【Focus】医療・介護

【要約】

■ 2020 年度の国民医療費は▲0.44%の診療報酬改定に加え、新型コロナウイルスの感染拡大による診療抑制、受診控え等により患者が減少したことから、前年比▲3.8%の 42.8 兆円を見込む。一方で介護費用はコロナ禍により一時的に利用減が生じたものの、高齢化に伴う需要は底堅く 10.9 兆円（同+0.6%）を見込む。2021 年度は、対応体制の整備や高齢化による需要増等により、医療費は 44.8 兆円（同+4.7%）、介護費用は 10.9 兆円（同+0.5%）と予想する。

■ 2022 年度から 2025 年度にかけて団塊世代が後期高齢者となり超高齢化が進むが、コロナ対応により更に悪化した財政赤字を踏まえ、診療報酬の抑制は継続され、2025 年度の医療費は 46.0 兆円（年率+1.5%）と緩やかな成長にとどまると予想する。一方、介護費用は、2022 年度から後期高齢者数が増加し需要が拡大するため、2025 年度には 12.1 兆円（年率+2.3%）に達すると予想する。

■ 政府は団塊世代がすべて後期高齢者となる 2025 年、団塊ジュニアが高齢者となる 2040 年に向け、社会保障制度の持続性を高めるための改革を推進している。2025 年から 2040 年に向けては、高齢者数が高止まりする一方で、社会保障の支え手である現役世代が急減する見込みである。すでに顕在化している人材不足の更なる悪化や働き方改革への対応等による労働力の制約の中で、コロナ禍により顕在化したデジタル化の遅れに対し、ICT やデジタル技術を活用した生産性向上を実現することが急務である。

■ 医療事業者の戦略の方向性は、地域での役割の明確化と連携への取り組みに加え、テクノロジーの活用、経営の大規模化・協働化、診療報酬以外の収益基盤の確保等が挙げられる。介護事業者の戦略としては、科学的介護や生産性の向上に向けた戦略的な投資、ソリューションパートナーとの協業、地域独自のプラットフォームへの参画が考えられる。

■ コロナ禍で時限的・特例的に解禁されたオンライン診療は、ウィズコロナの長期化により患者の受療行動の変化につながる可能性がある。IT 企業の参入も見られる中、医療・介護事業者も新たな変化を取り入れ、企業と協働してデータ活用による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 22-1】需給動向と見通し

	指標	2019年（実績）	2020年（見込）	2021年（予想）	2025年（予想）	CAGR 2020-2025
グローバル需要	中国＋ASEAN（億米ドル）	11,009	11,236	12,499	16,968	-
	前年比増減率（%）	＋10.0%	＋2.1%	＋11.2%	-	＋8.6%
国内需要	医療・介護費用（兆円）	55.2	53.6	55.7	58.1	-
	前年比増減率（%）	＋2.6%	▲2.9%	＋3.8%	-	＋1.6%

（注 1）2020 年以降のグローバル需要はみずほ銀行産業調査部予測。グローバル需要は暦年、国内需要は年度
（注 2）ASEAN 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、ベトナムの 6 カ国
（出所）UN, *World Population Prospects, The 2019 Revision*、WHO, *Global Health Expenditure Datebase*、各国保健統計等より、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

- 新型コロナウイルスの感染拡大により、世界的に受診抑制や手術の延期、受診控え等による患者減少が生じており、2020 年の医療市場の成長は国内外ともに減速し、比較的回復の早かった中国を除いてマイナスと予測。ワクチンの開発・普及には 2021 年度末までかかると想定される
- アジア諸国では欧米に比べ感染症の影響が少なく、中国、ASEAN の医療市場は、高齢者の増加やオンラインを含む医療のアクセス向上、技術向上等に伴い、高成長を継続
- 国内の医療市場は高齢化の進展や医療の高度化により拡大するも、人口減少、提供体制改革の進展、報酬の抑制に加え、新型コロナウイルス影響による患者の受療行動の変化等も想定され、成長率は鈍化
- 国内の介護市場は 2021 年度まで横ばいで推移するが、後期高齢者人口の増加に伴い 2022 年度に拡大へ転じる

1. グローバル需要 ～中国、ASEAN は新型コロナウイルスで減速するも高成長が続く

【図表 22-2】 中国・ASEAN の総医療費の推移予測

（億米ドル）	地域	2019年（実績）	2020年（見込）	2021年（予想）	2025年（予想）	CAGR 2020-2025
グローバル需要	中国	9,779	10,022	11,200	15,336	-
	前年比増減率（%）	＋10.3%	＋2.5%	＋11.8%	-	＋8.9%
	ASEAN	1,229	1,214	1,299	1,632	-
	前年比増減率（%）	＋7.9%	▲1.2%	＋7.0%	-	＋6.1%

（注 1）2020 年以降はみずほ銀行産業調査部予測
（注 2）ASEAN 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、ベトナムの 6 カ国合計
（出所）UN, *World Population Prospects, The 2019 Revision*、WHO, *Global Health Expenditure Datebase*、各国保健統計等より、みずほ銀行産業調査部作成

【図表 22-3】 日本・中国・ASEAN の人口推移と高齢化の進展

（百万人）	指標	2019年（実績）	2020年（見込）	2021年（予想）	2025年（予想）	CAGR 2020-2025
日本	総人口	126	126	125	123	▲0.4%
	高齢者人口	36	36	36	37	＋0.3%
	高齢化率	28.4%	28.8%	29.0%	29.9%	-
中国	総人口	1,434	1,439	1,444	1,458	＋0.3%
	高齢者人口	164	172	179	205	＋3.5%
	高齢化率	11.5%	12.0%	12.4%	14.0%	-
ASEAN	総人口	583	588	594	616	＋0.9%
	高齢者人口	41	43	45	55	＋5.0%
	高齢化率	7.0%	7.3%	7.6%	8.9%	-

（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）ASEAN 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、ベトナムの 6 カ国
（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）」、UN, *World Population Prospects, The 2019 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

本章ではグローバル市場として、日本の医療・介護サービスの国際展開の主な対象として想定される中国及び ASEAN に言及する。中国及び ASEAN 主要 6 カ国（以下、ASEAN）では、2025 年に向けて日本を大きく上回るペースでの高齢者人口の増加が予想される。中国では 2019 年の高齢者数は 1.6 億人に達し、2025 年には 2.0 億人を超えると予想される。そのため中国政府は、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る。ASEAN においても、足下の高齢化率が 7%を超えて高齢化社会に達しており、高齢者人口の増加率は中国を上回る。特にシンガポール（高齢化率 2020 年 13.3%→2025 年 18.1%）やタイ（同 13.0%→16.2%）の高齢化の進展は著しく、制度整備等の対応が求められる状況にある（【図表 22-3】）。

① 中国

中国の 2019 年の総医療費は 9,779 億ドル。前年比+10.3%と減速

中国の医療市場は、皆保険化と医療インフラ整備を図る 2009 年以降の医療改革により、2010～2015 年に CAGR+15%を超える高成長を続けてきたが、急拡大する医療費を抑制するため、2015 年より公立病院における薬価差ゼロ政策や政府による集中購買などの医薬品流通改革が進められた。2019 年には薬価差ゼロや集中購買の地域拡大、医薬品から医療機器・医療消耗品への対象範囲拡大等が医療費の伸びを下押しし、前年比+10.3%の 9,779 億ドルで着地した。

2020 年は新型コロナウイルス影響により+2.5%程度の成長と見込む

2020 年は、武漢に端を発する新型コロナウイルスの感染拡大により、医療機関へのアクセスが制限され、特に 1-3 月の来院患者数が激減し、6 月までの患者数は前年同期比で約 2 割減少した。その後は、経済活動が再開され、抑制・延期されていた医療サービスが回復傾向にあり、前年比+2.5%を見込む。

高齢化や医療アクセス向上により、2025 年に向け年率+8.9%の成長を見込む

中国では、人口増加率は年平均+0.3%と鈍化する一方で高齢化が急速に進み、2025 年には高齢化率が 14.0%にまで達する見込みである。今後も高齢化に伴う医療需要の拡大や疾病構造の変化、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、2021 年には前年比+11.8%の 11,200 億ドル、2025 年に向けて年率+8.9%の高い成長が見込まれる（【図表 22-2】）。

コロナ禍でオンライン診療が進展。保険適用が拡大し、医療市場のプラス要因に

中国ではコロナ禍での医療アクセスを確保する観点から、オンライン診療が拡大している。もともと都市部の大病院への患者集中など医療アクセスに課題があった中、2019 年よりオンライン診療に対する公的保険の適用が進展し、感染が拡大した 2020 年 2 月頃より、上海や武漢など主要都市での保険適用が加速した。2020 年には武漢市衛生健康委員会が、オンライン診療プラットフォーム大手の平安好医生にオンライン無料相談窓口を要請し開設されたのに続き、国家衛生健康委員会がオンライン診療を推奨し、民間企業のオンライン診療プロバイダーによる診療も保険対象に含める動きが進む。中国ではもともと不十分な医療アクセスを補うものとしてオンライン診療の活用余地が大きく、コロナ禍を奇貨とした保険適用拡大は潜在需要を掘り起こし、コロナ禍による患者減を補完するものと期待される。

高齢者の増加に伴い介護需要は拡大。保険の試行都市の拡大を図る

介護需要についても、高齢者の増加に伴い拡大が続いている。政府は、2016年に介護保険制度の試行都市として上海市、重慶市等 15 都市を指定し、各都市の医療資源や財源等の実態に即した保険の導入を推進してきた。2020年 9 月には新たに 14 都市などを追加するなど、試行都市の拡大を図っている[1]。また、政府は、2020 年 7 月に、手すりや段差解消用品など高齢者の福祉用具および住宅リフォーム関連の 30 品目について、「基礎品目」もしくは「オプション品目」に分類し公表した[2]。人材不足が深刻な中国において、高齢者の介護ニーズには、サービスに加えて、住環境の整備による対応も進める方向である。

② ASEAN

2020 年は感染拡大の影響により前年比▲1.2%と減速するが、2021 年には回復

ASEAN 合計の総医療費は 2019 年に 1,229 億ドルであり、同年の日本の医療費の 30%程度の規模である。2019 年は特にインドネシアとフィリピンにおいて皆保険化が強力に進められた[3]ことから医療アクセスが向上し、市場拡大につながった。2020 年は新型コロナウイルス影響により前年比▲1.2%とマイナス成長が見込まれるが、欧米に比べて感染拡大は抑えられており、2021 年には同+7.0%に回復すると予想する。

2025 年に向け、年率+6.1%の成長を見込む

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、2025 年にかけて年率+6.1%の成長が続くと予想する（【図表 22-2】）。

コロナ禍によりタイ、マレーシア、シンガポールの医療ツーリズムは大幅に縮小

なお、総医療費には含まれないが、医療ツーリズムに積極的なタイ、マレーシア、シンガポールでは、新型コロナウイルスによる国境封鎖により、医療ツーリズム市場が大きく縮小している。マレーシアで医療ツーリズムを推進する政府機関 MTHC は、2020 年の同国の医療ツーリズム市場は前年比最大 75%減少の 5 億リンギット（約 1.2 億ドル）と推定する。マレーシアは 7 月 1 日より日本を含む 6 カ国からの医療渡航を解禁し、タイも 7 月末より医療渡航者の受け入れを再開し、医療ツーリズムの再開に積極姿勢を示している。一方で、医療渡航で多額の医療費が国外に流出していると言われるインドネシアでは、渡航制限により富裕層患者が国内に回帰しており、内需の押上げ要因となることが期待される。大手民間病院を中心に同国の医療水準は急速に向上しており、コロナ禍を奇貨として富裕層における自国の医療水準の再認識につながれば、ASEAN 内の医療ツーリズムの需給に変化が生じる可能性がある。

[1] 国家医療保障局、財政局は、「長期介護保険制度試行拠点の拡大に関する指導意見（2020 年 9 月 16 日）」において、北京市石景山区、天津市、山西省晋城市、内蒙古自治区フフホト市、遼寧省盤錦市、福建省福州市、河南省開封市、湖南省湘潭市、広西チワン族自治区南寧市、貴州省黔西南プイ族ミャオ族自治州、雲南省昆明市、陝西省漢中市、甘粛省甘南チベット族自治州、新疆ウイグル自治区ウルムチ市を追加、また、試行都市がない省は、2020 年内に1つの都市を追加し、試行の実施が可能であるとした。

[2] 民政部、国家発展改革委員会等「高齢者の在宅生活に適した住宅リフォームの加速に関する指導意見（2020 年 7 月 10 日）」

[3] インドネシアでは 2014 年より皆保険制度の導入を開始し 2019 年に全国民の公的保険への加入を義務化、フィリピンでは 2019 年にユニバーサルヘルスケア法が成立し、全国民がフィルヘルス（フィリピン健康保険公社）に自動加入となった。

大手民間病院グループは、オンライン医療への取り組みを強化

医療ツーリズムに積極的に取り組む大手民間病院グループは、コロナ禍により移動制限、渡航制限が実施される中、外国人患者の減少等により大幅な減収を余儀なくされており、オンライン医療への取り組みを強化している。マレーシアの IHH Healthcare は 2020 年 3 月に、シンガポールのオンライン診療スタートアップ Doctor Anywhere に出資し、タイ BDMS は中国人富裕層へのオンライン医療相談、医療渡航受け入れを狙いに、中国の民間保険最大手で中国最大のオンライン診療プロバイダーである平安好医生を傘下に有する平安保険グループと提携した。ASEAN においては、医療アクセスの悪さやスマートフォンの普及率の高さ等を背景に、コロナ禍以前から、地場スタートアップ・民間病院・民間保険会社を中心とした取り組みにより、オンライン診療の普及が始まっており、新型コロナウイルスを契機に利用が増加している。シンガポール以外では明確な法規制等が未整備である点は課題だが、かえって普及が拡大する要因となっている。政府も医療アクセス向上に資するとして推進する方向性であり、中国同様に、オンライン診療の普及が医療市場の押し上げ要因になることが期待される。

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 22-4】国内需要の内訳

（兆円）	指標	2019年度（実績）	2020年度（見込）	2021年度（予想）	2025年度（予想）	CAGR 2020-2025
国内需要	国民医療費	44.4	42.8	44.8	46.0	-
	前年比増減率（%）	＋2.4%	▲3.8%	＋4.7%	-	＋1.5%
	介護給付費	10.8	10.9	10.9	12.1	-
	前年比増減率（%）	＋3.4%	＋0.6%	＋0.5%	-	＋2.3%

（注）2020 年度以降はみずほ銀行産業調査部予測
（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

国内の医療費[4]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 22-5】）。

【図表 22-5】医療費の伸び率の要因分解

年度		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
医療費の伸び率		1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	▲0.5%	2.2%	0.8%	2.4%
内訳	人口増の影響	▲0.2%	▲0.2%	▲0.2%	▲0.1%	▲0.1%	▲0.2%	▲0.2%	▲0.2%
	高齢化の影響	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%
	診療報酬改定率	0.004%	－	0.100%	－	▲1.33%	－	▲1.19%	▲0.07%
	うち薬価等改定率	▲1.375%	－	▲0.63%	－	▲1.80%	－	▲1.74%	▲0.51%
	その他（注）	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	▲0.1%	1.2%	1.1%	1.6%

（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」は消費増税対応分を含み、これを除くと▲1.26%、▲1.36%
（注 3）2015 年度の「その他」2.9%の大幅な伸びは、ソバルディ、ハーボニー、オプジーボ等の高額薬の影響による
（注 4）2016 年度の「薬価等改定率」は、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
（注 5）2019 年度は概算医療費の伸び率を記載。なお 10 月に消費税増税に伴う臨時の診療報酬改定を実施
（出所）厚生労働省資料より、みずほ銀行産業調査部作成

新型コロナウイルスの影響により、2020 年度の医療費は前年比▲3.8%を見込む

2019 年度は、10 月に消費増税に伴う臨時の診療報酬改定▲0.07%があったものの、高齢化や医療の高度化等により、前年比+2.4%の 44.4 兆円となった。2020 年度は 4 月に▲0.44%（診療報酬+0.55%、薬価等▲1.01%）のマイナス改定が行われたが、それ以上に新型コロナウイルスの流行拡大の影響が大きい。新型コロナウイルス影響による患者の受診控えは小中高の一斉休校要請が行われた 3 月頃から始まり、4 月 7 日の緊急事態宣言を契機に医療機関側の受け入れ抑制と患者の受診控えが拡大したことから、需要と供給の両面から患者が大きく減少した。緊急事態宣言の全面解除（5 月 25 日）により 5 月を底に回復しつつあるものの、6 月以降も前年同月比でマイナス基調が続いて

[4] 本章では国内の医療市場として、厚生労働省による「国民医療費」を採用している。国民医療費は保険診療に伴う医療費であり、人間ドックやワクチン等の予防医療費用、正常分娩費用、保険外の自由診療費用や差額ベッド代等は含まれない。

いる。今後は、高齢化等による医療ニーズの増加に加え、感染拡大期に一時的に受診を控えていた患者の回帰や、医療機関側の体制整備による受入抑制解除等が進むことで回復が見込まれる一方で、必要性の低い軽症患者等の需要蒸発や三密回避等による一般的な感染症の減少、インフルエンザ流行期における需給両面でのリスク意識の高まりによるアクセス制約等のダウンサイドの要素も想定される。以上より、2020 年度の医療費は前年比▲3.8%の42.8 兆円を見込む。

政府は約 3 兆円の財政支援、オンライン診療の規制緩和を実施

なお、政府は、コロナ禍により経営難に陥っている医療機関等の支援のため、2020 年 4 月 30 日に補正予算 1,490 億円、6 月 12 日に第二次補正予算 1.6 兆円、9 月 15 日に新型コロナウイルス感染症対策予備費より 1.2 兆円の追加支援を実施した[5]。加えて、感染が拡大する中で安全な受診機会を確保する観点から、電話やオンラインによる診療および服薬指導の時限的・特例的な規制緩和を実施した。初診からのオンライン診療については、菅新首相の意向を受け、恒久化に向けた議論が進められている。

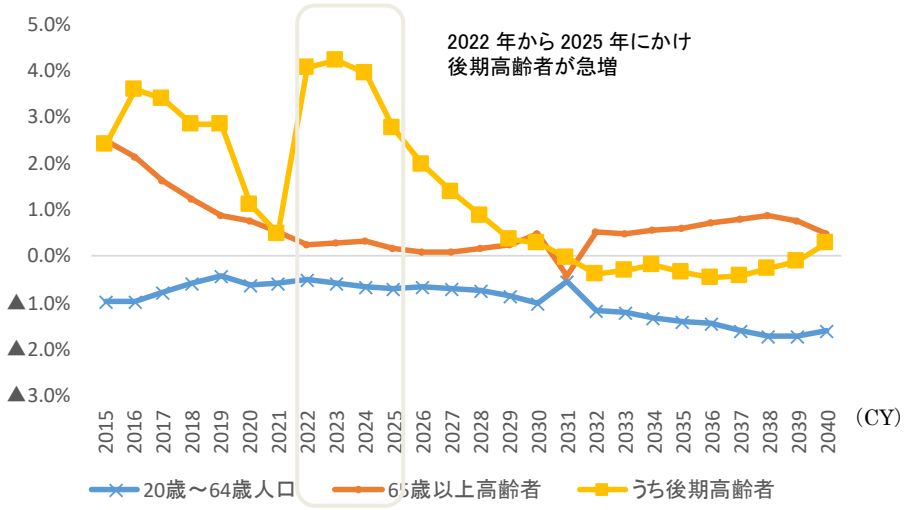
2021 年度は 2019 年度並みの 44.8 兆円を見込む

コロナワクチンが開発され普及するのは 2021 年度いっぱいかかると見て、それまでは経済活動と自粛を繰り返す状況が続くとみられることから、2021 年度の医療費は 2019 年度程度の 44.8 兆円を見込む。

高齢化による需要増の一方、医療費抑制により、2025 年度は 46 兆円を見込む

2022 年度以降は、新型コロナウイルスの影響が収束するとともに、団塊世代が後期高齢者となり始めることから、医療需要の増加等が見込まれる（【図表 22-6】）。一方で不要不急の患者の受診控えやセルフメディケーションへのシフトが一定程度定着すると見込まれるとともに、コロナ対応により大きく膨らんだ財政赤字への対応が求められることから医療費の抑制の方向性は変わらず、2025 年度は 46 兆円（年率+1.5%）程度の緩やかな成長と予想する。

【図表 22-6】高齢者人口の伸び率の推移予測



（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

[5] 患者と接する医療従事者への慰労金の支給、重症・中等症のコロナ患者への診療報酬の引き上げ、空床確保料の支援の他、福祉医療機構による無担保・無利子融資の対象拡大や限度額引き上げ等により、医療機関の資金繰りを支援。

2020 年末に取りまとめ予定の全世代型社会保障検討会議の最終報告に注目

なお、2019 年 12 月に政府の全世代型社会保障検討会議が取りまとめた中間報告において、後期高齢者の窓口負担の原則 1 割から 2 割への変更、紹介状なしで大病院等を受診する場合の定額負担の対象を 200 床以上の一般病院に拡大することなどが盛り込まれており、いずれも受診の適正化につながる論点となる。最終報告はコロナ禍により 2020 年末までに延期されており、今後の議論が注視される。

② 介護

2020 年度の介護費用は 10.9 兆円。高齢者数の伸びの鈍化から、2021 年度まで伸びは抑制され、2025 年度は 12.1 兆円を予想

介護費用は高齢者の増加により拡大基調が続いてきたが、高齢者の人口の伸びの鈍化や、2015 年から実施された軽度者向けのサービスの見直しから利用者の伸びは低水準となり、2020 年度は 10.9 兆円（前年度比+0.6%）、2021 年度は 10.9 兆円（前年度比+0.5%）とほぼ横ばいで推移すると予測する。コロナ禍においては軽度者を中心とした通所介護などの利用控えが生じているが、単価が高い中重度者の需要は底堅く推移し、マクロベースでの影響は限定的と推定する。2022 年度以降は介護ニーズが高い後期高齢者の増加基調を映じて、介護費用の伸びも高まり、2025 年度は 12.1 兆円（年率+2.3%）と予測する。

II. 日本の医療・介護事業者に求められる戦略

1. 医療・介護分野を巡る外部環境変化

2025 年、2040 年を展望した提供体制改革と骨太方針 2020

医療・介護をめぐる外部環境変化として注目されるのは、団塊世代がすべて後期高齢者となる「2025 年」、団塊ジュニアが高齢者となり現役を引退する「2040 年」を展望した医療・介護提供体制改革、および感染症対応と「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において示されたデジタル化の推進である。

2025 年問題への対応は、地域医療構想の実現と地域包括ケアの構築

国は、高齢化が急速に進む 2025 年に向けて、「社会保障と税の一体改革」として、病床の機能分化と連携を推進する「地域医療構想[6]」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医療保険制度改革・介護保険制度改革などを進めてきた。

2040 年問題への対応は、ICT、デジタル技術を活用した生産性の向上

2025 年から 2040 年に向けては、高齢者数が高止まりする一方で、社会保障の支え手である現役世代が急減する見込みである。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、「健康寿命の延伸」を実現して医療・介護需要を逓減させるとともに、高齢者が「支えられる側」から「支え手」「担い手」に回り、社会保障制度の持続性を確保することが肝要である。すでに顕在化している人材不足の更なる悪化や働き方改革への対応等による労働力の制約の中で、ICT やデジタル技術を活用した生産性向上を実現することが急務となっている。

[6] 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。

骨太方針 2020 では、医療介護分野の DX を強力に推進

2020 年 7 月に閣議決定された骨太方針 2020 では、コロナ禍で露呈したデジタル化の遅れに対し、国を挙げて DX を推進していく方向性が示された。今後は、感染症対策をとりながら経済を回していく「新たな日常」を実現することが求められるが、医療・介護分野では、柔軟で持続可能な医療介護提供体制の構築、デジタル化・オンライン化の実現、健康予防の重要性を掲げる。

データヘルス集中改革プランにより、EHR、電子処方箋、PHR の実現を 2022 年まで集中的に実施

医療・介護情報のデジタル化については、「データヘルス集中改革プラン」として、2021 年 3 月よりスタートするオンライン資格確認システム[7]等のインフラを最大限活用しつつ、全国で医療情報を確認する仕組み（EHR[8]）の構築と、電子処方箋、PHR[9]の実現の「3 つの ACTION」について、2020 年 7 月から 2022 年までの 2 年間で集中的に実施する方針が示された。オンライン診療については、電子処方箋、オンライン服薬指導、薬剤配送によって、診察から薬剤の受取までオンラインで完結する仕組みの構築に向け、実施の際の適切なルールを検討する。

【図表 22-7】データヘルス集中改革プラン

ACTION1 全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大（EHR）

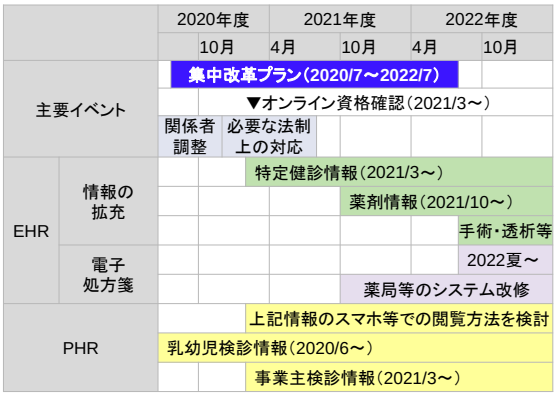
患者や全国の医療機関等で医療情報を確認できる仕組みについて対象となる情報（薬剤情報に加えて、手術・移植や透析等の情報）を拡大し、2022年夏を目処に運用開始

ACTION2 電子処方箋の仕組みの構築

重複投薬の回避にも資する電子処方箋の仕組みについてオンライン資格確認等システムを基盤とする運用に関する要件整理、関係者間の調整を実施した上で2022年夏を目処に運用開始

ACTION3 自身の保健医療情報活用の仕組みの拡大（PHR）

PCやスマートフォン等を通じて国民・患者が自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組みについて、対象健診等拡大のため、2021年に必要な法制上対応を行い、2022年度から順次拡大



（出所）厚生労働省資料より、みずほ銀行産業調査部作成

介護分野のデジタル化推進を 2021 年度の介護保険制度改正、報酬改定に反映

新型コロナウイルスの影響による外国人就労者の激減により一層の人材不足が懸念される介護分野では、対面以外の手段をできる限り活用する観点から、生産性向上に重点的に取り組むことに加え、AI を活用したケアプランの作成、介護ロボットの報酬上の評価の拡充、介護予防での遠隔・非接触サービスの取り組み、文書の簡素化・標準化、ICT 化など、介護分野のデジタル化と国際標準化を目指す方向が示された。これらは、2021 年 4 月の介護保険制度の改正や介護報酬改定に織り込まれる見込みである。

財政健全化を図る一体改革は引き続き推進

なお、骨太方針 2020 では、骨太方針 2018 および骨太方針 2019 に基づき、感染症対策に配慮しつつ、引き続き経済財政一体改革を推進する方向性も示されている。以下では、医療・介護それぞれの業界の政策動向と事業者の戦略の方向性について考察する。

[7] マイナンバーカードを活用し医療機関の窓口において健康保険の資格確認を行うシステム
[8] Electric Health Record の略
[9] Personal Health Record の略

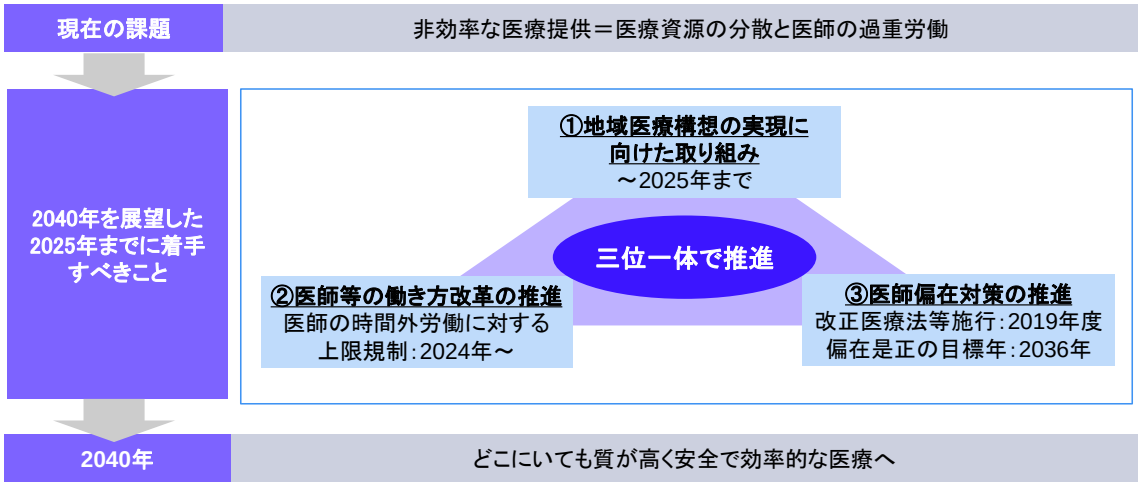
2. 医療事業者に求められる戦略の方向性

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

医療機関はコロナ対応の最前線であり、感染症に対応した受入体制整備が目下最大の政策課題であるが、団塊世代が 75 歳以上になり始める 2022 年を目前に、医療提供体制改革も喫緊の課題である。医療分野では、2040 年の社会環境変化を踏まえた 2025 年までに着手すべき改革として、「地域医療構想の実現」、「医師等の働き方改革」、「医師偏在対策」のいわゆる「三位一体改革」が進められている（【図表 22-8】）。地域医療構想の実現と医師の働き方改革を推進する上では、地域や診療科における医師の偏在対策が必須であり、持続可能な医療提供体制の構築には、これらを一体的に推進する必要がある。このうち、医療事業者にとっては、地域医療構想と医師の働き方改革への対応が重要である。

【図表 22-8】三位一体の医療提供体制改革のイメージ



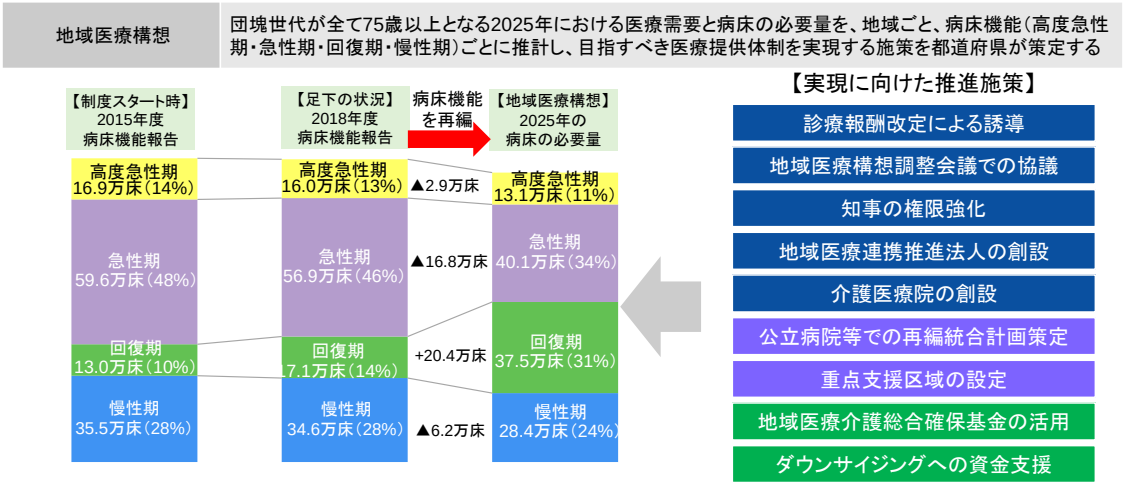
（出所）厚生労働省資料より、みずほ銀行産業調査部作成

公立・公的病院の再編統合の再検証期限は、コロナ禍により延期

2016 年に全都道府県で策定された地域医療構想の 2025 年までの実現に向けて、これまで様々な推進策が進められてきたが、その進捗ははかばかしくない（【図表 22-9】）。そのため、厚生労働省は、2019 年 9 月に公立・公的医療機関等について、がんなどの 9 分野の診療実績や近隣の病院との機能重複を検証し、再編統合の検討対象として 424 病院[10]の実名を公表し、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 月までの検討を要請した。ただしコロナ禍により議論が中断し、新型コロナウイルス患者に公立病院が主体となって対応する必要性が顕在化したことから、新興・再興感染症への対応の在り方も踏まえ、厚生労働省において改めて整理の上で期限を含めた進め方を示す、とされている。

[10] 2019 年 9 月に 424 病院の実名が公表され、その後の検証により 2020 年 1 月に、7 病院を除外する一方、新たに約 20 病院を加えた約 440 病院に修正された。なお、追加された病院名は混乱を避けるためとして公表されていない。

【図表 22-9】地域医療構想の進捗と推進施策



（出所）厚生労働省資料等より、みずほ銀行産業調査部作成

重点支援区域の選定や病床縮小への財政支援等により推進

加えて、再編統合を進めるにあたり、都道府県の要請に基づき技術面・財政面で国が重点的に支援する区域の選定や、再編統合に伴って病床縮小を行う場合の財政支援等の推進策も新設された。重点支援区域は、2020 年 1 月に 3 県 5 区域、同 8 月に 6 県 7 区域が選定され、今後も随時追加される予定である。

医師の働き方改革に向け、テクノロジーの活用等の生産性向上が必須

医師の働き方改革への対応については 2024 年 4 月までの対応が求められる。2019 年 4 月施行の「働き方改革関連法」について、医師については業務の特殊性から 5 年間の猶予期間が設けられているが、2024 年 4 月以降は、医師の時間外勤務について、原則年間 960 時間以内等の基準を満たす必要がある[11]。コロナ禍による患者減少の副産物として時間外勤務は縮小傾向にあるとはいえ、今後超高齢化による医療ニーズの増加の一方で、就業者数は急減していくことから、人材確保は一層の困難が見込まれる。労働力の制約が機能選択の制約要因となる中、2024 年に向け、タスクシェアやタスクシフトに加え、ICT やロボット、AI の導入などテクノロジーの活用を推進するとともに、地域主体での戦略的な連携と機能分化、病床再編による集約化による人材配置の最適化等が求められる。

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 年度診療報酬改定においては、基本方針の第一に「医師の働き方改革への対応」が掲げられた。病院の技術料である「医科」の改定率+0.53%のうち、救急病院における勤務医の働き方改革等の特例的な対応として+0.08%（公費 269 億円）の予算を確保し、急性期病院の働き方改革への対応に配分された[12]。

[11] 一般的な医療機関に適用される基準（A 水準）。他に、対象医療機関を特定する形で、年 1,860 時間以内等を基準とする地域医療確保暫定特例水準（B 水準）、及び大学病院等に適用される集中的技能向上水準（C-1、C-2 水準）が設けられている。B 水準は 2035 年度末までに解消（＝年 960 時間以内）、C-1、C-2 水準についても将来に向けて縮減する方向が示されている。

[12] 但し、改定当初より急性期病院がコロナ対応の中心となっていることから、報酬改定の効果評価が難しい状況となっている。

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

地域医療構想や働き方改革への対応に加え、新型コロナウイルスの影響により、病院の経営が厳しさを増す中、医療事業者に求められる戦略の方向性は次の 4 点と考えられる。第一に地域での役割の明確化と連携への取り組み、第二にテクノロジーの活用、第三に経営の大規模化・協働化、第四に保険外収入の確保による事業基盤の強化である。これらはいずれも従来から指摘する方向性と変わらないが、コロナ禍によりDXへの取り組みが強化される中で、その内容や切迫性が変化している。

第一は、地域での役割の明確化と連携への取り組み

第一は、地域での役割の明確化と連携への取り組みである。第一波の感染拡大期に局所的に急性期医療の逼迫が懸念されたのは周知の通りである。従来の地域医療構想は感染症を考慮しておらず、厚生労働省は感染症を含めて新たな構想策定の方向性を検討している。但し感染症対応により、医療提供体制の再構築の方向性が大きく変わるわけではなく、むしろ医療現場での感染回避のための患者の層別管理や早期退院の要請、在宅療養へのニーズ拡大等は、医療機関・患者双方のニーズから病床の機能分化と連携、地域包括ケアシステムの構築を後押しするものと捉えられる。新型コロナウイルスがいまだ収束せず、また公立病院の役割も変化する中、地域の将来像を見定めるのは困難な状況ではあるが、地域において自院が果たすべき役割を明確化し、従来以上に緊密な連携を行う必要性が高まっている。

第二は、テクノロジーの活用

第二は、テクノロジーの活用である。コスト削減、医師等の働き方改革への対応と人口減少下での人材確保が求められる中、テクノロジーを活用した医療現場の負担の軽減、生産性の向上は必須である。加えてコロナ禍により、非接触、非対面の要請から、患者対応、院内オペレーションの見直しが急務となった。感染拡大下で時限的・特例的に緩和されたオンライン診療も、医師・患者双方の負担軽減に有効に活用できる可能性がある。地域全体としても、コロナ対応として地域の医療資源の見える化と患者の受け入れ連携のため、医療機関間のテレカンファレンスや患者情報を迅速に共有するシステムの必要性が従来以上に高まっており、テクノロジーの活用はもはや必須といえる。愛媛県四国中央市の HITO 病院（257 床）では、以前からプロジェクトチームを結成し ICT 活用を推進してきた。医師にパソコンを貸与し電子カルテや診療データを院外で共有できるシステムを構築し、全職員にスマートフォンを貸与することなどにより、コロナ禍において、テレカンファレンスや研修の動画配信によるテレワークの推進や、患者へのオンライン診療の導入によるサービスの拡充等を実現している。

第三は、経営の大規模化・協働化

第三に、既述のとおり、IT 投資、人材投資の必要性が高まっており、大規模化による資本力の強化が必要である。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求められる。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。地域内で非営利事業体が緩やかな経営統合を図る地域医療連携推進法人は2015年の制度創設から5年で20法人に増加した。また、投

資ファンドのユニゾンキャピタルは、病院への財政支援を通じて緩やかなグループ化を図り、経営の効率化や IT 化投資等により、病院経営支援を行う取り組みを進めている。

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。コロナ禍によるアクセス制約から入院需要が縮小したが、これは人口減少により将来起こり得ることが前倒しになったと言える。多くの病院において需要に応じた入院病床のダウンサイジングが求められる。コロナ対応の緊急融資を借り入れた病院では、5 年後には返済が始まるが[13]、現在の経営を漫然と続けていては、返済原資の確保はままならないであろう。

病院には、地域住民の健康医療情報を集約するハブ機能が求められる

病院から地域へ、患者の居場所がシフトし、地域の複数の医療・介護・福祉事業者による包括的なケアが求められる中、多くの医療専門職を抱える病院は、在宅患者の出し手として地域住民の健康医療福祉情報を集約する「ハブ」としての機能が求められることになろう。石川県七尾市で恵寿総合病院を中核に医療・介護・福祉事業を複合展開するけいじゅヘルスケアシステムでは、患者の治療、処方、画像データ等を患者自身が管理閲覧できるシステムを導入し、患者がスマートフォン等を通じて地域の医療・介護・福祉事業者と医療情報を共有出来る仕組みを構築している。また、患者の健康医療福祉相談を一元化するコールセンターを運営し、在宅生活を支える生活支援事業まで手がけ、地域プラットフォーマーとして機能している。住民の様々なニーズに対応することを通じ、結果として公的保険にとどまらない持続可能な収益基盤を確保することで、地域との win-win の関係を目指している。

3. 介護事業者に求められる戦略の方向性

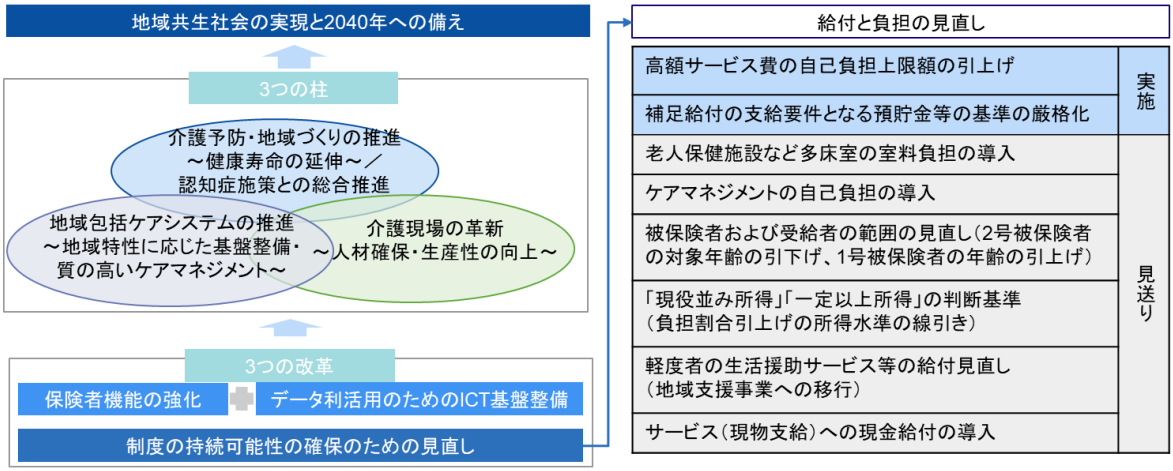
① 政策動向

2021 年の介護保険制度改正のポイントは、3 つの柱と 3 つの改革

介護分野では、2021 年 4 月に、5 年に1度の介護保険制度改正と、3 年に 1 度の介護報酬改定が実施される。介護保険制度改正は、人口減少に向かう 2040 年をターゲットに、「3 つの柱」として、「介護予防・地域づくりの推進／認知症施策の総合的推進」、「地域包括ケアシステムの推進」、「介護現場の革新」を掲げ、これらを下支えする 3 つの改革として「保険者機能の強化」、「データ利活用のための ICT 基盤整備」、「制度の持続可能性の確保のための見直し」を取りまとめた（【図表 22-10】）。

[13] 当初 5 年間は元本据え置き、かつ病院・老健は 2 億円、診療所は 5000 万円まで無利子（左記を超える額及び 6 年目以降は 0.2%）となっている。

【図表 22-10】介護保険制度改正の概要



（出所）厚生労働省資料より、みずほ銀行産業調査部作成

「保険者機能の強化」として、インセンティブとなる交付金を拡充し、予防の取り組みを推進

「保険者機能の強化」としては、保険者である市町村による介護予防事業の強化が挙げられる。既に国は、保険者機能強化推進交付金（200 億円）をインセンティブとして、保険者の機能の一つである予防事業の取り組みを推進してきたが、今次改正では、予防や健康づくりの重要項目のみを評価する「介護保険保険者努力支援交付金（200 億円）」を創設し、インセンティブを拡充し、推進の強化を図る。

「データ利活用のためのICT基盤」では規定を整備

「データの利活用のための ICT 基盤整備」としては、国が管理する要介護認定情報や、介護保険レセプト情報、VISIT[14]、CHASE[15]などの関連データについての第三者提供や利活用に向けて、関連する諸規定の整備が進められる。

「制度の持続可能性の確保のための見直し」では、給付と負担の見直しにかかわる多くの検討事項が先送りに

「制度の持続可能性の確保のための見直し」では、給付と負担の見直しが検討され、高額サービス費の自己負担上限額の引き上げ、補足給付の支給要件となる預貯金等の基準の厳格化などが実施される。一方で、老人保健施設などの多床室の室料負担やケアマネジメントの自己負担の導入、軽度者のサービスの地域支援事業への移行など利用者に負担を求める多くの案が見送られ、課題の先送りに至ったことが懸念される。

介護報酬の改定の 5 つの視点

介護報酬の改定では、新型コロナウイルスや大規模災害の発生を受けて「①感染症や災害への対応力強化」が新たな視点として加えられ、「②地域包括ケアシステムの推進」「③自立支援・重度化防止の取り組みの推進」「④介護人材の確保・介護現場の革新」「⑤制度の安定性・持続可能性の確保」と、合わせて 5 つの視点で議論が進められている（【図表 22-11】）。事業者は、こうした政策誘導の方向性に沿った体制整備やサービスの強化などへの対応が必要になる[16]。例えば、「①感染症や災害への対応力強化」としては、BCP 計画

[14] monitoring & eValuation for rehabIlitation Services for long-Term care 訪問・通所リハビリテーションの計画書などを収載し、質を評価するシステム
[15] Care, HeAlth Status & Events 介護に関するサービス・状態等を収集するデータベース
[16] なお、⑤「制度の安定化・持続可能性の確保」については、複雑化した報酬体系の簡素化が議論の中心となり、事業者に直接の対応を求める内容ではない。

の策定や研修・訓練実施、災害時の避難対応やその後のサービスなどの基準達成による加算（もしくは、未達を減算）が設けられた場合、事業者は、増収に向けた加算の取得（もしくは、減収につながる減算の回避）のため、所定の体制整備が求められる。

【図表 22-11】介護報酬改定の方向性／求められる事業者の対応とコスト

改定の方向性	金銭的コスト		非金銭的コスト
	ICT投資	その他	新たな業務の発生
① 感染症や災害への対応力強化		○	○
□ 感染症や災害発生時の安定的・継続的なサービス提供体制 発生時の備えや業務継続に向けた取り組み		備品など	
② 地域包括ケアシステムの推進			○
□ 認知症の人や医療ニーズが高い中重度者の地域での生活を支援 在宅サービスの機能と連携／医療と介護の連携／看取り／認知症への対応力／地域特性に応じたサービス			
③ 自立支援・重度化防止の取り組みの推進	○		○
□ 科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組み/ストラクチャー、プロセス、アウトカムのバランスとサービスの質の評価/データの収集・活用とPDCAサイクルを通じた科学的介護の取り組み/寝たきりや重度化の防止			
④ 介護人材の確保・介護現場の革新	○	○	○
□ 喫緊かつ重要の課題として対応 処遇改善や職場環境の改善に向けた取り組み/ロボット・ICTの活用による人員基準の緩和/文書軽減や手続きの効率化による業務負担の軽減			
⑤ 制度の安定性・持続可能性の確保	―	―	―
□ 費用負担者への説明責任、国民の納得感の向上 評価の適正化・重点化／報酬体系の簡素化			

（出所）厚生労働省資料より、みずほ銀行産業調査部作成

ICT を活用した科学的介護の取り組みや生産性の向上は、強く求められる

「②地域包括ケアシステムの推進」、科学的介護に立脚した「③自立支援・重度化防止の推進」、生産性の向上による「④介護人材の確保・介護現場の革新」は、前述の介護保険制度改正の「3 本の柱」とも重なる内容である。事業者には、今回改定に限らず、中長期的・継続的な対応が求められる。なかでも、コロナ禍にあっては、介護と隣接する医療分野でもオンライン診療やオンライン服薬指導などの ICT・デジタル技術の活用が進められていることもあって、テクノロジーの活用による科学的介護の取り組みや生産性の向上を評価する内容が盛り込まれると見込む。

しかし、報酬の裏付けがなく、事業者の取り組みは低調

しかし、介護事業者の取り組みははかばかしくない。業界の大半を占める中小の介護事業者は、3 年ごとの報酬改定への対応に追われ、報酬上の評価がない科学的介護や、費用対効果のメリットがわかりづらい ICT ロボットの活用による生産性の向上について、自ら中長期的に取り組む余力に乏しい。

② 介護事業者の戦略の方向性

以上を踏まえ、介護事業者の戦略の方向性として以下 3 点を挙げる。

第一に、大手事業者によるDXへの戦略的な投資

第一に、大手事業者においては、科学的介護や生産性の向上に向けた DX への戦略的な投資が有効と考える。政策の方向性を踏まえ、報酬改定に先んじて現場のデータ化や ICT 化の投資を行い、望ましいサービスの姿を先駆的に創出する。報酬に頼らないマネタイズの確保が課題となるが、中長期的な取り組みを可能にする資本力に裏付けされた大手事業者ならではの取り組みである。

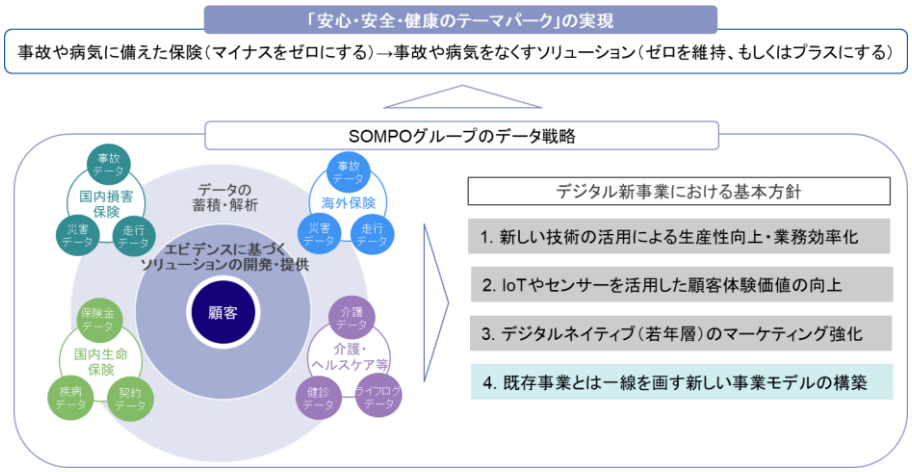
SOMPOグループは早期に現場のデジタル化を進め、データ分析力の強化も図る

この事例として SOMPO グループの取り組みがある。2014 年から介護事業に参入した SOMPO グループは、現場のデジタル化を早期に進め、現在では自社の 8 万人の利用者の介護、食事、睡眠などのデータベースを構築し、利用者の状態の改善に向けたサービスの計画・提供に取り組んでいる。記録業務の自動化も進め、業務の効率化や生産性の向上も目指している[17]。また、データ分析力の強化に向けて、大手データ解析企業である米 Palantir Technologies に 5 億ドルの出資を行った。

グループ全体のDX推進で大規模な投資が可能に

ただし、SOMPO グループは、グループ全体でデジタル技術を活用した事業のトランスフォーメーション（質的変化）を進め、従来の保険事業を超えた「安心・安全・健康のテーマパーク」の実現を目指しており、大規模な投資もこの一環と考えられる（【図表 22-12】）。

【図表 22-12】SOMPO グループのデータ戦略



（出所）当社公開資料より、みずほ銀行産業調査部作成

異業種企業や経営体制の刷新を図る大手の取り組みにも期待

なお、SOMPO グループ以外にも、多くの異業種大手企業が介護事業に参入している。こうした企業において、グループ全体の事業ポートフォリオを踏まえ、介護事業を戦略的に検討した場合、新たな切り口でシナジー追及に向けた投資が進む可能性もある。また、2020 年には、ニチイ学館の MBO 実施、ツクイの持株会社体制への移行と、世代交替に伴う大手有力プレイヤーの経営

[17] SOMPO グループの介護・ヘルスケアセグメントの営業利益率は、有料老人ホームの稼働率の改善と生産性向上を主因に、2016 年度から 2019 年度にかけて 1.3%から 9.7%に改善した。

体制の刷新が報じられている。業界の草分け的存在である両社が、新たな経営体制下でこれまでの蓄積を基に、先駆的な取り組みを進めることも期待したい。

第二に、中小企業であれば、ソリューションパートナーとの協業が現実的

第二に、ソリューションパートナーとの協業である。特に、中小の介護事業者の場合、外部からのサポートによって科学的介護や、生産性向上に取り組むことも現実的な打ち手である。なお、SOMPO グループは 2020 年に、運営企画、IT機器の導入・活用支援、施設管理、人材の企画・採用・教育、内部管理（コンプライアンス・労務管理）など、既存事業者へのコンサルティングや新規参入サポートをワンストップで提供するB2B 事業に参入し、自社で開発した科学的介護や生産性の向上にかかわるノウハウを提供する。こうしたサービスの普及によって、業界全体のサービスの底上げが進むことも期待される。

第三に、地域独自のプラットフォームへの参画も有効

第三に、地域のプラットフォームの構築である。特定地域で展開する介護事業者は、地域の多様なステークホルダーと連携し、地域独自のプラットフォームへの参画も打ち手の一つとして考えられる。愛知県を中心に 1,300 店舗の薬局・ドラッグストアを展開するスギホールディングスは、医療・介護・生活支援事業者など多様なステークホルダーとの協業を推進し、配食、食事管理、運動管理などのアプリを展開している。また、「2. 医療事業者の戦略の方向性」で触れたけいじゅヘルスケアシステムも、有力なローカルプラットフォーマーの一つである。このような取り組みに参画し、投資負担を抑えながら地域での自社のポジショニングを見極め、予防事業や生産性の向上につながるような現場のデジタル化に着手することも有効と考える。

4. おわりに

新型コロナウイルス影響により、オンライン診療が広がる可能性

最後に、骨太の方針 2020 にも言及されているオンライン診療について述べたい。本章の前段で、アジアにおけるオンライン診療の拡大に言及した。中国やASEAN では、公的な大病院の整備が進んでいても、プライマリケアを担う医療インフラが不足しており、オンライン診療がその不足を埋める余地が大きく、政府、医療者、患者、保険者がメリットを享受できる。一方で、日本においては、開業医を中心に全国に整備された医療提供体制と皆保険制度により、対面でのプライマリケアに不足がないため、医師・患者双方でオンラインのメリットを感じにくい状況が続いていた。しかしコロナ禍により、医療現場が感染リスクにさらされ、医療アクセスに制約が生じたことにより、図らずもオンライン診療が広がる余地が生じている。

ウィズコロナの長期化により、新たなテクノロジーの活用余地が広がる

ウィズコロナの長期化が見込まれる中、医療の提供場所が病院中心から在宅を中心とした地域へと広がり、医師・医療従事者と患者の双方にとって、新たなテクノロジーの活用が求められる場面が飛躍的に広がってきている。ICT やオンラインの活用により、医師・患者双方が、時間的・場所的制約から解放される。個人が受診の必要性を判断し、事前に情報を収集し、医療を自ら主体的に選択するような受療行動の変化が生じ始めている。

LINE や SoftBank などが参入し、新サービスを開発

こうした流れを商機と見て、従来とは異なる事業者が医療・介護サービス分野に参入する動きが加速している。特に IT 企業は、既存事業の顧客基盤とデータ解析技術を活用し、患者ニーズに総合的に対応することが期待される。

足下では、圧倒的な顧客接点を有する LINE がエムスリーと合弁で LINE ヘルスケアを設立し、オンライン健康医療相談をスタートし、オンライン診療への参入も表明した。SoftBank は中国の平安好医生と合弁でヘルスケアテクノロジーズを設立し、2020 年 7 月より、国内でオンライン健康医療相談、病院検索、OTC を販売するヘルスモール事業を立ち上げた。健康不安があればまずオンライン健康医療相談にアクセスし、医師（将来的には AI）が受診要否を診断し、受診が必要な場合は医療機関の予約から診療（オンライン／対面）、処方、服薬指導・購入、継続フォローまでをオンラインで完結するような世界がすぐそこまで来ている。

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

医療・介護事業者においても、こうした変化を無視することはできない。オンライン診療はほんの一例であるが、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、イノベーションへの取り組みが不可欠となる。テクノロジーの開発・実装は、中小事業者が大宗を占める医療・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。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。

みずほ銀行産業調査部

次世代インフラ・サービス室 戦略プロジェクトチーム 稲垣 良子
高杉 周子
香港調査チーム 鈴木 晃祥
yoshiko.inagaki@mizuho-bk.co.jp

みずほ産業調査／66　2020 No.3　　2020 年 12 月 3 日発行

©2020 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　ird.info@mizuho-bk.co.jp