

全体テーマ

「ジェロントロジー 超高齢未来に向けた産業界の取組方向」

開 会

前田 俊之 ニッセイ基礎研究所 取締役 金融研究部 部長
兼 年金総合リサーチセンター長 兼 投資助言室長

大変お待たせいたしました。ただ今より、ニッセイ基礎研究所設立25周年記念シンポジウムを開催いたします。

ご案内のとおり、おかげさまで私どもニッセイ基礎研究所は、今年で設立25周年を迎えることができました。これもひとえに皆さまのご支援のたまものと厚く御礼申し上げます。

本日のシンポジウムは「ジェロントロジー 超高齢未来に向けた産業界の取組方向」というテーマで進めてまいります。初めに、日本生命社長、筒井より一言ご挨拶をさせていただきます。筒井社長、よろしくお願いいたします。

主催者挨拶

筒井 義信 日本生命保険相互会社 代表取締役社長

日本生命の筒井でございます。今日はこのように、たくさんの皆さまにお越しただいてシンポジウムを開催できますことを、大変喜ばしく思います。誠にありがとうございます。また、丹呉先生、濱田総長、ならびにパネリストの皆さまにおかれましては、ご要職ご多忙の中を誠にありがとうございます。

昨今の世の中は、アベノミクスで経済の成長機運の高まりを確実に感じられるようになってきています。また、オリンピックの東京招致にも成功したことで、さまざまな課題解決に向けた新たな目標もできたと思います。これから、日本も輝きと活力を取り戻すことができるという大きな期待が湧き起こってきているように感じられます。

一方で、日本の未来において最も重要な課題が少子高齢化への対応です。2035年には人口の3人に1人が65歳以上の高齢者になるといわれており、こうした超高齢社会は歴史上、世界のどの国も経験したことがありません。社会の行く末は不透明であり、不安も高まってきています。こうした期待と不安が入り交じる中で、われわれ産業界は、今後、安心できる未来社会の構築にどう取り組んでいくのか、今回のシンポジウムを通じて議論を深めていくことができれば誠に幸いであると存じております。

本日は、超高齢未来を考えていくに当たり、さまざまな分野でご活躍の皆さまにご登壇いただけることとなりました。まず、冒頭の基調講演では丹呉泰健先生から、まさに日本全体のかじ取りを今度どうしていくべきか、その中で産業界として取り組むべき方向は何かという大きな問題について、先生のご見識を学ばせていただけるものと存じます。

次に、各界を代表するパネリストの方々に、産官学のそれぞれのお立場から超高齢未来の市場の形についてご討議いただきます。その中でも東京大学の秋山先生は、今回の全体テーマでもあるジェロントロジーの大家でいらっしゃいます。秋山先生には2006年からさまざまな形で、日本生命やニッセイ基礎研究所をサポートいただいています。グローバルな視点から、日本の高齢化の現状と課題、その課題解決のための必要な施策など、多くのことを学ばせていただきました。今日お集まりの皆さまにとっても貴重なお話を頂けることと存じます。

また、坂本様、田中様、梶浦様からは、それぞれの企業で展開されている高齢化に対応した最先端の取り組みについてご披露いただけるとのこと。さらに、森市長におかれましては、富山市において近未来のまちづくりに向けた最も先端的な取り組みを実施しておられます。高齢化の課題解決には、企業同士の協力以上に、地域、そして自治体との協力が不可欠です。本日はその成果について意義深いお話を頂けることと存じます。

超高齢社会における課題解決、あるいは新たなマーケットの創造において、1社、あるいは一つの業界でできることは非常に限られています。やはりこれからは、それぞれの企業がお持ちの強みを生かしながら、かつ、地域としっかりつながりながら市場を創造していくことが重要です。パネルディスカッションでは、そういう視点から新しい形のビジョンをお伺いできればと期待するところです。

今回のシンポジウムのように、産官学あらゆる分野の知識を結集させ、地域や産業界とともに高齢化の課題解決を実践していく学問が、ジェロントロジーです。私ども日本生命は、人生90年にも及ぶ長寿時代の中で、国民の皆さまに安心をお届けすることが最大の使命であると考えています。この使命感を基に、2001年からニッセイ基礎研究所でジェロントロジーの研究をスタートさせ、2006年からは東京大学にご指導を仰ぎながら、東大、基礎研、弊社の三位一体でジェロントロジーを推進してきました。

高齢化が進んでいく中で、年金や医療や介護に対する国民のニーズは高度化し、多様化してきています。一方で、現在、社会保障制度の改革が政府で議論されていますが、これからは公的な社会保障制度が中核になりつつも、同時に国民一人一人の自助努力が一層重要になると考えています。弊社は、これまで以上に公的制度を補完し、国民の皆さまに安心をお届けするという使命をしっかりと果たしていく決意です。引き続きお引き立てを賜りますようお願いを申し上げます。

本日のシンポジウムは、ニッセイ基礎研究所の25周年記念行事として開催させていただいています。また、日本生命もおかげさまで今年度125年目を迎えました。私どもの歴史の節目となる年に、日ごろお世話になっております皆さまと未来について考える機会をご一緒できるのは、本当に喜ばしいことです。皆さまの未来にとって、本日のシンポジウムが少しでもお役に立つことを願い、私の挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございます。(拍手)

■前田 筒井社長、どうもありがとうございました。

続きまして、本日のシンポジウムの共同開催者である東京大学を代表して、濱田総長より一言お願いしたいと存じます。

挨拶

濱田 純一 氏 東京大学 総長

ただ今、ご紹介にあずかりました東京大学の濱田でございます。本日、これほど多くの皆さまにお越しただいて、このように盛大にシンポジウムを開催できますことを、共催者としても本当に喜ばしく思っております。

日本生命およびニッセイ基礎研究所の皆さまには、2006年度からこれまで8年間にわたりジェロントロジーの研究をご支援いただけてきました。この場をお借りして、あらためて感謝を申し上げます。先ほども、私どもの方でジェロントロジーの研究に参画してきた秋山教授と話していましたが、日本生命、ニッセイ基礎研究所の皆さまのご支援がなければここまで研究を発展させることはできなかったと、しみじみ申していました。本当にありがとうございます。

さて、せっかくお時間を頂戴しましたので、一言、本日のテーマに関連したお話をさせていただきたいと思えます。世界で高齢化が進んでいますが、その中では、いかに活力ある超高齢社会をつくることのできるのかということが世界共通の重要なイシュー（グローバルイシュー）となってきています。大学は、新しい知を生み出して社会に貢献していくことが重要な使命ですので、当然、東京大学としてもこの課題にいち早く着目し、そして全学を挙げて取り組んできました。

その中心となったのが、高齢社会の諸問題を総合的に研究する学問としてのジェロントロジーです。2006年度からジェロントロジーを核とした教育と研究を進めてきましたが、そのジェロントロジーという学問を推進する組織が、秋山教授が実質的なリーダーとして牽引されている高齢社会総合研究機構です。現在、大学の全ての学部、センターから約90名の研究者が参加する大きな組織になっています。また、ごく最近では、「博士課程教育リーディングプログラム」という文科省のプログラムに採択され、東京大学は、世界の高齢社会問題政策の展開を指導する世界的なリーダーを全学を挙げて育成することに、本格的に乗り出すことになりました。具体的な教育研究の中身については、時間の関係もありますので割愛させていただければと思います。

私は、ジェロントロジーの意義、そして魅力は二つあると思えます。一つは学際性の高さ、そして、もう一つは実践性の強さです。高齢化という課題は、あらゆる領域でさまざまな要因がお互いに複雑に関連し合って生じています。そうなりますと、必然的に何か一つの学問分野で対応できるわけではなく、さまざまな学問分野の知恵を寄り集めた学際的な視点が不可欠になってきます。そのために、先ほど申し上げたように、さまざまな専門を有する研究者がこのジェロントロジーという学問に参画していますし、東京大学の中でもこれだけ学際性の高い研究組織はありません。

また、ジェロントロジーの研究は研究室の中だけで完結できるものではなく、地域との連携、そして産業界との連携といった活動を積極的に行う中で、実際の社会の現場で課題の解決に取り組むものです。社会の課題は、当たり前のことですが、社会の中で実際に取り組んでみなければ分からない。そして、それに取り組むことによって新たな学問的課題、解決すべき課題がより多く見えてくるところがあります。これはアクションリサーチと呼ばれる研究になりますが、ジェロントロジーは、実践性の強いアクションリサーチの代表格とすることができるかと思えます。

そういう意味でも、本日のシンポジウムはジェロントロジー、アクションリサーチの第一歩となる

非常に重要な機会と受け止めています。本格的な超高齢社会が目前に迫る中で、市場をどのように再構築し、その中でいかに新しいイノベーションを生み出していくか。これは日本の未来にとって重要な課題です。

私が総長という役割に就いたのは4年前になりますが、就任した当初、さまざまなアクションプランを作ったときに、未来への確かな指針を大学として生み出していくために「知の共創」をスローガンに掲げました。学術の持っている知と、社会の持っている知の双方を連関させることによって、新たな知を共に創っていくということです。東京大学としても積極的に、産業界の皆さまとともに新たな価値を生む知を創造していきたいと思います。

最後になりますが、本日のシンポジウムをきっかけとして、「知の共創」がさらに社会の中で広がり、そして、活力ある超高齢社会をつくることに貢献する市場が生み出されることを祈念しまして、私の挨拶とさせていただきます。本日はどうもありがとうございます。(拍手)

■前田 濱田総長、大変ありがとうございました。

引き続き、本日の基調講演に移りたいと思います。お話しいただくのは、元財務事務次官であり、現在は内閣官房参与としてご活躍の丹呉泰健先生です。テーマは「高齢化社会をどう乗り切るか」です。それでは丹呉先生、よろしくお願いいたします。

基調講演

「高齢化社会をどう乗り切るか」

講師 丹 呉 泰 健 氏
内閣官房参与

ご紹介いただきました丹呉でございます。本日はこのような機会を頂き、大変感謝しております。早速ではございますが、「高齢化社会をどう乗り切るか」というテーマでお話します。

今ご紹介がありましたように、私自身、財務省で社会保障の予算に長く携わってきました。また、今は内閣官房で経済や社会保障の問題も担当しているので、現在やっていることを通じて考えていることをご説明させていただき、皆さまの参考にしていただければと思います。

1—日本の社会保障の課題

「日本の社会保障の課題」という非常に大きな表題で資料を作らせていただきました。先ほど、いろいろとお話がありましたように、現在、高齢化が進み、日本の社会保障もいろいろな問題を抱えています。そこで私は、問題点、課題として三つ掲げました。それについて現在、主にどういうことに取り組んでいるかを総論的に説明させていただき、その後、個別具体的にご説明させていただきたいと思います。

1—1. 国民皆保険制度

第一に、日本の社会保障の根幹をつくっている国民皆保険制度をこれからどうやって守っていくかは、特に政府にとって一番大きな問題です。1961年に皆年金・皆保険という形で年金と医療の保険がスタートして、2000年には介護保険がスタートしました。これまで非常に大きな成果を挙げてきましたが、経済状況等の変化、あるいは高齢化等々で給付が大変増えるということで、いろいろ推計してみますと、特に医療・介護で長期的にも給付が負担を上回るという状況となっています。また、国は現在、来年度予算の編成を進めていますが、社会保障費の自然増、つまり、制度改正をしなくても社会保障の予算は毎年1兆円増えています。従って、社会保障の予算をどう編成するかが国の予算編成のキーなのです。

去る10月1日、安倍総理は消費税を5%から8%に上げるときの演説で、「世界に冠たるわが国の皆年金・皆保険制度を次世代にしっかりと引き渡してまいります。少子化対策、女性が輝くための対策も、わが国の未来のためには喫緊の課題です」「そのための一体改革です。消費税で安定した財源

を確保し、社会保障を維持・強化してまいります」と話しました。今、TPP交渉をしています、一部では、TPPで日本の皆保険制度が脅かされるのではないかという話も出ています。私どもは日本医師会の方などに、「むしろTPPではなく、今のままの給付と負担の状況であれば、率直に言って自壊しかねない状況である。皆保険制度を守るためにはどうしていかなくてはいけないか、皆保険に関係するみんなで知恵を出していかなくてはいけないのではないかと」申し上げています。そのためにも、現在、アベノミクスでは消費税を社会保障の財源とする一方で、経済成長を高め、賃金がアップするようにしています。社会保障の財源を確保するとともに給付を見直していくというのが、1点目の取り組みです。

2点目の取り組みは、子育て・働き方の見直しです。国民皆保険は、今までどおりだと、ややもすると高齢者のための制度というところがありますが、やはり国民皆保険制度を支えるのは現役世代です。ですから、若い人が信頼感を持って対応できるようにするわけです。先ほどの総理の発言にもありましたが、少子化対策をしっかりと、女性が輝くための対策をすることで、社会保障の仕組みを高齢者世代対応から全世代対応へと変えていく、その一番象徴的なものが子育て・働き方の強化です。

3点目に、診療報酬改定を掲げています。医療・介護は価格が公定されていて、医療については今年がちょうど2年に1度の診療報酬改定の年に当たります。そのためにどういう改定をするのか。国民会議などでは、見直すところは徹底的に見直し、必要などころに対応していくことになっていますが、それを具体的に診療報酬改定の中でどうしていくかが一つの大きな問題です。

1-2. 高齢者問題

第二の課題は高齢者問題です。私も担当してきて最近本当に感じているのは、後ほどのシンポジウムでパネリストとして登壇される秋山先生からもいろいろ教えていただきましたが、やはり医療、年金、介護という社会保障制度の問題に加えて、高齢者の就労、雇用の問題、あるいは住まいの問題、さらに大きくはコミュニティーづくりといった包括的な対応が必要ではないかということです。従って、厚生労働省などでも、今までは医療、年金、介護という厚生労働省の守備範囲だけで考えることがありましたが、最近は地域包括ケアシステムということで、住まい、コミュニティーづくりにも包括的に対応しています。

今日は富山市長もいらしているようですが、日本も歩いてみると非常に広くて、北から南、雪国、あるいは都会、地方で環境がかなり違います。従って、高齢者の包括的な対応は、地域ごとにやっていただく、特に市町村に応じた形でやっていただくということで、これまではややもすると国が一律に決めるというところがありました。地方が自主性を発揮することができるような仕組みをつくっていくことが非常に重要であるということで、地域包括ケアシステムの構築が必要なのです。

高齢者問題へのもう一つの取り組みは、健康寿命の延伸です。やはり元気でいることが、本人、家族、あるいは地域、国にとって一番望ましいのです。健康寿命についてももっともっと力を入れて、いろいろなデータなどを活用しながら、健康寿命の延伸を政策の重点に置くべきではないかというのが2点目です。

3点目として、終末期問題への対応があります。これはなかなか難しい倫理的な問題ですが、社会保障制度改革国民会議でも議論があったように、例えば今の日本は胃瘻を受ける方が世界で一番多い

など、いろいろな終末期医療の問題があります。果たして本人や家族が満足しておられるのかどうか、欧米とはかなり違う対応になっています。その点について、最近いろいろな意見が出てきています。従って、この終末期問題への対応も、倫理的な問題ではありますが、非常に重要なことだと感じています。

1-3. 医薬品・医療機器産業

第三の課題は、成長戦略に関することです。まさに産業界に関する話ですが、医療・介護は国内外の経済の成長産業です。高齢者向けのさまざまなサービス、ニーズはどんどん拡大しています。一方で、アジアの新興国も急速に高齢化する、あるいは所得が上昇するという一方で、これから医療・介護のニーズは非常に大きなものになってきます。

そういう中で、国のこれからの成長を考えた場合に、医療・介護を含めた高齢者産業は一つの成長産業であることをしっかりと見据えながら、どうやって成長の果実を生み出すか。例えば医薬品・医療機器産業について見ると、産業の規模は伸びているものの輸入品が非常に多いということで、わが国の医薬品・医療機器産業の競争力は必ずしも十分ではありません。直近の貿易収支を見ると、医薬品は市場価格ベースでは2兆4000億円の赤字、それから医療機器は6000億円の赤字です。また長期的に見ても、新しい抗がん剤などの医薬品は、現時点では欧米の方が開発が進んでいるので、このままでは貿易収支が拡大するのではないかという心配もあります。

さらに、高齢者のニーズには、配食、見回り、家事代行といった非常に幅広い分野があります。それについては民間の創意工夫を積極的に取り入れて、産業として、あるいは国民のニーズに応えるものとして進めていかなくてはならないと思います。そうした取り組みの一つとして、医療機器産業の競争力強化のため、今、日本版NIHを創設しようとしています。

医療の国際展開としては、総理がロシアや中東等に訪問した際、日本の医療サービスは単に医療機器だけでなく、医師や看護師を含めたトータルの医療について海外から非常に評価されました。そういうものをパッケージとして輸出することを今後どう進めていくかということについても、今、取り組んでいます。

3点目は医療・介護の電子化です。この点については、実は日本は遅れています。先日のOECDの成人力調査によると、読み書きや数字の解析力は1位でしたが、ITを使った情報解析力は10位でした。そういうことで、医療・介護の分野だけではないですが、電子化が遅れているのです。電子化を進めることにより、患者あるいは国民の皆さまの利便性が大きく向上します。それから、医薬品・医療機器産業においては、大量のデータを処理して分析し、開発していくことが必要なので、医薬品・医療機器産業の競争力を高めるためのインフラであるということです。さらに、電子化により医療・介護について、特に個人データなどをきちんとフォローできれば、過剰な診療、過剰な投薬などを見直すことができ、医療の効率化、介護の効率化にもつなげることができます。そういうことで、今、医療・介護の電子化を積極的に進めているところです。

2—政府の取り組みについて

それでは、各論ということで、各事項について簡単に説明させていただきます。

2—1. 税と社会保障一体改革

言わずもがな、近年、社会や経済は大きく変化し、高度成長期から少子高齢化が進んでいます。雇用についても、非正規の方が多くなり、夫婦では専業主婦ではなく、むしろ共稼ぎの方が増えています。家族についても、3世代が減り、高齢者の単身あるいは二世帯が非常に増えてきています。経済成長についても、これまでは失われた20年という形で停滞してきましたが、足元ではアベノミクスで回復し、これを続けていかなくてはなりません。

人口の問題もご案内のとおりかと思えます。総人口が減る中で、高齢者の数が増えています。特に、東京、大阪、愛知などの都市部では、これから高齢者が非常に増えていきます。高齢化における非常に大きな問題は、都市部で生じるのではないのでしょうか。

世界の高齢化率の推移を見ると、実はこれから中国、韓国、シンガポールなどのアジア諸国においても高齢化が大変進みます。特に中国は全体の人口が多いので、高齢者の数は非常に大きいのです。中国について調べてみたら、65歳以上の方は2012年には1.2億人でしたが、これが2030年代後半には3億人強になるということです。それから、要介護の人については、日本は2012年には600万人でしたが、中国は分母が非常に大きいので約3300万人はいるということです。これが2015年には約4000万人になるわけですから、高齢化に関するサービスに対するニーズは、アジア各国で非常に多く出てくるということです。従って、そうしたことを見据えてやっていく必要があります。

先ほど国民皆保険をどう守るかということを申し上げましたが、平成24年3月に厚生労働省が示した社会保障給付費についての見通しによると、2012年に約110兆円である社会保障給付費が、2025年には約150兆円、約1.36倍になるそうです。一方でGDPは、もちろん経済状況によって変化があると思いますが、平成24年の試算では1.27倍になるそうです。その中で年金、医療、介護を見ると、年金についてはマクロ経済スライドという経済に沿った形で対応するような仕組みがビルトインされているので、むしろ全体の伸び率は抑えられます。他方、非常に大きく伸びるのが介護です。2012年に比べて、2025年には約2.3倍になる。医療は1.5倍になるということです。従って、当面は、社会保障の中で最も公的な分野として医療と介護をどうコントロールするかということが大きな問題になります。

一方、その財源ですが、2012年には社会保障給付費全体の約55%が保険料負担となっています。国民の皆さまに保険料として納めていただくのが半分強ということです。それから税金、国や地方を通じての公費負担が約40兆円、その他に、年金などの資産運用による収入があります。1990年から2012年までの約20年間を見ると、皆さま方も保険料が非常に上がっているのではないかと感じていらっしゃるかと思います。保険料負担は大体1.5倍になっています。公費負担は、1990年には国で13兆円、地方で3兆円、合わせて16兆円だったのが、40兆円と2.5倍になっています。公費の割合が非常に大きいので、高齢者が増えてくると公費負担も増えるのです。社会保障関係の予算は、年間1兆円近く増

えています。しかも、その公費を国債で賄う状況になっているわけですが、そういう状態を長く続けられるわけがありません。

世界各国も、財政問題に取り組んでいかななくてはならない状況となっています。リーマンショックの後、欧州では通貨危機があり、強固で持続可能、かつ均衡ある成長に向けて財政の基盤をしっかりとさせなくてはならないという宣言が、今年のサンクトペテルブルクのG8サミットで出ています。

各国はリーマンショック後、どういう対応をしてきたのでしょうか。ドイツは、2010年には財政赤字がGDP比4.2%だったのが、今や0.3%になっています。イタリアもそれなりに努力していますし、イギリスも下げてきています。今、債務上限の問題でオバマ大統領と議会が対立しているアメリカでも下がっているということです。しかしながら、日本は2010年と2013年で見ても、プライマリーバランス等、赤字が拡大しています。今年のサミットでアベノミクスが評価されましたが、ドイツのメルケル首相はこういう状況を見て、安倍総理に「日本の財政健全化は平気なのか」と聞いていました。ですから、日本としてもいろいろな工夫をしながら、その割合を下げていかなければいけないのです。

では、どう下げるか。国・地方のプライマリーバランスを、2015年までに2010年のGDP比で半減させて、さらに2020年までに黒字化するというのを、政府は閣議決定しています。なかなか厳しいハードルですが、分母である経済成長率を高めながら、いろいろな見直しを進めていかななくてはなりません。痛みを伴う改革も進めていかななくてはならないと思います。

こうした状況の中で、社会保障の充実・安定化と財政健全化の同時達成を目指すため、税と社会保障の一体改革がなされたわけです。昨年、民主党、自民党、公明党の3党合意の上、税制改革をすることが決まりました。では、社会保障はどうしたらいいかということについて、1年間、慶應義塾の清家塾長を座長に学者が集まって「社会保障制度改革国民会議報告書」をまとめていただきました。そのポイントは、やはり安定財源を確保するとともに、社会保障については徹底した給付の重点化・効率化が必要だということです。

それから仕組みとしては、先ほど申し上げたように、高齢者世代を対象とする社会保障から、切れ目なく全世代を対象とする社会保障へということで、全ての世代が相互に支え合う仕組みにしようというのが提言の一つです。もう一つ、世代内の負担も非常に重要です。特にこれまでは、年齢別という形で高齢者には少ない負担でやってきましたが、現在、高齢者でも所得が多い方はいらっしゃいます。逆に若い人には、非正規等でなかなか厳しい状況に置かれている方もいらっしゃるので、「年齢別」ではなく「負担能力別」にする、端的に言うと、所得に応じた負担の在り方に切り替えていく、そして、そのために社会保障・税番号制度を活用していこうという形で提言がなされています。

今回の税と社会保障の一体改革の考え方について、中央大学の宮本太郎先生の説明をご紹介します。これまでは、税制改革と社会保障の充実は一体ではなく、別々だったのですが、今回、日本では初めて消費増税を含む税制改革をして、財政の健全化とともに社会保障の機能強化を図ると。この二つをやることによって、特に社会保障の機能強化の中で、子育て、それから女性に配慮していくことで、全世代型の対応という形にする。社会保障の機能強化によって安心を確保し、家計の所得拡大を図る。それから、財政の市場信任確保が経済の安定成長にもつながるということで、成長戦略と一体改革が結び付いていると説明しています。われわれは、これからそのような形で成果を生み出していく必要があるかと思っています。

10月1日に、消費税を来年4月に5%から8%に引き上げることが決まりました。ただし、引き上げるとともに、一時的な落ち込み等に伴う対策を取ることとしています。

ただ、これからの社会保障を考えた場合に、今回の社会保障と税の一体改革は、まだスタートといえますか、第一段階であると思っています。本日の「日本経済新聞」の「経済教室」に、東大の岩本康志先生が「消費税率10%でも財政健全化は達成できない」と書かれています。今後考えるべきは、より長期的な見通しを国民の皆さまに示して、それでどうすべきかを議論することです。例えばその方策として、年金はマクロ経済スライドがあるため負担はなかなか変えにくいので、給付の自動調整の仕組みがあります。先ほど申し上げたように、給付は年々拡大していきます。岩本先生は「歳出増に応じて自動的に増税する、あるいは、負担に応じて自動的に給付が見直しできるような、オートマティックな仕組みを医療・介護にも考えることも非常に重要ではないか」と提言されています。いずれにしても、財政再建、道半ばということで、国民にとってはなかなか厳しいわけですが、5%から8%へ、さらに8%から10%へと一つ一つ乗り越えていかなくてははいけません。

2-2. 子育て支援・働き方の見直し

政府では「待機児童解消の加速化プラン」を策定しています。横浜市は今年、待機児童がゼロになりました。他方で、東京の杉並区や世田谷区などには待機児童がかなりいて、杉並区では保育所に入所できなかった親御さんが区を訴えるということも起こっています。政府としても、待機児童対策については2年前倒しをして、まず平成27年までに全体で20万人、それからさらに40万人分の保育を整備するという形で、保育のニーズのピークを迎える平成29年度末には待機児童解消を目指そうとしています。

そのためのパッケージがいろいろありますが、やはりここは民間の力も大いに借りなくてははいけません。民間の参入は制度的にはできるのですが、市町村によっては民間に関してなかなか消極的なところもあります。そこは一定のルールをつくりながら、民間にも積極的にやっていただくことが非常に重要だと思っています。そのようにして待機児童をなくし、女性が就業できるような体制をつくることに、全世代型の対応における一つの大きな課題として取り組んでいるところです。

消費税を上げるかどうかの有識者会議にお越しになった小室淑恵さん（株式会社ワーク・ライフバランス代表取締役社長）によれば、日本の働き方は残業を前提にしているということです。残業を前提にするために、延長保育が必要であるとか、介護ができないから公的な介護を充実させろという話になるのです。地域活動やPTAもなかなかできないし、家族の中でも、お父さんがなかなか帰ってこないで、夕食はお母さんと、あるいは子どもだけになっています。しかし、欧米は違います。どうして欧米でできていることが日本ではできないのかということで、基本的には定時退社ができるような仕事のやり方に変えられるのではないかと強く提言されています。それができれば、国としてもコストが大きく下げられるし、家族としても一緒にいる時間ができるといえることです。

今、ワーク・ライフ・バランスということがいわれていますが、この提言の趣旨は、要は長時間残業をするという仕組みを前提に考えるのではなくて、残業をしないような仕組みにすることによっていろいろ変わるのではないかと、このような逆転の発想をする企業が増えたら社会が大きく変わるということです。ただ、それを聞いていた経団連の有力企業の方は「できればいいけれども、どうしたら

いいのだろう」とおっしゃっていました。どうして欧米の企業にできることが日本の企業にできないのかという非常に厳しい意見がある中で、政府としてもそういうことを進めていかななくては行けないと思っています。

2-3. 診療報酬改定

現在、医療費は約42兆円です。診療報酬を1%上げると、医師、病院にとってはそれだけ手取りが増えるわけですが、約4200億円も医療費が増えるということは、皆さま方の保険料が2000億円、税金が1600億円、それから病院に行った患者さんの負担が500億円増えるということです。医療機関等の収入は増える一方で、当然その負担が裏返しで生じる。それをどう考えていくかということです。

診療報酬について指摘されているのは、社会保障制度改革国民会議の提言にもあるように、今の社会保障で見直せるところは見直していくということです。例えば分かりやすいところと言うと、日本は後発医薬品の使用割合がまだ低いので、これをもっと使っていただくということがあります。やや技術的ですが、医薬品の特許が切れると後発品が発売されるのですが、その特許が切れた医薬品（長期収載品）に依存して医薬品メーカーの経営がなされているところがあります。これからは、むしろ新薬を出した場合はその評価を高め、また一方で、新薬の特許期間が切れた場合は、基本的には後発医薬品の保険償還額も同等にしていくというようにメリハリを付ける形で、日本の製薬メーカーに新薬開発力をつけることが必要だと思います。

それから、今、巨大な調剤薬局チェーンが生まれています。民間が創意工夫して、イノベーションによって経営を拡大するのはいいことですが、医師会や病院などの医療界では医薬分業が非常に問題視されています。病院の前にいろいろな薬局があって、予想以上に調剤報酬が全体的に増えています。大学病院で診てもらったときの再診料に比べると、調剤薬局に行くと支払う額は非常に大きくなっているのです。医薬分業を進めた当初は政策目的としての必要性はあったのですが、そこは既に達成されているので見直すべきではないかという意見があるので、今年の診療報酬改定において非常に大きな事項になると思います。

2-4. 地域包括ケアシステムの構築

次に、2番目の課題である高齢者問題に地域で対応するという事に関して、地域包括ケアシステムの構築についてお話しします。これは、むしろこの後の秋山先生のご専門で、私どもも柏に伺ったりしながら、秋山先生にいろいろと教えていただきました。

高齢者の方の、自分の住んでいる場所で高齢者としての生活をきちんと送りたいという要望には応えていかななくては行けません。病気になった場合には医療を、それも病院だけでなく在宅医療を進めていく必要があります。それから、介護が必要になったら介護サービスを、住まいについても高齢者向けにいろいろなタイプのものを提供していかなければ行けません。最近是有料老人ホームだけでなく、サービス付き高齢者住宅というものもありますが、本当に要介護になった場合にどうするかは十分に念頭に置いておかななくては行けません。一時は自宅もはやっていましたが、リバースモーゲージという、自宅を担保にしてやっていくことも、民間の知恵を借りながら進めていかななくては行けません。

生活支援・介護予防についても、民間からいろいろな知恵を出していただいています。シルバー人材センターもありますが、例えば日本郵便では10月から月1050円で「郵便局のみまもりサービス」という安否・生活状況確認のサービスを始めました。警備会社でも、ボタンを押すとすぐにガードマンが駆け付けるなどの見守りサービスをしていますし、セブン-イレブンでは高齢者向けの食事を出すなど、まさにジェロントロジーといえますか、民間の知恵を借りながら高齢者のニーズに的確に応えています。そのための規制改革が必要であれば、国としても積極的にやっていかなければいけません。

先ほども申し上げましたが、地域と一緒に考えていくという取り組みの例として、柏市、世田谷区、新潟県長岡市が挙げられます。地域によっては、冬に雪が多いところや都市的なところ、北海道のように広いところというように環境も状況もかなり違うので、地域ごとに対応していただくことは大変重要です。

私どもが伺って面白いと思ったのは、三重県玉城町での取り組みです。民間のバスがなくなったために高齢者の方が外に出られなくなり、その結果、買い物に行けなくなった、あるいは病気も増えたということで、オンデマンドのバスを町の社会福祉協議会で整備することにしました。これは総務省の補助金を活用したもので、バスが家の前まで来るとスマートフォンを使って呼び出すという仕組みです。これによって家の中に閉じこもっていた高齢者の方が町に出てきて介護予防の運動に参加されたり、また、その帰りに買い物をされたりして高齢者の医療費も少し下がってきたと町長がおっしゃっていました。高齢者の方にとって、足は非常に大事だと感じています。特に地方では、東京などの大都市と違って足の問題が重要であるため、その辺は地域ごとによく考えていただき、そして国がそれをサポートすることが必要だと思っています。

2-5. 健康寿命の延伸

元気な高齢者が増えているといわれていますが、実は内閣府「平成25年版高齢社会白書」のデータによると、2001～2010年は、男性、女性ともに平均寿命も健康寿命も延びてはいるものの、健康寿命の伸びは平均寿命の伸びと比べて小さくなっています。男性は、2010年で健康寿命が70.42歳、平均寿命が79.55歳ですから、9.1年分ぐらいは不健康といえますか、日常生活に制限があり、介護などが必要になってきています。女性はそれが13年ぐらいになっているそうです。

健康寿命を延ばすことは非常に大事だということで、今、官民一体となって、特に自治体で生活習慣病の予防などに取り組んでいただいています。個々人の常日頃の食生活や健康生活も大事ですが、それを促すような健診や保健指導といった施策をしていただくことも重要で、政府としてもこれに取り組めるように、いろいろな知恵を民間や地方の方と出し合っています。

企業ごとに取り組んでいただくことも非常に大事だということで、厚労省も企業の健康増進に関する取り組みを促進しています。例えば、後ほども申し上げますが、レセプトのデータなどの収集を来年ぐらいから健康組合などで積極的に進めていただくべく、今、準備しているところです。

2-6. 終末期の問題への対応

今の日本の終末期医療はこのままでいいのかということについては、いろいろな議論があります。実は民主党政権のときに超党派による「尊厳死制化を考える議員連盟」ができて、尊厳死法案が検討

されていましたが、現在は、率直に言うとやや停止した状態です。この法案は、終末期医療は本人が前もって言うておくか、そうでない場合は医師の判断や家族の意見によりますが、長生きするために何でもかんでも施策を講じたり治療したりすることはいいかどうかということで、医師の決定について責任を解除するというものでした。

この点については、社会保障制度改革国民会議の国立長寿医療研究センターの大島総長も、これからは「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について国民的な合意を形成していくことが重要であるといわれています。今までの医療ではクオリティ・オブ・ライフ、あるいは、先生によっては、自分たちは大学の医学部で1分1秒でも長く生きるためにどうしたらいいかを教わってきたけれども、筒井社長のお話にもあったように、人生90年時代はそれでいいのかどうか、むしろクオリティ・オブ・デスという言葉が出てきてもいいのではないかという話もあります。この辺は非常に倫理的な問題ですが、やはり政治の場で、あるいは学会など専門家の中で議論していくことが焦眉の急になってきていると思います。

2-7. 日本版NIHの設立

次に医療・介護の経済的な側面について、今、どういう取り組みをしているかということをお願いしたいと思います。

一つが日本版NIHの設立です。そもそも日本の医薬品・医療機器の問題として、先ほど申し上げたように、世界的には非常に需要が伸びているのに、医薬品は市場価格ベースで2.4兆円の貿易赤字、医療機器は6000億円の赤字となっていることがあります。最近新たに上市される薬を見ても、どうも外国製のものが多いようです。特に抗がん剤など高価なものについては、海外のものが非常に多くなっています。なぜそうなってしまったのかということで、日本も体制をもう一度見直さなくてはならないと思います。

まず、政府の医療研究の在り方についてです。これまでは私ども財政当局としてもいろいろ調整してきたつもりですが、厚生労働省、文部科学省、経済産業省、場合によっては農林水産省の四つの省庁に分かれて研究しているために、重複していたり、調整が十分なされていなかったりすると指摘されました。それから医療の研究開発においては、具体的には、基礎研究はともかく臨床研究では薬を開発することが一つのターゲットとなるわけですが、その臨床研究の体制が必ずしも十分ではないかもしれません。それについては、何をするのかも含めて総合戦略を策定し、内閣に司令塔を設けるべきではないかという意見が非常に強くなってきました。

その結果、日本版NIHをつくることになりました。まず、各省ばらばらであった予算要求を、要求する前に内閣官房が全てまとめて話を聞いて一元的に調整します。それと同時に、今年はまだ初めてのなので、現在進めている段階ですが、医療分野の研究開発の総合戦略をつくります。自治医科大学の永井先生を座長に、10人くらいの先生方、それから今まで医薬品や医療機器を開発していた方々にお集まりいただき、日本として進めるべきところはどこか、議論を始めています。年内に総合戦略の基本方針を策定して、それに基づいて予算を決めるという形です。初めての試みですが、成果が出るようにしなくてはならないと思っています。

ただ、同時に、それを担当している私どもとしては、やはり政府だけでなくオールジャパンで取り

組むことが必要だと思っています。一つは、今日は濱田先生がいらっしゃいますが、今までの大学や研究所などでの研究の在り方、教育の在り方がいいのかどうかということです。日本の場合、基礎研究については世界でも非常に高い水準にあります。臨床研究は論文の数で25位くらいです。やはり臨床をもう少し重視する仕組みにしなければいけません。

それから、医学部の研究開発も、データの解析にスーパーコンピューターを使わなくてはいけないということで、アメリカでは工学部と医学部が一体となった医工連携という形で進められているので、日本もそういったものを取り入れていかなければいけません。従って、大学の医学部の在り方なども見直していただく必要があるのではないかと思います。

さらに、先ほど申し上げたように、民間の製薬業界にも新薬を開発する方に注力していただくようにしたいと思っています。長期収載品という特許の切れた医薬品で企業の経営が成り立つのではなく、新薬を創出した場合はそれが高く評価されるような仕組みにしていくという形です。今やオールジャパンでの取り組みが必要ではないかと考えて取り組んでいるところです。

2-8. 医療の国際展開

鉄道や原子力発電、水などのインフラ輸出の一つとして、日本の医療技術と医療機器をパッケージ化して国際展開するという点にも取り組んでいます。

日本の医療については海外から来られた方からも、語学の問題があるので必ずしも多くはないのですが、非常に評判がいいそうです。おもてなしではありませんが、お医者さんや看護師さんの対応が非常に良いという評価を得ています。ロシアや中東、アジアなどでも、そういうものを期待する声が多いのですが、これまで医療法人などはそういう形での対応を考えてきませんでした。一方、医療機器についてはメーカーが個別に輸出していますが、できればパッケージ型でやりたいということで取り組んでいるところです。

総理がロシアを訪問されたときに、ウラジオストクに画像診断センターをつくるという話がありました。カタールとカンボジアでも、そういう話が出ています。ただ、一方で、日本の医療法人はトータルで海外に出ることを今まで想定もしていなかったもので、これはなかなか難しいのです。むしろ民間の方では、例えばセコムはインドに出て医療事業を進めていますし、三井物産はシンガポールで病院を経営する企業体に出資しています。このように、特に医療の国際展開に関しては医療機器メーカーと民間の力を積極的に活用してやっていこうということで、MEJ (Medical Excellence JAPAN) を設立し、一体となって進めているところです。ぜひとも成果を出していただきたいと思います。また、介護機器などについても、これからは中国やアジアの国々でも非常に高齢化してきますので、高齢化先進国としてのノウハウを伝えていくことは日本の役目ですし、ひいてはそれが日本の経済成長、産業活性化につながるのです。この点にはかなり力を入れています。

2-9. 医療・介護における電子化

最後に、医療・介護の電子化のお話を申し上げたいと思います。日本の電子化は、行政自体も必ずしも進んでいるわけではありません。特に医療・介護については、残念ながらまだまだです。先の産業競争力会議では一般用医薬品のネット販売が非常に大きな話題になりましたが、先週のNHKの

「クローズアップ現代」をご覧になった方はご存じかと思いますが、スウェーデンでは単に医療・介護情報だけでなく、関節リウマチの患者さんが1週間にどれくらい勤務できたか、その勤務時間などもデータで分かるようになっているそうです。日本ではマイナンバー制度の法案が成立しました。直ちに医療に関する個人情報を全て国が収集するわけにはいきませんが、各地域ではそうした試みも始まっています。

繰り返しになりますが、電子化により、患者さんや国民の皆さんの利便性が大いに増しますし、先ほど申し上げたように、医薬品・医療機器の開発に必要なデータが収集できるようになります。それから、エビデンスに基づく医療が必要だといわれていますが、そのエビデンスを確保できること、また、医療・介護の無駄をなくして効率化にも寄与できることから、これからはいろいろな意味で進めていかななくてはいけない分野だと思います。

実は日本も個々の病院には電子カルテがあって、病院に行くとお医者さんがパソコンに向かってる姿が見られます。しかしながら、アメリカではお医者さんがマイクに向かって話していて、インドで入力しているのです。これは英語の強みです。お医者さんは患者さんの方を向きながら十分に説明して、何かあったら話をする。それをインド人が英語で打って、それがすぐにカルテとして戻ってきて、それを直すという仕組みになっています。英語は国際語であるということもありますが、日本の場合は電子カルテ化を進めているものの、実はそもそもカルテの書き方が標準化されていません。私どもも若いころに教わったのですが、東大と慶應大ではカルテの書き方が違い、東大医学部方式と慶應医学部方式があるそうです。

政府には、今、ITを進める最高責任者として政府CIOの遠藤さんという方がいらっしゃいます。その方が今日の新聞で、自治体でも電子化がかなり進んでいるが、実は1742の自治体があって、情報システムも1742通りあるとおっしゃっていました。全く同じ業務なのに、システムが少しずつ違っている。要するに標準化されていないのです。従って、その標準化こそが、これからのシステム開発の鍵だということです。私どもも、この半年ほどは電子化をどう進めるかということを考えてきましたが、まさにそのとおりで、標準化されていない部分があるので、これからそれを手直ししていかなければいけません。ただ、いったん入ってしまうと、手直しするのに大きな労力が掛かるということもあります。

在宅の医療と介護については、今、秋山先生が柏市で進めていらっしゃいますが、政府としてはこれも標準化しようということで、東大の会議に厚生労働省の担当者にも出てもらっています。まず、政府としては在宅医療、在宅介護のシステムを標準化するということをベンダーの方にもはっきりと申し上げました。それによって、例えば市町村が変わったとしてもデータが使えるようにしていきたいと思っています。

医療・介護の電子化の中で進んでいるものとして、レセプトの電算化があります。レセプトとは医療機関が診療報酬を請求するための仕組みで、従来は紙媒体でしたが、データベースにしようということで、実際に10年くらいかかって進めてきました。

レセプトデータのベースとしては、厚労省にナショナルデータベース（NDB）というものがあります。平成21年ぐらいから徐々に蓄積していきまして、現在、59億件のデータがあります。それから、メタボ健診などの特定健診・保健指導のデータも9000万件あります。このデータは解析して使わない

と宝の持ち腐れになりますから、特定健診データを、都道府県別、年齢別、性別に集計して国民の健康状態を分析する、それから都道府県別、年齢別レセプトデータから薬剤の使用状況や調剤医療費の動向を分析できるようになりました。今は各県でも、例えば長野県と福岡県では医療費の使い方がかなり違うので、それをどう直していけばいいかと考えるときに、このデータベースが大きな武器になると思います。

それから、今度は日本生命など、いろいろな企業の健保組合や市町村の国民健康保険の保険者に対して、そのデータに基づいて指導することが可能になりました。ある企業では糖尿病に関して、HbA1cが6.5を超えてもまだ検診を受けていない人には会社が積極的に検診を受けるように指導して、8になってもまだ問題がある場合は病院に行くように指導しています。

広島県の呉市では、市町村国保の取り組みとして、どういう薬を使っているかをレセプトデータや健診データで確認して、一人一人を訪問し、これからはジェネリック医薬品でもいいとか、そんなに病院に行かなくても平気だといったことを指導して成果を上げています。このように、レセプトデータや健診データを積極的に活用して、医療の電子化、効率化につなげていかななくてはいけないと思います。

さらに、今はスマートフォンをお持ちの方が多いですが、3.11の地震の後に分かったことは、病院に行って薬をもらう場合に、調剤薬局で「おくすり手帳」をもらいますが、地震のときなどはそれを持って出てこられる方はほとんどいないということです。そこで、携帯は当然持ってこられるでしょうし、どういう薬を飲まれているかというおくすり手帳の機能をアプリで入れることは可能ですので、何でも紙でやるのではなく、スマートフォンを使うことも考えています。

それから、若いお母さん方からは、ワクチンをいろいろ飲まなくてはいけないのだけれども、それを母子手帳でチェックする機能をスマートフォンのアプリで入れる仕組みをつくってほしいという要望があります。そうすれば、今度はいつ行けばいいかをスマートフォンが応答してくれるということです。そういう形でスマートフォンなどのITを積極的に活用することで、患者や国民の皆さんの利便性が増すということです。民間の方と話しているとそういう知恵は出てきているので、それを行政でもできるような仕組みをつくっていくことが非常に大事だと思っています。

3—これからの社会保障、日本のキーワード

最後に、個人的にキーワードとして感じている「女老外」という言葉をご紹介します。これは、亡くなられた東大の木村尚三郎先生が観光立国懇談会のときに言われたことで、これからの観光のキーワードとして、男性中心ではなく、女性と老人と外国人に魅力があるようなことをしないと日本の観光は変わらないということです。それから10年くらい見ていると、日本の社会保障のキーワードとしても当てはまるのではないかと思います。

安倍総理は女性重視です。最近の日経新聞の1面には「Wの未来」と出ていました。社会保障では女性の労働力が非常に重要です。高齢者については、元気な高齢者を支えなければいけません。高齢者のニーズは大きなビジネスチャンスです。それから、外国については、先ほど輸出の話もありましたが、介護士などでも日本で活躍していただく必要があります。

やはり単に観光だけでなく、今、感じているのは、日本、あるいは社会保障全体としても、女性と老人と外国人をどう活用するか、活用と言うと失礼ですが、今までの男性中心の社会からどう変えていくかということが非常に大事ではないかと思います。官邸でも、総理も官房長官も、女性や元気な高齢者にはどんどん活躍してもらわなくてはいけないと言っているのです、これが一つのキーワードではないかと思っています。

いずれにしても、高齢化社会を乗り切るためには、国、地方、それから大学、研究所、民間というようにオールジャパンで知恵を出さなければいけません。私の仕えた小泉元首相も「ピンチには必ずチャンスがある」と言っていました。外国でできることは日本でもやるし、あるいは、これから積極的にいろいろな知恵を出して外国でやるということで、何とかこの厳しい現状を前向きに受け止めて乗り切っていかななくてはいけないと思っています。

ちょうど時間が来ましたので、以上で終わらせていただきます。今日ご静聴ありがとうございました。(拍手)

■司会 丹呉先生、ありがとうございました。非常に幅広いテーマについて、分かりやすくご解説いただきました。丹呉先生に、あらためて盛大な拍手をお願いいたします。