

CIRJE-J-266

よりよい政策と研究を実現するための
経済統計の改善に向けて：
(3) 産業連関表・SNA基準年次推計と
医療・教育・政府活動分野

大阪学院大学経済学部・東京大学
三輪芳朗

2014年11月

CIRJE ディスカッションペーパーの多くは
以下のサイトから無料で入手可能です。
http://www.cirje.e.u-tokyo.ac.jp/research/03research02dp_j.html

このディスカッション・ペーパーは、内部での討論に資するための未定稿の段階にある論文草稿である。著者の承諾なしに引用・複写することは差し控えられたい。

よりよい政策と研究を実現するための経済統計の改善に向けて：
(3) 産業連関表・SNA 基準年次推計と医療・教育・政府活動分野

三輪芳朗¹

¹ 大阪学院大学教授・東京大学名誉教授。Email: miwa@e.u-tokyo.ac.jp。三輪[2014a, b]と同様、本論文の作成に際しても、数多くの統計作成部署関係者を含む実務家・研究者の方々と意見交換が基礎となり、情報提供が多大な支援となった。とはいえ、本論文の内容が引き起こすおそれがある各方面からの各種の反応を考慮して、東京大学の橋本英樹医学部教授と市村英彦・林正義両経済学部教授を例外として、具体的なお名前とともに謝辞を記すことは、今回も差し控える。この論文を含む Project の内容等については、三輪[2014a]を参照されたい。

[要旨]

三輪[2014a]を(1)とする「よりよい政策と研究を実現するための経済統計の改善に向けて」と題する論文シリーズの第3作である。第2作の三輪[2014b]に続き、(1)の内容の一部を具体化するという位置づけになる。

三輪[2014b]では、情報サービス(業)、広告(業)、企業法務などを具体例として取り上げ、サービス分野の統計・推計値を中心に、産業連関表、SNA基準年次推計、および両者の相互依存関係に焦点を合わせて検討し、名目GDP、GDPデフレーターと実質GDP、実質GDP成長率、物価上昇率、経済全体および分野別の実質生産性上昇率などの主要経済指標が、その作成方法(基礎となる統計情報と推計方法)についてすら必ずしも明確ではなく、関連情報が十分には開示されていないこと、公表されている推計値についても慎重な吟味・検討が必要な部分・側面が少なくないとする厳しい「現実」を指摘した。

三輪[2014b]の検討内容と結論を踏まえて、この論文では、医療サービスを中心に、教育、さらに政府部門のサービスに焦点を移して、三輪[2014b]と同様の検討をする。医療サービスを検討の中心に置く主要な理由は次の3点である。(1) 国民経済に占める比重が大きい、(2) 政府の関与・規制が重く、他のサービス産業に比して、利用可能な統計・推計資料がより充実しているかもしれない、(3) 規制を含む政府活動の **performance** 評価の基盤としての関連統計情報の実情の吟味への関心が高い。

医療サービス分野は、[2014b]に見た情報サービス・広告・企業法務などのサービス分野に比して、実態把握の基礎となる推計資料・関連統計情報の面で、少なくともより恵まれた状況にはない。教育、さらに政府部門についても同様である。これらの分野の詳細な実態に関する国民の関心の強さ、今後のさらなる関心の高まりに照らせば、とりわけ関連デフレーターの不備、分野全体さらにより細分化されたサービスごとの実態・規模・規模拡大や生産性およびその上昇率、効率性の実現の程度等の的確な把握の基盤となる関連統計情報の未整備・不備の決定的重要性がよりクローズアップされるだろう。(3)の視点からの検討の重要性が低下することはないが、(1)(2)の結論は(3)の課題への対応が乏しい現状を際立たせると同時に、課題克服の困難性を一層クローズアップすることになる。

Improving Economic Statistics in order to Improve Economic Policy and Research:
(3) IO Tables, SNA Base-year Annual Estimates, and Healthcare, Education, and
Government Administration Sectors

[abstract]

This is the third article in my series, “Improving Economic Statistics in order to Improve Economic Policy and Research”. It fleshes out some of the issues presented in the first article, Miwa [2014a].

Focusing on information software, advertisement, and legal services for firms, the second article (Miwa, 2014b) investigates the availability and usefulness of several major sources of economic indices in service sectors: e.g., input-output (IO tables), GDP deflators, and productivity (growth) indexes. In particular, it examines IO tables and SNA base-year annual estimates. It concludes that the nominal GDP, GDP deflators and real GDP, GDP growth rate, inflation rate, and real productivity growth rate (both for the overall economy and the individual sectors) depend on fatally unclear generation methods (both statistical information based on and estimation methods). Relevant information simply is not disclosed.

This article examines the same issues in the context of other service sectors where government regulation is stronger, such as healthcare, education, and the government administration. I focus on these three sectors for three reasons: first, their share in the overall economy is huge; second, with strong government regulations, better statistics and estimation materials may be available than in other service sectors; and third, for policy evaluation, there is a strong demand for information on the availability and reliability of relevant statistics in these sectors.

I find that we have no better statistics in these sectors than in the service sectors I examine in the second article. Given the strong public interest in these sectors, the inadequacy of the statistical information about them is tragic. The need is especially strong for more reliable deflators, for information about the size and size distribution of firms, for information about productivity and its growth rate, and for information about sectoral efficiency.

[1]. はじめに

三輪[2014a]を(1)とする「よりよい政策と研究を実現するための経済統計の改善に向けて」と題する論文シリーズの第3作である。第2作の三輪[2014b]に続き、(1)の内容の一部を具体化するという位置づけになる。

三輪[2014b]では、情報サービス(業)、広告(業)、企業法務などを具体例として取り上げ、サービス分野の統計・推計値を中心に、産業連関表、SNA基準年次推計、および両者の相互依存関係に焦点を合わせて検討し、名目GDP、GDPデフレーターと実質GDP、実質GDP成長率、物価上昇率、経済全体および分野別の実質生産性上昇率などの主要経済指標が、その作成方法(基礎となる統計情報と推計方法)についてすら必ずしも明確ではなく、関連情報が十分には開示されていないこと、公表されている推計値についても慎重な吟味・検討が必要な部分・側面が少なくないとする厳しい「現実」を指摘した。

三輪[2014b]の検討内容と結論を踏まえて、この論文では、医療サービスを中心に、教育、さらに政府部門のサービスに焦点を移して、三輪[2014b]と同様の検討をする。医療サービスを検討の中心に置く主要な理由は次の3点である。

- (1) 医療サービス分野は、現時点、さらに今後の日本経済にとって(少なくとも多くの先進国に共通する)、対GDPの比重が高く、その比重が今後さらに急激に上昇するだろう。このためもあって、この分野の詳細な実態に対する国民の関心が高く、今後さらに高まることが予想される。たとえば、政府財政の再建や現実化のおそれがある財政破綻の回避あるいはその現実化の影響とその軽減策の具体的検討、その前提あるいは一環として、分野全体およびより細分化されたサービスごとの実態・規模・規模拡大のスピードや生産性とその上昇率の改善、効率性の実現の程度等の的確な把握が必要となる。大前提として、需要・供給両面にわたる状況の的確な把握が必要となり、その基盤となる関連統計情報の整備が決定的に重要となる。
- (2) 教育分野や政府部門はもちろん、医療サービス分野についても「国民皆保険制度」の下で、需要・供給の両面を含む多くの側面について政府の強い関与が早くから現実化してきた。結果として、他の多くの産業分野(とりわけサービス分野)に比して、関連政策の実施(政策的)関与の基盤となる統計関連情報がよりよく整備されてきた可能性(そのような期待)がある。たとえば、情報サービス等に比して産業連関表やSNAとの関連でもより正確かつ信頼度の高い推計資料が提供されてきたかもしれない。デフレーター、従って、生産額等の実質値や生産性およびその上昇率の指標等についても同様かもしれない。関連統計の整備状況との関連でサービス分野の多様性に焦点を合わせることになり、象徴的には、「サービス分野でも、医療や教育では状況が異なるだろう・・・」というイメージ・期待の吟味にもなる。

(3) 必ずしも「生産」活動とみなされて来なかったためか、各種規制を含む政府部門の（経済）活動は、生産活動等に関する統計調査の検討範囲外に置かれてきたといつてよい（ここにいう「政府部門」は通常よりやや広めに解釈するのがよい）。政府部門の生産活動の“output”（「産出物」）についても投入物(inputs)の価額で「測る」という便宜的手段が採用されてきた。このため政府部門の生産性の上昇率は原則 0 になり、これが経済全体の成長率や生産性上昇率の推計値に重大な影響を与えてきた可能性がある（このように言うのは、これを確認する手段が得られないことによる）。医療サービス分野を入り口として、この側面からも、「政府」活動（政府統計作成もその一部である）について、関連統計の整備と利活用の状況の吟味が重要である。民間の経済活動に対する政府の関与がいかなる影響をもっているか、関与のパフォーマンス評価や改善策の検討には、正確かつ適切な関連統計の整備・利活用が不可欠との判断による。政府部門の活動に関する“output”、デフレーターや生産性（上昇率）指標の整備はその一環である。

(1) (2)に関わる検討結果は、医療サービス分野が、[2014b]に見た情報サービス・広告・企業法務などのサービス分野に比して、実態把握の基礎となる推計資料・関連統計情報の面で、少なくともより恵まれた状況にはないというものである。教育、さらに政府部門についても同様である。これらの分野の詳細な実態に関する国民の関心の強さ、今後のさらなる関心の高まりに照らせば、とりわけ関連デフレーターの不備、分野全体さらにより細分化されたサービスごとの実態・規模・規模拡大や生産性およびその上昇率、効率性の実現の程度等の的確な把握の基盤となる関連統計情報の未整備・不備の決定的重要性がよりクローズアップされるだろう。

もちろん、(3)の課題の重要性が低下することはないが、(1) (2)の結論は(3)の課題への対応が乏しい現状を際立たせると同時に、課題克服の困難性を一層クローズアップすることになる。

三輪[2014b]およびこの論文では、産業連関表の作成と SNA 基準年次推計、および両者の相互関係を中心に検討し、名目 GDP、GDP デフレーターと実質 GDP、実質 GDP 成長率、物価上昇率、経済全体および分野別の生産性上昇率をなどの主要経済指標の作成方法などに関する厳しい「現実」を指摘する。しかし、基礎となる「推計資料」・各統計情報の利活用は産業連関表や SNA 推計にかぎられない。用いられている推計資料のほとんどは産業連関表の作成（の一部を「タテ割り」とも評される分業体制の一部として分担すること）を主たる目的として収集・作成されているものではない。この論文の検討対象の中心である医療サービス分野の「推計資料」の中心に位置する「国民医療費」や「医療経済実態調査」は、医療政策の基礎資料であると同時に、医療サービス分野の実態と医療政策の内容と performance を広く国民に正確に知らせることを目的として作成されている（ものであ

る)はずである。この点に鑑み、この視点から見た、医療関連統計の実態・位置づけ・評価についても論文の最後で簡単に言及する。

論文を読み終えた読者の多くが、「実質GDPや生産性上昇率などとの関連に限定しても、他にも注目すべき話題・欠陥等が少なくないだろう。誰がそのようなものに注目し、われわれの関心を向けさせるのか?」「他の多くの統計は大丈夫だということはなかろう。どうするのか?」などの設問を想起して途方に暮れるだろう。それ以前に、「何から、どこから手をつけるか?」「誰がそれを決めるのか?」と悩み、「関連情報の開示・公表を担当部署に求めても、開示すべきだとわれわれが期待する情報をほとんど保有していないのではないか?それなら誰かほか人物や機関が開示すべき情報を収集する必要があるのではないか?」と不安になる読者も多いだろう。「なぜこのような状況に陥っているのか」「なぜ、そのような状況から脱出しようとの声が上がらないのか?『改革』が始まらないのか?」「何がかかる状況に陥らせ、そこからの脱出に向けた動きを条件づけ制約しているのか?」「状況の改善は可能か・・・?」などの点に関する検討は次作以降の課題である。

Roadmap

[2]では医療サービス分野について検討する。[2-1]で「医療(医療法人等)」に焦点を合わせて関連推計資料等についても詳細に検討し、[2-2]で「医療(国公立)」と「医療(公益法人等)」について検討する。[2]の検討内容を踏まえて、[3]では「学校教育」と「公務」について検討する。[3-1]では学校教育について、「学校教育(国公立)」、「学校教育(私立)」の順に検討する。[3-2]では公務について、「公務(中央)」、「公務(地方)」の順に検討する。[2]と[3]の検討内容を踏まえて、「SNA基準年次推計、デフレーターおよび生産性(上昇率)指標」と題する[4]では、医療を中心とする以上の3部門の産業連関表の計数とSNA基準年次推計の関係、SNA基準年次推計値の求め方と公表推計値の実態について検討する。ここでの検討の焦点はデフレーターである。[5]は結語である。[5-1]の結論とimplicationsに続いて、[5-2]では「医療分野は特別・・・?」と題して、「医療は特別・特殊・・・」だとする(いささか漠然としてはいるが強力かつ幅広い支持を獲得・維持している)見方・位置づけについて簡単にコメントする。

[2]. 医療

[2-1]. 医療（医療法人等）

[2]では産業連関表に注目して平成17年（2005年）産業連関表の作成過程についてとりあげ、[3]でSNA(GDP)との関連について取り上げる。取り上げ方は三輪[2014b]と同様である。詳しくは同論文を参照しながらお読みいただきたい。

まずは、「医療（医療法人等）」である。資料は、総務省編[2009]242頁。

列コード	行コード	部門名称
8311-03	8311-031	医療(医療法人等)

(担当府省庁) 厚生労働省

(定義・範囲) 日本標準産業分類の中分類73「医療業」のうち、医療法人、会社及び個人等による活動を範囲とする。介護保険によるサービスは「介護(居宅)」、「介護(施設)」に含まれる。

なお、医師又は歯科医師の処方箋に基づく薬局の調剤は本部門の活動に含む。

(品目例示) 病院、一般診療所、歯科診療所、助産所、療術業、看護業、歯科技工所、衛生検査所

(注 意 点) ① 平成7年表において「8311-03、-031 医療(産業)」の名称を「医療(医療法人等)」に変更した。また、「消費概念の2元化」への対応として、従来家計が帰属的に消費支出する扱いとしていた政府及び医療保険の医療給付分等を、政府の消費支出へ移した。

② 平成12年表から、介護保険適用の居宅サービスは、「8314-01、-011 介護(居宅)」に含まれる。

③ 平成12年表から、介護保険適用の施設サービス(介護老人保健施設、介護療養型医療施設(病院・一般診療所の介護保険適用の療養病床等))は、「8314-02、-021 介護(施設)」に含まれる。

(対応する ISIC) 8511 病院事業
8512 医療業及び歯科医療業
8519 その他の保健衛生事業

【定義・範囲】日本標準産業分類の中分類 73「医療業」の一部である。中分類 73「医療業」のうち「医療（国公立）」および「医療（公益法人等）」については[2・2]でとりあげる。しかし、平成 12 年度表から「介護（居宅）」「介護（施設）」に含まれことになった介護保険適用のサービスについてはとりあげない。

三輪[2014b]と同じく、「医療」あるいは医療サービスの定義、範囲の設定の適切さ、さらに他国等のものとの比較可能性等の論点にはここでは立ち入らない。続いて「推計資料」である。資料は、総務省編[2009]384 - 385 頁。

8311-03 医療（医療法人等）

1 推計資料

No.	資料名	出所	備考
1	国民医療費（16、17年度）	統計情報部	
2	医療経済実態調査	中央社会保険医療協議会	
3	平成16年サービス業基本統計組替集計	総務省政策統括官（統計基準担当）	部内資料
4	事業所・企業統計調査（13、16年）	総務省統計調査部	
5	消費者物価指数（15年度、17年）	〃	
6	産業連関表作成基礎調査	統計情報部	特別調査（部内資料）
7	平成12年産業連関表	総務省	

2 生産額

- ① 資料1による国民医療費を暦年換算した額に、資料2から推計した保険・公費負担以外の医療費を加えた額（病院、一般診療所、歯科診療所の生産額）
 - ② 資料1による薬局調剤医療費を暦年換算した額
 - ③ 資料3の推計資料（補正）の助産所、療術業、歯科技工所及び医療に附帯するサービス業の生産額
- ①～③の合計額を医療3部門計の生産額とし、ここから国公立及び公益法人等の生産額を減じて医療法人等の国内生産額とした。

なお、暦年換算は次式によった。

$$\text{平成17年生産額} = \text{平成16年度生産額} \times 0.25 + \text{平成17年度生産額} \times 0.75$$

3 投入額

上記により推計した生産額に、資料2、3及び6により求めた構成比を乗じて大枠を推計し、資料7を参考に基本分類へ配分した。

4 産出額

資料1を参考に医療給付等を中央政府個別的消費支出へ、資料3により大枠を決めて投入側の需要により医療に附帯するサービスなどを医療及び介護へ、資料7を参考に残額を主に家計外消費支出及び家計消費支出へ配分した。

多くのサービス分野（たとえば、三輪[2014b]に見た情報サービス分野など）と比べて、医療（医療法人等）に特異な統計資料は、「国民医療費」と「医療経済実態調査」の2点である。産業連関表の作成過程で、厚生労働省がこの分野を分担することにより、他のサービス分野に比して（政策的）関与の基盤となる統計関連情報がよりよく整備されてきた可能性があり、IOやSNAとの関連でより正確かつ信頼度の高い推計値が提供されてきたかもしれない。デフレーター、従って、生産額等の実質値や生産性およびその上昇率の指標等についても同様かもしれない。以上の点で統計関連情報がよりよく整備されてきたとすれば、これら2つの統計資料に反映されているはずである。以下に見る如く、IOやSNA（さらにデフレーターや生産性関連指標等）との関連でより正確かつ信頼度の高い推計値が提供されてきたということはない。

厚生労働省の「国民医療費の範囲」の解説は次の通りである。²国民医療費は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る疾病の治療に要した費用を推計したものである（アンダーラインは、筆者）。この費用には、医科診療や歯科診療にかかる診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれる。なお、保険診療の対象とならない評価療養（先進医療（高度医療を含む）等）、選定医療（入院時室料差額分、歯科診療差額分等）及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含まない。また、疾病の治療費に限っているため、(1) 正常な妊娠・分娩に要する費用、(2) 健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3) 固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢の費用も含まない。³

推計に用いられている統計関連情報に関心があるから「統計方法の概要」の以下の記述がとりわけ重要である。

国民医療費は、医療保険制度等による給付、後期高齢者医療制度や公費負担医療制度による給付、これに伴う患者の一部負担などによって支払われた医療費を合算したものである。国民医療費の推計に向けた特別の統計関連情報の収集・加工は行われていない。

制度区分別国民医療費は、以下の(1)～(3)により算出した。(1) 公費負担制度によって国又は地方公共団体の負担する「公費負担医療給付分」、医療保険制度及び労災保険制度等の給付としての「医療保険等給付分」、高齢者の医療の確保に関する法律による医療としての「後期高齢者医療給付分」について、原則として当該年度内の診療についての支払確定額（高額療養日（高額医療費）を含む）。(2) 患者負担分のうち(1)の給付に伴う一部負担額の推計値。(3) 患者負担分のうち全額自費で支払った費用（自賠責保険による支

² 厚生労働省 HP の「国民医療費の範囲と推計方法の概要」による。

³ 平成 19 年度からは、『国民医療費に含まれないもの』に関連する主な統計数値などが厚生労働省の HP に公表されるようになった。長年にわたる強い批判・要望に応じて「ようやく・・・」とでも強調すべきかもしれない。とはいえ、「含まれないもの」が存在すること、そのリストが公表されるようになったことなどが広く知られているようには見えない。国民医療費の毎年の公表時点での TV・新聞等での報道の内容に照らしても、報道する側の認識についても同様に見える。

払、または保険診療の対象となり得る疾病の治療に要した費用の全額を自費で支払ったもの)の推計値。⁴

「当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る疾病の治療に要した費用を推計したもの」である国民医療費の推計値は、産業連関表の「生産額」の推計資料として次の如く用いられている。

(1) 国民医療費を暦年換算した額に、医療経済実態調査から推計した保険・公費負担以外の医療費を加えた額(病院、一般診療所、歯科診療所の生産額)、(2) 国民医療費による薬局調剤医療費を暦年換算した額、(3) サービス業基本統計組替集計の推計資料(補正)の助産所、療術業、歯科技工所及び医療に付帯するサービス業の生産額、以上の合計額を医療3部門計の生産額とし、ここから国公立及び公益法人等の生産額を減じて医療法人等の国内生産額とした。

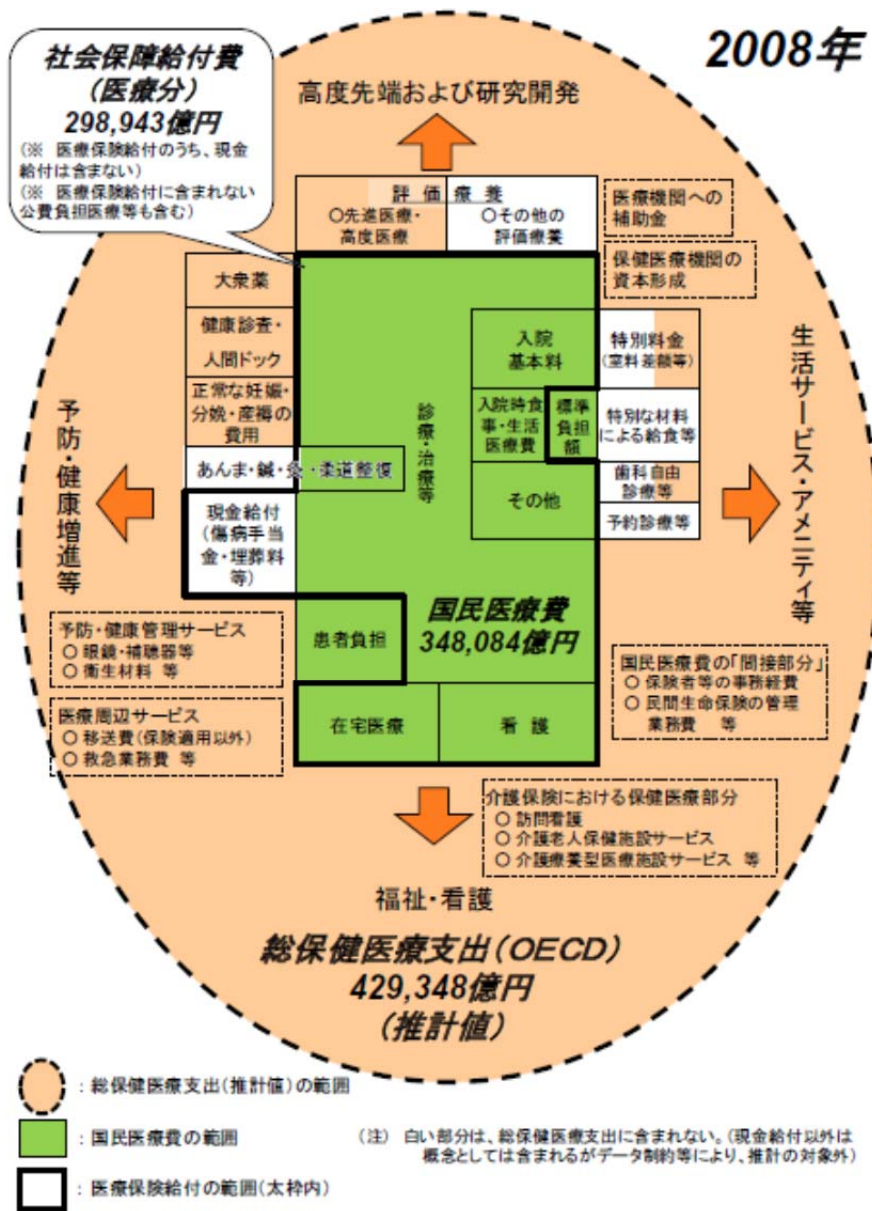
産業連関表の作成、さらにそれに基づくSNA基準年次計数の推計との関連では、少なくとも、次の2点が重大な関心の的になるだろう。(a) 国民医療費推計の集計対象分野が、産業連関表およびSNAの推計対象とどこまで対応しているか? 対応していない部分は、どのようにしてどこまで補正されているか? (b) 「医療経済実態調査から推計した保険・公費負担以外の医療費」は、(a)の補正手段としてどこまで機能しているか?

医療サービス分野の範囲をどのように設定するかという点については、日本標準産業分類の中分類73「医療業」を採用し、「医療(医療法人等)」ではそのうち医療法人、会社および個人等による活動を範囲とするとしている。ここではそれ以上は立ち入らない。とはいえ、「何が国民医療費に含まれていないか、その規模は?」は、医療サービス分野の範囲の設定に依存しており自明ではない。

「利用サービス分野の範囲の設定」の例として、医療経済研究機構の「厚生労働統計データを利用した総保健医療支出(OECD準拠のSystem of Health Account 2.0)の推計方法の開発及び厚生労働統計との二次利用推進に関する研究」報告書から、2008年について総保健医療支出(OECD)、国民医療費、医療保険給付の範囲を引用しておく。この推計によれば⁵、社会保険給付費(医療分)は29兆8,943億円、国民医療費は34兆8,084億円であるのに対し、総保健医療支出(OECD)は42兆9,348億円である。

⁴ 財源別国民医療費、診療種別国民医療費、年齢階級別国民医療費、性、年齢階級別国民医療費、性、疾病分類別一般診療医療費は、国民医療費をもとに、各種調査による割合を用いて按分し、推計されている。より詳しくは、「国民医療費 推計方法について」を参照。たとえば、「診療種別国民医療費」は、国民医療費を一般診療医療費(入院—入院外×病院—診療所)、歯科、調剤、食事及び訪問の診療種別に推計したものである。制度区分別国民医療費において、調剤、食事及び訪問の診療種別の推計をしているため、ここでは一般診療医療費の入院—入院外を「病院—診療所」に区分することを目的とする。それ以上の「診療種別」の情報は得られない。

⁵ このように記すのは、この推計の基礎となる推計資料の精度等について未確認であることによる。医療経済研究機構は民間の研究機構であり、厚生労働科学研究費補助金を受けた研究事業の報告書である。とはいえ、推計資料の収集・加工まで行っているわけではない。



出典：(財)医療経済研究機構、2008OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計

図1 総保険医療支出、国民医療費、医療保健給付の範囲

橋本英樹[2013]に従って、(1) 国民医療費に含まれていない項目の例、(2) 医療機関の「保険外負担」による収入、(3) 「保険外併用療養費」の順に見る。目的は、「医療経済実態調査から推計した保険・公費負担以外の医療費は、(a) の補正手段としてどこまで機能しているか？」という上記課題(b)の検討の素材の提示である。

[(1)国民医療費に含まれていない項目の例]

Over-the-counter (OTC)薬剤やメガネ、衛生材料購入費用（家計の支出）

ワクチン・健康診断（主に保険者ならびに自治体・国の支出）

分娩（家計＋出産手当など保険者の負担）

慢性期治療費の一部（家計による負担、民間保険なども）

保険者の事務経費など間接経費（保険者）

医療機関の資本形成（医療機関経営主体）

[(2)医療機関の「保険外負担」による収入]

橋本[2013]は、資料の提示に先行して、以下の如く記す。

医療機関では「保険外負担」による収入も無視はできないと考えられるが、その実態はまったく不明である。病院の収入構造を知る手掛かりは、医療経済実態調査などが公的には主たるものだが、会計基準のあいまいさなども加わり、保険外負担が収入構造に与える影響は正確にはつかめていない。総保健支出推計においても、この「保険外負担」は推計から漏れている。保険外負担としては2種類ある。ひとつが以下の如く規定される「療養の給付と直接関係ないサービス等」に対して患者から求めることができる実費としての「保険外負担」である。

資料； 保険医療機関等において患者から求めることができる実費：保医発第 0901002 号

●療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

(1) 日常生活上必要なサービスにかかる費用

- ア. おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代
- イ. 病衣貸与料（手術、検査等を行なう場合の病衣貸与を除く）
- ウ. テレビ代
- エ. 理髪代
- オ. クリーニング代
- カ. ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し
- キ. MD、CD、DVD各プレイヤーの貸出し及びそのソフトの貸出し
- ク. 患者図書館の利用料等

(2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

- ア. 証明書代
- イ. 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料）等
- ウ. 外国人患者が自国の保険請求等に必要診断書等の翻訳料等

(3) 診療報酬点数上実費徴収が可能なものとして明記されている費用

- ア. 在宅医療に係る交通費
- イ. 薬剤の容器代

ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする。

(4) 医療行為ではあるが治療中の疾病または負傷に対するものではないもの

- ア. インフルエンザ等の予防接種
- イ. 美容形成（しみとり等）
- ウ. ニコチン貼付剤の処方等

(5) その他

- ア 保険薬局における患家への調剤した医薬品の持参料
- イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料
- ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代
- エ 院内併設プールで行なうマタニティースイミングに係る費用
- オ 患者の自己利用目的によるレントゲンのコピー代等

[(3) 保険外併用療養費]

橋本[2013]は、具体的内容の列举に先行して、以下の如く記す。

いわゆる混合診療に実質相当するとし、混合診療の導入を巡っては賛成意見・反対意見を含む各種意見が交錯したが、実際上はすでに「保険外併用療養費」は医療機関の収入の無視しえない割合を占めており、実質混合診療は医療サービスの一翼として取り込まれている。

○評価療養（7種類）

先進医療（高度医療を含む）、医薬品の治験に係る診療、医療機関の治験に係る診療、薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用、薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用、適応外の医薬品・機器の使用

○選定療養（10種類）

特別の療養環境（差額ベッド）、歯科の金合金等、金属床総義歯、予約診療、時間外診療、大病院の初診、小児う触の指導管理、大病院の再診、180日以上入院、制限回数を超える医療行為⁶

[医療経済実態調査]

医療経済実態調査は、中央社会保険医療協議会が診療報酬点数改定の前年に行うのが慣例となっている。たとえば平成23年6月実施の調査が第18回である。中央社会保険医療協議会が実施主体であり、厚生労働省保険局医務課内の中央社会保険医療協議会に医療経済実態調査事務局が設置される。

産業連関表（およびSNA年次推計値）の作成の推計資料という観点から眺めるために必要と考える情報に絞って医療経済実態調査を紹介する。

調査の目的：「病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする。」⁷個別事業所やその集合体である分野（あるいは産業）が提供するサービスの詳細な内容や原価率・収益性、さらに「生産性」およびその上昇率などに焦点を合わせるものではない。

⁶ 詳しくは、下記 URL を参照。たとえば、大病院の初診はいわゆる紹介状がないときに上乗せで取る別料金、再診のほうは、紹介先に戻そうと逆紹介したのに、本人が「どうしても大病院がいい、もとの小さいのに戻りたくない」と強く希望した時に取ってもよいというもの。180日以上入院と制限回数を越える医療行為は、たとえばリハビリ目的の入院などで、180日以上いたり、規定回数のリハビリをやって、さらにそれを超える回数を「本人が希望して」やるときに取れる別料金である。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/sensiniryu/

橋本[2013]は、関連して以下の如きコメントを付す。たとえば、医療経済実態調査（さらに、経済センサス）による実態の正確な把握は容易ではないだろう。「これら保険外負担は、高額医療制度などの補助対象外であり、家計が負担しており、民間保険の『入院手当金』などがその一部に充てられていると思われる。筆者のまったく個人的な経験に過ぎないが、都内某慢性療養型病院（100床クラス）では差額ベッド代（一日12000円程度）に加えて、おむつ・病衣貸与・クリーニング・理髪代などの名目で一日2000円程度の負担を求められた。差額ベッド代などと併せると月の保険外負担（保険の1割自己負担を含まない）は約40万円に及んだ。ただし、これは極端な事例にあたるかもしれない。別の療養型病院では月の負担は合計で20万程度といわれた。つまり、保険外負担は病院の裁量に任された、かなり幅を持った収入源であることを見て取れる。ちなみに医療保険については高額療養費もあることから収入が低ければ月の負担はせいぜい5~6万円である（療養型入院などのように医療密度が少ない入院ならその額の1割負担で、十分医療給付額（50~60万円）は収まるだろう）。

⁷ 「医業経営の実態等を明らかにする」のであり、「損益」の記入事項も調査期間中に「提供した医業及び介護に関連するすべての収益（支払基金・国保連等に請求中の未収分を含む）と、これに対応するすべての費用（未払分を含む）」の記入を求める。医療法は、「医療法人の社会的信用を傷つけるおそれがあるものでないこと」などの一定の条件の下に、医療法人が行うことができる収益業務を幅広く認めている（平成10年3月27日、厚生省告示第108号）。医療経済実態調査は、対象をこのうちの「医業及び介護に関連する」ものに限定する。

調査の時期：平成 23 年 6 月 1 日から平成 23 年 6 月 30 日までの期間（1 か月間）、平成 23 年 3 月末までに終了した事業年（度）、平成 22 年 3 月末までに終了した事業年（度）の 3 期間について実施する。2 つの事業年(度)に関する調査では、各事業所の調査対象期間が一致しているわけではない。

調査の対象及び客体：社会保険による診療を行っている全国の病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険調剤を行っている全国の保険薬局のうち 1 ヶ月の調剤報酬明細書の取扱件数が 300 件以上の薬局を対象とし、これらの医療機関等を層化し、病院(1/3)、一般診療所(1/20)、歯科診療所(1/50)、保険薬局(1/25)の抽出率で無作為に抽出した施設を調査対象とした。

調査対象施設数および回答率、有効回答率：病院(2,622, 59.5%, 53.4%)、一般診療所(3,041, 50.6%, 47.7%)、歯科診療所(1,093, 61.1%, 55.2%)、保険薬局(1,502, 67.5%, 59.0%)。⁸

調査の内容：施設の概要、損益の状況、資産及び負債、従事者の人員及び給与の状況など。病院の損益に関する調査項目のうち、たとえば「医業収益」は次の 4 項目である。(1) 入院診療収益：入院患者の医療に係る収益（医療保険、公費負担医療、公害医療、労災保険、自賠責、自費診療収益等）、(2) 特別の療養環境収益：入院患者の医療に係る特別室の特別料金徴収額、(3) 外来診療収益：外来患者の医療に係る収益（医療保険、公費負担医療、公害医療、労災保険、自賠責、自費診療収益等）、(4) その他の医業収益：保健予防活動収益、医療相談収益、受託検査・施設利用収益、文書料等の収益。

橋本[2013]の解説は以下の通りである。医療経済実態調査が、一般に入手できる病院の財務会計情報となっている（サンプル病院の偏り⁹や、会計基準のあいまいさなど問題はあるが、ここではそれは追及しない）。平成 23 年度公表データから上記の保険外負担に相当する収入の規模の推計を試みるが、すぐにそれが困難なことがわかる。医業収入は入院・「特別の療養環境収入」（差額ベッド）・外来・その他の 4 つに大別されている。また、入院・外来それぞれで保険収入・公害など公費収入・その他に分けられている。保険外負担による収入のうち、差額ベッドだけは明示的に計上されている。それ以外のものは、勘定項目が分散している。療養に関連するもの（評価療養・選定療養）は、おそらく入院収入の「その他」に含まれることになる。「療養の給付と関係のない」実費請求については、医業外収入の項目に勘定されることになると思われるが、勘定項目がはっきりしない（その他の医業外収入？）。公表値によると差額ベッド代は調査病院では医業収入全体の大体 1～2%程度

⁸ 被災地で事前連絡により調査協力を得られなかった施設を調査対象施設から除いた場合である。

⁹ 調査対象病院は無作為に抽出したとされるが、病院の有効回答率は 52.4%であった。このことの影響に関する情報は提供されておらず、偏りの存在の有無やその実質・重要性などに関する情報は得られない。井伊[2011]は、「サンプル施設数が少なく、経営主体が自治体病院に偏るなど問題点は多い。また病院会計原則は存在するものの大学病院や自治体病院をはじめ、この準則に即した情報が構築されていないことも問題としてあげられる」（270 頁）とする。

となっている。公的保険による収入（入院＋外来）が医業収入の90%程度となっている。つまり病院の規模によらず公的保険に収入のほとんどを依存しているのは変わらない。

以上の検討を踏まえて、橋本[2013]は以下の如く結論する：厚生労働省の国民医療費推計で見えているものは、「医療関連費用」のメジャーな部分は捉えているものの、その範疇に含まれていない、決して無視できない額の「医療費」が介在している。しかしその詳細は把握されていない。「保険外負担」については、病院の強い裁量権のもとで決定されている収入であり、病院収入の中で大きくはないが、およそ4～5%は占めるのではないかとラフに推測される。一方、依然、病院収入の90%は公的保険に依存しているのが現状である。¹⁰

国民医療費および医療経済実態調査の産業連関表推計資料としての実質的有効性

「国民皆保険制度」の下で多くの側面について政府の強い関与が早くから現実化してきた点に注目して、産業連関表（さらにSNA（基準）年次推計値）作成の推計資料が不備であり不足する傾向が著しいサービス分野の中でも医療サービス分野、とりわけ「医療（医療法人等）」は特異・特別ではないかとの期待に基づいて、「医療（医療法人等）」の推計資料の中で特異な存在である国民医療費と医療経済実態調査について産業連関表推計資料としての実質的有効性について見た。

国民医療費は、医療保険制度等による給付、後期高齢者医療制度や公費負担医療制度による給付、これに伴う患者の一部負担などによって支払われた医療費を合算したものである。カバーする活動分野の範囲がかぎられることおよび推計に用いられる資料等の2点に注目すれば、国民医療費の産業連関表の推計資料としての実質的有効性が限られることは明らかだろう。他に基礎となる推計値が得られないという状況下で大枠としての数値として採用されているのであって、医療（医療法人等）に関連する産業連関表の計数の正確性や信頼度がこれによって他のサービス分野に比して大きく高まっていると考える理由はなさそうである。

国民医療費の集計対象分野と産業連関表（およびSNA）の推計対象のズレを「医療経済実態調査から推計した保険・公的負担以外の医療費」でどのようにしてどの程度に補正できているかという観点からの医療経済実態調査の実質的機能の評価も高くはない。病院等の医療関係施設における「医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする」ものであり、産業連関表の推計資料としての実質的

¹⁰ 橋本[2013]では言及されないが、調査対象事業所（施設）がどこまで正確な計数を報告するかという点にも留意が必要ではなかろうか。「医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする」。このため、「自らの首を絞める」如き側面があり、調査対象施設には正確な計数を報告する誘因に乏しい。報告内容に関して調査者による厳格な査定があるようには見えないし、差額ベッドなどの「保険外負担」収入の過少申告が厳しい罰則に結果するおそれがあるとも見えない。そもそも有効回答率の低さは、報告内容の実態からの乖離幅の小さな施設への偏りを反映しているかもしれない。とはいえ、このような点について検討する手掛かりは得られない。

機能がはなはだしく限られることがわかる。各医療関係施設の損益状況の把握に重点を置く調査表の内容と構成、小さいサンプル数と低い有効回答率およびここから予想される調査結果の偏り、しばしば指摘される会計基準のあいまいさ、調査内容と報告者の誘因との整合性なども実質的機能が限られるとする評価を支持し、同時にその積極活用に伴うリスクを示唆する。

医療経済実態調査と経済センサス

平成 21 年度の新統計法（平成 19 年法律第 53 号）の全面施行を見据えて、統計委員会は平成 20 年 12 月に『『公的統計の整備に関する基本的な計画』に関する報告』をとりまとめ、総務大臣へ答申した。報告を取りまとめた基本計画部会は、4つのワーキンググループ(WG)を設置して、関係団体や有識者からのヒアリング、各府省からの現状報告等を通じて専門的検討を行った。以下は、このうちの第 2WG の「厚生労働省所管統計の論点（案）」の回答の「各論 1：旧厚生省」の一部である。医療施設調査と医療経済実態調査の双方に係る。まず、論点である。

「3 医療施設調査（指定統計第 65 号を作成するための調査）について

行政記録情報の活用（医療機能情報提供制度、レセプト情報や保健所・社会保険事務局への届出）による報告者負担の軽減を検討できないか。

また、医療サービスの供給側調査である医療施設（静態）調査において経営状況を把握すること及び経済センサス一括調査との関係をどのように考えているか。

4 病院、介護サービス施設・事業所、社会福祉施設について、経済センサスを含めた既存統計調査において経営項目を把握することは検討できないか。」

厚生労働省の回答は以下の通りである。

「3 医療施設調査の行政記録情報の活用においては、平成 20 年調査における統計委員会の答申において、今後の課題として指摘されているところであり、調査項目に代替し得る行政記録情報の有無及び情報提供の可否を含めた検討が必要と考えている。

医療施設に係る経理項目については、統計委員会答申において『～医療施設の経理項目に関する情報については、医療施設調査に調査事項として追加するよりも、むしろ、他調査とのリンケージを行い、利用することが適当である。』と整理されているところであり、経済センサス等の他の調査で把握するものと考えている。

4 病院における医業経営等の実態については、医療経済実態調査（2年周期）において、介護関係における経営項目については、介護事業経営実態調査（3年周期）及び介護事業経営概況調査（3年周期）において、障害福祉サービス等関係における経営項目については、障害福祉サービス等経営実態調査（不定期）の各既存統計調査においても各報酬改定の基礎資料を得ることを目的として把握しており、調査実施時期や周期を変更することができないため、他省の統計との整理・統合することは出来ないと考えている。」

かくして平成 23 年間に調査対象期間とする平成 24 年経済センサス・活動調査が実施された。医療・福祉分野については「[20] 事業所調査票 (医療・福祉)」が用いられたが、三輪[2014b]で紹介した多くのサービス関連産業で用いられたものと大きくは異ならない。経済センサスによって産業連関表の作成や SNA 年次計数の推計で用いる推計資料の不備・欠如というほぼすべてのサービス分野に共通する課題が医療サービス分野について例外的に大きく改善するということはありそうにない。

「事業所の形態、主な事業の内容」について、たとえば、病院は、一般病院（精神科病院を除く）と精神科病院のいずれかを選択し、一般診療所は、有床診療所と無床診療所のいずれかを選択するようになっている。

「事業所の売上（収入）金額」に続いて「事業所別売上（収入）金額」（又は割合）を聞き、その最後に「(ク) 医療、福祉事業の収入」を聞いている。¹¹さらに、その内訳として、事業区分別の売上（収入）金額を聞いているが、たとえば「医業収入」は「保険診療収入」と「保険外診療収入」の 2 区分のみである。他のサービス分野同様、医療・福祉事業について「相手先別収入割合」を聞くが、「収入を得た相手先」の 5 区分は、以下の通りであって、他のサービス分野と同じである：(1)個人(一般消費者)、他の企業・団体 (2)うち、民間、(3)うち公務 (官公庁)、(4)海外取引、(5)同一企業内取引。

平成 16 年サービス業基本調査・産業連関表作成基礎調査

国民医療費と医療経済実態調査以外には、前掲「医療 (医療法人等)」の「推計資料」にこの分野に特有のものは存在しない。平成 16 年サービス業基本調査および産業連関表作成基礎調査については三輪[2014b、28 頁以下]に見た。サービス業基本調査は 1989 年の第 1 回以来 5 年に一度、計 4 回実施された。ここで調査されていた事業所・企業の経理項目は経済センサス活動調査で調査されることになった。その内容は、上に見た通りである。「医療 (医療法人等)」を特別扱いするものではない。

5 年に一度の産業連関表作成に先行して産業連関表作成基礎調査が実施される。三輪[2014b]では、鉱工業投入調査およびサービス産業・非営利団体投入調査 (総務省) について紹介した。厚労省大臣官房統計情報部の平成 17 年産業連関表作成基礎調査実施要領によれば、厚労省所管の 6 つの業種を調査対象として、「医療業」の 200 を含む合計 900 事業所を調査客体数として実施された。調査客体は、平成 16 年事業所・企業統計調査 (総務省) 結果を母集団とし、業種ごとに従業者規模階級の大きいところから順に選定された。調査事項は、他の分野と同じく、事業所全体の、(1)従業者数、(2)売上高、(3)経費の内訳、(4)直接材料費の内訳、(5)屑・副産物の売却の内訳であって、それ以上の情報は得られない。

¹¹ 『平成 24 年経済センサス・活動調査(確報) 産業別集計 (基本編)』(平成 26 年 2 月 26 日改訂)の「産業分類別主業比率」では、医療・福祉の「主業以外比率」は 2.5%と、金融業・保険業の 2.3%、電気・ガス・熱供給・水道業の 2.4%に次いで目立って低かった。

調査対象期間は産業連関表作成対象年の1月1日から12月31日であり、調査実施期間は平成18年6月から7月の2か月間である。¹²

疾患・手術・処置等のカテゴリー別の統計情報

三輪[2014b]に指摘するまでもなく、産業連関表の作成やSNA年次計数の推計、およびその「推計資料」は、基本的に名目値に関わるものである。とりわけ多くのサービス分野では、この名目値についてさえ正確な推計資料が十分には得られない。名目値の実質化にはデフレーターを用いる。適切かつ正確なデフレーターが得られなければ、実質GDP、物価上昇率はもちろん、経済全体および分野別の生産性の水準およびその上昇率の適切かつ正確な推計値も得られない。

サービス分野全体および各サービス分野について一般的にあてはまることであるが、とりわけ医療サービス分野については、医療サービスのより細分化されたカテゴリー別の名目値（価値）とそれを数量と価格に分割する情報が適切かつ正確なデフレターの推計には不可欠である。このようなカテゴリー別の適切な推計資料なしに「医療サービス」のデフレーター「推計」し、これを適用して求めた実質値を利活用することには、大きすぎる危険があり、無謀と考え、苦笑する読者が多いだろう。

ここで重要なのは、以上に見た「医療（医療法人等）」に関わる推計資料の中には、適切かつ正確なデフレターの作成を可能とする推計資料が見当たらないことである。

[補論]：「医療政策に関連する厚生統計とその課題」（井伊[2011]）

同様の推計資料は、「医療政策」の企画・立案・実施・評価にも不可欠なはずである。その重要性は今後ますます増加するだろう。デフレーターや生産性（上昇率）指標のための有効かつ適切な推計資料が得られないとすれば、いかにして医療政策を実施しているのかと不安な読者も少なくないはずである。産業連関表の作成やSNA年次推計の推計資料には用いられていないものの中に存在するかもしれない。産業連関表の作成やSNA年次推計の推計資料には用いられていないと推計資料等の中に、「医療政策」の企画・立案・実施・評価に不可欠で相当程度に有力な統計資料が存在し有効に活用されているようには見えない。デフレーターや生産性（上昇率）指標の適切な推計資料が存在し有効に活用され得るようにも見えない。

「医療政策に関連する厚生統計とその課題」と題して、井伊[2011]は次の如く記す。

[需要面]：

¹² 平成23年産業連関表作成のための調査から「産業連関構造調査（医療業・社会福祉事業投入調査）」に名称を変更した。抽出方法は、「事業所・母集団データベース」（総務省）を母集団とし、調査対象業種ごとに無作為で抽出することになった。調査対象事業所数も約2,400事業所と増加した。調査事項に変更はない。

地域別にみた疾病分布の状況や、個人ベースでどのくらい医療費がかかるのか、重複受診の実態などを知るためには、需要分析が必要である。現時点で入手できるデータソースとして患者調査や社会医療診療行為別報告の個票がある。患者調査は、医療機関を受療した患者の年齢、性別、主疾病、治療内容、在院日数などの情報を収集し、二次医療圏単位の入院患者数の推計などを提供し、地域の基準病床数などを示す地域保健医療計画の基盤となる重要な資料である。しかし、近年、著しく増加している日帰り手術や外来化学療法などの外来専門治療の実態は把握できていない。社会医療診療行為別調査は、診療報酬および診療行為に関する明細データを調査し、医療費の配分状況を示す情報を提供している。しかし、調査数が少ないことと、1ヵ月の審査実績分に限定されていることなど、需要分析のデータとしては不十分である。

診療報酬明細書（レセプト）の電子化が進むことで全数調査がタイムリーに行うことができるようになれば地域・疾患など属性別の明細な医療給付の状況が把握できるようになる。しかし病名の標準コード化が部分的にしか図られていないなど、いくつかの技術的問題点が残る。急性期入院診療に関しては日本版診断群分類（DPC）による、退院者調査データを用いることで、現行の患者調査よりも詳細に医療行為のプロセス分析や地域の医療資源配分の状況などを可視化することが可能になると期待されているが、DPCデータは現時点では公開の対象とされていない。

[供給面]：

医療計画の立案に関して、医療施設調査・病院報告は、全医療機関の病院数、標ぼう診療科、施設・設備・看護の状況安堵を調査し、主に医療機関側の情報が収集されている。どのような提供体制が必要かといった、地域の医療資源の充足状況を知るためにも、全数調査である医療施設調査は重要な調査である。改善点としては、保健所や地方厚生局の都道府県事務所への施設基準の届けの状況など行政情報を併せて利用することで大幅に回答者の負担を軽減し、より詳細な情報を入手することができる。¹³¹⁴

¹³ 先に言及した統計委員会基本計画部会の第2WG(論点案)への回答で、厚生労働省は「行政記録情報の活用」について検討しているとし、脚注で「医療施設調査」について以下の如き答申を受けているとしている：「医療法（昭和23年法律第205号）に基づき、平成19年度から医療機能情報提供制度が導入されており、医療施設は都道府県に医療機器に関する情報を報告することが義務付けられている。当該制度に基づき、都道府県が保有する情報の活用が可能となれば、記入者負担の軽減につながる可能性がある。ただし、医療機能情報提供制度については、都道府県毎に情報を把握する範囲が区々となっていることから、実現までにはいくつかの段階を経る必要がある。このため、中長期的な課題として、医療機能情報提供制度を含む業務記録等の活用による、医療施設調査における記入者負担の軽減を検討する必要がある（平成20年4月14日付け府統計委第54号「諮問第5号の答申」）。

昭和23年制定の医療法に基づいて医療機能情報提供制度が平成19年度により導入されたこと、しかし都道府県ごとに情報を把握する範囲が区々になっていることからいくつかの段階を経るという中長期的な課題が残されているという回答が厚生労働省から平成20年に統計委員会基本計画部会へ提示されたことに、驚き、呆れ、苦笑する読者が少なくないだろう。

[2-2]. 医療（国公立）と医療（公益法人等）

「医療（医療法人等）」に続いて、[2-2]では、日本標準産業分類の中分類「医療業」のうち、残る「医療（国公立）」と「医療（公益法人等）」について見る、検討の焦点は、これらの部門に特有な推計資料の実質的有効性である。

まずは「定義・範囲」である。資料は、総務省編[2009]241-242 頁。

「部門別概念・定義・範囲」と「部門別の推計方法」のいずれについても 2 つの部門は多くの点で共通するから、ここでは「医療（国公立）」についてのみ収載し、「医療（公益法人等）」については重要な相違点について記す。

¹⁴ 井伊[2011]は、続いて医療のコストに関する数少ない調査として医療経済実態調査に言及する（270 頁）。

列コード	行コード	部門名称
8311-01	8311-011	医療(国公立)

(担当府省庁) 厚生労働省

(定義・範囲) 日本標準産業分類の中分類73「医療業」のうち、国、地方公共団体、独立行政法人、国民健康保険（市町村）等の社会保険事業団体（国公立）による活動を範囲とする。介護保険によるサービスは「介護（居宅）」、「介護（施設）」に含まれる。

(品目例示) 病院、一般診療所、歯科診療所、看護業

(注 意 点) ① 国立大学法人、地方公共団体及び公立大学法人が設置する学校に付属する病院は、本部門に含まれる。

② 社会保険事業団体（国公立）の範囲については「8313-01、-011 社会保険事業（国公立）★★」を参照。

③ 93SNAへの対応として、平成7年表において、活動主体分類を「政府サービス生産者」から「産業」に変更し、それに伴い名称の「8311-01、-011 医療（国公立）★★」から「★★」を除いた。また、「消費概念の2元化」への対応として、従来家計が帰属的に消費支出する扱いとしていた政府及び医療保険の医療給付分等を、政府の消費支出へ移した。

④ 平成12年表から、介護保険適用の居宅サービスは、「8314-01、-011 介護（居宅）」に含まれる。

⑤ 平成12年表から、介護保険適用の施設サービス（介護老人保健施設、介護療養型医療施設（病院・一般診療所の介護保険適用の療養病床等））は、「8314-02、-021 介護（施設）」に含まれる。

(対応する ISIC) 8511 病院事業

8512 医療業及び歯科医療業

8519 その他の保健衛生事業

(定義・範囲) の「国、地方公共団体、独立行政法人、国民健康保険（市町村）等の社会保険事業団体（国公立）による活動」を「日本赤十字社、厚生（医療）農業協同組合連

合会、公益法人（社団法人、財団法人）、共済組合及びその連合会等の社会保険事業団体（非営利）、社会福祉法人等民間非営利団体による活動」に置き換えれば、「医療（公益法人等）」になる。

続いて「推計資料」である。資料は、総務省編[2009]384頁。

8311-01 医療（国公立）

1 推計資料

No.	資料名	出所	備考
1	歳出決算報告書・一般会計歳入決算明細・特別会計決算参照書注1）（16、17年度）	財務省	
2	損益計算書（16、17年度）	各法人等注2）	
3	地方財政統計年報（16、17年度）	総務省自治財政局	
4	医療施設調査	統計情報部	
5	医療経済実態調査	中央社会保険医療協議会	
6	国民医療費（16、17年度）	統計情報部	
7	平成12年産業連関表	総務省	

注1）国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養所、国立身体障害者リハビリテーションセンター病院、宮内庁病院、防衛庁病院、国立知的障害児施設等診療所

注2）（独）国立病院機構、国立大学法人各校、（独）労働者健康福祉機構、（独）国立印刷局、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

2 生産額

① 資料1及び2による各医療施設の医業収入を暦年換算した額

② 資料3による公立病院及び公立大学付属病院の医業収入を暦年換算した額

③ ①、②以外について、資料4による施設数に資料5による1施設当たり医業収入を乗じて12倍した額

①～③の合計額を国内生産額とした。

なお、暦年換算は次式によった。

$$\text{平成17年生産額} = \text{平成16年度生産額} \times 0.25 + \text{平成17年度生産額} \times 0.75$$

3 投入額

上記により推計した生産額に、資料1～3及び5により求めた構成比を乗じて大枠を推計し、資料7を参考に基本分類へ配分した。

4 産出額

資料6を参考に医療給付等を中央政府個別消費支出へ、資料7を参考に残額を主に家計消費支出へ配分した。

「医療（国公立）」の推計資料の(1)と(3)を、「(2)平成18年度版今日の私学財政 大学・短期大学編（日本私立学校振興・共済事業団）」に置き換えれば、「医療（公益法人等）」の推計資料になる。

「医療（国公立）」では、以下の(1)～(3)の合計額を国内生産額（「生産額」とする：(1)資料1（歳出決算報告書等）及び2（損益計算書）による各医療施設の医業収入を暦年換算した額、(2)資料3（地方財政統計年報）による公立病院及び公立大学附属病院の医業収入を暦年換算した額、(3) (1)、(2)以外について、資料4（医療施設調査）による施設数に資料5（医療経済実態調査）による1施設当たり医業収入を乗じて12倍した額。

決算報告書あるいは損益計算書の「医業収入」の合計金額を「生産額」とするのは、「医療（公益法人等）」についても同じである：(1)資料1（損益計算書）による各医療施設の医業収入を暦年換算した額、(2)資料2（今日の私学財政）による学校法人の医療施設の医業収入を暦年換算した額、(3)は「医療（国公立）」と同じ。

「生産額」に対応する「医業収入」に関する以上に見たもの以外には、これらの部門に特有・特別は「推計資料」は存在しないようである。

「投入額」について、「医療（国公立）」では、上記により推計した生産額に、資料1～3及び5（医療経済実態調査）により求めた構成比を乗じて大枠を推計し、資料7（平成12年産業連関表）を参考に基本分類へ配分したと解説される。「医療（公益法人等）」の「投入額」の解説も実質的に同じである。「医療（医療法人等）」の推計資料に含まれた「産業連関表作成基礎調査」および「平成16年サービス業基本調査統計」に対応するものは見当たらない。（この点は、以下に見る、「学校教育（国公立）」「学校教育（私立）」、さらに「公務（中央）」「公務（地方）」についても共通である。関連して、次の[補論]を参照。）

以上、「医療（医療法人等）」「医療（国公立）」「医療（公益法人等）」のいずれについても、産業連関表作成に関して、他の多くのサービス部門とは異なる特異・特別な推計資料が存在し、分担する厚生労働省により積極活用されているということはない。

[補論]. 「政府サービス生産者」・「対家計民間非営利サービス生産者」と「産業」

「医療（国公立）」の「部門別概念・定義・範囲」の引用文の注意点(3)に次の記述がある。「93SNAへの対応として、平成7年表において、活動主体分類を『政府サービス生産者』から『産業』に変更し、それに伴い名称の『8311-01、-011 医療（国公立）★★』から『★★』を除いた。」「医療（公益法人等）」にも同様の記述がみられるが、「対家計民間非営利サービス生産者」から「産業」への変更であり、『★★』ではなく『★』から無印への変更となっている。先行する「医療（医療法人等）」の引用文には対応する記述は見当たらない。

これに対し、後出の「公務（中央）」「公務（地方）」および「学校教育（国公立）」にはいずれも『★★』が付され、「学校教育（私立）」には『★』が付されている。93SNAへの対応として、平成7年表から、「医療（国公立）」は「公務（国）」や「学校教育（国公立）」

と同じグループから、「医療（公益法人等）」は「学校教育（私立）」と同じグループから、ともに「医療（医療法人等）」と同じグループへ移行したことになる。

総務省編[2009]（これまでも頻繁に引用してきた『平成17年版産業連関表—総合解説編一』である）の「第4章 産業連関表の概要」の「2 部門分類」の「(4) 生産活動分類」は以下の如く記す（94頁）。

(4) 生産活動主体分類

ア 生産活動主体分類の意味

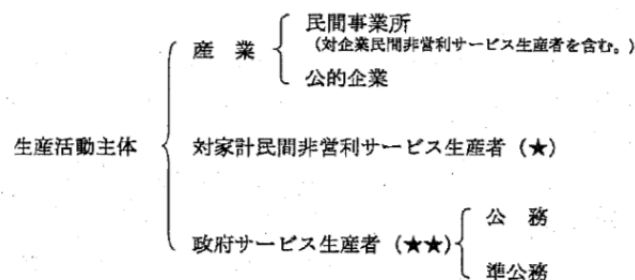
産業連関表がその取引活動を記録する財・サービスは、「通常、その費用を回収する価格で市場において販売することを意図して生産される財・サービス」を対象としている。産業の生産活動による「商品」が主であるが、この他に主として政府及び対家計民間非営利団体から供給される以下の二つも含まれる。

① コストに見合わない価格又は無償で提供される財・サービス

② 市場において販売されない財・サービス

産業連関表では、これらの関係を明らかにするため「生産活動主体分類」を設けている。「生産活動主体分類」は、財・サービスの生産・供給主体に着目し、基本分類を産業、対家計民間非営利サービス生産者、政府サービス生産者からなる活動主体別に分類するものである。

この意味で、産業連関表の基本分類は、アクティビティベースの「生産活動単位に基づく分類」と、財・サービスの生産・供給主体に基づく「生産活動主体分類」の二重の機能を有していることとなる。



(注) 生産活動主体分類は、基本部門分類の名称末尾に★印を付すことによって区分する。

- 無印 産 業
- ★ 対家計民間非営利サービス生産者
- ★★ 政府サービス生産者

「★★」「★」および「無印」はここで紹介されている。

「二重の機能」の意味が不明確であり、これらがどのように使い分けられているかとい

う点に関する解説が欠落している。このため、平成7年表から「産業」に「変更」したとされる「医療（国公立）」「医療（公益法人等）」でこの時点の前後で実質的に何が「変更」になったのか定かではない。以前から「産業」に分類されていた「医療（医療法人等）」との相違・関係がこれによりどのように影響を受けたのかも定かではない。上掲解説文5行目の「この他に主として政府および対家計・・・」の部分は、続く2つの条件を満たすものも産業関係表の「商品」に含まれることを記すにすぎないように見える。そうであれば、「生産活動主体分類」を別途作成して、「二重の機能を有する」と強調する意味も定かではない。

同じ章の同じ節の「9 特殊な扱いをする部門」のほぼ最後の部分に「政府及び対家計民間非営利団体の活動」に関する次の記述がある（115頁）。「ア 政府サービス生産者及び対家計民間非営利サービス生産者の国内生産額は、経費総額をもって計測するため、営業余剰は計上しない」（アンダーライン、筆者）という「特殊な扱いをする部門」の一環である。「政府及び対家計民間非営利団体の活動」から「医療（国公立）」と「医療（公益法人等）」が「産業」に移動したことによる影響の実質的内容については、これまでの検討内容を見るかぎり定かではない。以前から「産業」に分類されていた「医療（医療法人等）」との相違点およびその変化についても同様である。

(8) 政府及び対家計民間非営利団体の活動

「政府活動」等は、「生産活動主体分類(本節2(4)参照)」によって①産業(のうち「公的企業」)、②対家計民間非営利サービス生産者、③政府サービス生産者の活動に大別される。しかし、②及び③については一般の産業と比べて、その活動の基本原理が異なるのため、特殊な扱いを行っている(第4-16図参照)。

ア 政府サービス生産者及び対家計民間非営利サービス生産者の国内生産額は、経費総額をもって計測するため、営業余剰は計上しない。

イ 産出先は、当該部門のサービス活動に対して産業又は家計から支払われた料金相当額をその負担部門(つまり、料金を支払った産業又は家計)に計上し、残りの額を当該部門の「中央政府集会的消費支出」、「中央政府個別的消費支出」、「地方政府集会的消費支出」、「地方政府個別的消費支出」又は「対家計民間非営利団体消費支出」に計上する。

第4-16図 対家計民間非営利サービス生産者の活動の表章形式

例：私立大学が100の活動をしている場合で、うち授業料収入が60となっている場合。

	私立大学	家計消費支出	対家計民間非営利団体消費支出	生産額
物品1	10			
物品2	10			
私立大学		60	40	100
雇用者所得	80			
営業余剰	0			
生産額	100			

[3]. 「学校教育」と「公務」

[2]に見た如く、「医療(医療法人等)」「医療(国公立)」「医療(公益法人等)」の「医療」3部門のいずれについても、産業連関表作成に関して、他の多くのサービス部門とは異なる特異・特別な推計資料が存在し、分担する厚生労働省により積極活用されているということはない。情報サービス、広告、企業法務などのサービス分野に焦点を合わせた三輪[2014b]に続いて、この論文で、医療分野を中心に教育さらに政府部門に検討の焦点を合わせる主

たる理由は、[1]に記した如く、次の3点である。(1)とりわけ医療サービス分野の詳細な実態に対する国民的関心が高い。(2)医療・教育の両分野は多くの側面について政府の強い関与が早くから現実化してきた。結果として、関与の基盤となる統計関連情報がよりよく整備されている可能性がある。たとえば、情報サービス等に比して、産業連関表やSNA推計との関連でもより正確かつ信頼度の高い推計資料が提供されてきたかもしれない。(3)「民間」の経済活動に対する政府の関与を含めた政府部門の活動の実態把握とパフォーマンスの評価・改善に向けた関連統計の整備・利活用に対する(潜在的な)国民的関心の高さ。

平成7年産業連関表作成時点から、「医療(国公立)」の活動主体分類が「政府サービス生産者」から「産業」へ、「医療(公益法人等)」が「対家計民間非営利サービス生産者」から「産業」へ「変更」され、「医療」3部門がすべて「産業」となった。しかし、分類変更の影響の実質的内容は定かではないし、以前から「産業」に分類されていた「医療(医療法人等)」との相違点およびその変化についても同様である。

[3]では、[3-1]で「学校教育」2部門を取り上げ、[3-2]で「公務」2部門を取り上げる。「学校教育(国公立)」および「政府(中央)」「政府(地方)」はいずれも一貫して「政府サービス生産者」に分類され、「学校教育(私立)」は「対家計民間非営利サービス生産者」に分類されている。以下に見る如く、いずれの部門についても、産業連関表の推計資料を見る限り、他のサービス分野以上に適切かつ正確な関連統計資料が利用可能な状況にあるようには見えない。

[3-1]. 学校教育

「学校教育」は「学校教育(国公立)」と「学校教育(私立)」の2部門に分割されている。両部門の「概念・定義・範囲」を比較すると、標準産業分類の761~767のうち、前者が「国立大学法人、独立行政法人国立高等専門学校機構、地方公共団体及び公立法人が設置する学校の活動を範囲」とし、後者がそれ「以外の者が設置する学校の活動を範囲とする」ことがわかる。それ以外の点では違いはない(総務省編[2009]238~239頁より)。

15 教育・研究

列コード	行コード	部門名称
8211-01	8211-011	学校教育(国公立)★★

(担当府省庁) 文部科学省

(定義・範囲) 日本標準産業分類の小分類761「小学校」、762「中学校」、763「高等学校、中等教育学校」、764「高等教育機関」、765「特殊教育諸学校」、766「幼稚園」、767「専修学校、各種学校」のうち、国立大学法人、独立行政法人国立高等専門学校機構、地方公共団体及び公立大

学法人が設置する学校の活動を範囲とする。

(品目例示) 小学校、中学校、高等学校、大学、短期
大学、高等専門学校、盲学校、聾学校、養
護学校、幼稚園、専修学校、各種学校

(平成12年表からの変更点)

平成12年表において本部門に含まれて
いた放送大学学園の活動を分割し、「8211
-02、-021 学校教育(私立)」に統合。

(注 意 点) 学校に附属する図書館は本部門に含むが、
学校に附属する病院及び研究機関はそれぞ
れ「医療」、「研究機関」に分類する。

(対応する ISIC) 8010 初等教育
8021 一般中等教育
8022 専門・職業中等教育
8030 高等教育
8090 成人及びその他の教育

列コード	行コード	部門名称
8211-02	8211-021	学校教育(私立)★

(担当府省庁) 文部科学省

(定義・範囲) 日本標準産業分類の小分類 761「小学校」、762「中学校」、763「高等学校、中等教育学校」、764「高等教育機関」、765「特殊教育諸学校」、766「幼稚園」、767「専修学校、各種学校」のうち、国立大学法人、独立行政法人国立高等専門学校機構、地方公共団体及び公立大学法人以外の者が設置する学校の活動を範囲とする。

(品目例示) 小学校、中学校、高等学校、大学、短期大学、高等専門学校、盲学校、聾学校、養護学校、幼稚園、専修学校、各種学校

(平成12年表からの変更点)

平成12年表において「8211-01、-011 学校教育(国公立)」に含まれていた放送大学学園の活動を本部門に統合。

(注 意 点) 学校に附属する図書館は本部門に含むが、学校に附属する病院及び研究機関はそれぞれ「医療」、「研究機関」に分類する。

(対応する ISIC) 8010 初等教育

8021 一般中等教育

8022 専門・職業中等教育

8030 高等教育

8090 成人及びその他の教育

次は、「推計資料」である。資料は、総務省編[2009]379-380頁。

8211-01 学校教育（国公立）★★

1 推計資料

No.	資料名	出所	備考
1	学校基本調査（17、18年度）	生涯学習政策局	
2	地方教育費調査（17、18年度）	〃	
3	業務資料	生涯学習政策局	部内資料
4	業務資料	（独）日本スポーツ振興センター	部内資料

2 生産額

- (1) 国立学校（附属病院・附置研究所を除く）の經常経費資料1、4から、国立学校の經常経費を求める。
消費的支出＋図書購入費
－日本スポーツ振興センター共済掛金
- (2) 公立学校（附属病院・附置研究所を除く）の經常経費資料2、4から、公立学校の經常経費を求める。
消費的支出＋図書購入費－恩給費
－日本スポーツ振興センター共済掛金
- (3) 資本減耗引当
内閣府推計額を使用
資料3を用いて、各学校種別に按分する。
- (4) 生産額
(1)＋(2)＋(3)

3 投入額

資料1、2を用いて、各部門への投入額を推計する。

4 産出額

- (1) 資料1、2から、家計消費支出（授業料・検定料・入学金等）を求める。
- (2) 中央政府集会的消費支出・中央政府個別的消費支出を国立学校の生産額から家計消費支出と資本減耗引当を差し引いて求める。
- (3) 地方政府個別的消費支出を公立学校の生産額から家計消費支出と資本減耗引当を差し引いて求める。

8211-02 学校教育（私立）★

1 推計資料

No.	資料名	出所	備考
1	業務資料	日本私立学校振興・共済事業団	部内資料

2	今日の私学財政 (16、17 年度)	〃	
3	業務資料	(独) 日本スポーツ振興センター	部内資料

2 生産額

- (1) 私立学校（附属病院・附置研究所を除く）の経常経費資料 1、2、3 から経常経費を求める。

消費的支出＋図書購入費－奨学費

－日本スポーツ振興センター共済掛金

- (2) 資本減耗引当

資料 2 から資本減耗引当を求める。

- (3) 生産額

(1) + (2)

3 投入額

資料 1、2 を用いて、各部門への投入額を推計する。

4 産出額

- (1) 資料 1 から、対民間非営利団体消費支出を求める。

- (2) 家計消費支出を生産額から (1) を差し引いて求める。

「基本調査」「教育費調査」あるいは各種「業務資料」が「推計資料」のほとんどすべてであって、それ以外の特異・特別のものは見当たらない。「学校教育（国公立）」「学校教育（私立）」は、推計資料および「生産額」と「投入額」の求め方のいずれも実質的に同じであり、推計資料に医療施設調査や医療経済実態調査が含まれた「医療（国公立）」や「医療（公益法人等）」に比しても、推計資料に乏しく、その的確性と正確性の点で推計結果がより信頼度が高いとは考えにくい。

「学校教育（国公立）」の生産額は、次の(1)~(3)の合計額である。(1)国立学校の経常経費資料 1、4 から、国立学校の経常経費を求める：消費的支出＋図書購入費－日本スポーツ振興センター共済掛金。(2)公立学校の経常経費資料 2、4 から、公立学校の経常経費を求める：消費的支出＋図書購入費－恩給費－日本スポーツ振興センター共済掛金（国立学校のものに－恩給費を加えたもの）。(3)資本減耗引当：内閣府推計額を使用——資料 3 を用いて、各学校種別に案分する。

「学校教育（私立）」の生産額は、「学校教育（国公立）」の(1)+(2)が、次の(1)に置き換わるだけであって、実質的に同じである。(1)私立学校の経常経費資料 1~3 から、私立学校の経常経費を求める：消費的支出＋図書購入費－奨学費－日本スポーツ振興センター共済掛金。

「投入額」については、「学校教育（国公立）」「学校教育（私立）」ともに「資料 1、2 を用いて、各部門への投入額を推計する」とする。たとえば「医療（医療法人等）」が参照する「医療経済実態調査」「平成 16 年サービス基本統計」「産業関連表作成基礎調査」、あるいはそれらに対応する推計資料は参照されていない。

[3-2]. 公務

「公務」は「公務（中央）」「公務（地方）」の2部門に分割されている。まずは、「概念・定義・範囲」である。資料は、総務省編[2009]238頁。

「公務（中央）」の「定義・範囲」の「中分類 95『国家公務』」の活動であり、中央政府の一般会計及び特別会計並びに政府関係機関のうち・・・」の部分が、「公務（地方）」で「96『地方公務』」の活動であり、普通地方公共団体及び特別地方公共団体のうち・・・」となっている点（および「公務（中央）」の注意点に「自衛隊の活動も本活動に含まれる」が含まれること）を除けば、記述は一致している。

14 公務

列コード	行コード	部門名称
8111-01	8111-011	公務(中央)★★

(担当府省庁) 内閣府

(定義・範囲) おおむね日本標準産業分類の中分類 95「国家公務」の活動であり、中央政府の一般会計及び特別会計並びに政府関係機関のうち、政府サービス生産者として分類される中央政府関係の政府サービス生産者から「準公務」に格付けされる各部門を除いたものを範囲とする。

(品目例示) 「平成 17 年(2005 年)産業連関表における中央政府、地方政府、特殊法人及び独立行政法人等の扱い」の「公務」の項を参照。

(注 意 点) 自衛隊の活動も本活動に含まれる。

(対応する ISIC) 7511 一般会計(全体)公務

列コード	行コード	部門名称
8112-01	8112-011	公務(地方)★★

(担当府省庁) 内閣府

(定義・範囲) おおむね日本標準産業分類の中分類 96 「地方公務」の活動であり、普通地方公共団体及び特別地方公共団体のうち、政府サービス生産者として分類される地方政府関係の政府サービス生産者から「準公務」に格付けされる各部門を除いたものを範囲とする。

(品目例示) 「平成 17 年(2005 年)産業連関表における中央政府、地方政府、特殊法人及び独立行政法人等の扱い」の「公務」の項を参照。

(対応する ISIC) 7511 一般会計(全体)公務

続いて「推計資料」である。資料は、総務省編[2009]421-422 頁。

8111-01 公務(中央)★★

1 推計資料

No.	資料名	出所	備考
1	歳入決算明細書 (16、17 年度)	財務省主計局	
2	各省各庁歳出決算報告書 (16、17 年度)	〃	
3	特別会計決算参照書 (16、17 年度)	〃	
4	政府サービス生産者に格付けされた諸機関の財務諸表 (16、17 年度)	各団体	
5	国民経済計算年報 (関係する部内資料を含む)	経済社会総合研究所	
6	産業連関表作成に関する基礎資料 —平成 17 年度において購入した物量表対象項目の内訳—	防衛省経理装備局	部内資料
7	平成 17 年産業連関表地方公共団体財政支出内容推計	経済社会総合研究所	特別調査より推計 (部内資料)

2 生産額

推計資料 1～5 により中間投入、雇用者所得、間接税を推計し、これに資本減耗引当(社会資本等減耗分)を加え

国内生産額とした。

(推計式)

中間投入+雇用者所得+資本減耗引当(社会資本等減耗分)+間接税

3 投入額

- (1) 投入内訳の分割パターンとして、資料7による都道府県支出パターンを準用し、集計した。
- (2) 防衛省分については資料6を使用している。
- (3) 別途調査等により、品目の追加及び調整を行った。

4 産出額

商品・非商品の販売額(手数料等の収入額)を分類不明及び家計消費支出へ産出し、国内生産額からこれらの販売額を差し引いた額を公務(中央)の自己消費分として中央政府消費支出に産出した。

上述の如く、産業連関表では、「特殊な扱いをする部門」の一部として、「政府及び対家計民間非営利団体の活動」について、「政府サービス生産者及び非営利サービス生産者の国内生産額は、経費総額をもって計測するため、営業余剰は計上しない」(アンダーライン、筆者)。

「公務(中央)」では、推計資料1~5(歳入決算明細書や各省各庁歳出決算報告書等)により中間投入、雇用者所得、間接税を推計し、これに資本減耗引当(社会諸本減耗分)を加えて国内生産額とし、「公務(地方)」では「公務(中央)」の「推計資料1~5(歳入決算明細書や各省各庁歳出決算報告書等)」を「推計資料1~4(地方財政統計年報や地方公務員給与の実態等)」に置き換えた方法により国内生産額を求めている。

「産業連関表作成に関する基礎資料 — 平成17年度において購入した物量表対象項目の内訳一」が「公務(中央)」で「使用した」ことを唯一の例外として、「公務」2部門のいずれにおいても「投入額」の推計に向けた特別の調査等が実施されその成果が活用されたようには見えない。¹⁵

「公務(中央)」と「公務(地方)」の両部門についても、「学校教育」の2部門同様、産業連関表の推計資料を見る限り、他のサービス分野以上に適切かつ正確な関連統計資料が利用可能な状況にあるようには見えない。

¹⁵ 「公務(中央)」の投入額で、「投入内訳の分割パターンとして、資料7による都道府県支出パターンを準用し集計した」とし、「別途調査等により、品目の追加及び調整を行った」とするが、詳細は不明である。資料7は「平成17年産業連関表地方公共団体財政支出内容推計」である。経済社会総合研究所(SNA推計の担当部署はその一部である)によるものであり、基礎資料は地方公共団体支出内容に関わるものだろう。「公務(地方)」の「投入額」の推計資料についても同様の記述がみられる。

8112-01 公務（地方）★★

1 推計資料

No.	資料名	出所	備考
1	地方財政統計年報 (16、17年度)	総務省自治財政局	
2	地方公務員給与の実態 (16、17年度)	総務省自治行政局	
3	地方公営企業年鑑 (16、17年度)	総務省自治財政局	
4	国民経済計算年報 (関係する内部資料を含む)	経済社会総合研究所	
5	平成 17 年産業連関表 地方公共団体財政支出内容推計	〃	特別調査より推計 (部内資料)
6	平成 12 年産業連関表	総務省	

2 生産額

資料 1～4 により中間投入、雇用者所得、間接税を推計し、これに資本減耗引当（社会資本等減耗分）を加え国内生産額とした。

(推計式)

中間投入＋雇用者所得＋資本減耗引当（社会資本等減耗分）＋間接税

3 投入額

(1) 資料 5 「財政支出内容推計」を基に投入内訳の構成比を作成し、別途推計した中間投入額を乗じて、細目の額を推計する。

(2) 過去の推計資料等を用いて(1)で求めた経費を産業連関表の基本分類に格付ける。

(3) 平成 12 年表の投入額（構成比）及び 17 年表の生産額（増減率）等を参考にしながら、部門ごとに格付けの再調整を行い、産業連関表の基本分類に沿った最終的な投入額を推計した。

4 産出額

商品・非商品の販売額（手数料等の収入額）を分類不明及び家計消費支出へ産出し、生産額からこれらの販売額を差し引いた額を地方政府の自己消費分として地方政府消費支出に産出した。

[4]. SNA 基準年次推計、デフレーターおよび生産性（上昇率）指標

デフレーター、実質 GDP 値、および生産性（上昇率）指標との関連性を念頭に置いて、「医療（医療法人等）」等の「医療」3 部門に焦点を合わせて、産業連関表の計数と SNA 基準年次推計値の関係、SNA 基準年次推計値の求め方について見ることから始めよう。作成者による有効な解説、あるいは参考となる有力な情報はほとんど得られない。

SNA 基準年次計数は作成された産業連関表に準拠して推計される。内閣府[2012](『推計手法解説書（年次推計編）：平成 17 年基準版』)は、「第 2 章 財貨・サービスの供給及び需要の推計」の冒頭で「基本的な考え方」について以下の如く解説する（5 頁）。

「財貨・サービス（以下『商品』という。）の供給及び需要の推計は、各商品について、当該年の生産、輸出入、在庫増減等を把握して国内総供給を推計し、さらに、流通段階ごとに消費、投資などの需要項目別に金額ベースで把握するコモ法を採用している。なお、各商品の需要先別の比率は『配分比率』、商品の流通段階で発生するマージン額や運賃は『マージン率』、『運賃率』という形で、コモ法の推計プロセスに組み込まれており、これらは『産業連関表』を基に商品別・流通段階ごとに設定している。商品の分類、配分比率、マージン率、運賃率などのコモ法の骨格の作成は、『産業連関表』に準拠している。これは、各係数の算出は『産業連関表』を作成する際に行った特別調査の結果に依存せざるを得ないことが多いこと、また、基準年次の計数として『産業連関表』の計数が若干の概念調整のみで利用できることによる。」

「医療（医療法人等）」「医療(国公立)」「医療（公益法人等）」についても例外ではないだろう。¹⁶また、産業連関表の作成に際して、これらの部門で用いられた推計資料の他に SNA 基準年次推計に有力な推計資料が利用されたようには見えない。

上の「解説」に続いて「政府サービス生産者及び対家計民間非営利サービス生産者によるサービスの産出と需要先別配分については、上記の方法によらず、これらの生産者が非市場サービスを生産していることを踏まえて推計する」と記す。先述の如く、平成 7 年産

¹⁶ もっとも、平成 7 年表から「産業」に分類を変更された「医療（国公立）」と「医療（公益法人等）」のいずれについても平成 17 年表の推計資料の中に「医療（医療法人等）」には含まれる「産業連関表作成基礎調査」は見当たらない。平成 23 年産業連関表作成のための調査から、名称を「産業連関構造調査（医療業・社会福祉事業等投入調査）」に変更され、調査の対象は、「事業所・母集団データベース」（総務省）に掲載された「医薬品製造業」、「医療業」、「保健衛生事業」、「社会福祉事業」を含む全国の民営の事業所のうち、約 2,400 事業所となり、「データベース」を母集団とし、調査対象業種ごとに無作為で抽出することになった。「民営の事業所」だから、たとえば「医療（国公立）」は含まれないようである。また、後出の「学校教育（国公立）」「学校教育（私立）」についても見当たらない。「公務（中央）」「公務（地方）」についても（前者の防衛省経理整備局による「平成 17 年度において購入した物量表対象項目の内訳」は例外である）見当たらない。

業連関表以降は、「医療(国公立)」「医療(公益法人等)」も「産業」に「変更」となった。SNA 基準年次推計における対応に関しては現時点では情報が得られない。

内閣府[2012、46~47頁]は「第4章 一般政府及び対家計民間非営利団体関連項目の推計」の冒頭の「1. 一般政府及び政府サービス生産者関連項目」¹⁷の「推計方法」「a. 制度部門別推計方法」の「(a) 中央政府」で「一般会計及び特別会計については歳入歳出決算書の項目、独立行政法人等については財務諸表の勘定項目をそれぞれ性質別・目的別・経済活動別に分類し集計することにより推計する」とし、「(b) 地方政府」で「普通会計等については、『地方財政統計年報(総務省)』等に基づいて推計を行う」としたうえで、「(c) 社会保障基金」で次の如く記す。「国民年金、労働保険等の国の特別会計分については中央政府と同様の方法で推計し、国民健康保険事業会計(事業勘定)等の地方の公益事業会計に属するものは、『地方財政統計年報』等により推計する。／また、共済組合、基金等については当該団体の決算書等から推計する。」以上の解説と「医療(国公立)」等の推計方法との関係は定かではない。もっとも、続く「表4-1 政府の性質別・目的別・経済活動別分類例」(48頁)の「目的別分類例」の「07 保健」には「071 医療用品、医療用器具・設備」「072 外来サービス」「073 病院サービス」などと6分類が例示されている。

つまり、「医療」3部門については、「産業連関表」の計数の作成方法(したがって、実態)が定かではないが、これに準拠するSNA 基準年次推計値についても、同様に、作成方法(したがって、実態)は定かではない。

SNA 基準年次推計値の作成方法(したがって、実態)が定かでなければ、その「実質化」に用いられる(はずの)デフレーターも定かではない(はずである)。「医療」3部門のデフレーターあるいはこれに関連する解説等は得られない。「実質化」に必須なデフレーターが定かでなければ、実質値の実質は定かではなく、生産性(上昇率)指標が得られたとして(公表値を用いれば指標を計算することはできる)もその実質は定かではない。

デフレーター

「医療(国公立)」等の3部門のいずれでも、「部門別概念・定義・範囲」の「注意点」で「また、『消費概念の2元化』への対応として、従来家計が帰属的に消費支出する扱いとしていた政府及び医療保険の医療給付分等を、政府の消費支出へ移した」とする。これと、内閣府[2012、47頁]の「最終支出主体主義」と題する次の記述との関連性も定かではない。

「例えば、地方政府が中央政府から2分の1の国庫補助金を受けて道路建設を行った場合、これを総固定資本形成として計上するに当たって2つの方法がある。①資金の出所にしたがって、2分の1は中央政府の総固定資本形成、他の2分の1を地方政府の総固定資本形成として記録する。②代金を建設業者に最終的に支払った主体の観点から、地方政府の総固定資本形成として全額計上する。前者を資金源泉主義、後者を最終支出主体主義と呼ぶ

¹⁷ 続く「2. 対家計民間非営利団体及び対家計民間非営利サービス生産者関連項目の推計」部分にはたとえば私立学校が登場する。

が、SNAにおいては最終支出主体主義をとる。」

この点は、「医療」部門について、とりわけデフレーターとの関連で重要となる。

大前提となる産業連関表の計数の作成方法（したがって、実態）が「金額による評価」である点を確認しておこう。総務省編[2009]「第4章 産業連関表の概要」「第1節 取引基本表の基礎的理論」「4 金額による評価」である（99頁、アンダーラインは筆者）。「医療」部門を含むサービス分野については、産業連関表に準拠して推計されるSNA基準年次計数が、産業連関表が「金額による評価」であること及びこの「評価」を選択する理由に強く制約される。適切なデフレターの作成もこれによって決定的な制約を受ける。

「産業連関表の取引基本表は1年間に行われた財・サービスの取引実績を記録したものであるが、個々の取引活動の大きさは『金額』をもって示す。

各財にはそれぞれ固有の数量単位がある。これによって各取引活動の大きさを計ることとすれば、価格のその時々の変化や地域差による影響が排除され、純粋に生産技術を媒介とした物量的な産業連関分析が可能となる。

しかし、サービスの多くは固有の数量単位を持たず、また、財であっても、いくつかの細品目から構成される部門では同一部門（行）に含まれる各品目が同一の単位を持つとは限らない。さらに、列部門については、投入される原材料等の種類が多様であり同一の数量単位で計測することは不可能である。このため、取引基本表の作成に当たっては『金額』を共通の尺度として各取引活動の大きさを評価する。」¹⁸

内閣府[2012]は「第7章 デフレーターと実質化」で次の如く記す（69頁）。¹⁹「実質化を行うための基本となる最小単位の価格指数として基本単位デフレーターを作成する。基本単位デフレーターは原則としてコモ法の6桁品目について作成する。／『産業連関表』の部門分類のうちコモ6桁品目から除外されている『建設』、『政府サービス』及び『対家計民間非営利サービス』については別途推計する。」

上に見た如く、平成7年産業連関表から「医療（国公立）」「医療（公益法人等）」も「医療（医療法人等）」と同じく「産業」に「変更」されたから、「医療」3部門はいずれも「別途推計」される部門グループには入らない。

基本単位デフレーターは、主として、『国内企業物価指数』（DCGPI）（日本銀行）、『企業

¹⁸ 続いて、「なお、取引基本表がこのように金額のみの表示となっていることをできる限り補うため、一部の財について、別途付帯表として『物量表』を作成する」とする。行部門のうち数量単位の計測が極めて困難なサービス等の部門数が50%以上を占めており、物量表の作成対象部門は、取引基本表の行部門のうち素材部門を中心とする主要物資である。簡単には総務省編[2009, 152-53頁]を参照。

¹⁹ 三輪[2014b]34頁以下の「[4] deflator と実質化」でも詳しく見た。重複の回避に配慮してここでの記述を「医療」部門等のデフレーターに直接関わるものに限定する。より詳しい全体像に関心の読者は三輪[2014b]さらに内閣府[2012]を参照されたい。

向けサービス価格指数』(CSPI) (日本銀行)、『消費者物価指数』(CPI)(総務省)等における各品目の物価指数等を用いて作成する。「これらの基礎資料における物価指数を生産(国内製品の国内出荷)、輸出、輸入、家計消費といった供給(需要)段階の物価指数として、各系統のコモ8桁品目に対応させる」と解説されている。「医療」は基本的に「企業向けサービス」ではないから、「消費者物価指数」が用いられる「物価指数」の中心となるものと思われる。²⁰「医療」3部門を「コモ8桁品目に対応させる」方法に関する具体的情報は得られない。

上述の如く、「医療(国公立)」等の3部門のいずれでも、「部門別概念・定義・範囲」の「注意点」で「また、『消費概念の2元化』への対応として、従来家計が帰属的に消費支出する扱いとしていた政府及び医療保険の医療給付分等を、政府の消費支出へ移した」とする。上述の「最終支出主体主義」を同時に考慮すれば、「医療」3部門の大部分は「政府の消費支出」であって、消費者物価指数が適用されるのは患者負担分等に限られることになる。²¹「別途推計する」部門ではない部門の「政府の消費支出」に対するデフレーターに関する情報は得られない。

「基本単位デフレーター」に関する解説は続いて次の如く記す。「物価指数が得られない品目については、代替可能な他の物価指数、若しくは単価指数を用いる。単価指数は、物価・数量が得られる品目についてその平均価格を用いるものである。」

この記述と「医療」3部門との関連は定かではないが、次の「b. 基本単位デフレターの作成」に続く「c. 投入コスト型デフレーター」の次の解説が直接対応するよう見える(アンダーラインは筆者)。

「適当な物価指数が存在しない、あるいは単価指数での対応(価格と数量への分離)が困難である等の品目については、b. で作成した基本単位デフレーター(中間消費部門)及び『毎月勤労統計調査』(厚生労働省)の定期給与指数を用いて、投入コスト型によりデフレーターを作成する。」

先に、「政府サービス生産者」・「対家計民間非営利サービス生産者」と「産業」と題する[補論]([2-2]の最後の部分)で、「ア 政府サービスを生産者及び対家計民間非営利サービス生産者の国内生産額は、経費総額をもって計測するため、営業余剰は計上しない」(アンダーライン、筆者)という「特殊な扱いをする部門」の一環である「政府及び対家計民間非営利団体の活動」から「医療(国公立)」と「医療(公益法人等)」が「産業」に移動したことによる影響の実質的内容については、これまでの検討内容を見るかぎり定かではない、

²⁰ 『2005年基準企業向けサービス価格指数(CSPI) 調査対象サービス一覧』(日本銀行調査統計局、2010年5月)の「基本分類」には「医療」は見当たらない。

²¹ 『平成17年基準 消費者物価指数の解説』(総務省統計局[2006])の47頁に「診療代：モデルケースによる各疾病事例の一部負担金、薬価基準改定率」の作成方法の解説がある。

と記した。平成 17 年産業連関表の推計資料を見る限り、移動の実質的影響は見当たらなかった。さらに、デフレーターが投入コスト型デフレーターであるとするれば、次に見る「学校教育（私立）」「学校教育（国公立）」、さらに「公務（中央）」「公務（地方）」との実質的相違も定かではない。

「政府サービス及び対家計民間非営利サービスデフレーター」の解説は以下の通りである（内閣府、2012、72 頁）。

政府サービス及び対家計民間非営利サービスデフレーターは、下記の活動別に年次、四半期別に作成する。

- ・ 政府サービス：「教育」、「公共下水道」、「廃棄物処理」、「学術研究機関」、「公務」
- ・ 対家計民間非営利サービス：「教育」、「その他」

政府サービス及び対家計民間非営利サービスの生産は、経常的コストをもって測られるので、生産デフレーターも投入コスト型で推計する。中間消費、雇用者報酬、生産・輸入品に課される税及び資本減耗の名目値をそれぞれに対応するデフレーターで実質化して実質生産額を求め、これを用いてインプリシットにデフレーターを求める（アンダーラインは筆者）。

中間消費デフレーターは、上述の「活動」別に、投入コスト型で推計する。

雇用者報酬デフレーター：活動別雇用者報酬デフレーターは、各々賃金指数による。具体的には以下の通り。

- (a) 公務、公共下水道、廃棄物処理、学術研究機関：『国家公務員給与等実態調査』（人事院）を用いて、学歴経験年数別 1 人当たり給与指数をパーシェ統合した人件費デフレーターを作成する。
- (b) 教育（政府）：『国家公務員給与等実態調査』、『地方公務員給与の実態』（総務省）から、(a)と同じ算式により、人件費デフレーターを作成する。（学歴別 4 区分、経験年数別 12 区分）
- (c) 教育（非営利）、その他：『毎月勤労統計調査』を用いて、教育、サービスの現金給与総額（常用雇用者規模 30 人以上の事業所）を指数化する。

「医療」3 部門、さらに「学校教育」2 部門および「公務」2 部門との関連で、『推計手法解説書（年次推計編）平成 17 年基準版』と題する内閣府[2012]から得られるデフレーター関連情報のすべてである。これ以上の関連情報は開示・公表されていないし、今後も開示の予定はないようである。²²

²² 関係者への非公式の問い合わせに対する非公式の回答による。公表統計の作成方法（したがって実質）、とりわけその根幹となるデフレーターについて関連情報を開示・公表していないこと、しかもこの点に関する不満・批判をほとんど耳にしないことに驚き、「“accountability”（説明責任）はどうなっているのか、関係者はどのように考えているのか」と苦笑する読者・国民・Users が少なくないだろう。事態は深刻である。担当者を含む

「医療（医療法人等）」を含む「医療」3部門のいずれについても「金額による評価」が生産額に適用され、疾患・手術・処置等のカテゴリー別の情報（カテゴリー別の生産金額はもちろん、カテゴリー別の数量 and/or 価格のいずれに関する情報についても）利用されていないし、利用可能な状況にはない。この点に加えて、以上に見たデフレーターに関する検討結果を考慮すれば、「医療」3部門、「学校教育」2部門、「公務」2部門は、次の4点を共有することがわかる。

- (1) 産業連関表及びこれに準拠して作成される SNA 基準年次推計値の「生産額」は「金額による評価」である。これらの部門のほとんどで、業務資料等による「経費総額」をもって国内生産額を計測している。
- (2) デフレーターは投入コスト型で作成される。推計資料の中心に位置するのが『毎月勤労統計調査』（厚生労働省）の定期給与指数や『国家公務員給与等実態調査』、『地方公務員給与の実態』などの雇用者報酬情報である。
- (3) 「医療」3部門における疾患・手術・処置等のカテゴリー別の情報あるいはそれに対応する情報は、いずれの部門においても生産額およびデフレーターのいずれの推計情報としても活用されておらず、利用可能な状況にはない。
- (4) 結果として、これらの部門で推計される実質 GDP の計数、さらに生産性およびその上昇率の推計値は(1)～(3)によって条件づけられる。²³

関係者の中には、「ことの重大さ、深刻さは十分すぎるほど認識し承知している。しかし、われわれに何ができるのか、何をしろというのか・・・」とするフラストレーションが周辺に充満しているかもしれない。関連して、たとえば、Statistics Canada [2001], Baldwin and Harchaoui [2006], BLS [2013], Fixler and Ginsberg [2001], Atkinson [2005], ONS [2007]などを参照。

²³ 深尾・宮川編[2008]が日本における生産性(上昇率)研究を代表し象徴する。三輪[2014a]、の[2](13頁以下)では、その成果を代表する「表 1-3 JIP2008 から算出した部門別 TFP 上昇率(1970~2002年平均、年率)」で、(1)108部門のほぼ40%の部門で30年間以上にわたる部門別 TFP 上昇率の年平均値がマイナスであった点と、(2)この事実に着者たちがまったく言及しておらずその結果の数字を基礎として、多様な issues に関わる研究が展開され、白書や審議会等での議論に利活用されている点に読者の関心を促した。関連して、次の如く記した。「生産性指標の分子である部門別“output”の計測(“measurement”)が的確かつ正確でなければ、生産性指標やその上昇率(変化率)のみならず、GDP およびその成長率の計測も正確でなくなる。関連 deflators や CPI、PPI(producer price index)などの物価指数についても同様である。」さらに「TFP 上昇率がかくも多くの部門で30年間の年平均値でマイナスになるという・・・検討結果を前にして、検討結果、その基礎となる各種統計の作成・測定方式にまで検討の目が向くことになったアメリカにおける検討・研究の長い歴史により高い健全性を認め、親近感を覚える読者が多いだろう」と記した。表 1-3 については三輪[2014a]14頁を参照。ちなみに、「医療」では、「医療(非営利)」1.23%、「医療(政府)」-0.25%、「医療(民間)」-1.36%であり、教育では、「教育(民間・非営利)」1.72%、「教育(政府)」1.29%であった。最下位の5部門は、「娯楽業」-2.29%、「放送業」-2.31%、「情報サービス業(インターネット付随サービス業)」-2.57%、「不動産業」-3.10%、「廃棄物処理業」-4.44%であった。関連して、三輪[2014b]の注 49 を参照。

[5]. 結語

[5-1]. 結論と implications

再び、ここで一段落、小休止

三輪[2014b]と同様に、ここで一段落、小休止としよう。「[5]. 結語」の冒頭部分も同じである。

多くの読者にとって普段あまり目にせず耳にしない話題が[4]までにふんだんに登場した。この論文もすでにかかなりの長さになった。この段階で、現状を産み出し長期間にわたって維持する結果になった原因とメカニズムに話題を移した検討を展開することは、多くの読者の意気を粗相させるだろう。以上の内容と意図を的確・正確に理解した（できた）読者、さらに、ここまで読み進む素養、意思の強さと根気を有する読者（とりわけ統計実務家と経済統計やその利活用に関心が高い研究者）も多くはないだろう。あまり先を急ぐべきではない。²⁴

対応を要する重要な課題が既存の経済統計に存在すること（「病気」）、さらに日本の経済統計も例外ではなく各種の「病気」にかかっているおそれがあることを、統計作成部署メンバーを含む多様な関係者やユーザーが認知し認識することがまずは重要である。作成する所管統計、さらに政府全体として作成・提供する経済統計が「病気」の状態にあることを見過ごし放置することには、もちろん重大な責任を伴う。数多くの統計調査に調査対象として協力して回答する膨大な数の家計・企業等に対する責任についても同様である。

「病気」の存在を認知・認識しその内容を理解すれば、コトの重大さに気づき、ユーザー・国民の「なぜ放置してきたか？こんな状況をいつまで継続させるのか？」という問いかけにつながる。人体の状況に譬えれば、日本経済は血圧も体温も内臓脂肪や肝臓などの状況についても正確には計測できておらず、まともな診断・処方的前提が満たされていないような状況下に置かれているのかもしれない。

²⁴ 三輪[2014b、47~49頁]では、続いて「SNA(GDP)推計を中心に、産業連関表、GDPデフレーター、日銀のCSPI(およびCGPI)、さらに三輪[2014b]で詳しく取り上げた生産性上昇率指標などに関わる一連の話題、観察事実、厳しい『現実』に関連して、次の5つの如き設問について自問し、当惑する読者が多いただろう」として、5つの「設問」を列挙した。その(4)は次の通りである。「そもそも、この論文の具体的内容、さらに提示された疑問等については、回答を含む十分な情報が関係政府機関によって公表されて当然ではないか？壮大・複雑な迷路のような建造物・領域に立ち入って右往左往する探検家のような一研究者が、結果として、『いろいろ理解しがたい困惑する現実・話題が目につくのですが・・・』という報告書を公表し、少なからぬ読者（国民）が驚き困惑するという事態は、正常ではないのではないか？『知らしむべからず』と判断しているわけではあるまい。しかし、現実、説明しない状況を放置し黙認してきた。その理由と原因・メカニズムは何か？予算や人員・人材の制約によるのか？それは政府全体の行政姿勢そのものの反映か？一貫して、政策の企画・立案・実施・評価に経済統計は重要ではないと考えているためか？」

この論文の位置づけと検討内容

この論文は、三輪[2014a]を(1)とする「よりよい政策と研究を実現するための経済統計の改善に向けて」と題する論文シリーズの第3作である。第2作である三輪[2014b]に続き、(1)の内容の一部を具体化するという位置づけになる。

三輪[2014b]では、情報サービス(業)、広告(業)、企業法務などを具体例として取り上げ、サービス分野の統計・推計値を中心に、産業連関表、SNA基準年次推計、および両者の相互依存関係に焦点を合わせて検討し、名目GDP、GDPデフレーターと実質GDP、実質GDP成長率、物価上昇率、経済全体および分野別の実質生産性上昇率などの主要経済指標が、その作成方法(基礎となる統計情報と推計方法)についてすら必ずしも明確ではなく、関連情報が十分には開示されていないこと、公表されている推計値についても慎重な吟味・検討が必要な部分・側面が少なくないとする厳しい「現実」を指摘した。

三輪[2014b]の検討内容と結論を踏まえて、この論文では、医療サービスを中心に、教育、さらに政府部門のサービスに焦点を移して、三輪[2014b]と同様の検討をした。医療サービスを検討の中心に置く主要な理由は次の3点である。(1)とりわけ医療サービス分野の詳細な実態に対する国民的関心が高い。(2)医療・教育の両分野は多くの側面について政府の強い関与が早くから現実化してきた。結果として、関与の基盤となる統計関連情報がよりよく整備されている可能性がある。たとえば、情報サービス等に比して、産業連関表やSNA推計との関連でもより正確かつ信頼度の高い推計資料が提供されてきたかもしれない。(3)「民間」の経済活動に対する政府の関与を含めた政府部門の活動の実態把握とパフォーマンスの評価・改善に向けた関連統計の整備・利活用に対する(潜在的な)国民的関心が高い。

平成7年産業連関表作成時点から、「医療(国公立)」の活動主体分類が「政府サービス生産者」から「産業」へ、「医療(公益法人等)」が「対家計民間非営利サービス生産者」から「産業」へ「変更」され、「医療」3部門がすべて「産業」となった。しかし、分類変更の影響の実質的内容は定かではないし、以前から「産業」に分類されていた「医療(医療法人等)」との相違点およびその変化についても同様である。

「医療」3部門、「学校教育」2部門、「公務」2部門のいずれについても、産業連関表の推計資料を見るかぎり、他のサービス分野以上に適切かつ正確な関連統計資料が利用可能な状況にあるようには見えない。

4つの重要な結論と implications

本論文の検討から以下の4つの重要な結論と implications が導かれる。

第1に、各部門への規制を含む政府の関与の強さは、産業連関表やSNA推計との関連でより正確かつ信頼度の高い推計資料が提供されていることを意味しない。産業連関表の分担作成体制下で利活用されている推計資料であることに鑑みると、政府の所管部署が保有

し、所管部門に対する行政の基礎となる当該部門関連（統計）情報の実態を反映しているはずである。政府の関与が強力なこれら 3 分野と同様の状況は、三輪[2014b]に見た情報サービス等の 3 分野を含むサービス分野の多くについても観察された。

「サービスの多くは固有の数量単位を持たず、また、財であっても、いくつかの細品目から構成される部門では同一部門（行）に含まれる各品目が同一の単位を持つとは限らない。さらに、列部門については、投入される原材料等の種類が多様であり同一の数量単位で計測することは不可能である」（総務省編、2009、99 頁）ため、産業連関表の取引基本表の作成に当たっては「金額」を共通の尺度として各取引活動の大きさを評価し、SNA 基準年次計数はこれに準拠して推計される。このことは、これら 3 分野の状況は、サービス分野のみならず、製造業分野の少なからぬ部門でも同様に観察される可能性を示唆する。産業連関表及び SNA 基準年次推計の基礎となる各部門の推計資料の適切性と正確さの診断、さらに必要な措置に関する本格的検討が必要だろう。

第 2 に、「金額」を共通の尺度とする産業連関表およびこれに準拠して推計される SNA 基準年次計数はいずれも名目値である。計数の異時点間比較には「実質化」が必要であり、「実質化」には適切なデフレーターが必要である。適切なデフレーターが得られ（用いられ）なければ、経済全体あるいは各分野（部門）の実質 GDP の水準およびその変化率（成長率）の正確（的確）な推計値は得られない。もちろん、分野間の比較についても同様である。生産性の水準およびその変化率（上昇率）についても同様である。適切なデフレーターが用いられなければ、これらの計数の推計値の正確性・信頼度は保証されない。

固有の数量単位を持たないサービスの多くや、財であっても、いくつかの細品目から構成される部門では、同一部門に含まれる各品目が同一の単位を持つとは限らないものについて、適切なデフレーターの推計が容易ではなく、基礎となる推計資料も豊富ではない。このため、三輪[2014b]およびこの論文で見た各サービス分野を含む多くの分野について、適切なデフレーターが作成され「実質化」に用いられているようには見えない。たとえば、内閣府[2012]「第 7 章 デフレーターと実質化」の記述もはなはだ簡潔であり、内容も形式的である。たとえば、部門間の資源配分の効率性や生産性およびその上昇率の正確な状況の把握、それらを踏まえた適切な「成長戦略」の検討・実施の大前提となる基本条件が欠如しているように見える。²⁵

²⁵ 各分野の生産性およびその上昇率の計測（さらにその決定要因）の検討、その基礎となる各分野の統計の整備に長期間にわたって最も熱心であったのがアメリカである。この点を象徴するのが、Berndt and Triplett eds.[1990] (*Fifty Years of Economic Measurement* と題する NBER conference volume)であり、“Productivity and Economic Growth”と題する 100 頁に及ぶ Jorgenson[1990]である。しかし、アメリカを含む多くの国々においても的確かつ正確な生産性（上昇率）の計測は容易でないかもしれない。1980 年代はアメリカとイギリスを中心として世界中で「金融革命」が華々しく進展し、この 2 つの国々で最も顕著な成果が現実化したと考えられている。三輪[2011b、134-35 頁]に見た如く

（Gordon[1996]の推計結果から作成したものであり、三輪[2011a]からの引用である）、アメリカとイギリスに関して各分野の MFP(multifactor productivity)を 1960-73、1973-79、

第3に、政府サービス生産者及び対家計民間非営利サービス生産者については国内生産額を経費総額をもって計測する。そうであれば、労働コスト等の「経費」が変化しない状況下で、生産量が増加し、あるいは「生産物」の品質が向上したとしても（通常の意味での生産性の向上が実現したとしても）、「生産額」は増加しない。また、投入コスト型によりデフレーターを作成するのであれば、デフレーターは変化せず、実質化された生産額(real output)は変化（上昇）しない。結果として、少なからぬ分野で実質 GDP やその成長率が過小に推計されているかもしれない。

政府分野を含む広義のサービス分野や、同一部門に含まれる各品目が同一の単位を持つとは限らない一部の製造業分野で、広範囲にわたって同様の過小推計が発生しているかもしれない。サービス経済化の進展とともに、そのような分野の比重は急激に拡大し、今日では日本経済に占める比重は圧倒的なものとなっている。たとえば、「失われた20年」とも評される日本経済の長期停滞・「デフレ状況」の少なからぬ部分がこのような過小推計に起因するかもしれない。「診断なくして処方なし」ともいう。診断の適切性の確保、そのための前提条件となる、より適切なデフレーターの作成手段・方策に向けた本格的検討が必要のように見える。

第4に、高齢化の進展と政府の財政状況のさらなる悪化見通しとともに、医療分野、さらに教育や政府活動分野などの正確かつ詳細な実態は、今後これまで以上に国民の重大関心事となるだろう。医療分野などについて、各種の規制を含めた政府の関与が強力であるように見える。生産者の活動内容の実態を国民に明示し、政府関与の適切さについて国民の納得を得ることが医療供給システムの安定的維持の前提となる。しかるに、適切な情報の開示、その前提となる正確・適切な統計情報の作成・提供の点で前提の実現に向けた努力が驚くほど乏しいように見える。乏しいという現実・実態も広くは認識されていない。たとえば、各種報酬改定の基礎資料を得ることを目的として実施される医療経済実施調査（2年周期）についても、調査票の内容と構成、小さいサンプル数と低い有効回答率およびここから予想される調査結果の偏り、会計基準のあいまいさ、調査内容と報告者の誘因との整合性などの多方面にわたる懸念が存在し、これが長期間にわたって放置されているように見える。

政策的関与の有無やその方向性・実態は各分野・部門により大きくバラつく。しかし、的確な実態把握（診断）は、適切な政策（処方・措置）の立案・実施の大前提となる。的確・正確な統計資料の整備と提供は、政府（とりわけ所管部署）にとって重要であるのみ

1979-92の3つの期間に区切って比較した2つの表および各国の金融・保険・不動産業(FIRE)を同じく3つの期間に区切って比較すると、多くの読者を困惑させる結果が得られる。両国でMFP(TFP)が大きく異なり続けていることも目を引くが、両国で「金融革命」が華々しく進展した1979~1992の時期のアメリカとイギリスのFIREのMFPの上昇率が、それぞれ2.50と0.12であり、(1) いずれも先行する2つの時期の上昇率を大きく下回り、(2) 製造業をはじめとするほとんどの他の分野の上昇率を下回り、(3) さらに、日本やドイツ、フランスのFIREの上昇率を下回った。

ならず、すべての国民の重大関心事である。政府の活動に関する政府の説明責任

（“accountability”）の基本的実現手段であるべき存在のはずである。その意味で、正確で的確な公的統計の整備・提供は社会の情報基盤であり基本インフラである。²⁶現状では、日本の統計は、個別統計と個別統計相互間の整合性と分担関係、さらに公的統計全体のいずれについても、各所に重大な綻びが見られる。空白や未踏地域の存在も稀ではないなどという表現がふさわしい程度にとどまらない、深刻な状況にある。社会の情報基盤、基本インフラとしての重大な機能を果たし得る状態からは程遠いように見える。

小休止の後？

三輪[2014b、49 頁]に次の如く記した。

「実質 GDP や生産性上昇率などとの関連に限定しても、他にも注目すべき話題・欠陥等が少なくないだろう。誰がそのようなものに注目し、われわれの関心を向けさせるのか？」
「他の多くの統計は大丈夫だということはないだろう。どうするのか？」「誰が、課題に対する対応方法を検討し具体化するのか？提示された（さらに今後提示される）対応策の有効性等を誰が吟味し保証するのか？」などの設問を想起して多くの読者が途方に暮れるだろう。それ以前に、「何から、どこから手をつけるか？」「誰がそれを決めるのか？」と悩み、

²⁶ 「政府の説明責任（“accountability”）」などと言っても「なじみがないし、ピンとこない」とか「政府にそんな責任があるなんて考えたこともない」と白ける読者が多いかもしれない。民間企業が供給する製品（たとえば、カップ麺）を考えてみよう。品質保証を確信しない消費者は購入しないから、いかなる素材を使用してどのようにして生産するかなどの点をできる限り明確・透明にして、消費者が安心して購入できるように供給者は腐心する。さらに、品質・価格を含めて消費者のニーズに最もよく適合した製品であることを目指して商品企画の段階から最大限の努力を傾注して消費者の支持の獲得・拡大を目指すだろう。結果として獲得・維持される消費者の「信用」が重要な役割を果たすから、企業の「説明責任」が強調されるケースはあまり多くない。「説明」よりも、具体的な行動が消費者の信用・支持の確保に大きな役割を果たす。改めて「責任」問題が浮上する事態の回避に努力する。

これに対し、統計作成を含む政府の活動では、個々の活動が法的・制度的に and/or 予算等によって支持された「独占」である。他者との競争に配慮する必要性に乏しく、「品質保証」の欠如による消費者の支持の薄さをも深刻に受け止める必要がない。消費者（国民）の支持・「信用」を確保する必要性に乏しい反面、獲得・維持・強化するための有効な手段にも乏しい。結果として、需要側・供給側の双方が「こんなもんだ・・・」として現状を受け入れる状態が継続する。統計作成部署の役割・位置づけを決定しその performance を評価・管理する部署・上位者も同様である。さらに「現状で OK。それ以上のこと余計なことはするな・・・。目立つな」などと考える（ている）かもしれない。こうなれば、「説明責任」などは無縁・無駄な表現・考え方であり、無視するにしくはないだろう。有効な実現は容易でないが、「政府の説明責任」の実現は重要な要求である。

要するに、「品質保証や消費者（国民）のニーズに合致した商品企画を目指すと考えているか？考えたことがあるか？誰が考えることになっているか？明確な担当者・責任者が存在するか？」という視点からの（自己点検を含めた）検討が決定的に重要である。この点についても、より詳しくは、次作以降の検討課題である。

「関連情報の開示・公表を担当部署に求めても、開示すべきだとわれわれが期待する情報をほとんど保有していないのではないのか？それなら誰かほか人物や機関が開示すべき情報を収集する必要があるのではないのか？」と不安になる読者も多いだろう。

とはいえ、こういう設問・疑問に改めて直面するためにも小休止が必要だろう。

「なぜこのような状況に陥っているのか」「なぜ、そのような状況から脱出しようとの声が上がらないのか？『改革』が始まらないのか？」「何がかかる状況に陥らせ、そこからの脱出に向けた動きを条件づけ制約しているのか？」「状況の改善は可能か・・・？」などの点に関する検討は次作以降の課題である。²⁷²⁸

[5-2]. 医療分野は特別・・・？

²⁷ 各部門（とりわけ、サービス分野）に関する検討課題が三輪[2014a]と本論文で尽きたわけではない。筆者は、建設、流通、不動産、金融、情報通信などの分野にも同様の関心を抱いている。産業連関表やSNA基準年次推計との関連に注目したこれら2つの論文での検討とは別に、本論文で医療分野について簡単に言及したような、各分野・部門の実態の把握や各種検討課題との関連でも関連統計資料の整備は重大な国民的関心事である。各種政策を含む政府部門の **performance** の迅速・的確・正確な評価のためにも重要である。平成20年12月の統計委員会の『『公的統計の整備に関する基本計画』に関する答申』も冒頭の「公的統計の現状・課題」で、公的統計が直面する課題の第1に、「行政において『証拠に基づく政策立案』(evidence-based policy making)への要請が高まっている」点を挙げている。“hard-to-measure”分野の象徴の1つである政府活動のアメリカにおける比重(対GNP比)は、1969年で12.6%、1990年で12.2%である(Griliches, 1994)。イギリスの *Atkinson Review: Final Report* (Atkinson, 2005)が“government output”の測定に対する関心の高まりを象徴する。*Review*が the (output = input) convention と呼ぶ各国で採用されてきたコンベンション(イギリスでは1960年代初頭から1998年まで)を採用するかぎり、政府部門の生産性上昇率はゼロとなり、政府部門における「生産性」上昇を無視することになる。この欠陥を強く意識し government output の direct measure への転換を準備してきたONS (Office for National Statistics)は、1998年に direct measures への転換に踏み切った。direct measures による分野の比重が2/3にまで上昇した転換6年後に公表された *Atkinson Review* は経緯とともに成果を示す報告書であり、「この方向に向けた今後の戦略的方向性を確立するため」の review である。*Atkinson Review* について簡単には三輪[2011a]162-63ページを参照。

²⁸ 最近10年程度の期間に盛んに議論され熱心に推進されたとされる一連の「統計改革」(新統計法の制定や統計委員会の設置、経済センサスの開始などはその一環である)に関する筆者の見方については三輪[2014b]の[4]と[5]を参照。たとえば、次の如く記した(49頁)。「名目GDP、GDPデフレーターと実質GDP、実質GDP成長率、物価上昇率、経済全体および分野別の実質生産性上昇率などのおなじみの経済指標が、実はその作成方法すら必ずしも明確ではなく、公表されている推計値についても慎重な吟味・検討が必要な部分が少なくない。困ったことに、どこに問題・不安があるかさえも明確ではなく関連情報も開示されていない。政府統計の利活用および今後の『統計改革』の方向性と内容についても、慎重な吟味と対応が必要だと考え、現状を生み出し維持してきた人たちに対応策と『改革』の内容の決定を任せることに不安を感じるだろう。」

“Statistics on medical prices should be improved; indexes of medical productivity should be developed; and the search for an understanding of the determinants of medical prices and cost behavior should be developed.” U.S. Department of Health, Education, and Welfare (1967)

様々な理由から医療分野（さらに、教育分野や政府活動分野）は特別だと考える読者が多いかもしれない。もっとも、「特別」の意味・位置づけは多様だろう。分野の需要・供給両サイドおよび関係者の活動に対する政府の関与のいずれに関しても詳細な実態を知る必要はないし、政府（所管庁）の監督・管理を全面的に信頼し、その基礎となる関連統計の作成・公表も不要だと考える読者が少なくないかもしれない。関連統計の整備は必要だが、「特別」だと考える国民・政治家が多いから、実態・問題点が明確になってもその変更・是正は実現不可能だと考えるのかもしれない。だから、関連統計は無用だし、その整備は実現できないと考えるのかもしれない。

医療分野が「特別だ」とする見方・位置づけについてもさまざまな考え方が併存する（してきた）。多様な考え方の並存を前提として選択された状況が継続し、多くの関係者・国民もこれに慣れ親しんできた。「なぜこうなっているのか？」「現状は妥当か？」「見直し・変更は可能か？」「どうすべきか？何から手を付けるか？」などと考えようとしても、途方に暮れるだろう。このためもあって、この論文は「一段落、小休止」とした。

ここでは日本とは対照的に、医療統計の整備と生産性等の推計に向けた統計の積極活用に長期間にわたって積極的に取り組んできたアメリカの状況に対する読者の関心を促し、参考に供することとする。上の引用は、*Medical Care Output and Productivity*, と題する NBER conference volume (Cutler and Berndt eds. [2001])の Chapter 4 である当該分野の代表的研究者 6 人による展望論文 (Berndt, Cutler, Frank, Griliches, Newhouse, and Triplett, “Price Indexes for Medical Care Goods and Services”) の冒頭 (141 頁) の引用文である。日本式に言えば、分野の規制を担当する所管庁による関連統計の整備とその積極活用を提言した 1967 年の大統領への report である。Reagan 政権誕生時点にはるかに先行する。

他の先進諸国に比して、アメリカでは GDP に占める医療費の比率が以前から高かった。この比率が近年さらに上昇し、今後も加速度的に上昇すると見込まれることもあって、医療分野の生産性の計測、その基礎となる適切な “output” の定義と対応する数量と価格情報の収集・活用がますます盛んになっている。²⁹³⁰

²⁹ Triplett ed. [1999]、Cutler and Berndt eds. [2001]が代表的である。「医療問題」に対する長年の国民的関心高さが Clinton 政権下で政治的 issues としてもさらに高まったという事情が背景にある。キーワードは、“health care inflation”および「医療サービスの過剰生産・過剰消費」である（たとえば、Triplett and Berndt [1999]p.2~を参照）。三輪[2014b]の注 30 でも紹介したしばしば用いられる例示であるが、このような検討課題への挑戦も継続的に行われている。以前には困難な手術と長期間の入院を必要とした白内障の治療は、

Berndt 他[2001]は、上掲の引用に続いて、次の文章で始まる(p.141)。

The measurement of the output of the medical care system is necessary to assess the productivity levels and growth of a country's economy and of course of its medical system. This is true in countries with universal health care coverage or incomplete coverage, and regardless of the mix of public and private provision of medical care.

論文の次の部分(3番目のパラグラフ)の内容は、とりわけ日本の状況によくあてはまる(p.142)。

For countries where medical goods and services are provided by the government without direct charge, or with only nominal direct charges, data on revenue or receipts for medical care may not be available or may not be relevant. For these countries, the problem of measuring the output of medical care goes well beyond the inherent difficulty of measuring medical care prices. In such cases the difficult problem of measuring prices and output of medical care is combined with the equally formidable problem of measuring the output of the government sector.

日本では、このような検討・研究の基盤となる関連統計の整備について、その必要性すら強くは認識されていないようである。³¹³²

治療法の画期的な進歩により、今日では、手術が容易になると同時に手術時の患者の身体的負担が著しく軽減され、さらに入院不要となった。多くのサービス分野の如く、「生産額」を生産者の収入や入院日数・入院費や手術時の人件費等に注目する「代替指標」を用いて求めれば、患者1人当たりの「生産額」は激減、患者数が増加しても総「生産額」は減少するだろう。白内障の治療数、さらにその患者負担の軽減に注目する質の変化を考慮すれば、白内障治療サービスの実質生産額は激増するはずである。たとえば、医療関連分野にはこのような事例に満ち溢れている。アメリカでは、このようなサービスの質に注目した生産性の計測がすでに半世紀にわたって大きな関心事であり続けている。

³⁰ Berndt 他[2001]には、1990年代以降の統計作成部署の劇的方針転換を中心に、医療関連の価格指数の半世紀間の展開が詳細に紹介されている。CPIとPPIを作成しているBLS(Bureau of Labor Statistics)によるMedical Care CPIs and PPIsの作成・改善プロセスとその背景の紹介が中心である。たとえば、170頁には、sampling unitsに対する詳細な調査が行われ、PPIs for physicians' billsが1993年12月から公表されるようになったことも紹介されている。センサスや無作為抽出による多数のサンプルを対象とする一般化された調査に加えて、このようなsampling unitsに焦点を合わせた集中的な調査手法の日本での活用も検討に値するかもしれない。BLSメンバーによるより詳細な情報についてはFixler and Ginsburg [2001]を参照。このような手法によらなければ、医療サービス分野を含む多くのサービス分野で、有効・有効なprice dataの収集は実現不能かもしれない。しかし、これの実現にも「タテ割り行政」の厚く高い壁が立ちはだかるかもしれない。

³¹ 少なくともその一部について必要性と重要性を認識し痛感する「関係者」が厚生労働省

[Reference]

Atkinson, Tony [2005] *Atkinson Review: Final Report* (HMSO), Palgrave.

Baldwin, John R. and Tarek M. Harchaoui [2006] “The Integration of the Canadian Productivity Accounts within the System of National Accounts: Current Status and Challenges Ahead.” In Dale W. Jorgenson, J. Steven Landefeld, and William

の関連部署（医療行政や統計関連部署）、あるいは GDP およびそのデフレーターを作成を所管する内閣府、産業連関表と CPI を所管する総務省、企業向け物価指数(DCGPI や CSPI)を作成する日本銀行に存在するとしても、多くは次の如く考えるだろう：「重要だけど、少なくともわれわれの職務範囲ではない。そのような指示は受けていないし、人員・予算も配分されていない。」「どこか他の省庁・部署が担当しているはずだが……。どこも対応していないなんて、困った話だが、ウチの仕事ではない。」「しかし、こういう重要な仕事の実施されていない状況を、このまま放置するのか……。？対応策の検討はどこの誰が提起し実施するのか？」「こういうことの重要性を訴えるとしても、省内のどこの誰に言ったらいいのか？そういうことの重要性を理解し関心を示してくれそうな人は上や周囲にいないし、理解してもその後のことを考えて、『まあまあ……。昔は私もそう考えたこともあったけどね』と聞き流されるのがオチだろう。」「だから、統計法を改正して『司令塔』としての統計委員会を創設したのだ……。』とする反論があるかもしれない。この見方については、三輪[2014b]の注 37 を参照。

繰り返して恐縮だが、関連して、三輪[2014b]注 50 の「裸の王様」の譬えを参照されたい。医療行政（医療政策）も政府規制の一環であるが、[2]に見た如く、その基礎となる規制対象(regulated)に関する基本情報・関連統計が、決定的に不備であり重要部分が欠落している。かかる状況下で実施されている規制を「裸の王様だから……。』見る国民の増加は、ほとんどの国民にとって不幸なことだろう。

³² 日本でも多くの「医療経済学」の専門家達による長期間にわたる蓄積があることに注目する読者が多いだろう。数年前に、筆者は、*Health Economics* 研究の一環として標準的な分析手法を日本の医療分野にて適用した成果を予想し、多かる期待を抱いて「医療経済学」分野の研究成果の見学に出かけた。しかし、現実・実態は予想・期待とはなはだしく乖離した。*Health Economics* と「医療経済学」の関係は少なくとも迂遠であり、前者へ至る入り口・誘導路として日本の「医療経済学」、それを象徴する『講座 医療経済・政策学』を薦めるのは不適切だと結論に到達した。この報告書である三輪[2008]は、経済学者である友人の表現を借りれば、「宝島か竜宮城・遊園地の見物・見学に出かけたはずの人物による、鬼が島（あるいは巨大迷路やお化け屋敷）探訪記みたいなもの」かもしれない（(1)の 58~59 頁）。この論文の (2) の「[IV-3. 信頼できる数量データに基づく政策論議およびその基礎となる数量データの欠如]で、多くの読者が抱く「基礎データが乏しい現状に対する強い・疑問・不満」として 9 点列挙した。第 1 点は以下の通りである。「(1) 医療費の用途別明細が政府にも正確に把握できないという。国民皆保険制度の下で全国民が医療保険制度への加入を強制されている。現状は、国民から強制的に徴収した税金について、その用途別明細が政府にも把握できない状況とどこが違うか？現状のままで、国民皆保険制度の維持を前提としつつ、今後の医療費急増の予測を示すことと、用途別明細を明示せずに（さらに、把握せずに）増税計画を示すこととどこが違うか？年齢・性・地域・過去の病歴などに基づくカテゴリーに分けた受益者グループのそれぞれについて、いかなる用途に向けてどのようなサービスを提供したか（数量・価格）という観点から整理した正確な情報を提示して参加者・受益者・資金提供者である国民の理解を得ることが当然ではないか？この条件を満たさない状況を政府が放置する理由は何か？」

- D. Nordhaus eds. *A New Architecture for the U.S. National Accounts*, NBER.
- Berndt, Ernst R., David M. Cutler, Richard G. Frank, Zvi Griliches, Joseph P. Newhouse, and Jack E. Triplett [2001] “Price Indexes for Medical Care Goods and Services: An Overview of Measurement Issues”, in Cutler and Berndt eds. [2001]
- Berndt, Ernst R. and Jack E. Triplett eds. [1990] *Fifty Years of Economic Measurement*, The University of Chicago Press.
- BLS (Bureau of Labor Statistics) [2013] *BLS Handbook of Methods: Prices and Living Conditions* (Chapter 14. Producer Prices, Chapter 17. Consumer Price Index).
- Cutler, David M. and Ernst R. Berndt eds. [2001] *Medical Care Output and Productivity*, The University of Chicago Press.
- Fixler, Dennis and Mitchell Ginsburg [2001] “Health Care Output and Prices in the Producer Price Index,” in Cutler and Berndt eds. [2001].
- 深尾京司・宮川 務編[2008]『生産性と日本の経済成長』東京大学出版会.
- Gordon, Robert J. [1996] “Problems in the Measurement and Performance of Service Sector Productivity in the United States.” *NBER Working Paper*, 5519, March.
- Griliches, Zvi [1994] “Productivity, R&D, and the Data Constraint,” *American Economic Review*, March, pp.1-23.
- 橋本英樹[2013]「財政破綻は医療を破綻させるか？話題提供のためのメモ（加筆後）（於「財政破綻後の日本経済の姿」に関する研究会、9月27日）
<http://www.carf.e.u-tokyo.ac.jp/research/zaisei/20130927Hashimoto.pdf>
- 井伊雅子[2011]「医療費の範囲と『国民医療費』」橋本英樹・泉田信行編『医療経済学講義』東京大学出版会.
- 医療経済研究機構[2012]「2008年度 OECD の SHA 手法に基づく総保険医療費の推計 (National Health Accounts)報告書」..
- Jorgenson, Dale W. [1990] “Productivity and Economic Growth”, in Berndt and Triplett eds. [1990].
- 三輪芳朗[2008]「Health Economics への招待：二木立・田中滋・池上直己・西村修三・遠藤久夫編『講座 医療経済・政策学』の書評を中心に (1) (2)」『経済学論集』第74巻第3号、第4号.
- 三輪芳朗[2011a]「統計委員会基本計画部会第2ワーキンググループ参戦（あるいは探訪）記」『統計と日本経済』第1巻第1号.
- 三輪芳朗[2011b]「『不良債権』『不良債権処理の遅れ』『追い貸し』と失われた20年：日本の経験からの教訓？」『経済学論集』第77巻第2号、第3号.
- 三輪芳朗[2014a]「よりよい政策と研究を実現するための経済統計の改善に向けて：An Invitation あるいは『勧進帳』」CIRJE-J-256.
- 三輪芳朗[2014b]「よりよい政策と研究を実現するための経済統計の改善に向けて：(2)産業

- 連関表、SNA(GDP)推計、GDP デフレーター、生産性指標」 CIRJE-J-262.
- 内閣府[2012]「推計手順解説書（年次推計編）－平成 17 年基準版」11 月 16 日.
- 日本銀行調査統計局[2010]『2005 年基準企業向けサービス価格指数(CSPI) 調査対象サービス一覧』5 月.
- ONS (Office for National Statistics) [2007] *The ONS Productivity Handbook*, Palgrave.
- 総務省統計局[2006]『平成 17 年基準 消費者物価指数の解説』.
- 総務省（総務省・内閣府・金融庁・財務省・文部科学省・厚生労働省・農林水産省・経済産業省・国土交通省・環境省共同編集）[2009]『平成 17 年（2005 年）産業連関表－総合解説編』総務省.
- Statistics Canada [2001]A Guide to Deflating the Input-Output Accounts: Sources and methods.
- 統計委員会[2008]「『公的統計の整備に関する基本的な計画』に関する答申」12 月.
- Triplett, Jack E. and Ernst R. Berndt [1999] “Introduction: New Developments in Measuring Medical Care,” in Triplett ed. [1999],
- Triplett, Jack E. ed. [1999] *Measuring the Prices of Medical Treatments*, Brookings Institution Press.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare [1967] *A Report to the President on Medical Care Prices*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, February.