

## 医療制度改革と産業連関

# Health Care System Reform and Inter-Industrial Relationship

大内 講一  
Koichi OHUCHI\*

### Summary

The propriety of a health care policy should be evaluated based on average life expectancy and other health indicators. Economic effect is a secondary item for evaluation. However the national health expenditure of about 30 trillion yen is the same amount of the national bonds issue limit which the government provided. Therefore, the influence of the health care system on the national economy and finance cannot be slighted.

Using input/output analysis, the writer considers the influence of medical care on the national economy in this report. The influence on the national economy, namely economic effect, extended to traditional coefficients of I.O.analysis, the effect of income/consumption route and the effect of employment. In the first half of this paper, the influence of health care system reforms in the beginning of 1990's is inspect, and in the latter half, the influence of various reform after the middle of the 90's is viewed.

### 目次

#### はじめに

#### 1 分析の方法

- (1) 基礎データ
- (2) 分析モデル = 物的・非物的二部門交流モデル
- (3) 追加的波及効果と雇用誘発効果
- (4) 留意事項

---

\* Part-time lecturer, Nihon Fukushi University

2 医療と福祉の産業連関の概要

- (1) 国内生産額
- (2) 需要構造
- (3) 投入構造
- (4) 社会保障部門の生産波及効果

3 90年代前半における医療制度改革の検証

- (1) 医薬品関係
- (2) 看護給付の変更

4 90年代後半の改革と介護保険の影響 ~2000年IO表の展望

- (1) 医療から介護へのシフトの影響
- (2) 給付率引き下げ、薬剤一部負担金の影響
- (3) サービスの外部委託

まとめ ~ポスト介護保険時代の医療経済研究

Key Words

Health Care System Reform, Inter-Industrial Relationship (I.O. Analysis), Long-Term care Insurance,

はじめに

日本の医療保険は1961年の国民皆保険達成をもって一応の完成とされる。しかし、過疎地などでは「保険あって医療なし」の状態が続き、70年代中期に至るまで供給不足の解消が優先された。一方、医療保険には高度経済成長のもとでの潤沢な公費が投入され、逐次給付率拡大が図られ73年の福祉元年を迎えた。

73年秋のオイルショックを契機として低成長に向かうと、公的支出の大幅削減を求める第二臨調路線が強制され、医療福祉政策は縮小の方向を歩むこととなった。公費支出の削減分は患者自己負担の拡大によって補填された。老人保健制度の創設(83年)、被用者保険の被保険者本人への定率1割一部負担金導入(84年)、定率1割から2割への引き上げと薬剤一部負担金の導入(97年)そしてオール3割自己負担(2002年)と続く改変はいずれも臨調路線に沿ったものといえる。また、近年は医療費削減の方途として、地域医療計画の名の下に開業規制と病床規制が実施されている。このように、日本の医療政策は財政上の理由から第一次オイルショックを契機に転換することとなった。

国民医療費が、現政府が国債発行限度額として掲げる30兆円に達した現在、医療費問題は等閑視できない。ただ、負担を過度に強調するのは誤りで、医療の経済効果もまた正当に評価されるべきであろう。もとより医療政策は平均寿命その他の健康指標によって評価されるべきであり経済効果をことさら強調するのは誤りであることは十分承知している。しかし、医療費が無駄な支出ではなく相応の生産波及効果を伴うことの論証が、財政に偏重した医療政策から脱却させる

一つの論拠になりうると考えられる。

小論は、財団法人医療経済研究機構・社会保険福祉協会が実施した医療と福祉の産業連関研究の成果をベースに、90年代以降の医療制度改革が国民経済に及ぼすであろう影響を展望したものである。財団の研究には筆者も参画する機会を与えられ、宮澤健一座長はじめ多くの研究者と実務家から貴重なアドバイスを得た。もとより小論の誤りと稚拙さは唯一筆者の責めに帰るものであるが関係諸氏に謝意を表する。また、拙論を査読していただいた日本福祉大学経済学部の諸先生に深謝申し上げる次第である。

## 1 分析の方法

### (1) 基礎データ

拙論のデータは財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構（以下「IHEP」という）の『医療と福祉の産業連関分析報告書』（1999年）に掲載された諸表である。IHEPの研究報告書は、旧総務庁の「平成7年産業連関表」（以下「95年IO表」という）の産業大分類による分析表を基本的に使用しつつ、医療部門と社会保障部門は小分類を採用し、医療関連産業である医薬品部門は化学工業部門から小分類により独立させ同じく医療機器部門は精密機械部門から小分類で独立させている。部門組替えの結果、IHEPデータは内生部門48分類となっている。

### (2) 分析モデル = 物的 - 非物的二部門交流モデル

詳論に引用した諸係数は「物的 - 非物的二部門交流モデル」<sup>(1)</sup>によって算出されている。

一般的なIO分析はレオンチェフ逆行列係数表（以下「逆行列表」と略称）の算出をもって終了する。そして、各部門の生産波及効果の大小は逆行列表の列和と行和——部門別列和、行和を全産業平均で除した影響力係数、感応度係数を付加——が示している。

物的 - 非物的二部門交流モデルは、逆行列表を分割して生産波及過程をより詳細に分析するものである。すなわち、物的部門（非物的部門）の産業が自部門に与える効果を内部乗数、物的（非物的）部門の産業が非物的（物的）部門を刺激し再び物的（非物的）部門に還流してくる効果が外部乗数であり、経済全体に与える効果は内部乗数と外部乗数の積として与えられる。

なお、小論は社会保障部門の生産波及過程の詳細な分析が目的ではないので、内部乗数・外部乗数の考察は省略した。

### (3) 追加的波及効果と雇用誘発効果

IO分析は中間投入による生産波及効果を計測するツールであり、粗付加価値投入については顧慮されていない。小論では粗付加価値投入の波及効果と雇用への効果についても検討する。

粗付加価値投入の波及効果が追加的波及効果である<sup>(2)</sup>。粗付加価値を構成するのは広い意味で

の給与（賃金・俸給，社会保険料，諸手当など）と営業余剰などの所得であり，所得の増加は消費を刺激し，消費増が生産増を促すという効果が考えられる．最終需要1単位の増加は中間投入を通じて各部門を刺激するが，各部門への中間投入の増加はごく僅かながらも粗付加価値投入を増加させる．所得の増加は消費の拡大をもたらす消費拡大は所得の増加を促し，中間投入による生産波及とは異なった波及効果が生ずる．したがって，中間投入のほかに，所得-消費ルートによる効果の検証が必要である．IHEP 研究では所得-消費ルートの生産波及効果すなわち追加的波及効果についても計測している．中間投入による生産波及効果と追加的波及効果の積が総効果すなわち拡大レオンチェフ乗数である．ただし，追加的波及効果を正確に計測するには財・サービスの種類ごとに限界消費性向が知られていなければならない．しかし，限界消費性向に関する統計が存在しないため，IHEP 研究は限界消費性向の代理変数を使用している．この点に注意を要する．

また，昨今の雇用情勢を考慮して，雇用誘発係数<sup>(3)</sup>を算出し各部門の雇用効果も検証している．

#### (4) 留意事項

IO 分析の留意事項はいくつかあるが，小論との関係においては以下の2点である．

留意点の第1は，アクティビティ・ベースの原則である．この原則により，移転所得である医療保険給付，年金給付，生活保護費などの社会保障給付費は中間投入から除外され，社会保障部門（社会保険，社会福祉）の生産額には事務的経費だけが計上されている．そのため，社会保障本来の経済効果である社会保障給付費による経済効果は検証できない．また，健保組合などが保有する保養所等宿泊施設の経費は社会保険部門から「旅館」部門へ振り替えられており，その分だけ社会保険部門の生産波及効果が過小になっている可能性がある．

第2は，IO 表の定義と推計値が他の統計と必ずしも一致するものではない点である．厚生労働省の『国民医療費』は「傷病の治療に要した費用」を医療費と定義し総額を推計しているが，IO 表は健康診断等を含めた「医療サービス」全般の費用を医療費と定義し国民医療費より広い範囲の支出を推計している．また，社会保障関係統計の「保険者の収支状況」は社会保険庁，健康保険組合，各種共済組合など純粋な保険者の収支に限定しているのに対して，IO 表は健康保険組合連合会，国民健康保険中央会，社会保険診療報酬支払基金および厚生年金基金連合会などの社会保障関係団体の経費も含めた社会保険関係の総収支が推計されている．

なお，健康保険組合収支決算書には健康保険組合連合会費が計上されているから，保険者の決算書と保険者団体の決算書を単純に合計すると重複計上が発生する．IO 表推計の過程でこのような重複計上を回避したことについての説明が必要と思われる．

以上の2点の他に，機能別分類が採用されていてハイテク医療機器の一部は「精密機械」あるいは「電気機器」に分類されていることなど，医療関連分野の分析の支障になっていることがいくつかある．それら問題と改善の必要性についての詳細は医療経済研究機構（1999）の第1章および第7章を参照していただきたい．

## 2 医療と福祉の産業連関の概要

医療制度改革の影響を検証する前提として、95年 IO 表をベースとした社会保障部門の産業連関を概観しておく。なお、IO 表における社会保障部門は社会保険部門と社会福祉部門であるが、拙稿ではこれを狭義の社会保障部門と称し、狭義の社会保障部門に「医療」3部門（国公立、公益法人等、医療法人等）を含めて広義の社会保障部門とする。なお、広義の社会保障部門に該当しない「対個人サービス」部門も考察の対象としたのは、民間介護事業者がこの部門に属するためである。

### (1) 国内生産額

95年 IO 表における総国内生産額は937兆1006億円である。日本経済のサービス化とりわけ公共的サービス<sup>(4)</sup>化の進行に伴い、非物的部門の生産額が相対的に上昇している。物的部門の国内生産額は437兆9297億円（国内生産総額の46.73%）であるのに対して非物的部門は499兆1709億円（同53.27%）となっている。非物的部門のうち公共的サービス部門の生産額は100兆3523億円（同10.71%）であり、公共的サービス部門のうち広義の社会保障部門の国内生産額はサービス部門の6.76%を占めている。社会保障部門の活動が日本経済の公共的サービス化に寄与している。

広義の社会保障部門の内訳は、社会保険部門の国内生産額が1兆4804億円（国内生産総額の0.16%）、社会福祉部門2兆4591億円（同0.26%）、医療・国公立5兆3391億円（同0.57%）、医療・公益法人6兆5069億円（同0.69%）、医療・医療法人17兆9696億円（同1.92%）となっている。広義の社会保障部門の国内生産額は33兆7551億円で国内総生産額の3.60%を占め、一般機械の28兆円、食料品の38兆円、金融・保険の36兆円にほぼ匹敵する額となっている。

対個人サービス部門の生産額は17兆7612億円（同1.90%）で、農林水産業の16兆円と拮抗している。

### (2) 需要構造

広義の社会保障部門の需要構造は、サービスの性格上、中間需要がゼロで生産の全てが最終需要部門によって消費されている点に特徴がある（表1）。例外的に医療3部門に計上された若干の中間需要は、委託検査費（自己投入）と健康保険組合などの医療保険者が実施する保健事業（健康診断等の疾病予防活動）の費用である。委託検査費は適切な取扱いであるが、保健事業費を中間需要（社会保険部門からは中間投入）に計上したのはアクティビティ・ベースの原則に反した誤りである。その理由は次節「投入構造」において述べる。

広義の社会保障サービスに対する最終需要構成を見てみよう。

表1 社会保障部門の需要構造

(単位：億円)

	医 療			社会保険	社会福祉	対個人 サービス
	国公立	公益法人	医療法人			
医療(国公立)	0	0	699	0	0	0
医療(公益法人)	0	0	892	0	0	0
医療(医療法人)	0	0	3,957	0	0	0
社会保険	491	924	2,651	0	0	0
社会福祉	0	0	0	0	0	0
中間需要計	491	924	8,198	0	0	13,927
家計外消費支出	0	0	2,725	0	0	26,966
家計消費支出	8,383	11,771	30,622	0	11,213	150,274
対家計民間非営利 団体消費支出	0	0	0	8,254	18,558	0
中央政府消費支出	44,517	52,362	139,157	6,549	357	0
地方政府消費支出	0	0	0	0	12,297	0
輸 出	0	0	0	0	0	2,835
輸 入	- 1	0	- 7	0	0	- 16,389
最終需要計	52,900	64,132	172,497	14,804	42,425	163,685
国内生産額	53,391	65,056	180,696	14,804	42,425	177,612

(注) 対個人サービス部門の中間需要は小計のみを示した。

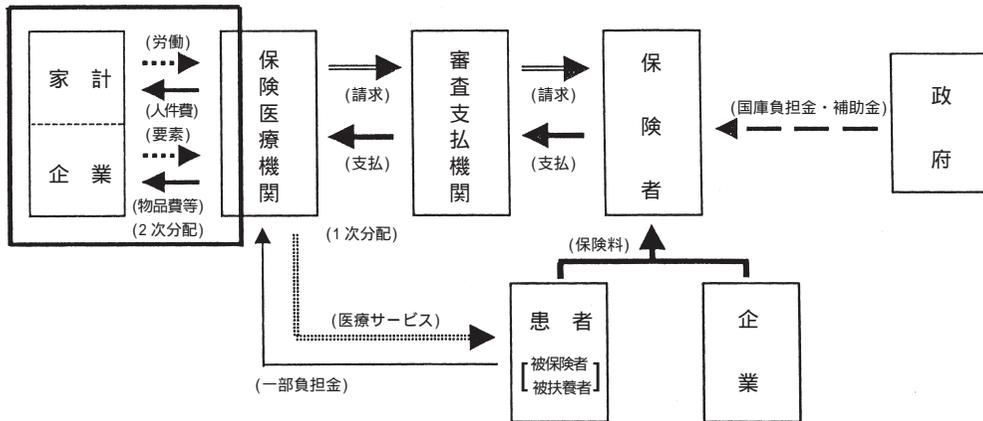
(資料) (財) 医療経済研究機構「医療と福祉の産業連関分析報告書」(1999年)

医療サービスは対人サービスであるから本来は家計に帰属させられるべきものであるにもかかわらず、IO表は政府等の消費支出に計上している。これは健康保険等の「療養の給付」の解釈による。すなわち、療養の給付の実態は被保険者が任意に受診した費用を保険者が医療機関に支払うという形態になっているが、法律の解釈は「保険者が医療機関から療養(医療サービス)を買い取り、これを被保険者に給付する」ことであるとされている。IO表はこの解釈に依拠し、医療サービスの最終需要を医療機関からの買い取り人である政府管掌健康保険および船員保険の保険者である中央政府の消費支出、健康保健組合や共済組合等の政府以外の保険者である対家計民間非営利団体の消費支出に計上している。そして、本来計上されるべき家計消費支出には、保険診療の患者一部負担金と保険外自費診療の費用が計上されているにすぎない。

医療サービスの性格上、その需要を保険者に帰属させることには議論の余地を残しているが、これを支持する立場からも国民健康保険の保険者である地方政府の消費支出がゼロ計上であることには疑問があるであろう。国民健康保険の療養の給付も「保険者が医療機関から買い取って被保険者に給付するサービス」であるから、国民健康保険加入者への医療給付費は保険者である市町村すなわち地方政府の消費支出に計上されるべきである。ただ医療給付費と老人保健拠出金の50%相当額の国庫負担金が投入されているので、国民健康保険の医療給付費等の半分は中央政府の消費支出に計上されるかもしれない。医療サービスの最終需要の帰属はいかにも場当たりの

あり、2000年IO表において改善されるべきである。

狭義の社会保障部門である社会保険、社会福祉サービスはともに個人に対するサービスであり、その最終需要は家計消費支出に計上されるべきであると考えられる。しかし、IO表は社会保険サービスを事務活動に限定しているのので、医療保険に関しては医療費の清算（図1）を円滑に行うための事務活動が社会保険活動になる。そのような事務活動は個人にはほとんど関わりを持たず、したがってIO表の定義による社会保険サービスの最終需要の多くを家計以外の部門に計上することは首肯できる。



(注) 太線囲みが医療部門の活動、その他の資金調達・支払いが社会保険活動である。

(出所) 表1と同じ (P 119)

図1 産業連関における医療・社会保険の定義

社会福祉サービスは、95年IO表の時点では措置制度のもとで提供されていた。措置制度は、自治体が福祉サービスを生産しこれを自治体が買い取って利用者に提供する仕組みである（需給独占）。したがって、社会福祉サービスの最終需要を地方政府消費支出に計上することに合理性が認められる。近年は、介護や保育をはじめ社会福祉サービスが措置制度から契約制に移行し、自治体は需要者ではなくなりつつある。このような制度変更に対応して、社会福祉サービスの需要の取り扱いには再検討する必要がある。

民間介護事業者が該当する「対個人サービス」部門も、中間需要がきわめて少なく、最終需要部門によって需要されている。

### (3) 投入構造

広義の社会保障部門の投入（表2, 3）は、医療（国公立）を除いては中間投入比率が50%を割っており、高付加価値型であるといえよう。ただし、非物的部門全体が高付加価値型の構造をみせており社会保障部門に特有の構造というわけではない。

粗付加価値投入は、医療3部門、社会保険、社会福祉部門ともに賃金・俸給への投入比率が高

い. 賃金・俸給と社会保険料, その他の給与及び手当を合計した広義の給与は, 医療 (国公立) が 57.64%, 医療 (公益法人等) が 47.00%, 医療 (医療法人等) が 36.78%, 社会保険 41.18%, 社会福祉 67.42%となっている.

表2 社会保障部門の投入構造

(単位: 億円)

	医 療						社会保険		社会福祉		対個人サービス	
	国公立		公益法人		医療法人							
内生部門計	27,961	0.52370	28,603	0.43967	77,112	0.42912	6,784	0.45825	11,480	0.27060	63,972	0.36018
家計外消費	462	0.00865	676	0.01039	2,778	0.01546	803	0.05424	1,109	0.02614	5,442	0.03064
賃金・俸給	26,415	0.49475	26,504	0.40740	57,130	0.31793	5,207	0.35173	24,875	0.58633	53,137	0.29917
社会保険料	2,931	0.05490	2,414	0.03711	5,351	0.02978	599	0.04046	2,556	0.06025	4,564	0.02570
その他給与	1,430	0.02678	1,656	0.02545	3,600	0.02003	290	0.01959	1,170	0.02758	1,880	0.01058
営業余剰	- 923		471	0.00724	21,416	0.11918	0	0.00000	0	0.00000	27,531	0.15501
資本減耗引	2,492	0.04667	4,461	0.06857	8,724	0.04855	1,010	0.06822	1,050	0.02475	14,199	0.07994
間 接 税	157	0.00294	290	0.00446	3,623	0.02016	111	0.00750	185	0.00436	7,013	0.03948
(控除) 補助	- 7,534		- 19		- 38		0	0.00000	0	0.00000	- 126	
粗付加価値	25,430	0.47630	36,453	0.56033	102,584	0.57088	8,020	0.54175	30,945	0.72940	113,640	0.63982
国内生産額	53,391	1.00000	65,056	1.00000	179,696	1.00000	14,804	1.00000	42,425	1.00000	177,612	1.00000

(注) 内生部門の上位6位は表3を参照されたい。

(資料) 表1と同じ。

表3 社会保障部門の中間投入上位6位

(単位: 億円)

	医 療			社会保険	社会福祉	対個人サービス
	国公立	公益法人	医療法人			
1	医薬品 11,966	医薬品 12,331	医薬品 29,367	医療 (医療法人) 1,651	食料品 1,769	食料品 7,721
2	卸 売 3,923	卸 売 3,947	卸 売 9,994	対事業所サービス 1,013	卸 売 1,262	運 輸 6,814
3	対事業所サービス 1,753	対事業所サービス 1,641	対事業所サービス 5,450	医療 (公益法人) 924	建 設 790	金融・保険 5,798
4	対個人サービス 1,330	運 輸 1,108	医療 (医療法人) 3,957	通 信 648	対事業所サービス 783	卸 売 4,908
5	運 輸 1,187	金融・保険 1,047	運 輸 3,355	医療 (国公立) 491	農林水産業 599	不動産 4,438
6	電 力 724	対個人サービス 984	金融・保険 3,349	電 力 79	運 輸 598	対事業所サービス 3,342

(注) 社会保険部門から医療3部門を除外すると、印刷・出版 (378億円)、リース・サービス (238億円)、金融・保険 (225億円) が6位に該当する。

(資料) 表1と同じ。

医療3部門のうち医療・医療法人等だけが給与費比率が低いのは、国公立、公益法人に比べて給与水準が低いことによると考えられる。なお、社会保険部門の給与費比率が低いのは、医療保

険者の保健事業費をアクティビティ・ベースの原則に反して内生部門への中間投入に計上したためであるが、それについては中間投入において論ずる。

对个人サービス部門も中間需要が小さく高付加価値型産業である。しかし、社会保障部門と異なり広義の給与費は33.54%と低く、高率の営業余剰15.50%が付加価値投入を大きくしている点が広義の社会保障部門と異なっている。

中間投入を見ると、医療、社会保険、社会福祉および对个人サービスの各部門の相違が表われる。各部門間の相違を明確にするため、投入上位6位を表3に示した。

医療部門では、国公立、公益法人等および医療法人等の各部門とも医薬品が最も多く、ついで卸売からの投入となっている。生産者価格ベースと購入者価格ベースのIO表を比較すると、卸売からの投入が医薬品あるいは医療機器の調達であることが確認される。ここから、医療部門は物的部門からの中間投入が大きく製造業的側面を有していることが示唆される。対事業所サービスからの投入は院内清掃、給食をはじめとする院内サービスの外注化である。中間投入の第4位以下は、3部門間に相違がある。資金調達方法の違いから、公益法人等、医療法人等では金融・保険からの中間投入が上位に該当している。对个人サービスからの投入は外注化とは逆にサービスの院内化を表している。院内化を促進するきっかけとなったのは付添看護護止（94年）である。

社会保険部門では健康診断等の保健事業費が中間投入（医療3部門から見て中間需要）第1位となっている。しかし、保健事業費を中間投入に計上したのは再三指摘したように誤りである。保健事業費を中間投入から排除すると投入上位は表3の欄外の部門になる。社会保険部門は、公務、社会福祉などの事務系部門と共通したゼネラル・インプットの投入構造になっている。対事業所サービスからの投入は被保険者資格・保険料徴収・給付管理などの保険者事務の機械処理外部委託、レセプト点検外部委託（いわゆる「削り屋」）などの費用である。

ここで、医療保険者の保健事業を中間投入に計上したことがアクティビティ・ベースの原則に反した誤りであるとする筆者の論拠を若干詳しく述べておきたい。

アクティビティ・ベースの原則により保険給付費は中間投入から除外されていることは前述したが、医療保険の給付を吟味する必要がある。日本の医療保険各法は保険給付を「傷病の治療」を目的とした医療費支出に限定し、疾病予防や正常分娩など治療外の目的による医療費は給付対象にはしていない。しかし、治療目的以外の医療費支出への給付を全面的に禁じてはならず、分娩費用は出産育児一時金<sup>(5)</sup>として現金給付され、疾病予防費用は「保健事業」として補てんすることが認められている。さて、保険者の疾病予防活動は保険者の指定医療機関あるいは被保険者が任意に選択した医療機関において行われ、被保険者は費用の3割程度を負担し残りは保険者が負担している。このように健診サービスの提供方法と費用負担は療養の給付と全く同じである。アクティビティ・ベースの原則に忠実に従うなら、法規定よりも保健事業の実態を優先して取り扱われるべきである。保健事業を中間投入に計上したのは、法にとらわれ実態を十分把握していないために生じた誤りである。

かりに日本の医療保険がドイツと同様に「予防給付」を法定化すれば保健事業は保険給付の一

種となる。その際には、法に従って保健事業費は中間投入ではないという取り扱いになるであろう。アクティビティ・ベースの原則のもとでは、保健事業費は90年10表までがそうであったように、給付費と同じ取り扱いがなされなければならない。

保健事業費を中間投入に計上した影響は逆行列表にも現れているので、以上の点に注意しつつ社会保険の生産波及効果を評価する必要がある。

社会福祉部門では施設サービスの一環である給食関連の中間需要の多さが特徴となっている。また、アウトソーシングの進行、施設営繕関係、利用者の搬送に集中していることも指摘される。

対個人サービス部門は、食料品への需要が大きいほかは他の民間サービス諸部門と共通の構造となっている。介護サービスとの関連では、前述した社会福祉部門が公的資金で運営されているのに対して、当該部門は金融・保険部門に資金調達を依存している。

#### (4) 社会保障部門の生産波及効果

##### 逆行列係数

各産業部門の生産波及効果は表4のとおりであるが、逆行列・列和は物的部門において大きいという全体的な傾向がある。非物的部門は粗付加価値部門への投入比率が大きいため、中間投入を介した波及効果は小さくなる。なお、諸係数を一表にまとめたため、説明の順序と若干錯綜する点をご了承いただきたい。

広義の社会保障部門の逆行列・列和は、医療（国公立）を除いては全産業平均を下回ってはいるものの平均値に近似している。これは、社会保障部門、とくに医療部門が医薬品の大量投入（薬漬け医療という意味ではない）、大型医療機器の導入など、物的部門との結び付きが強く、製造業的性格を有していることによる。なお、医療・国公立の列和が際立って大きくなっているのは補助金の取り扱い<sup>⑥</sup>に問題があるためで割り引いて評価する必要がある。

一方、広義の社会保障部門の逆行列・行和はいずれの部門においても極めて低い値となっている。疾病や障害は確率的に発生し景気変動には左右されないことから、社会保障部門の逆行列・行和は1.0（景気中立）となる。医療部門の逆行列・行和も1.0であるべきところであるが、前述したように医療保険者の保健事業経費を中間投入に計上したことから1.0を上回ることとなった。ちなみに、保健事業を正しく取り扱った90年10表までは、医療3部門の逆行列・行和は1.0となっている（行和は掲載省略）。

対個人サービス部門の列和は全産業平均を下回るが、社会福祉部門を0.2ポイント下回っている。

広義の社会保障部門を非物的諸部門と比較すると、いずれも上位に該当している。その原因は、他の非物的部門と異なり当該部門が物的部門からの投入が多いことに求められる。物的部門との関連が列和の大小を左右していることは、多額の防衛支出（兵器購入）をしている公務（中央）部門の値が大きいためからも確認される。

表4 産業部門別の波及効果

		内部乗数と外部乗数(列和)			逆行列係数 (生産誘発係数) (列和)	雇用誘発係数 (人/100万円)	所得 = 消費の追加 波及を含む 生産誘発係数		
		内部乗数	外部乗数	総効果			追加波及 係数 (列和)	拡大総波 及係数 (列和)	
物 財 産 グ ル ー プ	1 農 林 水 産 業	1.490089	1.030717	1.541608	1.717747	0.0579	2.1615	3.6053	
	2 鉱 業	1.171825	1.104594	1.285038	1.778466	0.0721	2.1026	3.5703	
	3 食 料	1.745864	1.041835	1.817123	2.045358	0.0818	2.0092	3.6854	
	4 織 維 製 品	1.783910	1.038724	1.857591	2.037770	0.1320	2.1215	3.8604	
	5 パルプ・紙・木製品	1.817639	1.040175	1.893060	2.146530	0.0886	2.1224	3.9705	
	6 出 版 ・ 印 刷	1.545483	1.046441	1.616717	1.890894	0.0885	2.2333	3.8951	
	7 化 学 製 品	1.878719	1.055483	1.980417	2.254801	0.0603	2.0030	3.8849	
	8 医 薬 製 品	1.399270	1.106370	1.528439	1.996479	0.0700	2.1275	3.8288	
	9 石 油 ・ 石 炭 製 品	1.493304	1.023098	1.559267	1.370553	0.0197	1.3259	1.9002	
	10 窯業・土石製品	1.502860	1.058367	1.591299	1.856884	0.0791	2.0589	3.5777	
	11 鉄鋼・非鉄金属	2.132648	1.033160	2.212391	2.342386	0.0651	1.9605	3.9033	
	12 金 属 製 品	1.784279	1.036648	1.852276	2.056528	0.0874	2.1257	3.8859	
	13 一 般 機 械	1.834646	1.039109	1.908904	2.163340	0.0824	2.1458	4.0254	
	14 電 気 機 械	1.821298	1.051112	1.911477	2.191449	0.0902	2.0906	3.9638	
	15 輸 送 機 械	2.422367	1.031218	2.506534	2.708075	0.0849	2.0835	4.4688	
	16 精 密 機 械	1.650724	1.059107	1.741949	2.065971	0.0997	2.1521	3.9383	
	17 医 療 用 機 械 器 具	1.653142	1.051361	1.735040	1.970031	0.0905	2.1568	3.8499	
	18 その他の製造工業製品	1.822348	1.042053	1.904171	2.152871	0.0930	2.0938	3.9305	
	19 建 設	1.545874	1.056824	1.627513	1.942876	0.0996	2.1989	3.8913	
	20 電 力	1.370251	1.051012	1.443629	1.657636	0.0379	1.8362	3.0165	
	21 ガ ス ・ 上 水 道	1.410000	1.032112	1.464548	1.617985	0.0549	1.9943	3.2339	
	22 廃棄物処理・下水道	1.229015	1.048057	1.288848	1.519240	0.0805	2.0649	3.2497	
	23 事 務 用 品	2.342577	1.048538	2.449535	2.827568	0.0847	2.0740	4.5729	
	24 分 類 不 明	1.181199	1.084414	1.273954	1.75,015	0.0447	2.3272	3.9079	
	サ ー ビ ス 産 業 グ ル ー プ	25 卸 売	1.328748	1.023660	1.365831	1.467196	0.0923	2.3474	3.6568
		26 小 売	1.270201	1.033005	1.316325	1.456249	0.1811	2.3163	3.5954
27 運 輸		1.488698	1.056684	1.567914	1.786777	0.0998	2.1616	3.6745	
28 通 信		1.290962	1.022332	1.326716	1.432292	0.0677	2.0748	3.1790	
29 放 送		1.587020	1.039278	1.656308	1.855308	0.0684	2.1759	3.7663	
30 金 融 ・ 保 険		1.356511	1.021909	1.395254	1.510785	0.0807	2.2942	3.6140	
31 不 動 産		1.105899	1.023133	1.133101	1.211942	0.0157	1.9685	2.7858	
32 広 告		1.554736	1.125127	1.704901	2.244409	0.0760	2.1941	4.1850	
33 リース・サービス		1.410477	1.014468	1.443211	1.531889	0.0475	1.7905	2.8165	
34 対事業所サービス		1.299138	1.075318	1.388286	1.688351	0.1118	2.2509	3.7211	
35 娯楽サービス		1.271466	1.049927	1.335020	1.531402	0.0800	2.0949	3.3107	
36 飲 食 店		1.265580	1.130239	1.406256	1.881514	0.1495	2.1947	3.8230	
37 対個人サービス		1.260967	1.066546	1.338932	1.588560	0.1238	2.2164	3.5653	
		38 公 務 ( 中 央 )	1.226983	1.110264	1.346875	1.757214	0.0986	2.2981	3.8667
		39 公 務 ( 地 方 )	1.173808	1.055237	1.237147	1.433459	0.1098	2.4695	3.8215
		40 教 育	1.092282	1.036186	1.133173	1.257468	0.1212	2.4555	3.6229
		41 研 究	1.248985	1.066528	1.326214	1.576439	0.0975	2.2872	3.6682
		42 医 療 ( 国 公 立 )	1.2596801	1.173350	1.445479	1.896626	0.1288	2.5204	4.3675
	43 医 療 ( 公 益 法 人 等 )	1.227137	1.141983	1.379759	1.748545	0.1077	2.2986	3.8472	
	44 医 療 ( 医 療 法 人 等 )	1.243205	1.128403	1.383838	1.728636	0.1022	2.2914	3.8389	
	45 保 健 衛 生	1.175113	1.057919	1.240899	1.426366	0.1248	2.4131	3.7228	
	46 社 会 保 険 事 業	1.480453	1.032814	1.555023	1.773380	0.1067	2.2480	3.8015	
	47 社 会 福 祉	1.136617	1.071915	1.214414	1.460569	0.1784	2.4316	3.7871	
48 その他の公共サービス	1.252522	1.064011	1.328125	1.567867	0.1216	2.3321	3.7326		
全 産 業 平 均	1.479927	1.058953	1.561673	1.809909	0.0904	2.1603	3.6956		
物 財 部 門 平 均	1.667889	1.050439	1.749639	2.002602	0.0769	2.0654	3.7340		
サ ー ビ ス 部 門 平 均	1.291966	1.067468	1.373708	1.617216	0.1038	2.2552	3.6571		

(注) は以下により計測した。

所得 = 賃金・俸給等社会保険料 + その他の給与及び手当 + 営業余乗

消費 = 家計消費支出 + 政府個別消費支出

総消費係数 = 0.7712

(出所) 表1と同じ (p15)

社会保障部門の生産波及先は、投入構造の相違を反映して部門によって異なった様相を示している(表5)。医療部門は3部門とも、医薬品、卸売および対事業所サービスが波及先上位を占めているが、卸売は医薬品の取引であり、医薬品関連産業への波及効果が大きく表われていることが読み取れる。対事業所サービスは外注化の進展による。医療3部門で異なるのは、国公立では研究部門へ、公益法人等と医療法人等では金融・保険への波及が上位にランクされていることである。これは、経営主体によって、先端医療研究への取組み、資金調達方法に違いがあることを表している。

表5 社会保障部門の生産波及先上位6位

	医 療			社会保険	社会福祉	対個人サービス
	国公立	公益法人	医療法人等			
1	医療(国公立) 1.000	医療(公益法人等) 1.000	医療(医療法人等) 1.023	社会保険 1.000	社会福祉 1.000	対個人サービス 1.017
2	医薬品 0.221	医薬品 0.187	医薬品 0.163	医療(医療法人等) 0.115	卸 売 0.046	運 輸 0.058
3	卸 売 0.098	卸 売 0.081	卸 売 0.075	対事業所サービス 0.098	食料品 0.045	金融・保険 0.055
4	対事業所サービス 0.064	対事業所サービス 0.051	対事業所サービス 0.056	医療(公益法人等) 0.062	対事業所サービス 0.035	食料品 0.046
5	運 輸 0.050	金融・保険 0.041	金融・保険 0.043	通 信 0.053	運 輸 0.031	卸 売 0.044
6	研 究 0.042	運 輸 0.040	運 輸 0.041	金融・保険 0.040	パルプ・紙・木製品 0.026	対事業所サービス 0.042
列和	1.897	1.749	1.729	1.774	1.461	1.589

(注) 社会保険部門から医療部門を除外すると、金融・保険0.033、卸売0.022、リース・サービスが上位6位にランクされる。

(資料) 表1と同じ

社会保険部門では医療(医療法人等、公益法人等)部門への波及が大きい。保健事業の経費を中間投入として計上したことによる。保健事業を考慮外に置くと、波及先上位には卸売部門とリース・サービス部門が該当する。社会保険の投入はゼネラル・インプットであり、公務(地方)部門などの純粋事務活動部門と同様の波及先になっている。

社会福祉部門においては食料品への波及効果が大きく計測されている点で社会保険部門と異なった様相を示すが、その他は他の事務部門と同様の傾向となっている。

対個人サービス部門も社会保険・社会福祉部門と似たような波及を示しているが、公的部門以上に金融・保険部門に対して大きな波及効果を示している。これは、社会保険、社会福祉以上に資金調達を金融部門に依存している結果である。

さらに詳細な生産波及は内部乗数と外部乗数によって示される。内部乗数と外部乗数こそが二部門交流モデルの核心ではあるが、小論は医療制度改革が生産波及に及ぼす影響の概要を把握することが目的であるから詳細な波及過程の考察は省略する。

### 総波及効果と雇用誘発効果

追加的波及効果は、物財グループよりもサービス産業グループが大きく計測されている(表4)。これは、サービス産業グループの粗付加価値部門への投入が大きいに起因している。すなわち、追加的需要の生産に伴って生じた所得は賃金・俸給により多くが引き当てられ消費拡大へ結び付くためである。

広義の社会保障部門はいずれにおいても全産業平均を上回るとともにサービス産業の平均をも上回る結果となっている。このように、広義の社会保障部門の追加的波及効果が大きいことから、生産波及効果(逆行列表の列和)と併せた総効果でも全産業平均を上回り、物財産業にほぼ匹敵する値が示されている。

ただし、追加的波及効果は中断されることがある。たとえば、医療保険事務は給付費すなわち国民医療費規模ではなく、加入者数と給付件数の増減に連動して増減する。国民皆保険以来40年が経過し加入者の異動は安定しており、給付件数も横ばい状態にある。このような成熟した状況で保険者事務が増加すると予測することは難しく、このため追加的波及が中断させられる可能性があることに注意が必要である。

地域IO表から、医療・福祉の経済効果は公共事業に匹敵し決して無駄な支出ではないことを永峰(1996)他が主張した。広義の社会保障部門の逆行列・列和は物的部門に劣るものの追加的波及効果で優位にあることから、その主張は首肯される。ただし、追加的波及効果の計測にはいくつかの前提を置いており、その前提が否定されれば結論は異なったものになるであろう。また、国民経済規模のIO表からは地域IO表ほどに生産波及効果における医療福祉部門の優位性は確認されない。さらに、公共事業は投資であるのに対して医療福祉は消費であるという相違があり、公共事業と医療福祉の経済効果比較には慎重を期す必要がある。

つぎに雇用に対する効果を見ると(表4)、広義の社会保障部門が労働集約的であるため雇用誘発係数はいずれも上位に該当している。広義の社会保障部門が大きな雇用吸収力を擁していることを数値的に示すものであるが、反面では社会保障部門の労働生産性が低いことを表現したのもでもある。

医療・福祉部門には資格制度による就業制限があり、雇用誘発係数どおりの雇用がただちに実現されるものではない。広義の社会保障部門が大きな雇用吸収力を発揮するには有資格者を育成しなければならないが、それには時間を要する。雇用誘発係数の大きさは潜在的な雇用吸収力と解し、現実には雇用吸収の障害があることに注意すべきである。

## 3 90年代前半における医療制度改革の検証

生産波及効果に何らかの影響を与えた90年代前半の改革は薬価基準の薬価算定方式の変更と94年の健康保険法改正である。健保法改正は病院給食の材料費相当額を患者負担とする入院時

食事療養費制度の導入と付添い看護解消が目目された。いずれも制度上の一大変更であったが、IO分析の視点では看護給付の変更がとくに重要であった。90年IO表と比較しつつ制度改正の影響を検証する。なお紙幅の都合で90年IO表の諸係数の掲載は省略する。

#### (1) 医薬品関係

生産波及効果に最も影響を与えたのは93年の薬価基準・薬価算定方式の変更<sup>(7)</sup>である。新方式による最初の薬価改定は94年に行なわれ、ここでは旧方式からの激変緩和のためR幅は15%とされた。その後は薬価改定のたびにR幅が縮小させられ、2002年改定ではC幅(R幅を改称)は2%となっている。

薬価算定方式の改革は、医薬品の保険給付価格(薬価)を市場価格に可能な限り近似させることと薬価差益<sup>(8)</sup>を縮小することを目的に実施された。しかし、医薬品が一物多価で取引されている現状を見ると、価格分布のいかなる統計指標を薬価に採用しようとも市場価格であるとは言えずしたがって薬価差解消は不可能であろう。

現行の薬価算定方式も不完全であるとはいえR幅の縮小によって薬価差が縮小されれば医薬品の投入係数は相対的に低下すると考えられる。90年表における医薬品の投入係数は医療(国公立)0.2110、医療(公益法人等)0.2352、医療(医療法人等)0.1924であるのに対して、95年IO表では0.2247、0.1895、0.1634と低下している。90年代前半にインターフェロン、メパロチンという高価格の画期的新薬の大量使用により薬剤費が上昇すると予想されたが、それ以外の医薬品価格が抑制された結果、医薬品の投入が相対的に低下したものと考えられる。

#### (2) 看護給付の変更

94年以前の入院サービスは給食、看護、病衣に対する基準(いわゆる三基準)によって規制されていた。三基準を満たしたサービスはいずれも療養の給付(現物給付)に該当しが、24時間の付添いなど基準看護を超えた看護は療養費(現金給付)として取り扱われていた。すなわち、付添い看護人は患者またはその家族が雇用し給与相当額を療養費として現金給付するか、付き添い看護人を雇用できない場合は患者の家族が看護を行い療養費支給対象外とされていた。マンパワー不足のため家族による付き添い看護が行なわれるケースが多く、付添い看護は患者の家族にとって重い負担となっていた。

94年の改正では、家族の看護負担解消のため付添い看護人の雇用を病院に義務付け、その費用を現物給付化する変更が行なわれた。ただし、患者または家族が自発的に付添い看護に当たることは禁じなかった。このため自発的を装った強制的な家族看護が法改正から8年を経過した今日にも残り家族の負担はさほど軽減されていないとの批判があるものの、付添い看護解消が多少なりとも進展していることがIO表からも確認される。

付き添い看護は患者の生活上の世話と緊急時における医師または看護師への通報のための24時間見張りであるから必ずしも専門の看護職に限定されたものではない。病院は人材派遣などで

対応していると推測される。したがって、「対個人サービス」部門への投入の増加を付添い看護解消の影響と見ることができよう。

対個人サービス部門の投入係数は、90年表の医療（国公立）0.0159、医療（公益法人等）0.0162、医療（医療法人等）0.0107であり、95年IO表ではそれぞれ0.0249、0.0151、0.0094となっている。付添い看護解消への対応には経営主体によって差があり、95年時点では公的病院が一步リードしているといえよう。

なお、96年には看護料が基準看護から看護師1人当たりの患者数によって算定する新看護料体系に移行した。これにより看護師への需要が高まり、2000年IO表では粗付加価値投入とくに賃金・俸給の上昇がみられると予測される。

#### 4 90年代後半の改革と介護保険の影響 ～2000年IO表の展望

90年代後半における制度改革の第一は介護保険である。第二は被保険者本人の給付率下げと薬剤一部負担の導入があげられよう。さらに、院内サービスの外部委託の進行が注目される。

##### (1) 医療から介護へのシフトの影響

ドイツを除くヨーロッパの社会保障先進国は高齢者介護を医療保障の枠組みの中で実施しており、また日本には介護的要素を多く備えた老人保健<sup>(9)</sup>が存在しているので、介護保険を早く必要はヨーロッパ諸国よりさらに小さかったであろう。実施後も利用率が低いなど多くの問題が指摘されているが、介護保険の制度上の問題は別の機会に論ずることとして産業連関との関係を展望することとする。

先般発表された厚生労働省の2000年度国民医療費は、社会的入院など老人医療費の一部が介護給付にシフトさせられたことから前年度を5,754億円下回る30兆3,883億円（対前年度比1.9%減）となった。医療の生産額そのものが低下しているので医療部門の生産波及効果の低下は避けられない。また、介護にシフトした老人医療費はほとんど入院料によって占められていると推測され、医療部門の投入構造に変化が生じ波及先にも影響があると考えられる。

一方、社会保険と社会福祉には生産増加による影響が現われると推測される。

介護保険は、医療、年金、労働災害、雇用に次ぐ第5番目の社会保険である。保険が1種類増えたので社会保険部門の事務量は明らかに増加する。加えて介護保険には利用申請、要介護認定など他の社会保険に比して煩雑な手続きがある。したがって社会保険全体の生産額が大幅に上昇することが見込まれ、生産波及効果も上昇すると推測される。ただ、社会保険事務はゼネラル・インプットであるから投入構造に大きな変化があるとは考えがたい。

社会福祉部門の国内生産額の急上昇が予測される。第一には、社会的入院などの高齢者医療の一部が介護へシフトし、その費用は医療部門から社会福祉部門に振替計上されるからである。厚生労働省はシフト額を、当初予測を下回ったものの約1兆6500億円と推計している。また、民

間介護事業者の生産額もアクティビティ・ベースの原則に従って社会福祉部門に計上されると考えられ、社会福祉部門の国内生産額は飛躍的に上昇し生産波及効果も急上昇すると予測される。

### (2) 給付率引下げ、薬剤一部負担金の影響

薬価基準は90年代を通じて一貫して引下げが実施され、2000年にはC幅は2%に縮小された。薬価引下げは薬価差をある程度縮減させ、その結果、薬剤使用量は抑制された。このように薬剤使用を抑制する方向へ流れている中で、97年には被用者保険・被保険者本人の給付率引下げと外来薬剤投与への一部負担金徴収が加わり、薬剤使用はさらに抑制されることとなった。また、90年代前半のインターフェロン、メパロチンに匹敵する画期的新薬は出ておらず、医薬品の投入は低下していると考えられる。

しかし、前述したように介護保険導入に伴って分母の医療費が減少しているので慎重な検討が要る。高齢者医療では手術や投薬などの診療行為は若年者に比べて少なく入院料の占める割合が高く、したがって社会的入院が減少しても医薬品の使用量に大きな影響は与えないと考えられる。ちなみに、1999年度国民医療費では社会的入院は約3兆円、薬剤費は10兆円であり、この数字から医薬品の投入係数の低下を予測するのは非常に勇気がある。2000IO表では、医薬品関係の改革の影響を投入係数だけで単純に推測することはできない。

### (3) サービスの外部委託

院内サービスの外部委託は90年代前半にも進行していたが、96年には「院内にて加熱すること」という条件付ながら病院給食の外部委託が解禁されアウトソーシング化が加速されると見込まれた。

外部委託に関しては、対個人サービスへの投入から前述した付添い看護解消の進展度を窺うことができ、引き続き注目される。

## まとめ ～ポスト介護保険時代の医療経済研究

国によって社会保険方式、国営医療方式の相違はあるが、医療保障制度が「経済的理由による医療サービスの消費からの排除」を回避するために設けられた点では一致している。このように医療保障制度はもともと市場経済の効率性を阻害している。先進国が医療保障制度の維持に努力し、途上国が医療保障制度構築に努力しているのは、そこに市場経済の効率性を上回る価値を与えているからにほかならない。

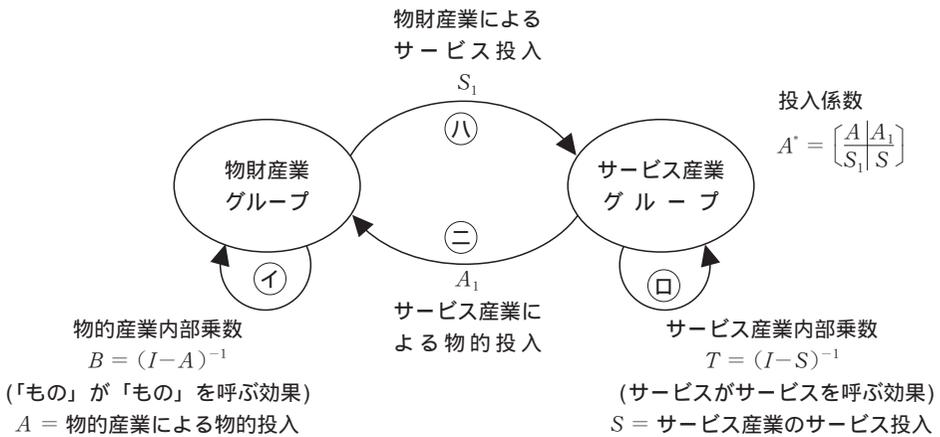
日本では「人命は地球よりも重い」といった情緒的な主張が歓迎され医療資源の配分の効率性には無関心であったといえよう。1990年代における医療経済学の普及は情緒的であった医療政策に科学的視点を与えた点で評価される。しかし、米国医療経済学の直輸入は医療政策を誤った方向へ導く危険性が大きい。

米国においては、医療保障制度は政策目標である。そのことは失敗に帰したとはいえクリントン医療改革は公的医療保険の創設を画したものであったことから断言できる。これに対して日本では、医療保険は医療経済研究の前提条件であり、医療保険なかりせばとの仮定を置いた分析には政策的な意味を見出せない。

年々上昇する医療費への公的支出を抑制するため、第二臨調以降、患者自己負担の拡大が図られてきた。その結果、つい最近の医療制度改革関連法の成立により、日本の医療保険は医療保障先進国に例を見ない「自助努力型」の制度に変身した。筆者は自助努力に嫌悪感を持つものではないが、過剰な自助努力の強調は医療保障制度が自助努力の範囲を超えた事故に対するセーフティネットであるとの認識を欠くと思われ同調しかねる。ポスト介護保険の医療経済研究は、先進国最低の給付水準に低落した日本の医療保険の再建を念頭に進められるべきであると考える。

(注)

1. IHEP (99) p.11 より。図2及び算式を参照されたい



《逆行列の分解公式》(証明略)

$$B^* = (I - A^*)^{-1} = \left[ \begin{array}{c|c} B + B_2 M B_1 & B_2 M \\ \hline M B_1 & M \end{array} \right] = \left[ \begin{array}{c|c} N & N T_1 \\ \hline T_2 N & T + T_2 N T_1 \end{array} \right]$$

(出所) 表1と同じ (P11)

図2 物的・非物的二部門交流モデルの図解

- ・ 物的部門の内部乗数..... $B = (I - A)^{-1}$
- ・ サービス部門の内部乗数..... $T = (I - S)^{-1}$
- ・ 物的部門の外部乗数..... $J = (I - B_2 T_2)^{-1}$       総効果  $N = JB$
- ・ サービス部門の外部乗数..... $K = (I - T_2 B_2)^{-1}$        $M = KT$

\*4つの相互誘発係数(投入誘発; 内部生産発生)

$$B_1 = S_1B \quad T_1 = A_1T; \quad B_2 = BA_1 \quad T_2 = TS_1$$

\*各グループ内の総効果の分解

$$\left\{ \begin{array}{l} N = JB = B + B_2MB_1 \\ M = KT = T + T_2NT_1 \end{array} \right. \quad \text{〔積〕および〔和〕の形}$$

2. 本来のレオンチェフ逆行列乗数は

$$B^* = (I - A^*)^{-1}$$

である。生産波及の結果、所得が発生し消費支出を呼ぶ効果は、 $v$  : 部門別付加価値率(行ベクトル)、 $c$  : 品目別消費係数(列ベクトル)とすると

$$\text{部門別の所得形成} = vB^*$$

$$\text{品目別の消費誘発} = cvB^*$$

である。その結果、所得が形成され、そして消費されそれが生産を誘発する効果は

$$\text{拡大逆行列乗数} = B^*(I - cvB^*)^{-1}$$

と示される。 $(I - cvB^*)^{-1}$  を追加的波及効果とする。

拡大逆行列乗数の導出と分解は以下のとおりである。すなわち、最終需要を内生的な消費需要  $fc = cvX$  と外生最終需要を  $f$  とすると、需給バランス式は

$$\begin{aligned} [I - A^*]X &= f + f^c \\ [I - A^* - cv]X &= f \end{aligned}$$

よって、拡大逆行列は

$$X = [I - A^* - cv]^{-1}f$$

である。他方

$$\begin{aligned} [I - A^* - cv]^{-1} &= [B^{*-1} - cv]^{-1} \\ &= [(I - cvB^*)B^{*-1}]^{-1} \\ &= B^*(I - cvB^*)^{-1} \end{aligned}$$

である。

3.  $(I - A^*)^{-1}$  と IO 表の付属表である雇用係数表(生産額 100 万円当たりの雇用者数)の積として算出した。
4. 私的セクターが供給するサービスであっても社会的に消費されるサービスをいう。IHEP (99) p.13.
5. 出産育児一時金は、従前の分娩手金と育児手当金を統合した現金給付である(96年健保法改正)。分娩手当金は平均的な正常分娩費に、同じく育児手当金は産院の新生児お世話料の平均額によって算出されていた。このように、健康保険の給付対象外とされた正常分娩についても実際には現金給付が行なわれていた。
6. 95年 IO 表では、補助金を国内生産額から控除して投入係数が算出されている。このため、多額の補助金が投入されている国公立病院の中間投入比率が高まり、医療・公益法人、医療・医療法人部門より高い生産波及を示すこととなった。
7. 50年の薬価基準創設以来、基準価格は特定月を対象とした薬価調査——医薬品卸から医療機関または薬局への販売価格(実勢価格または納入価格という)の調査——結果から算定されてきた。  
長らく、実勢価格別取引量度数の最低価格からの累積値 90%に相当する納入価格が基準価格とされてきた(バルクライン・オンライン方式)。しかし、この方式では価格操作が比較的容易であり薬価が高止まりすることが指摘され、医療費支払側から算定方式の見直しが要求されていた。93年に算定方式が変更され、「実勢価格の加重平均値プラス一定幅」方式が採用され今日に至っている。
8. 基準価格(保険給付価格)と納入価格の差をいう。小売値が卸値を上回るのは普通の商行為であり薬

価差益だけが批判されるべき理由はない。薬価差益が批判されるのは、平均的な小売マージン率を大幅に上回ると推測される薬価差益率が医薬品の乱用（薬漬け）を招いていること、そしてそれが医薬品価格規制の失敗すなわち政府の失敗にある点である。

9. 一般に、高齢者の医療保障と若年者の医療保障との相違は一部負担率の相違から説明され、老人保健対象者の医療費単価表（老人診療報酬）が若年者の医療費単価表（いわゆる点数表）と別立てになっている点は見落とされている。老人診療報酬には介護の費用が含まれており、この点を考慮すれば介護を分断した保険制度を急ぐ必要は乏しかったと考えられる。介護保険を急いだのは財政的理由であると推測される。

#### 参考文献

- 宮澤健一（1969）「所得連関乗数の理論と計測」『経済学研究』一橋大学研究年報 vol.13
- 宮澤健一編著（1992a）『医療と福祉の産業連関分析』東洋経済新報社
- 宮澤健一編著（1992b）『高齢化産業社会の構図』有斐閣
- 宮澤健一（2000）「高齢化少子社会の産業連関と医療・福祉——その社会経済効果の評価と位置づけ」（財）医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構『医療経済研究』vol.8
- 塚原康博（1994）「公務活動の産業連関」『地方政府の財政行動』劉草書房
- 塚原康博（1996）「医療活動の産業連関に関する研究」『医療経済研究』第3号
- 塚原康博（1996）「サービス経済化の産業連関分析」『日本経済政策学会年報』第46号
- 永峰幸三郎（1996）「福祉への投資の効果は建設投資を上回る」岡本祐三他『福祉は投資である』日本評論社
- 永峰幸三郎（1999）「神奈川県における福祉サービスと公共事業の経済波及効果の比較」『自治体学研究』第79号
- 松田晋哉他（1997）「北九州市における保健医療福祉への投資の経済波及効果に関する産業連関分析」『医療経済研究』第4号
- 宇野裕（1995）「介護の社会化は日本経済を救う」『社会保険旬報』1892-4, (株)社会保険研究所
- 宇野裕（1998）「新ゴールドプランの内需拡大効果」太守隆他『介護の経済学』東洋経済新報社
- 医療経済研究機構（1996）『医療と福祉の産業連関分析研究報告書』
- 医療経済研究機構（1999）『医療と福祉の産業連関分析報告書』