



デジタルヘルス システムレベルでの  
イノベーションによる医療・介護改革を

2015年4月24日

公益社団法人 経済同友会

## 目 次

1. 日本の医療・介護の現状 .....	1
2. デジタルヘルスによるイノベーション .....	2
3. イノベーションの可能性：重点的に取り組むべき領域 .....	5
(1) 予防のビジネス化と国民の行動変革 .....	5
(2) データの徹底活用と産業側のイノベーション促進 .....	7
(3) データと ICT を徹底活用した包括的な地域連携システム構築 ..	9
4. イノベーション実現に向けて .....	11
(1) マルチステークホルダーでのイノベーションの場作り .....	11
(2) 特区の活用による既存システムとの連結 .....	12
(3) 規制のグレーゾーンを減らす努力の継続 .....	12
(4) 将来課題：健康保険制度の適用範囲見直しと民間保険の拡充 .	12
5. おわりに .....	14
2014 年度 医療・福祉改革委員会 活動記録 .....	16
2014 年度 医療・福祉改革委員会 委員名簿 .....	17

## 1. 日本の医療・介護の現状

日本の医療・介護は、大きな転換点にある。

財政赤字のもとでの公的負担の限界、人口減に伴う人手不足・地方での供給体制維持の難しさなど、システムとしての持続可能性が、すでに著しく低下し始めている。

加えて、団塊の世代の高齢化などにより、医療・介護両分野とも、需要（とサービス提供の総費用）は相当期間にわたる増加が見込まれている。これは、社会保障費用の更なる増大を意味するだけでなく、大きな需要の波が通過する際の病院・介護施設の量的不足も意味している。

言い換えれば、日本の国民の健康と生活の質（QOL）、そして平均余命の向上に貢献してきた公的保険を中核としたシステムの変革は待ったなしであると言えよう。

しかしながら、これまでのところ、医療・介護システムの変革については、給付の削減・適正化が中心的に語られてきている<sup>1</sup>。すなわち、後発医薬品の利用増、重複検査・医療行為の削減、そして診療報酬見直しの際の総額コントロールなどである。

これらの施策自体、当然取り組むべきものであるが、そこに留まらず幅広い視点に基づいた検討と施策実行が伴わなければならない。

例えば、国の財政再建策において「歳出削減、歳入増加（負担増）、経済成長」の3つすべてが必要だとされているように、医療・介護システムの変革においても「不要な保険給付の削減などによる“ムダ”とり」だけではなく、「自己負担の適正化（負担増）」そして「イノベーション（生産性向上と成長ドライバーの構築）」という三位一体の取り組みが不可欠である。

特に、デジタル化による医療・介護システムのイノベーションが、いよいよ現実のものとなりつつある現在、従来の仕組みと視点だけを前提としていてはならない。

デジタルを活用したイノベーションを通じて、より持続可能性の高いシステ

---

<sup>1</sup> 例えば、土居丈朗「社会保障改革は不可避」（日本経済新聞、2015年3月9日付朝刊）など。

ムへの改革を進展させ、さらに新しい産業分野の構築を通じて経済成長に資するとともに、国民生活をより豊かで安心なものにすることに貢献する、という積極的な姿勢が、我々経済人にも強く求められている。

このような観点から、2014年度の医療・福祉改革委員会においては、「デジタルヘルス」によるイノベーションを中心テーマとして、検討を進めてきた。

本報告書ではその結果をとりまとめ、今後の「政策の在り方」「ビジネスの役割」の両面についての方向性を明確化しようと試みるものである。

## 2. デジタルヘルスによるイノベーション

ビッグデータの活用、あるいはAI（Artificial Intelligence：人工知能）ないしはAugmented Intelligence：知能増幅）の実用化は、さまざまな領域でイノベーションが起こせるレベルにまで達しており、ヘルスケア分野<sup>2</sup>においてもこれらを具体的に活用する先行例が出始めている。その一端を紹介したい。

### 事例1．質問応答システム「ワトソン」<sup>3</sup>：

質問応答システム「ワトソン」は、自然言語の質問を理解し、持っている情報から可能性のある答えを、信頼度とその根拠も含めて回答する。推論の過程は医師の診断行為に近く、ヘルスケア分野での応用検討が、医療機関、研究機関を中心に進められている。

メモリアル・スローン・ケタリングがんセンターの事例では、カルテに欠如している情報をワトソンが指摘し、検査項目も提案する。専門医に対して、気付きと網羅性を与えている。検査結果が出た後は、次にどのような処置をするかも提案する。各処置方法の信頼性も根拠と共に提示し、患者の意向も考慮したアドバイスも可能となっている。ただし、あくまで医師の業務をサポートする仕組みであり、最終判断は医師に委ねられている。

<sup>2</sup> 本報告書では、健康増進、予防、診断、予後、在宅ケア、終末期ケアを含めた幅広い領域を指す。

<sup>3</sup> 第5回会合（講師：日本アイ・ビー・エム株式会社 公共サービス事業部 医療サービス理事 佐藤和喜氏）の講演内容より、経済同友会事務局が構成。

事例 2 . 新生児集中治療室 (NICU) における予測分析<sup>3</sup> :

新生児、特に未熟児の場合、何らかの症例が表れてから対処するまでに与えられた時間は非常に限られている。NICU では継続的にバイタルサイン<sup>4</sup>などを収集しており、一定水準を超えるとアラートが出るが、アラート後に対応しても遅い場合も多い。オンタリオ工科大学では、NICU の機器から得られるビッグデータを解析して何らかの症状が現れる徴候を見出すプログラムを作成し、通常の基準値を超える前に医師にアラートを流す仕組みを作った。その結果、最大で 24 時間早く異常を検知することが可能となり、新生児の死亡率が大幅に低下し、予後も改善されたという。

また、センサー技術の大幅な進化とそれに基づくウェアラブル化の流れも、ヘルスケア分野での新市場創造を狙う多数の参加者による実用化、市場化競争を生んでいる。たとえば、以下のような技術が実用化されつつある。

事例 3 . パッチ化したバイタルセンサーによるデータ収集<sup>5</sup> :

米バイタル・コネクトが開発した「ヘルスパッチ® MD」は、胸部に貼り付けて利用する使い捨て型ワイヤレス心電送信機である。患者の心電図(単極)、心拍数、呼吸状態、姿勢や体表面温度などの生体情報を収集し、そのデータをワイヤレスで送信できる。重さ 10 g 厚さ 6 mm で患者装着の負担も小さく、送信したデータは対応するソフトウェアを搭載するモバイル機器などによって、解析・表示することが可能である。

事例 4 . コンタクトレンズへの血糖センサー組み込みの試み<sup>6</sup> :

米グーグルは 2014 年 1 月に、グルコースセンサーとコントローラチップ、

<sup>4</sup> 生命の兆候を表す基本的な情報で、たとえば、脈拍数、呼吸数、血圧、体温などをいう。

<sup>5</sup> “Vital Connect, Inc. Product Overview” (<http://www.vitalconnect.com/overview>) 参照。

<sup>6</sup> “Novartis to license Google “smart lens” technology” (2014 年 7 月 15 日発表) <http://www.novartis.com/newsroom/media-releases/en/2014/1824836.shtml>

無線アンテナを内蔵したスマートコンタクトレンズのプロトタイプを発表した。涙液に含まれるグルコースレベルを常時監視して、スマートフォンなど外部機器に送信し、糖尿病患者に血糖値の急変を伝えることを目的としている。ノバルティスのアイケア部門を担うアルコンでは、グーグルからこのスマートコンタクトレンズ技術のライセンスを得て、5年以内の実用化に向けて取り組んでいる。

このように、さまざまな企業がイノベーションを競うのは、当然、技術の進化だけがその原因ではない。国内外での高齢化の進行と、それに伴うヘルスケア市場の大幅な拡大が見込まれるからである。

\* \* \*

一方、医療・介護分野は高い公共性を有し、治療などに関する不確実性や情報の非対称性ゆえに、通常のサービス産業領域とは大きく異なる特性を持つ分野である。特に、公的保険制度と医療・介護政策が大きな役割を果たし、公的関与の大きさが医療・介護システムの重要な特徴であることは言うまでもない。

また、医療・介護は、さまざまな分野の事業者や専門家が協働してサービス提供にあたることで、初めて利用者にとっての価値が得られる分野である。

それゆえにデジタルヘルスによるイノベーション推進には、民間企業だけでなく政府・自治体・学会・サービス提供事業者（医療事業者・介護事業者など）・保険者を含む各ステークホルダーが、それぞれ自らの新たな役割を果たしながら、システム全体として変革を行うことが不可欠となる。

前述のように、ヘルスケア分野においてもアイデア段階や個別の技術革新に留まらず、新たなシステムの構築が実現可能となる段階にまでデジタル技術が進展してきている。

換言すれば、政府・自治体・学会・サービス提供事業者・保険者・民間企業などの各ステークホルダーがその認識を共有し、具体的なアイデア出しや必要な政策・規制上の手当てなどを行い、イノベーションを通じた新たなシステムの構築を共に図っていく時期が到来したと考えるべきではないだろうか。

もちろん、すべての国民もステークホルダーの一員である。国民の行動改革なくしてシステムの改革はあり得ず、この点への取り組みも不可欠であることに留意せねばならない。

### 3. イノベーションの可能性：重点的に取り組むべき領域

もとより、イノベーションの可能性は無数にあり、ヘルスケア分野のさまざまな領域での課題解決が可能である。

本報告書においては、数多くのイノベーションのアイデアを提示するのではなく、課題が解決された場合の社会的メリットが非常に大きな分野、かつ、デジタルヘルスの関与が高い分野を例示し、各ステークホルダーがその実現に向かっていく一助となることを目指したい。そうした認識の上で、以下の三つを重点的に取り組むべき領域として提案することとしたい。

#### (1) 予防のビジネス化と国民の行動変革

第一に、予防のビジネス化と国民の行動変革である<sup>7</sup>。

久野譜也・筑波大学大学院教授によると、国民のうち、生活習慣病を予防できる程度の運動習慣を持たない無関心層は全体の約7割にのぼり、さらに、そのうちの7割（全体のほぼ半数）は、将来にわたって運動をする意思がないという。一方、地域の健康教室などに参加する層は、それ以前にすでに健康を意識する習慣がついている。このように、健康に関する関心度で国民は二極化しており、無関心層が多数を占めるという現状が、予防ビジネスが今まで発展してこなかった大きな原因と考えられる。したがって、将来リスクが高く、自ら行動しない無関心層に対して、どのように必要な情報を伝えて理解させ、予防などの行動変革につなげていくかが大きな課題となっている。

この課題に対してはデジタルヘルスを活用することで、「頻繁な警告」と「インセンティブ」という大きな行動変革要因が提供できる。

---

<sup>7</sup> 日本医学会「健康社会宣言 2015 関西」(2015年4月13日発表)においても「治療から予防へのパラダイムシフト」が提唱されている。

まず、個人のリスク評価を行う検査技術と、ウェアラブル機器やスマートフォンなどに代表される個人の行動記録が取得可能なデバイスを組み合わせる。さらに、そこで得られたデータを基に個別化された警告を頻繁に送り、利用者の行動変革を促すことが可能である。

たとえば、個人のリスク評価を行う検査技術として近年続々とサービスが開始されている個人向け遺伝子検査サービスの中には、日本人に合わせた疾病リスク評価のアルゴリズムをアカデミアと共同開発し、利用者に対して検査結果を提示するだけでなく、疾患のリスクを上下させる要因の提示とともに、望ましい食事のレシピや運動メニューもアドバイスしているものもある<sup>8</sup>。こうした個人のリスク評価結果を基に、個人の行動記録が取得可能なデバイスから個別かつ的を絞った警告を継続的に送ることで、従来にはない強力な個人の行動変革誘因とすることができよう。

もちろん、こうした警告サービスも、当然ながら利用者が能動的に取り組まなければならないため、すべての人の行動改革を促す万能の手法ではない。しかし、これによって、生活習慣病患者　たとえば人工透析を要する患者は30万人を突破している<sup>9</sup>　が一部でも減少すれば、そのインパクトは非常に大きなものとなるだろう。

二つ目は、デジタルデータを保険者が活用することであり、それによって、行動改革した個人に保険料低減などのインセンティブを与えることだ。

たとえば、米国で民間医療保険と病院／診療所のネットワークを軸にした5兆円規模のヘルスケア組織として知られるカイザー・パーマネンテ(Kaiser Permanente)は、スマートフォンを用いた患者教育を試み始めている。一例として、前立腺がんの治療法における選択肢やそれに伴う副作用情報を患者に示すことで、これまでは担当した医師の専門分野によって治療法(外科手術や放射線療法など)が決まりがちであったものが、術後のQOLを考えて手

---

<sup>8</sup> 第4回会合(講師:株式会社ディー・エヌ・エー　ファウンダー　取締役　南場智子氏)の講演より。

<sup>9</sup> 日本透析医学会の集計結果(2012年12月末)

術を希望する患者が減少し、結果的に医療費が削減されたという。これは、最終的に保険料の低減につながる事となる。

保険者によって個人にインセンティブを設定することは、より強力な行動変革誘因となる。

たとえば、前段のモバイル・ウェアラブル機器の活用を通じて、個々人の運動や食生活、あるいは睡眠状態や心拍数などを把握し、適切な行動をとっている場合には、それに即した保険料低下インセンティブを与える。こういった仕組みの構築が、予防領域を本格的に構築するというシステムイノベーションにつながるであろう。

## (2) データの徹底活用と産業側のイノベーション促進

既に存在するものも含め、医療・介護データを徹底活用することで、医療・介護システムのイノベーションにつなげ、さらには、これらのデータを個人が特定されない形で製薬事業や医療機器事業に活用してイノベーションにつなげる。これが二番目のシステムイノベーション例だ。

### ◆ アウトカムデータの医療現場での徹底活用

アウトカムデータとは、どのような患者にどのような治療を施し、どのような結果が得られたかというデータをいう。これを集積し、解析することで、個々の患者の特性に応じた最適な治療の提供が可能となる。

スウェーデンでは、アウトカムデータを活用することで小児の急性リンパ性白血病の10年生存率が5%（1973年）から84%（2001年）まで上昇したという。この間、画期的な治療薬や治療方法が開発されたわけではない。患者の特性とリスクに応じて、どの薬をどのタイミングでどれだけ投与して、どのような結果が得られたのかというアウトカムデータを学会中心に収集し、それを用いてより良い治療技術を展開させたことの成果である<sup>10</sup>。データをフルに活用することで、効果の高い治療方法をプロたる医師

---

<sup>10</sup> 御立尚資「スウェーデンに見る医療制度の未来像」(2011年2月18日)  
<http://business.nikkeibp.co.jp/article/manage/20110215/218449/>

の間で、広く普及させた好例だと言えるだろう。

日本でも同様のプロジェクトが立ち上がり、日本外科学会が中心となって2011年にNCD (National Clinical Database)が設立された。NCDは、一般外科医が行っている手術の95%以上をカバーし、年間120万件以上の手術情報が登録され、400万件を超える情報をすでに集積している。これは、外科系の専門医申請のための症例実績を証明する手段として活用されるだけでなく、手術成績からみた医療評価や、医師による手術リスク評価への応用も期待されている<sup>11</sup>。

こうした動きは政策的にも後押し<sup>12</sup>され始めたが、今後、他の診療科への波及や、複数の診療科にまたがるような展開をより積極的に促進し、ヘルスケアを提供する側のイノベーションを加速せねばならない。

#### ◆ DPC データ活用の範囲拡大

加えて、データを医薬品や医療機器といったヘルスケア産業のイノベーションにつなげていくことも必須である。

日本の医療は従来出来高払いが基本であり、過剰診療などの批判が多かった。そこで、包括払い制度が模索され、その単価分類として構築されたのがDPC (Diagnosis Procedure Combination : 診断群包括分類)である。DPC データは構造化されているために活用しやすく、医療の標準化・効率化へ寄与するものとして期待されている。

DPC データは、一般病床の約59%、53万床をカバーしており、年間800万件を超える膨大なデータが厚生労働省に蓄積されている<sup>13</sup>(2014年度見込み数)。これは、アジア人に関する医療データとしては、一定水準以上の品質を有する唯一のデータであると言われている。

---

<sup>11</sup> 一般社団法人 National Clinical Database のウェブサイト (<http://ncd.or.jp/about/>) を参照。

<sup>12</sup> 「日本再興戦略 -JAPAN is BACK-」(2013年6月14日)中に当面の主要施策として取り上げられ、厚生労働省の臨床効果データベース整備事業に引き継がれている。

<sup>13</sup> 「DPC データに基づく病院類型別の在院日数のバラツキの分析」(2014年度10月10日) [http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/wg\\_dai2/siryou3.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/wg_dai2/siryou3.pdf)

民間企業や研究機関から見てもこれをイノベーションのために活用することが期待されているが、現在は個人情報の取り扱いを始めとした活用ルールが整備されていない。

このため、診療報酬の算定や医療機関が自主的に医療・経営の分析を行うといったケース以外には使われていない。こうした貴重なデータをフルに活用できれば、医療の生産性向上とイノベーション創出に大きく貢献することになり、貴重かつ信頼できるデータを活用できる日本への投資の増加も期待できよう。

#### ◆ 介護データの活用

さらに、介護分野でもデータ活用は有効である。現在の介護保険制度の下では、真面目にリハビリに取り組んで被介護者の要介護度が下がると介護報酬が下がるという不合理な仕組みになっている。こうした制度を改革する動きはある<sup>14</sup>ものの、我が国ではそもそもリハビリなどの介護サービスがどのような結果を生んだかが判断できるデータの評価基準の整備が行われていない。したがって、そうした基準を策定した上で、介護のアウトカムデータの収集・分析・利用に関するルールの策定と、データを用いた介護報酬体系の見直しが必要である。質の高い介護データの活用によって、介護の現場での生産性向上や、民間企業が中心となったイノベーション創出も期待できる。

### (3) データと ICT を徹底活用した包括的な地域連携システム構築

第三が、高度機能から在宅ケアまでを包含する地域連携システムの構築に向けたデータと ICT の徹底活用である。

現在、利用者の状況に応じて、特定機能病院、急性期病院、療養型病院、診療所、さらに在宅ケア、介護施設など、さまざまなサービス提供事業者があるが、各サービス提供事業者間での情報連携と役割分担の仕組みは極めて立ち遅れている。

また、患者の高齢化が進むと、単一の疾患が治癒することでその患者の QOL

---

<sup>14</sup> 「介護事業に成果報酬 利用者の状態改善で増額」(日本経済新聞、2014年7月17日付朝刊)

が直ちに向上する訳ではなく、別の慢性疾患の診察・治療や生活面でのサポートなどの多様で継続的なケアが必要となる。近年、著しい発達を遂げた医療は、その一方で高度な専門化・分業化が進み、現状の離散的なシステムではこうした慢性的、かつ、複数のリスクを有する患者のケアには不向きな面がある。

したがって、多種多様なサービス提供事業者間で情報連携ができるインフラが構築できれば、利用者にとっては大きな価値になり得る。こうした多数のステークホルダーが関わる中での仕組み作りは容易ではないが、先進的に取り組んでいる事例も出始めている。

事例5．在宅医療における情報共有の取り組み<sup>15</sup>：

在宅医療では、医師以外に訪問看護師、ヘルパー、ケアマネージャーなどさまざまな人が携わるため、用いられる言葉や利用者を見る視点もさまざまである。また、カルテのような要約情報だけでなく、利用者の日々の食事内容などソフトな情報も多く、開示可能な範囲もさまざまなため、情報の共有は一般に困難であった。さらに、介護の現場では手書きのノートなどが従来の情報共有の手段であったため、仕組みだけでなく情報リテラシーの問題もあった。

そこで、宮城県石巻市では、医療法人と民間企業が「在宅医療クラウド」を共同開発し、情報の開示範囲を厳密に制御しながら情報共有ができる仕組みを構築した。さらに、医師による利用者訪問後の口述記録を担っていた「コンタクトセンター」を介護事業者にも開放することで、電話などを通じた情報の入力も可能にし、介護従事者の情報リテラシー問題も解消した。

また、家族が遠隔地にいても双方向の情報交換を可能とし、連携による効率化と同時に高い顧客満足度も実現したという。

こうした情報を軸に据えた地域包括的な連携を、個々の事業者の試行錯誤

<sup>15</sup> 第2回会合（講師：医療法人社団鉄祐会 理事長 武藤真祐氏）の講演内容より、経済同友会事務局が構成。

に任せるだけでなく、政策的な後押しも含めて強力に進めることは、単にサービス提供の効率化を実現するだけではない。医療による病気の治癒が中心だった現行のシステムを、利用者を中心に据えて、医療・介護からその周辺分野まで拡大した多数の人々が担うシステムに変革することをも意味する。そのインフラとしての情報連携の仕組み構築の重要性は言をまたない。

#### 4. イノベーション実現に向けて

以上のように、デジタルヘルスによる医療・介護システムのさまざまなイノベーションの可能性が明らかになってきた。では、具体的にどのようにイノベーション創出を進めるべきか。個々の技術課題の解決ではなく、ヘルスケア分野のシステムとして、どのように改革していくべきだろうか。その方策についても論じておきたい。

##### (1) マルチステークホルダーでのイノベーションの場作り

システムとしてのヘルスケア分野でのイノベーションを具現化するには、経済人の起業家精神だけで挑むのは困難であり、既存のシステムの各ステークホルダー 政府・自治体・学会・サービス提供事業者・保険者・民間企業 の協働が不可欠である。

創薬や医療機器開発の分野では、大学が中心となったメディカルイノベーションセンターが成果を挙げつつある。同センターでは大学や企業がそれぞれの知的財産を開示して、技術の交換とともに新たな気付きを与えているという。

ヘルスケア分野のシステムを変革していくには、産学に留まらず、マルチステークホルダーが集い、システムを設計し、実装し、実行していく場を作る必要がある。これこそ、内閣官房など、複数の省庁にまたがる課題の解決に当たる政府当局が主導し、産官学の参画を促すとともに、必要に応じ、医療法や健康保険制度の改正も視野に入れた議論ができるような場にしなければならない。それによって初めて、システムレベルでのイノベーションが実

現できるであろう。

## (2) 特区の活用による既存システムとの連結

システムのイノベーションを進めていく上で、もう一つ乗り越えなければならないのは、既存システムとの連結である。

持続可能性という問題を抱えつつも、利用者に対して絶え間なくサービスを提供し続ける医療・介護の現場で、システムのイノベーションを進めるには、この現場のサービス提供を混乱させることなく、新しいシステムを導入し、なおかつ、それによって生じる新たな問題を一つずつ解決していかねばならない。

そうした難易度の高い取り組みを行っていく上で、ぜひ活用すべきは特区制度である。特にデータの活用や連携を進めるためには、国家戦略特区、地方創生特区などの規制緩和・政策的支援の枠組みを活用して、意欲のある自治体と連携し、試験運用から始めるべきであろう。

## (3) 規制のグレーゾーンを減らす努力の継続

前出「3.(2)」の「アウトカムデータの活用」の部分で述べたように、データ活用を進める場合、医療・介護・健康にかかわる各種データの取り扱いについて個人情報保護法上のグレーゾーンが残っていると、情報取り扱いの適法性判断が困難となり、新規事業についてはイノベーションの創出が阻害されるおそれがある<sup>16</sup>。

したがって、こうしたグレーゾーンを減らしていくためには、企業実証特例制度<sup>17</sup>およびグレーゾーン解消制度<sup>18</sup>の活用や、必要な規制改革や法整備を迅速に行う努力を継続していく必要がある。

## (4) 将来課題：健康保険制度の適用範囲見直しと民間保険の拡充

医療・介護に係る社会保障費用の抑制（パイの縮小）と、ヘルスケア分野

---

<sup>16</sup> 当然ながらこの検討を理由に、データ活用の開始を不要に遅らせることは許されない。

<sup>17</sup> 新規事業活動を行おうとする事業者による規制の特例措置の提案を受けて、安全性などの確保を条件として、企業単位で規制の特例措置の提案を認める制度。

<sup>18</sup> 事業者が、現行の規制の適用範囲が不明確な場合においても、安心して新事業活動を行い得るよう、具体的な事業計画に即して、あらかじめ、規制の適用の有無を確認できる制度。

で新たなビジネスを生み、経済成長に貢献すること（パイの拡大）は、一見矛盾をはらんでいる。

この矛盾を克服するために、将来的には健康保険制度の適用範囲を適正に見直すとともに、民間保険の拡充を図ることも必要になってくるであろう。

今まで、保険収載されていない医療手法と収載済みの医療手法を組み合わせる、いわゆる「混合診療」について大きな論争が行われてきた。その主たる理由は、情報の非対称性が大きい医療（介護）というサービスが、市場メカニズムの中で適切に選択され、淘汰されていくかについて両極端の見方があるからだ。

一方、国民皆保険の枠組みを維持し、保険収載される治療法の選択を市場に任せない、としても、我々がどのレベルまで自己負担すべきか、という議論が存在する。

これは、混合診療の是非の議論とはまったく別のものだ。

高齢者の自己負担分適正化や介護保険の適用範囲見直しをはじめとして、今後、一定の自己負担部分の増加は不可欠であろう。その部分をカバーする民間保険の拡充もまた必要となる。

医療制度の持続可能性の観点から、公的保険 / 税投入の範囲をどうすべきかという議論の重要性は言うまでもない。この中で、必要以上に抑制的な混合診療のあり方を是正するとともに、自己負担分についての民間保険拡充も、議論のテーブルに載せなければならない。

これまでの医療に関わる民間保険は、ガン保険のように主として疾病ごとのものであった。

これを疾病ごとではなく、今後増加するであろう個人負担分全般をカバーするものに変えていくためには、保険料率算定の前提となるアウトカムデータの収集と活用が必要となってくる。

前述のアウトカムデータ徹底活用や予防分野での保険料低減インセンティブも考え併せると、民間による自己負担分保険の拡充には大きな価値があるのではなからうか。

ちなみに、現行の日本の医療制度の大きな課題のひとつは、終末期医療の大きなコストであるとされる。仮に、自己負担分保険が広く普及した場合、

本人の意思で、終末期の延命治療を適用除外とし、保険料を低く抑えるオプションを加えることができるようになる。これは、間接的に医療システムの中での終末期医療コストの削減にもつながると考えられる。

このような将来ビジョンを持ち、それに向けて必ず必要となってくるデータ活用と連携の仕組みを整備していくこと、これらの方向性を先取りする取り組みを、特区などを活用し、マルチステークホルダーで推進していくこと、こうした姿勢が今まさに求められている。

## 5. おわりに

デジタルヘルスの展開によるさまざまな新しい可能性が見えてきた。誰が、いつ、どの可能性を、どのように選択するかは、すべて我々の手に委ねられている。

医療・介護分野を中心に、わが国の社会保障はまさに転換期にある。将来世代における負担を増やすことなく、安心・安全な社会を実現するには、イノベーションを基にしたシステムの変革に、果敢に取り組んでいかなければならない。そのためには、これまでシステムレベルでの変革を妨げてきた要因を積極的に取り除く必要がある。

具体的には、個人の行動変革の壁、ルール整備の遅れによるデータ活用の壁、複数プレイヤー間でのデータ共有の壁、マルチステークホルダーによるイノベーションの場の欠如、規制の中でのグレーゾーンの存在、さらには、医療コスト削減が求められる中での新規需要創造への意欲低下、などである。

デジタル技術の進展を奇貨とし、いまこそこれらの要因を乗り越え、今後とも持続可能な医療・介護システムを作るためのイノベーションに立ち向かう、という意味を固める。

そして、医療・介護は、官の世界主導でありビジネスのあり方も彼ら次第、という諦めから決別する。

こういった「思い」の部分において、我々経済人こそがシステムレベルでイ

ノベーションの中核的役割を担うという気概を持つことが将来世代のためにも強く求められているのではなかろうか。

以 上

2014 年度 医療・福祉改革委員会 活動記録

2014/5/15	第 1 回会合	2013 年度提言書案審議
2014/7/14	第 1 回正副委員長会議	2014 年度当委員会の活動方針について
2014/7/23	第 2 回会合	(1) 2014 年度当委員会の活動方針について (2) 超高齢社会におけるヘルスケア ICT 医療法人社団 鉄祐会 理事長 武藤真祐
2014/9/19	第 2 回正副委員長会議	改革推進プラットフォームとの打ち合わせを踏まえた 本委員会の進め方の検討について
2014/10/20	医療・福祉改革委員会および社会保障改革委員会	委員長意見交換会 論点の整理と方向性の確認
2014/11/18	第 3 回会合	健康寿命延伸のための国内制度及び健康サービス産業 のあり方 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 教授 久野譜也
2014/11/27	第 4 回会合	Sick ケアから Health ケアへ ~DeNA の挑戦~ 株式会社ディー・エヌ・エー ファウンダー 取締役 南場智子
2014/12/5	第 5 回会合	医療分野の ICT 活用による生産性向上と海外事例に学ぶ 新しいサービス 日本アイ・ピー・エム株式会社 公共サービス事業部 医療サービス 理事 佐藤和喜
2014/12/12	第 6 回会合	医療・介護等分野とマイナンバー・IT 総合戦略等 について 内閣官房 情報通信技術総合戦略室 副室長 (副政府 CIO) 向井治紀
2015/1/23	第 3 回正副委員長会議	論点の整理
2015/1/30	第 4 回正副委員長会議	(社会保障改革委員会との合同開催) 両委員会のアウトプットの方向性確認
2015/1/30	第 7 回会合	ICT から見る未来医療及び健康寿命延伸サービスの一つの 姿と実現への道筋 富士通株式会社 顧問 小倉 誠
2015/2/9	第 5 回正副委員長会議	骨子案審議
2015/2/27	第 8 回会合	骨子案審議
2015/3/5	第 6 回正副委員長会議	報告書案審議
2015/3/24	第 9 回会合	報告書案審議

(敬称略・所属および役職は当時のもの)

## 2014年度 医療・福祉改革委員会 委員名簿

(敬称略・五十音順・2015年4月現在)

### 委員長

御立 尚資 (ポストンコンサルティンググループ 日本代表)

### 副委員長

小幡 尚孝 (三菱UFJリース 相談役)  
加瀬 豊 (双日 取締役会長)  
幸本 智彦 (アクサ生命保険 取締役代表執行役副社長)  
堀切 功章 (キックマン 取締役社長 CEO)  
松本 晃 (カルビー 取締役会長兼 CEO)

### 委員

青木 宏道 (新日鐵住金 常任顧問)  
浅井 勇介 (RGA リインシュアランスカンパニー 日本支店  
日本における代表者兼 CEO)  
井上 明義 (三友システムアプレイザル 取締役相談役)  
井上 正明 (ポピンズ 常務執行役員)  
引頭 麻実 (大和総研 常務執行役員)  
宇治 則孝 (日本電信電話 顧問)  
碓井 誠 (オピニオン 代表取締役)  
内山 英世 (あずさ監査法人 (KPMG Japan) 理事長)  
江田 麻季子 (インテル 取締役社長)  
江幡 真史 (セディナ 特別顧問)  
江利川 毅 (医療科学研究所 理事長)  
大久保 和孝 (新日本有限責任監査法人 シニアパートナー)  
大庭 史裕 (ICMG 取締役)  
大八木 成男 (帝人 取締役会長)  
小笠原 範之 (シンプレクス・アセット・マネジメント 取締役会長)  
岡本 潮 (東急不動産ホールディングス 取締役副社長執行役員)  
小川 富太郎 (住友ベークライト 相談役)  
奥本 洋三 (興銀リース 特別顧問)

織田浩義	(日本マイクロソフト 執行役 常務)
小野峰雄	(丸善石油化学 特別顧問)
織畠潤一	(シーメンス・ジャパン 取締役社長兼 CEO)
梶川融	(太陽有限責任監査法人 代表社員 会長)
加藤  奂	(京王電鉄 取締役会長)
門脇英晴	(日本総合研究所 特別顧問・シニアフェロー)
鎌田  勇	(ジェイビル・サーキット・インク コーポレート 名誉顧問)
加茂正治	(ローソン 専務執行役員)
河合輝欣	(ASP・SaaS・クラウド コンソーシアム 会長)
川崎正己	(キャノンマーケティングジャパン 相談役)
北地達明	(有限責任監査法人トーマツ 経営会議メンバー パートナー)
北野泰男	(キュービーネット 取締役社長)
木村尚敬	(経営共創基盤 パートナー・取締役マネージングディレクター)
木村廣道	(ライフサイエンスマネジメント 取締役社長)
行天豊雄	(三菱東京UFJ銀行 特別顧問)
清原  健	(ジョーンズ・デイ法律事務所 パートナー)
櫛田誠希	(日本銀行 理事)
倉田  進	(日本 AMS 取締役社長)
河野栄子	(三井住友海上火災保険 社外取締役)
小島秀樹	(小島国際法律事務所 弁護士・代表パートナー)
児玉正之	(あいおいニッセイ同和損害保険 特別顧問)
雑賀大介	(三井物産 取締役副社長執行役員)
斎藤敏一	(ルネサンス 取締役会長)
佐久間万夫	(Eパートナー 取締役社長)
櫻田謙悟	(損保ジャパン日本興亜ホールディングス グループ CEO 取締役社長)
佐藤玖美	(コスモ・ピーアール 取締役社長)
R.バイロン シーゲル	(バクスアルタ 本部長)
椎名  茂	(プライスウォーターハウスクーパース 取締役社長)
重久吉弘	(日揮 日揮グループ代表 名誉会長)
志濟聡子	(日本アイ・ビー・エム 執行役員)

柴 内 哲 雄	(E Y 総合研究所 理事 所長)
洪 澤 健	(シブサワ・アンド・カンパニー 代表取締役)
錢 高 一 善	(錢高組 取締役社長)
錢 高 久 善	(錢高組 取締役副社長)
反 町 勝 夫	(東京リーガルマインド 取締役会長)
高 島 幸 一	(高島 取締役社長)
高 橋 栄 一	(アステラス・アムジェン・バイオフーマ 取締役社長)
高 橋 行 憲	(ウイズネット 代表取締役)
高 見 信 光	(エポック・ジャパン 代表取締役)
宅 清 光	(三機工業 名誉顧問)
竹 尾 直 章	(BSI グループジャパン 取締役社長)
竹 中 裕 之	(住友電気工業 副社長)
竹 中 誉	(エル・ピー・エス 取締役会長)
伊 達 美和子	(森トラスト 専務取締役)
田 中 豊 人	(日本GE GEコーポレート 専務執行役員)
田 中 將 介	(三菱総合研究所 相談役)
田 沼 千 秋	(グリーンハウス 取締役社長)
玉 塚 元 一	(ローソン 取締役社長)
竹 馬 晃	(横浜倉庫 取締役副会長)
辻 村 清 行	(CarpeDiem)
寺 澤 則 忠	(ジャパンリアルエステイト投資法人 執行役員)
土 居 征 夫	(城西大学 イノベーションセンター所長)
同 前 雅 弘	(大和証券グループ本社 名誉顧問)
藤 堂 裕 隆	(セブンシーズホールディングス 取締役社長)
豊 沢 泰 人	(ファイザー 執行役員)
中 島 昭 広	(ネスレ日本 ネスレヘルスサイエンスカンパニー カンパニープレジデント)
中 島 基 善	(ナカシマホールディングス 取締役社長)
中 富 一 郎	(ナノキャリア 取締役社長)
長 久 厚	(DNA パートナーズ合同会社 代表社員)
中 村 明 雄	(損保ジャパン日本興亜総合研究所 理事長)

成川哲夫	(新日鉄興和不動産 取締役相談役)
西浦三郎	(ヒューリック 取締役社長)
西川久仁子	(ファーストスター・ヘルスケア 取締役社長)
西澤敬二	(損害保険ジャパン日本興亜 取締役専務執行役員)
芳賀日登美	(ストラテジック コミュニケーション R I 取締役社長)
外立憲治	(外立総合法律事務所 所長・代表弁護士)
橋本哲実	(日本政策投資銀行 常務執行役員)
馬田一	(J F Eホールディングス 取締役)
花井陳雄	(協和発酵キリン 取締役社長)
濱岡洋一郎	(EW アセットマネジメント 取締役社長)
林明夫	(開倫塾 取締役社長)
林良造	(明治大学 国際総合研究所 所長)
原田明久	(ファイザー 取締役執行役員)
檜垣誠司	(りそな総合研究所 理事長)
尾藤繁樹	(八神製作所 顧問)
平手晴彦	(武田薬品工業 コーポレート・オフィサー)
平野英治	(メットライフ生命保険 取締役副会長)
廣岡哲也	(フージャースホールディングス 取締役社長)
廣澤孝夫	(企業活力研究所 理事長)
廣瀬修	(サーベラス ジャパン アドバイザリー ボード ヴァイス チェアマン)
広瀬伸一	(東京海上日動あんしん生命保険 取締役社長)
深澤恒一	(セガサミーホールディングス 上席執行役員)
深堀哲也	(レーサム 取締役会長)
藤重貞慶	(ライオン 取締役会長)
藤田讓	(朝日生命保険 最高顧問)
藤原健嗣	(旭化成 副会長)
古川令治	(Force Advance (Hong Kong) Limited 董事会主席)
星久人	(ベネッセホールディングス 特別顧問)
程近智	(アクセンチュア 取締役社長)
堀新太郎	(ベインキャピタル・ジャパン 最高顧問)

本 田 博 人	(シーメンス・ジャパン 専務執行役員)
増 本 岳	(カーブスジャパン 取締役会長兼 CEO)
松 井 秀 文	(ゴールドリボン・ネットワーク 理事長)
間 塚 道 義	(富士通 取締役相談役)
松 林 知 史	
宮 内 淑 子	(ワイ・ネット 取締役社長)
宮 首 賢 治	(インテージホールディングス 取締役社長)
宮 澤 潤	(宮澤潤法律事務所 代表弁護士)
宮 下 永 二	(フェリック 代表取締役)
武 藤 英 二	(民間都市開発推進機構 理事長)
室 田 博 夫	(シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス 取締役社長 CEO)
茂 木 修	(キッコーマン 執行役員)
森 川 智	(ヤマト科学 取締役社長)
森 田 清	(第一三共 相談役)
森 田 均	(マニユライフ生命保険 代表執行役)
矢 島 良 司	(第一生命経済研究所 取締役社長)
築 田 稔	(コア アドバイサリーフェロー)
山 岡 建 夫	(J U K I 最高顧問)
山 口 栄 一	(エージェピー 取締役社長)
山 添 茂	(丸紅 取締役副社長執行役員)
山 田 哲	(ベストケア 取締役社長)
山 田 匡 通	(イトーキ 取締役会長)
山 谷 佳 之	(オリックス 取締役兼専務執行役)
由 利 孝	(テクマトリックス 取締役社長)
吉 田 雅 俊	(日税ビジネスサービス 取締役会長兼社長 (CEO))
林 原 行 雄	(シティグループ・ジャパン・ホールディングス 常任監査役)
湧 永 寛 仁	(湧永製薬 取締役社長)
渡 部 憲 裕	(裕正会 理事長)

以上 142 名

事務局

齋藤 弘 憲 (経済同友会 政策調査部 部長)  
藤井 克 (経済同友会 政策調査部 マネジャー)  
向田 敏 弘 (経済同友会 企画部 マネジャー)