

#### 4. 医療・介護・健康・子育てサービス

(1) 生活の質を高める医療・介護・高齢者生活支援関連サービス産業の創出

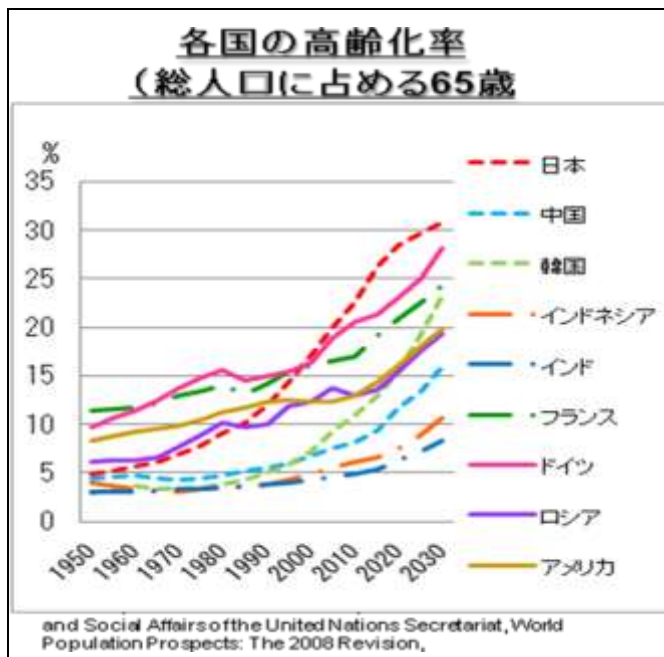
① 量的・質的に拡大する消費者ニーズと消費力のある潜在的市場の存在

i) 医療、介護、生活支援分野等におけるサービスニーズの拡大・多様化

言うまでもなく、我が国は世界のどの国も経験したことのない高齢社会を迎えている他方で、高齢化が進行しているのは、日本だけではない。2030年にもなれば、西欧先進国のみならず、新興国までもが日本の背中を追ってくる。今後、日本が高齢化時代の経済成長・社会保障モデルをどう打ち立てていくのか、世界は期待をもって見つめている。

高齢化への対応については、国民の期待も高い。高齢者になれば、必然的に疾病と向き合う機会が増え、いずれ人生や生活の質（Quality Of Life (QOL)）を維持できなくなるのではない、生活の質を高めるために必要な給付を十分に受け取れないのではない、といった漠とした不安を抱く人々は多くなる。そして、そうした人々は医療・介護が何かをしてくれるのではと期待の目を向けるようになる。実際、「今後、政府が力を入れるべきと思う事項」として、2006年・2009年と「医療・年金等の社会保障構造改革」が第1位、「高齢社会対策」が第2位・第3位になっている。国民の医療・介護に対する量的・質的ニーズが高まっていくことは確実である。

図Ⅲ-4-1 各国の高齢化率



図Ⅲ-4-2 政府が力を入れるべき事項

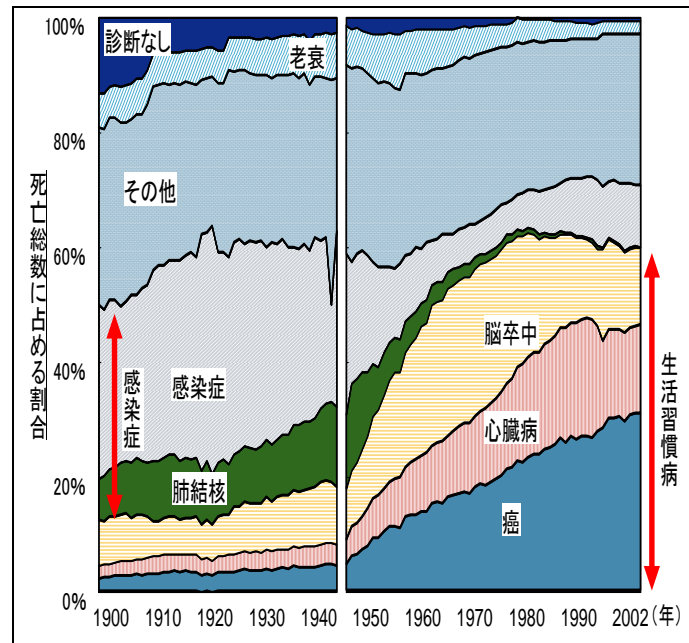
**今後、政府が力を入れるべきと思う事項(複数)  
(2009年の上位5項目)**

事項	2009年	2006年	2003年
医療・年金等の社会保障構造改革	第1位	第1位	第2位
長気対策	第2位	第3位	第1位
高齢社会対策	第3位	第2位	第3位
雇用・労働対策	第4位	第4位	第4位
物価対策	第5位	第8位	第5位

出所:内閣府「国民生活に関する世論調査」(2009、2006、2003年)

日本では、戦後、国民皆保険制度を始め、世界に誇り得る医療制度を構築してきた。医療は、歴史的に感染症や結核などに対応するための環境整備が進められ、日本の医療制度も、その流れの中で構築されてきた。その結果、当初の目的は基本的に達成され、国民の平均寿命は世界一となっている。他方で、現在では、食生活の変化等を背景に、脳卒中や心臓病等の“生活習慣病”が顕在化し、今では死因の多くを占めるようになった。

図Ⅲ-4-3 主要疾病の志望総数に占める割合の年次推移



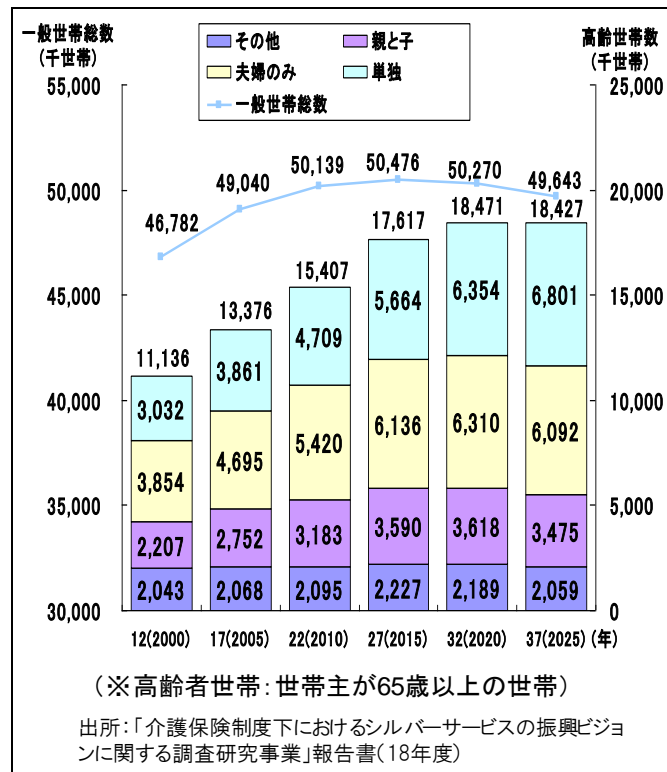
出所：人口動態統計

結核や感染症への対応が医療の最大の課題であった時代には、個別の病名を対象にした対処方法が非常に有効に機能した。その一方で、生活習慣病においては、相当長期の身体不自由の期間を経ることとなり、個人の生活能力全体を視野に入れた対処方法が必要となってきた。このような観点から、苦痛の軽減といった処置のみならず、介護や生活支援サービス等が重要性を帯びてくる。すなわち、従来の医療への期待が、疾病予防、疾病管理、リハビリ、介護予防、看取り等、広範で、個々人の生活感や人生観を踏まえた多種多様なものへと広がりを持ち始めているのである。

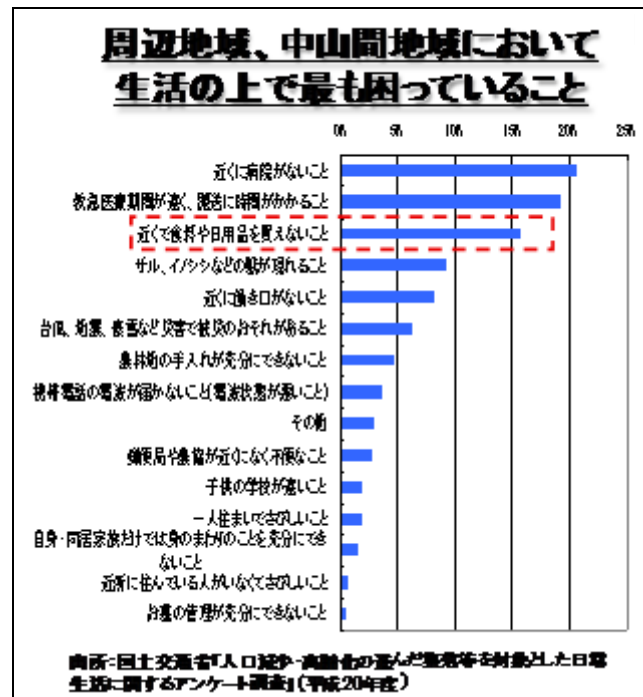
## ii) 日常的な生活を支え、安心・安全を獲得するサービスへの切実なニーズ

高齢者個人の状態だけではなく、高齢者の生活環境自体も大きく変わっていることにも目を向けなければならない。かつての三世同居や二世同居が減少することはもちろん、近年では、夫婦のみ世帯の数を独居世帯の数が上回っている。過疎地域等では、食料や日用品の買い物に困っている高齢者も多く、今後、高齢者を取り巻く日常生活の安心・安全確保の観点からも様々な支援が必要とされてくることが確実である。

図Ⅲ-4-4 高齢者世帯の家族類型別推移

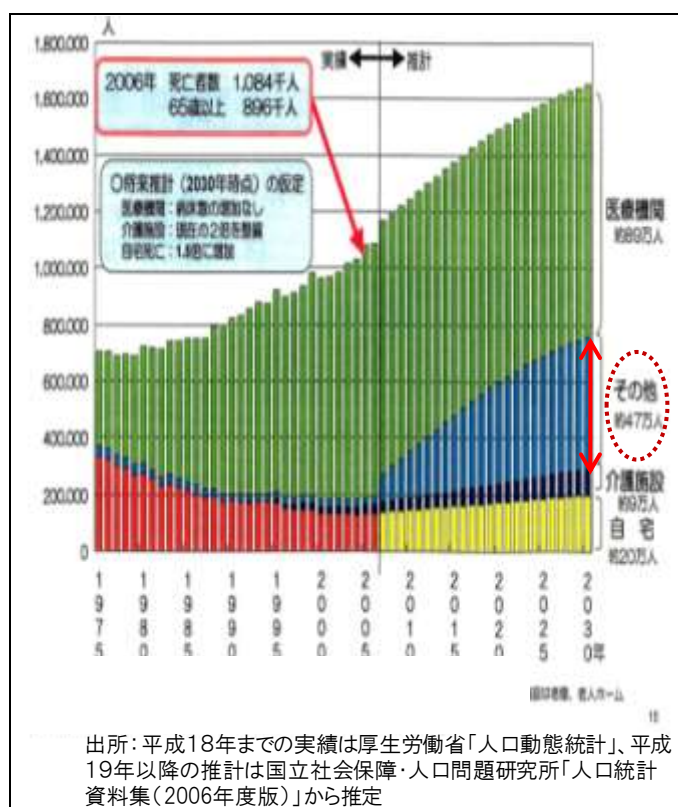


図Ⅲ-4-5 高齢者世帯の家族類型別推移



さらに、近い将来、年間 160 万人もの人が亡くなる時代が到来するとなれば、亡くなるまでの過程における QOL 維持のサービスを、自らが選択でき、いつでも受けられることが、国民の安心の基盤となると考えられる。しかし、現在の我が国にはそのような基盤が十分とは言い難い。我が国は、諸外国に比べて病院で亡くなる人の割合が多い国として知られているが、今後これ以上病院で死を受け入れることは難しく、高齢者を看取る場所の確保が課題となっている。

図Ⅲ-4-6 今後の看取りの場所



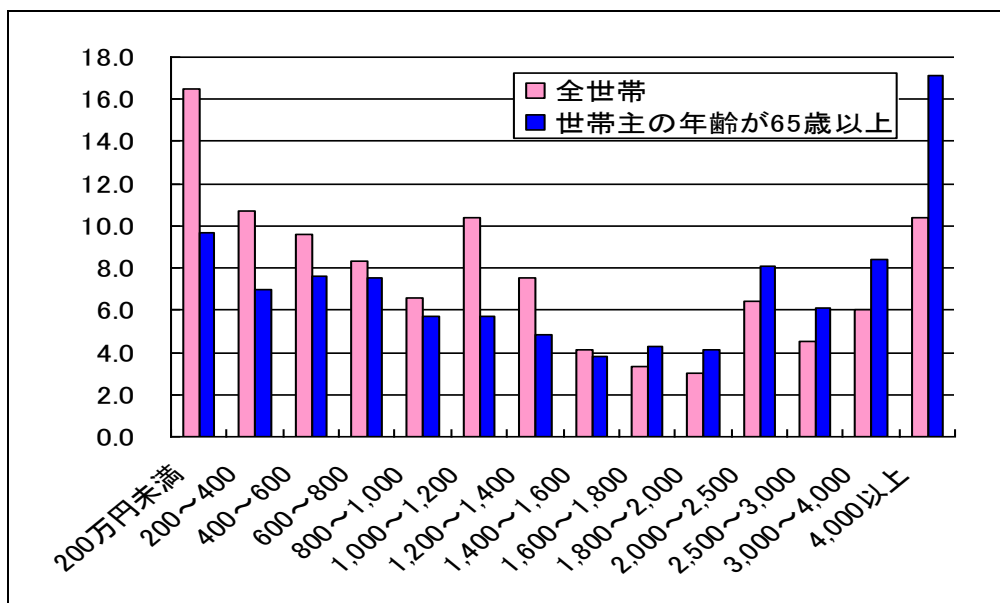
### iii) 消費の主役となりうる高齢者

このような多様な需要に対し、全てのニーズに公的負担の枠内で対応するべきであろうか。全てのサービスを公的保険の枠内で対応しようとすれば、目の前に需要があるにもかかわらず、財源的に供給のプライオリティ付けをせざるを得なくなり、需要に応えられない結果となるのではないか。

例えば、2015年、年金・医療・福祉等の社会保障給付費は117兆円にも達すると推定される一方で、同年、団塊世代全てが65歳以上となり、退職金総額は、約54兆円の規模になることが推計されている。そこに、さらに年金と、この世代に蓄積される資産・貯蓄が加わることになる。実際、65歳以上の貯蓄額は、全世帯より500万円以上高い。

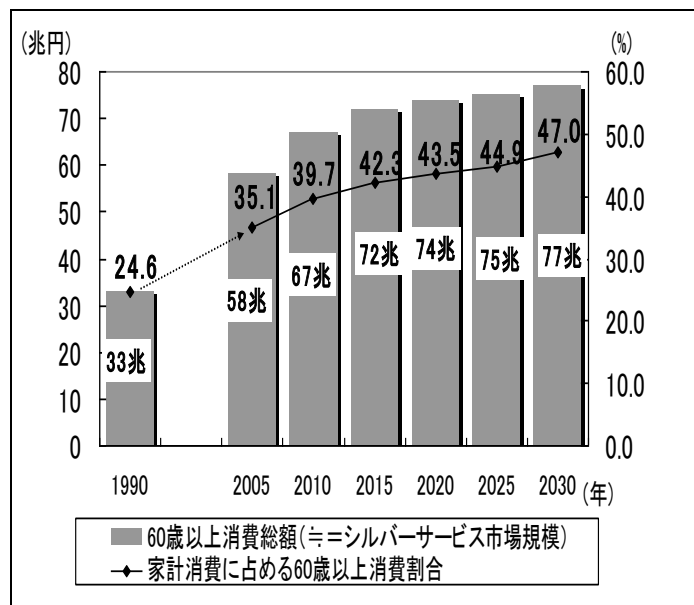
こうした背景から、今後、我が国の家計消費に占める高齢者消費の割合は、40%台にまで突入していく。このような状況に鑑み、今こそ、消費の中心的な担い手として高齢者を捉え、「いずれ人生や生活の質（QOL）を維持できなくなるのではないか」との不安を解消し、自らのライフスタイルを維持するために、医療・介護・高齢者生活支援サービスを消費するという考え方を、我が国経済の中にきちんと構造化すべきである。加えて、医療・介護・高齢者生活支援サービスは内需を喚起するだけでなく、雇用創出効果が最も期待できる産業であることを踏まえて、産業構造の転換を推進すべきである。

図Ⅲ-4-7 世帯の貯蓄分布（単身世帯は対象外）



出所：総務省「家計調査」（平成 20 年）より日本総研作成

図Ⅲ-4-8 家計消費に占める 60 歳以上の高齢者の消費割合と消費額の推計



出所：シルバーサービス振興会株式会社「シルバーサービス振興ビジョン」（平成 20 年）

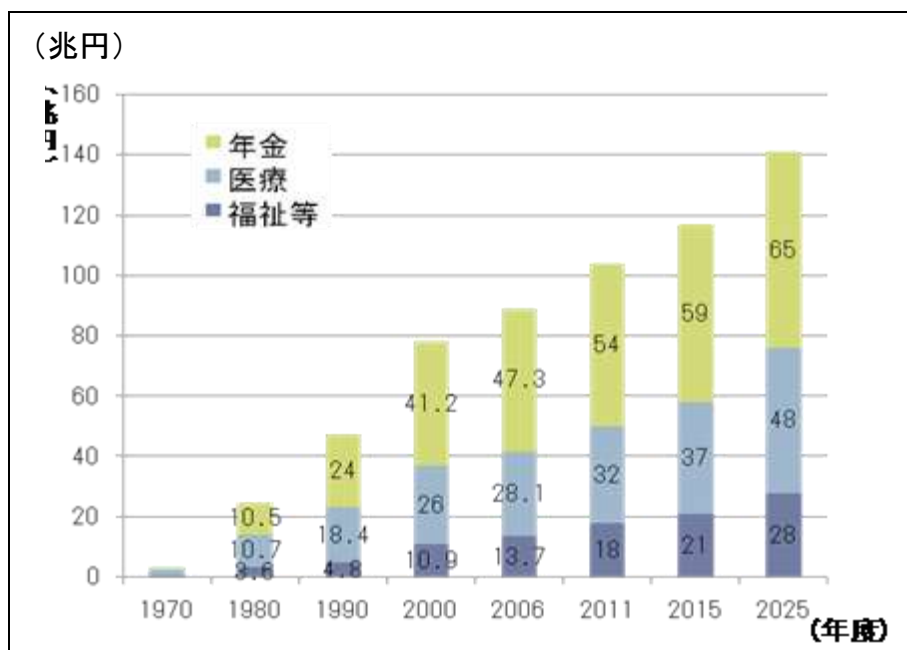
## ② 医療、介護、生活支援関連分野における現在の供給体制の論点

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)」

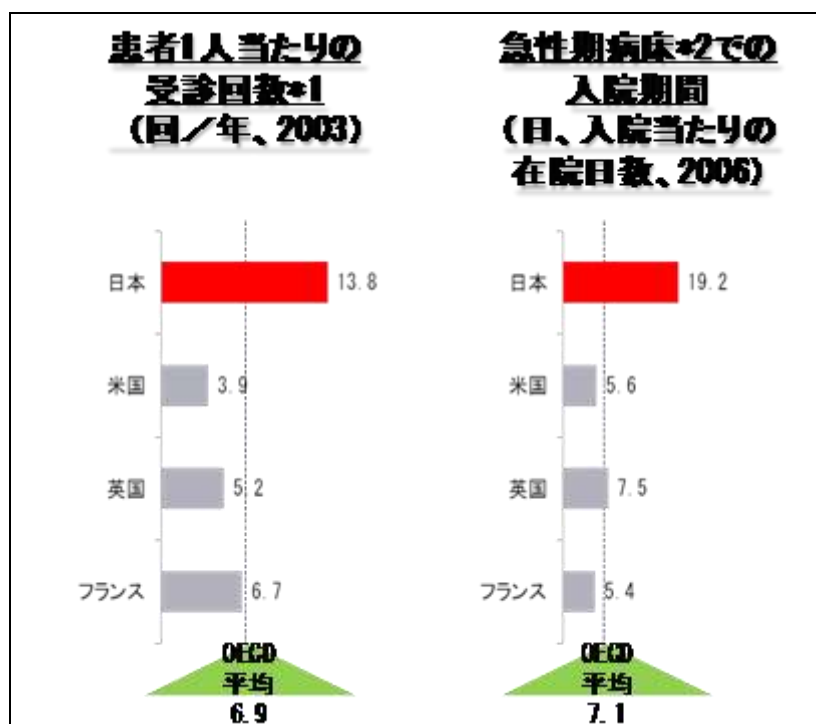
### ii) 医療機関に集中するニーズ

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 床当たりに換算し直して見てみると、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	
	医師数	看護職員数	医師数	看護職員数
<b>日本</b>	<b>2.1人</b>	<b>9.3人</b>	<b>14.9人</b>	<b>66.8人</b>
米国	2.4人	10.5人	76.3人	331.2人
英国	2.5人	11.9人	69.0人	335.9人
フランス	3.4人	7.6人	46.7人	105.8人
ドイツ	3.5人	9.8人	41.6人	117.8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)
<b>日本</b>	<b>7.0</b>	<b>183.0人</b>	<b>1.0人</b>
米国	2.0	799.6人	4.9人
フランス	4.8	—	—
ドイツ	2.6	422.1人	1.3人

出所：上表：OECD Health Data 2008、下表：OECD Health Data 2007、厚生労働省「医療提供体制の国際比較」(2008年版)、厚生労働省「医療提供体制の国際比較」(2009年版)、厚生労働省「医療提供体制の国際比較」(2010年版)、厚生労働省「医療提供体制の国際比較」(2011年版)、厚生労働省「医療提供体制の国際比較」(2012年版)、厚生労働省「医療提供体制の国際比較」(2013年版)

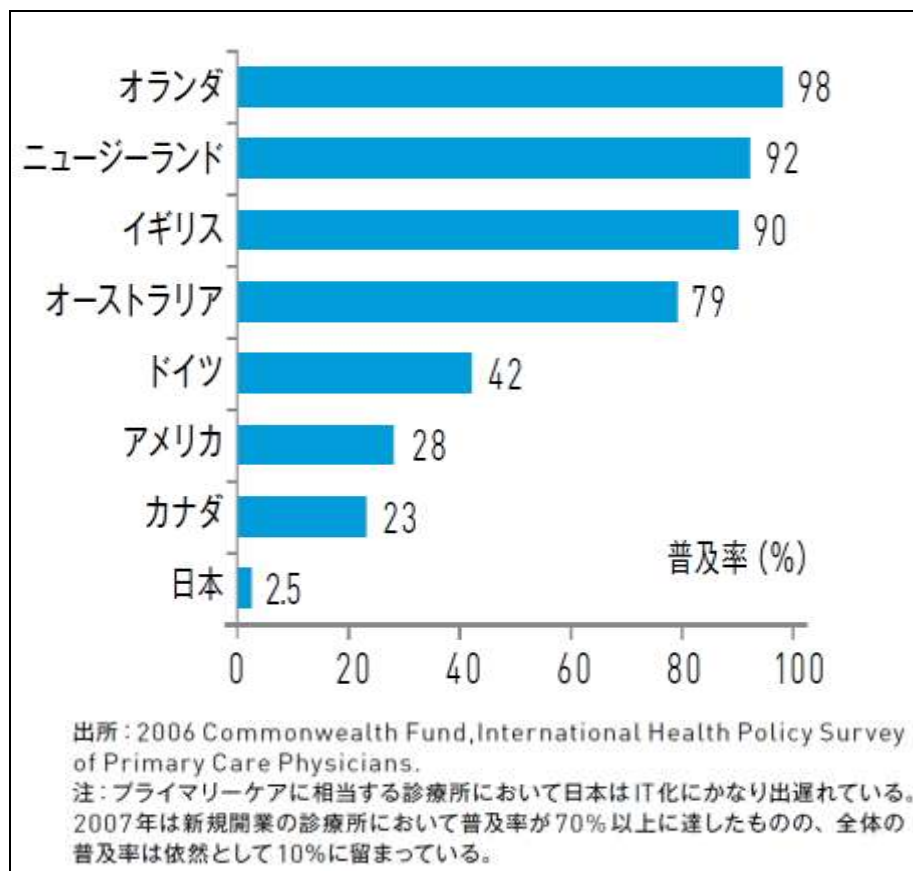
iii) 効率化の余地が大きい供給現場

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。

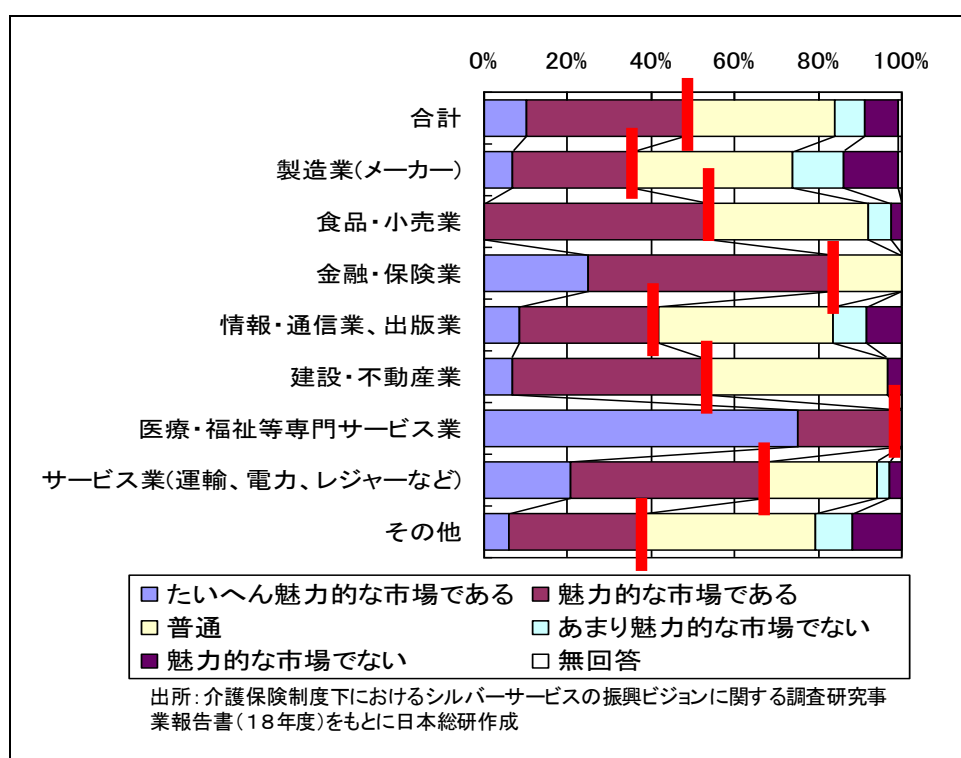
#### v) 医療・介護機関と民間サービス事業者の脆弱な連携

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用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。

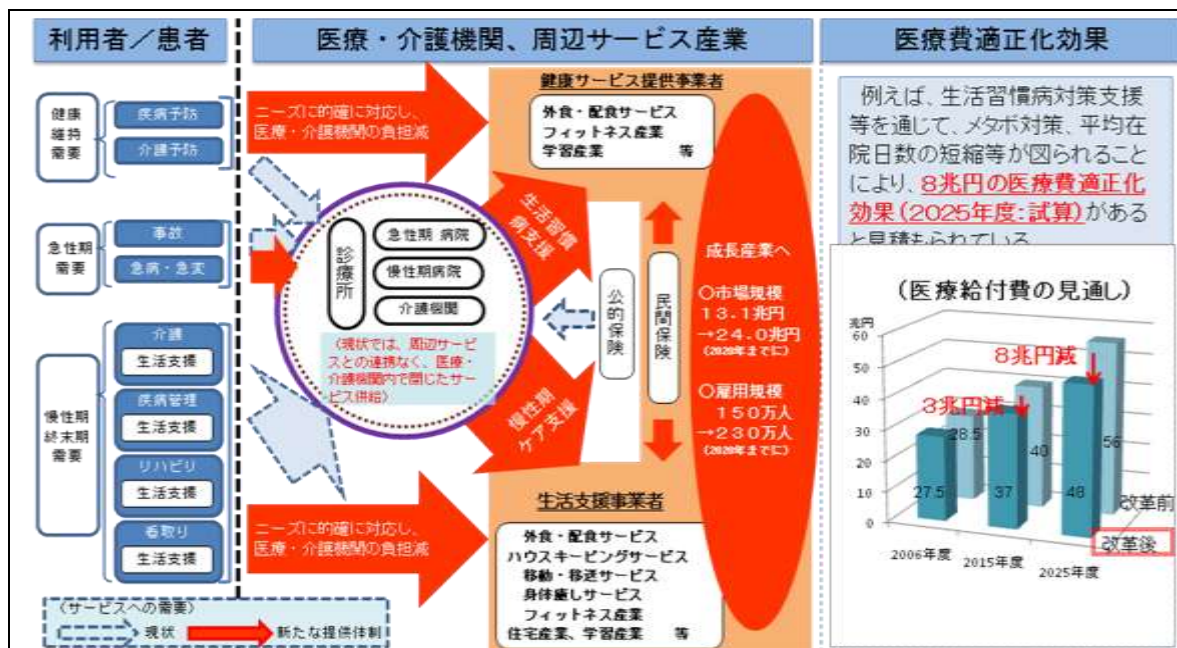
## ③ 多様で質の高いサービスの効率的な供給を目指す「医療・介護・高齢者生活支援関連産業創出促進戦略

### 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

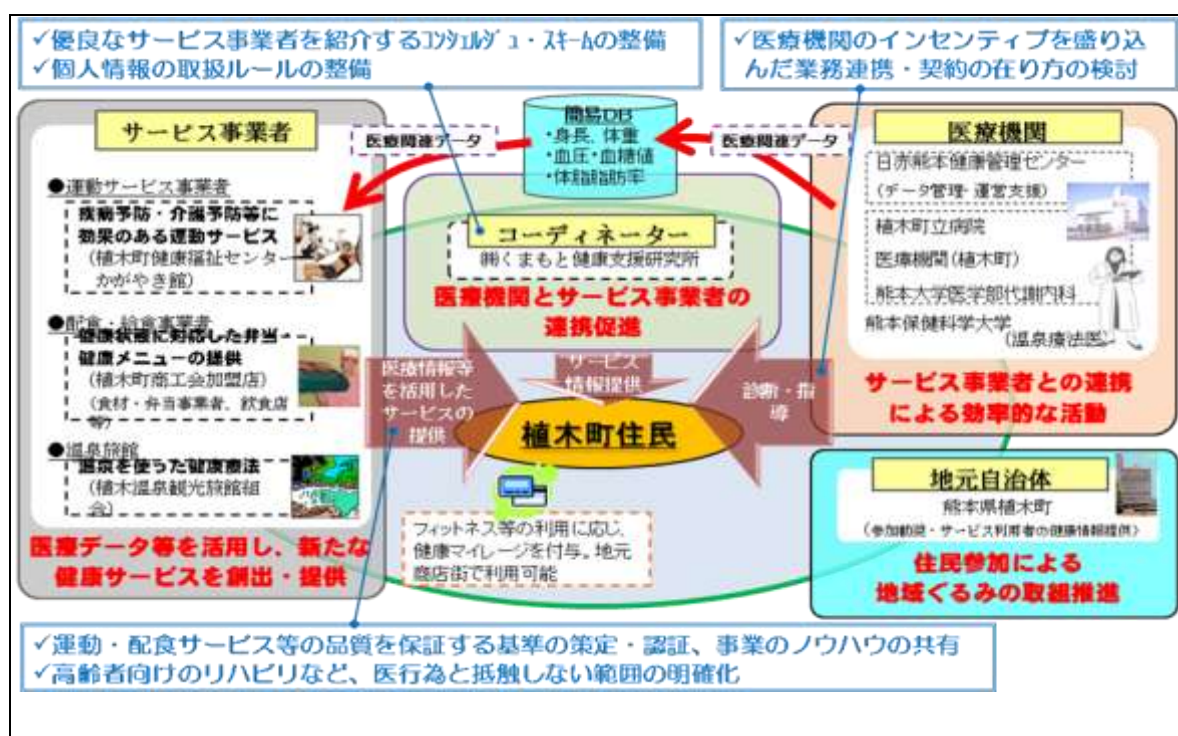
まず、健康・医療分野では、疾病予防等を包括的に支援するサービスの創出の芽が育てられている。例えば、熊本県旧植木町では、地元の医療機関に蓄積された住民の健康データを地域のサービス事業者が活用できるようにしたことで、様々な健康サービスが生まれた。例えば、運動サービス事業者が疾病予防・介護予防等に効果のある運動サービスを、配食・給食事業者が健康状態に対応した弁当・健康メニューを、温泉旅館が温泉を使った健康療法をそれぞれ提供している。また、運動サービスの利用に応じて商店街で利用できる健康マイレージを発行することで、住民が自ら取り組みやすい環境整備も行っている。

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）

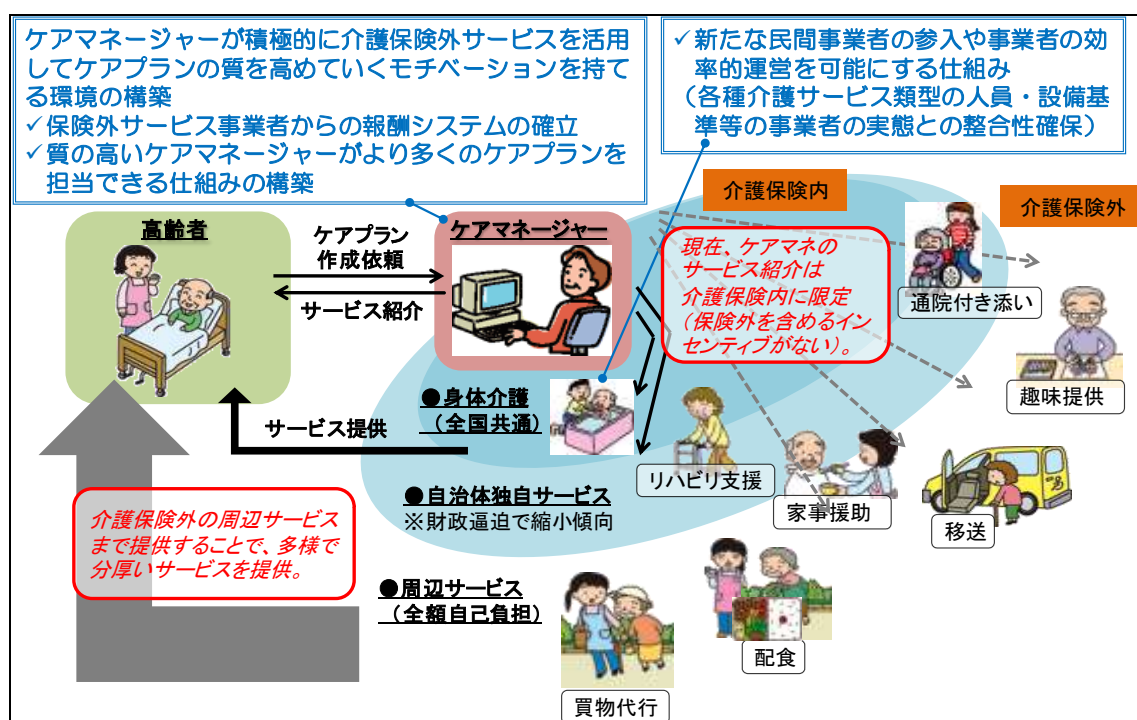


出所：経済産業省作成

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

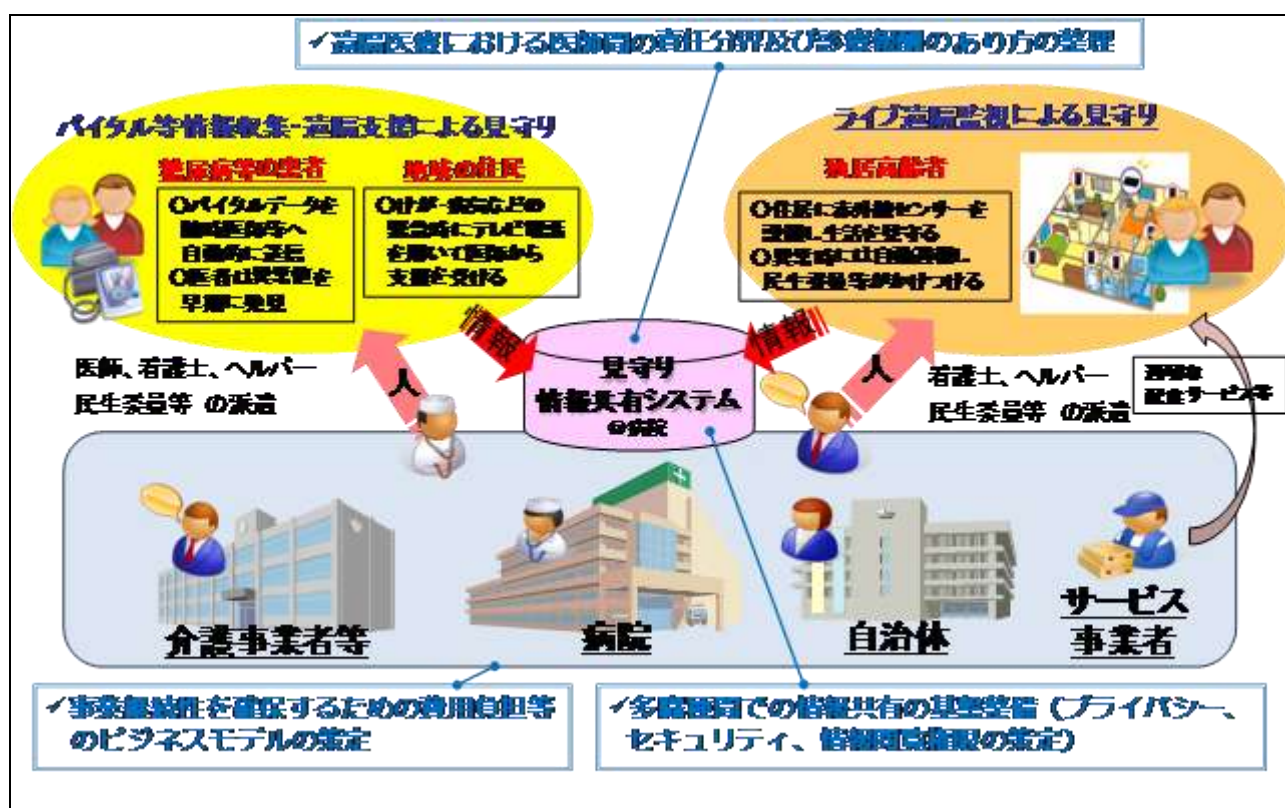
また、生活見守りについては、平成 21 年度事業より、中山間地域等における生活の見守りサービスの創出を試行している。例えば、和歌山県すさみ町では、自治体・病院・介護事業者等が一体となり、独居高齢者には住居に設置した赤外線センサーを通じて遠隔見守り・異常時自動通報、糖尿病等の患者にはバイタルデータの自動送信を通じて病状データの収集・異常値の早期発見、地域の住民には怪我・病気時の医師からの遠隔支援がそれぞれ提供され、それらの情報は見守り情報共有システムに一元管理がなされている。

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



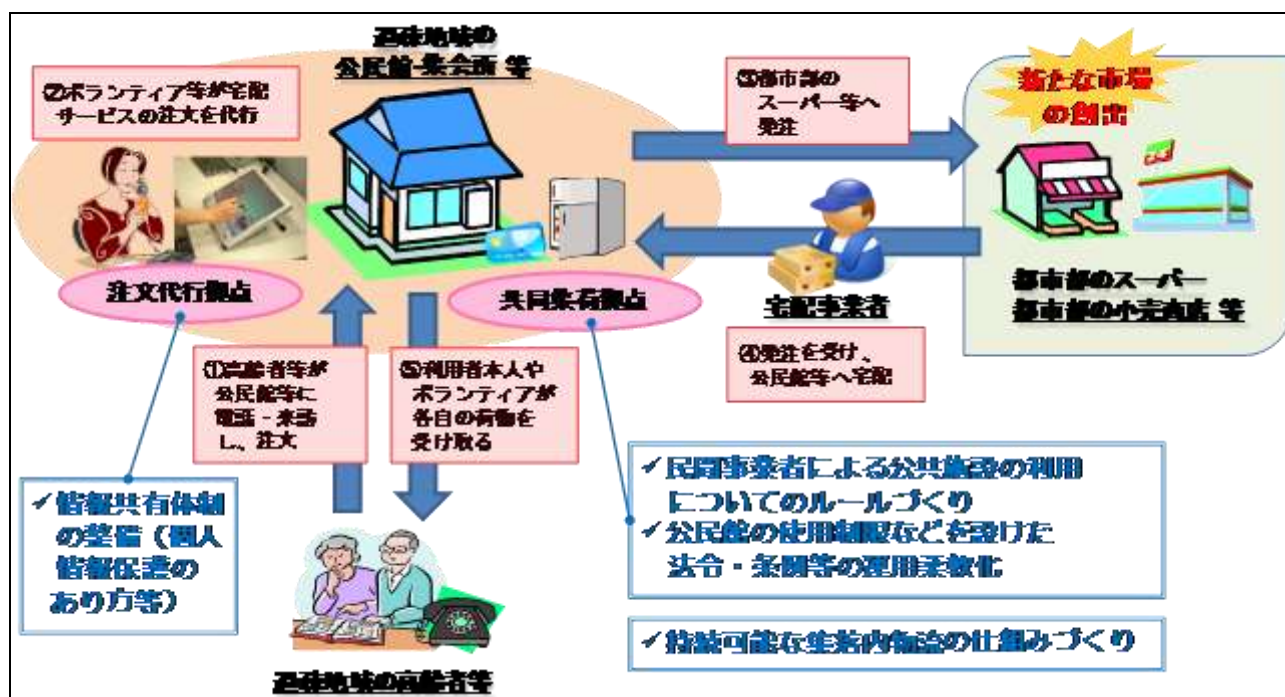
図Ⅲ-4-17 山間地域等における生活の見守りサービスの創出（和歌山県すさみ町等）



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

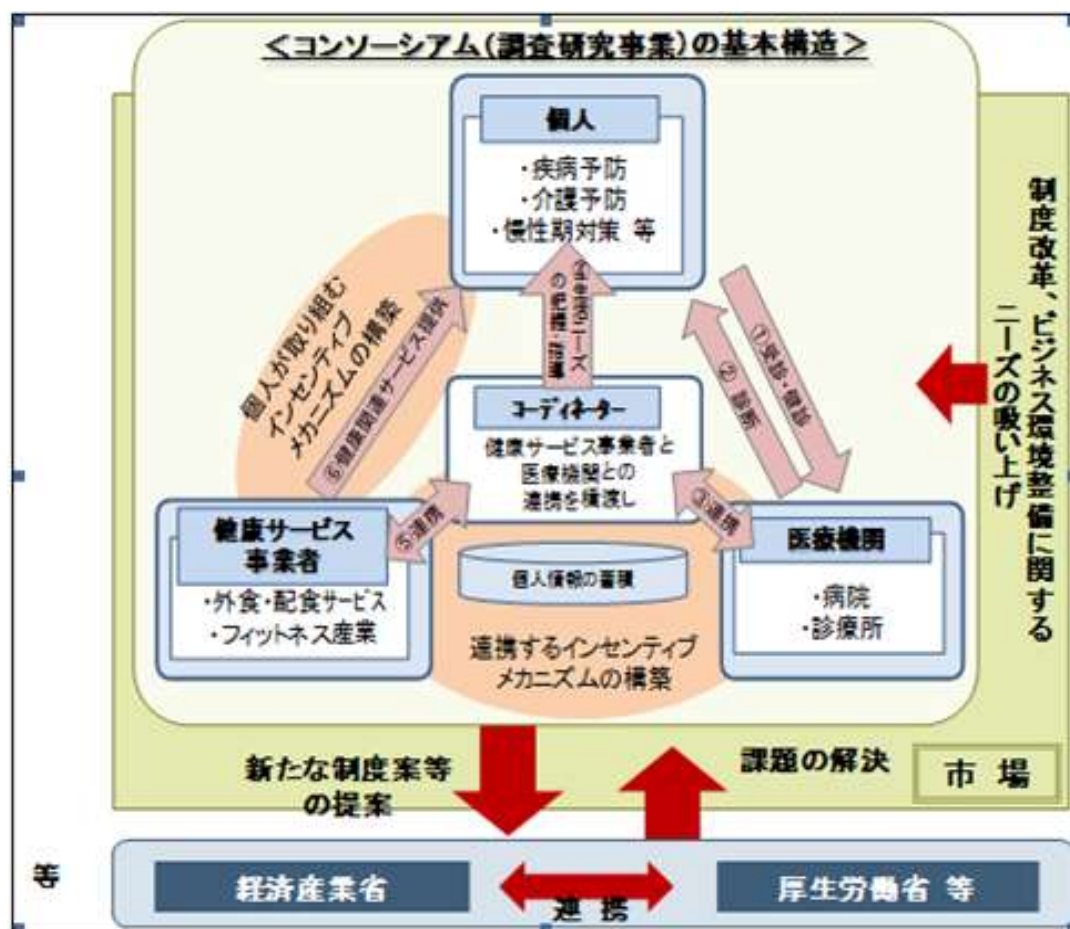


出所：経済産業省作成

### 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ることができる「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。

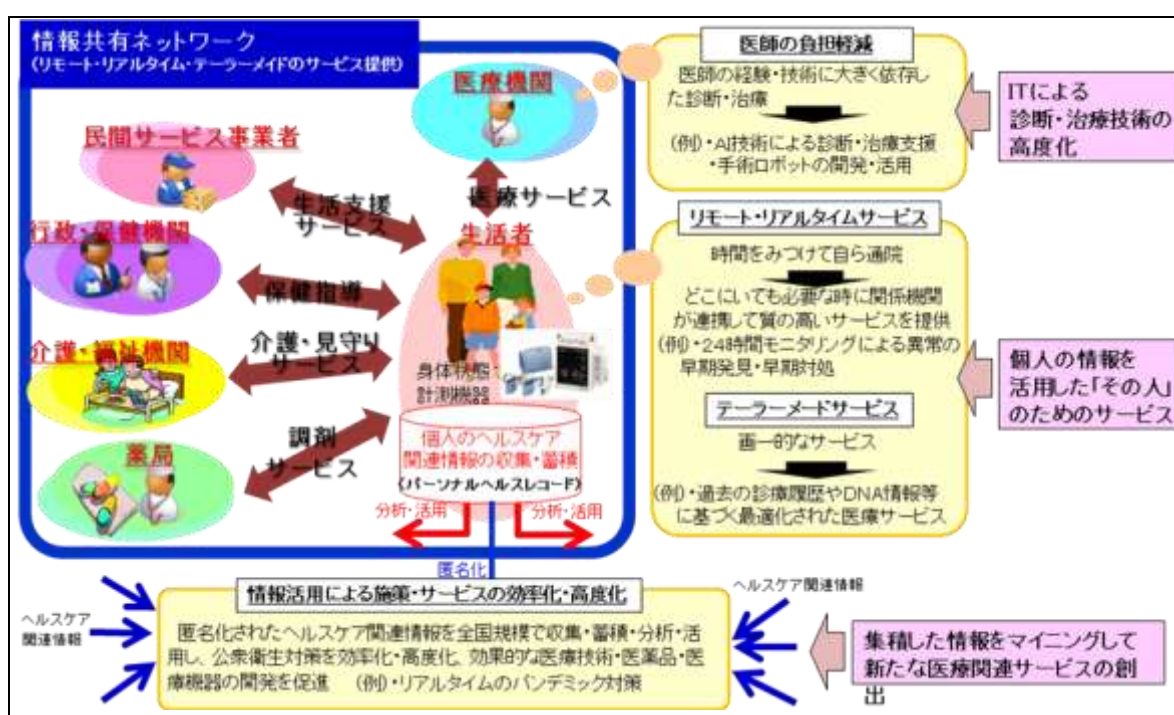
現在、経済産業省・厚生労働省・総務省が連携し、国民が自らの健康・医療情報等を生涯を通じて収集・活用し、適切に医療機関・民間事業者等と共有することによって、より効果的なサービスを受けられる PHR システムの構築を目的とした実証事業を実施している。



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。

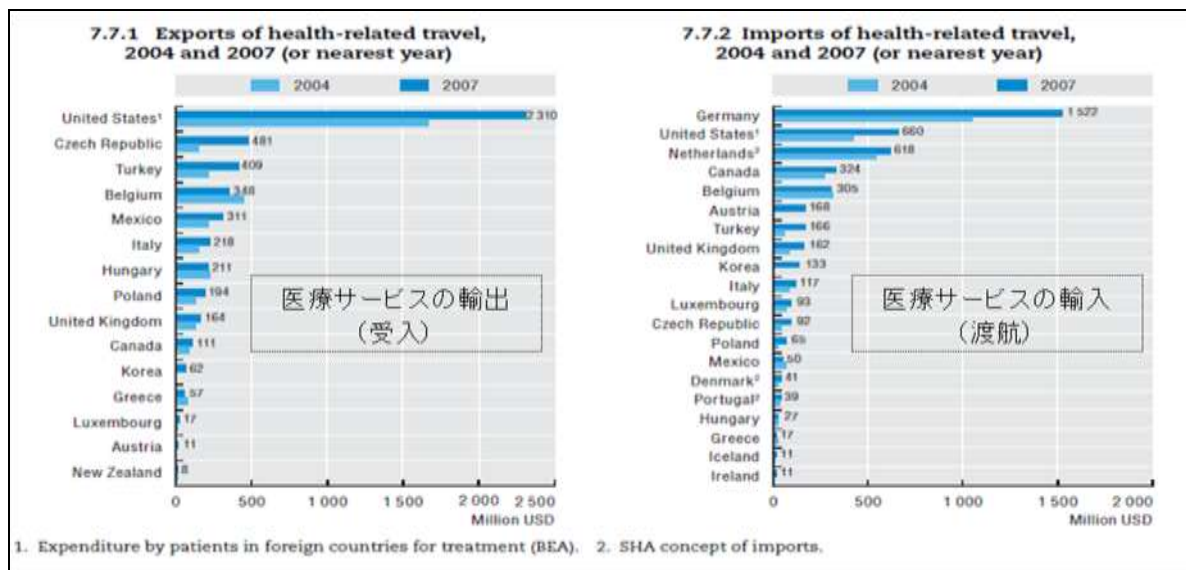
また、個人情報の取扱ルールも欠かせない。具体的には、多職種での情報共有を念頭に置いたアクセス管理・セキュリティ管理・標準約款等の情報運用ガイドラインの策定、収集された情報を 2 次活用する場合に必要な情報の匿名化ルール策定などの整備が必要である。

## (2) 医療サービス分野の国際化

### ① 現状

近年、世界的に国境を越えて医療サービスを求めて移動する動きが拡大してきている。既に外国人患者の受け入れに積極的に取り組んできたタイやシンガポールでは、各々128万人、67万人（いずれも各国保健省調べ）もの外国人（同伴者を含む）が医療目的で訪れている。最近では韓国でも、昨年5月に医療法の改正を行い、医療機関への外国人の受け入れを推進する枠組みや医療ビザを創設するなど、積極的な誘客を行った結果、既に約6万人の外国人患者が韓国を訪問している。

図Ⅲ-4-21 OECD 諸国における動向



出所:OECD「Health at a glance 2009」

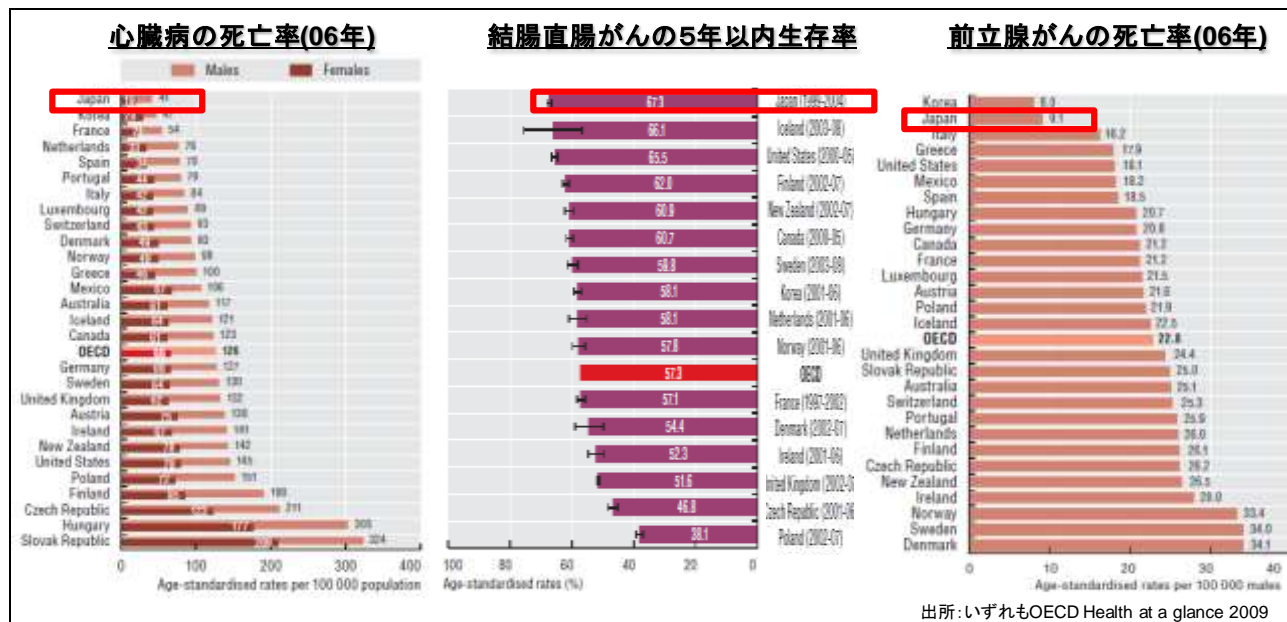
### ② 日本の医療水準・設備

日本の医療技術は、世界的にも高く評価されている。例えば、心臓病による死亡率はOECD 諸国の中でもっとも低く、循環器系の疾病に対する日本の治療技術が極めて優れているほか、結腸直腸がんの5年以内生存率の高さや前立腺がん死亡率の低さはOECD 諸国の中では最高水準にあり、がんの治療技術も世界的に高い。

医療機器の分野についても、例えばがん治療のための重粒子線治療機器では、稼働中の機器は世界で6機あるうち3機が日本で稼働しており、重粒子線治療の症例の多くが日本において蓄積されているなど、日本には世界的に大きく先行する医療分野があり、日本の医療サービスは国際的に飛躍できる潜在的な力を有していると言える。また、MRI（磁気共鳴画像装置）やCT（コンピューター断層撮影装置）といった高度な医療機器については、人口100万人あたりの保有台数は、MRI42.7台、CT96.1台であり、その充実度合においてはいずれも世界最高水準である。

このように、日本の医療サービスは、高度な医療技術を有しており、グローバルマーケットにおいて一定の競争力を有する可能性を秘めていると言える。

図Ⅲ-4-22 高い評価を得る日本の医療水準



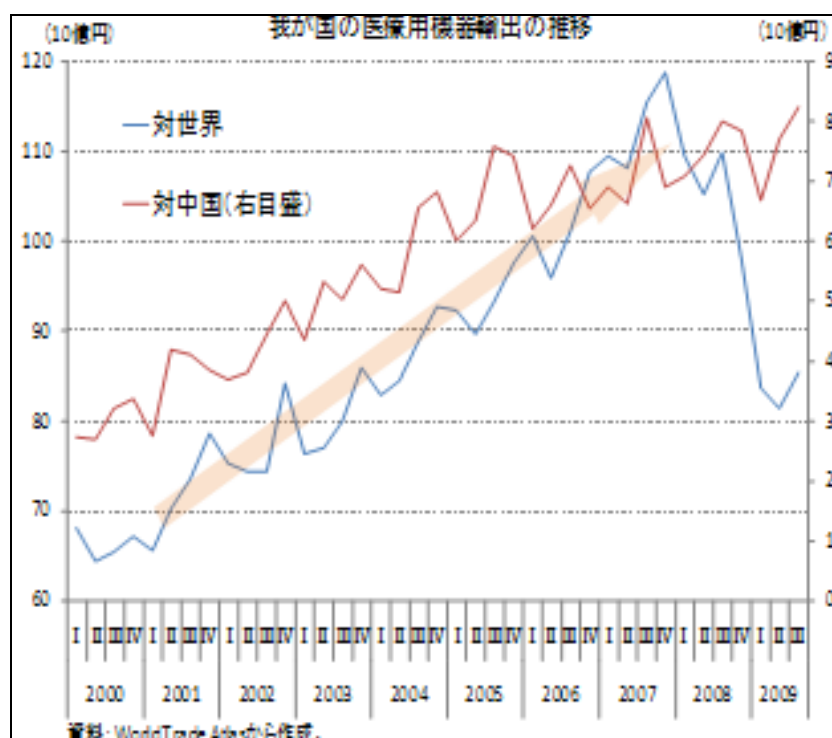
図Ⅲ-4-23 世界の重粒子線治療施設（稼働中）

施設名	国名
放射線医学総合研究所 重粒子線医科学センター病院	日本
兵庫県立粒子線医療センター	日本
群馬大学重粒子線照射施設	日本
重イオン科学研究所	ドイツ
ハイデンベルク大学	ドイツ
近代物理研究所	中国

出所: (独) 放射線医学総合研究所資料より経済産業省作成



図Ⅲ-4-24 我が国の医療機器の輸出額推移



出所: World Trade Atlas

### ③ 日本の医療サービスの国際化に向けた方向性

このように、我が国の高度医療をはじめとする医療サービスは、海外の需要を取り込むことで、医療自らが発展する大きな可能性を有している。高度な医療サービスを求める国外の需要の取り込みは、i) 症例数等の増加による先進医療の発展や、ii) 医療機関の資本蓄積に伴う高度医療をはじめとする国内医療サービスへの再投資、iii) さらに国内外のマーケットの拡大による医療機器や医薬品等の関連産業の国際競争力の強化に貢献するものであり、今後、官民を挙げて注力すべき事業である。

しかしながら、現在我が国では、外国人患者の受け入れを行うための体制が十分に整備されていない。そのため、今後は、国民医療への良い影響が認められることを確認しつつ、受け入れに意欲のある医療機関ネットワークを拡大させるとともに、提供可能な医療サービス内容を可視化させるなど、供給体制を充実させることが重要である。加えて、治療・健診目的で日本を訪問する外国人向けの医療滞在ビザを創設するなど、外国人患者の円滑な受け入れを支援するための環境整備も必要である。さらには、こうした需給両面の体制構築に加えて、外国人患者を適切な国内医療機関に斡旋する機能の整備や、外国人患者と医療機関とをつなぐ医療通訳等の育成など、需要と供給の橋渡しとなるアレンジ機能を整備させることも不可欠である。

#### ④ 医療サービスの国際化に向けた戦略的取組の展開

##### i) 受入支援機能の強化

医療機関による外国人受診者の受け入れは、既に一部の医療機関において進められている。しかしながら、紛争処理機能や医療機関のネットワーク化など、受入をさらに進めていくにあたって必要な機能を個々の医療機関や仲介事業者だけで抱えるのは難しいことから、今後、官民一体となって受け入れを支援する組織を立ち上げる必要がある。

##### ii) 供給体制の強化

また、施設内の外国語の案内表示や文化的違いに配慮した食事の提供など、外国人受診者を受け入れるに当たって求められるサービスを提供できる医療機関については、国として支援すべき外国人受入医療機関として認証し、外国人医師臨床修練制度の緩和による外国人医師の受け入れなど、必要な規制緩和を進めていくべきである。

##### iii) 国外需要の喚起

ビザについては、治療・健診目的で入国を求める外国人に対して発給することが明確なビザ制度とすべきである。また、現地医療機関や医師の診断書や、日本の医療機関又は医師の招聘状を有していることなどを要件として、(滞在予定表に記載された期間を超えて)十分に余裕のある滞在許可期間の付与や弾力的な期間延長、数次ビザの容易な発給などを可能とする「医療滞在ビザ」(仮)を創設・発給すべきである。

##### iv) 日本の医療サービスの国外展開

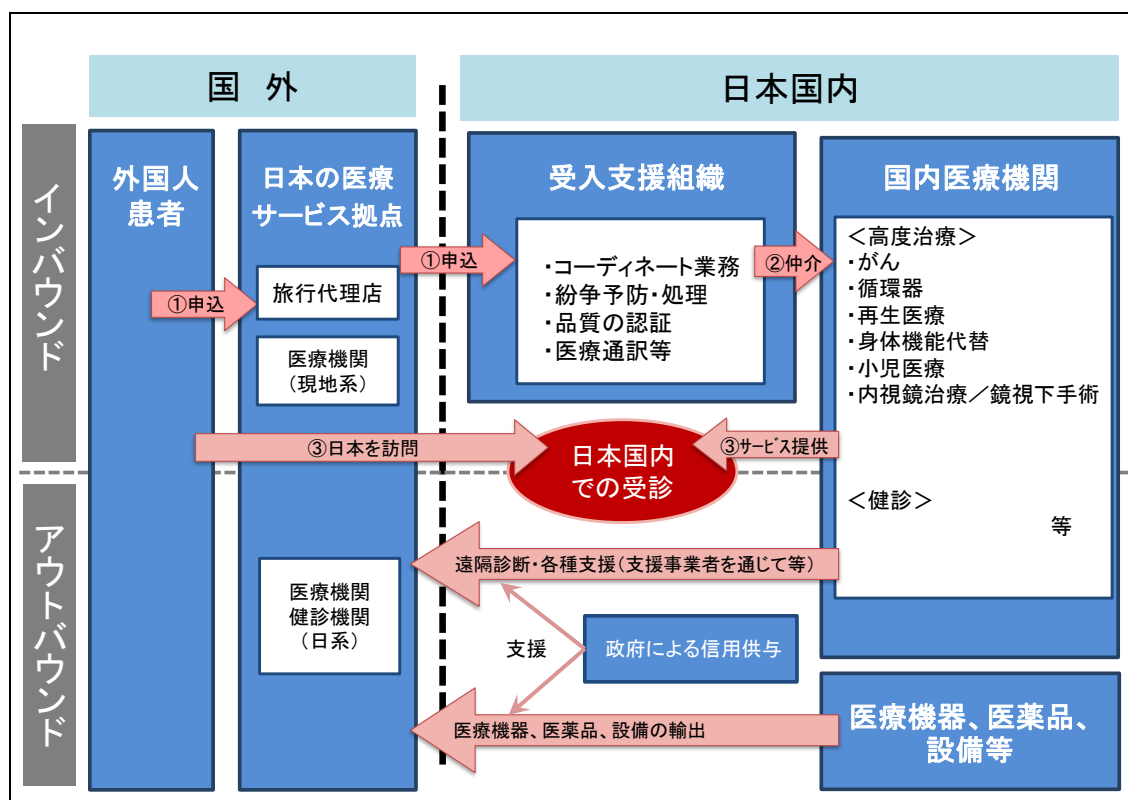
こうした外国人患者の国内医療機関への受け入れ(インバウンド)と並行して、日本の医療サービスを国外に輸出すること(アウトバウンド)を通じ、日本の医療の提供可能な市場を拡大させていくことも重要である。これまで国のODAなどを活用して医療機器を中心に国外展開が行われてきたが、今後は医療機器に加えて、医療サービスの担い手である医療機関、医薬品をも併せて、この三つを有機的に連携させた形で、日本の医療サービスそのものをシステムとして輸出していくという視点が重要である。具体的には、国外の医療機関との提携や日系医療・健診機関の設置を通じて、日本の医療サービスを提供する海外拠点(サテライトホスピタル)を設け、①日本の高い医療技術の認知度の向上、②外国人患者等の国内医療機関への受け入れの推進、③医療関連サービスの国外での提供など、日本の国外医療圏を拡大させていくことを目指していくべきである。

このように、医療サービスの国際化に向けた取組は、資源の乏しい我が国において、医療サービスを中核とした国富の増大を可能とするほか、諸外国への日本の医療の輸出を通じて、我が国と相手国との間での良好な関係を深めていくことに大きく貢献していくものであり、今後、国を挙げて取り組んでいくことが望まれる。

また、医療の国際化や、Ⅲ. 4. (1) にて述べたような医療・介護関連サービス産業の創出を推進していくための1つの方策として、医療クラスターの構築も検討に値する。これに

より、単に医療を提供するだけでなく、基礎研究と臨床の場とをつなぐことを通じて、国際的な環境の整備や高度な医療技術・医療機器の開発が促され、医療現場における多様なサービス形態と供給を創出していくことにつながっていくと考えられる。

### III-4-25 医療サービスの国際化



出所：経済産業省作成

### (3) 医薬品、医療機器、介護ロボット分野における世界市場の獲得

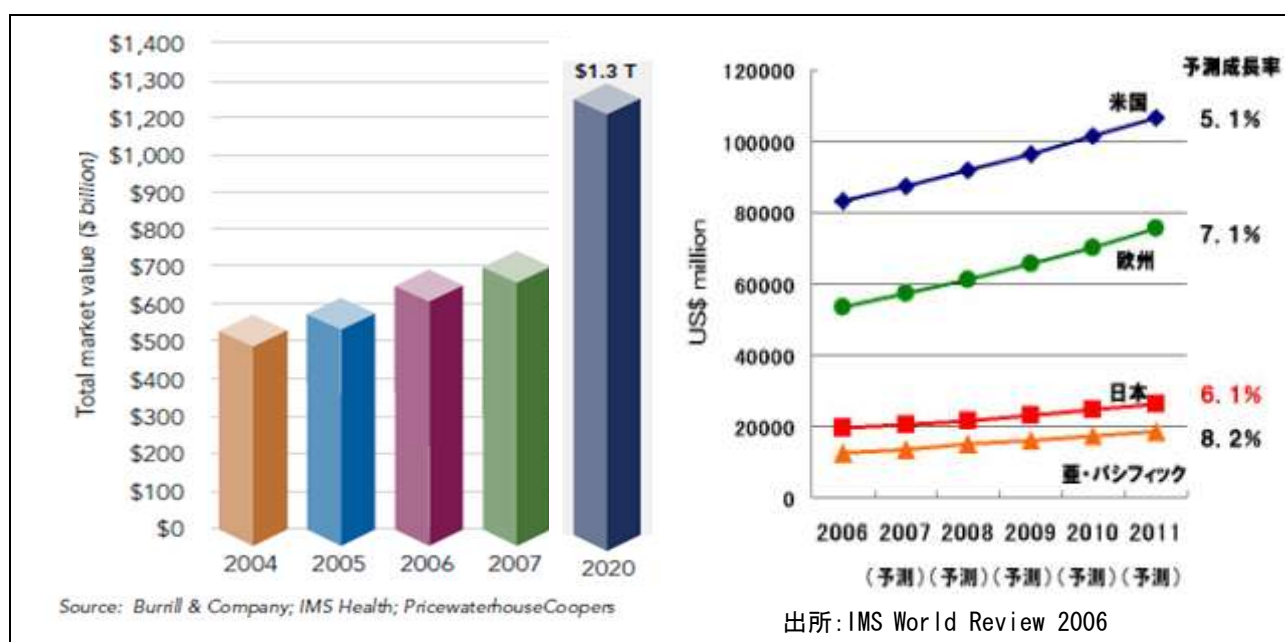
世界的に高齢化が進んでいく中、日本の高い技術力を活用して医薬品・医療機器・介護ロボットの開発を促進することにより、これらを成長産業として位置づけて、世界市場を獲得していくことを目指す。

#### ① 医薬品・医療機器産業のイノベーション促進に向けた現状と課題

##### i) 拡大を続ける世界の医薬品・医療機器市場

新興国を中心とした経済成長と世界的な高齢化の進展により、今後、医療分野は、全世界で大きく成長することが見込まれている。このような中、バイオ技術の進歩等により、医薬品における世界市場は2007年から2020年に約2倍にまで拡大することが予想されている。また、医療機器についても、医療技術の進歩に合わせ、高い成長が見込まれている。

図Ⅲ-4-26 医薬品における世界市場の推移（左）、医療機器における世界市場の推移（右）



## ii) 技術水準の高い我が国の医薬品・医療機器産業

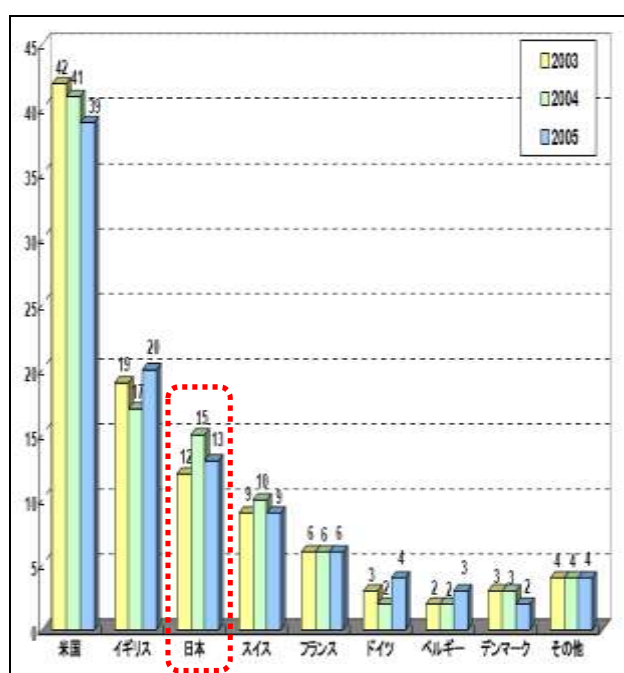
革新的な医薬品・医療機器を開発するためには、基礎研究の充実は重要な課題である。例えば、質の高い掲載論文の国別割合では、日本は3.3%で、アメリカ、イギリス、ドイツに次ぐ第4位であり、我が国の基礎医学研究成果の質は比較的高い。また、日本は新薬創出力において世界3位であり、高度な医療機器の代表例の一つであるがんを治療する重粒子線治療施設も半数が日本で稼働しているなど、高い技術水準を維持している。しかし、国内の研究開発環境整備が進んでいないことから、本来の技術水準の高さが、産業競争力に必ずしも反映されていない。(参照図：質の高い掲載論文の国別割合、オリジン国別品目数、世界の重粒子線治療施設、各国における未上市品目数（2004年/2007年 世界売上上位100品目））。

図Ⅲ-4-27 質の高い掲載論文の国別割合

国名	掲載論文の割合 N=23,168
アメリカ	66.4%
イギリス	8.4%
ドイツ	4.8%
日本 	3.3%
フランス	3.1%
カナダ	2.7%
スイス	1.9%
オランダ	1.1%
オーストラリア	0.9%
スウェーデン	0.8%
イタリア	0.8%
イスラエル	0.8%
オーストリア	0.4%
ベルギー	0.4%
スペイン	0.3%
フィンランド	0.3%
デンマーク	0.2%
中国	0.1%
ノルウェー	0.1%
ニュージーランド	0.1%

出所：福井次矢、「学術の動向」2006年8月

図Ⅲ-4-28 オリジン国別品目数



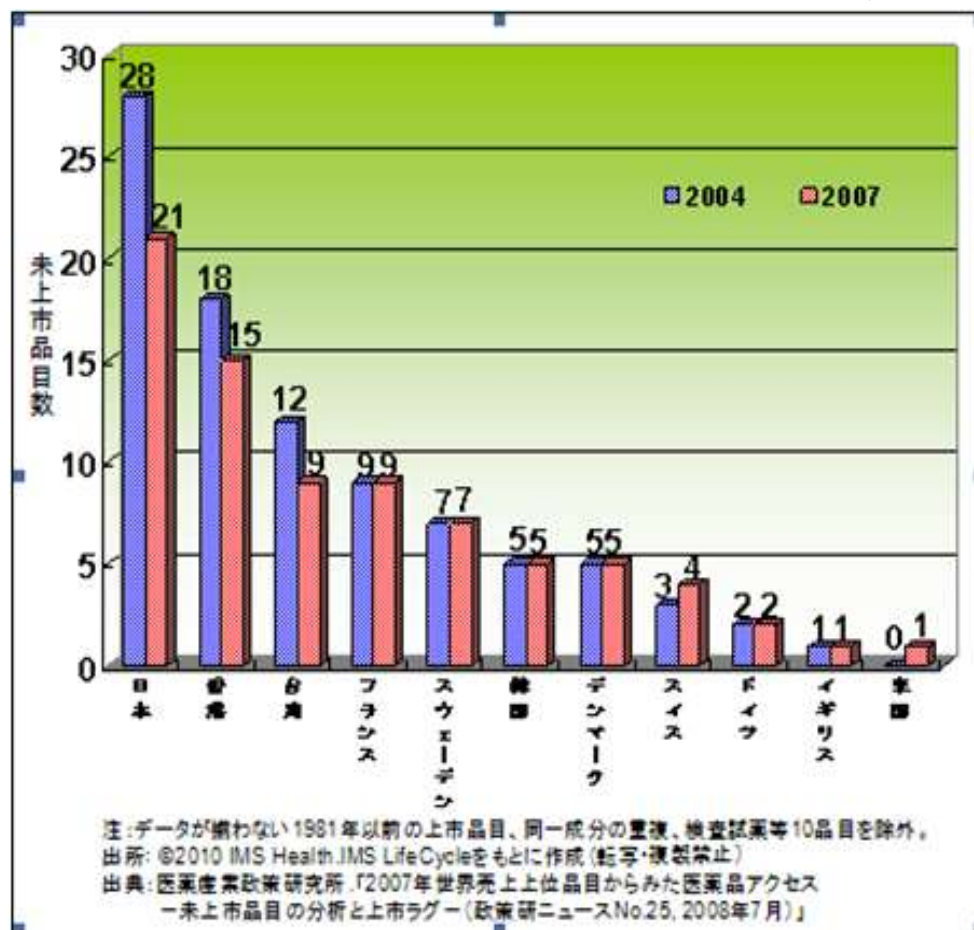
出所：日本製薬工業協会

図Ⅲ-4-29 世界の重粒子線治療施設（稼働中）

施設名	国名
放射線医学総合研究所 重粒子線医科学センター病院	日本
兵庫県立粒子線医療センター	日本
群馬大学重粒子線照射施設	日本
重イオン科学研究所	ドイツ
ハイデンベルク大学	ドイツ
近代物理研究所	中国

出典：(独)放射線医学総合研究所資料より作成

図Ⅲ-4-30 各国における未上市品目数（2004年/2007年 世界売上上位100品目）





### iii) 国内の研究開発環境の魅力の低下

日本の研究開発環境の魅力が低下していることから、外資系製薬企業は国内にある研究開発拠点を次々と閉鎖し、中国に研究拠点を移すなどの動きが活発化している。また、創薬プロセスの高度化により世界的にオープン・イノベーションが進み、革新的なシーズ開発を担うベンチャーの役割は大きくなっているが、国内ではベンチャーが育っていないため、国内製薬企業は、シーズの不足を補うため外国ベンチャーを多額の資金で買収しなければならない状況になっている。

このような状況が進めば今後、国内に研究開発・製造を行う拠点が減少し、ひいては、国内の技術力低下につながるものが危惧される。

図Ⅲ-4-31 国内企業の海外ベンチャー買収例および日本から撤退する外資の研究所

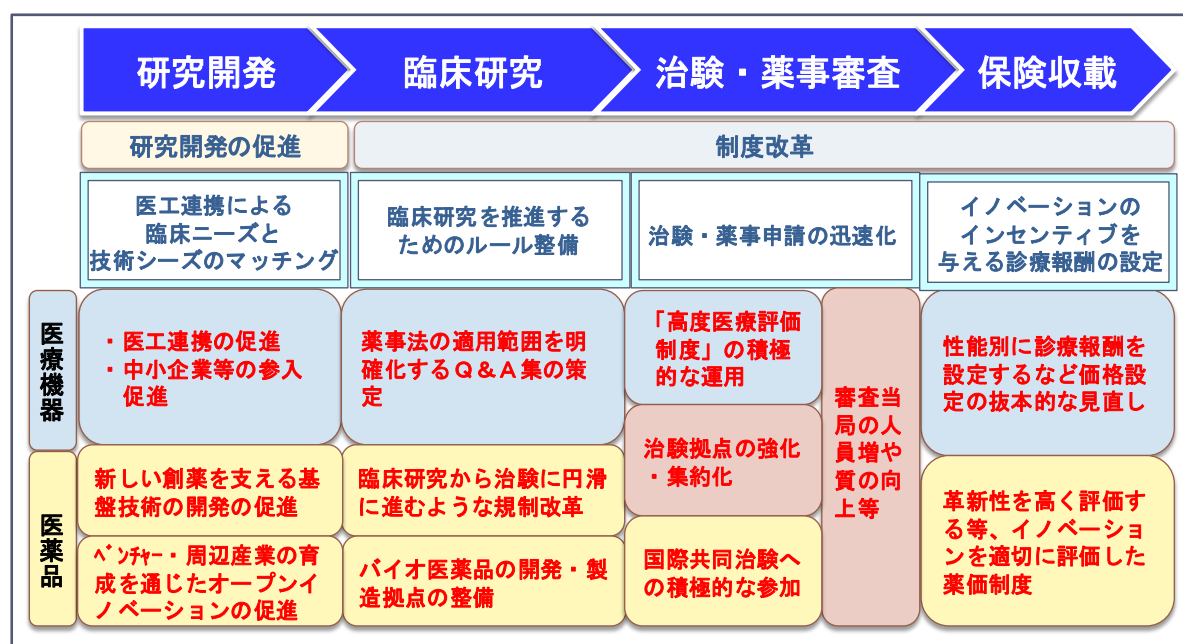
日本から研究所を撤退させた外資企業	閉鎖時期	撤退内容	発表年	買収元	買収先	買収額	内容等
グラクソ・スミスクライン	2007年	筑波研究所を閉鎖。 (2007年に中国に研究拠点を新設)	07年 11月	アステラス	Agensys社 (米国)	3億8700万ドル (約420億円)	癌領域の抗体医薬を専門とするベンチャー企業を買収。
ファイザー	2008年	名古屋中央研究所を閉鎖。 (2005年に中国へ研究拠点を新設)	08年 04月	武田薬品	Millennium社 (米国)	88億ドル (約9000億円)	がん領域を中心とした多数の開発品目を有するベンチャーを買収。
ノバルティスファーマ	2008年	筑波研究所を閉鎖。 (2007年に中国へ研究拠点を新設)	10年 01月	エーザイ	アカラックス (米国)	2億5500万ドル (約230億円)	循環器や婦人科・小児科の分野に強いベンチャーを買収。
万有製薬 (メルクが買収)	2009年	筑波研究所を閉鎖し 大鵬薬品へ売却。					

出所：各種資料より経済産業省作成

### iv) 国内の研究開発環境における課題

日本国内で医薬品・医療機器の研究開発を行うための環境に課題がある。具体的には、臨床研究のデータが治験に生かせないこと等による研究の非効率の問題や、臨床研究における医療機器の使用に関する薬事法の適用範囲が不明確であること、またバイオ医薬品を開発するベンチャー向け製造インフラの不足、資金面、経営面、人材面等の問題によるベンチャーや周辺産業の未発達が挙げられる。また、医薬品・医療機器の薬事審査が海外に比べて遅いことも大きな課題となっている。

図Ⅲ-4-32 医薬品・医療機器の開発環境における課題



出所：経済産業省作成

## ② 介護・福祉ロボット等の実用化に向けた現状と課題

生活支援ロボットは、介護者の慢性的な人材不足が喫緊の課題となっている介護・福祉分野においてその必要性が高い。介護現場の約7割の方が腰痛であることや2025年までに現在の約2倍の介護人材が必要となるなどの推測などから、現場でのニーズは高い。高齢者、要介護者、身体障がい者（チャレンジド）等からも介護・移動支援等の生活支援でロボットを活用してQOL（Quality of Life、生活の質）を向上させることに強い要請がある。

## ③ 具体的な施策

医薬品、医療機器、介護・福祉ロボット分野における具体的政策 医薬品・医療機器・介護・福祉ロボットの開発を促進することにより、成長産業として位置づけていくとともに、世界市場を獲得していくため、次の取組を実施する。

### i) 医薬品・医療機器産業のイノベーション促進に向けた取組

#### (7) 医薬品・医療機器のイノベーション促進のための研究開発環境の改善

医薬品・医療機器のイノベーションを促進するためには研究開発環境の改善が不可欠である。具体的には、臨床研究のデータを治験に活用可能とする規制改革、臨床研究における医療機器の使用に関して薬事法の適用範囲を明確化するためのQ&A集の策定、バイオ医薬品の製造受託（GMP 製造施設）及び共同研究・人材育成を行う拠点の国内整備、ベンチャーと臨床機関の共同研究への支援、異分野技術の創薬分野への積極的導入、周辺産業や大学と産業界が連携した若手人材育成等が必要である。また、医薬品・医療機器の薬事審査を迅速化するため、審査当局の人員増や質の向上による審査機能の向上が喫緊の課題である。これらの施策により、国内の医薬品・医療機器の研究開発、製造力を高め、国際競

争力の高い医薬品・医療機器産業を創出することを目指す。

#### (イ) 医薬品・医療機器産業の国際展開戦略

世界市場獲得に向けて、今後、手技・診断方法と医薬品・医療機器開発を一体で開発（ハードとサービスの「パッケージ」化）するとともに、パッケージとして、海外に売り込む方策についても検討を行う。さらに、革新的な医薬品・医療機器等に関連した技術等の国際標準の獲得を併せて実施する等の取組を進める。

#### ii) 介護・福祉ロボット等の実用化に向けた取組

##### (ア) 生活支援ロボットの安全性確保と国際標準化

生活支援ロボットは、産業用ロボットと異なり、人との接触度が高くなること、また使用者が健常者以外も想定されることから、対人安全性の確立が求められるが、安全の技術や基準・ルールが未整備で、企業の開発リスクが高い。

経済産業省は NEDO において「生活支援ロボット実用化プロジェクト」を平成 21 年度から開始しているが、この中で生活支援ロボットの対人安全技術を開発し、安全に関するデータを収集・分析しながら安全性検証手法を確立する。同時に、海外市場開拓に向けて、こうした検証手法等の国際標準化も図っていく。

図Ⅲ-4-33 生活支援ロボット実用化プロジェクトが対象としているロボットの事例



出所：経済産業省作成

#### (イ) 適切な検証環境の整備による有用性等評価プロセス等の迅速化

介護・福祉ロボットは、現在、安全性が確保された機器の導入を進めるための評価・審査・相談体制が十分に整備されているとは言えない状況にある。

実利用環境下での安全性・実用性の検証を促進するため、使い勝手等の実用性向上のための適切な評価を行えるアドバイザーとロボットメーカーのマッチングを支援する。まずは、試験中の介護・福祉ロボットについて支援を行い、安全性が確立した介護・福祉ロボ

ットについては、介護・福祉ロボットの評価試験に関する倫理指針（被験者の安全と人権の保護）の策定や、第三者として倫理審査を実施する場の設置など、有用性等に関する適切な検証環境の整備について、ロボットビジネス推進協議会議等とも連携しながら、検討を進める。

(ウ) 低コスト化のためのモジュール開発、導入に際しての公的支援

製品開発がなされても、高額な機器では普及しないことから、生活支援ロボットの導入コストも重要な課題である。

ロボットの要素・基盤技術の開発プロジェクトにおいてロボットの製造コストを抑えるための市販部品の利活用技術やモジュールの開発を進める。さらに、安全性が確立した技術・製品の普及策について制度面も含めて公的支援を検討する。

(4) 拡大・多様化するニーズに対応するための子育てサービスの産業化

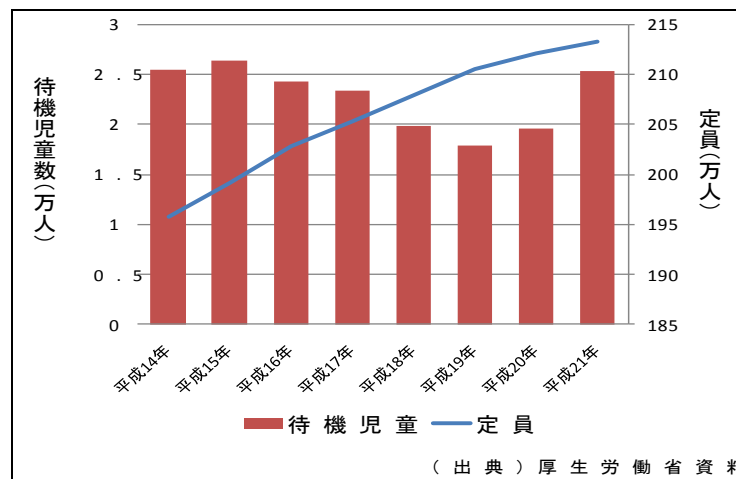
誰もが安心して子どもを産み育てられる環境の実現は、女性の労働参加の促進や出生率の継続的な向上を通じて、短期的及び中長期的に我が国の経済成長の基盤を支えるために必要不可欠である。特に、人口減少下で女性の労働力率を引き上げることは、労働力人口の維持のために喫緊の課題である。子育てサービスは、この環境整備における重要な柱の一つであり、社会の変化に伴って拡大・多様化する国民のニーズに柔軟に対応することが求められている。また、国民のニーズの高まりを背景に、子育てサービスそれ自体が成長産業として発展していくことも期待される。

① 保育サービスを含む子育てサービスの現状と潜在需要の存在

我が国の子育てサービスは、主に専業主婦家庭を対象とする「幼稚園」、共働き家庭等を対象に昼間の専ら通常保育を提供する「保育所」、幼稚園や保育所が提供できないサービス需要の受け皿ともなっている「認可外保育施設」から構成されている。2009年4月時点の利用児童数は、幼稚園が163万人、保育所が204万人、認可外保育施設（事業所内保育施設を含む）が23万人である。

80年代以降、幼稚園、保育所ともに定員の減少が続いたが、その後、女性の社会進出の拡大に伴い、長時間の保育サービスのニーズが急速に高まったため、90年代半ば以降は保育所の定員の拡充が進められてきた。2002年から2009年までの7年間で保育所の定員は17.5万人（割合にして8.9%）増加している。しかしながら、利用希望者は定員拡充のペースを超えて増加しているため、都市部を中心に深刻な待機児童問題が慢性化しているのが実態である。2009年4月時点で待機児童は377市町村に25,384人存在する。待機児童数は10月には4月の約2倍に膨らむ状況が続いており、2009年10月時点では46,058人となった。加えて、現実には行政への申し込み以前に諦めているケースも少なくないことから、背後には膨大な潜在需要（数十万人規模）があると言われている。

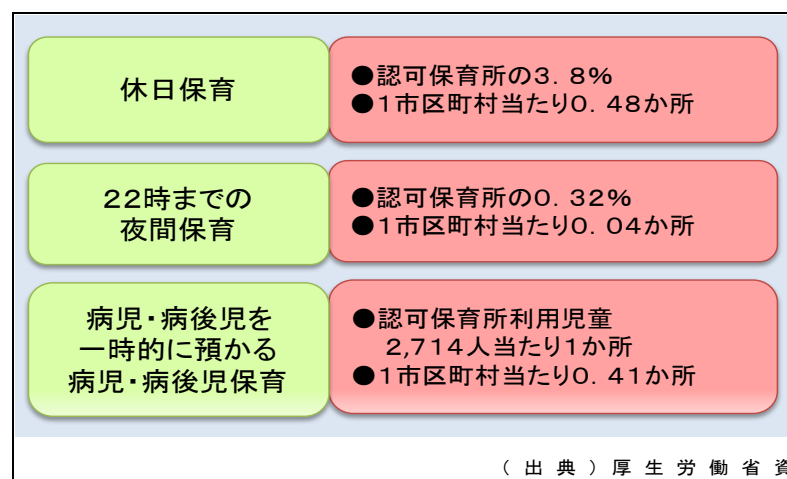
図Ⅲ-4-35 待機児童数及び保育所定員の推移



出所：厚生労働省資料

また、国民の生き方や働き方の多様化に伴って、休日や夜間の保育、子どもが病気の際の保育（病児・病後児保育）、勤務先における保育（事業所内保育）、一時預かりなどの多様な保育サービスへのニーズが拡大しているが、通常保育を基本とする保育所だけでは、これらニーズに十分な対応ができていない。例えば夜間保育（22 時頃までの保育）を実施している保育所は全体の 0.32%（1 市町村あたり 0.04 ヶ所）に過ぎない（2007 年の実績）。多様なサービス需要の受け皿として認可外保育施設が一部で機能しているものの、後述のように公的支援が乏しいこと等から、期待される役割を果たすには至っていない。

図Ⅲ-4-36 保育所による多様な保育サービスへの取組の状況



出所：厚生労働省資料より作成

このように、我が国の子育てサービスは、量的な観点、多様性の観点ともに国民のニーズに十分に答えられていないのが実情である。我が国の経済成長を支える基盤として、また、潜在的な国民ニーズを顕在化する成長産業として発展が求められている。

## ② 子育てサービスの供給体制に係る課題と方向性

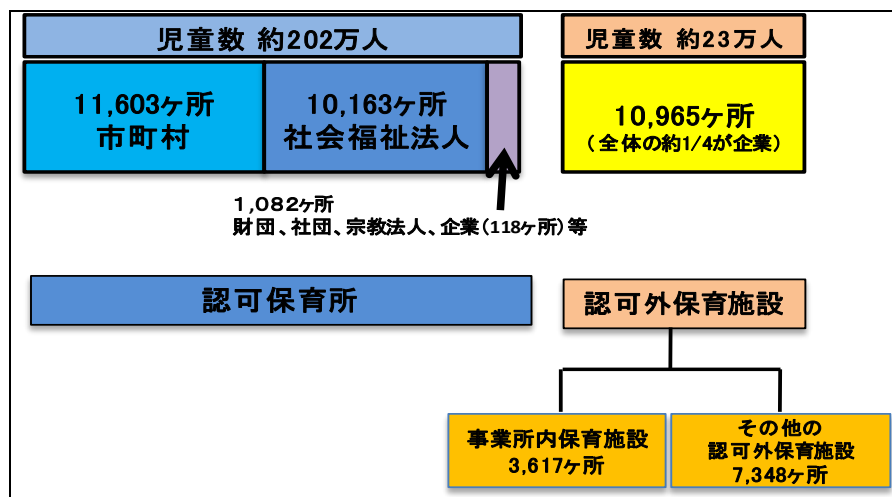
子育てサービスが国民のニーズに十分に答えられていない背景には、財政的な問題だけでなく、サービスの供給に係る制度的な課題がある。

### i) 新規参入に係る制度環境の未整備

まず、通常保育である保育所サービスの供給拡大が、新規参入に係る制度環境の未整備により抑制されている。

全国の保育所（2007 年 4 月時点で 22,848 施設）の約半分は市町村が、残りの半分は社会福祉法人が経営しているが、市町村は財政事情が厳しく、また、社会福祉法人の多くは小規模経営であって大幅な事業拡大は容易ではないことから、供給拡大には新たな経営主体の参入が不可欠である。このような状況の下、2000 年 3 月には保育所設置に係る主体制限が撤廃され、NPO や株式会社による保育所の設置、運営が認められたが、2007 年 4 月時点で市町村、社会福祉法人以外の経営主体による保育所は全体の 5% 足らずに止まっているのが実態である。

図Ⅲ-4-37 認可・認可外保育所の設置状況（2007 年）



出所：厚生労働省資料より作成

このような状況となっている原因として、以下のような制度的課題が指摘されている。まず、保育所整備に係る初期投資等に対する補助（施設整備費補助）は、これら新たな主体には認められていない。また、株式会社には株主への配当が求められるが、保育所事業



からの配当を認めない運用を行う市町村があるとの指摘がある他、配当を実施すると市町村から支給される運営費負担金への民間施設給与等改善費加算措置（職員の平均勤続年数に応じて運営費の 4%～12%を加算する措置）が不適用になってしまう。さらに、保育所経営に関しては社会福祉法人会計の適用が求められており、NPO や株式会社にとっては事務負担が大きい。加えて、保育所の認可権者である都道府県に、認可の可否の判断に対する幅広い裁量が認められているため、待機児童が存在する地域であっても、状況によっては新たな認可がされなかったり、認可まで時間を要することも、新規参入の妨げになっているとの指摘もある。設置主体制限は撤廃されたものの、これらの参入を阻害する要因が、期待していた供給拡大の妨げとなっている。既存事業者と新規参入者のイコールフットイングをあらゆる面で徹底するとともに、基準を満たす事業者がスムーズに参入を果たせる制度環境づくりを迅速に進め、すみやかに問題解決を図る必要がある。

## ii) 保育所と認可外保育施設による二元的制度

拡大・多様化するニーズの受け皿ともなっている認可外保育施設のサービスが成長しないことによる、サービスの多様性の不足も深刻な問題である。

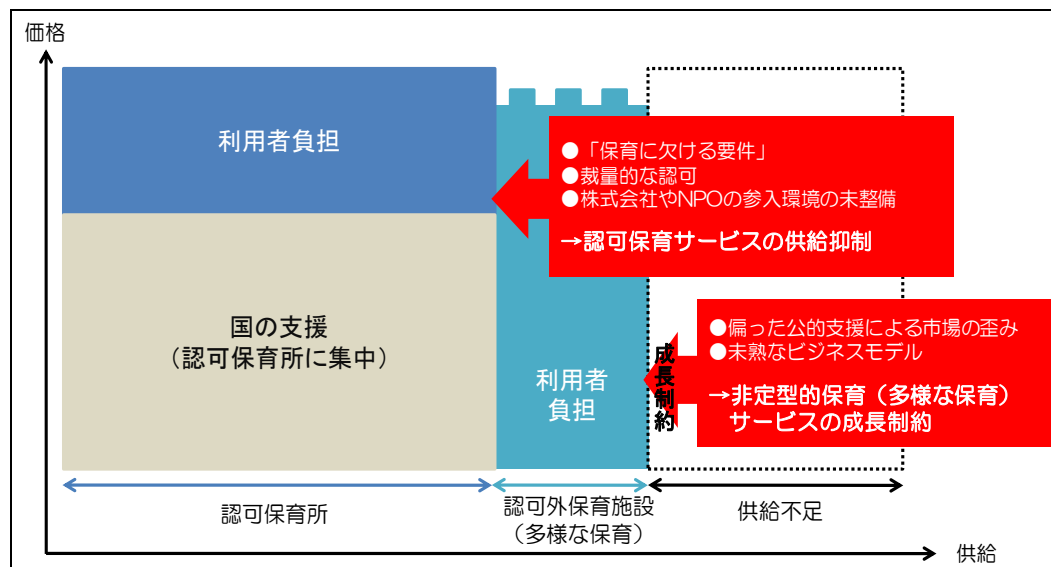
現行制度では、子育てサービスに係る行政の支援は幼稚園と保育所に集中しており、認可外保育施設に対する支援は乏しい。その結果、認可外保育施設の保育料は、認可保育所の保育料よりも一般に相当高額となっている。例えば、認可外保育施設である東京都認証保育所の保育料の平均は 47,000 円程度（「認証保育所の運営状況に関する調査」結果報告書）（2009 年 6 月 鈴木亘学習院大学教授）であるが、東京 23 区の認可保育所の保育料は平均で 24,000 円程度である（3 歳児の場合。認可保育所は保護者の所得税額が 41.3 万円の場合。）。このように、同じ長時間の子育てサービスではあるが、保育料に大きな差のある保育所と認可外保育施設の 2 つのカテゴリーが共存する、歪な市場が構成されている。

多くの保育サービス事業者の経営は小規模であり、経営の大規模化や他事業者との連携による経営効率化の余地は少なくない。従って、この価格差を是正するため、まずは創意工夫によって保育料を引き下げても成立するビジネスモデルを認可外保育施設について追求し、多様なニーズに対応できるサービス供給を拡大する努力が必要である。このような取組を促進するため、例えば給食の外部搬入の活用や複数事業所による事業所内保育施設の共同設置への支援措置の拡充など、経営規模の拡大による経営効率化等を容易にする制度環境整備が必要となる。

また、保育料が低く設定され、行政の支援によって施設も充実している保育所と保育料の高い認可外保育施設の二層で構成される市場構造が、拡大・多様化する国民のニーズへの柔軟な対応を難しくしているそもそもの原因であることから、公的支援を保育所、認可外保育施設の双方に均てんし、共通の事業環境の整備を検討する必要がある。行政の支援の在り方については、行政が利用者に直接保育サービスの利用権を支給し、利用者が自ら自由にサービスを選択、供給者側に適切な競争が生じる制度へと変更することによって、

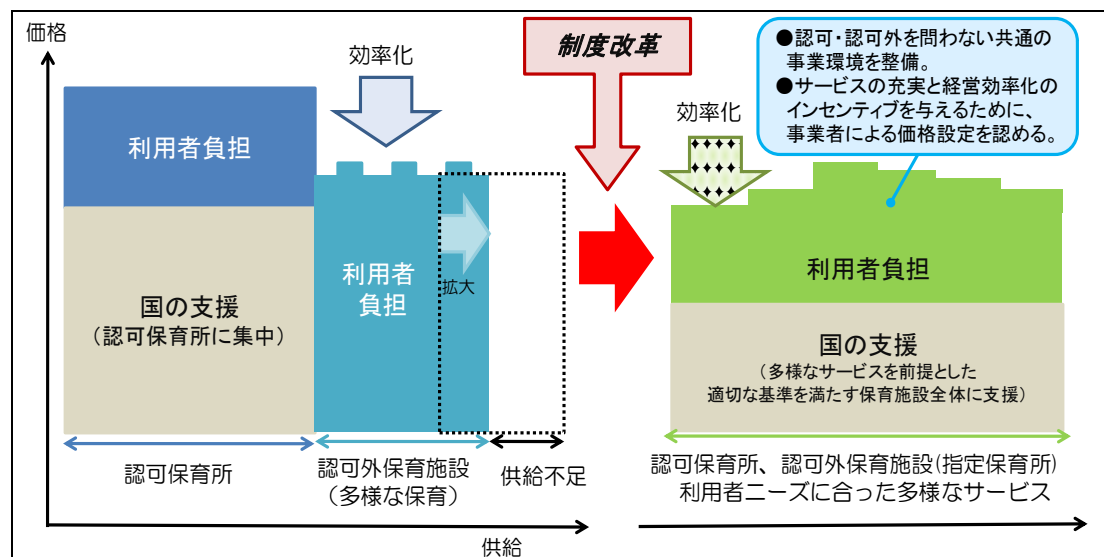
利用者本位のサービス供給の実現が期待される。さらに、現行では保育所については公定価格となっており保育料に柔軟性がない構造となっているが、認可外保育施設と一体の市場を構築するにあたっては、事業者による弾力的な価格設定を検討すべきである。サービスと価格の両方の要素を材料に利用者が選択し、事業者が互いに切磋琢磨することで、公的助成を抑制しながらサービスを質、量ともに拡大する道が開ける。

図Ⅲ-4-38 子育てサービスの供給構造の問題



出所：経済産業省作成

図Ⅲ-4-39 子育てサービスの供給構造改革の方向性



出所：経済産業省作成

### iii) 幼稚園と保育所による二元的制度

上述の通り、保育所と認可外保育施設による二層構造は、利用者のニーズへの供給側の対応を難しくしているが、我が国の保育サービスのもう一つの要素である幼稚園と保育所

による二元的制度にも課題がある。

現行制度では、原則として保護者が就労しているなどの要件（保育に欠ける要件）を満たす児童のみが保育所サービスの対象となる。他方、幼稚園には利用要件はなく、主として専業主婦家庭の児童を対象に昼間 4 時間を標準とするサービスを提供している。幼稚園による預かり保育などの取組はあるものの、現行制度下では基本的に幼稚園と保育所はそれぞれの枠の中でサービスを展開し、棲み分けが行われてきた。その結果、子育てサービス全体として、変化する国民のニーズに柔軟性をもって対応することが難しくなっている。また、サービスの利用者が異なる（就労か非就労）ため、お互いに影響し合い、切磋琢磨して保育や教育のレベルを向上することも期待しづらい。この際、保育サービスを二分する現行の幼保制度の垣根を取り払って一つの制度とし、一本化する方向性が検討されるべきである。その際、一本化された制度下では、利用者を分けることなく（保育に欠ける要件の撤廃）、また、価格制度を含めた一本化を検討することが、利用者本位の制度づくりのため、また、供給者の参入意欲の促進のためにも適切である。

### ③ 具体的政策

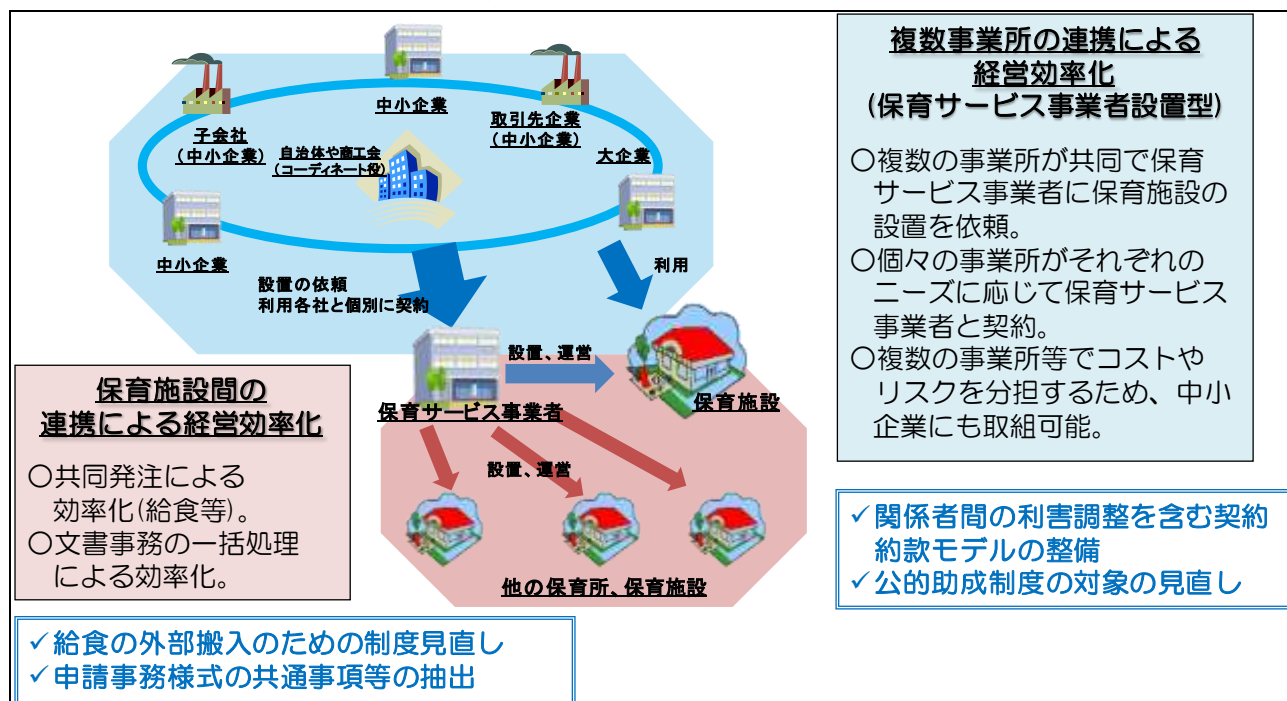
#### i) 多様な子育てサービスの供給拡大のための制度環境整備

前述のように、認可外保育施設が提供している多様な子育てサービスの供給を拡大するためには、幼稚園や保育所と一体化した共通の市場の構築を検討するとともに、効率化により保育料を引き下げても成立するビジネスモデルを追求することが重要である。一般に子育てサービスは保育所、認可外保育施設ともに小規模な経営主体が多いのが現状であり、複数施設の経営などによる経営規模の拡大は効率化の手段として有望である。そこで、経営規模拡大に向けたビジネスモデルの可能性や効果を調査するとともに、これを促進する制度環境について検討を行う。

#### ii) 具体的取組

複数施設が共同して事業を行うことで重複する業務のコストを圧縮するなどの取組は、重要な経営効率化手法である。そこで、例えば複数施設を対象に給食の外部搬入を一括で行うモデルについて、その可能性や効果（効率化だけでなくサービス向上の観点も含め）及び課題等を調査研究し、現行制度との関係を整理する。また、小規模経営になりがちな事業所内保育施設を複数の事業所が共同で設置・運営するモデルについて、関係者の利害調整に係る契約のひな形を検討するとともに、そのようなモデルの実現可能性や課題等を調査し、現行の支援制度との関係を整理する。

図Ⅲ-4-40 認可外保育サービスの効率化



出所：経済産業省作成