

## 【Focus】医療・介護

## 【要約】

- 医療・介護の国内需要は高齢化の進展等を背景に拡大を続けている。2016年度の国民医療費は43兆円、介護費用は10兆円を超えると予想する。
- 経済・財政再生計画に基づき、医療・介護提供体制の適正化に向けた改革が進展することが期待されるが、高齢者数の増加や医療の高度化等により国民医療費や介護費用は2021年度に向けて増加を続ける見通しである。
- 医療事業者は、地域における自院のポジションの明確化や介護との連携強化など政策誘導に沿った運営が求められ、介護事業者は中重度者や認知症患者への対応、自立支援や要介護度改善に向けたケアレベルの向上などが求められる。また、医療・介護事業者ともに、公的保険への依存度を抑制するような取組も必要となる。
- これらの取組にはICTを活用したイノベーションが不可欠であり、医療・介護事業者は民間企業等との協働など新たな取組が求められる。国内で収益モデルを確立すれば、今後高齢者が増加するアジア諸国の需要を取り込むことも可能となろう。

【図表 23-1】 需要動向と見通し

	摘要 (単位)	2015年 (推計)		2016年 (見込み)		2017年 (予想)		2021年 (予想)	
		(実数)	(前年比)	(実数)	(前年比)	(実数)	(前年比)	(実数)	(2016-2021 CAGR)
医療	国民医療費 (兆円)	42.3	+ 3.8%	43.0	+ 1.6%	43.7	+ 2.6%	46.9	+ 1.8%
介護	介護費用 (兆円)	9.8	+ 2.4%	10.1	+ 3.1%	10.6	+ 4.8%	14.7	+ 7.8%

(出所)厚生労働省「国民医療費」「医療費の動向」「介護保険事業状況報告」よりみずほ銀行産業調査部作成

(注)2015～2021年はみずほ銀行産業調査部予想

## I. 内需～高齢化の進行により需要は増加するが、財政の制約により費用の伸びを抑制

医療費は高齢化の進展や医療の高度化等の影響により増加

医療費は、高齢化による需要増や医療の高度化に伴う高額な医療の増加等により、拡大を続けている。政府は、病床機能の再編と退院促進等の医療提供体制改革やジェネリック薬の推進等を通じて医療費の抑制を図っているが、2015年度の国民医療費は高額な抗ウイルス薬<sup>1</sup>等の影響により+3.8%と近年にない大幅な増加となった。2016年度は薬価を中心に診療報酬を▲0.84%<sup>2</sup>とするマイナス改定となったが、新たな高額薬オブジーポ<sup>3</sup>の影響が想定され、+1.6%程度の増加を見込む。2021年までの中期予想では、医療提供体制改革等により医療費の伸びを抑制しようとする政策は今後も継続するものの、高

<sup>1</sup> C型肝炎治療薬であるソバルディ、ハーボニー(ともに米ギリアド・サイエンシズ社)。2015年度の売り上げは、ハーボニー(2015/9発売)2700億円、ソバルディ(同5月発売)は1500億円であった。

<sup>2</sup> 別途、市場拡大再算定による薬価の見直し▲0.19%、年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例▲0.28%があり、これらを含めれば全体改定率は▲1.31%となる。

<sup>3</sup> がん治療薬(免疫チェックポイント阻害剤)。尚、医療財政への影響懸念から、2年後の薬価改定を待たずに2017年2月からの50%引下げが決定した。

齢化に伴う需要増や医療の高度化等により国民医療費は引き続き拡大し、2021年には47兆円と予想される。

医療提供体制の改革次第で、2021年の介護費用は15兆円を上回る可能性

一方の介護費用も増加の一途を辿っており、2016年には10兆円を超えると見込まれる。病院の病床削減や平均在院日数短縮など、医療提供体制の改革次第で、患者の受け皿となる介護サービスの更なる拡充が必要となる。加えて、介護離職の防止に向けた特養等の整備<sup>4</sup>や、介護スタッフの処遇改善などの取組次第では介護費用が大きく膨らむため、2021年の介護費用は15兆円を上回る可能性もある。

改革工程表の進捗は医療・介護事業者に大きな影響

政府は、骨太の方針2015において、2020年度のプライマリバランスの黒字化に向けた「経済・財政再生計画」を取りまとめ、この計画をもとに歳出削減に取り組むこととしている。具体的には、2016年度からの3年間で社会保障関係費の実質的な増加を、高齢化による増加分（年換算で5,000億円程度）に抑える目安が示されている。増加抑制のための具体的な見直し項目は、改革工程表として検討項目とそのスケジュールが示されている（【図表23-2】）。これらの項目のうち、特に「医療・介護提供体制の適正化」、「負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化」の進捗は、医療・介護事業者に大きな影響を与えることになる。年換算5,000億円の増加に抑える目安が示されている中、これら各項目の改革の進捗が遅れた場合には、5,000億円を上回る増加分の削減に向け、2018年度の同時改定が大幅なマイナス改定となることが避けられなくなるであろう。

【図表23-2】改革工程表における医療・介護分野の主な検討項目

主要分野	主な検討項目
医療・介護提供体制の適正化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進</li> <li>・病床再編や地域差是正に向けた都道府県の体制・権限の整備の検討</li> <li>・医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化</li> <li>・外来医療費に関して、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化、地域差是正</li> <li>・人生の最終段階における医療の在り方を検討</li> </ul>
公的サービスの産業化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者によるデータヘルス計画の取組の好事例を全国展開</li> <li>・ICT・介護ロボットの活用等による介護の生産性向上</li> </ul>
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公的保険給付の範囲や内容の適正化</li> <li>・高額療養費制度、高額介護サービス費制度の見直し</li> <li>・介護納付金の総報酬割</li> <li>・利用者負担の在り方 (医療保険における後期高齢者の窓口負担、介護保険における利用者の負担割合)</li> </ul>

(出所)内閣府「経済・財政再生計画 改革工程表」よりみずほ銀行産業調査部作成

診療報酬は、看護配置ではなく、対象患者像や結果を重視する方向へ

今後の政策の方向性について、医療分野においては、医療提供体制の適正化を主眼に、2014年6月成立の「医療介護総合確保推進法」により進められている病床の再編と、受け皿となる在宅医療の充実、介護との連携の早期かつ確実な実施が求められる。具体的には、都道府県による地域医療構想<sup>5</sup>の

<sup>4</sup> 政府が「一億総活躍社会」の実現に向けて掲げた「介護離職ゼロ」を実現するための施策の一つで、2020年までに特養、老健、特定施設等を50万人分増やすとしている。

<sup>5</sup> 2次医療圏を原則とする構想区域ごとに、現在の医療資源と2025年の医療需要を踏まえて、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4機能における必要病床数を定めるもの。2018年度以降に策定される地域医療計画に反映される。

策定を2016年度中に完了し、構想区域ごとに必要な将来の病床数を病床機能ごとに定量化した上で、医療計画に反映し、その実現を図っていく。その際、診療報酬改定が果たす役割は大きい。2016年度の診療報酬改定は、診療報酬本体は+0.49%と微増であったが、内容面では、急性期、回復期、慢性期の各々の機能を明確化し、看護職員の配置ではなく、対象となる患者像や提供した医療サービスとその効果の評価を重視した。このため、必要な機能を満たさない医療事業者は機能転換<sup>6</sup>や対象患者の絞り込みによる患者数の減少等により、減収を余儀なくされている。診療報酬改定により病床の機能分化を図る流れは、次回以降の改定で更に先鋭化されるものと想定される。

療養病床は2018年度以降、新たな施設類型への移行を求められる

特に療養病床については、2018年3月末に設置期限を迎える介護療養病床等の受け皿となる新たな施設類型の検討が進められ、2016年1月に移行案が公表された。新たな施設類型は「医療機能を内包した施設系サービス」と「医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設」の2つに分類されるが、2018年度改定においてその具体像と報酬が示される予定である。移行には数年の経過措置が設けられる方向であり、療養病床はいずれの施設類型に移行をするかを定め、対応する必要がある。

介護事業者は、要介護者の自立支援や要介護度の改善への取り組みが必要に

一方の介護分野においては、改革工程表に示されている通り、給付の範囲や内容の適正化が大きく進められていく見通しである。具体的には、中重度者や認知症、医療必要度の高い高齢者へのサービスには、基本報酬への加算などにより報酬が配分される一方、軽度者向けサービスは保険の対象から外れたり、サービス利用者の自己負担割合が増加するような制度改正が進むとみられる。加えて、要介護度の維持・改善に繋がるようなサービスへの評価が高まる見通しである。安倍首相は2016年11月の未来投資会議で、要介護者の自立支援を中心とした制度への転換を進めることを表明している。具体的には、2018年度の介護報酬改定で、要介護度を改善させた事業所の報酬を引き上げる一方、自立支援や回復に後ろ向きな事業所の報酬を減らすことを検討するとしている。これらの方針に沿った運営ができない介護事業者は、介護報酬の単価が大きく減らされるため、急激に業績を悪化させるケースも増加することが想定される。

<sup>6</sup> 日本病院団体協議会が2016年7月に行った調査では、回答した894の7対1病院のうち2割を超える193病院が7対1病床からの「変更を実施した(する予定)」と回答。

## II. グローバル需要～アジアでも高齢者が増加、中国は1.3億人規模の巨大市場を形成

【図表 23-3】日本・中国・ASEANの人口推移と高齢化の進展(百万人)

	摘要 (単位)	2015 (実績)	2016 (見込み)	2017 (予想)	2021 (予想)	CAGR (2016-21)
日本	総人口	127	126	126	123	▲ 0.4%
	高齢者人口	34	35	35	36	0.9%
	高齢化率	26.8%	27.5%	28.0%	29.4%	-
中国	総人口	1,376	1,382	1,388	1,406	0.3%
	高齢者人口	131	138	146	176	5.0%
	高齢化率	9.6%	10.0%	10.5%	12.5%	-
ASEAN6	総人口	556	562	568	591	1.0%
	高齢者人口	34	35	36	43	4.4%
	高齢化率	6.1%	6.2%	6.4%	7.4%	-

(出所) 日本:総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、国連 World Population Prospects, The 2015 Revision 等よりみずほ銀行産業調査部作成

(注) ASEAN6はシンガポール、マレーシア、タイ、インドネシア、ベトナム、フィリピン

【図表 23-4】中国・ASEANの総医療費の推移予測(10億ドル)

		2015年 (実績)		2016年 (見込)		2017年 (予想)		2021年 (予想)	
		(実数)	(前年比)	(実数)	(前年比)	(実数)	(前年比)	(実数)	(2016-2021 CAGR)
グローバル 需要	中国	626	+7.3%	674	+7.7%	761	+12.9%	1,265	+13.4%
	ASEAN	95	+0.0%	100	+5.4%	111	+10.2%	168	+10.9%

(出所) Espicom よりみずほ銀行産業調査部作成

(注1) 2021年はみずほ銀行産業調査部予想

(注2) ASEANはシンガポール、マレーシア、タイ、インドネシア、ベトナム、フィリピンの合計

アジアでは高齢者が増加

中国やASEANなどアジア諸国では、今後日本を上回るペースで高齢者数の増加が予想されている。特に中国における高齢者数は2015年に1.3億人と日本の総人口を超えており、2021年には1.8億人程度にまで増加することが予想されている(【図表 23-3】)。

巨大な市場を抱える中国では、規制緩和に伴い、外資参入が活発化しつつある

2016年の中国の総医療費は6,740億USドル(約74兆円)、前年比+7.7%と日本の総医療費を大きく凌駕し、今後も、高齢化や生活習慣病主体への疾病構造の変化、経済成長と医療アクセスの向上等により、2021年に向けCAGR+13.4%の高い伸びが見込まれる(【図表 23-4】)。中国では近年の医療改革により皆保険制度がほぼ達成されたが、課題として残されている公的保険のカバー範囲の充実、都市と農村の制度格差、医療インフラ格差等の是正を進めていく方向にある。政府は、農村部の基層医療機関の整備に財源を集中させる一方で、公立病院の経営改善や先進的な医療ニーズについては、民間資本や外資を活用する方向で制度整備を進めている。2015年6月に公布された「民間医療事業を促進し発展させることに関する若干の政策措置」では、公立病院医師の民間病院を含む多拠点就業の許可や民間病院の税制優遇等の推進施策が明示され、こうした流れの中、大規模な医療集団や医薬集団が公営病院を買収したり、病院を新設する動きが活発化している。並行

して外資の参入規制も緩和されており、独資・合弁を含め、外資による病院の設立申請が相次いでいる。

ASEAN6 カ国は市場規模は小さいが、高い伸び率が見込まれる

2016年度のASEAN6カ国合計の総医療費は1,000億USドル(約11兆円)と市場規模は小さく、2021年においても日本の3分の1程度に留まる見込みである(【図表 23-4】)。但し、その伸び率は高く、今後も国内の医療制度・インフラ整備の進展や経済成長に伴う中間層の拡大等により医療市場の拡大が見込まれる。特に、世界第4位の人口を抱え、ASEAN最大の市場であるインドネシアでは、2019年までに国民皆保険を整備する政策が進められており、ASEANで最も拡大が見込まれる市場である。加えて、同国では2016年5月に外資規制が緩和され、従来は認められなかった総合病院への外資参入が認められることとなった。インドネシア国民以外の医師による診療が制限されるなど依然制度上の制約はあるものの、外資医療事業者にとって魅力ある市場となりつつある。

アジアを中心とする新興国では、成長する中間層の医療ニーズが拡大

アジアを中心とする新興国の医療の特徴として、広く国民を対象とした公的医療と、富裕層等を対象とした民間病院による高度で市場化された医療とに二極化していることが挙げられる。富裕層は高度な医療サービスを求めてシンガポールやマレーシア等に渡航する一方、公的な医療では病床・医師等の医療資源は少なく、都市と地方の格差が大きい。近年は国民所得の増加に伴い中間層が増加し、国内での質の高い医療へのニーズが高まっている。米国に本拠を有するColumbia Pacific Managementはアジアにおいて中間層を対象に規格化された中小病院を数多く展開する事業者であるが、2016年7月に三井物産が傘下のColumbia Asiaに出資し、10月にはシンガポールのTEMASEKがColumbia Chinaとの合弁事業を公表するなど、アジアにおいて増加する中間層をターゲットとした事業に成長を見出す動きとして注目される。

「中国版介護保険制度」が試行されるも、日本の介護事業者にとっての事業環境が大きく整備されるものではない

また、中国では高齢者の介護需要が急拡大する中、「中国版介護保険制度」の創設に向けた取り組みが進められている。青島、上海、重慶など15都市が介護保険試行のモデル地域に指定されており、各都市では2020年までに制度の基本的な枠組みの構築(サービス対象者、保険加入者の範囲、給付方法、要介護認定、サービス提供機関の管理・評価制度など)が進められる。ただし、日本の介護保険制度と比較し、内容は限定的になる見通しである。モデル地域に指定された都市の中には、サービス対象者を「寝たきり」などの重度者や認知症患者(日本での要介護度3以上)に限定する計画も見え始めており、軽度者向けの予防サービスを含める日本の制度とは大きく異なるものとなるようである。加えて、中国の各都市が財政状況などの実情に合わせて制度設計を進めるため、試行される制度の内容も都市毎に大きくバラツキのあるものになることが想定される。日本の介護事業者は、保険制度のない中国でマネタイズ可能なモデルを構築する負担から、概して進出には消極的であった。「中国版介護保険制度」の試行は、日本の介護事業者にとっての事業環境の大幅な改善をもたらすものではないため、進出するべきかどうかの模索が続くものとみられる。

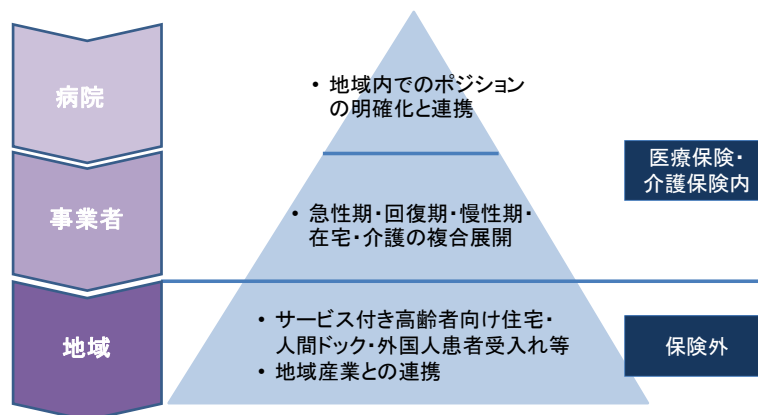
### III. 外部環境変化を踏まえた日本の医療・介護事業者の取り組みの方向性

#### 1. 医療

医療事業者に求められる方向性

国内の医療需要の拡大が見込まれる一方で、少子化により医療従事者の確保は容易でない。また人口動態には地域差があり、2040年頃に医療需要のピークを迎える都市部もあれば、すでに2010年頃にピークを迎えた地域もあり、必要な対応は異なる。更に、財政の制約から医療費の伸びを抑制する政策が進められており、病院の経営環境は厳しさを増しているのは既述の通りである。こうした環境の中で、医療事業者に求められる方向性は次の3点と考えられる。第1に病院単位では選択と集中による自院のポジションの明確化と地域内での連携推進、第2に事業者単位では急性期から慢性期、在宅までのフルライン化、更には介護との連携・複合展開、第3に保険制度に依存しない事業へのチャレンジである（【図表 23-5】）。

【図表 23-5】 医療事業者に求められる方向性



(出所) みずほ銀行産業調査部作成

自院のポジションの選択と地域連携にはデータ活用が必須

第1については、各病院はすでに2014年10月からスタートした病床機能報告制度により自院の現在と将来の機能について自主的に選択し報告を行っているが、急性期と慢性期が過剰で回復期が大きく不足するなど、医療介護の将来像である「2025年モデル」の方向性とは大きく乖離しているのが現状である。そのため、政府は、レセプトデータに基づく病床機能ごとの定量的な基準を明確化し、2017年度報告にて導入する意向であり、データにより自主的に選択可能な機能の幅を狭めていく方向にある。各病院は、地域医療構想や病床機能報告、DPC<sup>7</sup>データ等の外部データや自院内のデータを活用・分析し、選択した機能が正しいかを客観的に検証するとともに、地域内で必要な連携を進めていく必要がある。

医療機能間での垂直展開、医療介護での連携が必要

第2については、病床機能ごとの患者像の明確化、平均在院日数の短縮が進められる中、急性期から慢性期までの機能を自らフルラインで展開することで、患者の病態に応じた適切な医療の受け皿を確保し、患者の囲い込みが

<sup>7</sup> Diagnosis Procedure Combination (診断群分類)の略。患者を、病名と提供された医療の組み合わせで分類する手法であり、この分類に基づく診療報酬制度(診断群分類ごとの1日あたり定額払制度)をDPC制度と呼ぶ。急性期入院医療に適用され、DPC制度に参加した病院は、入院患者ごとに「診断名」「治療方法」「入院日数」などのデータを厚生労働省に提出する。

可能となる。診療報酬改定時の機能ごとの収益のブレを吸収する効果も期待される。介護報酬はマイナス改定が定着し事業環境は医療以上に厳しいが、患者起点で考えれば医療と介護はシームレスであり、医療と介護を複合的に提供することにより患者から信頼され選ばれる医療事業者となり得るであろう。医療機能の高度化対応や連携強化の一方での人材確保難等により単体の病院経営が厳しくなる中、医療介護の大改革が見込まれる 2018 年度を跨ぐ 2021 年頃までは業界内の再編とグループ化が活発化していくと想定される。

#### 地域医療連携推進法人の活用可能性も

地域内で医療・介護事業者の連携を後押しする仕組みとして、新たに「地域医療連携推進法人」<sup>8</sup>が創設され、2017 年 4 月より施行される。同制度では、事業地域は構想区域内に限る等の制約があり、活用可能性は限定的との見方も少なくない。しかし自ら複合的な事業展開を行える事業者は一部の大手事業者に限られ、大多数の中小病院は各地域内でポジションと連携を模索している中、ゆるやかな連携を促す本制度は選択肢の一つとして有用と考えられる。特に、人口減少が見込まれる地域では、医師不足、看護師不足、患者不足の中で、「競争」よりも「協調」を指向していく必要がある。本制度にはグループ内で病床や資金の融通が可能である等の規制緩和もあり、これらを病床再編や連携に有効に活用し得る余地もあろう。

#### 保険外事業に加え、地域産業との連携による地域振興が重要

第3の保険制度によらない事業へのチャレンジについては、医療法人の場合実施可能な業務が医療法により制限されているため、選択肢は多くはないが、現行法上でも、在宅拠点としてのサービス付き高齢者向け住宅の運営、人間ドック等の予防医療の実施、保険外の外国人患者の受入れ等が可能である。更には、地域振興の観点から、健康・医療を核とした新たな地域産業へのフィールドの提供と新規事業の創出支援などが考えられる。高齢化と人口減少が進む石川県七尾市を拠点とするけいじゅヘルスケアシステムは、PET 健診を地域産業である温泉滞在と組み合わせる旅行商品化したり、商店街に地域交流拠点を兼ねた介護複合施設を開設するなどの取り組みを行っている。こうした取り組みは、医療事業者自身の収益には直接的には結び付かないが、地域産業の発展や雇用の創出を通じて、中長期的に事業基盤である地域の維持・発展に貢献する可能性がある。

#### 海外展開は企業との連携が鍵

海外展開も保険外事業の一例であり、急成長する新興国の医療需要を取り込むことは、医療の産業振興のみでなく日本の医療制度の持続確保に資するとの観点から、成長戦略に挙げられている。政府は KPI として「2020 年までに新興国を中心に日本の医療拠点を 10 か所以上、1.5 兆円以上の市場獲得」を掲げており、現在までに診断センター等 10 か所以上の拠点が構築された。2016 年 9 月には、カンボジアで 50 床の日系病院が開業を迎えるなど成果を上げつつあるが、収益化にはまだ時間を要するものと考えられる。非営利で中小規模の事業者が中心の日系医療事業者が海外での事業を大規模に展開することはハードルが高く、また、日本の国民皆保険下での病院運営ノウハウは、市場化された海外の医療制度下では成り立ちにくい。とは言え、近年商

<sup>8</sup> 地域で医療機関を開設している複数の医療法人などが参画して新たな法人（地域医療連携推進法人）を作り、複数の医療機関や介護施設を一体的に運営する制度。2015 年 9 月に成立した改正医療法で創設され、2017 年 4 月に施行予定。社会医療法人カレスサッポロと北海道医療大学（札幌市）、金田病院と落合病院（岡山県真庭市）など創設に向けた準備を進めている。

社等の日系企業がアジアの医療ビジネスに参入しようとする動きがあり、先進的医療のノウハウに長けた日系医療事業者との連携ニーズが高まっている。そこで、出資やビジネスモデルの構築、運営管理や周辺サービス等を企業が担い、医療事業者は教育支援・技術指導や、遠隔画像診断、遠隔病理診断等の医療サービスによりフィーを得るような負担の少ない形で、海外展開を検討する余地がある。

医療事業者は規制改革等を追い風と受け止めて有効に活用し、質の高いサービスを持続的に提供することを期待

医療は地域インフラの重要な構成要素であり、高齢化が進む中、安定的な医療介護サービスがなければ、地域社会が成り立ちえない。また医療介護の雇用創出力は地方創生の観点からも重要である。その観点から、事業環境が厳しさを増す中であって、医療事業者が盤石な事業基盤を構築し地域に貢献し続けるために、保険内サービスの領域に閉じこもらず、規制改革等の環境変化を追い風と受け止めて有効に活用し、質の高いサービスの持続的な提供を実現していくことを期待したい。

## 2. 介護

介護事業者に求められるのは、ケアの質を高めることと公的保険への依存度の抑制

先に述べた通り、介護保険制度は給付の範囲や内容の適正化が大きく進められる見通しである。具体的には、中重度者や認知症患者、医療必要度の高い高齢者向けサービスへ介護報酬が重点的に配分される一方、軽度者向けのサービスは給付対象から外される可能性が高い。所得に応じた自己負担割合の引き上げ拡大や区分支給限度額の引き下げなども実施されることとなる。ここで介護事業者に求められるのは、ケアレベルの更なる向上、及び公的保険への依存度を下げることである。

ケアの質を高めるための ICT の活用が急がれる

ケアの質に関しては、先に述べた通り、安倍首相が未来投資会議において要介護度の改善に取り組む事業者の報酬を引き上げる方向を示している。これまでは、要介護度が悪化すると介護事業者の報酬が増額になることもあり、自立支援について介護事業者にインセンティブが無く、体系的な実施がなされていない。要介護者の減少に向け、ICT を活用した自立支援メニューの開発などが急がれる。

介護保険への依存度が高い介護事業者は収益力が低下する可能性

また、介護事業者の多くは介護保険制度内のサービスを中心に事業展開しており、介護報酬への依存度が高い。そのため、報酬改定の際に収益を大きく悪化させる事業者も多い。専門スタッフの配置を厚くするなど改定内容に対応し、収益が一定程度改善した頃には次期報酬改定が到来する。このような制度改定リスクを避けるために、保険外サービスへ事業領域を拡大する必要がある。

混合介護普及により想定される様々な可能性

政府の規制改革推進会議では、「介護サービス改革」を重点事項と位置付け、混合介護の利用促進に向けた議論が進められている。混合介護とは、介護保険内サービスと介護保険外サービスを組み合わせて提供することであり、両サービスを明確に区分して提供する場合は問題ないとの厚生労働省の見解が示されている。対象者やサービス内容により、【図表 23-6】のように分類される。要介護者にとっては、公的保険の対象者や対象サービスが縮小する傾向にある中、保険外サービスを一定程度利用せざるを得ない状況となることが予想



される。また、要介護度が改善したりQOL<sup>9</sup>を高めたりする多様なサービスが創出されれば、保険内サービスの利用抑制にも繋がる。要介護者を支える家族にとっては、保険内サービスのみでは在宅での介護を続けることができない場合、介護離職を防ぐための手段として保険外サービスが求められることになる。また、介護事業者にとっては、新たな収益源になると同時に、マイナス改定や算定要件の厳格化など、介護保険の制度改定リスク軽減にも繋がる。新たな付加価値の提供により、介護スタッフの処遇改善の原資に充当することもできよう。国や地方自治体にとっては、保険外サービスが保険内サービスを代替したり、保険外サービスにより要介護度の悪化を抑制できることになれば、社会保障費の増加抑制により財政悪化の防止に繋がり、また、新たな産業の発展にも繋げることができる。

【図表 23-6】混合介護の分類

混合介護の分類	対象者	具体例
上乗せ・横出しサービス	要介護認定者 在宅介護を支える家族	区分支給限度額を超えて提供するサービス 通院等以外の外出時の介助、草むしり、ペットの世話等
価格の上乗せ		質の高いサービスへの料金上乗せ

(出所) みずほ銀行産業調査部作成

#### 保険外サービス 普及に向けた 様々な問題点

保険外サービスの普及に向けては、保険内サービスとの区分や自己負担額などを利用者に明示するなど誤認防止に向けたルールメイクや、的確な判断が困難な高齢者の保護などは必須であるが、その他にも様々な問題点が存在する。第一に、利用者の自己負担が重い点である。負担増のために利用を控え、要介護度の悪化や介護離職に繋がる可能性も否定できない。保険会社各社では、介護を成長分野と位置付け、親が要介護状態となった場合の保障内容拡大や、保険外サービスを対象とした新商品の投入などの動きがみられる<sup>10</sup>。今後は、要介護状態が続く限り一定の給付を受けられるような商品を中心に、更なる充実化が求められよう。第二に、保険外サービスのケアプランへの組入れに際しての障壁の存在である。サービス内容や質に関してケアマネージャーが十分な情報を有していないため、要介護者へ利用を薦めることができていない。また、事故等が発生した場合のリスクを懸念するケアマネージャーも多い。加えて、報酬等のインセンティブが無い場合、保険外サービスを能動的にケアプランに組み入れるケアマネージャーは少ない。これらを解決するためには、保険外サービスの第三者認証機関の設置や、ケアマネージャーへの報酬加算などが考えられる。第三に、保険外サービスを提供する体制を整備できる介護事業者が少ないことが挙げられる。中小零細事業者中心の介護業界において、保険外サービスに経営資源を割くことができる事業者は少ない。他社との連携などによる体制整備が求められよう。

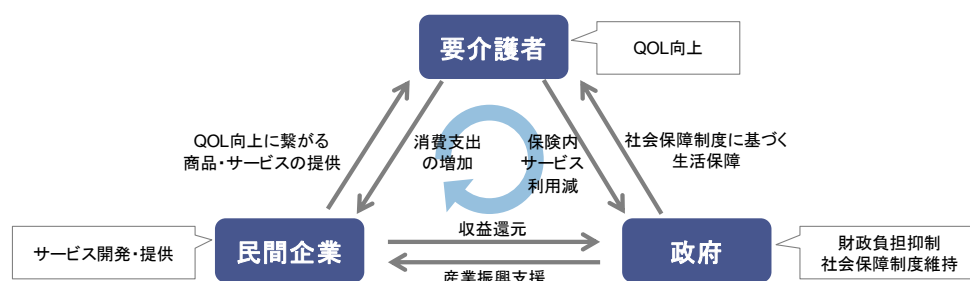
<sup>9</sup> Quality of Life(生活の質)の略。

<sup>10</sup> 損保ジャパン日本興亜ホールディングスでは2016年3月、「保険による補償」、「介護サービス事業者の紹介サービス」、「企業向け『仕事と介護の両立セミナー』」の提供によって介護離職防止を多面的に支援するサービス一体型商品の販売を開始。また、セント・プラス少額短期保険株式会社では、上乗せ・横出しサービスを対象にした少額短期保険を販売、2015年1月には「地域ヘルスケア産業支援ファンド」の出資を受け、拡販のための事業基盤整備を進めている。

民間企業による商品・サービスの開発・提供を促すような仕組みづくりが求められる

今後求められるのは、民間企業が自社の有する技術力・ノウハウや経営資源を活かし、要介護度の改善に繋がったり、要介護者を支える家族を支援するような画期的な商品・サービスを開発・提供することを促すような動きを活発化させることであろう。介護事業者は、国が決めたサービス単価や要件（スタッフの配置や施設のつくりなど）に合わせてサービスを提供してきたため、自ら新たなサービスの開発や価格設定などを行う介護事業者は少なく、サービス開発力やマーケティング力に長けた企業との提携なども必要となろう。開発された商品サービスの医療費・介護費用の削減効果がエビデンス等で明確になれば、保険外サービス市場が一気に拡大する可能性も高まる。政府が、民間企業への産業振興支援を行うことで、要介護者の QOL を高めるサービスの開発・提供に繋げ、保険内サービスの利用減が実現するような仕組みづくりが求められよう（【図表 23-7】）。

【図表 23-7】 保険外サービスの開発・育成による財政負担抑制と社会保障制度の維持



(出所)みずほ銀行産業調査部作成

#### IV. 日本の医療・介護事業者に求められる戦略と留意すべきリスクシナリオ

医療・介護業界は、他産業との連携や、ICT活用によるイノベーションが不可欠

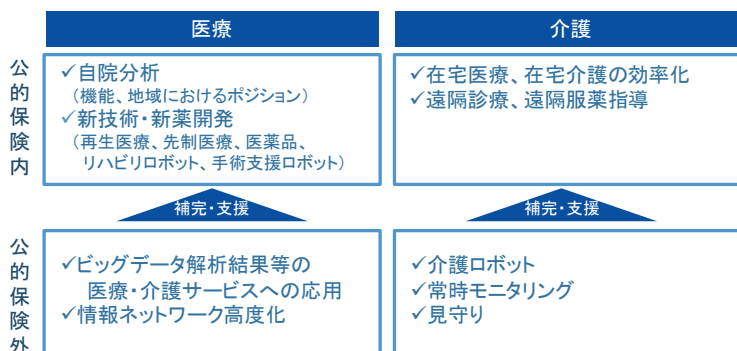
政府は、社会保障制度の持続確保の観点から、医療・介護の機能の充実と給付の重点化・効率化等を骨子とする改革を推進しており、医療・介護事業者は改革の方向性に沿った対応が求められる。具体的には、医療事業者は地域における自院のポジションの明確化や介護との連携強化、介護事業者は中重度者や認知症患者への対応、自立支援や要介護度改善に向けたケアレベルの向上などが必要となる。ただし、財政上の制約から、保険内サービスにおける徹底的な重点化・効率化（給付の絞り込み）が進められると予想されるため、公的保険外サービスへ事業領域を拡大することも求められる。中小零細事業者が中心で経営資源に限りのある医療・介護事業者が、保険内外のサービス両面に渡って高度化、カスタマイズ化、効率化を進め、国民の QOL 維持・向上に繋げていくためには、ICT の活用によるイノベーションが不可欠となる。

医療・介護業界における ICT の可能性

医療・介護業界の ICT の導入余地は大きい。例えば、遠隔診療は、在宅推進、医師偏在・医師不足対応に繋がる可能性がある。介護ロボットは、人材不足対応や生産性向上、認知症患者へのケアに繋げるための開発・実証が進められている。現場で様々な情報を収集し、AI により分析することで、より個別化・効率化されたサービス提供も可能となろう。特に、世界共通で大きな問題となっている人材不足の解消に繋がる商品・サービスの開発への期待は大き

い。AIによるビッグデータ解析により医療必要度や要介護度の悪化要因が明らかになれば、国民のQOL向上に資する新たなヘルスケアサービス・新たな市場の創出も可能となる（【図表 23-8】）。

【図表 23-8】医療・介護分野でのICTの活用可能性



(出所) みずほ銀行産業調査部作成

病院から在宅へのシフトが進められる中、病院も在宅医療に積極的に関与する必要性が高まる

医療提供体制の改革において、病床機能の再編に加え、もう一つの大きな流れが、増加する退院患者の受け皿となる「在宅医療・介護の充実」である。地域医療構想では、慢性期入院機能のシフトにより 2025 年に介護施設や高齢者住宅等を含めた在宅医療で対応する患者は約 30 万人になると推計されている。2014 年度診療報酬改定以降、「急性期」「回復期」「慢性期」いずれにおいても「在宅復帰率」が要件化されており、病院も積極的に在宅医療に関わっていく必要性が高まっている。

在宅医療・介護の充実には ICT 活用が必須。訪問診療専門の新たな事業者によるイノベーションに期待

在宅医療・介護の充実には、かかりつけ医となり得る「総合診療医」の育成と ICT の活用による効率化・高度化が不可欠である。総合診療医の育成は、臓器別専門医中心の現在の医師教育制度の中では時間を要し地道な取り組みが求められるが、同時に遠隔医療によりかかりつけ医を専門医が支援する仕組みや AI の活用等が期待される。自治医大では、医師不足の地域に勤務する若手医師を支援するため AI を活用した総合診療支援システムの開発を行っており、同大学病院での試験運用を予定している。また、ICT の活用は、地域に広がる在宅患者への効率的な訪問・スケジュール管理、多施設・多職種による医療・介護・生活支援を可能にする情報共有ネットワーク、24 時間 365 日の緊急対応を支える仕組み等、多方面に亘る。現状、在宅医療の担い手は地域の開業医や中小病院などが中心で、ICT 化に向けた投資が進んでいるとは言いがたい。しかし、都市部では、拡大するニーズに着目した若手医師などによる在宅医療を専門に行う大規模な訪問診療グループ等が現れており、ICT 企業と協働して効率的な訪問や情報共有を支援するシステムを独自に開発し、事業を展開している。こうした事業者がイノベーションを起こして、成功事例を積み上げていくことを期待したい。

遠隔診療は急増する都市部の在宅患者への対応策となり得る

特に、遠隔診療の分野では、2015 年 8 月に厚生労働省より遠隔診療を原則解禁する事務連絡が出たことを契機に、医師が起業する医療ベンチャー等が続々とサービスの提供を開始している。遠隔診療は医師不足の地域はもとより、

高齢者の急増が予測され在宅医療体制の整備が急務となる都市部においても不可欠なインフラとなり得る可能性がある。また、多忙な勤労者の慢性疾患の受診中断防止等にも有効と想定される。2016年11月の政府の未来投資会議においても、遠隔診療について対面診療と同等の診療報酬上の評価を行うべきとの提言が行われており、今後制度整備が進み、医療提供の効率化に有効に活用されるべきと考えられる。

在宅サービスの普及に向けては、ICTの活用は不可欠

医療必要度や要介護度の高い高齢者の在宅での生活を支えるためには、不採算になりがちな在宅サービスを、遠隔見守りのようなICTを活用したツールにより効率化したり、不足する人材をロボットの活用により補うなどの取組みが重要度を増す。更に、今後は要介護度の改善に繋げたり、自立を促すような事業者を評価するような政策誘導が進められるため、データに基づきカスタマイズされたケアプランやサービス提供が求められる。介護大手のセントケア・ホールディングは、米国のスタンフォード大学とともに、人工知能の活用に向けた共同研究を進めており、ビッグデータの解析による、最も効果的なケアプランの作成を目指している。ここで作成されるケアプランの内容に加え、ケアプランに基づき提供されるサービスの種類・量、高齢者ごとの医療必要度や要介護度、家族介護の状況、生活習慣、趣味・嗜好、経験などを分析し、自立促進や要介護度改善、QOL向上に繋がるような保険外サービスの開発に繋げることが出来れば、社会保障の産業化が実現することになる。

社会保障の産業化とその後のグローバル展開に向けた取組みを加速させる必要

現在のところは、医療・介護業界では現場のICT化が進展していない状況にある。診療所における電子カルテの普及率は3割程度に留まっており、診療データの共有、データの分析・活用についても、個人情報保護の観点から長年進展していない。介護の現場では、担当者の引き継ぎが手書きのノートで行われる事が多く、日常において報告・連絡・相談さえ出来ない現場も多い。一方で、2016年10月にはレセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を用いた基礎的な集計表が公開されるなど医療サービスの見える化が進んでおり、都道府県別の診療行為別の地域差などが徐々に明らかになっている。また、日本再興戦略では2020年までに400床以上の一般病院における電子カルテ普及率を90%以上とする目標が掲げられており、マイナンバーを活用したオンライン保険資格確認システムの導入や医療連携等に活用可能な医療等分野の番号制度が2018年度から段階的に稼働し始める予定であり、情報活用のインフラ整備は進みつつある。更には、厚生労働省は、病院での治療履歴や健診結果などの国民の医療や保健に関する様々な情報を統合し、病院や介護などの現場で活用できるデータベースを「PeOPLE」と名付け、2020年度から運用する構想を公表した。このような政府の動きを加速化し、民間企業の創意工夫と掛け合わせていけるかどうか、社会保障の産業化とその後のグローバル展開の実現の可能性を大きく左右することになるであろう。

(公共・社会インフラ室 稲垣 良子／吉田 篤弘)  
yoshiko.inagaki@mizuho-bk.co.jp

©2016 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。