

医療・介護

【要約】

- 医療・介護市場は高齢化の進展等を背景に拡大を続けており、2013年度の国民医療費は前年比+2.3%の40兆円、介護費用は同+4.9%の9.2兆円を計上する見通し。2014年度は診療報酬改定や要介護者の増加に加え、消費税率引上げに伴うコスト増を補てんする医療・介護の報酬改定により、医療費は+3.1%の41兆円、介護費用は+5.4%の9.7兆円に拡大すると予測。
- 医療・介護事業者の業績は、高齢化進行等により増収を見込む。一方、改革への対応や景気回復に伴うコスト増等により、利益率は低下を予想。医療では、2014年度に診療報酬改定や医療法改正等により改革実現に向けた政策が加速されるため、機能分化や地域連携の取り組み状況等により、業績の二極化が拡大すると予想される。介護では、2015年度報酬改定や医療・介護総合推進法施行により、中小零細事業者を中心に業績が悪化すると予想する。
- 2025年に向けた医療介護提供体制の再構築を促進するため、米国IHNをモデルとする非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）の創設が検討されている。画期的な規制改革である一方で、実効性のある制度とするためには、事業者の参画を促進するインセンティブの検討が求められる。
- 今後日本以上のスピードで高齢化が進展するASEAN諸国等において、我が国の官と民が連携して各国と情報交換を行い地域に合った社会的な仕組みを構築することが、日本の民間介護事業者の新たなビジネスチャンスにつながると考える。

I. 産業の動き

1. 医療市場

2013年度の医療市場は+2.3%程度の拡大と推計

2013年度は、医療市場の増減に影響を及ぼす診療報酬改定（2年ごと）の非実施年であり、高齢化の進展に伴う需要増や医療の高度化に伴う高額医療の拡大等の構造的要因（自然増）により、国民医療費全体の伸び率は+2.3%程度と推計される（【図表 34-1】）。

2014年度の医療市場の伸び率は+3%程度と予測

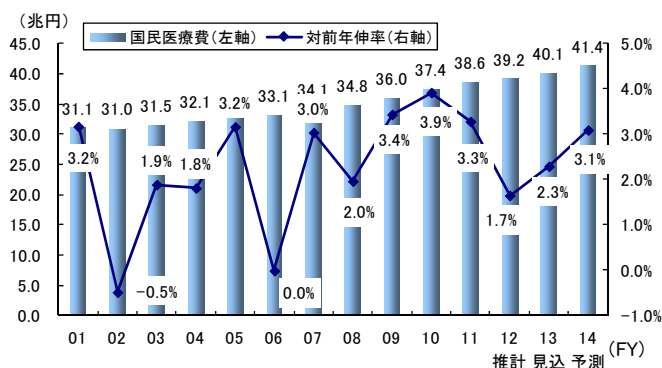
2014年度は診療報酬改定が実施され、改定率+0.1%に加え、高齢化の進展等に伴う自然増+3.0%により、国民医療費全体の伸び率は+3.1%程度になるものと予測する（【図表 34-1、2】）。

診療報酬は実質▲1.26%のマイナス改定。薬価等のマイナス分が本体に充当されなかった影響による。

2014年4月は診療報酬改定と消費税率の引上げが同時に実施されており、消費税率引上げに伴うコスト増相当分+1.36%が上乗せされたため、改定率は+0.1%とちょうどプラスとなったが、実質ベースでは▲1.26%のマイナス改定と言える。その背景には、財務省の強い意向により、従来と異なり、薬価・材料のマイナス分が診療報酬本体に充当されなかったことが大きく影響している。2016年以降の改定においても同様の方針が踏襲される可能性は否定できない。

い。更には、2014年6月に閣議決定された政府による「骨太の方針¹」では、「社会保障給付について、いわゆる「自然増」も含め聖域なく見直す」と明記された。高齢化に伴う需要増等により国民医療費の増大は避けられないものの、2025年に向け、診療報酬改定と医療提供体制の適正化の両輪により、医療費の伸びを抑制しようとする政策は、今後も強化されるものと想定される。

【図表34-1】医療市場と伸び率（国民医療費）



【図表34-2】2014年度診療報酬改定率

	(参考) 2012年度	2014年度		
		改定率 ①	消費税相当分 ②	実質ベース ①-②
全体改定率	+0.004%	+0.10%	(+1.36%)	(▲1.26%)
診療報酬本体	+1.379%	+0.73%	(+0.63%)	(+0.10%)
医科	+1.55%	+0.82%	(+0.71%)	(+0.11%)
歯科	+1.70%	+0.99%	(+0.87%)	(+0.12%)
調剤	+0.46%	+0.22%	(+0.18%)	(+0.04%)
薬価等	▲1.375%	▲0.63%	(+0.73%)	(▲1.36%)
薬価	▲1.26%	▲0.58%	(+0.64%)	(▲1.22%)
材料価格	▲0.12%	▲0.05%	(+0.09%)	(▲0.14%)

(出所)厚労省「国民医療費」及び「最近の医療費の動向(概算医療費)」
よりみずほ銀行産業調査部作成

(出所)厚労省資料よりみずほ銀行産業調査部作成

(注)2012年度～2014年度は概算医療費に基づく
みずほ銀行産業調査部による推計・見込・予測

「医療・介護総合 推進法」が成立

2014年6月に医療法・介護保険法等の19の改正法の一括法である「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(医療・介護総合推進法)が成立した。同法は、少子高齢化が急速に進展する中で社会保障制度の持続確保を図る方策を検討するために設置された「社会保障制度改革国民会議」報告書に掲げられた改革メニューのうち、2014年通常国会に法案提出すると定められたものの実現を図るものである。

医療法改正により都道府県の権限を強化し、病床機能分化を加速

医療分野では、病床機能分化に向けた都道府県の権限を強化する施策が盛り込まれた。具体的には、病床の機能を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つに定めた上で、医療機関が「現状」「今後の方向性」を都道府県に報告する制度(病床機能情報報告制度)を新設するとともに、把握した情報をもとに、都道府県は4機能における将来の必要供給量を含む「地域医療ビジョン」を策定し、医療計画に反映させる。ビジョンの実現に必要な措置として、都道府県は医療機関等との「協議の場」を設け、協議に従わない医療機関には罰則を科することができるなどにより、都道府県の権限を強化する。合わせて、消費増税による財源を活用し、再編を促進する新たな財政支援制度を創設。2014年度は約900億円を確保し、都道府県に基金を設置することで、機能転換を後押しする。医療機関における「病床機能情報報告制度」は2014年度後半、「地域医療ビジョン」は2015年度後半より運用を開始し、機能分化を強力に推進していくこととなる。

¹ 正式名称は「経済財政運営と改革の基本方針2014」(経済財政諮問会議)

2. 介護市場

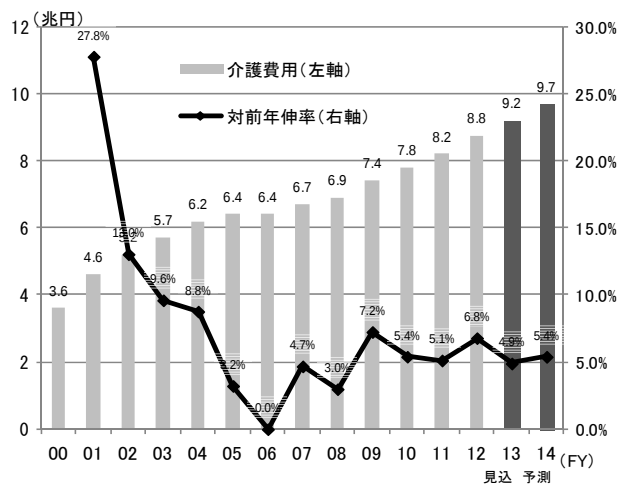
2013年度介護保険市場は9.2兆円、2014年度は9.7兆円に達する見通し

医療・介護総合推進法の施行や介護報酬改定があるも、要介護者の増加により介護保険市場は拡大を予想

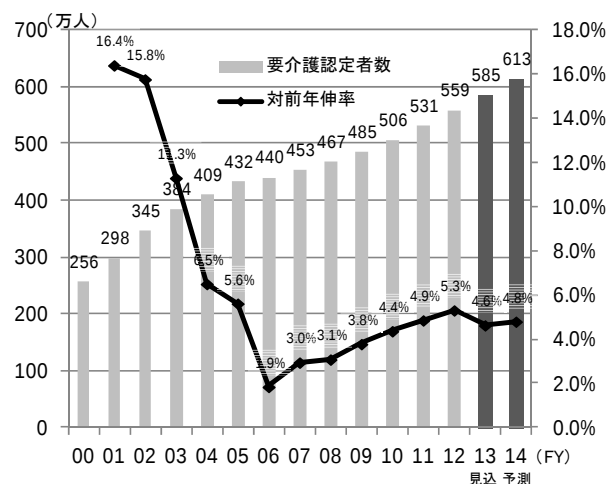
2013年度の介護費用は、要介護認定者数の増加により前年度比4.9%増の9.2兆円を計上する見通し（【図表34-3】）。2000年度には256万人であった要介護認定者数も2012年度には559万人と2倍以上に増加しており、2013年度には585万人（対前年比+4.6%）に達していると推定される（【図表34-4】）。2014年度の要介護認定者数は613万人に上り、介護費用は前年比5.4%増の9.7兆円を計上すると予測する。

先に述べた医療・介護総合推進法のうち介護保険法関係は2015年4月以降順次施行される。また2015年4月には介護報酬改定も予定されている。いずれも、介護保険制度の持続可能性を高めるために大きく改定されると考えられている。例えばアウトカム評価の導入、自己負担の更なる引き上げ、引き上げとなる対象の拡大などの導入が想定されており、これらはいずれも介護費用の増加抑制に向けた施策である。ただし、要介護者数は毎年20～30万人（前年比4～5%）ずつ増加を続けており、団塊の世代の高齢化も進展することから、引き続き介護保険市場は拡大を続けることが予想される。

【図表34-3】介護費用と伸び率



【図表34-4】要介護認定者数と伸び率



（出所）【図表34-3、4】とも、厚生労働省「介護保険事業状況報告」をもとにみずほ銀行産業調査部作成

（注）2013、2014年度ともみずほ銀行産業調査部予測

Ⅱ. 企業業績

1. 医療業界の業績動向

2013年度の一般病院の業績は、増収の一方で、収益は横ばいから微減と推計

2013年度の一般病院の医業収益(売上高)は、大きな制度変更がない中、高齢化の進展による需要増、2012年度診療報酬改定に対する病院の体制整備が進んだこと等により、増収と推計する。一方で、2025年モデルに向けた政策誘導を先取りした先行投資として、急性期機能の強化等に向けた人員・設備の増強や、消費税率引上げ前の投資の前倒し等により医業費用は微増し、医業利益率は横ばいから微減と推計する。

2014年度の業績は増収減益を予想

2014年度は、高齢化の進展により引き続き堅調な需要があることに加え、診療報酬改定率が+0.1%、うち診療報酬本体(医療サービスの価格(=技術料)に相当)が+0.73%のプラスとなったことから(【図表34-5】)、増収が見込まれる。但し、消費税相当分を除くと、実質▲1.26%のマイナス改定であること(本体は+0.1%の微増)、急性期機能の強化に向けた人員・設備の増強等に伴う費用増、人件費単価や光熱費等が上昇基調にあることなどから、収益面では下方圧力が見込まれる。特に、設備投資に伴う消費税相当分の補てんについては、今次消費税引き上げ時での対応が見送られたため、設備投資が旺盛な一般病院を中心に、控除対象外消費税の負担増が見込まれる。以上により、増収減益を見込む。

【図表34-5】一般病院の業績推移(業界平均値)

	(年度)								
	2008 (実績)	2009 (実績)	2010 (実績)	2011 (実績)	2012 (実績)	2013 (推計)	2014 (予想)		
1床あたり医業収入(千円)	15,746	16,428	17,627	18,137	18,442	18,811	18,999		
(伸び率: %)	(0.5)	(4.3)	(7.3)	(2.9)	(1.7)	(2.0)	(1.0)		
医業利益率(%)	0.60	1.80	3.70	3.40	3.30	3.00	2.00	(消費税 相当分)	(実質 ベース)
(参考)診療報酬改定率	▲0.82	/		0.19	/		0.004	/	
(うち診療報酬本体)	0.38			1.55			1.380		
(うち薬価)	▲1.20	/		▲1.36	/		▲1.375	/	
								0.100	1.36
								0.730	0.63
								▲0.630	0.73
									▲1.26
									0.10
									▲1.36

(出所)福祉医療機構「病医院の経営分析参考指標」よりみずほ銀行産業調査部作成

(注)指標は全病病床に占める一般病床50%以上の病院の平均値

2013年度、2014年度はみずほ銀行産業調査部による推計、予想

2014年度改定は病院経営の二極化を加速

2014年度診療報酬改定は、病院経営の二極化を従来以上に加速させると考えられる。今次改定では、「病床機能報告制度」等の制度改革の施行を先取りする形で、診療報酬の面から「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」及び「在宅」それぞれにおける機能・要件を明確化・厳格化し、病院の自主的な機能選択を強力に推し進める内容となっている。特に、「高度急性期」「急性期」においては、過剰な「7対1²病床」の要件を厳格化し、機能の伴わない病院のふるい落としを強力に推進する改定が盛り込まれた。装置産業かつ労働集約産業である病院において、急性期機能の強化には一定の規模が必要であり、高度医療を提供可能な大病院は増収が見込まれる一方で、200床規模の中規模病院においては、入院基本料のランクダウンや地域包括ケア病棟

² 最も看護配置が手厚く(入院患者7人に対し看護職員を常時1人以上配置)、単価の高い病床。他に10対1、13対1、15対1があり、7対1、10対1を急性期と呼ぶ。7対1は重症患者等に高度医療を提供する少数精鋭の病床を想定していたが、高単価が経済的誘因となり、現状は算定病床数が最も多く、医療費の高騰や看護師の偏在を招いていることなどが問題とされる。

等への機能転換により、入院単価が下落し、減収するケースが少なからず生じると想定される。こうした病院は機能転換により中期的には増益も想定されるが、転換に伴う設備投資や人員の適正化に一定の期間を要することから、短期的には減収減益と予想される（【図表 34-6】）。

一方、高度医療を提供する大病院であっても、外来の抑制や、在宅等への早期退院に向けた圧力が高まることから、地域内の他の医療・介護拠点との連携を強力に推進しなければ、病床稼働率が低下し減収となる可能性も否定できず、機能強化に向けた体制整備に伴うコスト増により減益も想定される。特に、医療資源の乏しい地方都市では、人材や連携先等の確保が容易でなく、より厳しい状況に置かれている。

病院は、地域における自院の機能とポジションを早期に明確化し、選択した機能の強化と、地域内の医療・介護事業者との連携を強力に推進していく必要に迫られている。2018年度には、診療報酬、介護報酬、医療計画、介護保険事業計画の同時改定が予定され、大改革が見込まれることから、機能選択のリミットは短い。2025年モデル実現に向けた政策誘導は更に先鋭化していくと考えられ、その対応如何で、病院経営の二極化が一層進むと想定される。

【図表34－6】 1施設あたり医療費（＝保険収入）の対前年伸率（単位：%）

	病院計	～199床	200～299床	300～499床	500床～
2009年度	4.2	4.4	2.7	4.4	5.1
2010年度	6.6	5.4	5.7	6.4	7.4
2011年度	3.4	2.8	3.4	2.9	3.9
2012年度	2.9	1.6	1.8	3.8	4.4
2013/4～12	2.0	1.8	1.0	2.4	2.1

（出所）厚生労働省「最近の医療費の動向〔概算医療費〕」よりみずほ銀行産業調査部作成

（注）社保・国保の審査済レセプトの集計であり、室料差額等の保険外収入は含まない

2013/4～12 は前年同期比 網掛けは診療報酬改定年

2. 介護業界の業績動向

2014 年度も引き続き増収増益を見込む

2013 年度の大手 10 グループ連結業績は、介護サービス利用者の増加や既存施設の入居率向上、拠点数の拡大等により、売上高は前年度比 6.7%増の 4,932 億円を計上、営業利益については、前年度比 7.7%増の 384 億円を計上している。入居者数の伸び悩み等により減益とする企業も一部見られるが、大手 10 グループのうち 7 グループにおいて増収増益を計上しており、最大手のニチイ学館は売上高 1,467 億円（前年比+3.8%）、営業利益 128 億円（同+14.2%）と、いずれも過去最高を記録している。

2014 年度も引き続き各社とも概ね増収増益を見込んでいるが、2015 年度は、2015 年 4 月に予定されている介護報酬改定の内容に大きく左右されると考えられる。給付の重点化・効率化に向けて各介護サービスの報酬要件が厳格化されることが予想されており³、業績を悪化させる事業者が増加すると考える（【図表 34-7】）。

【図表 34-7】 企業収支

【実額】

	(社数) (単位)	12fy (実績)	13fy (実績)	14fy (予想)
売上高	大手10社 (億円)	4,622	4,932	5,299
営業利益	大手10社 (億円)	357	384	421

【増減率】

	摘要 (単位)	12fy (実績)	13fy (実績)	14fy (予想)
売上高	大手10社 (%)	+ 16.2%	+ 6.7%	+ 7.4%
営業利益	大手10社 (%)	+ 4.7%	+ 7.7%	+ 9.7%

(出所) 各社 IR 資料をもとにみずほ銀行産業調査部作成

(注) 大手 10 社(上場企業のうち介護部門売上上位 10 社): ㈱ニチイ学館、㈱ベネッセホールディングス、㈱メッセージ、㈱ツクイ、㈱ユニマツトそよ風、ワタミ㈱、セントケア・ホールディングス㈱、㈱シダー、㈱ウチヤマホールディングス、㈱ケアサービス(㈱ニチイ学館、㈱ベネッセホールディングス、ワタミ㈱、㈱ウチヤマホールディングスは介護事業部門、㈱ケアサービスは非連結決算)

医療・介護総合推進法は、介護事業者の業績への影響大

6 月に成立した医療・介護総合推進法の内容は、介護事業者の業績に大きな影響を与える内容となっている。例えば、自己負担の増加はサービス利用の抑制に繋がることが想定される。また、予防給付が地域支援事業へ移行されることで、軽度者向けの売上が見込みにくくなる。介護保険の持続可能性を高めるために、軽度者が保険の対象から外されたり、自己負担割合を増やすなどの方向性は今後も継続するものと考えられる。サービスのアウトカム評価も導入される見通しであることから、各介護事業者においては、重度者を

³ 例えば、通所介護については、専ら預かりサービス(レスパイト)を提供する事業所の報酬を切り下げ、機能訓練や認知症対応、医療系ケアなど専門性の高い事業所に厚い報酬を付与する案が議論されている。

対象としたサービス、要介護度の改善に資するサービス、あるいは夜間対応を含めた24時間サービス等の提供体制を整えておくことが必要と考える。

報酬マイナス改定や制度変更等により、介護事業者の再編が進展する可能性

介護業界には中小零細の事業者が多く、各事業者において経営の効率化が進んでいないとの指摘が多い。今後、報酬のマイナス改定や制度変更等により中小零細事業者の収益が大きく悪化する可能性があり、スケールメリットを活かして制度変更リスク等を吸収することが可能な大手事業者に集約されていく可能性があると考え。また、ノンコア事業として介護サービスを提供してきた異業種参入組においても、本業とのシナジーを見出せないなどの理由で事業を切り離す動きなども、今後増えてくるものと考えられる。

Ⅲ. トピックス グローバルリーディングカンパニーの最新動向 ～医療・介護～

1. 米国の非営利 IHN から学ぶべき戦略

「非営利ホールディング型法人制度（HD 法人）の創設」を検討

6月に閣議決定された「日本再興戦略 改訂2014」では、地域包括ケアシステムの構築を円滑に進める方策として、複数の医療法人や社会福祉法人等を統括し一体的な経営を可能とする「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）」（以下、HD 法人）の創設と、来年度中の制度化が提言されている。

HD 法人のモデルは米国の非営利 IHN。

HD 法人のモデルとされるのが米国の IHN (Integrated Healthcare Network) と呼ばれる医療・介護複合事業体である。米国では2000年ごろより、医療費高騰に伴う保険者の管理強化、医療ニーズの多様化、それに伴う医療サービスの機能分化が進む中、M&Aにより、同一地域内の病院や開業医、介護施設等の異なる機能を統合し、急性期医療から外来、在宅、介護等のケアサイクルを一元的に提供する IHN 化が進んだ。IHN では、中核機能を持つ非営利ホールディングカンパニーの傘下に、非営利の病院、介護施設等に加え、営利の関連法人や保険会社も保有する。

UPMC は、M&A を通じ、地域内での医療・介護拠点の機能再編・連携と IT ネットワークの活用により、効率的な資源配分を実現

大規模 IHN の事例としてしばしば取り上げられる UPMC は、鉄鋼産業衰退後の地域振興策として、ピッツバーグ大学の3つの附属病院を分離し創設した非営利事業体を起源とする。地域内での積極的な M&A により事業規模を拡大し、各拠点の機能再編と積極的な IT 投資を実施。中核となる大病院と、地域医療や専門分野に機能分化した中規模病院、外来やリハビリ、介護等の400以上のサテライト拠点を地域内に分散配置し、IT ネットワークでつなぐことで、機能分化と連携による効率的な資源配分を実現している。更には、グループ内での症例の集積、数千人の医師・科学者を一元管理する効率的な臨床研究ネットワークを構築するとともに、ピッツバーグ大学・カーネギーメロン大学との業務提携により、研究開発分野でのブランドを確立し、自らも教育・研究資金を拠出し、国内外から医療関連企業や研究者が集まる医療産業集積を形成。海外への事業展開も進め、こうした多角化による収益を社会貢献支出として地域に還元し、また医療に再投資することで、地域医療を確保・向上し、地域振興にも貢献している。

米国の医療制度は、公的保険と民間保険が混在し、州ごとに保険制度が異なるなどの「多様性」を特徴としており、国民皆保険制度により「一国一制度」の日本では、寄って立つ制度が根本的に異なっている。特に保険会社を内

包し、独自のマネタイズの仕組みを持つ大規模な非営利IHNは、それ自体が特区のようなものであり、そのまま同じ仕組みを日本に導入することは難しい。しかし、ホールディングカンパニーという枠組みを活用した経営統合により、同じ経営理念のもとで機能分化と連携を図り、医療提供体制の効率的提供を実現する仕組みは参考となる。

厚労省はHD法人創設に向けた規制緩和等を議論。但し、実効ある制度にはインセンティブの在り方が不可欠

厚労省では、HD法人の創設に向けた議論の中で、医療法人の「社員」に非営利法人も認め、理念や意思決定の共有を図るとともに、異なる事業主体間でのヒト・モノ・カネの活用（融通）や営利法人への出資を認める枠組みを検討している。これらはいずれも画期的な規制緩和である。しかし、枠組みの在り方の議論が中心であり、こうした枠組みに参画するインセンティブが見えにくい。機能分化を進めるための病床の融通の仕組みや、持分あり医療法人⁴が持分を放棄した場合の税制優遇等の経済的インセンティブの在り方等を整備しなければ、特に病院の運営主体の大半を占める持分あり医療法人に対して、実効性ある制度にはなりにくいと考えられる。

米国IHNのように、公的な大学付属病院等を中核とする機能再編が期待される

本制度の活用が期待されるのは、民間よりも公的病院と考えられる。地方都市では、国立大学付属病院や国立・公立病院等の運営主体の異なる公的な大病院が近接し、重複した医療機能を有するケースは少なくない。公的病院の機能再編が進まなければ、地域包括ケアの構築はままならないのが実態である。日本再興戦略では、大学付属病院の大学との別法人化や、自治体・独立行政法人等がHD法人に参画できるような制度措置等の検討について提言しており、先取りする形で、米国IHNのように岡山大学から付属病院を分離し、市民病院や労災病院等の地域の公的病院と経営統合する「岡山メディカルセンター構想」が進んでいる。公的病院の機能再編を前に進める制度改正は、ハードルは高いが、極めて意義が高いと考える。枠組みの議論にとどまらず、インセンティブやディスインセンティブも含めた実効性ある制度となることを期待するとともに、先に述べた地域医療ビジョンの策定とその実現に向けた都道府県の権限強化と併せて、都道府県の実行力を期待したい。

2. 介護業界として、「高齢化の課題先進国」である日本が採るべき戦略

急速な高齢化の進展の下で発達した公的保険制度、民間介護業者の介護事業ノウハウは世界的にみて評価できる点

日本の高齢化の特徴は、その進展スピードの速さにあると言われている。65歳以上人口の割合が7%から14%に達するまでに要した年数（倍化年数）は、欧州諸国では40～115年であるのに対して日本は24年と短かったため、短期間のうちに様々な対策を打つ必要に迫られた経緯がある。1961年には国民皆保険を整備、1973年には老人医療費を無料化、1989年ゴールドプラン策定、2000年介護保険法の実施等を行っており、今後も団塊の世代の高齢化を控え、地域包括ケアシステムの普及など、保険制度の持続可能性を高めるための社会的な仕組みの構築に向けて検討が進められている。世界に類を見ない高齢化が進展する中であって1割の自己負担でニーズに合った介護サービスが受けられる公的保険制度を有していること、及び、公的な制度下で多くの民間介護事業者が高いノウハウを有し一定の利益を上げていることは、世界的にみても評価できる点であると考えられる。

⁴ 医療法人のうち、出資者が出資した割合に応じて法人資産（時価評価）を払い戻すことができる法人形態。一般に医療法人の資産の大半は病院不動産であり、相続時等に払戻が発生した場合に病院の存続に影響を与える可能性があるが、「持分なし」への移行＝持分放棄は法人への贈与とみなされ、多額の税負担が発生すること等が問題となっている。

ASEAN、中国、韓国では日本以上のスピードで高齢化が進展、社会的な仕組みの構築が必要

ASEAN 諸国や中国・韓国においては、今後日本と同等かそれを上回るペースで高齢化が進展することが予想されている。日本で24年であった倍化年数はベトナムでは15年、インドネシアでは17年、ラオスは19年、ミャンマーは20年と推計されており、中国においても25年と日本とほぼ同じペースで高齢化が進展する。近年の経済成長により、都市部における単身世帯や核家族世帯の増加、地方における若年層の都市部への出稼ぎ等、過去日本に見られた状況が足もとで進展しており、高齢者支援関連の法整備が不十分な各国において社会的な仕組みの構築が必要と考えられる。

官・民の連携により、多様な枠組みにおいて情報交換をすることが重要

これらの国々との間では、「ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合」など行政レベルでの定期的な政策対話や、JICAによる技術協力プロジェクトなども実施されている。今後はこうした動きとあわせて、日本の介護サービスや人材、物品等の展開を進展させ、民間介護事業者にとって新たなビジネスチャンスになることが期待されている。日本の介護事業者が海外進出する際には、日本のような公的保険制度がないなどの問題点が指摘されているが、官民が連携し情報交換を行い、国や地域に合った制度を創設し、民間介護事業者が事業展開しやすい環境を作り上げていくことが重要である。

わが国が直面する課題の解決策について ASEAN 等から学びを得ることも必要

数十年前のわが国においては、高齢者の介護は主に同居する多世代の家族や地域のコミュニティが担っていたが、急速な経済発展とともに高齢化、核家族化、介護の外部サービス化が進み、コミュニティ機能や「互助」の力は急速に低下した。また、団塊世代の高齢者の大量出現や独居高齢者の増加、保険財政の悪化などの問題が生じ、介護保険の限界が顕在化しつつある。一方の ASEAN 諸国は、介護制度は未整備であるものの長らく社会資源を活用した高齢者の社会参加や健康増進、在宅ケアに取り組んできた⁵。日本は ASEAN 諸国に残る「互助」や地域コミュニティの機能を学び、それを地域包括ケアシステムに組み込み、普及を図ることも検討すべきであろう。

ライフケアチーム

(医療) 稲垣良子 / yoshiko.inagaki@mizuho-bk.co.jp

(介護) 高杉周子 / chikako.takasugi@mizuho-bk.co.jp

(介護) 吉田篤弘 / atsuhiko.a.yoshida@mizuho-bk.co.jp

⁵ 例えば、ベトナムの高齢者協会 (Viet Nam Association of the Elderly) は高齢者の9割が加盟する独立団体であるが、政府と共同で全国7万のクラブを運営し、健康増進、疾病予防、社会参加など様々な活動に取り組んでいる。

©2014 株式会社みずほ銀行

本資料は情報提供のみを目的として作成されたものであり、取引の勧誘を目的としたものではありません。本資料は、弊行が信頼に足り且つ正確であると判断した情報に基づき作成されておりますが、弊行はその正確性・確実性を保証するものではありません。本資料のご利用に際しては、貴社ご自身の判断にてなされますよう、また必要な場合は、弁護士、会計士、税理士等にご相談のうえお取扱い下さいますようお願い申し上げます。

本資料の一部または全部を、①複写、写真複写、あるいはその他如何なる手段において複製すること、②弊行の書面による許可なくして再配布することを禁じます。