

ひょうご人生 100 年時代プロジェクト中間まとめ

平成 31 年 3 月

ひょうご人生 100 年時代プロジェクト推進委員会

1 プロジェクトの概要

(1) プロジェクトの目的

将来確実に訪れる超高齢化、超少子化、超生産年齢人口減少・超人口減少社会の中で迎える「人生 100 年・情報 AI 時代」を見据え、地域社会のなり得る将来像を正負両面から県民にわかりやすく提示して、行政の在り方と県民の選択や生き方への問題提起とすることにより、持続可能な社会への転換を進める起爆剤とする。

【趣旨（背景と考え方）】

人間社会は、狩猟社会 (Society 1.0)、農耕社会 (Society 2.0)、工業社会 (Society 3.0)、情報社会 (Society 4.0) を経て、AI や IoT などの情報技術と情報の融合した情報 AI 社会、いわゆる Society 5.0 の時代を迎えようとしている。また、国連においては「持続可能な開発目標 (SDGs)」(Sustainable Development Goals) が採択され、「誰一人取り残さない」持続可能で多様性と包摂性のある社会の実現が世界規模で目指されている。

そのような中で、わが国は、世界に先駆けて、人間社会がこれまで経験したことのない超高齢化、超少子化、超生産年齢人口減少・超人口減少社会に突入しようとしている。一方で現在の日本社会には、未だに「人生 70 年・工業時代」の考え方・生き方・社会システムが根強く残存している。歴史的な視点から通観すれば、社会を持続可能なものとして維持していくには、明確な変革意識をもって新たな「人生 100 年・情報 AI 時代」に適した社会システムに転換していくことが必要不可欠であり、これ以上の先送りは許されない。

このため、県民（国民）一人ひとりの意識と行動を変革し、行政の在り方を含めて県民全体で考え、対応していくことを目指し、今後到来が見込まれる「人生 100 年・情報 AI 時代」を見据え、地域社会のなり得る将来像を正負両面から県民にわかりやすく提示して、行政の在り方と県民の選択や生き方への問題提起とする。

(2) プロジェクトの枠組み

ア 提案主体

県から委嘱された関係分野の委員で構成する本委員会を主体として、提案を取りまとめる。

県は、本委員会の提案を参考に、新たな取組方向を見だし、将来的な行政計画への反映、パイロット事業からの施策化、国への提案等、内容に即した対応を図っていく。

イ 主な検討内容

- 「兵庫 2030 年の展望」の社会像も踏まえた、将来を見据えた社会システム（制度基盤）の在り方
- 県民へのメッセージとなる分かりやすい提示内容・提示方法

2 検討の進め方

委員会で検討を進めるに当たり、次の事項について協議を行って進め方を共有した。

(1) 想定年次

検討の開始時点では特に定めず、今後の検討の中で必要に応じて長期的視点から設定を行う。

(2) 検討の前提

- 現状での推計結果による人口問題のほか、人生 100 年時代に想定される各種社会状況（人工知能の飛躍的な発展等）を前提
- 未来を起点に、現在の延長線上ではない新たな社会システムを検討
- 関係する制度が整合し、全体で機能するシステムとして構想
- 社会的・財政的に実現可能性のある提案
- 地域間でパイを奪い合うのではなく、できる限り各地域が共存できる仕組み
- 県内各地域の特徴（都市部・多自然地域等）に応じた内容を反映

(3) スケジュール

1 年目は、客観的データの収集と現状や課題についての自由な議論を行い、その概要を中間報告する。2 年目は、課題や論点を整理し、基本的考え方やそれらを実現するための具体的方策を提案する。

3 議論の前提となる人生 100 年時代についての主なデータ～過去 100 年・未来 100 年～

問題提起の基となる客観的データは、最終的な提案とともにわかりやすく提示する予定であるが、人口問題等の主なデータの長期的な推移や傾向は次のとおりである。

平均寿命の延伸は人にとって喜ばしいが、出生数等の低下とそれらがもたらす人口・人口構造の変化は、このまま推移すると社会の持続可能性を大きく揺るがすとの認識を、県民（国民）が真に危機感を持って共有する必要がある。（図は後掲）

(1) 平均寿命

- 日本人の平均寿命は、戦前は長い間、男女とも 40 歳代（人生 50 年時代）で推移していたが、戦後は延び続け、2017 年には男性 81.09 歳、女性 87.26 歳となり、人生 100 年時代は目前である。【図 1】しかし、人間の生物学的寿命は 120 歳とされ、いずれ死亡するため、超高齢化の初期には死亡数は減少するが、やがて多死となる。
- 主たる疾病は、1940 年代までの感染症から、現在の壮年期生活習慣病へと推移し、人生 100 年時代の今後は、老化・フレイル（※）・老衰をベースとした全身の慢性疾患に変化する。

（※）フレイル

海外の老年医学の分野で使用されている「Frailty（フレイルティ）」の日本語訳。

高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念。

しかるべき介入により再び健常な状態に戻るという可逆性が包含されており、フレイルに陥った高齢者を早期に発見し、適切な介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることが期待される。（H26.5 日本老年医学会からのステートメントより）

（2）出生数と合計特殊出生率

- 我が国の合計特殊出生率（※）は、戦後の第一次ベビーブームの4台から急激に低下し、第二次ベビーブームでは2.07を上回っていたものの、その後は2.0を割り、2005年には1.26と最低値に。その後は少し持ち直すも依然1.4台の低水準で推移。

【図2】

（※）合計特殊出生率

1人の女性が生涯に産むことが見込まれる子どもの数を示す指標。人口維持に必要な水準（人口置換水準）は2.07

- 兵庫県でも、1965年に2.15だった合計特殊出生率は、2004年に1.24まで低下し、少子化対策の取組みにより2016年に1.49まで回復するなど近年は1.4台で推移。

【図3】

- 出生率の減少は、非婚化、晩婚化傾向のほか、子育て環境等様々な要素が複合的に影響しているが、出産年齢女性人口の減少が進み、出生率の上昇が直ちに出生数の増加に結び付かないため、対応には長期的な視点が不可欠である。【図4】

（3）人口

- 我が国の人口は、明治維新期の3千万人台前半から大きく増加してきたが、出生数の減少と高齢者死亡数の増加により、国勢調査ベースでは2010年の12,806万人をピークに減少に転じ、このまま推移すると2065年には8,808万人、2115年には5,056万人へと急激に減少していく。【図5】

- 兵庫県の人口も同様に、県域がほぼ現在の姿となった1870年代後半の130万人台から大きく増加してきたが、国勢調査ベースでは2005年の559万人をピークに減少に転じ、このまま推移すると、2045年には453万人に減少する。【図7】

（4）人口構成

- 人口構成では、我が国の生産年齢人口（15～64歳）は、国勢調査ベースでは1995年の8,717万人（総人口比69.4%）をピークに減少し、2065年には4,529万人（同51.4%）、2115年には2,592万人（同51.3%）まで減少する。【図6】

- 兵庫県の生産年齢人口（15～64歳）も、国勢調査ベースでは2000年の378万人（総人口比68.1%）をピークに減少し、2045年には229万人（同50.6%）に減少する。【図7】

（5）人口の地域偏在

- 我が国の人口が減少に転じている中で、東京圏を中心に依然として中枢都市部への社会移動が進んでおり、人口の地域偏在が一層拡大している。

- 兵庫県では、2012年以降、転出超過が継続（東京圏に大幅な転出超過）しており、特に20～24歳と25～29歳の転出超過が多いことが、人口減少を加速させている状況にある。【図8】

（6）高齢者の就業構造

- 60歳以上の男女のうち、65歳を超えても働くことを希望する者は約7割。
- 全国（兵庫県）の65歳以上の就業率は、65～69歳で42.9%（38.6%）、70～74歳で26.2%（22.4%）、75～79歳で15.9%（12.8%）の一方、年齢階層別の要介護・要支援認定率は、65～69歳で2.9%（3.2%）、70～74歳で6.0%（6.6%）、75～79歳でも12.8%（14.4%）と潜在労働力はある状況。【図9】【図10】

（7）その他（社会保障等）

- 社会保障制度では、年金、医療、介護等の給付費が増え続ける一方、支え手である生産年齢人口（現役世代）の減少に伴い、給付と負担のバランス（社会保障制度の持続可能性）が損なわれ、将来世代に負担を先送りしている状態。
- 医療では、医師の地域偏在、診療科偏在、病院・診療所間偏在の解消による地域医療体制の確保、高齢者の増加に対応した医療機能の転換が課題。
- 介護では、要介護・要支援認定者や認知症患者が増加し、介護需要が増加する一方、現状では介護人材の確保が困難な状況。

4 主な議論の内容

今年度は、上記のとおりプロジェクトの進め方と議論の前提となるデータを共有した上で、提案に向けた論点や方向性を考える材料とすることを主眼として、主たる検討テーマについて、専門分野の委員によるプレゼンテーションの後、フリーに意見交換を行った。

次年度は、今年度の議論も踏まえ、具体的な提案の取りまとめに向けて論点を整理しながら、更に議論を深めていく。

議論の経過と主な議論の内容は、以下のとおり。

【議論の経過】

委員会開催日	内容（○は検討テーマ）
第1回 （7月25日）	・プロジェクトの進め方の確認 ・今後の検討に向けた意見交換
第2回 （10月16日）	○「人生100年時代」の人口問題 ○将来にわたる必要な労働力の確保策と社会保障制度の在り方
第3回 （12月25日）	○医療・介護基盤の在り方 ○健康寿命の延伸方策
第4回 （2月15日）	○人工知能（AI）の可能性と社会への影響 ○出生率・出生数を飛躍的に高めるための抜本的な少子化対策 ・「中間まとめ」

(1) 将来にわたる必要な労働力の確保策と社会保障制度の在り方について

(労働力の確保策)

- 明治以来、150 年間、わが国の生産年齢人口は増加し続け、発展し、豊かになった。今後は人口ピラミッドから超生産年齢人口減少は避け難い現実で、これを「人生100年・情報AI時代」への転換のチャンスとして積極的に受け入れることが必要。具体的には、ネットワークシティー化、働き方改革、生産年齢の高齢者への拡大、女性の社会進出、Society5.0の推進、外国人受入れ等が重要。
- 少子化が進む中、新卒者だけで医療・介護スタッフを賄っていくことは不可能。2025年に不足するとされる30数万人の介護スタッフの確保は、55歳から75歳の人口の1%が参加すれば可能。この層を利用してピークを乗り越える発想が必要。
- 日本の高齢者のうち75～79歳の要介護・要支援認定率は15%弱で、80～84歳でも30%程度。日本老年医学会でも、現在の高齢者は10～20年前と比べて身体・知的機能が5～10歳若返っているとされており、生涯現役を希望する高齢者も多いので、雇用制度を見直せば80歳くらいまで働き続けられる社会になり得る。
- 心身の状態は一人ひとり違うので、年齢だけで区切るのはよくない。個人差に応じた柔軟な働き方ができるようにして、適した仕事を上手く切り出せば、多くの人が80歳くらいまでは働くことができる。
- 大事な技術を持っているのに定年制で辞めていく人が多い。定年制を撤廃して働き続けられるようにすべき。ただし、役職定年制を設けて若い人への元気付けをすることは大事。単に定年を延長するのは弊害もあるので、工夫が必要。
- 高齢者の活用を人口減少に対する労働力確保の問題としてとらえるのは本末転倒。元気な高齢者が人生100年時代における長い老後を、自主的・自立的に、生き生きと仕事・ボランティア等で社会貢献する時代になるべきで、そのためには、個人の人生設計並びに社会システムの根本的変更が必要。
- 介護分野には、かなり中高年男性が入ってきているが、長続きしない場合が多い。どうやって続けていただくかが課題。そこに外国人労働者も入ってくるので、多様な者が混在して上手くいくかどうかとも危惧する。多文化共生が重要になる。
- 看護師や介護士の外国人人材の受入れ要件（日本語能力等）は厳しすぎる。これでは、アジア諸国も人材ニーズが高まる中で日本は選ばれなくなる。

(社会保障制度の在り方)

- 持続可能な社会保障制度とするためには、負担増か支出削減しか方法はない。年金にはマクロ経済スライドが適用されているが、医療・介護には費用の伸びをコントロールする仕組みがないことが課題。
- 年金の支給開始年齢を、働く年齢に応じて見直すことが必要。また、保険料は、働いている間は年齢上限なく納め、一方給付は、働く意欲を削がないよう給与収入にかかわらず全額支給する制度に見直すべき。

- 社会構造が欧米化して格差拡大が進み、中間所得層が減少している。所得再分配を適切に行うことと、例えば相続税制の見直し等でスタート時点での格差を解消していくことが必要。
- ベーシックインカム（BI）の議論は必要。人工知能（AI）の開発による富の集中への対応策としても提案されているので、AI とセットでの議論が適当。
- BI は、財源が問題。現在の財源を前提とすれば、今の社会保障制度を全部廃止してBIに移行しても、給付額は1人当たり年間100万円程度。全員に給付するのではなく若い人にだけ給付するとすれば、少子化対策となり財源も抑えることができるので、実現可能性がある。

（2）医療・介護基盤の在り方について

（医療基盤の在り方）

- 病院で、ICU から介護まである看護業務をすべて看護師が行っているのは、明らかに非効率。業務内容に応じて正看護師、准看護師、介護職員、介護補助者等が手分けすべき。
- 医療のすべての問題は医師の三大偏在（地域偏在、診療科偏在、病院・診療所間偏在）にかかっている。例えば、産婦人科では24時間体制での対応が必要でオン・オフがない。診療報酬が同じでは医師が楽な診療科に流れるのは当たり前。また、開業医は都市部では増えているが、地方では後継者がなくどんどん減っている。勤務医は都市部でも足りない。
- 高齢者に対する日本の医療では、胃瘻の措置が非常に多いが、スウェーデンでは食べられなくなったら終わりという発想で死を受け入れるので、ほとんど寝たきりがいない。ただし、食べられなくなったら一律に終わりということではなく、状況に応じた対応が必要。
- フレイルは、生活状況で作られるというより、急性期病院での治療の副作用として人為的に作られることが多い。入院で2週間ベッドに寝たきりでいると、急激に身体機能が衰える。術後は早期にリハビリを行うことが必要だが、現場ではリハビリは急性期医療ではないとの考えがあって、1か月以上してから回復期でリハビリをするので、非常に効率が悪い。
- 高齢者は多くの臓器の機能が低下しており、臓器別専門医のみによる主病名の治療を行うと、副作用として他の臓器の機能が多角的に障害される事例が多発している。諸外国のように少なくとも医師の半分は総合診療医とすることが必要。
- 人生70年時代の医療は、急性期の「治す医療」だったが、人生100年時代の高齢者の医療は、老化・フレイル・老衰をベースにした複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす高齢者を、総合診療医を中心とする多職種連携により「治し、支え、看取る医療」が中心となる。医師も医学会も意識改革が必要だが、発想の転換ができていない。
- 国立大学では、医師を一人養成するのに7千万円程度費やしており、医師には社

会的責任がある。医療機関（診療所を含む）の管理者になるには1年以上の地方勤務を義務付けるなどの制度化が必要。

- 診療報酬上、高度急性期の技術料は驚くほど低い。手術すればするほど赤字になる。慢性期の評価も低い。急性期の社会的入院をなくすだけで今の医療費はずっと下がる。必要なところに点数を付けなければ病院経営はやっていけない。
- 患者側の専門医に診てほしいという意識やブランド志向もあり、それが診療科偏在に結び付いている面もある。
- 医療のことを一般県民に啓発して理解してもらうことが大切。メディアも社会の誤った固定概念の存在を知らせるべき。学校教育でも社会保障など生活に密着した授業が少なすぎる。
- 行動経済学で最近言われているのが、個人に気付きの機会を与え、行動変容のインセンティブとなる仕組みである「ナッジ」。リハビリが大事と気付かせるのは正にナッジ政策。行政が医師や個人にターゲットを絞ってどう働きかけるか。

(介護基盤の在り方)

- 介護には、ベッド回りの清掃、食事の世話、衣服の着脱など、体力や専門性の要らない仕事もある。ここに高齢者を活用すれば、介護福祉士は専門的な介護に集中でき処遇も改善される。
- 東京圏でも介護人材不足で特養の空きが出ている。人はいるのに集まらないのは労働市場の問題なので賃金を上げることが必要だが、財源をどうするか。一方東京圏以外ではそもそも人材がいないので、別に対策を考える必要がある。また、地域が崩壊していて地域包括ケアが組めないところをどうするかも課題。
- 規模の大きな複合施設では日勤だけの職場もあり、夜勤のできない職員も事情に応じて働き続けられるので、小規模なところより離職率も低くなる。
- 人件費を上げるのは、介護保険の枠の中では限界がある。医療保険の混合医療のように混合介護を導入することも検討が必要かもしれない。ただし、負担能力によって受けられるサービスに差が生じるといった弊害もある。
- 地域包括支援センターは、主任ケアマネ、保健師、社会福祉士の3職種が配置され、在宅医療と介護をコーディネートする要だが、多職種連携の困難さが課題。医療職は治療モデルで考え、介護職は生活モデルで考えるため、議論がかみ合わない。医師と介護職の社会的な地位の違いが壁を高くしている面もある。
- 国として社会福祉士を重用してこなかった報い。社会福祉士の試験は難易度が高い。社会福祉士を重用して医師との窓口にすると連携はもっと上手くいく。また、看護師がもっと地域包括支援センターに入っていくことが必要。
- 地域包括支援センターの社会福祉士は、若くして権利擁護や虐待のような困難事案を担当させられるなどで離職率が高い。
- 主任ケアマネは、5年の経験だけでなれるのではなく、試験制度にして能力のあ

る人にすることが必要。また、主任ケアマネや医師は、社会福祉士を育てていく意識が必要。

- 将来的には4人に1人が認知症になると推測されている。認知症になってもその人らしく暮らせるよう、寛容に受け入れができる地域にならないといけない。

(3) 健康寿命の延伸方策について

- 社会的フレイル、精神・心理的フレイル、身体的フレイルの予防が重要。また、食欲は生命の基本であり、食事が摂取しにくくなるオーラルフレイルの予防は、内服薬や栄養が中心となる在宅では特に重要。
- 社会的フレイルと精神・心理的フレイルの予防には、生きがいのある活動、社会奉仕、仕事をするのが重要である。また、身体的フレイルの予防には、積極的運動と栄養価の高い高タンパクな食事が重要。
- そんなに長く生きたくないという人もあるが、好むと好まざるとにかかわらず、長く生きざるを得ない状況になりつつあるということは自覚した方がよい。

(4) 人工知能 (AI) の可能性と社会への影響について

- 人工知能学会では、シンギュラリティ（注：技術的特異点＝この場合は、AIの能力が人間の知能を超える転換点）はあり得ないというのが見解。AIは、解き方や答のあるもの（閉じた世界）には対応できるが、条件（パラメータ）のあり過ぎるもの、答えのないものには対応できない。
- AIが活用できるものと、できないものを明確に区分していくことが必要。
- 自身で成長するような「強いAI」ではなく、人間の能力を補う「弱いAI」が社会に資するという考え方が主流。劇的ではないが、より良い方向になるよう介入するようなAIの活用方法が注目されている。
- AIの活用範囲を限定し過ぎると目標が低くなって研究面でよくないが、当面の活用では、「弱いAI」として、まずは活用範囲を限り、社会の信用を得たら範囲を拡げていくことが適当。
- 弱いAIとしては、行政や人の判断を助けるための情報を見やすくするような活用が考えられる。政策には人の恣意的な判断が入る場合があるので、それらを排除した客観的なデータを可視化できれば、政策決定の合理性が高まる。
- AIを行政の政策判断に活用する場合は、外部有識者に意見を聴く代わりにAIに意見を聴くことが考えられるが、AIには倫理的な判断を誤る（少数者を切り捨てるなど）可能性がある。条件設定で回避できる場合もあるが。
- AIシステムは、人の役に立つものであることが大前提。判断の仕方や教え込み方によって間接的でも人に害を与えるような判断をする可能性があるものは、排除するのが基本的な考え方。
- AIによるディープラーニングは、判断過程や理由の説明ができないことが課題。
- AIを活用する基本技術が確立しても、現場に導入して普及させるには人材面が課

題。例えばリハビリ用のアシストスーツには、装着する個人に合わせて調整を行う AI 技術者が必要だが、絶対的に不足しているため、なかなか普及に至らない。

- Society5.0 社会としてのドローン(宅配)、AI 家電、医療介護 (遠隔診療・介護ロボット・見守りサービス)、スマートワーク (無人トラクター・掃除ロボット・ICT 栽培)、スマート経営 (会計クラウド・旅館クラウド・商品の生産・販売管理)、自動走行 (自動走行バス・隊列トラック) 等は間もなく実現するのではないかと同時に膨大な新規産業の発展と雇用も生むこととなる。
- 世界中どこにいても同様の情報の取得と発信やサービスが受けられ、人と人が繋がることができ、「標準から個性」、「組織から個人」、「自由度の高い社会」となってきた。それにも関わらず、多くの人の意識は依然として Society3.0 の工業時代の意識が根強く残存し、東京一極集中が進行している。
- 高齢者を含め、情報・AI・IoT 教育が急務である。
- 外国人材を受け入れて仕事を教えるように AI に仕事を教え込むことで、将来的には外国人労働者に頼らなくても生産年齢人口の減少を補えるのではないかと。
- AI ができることには限界がある。新しい仕事も生まれるので、人の仕事が大きく奪われることはないのではないかと。

(5) 出生率・出生数を飛躍的に高めるための抜本的な少子化対策について

- ある研究によれば、高等教育への投資の成果は個人に帰属するが、幼児教育・初等教育に対する投資の成果は、より幅広く社会に帰属するとされている。しかし、我が国の教育への公財政支出の対 GDP 比は、義務教育だけをみればそうでもないが、義務教育前と高等教育を含めると OECD 加盟 34 か国の中で最低。
- 公的支援を生まれてから各段階で行うのではなく、生まれたときにまとめて行えば出生率も上がるのではないかと議論がある一方で、お金のためだけに子どもを産もうとする人が出てくることを危惧する意見もある。
- 子どもを産みたい女性が子どもを持てば持つほど生活が苦しくなる社会から、逆にその家庭が豊かになる社会へと転換する必要がある。それには、出産・子育てを親の責任から親と社会の協働責任へと考え方を変えるべき。
- 子育ては大変であるが、以前は成人になれば家業を継ぐとか、親の介護等で家や親に貢献した。しかし、現在は成人になった子の多くは親元を離れる。すなわち、出産・子育ての受益者は家や親ではなく社会であり、子育ては社会貢献そのもの。受益者負担という意味でも、子育て費用を社会がもっと負担する仕組みとすべき。
- 経済学的には、社会保障制度が充実するほど、自分の子どもに頼らなくて済むので少子化になる。先進国では、そこが難しいところ。
- ロシアでは、2人子どもを産むと円換算で約 100 万円が支給される制度がある。用途は子どもの教育費や住宅取得等に限定されるが、額は年収の 2 倍程度で、郊外なら家が建てられる。思い切ったことをやるなら、そのくらいのことが必要。

- フランスでは、シングルマザーなど、それぞれのライフスタイルに応じた子育ての形にすべて対応する支援がされている。出生率もかなり回復し、子育て支援が成功している。
- フランスのような婚外子は日本の風土には合わないかもしれないが、基本的には子どもを育てやすく、支援もしてもらえるとという環境を整備すること。出生率の回復を達成していないので、思い切った対策が必要。
- 子どもを社会の宝として考えた思い切った施策が必要。
- 子どもは社会の宝といいながら、社会が子育て世帯に冷たい。社会が子育て世帯を迷惑視するような風潮を変えて、子育て世帯を歓迎する雰囲気としなければ、親の精神的な負担が重くなるばかりで、少子化は止まらない。
- 日本では、未婚率が増え続けているので、結婚しない中で子どもを増やすとすれば、何らかの施策が必要だが、結婚世帯に限って言えば、平均2人くらいの子どもの数なので、やはり未婚率を下げるのが重要。
- 日本は、高校教育までは男女平等で行くが、社会に出た後の女性の能力活用が諸外国よりも圧倒的に低調。経済的にも損失。子育て期間は短いので、その期間をサポートすれば仕事に復帰できる。全体を変えていかなければいけない。
- これからはICTを活用したテレワークの推進等で、在宅で育児をしながら仕事ができる環境をつくるのが大切。完全な育休ではなく社会との繋がりを保ちつつ、一定の金銭給付で子育てを労うような仕組みを考えるべき。
- 日本は、企業の管理職や国会議員等に女性が極めて少ない。フランスが子育て支援に成功したのは、女性大臣が入って抜本的な対応をしたことが大きい。日本でも政策決定するポジションに女性の進出が必要不可欠。
- 第1子の育休時代に子育ての喜びを知らしめると、第2子、第3子へとつながるので、その際の地域でのサポートが重要。その要になるのが高齢者。地域の子育て支援拠点にもっと高齢者を呼び込むような仕掛けが必要。
- 高齢者の中には、自分たちが現役のときの、例えば専業主婦だったときに培われた価値観を上から押しつけようとする人もいて、子育て世代が敬遠してしまう面もあると聞いている。今の時代の子育てについてお互いが勉強するような機会も必要。

(6) その他

(持続可能な地域づくり)

- 東京一極集中を解消するため、首都機能の移転も含め思い切った対策が必要。
- 東京は人口が増えているが、地方から吸い上げているだけなので持続可能性はない。県内でも構造は同様。
- 兵庫県は、150万人都市の神戸市、50万人都市の姫路市などと但馬等の地域を上手くコーディネートすれば、多様でバランスのよい住みやすい地域になる。
- VR（バーチャル・リアリティ）が発展すれば、東京に行かなくても地方でもっと

参画感をもって仕事ができるなど、技術によって場所的な制約がかなりカバーできる社会になるのではないか。

(戦略等)

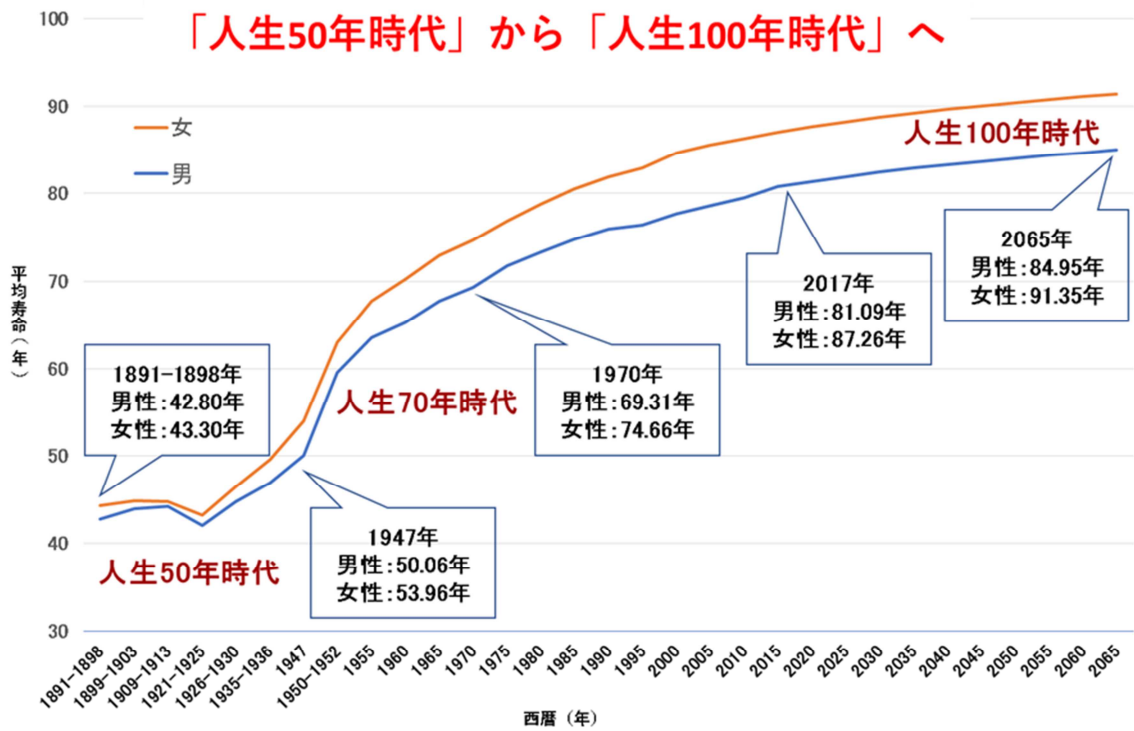
- 自治体レベルで取り組めるもの、国でなければできないものなど、課題によって主体やレベルに違いがあるので、仕掛ける先（国、自治体、医療機関、個人等）を明確にして進める必要がある。
- 少子高齢化に伴い政治的意見の高齢化が進む。政治的意思決定の投票権は、年齢や人口構造に関わりなく1人1票でいいのかという問題意識はある。
- 具体的なデータを数字で示すと説得力がある。
- 「人生100年時代」という名称は、長く働くことをお上から押しつけられるようなイメージで受け止められるのか、言葉へのアレルギーが強く、受けが良くない。提案書を出すときには、名称を考えた方がいいかもしれない。

(兵庫県への期待)

- 日本の縮図である兵庫県から提案をしていけば、面白いものとなる。兵庫県は叡智を出して、先進モデルとなる取組みを進めてもらいたい。

【図1】 平均寿命は100年で2倍延長

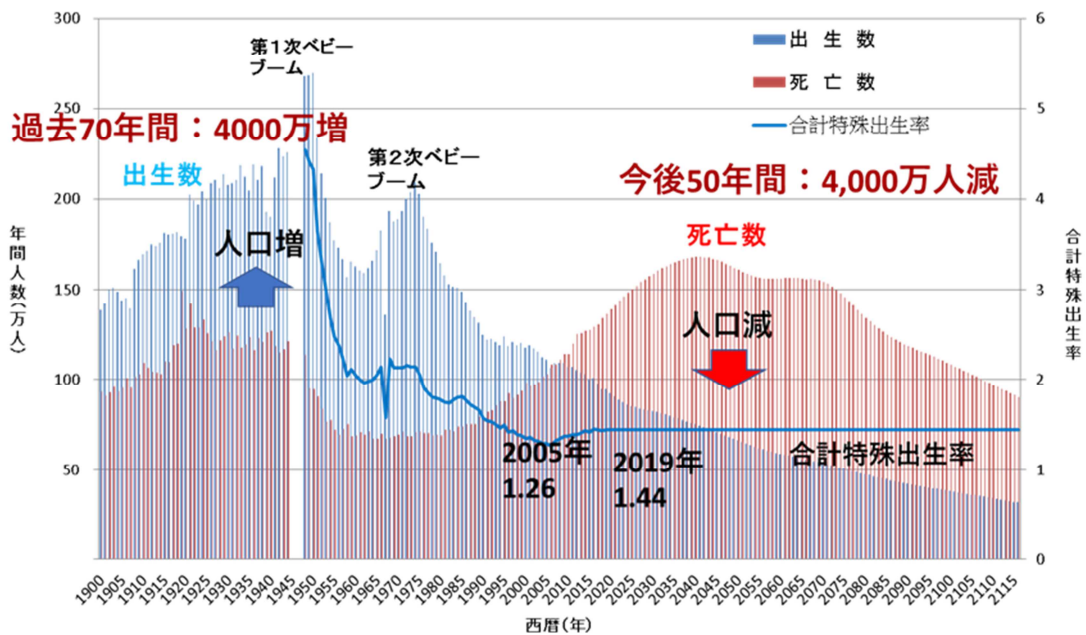
「人生50年時代」から「人生100年時代」へ



データ出典：2015年までは完全生命表（2017年は簡易生命表）、2020年以降の推計値（死亡中位）は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の資料表

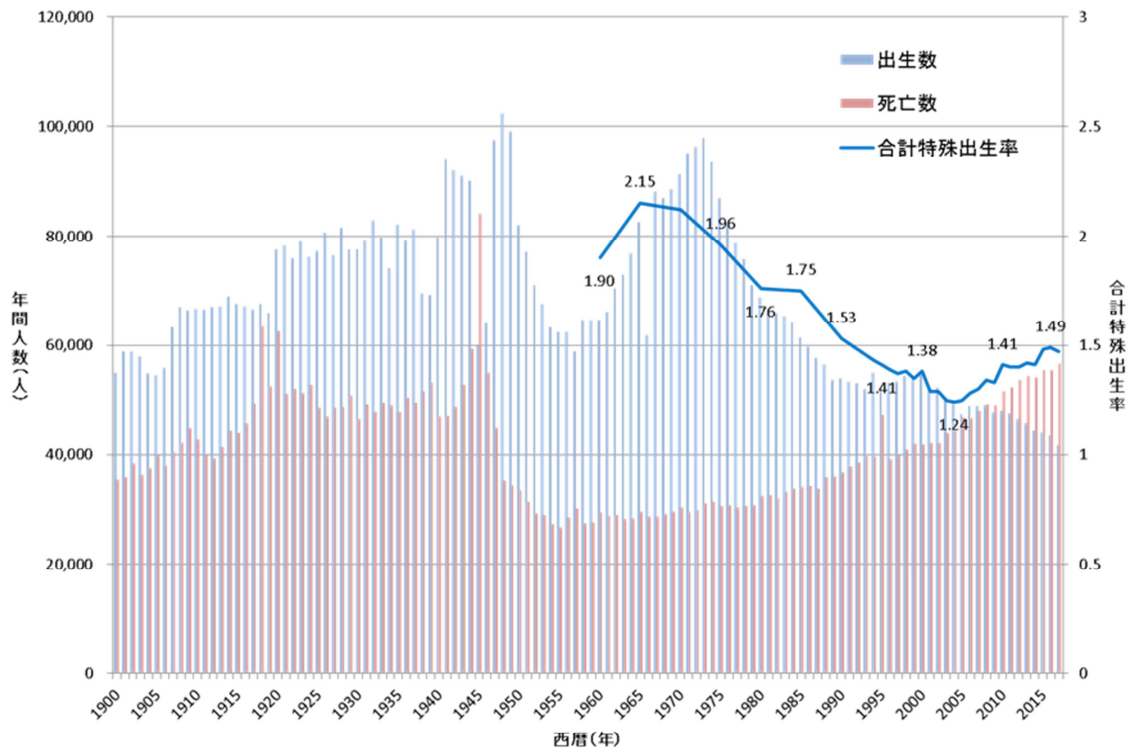
【図2】 超人口減少社会

—出生数・死亡数・合計特殊出生率—



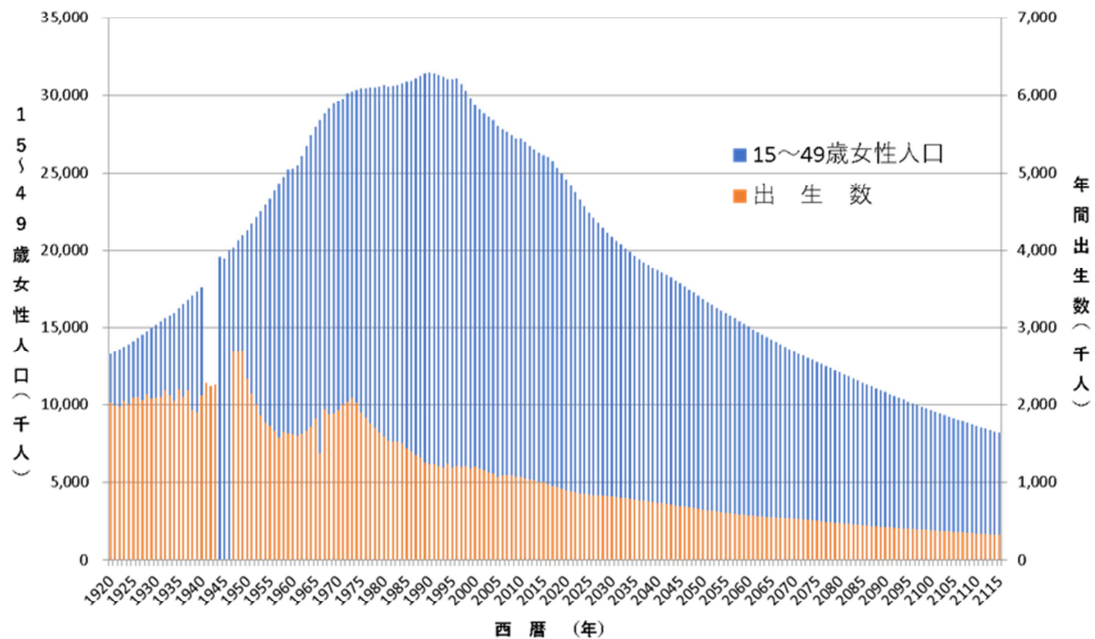
データ出典：厚生労働省「人口動態統計」（2017年まで）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位（死亡中位）推計

【図3】 兵庫県の出生数・死亡数・合計特殊出生率



データ出典：厚生労働省「人口動態統計」

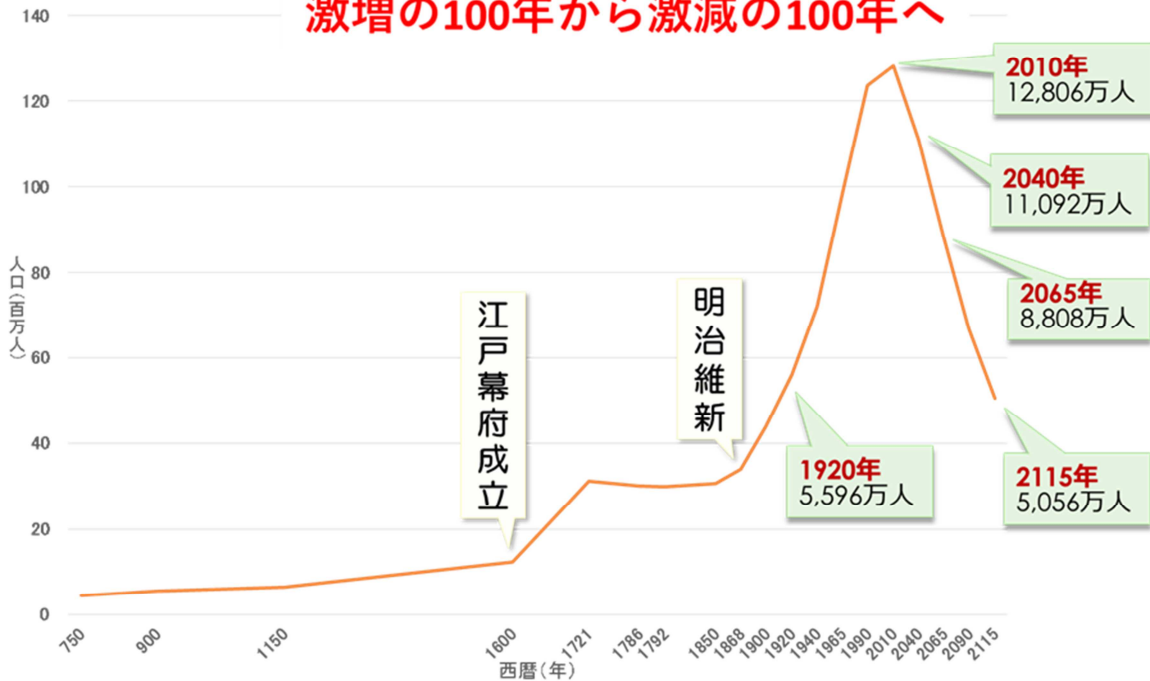
【図4】 日本の出産年齢（15～49歳）女性人口及び出生数の推移と将来推計



データ出典：2017年までは、総務省「人口推計」及び厚生労働省「人口動態統計」
2018年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」
の出生中位（死亡中位）推計

【図5】

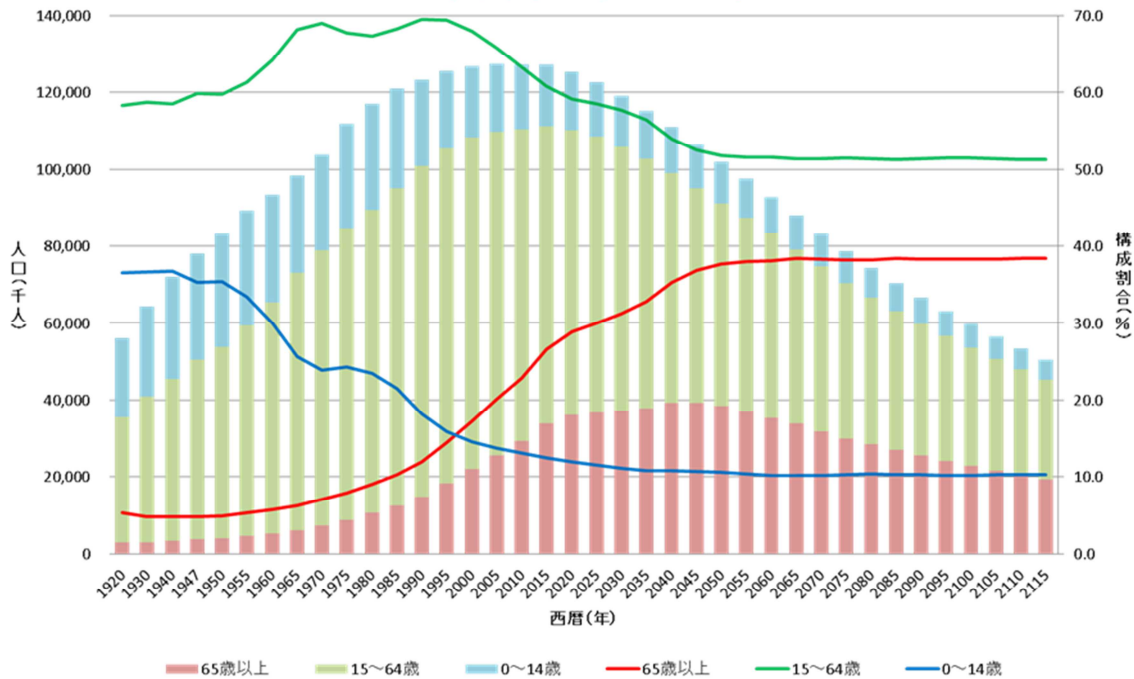
わが国の総人口の長期的推移 激増の100年から激減の100年へ



データ出典：1792年までは鬼頭宏「人から読む日本の歴史」講談社（2000年）、1800年代は森田優三「人口増加の分析」日本評論社（1944年）、1900年から2010年までは総務省統計局『国勢調査報告』及び「人口推計年報」、2040年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位（死亡中位）推計

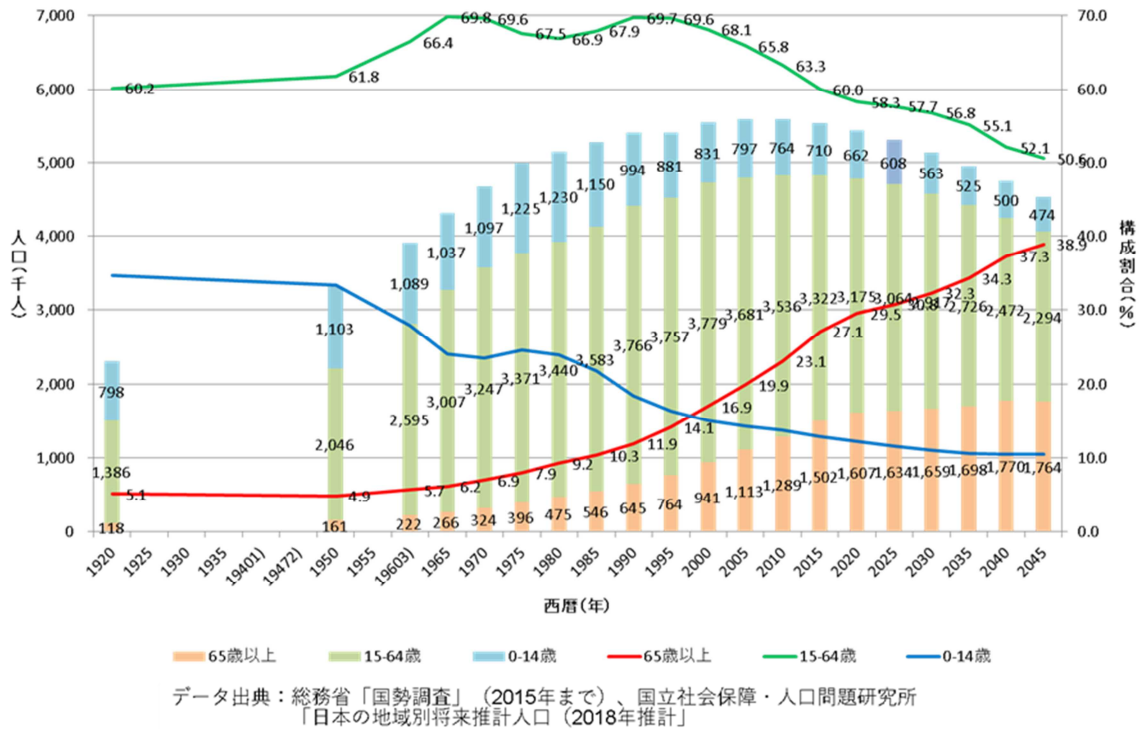
【図6】

日本の人口（構成）の推移と将来推計 （年齢3区分別）



データ出典：総務省「国勢調査」（2015年まで）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位（死亡中位）推計

【図7】 兵庫県の人口（構造）の推移と将来推計
（年齢3区分別）



【図8】 兵庫県の人口の社会移動

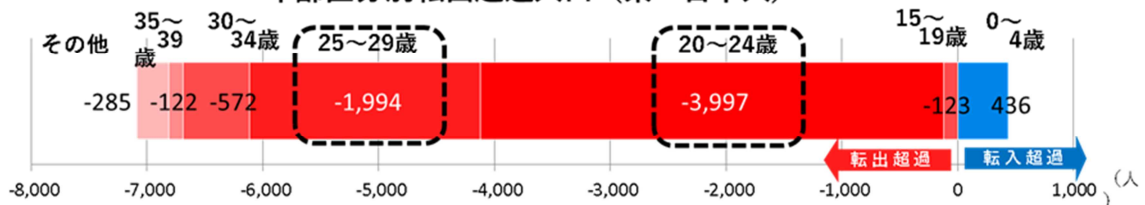
- 2012年以降、転出超過が継続
- 20～24歳と25～29歳の転出超過が多い
- 東京圏に大幅な転出超過

転出入の状況（県・日本人）

区分	2000	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
転入	116,950	93,085	90,850	88,382	86,390	87,946	85,933	85,438
転出	114,640	91,851	92,145	93,596	93,482	95,355	92,693	92,095
転入超過	2,310	1,234	▲1,295	▲5,214	▲7,092	▲7,409	▲6,760	▲6,657

<2017年>

年齢区分別転出超過人口（県・日本人）

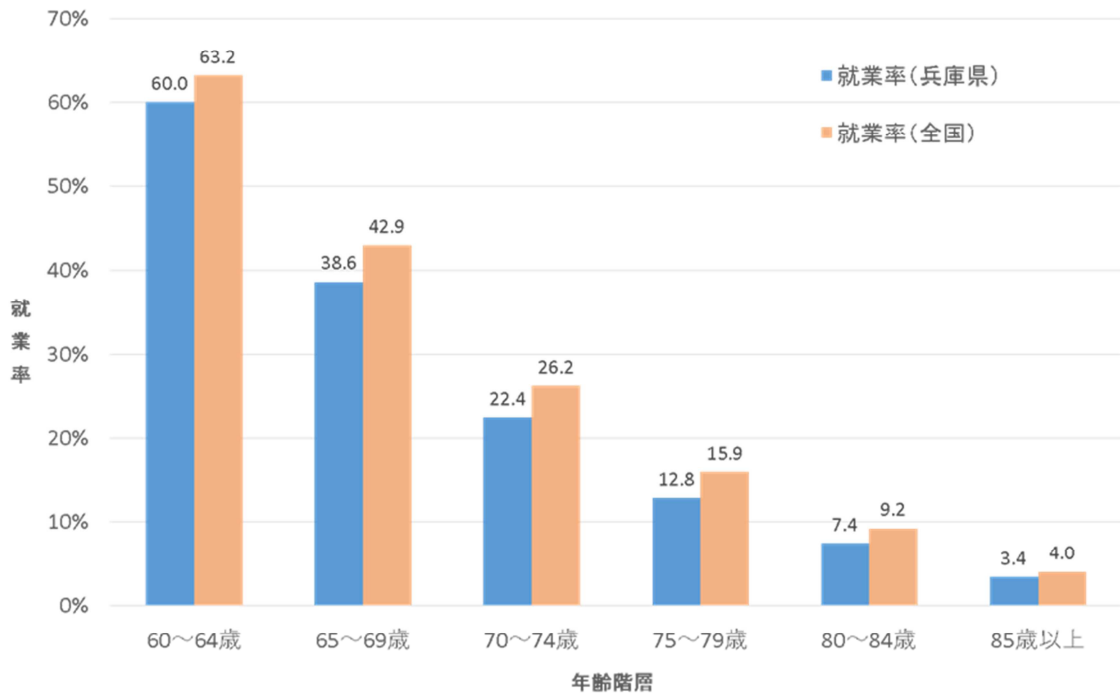


地域別転出超過の状況（県・日本人）



【図9】

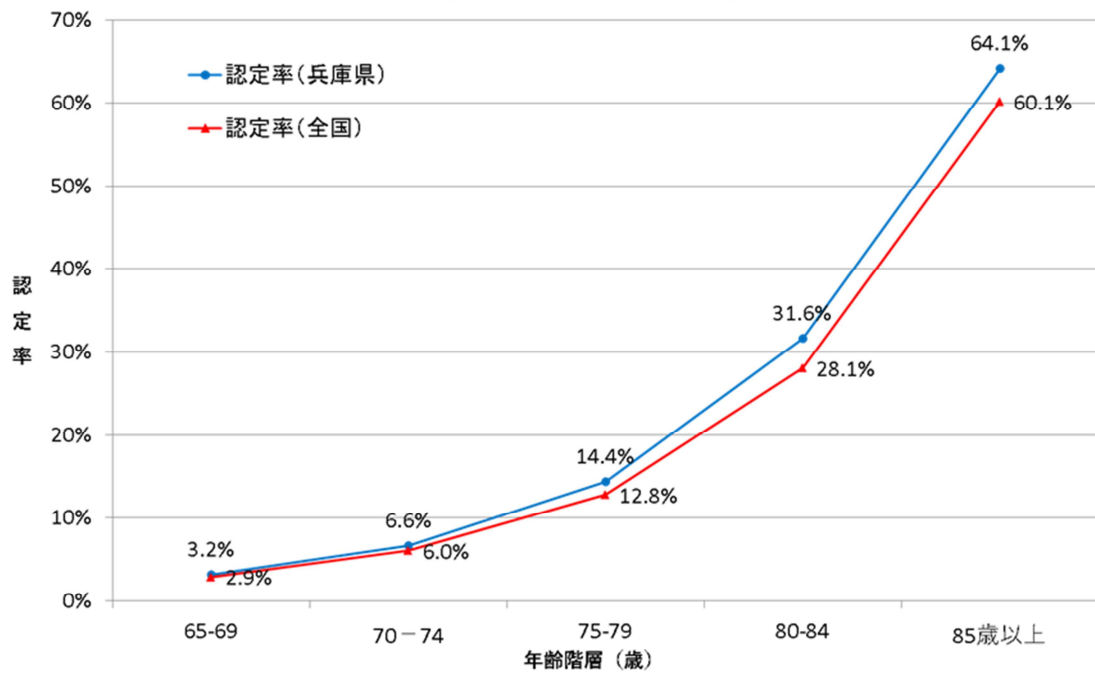
高齢者の年齢階層別就業率（2015年）



データ出典：総務省統計局 平成27年国勢調査 就業状態等基本集計

【図10】

年齢階級別の要支援・要介護認定率（兵庫県・全国）



データ出典：総務省統計局人口推計（H29.10.1時点）及び介護給付費実態調査（H29.10月審査分）

ひょうご人生100年時代プロジェクト推進委員会委員

平成31年3月現在

氏 名	所属・役職
上村 敏之	関西学院大学学長補佐・経済学部教授
大和 三重	関西学院大学人間福祉学部長
小林 由佳	神戸新聞社論説委員
笹嶋 宗彦	兵庫県立大学社会情報科学部準備室准教授
杉村 和朗	神戸大学理事・副学長
空地 顕一	兵庫県医師会会長
武久 洋三	日本慢性期医療協会会長 医療法人平成博愛会理事長
名須川 知子	兵庫教育大学理事・副学長
○ 藤原 久義	兵庫県参与（ひょうご人生100年時代プロジェクト推進担当） 県立尼崎総合医療センター名誉院長
邊見 公雄	兵庫県参与 赤穂市民病院名誉院長
米沢 なな子	一般社団法人コミュニティネットワーク協会 高齢者住宅情報センター大阪センター長

○：委員長

(50音順)