

健康長寿社会の実現（要旨）

平成25年3月29日

テーマ別会合主査

佐藤 康博

本ペーパーは主査の責任の下、全民間議員の意見を極力取り入れ取りまとめたものである

1. 総論：健康長寿社会の定義

- ①「国民が健やかに生活し、老いることができ、医療関連産業の活性化により世界最先端の医療がリーズナブルなコストで受けられ、更に病気や怪我をしても良質な医療へのアクセスを通じて、直ぐに社会復帰ができる社会」
- ②「国民の健康長寿が経済成長に繋がる社会」

2. 提言骨子

(1) 国民が健やかに生活し、老いることの出来る社会の構築

——効果的な予防サービスや健康管理の充実

- 健康寿命を延伸させるために、「予防」、「早期発見」、「健康管理・健康増進」などの高度化を図り、それらを担う「健康寿命伸長産業」を確立する

- ・ 予防医療こそがGDP成長をもたらす
- ・ 予防に向けてのインセンティブ付与（健保組合の健診受診の推進、個人にとっての金銭メリットや後期高齢者支援金の加算・減算を10%拡大等）
- ・ 社会保障負担の削減に向けて、自己責任の範囲を考慮し自己負担を拡大
- ・ 医療法人の附帯業務の拡充
- ・ TV会議等ICTを活用した健康診断や自分でOTC医薬品を購入して治すセルフメディケーションの促進
- ・ 各地域が裁量を持って取り組めるように、インセンティブを地方行政に付与 等

(2) 医療関連産業の活性化、世界最先端の医療が受けられる社会の構築

——再生医療分野等を中心に最先端医療の研究開発を促進

- 現在の医療技術では、多くの生活習慣病等の治療は対処療法等に手段が限られているが、再生医療等の技術進歩を通じて、これまで治療が困難とさ

れてきた疾病の治療が進む可能性。そのためには、保険外併用療養の更なる範囲拡大等、我が国の医療関連技術開発システムのあり方全体を見直すことも必要である（図表1～3）

- ・ ポスト「スーパー特区」として以下のような取組みを集中支援
——iPS細胞研究の推進、臨床研究体制の整備（中核病院を中心に迅速な臨床試験体制を整備）
- ・ PMDAの体制強化（審査員の大幅増員と民間人材の活用、レベル向上）、薬事戦略相談制度の拡充
- ・ 再生医療の制度整備に係る関連法案（薬事法改正+新法）、医療機器の特性を踏まえた認証制度の拡大に向けた薬事法改正（民間の認証機関の活用、医療機器製造業の許可制度の見直し等）の今国会成立
- ・ 研究開発に対する税制面での優遇、公的資金の活用
- ・ 中小企業と医療機関との連携による医療機器開発の推進
- ・ ライフサイエンス分野の研究開発、研究開発投資の司令塔として「日本版NIH」（仮称）を設置し、各省関係予算の運用を一元化。関係する既存組織の統合や民間資金を含めた十分な予算規模の確保も指向
- ・ 医療関連情報の電子化・共有・活用の推進
- ・ マイナンバー・システムの導入 等

（3）良質な医療へのアクセスを通じて直ぐに社会復帰が出来る社会へ向けて

- ICTを活用した遠隔診療・調剤、薬品のネット販売などを通じた効率的な医療サービスの提供

- ・ TV会議等ICTを活用した健康相談の仕組み創設
- ・ 電子処方箋の活用
- ・ 診療報酬及び介護報酬の改革 等

- 医療や介護等の各種高齢者向けサービスへのアクセスが容易な（中低所得層向け）高齢者向け賃貸住宅の整備（図表4～8）

- ・ 42万人の待機老人（特養入居待ち）の解消に向け、杉並区-南伊豆町の取組みを横展開するため、都道府県による総量規制の緩和と介護保険の住所地特例の要件緩和を含めた施策を講じる
- ・ 学校跡地等を活用した（中低所得者の）高齢者向け賃貸住宅の整備
- ・ 既存の公的賃貸住宅（地方住宅供給公社やUR）の活用や都市交通の整備
- ・ ヘルスケアREIT市場の整備 等

- 介護保険制度の持続性確保や医療・介護産業を支える労働力の確保（図表9～12）

- ・ 介護分野において、自己負担割合を重度に依じた体系に変えて行く
- ・ 健康な高齢者による互助的な介護制度の一層の推進
- ・ 医療介護ロボットの開発支援と普及促進
- ・ 外国人労働者の活用（必要要件の緩和、移民受入についての国民的議論の喚起）等

（4）国民の健康長寿が経済成長に繋がる社会

——健康寿命伸長産業の確立による個人消費や投資の喚起、高齢者層の消費拡大、医療関連システム・機器の輸出増を我が国の経済成長に繋げる

- 健康寿命伸長産業の確立（前掲）
- アクティブシニアの消費を活性化するためのヘルスケアポイント導入（図表13～14）

- ・ 高齢者向け市場は2007年：63兆円から2025年：101兆円に拡大
- ・ 高齢者の健康関連消費に対して「ヘルスケアポイント」を付与し、当該ポイントと将来の介護サービスの受給権を結びつけるような仕組みを構築（まずは「特区」にて社会実証実験として実践）

- 日本型「予防システム」を確立し、日本式医療をインフラとして世界に輸出（図表15～17）

- ・ 予防のための診断機器に対する保険点数の見直し、中立的な立場で主体的に推進する体制の構築、健康データ計測方式や送付形式の標準化、家庭・病院間または病院間でのネットワーク構築整備
- ・ 日本の医療機関等が海外で具体的な案件を組成することを支援する組織や体制を強化
- ・ 医療機関が海外展開するに当たって海外の現地法人に出資できることの明確化等

以 上

健康長寿社会の実現

平成 25 年 3 月 29 日

テーマ別会合主査

佐藤 康博

本ペーパーは主査の責任の下、全民間議員の意見を極力取り入れ取りまとめたものである

【総論】

（「健康長寿社会」とは）

- 健康長寿社会とは、「国民が健やかに生活し、老いることができ、更に医療関連産業の活性化により世界最先端の医療がリーズナブルなコストで受けられ、また、病気や怪我をしても良質な医療への早期アクセスにより、直ぐに社会復帰ができる社会」である。そして、「国民の健康長寿が経済成長に繋がる社会」である。
 1. 国民が健やかに生活し、老いることが出来るためには、病気にならないこと、即ち「予防」が重要となる。予防促進に向けたインセンティブを措置すると共に、国民の健康維持・増進を支える「健康寿命伸長産業」の確立が求められる。
 2. 世界最先端の医療がリーズナブルなコストで受けられるためには、官民が連携して医療関連産業を活性化させると同時に、再生医療分野などを中心に最先端医療の研究開発を促進すること等が求められる。
 3. 国民が病気や怪我、要介護状態になっても、良質な医療や介護サービスへのアクセスにより直ぐに社会復帰できるためには、ICTの活用などを通じた効率的な医療・介護サービスの提供が重要となる。更には、寿命が伸びた高齢者が健やかに生活して行くための住宅面や医療・介護サービス面での「安心」の確保も重要である。そのためには、提供側の大規模化などによる効率化と高付加価値化 ⇒ 介護業務の処遇改善 ⇒ 優秀な人材の獲得、というサイクルが必要である。
 4. 国民の長寿を経済成長に繋げるためには、まずは現在社会保障制度で支えている医療・介護などに産業化の視点を十分取り込み、効率性・高付加価値化を追求し、多くの事業者が参入するインセンティブを導入することが重要である。「健康寿命伸長産業」の確立に加え、①健康であることが個々人にとって（金銭的にも）プラスとなるようなインセンティブ体系を整備する中で、高齢者の消費を活性化させること、②国民の長寿を支える予防医療システムを海外に輸出、③介護分野でのフランチャイズ・ルールの適用などが考えられる。

(課題解決先進国としての日本の果たすべき役割)

- 少子高齢化が進む中、我が国は全ての国民が健康かつ安心して長寿を全うできる持続可能な社会システムを構築することが求められている。今後、程度の差はあれ、世界各国が同じ課題に直面するとみられる中、我が国は「課題解決先進国」として、適切な解決策を見出して行く必要がある。そのためには、医療・介護・福祉分野の財政の持続性確保と多様な国民のニーズにこたえる民間の創意工夫（ICTやインターネットの徹底活用等）の余地を拡大させることが必要である。

【提言骨子】

1. 国民が健やかに生活し、老いることのできる社会の構築

- 健康長寿社会の実現に向けて、国民の健康寿命の延伸が必要不可欠である。その際、「病気を治すこと」だけでなく、「病気にならないこと」がより重要となる。そのためには、「予防」「早期発見」「健康管理・増進」などの高度化と徹底を図り、それらを担う「健康寿命伸長産業」の確立が求められる

(1) 予防医療こそが GDP 成長をもたらす

- 健康長寿には、病気にならないための「予防医療」が重要となる。がん、循環器疾患、糖尿病などの領域で予防医療を進めることで、健康寿命のアップによる医療費削減と、社員の気力・体力の充実による労働生産性の改善が期待できる。そして、これらは国全体の生産性向上に大きく寄与し、GDP 増大をもたらす。米国では、健康投資（健康維持に対して支払うコスト）の乗数効果は、医療費削減部分だけで 3.27 倍との試算結果がある。これに労働生産性の改善を加えると、乗数効果は更に上昇する。加えて、健康で働く意欲のある高齢者の増加は、少子化の進展の中で労働力の重要な供給源にもなる。

(2) 「健康寿命伸長産業」の確立が健康投資を促進する

- 健康維持・増進のための制度、サービスを拡充強化する中で、現状で男性 70 歳/女性 74 歳である我が国の健康寿命を延伸させ、「健康寿命伸長産業」を確立する。これは、技術革新、技術の応用等のイノベーションを通じて新しい産業やサービスを生み出し、雇用を創出し、特に女性や高齢者を吸収するなど、経済成長に大きく貢献する。

(3) 「健康寿命伸長産業」が個人の健康生活を支える

- 予防医療は、食事と適度な運動、適切なヘルスケアサービスの活用が柱となる。これら分野は、民間が医療機関や専門家（保健師、管理栄養士、栄養士、理学療

法士等)と一緒にあって担っていく。

①食事

- ・ 塩分や糖分が控えめでも美味しく、かつ満腹感の得られる健康食や、食事を補う形の栄養ミネラル等のサプリメントなどが対象となる。とりわけ美味しいことが必須であるが、日本の加工食品業であれば十分対応することが出来るであろう。また、これら分野での起業も大いに期待できる。
- ・ 栄養面では野菜の摂取が重要であり、ミネラルが豊富な付加価値野菜に対する需要が大きい。ゆえに、日本農業の強みを発揮できる分野であり、農業発展の要因ともなる。現在、特定保健用食品制度に該当しないサプリメントが特定保健用食品を上回る市場を形成している。消費者に理解しやすい健康機能を表示出来る仕組みに規制改革する。
- ・ 以上の食事に関しては、医療機関と連携することで、社会の安心感を高め、更なる需要拡大へつながる。加えて、管理栄養士/栄養士や理学療法士などの活躍が期待され、特に女性等の雇用が増大する。

②適度な運動

- ・ 日々のウォーキングや自らの健康管理、スポーツジムを通じての健康管理に対する需要拡大が期待できる。様々なデバイス(万歩計や体重計等)への需要も含め、これら分野でのベンチャーの創出と、特に若者の雇用拡大が期待できる。

③適切なヘルスケアサービス

- ・ 後述するように、健診やその結果に基づくセルフメディケーションなど、ヘルスケア(健康医療)サービスを適切かつ適時に活用することが早期発見、早期治療といった予防医療につながる。このため、より多くの人々がこうしたサービスを活用するような市場の形成とインセンティブ設定が重要である。
- ・ 個人の属性(年齢や性別、家族歴、基礎疾患など)に即して健診および検診を選択し、その結果から個人が適切なOTC医薬品(Over The Counter: 一般用医薬品)や医療機関を自ら選択して受診できるようにする。このために必要な情報基盤や判断支援のサービス、その仕組みづくりも民間が医療機関や専門家と連携して構築する。

(4) 健診による予防・早期発見のインセンティブ

- 適切に選択された健診や検診による問題の早期発見と、それを踏まえたアクションを取ることが肝要である。例えば、8割が赤字という健保組合や個人の健診受診及び健康増進事業に対するインセンティブ(税額控除等)を措置する。同時に、

より利便性担保のため、血液や尿の簡易診断を身近に使える環境整備も行うことが必要である。簡易診断も含めた健診受診率に合わせて、現行 0.23%の後期高齢者支援金加算額を拡大（例えば 10%）するとともに、取組優秀な健保に戻すものとする。こうした予防医療の取組は、高度な医療技術や早期発見のノウハウを創出する。

- ・ 「ワンコイン健診」のような手軽で安価な健診手段の普及を図り、主婦やフリーター等の「健診弱者」救済を目指す
- ・ 特に中小企業における健康診断受診率引き上げに向けたインセンティブ・デイスインセンティブ導入

(5) セルフメディケーションの促進と ICT の活用

- 医者に行くか行かないかの微妙な段階では、医療機関に行って保険を使うのではなく、自分で OTC 医薬品を購入して治すセルフメディケーションを進める環境をつくる。薬剤師等による直接的な指導や、ICT を活用することでの薬剤師、医師、看護師等の専門家のアドバイスに従いながら自分の健康管理を行う。ICT はトレーサビリティ等の面でも優れており、安全・安心の仕組みをきちんと担保すれば、早期発見と効率化に大きく貢献するゆえ、その活用を広く図っていく。

(6) 社会保障負担の削減に向けて

- 上述のように、まずは予防に取り組むことで、病気や重症化した場合に比べ負担を減らす。その上で予防医療へのインセンティブと社会保障コストの削減のために、疾病の種類によって自己負担割合を変えることも実施していくべきである（例えば、がんなら従前どおり自己負担を 3 割、風邪は 7 割負担など）。その際、自己責任の範囲を考慮し、自己負担増も段階的に行う（例えば 3 年ごとに 1 割アップ）。また、自己負担の最低限度額を設定すること（少額の治療費については全額負担）、一月当たりの窓口負担の上限額の比例増部分（現在 1%）を引き上げることなどを検討する。現在 70 歳以上 75 歳未満の 1 割負担凍結を速やかに解除するとともに、75 歳以上 1 割負担についても 2 割にすべきである。
- なお、自己負担増の結果、病院に治療に来なくなるというおそれや非難があるが、まずは予防のための健診を今以上にしっかり受診してもらい、その後のアクションにつなげるために、ICT を活用した遠隔医療や健康相談など、医師や専門家の指導をより身近に受ける。

(7) 医療法人の附帯業務を拡充

- 医療法第 42 条等では、医療法人は非営利で、医業の他に附帯業務として、特養

を除く介護、福祉、保健衛生に関する業務等が実施可能である旨定められている。しかしながら、公的保険外の予防・介護・生活支援サービスについては、実施できるか否かの明確な規定がない。これら今後重要となる戦略分野については、医療法人の附帯業務として明確に位置づけて、医療法人の積極的な関与を促すべきである。

(8) 医療法人の出資規制を緩和

- 医療法第41条により、医療法人は、安定経営を維持する観点から、現金を預金や国債などの安定資産で運用することが必要。今後、医療法人が戦略分野サービスを実施するに当たり、新会社の創設や既存の事業者との連携のために、出資することも想定される。医療法人の現有資産のうち一定部分は、戦略分野のサービス事業を行う事業者への出資ができるようにすべきである。なお、医療の安定経営を維持する観点から、病院のガバナンスや外部モニターを厳格にすべきで、病院経営の円滑化には一層の経営センスやリターンのある資産運用が求められる。

(9) 地域中心の取組、地方への権限委譲

- 以上の取組みに当たっては、NPO・NGO との協働や地方行政との組み合わせが効果的である。国による一律行政ではなく、各地域が裁量を持って取り組めることが不可欠で、そのためのインセンティブを地方行政に付与することが重要である。
 - ・ 例えば、広島県呉市では、被保険者のレセプトデータや健診データの分析により、ジェネリック医薬品の使用勧奨で200万円の費用で年間1.1億円の薬剤費を削減、糖尿病の重症化予防サービスを毎月継続勧奨して（3年間で200名弱参加）、サービス利用しなかった患者の1割が透析移行するところゼロにしている事例がある。こうした成功事例を横展開することが重要。
 - ・ 一人当たり医療費が最も低い長野県の予防・健康増進への取組みを調査し、全国展開を図ることも一案

2. 医療産業の活性化、世界最先端の医療が受けられる社会の構築

(1) 最先端医療の実現（図表1～3）

- 現在の医療技術では、多くの生活習慣病等の治療は対症療法等に手段が限られているが、再生医療等の技術進歩を通じて、これまで治療が困難とされてきた疾病の治療が進む可能性が出てくる。そのためには、我が国の医療関連技術開発システムのあり方全体を見直すことも必要である。
 - ・ ポスト「スーパー特区」として、以下のような重要な取り組みを継続的、集

中的に推進・支援する。

—— iPS 細胞研究の推進

—— 臨床研究体制の整備（中核病院を中心に迅速な臨床試験体制を整備）

- ・ PMDAの体制強化（審査員の大幅増員と民間人材の活用、レベル向上）、薬事戦略相談の拡充
- ・ 再生医療を支える産業の体系的な育成
- ・ 再生医療の制度整備に係る関連法案（薬事法改正+新法）の今国会成立
- ・ 医療機器の特性を踏まえた認証制度の拡大に向けた薬事法改正（民間の認証機関の活用、医療機器製造業の許可制度の見直し等）の今国会成立
- ・ 診療データベースの一元化と開放（研究への活用、最適な治療法確立のための活用）
- ・ 研究開発に対する税制面での優遇、公的資金の活用
- ・ 中小企業と医療機関との連携による医療機器開発の推進
- ・ 手術ロボットの開発および実用化の推進

- 省庁の縦割りを打破し、ライフサイエンス分野の研究開発、研究開発投資の司令塔として「日本版NIH」（仮称）※を設置し各省関係予算の運用一元化。関係する既存組織の統合や民間資金を含めた十分な予算規模の確保も指向

—— 文科・経産・厚労に分かれるライフサイエンス研究開発予算の一体的要求・運用弾力化

—— 産学ブリッジング、トランスレーショナル・リサーチ推進

企業・研究機関共同でのプリコンペティティブリサーチ

ナショナルセンターのネットワーク化による臨床研究の一体的推進

高度先進医療のファスト・トラック

—— 世界から優秀な人材を集める

※ National Institutes of Health：米国の医学研究の拠点機関。大学などの研究機関が生み出す基礎的な研究開発から予防・治療法を研究し、医薬品や医療機器の開発につなげる役割を果たす

（2）基盤の整備

- 我が国の平均的に高い医療技術水準を堅持しつつ、一方で高度・先進分野の技術やサービス水準でも世界に先行すべく、同分野における競争環境を整備すべきである。そのためには、先進分野の研究開発の促進はもちろんのこと、医療データの蓄積・活用を図るインフラの整備、国内医療提供体制に一定の競争原理を導入すること、国際競争の要素を取り入れることが重要である。合わせて、国民にと

って多様な医療サービスの享受が可能となることが、直ちに財政負担に繋がらないように保険制度のあり方も見直す必要がある。

- 「どこでも MY 病院」の実現
 - ・ どの病院に行っても個人のデータは自分のものにできる。

- 医療関連情報の電子化・共有
 - ・ 予防活動にきわめて重要となる、保険者が保有するレセプトデータや健診データ等の分析委託は、個人情報保護法の「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」の中で、健保組合等の通常業務で想定される利用目的として例示されているため、法的に問題ない。しかしながら、その周知が不十分であるため、「個人情報保護法との関係でデータ分析の外部委託はできない」と誤解している保険者が極めて多い。保険者が保有するレセプトデータ等の分析依頼が法的に問題ないことの周知徹底を図るべき。
 - ・ 一方、国が保有するレセプト情報・特定健診等情報データベースについては、データ提供の可否が有識者会議において審査、厚労大臣が決定するが、実際には企業等がデータ提供を受けることは極めて困難な状況。様々な研究者によるレセプトデータや健診データの分析は、保険者による取組強化や、企業による新たなサービス、機器や薬の開発に極めて有効であることから、平成 26 年度末を目途にレセプト情報等の提供体制の現状や今後の方針について検証・検討を行うこととなっているが、より積極的な利活用を図るべき。

- マイナンバー・システムの導入
 - ・ 個人の所得のみならず資産も把握して、医療費・介護費の自己負担割合に差をつけ、結果的に医療費・介護費の削減につなげる。これにより、大きな社会保障負担となる消費税 20-25%の憂慮を払拭していく。
 - ・ 医療機関におけるオンラインでの保険資格の確認により、医療費の過誤支給を無くすなどの仕組みを早急に整備する。

- BI : Basic Income の導入
 - ・ 日本の社会保障は、その給付の 7 割が高齢者に当てられている。高齢者の所得は低いが、個人資産の 7 割前後を 60 歳以上が持っているため、これは貧しい勤労者から豊かな高齢者への逆分配になっていて、所得の低い人に高い人の所得を再分配する機能をほとんど果たしていない。このゆがみは、団塊の世代が年金生活に入る 2012 年以降、急速に拡大する。特に、日本の基礎年金は国庫負担が 1/2 になっているため、財政危機も悪化させる。また消費性向の高い勤労者

- から低い高齢者に所得を移転することは、成長率を低下させる。
- 必要なのは無原則に金をばらまく社会保障ではなく、高所得者への年金支給額などをカットして所得に応じた分配にすること。根本的な解決策としては、ベーシック・インカムで一律の再分配に変更する必要がある。
 - 問題は年齢などの属性ではなく所得・資産であり、公的年金も生活保護も失業保険も介護保険も廃止してBIに一本化すれば公平になり、国の膨大な事務費も不要になる。

3. 良質な医療へのアクセスを通じて直ぐに社会復帰が出来る社会に向けて

(1) 効率的な医療サービスの提供

- ICTを活用した遠隔診療・処方・調剤、リフィル処方箋の導入や宅配の活用、また一般用医薬品及び処方箋医薬品のネット販売の普及、診療情報のクラウド共有などを通じた、効率的な医療サービス提供

- TV会議を活用した健康相談の仕組み創設
 - ・ 薬事や医療食について、解像度が高くなっている自宅TVや店舗でのTVといったICTを用いて、センターにいる医師、薬剤師や管理栄養士、理学療法士とのTV会話を通じて、薬や食事の紹介を受ける健康相談ができる仕組みを作る。会話全てのLOGが残せるので、仮に事故が起きても後でレビュー可能。

- 電子処方箋の活用
 - ・ 現在、処方には紙の原本が必要（薬局へのFAX処方OKも、原本と引き換え）。電子化することで、患者は医療機関から処方薬の受け取り薬局を指定、患者からの電子処方箋を受け取った薬局はシームレスに調剤を行うことが可能になる。薬局は必要に応じ疾病情報の取得を可能にし、医療機関は調剤情報を次回診察時に参照可能となる。患者は薬局内で出来上がり待つ必要がなく、薬局からのメール・電話等による通知を受けて処方薬を受け取りに行くことができる。

- 医療・介護体制の整備
 - ・ 我が国における医療提供は、いわゆる国民皆保険の下、診療報酬制度によってごく一部の自由診療を除いたほとんどの医療サービスの価格が公定価格とされているとともに、医療提供の量についても病床規制による需給調整がなされてきた、いわば「官製市場」の典型例である。
 - ・ 医学部の新設
- 医療危機の打開には医師不足の解消が急務。また、医学部の数を増やし競

争環境におくことで、安価で良質な医療教育サービスを受けやすくする。

- ・ 病床規制および介護総量規制の撤廃
 - 人口密度の高い地域への医療機関の集中と過剰な医療供給に伴う医療費増大を防止し、過疎地域の医療体制整備を促す目的の病床規制は、高齢化による医療需要の増大と「医療崩壊」が社会問題化する現在、病院経営の効率化へのインセンティブが働くような診療報酬体系の導入や保険者と医療機関との個別契約の導入により、医療機関の経営の自由度を拡大し、より多角的な競争が行われる環境を整備する中で、見直すべきである。
 - また、病床規制が既存の病院の既得権となって病院間の競争を妨げていたり、基準病床数の算定方式が現状追認型で対人口比の地域間格差があるなど地域の実情を踏まえた適切な病床数の確保ができていないことから、医療計画の策定や医療政策面で地方への実質的な権限委譲が望まれる。
 - なお、過疎地域における医療確保は、公的機関の配置や民間機関への補助等の政策を検討すべきである。
 - 以上の考え方については、介護の総量規制にも当てはまる。
- ・ 診療報酬および介護報酬の改革
 - 人々が予防に向かうことで受診が減る仕組みとする一方、急患対応等の激務を担う病院勤務の医師に報酬を厚くする仕組みを検討。
- ・ 混合診療の導入
 - レベルの高い診療を受けたい場合には、それ相応の負担をすることで可能となる混合診療を認めるべき。但し、安全性・有効性が不明確な技術も含めた包括的な導入には慎重であるべき。
- ・ ジェネリック医薬品の幅広い活用
- ・ 医療機関への株式会社の参入と、持ち株会社制度（もしくは持株会社型制度）を導入し、複数医療機関及び介護施設等の統合型事業を可能とする（米国の統合型ヘルスケアを調査）とともに、経営面のガバナンスを強化する。
- ・ 公的病院の経営に関するデータ、診療実績の公開を行い、経営改善に向けた分析を行う

（2）健康長寿社会における高齢者の「安心」の確保

（高齢者が「安心」して暮らせる住宅の整備）図表4～8

- 健康長寿社会が実現する場合、合わせて高齢者の「終の棲家」に対する不安を払拭することが求められる。少子高齢化が進行する中で、我が国では高齢単身・高齢夫婦の世帯の急増が予想されるので、医療や介護等の各種高齢者向けサービスへの容易なアクセスが可能となるような住宅の整備が急務である。我が国においても、年齢・その時々家族構成に応じた住み替え文化を形成していくことが重

要であり、そのためのアクティブ・シニア・タウン形成や中古住宅市場の整備を行う必要がある。

- 42万人という「待機老人」（特養入居待ち）を解消し、在宅介護を強いられている家族の社会・労働参加を可能とすると同時に、産業としての介護サービスを受容することで、市場・雇用の拡大にも寄与する。
 - 自治体間が連携し、施設コストが高く、不足している都市部の待機者を地方などの施設で受け入れる仕組みを形成する（杉並区 - 南伊豆町の取り組み事例を推進すると同時に横展開を図る）。
 - 上記をよりスムーズに行うために、都道府県による総量規制の緩和と介護保険の住所地特例を緩和する。
 - 都市部に残る家族とのコミュニケーションを担保するため、LCC とタイアップした定期訪問の仕組み、タブレット端末無償貸与による TV 電話での対面など、地域の取り組みを支援する。

- 少子化を背景に余剰感が出てくる学校を集約し、跡地等を利用して、高齢者（特に中低所得層）向けの賃貸住宅整備を推進する。
 - ・ 学校跡地等の活用によって、整備に関する総コストを節減可能。
 - ・ 更に、高齢者向け賃貸住宅と子供向け施設（含む、幼稚園、小中学校）を併設することも一案。高齢者と子供を含む若年層とのコミュニケーションの場（＝コミュニティ）の創設である。高齢者が生き生きと生活していくためには、高齢者が子供や若年層と接触し、交流を図る場の創設が必要。例えば子供が高齢者にパソコンの使い方を教え、高齢者が臨時の講師として小中学校でそれまでの体験談を語る等、相互に学び合い、接触する場を設ければ、高齢者の励みや生き甲斐になると共に、子供達にとっても高齢者の経験・日本の良き伝統などを学ぶ貴重な場となるはず。

- 社会構造の変化に伴い遊休化している既存の公的賃貸住宅（地方住宅供給公社や UR 等が保有）を高齢者向け賃貸住宅にリノベーションして活用。
 - ・ かつての「〇×ニュータウン」の再開発。
 - ・ 高齢者賃貸住宅を中核に据え、公共交通の充実を進め、商業施設、スポーツクラブ等の健康増進施設、病院や在宅医療・介護などのヘルスケアサービス施設などを配することが、健康長寿社会におけるサステナブルな街造りのモデルとなり得る。
 - 活動的な高齢者を支える社会システムの構築（アクティブ・シニア・タウン、パーソナルモビリティの道路交通法の適用、開発・普及促進）。

—— 経済性確保のためのインセンティブ付与も検討

- 「ヘルスケアREIT」市場を整備することによって、高齢者賃貸住宅の「量」と「質」を確保する。
 - ・ 高齢者賃貸住宅をヘルスケア REIT の対象とすることにより、開発→流動化→投資資金回収→再投資・・・の好循環を実現させ、高齢者賃貸住宅の「量」を確保する。
 - ・ 対象物件のオペレーターや施設の情報開示基準を明確化することにより、REIT の対象となる高齢者賃貸住宅の「質」を確保する。

(介護保険制度の持続性の確保)

- 高齢化が進展する中、必然的に介護需要は拡大して行くとみられるが、介護産業では、低賃金に起因する就労者不足と介護財政の持続性困難が大きな問題となっており、制度自体を見直す時期に来ているのではないか。見直しの方向性は、介護保険財政の持続性確保と民間の創意工夫の余地を拡大させることにある。
- 国民の社会保障への不安を解消し将来にわたって持続可能な仕組みをつくるために、自己負担割合を重度にマッチさせて変えるべきである（例えば、軽度のデイサービスは全額負担、デイケアは3割負担など）
 - ・ セーフティーネット（公的保険）の部分を守りつつ、民間営利法人が自由に展開をできる部分をもっと増やすべきである。例えば、現行公的介護保険でカバーされている領域の内、中重度の要介護者や、低所得者に対しては引き続き、公的保険でカバーし、介護予防領域・軽度者等に対するサービスや中重度になった場合の上乗せサービス（例えば配食サービス）は、民間保険（自己負担）でカバーするなどの仕組みを構築する。
 - ・ 要介護度が高いほど報酬が高い現状に、度数を下げるインセンティブが働く仕組みをつくる。

(医療・介護産業における労働力不足への対応) 図表9～12

- 医療・介護は、健康長寿社会の実現において鍵を握る分野であり、また、確実な需要の見込まれる分野でもある。一方、医療・介護産業がそうした需要に応え、健康長寿社会を支える役割を果たして行くためには、十分な労働供給を確保することが重要となる。以下の観点からの検討が必要と思われる。
 - ・ 健康な高齢者による互助的な介護
 - 健康な高齢者が有償ボランティアとして介護に従事し、その対価は地元での各種消費や介護保険料に一部充当可能とする。いわば高齢者による互助

的な「明るい介護」である。かかる制度は 2007 年に既に導入済みであるが、普及は十分とは言えず、運営主体となる自治体へのインセンティブ強化、民間企業との連携促進、制度の啓蒙活動などが求められる。

- ・ 家族やボランティアによる介護を評価する（日本の介護保険制度では、外部サービスを利用すると保険給付の対象となり、家族やボランティアによる介護は無償労働となる（ドイツは保険給付の対象））。介護従事者の確保難という現状も踏まえて、インフォーマルな介護者を制度上位置づける。
- ・ 子育て中や子育て後の看護師免許を有する女性の再育成と活用
 - 医療機関内の設置を含め、24時間保育環境を整備し、子育て中の看護師や医師、薬剤師等の職場復帰を促す（山形大学の取組みを全国展開）。
- ・ 医師・看護師・介護福祉士・薬剤師の役割分担の変更
 - 医師の作業領域を可能な限り、看護師・介護士・薬剤師に委譲。結果として、特に介護士の地位・所得を引き上げ、若い世代が積極的に就労を希望する職業とする。
- ・ 医療・介護ロボットの開発支援と普及促進
 - 開発や普及に向けたロードマップを定め、事業支援や規制緩和、保険適用及び介護士配置基準の配慮等の各種政策リソースを集中的に投入。例えば、介護保険対象となる福祉用具を定めるプロセスを明確化することや、介護職員の 7 割が腰痛を抱える現状を解決するために、労働基準法の重量物の定義にヒトを含めることで要介護者を人力で扱う作業をなくす制度整備など。
- ・ 外国人労働者の活用
 - 高齢者層の増加に伴って医療介護分野で 180 万人程度の労働需要が発生
 - 技能実習制度における必要資格を、例えば「ホームヘルパー2 級（介護職員初任者）」に緩和することにより、日本への人材流入の間口を拡大。
- ・ 移民の本格的な受け入れに関する国民的な議論の喚起
 - 2050 年時点で、現状程度の現役/引退世代比率（≒2.5）を維持するための移民比率は、4 割を超える可能性。国家観の抜本的变化を迫るもの。
 - 同様の悩みを抱える中国・韓国に、大胆な移民受け入れで先を越される可能性はないのかどうかの分析が必要。

4. 国民の健康長寿が経済成長に繋がる社会

(1) 健康寿命伸長産業の確立(前述)

(2) 高齢者消費の活性化(図表13~14)

- 健康寿命の延伸、「安心」の確保を通じて、健康な高齢者（アクティブシニア）の

消費を促し、それを経済成長の原動力に繋げて行くことが重要である。

- 高齢者向け市場は 2007 年：63 兆円 → 2025 年：101 兆円規模に成長が予想されるが、そのうち生活関連産業が過半（51 兆円）を占める。内訳をみると、食料：20 兆円、教養・娯楽：17 兆円、家具等：5 兆円、交通・通信費：5 兆円などである。国民の健康長寿の延伸により、こうした市場は更なる規模の拡大も予想される。異業種連携の支援等を通じた高齢者向け生活支援サービス市場の拡大を促して行くことが求められる。リバースモダリティの導入も検討する必要。
- 例えば、高齢者の健康関連消費に対して「ヘルスケアポイント」を付与する。高齢者が「元気であること」に対するインセンティブを強化すると共に、当該ポイントと将来の介護サービスの受給権とを結びつけることにより、高齢者の将来不安を軽減しつつ、現在の消費を喚起する仕組みの導入などが考えられる。まずは「特区」にて社会実証実験として実践することも一案。

（3）「予防システム」を確立し、日本式医療のインフラシステム輸出を目指す（図表 15～17）

- 医療機器市場では米国支配が確立されている。当該市場で日本企業がプレゼンスを示すためには、新しい分野で勝負することが求められる。その点、予防はビジネスモデルの確立が困難な分野ではあるが、他国に先駆けて高齢化社会に直面している我が国が、持続可能な予防システムを構築できれば、世界のデファクトを確立することが可能となる。
- そのためには、医療機器とサービスが一体となった海外展開を推進すると共に、①制度設計・環境整備（予防のための診断機器に対する保険点数の見直し、中立的な立場で主体的に推進する体制の構築等）、②インフラの整備（健康データ計測方式や送付形式の標準化、家庭・病院間または病院間でのネットワークの構築、カメラ技術を使って健康監視体制を確立する 等）が急務である。
- 日本が新興国等に対し、予防を含め、医療・介護システムの構築、具体的サービス提供に協力する国際医療協力を推進することで、相互互恵的な日本式医療圏を拡げる。日本の医療機関等が、具体的案件を組成することを支援する組織や体制の強化が必要。また、医療機関が海外展開するに当たって海外の現地法人に出資できることの明確化が必要。
- 国際競争力のある医療機関の海外展開や、外国人の健診・治療を日本で行う医療

ツーリズムを促進するため、医療機関の国際化（JCI 等の認定取得、院内多言語対応）の取り組みを支援する

（４）フランチャイズ・ビジネスによる新産業創出と雇用吸収

- 介護事業分野において、個人がフランチャイズ・ビジネスによって、例えば 50 代脱サラ／20 代 - 40 代が成功したサービス事業の横展開を雇用吸収に活用することは十分検討に値する。
- 中小小売商業振興法と同様なフランチャイズのルールを「健康寿命伸長産業」へ全面適用する。また、これら事業を支えるために、起業化支援と“ICT”の活用を行う（なお、医療・介護への参入は、医師／病院との連携が顧客への安心感づくりのための担保となる）。

（５）規制撤廃等による新たなマーケットの創造

- 民間側での創意工夫を阻害する各種規制を撤廃する等により、新たなマーケットを創造する（保険外併用療養の更なる範囲拡大、民間による介護・保育サービスの促進等）。

【上記を踏まえた K P I 候補〈案〉】

なお、具体的な K P I は「健康長寿社会の実現」（第 2 回）で提示する予定である。

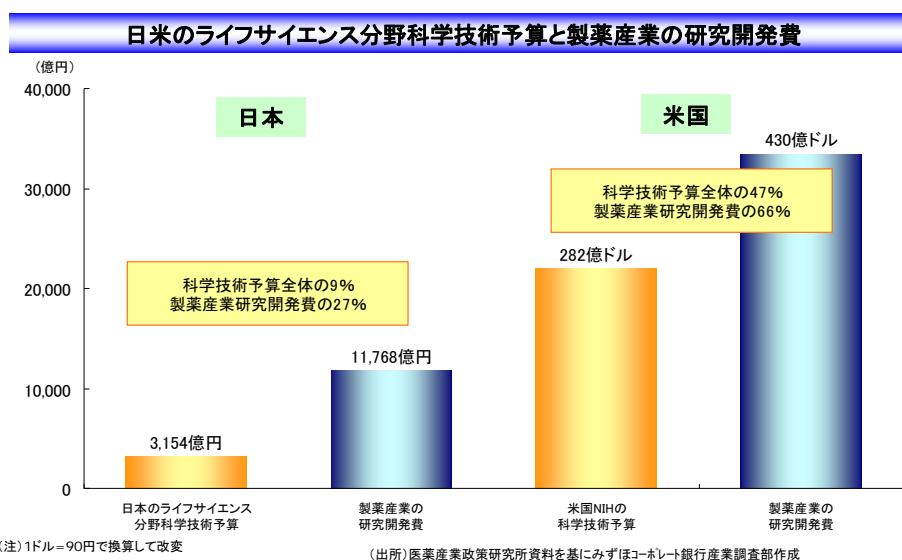
- 国民の健康寿命の延伸
- メタボ人口の減少
- 糖尿病有病者の増加を抑制
- 特定健診受診率（簡易診断含む）
- 医療関係の研究開発費（官民計）
- 高齢者向け賃貸住宅戸数
- 個人の特性を踏まえた、生活習慣病等の予防・早期診断・先端的な治療技術や、難病の早期診断・先端的治療技術を確立
- がんによる死亡率の低下
- 認知症発症率の低下
- 心筋や血管等の再生を可能にする再生医療技術を確立

以 上

疾病に対する治療の高度化

ライフサイエンス関連投資の問題

▶ 日本のライフサイエンス関連投資は、予算の絶対額の不足と戦略的・重点的配分の欠如が問題



図表2

医療のイノベーションを通じて生産性を改善

(現状) 全世界の医療費は7兆ドル、OECD諸国平均では過去60年、GDP成長率を2%上回る
 ⇒ 医療提供システムの生産性向上が課題。医療提供におけるイノベーションが不可欠

医療提供におけるイノベーションを通じて生産性向上に取り組んでいる代表的な3医療施設

Medicall Home
 Tu acceso a la salud.
 (メキシコ)
 100万世帯が会員登録
 月9万コール

【アクセス面を大きく改善】

- 5百万人以上に電話ベースのアドバイス、重傷度判定検査を提供している
- 月5ドルの固定電話フィーであり、3分の2は電話上で健康上のニーズが解決
- 保険のカバーが限定されており、診療所受診時に30ドルの固定費がかかるメキシコに置いては大きな福音

Life Spring Hospitals
 Quality Health Care for Women and Children

【コスト面を大きく改善】

- 高品質だが、余分なサービスを省いたケアで一般の私立病院の5分の1のコストを実現(通常のお産の場合、200ドルが一般的なのに対し、40ドルしかかからない)
- これまで医療援助が無く自宅で出産していた女性が病院で出産できるようになる
- 私立病院の3倍の手術数をこなす

(インド)
 6分の1のコストで高品質のケア

CMO
 The Care Management Company
 (アメリカ)
 入院を38%削減、緊急治療室訪問を55%削減

【品質面を大きく改善】

- 遠隔モニタリングの活用で高齢者の入院を30%削減
- 通院の必要性を減少
- 大きな費用節約と患者さんの充実した生活を可能に

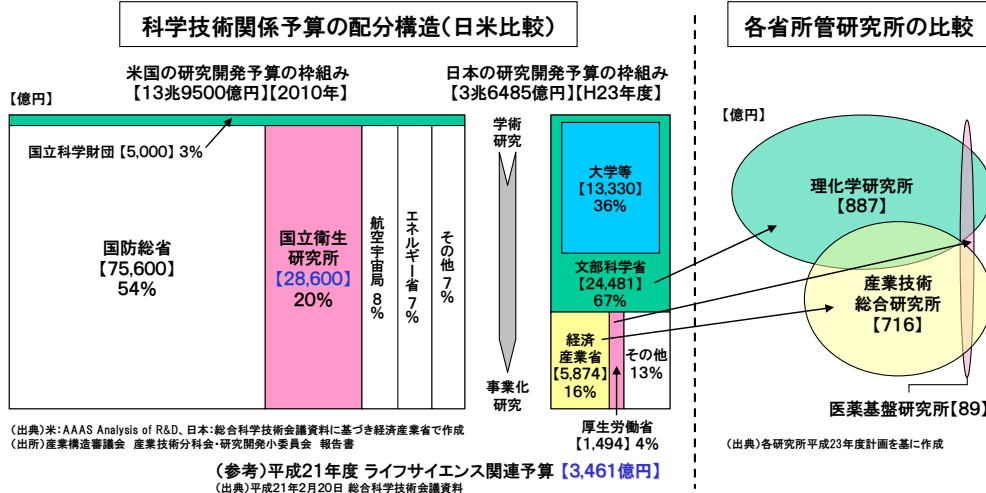
成功事例は新興国に多く見られる
 ⇒ 医療提供が十分ではなく、制約も少ないため、20世紀型の遅れたモデルを飛び越えて、新しいモデルを構築

(出所: McKinsey & Company)

図表3

日本版NIHの創設によるライフサイエンス予算の一元化

予算の絶対額の不足及び戦略的・重点的配分の欠如、各施策の重複と連携不足



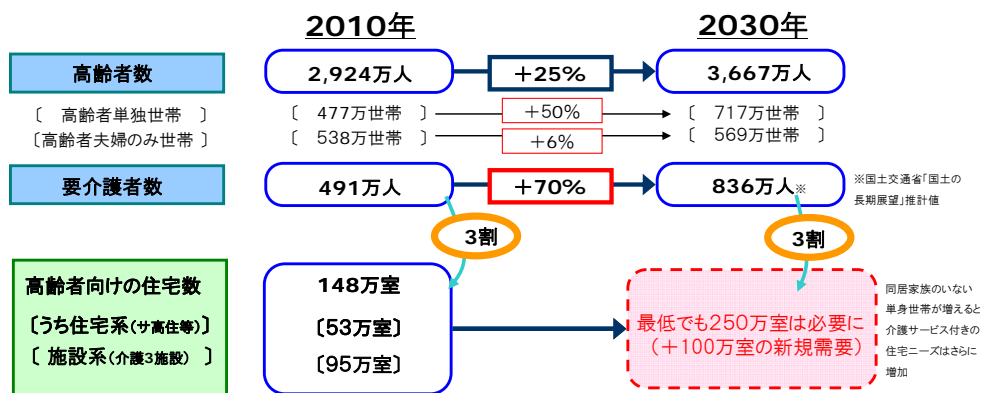
司令塔機能の設置、運用により、『関連予算の更なる拡充』『類似施策の整理・統合による予算の効率的投資』が可能となる体制作りを！

図表4

高齢者向け賃貸住宅の整備

高齢者向け賃貸住宅へのニーズ拡大

- ▶ 2030年にかけて、高齢者数・要介護者数、高齢単身世帯・高齢夫婦のみ世帯は大幅増
- ▶ 高齢者向けの住宅は、現在、要介護者数対比3割にとどまる
- ▶ 外部の高齢者向けサービスを利用できる高齢者向け住宅のニーズは拡大

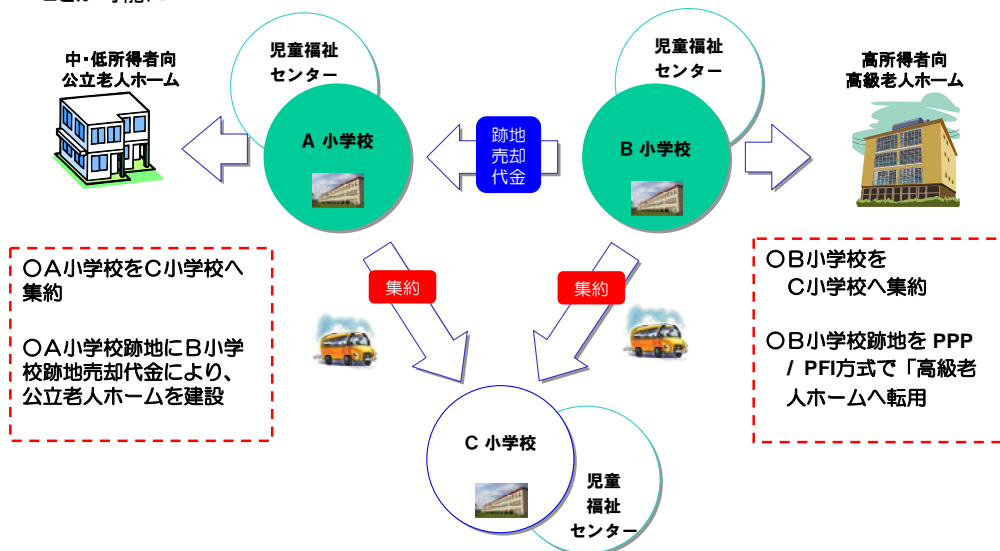


図表5

高齢者向け賃貸住宅の整備

学校跡地を利用した高齢者向け賃貸住宅整備

- ▶ 各地元の学校跡地に“住まい”が生まれることにより、地元での居住を継続し、地域社会の骨格を守ることが可能に

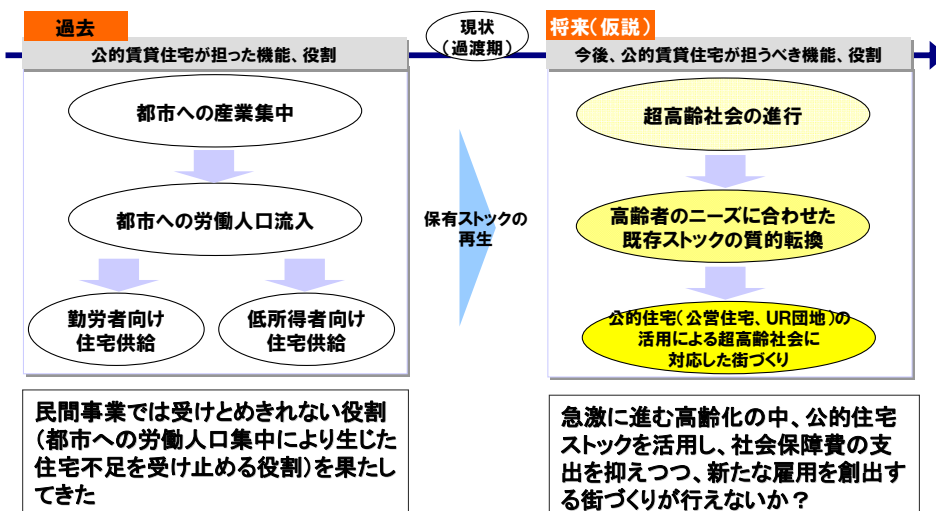


図表6

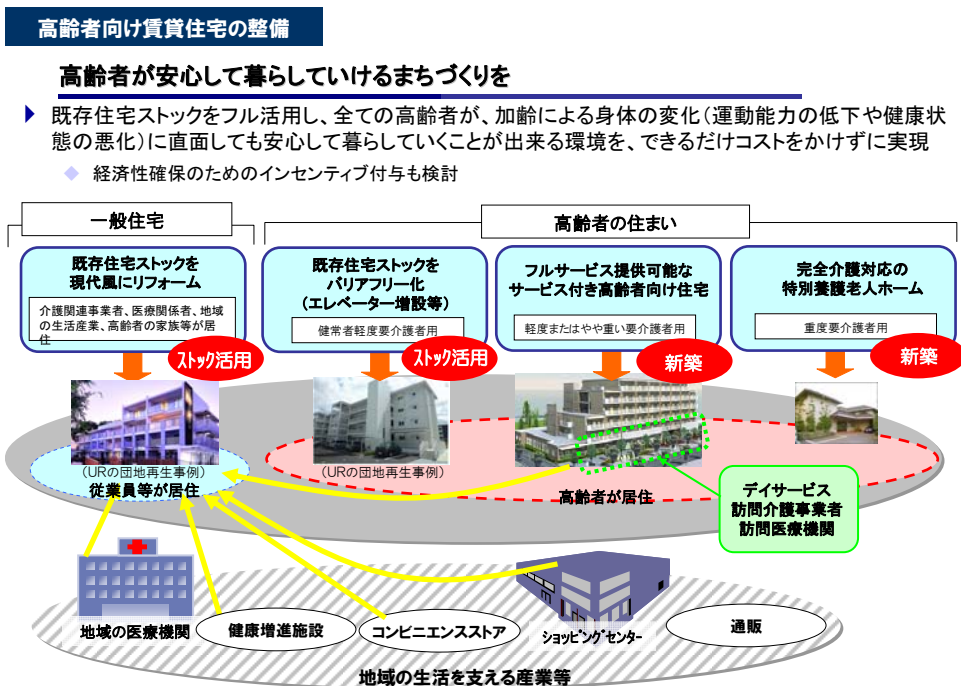
高齢者向け賃貸住宅の整備

公的賃貸住宅に期待される役割

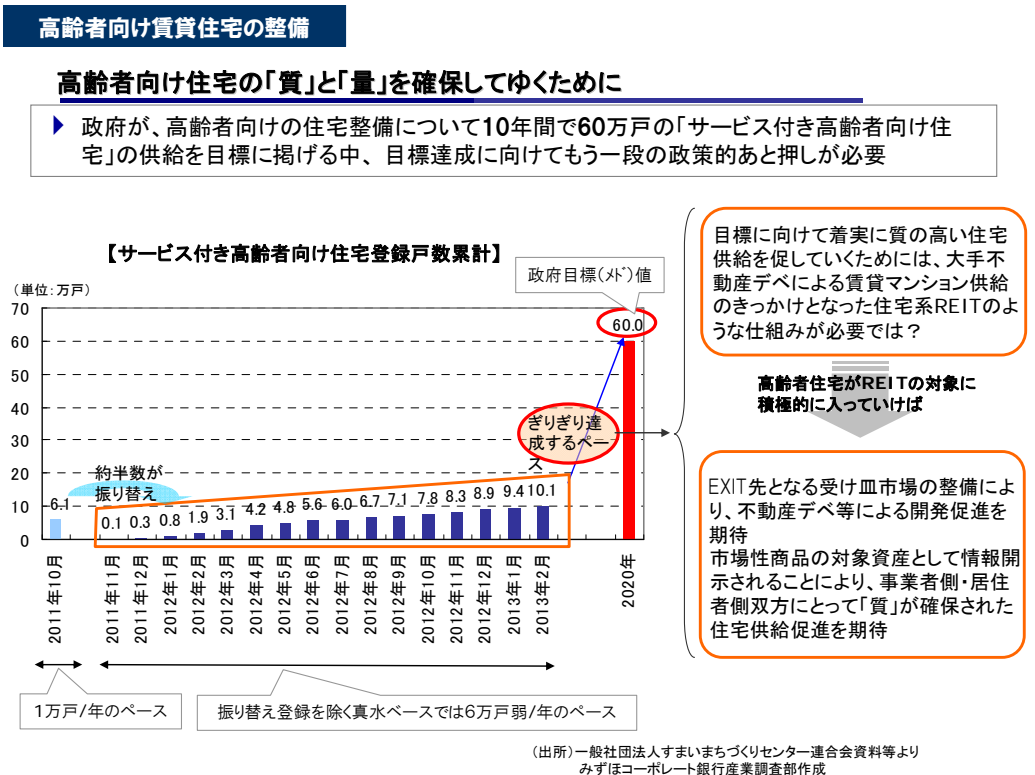
- ▶ 公的賃貸住宅の既存住宅ストックを活用することによって、高齢者向け住まいの受け皿となる街づくりを実現できる可能性



図表7



図表8



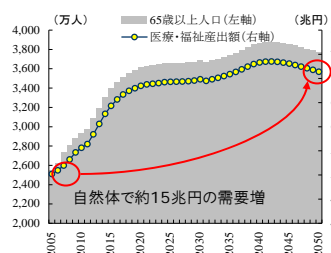
図表9

医療・介護産業の労働力不足への対応

医療・介護～需要増に見合う労働供給がなければ、7.4兆円の需要増は画餅～

- ▶ 医療・介護は、高齢者数の増加に伴って確実な需要増が見込まれる分野
- ▶ 需要創出に伴い、180万人の労働需要発生。労働力を確実に供給する政策が必要不可欠

高齢者人口と医療・福祉産出額の将来パス(試算)



医療・介護需要15兆円増のGDP誘発効果(単位:兆円)

	資本分配	労働分配	付加価値計
医療・介護	1.9	7.1	9.0
製造業	0.1	0.0	0.1
他の非製造業	-1.5	-0.2	-1.7
経済全体	0.5	6.8	7.4

(注)経済効果は2005年産業連関表(34部門表)による。限界消費性向について、医療・介護サービス需要者を100、一般国民を78.3と仮定した試算

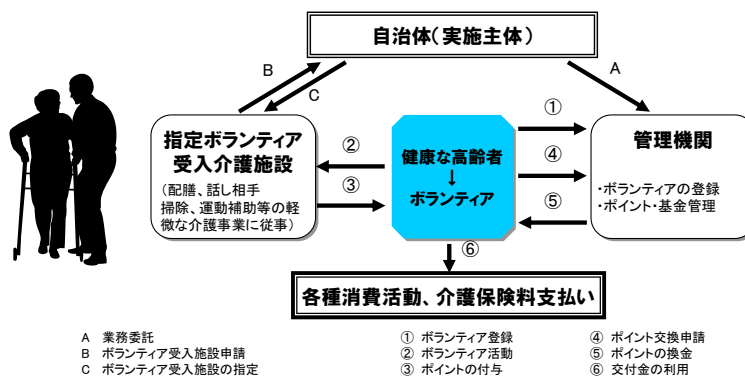
(出所)総務省、経済産業省等より、みずほコーポレート銀行産業調査部作成

図表10

健康な高齢者の戦力化

介護の場でのシルバー人材活用、制度の一層の普及・浸透が課題

- ▶ 健康な高齢者が「有償ボランティア」として介護活動に従事
 - ◆ 対価として給付される「ポイント」は、各種消費活動、介護保険料に一部充当可能
- ▶ 2007年の制度導入後、全国約60市町村で導入済。但し、参加率は1%未満が大半



A 業務委託
B ボランティア受入施設申請
C ボランティア受入施設の指定

① ボランティア登録
② ボランティア活動
③ ポイントの付与
④ ポイント交換申請
⑤ ポイントの換金
⑥ 交付金の利用

(出所)厚生労働省資料、各自治体資料等を基にみずほコーポレート銀行産業調査部作成

図表 1 1

医療・介護産業の労働力不足への対応

規制緩和で、海外からの人材確保に弾みを

- ▶ 海外人材活用に際して、EPAルートは「国家試験」に高いハードル。一方、民間ルートは「日系人」限定
- ▶ 例えば、必要資格の規制緩和によって、海外人材の一層の活用が可能に

【介護福祉士とホームヘルパー2級の比較】

	介護福祉士	ホームヘルパー2級
要件	3年以上介護等の業務に従事	資格取得講座(130時間)の受講修了
試験	介護福祉士国家試験	—
可能業務	専門的知識及び技術をもって、介護及び指導を行う	訪問介護において「身体介護」、「家事援助」を行える
実務	全般	全般
役職	管理職	—

■ 現場での実務内容に大差なし

■ ホームヘルパー2級のスキルがあれば、介護現場では十分

(注)2013年4月に「介護職員初任者」への移行に伴い、研修課程に修了評価(筆記試験により1時間程度実施)が追加される。

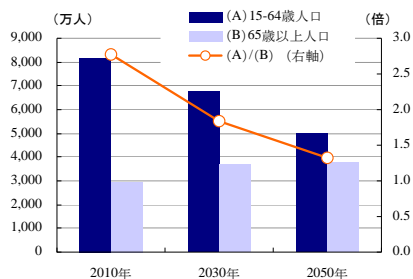
図表 1 2

医療・介護産業の労働力不足への対応

少子高齢化の進行により、このままではシルバー世代を支えることは困難に

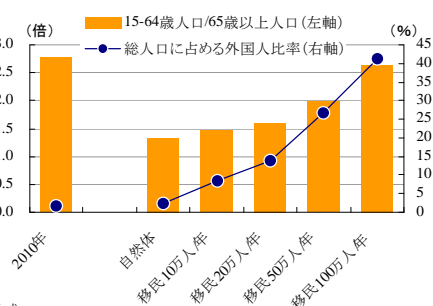
- ▶ 現役世代がシルバー世代を支える様々な社会システムはいよいよ維持困難に
- ▶ 大胆な移民の受入は一つの根本的な解決策だが・・・
 - ◆ 移民を大胆に受け入れることで現役世代人口が増加し、少子高齢化問題の本質的な解決が可能
 - ▶ 一方で、同様の悩みを抱える「韓国」・「中国」に先を越されるリスクも看過できず

現役世代とシルバー世代の人口比率

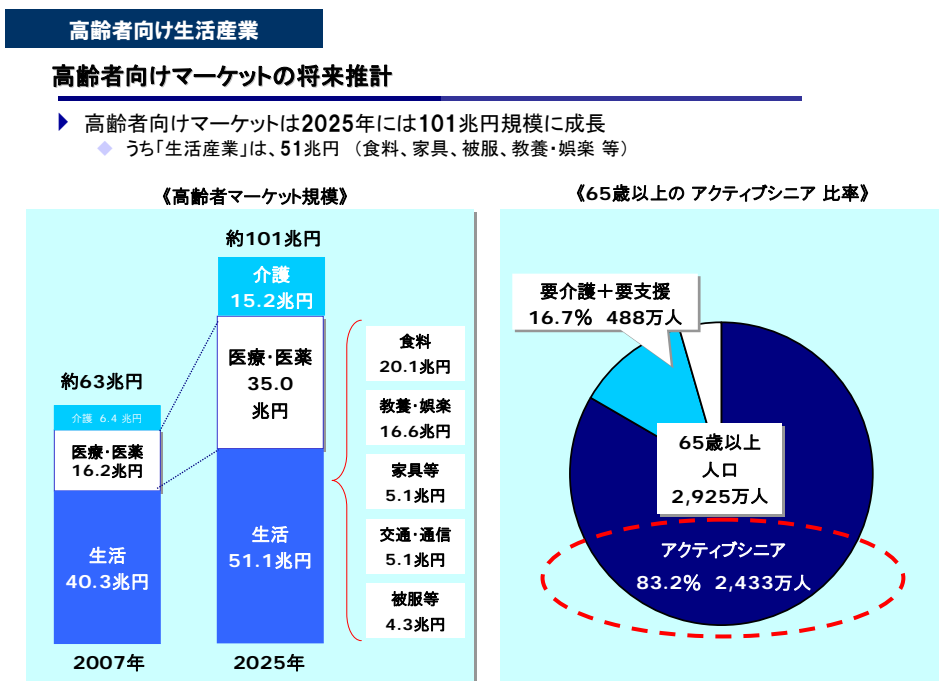


(出所)国立社会保障人口問題研究所、法務省等より、みずほコーポレート銀行産業調査部作成

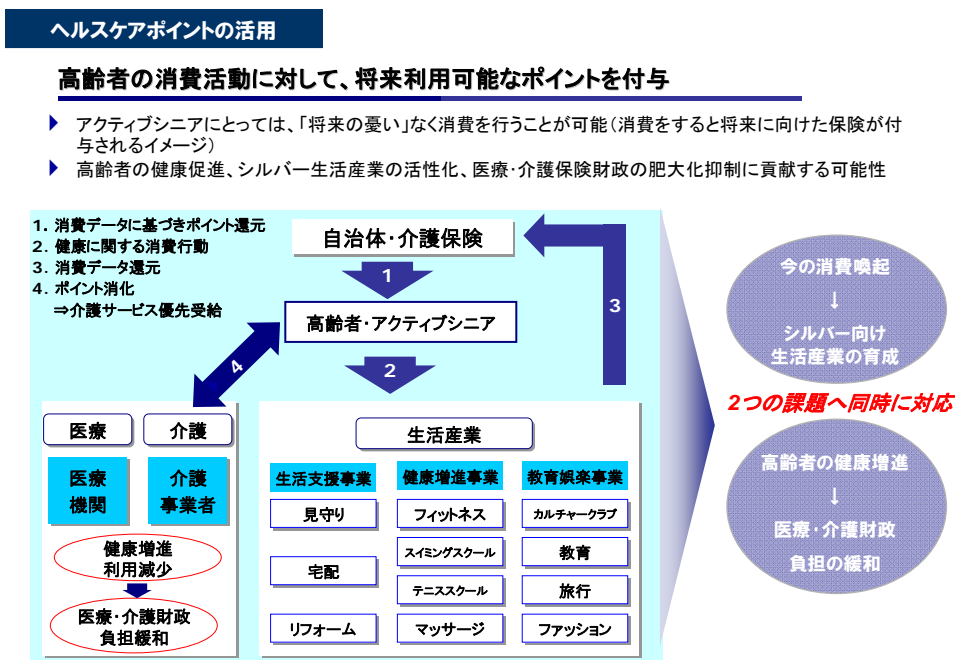
能動的な移民の受入が現役/シルバー比率に与える影響



図表13



図表14



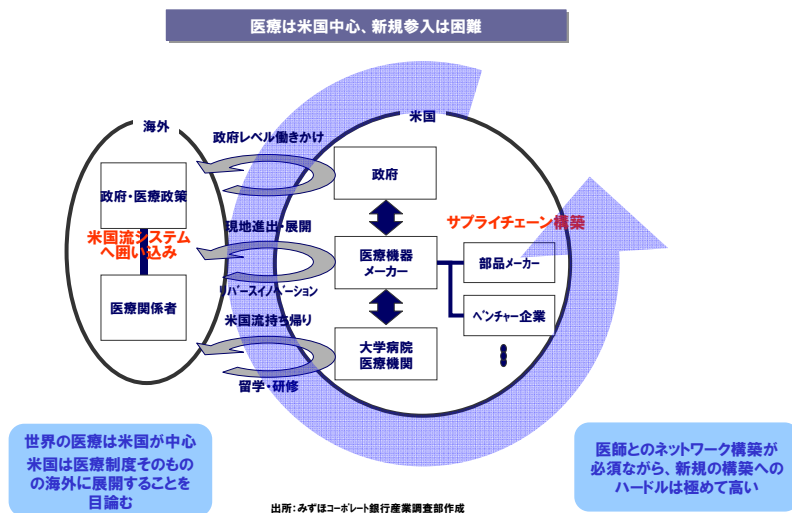
(出所)みずほコーポレート銀行産業調査部作成

図表15

パッケージ型インフラ輸出

予防医療市場 デバイス機器としての「予防医療機器」

- ▶ 医療業界は、圧倒的に「米国中心」
- ▶▶ 日本企業が、「標準化」をリードできる新たな市場を創出し、デファクトを握る要

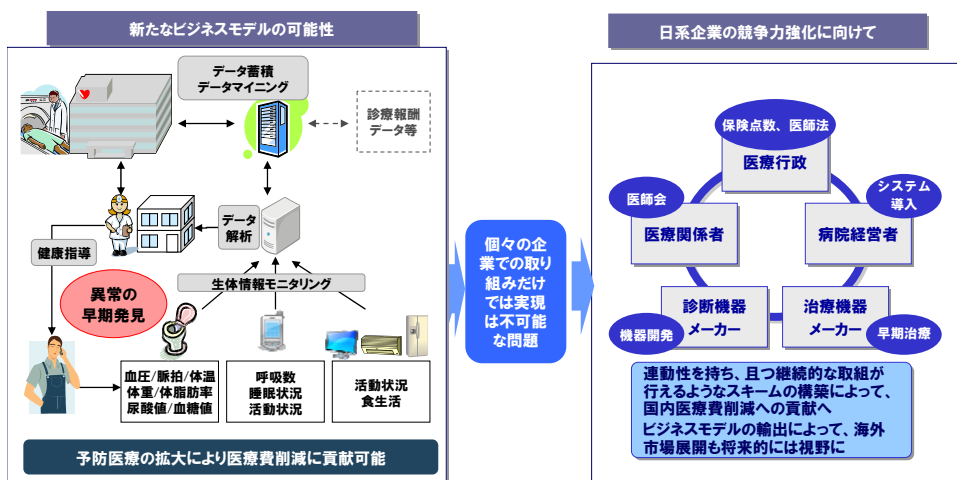


図表16

パッケージ型インフラ輸出

日本発の医療市場《予防医療市場》の可能性

- ▶ 日本は高齢化先進国、課題先進国。グローバル企業も、日本市場を先行市場として注目
- ▶ 国内で新たな市場を立上げ、日系でデファクトを確立
- ▶ 予防医療の進展は、医療費の削減にも貢献

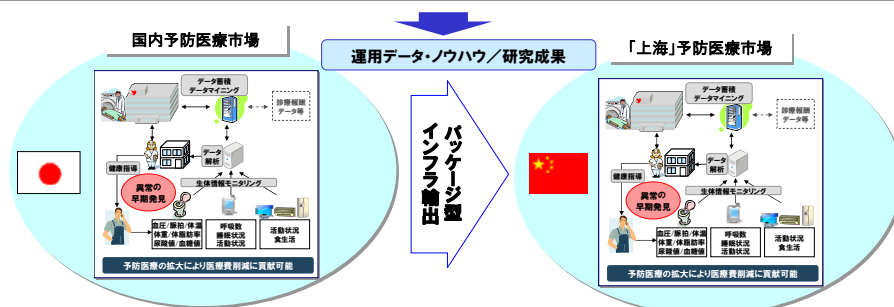


図表17

パッケージ型インフラ輸出

予防医療市場の創造の為に必要なこと

制度設計／環境整備	インフラ整備
① ビジネスモデルの構築 保険点数の見直し等を含めたビジネスモデルの設計が必要	① 必要なデータの設定 データ計測方式や送付形式を標準化することが必要
② ビジネス主体の設定 中立的な立場で主体的に推進する体制の構築が必要	② データの活用方法 診療報酬データ等、既存データを活用することで、立上り促進
③ 法制度の改正 薬事法等の法制度への手当てが必要	③ ネットワークの構築 家庭・病院間や、病院間でのネットワークの整備が必要
④ 個人情報の取扱い 個人情報の取り扱いルールやセキュリティの整備が必要	④ 機器開発／システム開発 各メーカーに対してインセンティブを付与し、機器開発を促進



出所:みずほコーポレート銀行産業調査部作成