

産業構造審議会
産業競争力部会
報告書

～産業構造ビジョン 2010～

平成22年6月

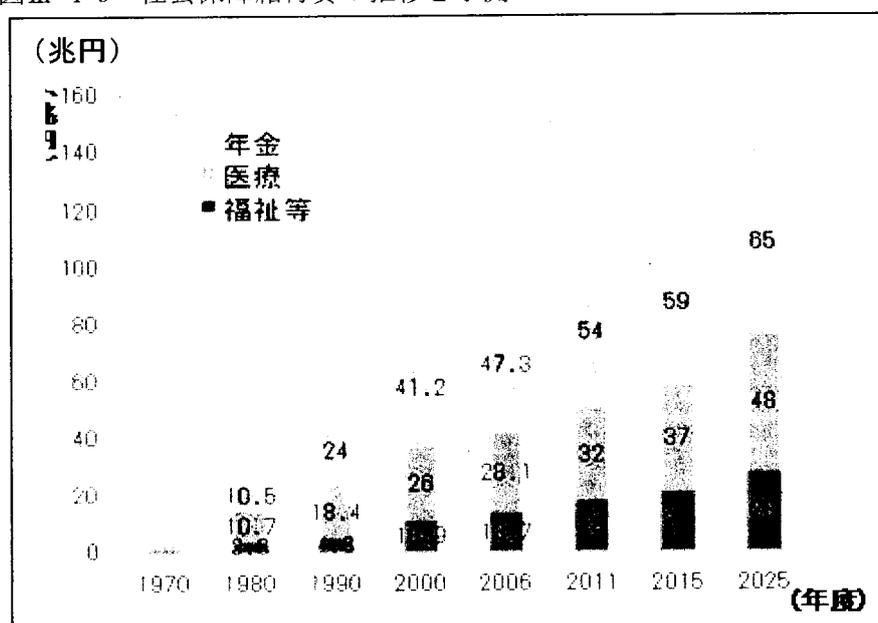
② 医療、介護、生活支援関連分野における現在の供給体制の論点

次に、こうした量的・質的に拡大する消費者ニーズに対応するための医療、介護、生活支援関連分野での供給体制に係る論点に目を向ける。

i) 公的負担の増大

まず、下のグラフを見て明らかな通り、我が国の医療・介護の供給体制を支える社会保障給付費は増加の一途をたどり、団塊世代全てが65歳以上となる2015年には年金・医療・福祉等を合わせて117兆円、75歳以上となる2025年には141兆円に達すると推定されている。

図Ⅲ-4-9 社会保障給付費の推移と予測



出所:2006年度までは国立社会保障・人口問題研究所「平成18年度社会保障給付費」

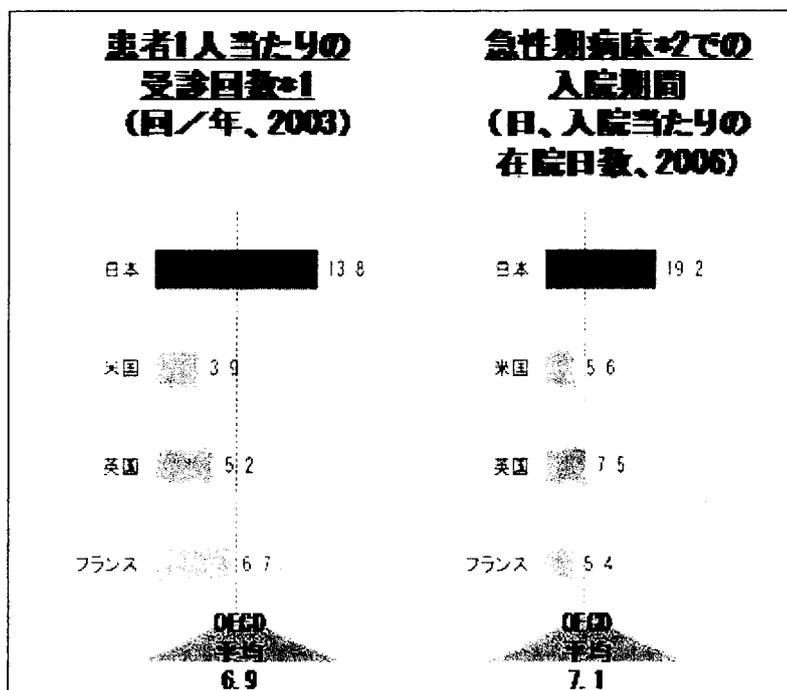
2011年度以降は「社会保障の給付と負担の見通し(厚生労働省平成18年5月推計)」

ii) 医療機関に集中するニーズ

次に、供給体制の中核をなす医療機関を見てみると、諸外国に比べて異なる我が国の医療供給体制が見えてくる。

まず、患者一人あたりの受診回数については、日本は諸外国に比べて突出して回数が多い。急性期病床での入院期間についても諸外国に比べて突出して在院日数が長い。すなわち、日本人は、比較的頻繁に病院に行き、長く入院しているのである。諸外国に比べて、こうした実態が医療機関に大きな負荷をかけることにはなっていないか。今一度考えてみる必要があるだろう。

図III-4-10 患者一人当たりの受診回数および急性期病床での入院期間



※1 病院、診療所を含む。

※2 OECD Health Dataでは、日本の場合は「一般病床」及び「感染症病床」が「急性期病床」に該当すると定義されている。

出所: マッキンゼー&カンパニー「医療制度改革の視点 第一版」

我が国の医療機関の特性は、その供給体制にもある。例えば、次のグラフによれば、日本の場合、人口1,000人当たりの医師数や看護職員数は諸外国に比べて極端に少ないとは言えない。他方、同じ医師数や看護職員数を病床100床当たり換算し直して見ると、諸外国との差が歴然とする。この点は、その次のグラフでよりはっきりとする。日本の場合、人口10万人当たりで病院数が諸外国に比べて非常に多い一方で、1病院当たりや1病床当たりで職員数を見てみると、圧倒的に少ないのである。

すなわち、我が国は、病院や担当する病床の数が多いため、職員密度が低くなってしまいう「低密度・分散型」の医療体制とすることができる。

図III-4-11 医療提供体制の各国比較

医療提供体制の各国比較①				
	人口1,000人当たり		病床100床当たり	
日本	2.1人	9.3人	14.9人	66.8人
米国	2.4人	10.6人	78.3人	331.2人
英国	2.6人	11.9人	69.0人	336.9人
フランス	3.4人	7.6人	48.7人	106.8人
ドイツ	3.6人	9.8人	41.6人	117.6人

医療提供体制の各国比較②			
	人口10万人 当たり病院数	1病院当たり 職員数(老働換算)	1病床当たり 職員数(老働換算)
日本	7.0	183.0人	1.0人
米国	2.0	799.6人	4.9人
フランス	4.8	—	—
ドイツ	2.6	489.1人	1.3人

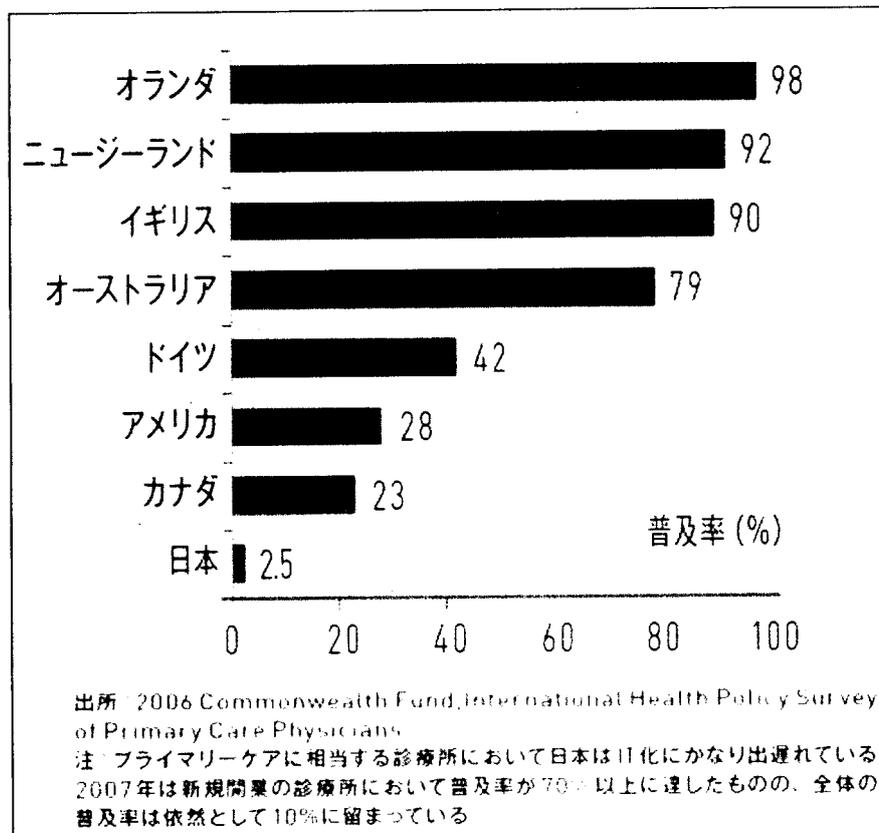
出所：上表：OECD Health Data 2008、下表：OECD Health Data 2007、厚生労働省「医療提供体制調査」及び「医療提供体制調査」データ（2004年度）、厚生労働省「医療提供体制調査」データ（2004年度）、厚生労働省「医療提供体制調査」データ（2004年度）、厚生労働省「医療提供体制調査」データ（2004年度）、厚生労働省「医療提供体制調査」データ（2004年度）

iii) 効率化の余地が大きい供給現場

また、我が国の医療機関は、諸外国に比べて IT 化の点で依然として課題を抱えている。例えば、医療機関のオーダリング・電子カルテの導入率は諸外国に比べて非常に低い水準に留まっていることが分かる。

また、IT 化の遅れについては、介護機関でも課題とされることが多く、大いに改善の余地がある。他方で、介護分野においては、IT を活用することによって効率化が可能となる間接部門や手続き面についてまで、管理担当者の人員配置基準やサービス記録の紙媒体保存などの規制がかけられているなど、IT 等を活用した業務効率化と親和性の薄い制度が存在するため、今後、業務効率化のモチベーションを与えることができるように制度の在り方をどう調整していくかが課題である。

図III-4-12 オーダリング・電子カルテの導入率の比較



iv) 潜在有資格者の存在

他方で、いかに効率化を進めたとしても、労働集約型である医療・介護分野の供給体制を考えた際には、人的資源の充実を避けて通れない。さらに、今後多様なニーズがより一層顕在化するとすれば、人材の充実はなおさら必要である。

しかしながら、特に介護分野においては高い離職率や人材不足が指摘されており、今後、年平均約4~6万人程度の介護職員の増加が必要とされる中で、喫緊に解決すべき課題となっている。その点で注目されるのが、資格を持ちながらその業務に従事していない潜在的資格保有者である。訪問介護員の資格保有者を例にとれば、約80%・約64万人が介護分野には就労していないと言われ、更なる活用が期待されている。また、高齢者のニーズに応じて、今後、看取りを含めて終末期に至るまでの生活のQOLを維持できる環境を整備していくとすれば、上記の訪問介護員はもちろん、医療の面でも、一説に55万人とも言われるいわゆる潜在看護師の活用も期待される。

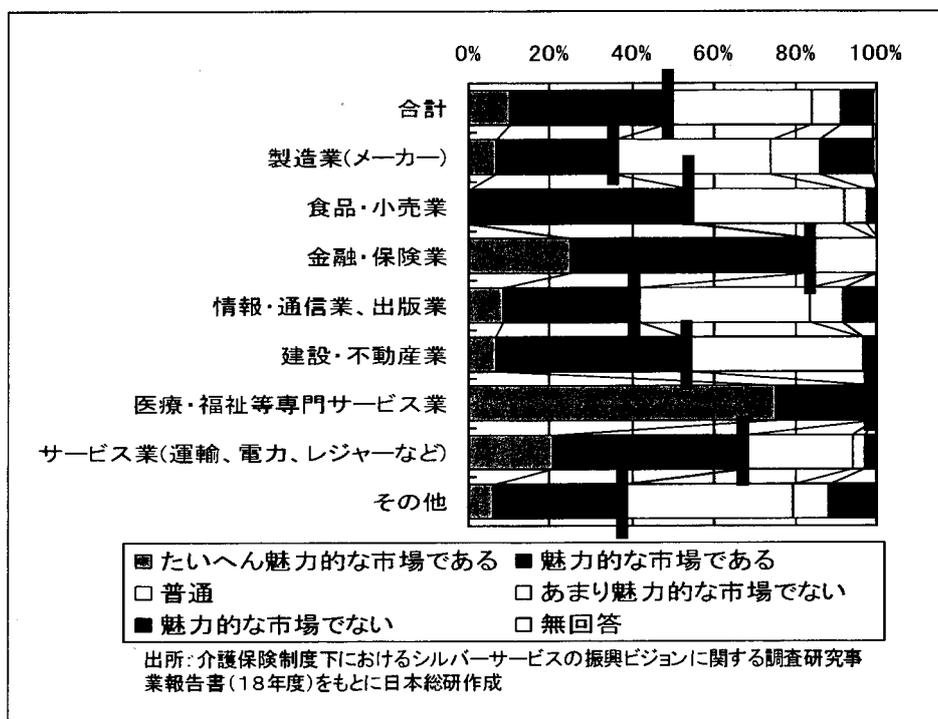
v) 医療・介護機関と民間サービス事業者の脆弱な連携

さらに、今後、地域において充実した医療・介護・高齢者生活支援サービスが提供される環境を作るためには、こうした医療・介護機関やその専門人材の供給体制を強化するこ

とのみならず、地域の様々な既存のサービス産業が QOL の維持という目標に向かって、高齢者支援サービスの分野に数多く参入し、新規サービスの創出を促進していく必要がある。事実、以下のグラフを見ても分かる通り、異業種の民間事業者にとって高齢者市場は非常に魅力的に映っている。

他方、参入するにあたっては医療・介護機関との連携が欠かせないが、サービス事業者との責任分界や提供可能なサービス範囲が明確にならないために、参入を躊躇する例も聞かれている。結果的に参入機会のロスが起こっていると考えられ、連携体制を強化する取組が求められている。

図III-4-13 上場企業の高齢者市場に対する評価



vi) 生活支援サービスの創出促進

なお、民間サービス事業者の参入を巡っては、過疎地など新規進出が困難な地域においてサービスが供給されないといった懸念も聞かれる。しかしながら、過疎地であっても、流通業者が地方自治体や異業種の民間事業者と連携し、例えば公民館・集会所等の既にある公共施設を、近隣スーパーのサテライト店舗や宅配拠点として有効に活用するなど、低コストでの流通機能の提供を可能にすることも考えられる。行政機関が保有する施設や公有財産については使途に制限がかけられていることも多いが、地域の実情に応じた運用改善を図り、官民横断的な協力体制を構築することで、需要に応じた新たなサービスの提供を行っていくことが求められている。

vii) 政府に求められる役割

こうした中で、政府が行うべきことは、各種ノウハウを持つ事業者が医療・介護との連携を円滑に行うことができる環境整備である。具体的には、医療・介護とその周辺で、民間事業者が独自の責任として何に取り組むことができ、何ができないのかというビジネスの予見可能性を可能な限り明確にし、不必要な制度リスクを取り除くことにある。これに加え、基本的なビジネスモデルに基づく医療・介護機関との連携のあり方やそれに必要な標準化が求められる。

また、高齢者支援サービスに貢献できる事業者は、未だ市場に点在している状態であることから、横の繋がりを形成し、スケールメリット、合理化、標準化、制度改正への要望等、産業として活動するための体制が早急に整備されることへの支援も必要である。

なお、利用者側から見た場合には、適切なサービス選択に必要なサービス品質の可視化、評価、認証制度等、産業としての枠組み構築も急務である。

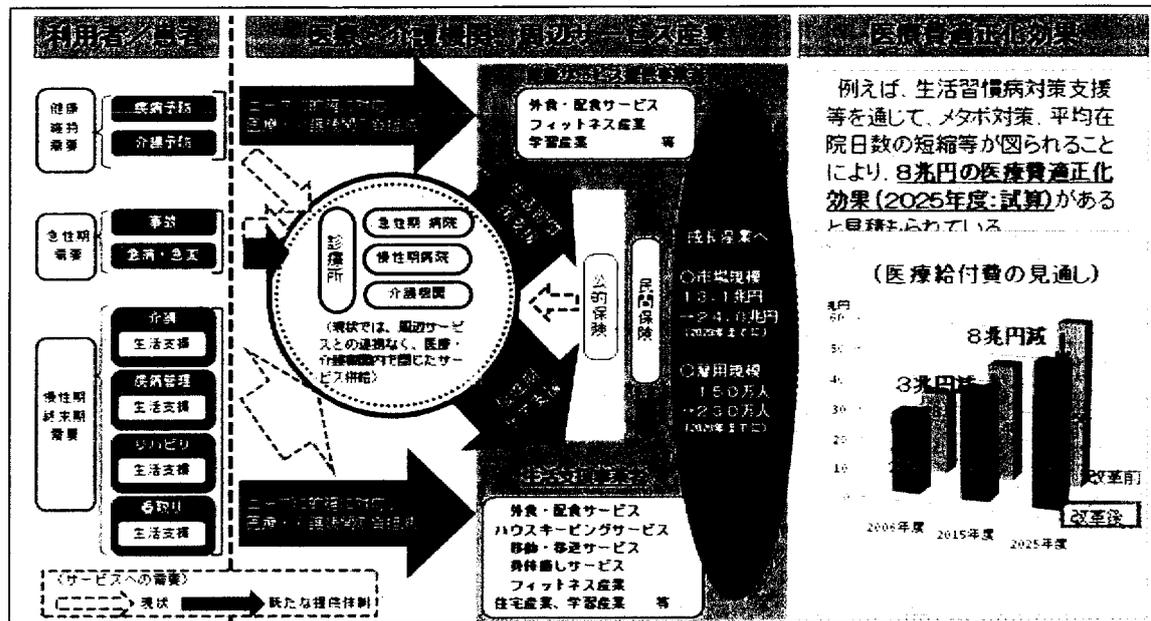
③ 多様で質の高いサービスの効率的な供給を目指す「医療・介護・高齢者生活支援関連産業創出促進戦略

i) 戦略のコンセプト

医療・介護・高齢者生活支援については、前述した通り、今後、健康維持期における疾病予防や介護予防、慢性期・終末期における介護・疾病管理・リハビリ・看取りなど、急性期前後でのサービス需要が多様化してくる。こうした中で、全てのサービス供給を医療・介護機関が行い、その財源も公的保険に依存することは、医療・介護機関及び我が国財政の負担が加速的に大きくなることを意味するが、現実としてその持続性を確保していくことは大きな課題である。

そのため、今後は、医療・介護機関と健康関連サービス事業者との連携推進等により保険外のサービスを拡大することで、公的保険依存から脱却するとともに、新しいサービスが消費者から相応の対価を得て自律的に成長し、社会保険とうまく連動してシームレスな医療・介護・高齢者生活支援サービスを提供する産業（「生活医療産業」）の創出を促す。こうした産業の創出によって、患者・消費者本位の多様で質の高いサービスが供給されるとともに、医療・介護機関の負担減や医療費の適正化も期待される。

図III-4-14 新たなサービスの形態



出所：経済産業省作成

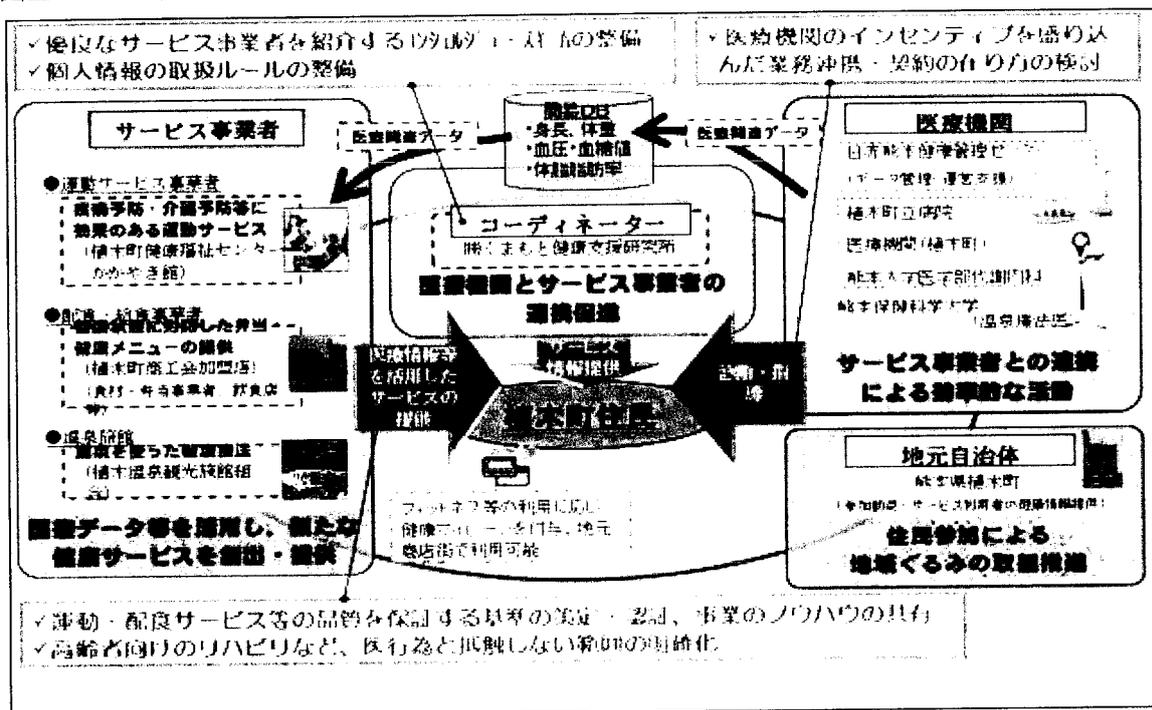
ii) 新たなサービスの創出事例

まず、健康・医療分野では、疾病予防等を包括的に支援するサービスの創出の芽が育てられている。例えば、熊本県旧植木町では、地元の医療機関に蓄積された住民の健康データを地域のサービス事業者が活用できるようにしたことで、様々な健康サービスが生まれた。例えば、運動サービス事業者が疾病予防・介護予防等に効果のある運動サービスを、配食・給食事業者が健康状態に対応した弁当・健康メニューを、温泉旅館が温泉を使った健康療法をそれぞれ提供している。また、運動サービスの利用に応じて商店街で利用できる健康マイレージを発行することで、住民が自ら取り組みやすい環境整備も行っている。

現在、これらの事業を通じて、以下のような課題が浮き彫りになっているところであり、同様のサービスを全国に広げるためには、早急な課題解決が望まれる。

- ・医療機関のインセンティブを盛り込んだ業務連携・契約の在り方の検討
- ・優良なサービス事業者を紹介するコンシェルジュ・スキームの整備
- ・個人情報取扱ルールの整備
- ・高齢者向けのリハビリなど、医行為と抵触しない範囲の明確化
- ・運動・配食サービス等の品質を保証する基準の策定・認証、事業のノウハウの共有

図Ⅲ-4-15 疾病予防等を包括的に支援するサービスの創出（熊本県旧植木町）

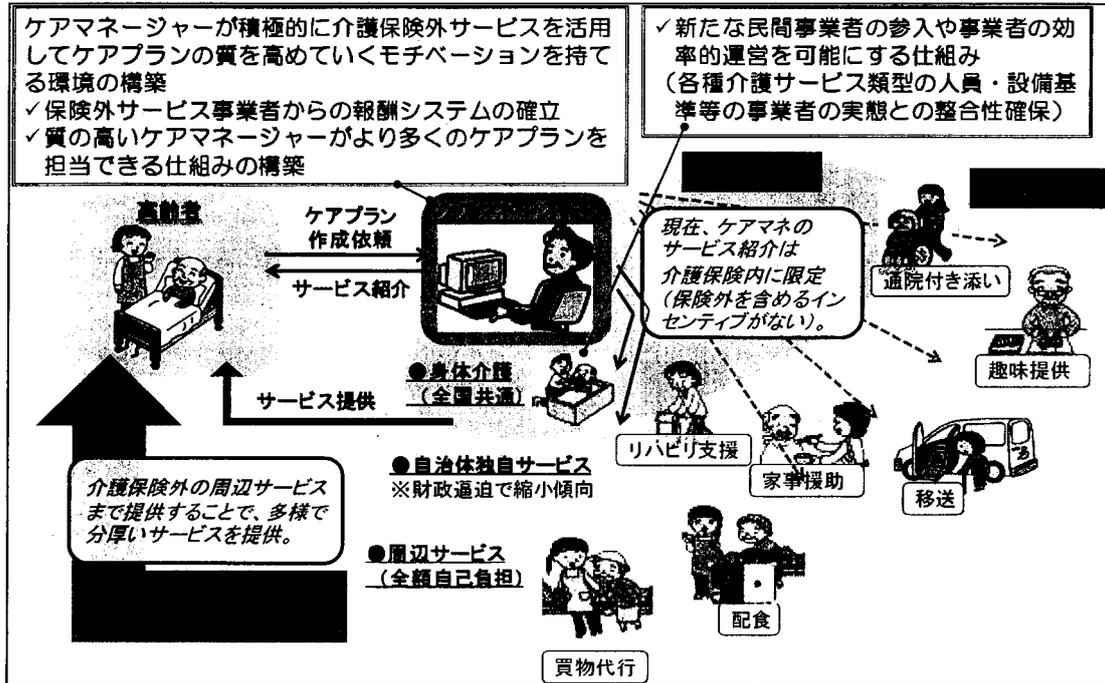


出所：経済産業省作成

次に、介護分野において、介護を中心に総合的な高齢者向けサービスを創出し、かつ充実していくためには、まず、介護保険のサービス分野について、新たな民間事業者の参入や事業者の効率的運営を可能にする仕組みなどの環境整備を進めることでサービス供給を分厚くしていくことが欠かせない。そのためには、前述したように、IT等を活用した業務効率化と親和性の薄い制度については、事業者の実態との整合性を改めて確認していく作業が必要となる。

また、介護保険外のサービス分野についても、個人の多様なニーズに応じたサービス組成が可能となるよう、高齢者のケアプランを作成するケアマネジャーが積極的に介護保険外サービスを活用してケアプランの質を高めていくモチベーションを持てる環境を構築する必要がある。そのためには、保険外サービス事業者からケアマネジャーに対する報酬システムの確立や、より質が高いケアプランを作成するケアマネジャーがより多くのケアプランを担当できる仕組みの構築が必要と言える。

図Ⅲ-4-16 介護を中心とした総合的な高齢者向けサービスの創出



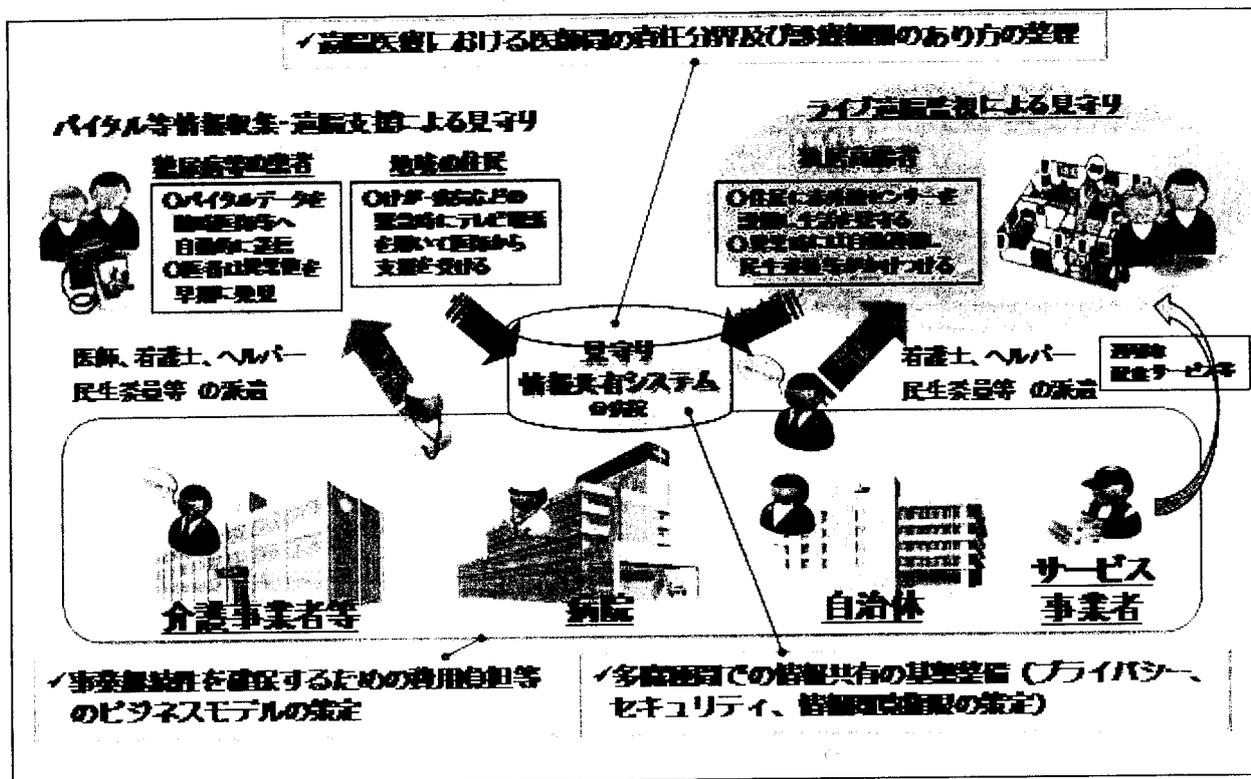
出所：経済産業省作成

また、生活見守りについては、平成 21 年度事業より、中山間地域等における生活の見守りサービスの創出を試行している。例えば、和歌山県すさみ町では、自治体・病院・介護事業者等が一体となり、独居高齢者には住居に設置した赤外線センサーを通じて遠隔見守り・異常時自動通報、糖尿病等の患者にはバイタルデータの自動送信を通じて病状データの収集・異常値の早期発見、地域の住民には怪我・病気時の医師からの遠隔支援がそれぞれ提供され、それらの情報は見守り情報共有システムに一元管理がなされている。

なお、こうした事業からも、以下のような課題が浮き彫りになっており、今後の解決が望まれる。

- ・ 事業継続性を確保するための費用負担等のビジネスモデルの策定
- ・ 多職種間での情報共有の基盤整備 (プライバシー、セキュリティ、情報閲覧権限等の策定)
- ・ 遠隔医療における医師間の責任分界及び診療報酬のあり方の整理

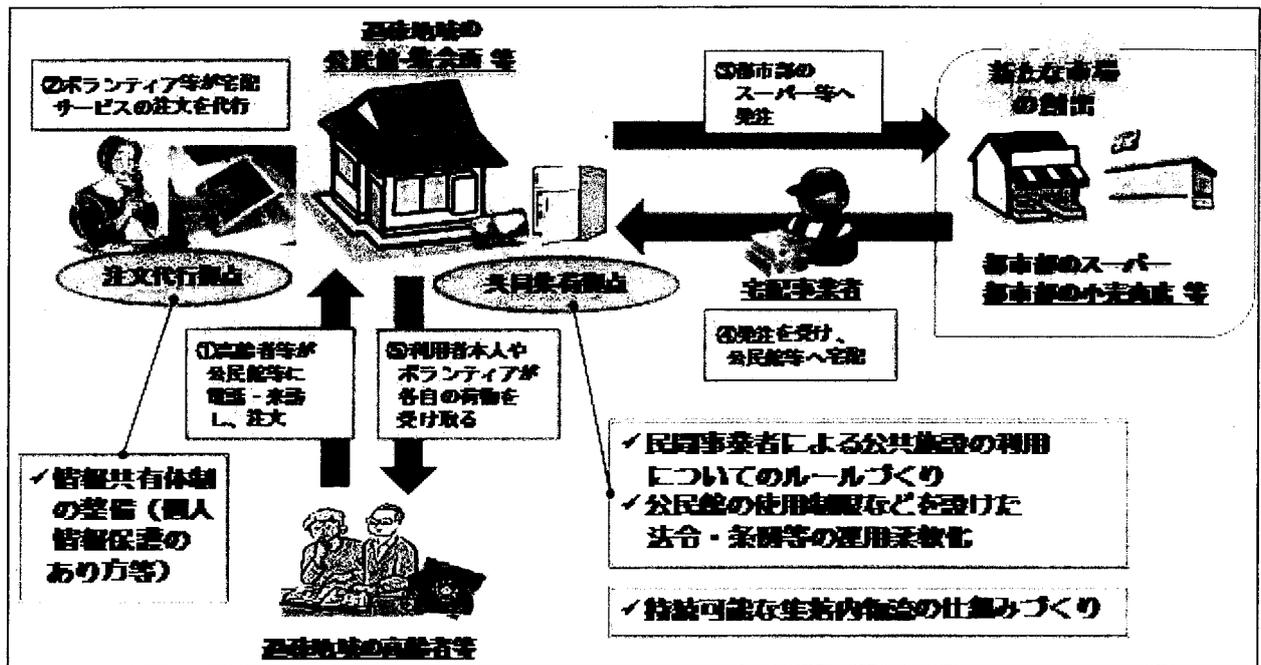
図III-4-17 山間地域等における生活の見守りサービスの創出（和歌山県すさみ町等）



出所：経済産業省作成

最後に、過疎地を中心に、食料品等の日常の買い物が困難な状況に置かれている人々が多いことを前述したが、買い物支援サービスについては、買物が不便な地域の高齢者と都市部のスーパーや小売商店を結びつける役割を地域の公民館や集会所等が担い、高齢者側では注文を一括して請け負う注文代行拠点、事業者側では配送・受取を一括して担う共同集荷拠点として活用するビジネスモデルの確立が求められる。そのためには、民間事業者による公共施設の利用についてのルールづくり、公民館の使用制限などを設けた法令・条例等の運用柔軟化、持続可能な集落内物流の仕組みづくり、情報共有体制の整備（個人情報保護のあり方等）といった課題を解決していくことが必要となる。

図III-4-18 過疎地域における買い物等支援サービス

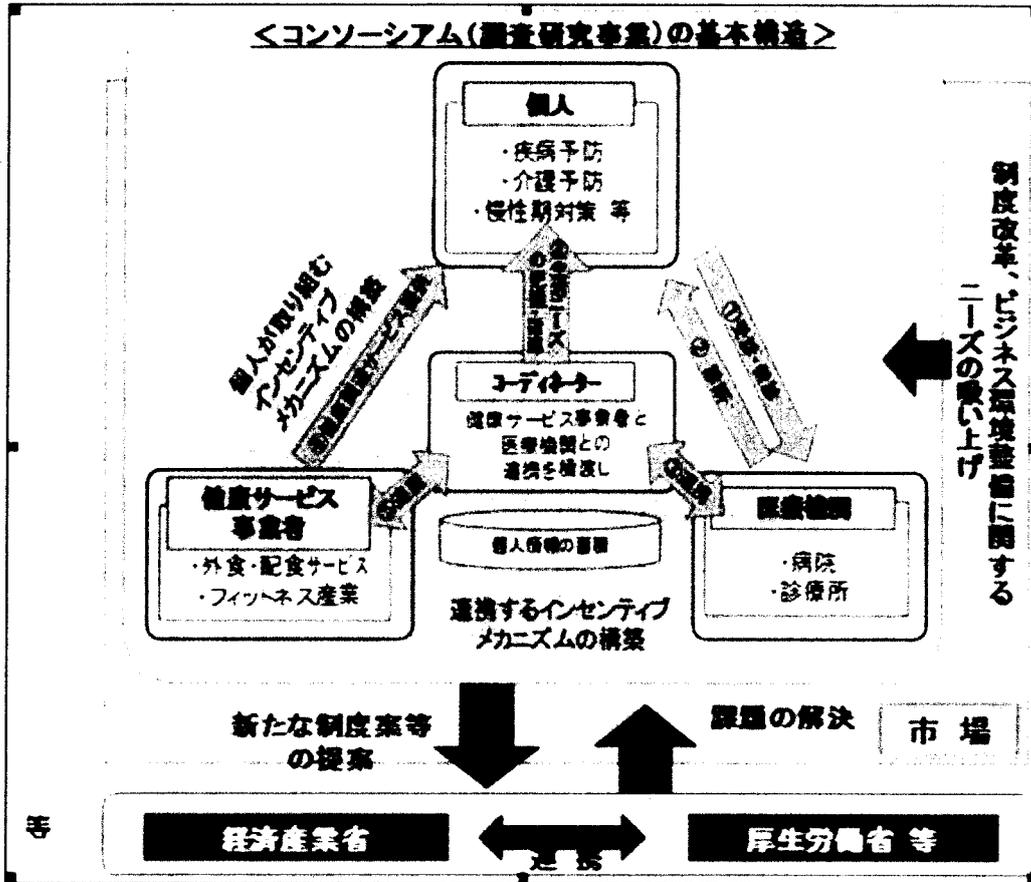


出所：経済産業省作成

iii) 新たなサービス産業創出のための環境整備

以上、新たなサービス産業創出の事例や考え方をいくつか見てきたが、新たなサービス産業を創出するためには、個々人の多様なニーズを把握し、それに応じて、医療・介護機関や医療・介護・高齢者生活支援サービス事業者などの様々なサービスをアレンジするコーディネーター機能の強化が欠かせない。今後、全国各地において、医療・介護機関、医療・介護・高齢者生活支援サービス事業者及びコーディネーターが参画するコンソーシアムを組成し、そこから制度改革やビジネス環境整備に関する課題の吸い上げが行われるべきである。さらに、そこから抽出された新たな制度や課題については、関係省庁が積極的に連携し、解決を図っていくべきである。

図Ⅲ-4-19 コンソーシアムの基本構造



出所：経済産業省作成

④ 医療分野における IT 活用

i) 個人のヘルスケア関連情報の効果的活用

高度・効率的な医療サービス等を提供していくためには、IT の活用は欠かせない。個人、医療・介護機関、医療・介護・高齢者生活支援サービス事業者、コーディネーターなどの単なる連携にとどまらず、更に高度な IT 活用を通じて情報共有ネットワークが構築されることで、場所や時間を問わず異常状態の早期発見が行われ関係機関の医療サービスを受けられる「リモート・リアルタイムサービス」が可能となる。

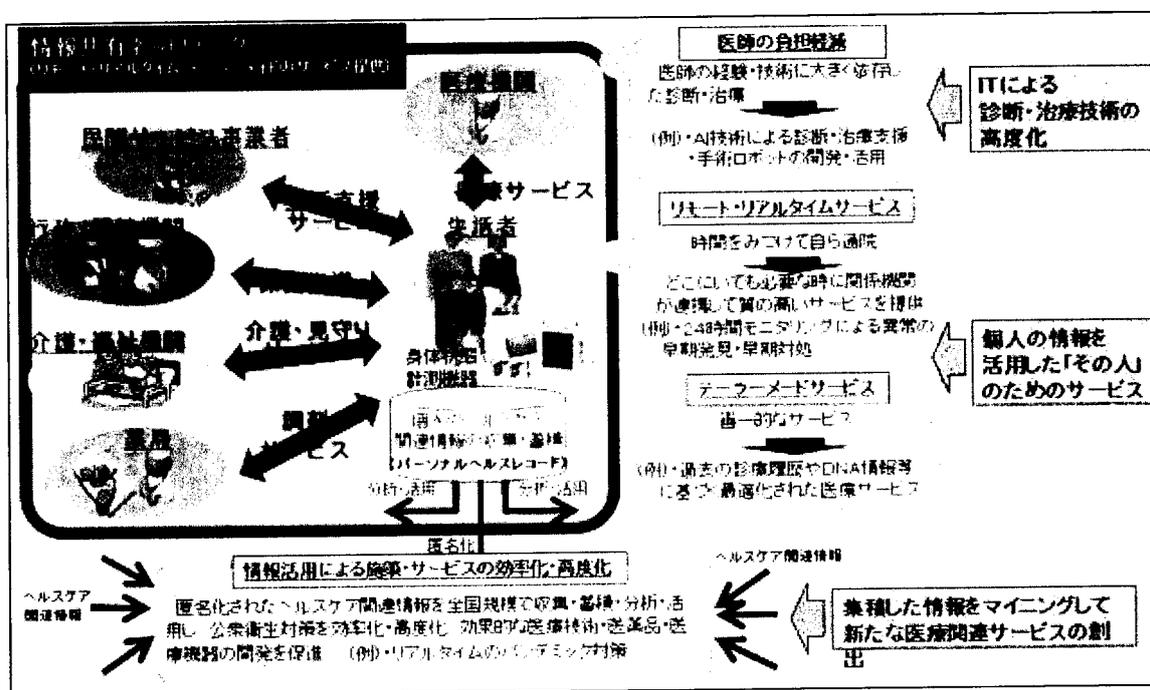
さらに、個人のヘルスケア関連情報（パーソナルヘルスレコード（PHR））を一括収集・蓄積することで、過去の診断履歴や DNA 情報等に基づく最適化された医療サービスを提供する「テーラーメイドサービス」の提供も可能となる。

現在、経済産業省・厚生労働省・総務省が連携し、国民が自らの健康・医療情報等を生涯を通じて収集・活用し、適切に医療機関・民間事業者等と共有することによって、より効果的なサービスを受けられる PHR システムの構築を目的とした実証事業を実施している。

さらに、こうした個人のヘルスケア情報を匿名化して全国規模で収集・蓄積・分析・活用することや、地域内の医療機関等に蓄積された情報を活用することで、効率的・効果的な公衆衛生対策が実現されるとともに、新たな医療技術、医薬品、医療機器といった医療関連サービスの開発が促進され、医療情報と新たなサービスの創出の好循環が期待される。

また、これまでの診断・治療は医師個人の経験・技術に大きく依存したが、今後は大量のデータに基づいたコンピューティングに基づくAI技術による診断・治療支援などITを通じた診断・治療技術の高度化が可能になり、医師の負担などが軽減されることも期待される。

図III-4-20 情報共有ネットワーク



出所：経済産業省作成

ii) IT活用に向けた施策

なお、こうしたIT活用の促進のためには、健康・医療・介護情報の標準化が欠かせない。具体的には、健康・医療・介護情報に関して標準化すべき項目の整理、国際標準に基づいた病院間で共有すべき情報の国内標準の策定、標準準拠電子カルテの導入促進支援等が必要である。

また、個人情報の取扱ルールの策定も欠かせない。具体的には、多職種での情報共有を念頭に置いたアクセス管理・セキュリティ管理・標準約款等の情報運用ガイドラインの策定、収集された情報を2次活用する場合に必要な情報の匿名化ルール策定などの整備が必要である。