



人間としての尊厳を尊重した医療・福祉ビジネスの発展
～ 持続可能な社会の実現に向け、求められる国民価値観の変化 ～

2011年3月30日

公益社団法人 経済同友会

【目次】

はじめに	1
背景:	1
課題:	1
目標:	2
【起】 国民が求める社会像	3
1. 現状: 国民が直面している課題	3
(1) 望むサービスを選択できない	3
(2) サービス供給の安定性が確保されていない	3
(3) 正確な情報が伝わらない	3
(4) 医療費の負担感が大きい	4
2. 将来: 国民が求める社会像	4
(1) 選択可能なサービスの拡大	4
(2) 職場としての魅力向上を通じた必要十分なサービス供給	6
(3) 自らの価値観に基づいた判断を行うに十分な情報提供	6
(4) 社会の構造変化を踏まえたナショナルミニマムの実現	6
【承】 産業界が考える社会像	7
1. 一人ひとりが“幸せな生き方”を選べる社会	7
2. イノベーションによって国際競争力をもつ医療・福祉ビジネス	8
3. 地域に根ざし、専門性に応じた就業機会を創出する医療・福祉ビジネス	8
【転】 国民と産業界が共有すべき社会認識	8
1. 社会保障の現状	9
(1) 医療制度・医療費	9
(2) 国際競争	11
2. 議論の前提	12
(1) 人間としての尊厳	12
(2) 適切な判断の基礎となる情報提供	12

【結】 国民と産業界が共有できる社会像実現のための具体的方策	12
1. 社会像実現のための具体的方策	12
(1) 一人ひとりが“幸せな生き方”を選べる社会	12
社会保障制度改革.....	12
医療: 高度・先端医療サービスの提供	13
介護: 入所待機の早期解消とニーズに応じた多様なサービスの提供.....	14
保育: 利用者本位の保育サービスの提供.....	14
(2) 事業者の創意工夫により、多様なサービスが効率的に提供される社会.....	15
事業者の参入障壁等の緩和・撤廃	15
ICT の活用による経営効率化と新サービスの創出	15
先端医療機器等に係る国際標準の獲得.....	15
専門性のある外国人が活躍できる制度への改善.....	16
(3) 地域において、特長を活かしたサービスと就業機会が提供される社会.....	16
医療: 特長を活かした経営効率化.....	16
介護: 医療との連携強化	18
保育: 地域の実情に応じた施設等設置基準の緩和	18
2. 国民へのメッセージ.....	19
(1) 社会保障に対する基礎的な理解.....	19
自助への理解と実践.....	19
共助・公助に係る制度への理解と貢献	19
(2) 選択の自由と責任	20
3. 産業界が果たす役割.....	20
(1) “見える化”への貢献	20
(2) 国際競争力ある財・サービスの提供.....	21
(3) 自由な経済活動に対する国民からの信頼向上.....	21
おわりに	22
参考資料: 諸外国の産業育成策と規制の実態.....	23
医療・福祉ビジネス委員会 名簿	32

はじめに

背景：

政治や経済の混迷が続く日本では、少子・高齢化の急速な進展に伴い、特に医療・福祉分野において数多くの問題に直面している。また、医療・福祉分野は“新・成長戦略”においても成長産業と位置づけられるなど、その発展が大いに期待されている領域でもある。

そのような中、医療・福祉分野におけるビジネスが、産業として成立し持続的に発展しうるのかを、われわれ経営者として検証するとともに、そのスキームを明確化する必要があるという認識の下設置されたのが、本「医療・福祉ビジネス委員会」である。

課題：

本年1月に発表された「2020年の日本創生 - 若者が輝き、世界が期待する国へ - 」で見通したように、本格的な人口減少社会の到来とさらなる少子高齢化によって、医療・介護・保育サービスの需給構造は大きく変化していくことが予想される。

医療・福祉ビジネスには、“社会的課題を解決しつつ、産業として発展を遂げる”という大きな期待が寄せられている。具体的には、医薬品、医療・介護機器等の分野におけるグローバル競争がますます激化する中、企業がイノベーションによって国際競争力を持つとともに、地域に根ざした産業として、専門性ある人材に多様な就業機会を提供すること等が挙げられる。これらを実現するためには、民がその創意工夫を最大限発揮するための環境整備、言い換えれば規制改革が不可欠である。

同時に、厳しさを増す財政が医療・福祉に関する国民の価値観に影響を与えていることも無視できない。今後の医療・福祉ビジネスの発展を考えるうえで最も重要なのは、“国民の価値観がどのような方向に変化するか”であろう。

医療・福祉分野は“人生の最期のあり方”に直結していることから、“人間としての尊厳の尊重”といったより根源的な視座にも留意する必要がある。この視座なくして、国民の“真に幸せな生き方”に関する価値観をわれわれ経営者が理解し、一人ひとりが自身に適したサービスを選べる社会の実現は難しい。

目標：

以上を踏まえ、本提言では、医療・福祉ビジネスの発展を通じ、国民が享受できる医療・福祉サービスの選択肢を広げるとともに、高齢化と人口減少が一層進展する中でも、持続可能な社会を実現することを目標とする。

現状国民は、医療・福祉の場において様々な問題に直面しているが、提供される情報の不足等もあって、サービスの制度上の趣旨や背景・仕組みを十分には理解できていない。目標の実現には、これまでのように政府に規制緩和等を求めるのみならず、国民一般の声、医療・福祉サービスの利用者および従事者の現状認識を改めて確認するとともに、国民に、医療・福祉に関する制度等の理解を促し、多様な選択肢を享受することに伴う責任を受け入れるという価値観の転換を呼びかけていくことが必要である。

そこで本提言では、医療・福祉分野において国民が求めている社会像を整理するとともに、そのような社会の実現に向け、国民と産業界¹が共有すべき社会認識を明らかにし、両者の共通認識に基づいた社会を実現するための具体的方策をとりまとめることとした（図1）。

このような社会の実現には、政府よりも、“国民へのメッセージ”として価値観の転換を呼びかけることが重要と考えており、本提言もそこに重点を置いている。国民価値観の変化こそが、医療・福祉分野に大きな変革をもたらし、国民生活を支える医療・福祉ビジネスの発展をも促すものと期待している。

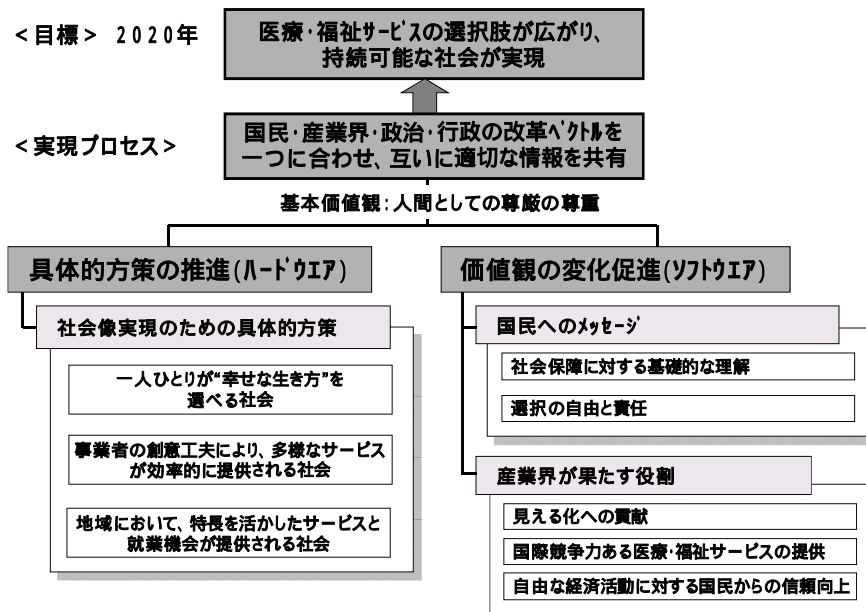


図1 本提言のフレームワーク

¹ 本提言において“産業界”とは、『日本標準産業分類(平成19年11月改定)』の大分類P医療、福祉に該当する産業を指し、当該医療・福祉ビジネス従事者を含む。

【起】 国民が求める社会像

公表されている各種アンケートから、国民が直面している課題と求めている社会のすがたを推察すると、以下の4つに大きく分けることができる。

1. 現状：国民が直面している課題

(1) 望むサービスを選択できない

いわゆるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグに代表されるように、海外で承認を受けた医薬品・医療機器を国内で利用するには、最低でも数年の遅れが生じており²、最先端の医療サービスを受けることが出来ていない。加えて、保険診療と自由診療との併用（いわゆる“混合診療”）が先進医療等に限定されているため、当該医療サービスのみを自費で受けることができず、本来公的保険で給付されるサービスまで自己負担となる等、個人の選択肢が制限されている。

また、生活の場で供給される医療サービスの選択肢が十分でないため、医療サービスが必要な健康状態になると、多くの場合入院を余儀なくされ、生活の拠点を医療の場に移さざるを得なくなる。

(2) サービス供給の安定性が確保されていない

長時間労働等が原因で、医療現場を去る従事者が増加している。その結果、住民が救急医療体制に不安を感じたり、特に医師不足が深刻な地域では、必要な診療科を維持できなくなったりしている。中でも、産婦人科医・小児科医の不足はさらなる少子化を促すことも考えられ、大きな課題である。また、医療サービスの供給そのものは受けられても、受診のための待ち時間が長いといった問題もある。

介護や保育の現場でも報酬の低さ等を理由とする従事者の離職が相次いでおり、施設の不足とあいまって、入所待機者が増加している。

(3) 正確な情報が伝わらない

医療・福祉サービスについては、情報の開示が不十分または整理されないまま公開されているため、利用者は自らが受けるサービスのコスト負担状況等を十分理解することができていない。公費負担分を含む本来のコストに比べ、利用者が認識している費用が小さいため、サービスへの需要が、費用と便益とが

² 医薬産業政策研究所によれば、新薬が米国に上市されてから日本に上市されるまでには約2.5年を要している（2004年の売上上位88製品）。

バランスする水準を上回る結果、財政が圧迫されている。

(4) 医療費の負担感が大きい

低所得層を中心に受診抑制等が発生している一方、医療扶助において不正受給が度々報道される等、医療サービスが国民皆保険制度創設の理念通りには提供されていない可能性がある。

2. 将来：国民が求める社会像

(1) 選択可能なサービスの拡大

- 薬事承認等が迅速に行われ、世界最先端の医療サービスを日本でも受けられる等、個人の選択肢が尊重されていること(図2～4)。
- 病院に限らず、生活の場においても必要な医療・介護サービスを受けられること(図5、6)。

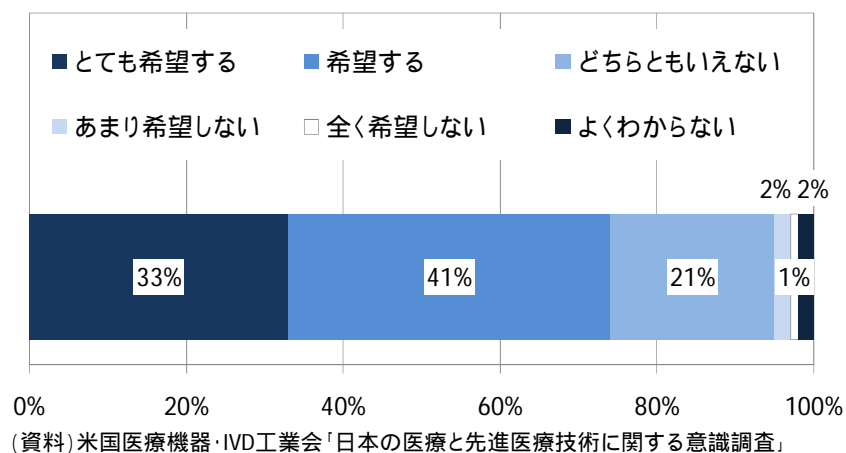
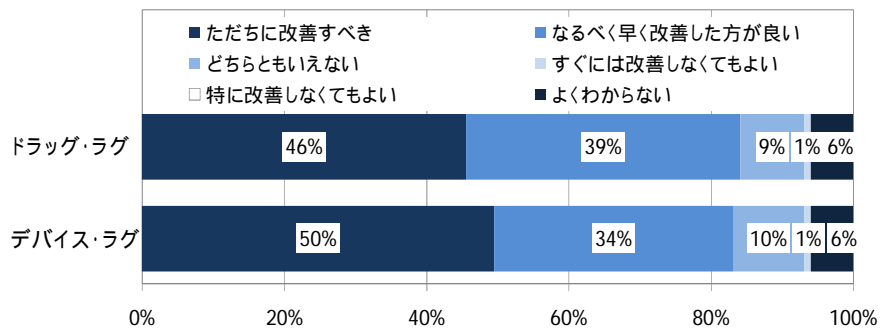
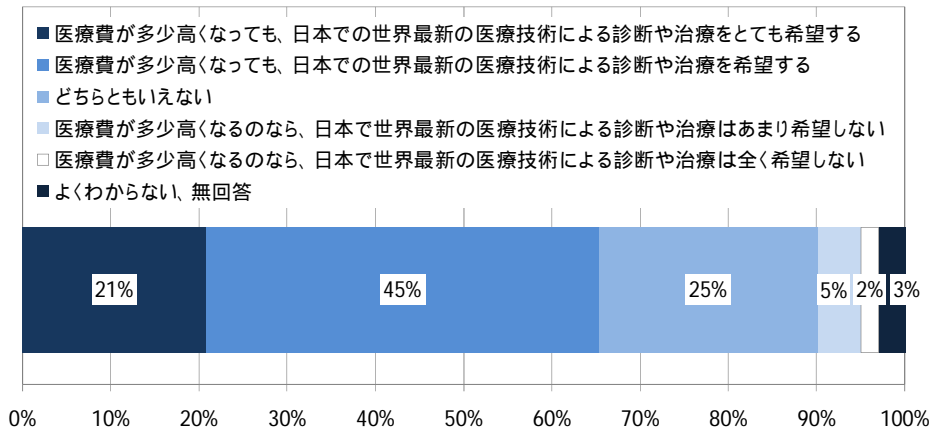


図2 先進医療技術の使用に関する希望(N=2000)



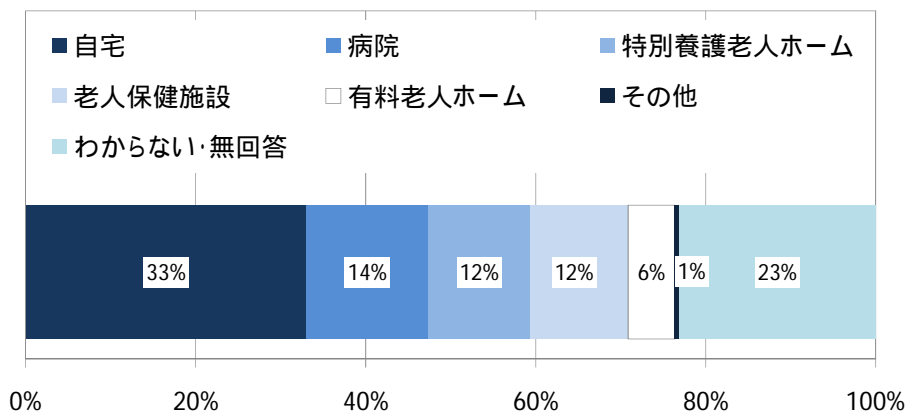
(注) “特に改善しなくてもよい”という回答はいずれについても0%
 ドラッグ・ラグ: 世界で標準的に使われている薬で、日本国内ではまだ承認されていないため、日本の患者さんがその薬を使用できないものもある
 デバイス・ラグ: 世界で標準的に使われている医療機器および検査で、日本国内ではまだ承認されていないため、日本の患者さんはその機器および検査を使った医療が受けられないものもある
 (資料) 米国医療機器・IVD工業会「日本の医療と先進医療技術に関する意識調査」

図3 ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグについて (N=2000)



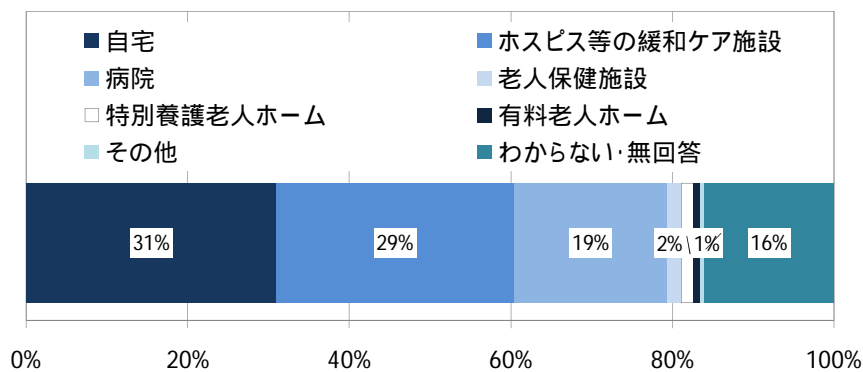
(注) 4ページ・図2で「とても希望する」「希望する」と回答した者が対象 (N=1492)
 (資料) 米国医療機器・IVD工業会「日本の医療と先進医療技術に関する意識調査」

図4 費用負担と先進医療技術の使用に関する希望



(注) 小数点以下は四捨五入
 (資料) 健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査」

図5 高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所 (N=1263)



(注) 小数点以下は四捨五入
(資料) 健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査」

図6 終末期医療を受けたい場所(N=1263)

(2) 職場としての魅力向上を通じた必要十分なサービス供給

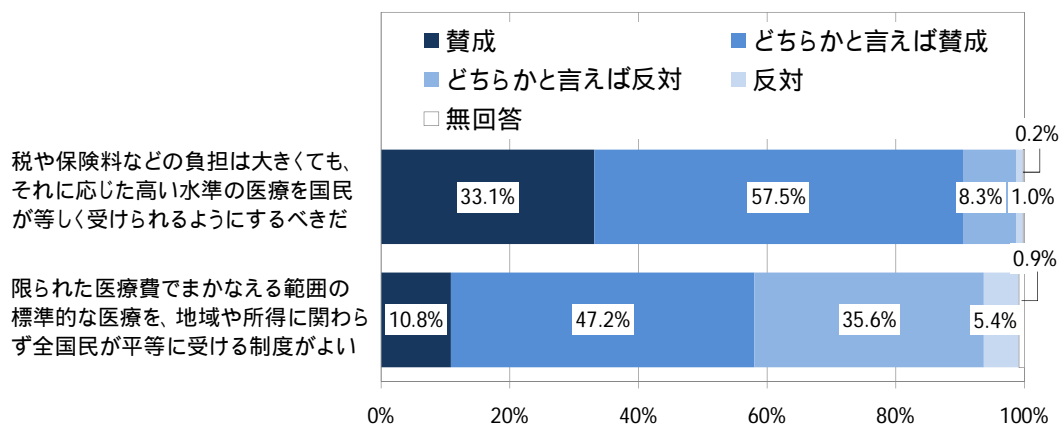
- 勤務医の過重労働がコメディカルや事務職の活用により軽減され、医師が行うべき業務に集中できていること。
- 医療・介護現場共に、職業として魅力ある職場環境が提供されることで定着率が大幅に向上し、地域において必要な診療科やサービスが、適切な競争の下、利用者の利便を図りつつ存在していること。

(3) 自らの価値観に基づいた判断を行うに十分な情報提供

- 医療・福祉に対する全体像を理解し、負担と給付の関係、行政や産業界が果たす役割等についても理解できること。
- 整理された透明性の高い情報が公開されており、自らの価値観に基づいて医療・福祉サービスの要・不要等を判断できること。
- 社会保障制度の見直しにあたっては、背景や制度の趣旨、財政的制約を十分理解した上で、受益と負担のバランスを選択できること。

(4) 社会の構造変化を踏まえたナショナルミニマムの実現

- 公費負担のあり方の見直しや給付範囲の適正化により、中長期的に持続可能で信頼できる社会保障制度が構築されていること(図7)。



(資料)特定非営利法人 日本医療政策機構「日本の医療に関する2009年世論調査」

図7 医療のあり方について(N=1016)

【承】 産業界が考える社会像

前項で整理した社会保障に関する国民の希望を踏まえた上で、財政制約やグローバルな潮流についても考慮すると、以下のような社会像が考えられる。

1. 一人ひとりが“幸せな生き方”を選べる社会

社会保障負担の増大、負担と給付に関する世代間格差の拡大といった問題や、終末期における人間の尊厳に関する議論等が国民的な意識改革を促すことで、“幸せな生き方”についてのコンセンサスが大きく変化し、制度の整備・改革が進んでいく。成熟した国民の、正確な情報に基づく意思決定により、自助・共助・公助のバランスが取れ、負担と給付における世代間格差の縮小・是正された、新たな社会保障制度が構築されている。

医療、介護、年金の各制度は、ナショナルミニマムを保障する公的制度和、自己責任・自助努力に基づき、民間領域においてナショナルミニマムを超えたサービスを受けられる制度から構成され、このような制度のもと、一人ひとりがそれぞれの価値観に基づいて、望むサービス³と望まないサービス⁴を適切に取捨選択している。財政的な裏付けを伴ったナショナルミニマムの確実な保障により、社会保障制度への国民の信頼は高まっている。

³ 病児保育、延長保育、予防的な医療・介護、健康増進・美容など。

⁴ 過剰診療、延命治療など。

2．イノベーションによって国際競争力をもつ医療・福祉ビジネス

国民の健康・長寿を支える医療・介護サービス分野には、需要の拡大に応じて多様な主体が参入し、利用者視点に立った多様で質の高いサービスが提供される。健全な競争にさらされることで効率化が進み、医療・介護サービスは、産業として国際競争力を持っている。

医薬品、医療・介護機器・ロボット等のバイオメディカル分野では、産業の発展を促す規制・制度への改革が進み、世界最高水準の研究開発拠点の集積が進む。研究開発の成果は速やかに実用化につながり、世界をリードする国際標準を多数獲得している。

TPP・EPA・FTAの締結が進み、これらの産業で活躍する専門性の高い外国人が暮らしやすい制度が整っている。

3．地域に根ざし、専門性に応じた就業機会を創出する医療・福祉ビジネス

医療・福祉ビジネスは、市民生活を支える産業として、地域社会に根ざし、地域経済の成長をけん引している。人材育成が積極的に行われるとともに、専門性や提供サービスに応じた適正な賃金水準で、多様な就業機会を創出している。

【転】 国民と産業界が共有すべき社会認識

医療・福祉分野では、需要と供給のギャップが非常に大きい。日本では、急速な高齢化の進展に伴う供給不足が大きな問題となっているが、需要の変質に制度設計の見直しが追いついていないことに主因がある。民のビジネスと公的セクターとの組み合わせから成る医療・福祉分野において、民と公の役割分担をどう設計変更すべきか、議論の深化が求められている。

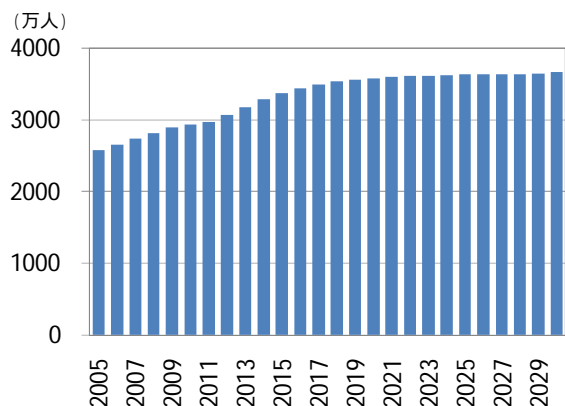
国民が求める社会像の実現に向けた方策を具体化するには、現状認識を共有した上で、国民、産業界、政治、行政等の各主体がベクトルを一つに合わせて中長期的視点に立ち、相互の信頼の下、十分なコミュニケーションを行う必要がある。厳しい財政制約や急速なグローバル競争の進展を踏まえれば、一刻も早く議論を始める必要があり、国民が現状を的確に把握するための情報提供等においては、メディアの果たすべき役割も大きい。

1. 社会保障の現状

(1) 医療制度・医療費

一人あたり年間医療費

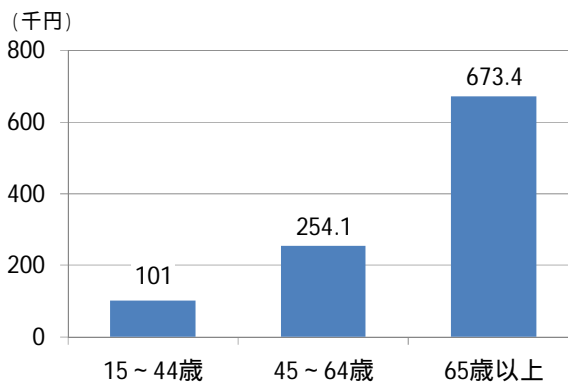
今後も急速な人口増加が見込まれる65歳以上の年間の平均医療費は、15～44歳の約7倍、45～64歳の約3倍に達する(図8、9)



(注) 2010年は暫定値、2011年以降は推計値。

(資料) 総務省「人口推計」、
国立社会保障・人口問題研究所「全国将来推計人口」

図8 65歳以上人口の推移



(資料) 厚生労働省

図9 年齢階級別人口1人当たり国民医療費
(平成20年度)

フリーアクセスの長所と短所

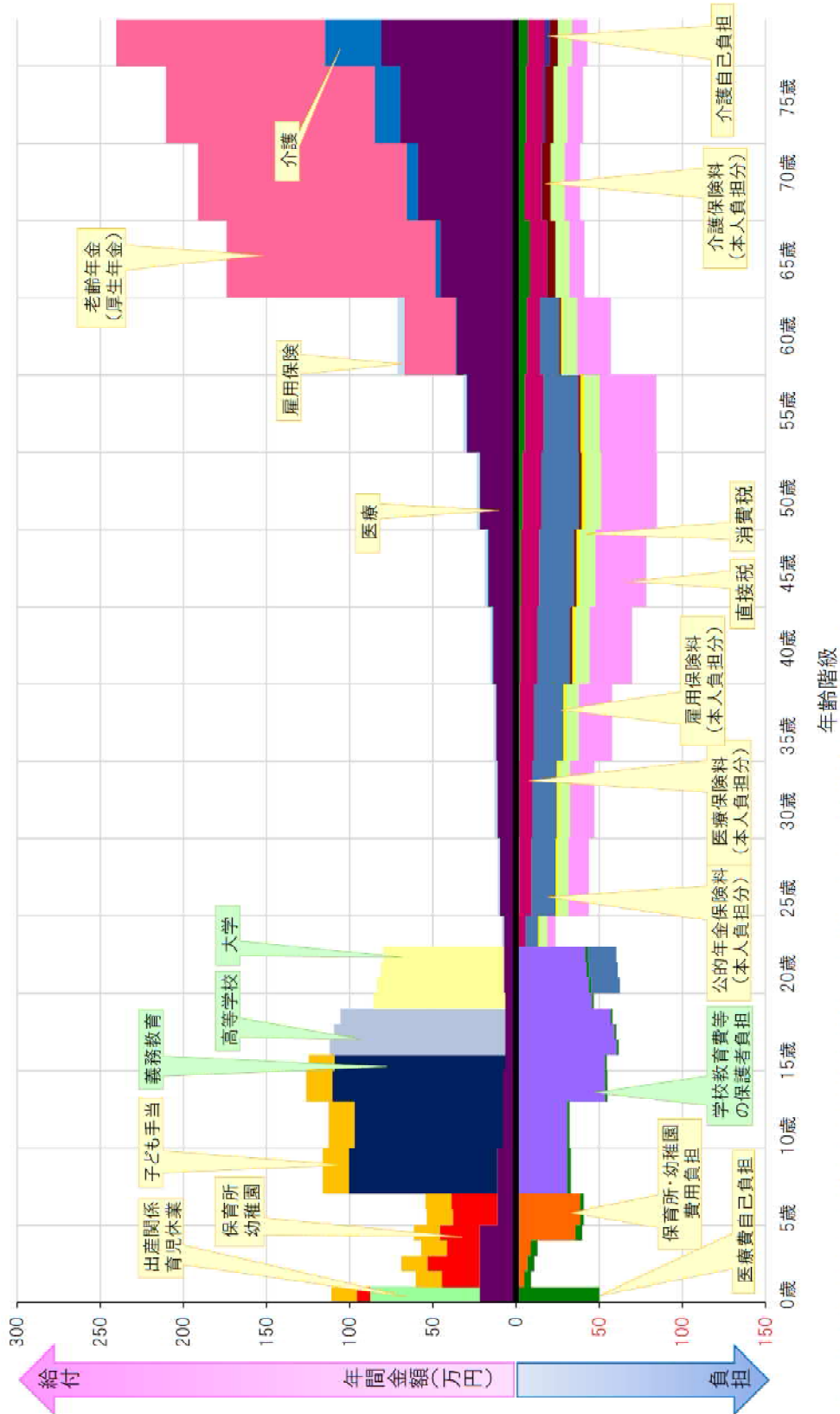
わが国では、利用者は原則として自由に医療機関を選択することができ、医療機関・薬局は診療・調剤を拒否することができない。フリーアクセスには、利用者が医療機関・薬局を多くの選択肢の中から選択できるというメリットがある半面、全国一律の公定価格制度と相まって総合病院等への利用者の集中をもたらし、診療待ち時間の長さや勤務医等の過酷な労働環境の一因ともなっている。

混合診療が認められていない

現在の仕組みの下では、保険診療と自由診療との併用は、定められた先進医療等に限定されており、その他の保険外医療を受けた場合は、本来保険給付を受けられるはずの保険医療部分についても自己負担を求められる。これには、経済的負担を考慮し保険外医療の受診を抑制せざるを得ない利用者と、全額自己負担可能な富裕層との間に、経済力による医療サービス格差をもたらしている側面もある。

ライフサイクルでみた負担と給付

個人の生涯を追ってみると、給付が負担に比べ明らかに大きい(図10)。



(注) 平成21年度(データがない場合は可能な限り直近)の実績をベースに1人当たりの額を計算している。

(資料) 内閣官房社会保障改革担当室

図10 ライフサイクルでみた社会保険及び保育・教育等サービスの負担と給付のイメージ

(2) 国際競争

わが国の研究開発拠点としての魅力低下

医薬品、医療機器等は大幅な輸入超過となっており、中にはほぼ100%輸入に頼っている品目もある⁵。国際分業の進展は本来望ましいものだが、医薬品、医療機器について見れば、パンデミック等の発生時に安定的な輸入が確保できるとは限らず、国内の研究開発能力や供給能力が失われることは、安全保障上の問題にもつながる。しかしながら現実には、外資系製薬企業の開発拠点が次々と閉鎖される⁶等、研究開発拠点の日本からの流出が続いている。

人口オーナス⁷社会に即したインフラ整備の遅れ

高度成長期に創設された国民皆保険制度は、低コストでわが国の医療水準を高めることに大きく寄与したが⁸、その後、平均寿命の長期化や少子化の進展に伴い、人口構成が大きく変化した。

アジアの高齢化は、多くの国・地域において日本を上回るスピードで進行すると見込まれており、タイ、シンガポール、香港を筆頭に、韓国、中国等も間もなく人口オーナスの時代を迎える(表1)。

社会にとって最適な公共インフラのグランドデザインは、人口構成や産業構造に応じて異なる。近年韓国では、政治のリーダーシップにより社会インフラの充実が著しい。わが国も生産年齢人口の減少とシニアの増加に対応した、社会インフラおよび産業構造へと早期に移行することが求められる。

表1 アジア各国が人口オーナス社会に転じる時期

国	人口オーナスに転じる時期(年)
日本	1990
タイ	2010
シンガポール	2010
香港	2010
韓国	2015
中国	2015
マレーシア	2020
ベトナム	2020
インドネシア	2030
インド	2035
フィリピン	2040

(注) 5年ごとの数字による計測。

(資料) 日本経済研究センター(2007) 『人口が変える世界とアジア』

⁵ 『平成20年薬事工業生産動態統計年報』(厚生労働省)によれば、医薬品が約1兆7千億円、医療機器が約5300億円の輸入超過となっている。

⁶ 『The Asahi Shimbun GLOBE(2009年7月27日号)』によれば、2007年にファイザーおよびグラクソ・スミスクラインが、2008年にノバルティスファーマが、2009年にはメルクが日本国内の研究開発拠点を閉鎖した。

⁷ 従属人口指数(生産年齢人口に対する子どもと高齢者の人口の比率)が上昇し、人口構成の変化が経済成長・財政の重荷(オーナス)となる時期のこと。反対に、低下する時期を「人口ポーンナス」と呼ぶ。

⁸ “The World Health Report 2000”(World Health Organization)において、日本の医療制度の総合的目標達成度(1997年時点)は加盟国中1位と評価された。

2．議論の前提

(1) 人間としての尊厳

医療・福祉分野において特に重要な、人間としての尊厳への配慮については、これまでも様々な議論がなされてきた。尊厳死や介護における生活の質といった個別の事例に焦点が当たりがちであるが、本質的には個人意思による選択の尊重に他ならない。国民は、提供主体に関わらず、自身に最も適した医療・福祉サービスを自由に選べる社会を希望している。

(2) 適切な判断の基礎となる情報提供

国民、産業界、政治、行政といった各主体が将来に向けた前向きな議論を行うためには、足元の状況や抱えている課題の主因について、より信頼性の高い情報を共有することが欠かせない。産業界や行政には、メディアとの適切なコミュニケーションを通じた国民への十分な情報提供が求められている。

【結】 国民と産業界が共有できる社会像実現のための具体的方策

【承】で描いた社会像を実現するためには、国民、産業界、政府がそれぞれに求められる役割を果たさなければならない。

産業界は、主としてサービスの選択肢拡大と経営の効率化に努めるとともに、それらに必要なインフラ整備を政府に求めていく。また、社会保障のすがたを描く上では、将来世代の負担と受益も考慮した中長期的視点が最も重要であるからこそ、政治には超党派の議論と合意形成を期待したい。

1．社会像実現のための具体的方策

(1) 一人ひとりが“幸せな生き方”を選べる社会

各々の価値観に基づき、国民一人ひとりが「望むサービス」と「望まないサービス」を取捨選択するためには、政府による柔軟な制度設計と産業界による多様なサービスの提供の双方が欠かせない。

社会保障制度改革

図9で見たとおり、現行制度は受益が負担を大きく上回っており、このような制度はそもそも持続可能でない。高齢人口の急速な増加と相まって、公費の投入が増加を続け、国民も持続可能性への不信感を強める等、保険制度

は崩壊し始めており、現行制度の下で求められる社会像を実現することは不可能である。

社会保障制度への国民の信頼を高めるため、医療、介護、年金の各制度について、ナショナルミニマムを保障する公的制度と、それを超えて、自己責任・自助努力を基本に、民間の力を活用する制度との間で、役割分担の見直しを行う。公的制度については、財政的に持続可能で、世代間で負担と給付のバランスのとれた制度へと設計し直す必要がある⁹。

医療：高度・先端医療サービスの提供

承認における審査体制の拡充や効率化を進めるとともに、許認可に伴う行政責任のあり方を見直す。これによりいわゆるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグを短縮・解消し、日本においても高度・先端医療サービスを受けられるようにするとともに、バイオベンチャーの育成を促す。

ナショナルミニマムを超える高度な医療サービスへの需要は、所得水準向上に伴い新興国においても増大すると見込まれるが、高度な医療技術を身につけた人材の育成には時間を要する。医療給付費の増大による医療保険財政の圧迫を抑制しつつ、産業としての医療サービスの発展を促し医療人材の育成を図るため、混合診療を全面的に解禁する。

こうして医療サービスの国際競争力を高め、グローバル市場へと展開するとともに、医療ツーリズム等を振興することによって、日本経済の活性化と国内就業機会の創出を図る。

コンピューター断層撮影装置（CT）や磁気共鳴画像装置（MRI）といった高額医療機器の人口当たり保有割合が高いことが医療費膨張の一因であるとの指摘¹⁰もある。医療ツーリズムの拡大は、海外の医療サービス需要に応えることを可能にするとともに、これらの機器の稼働率向上を通じた医療サービス供給の効率化にもつながる。

⁹ 本会ではかねてより、以下のような改革案を提言している。

医療： 75歳以上を対象とする独立した新・高齢者医療制度の創設、74歳以下の公的医療保険制度の一元化、公的医療保険の給付範囲の最適化。

介護： 要介護1以下の比較的軽度の認定者は、保険給付対象外とし、地域の互助の仕組みにより対応、現物給付と現金給付の併用による、利用者の選択肢拡大。

年金： 全額年金目的消費税で賄う新・基礎年金制度の創設、民間金融機関等が運営する新・拠出建年金制度の創設。

¹⁰ 日本経済新聞 2010年2月15日号 朝刊1面「高額医療機器 日本の保有突出」

介護：入所待機の早期解消とニーズに応じた多様なサービスの提供

介護施設の規制・基準を適切に見直すことで既存施設の転用を進め、施設数を迅速に増加させる。同時に、施設介護に過度に依存しないケアマネジメントの手法を確立する。

事業者の創意工夫と健全な競争を通じたサービス提供の効率化により、利用者の多様なニーズに対応する。

保育：利用者本位の保育サービスの提供

保育所の設置規制・基準を適切に見直し、既存施設の転用や都市部での新設を容易にする。

利用者が病児保育や延長保育、ベビーシッター等の多様なサービスを必要に応じて選択できるよう、各種サービスの選択に対し中立で、利用者が直接契約可能な子育て支援制度へと改革する。その際、所得等に応じた利用者の要支援度については考慮する。

方策実行のための手段・推進体制

- 社会保障制度改革
 - ナショナルミニマムを保障する公的制度と民間の力を活用する制度との役割分担の見直し
 - 混合診療の全面解禁
- ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの短縮・解消¹¹
 - 治験・審査体制の拡充・効率化
 - 審査官個人に対する免責事項・要件の確立
 - 諸外国の状況に関する国民への情報提供
 - 安全性を検証・評価する場としての特区制度の活用
- 先端医療への投資促進¹²
 - 医療ツーリズムの振興等を通じた高度医療機器等の稼働率向上
 - 重度医療への医療費の重点投入
 - 企業のイノベーションを促進する観点での医療機器・薬剤等の評価ルール見直し
 - 省庁横断的に統括する司令塔機能の強化・予算配分の一元化
- 既存施設の転用等を促す、設置規制・基準の適切な見直し

¹¹ 諸外国の施策については、参考資料 24～27 ページ(1)(2)参照。

¹² 諸外国の施策については、参考資料 24～27 ページ(2)(3)参照。

- 各種サービスの選択に対し中立な子育て支援制度の導入

(2) 事業者の創意工夫により、多様なサービスが効率的に提供される社会

事業者の参入障壁等の緩和・撤廃

医療・福祉ビジネスが、産業として魅力ある投資・就労の場となるよう、投資と剰余金処分に関する自由度を高めることによって、株式会社などの多様な主体による医療機関経営への参入を進める。また、公的助成・税制優遇といった競争条件を事業者間で同一にすること等を通じ、介護施設、保育所経営への多様な経営主体の参入を促進する。

同時に、貴重な医療資源を効率的に活用するため、経営者である医療法人の理事長職における資格要件¹³を見直す。

ICTの活用による経営効率化と新サービスの創出

ICTを活用し、事業者間および事業者・保険者間で情報の共有化を推進する。健康に関わる情報の電子化・規格の標準化を進めることで、一人ひとりが自身の健康履歴にアクセスしやすくするとともに、医療の質向上・標準化を実現する。

カルテ・レセプトの完全電子化・完全オンライン化と併せ、国民共通番号制度を早期に導入し、大規模臨床データベースを構築する。具体的には、個人情報保護を徹底した上で、蓄積されたデータを適切に活用し、新たな製品・サービスを迅速に開発・提供するとともに、重複検査等を排除することで事業者の経営を効率化し、既存のサービスについても、利用者の身体にも医療費の面でもより優しいものへと改善する。

同時に、ICTの進歩を踏まえて医師法を見直し、遠隔医療を利用した在宅療養のハードルを下げ、一人ひとりの治療や健康維持・管理を容易にする。

先端医療機器等に係る国際標準の獲得

医薬品、医療・介護機器、ロボット等、医療・福祉ビジネスに係る研究開発拠点が日本に集積するためには、開発された製品が早期に実用化され、国際的にも普及することが必要である。

¹³ 医療法 第四十六条の三：医療法人（次項に規定する医療法人を除く。）の理事のうち一人は、理事長とし、定款又は寄附行為の定めるところにより、医師又は歯科医師である理事のうちから選出する。ただし、都道府県知事の認可を受けた場合は、医師又は歯科医師でない理事のうちから選出することができる。

事業者はニーズを的確に把握するとともに機器の完成度を高めていく。同時に、政官民が一体となって国際標準の獲得に取り組む。

専門性のある外国人が活躍できる制度への改善

医療・福祉ビジネスに従事する専門性ある外国人が活躍できるよう、生活インフラを整備するとともに、資格審査にあたっては、サービス提供能力を的確に測れる言語で行う。

方策実行のための手段・推進体制

- 参入障壁等の緩和・撤廃¹⁴
 - 投資と剰余金処分に関する自由度の拡大
 - 事業者間における競争条件の同一化
- 医療法の改正
 - 医療法人の理事長職における資格要件の見直し
- 医師法の改正
 - 遠隔医療を利用した在宅療養の実現
- 国民共通番号制度を活用した、審査請求事務の効率化とエビデンスの蓄積¹⁵
- 現場の実態に即した個人情報保護のあり方への見直し
- 外国人人材の生活インフラ整備
- 看護・介護職等における資格審査制度の見直し
- 児童福祉法の改正
 - 「保育に欠ける児童」の要件を撤廃し、保育サービスを希望するすべての保護者が公的支援を受けられるようにする

(3) 地域において、特長を活かしたサービスと就業機会が提供される社会

医療：特長を活かした経営効率化

医療機関は、総合型、地域密着型、専門特化型などそれぞれの特長を活かし、各医療機関間で病診連携を図ることで多様なニーズへの対応と経営の効率化を進め、その果実を労働環境や待遇の改善につなげていく(表2)。さらなる高齢化の進展に伴い、医療従事者への需要は今後も高水準で推移すると

¹⁴ 諸外国の施策については、参考資料 28 ページ(1)参照。

¹⁵ 諸外国の施策については、参考資料 29～30 ページ参照。

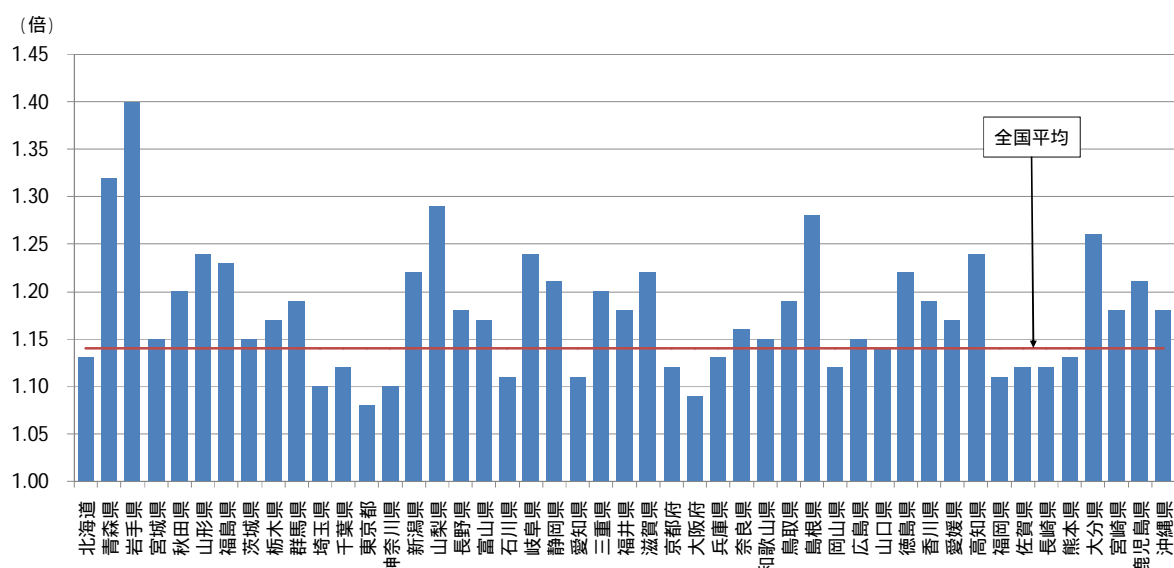
見込まれることから、育児と仕事、介護と仕事の両立が可能な働き方を早期に実現できるよう取り組むとともに、従事者へのキャリアパスの提示等を進めていく。

診療科や医療サービスの地域における安定供給と、利用者の待ち時間短縮等を実現するため、医療従事者の労働環境を改善し、業務に集中できるようにする。特に、不足・偏在の著しい医師の過剰労働を緩和するため、他の医療系有資格者との役割分担の見直しによる業務の効率化を図る。同時に、診療報酬等についても病院と診療所の役割分担を適切に反映した制度へと再設計し、医師の不足・偏在の解消に努める（図11）。

表2 医療機関の医師確保対策

	現在、医療機関で行っている取り組み (N = 13,421、%)	現時点では行っていないが、 行えば効果が高いと考えられる取り組み (N = 11,115、%)
勤務手当等の処遇改善	24.9	19.5
院内保育所の設置	17.7	8.7
医師事務補助者の設置	16.4	22.9
看護師等との業務分担見直しによる業務負担軽減	15.9	16.2
短時間正規雇用等 弾力的な勤務形態の導入	14.1	17.4
交代制勤務の実施	9.2	13.3
その他	1.8	2.0

(資料)厚生労働省『病院等における必要医師数実態調査』



(注)必要医師数とは、地域医療において、現在、医療機関が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数(初期診療研修医は調査の対象外)

(資料)厚生労働省『病院等における必要医師数実態調査』

図11 都道府県別必要医師数(倍率)

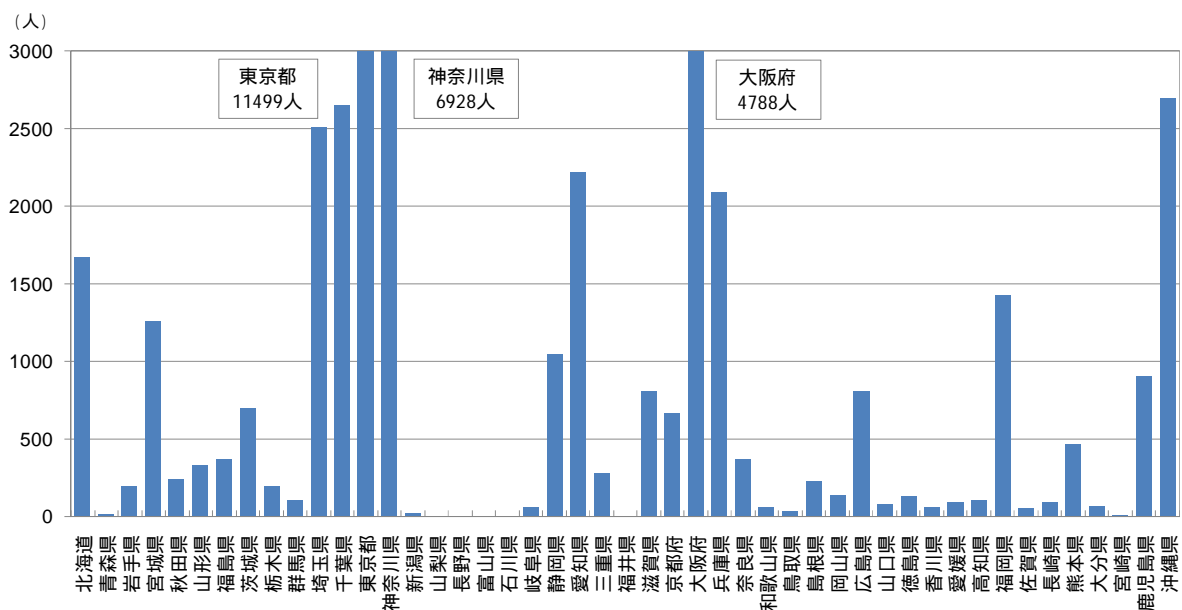
介護：医療との連携強化

さらなる高齢化の進展により、医療と介護との連携強化の必要性は一層高まる。介護職においても、医療に関する知識・技術等を習得し、職業としての専門性を高めていく。

事業者は、介護保険の適用されるサービスと適用外のサービスを一体的に提供すること等により、利用者ニーズの充足と収益性の改善を両立させる。これにより、専門性や提供サービスに相応しい対価を得、従事者の待遇を改善する。

保育：地域の実情に応じた施設等設置基準の緩和

待機児童数は、地域間の偏在が大きい(図12)。保育施設の設備・人員・保育内容については、地域の実情に応じ、安全・安心を担保できる範囲内で基準の緩和等を行う。



(資料)厚生労働省『都道府県・政令指定都市・中核市別 保育所待機児童数』

図12 都道府県別待機児童数(平成22年10月1日時点)

方策実行のための手段・推進体制

- 収益性の改善を伴った、医療・介護・保育サービス従事者の待遇改善
- 医療・介護・保育サービス従事者への多様な働き方の選択肢・キャリアパスの提示
- 医師と他の医療系有資格者との役割分担の見直し
- 地域の実情に応じた、施設設置基準の緩和

2. 国民へのメッセージ

医療・福祉のあり方を決めるのは、一人ひとりの価値観に根ざした国民自身の意思決定である。例えば負担と受益のバランスは、社会保障制度の骨格部分であり、一人ひとりが当事者として考えなければならない。

また、費用対効果の高いサービス供給を受けるためには、自助・共助・公助のいずれにおいても、一人ひとりが費用負担者としての意識を持ち続ける必要がある。

(1) 社会保障に対する基礎的な理解

自助への理解と実践

社会保障のすがたは、自助・共助・公助のバランスで決定される。より満足度の高い“社会保障のすがた”を描くためには、基本的な知識を得るための努力を続けるとともに、人間としての尊厳を尊重したことによって生じる結果に対する責任を理解しなければならない。

平均寿命が伸長する中、医療・介護に係る公的給付を受けることなく健康で長生きすることは、全ての人々の望みである。健やかで豊かな人生を送るためには、望むサービスの提供コストを自ら負担することのみならず、健康増進への取り組み等が極めて重要になる。こうした自助は、バランスのとれた社会保障の実現に不可欠であり、一人ひとりが主体的かつ継続的に実践していく必要がある。

共助・公助に係る制度への理解と貢献

制度の複雑さもさることながら、税と社会保険の違いといった基本的な点についても正しく理解できている国民は少なく、一人ひとりが社会保障のあり方について議論を行える土壌が醸成されているとは言えない。

学校教育に基礎的な社会保障教育を盛り込むという議論は始まっているが、実際にそのような教育が行われ、教育を受けた世代が世論を形成するまでには時間を要する。社会保障制度は国のあるべき姿を議論する上で非常に重要なポイントであり、社会に出た後も折に触れて学び、理解を深めていく必要がある。

(2) 選択の自由と責任

規制が緩和された市場において問題が発生したケースを見てみると、本来責めを負うべき当該事業者よりもむしろ、規制を緩和した行政や、当該産業全体が問題視されたケースも多い。このような国民のメンタリティーや報道の傾向が、国民自身の求める社会の実現に向けた規制・制度改革を遅らせ、ひいては産業の発展や国際競争力の強化を阻害している側面も否定できない。

求める社会の実現には、選択肢の拡大が欠かせないことから、規制改革を円滑に進め、産業界の創意工夫を促すためには、国民自身も選択の自由と結果への責任について理解を深める必要がある。

3. 産業界が果たす役割

望ましい社会像実現に向け、産業界自身も主体的に取り組む。先に述べた社会に即した規制・制度設計のあり方について、政府に提案するとともに国民への説明を尽くすほか、次に述べるような役割を適切に果たしていく。

(1) “見える化”への貢献

特にナショナルミニマムを超える領域において、利用者が自らの価値観に基づいてサービスの要・不要等を判断できるよう、透明性が高く、利用者にとって整理された情報を提供する。また、国民が多様な報道の中から適切な情報を収集し、本質を理解できるよう、メディアとのコミュニケーションを深めていく。

企業は、健康保険組合等を通じて現行制度を支えている主体でもある。例えば、個々の組合員の健康増進に係る自助努力が還元され、保険組合としての取り組みの成果が拠出金の多寡に反映されるようなインセンティブ設計のあり方等、あるべき共助の仕組みについて検討し、発言する責務がある。また、ステークホルダー間の利害対立の大きさも、医療・福祉に係る制度設計の変更が進んで来なかった一因であり、コストの負担状況を含む現行制度の本質と課題を国民に周知することで意識改革を促し、新たな制度の構築に向けた原動力とすべきである。

加えて、国民の多くは従業員でもあることから、企業内においても、20歳の年金制度加入、40歳からの介護保険料徴収、そして定年退職時といった、負担と給付に関わる年齢にあわせ、研修等に社会保障に関する内容を盛り込む。

(2) 国際競争力ある財・サービスの提供

産業界は、世界で最も早く高齢社会が到来したことをプラスにとらえ、“国際競争力”という視点を意識した事業展開を行う。雁行形態で進む高齢化時代のアジアにおいて、医療機器・医療サービスの国際標準を獲得し、日本経済を活性化するとともに就業機会を創出する。

また、これらを実現するため、生産年齢人口の減少とシニアの増加に対応した社会システムの早期整備を求めていく。

同時に、多様な働き方の選択肢を提供するとともに、事業活動を通じて魅力的な財・サービスを創出し、若者が子どもを産み育てたいと考えるような社会の形成に貢献することで、少子化の緩和・解消に努める。

(3) 自由な経済活動に対する国民からの信頼向上

ナショナルミニマムを超えた、自己責任・自助努力を基本とする制度において、多様なサービスを提供することはもちろん、公的制度の範囲内においても、より効率的なサービス提供を通じ、限られた財政のパイを有効に利用することが求められている。

65歳以上人口の増加に伴い、ウェイトの拡大が見込まれる共助・公助領域において、従来は公的主体が提供してきたサービスについても、産業界が提供主体となることにより、サービス提供の効率化が図られ、費用対効果が改善することやサービスの選択肢拡大等が期待できる。また、社会保障制度の持続可能性を高めるためには、シニアが社会参加を通じて自己実現を図るとともに、コスト負担者であり続ける“70歳まで働ける社会”の実現が欠かせない。

産業界は、自助・共助・公助いずれの領域においても、絶えざるイノベーションと医療・経営資源の効率的な配分等を通じ、持続可能な社会の実現に貢献する。同時に、これらの実現に欠かせない規制改革を着実に前進させるため、常に自らを律し、自由な経済活動に対する国民からの信頼向上に努めていく。

おわりに

さらなる高齢化の進展が、生産年齢人口の減少や国民医療費の増加等を通じ、日本経済の重荷となることは否めない。しかしながら、避けようのない現実をネガティブにとらえるのではなく、世界で最も早く高齢社会が到来したことをプラスにとらえ、社会インフラと産業構造に係る先進モデルを構築すれば、これらの予見を競争力の源へと変えることもできる。

社会インフラの1つとして欠かせないものが、“社会保障のすがた”、言い換えれば医療・福祉に関する各種制度である。これらは国民が享受できる医療・福祉サービスの質と量を規定するとともに、医療・福祉ビジネスの競争力を大きく左右する。

“はじめに”でも述べた通り、環境の変化に応じた新たな制度の構築にあたっては、国民がこれらの制度の趣旨や背景・仕組みと、各種選択の結果に対する責任を十分理解することが不可欠である。それらの実現に向け、本提言では、医療・福祉ビジネスの発展を通じ、国民が享受できる医療・福祉サービスの選択肢を広げるとともに、高齢化と人口減少が一層進展する中でも、持続可能な社会を実現することを目標とした。

社会的課題の解決と産業としての発展の両立という、医療・福祉ビジネスに課せられた役割は重い。そのため本提言では、社会的課題の解決に的を絞って述べてきた。医療・福祉分野におけるビジネスを、産業として持続的に発展させるための具体的方策については、次年度以降の議論に委ねたい。

われわれ経営者は、人間の尊厳の尊重という普遍的な価値のもと、利用者、従事者、コスト負担者をはじめとする全てのステークホルダーの満足度を高めるといふ、容易ではないミッションを達成するため、一層努力していく。

以上

参考資料：諸外国の産業育成策と規制の実態

医療・福祉ビジネスを、利用者・コスト負担者にとって納得感ある方策を通じて、産業としての魅力にあふれたものへと発展させるため、医薬品、医療機器、医療 ICT 分野における諸外国の産業育成策および規制の実態等に関する調査を行った。

現在までの結果の概要をここに記すとともに、調査にご協力頂いた各位に謝意を表したい。

【医薬品】

	(1) 許認可等の手続き簡便化	(2) 開発支援・研究費等の助成、特区等	(3) 税制優遇等のインセンティブ	(4) 国家戦略策定や法による環境整備、輸出関連(協定締結・出展支援等)
韓国				<ul style="list-style-type: none"> 2003年に韓医薬育成法を制定し、韓方医療機関での規格品の使用を義務化 食品医薬品安全庁(KFDA)が、医薬品輸出成功モデル支援、海外情報収集および教育支援、国際協力事業を通じた輸出基盤造成、韓国医薬品の広報および国際化、Global Pharm Network構築等の育成策を発表
EU全体	<ul style="list-style-type: none"> オーファンドラッグ指定を受けると、欧州医薬品審査庁(EMA)による販売承認審査手続きにおける優先権等の優遇措置が付与される。 		<ul style="list-style-type: none"> EMAはEUレベルでの医薬品の審査を担当する機関であり、製薬企業はEMAの中央審査により販売承認を得れば、EU加盟27カ国にノルウェー、リヒテンシュタイン、アイスランドを加えた30カ国で製品を販売可能。 	
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> 研究に関わる事務と管理手続きを簡素化し、患者の権利と安全性を守りながら質の高い臨床研究を推進するため、複数の規制機関への申請手続きを1回で済ますことのできるシステム(IRAS)が2008年1月から稼働。運用は国立研究倫理局(NRES)。 	<ul style="list-style-type: none"> 医学研究評議会(MRC)とバイオテクノロジー・生物科学研究評議会(BBSRC)が大学や公的機関に研究資金を提供。2007/08財政年度の研究資金支出額はMRCが5億7,900万ポンド、BBSRCが3億8,000万ポンド。 	<ul style="list-style-type: none"> 年間の研究開発費が1万ポンド以上の企業を対象に、研究開発に投じた支出の175%を法人税額から差し引くことができ、赤字の場合は研究開発費の24%相当額を税控除の代わりに受け取ることができる(申請件数のうち79%は中小企業)。 	<ul style="list-style-type: none"> 2007年11月に“UK Life Science Marketing Toolkit”戦略を発表。バイオテクノロジー、医薬品、ヘルスケア、医療技術セクターを包括的にライフサイエンス産業ととらえて、マーケティング戦略を強化することを目指す。
ドイツ		<ul style="list-style-type: none"> 連邦教育研究省(BMBF)が“Molecular imaging in medicine”等の分野に研究開発支援を実施。関係プロジェクトに対し、R&Dプロジェクト助成金という形でプロジェクト費の最大50%のインセンティブが提供される。 		
フランス	<ul style="list-style-type: none"> 政府と医療産業政策委員会(CSIS)との会合で、以下の施策を展開することを決定。 <ul style="list-style-type: none"> 新たな教育内容の開発と実験の成果利用 バイオ技術分野の雇用の受け皿の形成 分野融合研究・教育基盤施設を3~5カ所創設 医療産業における職業能力センターまたは研究院の創設 	<ul style="list-style-type: none"> 医療研究と医療産業との提携関係の展開を目的として、官民による提携研究の全体金額規模を、3年間で倍増(2012年までに62.5百万ユーロ)させる予定。 バイオ生産医薬企業の新設、中小のバイオ技術企業展開奨励について、対象プロジェクト全体で、政府より最大35百万ユーロを配分。 	<ul style="list-style-type: none"> 企業の資本展開を支援するため、130百万ユーロの交付金による投資基金を設立。同基金より、発展段階にある医療バイオ技術企業に5~10百万ユーロの投資を実施。 R&D税額控除(RTC)で企業の公的支援を実施。2005年時点で毎年10億ユーロの予算確保。更にフランスで治験が実施されれば、Positive taxが支払われる。 	<ul style="list-style-type: none"> 2007年3月、北京にて開かれた中国医薬分野に関する中仏企業フォーラムにおいて、中仏両国が「中国医薬分野における協力協定(L'Accord de Coopération franco-chinois dans le domaine de la Médecine traditionnelle chinoise)」に調印。
アメリカ		<ul style="list-style-type: none"> Cures Acceleration Network Programが、ニーズが高いにもかかわらず商業化が困難な医薬品の研究開発用に、総額5億ドルを企業、大学、患者団体に支援。 	<ul style="list-style-type: none"> Therapeutic Discovery Project Creditにより、従業員250人未満の中小企業の研究開発費(研究員の人件費含む)の50%が税額控除される。 	

	(1)許認可等の手続き簡便化	(2)開発支援・研究費等の助成、特区等	(3)税制優遇等のインセンティブ	(4)国家戦略策定や法による環境整備、輸出関連(協定締結・出展支援等)
日本		<ul style="list-style-type: none"> 日本は戦略的・重点的な予算配分が不十分であり、ライフサイエンス予算の絶対額も不足(米国 NIH の約9分の1)。 政府のライフサイエンス関連予算は、文部科学省が約 918 億円、厚生労働省が約 450 億円(厚生労働科学研究費補助金)、経済産業省が約 50 億円。 	<ul style="list-style-type: none"> 高度な医療の提供に資するものまたは承認等を受けてから2年以内のものについて、特別償却を認めている。 	<ul style="list-style-type: none"> 2007年4月、革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略発表。 医薬品産業の海外市場開拓は民間企業任せ。日本貿易振興機構(JETRO)が海外の展示会・見本市等への出品の支援を実施。

【医療機器】

	(1) 許認可等の手続き簡便化	(2) 開発支援・研究費等の助成、特区等	(3) 税制優遇等のインセンティブ	(4) 国家戦略策定や法による環境整備、輸出関連(協定締結・出展支援等)
韓国	<ul style="list-style-type: none"> 医療機器産業育成のため、韓国産業技術試験院が、品質管理の指導、訓練、技術情報の提供、輸出関連書類作成のサポート等、品質管理・技術面での支援を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ウォンジュを特区に指定し、税制面での援助等を行い業者同士のシナジーを支援。国、地方政府、民間からの投資を合わせて5兆6千億ウォンが支援対象となる予定。 基礎研究成果および優れた NT・IT 技術を活用した診断、バイオ医薬、医療機器に対する積極的に投資し、国際競争力を強化。 	<ul style="list-style-type: none"> 投資規模が5億ドル以上の医療系外資企業に対し、優遇税制を適用。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機器産業を新成長エンジンとしての位置づけで育成。 知識経済部が北京で展示会を開催。ICT、自動車、医療機器関連の韓国企業100社以上が参加。 工業会レベルでも韓国館を作り各国の展示会に参加。
シンガポール			<ul style="list-style-type: none"> バイオポリス進出企業に対し、法人税率の低減、R&D グランツの付与、トレーニンググランツの付与等がなされている。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健省と国際企業庁が共同で、廈門と上海に視察団を派遣(2006年9月)。視察団には、政府役人も含め、ヘルスケア関連企業約20社から50人以上が参加。中国の医療制度と自由化政策への理解向上、中国政府役人、中国のヘルスケア関連機関との交流の機会を設ける。
イギリス		<ul style="list-style-type: none"> 貿易産業省がイノベーションを促進し、技術志向のビジネスを誘致する目的で設立した“技術戦略委員会”において、遺伝子スクリーニング向上に関する技術開発促進に15百万ポンドを充当。 		<ul style="list-style-type: none"> 2007年11月に“UK Life Science Marketing Toolkit”戦略を発表。バイオテクノロジー、医薬品、ヘルスケア、医療技術セクターを包括的にライフサイエンス産業ととらえて、マーケティング戦略を強化することを目指す。 UK Trade & Investment の後援のもと、医療機器関係の見本市“Chinese Medical Equipment Fair (CMEF)”を開催。英中企業間におけるビジネス・マッチング・イベントなども開催される。
ドイツ			<ul style="list-style-type: none"> BMBF が医療機器関連の中小企業への助成金制度を設置。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機器の認可は、医療機器法で定めている。 医療機器見本市・部品展としては世界一の規模である“MEDICA”及び“COMPAMED”を毎年11月にデュッセルドルフにて開催。 業界団体の SPECTARIS が外務省、German Healthcare Export Group (GHE) と共催で、医療機器メーカー対外進出セミナーを開催。ビザ発給、人道支援といった外務省や連邦政府のサービスにおいて、多くの企業に知られていない問題が議論される。アジア、中南米、アラブ等の業界にとっての重点地域についても情報提供される。

	(1) 許認可等の手続き簡便化	(2) 開発支援・研究費等の助成、特区等	(3) 税制優遇等のインセンティブ	(4) 国家戦略策定や法による環境整備、輸出関連(協定締結・出展支援等)
アメリカ	<ul style="list-style-type: none"> 医療機器のクラス分類に応じ、製造者が医療機器を販売するための手順は、市販届出(510k)と市販前承認(PMA)に明確に区分されている。医療機器は安全性に応じてクラス1(聴診器、X線写真、縫合糸等の危険性の低いもの)、クラス2(X線照射機、MRI、CT等、中程度の危険性のあるもの)、クラス3(心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器等の先進技術を活用したもの)に分類され、クラス1機器の大部分は510k申請を免除される。 承認機関であるFDA(連邦食品医薬品局)は、電子申請の対象を拡大している。 			
日本		<ul style="list-style-type: none"> 日本は戦略的・重点的な予算配分が不十分であり、ライフサイエンス予算の絶対額も不足(米国NIHの約9分の1)。 政府のライフサイエンス関連予算は、文部科学省が約918億円、厚生労働省が約450億円(厚生労働科学研究費補助金)、経済産業省が約50億円程度。 		<ul style="list-style-type: none"> 2007年4月、革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略発表。 2008年9月、新医療機器・医療技術産業ビジョン発表。 JETROによる支援。

【医療サービス】

	(1) 参入制限・広告規制等	(2) 開発支援・研究費等の助成、特区等	(3) 税制優遇等のインセンティブ	(4) 国家戦略策定や法による環境整備、輸出関連(協定締結・出展支援等)
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特区(ヘルスケアタウン)に限定した形ではあるが、外資系営利医療法人の進出を認可。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 済州国際自由都市を北東アジアの新たな医療ツーリズムの中心地として位置付ける(ヘルスケアタウン)。開発面積約 20 万㎡、投資額 800 億円。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 2009 年に医療ビザを新設し、医療ツーリズムを本格化。ただし、外国人向けの入院ベッド数を全体の 5%以内に留める規制を導入。
シンガポール	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国内の公的研究機関とグローバル企業を連携させ、革新的なヘルスケア・ソリューションのテストベッド、開発のための機会を提供。 ・ ヘルスケアサービス関連機関のためのプラットフォームを展開。ヘルスケア関連機関が、ICT 業界、医療機器業界などと協力し、新製品、ビジネスモデルの開発・実証を行うことが可能。 			<ul style="list-style-type: none"> ・ 国際企業庁が海外のヘルスケア市場のフィージビリティ・スタディを行い、国内のヘルスケア関連機関の海外市場参入戦略策定を支援。 ・ 2003 年 10 月、保健省が中心になり“シンガポール医療キャンペーン”を開始。2012 年までに外国人患者の受け入れ数を 100 万人、医療産業を GDP の 1%を占める産業にする目標を掲げる。
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヘルスケア分野における開設・経営できる法人種類の制限や、サービス提供主体者が法規制で定められているということはない。 ・ ヘルスケアサービス事業者に関する広告規制は自主規制のみ。 			
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヘルスケア分野に参入できる企業・会社の形態についての制限はない。 ・ 医師、病院ともに職業活動の事実上の情報のみ新聞、ラジオ、テレビで情報提供することが許されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ BMBF が“Medical technology in rehabilitation and care - intelligent implants”の分野に研究開発支援を実施。関係プロジェクトに対し、R&D プロジェクト助成金という形でプロジェクト費の最大 50%のインセンティブが提供される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護ともに、そのサービスの 4 割以上が公的保険の加入者に対するものであれば、付加価値税が免除される。 	
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヘルスケア分野への多様な事業主体の参入が可能であり、開設者・経営者の法人の種類や営利・非営利に関する法的規制・制限はない。 ・ 医療活動に携わる者が広告や公共の場で宣伝活動を行うことが禁止されている。 			
日本	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・診療所・介護老人保健施設・介護老人福祉施設や在宅医療サービスの開設・運営については、非営利組織のみに認められているため、国内外の民間営利企業は参入できない。 ・ 医療分野では利用者を虚偽広告や誇大広告から保護するために広告規制が設けられており、利用者がサービス事業者を選択するに当たり十分な情報が届いているとは言えない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2005 年の健康サービス産業創出支援事業以降、各種のモデル事業が医療 ICT と組み合わせる形で推進されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉法人は自治体から補助金・税制優遇等を受けられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療サービス産業の海外市場開拓は民間企業任せ。JETRO が海外の展示会・見本市等への出展を支援。

【医療 ICT】

	(1) 推進体制等	(2) 開発支援・研究費等の助成、特区等	(3) 税制優遇等のインセンティブ	(4) 国家戦略策定や法による環境整備、輸出関連(協定締結・出展支援等)
韓国			<ul style="list-style-type: none"> 1997年に診療報酬請求明細書(レセプト)の電子化や、EDI方式による医療保険診療費の請求方法を告示(電子的に行う場合、診療費用の支払期間が15日以内、紙の場合は40日以内と健康保険施行規則を改正)。 	<ul style="list-style-type: none"> 2002年に医療法を改正し、電子署名を付与することで電子カルテを法令上保障。併せて、情報通信技術を活用して遠方の医師の医療技術を支援する遠隔医療も承認。
シンガポール			<ul style="list-style-type: none"> 診療所向けの Integrated Clinical Management Systemについては情報通信開発庁(IDA)が4年間で約10億円を投資。 	<ul style="list-style-type: none"> 2003年に、医療機関の間を結んだ電子カルテシステムの共有(EMRX)を決定。
台湾			<ul style="list-style-type: none"> 1995年の全民健康保険(NHI)の導入に併せて、IT基盤整備、IT導入医療機関に対する政府の支援を開始。 初期段階で簡易版のプログラムを無償で提供。 医療機関に対してICカードリーダー/ライター2万台を支給。 IT導入後に医療機関が負担する通信費用に関して8,000万台湾元の予算を計上(1医療機関当たり4年間で3~4万元を支給)。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関においては診療費請求のためにレセプトの電子化が必須となった(書面による提出も可能だが、その場合は外部に委託してレセプトを電子化することが必須で、その費用は医療機関が負担)。
EU全体				<ul style="list-style-type: none"> 遠隔医療サービス実施にかかる法制度整備のために、2009年9月に法的課題研究報告書を発行。 e-Health標準化で、アメリカと協定締結。
イギリス		<ul style="list-style-type: none"> 10年間で2兆円以上の予算が計上された。医療情報システムとしては世界最大規模。 		<ul style="list-style-type: none"> 2010年までにイングランド全土で患者記録の統一情報システム展開を目指した「国家ITプログラム」を策定(2002年2月)。2005年に実行組織としてNHS Connecting for Healthを発足させた。 国家プロジェクトとして電子健康記録(EHR: Electric Health Record)を推進。
ドイツ			<ul style="list-style-type: none"> 連邦保健省は、2008年4月から6月の間に、電子健康保険カードの読み取り機を国内全ての医療機関に送付。 	<ul style="list-style-type: none"> 2005年6月に、公的健康保険組合に対し、電子健康保険カードを発行することを義務付けた。但し、導入は州ごとに段階的に実施。
オランダ		<ul style="list-style-type: none"> 2002年1月に保健省は国立ICT研究所(NICTIZ)を設立。全国規模の電子患者記録(EDP)を構築するミッションを担う。年間予算は約1,000万ユーロ。 		<ul style="list-style-type: none"> 全ての在住者に社会保障番号と同一の市民サービス番号(BSN)が付与され、2008年1月1日から全ての医療記録にそれを付記することが義務付けられた。

	(1) 推進体制等	(2) 開発支援・研究費等の助成、特区等	(3) 税制優遇等のインセンティブ	(4) 国家戦略策定や法による環境整備、輸出関連(協定締結・出展支援等)
アメリカ		<ul style="list-style-type: none"> 2010年2月及び4月に、合計60の地域医療プロバイダネットワークや大学等に対し、医療情報技術地域拡大センターの設立資金として合計6億ドル以上を付与。 2010年4月に、ハーバード大学や全国70のコミュニティカレッジ等の教育機関における医療IT関連の研究やトレーニングを促進するための投資を実施(合計1億ドル以上)。 	<ul style="list-style-type: none"> 2010年2月及び3月に、56の州政府及び認定州指定機関に総額5.5億ドルを付与。州内及び州間のシームレスな医療情報交換を実現するための既存の取り組みを支援する。2009年2月に成立した景気対策法で、医療ITシステムの整備に190億ドル以上を充て、中でもEHR等を取り入れた病院や医師へのインセンティブが170億ドル近くを占める(2011年から2014年にかけて配布)。 	<ul style="list-style-type: none"> 2009年2月に成立した「経済的及び臨床的安全性のための医療情報技術に関する法律」(HITEC)で医療ITに関するプライバシー保護問題の解決を加速する新たな規制を導入。 医療ITコーディネータ室(ONC)の体制整備と強化が図られた。EUとの連携についても検討を推進。
カナダ	<ul style="list-style-type: none"> EHRの普及を促進するため、2001年に中央政府からの資金を基に、非営利団体Infowayを設立。 	<ul style="list-style-type: none"> Infowayは個々に進められている医療IT関連プロジェクトに政府の資金を投入し、互換性のある標準や通信技術に基づいた医療ITシステムの開発を助成。2007年3月末時点で、合計11億7,600万カナダドルを投資。 		<ul style="list-style-type: none"> EHRの導入を決定。2010年1月までに全人口の50%をカバーすることが目標。
オーストラリア		<ul style="list-style-type: none"> NSW州は、州内の250以上の病院をデジタル化する1億豪ドルのプロジェクトを発表。 VISC州は、2003年から6年間に渡り、総額3億2,300万豪ドルを投じて、公的ヘルスケアセクターの情報システムを近代化する。 		<ul style="list-style-type: none"> 優先度の高いプロジェクトとして2010年を目標にEHRを全国レベルで整備することを決定。 患者の医療情報を電子的に収集し、患者及び医療サービス提供者間で保存・共有するためのネットワークとしてHealth Connectを開発中。
ニュージーランド	<ul style="list-style-type: none"> 保健省情報局の下部組織である保健・医療サービス情報部(NZHIS)が国の医療ICTの推進組織。 国民保健・医療検索番号(NHI)の付与を20年以上前から実施しており、国民の95%が付与済み。NHIの情報を利用できるのは、医師、看護師、助産師、医療専門家といったNZHIS及び地方保健・医療局に許可された医療関係者に限られる。 	<ul style="list-style-type: none"> PMS(患者監理システム)、PhMS(薬局システム)、LIS(検査所システム)、DSS(処方・検査意思決定支援システム)等は国が標準を用意し、製品の開発・販売は民間で実施。 		
日本	<ul style="list-style-type: none"> 医師法の対面原則により離島・僻地等を除き医師と患者間の遠隔医療が認められていない。また、複数の医師が共同して遠隔医療を実施した場合について、診療報酬上の明確な位置づけがなされていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 2001年の“先進的情報技術活用型医療機関等ネットワーク化推進事業”以降、各種のモデル事業が推進されている。 		<ul style="list-style-type: none"> 2001年 保健医療のIT化のグランドデザイン 2003年 e-Japan戦略 2005年 IT政策パッケージ 2006年 IT新改革戦略 医療ICTの普及については民間の自助努力が主体。医療情報システムは医療機関ごとにベンダが開発。システム間で基盤となる標準化が十分でなく、相互に情報共有ができないケースが多くあった。

主な参考資料、アンケート等にご協力頂いた団体：

経済産業省
高度予防医療ビジネスに関する調査研究報告書
厚生労働省
革新的医薬品・医療機器創出のための5カ年戦略
新医療機器・医療産業ビジョン
欧米調査（英仏班）概要報告書
諸外国における医薬品販売制度
財務省
各歳出分野における各国の制度等
科学技術振興機構 研究開発戦略センター（JST/CRDS）
科学技術・研究開発の国際比較
計測・分析技術に関する諸外国の研究開発政策動向
日本学術振興会 ロンドン研究連絡センター
英国学術調査報告
日本貿易振興機構（JETRO）
英国バイオ医薬産業インフラの強みに関する調査
通商弘報
米国医療機器市場に関する調査
シンガポールにおける医療機器法規制とシステム
GCC加盟国における医療用画像診断機器市場についての調査報告書
医薬産業政策研究所
リサーチペーパー
医療機器センター付属 医療器産業研究所
革新的医療機器・材料の保険収載を考える
医療経済研究機構
B R I C s 諸国の医療・薬価制度の概要とその最新動向
電子情報技術産業協会（JEITA）
医療機器調査報告書
日本医用光学機器工業会
日本医療機器工業会
日医工ビジョン
日本医療機器産業連合会
医機連ニュース

日本画像医療システム工業会（JIRA）
JIRA 会報 定期交流関連記事
保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）
日本版 EHR と医療の質の評価
中国医療情報化事業視察調査報告
自治体国際化協会 CLAIR REPORT
大韓民国における医療制度の概要と公共医療の現状について
中国における高齢者福祉
在宅サービスへ移行するアメリカの高齢者福祉
日本政策投資銀行
Monthly Overview
損保ジャパン総研クォーターリー
米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業
NTT データ経営研究所
ワールドレポート
野村総研 Knowledge Insight
製薬企業の中国におけるさらなる展開に向けて
三菱東京 UFJ 銀行
発展するシンガポールのバイオメディカル産業
米国医療機器・IVD 工業会（AMDD）
医療制度の国際比較と医療機器の位置づけ
北京週報
International Enterprise Singapore シンガポール国際企業庁（HP）
The Medical Technology Industry in Germany (German Trade & Investment)
Singapore Economic Development Board (HP)
シンガポールのバイオ医科学産業
UK Life Science Marketing Toolkit UK Trade & Investment 英国貿易投資総省 HP

2011年3月

医療・福祉ビジネス委員会

(敬称略)

委員長

立石文雄 (オムロン 取締役副会長)

副委員長

桂靖雄 (パナソニック 取締役副社長)
小坂達朗 (中外製薬 取締役専務執行役員)
小山眞一 (富士ゼロックスシステムサービス 取締役会長兼社長)
佐藤義雄 (住友生命保険 取締役社長)
竹川節男 (健育会 理事長)
中村紀子 (ポピンスコーポレーション 代表取締役CEO)

委員

荒井喜八郎 (荒井商店 取締役会長)
有富慶二 (ヤマトホールディングス 取締役相談役)
安道光二 (ワタキューセイモア 取締役社長)
石井健太郎 (石井食品 取締役会長)
石原滋 (蘭日貿易連盟 名誉代表)
稲川広幸 (JALUX 特別顧問)
植村裕之 (三井住友海上火災保険 常任顧問)
碓井誠 (フューチャーアーキテクト シニアフェロー)
大川澄人 (日本経済研究所 理事長)
大室康一 (三井不動産 取締役副社長)
大八木成男 (帝人 取締役社長執行役員)
小笠原範之 (日興コーディアル証券 取締役副社長)
奥本洋三 (興銀リース 取締役会長)
小野峰雄 (丸善石油化学 特別顧問)

恩 田 勲	(新日本有限責任監査法人 顧問)
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)
金 澤 薫	(日本電信電話 取締役副社長)
金 子 剛 一	(中日本高速道路 取締役会長兼社長)
鎌 田 勇	(ジェイビルジャパン 取締役会長兼CEO)
河 合 輝 欣	(ユー・エス・イー 取締役会長)
川 田 規 人	(日本訪問医療サービス 取締役会長)
北 沢 利 文	(東京海上日動あんしん生命保険 取締役社長)
木 下 利 彦	(ドクタージャパン 代表取締役)
木 村 廣 道	(ライフサイエンスマネジメント 取締役社長)
河 野 栄 子	(D I C 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)
小 林 英 三	(日本証券金融 専務取締役)
近 藤 龍 観	(東京寝台自動車 取締役社長)
斎 藤 敏 一	(ルネサンス 取締役会長執行役員)
斎 藤 一 志	(三井不動産 常務執行役員)
斎 藤 博 明	(T A C 取締役社長)
坂 本 正 彦	(東武運輸プリヴェ 取締役会長)
佐久間 万 夫	(Eパートナー 取締役社長)
桜 井 一 紀	(コーチ・エイ 専務取締役)
佐 藤 玖 美	(コスモ・ピーアール 代表取締役)
澤 尚 道	(グローバル コラボ エルエルシー 共同代表 CEO)
渋 澤 健	(シブサワ・アンド・カンパニー 代表取締役)
新 宅 祐太郎	(テルモ 取締役社長)
杉 山 清 次	(みずほフィナンシャルグループ 特別顧問)
関 口 康	
反 町 勝 夫	(東京リーガルマインド 取締役社長)
高 木 邦 格	(国際医療福祉大学 理事長)

高野和夫	(日立キャピタル 顧問)
滝口進	(エムエム・ホールディングス 取締役社長)
滝澤昭	(名糖運輸 取締役会長)
武田幸男	
竹中誉	(エル・ビー・エス 取締役会長)
田村哲夫	(青葉学園(東京医療保健大学) 理事長)
近浪弘武	(日本コンベンションサービス 取締役社長)
竹馬晃	(横浜倉庫 専務取締役)
出口恭子	(日本ストライカー 取締役 グローバルマーケティングバイスプレジデント)
中尾靖博	
西浦天宣	(天宣会 理事長)
西川久仁子	(ファーストスター・ヘルスケア 取締役社長)
野口章二	
芳賀日登美	(マンパワー・ジャパン 専務執行役員)
林明夫	(開倫塾 取締役社長)
檜垣修一	
東上征司	(日本アイ・ビー・エム 取締役専務執行役員)
平野英治	(トヨタファイナンシャルサービス 取締役副社長)
廣瀬修	(サーベラス ジャパン アドバイザリーボード ユーザーチェアマン)
廣瀬勝	(森ビル 監査役)
深堀哲也	(レーサム 取締役会長)
福川伸次	(機械産業記念事業財団 会長)
福島吉治	(F & K コンサルティング 取締役会長)
藤重貞慶	(ライオン 取締役社長)
程近智	(アクセンチュア 取締役社長)
堀政良	(損害保険ジャパン 取締役専務執行役員)
堀口智顕	(サンフロンティア不動産 取締役社長)
松井秀文	(ゴールドリボン・ネットワーク 理事長)
松尾憲治	(明治安田生命保険 執行役社長)

宮 下 永 二 (フェリック 代表取締役)
森 哲 也 (日栄国際特許事務所 代表社員・所長・弁理士)
安 田 育 生 (ピナクル 取締役会長&CEO)
矢 原 史 朗 (ベルシステム24 執行役社長)
山 田 匡 通 (イトーキ 取締役会長)
由 利 孝 (テクマトリックス 取締役社長)
和久井 康 明 (クラレ 取締役会長)
渡 部 憲 裕 (裕正会 理事長)
渡 邊 喜 雄 (カインドウェア・ホールディングス 代表取締役)

以上88名

事務局

篠 塚 肇 (経済同友会 政策調査第2部 部長)
山 本 郁 子 (経済同友会 政策調査第2部 アシスタント・マネージャー)