

【Focus】医療・介護

【要約】

- 医療・介護の国内需要については、2017年度は高齢化の進展等により、国民医療費は43兆円、介護費用は10.4兆円を見込む。2018年度は診療報酬・介護報酬の同時改定が行われ、医療費の伸びが抑制される一方、受け皿としての介護費用の増加等が想定され、国民医療費は43.2兆円（前年度比+0.4%）、介護費用は10.9兆円（同+4.8%）と予想する。
- 中期的に、社会保障制度の持続性確保と財政健全化を目指し、費用の増加抑制に向けた取り組みは強化されるものの、高齢化の進展や医療の高度化に伴い、2022年度の医療費は45兆円、介護費用は15兆円を超えると予想する。
- 2018年度は診療報酬・介護報酬の同時改定に加え、医療計画や介護保険事業（支援）計画の改定が実施され、2025年に向けた医療・介護提供体制の大改革が行われる予定である。医療事業者は、地域におけるポジションの明確化や介護との連携強化等の政策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強化、自立支援や要介護度の改善に向けたケアレベルの向上等が求められる。また、医療・介護事業者ともに、保険外事業への取り組み強化等、報酬改定に左右されない収益基盤の強化も進めていくべきであろう。
- 医療・介護サービスの質の向上を目指しつつ、社会保障制度を持続可能なものとするためには、ICTを活用したイノベーションが不可欠である。更に、罹患後の「治療」から、罹患前の「予測・指導・治療」へ医療・介護ニーズの重点がシフトする中、医療・介護事業者には収集したデータをもとに多様なニーズを把握し、ソリューションを提案するような新たなビジネスモデルの構築が求められる。国民の健康寿命延伸と医療・介護の産業化、社会保障費の増加抑制も同時に実現するビジネスモデルが確立できれば、将来は中国やASEAN等への輸出も可能となろう。

【図表 23-1】需給動向と見通し

	摘要 (単位)	2016年度 (推計)	2017年度 (見込み)	2018年度 (予想)	2022年度 (予想)	CAGR 2017-2022
医療	国民医療費(兆円)	42.2	43.0	43.2	45.3	-
	前年比増減率(%)	▲ 0.4%	+ 1.8%	+ 0.4%	-	+ 1.1%
介護	介護給付費(兆円)	10.0	10.4	10.9	15.4	-
	前年比増減率(%)	+ 1.3%	+ 4.3%	+ 4.8%	-	+ 8.2%

(出所)厚生労働省「国民医療費」「医療費の動向」「介護保険事業概況報告」、国立社会保障・人口問題研究所

「日本の将来推計人口(平成29年推計)」等よりみずほ銀行産業調査部作成

(注)2016年度～2022年度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

医療費は高齢化や医療の高度化により中期的に増加が続く見込み

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化等により、拡大を続けている。2016年度の医療費は診療報酬のマイナス改定¹の影響により、前年比▲0.4%の42.2兆円と14年ぶりの減少となった。2015年度が、新たに上市された高額な抗ウイルス剤の市場拡大を主因に、同+3.8%の大幅増となった反動もあったと捉えられる²。2017年度は診療報酬改定がなく、高齢化の進行に加え、医療機関における前年度の診療報酬改定への対応が進むこと、キイトルーダなどの新たな高額薬の影響も想定され、前年度比+1.8%の43兆円に達すると予想する。2018年度には診療報酬改定が予定されているが、消費税の用途拡大等により医療費抑制圧力が一層高まっており、前年度比+0.4%の43.2兆円と予想する。2022年までの中期見通しでは、高齢化に伴う需要増や医療の高度化等により医療費の拡大は続くものの、2019年度の消費税率引き上げに伴う臨時改定、2020年度、2022年度の診療報酬改定は厳しい改定になると見込まれ³、2022年度には45.3兆円（年率+1.1%）と予想される（【図表 23-1】）。

介護費用は高齢化の進展により、2021年度には15兆円を上回る可能性

介護費用も、高齢化の進展に伴い増加の一途を辿っており、2017年度には10.4兆円（前年度比+4.3%）、2018年度は10.9兆円（同+4.8%）に達することが見込まれる。2018年度には介護報酬改定により、中長期的には、軽度者向けサービスの絞込み等が進められる一方、医療機関における病床削減や平均在院日数の短縮、地域包括ケアシステム⁴の構築等、医療・介護提供体制改革の進展に伴う退院患者の受け皿として、介護サービスの拡充も進められる見通しである。更に、介護人材の確保に向けた処遇改善も課題となることは明らかであり、2022年度の介護費用は15兆円（年率+8.2%）を大きく上回る可能性がある（【図表 23-1】）。

2018年は2025年に向けた医療・介護の大改革が進められる見込み

2018年度は6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定が行われるとともに、医療計画・介護保険事業計画の見直しが行われる。次回の同時改定となる2024年が、2025年まであと1年しかないことを考えれば、2018年は2025年に向けた医療・介護提供体制の再構築を実現する上で重要な年であり、医療・介護の大改革が進められる見込みである。

II. グローバル需要～アジアでも高齢者が増加、中国は1.4億人の巨大市場を形成

アジアでは高齢者が増加

中国やASEAN等のアジア諸国では、今後日本を上回るペースで高齢者数の増加が予想される。特に中国では2016年の高齢者数は1.42億人と日本の総人口を超え、2022年には1.86億人にまで増加することが予想されるため、医療制度・インフラの整備と介護ニーズへの対応を両輪で進める必要に迫られている（【図表 23-2】）。

¹ 改定率▲0.84%。但し、高額なC型肝炎治療薬の特例引き下げ分等▲0.47%が別途あり、実質的には▲1.31%

² ソバルディ、ハーボニー等のC型肝炎治療薬は同疾患を根治させるため、対象患者が一巡し需要が減少したと見込まれる

³ 更に2016年12月には薬価制度を抜本的に改革して毎年薬価を改定していく方針が打ち出された。これまで薬価引き下げによる財源は医療機関の収入となる診療報酬本体改定の財源として活用されてきたが、薬価改定と診療報酬改定が切り離されることによる診療報酬本体への改定財源へのマイナス影響が想定される

⁴ 重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるような、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組み

【図表 23-2】日本・中国・ASEAN の人口推移と高齢化の進展

(百万人)	摘要	2016年 (推計)	2017年 (見込み)	2018年 (予想)	2022年 (予想)	CAGR 2017-2022
日本	総人口	127	127	126	124	▲0.5%
	高齢者人口	35	35	36	36	+0.6%
	高齢化率	27.6%	27.6%	28.6%	29.0%	-
中国	総人口	1,404	1,410	1,415	1,432	+0.3%
	高齢者人口	142	150	158	186	+4.4%
	高齢化率	10.1%	10.6%	11.2%	13.0%	-
ASEAN6	総人口	565	571	577	600	+1.0%
	高齢者人口	35	36	38	46	+5.0%
	高齢化率	6.2%	6.3%	6.6%	7.7%	-

(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 29 年推計)」、
国連「World Population Prospects, The 2017 Revision」よりみずほ銀行産業調査部作成

(注 1) 高齢者人口は 65 歳以上人口、高齢化率は 65 歳以上人口比率

(注 2) ASEAN6 はシンガポール、マレーシア、タイ、インドネシア、フィリピン、ベトナム

1. 中国

【図表 23-3】中国・ASEAN の総医療費の推移予測

(億ドル)	摘要	2016年 (推計)	2017年 (見込み)	2018年 (予想)	2022年 (予想)	CAGR 2017-2022
グローバル需要	中国	6,656	7,126	7,812	12,345	-
	前年比増減率(%)	+5.8%	+7.1%	+9.6%	-	+11.6%
	ASEAN6	1,045	1,140	1,260	1,819	-
	前年比増減率(%)	+7.5%	+9.1%	+10.5%	-	+9.8%

(出所) BMI Research, *World Medical Device Market Forecasts* よりみずほ銀行産業調査部作成

(注 1) 2022 年はみずほ銀行産業調査部予想

(注 2) ASEAN6 はシンガポール、マレーシア、タイ、インドネシア、フィリピン、ベトナム

中国の医療費は
世界第二位。今
後も高い成長が
見込まれる

2017 年の中国の総医療費は 7,126 億ドル(約 81 兆円)と同年の日本の総医療費 43 兆円のほぼ倍、米国(2017 年 34,395 億ドル)に次ぐ世界第二位の市場規模である。今後も高齢化や疾病構造の変化、経済成長と医療アクセスの向上等により拡大し、2018 年には前年比+9.6%の 7,812 億ドル、2022 年に向けては年率+11.6%の高い伸びが見込まれる(【図表 23-3】)。

医療改革の主眼
は量から質へ。
民間・外資への
市場開放も進む

中国では 2009 年以來の医療改革により皆保険がほぼ達成され、今後は公的保険のカバー範囲の拡充や、地方部・農村部の公的医療インフラを充実させ、都市と地方の格差を縮小していくことが課題である。質の面では、医療水準の高度化に加え、高齢化や疾病構造の変化に伴う生活習慣病やリハビリ等への新たなニーズが高まっており、民間・外資への市場開放で整備を進めていく方向性にある。こうした動きを受け、異業種の企業集団が公立病院を買収する動きが増加しているが、これら事業者は必ずしも病院運営に長けている訳ではなく、外資を含む医療専門プレーヤーとの連携による医療サービスや病院運営の高度化ニーズが高まると想定される。

医薬品流通改革の影響により、公立病院でのアウトソースニーズが高まりつつある

中国政府は 2015 年頃より、高騰する医療費を抑制する観点から、保険医療機関（主として公立病院）における医薬品流通改革を進めており、病院の収益構造にも大きな影響を及ぼしつつある。従来公立病院では、収入の約半分を薬代が占めており「以薬養医」と揶揄される状況にあったが、医薬品流通改革により薬価差益が激減する中で経営効率化を迫られており、臨床検査や調剤薬局等のアウトソース化によって、経費削減を図る動きが始まっている。

「健康中国 2030」では、予防・健康増進関連サービスの産業化への展望が示される

また、中国政府は 2016 年 10 月に「健康中国 2030 計画綱要」を公表した。本計画では、従前の各種医療政策を内包しつつ、2030 年までの長期ビジョンを示しているが、特筆すべきは、足下の課題である医療水準の高度化とともに、長期的には早期診断（含む検査）や予防、健康増進に対する対策を重視する方針が示された点であり、その対策においては遠隔医療やビッグデータ活用等の ICT 化推進を展望している。社会の成熟とともに健康医療に関するニーズが一層多様化・高度化していることを踏まえ、これを産業振興に活かそうとする中国政府の思惑が窺われる。

介護保険制度の創設に向けた取り組みが進む

介護分野では、高齢者の増加に伴い介護需要が急拡大する中、2016 年 6 月に公布された「長期介護保険制度パイロットプロジェクト展開に関する指導意見」にて介護保険試行のモデル地域と指定された青島、上海等 15 都市では、2020 年に向けてサービス対象者、保険加入者の範囲、給付方法等の介護保険の制度設計を進めている。現段階では、サービス対象者を重度者や認知症患者に限定したり、医療機関の施設を活用する案も多く、日本の介護保険に比べ給付の対象・内容とも絞り込まれる見込みである。また、各都市が財政状況に合わせて制度設計を行うため、給付内容や基準などは都市毎に異なると想定される。

日本の介護事業者は中国進出には慎重なスタンスが続く

日本の介護事業者は、介護保険制度のない中でマネタイズ可能な事業モデルを構築する負担から、概して中国進出には消極的である。近年の「中国版介護保険制度」の試行は、事業環境改善の一つと捉え得るものの、各地域の実情や制度に合わせたビジネスモデルを構築することが相当な負担となることには変わりはない。当面は、中国進出について慎重なスタンスが続く見込みである。

2. ASEAN

ASEAN6 の医療市場は高い成長が見込まれる。但し国・地域により医療の発展状況は異なる

ASEAN 主要 6 カ国の医療市場は 2017 年に 1,140 億ドル（約 13 兆円）と現在の日本の 3 分の 1 程度の規模である（【図表 23-3】）。但し、その伸び率は高く、人口の増加、国内の医療制度・インフラの整備によるアクセスの向上、経済成長に伴う中間層の拡大等により、医療サービス市場は拡大している。特に、2020 年頃に向けて皆保険制度の導入が進められているインドネシア、フィリピン、ベトナムが牽引し、2018 年には前年比+10.5%の市場拡大が見込まれる。人口増加により高齢化率の上昇は緩やかであるものの、高齢者人口は着実に増加していることに加え、生活水準の向上による糖尿病や肥満の増加等、慢性疾患主体の疾病構造への移行が見られる等、医療ニーズの多様化も進み、2022 年にかけて年率+9.8%の高い成長が続くと予測する。但し、国や地域により医療インフラの発展状況や高齢化の進展、所得水準等に相違

があり、国ごと、地域ごと、所得階層ごとに市場の様相が大きく異なる点に留意が必要である⁵。

シンガポール、マレーシア、タイでは医療ツーリズムに対応して民間病院が成長

各国の医療の発展度合いにバラつきがあることから、医療水準が相対的に低いインドネシアやベトナム等では、所得に余裕があれば国境を超えて医療サービスを受けることが一般化しており、シンガポールやマレーシア、タイ等では、その受け皿として高所得層や外国人に高度な医療サービスを提供する民間病院グループが成長してきた。マレーシアやシンガポールに展開する IHH ヘルスケアやタイの BDMS 等は上場民間病院グループとして世界有数の時価総額を誇る事業者であり、自国内に留まらず近隣国等へ事業を拡大している。

インドネシア、フィリピン、ベトナムでは中間層の医療ニーズが拡大

更に、近年は厚みを増す中間層にフォーカスした民間病院も登場している。特にインドネシア、フィリピン、ベトナムでは皆保険制度の導入と並行して公的病院等の整備が進められているが、保険制度の不十分さや医療人材の不足等もあり、質量ともに十分ではなく、隙間を埋める中間層向けの民間医療サービスへのニーズが拡大している。併せて、病院経営への外資規制や外国医療人材の就業規制の緩和も進められており、ASEAN 域内・域外から成長する医療市場への参入を図ろうとする動きが見られる。

ASEAN でも中期的に介護ニーズが高まる見込みだが、制度整備・人材育成に課題

介護分野については、医療インフラが未だ整備途上にある中、高齢化の進展も緩やかであることから、介護保険が制度化されておらず、一部の富裕層向けサービスが提供されるに留まっているのが現状である。唯一シンガポールでは 2002 年から介護保険 (ElderShield) を導入したが、その内容は限定的であり、支給金額は最大毎月 400S\$ (約 3.3 万円)、利用期限は最大 6 年と定められており、要介護者のニーズに幅広く対応する日本の介護保険とは大きく異なる。既にタイやシンガポールは高齢化率 7% を上回る高齢化社会になっているが、今後 20 年以内にはインドネシア、ベトナム、フィリピン、ミャンマー、マレーシア、カンボジアも相次いで高齢化社会となる見込みである。高齢化の進展と中間層の拡大、核家族化等の家族機能の低下等から、ASEAN においても介護需要が拡大し、中長期的には日本の介護事業者への参入期待が高まる可能性がある。

3. 日本の事業者の動向

アジア医療市場における日本の商社等の参入の動きは引き続き活発

中国や ASEAN 諸国では日本と異なり株式会社による病院経営が認められていることから、成長市場を取り込もうとする日本の商社等の異業種企業が事業参入を図る動きが見られる。直近 1 年間だけでも、三菱商事がミャンマーでの総合病院の設立計画を公表、丸紅が中国で復星医薬⁶との医薬品卸事業、フィリピンで LSI メディエンスと現地民間病院最大手メロパシフィックグループとの 3 社合弁で検体検査事業会社の創設合意、伊藤忠商事がインドネシア民間病院最大手 LIPPO グループとの ASEAN における病院・健康関連事業の共同展開を公表する等、アジアの医療関連サービスに参入を図る動きが活発化している。これら異業種から参入する日本企業には医療機関との連携ニ

⁵ ASEAN の医療市場については、「IV-3. 拡大する医療需要と進む規制緩和 -成長する民間病院市場への参入戦略-」『MIZUHO Research & Analysis no.12 成長市場 ASEAN をいかに攻略するか -多様性と変化がもたらす事業機会を探る-』（2017 年 7 月 25 日）みずほフィナンシャルグループをご参照

⁶ 上海復星医薬(集団)股份有限公司。中国大手医療・ヘルスケア産業グループ

ズが想定されることから、日本の医療機関にとって新たな事業機会となる可能性がある。

介護分野では、小規模なプロジェクトやコンサルタント契約から、中長期的に事業拡大を展望する取り組みが増加

介護分野では、数年前に中国での国営企業との合併による数百床規模の大規模プロジェクトがブームとなったが、マネタイズ可能な事業モデルを構築する負担や現地の人材不足などの課題が顕在化するにつれて、日本の事業者は投資に慎重になっており、2017年には新規の大型投資案件への取り組みはほとんど見られなかった。代わって、小規模なプロジェクトやコンサルタント契約から着手し、中長期的な事業拡大を展望するようなプロジェクトの立ち上げが複数国で進められた。例えば、医療・福祉コンサルティング会社のメディアヴァは、中国で通所介護のコンサルタント事業に取り組み、富裕層を対象に「自立支援介護サービス」を保険外で提供する事業モデルの構築を目指していく。学研グループは香港で現地財閥 New World Development Company Limited グループと既存施設のリノベーションのコンサルタント契約を締結し、当地での高齢者住宅のあり方の検討を図るとともに、ミャンマーでも通所介護事業に参入する計画を公表した。また、さくらコミュニティサービスは、ミャンマーで現地合併会社を通じて訪問系事業に参入し、技能実習制度（Ⅲ節 2 項（2）にて後述）を活用しながら現地の在宅介護の市場開拓を図る方針である。介護産業の市場を創出する観点から見れば、「小さく産んで大きく育てる」戦略も有効な打ち手の一つであり、今後もこうしたプロジェクトが相次ぐ可能性がある。

III. 外部環境の変化と日本の医療・介護事業者の取り組みの方向性

社会保障の持続確保に向けた改革が進められる

医療・介護費用の増大に加え、生産年齢人口の減少による社会保障費用の負担力の低下、医療・介護人材の慢性的不足により、社会保障制度はその持続性確保に懸念が生じている。政府は、団塊世代が全て 75 歳以上となる 2025 年に向け、社会保障・税一体改革推進法や経済・財政再生計画の「改革工程表」に基づき、医療・介護費用の増加抑制と、医療・介護提供体制の改革を進めている。

超高齢化して複合化する地域住民の医療・介護ニーズに対し、医療・介護の一体的な整備が必要

2025 年以降の高齢化はそれまでの状況とは異なる。2025 年以前は高齢者数が急増し、受け皿の量的整備も求められているが、2025 年以降の高齢化は、高齢者数は横ばいで、生産年齢人口が急減していく。加えて高齢者の中でも更に高齢化が進むと共に、単身高齢世帯が増加していく。そこで求められるのは、急性期か慢性期かを問わず、要介護者や認知症を抱える患者等への生活支援と一体での支援である。医療・介護を提供する人員や保険の支え手（財源）に限りがある中で、超高齢化し、複合化していく地域住民の医療・介護ニーズと生活をどのように支えていくかといった視点から、医療と介護を一体的に整備していく必要がある。

1. 医療

(1) 地域医療構想と診療報酬改定の方向性

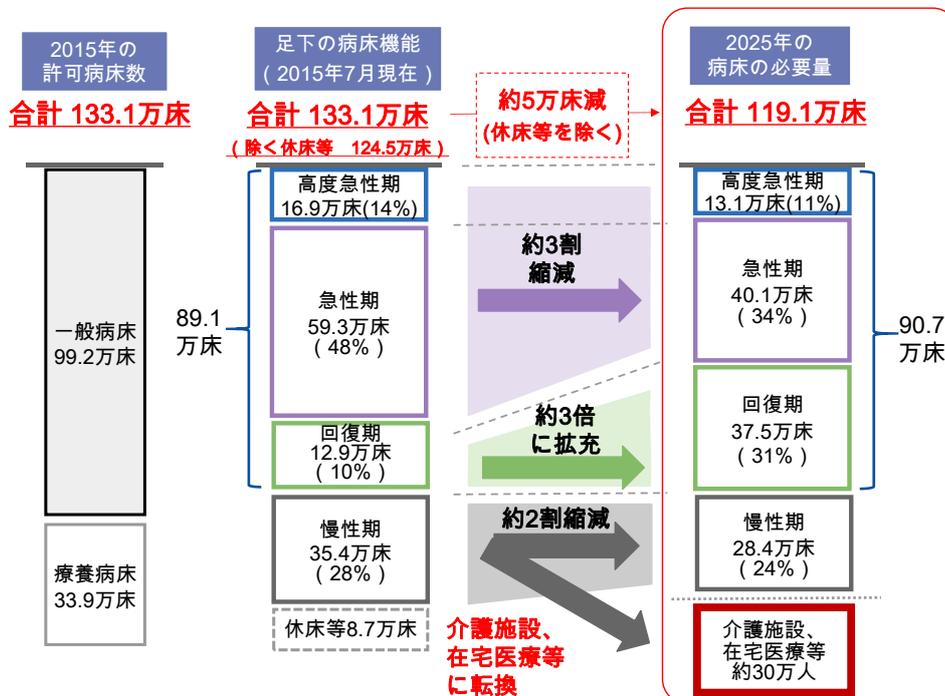
医療・介護提供体制改革は地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムの構築

医療・介護提供体制改革の主眼は、地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムの構築である。地域医療構想は、団塊世代が全て75歳以上となる2025年における医療の将来需要を地域ごと、病床機能ごとに推計し、都道府県の主導の下、計画的に医療提供体制の最適化を進めていくものである。民間病院が大半を占める日本では、政府が強制的に機能転換を進めることは困難であり、データの「見える化」による自主的な取り組みと、地域内での当事者間の協議等により、あるべき提供体制の実現を目指している。加えて、構想の実現は診療報酬改定を通じたインセンティブ（ディスインセンティブ）により強力に後押しされる。

2016年度に全都道府県で地域医療構想の策定が完了。2025年の必要病床数は119万床と推計

地域医療構想の策定は2016年度末までに全都道府県で完了した。高齢化により医療需要は増加するものの、病床の機能分化・連携と在宅への移行を進めることにより、2025年の必要病床数は現在の124.5万床（2015年7月時点の病床機能報告⁷。但し休床等8.7万床を除く）より約5万床少ない119万床と推計された（【図表23-4】）。病棟単位（病院機能報告）と病床単位（地域医療構想）などの前提が異なるため単純に比較はできないものの、将来需要を把握する上での参考値として活用できる。

【図表23-4】機能別病床数の現状と地域医療構想による2025年の必要量の比較



(出所)厚生労働省資料よりみずほ銀行産業調査部作成

⁷ 医療機関が担っている現在と将来の病床機能（「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」）について病棟単位で都道府県に報告する制度。毎年7月現在の状況を報告し、報告内容はインターネット上で公開される

7対1病床から回復期機能等への転換、療養病床の在宅医療への転換等が進められる。遠隔診療等のICT活用も

2018年度の診療報酬改定では、地域医療構想の実現に向け、病床機能の分化・強化と連携を進める観点から、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の各病床機能に応じた患者像の明確化等、算定要件の厳格化が進められる。過剰な7対1病床⁸の適正化と、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟への転換が一層進められるとともに、療養病床機能の在宅医療への転換等が図られる見込みである。地域包括ケアシステムの構築に向けては、かかりつけ医機能の普及促進や介護との連携に向けた評価が充実される。また医師の働き方改革や生産性向上の観点から、効率的で質の高い医療を実現する仕組みとして、遠隔診療も含めたICTの活用についても評価される見込みである。

療養病床の受け皿として、「介護医療院」を創設

介護報酬との同時改定となる今次改定の焦点は「療養病床の再編」である。2018年3月末に廃止予定の療養病床入院基本料2を算定する療養病床⁹、及び介護療養病床¹⁰の受け皿として、生活支援機能を備えた「介護医療院」¹¹が新設され2018年4月より運用される。介護療養病床の廃止は移行期間として6年後の2024年3月末まで延長された。また医療療養病床からの移行については2021年までは介護保険事業計画における総量規制の対象外とされる方向性が示された。介護医療院の介護報酬や施設基準を見定めなければ転換の是非は判断できないが、移行促進の観点から当初は有利な報酬が設定される可能性もあろう。

(2) 医療事業者の取り組みの方向性

医療事業者に求められる取り組みの方向性

高度化・多様化・複合化する医療需要への対応、医療サービスの担い手不足、診療報酬のマイナス改定等の中で病院経営が厳しさを増している中、今後5年以内に医療事業者に求められる取り組みの方向性として次の4点が考えられる。

地域における自院のポジションを明確化・強化し、地域内での連携強化

1点目は、選択と集中により地域における自院のポジションを明確化・強化し、地域内で他の医療機関や介護、在宅サービスとの連携を強化していくことである。2018年度には地域医療構想を踏まえた第7次医療計画と第7期介護保険事業(支援)計画が策定される。両計画により地域の現在と将来の医療・介護ニーズを把握するとともに、病床機能報告制度、DPCデータ¹²等を活用して自院及び周囲の医療機関の強みや方向性を把握した上で、地域においてどの機能を担い、どの医療機関と連携していくのかを早期に明確化していく必要がある。そのリミットは、遅くとも第7次医療計画の中間見直しと第8期介護保険事業(支援)計画の策定が行われる2021年までと考えられる。

⁸ 高度な急性期医療を提供するため、入院患者7人に対して常時1人以上の看護職員を配置する病床。最も看護配置が厚く、高い診療報酬単価が設定されている。一般病床には他に、10対1、13対1、15対1がある

⁹ 医療保険適用の療養病床。看護配置20対1の「療養病床入院基本料1」と25対1の「療養病床入院基本料2」があり、医療法改正により看護師の最低配置が20対1以上に引き上げられたことから、2018年3月末に廃止が予定されている

¹⁰ 医療機関内にある介護保険適用のベッド(介護療養型医療施設)。医療法改正により2018年3月末に廃止が予定されている

¹¹ 医療機関内の病床であるが介護施設であり、要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話(介護)」を一体的に提供する施設と定義され、介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づけられる

¹² 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

複数の医療機能ネットワーク化し地域の医療・介護・生活支援ニーズの囲い込みを図る

2点目の複数機能のネットワーク化については、高度急性期から慢性期までの入院機能を垂直統合していくのはもちろん、在宅医療・介護・生活支援機能まで含めた展開を行うことにより、複合化する高齢患者のニーズに包括的に対応していくことである。中小事業者は地域内の他の事業者との連携により、大手事業者はこれらの機能をグループ化していくことで、地域内の医療・介護・生活支援ニーズに包括的に対応していくことが求められる。1980年代までの病院の量的拡大期から40年近くを経て、事業承継や建替え時期に直面する病院が多くある中、二次医療圏内でのM&Aを含む合従連衡のニーズが従来以上に高まっていると考えられる。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での病院経営が厳しくなる中、医療・介護一体改革の2018年度を跨ぐ2022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として4法人が認定。今後は介護事業者との連携にも期待

地域連携を後押しする仕組みである「地域医療連携推進法人」¹³が2017年4月に施行され、全国でまず4法人が認定された（【図表23-5】）。各法人とも地域の医療機関同士が連携し医師確保や研修を行うとともに、医薬品等の共同購買等を通じて経営効率化を図ること等を目的に掲げている。現在のところは医療機関同士の連携に留まるケースが多いが、制度趣旨に鑑み、地域の介護事業者との連携への広がりも期待されている。

【図表23-5】2017年4月に認定された地域医療連携推進法人の概要

名称	尾三会	はりま姫路総合医療センター整備推進機構	備北メディカルネットワーク	奄美南部メディカルケアアソシエーション
所在地 (連携推進区域)	愛知県 (名古屋市長区・天白区、岡崎市、豊川市、刈谷市、豊田市、東海市、大府市、知立市、豊明市、日進市、愛知郡東郷町)	兵庫県 (中播磨・西播磨構想区域)	広島県 (三次市、庄原市)	鹿児島県 (奄美大島南部町村地域)
	●20法人+2個人立医療機関 ・藤田保健衛生大学(豊明市)を中核に、医療法人16、社会福祉法人1、公益財団法人1、医療生協1(2個人立医療機関が社員として参加)	●2病院 ・県立姫路循環器病センター ・(社会医)製鉄記念広畑病院	●3病院 ・三次市立三次中央病院 ・(社)三次地区医師会・三次地区医療センター ・庄原市立西条市民病院(庄原赤十字病院も参加予定)	●3法人 ・(医)馨和会いづはら医院 ・宇検村・国保宇検診療所 ・瀬戸内町・へき地診療所、巡回診療車、与路へき地診療所、国保池地診療所
狙い・経緯	・グループ内施設の機能分化 ・医療・介護従事者の相互派遣、勉強会や研修の連携による回復期・在宅機能の充実 ・患者情報の共有化モデル確立・電子カルテ等システム共同利用 ・医薬品、医療機器等の購入交渉 ・病院・介護給食サービス共同化	・2022年に両病院を再編統合し、はりま姫路総合医療センターを新規開設予定。統合までの間、両病院の機能分担や業務連携を円滑に進める役割を担う	・備北地方の急性期病院で構成。へき地の医師・医療スタッフの効率的な確保を目的 ・医療従事者を確保・育成する仕組みづくり ・地域包括ケアの推進 ・共同購買の仕組みづくり ・共同研修の仕組みづくり	・医療提供の効率化、医療従事者の疲弊解消 ・地域医療の確保 ・医療提供体制の整備、患者情報の一元化 ・医療従事者の相互互置 ・適正な病床配置 ・産科医療の提供 ・地域包括ケアの推進

(出所)各法人資料等公開情報よりみずほ銀行産業調査部作成

機能分化と連携にはICT等を活用した情報連携ネットワークの構築が不可欠

3点目は、ICT等の活用による効率的で効果的な提供体制の構築である。機能分化と連携には多職種・多施設間の連携が必須となるが、効率的で質の高いサービスを提供するためにはICTを活用した情報共有の仕組みが不可欠である。地域医療連携ネットワークは全国で300余り構築されているが、大病

¹³ 地域医療構想を実現する手段の一つとして新設。二次医療圏内で病院等を運営する2以上の医療法人その他非営利法人等を参加法人とする一般社団法人であり、参加法人間での病床や資金の融通、教育研修や医薬品等の共同購買等が可能

院のデータを診療所が閲覧するのみのものも多く、診療所と双方向での情報更新や介護事業者・調剤薬局を含めた地域連携までカバーするものは約半数に留まる¹⁴。地域包括ケアシステムの実現のためにも医療・介護を包含した連携ネットワークの構築が望まれ、前提となる電子カルテ化等の現場のデジタル化を進める必要がある。電子カルテは導入コストや費用対効果の不明確さ等から特に中小病院での導入が進んでいないが、地域内連携や遠隔医療での活用など、医師間、医師・患者間、医師・患者・介護事業者間での情報ツールとして導入意義を高めることが、導入へのインセンティブにつながるであろう。

遠隔診療や AI による診断支援等、診療の質を高め医師の負担を軽減する ICT 技術の活用が進められる

また、2016 年 12 月の未来投資会議において、厚生労働省は 2018 年度改定での遠隔診療への対応と、AI を用いた診断支援技術の 2020 年度までの実装化を目指す方向性を示した。遠隔診療は対面診療と組み合わせることで、在宅患者や慢性疾患患者の病態管理を効率化し、医師の負担軽減に資すること等が期待される。在宅医療を中心に展開する医療法人鉄祐会グループはオンラインでの診療・問診・モニタリングシステムを開発し、対面診療とこれらシステムを組み合わせることで、かかりつけ医の診療の質を高められるかどうかについて、福岡市で 2017 年に実証を開始した。医師と患者がオンラインでつながることで、患者参加型の医療の実現を目指すものであり、福岡市医師会も巻き込んだ取り組みとして注目される。将来の実装化につながる成果の創出に期待したい。

保険外事業による事業基盤強化を図る。人間ドック、サ高住等に加え、海外事業も選択肢に

4 点目として、保険内の医療費・介護費用が抑制される中、保険外事業への取り組みにより事業基盤強化を図ることも選択肢となる。人間ドック等の予防医療、在宅拠点としてのサービス付き高齢者向け住宅（以下、「サ高住」）の運営、保険外の外国人患者の受入れ等は、医療法人であっても実施可能である。規制改革により、退院・通院患者への配食サービスや海外への事業展開も可能となった。外国人患者の受け入れ環境を整備するとともに、マーケティングや訪日前診断、帰国後フォローアップ等の観点から海外拠点を構築することも選択肢となる。アジアにおいて病院経営高度化や予防、ICT 化等のニーズが拡大する中、日本の商社等の異業種企業の事業参入を支援し、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を提供することでフィーを得るような形での海外展開も検討できる。報酬改定に左右されない保険外の収益基盤の強化は、新たな投資や事業への原動力になろう。

相澤病院は急性期病床を縮減し、回復期・在宅支援機能を強化。海外事業にも参入し事業基盤強化を図る

以上述べてきた方向性の事例として、長野県松本市の中核病院である相澤病院の取り組みが注目される。相澤病院は 502 床あった急性期病床のうち 50 床を回復期リハビリテーション病棟に転換し、2016 年には 42 床を分割して相澤東病院（地域包括ケア病床・地域医療支援病院）を新設するとともに、サ高住を新設した（【図表 23-6】）。松本市では人口減少の一方で 2040 年には高齢化率が 36%を超え、患者の高齢化と医療・介護の担い手不足が見込まれる。同院では DPC データ等を分析し、平均在院日数の短縮化等により急性期病床の稼働率が微減基調にある一方で、地域患者の高齢化に伴い退院支援への対応や軽症・中等症救急が増加していることから、急性期治療後の機能を

¹⁴ 日本医師会総合政策研究機構「ICT を利用した全国地域医療連携の概況（2016 年度版）」より

切り離し、リハビリは回復期リハ病棟、在宅医療の支援は地域包括ケア病棟とサ高住により、効率的な入院医療・在宅医療の提供体制の整備を図った。更に2013年にはJCI¹⁵認証を取得し2015年には中国でリハビリテーション事業を展開するとともに、現地拠点を日本への患者送致のマーケティングに活用する等、将来の事業環境の変化も見据え、その経営体制の変革を進めている。資本金や必要な人材の確保等の制約から、誰もが同様の取り組みが出来るわけではないが、地域内での連携も含め、地域の医療・介護ニーズに応えることは検討できるであろう。

【図表 23-6】相澤病院の病床の変遷

	～2014年	2014年	2016年
高度急性期 急性期	【相澤病院】 7対1病床等 502床	【相澤病院】 7対1病床等 452床	【相澤病院】 7対1病床等 410床
回復期		陽子線治療センター 回復期リハ 50床	陽子線治療センター 回復期リハ 50床
在宅医療	サ高住「結」本庄 開設	7対1病床を計92床 減床し機能転換	【相澤東病院】 地域包括ケア42床 (在宅療養支援病院) サ高住「結」つかま開設

(出所)相澤病院ホームページ、公表情報等よりみずほ銀行産業調査部作成

2. 介護

(1) 介護報酬改定の方向性

給付の絞り込みや中重度への評価等は継続し、医療必要度の高い利用者へのサービスも厚く評価

2018年度の介護報酬改定では、引き続き給付の絞り込み・適正化や、中重度者や認知症、医療必要度の高い要介護者へのケアの評価が行われる見込みである。例えば、訪問介護における生活援助中心のサービスの上限設定や、同一敷地内における訪問系サービスの減算の対象の拡大等が論点となっている。介護老人福祉施設や介護付有料老人ホームの基本報酬は軽度者を中心に引き下げられる一方、看取りや認知症対応の加算が充実する可能性が高い。また、認知症ケアを提供するグループホームでは、口腔ケアや重度者の医療ニーズ対応等が加算等で評価される方向である。訪問・通所・宿泊を柔軟にワンストップで提供する小規模多機能型居宅介護や医療ニーズにも対応可能な看護小規模多機能型居宅介護は、中重度者の在宅生活支援の中核となる拠点として位置づけられているが、こうした多機能拠点の増強に向け、確保が難しい看護師等の人材基準の見直しや出店支援策も講じられるであろう。

同時改定であり、医療機関・医療職との連携も評価

加えて、診療報酬との同時改定であるため、医療機関と介護事業者の円滑な連携や、他職種との協働・連携を評価する加算や新たな報酬項目等も盛り込まれる方向である。例えば、地域ケア会議への参加やICTを活用した事業者間の情報共有への取り組み等も、報酬上の評価を得る可能性がある。更に、現場における職員の負担軽減や効率化を実現するロボット・センサー等の導

¹⁵ Joint Commission International (米国の国際医療機能評価機関)による世界標準での医療安全と医療品質を評価する国際認証

入も評価され、人員基準の緩和等が可能になる見込みである。

現行の介護報酬の体系は自立支援介護の推進に課題あり

2018年度の改定で注目されるポイントは、「自立支援介護」の促進である。介護保険法は介護サービスの給付の目的を、要介護状態の軽減や悪化の防止と定めているが、報酬単価は人員配置や設備基準等のストラクチャー（構造）と、サービス提供のプロセス（過程）の二軸で組み立てられており、要介護状態の改善等のアウトカム（結果）の評価は限定的である。また、要介護度が高いほど報酬が高くなる体系であり、要介護状態が悪化してもかえって増収になるケースもある。こうした制度上の課題は、介護保険導入当初から指摘されてきた。

「自立支援介護」の評価が導入される

2016年11月の「未来投資会議」では、状態の維持・改善等アウトカム評価の重視を打ち出し、介助中心の介護から「自立支援介護」への転換を図る方向性が示された。しかし、「自立支援介護」の推進は、事業者が利用者を選別し、状態の改善が見込まれる者のみにサービスを提供したり（クリームスキミング）、利用者にリハビリを強制したりする等の懸念もあり、評価手法（対象者、対象となるサービス、評価項目等）について、研究と共通認識が必要との議論がある。報酬への本格的な組み入れは2021年度の改定以降になる可能性が高いが、次回改定においては、例えばリハビリに消極的なレスパイト型¹⁶の通所介護の報酬の引き下げ等の方向性が打ち出される見込みである。また、アウトカム評価の実現に向けて、利用者の基本情報やサービス提供記録等のデータ化を図る事業者への評価項目等も新設される可能性がある（【図表 23-7】）。

【図表 23-7】2018年度の介護報酬改定の方向性と事例（イメージ）

中重度者・認知症への評価	給付の絞込み・適正化	医療・介護の連携推進	「自立支援介護」の評価
<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護福祉施設や介護付有料老人ホームの看取り、認知症対応 ○ グループホームにおける中重度者の医療ニーズへの対応 など 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ 生活援助中心の訪問介護 など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ICTを活用した事業者間の情報共有の取り組み ○ 地域ケア会議などへの出席・参加 など 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ レスパイト型の通所介護 ○ データに基づく自立支援介護に取り組む事業者 など

（出所）厚生労働省資料よりみずほ銀行産業調査部作成

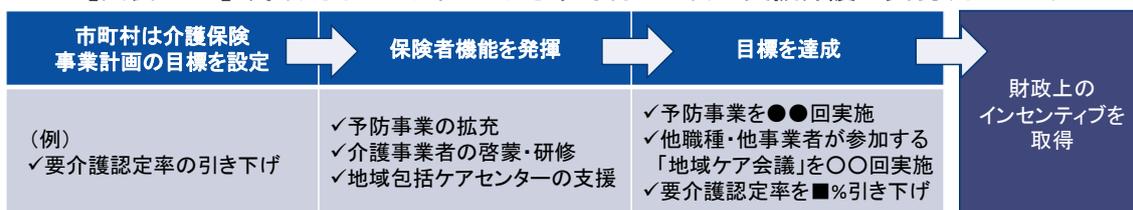
（注）「▲」は報酬引き下げ、「○」は報酬引き上げの可能性のある事業者やサービス

地域包括ケア法は財政的インセンティブにより市町村での自立支援介護の実現への取り組みを後押し

自立支援介護の実現に向けては、介護報酬による誘導に加えて、介護保険者である市町村による取り組みも強化される方向である。2018年度から施行される地域包括ケア法は、各市町村に対し、自立支援介護の実現に向けた介護保険事業のPDCA化を求めている（【図表 23-8】）。推進のエンジンとして調整交付金を活用した財政上のインセンティブも設けられる見込みである。既に和光市等一部の先駆的な市町村は、地域の介護事業者への啓蒙や研修の実施、状態の維持・改善につながるケアプラン作成支援等を通じて要介護認定率の低下等の結果を出している。

¹⁶ 介護に当たる家族等の休息のためのサービス

【図表 23-8】財政的インセンティブによる市町村での自立支援介護の実現（イメージ）



(出所)公表資料よりみずほ銀行産業調査部作成

自立支援介護に取り組む先駆的な事業者の奨励策を実施

また、自治体が財政上のインセンティブ等を用いて、自立支援の実現に取り組む事業者を奨励した場合、事業者の選別につながる可能性がある。既に、東京都品川区や岡山県岡山市等は、利用者の要介護度の改善に対して一人当たり 2 万円の報酬を事業者に支給したり、ADL¹⁷等の改善を実現した事業者を表彰・公表したりする等、自立支援の実現に取り組む事業者を奨励する独自の政策を実施している。今後は、自立支援介護に向けた市町村独自の取り組みが全国で広がる可能性もあり、事業者へのインパクトも含めて注視する必要がある。

(2) 介護事業者の取り組みの方向性

介護事業者に求められる取り組みの方向性

保険財政が厳しさを増す中、個別性が高く、かつ状態に応じて変化する要介護者の多様なニーズへの対応を図るためには、以下 3 点の方向性が考えられる。

中重度、医療必要度の高い要介護者、認知症対応の強化にはサービスのフルライン戦略が重要に

1 点目は、中重度者や医療ニーズが高い要介護者への対応の強化である。介護報酬は中重度者や医療必要度の高い要介護者、認知症対応に重点的に配分される方向性があり、介護事業者は褥瘡管理や看取り、認知症対応等のノウハウを高めることとともに、医療機関とのパイプを強化し、連携して退院支援を進め利用者を確認するような取り組みが求められる。また、医学的管理を要する中重度の要介護者に対しては、複数の介護サービスを組み合わせる必要性が高まる。例えば、訪問介護サービス利用者の要介護度が悪化し、自宅での生活が困難になった場合、居宅介護サービスをセットにしたサ高住や介護付き有料老人ホーム等の提案が必要となる。こうした対応には複数社間での連携が必要であるが、1 社がフルラインでサービス提供できれば、よりスムーズな対応が可能となろう。今後は、医療ニーズの高い要介護者に対し訪問・通所・宿泊をワンストップで提供する看護小規模多機能型居宅介護や、看取りを含めた在宅での療養生活を支援する訪問看護等、医療機関との連携の鍵となるサービスを中核としたフルライン戦略が重要となる。

軽度者向けはニーズを幅広く取り込むような戦略が求められる

2 点目は、保険外サービスの強化である。自立支援介護の促進や中重度者を中心とした給付の絞込みによって、軽度者向けの生活援助中心のサービスは、給付の対象から外される方向にある。しかし、生活援助のサービスニーズそのものが無くなるわけではない。軽度者向けサービスは、事業環境の悪化が懸念される保険内サービスに限定せず、家事代行や宅配食、健康関連サービスなど様々なニーズに対しても保険外のサービスとして提供できるような戦略

¹⁷ Activities of Daily Living. 起き上がりや食事等日常生活に必要な基本動作

が求められよう。

ロボット・センサーは新しいサービス創出に向けて活用に取り組むべき

3 点目は ICT の活用である。ロボット・センサーの報酬体系への組み入れは 2018 年度の改定から始まり、2021 年度の改定より本格化する見込みである。中小事業者においては各種デバイスの導入費用や職員の研修・サポート体制の整備等が負担となるが、導入を機に、職員の負担軽減や各種事務作業の効率化を図るとともに、現場での円滑な情報共有や他事業者・医療機関等との連携促進に向け主体的な取り組みを図ることが求められる。更に、睡眠や体温、血圧、運動状況等様々なデータを取得することで、カスタマイズ化された新たなサービスの提供に繋がる可能性もある。既に、パナソニックグループやオリックスグループ、住友林業グループ等は、ロボット・センサー等の開発・活用を進め効率的な見守りシステム等を構築している（【図表 23-9】）。

【図表 23-9】企業によるロボット等の活用や自立支援介護への取り組み

企業	概要
パナソニックグループ	<ul style="list-style-type: none"> ○ロボット等を複数開発し、自社グループ施設で導入 (例)車いすとベッドを融合させた移乗支援ロボット(商品名「リシヨーン」) エアコンのセンサーを活用した見守りシステム ICTを活用したリハビリ支援機器 など ○AIを活用した転倒予防システムや認知症早期発見システムなどの開発も志向
オリックスグループ	<ul style="list-style-type: none"> ○ノーリツプレジジョンの見守りシステム「ネオスケア」のオプション商品(生体モニター)を共同開発し、自社グループ施設で活用 ○介護リフトなども活用し、腰痛の減少や労働時間の削減、転倒防止などを実現、「介護ロボット導入好事例表彰事業(事業者部門、2016年度)(注1)」で、優秀賞を受賞
住友林業グループ	<ul style="list-style-type: none"> ○自社グループの研究結果を基に、既存のICT見守りシステム(注2)をカスタマイズし、2016年から施設で活用 ○センサーで収集したデータに基づき個別化介護の実現に取り組む

(出所)公表資料よりみずほ銀行産業調査部作成

(注 1)公益財団法人テクノエイド協会主催

(注 2)大阪市立大学医学部とエコナビスタ(株)が産学連携で共同開発した「ライフリズムナビ+Dr.」

日本の介護の輸出によるアジアの介護産業の発展を期待

また、介護報酬の引き締めが続き収益環境の厳しい国内から、海外展開を展望する動きもあろう。中長期的には ASEAN 各国は高齢化する見込みであり、2016 年 7 月、内閣官房健康・医療戦略推進本部は、日本の技術や実績に基づいた介護制度と産業をアジア各国に展開し、活力ある健康長寿社会の実現を目指す「アジア健康構想」を取り纏めた。関係する産官学の連携や政府間協議等も推進され、介護の輸出に向けた機運が高まりつつある。また、2017 年 11 月に介護分野における外国人技能実習制度が解禁されたことは注目に値する。海外展開を志向する企業が、技能実習制度を活用し、国内の人材不足の緩和を実現しつつ、日本の介護のノウハウや理念を修得した外国人人材と共に海外展開を進めることを期待したい。

IV. 日本の医療・介護事業者に求められる中長期戦略

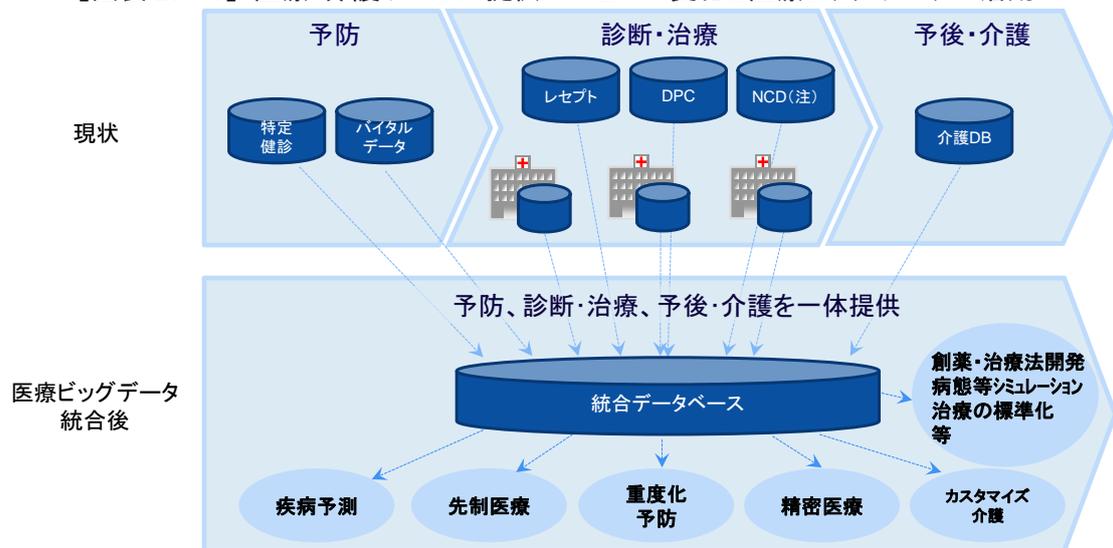
医療・介護事業者には ICT を活用したイノベーションが不可欠

これまで述べた通り、政府は社会保障制度の維持に向け、医療・介護給付の重点化・効率化を進めており、医療・介護事業者は政府の政策に沿った対応が求められている。医療事業者は地域におけるポジションを明確化し、機能強化や機能転換、介護との連携強化を進めること等が求められている。また介護事業者は、中重度者や認知症患者への対応強化に加え、自立支援に向けたケアレベルの向上等が求められる可能性がある。しかし、医療・介護業界は中小・零細事業者が多く、これら政策に沿った展開を自力で行うには限界がある。そのため、ICT を活用したイノベーションが不可欠であり、特に在宅推進や生産性向上、人材不足等の面で導入余地が大きいと思われるが、当業界は ICT 化の周回遅れが指摘されており、財政面や技術・ノウハウ面での政府の支援等が求められる。

中長期的な発展に向け戦略に向け、医療・介護関連データの利活用が不可欠

このような対応に加え、医療・介護事業者には中長期的な視点を持った戦略が求められよう。今後、罹患後の「治療」から「疾患の予測」、「発症前のリスクに応じた指導・治療」へのシフトが世界的に進展していくと見られる。疾患の発生を抑える、あるいは重度化を予防する、要介護状態にならないようにする方向性へと医療・介護ニーズの重点がシフトしていくことに備え、そのノウハウを蓄積していく必要がある。例えば、先制医療は、全く症状のない無症候期に一定の確率で疾患が発生するかどうかを診断・予測し、治療的な介入を行うことを目指している。このような、「疾患の予測」、「発症前のリスクに応じた指導・治療」へのシフトや自立支援に向けたケアレベルの向上を実現する上で欠かせないのが、医療・介護関連データの利活用であろう（【図表 23-10】）。

【図表 23-10】 医療・介護サービス提供プロセスの変化と医療ビッグデータの活用



(出所) みずほ銀行産業調査部作成

(注) NCD: 各種の専門医制度に関係する国内の手術・治療・剖検情報のデータベース

日本には良質な医療ビッグデータが存在するも、2次利用には極めて不十分な状態

医療・介護分野のICT活用には現場のデジタル化が必要であり、政府の支援策が重要

健康寿命延伸と産業化、社会保障費の増加抑制を同時に進めるビジネスモデルの確立が急がれる

日本には、世界有数の良質な医療ビッグデータが存在する。NDB¹⁸には100億件以上のレセプトデータが蓄積されており、日本の介護保険制度では600万人を超える要介護者の情報が蓄積されている¹⁹。現在、これらのデータはそれぞれの目的に応じてデータベース化されており、分断された状態にあるため、2次利用には極めて不十分な状態にある。これらデータを突合せた医療データベース利活用の基盤整備の必要性は「未来投資戦略2017」にも掲げられており、2020年の実装に向けた準備が進められている²⁰。

このような医療データベースの利活用基盤の構築など、医療・介護分野におけるICT活用に向けては、まず電子カルテの普及や介護サービス提供記録の電子化等、医療・介護現場のデジタル化を進める必要がある。但し、中小零細規模が多い医療・介護事業者は経営資源に乏しく、また、導入へのインセンティブが少ないため、設備投資に踏み切る事業者は少ない。そのため、報酬での評価や補助金の支給等の施策が重要であり、政府の果たすべき役割が大きい。

一方、医療・介護事業者が取り組むべきは、収集したデータを活用したニーズの把握とサービスの提案である。但し、現状では、各スタッフは定められた時間内で効率的にサービスを提供するために過密なスケジュールを組んでいることも多く、患者や要介護者の新たなニーズを捕捉する余裕は少ない。この部分について、ICTやAIを活用し、現場の生産性を大幅に改善すると共に、自動的に収集したデータの分析による疾病の予測、重度化防止に向けた最適なサービスの抽出・選択を行うような仕組みを構築することが解決策となろう。ここでポイントとなるのは、医療・介護スタッフの役割である。患者・要介護者やそれを支える家族介護者等と日ごろ頻繁に接触している中で感じているニーズと、AIを活用したデータの分析結果を掛け合わせ、相手の気持ちを汲み取りながら最適なサービスの提案を行うことができるのは、信頼関係が構築された現場の医療・介護スタッフであろう。データの収集・分析等医療・介護事業者単独では困難な領域は、民間企業と連携し推進することも可能であろう。これらの取り組みにより国民の健康寿命延伸と医療・介護の産業化、社会保障費の増加抑制を同時に実現する制度とビジネスモデルの確立ができれば、今後高齢化が急速に進展する中国やASEANへの輸出にも繋がることになる。

みずほ銀行産業調査部

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

¹⁸ レセプト情報・特定健診等情報データベース

¹⁹ 基本動作（視力・聴力）や生活機能（食事摂取や排尿・排便の自立度）等74項目の情報が蓄積されている

²⁰ 厚生労働省内にデータヘルス改革推進本部を立ち上げ、2020年度の健康・医療・介護ICTの本格稼働に向け、医療等IDの導入や、健康・医療・介護データを連結する総合的な保健医療データプラットフォームの構築等が進められている

©2017 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。