

医療－介護の福祉的・財政的・産業的 三潮流とその交錯

宮澤 健一*

抄 録

医療介護を含む社会保障制度の基礎は、生活リスクに対するセイフティネットとしての機能にあるが、この本来の福祉的側面のほかに、1) 財政的側面、2) 産業的側面との関わりが強まる。争点は、これら三面間の交錯の調整を、どう捉えるかである。

1) 財政的側面で求められているのは、社会保障制度の発想の転換である。政府による従来の画一的な社会保障サービス提供方式は、予想を越える高齢化の進行、低成長への移行、政府財政赤字の累積化によって、矛盾を全面化させ、多くの争点を生んできた。

この争点の根底に必要なのは、保障が“多いことは良いことだ”式の、政府へのお任せ＝画一平等主義からの脱却で、社会保障制度は、公へ寄り掛かる「依存」の制度から、自己実現のための「自立支援」システムへと大きく転換されねばならない。加えて、主体的な“自己管理”への動機づけが、重要さを増す。その形は、医療・介護・社会福祉の各領域ごとに、特異な姿を示す。それぞれの実態にそくした点検を要する。

2) 民間活動も、医療介護を含め、公共性・政策性ある分野に積極的に進んで参画し、政府による市場欠陥補正のもと、市場的な効率運営を担うことが求められる。中核は、規制と連立された「準市場」での有効作動の実現である。焦点は、民間競争活力の積極的な援用にあり、また、社会保障が求める“公正”に対しては同時に“最適性”を見失わない規制適正化への配慮を要する。官民の適格な競争環境の導入である。

公的サービスのほか、民間活動によるサービス提供も加わり、公的活動を補完して、多様に広がるサービスの“選択”の中で対応することが問われている。潜在的ニーズの多いシルバー市場・健康市場の創出、バイオ・テーラーメイド医療ほか先端医療分野の技術革新、民間保険の新しい第三分野の展開など。雇用機会の創出もまた関わる。

さらに社会保障は、負担面だけでなく、支出面で、経済的誘発の波及効果に寄与している点にも注目したい。その波及効果は、「公共事業」の誘発効果と比べて、ひけを取らない。また医療・介護・社会福祉の各分野の構造調整のいかんでは、産業連関の投入構造を変え、経済的波及効果の様相に変化を与えるフィードバックを生むことも予想される。

以上の諸局面の持つ意味と働きの解明が、本分析の主題となる。

キーワード：社会化の節度、自立支援システム、市場化の限度、準市場の有効作動、経済的波及効果、産業連関の乗数

医療と介護の本来の基底的性格は、社会保障のセイフティネットの一環としての福祉的活動にある。ただし、現代社会における「生活リスクへの備え」としての役割は広がりを見せ、経済産業面での位置づけも要る。その性格を抑えることが大切である。

* 医療経済研究機構所長、一橋大学名誉教授

1. 社会保障と財政調整・産業との連動化

何よりも社会保障制度そのものが、特定弱者の事後的救済の古き時代から、国民全般への自立支援の事前的対応の時代へと、広がりを見せた。生活困窮に対する「社会扶助」のミニマム保障は基底的重要さを持つが、同時に「社会保険」による

生涯の生活リスクへの社会的な備えに加えて、自己責任による「自主管理」の役割がますます重みを増す。

二つの変容が大切である。

一つは、医療・介護など社会保障の福祉的活動は、無視できない規模と構造を持つようになったため、社会扶助と社会保険を支える経済と財政を極度に圧迫する（一般歳出中4割強を占める）。そのため公的財政面の対処が緊急の課題となったが、同時に、それに伴って、官から民への在り方が、並行して論点として全面化するようになる。

もう一つは、産業面との連動である。一方では、医療介護の経済波及効果の側面と並んで、医療介護の向上への技術革新と産業開発が進み、新たな要請に応じうる医療関係者、介護ケア・リハビリスタッフの雇用も、高まりをみせる。他方では、産業活動に関連し、「市場社会」の運行との関わりを問うことが、現代社会のテーマとなる。

焦点は、これら三つの側面、福祉的側面、財政的側面、産業的側面の交錯と調整を、いかに見るかである。必要なのはまず、問題の性格の全般的な特徴を抑えることである。

(1) 公的財政支援、社会化の節度の再認識へ

財政局面との関わりからみよう。少子高齢化に低成長が重なって、財政面では、社会保障費のほか、競争的に公共事業費、そして産業経済費が累加して、わが国の長期債務累積は国際比較で巨額にのぼる。海外の評価会社が日本国債の格下げ評価を一度ならず行い、論議をかもし出すなど異常な状況を呼んでからでも、すでにかかなりの年月が経過した。終身雇用制の崩れ、団塊世代の定年退職の影響など、新要因がこれに重なる。

問題の解決には、立脚点が必要である。財政健全化の決め手として社会保障費圧縮にのみ捉われるのは本末転倒だが、さりとて、社会保障の持続

性は、財政の持続性と共に、処を得なければならぬ。社会保障には「機能転換」が要る。要件は、日本の社会保障は、はたして“互助の制度”として定着したと言えるか、その反省に強く関わる。

わが国の社会保障の展開は、経済成長のもと、制度に寄り掛かる“甘えへの傾斜”を伴ない、しかも甘えは、単に、医療介護など社会保障サービスの受け手側だけではなく、提供側の行動にも及び、安易な政治と既得権行動の流れがこれと連動する。その結果として、受け手側・提供側の双方に、＜自助努力＞の不足と＜コスト意識＞の欠如とを助長し、底流化させた。とくに、次の①②の二つの発想転換が求められる。

①まず何よりも必要なのは、「社会化の節度」の再認識である。保障が“多いことは良いことだ”式の、従来の政府へのお任せ＝平等画一主義からの脱却であり、また、現世代が本来引き受けるべき負担を当面回避したいという「将来世代への負担先送り」からの決別である。こうして、国・地方の公へ寄り掛かる“依存の制度”から、自己実現のための“自立支援の制度”への発想転換と、自助をベースに位置づける発想を要する。

②発想転換を強めるもう一つの背景は、予想を超える少子高齢化で「人口構造からの中立性」を保ち得なくなったことである。高齢化率は世界最高、年少人口比は世界最低で(国勢調査05年結果)、若年労働人口で急増する高齢人口を支えなければならず、また終末期医療の在り方、「延命医療」の選択問題も、全面化する。“公平性”も、同世代内とは異質のタテの世代間の公平が並立し、負担と給付の“世代間格差”解消を求められる。

画一保障から選択幅拡充、公平性と多様性の連立、この二面への制度要件は何か。

財政的対応での基本は、税・保険料・自己負担の組合せ方である。税による制度基盤の支え、社会保険による連帯の＜互助意識＞の活用に、処を

得させることである。医療介護の受け手側にとって、社会保険方式は、税方式にはない「リスク事前対応」の互助の働きを持つ。保険料拠出による受給権のもとで、給付・負担の対応意識を促すからである（給付の対価性）。ただしリスク直結の個別保険料ではなく、平均保険料による社会的対応である。併せて、疾病構造の変化に伴って、自己負担の適正化が重要さを増す。

社会保険は、保険本来の「リスク分散機能」のほかに、所得比例の保険料徴収で「所得再分配機能」を持つ。しかし保険になじまない所得再分配の側面には、税が扶助の働きとして欠かせない。と同時に、＜公助責任範囲＞の再検討（生活保護・高齢化保障、両者の関連性ほか）が重要となる。かつ、税の収支の透明性が明示されることが、不可欠の前提となる。

医療介護サービス提供側の対応にも、意識転換が要る。上からの“お仕着せ”サービスの一方的・画一的な提供だけでなく、進んで“選択的”サービス・メニューの提供に、経営体として努めることである。多様化し選択幅が広がる、社会的変化への適応である。

併せて肝要なのは、社会保障制度の基本機能に伴いがちな“モラルハザード”のマイナス面、つまり、提供側の報酬・給付の不正請求・水増し請求、受け手側の制度へのタダ乗り・悪乗り行為など、少なからず見受けられる誘因を、防除する制度対応である。透明な「給付－負担の情報」が十分に開示され、広く認識・利用されることが条件となる。

こうして社会保障の機能転換は、伝統的なく公助と救済＞の事後的対応システムに加えて、＜共助と自助＞の事前的対応システムを位置づけ、多層となった事態の中での生活の＜自己管理＞の選択行動を、基底的保障確保と両立させる連帯意識が肝要となる。

（２）産業による補完、公共性概念の問い直し

問題の福祉的側面と財政的側面の調整に目を奪われ過ぎると、保障費節減の発想が先行しがちとなる。この面も極めて重要だが、しかし併せて、産業的側面に目を向ける必要がある。①一つには、社会保障の支出面としての経済的波及効果（産業連関の誘発効果）も位置づけるべきだし、②二つには、民間事業者が公共性・政策性のある関連領域にも、専門職として、また競争主体として、積極的に参画し無駄を排除して、市場的な効率運営を導入し、公的活動を補完していく側面に注目すべきである。以下の究明視角の一つは、この産業的側面が、いかなる形をとって福祉的側面に関わるかである。

後者②からはじめ、前者①は後章で取り上げる。公的機関を含む各種の予測や展望では、医療介護の分野は、情報、環境の領域とともに、先端医療技術の開発・普及を伴う成長する未来市場の一つとされる。多様な潜在的ニーズを抱える各種シルバービジネスも控え、雇用の機会・様態も多様化するが、市場としての方向性が問われる。

その場合の「市場」とは、自由放任市場ではない。必要な規制と連立された“準市場”である。市場に準ずる制度運行の要諦は、＜規制と競争の適切な連結＞で、市場化のかかえる限度を踏まえ、公による市場の欠陥への補正を、適格な範囲で行うことが大前提となる。採るべき規制の型と市場化の型は、各領域の性格ごとに選別が要る。そのもとでの競争システムの活用、民間活力の発揮である。また企業の社会性への関心、公私の補完である。一言でいえば、「社会化の節度」と「市場化の限度」との連立である¹⁾。

核は、＜公共性の概念の問い直し＞である。「官から民へ」の単線的な動きではなく、成熟社会での「官から“公”」の見直しと、「民から“公”へ」の参加との、複線的な進展を要する。多様化

するサービスへの選択幅はグローバル化も含めて広がり、一方では規制改革の必要、他方では公的活動を補完すべき領域の拡充がある。大切なのは、公共性は官だけの専有物ではなく、民にふさわしい活動領域の存在への、認識転換である。

医療の分野では、生活習慣病の予防・ケアの充実を要し、“社会保険・保険外併用”の混合診療の在り方や、医療バイオ・テーラーメイド医療など先端技術革新が関わる。介護の分野でも、予防への比重シフトへの対応がある。ニーズの広がりへ向け、多様な対シルバー活動が新サービスを生む<ソフトウエア産業>として、いかに展開するかである。

変化は、保険の分野にもあらわれる。自助努力のリスク対応としての<民間保険>での新型保険の多彩な進展で、販売チャネルの多様化も進む。同質なりスク集団の個別単位への保険機能が働いて、異質なりスク集団への社会保険との補完の領域が広がる。生活リスクの変容、健康寿命の延長に応じて、死ぬリスクへの死亡保障から、長生きリスクへの生存保障へシフトし、医療保障の比重は遺族保障を上回った。<第三領域>の医療介護保険や、自由診療部分に対応する実損補填型、高度先進医療向け、さらに代替医療まで。

いまみてきた諸活動には、共通の特性を指摘できる。①その「市場特性」としては、大量サービス型よりも、多様多彩なニーズへのサービス提供が比重を増す。②また「技術特性」としては、専門細分化型の技術のほかに、機能組合せ横断化型の技術が一つの核となる。こうした市場特性・技術特性①②が、いかに③サービス提供者・利用者間の情報格差（情報の非対称性）是正と結びつき、「規制改革」と適切にどう繋がるかである。

活動環境に欠かせない一つが、国・地方・公共機関による「社会的規制」に過当混入しやすい「経済的規制」を、厳に排除することである。そ

の形は、問題領域ごとに特有な姿を採るが、共通しているのは、公私間の役割分担の機能再編である。「自己責任」と「公的責任」、両者を繋ぐ「社会連帯」、この三者の働きのバランスである。

集約すれば、背景には体制運行の変化があり、福祉ニーズの“普遍化”と、産業社会との“連動化”の時代相がある。“公共性”とは、そうした局面の中で民間活動と連結する社会性の広がりを持った概念として、捉え直されなければならない。体制転換の中での、社会化の節度の再認識、市場化の限度の再確認、公共性概念の問い直し、の連動である。

2. 疾病構造変化と医療介護の活動環境

医療の領域には多くの論点があることは広く知られているが、以下では主張よりも、動向の追跡と、争点の性格を検出することに力点を置く。次の二点は、福祉的・財政的・産業的の三側面相互間の影響の交錯・争点の背景として、欠かせないと思われる。

第一に、医療の領域では、高齢化に伴う医療需要の急増とともに、疾病の型そのものが変化している影響をどう体化するかである。急性・感染症中心から慢性・生活習慣病の拡大の中で、従来の手直し型の調整に頼ることは、制度破綻だけでなく、疾病構造変化への対応自体から逃げる、あるいは遅らせる結果ともなりかねない。大切なのは、予防重視、入院期間短縮、在宅医療推進、患者選択環境改善を、疾病構造の変化と連動させ、健康管理と医療効率化、健康寿命と平均寿命の差の短縮化に、いかに焦点づけるかである。

第二に、医療改革が生む影響の、当面の効果と、将来にわたる効果との、局面識別の情報開示である。予防とケア改革が、直結的には患者の“選択”に当面の負担増となるとしても、将来的には患者

の選択幅充実と持続性ある制度環境を生むか否か、そういった類の展望や情報の提供である。就業面でも、高齢者・女性・若年層の雇用機会の促進、医療介護分野への就業機会、この両面での制度の「支え手」拡充の見込みの情報である。

医療改革の主要経緯を踏まえよう。

1. 診療報酬の、出来高払い制から<包括払い制>の定額制への拡大は、当初の一部大学病院等での実施から（03年）、若干の民間病院での試行をへて（04年）、ようやく一般病床へ向け対象を広げ拡充が目指される（06年）。狙いは、病院側に効率診療の採用を促して、コスト削減に繋がる期待にある。しかし方向としては、財政削減に限らず、医療提供体制の適切化、および患者側の費用負担の目安の拡充と結びつくことが大切である。

2. 同様な局面は、<混合診療>をめぐる特定療養費の保険外診療の枠の拡大（04年）、「保険外併用療養費制度」への再編成（06年）の今後についても成り立つ。混合診療による選択幅の拡大が、選定療養でどれほどの差別的医療に繋がるか否か。また、保険適用に向けた評価療養では、治験（臨床試験）体制の活性化いかに大きく関わってくる。混合診療の類型分けは、技術的側面、福祉的側面の双方の制度要件に互る配慮が要る。

3. 06年6月の「医療制度改革法」の一つの柱は<高齢者医療制度>の創設である。後期高齢者の独立型保険であるが（運営は都道府県単位の広域連合、08年発足）、高率公費負担で保険になじむ程度や、診療報酬の定額制導入、地域単位の再編・調整など、点検を要する。改正法では他に、高齢者の負担増大、生活習慣病予防拡充、平均在院日数短縮も折り込まれた。課題も残る。保険免責制度（一定額まで全額自己負担、越す部分に保険適用）は慎重を要するテーマだし、またレセプト電子化など後退面も指摘されている。

4. 医療機器・医薬品の取引をめぐるのは、価格水準、取引慣行など問題点が指摘されてきた。公正取引委員会は、これを背景に、医療機器の流通実態、及び医療用医薬品の流通実態の調査を行った。前者については、医療機器の内外価格差の実態や要因を点検し、後者については、後発医薬品の取引実態、医療機関の共同購入の行動実態を調査し、それぞれについて、競争政策上の観点から、各々の問題点と今後の方向を提起している²⁾。

(1) 医療改革の性格、医療関連・周辺分野

医療をめぐる活動領域は、大きく三つに類型分けできる。①医療本体に関わる領域、②医療関連領域、③医療周辺分野で、それぞれ公益性と営利性の程度を異にしている。福祉面との関連を含め、共通して着目すべき基本要素は、a) 医療技術の性格、b) 医師と患者との関係、c) 医療体制と安心確保との両立度、である。各局面の交流とその新動向の評価が軸となる。

①医療本体領域では、まず、レセプト・カルテを含む医療の情報化・公開化・IT化がある。電子カルテ（電子データ化した診療履歴）の病院間での共有システム化に経済産業省が着手（06年）、特定地域30医療機関で相互接続の事業がスタートした。課題は、医療実績データの標準化と重複検査是正、その全国的普及である。医療体制でのポイントは、医療提供側の電子カルテ相互利用の側面にまで十分に踏み込んだIT化にある。患者との関係では、情報開示と個人情報保護との連動化にある。争点としては、医療の標準化、分担・協同を含め、上記局面が、医療単価の動向、受診回数の動向と、どう関わるかである。

医療技術・特許では、特許をすべての技術に認める米国の圧倒的な優位のもと、先端医療の遺伝子治療、再生医療の後れが指摘されてきた。特許は、医療現場での「安全性」から認め難いとの見

方も強い。しかし他面、医療産業育成が先端技術開発意欲を高め、成果を社会に送り出す機会を早めて「患者利益」に繋がるとの見方もできる。いずれを重く見るか。特許庁も一部技術につき特許出願の受付を、審査基準改定の形で広げた。

一般産業の蓄積型技術（基本技術と改良技術の積み重ね型）とは異なり、医療ではバイオ・創薬・ナノテクノロジーなど、サイエンス型の技術が特徴である。第三次医療技術革新の、分子生物学の特性もある。軸とすべき医療体制は、これらを踏まえた「治験体制」の活性化、先端医療の裾野拡大であり、对患者では、医療倫理、医療事故防止である。

近代西洋医学の慣行では、病気と健康を明別して、病気は個々に、病名も個別としてきたが、メタボリック症候群は、いくつもの要因を総合的にとらえる最初の診断基準とされる（日本内科学会で05年基準化）。健康診断にも導入の予定となる（08年から）。「在宅医療」での、自宅で血液中のコレステロール値を測定できる検査の開発なども含め、医療の“予防”体制化との連結が求められる。さらには、比重を増す慢性“複合”疾患への対応や、患者への切れ目ない医療提供へ向けた医療機能の分化・連携、治療実績の公開、そしてセカンドオピニオンの実用化など、そうした局面での医療体制の構築も課題となる。

オーダーメイド医療（あるいは「個の医療」）の臨床研究の進展は、将来に向けての重要テーマで、患者ひとりひとりの体質（ゲノム情報）に適した医療開発である。期待は、治療効果向上と「副作用低減」にかかる。実態面では、大学などの参加（06年、20医療機関参加）で遺伝子診断の大規模な臨床研究が進められ、治療方法の見直し・適格化が目指される。また、ES細胞・万能細胞の問題、広くは、近代西洋医学と代替・相補医療との融合を目指す統合医療、ホリスティック・

メディシンの位置づけも、重要論点となる。

②医療関連領域に目を移すと、次の動きが挙げられる。効率化を目指しての、業務の「外部委託」の広がりである。医療事務、患者給食、院内コンピュータ・システムの外部委託率は上昇しており、患者給食の外部委託率は5割をすでに越え、衛生技術、食品加工の面で進んでいる。さらに、医療コンサルタントや医療材料調達への展開がある。

「事業支援」では、医薬品開発の過程・条件に関わる実験用装置の開発・利用への事業参加がみられる。高度医療機器の事業分野でも、精密機械や重工業大手の進出があり、また販売量の少ない製品など技術を活かしての中小企業の参入もある。国内承認審査が遅延しがちな実態のもとで、医療本体の活動を支える度合いが注目を引く。

③医療周辺分野では、環境変化が始動している。PFI（Private Finance Initiative）の病院業務への適用、病院経営支援会社、医師・看護師紹介業や、特定保健用食品（特保）審査事業への参入・受託など。さらに、複数の診療所・薬局が同じ施設に入居する「医療モール」の増大がある。また「病院・介護施設専門ファンド」設立や、ファンドとの連携による病院・施設の運営管理の支援事業もあり、その実現の程度が注目される。

この分野では、とりわけ既述の「民間保険第三分野」への進展があり、銀行窓口販売も検討されている。医療保険のリスク発生の機構は、死亡保険や年金保険と異なり、反復性の強い性格がある。核となるべきは、柔軟で適切に対処できるリスク管理の対応である。「保険法」改正の予定ほか、公的対応の諸方向も、問題の性格を反映している³⁾。

（2）医薬品、薬価改定と市場の取引実態

薬剤費は医療費中2割強を占め、世界の医薬品市場は10年ほどで2倍に拡大した。海外先進医療

への対処、製薬経営の組織再編を含め、変化の特性はどこにあるか。

前記06年「医療制度改革法」の成立を受け、現在2年に一度の薬価引下げを、08年以降に毎年改定に改める検討に入った。「薬価差」はなお残っており（乖離率、かつて20%、近年10%未満）、国庫負担軽減へ繋げるねらいがある。業界・医療機関からの反発や、薬が暫定価格で納入されている現状を踏まえての反論もなされる。しかし重要なのは、毎年改定方式の採用が、薬価を市場価格に、より速やかに近接させる効果への期待である。

新たな動きとして目を引くのは、「医薬品共同入札」の方向である。国立病院機構（全国146国立病院を運営）は、各病院・地域ブロックごとに実施の入札を一本化し、取引品目も絞り込み仕入制度の改革を目指す。大量調達方式の採用によるコスト下げを狙うが、課題は、普及率の向上いかにかかる。また、投与方式との関係で、調達コスト削減、患者負担の軽減にどう結びつくかである。次に、薬品の形態別論点の要点をみよう。

①後発医薬品（ジェネリック）使用では、処方箋様式の変更で調剤薬局での処方が可能となる（06年）。海外後発薬企業の参入もあるが、国際比較で低比重の後発品（数量ベース欧米50%前後、日本17%）が拡大されるには、情報の伝達が肝要である。また、メーカー・卸・医療機関の間の行動慣行、医薬品流通実態、薬剤費負担方式の今後とも、強くからんでくる。

②新薬関係では、「治験」の早期化・拠点化、担当する中核病院の整備が核心となる。新薬の電子文書申請化、医薬品候補物質データのベース化の動きもある。市場環境では、外資系製薬の攻勢は依然として強く、医薬品製造・卸の連携や淘汰・集約も進む中での対応となる。

市場が厳しいなか、医薬品売上高の世界トップ40品目に日本勢は8品目が入り（05年、01年は4

品目）、製薬準大手の海外拡充もみられる。また医薬分業の普及率が高まり、調剤薬局各社も新規事業に乗出すなど。これからの製薬販売経営の適合化が核となる。

（3）介護、予防重視システム化と制度誘因

医療と介護の境界再編・機能分担も、重要課題である。「社会的入院」の削減が期待されるが、公費投入の「先行費用」も見込まれ、削減効果の方向と評価が重要となる⁹⁾。

介護は、制度導入時に、個人単位採択・現物給付の実態的重視と並び“自立支援”を理念にスタートしたが、実際にも、極めて多様な介護サービス提供主体が＜準市場＞の場に参入している。争点は、それが要介護のリスク度と負担関係に、どう関わるかである。

介護保険2000年発足5年後の実態をみると、要介護認定者数の伸びは、要介護度6段階別には差が著しい。増加が激しいのは「要支援」および「要介護1」で、全体の約半数（49%）、後者だけで約1/3（32%）を占め、軽度の要介護者の大幅増がみられる。

制度実施5年後の05年改正法では、その実態と経費節減を踏まえて、「予防重視型システム」への転換（区分も7段階に改定⁹⁾）、市町村主体の在宅支援重視の「地域包括支援センター」設置が目指される。施設等での食費・居住費の自己負担化もなされた。求められているのは、連帯へのコスト意識転換とともに、機能に応じた給付の重点化・効率化である。当面は“紆余曲折の過程”を辿ることになるだろうが、制度持続性の確保の方向づけが肝要となる。地域差もかなり見られ、市町村の力量いかんを含め課題となる。

中核は、軽度者への自立支援機能と、中重度・認知症へ保険サービス提供の並立の、適切な制度定着で、事業者の経営戦略の在り方も問われる。

被保険者・受給者の範囲の見直し問題も残るが、論点の性格上、受益と負担の対応原則の保持など根本的な検討を要する性質を持つ。

新たな事態に向けての重点は、①制度面と②主体面とに分けてみるのが有益である。

①制度面では、療養病床の再編と、「居住系サービス提供」への重点シフトである（療養病床6割減、15万床に削減2012年完了を予定）。在宅介護と施設介護の、単純な二分法でない機能適格化、家族介護負担の軽減が軸となる。一焦点は、自宅でも施設でもない「居住」としての住まいの整備で、ケアハウス、有料老人ホーム、そして高齢者専用賃貸住宅（高専賃）の在り方や動向が関わる。06年4月から導入の介護予防事業所についても、研修実績など情報開示の義務づけの方向が進められるが、機動的な制度づくりを求められる。

②主体面では、一方では利用者の生活リズムの選択行動が上記一連の流れと連動することを要し、他方では民間事業者による有効競争と無駄の排除（また不祥事防除）の環境づくりである。実態面にみる動きには、介護事業各社が、人材の確保・育成に向け、能力主義や管理職昇進、訪問看護実習拡大に努める活動もある。ポイントの方向は、事業者の介護ビジネスが保険対象外サービス組合せ提供を含め多層化している状況を活かし、介護必要度分けに適應する経営体制が、生活設計選択の動機づけと連動することである。

重点は、医療と介護の給付見直しとシステム構築にあるが、実現には、第一に、予防の体制を位置づけ、整備の遅れを挽回することが急務で、かつケアに加えリハビリスタッフの就業機会・労働環境の改革を实らせることである。第二に、医療機関と介護施設との連携を強め、ケア・リハビリを含む“情報共有”のみならず“人材共有”にも互換することが、機能上の効果を高めるゆえんとなる。集約すれば、罹患前の予防、回復への初期集中

リハビリ、この統合的なセット化こそ、施設の在り方と居住の場を体制づける核となる。

3. 医療介護の経済的波及効果、連関効果

医療介護と福祉の活動を、もう一つの公共的領域である教育・研究や公共事業と比べてみよう。予想を越える高齢化少子化を背景に、医療介護の領域は教育・研究を上回る活動規模を持つように急上昇した。その影響を知るためには、以上に見てきた「産業の構造調整的側面」の視点とは別に、さらに焦点を、経済社会全般の相互連関の中にシフトさせ、「産業連関の機能的側面」から、影響と効果を点検することが大切となる。

経済社会全般の“機能連関”を検出するには、国民経済の全体的な産業間の相互依存をまとめた「経済表」（＝産業連関表）による「産業連関分析」の手法が役立つ。その基礎は、諸活動の財・サービスの投入（インプット）と産出（アウトプット）の両面から、相互に影響しあう様相を、実証的・数量的に捉える方法にある。この手法の利用に当たっては、さらに方法上の拡充を加える。経済全体への究極的な波及結果のほかに、①これを分解し、「もの」とサービスとの「グループ間の相互交流関係」を取り出して扱えるようにする。②また、慣例的な「生産」活動を通ずる相互依存の関係に加えて、「所得」面を介しての「追加効果」を含めて扱えるように拡充する⁶⁾。

対象は、範囲を広げ、医療・介護のほか、社会福祉・社会保険事業をも含め（また関連して医薬品、医療用機械器具も併せて表示）、社会保障の諸部門の誘発効果を比較する。さらに教育・研究活動との対比にも及ぼう。基礎データは、2004年公表の2000産業連関表を独自に再編成した「公共経済と医療・介護・福祉分析用の産業連関表」に基づく⁷⁾。

(1) 公共事業との波及効果比較、対比の次元

厳しい環境下では、医療介護活動の費用負担がとくに問題視されがちである。しかし負担面だけでなく、支出面では、経済的波及の誘発効果を生んでいる面が目される。まず今日、いくつもの物議を生んでいる「公共事業」の誘発効果との比較から始めよう。

公共政策の見方から、医療・介護・社会福祉の経済的波及効果を「公共事業」と比較するとき、留意を要するのは、比較の次元である。比較を、第一次的な生産波及効果で見ると、所得面の追加的な効果も含めて見るか。また、波及対象を生産面で見ると、雇用面で見ると。

様相が異なる次元差に配慮して、その意味を尋ねることが大切である。

1. まず生産面に着目して、産業連関の「生産誘発」効果を通常の分析ベースで比べよう。そのとき、医療・介護・社会福祉の生産波及の一次効果は、公共事業よりも全般的に1割から2割低い(表1の①欄参照)。

ただしこの波及効果は、「生産面」の波及の追跡結果である(レオンチェフ乗数)。その効果は、さらなる二次・三次の“追加波及”の効果を含んでいない。ここに追加波及とは、生産増が所得増を呼び、その所得増加が消費を増大させ、消費財の生産を誘発し、それを起点に、さらに次々と波及を広げていく影響である。その「所得面」でのマクロ的結果が周知のケインズ乗数であるが、この追加波及をマクロではなく部門分割し、所得面ではなく生産面で捉え直そう(レオンチェフ=ケインズの連結モデル)。

2. 生産波及の「一次効果」にくらべると、「追加波及」の効果を加えた「拡大総波及効果」で見ると、結果は逆転する。公共事業活動と比較した、医療・介護・社会福祉活動の誘発効果では、その乗数値は公共事業を上回る。かつ全産業平

均・サービス業平均よりも上位にくる(表1の③欄参照)。見方を変えれば、ここには「公共政策」における、公共事業支出から福祉厚生支出への政策支出ウェイト・シフトの効果が関わることになる。

拡大総波及効果から、「追加波及」効果の分を抜き出してみよう。追加分の乗数値は全産業平均・サービス業平均よりも高く、公共事業のそれを上回る。

3. こうした結果を生む根拠は、社会保障関連にはマンパワー依存の労働集約的・高付加価値率型の活動が多く、所得増幅効果が強く現れるため、この追加ルートを考慮しないと生産波及効果を過少評価するおそれがある。追加ルートを加えて評価すると、「公共政策」における公共事業から社会保障への支出ウェイトシフトは、波及効果を高める。

なお、比較分析は、別途、費用あたり便益の視点からの対比によっても点検される必要があり、さらに、“需要”波及に反応する“供給”条件のいかんにも、ケースごとに注意を払う必要がある。雇用の側面に目を移してみよう。

(2) 雇用誘発、生産誘発効果とは異なる様相

医療・介護・社会福祉活動が及ぼす波及効果は、雇用誘発のベースに引き直してみると、以上みてきた生産誘発のケースとは、かなり異なった印象を与える。それは、追加効果を含まない第一次誘発効果に限っても、異なった様相を示す(表1の②欄参照)。

1. 雇用誘発は、各産業の生産一単位あたりに必要な雇用(雇用係数)に、生産誘発係数を乗じて求められる。公共事業の雇用誘発係数は、全産業平均よりやや高めである。これに比べて、社会保障諸部門は、すべてが公共事業を上回る。社会保障関連の公共事業に対する雇用効果の優位性は

表1 産業連関の波及効果 (抜粋・若干部門)

		① 生産誘発係数 (逆行列係数)	② 雇用誘発係数 (人/100万円)	③所得=消費の追加波及を 含む生産誘発係数	
				追加波及係数	拡大総波及係数
物 財 産 業 グ ル ー プ	農 林 水 産 業	1.728188	0.063425	2.411354	4.007571
	食 料 品	1.992723	0.074865	2.274507	4.051092
	化 学 製 品	2.332380	0.058086	2.148948	4.187968
	医 薬 品	2.037612	0.063510	2.352143	4.221367
	一 般 機 械	2.129998	0.081575	2.369601	4.341948
	医 療 用 機 械 器 具	1.880175	0.086438	2.421805	4.176437
	住 宅 建 築	1.924361	0.101768	2.448106	4.263100
公 共 事 業	1.847276	0.099697	2.404065	4.114886	
サ ー ビ ス 産 業 グ ル ー プ	運 輸	1.809898	0.099005	2.365268	4.014851
	通 信	1.602976	0.065588	2.201738	3.543821
	対事業所サービス	1.661821	0.113328	2.520809	4.117976
	公 務 (中 央)	1.727466	0.085080	2.401240	3.990515
	公 務 (地 方)	1.337437	0.073296	2.242521	3.344149
	教 育	1.229476	0.099973	2.706229	3.985091
	研 究	1.592746	0.086200	2.595537	4.169590
	医療 (国 公 立)	1.826740	0.117924	2.894899	4.887064
	医療 (公益法人等)	1.704394	0.109073	2.596039	4.282048
	医療 (医療法人等)	1.730249	0.105721	2.568538	4.263489
	介 護 (居 宅)	1.417652	0.247862	2.743361	4.233236
	介 護 (施 設)	1.484718	0.153829	2.711449	4.248763
	社会福祉 (国公立)	1.388726	0.186089	2.795744	4.288911
	社会福祉 (非営利)	1.437698	0.182958	2.787815	4.325078
	社会保険事業 (国公立)	1.571776	0.108916	2.622838	4.192712
社会保険事業 (非営利)	1.586672	0.104017	2.522077	4.044876	
全 産 業 平 均	1.790849	0.094980	2.409441	4.067143	
物 財 部 門 平 均	1.991104	0.078481	2.287667	4.070728	
サ ー ビ ス 部 門 平 均	1.590595	0.111478	2.531215	4.063557	
(注)	(列和)	雇用係数× 逆行列係数	[逆行列表]×[追加波及逆行列表] = [拡大逆行列表]		

*) 物財産業グループ第1～28部門中、8部門を抽出。サービス産業グループ第29～56部門中、16部門を抽出。全部門の詳細な計数は、注7)の出典文献。

鮮明である。人的コストのかかる高付加価値率型・マンパワー依存型の活動では、生産よりも雇用への波及効果が相対的に強く現れるからである。

2. さらに、その部門差も注目される。部門別にみると、生産誘発の場合には、医療が公共のサービス中で抜きんでて波及効果が高いが、これとは異なって、雇用誘発では、なかんずく「介護

(居宅)」が際立っている。全産業部門中で最高である。次いで「社会福祉(国公立)」「社会福祉(非営利)」が続き、「介護(施設)」がやや低く次に位置する。

「医療」3部門(国公立、公益法人等、医療法人等)の雇用誘発係数は、上記諸部門より低いけれども、公共事業よりは高い点では共通している。こうして、一次的誘発効果に限定しても、雇用への波及効果と生産誘発効果では、その順位が逆転するのである⁸⁾。

3. 雇用誘発の評価には、二点に留意が要る。

第一。直接的な労働必要量を示す雇用係数が高いことは、他面において、その逆数の雇用者一人当たり生産額という意味での「労働生産性」が、低いことの反映でもある。したがって、生産性の低位の程度が、他の諸部門の生産性に比べ業務内容の性格などから判断して著しく低レベルになるかどうか、判定が別途重要となる。

第二。誘発係数は労働「需要」への効果だが、もし「供給」面で、就業資格制限などで人材確保が間に合わないとき、あるいは逆に、人員の必要性が事務OA化などで需要規模との比較ですでに充たされているケースでは、「波及の中断」が生じ、係数どおりに効果が実現しないことがある。「医療」「介護」では前者に近い状況も、「社会保険事業」では後者のケースにあたる状況も生じ得る。さらに、マンパワー・人材の“質”の確保面では、少子高齢化への対応内容いかんも関わり、並行して検討を要する事項となる。

(3) 公共サービス化の中の、誘発効果の特性

目を転じ、サービス化、公共サービス化が進む中での効果に注目し、追加効果を含まないレベルで生産誘発効果の大きさを比べよう。一般に、物的産業部門のほうが、サービス産業部門より波及効果は大きい。しかしその中であって、公共的サ

ービスは、民間サービスとは異なった特有な性格があり、公共サービス化の影響が問われる。

1. まず、生産誘発係数を分解して解明する「内部乗数」「外部乗数」の区別に着目しよう。サービスがサービスを呼ぶ波及効果(サービス産業の内部乗数)で比べると、民間サービスでは高いが、公共的サービスではむしろ低い。ところが、サービス活動が物的活動の誘発を通じて受けるはねかえり効果(サービス産業の外部乗数)では、逆に、公共的サービスには相対的に高い部門が少なくない(表2)⁹⁾。

つまり、公共的サービス活動は、民間サービスに比べて、サービス業誘発的であるよりは、物財部門依存的な活動が多く、物財産業への下支的な側面も持つといえる。医療・介護・社会福祉の各活動もそうした性格を持つが、様相には特性差がある。

2. いま生産の“波及先”に着目して、相互依存の連関を部門ごとに比べてみよう。

「医療」3部門(国公立、公益法人等、医療法人等)の生産誘発効果は物的産業の平均以下だが、全産業の平均に近く、かつサービス業の平均よりも、かなり高いという特性を示す(表1①)。「波及先」では、物財関連が目立つ。医薬品が群を抜き、次いで医薬品を経由した化学製品、電力が続く。対サービス誘発もある。そのなかでは、卸売への波及が目立つが、医薬品マージンが主体である。次いで対事業所サービスが続くが、情報化と外注化(アウトソーシング)の進展を反映する。誘発力の3部門比較では、国公立、医療法人等、公益法人等の順だが、その評価には若干の注意を要する¹⁰⁾。

「介護」2部門(居宅)(施設)の生産誘発効果は、医療部門よりも低い。またサービス部門の平均を下回る。2部門比較では、(施設)の誘発効果のほうが(居宅)より高めである。「波及先」

表2 内部乗数と外部乗数（抜粋・若干部門）

		内部乗数と外部乗数		
		内部乗数	外部乗数	総効果
物 財 産 業 グ ル ー プ	農 林 水 産 業	1.496852	1.033691	1.553508
	食 料 品	1.704333	1.042294	1.776810
	化 学 製 品	1.996241	1.057131	2.108884
	医 薬 品	1.412530	1.113573	1.551238
	一 般 機 械	1.823776	1.042332	1.904346
	医 療 用 機 械 器 具	1.607861	1.050855	1.688993
	住 宅 建 築	1.567362	1.053221	1.647538
	公 共 事 業	1.428566	1.066775	1.519862
サ ー ビ ス 産 業 グ ル ー プ	運 輸	1.504040	1.073065	1.603012
	通 信	1.453343	1.021768	1.495697
	対事業所サービス	1.323959	1.071202	1.411621
	公 務 (中 央)	1.275954	1.098801	1.387984
	公 務 (地 方)	1.154883	1.038603	1.201466
	教 育	1.087309	1.031263	1.123439
	研 究	1.261708	1.074519	1.348379
	医療 (国 公 立)	1.274871	1.158948	1.448583
	医療 (公益法人等)	1.242243	1.133553	1.388564
	医療 (医療法人等)	1.262599	1.133421	1.410410
	介 護 (居 宅)	1.167407	1.060288	1.235470
	介 護 (施 設)	1.162496	1.083667	1.254179
	社会福祉 (国公立)	1.130980	1.060319	1.197691
	社会福祉 (非営利)	1.137771	1.071165	1.215561
	社会保険事業 (国公立)	1.324084	1.049767	1.388712
	社会保険事業 (非営利)	1.354541	1.043611	1.416025
全 産 業 平 均	1.477227	1.061498	1.563167	
物 財 部 門 平 均	1.659252	1.056279	1.749800	
サ ー ビ ス 部 門 平 均	1.295202	1.066717	1.376534	
(注)	内部乗数×外部乗数=総効果 [列和] (各産業グループごとの効果)			

*）本表の計数は、物財産業グループ、サービス産業の、各産業グループごとの計数を示す。これに対して、表1の計数は、他グループに亘る計数を含む。両者の関係の定式化は、注7）参照。

は、物的関連では、（施設）での医薬品が高い。食料品への誘発は（居宅）（施設）の両介護で共通する。サービス関係では、対事業所サービス、卸売が目立つ。（居宅）は前者の誘発順位が高く、

またリースサービスへの波及が目立つ。

「社会福祉」2部門（国公立、非営利）の生産誘発効果も、サービス部門の平均を下回るが、介護との比較では、（非営利）では「介護（居宅）」

より高めだが「介護（施設）」より低い。他方（国公立）は、「介護（居宅）」「介護（施設）」のいずれより低い。‘波及先’は、モノでは利用者への食事提供による食料品が高い。サービス関係では、卸売、対事業所サービスだが、後者の主体はビルメンテナンスや清掃の建物サービスである。

「社会保険事業」で扱われる活動は、本来の保険給付の流れ（年金・雇用など現金給付保険、医療・介護など現物給付保険の、保険料徴収→移転支出→保険給付）ではなく、その実施のための社会保険‘事務’活動である。その生産誘発効果は「社会福祉」「介護」よりも高めで、（非営利）のほう（国公立）よりわずか高い。‘波及先’では、医療・介護・社会福祉とは異なって、サービス誘発的性格が強い。これは事務活動としての特性の反映である。コンピューター化、OA化を反映し、対事業所サービス（情報サービスが主体）への波及がかなり高く、通信が次ぐ。対事業所サービス投入率の2部門差は、情報サービス処理の主体が外部委託か（非営利）、内部処理か（国公立）を反映する。

3. 他の公共サービスとの特性対比

以上のような状況差は、さらに内部乗数・外部乗数でも点検できるが、本稿では割愛し表2にゆだねよう。表1に戻って、他の公共サービスとの比較に移るとしよう。

その中では「公務（中央）」の波及効果が高めだが、これは防衛関連支出の＜再生産外消費＞を含むので別枠とする。そのとき、「研究」の波及効果の高さが、「教育」や「公務（地方）」を上回っている。しかし、「医療」との比較では、かなり低い。公共サービスの中における「医療」3部門の生産誘発力の強さが分かる（表1①）。

これに比べると、「介護」の2部門は、居宅・施設ともに「研究」を下回るが、他方、「教育」「公務（地方）」の誘発値よりは高い。「社会福祉」

の2部門も同様、「教育」「公務（地方）」を上回る。（なお「社会保険事業」2部門は、「教育」「公務（地方）」を上回り、かつ「研究」にかなり近い同レベルにある。）

以上は生産波及の第一次効果の比較である。これに追加効果を加えた「総波及効果」では、部門間の開きの程度は、相対的にかなり縮小する。そうした結果を生む理由は、所得－消費支出による誘発によって、効果が均質化を見せるためである（詳細は表1③）。

4. 上記した特性を示す医療・介護・社会福祉の活動は、前章でみた産業の構造調整的側面の動向いかんでは、それぞれの投入構造を変化させる。そしてそれが、産業間の連関的機能面で、波及の姿を変えていく可能性をもつ。

産業構造調整と産業連関との、連動性の局面である。そうしたフィードバック効果の現れ方も、注目を呼ぶ動向の一つとなる。

注および参考文献

- 1) この局面の性格については、宮澤健一、競争のシステムと互助のシステム—市場機構・社会保障の接点と制度デザイン—、日本学士院紀要 2003；12：97-126。
- 2) 公正取引委員会、医療機器の流通実態に関する調査報告書、2005；12。および同、医療用医薬品の流通実態に関する調査報告書、2006；9。
- 3) 「保険法」抜本改正の予定（法務省08年国会提出に向け）。保険金の迅速支払いや契約解除の要件を明示、「第三分野」保険にも契約ルールを初めて定める。また金融庁は第三分野の、保険料収入に占める保険金支払比率の開示を求める（06年度から）。国際的には、IAIS（保険監督者国際機構）が生保会社の情報開示基準を決定する（06年）。
- 4) 「社会的入院」解消の先行費用として、療養病床削減の病院に対する施設移転費用の公費（老人保健施設・ケアハウス・有料老人ホームへの転換促進）が見込まれる。また患者の移転による医療保険給付の節減は、介護保険給付の増加を上回ると

推定されている。

- 5) 要介護度段階6区分も7区分に改められ、従来の「要支援」を「要支援1」に、従来の「要介護1」を「要支援2」「要介護1」に2分し、要支援1・2を新予防給付の対象とする。併せて「地域支援事業」による事業実施を並行させる。
- 6) 拡充モデルの提示と計測は、宮澤健一、経済構造の連関分析、東洋経済新報社、1963。K.Miyazawa. Input-Output Analysis and the Structure of Income Distribution. Berlin & New York: Springer-Verlag, 1976。われわれの手法の適用領域を示すものとして、欧米・アジア・日本の実証分析に応用した諸研究と方法論解明の論文集成に、G.J.D.Hewings, M.Sonis, M.Madden and Y.Kimura eds., Understanding and Interpreting Economic Structure. Berlin: Springer-Verlag, 1999。
- 7) 宮澤健一、公共サービス化の産業連関と社会保障—医療・介護・福祉と経済的波及効果—、日本学士院紀要 2006; 1: 87-115。計測結果の詳細なデータを含む報告書は、医療経済研究機構、医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書、医療経済研究機構、2004; 12。
- 8) 雇用係数を「個人業主」をも労働者数に含めて求め直すことも大切である。医療・介護・福祉部門で影響が強く出るのは、個人開業医の含まれる「医療（医療法人等）」である。個人開業医を含めると、雇用誘発の順位には入れ替わりが生じ、国公立、公益法人等、医療法人等の順から、国公立、医療法人等、公益法人等の順に変わる。
- 9) 内部乗数・外部乗数は、表1の生産波及係数（逆行列係数）を分解して、物財・サービス産業グループごとの波及効果を、取り出して究明するための係数である（表2）。

①物財産業内部乗数=ある物財の生産には他の物財が必要で、「もの」が「もの」を呼ぶ波及効果。

②物財産業外部乗数=物財の生産にはサービスが必要で、そのサービス投入がサービス内部生産を誘発、物的部門へフィードバックする波及効果。

③サービス産業内部乗数=あるサービスの生産には他のサービスが必要、サービスがサービスを呼ぶ波及効果。

④サービス産業外部乗数=サービス生産には物財が必要、その物財投入が物的産業の内部生産を誘発、サービス部門へフィードバックする波及効果。

- 10) 「医療」活動の格付けには、注意が要る。医療3部門中の「国公立」「公益法人等」両部門は、格付けが変わり、<政府サービス生産者><非営利サービス生産者>から、「医療法人等」と同等の活動を行うとみて<産業>に変更された。その結果とくに「国公立」医療の場合、多額の補助金（対産出額比15.8%の高率）がマイナス計上されるため、医療サービス産出額を低める。これは投入係数を見かけ上高めて、誘発係数をかなり高める偏りを招く。割り引いて評価されなければならない（表1①同部門の値）。

本来、医療活動の格付けは、給付内容や診療報酬の「価格条件」だけでは不十分というべきで、支給される補助金の規模いかなど、政府サービス生産者としての「制度条件」も、判断素材とされて位置づけて然るべきと思われる。

著者連絡先

医療経済研究機構

宮澤 健一

〒105-0003 港区西新橋1-5-11 第11東洋海事ビル

(財)医療経済研究・社会保険福祉協会内

TEL: 03-3506-8529

FAX: 03-3506-8528

Interaction between Welfare, Financial and Industrial Aspects of Medical and Care Activities

Ken'ichi Miyazawa*

Abstract

The basic function of social security including medicine and care is originally to provide a safety-net against life' risks. Added to this welfare function, there are other aspects: 1) financial and 2) industrial aspects.

1) From a viewpoint of government finance, what is needed is a shift in the concept of social security. A number of contradictions have been produced by the government's one-dimensional provision of social security services, and become pervasive with a more than anticipated aging of the population, decline in economic growth, and accumulation of national debt.

What is needed at this juncture is to shed our more-insurance-the-better reliance on government. With regard to the social security system, a major transition needs to be made from a reliance or leaning on government to a system of self-support as means of obtaining self-actualization. Investigation is made into the form reflected intrinsic characteristics of each field: medicine and care.

2) Private enterprise should be moving aggressively toward public field by adopting effective management practices based on market principles, while government acts to make up market deficiencies. The various areas of the "silver business" function effectively as "quasi-regulated markets" which introduce a generating of private-sector vitality, and a competitive environment between the public and private sectors. In assuring the "equality" sought by social security, measures must concurrently be taken so as not to lose sight of "optimality".

It is desirable to expand and diversify the service menu by complementing public services with services provided by private enterprise. Silver and health markets, technical innovations in tailor-made health care, private insurance and other new fields with its large latent demand create employment and industrial activity.

Moreover, spending on social security induces an economic repercussion effect by inter-industrial activity, one that does not pale in comparison to public works spending. The way in which silver business activities manifest themselves will reshape the inter-industry structure, causing a change in the pattern of input-output multiplier effects.

It is the meaning and behavior of these aspects, outlined above, that this analysis seeks to elucidate.

[key words] limit of socialization, self-support system, market deficiencies, working of quasi-market, economic repercussion, interindustry multiplier effect

* President, Institute for Health Economics and Policy. Professor Emeritus, Hitotsubashi University