

ひょうご人生 100 年時代プロジェクト

提 案 書

人生 100 年時代に向けた兵庫県の挑戦

～ AI 活用、子育て支援、地域再生、働きやすさ、総合医療、感染対策

日本一の県を目指す ～

令和 3 年 6 月

ひょうご人生 100 年時代プロジェクト推進委員会

目 次

第1章 はじめに（プロジェクトの概要）	1
第2章 データが示す未来 ～昭和・平成と比較して、令和とは？～	2
第3章 持続可能な社会への変革と提案	17
1 情報AI・SDGs（Sustainable Development Goals）と対策	19
2 超少子化と対策	24
3 超人口減少・超生産年齢人口減少と対策	31
4 超高齢化と対策	34
5 超高齢化時代の医療・介護と対策	37
6 新型コロナ（COVID-19）と対策	42
第4章 人生100年時代の生き方 ～県民一人ひとりが社会システムと 生き方の変革を考えるためのヒント～	56
第5章 おわりに	58
巻末 参考資料 統計表、検討経過、委員名簿	59

第1章 はじめに（プロジェクトの概要）

本プロジェクトの基本テーマは「人生100年・情報AI時代」である。人生100年時代は同時に情報AI時代でもあり、情報AI化抜きに人生100年時代の課題は解決できない。本プロジェクトは令和2年（2020年）3月に発表予定であったが、令和2年初頭からの新規感染症、新型コロナウイルス（COVID-19）が、瞬く間に全世界に拡大、パンデミックとなり、発表を延期せざるを得なかった。

この新型コロナパンデミックは高齢者を直撃し（「6新型コロナと対策」で述べるように、新型コロナ患者の死亡者の9割は高齢者であり、かつ一般高齢者のフレイルを急激に悪化させた）、同時に超少子化・超人口減少の進行も加速させた（令和2年の妊娠届が前年より4.8%減少し、令和3年は超少子化・超人口減少が加速する）。さらに令和の新型コロナパンデミックは我が国が情報デジタルAI後進国であることを炙り出し、感染対策としてあらゆることのオンライン化・テレワーク・AI等情報AI化への巨大な社会変容を日本のみならず全世界に強いているといえよう。このように、新型コロナ問題は「人生100年・情報AI時代」と深く連動しており、本プロジェクトに「人生100年・情報AI時代」から見た感染症対策、「新型コロナ（COVID-19）と対策」を加えて、まとめることになった。

1 プロジェクトの目的

令和・人生100年時代とは、これまで遠い先として考えていた、そして人類がこれまで経験したことのない、超高齢化・超少子化・超人口減少・超生産年齢人口減少が現実となる時代で、同時に情報AIの時代でもある。加えて、現在は新型コロナパンデミックの危機に見舞われている。

兵庫県は、人口約550万人（全国第7位）、面積約8,400km²（同第12位）の大きな県で、日本のほぼ中央に位置し、日本海と瀬戸内海・太平洋の両側に面して、先端的都会から代表的過疎地域・離島まで全て揃っている日本の縮図である（都市圏域：神戸・阪神南・阪神北・東播磨・中播磨で人口約460万人/面積2,340km²、都市圏域以外：北播磨・西播磨・但馬・丹波・淡路で人口約90万人/面積6,060km²）。新型コロナは、都市型密集空間で発生・拡大しやすい疾患で、兵庫県の感染状況においても阪神・東播磨地区で多く、北部等とは様相が異なっている。その兵庫県が、人生100年時代における令和の社会や新型コロナパンデミックの危機の本質を事実に基づき明らかにした上で、対策を考え、問題解決の先進モデル県になるべく、各種提案を県民に提起し、共に考え、全国に発信する。

【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、情報にAIが融合した情報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。

昭和とは、大不況や大きな戦争があったにもかかわらず、人口も生産年齢人口も一貫して爆発的に増え、平均寿命も劇的に延びた時代であった。一方、平成では、人口増加が止まった。少子化が進んだが、高齢者増によりカバーされ、人口の減少はみられなかった。また、平均寿命の延びも鈍化した。生産年齢人口の減少も女性・高齢者の職場への参入により就業者数はほぼ横ばいとなり、自然災害を除けば、社会が安定していた時代であった。

しかし令和は、このような調節機能では対応不能な超高齢化・超少子化・超人口減少・超生産年齢人口減少・半数の自治体消滅の可能性に直面し、さらに新型コロナパンデミックが加わり、我々がこれまで経験したことのない“危機と激動”の時代となる。同時に令和は、Society5.0やMaaS (mobility as a service) で代表される情報AI時代の幕開けである。地球はますます狭くなり、どこにいても同じ情報が得られ、これまで人の仕事であった多くにAIが導入され、新規事業も生まれる。

このような“危機と激動”の中で、持続可能な社会を目指し、令和を「人生100年・情報AI時代」への転換のチャンスだと捉えねばならない。

そこで、日本の縮図である兵庫県は、全国の先進モデル県となることを目指す。本プロジェクトでは、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、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

本プロジェクトは、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、行政では打ち出しにくい、思い切った内容を含めた提案を取りまとめた。

したがって、県には、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ることを求めたい。

第2章 データが示す未来 ～昭和・平成と比較して、令和とは？～

本章では、これまでのデータとトレンドによる将来推計から、このままであれば訪れるであろう将来社会像について、特に超高齢化・超少子化・超人口減少・超生産年齢人口減少・新型コロナパンデミックの危機的な進行に着目し、昭和・平成と比較して、令和とはどのような時代となるのかを提示する。この見通しを、危機感をもって県民と共有したい。

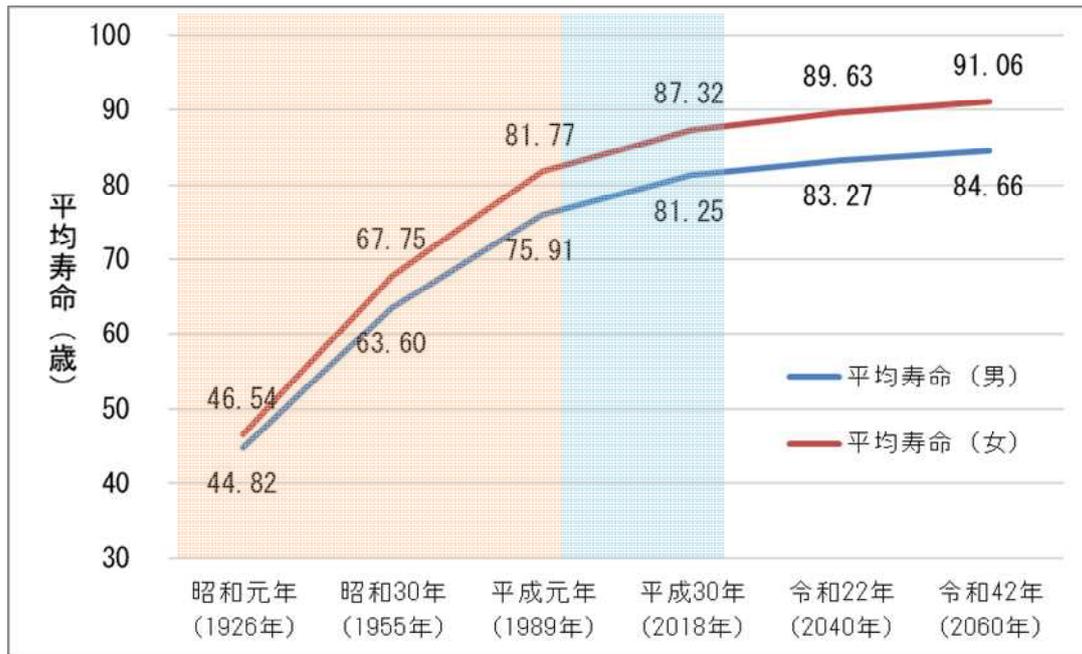
1 超高齢化

○ 平均寿命は、昭和初期の約45歳（人生50年時代）から劇的に延びたが、平成の人生80年時代では延びは鈍化し、令和では更に鈍化すると推定されている。しかし、

令和では、がん等の疾患に対する治療法のブレイクスルーが生じて再び大きく延び、真の人生100年時代が到来する可能性が高い。

また、高齢化に伴い、国の社会保障給付費（年金・医療・介護等）は昭和30年（1955年）0.4兆円、平成元年（1989年）45兆円、平成30年（2018年）121兆円と増加した。さらに超高齢化の進行で、令和22年（2040年）には約190兆円に膨らむと予想されている。

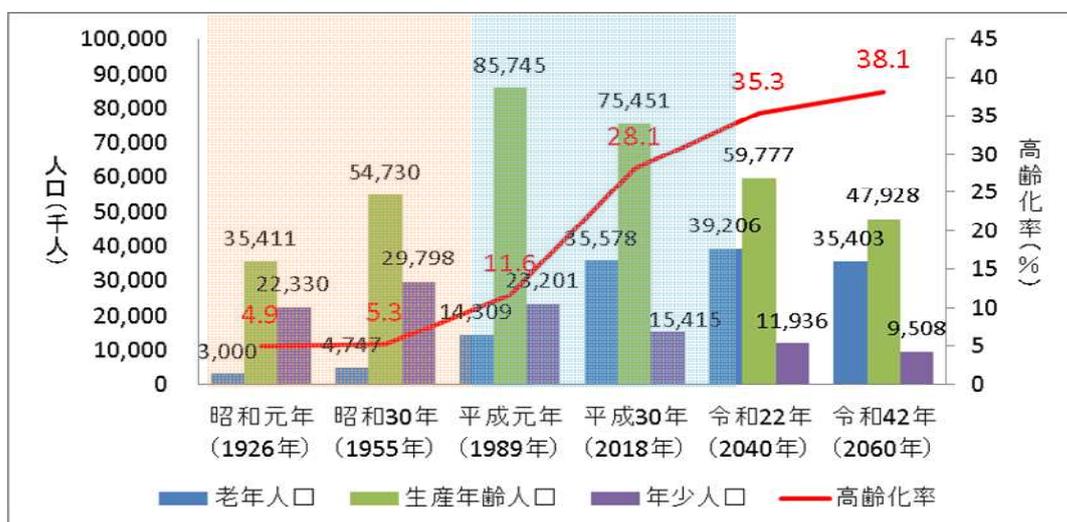
【図1】平均寿命の推移と推計（全国）



出典：厚生労働省「完全生命表」・「簡易生命表」、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）」死亡中位

- 高齢者（老年）人口は、昭和・平成で劇的に伸びたが、令和22年（2040年）頃をピークに減少に転ずると推定され、一方、高齢化率は38%台まで伸びていくと思われる。昭和で劇的に増加した生産年齢人口は平成で減少に転じ、令和では激減すると推定されている。（注）老年：65歳以上、生産年齢：15～64歳、年少：14歳以下

【図2】人口構造及び高齢化率の推移と推計（全国）



出典：総務省「わが国の推計人口」・「国勢調査」（各年10月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位）

- 兵庫県においても、全国とほぼ同様に推移していく。

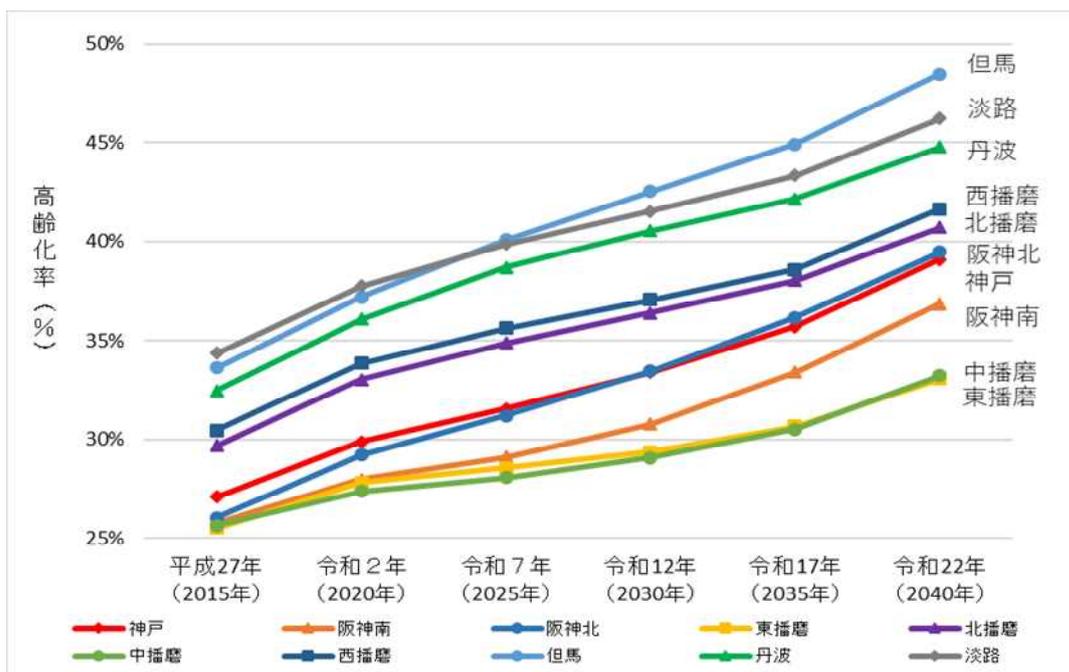
【図3】人口構造及び高齢化率の推移と推計（兵庫県）



出典：総務省「わが国の推計人口」・「国勢調査」（各年 10 月 1 日現在）、兵庫県将来人口推計（2015～65 年）

- 令和 22 年（2040 年）までの高齢化率を兵庫県の圏域別にみると、現在も高い都市部以外の圏域（北播磨・西播磨・但馬・丹波・淡路）は、ほぼ同様に推移。都市部を抱える圏域（神戸・阪神南・阪神北圏域）では令和 7 年（2025 年）以降急激に高齢化率が高まる一方、東播磨・中播磨圏域での伸びは比較的緩やかと推測される。

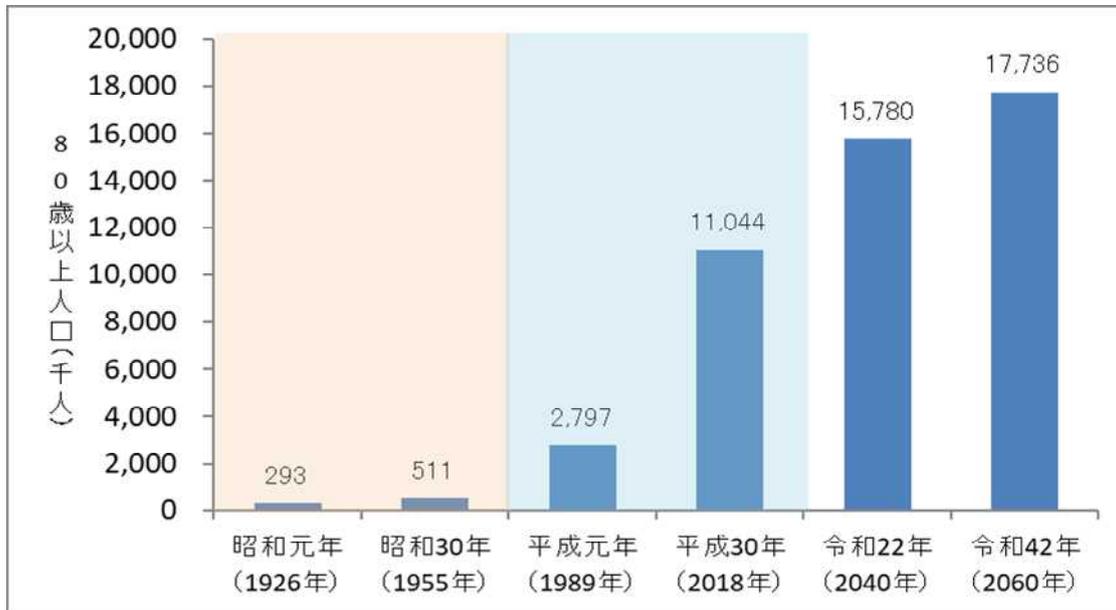
【図4】圏域別高齢化率の推計（兵庫県）



出典：総務省「国勢調査」、兵庫県将来人口推計（2015～65 年）

- 全国の80歳以上人口は、昭和・平成に引き続き、令和でも42年（2060年）頃までは激増すると推定されている。

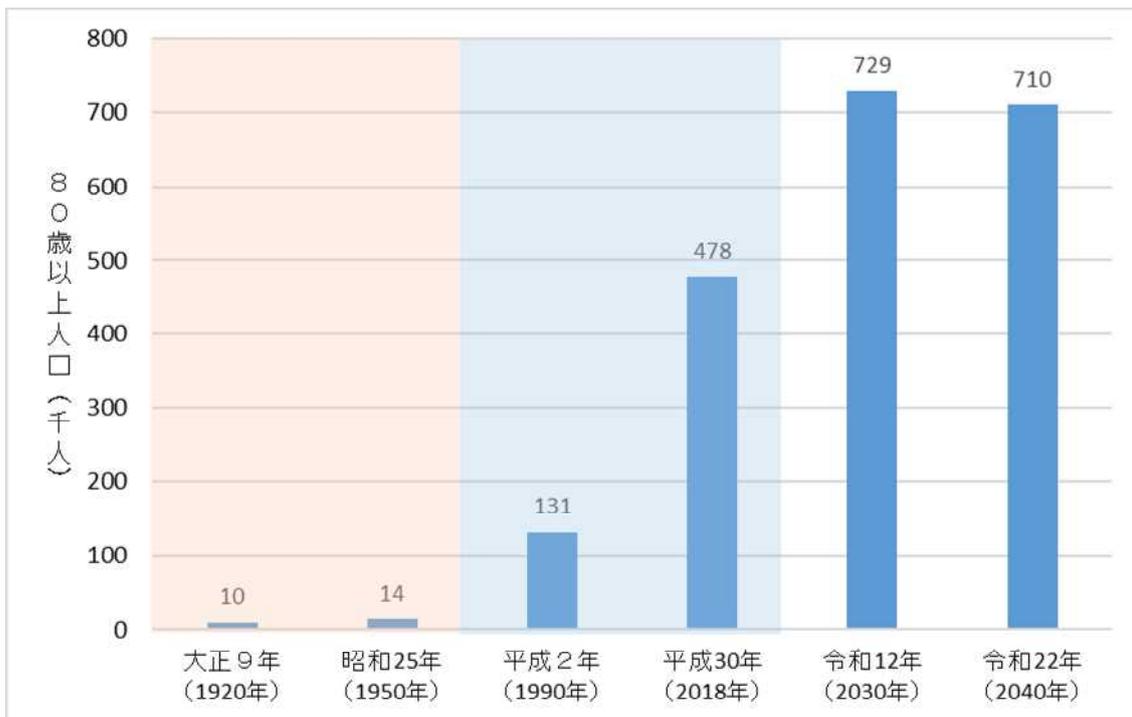
【図5】80歳以上人の推移と推計（全国）



出典：総務省「わが国の推計人口」・「国勢調査」（各年10月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位）

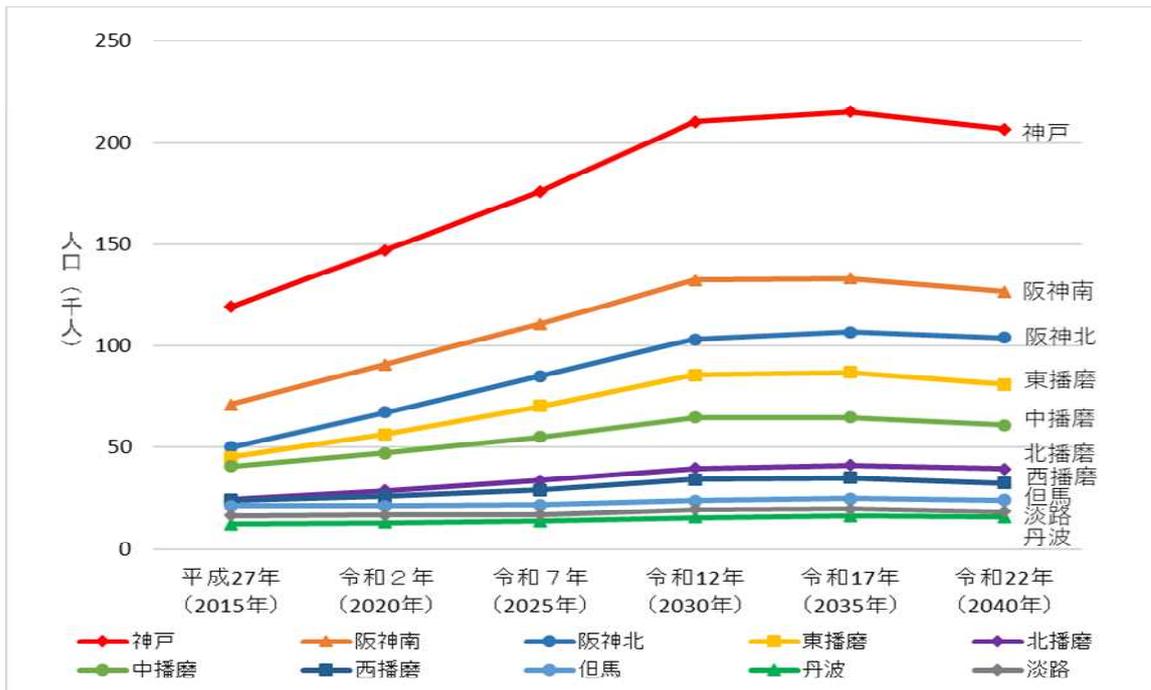
- 一方、兵庫県の80歳以上人口は、全国よりも早く、令和17年（2035年）頃をピークに減少していくものと見込まれる。

【図6】80歳以上人口の推移と推計（兵庫県）



出典：総務省「わが国の推計人口」・「国勢調査」（各年10月1日現在）、兵庫県将来人口推計（2015～65年）

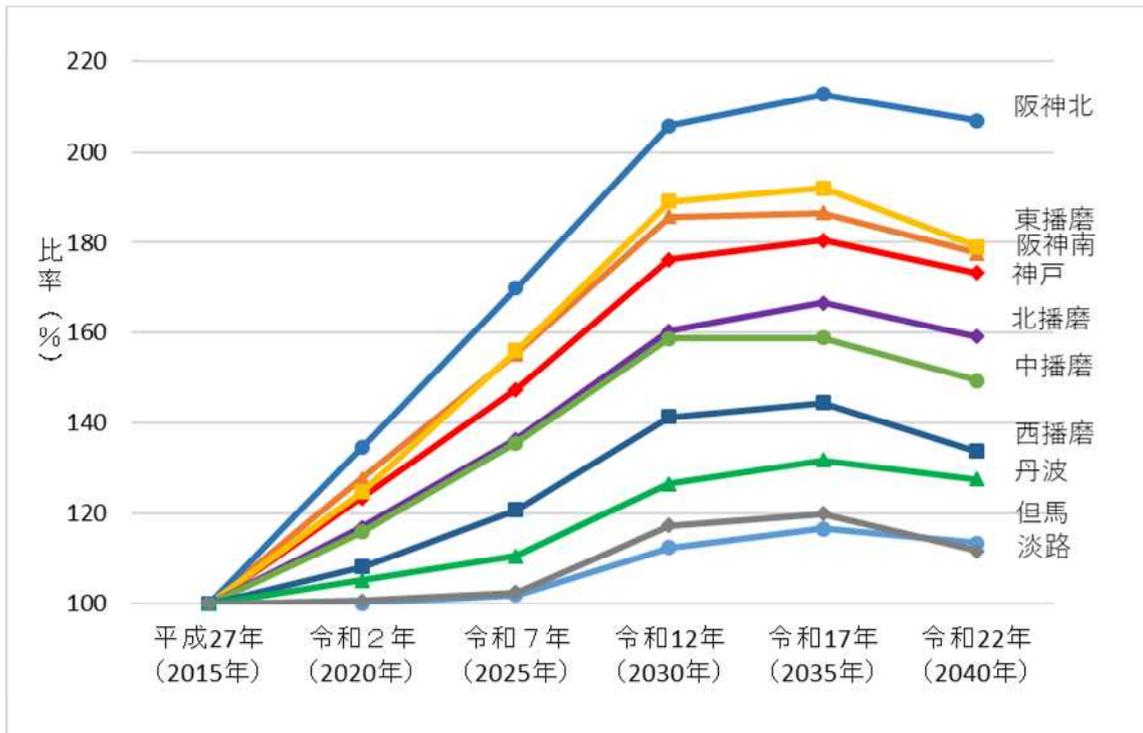
【図7】圏域別の80歳以上人口の推計（兵庫県）



出典：総務省「国勢調査」（各年10月1日現在）、兵庫県将来人口推計（2015～65年）

- 兵庫県の圏域別で見ると、都市部を抱える神戸・阪神南・阪神北・東播磨圏域の伸び率が高い。

【図8】圏域別の80歳以上人口伸び率の推計（兵庫県）[平成27年=100]

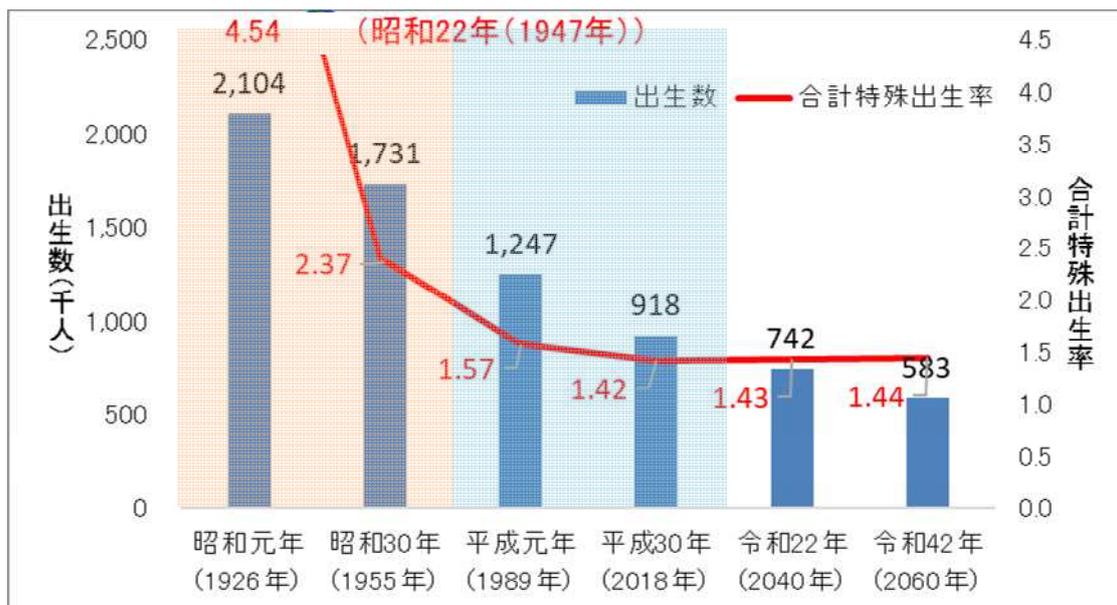


出典：総務省「国勢調査」、兵庫県将来人口推計（2015～65年）

2 超少子化

- 合計特殊出生率は、終戦直後の4.54から、昭和の間に人口維持に必要な2.07を割り込み、平成は低位で推移。令和も同様の状況が続くと推定されている。
- 全国の出生数は、昭和初期の200万人台から平成終盤には92万人へと激減した。令和でも更に減少を続け、令和42年(2060年)には58万人と推定され、さらにこの減少を加速する新型コロナの影響を考慮すれば(「6 新型コロナと対策」参照)、このままでは社会の維持が困難になる可能性が高い。

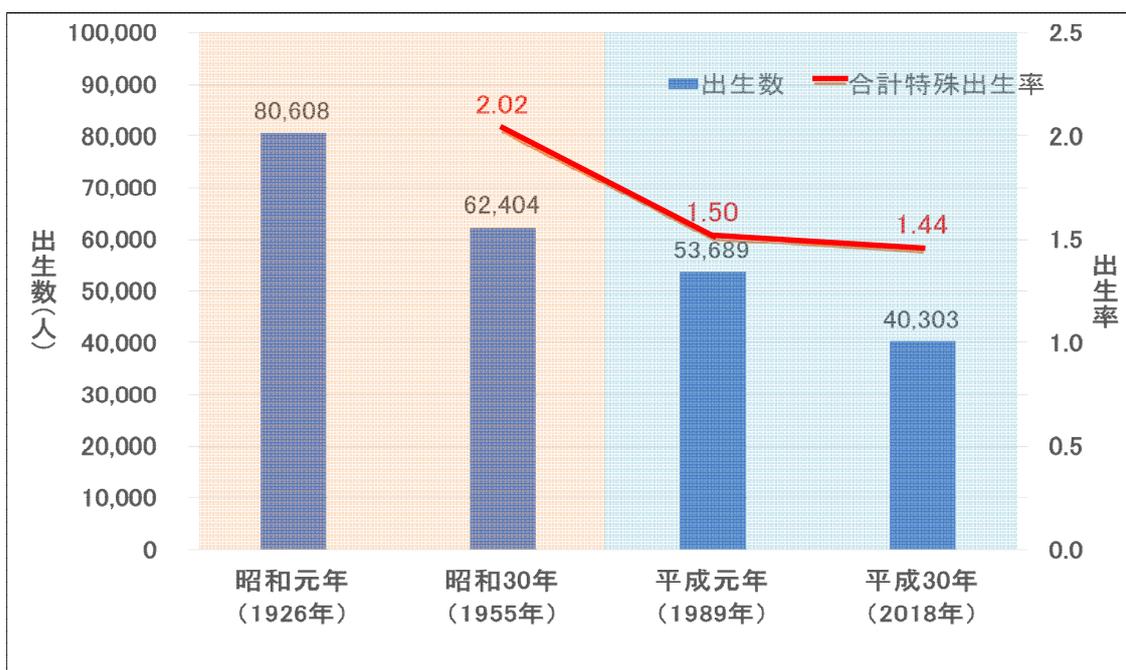
【図9】出生数及び出生率の推移と推計(全国)



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

- 兵庫県でも、昭和から平成にかけて出生数・出生率は大幅に低下した。

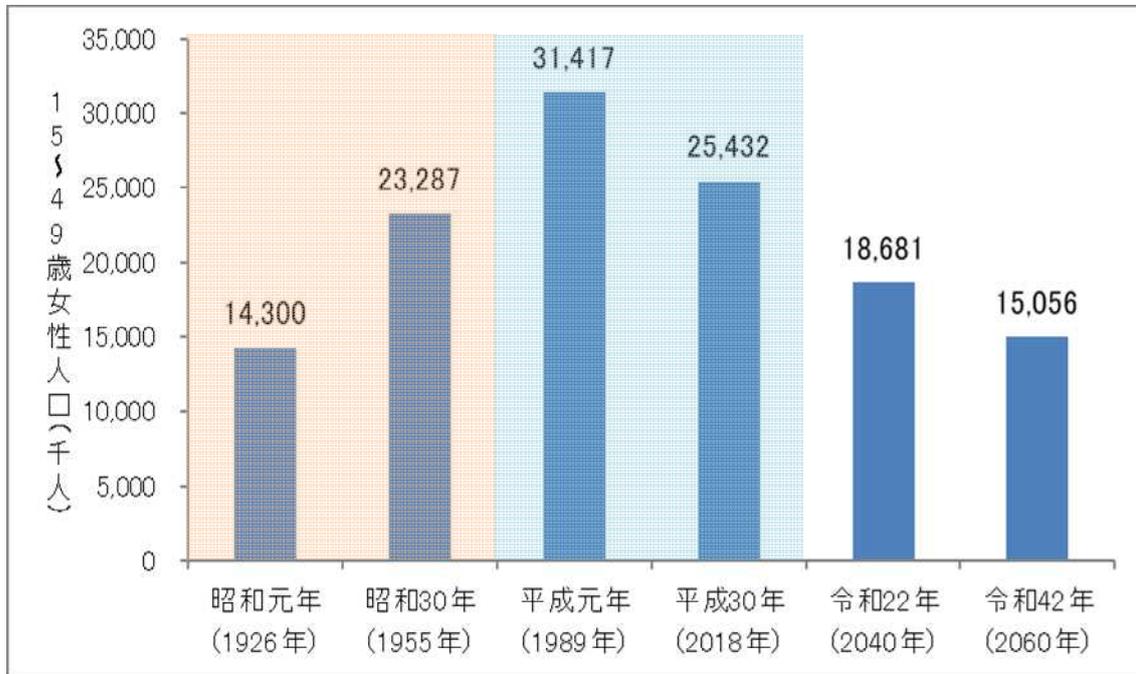
【図10】出生数及び出生率の推移(兵庫県)



出典：厚生労働省「人口動態統計」、兵庫県「推計人口」

- 出産年齢である15～49歳女性人口は、昭和では激増したが、平成では激減。令和では更に大きく減少していくと推定されており、仮に出生率が回復しても、人口が安定するまでには長い期間が必要となる。

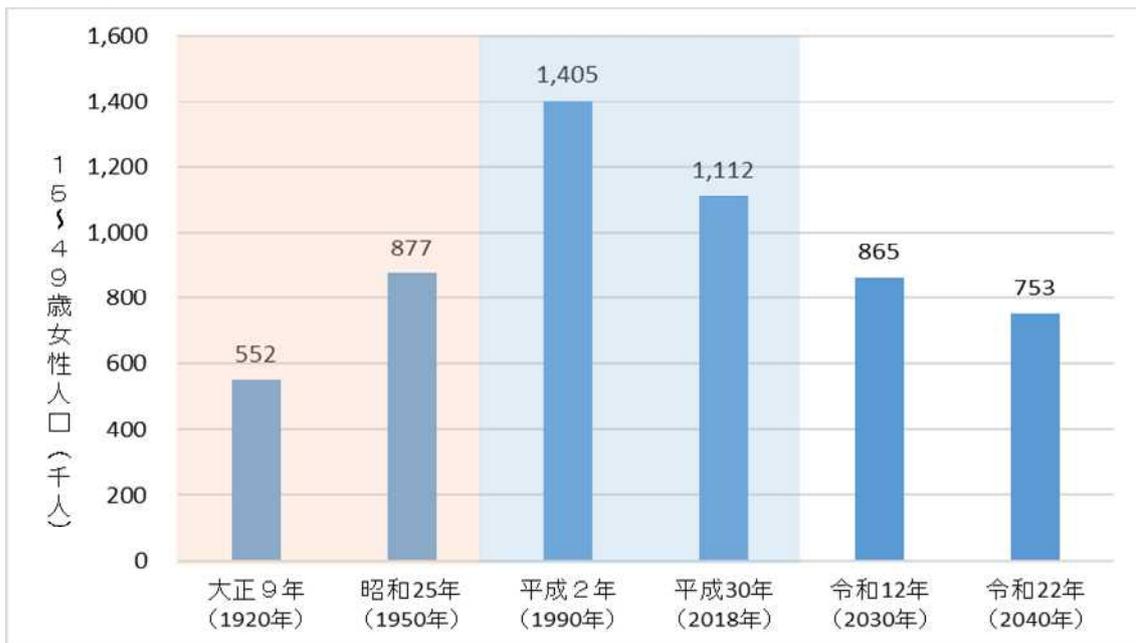
【図11】 出産年齢（15～49歳）女性人口の推移及び推計（全国）



出典：総務省「わが国の推計人口」・「国勢調査」（各年10月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位）

- 兵庫県においても同様の状況にある。

【図12】 出産年齢（15～49歳）女性人口の推移及び推計（兵庫県）

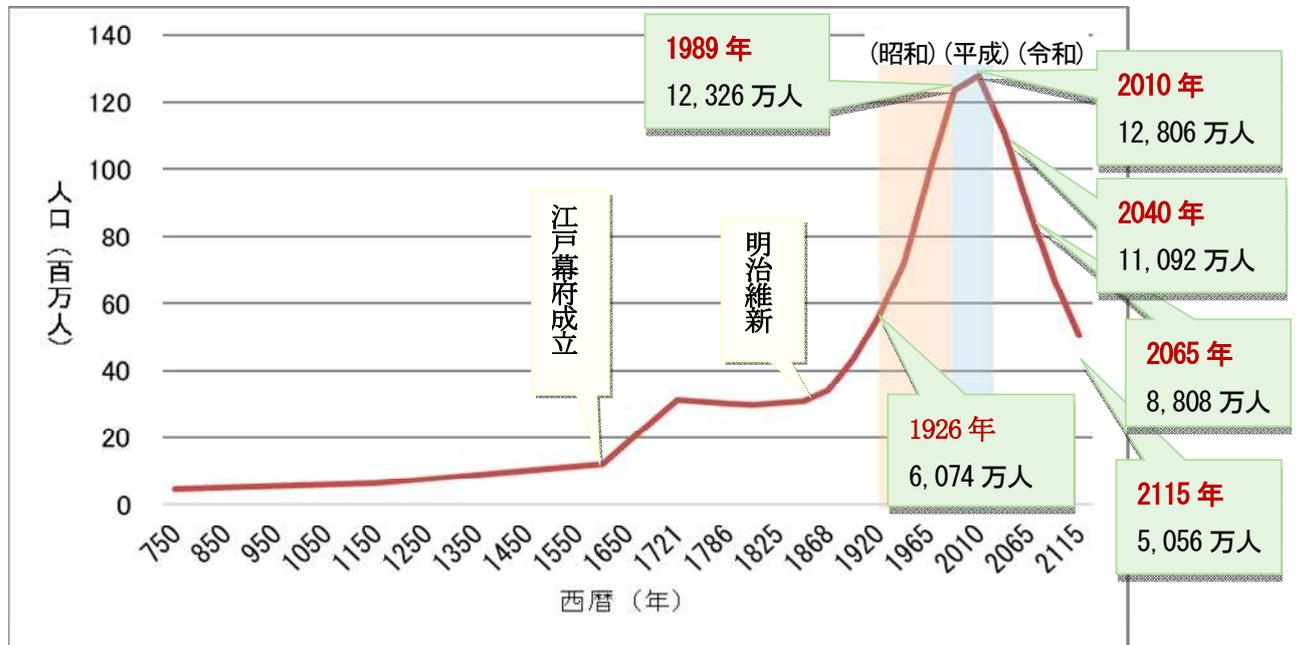


出典：総務省「わが国の推計人口」・「国勢調査」（各年10月1日現在）、兵庫県将来人口推計（2015～65年）

3 超人口減少・超生産年齢人口減少

- 我が国の人口は、激増の昭和から、微増の平成を経て、激減の令和になる。新型コロナはこの激減をさらに加速する（「6 新型コロナと対策」参照）。

【図13】我が国の総人口の長期的な推移と推計



出典：近年以前は鬼頭宏『人から読む日本の歴史』講談社（2000年）、江戸時代は森田優三「人口増加の分析」日本評論社（1944年）、1872年から2015年までは総務省統計局『国勢調査報告』及び「人口推計年報」、2020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）」（出生中位・死亡中位）

- 昭和の人口激増（64年間で約6,300万人、年平均約100万人の増）は、平成で止まり、平成を通じては微増（前半微増・後半微減：ピーク時は平成22年（2010年）12,806万人）。令和は一転して人口激減（42年にはピーク時と比較し約3,500万人、年平均約80万人の減）と推定されている。

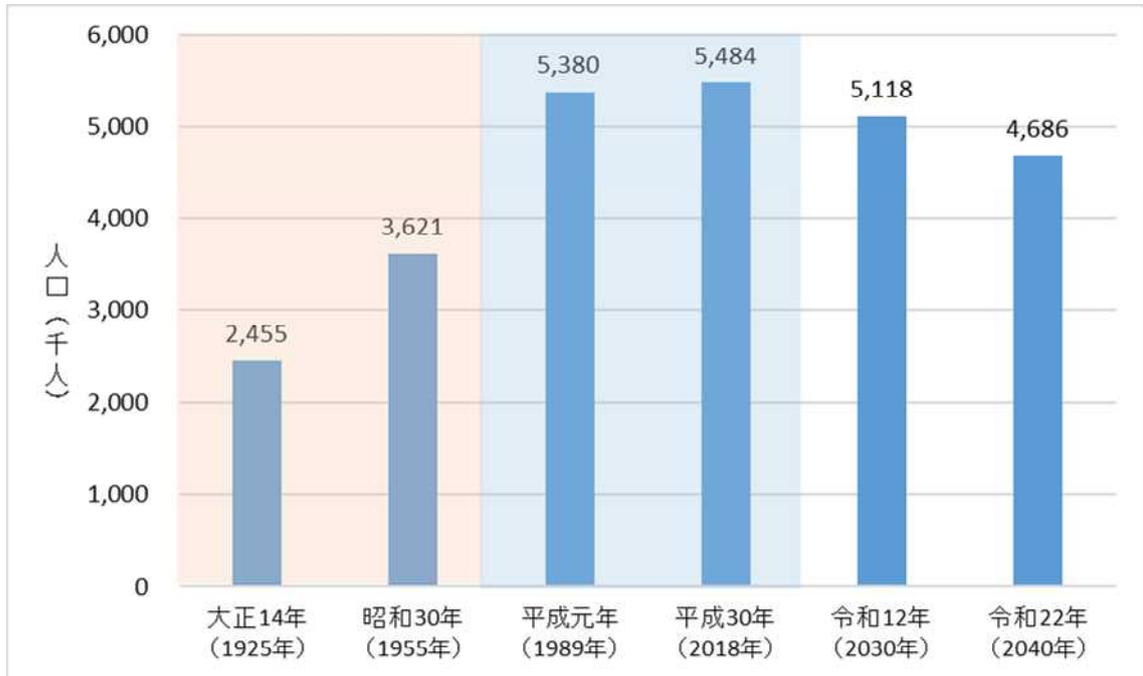
【図14】総人口の推移と推計（全国）



出典：総務省「わが国の推計人口」・「国勢調査」（各年10月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位）、総務省「労働力調査（基本集計）」（年度の月平均値を使用）

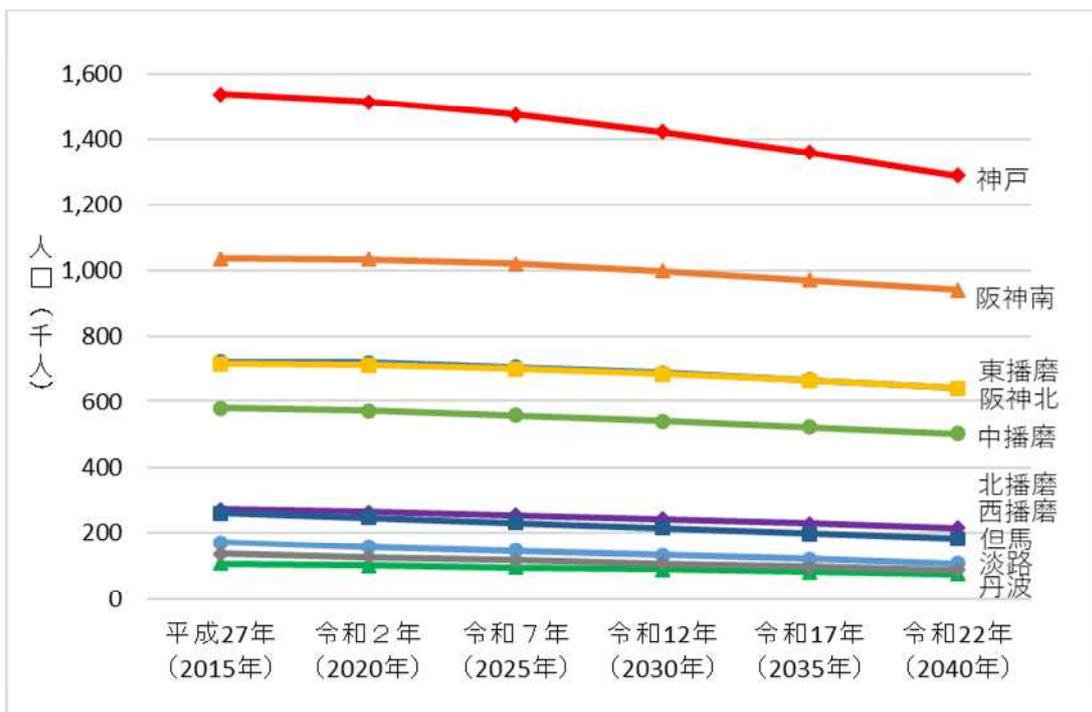
○ 兵庫県の総人口も、同様の状況にある。

【図 15】 総人口の推移と推計（兵庫県）



出典：総務省「わが国の推計人口」・「国勢調査」（各年 10 月 1 日現在）、兵庫県将来人口推計（2015～65 年）

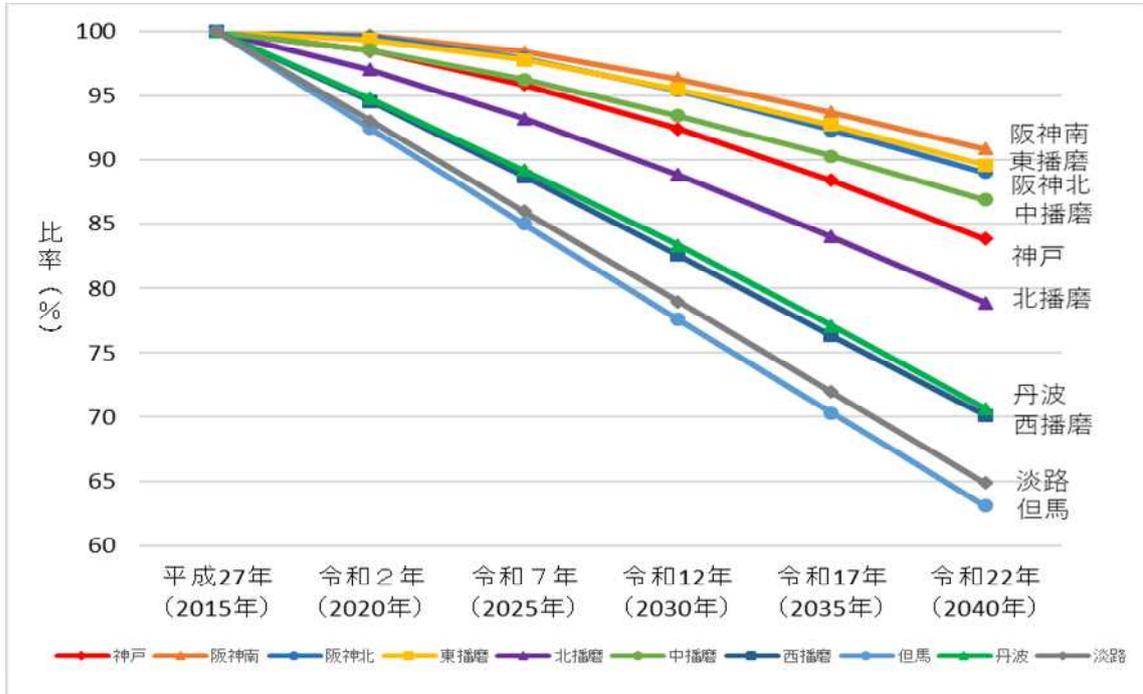
【図 16】 圏域別人口の推計（兵庫県）



出典：総務省「国勢調査」、兵庫県将来人口推計（2015～65 年）

- 兵庫県の圏域別にみると、都市部を抱える圏域（神戸・阪神南・阪神北・東播磨・中播磨）よりも、都市部以外の圏域（北播磨・西播磨・但馬・丹波・淡路）の減少割合が高い。

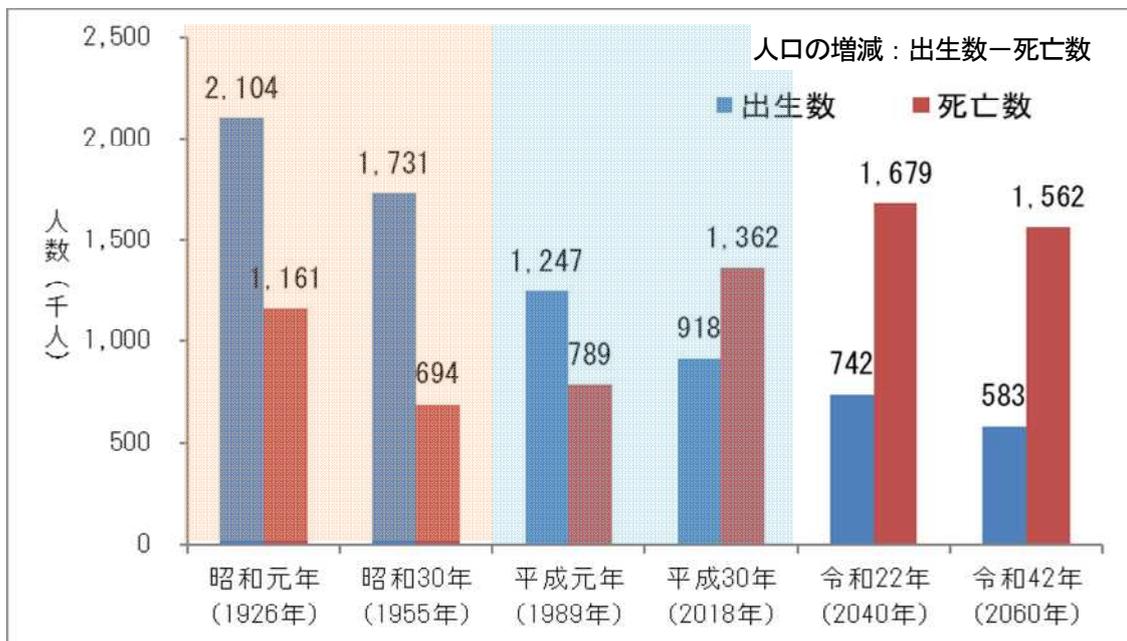
【図 17】 圏域別人口の減少割合の推計（兵庫県） [平成 27 年=100]



出典：総務省「国勢調査」、兵庫県将来人口推計（2015～65年）

- 昭和は、出生数の多さと死亡数減少で人口激増が維持された時代。平成は、出生数と死亡数が交錯し、拮抗した時代。令和は、引き続き出生数減少と高齢者増による死亡数増加の相乗効果で人口が激減すると推定され、超少子・多死・人口減社会となる。

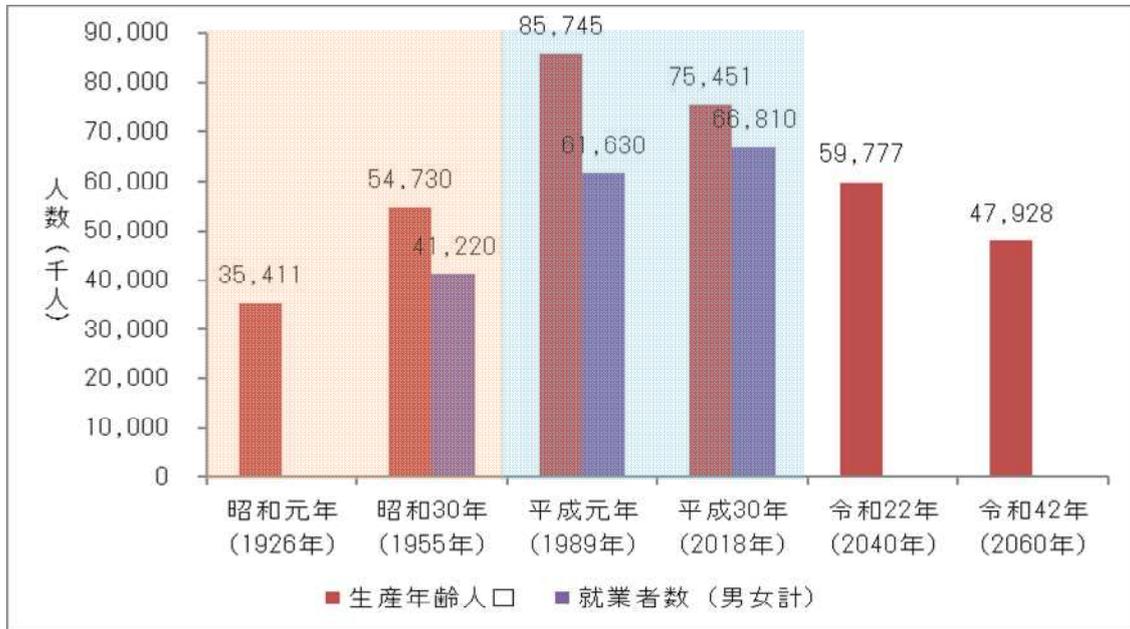
【図 18】 出生数、死亡数の推移と推計（全国）



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

- 昭和は生産年齢人口激増の時代（年平均約 80 万人の増）。平成は、生産年齢人口が約 1,000 万人減少したにもかかわらず、女性や高齢就業者の増加によりカバーされ、就業者数は若干増加。令和は生産年齢人口激減の時代（42 年間で 2,752 万人、年平均約 65 万人の減）となり、この社会的な影響は計り知れない。

【図 19】生産年齢人口、就業者数の推移と推計（全国）

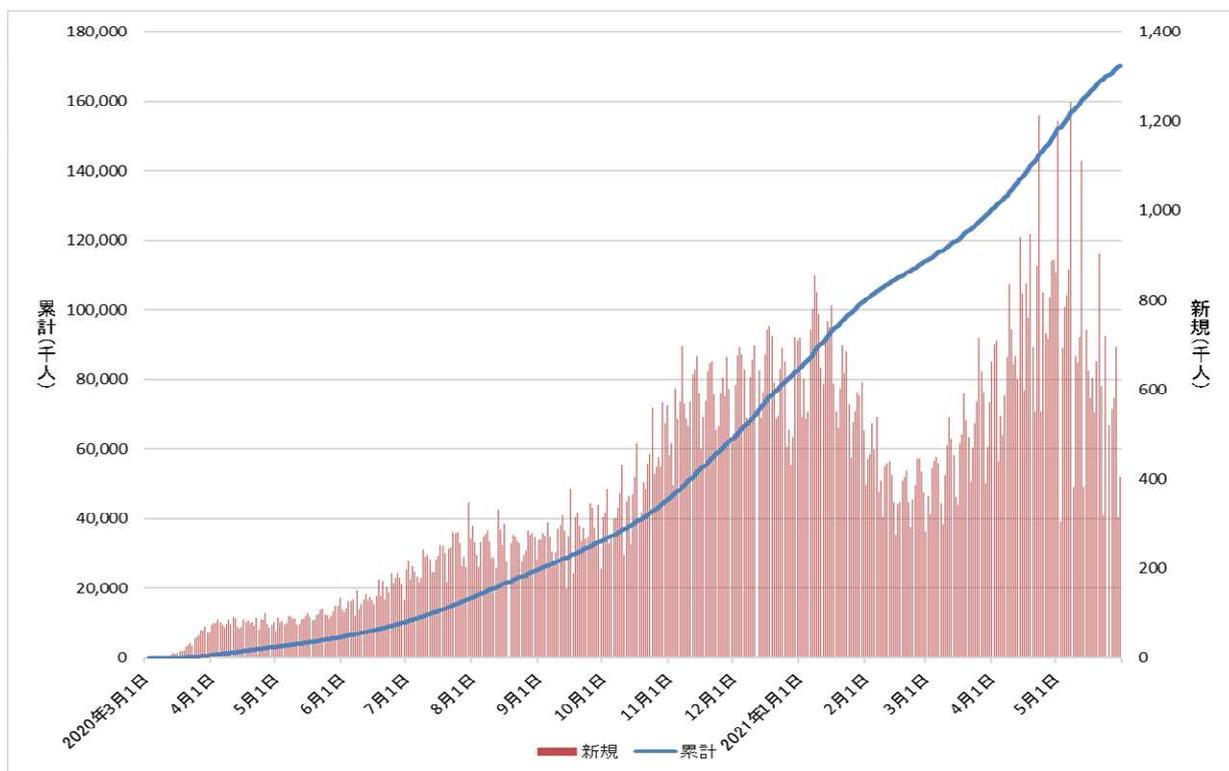


出典：総務省「わが国の推計人口」・「国勢調査」（各年 10 月 1 日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）」（出生中位）、総務省「労働力調査（基本集計）」（年度の月平均値を使用）

4 新型コロナ（COVID-19）

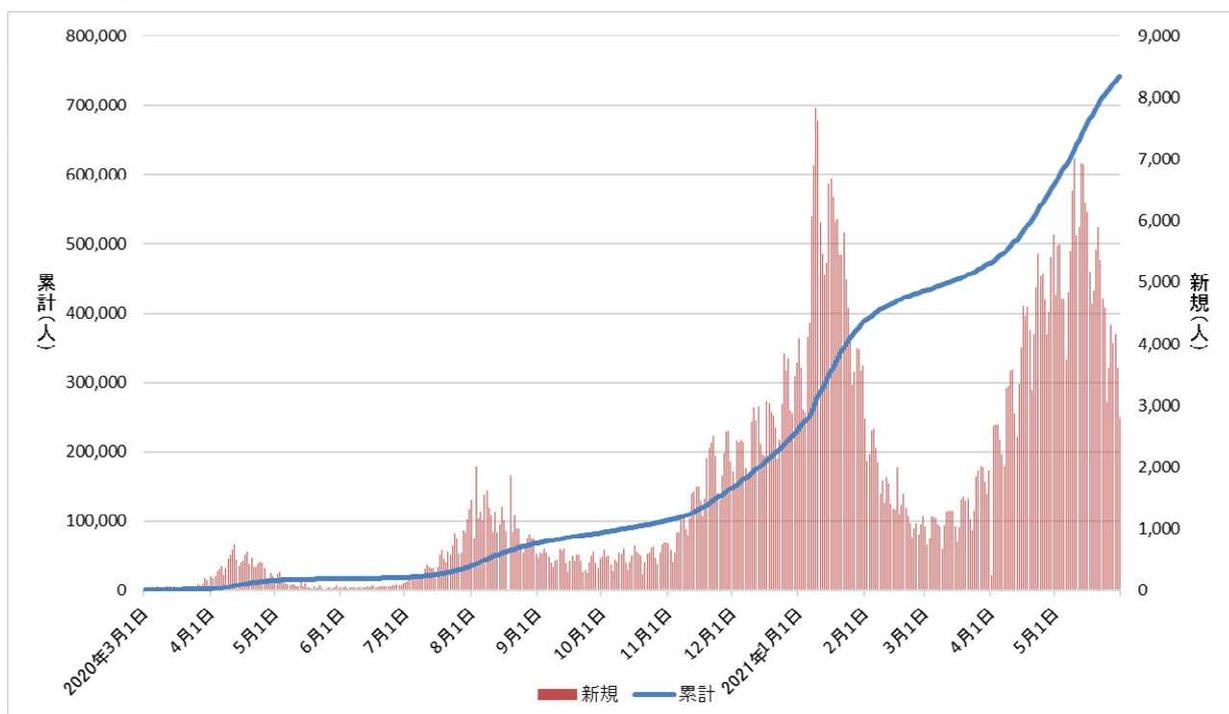
- 我が国の感染者は 2020 年（令和 2 年）2 月より第 1 波、第 2 波、第 3 波と増減を繰り返し、2021 年（令和 3 年）3 月末より、変異株の影響で、第 4 波到来、5 月初旬にピーク、後半から減少傾向。2021 年 5 月 31 日時点で、世界（日本/兵庫県）で約 1.7 億人（74 万人/4 万人）、7 日移動平均で 1 日当たり約 48 万人（0.35 万人/109 人）。
- 死亡者数は世界（日本/兵庫県）で約 354 万人（1.3 万人/0.12 万人）、7 日移動平均で 1 日当たり約 1.2 万人（94 人/11 人）。
- 無症状者が多く、正確な感染者数は不明。WHO は世界人口（77 億人）の 10%（公表感染者数の 20 倍超）は感染したと推計（2020 年（令和 2 年）10 月 6 日時点）。
- 我が国の抗体保有率は 2020 年（令和 2 年）12 月の調査で、1%以下（東京 0.91%、大阪府 0.58%、愛知県 0.54%、福岡県 0.19%、宮城県 0.14%）、この半年間で上昇したが、ニューヨーク州 12.3%、スウェーデン 7.3%と比較し、低く、集団免疫の獲得には程遠い。

【図 20-1】感染者数の推移（世界）



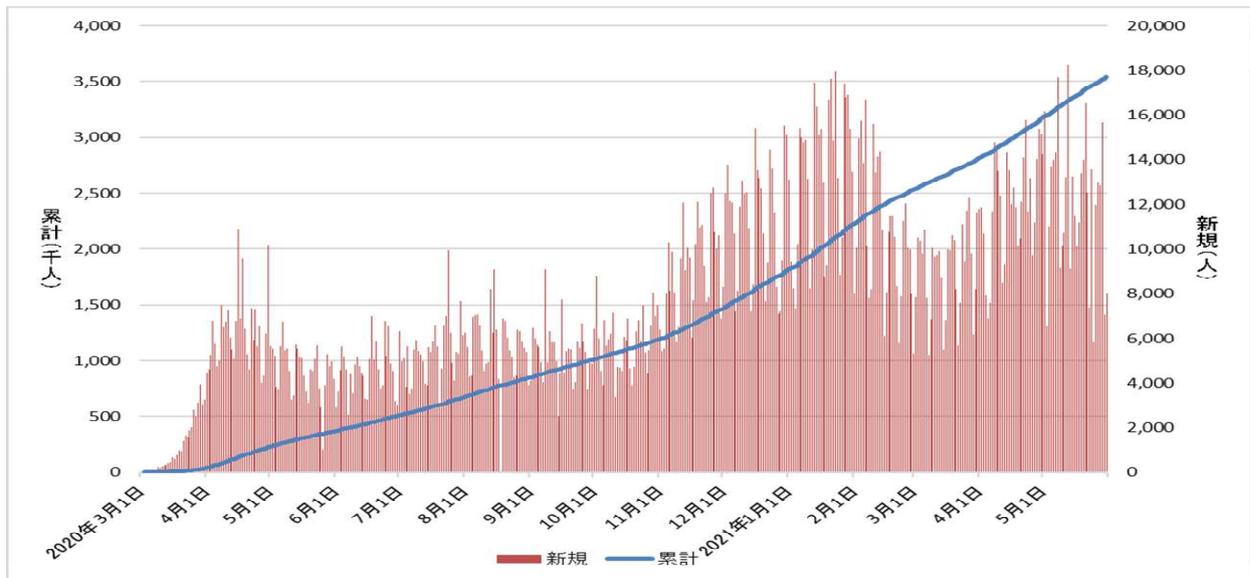
出典：厚生労働省 HP（2021年5月31日15時現在）

【図 20-2】感染者数の推移（日本）



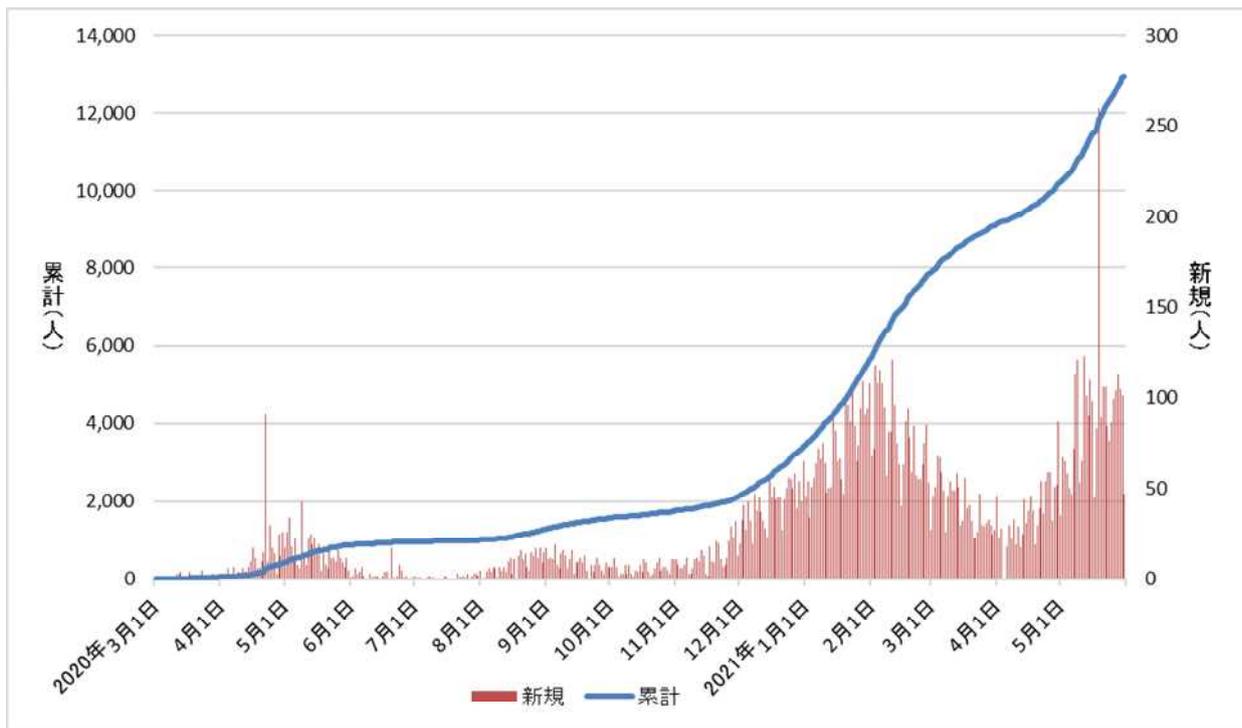
出典：厚生労働省 HP（2021年5月31日15時現在）

【図 20-3】 死亡者数の推移（世界）



出典：厚生労働省 HP（2021年5月31日15時現在）

【図 20-4】 死亡者数の推移（日本）



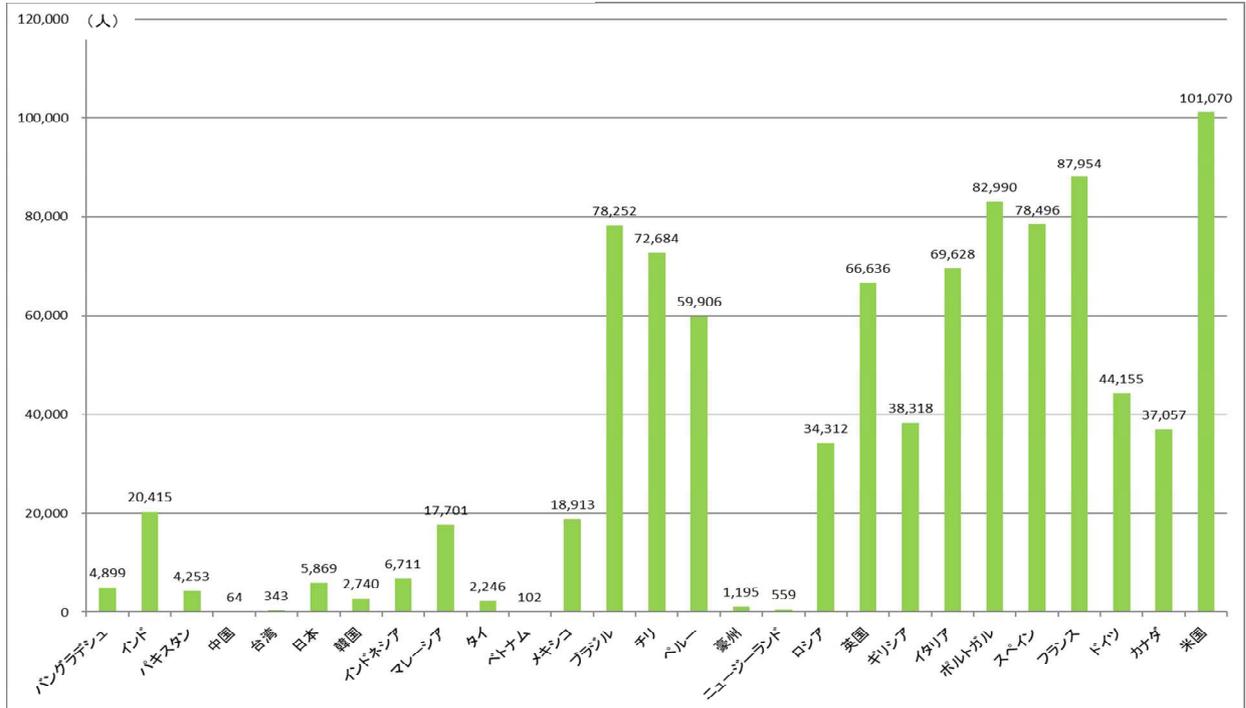
出典：厚生労働省 HP（2021年5月31日15時現在）

- 100万人当たりの感染者・死亡者は、欧米等と比較し、我が国や東アジア・オアニアは一桁以上少ない。
- この理由として、東アジアに多い季節性コロナとの交叉免疫、重症化遺伝子（ネアンデルタール人の遺伝子混合が東アジアではまれ）、BCG説、マスク・手指消毒・換気・いわゆる「三密」の回避という予防の徹底の違い等が指摘されているが、正確なことは不明である。
- 死亡率（死亡者／感染者）は我が国で約1.8%、欧米等世界で約2.1%とほぼ同様。人

口当たりの死亡者数のような大きな違いがなく、我が国・東アジア・オセアニアで死亡者が少ない主因は感染者が少ないためである。

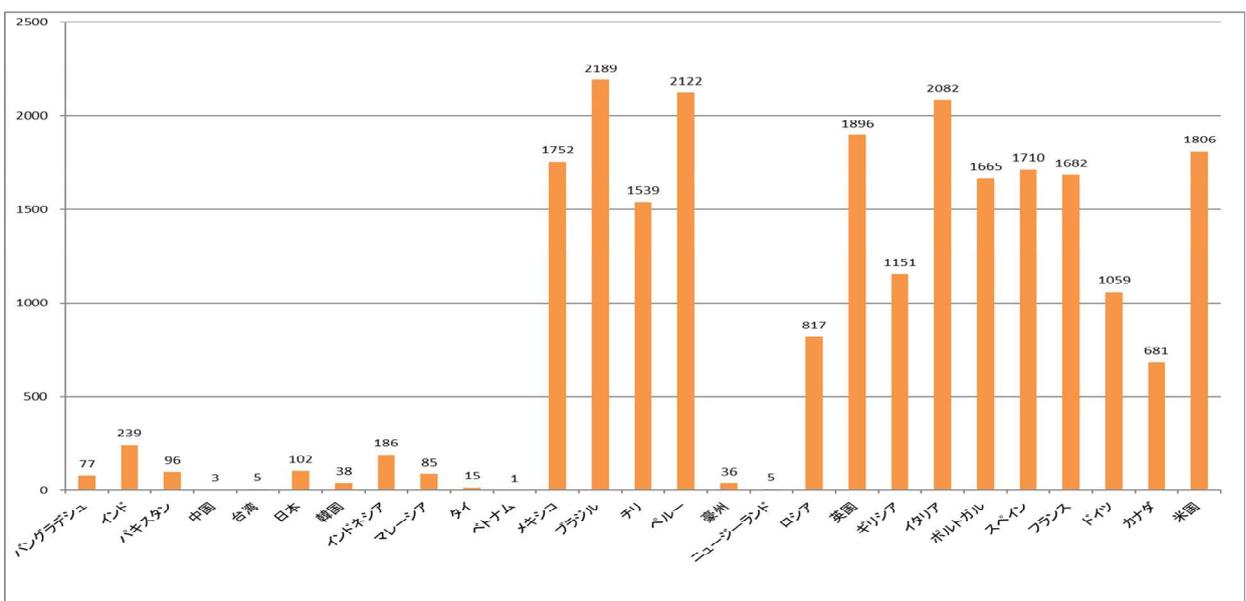
- 我が国においても人口当たりの感染者数は地域差が大きく、東京・大阪・沖縄は秋田・鳥取・島根の10倍以上である。兵庫県でも阪神地区・神戸市・東播磨では多い。

【図 21-1】人口 100 万人あたりの感染者数（世界）



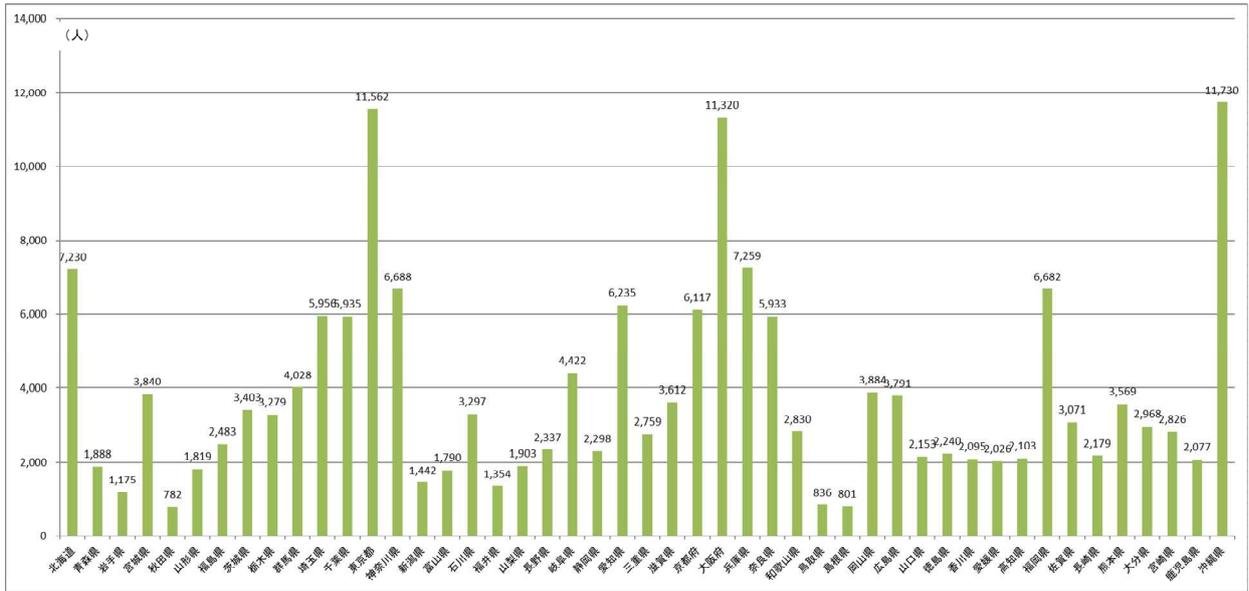
出典：厚生労働省 HP（2021年5月31日15時現在）、世界人口推計2019年版 データブックレット（国際連合経済社会局）

【図 21-2】人口 100 万人あたりの死亡者数（世界）



出典：厚生労働省 HP（2021年3月31日15時現在）、世界人口推計2019年版 データブックレット（国際連合経済社会局）

【図 21-3】人口 100 万人あたりの感染者数（日本）



出典：厚生労働省 HP（2021 年 5 月 31 日 24 時現在）、2019 年 10 月 1 日現在人口推計（総務省）

第3章 持続可能な社会への変革と提案

本章では、前章で提示した現在の延長線上にある将来社会像は、今を生きる我々の選択次第で変えられるとの確信の下、持続可能で夢のある新たな社会システムの在り方を提案する。

【提案の前提となる考え方】

- 情報AI等を先進的に社会実装するとともに、若年者・女性・高齢者をはじめとした全ての人々が、情報AI教育を受け、意欲と能力に応じて、年齢を問わず、活躍できる仕組みを構築した上で、そうした社会に適した財政・社会保障制度に転換すれば、持続可能で夢のある社会の実現が可能である。このような社会実装は、大都会よりも、既存のインフラが少なく、既得権の少ない地方の方が有利である。
- 超人口減少を一概に悲劇とは捉えずに、「人生100年・情報AI時代」を踏まえ、国や地域の活力を維持しつつ、子供を持ちたい・育てたい世帯のサポートを行政・社会の最優先課題とし、結果として出生数減少・人口減少の抑制、合計特殊出生率の上昇を実現する。
- 働きたい・社会貢献したい高齢者、女性等の意思を生かすシステムを構築することで、結果として生産年齢人口減少をカバーし、年金など社会保障経費の膨張を抑制できる。日本に関心のある外国人を移民として受け入れ、社会を活性化する。
- 医療介護の在り方を超高齢化時代の老化老衰に対するAI総合医療・AI介護にシフトすることにより、結果として医療介護費の膨張は抑制される。
- その際、我が国よりも人口規模の小さな欧州先進国（英・独・仏等）の社会・経済制度等も参考にして、我が国に適した在り方を考えるべきである。
- 新型コロナパンデミックは、我々に有事の感染医療体制の再整備、アナログ・人口密集社会から情報AI・人口分散社会への移行並びに超少子化・超人口減少・高齢者フレイルの加速に対する対応を強いている。

こうした考え方の下、人生100年時代の主な特徴・社会像と社会の転換方向について、キーとなるものを中心に表の6つのトレンド・分野に区分し、以下、区分ごとに主な基本認識と提案を提示する。

【人生 100 年時代の主な特徴・社会像と社会の転換方向】

トレンド・分野	特徴・社会像	社会の転換方向
1 情報 AI & SDGs	工業化・情報化社会から情報 AI 時代 (Society5.0 や MaaS) へシフト 学生・高齢者を含む全県民の AI 教育による人材養成と AI の実証実験課題を地球全体の問題として考える。	情報 AI 日本一の県を目指す：情報 AI は超高齢化・超人口減少・超少子化時代に対応する必須のツールという意識改革
2 超少子化	「子供を持てば生活が苦しくなる」から「子供を持てば持つほど、その家庭が経済的に豊かになり、社会的に優遇される」システムへシフト	情報 AI も活用し、子育て支援 日本一の県を目指す：出産・育児は社会貢献（社会の宝）という意識改革
3 超人口減少・超生産年齢人口減少	多くの地域・自治体の消滅の危機が、地方から都会へ波及 これまで経験したことのない持続的消費ニーズの量的減少・労働者不足・高齢者趣向へシフト	情報 AI も活用し、 地域の再編・再生支援 日本一の県を目指す：地域・自治体の再生復興に地域住民、特に医療・介護・教育関係者が行政と一体となって取り組む イノベーションによる高品質・少量生産・高価格・高生産性（高賃金）社会の新構築
4 超高齢化	仕事をしたい、社会貢献したい、生涯現役でいたい女性・高齢者の意向を生かす社会へシフト	情報 AI も活用し、 女性や高齢者の働きやすさ&社会貢献しやすさ 日本一の県を目指す：個人の人生設計の変更・社会の意識改革・新システムの構築
5 超高齢化時代の医療・介護	ニーズの中心がこれまでの成人を対象とする生活習慣病・急性期・臓器別・延命医療から超高齢者を対象とする老化・老衰・看取り（人生会議）という AI 総合医療・AI 介護へシフト	AI 総合医・看護師・介護士の養成 日本一の県を目指す：医師・看護師・介護士並びに社会全体の意識改革
6 新規感染症パンデミック時代の感染対策	水際対策（検疫）の徹底、一般的感染予防、診断検査拡大・早期発見・隔離・追跡、ワクチン開発・接種&特効薬の開発・投与によりウイズコロナからポストコロナへ、医療システムを平時から有事の感染医療へ、超少子化・高齢者フレイル進行の緊急対策へ	情報 AI を活用した感染対策 日本一の県を目指す：情報 AI を活用した感染拡大予測・対策・有事医療体制の提示、緊急超少子化・フレイル予防対策 の実施

1 情報 AI・SDGs (Sustainable Development Goals) と対策

(1) 基本認識

【主な認識】

- ① 情報 AI 技術の実用化による人の仕事の AI への置換えや新産業の創出が、超人口減少・超生産年齢人口減少・新規感染症発生の中でも豊かな社会を持続可能とし、発展させるキーとなる。
- ② そのためには、国・地方自治体を挙げて、小学生から高齢者を含めた全県民の情報 AI 教育による人材の育成並びに民間企業等と連携した実証実験の推進を行うことが不可欠である。
- ③ 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る「標準から個性」、「組織から個人」、「自由度の高い社会」になる。
- ④ 一方、多くの国民・行政の意識は依然として以前の Society3.0&4.0 の工業時代・情報時代の意識が根強く残存している。対策として、デジタル庁が設置されるが、依然として、マイナンバーカードの普及すら遅れている。

【説明・その他認識】

- ① Society5.0 や MaaS が現実になり、ドローン(宅配)、AI 家電(AI 冷蔵庫・AI スピーカー)、医療介護の情報 AI 化 (AI 問診・診断、オンライン診療・介護ロボット・見守りサービス等)、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・自動運航船) 等は間もなく実現する。これらは既存の人の仕事にとって代わるとともに新規産業の雇用も生む。

これらの技術革新と社会実装が、超人口減少・超生産年齢人口減少を補完し、他の対策と相まって超人口減少等の中でも豊かな社会を持続させ、更に発展させることが可能になるものと期待される。我が国の危機は、AI の普及を進め、人を定型かつ長時間の労働から、創造的な仕事や心豊かな生活へと向かわせる新たな社会を創造するチャンスでもある。また、経済発展と社会的課題の解決を両立することを目指す Society5.0 の基盤となる情報 AI 技術は、SDGs の「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に大きく寄与するものであり、経済発展と併せて、貧困解消、健康長寿、環境保全、教育等の機会均等、社会参加、連帯、公正、労働の補完、安全・安心の向上、地域格差の是正などによる社会の幸福度向上を目指して、開発・活用していくことが求められる。

- ② そのためには、情報 AI 技術の社会実装に向けた実証実験の推進が不可欠であるが、リアル環境での実施には多くの規制が伴うことから、開発が進みにくい現状にある。また、開発や運用には、多くの専門人材が携わることが必要となる。このため、国や地方自治体を挙げて、民間企業等が行う実証実験を支援する環境整備を行

うとともに、民間企業等と連携して実証実験を推進、専門人材の育成を計画的に進めることが重要である。

- ③ 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、人と人が繋がるができる。「標準から個性」、「組織から個人」、「自由度の高い社会」が可能になってきた。一方、あらゆる面で、国民のプライバシー管理が可能な危険な時代ともなる。
- ④ マイナンバーカードの普及率も令和3年5月1日で30%と遅れ、全国民ワクチン接種の阻害要因になる可能性が指摘されている（「6 新型コロナと対策」参照）。

(2) 提案

【主たる提案】

情報AI 日本一の県を目指す。

「人生100年・兵庫AI推進委員会」を設け、指定を受けている国家戦略特区（関西圏）も活用し、日本の縮図である兵庫県全域をAI特区として、以下の分野で、先端的AI技術の教育・実証実験を先導的に行い、兵庫県をAIの普及・利活用の先進県とすべきである。

- ① AI教育支援：情報AIの普及には、それらを開発・運用できる人材が必要不可欠であり、学生時代からの教育並びに社会人や高齢者のリカレント教育を計画的に推進する必要がある。県内大学等と連携し、情報AI教育に関する小・中・高から大学までの一貫したプログラムとリカレントプログラムの独自の作成
- ② AI実証実験支援：AI技術は実用化に近づいており、自動運転やドローンをはじめ、実証実験が必要なフェーズに入っている。これら先端の情報AI技術を実験的に導入できる環境を県全体で作り、兵庫県全体をAI特区とする。
- ③ 子育てAI支援：「2 超少子化と対策」参照
- ④ 地域再生AI支援：「3 超人口減少・超生産年齢人口減少と対策」を参照
- ⑤ 働きやすさAI支援：「4 超高齢化と対策」を参照
- ⑥ 医療介護AI支援：「5 超高齢化時代の医療・介護と対策」を参照
- ⑦ 感染対策 情報AI支援：「6 新型コロナと対策」参照

【説明】

国家戦略特区とは“世界で一番ビジネスをしやすい環境”をつくることを目的に、地域や分野を限定することで、大胆な規制・制度の緩和や税制面の優遇を行う規制改革制度である。平成25年度に関連する法律が制定され、平成26年5月に最初の区域が指定された。特区として指定されている区域は10区域（平成31年3月現在）あり、関西圏（兵庫県・京都府・大阪府）のほか、養父市も指定区域とされている。

1) AI 教育支援

- 企業経営、医療、政策決定、製造、サービス、あらゆる社会的活動がデータと AI で支えられる社会が既に始まっており、それを支えるデータサイエンティスト及び先端 AI 人材の育成は急務である。また、先端人材以外の多くの者にとっても、仕事や生活上で情報 AI の知識・活用力は基礎的な素養として必要となる。小学校から始まる情報 AI 教育においては、こうした目標に応じたプログラム体系が未だ確立していないことから、漫然とプログラミング教育をするのではなく、技術の進化に応じて柔軟に見直しが行える仕組みを講じつつ、基礎的な素養の習得、データサイエンティスト及び AI 活用の出来る人材の育成を将来のゴールに設定したカリキュラムなど、目標や能力に応じた体系的な教育カリキュラムを組むべきである。また、実施に当たっては、どの学校においても一定レベルの教育ができるよう、基礎的な教育については、大学等が連携して e-learning 教材を作成し、オンライン授業により行うことが考えられる。新型コロナパンデミックはこの状況の実現を強いたが、今後、さらなる改善が期待される。サポート体制の整備が重要である。
- 企業や自治体、様々な組織でデータ活用が始まると、データを分析する仕事だけでなく、必要なデータを収集する仕事や分析に適した形に加工するデータクレンジングの仕事、それらの活用を指導する仕事なども同時に大量に発生する。近年、高性能な PC が非常に小型化軽量化しているのも、こうした技術を学ぶことで、場所や時間を選ばずに仕事ができるようになる。こうした仕事は年齢や性別に関係なくできるので、高齢者や様々な事情で自宅を離れられない人の眠っている労働力を活性化することも期待できる。
- リカレント教育においては、企業等に勤務する社会人を対象としたプログラムのほか、在宅の女性や高齢者等を対象としたプログラムを用意し、できるだけ柔軟に受講と修了ができる仕組みとして、県独自の認証を行う。その中で現在の高齢者大学（シニアカレッジ）については、起業も視野に年齢を問わず幅広い層が情報 AI 等を学ぶことができる機会を提供するものへと改編することが考えられる。新型コロナパンデミックは、特に高齢者のリカレント教育対策の重要性を明らかにした（「6 新型コロナと対策」）。

2) AI 実証実験支援

- 兵庫県は日本の縮図であることから、AI 特区を設けて実用レベルでの実験を行うことにより、兵庫県の成果を他地域に波及させることができる。また、上記の技術の活用や社会実装を進めるに当たっては、これまでと異なり、東京のような大都会では、既得権やこれまでの膨大なインフラ整備が逆に変化の阻害要因となり、人口減少や既得権の少ない地方が有利となる。

[AI 実証実験の具体例]

- 現在、クロネコヤマト社と米国のベル社は、1 回の充電で約 30 キロの荷物を最高時速 160 キロの自律飛行で約 50 キロ先まで運べる大型ドローンを開発しており、

これらを農産物や畜産物の輸送に利用すれば、兵庫県の生産地域と消費地域の分断を解決できるだけでなく、新たなビジネス機会創出が期待できる。また、自動運転も交通量が比較的少ない地域では安全に活用できると考えられる。

- 農業の分野では、AI を活用し、ソムリエの味覚を機械的に再現することが既に可能である。スマート農業により、高品質な農産物を大量に生産、販売、さらには輸出することができれば、農業のビジネスとしての魅力が高まり、若者の農業離れ解決も期待できる。他の産業も同様である。
- 水道管や道路、橋やトンネルなどインフラの管理を目的として、ドローンや特殊なロボットを利用した点検技術の開発が進められている。これら技術を活用することで、現状で維持コストの採算が合わないような過疎地域であってもインフラの維持を期待できる。また、日常的な飲み水や物資の輸送についても前述のドローンや自動運転の輸送車両を活用できる。実際、都市部においては、米や水などの重いものについては、近隣のスーパーに買いに行かず、Amazon などの通信販売で自宅まで配達してもらう方法をとる人が近年増えている。現時点で開発段階にあるドローンの最大積載量は約 65 キロであり、これを複数活用することで、都市部と同じ利便性を、過疎地域でも実現できる。過疎地域での生活を維持できれば、無理に都心へと移住する必要性も低くなる。また、陸、空、両方の輸送インフラを通常から整えておくことは、今後、阪神淡路大震災のような巨大地震や風水害などで道路が通行不能になった場合への備えともなり、県民は安心して生活できる。
- 5G の整備が進み通信インフラが高速化すれば、遠隔地同士の会議や遠隔地から会社業務に従事することも支援できるようになる。現在の回線を用いた遠隔会議では、臨場感のある映像を送信すると、データ量が多すぎるため通信にタイムラグが発生し、臨場感を損ねる問題がある。通信インフラが高速化すればそうした問題を解決できるため、在宅勤務や遠隔地からの会議参加なども臨場感を損なわずにすむようになる。更に臨場感を得たい場合には、VR の利用により、遠隔地の環境内に没入しているかのような感覚を得ることもできる。
- トヨタ自動車は、人々が生活を送るリアルな環境のもと、自動運転、MaaS、パーソナルモビリティ、ロボット、スマートホーム技術、AI 技術などを導入・検証できる実証都市、未来のスマートシティ「ウーブン・シティ」「つながる都市」を新たに作る。この未来都市を令和 3 年（2021 年）から富士山の麓の裾野市（人口 5 万人）に建設し、この実験都市にはトヨタの従業員等 2 千人が住むとのことである。人々の暮らしを支えるあらゆるモノ、サービスが情報でつながっていく時代を見据え、この街で技術やサービスの開発と実証のサイクルを素早く回すことで、新たな価値やビジネスモデルを生み出し続けることを狙う。

【その他意見・提案】

- AI は人の仕事を置き換えるところから導入を進め、そこから価値を創造する AI へと発展させていくのが適当である。
- 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。
- 我が国の高度 AI 人材は、報酬の高額なアメリカや中国への供給源となっている側面があり、人材の流出対策についても検討が必要である。
- フェイク情報を阻止し、情報の信頼性を確保するための法整備について検討が必要である。一定の規制は必要であり、行政は認証等を担うべき。

2 超少子化と対策

(1) 基本認識

【主な認識】

- ① 令和の少子化は危険水域をはるかに超え、一刻も猶予できない状況である。しかし、国・自治体は様々な対策を行ってきたが成功していない。行政・社会全体が子供を持ちたい・育てたい世帯を全力でサポートするべきである。その結果として、出生数や合計特殊出生率の減少は抑制され、回復していく。発想の転換が求められる。
- ② 現在の妊娠・出産・育児・子育ての最大の受益者は社会であり、受益者である社会が、結婚や子育てを望む人や世帯を経済的・社会的・心理的にサポートするのは当然である。国の政策として、不妊治療に対する支援が令和3年(2021年)1月から拡充され、令和4年(2022年)には医療保険適用となるのは画期的である。
- ③ 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。
- ④ 超少子化と言われながら、我が国では、現在も人口妊娠中絶が年間16万件もあり、多くが様々な社会的・心理的理由によるもので、膨大な若い命が失われている。
- ⑤ 上記の状況把握のための情報収集・発信、横のつながり、助け合いも不十分である。
- ⑥ 学校教育の成果として、全国的に基本的な知識・技能についての平均的な学力は獲得されている反面、未だ一律的な学び方が継承されているため、各子供の特性に合わせた教育を更に充実することが求められる。
- ⑦ 新型コロナパンデミックは、超少子化を加速する。(「6 新型コロナと対策」参照)

【説明】

- ① 図9で示したように、出生数は昭和後半・平成で減少し、令和では更に激減すると推定されている。このままでは日本という国自体の存続が危うい。
- ② 妊娠・出産・育児・子育ては、社会貢献そのものである。特に、5.5組に1組が不妊に悩むわが国で、これまで不妊治療は、医療保険の適用がなく、特に高額な特定不妊治療(不妊治療のうち体外受精及び顕微授精)については、国や県が一定要件を定めて費用の一部を助成していたが、当事者にとって相当の負担であった。今回、令和3年1月から助成制度が拡充し、助成金が増額され、令和4年からは医療保険が適用されることが閣議決定された。

少子化の要因として、「未婚化」や「晩婚化」も決して見過ごせない。国の調査によると、18歳から34歳の男女の約9割が「いずれ結婚するつもり」と回答し、この割合は1980年代以降、ほぼ一定している。つまり、結婚願望は現在も変わらず強いといえる。しかし、50歳時点での未婚率は2000年代から急上昇しており、結婚へのハードルが高くなっている可能性がある。50歳時点の未婚率は1985年まで男女とも5%未満だったが、2015年には男性23%、女性14%と過去最高となった。未婚化は男性に顕著な傾向である。国の推計では2035年に男性の未婚率は30%近

くに達する。このままでは男性のほぼ3人に1人が独身のまま年を重ねる社会になる。未婚化や晩婚化は少子化に直結することから、結婚を望む人を、これまで以上に支援する取り組みが一層重要になる。

- ③ 妊婦や子育て中の親が個人的・社会的・経済的理由で深刻な悩みを抱え、孤立しているケースが多数ある。従来子育ては集団で行うことが、母親の生態学的にも社会学的にもふさわしい方法であり、これまで実施されてきたことであるが、近年の子育ては孤立することが多く、子育てを難しくしている。
- ④ 心理的・社会的・経済的な問題を原因とする中絶に対応することにより、様々な事情で失われている命を救う。年間の人口妊娠中絶件数16万件を10%減少させることができれば、毎年16,000人の赤ちゃんの命を救うことができる（兵庫県の場合、人口妊娠中絶は約5,400人/年の10%で540人/年）。
- ⑤ 子育て支援の情報収集や、きめ細かな24時間対応の子育て相談支援等に向けたAI支援が必須である。また、結婚を望む人への支援拡充も重要になる。
- ⑥ 新学習指導要領による国の方針は示されているが、未だに、これまでの一斉授業の形式である黒板の前に並んで学ぶ教室の状況が継承されている。個々の子どもの特性をより活かすような学力観に立ち、体験的な学習や問題解決的な学習による思考力・判断力・表現力を育てる実効性のある教育が急がれる。

(2) 提案

【主たる提案】

子供は社会の宝とし、子育て支援、日本一の県を目指す。

- ① 国を挙げて「子供は社会の宝」であるとの意識と子育てを社会全体で応援する機運の醸成を図り、結婚したい、子育てが楽しいと感じる社会的風土をつくるべきである。そのため、情報AIを活用した「子育て助け合い全県ネットワーク兵庫」を立ち上げ、子育て支援のための情報収集・解析・24時間相談・発信・連携協力を、県を挙げて行うべきである。
兵庫県が「ひょうご出会いサポートセンター」などを通して行っている縁結び支援事業は、行政が手がけていることもあって広く信頼を得ており、実績も上げている。さらに拡充し、結婚したい男女をサポートする体制を手厚くするべきである。
- ② 医療保険を活用した早期からの不妊治療を国・県を挙げて推進すべきである。
- ③ 子育て中の者（特にひとり親世帯）がライフスタイルにかかわらず一定の生活水準の下で仕事と子育てを両立できるよう、総合的な支援策を用意すべきである。
- ④ 子育て世代の経済的負担を軽減するため、大学までの教育費無償化の対象範囲を大幅に拡充するほか、低所得者世帯の住宅の取得等に対する支援を強化すべきである。また、子育て世帯への経済的支援として、第3子以降を出産した子育て世帯に100万円相当を給付する。

- ⑤ 保育を支える人材の確保が更に困難となることが懸念されるため、保育士の給与を少なくとも全産業平均まで引き上げるべきである。
- ⑥ 保育をはじめ、高齢者が子育てに参加するシステムを構築（講習・サポーター制）すべきである。
- ⑦ 思いがけない妊娠をした女性に対する相談、生活・経済支援、子の社会的養育等を充実し、妊産婦と失われている「いのち」の保護を強化すべきである。特に、虐待を受けた子供たちについては、里親やファミリーホーム、児童養護施設等への入所を進めるなど、社会的養育をさらに推進する必要がある。
- ⑧ 育児は共同で行い、地域における子育て支援の充実をさらに強化すべきである。さらに、男性も育児休業を積極的に取得し、社会全体がサポートするシステムを構築すべきである。
- ⑨ 各子供の特性を具体的に把握し、学びのアセスメントを詳細に把握するための学校教育における抜本的な意識改革と適切な教育が行える教員数の配置を行い、一律ではない学びの方法を確立する。そして、各子供に応じた学びの主体性を第一とする学校教育を構築すべきである。
- ⑩ 超少子化に対する新型コロナパンデミックの影響は深刻で緊急対策が必要である（「6 新型コロナと対策」参照）。

【説明】

- ① 基本認識で述べたように、今の社会は、残念ながら子育て世帯を迷惑視するような風潮を生み出している。しかし、子供は日本の未来を支える人材（社会の宝）であって、子供なしには社会の存続もあり得ない。従って、子育て世帯には感謝し、子育てを社会全体で応援する機運の醸成を図り、結婚したい、子育てが楽しいと感じられる社会的風土をつくることが重要である。

そのためには、政府・自治体広報や公共広告等によるキャンペーンも重要であるが、表面的なフレーズだけでなく、真に機運醸成に繋がる高い理念の表明と具体的な施策による裏付けが不可欠である。「子育て助け合い全県ネットワーク兵庫」では、民間とも協力して24時間、双方向で対応する。

なお、熊本県では株式会社アルベルトと共同でAI・高性能チャットボット「スグレス」と「LINE」を活用した、24時間、県民と対話可能な「聞きなっせAI くまもとの子育て」を2018年より立ち上げている。

兵庫県は県内10ヶ所に「ひょうご出会いサポートセンター」を設け、平成22年度から登録会員同士のお見合いを仲介している。さらに知事が委嘱する「こうのとりの大使」が各地域で交流イベントを開くなど、他府県に先駆けて、多種多様な出会いをサポートしている。これまでに1,725組が結婚し、一定の実績を積んできた。新型コロナウイルスの感染拡大で民間の結婚仲介サービスの需要が高まるなど、結婚を望む人が行動に移しているとの指摘もあり、県が縁結び支援事業を強化する好

機ともいえる。行政が結婚支援を手がけることについては「価値観の押しつけである」との反発もあり、打ち出し方には配慮が求められるが、若い世代の結婚願望の強さに応えるべく、出会い支援のPRや結婚に関する意識調査などを行う意義は大きい。

- ② 不妊とは、妊娠を望む男女が避妊をせずに1年間妊娠しないことである。その場合、不妊検査を早期に受け、医療保険を利用し、不妊治療を開始すべきである。不妊治療の成功率は年齢と共に減少するため、早期からの不妊治療が望まれる。
- ③ 結婚観や家族の在り方が多様化する中で、いわゆるシングルマザーなど、ひとり親の子育て世帯も増加している。従来家族観や固定的な性別役割意識にとらわれず、子育て中の者が、夫婦であれ、ひとり親であれ、一定の生活水準の下で仕事と子育てを両立できるよう、特に低収入に陥りがちなひとり親世帯への支援拡充をはじめ、子ども食堂等の子供の居場所づくりを含め、種々のライフスタイルに対応した総合的な支援策を用意する必要がある。
- ④ 第2子以降の出産・子育てを躊躇する理由として、特に大学の教育費用の不安が大きいことから、大学までの教育費無償化の対象範囲を大幅に拡充する。また、子育て世帯が良好な環境で安心して子育てできるよう、特に若年の子育て世帯の住宅取得等に対する支援を強化する。その際、空き家の有効活用（リノベーションとマッチング）についても検討する。

また、子育て世帯への県民からの感謝と応援のメッセージともなる経済的支援策として、第3子以降（※1）を出産した子育て世帯に100万円（※2）を給付することを提案する。給付による負担増は、施策効果で生まれた子供たちが将来の労働人口となることで、税収増として返ってくる。

※1 第3子以降に対象を限定するのは、夫婦世帯の子供数の平均が2子であるのに対し、希望子供数の平均が3子であるためである（国立社会保障・人口問題研究所「第15回 出生動向調査」より）。また、総務省「人口動態調査」によれば、平成29年の兵庫県の第1子の出生数は1.90万人、第2子の出生数は1.58万人、第3子以降の出生数は0.68万人であり、明らかに第3子以降の出産のハードルが高いことが分かる。

※2 100万円の支給の財源は個人県民税の超過課税で賄うことを想定している。兵庫県「税務年報」によれば、平成29年の個人県民税の納税者は261万人である。兵庫県の第3子以降の出生数は0.68万人であるから、第3子以降に100万円を支給する場合、納税者1名につき年間2,606円（月額にして217円）の負担増となる。なお、第2子以降の出生数は2.26万人であるから、第2子以降に100万円を支給する場合、納税者1人につき年間8,661円（月額722円）の負担増となる。

- ⑤ 子育て世代が安心して子供を生み育てられるよう、必要時に遅滞なく保育サービスが受けられる体制が不可欠である。しかし、それを支える人材の確保が更に困難となることが懸念されるため、0歳児からの保育の質の保障のためにも、保育士の仕事の重要性を評価し、給与面の処遇を少なくとも全産業平均まで引き上げることが必要である〔兵庫県の平成30年の平均所定内給与月額：全産業平均299,400円（平均年齢43歳）、保育士242,100円（平均年齢38.7歳）〕。併せて、保育の質の

保証のチェック機能も充実させる。

- ⑥ 第1子で子育ての喜びを知ると、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。その要となりうる高齢者が地域の子育て支援拠点に参画する仕掛けとして、高齢者等の登録・研修・参画制度を設けるべきである。高齢者の参加は子育て中の親のみならず高齢者にとっても喜びと生きがいを与える。
- ⑦ 人工妊娠中絶への対応の具体策として、「妊娠・育児センター」、「妊婦ホームステイ制度」、「高校・大学・専門学校などでの性教育」、「未受診妊婦や孤立出産後の産婦の受け入れ」、「経済的な支援による産む決断への後押し」のシステムの構築、「赤ちゃんポスト」や「小さな命のドア」の普及、妊婦・母親の悩みの相談と出産・育児への後押し等が考えられ、結果として赤ちゃんの救命につながる。また、出生児に対して、欧米では進んでいる特別養子縁組を積極的に取り入れるように法整備等を行う必要がある。

令和元年度にこども家庭センター（神戸市・明石市を含む）が受付けた児童虐待相談件数は、8,308件（対前年度23.7%増）で、統計を取り始めた平成2年度以降、過去最多の件数となっている。今後も、子供の最善の利益を最優先に、里親やファミリーホーム、児童養護施設、乳児院等社会的養育の推進や一時保護所の充実が必要である。

- ⑧ 産前産後休暇や育児休業は、そもそも単なる休暇ではなく、出産・育児という個人にとっても社会にとっても大切な仕事とも言える営みのために、職場を一時的に離れるものである。そうした意識の下、育児休業を気兼ねなく取得できる環境整備を進めるほか、テレワーク等在宅で育児をしながら仕事ができる環境をつくることで、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である。さらに、世田谷区が設置した産後ケアセンターなどを全県下に設置するように推進すべきである。

また、男性の育児休業の取得を促進するため、兵庫県職員が率先して取得を進めるとともに、県内企業にも積極的に取得促進を働きかけ、兵庫県から男性の意識を変えていき、例えば、地域での子育て支援ルームにも参加し、共に育児を実施する。

- ⑨ 各子供の特性を具体的に把握し、学びのアセスメントを詳細に把握するための学校教育における抜本的な意識改革と適切な教育が行える教員数の配置を行い、一律ではない学びの方法を確立する。そして、各子供に応じた学びの主体性を第一とする学校教育を構築すべきである。

【その他提案・意見】

- フランスにおいて採られている育児配慮措置を参考に、2人以上の子供を育てた場合には、親の基礎年金を2子で5%、3子以上で10%加算する。その際、子供と親のダブルケアの可能性にも配慮し、できるだけ子育てに専念できるよう、自身ではなく、その親に対する年金加算を選択することも可能とする。
- 少子化対策の財源は、行革の更なる徹底を前提に、必要に応じて住民税の超過課税を活用する方向で住民理解を求めることが考えられる。

- 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。女性管理職比率の政府目標は令和2年（2020年）までに、これを30%にすることであったが、実際は7.8%と程遠い。社会を変えるためには意思決定や政策決定するポジションに女性の進出が必要不可欠であり、男性中心社会からの脱却のための是正策を講じるべきである。
- 社会の意識改革を促すため、子供を産み、育てたい世帯を社会全体が本気でサポートすることを訴求するような新標語を創り、公共広告を展開すべきである。
- 妊婦が安心して出産できる医療環境の整備、すなわち、現在の産科医不足の対策として産科医の待遇改善、産科医療の集約化、収入の保証をしたオープンベッド方式等を充実させる必要がある。

【参考】外国の少子化対策の例（各国の総合的な取組のうち一例を紹介）

1 スウェーデン [合計特殊出生率：1.78（2017年）]

○ 養育費支援制度

シングルマザーとその子供の貧困が社会問題になったことから、母子世帯支援策の一つとして導入。子と離れて暮らす親は、法律婚の離婚、同棲の離別、最初からのシングルマザー等を問わず、養育費を負担。

- ・養育費には最低額が定められ、負担能力が最低額を下回る場合は差額を国が負担
- ・養育費が支払われない場合、国が最低額を立替え支給し、支払わない親から強制徴収

2 フランス [合計特殊出生率：1.89（2016年）]

○ 家族手当

子供が2人以上（20歳まで）いる家庭に支給（日本の児童手当に類似する給付）。
 全ての子供の育児を社会全体で支援するという哲学の下、所得の多寡にかかわらず同額が支給されてきたが、社会的公正を重視し、2015年7月から所得制限を導入。
 支給額は、所得と子供数に応じ、子供数が多いほど手厚く設定。

[支給額（月額）の例（2017年12月）]（1ユーロ=120円で換算）

子の人数	所得（年額）	基礎給付額	加算額
2人	8,088,960円以下	15,583円	7,792円
3人	8,763,000円以下	35,549円	7,792円
4人	9,197,040円以下	55,514円	7,792円

※所得は、最も低い区分を記載。上に各2ランクあり（給付額は通減）

※基礎給付額は、子供の数に応じた合計額

※加算額は、子供が14歳以上の場合に1人につき加算される額

3 ニュージーランド [合計特殊出生率：1.92（2014年）]

○ 働く家族のための給付付き税額控除

子育て世帯（18歳以下の子供を扶養する世帯）の最低限の生活費の保障を目的に、税額控除とともに控除しきれなかった額を現金で支給。

親に就労要件のない家族税額控除と就労要件のある就労税額控除があり、世帯収入と扶養する18歳以下の子供数に応じて税額控除額を設定。

[就労税額控除の例]（1ニュージーランドドル=70円で換算）

- ◇対象者 両親で週30時間以上、ひとり親で週20時間以上働いている者
- ◇控除額 世帯年収728万円、18歳以下の子供3人の場合 約26万円/年
 （税引き後の世帯収入が約186万円を下回らないよう給付で保障）

4 ロシア [合計特殊出生率：1.7 (2014年)]

○ 母親資本制度

出生率の改善と家族の支援を目的とし、第2子以降を出産した女性等に対し、使途を制限した助成金を交付。

◇対象者 第2子以降を出産又は養子縁組した女性、第2子以降を養子縁組した独身男性等

◇補助額 70～120万円程度 (ルーブル/円レート等により変動)

※ロシアにおける平均年収は、政府職員で100万円、農林業等で47万円程度

◇使 途 住宅の購入・建築・建替え等、子供の教育資金、年金の原資

3 超人口減少・超生産年齢人口減少と対策

(1) 基本認識

【主な認識】

- ① 超人口減少に加え、超東京一極集中による人口の地域偏在への対応が大きな課題となる。
- ② 情報 AI 等を先進的に社会実装するとともに、女性・高齢者等が意欲と能力に応じて活躍できる仕組みとした上で、そうした社会に適した財政・社会保障制度に転換すれば、持続可能で夢のある社会の実現が可能である。
- ③ 超人口減少を一概に悲劇とは捉えず、「危機はチャンス」として、「人生 100 年・情報 AI 時代」を踏まえ、国や地域の活力を維持しつつ適切な目標人口規模について合意形成の上、縮小均衡を図ることが重要である。
- ④ 新型コロナパンデミックによる超人口減少の加速とリモートワークを介した東京一極集中の是正については「6 新型コロナと対策」参照。

【説明】

- ① いわゆる増田レポート（日本創生会議・人口減少問題検討分科会提言「ストップ少子化・地方元気戦略」（平成 26 年 5 月））によれば、地方から三大都市圏（特に東京圏）等への人口流出がそのまま続くと、人口の再生産力を示す若年女性（20～39 歳）が令和 22 年（2040 年）までに 50%以上減少し、将来的に消滅するおそれが高いとされる市町村が、全体の約半数の 896（兵庫県内では 20）に達するものとされている。
しかし、東京一極集中という巨大都市の出現は、明治以後の工業化（Society3.0）・情報化（Society4.0）時代には有利であったが、トヨタのスマートシティ構想に見られるように情報 AI 化時代（Society5.0）では逆に転換の阻害要因となる。情報 AI 化都市構想が進展すれば、東京一極集中は是正されざるを得ない。
- ② AI 技術の実用化は人の仕事の AI への置換えや膨大な新産業の創出を生むため、情報 AI 化への転換の成功が超人口減少・超生産年齢人口減少時代を生き抜くカギである。
- ③ 情報 AI 時代の全県民の教育と意識改革が重要となる。

(2) 提案

【主たる提案】

地域再編・再生支援 日本一の県を目指す。

- ① 情報 AI を活用した教育施設、就業場所、商業施設、医療・介護基盤、住宅等の生活インフラを備えた地域拠点を誘導的に構築するとともに、地域内で経済が循環するよう住民の経済行動を転換していくべきである。
- ② 情報 AI 等の社会実装で人の仕事の AI 等への置換を進めるとともに、女性・高齢者等が意欲と能力に応じて活躍できる雇用・雇用支援制度に見直すべきである。
- ③ 欧州型の成熟社会を念頭に、目指すべき縮小均衡社会の人口規模や外国人移民の必要性等について県民・国民が議論し、合意形成を図るべきである。
- ④ 企業誘致において、情報基盤の整備は必須であることから、兵庫県に進出する企業向けの ICT インフラ環境を充実させ、企業誘致を進める必要がある。
- ⑤ 地域に活力を生み出す「起業」を志す若者等の兵庫県への移住を促進するため、起業しやすい・起業家が成長しやすい環境を整える必要がある。
- ⑥ 併せて、ふるさとへのさらなる愛着の醸成や継続的な交流を促し、都心から兵庫への移住者の増加に向けた取組みの充実が必要である。
- ⑦ ウイズ・ポストコロナによるリモートワークの促進が地方への移住を促すように支援すべきである。（「6 新型コロナと対策」参照）

【説明】

- ① 国内及び県内で地域バランスの取れた縮小均衡社会を形成し、地域社会が持続可能な形で共存共栄していくには、人が根付くことができる生活基盤が各地域で維持又は開発されることとともに、経済的な利益や豊かさを最優先する人々の価値観を、地域での生活を大切にする価値観へと転換することが必要である。

そのため、ICT・AI を活用して、教育施設、就業場所、商業施設、医療・介護基盤、住宅等の生活インフラを備えた地域拠点を計画的、誘導的に形成するとともに、周辺地域とのネットワーク化を行って、住民が誰一人取り残されない基盤を構築することが重要である。また、各地域が地域内での経済循環を意識した産業構造を目指すことはもちろんであるが、各地域の住民・事業者が地域外にお金が流れていくような取引行動を見直し、できる限り地域内の店舗・事業所を利用するなど、地域内で経済が循環するような経済行動に転換することが求められる。

まちづくりに当たっては、できる限り既成市街地を再生し、未開発エリアの開発により更に市街地が拡大することのないような規制の検討が必要である。また、地域の再生に当たっては、放置された土地・建物対策も課題となるため、財産権に留意しつつ、公共の福祉の観点から、厳格な手続を経て公有化した上で利活用が行えるような仕組みの法制化が望まれる。

- ② AI・IoT等を先進的に社会実装し、女性・高齢者・その他未就業者等が意欲と能力に応じて活躍できるよう雇用及び雇用支援制度を見直すことと併せて、高齢者、障害者、育児・介護中の短時間労働者、外国人等の多様な就業者が、多くの職場で円滑に働き、活躍ができるよう、ダイバーシティの推進を図る必要がある。
- ③ 欧州型の成熟社会を念頭におけば、我が国が目指すべき将来人口は、必ずしも国が目指す1億人や9千万人といった規模に限られず、7千万人程度（その場合の年間出生数は80万人程度）で定常化させることも考えられる（欧州の主要国人口は、イギリス6千5百万人、フランス6千4百万人、ドイツ8千2百万人、スウェーデン1千万人、フィンランド550万人＝兵庫県とほぼ同規模）。
- ④ 兵庫県内の行政機関等を結ぶネットワークとして整備している「兵庫情報ハイウェイ」について、進出企業に無償提供しており、東京への延伸（兵庫情報スーパーハイウェイ）や通信速度の増強（10ギガバイトから20ギガバイト）等を進めている。今後、これらを活用した企業誘致の促進を図る必要がある。
- ⑤ 兵庫県には、県内で起業する若者等に対する補助制度があり、その中で移住者を対象とした制度を設け、起業を後押ししている。また、起業支援拠点「起業プラザひょうご」や、併設する国連機関 UNOPS「グローバル・イノベーションセンター」との連携により起業家の育成を図るほか、ひょうご神戸スタートアップファンドの創設等により、資金面の支援を強化している。起業家にとって兵庫がより魅力ある地域となるべく、さらなる取組みの充実が求められる。
- ⑥ 東京に「カムバックひょうご東京センター」及びそのサテライト窓口の開設や、ふるさとへのさらなる愛着の醸成や継続的な交流、県外在住の兵庫県出身者等を登録する「e-県民登録制度」、兵庫の魅力を俯瞰的に見たり、知識を統合したりできる資料の作成・配布など、兵庫県への愛着や魅力を伝える取組みを実施している。都心から兵庫への移住者の増加を図るには、こうした取組みが一層重要になる。

【その他提案・意見】

- 就職氷河期世代等の意に反した非正規就業者の再チャレンジ支援や、中高年のひきこもり（8050問題：80代の親と50代の引きこもり子供の問題）等による未就業者の社会参加支援を充実すべきである。
- 日本人の配偶者等の在留資格で国内に居住する外国人とその子供が、離別等により意に反して国外退去を命ぜられることのないよう、生活実態に応じた定住者としての支援措置を拡充すべきである。

4 超高齢化と対策

(1) 基本認識

【主な認識】

- ① 令和は高齢化率が42年(2060年)に38%となり、国民全体の2.6人に1人(生産年齢人口比では1.4人に1人)が高齢者、特に80歳以上の人口が、平成30年の1,100万人から令和42年には1800万人へと激増し、真の超高齢化時代となる。
- ② 一方、日本老年医学会によれば、高齢者の身体・精神機能は、10~20年前と比べて5~10歳若返っている。
- ③ 高齢化に伴い社会保障給付費は増大する(図1の説明参照)。そのため、人生100年時代に即した持続可能な社会システムへの転換には、特に、高齢者に対する雇用制度の見直しとともに、税制と年金をはじめとする社会保障制度の見直しが不可欠である。
- ④ 新型コロナパンデミックは高齢者の情報格差を拡大させた(「6 新型コロナと対策」参照)。

【説明】

- ① 図2~4で示したように、高齢者数は昭和・平成で激増した。令和では22年(2040年)後は減少すると推定される。令和で増加するのは80歳以上の高齢者である(図5~8)。
- ② 日本老年医学会は、高齢者の身体・精神機能は10~20年前と比べて5~10歳若返っているとして、75歳以上を高齢者とすることを提案している。
- ③ 高齢者が年齢を問わず、就労・社会貢献するシステムを構築するとともに、税制と年金をはじめとする社会保障制度の見直しが不可欠である。
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とともに、スタート時点での格差を解消していくことが必要である。

(2) 提案

【主たる提案】

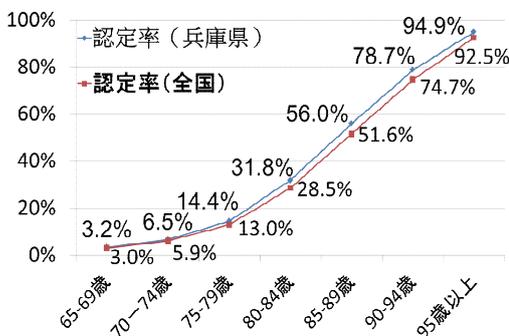
希望する高齢者が年齢を問わず働きやすく社会貢献しやすい日本一の県を目指す。

- ① 要支援・要介護認定率は80歳以上で急激に増加することから、高齢者の定義を現状の65歳以上から80歳以上に見直すべきである。
- ② 高齢者が蓄積した知識や技術を活かし、意欲と能力に応じて生涯現役で活躍できるシステムを構築(大学教育、兵庫県の子育て支援や要支援・要介護高齢者に対する支援への参加等を含む)し、年齢により一律に退職させる定年制は撤廃すべきである。
- ③ 年金の支給開始年齢を雇用状況に応じて見直し、社会保障財源としての消費税の税率の更なる引上げ、所得税、法人税等の課税強化など、具体的な社会保障水準と負担の在り方について国民的な議論を進めるべきである。
- ④ 高齢者に対する情報AI教育が必須となる一方で、高齢者にも使いやすいアプリの開発も不可欠である(「6 新型コロナと対策」参照)。

【説明】

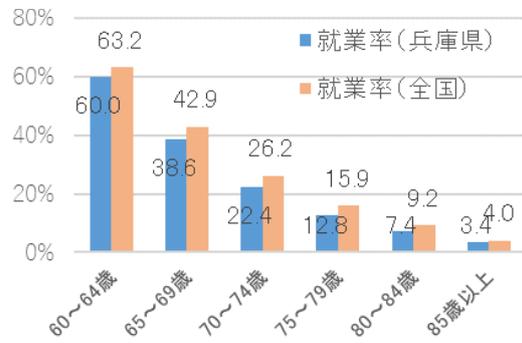
- ① 要支援・要介護認定率が、75～79歳では10%台前半にとどまるが、80～84歳で30%前後と急激に上昇することを踏まえ【図22】、高齢者の定義を現状の65歳以上から80歳以上とすることが適当である。
- ② 元気な高齢者が多い一方で、就業者数は、定年制もあり、60歳以降は年齢階層が上がるにつれ大きく低下している【図23】。高齢者の約半数は生涯現役や80歳まで働くことを希望しており【図24】、定年制は、社会によるエイジズム（年齢差別：特に高齢者差別）である。高齢者が蓄積した知識や技術を活かし、意欲と能力に応じて生涯現役で活躍できるよう、就業可能な者を年齢により一律に退職させる定年制は撤廃すべきである。この基本理念の下、雇用主が被雇用者の能力や適性に応じて弾力的かつ適切な運用が可能な制度の在り方について検討することが望ましい。

【図22】 年齢階層別要介護（要支援）認定率



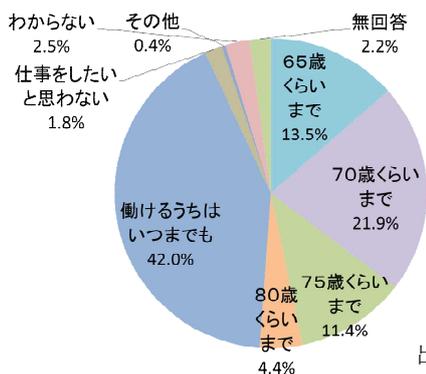
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」（平成31年1月分）、総務省「住民基本台帳人口」（平成31年1月1日現在）

【図23】 年齢階層別就業率



出典：総務省「平成27年国勢調査・就業状態等基本集計」

【図24】 仕事をしている60歳以上の者の就労希望年齢



「あなたは何歳まで収入を伴う仕事をしたいですか」との問いに対し、「働けるうちはいつまでも」（生涯現役）と「80歳くらいまで」の回答合計が約半数（46.4%）

出典：内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査」（平成26年）

近年、企業では、高齢者の定年退職により、本人が持つノウハウや、企業同士のつながりが失われることが起きている。退職者が持っていたノウハウを企業が失うことによる企業の競争力低下については既に認識されているが、本人が持っていた人脈も失われることは余り議論されていない。人脈の喪失は所属企業の取引を失うことであり、特に要となる取引が無くなれば、それは企業の死活問題でもある。現状では、退職高齢者の多くが、それまでの知識や経験とは関係のない単純労働等に従事しているが、彼らが蓄積してきた豊富な知識と経験、人脈には大きな価値があり、それを活かす仕組みを作るべきである。

継承の場合は、勤務してきた企業等に限られない。例えば、大学で講師として若手を指導する機会を与える。そのうえで、大学生だけでなく、地域で学びたいと考える者にも受講の権利を与える。若手に職業教育をすると同時に、例えば起業を志す有望な若手に役立つ人脈を持っていれば、それを引き継がせる。以上の仕組みにより、高齢者はいつまでも講師の仕事の続けることができる。また、若手と接する機会が多くなることにより、技能やノウハウを失わずに伝承できる可能性が高まる。さらに、企業活動に不可欠な人脈も、必要とする若手に継承することができる。

- ③ 高齢者の定義の見直しと合わせ、65歳以上を高齢者として制度設計されている現行の社会保障制度を、社会経済状況の変化に即した持続可能な制度に見直すことが不可欠であり、将来の社会保障水準と負担の在り方について、国が諸外国の例を含めて具体的な選択肢を示し、早期に国民的な議論を進める必要がある。

(例)

- ・ 我が国の租税・社会保障負担の対 GDP 比は OECD 諸国の中で低位であり、社会保障水準に見合った負担とするため、欧州の付加価値税のように消費税の税率を20%程度まで引き上げることを議論するほか、国際的な協調による所得課税（特に金融課税）、法人課税の強化等を図る。
- ・ 第1期の地方創生が令和2年3月末に終わったが、東京一極集中は是正されていない。法人課税に関しては、地方への本社機能の強化に対する優遇措置である地方拠点強化税制が創設されたが、ほとんど利用がなされていない。歳出でも優遇措置でも東京一極集中が止まらないならば、首都圏にある企業への法人課税の強化を検討する必要があるのではないか。
- ・ 課税強化により増収となる所得税については所得格差の是正やさまざまな施策充実の財源に、消費税については現行同様年金・医療・介護等の社会保障財源に、法人税については企業活動に必要な人材の確保に資する少子化対策や高等教育無償化の財源とすることを基本に、給付と負担の在り方を検討する。
- ・ 年金制度については、支給開始年齢を雇用状況に応じて見直すほか（例：70歳まで数年に1歳ずつ引上げ）、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。ただし、給与所得控除と公的年金等控除の額を調整するなど、所得に応じた課税が行われるよう配意する。
- ・ ベーシック・インカムに関する議論は、所得再分配の在り方を考える教材的な意義が認められるが、財政支出が多額になるという課題がある。しかし、近年では、選挙権を得る成人時に、政府から一定の金額例えば150万円を一度だけ給付するベーシック・キャピタルというアイデアが登場しており、導入の是非は別として議論の俎上に載せることを推奨する。

【その他提案・意見】

- 公職選挙や住民投票制度等において、少子高齢化に伴うシルバーデモクラシーを回避するため、年齢階層別人口割合に応じた一票の重み付けの導入を検討すべきである。

5 超高齢化時代の医療・介護と対策

(1) 基本認識

【主な認識】

- ① 患者の多くが80歳以上となり、医療・介護のニーズは、これまでの成人を対象とした生活習慣病・臓器別疾患・急性期疾患を治し、延命する医療から、全身のフレイル・老化・老衰の予防・治療・生活支援・在宅医療・看取り・人生会議・回復期・慢性期（地域包括ケア病棟・認知症を含む）の医療介護と、地域社会全体で超高齢社会に対応する地域包括ケアシステムへとシフトしていく。結果として、このシフトは医療介護の無駄を省き、費用の膨張を抑制する。
- ② AI オンライン診療、AI 診断、AI ロボット等の情報 AI は、総合医療、臓器別・疾患別医療、介護においても必須であるが、そのみならず、地域包括ケアシステムの構築に決定的に重要である。
- ③ 上記①及び②に対応できる医師は、現在、大部分を占める臓器別・疾患別医療医師よりも、情報 AI を活用した地域包括ケアシステムを積極的に推進する総合医(AI 総合医)が相応しい。情報 AI 化により、総合医療診療は若手医師にとっても魅力のある先進医療となる。また、医師不足・医師偏在に対応するための地域枠養成医制度は、AI 総合医養成のためにも不可欠である。
- ④ 生産年齢人口が劇的に減少していく中で、医療・介護人材として、若年者のみに依存するのは基本的に無理である。
- ⑤ 新型コロナの影響については「6 新型コロナと対策」を参照。

【説明】

- ① 昭和・平成で大部分を占めた80歳以下の患者では、一部の臓器に疾患があり、他は正常で、その臓器疾患を治せば患者は健常化し、社会復帰できたため、治す医療が中心であった。一方、令和・人生100年時代の超高齢化社会では、多くの患者は80歳以上となり、老化・老衰・複数疾患を持ち、臓器疾患の治療は健常化や社会復帰を意味せず、生活支援・介護が必要となる。

フレイルとは、加齢に伴う心身の活力の低下、複数疾患の併存、生活機能の障害、虚弱性のことであるが、まだ、要支援・要介護になる前の状態で、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な時期と定義されている。フレイルは身体的・精神・心理的・社会的並びに口腔フレイルに分類され、その予防は健康寿命の延伸並びに要支援・要介護の予防として重要である。

在宅医療とは、入院・外来以外の医療で、日常から隔離した入院生活と異なり、高齢者が慣れ親しんだ自宅や施設の住居環境で自分が望む生活をしつつ、医療・介護を受けることで、超高齢化社会の医療の在り方として、重要である。

人生会議（ACP：advance care planning）とは、すべての人間は老化し、いずれ生活支援の必要な要介護となり、亡くなる最期（看取り）まで、元気で、自分らしく家・施設で暮らし、不適切な過剰医療や長期入院を避けるための相談を生前に本

人・医療者・介護者・家族で繰り返し行い、記録を文書に残すシステムである。人生の最終段階の生き方をオープンに話し合う習慣がない我が国では、人生会議の普及は容易ではない。しかし、令和はまさに国民・県民の意識改革が求められている。

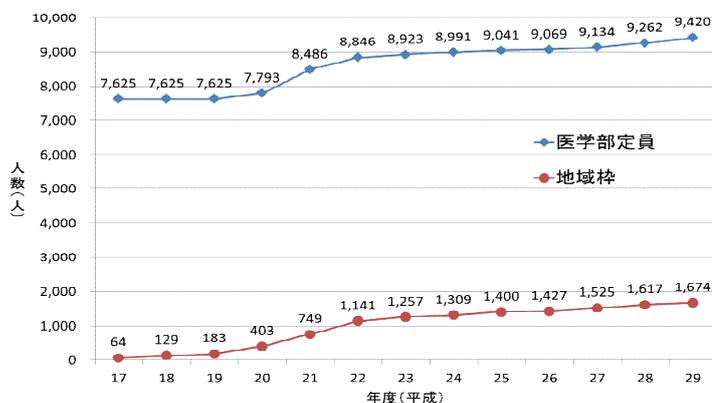
地域包括ケアシステムとは、上記の超高齢化時代に住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けることができるように、地域内で助け合い、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される総合的社会体制の総称である。地域包括ケアシステムへのシフトにより、これまでの臓器別・疾患別・急性期医療に大きく偏っていた医療は、老化老衰・回復期・慢性期医療とバランスが取れることになる。

- ② 情報AIは、医療介護と社会全体との連携に必須のツールである。
- ③ 現在、医師不足・医師偏在（地域偏在：地方の医師不足、診療科偏在：総合診療科・外科・小児科・産婦人科等の医師不足、病診間偏在：開業医に比較し、勤務医が少ない、病病間偏在：中小病院に若手医師が少ない）が深刻な問題になっている。しかし、最大の医師偏在は総合医不足である。

医師不足・医師偏在に対応するため、国・自治体は地域枠養成医制度（地域枠入学、奨学金補助、卒後9年間地域医療に貢献すれば奨学金返還は免除）を平成20年（2008年）に発足させた。その入学枠は年々増え、平成29年度現在、全国で71大学1,674名（兵庫県21名/年）と激増した【図25】。しかし、9年間の義務年限終了後に地方に定着しないこと、臓器別診療科に変更が多い等課題は多く、総合医の医師養成には成功していない。その主因は、大学を含め、多くの医師が従来型の臓器別・疾患別医療・急性期医療志向が強く、超高齢化時代のニーズの変化に対応していないこと並びに専門的テクノロジーのない誰でもできる遅れた医療という総合医療に対する偏見である。情報AIは、疾患から患者を診る臓器別医療よりも、患者・社会から疾患を診る総合医療にこそ適しており、情報AIを付加したAI総合医療は最新の専門的テクノロジーを用いた先進医療になる。

- ④ 令和の生産年齢人口は劇的に減少し、高齢者、特に80歳以上の人口が増大する中では、従来型の若年者に頼る医療・介護人材の確保は不可能である。

【図25】 医学部入学定員と地域枠の推移



出典：文部科学省高等教育局医学教育課調べ

(2) 提案

【主たる提案】

AI 総合医・看護師・介護士の養成、日本一の県を目指す。

- ① 全県 AI 特区を利用して、「医療介護の情報 AI 化推進全県ネットワーク」を設置し、情報の収集・分析・県民への発信・連携協力・オンライン診療・AI 診断・ロボット活用等の推進を行い、同時に AI 総合医・看護師・介護士の養成をすべきである。AI 総合医の養成には、兵庫県養成医制度の学生・医師からスタートし、一般入試の医学部学生・医師にも門戸を開放すべきである。これにより AI 総合医が医師の半数以上を目指す。そのためにも地域枠養成医制度は維持発展させるべきである。
- ② できる限り自らが望む場所と医療・ケアで穏やかに死を迎えられるよう、延命治療等の在り方について早急に若年者も巻き込んだ国民的な合意形成を図った上で、「人生会議」、在宅医療及び地域包括支援センターの強化・推進を図るべきである。
- ③ 7対1の急性期病院に入院時から開始する医師・看護師・リハビリ・栄養士・薬剤師・医療ソーシャルワーカーに加えて、介護福祉士も加えたチーム医療の推進と保険医療加算の整備：在院日数の短縮、病床数削減および入院関連障害の予防を図るべきである。
- ④ 健康寿命延伸と要支援・要介護予防のため、フレイルチェックに基づくフレイル予防（研修・サポーターの養成を含む）を全県事業として展開すべきである。
- ⑤ 令和・人生 100 年時代の AI・地域包括ケアシステムの研究・教育の中核として、大学医学部に担当講座を設置又は既存の体制（地域医療ネットワーク部門や地域医療活性化センター等）を再編すべきである。
- ⑥ 元気な高齢者の地域包括ケアシステムへの積極的参加体制の構築：要支援・要介護高齢者に対する生活支援・介護支援への積極的参加（研修・サポーターの養成）を進めるべきである。
- ⑦ 新型コロナに対する対策については「6 新型コロナと対策」を参照。

【説明】

- ① オンライン診療・AI 診断・ロボットは既に現実となっており、医療・介護のみならず、社会生活に不可避なツールとなっている。このため、AI、IoT、ビッグデータ技術を用いた「AI ホスピタル」、「AI 介護」等の開発・構築・社会実装を行う。
 - 情報 AI の活用には個人情報を保護しつつ、個人の利益が損なわれない範囲で医療関連データを集積し、重大な病の発生を予測し未然に防ぐための研究を促進する。例えば特区内では、患者に治療費の削減などの形で対価を支払い、合意を得たうえで研究に必要なデータの提供を受ける。医療分野の研究では個々のデータの経年変化を見ることが大事であるが、通常医療データで行う

ことは困難である。特区でのみ可能なデータ収集と、それを用いた研究とを実施することで、ガンや心不全などの重大な病を未然に防ぐための研究や診療を先駆けて行う。現在、AI 画像診断・AI 問診・AI オンライン診療は現実になっている。

- へき地等の医師不足の解消のため発足した県養成医師は、総合医として十分な経験があり、かつ人口減少・高齢化先進地域の勤務で、これから全国で起こる令和・人生100年時代の危機感を共有している。一方、一般枠入試の医師は、臓器別・急性期医療の経験は豊富であるが、老化老衰・慢性期医療の経験は乏しく、人口減少・高齢化社会の危機感が乏しい。そこで、AI 総合医養成の中核として県養成医に焦点を当てる。すなわち県養成医制度の中心に情報AI化を置き、僻地・都市部を含めたAI 総合医養成制度に発展させ、兵庫県地域医療支援センターの取り組みを充実、さらに本制度への一般入試枠の学生・医師の利用も促進する。

現在、厚生労働省は、養成医の臨時定員措置を令和3年度から見直し、減らすことを考えているとされている。これは現在の医療危機を理解しない判断で、県養成医の重要性を理解していないことになる。国は地域枠県養成医を安定的に確保できるよう、今後も現行どおり措置すべきである。

- 団塊の世代が全て80歳以上となる令和12年(2030年)に向けて、生産年齢人口が減少する中で介護人材の確保が大きな課題となる。

構造的には、人が行わなくてもよい定型的な仕事をAI化することにより、労働力の介護分野への移転を図るとともに、保育士と同様、給与面の処遇を少なくとも全産業平均まで引き上げることで誘導を行う[兵庫県の平成30年の平均所定内給与月額：全産業平均299,400円(平均年齢43歳)、福祉施設介護員233,700円(平均年齢42.7歳)]。

併せて、外国人介護人材の受入れ促進や、必ずしも介護福祉士や看護師等が行わなくてもよい周辺業務を高齢者等が担う分業システムの拡充などにより、多様な人材の参入促進を一層進める。加えて、介護専門職については、AI、ICTを用いた介護ロボットや見守りセンサーをはじめ、今後開発が進むであろう先端的な介護機器を効果的に活用しながら、人ならではのケアを行うAI介護士の養成を進める。

- ② 神戸新聞社のアンケート(令和元年10~11月実施)によると、65歳以上の高齢世代の半数以上が自宅での死を希望する一方、在宅死を望む人の6割近くは、実現は難しいと回答している。また、延命治療は95%の者が望まないと回答している。できるかぎり自らが望む場所で、自らが望む医療・ケアにより穏やかに死を迎えられるよう、延命治療等の在り方について早急に国民的な合意形成を図った上で、「人生会議」推進のための啓発活動と進行状況の把握・結果の評価、在宅医療推進のための総合医の養成や在宅リハビリ等の広域でのサポート体制の確立(兵庫県の在宅・施設での看取りを50%以上に)、人材・資金・権限等の地域包括支援センターへの集中、在宅での多職種連携と役割分担等を進めるべきである。国民的合意形成のためには若年者も巻き込んだ“人生100年時代を考える”教育の普及が重要で、すでに、兵庫県立尼崎小田高校では「尼崎市医療・介護連携支援センターあまつな

ぎ」や医師会等の協力で、「在宅介護ワークショップ」として実施している。これをモデルケースとして、全県・全国の高校に波及すべきである。

- ③ 我が国の在院日数は急性期病院においても欧米に比較し、極端に長く、社会的入院（疾患を治すという入院の本来の趣旨を逸脱して、必ずしも治療や退院を前提としない長期入院を続ける状態）、コンビニ受診（緊急性のない軽症患者が時間外等に便利さを求めて救急外来受診すること）やタクシー代わりの救急車利用、過剰な薬剤投与、必ずしも必要としない検査等不適切あるいは過剰な医療が少なからず行われている。また、入院関連機能障害（原疾患によらない入院中の臥床が誘因となる日常生活動作の低下）も高齢になるほど多い（海外のデータでは70歳以上では30-40%）。急性期入院時、適切なチーム医療により、入院医療の質の向上と必要のない長期入院を避け、在院日数を短縮。これらは回復期・慢性期医療においても同様である。
- ④ 既に兵庫県では、フレイルチェックに基づくサポーター養成等の具体的取組みが、神戸市、尼崎市等でスタートしており、全県に拡大する。
- ⑤ 我が国の大学医学部には、地域枠養成医の教育や地方の地域医療の活性化を目指し、県と協同の地域医療ネットワーク部門、地域医療活性化センター、地域医療教育部門、地域社会医学・健康講座が設置されてきたが、令和・人生100年時代の地域包括ケアシステム全体について、AI化を中心に据えて研究・教育する講座がない。また、老年医学講座や総合診療講座が崩壊している大学も多い。
- ⑥ 医療・介護人材の確保が不可欠であるが、従来型の若年者に頼るのは無理であり、また、元気な高齢者も社会貢献や仕事を希望している。従来の高齢者の再教育は教養、趣味、軽いスポーツ等のようなものが多かったが、同時に積極的に社会貢献できる分野にシフトする時代と思われる。これにより、認知症カフェ等のまちなかでの相談機能の充実や、軽度の認知症の人を含めて高齢者が社会で多様に活躍することが期待できる。
- ⑦ 地域包括ケアシステムにおいて、高齢期の「住まい」は重要な要素であるが、現在、富裕層には高級有料老人ホームや駅近のマンションなどの選択肢がある一方、資金に余裕のない中間層には、高齢期の生活の場が自宅か介護施設の両極しかない。元気だが現在の自宅では日常生活に不安のある中間層に向けて、自宅と介護施設の中間に位置付けられる住み替え先として、比較的低廉なサービス付き高齢者向け住宅を含めた多様な選択肢が必要である。
例えば、高齢者だけが入居する集合住宅だけでなく、UR賃貸住宅や住宅公社等の多様な世代が入居し、交流できる集合住宅において、空き室を安否確認等の最低限のサービスを行う高齢者向け仕様にリフォームして、いわば居室分散型のサービス付き高齢者向け住宅としてはどうか。ウイズ・ポストコロナ時代の高齢者住宅についての提案については「6 新型コロナと対策」を参照。

【その他提案・意見】

- ひとり暮らしや家族が働いていて十分に寄り添えない場合でも、自宅で終末期を

過ごせるような仕組みをつくる。

- 超高齢化時代とは図 18 に示すように「多死社会」でもあり、孤独死も増えている。死後の手続き・火葬・葬式・身寄り探し・遺産・お墓の処理等が大きな課題となる。

6 新型コロナ（COVID-19）と対策

（1）基本認識

【主な認識】

2020（令和2）年初頭からの世界的パンデミック、新型コロナウイルス感染症は、健康被害と同時に社会生活への巨大な被害とその変容を強いている。ようやく、最大の防御ツールの一つであるワクチンが現実化。未知の感染症に対しては、科学的な知見に基づく対応が不可欠である。

- ① 感染拡大の第1波・第2波・第3波を経て、2021年（令和3年）3月末から変異株によると思われる第4波が始まり、5月初旬にピーク、5月後半から減少傾向（図20）。ただし、欧米と比較し、人口当たり感染者・死亡者共に我が国では一桁少ない（図21-1～図21-3）。病態については説明参照。80%は無症状・軽症、死亡率約1.8%（90%は高齢者）である。発症前の無症状期から感染力があり、飛沫、空気、接触感染が主で、半数は感染経路不明である。再発症は少ない。診断はPCR検査等による。季節性インフルエンザ患者数は激減している。なお、2020年（令和2年）の総死亡者数は137.3万人で、新型コロナパンデミックにもかかわらず、前年と比較し、減少（0.85万人減：0.6%減）。
- ② 予防は検疫による水際対策、無症状者を含む感染者の早期発見や隔離のほか、マスク、手指消毒、いわゆる「三密」の回避、並びにワクチン接種が基本となる。2021年（令和3年）2月17日ワクチン接種開始。紫外線を用いた新たな殺菌装置も開発されている。治療薬としては3種が使用可となっているが、特効薬はない。また、陽性者の予測や患者の追跡等に情報AIも活用されている。
- ③ 政府や自治体による不要不急の外出自粛の呼びかけにもかかわらず、第3波・第4波到来。2021年（令和3年）1月、兵庫県を含む11都府県に緊急事態宣言が再度出され、一旦解除。4月25日から6月20日まで東京・大阪・兵庫・京都等で再び施行。4月中旬から5月、特に大阪府・兵庫県で対応病床や施設の使用率がひっ迫、医療崩壊に直面した。2021年（令和3年）年2月に新型コロナ対策の改正特別措置法、改正感染症法、改正検疫法、「まん延防止等重点措置」が成立した。
- ④ 感染予防措置のため、経済活動、特に飲食業・ホテル・旅行・交通関係等が大きな影響を受けることから、令和2年度には3次にわたる補正予算が編成されている。これによって令和2年度の補正予算だけで約73兆円という膨大な財政支援がなされ、株価は維持。他方、GDP低下の回復は遅れ、完全失業率と自殺者の増大が見られる。

- ⑤ 新生活様式（非接触社会）が進み、対面式飲み会・イベント等の縮小・中止とオンラインでの会議や授業、テレワーク、リモートワークによる在宅勤務、教育・医療分野のICT化などが進展している。これらは東京一極集中・都会集中を是正する可能性がある。一方で、官公庁や教育現場のデジタル化やマイナンバーカードの普及は遅れている。なお、大規模イベントの開催と感染予防の両立のため、観客・関係者全員にPCR検査を実施した上で開催した成功事例がある（説明参照）。
- ⑥ 少子化が急加速しており、2020年（令和2年）の出生数は84.1万人と、2019年（令和元年）の86.5万人と比較し、2.3%の減となった。一方、2020年（令和2年）の妊娠届が、前年同期と比べ激減（4.8%減）していることから、2021年（令和3年）の出生数が80万人を割り込む可能性がある。そのため、我が国の2020年（令和2年）の総人口（10月1日現在）は約1.23億人と前年比48.1万人の減であったが、2021年（令和3年）は激減すると思われる。
- ⑦ 高齢者のフレイル悪化が現実になっている。原因は、引きこもりで、高齢者は新型コロナウイルスに関する情報源をテレビに偏る傾向があり、スマートフォンやパソコン等で能動的に情報を得る機会が少なく、恐怖感が強い、すなわち「情報格差・偏り」が進行している。また、一人暮らし等の高齢者の生活環境も重要な悪化因子である。

【説明】

- ① 2020年（令和2年）初頭から中国の武漢で発生・拡大した新型コロナウイルス感染症は、瞬く間に全世界に波及し、地球は一つであることと同時に感染防止のための入国者制限等の重要性を改めて実感させた。我が国や東アジア、オセアニアでは、感染者・死亡者共に一桁少なく、その理由について、種々説はあるが、確定はしていない（図20の説明参照）。
- 新型コロナウイルスは人体の多くの場所にあるACE2受容体を介して細胞内に侵入、増殖し、臓器障害を起こすため、症状が呼吸器・上気道のみならず、ACE2受容体のある消化管、脳、心臓等多岐にわたる。
- 約80%は無症状や軽症であるが、約1/3に4ヶ月後も後遺症が残るとされている。なお、無症状者は患者の約1/3と報告されている。また、子供の発症は少なくかつ軽症であり、20歳以下の我が国の死亡者はいない。変異株については若年者の感染者増や重症化リスクの悪化が懸念されている。
- 死亡率は約1.8%で、死亡の大部分は高齢者、特に70歳以上（死亡率70代6%、80代以上15%）である。重症化因子は高齢、呼吸器疾患、心不全・心筋梗塞、糖尿病、肥満、喫煙、悪性腫瘍、重症化遺伝子（ネアンデルタール人遺伝子）等とされている。主な死因は肺炎・サイトカインストーム（ADE：抗体依存性感染増強）による重

症急性呼吸器症候群等である。

- 他人に感染させる期間は、発症前5日から発症後8日（無症状者も感染力あり）、潜伏期1～2週間、回復までの期間は2週間とされており、季節性インフルエンザより長い。
 - 感染は、接触や飛沫、空気（エアロゾル）によって起こる（クラスターは主に空気感染）。感染経路不明が約半数であるが、その半数は家庭内感染と見られている。兵庫県の感染経路データでは家庭内が55.5%、飲食店は1.3%、県外由来は0.6%。22.5%はクラスター、その70%は医療機関・施術所・高齢者福祉施設である。（令和3年3月1日～令和3年5月27日の状況）。
 - PCR 検査（唾液でも可）や抗原検査件数は増加（我が国全体の日々の実施件数は約10万件/日、検査能力としては約20万件/日が可能。兵庫県約7,970件/日）しているが、なお、欧米と比較すれば、少ない。
 - 再発は少なく、ワクチンや抗体療法が期待される。日本人感染者のデータでは中和抗体は半年後も376人中98%で持続している（重症例は100%が持続）。
 - 2020年（令和2年）～2021年（令和3年）の季節性インフルエンザは例年の1/1000と激減しているが、その理由はマスク等の感染予防行動以外にウイルス干渉説（複数のウイルスが競合して、強い方が生き残る）も有力である。
 - 2020年（令和2年）の我が国の新型コロナによる死亡は約0.35万人で、他方、総死亡者数は前年と比較し、0.85万人減少した（減少は11年ぶり）。これは、季節性インフルエンザ、肺炎等による死亡の激減によると思われる。
- ② マスクは布製より不織布マスクが基本である。スーパーコンピュータ「富岳」のデータ等からマスクの飛沫感染・エアロゾル感染予防効果、正面より斜め席や1m以上離れた席に座ること、換気、加湿の重要性は明らかである。マスクを外すレストラン、バーでの飲食時に感染リスクが高くなる。また、共同使用のトイレの手洗い場での感染を指摘されている。乾燥や冷気は気道の繊毛を弱体化し、ウイルスを侵入しやすくする。乾燥は飛沫を促進する。マスクには加湿効果があり、気道からのウイルスの侵入を防ぐ。加湿器による加湿も有効である。
- また、新たな感染予防ツールとして、人体に害がなく、エアゾル中のウイルスにも殺菌効果がある222nm波長の紫外線照射装置が開発されている。他方、大量の紫外線を出し、殺菌する照射装置も開発され、患者退院後の病室等の消毒に用いられている。
- 米国ファイザー社製の mRNA ワクチンについて、4万3千人例を対象に無作為比較試験（治験）結果について、2020年（令和2年）11月18日付けの報告によると、2回

の接種で感染者 170 例発生（ワクチン群 8 例、プラセボ群 162 例）とされ、95.1%の有効率である。重症者 10 例中 9 人はプラセボ群である。年齢や人種を問わず有効であり、重大な安全性の問題はないとされている。なお、このワクチンは、マイナス 70 度では 6 か月間の保存が可能であるが、2～8 度の冷蔵庫では 5 日間しか持たない。

2020 年（令和 2 年）内に 5000 万回分、2021 年（令和 3 年）に 13 億回分製造予定とされており、年内に 7,200 万人分のワクチンを日本に供給、さらに追加予定。ファイザー社は 2020 年（令和 2 年）11 月 20 日に米食品医薬品局（FDA）に緊急使用許可を申請、12 月 11 日に承認を得て、14 日から米国で接種が開始されている。同様に英国でも 12 月 8 日から接種が開始されている。一般人接種後の副作用報告では、190 万人の接種に対し 21 人にアナフラキシーショック様のアレルギー反応あり、17 人はアレルギーの既往歴あり、7 割は接種後 15 分以内に発症したが、全員回復している。

ワクチン接種を先行したイスラエルでは、2 回接種した 60 万人、非接種 60 万人の一般人の比較で、「有症状の感染率 94%減、重症化率 92%減と、70 歳以上を含む全年齢で効果に差がない」とのことである。

日本ではファイザー社製のワクチンが 2020 年（令和 2 年）12 月 18 日厚労省に特例承認申請され、2021 年（令和 3 年）2 月 14 日承認。

- 米国モデルナ社製の mRNA ワクチンについては、3 万人の無作為比較試験で、95 例の感染を確認（ワクチン群 5 例、プラセボ群 90 例）し、有効率は 94.1%。重症 11 例のすべてはプラセボ群であった。深刻な副作用なく、高齢者にも有効とされ、3 か月は抗体が持続する。マイナス 20 度で 6 か月間の保存が可能であり、2～8 度でも 30 日間保存できる。2020 年（令和 2 年）12 月 18 日に FDA の緊急使用が許可され、20 日から米国で接種が開始された。2021 年（令和 3 年）1 月 22 日の CDC（アメリカ疾病予防管理センター）報告では、404 万人に接種、アナフィラキシー様症状は 10 人（2.5 人/100 万人）で、9 人は過去に薬・食べ物でアレルギー反応あり、全員女性、9 人は 15 分以内に症状が出現、追跡可能だった 8 人は回復。

2020 年（令和 2 年）内最大 6000 万回分、2021 年（令和 3 年）10 億回分のワクチンが供給されることになっており、日本向けには、2500 万人分が 2021 年（令和 3 年）に出荷される予定である。2021 年（令和 3 年）5 月に承認。

- これらのワクチンの予防効果は、通常の季節性インフルエンザワクチンの効果（30～50%程度）と比較すると、95%と高い。米国では両ワクチンの集団接種により 2021 年（令和 3 年）4 月には集団免疫を達成するともいわれており、ワクチンがゲームチェンジャーとなる可能性も大きい。
- 英国アストラゼネカ社製のワクチンは、mRNA ではなく、安定性の高いウイルスベクターワクチンである。2 回の投与で有効性は 62%とされている。日本には 2021 年（令和 3 年）に 6000 万人分が供給予定である。ただし、治験対象に高齢者の参加が少なく、高齢者に対する効果には疑問が出されている。なお、本ワクチンの原液を JCR ファーマ（兵庫県）が 4 月より国内生産する。2021 年（令和 3 年）5 月に承認。

- ロシアでも国産ワクチンが2020年（令和2年）12月8日から接種が開始されており、中国でも実用化されている
- ワクチンについての懸念は、効果の持続性、稀に発生する重大な副作用、日本人での効果や副作用が未確認であること（一般に薬剤投与量が欧米人と日本人で一桁違うものがあることは良く知られている。）である。また、新型コロナウイルス変異種に対するワクチンの効果は今後の検討課題。
- 我が国では、2020年（令和2年）12月2日に改正予防接種法が可決成立し、新型コロナウイルスワクチン接種は努力義務とされ、費用は全額で国負担、接種後の健康被害にも個人や製薬会社に国が損失を補償すること等が盛り込まれた。
- 2021年（令和3年）2月17日よりファイザー製ワクチン接種が医療従事者（約480万人）、4月12日から65歳以上の高齢者（約3,600万人）を対象に実施。2021年（令和3年）6月6日時点での高齢者一回目接種の割合は、和歌山県35.82%でトップ、次いで岡山県（34.47%）、佐賀県（34.45%）と続く。兵庫県は15.70%と下から3番目となっている（東京都24.80%、大阪府19.17%）。6月後半からはモデルナ社製ワクチンも含めて、高齢者のみならず、リスクの高い一般人にも接種開始。接種会場も集団接種から大規模接種・個別接種・職域接種等と幅が広がっている。
厚労省によれば、5月16日までのワクチン接種の副作用はアナフィラキシーに相当するものは146件、41,900件に一件で、ワクチン接種に重大な懸念はないとしている。
- 既存のワクチンが変異株に対しても効果あるか否かが検討されているが、現在知られている変異株については、同等または多少効果が落ちる程度とする報告が多い。ファイザー社は変異株に対するワクチン開発も同時に行っているとのことで、6か月もすれば開発可能とのことである。
- 接種対象は、ファイザー社製ワクチンの場合、12歳以上の子供にも拡大。モデルナ社ワクチンは18歳以上。
- ワクチン接種の国際協力では、我が国はワクチンサミット（Gavi ワクチンアライアンス）で8億ドル（以前の2億ドルと合わせて計10億ドル）の拠出を表明。アストラゼネカ製ワクチンは他国に供与の予定とのこと。
- 治療薬としては、軽症者用のアビガン、中・重症者用のレムデシビル・デキサメサゾンが使用可能である。アビガンは2020年（令和2年）内に薬事承認が得られず、先送りとなった。なお、2種類の抗体を組み合わせる抗体カクテル療法が特効薬となる可能性が指摘されている。また、我が国で開発されノーベル賞の対象となった経口駆虫薬イベルメクチンの新型コロナに対する治験が実施されている。

- スマートフォン等を用いた患者の追跡が一般化している。また、Google 社は、我が国の感染者や死亡者数の AI による予測(4週間)を 2020 年(令和2年)11月17日より開始した。あくまで、今後、何もしなければ、状況が同じなら(感染力の強い変異株が出現しない等)という前提があり、現実とは当然異なる。
- ③ 2021 年(令和3年)3月から新型コロナウイルス感染症患者が急増(図20:「第4波」)し、特に、大阪・兵庫では適切な医療を受けられず、自宅で死亡する人もあり、医療崩壊に直面した。
 - 医療ひっ迫・崩壊とは、新型コロナウイルス感染症患者の急増に対し、医療提供体制(病床数、医師・看護師等、設備・備品)が間に合わず、新型コロナ診療と連動してひっ迫している一般疾患の患者も含め「必要な時に適切な医療を提供できない。適切な医療を受けることができない」ことを指す。

第4波では、兵庫県で、感染者数が4月中旬より激増、4月24日には新規感染者が629人に急増、5月5日には入院病床使用率79%、重症者病床使用率76%、入院調整待ち患者数1,831名となり、待機中に悪化・死亡する患者が相次ぎ、医療ひっ迫・医療崩壊が現実化した。幸い、5月末より感染者は減少傾向にある。
 - 第4波に対する感染対策として、国は、新型コロナウイルス対策の特別措置法に基づく再緊急事態宣言を2021年(令和3年)4月25日より6月20日まで、東京都、京都府、大阪府、兵庫県に発出、現在6県が追加され、10都道府県に増加している。

また、2月3日に新型コロナ対策の改正特別措置法、改正感染症法、改正検疫法が成立し、改正特別措置法では、緊急事態宣言に至らない段階で感染拡大を抑止するための「まん延防止等重点措置」が新設された。
 - 我が国の人口当たりの感染者数・死亡者数が、欧米と比較し、一桁少ないにも関わらず2021年1月に医療ひっ迫・崩壊の危機に直面した理由について、国・自治体の政策の遅れやブレ、民間病院の貢献の少なさ等種々指摘されている。しかし今回のような大規模急性感染症医療危機は100年前のスペイン風邪以来であって、試行錯誤することはやむを得ない。問題はこの経験を今後予想される新型コロナウイルス変異種の蔓延等による第5波・6波到来時に活かせるかで、重要な課題は以下である。第1は遅れているワクチン接種を急ぎ、到来前に集団免疫を獲得、第2は特効薬の開発、第3は検疫による水際対策を早め早めに徹底、第4は患者発生に対し濃厚接触者のみならず広範に診断検査と変異株の遺伝子解析の実施し、無症状感染者・スーパースプレッダーを含めた隔離、第5は医療の有事体制の整備(P.51 有事の医療体制参照)、第6は感染症診療も可能な総合医の大規模な養成である(現在、我が国の病院勤務医師の大多数を占める臓器別専門医は新型コロナウイルス感染症の診療に対し、関係ない・診れないとして、協力しないことが多く、大きな足かせになっている。総合医養成の必要性

については「5 超高齢化時代の医療・介護と対策」を参照)。 これらが十分に整うまでは、マスク・手洗い・3密回避並びに人流の抑制等一般的感染予防策が重要なことは当然である。

- ④ 新型コロナウイルス感染症対策として、令和2年度の国の補正予算としては、第1次(255,655億円)、第2次(318,171億円)、第3補正予算(160,347億円)の計734,173億円。兵庫県配分は374,460億円が配分されている。このうち、経済対策として、国民一人当たり一律10万円の支給をはじめ、各種の補助金、GoToトラベルやGoToイートなどがある。

他方、株価は維持されているが、2020年のGDPは前年比4.84%低下、現在も回復が遅れている。2021年(令和3年)1月29日公表の総務省資料によれば、2020年(令和2年)の完全失業者数は194万人と前年より49万人増加し、完全失業率は前年より0.4ポイント上昇(2.8%)で、この悪化率はリーマンショック2009年(平成21年)以来とのことである。厚労省によれば、有効求人倍率は1.18倍で、前年より0.42ポイント低下、下げ幅は1975年(昭和50年)以来とのこと。また、これまで10年連続減少していた自殺者数は、2020年(令和2年)2万919人、前年比750人増(3.7%増)となり、増加は2009年(平成21年)のリーマンショック以来とのことである。

- ⑤ 対面式飲み会・歓迎会・送別会・式典・葬式・イベント等の縮小または中止や、病院や社会福祉施設等での面会等の禁止とオンライン化が進展し、今後も続けるべきと感じている人も多い。しかし、行政手続きのオンライン化やマイナンバーカードの普及には大きな進展がみられない。

都会型感染症、新型コロナはリモートワーク・テレワークを促進し、東京一極集中・都会集中を是正し、東京等からの移住希望者が増加していると思われるが、データはこれからである。

大規模イベントと感染予防を両立させた事例とは、2021年(令和3年)2月11日東京で開催された新型コロナウイルスと戦う医療従事者や患者を支援するボクシングのチャリティーイベント「LEGEND」のことである。事前に観客2548人のほか、スタッフ、報道陣など延べ4160人に対してPCR検査を実施した(陽性者なし)。PCR検査結果の通知は、各自がスマホの専用サイトにアクセスし、確認する方法が採られた。

- ⑥ 2019年(令和元年)の出生数は2018年(平成30年)より5.8%(5.3万人)低下し、86.5万人であった。合計特殊出生率も1.42から1.36に低下した。2020年(令和2年)の出生数は84.1万人で、合計特殊出生率も1.34に低下した。他方、2020年(令和2年)の妊娠届は、前年と比べ4.8%減少しており、2021年(令和3年)の出生数は80万人を割り込む可能性もあり、超少子化が加速することになる。兵庫県も同様で、2019年(令和元年)の出生数は1.8%減で、2020年(令和2年)4月から10月の妊娠届は9.1%低下している。2020年(令和2年)の人口は、約48.1万人減少し、減少幅は13年連続で過去最大となったが、2021年(令和3年)の人口は、出生数の著減により、さらに大幅に減少すると思われる。

- ⑦ 東京大学高齢社会総合研究機構の飯島勝也教授らのフレイル（37 ページ参照）調査によれば、新型コロナウイルス感染拡大によって高齢者の 40%が引きこもり状態となり、14%は閉じこもり傾向（週一回未満の外出）となっている。筋肉量は8%減少、24%で「指輪っかテスト」の成績が低下、27%に歩行速度低下が見られた。兵庫県でも武庫川女子大の調査で同様の結果が報告されている。

フレイル悪化の原因は、「不要不急の外出自粛」要請による高齢者の引きこもりで、新型コロナウイルスに対する「情報格差・偏り」の結果であると考えられる。すなわち、近年、高齢者も情報を自分で選別し、正しく判断しなければならない状況となっているが、一部のテレビ番組などに見られる偏った内容の情報源に頼りがちな高齢者は極端に感染を恐れて外出しなくなり、このままでは心身の両面からフレイルとなってしまう恐れがある。他方、既存のメディアに加えインターネットなどを利用して正確な情報を収集している者は、新型コロナに関する情報を取捨選択し、感染を回避しつつ、種々な活動が可能になりやすく、情報収集が困難な高齢者との間に「情報格差」とでもいべきものが発生しつつある。

また、今回のコロナ禍では「不要不急の外出自粛」が長引いたため、郊外や駅から離れた住宅に住まう高齢者が不便な生活を余儀なくされ、また、都会でも一人暮らし、高齢夫婦世帯では孤立感を感じる人が増えている。コロナ禍がなくとも、今までも不便な立地の団地などに住まう高齢者においては「買い物が不便」「一人で外出が難しくなってきた」「気軽に立ち寄れる飲食店が欲しい」などの声はよく聞かれている。

（2）提案

【主たる提案】

全国民ワクチン接種による集団免疫獲得で、ウィズコロナからポストコロナへ。先の見えたウィズコロナ期間を、いかに耐え、第5波による医療ひっ迫・崩壊を回避し、医療・雇用・経済を両立させ、ポストコロナ（Society5.0・情報AI化）へ繋ぐかが課題となる。

- ① 全国に先駆け、マイナンバーカード等も活用、全県民ワクチンの集団・個別接種体制を整備、副作用等の情報を収集・公開、ワクチン接種率全国一を目指すべきである。
- ② 今後來る第5波による医療ひっ迫・崩壊を回避するため、ワクチン接種を急ぐと共に、有事の感染症危機医療体制への転換を柔軟に行える以下のシステムを構築すべきである。
基本的感染予防に加えて、家庭内マスクの着用や新たな紫外線照射装置等を推奨する。
医療・介護従事者や入院・入所者等には定期的な行政PCR検査が必須である。
全ての医療機関が、特徴を生かし、役割分担して、新型コロナの診療に協力してあたるべきである（詳細は説明参照）。民間医療機関が患者を受け入れるための財政支援等の最新情報の提供、免責、風評被害対応等の整備も急務である。
一方、患者側は、特に高齢者は望む医療について家族・医療者等と相談しておくことが重要である。

対応医療機関の実務者と県・保健所とのWEB会議等、連携・統合を強化する機構を設置する。

また、有事の場合、改正特措法等を活用し、全医療機関が協力する体制を構築する。

イベントと感染予防両立のために情報AIを活用すべきである（基本認識⑤の事例参照）。

- ③ 我が国は情報AI化の後進国である。危機をチャンスとして、情報AI化・Society5.0を推進すべきである（「1情報AI・SDGsと対策」参照）：ウイズコロナに対する県民意識の実態調査、マイナンバーカード等による健康福祉情報のデジタル化、リモートワークによる地方への移住等を推進すべきである。
- ④ 超少子化の急激な悪化対策は喫緊の課題である（2「超少子化と対策」参照）。若い世代を対象にウイズコロナの影響の実態調査、結婚—妊娠—出産—育児の包括的「兵庫モデル」の構築、希望者に新居を準備するか大幅な補助等も検討する必要がある。
- ⑤ 高齢者フレイル悪化対策として（4「超高齢化と対策」、5「超高齢化時代の医療・介護と対策」参照）、ウイズコロナの影響の実態調査及び高齢者情報AI教育のモデル県を目指し、全県下で教育の実施を検討すべきである。また、高齢者が一人でも、生き生きと生活・社会参加できる仕組みの整備は喫緊の課題である。

【説明】

- ① 感染症克服のためには、ワクチン接種による発症予防・重症化予防・集団免疫獲得と特効薬の開発が必須である。新型コロナパンデミックでは有効なワクチンが実用化され始めている。集団免疫は、集団の約70%が抗体を持つことによって達成される。達成方法には、スウェーデンで試みられたような実際に新型コロナウイルスに感染した患者が増え、大多数となることによって自然に獲得する方法と、ワクチン接種により人口的に獲得する方法に大別される。現在、ワクチン接種が進みつつあるが、ワクチンの安定供給のためには、輸入のみならず、国内生産体制整備が必須で、国に要望すべきである。また、特効薬のない現在、国は日本で開発されたイベルメクチンの新型コロナに対する国内治験結果が早急に明らかになるように研究費、人等について配慮すべきである。
- ワクチン接種には副作用（デメリット）を伴う。しかし治療を要する副作用はファイザー社製ワクチンで10万人に1人、モデルナワクチンでは25万人に1人程度で、かつ非致命的である。副作用というデメリットよりも、多数の健康被害を予防し、かつ著しく制限された市民社会生活を正常化するメリットははるかに大きい。
 - 厚生労働省としては、今後は、これまでのファイザー社製ワクチンに加えて、モデルナ社製ワクチン接種も含めて、高齢者・一般人へと拡大接種する予定である。全県民挙げてこれに協力し、秋までには、県民が集団免疫を獲得する先進県になるべきである。また、マイナンバーカードによる一括管理が望ましい。

○ 集団免疫が獲得できれば、新型コロナウイルス感染症は、感染症分類2類から5類に変わり、季節性インフルエンザ並みの疾患となる。

○ 我が国は、これまで種々の理由から、ワクチン接種がスムーズにいかず、ワクチン接種後進国と言われている。英国の調査会社「エアフィニティ」等によれば、ワクチン接種は多くの国で、2020年（令和2年）12月から開始、集団免疫獲得が一番早いのがイスラエルで2021年（令和3年）3月末、米国は4月、それからカナダ、イギリス、ヨーロッパ諸国が続き、我が国は先進国の中で最も遅れて2022年（令和4年）になるとの報道もある。実際、我が国のワクチン接種開始は2021年（令和3年）2月17日で、これは欧米のみならずインド（2020年（令和2年）12月16日）、シンガポール（2020年（令和2年）12月末）等多くの国と比較しても明らかに遅い。2021年（令和3年）6月7日の時点で、2回の接種完了者の割合はイスラエル59%、チリ44%、アメリカ41%、イギリス40%の順で、我が国は3.1%に過ぎない。

ワクチンはゲームチェンジャーであり、この予想を覆す必要がある。そのためにはワクチンへの国民の理解、冷凍庫、接種希望者の募集、接種場所、接種時の医療体制、注意の徹底等の課題を克服する必要がある。同時に、ワクチン休暇、企業や自治体による「ワクチン特典」、ワクチンパスポート等の推進策を兵庫県も検討すべきである。

○ ワクチン接種者は集団免疫獲得前でも活動の幅が広がることを強調すべきである。

② 有事の医療体制とは、前例に縛られることなく、行政・全医療機関・国民（患者も一般市民も）が協力・役割分担して、限られた人・物・金という医療資源を適切に集中・選択的に有効活用し、より多くの新型コロナ並びに一般疾患の患者を救う体制のことである。同時に、ウイズコロナ後のポストコロナの医療体制も配慮し、一部コロナ対応医療機関等に過重な負担かからないように、全医療機関の協力体制を組むべきである。

○ 家庭内感染の予防には、基本的感染予防の徹底に加えて、就寝時も含む家庭内でのマスク着用とマスクをとり食べる時は話さない「黙食」を推奨する。

○ 新型コロナウイルスの感染は約半数が感染経路不明な市中感染で、無症状者からも感染するため、人体に安全な222nm紫外線照射装置のような新しいツールの活用が飲食店・病院・施設等で必要である。病院等のトイレ、受付、マスクを外す飲食時の感染予防としてレストラン・居酒屋・バー等での設置が推奨される。また、患者退院後の病室等の消毒には専用の紫外線照射装置も活用すべきである。これらに対する補助も望ましい。

○ 医療機関・介護施設の院内感染・クラスター発生予防のため、職員・患者・入所者全員の定期的なPCR検査を実施し、感染者を早期発見し、隔離する必要がある。

○ 新型コロナパンデミックで全医療機関協力体制の各医療機関の役割分担

<発熱外来>：発熱外来のある医院・病院で対応する。

<無症状者・軽症者（患者の80%）>

施設または自宅隔離とし、在宅医・看護師・保健師を中心に訪問・遠隔診療を行う（尼崎市では保健所・在宅医・医師会が連携し、実施中。第4波では中等症・重症にもかかわらず、入院できない待機中患者に対してチームで在宅医療を実施した。）。その際、パルスオキシメーター、スマートフォン、免責体制（医療責任の所在を医療機関・医療者から国・自治体へ）の整備は必須である。中等症・重症への移行が疑われる患者は対応する病院へ入院とする。

<中等症・高リスク軽症者>

民間病院を含めた公立・公的急性期病院を中心に、一部特殊な患者は新型コロナ対策拠点病院や大学を含めた高度急性期病院に入院とする。

<重症者（患者の約2%）・透析やCOPD等高リスク患者>

拠点病院・大学を含む高度急性期病院が対応する。

<急性期が過ぎ、感染の恐れがなくなった回復期患者>

リハビリ・介護等で入院の必要な患者は速やかに、回復期・慢性期病院（特に地域包括ケア病棟を持つ病院）へ転院する。転院医療を必要としない患者は自宅・介護施設へ退院とする。その際、精神・身体両面からの長期経過観察が必要である。

<診療施設として、敷地内等に別棟として、臨時（プレハブ）の感染外来用の病棟（陰圧・CT・人工呼吸器・モニター等）を増設 医療スタッフを増員、費用は国・自治体が負担>

民間病院が患者を受け入れるためには、急速に充実してきた直近の国の財政的支援や新型コロナの病態・感染対策について丁寧な説明、また、免責、風評被害対策等の措置が重要である。

さらに、保健所は、患者急増の場合、積極的疫学調査を一時中断して、自宅・施設の患者のフォローアップに集中すべきである。

○ 高齢重症者の延命医療には「人生会議：ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」の趣旨に添い、DNAR（蘇生措置拒否）やリビングウィルについて、自らがどこでどのような医療やケアを望むかを家族・医療者等と話し合い・相談しておくことが重要である。もちろん、患者の意思を尊重することは言うまでもない。

- 兵庫県感染症対策専門委員会とは別に、新型コロナウイルス感染症の実務者と県・保健所等による WEB 会議を定期的実施し、情報交換することは重要である。これによって、県内の発生状況、各病院の患者数・重症患者数・病床使用率、県の方針等を共有し、協力することができる。
- ③ マイナンバーカード等のデジタル化が遅れているため、全国民への 10 万円支給事務が混乱したように、ウイズコロナは我が国が情報 AI 化の後進国であることを明らかにした。対策として、デジタル庁が設置されるが、現在もマイナンバーカードすら、普及率は 30% と進展していない。ポストコロナは世界の情報 AI 化時代と向き合う時代であり、一刻の猶予もない。ワクチン接種においてもこの問題は速やかな接種の足かせになる可能性があり、マイナンバーカード等を用いた健康福祉等の情報一元化が望ましい。
- ウイズコロナの情報 AI 化について、県民意識の実態調査からスタートし、それをベースに情報 AI 化を推進すべきである。特に⑤で述べるように高齢者の情報 AI 教育、オンライン診療等は喫緊の課題である。
 - リモートワークを推進し、東京や大阪から地方への移住を積極的に支援すべきである。
- ④ ウイズコロナにより我が国の超少子化と超人口減少はさらに急激に悪化した。その対策はポストコロナの最重要課題であり、このままでは、医療崩壊をはるかに超えた国家自体の崩壊の危険性がある。
- 若い世代を対象に新型コロナが与えた影響について実態調査を行うことも検討すべきである。
 - 次ページに示す「兵庫モデル (案)」(「長野モデル」は、出産後～育児のケアを関係者が連携して実施し、産後うつを防ぐ方策) の構築等のために、大規模な予算編成等を行う必要がある。

【「兵庫モデル（案）」】

- 兵庫県が実施する「こうのとりの会」会員の結婚のカップルについて、妊娠したら連絡をもらい、近くの子育て支援ルームを中心とした関わりをスタートする（妊娠中のケアの実施、保健師を中心に病院関係等と連絡をとれるようにする。また、その間に長野モデルのように、産後うつリスクを軽減するためにアンケートを実施して、必要な人のバックアップ体制をとる）。
- 出産前後から保健師、臨床心理士が聞き取りをして、その不安を明らかにし、サポートが必要である方を抽出してアプローチをする。また、その方の要望に応じて、必要な機関につなげる。
- 出産お祝いとして、すぐに必要なものをお祝いパック（あるいはお祝い金）として贈る（参考：「フィンランド方式」フィンランドでは、出産前から育児までのケアがあるが、出産直後にすぐに必要な物をベッドになる箱に入れて出産祝いとして渡す）。
- 特に産後うつの状態にならないように、出産後2週間程度、食事の世話等実施できるサービスや気軽に相談できる体制を準備する。
- 育児についても0～2歳児になるまで、必要に応じて関わり、子育て支援ルーム等を紹介する（3歳児以上になると、子どもは幼児教育機関に関わるようになるので、そこでの相談、サポートは可能である。）。
- 共通のファイルを作成し、子どもの成長とともに母親の状況をサポートできるようにし、その管理は行政の保健師等によって厳密に行う。

⑤ すでに神戸市・尼崎市等で個別にフレイル対策が試みられているが、新型コロナウイルス感染症拡大が高齢者に与えている実体について、フレイルや社会参加の程度について県内での実態調査を行う必要がある。

- 高齢者の情報AI教育の推進については、高齢者は勿論のこと、幼児から大人まで、それぞれの成長段階に合わせて必要な情報を取捨選択活用する方法を、県を挙げて教育すべきである。玉石混交で偽の情報も多いとの理由でインターネットを避けるのではなく、インターネットから「玉」の情報を自ら選び取る方法を学び、自在に活用することで新型コロナウイルスに対する自らの不安を解消し、活発な社会活動が出来るように県民を教育すべきである。教育の手段としては、大学を開放しての社会人教育、地域向けのセミナー、小中高の情報教育科目の時間を活用することが考えられる。どうしてもテレビを見る人向けには、専門家の監修のもと、質の高い情報教育番組を制作して放映すると良いだろう。また、教育すべき内容としては、情報端末の利用の仕方、情報の種類（一次情報、解釈された情報、単なる憶測や意見）、信頼できる情報の取得の仕方、海外からの情報を翻訳する方法（例えば無料翻訳サービスの使いかた）、信頼できるデータの取得方法とその活用方法などである。そのうえで、AI、すなわち正しい情報を活用して新たな価値を生み出すシステムについての教育を行えば、兵庫県が抱える様々な社会的課題に正しくAIを活用することが出来る、真の先端IT人材

を育成し輩出することが出来るようになる。

- 高齢者が住み慣れた自宅で生き生きと住み、社会参加ができる仕組みが必須である。以下、地域の社協など生活支援コーディネーターが主となって、民間企業と組む具体的提案を列挙する。

【事例】

- 地域貢献に取り組む社会福祉法人と連携して、送迎サービスを実施する。
 - ・ 愛知県一宮市、東京都町田市の事例
社会福祉法人のデイサービス送迎車の空き時間を利用して、商業地などへの送迎をする。運転手の人件費やガソリン代は社会福祉法人が負担、手続きや初期費用は市が負担して住民は無料で利用。
- 民間企業の活用。宅配業者、コンビニ、美容院など日常生活に密着した企業が高齢者サポートの担い手になる。
 - ・ 宅配業者（ヤマトグループ）の事例
高齢者の買い物サポートを実施している。小規模店舗も含めた購入品を梱包し、自宅まで配送する。費用は利用者（200～300円程度）と店舗が負担する。
- 男性シニア、若年性認知症、障がい者などを対象に野菜作りや木工作業など生産性のある活動を行う。
 - ・ 新潟市の事例
ボランティア団体が社協と連携してリタイアした男性を中心に野菜畑、ビニールハウスで野菜の植え付け、種まき収穫まで取り組んでおり、収穫祭などイベントを実施して子育て世帯も参加している。
 - ・ 豊中市の事例
社協が主体となり定年後の男性を中心として「都市型農園」を実施。福祉基金を3年間受託した。社会参加、地域福祉づくりに貢献するが今後は移動販売など団体としての自立をめざす活動を行っている。
- 大規模団地などでは空室や秋駐車場を利用して介護保険事業所を誘致する。
介護保険を利用したサービスや介護保険を補完するサービスも実施する。県営住宅などでは行政の住宅部局と福祉部局が役割分担をして高齢者が長く住み続けられるために連携する。

第4章 人生100年時代の生き方 ～県民一人ひとりが社会システムと生き方の変革を考えるためのヒント～

本章では、前章までに提示した内容を踏まえ、これからの社会システムの選択を含め、県民一人ひとりが人生100年時代の生き方を考えていくためのヒントを提示する。

人間の平均寿命は、昭和の初めまで、長年45歳程度であったが、医療や公衆衛生の進歩により、急速に伸び、現在80代半ばになった(P.3【図1】)。現在、死因のトップはガンであるが、予防・治療の進歩により、10年後には、ガン死が劇的に減少する可能性があり、人生100年時代は現実となっている。

人生100年時代では、定年60歳の場合、その後40年、65歳でも35年という長い歳月を生きなければならない。多くの人は本当のところはうんざりするかもしれないが、好むと好まざるにかかわらず、我々が直面している現実である。つまり超高齢化時代には、この長い高齢期をどう生きるかという、人生設計の抜本的見直しが求められる。この期間は、新たな仕事を始めるのに十分な期間でもある。このようなことは、これまで人類が経験したことがなく、各人に独創力が求められる。加えて、新型コロナパンデミックによる超少子化の一層の加速や情報AI化への進展等を考慮すれば、個々人の生き方の発想の大転換と社会システムの大変革が必要となることは言うまでもない。そして、将来を展望し、社会を持続可能なものとして維持していくには、県民(国民)各自が明確な意思をもって新たな時代に適した社会システムに転換していくことが不可欠である。

1 価値観の転換と持続可能な社会システムの選択 —求められる基本姿勢—

- 定年後、社会から引退し、保護される高齢者というこれまでの定年後のイメージを捨て、生涯現役で仕事や社会貢献することを前提に、再教育を含めて、各自が新たな「人生100年・情報AI時代」のモデルケースになるという意気込みが重要となる。また、子育ての男女の協力・育児休暇・働き方改革、老老介護では性別にかかわらず元気な方が相手を介護するという協力等の大きな意識改革が必須である。

人口減少に伴い、町や地域が失われていくことに対し、高齢者も住居の移動や戸建て主義の転換等これまでとは異なる対応が必要になる。

対面密集社会から情報AI・人口散在社会への転換の中で、高齢者の情報AI教育はますます重要になり、高齢者は受け身ではなく、自ら積極的にそれに参加すべきである。

- 経済のグローバリゼーション・経済至上主義・自国ファースト・情報AI化の結果、ますます大きくなってきた格差社会・不寛容社会・監視社会に対する各自の対応も重要である。特に、富裕層と貧困層の極端な乖離が生じており、国が主導する富の再分配と富裕層の自発的寄付による社会貢献という寄付文化の醸成は必須である。

人は、限られた生命の中でよりよき生を送るために社会を形成し、社会に生かされ

ている。その社会は自然環境や人が互いに支え合うことで成り立ち、世代をつないでいる。この原点に立ち返り、国は適切な所得の再分配を行って社会に還元し、人々は、それぞれの地域において能力と適性に応じた役割を担い、希少な環境や資源を守り、生の喜びを感じながら支え合って暮す。そうした共生社会こそ、我々が目指すべき持続可能社会ではないだろうか。従って、WHO が指摘するように、新型コロナのワクチン供与について、貧困国に対する配慮も重要である。

- 2019 年の国連報告では、世界人口は、現在の 77 億人から更に増加するが、2100 年頃に 110 億人でピークに達する可能性があるとされている。また、平均寿命の伸びと少子化によって、世界人口の高齢化が進み、人口が減少している国の数が増えていること、世界人口の規模、構成、分布の変化が「持続可能な開発目標 (SDGs)」の達成に大きく影響することが報告されている。我が国の超高齢化・超少子化・超人口減少は世界人類の共通した課題であり、我が国が先頭を行っているに過ぎない。超高齢化・超少子化・超人口減少に対する日本の対応を世界が固唾を呑んで見守っているという意識が重要である。
- 日本は工業化時代の優等生であったが、情報化時代に対する対応が遅れた。新型コロナパンデミックはこのことを炙り出した。情報 AI 化は待ったなしで、今は、まさに「危機はチャンス」である。

2 AI・ロボットとの共存

- 仕事においても生活においても、人と人を補完する AI・ロボットとの共存が進んでいく。人の生活においては、高齢者等の単身世帯が増えていく中で、一人暮らしを支え、心にも癒やしや豊かさを与える存在になり得る。
- 一方で、AI・ロボットへの過度の依存により、人と人との繋がりや関係性を損ねることがないように、適切な関係の構築が必要である。

3 人生 100 年時代のライフステージと生き方

- 人生 100 年時代においては、ライフステージは多様化し、現在のように「教育期」「活動期」「老後期」のような定型的・固定的なものではなくなる。
- これまでのように敷かれたレールの上を皆が同じ方向に進んでいくのではなく、急速に変化する社会に臨機応変に対応しながら、自身で人生を設計していくことが必要となる。
- 一人ひとりの人生設計を支えられるよう、雇用、教育、生活保障等の各種制度を新たな社会システムとして見直し、一人ひとりが自己の責任で活用していく覚悟が必要である。尚、これは「公助」の必要性を否定するものではない。

4 健康長寿と望ましい終末

(1) 健康長寿

- 人生 100 年時代をできる限り健康でいることが、個々人の幸福度を高め、社会に

とっても望ましい。

- 健康寿命の延伸には、フレイル（身体的、精神・心理的、社会的、口腔）予防と、働いたり、積極的に地域活動をしたりして、社会と繋がっていることが重要である。

（2）望ましい終末

- 働き盛りの頃から、親や自分の老後のことを早めに考えて対応していく意識が必要である。動けなくなってからでは、自分の思いどおりにいかないこともある。
- 死の迎え方は、その人の生き方でもあり、住み慣れた自宅で最期を迎えるか否かや延命治療を受けるか否かなどは、できる限り本人の意思が尊重されるべきである。そのため、自分の人生の最終段階の生き方や医療介護の在り方について、あらかじめ関係者で相談し、共有しておく「人生会議」の実践を推奨する。このことは新型コロナウイルスに罹患した高齢者にとっても、切実な問題である。

5 次世代へのバトン

- 人生100年時代を、まずは自身ができる限り健康で自分らしく生きることが望まれるが、同時に、将来にわたって持続可能な新たな社会を構築し、次世代に引き継ぐことが、今の社会を担う世代の責務である。
- 高齢期を迎えても豊かで健やかな人生を送りつつ、来し方に受けた様々な支援のお返しに未来ある若者を温かく支援し、よりよい社会を残すことで生まれ来る子供たちにも祝福を贈る、そのような「すこやか兵庫」を県民で共有したい。

第5章 おわりに

- どのような未来が訪れるかは誰も本当のことは分からない。しかし、我々県民の意思と取組み次第で未来は変えることができるという信念が最も重要である。
- 令和・人生100年時代という“危機と激動”の時代に、日本の縮図である兵庫県が全国のモデル県となり、県民一人ひとりが再確認した価値観と選択を大きなうねりとして全国に発信し、夢と希望の持てる持続可能な社会へと結実していくことを切に願う。

参考資料 1 「昭和・平成と比較して、令和とは？」関係データ（全国・兵庫県）

【全国】

区 分			昭 和		平 成		令 和	
			元年	30年	元年	30年	22年	42年
			(1926年)	(1955年)	(1989年)	(2018年)	(2040年)	(2060年)
平均寿命(男)	歳	T15 ~S5 平均	44.82	63.60	75.91	81.25	83.27	84.66
平均寿命(女)	歳		46.54	67.75	81.77	87.32	89.63	91.06
健康寿命(男)	歳		-	-	- H28	79.47	-	-
健康寿命(女)	歳		-	-	- H28	83.84	-	-
高齢者数	人		3,000,400	4,747,000	14,309,000	35,578,000	39,206,000	35,403,000
高齢化率	%		4.9	5.3	11.6	28.1	35.3	38.1
80歳以上人口	人		293,100	511,000	2,797,000	11,044,000	15,780,000	17,736,000
出生数	人		2,104,405	1,730,692	1,246,802	918,397	742,000	583,000
合計特殊出生率			-	2.37	1.57	1.42	1.43	1.44
15~49歳女性人口	人		14,300,200	23,287,000	31,417,000	25,432,000	18,681,000	15,056,000
死亡数	人		1,160,734	693,523	788,594	1,362,482	1,679,000	1,562,000
人口の自然増減数	人		943,671	1,037,169	458,208	-444,085	-937,000	-979,000
総人口	人		60,740,900	89,276,000	123,255,000	126,443,000	110,919,000	92,840,000
時代の年平均増減数	人			992,287		109,931		-800,071
生産年齢人口	人		35,410,600	54,730,000	85,745,000	75,451,000	59,777,000	47,928,000
時代の年平均増減数	人			798,959		-354,966		-655,310
就業者数(男女計)	人		-	41,220,000	61,630,000	66,810,000	-	-
就業者数(男)	人		-	24,060,000	36,680,000	37,230,000	-	-
うち65歳以上(男)	人		- ※	1,129,000	2,040,000	5,160,000	-	-
就業者数(女)	人		-	17,160,000	24,950,000	29,580,000	-	-
うち65歳以上(女)	人		- ※	575,000	1,370,000	3,540,000	-	-
年少人口	人		22,329,900	29,798,000	23,201,000	15,415,000	11,936,000	9,508,000
市町村数			12,315	5,206	3,252	1,718	-	-
社会保障給付費	兆円		-	0.4	45.0 推計	121.3	188.2~190.0	-
医療給付費	兆円		-	0.2	17.7 推計	39.2	66.7~68.5	-
介護給付費	兆円		-	-	- 推計	10.7	25.8	-
要介護者数	人		-	-	- H29	4,654,550	7,400,000	-
要支援者数	人		-	-	- H29	1,758,210	2,480,000	-
単独世帯割合	%		-	3.4 H2	20.0 H27	34.5	39.3	-
夫婦のみ世帯割合	%		-	6.8 H2	16.0 H27	20.2	21.1	-
生活保護人員	人		-	1,929,408	1,099,520 H29	2,124,631	-	-
GDP	兆円		-	8.6	415.9	548.4	790.6	-
一人当たりGDP	千円		-	96	3,378	4,337	7,128	-

〔出典〕厚生労働省「完全生命表・簡易生命表」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」出生中位・死亡中位推計、厚生労働科学研究報告書「健康寿命の全国推移の算定・評価に関する研究」（「日常生活動作が自立している期間の平均」による算出値を使用）、総務省「国勢調査」、総務省「わが国の推計人口」（各年10月1日現在）、厚生労働省「人口動態統計」、総務省「労働力調査（基本集計）」（年度の月平均値を使用）、第一法規出版「全国市町村要覧」、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」（年度）、厚生労働省ほか「社会保障の将来見通し」、厚生労働省「介護保険事業状況報告」（年度末現在）、経済産業省作成資料「要介護（要支援）認定者の将来推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）2019年推計」、厚生労働省「被保護者調査」（H24.3以前は福祉行政報告例）（年度の月平均）、内閣府「国民経済計算」（年度数値を使用）

【兵庫県】

区 分	昭 和				平 成				令 和	
	元年 (1926年)	30年 (1955年)	元年 (1989年)	30年 (2018年)	22年 (2040年)	42年 (2060年)				
平均寿命(男)	歳	T15 ~S5 平均 44.72	S29 ~31 平均 63.75	H2 75.59	H27 80.92	R22 ~27 平均 83.53				-
平均寿命(女)	歳	46.80	68.33	H2 81.64	H27 87.07	89.80				-
健康寿命(男)	歳	-	-	-	H28 79.77	-				-
健康寿命(女)	歳	-	-	-	H28 84.14	-				-
高齢者数	人	T14 124,884	194,282	617,000	1,577,000	1,770,000				-
高齢化率	%	T14 5.1	5.4	11.5	28.8	37.3				-
80歳以上人口	人	T9 9,665	S25 13,820	H2 130,541	478,000	705,000				-
出生数	人	80,608	62,404	53,689	40,303	-				-
合計特殊出生率		-	2.02	1.50	1.44	※ 1.42				-
15~49歳女性人口	人	T9 551,721	S25 877,414	H2 1,405,464	1,112,000	782,000				-
死亡数	人	46,871	26,690	36,075	57,452	-				-
人口の自然増減数	人	33,737	35,714	17,614	-17,149	-				-
総人口	人	T14 2,454,679	3,620,947	5,380,000	5,484,000	4,743,000				-
時代の年平均増減数	人		46,434		3,586					-33,682
生産年齢人口	人	T14 1,479,870	2,284,166	3,751,000	3,224,000	2,472,000				-
時代の年平均増減数	人		36,050		-18,172					-34,182
就業者数(男女計)	人	-	1,529,707	H2 2,543,402	H27 2,443,786	-				-
就業者数(男)	人	-	986,225	H2 1,579,189	H27 1,367,401	-				-
うち65歳以上(男)	人	-	46,883	H2 87,771	H27 179,887	-				-
就業者数(女)	人	-	543,482	H2 964,213	H27 1,076,385	-				-
うち65歳以上(女)	人	-	20,058	H2 48,784	H27 112,662	-				-
年少人口	人	T14 849,925	1,142,402	1,012,000	683,000	500,000				-
市町村数		424	196	91	41	-				-
社会保障給付費	兆円	-	-	-	-	-				-
医療給付費	兆円	-	-	-	-	-				-
介護給付費	兆円	-	-	-	-	-				-
要介護者数	人	-	-	-	H29 194,905	-				-
要支援者数	人	-	-	-	H29 104,889	-				-
単独世帯割合	%	-	-	H2 20.6	H27 32.7	38.7				-
夫婦のみ世帯割合	%	-	-	H2 16.7	H27 21.4	22.0				-
生活保護人員	人	-	81,186	51,481	H29 105,975	-				-
GDP	兆円	-	-	H2 19.7	21.2	-				-
一人当たりGDP	千円	-	-	H2 3,654	3,864	-				-

〔出典〕厚生労働省「都道府県生命表」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」、厚生労働科学研究報告書「健康寿命の全国推移の算定・評価に関する研究」（「日常生活動作が自立している期間の平均」による算出値を使用）、総務省「国勢調査」、総務省「わが国の推計人口」（各年10月1日現在）、厚生労働省「人口動態統計」、兵庫県「推計人口」、兵庫県市町要覧、厚生労働省「介護保険事業状況報告」（年度末現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）2019年推計」、厚生労働省「被保護者調査」（H24.3以前は福祉行政報告例）（年度の月平均）、兵庫県民経済計算

※R22~27 平均

参考資料2 提案の検討・取りまとめ経過

日 程	内 容
平成30年7月25日 [第1回委員会]	<ul style="list-style-type: none"> 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
平成30年10月16日 [第2回委員会]	<ul style="list-style-type: none"> 主なテーマに関する検討 「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
平成30年12月25日 [第3回委員会]	<ul style="list-style-type: none"> 主なテーマに関する検討 医療・介護基盤の在り方 健康寿命の延伸方策
平成31年2月15日 [第4回委員会]	<ul style="list-style-type: none"> 主なテーマに関する検討 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」の検討
平成31年4月15日	<ul style="list-style-type: none"> 中間まとめの公表
令和元年5月24日 [第5回委員会]	<ul style="list-style-type: none"> 提案書の取りまとめに向けた進め方の確認 提案内容に関する意見交換
令和元年8月29日 [第6回委員会]	<ul style="list-style-type: none"> 提案書（骨子）の検討
令和元年9月 ～令和2年1月	<ul style="list-style-type: none"> 提案書（素案）の調整
令和2年2月12日 [第7回委員会]	<ul style="list-style-type: none"> 提案書（案）の検討
令和2年7月15日 [第8回委員会]	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染拡大の状況等
令和3年2月19日 [第9回委員会]	<ul style="list-style-type: none"> 提案書（案）の検討
令和3年3月 ～令和3年6月	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染拡大を踏まえた提案書（案）の検討
令和3年6月	<ul style="list-style-type: none"> 兵庫県知事への提案書の提出及び公表

注： 令和2年7月以降は、小委員会を設置し、検討を行った。

委員会としての議論は令和3年3月末でいったん終了したが、当時、新型コロナウイルス感染症の状況が深刻化していたことから、委員長を中心に、その点についての変更を加えた。

参考資料3 委員名簿

ひょうご人生 100 年時代プロジェクト推進委員会委員

令和3年6月現在

氏名	所属・役職
上村 敏之	関西学院大学経済学部教授（関西学院大学学長補佐）
大和 三重	関西学院大学人間福祉学部教授
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准教授
杉村 和朗	兵庫県病院事業管理者（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	桃山学院教育大学教育学部教授 （兵庫教育大学大学院学校教育研究科教授）
○ 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	高齢者住宅アドバイザー

○：委員長。（ ）は令和3年3月時点の所属・役職

(50音順)