

# 第3回産業構造審議会 2050経済社会構造部会 議事要旨

日時：平成31年2月13日 10:00～12:00

場所：経済産業省本館17階 第1特別会議室

## 1. 出席者

委員等出席者：柳川部会長、青野委員、大石委員、小玉委員、阪口委員、鈴木英敬委員、鈴木伸弥委員、鈴木亘委員、武田委員、井上氏（轟委員代理）、中原委員、浜田委員、武藤委員、安田委員、山本委員

経産省出席者：滝波政務官、新原経済産業政策局長、風木大臣官房審議官、藤木商務・サービス審議官、江崎商務・サービス政策統括調整官、野原会計課長、龍崎経済産業政策局総務課長、南部産業構造課長、能村産業人材政策室長、西川ヘルスケア産業課長

## 2. 議題

予防・健康づくりの意義と課題について

ウェアブルやデータ活用による疾病・介護予防や次世代ヘルスケアについて

## 3. 議事概要

(1) 柳川部会長挨拶

○柳川部会長（東京大学大学院経済学研究科 教授）

- ・ それでは、定刻になりましたので、ただいまより産業構造審議会第3回2050経済社会構造部会を開会いたします。
- ・ 本日は、相原委員、石田委員、土居委員、中畑委員、新浪委員がご欠席です。また、轟委員の代理として、ポピンズ副社長の井上様にご出席いただいております。なお、浜田委員は後ほどおくれて出席ということをお伺っております。
- ・ また、経済産業省の政務として、滝波政務官にご出席いただく予定ですが、公務のためおくれてご出席とのことでございます。到着され次第、ご挨拶をいただく予定になっております。
- ・ それでは、本日の議題に入ります。本日は、予防・健康づくりの意義と課題とウェア

ブルやデータ活用による疾病・介護予防や次世代ヘルスケアの2つのテーマについてご議論いただきます。

- ・ この2つは関係するところが多いテーマですので、事務局からまとめて資料をご説明していただいた後に、一括して議論したいと思います。
- ・ それでは、南部課長よりご説明お願いいたします。

## (2) 事務局説明

南部産業構造課長より、資料2に沿って説明

## (3) 滝波政務官挨拶

### ○滝波政務官

- ・ 日頃よりお世話になってございます。経産大臣政務官の滝波でございます。今日は、政務等の関係で途中退席いたします。大変恐縮です。
- ・ 委員の皆様におかれましては、当部会の議論に当たりまして、本当に精力的にご協力いただきまして、誠にありがとうございます。
- ・ 明るい社会保障改革については、まさに世耕大臣も今あちこちでご発言されていらっしゃるわけでありまして、本部会ではこの方向性をご議論いただいております。昨年、皆様のご意見については、世耕大臣より未来投資会議におきまして政策課題として提言し、政府全体の検討課題として位置づけられているところでございます。
- ・ 本年も夏の成長戦略の取りまとめに向けて、実効性の高い具体策の検討をお願いしたいと思っております。特に現在の社会保障は、病気や要介護になってからの事後的な対応が中心になっておりますけれども、今後は、今ご説明もありましたが、予防・健康づくりを行うことに、事前の予防・健康づくりに、ウエートをかけていくべきと議論があるわけございまして、本日は特にこの点についてご議論いただきたいと思います。
- ・ 併せて、ウェアラブルやデータの活用など、最新のテクノロジーを活用した民間サービスの拡大についてもご議論いただきたいと思います。今、第4次産業革命という中で、IoTをうたっておりますけれども、まさにそれを適用していくと、こういった健康分野においても大きな可能性を秘めているセンサーの活用等々ということになってまいりまして、成長分野としても期待されているところでありますので、ぜひ皆

様のいろいろな角度からのご議論をいただきたいと思っております。

- ・ 本日ご議論いただいた内容につきましては、世耕大臣は今日は予算委員会で出席かないませんが、しっかりご報告した上で、未来投資会議の政策提言に反映してまいりたいと思っておりますので、どうぞ活発なご議論をよろしくお願いいたします。

#### (4) 事務局説明

南部産業構造課長より、資料3に沿って説明

#### (5) 自由討議

○鈴木（英）委員（三重県知事）

- ・ ありがとうございます。きょうはおくれてきましたけれども、資料7に基づいて説明させていただきますが、資料に入る前に一言だけ申し上げておきたいのです。
- ・ どうやら一部に、予防医療は長期的にはむしろ医療費や介護給付費を増大させる可能性があるということで、予防とか健康づくりに取り組むことにやや否定的ともとれかねないご意見が一部にあると承っているのですけれども、例えば地域からすれば、少子高齢化で、人手不足で、人口減少の中でも活力と豊かさをもって生きていくには、地域が持続可能に発展していくためには、高齢の方々でも希望に応じて、不安を感じず元気に働いていただくことが大変重要でありますので、そのために健康づくりと予防に取り組むのは大変重要であると思っています。その重要性を改めて。
- ・ あと、人生100年時代について、三重県でも県民意識調査をやりましたが、67%の方が不安。その不安の理由の92%が健康、75%が収入なので、予防とか健康づくり、いわば地方の存亡にかかわることですので、改めて重要性を強調しておきたいと思えます。
- ・ その上で資料の説明に入りたいと思います。いきなりまじめな話から入って申しわけないです。まじめな話したほうがいいですね（笑声）。
- ・ 1枚めくっていただきまして、三重県の取り組みを中心に話をさせていただきますけれども、平成26年のがん対策の推進条例をつくりまして、ありがたいことに75歳未満の年齢調整死亡率が低いほうから全国5位まで改善しました。
- ・ そして、左下はがん検診の受診率。統計の話は余りしないほうがいいのかもしれませんが、平成27年から統計手法が変わったので、全国順位がはかれるのはこれが最後ら

しくて、このように上がっていますということです。地道ですけれども、リスクをしっかりと認識する教育とか啓発をしっかりとやっています。啓発は、なでしこリーグという女子のサッカープロリーグの伊賀FCくの一に手伝ってもらっていますということと、三重大と連携して、がん登録のデータを使って、いろいろな情報提供とかをやっ  
て、市や町の検診の受診率向上をやっていますということです。

- ・ 次は、糖尿病です。新規の透析の患者の数は減ってきているのですが、右上にありますとおり、三重県は人口10万人当たりの年齢調整受療率が全国で1位です。これは2つの意味があると思っています。1つは、実際に糖尿病になっている人が多いということと、もう1つは、さっき南部課長から説明があった3分の1の人が受診に行っていないということを、うちは一生懸命やって受診につなげていっているということです。糖尿病に限るのではないのですけれども、特定健診でいけば三重県は全国平均を上回って、特定健診の受診率は全国10位ですので、一生懸命受診しましょうというのをやっているのです、このように1位になっているということです。医師会さんとかと重症化予防をやっています。
- ・ 下は、きょうもご説明があった医科歯科連携、歯周病のものですけれども、三重県は下にありますとおり、計画に数値目標を盛り込んで本気で取り組んでいるということです。糖尿病と歯周病。ちなみに、40代前半は、平成28年の5年前（平成23年）は3割を超えるもっと高い数値でしたけれども、改善をしていますので、こういう行政として本気でコミットしに行っ  
て、医科歯科連携の歯周病と糖尿病対策をやっているということです。
- ・ 次は、認知症サミットというのをG7サミットの年にやりまして、その成果を生かしていこうということで、きょうご紹介しておきたいのは下の②で、玉城町というところの6,000人分のレセプトデータを使って、そのケアに結びついていない人や家族を応援する事業を今年度やろうと思っています。
- ・ 次のページですけれども、こういう健康づくりのポイント制みたいなものとかいろいろやらせていただいています。
- ・ ここでちょっとだけ提言的に申し上げれば、多くの人々が1日の大半を過ごす職場での健康づくりが重要だと思っていますので、健康経営に向けてどのように取り組みを強化していくかということが1点。もう1点は、市や町などの基礎自治体を実施する特定健診などのデータの把握だけではなくて、職域が行う健康診査の情報とかをどう

やってあわせて分析していくかということが重要であるということで、国でこれからやっていくときに、こういう点もぜひ重要視してほしいということです。

- ・ 次のページは、うちでやっている特色あるデータを活用したものとか、デジタルヘルスケアでありまして、こういうことをやっている結果、一番下にありますとおり、三重県の女性の健康寿命は全国2位、老衰の割合も2位という状況になっています。
- ・ ここの表でみておいていただきたいのは、いろいろな省の補助金とかを使わないとできませんということなのです。ばらばらのものを使わないといけませんということを見ておいてください。
- ・ 次のページは飛ばします。7ページは、健康経営です。うちは健康経営と働き方改革を両輪という形でいろいろやらせていただいています、アクサ生命さんともやらせていただいています。
- ・ 右下、協会けんぽさんが健康事業所宣言というのをやっていて、この3年で急激に数が増えています。実は平成26年に三重県と協会けんぽが協定を結びましたので、そこからこのようにどんどん健康経営が進んでいっています。できればミナケアの山本さんと協会けんぽでおもしろいことができたらと思っています。
- ・ 最後です。こういう形で予防・健康づくりを進めていくときに、もちろん自助努力も大切なのですけれども、一定のこういう取り組みを後押しする財源が必要だと思っています。今、国民健康保険の保険者努力支援制度は大変ありがたくて、三重県も一生懸命頑張っておりますけれども、基本的には国民健康保険に加入している人の受診率を上げようという形になっていますので、もっと社会保険とか共済とか、その他企業の健康経営全体を地域の実情に応じて創意工夫ができる形で取り組めるような財源があるとありがたいということです。
- ・ ちなみに、次のページに、交付金を使って三重県が成果を出した事例があります。1つは、女性活躍。女性活躍推進法の事業主の届け出、行動計画の届け出が、これは中小企業のものですけれども、三重県は全国で3位になっています。少子化対策の交付金を活用して、三重県はイクボス充実度ランキングで全国1位になり、あるいは男性の育児参画を進めましたので、育児・家事時間が全国10位、伸び率では全国7位となっているので、地域の実情に応じた創意工夫ができる取り組みの後押しできる財源があれば、このように一定成果が出てくるということをご紹介させていただきました。
- ・ 何か自慢大会みたいになってしまって申しわけないですけれども、一方で課題もたく

さんありますので、またこれから皆さんのご指導をいただきたいと思います。

- ・ 以上です。

○阪口委員（大阪府高石市長）

- ・ 鈴木知事さんの後で、非常に情けないというか、やりにくいというか。実は、この間、いろいろお世話になりまして、私ども大阪府のほうも何とかせないかんという思いから、資料1ページ目をみてもらったらいいのですけれども、2月4日に市町村トップセミナーがございまして、風木さんにわざわざご足労いただきまして、お呼び立て申し上げて恐縮でございます。ご来阪いただきました。
- ・ 実は、市町村長、あるいは行政職員、大阪府の幹部、大阪商工会さんと一緒にやりましたので、企業の220名ぐらいの方にご参加いただきました。2050の取り組みのご紹介をいただいて、我々も頑張らなあかんというパネルディスカッションをさせていただいております。ありがとうございます。
- ・ ご存じのように、ちょうど大阪は経産省にお世話になっておりまして、万博が見事に決まりまして、大臣がおられずに残念ですが、プーチンさんを相手ににこにこプレゼンされまして、さすがだなと。見事に勝利したわけでございますが、その膝元の大阪の健康、医療の状況はどうかということを次のページで。
- ・ 実は、平均寿命、健康寿命につきまして、大阪府の健康指標は非常に悪いです。鈴木さん、申しわけないです。先に謝っておきます。大阪府は、全国平均しますと不健康期間が8.73歳、女性にしても12.27歳ということで、先ほど10位とかすごい話が出ていましたけれども、38位です。また、39位とかそういう状況でございまして、市町村国保、保険給付費なのですけれども、これもうなぎ登りです。これは、伊原さんいろいろなとお世話になりまして、国保の一元化、ちょうど去年から統一保険料で頑張ってきたのですが、逆に医療費が上がってしまっている。前年比9.21ポイント上がって、何とか激変緩和で国にもお世話になって、若干激変緩和をしていただいて、6.2ポイントに下がったのです。
- ・ その原因は何かというと、やはり生活習慣病からくる人工透析とか、あるいはがんの新薬等もありまして、そこらが500万、1,000万と桁違いに医療費、ボディブローがきいていきますのでということがわかったわけです。
- ・ もう一点のポイントは、大阪全体で総診療費に占める70歳以上の割合が全体の2割あ

ると。なおかつ、その2割の70歳以上の方々の医療費は、全体の4割が70歳以上の方で占めているという状況になっていまして、1人当たりの診療費も横の棒グラフでみただただいたらわかりますように、70歳未満と以上で2倍以上あるわけです。

- ・ 高齢になってからの医療費の増というのは、まさに生活習慣病予防・健康づくりは40代、50代からの取り組みが弱いというあらわれだというのが改めてわかりまして、先ほど全国の話が出まして、何と特定健診受診率が全国42位。自慢できません。そして、特定健康保健指導の実施率が全国42位。
- ・ 市長会でこのことを各市長さん、町村長さんにも全部伝えたのです。そのときの資料をきょう朝から嫁さんとコピーしてもってきました。A3の紙なのです。申しわけないです。特定健診の得点率ということで、10.7ポイント、昨年よりもことしが6.7下がっているわけです。特定保健指導も20.7ポイントが14.4。がん検診に至っては20.9ポイントが3.1ポイントに下がっている。ジェネリックも33.7。国保一元化で市町村がほっとしたのかどうか知りませんが、これはいかんということ、私も喝を入れなアカんと。喝をいれようということでのシンポジウムをやったわけでありませぬ。
- ・ それで、このシンポジウムの趣旨は、要はいよいよそれこそ万博が決まって、命輝く未来社会のデザインといわれている中で、こんな状態でいいのかと。こんな状態で万博を迎えていいのかということテーマにいたしまして、ご存じのように、2020年、現在、平成28年ベースですけれども、75歳以上は880万の人口で105万人います。2020年には128万人になって、2025年には何と150万人、1.5倍にふえる。
- ・ ちなみに、後期高齢の医療費が1.1兆円かかっていますから、単純に1.5倍すると1兆6,500億円、今よりも5,500億円もふえるのかという話がありました。すごい数字であります。
- ・ そして、こういう状態で何とか防がないといけないのではないかとということで、次のページにまいりますけれども、大阪府さんで健活マイレージ、アスマイルというのをやっていただきました。これで自分の目標をもってやるのですが、30万人目標に平成33年で5億7,600万円です。国保のほうで1億3,000万円の努力支援、先ほどお話しいただいたのですけれども、何度もいいますが、880万人、14歳以上でいうと750万人、そのうちのたった30万ですから、これでいいのかなというのが正直な思いで、せめて150万ぐらいまで、この5倍ぐらいまでもっていかないといけない

のではないかと。仮にそうしたら、5億7,600万円が30億ぐらいになるわけです。これは大きいかどうか。

- ・ 次行きます。健幸ポイントのうちがやっている分ですけれども、これも高石市だけでいきますと、例えば4,800万円で、市が3,800万円持ち出しで、国の支援が1,000万円、地方創生でいただいています。三井化学さんに至っては、企業さん独自にやっていますけれども、全社で3,500人、年間1,000万円の予算でできる。
- ・ これは、SWCといいまして、スマートウェルネスの市町村のネットワークでやっていますけれども、アンバサダー、健康づくりの無関心層を何とか起こそうということで、200万人目指していますが、費用が100人当たり70万円ぐらいの費用でいけるということで、ざっと200万人にしたって24億円ぐらいでいけるだろうということです。
- ・ 先ほど30億だとか24億円だとかいいましたけれども、5,500億円、2025年にこれだけアップすることを考えれば、決して高いものではないと私は思っています、堺屋先生がご健在であれば、大阪の現状を今どうみておられるか。もっとしっかりしろよと。芸術は爆発はいいのですけれども、保険、国保が爆発したら大変でございますから、万博までに何とかやるという話が出たのです。違うでしょう。いつからやるのか。今でしょということで、2月4日に皆やるといっていますので、あとはバックアップをお願い申し上げます。ありがとうございました。

○鈴木（伸）委員（明治安田生命保険相互会社 取締役会長 代表執行役）

- ・ 先ほど南部課長から一部ご説明いただきましたので、その補足という位置づけでお話しさせていただきたいと思います。
- ・ 今、阪口委員から「おおさか健活マイレージ」についてお話がありましたけれども、当社のプロジェクトの名前も「みんなの健活プロジェクト」ということで、大分重複しているのですが、目指すことは一緒と思っています。
- ・ 1ページ進んでいただきますと、ここには狙いを書いております。トップボックスの2つ目、お客様一人一人に寄り添ったところが、営業職員を有する私どもの使命と考えておりまして、お客様、地域社会、働く仲間というステークホルダーに、健康増進ブランドを訴えていきたいと考えています。
- ・ ポイントは次のページです。健康を知る、つくる、続けるということなのですが、知るといことは今日のお話の中にも出てきましたけれども、自分の健康状態がどうな

のか、それから予防をするためにはどうしたらいいのかということだと思います。それらを知った上でつくる、続けるということだと思います。

- ・ 実際にお客様と話していると、我々が感じるのは、1人で何かを始めるのはとても難しく、しかもそれを続けるのはとても大変ということです。そのために、対面のサービスを使って、お節介を焼きに行こうというのがコンセプトです。
- ・ 実際にやることは、次のページでお示ししていますが、まずは定期的な健診で自分の健康状態を知っていただく。健診結果を提出していただくと、一定程度のキャッシュバックを行う。健康状態に応じて、さらにキャッシュバックを重ねていくという商品を今考えておまして、これを4月ぐらいに出すというところです。
- ・ お金だけではなくて、その後の一緒に続ける、つくっていくためのインセンティブとして、健活レポートやウォーキングイベント等さまざまな機会を提供し、私どもの契約者中心になっていきますけれども、一定のコミュニティを形成し、健康の輪を広げていきたいということです。
- ・ 実際にどんな気づきをお客様に持っていただくかですけれども、2ページほど進んで、MY健活レポートというのがございます。これがすごく新しいということではなくて、いろいろな企業さんが取り組んでおられるビッグデータを使って、お客様に気づきを与えたいということです。
- ・ 次のページですけれども、当社はJリーグのタイトルパートナーですので、Jリーグの皆さんと一緒に地域の皆様、それからお客様と一緒にウォーキング等さまざまなイベントを通して、実際に体を動かす場に出てきてもらうということを取組んでいきたいと思っています。
- ・ 健診の促進ということでは、先ほどのウェアラブルに代表されるように、いろいろな会社さんがさまざまなサービスを提供しておられますので、ここと連携して、より大きなサービスにつなげていきたいと考えています。
- ・ 1ページ戻っていただきたいのですが、真ん中に地域連携協定締結地域とございますが、都道府県の皆様方と連携協定を結んでいるところが30弱ございます。その中で、私どもの営業職員が市町村、あるいは都道府県で推進している事業にお客様を引き込んでいく役割を担っていきたいと考えていますので、行政、それから民間という形で輪を広げていきたいというのが狙いでございます。
- ・ 以上、補足の説明になります。

○武田委員（株式会社三菱総合研究所政策・経済研究センター長／チーフエコノミスト）

- ・ 本日は、たくさんの事例等のご紹介をいただきまして、どうもありがとうございます。私からは、ウェアラブルデバイスやそのデータ活用によります予防や健康増進に関して意見を述べたいと思います。
- ・ 本日、さまざまな事例を委員の皆様、あるいは事務局の方からもご紹介いただきましたけれども、予防や健康に関しては、それについての成果をきちんと出せる取り組みになっているかどうかという点が極めて重要ではないかと考えております。
- ・ まず、お手元の資料の9についてご説明したいと思います。
- ・ 1ページ目は、予防や健康増進につなげるためにいろいろな活動がございますが、そのポイントと考える点を概念図で整理したのになります。
- ・ 1つ目、左上でございますが、まずは計画や目標の設定は大事ではないかと思っております。先ほど三重県の知事からも目標を設定していますというお話がありましたけれども、例えば運動するにしても、腕の可動範囲を上げるといったアウトプットであるとか、あるいはADLや認知機能の改善度といった質的な変化をあらわすアウトカムなどに基づいて、個人に合った計画や目標をしっかりと設定することが、予防や健康増進に向けての動機づけになるのではないかと考えております。
- ・ 2つ目が右上の記録でございます。先ほど申し上げた改善効果はすぐにはあらわれない、時間がかかると思っておりますので、日々の変化を知ることもモチベーション維持には大事ではないか。ここで技術を使うことがポイントになってきまして、例えばセンサーやIoTといったものによる自動記録は有用ではないかと思っております。
- ・ 3つ目が下の可視化でございます。今申し上げたとおり、成果が出るには時間がかかるので、最初に設定した目標の数値に近づいているか、あるいはその成果が出てきて達成実感が目にみえる形でわかるということも、次なる計画や目標を立てる行動につながるのではないかと。つまり、好循環を回していくことが重要ではないかと思っております。
- ・ ただ、いうは易しで、これをどのようにしていくかを考えますと、実際には人々の行動変容を促す工夫とセットで考える必要があるわけで、私は2つ、行動変容として重要と思っております。
- ・ 1つは動機づけです。今何もしていない方、つまり無関心層や、関心はあるけれども、実際プログラムへの参加に至っていない人たちに、どうやって参加してもらえるかということなのです。

- ・ ここでは、きょうもご紹介の中にありましたけれども、マイレージやポイントなど、さまざまな工夫がインセンティブとしては重要になってくると思います。
- ・ 2つ目は、入り口としてマイレージやポイントがあったとしても、実際に効果があがる方法で、運動や予防への取り組みができてきているかです。単にマイレージが欲しくて参加するだけだと、実際には健康にならない可能性があるため、そこをどのようにしていくかですが、その点については目標に設定した指標が改善しているという達成実感をきっちり見える化することが継続インセンティブにつながり、結果的に健康や予防の最終ゴールを達成することができるのでないか。つまり、2つをセットで考えていく必要があるのではないかと考えています。
- ・ 具体的な取り組みとして若干紹介させていただきますと、2ページが当社が健康、介護、認知症予防分野で協業しておりますベンチャー企業のウェアラブルを用いたサービスの紹介になります。
- ・ 左側は、予防プログラムに基づくトレーニングの達成状況を可視化するモフトレというサービスになります。右側は、リハビリ時の目標や成果を可視化して、しっかり測定し、成果も見える化していくモフ測というサービスになります。
- ・ 実際、産官学連携で介護予防事業の実証実験も開始しておりますが、3ページにその図をお示ししておりますが、まずは先ほど申し上げた1つ目の行動変容の動機づけとしてポイントを付与する仕組みとしていますが、同時に大事なのは、運動の動作を可視化して、それをフィードバックすることで、本人にも効果を実感してもらうという2つの行動変容に取り組んでいるということになります。
- ・ ここでの主目的は、もちろん住民の方々の予防や健康増進、ひいては健康寿命の延伸と個々人のQOLの向上にあるわけですが、恐らく付随的な効果として、健康ポイントを通じた消費の活性化であるとか、高齢者の就労によって、人手不足の地域の課題を解決し、かつ地域に貢献する人をふやすということ、そして歩行能力の改善。本日は出ていないキーワードですが、自然災害が非常に発生していますけれども、まず歩けなければ逃げられないということで、防災への対応上も大事なポイントではないかと当社では考えています。
- ・ そして、最後に、冒頭、鈴木知事が問題提起されたことは、私も非常に重要だと思っています。確かにさまざまな研究があるのは承知していますし、ちゃんとみていかねばいけないと思いますが、仮に健康や予防が推進されて、皆がより長く働けるよ

うになれば、当然、働くという行為によって収入もふえますし、それからトータルで  
税金や保険料も含めて考えれば、社会保障の持続可能性や、何よりもご本人の人生と  
してよりQOLが上がるということについては、しっかり念頭に置いた議論が必要な  
のではないかと考えます。

- ・ 以上です。

○井上氏（ポピンズ 副社長 轟委員代理）

- ・ ポピンズの井上でございます。本日は、轟が急遽体調不良で、代理で出席させていただ  
きました。本日、轟のほうでご用意いたしました資料をかわりに発表させていただ  
きたいと存じます。
- ・ まず、資料1 ページ目をご覧くださいと思います。こちら、予防の観点と幼児教  
育の関係性についてでございますが、欧米の研究におきまして、将来の健康や経済状  
況に関しまして、幼少期に獲得いたしました自制心とやり抜く力——グリットとも申  
しますが——が関係するという結果が出てございます。
- ・ その自制心とやり抜く力は非認知能力と言われるものでして、これがいつ身につくか  
という研究が2 ページになりますが、2000年、ノーベル経済学賞を受賞しましたヘッ  
クマン教授の研究です。ペリー就学前プロジェクトというものは、1962年から1967年  
に低所得のアフリカ系アメリカ人のお子様を対象に、質の高い就学前教育を提供する  
という目的で実施されました。
- ・ お子様を対象に2年間、非認知的特質を育てるということを重視いたしまして、子供  
の自発性を大切にした教育で、これを受けたお子様と受けなかったお子様の2つのグ  
ループに分けまして、40歳まで追跡調査を行いました。
- ・ その結果といたしまして、非認知能力の教育の収益率と申しますか、リターンが高い  
のが特に0～2歳であると。最も効果的であるというのが0～2歳であるという結果  
がこのプロジェクトから導かれております。
- ・ そこで、現在、日本の財政赤字が非常に問題になっている中で、こういった乳幼児の  
教育プログラムを見直すだけで、高い予防効果が見込めるということで、予防への取  
り組みにおきまして、エビデンスの不足ということもいわれておりますので、私ども  
保育事業者がこういった実証研究に喜んで協力させていただきたいと存じます。
- ・ それから、最後に、3枚目になりますが、ポピンズは介護事業も行っておりますので、

仮称ですけれども、企業主導型アクティブ・デイ施設の検討を開始したいと思っております。これは、待機児童問題解消のために整備されました企業主導型保育所、企業が納める子ども・子育て拠出金を活用するというすばらしいアイデアによりまして、施設整備や運営費の補助金を大幅に充実させることで、導入後3年間で約7万人を超える保育の受け皿が整備されたということで、待機児童解消に大きな成果を上げております。

- ・ 一方、少子高齢化が進む日本の大きな課題は介護でございますので、企業主導型保育事業に続きまして、介護も国、税金、企業、これは健保組合も含みますが、個人、あるいは地域が支え合う仕組みを考えるべきではないかと考えております。
- ・ 私どもが提言したいのは、要介護になってからのケアだけではなく、同時にそれを予防する企業主導型アクティブ・デイ施設です。国としては、介護ケアや予防を企業とともに充実させることで、社会保障費の削減につなげることができ、企業といたしましても、介護を理由といたしました離職の防止、優秀な社員のつなぎとめになると思っております。
- ・ また、個人にとりましても、家に閉じこもるだけではなく、アクティブ・デイ施設で人と触れ合うことで、要介護になるまでの時期、健康寿命を長くいたしまして、生き生きとした生活を長く続けることができると思っております。
- ・ 施設の利用者は、その企業で働く方の親御さんだけではなく、その会社のOBやOGとも考えられます。また、一企業だけでつくるのではなく、企業主導型保育事業同様、いろいろな企業が利用できるコンソーシアム型や地域住民も利用できる地域開放型といったものも考えられると思っております。
- ・ 以上でございます。ありがとうございます。

○中原委員（有限会社ケア・プランニング 代表取締役社長）

- ・ 先ほどウェアラブルのほうで効果的、効率的な介護、記録の電子化等の話があったので、私からは、介護現場から見た課題に対する、提案ができればと思っております。
- ・ 先ほどございましたように、介護現場では以前から書類の多さ、煩雑さが課題で、それに対して国も書類を削減しようと動いております。
- ・ 厚生労働省からガイドラインが出ているのですが、現場ではまだ書類の半減とか、介護現場の労力の削減には至っていないのが現状です。

- ・ 例えば今、介護施設では見守りセンサーとか電子記録アプリ、ICTシステム、ウェアラブル端末の活用等々の事例があるものの、なかなか進んでいかない現状をお知らせしたいと思います。
- ・ 資料の5ページ、6ページ、7ページの左側の列をご覧くださいますと、例えばケアマネジャーの事業所では、アセスメントシート、ケアプラン作成、サービス担当者会議、モニタリング、実績確認、給付管理に関する書類の作成が法律で定められています。
- ・ アセスメントの中でも例えばフェイスシートはその人の「氏名」「年齢」「性別」「容態」「病歴」などの基本データをまとめたものですが、書類作成に当たっては利用者宅を訪問しなければならない、利用者宅を訪問して書かなければいけないことになっております。
- ・ また、ケアプランを作成する上においても、何度か担当者と集まって会議をして、承認を得るために利用者宅に行かなければなりません。また、モニタリングでは、今のサービスがうまくいっているかどうか、毎月、利用者宅を訪問して、お話をしながら、証明のための書類をとっていかなければならないといった煩雑な業務があります。
- ・ また、ケアマネジャーはケアプランをつくるだけでなく、例えば関係する訪問介護やデイサービスといった施設とか福祉用具、訪問看護等とも連携をとらなければいけない。連携をとっていることを証明するための書類もどんどんふえていきます。
- ・ 同じように、サービスを提供するホームヘルパーの事業所であったり、通所介護事業所であったり、福祉用具の事業所も、同じような書類をそろえなければならないのです。これも法律で明記されているので、これをやらないと、介護報酬は減算になってしまうので一生懸命そろえるわけです。
- ・ こうした書類もやはり専門家が作成することになっております。こうした煩雑なペーパーワークが課題になって、国として取り組んでいこうということになりました。
- ・ 介護事業者向けにソフトが開発されているのですが、やはりソフト自体も法律の範囲で動いているので、用意しなければいけない書類は変わらないため、結局は手入力していく必要があり、作業量は変わりません。
- ・ また、介護ソフトはいろいろな企業が開発されているのですが、介護ソフトごとにフォーマットも違うし、互換性もない。また、介護ソフト会社も商売ですから、他の会社が開発したより効率的な介護ソフトに変えたいと思っても、今までの利用者のデー

タを移管させることができないようになっていて、また全部入力しなければならないという問題もあります。例えばAケアプランセンターとB訪問介護は違う介護ソフトをしている場合は、データのやりとりができません。こうなると、ケアプランとか計画書とかモニタリング、サービス利用表などの書類は結果として紙媒体でやりとりして、それぞれの事業所で手入力したり、保管したりしています。このため、介護サービス事業所の毎月の書類はどんどんふえていってしまっているという状況です。

- ・ また、保存期間は5年間で、事業所によっては200人～300人分の書類を保管しておかなければなりません。
- ・ 資料の最後のページに保管書類がどれ程か、写真を載せております。2～3ヵ月での状況です。
- ・ 次のページをご覧くださいますと、これはあくまでもケアマネジャーの事業所だけの書類の量です。訪問介護事業所、デイサービス、福祉用具の事業所には同じだけの書類があるということです。
- ・ これだけの書類がなぜ必要なのかというと、介護が適正に行われているのか、不正請求していないか、それを毎年のように各市区町村が実地指導という形で見に来ます。介護サービスをやっているかどうかはこの書類を見るしかなくて、これを3～4人の行政の方が2日間かけてずっと見ているわけです。そこで不備があったら介護報酬を返還せねばなりません。事業所としては返還させられたくありませんので、徹夜で不備が無いように整えています。1年に1回ですが、それはあくまでも1事業所に対して1年に1回であって、幾つか事業所をもっていると、その翌月には訪問介護で来る、また、3ヵ月後にはデイサービスで来るという状況ですから、行政コストも結構な状況だろうと思います。
- ・ また、運が悪いと都道府県が来ることもありますし、もっと運が悪いと会計検査院が来てしまうこともあります。
- ・ これは実際にあったのですが、私はさらに運が悪くて、税務調査が当たってしまいました。税務調査は現金の売り上げ、つまりは介護報酬から算出した1割の金額はどうなっているのかを見ることになりますので、結局税務署の職員もこの書類を見ることになります。毎年多くの業種の書類を見ている税務署の職員の方も、これだけの書類を整備している業者は余りみたことがないと。
- ・ 結局、税務署の方は私の事業所の情報がないまま来るわけですから、1人か2人で来

でも、本当に見たいところまで行かないで終わってしまうのです。我々としては、ここで終わってよかったなと思うこともあったりするのですが（笑声）、それぐらい税務署の職員のコストも、実地指導をするための行政のコスト、そのための税金、介護報酬の抑制、社会的なコストの抑制などを考えていくと、もう少し必要書類の削減を進める必要があるのかなと考えております。

- ・ 10ページに戻っていただきたいのですが、解決案として、ソフト会社に対してフォーマットがバラバラにならないように、国がある程度の方針を示していただくことが必要ではないかと思えます。現行の法律が作られたときは、これだけ人が足りなくなっていくとか、テクノロジーが進んでいくということが想定されていないでしょうから、そういった意味では、現状やもう少し先を見据えた法律の見直しや規制緩和が必要だと考えております。
- ・ 例えば資料の11ページ、12ページ、13ページをご覧くださいと、今、テクノロジーが進んで、遠隔診療が出てきています。介護サービスも遠隔診療が発展すれば、業務の効率ができるかもしれません。ケアマネジャーにおいても、利用者の容態が変わらないならば、毎月利用者宅まで訪問する必要がないのではないかと。こうしたことも法律に縛られてやらざるを得ない業務ですから、全体的に法改正も見据えながら、書類業務の削減に関しても議論ができればいいと思えます。
- ・ 以上、雑駁な説明になりましたが、終わらせていただきたいと思えます。ありがとうございました。

#### ○山本委員（ミナケア 代表取締役）

- ・ おはようございます。今のご発表を聞いて、行政によるコスト増をどうやって解消するのかを議題にしたくなるころなのですが、気を新たにして、明るい社会保障の話をもっと明るくやりたいと思うのです。
- ・ きょうのテーマが予防・健康づくり事業の意義と課題ということで、意義の話を中心にしたいと思っています。
- ・ 2ページ目に入る前に、きょうも何人かの先生からお話がありましたけれども、予防で医療費がふえるのではないかと議論、これを聞いて最初に思うのが、予防をすれば医療が減って誰かいったのかという話です。よくある、終末期医療は莫大に金がかかるというのも誰がいったのだろうといつも思いながら聞くぐらい、業界に蔓延

する誤解の1つかなと思うのです。

- ・ 正直、医療の未受診者、未活用者がかなり多いものですから、みんなにちゃんと医療を活用しろといえ、それはコストがふえるでしょうと。そこはほぼ間違いないだろうと思います。
- ・ 今日の議論とはちょっとずれるのですが、そうなってくると医療の価格設定をどうするのという話までいかないと、コストしかみない従来型医療経済論者の言説になかなか立ち向かえないというのはリアリティとしてあるかなと思います。それと抜け落ちがちな視点として、医療によってどんなメリットを私たちは受けているのだ、こんなメリットがあるではないかというところをどれだけ定量化、可視化して説明責任を果たしていくかというのが重要でして、ここは世界中の医療経済の人たちが今まさに取り組んでいるところです。これは、幸せの定量化みたいな議論にもなりますので、なかなか表現が難しいという事情もあるわけです。
- ・ そうなると、現実解としては、どうやって予防に対して大義名分や取り組む意義を見出すかというところのロジックが必要になるかと思うのですが、とても重要なポイントは、予防をやっても医療費が上がるではないかとあれだけいっている人たちも、その論説の最後には、健康が大事よねと必ず言うのです。
- ・ きょうの資料にもございましたように、健康不安をもっている人たちはたくさんいるわけです。やはり不思議なのは、これだけみんな不安に思っていて、コストはふえても健康は大事だと有識者もいっているのに、なぜやらないのだという話でございませう。単純にいうとその理由は、もっとほかに不安材料があるからという話です。健康も不安だけれども、もっと不安なことがあるから、なかなか健康の優先順位は上がらないのだという一点に尽きるかなと思います。
- ・ そうしますと、いろいろな予防サービスを展開したり、個別に教育等をしていくことによる伸びしろはもちろんゼロとはいいませんけれども、今まで全く健康に対して行動しなかった、医療の活用がほとんどなかった人たちの大部分が急に動き出すというのは考えにくいところございまして、その道で攻めていくにも若干限界があるのではないかなと思います。
- ・ ここからが本題になるわけですが、まずは何で予防に取り組むのだけというストーリーが必要です。そして、それを考えるときに、我々医者側の発想では、医療従事者は困り抜いた人たちがやってくるものですから、当然のようにその方々にカ

スタマイズしたサービスを提供するという発想から出られないわけです。それを我々は、臨床医学という形でやってきたのですが、そもそも必要性を感じていなくて、困っていない人に何かしようと思ったときに、従来型の困った人向けの1対1の診療方法の発想で設計しようと思っても無理があるだろうというのは容易に思いつくわけでございます。

- ・ それから、ここに目的として書いたように、私は富国健民政策と勝手に呼んでいるのですけれども、まずは、社会を豊かにしようという話と、国民が健やかであることを目指す、これは多分、誰も反対しないだろうと思います。これを実現するために、医療費論者の発想で財源コントロールがこれまでの行政的な政策誘導の十八番だったわけですが、それ以上に医療のマネジメント、健康のマネジメントが必須な時代だという前提ももたなければいけないだろうと思います。
- ・ 財源の配分だとかを医療のマネジメントという観点でみると、今、医療全体で防ぐ、治す、支えると3つぐらい機能があるうちの治すは相当やってきたのだけれども、もっと具体的にいうと、医療費として保険者の支出の9割以上はそこにいつているわけですが、上流側の防ぐというところに行く医療費の配分が4%以下というのは、重点化が足りないといって過言ではないと思います。このことを一旦クリアにしないと、毎度毎度医療費が下がらないのでは、予防をどうするのだみたいな話にまた立ち戻るのでは時間の無駄かなと思うというのがございます。
- ・ そこで、予防・健康づくりを重点化しようとなったときに、先ほども申し上げたところですが、その下、真ん中にありますように、個人に幾らインセンティブづけといっても、予防の手間をわざわざとってくれるのかとか、予防には何のメリットがあるのですかとなります。取り組んでいる方の前でいうのは非常に心苦しいのですが、たくさん歩いて健康ポイントをもらうのと、コンビニでメロンパンを買ってもらえるポイントと結局一緒ではないかという話になってしまうと、健康ポイントはどんどんインフレしていきだけで、エスカレートさせていっても欲望には勝てないではないかという気が正直するわけでございます。個人のインセンティブづけが無効だというつもりは全くないのですが、予防関連のそもそもの課題は、動かないマジョリティたち、健康をネグレクトしてしまうマジョリティたちをどう動かすかでございますので、そこを動かすパワーという意味では、むしろコミュニティの力をどう使うかと、できるだけ根拠をもってやらないと、みんなに余り根拠のないことをやらせるわけにいかない

と持っているというのがそもそもの我々の考え方でございます。

- ・ 次のページに行っていただくと、今度は一気に意義から課題や実例の話になるのですが、まずここでは保険者や組織を想定していますので、その構成員という意味で加入者と書いています。今までのようにパターンリスティックな臨床という形で医療提供側とか医療保険者ですとか、場合によっては政策側が個人に向けたインセンティブとかルールづけをそれぞれ個別にやっても、現場で何が起こるかという先ほどのように行政コストがかかるだけとか、医療従事者のいうことと医療費保険者のいうことが微妙に違っているものですから、どちらも信頼されないという罫にはまっていくというのはまああることです。会社が病院に行けと行って行ったのに、先生にはこんなので病院に来るなといわれるというのはよくある話でございまして、これをやってしまうと予防だとか健康づくりのそもそもの意義も信頼性も失われてしまうのです。
- ・ 本来やりたいのは右側にあるように、最近のはやり言葉でいうと、コレクティブ・インパクトという言い方もしますが、共創的に改革をしていこうという意味で、加入者も含めて、それから、右上にありますように家族や友人や同僚といったコミュニティ、その上で保険者ですとか提供側、政策決定者がいかに健康投資型の社会をつくっていくのです。そのための健康経営、健康自治だということでもまず互いに握っておいて各自の役割の再定義をしていかないと、恐らくうまくいかないのではないかと考えております。
- ・ これをマクロのレベルでやろうとなると、当然、さまざまな法律も含めていろいろ改正が必要になりますので、我々のような中小・弱小民間業者はそんな力もございませんので、実施可能なモデルとして現場で幾つか事例をやっていますので、最後にそれを紹介したいのです。
- ・ 4ページ目、3つ事例を紹介しております。一番左にありますのが、家庭というコミュニティで健康投資を使ってもらおう、医療の使い方を変えてもらおうというモデルです。これは非常にシンプルなものございまして、学校にまいるまして、学校の保健体育の授業の一環として、両親の健康を守るようにしましょうというコミュニケーションと医学知識を教えます。そして、ラインスタンプ等を一緒に開発しまして、夏休みの間に子供さんが親にお菓子の食べ過ぎだめとか、お父さん、おしゃれになってとか、いろいろなことをいうわけです。
- ・ 非難めいたことは絶対いうな、だめなのだ、すてきになったお父さんがみたいという

ような未来志向で行けという話をすると、ここにございますように、参加生徒の5割以上が親の食事に対する意識が変わったと思うというぐらいのものは、半年もあればできてしまうぐらいの話でございます。

- ・ 恐らくでございますけれども、お父さん側に直接いっても、半分が変わることはなかっただろうなという意味で、やはり娘は強いなと思ったという事例でございます。
- ・ 右上は、企業と健康保険組合と、その加入者である職員とご家族というコミュニティを健康投資、または予防や健康づくりという名のもとに再構成しようということをやったモデルでございます。ここでは根拠に基づいてということとレセプトや健診データをちゃんと使おうと。その上で、どこにどんなリスクがあって、誰が何をするとよさそうかというところをまず理解した上で、誰がという人に直接行くのではなくて、その人を取り巻く人たちが何をすべきか、どういうアクションをとってもらおうかというワークショップを含めたコーチングをしたところ、モデルとして動き出したというものになります。
- ・ その下は、これからやっていくところなのですが、企業というものを自治体に置きかえるとどこまで行けるのだという話でございまして、ここで重要なのが、地元の医師会も巻き込むことにしたというところとございます。医師会側もこの予防・健康づくりは現医師会長も含めてやらなければと考えています。ところが、予防でどうやって飯を食うんだというところが一向に払拭されないものですから、やりたいとは思っただけけれども、治す医療をやっているほうが飯を食ってしまうという残酷な現実もあって、どうやって予防にビジネスモデルをシフトさせるかというのを我々はずっと悩んでいるわけなのです。自治体の予算も限られていますし、医師会もやりたいけれど収入も大事というリアリティの中で、どうやってこのコミュニティを形成していくのかというのが今のチャレンジです。これは1月から取り組み始めたところですので、これがどういう成果になって出てくるのかというのはもう少し時間が必要なのですが、少なくともきちんと大義名分を経済ロジックで説明すると、これまでであったようではなかったコミュニティ形成ができるのだという話をご紹介させていただきたいと思えます。
- ・ 最後5ページ目は、我々こうしたことをお節介な医療という形でずっとやっておりますので、今後こうした取り組みがよりやりやすい形になるように、マクロの形からですとか、さまざまなルールやインセンティブという形でご支援いただければいいなど

思いまして、私からは以上とさせていただきます。

○安田委員（大阪大学大学院経済学研究科 准教授）

- ・ 各委員の先生方から非常に実務に基づいた話であったり、全体を俯瞰する話をいただいたので、一部重複する部分は出てくると思うのですが、私からは予防医療を進めていくべき3つの理由という感じのタイトルでお話ししたいと思います。
- ・ 1つ目は、既に鈴木英敬委員や武田委員からも上がっていますが、予防医療を進めて医療費がふえてしまうのではないかという懸念に対しては、支出面だけをみるのではなくて、その間、収入をみないと片手落ちだろうと。健康長寿になれば、経済活動を生み出して、それが保険料であったりとか、税金にもつながると。そういったプラスの部分を見ないで、支出面だけを切り取るのはバランスが悪いのではなかろうか。予防医療の効果を過小評価する危険性があるという点です。それが1つ目です。
- ・ 2つ目が、そもそも健康には金銭的にみても価値があるということです。先ほど山本委員から、こういった支出面だけを強調する論者は、健康が大切だと。なぜそんな発言が出てくるのかというご指摘がありましたけれども、1つには実際に金銭的な価値があると。これはどういうことかという、健康というのは見える化する、金銭化するの難しいのです。なぜかという、失ったときにしか初めて見える化されないからです。今だと東京などは特にインフルエンザ、風邪がはやっていますけれども、風邪にかかるとお医者さんに行く、あるいは薬を買う。そうするとGDPがふえるのです。なので、風邪になってGDPがふえてうれしいかという、決してそんなことはない。何のためにお金を払っているかという、風邪になるため、病気になるためにお金を払っているのではなくて、病気から健康になるためにお金を払っているわけです。ふだん健康体でいると、我々はその価値に気づかないわけですが、病気になって初めて私は幾ら払っても病気を治したい、あるいは長寿に関しては、幾らお金を出しても1年寿命を延ばしたいと、不健康になって初めて気づくのです。要はその分を健康であるうちに払わないで済んでいる。これは、莫大な金銭的価値があるわけです。
- ・ 具体的な推計は、恐らく人によってかなりばらつきがあるので、一概にはいえないのですが、そういった金銭的にみても健康の価値が非常に高いという視点が抜け落ちているのではないかが2つ目です。

- ・ 3つ目、これはまだ本検討会で上がってきていないと思うのですが、命の格差問題について触れたいと思います。
- ・ 最初に、具体的な書籍を挙げると、『サピエンス全史』がベストセラーになったハラリさんの2作目の『ホモデウス』。これはごらんになった方も多いかと思うのですが、疫病や飢饉、戦争といった困難を克服した我々人類、ホモサピエンスが次に戦うのは死だ。死との戦いです。どうやって死ぬことのリスクと戦っていくか。
- ・ 実際に結構大まじめに富裕層や一部の企業が不老不死とまではいわないですが、不老長寿に向けた研究開発を進めていっています。実際にこれが進展していくと、恐らく富裕層であれば、かなり延命だったり、健康を変える時代は、部分的にはもうそこまできているのではないかと。
- ・ それを考えたとき、もちろんきちんと稼いだ人が、その分健康長寿を全うするならそれでいいのではないかという発想もあるかと思うのですが、やはり命に関してはある程度平等性を保ちたいという視点に立ったときに、1人当たりの金額で見ると比較的少額で、しかも公的な支出によって、一定の命の平等性を担保できるような施策というのは、優先順位は非常に高いのではないかと個人的には考えています。
- ・ これは、2番目のウェアラブル端末だったりとか、最近のフィンテックを活用した保険の話ともつながるのでありますが、日本においても、今後、健康リスクの見える化がどんどん進んでくると、そういった命の平等問題、格差問題は今と比べてやや深刻化していく嫌いがあるかもしれない。そういったときに、公的に何ができるかというのを考えると、一旦病気になってしまってから後から治すのはお金がどうしてもかかってくるので、どれだけ保険料をふやしたところで、ある程度所得に応じて差が出てきてしまう。入り口段階の予防で公的所得をふやすという有効性というか、社会的な意義はもう少し深刻に検討されてもいいのではないかという気がしました。
- ・ 最後、蛇足ですが、実はアメリカにおいては、学歴とか収入に応じて、既に寿命にばらつきがかなり生じ始めているということが見える化されています。日本において詳細なデータはまだ知らないのですが、今後、保険会社とかがデータをどんどん取得していくと、その辺が見える化されてくるかもしれない。そうなったときにどうしようと動いては遅いので、早目に予防医療を増進する意義があるのではないかと思います。
- ・ 以上です。

○武藤委員（医療法人社団鉄祐会 理事長）

- ・ さまざまな委員のご意見、本当に参考になりました。今、安田さんがいったところでいうと、アメリカでは一番健康度を決めるのは郵便番号だといわれているのは公衆衛生の世界ではよく知られたところで、要するに生きている場所によって寿命は違うということです。
- ・ さて私は週末に長崎に行ってきました、日本プライマリ・ケア連合学会で発表してきました。そのとき向こうで話題になっていたのが、長崎市は去年で2,376人市外へ流出して、全国ワースト1ということでした。
- ・ 医療従事者にとってみると、医療、介護の担い手がどんどん減っていくということにはかなり不都合なので、どうやって提供体制を維持していくのが本当に喫緊の課題となっています。
- ・ 長崎にはあじさいネットというものがあまして、これは病診連携と医療・介護連携を1つのシステムで行うという非常にすばらしいモデルです。登録されている患者さんは10万人になり、私の知る限りでは日本で最も加入数が多いところです。離島、僻地が多い長崎においてはこのようなシステムはかなり需要もあると思うのですが、患者さんのデータそのものはまだ入ってきていません。プロ同士の情報連携はできるのですが、患者さんの情報は入ってこないのです、どうしても限られた情報のみを共有しているにすぎないので、ここを改良していきたいという話もありました。
- ・ このように幾ら進んでいる地域であっても、ウェアラブルなどからの患者さんの日々の情報は既存の医療に十分つながっていません。
- ・ また、ICTを用いた患者さんの医療や介護のアクセスの向上は徹底的にすべきです。高齢化・独居化に伴い、アクセスできない人たちがどんどんふえていきます。
- ・ 保健指導や外来、在宅、そして緩和ケアまで含めて、医療へのアクセスをきちんとICTで担保していくということが医療の質の向上に間違いなくつながるのではないかと思いますし、これからますます医療へのアクセスが悪くなっていくので、予防も含めてICTの活用が必須です。もう1つ、アクセスということであれば、オンライン服薬指導はぜひ進めていただければと思います。医療がある程度オンライン化されても、その後の処方箋が薬局に持ち込まれ薬を患者さんがもらうところまでが一気通貫していないと、価値が半減します。
- ・ また、こういった議論をする中で、患者さんのためという視点は当然重要なのですが、

やはり医療従事者にとってどういう効用があるのかということも考えていかないと、議論が進んでいかないとと思います。

- ・ 1つ我々が取り組んでいる例をご紹介しますと、高度薬学管理を要する抗がん剤治療におけるICT利用があります。今、抗がん剤の治療が在宅でかなり行われていますが、場合によっては大きな副作用が出現しますし、もしくは決まったように飲んでいない患者さんたちもいます。医師にとってみると、オンラインで服薬指導を薬剤師さんにすることによって、役割を補完してもらえます。医師も忙しいですし、チーム連携ができることで安心できると思います。薬剤師にとってみると、どんな治療のためにどんな薬剤が使われているのかがよくわかった上で指導もできますので、薬剤師の価値の向上にもつながります。また、医師や薬剤師の働き方改革につながり、無駄な移動時間を減らすこともできるでしょう。患者さんにしてみたら、抗がん剤治療がどのように進んでいるかということが見える化できます。患者さんもしくは利用者さんの利便性は重要ですが、関係者全員の効用を考えるべきです。
- ・ デバイスとウェアラブルはいろいろなものが世にできてきていますが、高いものが多いです。高価格のため利用者がデバイスの購入を望まないために、普及しないということはまみられることでもあります。医療機器とまではいわなくても、一定の水準を満たせば、少なくとも医療的に評価に値するといった制度があれば、新しくわざわざ開発しなくても、情報を参考程度に利用できるといった仕組みは重要だと思っています。
- ・ 最後ですけれども、アカデミックな評価がない限りは医療現場での受け入れはなかなか進みません。AMEDなどでいろいろ研究事業を行っていますが、もっとこの分野での学会を巻き込んでのきちんとしたエビデンスづくりをやらないといけません。ここに向けた努力をお願いしたいと思います。
- ・ 以上です。

○浜田委員（ビジネスインサイダージャパン 統括編集長）

- ・ 先ほど山本さんがおっしゃった健康不安をみんなもっているけれども、もっと不安なことがあるというのは、日々取材をしていたり、私が職場でマネジメントしていたりと、本当にそのとおりだなと思っています。卑近な例でいうと、ことしインフルエンザがすごくはやって、うちの職場も実はパンデミックになりかけたのですけれど

も、かかった人は予防接種を受けていなかったのです。私は当然受けていましたけれども、なぜ受けないのかと聞いたときに、非常に忙しい、面倒くさい、正社員はこの理由が多かったです。

- ・ 私が前、大企業にいたときには、企業で診療所があって、そこで打ってくれる医師がくるので、受診率が高かったんですが、今はベンチャー企業に転職しまして、自分でクリニックに受けに行かなければいけないのです。そうなっただけで、就業時間を割いていくということで相当ハードルが上がる、あとアルバイト、業務委託の人は予防接種の補助も会社から受けられないので、受けることに対して何で自分がお金を払って受けなければならないのか。なったら医療保険を使って薬をもらえるのに、何でここで5,000円自腹で払っていかなければならないのというところをいわれました。たとえば、時給で働いている人であれば、そのため2時間職場を抜けることでそれだけ給料も減るということもあると思います。
- ・ なので、先ほど職場が健康管理には大事なコミュニティになっているというご指摘はそのとおりだと思うのですが、今、実際に職場の中でいろいろな雇用形態の人がいる中で、健康の大事さをマネジメント側としてどのように管理していけばいいのかというのが非常に難しい時代になっているなということを感じました。
- ・ もう1つは、先ほどのコミュニティが果たす役割の中の家族という部分でも、これだけ単身世帯が増えている社会、生涯未婚率が上がっている社会で成り立たなくなりつつあるのかなと思います。健康不安よりも、もっと不安な要素がある人は誰なのかというと、非正規雇用の人で健康よりもあしたの給料が入るのかとか、自分の雇用が守られるのが不安が大きい人は健康問題は後回しにしますし、家族がいてある種家族のために長生きするというインセンティブがなければ、より健康に対してのインセンティブが働かないかなと感じます。
- ・ もう1つ、私が健康を後回しにしていると感じるのは、増え続けているシングルマザーです。この人たちも時間給で働いている人が多いので、なかなか病院に行くために職場を抜け出しにくい。こういう人たちこそ、お子さんもいらっやあって、健康により気をつけなければいけないのに、そのインセンティブがすごく下がっていると感じます。独身、シングルマザー、非正規雇用の人たちはポスト健康不安ジェネレーションというか、今すぐに何か起きるわけではないですが、中年から高齢者になる時に大きな健康不安を抱えるのでは、と心配しています。特に30代後半から40

代の人たちは就職氷河期の人たちなので、就職がうまくできていない人たちもいて、雇用も不安定だし、家族ももてないでいる。この人たちの健康問題がおそらくあと10年後とかに、社会にとって非常に大きな課題になってくるのをどうすればいいかなど。そういうときに、職場も健康の啓発の役割が果たせなくて、家族もその役割が果たせないということに対して、全然解決策がみえていなくて、私自身はそこにすごく課題を感じております。

○小玉委員（公益社団法人日本医師会 常任理事）

- ・ 発言したいのはいっぱいあるのですけれども、まず1つは予防についてです。予防というのはいろいろな段階があると思うのです。ですから、予防という言葉1つで全てを判断しないほうがいいだろうということ。また、健康な人の予防、それから病気の人の重症化予防、そのちょうど中間にある特定保健指導を受ける人とか、その辺の人たちの予防をやはり分けて考える必要があるだろうということだと思います。
- ・ ミナケアの山本先生から発言があったように、私のいいたいことがほとんど含まれているのですけれども、やはり食生活のアプローチの仕方ですね。そのためには、味というのは子供のころ形成される。ですから、学校の中で、教育の中で、当然運動もそうですけれども、食生活を中心とした教育をいかにしていくかということが、ひいては親御さん、おじいちゃん、おばあちゃんに対する影響が大きいだろうと思います。
- ・ 私は秋田県出身なので、秋田県の事例を申し上げますと、日本健康会議の動きを受けて、秋田県でも一昨年、秋田県健康づくり運動推進協議会、私は会長をさせていただいたのですけれども、その中で全世代、全職域、全地域の3つのキーワードを掲げて動いているところなのです。
- ・ その中の全世代は、さっきいったように教育の場。それから、職域は先ほどどなたかおっしゃったように、事業所の問題です。特に地方は中小企業のオーナー社長が多い。オーナー社長の意識が変わらないと、どうしても職員が甘えるという構図があって、健康に真剣に向かわないということで、秋田県医師会、私は県医師会の会長を務めていますので、県医師会としては、出前講座をやろうということをしてはいるのですけれども、企業側がなかなかそれを受け入れてくれないという事情があります。
- ・ それから、先ほど山本先生も話したように、コミュニティの大切さというのはありますよね。先ほど来、運動療法で認知機能が改善するといったデータがありましたけれ

ども、あれが集団でやる場合と個人1人でやる場合の差は絶対あるはずなのです。集団というのはいわゆるコミュニティなので、その辺のことをしっかりと考えてつくっていくということが必要なのかなと思います。

- ・ 最後ですけれども、オンライン診療のことを一言いいますと、厚労省で今議論の最中ですよ。オンライン診療についても、服薬指導についても、その結果を待ってから議論したほうがいいのかと思いますけれども、さまざまな要望があると思いますが、そのような感じを受けました。
- ・ 私からは以上です。

#### ○大石委員（メディヴァ 代表取締役社長）

- ・ 2つございまして、1つは予防についてで、もう1つは介護の人手不足についてです。
- ・ 予防に関しては、先ほど小玉委員からもお話がありましたとおりですが、私も予防はひとくくりにしなないほうがいいと思っています。冒頭の資料の中でもいろいろな医療サービスが、コストセービングか、コストエフェクティブか、コストイネエフェクティブなのかという話がありました。しかし、その中にいろいろなものがまざっています。
- ・ 予防と治療は大きく考え方が異なります。治療は病気をもった人が来ました、治しましたというポイントでの活動ですが、予防はプロセスです。予防が効果を持つには、プロセスの長い期間をかけなくてはけません。また、予防という文化です。予防を行うための行動1つの仕組みとして根づくまではそれなりに時間がかかります。そのときにいろいろな予防をまぜてしまうと、成果を実感するのが非常に難しいと思っています。
- ・ 予防を分類しますと、まず1つは、先ほど出ているウォーキングのような健康な人を病気にしない予防があります。それ以外に重症化予防もあります。もう1つは再発防止という予防があります。
- ・ 再発防止というのは、例えば心筋梗塞を起こした人が入院します。この人が再度入院しないでずっと生活がおくれるように、どうやって家に帰った後に過ごすかという予防です。ずっと長期間かけて予防していきます。
- ・ 重症化予防は、例えば透析などですけれども、糖尿病が透析になるということだけではなくて、例えば透析になった人が入院透析にならないようにする。入院すると医療

費もかかりますし、本人のQOLも非常に下がります。

- ・ 再発防止であるとか、重症化予防というのは、確実にコスト効果もQOL効果もあります。これらをしっかりやることにより、先ほど申しましたプロセスをきっちり経るという練習になります。
- ・ この2つはIoTやデータが結構使える分野です。海外だと家に帰った心臓病の方をずっとモニターし、再発を早期に把握するような機器とサービスがあります。透析関連はフレゼニウスという海外の透析の機器のメーカーさんが非常に大きな成果を欧米で上げていらっしゃる。
- ・ こういうIoTやデータを使って長期間管理をし、確実に効果が出るということをお医者さんや医療職の方々と国民が実感する。それによって文化をつくるということが予防を促進する1つの手ではないかなと思います。ということで、1つ目の予防の話。
- ・ 2つ目は、先ほどの資料の中でも介護の人手不足の話がございました。数字を申し上げるので、資料があったほうがよかったのかもしれませんが。
- ・ 例えば夜間の見守りです。オランダの場合は、センサーとケアマネジメントを使って、1人の介護職が大体40~50人の入居者を見守っています。日本は、夜間だと1人の介護職が15人ぐらいしかみていないので、15と40~50人ですから3倍の生産性の差があります。これは最近、私が出した本などにも書いています。こういう事例をみて、日本でもやれないかということで、私ども、北九州市さんが戦略特区の中でやられているのをお手伝いしています。
- ・ 北九州市では、モデル特養の中でICTを使っていますが、ICTだけではなくて、業務の見直しや規制改革による改善ポテンシャルを見てみました。そうすると、実はすごい大きな改善可能性があるということが分かりました。
- ・ 現行は2.0対1の配置になっていますが、きちんと見守りと記録のためのICTを活用すると、シフトの編成、ピークタイム管理などのマネジメントを行います。規制緩和に関しましては、夜間配置の人数に加え、看護師の配置があります。
- ・ これらをクリアすると、実は3.2対1までいけるということがわかりました。仮に看護師さんをカウントに入れないとすると、現行2.2対1が3.9対1までいくのです。3.9対1までいくということは、75%の生産性アップです。2025年に要介護の人材が55万人足りないという問題があるのですけれども、需給ギャップでみると34万人なのです。この34万人が例えば特養の職員の45万人の生産性が75%アップするとほぼカバ

一できるのです。

- ・ ですから、これくらいの可能性があり得るということで、北九州では全国に広める、平準化した仕組みにしていきたいということで、今年の実証実験を重ね、施設との会話を重ねて、安全性を確認して、本当にできるかという実効性をみるつもりです。いづれにしても、かなり大きなポテンシャルがある。そこには、ICTだけではなくて、マネジメントと規制緩和を合わせる必要があるということを実例としてお伝えします。
- ・ 以上です。

○青野委員（サイボウズ株式会社 代表取締役社長）

- ・ クラウドの事業者として、個人情報保護の観点でお話をさせていただきたいと思えます。
- ・ きょうもお話がありましたように、ウェアラブルの端末をつけて、IoTにして、クラウドで情報共有をして効率化を図っていく。全然大賛成なのですけれども、集められた情報は恐らく個人情報のレベルの高い情報で、その人の生活習慣から病気の履歴までわかるようなことになります。これをどう保護するのかというところの法整備がおくれていると認識しています。
- ・ 一例を挙げると、先月TカードをやっているCCCが裁判所の令状なく、警察からの照会に基づいて情報提供したと。私もふだんTカードを使っているので、私の情報も出たのかもしれないですけれども、それが誰かがリークしたことによって明るみに出ましたが、知らぬところでそういうことが起きていたということがあります。
- ・ ただ、これが法律上問題ないというのが現在の状況になっています。過去もCCCが誰に対して、どれぐらい何の情報を出したのかわからないということになっています。
- ・ これは、総務省の範囲になってくるかと思うのですけれども、通信の秘密、電気通信事業法、個人情報保護法、このあたりになってくると思いますが、経産省さんからも声を上げていただかないと結局何が起きるかという、倫理観の低い業者のほうが有利になるということになります。余り手を踏まずに、自分の事業の目的だけに使う人たちが有利になってしまう。逆に、倫理観が高くて、暗号化、匿名化、しかるべきプロセスというのを重視する業者が不利になって、参入できないみたいなことが起きてくるのではないかと懸念しています。
- ・ ファーウェイなどは、あれを使うと通信の情報が漏れるとかで今締め出しをくらって

いますけれども、一步間違ふとウェアラブル端末をつけると情報が漏れるよということになってしまうと、せつかくの予防医療が台無しになってしまうと。そんなことをいいながら、私はスマートウォッチはファーウェイのものを使っていて（笑声）、睡眠から何歩歩いたか全部知っているわけですが、そういうことになるわけです。なので、情報保護のほうはぜひやっていただきたいなと思っています。経産省さんがGDPR、EUとの折衝をすごく頑張ってください、十分に認定とれたということではあるのですが、今の法整備のままだと、私は手のひらを返されるようなリスクもあると思っています。

- ・ 去年、アメリカがEUの議会でプライバシーシールドが弱いという突っ込みを受けてひっくり返されましたけれども、日本も個人情報保護のところは法整備を急いでおかないと、データ流通がしづらくなるということを思っております。

○鈴木（亘）委員（学習院大学経済学部 教授）

- ・ 大した話ではないのですが、きょうはウェアラブルとか、非常にハイテクな話が多かったので、非常に感銘を受けたところなのですが、私が意外に重要だと思っているのは、ローテクの話であります。というのは、いろいろな先端的な取り組みをやっているというのはいいのですが、それに補助金を付けるというのは、経済学者として若干違和感があります。なぜならば、こうした取り組みはもう既に民間ベースで自発的にやっているわけです。つまり、投資にちゃんと見合うと思っている人たちが自己判断で既にやっているわけなので、ここに政策を打つということはそもそも必要なのか。もちろんハイテクを知らない人は多いので、それを横展開していくということは重要だし、パイロット事業をやるのにちょっと金が必要だとか、そういうのはあるのですが、民間がやっていることを国の施策に吸い上げてしまふとか、そこまでやる必要があるのかなとちょっと思うのです。
- ・ でも、国として明らかにやるべきことは、もっとローテクの人たちに対する施策でありまして、要するにハイテクが届かない人たちへの施策です。経済学だとスカーシティ（scarcity）、欠乏の行動経済学といいますけれども、時間もなし、金もないし、意識が低い系で、そういう施策があることすら気づかないような貧困・困難を抱える人たちに届く政策は何だろうと。得てしてこうした人々は、健康という意味ではハイリスク群でもあるのです。ここは国が金をかけてでもやるべきで、政策として重要か

など思うのです。

- ・ そういう意味で、私自身もいくつか経験があります。私は西成区のあいりん地区というところで、4年間ぐらい貧困地域の改革をやっておりました。その中の事業で、DOTSの支援事業というものがあまして、結核が非常に蔓延しているところなので、結核の薬を飲んでもらうことが非常に重要です。結核の薬は最後まで飲まないとは治らない。途中でやめると、多剤耐性になったりして危険なのですが、日雇い労働者とか貧困の人たちは最後まで飲まないわけです。そこで、定期的に患者の皆さんにお医者さんや看護師さんの前に来て飲んでもらうDOTSというのをやるのですけれども、やはり最後まではなかなか続かない。委託事業とか啓蒙事業とかいろいろやったのですが、あまり改善はせず、途方に暮れていたわけです。ところが、あるとき彼らは甘い缶コーヒーが大好きで、甘い缶コーヒーを出すようにしたら途端に来るようになって、「そんなことで来てくれるの？」という感じだったのですが、我々の思いつかないようなローテクなものが、実は効果的な施策になることに気付かされました。
- ・ あるいは、その後、東京都でもいろいろ福祉施策に関わってきたのですが、例えばシングルマザーに対する施策でも同じような気付きがありました。シングルマザーたちは仕事と家事・育児に非常に忙しくて、行政からの支援を諦めてしまっているというか、気付きもしていません。実はこの分野はシングルマザー向けの就労支援策・子育て支援策がいっぱいあるのですが、こうしたものが全然届かない人たちなのです。彼女たちに届くようにするにはどうしたらよいのかと考えたときに、小学校の子供のプリント、先生が配るプリントで、ランドセルの中に入れてもらうことがよいと東京都の職員たちが気付きました。どんなに疲れているお母さんでも、こどものランドセルは必ずチェックする。ランドセルから出てきたプリントは必ず取り出して読むのです。それで気づいて、シングルマザー向けの施策を教育委員会を口説いてプリントにして配ってもらったところ、施策の応募が非常に増えたということがありました。このように意外にも、ローテクな施策が重要ということがあります。今日も、山本委員の話の学校の子供を使うとか、あるいは阪口委員の資料の中の大阪府のスマホを使わないでもオーケーですというもの、浜田委員の自社のクリニックで注射を打ってくれるほうがみんなワクチンを打つという話だとか、ローテクの役立つノウハウは意外に世の中にたくさんあるのではないかと思います。例えば田舎に行くと信じられないほど健康増進とか朝のラジオ体操の参加率が高い村とかがありますよね。あれは何をやって

いるのだとか、そういうのをもうちょっと集めるのも重要です。今日はハイテクをせっかくいろいろ集めていただいたのですごい勉強になったのですがけれども、ローテク集みたいのもあったらいいのではないかと思ったところでございます。

○柳川部会長（東京大学大学院経済学研究科 教授）

- ・ よろしいでしょうか。一通りご意見いただきましたけれども。
- ・ それでは、終了時間が近づきましたので、私からも簡単にまとめ的なご意見をさせていただきますと思います。
- ・ かなりいろいろなご意見をいただいて、大変意義があったかと思うのですがけれども、最初に皆さんからかなりお話があったように、予防だと健康が大切だという話はまさにそのとおりで、医療費、財源削減のためということではなくて、そのこと自体大きな意義があるというのは、多くの皆さんがご指摘になったところだと思いますので、そこをしっかりと考えていくということは当然重要なことだと思います。
- ・ そのときに、今、鈴木亘委員からお話があったように、特定の人だけではなくて、社会全体、国民全体の健康を促進していくということが、お話があった予防の観点からもとても重要だということなのだろうと思います。
- ・ 予防という言葉の中になんか多様なところがあるところがあるところがとても重要なところで、もう1つ、山本委員から話があったように、予防のための医療というのは、恐らく今までの治すための医療と少し違う面がいろいろあって、もちろん当然そういうところにいろいろな議論は今までもなされていたのだと思いますけれども、どういうところにフォーカスをしていくか。
- ・ 特にテクノロジーが発達してきたことで、ウェアラブルのような話を使って予防していくというところは、今までと違う次元が出てきていますので、ここに対してどういうアプローチをしていくかというのがきょうの大きなポイントの1つだったのかなと思います。当然、そこはある種のビジネスチャンスでもあるということなのだろうと思います。
- ・ その点で重要だったのは、それを支えるためのコミュニティの役割。広い意味でのインセンティブ設計なのだと思いますけれども、インセンティブ設計は当事者がやろうとするという話と、それからずっと出てきているナッジの活用の話。それから、3番目がきょう出てきているようなコミュニティの活用で、無理なくやれるようにするというところ

ろです。

- ・ そのときに、直接政策ではないのですけれども、考えるべきポイントだったのかなと思うのは、コミュニティというものが少し変容してきていて、会社という話がありました。今まではみんな正社員で、その会社にいる人たちが会社がやれといえやるとい話だったわけですが、だんだんそれがさまざまな形で職場に働いている人も、非正規の人たちもいる中で、どのような形のコミュニティをつくっていくか。
- ・ それから、家庭だとか家族というものも昔とは違う形の家族のあり方が出てきているので、家族が支えればいいというわけでもなくなっているのだろうと思います。
- ・ その点で、しっかりと予防を支えるためのコミュニティのあり方はどういうものかというの、少し哲学的な話になってしまうので、直接的な政策論ではないのかもしれませんが、やはり重要なポイントなのだろうと思います。
- ・ それから、技術を活用するというところでいくと、データ活用は非常に重要なのですけれども、データ活用のところでご議論があったように、やはり大きな課題が2つあって、1つは青野委員が強調されたような個人情報、あるいはデータとしてのあり方に関するところのルールを割ときっちりするということですかね。先ほど後でひっくり返されるという話がありましたけれども、ある種の線引きはきっちりすることで、より利用がうまく進むというところをどうやっていくかという話と、もう1つは、ある種の標準化、共通化みたいなことがあって、データをうまく利活用できるような形にするにはどうしたらいいかという2つがあって、武藤委員だったでしょうか、アカデミックな利活用という話もありましたが、アカデミックな話をしっかりしていくためにも、やはりそういうデータの整備がないと、アカデミックの側も使いにくいというのが重要だと思います。
- ・ あともう1つですけれども、中原委員からお話があったような、紙ベース、訪問ベースでやることに関するコストの大きさは、改めて写真を拝見して非常に大きなものがあるなど。あれは介護の話でしたけれども、先ほど厚労省で進んでいるという話がありまして、医療に関しても訪問の部分、オンラインのものをどう考えるのか、このあたりの話は少し大きな話として考えていくポイントだろうと思います。
- ・ 幾つか申し上げましたけれども、引き続きぜひしっかりと議論していただきたいと思っています。

- ・ それでは、これで本日の部会は終了させていただきたいと思います。

——了——