

医療・介護関連業界ミニブック  
ー「在宅シフト」の現状と経営ー

平成 26 年 2 月



## はじめに

超高齢社会を迎えた我が国の医療・介護を巡る環境は、めまぐるしい変化を見せています。現在の医療保険制度では毎年増大する国民医療費を安定的に負担することは困難になりつつある一方、地域連携への推進、医師・介護スタッフ不足への対応など足元で対応すべき課題は多岐にわたっています。こうした状況下、(株)日本政策投資銀行及び(株)日本経済研究所では、資金調達への対応・コンサルティング業務のほか、「医療経営データ集（日本医療企画刊）」の発刊などの情報提供を通して、医療・福祉分野での付加価値提供を目指してまいりました。

さて、今回は、「医療・介護関連業界ミニブック」として、「在宅シフトの現状と経営」にまつわる情報をまとめました。現下の医療・介護環境において、在宅医療・介護へのシフトが一つの方向性として示される一方、「在宅」にまつわる事業としての環境整備は正に進行中という状況かと思われれます。その事業環境を概観してみるのが、本ミニブックのテーマとなります。そこで本書では、「在宅医療と在宅介護の現況」ということで施設数・利用者数・全国分布などを概観すると共に、近時の診療報酬改定動向を振り返り、併せて「在宅介護」分野における居宅サービス事業所の経営状況推移を取り上げています。

また、第4章として、2013年に実施した「医療周辺産業研究会」における成果報告書を巻末に再掲させていただきました。同研究会では、「在宅シフト」というテーマのみならず、「医療・介護分野において新たな顧客・ニーズに対応した医療周辺産業の新サービス及びその担い手の必要性が増してくること」を想定して、「医療周辺産業の事業展開の課題・方向性」をテーマに議論を行ったことを2013年11月に報告書としてとりまとめたものです。

本書が、医療・介護関連産業に従事されている方々をはじめ、多くの皆様にご高覧、ご活用いただくことを願います。また、データの特性等から不定期刊行になるとは思いますが、皆様のご意見を頂戴しながら、内容の改善・充実を図っていきたいと思います。有益なご示唆を賜りますことを心よりお願い申し上げます。

(株)日本政策投資銀行・(株)日本経済研究所 病院経営研究チーム

医療・介護関連業界ミニブック  
- 「在宅シフト」の現状と経営 -

<目 次>

1 在宅医療と在宅介護の状況	1
(1) 在宅医療	1
(2) 訪問看護	4
(3) 在宅介護	6
2 地域包括ケアシステムと診療報酬・介護報酬改定	12
(1) 地域包括ケアシステムの概要	12
(2) 平成 24 年度診療報酬・介護報酬ダブル改定	13
(3) 平成 24 年度診療報酬改定の概要	13
(4) 平成 24 年度介護報酬改定の概要	16
(5) 平成 26 年度診療報酬改定にむけて	19
3 在宅介護分野における居宅サービス事業所の経営状況推移	20
(1) 訪問系サービス	20
(2) 通所系サービス	24
(3) 短期入所サービス	26
(4) その他	28
4 医療周辺産業研究会報告	31
(1) 研究会概要及びねらい	31
(2) 買い手の変化を裏付ける社会状況とニーズ	32
(3) 検討内容(テーマ)と課題の整理	33
(4) 本研究会を踏まえた中間報告	34
(5) 参考資料：個別テーマごとの議論内容と課題整理	35

データに関する参考

第3章では平成17年、20年、23年に関して3月の1か月間の経営状況について、無作為に抽出したサンプルにアンケートを実施した結果から事業所の平均像を浮き彫りにすることを試みているが、数値を引用した「介護事業経営実態調査結果」は調査年によりアンケートの配布先、回収数に違いがある点に留意されたい。第3章ではそれぞれの事業所、年ごとに調査対象数(n)を示している。また、第3章(1)のウ「訪問看護」(P.22)であげている常勤換算職員数は1事業所当たりの平均職員数であり、第1章(2)のア「訪問看護ステーション数、利用者数及び常勤換算従事者数の推移」(P.4)で示した訪問看護事業所の常勤換算従事者数は全国の数値であるため、大きな開きがある点に留意されたい。

# 1 在宅医療と在宅介護の状況

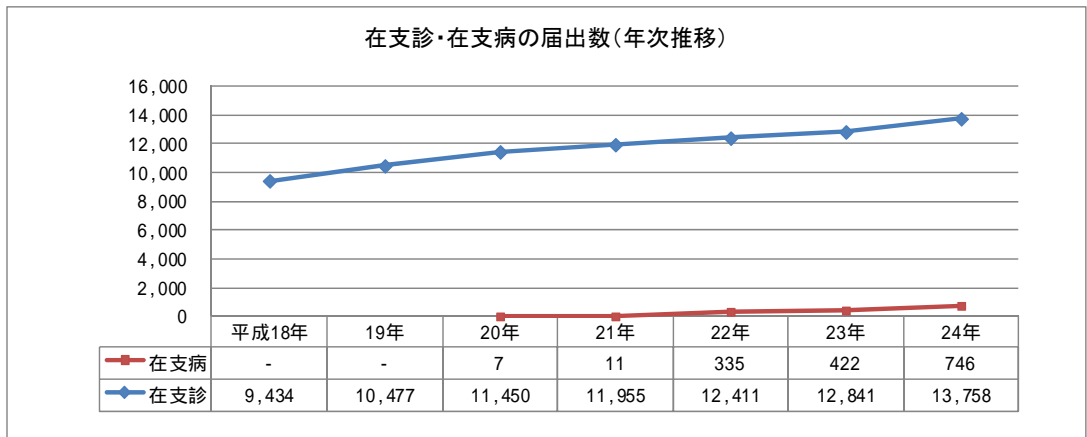
## (1) 在宅医療

在宅療養支援診療所（以下、「在支診」という）は在宅医療普及の促進策として平成18年に新設されたもので、診療報酬上の優遇による促進政策が図られている。施設中心の医療・介護制度を見直し、自宅でも終末期迄医療が受けられる仕組み（在宅医療制度）を整えるための拠点となるべく整備が進められており、24時間対応、往診、看取りを行う医療機関である。創設当初は診療所のみであったが、平成20年から病院（在宅療養支援病院。以下、「在支病」という。）にも拡大された。また、平成24年度の診療報酬改定では看取りや往診の実績がある在支診・在支病（機能強化型）での診療報酬の加算が打ち出されている。

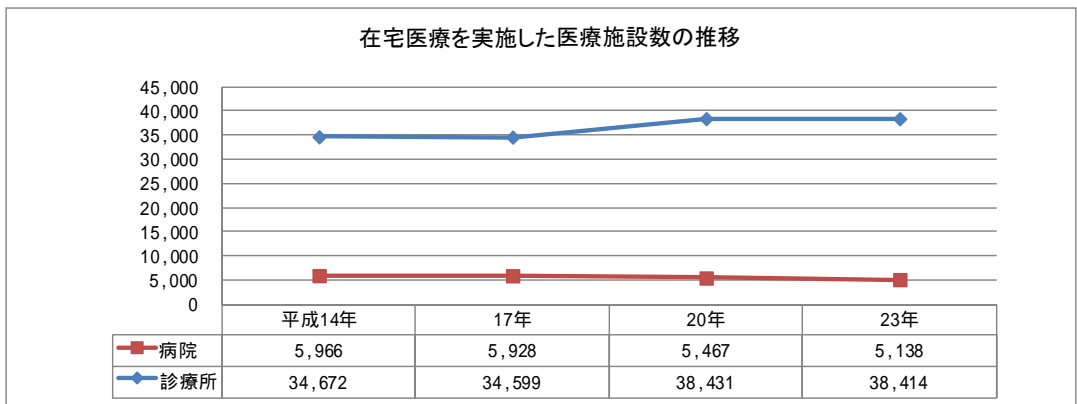
### ア 在支診・在支病届出数と在宅医療を実施した医療施設数の推移

在支診・在支病ともに創設からその数が右肩上がりに増加している。

一方、届出の有無に関わらず、在宅医療を実施した医療機関数の推移をみると、届出を行っていない多くの医療機関でも在宅医療が実施されていることがわかる。また、診療所は増加傾向にあるが、病院は在支病制度以降も減少しており、在宅医療に対応する病院と対応しない病院に機能分化が進んできている事が推測できる。



出典：厚生労働省「在宅医療の現状」（平成25年7月13日）を基に作成。



（注）平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

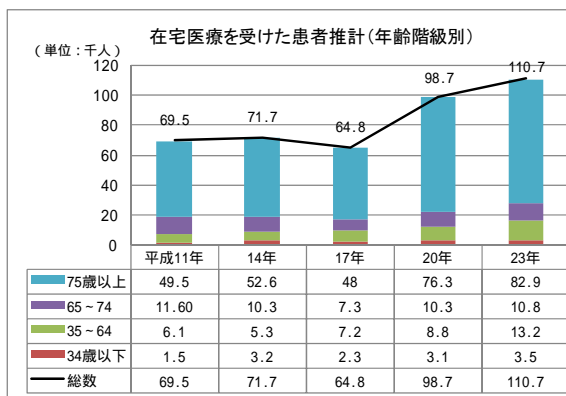
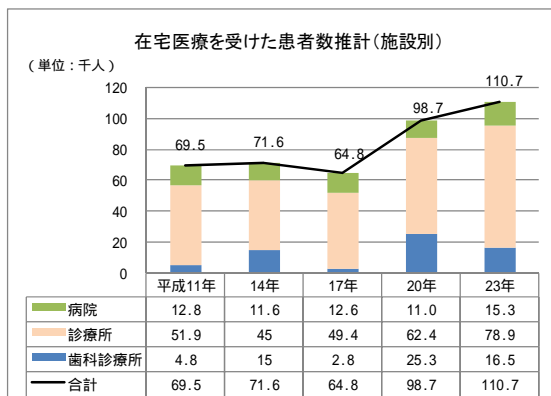
出典：厚生労働省「医療施設（静態）調査」を基に作成。

## イ 在宅医療を受けた患者数及び在宅医療実施件数の推移

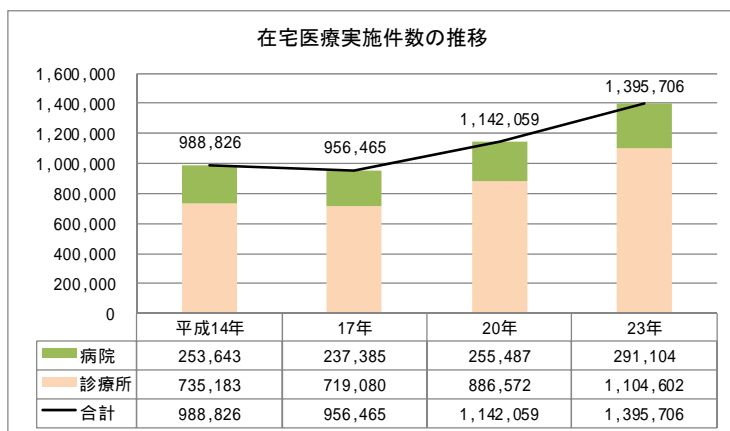
在宅医療を受けた患者の推計数を見てみると、平成 17 年まで（在支診の創設前）には横ばいから減少傾向にあったのが、平成 20 年、23 年には急激に増加している。また、病院と診療所を比較すると、診療所において、患者数の増加がより顕著である。

年齢階級別にみると、75 歳以上の後期高齢者が大部分を占めていることが分かる（平成 23 年では約 75%）。平成 11 年から平成 23 年の間の推移をみると、65～74 歳のみ横ばい傾向であるが、それ以外は増加している。

在宅医療実施件数の推移を見ると、患者数と同様に平成 17 年まではやや減少傾向にあったが、それ以降増加している。



出典：厚生労働省「患者調査」を基に作成。



(注1) 実施件数は各年9月の件数である。

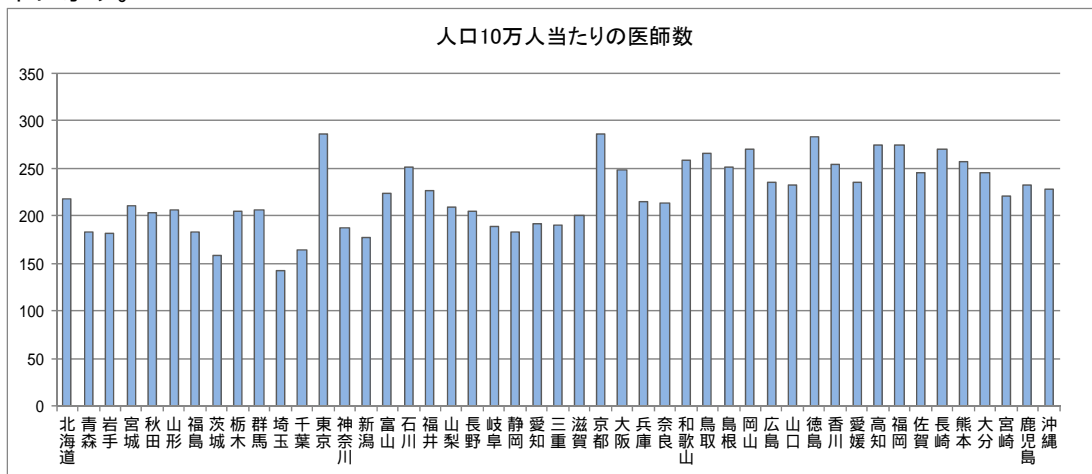
(注2) 歯科訪問診療を含む。

(注3) 平成 23 年は宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

出典：厚生労働省「医療施設(静態)調査」を基に作成。

ウ 都道府県別人口 10 万人当たりの医師数

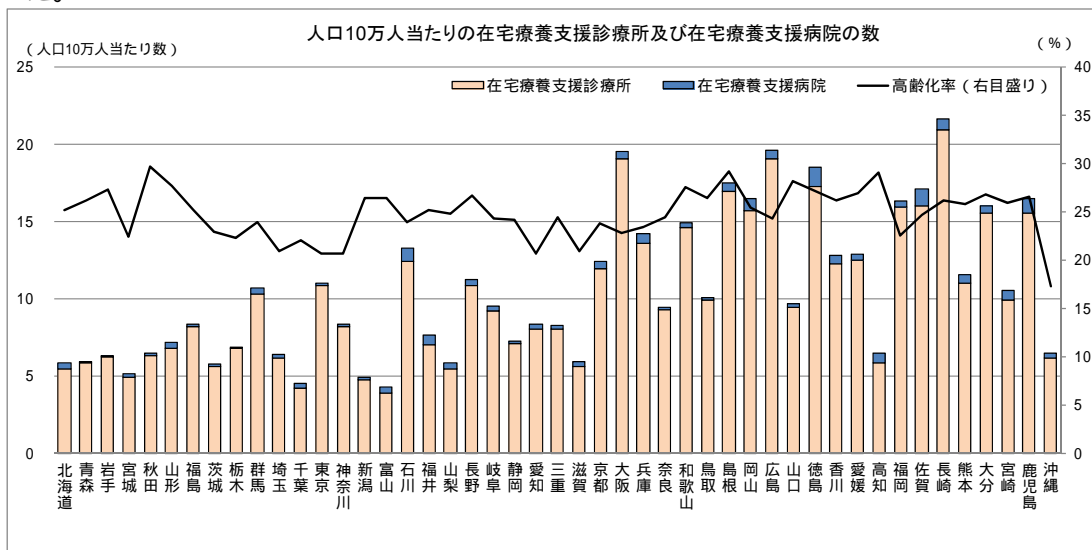
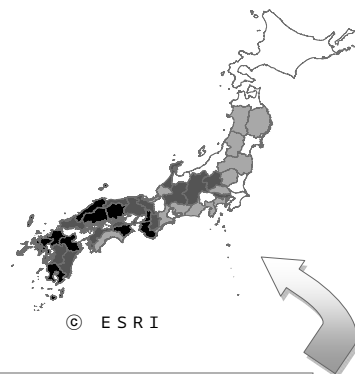
在宅支援診療所及び病院に勤務する医師数を示すデータがない（なお、日医総研の調査「在宅医療を担う診療所現状と課題」によれば、在支診 1 施設当たりの常勤換算在宅医数は 1.2 人であった。）ため、代わりに人口 10 万人当たりの医師数を都道府県別で以下に示す。



出典：厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」を基に作成。

エ 都道府県別在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院数

以下は、人口 10 万人当たりの在支診・在支病の数を都道府県別に示したものである。（地図は数が多いほど色が濃くなっている。）また、参考のために高齢化率も併せて示した。在支診・在支病は西日本で整備が進んでおり、「西高東低」の傾向が見られる。また、秋田県や高知県のように高齢化率が高くても施設数が少ない県がある一方で、大阪府や福岡県のように高齢化率が低くても施設数が多い地域もあり、在支診・在支病の整備状況と高齢化率との間には相関が見られなかった。



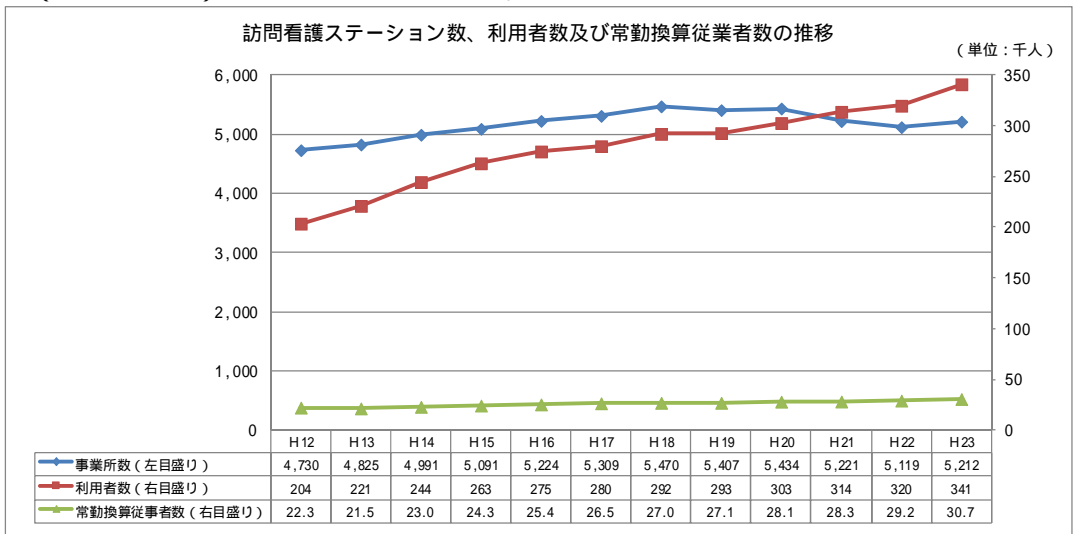
出典：厚生労働省「平成 24 年度在宅医療連携拠点事業説明会資料 在宅医療の最近の動向」（平成 24 年 7 月 11 日）、内閣府「平成 24 年版高齢社会白書」を基に作成。

## (2) 訪問看護

訪問看護は医療と介護の両方に関わるものであり、医療保険・介護保険の双方から受給可能なサービスである。介護の中では居宅サービスに分類されるが、今回はその中間的な性格を考慮して、居宅サービスとは別に取り上げる。また、訪問リハビリテーションも訪問看護同様、医療と介護のどちらにも関わるが、サービス提供事業所が病院・診療所、訪問看護ステーション、老健など複数にわたり、数の把握が困難であるため、今回の数値算出には含まれていない。

### ア 訪問看護ステーション数、利用者数及び常勤換算従事者数の推移

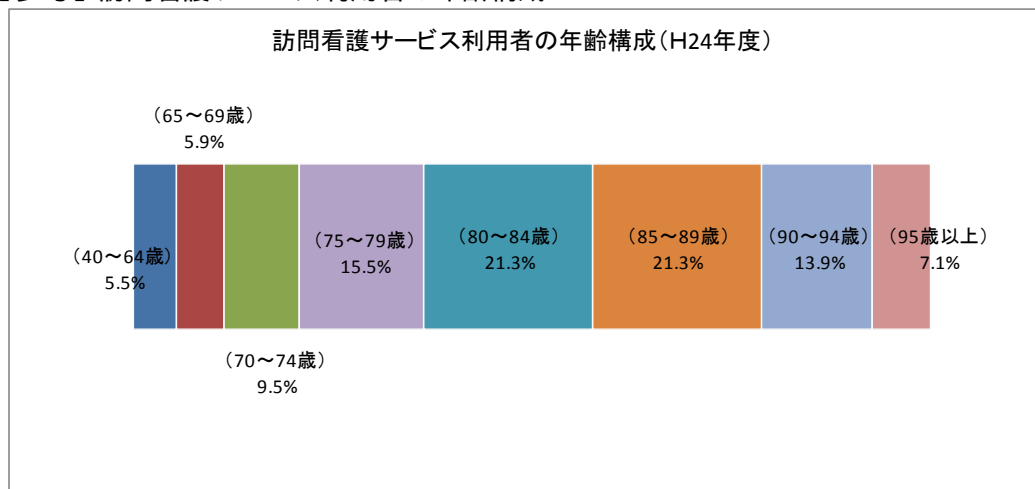
訪問看護ステーション数は介護保険制度開始から平成 18 年までは一貫して増加したものの、それ以降は横ばいから減少傾向が続いていたが、直近の平成 23 年には前年より増加している。また、訪問看護サービス利用者の年齢構成を見てみると、75 歳以上（後期高齢者）が約 8 割を占めている。



(注) 利用者数には医療保険によるものも含む。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」を基に作成。

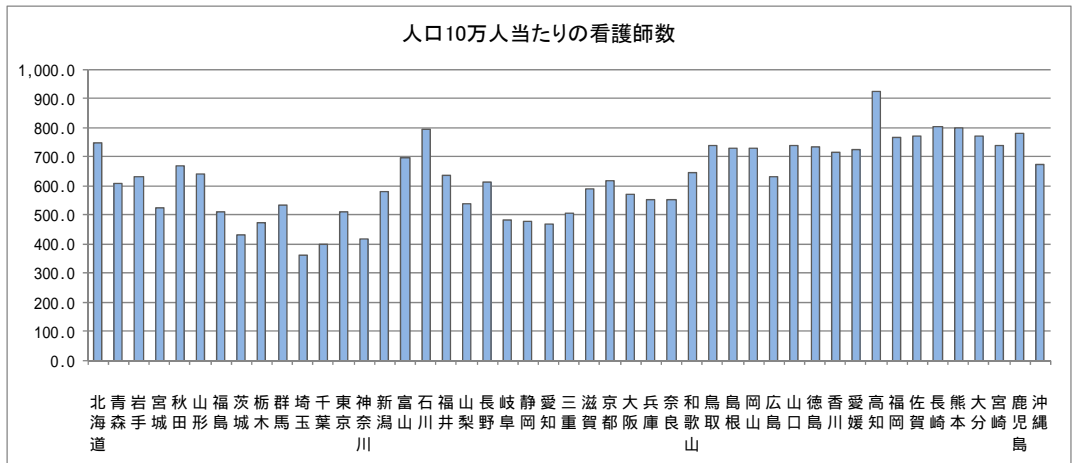
### 【参考】訪問看護サービス利用者の年齢構成



出典：厚生労働省「平成 24 年度介護給付費実態調査」を基に作成。

イ 都道府県別人口 10 万人当たりの看護師数

人口 10 万人当たりの看護師数を都道府県別にみていると、東日本で少なくなっているが、北陸圏、四国、九州で多くなっており、医師よりも更に地域的な偏在が目立っている。

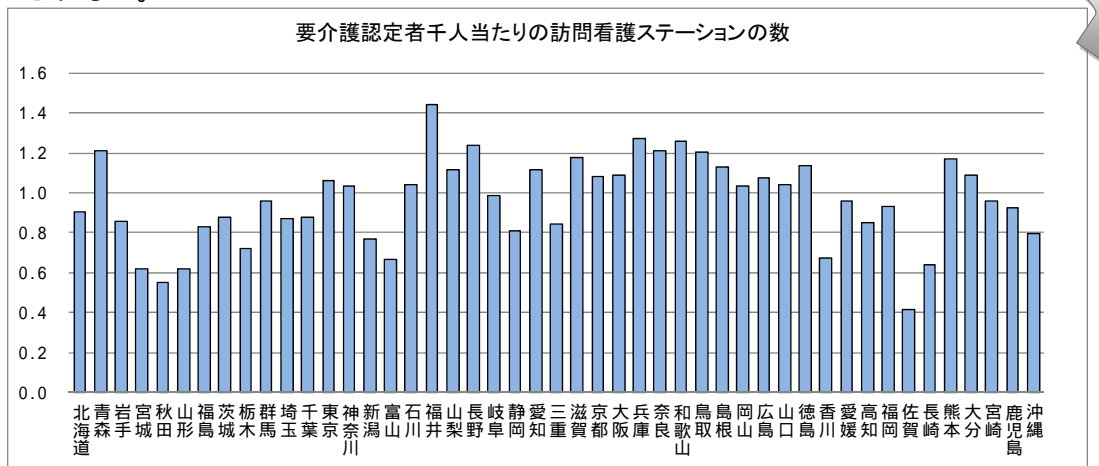
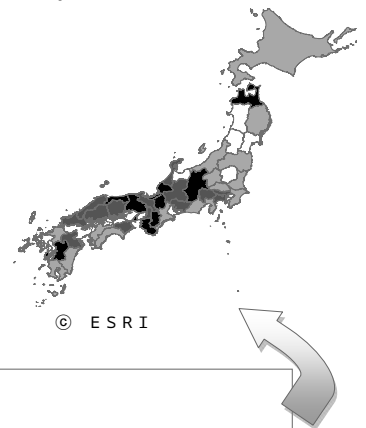


出典：厚生労働省「平成 24 年病院調査」を基に作成。

ウ 都道府県別訪問看護ステーション数（要介護認定者千人当たり）

以下は、要介護認定者千人当たりの訪問看護ステーション数を都道府県別に示したものである。(地図は数が多いほど色が濃くなっている。)

東北における秋田県、北陸における富山県、四国の香川県、九州の佐賀県、長崎県のように、各地域に非常に訪問看護ステーション数が少ない県と、青森県、長野県、熊本県など、多い県が混在することが特徴となっている。また、石川県や高知県など、看護師数が多い県で必ずしも訪問看護ステーションが多くなっているとは言えず、看護師数との相関は感じられない。



出典：厚生労働省「平成 23 年 介護サービス施設・事業所調査」、「平成 23 年度介護保険事業状況報告」を基に作成。



### (3) 在宅介護

介護サービスを大きく分けると居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスの3種類になる。本章では居宅サービスを在宅介護に関わるサービスとして概観する。居宅サービスは在宅医療と相補的に働きながら、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく最後まで生活を続けていけるようサポートするサービスである。

【参考表 居宅サービスの種類と内容】

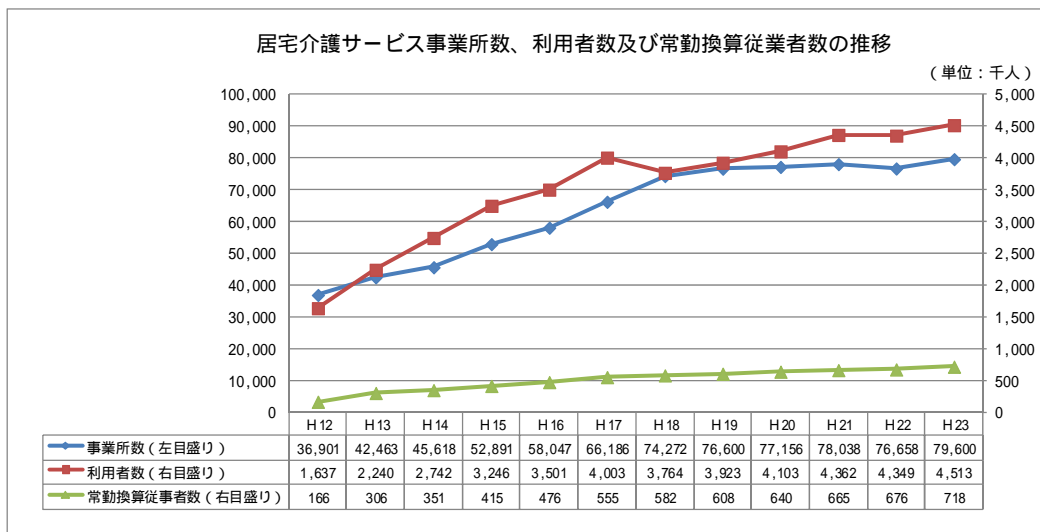
サービスの種類	内容
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	介護福祉士等が自宅を訪れ、入浴、排せつ、食事等の介護や、衣類の着脱、通院等の日常生活上の介助を提供するサービス。
訪問入浴介護	利用者の自宅に、浴槽や必要な機材を持ち込んで、入浴の介護を行うサービス。
★訪問看護	看護師や保健師などが利用者の自宅を訪問し、医師の指示のもと、療養上のお世話や医療処置を提供するサービス。
★訪問リハビリテーション	理学療法士や作業療法士が利用者の自宅を訪問し、医師の指示にもとづいて、理学療法や作業療法などのリハビリテーションをおこなうサービス。
★居宅療養管理指導	医師、歯科医師、看護師、薬剤師などの医療従事者が利用者の自宅を訪問し、療養上の管理及び指導をおこなうサービス。
通所介護 (デイサービス)	利用者を老人デイサービスセンターや養護老人ホームなどに日帰りで送迎し、入浴や食事、健康維持や機能訓練などを提供するサービス。
通所リハビリテーション (デイケア)	利用者を介護老人保健施設や病院、診療所などに日帰りで送迎し、理学療法士や作業療法士などによるリハビリテーションを提供するサービス。
短期入所生活介護 (ショートステイ)	利用者を介護老人保健施設などに短期間(数日から1週間程度)入所させて、入浴や排泄などの介護や食事、機能訓練などを提供するサービス。
短期入所療養介護 (ショートステイ)	医学的な管理のもとで介護、機能訓練、日常生活上のサービスを提供するショートステイ。
特定施設入居者生活介護	介護保険の指定を受けた有料老人ホーム(特定施設)において、入浴や排泄などの介護や看護、食事、機能訓練などを提供するサービス。
★住宅改修	手すりの取付けや、段差の解消、床材や扉の変更など、要介護者等が自宅で安全に快適に過ごすことを目的とした住宅改修。工事費の9割が支給される。
福祉用具貸与	要介護者等が自立した生活をおくるために必要な車椅子や特殊ベッドなど12種類の福祉用具のレンタルサービス。
特定福祉用具販売	入浴や排泄などレンタルになじまない福祉用具の購入。購入費の9割が給付される。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」を基に作成。

※居宅サービス合計を算出するに当たって、「介護サービス施設・事業所調査」を用いたが、医療施設が実施する訪問リハビリテーションや居宅療養管理指導、工務店が行う住宅改修等のサービスについては事業所数・サービス利用者数・従事者数を把握できないため除いている。また、訪問看護は(2)において別掲したため除いている。このように、次ページのグラフの数値に含まれていないものには上記表に★を付した。

## ア 居宅介護サービス事業所数、利用者数及び常勤換算従事者数の推移

上表の各居宅サービスを合計して「事業所」、「従事者」、「利用者」各数について、介護保険制度開始から直近までの推移を見たものが下の図表である。利用者数が減少した時期もあるが、制度開始以来、概ね増加傾向にある。介護保険制度開始時の平成12年と平成23年を比較すると、事業所数は約2.2倍、利用者数は約2.8倍、従事者数は約4.3倍に増加している。また、居宅介護サービス利用者の年齢構成をみると、8割以上を後期高齢者が占めていることが分かる。

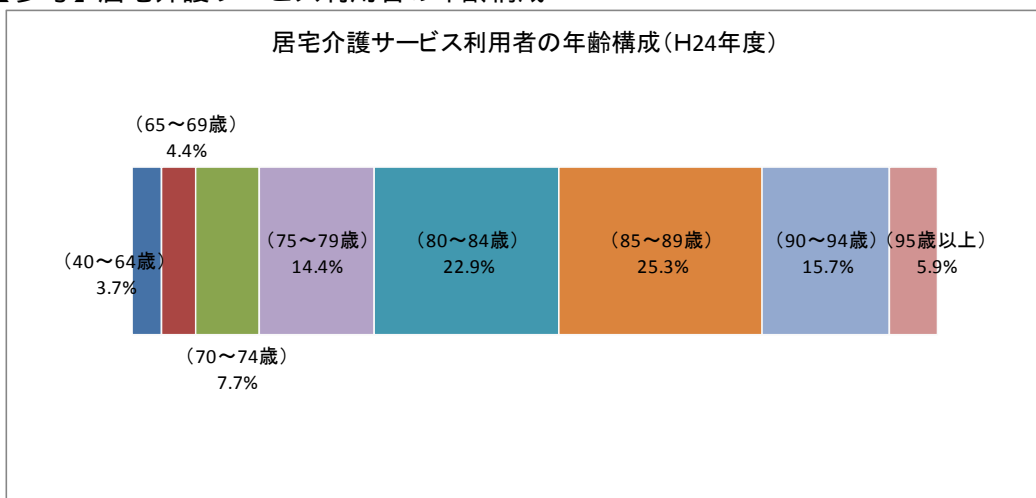


(注1) 介護予防も併せて行っている事業所は対象に含むが、介護予防のみ行っている事業所は含まない。

(注2) 利用者人数には介護予防サービス利用者数を含む。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」を基に作成。

## 【参考】居宅介護サービス利用者の年齢構成

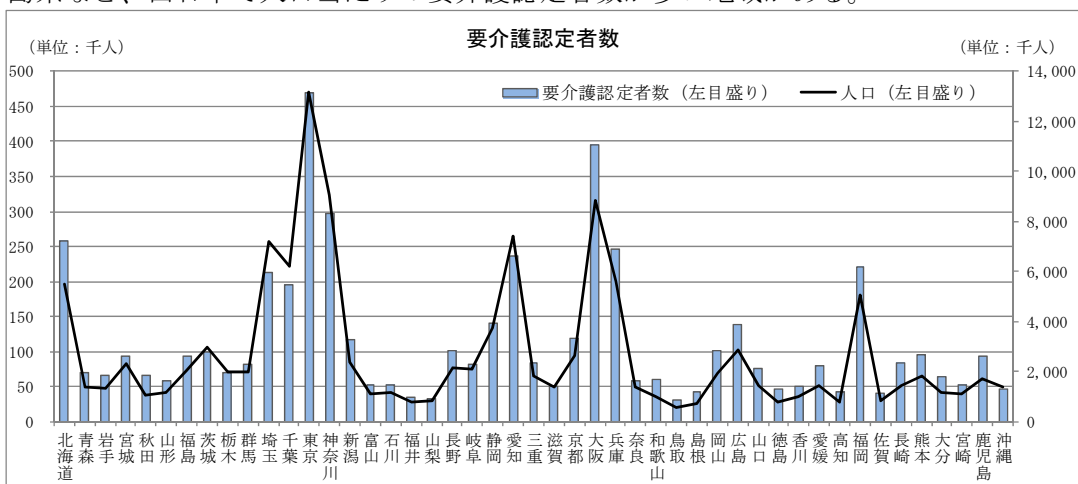


(注) 訪問看護サービス、福祉用具購入、住宅改修を除いている。

出典：厚生労働省「平成24年度介護給付費実態調査」を基に作成。

## イ 都道府県別要介護認定者数（要支援含む）

要介護認定者数（要支援含む）を都道府県別に示したのが下の図表である。おおむね人口と比例して要介護認定者数も多くなっており、人口の多い都道府県が要介護認定者数も多くなっている。しかし、大阪府、広島県、愛媛県、岡山県、福岡県、鹿児島県など、西日本で人口当たりの要介護認定者数が多い地域がある。



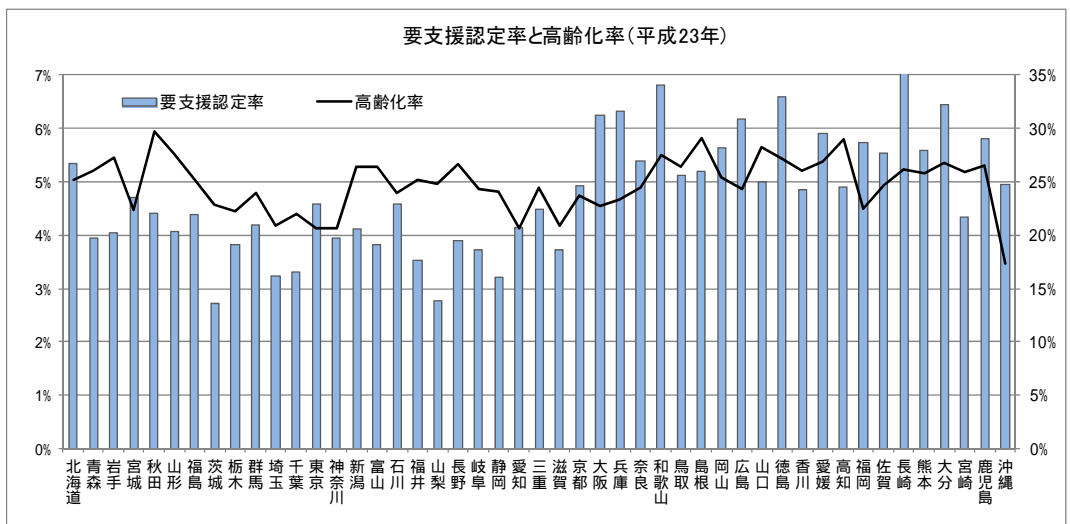
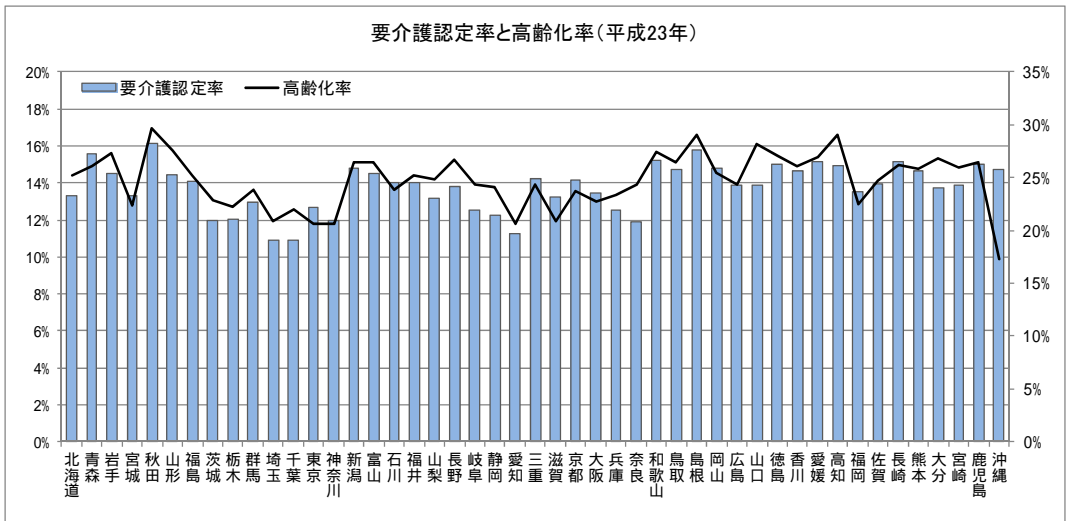
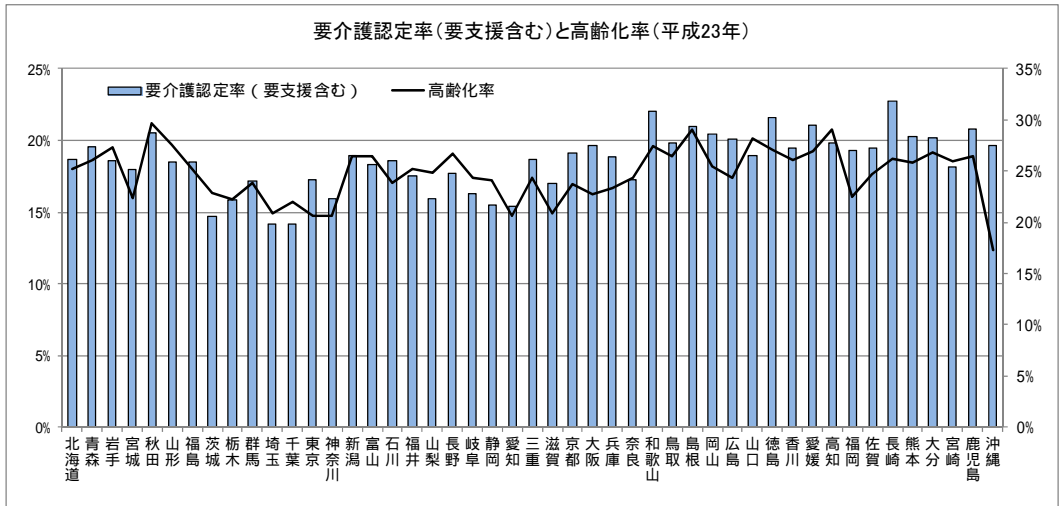
出典：厚生労働省「平成23年介護保険事業状況報告」、総務省「平成22年国勢調査」を基に作成。

## ウ 都道府県別要介護認定率

要介護認定率（要支援認定者を含む要介護認定者数を高齢者人口で割ったもの）と高齢化率の関係について都道府県別にみたのが次頁の3つのグラフである。一般的に高齢化率が高くなれば要介護認定率も高くなると考えられる。都道府県別グラフでも概ねそのような傾向を示しているものの、西日本では高齢化率と比較して要介護認定率がやや高くなる傾向が見られた。

更に、要介護者を、狭義の要介護者（要介護1～5）と、要支援者（要支援1、2）に分けてみると、西高東低型の傾向がより明確に示され、認定に地域差があることが明らかになった。また、要介護認定率と高齢化率の間には相関がみられる（相関係数=0.68）のに対し、要支援認定率と高齢化率の間には相関が見られず（相関係数=0.26）、要支援認定率の地域差の状況はむしろP. 3に示した「人口10万人当たりの在支診及び在支病数」と類似していることが分かった。

このことから、要支援者の認定には在宅医療の整備状況とも関連する何らかの要因が影響を与えている可能性があることが推測できる。

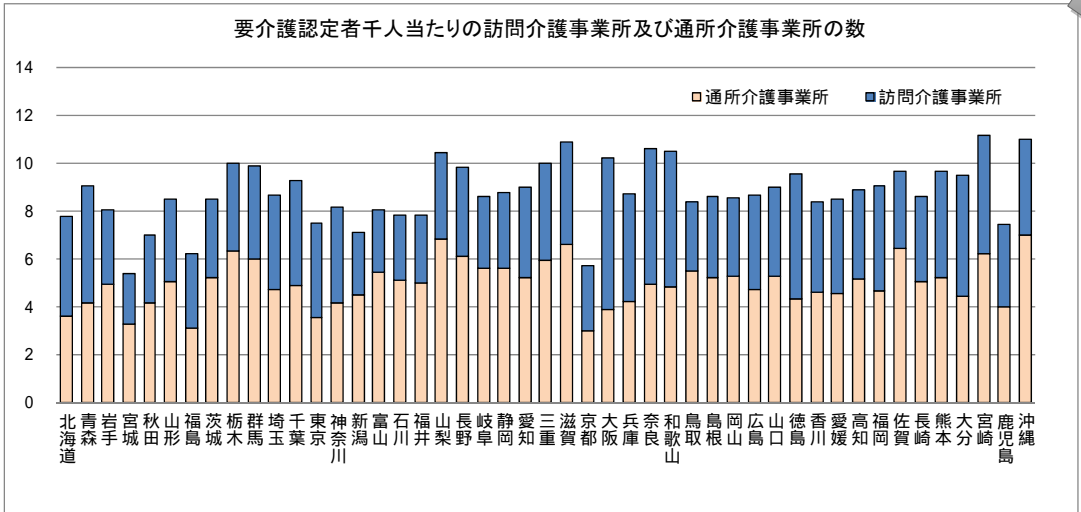
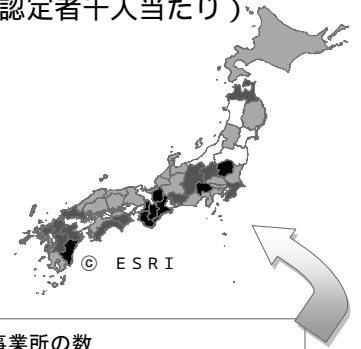


出典：厚生労働省「平成23年度介護保険事業状況報告」、総務省「平成23年人口推計」

エ 都道府県別訪問介護事業所及び通所介護事業所数（要介護認定者千人当たり）

以下は、要介護認定者千人当たりの訪問介護事業所及び通所介護事業所数を都道府県別に示したものである。（地図は数が多いほど色が濃くなっている。）

在支診や訪問看護ステーションほどの不均衡は見られないが、京都府が目立って少ない。また、通所と訪問の割合は多くの都道府県で同じくらいか、やや訪問が低くなっているが、近畿圏では訪問の割合が高くなっている。

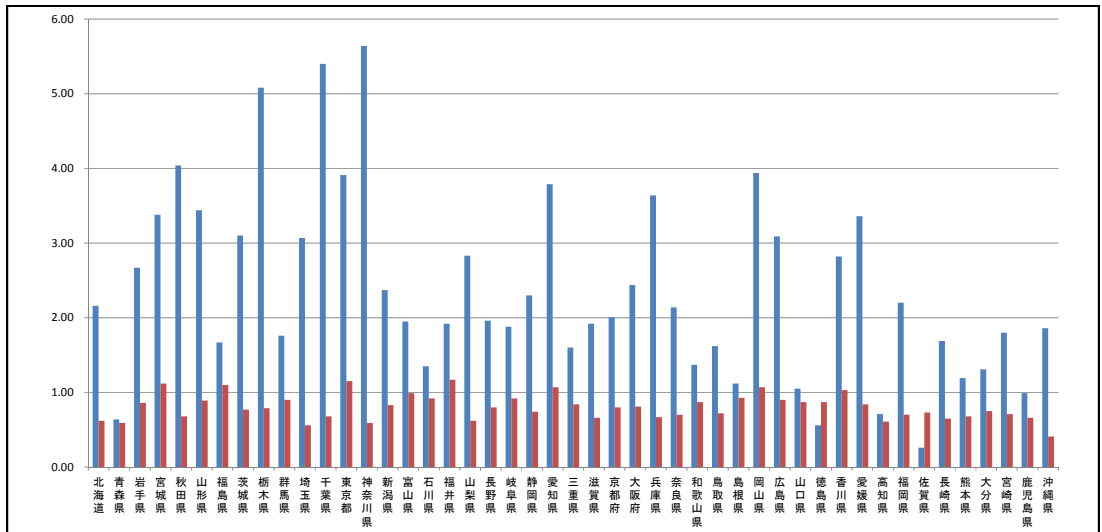


（注）宮城県・福島県については東日本大震災の影響により調査を見合わせた地域がある。

出典：厚生労働省「平成 23 年介護サービス施設・事業所調査」、「平成 23 年度介護保険事業状況報告」を基に作成。

## オ 介護従事者の人材確保

福祉関係の人材に関して、有効求人倍率を都道府県別にみたものが青い棒グラフであり、全産業についての有効求人倍率を示したのが赤い棒グラフである。全産業の平均が 0.88 倍であるのに対し、福祉関係分野では 2.44 倍となっており、福祉関係における人手不足の傾向が顕著に示されている。また、福祉関係の人材の有効求人倍率は関東圏の一部の都道府県では5倍を超えている一方、四国、九州では概ね2倍以下、最も高い愛媛県でも3倍強となっており、地域差もみられる。



出典：全国社会福祉協議会 中央福祉人材センター「福祉人材の求人求職動向」（福祉人材センター・バンク 平成 24 年 10～12 月職業紹介実績報告）を基に作成。

### 【参考文献】

- ・ 厚生労働省「在宅医療の現状」（平成 25 年 7 月 13 日）
- ・ 厚生労働省「医療施設（静態）調査」（平成 14 年～23 年）
- ・ 厚生労働省「患者調査」（平成 11 年～23 年）
- ・ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 22 年）
- ・ 厚生労働省「平成 24 年度在宅医療連携拠点事業説明会資料 在宅医療の最近の動向」（平成 24 年 7 月 11 日）
- ・ 内閣府「高齢社会白書」（平成 24 年度）
- ・ 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成 12 年～23 年）
- ・ 厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成 24 年度）
- ・ 厚生労働省「病院調査」（平成 24 年）
- ・ 厚生労働省「介護保険事業状況報告」（平成 23 年度）
- ・ 全国社会福祉協議会 中央福祉人材センター「福祉人材の求人求職動向」（福祉人材センター・バンク 平成 24 年 10～12 月職業紹介実績報告）
- ・ 総務省「国勢調査」（平成 22 年）
- ・ 総務省「平成 23 年人口推計」（平成 23 年）

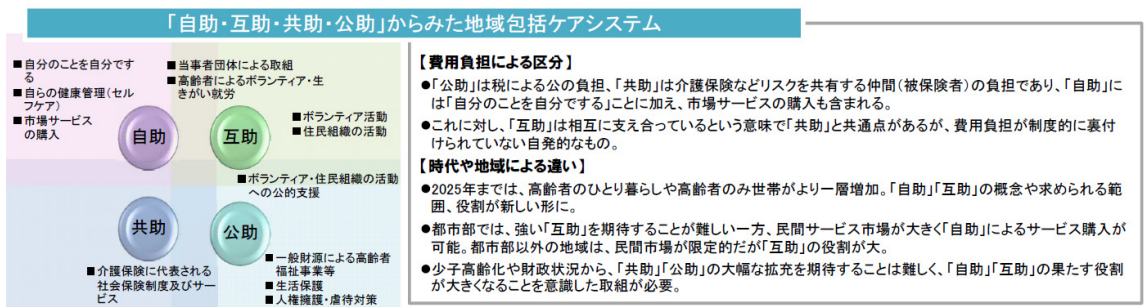
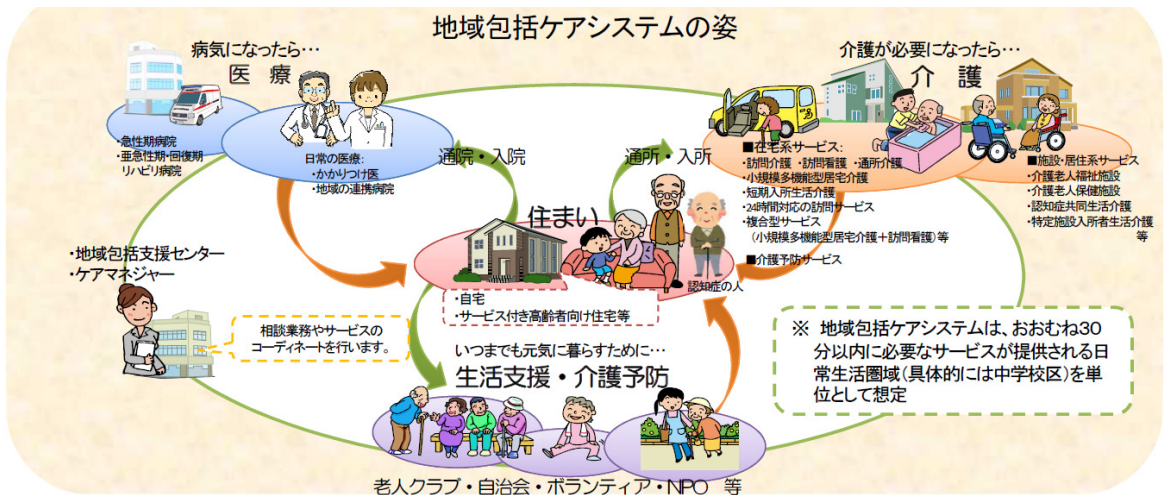


## 2 地域包括ケアシステムと診療報酬・介護報酬改定

### (1) 地域包括ケアシステムの概要

厚生労働省は平成37年を目途に、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地域ごとの体制を「地域包括ケアシステム」として構築していくことを目指している。この体制の構築には下図に示したように、住まいを中心とした30分圏内の範囲で、医療・介護・生活支援・介護予防などのサービスが切れ目なく提供されることが必要であり、そのために各サービスの提供者が連携を行うことが求められている。以降の(2)から(4)で詳しくみていくが、平成24年度の診療報酬と介護報酬のダブル改定でも「持続可能な介護保険制度の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」という2点が方針として示されている。医療と介護の連携や在宅医療（かかりつけ医）の分野に重点的な配分がなされており、保険制度からもシステム構築の後押しをすることが明確に示されているといえる。

また、このシステムを費用負担の側面から捉えると、「自助・互助・共助・公助」の4つに整理することができるが、公助や共助の大幅な拡充を期待することは困難であり、今後はいかに「自助」（自らの健康管理、市場サービスの購入）と「互助」（ボランティアや住民相互間の活動）を活性化できるかが地域包括ケアシステム構築の鍵となるとみられている。



出典：厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」

(2) 平成24年度診療報酬・介護報酬ダブル改定

平成24年4月、診療報酬と介護報酬の改定が同時に行われる、所謂ダブル改定が行われた。医療保険の診療報酬は2年おき、介護保険の介護報酬は3年おきの改定であるため、ダブル改定は6年に一度の改定となる。

今回のダブル改定では、「持続可能な介護保険制度の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」という2点を目指して、限りある医療資源の中で超高齢社会に対応するためのいっそうの機能分化と連携を推し進めることが謳われている。

特に、地域住民がいつでも必要な医療・介護サービスを受けられる「地域包括ケアシステム」の構築に向けては重点配分の医科の として「医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実」があげられており、1,500億円が充てられるなど、改定の柱として重視されている。

(3) 平成24年度診療報酬改定の概要

ア 改定率

全体改定率は+0.004%、診療報酬本体については5,500億円を原資とする+1.38%の引上げとなり、医科にはうち4,700億円が配分された。

全体改定率	+0.004%
診療報酬(本体)	+1.38%(約5,500億円)
うち医科	+1.55%(約4,700億円)
歯科	+1.70%(約500億円)
調剤	+0.46%(約300億円)
薬価等	1.38%(約5,500億円)

イ 重点配分

医科(約4,700億円)

負担の大きな医療従事者の負担軽減(約1,200億円)

医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実(約1,500億円)

がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入(約2,000億円)

歯科(約500億円)

チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等

生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価

調剤(約300億円)

在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実

後発医薬品の使用促進

ウ 重点課題

急性期医療等の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減(1,200億円)

医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実(1,500億円)

がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入(2,000億円)



エ 在宅医療に関わる改定（重点課題の ）

(ア) 在宅医療の充実

医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実			
・医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について評価の引上げ 機能を強化した在宅療養支援診療所 / 病院（病床を有する場合）の例			
現行		改定後	
往診料 緊急加算	650 点	往診料 緊急加算	850 点
在宅時医学総合管理料 （処方せん有）	4,200 点	在宅時医学総合管理料 （処方せん有）	5,000 点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300 点	在宅患者緊急入院診療加算	2,500 点
在宅ターミナルケア加算	10,000 点	【新設】ターミナルケア加算	6,000 点
		【新設】看取り加算	3,000 点
在宅緩和ケアの充実			
・緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合の評価			

(イ) 在宅歯科医療の評価

在宅歯科医療の推進	
・歯科訪問診療の対象者の表現の見直し 「常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者」 「常時寝たきりの状態等であって、」部分を削除	
・歯科訪問診療所の評価の引上げ 歯科訪問診療 1 830 点 850 点	
・歯科訪問診療の器具の携行に関する評価の見直し 在宅患者等急性歯科疾患対応加算	
同一初診期間中	同一建物居住者以外：170 点
1 回目：232 点	同一建物居住者 同一日に 5 人以下：85 点
2 回目以降：90 点	同一日に 6 人以上：50 点
・歯科衛生士の歯科訪問診療の補助に関する評価 【新設】歯科訪問診療補助加算 同一建物居住者以外：110 点 同一建物居住者：45 点	

(ウ) 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

在宅業務に対する新規評価	
・在宅業務を推進するため、過去の実績も考慮した施設基準を満たす薬局が、在宅患者向けに調剤した場合の加算の新設 【新設】在宅患者調剤加算 15 点（処方せん受付 1 回につき）	
小規模薬局間の連携による在宅業務の評価	
・かかりつけ薬局が対応できない場合に、予め連携しているサポート薬局が臨時に在宅訪問対応できるよう、制度の見直し 現行では、薬局単独で実施した場合のみ算定可能。改定後は、サポート薬局が実施した場合であっても算定可能	
無菌調剤に係る薬局の負担軽減	
・無菌調剤に関する施設基準の合理的見直し 小スペースでも実施可能となるよう、専用の部屋（5 m <sup>2</sup> 以上）の施設要件を削除	
在宅訪問可能な距離の目安を設定	
・患者までの距離が遠い場合は緊急時に患者の不利益も予想されることから、16 kmを超える場合には、原則、算定不可に	

(I) 訪問看護の充実

医療ニーズの高い患者への対応
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護の充実を図るため、訪問看護の訪問回数や対象の制限等について要件緩和             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 訪問看護を週4回以上提供できる対象の拡大</li> <li>- 退院直後、外泊日、退院当日の訪問看護を評価</li> <li>- 月13回以上の訪問看護に係る訪問看護管理療養費の算定対象の拡大</li> </ul> </li> </ul>
効率的かつ質の高い訪問看護の推進
<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護補助者との同行訪問及び専門性の高い看護師との同一日の訪問看護の評価 【新設】複数名訪問看護加算 300点（訪問看護療養費3,000円）</li> <li>・専門性の高い看護師による訪問の評価（褥瘡ケア又は緩和ケア） 【新設】在宅看護訪問看護・指導料（専門の研修を受けた看護師）12,850円 【新設】訪問看護基本療養費（専門の研修を受けた看護師）1,285点</li> <li>・長期間訪問看護の対象拡大：超重症児・準超重症児等</li> </ul>

(オ) 維持期リハビリテーションの評価

維持期リハビリテーションの評価		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動期リハビリテーションの評価の見直し</li> </ul>		
脳血管疾患等リハビリテーション料	245点	221点
脳血管疾患等リハビリテーション料	200点	180点
脳血管疾患等リハビリテーション料	100点	90点
運動期リハビリテーション料	175点	158点
運動期リハビリテーション料	165点	149点
運動期リハビリテーション料	80点	80点

(4) 平成24年度介護報酬改定の概要

ア 介護保険制度発足(平成12年)以降の改定経過

下表は、これまでの介護報酬改定率を一覧にしたものである。介護保険制度は、制度発足からまだ12年と浅いこともあって、法制度の見直しが複数回なされており、3年に一度の報酬改定の他に、法改正において、報酬率の変更に相当する制度変更も行われてきている。

介護報酬				
改定年月	改定率(%)			ポイント・視点
	在宅	施設	平均	
平元15/4	0.1	4.0	2.3	在宅サービスの充実
17/10	介護保険法改正により、食費・居住費の基準見直し			介護保険施設入居者に対し、食費と居住費負担を設ける
18/4	1.0	0.0	0.5	予防型サービスの充実
20/5	介護保険法改正により、老人保健施設等の基準見直し			療養病床からの転換促進
21/4	1.7	1.3	3.0	職員の人材確保と処遇改善
24/4	1.0	0.2	1.2	施設から在宅への移行をはかり、自立支援型サービスを充実

イ 平成24年度改正のポイント

平成24年度の介護報酬改定率は、全体で1.2%の引上げであり、在宅が1.0%、施設が0.2%の引上げという内訳になっている。しかし、これまで処遇改善交付金として職員の給与水準を底上げしていた予算を廃止し、介護報酬の中に介護職員処遇改善加算として入れ込む形で改定されているため、この処遇改善交付金分(2.0%程度)を除いて考えると、実質の改定率はマイナスであると言える。

また、医療報酬改定同様、介護報酬改定においても地域包括ケアシステムをより一層推し進めるという視点から改定が行われており、在宅医療の推進に資する訪問系、短時間サービスには加算が行われる一方、同一建物内でのサービス提供等については訪問、送迎の負担が少ないことを反映して減算するとしている。

改正のポイントは、以下の4点に整理できる。

(ア) 在宅サービスの充実と施設の重点化

中重度の要介護者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できるようなサービスの適切な評価及び施設サービスの重点化

(イ) 自立支援型サービスの強化と重点化

介護予防・重度化予防等の観点から、リハビリテーション、機能訓練など自立支援型サービスの適切な評価及び重点化

(ウ) 医療と介護の連携・機能分担

診療報酬との同時改定の機会に、医療と介護の連携、機能分担を推進

(エ) 介護人材の確保とサービスの質の向上

ウ 主な改正内容

各ポイントの主な改定内容は下表のとおりとなっている。

(ア) 在宅サービスの充実と施設の重点化

定期巡回・随時対応サービスの創設					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を新設</li> </ul>					
【新設】1月の基本報酬					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
訪問看護サービスを利用する場合	9,270 単位 / 月	13,920 単位 / 月	20,720 単位 / 月	25,310 単位 / 月	30,450 単位 / 月
訪問看護サービスを利用しない場合	6,670 単位 / 月	11,120 単位 / 月	17,800 単位 / 月	22,250 単位 / 月	26,700 単位 / 月
複合型サービスの創設					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を有した複合型サービスを創設</li> </ul>					
【新設】1月の基本報酬					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	13,255 単位 / 月	18,150 単位 / 月	25,111 単位 / 月	28,347 単位 / 月	31,934 単位 / 月
緊急時の受入れの評価（ショートステイ）					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時の円滑な受け入れ態勢を整えている事業所の体制を評価</li> </ul>					
短期入所生活介護					
【新設】緊急短期入所体制確保加算：40 単位/日、緊急短期入所受入加算：60 単位/日					
短期入所療養介護					
【新設】緊急短期入所受入加算：90 単位/日					

(イ) 自立支援型サービスの強化と重点化

訪問介護と訪問リハビリテーションの連携の推進	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供責任者とリハビリテーション専門職が同時に利用者宅を訪問し、両者の共同で訪問介護計画を作成することに対する評価</li> </ul>	
訪問介護	
【新設】生活機能向上連携加算：100 単位/月（3か月間算定可能）	
訪問リハビリテーション	
【新設】訪問介護事業所との連携加算：300 単位/回（3月に1回を限度に加算）	
短時間型通所リハにおける個別リハビリテーションの充実（通所リハ）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療保険から介護保険への円滑な移行等のため、個別リハビリテーション実施加算の算定要件を見直し</li> </ul>	
所要時間1時間以上2時間未満において、個別リハビリテーション実施加算の1日複数回算定を可能とする。	
生活援助の時間区分の見直し（訪問介護）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・効率的な人材活用とサービス提供のために時間区分を見直し</li> </ul>	
【新設】20分以上、45分未満：190 単位/回	
30分以上60分未満：229 単位/回      45分以上：235 単位/回	
60分以上：291 単位/回（従来のまま）	
利用者の住居と同一の建物に所在する事業所に対する評価の適正化	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス付き高齢者住宅のように、同一施設内に居住する一定数以上の利用者に対してサービスを提供する場合の評価を適正化する。</li> </ul>	
訪問系サービス 所定単位数に90/100を乗じた単位数を算定	
通所系サービス 所定単位数から94 単位/日を減じた単位数を算定	

(ウ) 医療と介護の連携・機能分担

入院・退院時の情報共有や連携強化

・医療と介護の連携に関する加算を強化

医療連携加算

改正前	
名称	加算単位
医療連携加算	150単位/月

改正後	
名称	加算単位
入院時情報連携加算 ( ) < 病院・診療所に訪問する場合 >	200単位/月
入院時情報連携加算 ( ) < 病院・診療所に訪問しない場合 >	100単位/月

退院・退所加算の見直し

改正前	
名称	加算単位
退院・退所加算 ( )	400単位/月
退院・退所加算 ( )	300単位/月

改正後	
名称	加算単位
退院・退所加算	300単位/月

入院等期間中に3回まで算定可能

緊急時等居宅カンファレンス加算の創設

【新設】緊急時居宅カンファレンス加算：200 単位/回 ( 2 回/月を限度に加算 )

医療機関と共同した退院支援の評価

訪問看護ステーション等の看護師等が入院中に退院にむけて医療機関と共同して、在宅療養に必要な指導を行った場合に評価

【新設】退院時共同指導加算：600 単位/回

看取り対応の強化

・介護老人福祉施設の配置医師と在宅支援診療所・在宅支援診療病院等の外部の医師が連携して、介護老人福祉施設における看取りを行った場合について診療報酬において評価を行うため、単位及び算定要件を見直し

	改正前				改正後		
	算 定 期 間						
	死亡日	死亡日前 ～ 前々日	死亡 4 日 ～ 14 日前	死亡 15 ～ 30 日前	死亡日	死亡日前 ～ 前々日	死亡 4 日 ～ 30 日前
特定施設入居者生活介護 【看取り介護加算】					1,280単位/日	680単位/日	80単位/日
認知症対応型共同生活介護 【看取り介護加算】	80単位/月				1,280単位/日	680単位/日	80単位/日
介護老人福祉施設 【看取り介護加算】	1,280単位/日	680単位/日	80単位/日		1,280単位/日	680単位/日	80単位/日
介護老人保健施設 【ターミナルケア加算】	315単位/日		200単位/日		1,650単位/日	820単位/日	160単位/日
介護療養型老人保健施設 【ターミナルケア加算】	315単位/日		200単位/日		1,700単位/日	850単位/日	160単位/日
訪問看護 【ターミナルケア加算】	2,000単位/死亡月				2,000単位/死亡月		

算定要件に係る主な見直し

特定施設入居者生活介護 【看取り介護加算】	夜間看護体制加算の算定が必要
認知症対応型共同生活介護 【看取り介護加算】	「共同して介護を行う看護師は、当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院・診療所・訪問看護ステーションの職員に限る。」との規定を追加
介護老人福祉施設 【看取り介護加算】	
介護老人保健施設 【ターミナルケア加算】	
介護療養型老人保健施設 【ターミナルケア加算】	「入所している施設又は当該入所者の居宅における死亡に限る」との規定を削除 (要件緩和)
訪問看護 【ターミナルケア加算】	「死亡日前14日以内に2回以上のターミナルケアを実施死亡した場合」を「死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを実施死亡した場合」に変更 (要件緩和)

介護職員のたん吸引等の実施 (訪問介護、訪問看護、特養)

・訪問介護及び特養における加算の算定要件の見直しと、訪問看護事業所が訪問介護事業所と連携して計画作成を支援した場合について評価

訪問介護における特定事業加算及び特養における日常生活加算の算定要件に、たん吸引等が必要な者を追加

訪問看護との連携加算

【新設】看護・介護職員連携強化加算：250 単位/月

(エ) 介護人材の確保とサービスの質の向上

<p>介護職員処遇改善加算の創設</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、経過的な取扱いとして創設。なお、次期介護報酬改定において、各サービス費の適切な評価を行う予定</li></ul> <p>【新設】介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：所定単位数にサービス毎の加算率を乗じた単位数を算定</p> <p>介護職員処遇改善加算（Ⅱ）：介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の 90/100</p> <p>介護職員処遇改善加算（Ⅲ）：介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の 80/100</p>
<p>人件費の地域差の適切な反映</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・国家公務員の地域手当に準じ、地域割の区分を従来の 5 区分から 7 区分に見直すとともに、適用地域、上乘せ割合について見直し</li></ul>

(5) 平成 26 年度診療報酬改定にむけて

平成24年度の改定では、従来の在宅支援診療所と在宅支援病院に、更に限定的な要件を課した「機能強化型」を新設した（P.14（3）エ(7)）。しかし、中央社会保障審議会公表の「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」の結果によると、診療所などで常勤医師数3名以上の要件を満たすことが難しいために機能強化型の届出を行うことができない医療機関が多くあること、そのような医療機関でも看取りの実績があることが明らかになった。

この結果を受け、平成26年度の改定では、届出機関以外の医療機関が実施した在宅医療に対しても適切な評価が行えるよう、届出の有無ではなく、実績ベースでの算定（加算）が可能のように改定されることが予想されている。

【参考文献】

- ・厚生労働省保険局医療課「平成 24 年度診療報酬改定の概要」
- ・厚生労働省「平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告」（平成 23 年 12 月 7 日）
- ・厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiiki-houkatsu/)
- ・中央社会保障審議会第 38 回診療報酬改定結果検証部会資料「平成 24 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の結果について」（平成 25 年 10 月 9 日）

### 3 在宅介護分野における居宅サービス事業所の経営状況推移

#### (1) 訪問系サービス

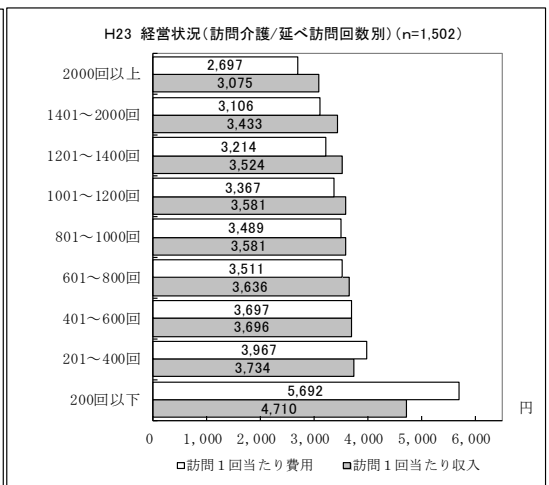
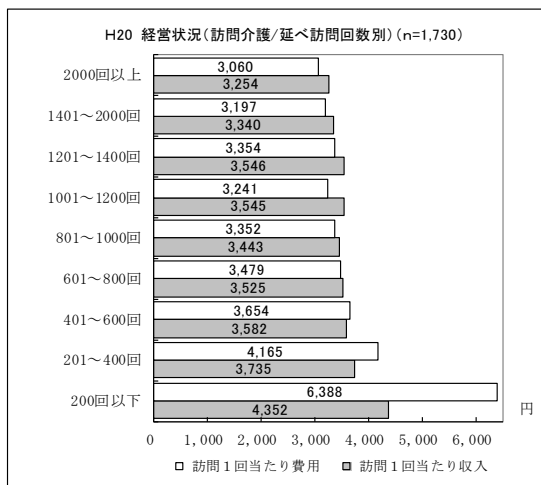
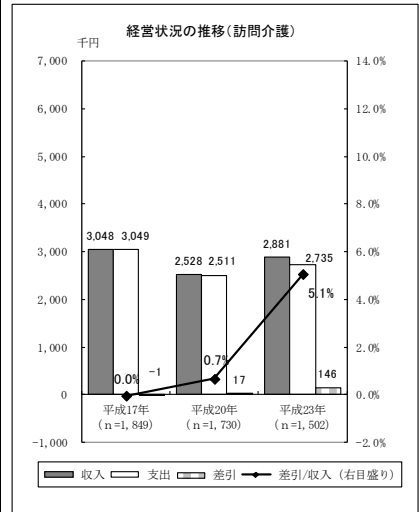
##### ア 訪問介護

平成17年から平成23年にかけて訪問介護の経営状況の推移を見てみると、収入から支出をマイナスした差引額（1事業所平均。以下同じ。）が平成17年には-1千円だったのに対し、平成20年には17千円、平成23年には146千円と増加している。この間、収入は横ばいからやや減少しているため、差引の対収入率はそれぞれ0.0%、0.7%、5.1%と推移しており、経営状況は改善している。一方、延べ訪問回数は平成20年に1割近く減少し、平成23年にやや増加したものの、平成17年の水準までには回復していない。訪問1回あたり収入は横ばいであるが、常勤換算職員1人当たり給与は増額傾向にある。

延べ訪問回数別に平成20年、平成23年を比較すると、ともに600回までの事業所では利用者1人当たり収入が費用を下回っており、601回以上実施の事業所において収入が費用を上回っている。

（特別な記載がない限り、単位は千円）

	平成17年 (n=1,849)	平成20年 (n=1,730)	平成23年 (n=1,502)
介護料収入	3,024	2,524	2,721
保険外の利用料	3	2	65
補助金収入	19	3	4
国庫補助金等特別積立金取崩額	9	2	2
介護報酬査定減	-1	-1	-2
介護職員処遇改善交付金	-	-	85
給与費	2,545	2,060	2,216
減価償却費	40	38	31
その他	425	401	432
うち委託費	22	19	13
借入金補助金収入	2	1	7
借入金利息	13	10	6
本部費繰入	34	4	52
収入	3,048	2,528	2,881
支出	3,049	2,511	2,735
差引	-1	17	146
延べ訪問回数(回)	795.2	725.5	745.7
常勤換算職員数(人)	11.2	8.6	9.8
訪問1回あたり収入(円)	3,833	3,485	3,863
訪問1回あたり費用(円)	3,834	3,462	3,670
常勤換算職員1人当たり給与(円)	224,322	231,665	234,029



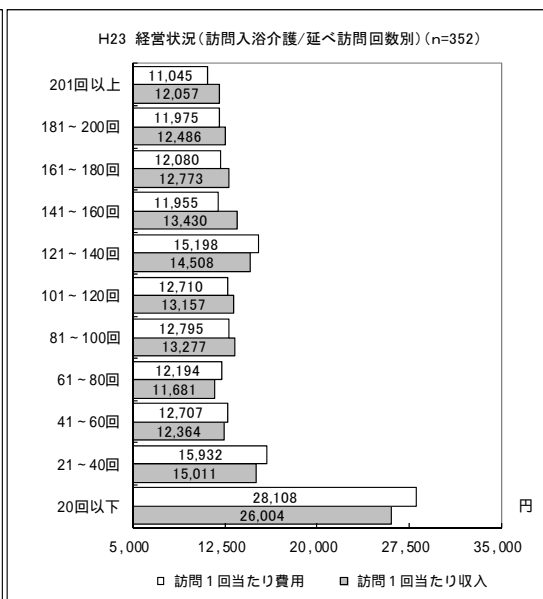
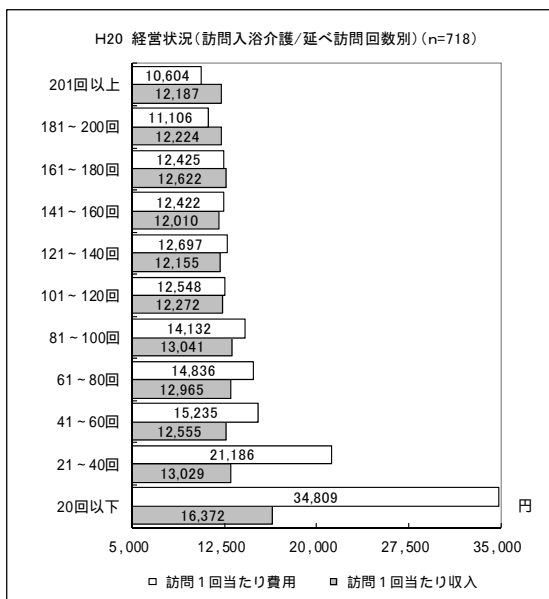
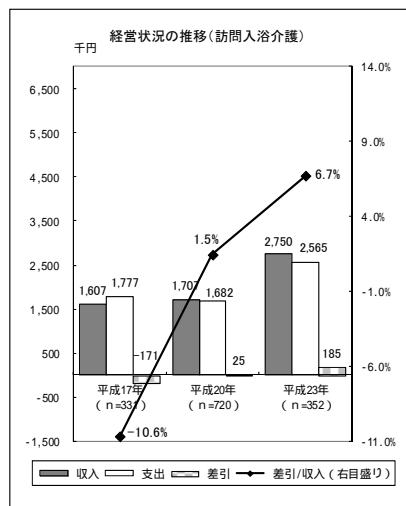
## イ 訪問入浴介護

訪問入浴介護の経営状況は平成17年から平成23年の間に顕著な改善傾向を示している。延べ訪問回数及び訪問1回当たり収入がともに増加傾向にある一方で、訪問1回当たり費用は横ばいとなっており、収入と支出の差引額は平成17年には-171千円、平成20年に25千円、平成23年には185千円と増加している。常勤換算職員1人当たり給与も増加傾向にある。

延べ訪問回数別に平成20年と平成23年を比較してみると、平成20年には161回以上で訪問1回当たりの収入が費用を上回っていたが、平成23年では141回以上から上回るようになっている。また、40回以下の事業所でも、費用と収入の差が縮小している。

(特別な記載がない限り、単位は千円)

	平成17年 (n=331)	平成20年 (n=720)	平成23年 (n=352)
介護料収入	1,598	1,707	2,650
保険外の利用料	1	0	54
補助金収入	7	0	3
国庫補助金等特別積立金取崩額	2	6	3
介護報酬査定減	0	0	0
介護職員処遇改善交付金	-	-	40
給与費	1,406	1,333	1,802
減価償却費	39	35	56
その他	286	304	591
うち委託費	14	25	106
借入金補助金収入	0	0	2
借入金利息	6	14	6
本部費繰入	42	2	113
収入	1,607	1,707	2,750
支出	1,777	1,682	2,565
差引	-171	25	185
延べ訪問回数(回)	128.4	138.0	191.8
常勤換算職員数(人)	5.4	5.0	6.9
訪問1回当たり収入(円)	12,510	12,376	14,339
訪問1回当たり費用(円)	13,839	12,191	13,377
常勤換算職員1人当たり給与(円)	251,797	262,793	264,602





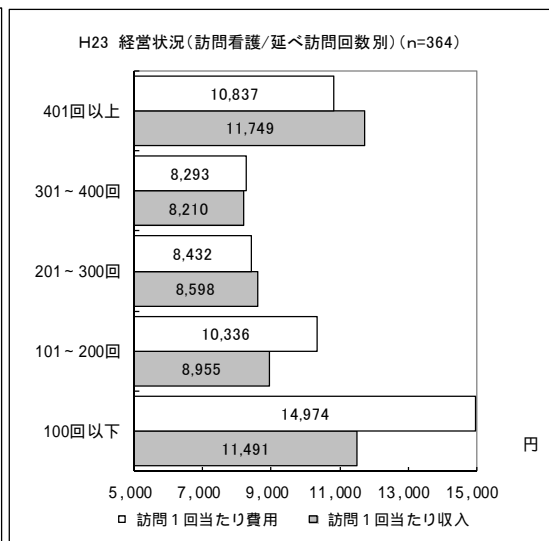
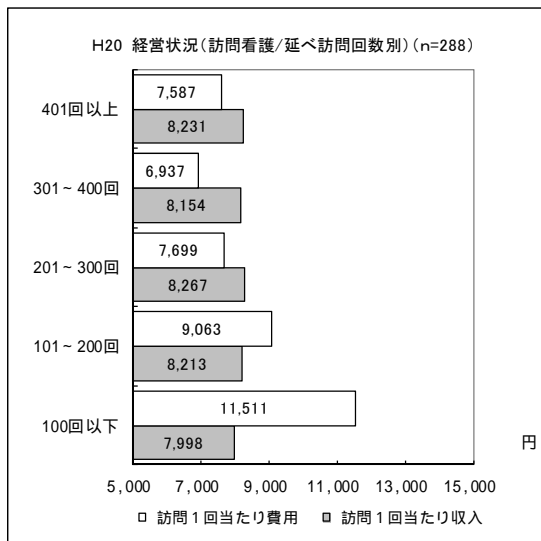
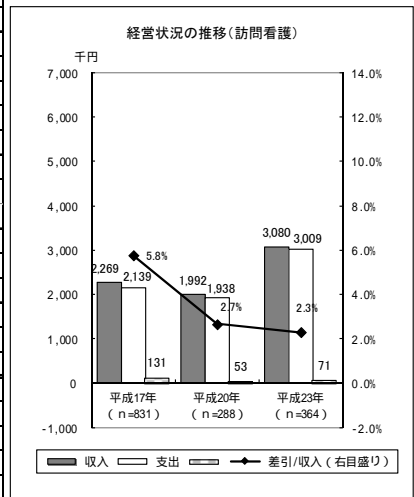
## ウ 訪問看護

訪問看護の経営状況は平成17年から平成23年の間に悪化している。平成17年には収入と支出の差引額は131千円であったが、平成20年には53千円、平成23年には71千円となっており、収入に占める差引の割合はそれぞれ5.8%、2.7%、2.3%と低下している。延べ訪問回数は平成17年と比較すると平成23年には約1.15倍に増加しており、訪問1回当たり収入も増加している。しかし、収入が増加傾向にある一方で費用も給与費を中心に大幅に増加しているため、経営状況の改善にはつながっていない。常勤換算職員1人当たり給与は平成20年に一度減少したが、平成23年には平成20年と比較して1割ほど増加している。

延べ訪問回数別に平成20年と平成23年を比較してみると、平成20年には201回以上で利用者1人当たり収入が費用を上回っていたが、平成23年では201～300回及び401回以上では収入が上回っているものの、301～400回及び200回以下では費用が収入を上回っている。

(特別な記載がない限り、単位は千円)

	平成17年 (n=831)	平成20年 (n=288)	平成23年 (n=364)
介護料収入	2,274	1,993	2,988
保険外の利用料	1	4	93
補助金収入	-	-	0
国庫補助金等特別積立金取崩額	-	-	0
介護報酬査定減	-6	-6	-2
給与費	1,765	1,582	2,463
減価償却費	36	22	41
その他	320	332	463
うち委託費	24	14	19
借入金補助金収入	-	-	1
借入金利息	17	3	8
本部費繰入	-	-	35
収入	2,269	1,992	3,080
支出	2,139	1,938	3,009
差引	131	53	71
延べ訪問回数(回)	248.1	216.9	285.6
常勤換算職員数(人)	5.5	3.9	6.5
訪問1回当たり収入(円)	8,267	8,208	10,786
訪問1回当たり費用(円)	7,790	7,987	10,536
常勤換算職員1人当たり給与(円)	393,701	379,712	406,948



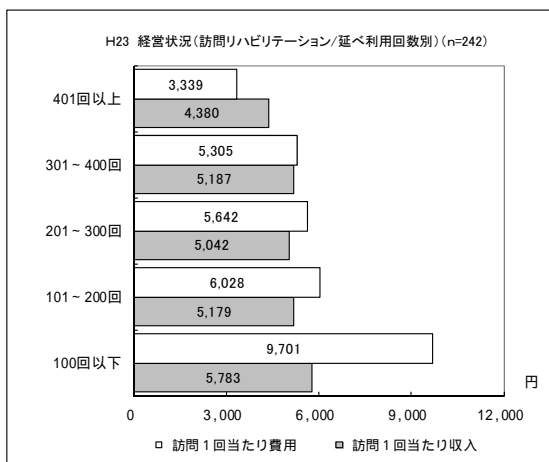
## エ 訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションについては平成23年のデータしかないため状況の推移は不明であるが、差引は39千円で、対収入比率は3.0%となっている。常勤換算職員数が他の訪問系サービスと比較して少なく、常勤換算1人当たり給与が他の事業所と比較して高い点が特徴となっている。

延べ利用回数別の収支状況を見ると、1回当たりの費用は回数が多くなればなるほど縮小する傾向が見られるが、400回以下では費用が収入を上回っている。

(特別な記載がない限り、単位は千円)

	平成17年 (n=0)	平成20年 (n=0)	平成23年 (n=242)
介護料収入	-	-	1,261
保険外の利用料	-	-	26
補助金収入	-	-	0
国庫補助金等特別積立金取崩額	-	-	0
介護報酬査定減	-	-	0
介護職員処遇改善交付金	-	-	0
給与費	-	-	783
減価償却費	-	-	80
その他	-	-	363
うち委託費	-	-	95
借入金補助金収入	-	-	0
借入金利息	-	-	7
本部費繰入	-	-	15
収入	-	-	1,287
支出	-	-	1,247
差引	-	-	39
延べ訪問回数(回)	-	-	271.7
常勤換算職員数(人)	-	-	2.1
訪問1回当たり収入(円)	-	-	4,736
訪問1回当たり費用(円)	-	-	4,591
常勤換算職員1人当たり給与(円)	-	-	429,971



(注) 訪問リハビリテーションの平成17年と20年の経営状況に関するデータはないため掲載していない。

## (2) 通所系サービス

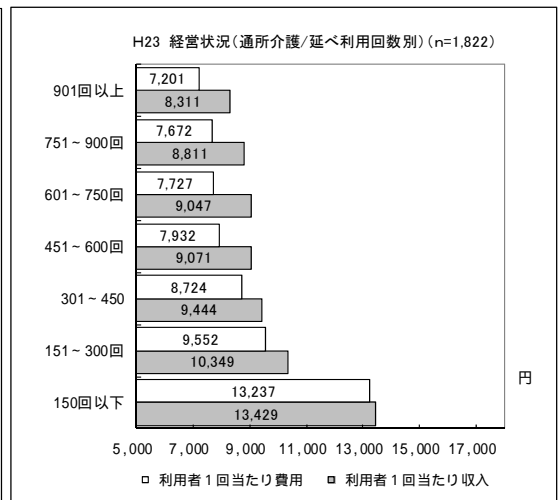
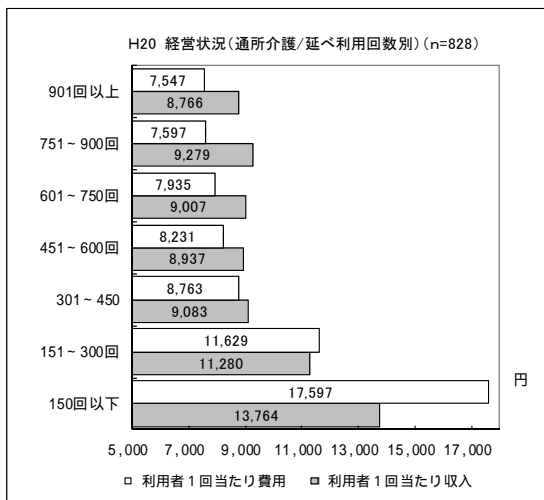
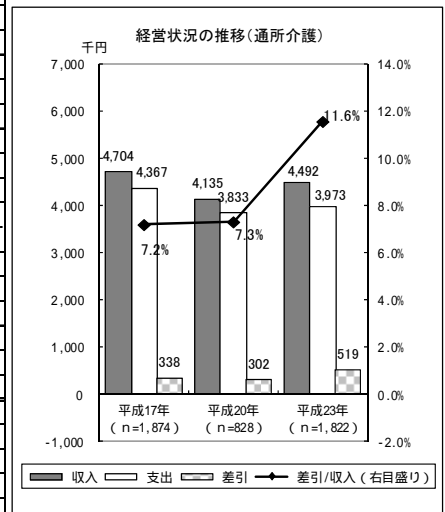
### ア 通所介護

通所介護の経営状況は平成17年から平成23年の間に改善している。平成17年には差引額は338千円であったが、平成20年には302千円、平成23年には519千円となっており、収入に占める差引の割合はそれぞれ7.2%、7.3%、11.6%と上昇している。経営状況は改善しているものの、延べ利用者数は減少しており、全体の収入・費用ともに減少傾向にある。常勤換算職員1人当たり給与は、増減を繰り返しているが、平成23年には介護職員処遇改善交付金が支給されているにも拘らず、平成20年から1割ほど減少している。

延べ訪問回数別に平成20年と平成23年を比較してみると、平成20年には301回以上で利用者1人当たり収入が費用を上回っていたが、平成23年では全ての回数で収入が上回っている。

(特別な記載がない限り、単位は千円)

	平成17年 (n=1,874)	平成20年 (n=828)	平成23年 (n=1,822)
介護料収入	4,503	3,840	4,140
保険外の利用料	145	269	258
補助金収入	50	19	18
国庫補助金等特別積立金取崩額	18	46	60
介護報酬査定減	-1	0	-1
介護職員処遇改善交付金	-	-	65
給与費	2,808	2,509	2,486
減価償却費	281	229	235
その他	1,225	1,099	1,205
うち委託費	182	136	97
借入金補助金収入	8	8	13
借入金利息	36	35	23
本部費繰入	35	8	84
収入	4,704	4,135	4,492
支出	4,367	3,833	3,973
差引	338	302	519
延べ利用者数(人)	538.4	439.7	425.0
常勤換算職員数(人)	11.0	9.4	10.5
利用者1回当たり収入(円)	8,738	9,404	10,571
利用者1回当たり費用(円)	8,111	8,718	9,350
常勤換算職員1人当たり給与(円)	242,076	261,402	239,239



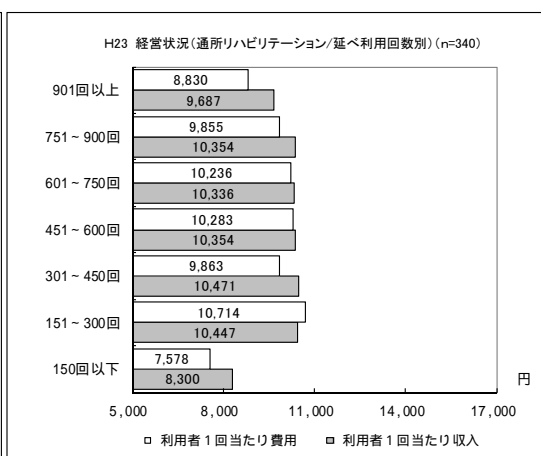
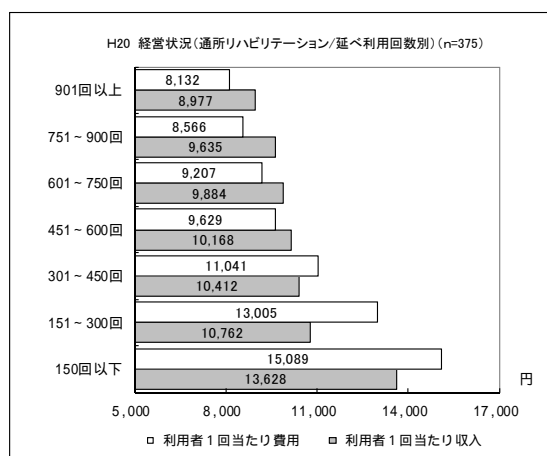
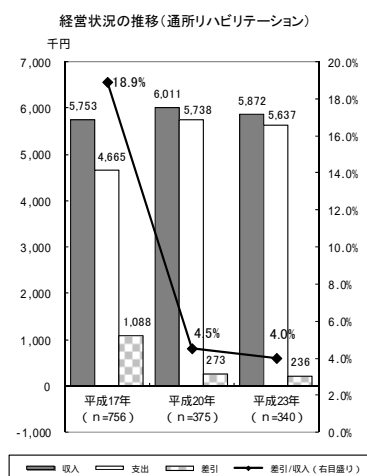
## イ 通所リハビリテーション

通所リハビリテーションの経営状況は平成17年から平成23年の間に悪化している。平成17年には差引額は1,088千円であったが、平成20年には273千円、平成23年には236千円と減少傾向がみられ、収入に占める差引の割合もそれぞれ18.9%、4.5%、4.0%となっている。延べ利用者数は減少傾向にあるが、利用者1回当たり収入が増加しているため、全体として収入は横ばいで推移しているが、平成20年に給与費を中心とした大幅な支出の増加がみられ、平成23年も同水準となっている。常勤換算職員1人当たり給与は平成20年に増加したが、平成23年には減少し、平成17年とほぼ同じ水準になっている。

延べ利用回数別に平成20年と平成23年を比較してみると、平成20年には利用者1回当たりの費用・収入ともに回数が多い事業所ほど多くなるような比例関係にあり、451回以上で収入が費用を上回っていたが、平成23年には回数との比例関係は見られず、151～300回以外のすべてにおいて収入が費用を上回るようになっている。

(特別な記載がない限り、単位は千円)

	平成17年 (n=756)	平成20年 (n=375)	平成23年 (n=340)
介護料収入	5,563	5,636	5,493
保険外の利用料	199	378	318
補助金収入	-	-	-
国庫補助金等特別積立金取崩額	-	-	-
介護報酬査定減	-8	-3	-4
介護職員処遇改善交付金	-	-	64
給与費	2,904	3,791	3,594
減価償却費	299	311	259
その他	1,329	1,541	1,616
うち委託費	324	366	343
借入金補助金収入	-	-	1
借入金利息	133	95	46
本部費繰入	-	-	122
収入	5,753	6,011	5,872
支出	4,665	5,738	5,637
差引	1,088	273	236
延べ利用者数(人)	592.2	618.6	541.6
常勤換算職員数(人)	10.4	12.8	12.8
利用者1回当たり収入(円)	9,683	9,718	10,842
利用者1回当たり費用(円)	7,852	9,276	10,407
常勤換算職員1人当たり給与(円)	317,416	339,570	315,155



### (3) 短期入所サービス

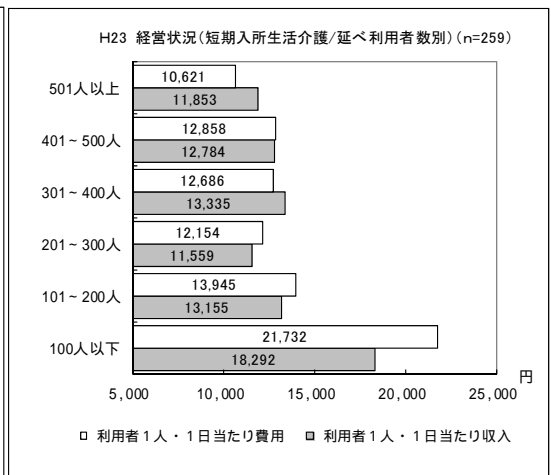
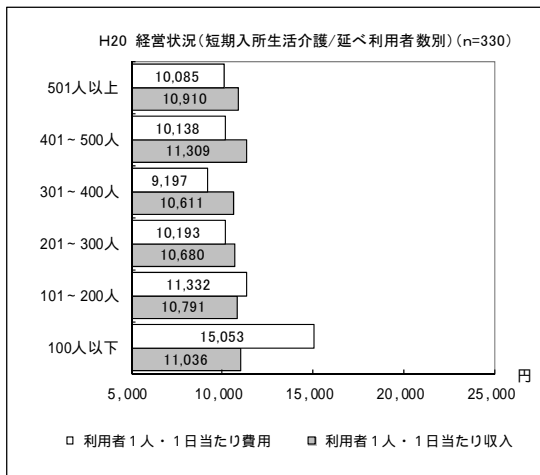
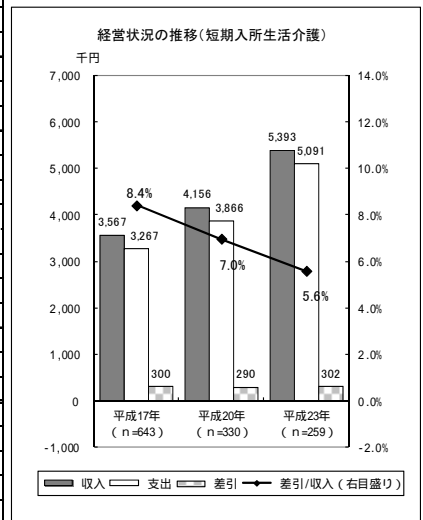
#### ア 短期入所生活介護

短期入所者生活介護についてしてみると、収入・支出ともに大幅に増加した一方で差引額は横ばいであるため、差引の対収入率は低下し、平成23年で5.6%となっている。しかし、差引は常にプラス計上であり、延べ利用者数も一貫して増加傾向を示しているため、経営状況が悪化しているとはまでは言えない。また、収入に占める保険外利用料の割合も高く年々増加傾向にある。常勤換算職員1人当たり給与は平成20年に増加しているが、平成20年から23年にかけてはやや減少している。

延べ利用者数別に平成20年と平成23年を比較してみると、平成20年には201人以上で利用者1人・1日当たりの収入が費用を上回っていたが、平成23年には301~400人と、501人以上で収入が費用を上回っており、401~500人規模の事業所での収支状況が悪化している。

(特別な記載がない限り、単位は千円)

	平成17年 (n=643)	平成20年 (n=330)	平成23年 (n=259)
介護料収入	3,331	3,430	4,549
保険外の利用料	194	657	712
補助金収入	35	57	27
国庫補助金等特別積立金取崩額	176	145	125
介護報酬査定減	-2	0	0
介護職員処遇改善交付金	-	-	90
給与費	2,094	2,461	3,101
減価償却費	306	343	496
その他	1,010	1,169	1,539
うち委託費	192	249	203
借入金補助金収入	9	11	15
借入金利息	30	32	51
本部費繰入	3	6	30
収入	3,567	4,156	5,393
支出	3,267	3,866	5,091
差引	300	290	302
延べ利用者数(人)	319.2	380.9	405.0
常勤換算職員数(人)	7.4	7.7	10.9
利用者1人・1日当たり収入(円)	11,175	10,909	13,314
利用者1人・1日当たり費用(円)	10,234	10,148	12,568
常勤換算職員1人当たり給与(円)	289,944	319,288	301,823



## イ 短期入所療養介護

短期入所療養介護については平成 23 年のデータしかないため、状況の推移は不明であるが、差引は 41 千円で、対収入比率は 2.3% となっている。保険外の利用料は収入の約 15% を占めている。

(特別な記載がない限り、単位は千円)

	平成17年 (n=0)	平成20年 (n=0)	平成23年 (n=226)
介護料収入	-	-	1,506
保険外の利用料	-	-	275
補助金収入	-	-	0
国庫補助金等特別積立金取崩額	-	-	0
介護報酬査定減	-	-	-2
介護職員処遇改善交付金	-	-	21
給与費	-	-	1,094
減価償却費	-	-	101
その他	-	-	526
┆うち委託費	-	-	182
借入金補助金収入	-	-	1
借入金利息	-	-	22
本部費繰入	-	-	18
収入	-	-	1,801
支出	-	-	1,761
差引	-	-	41
延べ利用者数(人)	-	-	117.9
常勤換算職員数(人)	-	-	4.0
利用者1人当たり収入(円)	-	-	15,282
利用者1人当たり費用(円)	-	-	14,938
常勤換算職員1人当たり給与(円)	-	-	339,192

(注)平成 17 年、20 年及び延べ利用者数別の経営状況はデータがないため掲載していない。

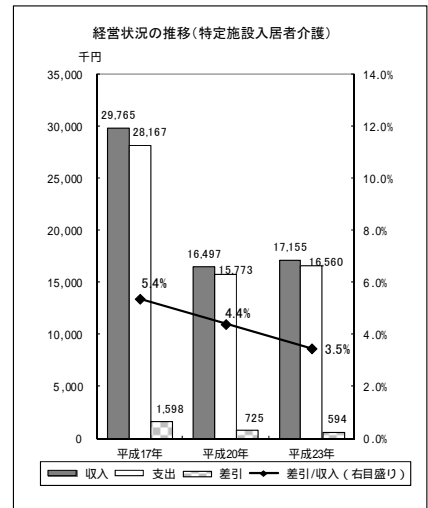
(4) その他

ア 特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護の経営状況は平成17年から平成23年の間に悪化している。平成17年には差引額は1,598千円であったが、平成17年には725千円、平成23年には594千円と減少している。収入に占める差引の割合もそれぞれ5.4%、4.5%、3.5%と減少傾向にある。平成17年から平成20年にかけて延べ利用者数、職員数、収入、費用が大幅に減少し、平成23年にも回復していない。保険外利用料が他サービスと比較して非常に多い(平成17年では介護料収入よりも多い)点に特徴があるが、それもこの期間に減少してきており、平成23年には6,948円と平成17年の5割以下に減少している。常勤換算職員1人当たり給与はほぼ横ばいである。

(特別な記載がない限り、単位は千円)

	平成17年 (n=68)	平成20年 (n=57)	平成23年 (n=243)
介護料収入	9,408	8,680	9,807
保険外の利用料	20,357	7,818	6,948
補助金収入	0	0	91
国庫補助金等特別積立金取崩額	0	0	26
介護報酬査定減	0	0	0
介護職員処遇改善交付金	-	-	258
給与費	11,356	8,041	8,407
減価償却費	1,356	1,230	956
その他	14,971	5,936	6,538
うち委託費	3,249	1,571	1,238
借入金補助金収入	0	0	51
借入金利息	484	565	315
本部費繰入	0	0	371
収入	29,765	16,497	17,155
支出	28,167	15,773	16,560
差引	1,598	725	594
延べ利用者数(人)	2,015.2	1,574.5	1,524.2
常勤換算職員数(人)	38.9	29.3	31.0
利用者1人当たり収入(円)	14,770	10,478	11,255
利用者1人当たり費用(円)	13,977	10,018	10,865
常勤換算職員1人当たり給与(円)	275,732	267,983	273,053



(注) 延べ利用回数別の経営状況はデータがないため掲載していない。

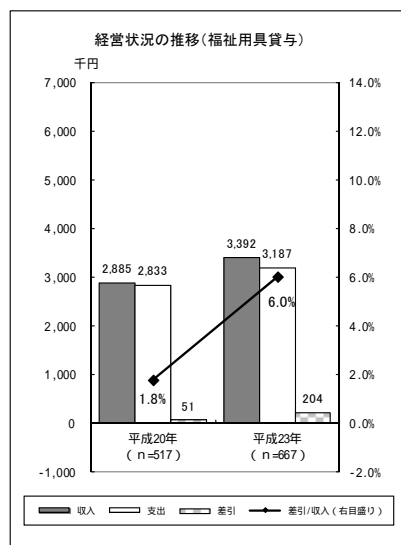
## イ 福祉用具貸与

福祉用具貸与について平成20年と平成23年を比較すると、経営状況は改善していると言える。平成20年に差引額は51千円であったが、平成23年には204千円と増加している。収入・支出ともに増加しているが、差引の対収入率は1.8%から6.0%へと上昇しており、経営状況の改善を示している。また、実利用者数は横ばいであるが、利用者1人当たり収入・費用ともに大幅に増加している。常勤換算職員1人当たり給与は減少している。

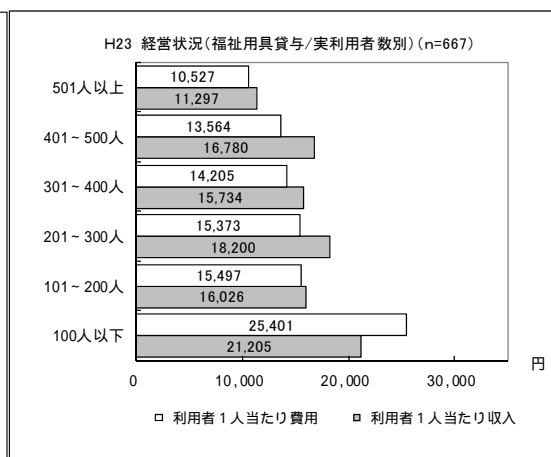
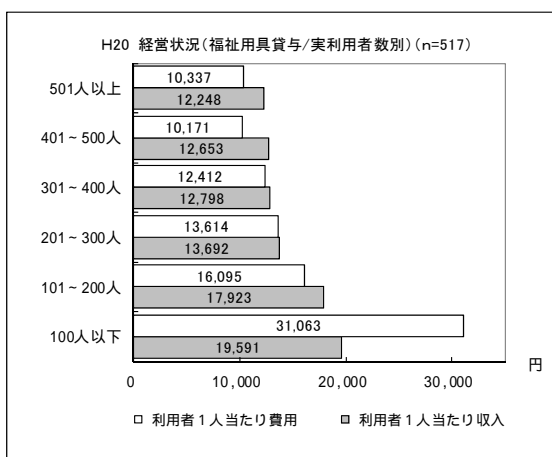
実利用者数別に平成20年と平成23年を比較してみると、平成20年、23年ともに101人以上で収入が費用を上回っており、規模による収益構造の変化は見られないものの、平成23年には収入に占める費用の割合が縮小している。

(特別な記載がない限り、単位は千円)

	平成17年 (n=0)	平成20年 (n=517)	平成23年 (n=667)
介護料収入	-	2,789	3,149
保険外の利用料	-	58	238
補助金収入	-	1	1
国庫補助金等特別積立金取崩額	-	-	-
介護報酬査定減	-	-17	0
介護職員処遇改善交付金	-	-	-
給与費	-	1,432	1,186
減価償却費	-	130	117
その他	-	1,236	1,713
うち委託費	-	285	61
借入金補助金収入	-	0	4
借入金利息	-	33	16
本部費繰入	-	3	156
収入	-	2,885	3,392
支出	-	2,833	3,187
差引	-	51	204
平均実利用者数(人)	-	205.2	193.3
常勤換算職員数(人)	-	3.3	4.6
利用者1人当たり収入(円)	-	14,062	17,546
利用者1人当たり費用(円)	-	13,811	16,489
常勤換算職員1人当たり給与(円)	-	320,357	264,025



(注) 平成17年はデータがないため掲載していない。



(注) サンプルであり、調査年によって調査対象者数が異なるため対象者数(=n)を記載している。また、平成23年は東日本大震災の影響により、青森県、岩手県、宮城県、福島県、茨城県の施設・事業所は調査対象外となっている。

出典：厚生労働省「平成23年介護事業経営実態調査結果」を基に作成。



**【参考文献】**

- ・ 厚生労働省「介護事業経営実態調査結果」(平成 17 年～23 年)

## 4 医療周辺産業研究会報告

### (1) 研究会概要及びねらい

#### ア 研究会概要

- 開催概要：全4回（2013年7月～9月）
- 開催形態：医療・介護及び関連サービスに係る事業者等の識者にて、医療周辺産業について議論を実施。

「医療周辺産業」の定義は以下の通りとした。

民間企業が医療周辺事業者として、医療機関・介護事業者又は患者ならびにサービス利用者（以下、患者等）に対して行う取引を医療周辺産業と定義する。医療機関・介護事業者を介して間接的に公的保険適用サービスに関与するか、または对患者等に直接公的保険適用外サービスを提供しているものがある（図表1-1）。

#### イ 本研究会のねらい

今日の日本は、本格的な超高齢社会を迎え、医療・介護分野の市場規模が拡大するだけでなく（量的拡大）新たな顧客・ニーズに対応した医療周辺産業の新サービスとその担い手の必要性が増している（質的变化）（次頁参照）。そこで、本研究会では、重要性が増している医療周辺産業の事業展開の課題・方向性を見出すことを目指している。なお、議論を進めるに際して、以下の通り前提と議論の方向性を定めている。

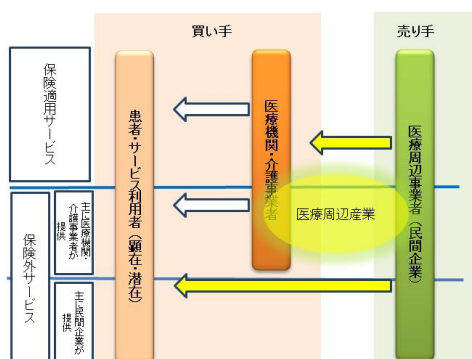
##### 【前提】

- 医療・介護についての政策方針を考慮し、施設医療は現状維持とし、増加する高齢者医療の受け皿は在宅医療と介護が担う。
- 公的保険外サービスが拡大する。
- 医療周辺産業はB to BからB to C / B to S B（ ）へと拡大・転換し、直接の顧客の小規模化が急速に進むと予想される（図表1-2）。

##### 【議論の方向性】

- 一般にサービス・商品の「買い手」が変化した場合、どのような「商品・サービス」を、どのように「売る」かが、新たなビジネスモデルにおいてポイントとなる。今回の医療周辺産業においても、在宅医療や介護に利用者（＝買い手）が変化していくことに伴い、様々な事業（商品・サービス）が創出され、それをどのように提供するか（＝「売り方」）がポイントとなるが、本研究会では特に「売り方」に焦点をあてて議論を行うこととした。
- 「売り方」とは、商流、情報流、物流、金流（決済）の4要素から構成されると想定。これら4要素は売り手と買い手では構造的に利益が対立することから、例えば代行会社などを入れることなどにより調整が図られるが、その手法は多様である。これらの手法について事例を踏まえながら医療周辺産業における新たなビジネスモデルを見出すことを目指すものである。

図表1-1 医療周辺産業の定義



図表1-2 買い手の変化

サービス	患者・サービス利用者	従来の担い手	今後の流れ
保険適用サービス	軽症患者	病院	クリニック
	重篤患者		病院
	療養患者		在宅
	要介護者		介護施設
保険外サービス	様々	少ない	増える

医療周辺産業において、買い手の置かれている環境が変化しつつある  
 保険適用サービスは「クリニック」「在宅ケア」、保険外サービスは増加

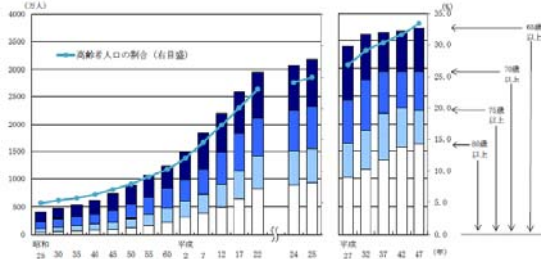
S B : 「S」はSmallの「S」であり、小規模事業者を示す。

## (2) 買い手の変化を裏付ける社会状況とニーズ

本研究会では、高齢化が進み（図2-1）、クリニックシフト、在宅シフトが起こることにより、買い手の小規模化が進展すると共に、保険外サービスの増加が急激に起こることを前提として議論を進めてきた。ここで、その前提となる社会状況について確認しておく。今後、医療周辺産業ビジネスのモデルを考える上で欠かせない社会情勢は以下の3点である。

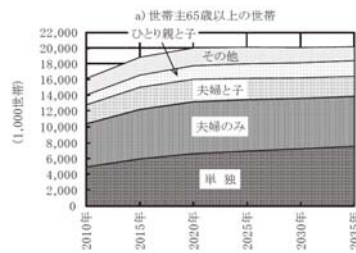
- 増加する高齢者単身世帯：高齢者世帯のうち、高齢者のみ又は単身世帯が増加していく傾向にあること（図2-2）。
- 自宅・地域での療養ニーズ：多くの人が終末期において自宅での療養・介護を望んでいる（図2-3、2-4）。
- 自宅・地域を中心とした地域包括ケアシステムの構築：国は、高齢者が（単身世帯であっても）住み慣れた地域で最期まで自分らしく生きられるよう、2025年を目途に、住まい・医療・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指している（図2-5）

図表2-1 高齢者人口及び割合の推移



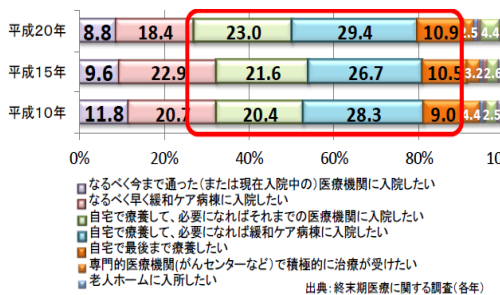
出典：総務省統計局「高齢者の人口」

図表2-2 世帯無視65歳以上の世帯の家族類型別世帯数の推移

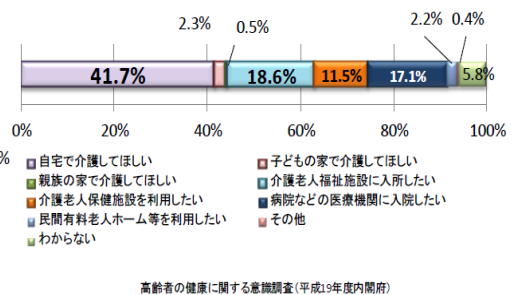


出典：国立社会保障・人口問題研究所

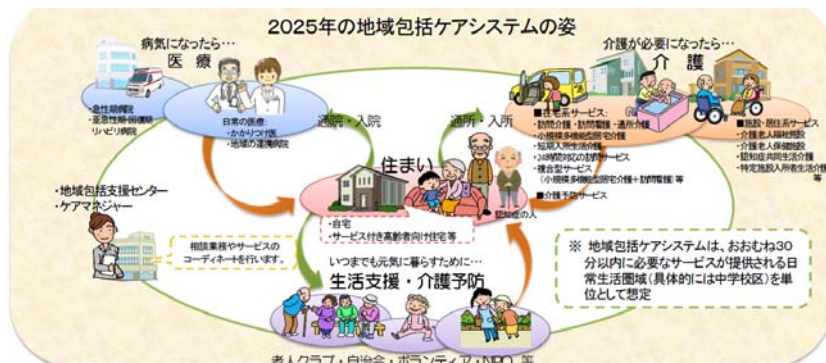
図表2-3 終末期の療養場所に関する希望



図表2-4 療養に関する希望



図表2-5 地域包括ケアシステムの姿



(図表2-3～2-5) 出典：厚生労働省「在宅医療・介護の推進について」

### (3) 検討内容(テーマ)と課題の整理

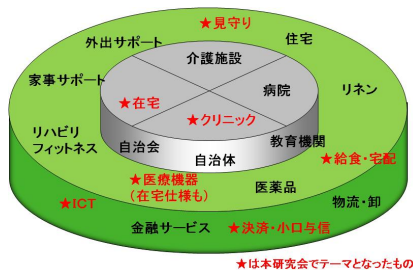
#### ア 医療周辺産業研究会の検討内容(テーマ)

- 医療の在宅医療や介護へのシフトに伴い、生活支援サービスに対する幅広いニーズが複合的に拡大することが予想される。そこでは、個別の新サービスが創出されるだけでなく、病院・介護施設等と見守りサービス・外出サービス等の関連事業者との事業者間連携に加え、各種サービスが連携するための情報・金融インフラの整備が不可欠であり、それらを盛り込んだ事業プラットフォームの構築(図表3-1)が重要となる。事業プラットフォームの全体イメージは図表3-1で示した通りであり、本研究会は全体像を意識しつつ、赤字で示した分野を講演テーマとし議論した。
- 講演テーマを「クリニックシフト」、「保険サービス」、「保険外サービス」に分けて整理したのが図表3-2であり、講演テーマに対し、意見交換を経て更に深掘した個別議論のテーマごとに、抽出された課題をまとめたのが図表3-3である。

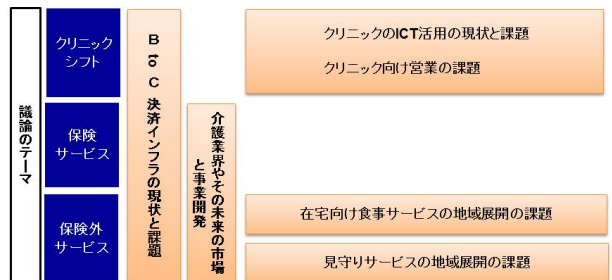
#### イ 研究会で明らかになった課題の整理

研究会で挙げられた意見を整理したところ、周辺医療周辺産業におけるビジネス展開では、分野を横断して「技術」、「小規模多量」、「『変えること』対応」という3つの課題が存在することが浮き彫りになった(図表3-4)。

図表3-1 医療周辺産業プラットフォーム



図表3-2 医療周辺産業研究会で議論されたテーマ



図表3-3 個別議論テーマごとの課題

<p>テーマ1. 決済・小口与信</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・決済の仕組みの変化には、高齢者の抵抗感だけではなく、制度上の問題及び設備投資負担という課題がある。</li> </ul>
<p>テーマ2. クリニック・在宅等でのICT化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ICT化の壁は、現場側の必要性の認識の低さに加え、プロセス標準化の難しさと設備投資負担が挙げられる。</li> </ul>
<p>テーマ3. 在宅事業展開①(医療機器)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マーケット拡大の過渡期において、在宅医療機器メーカー等へのコスト負担をどうするかということが課題である。</li> <li>・異業種からの医療機器参入においては、現場ニーズをくみ取り、既存メーカーとの差別化が必要となる。</li> </ul>
<p>テーマ4. 在宅事業展開②(在宅向け食事サービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型ビジネスモデルでは、成長に長期的視点が必要となる。</li> </ul>
<p>テーマ5. 在宅事業展開③(高齢者向け見守りシステム)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・センター化による効率化と地域密着度のバランスを如何にとるか？</li> <li>・小さなマーケットをビジネスとして成立させるためには初期投資を抑えることがポイントとなる。</li> </ul>
<p>テーマ6. 在宅展開における事業開発(介護事業者を主として)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・技術開発のため、現場のニーズを汎用性のある言葉にすること・データのプライオリティを明確にする必要がある。</li> <li>・高齢者の変化に伴い、顧客ターゲットを「本人」とするか「家族」とするかという観点を検討しなくてはならない。</li> </ul>

図表3-4

#### 3つの課題

<p>課題Ⅰ「技術」</p> <p>これまで人力でやってきたことを技術に置き換えるのが困難</p> <p>具体的内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・顔の見えるサービスでは、代金の不払いがありません</li> <li>・オペレーションがカスタマイズされており、標準化が難しい</li> <li>・ヘルスケアは「地域密着性」が高い業界である</li> </ul>
<p>課題Ⅱ「小規模多量」</p> <p>「小規模少量」を「小規模多量」におきかえるのが困難</p> <p>具体的内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個性性を踏まえたサービス提供は、拡大に時間がかかる</li> <li>・長期的な拡大は望めても現状小さいマーケットであれば、初期コストの負担は重い</li> </ul>

<p>課題Ⅲ「『変えること』対応」</p> <p>ユーザー側「変えること」への抵抗がある</p> <p>具体的内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・住み慣れた自宅・顔見知りの環境で住み続けたい</li> <li>・今の高齢者は自立していたいという気持ちが強い</li> <li>・世代交代により新しい技術が自然と受け入れられるかもしれない</li> </ul>
--

(4) 本研究会を踏まえた中間報告

ア 個別テーマの検討で出された課題のまとめと今後の課題

次ページ以降に示した個別テーマごとの課題を、前述の3つの課題に分けて整理したのが図表4-1である。これらの具体的な課題は、「環境」、「アクションにおける留意事項」、「対応すべき課題」といった切り口で更に整理して捉えることができる。今後、重要性と解決の順番を考慮して改めて優先順位の高い課題は何かという視点から掘り下げていく必要がある。

イ 課題の整理から導きだされる事業展開の方向性

3つの課題の解決にあたって、事業展開にも2つの基本的な方向性があると思われる。一見すると相反するかのように見える2つの方向性のバランスを如何に取りながら、各課題と向き合うかが重要であると思われる。

【2つの方向性】(図表4-2)

- 情報・モノ・金等の技術を導入し、効率化に向けたビジネスを構築する。
- 「小規模少量」、「ユーザーが変化しない」ことを前提として、規模の経済を追求しないと割り切った上で採算性のあるビジネスを構築する。

ウ 対応可能な課題と解決の糸口

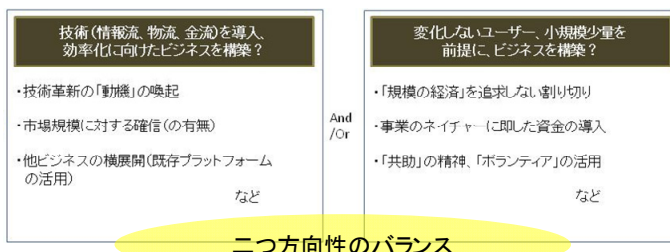
具体的な課題の解決にあたって、分野は限定されるものの、例えば、以下のような対応が解決の糸口になるかと思われる。

- 開発可能な技術力を見出すことが困難(個別テーマ6)という課題に対しては、情報発信の支援や、シーズとニーズのマッチングの場を設ける事などで対応する。
- 初期投資の事業者負担の課題(個別テーマ1, 2, 3及び5)については既存のインフラを上手く利用するビジネスモデルの構築などで対応する。

図表4-1 個別テーマ検討で出された具体的な課題のまとめ

	環境	アクションにおける留意事項	対応すべき課題
技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療介護行政の制度の複雑さ</li> <li>・カスタマイズニーズの強さ(標準化の難しさ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・IT対応する際の、データのプライオリティの明確化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ニーズの汎用化に関する言語化の方策</li> <li>・開発可能な技術力を見出す為の方策</li> </ul>
小規模多量化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者の規模の小ささ/中心となる事業者の必要性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着故の事業展開期間の長さ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初期投資及びサービス運用時の事業者側負担等をどのように担うか</li> </ul>
「変えること」対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・顧客の高齢化/本人か?家族か?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・システムに囚われないヒューマン・インターフェースの重要性</li> <li>・高齢者にも使いやすいシステム</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・やむを得ないステージと、健康なステージという二つの側面への対応</li> </ul>

図表4-2 事業展開の二つの方向性





## (5) 参考資料：個別テーマごとの議論内容と課題整理

### テーマ1. 「決済」

○ 決済の仕組みの変化には、高齢者の抵抗感だけではなく、制度上の問題及び設備投資負担という課題がある

#### 概要

- ・現在行われている電子決済の仕組みとしては、クレジット、電子マネー、デビットカードなどがあり、これら電子決済は拡大傾向にある。
- ・電子決済への新規参入の障壁となっていた決済端末の導入が、個人事業者でも導入可能になるほど手軽になってきている。BtoC、CtoCモデルの決済方法としての更なる拡大が期待できる。
- ・シンクライアント決済サービスは安価で、拡張性の高い次世代の決済システムである。

#### 議論の中から出てきた論点

- ・従来の病院向け販売と違い、在宅との取引については、代金の一部が患者個人と直接やりとりを行う形となる。与信管理については課題の一つとなる。
- ・一方で、介護施設や在宅での介護・看護については、関係が日常的かつ長期となることから、未収金の問題はあまり存在しない。
- ・電子決済や民間保険については、こうした「変化」を高齢者がどのように捉えるかという論点があり、世代交代を待つ必要性もあるかもしれない。
- ・クレジットカード等の活用を考えた際の大きな論点は、(過去検討時の議論として)①介護保険分野の支払は区分支給限度額内か否かの計算などが1ヶ月ごとの管理である等、1回ごとの支払いになじまない支払があること、②決済端末の価格、③決済端末で医療保険と介護保険を区別して支払いを行わねばならないこと、などが挙げられる。

#### 今後の更なる課題として

- ・介護の現場の小口決済については、日常的かつ顔の見えるサービスである為、現状の回収率に特段の問題はないが、今後サービスの多様化等により、資金回収のために何ら対策を講じる必要が出てくる可能性がある。
- ・また、現状の在宅での電子決済については、同じサービスでも利用者や利用状況によって請求額に違いが生じるといった制度上の問題や決済端末のコスト負担が阻害要因となって進んでいない状況。これらは技術革新が解決の糸口になる可能性はあるが、その設備投資がそれに見合うリターンを見込めるものなのか、また中小事業者が多い介護事業者がその投資に耐えうる体力があるだろうか考えると、初期投資額が少ないシステムでないと普及しないと思われる。
- ・一方で、高齢者は、上記のような新しい決済について抵抗感があり、例えば社会保険分野は10%負担という頭があるため、口座から多額の引き落としがなされるのは好まないという話もある。

#### 本テーマにおける課題の整理

	内容
技術	介護における資金回収の仕組みの構築
小規模多量化	(介護事業者)＝(中小事業者)に対する設備投資負担
「変えること」対応	電子決済等の新しい仕組みへの高齢者側の抵抗感

## テーマ2. 「クリニック・在宅等でのICT化」

○ ICT化の壁は、現場の必要性の認識の低さに加え、標準化の難しさと設備投資負担が挙げられる

### 概要

- ・クリニック等医療現場のICT化を推進する為には、代行会社の活用が必要である。
- ・一方で、クリニックにおける医療現場のICT化を推進する前に、その実態としてはICT化の前にOA化が必要な段階ともいえ、かつ、ICT化の必要性の認識も希薄である可能性が高い。また、医療業界特有の課題として、診療行為そのものが医師や病院個別にカスタマイズされており、標準化することが困難である為、電子カルテをはじめとするICTシステムを標準化して普及させることも困難である。
- ・ICT化を医療現場に訴求する項目としては、「便利」や「経営改善」というよりは、データ管理・蓄積により「安心して休めること」などが重要視される。

### 議論の中から出てきた論点

- ・アナログでも上手くいっている取り組みが各地に点在していることから、必ずしもICT化だけが情報共有に関する課題解消策ではないかもしれないと感じる部分がある。
- ・ICT化だけで解消できない課題に対しては、地域のボランティアという人間の力が役に立つ部分があるかもしれない。
- ・技術力の限界もあるが、技術的な問題よりは、企業・個人のカスタマイズに関する強い要望等による部分もあり、課題解決に必要なと思われる企業連携をより進める為には、共通の価値観を作りあげていくことの必要性もあろう。
- ・在宅ではICT化はクリニックよりもさらに遅れている。BtoCというところでは、インフラ、ネットワーク、スマートフォン等の活用を含め、もう少し有効なソリューション提供が出来るかもしれない。
- ・システムについては初期投資を補助金で賄いシステムを構築したとしても、その後活用が継続されないものが多い。提供側として、既存サービスの付加価値として位置付けるということも一つの手段ではあるが、お金を払う価値のあるサービスを提供することが重要である。

### 今後の更なる課題として

- ・ICT化については医療介護の現場（特に在宅で）遅れている現状があるものの、必要性の認識が希薄である。
- ・医療介護現場の診療行為が個性が高く、ICT化の前に標準化が必要である。
- ・小さなマーケットが大きなマーケットに拡大する過渡期において、サービス提供にかかるコストを誰が負担するか、ということがビジネス拡大における課題である。コスト負担が難しい部分をボランティア等地域の力を活用するという解決策もあるかもしれない。

### 本テーマにおける課題の整理

	内容
技術	医療現場における標準化の難しさ
小規模多量化	小さいマーケットから拡大する過渡期において、初期投資及びサービス運用時の負担をどのように負担するか
「変えること」対応	ICT化の必要性の認識が希薄

### テーマ3. 「在宅事業展開①（医療機器）」

- マーケット拡大の過渡期において、在宅医療機器メーカー等へのコスト負担をどうするかということが課題である。
- 異業種からの医療機器参入においては、現場ニーズをくみ取り、既存メーカーとの差別化が必要となる。

#### 概要

- ・ 在宅医療の展開においては、①患者の負担（身体的負担、自己管理、住空間の整備）、②企業の負担（宅配サポート、電話サポート、旅行等移動の際の支援）、③医療機関の負担（スタッフの育成、夜間や救急時サポート、救急時の住宅支援ベッドの確保）がある為、なかなか進展していない部分がある。
- ・ 在宅医療の課題としては、①病院・メーカー側の人的負担感の軽減、②高齢者でも安心・安全・簡便に使えるようなシステムの開発、③国家的なインセンティブによる誘導等、がある。

#### 議論の中から出てきた論点

- ・ 在宅診療についていえば、患者の生活の自由度が増大し、生活リズムに診療を組み込みことが可能となる一方、高齢で医療機関への移動がままならないことなどからやむなく在宅診療となっているケースがある。特に後者のような場合、在宅診療を維持するために医療機関が行ってきたフォローを、メーカー側が担うケースもあり、難しいところもある。
- ・ 医療器具の開発という観点では、販売代理店からの意見を踏まえ、当初想定していた商品については別用途での改良を行い、好評を得ているものがあるが、現場を知っている販売店からの提案で良い製品を作る視点到気づくこともある。
- ・ （上記意見を踏まえ）代理店からのエンドユーザーのニーズを吸い上げることと同時に、逆に代理店が見落としがちな点や商品・新技術の展開予定についてはメーカー側が告知して、代理店が売りやすい環境を作ることも大事なのではないか。
- ・ 医療機器の分野は、医療機関との関係構築・ニーズ収集などの観点から、異業種からの参入が難しい部分がある。

#### 今後の更なる課題として

- ・ 異業種から医療機器に参入する場合には、医療現場のニーズをくみ取って商品開発を行い、既存メーカーとの差別化を行うことが重要となる。
- ・ 小さなマーケットが大きなマーケットに拡大する過渡期において、サービス提供にかかるコストを誰が負担するか、ということがビジネス拡大における課題である。コスト負担が難しい部分をボランティア等地域の力を活用するという解決策もあるかもしれない(再掲)。

#### 本テーマにおける課題の整理

	内容
技術	医療現場におけるニーズをくみ取って商品開発を行うことが重要
小規模多量化	小さいマーケットから拡大する過渡期において、初期投資及びサービス運用
「変えること」対応	時の負担をどのように負担するか



#### テーマ4. 「在宅事業展開③（在宅向け食事サービス）」

- 地域密着型ビジネスモデルでは、成長に長期的視点が必要となる。

##### 概要

- ・テーマは「生活習慣病患者や要介護高齢者向けの食事療養サポート事業」。当該事業を実施する中、顧客の中心は50歳～70歳以上の中高年となるが、自発的に利用するというよりは家族や医師に勧められてという方が多い。そのため、顧客満足度を得る為には、会社の考えをしっかりと理解してもらう必要がある。（「会社の考え」＝食事を通じた指導・サポートによって健康管理を自分自身で行うようになってもらう）
- ・管理栄養士が事業の中心であり、フィードバックが1週間後、3週間後、3ヶ月後と定期的に行われており、患者の担当クリニックやケアマネージャーとも連携をとりながら症状改善に取り組んでいる点が独自性となっている。

##### 議論の中から出てきた論点

- ・食事のデリバリーの際に買物代行などを複合的に対応することが可能かどうかという論点については、顧客が一定金額を消費する為には品目数が重要であり、かつもし品目をそろえても膨大な品目数のカタログを日々刷新する為には多大なコストがかかること、少額の「ついで買い物」については前もって頼むというものではないこと、などがボトルネックになっているだろう。尚、一人の管理栄養士が多数の顧客対応をしているため、日常的に顧客の顔を見てコミュニケーションをしているデリバリーの人員の役割も非常に重要である。
- ・サービス提供の結果（症状改善）については、顧客の了解を得て、紹介先のクリニックから定期的に検査結果を管理栄養士がもらい経過をチェックしている。これらの検査結果を交えつつ、定期的な訪問面談で指導を行うことから利用者への効果は高いと思われる。在宅である為、教育入院等と比較するとコスト的には安く、入院という非日常的な環境ではないことが利点となっている。
- ・地域密着型のサービスであり、個々人のケアを重視するようなネットワーク作りは10年、15年スパンで採算性を考えないと構築出来ない部分がある。また、それを複数展開を同時にするためには巨大資本が必要であり、こうした長期的視点を許容する投資家等の協力を得る必要がある。

##### 今後の更なる課題として

- ・地域密着型である等の理由から、事業の採算性において長期間を前提とすることになるが、それを許容する投資家等の協力を得る必要がある。そのため複数展開による規模拡大は簡単ではない。

##### 本テーマにおける課題の整理

	内容
小規模多量化	地域密着型であるため、事業の採算をとるには長期間を要する

## テーマ5. 「在宅事業展開③（高齢者向け見守りシステム）」

- センター化による効率化と地域密着度のバランスを如何にとるか？
- 小さなマーケットをビジネスとして成立させるためには初期投資を抑えることがポイントになる。

### 概要

- ・ 具合が悪くなったり、急な転倒や怪我などで動けなくなったりした際にコントロールセンターに連絡が取れる携帯電話のような端末を所持してもらう高齢者向け見守りシステムを展開。
- ・ センター化等の効率化も進める一方、地域密着に実施する方がユーザーにとって良いサービスではないか、という思いもある。

### 議論の中から出てきた論点

- ・ 高齢者も自宅に住み続けたいという願望が強いため、結局身体が自由がきかなくなってから高齢者住宅等への移転を考えるケースが多い。その為、入居者の年齢層や要介護度が高くなるという課題がある。
- ・ また、電話サポートが本来業務の問い合わせ以外の対象となるという課題も、当該事業に関わらず、メンテナンスを要する在宅事業ではあり、一つの課題解決策は営業職やCS担当等による定期的な顧客訪問となるが、企業側の追加コストが発生するという課題もある。
- ・ 自立した高齢者にとっては見守りシステムは受け入れられないことが多いため、自己管理が難しい状況から施設入所までのタイミングが最も必要とされるタイミングかもしれない。

### 今後の更なる課題として

- ・ センター化により効率化を図ると同時に、地域密着度についても十分にケアする必要があり、事業者により、これらのバランスをとっていく必要がある。
- ・ 小さなマーケットをビジネスとして成立させるためには初期投資を抑えることがポイントとなる為、既存インフラの活用がポイントとなる。この点から、参入障壁が生じている部分もある。

### 本テーマにおける課題の整理

	内容
小規模多量化	センター化による効率化と地域密着型のバランス 事業者によっては既存インフラの活用によって初期投資を抑えることができるが、新規参入側からはそれが参入障壁となる

## テーマ6. 「在宅展開における事業開発（介護事業を主として）」

- 技術開発のため、現場のニーズを汎用性のある言葉にすること・データのプライオリティを明確にする必要がある。
- 高齢者の変化に伴い、顧客ターゲットを「本人」とするか「家族」とするかという観点を検討しなくてはいけない。

### 概要

- ・介護業界の最大のコストは人件費であり、ICTにかかる費用はそれに比べると安いので積極活用したい部分もあるが、事業規模が小さい為、開発費や初期投資を行える事業者が少ないのが現状。開発側も、「どういった規模の事業者が使うのか」という視点をもっていないとビジネスを成立させることは困難である。
- ・介護については、様々な事業所が提供する単品メニューの組み合わせ運用が大事である。
- ・地域包括ケアとのリンクでの事業開発も実施しているが、医療のように高度に専門化された分野のノウハウと比べて、介護のような生活に密着したものの標準化は難しい。しかし、現場での経験知を形式知へと転換すべくデータの蓄積などは図ってきている。
- ・また、介護事業の現場のニーズが分かっても、各々の開発において開発可能な技術力を見つけることは非常に難しい。

### 議論の中から出てきた論点

- ・現場のニーズを、技術開発側にも理解される汎用性のある言葉に置き換える人材が乏しいことも課題の一つ。
- ・開発の観点からは、「データ」の活用という側面があるが、データ診断等の技術革新の必要性は確実にあるだろう。たとえば、医師自身は五感をフルに活用して診断を実施しており、地域で開業していれば家族構成や既往歴、親族の歴史も加味して診療を診断している。
- ・データ活用については、データのプライオリティを明確化することが大事で、絶対に必要な情報、目的がはっきりしたコンパクトなデータが重要、と考える。
- ・介護業界の規模が不利になるかということ、電子マネー決済システムが小規模商店にも入り込んでいることを考えると一概にそうはいえないかもしれないが、基礎となる大きなインフラは大規模企業が牽引していかないと普及はしないとは言える。
- ・顧客を本人と捉えるか、家族と捉えるか、という観点もあるだろう。同時に、顧客の更なる高齢化という側面もある。その中で、顧客ニーズは非常に細分化しているので、これに全て応えることは難しいという側面もある。

### 今後の更なる課題として

- ・現場ニーズを汎用性のある言葉に置き換えることは難しい。
- ・データ活用については、仕組みを構築する前にプライオリティを明確にする必要がある。
- ・顧客を本人とするか、家族とするかという観点がある。

### 本テーマにおける課題の整理

	内容
技術	ニーズを汎用性のある言葉に置き換えることは難しい データ活用については、仕組みを構築する前にプライオリティを明確にする必要がある

#### 【参考文献】

- ・ 総務省統計局ホームページ「高齢者の人口」  
<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi631.htm>
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」(平成25年1月推計)
- ・ 厚生労働省ホームページ「在宅医療・介護の推進について」  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html)



## 株式会社日本政策投資銀行（DBJ）のご案内

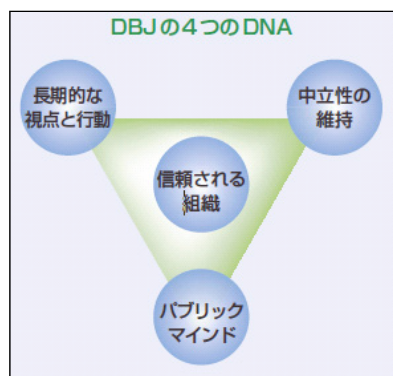
株式会社日本政策投資銀行は、平成 11 年 10 月 1 日に日本開発銀行と北海道東北開発公庫の一切の権利・義務を承継して設立され、平成 19 年 6 月に成立した株式会社日本政策投資銀行法に基づき、平成 20 年 10 月 1 日に民営化（株式会社化）しました。

代表取締役社長	橋本 徹
職員数	1,168 名（2012 年度末）
資本金	1 兆 2,069 億 5,300 万円（全額政府出資、2013 年 7 月現在）
本店所在地	〒100-8178 東京都千代田区大手町一丁目 9 番 6 号 大手町フィナンシャルシティースタウワー
URL	<a href="http://www.dbj.jp/">http://www.dbj.jp/</a>
支店・事務所	支店 10 か所、事務所 8 か所、海外駐在員事務所 1 か所、 海外現地法人 2 か所
総資産	16 兆 1,838 億円（2012 年度末）
貸出金	14 兆 154 億円（2012 年度末）

### 《DBJの企業理念》

DBJは「金融力で未来をデザインします」を企業理念として掲げています。これは、創造的金融活動による課題解決でお客様の信頼を築き、豊かな未来をともに実現していきます、という決意を表明したものです。

DBJでは、長期的な視点と行動、中立性の維持、パブリックマインド、信頼される組織、の4つを共有する価値観、DNAと位置づけており、これらを活かして参ります。



### 《DBJのサービスのご案内》

中長期の資金供給をはじめとする投融資一体型の金融サービスの提供を通じて、お客様の課題解決に取り組みます。

#### ■ 融資

##### 中長期の融資

独自の高付加価値の金融サービスを提供  
（環境・社会的責任投資、防災・安全対策、  
技術の事業化等の評価付き金融など）

- さまざまなニーズに対応するため  
ノンリコースローン、担保・仕組みを  
工夫したファイナンス（DIP、在庫担保、  
知的財産権担保など）を開発・提供

#### ■ 投資

事業再生・再編、成長戦略、国際競争力  
強化、インフラ事業向けにメザニン・  
ファイナンス、エクイティなどのリスク  
マネーを提供

#### ■ コンサルティング／アドバイザー

M&Aアドバイザーサービス  
産業調査力と新金融技術開発力を活用した提案  
仕組み金融などのファイナンスのアレンジメント



## 《ヘルスケア室のご案内》

DBJ及び株式会社日本経済研究所は、医療・福祉分野におきましても、各種融資対応、コンサルティング業務及び「病院業界事情ハンドブック」の発刊などによる情報提供等の取組みを通して、当該分野での付加価値提供を目指してまいりました。このような取組みを推進する観点から、平成25年4月1日付で「医療・生活室」を改組し、「ヘルスケア室」を設立しました。

今後とも長期資金や年度資金のご融資などを通じて、お客様のニーズにあわせた解決策をご提案し、資金調達及び経営改善のお手伝いをさせていただきます。

## 《DBJの医療・福祉分野におけるサービスのご案内》

### 融資

- 病院建替・増改築時に必要となる、長期の資金調達の支援
- 医療機器の取得・更新時の支援
- 介護事業進出時の資金調達の支援
- その他の年度事業資金対応
- 経営承継（M&A）資金の資金調達の支援  
（各種公的医療施設等の民間承継に対する支援も含む）

### M&Aアドバイザー

- 内外拠点/人的ネットワークに加え、全国の地域金融機関と提携
- 各種業界に関する豊富な知識と経験、公共性の高い案件へのノウハウ

### コンサルティング

- DBJ及びグループ会社の(株)日本経済研究所による、中立的・公益的・長期的な視点からの医療事業向けコンサルティング業務
- 財務、経営、資産活用 の3点から、各種提案及び実行支援

### 地域プロジェクト支援

- 病院間の「地域連携」を推進していく枠組みのファイナンスを通じた支援

### レポート等の発信

- 「病院業界事情ハンドブック」の作成
- 「ヘルスケアレポート」の作成（当行ウェブサイト）

株式会社日本政策投資銀行 本支店一覧（国内）

本店 東京

〒100-8187 東京都千代田区大手町 1 丁目 9 番 6 号（大手町フィナンシャルシティ-カスター）  
03-3270-3211（大代表）

北海道支店 札幌

〒060-0003 札幌市中央区北 3 条西 4 丁目 1 番地（日本生命札幌ビル）  
011-241-4111（代表）

東北支店 仙台

〒980-0021 仙台市青葉区中央一丁目 6 番 35 号（東京建物仙台ビル）  
022-227-8181（代表）

新潟支店 新潟

〒951-8066 新潟市中央区東堀前通六番町 1058 番地 1（中央ビルディング）  
025-229-0711（代表）

北陸支店 金沢

〒920-0031 金沢市広岡三丁目 1 番 1 号（金沢パークビルディング）  
076-221-3211（代表）

東海支店 名古屋

〒460-0002 名古屋市中区丸の内 1 丁目 17 番 19 号（キリックス丸の内ビル）  
052-231-7561（代表）

関西支店 大阪

〒541-0042 大阪市中央区今橋 4 丁目 1 番 1 号（淀屋橋三井ビルディング）  
06-4706-6411（代表）

中国支店 広島

〒730-0036 広島市中区袋町 5 番 25 号（広島袋町ビルディング）  
082-247-4311（代表）

四国支店 高松

〒760-0050 高松市亀井町 5 番地の 1（百十四ビル）  
087-861-6677（代表）

九州支店 福岡

〒810-0001 福岡市中央区天神 2 丁目 12 番 1 号（天神ビル）  
092-741-7734（代表）

南九州支店 鹿児島

〒892-0842 鹿児島市東千石町 1 番 38 号（鹿児島商工会議所ビル）  
099-226-2666（代表）

函館事務所 函館

〒040-0063 函館市若松町 14 番 10 号（函館ツインタワー）  
0138-26-4511（代表）



**釧路事務所 釧路**

〒085-0847 釧路市大町1丁目1番1号(道東経済センタービル)  
0154-42-3789(代表)

**青森事務所 青森**

〒030-0822 青森市中央1丁目22番8号(青森第一生命ビル)  
017-773-0911(代表)

**富山事務所 富山**

〒930-0005 富山市新桜町6番24号(COI富山新桜町ビル)  
076-442-4711(代表)

**松江事務所 松江**

〒690-0887 松江市殿町111番地(松江センチュリービル)  
0852-31-3211(代表)

**岡山事務所 岡山**

〒700-0821 岡山市北区中山下1丁目8番45号(NTTクレド岡山ビル)  
086-227-4311(代表)

**松山事務所 松山**

〒790-0003 松山市三番町7丁目1番21号(ジブラルタ生命松山ビル)  
089-921-8211(代表)

**大分事務所 大分**

〒870-0021 大分市府内町3丁目4番20号(大分恒和ビル)  
097-535-1411(代表)

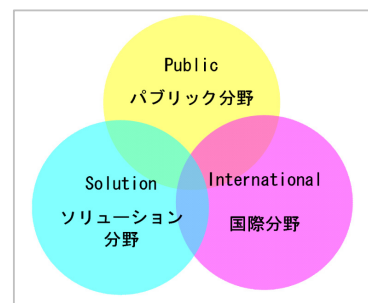
## 株式会社 日本経済研究所（J E R I）のご案内

株式会社 日本経済研究所は、わが国経済社会の望ましい発展のため、知恵・情報・解決策を広く発信し続け、公平・中立な立場から長期的な視点に立ち、公共セクターや民間企業に対する調査・コンサルティングを行う株式会社 日本政策投資銀行の関連シンクタンクです。2009年4月、財団法人日本経済研究所の受託調査及び関連事業を受け継ぎ、財団法人日本経済研究所が築いてきた伝統と実績を更に発展させていく所存です。

設立	1989年12月
代表取締役社長	安藤 隆
職員数	129名（2013年4月1日現在）
資本金	480百万円
所在地	〒100-0004 東京都千代田区大手町二丁目2番1号 新大手町ビル3階
URL	<a href="http://www.jeri.co.jp/">http://www.jeri.co.jp/</a>
連絡先	調査本部 【パブリック分野（医療福祉部を含む。）】 TEL:03-6214-4613 E-mail:chousa@jeri.co.jp 国際本部 【国際分野】 TEL:03-6214-4630 E-mail:kokusai@jeri.co.jp ソリューション本部 【ソリューション分野】 TEL:03-6214-4640 E-mail:solution@jeri.co.jp

### 《J E R Iの調査・コンサルティング分野》

3つの調査分野のシナジー効果を活かし、総合的な観点からお客様のニーズにあったコンサルティングを実施します。



#### パブリック分野

国や地方自治体に対する様々な提言や構想、計画、政策、施策の立案等に係る調査・コンサルティングを行います。

#### ソリューション分野

民間企業等に対する企業価値向上、事業評価、新たなビジネス展開等に係わる調査・コンサルティングを行います。

#### 国際分野

民間企業の海外事業展開等のクロスボーダーやODA関連業務に関わる調査・コンサルティングを行います。

パブリック分野 地域と共に地域の課題を解決！

P F I

導入可能性調査、アドバイザー、ガイドライン策定、モニタリング

P P P・民営化

事業手法検討、業務アドバイザー、事業価値評価、ファイナンシャル・アドバイザー  
経済、産業

産業政策、景気調査、基本構想・基本計画、経済波及効果調査

地域開発、まちづくり

中心市街地活性化、地域振興政策

環境・エネルギー

温室ガス対策、環境配慮、省エネルギー

病院事業

病院経営アドバイザー、病院事業手法検討

ソリューション分野 金融から防災まで総合力で対応！

経営マネジメント

財務分析、事業戦略策定、事業再生

事業価値評価、プロジェクトフィージビリティスタディ

新規事業F S、事業価値試算

公共サービスサポートビジネス（P F I、指定管理者、市場化テスト等）

業務アドバイザー、提案書作成支援

B C P、リスクマネジメント

B C P計画策定、B C P研修策定、防災関連

金融、事業手法

証券化、プロジェクトファイナンス

不動産開発

資産活用、開発計画策定

国際分野 欧米のほか、アジア・メコン地域での豊富な経験を活用！

海外進出支援、海外投資環境調査

海外市場調査

ODA関連（産業政策、金融政策、中小企業振興、事業評価等）

人材育成・研修

**《J E R Iの医療・病院コンサルティングサービスのご案内》**

株式会社 日本経済研究所では、我が国の経済社会が直面する地域医療や病院経営など「医療」をめぐる諸課題について、豊富な経験やネットワークをフル活用し、広範な視点から自治体立病院、民間病院など様々なお客様のニーズにあったコンサルティングを行っています。

## ■ JERIの医療・病院コンサルティングサービスの特色

### 特色1：豊富な経験に基づく「3つの力」の結合

60年以上に及ぶシンクタンク業務で培った豊富な経験に基づく弊研究所ならではの「3つの力」- すなわち、俯瞰力（時代潮流や国・地域社会の動向を把握）、現場力（医療現場の課題等に精通）、事業力（病院経営や事業計画を的確に分析、誘導）を結合し、総合的かつ的確な医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

### 特色2：中立的・公益的・長期的視点に立った信頼ある取組み

常に中立的・公益的かつ長期的な視点に立った業務への取組みは、地方自治体をはじめ多くの皆様から高いご評価を頂いております。地域社会にも貢献できるシンクタンクとして、信頼性のある医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

### 特色3：高度な知見を有するネットワークの活用

これまでの業務経験で培った弊研究所オリジナルのネットワークの中から、医療・システム・施設・制度・人材・会計・法務等医療関連の各分野に高度な知見を有する有識者、コンサルタント等を結集することにより、広範多岐にわたって的確な医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

## ■ JERIの医療・病院コンサルティングサービスの内容(重点分野)

### 公立病院

#### 病院改革プラン策定などの経営コンサルティング業務

- ・病院改革プランの策定支援
- ・病院経営分析、病院経営診断
- ・財務内容健全化、経営効率化等に向けた経営コンサルティング 等

#### 病院基本構想・基本計画づくりなどのプランニング業務

- ・病院の新設、再整備等に当たった基本構想、基本計画づくり
- ・病院経営に関する中長期計画、将来構想、経営計画づくり 等

#### 民間活力導入等、「経営形態見直し」のためのアドバイザリー業務

- ・望ましい病院経営形態の検討（地方公営企業全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入、民間移譲等）
- ・PFI導入可能性調査、PFI導入アドバイザリー業務
- ・指定管理者制度導入アドバイザー、民間委譲アドバイザー業務 等

### 民間病院等

#### 経営分析、事業計画づくりなどの経営コンサルティング業務

- ・経営分析（財務分析、マーケティング調査、診療機能・運営状況調査等）
- ・経営ビジョン、経営計画（収支計画等）、事業計画等策定
- ・経営改善策のご提案（増収増益策、現場業務改善提案等）
- ・病院及び病院経営体の事業価値評価 等

### その他

#### 医療をめぐる諸課題等に関する調査研究業務

- ・医療政策・医療制度等に関する調査研究
- ・地域医療計画等のプランニング
- ・医療サービスに対するニーズ調査
- ・病院経営の一般的分析、課題と対応の検討 等

---

---

## 本書の取扱いについて

---

---

- 本ハンドブック自体の著作権（編集著作権）は弊行に帰属します。また、本ハンドブックに掲載しているデータ・図表等の著作権は、その出典元に帰属します。取扱いは、データ・図表等の著作権の帰属先によって次のとおり異なりますので、ご注意ください。
  - 1 官公庁、独立行政法人に帰属するデータ・図表等の場合  
基本的には、お客様の責任において自由にご使用ください。禁転載等の表記のあるものはそれに従ってください。
  - 2 弊行以外の個別の企業・団体に帰属するデータ・図表等の場合  
ご使用の際は、当該企業・団体に直接お問い合わせ願います。
  - 3 弊行に帰属するデータ・図表等の場合  
使用に際して、他媒体（ホームページ、雑誌、書籍、その他独自の資料等）への転載や編集加工等が発生する場合には弊行企業金融第6部 ヘルスケア室までお問い合わせください。
- データ等の内容の正確性には十分注意を払っておりますが、万一、本ハンドブック記載のデータ等を利用したことによって直接又は間接に不具合が生じた場合でも、弊行及び弊研究所はその責を負いかねます。

医療・介護関連業界ミニブッカー「在宅シフト」の現状と経営

---

2014年2月28日 初版発行

発行 株式会社 日本政策投資銀行  
株式会社 日本経済研究所

---

<お問合せ先>

(株式会社 日本政策投資銀行)

〒100-8178 東京都千代田区大手町1-9-6

大手町フィナンシャルシティサウスタワー

株式会社 日本政策投資銀行 企業金融第6部 ヘルスケア室

TEL : 03-3244-1730

<http://www.dbj.jp>

(株式会社 日本経済研究所)

〒100-0004 東京都千代田区大手町 2-2-1 新大手町ビル3階

株式会社 日本経済研究所 調査本部 医療福祉部

TEL : 03-6214-4613

<http://www.jeri.co.jp>