

8 追加的波及効果

以上の分析は、社会保険に1単位の需要を与えた時の、中間投入を通じた各産業への生産波及効果についてであった。生産誘発効果は中間投入を介したルートだけではなく、粗付加価値投入を介したルートもある。すなわち、生産の増加が所得を増加させ、所得の増加が消費を増加させ、消費の増加が生産を誘発するというルートである。前者は各産業部門の生産活動を通じた生産誘発ルートであり、後者は家計の消費活動を通じた生産誘発ルートである。とりわけ人件費比率の高いサービス産業部門にあっては、消費活動を通じた生産波及効果は大きいと考えられ、このルートの分析を省略すると生産波及効果を過小に評価する恐れがある。本節では追加的波及効果について分析する。

全体的には、1次波及効果は物財産業がサービス産業を上回るが、追加的波及効果はサービス産業が上回る結果となっている。とりわけ公共的サービス部門の追加的波及効果が大きい。これは人件費比率の大きい産業部門ほど消費を通じた生産誘発効果が大きいことを反映しているためである（付表20-①、②）。

社会保険の追加的波及効果は公共的サービス部門では平均よりやや低い方に位置するが、全産業部門では高い方に位置する。しかしながら、この数値については慎重な評価が必要である。その理由は、第1には社会保険給付費の増加に連動して社会保険の「事務的経費」が増加するものではないこと、第2には社会保険部門の従業者数が若干減少傾向にあること（次節参照）である。

社会保険の事務的経費は加入脱退者数と給付件数に依存する。すなわち、加入脱退に伴って被保険者・被扶養者資格の認定、標準報酬月額算定、保険料徴収その他の事務が発生し、数千円台のレセプトも一千万円を超えるレセプトも1件当たりの給付事務費用に大きな差はないからである。

わが国の人口は減少に向かい、雇用の流動化は進むと予測されている。人口減少により社会保険事務は確実に減少するが、雇用の流動化は加入者の制度間・保険者間の異動を引き起こすから事務の増加が見込まれる。両者が相殺し合えば事務量に大きな変化はないと考えられる。また、給付事務については、年金は高齢化により給付件数・金額ともに増加しているが、医療保険給付費は増加しているが件数は横ばい状態にある。

このような状況下で、社会保険の事務的経費が飛躍的に増大するとは考えられず、追加的波及効果の評価は慎重を要する。さらに、前述したように、事業主と自治体の社会保険事務負担のもとで円滑に運営されていることも追加的波及効果の評価には慎重を要する理由である。

9 雇用誘発効果

社会保険活動の産業連関分析の最後として、社会保険活動の雇用誘発効果の分析を行う。本節の分析の方法は第1章「総説」に述べられているので省略する。

雇用係数は、総じて労働集約的なサービス産業部門において高い数値となっている。社会保険部門の雇用係数は{0.082、0.075}と高い値を示している(→付表23)。これを反映して、雇用誘発係数は{0.109、0.104}と全産業中の高い方に位置付けられる。

しかしながら、実際の従事者数は雇用誘発係数とは若干異なった推移となっている。

人事院の調べでは、社会保険庁職員数は1995年=1万7201人、2000年=1万7259人と若干ながら増加している。健康保険組合連合会の調査では、健康保険組合の事務職員数は1万4717人から1万3089人へ減少している。バブル崩壊以降、健保組合数・被保険者数ともに減少しており事務職員数の減少は当然であるが、被保険者1000人当たり職員数が0.952人から0.850人へと低下している点が注目される。この減員が、事務OA化と業務外部委託の進展による長期的な趨勢となっているなら将来的にも人員増を期待することは難しく、これが社会保険の雇用誘発係数の現実的な解釈に慎重を要する理由である。

10 まとめ

2000年は介護保険初年度であり、前回の研究と比較して社会保険事業の国内生産額はもとより、投入構造や生産波及効果にも何らかの変化が現れるものと予測した。しかし、何度も繰り返してきたように「定義変更②・③」の影響が大きく、新たな傾向を見ることは不可能であった。

社会保険の基本的な活動——資格認定、保険料徴収、給付決定および(医療保険者の)健康増進事業——はすでに完成の域に達しており、その活動量が飛躍的に増大するとは考えられず、雇用への期待も小さい。

保険者機能強化は社会保険事業の変容を促す提言であった。強化論者の「レセプト自主審査」、「保険診療自主契約」などの提言が実現すれば、保険者の活動は質・量ともに飛躍的に向上すると期待される。保険者機能強化には医療保険者の組織機構の拡充と、保険者の意思決定⁴⁾および日常活動に対する政府規制⁵⁾の大胆な規制改革が前提である。しかし進展は見られず、したがって保険者機能強化を契機とする社会保険事業の変容は当面期待できない。

保険者機能強化とは別に、社会保険事業の変容を促す提案が行政サイドから出されている。新健康保険法施行(2002年10月)の後、厚生労働省は政管健保の都道府県分割・国保の都道府県集約・組合健保の統廃合を柱とする医療制度改革試案を公表している。国民皆保険以来の大改革であり、実現すれば社会保険事業が大きく変化することは間違いない。また、2003年に施行された「健康増進法」は医療保険者に保健事業のさらなる充実を求めており、医療保険事業に質的变化をもたらす可能性は大きい。

しかし、厚生労働省試案に示された保険者組織の改編は今後の課題であり、健康増進法も施行後間もないことから目立った変化はなく、次回 2005 年産業連関表に社会保険事業の変容を見る可能性は極めて小さいと考える。

最後に、産業連関表の推計に対して 2 点ほど要望しておく。

第 1 は社会保険部門の小分類である。年金・雇用などの現金給付保険と、医療・労災・介護の現物給付保険では他産業との関わりに相違がある。保険者責任の観点からは議論の余地を残し、保険者機能強化論者の自主審査の主張とは反するが、医療保険者はレセプト点検を外部委託している。これは医療保険特有の支出であり、年金保険とは投入構造が異なる。投入構造の相違は生産波及効果にも反映するので、産業連関においては運営主体による現行の「国公立」・「非営利」の区分よりも「現物給付保険」・「現金給付保険」の区分が適切と考える。小分類の再検討を要望する。

最後に、今回の分析が中間投入の取り扱い変更に伴いされたことから、「定義変更」は十分な検討のもとに行うことを強く要望する。

- 1) 社会保険一般の経理は国の会計基準に準拠して現金主義の単式会計を採用し、3 共済組合だけが発生主義の複式会計を採用している。制度間比較のため、公式の事業報告とは別に、統一基準による統計が必要である。
- 2) 老人保健拠出金はじめ、他制度・他保険者の給付財源となる支出を一括して拠出金とした。
- 3) 紙レセプトの記載事項を判読し医療機関別・保険者別に支払額を確定する目的で導入し、レセプト電算処理システムの本格的な普及まで稼働させる。
- 4) 健保組合の最高意思決定機関は労使同数の代表で構成する組合会であり、保険者の意思決定とは労使の合意に他ならない。保険者（事務局）は意思決定には参加できないが、議案説明その他で労使の合意形成をリードできる立場にある。なお、組合会の付議事項は健保組合同規約の変更、事業計画と予算・決算、重要財産の処分などである。

ドイツ、フランスの疾病金庫も労使の合議機関が最高意思決定機関である。

- 5) 健保組合に対する政府の規制は「許認可」と「一般的指導」である。
許認可の対象は健保組合の設立・解散・合併、組合同規約の変更などである。健保組合同規約には保険料率や附加給付など健保組合運営全般について記載することとされているので、組合会の決定事項の全てが許認可を要し、自治権は無に等しい。

一般的指導は、保険者としての心構えから日常業務処理の隅々までを細かに説いた「事業運営基準」の遵守要請として行われている。ただし、事業運営基準は画一的な事業を強制し個別健保組合の裁量権を制限するものではあるが、附加給付実施要件などは行政自らが許可条件を開示し恣意的取扱いの排除を宣言しているという側面もある。

参考文献

- * 本研究報告書の全体に共通する文献については第1章「総説」を参照されたい。
- * 社会保険各制度の内容に関する論文・書籍は除外した。

塚原康博（1992）「社会保障の産業連関分析」『医療と福祉の産業連関』東洋経済新報社

塚原康博（1996）「社会保障の産業連関分析」『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

大内講一（1999）「社会保険活動の産業連関分析」『医療と福祉の産業連関分析報告書』医療経済研究機構

統計資料

国立社会保障・人口問題研究所『社会保障統計年報』各年度版、法研

社会保険庁『事業年報』各年度版

厚生労働省『介護保険事業年報』各年度版

健康保険組合連合会『健康保険組合事業年報』各年度版

国民健康保険中央会『国民健康保険事業年報』各年度版

社会保険診療報酬支払基金『基金年報』各年度版

財務省『国家公務員共済組合事業年報』各年度版

自治省『地方公務員等共済組合事業年報』各年度版

文部科学省『私立学校教職員共済事業年報』各年度版

解説書

厚生労働統計協会『保険と年金の動向』各年度版

健康保険組合連合会『社会保障年鑑』各年度版、東洋経済新報社

第8章 医療・介護・福祉の産業連関データ推計体制への提言

1 はじめに

本報告書の各章では、分析に並行して、随所で推計データの改善の提言にも直接・間接ふれてきた。その実現のためには、推計の方法だけではなく、推計体制そのものを新たに再編・拡充して、以下まとめて示す諸要望にも応え得るような、組織づくりをすることが強く求められる。

本章では併せて、これまでの産業連関表推計における医療・福祉の扱いの進展の経緯も視野に収め、改善の方向と課題を展望する。また本研究が基礎とした細分類表の「基本分類」にまで遡って再構成した連関表には、それ特有の論点が伴われる点にも留意したい。

2 医療機械器具・医薬品

医療活動に直接かかわる産業連関表上の物的産業部門は、「医薬品産業」と「医療機械器具産業」の2活動である。このうち、データ面で特に問題があるのは、後者の「医療機械器具」で、その統合分類「精密機械」部門の中への位置づけ方などが問われる。

- (1) 現行の産業連関表では、医療機器は従前から「医療用機械器具」部門以外にも分散して記載される処理方式がとられてきた。

産業連関表の基本分類の設定にあたっては、日本標準産業分類（JSIC）・国際標準産業分類（ISIC）との整合性も勘案されている。前者のJSICによると、「医療用機械器具」は「精密機械器具製造業」に分類され、他方、医療用のX線装置や電子応用機器、レーザー応用装置を含む「電子応用装置」と、医療用計測器を含む「電気計測器」は「電気機械器具製造業」に分類されるというように、異なる中分類に属している。そのため、今次の2000年表においても、「医療用機械器具」部門に収載されているデータはかなり限定的とならざるをえず、薬事法上の「医療機器」を全て集約した分類設定はなされていない。

また、「電子応用装置」に含まれる医療用のX線装置等は、他の電子応用機器などとともに込みで分類されているため（製造業部門の推計担当は経済産業省で厚生労働省は関与していない）、この部分を分離して投入額の推計を行い、「医療用機械器具」部門の再編をすることは困難な状況にある。その結果、医療機械の産業連関分析に大きな障害となっている。

作表作業の改善として、「電子応用装置」「電気計測器」部門中から医療用X線装置、

超音波治療装置、レーザー応用装置など、ME 機器関連の計数を分離し「医療用機械器具」に併合または並立させて分析に利用できるよう、推計のための特別調査「鉱工業投入調査」上の区分の見直し、そして新たな区分による投入係数の推計を実施することが望まれる。

さらに、薬事法（平成 17 年に全面施行の改正法）等とも整合性をとりながら、「医療用機械器具」の適格な再定義とともに、データ基礎の整備作業が、推計担当省庁間での調整・連携によって、あるいは、独自の特別推計調査の実施体制を組織化することによって、実現することが強く望まれる。

- (2) 医療用機械器具の扱いについては、1985 年表までの『基本要綱』には記載されていなかった [注意点] が、われわれの要望に対応して、1990 年表の要綱から書き入れられ、今次の 2000 年表でも受け継がれている。そこでは、「医療用の X 線装置、電子応用装置及びレーザー応用装置は「3331-01、-011 電子応用装置」に含まれる」と記され、収録範囲の限定性の制約が明示されるようになった。データ利用者側の希望は、本来の医療機器への再集計表示が可能となる作業プログラムが関係省庁の努力で推進されることである。

先端医療機器については、「成長産業分野であること」といった基本分類の設定のための要件を満たしている。しかも、現行の定義範囲から漏れている額はかなりの規模に達し、また今後の発展が見込まれるところから、この要望はいっそう強まる。

- (3) 「医療用機械器具」部門のほか、もう一つの物的部門の「医薬品産業」を含め、データの有効活用には、この領域での基本統計である「薬事工業生産動態統計」と、産業連関データとの関連づけと明確化が求められる。

厚生労働省の薬事工業生産動態統計の衛生材料・医療用具データとの連携のほか、総務省の「工業統計表」との整合化についても同様である。ちなみに、工業統計表は、薬事工業生産動態統計と異なり、輸入転売品については出荷額に含めていない。また、ちなみに、薬事工業生産動態統計では「衛生材料・医療用具」として分類されている医療用具のいくつかは、工業統計では様々な分類に散在している。

産業連関データの一般的性格は<総合統計・加工統計>たることにあるが、個別の一次統計との系統的な連結が可能となることによって、総合加工統計の有効性は深められる。また、個別一次統計にとっても利用と応用の範囲が広まる。

3 医療サービス（国公立、公益法人等、医療法人等）

産業連関統計での医療活動の記録の範囲は、よく知られた「国民医療費」よりも広い。いわゆる国民医療費のほか、社会保険・公費負担以外の医業収入、医療関連サービスも含む。概念規定の面では、1995年表では医療部門の格付け変更がなされた。また1995年表では中間需要が計上されたが、2000年表ではその一部が修訂された。

(1) 医療の3部門、「国公立」「公益法人等」「医療法人等」の全活動額のうち、6割の高ウエイトを占める「医療法人等」について、その内容構成（例：医療法人、会社、個人などといった開設主体別の構成）の内訳計数は、公表統計に欠けている。その一理由は「医療法人等」の産出額の推計手順が〈残差〉方式で、医療の全産出額推計値から「国公立」「公益法人等」のそれを差し引いて求められ、かつ、立ち入ったその類別作業がなされていないことによる。しかし医療の統計情報として、その内訳の表示は強く要請される。利用者としての希望は、公式推計手続き中に、個人医、医療法人、会社など、開設者別分類との連携、そしてルーティン化が進められることである。

(2) 「国民医療費」より広いカバー領域の一つで近年注目の「医療関連サービス」は、外注化を含め多様化の方向にあり、医療部門の自己投入活動もその動向の中にある。その意味で、1995年表から〈中間需要としての医療〉が計上された意義は大きい。従前からのわれわれの主張は、医療サービスをすべて家計向けの最終消費のみとみる慣行から脱して、医療部門間の中間需要を計上し、医療部門の内部で相互に発注＝受注されるアウトソーシング解明への道につなげることにある。

1995年表では2タイプの中間需要が計上された。①医療付帯サービスの衛生検査所、滅菌業や、検査委託費用や歯科技工費用などの、「医療法人等」から医療3部門へ向かう中間需要、②厚生保険の疾病予防検査等委託費、健康保険組合の人間ドッグの補助、成人病検診費用などの、医療3部門から社会保険事業へ向かう中間需要である。この2つのタイプは、性格がかなり異なる。

①については、上記の「医療付帯サービス」のほかにも、広くとれば、医療機関間の患者の紹介・転送、設備・施設の開放利用など、「医療機関間サービス」も進む。この面を含めて、今後進展する医療機能分化、そしてチェーン化・提携化などを考えるとき、推計範囲として、医療付帯サービス、医療関連サービス、医療機関間サービスの、評価と位置づけの一層の検討が望まれる。かつ、他の諸調査（「医療関連サービス実態調査」「健康・福祉関連サービス産業統計調査」など）との連携・整合化も大切な課題となる。

②については、従来と比べ、「社会保険事業」部門の活動に、医療との関わりが新たに加えられたことを意味する。そこで計上されているのは〈疾病予防関連の医療費〉だが、その扱いについては、傷病治療給付と疾病予防給付との区別と関係、社会保険事業の運営の性格の位置づけ方がかかわる。第6項の「社会保険事業」で取り上げるように、

2000年表では、95年表の扱い方は改められ中間需要から外された。

- (3) 前回の1995年表で医療部門の格付けが変更され、3部門とも<産業>として扱われることとなった。国公立の<政府サービス生産者>が<産業>としての「医療(国公立)」となり、非営利サービス生産者が<産業>としての「医療(公益法人等)」に改められ、民間医療機関等の「医療(医療法人等)」と同格に扱われることとなった。これは、国連SNA勧告の基準「対家計非営利サービス生産者の範囲の厳格化」が公益法人等に適用され、国公立にも及んだためである。

一般に<政府サービス生産者>は事業経費により生産額を推計し、営業余剰や補助金は計上されないが、<産業>は事業収入により生産額を推計し、営業余剰や補助金も計上される。産業連関分析に基本的な役割を演ずるのは「投入係数」だが、とりわけ医療(国公立)のそれは格付け変更で大きく影響される。この結果、1995年表では、「国公立」で、営業余剰の赤字-1.7%と、控除項目の経常補助金が-14.1%とがマイナス記録され、また2000年表では、営業余剰0.5%と経常補助金-15.8%が計上されて、医療サービス産出規模がいずれも大きく減額された。そのため、これを分母に算出される投入係数は、従来よりもかなり上昇した。その結果、「国公立」の医療活動の波及効果を、他部門よりも見かけ上高める歪みを生んだ。

こうした影響を生むことを考えると、「産業への格付け条件」として、「現行の診療報酬のもとでは、いかなる医療機関であっても、同一価格により医療サービスを受けられるため」という<価格条件>だけの判定では、不適切といえる。<制度条件>として、営業余剰の赤字の有無、補助金額の規模なども条件に加え、産業として扱うことの当否が判別される必要がある。<価格条件>としても、診療報酬は公定価格であって、一般の産業での市場価格とは機能を異にしている。「国公立」医療の公共的サービスとしての活動面や政策的側面にも、位置づけを与えることを要する。

これに対して、同じ国公立の「社会福祉(国公立)」「社会保険事業(国公立)」両部門は、政府サービス生産者として扱われ、これに応じて2000年表で新設された「政府消費支出(社会資本等減耗分)」が最終需要部門に計上される。ところが、「医療(国公立)」部門は、<産業>として格付けされているために、その資本減耗分は民間活動の処理方式と同じに扱われ、最終需要部門に計上されることはない。

同じ「国公立」でありながら、医療と、福祉・社会保険事業との扱い方の間では、概念表示上、統一性を欠いており、計数を利用するにあたっては留意を必要とせざるをえない。

- (4) さらに充実の望まれる側面として、産業連関の医療費データのユニーク性を活かすためには、開設者別・医療機関別・病床規模別などの主要データと、クロス表示・関連表示できるよう整備されることである。それは、医療統計情報に豊かな利用可能性の方向を導く。また<生産者価格>ベースの連関表に、<購入者価格>表示を対置させて、医療機関と医薬品の薬価差益の動向と連動・検討できる計数整備も、また望まれよう。

4 介護サービス（居宅・施設）

2000 年表で新設された介護の内容範囲は、介護保険制度における給付範囲にとどまらず、介護保険給付対象外のサービスを含めている。ただし、直接に「介護」部門に計上される部分と、同部門には含めず関係部門に直接に別計上される部門とがある。後者として、介護保険の給付対象である「福祉用具購入費の支給」は「各種財」部門に計上され、また「住宅改修費の支給」は「建設補修」を経由して「住宅賃貸料（帰属家賃）」に計上されている。

また、2000 年表では、「医療」「社会福祉」部門から、対応部分が新設の「介護」部門に移行された。ただし、1995 年表でこの移行の介護相当部分を分離することは、データの難しさとされる。推計手続き上、基礎資料の制約から、確定できる項目以外に見なし推計の部分が含まれているからである。そのため、「医療」「社会福祉」部門の時系列分析のさいには、留意が必要となる。

- (1) 「福祉用具購入費の支給」については、「一般政府消費支出」（列）と「製造業」（行）の交点に計上されている額が保険給付額に相当するが、利用者負担分は、通常の民間消費支出と混在してしまうため、産業連関表上では追跡できない。また、「住宅改修費の支給」については、「一般政府消費支出」（列）と「製造業」（行）の交点に計上されている額が保険給付額に相当するが、利用者負担分については、「福祉用具購入費の支給」と同様の理由で産業連関表上では追跡できない。

その追跡のためには、「介護保険事業報告年報」などにより、費用額（利用者負担額＋給付額）と給付額との比率を求めて推計するなど、別途の工夫が必要となる。

- (2) 介護保険は 2004 年 4 月から導入されたが、産業連関表は暦年単位である。それゆえ、実際には 1 年のうち 4 分の 3 の期間において介護保険が存在することになるが、2000 年の産業連関表では 1 月から 12 月までの 1 年間、介護保険が存在すると仮定して推計がなされている。なお、2000 年度は初年度であるため、金額が小さく暦年値換算が困難な市町村特別給付に該当するサービスは推計から除外されている。そのため、補完的データが必要となるが、さらに精度の高いデータに基づく分析は、次回 2005 年表を待たなければならない面が多い。

- (3) 部門分類に関しては、今回は「居宅」と「施設」の分類がなされたが、医療・社会福祉に準ずるなら、経営主体別に「国公立」「非営利」「営利（民間事業者）」に 3 分割し、さらにそれぞれを「居宅」「施設」に分割する表示方式が妥当であろう。「介護サービス施設・事業所調査」では介護サービス別や、開設（経営）主体別事業者数が公表されているが、たとえば金額ベースの統計とのリンクを可能にする途を開くなど、データの充実と開発が期待される。さらに今後は、「介護」と「医療」と「福祉」との三者の相互関連、識別と連結を可能にする部門分割に耐えうるデータの整備も望まれる。

5 社会福祉（国公立・非営利）

社会福祉の内容範囲は、国公立、非営利の福祉諸団体による社会福祉の施設サービス、および地域サービス、として規定されている。その活動量の計数には、いくたびかの変遷があり、とくに1995年表では大きな改変・前進が見られ、2000年表にも引き継がれている。

- (1) 社会福祉サービスのうち、非営利部門について、1995年表で推計ベースの抜本的な改定がなされた。従来までは「措置費」による推計であったが、ベースが「サービス業基本統計」に変更され、その組替えによる推計がなされた。その結果、これまでは推計されていなかった活動が新たに計上されるようになり、地方政府独自の支出や、料金徴収の事業分なども計上される。本格的な分析への途が開かれたことになる。
- (2) こうした変更の効果は、いろいろな面に波及する。旧方式で同部門の範囲として規定されている「社会福祉施設サービス」と「社会福祉地域サービス」との区分についてもそうである。後者の地域サービスは1985年表で初めて導入され、部門名も、1980年表の「社会福祉施設」から1985年表の「社会福祉」に変更された。しかし結果として、作業途上で地域サービスには、共同募金の福祉関連事業配分額が含められた以外は推計が断念された。1990年表では範囲が追加され「社会福祉協議会」の活動分が地域福祉に含められたが、地域サービスのカバー率の検討を要する。したがって、1995年表での推計ベースの「サービス業基本統計」への切り替えは、収録推計範囲の大きな拡充となる。

計数基礎が措置費から脱したことに伴い、部門の内容構成の再定義・再規定が、より明示されることが望まれる。前回の報告書では、これからは上記の〈施設サービス vs 地域サービス〉の対置よりも、むしろ〈施設福祉 vs 在宅福祉〉という対置を含めた検討が基本課題となると指摘しておいた。この点は今次の2000年表における「介護（居宅・施設）」部門の新設に、つながるところとなる。今後とも、在宅サービスと施設サービスとの在り方を含めて、「介護」の活動と「医療」と「福祉」との三者の相互関連、統合的な連結が重要となり、これに対応できるデータ整備の必要度が強まるといえる。

- (3) 以上とは別に、「非営利」部門の非営利団体の諸活動について、性格別の類型区分の導入も要望される。本報告では、前回報告と同様、その試みの一つとして、社会福祉施設の(1)「国公立」（公立・公営）に対して、「非営利」をさらに2分割し、(2)公立・私営（市町村等が設置し運営を社会福祉法人等に委託している施設）と、(3)私立・私営（社会福祉法人等が設置し運営している施設）に区分し、時系列的な評価も試みた。

これからの福祉経済社会で期待の高まる非営利組織（NPO）の活動を位置づけるうえでも、また運営主体の違いやサービスの性格差が生む投入構造の差異を明らかにするためにも、今後そうしたサイド・データの本格的な作成が重要課題となる。

6 社会保険事業（国公立・非営利）

社会保険事業で扱われるのは、本来の「保険活動」である保険料の徴収・移転・保険金給付の資金フローではなく、これを支える「事務活動」としてのアクティビティ・フローの財＝サービス・フローで、計上範囲には変遷がみられた。その活動量は、国および地方公共団体が行う社会保険事業、非営利の団体が行う社会保険事業の消費的支出で測られる。

- (1) 保険者など保険事業団体が実施している活動には、保険事務のほかにも、福祉事業の側面（保養所・宿泊施設等の運営）もある。1985年表までは、この部分も記録範囲に含まれていたが、本来の産業関連アクティビティ・ベース原則からいえば、これは分離されて扱うべき性格のものである。1990年表からは、かつてのわれわれの提言どおり、[変更点]として、「社会保険事業団体が被保険者及びその家族のために行う保健施設（保養所、宿泊所等）の活動は「8613-01 旅館・その他の宿泊所」に含める」こととされ、1995年表及び2000年表でも、そのまま[注意点]として引き継がれている。これは、純粋に社会保険の事務活動の性格を捉えるうえで、適切な扱い方といえる。
- (2) 1995年表では産出額の範囲が拡大されて、厚生保険の疾病予防検査等委託費（国公立）、健康保険組合の保健施設費の人間ドッグの補助、成人病検診費用等（非営利）が含まれた。かつ、その扱いは、社会保険事業部門の「医療3部門からの中間投入」として計上されていた。この扱いは、保険給付の法規定（傷病治療に限定）に従うもので、<疾病予防活動>を社会保険事業の運営経費として位置づける見方である（中間投入コスト処理）。しかし、疾病予防活動は、実際の事業運営では、傷病給付と同様の費用負担割合と費用補てん方法のもとに展開されていることから、前回報告書の提言では、傷病給付と同等に、予防目的の医療行為への給付として扱い、社会保険事業の中間投入コストから外すのが適切であると指摘した（アクティビティ・ベースとの整合化、分析目的と産業関連ベースとの適合性）。
今次の2000年表では疾病予防費は中間投入から除外され、社会保険団体直営の病院・診療所サービスとともに、「医療（公益法人等）」に含まれるよう修訂された。よって、社会保険事業の医療中間投入もないため、1995年表と比べると投入構造や生産波及効果などに大きな影響を与えているが、社会保険事務活動の、産業関連ベースへの純化という意味では評価できる。
- (3) SNA基準では、「社会保障基金」は「中央政府」の一部であることから、1990年表から国民健康保険（市町村）の最終需要先が「地方政府」から「中央政府」に計上される変更がなされ、1995年表でも引き継がれた。しかし、今次の2000年表では、産業連関表正規の格付に従い、国民健康保険（市町村）の最終需要先は「地方政府」となった。
時系列的な分析を確かなものとするため、「定義変更」は（先の（1）（2）も含め）十分な検討のもとに行うことが強く要望され、補完データの提示も併せて望まれる。

- (4) 社会保険部門の小分類である、年金・雇用などの「現金給付保険」と、医療・労災・介護の「現物給付保険」では、他産業との関わりに相違がある。医療保険者はレセプト点検を外部委託しているが、これは医療保険特有の支出であり、年金保険とは投入構造が異なる。投入構造の相違は生産波及効果にも反映するので、産業連関においては運営主体による現行の「国公立」・「非営利」の区分よりも「現金給付保険」・「現物給付保険」など保険活動別と結びつく区分が適切な面が多く、この面への配慮を要する。
- (5) この部門に記録されるのは社会保険の事務活動のアクティビティ・フローであるところから、社会保険の本来の活動の資金フローデータが並行し関連づけて示されることが期待される。これは産業連関の枠組みを超える局面だが、本来の社会保険活動と、保険実施の事務活動との両面を、対比できる情報の構築となる。(近年、日銀「資金循環統計」の見直しが進み、金融仲介活動のほか、保険・年金基金のフローや、非金融制度部門の社会保障基金など、把握可能に改変された)。

7 結 び 一産業連関の医療福祉データの経緯と課題

産業連関表における医療と福祉の位置づけは、関係者の努力により進捗をみせてきた。各省庁合同による産業連関表の作表作業は1955年表の6省庁共同作業にはじまるが、新たに厚生省ほかに参加した11省庁共同作業の1975年表からも進展がいくつかみられる。

- (1) 「医療」部門は、1965年表までは1部門、1970年表は国公立・民間の2部門であったが、11省庁共同作業の1975年表から「医療3部門」分類がスタートした。また、「社会福祉」は、1970年表では政府消費と、その他公共サービス扱いであったが、1975年表からは変更され、政府サービス生産者としての「国公立」、民間非営利サービス生産者としての「非営利」として独立部門化された。「社会保険事業」も、1975年表では1部門であったが、1980年表から「国公立」「非営利」の2部門に改められた。(ただし連関表上で上記諸部門が登場するのは、細分類の〈基本分類表〉においてであって、〈統合分類表〉では、「医療」部門、「社会保障」部門に一括表示となる)。
- (2) 90年代に入って、産業連関表における医療・社会保障活動の“認知度”には進展がみられる。形式的な統部門分類に限っても、1985年表では1部門に統合・一括表示されていた「教育・研究・医療・保健」が、1990年表の〈統合32大分類〉では3分割されて、「教育・研究」「医療・保健・社会保障」「その他の公共サービス」に分けられた。また〈統合91中分類〉では、「医療・保健・社会保障」が2分割されて、「医療・保健」「社会保障」となり、かつ〈統合187小分類〉では、「医療・保健」が2分割され、「医療」と「保健」に分けて示されるようになった。さらに、1995年表では、従来の

<統合 91 中分類>では「化学最終製品」に一括されていた「医薬品」が、独立部門に分離・特掲されて示されるようになった（統合 93 中分類）。また、2000 年表では、生産活動主体の分類格付の見直しなどにより、「保健」が 3 分割から、その活動実態を踏まえ 2 分割へと統合された。また、2000 年 4 月からの介護保険制度の施行に伴い、「介護」が新設されるとともに、「医療」「社会福祉」の内容の再編が行われた。

これらの動向は、社会保障関連活動の国民経済におけるウエイトが、規模だけではなく質の面でも高まることを受けたものといえる。そうした位置づけ方の改善が、同時に、推計内容の拡充を伴って、いっそう進められることが期待される。

- (3) 医療と介護・福祉の領域では、基礎的な情報への要請にとどまらず、さらに医療・健康・福祉にかかわる情報の“体系化”が未開拓、という側面を残している。この側面の認識は重要で、今後とりわけ「介護」の問題が本格化するにつれて、介護を中にはさんで「医療」と「福祉」の仕切り直しも考えられる。その際、①これら諸活動における、性格差の識別、②そして相互連携という“二重性”を、(分離・連結・整理して)体系づける情報化が求められる。医療と介護・福祉の活動を、産業連関の投入＝産出バランスの相互連関の枠組みとともに解明するためには、それにふさわしいデータ基礎が必要である。

その際の重要な一点は、データ開発における 2 つの類型を識別することである。第 1 は、産業連関データそのものの適格な整備と充実、第 2 は、関連する重要な領域と連動するための参照データの整備と拡充である。前者は、産業連関の分析ベースに適合的なデータ構築で、国連の SNA など国民経済計算方式との調整問題もその一つに含まれる。後者は、密接に関連する問題面、例えば主体別・制度別などとの連動的な理解を深めるための用意である。上記してきた諸提言も、この 2 つの類型に仕分けして、位置づける必要がある。

わが国の産業連関表の部門分類は、アクティビティ・ベースの「生産活動単位」による分類を原則としているが、併せて SNA に対応するため「生産活動主体」による分類機能をも併有している（1975 年表から）。基礎情報の開発の作業と並行して、統計配置の枠組みを与える情報の構築・整序・配置の体系化についてのデータ設計が望まれる。

付 表

付表目次

	2000年	1995年
	56部門	54部門
I. 基本分析表		
付表1 産業連関表	P.175	P.233
付表2 投入係数表(A)(付) 輸入係数(M)	P.183	P.240
付表3 逆行列係数表(付) 影響力係数、感応度係数	P.188	P.245
II. 逆行列係数の要因分解		
付表4 物的部門内部乗数	P.193	P.250
付表5 物的部門外部乗数	P.194	P.251
付表6 サービス部門内部乗数	P.195	P.252
付表7 サービス部門外部乗数	P.196	P.253
付表8 物的部門内部波及のサービス投入誘発係数	P.197	P.254
付表9 サービス部門内部波及の物的投入誘発係数	P.198	P.255
付表10 物的部門サービス投入のサービス内部生産誘発係数	P.199	P.256
付表11 サービス部門物的投入の物的内部生産誘発係数	P.200	P.257
III. 波及効果と需要構成		
付表1 産業連関表(最終需要部門)[再掲]	P.201	P.258
付表12 最終需要項目別生産誘発額	P.204	P.260
付表13 最終需要項目別加重感応度係数	P.205	P.261
付表14 最終需要項目別生産誘発係数	P.206	P.262
付表15 最終需要項目別生産誘発依存度	P.207	P.263
付表16 最終需要項目別粗付加価値誘発額	P.208	P.264
付表17 最終需要項目別粗付加価値誘発係数	P.209	P.265
付表18 最終需要項目別粗付加価値誘発依存度	P.210	P.266
III. 波及効果と需要構成(社会資本等減耗分を除いたケース)		
【参考】付表12 最終需要項目別生産誘発額	P.211	/
【参考】付表13 最終需要項目別加重感応度係数	P.212	
【参考】付表14 最終需要項目別生産誘発係数	P.213	
【参考】付表15 最終需要項目別生産誘発依存度	P.214	
【参考】付表16 最終需要項目別粗付加価値誘発額	P.215	
【参考】付表17 最終需要項目別粗付加価値誘発係数	P.216	
【参考】付表18 最終需要項目別粗付加価値誘発依存度	P.217	
IV. 波及効果比較の諸側面、ほか		
付表19 特定部門の生産波及効果(医療・福祉・介護と公務・教育)	P.218	P.267
付表20-① 所得=支出を通ずる追加波及効果	P.219	P.268
付表20-② 所得=消費を通ずる追加波及効果	P.220	P.269
付表21 追加波及係数表 $((I-cvB^*)^{-1})$	P.221	P.270
付表22 拡大逆行列係数表 $(B^*(I-cvB^*)^{-1})$	P.225	P.274
付表23 雇用係数及び雇用誘発の波及効果の比較	P.229	P.278
付表24 医療・医薬品の流通マージン (生産者価格ベース・購入者価格ベースの投入係数の比較)	P.230	P.279

(注) 付表19の数値は、「特定部門外生化による波及効果」の係数であって、当該部門を内生部門に含む逆行列係数とは、同じではないことに留意。

凡例：部門分類対照表（2000年・1995年 統合分類と基本分類）

2000年 56部門表	2000年 基本分類表 列コード	1995年 54部門表	1995年 基本分類表 列コード
☆物的産業部門		☆物的産業部門	
1. 農林水産業	0111-01～0312-02	1. 農林水産業	0111-01～0312-02
2. 鉱業	0611-01～0721-01	2. 鉱業	0611-01～0721-01
3. 食料品	1111-01～1141-01	3. 食料品	1111-01～1141-01
4. 繊維工業製品	1511-01～1529-09	4. 繊維工業製品	1511-01～1529-09
5. パルプ・紙・木製品	1611-01～1829-09	5. パルプ・紙・木製品	1611-01～1829-09
6. 出版・印刷	1911-01～1911-03	6. 出版・印刷	1911-01～1911-03
7. 化学製品 (除く医薬品)	2011-01～2051-02, 2071-01～2079-09	7. 化学製品 (除く医薬品)	2011-01～2051-02, 2071-01～2079-09
8. 医薬品	2061-01	8. 医薬品	2061-01
9. 石油・石炭製品	2111-01～2121-02	9. 石油・石炭製品	2111-01～2121-02
10. 窯業・土石製品	2511-01～2599-09	10. 窯業・土石製品	2511-01～2599-09
11. 鉄鋼・非鉄金属	2611-01～2722-09	11. 鉄鋼・非鉄金属	2611-01～2722-09
12. 金属製品	2811-01～2899-09	12. 金属製品	2811-01～2899-09
13. 一般機械	3011-01～3112-01	13. 一般機械	3011-01～3112-01
14. 電気機械	3211-01～3421-09	14. 電気機械	3211-01～3421-09
15. 輸送機械	3511-01～3629-09	15. 輸送機械	3511-01～3629-09
16. 精密機械 (除く医療用機械器具)	3711-01～3719-02	16. 精密機械 (除く医療用機械器具)	3711-01～3719-02
17. 医療用機械器具	3719-03	17. 医療用機械器具	3719-03
18. その他の製造工業製品 (除く印刷出版)	2211-01～2412-02, 3911-01～3921-01	18. その他の製造工業製品 (除く印刷出版)	2211-01～2412-02, 3911-01～3919-09
19. 住宅建築	4111-01～4111-02	19. 住宅建築	4111-01～4111-02
20. 非住宅建築	4112-01～4112-02	20. 非住宅建築	4112-01～4112-02
21. 建設補修	4121-01	21. 建設補修	4121-01
22. 公共事業	4131-01～4131-03	22. 公共事業	4131-01～4131-03
23. その他の土木建設	4132-01～4132-09	23. その他の土木建設	4132-01～4132-09
24. 電力	5111-01～5111-04	24. 電力	5111-01～5111-04
25. ガス・上水道	5121-01～5211-02	25. ガス・上水道	5121-01～5211-02
26. 廃棄物処理・下水道	5211-03～5212-02	26. 廃棄物処理・下水道	5211-03～5212-02
27. 事務用品	8900-00P	27. 事務用品	8900-00P
28. 分類不明	9000-00	28. 分類不明	9000-00
☆サービス部門 (民間サービス)		☆サービス部門 (民間サービス)	
29. 卸売	6111-01	29. 卸売	6111-01
30. 小売	6112-01	30. 小売	6112-01
31. 運輸	7111-01～7189-09	31. 運輸	7111-01～7189-09
32. 通信	7311-01～7319-09	32. 通信	7311-01～7319-09
33. 放送	7321-01～7321-03	33. 放送	7321-01～7321-03
34. 金融・保険	6211-01～6212-02	34. 金融・保険	6211-01～6212-02
35. 不動産	6411-01～6422-01	35. 不動産	6411-01～6421-01
36. 広告	8511-01	36. 広告	8511-01
37. リース・サービス	8513-01～8514-01	37. リース・サービス	8513-01～8514-01
38. 対事業所サービス	8512-01～8512-02, 8515-10～8519-09	38. 対事業所サービス	8512-01～8512-02, 8515-10～8519-09
39. 娯楽サービス	8611-01～8611-09	39. 娯楽サービス	8611-01～8611-09
40. 飲食店	8612-01～8612-03	40. 飲食店	8612-01～8612-03
41. 対個人サービス	8613-01～8619-09	41. 対個人サービス	8613-01～8619-09

(公共的サービス)		(公共的サービス)	
42. 公務 (中央)	8111-01	42. 公務 (中央)	8111-01
43. 公務 (地方)	8112-01	43. 公務 (地方)	8112-01
44. 教育	8211-01～8213-04	44. 教育	8211-01～8213-04
45. 研究	8221-01～8222-01	45. 研究	8221-01～8222-01
46. 医療 (国公立)	8311-01	46. 医療 (国公立)	8311-01
47. 医療 (公益法人等)	8311-02	47. 医療 (公益法人等)	8311-02
48. 医療 (医療法人等)	8311-03	48. 医療 (医療法人等)	8311-03
49. 保健衛生	8312-01～8312-02	49. 保健衛生	8312-01～8312-03
50. 社会保険事業 (国公立)	8313-01	50. 社会保険事業 (国公立)	8313-01
51. 社会保険事業 (非営利)	8313-02	51. 社会保険事業 (非営利)	8313-02
52. 社会福祉 (国公立)	8313-03	52. 社会福祉 (国公立)	8313-03
53. 社会福祉 (非営利)	8313-04	53. 社会福祉 (非営利)	8313-04
54. 介護 (居宅)	8314-01	54. その他の公共サービス	8411-01～8411-02
55. 介護 (施設)	8314-02	55. 内生部門計	9099-00
56. その他の公共サービス	8411-01～8411-02		
57. 内生部門計	9099-00		
☆最終需要部門		☆最終需要部門	
家計外消費支出 (列)	9110-00	家計外消費支出 (列)	9110-00
家計消費支出	9121-00	家計消費支出	9121-00
対家計民間非営利団体消費支出	9122-00	対家計民間非営利団体消費支出	9122-00
中央政府消費支出	9131-10, 9131-30	中央政府消費支出	9130-10～9130-20
地方政府消費支出	9131-20, 9131-40	地方政府消費支出	9130-30～9130-40
中央政府消費支出 (社会資本等減耗分)	9132-10, 9132-30		
地方政府消費支出 (社会資本等減耗分)	9132-20, 9132-40		
国内総固定資本形成 (公的)	9141-00	国内総固定資本形成 (公的)	9141-00
国内総固定資本形成 (民間)	9142-00	国内総固定資本形成 (民間)	9142-00
在庫純増	9150-10～9150-40	在庫純増	9150-10～9150-50
国内最終需要計	9200-00	国内最終需要計	9200-00
国内需要合計	9210-00	国内需要合計	9210-00
輸出計	9220-00	輸出	9211-10～9213-00
最終需要計	9300-00	最終需要計	9300-00
需要合計	9350-00	需要合計	9350-00
(控除) 輸入	9411-10～9412-00	(控除) 輸入	9411-10～9412-00
(控除) 関税	9413-00	(控除) 関税	9413-00
(控除) 輸入品商品税	9414-00	(控除) 輸入品商品税	9414-00
(控除) 輸入計	9420-00	(控除) 輸入計	9420-00
最終需要部門計	9500-00	最終需要部門計	9500-00
68. 国内生産額	9700-00	65. 国内生産額	9700-00
☆粗付加価値部門		☆粗付加価値部門	
58. 家計外消費支出 (行)	9110-010～9110-030 (行コード、以下同じ)	56. 家計外消費支出 (行)	9110-010～9110-030 (行コード、以下同じ)
59. 賃金・俸給	9311-000	57. 賃金・俸給	9311-000
60. 社会保険料	9312-000	58. 社会保険料	9312-000
61. その他の給与及び手当	9313-000	59. その他の給与及び手当	9313-000
62. 営業余剰	9401-000	60. 営業余剰	9401-000
63. 資本減耗引当	9402-000	61. 資本減耗引当	9402-000
64. 資本減耗引当 (社会資本等減耗分)	9403-000		
65. 間接税	9404-000	62. 間接税	9403-000
66. (控除) 経常補助金	9405-000	63. (控除) 経常補助金	9404-000
67. 粗付加価値部門計	9500-000	64. 粗付加価値部門計	9500-000
68. 国内生産額	9700-000	65. 国内生産額	9700-000

—2000 年 56 部門表—

