

体が医療分野に参入することで、より質の高い医療サービスの供給を目指す必要がある。

付注 1. 日本の医療制度の国際的評価

日本人の健康度や医療サービスの平等度等についての WHO 等の評価は高い。他方、GDP 比の医療費の水準も先進国ではむしろ低い方にある。こうしたことから、現行の医療制度をあえて改革する必要はないという見方がある。

この WHO による医療水準の国際比較には、平等性と効率性の 3 つの指標が用いられており、日本のランキングがとくに高いのは、①の平等性の指標である。これは、健康度（寿命など）の高さと医療へのフリーアクセス、等が高く評価されたものと考えられる。他方、効率性についての②と③の指標は、1 人当たり医療費一定のもとで寿命改善もしくは医療システム構築がどの程度達成されたかを見たものであり、こちらは少ない医療費で改善幅が大きい途上国が上位にランクインしている。

附表 1 WHO “World Health Report 2000” のランキングについて

①Health System Attainment ②Performance on Health Level ③Overall Performance

1 日本	オマーン	フランス
2 スイス	マルタ	イタリア
3 ノルウェー	イタリア	サンマリノ
4 スウェーデン	フランス	アンドーラ
5 ルクセンブルグ	サンマリノ	マルタ
6 フランス	スペイン	シンガポール
7 カナダ	アンドーラ	スペイン
8 オランダ	ジャマイカ	オマーン
9 イギリス	日本	オーストリア
10 オーストリア	サウジアラビア	日本

附注 2. 高額療養費制度の概要

福祉の充実が推し進められた 70 年代はじめ、1973 年 1 月の老人医療無料化直後の同年 10 月に高額療養費支給制度が実施された。自己負担限度額は当初 3 万円だったが、76 年 8 月には限度額は 39,000 円に引き上げられている。現行の制度は、2000 年 12 月より自己負担限度額は、世帯内合算月額で、以下のように決められている。

{	低所得世帯	: 35,400 円
	一般世帯	: 63,600 円 + (医療費 - 318,000 円) × 0.01
	上位所得世帯	: 121,800 円 + (医療費 - 609,000 円) × 0.01

厚生労働省試案では一般世帯 63,600 円を(25/22)引き上げ 72,272 円とする予定。

ただし、12 ヶ月以内にすでに 3 回以上高額療養費を支給されている場合は、4 回目からの自己負担限度額は、以下のように引き下げられる。

{	低所得世帯	: 24,600 円
	一般世帯	: 37,200 円
	上位所得世帯	: 70,800 円

さらに 2001 年 1 月より、老人医療に高額療養費制度が導入され、この場合の自己負担限度額は、以下の通りである。

{	低所得世帯	: 24,600 円
	一般世帯	: 37,200 円

この他、長期間高額治療を必要とする患者（慢性腎不全、血友病、HIV 感染者など厚生大臣が定めるもの）の自己負担限度額は月額 10,000 円という制度もある。

これら的高額療養費の支給実績は、保険組合によって異なるが、1999 年度国民健康保険の 1 割を占めている。

	高額療養費	医療給付に占める割合
国民健康保険（一般）	4,495 億円	10%
保険健保	661 億円	2%
政管健保	888 億円	2%

付注3. 患者の自己負担について

各国の自己負担の状況 (93年)

	外来	薬剤費	入院
アメリカ	\$100 まで全額、 それ以上は 20%	100%	\$676 まで全額、 それ以上は 0% (60 日まで)
日本 (改定案)	0~2 歳 20%、3~69 歳 30%、70 歳以上 10%		
フランス	25%	30%, 60%, 100%	20% (30 日まで)
オーストラリア	25%	\$11 まで全額	0%
ベルギー	25%	40/50/75/100%	1 日 \$5-\$6
フィンランド	\$17	60%	\$22
ノルウェー	\$11	25%	0%
ドイツ	0%	\$1.25	1 日 \$3 (14 日まで)
イギリス	0%	\$4-\$5	0%
カナダ	0%	県によって異なる	0%

日本以外は、OECD "New Directions in Health Care Policy; Health Policy Studies No.7" 1995 の Table 18 より抜粋。

<参考文献>

OECD(1995) “New Directions in Health Care Policy; Health Policy Studies No.7”
World Health Organization (2000) “The World Health Report 2000: Health
Systems; Improving Performance”

鈴木直 「老人医療費伸び率の上限制（骨太方針）」は有効か？」JCER 研究員報告

医療サービス産業と効率性

医療への資源投入は経済全体のパフォーマンスを低下させるか？

研究者 社団法人日本経済研究センター 主任研究員 鈴木玲子

研究要旨 医療をひとつの産業という視点でとらえ、他産業との比較によって、そのパフォーマンスを点検し、医療業の規模および生産性を他産業と比較することを通じて、生産性向上のための方策を検討した。医療部門の経済全体のシェアは、最終支出ベース GDP の 6.2%、国内生産額の 3.6%、付加価値額の 3.9%であり、これは自動車、鉄鋼、電気通信、医療などわが国を代表する産業を凌駕する規模である。しかしながら労働生産性はこれら主要産業の中でもっとも低く、さらなる効率向上が求められる。生産性向上のためには、最適規模への収斂（病院は規模拡大、診療所は無床へ）、民間活力の発揮などが有効である。

A. 研究目的

1999 年の国民医療費は 30 兆 9 千億円で、国民所得に対する割合は 8.1%である。主に公的医療保険を通じてこのように大規模な金額が医療へ投入されている。医療部門はこの金で薬剤など医療材料を購入し、人を雇い、医療サービスを生産する。この生産のプロセスは他産業と変わるところはなく、医療部門もひとつの産業として経済活動を行っている。

国民医療費をコストととらえると、医療費は少ないほど効率がよいと思われがちだ。しかし消費者（患者）はより質のよい医療サービスを提供者する医療機関から、より多くの医療サービスを購入する点では、他の産業と変わらない。医療部門は 30 兆円もの巨大産業である以上、

その経済的なパフォーマンスの良し悪しはわが国経済全体にとって重大な関心事である。

以上のような問題意識から医療をひとつの産業という視点でとらえ、他産業と規模や生産性を比較し、生産性向上のための方策を検討する。

B. 研究方法

従来医療費分析では医療関連統計がもっぱら用いられることが多いが、ここでは医療も経済のひとつの分野であるとの立場から分析するために産業連関表を活用した。これによって他産業との比較が可能となった。

産業連関分析の標準的ツールである影響力係数などの活用によって、他産業と比較

した医療産業の特徴を明らかにする。

C. 研究結果

産業連関表を用いた比較分析によれば、医療部門が経済全体に占める大きさは、最終支出ベースGDPの6.2%、国内生産額の3.6%、付加価値額の3.9%であり、これは自動車、鉄鋼、電気通信、教育などを凌駕する。しかしながら労働生産性はこれら主要産業の中でもっとも低く、さらなる効率向上が求められる。パフォーマンス向上のためには、最適規模への収斂（すなわち病院は規模拡大、診療所は無床へ）、民間活力の発揮、などが考えられよう。また医療産業の影響力係数は1.76、雇用吸収力は（1億円の付加価値生産に15.5人）である。

D. 考察

国民は所得向上を上回るスピードで医療に対する支出を増加させているわけだ。生活が豊かになればなるほど医療支出は増える。このような現象は経済学的には、医療に対する需要の所得弾力性は1より大きいと説明される。

今後の医療需要増加は他産業への波及を通じて日本経済に多大な影響を与えるものと考えられる。医療をコストとして

のみ捉えるのは間違いである。

E. 結論

医療に対する需要の所得弾力性は1より大きいため、所得増加を上回る医療需要増加が見込まれる。医療需要の増化が引き金となって他産業へ生産効果が波及する。波及効果を推計すると、影響力係数からは、医療需要が10%増加することによって経済規模が0.6%拡大することが導かれ、また雇用係数からは医療需要の10%増加で42万人の雇用創出が見込まれる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

医療経済研究機構監修「医療白書」2002年度版

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

医療サービス産業と効率性
医療への資源投入は経済全体のパフォーマンスを低下させるか？

研究者 社団法人日本経済研究センター 主任研究員 鈴木玲子

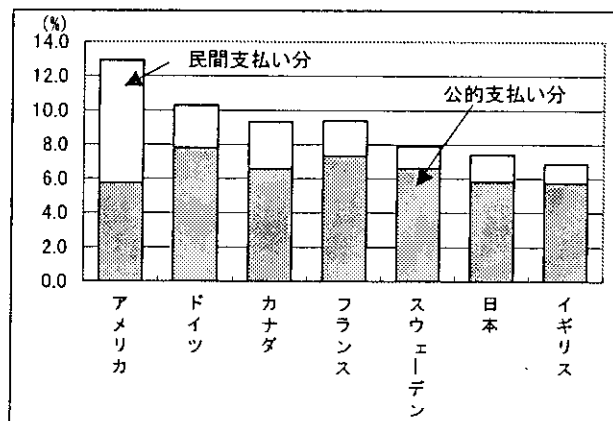
医療は公共サービスだから通常の産業とは異なると考えられがちである。確かに医療費の受け払いは政府部門の公的健康保険を通じて行われる。しかし医療の担い手は民間の病院や診療所であり、その意味では他の産業と同じである。ここでは医療部門を産業のひとつととらえ、産業全体の中でどう位置付けられるかを考える。

1999年の国民医療費は30兆9千億円で、国民所得に対する割合は8.1%である。われわれの所得からこれだけの金額が医療へ投入されている。医療部門はこの金で薬剤など医療材料を購入し、人を雇い、医療サービスを生産する¹。この生産のプロセスは他産業と変わるところはなく、医療部門もひとつの産業として経済活動を行っている。

国民医療費をコストととらえると、医療費は少ないほど効率がよいと思われがちだ。しかし消費者（患者）の満足度は医療サービスの質によって決まることを忘れてはならない。質は治療結果は良好か、医師や看護婦から手厚いサービスを受けたか、医療施設は快適だったかなど総合的に判断される。医療サービスの生産者は、医療技術開発、スタッフの質と量の向上、設備の充実など、サービスの質向上のために努力し、消費者はより良いサービスを供給する生産者に殺到し、多くの支出をする。この点も他の産業と変わらない。医療部門は30兆円もの巨大産業である以上、その経済的なパフォーマンスの良し悪しはわが国経済全体にとって重大な関心事である。

以上のような問題意識から医療をひとつの産業という視点でとらえ、他産業との比較によって、そのパフォーマンスを点検する。以下では、まず医療業の規模を各

図表1 医療支出(対GDP比)



注) 1. 数値はTotal Expenditure on Healthで、医療サービスのほか、薬剤、衛生など医療関連支出すべてを含む概念。

ただし、国により定義が異なる。

2. アメリカ・カナダ1999年。それ以外1998年。

資料) OECD Health Data 2001

国比較したのち、わが国における医療業の規模および生産性を他産業と比較し、生産性向上のための方策を検討する。次に医療業の拡大によって他産業にどのような影響があるかを考察し、最後に医療業の雇用吸収力を考える。

1. 医療規模の国際比較

(1) 医療支出

OECD の定義によるもっとも広義の医療支出²は、病気治療などの医療サービスのほか薬剤購入費や公衆衛生など国民の健康増進のために費やされる費用のほか、病院建設や医療教育などの投資費用も含む。わが国ではこの広義の医療支出は現在 GDP 比 7.4% であり、このうち 5.8% は公的健康保険などを通じた政府の支払いによって賄われている。民間支払い分は自己負担や売薬購入などだが、その割合は小さい。日本だけでなく他の多くの先進国でも医療分野への政府は大きく、医療支出の大部分は公的支払い分によって占められている。唯一の例外はアメリカである。政府支払い分は GDP 比 5.7% で日本とほぼ同水準であるが、民間支払い分がこれを上回る 7.2% に上り、結果として医療支出は 12.9% に達する。

医療支出を国民の負担と見るか、国民の医療ニーズと見るかで、支出の大きさに対する考え方は違ってこよう。前者であれば支出は小さいほうがいい。しかし後者の見方に立てば、国民がより良い医療を望むようになったり、技術革新で治療可能な疾病が増えれば、医療ニーズが広がるのであるから、他の消費の増加と同様に、医療支出増加は国民にとって本来望ましいことと言える。

その意味で、アメリカの医療のあり方は示唆に富む部分が多い。アメリカでは国民のニーズに対応すべく多様な医療サービスが模索されているだけでなく、画期的な新薬、治療効果の高い手術、患者の身体的負担が少ない手術などの開発で、医療技術が世界のトップ水準にある。アメリカの医療支出が大きいのは、医療業が水準の高い技術と優れた質のサービスを提供し、それに見合った支払いを受けているからだと言えよう。

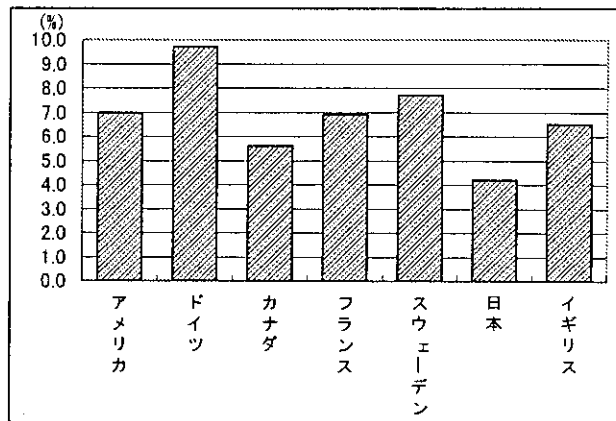
同様に考えれば、日本の医療支出が少ないのは、医療技術やサービスの質が低いからだということになる。3 分間診療や人手不足からくる治療ミスの頻発はその証左ともいえる。心臓手術実績の日米比較などからも日本の医療技術の低さが伺われる。それを反映してわが国では患者満足度が低い。これは国民が望む医療サービスの水準よりも、医療業が提供するサービスの水準が低いためと考えられる。わが国でもより良い医療サービスが選択肢として提供されるならば、それに対する支出を国民は厭わないだろう。

(2) 医療就業者

全就業者に占める医療および健康関連の就業者の比率を見ると、国によるデータの定義の違いにも起因するが、日本は4.2%と各国中もっとも低い。

わが国でこのように医療スタッフが少ないことが、低い医療支出の原因の一つではなからうか。医療費抑制策のもと、医療業は十分な数のスタッフを雇うことができないためにサービスの質を向上させられないのではないか。

図表2 医療就業者比率



注) 1. 数値はTotal Health Employmentで、医療従事者のほか、薬剤販売、健康保険などの従事者を含む概念。ただし、国により定義が異なる。
2. アメリカ1993年、ドイツ97年、カナダ・フランス94年、スウェーデン98年、日本・イギリス99年。

資料) OECD Health Data 2001

2. 医療業の規模

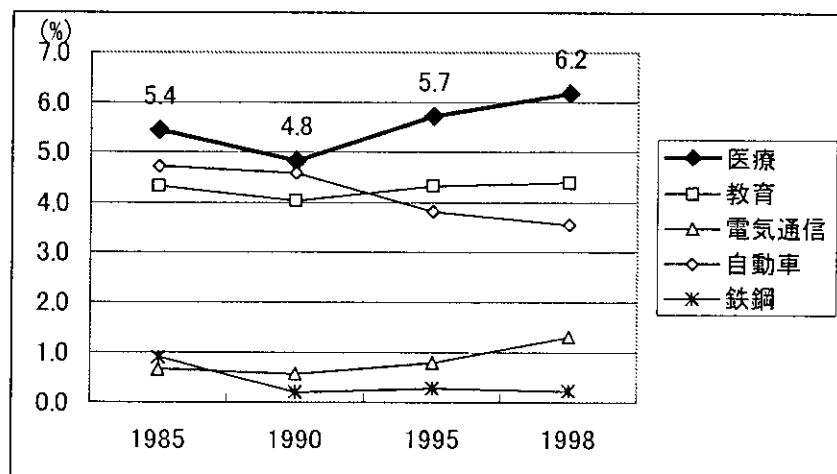
マクロベースの医療費を表す代表的な指標に先に紹介した厚生労働省が推計する国民医療費がある。マクロ経済との相対的な規模を示すために国民所得比が用いられることが多い。例えば1999年の国民医療費は30兆9千億円で、国民所得に対する割合は8.1%である、という具合に表される。医療費が国民所得の8.1%を占めるように受け取られがちだが、厳密には支出の概念である医療費が所得の一部分を占めることはない。経済分析の枠組みで医療費の相対的な規模を議論するのであれば、支出対支出、生産額対生産額など、対応する概念のシェアで見なければならぬ。以下では医療業の規模を、最終需要額、生産額、付加価値額の面から考察する。医療以外のいくつかの代表的な産業と比較することにより、医療業の特性を検討しよう。

(1) 医療業に対する最終需要 (GDP)

3

経済統計の中では医療支出は家計と政府が医療業へ支払った消費支出として計算することができる。これが医療業に対する最終需要の大きさである。消費支出は設備投資や輸出入な

図表3 主要産業の最終需要額シェア



資料) 1985~95年は総務庁「接続産業連関表」、1998年は経済産業省「産業連関表(延長表)」

どと合算して国内総需要⁴を形作る。国内総需要は国内総生産（GDP）と表裏をなす指標であるため、国内総需要を GDP と称しても差し支えない⁵。

産業連関表⁶によれば医療業に対する最終需要（もしくは GDP）は 1998 年に 32.4 兆円である。同年の国民医療費は 29.8 兆円であるから、前者のほうが定義が広いことがわかる。前者が医療業への支払額を全て計上するのに対し、国民医療費は正常分娩の出産費用が除外されるなど医療行為の定義が狭い。さらに産業連関表では日本標準産業分類に基づいた医療業の産業定義をしており、医療業は病院、診療所のほかに、はり、マッサージ、血液検査業、義歯作製業などを医療周辺の産業を含む広い範囲を指す⁷。医療業に対する最終需要の全体に占めるシェアは、1985 年の 5.4%から、90 年にいったん 4.8%へ低下したのち、95 年 5.7%、98 年 6.2%へ順調に上昇している。90 年の低下は、医療需要の減退というよりも分母の GDP 総額がバブルの影響で膨張したと見るべきであろう。

医療業の大きさを代表的な産業と比較しよう。教育産業は小中高校および大学と社会人教育からなる。医療と並んで公共性の高い重要なサービス業のひとつであり、最終需要額シェアは 4%台半ばを維持している。電気通信業は携帯電話やインターネットの普及で注目される急成長産業である。通話料の増加で書籍代や食費が削られているとも言われるほど消費支出シェアを高めつつあるが、最終需要に占める比率は 98 年で 1.3%と医療に遠く及ばない。

自動車産業⁸は日本を代表する機械産業である。その重要さは自動車の販売額の大きさが景気を左右することからも明らかである。しかしながら、GDP に占めるシェアは 85 年 4.7%から漸次低落し 98 年は 3.5%で、これは医療業の半分程度に過ぎない。鉄鋼業⁹はわが国の代表的な基幹産業のひとつである。しかし最終需要に占める割合は 98 年にはわずか 0.2%と非常に小さい。

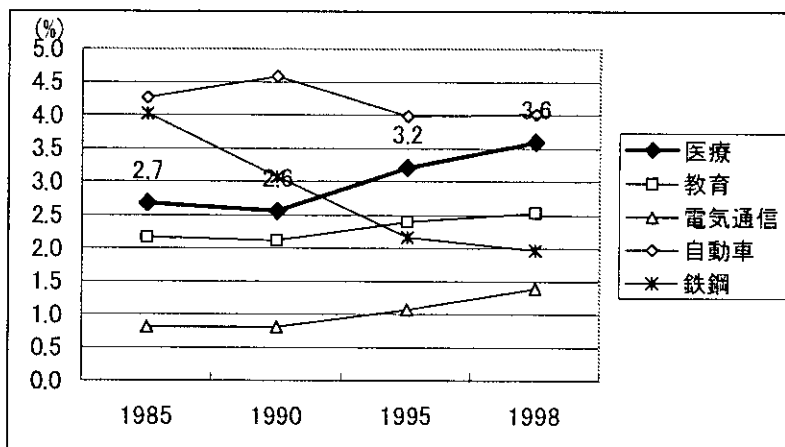
以上みてきたように GDP シェアでみた医療業は単一の産業としては非常に規模が大きいうえに、近年拡大テンポが速まっている。

（2）医療業の国内生産額（売上高）

最終需要（GDP）には中間需要すなわち企業間取り引きがカウントされていない。医療サービスに対する需要は消費者と政府による最終消費が大部分で、企業が購入するのは健康診断くらいのものだ。一般に対個人サービスは需要が最終需要に偏っている。これに対して、自動車は個人だけでなく企業も購入する。特にトラックやバスは企業向けがほとんどを占める。電気通信は個人よりもむしろ企業のほうがヘビーユーザーかもしれない。鉄鋼にいたっては消費者が需要することはまれで、企業が主に原材料として購入する。このように考えると GDP に占めるシェアだけで産業規模を測るのは片手落ちである。

そこで全ての需要を網羅した概念である国内生産額ベースで、医療業の規模をとらえてみよう。国内生産額は需要の合計であると同時に生産金額の合計である。1998年の国内生産額の全産業合計は921兆円である。このうち医療業が3.6%を占める。最終需要と同様に近年増加が著しい。一方、自動車産業はややシェアを落としながらも98年4.0%と医療をやや上回る。教育産業は漸増し、98年2.5%である。電気通信産業は急進中だがシェアはいまだ1.4%に過ぎない。鉄鋼業は85年4.0%から98年2.0%へと急激に収縮している。

図表4 主要産業の国内生産額シェア



資料)1985~95年は総務庁「接続産業連関表」、1998年は経済産業省「産業連関表(延長表)」

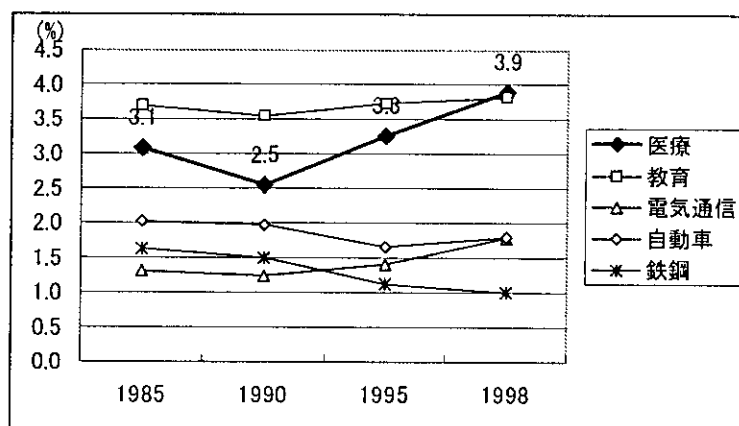
(3) 付加価値額

付加価値額は国内生産額から中間投入額を差し引いた金額で、当該産業が新たに生み出した付加価値を示す。身近な言い方をすれば、売上高から仕入れ原価を差し引いた売上総利益(粗利)額に当たる。

この付加価値額でも医療業のシェアは3.9%とここで比較している産業の中ではもっとも規模が大きい。他産業の付加価値が低迷する中で、

医療業は売上げを伸ばすと同時に薬剤などの仕入れを抑えることで付加価値の大幅な増加を達成したようだ。教育産業は国内生産額シェアでは医療業を下回っているが付加価値では医療に匹敵する。これは教育は中間投入つまり仕入れ費用が小さいためである。自動車産業や鉄鋼産業は逆に中間投入比率が大きいため、国内生産額が大きい割に付加価値額は大きくない。国内生産額では98年4.0%ものシェアを誇る自動車産業も付加価

図表5 主要産業の付加価値額シェア



資料)1985~95年は総務庁「接続産業連関表」、1998年は経済産業省「産業連関表(延長表)」

値ではたった 1.8%と電気通信と同水準である。

2. 医療業の生産性

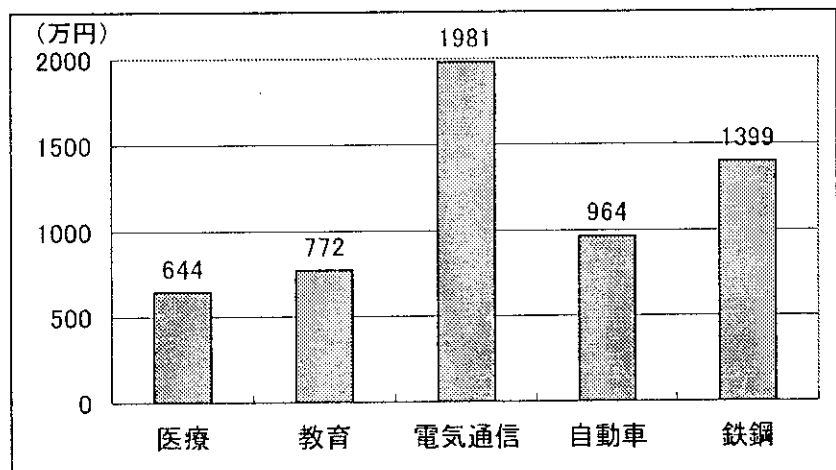
医療業の規模は他の主要産業を凌駕する大きさであることを確認した。この巨大産業のパフォーマンスの良し悪しは経済全体の生産性を左右する。医療業の生産性は他産業と比較してどうなのか。その向上のためにはどんな方法が考えられるか。

(1) 生産性の比較

産業のパフォーマンスを測るもっともポピュラーな指標は労働生産性であり、前節でみた付加価値額を従業者数で割った 1 人当たり付加価値額が用いられる。少ない労働投入でより大きな付加価値を生む産業が効率よい産業というわけである。

医療業の労働生産性は 644 万円で、教育の 772 万円より 17%も低く、ここで比較する 5 つの産業のなかで最低である。逆に高いのは電気通信業の 1981 万円で、次いで鉄鋼業 1399 万円、自動車 964 万円である。このような違いは製造業とサービス業の生産方法の違いによってもたらされる。医療や教育などサービス業はもっぱら労働力に頼る

図表6 主要産業の労働生産性



資料)総務庁「接続産業連関表」1995年

生産方法であるのに対して、製造業は大規模な資本と少ない労働の組み合わせで生産するため、労働者 1 人当たりでみた労働生産性はサービス業のほうが劣るのである¹⁰。電気通信業も機械設備を大量に使う資本中心型の産業で労働生産性は非常に高い。

したがって医療業の問題は、製造業や電気通信業との格差ではなく、同じ専門的なサービスでありながら教育よりもパフォーマンスが悪い点にある。

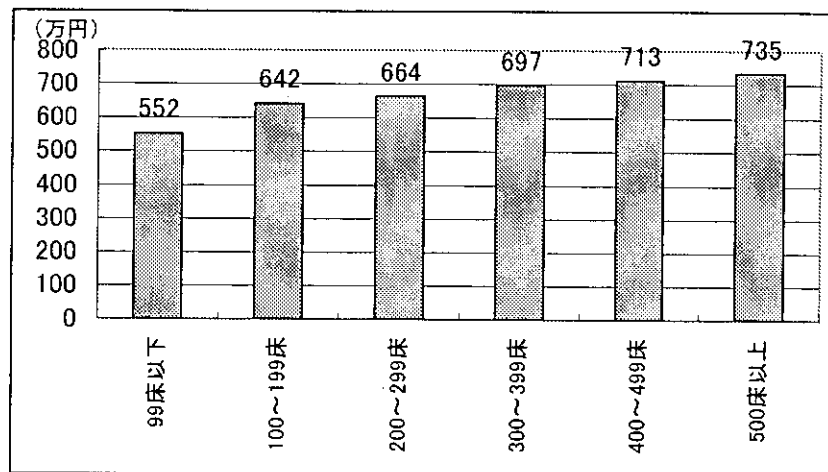
(2) 生産性向上の方策

人手が多くかかる産業である以上、医療業の労働生産性が飛躍的に向上して製造業や電気通信業に匹敵するようになることは望むべくもない。しかし生産方法を工夫することなどで、教育産業のようなサービス業の類似業種程度への引き上げは可能だろう。

①規模別生産性

産業によって生産効率がもっとも高まる事業所の規模がある。規模の経済が働く業種、たとえば工場では規模は大きいほど生産性が高まる。医療業の適正規模はどのようなものか。

図表7 一般病院の労働生産性



資料)全国公私立病院連盟「病院経営実態調査」2000年

同じ医療業にあ

りながら病院と診療所が供給するサービスは本来異なるものと考えられる。診療所はプライマリーケアを、病院はより高次の手術などの治療や入院を受け持つ。そのため両者は別々の市場を形成していると考えていい。

病院については、わが国は欧米に比べて小規模病院が圧倒的に多いという特徴がある。そして病院の規模と生産性の関係をみると、病床規模と労働生産性には正の相関があり、規模が大きいほど生産性が高い。つまり小規模病院は生産効率が相対的に悪い。99床以下病院の従業者1人当たり生産性は552万円で500床以上病院の735万円より25%も低い。このことから小規模病院の乱立がわが国の医療業の低生産性の原因となっているといえることができる。

しかしながら、生産効率が悪い中小病院は淘汰され漸減傾向にあり、大規模病院は逆に増加しつつある。病院の大規模化によって労働生産性が大幅に向上する可能性がある。今後も病院の規模を拡大していく必要がある。

他方、診療所は地域住民の健康管理のためのプライマリーケア・サービスの提供が目的であるから規模拡大のメリットはない。実際、無床診療所と有床診療所を比較すると、収入から諸費用を差し引いた収支差額比率は、無床診療所24.5%、有床診療所15.9%(中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査」1999年)と規模が小さいほうが効率が良い。近年、無床診療所が増加する一方、有床診療所が減少しているのは、この生産効率の違いを反映した結果と見ることもできる。

②設立主体別生産性

公立病院は私立病院に比べて生産性が著しく悪い。4割を超える公立病院は赤字に陥っており、補填のために多くの補助金が国や自治体から支出されている。公立病院は非効率の代名詞とも化しており、経営の効率化が模索されている。

私立病院は民間の事業者でありながら、大部分は医療法人という特殊な性格の法人で、一般の株式会社は医療市場への参入が禁じられている。この規制の見直しが議論されていることから、株式会社の参入によって私立病院のパフォーマンスがさらに高まることが期待される。

4. 経済全体への影響

高度化した経済では産業同士の複雑な関係なくして生産は成り立たない。医療業も単独で医療サービスを生産できるわけではなく、医薬品製造業から薬剤、機械産業から医療機器の投入を受けるばかりでなく、電力業から電気、電気通信業から通信サービスなど広範な産業の上に成り立っている。企業内研究開発をひとつの部門とみなせば、これも医療に欠かせない要素である。このように医療サービスの生産には他産業から財やサービスの投入が欠かせないのである。この関係を逆に辿れば、医療業の生産拡大は関連する産業の需要を増加させ、ひいては経済全体の成長を促すことがわかる。経済成長による雇用吸収力の拡大も大いに期待できる。

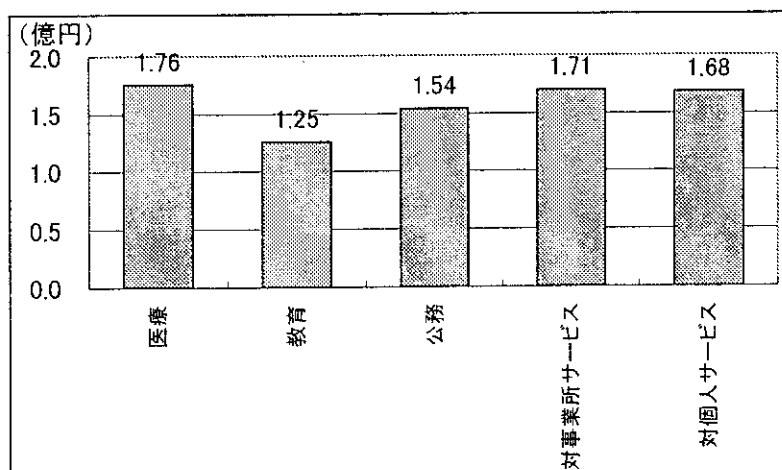
以上のような観点から医療業の成長が日本経済にもたらす影響を考える。とくに他産業への影響力と、雇用吸収力を中心に検討する。

(1) 他産業への影響力

他産業への影響力は生産投入関係の強さに依存するが、一般にサービス業は製造業より影響力が小さい。これは製造業の方が原材料や部品など多くの中間投入を必要とするからである。しかし情報化や高度化が進む中でサービス業も他産業から多くの投入を受けるようになってきており、影響力は必ずしも小さいわけではない。サービス業の中でも医療業は他産業への影響が大きい業種のひとつである。

産業連関分析における影響力とは、ある産業に1億円の需要が発生した時に、直接間接的な他産業へ波及する効果を合わせて、全産業¹⁾で何億円の需要が発生するかを示すものである。1995年時点の産業間の投入関係をもとに影響力を求めると医療業では

図表8 サービス業の業種別影響力



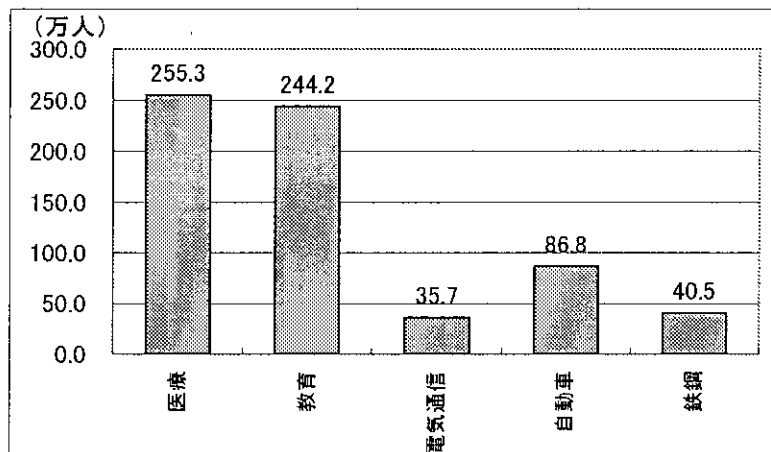
注) 影響力は当該産業に1億円の需要が発生したときに、直接間接の効果を含めて、全産業でどれだけ需要が発生するかを求めたもの。
資料) 総務庁「接続産業連関表」逆行列表、1995年

1.76 億円である。すなわち医療業の拡大は 1.76 倍の経済拡大効果をもつということである。これは教育の 1.25 億円や公務の 1.54 億円などの公共サービスを大きく上回るばかりでなく、対事業所サービス業や個人サービス業よりも大きい。医療業は他のサービス業に比べて経済成長を促進する効果が大きいということになる。

この数値をもとに、医療業の成長がどれほどの経済成長をもたらすかを付加価値ベースで試算してみよう。医療業の 1995 年付加価値シェアは 3.3%なので、仮に医療業に対する需要が 10%増加すると、経済全体に 0.6% (=3.3%×10%×1.76) の成長をもたらす。波及効果は一見小さいように思われるが、当該産業の 10%の需要拡大がもたらす経済成長の大きさを他産業と比較すると、教育 0.5%、自動車産業 0.2%、電気通信と鉄鋼業はいずれも 0.2%である¹²。医療業は相対的に見て経済全体へのインパクトが大きい産業といえる。

このように医療業の拡大は他産業の成長を促すが、医療業への投入が大きい産業の活性化が特に期待できる。とりわけ医療業に密接に関連する医薬品産業や企業内研究開発の成長が促進されよう。

図表9 主要産業の従業者数



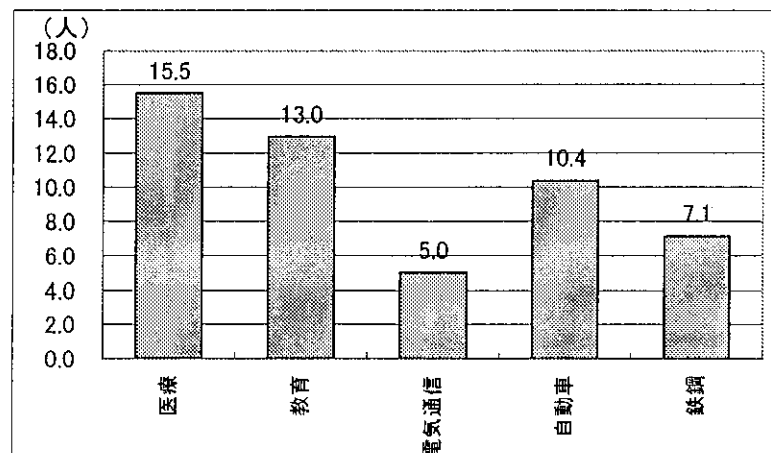
資料)総務庁「接続産業連関表」雇用表、1995年

(2) 医療業の雇用吸収力

1995 年におけるわが国の総従業者数は 6,738 万人であり、うち医療業で働く者が 255 万人を占める。その内訳は医師 (22 万人)、看護婦 (83 万人) を含む医療従事者が 176 万人、事務従業者が 33 万人、調理などサービス職業従事者が 10 万人などで、職業構成は非常に多岐にわたる。

他の産業をみると、教育産業は 244 万人と医療業よりやや少ない。製造業の雇用は自動車産業 86 万人、鉄鋼業 40 万人と、サービス業に比べて非常に少ない。電気通信産業

図表10 1億円の付加価値生産に必要な従業者数



資料)総務庁「接続産業連関表」1995年

も 35 万人に過ぎない。この比較から医療サービスの生産には多くの雇用の投入を必要とすることがわかる。すなわち雇用吸収力の大きい産業なのである。

そこで雇用吸収力の大きさを見るために、同じ金額の付加価値を生産するために必要な従業者数¹³を計算してみると、医療業は 1 億円の付加価値生産に 15.5 人の従業者が必要であることがわかる。他産業は、教育 13.0 人、自動車 10.4 人、鉄鋼 7.1 人、電気通信 5.0 人などであるから、医療業の雇用吸収力は非常に大きいといえる。したがって医療業の拡大は他産業が拡大するより多くの雇用を創出する。

雇用の創出は医療業の内部だけにとどまらない。医療業が成長すれば、前節で見たように他産業も拡大するので、全産業にわたる雇用創出効果が期待できる。前節同様にそれぞれの産業の需要が 10%増加したときの経済全体での雇用拡大効果を試算すると、医療 42 万人、教育 31 万人、自動車 15 万人、電気通信 9 万人、鉄鋼 8 万人である。不況下の高失業の現状においては、雇用拡大効果の高い医療業に成長によって失業率の改善が期待できる。

5. まとめ

医療部門が経済全体に占める大きさは、最終支出ベース GDP の 6.2%、国内生産額の 3.6%、付加価値額の 3.9%であり、これは自動車、鉄鋼、電気通信、医療などわが国を代表する産業を凌駕する規模である。しかしながら労働生産性はこれら主要産業の中でもっとも低く、さらなる効率向上が求められる。パフォーマンス向上のためには、最適規模への収斂—病院は規模拡大、診療所は無床への移行—、民間活力の発揮、などが考えられよう。

ところで、国民所得比でみた国民医療費は 1970 年の 4.1%から、80 年 6.0%、90 年 5.9%、99 年 8.1%へとという速いペースで拡大中である。国民は所得向上を上回るスピードで医療に対する支出を増加させているわけだ。生活が豊かになればなるほど医療支出は増える。このような現象は経済学的には、医療に対する需要の所得弾力性は 1 より大きいと説明される。所得が 1%増加した時に、医療需要は 1%以上増加する¹⁴という意味である。このため医療需要が今後さらに拡大することは確実である。

医療需要の増化が引き金となって他産業へ生産効果が波及する結果、医療業の拡大を上回る経済成長がもたらされる。医療業の他産業への影響力はその他のサービス産業に比べて大きく、医療業の需要が 1 億円増えると経済全体では 1.76 億円の生産増加効果がある。とくに医療業の生産上必要度の高い医薬品産業や研究部門への波及が大きく、こうした産業の活性化が期待される。医療業は雇用吸収力もまた非常に大きい。これらの効果を勘案すれば、医療需要が 10%増加することによって、経済規模が 0.6%拡大し、42 万人の雇用が創出されると見込まれる。

-
- 1 ここでは他産業との比較のために生産金額や付加価値額などをアウトプットの指標として用いる。しかし医療サービスは何を生産し、それは何によって測られるのかという本源的な疑問が生じよう。本来アウトプットは治療によって得られた健康の改善であり、それをうまく示す指標があればそれを用いるべきだろう。経済学では重病度合いでウェイト付けした患者数などをアウトプット指標に用いる。しかしながらこの指標では他産業との比較は不可能である。ただし、重病度合いは医療資源の利用量に比例すると考えれば、生産コストや売上高なども間接的ではあるが、本来のアウトプットをある程度反映しているといえよう。
 - 2 ただし各国で統計の整備状況が異なるため、定義に厳密に従っている国は少なく、そのまま比較することはできない。しかしこれ以外に国際比較データは存在しないため、このデータを使わざるを得ない。
 - 3 全需要額から中間需要額（企業間取引引きによる支出額）を除いたもの。
 - 4 国内総需要は国内総支出（GDEもしくはGDP）とほぼ同義である。
 - 5 本節でも最終需要とGDPを同義に用いている。
 - 6 産業連関表は国内のすべての産業の取引引きの流れを表す統計。
 - 7 日本標準産業分類に基づく総務省「事業所・企業統計」では、医療業は次の9つの産業からなる。病院、一般診療所、歯科診療所、助産所、療術業、歯科技工所、医療に付帯するサービス業、その他の医療業。
 - 8 乗用車だけでなくバス、トラック、二輪車および部品産業も含む産業。
 - 9 粗鋼、鋼材、鉄鋼製品からなる産業。
 - 10 労働生産性は製造業で高く計測される傾向がある。なぜなら生産に用いる資本と労働の組み合わせは産業ごとに異なり、製造業では工場設備など多くの資本と比較的少数の労働による生産体制をとるのが普通だからである。他方、サービス業では小さい資本と多くの労働を用いるため労働生産性は小さくなる。
 - 11 経済全体の需要増加額には当初の医療業の需要増加額1億円も含む。
 - 12 自動車産業や鉄鋼業は影響力は2億円を超える大きさであるものの、付加価値シェアが小さいために、経済成長への寄与が小さくなる。
 - 13 付加価値額（億円単位）／従業者数 によって求めた。
 - 14 医療需要のこのような性質はわが国だけでなく多くの先進諸国で共通している。

<参考文献>

- 川淵孝一「医療改革」東洋経済新報社、2002年
鵜田忠彦「日本の医療経済」東洋経済新報社、1995年
二木立「保健・医療・福祉複合体」医学書院、1998年
ヘルスケア総合政策研究所「医療経営白書」日本医療企画 2002年
宮沢健一「産業連関分析入門」日本経済新聞社、1995年

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究」

医療特区が目指すもの

研究者 社団法人日本経済研究日本経済研究センター 理事長 八代尚宏

研究要旨 医療サービスの供給はこれまでの、画一的・平等性を第一とした時代から、患者の側に立った質の向上や効率化が必要である。医療特区はわが国の医療制度の弊害を打ち破り、医療の質向上や効率化のための壮大な実験となりうる。すでに提出されている特区構想の内容を分析すると、その可能性は、①臨床研究の促進、②保険診療では認められない高度医療サービスの提供、③IT化の促進、などである。これによって当該特区内だけでなく、日本全体の医療産業の発展が促進される。①～③実現のための投資資金の調達には従来の銀行借入れから直接金融市場の活用が不可欠である。さらに特区の効用のひとつとしてこれまで地方で埋もれていた様々な新しいアイデアの顕在化がある。この意味で利益関係団体のトップ同士で決めたことが全国一律に適用されるという従来の方式の改革でもある。

A. 研究目的

総合規制改革会議の中間答申（2002年7月）の規制改革特区の提言に基いた「構造改革特別区域法（特区法）」が同年12月11日に成立し、2003年度からの実施が予定されている。経済社会環境の急速な変化に対応しない過去の制度を、より合理的なものへと改革することの必要性について異論は少ない。しかし、全国規模の制度改革には抵抗や不安から漸進的な改革しか実現できにくい。こうした場合に特定の地域に限定して新しい制度を試みることで、その是非を判断することは優れた方法といえる。

米国では各州が様々な社会制度を設け、それらの内から良いものをお互いに導入し合う「制度間競争」を通じて、絶え間のない制度改革が行われている。この発想を中央集権国家の日本にも部分的に適用し、特定地域で新しい制度を試すことで、その成果を全国的に普及させることが特区法の目

的である。

具体的には、当初は内閣が用意した規制の特例措置メニューの内から、自治体（基本的に市町村レベル）が、自らの責任で特定の特区を選択し、それを厚生労働省ではなく内閣に申請し、承認を受ける。その後、条例の改正等、住民合意を得るための適切な手段を講じた上で実施するというプロセスが考えられている。

このような医療特区が医療サービス市場に与える影響の可能性を分析するのが目的である。

B. 研究方法

すでに地方自治体や民間病院などから提出されている医療特区構想の内容分析を中心にその可能性を検討する。

その際には、医療市場におけるさまざまな規制を経済学の立場から整理し、制度改革によってどのような効果が期待できるか

を経済学的に評価する。

とくに医療の質の向上効果、高度先進医療の供給拡大効果などに焦点をあてるほか、現状の資金調達上の制度的制約を考察し、特区構想の実現可能性を考える。

C. 研究結果

医療特区の構想は以下のように分類できる。
①高度医療に関わる臨床研究の促進（具体的には、創薬承認審査体制の整備・迅速化、「特定商人保健医療機関」要件の緩和、「特定病床等の特例」要件の緩和、医療従事者の日本以外の資格保有者の医療行為容認など）
②保険診療では提供できない高度医療サービスの提供（遠隔医療、手術特化センター創設など）
③IT化の強制（保険証のIC化、電子カルテ義務化など）。

D. 考察

①臨床研究の促進により医療サービスの高度化や質の改善が期待できる。②高度医療サービスの提供によって健康水準の改善が期待できる。③IT化の強制によって医療事務の効率化、医師と患者との情報の非対称性の改善が期待できる。

E. 結論

上述の特区構想で示されたような質の高い医療サービスを提供するためには多大な資金が必要だが、そのための資金調達には直接金融市場の活用が不可欠である。現状では「医療法人は剰余金を配当してはならない」という規定で株式の発行が禁止されている。その結果、病院の資金調達手段はもっぱら銀行などからの借入に限定されている。医療特区の効果を最大限に発揮するためには、資金調達手段の多様化を通じた医療分野への投資促進の必要がある。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

「未来医学」第18号、2003年2月号

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。