

ヘルスケア業界ミニブック

- 訪問看護・介護人材及びテクノロジーの進化 -

平成 31 年 2 月



はじめに

急速に超高齢化が進むなか、我が国のヘルスケア業界では様々な課題が顕在化しています。そうした環境下、今後の医療・介護の新たな方向性を見つけていく為にも、在宅への対応や医療・介護の連携などという提供体制の多様化や、介護ロボット・A I ・がんゲノム医療等に見られる技術革新につき、様々なトライアルが続いています。

(株)日本政策投資銀行及び(株)日本経済研究所は、医療・介護分野に関して、従来から各種投資業務、コンサルティング業務に加えて、「ヘルスケア業界データブック（日本医療企画刊）」や本書（「ヘルスケア業界ミニブック」）の発刊などの情報発信に取り組んできました。そして今回の「ヘルスケア業界ミニブック」では、「医療・介護における訪問看護」「介護人材不足への取組み」「介護ロボット・A I の活用」「がんゲノム医療」という四つのテーマを取り上げています。

「医療・介護における訪問看護」においては訪問看護の利用に関する需給環境や今後への期待を、「介護人材不足への取組み」においては人材不足の現状とその確保に向けた対策を整理しています。また、次の二章ではテクノロジーに目を向け、「介護ロボット・A I の活用」ではその具体的な活用状況や国の施策について、「がんゲノム医療」ではその施策や実用化に向けた取組み・今後への期待につきまとめています。

本書が、医療・介護関連産業に従事される皆様の業務やご議論をされる際の一助となれば幸いですし、より多くの皆様にご高覧、ご活用いただくことを願っております。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 ヘルスケア業界研究チーム

<目 次>

1	医療・介護における訪問看護	1
(1)	訪問看護の概要	1
(2)	訪問看護の需要面について	5
(3)	訪問看護の供給面について	8
(4)	訪問看護の費用について	10
(5)	訪問看護の経営状況	11
(6)	医療・介護における訪問看護への期待	12
2	介護人材不足への取組み	14
(1)	介護人材を取り巻く現状	14
(2)	人材確保対策	24
3	介護ロボット・A I の活用	26
(1)	介護の流れ	26
(2)	介護サービスの種類	28
(3)	介護ロボット・A I の具体的な活用場面	29
(4)	主な介護ロボット・A I の活用状況	33
(5)	介護ロボット・A I に関する国の施策	34
4	がんゲノム医療	36
(1)	がんゲノム医療とは	36
(2)	がんゲノム医療の施策	38
(3)	がんゲノム医療実用化に向けた取組み	43
(4)	がんゲノム医療の今後への期待	44

1 医療・介護における訪問看護

(1) 訪問看護の概要

平成3年10月に老人保健法の改正により老人訪問看護制度が創設され、平成4年4月から在宅の寝たきりの老人等に対して、老人訪問看護ステーションの訪問看護が可能になった。平成6年10月からは健康保険法等の改正により、老人医療の対象外である在宅の難病児者、障害児者などの療養者に対しても訪問看護ステーションによる訪問看護が実施されるようになり、訪問看護サービスは老人医療受給者のみでなく、すべての年齢の在宅療養者を対象に提供できるようになった。

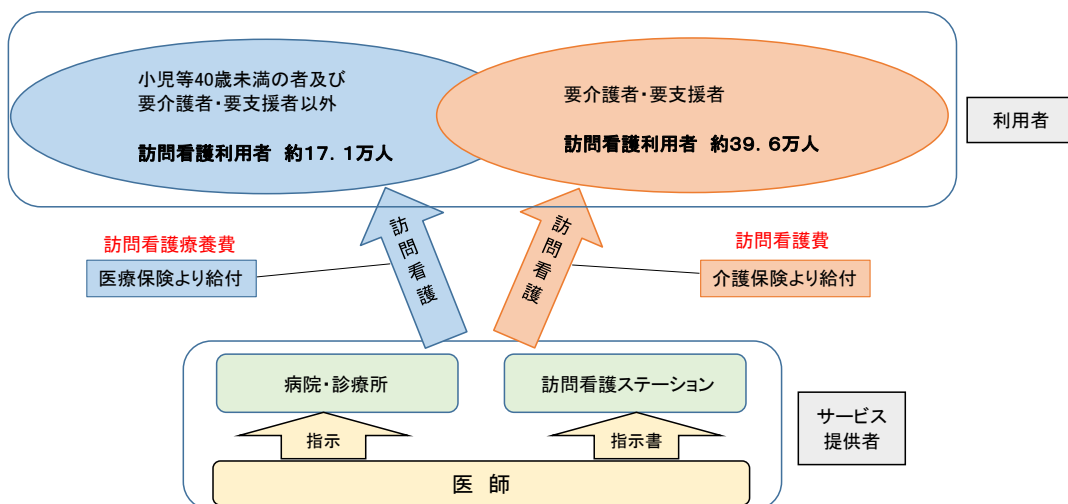
平成12年4月からは、介護保険法の施行に伴い、在宅の要支援者・要介護者に認定された人に対して訪問看護が提供できるようになり、介護保険からの給付が最優先になるものの、別に厚生労働大臣が定める疾病等については、保険における訪問看護の提供を行えることとなった。

さらに平成20年4月から、老人保健法による老人医療制度は、高齢者の医療の確保に関する法律による後期高齢者医療へ移行となり、老人訪問看護も後期高齢者医療制度へと引き継がれた。

ア 訪問看護の仕組み

訪問看護とは、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

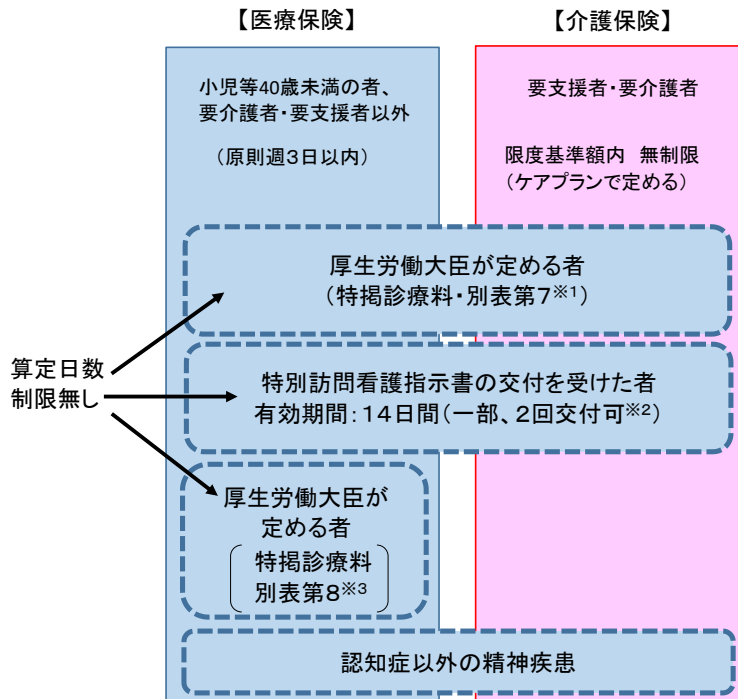
サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両方から行うことができる。利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先され、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合に限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



出典: 社会保障審議会介護給付費分科会「訪問看護」(平成29年7月5日)を基に作成。

イ 医療保険・介護保険の訪問看護対象者

訪問看護の対象者には、医療保険と介護保険の個別の対象者と両方の保険に共通する対象者が存在する。主な保険別の対象患者として、医療保険では小児等 40 歳未満の者、要介護者・要支援者以外、介護保険では要介護者・要介護者が挙げられる。



※1 厚生労働大臣が定める者（特掲診療料・別表第7）	※2 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者（有効期間：28日間）
末期の悪性腫瘍 多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋萎縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 ハンチントン病 進行性筋ジストロフィー症 パーキンソン病関連疾患 多系統萎縮症	ブリオン病 亜急性硬化性全脳炎 ラインゾウム病 副腎白質ジストロフィー 脊髄性筋萎縮症 球脊髄性萎縮症 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 後天性免疫不全症候群 頸髄損傷 人工呼吸器を使用している状態
	・気管カニューレを使用している状態にある者 ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 （注）：特別訪問看護指示書 患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

※3 厚生労働大臣が定める者（特掲診療料・別表第8）
1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者 2 以下のいずれかを受けている状態にある者 在宅自己腹膜灌流指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅酸素療法指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理 在宅成分栄養管栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 在宅人工呼吸指導管理 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 在宅自己疼痛管理指導管理 在宅肺高血圧患者管理指導 3 人口肛門又は人口膀胱を設置している状態にある患者 4 真皮を超える褥瘡の状態にある患者 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

出典：社会保障審議会介護給付費分科会「訪問看護」（平成 29 年 7 月 5 日）を基に作成。

ウ 訪問看護の施設基準・報酬

訪問看護は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようその療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指している。

必要となる人員・設備等は以下のとおりである（医療保険・介護保険ともに共通）。

■ 訪問看護の施設基準

	指定訪問看護ステーション	病院又は診療所である 指定訪問看護事業者※
人員配置基準	・保健師、看護師又は准看護師（看護職員） 常勤換算で2.5以上となる員数 うち1名は常勤 ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数 【管理者】 ・専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な 指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者	・指定訪問看護の提供に当たる看護職員を 適当数
設備・備品	・事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室 ・指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等	・事業の運営を行うために必要な広さを有する 専ら事業の用に供する区画 ・指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品

※ 病院又は診療所である指定訪問看護事業者の人員配置基準と設備・備品は、介護保険法での基準となる。

なお、健康保険法では、病院又は診療所である指定訪問看護事業所には人員配置基準はなく、設備は病院又は診療所のものと共用可能である。

出典：社会保障審議会介護給付費分科会「訪問看護」（平成29年7月5日）を基に作成。

■ 訪問看護の報酬一覧（平成 30 年 4 月 1 日適用）

医療保険		【厚生労働省告示第四十八号】		介護保険		【厚生労働省告示第七十八号】	
報酬設定の方法		1日単位で訪問回数にかかわらず設定		時間単位で訪問回数に応じて設定（ただし、支給限度額あり）			
本体部分	【訪問看護ステーション】	【病院又は診療所】		【訪問看護ステーション】		【病院又は診療所】	
	訪問看護基本療養費（Ⅰ） イ 保健師、看護師等 （週3日まで） （週4日目を以降） ロ 准看護師 （週3日まで） （週4日目を以降） ハ 緩和ケア等の研修を受けた看護師	5,550円 6,550円 5,050円 6,050円 12,850円	在宅患者訪問看護・指導料 イ 保健師、助産師、看護師 （週3日まで） （週4日目を以降） ロ 准看護師 （週3日まで） （週4日目を以降） ハ 緩和ケア等の研修を受けた看護師	580点 680点 530点 680点 1,285点	訪問看護費 （20分未満） （30分未満） （30分以上1時間未満） （1時間以上1時間30分未満）	311単位 467単位 816単位 1,116単位	263単位 396単位 569単位 836単位
	訪問看護基本療養費（Ⅱ） （同一建物居住者で同一日 2人以上の訪問） イ 保健師、看護師等 （週3日まで） （週4日目を以降） ロ 准看護師 （週3日まで） （週4日目を以降） ハ 緩和ケア等の研修を受けた看護師	2,780円 3,280円 2,530円 3,030円 12,850円	同一建物居住者 訪問看護・指導料 イ 保健師、助産師、看護師 （週3日まで） （週4日目を以降） ロ 准看護師 （週3日まで） （週4日目を以降） ハ 緩和ケア等の研修を受けた看護師	293点 343点 268点 318点 1,285点	※准看護師の場合は、所定単位の90%		
	訪問看護基本療養費（Ⅲ） （外泊中の訪問看護）	8,500円					
	機能強化型訪問看護管理療養費1 （月の初日） （2日目以降） 機能強化型訪問看護管理療養費2 （月の初日） （2日目以降） 機能強化型訪問看護管理療養費3 （月の初日） （2日目以降） 訪問看護管理療養費（上記以外） （月の初日） （2日目以降） 夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算 特別地域訪問看護加算 （基本療養費の50%）	12,400円 2,980円 9,400円 2,980円 8,400円 2,980円 7,400円 2,980円 2,100円 4,200円 （基本療養費の50%）	夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算 特別地域訪問看護加算	210点 420点	夜間・早朝加算 深夜加算 特別地域訪問看護加算 中山間地域等の小規模事業所 中山間地域等への訪問看護提供加算	単位数の25% 単位数の50% 単位数の15% 単位数の10% 単位数の5%	
	緊急時訪問看護加算 難病等複数回訪問加算 （2回） （3回） 長時間訪問看護加算 （週1回） 24時間対応体制加算 （週1回）	2,650円 4,500円 8,000円 5,200円	緊急訪問看護加算 難病等複数回訪問加算 （2回） （3回） 長時間訪問看護・指導加算	520点	長時間訪問看護加算 緊急時（介護予防）訪問看護加算	300単位 574単位	315単位
	退院時共同指導加算 （1回、がん末期等は2回） 特別管理指導加算 （特別管理加算の対象のみ）	8,000円 2,000円					
	退院時支援指導加算 （退院日） 在宅患者連携指導加算 （1月につき） 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 （月2回） 特別管理加算 （1月につき） 特別管理加算（その他） （1月につき）	6,000円 3,000円 2,000円 5,000円 2,000円	退院前訪問看護・指導料 退院後訪問指導料 訪問看護動向加算 （退院後1回限り） 在宅患者連携指導加算 （1月につき） 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 （月2回） 在宅移行管理加算 在宅移行管理加算（その他）	580点 580点 20点 300点 200点 500点 200点	特別管理加算（Ⅰ）（1月につき） 特別管理加算（Ⅱ）（1月につき）その他	500単位 250単位	
	看護・介護職員連携強化加算 複数名訪問看護加算 （看護師と訪問） （准看護師と訪問） （看護補助者と訪問）	2,500円 4,500円 3,800円 3,000円	複数名訪問看護・指導加算 （看護師と訪問） （准看護師と訪問） （看護補助者と訪問）	450点 380点 300点	初回加算（新規利用者）（月一回） 又は、退院時共同指導加算（1回）、特別管理2回 看護・介護職員連携強化加算（特定業務支援） 複数名訪問加算（Ⅰ） イ 30分未満 ロ 30分以上 複数名訪問加算（Ⅱ） イ 30分未満 ロ 30分以上	300単位 600単位 250単位 254単位 402単位 201単位 317単位	300単位
	乳幼児加算（6歳未満） 訪問看護ターミナルケア療養費1 訪問看護ターミナルケア療養費2 訪問看護情報提供療養費1、2、3（1月につき）	1,500円 25,000円 10,000円 1,500円	乳幼児加算（6歳未満） 在宅ターミナルケア加算 在宅ターミナルケア加算2	150点 2,500点 1,000点	ターミナルケア加算 サービス提供体制強化加算 看護体制強化加算（Ⅰ）（1月につき） 看護体制強化加算（Ⅱ）（1月につき） 看護体制強化加算（介護予防）（1月につき）	2,000単位 1回につき6単位 600単位 300単位 300単位	

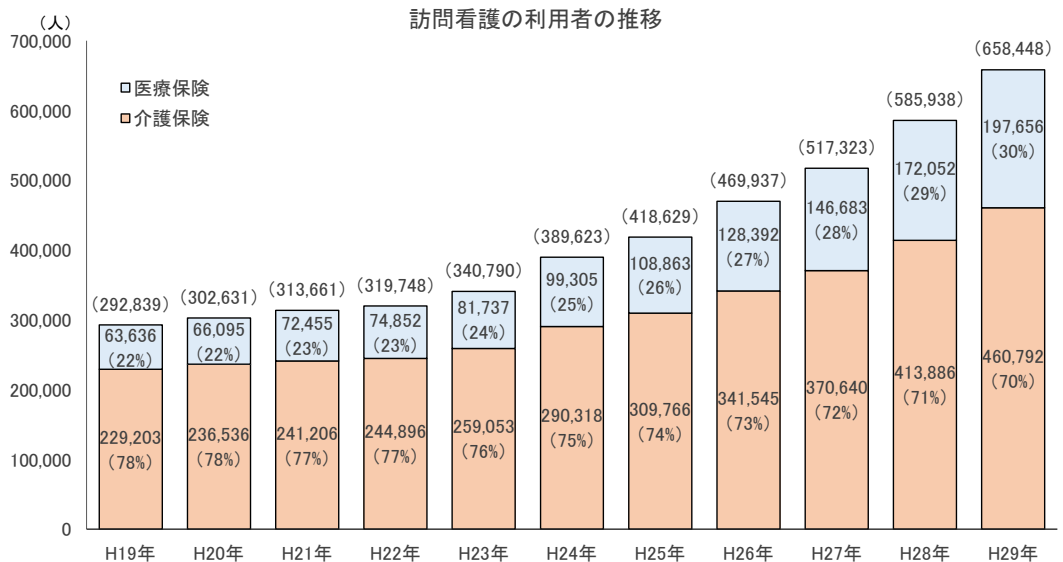
加算部分

(2) 訪問看護の需要面について

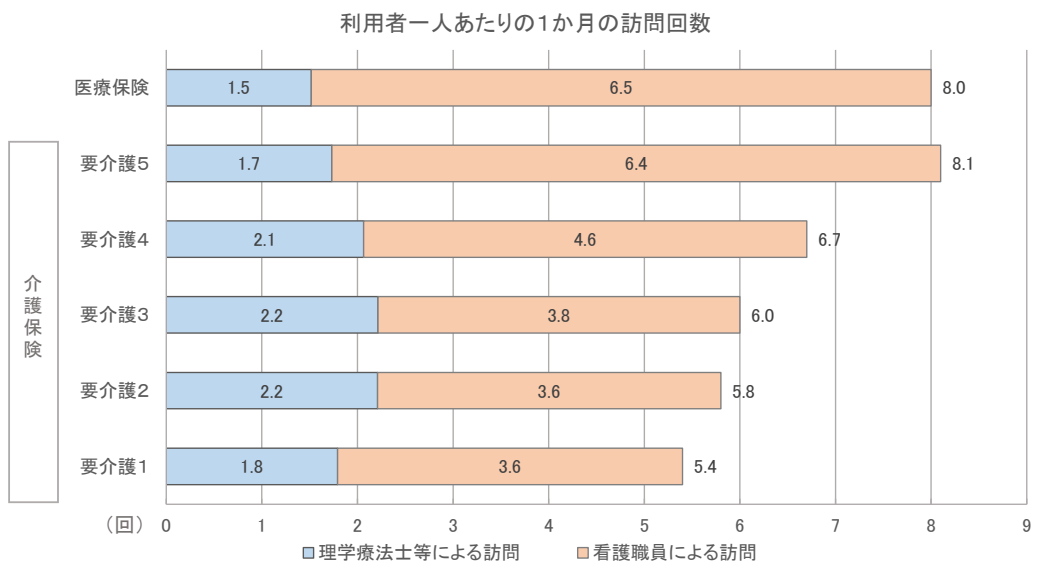
ア 訪問看護利用者数の推移

訪問看護における1か月あたりの利用者数は、平成23年以降急速に増加しており、平成29年は約66万人となっている。特に近年は医療保険における利用者の割合が増えており、その割合が利用者全体の22%であった平成19年に対し、平成29年には30%を占めるに至っている。

利用者一人あたりの1か月の訪問回数は、介護保険の介護度別にみると要介護5の利用者が最も多く、続いて医療保険の利用者が多くなっている。職種別にみると、理学療法士等の訪問が最も多いのは要介護2と要介護3の利用者、看護職員の訪問が最も多いのは医療保険の利用者となっている。



出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成19年～29年の各年9月）を基に作成。



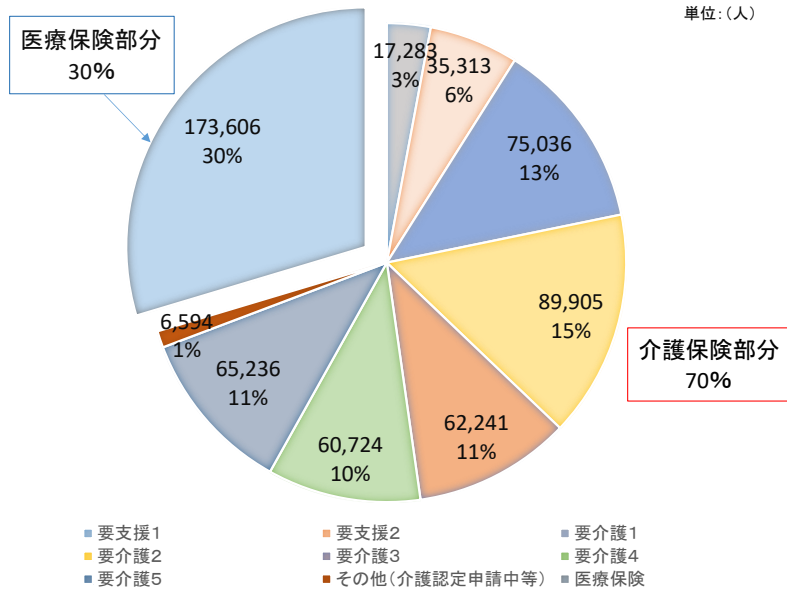
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成29年9月）を基に作成。

イ 訪問看護の実施内容（平成 29 年）

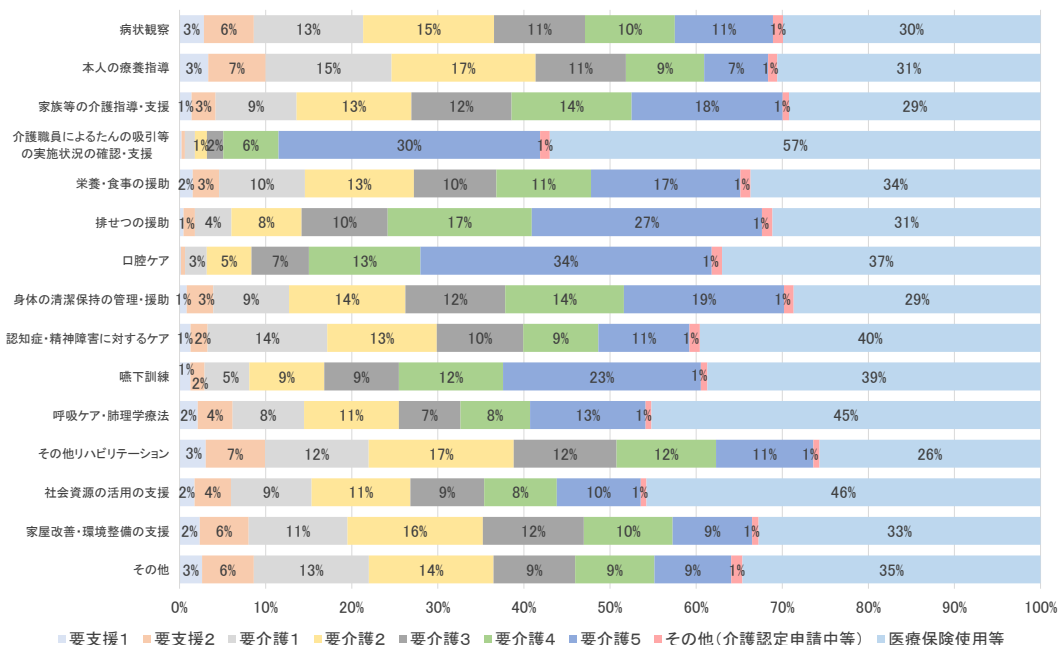
以下は、介護サービス施設・事業所調査において、平成 28 年 9 月中に看護内容の提供があった訪問看護の利用者数を割合で示したものである。介護保険利用者は全体の約 7 割、医療保険利用者は約 3 割であった。

訪問看護の実施内容をみると、最も医療保険比率が高いのは「介護職員によるたんの吸引等の実施状況の確認・支援」、介護保険比率が最も高いのは「その他リハビリテーション」であった。

訪問看護の医療・介護保険利用者の内訳



訪問看護の実施内容

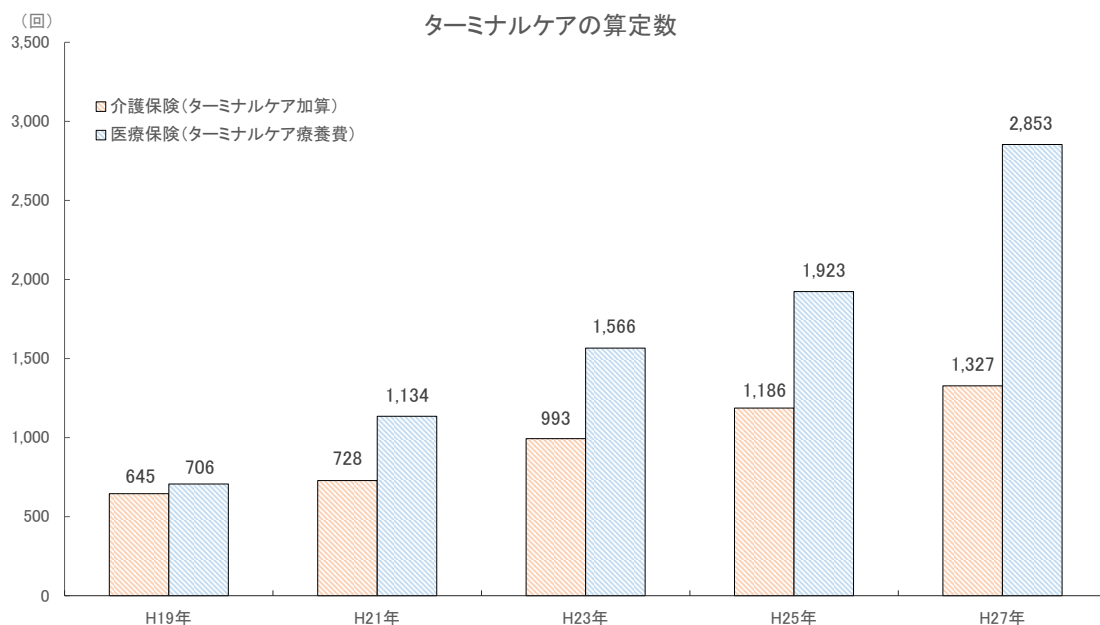


出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成 29 年 9 月）を基に作成。

ウ 訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数

訪問看護ステーションで行われるターミナルケアには、医療保険による「ターミナルケア療養費」と介護保険による「ターミナルケア加算」がある。平成 19 年時点のそれぞれの算定回数は同程度であったのに対し、平成 27 年時点には、医療保険による算定が介護保険による算定を大きく上回り、約 2.1 倍（2,853 回÷1,327 回）の規模に拡大している。

なお、医療保険における「ターミナルケア療養費」は、死亡日及び死亡前 14 日以内（15 日間）に 2 回以上、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定し、ターミナルケアに係る支援体制について、利用者及びその家族等に対して説明した上で行った場合に算定できる。また、介護保険における「ターミナルケア加算」は、その死亡日及び 14 日以内に 2 日以上ターミナルケアを行った場合に算定できるものとなっている。

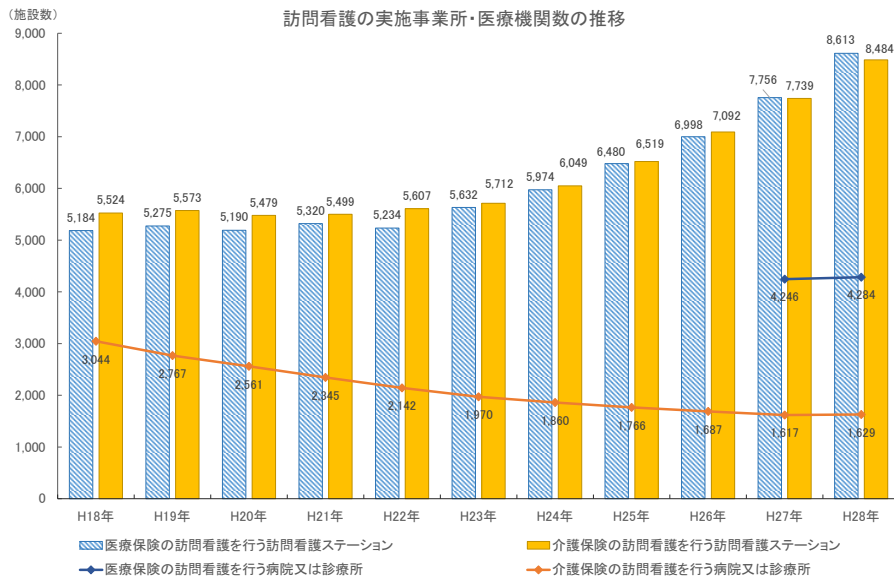


出典：社会保障審議会介護給付費分科会「訪問看護」（平成 29 年 7 月 5 日）を基に作成。

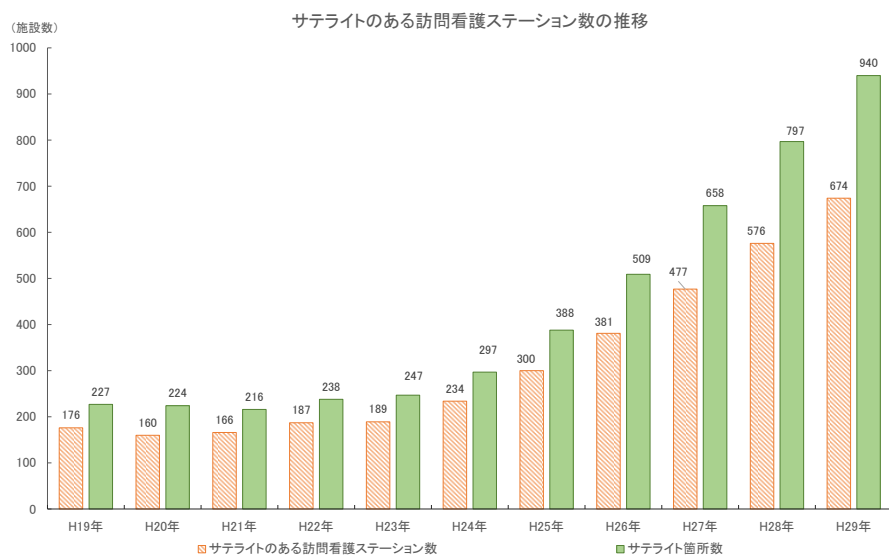
(3) 訪問看護の供給面について

ア 訪問看護の実施事業所・医療機関数の推移

訪問看護を行う病院又は診療所数は、平成 28 年には医療保険で 4,284 施設、介護保険で 1,629 施設となっており、介護保険で訪問看護を行う病院又は診療所は年々減少傾向にある。その一方で、訪問看護ステーションについては、医療保険・介護保険ともに増加傾向にある。また、従たる事業所（サテライト）のある訪問看護ステーションも増加している。なお、従たる事業所（サテライト）とは、利用者宅に近い場所から、より効率的に訪問看護を提供するため、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等であり、一定の要件を満たすものについては、一体的な指定訪問看護の提供の単位として、従たる事業所（サテライト）を主たる事業所と含めて指定することが可能となっている。



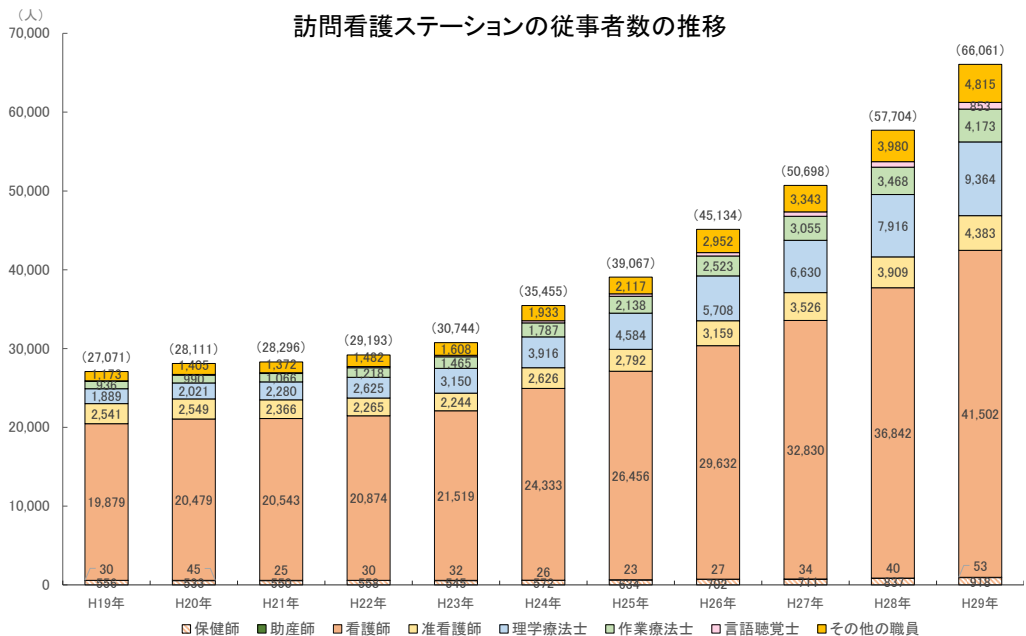
出典：社会保障審議会介護給付費分科会「訪問看護」（平成 29 年 7 月 5 日）を基に作成。



出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成 28 年 9 月）を基に作成。

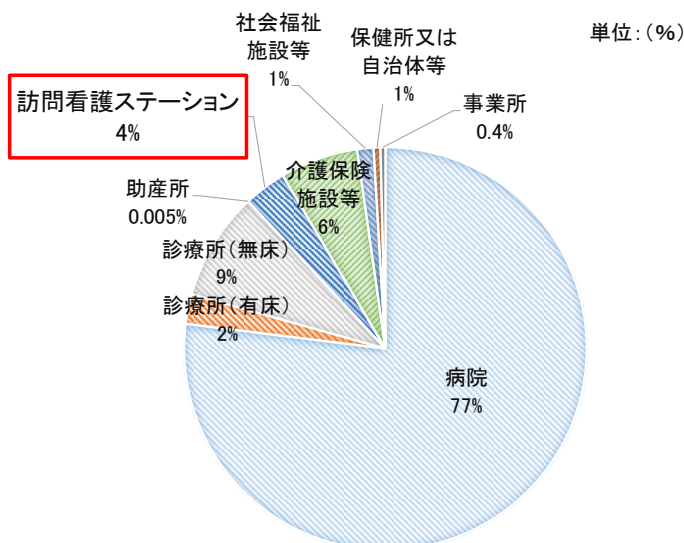
イ 訪問看護ステーション従事者数の推移

平成 29 年の訪問看護ステーションの従事者数は、保健師が 918 人、助産師が 53 人、看護師が 41,502 人、准看護師 4,383 人、理学療法士 9,364 人、作業療法士 4,173 人、言語聴覚士 853 人、その他の職員 4,815 人となり、総数としては 66,061 人となっている。また、看護職員の就業場所別の割合としては、訪問看護ステーションは 4 %と平成 26 年と比較すると約 2 %の上昇であった。近年では、看護師と理学療法士の従事者数が著しく増加している。増加の背景には、訪問リハビリテーションのニーズの増加や複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの普及により、医療と介護の両方に対応するサービスが増えていることがある。



出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成 28 年 9 月）を基に作成。

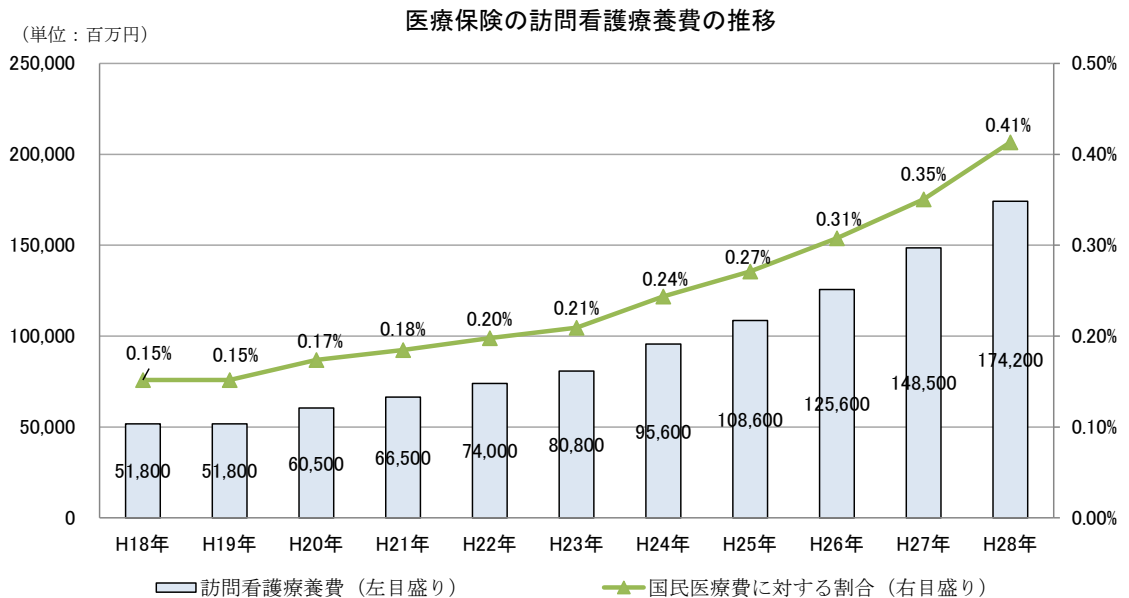
看護職員の就業場所



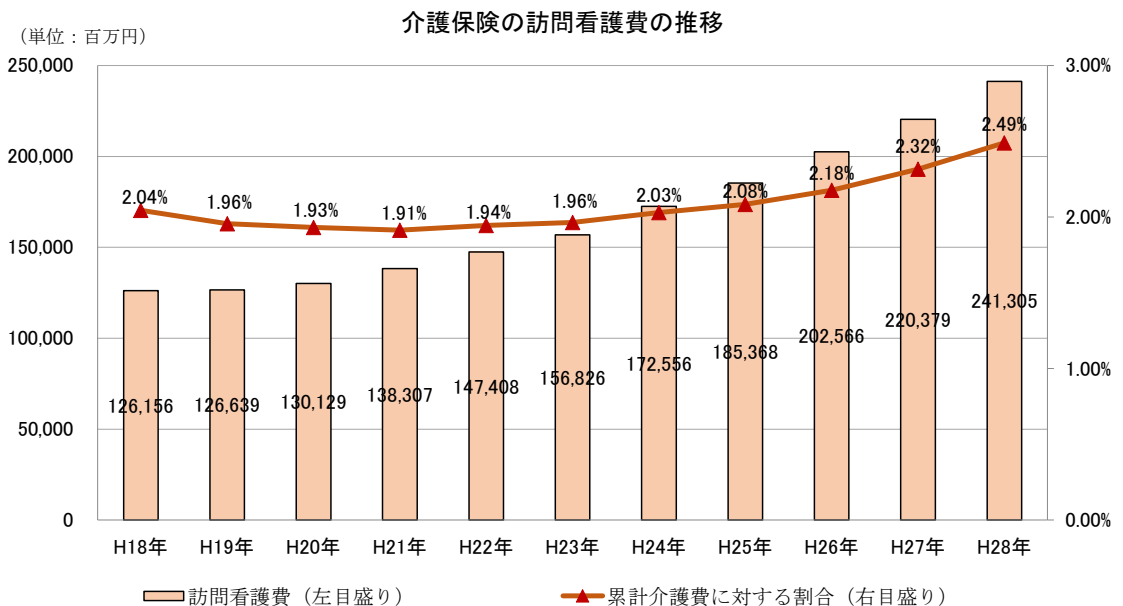
出典：厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 28 年 7 月）を基に作成。

(4) 訪問看護の費用について

医療保険における訪問看護費は、平成 18 年において約 518 億円（国民医療費に対する割合は約 0.15%）であったが、平成 28 年には約 1,742 億円（同約 0.41%）にまで増加した。また、介護保険における訪問看護費は、平成 18 年の約 1,261 億円（国民介護費に対する割合は約 2.04%）から、平成 28 年には約 2,413 億円（同約 2.49%）にまで増加した。両者を比較すると、介護保険と比べると医療保険の伸びが顕著となっている。



出典：厚生労働省「国民医療費」（平成 18 年～28 年）を基に作成。



出典：厚生労働省「介護給付費等実態調査」（平成 18 年～28 年）を基に作成。

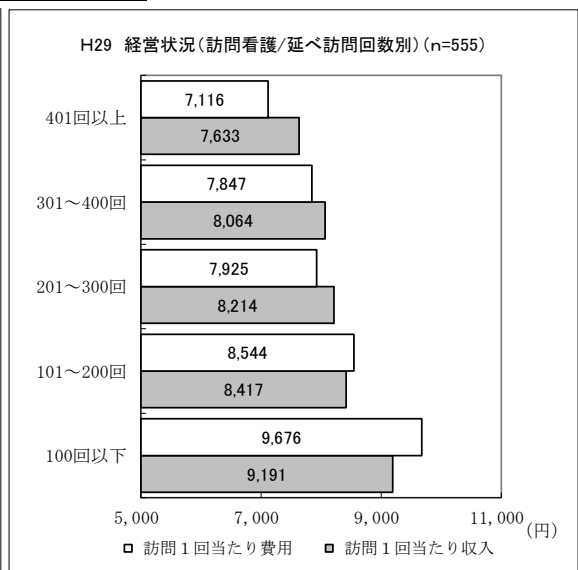
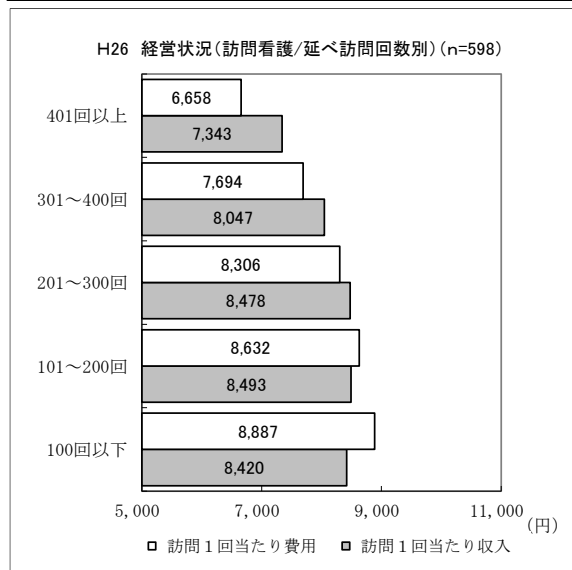
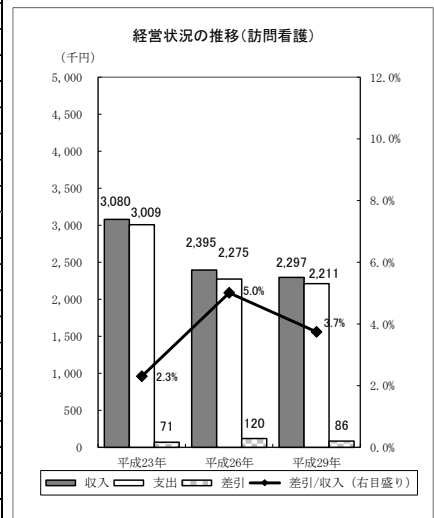
(5) 訪問看護の経営状況

訪問看護の経営状況は平成23年から平成26年にかけては経営は好転したものの、平成26年から平成29年にかけては経営は悪化傾向にある。平成23年には収入と支出の差引額（以下、収支差引とする）は71千円、平成26年には120千円、平成29年には86千円となっており、収入に占める割合はそれぞれ2.3%、5.0%、3.7%であった。延べ訪問回数は平成23年と比較すると平成29年は横ばい傾向であるが、訪問一回あたりの収入は約0.7倍と減少、同様に訪問一回あたりの費用も約0.7倍と減少しているため、結果的には収支差引も横ばい傾向である。常勤換算職員1人当たりの給与は平成29年には平成23年と比較して10,343円上昇しており、約2.5%の上昇となっている。

年あたりの延べ訪問回数別に平成26年と平成29年を比較してみると、同様の傾向となり、200回以下では費用が収入を上回っており、201回以上では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23年 (n=364)	平成26年 (n=598)	平成29年 (n=555)
介護料収入	2,988	2,374	2,276
保険外の利用料	93	24	23
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	-2	-3	-2
給与費	2,463	1,834	1,800
減価償却費	41	29	30
その他	463	409	380
うち委託費	19	16	18
借入金補助金収入	1	-	-
借入金利息	8	3	2
本部費繰入	35	-	-
収入	3,080	2,395	2,297
支出	3,009	2,275	2,211
差引	71	120	86
延べ訪問回数（回）	285.6	304.6	288.2
常勤換算職員数（人）	6.5	6.6	6.8
訪問1回当たり収入（円）	10,786	7,864	7,971
訪問1回当たり費用（円）	10,536	7,471	7,673
常勤換算職員1人当たり給与（円）	406,948	417,942	417,291

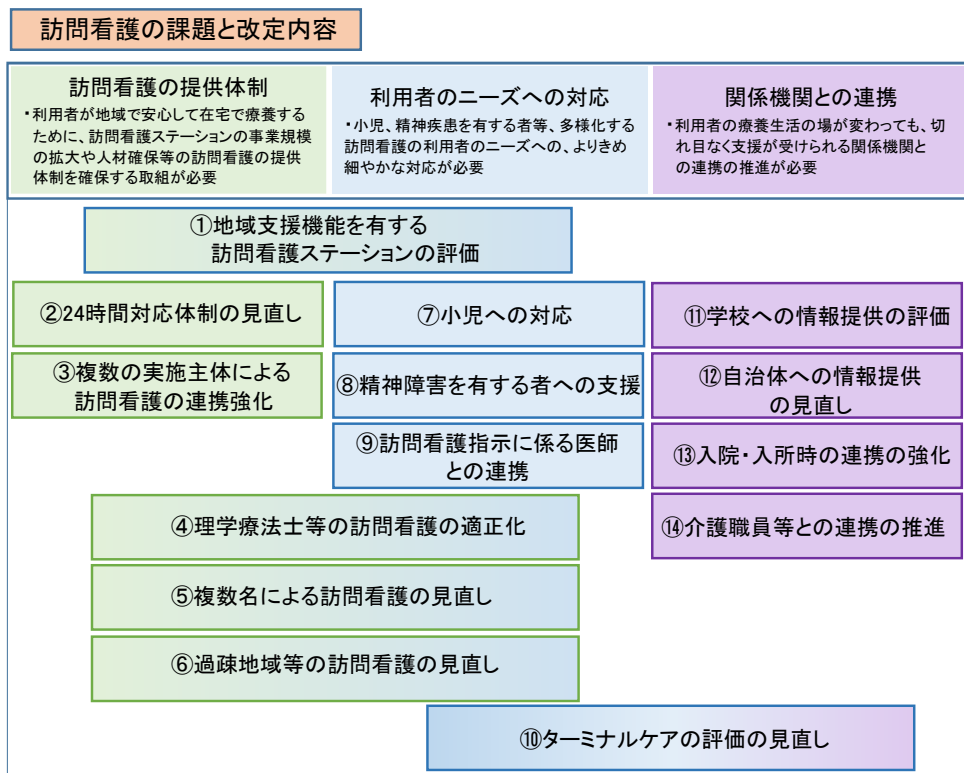


出典：厚生労働省「介護事業経営実態調査」（平成23年～29年）を基に作成。

(6) 医療・介護における訪問看護への期待

訪問看護はこれまで医療分野のサービスとして認識されることが多かったが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護の創設により、医療・介護の一体化が進んできている。一体化の事例としては、具体的には、介護職員による喀痰吸引等の業務が実施可能になったことなどが挙げられる。また、前述のデータからも訪問看護における費用は医療保険・介護保険ともに増加しており、訪問看護における従事者数も看護師以外に理学療法士、作業療法士などリハビリテーションを担う従事者も増加している。

平成 30 年度診療報酬改定において、「質の高い訪問看護の確保」のため、訪問看護の提供体制、利用者のニーズへの対応、関係機関との連携に対する様々な診療報酬改定が行われている。今後の医療現場では、訪問看護の活躍の分野がさらに広がっていくことが予想される。



出典：社会保障審議会医療部会「平成 30 年度診療報酬改定の概要」（平成 30 年 4 月 11 日）を基に作成。

特に、小児については、医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、訪問看護ステーションから訪問看護についての情報を学校へ提供した場合の評価が新設されたほか、在宅療養で生活する小児に対する医療的ケアにおいて長時間訪問看護の算定回数を拡大するなど新たな取組みがされている（⑦小児への対応）。また、精神障害を有する者への重点的支援も評価を充実化しており、精神科における訪問看護も拡大が期待される（⑧精神障害を有する者への支援）。

【参考文献】

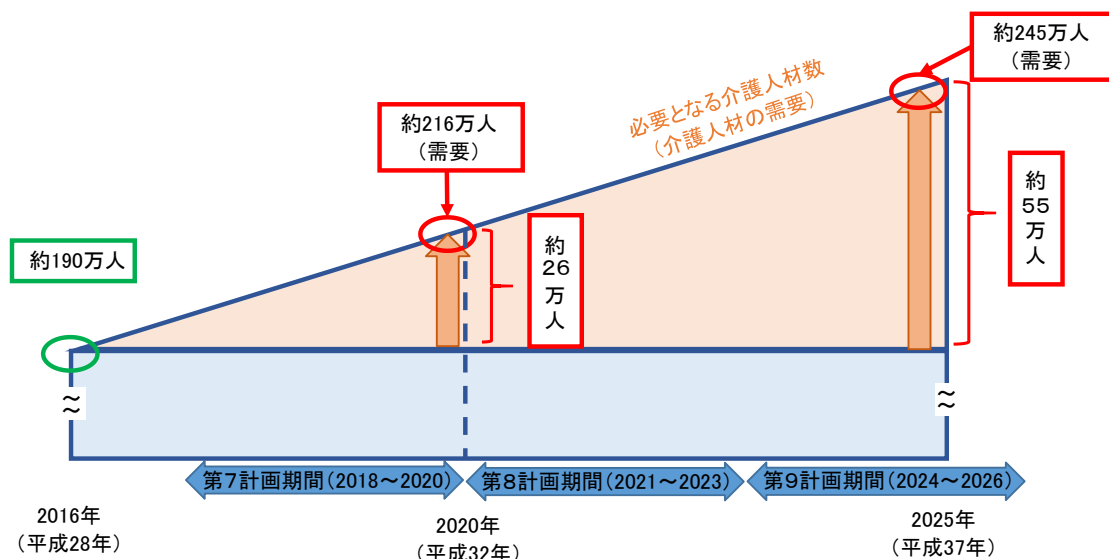
- ・ 社会保障審議会介護給付費分科会「訪問看護」（平成 29 年 7 月 5 日）
- ・ 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成 13 年～29 年の各年 9 月）
- ・ 厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 28 年 7 月）
- ・ 厚生労働省「国民医療費」（平成 18 年～28 年）
- ・ 厚生労働省「介護給付費等実態調査」（平成 18 年～28 年）
- ・ 厚生労働省「介護事業経営実態調査」（平成 23 年～29 年）
- ・ 社会保障審議会医療部会「平成 30 年度診療報酬改定の概要」（平成 30 年 4 月 11 日）

2 介護人材不足への取組み

(1) 介護人材を取り巻く現状

ア 介護必要人材数と従事者数

都道府県が推計した介護人材数の需要をみると、2020 年度末には約 216 万人、2025 年末には約 245 万人が必要となっている。この需要数を 2016 年の人材実績約 190 万人と比較すると、2020 年度には約 26 万人、2025 年度には約 55 万人が必要となり、年間 6 万人程度の介護人材を確保していくことが求められる。



注1) 需要見込み(約216万人・245万人)については、市町村により第7期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み(総合事業を含む)等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

注2) 2016年度の約190万人は、「介護サービス施設・事業所調査」の介護職員数(回収率等による補正後)に、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数(推計値:約6.6万人)を加えたもの。

出典：厚生労働省「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」(平成30年5月21日)を基に作成。

これを都道府県別にみると、以下のとおりとなる。2020 年度と 2025 年度の必要差分の全国合計に対する比率を比べて、1.0%以上上昇している都府県を色付けしている。これをみると、特に大都市圏における人材不足が深刻化することがわかる。

(単位:人)

都道府県	2016年度 (平成28年度) の介護職員数	2020年度(平成32年度)				2025年度(平成37年度)			
		需要見込み	(参考)現状推 移シナリオによ る供給見込み	必要差分	必要差分の 全国合計に 対する比率	需要見込み	(参考)現状推 移シナリオによ る供給見込み	必要差分	必要差分の 全国合計に 対する比率
北海道	89,583	104,007	96,772	▲ 7,235	5.7%	116,476	96,935	▲ 19,541	5.8%
青森県	23,626	25,528	24,560	▲ 968	0.8%	27,355	23,706	▲ 3,649	1.1%
岩手県	20,703	23,436	22,059	▲ 1,377	1.1%	25,060	21,785	▲ 3,275	1.0%
宮城県	30,893	35,865	32,955	▲ 2,910	2.3%	39,635	34,880	▲ 4,755	1.4%
秋田県	20,670	23,733	21,832	▲ 1,901	1.5%	25,005	21,419	▲ 3,586	1.1%
山形県	19,266	21,509	20,743	▲ 766	0.6%	22,869	21,064	▲ 1,805	0.5%
福島県	29,128	37,751	30,894	▲ 6,857	5.4%	41,675	30,898	▲ 10,777	3.2%
茨城県	34,959	41,929	38,784	▲ 3,145	2.5%	47,893	40,977	▲ 6,916	2.1%
栃木県	23,677	27,999	26,403	▲ 1,596	1.3%	32,535	27,315	▲ 5,220	1.6%
群馬県	32,943	35,400	33,749	▲ 1,651	1.3%	39,774	34,746	▲ 5,028	1.5%
埼玉県	81,316	93,745	92,438	▲ 1,307	1.0%	115,875	99,851	▲ 16,024	4.8%
千葉県	76,792	94,435	79,868	▲ 14,567	11.5%	109,785	81,399	▲ 28,386	8.4%
東京都	179,836	191,415	179,857	▲ 11,558	9.1%	222,820	188,155	▲ 34,665	10.3%
神奈川県	134,684	145,497	143,940	▲ 1,557	1.2%	174,169	153,029	▲ 21,140	6.3%
新潟県	38,890	42,103	40,274	▲ 1,829	1.4%	44,360	40,387	▲ 3,973	1.2%
富山県	17,116	19,926	19,085	▲ 841	0.7%	21,726	19,995	▲ 1,731	0.5%
石川県	17,634	19,876	20,184	308	-0.2%	22,576	20,966	▲ 1,610	0.5%
福井県	12,610	11,391	10,876	▲ 515	0.4%	12,097	11,020	▲ 1,077	0.3%
山梨県	12,536	13,746	13,461	▲ 285	0.2%	15,126	14,615	▲ 511	0.2%
長野県	34,525	40,946	37,085	▲ 3,861	3.1%	44,747	37,946	▲ 6,801	2.0%
岐阜県	30,702	35,726	32,361	▲ 3,365	2.7%	39,696	33,391	▲ 6,305	1.9%
静岡県	48,183	57,464	54,123	▲ 3,341	2.6%	64,634	56,878	▲ 7,756	2.3%
愛知県	94,264	107,617	104,147	▲ 3,470	2.7%	125,273	113,943	▲ 11,330	3.4%
三重県	27,444	32,513	30,876	▲ 1,637	1.3%	35,854	32,960	▲ 2,894	0.9%
滋賀県	17,857	21,466	19,592	▲ 1,874	1.5%	24,115	20,764	▲ 3,351	1.0%
京都府	36,381	47,927	40,832	▲ 7,095	5.6%	53,673	42,560	▲ 11,113	3.3%
大阪府	150,981	179,031	167,902	▲ 11,129	8.8%	208,042	173,547	▲ 34,495	10.2%
兵庫県	83,123	95,859	88,118	▲ 7,741	6.1%	109,325	88,803	▲ 20,522	6.1%
奈良県	22,245	26,483	24,865	▲ 1,618	1.3%	31,073	26,221	▲ 4,852	1.4%
和歌山県	20,521	22,035	21,158	▲ 877	0.7%	23,074	20,725	▲ 2,349	0.7%
鳥取県	10,667	12,642	12,140	▲ 502	0.4%	13,700	12,794	▲ 906	0.3%
島根県	15,187	17,092	16,752	▲ 340	0.3%	18,007	17,001	▲ 1,006	0.3%
岡山県	31,909	36,859	34,962	▲ 1,897	1.5%	40,099	36,158	▲ 3,941	1.2%
広島県	47,583	55,224	52,907	▲ 2,317	1.8%	61,080	54,341	▲ 6,739	2.0%
山口県	25,777	29,326	26,956	▲ 2,370	1.9%	32,028	28,450	▲ 3,578	1.1%
徳島県	13,781	14,745	14,202	▲ 543	0.4%	15,870	14,461	▲ 1,409	0.4%
香川県	16,376	17,424	16,528	▲ 896	0.7%	18,830	16,365	▲ 2,465	0.7%
愛媛県	27,746	31,039	28,850	▲ 2,189	1.7%	32,637	29,672	▲ 2,965	0.9%
高知県	13,084	15,101	14,540	▲ 561	0.4%	15,704	14,640	▲ 1,064	0.3%
福岡県	78,095	82,773	81,406	▲ 1,367	1.1%	95,246	85,790	▲ 9,456	2.8%
佐賀県	13,712	13,819	13,667	▲ 152	0.1%	14,615	13,993	▲ 622	0.2%
長崎県	26,198	28,861	27,807	▲ 1,054	0.8%	31,823	28,643	▲ 3,180	0.9%
熊本県	29,866	32,229	31,288	▲ 941	0.7%	34,978	32,923	▲ 2,055	0.6%
大分県	22,521	23,616	23,269	▲ 347	0.3%	25,549	23,942	▲ 1,607	0.5%
宮崎県	19,976	21,255	19,758	▲ 1,497	1.2%	22,979	19,370	▲ 3,609	1.1%
鹿児島県	29,966	33,406	32,118	▲ 1,288	1.0%	35,201	33,135	▲ 2,066	0.6%
沖縄県	18,824	18,725	17,191	▲ 1,534	1.2%	21,899	17,398	▲ 4,501	1.3%
合計	1,904,356	2,160,494	2,034,134	▲ 126,360	100%	2,446,562	2,109,956	▲ 336,606	100%

注1) 2016(平成28)年度の計数は国及び各都道府県ごとに回収率等を踏まえた補正を行っているため、合計の値が一致しない

注2) 2016(平成28)年度の数値、需要見込み、供給見込みの値は、いずれも通所リハビリテーションの職員数を含まない

注3) 需要見込みの値は、市町村により第7期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく推計

注4) 2016(平成28)年度の数値、需要見込みの値は、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する職員を含む

注5) 供給見込みの値は、現状推移シナリオ(近年の入職、離職の動向等を反映)による推計(平成30年度以降に追加的に取組む新たな施策の効果は含んでいない)

出典：厚生労働省「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」(平成30年5月21日)を基に加工。

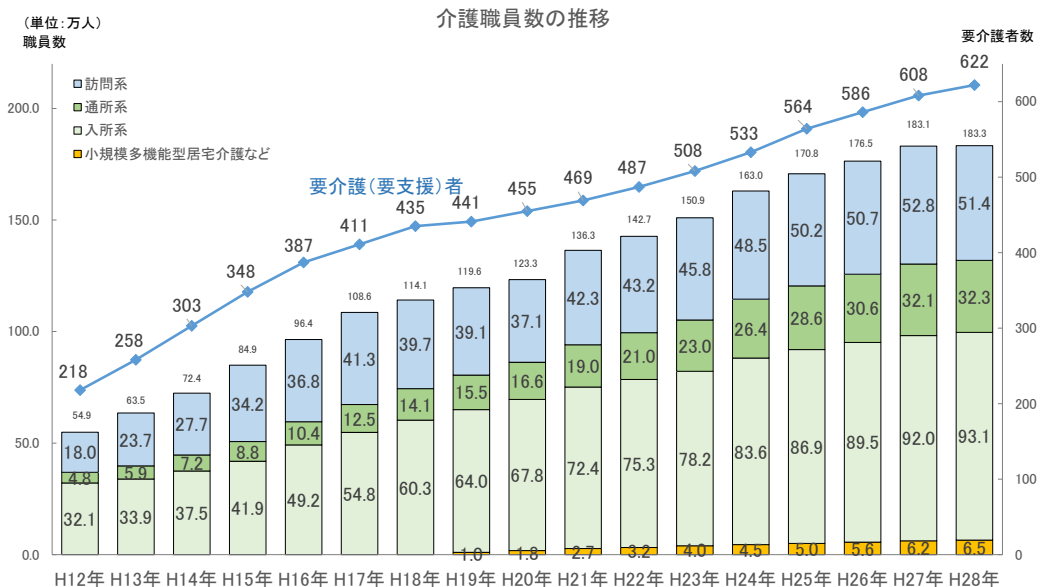
【参考】第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

	平成29(2017)年度 実績値 ※1	平成32(2020)年度 実績値 ※2	平成37(2025)年度 実績値 ※2
在宅介護	343万人	378万人(10%増)	427万人(24%増)
うちホームヘルプ	110万人	122万人(11%増)	138万人(25%増)
うちデイサービス	218万人	244万人(12%増)	280万人(28%増)
うちショートステイ	39万人	43万人(9%増)	48万人(23%増)
うち訪問看護	48万人	59万人(22%増)	71万人(47%増)
うち小規模多機能	10万人	14万人(32%増)	16万人(55%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	1.9万人	3.5万人(84%増)	4.6万人(144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8万人	2.1万人(172%増)	2.9万人(264%増)
居宅系サービス	43万人	50万人(17%増)	57万人(34%増)
特定施設入居者生活介護	23万人	28万人(21%増)	32万人(41%増)
認知症高齢者グループホーム	20万人	22万人(13%増)	25万人(26%増)
介護施設	99万人	109万人(10%増)	121万人(22%増)
特養	59万人	65万人(11%増)	73万人(25%増)
老健(＋介護療養等)	41万人	43万人(75%増)	48万人(18%増)

※1) 2017年の数値は介護保険事業状況報告(平成29年12月月報)による数値で、平成29年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。
在宅介護の総数は、便宜上、同報の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの受給者の合計値。
在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は119万人)、訪問リハ(予防給付を含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。デイサービスは通所介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は229万人)、通所リハ(予防給付を含む。)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。ショートステイは、短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。の合計値。
居住型サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。
※2) 平成32(2020)年度及び平成37(2025)年度の数値は、それぞれ地域密着型サービスを含む。
なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

イ 介護職員数の推移

平成12年の介護保険制度の施行後、要介護(要支援)認定者数は増加しており、サービス量の増加に伴い介護職員数も過去15年間で約3.3倍(183.3万人÷54.9万人)に増加している。



注1) 平成21～27年度は、調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けていることから、厚生労働省(社会・援護局)にて推計したもの。
(平成20年まではほぼ100%の回収率(例)平成27年の回収率:訪問介護99.9%、通所介護94.7%、介護老人福祉施設93.6%)
・補正の考え方:入所系(短期入所生活介護を除く)・通所介護は①施設数に着目した割り戻し、それ以外は②利用者に着目した割り戻しにより行った。
(①「介護サービス施設・事業所調査」における施設数を用いて補正、②「介護サービス施設・事業所調査」における利用者数を用いて補正)
注2) 各年の「介護サービス施設・事業所調査」の数値の合計から算出しているため、年ごとに、調査対象サービスの範囲に相違があり、以下のサービスの介護職員については含まれていない。
(訪問リハビリテーション:平成12年～24年、特定施設入居者生活介護:平成12年～15年、地域密着型介護老人福祉施設:平成18年)
※「通所リハビリテーション」の介護職員数は、すべての年に含めていない。
注3) 「小規模多機能型居宅介護など」には、「小規模多機能型居宅介護」の他、「複合型サービス」も含まれる。
注4) 介護職員数は常勤、非常勤を含めた実人員数である。(各年度の10月1日現在)

出典:厚生労働省「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」
(平成30年5月21日)を基に作成。

ウ 介護職（常勤労働者）の平均賃金

産業別にみると、社会保険・社会福祉・介護事業は「勤続年数」及び「きまって支給する現金給与額」が産業計と比べて低い傾向にある。

職種別の「きまって支給する現金給与額」をみると、勤続年数に違いがあり単純な比較はできないが、ホームヘルパー及び福祉施設介護員は他の職種と比べて低く、なかでも男性に比べて女性の方がより低くなっている。

		男女計			男性			女性		
		年齢	勤続年数	きまって支給する現金給与額	年齢	勤続年数	きまって支給する現金給与額	年齢	勤続年数	きまって支給する現金給与額
		(歳)	(年)	(千円)	(歳)	(年)	(千円)	(歳)	(年)	(千円)
産業別	産業計	42.5	12.1	333.8	43.3	13.5	371.3	41.1	9.4	263.6
	医療業	40.5	9.1	349.3	40.3	9.2	461.3	40.5	9.0	307.4
	保険衛生業	44.7	11.6	331.1	48.6	14.2	432.6	43.0	10.5	283.8
	社会保険・社会福祉・介護事業	42.3	7.6	249.8	40.7	7.6	276.7	42.9	7.6	238.5
職種別	医師	42.1	5.3	952.0	43.4	5.6	1015.8	39.2	4.8	800.2
	看護師	39.3	7.9	331.9	36.0	6.9	339.4	39.6	8.0	331.1
	准看護師	49.0	11.6	283.3	42.2	11.8	305.2	49.7	11.6	281.0
	理学療法士、作業療法士	32.7	5.7	284.1	32.7	5.6	289.7	32.7	5.8	278.0
	保育士(保母・保父)	35.8	7.7	229.9	32.4	6.4	254.1	36.1	7.8	228.2
	介護支援専門員(ケアマネジャー)	48.0	8.7	265.3	42.8	8.9	294.2	49.6	8.6	256.5
	ホームヘルパー	46.9	6.6	236.5	40.5	4.9	261.1	48.7	7.1	229.4
	福祉施設介護員	40.8	6.4	233.6	38.0	6.1	248.8	42.4	6.6	225.3

(注1) 常用労働者とは、厚生労働省「賃金構造基本統計調査」の一般労働者（短時間労働者以外の労働者）をいう。また、短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。

(注2) 福祉施設介護員とは、児童福祉施設、身体障害者福祉施設、老人福祉施設その他の福祉施設において、介護の仕事に従事する者をいう。

(注3) きまって支給する現金給与額（平均賃金）とは、労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額（月額）をいう。基本給のほか、家族手当、超過労働手当を含むが、賞与は含まない。なお、手取り額ではなく、所得税、社会保険料などを控除する前の額である。

出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」（平成30年2月28日）を基に作成。

これを都道府県別にみると、以下のとおりとなる。きまって支給する現金給与額の全国平均より給与額が高い都道府県に色付けを行っている。3職種の全てが全国平均を上回っているのは、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、愛知県、大阪府、兵庫県の7都府県であった。

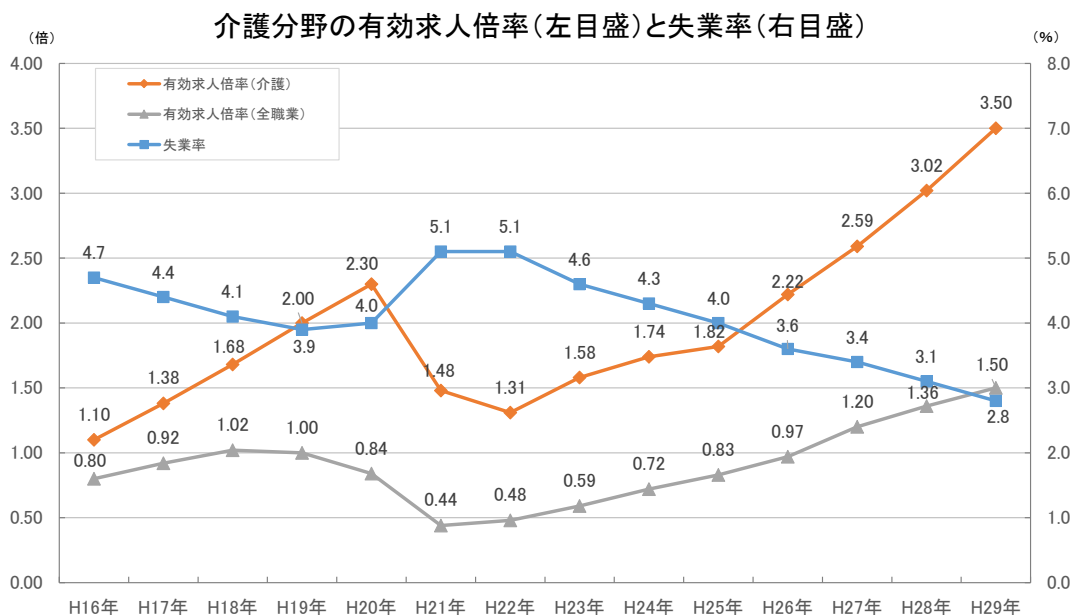
都道府県	介護支援専門員(ケアマネジャー)			ホームヘルパー			福祉施設介護員		
	年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する 現金給与額 (千円)	年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する 現金給与額 (千円)	年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する 現金給与額 (千円)
全国	48.0	8.7	265.3	46.9	6.6	236.5	40.8	6.4	233.6
北海道	46.0	5.4	239.0	48.4	6.8	216.5	41.3	6.9	221.1
青森県	47.4	11.7	235.9	50.1	10.1	221.5	41.5	8.6	191.2
岩手県	50.7	8.1	231.8	49.1	6.7	194.0	40.6	5.4	193.9
宮城県	43.2	6.6	265.1	41.4	8.7	242.7	39.9	5.6	226.9
秋田県	48.3	10.5	240.0	50.0	11.5	199.3	42.3	7.7	210.9
山形県	42.1	7.1	227.8	55.0	7.6	208.4	41.3	7.9	204.8
福島県	47.3	10.6	276.1	45.7	7.3	235.1	39.8	7.4	218.8
茨城県	47.0	10.7	270.3	47.3	7.9	259.2	39.9	6.9	229.8
栃木県	52.0	10.7	278.7	47.9	9.8	252.0	42.2	7.5	240.5
群馬県	54.4	7.6	258.7	57.0	11.6	223.7	39.0	5.1	231.8
埼玉県	46.2	9.3	280.1	44.8	6.9	263.3	41.3	6.5	249.1
千葉県	47.6	8.0	301.0	46.0	6.7	246.7	39.7	5.7	261.4
東京都	47.5	9.8	303.8	45.4	5.2	277.7	40.4	5.7	273.3
神奈川県	46.7	7.4	299.1	46.9	6.2	224.8	40.5	5.1	262.3
新潟県	49.4	7.9	250.6	41.1	4.6	195.3	38.7	5.8	212.8
富山県	53.1	11.3	278.6	50.9	10.1	237.7	41.7	8.4	233.5
石川県	45.3	10.3	260.7	44.9	7.0	224.1	45.0	5.5	220.7
福井県	47.8	9.8	269.9	50.6	12.2	172.2	40.3	8.5	237.7
山梨県	50.9	6.4	237.6	42.4	14.4	310.4	41.0	4.8	222.4
長野県	47.8	9.4	260.4	42.6	6.7	247.8	39.6	5.8	235.8
岐阜県	50.5	8.2	254.2	49.8	5.8	207.1	42.9	6.2	243.2
静岡県	51.1	9.0	293.6	41.2	6.6	253.5	42.5	6.0	233.5
愛知県	49.7	9.0	313.8	42.8	4.2	273.0	40.8	7.1	263.3
三重県	46.5	6.1	256.7	48.2	7.3	210.6	39.9	5.8	243.3
滋賀県	49.5	8.3	277.4	43.0	3.7	232.4	41.3	5.7	236.4
京都府	45.7	7.2	259.6	48.8	8.9	239.1	40.5	7.3	239.7
大阪府	50.4	7.5	272.7	46.8	5.0	271.2	40.3	5.5	251.2
兵庫県	47.9	8.5	266.3	46.7	5.4	247.0	40.5	6.2	239.9
奈良県	51.7	8.5	280.3	44.7	5.7	226.0	40.5	5.5	233.2
和歌山県	53.1	8.2	263.4	49.6	8.3	236.1	41.2	8.4	239.7
鳥取県	37.0	9.7	245.8	42.8	5.0	182.8	37.9	7.8	220.8
島根県	44.1	12.4	269.4	51.0	6.3	185.8	45.4	6.8	215.9
岡山県	46.7	10.5	253.0	53.8	7.0	210.8	40.9	7.0	225.7
広島県	50.7	13.3	249.5	47.7	6.9	215.4	41.1	6.9	224.3
山口県	47.5	6.0	248.3	42.8	3.1	249.9	42.7	6.9	225.9
徳島県	53.3	11.0	263.8	40.9	8.8	226.2	39.8	7.0	222.3
香川県	52.9	13.3	259.8	51.4	8.9	203.8	40.2	5.5	256.3
愛媛県	45.7	9.2	270.4	53.5	9.5	185.8	42.3	5.9	216.9
高知県	48.2	6.2	232.8	49.5	5.8	192.9	42.9	7.6	205.8
福岡県	50.8	4.8	243.9	50.1	7.6	221.4	40.4	6.2	218.6
佐賀県	44.3	13.6	232.2	46.0	7.3	220.0	39.2	6.5	207.1
長崎県	49.2	8.7	230.0	42.7	7.0	209.2	41.0	7.8	217.7
熊本県	49.2	12.3	253.4	41.8	5.0	208.3	41.0	8.4	210.6
大分県	43.8	6.8	263.0	46.7	6.4	235.4	41.3	7.4	210.0
宮崎県	44.4	7.8	227.1	54.6	12.9	212.2	40.4	6.3	203.4
鹿児島県	47.0	7.6	257.0	47.4	6.7	202.1	43.9	6.1	205.6
沖縄県	47.2	9.2	237.5	32.5	5.9	282.3	42.3	4.8	188.4

出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」（平成30年2月28日）を基に作成。

エ 都道府県別・主要都市別の有効求人倍率

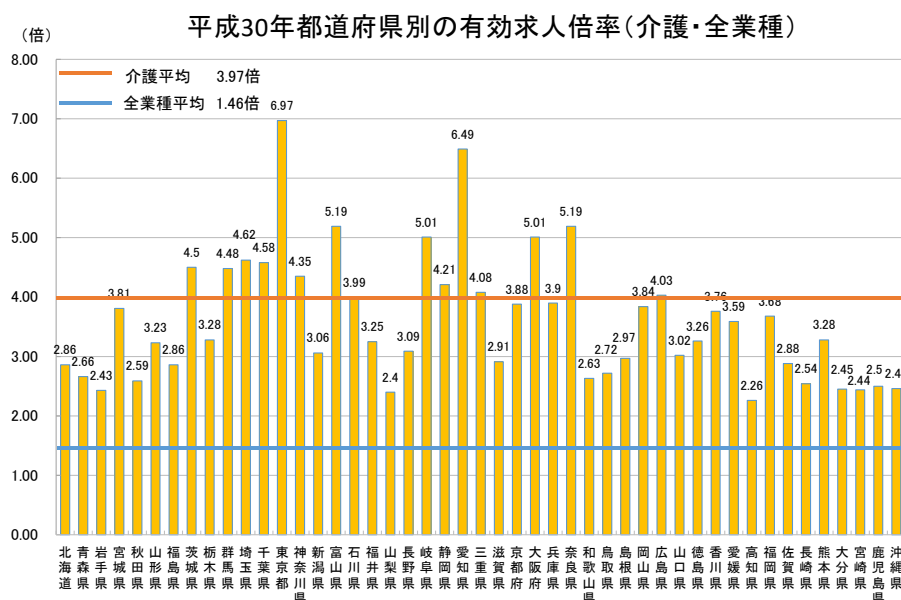
介護分野の有効求人倍率は、平成 16 年から平成 29 年の全期間において全職業より高い水準で推移している。特に平成 22 年以降は急速な上昇傾向となり、深刻な介護人材不足が顕著となっている。

都道府県別にみると、最も高い東京都が 6.97 倍、次いで愛知県が 6.49 倍となり、最も低い高知県の 2.26 倍と比較すると格段に高くなっている。



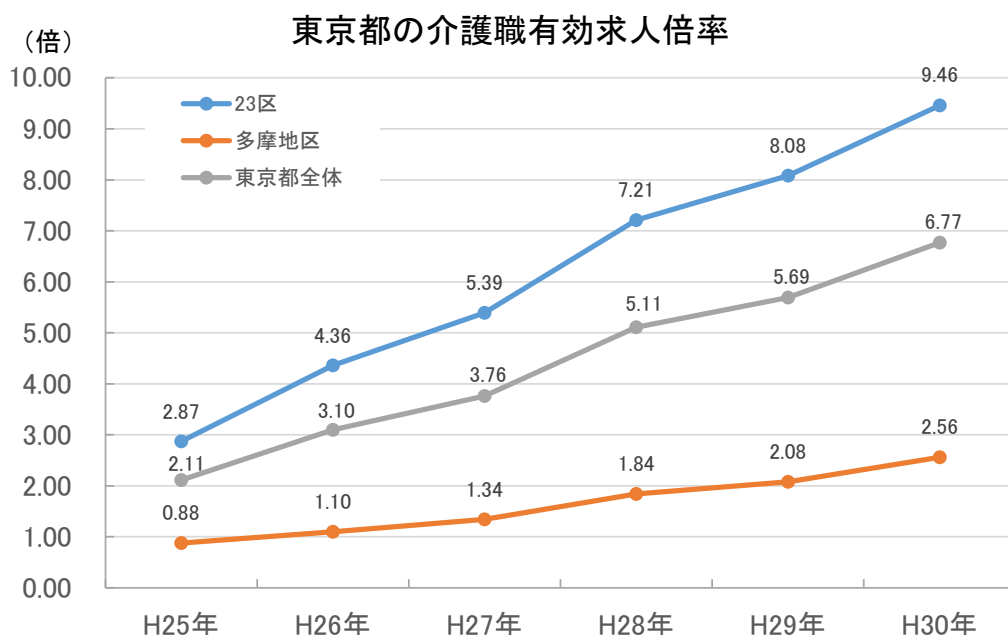
注)平成22年度の失業率は東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県において調査の実施が困難な状況となり、当該3県を除く結果となっている。

出典：厚生労働省「福祉・介護人材の確保に向けた取組について」（平成 30 年 9 月 6 日）を基に作成。



出典：社会保障審議会介護給付費分科会「介護人材の処遇改善について」（平成 30 年 11 月 22 日）を基に作成。

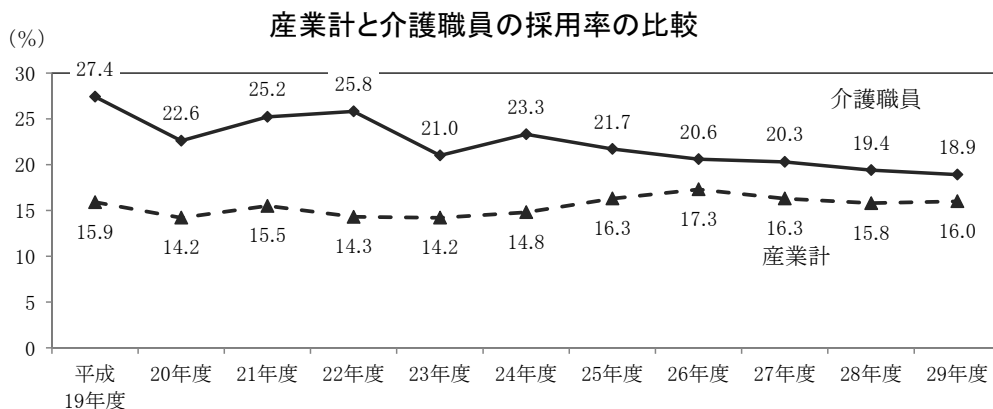
最も有効求人倍率が高い東京都についてみると、東京都全体では平成 25 年以降、急速な上昇を続けており、平成 30 年には 6.77 倍となっている。また 23 区と多摩地区に分けてみると、平成 25 年時点において、それぞれ 2.87 倍、0.88 倍となっていたところ、平成 30 年には 9.46 倍、2.56 倍とその差は大きくなっている。同じ東京都内といっても、地域により人材不足の深刻さには濃淡があることがわかる。



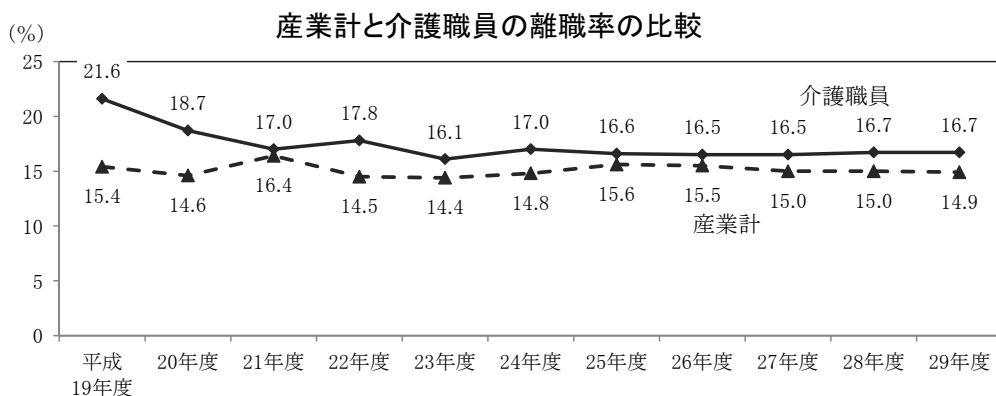
出典：東京ハローワークHP「職業別有効求人・求職状況」（平成 25 年 8 月～平成 29 年 8 月）を基に作成。

オ 離職率・採用率の比較

介護職員と産業計の採用率の比較をみると、介護職員の採用率は産業計の採用率と比べて常に高い。時系列にみると、産業計は平成 25 年度より横ばい傾向となっており、平成 29 年度は前年度に比べ 0.2 ポイント上昇している。介護職員は平成 24 年度から低下傾向が続いており、平成 29 年度は前年度と比べて 0.5 ポイント低下し、18.9%となっている。



また、介護職員と産業計の離職率の比較でも、介護職員の離職率は産業計の離職率を常に上回っているが、採用率の場合に比べてその差は小さい。時系列でみると、介護職員は平成 19 年度の 21.6%から低下傾向が続いていたが、平成 29 年度は 16.7%となり、前年度と比べて変化はなかった。産業計をみると、平成 19 年度から増減を繰り返しながらも横ばい傾向が続いている。



(注 1) 離職(採用)率 = 1 年間の離職(入職)者数 ÷ 労働者数

(注 2) 産業計の常勤労働者とは、雇用動向調査における一般労働者(「常用労働者(期間を定めず雇われている者等)」のうち、「パートタイム労働者」以外の労働者)をいう。

(注 3) 介護職員とは、「介護職員(施設等)」及び「訪問介護員」の 2 職種全体のことであり、介護職員(施設等)は訪問介護以外の指定事業所で働く者、訪問介護員は訪問介護事業所で働く者をいう。

出典：厚生労働省「雇用動向調査」(平成 30 年 2 月 22 日)、(公財)介護労働安定センター「介護労働実態調査」を基に作成。

カ 介護福祉士の資格取得方法

介護福祉士は介護福祉系資格の中で唯一の国家資格である。平成 28 年 4 月より実務経験ルートでの介護福祉士資格取得の要件に、従来の 3 年の実務経験と国家資格の合格に加えて、実務者研修の修了が課されることとなった。この背景としては、実務経験ルートにおいて「即戦力と期待できるものの、制度面・倫理面について十分な教育機会が欠けている」との議論があり、創設された。

こうした改正等を通じ、介護福祉士の社会的な評価を高め、処遇改善につなげることも企図されている。参考となる累計資格登録者数は、実務経験ルートでは、約 121.7 万人、養成施設ルートでは約 34.2 万人となっている。

■ 介護福祉士の養成ルート一覧

	実務経験ルート	養成施設ルート	福祉系高校ルート
	3年以上の介護等の業務に関する実務経験及び都道府県知事が指定する実務者研修等における必要な知識及び技能の修得を経た後に、国家試験に合格して資格を取得する方法	都道府県知事が指定する介護福祉養成施設等において必要な知識及び技能を習得して資格を取得する方法	文部科学大臣及び厚生労働大臣が指定する福祉系高校において必要な知識及び技能を習得した後に、国家試験に合格して資格を習得する方法 平成25年度までに特例高等学校等(通信課程含む)に入学した者を含む
教育プロセス (実務経験研修)	実務経験 3年以上 + 実務者研修 (6月以上／450時間) ※他研修修了による期間短縮・科目免除あり	履修期間 2年以上 (改定前 1,650時間) (+200時間=1,850時間)	履修期間 3年以上 (改定前 34単位 1,190時間) +19単位=53単位(1,855時間) ※時間数は、1単位を35時間として換算 (注) 特例高校は卒業後に実務経験9月以上が必要
国家試験	国家試験	国家試験	国家試験

【参考】

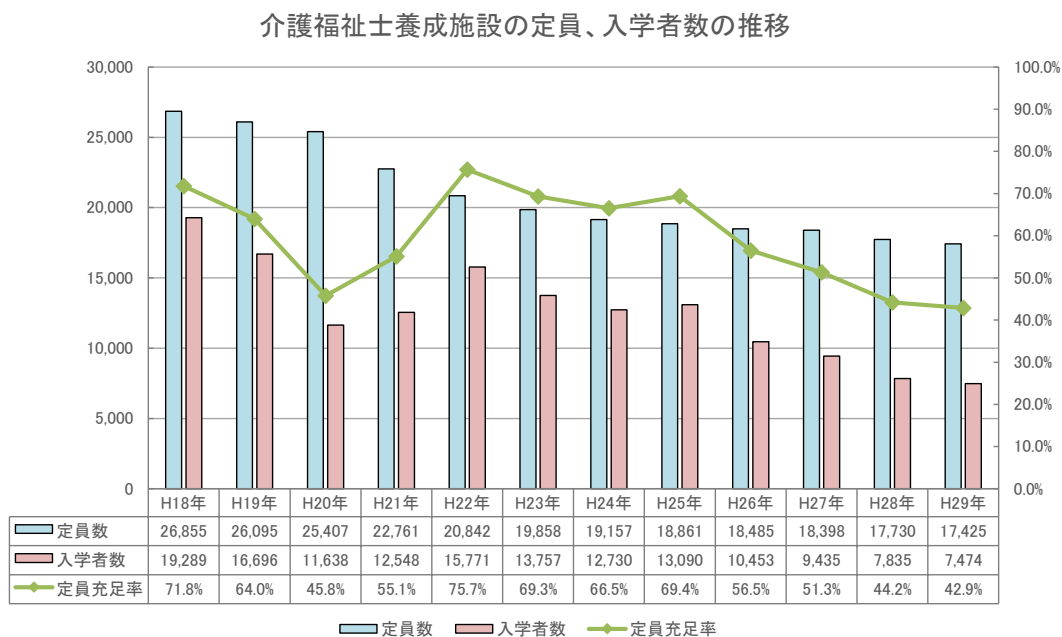
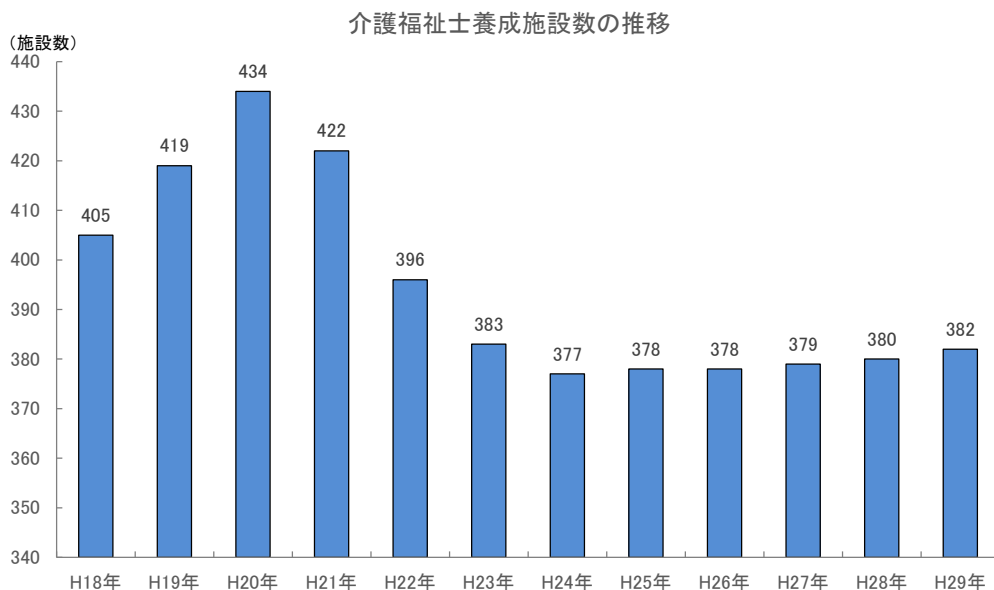
累計資格登録者数	約121.7万人	約34.2万人	内訳無し(実務者ルートに含む)
平成29年度試験合格者数	約5.7万人	約0.6万人	(約0.3万人)

注) 累計資格登録者数は平成30年3月末時点の登録者数を記載している。また、平成29年度試験合格者数の養成施設ルートの人数には、国家試験を受験せずに登録した者を含む。

出典：厚生労働省「福祉・介護人材の確保に向けた取組について」（平成 30 年 9 月 6 日）を基に作成。

キ 介護職養成施設の充足率

上記で記載の養成施設ルートにつき、介護福祉士の養成施設の状況についてみると、平成20年から平成23年まで減少し、平成24年以降は横ばい傾向となっている。また、少子化や介護福祉士を目指す学生の減少の影響により、定員数と入学者数はともに減少傾向にあるうえ、入学者数が定員数を下回る状態が続いており、平成28年以降は充足率が50%をきっている。



出典：厚生労働省「福祉人材確保基礎データ集」（平成26年8月27日）、「介護人材の処遇改善について」（平成30年11月22日）を基に作成。

(2) 人材確保対策

ア 中高年者の新規参入促進対策

多くの中高年者（50歳～64歳）が、高齢者向けの社会参加活動（ボランティア）を行っており、中高年齢者の介護分野への関心が高い。そのため、厚生労働省は福祉人材センター、シルバー人材センター、ボランティアセンターの連携のもと、将来的に介護分野での就労を視野に入れている中高年齢者の掘り起こしを行い、以下の取組みを通じた介護分野への新規参入促進を図ろうとしている。

- ① 介護職として従事する際に必要となる基礎的な知識・技術を学ぶための入門的な研修や職場体験の実施
- ② 中高年齢者を労働者として受け入れる際の介護事業者に求められている環境整備（業務フローの改善、人事労務管理制度の再考など）の支援

福祉人材センター	・ 就労意向のある中高年齢者などに対する入門的研修や職場体験のあっせんやマッチング支援 ・ 地域の介護事業者に対する中高年齢者の受入環境の整備のための相談援助・研修等 ・ （将来的に新システムが更改された際の）中高年齢者の研修受講歴の管理
シルバー人材センター	・ 会員の就労意向を確認し福祉人材センターにつなげる
ボランティアセンター	・ 高齢者向け社会参加活動を行う中高年齢者などの就労意向を確認し福祉人材センターにつなげる

イ 外国人人材の活用

介護に従事する外国人の受け入れは、EPA（経済連携協定）（インドネシア・フィリピン・ベトナム）の利用、外国人留学生として在留資格「介護」の取得、介護職種の技能実習実施の3つの制度の下行われている。

このうち、在留資格として「介護」は、平成29年9月に新たに創設された。新設の背景としては、高齢化に伴い、質の高い介護に対する需要が増えていることや介護福祉士養成施設の留学生の活躍を期待したためである。

EPA（経済連携協定） （インドネシア・フィリピン・ベトナム）	・ 候補者の受け入れは、看護・介護分野の労働力不足への対応ではない ・ 二国間の経済活動の連携の強化の観点から、経済連携協定（EPA）に基づき、公的な枠組で特例的に行うもの ・ EPAに基づく介護福祉士候補者の累計受入れ人数は平成29年度で3,500人超
在留資格「介護」	・ 外国人留学生が介護養成施設で介護福祉士の資格取得を行い、日本国内での介護業務に従事することが可能 ・ 日本での日常生活面における支援や在学中や養成施設卒業後の継続的なフォロー体制の整備が課題
介護職種の技能実習	・ 国際貢献のため、開発途上国等の外国人を日本で一定期間（最長5年間）に限り受け入れ、OJTを通じて技能を移転する制度 ・ 技能実習生は平成29年6月末時点で全国に約25万人在留

ウ 働きやすい環境の整備

生産性向上等による負担軽減、雇用管理の改善・採用の支援を通じ、職員の離職防止・定着促進を推進している。

- ① 介護ロボットの活用推進の加速化
- ② ICTの活用推進の加速化
- ③ 施設開設時の人材募集・研修の支援の充実
- ④ 人材育成に積極的な事業所の横展開を図るため、事業所の認証制度の創設を検討

エ 介護に関する教育など介護の魅力の普及啓発

教育その他日常生活のあらゆる場において介護の魅力・楽しさを発信し、介護分野への若者の新規参入を促す。

- ① 新中学校学習指導要領技術・家庭科において「介護」に関する内容の充実が図られたことを踏まえ、中学校を含む現場の教員向け研修の実施を支援
- ② 養成施設の学生が、地域の介護施設等と連携して中学・高校で出前講座を実施し、生徒、教師、保護者の介護に対するイメージを刷新

【参考文献】

- ・ 厚生労働省「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」（平成30年5月21日）
- ・ 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」（平成30年2月28日）
- ・ 厚生労働省「福祉・介護人材の確保に向けた取組について」（平成30年9月6日）
- ・ 社会保障審議会介護給付費分科会「介護人材の処遇改善について」（平成30年11月22日）
- ・ 東京ハローワークHP「職業別有効求人・求職状況」（平成25年8月～平成29年8月）
- ・ 厚生労働省「雇用動向調査」（平成30年2月22日）、（公財）介護労働安定センター「介護労働実態調査」
- ・ 厚生労働省「福祉人材確保基礎データ集」（平成26年8月27日）

3 介護ロボット・AIの活用

(1) 介護の流れ

介護サービスを受けるまでの流れは以下のとおりである。

① 要介護認定の申請

- ・介護保険制度やサービスの利用について、市区町村の介護保険担当窓口、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に相談する。
- ・サービスの利用を希望する場合は、市区町村の介護保険担当窓口介護保険被保険者証を添えて「要介護（要支援）認定」を申請する。
- ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設などに申請の代行を依頼することも可能。



② 認定調査・主治医意見書

- ・市区町村の認定調査員が訪問し、全国共通の認定調査票に基づいて、申請者の心身状態などの聞き取り調査を行う。
- ・かかりつけ医に申請者の疾病の状態、特別な医療、認知症や障害の状況について意見を求める。



③ 審査判定

- ・要介護1～5、要支援1～2の7つの区分に認定され、いずれかの区分に認定された人が、介護保険のサービスを利用することが可能。（非該当（自立）と認定される場合もある。）
- ・原則として、申請から約30日で結果が通知される。
- ・新規の要介護（要支援）認定の有効期間は、原則として6か月間。
有効期間内に利用したサービスの利用料が、保険料・税金の補助により、1割又は2割の自己負担となる。有効期間を超えて、継続してサービスを利用する場合、有効期間の終了前に更新申請が必要になる。更新された要介護（要支援）認定の有効期間は、原則として12カ月である。



④ 認定

- ・「自立、要支援1～2」と認定された場合、地域包括支援センターへ連絡する。
- ・「要介護1～5」と認定された場合、居宅介護支援事業所へ連絡する。



⑤ 介護（介護予防）サービス計画書（ケアプラン（注））の作成

- ・居宅介護事業所や地域包括支援センター（介護予防支援事業所）のケアマネジャーが申請者である利用者やその家族と相談しながら作成する。



⑥ 介護サービス利用の開始

- ・介護サービスの検討が終了したら、ケアマネジャーにサービスの利用開始の連絡を行い、サービス事業者と契約を行う。

(注) ケアプランとは、どのような介護サービスを、いつどれだけ利用するかを決める計画である。介護保険のサービスを利用するときは、まず介護や支援の必要性に応じてサービスを組み合わせたケアプランを作成する。

そのうえで、ケアプランに基づき、介護サービス事業所と契約を結び、サービスを利用する。

【要介護 1～5 と認定された方】

- ・ 在宅のサービスを利用する場合
→ 居宅介護支援事業者（介護支援専門員）が介護サービス計画（ケアプラン）を作成する。
- ・ 施設のサービスを利用する場合
→ 施設の介護支援専門員がケアプランを作成する。

【要支援 1～2 と認定された方】

ケアプランは、地域包括支援センターに作成を依頼する。

※ 地域包括支援センターは市町村が実施主体となっている。

(2) 介護サービスの種類

介護サービスは、以下の居宅型・通所型・入居型の3つに分類される。

(ア) 居宅型の介護サービス

自宅で利用する介護サービスとなり、転居を伴うことなく利用することが可能である。代表的な例として、訪問介護がある。

■ 訪問介護

- ・対象者
要介護1以上の認定を受けた方
- ・サービスの内容
 - ① 入浴、排せつ、食事等の介護（身体介護）
 - ② 掃除、洗濯、調理等の家事（生活援助）
 - ③ 生活等に関する相談及び助言
 - ④ その他の日常生活上の世話

(イ) 通所型の介護サービス

自宅から通って利用する介護サービスで、日帰りで介護や生活機能訓練などを行う。代表的な例として、通所介護（デイサービス）がある。

■ 通所介護

- ・対象者
要介護1以上の認定を受けた方
- ・サービスの内容
 - ① 食事、入浴、排せつの介護
 - ② 健康管理
 - ③ 日常生活動作訓練
 - ④ レクリエーション

(ウ) 入居型の介護サービス

生活の場所と介護サービスを提供する介護サービスで、対象者や受けるサービスに応じて施設が分かれている。代表的な例として、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）がある。

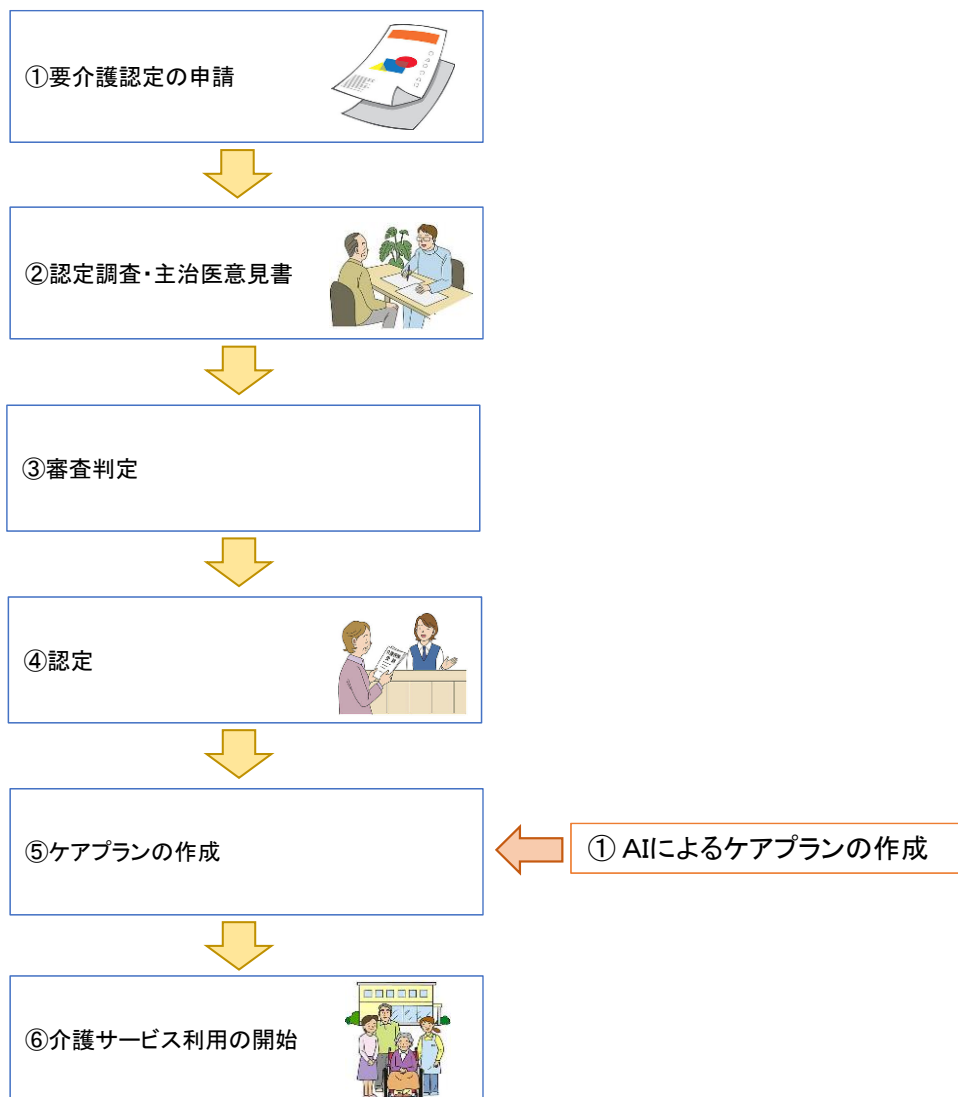
■ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

- ・対象者
常時介護が必要で在宅生活が困難な方（要介護3以上の認定を受けた方。要介護1、2の方でも特例的に入所が認められる場合がある。）
- ・サービスの内容
 - ① 食事、入浴、排せつなどの日常生活上の介護
 - ② リハビリテーションなどの機能訓練
 - ③ バイタルチェックなどの日常の健康管理
 - ④ 相談援助、レクリエーション

(3) 介護ロボット・A I の具体的な活用場面

ア 介護サービスを受けるまでの場面

要介護認定の申請から介護サービスの利用の開始に至るまでの場面においては、介護（介護予防）サービス計画書、すなわちケアプランの作成をA I が担うべく、実用の段階を迎えている。既に 2017 年から愛知県豊橋市と㈱シーディーアイと共同でA I を活用したケアプラン作成支援の実証プロジェクトが行われ、2018 年 10 月に商標販売が開始された。



イ 居宅型の介護サービスを受ける場面

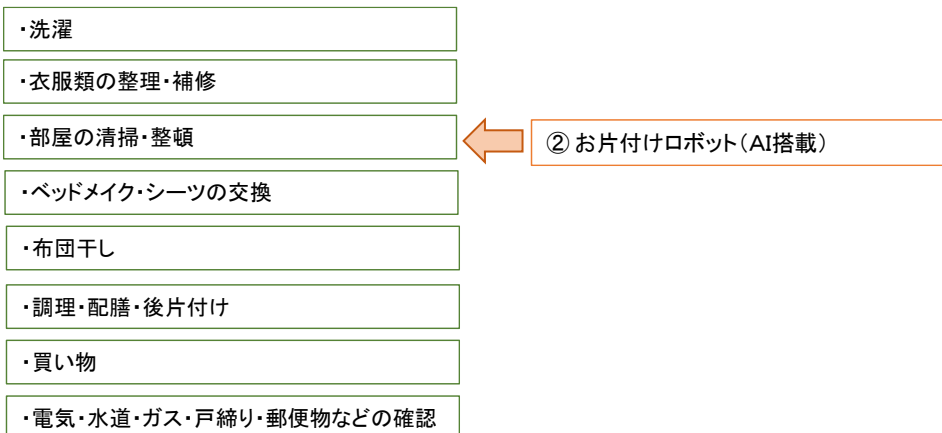
居宅型の介護サービスは、生活援助と身体介護の場面に分かれている。

生活援助においては、「部屋の清掃・整頓」が、②お片付けロボット（A I 搭載）の実用間近である。

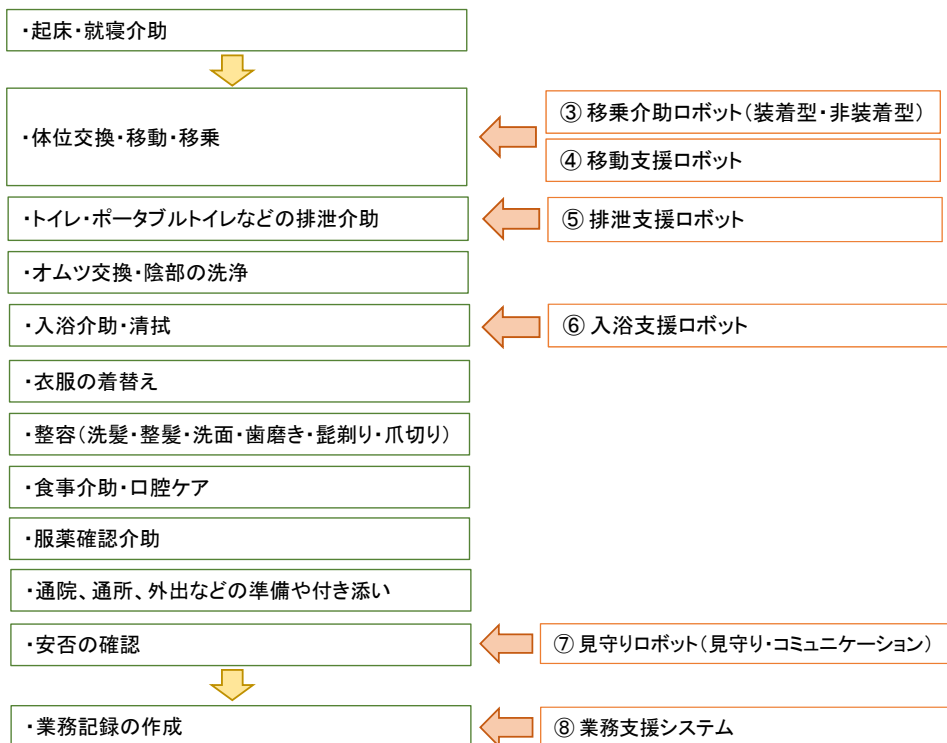
身体介護においては、③移乗介助ロボット（装着型・非装着型）、④移動支援ロボット、⑤排泄支援ロボット、⑥入浴支援ロボット、⑦見守りロボット（見守り・コミュニケーション）、⑧業務支援システムが実用段階となっている。

（具体的な介護ロボットの内容は、「（４）主な介護ロボット・A I の活用状況」参照）

■ 生活援助



■ 身体介護



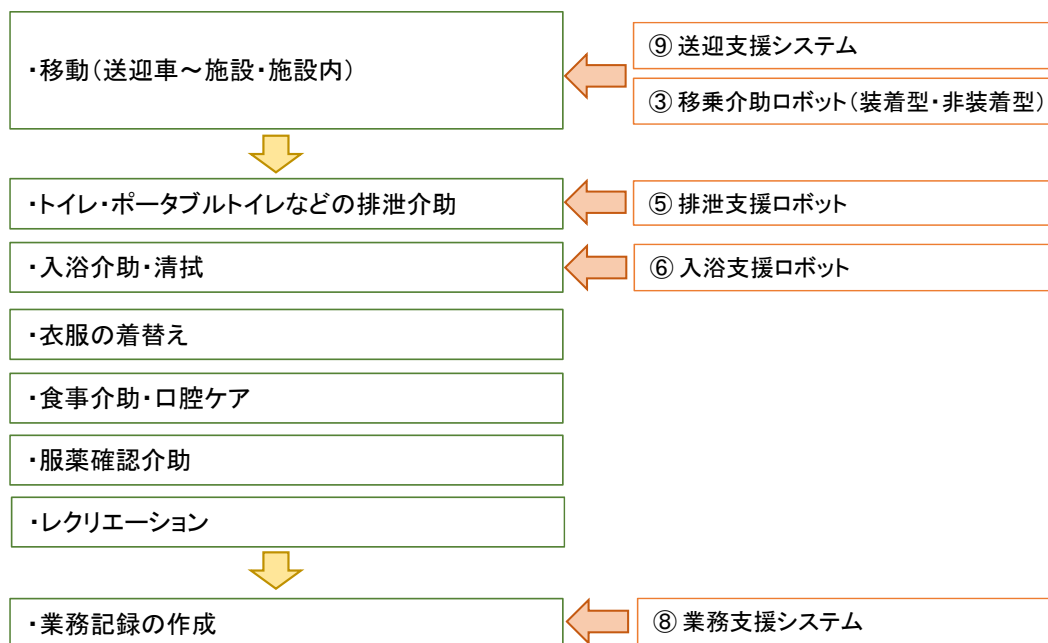
ウ 通所型の介護サービスを受ける場面

通所型の介護サービスでは、「移動（送迎車～施設・施設内）」を⑨送迎支援システム、③移乗介助ロボット（装着型・非装着型）での支援が実用可能となっている。送迎支援システムは、送迎計画の自動作成などが業務負担軽減につながることが期待されている。

「トイレ・ポータブルトイレなどの排泄介助」では、⑤排泄支援ロボットの活用が可能であり、排尿のタイミングを知らせてくれるものとなっている。

「入浴介助・清拭」では、⑥入浴支援ロボットが実用化され、被介護者は座ったまま、寝たままの形で入浴が可能となっている。

（具体的な介護ロボットの内容は、「（４）主な介護ロボット・ＡＩの活用状況」参照）

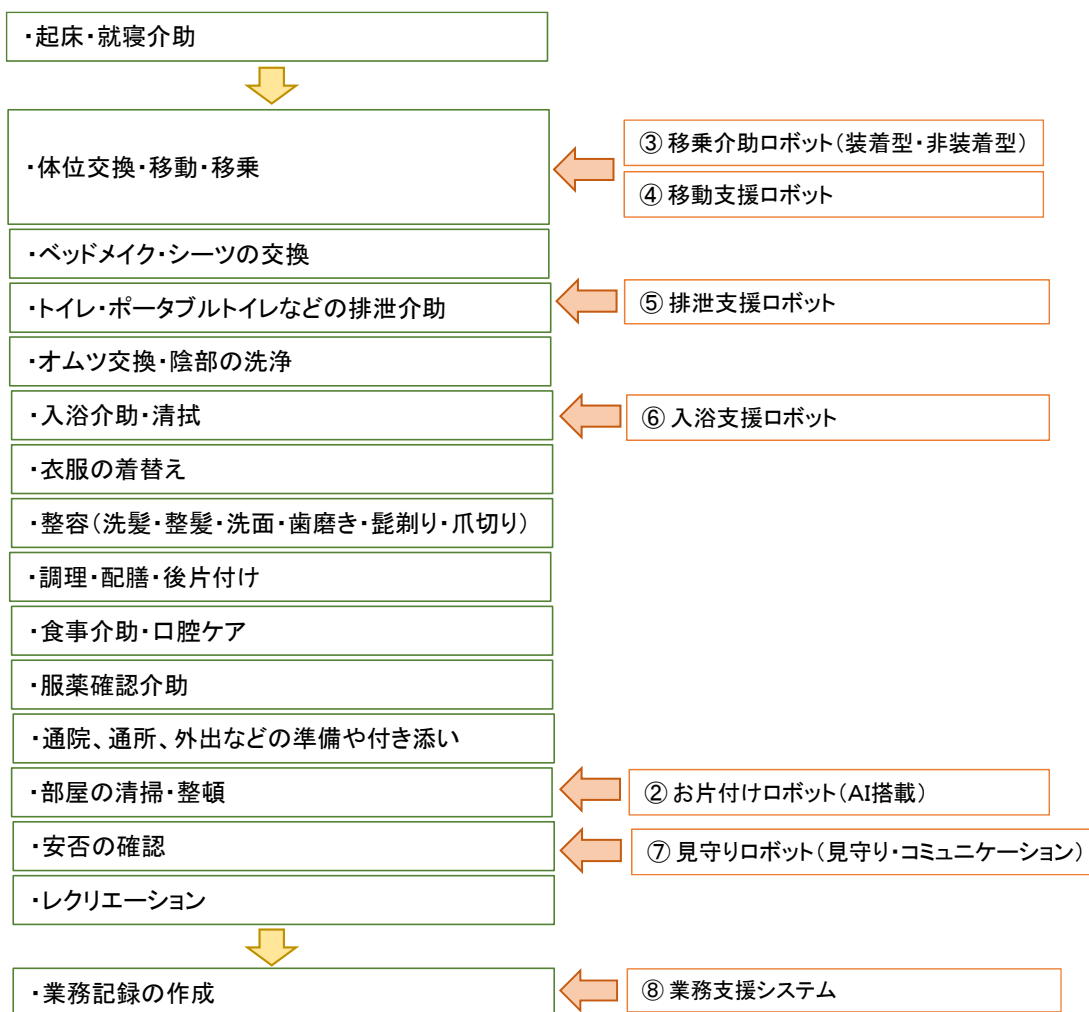


エ 入居型の介護サービスを受ける場面

入居型の介護サービスは、施設内での生活援助と身体介護の両方が提供され、②お片付けロボット（A I 搭載）、③移乗介助ロボット（装着型・非装着型）、④移動支援ロボット、⑤排泄支援ロボット、⑥入浴支援ロボット、⑦見守りロボット（見守り・コミュニケーション）、⑧業務支援システムなど、介護ロボット・A I の活用場面は多い。

入居型の介護サービス施設では、夜間の巡回などの業務削減が期待される見守りロボットの導入や介護記録などの業務負担削減が可能な業務支援システムなどへの期待が高い。

（具体的な介護ロボットの内容は、「（４）主な介護ロボット・A I の活用状況」参照）



(4) 主な介護ロボット・AIの活用状況

前述した(3)の介護サービス場面ごとの活用状況をまとめると、以下のとおりである。

場面	各場面における活用状況
① AIによるケアプランの作成	ケアマネージャーにより作成されてきたケアプランのデータを学習し、学習した膨大なデータからケアプランを自動作成するAIが登場している。PCやタブレット等から利用可能なクラウド型のサービスとなっており、介護サービス利用者の状態を入力すると、おすすめのケアプランが作成されるしくみとなっている。また、将来の容態予測が提示されるものもある。
② お片付けロボット (AI搭載)	物をつかむ、物を置く、動作計画を立てる、人の指示に対応するなど、物体認識・ロボット制御・音声言語理解技術に最先端の深層学習を用いたロボットが開発されている。実際にロボットが、乱雑に置かれた洋服、おもちゃ、文房具など、家庭にある様々な物体を認識してつかみ、所定の場所に片付けることや、人が口頭やジェスチャーで片付け指示を出すことでロボット操作ができる。
③ 移乗介助ロボット (装着型)	装着型の移乗介助ロボットには、空気圧式の人工筋肉を使用するものや脳から筋肉へ送られる信号を利用するものなどが製品化されている。移乗介助のような介助動作において腰部にかかる負荷を低減することで、腰痛を引き起こすリスクを減らすことができる。また、防水なものもあり、これまで負担の大きかった入浴介助の際も利用可能である。
③ 移乗介助ロボット (非装着型)	ベッドから車椅子、車椅子からお手洗い、といった座位間の移乗動作、移乗動作をサポートするロボットが登場している。他には、ベッドの一部が車いすとして分離して、離床を促進し、介護スタッフの負担を軽減する介護ロボットなどもある。ベッドと車いす間を抱き上げるように移乗させることのできるロボット介護機器が開発されており、非装着型の移乗介助ロボットは多様な形状や使い方のものが多く存在している。
④ 移動支援ロボット	電動アシストのロボットを搭載した歩行補助具(歩行車)などが製品化されており、坂道では自動的にパワーアシストやブレーキが作動し、歩行のアシストを可能としている。坂道で手を離れた際の自動停止機能や声でアシストしてくれる機能を搭載したものも登場している。
⑤ 排泄支援ロボット	膀胱の膨らみから排尿のタイミングを超音波で測り、膀胱計測データから排尿のお知らせなどをする排泄予測デバイスが登場している。恥骨の上端から20mmの位置に装着し、タブレットやスマートフォン、Webブラウザでデータ確認が可能となっている。
⑥ 入浴支援ロボット	搬送車に座ったまま入浴が可能な介護浴槽が製品化されている。前向きスタイルのまま、搬送車と浴槽のドッキングが可能であり、肩までしっかり入浴でき、つま先までのびのびと入浴ができる設計なものとなっている。他のシリーズには、専用ストレッチャーで寝たまま入浴できる浴槽もリリースしている。
⑦ 見守りロボット (見守り・コミュニケーション)	ベッドからの離床を「検知」「通知」「モニタリング」「声かけ」が可能なシステムが登場している。さらに、暗い中でも鮮明な画像を映すCMOSイメージセンサや対話可能な内蔵スピーカーが搭載されており、昼夜問わずに携帯電話からの声がけや会話が可能である。他の類似製品では、センサとロボットが連動し、被介護者の状態を検知し、ロボットからの声掛けが可能なものもある。ベッドに取り付けるタイプのものでは、マットレスの下に設置したセンサにより、体動(寝返り、呼吸、心拍など)を測定し、睡眠状態を把握するものも製品化されている。
⑧ 業務支援システム	スマホ1台で介護記録の入力、コール、見守りのすべての利用が可能になるシステムが商品化されている。スマホでレクリエーションの参加状況や食事等の生活状況の入力、確認ができる。また、センサーと連動しているため、睡眠の状況もスマホで確認できる。
⑨ 送迎支援システム	高精度なカーナビゲーションを利用した車両管理システムとAIにより、管理者からの送迎リストの送付や送迎データから送迎計画の自動作成が可能なものが登場している。他の機能としては安全運転サポートや運行データによる月報の作成などもある。

(5) 介護ロボット・AIに関する国の施策

平成24年に経済産業省と厚生労働省がロボット介護機器の開発重点分野を策定し、介護ロボットの開発と普及に向けた取組みを進めている。具体的には、経済産業省においては、民間企業と研究機関等を対象に高齢者や介護現場の具体的なニーズを踏まえた機器の開発支援を行い、厚生労働省においては、介護現場での機器の実証を行ってきた。

これまで介護ロボット開発の重点分野として行われてきたのは、「移乗介助（装着、非装着）」、「移動支援（屋外、屋内）」、「排泄支援」、「入浴支援」、「見守り・コミュニケーション（施設・在宅）」、「移動支援（屋内）」であるが、平成30年からは新たに「移動支援（装着移動）」、「排泄支援（排泄予測・排泄動作支援）」、「見守り・コミュニケーション（コミュニケーション）」、「介護業務支援」が追加された。

平成30年度の介護ロボット開発補助事業として採択されたものは10件あり、「見守り・コミュニケーション」の分野が最も多い。なお、介護現場はパソコン・タブレットなどの電子機器類の導入も他業界と比べると遅れており、業務支援ツールの開発・導入も急務となっている。

■ ロボット介護機器開発事業と対象重点分野

事業			重点分野	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32
ロボット介護機器開発・導入促進事業	基準策定・評価事業		A+B								
	開発補助事業										
ロボット介護機器開発・標準化事業	効果測定・評価事業		A								
	基準策定・標準化事業	海外事業展開支援、標準化促進	A+B+C								
		各種基準策定	C								
	開発補助事業		C								

重点分野A	移乗介助（装着、非装着）	移動支援（屋外）	排泄支援	入浴支援	
重点分野B	見守り・コミュニケーション（施設・在宅）		移動支援（屋内）		
重点分野C	移動支援（装着移動）	排泄支援（排泄予測）	排泄支援（排泄動作支援）	見守り・コミュニケーション（コミュニケーション）	介護業務支援

■ 平成30年介護ロボット開発補助事業採択課題

重点分野	研究開発課題名	代表機関
移動支援（装着移動）	高齢者の歩行機能の維持・向上のための衣服型HALの研究開発	CYBERDYNE(株)
	歩行支援用パワードウェアの試作開発	㈱ATOON
排泄支援（排泄予測）	QOLを改善し介護負担を軽減する排尿支援機器に関する研究開発	㈱リリアム大塚
見守り・コミュニケーション（コミュニケーション）	独居高齢者のフレイル重症化予防を実現するコミュニケーションロボットシステム開発	日本電気(株)
	コミュニケーションロボットによる個々の高齢者の生活機能維持・改善の支援を目的とした促し機能の開発と評価	富士ソフト(株)
	高齢者等のバイタル情報や環境情報を取得し、会話機能により活動意欲を高め、ADLの維持向上を実現する見守り・コミュニケーションロボットの研究開発	CYBERDYNE(株)
	高齢者等を対象としたコミュニケーションロボットの対話機能に関する研究開発	ヴイストン(株)
介護業務支援（業務支援）	スマート介護プラットフォーム（Smart Care Operating Platform ～SCOP～）の開発	社会福祉法人善光会
	センサー・コミュニケーションロボットで収集・蓄積した在宅高齢者の24時間の生活エビデンス活用による、見守りと自立化支援の介護業務支援プラットフォームの開発	㈱グッドツリー
	介護記録・センサー/ロボットのパッケージ化による介護業務支援システムに関する研究開発	パナソニック(株)

出典：国立研究開発法人日本医療研究開発機構「ロボット介護機器の開発・導入促進について」（平成30年9月6日）を基に作成。

平成 30 年 3 月の介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業実施報告書によると、前述した介護ロボット・A I の一覧のうち、「HAL 介護支援用（腰タイプ）」、「腰補助用マッスルスーツ・スタンドアローンモデル」、「移乗サポートロボット Hug」、「離床アシストロボットリショネ Plus」、「ロボヘルパー SASUKE」、「シルエット見守りセンサ」、「眠り SCAN」が実際に施設に導入され、その効果を実証している。

厚生労働省は今後、実証の評価等を基に、全国の施設に導入可能となるような環境整備を行っていく予定である。

■ 介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業

法人名	施設名	所在地
HAL 介護支援用（腰タイプ）		
（福）シルヴァーウィング	新とみ	東京都
（福）身延山福祉会	地域密着型特別養護老人ホームみのりの里いいとみ	山梨県
腰補助用マッスルスーツ・スタンドアローンモデル		
（福）正和会	大潟村特別養護老人ホームひだまり苑	秋田県
（福）泰清会	地域密着型特別養護老人ホームサンライズマリン瀬戸	広島県
移乗サポートロボット Hug		
（福）善光会	特別養護老人ホームフローズ東糺谷	東京都
（福）愛知県厚生事業団	愛厚ホーム瀬戸苑	愛知県
離床アシストロボットリショネ Plus		
（福）三篠会	特別養護老人ホーム南さいわい	神奈川県
（福）清恵会	特別養護老人ホームおりーぶえん	広島県
ロボヘルパー SASUKE		
（福）慶生会	特別養護老人ホーム端光苑	大阪府
（福）大阪府社会福祉事業団	特別養護老人ホーム四条畷荘	大阪府
シルエット見守りセンサ		
（福）やよい福祉会	特別養護老人ホームコアトレース厨川	岩手県
（福）康和会	特別養護老人ホームオレンジガーデン	千葉県
（福）こうほうえん	うきま幸朋苑	東京都
（福）隆生福祉会	特別養護老人ホームゆめあまみ	大阪府
（福）健祥会	特別養護老人ホーム健祥会モルダウ	徳島県
（福）若狭町社会福祉協議会	若狭町地域福祉推進拠点施設五湖の郷	福井県
眠り SCAN		
（福）慶千会	地域密着型特別養護老人ホームぶどう畑	山梨県
（福）みゆき福祉会	特別養護老人ホームみずほの里	山形県

出典：厚生労働省「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業実施報告書」（平成 30 年 3 月）を基に加工。

【参考文献】

- ・ 国立研究開発法人日本医療研究開発機構「ロボット介護機器の開発・導入促進について」（平成 30 年 9 月 6 日）
- ・ 厚生労働省「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業実施報告書」（平成 30 年 3 月）

4 がんゲノム医療

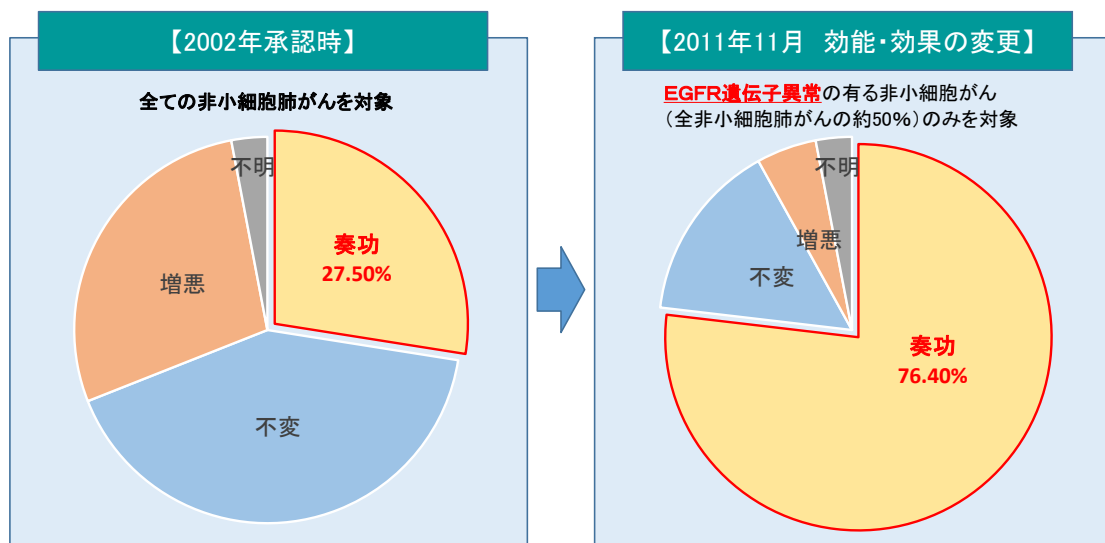
(1) がんゲノム医療とは

遺伝子解析技術の進歩により、がんの原因となる多くの遺伝子変異が発見されている。遺伝子変異を有する一部のがんには、特定の分子標的薬の治療効果が非常に高いことも分かってきている。そのため、原因となる遺伝子を特定して、より効果の高い治療薬を選択することで、がん患者一人一人にあった個別医療を行おうとするのが、がんゲノム医療である。

現在のがん治療においても、一部のゲノム変異については変異の有無を個別に検査し、その結果に応じた治療薬の使い分けは行われている。しかし、患者ごと、細胞ごとに多様な変異が認められるがんに対しては、このように個別に変異を検索するのは時間もかかり、効率的とは言えない。例えば、「乳がんにおける HER-2 遺伝子増幅」、「非小細胞肺がんにおける EGFR 変異、ALK 融合遺伝子」や「悪性黒色腫における BRAF 変異」に対しては、既に対応する分子標的薬による治療が保険診療で行われているが、これらの遺伝子変異を調べる検査は、1回の検査で1個の遺伝子変異を調べるものであり、コンパニオン診断と呼ばれる。

ゲノム情報により、治療成績が大幅に向上した例

医薬品であるイレッサ（一般名：ゲフィチニブ）は、当初、「全ての手術不能非小細胞肺がん」を対象に保険適応が承認された。しかし、その後、「EGFR遺伝子の異常が有る非小細胞がんのみ」に有効であることが証明され、効能効果が変更された。



出典：厚生労働省「がんゲノム医療推進に向けた取組」（平成 30 年 8 月 1 日）を基に作成。

【参考】がん分野以外のゲノム医療の例

応用の手法		遺伝子の例	内容	主な効果
疾患の診断		単一遺伝子	一部の希少疾患、難病(筋ジストロフィーなど)	適切な治療の実施
		外来遺伝子	デング熱ウィルスの遺伝子(PCR法)	適切な治療の実施
疾患の治療	治療薬の使い分け	薬剤関連遺伝子	抗てんかん薬(カルバマゼピン) ・てんかんの患者の中には、抗てんかん薬に副作用が出現しやすい遺伝子を持った患者がおり、事前に遺伝子検査を実施し、該当する遺伝子を持っている患者には投与しない。	・副作用の削減 ・医療費の削減
	遺伝子治療	単一遺伝子	ADA欠損症に対するADA遺伝子の導入療法 ・今までは頻回の酸素補充療法を生涯に渡って実施 ⇒1回の遺伝子導入	・効果的な治療の実施
疾患の予防		複数の遺伝子	環境因子の寄与も大きいとされるが、特定の複数の遺伝子を持った者は、糖尿病や高血圧症などのいわゆる生活習慣病が発症する可能性が高いことから、早期の介入による発症予防を行う。	・発症予防による医療費の削減

出典：厚生労働省「ゲノム医療等をめぐる現状と課題」（平成 27 年 11 月 17 日）を基に作成。

そんな中、新しい遺伝子診断方法として、現在脚光を浴びているのが、一度に多数のがん関連遺伝子を調べることが可能な遺伝子パネル検査である。この遺伝子パネル検査では、がん組織、血液、正常組織などの検体を用いて、50～400 遺伝子以上の遺伝子数が解析できる。

しかしながら、日本国内の普及状況をみると、研究としてがん遺伝子パネル検査を行っている医療機関・研究機関は多いものの、臨床試験までを実施している医療機関は少ない。その理由の一つに費用負担の高さがあることから、厚生労働省は、がん遺伝子パネル検査の保険適応に向けて取組みを始めている。

がん患者における遺伝子パネル検査が保険適応となれば、多くの患者で実施が可能となる。

■ 遺伝子パネル検査に関する臨床試験の主な実施状況と開発状況

先進医療の実施状況

名称	申請医療機関	遺伝子数	患者負担額	試験の登録症例数	試験期間	実施状況
NCCオンコパネル	国立がんセンター中央病院	114	464,000円	205～350例	1年6ヶ月	2018年4月より実施中
東大オンコパネル	東京大学医学部付属病院	464(DNA) 463(RNA)	915,000円	200例	1年6ヶ月	2018年8月より実施の見込み
Oncomine Target Test	大阪大学医学部付属病院	46	245,000円	200例	1年6ヶ月	審査中

薬事承認申請の状況

名称	開発企業	遺伝子数	-	-	-	申請状況
NCCオンコパネル	国立がんセンター中央病院	324	-	-	-	2018年3月に製造販売承認申請

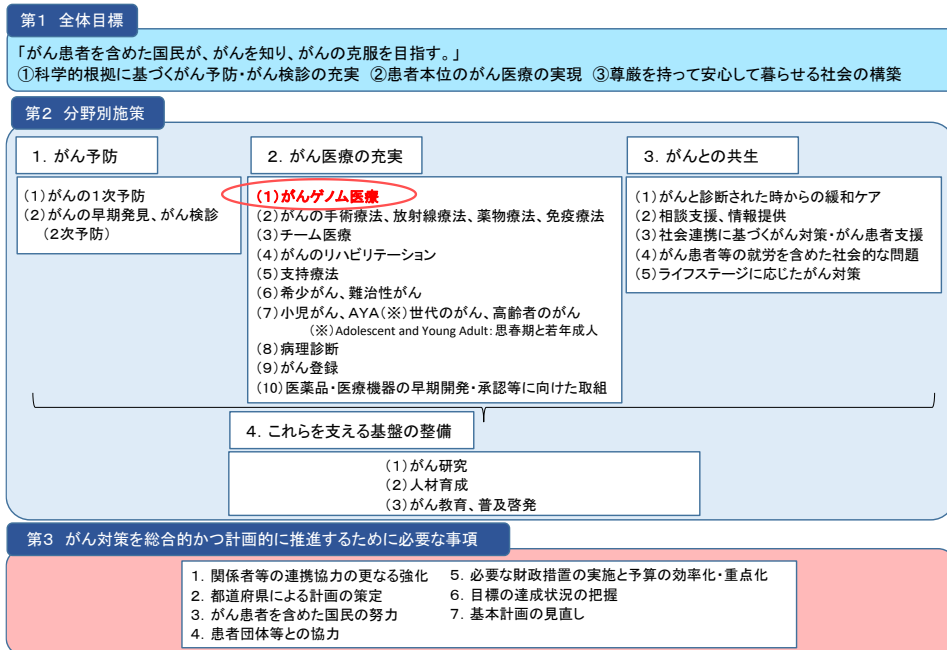
出典：厚生労働省「がんゲノム医療推進に向けた取組」（平成 30 年 8 月 1 日）を基に作成。

(2) がんゲノム医療の施策

ア 第3期がん対策推進基本計画における位置づけ

第3期がん対策推進基本計画において、がんゲノム治療は「がん医療の充実」のトップバッターに挙げられている。さらに、がんゲノム医療には6つの施策が掲げられ、遺伝子パネル検査等の保険適用などに向けて、医療提供体制、人材育成などが盛り込まれている。

第3期がん対策推進基本計画(平成30年3月9日閣議決定)(概要)



出典:厚生労働省「がんゲノム医療推進に向けた取組」(平成30年8月1日)を基に作成。

■ がんゲノム医療の施策

- ① がんゲノム医療提供体制の整備
 - ・がんゲノム医療中核拠点病院の整備
 - ・がん診療連携病院等を活用したがんゲノム医療提供体制の段階的な構築
- ② ゲノム情報等を集約・利活用する体制の整備
 - ・がんゲノム情報管理センターの整備
- ③ 薬事承認や保険適用の検討
 - ・遺伝子関連検査(遺伝子パネル検査等)の制度上の位置づけの検討
 - ・条件付き早期承認による医薬品の適応拡大等を含めた施策の推進
- ④ がんゲノム医療に必要な人材の育成の推進
 - ・遺伝カウンセリングに関わる人材等の育成・配置
- ⑤ 研究の推進
 - ・ゲノム医療や免疫療法について、重点的に研究を推進
 - ・がんゲノム情報管理センターに集積された情報を分析し、戦略的に研究を推進
- ⑥ 患者・国民を含めたゲノム医療の関係者が運営に参画する体制の構築
 - ・がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議の設置

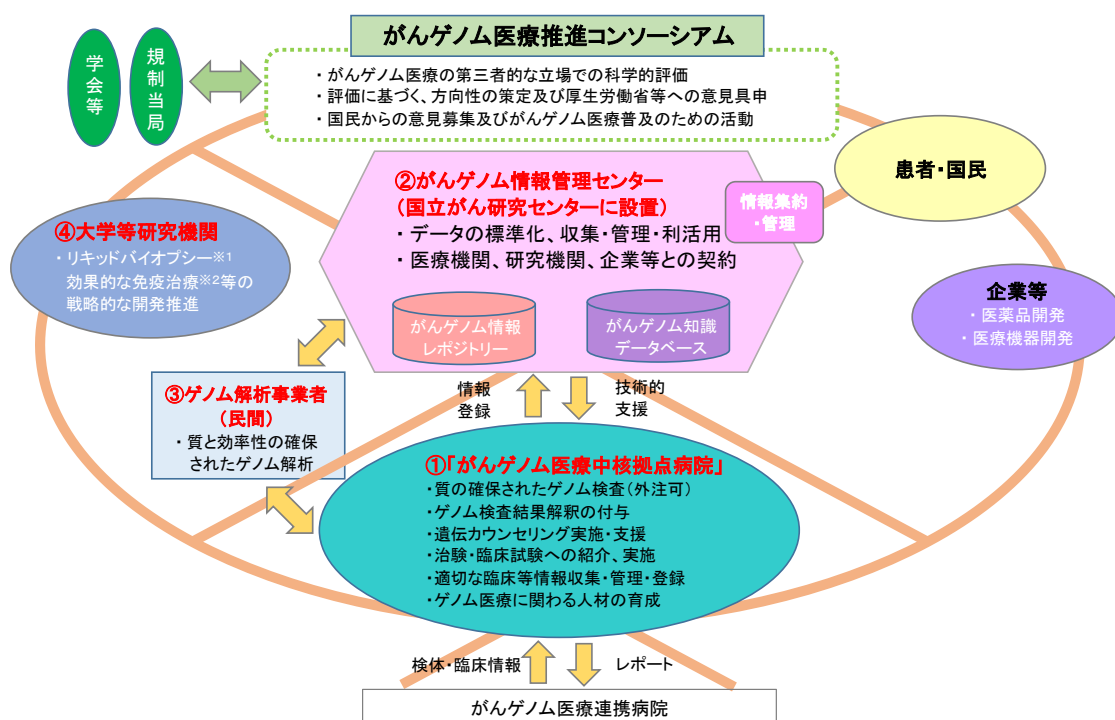
出典:厚生労働省「がんゲノム医療推進に向けた取組」(平成30年8月1日)を基に作成。

イ ガンゲノム医療推進コンソーシアム

前述のとおり、日本国内では、ガンゲノム医療の実現に向けて順調に取り組を進めているように見えるが、グローバルに目を転じると、実は米国、英国、仏国のみならず、積極的に新技術の取り込みを図る中国、韓国からも遅れを取っている。例えば、米国では米国食品医薬品局（FDA）の承認を受け、2018年3月に遺伝子パネル検査がメディケアの対象となり、既に日本より安価な患者負担により実施が可能になっている。また、これまでのがん遺伝子解析の実績も豊富に存在しており、検査後の薬剤投与についても未承認薬や既承認薬の適応外使用を認める枠組みが整備されている。

こうした現状の下、関係機関が一体となって日本全体で取り組みを進めるべく、ガンゲノム医療推進コンソーシアムが設立された。欧米水準のガンゲノム医療をいち早く国民に届け、わが国の利点を生かした革新的治療法の開発や日本での知見蓄積によるアジア諸国への貢献等、世界をリードすることを目指した仕組みの構築を目的としている。

具体的には、ガンゲノム情報の利活用に同意する患者・国民を中心として、ガンゲノム医療に関係する機関や患者団体等が、ガンゲノム医療推進コンソーシアムを形成し、事業の進捗や財務状況等を公表・確認するとともに、厚生労働省や情報センターの運営主体等に対し、改善要望を含めた具体的な提案を行っている。



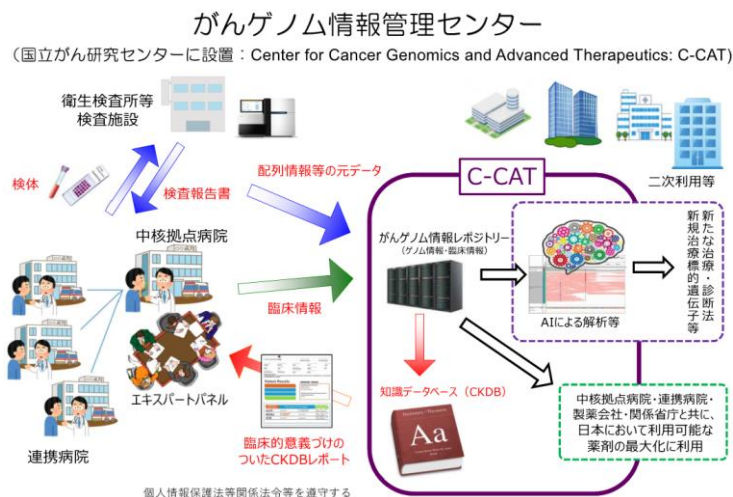
※1: がん組織でなく血液でのがんゲノム診断

※2: 生体の免疫機能に作用したがん細胞を傷害する治療

出典：厚生労働省「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」（平成29年6月27日）を基に作成。

(ア) がんゲノム情報管理センター

後述するがんゲノム中核拠点病院等から得られたゲノム情報や臨床情報を集約し、診療や研究開発に利活用することを目的として、がんゲノム情報管理センターが設立された。当センターは国立がん研究センターに設置されている。



出典：厚生労働省「がんゲノム医療推進に向けた取組」（平成 30 年 8 月 1 日）を基に作成。

■ がんゲノム情報管理センターの役割

- ① がんゲノム診断の質の管理・向上
 - ・日本人の臨床・ゲノム情報を国内公的機関に確保し、ゲノム医療の精度管理、質の担保。我が国に至適化された知識データベースを作成、中核病院のエキスパートパネル活動に貢献
 - ・全国の集計データに基づくがんゲノム医療の国民への説明・行政等への報告・施策等の提言
- ② 情報の共有
 - ・中核拠点病院等の間でレポジトリデータベースの情報を適切な取り決めのもとに共有、保険医療の改善のために使用
- ③ 開発研究・臨床試験の促進
 - ・臨床試験・医師主導治験等の基盤データとしての活用
 - ・企業を含む創薬・個別化医療開発への利活用
- ④ 全ゲノム解析の医療応用に向けた検討・人材育成

出典：厚生労働省「がんゲノム情報管理センターの進捗状況」（平成 30 年 8 月 1 日）を基に作成。

(イ) がんゲノム中核拠点病院

がんゲノム中核拠点病院には、がんゲノム医療を牽引する高度な医療機関が指定され、質の確保されたゲノム検査、ゲノム検査結果解釈の付与、適切な患者選択と患者への説明、がんゲノム医療に関わる人材の育成などを行うことが可能な施設となっている。

役割としては、遺伝性のがん患者に対して専門的な説明ができる医師や遺伝カウンセラーなどを配置し、がんゲノム遺伝子検査や人材育成などを担うことが期待されている。

がんゲノム医療中核拠点病院の要件としては下記があり、平成 30 年 2 月時点で、全国 11 カ所の病院が指定されている。また、今後は全ての都道府県でがんゲノム医療の提供が可能となるよう遺伝子パネル検査の医学的解釈が自施設で完結できるがんゲノム医療拠点病院（仮）を新設するという案もある。

■がんゲノム医療中核拠点病院の要件

- ①パネル検査を実施できる体制がある（外部機関との委託を含む）
- ②パネル検査結果の医学的解釈可能な専門家集団を有している
（一部の診療領域について他機関との連携により対応することを含む）
- ③遺伝性腫瘍等の患者に対して専門的な遺伝子カウンセリングが可能である
- ④パネル検査等の対象者について一定数以上の症例を有している
- ⑤パネル検査結果や臨床情報等について、セキュリティが担保された適切な方法で収集・管理することができ、必要な情報については「がんゲノム情報管理センター」に登録する
- ⑥手術検体等生体試料を新鮮凍結保存可能な体制を有している
- ⑦先進医療、医師主導治験、国際共同治験も含めた臨床試験・治験等の実施について適切な体制を備えており、一定の実績を有している
- ⑧医療情報の利活用や治験情報の提供等について患者等にとって分かりやすくアクセスしやすい窓口を有している



出典：厚生労働省「がんゲノム医療推進に向けた取組」（平成 30 年 8 月 1 日）を基に作成。

(ウ) がんゲノム医療連携病院

がんゲノム医療連携病院は、がんゲノム医療中核拠点病院と連携して、ゲノム検査結果を踏まえた医療を実施する医療機関としての役割を任されている。具体的には、がんゲノム医療中核拠点病院に患者のがん組織を送り、遺伝子の検査を依頼、返ってきた結果を基に治療する役割を担う。

平成30年4月時点で、全国100カ所のがんゲノム医療連携病院が指定されている。

■ がんゲノム医療連携病院

北海道	札幌医科大学付属病院	東京都	杏林大学医学部付属病院	愛知県	名古屋市立大学病院	和歌山県	和歌山医療センター
	北海道がんセンター		NTT東日本関東病院		安城更生病院		和歌山県立医科大学附属病院
青森県	弘前大学医学部附属病院		虎の門病院		公立陶生病院	鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
宮城県	宮城県立がんセンター		国立国際医療研究センター病院		豊橋市民病院		鳥取県立中央病院
秋田県	秋田大学医学部附属病院	神奈川県	日本大学医学部附属板橋病院		名古屋第一赤十字病院	島根県	島根大学医学部附属病院
山形県	山形大学医学部附属病院		がん研究会有明病院	滋賀県	名古屋第二赤十字病院		川崎医科大学附属病院
福島県	福島県立医科大学附属病院		神奈川県立がんセンター		藤田保健衛生大学病院	岡山県	倉敷中央病院
茨城県	筑波大学附属病院		聖マリアンナ医科大学病院		名古屋医療センター		県立広島病院
栃木県	獨協医科大学病院	新潟県	横浜市立大学附属病院	三重県	三重大学医学部附属病院	広島県	広島大学病院
埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター		北里大学病院	京都府	滋賀医科大学医学部附属病院		山口大学医学部附属病院
	埼玉医科大学総合医療センター	富山県	東海大学医学部付属病院		京都医療センター	山口県	岩国医療センター
	埼玉県立がんセンター		新潟大学医学部総合病院	大阪府	京都桂病院		徳島県
千葉県	埼玉県立小児医療センター	石川県	富山大学附属病院		大阪国際がんセンター	徳島県	徳島大学病院
	千葉大学医学部附属病院		金沢医科大学病院		近畿大学医学部附属病院		香川県
	千葉県がんセンター	福井県	金沢大学医学部附属病院		大阪医科大学附属病院	愛媛県	四国がんセンター
東京都	聖路加国際病院		福井大学医学部附属病院		大阪医科大学附属病院		愛媛大学医学部附属病院
	帝京大学医学部附属病院	山梨県	山梨県立中央病院		大阪市立大学医学部附属病院	高知県	高知大学医学部附属病院
	東京医科大学病院		山梨大学医学部附属病院		関西医科大学附属病院		北九州市立医療センター
	東京医療センター	長野県	信州大学医学部附属病院		大阪市立総合医療センター	福岡県	福岡大学病院
	東邦大学医療センター大森病院		木沢記念病院		大阪赤十字病院		九州医療センター
	国立成育医療研究センター	岐阜県	岐阜大学医学部附属病院	兵庫県	神戸大学医学部附属病院	福岡県	九州がんセンター
	順天堂大学医学部附属順天堂医院		岐阜県立総合病院		兵庫医科大学病院		佐賀大学医学部附属病院
	東京医科歯科大学医学部附属病院	静岡県	静岡県立総合病院		姫路赤十字病院	佐賀県	佐賀県医療センター好生館
	日本医科大学付属病院		浜松医科大学医学部附属病院	奈良県	兵庫県立がんセンター		長崎県
	東京慈恵会医科大学附属病院	愛知県	静岡県立静岡がんセンター		神戸市立医療センター中央市民病院	宮崎県	宮崎大学医学部附属病院
				奈良県	奈良県立医科大学附属病院		鹿児島県
						鹿児島県	鹿児島大学病院

出典：厚生労働省「がんゲノム医療推進に向けた取組」（平成30年8月1日）を基に作成。

(3) がんゲノム医療実用化に向けた取組み

がんゲノム医療の実現化に向け、国は、2018 年度後半に遺伝子パネル検査の薬事承認を目指し、2019 年度前半には保険収載を完了させる予定となっている。そのため、保険収載を見越して、試薬、解析プログラム提供分野で、日系・外資系問わず様々な企業がビジネスチャンスを狙って動き出している。

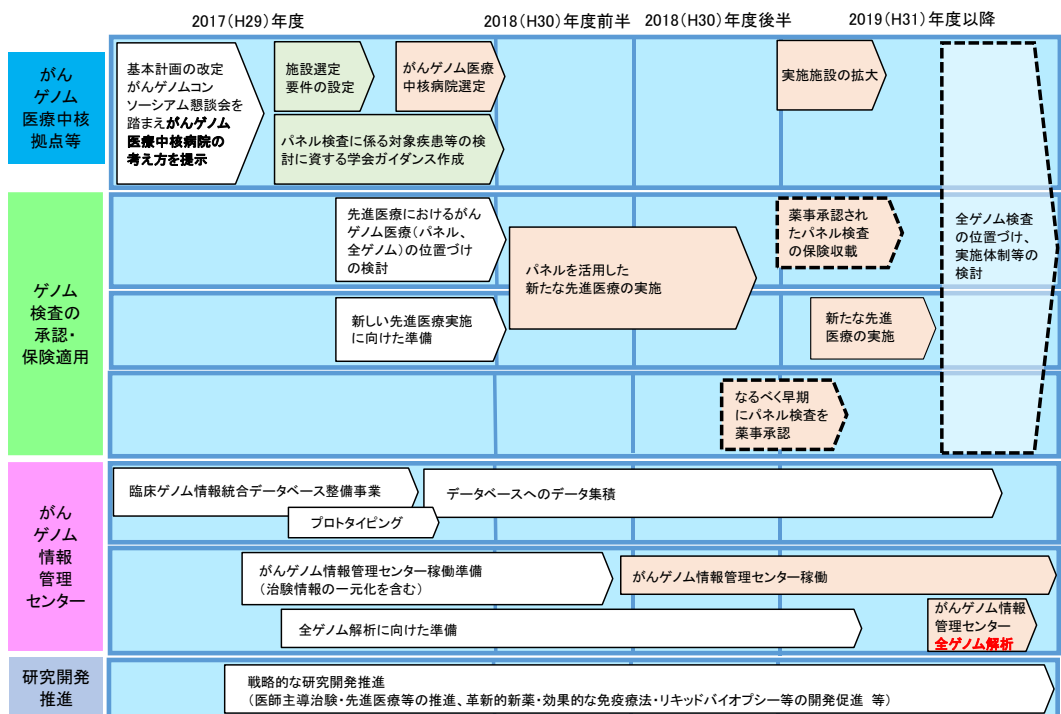
とはいえ、がんゲノム医療推進には大きな課題が残っている。

それは、保険診療で遺伝子パネル検査を実施すると医療費が膨大になることから、検査対象が制限されると考えられることである。つまり、遺伝子パネル検査を希望しても、保険診療下では受けられず、実施できない又は高額を自費で負担することも想定される。ちなみに、米国では遺伝子パネル検査は企業や医療機関が開発したとされる自家調整検査（LDT）として提供され、臨床検査室改善法に基づく要件を満たすことにより、公的保険や民間保険による保険償還が可能となっている。

もう一つの課題としては、遺伝子パネル検査については保険適応になったとしても、検査の結果に応じた薬剤が投与できないことが想定されるといったことがある。未承認薬や既承認薬の適応外使用を認める制度が整備されている米国とは異なり、日本国内では遺伝子変異の結果に対応できる薬剤の大半が適応外となり、現状では保険診療下での治療は難しい。遺伝子パネル検査実施の最終目的は、結果に応じて適切な薬剤を投与し、良い治療効果を得ることにあるにも拘わらず、現在のままでは、検査を実施しても結果に応じた治療を受けられない可能性が高いのである。

日本でのがんゲノム医療は、遺伝子パネル検査の承認後にも、障壁がまだまだ多く存在していると言える。

■ がんゲノム医療実現化に向けた工程表



出典：厚生労働省「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会報告書」（平成 29 年 6 月 27 日）を基に作成。

(4) がんゲノム医療の今後への期待

がんゲノム医療の今後への期待としては、個人のゲノムを人工知能を用いて解析し、治療選択肢を短時間で検索・提示する等の実診療で活用することや、全ゲノム解析から得られる多数の変異情報、臨床情報等を人工知能を用いて包括的に解析し、従来の方法では発見できなかった疾患の原因遺伝子や創薬ターゲット等を発見する可能性があることなどが挙げられる。こういった人工知能プログラムの開発を可能とするためには、必要な人材や、高度計算機器等について、がんゲノム情報管理センターを中心に関係機関と連携する等、開発基盤を整備することが必要である。

また、革新的な診断法としては、現在のがん研究のトピックであるリキッドバイオプシーへの期待が高い。リキッドバイオプシーは、低い侵襲により採取可能な血液等の検体を用いて、検体中に漏出するがん由来DNA、がん細胞、がん細胞が産生する物質等を検査する技術である。これにより、治療薬選択に必要ながんのゲノム変異の特徴を明らかにしたり、がん切除後の定期的な検査に用いて、再発の超早期発見を可能にし、薬物療法や免疫療法の治療介入による治癒率を向上させること等が期待され、がん撲滅に向けたカギとなる可能性がある。

【参考文献】

- ・ 厚生労働省「がんゲノム医療推進に向けた取組」（平成30年8月1日）
- ・ 厚生労働省「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」（平成29年6月27日）
- ・ 厚生労働省「がんゲノム情報管理センターの進捗状況」（平成30年8月1日）

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	渡辺 一
職員数	1,182 名（2018 年 3 月末）
資本金	1 兆 4 億 2,400 万円（全額政府出資）
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サウスタワー
URL	https://www.dbj.jp/
支店・事務所	支店 10 か所、事務所 8 か所、海外現地法人 4 か所
総資産	16 兆 7,406 億円（2018 年 3 月末）
貸出金	12 兆 8,742 億円（2018 年 3 月末）

《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、①長期的な視点と行動、②中立性の維持、③パブリックマインド、④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》

DB J 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「ヘルスケア業界ハンドブック」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。

《DB J 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
- 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）
- DB J ビジヨナリーホスピタル認定制度

公益財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価」の認定を受けた病院を対象に、環境配慮、防災・事業継続対策に優れた病院をDB J 独自の評価システムによって「DB J ビジヨナリーホスピタル」と認定し、評価に応じた融資条件を設定する融資メニュー

- DB J 健康経営（ヘルスマネジメント）格付
従業員の健康配慮への取組みが優れた企業を独自の評価システムにより評価・選定し、その評価に応じた融資条件を設定する融資メニュー

■ 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

■ ヘルスケアファンド

弊行と三菱UFJ リースの共同でトリニティヘルスケアⅡ投資事業有限責任組合を設立し、以下のような業務を行っております。

- ・ 医療機関等に対する劣後ローンの供給
- ・ 医療機関等に対し、金融機関が保有する貸出債権の買い取り
- ・ 医療・介護施設の不動産流動化

■ コンサルティング

DB J 及びグループ会社の㈱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

①財務、②経営、③資産活用 の3点から、各種提案及び実行支援

■ レポート等の発信

- 「ヘルスケア業界ハンドブック」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

〒100-8178 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サウスタワー）
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

〒450-6420 名古屋市中村区名駅 3 丁目 28 番 12 号（大名古屋ビルヂング）
052-589-6891（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

〒030-0861 青森市長島2丁目10番3号（青森フコク生命ビル）
017-773-0911（代表）

富山事務所 富山

〒930-0005 富山市新桜町6番24号（C O I 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（N T T 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）

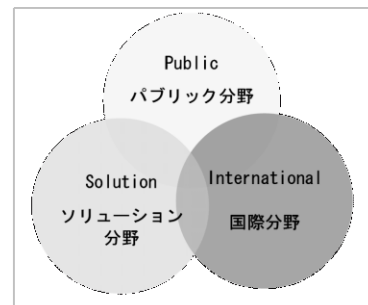
株式会社日本経済研究所（J E R I）のご案内

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	高橋 洋
職員数	128名（2018年6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一丁目9番2号 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15階
URL	https://www.jeri.co.jp/
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、①俯瞰力（時代潮流や国・地域社会の動向を把握）、②現場力（医療現場の課題等に精通）、③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

① 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

② 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、再整備等に当たっての基本構想、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

③ 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）
- ・P F I 導入可能性調査、P F I 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

④ 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

⑤ 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。

ヘルスケア業界ミニブッカー訪問看護・介護人材及びテクノロジーの進化ー

2019年2月8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

<https://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1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15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

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