

Ⅲ. 高齢化・少子化がもたらす影響と競争力強化の方向性

【要約】

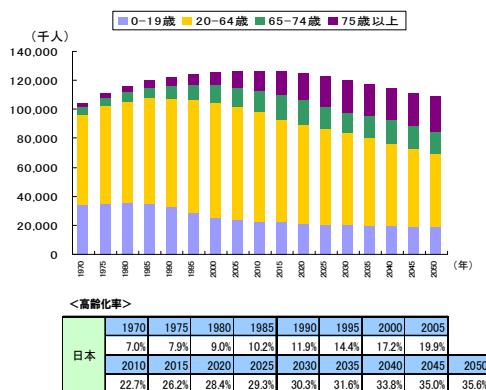
- ◆ 我が国の社会システムは人口増加とピラミッド型の年齢構成を前提として成り立っている。今後超高齢化社会を迎えるにあたり、こうした現行社会システムの変革が遅れば我が国の産業競争力に深刻な負の影響が生じる一方、社会システムを柔軟に変革し「健康長寿社会」を築くことができれば、高齢者の活力を産業に取り込み更なる経済成長に繋げることも可能である。
- ◆ 医療介護の分野は、現行制度の持続可能性に深刻な懸念が生じている。これを緩和するためには、健康であることへのインセンティブ付与、民間の創意工夫の活用、研究開発と海外展開の両面での産業振興の3つの方向性を見据えた制度改正が必要である。
- ◆ 住まいの分野では、人口動態の変化に合わせ、医療・介護ニーズを持った単身高齢者等向けの住宅を迅速且つ効率的に整備していく必要がある。そのための手段として、幅広い投資マネーの呼び込みや公的賃貸住宅のストック活用が考えられる。
- ◆ 雇用の分野では、若年層や中年層も含めて、労働市場の柔軟性を高めマッチング機能を充実させることが重要である。
- ◆ 社会システム変革の突破口として、「特区」を活用したヘルスケア・ポイント制度の実証実験が考えられる。健康の増進が高齢者による消費活性化に繋がる好循環モデルを実現すべく、自治体・民間企業・住民参加の3位一体での取り組みが求められる。

1. はじめに

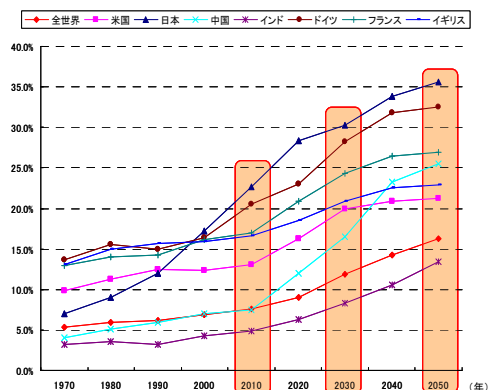
超高齢化が進む
日本

今後我が国は、嘗て人類が経験したことの無い超高齢社会を迎える。2010年時点で既に22.7%と世界で突出した水準にある高齢化率は、2030年には30.3%、2050年には35.6%に達する見込みである（【図表Ⅲ-1、2】）。高齢者人口の絶対数で見ても、2030年時点の後期高齢者人口は約22百万人と、2010年時点の水準から60%以上増加する見込みである。一方で総人口は、2010年前後がピークとなり緩やかに減少していく見通しである。

【図表Ⅲ-1】我が国の人口動態



【図表Ⅲ-2】主要国の高齢化率推移



（出所）【図表Ⅲ-1、2】とも、国連資料よりみずほコーポレート銀行産業調査部作成

我が国社会システムは人口増社会が前提

戦後構築された我が国の現行社会システムは、人口の増加とピラミッド型の年齢構成を前提として成り立っていると言って良い。例えば年金制度は世代間扶養という考えを基に設計されており、基本的に現役世代の保険料で高齢者世代への給付が賄われている。雇用制度についても、解雇規制を中心とする手厚い雇用者保護制度や、終身雇用・年功序列的賃金などの雇用慣行はいずれも、「労働者は男性正社員中心」、「若年になるにしたがって増加する労働力」などの状況下で最も有効に機能し日本企業あるいは日本社会の競争力強化に貢献してきた。

超高齢化は脅威でもあり機会でもある

こうした中で今後本格化する人口減少と超高齢化は、我が国にとって脅威でもあり機会でもある。人口増を前提とした社会システムの変革が遅れれば、社会保障給付費の増大や労働人口の減少等で深刻な経済停滞を招く可能性がある一方、社会システムを柔軟に変革し、国民が健やかに生活し老いることができる「健康長寿社会」を築くことができれば、健康寿命の延伸により国民一人一人の生活の質が向上するのみならず、高齢者の活力を産業に取り込み、更なる経済成長に繋げることも可能であると考ええる。

高齢化は世界全体の課題でもある

また、国により程度の差はあれ、少子高齢化は今後世界全体が直面する課題である。例えば中国では、2015 年頃から急速に高齢化が進展し、2030 年頃には人口が減少に転じる見通しである。こうした中、課題先進国である日本において少子高齢化に対応する社会システムを構築できれば、それをモデルとして諸外国に展開していくことが可能であり、関連産業をパッケージしてのシステム輸出にも繋がる可能性がある。

本章では、医療介護、住まい、雇用の各観点から、現行社会システム下において今後想定される様々な課題を指摘するとともに、課題に対応し産業競争力強化に繋げるために必要な方策やあるべき社会システムについて考察する。加えて補論では、社会システム変革の突破口になり得る取組みとして、自治体・民間企業・住民参加の三位一体のヘルスケア・ポイント制度について提言する。

2. 超高齢化社会で想定される課題と対応策

(1) 医療介護の観点

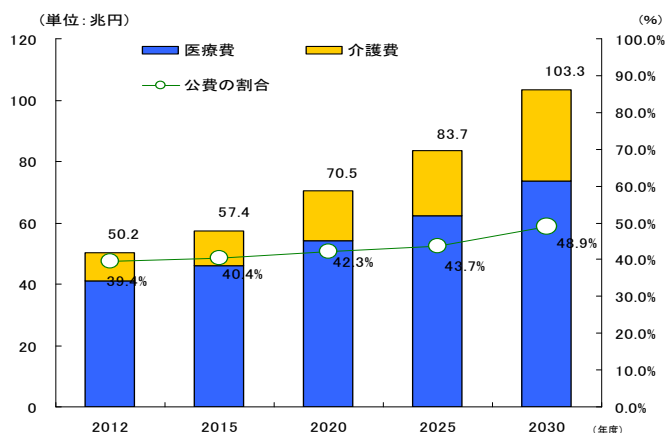
医療介護需要は大幅増

高齢化進展に伴い、医療介護の需要は今後大幅な増加が予測される。主要な疾病の患者数予測を見ると、がん患者数は 2010 年時点で 778 千人が 2030 年には 925 千人、認知症患者数は 2010 年時点で 2,800 千人が 2025 年には 4,700 千人、糖尿病患者数は 2010 年時点で 23.3 百万人が 25.0 百万人程度まで増加する見通しである。

課題①
医療介護費の大幅増に対する支払能力の限界

上記に伴い医療費・介護費も大幅に増加し、2030 年には約 103 兆円と 2012 年の約 2 倍に達する可能性がある(【図表Ⅲ-3】)。保険料や自己負担の引き上げに限界があるなかで、約 103 兆円の医療費・介護費のうちの約 50%は公費負担で賄わざるを得ないものと見られ、我が国の財政への負担は極めて大きいものとなる。

【図表Ⅲ－３】我が国の医療費・介護費推移予測



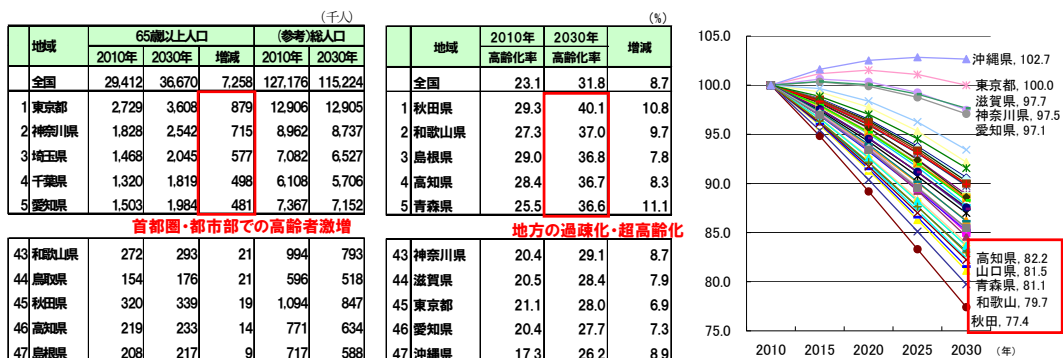
(出所) 厚生労働省資料よりみずほコーポレート銀行産業調査部作成

政府としての支払負担のみならず、個人の支払負担についても留意が必要である。高齢化進展の影響もあり、我が国の全世帯の平均所得は低下基調にあり、生活保護需給世帯も増加している。かかる状況下、仮に保険料や医療・介護費の自己負担率が大きく増加しないとしても、必要な費用を支払えない層が増加してくることも懸念される。

課題② 医療介護アクセス低下の懸念

また、高齢化による医療介護の需要構造の変化は日本国内でも一様ではなく、地域によって課題は異なる。【図表Ⅲ-4】に見られるように、首都圏をはじめとする都市部においては今後高齢者人口の爆発的増加が予測される。こうした地域では、土地や人的リソースの制約から、高齢者の医療介護ニーズの受け皿を十分に整備することが困難になるものと見られる。一方で地方においては、人口減少と高齢者のみ世帯の増加により、医療介護インフラの維持が困難になっていく可能性がある。特に介護については、自治体財政の悪化により介護施設等の新設が実質規制されていることや介護人材が不足していることから、足許において既に適切な介護サービスの提供が難しくなりつつある。労働力人口が減少し、全産業的に労働力確保が困難となることが予測されている中、重労働ながら他産業比給与水準の低い介護人材の確保は一段と困難になるものと考えられる。

【図表Ⅲ－４】県別の高齢者人口・高齢化率・総人口推移予測



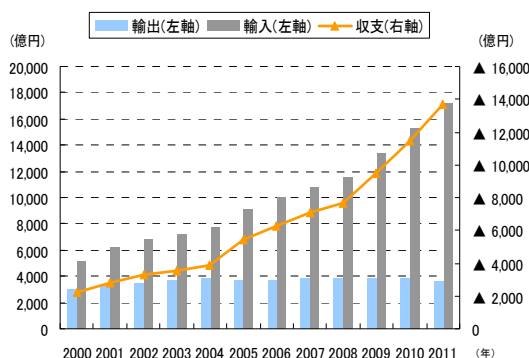
(出所) 国立社会保障人口問題研究所資料よりみずほコーポレート銀行産業調査部作成

課題③
関連産業への
波及効果が限定
的

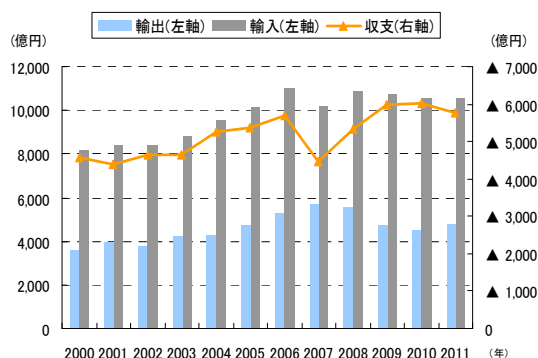
一方、産業の観点から見ると、高齢化進展による医療介護ニーズの増大は、関連産業のビジネスチャンスでもある。例えば医薬品・医療機器産業は高い付加価値や安定した担税力もあり、次世代の我が国基幹産業として期待されている。また介護サービスについては高い雇用吸収が期待されるところである。医療介護費は見方を変えればこうした関連産業への投資であり、投資が次世代基幹産業の育成に繋がるならば、医療介護費の増大について産業育成上の意義を見出すことも可能であろう。

然しながら、医薬品・医療機器産業の貿易収支を見ると、いずれも大幅な輸入超であり、且つ海外依存度の高いバイオ医薬品の比率増加等から輸入超過額は近年拡大傾向にある（【図表Ⅲ-5、6】）。上記は製造拠地の立地によるところでもあり一概に産業競争力の強弱に起因するものではないものの、我が国として医療介護費の増大を産業育成に繋げられておらず、関連支出が海外に流出している状態にある。また雇用吸収が期待される介護サービス産業についても、既述の通り労働に見合った給与水準となっておらず、就業先としての魅力に欠けているのが現状である（【図表Ⅲ-7】）。

【図表Ⅲ-5】医薬品の貿易収支推移



【図表Ⅲ-6】医療機器の貿易収支推移



（出所）【図表Ⅲ-5、6】とも、厚生労働省、財務省資料よりみずほコーポレート銀行産業調査部作成

【図表Ⅲ-7】常勤介護職員実質賃金（月額）

（単位：万円／月）

	男女計	男性	女性
ホームヘルパー	21.8	23.1	21.4
福祉施設介護員	21.6	22.9	21.0
全産業計	32.4	36.0	24.9

（出所）厚生労働省資料よりみずほコーポレート銀行産業調査部作成

現行制度の維持
には限界

現在の我が国の医療介護システムは、国民誰もがいつでもどこでも一定水準以上の医療介護サービスを受けられるという点で世界に冠たるものであるが、以上概観したように、支払負担の観点、サービス供給の観点、産業波及の観点等から持続可能性に深刻な懸念が生じていることが伺える。以下においては、超高齢化社会において健康長寿社会を実現するために求められる医療介護制度の改正の方向性について考察し、制度改正を踏まえて新たに考えられる具体的にサービス・事業についても言及する。

改正の方向性①
「健康であること」
へのインセンティブ

改正の方向性の1点目は、「健康でいること」へのインセンティブ付与である。現行制度は「医療介護が必要になった人」へのサービスを如何に効果的に行うか、という点に主眼が置かれている。例えば医療保険において治療行為に対して報酬を支払う出来高制が原則となっていること、一方で医療法人が予防や健康増進等の保険外のサービスを行うことについて規定が不明確で取り組みづらいこと、介護保険についても要介護度が高いほど介護報酬が高く設定されていること等から、国民、保険者、医療介護従事者夫々にとって健康増進の努力へのインセンティブが働きにくい面がある。

これに対し、健康長寿社会実現のためには関連当事者に予防や早期発見へのインセンティブを与える必要がある。具体的な手段としては、健診受診や健康増進に取り組む事業者への税額控除や、介護保険において要介護度の改善を評価する取り組み等が考えられる。また健康増進サービスの担い手を確保するために、医療法人の付帯業務拡大や、看護師・薬剤師・介護士等に認められる業務範囲の拡大等の措置も検討すべきである。

改正の方向性②
「民間の創意工夫」
の活用

2点目は、「民間の創意工夫」を生かしやすい制度設計とすることである。例えば、現在の医療保険制度においては有用と認められる医療サービス・製品は原則として保険収載されており、医薬品・医療機器の承認と保険収載は実質的にリンクしていると言ってもよい。これは国民に一定水準の医療を供給するうえで有用である一方、保険財政の制約を受けること、サービス・製品が保険収載時に規定された画一的なものになりがちであること等の弊害を抱える。超高齢化社会ニーズにおいてニーズが高く、且つ今後実用化が想定される再生医療や遺伝子診断等の先端医療を日本の医療制度のなかに位置付けていくうえでは、保険収載とは切り離し民間の創意工夫が生きやすい環境を整えていくことも一案である。そのためには、保険適用外の先端医療等と保険診療の併用を認める「保険外併用診療」の拡大や、少数症例で有効性や安全性が確認できた段階で承認し市販後に更なる検証を行う「早期承認特例」の導入により、先端技術を市場に投入しやすい環境を整備する必要がある。

また先端医療の分野のみならず、民間の創意工夫の活用の余地はプライマリケアの分野にも存在する。現在プライマリケアの提供体制として地域包括ケアシステムの構築が推進され、医療・介護の連携強化が求められている。地域包括ケアシステムとは、高齢者が住み慣れた地域で安心して最後まで生活できるよう、医療介護等の支援を継続的かつ包括的に提供する仕組みである。然しながら、現状医療・介護夫々の担い手が異なるなかで、中核病院、診療所、訪問看護ステーション、介護施設等の事業者間で双方の情報共有が行われている事例は僅かであり、シームレスな提供体制が充分整備されているとは言い難い。医療介護の包括提供によるプライマリケアの効率化のための第一歩としては、個人情報の共有にあたってのルールを整備したうえで、プライマリケアのインフラとしてICT基盤を構築し、地域の住民・患者の健康関連情報を蓄積・共有することが必要である。加えて、看護師・介護士・薬剤師等の有資格者に認められる業務範囲や、医療法人や社会福祉法人等の事業者が手掛けることのできる事業領域を拡大するとともに、事業者間の円滑な連携や統合を可能にすることにより、各事業者が医療・介護及び保険外のサービス全体について、利用者のニーズや地域毎の実情に合わせた合理的な形で提供できるような環境整備を行うことも検討すべきである。

改正の方向性③
研究開発と海外
展開の両面での
産業振興

3 点目は、研究開発と海外展開の両面を中心とした産業振興である。従来医療介護の分野は福祉・社会貢献の観点が重視される一方、産業振興の視点はともすれば希薄であったと言える。然しながら、超高齢化進展により医療介護のニーズが増大する中で国民に高水準な医療をリーズナブルなコストで提供し続けるためには、関連産業を成長させその果実を医療介護に還元する好循環モデルの実現が不可欠である。

まず研究開発面については、我が国の医療研究水準は、基礎研究では世界最高水準にある一方、事業化・製品化のフェーズで大きく遅れを取っていることが指摘されている。近年の米国での医薬品上市の実績を見ても、元々日本のアカデミアで創製されたシーズが米国の企業により開発が進められ、上市に到った事例が見受けられる。この背景には多様な問題が考えられるが、国全体としての研究開発計画が欠如し、基礎と臨床の各拠点が個々夫々に研究を行うなかで、基礎研究の成果の企業等への橋渡しが円滑に進んでいないことが指摘されている。

これに対する対策としては、米国の取組みが参考となる。世界の医薬品・医療機器の最大の市場であり開発の中心でもある米国では、NIH (National Institutes of Health) が司令塔として年間 300 億ドルを超える研究開発予算を一括して管理し、有望な医薬品・医療機器を見極めたうえでそれらの開発を進め企業に橋渡しすることにより、いち早い製品の上市・市場展開に繋げている。日本において米国並みの予算規模を確保することは難しいにせよ、基礎から臨床にわたる 3 省(文部科学省、経済産業省、厚生労働省)の研究開発予算について、専門家による評価を行ったうえで一元的に配分する「日本版 NIH」の設立を検討すべきであると考えられる。また、研究開発の成果を早期に市場化するためには前述した早期承認制度の導入も有効である。世界最高水準のアカデミアを抱えるうえ、高齢化進展による課題先進国である我が国は、医薬品・医療機器の開発の最適地となる可能性を秘めている。

一方関連産業の海外展開については、【図表Ⅲ-5、6】の通り輸入額が年々増加するなかで輸出額は横ばい傾向にあり、新興国等の成長市場を充分に取り込めていないのが実状である。この流れを反転させ輸出を拡大していくためには、研究開発の支援により「日本発の医薬品・医療機器」創出に取り組むのみならず、それらをパッケージして「日本式医療サービス」として売り込むことが有効である。特に新興国ではソフト・ハード両面でのインフラが充分でないため、医療ニーズに応えるためには個別のプロダクト単位ではなく、病院を中心とする医療サービス全体を提供していくことが求められている。こうしたニーズに対し、海外では Siemens が米大学病院と共同でアブダビに医療施設を設立し関連機器を納入するなど民間ベースでの取組みも活発に見られるところであるが、我が国においては海外進出に向けた十分な経営体力を有する医療機関がほぼ存在しないこと等を踏まえ、政府も巻き込んだ官民共同の形でのアプローチを模索する必要がある。

既に 2013 年 4 月に、従来国内で外国人向けの医療サービスを手掛けていた一般社団法人メディカル・エクセレンス・ジャパン (MEJ) を経済産業省の後援のもとで改組し、医療産業の海外展開を担う中核組織として位置付ける方向性が示されている。今後は MEJ を中核としつつ、関連産業の他に金融等のノウハウも結集し、パッケージでの展開を加速していくことが求められる。

本節の最後に、超高齢化社会において必要とされる新たなサービス・事業の具体例について言及する。これらのサービス・事業は足許でも先駆的に行われつつあるが、大々的に拡大するうえでは、上記で述べた制度改革が不可欠である。

次世代サービス①
遺 伝 子 診 断 に
基づく個別化医療

近年、ヒトの遺伝子の解析が進み、遺伝要因による疾病罹患リスクを相当程度予測することが可能となっている。また疾病の治療にあたっては、遺伝子の状況により必要とされる治療方法は異なることがわかってきている。加えて、遺伝子の読解技術も飛躍的に進歩しており、ヒト一人の全塩基配列の読解が1日・1,000ドル程度で可能となっている。こうした技術進歩を踏まえ、今後は個々人の遺伝子情報や診療情報等を大規模に蓄積・解析する「バイオバンク」を設立・運用することにより、個々の状況に即した個別化予防・個別化医療を推進し、結果として健康寿命の延伸・医療費の抑制に繋げることも可能になると思われる。我が国での先駆的事例として東北地域にて15万人規模の情報集積を目指す「東北メディカル・メガバンク」構想が東北大学を母体とした事業体により進められているが、こうした取組みを拡大し効果を極大化していくためには、「日本版 NIH」等の枠組みを通じた研究開発予算の集中投資や保険外併用診療の適用等により早期の技術確立・市場浸透を図るとともに、蓄積されたデータの外部開放を進めることにより新たな治療・診断手法や医薬品の開発に役立てることが重要である。

次世代サービス②
ファスト健診

慢性病の予防、悪化防止のためには、健診による異常値の早期発見が極めて重要である。我が国では企業や保険者に対し健診の実施が義務付けられており大企業の従業員は概ね定期的に健診を受けているのに対し、フリーターや主婦等が言わば「健診弱者」として、健診未受診が常態化している実態が指摘されている。

これに対する対策として、安価・簡易に必要な最低限の検査を行う「ファスト健診」が有効であると考えられる。医師・病院のみならず薬局・薬剤師や看護師を有効活用することにより、健診に伴うコスト・時間を大幅に縮減することは可能と見られる。

こうしたサービスを大々的に普及させるうえでは、看護師・薬剤師等の業務範囲を拡大・明確化し、民間企業が参入しやすいような事業環境を整備することが不可欠である。

次世代サービス③
リハビリ介護

介護に係る社会的負担を軽減し国民の健康寿命延伸に繋げるためには、リハビリ等を通じ要介護者の社会復帰を後押しする取組みが不可欠である。リハビリのノウハウは古くから医療の現場で蓄積されてきたところであり、日本の機器メーカーの技術を生かしたリハビリ機器の活用が期待される分野でもある。こうした「ノウハウ」と「技術」を介護の現場に積極導入することにより、リハビリの質を高め、より効果的に要介護者の社会復帰に繋げることが可能と見られる。

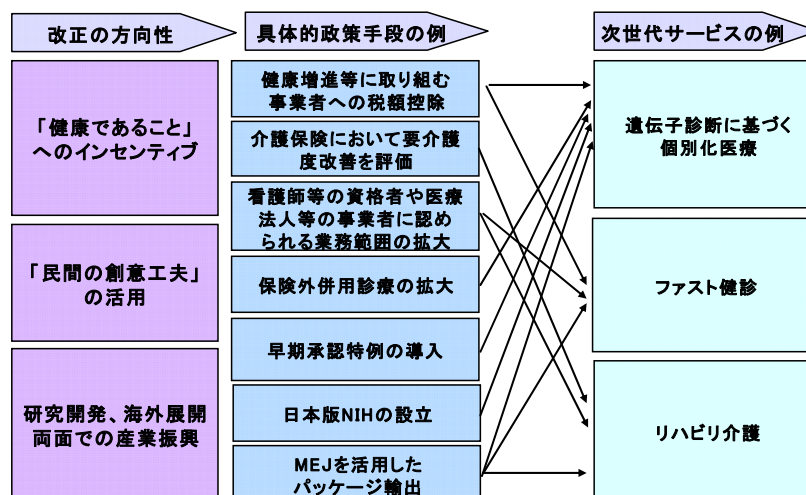
既述の通り現行制度は要介護度改善へのインセンティブが働きにくい仕組みとなっているが、そうした中でも、要介護度改善に積極的に取り組むことにより、利用者数の増加、利用率向上に繋げようとしている民間事業者の取り組みは存在する。こうした事例では、自立支援を目標にすることでスタッフのモチベーションやスキルが向上し、優秀な人材の定着に繋がるという副次的効果も報告されている。

こうした事例を拡大していくためには、介護保険上で改善に伴う加算等のインセンティブを創設する他、各事業者認められる事業領域の弾力化や事業者間の円滑な連携・統合の推進により、リハビリに必要なノウハウ・技術を有する事業者の参入及び事業拡大を促す必要がある。

コストセンターから
産業競争力の源泉
へ

以上概観したように、超高齢化社会を迎えるなかで、現行の医療介護制度は持続可能性に深刻な懸念が生じている。一方で、社会の変化に合わせ適切に制度の改正を行っていけば、制度の持続可能性を補完できるのみならず、新たなサービス・ビジネスを創出し海外も含めて展開していくこと等を通じ、従来はコストセンターと見られがちであった医療介護分野を我が国産業競争力の源泉とすることも可能である（【図表Ⅲ-8】）。

【図表Ⅲ－8】医療介護制度改正による新サービス創出のイメージ



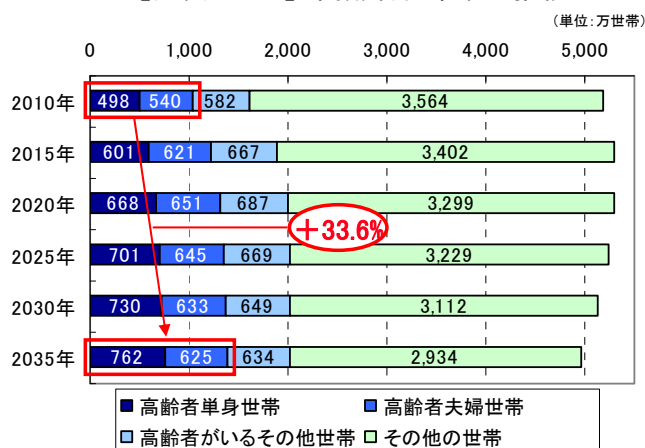
（出所）みずほコーポレート銀行産業調査部作成

(2) 住まいの観点

高齢者単身世帯、高齢者夫婦のみ世帯の増加に応じた介護提供態勢の構築が必要に

少子高齢化の進展によって高齢者がいる世帯数は増加基調が続くと見られる。とりわけ、高齢者単身世帯、高齢者夫婦のみ世帯の増加が見込まれており、2010年では両世帯数合わせて約1,038万世帯であったのが、2035年には約1,387万世帯と3割以上増加するものと見込まれている(【図表Ⅲ-9】)。

【図表Ⅲ-9】 高齢者世帯数の推移



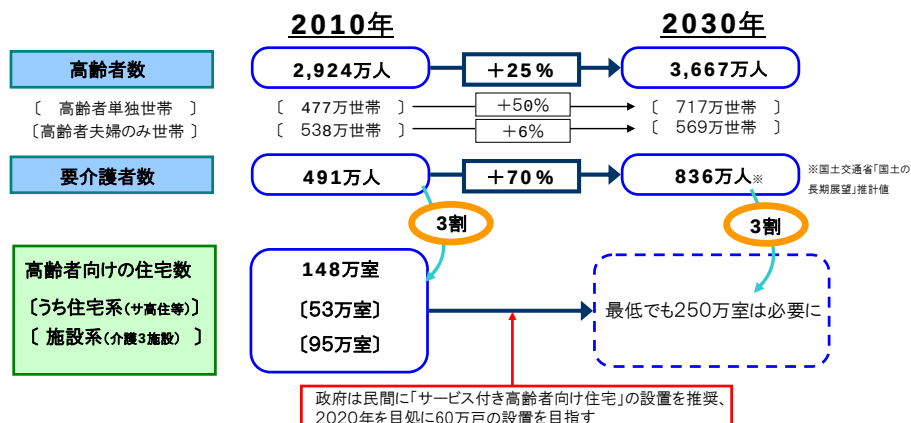
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数将来推計」より
みずほコーポレート銀行産業調査部作成

高齢になればなるほど要介護リスクは高まるが、わが国の介護保険制度は家族介護をベースとして設計されていると言われており、頼るべき同居家族がいない単身の高齢者で介護が必要になった場合には、同じ住まいで適切な介護サービスを受けながら生活を続けることが困難になるおそれがある。また、高齢者夫婦のみ世帯についても同居家族が高齢であれば介護を行うことが出来ない可能性がある。このように高齢者単身世帯、高齢者夫婦のみ世帯ともに、要介護状態になった場合には、現状では適切な介護が受けられる施設等へ入居する必要があることになる。今後、このような世帯が増加していくことは、介護が必要となった際に、転居を迫られる可能性が高い層が増加することに繋がり、そのような場合にスムーズに介護サービスを受けられるような住まいの整備がこれまで以上に必要になっていくと考えられる。

将来の要介護者数増加に備えた高齢者向け住まいの整備は喫緊の課題

介護施設や有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の高齢者向け住まいの整備状況について見ると、2010年時点での供給量は約148万室であり、同時点での要介護高齢者数約491万人に対する割合は約3割となっている。この水準を踏まえて、今後増加が見込まれる要介護高齢者数に対して最低でも3割程度の高齢者向け住宅の整備が必要と仮定すると、2030年時点では少なくとも約250万室の高齢者向け住まいが必要という試算になる(【図表Ⅲ-10】)。これはつまり、2010年から2030年までの20年間で約100万室の高齢者向け住まいの供給が必要となることを指し、超高齢化社会に対応した住宅政策としてこのような住まいの整備は喫緊の課題と言える。

【図表Ⅲ－10】 高齢者向け住まいの必要量(試算)

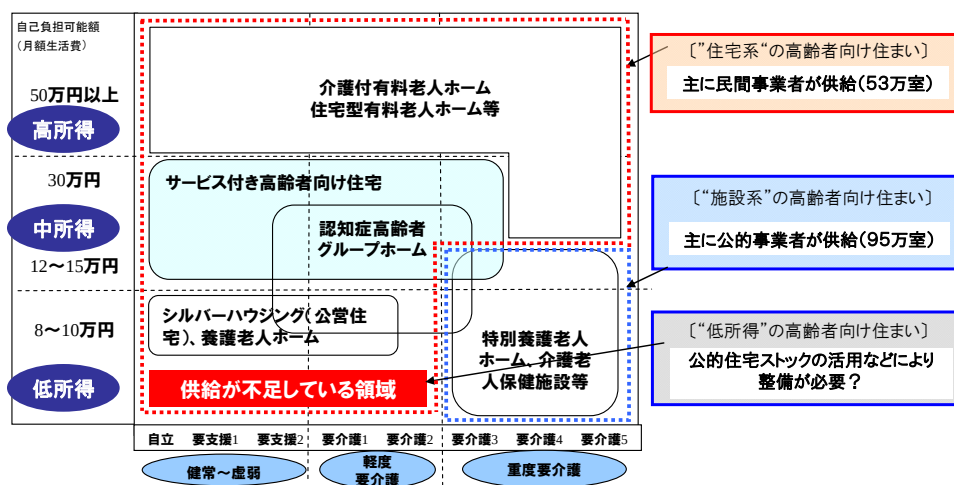


(出所) 国土交通省「国土の長期展望」、厚生労働省「介護保険事業状況報告」等より
みずほコーポレート銀行産業調査部作成

次に、高齢者向け住まいの分類について見ると、2010年時点の約148万室のうち主に公的事業者が運営している特別養護老人ホーム等の介護保険3施設が約95万室であるのに対して、主に民間事業者が運営している有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等が約53万室となっており、公的な介護施設の供給量が上回っている(【図表Ⅲ-10】)。一般的には、特別養護老人ホーム等の介護保険3施設や介護付き有料老人ホームなどの施設系介護では重度の要介護者にも対応可能な介護提供態勢が整っている為、入居ニーズは高いと見られるものの、訪問介護等の在宅系介護に比べて介護保険からの給付額が大きく、介護保険財政を逼迫させる要因と言われている。この為、2006年にはこのような介護施設の総量規制が実施され、総量規制撤廃後も介護施設の供給抑制傾向は持続しており、かわって政府はサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進させている。サービス付き高齢者向け住宅は主に中間所得層のうち健常～軽度要介護の高齢者を対象としたバリアフリー対応の賃貸住宅であり、介護サービスは入居者の必要度に応じて外部の事業者から介護ケアを受けることができる住まいであることから、介護施設に比べて介護保険からの給付額を抑えることができると考えられ、今後、介護施設の受け皿としての役割が期待されている。

以上、介護保険財政が逼迫する中で増加する介護ニーズに対応する為には、サービス付き高齢者向け住宅のような住まいの供給スピードを更に加速させ、高齢者の集住を進めることで、より効率的な介護提供態勢を構築することが重要である。また、低所得高齢者が要介護状態になった際に受け入れ可能な住まいは十分に整備されていると言い難く、このような層向けの住まいについても併せて整備を進める必要がある。しかしながら、低所得高齢者向けの住まいは、民間の営利法人では事業として採算性に欠ける点が供給の足枷になっていると考えられ、このような課題を解決できる施策が求められよう。

【図表Ⅲ－１１】 高齢者向け住まいの分類



（出所）社団法人不動産協会「高齢時代の住宅のあり方に関する研究」をもとに
みずほコーポレート銀行産業調査部作成

以下において、高齢者向け住まいの整備について、前述した課題への対応策として効果的と思われる施策について言及したい。

流通市場整備による投資マネーを活用した高齢者向け住宅の供給促進

まず、需要の着実な増加が見込まれる高齢者向け住まいの整備について、政府としては補助金や税制優遇等のインセンティブを付与するなどにより、サービス付き高齢者向け住宅の供給促進に注力している。今後、サービス付き高齢者向け住宅をはじめとした高齢者向け住まいの供給を更に拡大させるためには、補助金等に頼るだけではなく、当該事業への民間投資を促進させるような施策が必要と考えられる。

高齢者向け住まいの整備には、不動産開発や設計、入居者募集等の運営、介護サービスの提供等、多様なノウハウが必要となり、一事業者が単独で行おうとすると様々なリソースが必要となる一方で、例えば、不動産事業者と介護事業者との連携など分業が行いやすい事業特性を有している。この為、必ずしも運営事業者が不動産を保有する必要は無く、自ら開発した高齢者向け住宅アセットを流動化し、調達した資金を次の開発に振り向けることができるという環境が整備されれば、更に高齢者向け住宅の供給が拡大するのではないかと考えられる。現状、高齢者向け住まいの流通市場は十分に整備されているとはいえないものの、国としてヘルスケア REIT 市場の創設に関する議論が行われているなど流通市場の整備に向けた取り組みが見られる。このような流通市場の整備により、今後幅広く投資マネーを呼び込むことができれば、高齢者向け住まいの開発が更に促進されるといった効果が期待できよう。

**低所得層を対象
とした高齢者向け
住まいの整備**

次に、低所得高齢者を対象とした介護サービス等が付帯した住まいの供給について述べたい。福祉政策やセーフティネットの観点から、低所得高齢者向けのサービス付き高齢者向け住宅においては賃料が低い住宅を供給する必要がある。但し、このような住宅の整備・運営については採算性の観点等から民間事業者では賄えないケースが考えられる。このような場合には、国や自治体などの公的機関がその役割を担うべきであると思われる。但し、公的機関が高齢者向け住まいを供給する為には、財政への負担が課題となることが予想される為、財政の追加負担を極力抑えることができるような手法を検討する必要がある。そこで例えば、老朽化が進んだ公的賃貸住宅や少子化により供給過剰となった学校などの公的資産を建替えやリノベーション等により高齢者向け住まいに転用することで、介護サービスを必要とする低所得高齢者向け住まいの整備を進めることが出来るのではないかと考える。また、加えて、PPP／PFIにより民間事業者と連携することで、財政負担の軽減を図るといった選択肢も考えられよう。このような手法により開発投資を抑えることが可能となれば、その分賃料を軽減することで低所得層を対象としたサービス付き高齢者向け住宅を整備することが可能となるのではないだろうか。

**公的賃貸住宅を
活用した地域包
括ケアシステム
の実現**

本節の最後に、公的賃貸住宅のストックを活用した医療介護供給の円滑化の方策について述べたい。ニュータウン等の一部の大規模団地では、かつて都市への労働人口流入により急増した住宅需要を受け留めてきた経緯から、同時期に入居した世代の高齢化が一挙に進んでいる。このような現象は街の活力低下、コミュニティの崩壊等のマイナス面が指摘されることが多いが、視点を変えて見れば、上記のような大規模団地には高齢者が集住している状態にある為、前節で述べた地域包括ケアシステムについても効率的な展開が可能であり、医療・介護の事業者にとって採算性が確保し易いのではないかと考えられる。このような大規模団地等の公的賃貸住宅ストックにおいて、居住空間のバリアフリー化などハード面の整備と効率的な医療・介護サービス提供態勢の構築などソフト面の整備を併せて進めることにより、高齢者に無理な転居を強いることなく終の住処を提供することが可能になるものと考えられる。加えて、医療介護の効率化により捻出される付加価値をサービス従事者に還元することにより、新たな就業者を引き付け、街としての持続的発展に繋げることのできるのではないだろうか。

(3) 雇用の観点

高齢者の雇用 促進の必要性

高齢化の進展に伴い、労働市場・労働慣行のありかたについても変革が求められる。2010年時点で日本の生産年齢人口(15～64歳)は8,103万人であるが、国立社会保障・人口問題研究所の推計では、2030年には6,772万人まで減少するとされている。労働力人口の減少は経済規模の縮小に直結することから、高齢者の雇用促進は女性や若年層の雇用促進と並び、労働力不足への対処法として極めて重要な課題である。社会保障費の増大に対応する観点からも高齢者が所得を維持し納税・消費の担い手となり続けていくことが望ましい。また、働く意思や能力がありながらそれにふさわしい職場が見つからないことにより就労を断念することは社会的に非効率である。高齢者個々人にとっても、就労により自らの能力を生かすことに生きがいを見出す人も多い。すなわち、高齢者の雇用促進は、国家の競争力というマクロ経済的側面および、個人の生活の質というミクロ的側面の両方の観点から重要な課題である。

現状の高齢者 雇用促進策は 一定の意義ある も、問題も存在

高齢者の雇用促進については、2013年4月より高齢者雇用安定法が改正され65歳までの雇用確保が一層促進されることになった。今回の改正により、65歳未満の定年制を採用している企業では、希望者全員が継続雇用制度の対象となり65歳までの雇用が確保されることとなった。この背景には、厚生年金の支給開始年齢について、すでに65歳に引き上げられた定額部分に加え、2013年4月より報酬比例部分についても段階的に65歳への引き上げが開始されたことがある。改正前的高齢者雇用安定法では、労使の合意により継続雇用制度の対象者を限定することが可能であり、雇用が継続されず年金も支給されない無収入者が発生するおそれがあったため、このような状態を回避するため今次改正に至った。社会保障費の抑制および労働力確保に貢献することから今次改正の意義は大きいと考えられる一方で、次のような問題点も挙げられる。

問題点① 待遇の大幅な 悪化

第一は待遇の大幅な悪化を許容している点である。継続雇用制度には勤務延長制度と再雇用制度の2つがあるが、厚生労働省「平成20年高齢者雇用実態調査」によれば継続雇用制度を採用する事業所のうち72.7%が再雇用制度のみを採用している。再雇用制度では勤務条件の変更が可能であるため、年収が急減したり一年ごとの契約更改が定められているなど待遇が大きく悪化する。逆に企業にとっては、人件費負担が軽いため採用する企業が多い。また、今次の法改正では継続雇用対象者を雇用する企業の範囲が(親会社、子会社に加えて)関連会社まで拡大されたため、継続雇用制度適用者は業務内容が大きく変更となるケースが一層増加するであろう。もちろん、現行の雇用契約の一律延長は、企業の人件費の急激な増加等の副作用が大きく、年金債務を企業に人件費の形で転嫁しただけの結果になりかねない。しかしながら現状では継続雇用者は「60歳から65歳の特殊な非正規雇用者としてのポジション」との扱いにとどまる。若年層にはない高齢者の能力としては、経験に基づく判断力、人脈、蓄積された技能・知識といったものが挙げられる。非正規雇用者としてのそれまでの業務内容が大きく異なる職種や職場で就労する場合、高齢者ならではの能力が有効に発揮されず、社会的な非効率を招くことから改善の余地は大きい。

問題点②
年齢のみを基準
とする措置の
限界

第二は今後大きく増大する65歳以上の高齢者に対しては対象外となっている点である。法改正の趣旨としては現在60歳となっている定年を65歳に引き上げる、あるいはその状態に近づけるもの、といえる。その一方で、新たな技能習得に対する順応性は若年層に対して低下するほか、体力については個人差が拡大する。また、就労への意欲や必要性についても個人の状況により様々である。年齢のみを基準として一律に雇用確保を求める措置(たとえば定年の延長や継続雇用制度)は限界に達しつつあると考えられる。

以上の問題点を踏まえ、超高齢化社会におけるあるべき日本の雇用規制・慣行について考察する。

一企業グループ
内に止まらない
マッチングが必要

高齢者にとっては、能力、経験、体力、家計の状況に応じて相応しい仕事に従事でき、企業にとっては、高齢者のもつ経験や技能などを有効に活用できることが望ましい姿である。このためには、一企業グループ内での配置転換のみならず、職務内容に応じた処遇が様々提示され、多数の選択肢の中から労働者が選ぶことができるような労働市場の形成が必要となる。処遇の内容は賃金のみならず、労働時間や契約期間、業務内容や責任の範囲などが含まれる。このようなマッチング機能の充実により、「これまでの経験を生かしつつ1日4時間だけ仕事をしたい」など高齢者の状況に合わせた多様なニーズに応えるとともに、企業にとっても高齢者は積極的に活用すべき新たな人的リソースの供給源との位置づけに変わっていくであろう。

ただしこのような労働市場の形成は労使双方の変革なくしては実現できない。まず企業側にとっては、多様な働き方をする労働者を受け入れられるような業務設計の柔軟性が求められる。たとえば、正社員またはそれに加えてフルタイムの非正規社員のみ、という職場ではパートタイム労働者でも就労可能なように業務を再設計する必要もありえよう。労働者サイドについても、新たな職場・職種に対する柔軟性を高めるような自己研鑽や貯蓄等家計面の対応も求められる。

若年・中年層も含
めた日本型雇用
慣行全体の修正
が求められる

ここまで高齢者にフォーカスして、その労働市場の柔軟性を高める必要性を論じてきたが、これは高齢者の労働市場のみで実現できるものではない。換言すると、超高齢化社会にふさわしい雇用環境を実現しようとする場合、若年・中年層も含めた労働市場の弾力化という日本型雇用慣行の修正が求められる。日本型雇用慣行の第一の特徴は年功序列的賃金体系である。年功序列的賃金はより長期にわたって一企業に勤めるほど労働者にとって有利になるシステムであるため、これまでは企業による労働者あるいは技能やノウハウの囲い込みに大きく寄与してきた。第二の特徴は、厳格な解雇規制である。労働者は解雇規制の下で容易に解雇されないメリットを享受する一方、転勤や長時間労働を受け入れてきた。このような特徴により、労働者と企業間の契約は職務内容に基づくものというより、その企業の一員になる「メンバーシップ契約」としての側面を強めてきた。

高齢化にあたりこれらの雇用慣行の修正が求められるのは次のような理由による。第一に、若年・中年層において年功序列的賃金が維持されたままでは、硬直的な人件費負担が阻害要因となり企業は新たに高齢者を雇用しようとするインセンティブが働かないか、あるいは低賃金の待遇しか提示できないことになる。年功序列的賃金はかつてのように、少数の中高年層と多数の若年層

という人口構成においては、豊富な若年労働力を安価に活用しつつ企業へのロイヤリティを高める仕組みとして有効であったが、今後の人口構成ではそのような年功序列賃金の持つメリットは減少する一方であろう。

第二に、高齢者に限った労働市場のみでは市場に厚みがなく、マッチング機能も限定的となることから、全年齢層にわたる求人・求職のマッチングの場が提供されることが必要である。すなわち、「高齢者向けの労働市場」ではなく「高齢者も参入できるが処遇や職務内容は様々である労働市場」の形成が求められる。そのためには解雇規制の緩和により企業の人材採用のハードルを下げることも有効であろう。

これまで数十年にわたり日本が採用してきた雇用慣行を修正するためには、労使ともにコスト負担が必要となるほか、様々な摩擦も予想される。年功序列型賃金体系の変革は、生涯年収の下落を招きうるほか、解雇規制緩和により職を失う労働者も発生するであろう。また、年下の監督者の下で就労するケースが増え、心理的な負担が増すことも想定される。しかし留意すべき点は、年功序列賃金や解雇規制による雇用の確保はあくまで正規雇用者を対象としたもので、非正規雇用者については当てはまらないということである。正規雇用者について年功序列賃金や解雇規制による安定的な雇用を維持したまま、高齢者については非正規社員として雇用することは、正規雇用者にとっては既得権であり望ましい状態ではあるが、これまで述べたように高齢者の雇用促進の観点からは是正されるべきものである。

政府・企業・労働者
夫々の取組みが期待される

非正規社員と正規社員間の垣根を引き下げ、高度なマッチング機能を備えた労働市場を形成することは、高齢者の雇用促進の観点のみならず、女性の雇用促進にも直結するほか若年雇用や正規・非正規間の所得格差の解消にも寄与するであろう。この意味で高齢者の雇用問題は国民全体の雇用に関する問題であり、政府・企業・労働者それぞれの取組みが期待される。

(4) まとめ

超高齢化に合わせて社会システムを変革していく必要。国民的な合意形成が求められる

本章で論じた医療介護、住まい、雇用の各観点は、言わば国の社会システムそのものであり、産業の競争力を支える基盤であると言える。我が国は敗戦後の焦土からの復興を図るなかで、その時点の人口動態や社会情勢に対応した最適な社会システムを構築し、企業の活動を後押しすることにより、奇跡と言われる高度成長を成し遂げてきた。然しながら、人口動態が当時と大きく変化し、今後も確実に変化が進んでいくなかで、現状の社会システムは最早役割を終えつつあり、このままではむしろ産業競争力強化の阻害要因となりかねない。幸いなことに、人口動態の変化は短期で見れば緩やかであり、且つ予測可能である。こうした変化に合わせて社会システムを変革していけば、超高齢化社会においても我が国の社会システムが産業の競争力を支える基盤であり続けることは可能であると考えられる。必要なことは、社会システムを変革していくうえでの合意形成であり、今こそ国民的な議論が求められる。

【Focus】自治体・民間企業・住民参加の三位一体のヘルスケア・ポイント制度について

1. 現在、自治体が導入しているポイント制度について

自治体が住民に
ポイントを付与する
制度に着目

少子高齢化に対応する社会システムの一つとして、各自治体がボランティアや健康プログラム等の参加者にポイントを付与することにより、健康維持、介護予防等につなげる取組みが広がりをみせている。これらの取組みは社会保障費増大の抑制と、高齢者の消費活動の活性化に寄与すると期待できる。ここでは、「介護支援ボランティア制度」、「健康ポイント制度」、さらにこれら 2 つの制度のどちらにも整理されないが、住民の参加率の高い制度として杉並区の「長寿応援ポイント事業」の 3 つの事例について記述する。

事例 1: 介護支援ボランティア制度

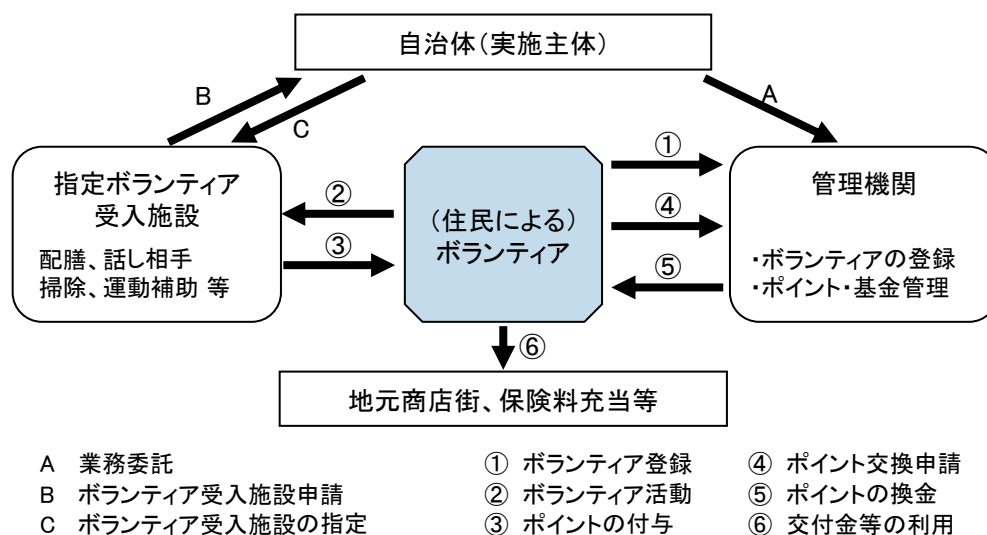
ボランティア活動
参加でポイントが
たまる介護支援
ボランティア制度

介護支援ボランティア制度は介護予防等を目的とした、65 歳以上の高齢者が介護施設等でボランティアをした場合にポイントを付与し、その高齢者の申出により、当該ポイントを換金することで実質的に介護保険料の負担を軽減することが出来る制度である（【図表Ⅲ-12】）。稲城市の「介護支援ボランティア制度」や横浜市の「ヨコハマいきいきポイント」などがこれにあたる。

介護保険法の介護
予防事業として実施

この制度は、介護保険法に規定する介護予防事業として実施されているものである。この制度の目的は介護保険料の実質的な負担の軽減に加え、(1) ボランティア活動に参加する（外出する）ことを通じ、介護予防を推進、(2) 高齢者の活躍の場・いきがいの創出、(3) 住民相互による地域に根ざした介護支援等の社会システムの醸成等が期待されている。2012 年 12 月現在で 75 の自治体が本制度を導入し、さらに今後も導入自治体の増加が見込まれる。

【図表Ⅲ-12】 介護支援ボランティア制度の一般的なモデル



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

ポイント換金の上
限は 5,000 ～
10,000 円

制度を導入している自治体により、多少の差異はあるものの、一般的には、1 時間程度のボランティア活動に対し、100 ポイントが付与され、貯めたポイントは申請を行うことで 1,000 ポイント＝1,000 円で換金することが出来る。換金の年間上限額は 5,000～10,000 円に設定している自治体が大半である。換金については、現金への換金を行うところが多いが、一部自治体では域内共通商品券への交換としており、地元経済の活性化につなげる動きも見受けられる。現金や商品券への交換以外にボランティア団体等への寄付も可能としている自治体がほとんどである。

市町村の負担は
12.5%

介護支援ボランティア制度の運営に係る予算については、介護保険事業費の地域支援事業費として計上されており、その財源の内訳は【図表Ⅲ-13】の通りで、市町村の負担は 12.5%となっており、残りは都道府県、国及び保険料となっており、国が財源支援をすることで制度推進を図っているものと言える。

【図表Ⅲ－13】 介護支援ボランティア制度の財源内訳

市町村 負担 12.5%	都道府県 負担 12.5%	国負担 25.0%	1号保険料 21.0%	2号保険料 29.0%
--------------------	---------------------	--------------	----------------	----------------

(出所) 横浜市予算概要等よりみずほコーポレート銀行産業調査部作成

ポイントの管理方法は、ボランティア活動を行う度に手帳にスタンプを押す(もしくはシールを貼る)ことで行っているが、横浜市や志木市では、IC カードによるポイント管理を実施している等、ICT の活用も始まっている。

参加率は高くても
3～4%程度

本制度に対する参加率は、2007 年 9 月に制度を開始した稲城市で 65 歳以上の人口の約 3.6%、2009 年 10 月に制度を開始した横浜市では約 1%と、参加率がまだまだ低いのが課題と言えよう。

事例 2:健康ポイント制度

ウォーキング等で
ポイントがたまる
健康ポイント制度

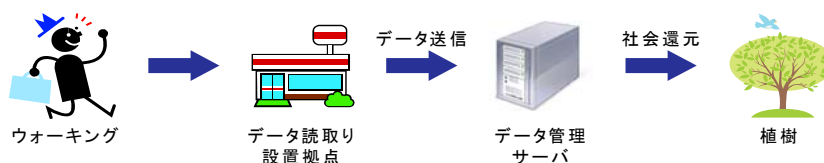
健康ポイント制度は運動習慣の定着や健康づくりの動機付けを後押しすることを目的としており、ウォーキングや健康プログラムへの参加、健康診断の受信状況に応じてポイントを付与するというものである。北九州市の「健康マイレージ」や豊岡市の「健康ポイント制度」、神戸市の実証実験等がこれにあたる。

健康ポイント制度
運用の財源は限
定的

健康ポイント制度は前述の介護支援ボランティア制度と異なり、法的根拠に基づくものではなく、各自治体が独自に取り組んでいる為、制度運用ルールもさまざまである。また、ポイントに対するインセンティブも景品への応募や市の施設の無料利用券等が多く、各自治体の一般会計から予算を捻出している関係から、その財源は限定的であることが伺える。参加率も高くても 3%程度であることから、無関心層を参加させるためにも、魅力的なインセンティブによる訴求が必要と推察される。

健康ポイントの管理方法は、健康診断受診や健康プログラム参加の際にスタンプを押す(もしくはシールを貼る)事例が多く、それ以外は自己申告・自己管理によるものが多い。また、先進的な取組みとしては、非接触 IC カード技術に対応した歩数計を使い、IC カードリーダーに歩数計をかざすことにより歩数データを管理センターに送信して管理する実証実験も行われている(【図表Ⅲ-14】)。

【図表Ⅲ-14】神戸市ウォーキングマイレージ実証事業イメージ



(出所) 神戸市ホームページよりみずほコーポレート銀行産業調査部作成

事例 3: 杉並区の長寿応援ポイント事業

杉並区の長寿応援ポイント事業

杉並区の長寿応援ポイント事業は、高齢者の外出支援を目的とし、地域貢献活動、いきがい活動、区が実施する健康増進教室への参加等に対し、ポイントを付与し、貯めたポイントは申請を行うことで区内共通商品券に交換することが出来る制度である(【図表Ⅲ-15】)。

【図表Ⅲ-15】長寿応援ポイントの活動種別ポイント

活動の種類	対象者	ポイント数	活動種別詳細
地域貢献活動	60歳以上の区民	5ポイント	防犯・安全、環境・美化、スポーツ・健康、高齢者支援(一般/施設)、子ども支援(一般/施設)、障害者支援(一般/施設)
いきがい活動	75歳以上の区民	1ポイント	歌・音楽・踊り、スポーツ・健康・美容、手工業、囲碁・将棋・マージャン・ゲーム、生花・茶道・その他文化・文芸、料理・食育
区が実施する健康増進・介護予防活動等	60歳以上の区民	1ポイント	まちの湯健康事業、地域ささえ愛グループ活動、保健センター自主グループ活動、ケア24事業、介護予防事業、地域大学

(出所) 杉並区資料等よりみずほコーポレート銀行産業調査部作成

ポイント換金の上 限は 24,000 円

ポイントは 1 ポイント=50 円換算で計算されるが、貯めたポイントの 8 割は区内共通商品券と交換し、残り 2 割は「長寿応援ファンド」へ寄付し地域貢献活動団体を助成する仕組みにしている。商品券への交換の上限額は年間 24,000 円(ポイント上限の 8 割で算出)となっており、介護支援ボランティア制度や健康ポイント制度に比べインセンティブの魅力が高いことに加え、区域内の経済活動の活性化にも繋がっている。制度運用の財源としては、ポイント原資を除く費用の 1/2 が東京都の高齢社会対策区市町村包括補助事業補助金にて賄われている。

対象団体としての登録により、 高い参加率

また、特筆すべき事項として、参加率が他の制度に比べて高いことがあげられる。他の制度は、制度参加の際に個人で登録・申請が必要であるが、長寿応援ポイント事業においては、個人としての登録・手続きは必要なく、ポイントの対象となる活動として認定されている団体やグループに参加することで、本事業に参加したことになる。複数活動団体に参加している場合には、参加人数として重複カウントされる可能性はあるが、現状では 60 歳以上人口の約 20% が参加していることになる。

各種制度の事例
から想定される
成功要因と課題

これまで自治体が推進するいくつかのポイント事業について見て来たが、それぞれの特徴を整理すると【図表Ⅲ-16】の通りとなる。制度の活性化、つまりは参加率を上げるためには、杉並区の事例を考慮すると、個人ではなく、活動団体を巻き込んでの啓蒙活動が有効であると考えられる。そして、活動の対象を介護支援ボランティアの領域、ウォーキング等の領域と限定せずに、幅広い活動を対象とすることで、参加の機会を増やすことが出来ると考えられる。あわせて、制度の認知向上・参加を促すためには魅力あるインセンティブ作りが必要となるが、そのためには財源の確保という大きな課題への対応が必要となる。現状では、他の自治体が杉並区の制度に倣って導入を目指しても、この財源の問題が立ちはだかってくることとなる。

【図表Ⅲ-16】各種ポイント制度の比較

制度の種類	財源	参加率	インセンティブ	備考
介護支援ボランティア制度	○	△	○	制度設計設計自由度が低い
健康ポイント制度	△	△	△	財源が限定的
長寿応援ポイント事業	○※	◎	◎	※ 東京都以外の自治体では財源の確保が問題

(出所) 各種公開資料等よりみずほコーポレート銀行産業調査部作成

(2) 消費活性化と健康長寿の延伸を同時に追及する『好循環モデル』のヘルスケア・ポイント

『好循環モデル』

自治体が進めるポイント制度について、現状の課題を踏まえ、あるべき姿として、高齢者による消費活性化と健康寿命の延伸(＝社会保障費の増大抑制)を同時に追求することを想定した『好循環モデル』(【図表Ⅲ-17】)を仮説モデルとして例示したい。

健康になると、社
会保障費が抑制

現在の制度はボランティア活動やウォーキング、健康プログラム等の各種施策を通じて健康増進、介護予防に繋がる(①)というのが一般的な考え方であるが、健康になった結果、社会保障費が抑制される(②)ことが実証出来ない為、抑制効果を見込み、その抑制分を各種施策の財源として循環させること(③)が出来ていない。もし仮に抑制効果分を予算化できれば、より魅力的なインセンティブを用意し、各種施策の規模を拡大できると考えられよう。

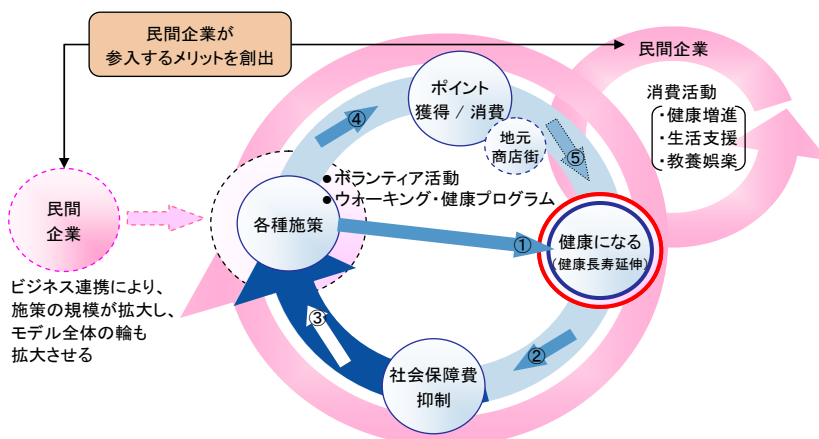
抑制分を次なる
原資へ健康になる手段
の多様化

また、健康になる手段として、各種施策による直接効果に加え、付与されたポイントを使ってフィットネスやスイミングスクール、さらにはカルチャースクールへの参加や旅行に出かける(④)ことでも心身の健康に繋がる(⑤)と考えられる。この消費活動を通じて健康になるという部分については、民間企業の参入余地があり、消費活動が活性化すれば、民間企業が受益者となるので、ポイント原資を受益者である民間企業に負担してもらうことが可能だと考えられる。

民間企業の参入
機会創出三位一体での推
進

従来の制度は自治体を中心となり導入し住民が制度に参加するものであった。一方で高齢者向け市場においてビジネス性の高い分野については、民間企業が単独、もしくは従来の事業領域の垣根を超えて協業で取組む動きが見受けられるが、これからあるべき姿は、自治体・民間企業・住民参加の三位一体での推進ではないかと考える。

【図表Ⅲ－17】 好循環モデルの概念図

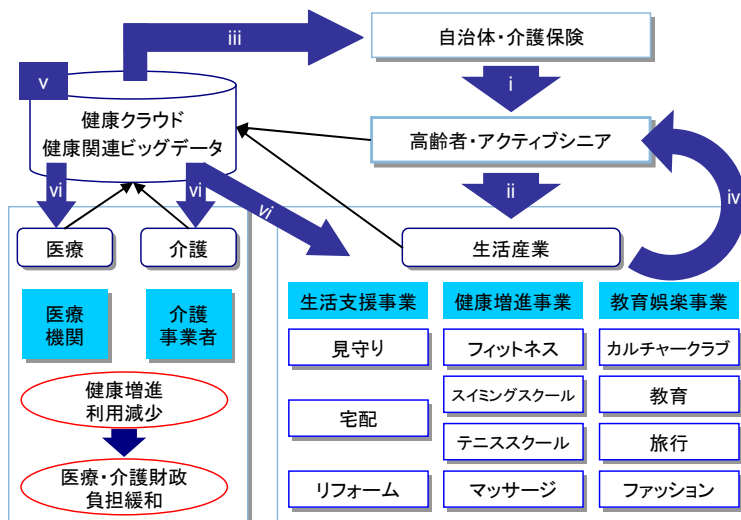


(出所) みずほコーポレート銀行産業調査部作成

社会実証実験 「ヘルスケア・ ポイント特区」

この『好循環モデル』の実現に向け、まずは社会実験としての「特区」を設定し、健常な高齢者向けに特区の中で消化できる「ヘルスケア・ポイント」の運用と、高齢者の健康関連情報を統合的に管理する仕組みづくり、そして健康になった結果、社会保障費が抑制されることを実証する(【図表Ⅲ-18】)ことが必要である。

【図表Ⅲ－18】 ヘルスケア・ポイント特区のイメージ



(出所) みずほコーポレート銀行産業調査部作成

ヘルスケア・ポイントによる消費促進

健康増進により 社会保障費抑制

実証事業の流れは次の通り。まず自治体は健常な高齢者に対しその健康度合いと健康継続に資すると認定された財・サービスへの消費に対して、特区内の生活産業の消費に充当できるヘルスケア・ポイントを発行する(i)。高齢者は費用の一部を自己負担しつつも当該ポイント利用により割安な価格でサービス・財を購入できるので、生活産業における消費が促進される(ii)こととなる。サービスを受けた結果として高齢者の健康が増進されることにより、介護や医療に係る社会保障費が抑制され、その抑制分をポイント還元の原資とする(iii)ことにより、好循環モデルで提唱した資金が循環するスキームとなる。

民間企業もポイント原資拠出しやすい制度づくり

生活産業関連消費が拡大すれば、それはすなわち民間企業の収益拡大に貢献するので、既に一般化している購買金額に応じたポイントの付与に加え、健康増進効果の高いサービスについては、追加でポイントを付与(iv)し、そのポイントについては、税制面での優遇等を行い、民間企業もポイント原資を拠出しやすい制度作りが望まれる。

健康クラウドを活用し、社会保障費抑制の検証

健康になると社会保障費が抑制されたということを検証する仕組みとして、健康クラウドを導入し、健診情報やレセプト情報、健康増進プログラム参加状況や生活関連消費、そして体組成データ等を一元的に管理することで成果を測定する(v)。このエビデンスをもって、ヘルスケア・ポイントの制度設計を行い、特区から全国区へと展開することが期待される。

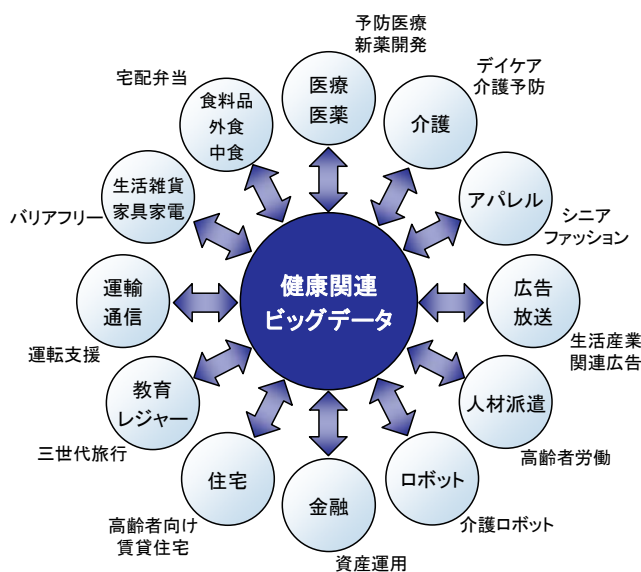
ビッグデータの活用で新たな産業創出の可能性も

健康クラウドによって収集・管理されるデータはいわゆる EHR (Electronic Health Record: 電子健康記録) や PHR (Personal Health Record: 個人健康記録) と呼ばれるものに相当するが、生活関連消費情報をはじめとする生活に関するあらゆる情報を統合することで、将来的には健康関連ビッグデータとなる。この健康関連ビッグデータの活用により単に社会保障費抑制効果の検証に留まらず、蓄積された情報に基づき、効果の高い運動プログラムの開発、予防医療への応用等、健康・医療分野における新たな産業の創出(vi)、さらには超高齢社会におけるさまざまなサービス・財を提供する産業の創出が期待される(【図表Ⅲ-19】)。

成功事例を積み上げ、関連産業の成長エンジンへ

健康クラウド運用にあたっては個人情報のあり方の議論や効果の測定等についてこの特区の枠組みの中での社会実験を通じ、成功事例を積み上げるとともに、将来的に全国の自治体で同様の仕組みが利用出来る共通基盤としての整備が望まれる。これにより、健康クラウドは消費活性化と健康長寿の延伸を目指すヘルスケア・ポイントの運用システムとしてだけでなく、新たな産業の創出にもつながる高齢化社会における関連産業の成長エンジンとなる可能性を秘めている。

【図表Ⅲ-19】 関連産業への波及イメージ



(出所) みずほコーポレート銀行産業調査部作成

全体	(素材チーム 青木 謙治) kenji.aoki@mizuho-cb.co.jp
医療介護	(素材チーム 青木 謙治) (ヘルスケア・特定法人チーム 老月 恵里) eri.oitsuki@mizuho-bk.co.jp
住まい	(社会インフラ・物流チーム 浜田 和也) kazuya.hamada@mizuho-cb.co.jp
雇用	(情報通信チーム 鈴木 顕英) kenei.suzuki@mizuho-cb.co.jp
ヘルスケア・ポイント	(流通生活チーム 阿部 剛) tsuyoshi.abe@mizuho-cb.co.jp