

## 【Focus】医療・介護

## 【要約】

- 国内の医療費・介護費用は、高齢化の進展等により増加を続けている。特に近年の医療費の増加は高額な薬剤等の医療の高度化による影響が指摘されている。2019 年度から 2021 年度は 75 歳以上の高齢者の増加が一時的に減速すること、2019 年 10 月に消費増税に伴う診療報酬の臨時改定▲0.07%が実施されたこと等から、2019 年度の国民医療費は 44.2 兆円（前年度比+1.9%）、介護費用は 10.6 兆円（同+1.9%）を見込む。2020 年度も医療費を抑制する方向性は継続され、国民医療費は 44.8 兆円（同+1.3%）、介護費用は 10.8 兆円（同+1.6%）と予想する。
- 中期的には、高齢者人口増加の鈍化と人口減少、医療・介護提供体制の効率化に向けた改革の進展、厳しい財政を反映した診療報酬の抑制的運営等により、医療費の伸びは引き続き抑えられ、2024 年度の国民医療費は 47.0 兆円（年率+1.2%）と予想する。介護費用は拡大基調を維持するものの、高齢者人口増加の鈍化や厳しい政策誘導から伸びは抑制され、2024 年度には 11.5 兆円（同+1.7%）と予想する。
- 団塊世代が 75 歳以上となり高齢者が急増する 2025 年に向けた「社会保障と税の一体改革」に伴う諸施策は、2019 年 10 月の消費増税により一旦目処をつけた。今後は団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する 2040 年を展望した改革が進められる。すでに顕在化している人材不足の更なる悪化が見込まれる上、働き方改革への対応等の労働力の制約の中で、医療・福祉サービス改革による生産性向上を実現することなどがその目的となる。
- 医療事業者には、地域医療構想を踏まえた機能選択・強化に加え、働き方改革等に伴うコスト増加に対処する一層の生産性向上が求められる。介護事業者には、処遇の改善を通じた人材確保力の強化、現場のデジタル化や予防・健康推進事業への取り組みが求められる。
- また、中長期的にはテクノロジーの進化に向け、医療・介護事業者が企業と共同して取り組み、果実を共有することが可能である。2025 年以降を見据え、現時点からテクノロジーの開発・実装等を目指す取り組みが拡大することを期待したい。

## I. 需給動向

【図表 24-1】需給動向と見通し

|         | 指標              | 2018年<br>(実績) | 2019年<br>(見込) | 2020年<br>(予想) | 2024年<br>(予想) | CAGR<br>2019-2024 |
|---------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|
| グローバル需要 | 中国+ASEAN6(億米ドル) | 9,486         | 10,588        | 11,858        | 18,644        | -                 |
|         | 前年比増減率(%)       | +11.8%        | +11.6%        | +12.0%        | -             | +12.0%            |
| 国内需要    | 医療・介護費用(兆円)     | 53.8          | 54.8          | 55.6          | 58.5          | -                 |
|         | 前年比増減率(%)       | +1.0%         | +1.9%         | +1.4%         | -             | +1.3%             |

(注 1) ASEAN6(2024 年)及び中国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

(出所) 国際連合「World Population Prospects, The 2017 Revision」、各国保健統計、Fitch Solutions, Worldwide Medical Devices Market Forecasts ~December 2017 等より、みずほ銀行産業調査部作成

### 先行き 5 年のグローバル・国内需要予測のポイント

- 中国の医療市場は、高齢化の進展と医療アクセスの向上等に伴い、高成長を継続
- ASEAN の医療市場は、人口増加、医療アクセス向上、中間層の拡大等により、成長を継続
- 国内の医療市場は拡大が続くも、高齢者人口増加の鈍化と人口減少、提供体制の効率化に向けた改革の進展、厳しい財政を反映した診療報酬の抑制的運営等により、成長率は鈍化
- 国内の介護市場は拡大するも、高齢者人口増加の鈍化や厳しい政策誘導から伸びは抑制

## 1. グローバル需要 ～中国、ASEAN の医療市場は高成長が続く

【図表 24-2】中国・ASEAN の総医療費の推移予測

| (億ドル)   | 地域         | 2018年<br>(実績) | 2019年<br>(見込) | 2020年<br>(予想) | 2024年<br>(予想) | CAGR<br>2019-2024 |
|---------|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|
| グローバル需要 | 中国         | 8,232         | 9,249         | 10,389        | 16,469        | -                 |
|         | 前年比増減率 (%) | +12.3%        | +12.4%        | +12.3%        | -             | +12.2%            |
|         | ASEAN6     | 1,254         | 1,339         | 1,469         | 2,175         | -                 |
|         | 前年比増減率 (%) | +8.2%         | +6.8%         | +9.7%         | -             | +10.2%            |

(注 1) ASEAN6 (2024 年) 及び中国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

(出所) 国際連合「World Population Prospects, The 2017 Revision」、各国保健統計、Fitch Solutions, Worldwide Medical Devices Market Forecasts ～December 2017 等より、みずほ銀行産業調査部作成

【図表 24-3】日本・中国・ASEAN の人口推移と高齢化の進展

| (百万人)  | 指標    | 2018年<br>(実績) | 2019年<br>(見込) | 2020年<br>(予想) | 2024年<br>(予想) | CAGR<br>2019-2024 |
|--------|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|
| 日本     | 総人口   | 126           | 126           | 125           | 123           | ▲0.4%             |
|        | 高齢者人口 | 36            | 36            | 36            | 37            | +0.4%             |
|        | 高齢化率  | 28.1%         | 28.6%         | 28.9%         | 29.8%         | -                 |
| 中国     | 総人口   | 1,415         | 1,420         | 1,425         | 1,440         | +0.3%             |
|        | 高齢者人口 | 158           | 166           | 174           | 197           | +3.4%             |
|        | 高齢化率  | 11.2%         | 11.7%         | 12.2%         | 13.7%         | -                 |
| ASEAN6 | 総人口   | 577           | 583           | 589           | 611           | +0.9%             |
|        | 高齢者人口 | 38            | 40            | 41            | 50            | +4.8%             |
|        | 高齢化率  | 6.6%          | 6.8%          | 7.0%          | 8.2%          | -                 |

(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

(出所) 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)」、国際連合「World Population Prospects, The 2017 Revision」等より、みずほ銀行産業調査部作成

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。中国では 2018 年の高齢者数は 1.6 億人に達し、2024 年には 2.0 億人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。ASEAN6 においても、高齢者人口の増加率は中国を上回り、2020 年には高齢化率が 7%

を超え高齢化社会に達する見込みである。特にシンガポール（高齢化率 2019 年+14.3%→2024 年+18.3%）やタイ（同+12.3%→+15.3%）の高齢化の進展は著しく、政府としての対応が求められる状況にある（【図表 24-3】）。

## ① 中国

中国の 2019 年の総医療費は 9,249 億ドル。2024 年に向け年率 +12.2% の高成長を見込む

2019 年の中国の総医療費は 9,249 億ドル（約 99 兆円）と、同年の日本の総医療費 44.3 兆円の倍以上となる見込みであり、米国（約 3.7 兆ドル）に次ぐ世界第二位の市場規模である。中国では、かつての一人っ子政策の影響等により人口増加率は年平均+0.3%と鈍化しているが、一方で高齢化が急速に進み、2024 年には高齢化率が 13.7%にまで達する見込みである。高齢化に伴う医療需要の拡大や疾病構造の変化、経済成長と医療アクセスの向上等により医療市場の成長は続く見込みであり、2020 年には前年比+12.3%の 10,389 億ドル、2024 年に向けて年率+12.2%の高い伸びが見込まれる（【図表 24-2】）。

医療費抑制を受けて、公立病院では、周辺事業のアウトソースを図る動き

中国政府は高騰する医療費を抑制する観点から、2015 年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<sup>1</sup>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、収益性が急速に悪化している。薬価差ゼロは、医療消耗材等にも拡大しつつある。そのため、公立病院等では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活発化すると想定される。

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。議論のあった処方薬のネット販売についても、2019 年 12 月より施行される新版薬品管理法によって、条件付き<sup>2</sup>で許可されることが明確になり、今後の市場拡大が期待される。

高齢者の増加に伴い介護需要も拡大。地域ごとに介護保険制度の構築が広がっている

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が、保険の構築に取り組む動きは 15 都市以外でも広がっている<sup>3</sup>。なお、中国で整備されている保険制度は、財源や給付の範囲などが都市毎に異なっているものの、概して重度者や認知症患者を対象とし、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。

<sup>1</sup> 公立病院では、従来は患者に医薬品を販売する際に、最高小売価格を超過しない範囲内で仕入価格の最大+15%で販売出来たが、仕入価格と販売価格の差益である薬価差をゼロとする施策が 2015 年以降順次導入されてきた。

<sup>2</sup> ワクチン、向精神薬等の特殊管理薬品は対象外、実店舗で処方薬を販売するためのライセンスを有すること等。

<sup>3</sup> 当初の 15 都市に加え、山東省済南市、江蘇省無錫市他 16 都市が長期ケア保険制度の実践を行っている。

## ② ASEAN

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。2024 年に向け、年率+10.2%の成長を見込む

各国で制度整備に向けた取り組みが進行している

ASEAN 主要 6 カ国合計の総医療費は 2019 年に 1,339 億ドル(約 14 兆円)であり、2024 年には 2,175 億ドル(約 23 兆円)と 2018 年の日本の半分以上の規模にまで拡大する見込みである。人口の増加、国内の医療制度や医療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。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といった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、2024 年にかけて年率+10.2%の高い成長が続くと予測する(【図表 24-2】)。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<sup>4</sup>。

公的保険制度の整備が先行するシンガポールやマレーシアでは、更なる拡充が図られている。マレーシアでは 2019 年に低所得者向けの健康保険制度が導入され、ASEAN で唯一介護保険制度が存在するシンガポールでは、高齢化の急速な進展を踏まえ、2020 年に介護保険制度の拡充が予定されている<sup>5</sup>。中間層の厚みが増すインドネシア、フィリピン、ベトナムでは、皆保険制度の普及が強化された(【図表 24-4】)。他方で、皆保険の普及による公立病院の混雑を嫌気する中間層向けに、民間病院が増加している。タイやフィリピンでは、民間病院の増加による医療費高騰に歯止めをかけようとする動きも見られる。

【図表 24-4】ASEAN6 における公的保険制度等の動向

|        |                                                                            |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|
| シンガポール | 2020年に介護保険制度を拡充                                                            |
| マレーシア  | 2019年に低所得者を対象とした健康保険制度を導入                                                  |
| タイ     | 2019年に民間病院の医療費抑制を目的に価格統制リストに医薬品、医療サービス、医療用品の追加を閣議決定し、5月より報告義務化             |
| インドネシア | 2014年から皆保険制度を導入開始。2019年より全国民の加入を義務化                                        |
| フィリピン  | 2019年に「ユニバーサルヘルズケア法」が成立し、全国民がフィルヘルス(注)に自動的に加入<br>2019年に医薬品価格の上限規制の導入について議論 |
| ベトナム   | 2020年までに医療保険加入率80%の目標に対し、2019年度の医療保険加入率は89%に到達                             |

(注) フィリピン保健省の附属機関であり、公的医療保険の運営主体であるフィリピン健康保険公社 Philippine Health Insurance Corporation の通称

(出所) 各種公表情報より、みずほ銀行産業調査部作成

<sup>4</sup> ASEAN の医療市場については、みずほフィナンシャルグループ「V-3. 拡大する医療需要と進む規制緩和ー成長する民間病院市場への参入戦略ー」『MIZUHO Research & Analysis no.12 成長市場 ASEAN をいかに攻略するかー多様性と変化がもたらす事業機会を探るー』(2017 年 7 月 25 日)をご参照。

<sup>5</sup> 現在の介護保険である ElderShield は、要介護認定者に対し 300SGD もしくは 400SGD を最大 6 年間のみ支給しているが、2020 年にはこれを拡充した CareShield Life を導入する。支給金額は 600SGD 以上に引き上げられ、支給期間も終身になる見込み。

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

【図表 24-5】国内需要の内訳

|      | 指標        | 2018年度<br>(実績) | 2019年度<br>(見込) | 2020年度<br>(予想) | 2024年度<br>(予想) | CAGR<br>2019-2024 |
|------|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|
| 国内需要 | 国民医療費(兆円) | 43.4           | 44.2           | 44.8           | 47.0           | -                 |
|      | 前年比増減率(%) | +0.8%          | +1.9%          | +1.3%          | -              | +1.2%             |
|      | 介護給付費(兆円) | 10.4           | 10.6           | 10.8           | 11.5           | -                 |
|      | 前年比増減率(%) | +2.0%          | +1.9%          | +1.6%          | -              | +1.7%             |

(注) 2019 年度～2024 年度はみずほ銀行産業調査部予想

(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」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計(平成 29 年推計)」等より、みずほ銀行産業調査部作成

## ① 医療

医療費は高齢化による需要増や医療の高度化等により増加

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化等を要因に拡大を続けており、2 年ごとの診療報酬改定が財政運営上の調整弁となっている。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、薬価改定での毎次の引き下げや、2017 年度の薬価制度の抜本改革が推進されるなど、医薬品を中心に医療費引き下げ圧力が高まっている(【図表 24-6】)。

【図表 24-6】医療費の伸び率の要因分解

| 年度      | 2010     | 2011   | 2012  | 2013    | 2014  | 2015   | 2016  | 2017   | 2018  |
|---------|----------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|
| 医療費の伸び率 | 3.9%     | 3.1%   | 1.6%  | 2.2%    | 1.9%  | 3.8%   | ▲0.5% | 2.2%   | 0.8%  |
| 内訳      | 人口増の影響   | 0.0%   | ▲0.2% | ▲0.2%   | ▲0.2% | ▲0.1%  | ▲0.1% | ▲0.2%  | ▲0.2% |
|         | 高齢化の影響   | 1.6%   | 1.2%  | 1.4%    | 1.3%  | 1.2%   | 1.0%  | 1.2%   | 1.1%  |
|         | 診療報酬改定率  | 0.190% | -     | 0.004%  | -     | 0.100% | -     | ▲1.33% | -     |
|         | うち薬価等改定率 | ▲1.36% | -     | ▲1.375% | -     | ▲0.63% | -     | ▲1.80% | -     |
|         | その他(注)   | 2.1%   | 2.1%  | 0.4%    | 1.1%  | 0.7%   | 2.9%  | ▲0.1%  | 1.2%  |

(注 1) 「その他」には、医療の高度化や患者負担の見直し等が含まれる

(注 2) 2014 年度の「診療報酬改定率」「薬価等改定率」は消費税対応分を含み、これを除くと▲1.26%、▲1.36%

(注 3) 2016 年度の「薬価等改定率」は、2015 年 12 月 21 日公表の「診療報酬改定率」より、薬価▲1.22%、市場拡大再算定等における薬価見直し▲0.19%、同特例分▲0.28%、及び材料価格▲0.11%の合算値を記載

(出所) 厚生労働省資料より、みずほ銀行産業調査部作成

2019 年度の医療費は 44.2 兆円、2020 年度は 44.8 兆円を見込む

2018 年度は診療報酬改定年度であり、全体で▲1.19%(うち本体+0.55%、薬価等▲1.74%)のマイナス改定であったことから、医療費の伸びが抑えられ、国民医療費は、前年比+0.8%の 43.4 兆円となった<sup>6</sup>。内訳では医科医療費(入院+入院外)が+1.5%増加した一方で、調剤医療費が▲3.1%と減少した。特に調剤に伴う薬剤料が▲4.5%となり、伸びの抑制につながった。また医療機関を受診した延べ患者数が▲0.5%となり、平均在院日数の短縮等を進める医療提供体制改革の影響が見られる<sup>7</sup>。2019 年度は、10 月に消費税に伴う

<sup>6</sup> 国民医療費の概ね 98%をカバーする 2018 年度の概算医療費 42.6 兆円に基づく推計。<sup>7</sup> 増減率はいずれも概算医療費ベース。

臨時改定▲0.07%があったものの<sup>8</sup>、高齢化に伴う自然増等により+1.9%の増加を予想する。2020 年度は診療報酬改定が予定されているが、医療費の伸びを抑制する方向性は変わらず、+1.3%の 44.8 兆円と予想する。

薬価改革等により医療費の伸びは抑制。2024 年度まで年率+1.2%にとどまると見込む

政府は、2019 年 6 月公表の「経済財政運営と改革の基本方針 2019」において、財政健全化に向け、75 歳以上人口の増加が一時的に減速する 2019 年度から 2021 年度までの 3 年間で「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 2021 年度からは薬価の毎年改定（引き下げ）が実施され、医療費の下押し圧力となる<sup>9</sup>。以上の要因により医療費の増加ペースは引き続き抑えられ、2019 年度から 2024 年度の 5 年間で年率+1.2%の伸びにとどまると見込み、2024 年度は 47.0 兆円と予想する。

人口構造、地域の実情を反映し、医療需要は質的に変化している

尚、医療需要の内容は今後大きく変化する。高齢化の進行により 2025 年に向け医療需要の総量は拡大するが、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も増加する。認知症を伴ったり、高齢者のみ世帯で退院後の生活に課題を抱える患者に対する退院支援は必須となり、高齢により通院が困難な患者に対する在宅医療のニーズが高まる。介護との連携ニーズが高まることは言うまでもない。加えて、健康寿命延伸に伴う予防医療の普及は、治療ニーズの減少につながる可能性がある。医療事業者はこうした需要の質的変化に対応した提供体制の改革を進めていくことが求められている。

## ② 介護

2019 年度の介護費用は 10.6 兆円。費用の伸びは抑制され、2024 年は 11.5 兆円を予測する

介護費用は、高齢者の増加により拡大基調が続いており、2019 年度は 10.6 兆円（前年度比+1.9%）、2020 年度は 10.8 兆円（同+1.6%）を見込む。2020 年度以降は介護ニーズが高い後期高齢者の増加や介護医療院等により、医療ニーズが高い中重度の要介護者を対象とした介護の提供が進む。一方、高齢者全体の人口の伸びの鈍化（後述）や、2015 年から実施された軽度者向けのサービスの見直し<sup>10</sup>などから、費用の伸びは抑制され、2024 年には 11.5 兆円（年率+1.7%）を予測する（【図表 24-5】）。

<sup>8</sup> 消費税率引き上げに伴う負担増を価格転嫁する改定であるが、同時に薬価等について実勢価に応じた引き下げが実施されたため、全体ではマイナスとなった。

<sup>9</sup> これまで病院等の技術料である診療報酬本体の改定率は、薬価引き下げ分を財源としてプラスを確保してきたが、毎年度の薬価改定が実施されると、薬価引き下げ分を改定財源と見られなくなり、診療報酬本体も厳しい改定となることが見込まれる。

<sup>10</sup> 2015 年度から、要支援者のサービスの一部は給付の対象から外され、市町村が実施する総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）への移行が進められた。

## II. 日本の医療・介護事業者に求められる戦略

### 1. 医療・介護分野を巡る社会環境変化

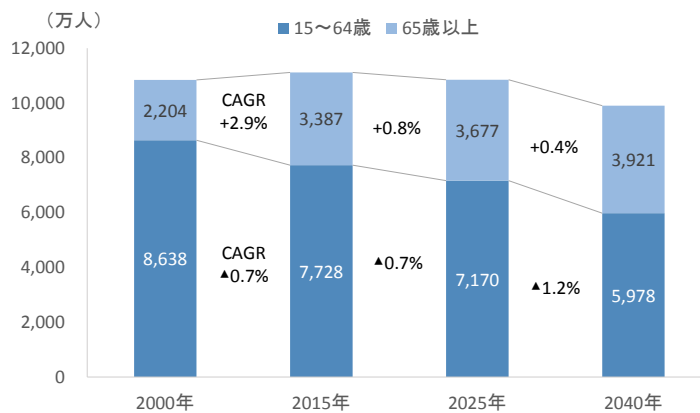
「2025 年」をターゲットとした高齢者の急増への政策対応はひとまず完了

次なる政策課題は、2040 年をターゲットとした「現役世代の急減」への対応

これまで政府は、「団塊の世代<sup>11</sup>」が 75 歳以上となる 2025 年をターゲットに、「社会保障と税の一体改革」に基づき、病床の機能分化と連携を推進する「地域医療構想<sup>12</sup>」の実現と、高齢者を地域で支える「地域包括ケアシステム」の構築を骨子とする医療・介護提供体制改革や、負担と給付を見直す保険制度改革などを進めてきた。一体改革の工程を定めた「プログラム法<sup>13</sup>」に掲げた政策対応は、2019 年 10 月の消費税率引き上げにより一旦完了し、今後はその着実な実現に向けた取り組みが進められることとなる。

次なる政策課題は、団塊ジュニア世代が 65 歳に到達し現役を引退する 2040 年を展望した社会保障改革である。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。2025 年から 2040 年にかけて、高齢者人口の増加はやや鈍化するものの、生産年齢人口は約 7,200 万人から約 6,000 万人（▲16.6%）と急激に減少する（【図表 24-7】）。高齢者を支える生産年齢人口が減少する一方、医療・介護分野の人材ニーズは高まるため、当該業界の人材不足は深刻化する可能性がある。

【図表 24-7】年齢階層別人口の推移



（出所）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）」より、みずほ銀行産業調査部作成

2040 年の社会保障費は GDP 比 23% 前後に上昇する見込み

また、医療・介護・年金などの社会保障給付費もさらに膨らむ。経済財政諮問会議の試算では、社会保障給付費は 2015 年の 121.3 兆円から、2025 年には 140.6 兆円、2040 年には 190 兆円規模に増加（経済ベースライン、医療・介護は計画ベース）、対 GDP 比率は、成長実現ケースでも 2018 年の 21.5%から 2040 年に 23%前後に上昇する。

<sup>11</sup> 第二次世界大戦後の 1947～1949 年のベビーブーム期に生まれた世代。

<sup>12</sup> 医療需要がピークとなる 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。

<sup>13</sup> 正式名称は、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」。

健康寿命の延伸の実現により、社会保障制度の持続確保を目指す

財政の逼迫と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・介護需要を逡減させ、社会保障制度の持続性を確保することが肝要である。

「医療・福祉サービス改革プラン」は、2040年に医療・福祉分野の生産性の5%以上の改善を目指す

厚生労働省の「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」は2019年5月に「健康寿命延伸プラン」、「医療・福祉サービス改革プラン」、「就職氷河期世代活躍支援プラン」をとりまとめた。このうち、医療・福祉サービス改革プランでは、2040年時点で、医療・福祉分野の「単位時間あたりサービス提供量」について5%以上、医師については7%以上の改善を目指すと明記され、①ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革、②タスクシフティング、シニア人材の活用推進、③組織マネジメント改革、④経営の大規模化・協働化の4つの改革を実施して、医療・福祉分野の生産性向上を図る方針が示された。以下では、医療・介護それぞれの業界の外部環境と事業者の戦略の方向性について考察する。

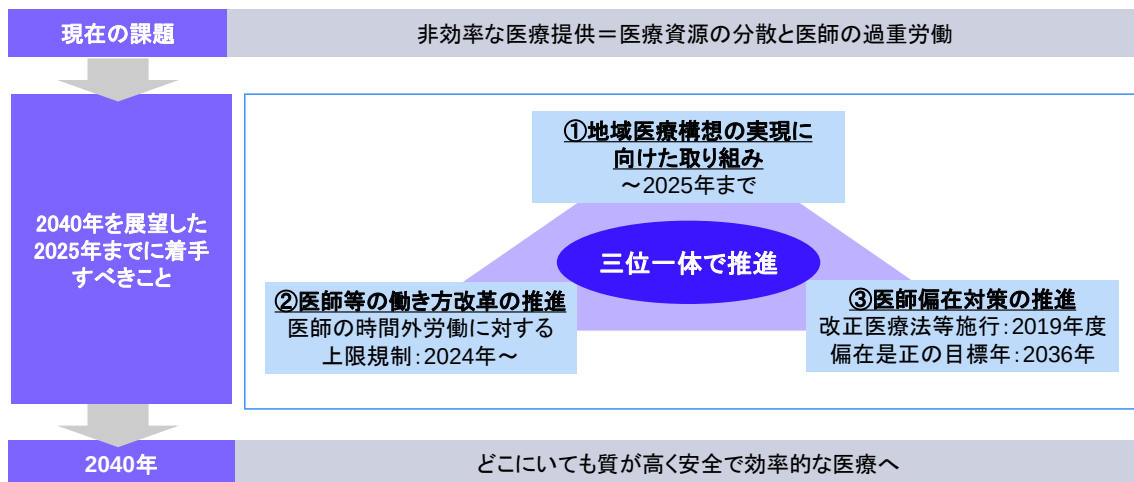
## 2. 医療事業者に求められる戦略の方向性

### ① 政策動向

「三位一体改革」による医療提供体制改革の推進

医療分野における政策動向として最も注目されるのは、「地域医療構想の実現に向けた取り組み」、「医師等の働き方改革の推進」、「医師偏在対策の推進」のいわゆる「三位一体改革」による新たな医療提供体制改革の推進である（【図表 24-8】）。

【図表 24-8】三位一体の医療提供体制改革のイメージ



（出所）厚生労働省資料より、みずほ銀行産業調査部作成



「地域医療構想の実現」への鍵は、公立・公的病院の再編統合等に向けた方針の合意形成

三位一体改革の一番目、「地域医療構想の実現」への鍵となるのは、公立・公的病院における再編統合等に向けた具体的対応方針の合意形成である。地域医療構想の進捗が停滞する中、国は公立・公的病院に対し、民間病院では担うことのできない医療機能に重点化する観点から、地域で重複する機能の再編・統合を進める具体的プラン<sup>14</sup>の提出を求めた。しかしながら、急性期からの転換は不十分で、2025 年における病床総数はむしろ増加する内容であった（【図表 24-9】）。

【図表 24-9】公立病院・公的病院等における 2025 年の病床数見込み

| (単位: 万床)       |          | 合計   | 高度急性期 | 急性期  | 回復期 | 慢性期 |
|----------------|----------|------|-------|------|-----|-----|
| 新公立病院改革プラン     | 2017年    | 17.4 | 3.5   | 11.5 | 1.4 | 1.0 |
|                | 2025年見込み | 17.4 | 3.6   | 10.9 | 2.0 | 0.9 |
| 公的病院等改革2025プラン | 2017年    | 30.2 | 10.8  | 15.2 | 1.9 | 2.4 |
|                | 2025年見込み | 30.3 | 10.5  | 15.1 | 2.5 | 2.3 |

(出所) 厚生労働省資料より、みずほ銀行産業調査部作成

国は再編統合の方針を再検証すべき 424 の公立・公的病院名を公表

そのため国は、がんなど 9 領域の診療実績データを比較・分析し、2019 年 9 月に、再編統合に向けた具体的対応方針の再検証を要請する 424 の公立・公的病院の病院名を公表した。これらの病院は、再編統合を伴わない場合は 2020 年 3 月まで、再編統合を伴う場合は 2020 年 9 月までに再検証の結論を出すことが求められる。国は今後、民間病院についても同様のデータを分析・公表し、議論の材料としていく方針に言及している。424 病院の実名公表に対する各都道府県の首長等からの反発は強く、厚生労働省はその対応に追われている。民間病院においては、公立病院等の再編が進めば、地域内の医療提供体制が変化し、自院のポジションの再考を要することとなる。

「医師の働き方改革」に向けては、2024 年までに対応必須。人件費の高騰や医師不足も懸念

「医師の働き方改革」に向けては、2024 年 4 月より医師の時間外労働時間の上限規制が適用される<sup>15</sup>。2019 年 3 月に厚生労働省の検討会が取りまとめた報告書では、医師の時間外労働規制について原則年間 960 時間以内(A 水準)等の 4 つの基準が示され（【図表 24-10】）、年内に詳細について議論・とりまとめの上、2020 年度の通常国会に医師法改正等の法案が提出される予定である。病院勤務医は長時間労働が常態化しているのが現状であるが、全ての医療機関は、2024 年 4 月までに基準を満たすべく体制整備することが求められる。過剰労働は過労死や医療ミスにつながるおそれがあり、医師の働き方改革への対応は医療安全の面からも急務と言える。特に、大学病院では 9 割近くに年間時間外労働が 1,860 時間を超える勤務医がいると推計されている。そのため、改革への対応から大学病院で医師不足が発生し、地域の病院に派遣している医師を引き上げる事態も生じつつあり、人件費の高騰以上に地域の病院の経営に多大な影響を与える懸念がある。

<sup>14</sup> 「新公立病院改革プラン」、及び「公的病院等改革 2025 プラン」。

<sup>15</sup> 一般労働者については 2019 年 4 月より時間外労働時間の上限規制を適用済み。

【図表 24-10】医師の時間外労働時間の上限規制について

| 区分    | 対象                                    | 時間外労働規制                | 追加的健康確保措置(注) |      | 実施期限等                                    |
|-------|---------------------------------------|------------------------|--------------|------|------------------------------------------|
|       |                                       |                        | ①            | ②    |                                          |
| (A)水準 | 一般的な医療機関に適用                           | 年960時間以内<br>月100時間未満   | 義務           | 努力義務 | —                                        |
| (B)水準 | 地域医療確保暫定特例水準<br>(対象医療機関を特定)           | 年1,860時間以内<br>月100時間未満 | 義務           | 義務   | 2035年度末までには解消                            |
| (C)水準 | 一定期間集中的に技能向上のための<br>診療を要する(対象医療機関を特定) | 年1,860時間以内<br>月100時間未満 | 義務           | 義務   | 2035年度末以降も<br>存続するが将来に<br>向けて上限は縮減<br>方向 |
|       | C1 初期研修医、専攻医                          |                        |              |      |                                          |
|       | C2 6年目以降の医師が高度技能習得を希望                 |                        |              |      |                                          |

(注)①: 月上限を超える場合の面接指導と就業上の措置(いわゆるドクターストップ)

②: 続勤務時間制限 28 時間・勤務間インターバル 9 時間・代償休息

(出所)厚生労働省資料より、みずほ銀行産業調査部作成

医師偏在対策として、都道府県は医師確保計画を策定。「医師多数区域／少数区域」を可視化し対応策を推進

地域医療構想の実現や医師の働き方改革を推進する上では、医師不足に加え、地域及び診療科における「医師の偏在」が課題であり、2019 年 4 月には、地域間の医師偏在の解消等を目的に、改正医療法・医師法が施行された。都道府県は 2019 年度中に医師確保計画を策定し、医療需要等による医師偏在指標に基づき、「医師多数区域」「医師少数区域」を設定の上、医師多数区域から医師少数区域への医師派遣や、医学部の地域枠・地元出身枠の増員等によって、医師少数区域における医師確保に向けた種々の支援策を推進する。尚、医師偏在の要因として都市部への開業医の集中が問題視されており、将来的に、医師多数区域での新規開業には在宅医療等の地域で必要な医療の提供を条件とする等の制限が付されることが想定される。

診療報酬からも働き方改革等を後押し

以上のような環境変化を踏まえ、2020 年度診療報酬改定の基本方針の議論において、「医師の働き方改革への対応」が主な柱のひとつに掲げられており、診療報酬の面からも改革を後押しする施策が盛り込まれる見通しである。

## ② 医療事業者の戦略の方向性

医療事業者の取り組みの方向性は 4 点

医療費の抑制や人材不足等により、病院の経営環境が厳しさを増す中、医療事業者に求められる方向性は次の 4 点と考えられる。第一に地域医療構想を踏まえた自院のポジションの明確化と連携推進、第二にテクノロジーの活用による生産性の向上、第三に経営の大規模化・協働化、第四に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。

第一は、地域医療構想等を踏まえたポジションの明確化と地域内連携の推進

第一は、地域医療構想等を踏まえたポジション・機能の明確化と、地域内の連携体制の構築である。2020 年 9 月末までに再編統合に向けた再検証を名指しされた公立・公的病院を中心に、全都道府県の地域医療構想調整会議において、病床機能の再編統合の議論が進められる。医療事業者には、こうした協議に積極的に参画するとともに、公立・公的病院の方向性が明確化される前に、先手を打って自らの機能を選択し、地域内での連携体制をいち早く構築していくことが求められる。

**第二は、テクノロジーの活用等による生産性の向上**

第二は、テクノロジーの活用等による生産性の向上である。医療費の抑制や薬価等の差益が減少する中、病院にとってコスト削減は喫緊の課題である。加えて、働き方改革への対応に伴う必要人員数の増加の一方で、人口減少により更に厳しさを増す人材確保難により、テクノロジーを活用した生産性の向上は必須の課題である。2024 年以降は、医師の時間外労働時間に係る A 水準、B 水準の病院が可視化され、労働環境が医師等の確保に影響を与えることが懸念される等、現場の負担軽減は病院運営の根幹に影響しかねない。

**医療現場では、ICU 業務の効率化や、RPAによる業務効率化等の取り組みが進行**

医療現場でのテクノロジーの活用事例として、昭和大学では 2016 年より日本で初めてフィリップスの eICU システムを導入し、複数の付属病院の集中治療室 (ICU) をコントロールセンターで遠隔集中管理し、ICU 勤務の医師・看護師の負担軽減と安全確保を両立するシステムの開発実証を行なっている。また、愛知県の大同病院では、2019 年 7 月より RPA<sup>16</sup> を本格導入し、「総合内科が回診時に使用する診療サマリーの抽出」や、「DPC データに基づいて入院期間区分ごとの患者データを抽出し診療部門への提示」等の自動化を進めている。同院は、医師業務や間接事務の効率化、各種事務サポートなどにより、年間 8,000 時間の業務を RPA に置き換えられると試算している。

**第三は、経営の大規模化・協働化**

第三に、患者ニーズに対応した医療・介護サービスの複合的提供や、生産性の向上に向けては、経営の大規模化・協働化が有効な打ち手のひとつとなり得る。人材の採用・教育、間接部門の共有化や効率化に向けたシステム投資などは、スケールメリットが期待できる分野である。特に人材不足が事業成長や機能選択の制約要因になる中、グループ内での人材融通等は大きなメリットとなろう。国も、医療・福祉サービス改革プランに「経営の大規模化・協働化」を挙げ、医療法人の経営統合時の優遇融資制度等の推進策を検討している。事業承継や病棟の老朽化等の課題を抱える病院も多く、医療機能の高度化対応や、人材確保難、働き方改革への対応等によって単体での病院経営が難しくなっていく中、公的病院等の再編統合に向けた議論も含め、地域内で再編統合を図る動きが増加するものと予想する。

**第四は、診療報酬以外の収益源の確保による事業基盤強化**

第四は、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、海外での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。「健康寿命延伸プラン」に掲げる予防の普及は、将来的な治療ニーズの減少につながる可能性がある一方で、医療事業者が企業等と協働して取り組むことが想定される。専門家である医師や医療事業者が積極的に予防事業に関与することで、サービスの信頼性を高めることにつながるであろう。

**外国人患者受入れは、地域医療の維持や地域振興に資する可能性も**

訪日外国人や医療渡航患者への医療サービス提供は保険外の自由診療であり、医療機関の裁量により価格設定が可能である。人口減少の進む地方では、外国人患者の受入れは、地域医療の維持と地域振興にも資する可能性がある。2019 年に JIH 推奨<sup>17</sup> を取得した医療法人慶友会吉田病院（旭川市）

<sup>16</sup> Robotic Process Automation の略。ホワイトカラーの定型的作業をパソコン内のソフトウェア型ロボットが代行・自動化する技術。

<sup>17</sup> Japan International Hospitals の略。渡航受診者の受入れに意欲ある病院として一定の基準を満たす病院を推奨する制度。

は、滞在型予防医療を掲げ、地域の観光資源等と融合した医療サービスの提案を行っている。外国人患者の受入れには、多言語表示や通訳等の対応負担、未集金問題などの課題もあるが、東京オリンピック・パラリンピックに向け訪日外国人が増加するタイミングで、受入体制整備に向けた補助金などの支援制度等を活用し、対応を検討するのも一手である。

### 3. 介護事業者求められる戦略の方向性

#### ① 政策動向

政策のターゲットは、生産年齢人口が急減する2040年にシフト

前述の通り、2025 年をターゲットとした医療・介護の提供体制の構築に向けた諸施策は清々と進められており、政策の焦点は、2025 年以降の「高齢者の急増」から、「生産年齢人口の急減」に局面が変化する「2040 年」を展望した打ち手の議論に移っている。

介護分野の議論の第一のポイントは給付の見直し

介護分野の議論の第一のポイントは、給付の対象の見直しである。今後、後期高齢者の増加による「高齢者の高齢化」に伴って、認知症や医療ニーズが高い中重度の介護需要が拡大すると見込まれており、国は制度の持続可能性の確保に向けて、給付対象の絞込みを進める方向にある。具体的には、給付の対象者の重度者や医療ニーズが高い者などへの絞込み、サービスについても身体介護や医療的ケアへの絞込みが進む。軽度者や生活支援中心のサービスは、保険の対象外に切り出される見込みであり、こうした対象者やサービスを中心とする事業者には、医療機関との緊密な連携や、看護師や介護福祉士など有資格者の配置などによるサービス提供力の引き上げが求められる。

第二は利用者の負担の引き上げ。政策で誘導される「自立支援型介護」の家族や利用者への説明は、現場の負担に

第二に、利用者の負担の引き上げである。現在、サービス利用者の自己負担は原則 1 割となっており、1 割負担の利用者は全利用者の 90%超を占める<sup>18</sup>。しかし、財務省は保険料の伸びの抑制と制度の持続可能性を図る観点から、自己負担を段階的に引き上げ、原則 2 割にすることを求めている。また、現在無料で提供している介護サービスの提供計画（ケアプラン）の有料化<sup>19</sup>についても議論になっている。こうした負担の引き上げやケアプラン有料化は、利用者のコスト意識を醸成し、サービスの質も高まると考えられている。しかし、ここで課題になるのが、国が、「科学的介護」への体制整備も進めている点である。事業者は、単に利用者とその家族の「お世話」のニーズに対応することから脱し、利用者がより自立して生活できるような「自立支援型介護」のサービスをデータに基づいて提供し、状態の維持や改善を実現することが求められている。政策対応に基づいた介護サービスの提供には、利用者やその家族の理解を得ることが必須であり、現場の負担となる可能性もある。

<sup>18</sup> 単身で年金収入とその他の合計所得金額が 160 万円以上の者は 2 割負担、340 万円以上の者は 3 割負担となっており、厚生労働省介護保険事業状況報告 2019 年 5 月の調査では、2 割負担は全利用者の 5%、3 割負担は 4%。

<sup>19</sup> 社会保障審議会介護保険部会（第 84 回、2019 年 10 月 28 日）の資料によると、2018 年度の居宅介護支援・介護予防支援の費用は 5,013 億円であり、利用者に 1 割負担を求めた場合の削減効果は約 500 億円程度。

第三は現場の生産性の向上。ただし、機器活用の推進は、事業者の投資負担となる可能性も

第三のポイントは、現場の生産性の向上である。前述の通り、厚生労働省の「医療・福祉サービス改革プラン」では、単位時間提供量の5%以上改善にむけて、ロボットやICTの実用化を推進する策が打ち出されている。今後、機器を使ったサービスが介護保険の要件に組み入れられた場合、事業者には新たな投資負担が発生する可能性もある。

## ② 介護事業者の戦略の方向性

以上を踏まえて、介護事業者の取るべき戦略として以下3点を挙げる。

まずは、介護福祉士など専門職や、中核人材の確保の強化。資本力に勝る事業者が人材獲得を制する可能性も

第一に、処遇の改善を通じた人材の確保の強化である。政府が誘導する重度者への対応を進めるには、介護福祉士などの専門職や優良な介護職員の確保と定着が必要である。また、今後の利用者のコスト意識の高まりを考えると、職員の介護技術を引き上げ、サービスの質の向上を実現させる必要もある。しかし、介護人材は慢性的に不足しており、2025年には32万人、2035年には68万人の需給ギャップが予測されている。厚生労働省は勤続10年以上の介護福祉士の報酬が月額8万円相当の改善になることを算定根拠とし、公費1,000億円と保険料を合わせて2,000億円規模の予算を設け、2019年10月に新たな介護職員等特定処遇改善加算<sup>20</sup>を導入、職員の賃金引き上げと現場の環境整備を推進している。SOMPO ケアやベネッセスタイルケアは、この加算に加えて自己資金を投入し、更に手厚い処遇の改善や人事制度の改善を打ち出し、人材確保の強化を図っている。今後は資本力に勝る事業者が人材獲得を制する可能性がある。

第二に、現場のデジタル化

第二に、現場のデジタル化の推進である。データに基づく自立支援型の介護への対応、現場の生産性の改善など、いずれをとっても現場のデジタル化は不可欠である。しかし、業界の大宗が中小企業や社会福祉法人で、投資余力や本部企画機能に課題があることや、利用者の状態や職員のスキルなどは現場の個性も高いため投資費用対効果の判断も難しいことから、現場のデジタル化は低調である。一方、介護以外を主業とする異業種オペレーターは、資本力やグループの総合力を活用し、現場のデジタル化を進めている。SOMPO ケアは、現場のデジタル化を進めるとともに、テクノロジーの活用によって、生産性、現場の働きやすさ、及び利用者のQOLの3つの向上の実現について研究を進めており、2021年に現場への本格導入を目指している。

パナソニックはICT活用のB2B事業に取り組む

また、パナソニックは、自社グループの介護現場のデジタル化を進めるとともに、自社のIoT/AIセンシング技術やクラウド対応のエアコンを活用した見守りサービスを他の事業者展開し、B2B事業としての広がりにつなげている。

第三に、課題は多いが、予防・健康寿命の延伸産業に期待

第三に、予防・健康増進産業への参入である。政府は、経済成長と社会保障制度の持続性確保に向けて「健康寿命」の延伸による医療・介護需要の増加の抑制と、元気な高齢者や専業主婦、障害者等の労働力の活用推進を図る方向性を示している。特に、高齢者については、年齢を問わず誰もが長く元

<sup>20</sup> 従来の介護職員処遇加算は、職員の任用条件及び賃金体系の明示と周知を定めた「キャリアパス要件」と、キャリアアップ支援などの資質の向上及びICT活用などの労働環境を求める「職場環境等要件」を定め、人材育成と職場環境の整備を推進していた。新たな加算は、介護福祉士など経験・技能のある職員に重点を置き、更なる拡充を推進している。また、リハビリ職や看護職などの職種も対象に加え、現場の柔軟な運用を可能にした。

気に活躍できる「生涯現役社会」の実現に向けて就労が推進される方向にある。厚生労働省は、経済成長と労働参加が進んだ場合、2040年には60歳以上の就業者が480万人程度増加し、全就業者780万人の増加をけん引すると試算しており、高齢者が労働力の重要な供給源になる可能性を示している。こうした中、予防や健康増進領域の市場拡大が期待されるが、事業化には①正確なデータ収集と分析、②個人情報の保護と高度なセキュリティの保持、③エビデンスの確保、④コストの払い手など、複数の課題がある。特に、人口の7割<sup>21</sup>とも推計される「健康無関心層」に対するアプローチと健康増進に向けた行動変容を促す仕組みづくりは最大の課題とも言えよう。企業の健康保険組合向けのB2B、B2B2Cのサービスや健康増進を支援する保険商品などが上市されている。介護事業者が介護事業で培った経験とデータを活用し、広く健康増進に資する新たなサービスを創出し、健康寿命の延伸に寄与することを期待したい。

#### 4. おわりに ～2025年以降の諸課題を見据えて

新たなテクノロジーの開発・実装に向け、医療・介護事業者は企業と協働して取り組み、果実を共有することが可能

最後に、テクノロジーの進化に向けた取り組みについて言及したい。2040年に向けた財政の逼迫と労働力の制約の下、医療・介護のサービスの質と生産性を高め、日本の社会保障制度の持続性を確保するためには、従来に無い新たなテクノロジーを開発し実装するような、イノベーションへの取り組みが不可欠となる。テクノロジーの進化に向けた開発・実装は、中小事業者が大半を占める医療・介護事業者が単独で取り組み、成果を挙げるにはハードルが高いが、現場の課題を明確化し、実証フィールドを提供することにより、新たな市場創出に向け事業開発を図る企業と協働し、開発されたテクノロジーを実装し、その果実を共有することが可能である。

医療分野では徳洲会グループや医療法人社団KNIなどが企業と共同でテクノロジーの開発を進めている

テクノロジーの進化に向けた開発・実装への取り組みの事例として、医療分野では、民間病院グループ最大手の徳洲会グループが2019年2月にシーメンスヘルスケアとパートナーシップ契約を締結したことが挙げられる。AI画像診断の共同研究、検体検査工程の完全自動化等を進めるとともに、その成果を傘下病院へ展開し医療の質と生産性の向上を図るものである。また、医療法人社団KNIは2017年10月より、NECと協働で、AIを活用した医療の質向上と業務効率化を目指す取り組みに着手した<sup>22</sup>。2019年6月には「規制のサンドボックス制度認定」<sup>23</sup>を取得し、患者から前もって受けてほしい医療や生活に関する意思をデジタルで取得・保管し、救急搬送時等に提携する医療機関に提供する「デジタルリビングウィル」システムの実証に着手している。超高齢化する地域の患者ニーズを想定し、社会保障制度の中に閉じない技術開発を、企業を巻き込んで進める取り組みである。

<sup>21</sup> 総務省受託調査事業 筑波大学久野研究室・つくばウェルネスリサーチ実施調査(2000年)、筑波大学他「複数自治体連携型大規模健康ポイントプロジェクト」(2017年)。

<sup>22</sup> 顔認証システムによる病棟の入退管理、看護記録の音声入力などによる生産性向上、転倒等に繋がる不穏行動を予測するAIや患者ごとに適切なリハビリテーションを指示するAIなどの共同研究を行っている。

<sup>23</sup> 新しい技術やビジネスモデルを用いた事業活動の促進を目的に、生産性向上特別措置法(2018年6月6日施行)に基づき創設された。参加者や期間の限定等により、既存の規制の適用を受けることなく、新しい技術等の実証を行うことができる環境を整えることで、迅速な実証を可能とするとともに、実証で得られた情報・資料を活用できるようにし、規制改革を推進する制度。

介護分野では、ツクイが VC ファンドを設立し、オープンイノベーションでの研究開発に取り組む

介護分野においても、介護大手のツクイは 2018 年に医療・介護・福祉分野に特化した VC ファンドを設立し、サービスの実証実験の場を提供し、新商品の共同開発や販売面でのアドバイスなど最適なソリューションの創出、先進技術を活用した新たなサービスの開発支援により、業界の課題解決とイノベーションの創発を目指している。2019 年には、本社がある横浜市及び富士ソフト他 2 社と協定を締結、産官学のオープンイノベーションでの課題解決を目指し、業務効率化・高度化及び介護の質の向上に資する研究にも協働で取り組んでいる。

社会福祉法人にも、人材育成と環境整備に取り組む動きあり

社会福祉法人善光会は、自らが介護関連の産業に関与し活性化させる意義を認識し、介護ロボットや ICT の活用について産学連携で取り組み、2019 年にはコニカミノルタと協働で、機器の導入・操作のサポート、データの分析及び業務改善の支援を合わせたサービスの提供を開始した。なお、同法人は、2018 年に「スマート介護士」の資格を創設し、介護現場の職員にとどまらず、機器の開発・販売にかかわる人材も受験対象とし、機器を活用したサービスを企画・実践できる人材の育成と環境整備に着手している（【図表 24-11】）。

【図表 24-11】「スマート介護士」の概要

|                |                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 資格創設の目的        | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護ロボット・センサー機器等の知識のある人材の育成</li> <li>✓ 機器等の現場での活用と普及を目指す</li> </ul>                                                                                                              |
| 「スマート介護士」の到達目標 | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 持続可能な介護サービスモデルの必要性を理解する</li> <li>✓ 要介護者の生活機能を把握し、あるべき支援を企画する</li> <li>✓ 効率的なオペレーションシステムを構築し、継続的に改善する</li> <li>✓ 利用者や同僚職員などの関係者を指導する</li> <li>✓ 介護ロボット・ICT機器の特性を把握する</li> </ul> |
| 受験対象者          | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護施設の管理者</li> <li>✓ 施設介護・訪問介護の従事者</li> <li>✓ 福祉用具の開発・販売の従事者</li> <li>✓ 介護ロボット・ICT機器の開発・販売に関係する者</li> </ul>                                                                     |

（出所）社会福祉法人善光会 HP より、みずほ銀行産業調査部作成

2025 年以降を見据え、テクノロジーの開発・実装等を目指す取り組みの拡大を期待

2025 年以降の諸課題を見据えた場合、先に挙げた取り組みはより一層重要になる。今後は従来の仕組みを前提とせず、現時点から、社会保障制度の持続確保、患者や高齢者の QOL の向上、産業の活性化の「三方良し」を実現すべく、医療・介護事業者と企業によるテクノロジーの開発・実装や普及を目指す取り組みが拡大することを期待したい。更には、医療・介護のサービスの質と生産性向上に向けたテクノロジーは、増大する医療・介護ニーズに対応する提供体制整備が急ピッチで進められるアジアの成長国においても有益な打ち手となり得る。医療・介護事業者と企業が連携し、アジアへの展開を展望するような取り組みが広がり、日本の事業者のプレゼンス向上につながることを期待したい。

みずほ銀行産業調査部

戦略プロジェクト室 稲垣 良子

高杉 周子

yoshiko.ingaki@mizuho-bk.co.jp