

保健医療提供機関の資本形成の推計方法における課題

調査部 上席主任研究員 西沢 和彦

目 次

はじめに

1. 保健医療提供機関の資本形成はどのように捉えられているか

- (1) 高額医療機器保有台数と病院数
- (2) OECD『総保健医療支出』における資本形成

2. わが国における推計方法と改善すべき点

- (1) わが国における保健医療提供機関の資本形成の推計方法
- (2) 推計方法において改善されるべき点

3. 実際の資本形成額の大まかな把握

- (1) 医療機器
- (2) 建物・構築物
- (3) 総保健医療支出のなかでの留意点

おわりに

要 約

1. 本稿は、包括的な医療費統計の一つであるOECDの『総保健医療支出』に計上されている保健医療提供機関の資本形成すなわち医療機器や病院・診療所など建物・構築物への投資の推計方法をトレースし、その問題点を指摘することによって、今後の推計方法の改善へ寄与することを目的としている。そうした問題点は、同統計を解釈する際の留意点でもある。

2. わが国は、MRIやCTスキャンなどの高額医療機器の台数や病院数が人口当りでみて先進諸外国比突出して多いことは広く知られる。他方、医師不足や病院勤務医の過重労働が指摘される。とすれば、限られた資源は、資本から労働へと振り向けられるよう議論が展開されるべきであるが、わが国の包括的な医療費統計である『国民医療費』はそうした議論に資することはない。『国民医療費』には、そもそも資本形成という概念がないためである。それがあるのは、OECDの『総保健医療支出』である。

もっとも、そこに計上されているわが国の資本形成は、対GDP比で0.09%（2010年）と、アメリカが0.69%、カナダが0.62%、主要欧州諸国が0.4%から0.5%の間にあるのと比較して、異例ともいえる低水準にある。さらに時系列で数値を追うとほぼ一貫して低下傾向にあり、95年には2兆円程度であったものが直近では4,000億円程度でしかない。これは、CTスキャン台数から受ける印象すなわち資本形成が多いという印象と全く逆の状況を示している。

3. わが国の『総保健医療支出』を推計し、OECDに提出しているのは医療経済研究機構である。資本形成に関し医療経済研究機構の推計方法をトレースし、その上で、推計結果に与える影響が多いと考えられるものの順に主要な今後の改善点（問題点といってもよい）を挙げれば、次の三つがある。

一つ目は、保健医療提供機関の自己資金をもとにした資本形成が計上されていないことである。資本形成の原資は、大きく分ければ、診療報酬をはじめとした収入を原資とする自己資金、および、補助金の二つがある。主体は自己資金である。にもかかわらず、医療経済研究機構の推計方法では、このうち補助金による資本形成成分しか計上されていない。

二つ目は、地方自治体の設立による病院に対する資本形成のための補助金が計上されていないことである。三つ目は、国立病院に関するものであり、例えば、国立大学附属病院に対する補助金も計上されていない。以上のようなことから、OECDの『総保健医療支出』におけるわが国の資本推計はかなりの過少推計になっていると考えられる。

4. では、実際に、どの程度の資本形成が行われているのか。これは、今後推計方法の改善を目指すうえで現在の『総保健医療支出』を解釈する際の留意点としても重要である。資本形成のメインである医療機器と建物・構築物の二つについてみると、おおまかには3兆円台から4兆円台の資本形成規模が浮かび上がってくる。対GDP比では0.6%から1%ということになり、先進諸外国のなかでも最も水準の高いアメリカ並みかそれを上回る水準ということになる。

5. 『総保健医療支出』は、国際比較が可能な唯一の統計であることもあり、政策決定の際にしばしば

用いられる。それだけに、推計方法の改善が急がれる。その際、統計の重要性なども鑑みれば、推計主体を『国民医療費』同様に厚生労働省に移すことも積極的に検討されるべきだろう。

はじめに

わが国では、MRIやCTスキャンなど的高額医療機器の人口当たり保有台数が先進諸外国のなかで突出して多いことは広く知られている。他方、危機的な財政状況を背景に、一般会計最大の歳出項目であり今後も増大が見込まれる社会保障関係費の効率化が不可欠となっている。とすれば、こうした高額医療機器への投資を抑えることで医療費抑制を図ることは有効な方策の一つである。

そのためには、そもそも現在の状況および抑制策による効果などが包括的な医療費統計によって把握されなければならない。具体的に、(1) どのような分野で資本形成が行われているのか。例えば、特定の医療機器に過剰な投資が行われていないか。(2) 資本形成、労働、中間財それぞれのへの資源投入の相対的な規模はどのようになっているか。(3) 時系列での趨勢、地域別での特徴はどうなっているか。

もっとも、わが国の包括的な医療費統計である厚生労働省の『国民医療費』ではそれが困難である。『国民医療費』には、医療機関の資本形成という概念がなく、医療機関が毎年度、病院建物や医療機器などの資本形成に一体いくら投じているのか、それが国民医療費のなかでどのような規模を占めているのかが示されていないためである。

他方、OECDが公表している包括的な医療費統計である『総保健医療支出』では、資本形成が公表されているのだが、わが国の数値を見ると、本稿で検証していくように、実態をほとんど反映していないと考えられる。政策の議論を有効に進めるためには、こうした状況の是正が不可欠であり、本稿はそうした問題意識を出発点としている。

本稿の構成は次の通りである。続く第1章では、国内外の医療費統計において、わが国の保健医療提供機関の資本形成がどのように捉えられているのかを俯瞰する。資本形成が捉えられているのは、上に述べたようにOECDの『総保健医療支出』である。第2章では、もっとも、その『総保健医療支出』で捉えられている資本形成は、わが国の実際の資本形成をほとんど反映していないことを、推計方法をトレースすることで確認し、推計方法において改善されるべき点を指摘する。第3章では、実際の資本形成額がどの程度あるのか、資本形成の大勢を占める医療機器と建物・構築物の二つに焦点を当てて大まかな把握を試みつつ、今後推計方法を改善するうえでのポイントを探る。

1. 保健医療提供機関の資本形成はどのように捉えられているか

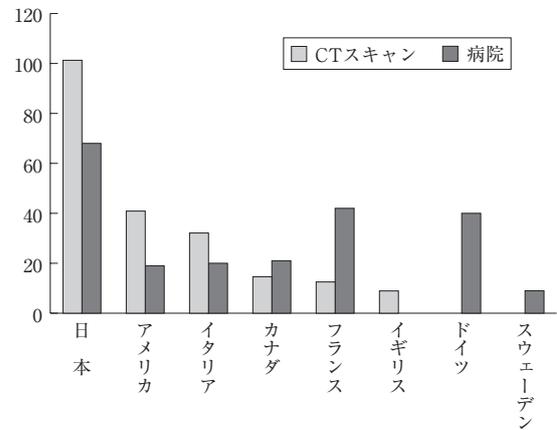
(1) 高額医療機器保有台数と病院数

わが国は、広く知られるように、MRIやCTスキャンなど高額医療機器の人口当たり台数、あるいは、病院数が他の先進諸外国に突出している。例えば、人口100万人当たりのCTスキャン台数は、カナダ14.6、フランス12.5、イタリア32.1、イギリス8.9、アメリカ40.9であるのに対し、わが国は101.3と顕著に多い(図表1)。また、同様に病院数も、スウェーデン9、イタリア20、カナダ21、ドイツ40、フランス42に対し、わが国は68とやはり際立って多い(図表1)。

その一方、医師不足や病院勤務医をはじめとした医療従事者の過重労働がしばしば指摘される。そうであるならば、限られた財源は、資本から労働へと振り向けられるべく議論が展開されるべきである。もっとも、そうした議論を定量的に行おうとしても、わが国の包括的な医療費統計である厚生労働省の『国民医療費』では困難である。

『国民医療費』は、次の三つの側面、すなわち
 (1) 医科、歯科、調剤薬局などの診療種類別、
 (2) 組合健保、協会けんぽ、国保などの制度区分別、(3) 公費、保険料などの財源別に分類されている(図表2)。本来、これらに加えて必要なのは、医師や看護師などへの人件費、薬剤費、病院建築や医療機器購入など設備投資費などといった保健医療提供機関の支出区分、すなわち、医療サービスを生産するためにどのように資源を投入しているのかに関する計数であるが、『国民医療費』にはそれが存在しないためである。

(図表1) CTスキャン数、病院数
(人口100万人当り)



(資料) OECD 'Health Data' より日本総合研究所作成
 (注) 病院数は2010年のデータ(スウェーデンのみ2003年)。CTスキャン数は2011年のデータ。データが取得できない国もある。

(図表2) 国民医療費

診療種類別		制度区分別		財源別	
医科診療医療費	272,228	公費負担医療給付分	26,353	公費	142,562
入院医療費	140,908	医療保険等給付分	178,950	国庫	97,037
病院	136,416	医療保険	176,132	地方	45,525
一般診療所	4,492	被用者保険	84,348	保険料	181,319
入院外医療費	131,320	協会管掌健康保険	41,973	事業主	75,380
病院	51,860	組合管掌健康保険	31,906	被保険者	105,939
一般診療所	79,460	船員保険	190	その他	50,322
歯科診療医療費	26,020	国家公務員共済組合	2,270	患者負担	47,573
薬局調剤医療費	61,412	地方公務員共済組合	6,946	その他	2,749
入院時食事・生活医療費	8,297	私立学校教職員共済	1,064	合計	374,202
訪問看護医療費	740	国民健康保険	91,784		
療養費等	5,505	その他	2,818		
合計	374,202	後期高齢者医療給付分	116,876		
		患者等負担分	50,151		
		軽減特例措置	1,872		
		合計	374,202		

(資料) 厚生労働省「平成22年度国民医療費」より日本総合研究所作成

(2) OECD『総保健医療支出』における資本形成

他方、SHA (A System of Health Accounts) という基準に基づき算出されるOECDの『総保健医療支出』統計では、機能別分類において、総保健医療支出が経常保健医療支出と保健医療提供機関の資本形成で構成されており(図表3)、資本形成を把握できる構成となっている。『総保健医療支出』統計も、包括的な医療費に関する統計であり、予防や介護を含むなどわが国の『国民医療費』より対象範囲も広い。国民医療費36兆67億円に対し総保健医療支出は44兆5,736億円となっている(2009年)。諸外国との比較をするうえで唯一の統計である。

もっとも、そこで示されているわが国の資本形成の姿は、前出のCTスキャン台数や病院数などから受ける印象、すなわちわが国は資本形成の規模が諸外国比突出しているという印象とはむしろ逆である。

総保健医療支出の対GDP比について経常保健医療支出と保健医療提供機関の資本形成の内訳を示しつつ、先進諸外国間で比較すると（図表4）、資本形成の対GDP比は、わが国は0.09%と顕著に低い。最も高いアメリカは0.69%、次いでカナダが0.62%、そのほかの国も0.4%から0.5%の間にあり、わが国は異例ともいえる低水準となっている。

（図表3）総保健医療支出

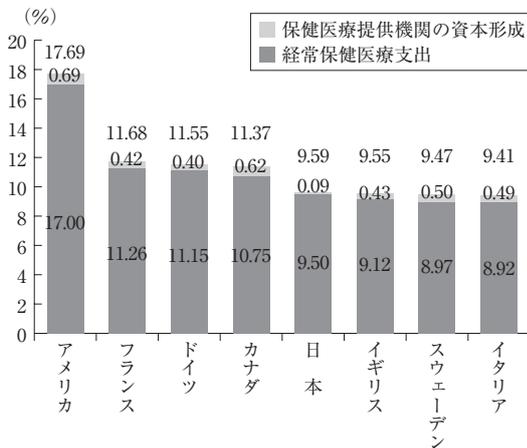
		（億円、%）	
総保健医療支出	445,736	(100)	
経常保健医療支出	437,619	(98.2)	
医療サービス支出	322,912	(72.4)	
入院医療	174,131	(39.1)	
外来医療	130,615	(29.3)	
デイケア医療	4,180	(0.9)	
在宅医療	10,702	(2.4)	
補助的サービス	3,285	(0.7)	
医療財への支出	97,022	(21.8)	
医薬品その他非耐久性医療財	92,571	(20.8)	
医療用具その他の耐久性医療財	4,451	(1.0)	
予防・公衆衛生	10,306	(2.3)	
保険管理と保険への支出	7,379	(1.7)	
保健医療提供機関の資本形成	8,117	(1.8)	

（資料）医療経済研究機構 [2012] より日本総合研究所作成
（注）機能別分類。

あるいは、わが国について時系列でOECD『総保健医療支出』から資本形成のデータを取得すると（図表5）、1995年の2兆1,092億円をピークとし、以降ほぼ一貫して低下傾向にあり、2010年は4,132億円ではない。

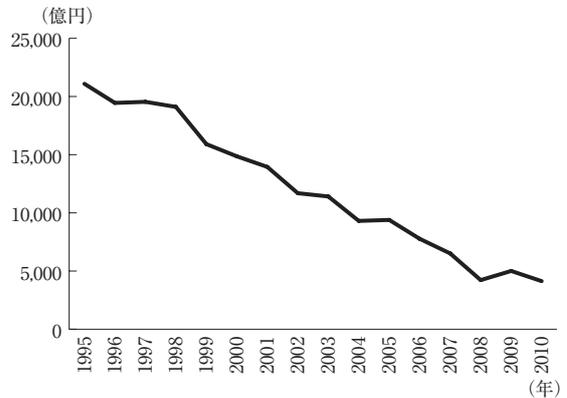
これは、先ほどもみたようなわが国のCTスキャンの人口当たり台数や病院数が（ただし、これはストックである点には留意する必要がある）、先進諸外国比突出しているのと全く逆の状況を示している。このように、保健医療提供機関の資本形成について、一見矛盾する統計が併存しているのが現状である。医療に関する現状認識の共有すら難しい状況では、生産的に議論を進めることなど到底望めない。

（図表4）総保健医療支出の対GDP比



（資料）OECD 'Health Data: Health expenditure and financing' より日本総合研究所作成
（注）2010年。

（図表5）保健医療提供機関の資本形成（1995年—2010年）



（資料）OECD 'Health Data: Health expenditure and financing' より日本総合研究所作成
（注1）データの継続性がある95年からとしている。
（注2）2008年、2009年の値は、医療経済研究機構 [2012] 「OECDのSHA手法に基づく総保健医療支出の推計」掲載の金額より下方修正されている。

2. わが国における推計方法と改善すべき点

（1）わが国における保健医療提供機関の資本形成の推計方法

では、こうした「保健医療提供機関の資本形成」はどのように推計されているのであろうか。推計を行っているのは、わが国の医療経済研究機構であり、医療経済研究機構 [2012] 『2009年度OECDの

SHA手法に基づく総保健医療支出の推計』にその方法が記載されている。SHAの解説書としては、OECD [2000] ‘A System of Health Accounts’ があるが、それはもっぱら概念や項目などを定めたガイドラインのような内容であり、各項目の詳細な推計方法までを定めているものではない。国ごとに医療制度や統計が異なるなか、推計方法は各国に任されているということであろう。

医療経済研究機構 [2012] では、保健医療提供機関の資本形成の推計にあたり、『国民経済計算』から保健医療提供機関の資本形成に関連する部分を抜き出した集計したうえで、そこから後で述べるように他の統計を用いつつ関連のないものを控除するという方法がとられている。まずは大掴みに捉えておいて、その後不要なものを取り除くという段取りだ。まずは評価抜きに、推計方法を淡々とトレースしていこう。

『国民経済計算』には、付表7に一般政府（中央政府、地方政府、社会保障基金政府）の機能別支出が公表されている。これは、政府の消費や投資などの活動を記述したものであり、一般公共サービス、防衛、公共の秩序・安全などといった10種類の支出目的（機能）と、最終消費支出、補助金、総固定資本形成などといった7通りのお金の出し方（項目）のマトリックスとなっている（図表6）。

（図表6）「国民経済計算」における一般政府の機能別支出（2009年度）

（単位：10億円）

機能別支出 \ 項目	最終消費支出	補助金	現物社会 移転以外の 社会給付	その他の 経常移転	総固定資本 形成	在庫品 増加	資本移転
1. 一般公共サービス	9,205.4	17.4	0.0	999.3	396.8	-39.9	1,541.8
2. 防 衛	4,200.1	0.0	0.0	46.9	224.0	0.0	0.0
3. 公共の秩序・安全	6,010.7	52.8	0.0	12.6	658.9	0.0	2.7
4. 経済業務	13,048.5	1,652.2	0.0	2,612.0	8,673.7	6.6	1,499.9
5. 環境保護	2,920.7	51.5	0.0	944.0	2,253.4	0.4	96.6
6. 住宅・地域アメニティ	1,954.3	708.3	0.0	209.6	1,461.6	0.0	1,169.7
7. 保 健	30,511.4	909.2 a	0.0	457.5	99.1 b	0.0	205.2 c
8. 娯楽・文化・宗教	1,419.4	0.0	0.0	153.4	385.0	0.0	13.7
9. 教 育	14,284.3	27.1	0.0	662.7	2,080.1	0.1	83.7
10. 社会保護	10,683.9	54.1 d	65,215.0	3,747.4	230.0 e	0.0	241.1 f
合 計	94,238.8	3,472.6	65,215.0	9,845.6	16,462.7	-32.8	4,854.4
		a+d 963.3			b+e 329.1		c+f 446.3
							合計 1,738.7

（資料）内閣府経済社会総合研究所「国民経済計算年報平成21年度」より日本総合研究所作成

医療経済研究機構 [2012] では、こうした10の機能のうち、保健医療に相当するものとして、「保健」と「社会保護」の二つが選ばれ、7通りのお金の出し方（項目）のうち資本形成に関連するものとして「補助金」、「総固定資本形成」、「資本移転」の三つが選ばれている。

具体的に、「保健」とは、①医療品、医療器具および機器、②外来患者サービス、③病院サービス、④公衆衛生サービス、⑤保健医療に関する研究開発などであり、「社会保護」は、①病気と障害、②高齢者、③遺族、④家族と子供に関する問題、⑤失業、⑥住宅、⑦他に分類されない社会的排除、⑧社会保護に関する研究開発などである。「総固定資本形成」は、一般政府による固定資本の新規購入、「補助金」と「資本移転」は一般政府から保健医療提供機関への支払いとおおまかに整理されるだろう。

医療経済研究機構 [2012] における最新の推計年度である2009年度を例にとり、『国民経済計算』か

ら数値を拾えば、「保健」の補助金、総固定資本形成、資本移転は、それぞれ9,092億円、991億円、2,052億円、計1兆2,135億円であり、「社会保護」は同様に、541億円、2,300億円、2,411億円、計5,252億円である。「保健」と「社会保護」の合計は、1兆7,387億円である。

次いで、ここから資本形成とは関係のない金額が控除される。1兆7,387億円の約6割を占める補助金9,633億円のなかには、保健医療提供機関の資本形成のために一般政府が出す補助金のみならず、人件費や業務費など運営費のための補助金（以下、運営費補助金）が含まれるためである。例えば、地方公共団体が医師誘致のため病院に対し人件費を補助するケースなどだ。よって、「補助金」から運営費補助金を控除し、資本形成目的の補助金のみを抽出する必要がある。そこで、医療経済研究機構 [2012] では、運営費補助金を推計し、上記の金額（2009年度1兆7,387億円）から控除するという作業が行われている。なお、この運営費補助金は、総保健医療支出統計のなかでは経常保健医療支出（図表3参照）の一部を構成する。

その際、わが国の病院の設立主体は、国立病院、公立病院、そのほか医療法人や公的病院など多岐にわたり（図表7）、補助金の投入ルートも複数になるため、医療経済研究機構 [2012] では、運営費補助金の受け手を、国立病院等、公立病院等、その他の三つにグルーピングしそれぞれ各統計からの数値の抽出あるいは推計を行っている。アウトラインは次のように整理できる。

第1に、国立病院等に関しては、国立病院特別会計（医療経済研究機構 [2012] p.85には国立病院特別会計と記載されているが同特別会計は2003年度で廃止されている）が一般会計から受け入れている経営費を計上している。ちなみに、2003年度は1,018億円である（平成15年度「決算参照書」p.302）。

第2に、公立病院等に関しては、『地方公営企業年鑑』（地方財務協会）における病院の収入項目のうち、「国庫補助金」、「都道府県補助金」、「他会計補助金」、「他会計負担金」、「他会計繰入金」の合計を計上している。これは、同年鑑から計算することができ、2009年度は5,839億円である。

第3に、その他の保健医療提供機関に関しては、『医療経済実態調査』（中央社会保険医療協議会）における「1施設当り人件費補助」と「1施設当り運営費補助」の合計額に『医療施設（動態）調査』における施設数を掛け合わせるという方法で求めた数値を計上している。

ただし、その他の保健医療提供機関の受け取る運営費補助金をこの方法によって外部から求めることはできない。「1施設当り人件費補助」と「1施設当り運営費補助」は、『医療経済実態調査』の「その他の医業・介護関連収益」という項目のなかに丸められたうえで公表されているためである。例えば、

（図表7）設立主体別病院数

		実数	割合(%)
国	独立行政法人国立病院機構	144	1.7
	国立大学法人	48	0.6
	独立行政法人労働者健康福祉機構	34	0.4
	厚生労働省	14	0.2
	国立高度専門医療研究センター	8	0.1
	その他	26	0.3
	小計	274	3.2
地方公共団体	市町村	673	7.9
	都道府県	216	2.5
	地方独立行政法人	73	0.9
	小計	962	11.2
その他	医療法人	5,709	66.7
	公益法人	380	4.4
	個人	348	4.1
	社会福祉法人	189	2.2
	厚生連	110	1.3
	私立学校法人	108	1.3
	日赤	92	1.1
	その他	393	4.5
	小計	7,329	85.6
合計	8,565	100.0	

（資料）厚生労働省「医療施設調査平成24年」より日本総合研究所作成

医療法人が設立主体となっている病院においては、平均的には医業収益月額1億4,787万円に対し、その他の医業・介護関連収益同305万円（2012年6月実施分、一般病院集計1）となっており、この305万円のなかに人件費補助と運営費補助が含まれているのだが、その具体的数値までは公表されていない。

そこで、試みにこの305万円を年間ベースに引き直したうえで、病院数をかけると2,000億円程度となる。よって、その他の保健医療提供機関の受け取る運営費補助金はその内数ということになる。

このようにして運営費補助金を求め（上記の第1～第3から類推するとおおよそ7,000億～8,000億円台となろう）、前出の1兆7,387億円から控除した金額が保健医療提供機関の資本形成8,117億円（2009年度）ということになる（注1）。

(2) 推計方法において改善されるべき点

保健医療提供機関の資本形成を推計するのは統計上の制約やわが国では民間病院が多いといった医療提供体制の特徴などから難しい作業ではあろう。とはいえ、こうした推計方法には今後改善されるべき点（問題点と言ってもよい）が複数指摘できる。それは、この統計を解釈するうえでの留意点でもある。推計結果に影響を与える程度が大きいと考えられる順に主要な3点を挙げれば、次の通りである。

一つ目は、この推計方法では、『国民経済計算』の一般政府の機能別支出の「保健」の総固定資本形成が991億円（図表6）しかないことからもうかがえるように、保健医療提供機関が自らの資金で賄う資本形成がそもそも計上されない点である。これは、国、地方公共団体、その他すべての設立主体の保健医療提供機関についてあてはまる。

保健医療提供機関の資本形成の原資としては、確かに国や地方公共団体などからの補助金もあるが、主となるのは自らの保健医療サービスの対価として受け取る収入すなわち診療報酬である。保健医療提供機関は、診療報酬によって蓄積された現預金、あるいは、借入をもとに（その返済原資はやはり診療報酬が主となる）病院建設や医療機器購入の代金を賄う。厚生労働省の調査によれば、病院の資本形成額のうち補助金で賄われたのは13.7%でしかない（注2）。しかし、医療経済研究機構〔2012〕の推計方法では、こうした資本形成のうち自らの収入で賄われる部分が計上されない。

それは、医療経済研究機構〔2012〕が、前述のように『国民経済計算』の一般政府の機能別支出のみを推計の加算項目としているためである。『国民経済計算』の「一般政府」には、民間はもちろん国立および地方公共団体の設立も含め、病院や診療所などは含まれない。これらは国民経済計算上「一般政府」ではなく「産業」の扱いになる。よって、病院などが自ら（手許資金や借入で）構築した資本形成については、当然のことながら一般政府には計上されない。これらは、『国民経済計算』を用いるのであれば、「企業の総固定資本形成」から数値を拾ってこなければならぬはずである。

二つ目は、一般政府の機能別支出の「補助金」から運営費補助金として過剰な金額を控除し、その結果、施設整備費補助金が過少になっている点である。医療経済研究機構〔2012〕では、地方公共団体の病院に対する施設整備費補助金を求めるのにあたり、『地方公営企業年鑑』における国、都道府県、市町村からの補助金等の数値を使っている。もっとも、『地方公営企業年鑑』計上の補助金等は、運営費補助金と施設整備費補助金の合計であり、こうした方法では、本来残しておくべき施設整備費補助金も控除してしまっていることになる。

三つ目は、国立病院に関して、複数の未計上あるいはその可能性があることである。まず、医療経済研究機構 [2012] p.84にも書かれている通り、274の国立病院のうち48ある国立大学法人附属病院の金額が計上されていない。国立大学に対しては、一般会計から、附属病院と非附属病院合計で運営費1兆1,695億円、施設整備費1,988億円が投じられている（2009年度）。このうち附属病院にかかる部分に関しては、本来、それが切り出されたうえで、経常保健医療支出、保健医療提供機関の資本形成それぞれに計上されなければならない。

次に、医療経済研究機構 [2012] を見る限り、国立病院等への運営費補助金の推計に際し「国立病院特別会計」の金額しか計上していないと考えられ、独立行政法人労働者健康福祉機構の34の病院（労災病院）の金額が除外されている可能性がある。ちなみに、同機構には、労働保険特別会計から補助が行われており、2009年度は、運営費107億円、施設整備費14億円が投じられている。

さらに、独立行政法人国立病院機構の144の病院にかかる分の扱いも不明である。医療経済研究機構 [2012] には、「国立病院特別会計」から数値を拾っているとあるが、同特別会計は2003年度ですでに廃止になっている。国立病院特別会計は、2004年度に国立高度医療センター特別会計、独立行政法人国立病院機構などに改編され、2009年度には国立高度医療センター特別会計も廃止されている。

このように、医療経済研究機構 [2012] の保健医療提供機関の資本形成の推計方法には、改善すべき点を複数指摘することができる。とりわけ一つ目の点により、実際の保健医療提供機関の資本形成の大部分が、OECDの『総保健医療支出』の保健医療提供機関の資本形成に反映されていないと考えられる。二つ目の点によっても、資本形成の推計額は過少になっており（他方、経常保健医療支出は過大になっている）、三つ目の点において、国立大学附属病院に対する補助金が入っていないことなども十分留意しなければならない。『総保健医療支出』統計は、国際比較でもしばしば用いられるが、こうした点に十分留意して解釈する必要があり、さらに、今後改善に向けた議論が展開されなければならない。

(注1) 医療経済研究機構 [2012] によれば、さらに『国民経済計算』の一般政府の機能別最終消費支出（実質）の固定資本減耗が控除されることとなっている。しかし、ここで求めているのは、グロスの値なので、固定資本減耗を差し引くことはそもそも妥当ではない。ちなみに、2009年度は保健747億円、社会保護1,534億円、計2,281億円である。この分も、保健医療提供機関の資本形成は過少になる。

(注2) 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（医療機関等における消費税負担に関する分科会）第8回 2013年8月28日 税1-1 「医療機関等の設備投資に関する調査結果報告書」 p.33. 1,000の病院に対する調査、回答のあった142病院の数値。

3. 実際の資本形成額の大まかな把握

では、実際の資本形成はどの程度の規模なのであろうか。この点は、『総保健医療支出』統計を解釈するうえで、また、今後推計方法の改善を模索するうえで重要である。医療経済研究機構 [2012] は、これまで見てきたように、主に財源面からそれを把握するという方法をとっている。保健医療提供機関の資本形成のため補助金が一体いくら出ているのかということから資本形成の金額を把握しようとしている訳である。

他方、資本財の供給側からそれを把握するという方法の方がより直截的で有効なはずであり、財源面からの把握を補完することが可能と考えられる。そこで、精緻な把握は次の課題とし、ここでは、主要な資本形成すなわち医療機器と建物・構築物について、供給側の情報から大まかな把握を試みる。

(1) 医療機器

病院や診療所などの資本形成に関する厚生労働省の調査によれば、病院の場合、資本形成額のうち医療機器、建物・構築物がそれぞれ57.6%、37.6%、計95.2%を占め、そこに車輻やソフトウェアが若干加わる。診療所の場合、それぞれ44.4%、41.5%、計85.9%と、医療機器のウエートが低下するものの、やはりこの二つで大勢を占める（注3）。何れにしても保健医療提供機関の資本形成については、医療機器と建物・構築物の二つを押さえれば、9割方は把握できるということになる。

そこで、この二つに着目することとすれば、まず医療機器はどの程度の供給がなされているのであろうか。厚生労働省「医療機器産業ビジョン2013」では、『薬事工業生産動態統計年報』（厚生労働省）における医療機器生産額に輸入額を加え輸出額を控除した金額を市場規模としている。これを国内で供給される生産段階での医療機器の規模と考えれば、この金額は、図表5と時間軸を合わせ1995年からみると、ほぼ一貫して緩やかな増勢傾向にあり、2009年で2兆1,760億円、直近の2012年で2兆5,936億円となっている（図表8）。

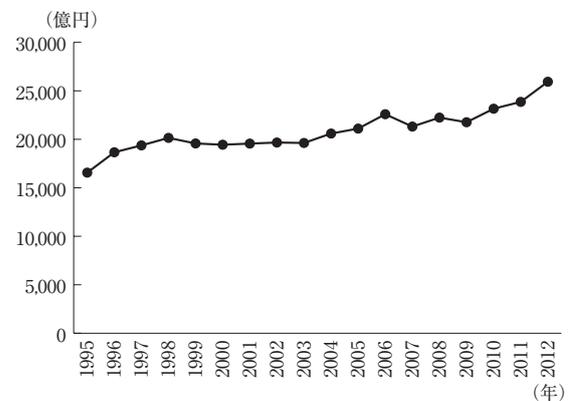
なお、次の留意点あるいは修正すべき点がある。一つ目は、このなかには、医療財に分類されるべきものが含まれており、それを取り除く必要があることである。引き続き2009年を例にとれば、医療経済研究機構〔2012〕が挙げている『薬事工業生産動態統計年報』の中の医療財すなわち眼科用品、補聴器、体温計、血圧計、衛生材料及び衛生用品計2,594億円は、ここに流通マージンを掛け合わせた4,426億円が経常保健医療支出の医療財への支出にすでに計上されている（図表3参照、注4）。よって、これらを控除すると、1兆9,166億円（= 2兆1,760億円 - 2,594億円）となる。

なお、医療経済研究機構〔2012〕が挙げているもののほかにも『薬事工業生産動態統計年報』の医療機器のなかには、歯科材料のように医療財に仕分けるのが適切であったり、あるいは、家庭用医療機器のように保健医療提供機関の資本形成としての計上にそぐわないものがある。これらの仕分けは今後の課題である。

二つ目は、この金額は生産価額あるいは輸入価額であるので、ここに流通マージンを上乗せした額が実際の資本形成額となることである。ちなみに、流通マージンを1.7066（注4を参照）とすれば、2009年の実際の資本形成額は3兆2,709億円（= 1兆9,166億円 × 1.7066）となる。

三つ目は、このなかには保健医療提供機関自らが所有する分だけではなく、リースとなる分も含まれており、リース分のうちファイナンス・リース以外（=オペレーティング・リース）については保健医療提供機関自らの資本形成からは控除した方が適切と考えられることである。ファイナンス・リースは、売買取引に準じており、実際、借主の会計処理も通常の売買取引にかかわる方法で行われる。よって、

（図表8）医療機器の国内供給規模（1995年—2012年）



（資料）厚生労働省「薬事工業生産動態統計年報」各年版より日本総合研究所作成

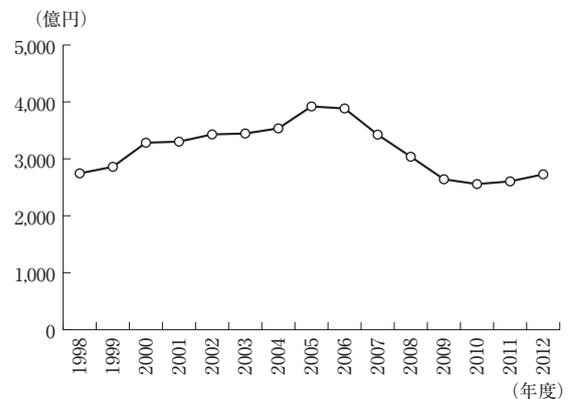
（注）医療機器の国内供給規模 = 医療機器生産金額 + 輸入金額 - 輸出金額。

保健医療提供機関の資本形成とみなすのが実態に即しているだろう。他方、オペレーティング・リースは、まさに貸借取引であり、保健医療提供機関の資本形成から控除した方が適切と考えられる。

もっとも、控除すべき規模は軽微とみられる。

医療機器のリース取扱高は、年度によって変動はあるものの、2009年度は2,641億円、直近の2012年度は2,728億円である（図表9）。さらに、そのうちオペレーティング・リースは3割程度と推測されるためだ（注5）。以上を総括すれば、保健医療提供機関の資本形成のうち医療機器にかかる部分としておおよそ2兆円台半ば～3兆円程度の規模はあり得るといえることになる。

（図表9）医療機器のリース取扱高（1998—2012年度）



（資料）リース業協会「リース統計」より日本総合研究所作成
（注）同統計で取得できた1998年度からの時系列データ。

（2）建物・構築物

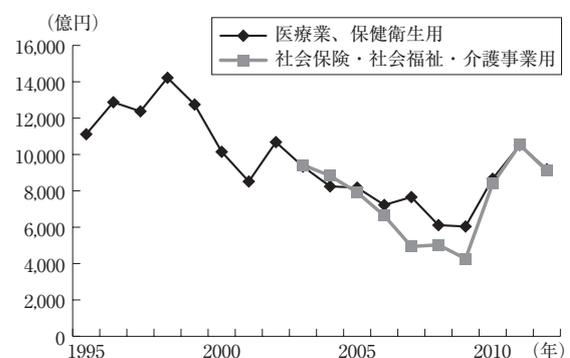
次に、病院や診療所などの建物・構築物はどうだろうか。『建築着工統計』（国土交通省）の用途別着工統計のなかにある「医療業、保健衛生用」の全部と「社会保険・社会福祉・介護事業用」の一部が保健医療提供機関の資本形成に関連すると考えられる。「医療業、保健衛生用」とは、具体的に、病院、一般診療所、歯科診療所、助産・看護業、療術業、医療に附帯するサービス業、保健所、健康相談施設、その他であり、まさに保健医療提供機関に相当する。

「社会保険・社会福祉・保健衛生用」とは、社会保険事業団体、福祉事務所、児童福祉事業、老人福祉・介護事業、障害者福祉事業、その他の社会保険・社会福祉・介護事業であって、このうち介護事業、組合健保、協会けんぽ、市町村国保など保険者（運営者）に関するものなどが保健医療提供機関に該当するであろう。もっとも、該当するもののみ切り出すということは公表されている統計からはできない。

『建築着工統計』において、やはり図表5、8と同じ時間軸それぞれの建築着工の推移をみると、医療業、保健衛生用は、1998年の1兆4,289億円をピークとしてリーマンショックの翌年である2009年に6,040億円まで落ち込んだ後、増勢に転じ直近2年は1兆円前後の水準にある。社会保険・社会福祉・介護事業用は、データ取得が可能な2003年以降の動きをみると、医療業、保健衛生用と似た動きをし、直近2年はやはり1兆円前後の水準にある（図表10）。

以上を総括すれば、保健医療提供機関の資本形成として建物・構築物にかかる部分として1兆

（図表10）保健医療提供機関に関する建築着工（1995—2012年）



（資料）国土交通省「建築着工統計」各年度版より日本総合研究所作成

（注）社会保険・社会福祉・介護事業用の分類が出来たのは2003年から。

円から1兆円台半ばの規模はあり得ることとなる。

こうした医療機器と建物・構築物のほか、保健医療提供機関の資本形成としては、レセプト作成、電子カルテシステムなどの医療情報システム用コンピューターのハードとソフト、調剤用機器、救急車を含む自動車、什器なども加えなければならない。これも今後推計方法を改善するうえでの課題である。これらについてはここでは未計上であるものの、保健医療提供機関の資本形成として、医療機器と建物・構築物の二つをみてもおおまかには3兆円台から4兆円台程度の規模が浮かび上がってくるとみてよいだろう。

これは、医療経済研究機構〔2012〕の推計する8,117億円（2009年度）を大幅に上回る水準である。対GDP比では0.6～1%程度となり、図表4の比較対象国中最も高いアメリカ並みかそれ以上の水準とすることがあり得る。時系列でも、OECDの保健医療提供機関の資本形成（図表5）では、わが国の資本形成はほぼ一貫して低下傾向にあったが、実際にはそのようなこともないはずである。

（3）総保健医療支出のなかでの留意点

なお、こうした保健医療提供機関の実際の資本形成が、総保健医療支出をそのまま押し上げる訳ではない点にも留意が必要である。保健医療提供機関の資本形成のうち、診療報酬によって賄われている部分については、経常保健医療支出のなかに含まれていると捉えるべきだからだ。

よって、今後、推計方法を精緻化していく際、その分を経常保健医療支出から切り出す作業が必要になる（もっとも実際には難しい作業となると考えられる）。それによって、『総保健医療支出』における経常保健医療支出と資本形成の統計上のアンバランスが正されることとなる。

（注3）中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（医療機関等における消費税負担に関する分科会）第8回 2013年8月28日 税1-1「医療機関等の設備投資に関する調査結果報告書」p.7。

（注4）眼科用品、補聴器、体温計、血圧計、衛生材料及び衛生用品計2,594億円は、『薬事工業生産動態統計年報』2009年版の第20表医療機器分類別生産・輸入・出荷・在庫金額の出荷の国内分から数値を抽出。ここからさらに4,426億円を求めるための流通マージンは、中小企業庁『中小企業実態基本調査』における（卸売業の売上高/売上原価）×（小売業の売上高/売上原価）=1.7066とした。試算方法は医療経済研究機構〔2012〕p.111～114にならった。ただし、原因は不明だが、図表3の数値とは若干差がある。

（注5）同、p.29。調査対象医療機関等のファイナンス・リース総額179億5,996万円に対し、ファイナンス・リース以外のリース等総額は79億182万円、計258億6,178万円となっている。ちなみに、この金額は、リース契約期間中に支払うリース料の総額であるから、投資額とみなすことができる。

おわりに

OECDの『総保健医療支出』は、国際比較可能な唯一の統計であることもあり、重要な政策決定にしばしば用いられる。例えば、総保健医療支出の対GDP比がとりわけ大陸欧州諸国に比べわが国は低いことなどから診療報酬引き上げの根拠に使われる。

あるいは、現在、政府では、医療提供体制改革を目的とし消費税率引き上げ財源の一部を使って医療機関に補助金を給付する制度新設が検討されており、そのための医療法改正法案の2014年通常国会提出が目指されている。では、そうした補助金が実際にいくらどこに配られ、それが確実に所期の目的を達成したのかなどは包括的な医療費統計によって幅広い層から検証されなければならない。

それだけに『総保健医療支出』の推計方法において改善されるべき点は、早急に改善されることが不可欠である。その際、本稿で対象とした資本形成のみならず、経常保健医療支出についても改めて検証を加える必要があるだろう。例えば、すでに指摘したように大学附属病院に関しては補助金が未計上のままである。

加えて言えば、推計主体についても、その重要性、国民への説明責任の徹底、推計のもととなるデータへのアクセスの容易さなどを考えれば、『国民医療費』同様、厚生労働省自らが担うといったことも積極的に検討されるべきであろう。その際、継続性の観点から『国民医療費』を存続させつつも、あわせて『総保健医療支出』を公表するといったことも考えられる。

(2013. 12. 20)

参考文献

- [1] 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
- [2] 医療経済研究機構 [2012]. 『2009年度OECDのSHA手法に基づく総保健医療支出の推計』
- [3] OECD [2000]. 'A System of Health Accounts'