

成長戦略の本当を考える (下編)

発表日: 2013年7月16日 (火)

～医療分野での成長牽引は幻想か～

第一生命経済研究所 経済調査部
担当 熊野英生 (TEL: 03-5221-5223)

日本再興戦略では、健康・医療の規制改革が謳われている。特に注目されるのは、医療の ICT 化である。テレビ電話、インターネットなどを使って、過疎地域と都市部の病院を結び、労働生産性を向上させる。こうした遠隔医療が普及すれば、医療の生産性が向上し、従事者の所得増にもつながる。国民医療費の増大が、健康保険制度に荷重をかけない仕組みをつくり、勤労者・事業者が負担する健康保険料を軽減することが求められる。

再度、医療を成長分野することを目指す

医療が経済成長を牽引する産業になり得るかどうかは、議論が分かれるところである。筆者は、規制や慣習によって縛られている状況が続けば、いくらポテンシャルがあっても成長力を発揮できないと考えている。一方、医療が成長分野になり得ると考える人々は、規制や慣習、そしてそれに過剰適応した人々の発想が転換して、未来は医療分野に眠ったビジネスチャンスは目覚めると主張する。医療を巡る見解の相違はあるにしても、規制緩和と慣行見直しが大きく進めば、生産性向上ができるという認識は共通している。

安倍政権の経済成長戦略、すなわち「日本再興戦略」では、「医療・介護・保育などの社会保障分野（中略）は、民間の創意工夫が活かされにくい分野と言われてきた。このことは、これらの分野はやり方次第では、成長分野へと転換可能であり、また、良質で低コストのサービスや製品を国民に効率的に提供できる大きな余地が残された分野であることを意味する」と述べられている。

医療を成長分野として取り上げることは2010年の菅政権の時にあった。そのときの成長戦略でも、現在と似たような内容が並んでいた。しかし、2010年のプランは、医療以外を含めて諸改革の大半が掛け声倒れに終わっている。当時は、政権が短命であったという事情もあるが、改革を一過性に終わらせない現場からの力が弱かったせいもあるだろう。そうした意味で、安倍政権の医療改革は、今からが勝負と言える。

経済成長に関する医療・福祉の実情

ところで、医療・福祉分野については、著しく誤解した見方がある。“医療・福祉の就業者が増えているから成長だ”という見方である。雇用吸収力が大きいことを、成長分野と見間違っではいけない。

総務省「労働力調査」によると、医療・福祉の就業者数が前年比3～5%の伸び率で増えて、現在では720万人（2013年5月）の就業者数を擁する一大産業になっている（図表1）。雇用者数が趨勢的に減少していく中、年間+20～40万人の雇用を吸収する医療・福祉は、産業発展を遂げているようにみえる。

万人（図表1）医療・福祉の就業者数の推移



本資料は情報提供を目的として作成されたものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。作成時点で、第一生命経済研究所経済調査部が信ずるに足ると判断した情報に基づき作成していますが、その正確性、完全性に対する責任は負いません。見直しは予告なく変更されることがあります。また、記載された内容は、第一生命ないしはその関連会社の投資方針と常に整合的であるとは限りません。

しかし、医療・福祉はその従事者に対してより高い所得を与えているのだろうか。就業者の年間平均人件費は、346万円（財務省「法人企業統計」）と決して高いものではない。所得階層別には、400万円未満に集中していて、他業種よりも低所得層が多い。つまり、他の業種から医療・福祉に移動しても就業者は所得を落としている場合が多いと推察される。

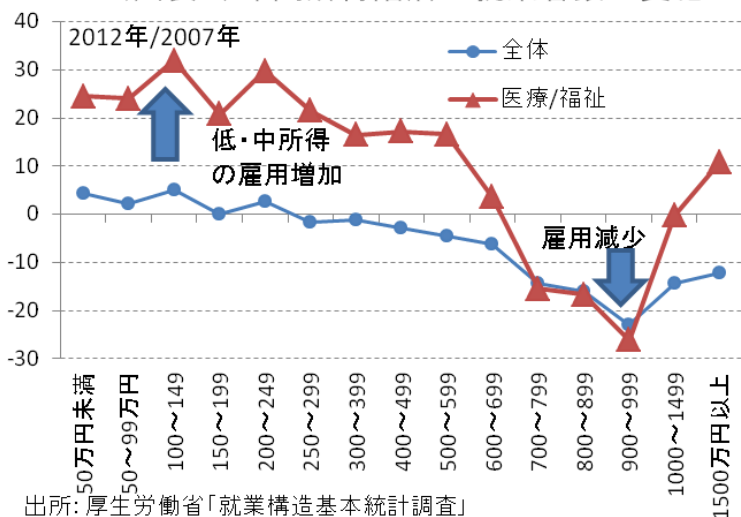
過去5年間で所得階層の増減をみると、医療・福祉が増やしたのは、年収500万円未満の所得階層である（図表2）。年収700～1,000万円の中堅所得層は大きく減少している。産業全般に言えることだが、ミドルクラスが圧縮される傾向が強まっている。医療・福祉が成長の牽引役になったとしても、今のままでは勤労者の平均所得を上げることに貢献できない。

医療・福祉の労働生産性を、代理変数として第三次産業指数を使って計算すると、2003年以降では、1人当たりの生産性は他業種よりも低下しているように見える（図表3）。

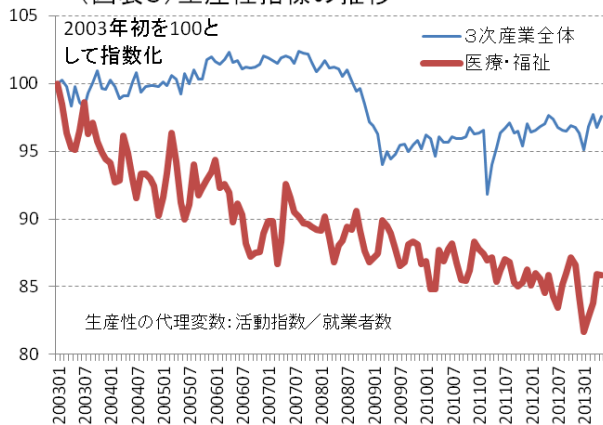
マクロの労働移動が、低・中所得層に固定化されないようにするにはいけない。「医療・福祉は成長分野」というのは逆の認識として、これからは医療・福祉分野を生産性の高い産業にしなければならない、という問題意識になる。

なお、医療・福祉分野の就業状況を確認しておくと、総務省「就業構造基本調査」では、2012年の就業者数は712万人（2007年は596万人、図表4）。医療が361万人、保健衛生が12万人、社会保険が8万人、児童福祉が89万人、老人福祉・介護が158万人（訪問介護を含め201万人）、障害者福祉が28万人となっている。医療・福祉の就業者の増加数が多いのは、過去5年間では老人福祉・介護である。

変化率% (図表2) 年間所得階層の就業者数の変化



(図表3) 生産性指標の推移



(図表4) 医療・福祉分野の就業者数の内訳と変化

	就業者数			就業者数 (増減者数)		
	うち正社員	うち正規	うち非正規	2007年→2012年	うち正社員	うち非正規
医療・福祉	712	408	223	116	53	63
医療業	361	230	83	31	16	14
保健衛生	12	7	3	0	-0	1
社会保険・福祉・介護	339	171	137	85	37	48
社会保険団体、福祉事務所	8	5	2	1	0	1
児童福祉事業	89	42	38	17	4	12
老人福祉・介護 (訪問介護除く)	158	92	57	47	25	21
障害者福祉事業	28	15	9	8	1	7
その他社会保険・福祉・介護	57	18	31	12	4	8

注: その他社会保険・福祉・介護には訪問介護を含む。
出所: 厚生労働省「就業構造基本統計調査」

医療の ICT 化

「日本再興戦略」を取りまとめるに当たって、産業競争力会議では、健康・医療分野における規制改革の方針を議論している。そこでは、(1) 再生医療、(2) 医療機器に係る規制改革、(3) 一般健康食品の機能性表示、(4) 医療の ICT 化、のテーマに分けて、規制緩和の推進を謳っている。

本資料は情報提供を目的として作成されたものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。作成時点で、第一生命経済研究所経済調査部が信ずるに足ると判断した情報に基づき作成していますが、その正確性、完全性に対する責任は負いません。見直しは予告なく変更されることがあります。また、記載された内容は、第一生命ないしはその関連会社の投資方針と常に整合的であるとは限りません。

それぞれに重要な論点を含んでいるが、筆者が特に注目しているのは、(4)医療のICT化である。医療のICT化の中で、「目玉」と称されて新聞報道で大きく取り上げられたのが、一般用医薬品のインターネット販売規制の見直しである。副作用に注意を要する第一類・第二類医薬品については、インターネット販売を制限する規制が最高裁判決でも問題視された。こうした医薬品のインターネット販売が普及すれば、薬剤師の労働投入が節約されて、医薬品販売の労働生産性が向上することが見込まれる。

もっとも、そうした効果が見込めたととしても、筆者はそれが医療分野を革新する「目玉」のようにには到底思えない。インターネット販売は、医療分野の規制緩和が進んでいく文脈の中で、突破口としての象徴的存在に過ぎないように感じられる。

むしろ、①電子カルテやレセプトの電子化などの診療情報の管理を進歩させる規制緩和と、②テレビ電話などを使って、過疎地域などでも都市部の病院が提供するサービスを受けられるようにする遠隔医療の普及、がより重要だと考えられる。特に、後者の遠隔医療に関しては、医師による対面診療が基本であるという原則の下、特定疾患治療管理料や、在宅療養指導管理料、処方箋料などについて診療報酬の算定が認められていない。この点は、診療報酬制度が遠隔医療を推進する体制になっていない点で大きな問題である。さらに、保険診療と保険外診療（自由診療）を併せて行うことができない混合診療禁止も、保険が適用されない遠隔医療の普及を妨げている。

一般のビジネスの現場では、テレビ電話を使って会議をすることは例外的ではない。医療の中でも、健康診断・相談はテレビ電話で可能なものもある。過疎地域の高齢者が、都市部の大学病院の医師とテレビ電話で随時相談をすることができれば、慢性化する医師不足を効果的に緩和できる。過疎地域では、医療サービスにアクセスしにくいという環境があり、遠隔医療が普及すれば、高齢者と医師・看護師がいつでもつながっているという安心感を醸成することができる。それに、過疎地域の高齢者が、深刻な病気になってしまう手間でも有効な対処ができるようになり、長い目でみて国民医療費を削減できる。

現状でも、テレビ電話を使って医師が高齢者の相談にのることができる試みが存在している。とはいえ、相談業務は医療行為とは認められず、病院が運営コストをどう確保するかが難しい問題になっている。

予防医療の潜在力

医療費を削減するには、予防を強化して病気にならないことを徹底するのが有効だと、多くの人が理解している。しかし、多くの医療的な予防行為には保険点数が付かないために、医療機関がそこに収入を求められない。インセンティブ設計を見直さないと、予防医療は普及していかない弱点がある。現状、医療とヘルスケアの間には距離感があり、病気になる手前で専門家の助言があれば、どんなに好ましいかと思うことがある。

ICT化を進めて医療費を削減しようと考えたと、ヘルスケア・ビジネスが健康診断や助言・サポートができるようになることが一案となる。病気ではない人が、日常的に健康の悩みやアドバイスを得られるようなサービスを「ポケットドクター」と呼ぶことがある。ポケットドクターの役割は、既存の医療機関ではなく、健康管理に強い関心を抱いているスポーツジムの運営会社が果たしても構わない。スポーツジムには、医師と契約して、会員の健康相談ができるホットラインを開設しておく。スポーツジムで管理していた会員の体調記録データは、契約医師を通じて、その会員が病気になった時の参考情報として活用することもできる。

企業の中では、ヘルスケア分野に巨大な潜在ニーズが眠っていることを直感する企業は少なくない。しかし、企業は医療行為に接近することを敬遠している。ヘルスケアと医療へのつなぎ目には大きな断裂があるように思える。ヘルスケアをビジネスにする試みは、医療の壁の前で立ちすくむことになる。

本資料は情報提供を目的として作成されたものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。作成時点で、第一生命経済研究所経済調査部が信ずるに足ると判断した情報に基づき作成していますが、その正確性、完全性に対する責任は負いません。見直しは予告なく変更されることがあります。また、記載された内容は、第一生命ないしはその関連会社の投資方針と常に整合的であるとは限りません。

成長戦略の視座

テレビ電話、インターネット、携帯・スマートフォンを利用して医療サービスの高度化を目指すことは、様々な可能性を秘めている。夜間、土日に自分や家族が急病になって、電話をかけまくって困った経験をした人は少なくないだろう。どの病院にみてもらえばよいのか検討もつかずに、救急病院を転々とした経験のある人もいるはずだ。医療技術が高度化しても、医療サービスには原始的な部分が残っている。営利ビジネスであれば対価を払って、良質なビジネスにアクセスできたはずなのに、と臍を嘔むこともある。一部の医療分野では、競争原理が働き、ICT 技術が利用されることを通じて、飛躍的な生産性向上が見込まれている。

しかし、こうした技術革新は、既存の労働形態を変革し、労働移動を促す側面もある。そうした労働移動は、生産性の低い分野から高い分野へと資源の再配分を促すものであり、歓迎すべきものだが、そうは考えない見方もある。

これから混合医療を認めていくことは、短期的には医療格差を拡大させるかもしれないが、中長期的には健康保険制度に過度の負担をかけない医療システムを構築することに通じる。このまま、医療費の肥大化がそのまま健康保険料の負担増に直結するシステムが続けば、勤労者の所得制約として耐えられない重石になる。団塊世代の年齢は、2017年には70歳を迎え始める。2022年からは75歳になって後期高齢者の仲間入りをする。何も制度改革を講じなければ、2020年代の国民医療費は、現在の37.8兆円（2011年度）から50兆円以上に膨らむと予想される。それまでに予防医療をさらに発展させて、健康保険制度の負担感を緩和しなくてはいけない。

医療分野を成長戦略として大胆に見直していく必要性は、それが成長の牽引力となるからではなく、社会保障システムに過度の荷重をかけないための効率化の要請による。現在の延長線上に未来が描けないことを十分に自覚して、早期に未来志向のシステム改革に取り組む必要がある。