# 【Focus】医療・介護

【要約】

■ 2018 年度は、医療・介護のダブル改定が行われ、診療報酬は▲1.19%のマイナス改定により伸びが抑制される一方、医療の受け皿としての介護費用の増加が見込まれることから、国民医療費は 43.7 兆円（前年度比+1.2%）、介護費用は 10.8 兆円（前年度比+3.9%）を見込む。2019 年度は、消費税増税に伴う負担増を医療・介護費用に上乗せする臨時の報酬改定が実施され、国民医療費は 44.7 兆円（前年度比+2.5%）、介護費用は 11.3 兆円（前年度比+4.0%）と予想する。

■ 中期的には、政府による社会保障の持続性確保と、財政健全化に向けた費用の増加抑制の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等に伴い、2023 年度の国民医療費は 47.7 兆円、介護費用は 13.6 兆円に拡大すると予想する。

■ 2018 年度は、診療報酬・介護報酬のダブル改定が行われ、地域包括ケアシステム構築に向けた医療・介護の連携推進等、将来への布石となる種々の改革が実施された。医療事業者は将来の地域の医療需給を踏まえたポジションの明確化と地域の医療・介護事業者等との連携、ICT（情報通信技術）の活用等による生産性の向上等が求められ、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。

■ 2025 年以降は、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化し、労働力の制約が強まる中で、医療・介護サービスの確保が課題となる。予防・診断・医療・介護の最適化による「健康寿命の延伸」と「テクノロジーの活用」による生産性向上に向け、医療・介護事業者には現場のデジタル化を進め、テクノロジーの果実を活用し、サービスの質を高めるとともに、現場の多様なニーズを把握したソリューションを提案するような取り組みが求められる。2018 年に見直された「アジア健康構想」では、アジア諸国の相互協力の下、医療・介護に加え、予防や健康増進など、幅広なヘルスケアサービスの充実を目指す方向が示されている。日本の有益な知見やソリューションが、今後高齢化が進むアジア諸国でも展開され、プレゼンスを高めていくことを期待したい。

【図表 24-1】需給動向と見通し

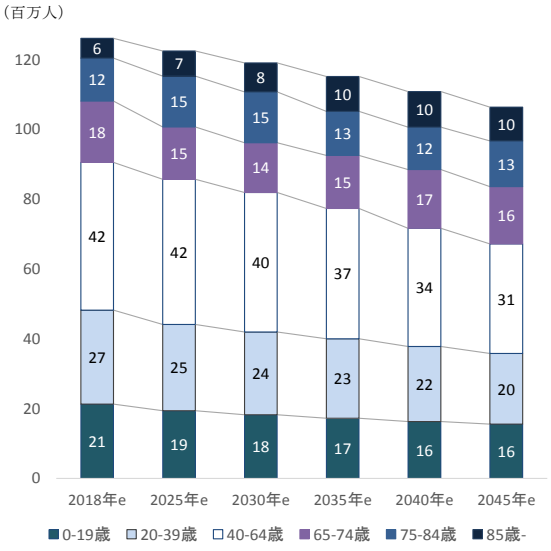
| （兆円） | 指標 | 2017年度（推計） | 2018年度（見込） | 2019年度（予想） | 2023年度（予想） | CAGR 2018-2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 国内需要 | 国民医療費 | 43.1 | 43.7 | 44.7 | 47.7 | - |
| | 前年比増減率（%） | ＋2.3% | ＋1.2% | ＋2.5% | - | ＋1.8% |
| | 介護給付費 | 10.4 | 10.8 | 11.3 | 13.6 | - |
| | 前年比増減率（%） | ＋4.3% | ＋3.9% | ＋4.0% | - | ＋4.6% |

（出所）厚生労働省「国民医療費」「医療費の動向」、国立社会保障人口問題研究所「日本の将来人口推計」等よりみずほ銀行産業調査部作成

（注）2018 年度～2023 年度はみずほ銀行産業調査部予想

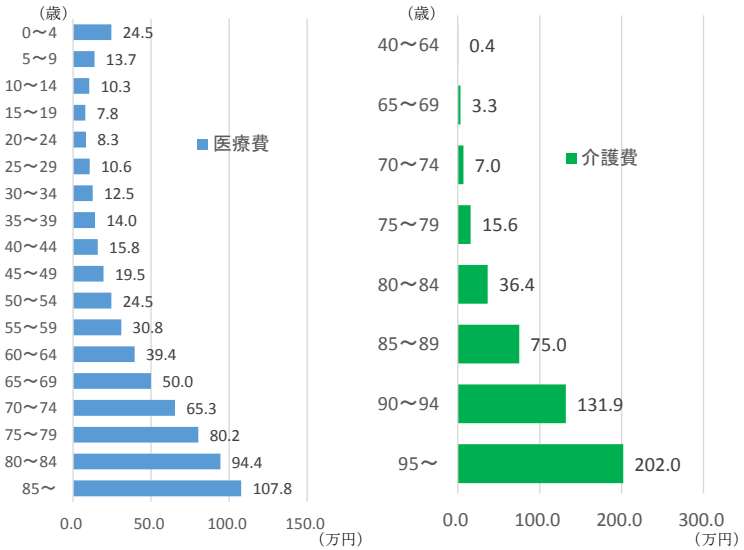
## I. 内需 ～高齢化等により需要は増加。但し財政の制約により費用の伸びを抑制

【図表 24-2】年齢階級別人口の将来推計




（出所）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計」よりみずほ銀行産業調査部作成

【図表 24-3】年齢階級別 1 人あたり国民医療費・介護費




（出所）厚生労働省「国民医療費の概況」「介護給付費実態調査」よりみずほ銀行産業調査部作成
（注）2016 年度の数値

**高齢者の増加により医療費・介護費は増加が続く**

日本の人口は 2007 年以降減少しているが、高齢者人口は 2025 年まで増加し、以降 2040 年頃まで横ばいが続く。医療費・介護費は高齢になるほど多くの費用を消費するため、医療費・介護費は中長期的に増加が続く見込みである。一方で現役世代は急減し、財政の支え手とサービスの担い手が不足することから、社会保障制度はその持続性確保に懸念が生じている。

**医療費は高齢化や医療の高度化等により増加し、2018 年度は 43.7 兆円、2019 年度は約 44.7 兆円を見込む**

2017 年度の医療費は、前年度比+2.3%の 43.1 兆円と推計される。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を要因に、拡大を続けている。特に近年は高齢化以上に、高額な医薬品など、医療の高度化が医療費の押し上げ要因となっており、国民負担の軽減とイノベーションの適切な評価を両立する観点から、2016 年 12 月には「薬価制度の抜本改革の基本方針」が策定された。2018 年度は診療報酬改定年であるが、医師の技術料等の診療報酬本体が+0.55%となった一方で、市場実勢価格に基づく薬価・特定保険材料の引下げ▲1.45%に、上述の抜本改革に基づく薬価引下げ▲0.29%が上乗せとなり、全体で▲1.19%のマイナス改定[1]となったことが医療費の伸びを抑制し、+1.2%の 43.7 兆円と見込む。2019 年度は 10 月に予定されている消費税率引上げ時に、増税に伴う負担増分を診療報酬に上乗せする臨時改定があり、+2.5%の増加を予想する。

[1] 別途、改定率の枠外で大型門前薬局に対する評価の適正化（診療報酬の引下げ、国費 60 億円に相当）が実施されている。

**「骨太の方針」や薬価改革等により医療費の伸びが抑制され、2023 年度まで年率+1.8%の増加を見込む**

政府は、2018 年 6 月公表の「経済財政運営と改革の基本方針 2018」（以下、「骨太の方針 2018」）において、2025 年度のプライマリーバランス黒字化を目標に掲げ、75 歳以上人口の増加が一時的に減速する 2021 年度までの 3 年間を「基盤強化期間」と定め、医療費を含む社会保障費の引き締めを継続する方針である。加えて、薬価制度の抜本改革により 2019 年度より薬価の毎年改定（引下げ）が実施され[2]、医療費の下押し圧力となると想定される。以上の要因により医療費の増加ペースは若干減速すると見込まれることから、2018 年度から 2023 年度の 5 年間で年率+1.8%の増加を見込み、2023 年度は 47.7 兆円と予想する。

**介護需要は拡大、2023 年の介護費用は 13.6 兆円を予想**

介護費用も高齢者数の増加に伴い拡大基調が続いており、2018 年度は 10.8 兆円（前年度比+3.9%）、2019 年度は 11.3 兆円（同+4.8%）と 11 兆円規模にまで拡大する見込みである。2020 年度以降は、高齢者人口の伸びの鈍化が見込まれる一方、医療ニーズが高い要介護者を対象とした介護医療院[3]の創設などにより、退院患者の受け皿となる介護施設や在宅介護の拡充も進められる見通しである。以上を踏まえ、市場は 4%前後の拡大を維持し、2023 年度の介護費用は 13.6 兆円（2018 年度から 2023 年度の年平均成長率+4.6%）を予想する。

## II. グローバル需要

**アジアでは高齢化が進展**

中国や ASEAN 等のアジア諸国では、日本を大きく上回るペースで高齢者人口の増加が予想される。特に中国では 2017 年の高齢者数は 1.5 億人に達し、2023 年には 1.9 億人にまで増加すると予想されることから、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 24-4】）。

【図表 24-4】 日本・中国・ASEAN の人口推移と高齢化の進展

| （百万人） | 指標 | 2017年（推計） | 2018年（見込） | 2019年（予想） | 2023年（予想） | CAGR 2018-2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 日本 | 総人口 | 127 | 126 | 126 | 124 | ▲0.3% |
| | 高齢者人口 | 35 | 36 | 36 | 37 | +0.5% |
| | 高齢化率 | 27.6% | 28.6% | 28.6% | 29.8% | - |
| 中国 | 総人口 | 1,410 | 1,415 | 1,420 | 1,435 | +0.3% |
| | 高齢者人口 | 150 | 158 | 166 | 191 | +3.9% |
| | 高齢化率 | 10.6% | 11.2% | 11.7% | 13.3% | - |
| ASEAN6 | 総人口 | 571 | 577 | 583 | 605 | +1.0% |
| | 高齢者人口 | 36 | 38 | 40 | 47 | +4.3% |
| | 高齢化率 | 6.3% | 6.6% | 6.9% | 7.8% | - |

（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（2017 年 1 月推計）」
国連「World Population Prospects, The 2017 Revision」等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

[2] 薬価の毎年改定は 2021 年から導入予定であるが、2019 年度についても消費増税時に薬価改定が実施されるため、実態的には 2019 年度から毎年改定が実施される予定である。
[3] 病院内の介護施設として新設。日常的な医学管理や看取り、ターミナルケア等、医療と介護を併せて提供する「住まい」としての機能を有する。

【図表 24-5】中国・ASEAN の総医療費の推移予測

| （億ドル） | 地域 | 2017年（推計） | 2018年（見込） | 2019年（予想） | 2023年（予想） | CAGR 2018-2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| グローバル需要 | 中国 | 7,198 | 8,123 | 9,011 | 12,756 | - |
| | 前年比増減率（%） | ＋8.4% | ＋12.4% | ＋10.5% | - | ＋9.4% |
| | ASEAN6 | 1,129 | 1,238 | 1,357 | 1,945 | - |
| | 前年比増減率（%） | ＋7.9% | ＋9.7% | ＋9.6% | - | ＋9.4% |

（出所）Fitch Solutions, *Worldwide Medical Devices Market Forecasts ～December 2017* よりみずほ銀行産業調査部作成
（注 1）2022～2023 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 2018 年の総医療費は 8,123 億ドル。年率+9.4%で増加**

2018 年の中国の総医療費は 8,123 億 US ドル（約 92 兆円）と、同年の日本の総医療費 43.7 兆円のほぼ倍となる見込みであり、米国（35,981 億 US 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、2019 年には前年比+10.5%の 9,011 億 US ドル、2023 年に向けては年率+9.4%の高い伸びが見込まれる（【図表 24-5】）。

**公立病院では、周辺事業のアウトソースを図る動き**

中国では皆保険がほぼ達成されたが、一方で高騰する医療費を抑制する観点から、中国政府は 2015 年頃より公立病院等における医薬品流通改革を進めている。特に、公立病院では、「薬価差ゼロ」施策の拡大により、従来収入の約半分を占めていた薬価差益が激減し、収益が急速に悪化しており、経営効率化の要請から、臨床検査等周辺事業のアウトソースを図る動きが生じている。

**中国政府は「健康中国 2030」により健康医療産業の振興を図る**

また、中国政府が 2016 年 10 月に公表した「健康中国 2030 計画綱要」では、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、遠隔医療やビッグデータ活用等の ICT 化が推進されている。こうした中、産業界では、アリババやテンセントなどの IT 企業大手や平安保険等の民間保険会社が、遠隔診療等の医療 IT 事業に続々と参入している。

**日本の介護事業者は事業モデル構築の負担から中国進出に慎重**

介護分野では、高齢者の増加に伴って介護需要の拡大が続いている。政府は、2016 年に上海、青島等の 15 都市をモデル地域に指定し、各都市の医療資源や財源等の実態に即した介護保険制度の試行を独自に進めさせている。このため中国では、都市毎に異なる保険制度が整備されつつあるが、概して重度者や認知症患者を対象とし、日本と同様に、医療機関や医療職との連携を強く求め、在宅サービスを重視する内容になっている。

**ASEAN の 2018 年の総医療費は 1,238 億ドルと高成長が続く。高齢者の増加や慢性疾患の増加等により医療ニーズは多様化**

ASEAN 主要 6 カ国合計の総医療費は 2018 年に 1,238 億 US ドル（約 11 兆円）であり、2023 年には 1,945 億 US ドル（約 22 兆円）と現在の日本の半分程度の規模にまで拡大する見込みである（【図表 24-5】）。人口の増加、国内の医療制度や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、インドネシア、フィリピン、ベトナムでは、2020 年頃に向けて皆保険制度の導入と医療インフラの整備が進められている。また、ASEAN 全体では、高齢者人口の増加や生活

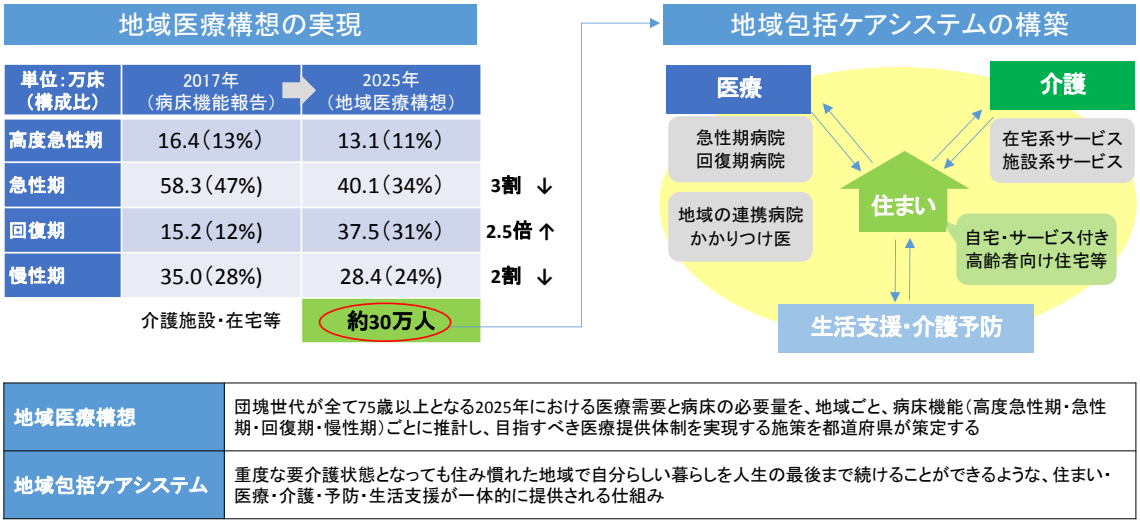
水準の向上による糖尿病や肥満の増加等、慢性疾患主体の疾病構造への移行が見られる等、医療ニーズの多様化も進み、2023 年にかけて年率+9.4%の高い成長が続くと予測する。

## III. 2018 年度医療・介護ダブル改定と医療・介護事業者に求められる取り組みの方向性

**2018 年度は 6 年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定等を通じ、医療・介護の一体改革が進められた**

政府は、社会保障の持続性確保の観点から、2012 年より「社会保障と税の一体改革」を進めており、医療・介護の分野では、団塊世代が全て 75 歳以上となり需要が急増する 2025 年に向けた医療・介護提供体制改革が進められてきた。改革の骨子は、「地域医療構想」の実現に向けた入院病床の機能分化と連携の推進、退院患者の地域生活を支える「地域包括ケアシステム」の構築である（【図表 24-6】）。2018 年度は、診療報酬、介護報酬、医療計画、介護保険事業計画の改定が 6 年に一度同時に行われる年として、2025 年に向けた医療・介護の一体的な改革が進められた。以下では、医療、介護それぞれにおける報酬改定の概要と事業者に求められる取り組みの方向性について考察する。

【図表 24-6】2025 年に向けた医療・介護提供体制改革




| | |
|---|---|
| 地域医療構想 | 団塊世代が全て75歳以上となる2025年における医療需要と病床の必要量を、地域ごと、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、目指すべき医療提供体制を実現する施策を都道府県が策定する |
| 地域包括ケアシステム | 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 |

（出所）厚生労働省資料よりみずほ銀行産業調査部作成

# 1. 医療

## (1)2018 年度診療報酬改定の概要

**地域医療構想の推進と地域包括ケアシステムの構築を後押し**

2018 年度の診療報酬本体の改定率は、+0.55%と前回 2016 年度の改定（+0.49%）に続きプラスとなった。今回の診療報酬改定は、地域医療構想の推進に向けた病床機能の再編と地域包括ケアシステムの構築を後押しする形で行われた。診療報酬改定の概要は【図表 24-7】の通りである。

**【図表 24-7】診療報酬改定の概要**

| Ⅰ 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 | Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実 |
|---|---|
| 1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価<br>2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価<br>3. 入退院支援の推進<br>4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保<br>5. 医療と介護の連携の推進 | 1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実<br>小児医療、周産期医療、救急医療、がん医療、認知症、精神医療、腎代替療法 等<br>2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入<br>1）遠隔診療の評価<br>2）手術等医療技術の適切な評価 |
| **Ⅲ 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進** | **Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化** |
| 1. チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善<br>2. 業務の効率化・合理化 | 1. 薬価制度の抜本改革の推進<br>2. 費用対効果の評価<br>3. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価） |

（出所）厚生労働省資料よりみずほ銀行産業調査部作成

**入院基本料を再編し、看護職員配置等の基本的評価部分と、実績評価部分の 2 階建てに**

地域医療構想の推進に向けては、過剰な 7 対 1 病床[4]の削減と回復期機能への移行推進、療養病床の在宅医療や介護施設への移行が課題とされてきた。今回改定の最大のポイントは、入院基本料体系の抜本的見直しであり、入院基本料が急性期、回復期（急性期～慢性期）、慢性期の 3 つに大別され、政府の進める地域医療構想と平仄を合わせる形に再編[5]された。病床種類ごとに、看護職員の配置等の基本的評価部分と、重症患者割合（急性期一般入院基本料の場合）や自宅等からの患者受け入れ割合（地域包括ケア病棟入院料の場合）等、実績評価部分の 2 階建の評価体系となった。

**従来の 7 対 1 と 10 対 1 入院基本料を急性期一般入院基本料として再編**

急性期一般入院基本料については、従来 7 対 1 と 10 対 1 の報酬に大きな格差があり、経営上の理由から 10 対 1 への移行を阻んでいた側面があったが、7 対 1 と 10 対 1 の間に新たに 2 段階の報酬を設定し格差を縮小することで、いわば階段を降りやすくし、機能の実態に合わせた選択をしやすくするように改定された。併せて、10 対 1 を基本として看護職員数よりも実績評価を重視することによって、担い手不足の中で人員の効率的配置を図った。更に、これまで重症患者割合の実績は、看護職員が個別に評価してきたが、既存の実績データ（DPC データ[6]）を活用して自動判定することで看護業務を省力化し、評価を客観化する方法を選択できるようになった。次回改定以降、重症度等

[4] 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た。一般病床には他に、10 対 1、13 対 1、15 対 1 がある（2018 年度報酬改定にて再編）。

[5] 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院料に再編。

[6] 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。

の実績基準や DPC データの反映手法をより精緻に見直していくことで、個々の病院の意向ではなく、客観的データに基づく機能分化が進められる素地が導入されたと言える。

**慢性期機能では、介護医療院の創設と早期移行促進策を設定**

療養病床については、療養病床入院基本料が、20 対 1 を基本に医療区分の高い患者割合を実績評価部分として再編された。更に、医療区分の低い高齢入院患者の受け皿としては、2018 年 4 月に医療・介護・住まいを一体的に提供する介護施設「介護医療院」が新設され、介護報酬が設定された。介護医療院は、診療報酬においても、全ての病床からの在宅復帰先として評価されるとともに、早期移行へのインセンティブ[7]が設定された。医療療養病床からの移行の場合、医療施設から介護施設への移行手続き等に時間がかかることもあり、現時点での移行実績は少ないが、在宅との連携が必須となる中で、在宅拠点である介護医療院の活用は病院経営上大きな意義がある。

**地域包括ケアシステム構築に向け、入退院支援や地域包括ケア病棟、かかりつけ医機能、介護との連携等を評価**

地域包括ケアシステムの構築に向けては、低侵襲治療の保険適用拡大など、質の高い医療の評価による在院日数の短縮、日常生活との橋渡しのため、入退院支援への取り組みや地域包括ケア病棟の評価の充実などが行われた。外来では「かかりつけ医」機能の評価が充実され、在宅医療に関わる評価の対象を一般診療所にも広げた。介護報酬のダブル改定であることから、介護事業者との連携も多方面で評価された。

**オンライン診療に保険適用。今後の適応拡大に期待**

また ICT 推進に向け、オンライン診療が初めて保険適用された点も注目される。長期管理中の慢性疾患患者を対象とするなど、算定要件は非常に限定的で慎重なスタートとなったが、保険導入の意義は大きい。オンライン診療は慢性疾患患者への適時適切な医療介入による重度化予防や終末期患者の在宅医療などでの活用が期待される。政府の「未来投資戦略 2018」では、次期以降の診療報酬改定での適用拡大やオンライン服薬指導に係る薬機法[8]改正を視野に入れた検討が掲げられており、今後実証研究を積み上げることを通じて、適用が拡大されていくであろう。

### (2)医療事業者の取り組みの方向性

**2025 年に向け医療需要は質的に変化する。病院経営環境が厳しくなる中、医療事業者に求められる取り組みの方向性は 4 つ**

2025 年に向けて医療需要は質的に大きく変化する。高齢化の進行により医療需要の拡大が見込まれるが、人口動態には地域差があり、都市部を除く大半の地域ではすでに人口減少による患者減少が始まっている。医療の高度化や低侵襲化による入院日数の短縮は急性期入院ニーズの縮小に繋がり、今後増加する高齢患者は軽症・中等症が中心で、手術による治癒よりも、QOL（Quality of Life、生活の質）の維持が優先される。加えて、急増する 85 歳以上の入院患者に対する医療以外のケアの負担は増加する。一方で、薬価・材料価格の差益の減少、人材確保難や働き方改革への対応に伴う人件費の上昇、消費増税による控除対象外消費税の負担の問題、先端医療機器の高額化、病棟の老朽化・耐震化対応等に向けた建築コスト高騰など、病院経営は厳しさを増している。そのような厳しい経営環境の中で、今後 5 年間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 点が挙げられる。

[7] 初移行から 1 年間算定できる「移行体制支援加算」が 2021 年度末までの 3 年間に限り設定された。
[8] 正式名称は「医薬品、医薬機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」。

**地域内でのポジションの明確化**

1 点目は、病院単位では「選択と集中」、すなわち地域内での自院のポジションの明確化と、ダウンサイジングも含めた機能の集約化である。医療需要は、マクロ的には 2025 年頃にピークを迎える見込みであるが、地域単位で見れば 3 大都市圏や政令指定都市を除いて、全国各地ですでに需要減少局面に入りつつある。加えて医師等の担い手も不足しており、人口増加地域と人口減少地域では抱える課題が大きく異なる。加えて 2018 年 4 月にスタートした新専門医制度は、医師偏在の助長が懸念されている。地域医療構想や NDB[9]、DPC データ、病床機能報告[10]等の外部データの活用、地域医療構想会議での協議を踏まえ、地域の医療資源、周囲の医療機関の動向を注視するとともに、自院の地域における相対的なポジションを分析し、「やりたいこと」ではなく、地域から「期待されていること」を考え、担うべき機能を明確化・強化し、地域の医療・介護事業者との連携を進めていく必要がある。高齢患者、慢性疾患患者の増加に伴い「治す医療」から「治し支える医療」が求められ、認知症や高齢者のみ世帯など、退院が困難な高齢患者が増加する中、連携を含む退院支援の充実は、病院経営の優劣を決める重要な要素となる。

**多機能化・ネットワーク化により、患者ニーズに包括的に対応する必要。今後業界再編の加速が見込まれる**

2 点目は、事業者単位では、多機能化・ネットワーク化である。急性期、回復期、慢性期といった入院機能の多機能化に加え、在宅医療や介護・福祉等への多機能化により、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が求められる。中小事業者は地域内の他の事業者との連携により、大手事業者はグループ化により対応していくことになろう。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で、M&A を含む合従連衡のニーズが高まっている。医療機能の高度化対応に加え、人材確保難、働き方改革への対応等により単体での病院経営が難しくなっていく中、業界内での再編が加速度的に進むものと予想する。

**地域医療連携推進法人の活用も**

地域内での医療・介護事業者の連携を後押しする施策として 2017 年 4 月に創設された「地域医療連携推進法人」は、現在までに 6 法人が認定されている。愛知県では、豊明市の藤田保健衛生大学（現・藤田医科大学）を中心に、医療法人や社会福祉法人等 27 法人が参画する尾三会が創設され、2018 年 4 月には、新潟県で、公立病院を中心に、民間病院や診療所、老健等 9 法人が参画する日本海ヘルスケアネットといった大規模な法人が創設された。地域医療連携推進法人は、経営の自立性は保ちつつも、地域内の多種多様な医療・介護事業者が連携し、人材育成、医薬品等の共同購入、管理システムや給食事業の共同化等によってスケールメリットを享受し効率化を図るとともに、患者の受け渡し等での連携が可能となる。人口減少により地域が縮小していく中で、質の高い医療・介護サービスを確保するために、「競争」より「協調」を指向した取り組みであり、今後も活用余地が広がると考えられる。

**ICT 等テクノロジーの活用**

3 点目は、ICT 等テクノロジーの活用による効率的で効果的な提供体制の構築である。ICT の活用には 2 つの側面がある。一つは地域内での機能分担と連携を進める中で、多施設・多職種間の情報の共有や連携を支える ICT 化、

[9] レセプト情報・特定健診等情報データベースのこと（通称、ナショナルデータベース（NDB））。
[10] 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。

もう一つは人材確保や働き方改革への対応が重要な経営課題となる中で、医療の質の向上と生産性向上の双方に資する ICT 化である。

**織田病院では、テクノロジーの活用による退院支援と在宅医療の橋渡しに注力**

ここまでの 3 点に対する、佐賀県の地域密着型急性期病院である織田病院（111 床）の取り組みを紹介する。同院では、早期退院を徹底する上で、退院後にかかりつけ医に引き継ぐまでに要する 2 週間、IoT や AI を活用し、病院が在宅で患者をケアする仕組みを構築している。院内に在宅ケアの司令塔「メディカルベースキャンプ（MBC）」を設け、訪問看護師や介護職員が常駐し、壁面のモニターに映し出された周辺地図に、在宅患者宅と訪問看護車両、ケアの状況等を表示する。退院患者にはタブレットや IoT、AI を活用した在宅見守りシステムを 2 週間無料で貸し出し、患者宅のタブレットを遠隔操作して声かけするほか、スマートウォッチでバイタル情報を収集し、カメラで転倒などの異常を AI が察知する。アクシデントが起きた際には MBC のアラートが鳴り、近くの訪問看護車両に迅速に訪問依頼を行う。中小病院ながら、徹底した退院支援により病床をフル稼働させ収益を上げてシステム投資を可能とし、地域住民に質の高い医療提供を実現している好事例と言えよう。

**保険外事業による収益基盤強化**

4 点目は、診療報酬以外の収益源の確保による事業基盤の強化である。保険外の医療事業としては、健診・人間ドックや外国人患者の受入れ、更には海外での医療事業展開等が挙げられる。医療事業以外では、医療法人には、サービス付き高齢者向け住宅や有酸素運動を行う健康増進施設（フィットネス施設）の運営、退院・通院患者への配食サービス等が認められている（【図表 24-8】）。保険外リハビリ事業も近年注目されている。報酬改定に左右されない保険外事業の強化は、新たな投資や事業への基盤となろう。

**【図表 24-8】医療法人が実施可能な主な保険外事業**

| | 医療事業 | 医療事業以外 |
|---|---|---|
| 保険外事業 | ・健診・人間ドック<br>・外国人患者受入れ<br>・海外での病院運営 | ・介護事業<br>・サービス付高齢者向け住宅の運営<br>・疾病予防運動施設・温泉施設の運営<br>・退院・通院患者への配食サービス |

（出所）みずほ銀行産業調査部作成

## 2. 介護

### (1) 2018 年度介護報酬改定の概要

**介護報酬の改定は +0.54%。評価の対象は、中重度者や認知症、医療連携や自立支援への取り組みなど**

2018 年の介護報酬の改定は、+0.54%と 9 年ぶりのプラス改定になった。ただし一律の底上げではなく、中重度者や認知症患者を対象としたサービスや医療連携の推進及び自立支援に向けた取り組みなどの質の向上を評価する一方、生活援助中心の訪問介護や通所介護、福祉用具貸与では重点化・適正化を図ったり、人材配置基準等の緩和などを通じた効率化や生産性の向上を推進するなどメリハリが利いた内容となっている（【図表 24-9】）。

【図表 24-9】介護報酬改定の概要

| Ⅰ 地域包括ケアシステムの推進 | Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高いサービスの実現 |
|---|---|
| 1. 中重度の在宅要介護者や介護老人福祉施設等の入所者への医療ニーズへの対応<br>2. 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進<br>3. 介護医療院の創設<br>4. ケアマネジメントの質の向上と公平中立性の確保<br>5. 認知症への人への対応の強化<br>6. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進 | 1. リハビリテーションにおける医師の関与の強化<br>2. リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充<br>3. 外部のリハビリ専門職との連携による訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進<br>4. 通所介護におけるアウトカム評価の導入<br>5. 褥瘡の発生予防や排泄支援の評価の新設<br>6. 身体拘束等の適正化の推進 |
| **Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上** | **Ⅳ 適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保** |
| 1. 生活支援の担い手の拡大<br>2. 介護ロボットの活用の促進<br>3. 定期巡回型サービスのオペレーターの要件の緩和<br>4. ICTを活用したリハビリテーション会議への参加<br>5. 地域密着型サービスの運営推進会議の頻度等の見直し | 1. 福祉用具貸与の価格の上限制設定など<br>2. 集合住宅での訪問介護等に関する減算の見直しなど<br>3. 訪問看護の報酬体系の見直し<br>4. 通所介護の基本報酬の時間区分の見直し<br>5. 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し |

（出所）厚生労働省資料よりみずほ銀行産業調査部作成

**看取りや認知症介護での医療連携を推進するきめ細かな加算が多数創設**

今回は診療報酬と同時改定であったため、医療機関・介護事業者双方からの円滑な連携を進める改定が数多く盛り込まれた。例えば、ターミナル期や入退院におけるケアマネジャーから主治医等への早期の情報提供、複数の医師を配置した介護老人福祉施設による看取り、看護師を配置した事業所による認知症介護サービスを評価する加算の新設などである。また、医療職と介護職が協業する場面での診療報酬と介護報酬の加算要件の統一や、書式の共通化も推進された。報酬上のインパクトは欠けるが、同時改定ならではの現場に即した内容である。

**科学的介護の実現に向け、状態の維持・改善や重度化防止を評価、データの提出も促進**

また、今回改定は、2016 年 11 月の未来投資会議で打ち出された「科学的な介護」の実現に向けた初の改定である。いわゆる「お世話型」の介護から脱し、データを基に状態の改善や重度化防止を目指す取り組みを評価する改定も盛り込まれた。例えば、通所介護のアウトカム評価や、在宅系サービスの良質な機能訓練計画の評価の導入などである。加えて、リハビリ分野ではデータ提出を要件とする加算を新設し、「科学的な介護」の確立に不可欠であるデータの収集ルートも構築した。

**ICT 機器の活用による人員配置基準の緩和も導入**

現場の生産性向上に向けて、ICT 機器の活用による施設の夜勤の人員基準の緩和[11]や、医師における端末等を通じたリハビリテーション会議の出席なども認められた。中長期的に人材不足の拡大が見込まれるなか、次回改定においても ICT や介護ロボットの評価の導入が拡大する可能性が高い。

## (2)介護事業者の取り組みの方向性

**取り組み強化すべきは以下 4 点**

今回の介護報酬の改定と政策の方向性を踏まえて今後介護事業者が取り組みを強化すべき分野は、以下 4 点と考えられる。

[11] 介護老人福祉施設等の夜勤職員配置加算の要件について、利用者 15%以上に見守り機器を配置し、機器活用のための委員会を設置し、適切に運用した場合、基準人員+1.0 人分の配置を+0.9 人に緩和。

**医療機関との連携強化に向けては、地域での自社のポジショニングの理解も必要**

1 点目は、医療との連携である。介護保険制度の導入当初から、介護事業者と医療機関との連携は政策的に誘導されてきたが、改定を重ねる毎に連携が求められる領域は拡大し、より緊密な連携が必要になっている。一方、医療法人の中には、自ら有料老人ホームや訪問系の介護事業に参入し、急性期医療から在宅介護までフルラインのサービス提供によって実質的に利用者を囲い込み、既存の介護事業者と競合するケースもある。介護事業者は地域毎の自社のポジショニングを踏まえ、連携すべき医療法人を見極めた上で、医療連携に向けた戦略を構築する必要がある。なお、業界最大手のニチイ学館は、既存の居宅介護支援事業所を一部集約する一方、医療機関との連携強化に向けて拠点あたりのケアマネジャー数を増やし、機能拡充を図る方針である。また、同社の医療事務サービスの顧客である病院・診療所との関係強化によって、退院患者など中重度者の確保や在宅介護ニーズの掘り起こしに取り組み、利用者単価の引き上げを図っている。

**自立支援に向けた取り組みは事業者には投資負担となる可能性も**

2 点目は自立支援に向けた取り組みである。今後は利用者の状態の維持・改善を実現する事業者や自治体へのインセンティブが導入される可能性が高い。ツクイやセントケア・ホールディングなど、10 社以上が出資したスタートアップ企業であるシーディーアイは自立支援型ケアプランの作成を支援する AI を開発、2018 年 10 月から全国のケアマネジャーを対象に発売を開始した。今後はこうしたテクノロジーを活用した自立支援介護への取り組みが求められる。但し、事業者には投資コストが負担となる可能性もある。

**人材不足への打ち手として、ICT の活用による効率的で効果的なサービス提供に取り組む必要あり**

3 点目は ICT の活用である。介護の人材不足は 2025 年に 37.7 万人[12]に拡大すると見込まれ、事業者は ICT を活用し、効率的で効果的なサービス提供に取り組む必要がある。オリックスグループでは、従来紙ベースで作成していた介護記録を、タグや非接触 IC カードの読み取りなどの端末ベースの作業に移行、クラウドでの管理・共有を進め、2018 年 1 月にはシステムの販売も開始した。また、住友林業グループでは、服薬支援システムや見守りシステムの導入によって、個々の利用者の状態把握を効率的に進めるとともに、蓄積したデータに基づいて状態の改善を図る「つながるサービス」の提供にも取り組んでいる。

**保険外サービスは、一体提供に向けた環境整備も進む**

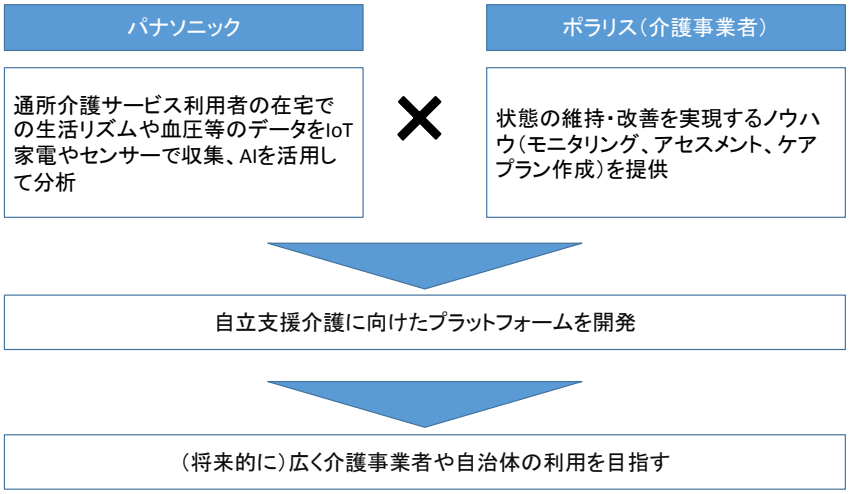
4 点目は保険外事業の強化である。過去の改定でも保険給付は医療ニーズが高い中重度者や認知症患者、医療職による質の高いサービスなどへの重点化が進んでおり、今回改定でも生活援助中心の訪問介護の厳格化が盛り込まれている。特に、株式会社形態の事業者が得意とする軽度者を対象としたサービスについては、今後も保険外への移行が進む可能性もあり[13]、収益環境は厳しさを増している。こうした中、2018 年 9 月、厚生労働省は通知を発出、介護事業者が保険内外のサービスを連続、もしくは組み合わせて提供する「混合介護」のルールを明示し、取り組みを促進している。ニチイ学館やツクイ、セントケア・ホールディング、綜合警備保障（ALSOK）グループなど、既に家事代行サービスなどの保険外サービスに参入している事業者には、今後の事業拡大の追い風要因になると考える。

[12] 厚生労働省「2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について」（2015 年 6 月 24 日）
[13] 既に要支援 1、2 の訪問、通所介護は自治体の地域支援事業に移行済であり、2018 年の財政制度等審議会では、要介護 1、2 の訪問、通所介護の移行についても議論されている。

**SOMPO ホールディングスやパナソニックなどの異業種大手は、本業で介護関連のB2B ビジネスの拡充も**

保険やエレクトロニクスなどの異業種を本業として介護事業も手がける大手プレイヤーは、本業での介護関連ビジネスの拡大も進めている。例えば、SOMPO ホールディングスは、既に一般企業向けに従業員の介護離職防止を支援する保険商品を発売済であり、2018 年には業界初の軽度認知症対応の保険を発売[14]、高齢者の認知症予防支援などの事業化を進めている。また、パナソニックでは、自立支援介護を目指す介護事業者や自治体で利用可能な介護プラットフォームの構築を目指し、介護事業者との共同の実証実験[15]に着手した。具体的には、実証実験では、パナソニックは、自社の IoT 家電やセンサーを通じて利用者の自宅での日常の食事や睡眠などの生活リズム、活動量などのデータを収集・蓄積し、AI による分析を通じて自立支援に繋がるアセスメントやモニタリング環境の整備を行う。介護事業者（㈱ポラリス）は、分析結果と自社が提供するサービスやアセスメント、モニタリングの記録に基づき、質の高いケアプランの作成に取り組む（【図表 24-10】）。今後は、参加者の拡大などを通じて 2019 年度内に自立支援を支援するサービスシステムの構築と事業化を目指す。

【図表 24-10】パナソニックの実証実験の概要




（出所）公開資料よりみずほ銀行産業調査部作成

**異業種大手プレイヤーによる産業化を通じた社会課題の解決に期待**

これらはいずれも、自社グループの介護事業の経験を活用し、認知症予防や自立支援介護の確立など、社会課題の解決を公的制度外に求める事例である。今後も、大手プレイヤーによる産業化を通じた課題解決の取り組みが広がることを期待したい。

**中長期的には日本の介護を学んだ外国人人材の活用による海外展開も期待**

また、海外展開も保険外事業のひとつとして考え得る。前述の通り、中国では介護需要が拡大しつつあるが、日本の介護オペレーターは、人材不足に悩む国内の現場から現地に職員を派遣し、事業計画の企画・立案からオペレーションを担う余力がない。しかし、介護の参入を志向する中国のコングロマリットなどからは、医療との連携関係の構築や認知症高齢者への対応、高齢者の

[14] 損保ジャパン日本興亜ひまわり生命保険は、2018 年 10 月に業界初となる MCI（Mild Cognitive Impairment、軽度認知障害）を保障する健康応援型商品「リンククロス 笑顔をまもる認知症保険」を発売した。
[15] 2018 年 2 月、ポラリスの通所介護事業所を併設した賃貸住宅の利用者 2 名を対象に実験を開始。

健康増進につながるサービス提供や介護人材の育成など、日本のプレイヤーの実績に対する信頼と期待は高い。日本国内では、2017 年 11 月には技能実習制度の対象業種に介護も追加されるなど、介護現場は外国人人材に門戸が開かれつつある。中長期的には、日本のオペレーターが日本の介護の経験を積んだ外国人人材とともに彼らの母国や第三国で事業展開を図ることを期待したい。

## IV. 将来を見据えた医療・介護政策の方向性と事業者に求められる取り組み

**2025 年から 2040 年へ。「現役世代の急減」時代に向け、「健康寿命の延伸」と「テクノロジーの活用」が求められる**

2012 年から進められてきた「社会保障と税の一体改革」に係る諸施策は、2019 年 10 月の消費税率引上げにより、一旦完了する。現在、政府は、高齢者数がピークとなる 2040 年頃を展望した新たな社会保障のあり方に向けた議論を始めている。2025 年以降は「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する。労働力の制約が強まる中で必要な医療・介護サービスを確保し続けるためには、「健康寿命の延伸」を実現し、高齢者が「支えられる側」から「支え手」「担い手」に回り、結果として医療・介護需要を逓減させ、社会保障の持続性を確保することが肝要である。また、「健康寿命の延伸」に向けては、「テクノロジーの活用」によって予防、診断、治療、リハビリ、介護の最適化を図り、医療・介護サービスの質の向上と、現場の生産性向上の双方を実現することが求められる。

**遠隔医療は在宅推進に必須のツール**

医療分野でのテクノロジーの活用については、遠隔医療[16]の推進や、AI の活用等が挙げられる。地域医療構想では慢性期病床の再編等により、2025 年には 30 万人の在宅患者への対応が必要とされるが、在宅医療を担う医師の偏在・不足が課題とされており、遠隔画像診断、オンライン診療等の遠隔医療の活用が必要である。オンライン診療については、情報量に制約があり、対面診療に比べて診療の質が劣るとの評価もある。しかし、対面診療の代替ではなく、対面診療と組み合わせたり、在宅患者が利用する機器や訪問看護等のデータの共有・連携による効果的な介入の実現などによって、効率的で効果的な医療を実現することが可能となるであろう。

**医療 AI の社会実装に向けた官民での取り組みが進む**

また、AI については、医師の診断支援や、画像診断、病理診断の分野で活用が進むと予想される。AI の活用によって、医師が診断の解釈や患者説明により多くの時間を割くことが可能になれば、医療の質と生産性の双方の向上が期待できる。厚生労働省では、医療 AI の社会実装化の重点 6 領域として、ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援を定め、まずは 2020 年に向け、病理診断支援の社会実装に向けた画像データプラットフォームの構築を進めている。また、内閣府では、戦略的イノベーション創造プログラム（SIP）として、「AI ホスピタルによる高度診断・治療システム」の研究開発が進められている。AI による問診時のカルテ自動入力や画像診断、最適な治療法の選択などを取り入れたモデル病院を 2022 年度末までに 10 病院作り、民間企業による医薬品や医療機器の開発を協働して進め、将来的に成果を「AI ホスピタルパッケージ」として実用化し、国内外への販売を目指している。医療現場と民間企業を繋げる政府の取り組みを通じて、イノ

[16] かかりつけ医と専門医をつなぐ遠隔医療（D2D）や、スマートフォン等を介して TV 電話で医師が患者を診察するオンライン診療（D2P）、薬剤師によるオンライン服薬指導等を総称して遠隔医療とする。

ベーションを実現するとともに、関連サービスにおける産業化が実現することが望まれる。

**2021 年には、アウトカム評価を重視する「科学的介護」が本格的に導入される見込み**

一方、介護分野では 2021 年の次回介護報酬改定において「科学的介護」の本格的な導入が見込まれている。ただし、長らく介護報酬の大宗は、人員配置や設備基準などのストラクチャー（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、状態や維持改善などのアウトカム（結果）の評価は限定的であった。また、要介護者の疾患によっては状態の改善が難しいケースもあることから、アウトカム評価を重視する「科学的介護」の本格導入に向けては評価対象の対象者の属性（状態や疾病）、サービス、項目などについて共通の理解が必要である。こうした中、厚生労働省は、要介護者の状態やサービス内容等のデータを収載し、分析や研究を可能にするデータベース[17]の構築に着手しており、2019 年度の試行運用、2020 年度中の本格運用を目指している。

**データヘルス改革により健康・医療・介護のデータ利活用基盤の構築が進められる**

前述のような医療・介護分野の取り組みを推進する前提として、健康・医療・介護の多様なデータの共通化や統合が必要である。このため、厚生労働省は、健康・医療・介護のデータ利活用基盤の構築等を目指す「データヘルス改革」の実現に向け、2018 年度に前年度の 5 倍の 85.4 億円の予算を確保した。マイナンバーカードを健康保険証として利用可能にするオンライン資格確認システムの運用[18]（2020 年度～）、医療連携に活用可能な個人単位の被保険者番号[19]によるレセプト請求（2021 年 4 月請求分～）、更には個人の健診・診療・投薬情報を医療機関等で共有できる全国的な保健医療情報ネットワークの構築（2020 年度運用開始）や、行政・保険者・研究者・民間等が、健康・医療・介護のビッグデータを個人単位で連結・分析できる解析基盤の構築などを目指す。また、2018 年 5 月には「次世代医療基盤法[20]」の施行により、要配慮個人情報である病歴等の医療情報についても利活用を可能とする法的整備が進められ、今後、製薬や医療機器等の新技術開発や自治体・保険者等によるサービスの質向上等につながる活用が期待される。

**医療・介護事業者には、現場のデジタル化と、現場ニーズの把握・分析による新たなサービスの提案が求められる**

こうした中で、医療・介護事業者に求められるのは、現場のデジタル化推進によるデータ収集と、現場で把握した患者・利用者のニーズを分析結果と掛け合わせて、新たなサービスの提案を行うことである。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。AI を活用したデータの分析結果を、患者・要介護者やそれを支える家族介護者等との日々の対応の中で感じているニーズと掛け合わせて、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。

---

[17] 要介護認定情報や介護保険レセプト情報が収載されている「介護保険総合データベース（介護 DB）」と、通所介護や訪問介護でのリハビリテーションの計画書などのデータベース「VISIT（monitoring & e**V**aluation for rehab**I**litation **S**erv**I**ces for long-**T**erm care）」に加えて、要介護者の状態や介入に関するデータベース「CHASE（**C**are, **H**e**A**lth **St**atus & **E**vents）」の新たな構築を進めている。CHASE が収載する情報は、日常生活動作や認知機能、バイタルなどの「状態」、服薬情報、栄養指導や口腔ケアなどの「介入」、入退院や転倒、発熱などの「イベント」の 3 分野であり、既に初期仕様は作成済である。

[18] 現行の健康保険証による資格確認では、資格喪失後の未回収の保険証による受診や、それに伴う過誤請求が請求時にしか判明しないため、保険者・医療機関等の双方に負担が発生している。

[19] 現在の被保険者番号は世帯単位であり、個人を識別する番号となっていないため、個人の診療情報等の連結が出来ない。

[20] 正式名称は「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律」。

**高齢化の進むアジアで日本のヘルスケアシステムの展開が期待される**

日本と同様に高齢化・都市化が進行するアジア諸国も、課題先進国としての日本の取り組みを注視している。内閣府は 2018 年 7 月に、2 年前に打ち出した「アジア健康構想」を見直し、アジア諸国の相互協力の下、医療・介護を中心に、医療技術からフィットネスなどの健康増進産業まで広がる「富士山型のヘルスケア」の実現を目指す方向を示した。日本における病床の機能分化と連携による効率的な医療提供体制、地域社会で高齢者を支えるシステムや、自立支援に資するリハビリ・介護、健康寿命延伸に向けたヘルスケア産業創出への取り組みなどは、アジア諸国に対しても有益な知見やソリューションとして展開可能であり、日本のプレゼンスの向上につながると期待したい。

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
yoshiko.inagaki@mizuho-bk.co.jp

みずほ産業調査／60　2018 No.2　　2018年12月6日発行

©2018 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。

編集／発行　みずほ銀行産業調査部　　東京都千代田区大手町1-5-5　Tel.(03)5222-5075