

■ 研究論文

医療・福祉が地方経済に与える 影響について

Impact of Medical and Welfare Business on Local Economy

千葉県健康福祉部 梅田 勝

Health and Welfare Department, Chiba Prefectural Government Masaru UMEDA

新潟大学大学院経済学研究科 高山 誠, 渡邊 一栄

Graduate School of Economics, Niigata University Makoto TAKAYAMA, Kazuei WATANABE

医療法人弘仁会 手島 厚

Medical Corporation Koujinkai Atsushi TESHIMA

1. 医療・福祉産業の規模

平成13年度の国民医療費は31.3兆円、前年より3.2%増である。30兆円という規模は食品業界や住宅産業などと規模を同じくする産業である。大衆薬や眼鏡等は国民医療費に含まれず、それも入るとさらに大きくなる。また福祉に近い医療については、介護保険で支払われている、この額は約4兆円に上る。

図1を見てわかるように、国民医療費は、介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち一部が介護保険の費用に移行した平成12年を除いて、額面としては単調に増加している。

しかし、国民医療費を国民所得比で見ると、その伸びは一様ではない。国民皆保険制度が確立した昭和30年代には医療費の対国民所得比は3%台であった。昭和40年代の高度成長時代には少

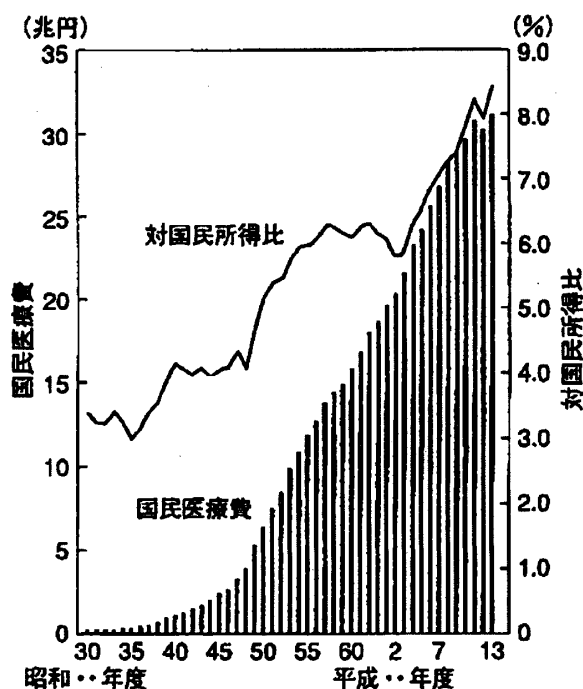


図1 国民医療費と対国民所得比の年次推移

資料：厚生労働省平成13年度国民医療費の概況

し増加し4%台を保っていた。

オイルショックの時期にも医療費は着実に増加しており、対国民所得比は急激に伸び昭和55年までに6%台まで伸びた。その値は平成に入るまで続いた。平成に入り、バブルが崩壊した後も額面上も増加し、対国民所得比も平成13年度の8.46%まで増加しているのである。

国民所得比8%という数字は、巨大な産業であり、なおかつ成長途中の産業である。医療についていえば、その業態は病院・診療所その他2,3の種類に限られる。平成15年4月の時点で医科の病院、診療所が90,521、(病院が約1割、診療所が9割である) 歯科の病院、診療所が65,981(ほとんどが診療所) 調剤薬局が42,522、老人訪問看護ステーションが2,351と約20万の施設、すなわち事業所でこの国民医療費が分配されているのである。言い換えれば、この巨大な市場は、莫大な数の零細な事業所で維持されているのである。

昭和60年の16.0兆円から平成13年の31.3兆円とこの15年で国民医療費は倍にのびている。とりわけ、老人医療費も4.1兆円から11.2兆円にまでものびている。平成14年度の国民医療費は、同年の診療報酬改定の影響が大きく額面上も前年よりも下がり、史上初の実質的な医療費ダウンかと言われている。しかし、老人医療費の分野ののびは、これからの高齢化を考えるとまだ伸びる可能性が大きく、医療費が大きく下がることは考えにくい。

また、先述したように、医療・福祉機関は、他の産業の事業所に比べて零細なものが多い。それだけに、経営管理においては未開の地であり、ビジネスチャンスとしては大きなものがあると考えられる。

2. 医療・福祉産業の雇用創出力

医療・福祉サービス産業では1996年現在、約300万人が雇用されている。日医総研では、2015年には450万人近くが雇用されるという予測を行っている。

医療機関を評価する際に、治癒率、死亡率等で

の医療の質の評価は難しいとされている。軽症の患者しか治療を行わず、重症の患者は他の医療機関に転院させるような施設は死亡率は低く治癒率も高い。重症者が多く紹介される医療機関ではどうしても、死亡率は高くなる。

そのような中で、医療施設の質については多くの場合、医療技術者の数で評価されている。例えば、病院に入院した際の基本料金ともいえる「入院基本料」は表1のように設定されている。(このI群、とは患者の平均在院日数が28日以内の病棟をさす。平均在院日数が長い病棟には他の安い料金が適用される)

表1 一般病院入院基本料 (I群)

	点数	当該病院の患者数対看護婦数
入院基本料1	1,209点	1:2以上
入院基本料2	1,107点	1:2.5以上
入院基本料3	939点	1:3以上
入院基本料4	842点	1:3.5以上
入院基本料5	783点	1:4以上

1点は10円

医療法において、病院、診療所の構造設備基準、人員標準等が定められている。人員についてはへき地等でその数を確保すること難しいこともあり、強制力を持たない標準という言葉をつかっている。医療機関の標準的な看護職員数については患者三人に一人以上の看護職員とされている。60床の病棟で20人の看護職員が勤務しているような病棟では939点、すなわち1日9,390円の入院基本料が支払われる。しかし、1:2、すなわち60床の病棟で30人以上の看護職員が勤務している病棟では1,209点、すなわち一日12,090円の入院基本料が支払われることになる。

保険点数表、すなわち、医療の料金表においては、直接患者に接する職員を増加させることによって、支払いが多く行われるようになっているのである。職員の質で料金を決めることが困難であり、職員数によって料金が決められるのである。

このような評価法は福祉の世界でも同様である。

行政当局は、医療・福祉の質を上げるということは、とりもなおさず患者に直接接する職員数を増やすことを要求するしかないのである。医療・福祉への国民のニーズ、特に質的な向上を求める声が多い中では、職員数の増加はさらに求められるであろう。

3. 一つの病院の雇用創出効果と経済効果の例

地方都市において医療法人、社会福祉法人の雇用創出力は大きなものがあると考えられる。

ある医療法人K会では、病院、老人保健施設その他の福祉施設を持っている。ここで常勤で雇用されている人数は約200名である。(医療法人K会概要参照)

医療法人K会のあるT市は、人口3万4千人の

地方都市であり、常勤職員数は、T市において市役所に次ぐ事業所である。またこれらの施設はリネン、給食、清掃等の常時雇用も発生させている。小規模市町村における医療福祉施設は、その市町村の経済状況に大きな影響を与えていると考えられる。

また、K会の実績にみられるように病院、訪問看護ステーション、老人保健施設、三事業所の売上は14億430万であるが、給与費として8億1686万が支払われている。人件費率58.2%であるが、医療・福祉機関では堅実な数字なのである。

地域における雇用の確保、また、経済状況に与える影響は大きなものがあると考えられる。

4. 市町村における医療機関の経済効果

小規模市町村において、ある程度の規模の病院

医療法人K会概要	
所在地	A県T市
設立	昭和37年
(運営施設)	
1. 病院	開設…昭和36年
診療科目	リハビリテーション科・内科・老年科・整形外科・耳鼻科
許可病床	86床(療養病床)…医療保険指定(51床)、介護保険指定(35床)
施設基準	理学療法Ⅱ、作業療法Ⅱ、言語聴覚療法Ⅱ、夜間勤務等看護3、(Ⅳ)薬剤管理指導科
介護事業	指定居宅介護支援事業所
患者数	外来…109名/1日 入院…85.2名/1日 職員数 95.9名
2. 訪問看護ステーション	開設…平成6年
利用者数	90名 職員数 9.8名
3. 宅介護支援センター	開設…平成9年
職員数	5名
4. 老人保健施設	開設…平成10年
規模	入所100名 通所40名(キャパシティ180名)
利用者数	入所96.3名 通所25.5名 職員数 73.6名
5. 通所介護センター	開設…平成15年
規模	40名(キャパシティ160名) 職員数 15名

平成14年度の実績)		収入合計(円)		費用合計(円)	
① 病院]					
外来収入	153,508,628			給与費	607,309,072
入院収入 (介護保険35床)	211,305,140			医薬品費	33,131,569
入院収入 (医療保険51床)	375,633,300			診療材料費	31,328,792
通所リハビリテーション(15名)	30,651,016			委託費	58,651,991
居宅介護支援費	20,039,000			上記には訪問看護ステーションの費用を含む	
居宅療養管理指導	1,306,600				
	792,443,684				
② 訪問看護ステーション]					
医療保険	31,414,850				
介護保険	30,868,900				
	62,283,750				
③ 老人保健施設]					
入所収入(100床)	450,374,415			給与費	209,557,987
通所リハビリテーション(30名)	99,211,355			医薬品費	6,306,940
	549,585,770			診療材料費	5,973,012
				委託費	74,728,453
					1,026,987,816
				委託費は、給食、リネン、清掃	
TOTAL	1,404,313,204				

の存在が、経済的にどのような影響を与えるか、検証したい。

そもそも医療産業の規模は表2に示すように、1999年時点で約30兆円、これに介護4兆円を加えた医療・介護産業の規模は34兆円となり、日本最大の規模をもつ基幹産業である自動車および自動車部品産業の規模44兆円に匹敵しつつある。外食産業28兆円、食品産業24兆円、住宅産業21兆円よりもはるかに巨大産業なのである(1)。国民所得比は8%であり、なおかつ成長中である上に、様々な産業で起こるイノベーションが医療・福祉の現場で使われることも期待できる産業なのである。

表2 医療産業の規模 (1999年)

産業	市場規模
医療・介護産業	約34兆円
医療産業	約30兆円
介護産業 (2000年)	約4兆円
医薬品産業	約6兆円
自動車および自動車部品産業	約44兆円
外食産業	約28兆円
食品産業	約24兆円
住宅産業	約21兆円
衣料製品流通業	約19兆円
チェーンストア業界	約17兆円
ホテル・旅館業	約9兆円
情報処理サービス業	約5兆円
衣料製造業	約4兆円
家電製造業	約2兆円

原典：医療・福祉の経営学，西田在賢，薬事日報社

ところが、日本全体での人口1,000人当たりの医師数を諸外国と比べると、図3のように相対的にかなり少ないことが明らかとなる。この表から病床数当たりの医師数が極めて少ないために、医師が病床をあちこちと飛び回っている日本の医療実態が見えてくる。

日本の医療提供体制を国際比較すると、病床百床当たりの医師数は1/3から1/5と非常に少ない上に、看護職員数はフランスの3/5、米国の1/5と少ない。このように考えると、顧客に対するサービスの質が国際的に極めて低下していると推測

1 人口1,000人当たり医師数・病床数 (1990~99年)

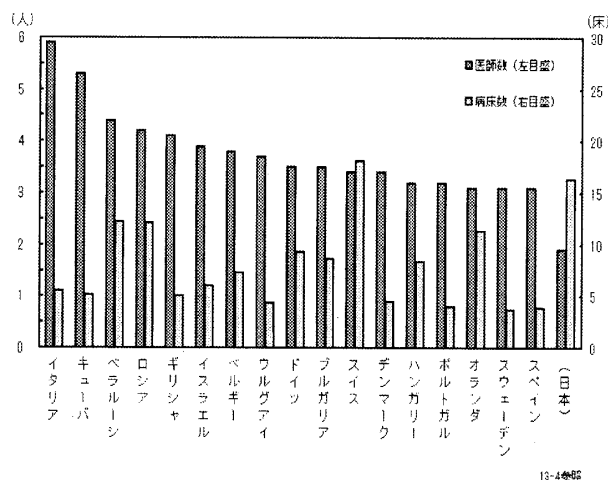


図3 医師数と病床数の国際比較

出典：総務省「世界の統計」2003年

表3 医療提供体制の各国比較 (1998)

国名	病床百床当たりの医師数	病床百床当たりの看護職員数	平均在院日数
日本	12.5	43.5	31.8
ドイツ	37.6	99.8	12.0
フランス	35.2	69.7 (1997)	10.8 (1997)
イギリス	40.7	120	9.8 (1996)
アメリカ	71.6	221	7.5 (1996)

(総務省「世界の統計」2003年(2)：日本は厚生省調べ、諸外国はOECD Health Data 2000年)

される。

このような実態を受け、看護基準等で、今後も、直接患者に接する職員を増加させることが、看護基準で求められている。これは、病棟の患者一人当たりの看護数が多くなれば、高い点数がとれるという保険点数の実態をさして言っているものである。患者である顧客側からみた時に、医療・福祉サービスの質を高めることが期待されており、これに伴い、医療・福祉産業での雇用数の増加が予測される。

このような観点から、病院の存在が、経済的にどのような影響を与えるかを新潟県の市町村の

表4 新潟県下の対象とした市町村

	市町村名	人口	民力指数	民力/人口	平成9年商業統計 市町村年間家電 販売総額(千円)	一人当たり 家電販売額 (千円)	主な総合病院
主な総合病院有り	津川町	5,043	0.22	0.0000436	220,232	43.67	県立津川病院
	真野町	6,046	0.26	0.0000430	233,397	38.60	国立佐渡療養所
	中里村	6,297	0.23	0.0000365	196,212	31.16	上村病院
	潟東村	6,382	0.22	0.0000345	168,841	26.46	潟東けやき病院
	妙高高原町	6,408	0.29	0.0000453	256,726	40.06	県立妙高病院
	黒川村	6,717	0.22	0.0000328	208,106	30.98	黒川病院
	金井町	7,204	0.3	0.0000416	302,574	42.00	佐渡総合病院
	三島町	7,586	0.26	0.0000343	239,865	31.62	三島病院
	山北町	7,635	0.29	0.0000380	292,180	38.27	山北徳州会病院
	相川町	9,280	0.38	0.0000409	416,905	44.93	町立相川病院
	岩室村	9,936	0.37	0.0000372	326,480	32.86	岩室温泉病院
	佐和田町	10,306	0.45	0.0000437	462,869	44.91	佐和田病院
	安田町	10,420	0.39	0.0000374	322,091	30.91	阿賀野病院
	大潟町	10,807	0.41	0.0000379	242,532	22.44	国立療養所犀潟病院
	荒川町	11,446	0.44	0.0000384	391,383	34.19	県立坂町病院
	柿崎町	11,861	0.47	0.0000396	413,672	34.88	県立柿崎病院
	津南町	12,128	0.47	0.0000388	430,186	35.47	町立津南病院
小出町	12,746	0.51	0.0000400	463,562	36.37	県立小出病院	
			平均	0.0000391	平均	35.54	
主な総合病院無し	妙高村	5,010	0.2	0.0000399	172,767	34.48	
	中郷村	5,069	0.23	0.0000454	170,227	33.58	
	畑野町	5,256	0.21	0.0000400	218,962	41.66	
	吉川町	5,315	0.21	0.0000395	177,849	33.46	
	出雲崎町	5,621	0.22	0.0000391	219,539	39.06	
	川口町	5,658	0.21	0.0000371	185,586	32.80	
	三和村	6,202	0.24	0.0000387	190,668	30.74	
	中之口村	6,454	0.23	0.0000356	180,159	27.91	
	湯之谷村	6,624	0.27	0.0000408	239,519	36.16	
	西山町	6,883	0.27	0.0000392	252,222	36.64	
	小国町	7,185	0.27	0.0000376	254,070	35.36	
	加治川村	7,297	0.26	0.0000356	214,920	29.45	
	関川村	7,319	0.28	0.0000383	243,561	33.28	
	板倉町	7,449	0.28	0.0000376	236,631	31.77	
	与板町	7,478	0.27	0.0000361	243,330	32.54	
	紫雲寺町	7,889	0.28	0.0000355	237,555	30.11	
	川西町	7,963	0.29	0.0000364	263,655	33.11	
	京ヶ瀬村	8,102	0.28	0.0000346	226,700	27.98	
	弥彦村	8,567	0.32	0.0000374	286,060	33.39	
	湯沢町	9,009	0.47	0.0000522	365,861	40.61	
	広神村	9,041	0.32	0.0000354	282,018	31.19	
	笹神村	9,132	0.33	0.0000361	280,747	30.74	
	堀之内町	9,564	0.36	0.0000376	310,081	32.42	
	豊浦町	9,596	0.36	0.0000375	314,534	32.78	
	頸城村	9,665	0.38	0.0000393	312,275	32.31	
	青海町	10,010	0.44	0.0000440	403,047	40.26	
	小須戸町	10,325	0.37	0.0000358	345,650	33.48	
	神林村	10,431	0.39	0.0000374	329,598	31.60	
	能生町	10,587	0.41	0.0000387	387,341	36.59	
	横越町	11,198	0.38	0.0000339	367,824	32.85	
	下田村	11,261	0.41	0.0000364	324,516	28.82	
	栄町	11,681	0.45	0.0000385	326,248	27.93	
朝日村	11,940	0.43	0.0000360	371,866	31.14		
寺泊町	12,063	0.46	0.0000381	376,832	31.24		
西川町	12,297	0.44	0.0000358	403,856	32.84		
中之島町	12,563	0.44	0.0000350	358,469	28.53		
聖籠町	13,355	0.58	0.0000434	414,942	31.07		
田上町	13,698	0.47	0.0000343	458,365	33.46		
越路町	14,233	0.53	0.0000372	462,176	32.47		
			平均	0.0000381	平均	32.97	

経済力分析により検証した。

新潟県はいわゆる環日本海本州経済圏で経済力、人口ともに最大の県である。従って、新潟市、長岡市、燕三条市、新発田市等の大中規模の都市には地場産業が発達しており、その上、大企業も立地している。従って、都市周辺で病院の経済効果を抽出することは難しい。一方、冬季は雪に埋もれて交通もしばしば途絶えるような山間の僻地では、国や地方自治体からの補助金があるために、病院の影響が薄まってしまう。このような理由で、人口5千～1万5千の市町村を対象として選び、病院と経済力の関係に関し調査を実施した。

経済力指標としては、追加収入が支出に結びつき易い消費財である家電の2002年度販売実績額を採用した。1人当たりの家電販売額を病床数100床以上の総合病院が存在する市町村とで比較したところ、図4で認められるように、病院の有無により明らかに家電販売額が増加する傾向があることが明らかとなった。一人当たり販売額の平均は、病院有りの場合35.54千円、病院無しの場合32.94千円と、約8%高い。家電消費は、必須の消費財である食料品とは異なり、経済的余力があつて初めて買い替え需要が発生する消費財である。

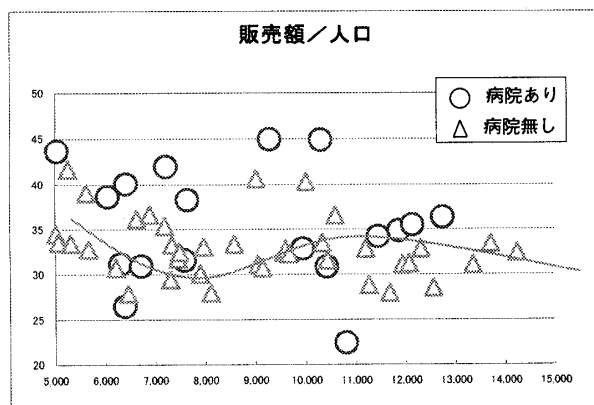


図4 病院の存在による経済力の上昇
横軸：人口（人）
縦軸：一人当たり家電販売額（千円）

医療・福祉産業は財政支出のみを増加させ、将来国民の負担を増加させるために抑制しなければならないという議論がしばしばなされているが、このように地方の経済に対しては雇用創出効果はもとより、経済効果があることがわかる。

これまで経済活性化の手段として道路等の公共投資のみが対象であると考えられてきたわけであるが、医療・福祉施設も公共事業としての経済効果が高いことがわかる。しかも道路のような公共財と異なり、一度作られた医療・福祉施設は道路のように使い切りではない。継続的に地域貢献するとともに、継続的に安定雇用と関連雇用を生み出し、ひいては地域の経済力を高め、不況に左右されず経済効果をもたらすのである。

5. おわりに

今まで、医療・福祉は社会の実体経済を支えるセーフティ・ネットとしてしか見られていなかったのではなかろうか。

しかし、健康保険に関する国民医療費だけでも国民所得比の8.5%近いものとなり、直接医療・福祉機関に雇用されている者だけでも300万人近いものになっている。

平成14年の速報値では国民医療費が下がったようであるが、少子化、高齢化の中で医療・福祉に求める国民のニーズには大きなものがある。諸外国を見ても、決して縮小する産業であるとは思えない。30兆という医療費には6兆円の医薬品産業、6千億円の医療機器産業が付随している。これらの産業は、近年脚光を浴びているライフサイエンス関連産業として、諸外国に発展しなければならない産業である。

また、交通機関が発達し、道路が整備される中でも、住民の身近なところに医療・福祉機関が存在することが求められている。特に療養・介護を要する患者においては住み慣れた場所の近くの施設に入院することを求める。医師の都市集中が問題になっているが、実際の需要は全国に均一に存在しているのである。

人件費率50%台を維持していれば優良事業所、

というような労働集約型産業であり、かつ全国に一律に需要が存在する産業である。

今後、地方経済の単なるセイフティネットではなく、地方経済の牽引役としての医療・福祉を考えてゆきたい。

付 記

分担 梅田 全体構成執筆と医療・福祉部分を
総括

高山 全体執筆，経済部総括，新潟県下のデータを総括

渡邊 新潟県下のデータ収集と解析を担当

手島 病院の雇用総出効果と経済効果を
担当

参考文献

西田 在賢：医療・福祉の経営学．薬事日報社 2001
日医総研：医療のグランドデザイン 2016年版