根県雲南医療圏のように診療所の外来機能が低下し、人口減により新規開業も期待できないところで在宅医療を展開することは容易ではない。既存の療養病床や介護施設を活用しながら対応する、あるいはサービス付高齢者住宅などを既存の医療施設の近隣に配置し、少ない人員で効率的に在宅ケアができるようなまちづくりが必要になるだろう。他方、東京都区東部医療圏のように、新たに療養病床を創設することが困難であるにもかかわらず、今後医療区分 1 相当の高齢者の絶対数が急増するところは、多様な形で在宅医療を充実させていくしかないだろう。このように今後急増する慢性期の高齢患者を、療養病床、介護施設、在宅のどのような組み合わせで見ていくかが、わが国の最も重要な公衆衛生政策上の課題になっているのである。地域の状況によって対応策が異なる以上、それは各地域で議論されなければならない。その検討と合意の場が地域医療構想調整会議であると、筆者は考えている。

なお、地域医療構想における病床数の推計は複雑であり、わかりにくい点が多いと思われる。その詳細については松田⁸⁾を参照していただければと思う。

4. まとめ—医療介護政策のこれから—

ここまで説明してきたように、超高齢社会においては医療需要の構造に急激な変化が生ずる。急性期と急性期後の医療、そして医療・介護・生活ニーズの複合化が急速に進んでいく。こうした急速な変化はこれまでどの国も経験したことのないものである。わが国の医療介護関係者の中にはこのことに気づいてない、あるいは気づいていても無視している者が少なくなく、医療介護サービス提供体制のあり方に関する議論も近視眼的なものが多い。もちろん、現実の医療介護施設や保険者の経営問題がある以上、目の前の状況に対応せざるを

得ないことは仕方ないのかもしれない。長い歴史の過程で現在の 1 億人以上を対象とした国民皆保険という仕組みを構築してきたわが国の場合、既存の仕組みをドラスティックに変えることは難しい。状況の変化に対応しながら、適宜 **incremental** に仕組みを変えていくことが、日本的な枠組みでは实际的であろう。こうしたシステム改変が適切に行われるためには、医療介護の現状を即時性を持って把握できる情報基盤とそれを適切に解釈・説明できる人材が必要となる。以下、これらの点について説明して本稿のまとめとしたい。

(1) 国民の社会保障制度に関するリテラシー向上への対応

今後、国民がアクセス可能な医療関連情報の量は飛躍的に増える。例えば、がんや難病に罹患した患者はインターネットで治療に関する種々の情報を収集することが可能になっている。民間が商業的に行っている遺伝子検査などの結果を踏まえて、医師に対して治療方法に関する要求を行うようなことが一般的になるかもしれない。そうした医薬品のいくつかはまだわが国では未承認であるかもしれないが、インターネットの翻訳機能を使って、国民は世界中からそうした情報を収集するだろう。

他方で、社会保障制度の仕組みについてはどうだろうか。1961 年に国民皆保険制度が成立して以来、国民にとって社会保障制度は空気のような「当たり前にある」ものになっており、それが連帯の仕組みにもとづいて運営されていることが十分理解されていないように思う。筆者はフランスの保健省で医系技官見習いとして勤務していた経験がある。その業務の中で学校保健の現状の調査というものがあり、ブルターニュ地方の首都であるレンヌの小学校を訪問したことがある。筆者が訪問した際に行われていたのは、日本でいえば小学校 3 年生くらいを対象とした社会科の授業であった。児童たちは自分たちで、フランスでは税金がどのように集められ、それが何に使われているのかということ調べ、それを壁新聞で発表していた。聴衆の中には教師のほか地方の税務署の職員がおり、児童の調べた内容に賛辞をおくるとともに、必要に応じてわかりやすいコメントを加えていた。フランスではこのような生活者になるために必要な社会の仕組みを義務教育で教えることが徹底されている。移民の多いフランスで、平等に社会サービスを受けるため義務と権利を理解してもらうことは非常に重要であるという認識である。翻って、わが国の社会化の教育でこうしたことが十分に行われているかという心もとない。この問題意識はわが国の社会保障研究者の間でも共有されており、それにこたえる形で慶應義塾大学の権丈善一教授らが中心となって、高等学校用の社会保障の教材が作成されている¹⁰⁾。しかしながら、その活用はあまり

進んでいないのが実態である。社会保障の仕組み、そしてその現状と課題、あり方に関して国民が十分な理解を持っていることが、どのような改革を行うにしても絶対的な前提となる。教育現場はもちろん保険者や医療介護サービス提供者が協力して、種々のメディアを通じてその情報提供を行うことが必要である。

(2) 情報にもとづく医療・介護政策の推進

わが国の社会の成り立ちを考えたとき、医療介護制度を望ましい方向に変革していくためには、サービス提供を担う当事者(行政及び保険者も含む)の自主的な対応が前提となる。このことを永井氏は以下のように表現している。「日本は市場原理でもなく、国の力がそれほど強いわけではないですから、データにもとづく制御ということが必要になると思います。ところが、その肝心のデータがほとんどない。・・・(中略)・・・その制御機構がないまま日本の医療が作られているというところに一番の問題があるのではないかと思います。・・・そうした制御機構をどうつくるかという視点からの議論を是非していただきたいと思います。」¹¹⁾

公私ミックスの提供体制を基本とするわが国の場合、国や地方自治体が医療提供体制のあり方を強制的に変えることはできない。国が診療報酬制度や種々の計画策定の指針を通して発信する意図を的確にくみ取り、冷静に経営判断に活用する姿勢が医療関係者に求められている。ただし、そうした国の意図が常に正しいものとは限らない。現場の状況にそぐわない方針に対しては、データにもとづいてそれをただす姿勢を持つことも必要である。このような民主的な手続きにもとづいて医療政策が展開されるためには、規制する側とされる側双方が、同じデータにもとづいて検討が行える情報基盤の整備が必要となる。まだ、十分であるとは言えないが、今回の地域医療構想策定にあたって、こうした情報環境の整備は大きく進んだ。特に、地域医療に関して話し合いの場として地域医療構想調整会議の場が設置されたことは重要である。

本稿で示したように、医療と介護のレセプトを個人レベルでつないで分析する手法については多くのものが開発されており、今後 NDB と介護データベースの連結分析が国レベルで可能になることで、そうした方法論が一般化し、多くの有用なデータが準備されるようになるだろう。課題は、こうした分析結果を活用する体制づくりである。行政(国、地方自治体)、保険者、サービス提供団体(日本医師会、日本看護協会、日本病院会、全国老人保健施設協会など)、研究機関など種々の関係者が医療介護関連ビッグデータの分析と活用がで

きる体制づくり・人材づくりが急務である。財政的に余裕がなくなっているわが国の場合、客観的なデータにもとづく議論と、その結果としての合理的な判断が、今後の医療介護政策の運営には不可欠である。

(3) 地域包括ケアへの対応

超高齢化の進展に伴い医療・介護・生活のニーズが複合化するということは、医療も介護も生活支援や住のあり方を抜きに考えることが難しくなっていることを意味する。具体的に考えてみよう。今後、少なくなる若年者で多くの要介護高齢者をケアすることが可能になるためには、ケアワーカー一人当たりの業務の効率性を高めることが必要になる。例えば、訪問系サービスの場合、ケアワーカーは実労働時間 8 時間のうち 4 時間しか直接的ケアをしておらず、残りの 4 時間のうち 2 時間半は移動、1 時間半は事務作業に費やしているという調査結果がある¹²⁾。介護が必要な高齢者が広い範囲にバラバラに住んでいれば、当然こうした事態が生じる。また、5 名程度の小規模な訪問事業者の場合、事務作業の負担も重くなる。こうした体制を見直し、例えば 8 時間の労働時間のうち 6 時間を直接的なケアに充てられる体制づくりができれば、ケアの効率性が改善し、そしてケアワーカーの賃金を大幅に増やすことが可能になる。

オランダには **Buurtzorg** という訪問看護・介護サービス組織がある¹³⁾。この組織は看護師・介護士・リハ職が 4~12 名のチームで、40~60 名の在宅患者を担当し、地域の家庭医と協力しながら包括的なケアを提供している。2006 年に開業し、2013 年には全国約 620 のチームで約 6,500 人の看護師・介護士・リハ職（以下、ナース）が約 20,000 人の利用者（年間約 50,000 人）にサービスを提供し、売上高も約 2.3 億€（2013 年）まで拡大している。この組織はターミナルケア、癌、慢性疾患、認知症、複数の慢性疾患患者など、ほとんどの在宅ケアニーズに対応してサービス提供を行っている。人件費がかかるこのようなサービス領域で利益率約 8%というパフォーマンスを実現しているが、その理由はそのマネジメント体制にある。**Buurtzorg** の各チームはフラットな組織になっており、共通のアセスメント及び記録方式とチームカンファレンスにもとづいて各クライアントの持つ課題に共通認識を持ったうえで、各職種が自立性をもってサービス提供にあたるという体制をとっている。請求事務等の管理業務は ICT を使って集中管理されており、管理部門は 35 人がいるだけである。そのため間接費が約 8%と非常に低くなっている。より多くのリソースを利用者サービスに割けるため、利用者満足度は高く、また職務満足も高い。この試みを参考に、地

域医療連携推進法人と同じような枠組みで地域単位での業務アライアンスを実現することが、介護労働者の処遇改善と財政の持続可能性を両立させる視点からもわが国においても必要ではないだろうか。このような仕組みがあって、初めて ICT による情報共有の効果が得られるのではないかと考える。

ところで、今後、わが国の地域ケアが「ほぼ在宅、ときどき入院・入所」という体制を目指すのであれば、医療区分 1 の単身高齢者でも安心して地域で暮らすことが可能になる住まいの保障が必要になる。しかも、それは日常生活の利便性が保証されたものでなければならない。各地でサービス付き高齢者住宅の空き部屋の増加が問題となっており、関係団体からは介護報酬上の配慮を求める声があがっているが、介護保険財政を考慮すると難しい状況にある。おそらく、すでにある資源を有効活用することで、需要のピークを乗り切るといのが現実的な対応だろう。実際、わが国では一般住宅における空き家問題が中央、地方を問わず大きな問題となっている。こうした物件をネットワークの中に取り込んで在宅ケアの場として活用するという住宅政策が必要になる。この際、賃貸物件への入居に関して、保証人や緊急対応などの問題で、それが難しい高齢者も多い。この問題に対応するために例えば福岡市社会福祉協議会では「すまいサポート福岡」という見守り、専門相談、権利擁護、緊急時対応、死後事務委任、家財処分、葬儀、埋葬・納骨、生活支援サービス、医療・介護・保健サービス等のコーディネートを行っている¹⁴⁾。こうしたソフト面での支援が、これからの高齢社会では住宅政策と連動して行われる必要がある。

シャッター街化した商店街にある廃業した和菓子屋の住居つき店舗を小規模多機能施設に転換して町中に在宅ケアの拠点を作っている石川県七尾市の堇仙会の例や¹⁵⁾、空床化してしまった病棟をサービス付き高齢者住宅に転換し、複合化した病院を地域の高齢者対策におけるワンストップサービスの拠点とした北海道奈井江町¹⁶⁾、団地の建て替えに当たって医療施設や介護施設を誘致し、医療・介護・住まいの複合化を行っている UR 都市機構の地域医療福祉拠点化事業など¹⁷⁾、既存施設の有効活用という視点からの取り組みが各地で行われるようになってきている。現在国が目指している **Wise spending** の考えに沿った妥当な方針である。限られた資源で増大する慢性期の医療介護ニーズに対応するためには、効率的に複合的なサービス提供を可能にするまちづくりが必要になる。そのためには医療介護の問題を自治体の問題としてとらえまちづくりの視点からそれを各自治体の基本構想の中に組み込み、具体的な事業として展開されなければならない。

わが国は伝統的に住宅政策が経済政策の一環として行われてきた。郊外への住宅地の拡

大や医療介護の在宅に対応できない都心部のタワーマンションなど、社会保障財源の効率的な活用という視点で見ると問題の多い開発が相変わらず行われている。超高齢社会における地域インフラとはどのようなものであるべきなのか、今一度立ち止まって考えるべきではないだろうか。

（４）医療介護の財源問題への対応

図表 3-7 はある地方自治体の医療費の推計を示したものである。2010 年と診療報酬制度及び一人当たり医療費の状況が変わらないという単純な推計である。総人口が約 40%減少するために総医療費は 20%減少する。しかしながら、一人当たり医療費でみると約 30%増加することになる。実際にはこれに医療技術の進歩に伴う診療報酬単価の増加が加わる。さらに介護給付費の負担も大きいものになるだろう。問題は一人当たり医療費を考える際の人口構成である。こうした地域では高齢化も進むため、人口の大半を高齢者、すなわち現行のままであれば年金生活者が占めることになる。現行の賦課方式を基本とした医療介護の仕組みを前提とすると、現役世代の負担は相当程度に重いものになってしまうだろう。解決策としては保険料を上げる、税金をあげる、公的保険の給付範囲を限定する、診療報酬・介護報酬を抑制する、などいずれも国民やサービス提供者の負担を要求するものにならざるを得ない。Modern Monetary Theory (MMT) を信奉する研究者からは、そもそも貨幣が借用書ベースで成立していることを踏まえれば、政府は税制上の制限を重視する必要はなく、自国通貨建て国債を適宜発行することで財政支出量を調整し、それにより望ましいインフレレベルを目指すことで安定的に財政を行うことができるという意見が出されている。筆者は経済学を専門とするものではないので、これ以上 MMT のことには触れないが、皮膚感覚として無理があるように思う。

いずれにしても医療介護の財源問題をどうするのか、この問題を正面から議論すべきだろう。現在、国では税と社会保障の一体改革の議論が各種委員会で行われているが、今後は「税と社会保障、財政の一体改革」の議論が行われるべきだろう。どのような改革を行うにしても痛みを伴う。関係者間で負の利益を分担するという議論が必要になる。そのためには国民の理解が前提となる。そのためにも客観的なデータにもとづいて広く議論が行われ、必ずしも満足はできないが納得のできる政策を国民全体で合意するプロセスが必要だろう。このような視点からデータ活用が進むことを期待したい。

図表 3-7 ある地方自治体の医療費の将来推計*

推計医療費(千円)	2010年	2020年	2030年	2040年
医科診療医療費(入院)	5,905,592	6,171,838	6,022,943	5,468,756
医科診療医療費(入院外)	5,058,323	4,858,122	4,426,922	3,819,496
総計	14,912,843	14,863,910	13,975,368	12,352,175
伸び率				
医科診療医療費(入院)	100.0%	104.5%	102.0%	92.6%
医科診療医療費(入院外)	100.0%	96.0%	87.5%	75.5%
総計	100.0%	99.7%	93.7%	82.8%
人口	42,542	37,551	32,329	27,238
	100.0%	88.3%	76.0%	64.0%
推計一人当たり医療費(千円)				
医科診療医療費(入院)	138.8	164.4	186.3	200.8
医科診療医療費(入院外)	118.9	129.4	136.9	140.2
総計	350.5	395.8	432.3	453.5
伸び率				
医科診療医療費(入院)	100.0%	118.4%	134.2%	144.6%
医科診療医療費(入院外)	100.0%	108.8%	115.2%	117.9%
総計	100.0%	112.9%	123.3%	129.4%

* : 2010年現在の性年齢階級別・サービス種別医療費を前提。診療報酬の改定は考慮していない。

引用文献

- 1) P.F ドラッカー (上田惇生・他 訳) : すでに起こった未来、東京 : ダイヤモンド社、1994.
- 2) 村松圭司、酒井 誉、久保達彦、藤野善久、松田晋哉 : 地域別将来人口・患者数分析ツールの開発および医療計画策定への応用、厚生学の指標、第 62 巻第 8 号 : 1-5、2015.
- 3) 地域別人口変化分析ツール All Japan Areal Population-change Analyses (AJAPA)、<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/oshirase/ajapa>
- 4) 「在宅医療・介護連携の質の評価のための研究」報告書 (平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進研究事業 H30-長寿-一般-001:研究代表者 松田晋哉)、平成 31 年 3 月.
- 5) 松田晋哉、藤本賢治、大谷 誠、藤野善久 : 施設系介護サービスの時系列分析、社会保険旬報 No.2705: 16-21、2018.
- 6) 薬師寺泰匡 : 当院における誤嚥性肺炎診療の実際、第 21 回日本臨床救急医学会 (JSEM、5/31-6/2、名古屋市) シンポジウム 1「2025 年問題 高齢化社会における救急医療各施設の現状と取り組み 1」
- 7) 松田晋哉、藤本賢治、大谷 誠、藤野善久 : 入退院の経路別にみた肺炎を発症した要介護高齢者の在院日数の分析、社会保険旬報 No.2739: 26-30、2019.
- 8) 松田晋哉 : 地域医療構想をどう策定するか (2015)、医学書院、113p.
- 9) 内閣府 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 : 第 5 回資料、2015 年 6 月 15 日
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai5/siryuu.html (平成 31 年 4 月 22 日閲覧)
- 10) 厚生労働省・社会保障の教育推進に関する検討会 : 社会保障教育の教材

<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kyouiku/index.html> (平成 31 年 4 月 22 日閲覧)

- 11) 第 9 回 社会保障制度改革国民会議 議事録：
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai9/gijiroku9.pdf> (平成 31 年 4 月 22 日閲覧)
- 12) 栗原雄樹、永田智子、田口敦子、成瀬 昂、八巻心太朗、田上 豊、村嶋幸代：「直接・関節業務時間比」からみた訪問看護ステーション利用者の特徴、日本医療・病院管理学誌、Vol.49(4): 37-47、2012.
- 13) Buurtzorg Netherland: <https://www.buurtzorg.com/> (平成 31 年 4 月 22 日閲覧)
- 14) 社会福祉法人 福岡市社会福祉協議会：
http://www.fukuoka-shakyo.or.jp/work_service/house_support.html (平成 31 年 4 月 22 日閲覧)
- 15) 松田晋哉：地域医療構想と病院 (7) 社会医療法人財団 董仙会 恵寿総合病院 - 施設品質から地域品質へ：変化の先頭にたつ経営 -、病院 Vol.75(7): 536-543、2016.
- 16) 北海道地域医療構想：
<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/keikakukousou.htm> (平成 31 年 4 月 22 日閲覧)
- 17) UR 都市機構：地域医療福祉拠点化とは
https://www.ur-net.go.jp/chintai_portal/welfare/kyoten/index.html (平成 31 年 4 月 22 日閲覧)

第4章 Society 5.0 実現による社会保障費の最適化に向けて

株式会社日立製作所 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
甲斐 隆嗣

1. Society 5.0 の考え方

現在の日本は、「少子高齢化」「産官学の人材交流の不足」「東京への人口集中」といった深刻な課題を抱えている。また、働き方や制度改革は諸外国と比べて硬直化している。Society 5.0 を実現するには、今後の人口減も踏まえ、柔軟な人の動きや働き方改革、社会保障制度の変革などが進み、イノベーション創出とそれを受け入れる環境が整っていくことが重要となる。

Society 5.0 には様々な定義があるが、地球環境も含めた人に寄り添うデジタルトランスフォーメーションであると言える。

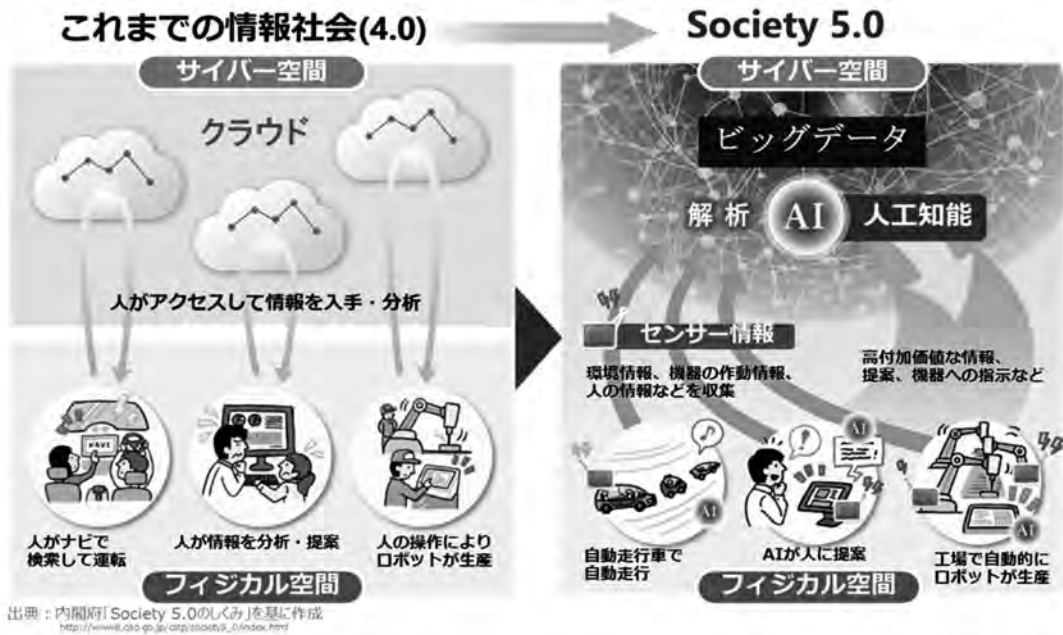
すなわち、狩猟社会、農耕社会、工業社会、情報社会に次ぐ五番目の超スマート社会であり、その施策である。

総合科学技術・イノベーション会議で提唱されたこともあり、科学技術の応用に注目されることが多いが、Society 5.0 は、「地球環境を含む持続可能な社会とその運営」と「人に技術が寄り添うこと」「全体の最適化と個人の QoL 向上」を目指している。

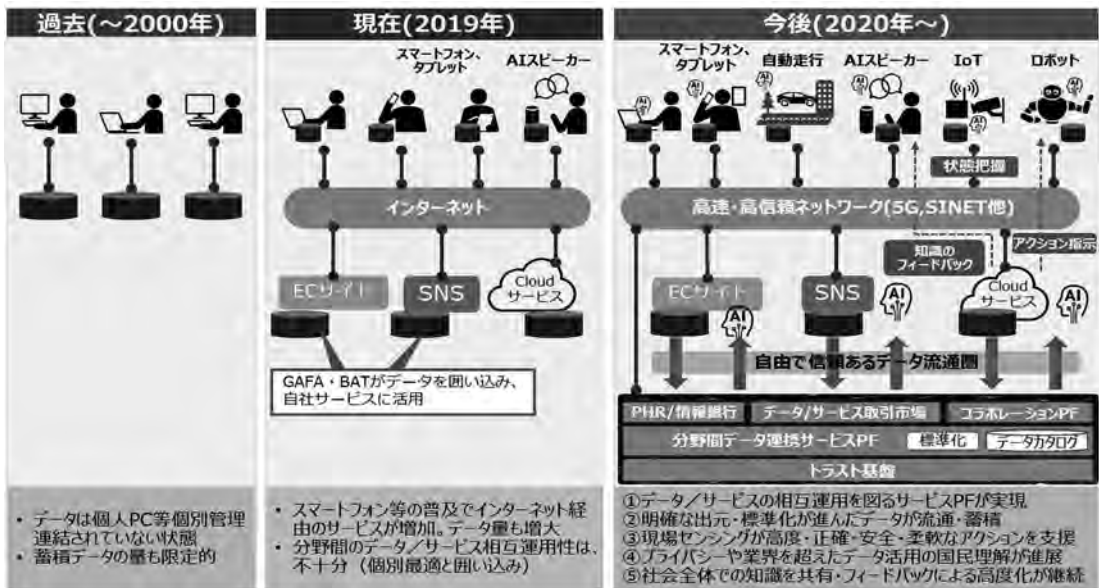
これまでの情報社会（4.0）と Society 5.0 の違いを図表 4-1（50 ページ）に示す。

これまでの情報社会は、人がクラウド上にある情報にアクセスして入手・分析するものだが、Society 5.0 の社会では、センサーなどを用いて現場の状況を把握し、把握した情報を学習モデルとして AI やプログラムに落とし込み、それを現場のオペレーションにフィードバックしていく。Society 5.0 は現場オペレーションを学習・強化させる仕掛けを実現していく。これを情報技術の動向という観点で図表 4-2（50 ページ）に整理する。

図表 4-1 Society 5.0 とは



図表 4-2 社会を支える情報技術の動向



2000年より前は、データはPCやいわゆる汎用コンピュータで処理していた。データはPCや汎用コンピュータの中にあり、蓄積できるデータの量も限定的だった。現在は、インターネットなどを経由して様々なサービスを受けられるようになっている。ECサイトや

SNS などに関しては、GAFA¹や BAT²がデータを囲い込んで自社サービスに活用している。自社サービスの活用に全てのデータを使用することで、小売事業者などからデータを囲い込むというモデルである。この囲い込みに対して、欧州の GDPR³などによって対策が取られている。すなわち、データの主権を個人に持たせ、GAFA に独占されている個人データを移しかえて使っていく試みもみられる。そうすると、今までは一つのサイトに閉じていたデータが様々な分野を超えて、相互運用性が高められてくると考えられる。

2020 年以降はデータとサービスの相互運用を図るプラットフォームが実現すると考えられる。現在、内閣府 CSTI⁴を中心として、分野間データ連携基盤が作られつつある。これは、サービスプラットフォームの整備、データやコード、カタログの標準化などを進めていく動きである。これにより、今後は、データを一分野に囲い込むだけでなく、他の分野でも使用可能とする動きが強まっていく。データをうまく活用できると、現場のセンシングが高度・正確・安全・柔軟なアクションを支援できるようになる。また、プライバシーや業界を超えたデータ活用の国民理解も進展する。正確かつタイムリーに情報を集めて分析ができると、自動化や最適なサービスを提供できるようになる。このように、社会全体でデータの基づく知識を共有・フィードバックできる状態になると考えられる。さらに、ネットワークが速くなることで、より迅速にサービスが提供されることになる。

健康・医療・介護分野においては、ロボットや自動運転車等による快適な生活の支援、健康寿命の延伸、最適治療、負担軽減などが実現される。環境情報や医療情報などを集めてリアルタイムの生理計測データと照らし合わせながら、その時の状態に合った最適なオペレーションを提供できるようになる。

2. 社会保障分野への Society 5.0 の考え方

日立東大ラボでは Society 5.0 を実現するためには、制度改革等の構造転換を進めつつ、人に寄り添う形で技術イノベーションを興すことで、「全体の最適化と個人の QoL 向上」という矛盾する目標を同時に図るべきと考えている⁵。

この考え方を社会保障分野に適用すると図表 4-3 (52 ページ) となる。すなわち、「構造

¹ Google、Apple、Facebook、Amazon の 4 社のこと。

² Baidu、Alibaba、Tencent の 3 社のこと (中国に本拠を置く、インターネット関連企業の最大手)。

³ General Data Protection Regulation。EU 一般データ保護規則のこと。

⁴ Council for Science, Technology and Innovation。総合科学技術・イノベーション会議のこと。

⁵ 「Society5.0・人間中心の超スマート社会」日立東大ラボ編著 日本経済新聞出版社 を参照。

「転換項」や「技術イノベーション項」による効率化・改善により、「QoL項」の向上を実現しながら、全体として「国民一人当たりの社会保障費」の抑制・維持を目指す、という考え方となる。

図表 4-3 社会保障分野への適用



社会保障の KPI は、「人口あたりの社会保障費の削減、あるいは維持」であるが、個人の QoL は上げていく必要がある。構造転換項では、今の医療従事者の活動量が変わらないという前提で社会保障費を減らしていくためには、例えば頻回・重複受診対策、重複投薬・残薬対策・免責制などの政策で抑制していく必要がある。技術イノベーション項では、サービス量・知識量を増やしつつ、人やモノの移動量や作業量を減らすために、AI・IoT・自動運転などの技術イノベーションで抑制していく。これは、一人当たりの社会保障費をなるべく減らし、同時に最適なサービスを提供するという考え方である。

3. 必要な要素技術の動向

Society 5.0 を実現するための要素技術である AI、IoT デバイス、自動運転、ロボット、インフラの動向を以下に述べる。

(1) AI

ディープラーニングの登場により、「コンピュータが目や耳を持った」といわれている。それはつまり、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いることを表す。今後は、ディープラーニングと強化学習を組み合わせたロボットにおける最適な動作の学習や、経済・社会予測精度の向上などが期待される。ただし、それらの実現には哲学や言語学などの諸問題の解決が必要である。既に、現在のAIは、AI自身で学習モデルを選択できる状態にはなっているが、このAIの技術をどう使うかは、人間の意思で決める必要がある。

AIの活用例として、AIによる問診支援が挙げられる。患者がタブレット端末の問診票に事前回答することで、その内容を電子カルテに取り込んで医師が診察前に確認したり、問診によって病気をある程度予測したりすることができつつある。また、医学論文や医療関連のデータベースから専門的な医学情報の検索・収集の効率化にAIを活用する取り組みが行われている。さらに、膨大な情報からケアプランを作成し、容態に応じて複数のケアプランの比較検討へのAIの活用も行われている。このように、AIは、専門職の業務支援を実現している。

(2) IoT デバイス

様々なウェアラブル端末が普及し、歩数や活動量だけでなく、心電図や服薬状況を把握できるデバイスも登場している。

最新のウェアラブル端末にはFDA認証済みの心電計が搭載されており、約30秒で病院に設置されている心電計とほぼ同等レベルの測定が可能である。また、電動血糖測定パッチは、皮膚にパッチをあてるだけでグルコース値の連続測定が可能である。さらに、デジタル薬の実用化が進むなど、IoTデバイスのセンサーを活用する取組みが徐々にできつつある。

(3) 自動運転

レベル1～5の段階で、自動運転システムの研究開発から実装が進みつつある。現時点ではレベル3（条件付運転自動化）やレベル4（高度運転自動化）を念頭においた法整備が日本でも想定されている。今後は、実証実験や法改正により、医療・介護・福祉分野を含む業務オペレーションとの連携がさらに進むと考えられる。

(4) ロボット

介護ロボットは「介護支援型ロボット」、「自立支援型ロボット」、「コミュニケーション・セキュリティ型ロボット」の3つに分類され、介護分野で多様な使われ方が期待されている。また、チャットボットなど自動で会話するようなものや、RPAと呼ばれる自動的にプロセスを実行していくロボットも出てきている。

例えば、セルフメディケーションを目的とした病気予測アプリでは、チャットボットとAIを活用して、症状からどのような病気が考えられるかを推定していく。RPAは、検査データの自動取り込みや、レセプトのチェックの自動化などでの活用が考えられる。

(5) インフラ

インフラの動向として、分野間データ連携基盤とネットワークについて述べる。

Society 5.0では、複数の基盤とアプリケーションからイノベーションを生むとしている。複数の基盤の一つが分野間データ連携基盤である。Society 5.0の実現に向けて、散在するデータやサービスを、組織・分野を超えて流通・利活用するというものである。それを実現するには、分野を超えたデータが標準化されていなければならない。

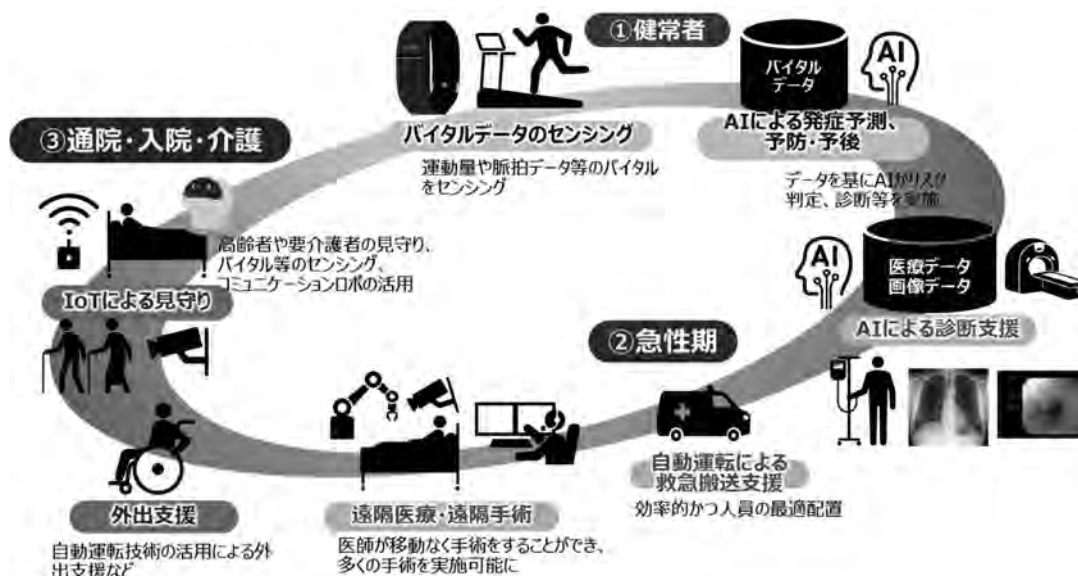
データの標準化は医療分野の中だけでも重要だが、例えば、医療分野から他の分野にデータがそのまま移動・転送された場合、他の分野の人はそのデータを解読することができない。分野を超えてデータを活用するためには、他の分野の人にも理解できるよう、語彙を整備する必要がある。データを活用するためには、サービスプラットフォームの整備に加え、データやカタログの標準化が必要である。その上で中長期的にデータの活用方法等を蓄積・普及させることが重要である。

ネットワークについては、今後、高速・大容量、低遅延、同時多接続という3要素を持つ5Gが普及していくことが見込まれる。その先にも時代に応じた更なる技術の進展があると考えられる。また、SINET (Science Information NETwork) のような学術系の情報ネットワークを活用することでオープンサイエンスが更に充実する。このような高速ネットワークを日本の中でどのように使っていくのかということが、提言されてくると考える。

4. 適用のユースケース

人の生涯を3つのフェーズ（①健常者、②急性期、③通院・入院・介護）に分けて、Society 5.0の時代に、技術イノベーションによりどのような変化が起こるのかを述べる。図表 4-4に、各フェーズにおける技術イノベーションの全体イメージを示す。

図表 4-4 各フェーズにおける技術イノベーションの全体イメージ（例）



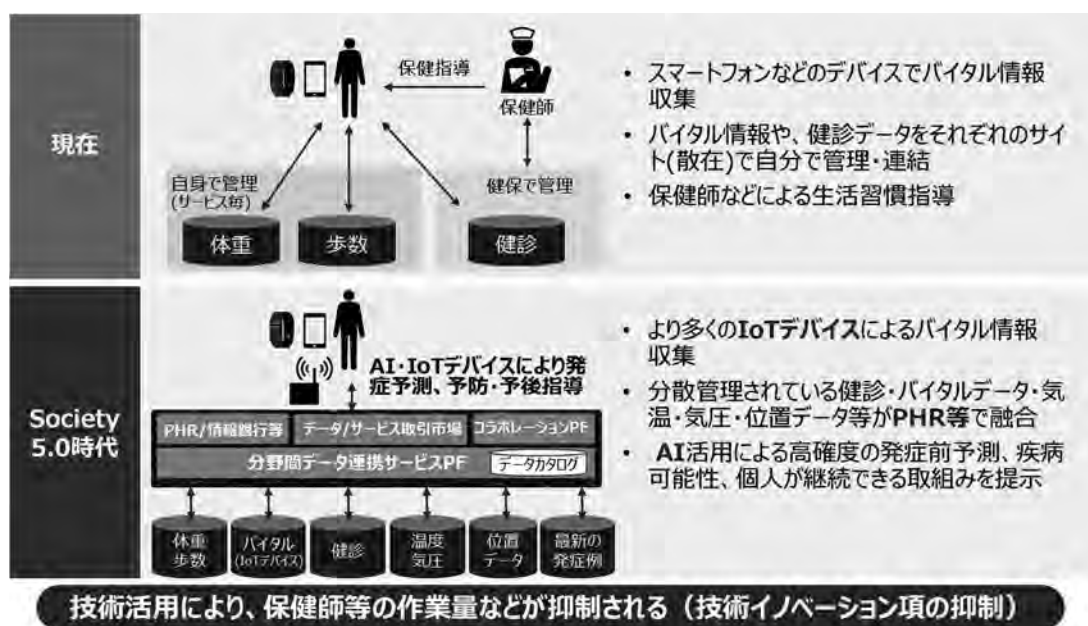
①健常者については、IoT 機器などでバイタルデータを収集し、AI などで分析した発症予測や予防支援が可能になると考えられる。これにより、健常な状態をできるだけ維持していくことが可能となると考えられる。②急性期では、AI による診断支援、自動運転による救急搬送支援、遠隔医療・手術の実現などが考えられる。③通院・入院・介護では、IoT による見守りや外出支援の取組みが必要になる。

(1) 健常者のユースケース

健常者の通常時における現在と Society 5.0 時代におけるデータの管理活用方法について、図表 4-5 (56 ページ) に示す。

現在は、体重や歩数、心拍数などのバイタルデータをスマートフォンなどのデバイスで収集・蓄積し、クラウドサービスでグラフ化されたものを見ることができる。その一方で、健診データなどの医療データは各病院で保管されている。そのため、個人は散在しているデータを自身で管理・連結する必要がある。

図表 4-5 健常者のユースケース



Society 5.0 の新しい時代では、体重・歩数だけでなく、現在よりも多くの IoT デバイスを用いて様々なバイタルデータを収集することができるようになる。それらのバイタルデータと、分散管理されている健診データ、温度・気圧、位置情報などを PHR 等で融合し、AI にて解析することで、高確度の発症前予測や疾病可能性を提示できるようになる。

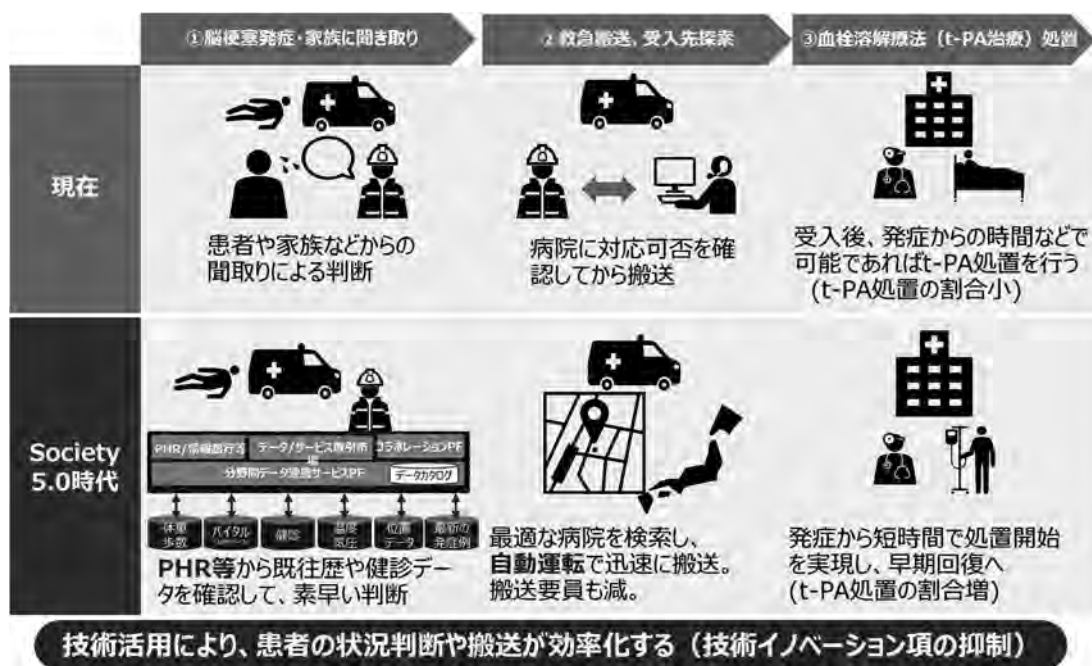
例えば、気圧の変化によって鬱の症状が出たり、場所によって喘息の症状が出たりする人がいる。症状を発症しやすい場所を予測して本人に伝えることで、その場所を避けて行動できるようになる。つまり、一人ひとりの症状に応じた対策ができる。それらを実現するには、データを正しく保管する仕掛けと連結させる仕掛けが必要であり、PHR や情報銀行などの仕組み、官民学間のデータ連携の仕組みなどが役に立つと考えられる。

また、発症予測という観点では、健診データやレセプトなどを活用して、一人ひとりのリスクスコアや将来の医療費を予測するということもできつつある。これにより、リスク階層ごとに受診の勧奨や優先順位づけなどを行うことができるようになる。これは生命保険などにも活用されており、疾病のリスクを的確に予測できれば、これまで生活習慣病などを理由に一律で保険に加入できなかった人も、加入できるようになる。

(2) 急性期のユースケース

次に、急性期の救急搬送のユースケースについて図表 4-6 に示す。

図表 4-6 急性期のユースケース



脳梗塞などを発症した際の救急搬送において、現在は、救急隊員が患者の家族に話を聞く等にて状況を確認してから搬送する。さらに、搬送時は、病院に対応可否を確認してから搬送するという手間もかかっている。また、救急車搬送には、救急隊員だけでなく、運転者やストレッチャーで運ぶ人等、複数の人が必要となっている。

これらの現状が、Society 5.0の時代には次のように変わる。救急隊員は、患者の既往歴や健診データを事前に確認し、脳血栓になりやすい人であれば、その症状を疑って行動できる。また、患者の自宅に何らかの機器があって情報を取得できる場合は、救急隊員はその情報も事前に確認することができる。

症状がある程度軽ければ、自宅にて最適な病院を検索し、自宅の車が患者を自動運転で病院に搬送するという事も可能となる。これにより、発症から短時間で処置を開始でき、早期回復にも繋がると考えられる。また、少ない人数での救急搬送も可能となる。これらを実現するために、本人の同意の下、室内カメラの設置や、バイタルデータを取得できる仕掛けを整備することも考えられる。

(3) 通院・入院・介護のユースケース

通院・入院・介護のユースケースについて図表 4-7 に示す。

図表 4-7 通院・入院・介護のユースケース



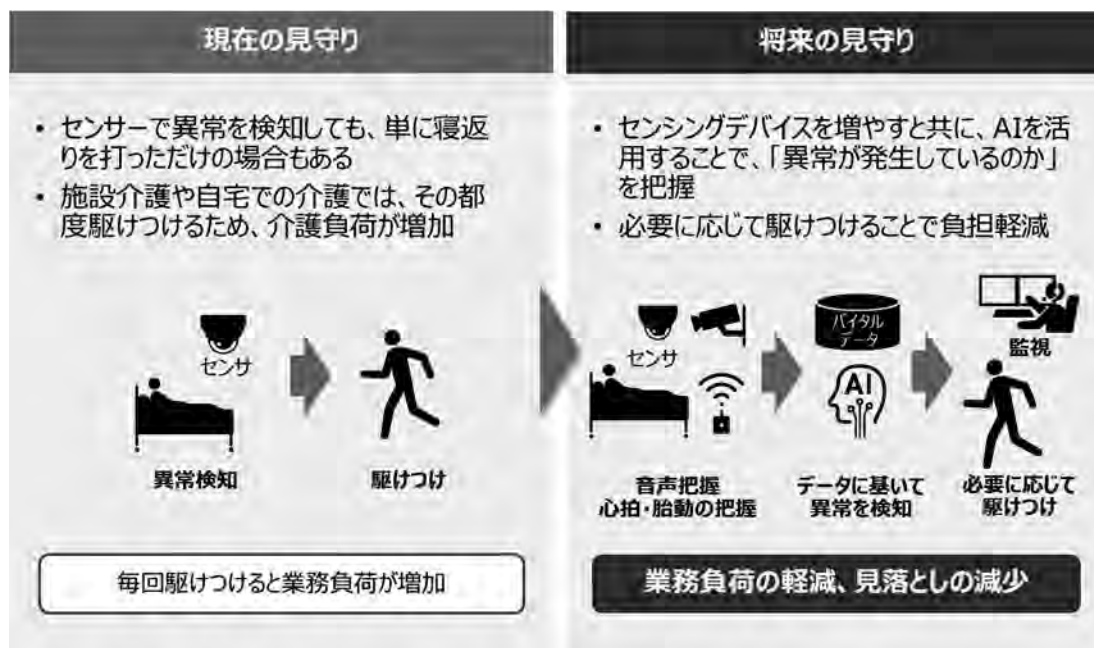
現在は、ケアプランを要介護者や家族の要望、スケジュールなどを聞きながら手作業で作成するため、作成に多くの時間を要している。その上で、在宅医療や介護サービス、リハビリなどを受けたり、家族の支援により生活したりする。また、何もしなければ再発や再入院、要介護度の悪化などの可能性があるため、それらの防止が課題となっている。

Society 5.0の時代には、AIを活用することで、効果的・効率的な個人ベースのケアプランを短時間で作成できるようになる。介護サービスに関しても、医療・介護職員が情報を共有することで連携が容易になるだけでなく、それを支える自動運転の車椅子や介護ロボットなどによる外出支援やリハビリ支援が徐々にできていくと考えられる。ただし、実現には、高精度な位置情報が分からない場合は困難だったり、周囲の状況を判断しながら対応する必要があったりするなど、様々な条件がつくと考える。悪化防止や再入院防止については、検査値やIoTデバイスのデータを活用することで、再発の予兆を検知できるようになる。つまり、何かが起こる前に病院に行ってもらうように指導することも可能になると考える。

介護における Society 5.0の時代の具体的な変化として、見守りの例について述べる(図

表 4-8)。

図表 4-8 通院・入院・介護のユースケース：見守り時の業務負荷軽減



現在のセンサーによる見守りでは、異常を検知しても寝返りを打っただけという場合があるなど、異常検知の精度に課題がある。自宅での介護も同じ状況であり、異常検知の都度駆けつけが発生することで、介護者の負荷が増加している。

将来の見守りは、センシングデバイスを増やしたり、個人毎のデータに基づいて AI を活用したりすることで、個人のプライバシーに配慮しながら異常を検知して見守ることができる。そして、精度の高い異常検知により介護者の負荷を軽減できる。

5. 実現に向けた課題と進め方について

社会保障分野における Society 5.0 の実現に向けて、全体最適と QoL 向上のバランスを取ることを目指す中で実現に向けた課題を以下に述べる。

以下課題は、技術面を中心に記述しているが、技術を活用するための制度や業務・制度改革を最優先で実現する必要があることは言うまでも無い。

(1) データ利活用の基盤づくり

正確かつ信頼性の高いデータは現在を把握し、未来を予測する貴重な資源である。

データ利活用の基盤づくりにおいては、個人の健診、医療、介護、あるいは健康な状態と
いうような一貫通貫したデータを蓄積していく必要がある。また、異分野のデータを活用す
るという相互運用性を図る仕掛けも必要である。

実現に向けては、まずは医療・介護分野において活用可能な個人単位の番号導入を始めと
する厚生労働省が取り組んでいるデータヘルス改革を、スケジュールどおりに推進するこ
とが重要である。

(2) データの活用・活性化

データの活用・活性化においては、以下を考慮する必要がある。

一点目は、利用者の知識やリテラシー、モチベーションを上げていくことが必要である。
利用者としての医療機関や自治体の職員者にデータ活用のベストプラクティスの価値を理
解してもらい、積極的に導入を図る努力が重要となる。

二点目は、個人データ不正利用の不安解消も課題である。この課題を解決するためには、
本人に必ずフィードバックされるという活用の意味とメリットを伝えていくことが必要で
ある。これらは、国だけでなく民間も積極的に進める必要がある。

三点目は、人材育成である。技術イノベーションを進める人材への高度技術教育、技術イ
ノベーションを実装する企業人材へのリカレント教育、技術イノベーションの恩恵を受け
るユーザへのリテラシー教育等を着実に進め、底上げを図る必要がある。

(3) 技術・サービスの開発促進

技術イノベーションを促進するには、継続した国の支援や民間投資が必要である。

一点目は、特区における検証や関連技術開発の支援が必要である。例えば、大学と民間の
死の谷を埋める公的支援等も考えられる。

二点目は、技術実装を支える制度改革も必要である。現在はまだ、教師データや学習モデ
ルの権利関係がはっきりしていない。経済産業省の「AI・データの利用に関する契約ガイド
ライン」を参考にしつつ、権利のパターン化を進めることやデータ取引市場を整備すること
で一定の基準により、煩雑な契約を簡素化することが望ましい。また、自動運転については、
ルールや刑事責任の所在を整備し、法制化する必要がある。

三点目は、技術活用の負の部分にも目を逸らさず、改善することである。データやAI活
用を普及促進させるためにもサプライチェーンのセキュリティ確保やプライバシー漏洩リ

スクの解消などに取り組む必要がある。悪意あるデータや AI 等が誤動作を起こす可能性もあり、政府や経団連が提示した「AI 活用ガイドライン」等を遵守した技術の研究開発・実装・運用が重要となる。

6. まとめ

Society 5.0 は、技術イノベーションの側面が強く感じられるが、全体最適と個人の QoL の向上の両輪で進めることを重要視している。そして、2040 年における社会実装イメージを明確化し、それをバックキャストし、研究開発を推進していく必要がある。

実現に向けては、課題で述べたとおり、技術イノベーションが求められるが、あわせて制度改正やインセンティブに関する調整も重要である。例えば韓国の DUR (Drug Utilization Review) では、病院が処方箋を作成する段階で全て一元管理・チェックしており、重複や禁忌の可能性のある調剤の防止等で大きな効果をあげている。この例のように、現在の技術においても全体最適と個人の QoL の向上に寄与できる取り組みもある。

将来の社会実装イメージに基づき、技術イノベーションと制度改正を両輪として進めたその先に、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、海外へビジネス展開できる可能性も見えてくる。

コラム

「ポジティブ・ヘルス」という考え方

本コラムは、7月23日開催の21世紀政策研究所シンポジウム（「2040年の社会保障のあり方を検討する」）における堀田聡子研究委員の講演をもとに、21世紀政策研究所事務局が作成した。

従来の日本社会では、ひとたび介護や医療等のサービスが必要になると、「サービスの利用者」「患者」として押し込めてしまい、一人ひとりの生活者が、本来ひととして持つ思いや可能性・能力を必ずしも十分発揮できているとは言い難いのではないだろうか。あるいは川に流され助けを求める患者を救い続けるだけで、川の上流、病気を生み出す社会の構造への働きかけを怠ってきたのではないだろうか。

この問いを共有するために、まず新たな健康の概念である「ポジティブ・ヘルス」を、次いでこうした課題へのチャレンジの手がかりとして「社会的処方」「認知症未来共創ハブ」を紹介したい。

ポジティブ・ヘルスー新たな健康の概念

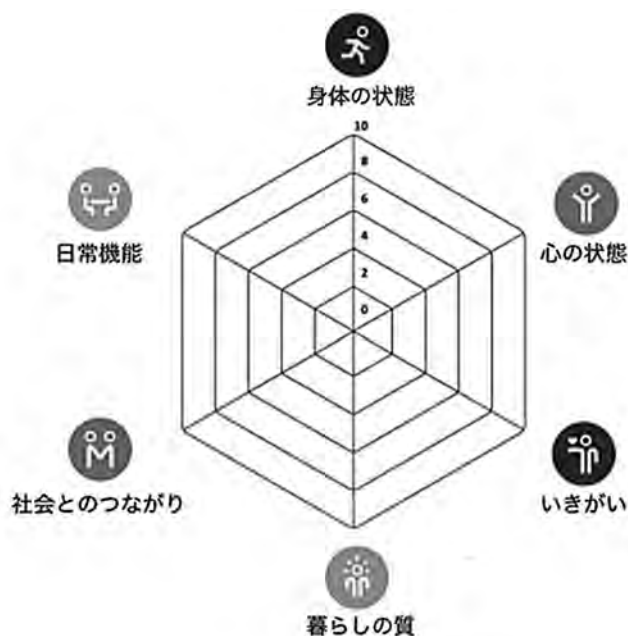
かつてWHOでは、健康を「身体的、精神的、社会的にも完全に良好であること」と定義付けていた。病気になったら健康とはいえない、健康から遠ざかるというのが、未だに私たちの多くが持っている健康に対する認識ではないかと思う。また現行の政策指標としての健康寿命も「日常生活に制限のない期間の平均」という定義になっている。

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ある。

「社会的・身体的・感情的問題に直面したときに適応し、自ら管理する能力としての健康」という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。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なのである。

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・拡大しているが、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る。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「クモの巣」と呼ばれるツール（コラム1）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、拡張を試みている。

コラム1 クモの巣：ポジティブ・ヘルスの6つの次元



(出所) iPH 作成資料

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1つに位置づけられた。ポジティブ・ヘルスは、市民やその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、テクノロジー、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。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る。

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きている。

社会的処方ー健康の社会的決定要因への対応

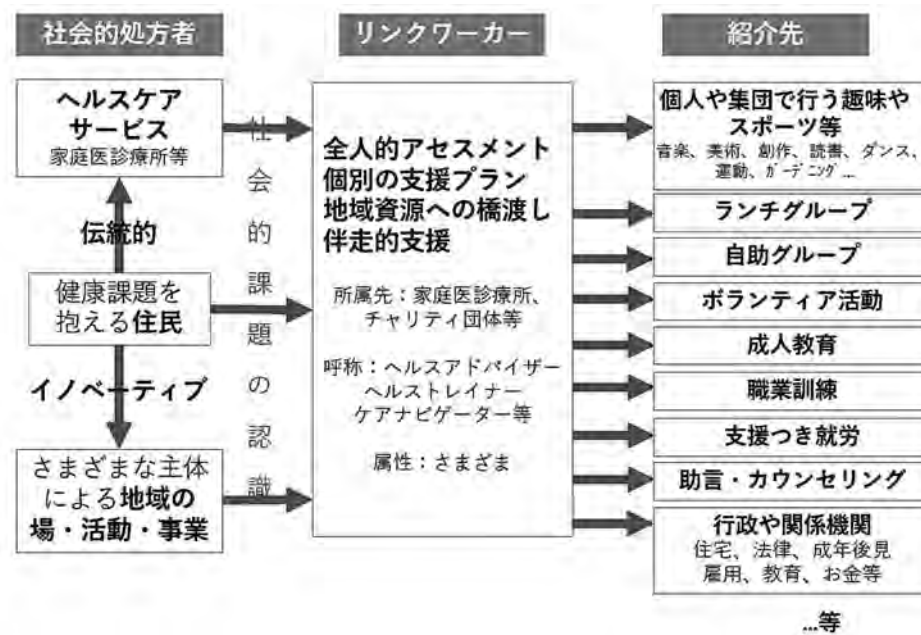
イギリスの家庭医診療所では、社会的な状況を主因にして診療所にやってくる患者が20%くらいにのぼり、15%くらいは福祉的助言を必要としているといわれている。例えば職場でストレスを抱えて、失業して、配偶者に先立たれて気分が落ち込んでやってきた患者に薬を出し続けるだけで、本人の回復につながるだろうか。患者をめぐる環境がかわらないと、忙しい医師の時間も薬も役に立たず、本人の満足にも貢献しないかもしれない。

高齢化の進展や疾病構造、社会経済情勢の変化につれ、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る。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ており、その場しのぎの医療ではなく、健康によくはない社会・経済的状況への介入の必要性が高まっている。

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 (66 ページコラム 2)。

社会的処方は、「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、基本理念は人間中心性、エンパワメント、共創の3点である。

コラム2 社会的処方 of 仕組み



(出所) 各種資料に基づき堀田委員作成

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あり、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専門職にとって、特段目新しいものではない。

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あり、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。

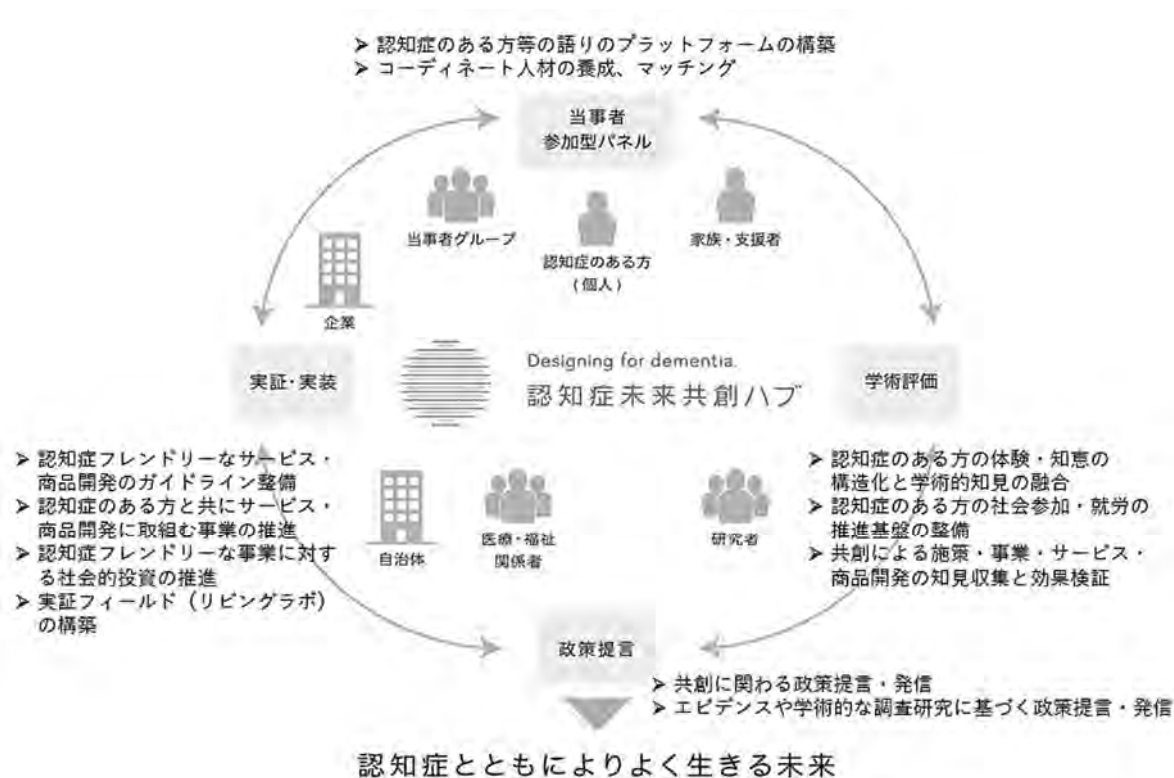
英国では、昨年、社会的孤立の解消に向けた国家戦略の下に、社会的処方を全土に広げる方針が提起され、日本でも地域共生社会の実現に向けた手がかりのひとつとしても関心が寄せられている。

認知症未来共創ハブー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3つのNPOが運営団体となって立ち上げた活動体(代表 堀田聡子慶応義塾大学大学院教授)である(コラム3)。

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る（コラム3）。

コラム3 認知症未来共創ハブ



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

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る。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、これを引き起こす心身機能のトラブルとともに整理している。

ハブの構想を実現していくために、認知症の人やご家族、自治体、企業、研究者等、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、認知症の人とともに課題解決だけでなく、一つひとつのやりたいことを実現すること、生活を豊かにする事業開発へと展開していきたい。

2040年の社会保障のあり方を検討する

21世紀政策研究所 研究プロジェクト
(研究主幹：森田 朗)

2019年11月
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 世紀政策研究所報告書一覧 (2014-2019.11)

《総合戦略・政治・社会》

2014. 9 日本政治の抱える課題と提言 (概要パンフレット)
- . 6 本格政権が機能するための政治のあり方 研究主幹：小林良彰
- . 6 実効性のある少子化対策のあり方 研究主幹：小峰隆夫

《税財政・金融・社会保障》

- 2019.11 2040 年の社会保障のあり方を検討する 研究主幹：森田 朗
- . 5 グローバル時代における新たな国際租税制度のあり方
～ポスト BEPS の国際協調の下での国内法改正の動向～ 研究主幹：青山慶二
2018. 6 グローバル時代における新たな国際租税制度のあり方
～BEPS プロジェクトの重要積み残し案件の棚卸し検証～ 研究主幹：青山慶二
2017. 6 グローバル時代における新たな国際租税制度のあり方
～BEPS 執行段階の課題の第一次検証～ 研究主幹：青山慶二
2016. 6 グローバル時代における新たな国際租税制度のあり方
～BEPS プロジェクトの総括と今後の国際租税の展望～ 研究主幹：青山慶二
2015. 7 超高齢・人口減少社会のインフラをデザインする 研究主幹：辻 琢也
- . 5 グローバル時代における新たな国際租税制度のあり方
～BEPS (税源浸食と利益移転) プロジェクトの討議文書の検討～ 研究主幹：青山慶二
2014. 5 グローバル時代における新たな国際租税制度のあり方
～国内法への帰属主義導入と BEPS (税源浸食と利益移転) 問題を中心に～ 研究主幹：青山慶二

《行革・規制改革・経済法制》

2016. 5 独占禁止法審査手続の適正化に向けた課題 研究主幹：上杉秋則
2014. 9 ビッグデータが私たちの医療・健康を変える 研究主幹：森川博之

《産業・技術》

2019. 3 CE が目指すもの
～Circular Economy がビジネスを変える～ 研究主幹：梅田 靖
2018. 5 人工知能の本格的な普及に向けて 研究主幹：國吉康夫

2018. 5	情報化によるフードチェーン農業の構築	研究主幹：大泉一貫
. 5	データ利活用と産業化	研究主幹：越塚 登
2017. 4	イノベーションエコシステムの研究 ～オープンイノベーションからいかに収益を上げるか～	研究主幹：元橋一之
2016. 2	新しい農業ビジネスを求めて	研究主幹：大泉一貫
. 2	研究開発体制の革新に向けて	研究主幹：橋本和仁
2015. 6	日本型オープンイノベーションの研究	研究主幹：元橋一之
. 3	森林大国日本の活路	研究主幹：安藤直人

《環境・エネルギー》

2017. 7	カーボンプライシングに関する諸論点	研究主幹：有馬 純
2016. 3	国内温暖化対策に関する論点	研究主幹：有馬 純
. 1	COP21 パリ協定とその評価	研究主幹：有馬 純
2015. 4	続・原子力安全規制の最適化に向けて —原子力安全への信頼回復の道とは—	研究主幹：澤 昭裕
2014.11	核燃料サイクル政策改革に向けて	研究主幹：澤 昭裕
. 8	原子力安全規制の最適化に向けて —炉規制法改正を視野に—	研究主幹：澤 昭裕

《外交・海外》

2019. 7	現代中国理解の要所 ——今とこれからのために——	研究主幹：川島 真
. 5	変わるアメリカ、変わらないアメリカ —アメリカ政治の底流とトランプ政権—	研究主幹：久保文明
2018. 7	英国の EU 離脱と EU の未来 ～英国は何故 EU からの離脱を選択したのか～	研究主幹：須網隆夫
2015. 9	アメリカ政治の現状と課題	研究主幹：久保文明



21世紀政策研究所
The 21st Century Public Policy Institute