

自立支援に資する介護と医療機器産業

医療機器政策調査研究所 主任研究員 菱山 浩二

1. はじめに

未曾有の高齢化社会の到来に併せ、介護関連市場の拡大が言われるようになって久しい。我々医療機器業界にとっても、介護への関わりが実際にどのような形で産業に影響を及ぼすのかの認識、或いは事業可能性があるのかを検討しておくことは重要である。

2000年4月の介護保険法施行以来、現在までに5度に及ぶ法改正と原則3年毎^{*1}の介護報酬改定が行われているが、直近の2017年の法改正と2018年の介護報酬改定では、地域包括ケアを機軸とした従前からの介護予防の考え方が強化され、自立支援・重度化防止を第一の目標と定め、具体的な方向付けがなされている。特に2018年4月の診療報酬・介護報酬同時改定では、従来の地域包括ケアシステムの推進という枠組みの中での医療・介護連携の更なる推進が云われると共に、自立支援に資する介護という概念で、アウトカム評価や医師の関与によるリハビリテーションの高度化などが導入されている。

本稿では、背景として日本の社会保障の現状をレビューした上で、直近の介護保険法改正と介護報酬改定によって謳われ、制度化されている自立支援に資する介護を中心として、医療機器産業がどのような役割を担える可能性があるのかについて、世界の社会保障環境にも触れながら論じる。

^{*1} 3年毎以外の臨時改定の例として、介護職員の処遇改善などを目的とした2017年の+1.14%の改定がある。

2. 日本の社会保障環境の見通し

(1) 年齢層別人口推移

本邦で戦後一貫して起こりつつある高齢化は、団塊の世代が全て65歳以上になった2015年に対総人口比が(2010年の23%から)26.6%に急上昇、その後も65歳以上の人口は2040年頃まで増加を続け、絶対数としてはそこから減少に転じるが、対総人口比はその後も上昇し続ける見込みである。このことは、高齢者以外、即ち支える側である生産年齢の人口・及び比率が減少し続けること、そして高齢化による構造的問題は2040年以降も緩和されるわけではないことを示している(図1)。

(2) 社会保障費の将来見通し

2018年5月21日に開催された政府の経済財政諮問会議では、高齢者人口の絶対数がピークに達する2040年を見据え、社会保障費の見通しを複数条件下にて示している(図2 / 表1)。これは経済状況、及び社会保障改革や適正化等の政策反映度、或いは医療費単価を複数のパターンに分けて推計したもので、医療の給付費が39.2兆円(2018年度)から66.7兆~77.2兆円(2040年度)、介護が10.7兆円(2018年度)から24.6~28.7兆円(2040年度)の幅となっているが、どの推計値においても給付額の伸び率として介護が医療を上回っている。

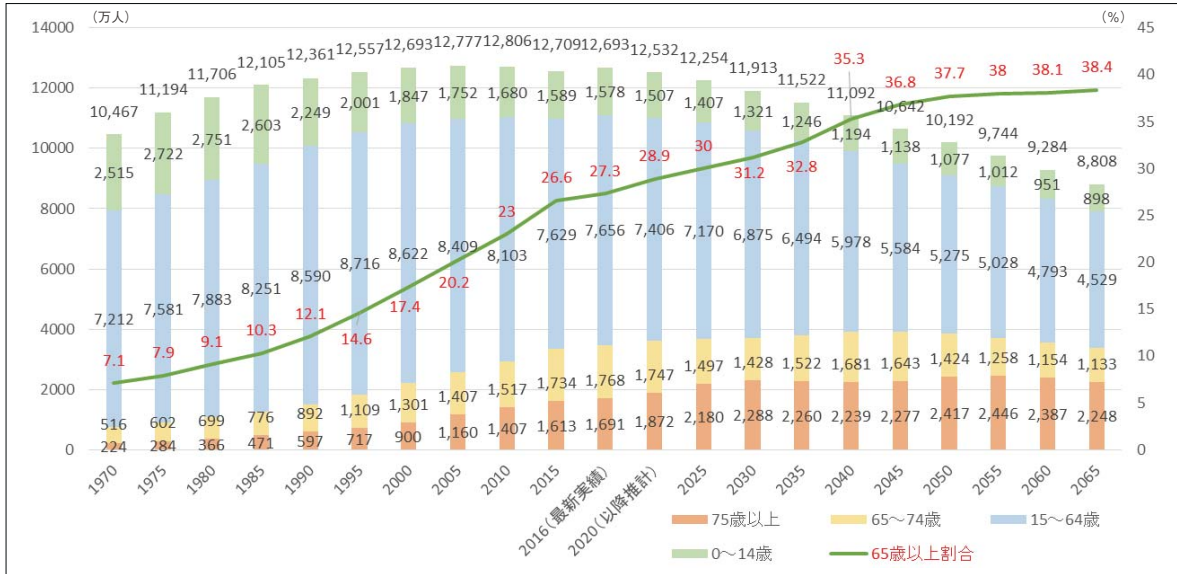


図1：日本の高齢化の推移と将来推計

資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計(平成28年10月1日確定値)」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果。

(注) 1950年～2015年の絶対数記載、及び高齢化率算出時の分母からは年齢不詳を除いた。また2016年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳を按分した人口(参考表)」に基づいて算出。

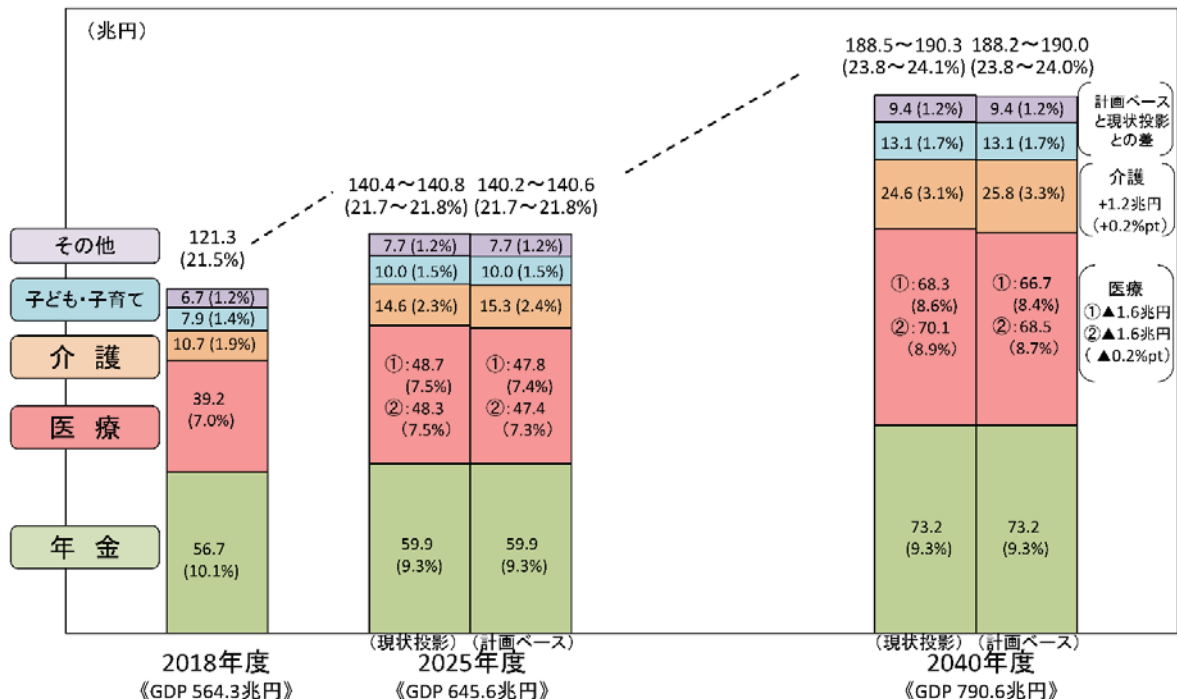


図2：2025/2040年度における社会保障給付費の見通し(経済ベースラインケースの例)

(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおり給付費に幅がある。
 (注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

表1：条件ごとの社会保障給付額と対GDP比(2018年度実績、2025/2040年度推算値)

項目	経済状況	政策の反映	医療費単価設定*2	年度ごとの給付額(兆円)			給付額対GDP比(%)		
				2018	2025	2040	2018	2025	2040
年金	ベースライン	—	—	56.7	59.9	73.2	10.0	9.3	9.3
	成長実現	—	—		64.2	85.9		9.1	9.2
医療	ベースライン	現状投影	①	39.2	48.7	68.3	6.9	7.5	8.6
			②		48.3	70.1		7.5	8.9
		計画ベース	①		47.8	66.7		7.4	8.4
			②		47.4	68.5		7.3	8.7
	成長実現	現状投影	①		50.2	72.1		7.1	7.7
			②		51.8	77.2		7.3	8.3
		計画ベース	①		49.3	70.5		7.0	7.6
			②		50.8	75.4		7.2	8.1
介護	ベースライン	現状投影	—	10.7	14.6	24.6	1.9	2.3	3.1
		計画ベース	—		15.3	25.8		2.4	3.3
	成長実現	現状投影	—		15.7	27.3		2.2	2.9
		計画ベース	—		16.5	28.7		2.3	3.1
子ども・子育て	ベースライン	—	—	7.9	10.0	13.1	1.4	1.5	1.7
	成長実現	—	—		10.8	14.8		1.5	1.6
その他	ベースライン	—	—	6.7	7.7	9.4	1.2	1.2	1.2
	成長実現	—	—		8.4	11.1		1.2	1.2

*2 ①：経済成長率×1/3+1.9%-0.1% ②：賃金上昇率と物価上昇率の平均+0.7%

(図2 / 表1共通) 出所：内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省提出資料 経済財政諮問会議 2018/5/21 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(表は出所資料を基に作成)
 経済状況別のGDP推計値は、(2018年度の564.3兆円に対し)ベースライン試算で2025年度645.6兆円、2040年度は790.6兆円、成長実現試算で2025年度707.3兆円、2040年度に931.6兆円とされている。

(3) 医療費の増加要因と抑制の方向性

ここで医療費に関してその増加要因をみた時「高齢化に伴う伸び」と「医療の高度化による伸び等、他要因に伴う伸び」の2つに分けて考えられる。厚生労働省保険局が中央社会保険協議会(中医協)に提出した分析¹⁾によると、診療報酬改定がなかった年度の2015年度の医療費を例に、総額が前年度比1.5兆円(+3.8%)増の41.5兆円となっているうち、高齢化要因による押し上げ分は約4,700億円(+1.2%)となっている。他の年度(2011~2014年度)においても高齢化要因による押し上げ分は1.2~1.4%程度と比較的一定程度の影響となっており、この高齢化要因による伸びを、地域医療構想における病床転換計画(図3)、或いは骨太方針2018(経済財政運営と改革の基本方針2018)に謳われている予防医療による健康寿命延伸などを達成することなどで抑制することが目標とされている。

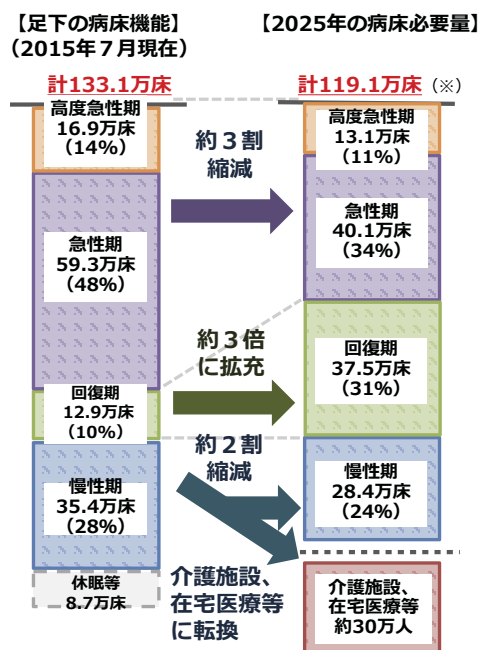


図3：地域医療構想に伴う病床機能の変化²⁾ (2015年6月内閣官房推計)

3. 日本が目指す「自立支援に資する介護」と具体的政策

(1) 自立支援に資する介護の指針

前述のような基礎的要件を背景とした介護需要の増大と生産人口比率の減少見込みに対し、人的資本を大きく必要とする介護業界においては、少しでもその需要の増大を和らげる必要がある。2016年11月10日に開催された第2回の未来投資会議では、会議の議題を「医療・介護の未来投資と課題」とし、介護保険サービスの在り方についても議論が行われた。ここでは“自立支援介護”という概念が取り上げられ、これまで国内において多く実践されてきた、身の回りのことを助ける、所謂“補完型介護”から、多職種連携の下で本人の心身機能の維持回復を促し、その他あらゆる側面から自立した生活を目指す“自立支援に資する介護”へ軸足を置くとし、安倍首相も同会議に於いて以下の様に発言している(抜粋)³⁾。

“これまでの介護は、目の前の高齢者ができないことをお世話することが中心でありまして、その結果、現場の労働環境も大変厳しいものでもありました。これからは高齢者が自分でできるようになることを助ける『自立支援』に軸足を置きます。本人が望む限り、介護が要らない状態までの回復をできる限り目指していきます。見守りセンサーやロボット等を開発し、そして導入し、介護に携わる方々の負担を軽減するとともに、介護現場にいる皆さんが自分たちの努力や、あるいは能力を生かしていくことによって、要介護度が下がっていく達成感を共に味わうことができるということは『専門職としての働きがい』につながっていくということではないか、とこのように思います。スピード感をもってパラダイムシフトを起こすため、特定の先進事例を予算などで後押しするだけでなく、医療や介護の報酬や人員配置基準といった制度の改革に踏み込んでいきます。”

この未来投資会議における方針を受け、いくつかの切り口から介護制度の変更が行われた。

(2) 科学的介護

未来投資会議が策定している未来投資戦略では、その2017年版⁴⁾で「I.Society 5.0 に向けた戦略分野」「I-1.健康寿命の延伸」の中に「自立支援に向けた科学的介護の実現」が掲げられ、以下の3点が具体的施策として挙げられている。

- ・次期介護報酬改定にて、効果のある自立支援について評価
- ・データ収集・分析のデータベース構築【2020年度の本格運用開始を目指す】
- ・科学的効果が裏付けられた介護サービスを2021年度以降改定で評価、サービス対応事業所公表も進める

翻って介護保険法の条文を確認してみると、第1条と第2条に、自立した生活を営めるようにするためのサービス給付であることが述べられており、法の理念としては元より自立支援が謳われている。前項の通り、現状の介護ではその理念と合致しきれていない、食事、排泄、入浴に対する介助が中心となっている側面があり、自立した生活を目指せる方向性の介護、という取り組みが広く行われていない。

それでは自立支援に資する介護はどのようなものなのか、という問いに対しては、自立支援の効果を持つ介護の在り方を、医学の世界の様なEvidence-Based approachを基に体系的な介護を追求するという考えが、未来投資戦略中の「データ」或いは「効果」といった文言に反映されている。即ち自立支援に資する介護を科学的な手法を用いて構築していくという方針で

あり、この未来投資戦略2017の策定後、厚生労働省「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」がスタート、2018年3月に中間取りまとめが出ている⁵⁾。この中間取りまとめ案では、被介護者への介入や状態等のデータを介護事業所から取得するCHASE (Care, Health Status & Events)というデータベースを立ち上げ、265項目に渡る「栄養マネジメント」「経口移行・維持」「口腔機能向上」「個別機能訓練」「アセスメント等」「各種アセスメント様式等」「認知症」「訪問介護におけるサービス内容」「日常生活動作」などについてデータの収集を行い、このCHASEを基に介護分野でのエビデンス構築を進め、2021年度の次期介護報酬改定にも反映したい意向を厚生労働省老健局が示している⁶⁾。(図4に同資料で示されている収集項目の分類を参考に示す。)

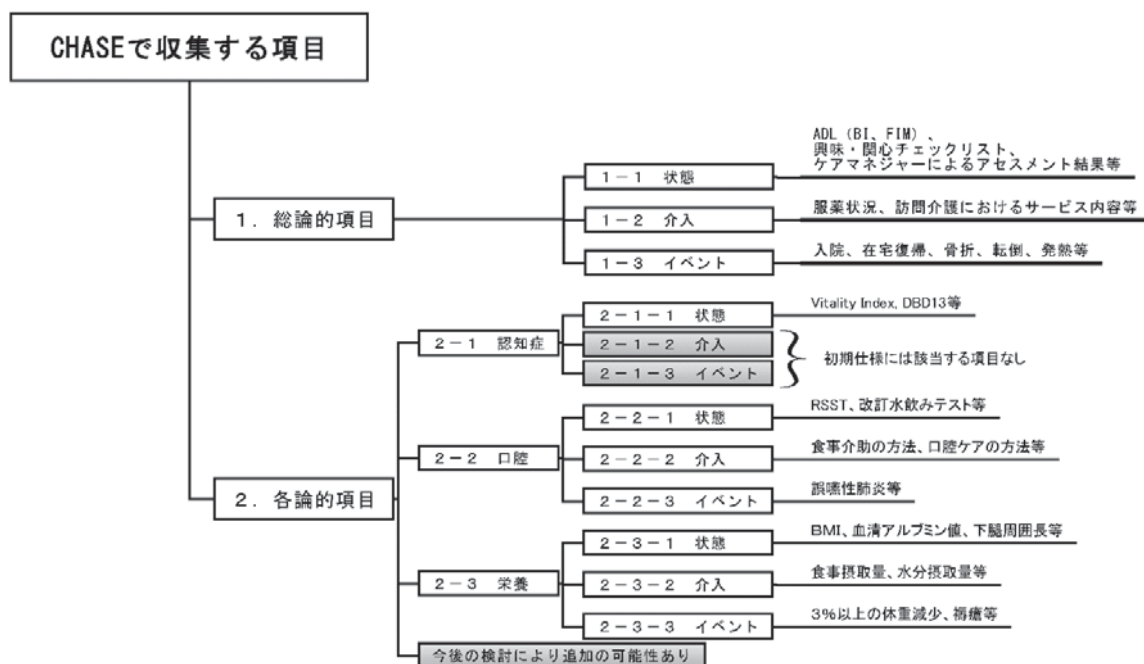


図4：初期仕様の項目分類⁵⁾

(3) 介護保険法改正、介護報酬改定における自立支援に資する介護

直近の介護保険法改正と介護報酬改定それぞれに於いても、具体的に自立支援に資する介護の促進にかかわる内容が盛り込まれている。以下に整理する。

1) 介護保険法における保険者機能強化推進交付金

2017年に改正された介護保険法において「保険者機能強化推進交付金」という形で、介護保険の保険者の自立支援・重度化予防の取り組みを評価する仕組みが導入された。これには2018年度分で200億円が予算化されており、具体的には「第1号被保険者の数」に、自立支援等の取り組みを点数化した「評価点数」を掛け、保険者毎の交付金の分配額を確定する⁷⁾。

$$\text{各市町村の交付額} = \frac{\text{予算総額} \times \text{当該市町村の評価点数} \times \text{当該市町村の第1号被保険者数}}{(\text{各市町村の評価点数} \times \text{各市町村の第1号被保険者数}) \text{の合計}}$$

この「評価点数」が、即ち介護保険の保険者である自治体にとってのインセンティブ獲得手段である。その評価指標の中身であるが、予算200億円のうち、190億円以上が振り向けられる市町村向けの評価指標が61項目あり、これらは3つの大項目と11の中項目に分けられている。それぞれの指標数の配分と配点は表2の様になっている。

表2：自立支援・重度化防止等に関する市町村の取り組みを評価する指標項目

大項目・中項目	指標数	配点
I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	8	82
II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進		
(1) 地域密着型サービス	4	40
(2) 介護支援専門員・介護サービス事業所	2	20
(3) 地域包括支援センター	15	150
(4) 在宅医療・介護連携	7	70
(5) 認知症総合支援	4	40
(6) 介護予防／日常生活支援	8	80
(7) 生活支援体制の整備	4	40
(8) 要介護状態の維持・改善の状況等	2	20
III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進		
(1) 介護給付の適正化	6	60
(2) 介護人材の確保	1	10

この指標項目の合計点数612点のうち、自立支援に振り分けられる評価点は大項目IIの合計460点となっている。更に、被介護者の自立支援に関連するアウトカム指標は「II(8)要介護状態の維持・改善の状況等*」の2つの評価項目、合計20点のみであり、それ以外のほとんどの部分はプロセスの評価指標となっている。「科学的介護」をこれから構築する、という現段階では、まずは自立支援介護の評価に対応した体勢を(保険者経由で)事業者を整えてもらう意向を示しているとも考えられる。

* (8) 要介護状態の維持・改善の状況等 2項目計20点

- ① (要介護認定等基準時間の変化)一定期間における、要介護認定者の要介護認定等基準時間の変化率の状況はどのようになっているか
- ② (要介護認定の変化)一定期間における要介護認定者の要介護認定の変化率の状況はどのようになっているか

2) 介護報酬における自立支援

～介護保険におけるリハビリテーションの充実と医療保険からのシフト～

2018年4月の介護報酬改定では、全体として+0.54%のプラス改定であり、主な事項として図5に示す4つの事項が示されている。このうちII項の「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」においては、自立支援の手段として、リハビリテーションが用いられている。医療保険と介護保険双方で報酬化がなされているリハビリテーションであるが、介護保険のリハビリテーションに於いても医師の関与の強化という形でそ

の質の向上が試みられている。具体的には、リハビリテーションの計画性を評価する「リハビリテーションマネジメント加算」について、「医師の詳細な指示」を要件として追加し、訪問／通所共に加算の種類を4つに細分化、及び加算額の大幅な引き上げがなされた。

平成30年度介護報酬改定の概要	
<p>○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。</p> <p>平成30年度介護報酬改定 改定率: +0.54%</p>	
<p>I 地域包括ケアシステムの推進</p> <p>■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度の在宅介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応 ○ 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進 ○ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設 ○ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保 ○ 認知症の人への対応の強化 ○ 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進 ○ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進 	<p>II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現</p> <p>■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ リハビリテーションに関する医師の関与の強化 ○ リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充 ○ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進 ○ 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入 ○ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設 ○ 身体的拘束等の適正化の推進
<p>III 多様な人材の確保と生産性の向上</p> <p>■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助の担い手の拡大 ○ 介護ロボットの活用の促進 ○ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和 ○ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加 ○ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し 	<p>IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保</p> <p>■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉用具貸与の価格の上限設定等 ○ 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等 ○ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し ○ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等 ○ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

図5：2018年度介護報酬改定の概要⁸⁾

さらに、要支援者を対象として介護への移行を予防する目的でリハビリテーション計画の策定と活用、多職種連携などを評価する加算が新設されている。また重要な点として、アウトカム評価である事業所評価加算120単位を、通所リハビリテーションだけでなく訪問リハビリテーションまで拡充する、といった見直しが盛り込まれている。

訪問介護についても、外部のリハビリテーション専門職との連携を評価する「生活機能向上連携加算」が細分化され、介護事業所のリハビリテーション専門職だけでなく、医療機関の専門職(医師含む)の訪問が対象に加えられ加算額も200単位／月の上乘せがなされた。確保し難い医療専門職を外部に求める事も可能にし、リハビリテーションの質的強化を図りやすくしている。

4. 海外の社会保障周辺環境

日本以外への事業展開への可能性を検討するため、海外の介護周辺環境を確認する。

(1) 社会保障費と世界の債務

日本以外でも、介護以外も含めた社会保障費全体に関する将来見通しは明るいとは言えない状況である。社会保障費のうち、年金に関しては特にその財政危機が指摘されている⁹⁾。IMFの統計では2017年の世界の名目GDPは79.9兆ドルとなっているが、それに対する世界の年金負債の合計は78兆ドルとの推計があり、年金負債だけで世界のGDPに匹敵する。公的セクターの年金コストを対GDPで見た時の将来推計に於いても、OECD諸国のデータで

2015年の9.5%から2050年の12%まで上がる。特に中国、インドの赤字推算値は大きく、2050年の推計値で中国が119兆ドル、インドが85兆ドル(日本は26兆ドル)とも云われている¹⁰⁾。アジアの社会保障の財源面からは、年金負担による圧迫という点からも介護関係の費用増には抑制圧力がかかる。

(2) 世界でもアジアを中心として高齢化が加速

国外の高齢化状況に目を転じると、欧米先進諸国では1970年から2040年に掛けての70年という長い期間を経て徐々に10%から25%まで上昇する推計となっている。対して中国、韓国、タイ、シンガポールなどの一部のアジア国家は25年程度の短期間で同等の高齢化が起こり、これは日本を上回るスピードである(図6)。

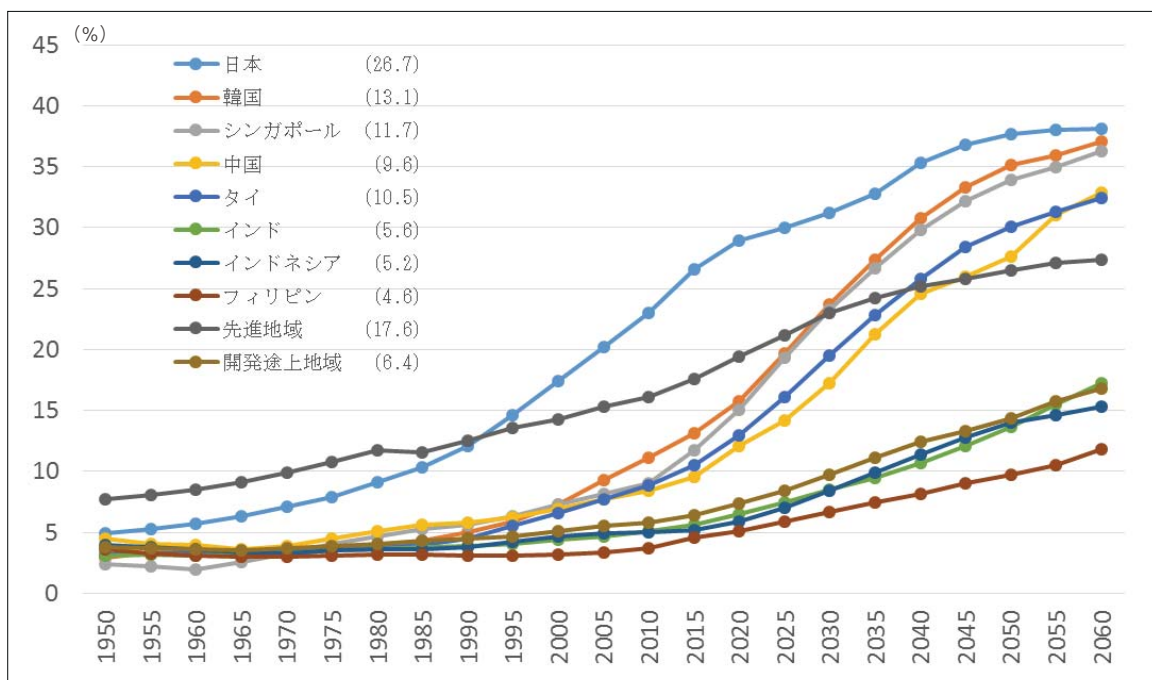


図6：アジア各国の高齢化率の推移

資料：国連 World Population Prospects : The 2015 Revision (日本は2015年までは総務省「国勢調査」)

2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

(注) 国・地域名右のカッコ内は2015年の値。先進地域とは、北部アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア及びニュージーランドからなる地域、開発途上地域とは、アフリカ、アジア(日本を除く)、中南米、メラネシア、ミクロネシア及びポリネシアからなる地域をいう。

医療の発達とその恩恵による長寿命化がグローバルに広がることにより世界で高齢化が進むこと自体は自明であるが、この様な高齢化が日本と同等かそれ以上のペースで進む国が複数存在し、特に人口が多い中国でも2040年には25%程度まで高齢化率が上昇することは注目に値する。世界でも高度に高齢化が進み、介護需要が加速度的に伸び出していくことが確実視される状況下にある。また、都市に人口が集中している国では、経済発展状態により地域ごとの高齢化状況に偏在が認められ、例えば中国では経済的発展地域である直轄市の上海市(15.07%)、重慶市(17.42%)や四川省(16.30%)などの高齢化率が高く、経済基盤が弱い

地域である青海省(9.45%)、チベット自治区(7.67%)など経済基盤が弱い地域は相対的に高齢化率が低い(%は2010年の中国人口調査による)¹¹⁾。これらの国では、一人当たりGDPが十分に豊かになる前に高齢化する、所謂「富む前に老いる」状況にもあり、より地域性、効率性を追求した介護システムへのニーズが発生し始めているとも言える。

これらの状況から、超高齢化社会を迎える時期とそれに伴う課題に世界に先駆けて直面する日本が、今後高齢化状況が類似するアジア各国に対して高齢化の各種課題に対するソリューション展開をできる可能性に着目し、政府でも「アジア健康構想に向けた基本方針」を平成28年7月29日に策定している(その後、平成30年7月25日に改定)¹²⁾。勿論日本と世界で社会環境は異なる点が多いという前提は考慮に入れなければならないものの、この課題への取り組みが日本のみならず世界に展開できる可能性が高いことは、産業側からの視点として再認識する価値はある。

5. 考察：産業の可能性

介護保険法、及び介護報酬の評価における自立支援に資する介護へのシフトで、医療機器企業はどの様に立ち振る舞える可能性があるのだろうか。まず既にある医療機器、あるいはその周辺製品の適応可否という視点がある。前述の「科学的介護」という考えが政策に反映されつつあるが、介護は、介護者から被介護者への人的介入による介助以外に、精神的・情動的働きかけも多く、被介護者の精神的満足度もアウトカムとされ得る。医学におけるクリアカットなアウトカムとはその点が大きく異なるが、それでもこの科学的介護という考えを試行するとき、医療機器産業で培ったバイタルサインや行動の定量化という技術は、介入やその反応の客観的、効率的測定に応用できる可能性はある。前述のCHASEデータベースの仕様と関連して、未来投資会議では、従来取得していた高齢者のデータである要介護認定情報、日常生活動作(ADL: Activity of daily life)、認知機能などに加え、新たに、身長・体重、血液検査データ、筋力、関節可動域、骨密度、開眼片脚起立時間、握力、心機能検査、肺機能検査などを取得し、介護サービスがこれらの新規取得データにどのような影響を与えたかを分析する、といった医療寄りのデータ取得によるモデルも例示されていた¹³⁾。例えばこれらの需要例に対応する、血液検査データに影響を与える服薬の管理を目的とした製品や、リハビリテーションの評価においてカメラでの撮像や赤外線センサーでヒトの関節可動域を非接触で定量化する製品なども出てきており、既にある技術をうまく介護領域へ適合、展開できる可能性はあると思われる。しかしここで注意しなければならないのは、これらのデバイスは医療で用いる場合と異なり、介護保険の下では医療保険における診療報酬や特定保険医療材料の材料価格の様な、その費用の償還手当が無いことである。相当に安価であること、或いは費用対効果、すなわちこれらのデバイス等による評価を行うことで自立度改善があることや、経済的利点が求められると思われる。

また、3.(3)2)項の通り、2018年の介護報酬改定ではリハビリテーションに於いて医師の関与を誘導しており、訪問介護を中心に質の向上を図っている。医療保険下での病院におけるリハビリテーションと介護保険下でのリハビリテーションの質的格差が縮小方向に向かい、リハビリテーション関連市場の質的变化が徐々に起こってくることも想定される。

一方、長期的な視点で医療と介護、両方を含めた全体像から考えてみると、特に課題となっているのは人的資本の点であり、2.項で述べた日本の社会保障環境の将来、即ち高齢者人口比

の上昇と生産年齢人口比の減少が、医療福祉分野の就業者需要を高めてしまい、ひいては他の産業を含めた社会全体で労働需給を逼迫させることが見通されている(図7)。この中では、生産性向上などにICT、AI、ロボットの活用などが模索されているが、それらによる業務の代替量は5%程度で試算されている。それと同時に、「生産性の向上については、近年の技術進歩の速度を考えると、2040年度までにどのような技術が登場するかを確実に見通すことは容易ではない」とも述べられているが、今後医療も含めたあらゆる分野での合理化・効率化がデータに基づいて追及される、という方向性はおそらく間違いがないと思われる。近年、病棟におけるバイタルチェックに於いては、血圧計や体温計などの測定機器に通信機能を付加することにより記録の自動化が進んでおり、このような方向性は科学的介護でデータを蓄積する段になれば、介護領域への適応可能性もある。医療機器産業は患者という視点に寄りやすい側面があるが、例えば人的資本の課題という側面からなど、介護環境全体のあらゆる視点で医療福祉業界に産業界は関わっていくことはできるのではないだろうか。

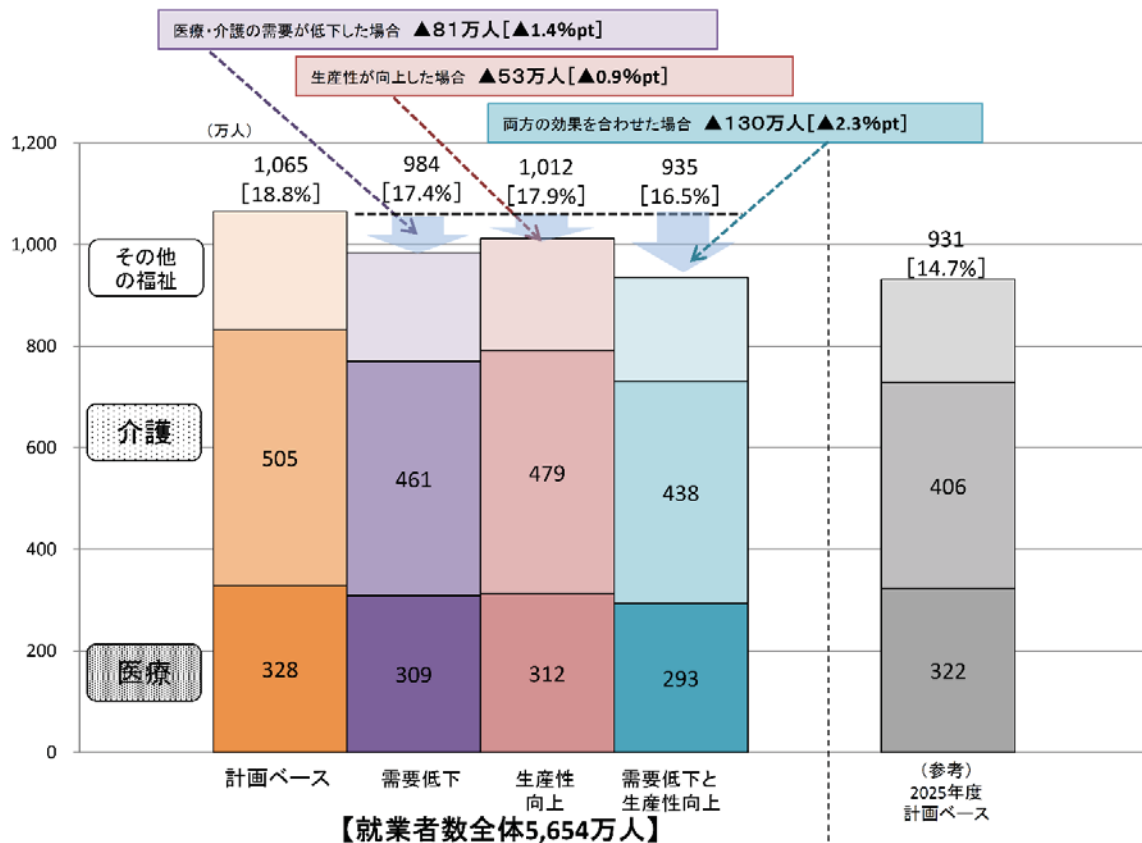


図7：2040年度における医療福祉分野における就業者数のシミュレーション結果¹⁴⁾

(注1) []内は就業者数全体に対する割合。

(注2) 需要の低下について、高齢期の受療率低下は、入院・外来で2.5歳分程度受療率低下、介護では1歳分程度認定率低下を仮定。

(注3) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

6. おわりに

世界に到来しつつある超高齢化社会は、未だ解決策を持たない多くの課題を抱えている。それを先駆けて体験する日本の医療機器企業群は、これらの課題検討の機会を得やすい環境にあるのは間違いない。また介護という行為は、人間である被介護者のADLだけでは測りきれない「生活」という複雑な日常活動や、意欲をも含めたQOL全体をどう捉えるかという複雑な内容を包含しており、ここにどういったデータを生かして評価していくかが問われる。データ社会の到来は、従来の医療機器ビジネスの姿を変えつつあるが、医療と介護という線引きをより曖昧なものとする可能性もある。この介護分野への関心を持ち続ける意義を改めて確認したい。

7. 参考資料(最終アクセス日：2018年10月10日)

- 1) 中央社会保険協議会 総会(第336回)平成28年9月28日 資料 総-7参考
「医療費の伸びの要因分解」厚生労働省 保険局
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000137953.pdf>
- 2) 第7回 社会保障制度改革推進会議 平成29年6月22日 資料5-page2 (年号表記修正)
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou_kaikaku/dai7/shiryou5.pdf
- 3) https://www.kantei.go.jp/jp/97_abe/actions/201611/10mirai_toshi.html
- 4) https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/miraitousi2017_t.pdf
- 5) 介護分野における今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について
(中間とりまとめ)
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000203153.pdf>
- 6) <https://www.medwatch.jp/?p=19611>
- 7) 厚生労働省 老健局 介護保険計画課 事務連絡 平成30年2月28日
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000355119.pdf>
- 8) 平成30年度介護報酬改定の主な事項について
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000196991.pdf>
- 9) Citi GPS March 2016 THE COMING PENSIONS CRISIS
- 10) <https://asia.nikkei.com/Opinion/Asians-must-wake-up-to-the-hidden-costs-of-retirement>
- 11) JETRO 中国高齢者産業調査報告書 2013年3月
- 12) https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryousuisin/ketteisiryou/dai22/siryou22_1.pdf
- 13) 未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」平成29年10月27日(第1回)会合資料4 ④科学的介護
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo2018/health/dai1/siryou4.pdf>
- 14) 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」に基づくマンパワーのシミュレーション 厚生労働省 平成30年5月21日
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000207401.pdf>