

医療分野における可能性と課題 (中編)

発表日: 2014年3月27日 (木)

～労働生産性をどのように高めていくか～

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

医療費の膨張に対処するために、医療産業は労働生産性を上昇させることが避けられない。具体的には、製造業における生産管理手法の応用や、データ分析によるコンサルティング、遠隔医療の活用、といった手法が有効になりそうだ。医療に特殊な部分はあっても、他産業と類似する部分も多い。類似する他産業の成功事例に学び、様々な技術の応用を試してみることで、医療産業が飛躍するチャンスは生まれる。

医療費が膨張する要因

医療費が膨張する理由は、単に高齢者が増加することに止まらない。厚生労働省「国民医療費」の内容を精査して、2011年の医療費が10年前に比べてどのような部分で増加したのかを調べてみた。総額を比較すると、10年間の増加額は約7.5兆円(図表1)。内訳では、入院時の医科診療医療費と、薬局調剤医療費の2つが増加しているのが目立つ。患者1人当たりでも10年間で14.4%も医療費が膨張している。

(図表1) 国民医療費の内訳の変化

	国民医療費	医科診療医療費			歯科診療医療費	薬局調剤医療費	入院時食事・生	訪問看護など	国民1人当たり	患者1人当たり
		総数	入院	入院外						
2011年度	385,850	278,129	143,754	134,376	26,757	66,288	8,231	6,445	30.2	448.6
2001年度	310,998	242,494	115,219	127,275	26,041	32,140	9,999	324	24.4	392.2
差額	74,852	35,635	28,535	7,101	716	34,148	-1,768	6,121	123.6%	114.4%

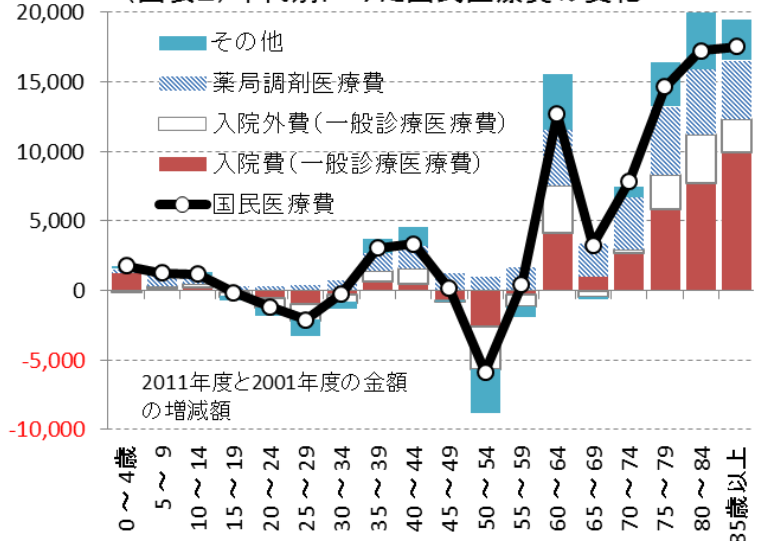
出所: 厚生労働省「国民医療費」 2011年度の患者1人当たりの医療費は、2002年度の患者数で2001年度の国民医療費を割ったもの。

これを年代別にみると、薬局調剤医療費、入院時の医科診療医療費ともに60歳以上で大きく増加しているという特徴がある(図表2)。医療費を減らすためには、①薬のコストダウンを進めることと、②高齢者の入院を減らすことが有効である。

ただし、高齢者については、どうしても病気がちになることは避けられない。国民全体平均で病院にかかる割合(のべ人数/総人口、受療率)は6.9%である。14.6人に1人が1年間に病院通い、または入院するという頻度である。それに対して、65歳以上の受療率が14.6%(6.9人に1人)、75歳以上が17.4%(5.8人に1人)と高まっていく。

高齢者になって、病院にかからなくて済むことは理想であるが、病気になった時に病院でかかる費用が増えないようにする発想も、今後の医療費の膨張を抑えるためには必要になってくる。

(図表2) 年代別にみた国民医療費の変化



出所: 厚生労働省「国民医療費」

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。

削減のための方策

まず、医療費削減の方法としては以下の3つが挙げられる。

- (1) 医薬品の値段を下げる＝低コスト化
- (2) 高齢者が医療機関に行く回数を減らす＝予防、窓口負担を増やす
- (3) 医者にかかからなくてもよい人を増やす＝健康寿命の引上げ、である。

政府は後発医薬品（ジェネリック薬品）の利用促進により、1兆円の費用削減を見込んでいる。先にみたように医療費の膨張の要因として、医薬品の費用（総額約9兆円）が嵩んでいることがあった。だから、使用する医薬品が先発医薬品の特許が切れた後に登場してくる後発医薬品に置き換わってくればコストダウンが図れる。後発医薬品の日本での利用率は39.9%（2011年9月・厚生労働省）であり、60～90%と利用率が高い欧米に比べると高い割合とは言えない。政府は、これを2018年3月末までに引き上げて数量シェア60%を目標にしている。

また、しばしば病院の窓口負担を増やすことは、必要以上に病院に出向く高齢者を減らす効果があるとも言われる。過去の経緯を述べると、「福祉元年」と言われた1973年は70歳以上の高齢者の医療費を無料化する最も恵まれた時期であったが、その直後から高度成長期は終わりを告げ、自己負担の方向に舵を切らざるを得なくなっていた。1983年には老人保健制度が発足し、患者の一部負担が開始される。それから漸次窓口負担が拡大され、2008年の後期高齢者医療制度では、原則1割負担で、現役並みの所得者は3割負担となっている。

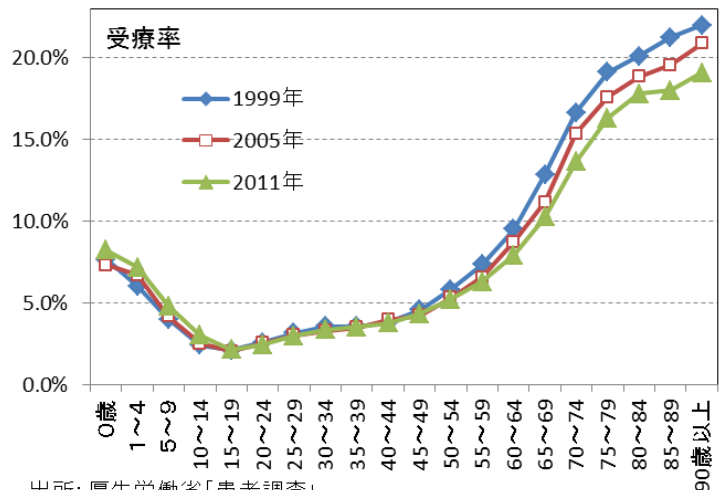
ただし、窓口負担を増やすことはある程度は有効だとしても、所得が制約された高齢者の医療環境を過度に厳しくすることは、望ましいことではない。そこで、最近では、(3)の健康寿命を引き上げる方針に重点が置かれるようになってきている。健康寿命とは、「日常生活に制限のない期間の平均」であり、介護・寝たきりではない状態で、自立した生活ができる生存期間のことを指す。WHOが2000年から用い始めた概念である。2010年時点で、女性は73.62歳、男性は70.42歳である。

健康寿命と平均寿命の間は、療養・医療・介護の必要が生じ、そこで医療・介護費用がかかる。健康寿命の延長は、単に医療・介護費用を必要とする期間を先送りするだけでなく、費用そのものを少なくすることにも貢献すると考えられている。

この健康寿命の延長が単なる理想論ではないのは、現実には、過去の高齢者の受療率が低下していることが挙げられる。厚生労働省の「患者調査」のデータでは、年齢ごとの受療割合が年数を置いて低下していることが読み取れる（図表3）。ここには、窓口負担の効果もあろうが、高齢者の健康状態の改善も大きいだろう。

その一方で、健康寿命の延長だけで医療費を減らすことに限界があることも認めなくてはならない。どんなに健康に注意を払っても、高齢になればどこかで病気になる。そのときの費用を極小化する手立てを講じなくては、病院で支出される医療費の削減を進めることはできない。そういった意味で、高齢者が病気にならない工夫に併せて、病気になったときに医療費が少なくて済む対策は同時並行で推進する必要がある。

（図表3）年齢別にみた病院にかかっている人の割合



出所：厚生労働省「患者調査」

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。

医療の生産性問題

医療費の負担を軽減するための手法として、医療機関が少ない人数でより多くの医療サービスを提供できるようになることが、有力な対応法になる。この考え方は、経済学では一般的な労働生産性向上の発想である。労働生産性の上昇は、医療サービスを提供する効率性を引き上げるだけではなく、医療業の従事者の報酬を引き上げることが可能になる点がポイントである。すでに問題視されている医療現場での人手不足も、生産性を上げることで緩和することに貢献できる。患者も病院経営者も従業員も、いずれもが共存共栄を図れる点で、生産性上昇のメリットは絶大である。

そのように断った上で、考えないといけないのは、医療・福祉業の生産性が決して高いとは言えないことである。財務省「法人企業統計年報」（2012年度）によれば、医療・福祉業の従事者1人当たりの付加価値額は298万円で、全産業の平均値589万円を大きく下回っている。医療・福祉業の平均人件費は258万円で、付加価値の86%が労働分配されている。つまり、医療・福祉業の従業者の待遇改善を図るためには、もっと生産性を引き上げる必要があるということだ。なお、医療・福祉業は全業種のうちで最も女性比率が高く、女性の平均所得を上げるためにも、生産性上昇は不可欠なのだ。

一方、こうした生産性指標を読むときに、上記のように生産性が必ずしも低くないというデータもあることだ。独立行政法人福祉医療機構の「病院の経営分析参考指標」を生産性分析の指標として利用すると、2012年度の従業員1人当たりの労働生産性は656.7万円である（図表4）。医業利益は、売上（医業収益）に対して3.3%である。この数字だけみれば、生産性は低いようには見えない。

もっとも、医業収益に対して一定の付加価値が得られていれば、それで生産性が高いとみなせるかどうかには問題がある。時系列で病院の損益状況をみると、2006～2008年は損益が厳しい時期があった。特に、数年前までは公立病院の損益は赤字に陥るところが多かった（図表5）。これは、診療報酬の改定がマイナスになり、特に2006年の引き下げが大きかったことが響いていると考えられる。診療報酬の改定によって収益が大きく左右されるという点は、労働生産性を高めることで自立した強い収益基盤をつくっているとは言いにくい。

生産性に関しては、報酬との関係でも課題が残る。一般病院の給与水準（従業員1人当たりの平均給与）は617.2万円であるが、この水準は生産性656.7万円と比較して高率である。つまり、病院の人件費は、労働生産性に比べて割高にみえる。今後、医療産業の待遇を改善しようと思えば、労働生産性を高めなくては、これ以上に待遇改善を望みにくいとみられる。

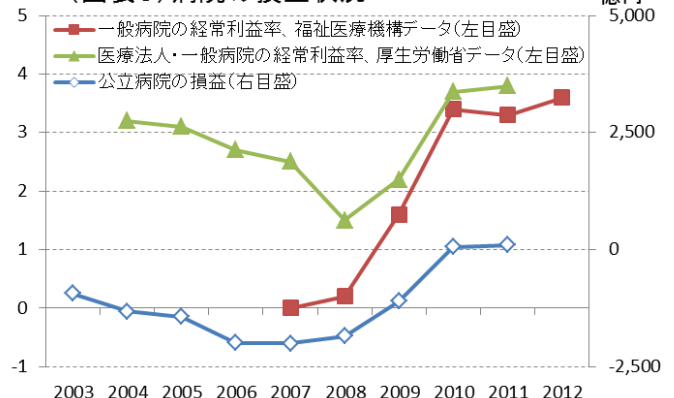
経営分析の観点から言えば、経営体として黒字化しようとするならば、（1）入院・外来患者をもっと増やすか、（2）診療報酬の単価を引き上げるか、（3）人件費を切り下げるなどコスト削減を断行するか、

（図表4）一般病院の収益構造

1施設の平均値			
	1日	単価	売上
入院	147.0	4.36	641
外来	279.6	1.07	300
		人	941 万円/日
			↓
		売上(医業収益)	330,908 万円/年間
		売上(医業外収益等)	8,833
		人件費	169,730 ←
		他の費用	150,232
1従業員の生産性	656.7 万円/年間	差額	19,779
		うち医業利益	10,920
		医業利益/医業収益=3.3%	
従業員数	275.0 人		
給与	617.2 万円		
総人件費	169,730 万円/年間		

注:独立行政法人福祉医療機構「病院の経営分析参考指標(2012年度決算分)」より加工計算。

（図表5）病院の損益状況



出所:厚生労働省「病院経営管理指標」、独立行政法人福祉医療機構「病院の経営分析参考指標」、総務省「公立病院の損益収支の状況」

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。

いずれかの対処が求められる。しかし、医療特有の制度の中に、もしも収益体質を改善しにくい原因が内在するのならば、何らかのシステム改革が必要だということになる。

価格メカニズムが働きにくい問題点

医療機関の生産性問題は、医療システムに縛られており、他の産業とは異なる面もある。すなわち、医療機関の売上の大きな部分が診療報酬制度に従って支払われている点である。総務省「経済センサス」によれば、病院の売上 16.2 兆円のうち約 9 割の部分（14.5 兆円）が保険診療収入によって占められている（図表 6）。保険外診療（自由診療）の部分は 6.5%に過ぎない。療術業は例外的で 63.3%が診療外収入である。療術業とは、鍼灸師、あんま、マッサージ師、柔道整復師、そのほかの「電気・指圧・温熱・刺激・手技療法による医療類似行為を業とする職業」である。これらに、健康保険の効かない事業者が少なからずいることは、すべての医療機関が診療報酬制度に依存しなくても経営が成り立つことを示唆しているように思える。

反面、診療報酬制度に強く依存している世界では、サービス内容に応じて価格設定を自由に設定して、価格競争ができないシステムになっており、このことが一部の療術業や他産業とは経営体質を大きく異なるものになっていると考えられる。

（図表6）医療福祉業における保険診療の依存度

	売上 (A)	保険診療収入 (B)	B/A	保険外診療収入 (C)	C/A	その他
医療、福祉	586,407	232,927	39.7%	28,766	4.9%	324,714
医療業	275,156	232,288	84.4%	28,698	10.4%	14,170
病院	162,496	144,789	89.1%	10,526	6.5%	7,181
一般診療所	76,743	63,456	82.7%	11,098	14.5%	2,189
歯科診療所	23,717	19,114	80.6%	4,457	18.8%	146
医療に附帯するサービス業	6,398	1,626	25.4%	810	12.7%	3,962
助産・看護業	921	212	23.0%	112	12.2%	597
療術業	4,881	3,091	63.3%	1,696	34.7%	95
福祉	311,252	639	0.2%	68	0.0%	310,544

出所：総務省「経済センサス」(2012年度)

病院をはじめとする医療産業の収益構造には次のような特徴があるという指摘がある。「現在の社会保障制度は、国がサービスごとに細かく価格を設定し、コストで管理する方式となっている点に問題がある。事業者には、一定のサービスを提供するためのコストを削減するインセンティブしか存在しない。利用者に魅力的なサービスを提供し、それによって売り上げを高めるというプロダクト（サービス）イノベーションが生まれにくいのが問題だ。価格がコントロールされているため、サービスの質を向上させることはコスト増を招くだけで、収支構造が悪化するからである」（東京大学大学院教授・元橋一之著『日はまた高く産業競争力の再生』＜日本経済新聞出版社＞）。筆者のこの見解にはまったく違和感はない。病院は、サービス内容に応じた価格競争ができない代わりに、患者を増やすことで数量拡大を図り、固定費負担を回収するビジネスモデルになりがちなのである。

イノベティブな手法の模索

医療産業では、サービス内容に応じて価格を引き上げるという自由度が制約されている分、（1）同一のサービス内容を少ないインプットで賄うという効率化と、（2）患者が必要とするサービス提供をきめ細かく提示して、評価・評判を高めてより多くの顧客獲得を目指すというアウトプットの拡大、の両面でやりくりを迫られることになる。そこで、筆者なりに診療報酬制度をそのままにしても、医療機関が生産性上昇を達成するために有効と考える方法を3つ挙げてみたい。

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。

第一は、製造業の生産管理の手法を活用して、「作業工程を簡素化、効率化すること」である。医療機関における人員・人材不足は深刻であり、業界全体で横断的に効率化を進めることのメリットは大きいと考えられる。一方、感覚的な反論として、効率化重視をあまりに進めると、医療過誤やサービス低下の弊害が起これるのではないかという危惧があるかもしれない。しかし、カンバン方式などの生産管理は、ミスをなくし、品質向上を意図としたものであり、弊害防止と両立させることは十分に可能である。

第二は、患者情報をデータベース化して、「データ分析を通じて、業務の効率化のアイデアを探っていく方法」である。すでに、レセプト（診療報酬明細）、カルテ、健康診断の情報を広範囲に活用しようという準備が進んでいる。いくつかのコンサルティング会社は、医療のビッグデータ活用という事業を推進しようとしている。健康管理・予防の分野では、データ分析を役立てるアイデアを思いつきやすい。健康保険組合が、企業内の健康診断データを提供して、コンサルティング会社が分析することで、職員の食事改善・運動不足解消の提言を行うという方法も一案である。

第三に「遠隔医療の推進」である。すでに英会話学校や予備校ではパソコンの画面をテレビ電話のように使って、講師が遠隔地にいる生徒に授業を行っている。最近では、弁護士のなかにも同様の相談サービスを始めるところが出てきている。銀行でも、カードローンの発行でテレビ電話を用いて行うことができるサービスがある。テレビ画面を挟んで、医師が患者の話を聞いてアドバイスをすることも可能なのではないか。遠隔医療に関しては、現状、「診療は、医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本であり、遠隔診療は、あくまで直接の対面診療を補完するものとして行うべきものである」（厚生労働省・2003年3月31日医政発第0331020号）という位置づけのようだ。ただし、「離島やへき地など、直接の対面診療を行うことが困難である場合」などに限り、限定的な形で患者側の要請に基づき、直接の対面診療と適切に組み合わせられるときは、遠隔診療によっても差し支えないことになっている。

遠隔医療であっても、治療よりは健康管理や予防のアドバイスに用いることについてはハードルが相対的に低いように思える。休日や夜間に子供・高齢者などが急患でみてほしいときに、病院のインターネット・ホームページに遠隔診療窓口が開設されていれば、後々の病院利用に役立つと感じる人も少なくないだろう。高齢者の中には、病院に出向くことに心理的な障壁を持っていて、本当に具合が悪くならないと病院に行かない人もいる。テレビ電話窓口でかかりつけの医師に簡単に健康相談ができるようになれば、そうした人達の予防にも大きく貢献すると考えられる。ほかに、病院から退院した高齢者の在宅療法・リハビリでも、医師などがテレビ電話を通じてサポートする方法で、患者・病院の費用軽減が図れると考えられる。さらに、高齢化した過疎地域と大学病院の間で、パソコン画面を通じたやりとりが普及できれば、いくらか病院機能を補完して、アクセス・コストを低く抑えることが可能だと考える。従来は、高齢化が進めば、過疎地域に多数の公立病院が設立されなくては行けないと考えていた発想もこれからは見直されそうだ。

医療だけが特殊ではない

医療費が膨張していく未来を考えると、医療サービスの中身や提供方法を現状のまま維持することは不可能だろう。健康保険制度の対象範囲を狭める、患者の自己負担率を上げる、現役の勤労者の負担を増やす、などといった選択肢が、今後は採りづらくなるとするならば、生産性上昇を目指してより少ない人員が必要とされる医療サービス供給を賄っていく体制づくりをするしかない。

おそらく、医療の生産性上昇を追及しようとしていくと、専門家と言われる人々の間でも、大きな摩擦が起こるだろう。そのときには、医療は特殊分野なので、規制緩和を無制限に進めるべきではないという反論に遭うかもしれない。筆者は、医療がある程度特殊であるという前提を認めつつも、医療には他の産業での

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。

成功事例に学んで生産性上昇を図ることが十分に可能だと考えられる。未来に対してどのような変革を模索するのかは、必ずしもはっきりとした将来像がある訳ではないが、少なくとも言えることは漸進的に試行錯誤を繰り返して改善していくしかないということだ。