

CARF ワーキングペーパー

CARF-J-024

社会保障財政の制度設計

東京大学大学院経済学研究科
岩本 康志

2006年6月

❁ 現在、CARFは第一生命、日本生命、野村ホールディングス、みずほフィナンシャルグループ、三井住友銀行、三菱東京UFJ銀行、明治安田生命（五十音順）から財政的支援をいただいております。CARFワーキングペーパーはこの資金によって発行されています。

CARFワーキングペーパーの多くは
以下のサイトから無料で入手可能です。
http://www.carf.e.u-tokyo.ac.jp/workingpaper/index_j.cgi

このワーキングペーパーは、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す。著者の承諾無しに引用・複写することは差し控えて下さい。

社会保障財政の制度設計
(On the Design of Social Security Financing)

Abstract

This paper considers the scheme of social security financing that will be sustainable under the coming population aging process. A reform of privatizing the earnings-related part of public pensions is discussed in detail, and a reform of introducing a risk-adjustment scheme into health insurance and moving to a funded-system follows. The following four points characterize the sustainable social security system that can well handle the risks surrounding the future economic condition and social security. (1) Public pension should be a mixture of the pay-as-you-go system and the fully-funded system. (2) The funding scheme should be introduced to not only the public pensions but also health insurance and long-term care insurance. (3) When the pay-as-you-go public pension is designed as a defined-contribution scheme, the future benefit level should be cut so that it perfectly reflects a decline of fertility rate. (4) If an unexpected adverse aggregate shock is realized, an intergenerational risk sharing scheme should absorb it.

社会保障財政の制度設計

(On the Design of Social Security Financing)

岩本 康志

2006年6月

要 約

本稿は、今後の人口高齢化の進展に対応した社会保障財政の制度設計を検討する。とくに公的年金の2階部分を民営化する改革と高齢者医療保険制度にリスク調整を導入し、つぎに積立型医療保険を目指す改革について、詳細な制度設計の議論をおこなう。また、将来の経済と社会保障に存在するリスクへの対応の観点から、持続可能な社会保障制度の骨格を決めるポイントを以下の4つにまとめる。(1)公的年金は賦課方式と積立方式の併用を図るべきである。(2)積立方式の運営は公的年金だけでなく、医療・介護保険にも適用すべきである。(3)併用する賦課方式の公的年金を保険料固定で運営するならば、少子化の進展にともなって給付水準が低下するような制度設計にすべきである。(4)予測されなかったリスクが顕在化したときには世代間のリスク分散によって負担する仕組みを導入して対応すべきである。

本稿の研究は、科学研究費補助金・特定領域研究(B)「経済システムの実証分析と設計」の資金援助を受けている。

1. 序論

少子高齢化が進展するにしたがって、今後拡大する社会保障給付費をどのように負担するのかは、財政にとって最も深刻な問題であるといえる。最近の年金・医療・介護の制度改革において、政府は将来の社会保障給付費の削減につながる改革をたて続けにおこなってきた。表1は、厚生労働省が作成した「社会保障の給付と負担の見通し」による給付費の予測が示されている。一連の改革がおこなわれる前の2002年5月になされた予測では、社会保障給付費は2025年には国民所得比で33.5%となり、2002年度の22.5%から11%ポイント上昇するとされていた。これに対して、一連の改革を織り込んだ2006年5月の予測では、2025年の社会保障給付費は26.1%になるとされている。2002年5月見通しと比較すると、7.4%ポイントの低下となっている。

表1 社会保障の給付と負担の見通し

	(2002年5月推計)		(2006年5月推計)	
	2002年度	2025年度	2006年度	2025年度
社会保障給付費	22.5	33.5	23.9	26.1
年金	12.1	16.0	12.6	12.0
医療	7.1	11.4	7.3	8.8
福祉等	3.3	6.1	4.0	5.3
うち介護	1.4	3.8	1.8	3.1
社会保障負担	22.5	34.3	22.0	26.5
保険料負担	15.9	22.1	14.4	-
公費負担	6.6	12.2	7.7	-

注) 数値は対国民所得比。単位はパーセント。
出所) 「社会保障の給付と負担の見通し」(平成12年10月改訂版)」、
「社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月)」厚生労働省。

これらの改革には制度間の重複給付の整理など給付の効率化を図るものも多少は含まれているが、多くは社会保障の給付範囲の縮小によってもたらされたものが大きい。このことは、社会保障の主たる受給者である高齢者の生活に悪影響をもたらすおそれがある。一方で、給付が抑制されたとはいえ、2006年から2025年にかけて社会保障負担は対国民所得比で22.0%から26.5%へと4.5%ポイント上昇するとされており、緩和されたとはいえ、依然として将来への負担増の問題がのこっている。このため、一層の社会保障給付費の抑

制を求める意見も根強くある。

このような問題は、社会保障給付費の大きな部分が現役世代から高齢者への所得移転によってまかなわれているという構造に起因する。Feldstein(1974) が賦課方式の年金は国民貯蓄を減少させ、経済厚生に悪化させることを指摘して以来、四半世紀を超えて、多くの経済学者が公的年金の積立方式への移行を主張してきた。不確実性が存在しない状況では、賦課方式の年金が資本形成を阻害することが積立方式への移行を図る主たる利点として強調された。また、少子高齢化のような人口構造の変化に、その財政状況が直接の影響を受けないことも積立方式の利点である。しかし、積立方式での運営には資金運用リスクが存在するので、積立方式がすべての問題を解決するわけではない。本稿では、リスクを考慮した最近の研究成果を踏まえて、今後の少子・高齢化の進展に対しても社会保障財政が持続可能となるような制度設計について検討する。議論の基軸となるのは、公的年金のみならず医療・介護保険も含めた積立方式の導入の是非である。

本稿の構成は以下の通りである。

2節では、民営化論を中心として、公的年金の改革を議論する。同一視されることの多い民営化と積立方式化との違いを明らかにして、将来世代へのつけ回しを止めるための民営化の意義を強調する。さらに、民営化過程の具体的な制度設計をを提示する。

現物給付である医療・介護保険はサービス需要に応じた給付をせざるを得ないので、今後の高齢化が医療・介護費用にどのような影響を与えるかを検討することが非常に重要である。3節では、医療費について、これまでの人口構成の変化が与えた影響を検討をし、将来予測に関する研究知見を展望する。

4節では、将来の医療費増加に対してどのように対処するかという視点から、高齢者医療保険制度の制度設計について検討する。医療費増加に対処する最善の医療保険の形態は、予期された医療費の変動には個人が対処し、予期されない変動には世代間リスク分散で対処する積立型長期保険である。しかし、民間保険でも公的保険でもこれを達成することは困難である。実現可能な次善の形態としては、現状の医療保険と民営化された医療保険の2つがあるが、民営化の得失は明確でなく、現状の医療保険の形態に留まることが妥当である。また、世代間の所得再分配で高齢者医療費を調達することは世代間のリスク分散を目的とした保険と解釈することができるので、保険料方式で高齢者医療費を調達することは正当化されることが示される。

5節では、高齢者医療保険と介護保険に積立方式の要素を導入するシミュレーション分析をおこなう。現行の均衡財政方式で運営する政策との間で世代の生涯負担を比較し、積立方式への移行が世代間の負担格差を縮小させることを見る。

6節では、リスクへの対応の観点によって、持続可能な社会保障制度の骨格を決めるが

イントを以下の4つにまとめる。(1)公的年金は賦課方式と積立方式の併用を図るべきである。(2)積立方式の運営は公的年金だけでなく、医療・介護保険にも適用すべきである。(3)併用する賦課方式の公的年金を保険料固定で運営するならば、少子化の進展にともなって給付水準が低下するような制度設計にすべきである。(4)予測されなかったリスクが顕在化したときには世代間のリスク分散によって負担する仕組みを導入して対応すべきである。

2. 公的年金の改革¹

2.1 なぜ公的年金の民営化が必要か

(1) 民営化をめぐる議論

社会保障負担の今後の増大が経済に悪影響を与えることを懸念して、負担を抑制する改革を唱える声が大きくなっている。しかし、社会保障の高負担が「危機」であり、給付を削減する必要があると結論づけるのは短絡的である。もし社会保障負担を抑制することだけを目的とするならば、最も効果的な手段とは「民営化」である。なぜなら、現在の社会保険がすべて民営化されるならば、定義により社会保障負担はゼロとなるからである。かりに現在の社会保険が民営化されていたとしたら、少子・高齢化は経済への負担とはなりえないのだろうか。どのような制度で運営されても、老後の所得保障や医療・福祉サービスの提供は国民生活に重要な影響を与えるものであり、民営化すればすべての問題が解決するわけではない。したがって、国民負担の増大を避けることそれ自体は社会保障改革の理由とはならない。

社会保障負担の問題を議論する際にまず問われなくてはならないのは、医療・介護・年金について政府が介入をおこなう意義はどこにあるのかという点である。負担水準とは政府の介入の意義を判定するときの（重要ではあるが）ひとつの要素にすぎず、望ましい社会保障のあり方を議論する過程のなかで、必要な負担水準が与えられていくものであろう。2節では、このような考え方にに基づき、公的年金の制度設計を検討していく。

1980年代にチリをはじめとして南米諸国で公的年金を民営化する改革がおこなわれたことを契機として、年金の民営化の議論が、世界的に活発におこなわれた²。わが国においては、99年の制度改正に向けた議論のなかで、経済団体、シンクタンク等の政府外の多くの機関が改革案として「民営化」を提言し、民営化の議論が盛り上がった。

¹ 2節は、岩本(2005)に基づいている。

² Mitchell and Barreto (1997)は、南米においてどのように年金民営化がおこなわれたかを比較検討している。

ひと口に「民営化」といっても、その制度案は多様なものがある³。もっとも極端な民営化案とは、公的年金をすべて廃止して、民間で運営される企業年金・個人年金にすべてをまかせる方法である。しかし、提言されている改革案の多くは、基礎年金（1階部分）は公的年金として残し、報酬比例の被用者年金（2階部分）を民営化するという部分民営化となっている。これは基礎年金についてはナショナルミニマムを達成する政策として政府が運営するべきであり、報酬比例部分は貯蓄をより充実させることを目的として民間部門にまかせるという役割分担を図ろうとしているからである。この観点から、基礎年金を税方式で財源調達する改革案がある。また、多くの経済学者の政策提言は、積立方式への移行に力点を置き、かならずしも年金の運営から政府が撤退することを重視してはいない⁴。1999年2月の経済戦略会議答申は、公的年金の民営化について、「公的年金は、シビル・ミニマムに対応すると考えられる基礎年金部分に限定する。（中略）基礎年金部分の財源は、21世紀のなるべく早い時点で税による負担割合を高め、さらに将来的には税方式に移行することが望ましい」とし、「報酬比例部分（二階部分）については、段階的に公的関与を縮小させ、30年後に完全民営化を目指した本格的な制度改革に着手する」ことを提言している。

これに先立つ1997年12月に、厚生省は年金改革の以下のような「5つの選択肢」を提示しており、年金の民営化はそのなかの一案として含まれていた。

A案 現行制度の給付設計を維持する案

B案 厚生年金保険料率を月収の30%以内にとどめる（給付を1割程度抑制）案

C案 厚生年金保険料率を年収（ボーナスを含む）の20%程度にとどめる（給付を2割程度抑制）案

D案 厚生年金保険料率を現状程度に維持する（給付を4割程度抑制）案

³ 米国の改革議論のなかで、Geanakoplos, Mitchell and Zeldes (1998)は、民営化にかかる問題を、「個人化 (privatization)」、「積立化 (prefunding)」、「分散化 (diversification)」の3つに分類整理する考え方を提唱している。この分類は、わが国での改革の議論を整理するときにも有益である。

個人化とは、年金勘定を個人単位に分割して管理するもので、どのような時点においても、個人の年金資産を確定させることができ、たとえば勤務先を変更した場合に新しい勤務先に年金資産を完全に移動させることが可能であるという「可搬性 (portability)」をもつことができる。

積立化とは、将来必要な年金給付額を保険料によって事前に積み立てておくものである。分散化とは、年金資産の運用対象資産の範囲を拡大することである。

⁴ Feldstein (1974)以来の立場からの年金民営化論とは、積立方式への移行を確実なものとするために、所得再分配の能力をもたない民間部門に年金の運営を移行させることが有効であることを根拠としている。

積立方式化から民営化へいたる議論と違って、本稿は民営化そのものを最初の出発点とする。その違いは、移行過程を議論する2.2(2)節で明確になる。

E案 厚生年金の廃止（民営化）案

A案からD案までは同じ枠組みのなかでの負担と給付水準の選択になっているが、最後のE案はまったく性質の異なる制度改革となっている。この厚生年金を廃止し、積立方式による民間の企業年金または個人年金に委ねるというE案について、厚生省は、以下の3つの問題点を指摘している。

- (1) 企業年金や個人年金の普及が困難な中小零細企業等で働くサラリーマンの老後の所得保障は基礎年金だけとなりかねず、老後の生活に支障が生じるのではないか。
- (2) 積立方式の企業年金や個人年金では、インフレなど想定を超えた大幅な経済変動があった場合に、実質的な価値のある給付が維持できないのではないか。
- (3) 移行期の世代の保険料負担によって二重負担の問題を解決することについて合意が得られるか、新たな国債や税で巨額の負担を行うことは困難ではないか。

この3つの問題点は、年金民営化を提言した経済戦略会議答申に対して、厚生省が実現困難と回答した理由としても使われている。この問題については、本稿の議論を進めるなかで順次検討を加えていき、これらが民営化の障害とはならないことを明らかにしていきたい。

(2) 年金における政府の役割

年金の民営化を考えるときに、まっさきに必要な議論とは、年金を民間の市場にまかせるのと比較して、政府が年金を運営することの意義がどこにあるのかを明らかにすることである。1998年2月に厚生省が発表した『平成9年度版年金白書』（13頁）では、私的年金と対比した、公的年金の意義として、以下のような点をあげている⁵。

- (1) 老後の生活保障に重要な地位を占めている
- (2) 強制加入である
- (3) 物価スライドをおこなう
- (4) 賃金スライドをおこなう
- (5) 終身年金である

これらのうち、まず(1)、(3)は、以下に説明するように、公的年金の存在理由（政府が年金を運営しなければならない理由）とはならない。

現在、公的年金が老後の所得保障に大きな比重を占め、私的年金が補完的役割にまわっていることは事実である。しかし、これは私的年金が中心的役割を果せない理由とはなりえない。この公的年金と私的年金の比重の違いは、政府が老後の所得保障を社会保険によ

⁵ 2004年改正では民営化は重要な争点とはならなかったもので、本稿では民営化が重要な争点となっていた99年改正に関連する文献を取り上げることにする。

りおこなうことを決定したことの裏返しとして、民間部門がその役割をになう解決方法が退けられた結果であり、私的年金が必然的に老後の所得保障ができないことを意味するものではない。

物価スライドについては、インフレ下での資産運用手段が十分に発達してきており、かならずしも資産運用の障害とはいえなくなっている。また、インフレーションの原因に対する経済理論の理解も深まり、中央銀行は効果的にインフレーションを制御する能力をもっている。インフレーションによる積立金の減価により積立方式を断念せざるを得なかった厚生年金設立当初と現在とでは、事情が大きく異なっている。また、インフレーションの発生は経済政策の失敗であり、それを理由に政府の介入を正当化することは論理的に難点がある。資産運用におけるインフレーションの問題に対しては、政府が物価インデックス債を発行することで対応することが、より理にかなった解決方法である。

結局、老後の所得保障（年金）に対する政府の役割にとって本質的なものは、(2)、(4)、(5)である。

賃金スライドは、民間の年金では実現できないものであり、賃金スライドが必要とされるならば、公的年金に存在理由が与えられる。ここでより踏み込んで考えなければならぬことは、どのようにして公的年金において賃金スライドが可能になっているかということである。結局、賃金スライドの原資は現役世代から退職世代への所得再分配である。したがって、公的年金の役割の本質的な部分は、世代間の所得再分配をおこなっていることにある。また、99年改正で既裁定年金の賃金スライドは停止され、公的年金でも賃金スライドは維持できなくなった。2004年改正ではマクロ経済スライドが導入されることになり、賃金スライドはわが国の公的年金の意義を大きく減じた。

私的年金が有期年金が主であり終身年金を十分に供給できないのは、逆選択の問題が原因である⁶。かりに年金を民間の市場で供給した場合に、逆選択の問題が大きいと市場が十分に機能しなくなるおそれがある。このような場合、政府が全員に同一の年金プランの加入を強制的に義務づけることによって、全員の厚生水準を改善する可能性がある⁷。また、強制加入は、老後の貯蓄を自分でおこなわず福祉にただ乗りしようという誘因を防ぐ意味ももっている。

⁶ 年金市場における逆選択の存在が公的年金の根拠となることについては、Diamond (1977)が議論をしている。

⁷ Abel (1986), Eckstein, Eichenbaum and Peled(1985)によって、モデル分析がなされた。注意しておきたいのは、この場合に政府は保険会社と同じく個人の寿命に対する情報をもっていなくても、資源配分をより効率的にすることができることである。なぜ、情報の劣位の点では同じでも、民間の市場よりも政府が効率的な資源配分をおこなうことができるかの一般的議論は、Greenwald and Stiglitz (1986)によってなされている。

(3) 世代間の所得再分配

以上の議論から、公的年金を民営化すべきか、それとも政府が運営すべきかの選択は、以下の2つの争点に対する見解の違いにかかっていると見える。まず第1の争点は、

争点1 政府は望ましい世代間の所得再分配政策を実行することが可能か

世代間の所得再分配をおこなうことによって経済厚生を改善することができる経済学的理由は2つある。第1は、もし資本が過剰に蓄積されているならば、資本蓄積の水準を調整することによって、すべての世代の厚生を改善できる可能性である。この議論での資本の過剰とは、金利が経済成長率よりも低い状態にあるときである。この場合、現役世代から退職世代への所得移転をはじめると、資本蓄積の水準は減少するものの、すべての世代の可処分所得は上昇する。この意味で、当初の資本蓄積は「過剰」であったといえる。

しかし、この逆は正しくないことに注意すべきである。すなわち、金利が経済成長率よりも高い場合には、退職世代から現役世代への所得移転をおこなっても、最初の退職世代の可処分所得が減少することになり、パレート改善的な所得再分配にはならない。Abel, Mankiw, Summers and Zeckhauser (1989)の実証研究では、ほとんどの先進国が後者の場合に当てはまるとされており、ここでのべた理由からの所得再分配を正当化することは難しい。

第2の理由は、経済にさまざまなショックが存在するときには、世代間でリスク分散の仕組みをもつことによって、効用水準を改善する可能性が存在することである⁸。リスクを広く世代間で分散させることは、民間の年金では困難であり、望ましい所得再分配を実行するためには政府が年金を運営することが必要となってくる。

リスク分散の重要な機能は、年金給付が現役時代に納付した保険料に応じて決定されるという確定給付（給付建て）の制度となることにより果たされる。世代間の所得分配をおこなわない積立方式の年金では、年金給付は運用収益に応じて変動する確定拠出（掛金建て）の制度となる。老後の所得保障のためには、年金は確定給付であることが望ましい⁹。確定給付のもとでは、積立金の運用成績から生じるリスクを、現役世代に負担させていることになる。また、賃金・物価スライドは、技術進歩・インフレに関するリスクを同様に

⁸ Gale(1990)が、基本的な文献である。

⁹ しかし、実際には公的年金の確定給付も額面通りに受け取るわけにはいかない。現在議論されている年金改正では、少子化の進展による年金財政の悪化から、給付水準の切り下げが実施される見込みとなっている。これまでの制度改正でも、給付の実質的な切り下げはおこなわれてきており、将来の給付が完全に確定しているとはいえない。

現役世代に負担させている構図になる。賦課方式による年金も、年金保険料を納める将来の子供に投資しているのであり、少子化という「運用成績の悪化」は、現役世代の負担増によってまかなわれる。確定給付は現役世代からの所得分配によって維持されているといえるのである¹⁰。

注意しておきたいことは、争点は、政府が「所得再分配をおこなうべきか」でも「所得再分配をおこなう能力をもつか」どうかでもなく、「望ましい所得再分配をおこなう能力をもつか」どうかである。この争点の決着は、政府の果たすべき役割を定義するという理念的（ある意味では哲学的）な議論ではなく、政府の能力を判断するという経験的な研究の積み重ねによってつけられるべきである。

民営化の争点は、この1点に集約されるといっても過言ではない。このような世代間の所得再分配の必要性を適切に政府がおこなえるならば、政府によって運営される年金が存在する必要があるといえる。これに対して、政府がむしろ望ましくない方向への所得再分配をおこなっているならば、次善の政策として、政府の失敗を回避するために、年金を政府から隔離することを目的に民営化すべきだという議論が導かれる。

(4) 逆選択

第1の争点で、政府が望ましくない世代間の所得再分配をおこなってしまうよりも、所得再分配を禁止して積立方式で運営する方が望ましかれば、年金民営化へ向けた改革の必要性が生じてくる。その場合にも、民営化の形態を左右するつぎの重要な争点がある。

争点2 年金市場で逆選択は重要な問題であるか

八田・小口(1999)で整理されているのと同様に、争点2への応答によって、年金民営化の形態は2つに分けることができる。もし、逆選択の問題が重要でないならば、年金はすべて民間市場にまかせておけばよいことから、「完全民営化」がとられるべきである。しかし、逆選択の問題が重要であるならば、政府が介入して強制加入を担保することが望ましいと考えられる。この場合には、政府の介入は法制度を整備して強制加入の確保することまでに留めるべきで、その他の年金の運営については民間部門がおこなうという形態が適切で

¹⁰ Ball and Mankiw (2001), Blanchard (1990), Gale(1990), Diamond(1997), Shiller (1999)等は政府による安全資産の提供（公債の発行ないし賦課方式の年金に相当する）を分析し、老年世代がこうむる運用収益のリスクをヘッジして、経済厚生を改善する余地のあることを示している。

さらに、米国の公的年金の改革で、資産運用の多様化が議論された時期に、公的年金のリスク分散機能に関する、Abel (2001), Bohn (1999), Campbell and Feldstein (2001)等の新しい研究が活発になされた。

ある。八田・小口(1999)にならい、このような形態を「運用民営化」と呼ぶことにしよう¹¹。

以上の議論より、基本的な2つの争点への立場の違いにより、年金の運営方法は

選択肢1 公的年金の維持

選択肢2 完全民営化

選択肢3 運用民営化

の3つの選択肢にわかれることがわかった。図1は、その関係を整理したものである。

¹¹ 八田・小口(1999)では、公的年金の意義として、逆選択のほかに、(1)生活保護をあてにして、意図的に老後のための貯蓄をしないというモラルハザードを防ぐため、と(2)老後のための貯蓄は一度選択を誤るととりかえしのつかないことになる価値財の性格をもち、政府が強制貯蓄させる必要がある、という2つの根拠をあげている。著者によって指摘されているように、これらは、公的年金の1階部分の国民年金を正当化する理由として適切であり、2階部分への政府介入の理由としては、逆選択が適切なものとなる。

図1 年金運営の選択肢

		政府は望ましい世代間所得再分配を	
		実行できない	実行できる
年金市場は 逆選択は	重要である	運用民営化	公的年金 の維持
	重要でない	完全民営化	

(5) 民営化の選択

上の2つの争点について、本稿は以下のように考える。まず、第1の争点については、これまでのわが国の政府がどのような世代間所得再分配をおこなったかをふりかえると、現存世代の利益を優先させて、将来世代へ負担を回すことを続けてきたといえる。そして、その所得再分配政策を上へのべた2つの経済学的理由から正当化することは困難であろうと考えられる。

将来世代の高負担の問題も、当初より積立方式を堅持して、将来の給付を完全に積み立てておけば発生しなかった。しかし、年金受給権者が少ない年金設立の初期時点だけを近視眼的に見ると、世代間の所得移転をおこなうことによって、負担感なしに退職世代の高給付を実現することができる¹²。所得の再分配をできる能力をもち、近視眼的な選択の誘惑に勝てなかった政府が運営していたからこそ、世代間の負担格差の問題が生じてしまったのである。

また、第2の争点については、民間の終身年金がほとんど見られない状況から、年金市場における逆選択の問題は無視できない重要性をもっているといえる。

以上の考察から、強制加入（現在の公的年金の2階部分だけについていえば、被用者についての強制加入）は、年金に対して政府の介入が必要であることの、正当な、そして唯一の理由であるといえ、選択肢3の運用民営化が望ましい改革の方向である。

2.2 どのように民営化を進めるべきか

¹² わが国の公的年金が本格的に賦課方式へ移行しはじめたのは、1973年改正からである。当時の改正をめぐる議論については、田近・金子・林(1996)を参照。

(1) 企業年金の問題

公的年金の民営化を検討するときには、以下の3つの理由から、企業年金の問題を同時に視野に入れることが必要である。

第1に、ともに老後の生活保障を効果的におこなうためには、公的年金と企業年金との協調が必要とされる。もし公的年金が世代間の所得再分配をおこなって確定給付制度を維持するのならば、企業年金が確定拠出制度に移行していくときには、老後の所得保障の観点から両者の役割分担を再設計する必要があるだろう。一方、公的年金も確定拠出制度に移行するならば、企業年金との重複が問題となってくる。

第2に、現在厚生年金基金は公的年金の一部機能を代行しており、公的年金の改革がおこなわれるとなると、厚生年金基金制度をどうするかという問題が必然的に生じてくる。逆に企業年金を改革するとなると、厚生年金基金の代行部分をどのようにとりあつかうかという問題が生じてくる。

第3に、公的年金と企業年金はともに積立不足という問題をかかえており、その対応方法を同時に考えることは有益である。

企業年金には確定給付年金である適格退職年金と厚生年金基金と2001年に創設された企業型確定拠出年金がある。確定給付の企業年金は公的年金と違い、積立方式で運営されるといわれるが、発足時にそれまで掛金を徴収していない従業員にも給付をおこなうために、過去勤務債務が発生しており、その積立が課題となってきた¹³。また、最近では低金利が持続することにより、資産運用利回りが予定利率を大幅に下回り、企業はその差額を補填することを迫られている。さらに、運用利回りの低下に合わせて予定利率を引き下げるとすると、年金給付現価が上昇するので、それに見合った新たな拠出をおこなう必要がある。このため、企業年金は現在大きな積立不足をかかえている。そして、企業会計基準の変更により、2000年4月より始まる事業年度について、企業年金の積立不足額を財務諸表において公表しなければいけなくなり、積立不足が企業にとって大きな問題となったことが、確定拠出年金（日本版401k）の導入の背景にある。

企業年金の改革では、企業が従業員に対して確定給付の約束を守ることができるかどうか問われているといえる。確定拠出への移行は、企業に資産運用リスクの負担能力に限界があることを認め、リスクの負担を労働者の側へ移行しようとすることである¹⁴。

¹³ そもそも企業年金が普及してきた背景には、現役労働者の稼ぎを退職金にあてていた仕組みが企業成長の鈍化で立ちいなくなり、退職金倒産が懸念されるようになったことがある。企業年金自体が、退職一時金から年金給付に転換することによって、退職金の積立不足から生じる問題を先送りする手段としてとりいれられたともいえ、日本の企業は、積立不足を解消するという根本的な解決法にはこれまで真剣に取り組んでこなかった。

¹⁴ 当初から確定拠出型で運営されている年金では積立不足は生じない。このことから、確

したがって、確定給付の責任を十分に果たすことができない、という点で企業年金改革と公的年金改革は同じ出発点に立っている。そして、政府の介入を強制加入の確保に制限して、運営を民間委託した年金の姿は、企業年金の改革の方向とほぼ重なるものとなる。すると、民営化された年金制度を、企業年金改革と独立に構築しようとするのは二重の投資となるおそれがある。

個人単位で年金資産を管理するというシステムを開発するには、巨額の費用を要する。公的年金も民営化により、企業年金と同じ方向を目指すとするならば、二重のシステム開発は大変な非効率である。したがって、移行費用を最小化する改革の方向は、被用者年金の報酬比例部分を日本版 401k に移行してしまうことである。

(2) 移行過程の問題

『平成9年度版年金白書』では、「積立方式への切替時には『二重負担の問題』（切替時の現役世代が、自らの将来の年金の積立てに加えて、別途の形でそのときの受給世代等の年金を負担しなければならないこと）が発生します」（173頁）、「民営化する場合にはいわゆる過去期間の債務が消えることはありませんので、これを移行期の世代の保険料負担によって解決するか、新たに国債や税で負担するか国民的な議論と合意が不可欠です」（152頁）とのべている。しかし、(1)民営化にともない、二重の負担が発生し、(2)その処理方法に合意がまず形成されなければ民営化はおこなえないというのは、以下で説明するように、どちらも正しくない。

(1) 二重の負担は、あたかも積立方式への移行のときのみ負担しなければならず、積立方式に移行しなければ負担しなくてもよいかのように理解されがちであるが、これは正しくない。

公的年金が民営化される場合には、過去の年金制度と将来の年金制度を分離して考える必要がある。民営化で問題になる二重の負担とは、過去の年金制度にかかる部分である。この二重の負担とは、年金会計から、以下のように説明できる。積立方式で年金が運営されていたならば、過去に払い込まれた保険料に対応する年金給付（これを年金債務と呼ぶ）に見合うだけの積立金が保有されていなければならない、

$$\text{年金債務} = \text{年金資産} \quad (1)$$

が成立している必要があるが、積立金の不足（年金負債）が存在する制度では、

定給付型年金を確定拠出型年金に移行させることによって、従来の確定給付型年金の積立不足を消滅させられると当初理解した企業もあったようであるが、これは正しくない。企業には従来の年金制度で約束した給付を履行する義務があり、積立不足はそのまま企業の債務であり続ける。正しくは、確定拠出型年金に移行したあとの掛金についてのみ、積立不足が生じない。

年金債務＝年金資産＋年金負債

(2)

となる¹⁵。(2)式はどのような運営方法の年金に対しても成立するものであり、積立方式でなければ年金負債（二重の負担）が消滅するというにはならない。二重の負担とは、将来の年金給付に必要な積立金が存在していないことから生じているものである。現在の公的年金の運営方法は、単にこの未積立となっている年金負債を見えにくい形にしているだけである。

二重の負担は現にそこに存在しているものであり、現行制度を維持しても暗黙的に誰かが負担をしなければならない。問題は将来のどの時点においてどの世代が負担するかという選択肢が存在するだけである。積立方式へ段階的に移行する場合には、移行期間の世代が負担することになる。移行速度の違いによって、どの世代が負担するかの違いが生じてくる。かりに積立方式に移行しないことにより、二重の負担を無限に先送りする手段をとったとしても、それは積立方式であったなら積立金から得られたはずの運用利子を保険料の形で各世代が負担を続けることになり、決して負担そのものから逃げることはできないのである。

したがって、民営化するかしないかの選択は、積立不足の現実とそれから生じた負担の必要性を表面に出して説明するか、それとも表面化させないで暗黙のうちに負担の処理を決定してしまうかの選択であり、二重の負担を民営化案のみの問題点として指摘するのは公平な比較ではない¹⁶。

(2) 民営化の目的は政府が望ましくない所得再分配政策をおこなうのを防止することにあるので、その前提条件として望ましい所得再分配の計画（移行期における年金負債の償還方法）が必要であるというのは自己矛盾である。すでに過去になされてしまった将来世代へのつけ回しとこれからおこなわれる将来世代へのつけ回しの2つを区別することが必要である。民営化は後者のつけ回しが生じないようにするための手段であって、前者のつけ回しの処理は民営化の役割ではない。

ここに民営化論と積立化論の大きな違いがある。両者の違いを明確にするために、現行の公的年金を即時民営化して、年金負債は一般会計の債務につけかえ、国債を発行する改革案を考えよう。この場合、民営化された年金だけを見ると積立方式となっている。しか

¹⁵ 年金債務、年金資産、年金負債の用語法は、2000年より導入される新企業会計基準にしたがっている。

¹⁶ 『平成9年度版年金白書』（151頁）では、二重の負担を解説して、「本来は、賦課方式の年金制度を積立方式に移行する場合の問題で、現行の公的年金のまま積立方式に移行する場合に、典型的に生ずるものです」とのべ、民営化時のみに発生するものではないことを指摘しているが、この部分は「5つの選択肢」の説明には含まれていない。5つの選択肢の判断材料として、この事実を明確に伝えるべきであった。

し、一般会計の債務まで含めると、この債務が解消されなければ、積立方式への移行とはいえない。かりに政府が利払費のみを租税で調達して元本の処理を無限に先送りするならば、永久に積立方式へは移行できない¹⁷。

積立化論では、一般会計にまわされた債務を含めて完全積立方式となることを目指している。そのため、いかにして世代間の公平を損なわず、実行可能な積立方式への移行計画を提案するかが、積立化論の焦眉の課題である。一方、民営化論では民営化された年金部分が積立方式であればよく、一般会計と統合されたときに債務が残存することは二次的な問題となる（正確にはなかばあきらめている）。なぜなら、そもそも民営化が正しい選択であったとしたら、積立化論で提案された移行計画を間違いなく政府が実行できるかどうか疑わしく、積立化を先延ばしにすることを心配しなければならない¹⁸。

政府により良い政策をおこなってもらうために、望ましい移行過程の議論の意義は否定されないが、民営化論から見れば、それがかならず実行されるかどうか最重要の課題ではない。最重要の課題は、これ以上好ましくない所得再分配政策を続けるのをやめさせることである。また、二重の負担の処理方法に国民的合意を得ることが困難だから民営化できないという議論は、過去におこなった将来世代へのつけ回しを解消する妙案がないから、今後あらたに将来世代へのつけ回しを追加していいといっているに等しい。

(3) 2つの移行期間

年金は国民が一生つきあう政策であり、民営化にあたっては、その移行過程が政策的にも重要な問題となる。この移行期間については、

(1) 年金負債が存続している期間

(2) 旧制度が制度として存続している期間

の、性質の異なった2つのものがある。

改革時点の増税で年金負債の解消をおこなえば、(1)の意味での移行期間はゼロである。しかし、わが国ではそのような政策は不可能であるほど負債額は大きく、期間をかけて年金負債を解消していくことになるだろう。

(1)の問題はすでに論じたが、そこで明らかにできないことは、移行期間で旧制度と新制度をどのように運営していくかという、(2)に関する問題である。

もし過去の保険料支払いによる年金給付が終わるまで旧制度が存続するとしたら、移行期間は80年以上にもわたることになり、現実的な改革案ではない。したがって、徐々に規

¹⁷ 経済成長のある場合は、経済成長に見合う国債の元利ともどもの借換えは許容される。

¹⁸ これは、政府に経済を計画する能力がないことが判明したから市場経済へ移行しようとする旧社会主義国において、混乱を生まない移行を計画することが自己矛盾であることに似ている。

模が縮小する旧制度をある時点で清算して、新制度に移行させることになるだろう。これを改革時点で即時におこなうと、(2)の意味での移行期間はゼロである。

重要なことは、この2つの移行期間が一致する必要はまったくないことである。したがって、移行期の運営には、以下のようなものを含むさまざまな方法が考えられる。

- (a) 完全に旧制度を廃止し、新制度に移行してしまい、年金負債は国債発行により補填し、税収により国債を償還する。
- (b) 新制度移行時点に年金負債を解消するのではなく、積立不足のままで運営し、超過保険料を徴収して、新制度のなかで積立不足を解消していく。
- (c) 改革以前の保険料支払いにともなう給付は旧制度の年金制度からおこない、改革以降の保険料は新制度に支払う。

(2)の移行期間(旧制度の存続期間)は、経済学的見地ではなく、制度的要因を考慮しながら決定されるべきであろう。すると、現実問題として重要なのは、年金を運営する事務的な基盤が民間部門に備わっているかどうかである。すでに厚生年金基金を保有する大企業ではそのような事務基盤が存在するものと考えられるが、中小企業では十分な対応能力がないかもしれない。『平成9年度版年金白書』で指摘されているように、民営化して年金を民間部門の自主性にまかせるという政策には、中小企業をはじめとして年金が消滅してしまうという懸念がある。

このような問題を避けるためには、公的年金をまず日本版 401k に準拠した民営化可能な制度に改革しておき、運用主体の変化は対処可能な民間部門から徐々におこなうようにすればよい。段階的な運用主体の移行をあえて改革のなかで計画する必要はなく、企業と従業員の自発的選択により、運営主体を移管させることができるものとする。本稿では、これを「選択的民営化」と呼ぶことにする。企業と従業員は自発的に政府が運営する日本版 401k 年金のなかにとどまってもかまわない¹⁹。

2.3 公的年金の改革案

(1) 改革案の理念

本稿で提案された公的年金民営化案の特徴をまとめ、代替的な選択肢の問題点と対比させると、以下のようになる。

- (1) 民間部門に運営させることによって、世代間の所得再分配を政府におこなわせない(年金財政の積立方式化)

これまで政府がおこなった所得再分配は必要な積立てをおこなわず、将来世代へ負担を

¹⁹ ただし、厚生年金基金は、ただちに民間運営に移行することになるだろう。

回す形でおこなわれた。政府に所得再分配をおこなわせた場合の損失は、まったく所得再分配をおこなわない状態よりも大きい。

(2) 政府は、全員を加入させるよう、法的基盤を整備する（運用民営化）

政府が介入せず、すべてを民間市場にゆだねた場合には、逆選択の問題から、必要な終身年金が供給されないであろう。

(3) まず「民営化可能」年金に移行して、企業・従業員が運用民営化を選択できる（選択的民営化）

一挙に民間部門に運営を転換させた場合には、中小零細企業等の運営能力を十分にもたない機関では、年金が消滅してしまうおそれがある。

(2) 改革案の姿

本稿の改革案が実施されたときの具体的な姿は以下のようになる。まず、現状の公的年金の姿を見ると、国民年金が市町村、厚生年金が社会保険庁または厚生年金基金、共済年金が各政府機関が運営し、積立金運用はこれまで資金運用部に預託して、財政投融资に向けられてきたが、財投改革にともない、現在は年金側が自主運用している。このようにほとんどすべての運営が、政府機関によっておこなわれている。

改革がおこなわれると、公的年金と企業年金は以下のように変化する。まず改革時点（x年）において、日本版 401k のなかに、被用者が加入義務をもつ年金プラン（これを、新型適格年金と呼ぶことにする）をつくる²⁰。保険料は報酬比例で上限をもち、保険料率、上限は政府によって一律に定められる。厚生年金と共済年金の報酬比例部分は、新型適格年金に移行する。税制面では拠出時非課税、給付時課税とする。運営主体は共済年金は各共済組合、厚生年金基金をもつ企業では厚生年金基金、それ以外の企業は当初は社会保険庁（組織改革後はその後継組織）となるが、運営業務は社会保険庁以外は生命保険会社、信託銀行等の金融機関が運営主体の指名を受けておこなう。資産運用については、社会保険庁が管掌する年金も金融機関に委託する。厚生年金基金をもたない企業でも希望すれば、運営を社会保険庁から移管することができる。企業側から見て社会保険庁での運営が費用面で得策と判断するならば、あえて移管する必要はない。移管する場合には、企業は厚生年金基金を設立する必要はない。これが、新型適格年金と名付けた理由である。

過去期間の年金負債を償還するために、厚生年金特別会計に年金整理勘定を設ける。整理勘定は年金清算国債を発行して、共済組合、厚生年金基金に移管する年金については、過去期間の年金負債分を国債で補填する。一方、社会保険庁が管掌する年金について国債

²⁰ 日本版 401k には、企業型と個人型の2種類が設けられているが、これに加えて「社会保険型」と呼ぶべき制度を創設する。

で補填しても、政府会計内で資産と負債が両建てになるだけであまり意味はない。そこで、この年金は、民間に移管されたときに年金負債を国債で補填することにする。

3. 人口高齢化と医療費

3.1 人口高齢化が医療費増加に与えた影響

(1) 国民医療費の推移

3節では、わが国での少子・高齢化の進展が医療費と医療保険に与える影響を展望する²¹。日本の状況を対象とするが、参考となる米国の研究についても触れることにした。

2003年度の国民医療費は31兆5375億円、国民1人当たり医療費は25万9100円となった²²。図2が示すように、国民医療費の対GDP比は上昇を続け、2003年度には6.4%に達している²³。国民医療費の動向と同時に、国民医療費に占める老人医療費の割合が上昇していることがよく指摘されており、高齢者の増加が国民医療費増加の原因であるという認識をもつ人も多いようである。しかし、「国民医療費の増加＝高齢者の増加」という図式はかならずしも正しいとはいえない。かりに、高齢者比率に変化がなく、各年齢の医療費が同率で成長していたとすると、国民医療費に占める老人医療費の割合に変化はないが、国民1人当たり医療費は上昇するのである。確かに人口高齢化は医療費増加の要因のひとつであるが、老人医療費が国民医療費を上回って増加を続けることのみを見ていると、全体的な医療費の増加の役割を見逃してしまうことになる。

²¹ 高齢者人口の増加は、医療費だけではなく、介護費用の増加にもつながるであろう。介護費用の動向については、岩本(2004)、Fukui and Iwamoto (2006)を参照。

²² 国民医療費は厚生省大臣官房統計情報部において毎年推計公表されているが、推計方法の全体が明らかになっているわけではない。公表データより国民医療費の数値を再現しようという試みが辻(1995)によってなされている。

²³ 厚生省の発表では、対国民所得比が重視されているが、国際的には対GDP比が用いられるので、本稿では対GDP比で議論をおこなう。

図2 国民医療費(対GDP比)



では、医療費増加のなかで、高齢化はどの程度重要な要因であったのか。厚生省は、国民医療費の推計と同時に、医療費増加率を人口増、価格変化、人口の高齢化、その他の4要因に分解した計数を発表している（表2）。人口増と価格変化の要因を除去することによって、国民1人当たり実質医療費の成長率が得られる。これは、1980年から97年の平均で4.6%となる²⁴。「人口の高齢化」要因とは、年齢によって1人当たり医療費が異なる点を調整するもので、年齢階層別医療費を一定として、人口構成の変化のみによって生じる医療費の変化を示したものである。1980年から97年の平均で、人口の高齢化による医療費の成長率は1.4%となる。17年間で人口高齢化によって、国民1人当たりの負担は27%上昇したことになる。また、1人当たり実質医療費の成長に占める高齢化要因の比重は約30%である。のこりの3.2%の成長率は、平均的個人に対する医療サービス投入の数量的増加によるものと解釈される。1980年から97年までの17年間に、医療サービスの投入が71%増加したことになる。

²⁴ 医療費データはほとんどが年度で集計されているので、本稿で使用・引用する数値の多くは年度ベースであるが、以下では文脈で判断できる限り、年度と暦年をとくに区別しない。

表2 国民医療費増加率の要因分解

	国民医療 費	増加率		要因分解	
		国民1人 当たり医 療費	国民1人 当たり実 質医療費	人口構成	その他
1980	9.4	8.6	8.6	1.0	7.5
1981	7.4	6.7	5.0	1.0	3.8
1982	7.7	7.0	7.0	1.2	5.7
1983	4.9	4.2	5.5	1.2	4.3
1984	3.8	3.2	5.2	1.2	4.0
1985	6.1	5.4	4.2	1.2	3.0
1986	6.6	6.1	5.4	1.2	4.1
1987	5.9	5.4	5.4	1.2	4.1
1988	3.8	3.4	2.9	1.3	1.6
1989	5.2	4.8	4.0	1.3	2.7
1990	4.5	4.2	3.2	1.6	1.5
1991	5.9	5.6	5.6	1.5	4.0
1992	7.6	7.3	4.8	1.6	3.0
1993	3.8	3.5	3.5	1.5	2.0
1994	5.9	5.7	3.8	1.5	2.1
1995	4.5	4.1	3.4	1.6	1.7
1996	5.6	5.4	4.6	1.7	2.8
1997	1.6	1.4	1.0	1.7	-0.7
1998	2.3	2.0	3.3	1.6	1.7
1999	3.8	3.6	3.6	1.7	1.8
2000	-1.8	-2.0	-2.2	1.7	-4.0
2001	3.2	2.9	2.9	1.6	1.3
2002	-0.5	-0.6	2.1	1.7	0.4
2003	1.9	1.8	1.8	1.6	0.2
1980-1999	5.3	4.9	4.5	1.4	3.0
1980-1993	5.9	5.4	5.0	1.3	3.7

(出所) 『国民医療費』(厚生労働省)。

(注) 増加率の期間平均は、各年の増加率の単純平均として計算した。単位はパーセント。

このように、1人当たり実質医療費の変化は、人口構成の変化による部分と全般的な医療費の増加(数量的増加)に分解される。人口高齢化が医療費増加に果たした役割については、二木(1995)が既存研究を展望してまとめたように、これまでの先進国の経験では、高齢化要因の比重は小さかったという認識がもたれている。米国を例にとると、医療費の増加の原因として、人口の高齢化の影響は微小で、技術進歩が最も大きな要因であったことが確認されている。例えば、Newhouse(1992)は、1950年から1987年間の医療費の増加で、人口の高齢化で説明できる部分は15%であるとしている。Cutler(1997)は、1940

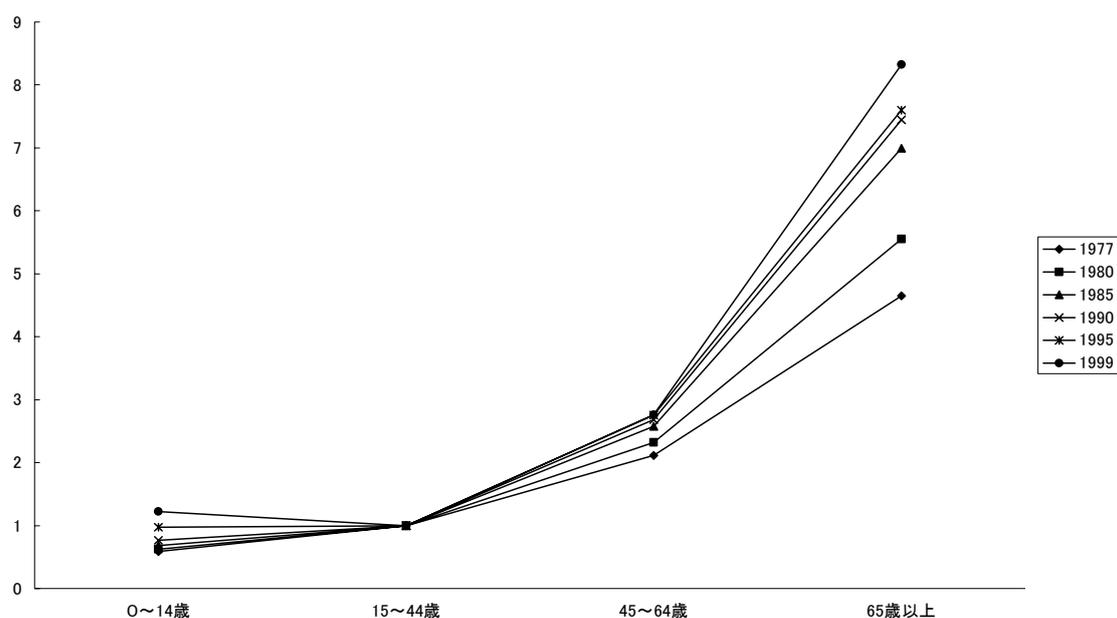
年から1990年間で人口の高齢化で説明できるのは全体の2%であると推計している。

二木(1995)は、OECD 諸国における人口高齢化を原因とする医療費増加率を推計し、日本の増加率は1990年代には欧米諸国に比べて相当高いとしている²⁵。

(2) 年齢階層別医療費の推移

国民医療費の推計では、0～14歳、15～44歳、45～64歳、65歳以上の年齢階層別の1人あたり医療費も同時に推計されてきた。図3は、年齢階層別の1人あたり医療費（15～44歳階層を1に基準化）の1977年から1999年までの推移を示したものである。対象期間を1999年までとしたのは、2000年の介護保険の導入によって、それまで国民医療費に含まれていた介護サービスに移行して、データの連続性がないためである。65歳以上の高齢者の1人あたり医療費は、15～44歳層に比較して、1977年の4.6倍から1999年の8.3倍に増加したことがわかる。とくに、80年から85年の上昇幅が大きい。

図3 年齢階層別医療費の推移



高齢者の医療費の伸びが大きいという現象は、米国でも観察されている。Cutler and Meara (1998)は、National Medical Expenditure Survey等の調査を用いて、年齢階層別の医療費の変化を分析した。1歳未満と65歳以上の2つの階層が、とくに高い医療費の伸びを示している。1963年から1987年の間では、1～64歳の医療費の年間成長率が4.7%で

²⁵ なお、二木(1995)は将来推計もおこなっており、2000年以降は欧米諸国に比べてやや高い水準まで低下するとしている。

あるのに対し、1歳未満が9.8%、65歳以上が8.0%となっている。さらに、乳児層の増加率が中堅層を超過する部分の89%は、同階層の医療費支出の上位10%によって説明でき、高齢者層では超過分の66%が同様に説明できることから、医療費の集中現象が、両階層の医療費の伸びをもたらしたことが示唆される。

Cutler and Meara (2001)は、National Long-term Care Surveyを用いて、1985年から1995年間の65歳以上の年齢階層別の医療費の変化を分析し、65～69歳の年間成長率が2.0%であるのに対し、85歳以上は4.3%におよび、高年齢層ほど医療費の伸びが大きいことを示した。また、85歳以上の高い伸びの原因は、home health care や skilled nursing care のような post-acute service が増加したことであることを指摘している。

(3) 医療費の実質化の問題

医療費の実質化は、時系列データによる経済分析を進める上で不可欠な作業であり、ここで医療費価格指数に関する議論に触れておきたい。

名目医療費を実質化する価格指数については、国民医療費増加の要因分解から得られるものに加え、『国民経済計算』（内閣府）、『消費者物価指数』（総務省統計局）のなかの物価指数、さらに個別研究による代替的な価格指数の推計（医療経済研究機構[1996]、藤野[1997]）がある。表3には、これらの価格指数の1980～99年の期間での年平均値をまとめている。

表3 医療費価格指数増加率

	1980-1993	1980-1998
『国民経済計算』		
家計 医療・保健	2.3	2.0
対家計民間非営利団体 医療	1.4	1.1
一般政府 保健	2.0	1.5
『消費者物価指数』		
保健医療	2.0	2.2
医薬品・健康保持用摂取品	2.4	1.9
保健医療用品・器具	1.5	0.6
保健医療サービス	2.2	3.1
医療経済研究機構(1996)	0.2	-
藤野(1997)	2.2	-

出所) 『国民経済計算』(内閣府), 『消費者物価指数』(総務省統計局), 医療経済研究機構(1996), 藤野(1997)。

注) 数値は増加率の年当たり平均値で, 単位はパーセント。

『国民経済計算』では, 長期のデータがとれる平成7年基準での家計最終消費支出の「医療・保健」, 対家計民間非営利団体の商品・非商品販売の「医療」, 一般政府の商品・非商品販売の「保健」の価格指数の推移をまとめている²⁶。1980年から98年の家計最終消費支出での価格増加率は年平均2%と, 国民医療費での価格指数の同時期の数値0.4%よりもかなり高い。

『消費者物価指数』での「保健医療」と, その内訳の「医薬品」, 「保健医療用品・器具」, 「保健医療サービス」についての価格指数の増加率を見ると, 1980年から97年の増加率は年平均で2.2%と高く, 内訳で見ると, 「保健医療用品・器具」は0.6%と低いが, 「保健医療サービス」が3.1%と高くなっている。

米国においては, 物価指数統計での医療サービス価格については, 質の上昇が不十分にしか考慮されておらず, 上昇率が過大推計されているという研究が多数おこなわれている(価格指数に関する議論の展望としては, Berndt et al. [2000]を参照)。わが国においても同様に, 質の上昇が十分に考慮されているかどうかは, 今後検討を要する課題である。また, 国民医療費での価格上昇は, 診療報酬・薬価の改定時の集計された伸び率をもとにし

²⁶ ここでは, 家計に販売される医療サービスの価格に関心があるので, 対家計非営利団体と一般政府は商品・非商品販売の価格指数をとっている。これらは家計によって購入されるので, 家計の最終消費支出「医療・保健」の一部に相当する。

ているので、それが価格指数として適当であるかどうかは検討課題である。

医療経済研究機構(1996)、藤野(1997)は、『社会医療診療行為別調査』(厚生労働省)をもとに価格指数を推計している。1959年から93年までの医療費価格指数と増加率の数値を示している。1959年から93年までの指数を推計した藤野(1997)によれば、1980年から93年までの平均価格上昇率は2.5%となり、国民医療費での価格指数増加率を大きく上回る。1979年から1993年までの価格指数を推計した医療経済研究機構(1996)は、各年に生じた項目の変更を考慮して精密な作業をおこなっており、1980年から93年までの平均価格上昇率は0.2%となっている。この推計では、『社会医療診療行為別調査』には含まれない保険薬局が調剤した薬剤費と技術料を別途算出していることにより、こうした調整をおこなわない場合よりも低い値が得られたと考えられる。また、継続研究である医療経済研究機構(1998)では、1975年から95年までの大分類項目別指数が推計されているが、総合指数は与えられていない。

価格上昇率が大きいことは、実質医療費の成長率が低いことを意味するので、代替的な物価指数を用いると、投入の数量的増加が小さく現れることになる。現在示されているものの価格指数が真の値に近いかは定かではない。もしかりに国民医療費増加の要因分解での価格指数が過小に推計されているとしたら、実質医療費増加での高齢化の影響は、3.1(1)節で約3割とした数値よりも大きくなる可能性がある。価格指数に関する議論は、今後さらに深めていく必要があるだろう。

3.2 将来予測

(1) 医療費の将来予測

高齢者の1人当たり医療費が高いという事態が変わらず、高齢者比率が増加することになれば、国民1人当たり医療費は当然増加するものと予測される。では、どの程度医療費は上昇するのか。医療費の将来予測に関する研究をここでまとめてみよう。

2004年5月推計の「社会保障の給付と負担の見通し」では、医療給付費は2004年の34兆円から2025年に59兆円になると予測されている。この予測では、人口構成の変化と医療費の全般的増加が考慮にいれられている。後者の医療費の全般的増加については、1995～99年の実績をもとに、高齢者(70歳以上)の1人当たり名目医療費の伸び率を3.2%、若年者の1人当たり医療費の伸び率を2.2%と置いている²⁷。

²⁷ Cutler and Sheiner (2000)によれば、米国での公的医療保険である Medicare 支出の将来予測は、Health Care Finance Administration によりなされているが、1995年の対GDP比2.5%から、2050年には6.5%に上昇すると予測している。予測の前提は、医療費の成長については、Part Aのサービス単価が賃金成長率、Part Bの加入者当たり支出が1人当たりGDP成長率で成長すると仮定している。しかし、1929年から1996年の実績では、医療

厚生労働省は同種の予測を従来から公表してきている。表4は、これらの予測を対比させたものである。2025年の国民医療費については、1994年3月の「21世紀福祉ビジョン」での将来予測が141兆円であるのに対して、96年11月の「社会保障の給付と負担の将来見通し」での予測が107～108兆円と大きく違っている。しかし、国民所得比では、94年予測が11～19%、96年予測が11.5～18%と、国民医療費ほどの格差はない。この2予測間で推計手法の改良もおこなわれているが、国民医療費の違いに結びついたもっとも大きな原因は、94年予測が90～92年の実績をもとに名目医療費増加率を4.5%と設定したのに対して、96年予測が90～94年の実績をもとに4%と設定したことの違いである。年0.5%の増加率の違いは約30年間に蓄積されて、水準で約3割もの違いをもたらす。さらに新しい予測ほど2025年の名目医療費が小さくなるのも、実績値の名目成長率が低下して、それが予測に反映されたためであると考えられる。国民所得比が最近の推計でさほど変わらないのは、名目国民所得成長率の前提も同時に引き下げられているからである（なお、2006年推計では、将来の給付費抑制策の成果を織り込むことで、医療費の対国民所得比が低下している）。医療費と国民所得の成長率の前提次第で、さまざまな数値が得られることが示唆されており、厚生労働省予測は、将来の医療費負担についての的確な情報となるよりは、むしろ不確定要素を強調しているかのようである。

費の成長率はGDP成長率を2.5%ポイント上回っていた。Part Aについては、年齢階層別の医療費の違いを考慮して、人口構成の変化による医療費の変化が考慮されている。これに対し、Part Bについては、年齢階層別の違いを考慮にいれていない。

表4 厚生労働省による医療・介護費用の将来予測

(兆円)

年度	94年3月予測	96年11月予測 介護保険制度 を導入	97年9月予測 介護保険制度 を導入	2000年10月予測	2002年5月予測	2004年5月予測	
医療							
1993	24						
1995		24	24	24			
2000	38			26			
2010	68				35	34	
2025	141 (11~19)	107~108 (11.5~18)	96 (10~16)	90 (10~15)	71 (11)	60 (11)	59 (11)
介護							
2005					6 (1.5)		
2010					8 (2)	9 (2)	
2015						12 (2.5)	
2025			13~20 (2)	14~21 (2.5)	21 (3)	20 (3.5)	19 (3.5)

(出所)「21世紀福祉ビジョン」(厚生省, 1994年3月), 「社会保障の給付と負担の見通し」(厚生省, 1996年11月), 「社会保障(現行制度)の給付と負担の見通し(改訂版)」(厚生省, 1997年9月), 「社会保障の給付と負担の見通し」(厚生省, 2000年10月, 厚生労働省, 2002年5月, 2004年5月)

(注) 括弧内は, 対国民所得比。

名目額をベースとした厚生労働省予測は, 経済学者にとっては違和感がある²⁸。他の研究では実質医療費の予測をおこなっており, 人口高齢化の影響に関心をしばって実質医療費の増加はないと仮定するか, 実質医療費の増加にある前提をおいた予測のいずれかになっている。

前者の人口構成の変化のみがもたらす医療費の変動を予測した研究には, 表5でまとめられたような, 小椋・入船(1990), 小椋(1995), 二木(1995), 岩本・竹下・別所(1997), 西村(1997)がある。

²⁸ もうひとつの違和感は, 医療費は名目額が予測のベースとされるのに対して, 介護給付費は対国民所得比が予測のベースとされていることである。96年11月予測のように, 介護保険の創設により, 医療から介護への給付のシフトが起こることが前提にされている。制度改革がなく医療にとどまれば全般的に4%の名目伸び率となるものが, 介護に移動すると国民所得と同率で増加するという前提は, 整合性を欠くように思われる。

表5 国民医療費の将来予測

小椋・入船(1990)			
年度	国民医療費 (兆円・1986年価格)		1人当たり医療費 (円・1986年価格)
1986	15.23 (100)		125,196 (100)
2001	19.59 (128)		151,572 (121)
2021	22.26 (146)		179,397 (143)
小椋(1995)			
年度	国民医療費 (兆円・1989年価格)		1人当たり医療費 (円・1989年価格)
1989	17.49 (100)		142,075 (100)
2004	22.77 (130)		178,765 (121)
2024	25.41 (145)		
二木(1995)			
年度	国民医療費 (兆円・1990年価格)		1人当たり医療費 (円・1990年価格)
1990	20.61 (100)		166,720 (100)
2000	24.55 (119)		192,720 (116)
2010	27.31 (133)		209,420 (126)
2025	29.10 (141)		231,280 (139)
岩本・竹下・別所(1997)			
年度	国民医療費 (兆円・1992年価格)		1人当たり医療費 (円・1992年価格)
(A)			
1992	21.13 (100)		169,826 (100)
2010	27.64 (131)		211,968 (125)
2025	29.52 (140)		234,623 (138)
(B)			
2010	27.93 (132)		219,108 (129)
2025	30.45 (144)		251,382 (148)
西村(1997)			
年度	国民医療費 (兆円・1994年価格)		1人当たり医療費 (円・1994年価格)
1994	25.00 (100)		199,818 (100)
2000	27.86 (111)		218,707 (109)
2005	30.24 (121)		233,792 (117)
2010	32.03 (128)		245,634 (122)
2015	33.30 (133)		256,089 (128)
2020	34.18 (137)		266,313 (133)
2025	34.19 (137)		271,768 (135)
2030	33.72 (135)		274,209 (137)
2035	33.15 (133)		274,668 (137)
2040	33.63 (135)		286,725 (143)

(注) 括弧内は、基準年を100とした数値。小椋・入船(1990)、小椋(1995)、西村(1997)の1人当たり医療費、二木(1995)、岩本・竹下・別所(1997)の国民医療費と(B)は、筆者による計算で、使用した将来推計人口が(A)は1992年9月推計、(B)は2002年1月推計である。

小椋・入舩(1990)は、86年の年齢階層・性・制度別の医療費が維持されるという前提で、85年の『人口動態統計』(厚生労働省)をもとに将来人口を推計し、2021年には、人口構成の変化により、実質国民医療費は86年の1.5倍になると推計している。また、1人当たり医療費は同期間に1.4倍になる。

小椋(1995)は、86年の医療費データと86年の人口データを用い、ほぼ同様の手法により、1989年から2024年の間に、国民医療費は1.5倍になると予測している。2024年の人口が報告されていないので、同期間の1人当たり医療費の伸びは正確にはわからないが、小椋・入舩(1990)とほぼ共通した手法に基づき、似通った結果が得られていることから、小椋・入舩(1990)の得た1.4倍とさほど遠くない数値ではないかと推察される。

二木(1995)は、1990年の『国民医療費』の年齢4階層別医療費・診療費が維持されるという前提のもとで、将来推計人口の2025年の人口構成となった場合に、1人当たり医療費は23万1280円と90年水準の約1.4倍になると推計している。

岩本・竹下・別所(1997)は、『医療費ハンドブック』(法研)所収の1992年の5歳刻みの年齢階層別医療費が変化しないものとして、将来推計人口の2025年の人口構成になった場合に、1人当たり診療費は、23万4623円と92年水準の約1.4倍になると推計した。また、将来推計人口をもとに国民医療費の伸びを求めると、同期間に1.4倍になると推計される。

西村(1997)は、1994年の年齢階層別医療費に変化がないものとして、人口構成の変化による2040年までの国民医療費の変動を求めている。国民医療費および1人当たり医療費は94年から2025年の31年間に1.4倍になると予測している²⁹。1人当たり医療費はさらに上昇を続けるが、2025年の伸び率はそれ以前にくらべると緩やかになっている。

Tokita et. al. (1997)は、国民医療費を

$$\text{国民医療費} = \text{受療率} \times \text{患者1人当たり医療費} \times \text{人口}$$

の3要因に分解し、以下の4つのケースについて、将来推計をおこなった。

ケース1 受療率・1人当たり医療費ともに1993年の水準にとどまる

ケース2 受療率は1993年水準、1人当たり医療費は過去のトレンドで増加する

ケース3 受療率は過去10年の平均、1人当たり医療費は1993年の水準にとどまる

ケース4 受療率は過去10年の平均、1人当たり医療費は過去のトレンドで増加する

厚生省推計とは異なり、ケース2、4の医療費の増加は実質で評価されている。ケース4については、国民医療費は2025年まで平均2.8%で上昇し、同年には約50兆円(1990

²⁹ 西村(1997)は、国民医療費推計と総額と一致するように全体の水準調整をしている。小椋・入舩(1990)、小椋(1995)、岩本・竹下・別所(1997)は、年齢階層別データの得られる保険医療のみを対象にしている。このため、この3研究と二木(1995)、西村(1997)の間では、医療費の水準に差が見られる。

年価格)となる(表6)。人口高齢化のみの要因(ケース1)では、年平均0.8%の上昇となる。予測の前提となった将来推計人口を用いて、1人当たり医療費の伸びを求めると、ケース1については、1993年から2025年までに1.4倍になると推計される。

表6 Tokita et.al.(1997)による国民医療費の将来予測

	ケース1	ケース2	ケース3	ケース4
国民医療費(円・1990年価格)				
1993	20.17 (100)	20.17	20.17	20.17
2000	22.51 (112)	25.85	24.30	27.90
2005	23.86 (118)	30.25	25.72	32.60
2010	25.08 (124)	34.78	27.00	37.42
2015	26.44 (131)	39.80	28.42	42.76
2020	26.79 (133)	43.49	28.78	46.69
2025	26.39 (131)	45.94	28.35	49.32
年平均成長率(%)	0.8	2.6	1.1	2.8
1人当たり医療費(円・1990年価格)				
1993	161,440 (100)	161,440	161,440	161,440
2000	177,395 (110)	203,717	191,501	219,872
2005	186,868 (116)	236,913	201,435	255,318
2010	196,516 (122)	272,521	211,561	293,207
2015	209,104 (130)	314,764	224,764	338,173
2020	215,817 (134)	350,350	231,848	376,129
2025	218,256 (135)	379,943	234,466	407,897

(出所) Tokita et. al. (1997)。

(注) 括弧内は、1993年を100とした数値。1人当たり医療費は、筆者による計算。

年齢階層による医療費の違いは現在の状態が維持されると前提されるので、人口高齢化が与える影響の予測が変化するとすれば、将来人口の予測の違いが原因である。将来人口については、出生率の予測が技術的にもっとも困難であり、これまでの政府予測がはずれてきた最大の理由となっている。しかし、相対的に多くの医療費を使う高齢者の人口は上記研究が対象とした期間中は現在生まれている人口で規定されるので、出生率の予測の違いが1人当たり医療費に与える影響は軽微である。したがって、人口高齢化の医療費への影響については、予測の幅はそれほど生じないと考えられる。実際、上にあげた研究では、

小椋・入船(1990)が35年間で1人当たり医療費が1.5倍、岩本・竹下・別所(1997)が33年間で1.4倍、西村(1997)が31年間で1.4倍、Tokita et. al. (1997)が32年間で1.4倍と、近接した予測結果となっている。また、『将来推計人口』を使用した研究は、1992年9月推計によっているが、2002年1月推計を使用して、岩本・竹下・別所(1997)と同様の手法で推計してみたところ(表5参照)、1人当たり医療費は若干の増加となるが近接しており、国民医療費はほぼ同じ数値となる。国民医療費がほとんど影響を受けないのは、若年層の人口減少を高齢者の余命延長による医療費増加で相殺した結果であると考えられる。

しかし現在は、医療費増加率は経済成長率を上回っており、今後もこの傾向が続けば、医療費の対GDP比は大きく上昇していくことになる。上昇率が高ければ、人口高齢化の影響を凌駕することもあり得るだろう。医療費の全般的増加と経済成長率を的確に予測することはきわめて困難である。しかし、将来予測では経済規模に対する医療費に関心もたれることが多いので、両者の成長率の前提を個別に置くよりも、相対的な成長率の差に着目した方が見通しが良くなる。医療費の全般的増加を考慮しない上記の推定は、医療費の全般的増加と経済成長が同率であるときの対GDP比の数値と見なすことができる。その上で、不確定要因である医療費と経済の成長率の差について異なる前提を置いて感度分析をおこなう手法が、議論を透明にする望ましい方法であると考えられる。

人口高齢化の影響に関する現在の研究は手法と結果についてほぼ収束しているといえるが、課題もこのころ。これまで高齢者の医療費の伸びが他の年齢階層よりも高かったという事実があり、今後もこの傾向が続くとすると、年齢階層による医療費の違いの動向を固定する予測は、下限の推定値となるだろう。この問題の検討は、既存研究ではまだ十分にされていない。

さらに高齢者の健康状態の変化を考慮することもおこなわれるようになってきた。米国では、Cutler and Sheiner (2001)が、総医療費を年齢階層別の人口、健康状態、健康状態に依存した医療費の3要因に分解されるとし、健康状態の変化と人口要因の変化による将来の医療費の変化を推計している。また、医療費をacute careとnursing home careに分類している。acute careについては、まず医療費がGDPと同率で成長し、年齢別医療費に変化がない場合には、高齢者の医療費の対GDP比は、1992年の1.7%から2070年の3.3%に上昇する。しかし、年齢が上がるほど死亡前1年の医療費が減少するので、平均余命の伸長は医療費の増加を抑制する効果をもつ。また、高齢者の健康状態はずっと改善の傾向にある。年齢別医療費を死亡前1年の医療費とそれ以外の医療費に分割して平均余命の伸長を考慮し、高齢者のdisability rateが年1%低下することを仮定すると、2070年での高齢者の医療費の対GDP比は2.6%に抑えられる。なお、医療費がGDPを2.5%ポイント上回る場合には、2070年の医療費の対GDP比は、抑制効果を考慮にいれない場合に22.3%、

考慮にいれた場合に 17.2%になる。nursing home care については、費用が GDP と同率で成長し、年齢・性別の利用率を固定した場合には、費用の対 GDP 比は、1990 年の 1.0%から 2070 年の 3.5%に上昇する。しかし、1992 年の Medicare Beneficiary Survey を用いて nursing home の利用関数を推定し、配偶関係、disability rate の年 1%の低下、死亡直前時の利用率の要因を考慮にいれると、2070 年で 1.2%への上昇にとどまる。ただし、これらの要因に加えて、nursing home の費用が年 4%で成長すると仮定した場合には、2070 年の費用の対 GDP 比は、10.9%となる。

わが国でも大日(2002)、鈴木・鈴木(2003)の修正の試みがある。終末期医療費は生存者の医療費よりも高いため、年齢階層と医療費の関係は高齢者層の死亡率が高い事実が大いに影響を受けている。高齢になるほど終末期医療費は低くなることから、寿命の延長により、死亡者がより高齢者に移行することから、現状の年齢階層別医療費よりも低くなることが予想される。この影響を考慮に入れた医療費の将来推計をおこなって、厚生労働省の推計の過大分を評価したところ、鈴木・鈴木(2003)では 2025 年度で老人医療費の 4.4%程度、大日(2002)では総医療費の 15~30%程度におよぶとされている。推計の開きが大きいのは、データの制約から、生存者と死亡者の医療費の推計のばらつきが大きいことが影響しているものと考えられる。

このように、平均余命の伸長と健康状態の改善は高齢化による医療費の増加を相殺する効果をもっているが、全体的な医療費が所得以上に増加した場合の影響は、人口要因の変化を大きく上回ることがわかる。

(2) 保険料負担の将来予測

3.2(1)節で予測されたような医療費の増加は、毎年の収支均等を原則として運営されている医療保険のもとでは、保険料負担増をもたらすであろう。負担水準は若年者の所得額によって左右されるので、長期にわたる予測では出生率の予測の影響を受けてくる。しかし、今後 30~40 年間については、不確定な若年層の人口比重が低いので、人口予測の影響をあまり受けずに負担水準の予測をすることができる。

小椋・入船(1990)によれば、1986 年に比較して、2021 年には被用者保険の保険料率は約 5 割高い 12%程度、国保の保険料は約 2 倍の水準になると予測されている。また、この保険料の負担増は、すでにのべた医療費の増加分（基準年の 5 割）の 5 割に相当し、のこりの 5 割は公費負担増でまかなわれ、患者負担はほとんど変化しない、とされている。患者負担が増加しないのは、自己負担率の低い老人医療費の比重が高まるからである。

小椋(1995)の推計では、1989 年に比較して、2024 年では被用者保険の保険料率が 1.5 倍になる。また、勤労世代の保険料の 50%は、老人保健・退職者医療制度にまわされること

になる。

西村(1997)は、政管健保の保険料負担の将来予測をおこなっている。1994年の8.2%から2020年には11.2%と、1.4倍になる。また、保険料の45%は老人保健制度にまわされると計算されている。

鈴木(2000)は、組合健保、政管健保、国保、退職者医療、老人保健の5部門からなる医療保険収支モデルを構築し、医療費の実質増加はないという前提で、人口構成の変化がもたらす将来の保険料の変化を予測している。保険料率は、組合健保が1995年の7.8%から2055年には11%に上昇、政管健保は8.7%から12.1%へ、国保は他制度のほぼ倍の上昇率で保険料が上昇していくと予測している。

3.3 医療保険による世代間所得再分配

すでにのべたように、人口高齢化による医療費の増加により、保険料負担が増加するのは、わが国の医療保険が各年での収支均等を原則として運営されているからである。このため、各年では、若年者は負担超過、高齢者は給付超過の構造になっている。わが国が直面する少子化・高齢化のような大きな人口構造の変化が生じると、医療保険が生涯での負担と給付の世代間格差を発生させることになる。

医療保険による年齢階層間の所得再分配の実態を分析した研究としては、一圓(1995)、勝又・木村(1999)、鈴木(2000)がある。一圓(1995)は、国保加入世帯の世帯主年齢階級の給付と負担を推計し、高齢者層への再分配が時代の経過とともに高まってきたことを示している。勝又・木村(1999)は、政管健保加入者を対象に、コーホートの生涯の医療給付と負担の現在価値を推計し、前の世代ほど給付・負担比率が高いことを見出している。

鈴木(2000)では、組合健保、政管健保、国保、退職者医療、老人保健の5部門からなる医療保険収支により、コーホートの生涯の医療給付と医療負担の生涯所得に対する比率が推計されている。組合健保の男性被保険者では、1940年生まれでは生涯所得の3.0%の受益超過となるが、2025年生まれでは、2.2%の負担超過となる。1965年生まれでほぼ給付と負担が拮抗する。政管健保の男性被保険者では、給付と負担が拮抗するのは1995年生まれであり、補助金の投入により、組合健保よりも純給付が大きくなっている。

米国では、Medicareが世代間所得再分配をおこなう構造になっており、世代会計の手法を用いて、Auerbach, Gokhale and Kotlikoff (1992)が、Medicare医療費が経済成長率を上回って成長した場合に、保険料率を引き上げるか、そのままとどめるかによって、世代間の負担に大きな違いがでてくることを示している。また、Bradford and Max (1997)は、community-ratingの医療保険への強制加入を導入した場合には、30歳以上に正の移転所得をもたらす、50歳で16,700ドル(1994年価格)の給付超過、0歳で9,300ドルの負担超

過、将来世代は 9,300 ドルの負担超過となり、大きな世代間の所得再分配が生じることを示している。彼らのシミュレーションでは、医療費が生産性よりも 3%ポイント高い成長率をもつと仮定されている。

4. 高齢者医療保険制度の改革³⁰

4.1 改革の議論

医療保険における世代間所得再分配の実態と人口高齢化の影響は、公的年金と共通した理論構造をもっているが、年金では将来の保険料負担の増加が焦点となっているのに対し、医療保険ではこの問題に対する関心はまだ薄い。その理由のひとつに、年金には老後の生活のための貯蓄手段であるという意識があり、長期的な視点からの議論が求められるのに対し、医療保険は現存世代間でのリスク分散という、静学的な意識が強いことが考えられる。またもうひとつの理由として、現役世代の扶養家族となる高齢者がこれまでは多く、被用者保険内で現役世代の保険料により高齢者の医療費がまかなわれていた部分が大きかったことも指摘できよう。

しかし 1990 年代からの高齢者医療費の増加は、高齢者医療制度の抜本的な改革をうながす要因となっている。4 節では、高齢者医療保険の制度設計を検討したい。まず、学界から提案されて本稿の議論の展開に関係する改革案を 3 つ紹介する。

① 広井案「税方式による独立した高齢者医療保険」

広井(1997)は、高齢者医療保険制度を独立させ、税により財源調達をする改革案を提唱している。広井(1997)の議論の重要な核となるのは、財源調達が税方式か保険料方式かという争点を、所得移転の原理と保険の原理の対比として整理していることである。

社会保険は、同質的な集団内での危険分担をおこなうものであり、その原理は民間保険が基づく私的な契約原理と同等である。しかし、現在の制度では、高齢者の医療費は若年者の保険料からの移転と公費負担によってまかなわれており、所得移転によって保険財政を維持しているといえる。現行制度には保険原理と所得移転が混在しており、その理念が曖昧なものになっている。実際の機能と制度上の原理を合致させようとするれば、保険原理になじまない高齢者を切り離し、高齢者医療保険制度は税により運営するという帰結が導かれる。

³⁰ 4 節は、岩本(2002)に基づいている。

② 西村案「長期積立型医療保険」

保険原理を貫徹するならば、リスクの違う若年者と高齢者は別々の保険として構成されるべきであるという結論になる。すなわち、高齢者に対しては、高齢者の使用する医療費に見合う高額の保険料を徴収する保険が提供される。「保険原理になじまない」とは、高齢者の所得水準ではこうした保険料負担は高すぎるということを意味することになる。しかし、個人が高齢期の保険料が高額となることをあらかじめ承知して合理的な行動をとるとすれば、若い時期から高額の保険料に備えた貯蓄をおこなおうとするはずであり、高齢時の保険料を負担できないことにはならない。

西村(1997)の提案した長期積立型医療保険は、保険制度のなかで高齢時の医療費増加に備えた貯蓄をおこなうところに特徴がある。この制度は、原則として世代間の所得移転をおこなさない。世代ごとに生涯医療費を予測して、その現在価値分の保険料を生涯で平準化する仕組みをとる。所得の高い現役期には医療費以上の保険料を払い込み、その貯蓄分を取り崩すことで高齢時の医療費を支払う。なお、医療技術の変化により当初予測できなかった生涯医療費の変化が発生した場合には、長期的な視点から（例えば5年ごと）保険料率の引き上げ、ないし引き下げをおこなって、調整するとしている。

こうした構造をもつ西村案では、特別に独立した高齢者医療保険制度を設ける必要はなく、むしろ個人を生涯で通算する必要から、制度を一本化した方が望ましい。

鈴木(2000)は現行制度を積立方式へ移行する過程の保険料率の試算をおこなっている。それによれば、1970年生まれ以降の世代の生涯受給額は生涯所得の9.2%であるので、9.2%の保険料率を徴収する医療保険は、世代間の所得再分配を引き起こさない。しかし、現状で保険料率を一気に9.2%に引き上げたとしても、過去に支払った保険料が不足しているので、保険財政は維持できない。これは、年金民営化で議論される「二重の負担」と同種のものである。このため、ある期間中は超過保険料を徴収することによって、この「二重の負担」分を解消する必要がある。どの程度の期間でどのように超過保険料をとるかによって、二重の負担をどの世代が負担するかが違ってくるため、世代間の所得再分配構造が変化する。これは、Auerbach, Gokhale and Kotlikoff (1992)が示した議論に対応する。鈴木(2000)によれば、2100年まで0.6%の超過保険料をとれば、医療保険は2100年に完全積立方式に移行し、その後は9.2%の保険料率で運営していくことが可能となる。また、積立金をもたない現状制度よりも、大幅に世代間の不公平が改善する。

米国では、Feldstein(1999)が、Medicareの医療費の増加分（現状の対GDP比2.5%から2070年に7%と政府が予測）に備えるため、賃金の2.1%を事前積立することを提唱している。

③ 岩本案「年齢リスク調整」

高齢者医療保険が組合管掌健康保険のように独立採算をとれないのは、医療費を多く使う高齢者のみを加入者としているからである。岩本(1998)は、医療保険制度間の給付・負担の格差は加入者の年齢構成、所得水準の違いによって発生しており、被保険者集団の設計の問題に由来していると指摘している。問題の根本的な解決法は、国民全体をプールした保険とすることである。

ただし、現行制度をご破算にして、あらたに一本化された保険を創設することは費用がかかる。そこで、岩本(1998)が提言したのが、各保険制度の責任でない加入者の年齢構成の違いから予測される医療費の違いを、各保険制度の上部に財政調整勘定を設けて調整する仕組み（リスク調整, *risk adjustment*）を導入することである。現行の老人保険拠出金がすでにすべての保険制度間での資金移転の事務基盤をもつので、これを利用すれば、リスク調整の実現に大きな費用は要さない。

西村(1997)の視点から見ると、広井(1997)、岩本(1998)の提案は人口高齢化への医療費増加への対応を考慮していないという批判につながるだろう。また、広井(1997)の論点は、岩本(1998)の提案する、保険原理の枠内で高齢者の医療費問題を処理する手段はもはや限界であるという批判になる。4.2節の以下の議論は、これらの批判に答える役目も果たす。議論の中心となるのは、広井(1997)、西村(1997)では注目されていない論点である、医療技術の変化にともなう医療費のショックに対する世代間のリスク分散の効果である。

4.2 人口高齢化への医療保険の対応

(1) 医療費増加への4つの対応法

政府における議論、広井(1997)、西村(1997)、岩本(1998)による提言の背景にある根本的な論点は、高齢者の医療費をどのように調達するか、にある。その背景には、(1)高齢者は若年者よりも医療費の期待値が高い（図3を参照）、(2)現在の高齢者医療費の多くは若年者からの所得移転によってまかなわれている、という事実がある。

また、この問題は現状のみではなく、今後の人口の高齢化が進展したときにより深刻なものとなる。現在でも保険料負担が重くなっていることが問題とされているが、高齢化の影響はそれをはるかにしのぐ。

将来の医療費は、医療技術の変化によっても影響を受ける。技術変化を正確に予測することは困難であるので、技術変化によってどの程度の医療費増加が生じるかを予測することも困難である。したがって、将来の医療費の変動を考える際には、予期された変動部分と予期されない変動部分の2つが存在することに留意する必要がある。

人口高齢化への対応を視野にいれた長期的視点に立つと、高齢時に医療費が増加すること（予期された医療費の変動）と、医療技術の変化により医療費が変動すること（予期されない医療費の変動）にどのように対処すべきか、の論点が重要となってくる。

図4に示すように、2つの医療費の増加に対しては

- (1) 予期される変動と予期されない変動ともに個人（世代）の責任で対応する
- (2) 予期される変動には個人で、予期されない変動には世代間所得移転で対応する
- (3) 予期される変動には世代間所得移転で、予期されない変動には個人で対応する
- (4) 予期される変動と予期されない変動ともに世代間所得移転で対応する

の4つの選択肢がある。政府が介入する根拠のうち最も重要なものは所得再分配を起こす必要性であるので、個人の責任か、世代間所得移転かの選択は、医療保険を民間で運営するか、政府で運営するかとの選択とほぼ重なっているといえる。

図4 医療費の変動への対応

		予期されない 医療費の変動	
		個人	世代間 所得移転
予期された 医療費の変動	個人	(1) 積立型 医療保険	(2)
	世代間 所得移転	(3)	(4) 現行

どの対応を選択するのが望ましいかの論点を整理していこう。医療費増加への対応に焦点を絞るために、ここではあえて医療保険における重要な要素である保険市場での逆選択、モラルハザードの問題は捨象することにした。

保険料の年齢格差がなく、長期的な積立金をもたない公的医療保険を運営するわが国の現状は、どちらの医療費の増加に対しても、世代間の所得移転で対処する(4)に相当すると考えられる。

その対極として、かりに医療保険を民間部門で供給するとすれば、どちらの医療保険の増加に対しても個人の責任で対応する(1)の状況が現れると考えられる。民間で提供される医療保険は、年齢別に医療費の期待値に見合った保険料を徴収するものとなる。個人のライフサイクルで見れば、加齢による医療費（保険料）の上昇には個人の貯蓄で対応することになる。個人が合理的であれば、予期される医療費の増加には、事前の貯蓄によって備えることになるだろう。またマクロ経済面では、将来の高齢化による医療費増加には、個人貯蓄によって対応していることになる。ただし予期されない医療費の変動により、高齢期の生活水準が影響を受けるリスクが存在している。

なお、予期される医療費の増加に対しては、個人ではなく、医療保険の側で貯蓄をおこなう方法も考えられる。これは平準保険料方式の長期保険となる。

図4では、あと2つの選択肢がある。右上の領域にある(2)は、予期される医療費の変動には個人が対処して、予期されない医療費の変動には世代間所得移転で対処する方法である。(3)は、予期される医療費の変動には世代間所得移転で対処して、予期されない医療費の変動には個人で対処することになる。

医療費の変動に対してどの方法で対応するのが最善であるのかを議論しよう。まず、予期された医療費の増加に対して、個人ないし保険の貯蓄ではなく、若年者からの所得移転で対応するのは、年金財政方式での積立方式か賦課方式かの議論と共通性をもっている。若年者から高齢者への所得移転によってすべての世代の効用が改善するのは、成長率が金利を上回る動学的に非効率な経済に限られる。2.1(3)節でも触れたように、先進国は動学的に効率な状態にあるという認識が確立されており、世代間の所得移転は、負担をおこなうすべての世代の効用を低下させることが予想される。したがって、予期された医療費の増加に対して、世代間の所得移転をおこなう根拠は乏しい。

予期されない医療費の増加に対しては、あらかじめ確実な貯蓄をおこなうことが困難であり、医療費変動のリスクを若年層と分担することにより、厚生改善がなされる余地がある。したがって、医療費の変化にともなうリスクを世代間で分散させるような所得移転をおこなうことには意義があると考えられる³¹。

以上、予期される医療費の変動に対しては個人で対応することが望ましく、予期されない医療費の変動には他世代とのリスク分散で対応するのが望ましい。したがって、(2)は最も望ましい選択肢、(3)は最も悪い選択肢であり、次善の選択肢として(1)と(4)は一長一短がある。

³¹ 岩本(2002)では、医療費変動のリスク分散の厚生改善効果をモデル分析によって示している。

(2) 最善の選択肢は実現可能か

最善の選択肢(2)は実現可能であるのか。すなわち、

争点1 積立型医療保険は実現可能か

が、医療保険制度選択の第1の争点となる。

まず、(2)がどのような制度になるかを考えよう。政府によって医療保険が運営されている場合には、各世代が生涯で支出する医療費の予測をおこない、世代ごとに収支均等するような保険料を定めて、徴収をおこなう。一方で、医療技術の変化により、生涯医療費の予測がはずれた場合には、全世代からの負担によって補填する仕組みとする。実務上は、医療保険が徴収する保険料の会計を2つに分離する必要があるだろう。まず、「積立型保険」は、予期される医療費の変動に対応するもので、加入者に対して（例えば20歳時点で）生涯医療給付費を予測して、それに見合う平準保険料を設定する。生涯医療給付費は平準保険料設定後に予期されない変化を生じるだろう。そのため、積立型保険の財政が維持できなくなるおそれがある。もうひとつの会計である「調整勘定」は、それを調整するもので、各世代の生涯医療費の予測誤差から生じた追加の給付費を積立型保険に拠出する役割をもつ。調整勘定の財源は、全加入者から平準保険料とは別に徴収する「調整保険料」か、国庫負担が考えられる。

この制度の実現可能性について最大の焦点となるのは、積立型長期保険を政府が運営することが可能であるかという問題になる。すなわち、これまでの医療保険はこうした長期的な視点からの積立金をもたずに運営されてきた。そこには、高齢時の予測できる医療費の増加について積立金により保険内で備えるという発想は存在しない。公的年金が当初は完全積立方式を指向していたものの、十分な積立金を保有することができず、世代間所得移転の要素を強めていったことからわかるように、政府が高齢化に備えて、十分な積立金をもつような医療保険制度を運営できるかはきわめて疑わしい。不合理な世代間所得移転をとめるために公的年金の民営化をおこなうべきだ、という2節の主張が医療保険にも当てはまるとすれば、積立型医療保険の部分は民間で運営し、予期される医療費の増加は民間部門で対応し、予期されない医療費の増加に対してのみ政府が介入する、という形で役割分担を検討する必要があるだろう。

しかしここに、年金あるいは生命保険と違い、長期の医療保険を民間部門で供給することが困難であるという問題が存在する（Cutler [1993], Diamond [1992], Pauly [1990], Scanlon [1992]等を参照）。これは、医療保険では契約の途中で被保険者のリスクが徐々に明らかになるので、途中で契約を破棄して、新たな契約を結び直す（被保険者の医療費を

使用するリスクが低下した場合には被保険者から、上昇した場合には保険会社から）誘因が生じるためである。したがって、保険契約は短期契約とならざるを得ない。医療保険を民間にゆだねている米国では、介護を含む長期の医療リスクに対する十分な保険が供給されないことが問題になっている。

積立型長期保険を運営することは、政府にも民間にも困難がともなっているといえる。

世代間の所得移転を起こさない保険方式の変種として、個人間の所得移転を起こさない保険方式も考えられる。これは、医療費のための個人貯蓄勘定を設けて、生涯で医療費のための貯蓄と支出が均等すればよいという考え方に立つものである。もちろん、個人により生涯医療費は異なり、また不確実である。貯蓄勘定はこの不確実性に対する保険機能はもたない。Eichner, McClellan and Wise (1998)は、この個人間の医療費の違いがどれだけ深刻であるかを分析した。彼らは、雇用者に提供される医療保障プランとして、年間で4,000ドルを超える医療費を負担する医療保険と、それ以下の医療費を支出するために使用できる個人貯蓄勘定に年間2,000ドルを拠出する組み合わせに25歳から60歳までに加入することを考察の対象とした³²。ある企業の1988年から91年間の個別従業員の医療費をもとに、勤務時の通算医療費を推計し、加入者の80%は拠出額の50%以上を保持でき、加入者の約5%が拠出の20%以下しか保持できないという結果を得ている。これにより、個人貯蓄勘定は、十分実用性がある政策手段であると位置づけている。米国では高齢者の大半は公的医療保険でカバーされており、このような貯蓄勘定は現役時代の医療費に備えることが主たる目的である。したがって、貯蓄勘定が高齢者の医療費に対しても適切に機能するかどうかは、さらなる検討が必要であろう。

(3) 次善の選択

積立型長期医療保険を政府も民間も供給できない場合には、最善の選択肢である(2)をあきらめざるをえず、次善の選択肢として(1)または(4)のどちらかを選択するという議論になる。(1)の利点は、予期される医療費の増加に対応することができるので、3節で整理された人口高齢化によって予測される医療費増加部分については、各世代が事前の積立をおこなうため、将来負担の増加が生じないところにある。(4)の利点は、医療費の予期できない変動を世代間のリスク分散によって吸収できることである。(1)と(4)の欠点は、相手の利点の裏返しである。

次善の選択としての政府の介入は、高齢者医療費の予期できない変動を世代間でリスク分散するというメリットと、高齢者医療費の予期できる上昇に備えた貯蓄をおこなえない

³² 60歳で退職後に、個人貯蓄勘定に残額がある場合には、他の目的に使用でき、それ以前に勘定の残高を使い果たした場合には、医療保険から支払いがなされる。

というデメリットのどちらが大きいかという比較考量によって判断される必要があるだろう。

したがって、次善の選択の争点は、

争点2 医療費の事前積立とリスク分散は、どちらの欠如がより深刻か

となる。

現状の(4)から(1)への移行を提言する西村(1997)の議論では、リスク分散の効用は無視ないしは軽視されている。しかし、医療費増加への対応方法をまったく変えてしまうだけの改革をおこなうとすれば、移行によってネットの利益が得られることを確信できるだけの根拠を得ておく必要があるだろう。

筆者の判断では、医療費の事前積立による利益がリスク分散の放棄による損失を補って余りあるかどうかは、現在の研究水準では確かではない。そのような状態で移行費用をかけてまで、あえて改革をおこなうことは妥当な選択肢ではないと考えられる。しかし、この結論は、選択肢に明確な解答を与えることができないための「現状維持」であり、将来の研究によって、メリットとデメリットの比較に明確な解答が見出された場合には、それに沿って結論は修正されるべきであろう³³。

4.3 税か保険料か

高齢者の医療費を税で調達するか、保険料で調達するかの選択肢を考えよう。前者の選択肢は、独立した高齢者の医療保険制度を創設し、給付費を公費でまかなおうという改革案に相当する。これに対し、後者の保険料で調達する方式には、現在の退職者医療制度、被用者OBを引き続き被用者保険に含める改革案、あるいは年齢によるリスク調整等が含

³³ 2節では、政府による年金の運営が積立金不足におちいつている現状をとめるために、被用者年金の2階部分の民営化が妥当であるという結論を導いている。年金と医療保険で結論が異なるのは、公的年金では、基礎年金が世代間リスク分散の役割を果たすので、報酬比例部分がこの役割から撤退するデメリットが小さいことと、政府の失敗による所得再分配の弊害があまりにも大きいため、所得再分配から撤退するメリットが非常に大きいことからである。

政府の役割は、対象となる問題の性格を注意深く議論することによってはじめて判断できる。

なお、岩本(2002)では、積立型医療保険への移行に要する超過の保険料分は小さいという鈴木(2000)の知見を参考にして、医療保険による将来の世代へのつけ回しは年金と比較して小さいという議論をしていたが、Fukui and Iwamoto (2006)で医療・介護保険の積立方式への移行には大きな保険料率の引き上げが必要であるという結果を得たため、民営化の必要性が薄いと見る根拠のひとつとなる、将来世代へのつけ回しを断ち切る利点が小さいとした議論を本稿では撤回する。

まれる。広井(1997)の視点をもとにすると、2つの財政方式の選択は、

争点3 高齢者の医療費の調達を保険と見なすことは可能か

の判断によって与えられる。

広井(1997)が税方式を提言した根拠は、現状の高齢者医療費を調達するほどの規模の大きな所得再分配は、事前に同一のリスクをもつ個人間での契約という保険原理として位置づけるには限界を超えており、より実態に適合するように純然たる所得再分配と位置づけるべきであるという考え方によっている。

この判断には、2節で議論されたような、世代間でのリスク分散を目的とした（民間部門では供給できない）保険は視野にはっていない。世代間所得移転が必要な理由が世代間のリスク分散にあるならば、これは保険原理として理解することが可能な議論であり、税方式を選択するという帰結は導かれない。

一方、政府が医療保険を運営することにより、予期された医療費の変動も世代間所得移転で対応してしまうという政府の失敗は、保険原理では説明できない所得再分配である。したがって、保険原理で説明できない所得再分配が生じる根拠は、加齢による医療費増加に対して個人も保険者も適切に備えることができないという認識にある。このような前提条件を不動のものとして据えるのは正しいのであろうか。最善の選択肢を目指すとするならば、予期された医療費の増加に対して個人ないし保険者で備えて、税による財源調達部分をなくしていくことが望ましいだろう。税方式に純化しようとする広井(1997)の提言は、これとは逆方向への改革となる。

4.4 最善の選択肢への移行

4.1節で議論した医療保険改革の方向は、とりあえず次善の選択肢として、世代間のリスク分散の機能から世代間の所得再分配を整理し、岩本(1998)の提言にあるように、全制度を対象にしたリスク調整を実施することである。

つぎの段階としては、最善の選択肢(2)への移行を目指して、予期された医療費に対して事前に積立のできる医療保険制度に転換する方法を考えていくべきであろう³⁴。しかしなが

³⁴ このような積立方式への移行に反対する理由として、移行過程で被保険者は自らの医療費のための保険料のみでなく積立金保有のための資金を負担しなければならないとする、「二重の負担」論がある。しかし、二重の負担は積立方式に移行した場合のみに発生するものではない。積立方式に移行しない場合には、積立金の利子分だけの保険料を追加で負担しなければならないからである。積立方式へ移行しないことを選択しても、費用負担が見えにくくなるだけであって、費用が解消するわけではない。

ら、市場の失敗、政府の失敗の存在より、最善の選択肢への転換はかならずしも容易なことではないので、ここで明確な回答を与えることはできない。考えられるいくつかの候補について簡単に触れることにしたい。

まず、政府の失敗を克服する方向としては、医療保険のなかに積立金の概念を根付かせる努力をすることが考えられる。具体的な制度としては、リスク調整をおこなう財政調整勘定が、必要な保険料を徴収して、長期的視点からの合理的な積立金を保有することになるだろう。

民間部門で対応する方向を目指すとするれば、民間部門で長期保険が供給できるような環境が整備される必要があるだろう。米国では、長期のリスクをカバーするために、保険会社に契約の更新を義務づける等の規制がとられているが、それでも長期保険の供給は十分ではない。これに対して、Cochrane (1995)は、注意深く設計された短期保険を組み合わせることによって、民間部門が長期保険を供給することが可能であると主張しており、むしろ規制の存在が長期保険の供給を妨げていると考えている。この論点は、まだ決着がついていない未解決の問題である。

最後に、医療費のための貯蓄を個人に義務づける手段が考えられる。具体的には、強制貯蓄の手段である年金を利用した制度が考えられるだろう。高齢者の医療保険料は年金から天引きとして、医療保険を単年度収支均等で運営するかわりに、将来の保険料増加に備えた積立を年金制度のなかでおこなおうとするものである。年金は退職時の生活を支えるための貯蓄であるので、それがカバーする範囲に医療を含めるという考え方の変更をおこなうことは、医療保険のなかに積立金の概念を根付かせるよりも容易であると考えられる。

ここで重要なのは積立方式の年金から医療保険料を支払うことである。かりに年金財政が賦課方式であるならば、予期された医療費増加に対する事前積立ができていない。この点が、年金と医療保険の連携の最大の障害となるだろう。かりに被用者年金の2階部分が民営化されるならば、積立方式で強制加入の貯蓄手段が利用できることになるが、被用者とその家族のみしかカバーしていない点が問題となる。全員加入の基礎年金部分は、国庫負担の比率を増やす方向にあり、医療費の事前貯蓄の目的には合致していない。

いずれにせよ、問題の端緒が市場・政府の失敗にあるので、次善から最善の選択肢への移行には簡単な解決法が存在するわけではない。そのことを認識した上で、議論を深めていく必要がある。

4.5 高齢者医療保険制度の改革の方向

医療費の増加は、予期される人口高齢化から生じる部分と、予期されない技術変化から生じる部分から構成される。最善の選択肢は、予期された医療費の変動には個人が対処し、

予期されない変動には世代間リスク分散で対処することである。これは積立型長期保険の形態となるが、民間保険では契約の不完備性から長期保険を供給することが困難で、公的保険では政府の失敗から積立型保険を供給することが困難である。こうした制約のもとでの制度としては、現状の医療保険の形態（どちらの医療費の増加についても世代間所得移転で対応する）と医療保険を民間部門で提供する方法（どちらの医療費の増加についても個人で対処する）がある。民営化をおこなう利点は予期された医療費増加に備えた事前積立をおこなうことで、損失は世代間リスク分散による厚生改善効果を放棄することである。現在の知識では、民営化の得失に明確な結論を得ることは困難であり、民営化は選択肢には入らない。

また、世代間の所得再分配で高齢者医療費を調達することは世代間のリスク分散を目的とした保険と解釈することができるので、保険料方式で高齢者医療費を調達することは正当化される。したがって、まずは望ましい高齢者医療保険制度の改革の方向は、岩本(1998)の提言にあるような、全制度を対象としたリスク調整をおこなうことである。そのつぎの段階として、人口高齢化から予想される医療費に対して事前に積立のできる医療保険制度に転換する方法を考えていくべきであろう。

5. 積立型医療・介護保険の可能性

5.1 シミュレーションの方法

これまでの議論で、公的年金と医療保険について、積立方式と賦課方式を併用し、さまざまなリスクに対して適切な役割分担をすることが、ひとつの有力な選択肢となることを見てきた。5節では Fukui and Iwamoto (2006)の結果を紹介する形で、医療・介護保険に積立方式の要素を導入する政策のシミュレーション分析をおこなう。公的年金への積立方式の導入については、すでにわが国でも多数の研究が存在するが、医療保険では鈴木(2000)の研究があるのみで、積立型介護保険については、具体的な研究がこれまでなかった。医療・介護費用はどちらも高齢化の進展で今後大きな増加をするものと考えられるので、両者を一体としてここで分析することが有用であろう。シミュレーションでは、積立型医療保険が、現行の賦課方式がもたらす世代間の負担格差をどう変化させるかが注目される。公的年金の場合には受益格差の問題も生じるが、医療・介護費用は傷病や障害をもった際に必要なサービスであるので、そのサービス消費の世代間格差を議論することにあまり意味はない。そこで、本稿では、費用負担の側面のみに関心をしぼる。

まず、医療・介護費用の将来推計が必要であるが、これについては年齢階層別の1人当

たり実績値を基準に、(1)それが将来にわたって一定（1人当たり経済成長がある場合には同率で成長）、(2)「社会保障の給付と負担の見通し」2004年5月推計を再現するように、2025年までの1人当たり給付費が成長し、それ以降は(1)と同じ想定、(3)2025年以降も(2)の2025年以前に設定した率で1人当たり給付費が伸びると想定、の3通りの予測値を作成した³⁵。(1)を楽観的ケース、(2)を悲観的ケース（これを基準ケースとする）、(3)を超悲観的ケースと呼ぶことにする。

2007年10月から、75歳以上の高齢者の医療費の50%が公費負担となり、税収で財源となる。2002年10月までは、70歳以上の高齢者の医療費の30%が公費負担であったが、現在公費負担の対象年齢と比率を引き上げている過程にある。介護保険給付の50%も公費負担の対象になる。その他の主要な公費負担としては、国民健康保険の給付費の50%、政府管掌健康保険の給付費の13%分がある。

シミュレーションでは、社会保険料と公費負担に向けられる税は同じ所得ベース（国民経済計算における雇用者報酬と混合所得の和）に課されるとする。単純化の仮定として、これらの所得はGDP（および労働投入）と同率で成長するものとし、社会保険の事務費用は捨象する³⁶。このため、両者を区別する意味が生じるのは、積立方式を採用するかどうかを検討するときである。本稿では、積立方式の考慮の対象とする、高齢者の医療費と介護保険については保険料と公費負担を区別するが、それ以外は一括して社会保険料として扱う。

経済成長率は効率単位で図った労働投入の成長率に等しくなるという仮定は、資本投入の成長率が労働投入成長率に等しく、技術進歩がない場合に妥当する。資本投入の設定は、貯蓄行動を詳細に特定化しないモデルでは許されるだろうが、後者は現実と乖離する。しかし、ここでのシミュレーションの課題は、経済成長の影響を受けるであろう医療・介護費用の財源調達であるので、1人当たり医療・介護費用が技術進歩率と同率で上昇するものとする、技術進歩率の水準は議論の本質に影響を及ぼさない。

労働力人口の予測には、(1)年齢階層別の労働力率が一定、(2)「社会保障の給付と負担の見通し」2004年5月推計に含まれる労働力の予測を再現する、(3)2002年5月に厚生労働省雇用安定局がまとめた「労働力率の見通し」を再現する、の3通りの想定をした。(1)から(3)の順に将来の労働力率の上昇を織り込んで、労働力人口が大きくなる。しかし、最も楽観的な推定でも、労働力人口は減少していく。(1)を悲観的ケース、(2)を楽観的ケース、(3)を超楽観的ケースと呼び、(2)を基準ケースとする。

³⁵ 予測値の設定についての詳細は Fukui and Iwamoto (2006)を参照。

³⁶ 実際には、例えば2001年度の政管健保の事務費用は、給付費の約0.4%（厚生保険特別会計健康勘定決算書の諸支出金と保険給付費の比として計算）である。

2004 年の「社会保障の給付と負担の見通し」での労働力人口の予測は 2002 年の「労働力率の見通し」で想定された将来の動向の予測に基本的に依拠している。しかし、前者の予測における出発点での労働力人口が低くなったため、(2)の予測値が(3)よりも若干低い水準で推移していくこととなる。所得の決定要因となる労働投入は、『賃金構造基本調査』（厚生労働省）の年齢階層別平均賃金が効率単位に比例するものとして、労働力人口と効率単位の積として求めた。数値の意味をとりやすいように、2004 年の労働投入が労働力人口に等しくなるように基準化した。

シミュレーションは 2004 年を起点とし、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口が利用できる 2100 年までを対象とする。以下では、2 つの政策シナリオを考える。

政策 A：毎年の給付費をその年の税と保険料でまかなう均衡財政方式（賦課方式）

政策 B：世代間負担格差を縮小するため、将来の高齢者の医療費と介護費用にあてられる社会保険料を事前積立する方式（詳細は 5.3 節で説明する）

5.2 均衡財政方式

まず、政策 A の均衡財政方式を考える。シミュレーションでは、負担率を保険料と公費負担のための税収の和の、雇用者報酬と混合所得の和の 90% に対する比率として定義する。分母を所得ベースの 90% としたのは、実際の保険料率に近い数値を再現するためである。シミュレーションでの医療保険料率（老人保険制度への公費負担を除外し、それ以外の公費負担を含む）は、2024 年度で 8.21% となっている。実際の政管健保の保険料率は 8.2% である。政管健保の被保険者は中小企業の雇用者であり、平均給与は雇用者全体のそれよりも低い。この賃金格差を埋め合わせるのが公費負担の目的なので、賃金格差を考慮していないシミュレーションでは保険料率を再現するようにした。介護保険では、シミュレーションでの保険料率は 1.11% であり、これは政管健保被保険者の実際の保険料率に一致する。均衡財政のもとでは、負担は社会保険給付に等しいので、ここでの計算は同時に給付の所得に対する比率を計測することにもなっている。

図 5 は、基準ケースでの医療保険・介護保険・その合計の負担率（公費負担のための税負担含む）を示したものである。医療保険の負担率は 2059 年度まで増加を続け、19.94% に達する。介護保険の負担率は 2066 年度に 10.97% まで高まる。図 5 では、両者は平行に推移しているように見えるが、介護保険の負担率の水準が低いので、医療保険よりも急速に成長している。これは、介護保険の給付が後期高齢者に集中しており、その総人口に占める割合が急速に増加するためである。また、介護保険の負担率のピークが医療保険のそ

れよりも遅れて来ることも、同じく給付が後期高齢者に集中していることが理由である。両者を合わせた負担率は 2064 年度に 30.65%でピークを迎える。このときの GDP 比は 15.63%である。

図5 均衡財政(政策A)での負担率

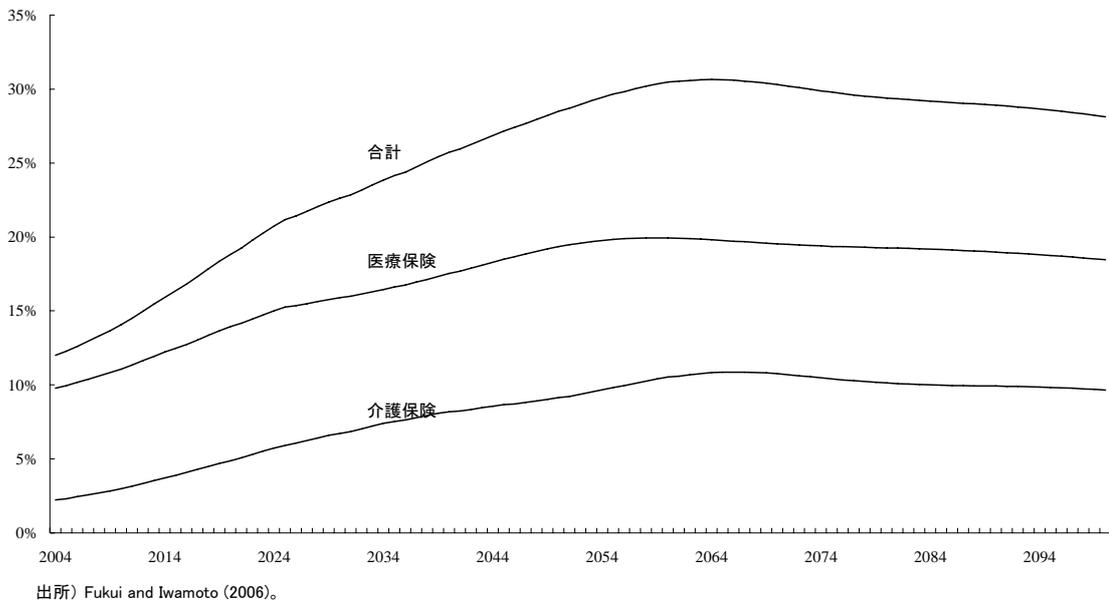


図6は、各世代の生涯での負担率を示したものである。生涯にわたる負担と所得は、それぞれシミュレーションの始期から終期までの年間の数値の割引現在価値となる。したがって、2001年以前に生まれた世代にとっては、2004年から生涯にわたる負担を示したものになる。生涯所得の計算については、『賃金構造基本調査』から構成された年齢・賃金プロフィールを用いる³⁷。

³⁷ 年齢・賃金プロフィールの構成方法は Fukui and Iwamoto (2006)参照。

図6 均衡財政(政策A)での各世代の生涯負担率

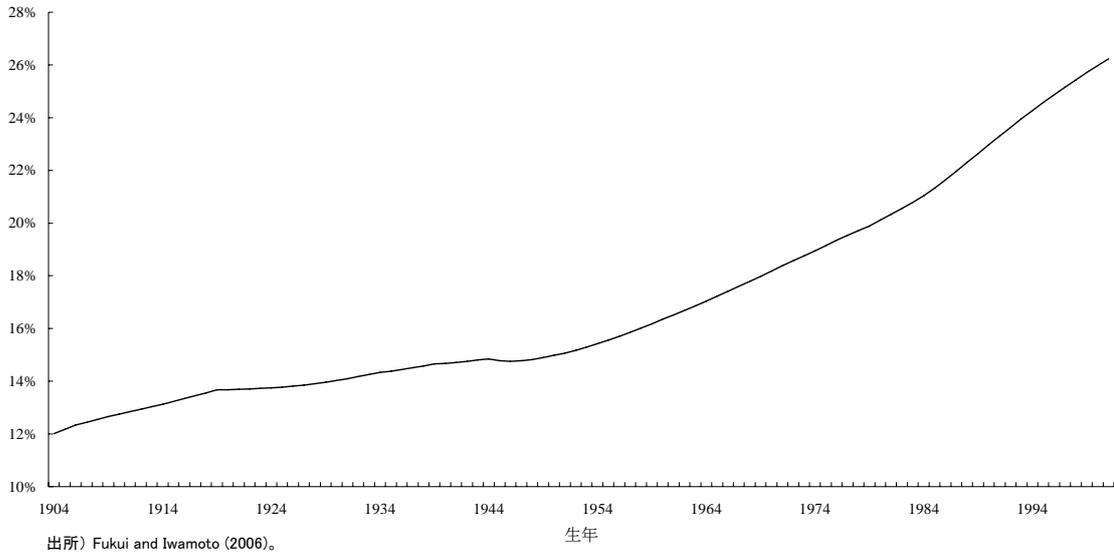


図6の横軸は、各世代の生年を表している。最初の頃の世代では、負担率の動きがなめらかでないところがある。これは、この世代は短期間しかシミュレーションではカバーされていないことによるものと考えられる。図6は、均衡財政方式は将来の世代により大きな負担を強いることを示している。負担の格差は、現在の現役世代のところで大きく、1945年生まれの世代の生涯負担率が14.8%であるのに対して、2001年生まれの世代のそれは26.2%に達する。

5.3 事前積立による負担の平準化

図6に示されたような将来世代の負担の増加を避けるには、時間を通して一定の負担率となる政策に転換するのが一つの方法である。そのためには、将来の費用増加に備えるために、十分な積立金をもつように前もって高めの保険料を徴収することが必要となる。

わが国の医療・介護保険に事前積立を導入する政策として、本稿では以下のようなものを考える。医療保険については、65歳以上の高齢者の保険給付を事前積立の対象にする。保険料は、すべての年齢の労働者によって支払われるものとする。64歳以下の保険給付と公費負担分は均衡財政方式で運営されるものとする。介護保険は保険給付を事前積立にし、公費負担分を均衡財政方式とする。保険料は現行制度と同じく、40歳以上が支払うものとする。

金利の設定は、事前積立方式の運営に大きな影響を与える。負担と所得の比に関心がある場合には、金利の絶対水準ではなく、金利と賃金成長率の差が意味をもつ。2004年5月の厚生労働省による公的年金の財政見通しでは、名目金利が3.2%、名目賃金成長率が2.1%

となっている。本稿のシミュレーションの基準ケースは、金利と成長率の差を1%とし、代替的なシナリオとして、0%と2%を考察の対象とする。

医療・介護保険を現行の均衡財政方式から積立方式に移行させる過程を以下のように設計する。医療費について、2001年生まれの世代が65歳以降の医療保険給付の期待値をまかなうのに必要な保険料率を計算したところ、4.96%となった。2001年以降の生まれの世代がこの保険料率を支払うと、2100年度の積立金はGDPの111.11%となる。移行過程では、この積立金を達成するために必要な、一定の保険料率を徴収する。現存世代は事前積立をしていないので、4.96%の保険料率では必要な積立金を蓄積することができず、8.52%の保険料率が必要となる。

積立方式の移行は、以下ようになる（表7には、政策Aと政策Bの負担に関する数値をまとめてある）。2004年度の医療保険給付（公費負担分を除く）を均衡財政方式で調達した場合は、64歳以下の医療費について4.32%、65歳以上について3.89%となる。2005年度に積立方式への移行が始まると、高齢者医療のための保険料は8.52%に上昇して、2100年度までその水準にある。その後は4.96%に下落する。64歳以下の負担率は3.97%から4.3%の範囲で安定している。

表7 均衡財政と事前積立での負担率

	2004	(A)	(B)	
		均衡財政 2005-2100	事前積立 2005-2100	2101-
合計	12.01	12.28 - 28.12	19.62 - 26.70	
医療保険				
若年者	4.32	3.97 - 4.30		
高齢者	3.89	3.98 - 9.08	8.52	4.96
公費負担	2.69	2.84 - 10.07		
介護保険	1.11	1.16 - 4.83	3.95	2.17

出所) Fukui and Iwamoto (2006)。

注) 数値は雇用者報酬と混合所得の和の90%に対するパーセント。金利は成長率より1%高い値。その他のパラメータは「社会保障の給付と負担の見直し」2004年5月推計を再現する設定。

介護保険の移行過程も医療保険と同様にして設計できる。2001年生まれの世代が生涯にかかる介護保険給付をまかなうには2.17%の保険料率が必要となる。2001年以降に生まれた世代がこの保険料率を支払った場合、2100年度の積立金はGDPの68.35%におよぶ。この積立金は2100年度までの期間に3.95%の保険料率を適用することで、蓄積することがで

きる。2004年度の均衡財政方式の保険料率は1.11%なので、2005年度に積立方式への移行を開始すると、3.95%に保険料率が上昇し、2100年度以降は2.17%に減少することになる。

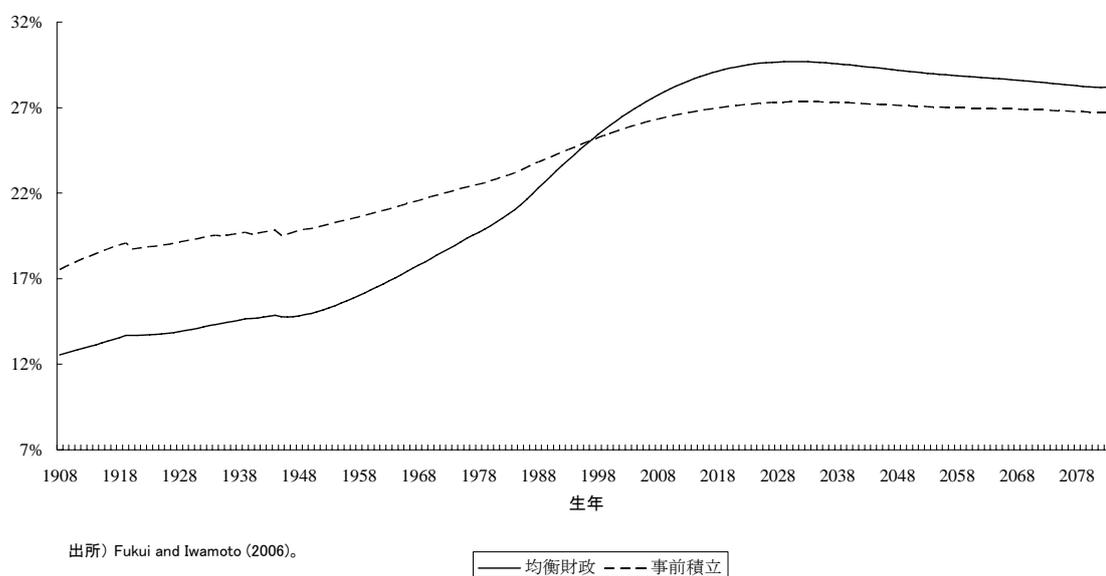
2004年度では、若年者への医療保険料率が4.32%、高齢者医療が3.89%、介護保険が1.11%である。これら保険料と公費負担を組み合わせた場合の負担率は12.01%となる。

均衡財政のもとで、これらの負担は増加を続け、負担率は28.12%にまで上昇する。医療保険の負担は9.08%となる。公費負担の伸びはさらに大きく、ピークでは10.07%となる。

事前積立のもとでは、負担率は2004年度の12.01%から、2005年度以降には19.62%に上昇しなければいけない。当初の負担の増加率は63%におよぶ。公費負担は均衡財政方式で運営していることから増加し、2064年度は全体の負担は26.70%にまで上昇する。

図7は、均衡財政と事前積立方式の生涯負担率の比較をおこなっている。シミュレーションは2100年を終期としたため、2001年以降生まれの世代は、その生涯全体をカバーした負担率ではないことに注意する必要がある。事前積立方式への移行が果たされると、1997年以前に生まれた世代の負担が増し、それより若い世代の負担が減少することになる。このことは図7の曲線の傾きがより緩やかになるような結果として現れる。事前積立方式は負担格差を縮小させる効果をもつことが示されている。

図7 均衡財政(政策A)と事前積立(政策B)での各世代の生涯負担率



5.4 感度分析

将来の想定の違いが事前積立方式の運営にどれだけ影響を与えるかを見るために、表8

は給付費，労働力，金利のそれぞれ3つの想定を組み合わせた27通りのシナリオのもとでの2005-2100年度とそれ以降の事前積立方式の保険料率を比較している。まず，労働供給の設定は結果にあまり大きな影響を与えない。悲観的な想定と非常に楽観的な想定の間での医療保険料率の差は0.36%ポイントから0.92%ポイントの範囲にとどまる。給付費用に非常に悲観的な前提を置いた場合には，その差は大きい。このことは，事前積立方式は人口構造の変化にはあまり影響を受けないことを示している。一方で，金利の設定には大きな影響を受ける。楽観的な設定（金利が成長率よりも2%高い）では，保険料率は悲観的な設定に比較して，1.5%ポイントから4.68%ポイント低くなる。

表8 事前積立方式での負担率の感度分析

	高齢者医療		介護保険	
	2005-2100	2101-	2005-2100	2101-
金利 - 成長率 = 2%				
費用:楽観的				
労働力: 超楽観的	6.25	2.74	2.66	1.08
楽観的	6.36	2.81	2.71	1.10
悲観的	6.61	2.90	2.82	1.14
費用:悲観的				
労働力: 超楽観的	7.56	3.45	3.31	1.38
楽観的	7.69	3.53	3.37	1.41
悲観的	7.99	3.64	3.51	1.46
費用:超悲観的				
労働力: 超楽観的	9.38	6.06	4.47	2.81
楽観的	9.55	6.20	4.55	2.88
悲観的	9.92	6.40	4.73	2.97
金利 - 成長率 = 1%				
費用:楽観的				
労働力: 超楽観的	6.84	3.85	3.08	1.65
楽観的	6.97	3.94	3.14	1.69
悲観的	7.26	4.08	3.27	1.75
費用:悲観的				
労働力: 超楽観的	8.36	4.84	3.88	2.12
楽観的	8.52	4.96	3.95	2.17
悲観的	8.88	5.14	4.12	2.25
費用:超悲観的				
労働力: 超楽観的	11.09	8.58	5.69	4.35
楽観的	11.30	8.78	5.80	4.46
悲観的	11.78	9.10	6.04	4.62
金利 = 成長率				
費用:楽観的				
労働力: 超楽観的	7.75	5.36	3.74	2.51
楽観的	7.91	5.48	3.81	2.57
悲観的	8.27	5.72	3.99	2.68
費用:悲観的				
労働力: 超楽観的	9.58	6.75	4.74	3.23
楽観的	9.77	6.90	4.84	3.31
悲観的	10.22	7.19	5.06	3.44
費用:超悲観的				
労働力: 超楽観的	13.68	12.05	7.62	6.71
楽観的	13.96	12.33	7.78	6.86
悲観的	14.60	12.84	8.14	7.15

出所) Fukui and Iwamoto (2006)。

注) 数値は雇用者報酬と混合所得の和の90%に対するパーセント。2004年度は、高齢者医療の負担率は3.89%、介護保険は1.11%。

給付が後期高齢者に集中するため、質的な関係は介護保険の場合でも変わらない。給付規模に比較すると、金利の影響は大きい。悲観的な設定と楽観的な設定での保険料率の差は、1.08%ポイントから3.41%ポイントになる。

全体のシナリオで最も楽観的なものでも、医療保険と介護保険を合わせた保険料率は移行の最初の時期には16.05%になる。増加率は34%であり、基準ケースの約半分であるが、無視することのできない大きさである。最も悲観的な設定では、増加率は85%におよぶ。数量的影響は設定によって違ってくることは当然であるが、感度分析では、いずれの想定によるにしても積立型移行の当初には相当程度の負担の上昇が必要であることが明らかにされたといえる。

このような負担増をともなう制度改革を実現するのは、政治的には大きな困難がともなうだろう。しかし、この改革で負担増となるのは、現行制度で比較的恵まれた世代であり、負担が軽減されるのは、現行制度で負担が重い将来の世代である。したがって、全体としては世代間の負担格差を縮小する改革であることに留意すべきである。

6. 結論

本稿では、今後の人口高齢化の進展に対応した社会保障財政の制度設計について検討してきた。公的年金の2階部分を民営化する改革案の詳細は2.3節に、高齢者医療保険制度にリスク調整を導入し、つぎに積立型医療保険を目指す改革案の詳細は4.5節に論じている。

本稿でとくに注意を払ったのは、将来の経済と社会保障に存在するリスクである。経済学でもリスクを考慮に入れた分析が多くおこなわれるようになっており、それを反映させた議論をおこなった。リスクへの対応の観点から見て重要となるのは、予測される変化にどう備え、見通しが外れるリスクにどう対応するかである。そして、将来にリスクがあることを前提に、それを誰が負担するのかをあらかじめ明確にしておくことが求められる。このような考えに立ち、持続可能な社会保障制度の骨格を決める4つのポイントを指摘して、本稿のしめくくりとしたい。

第1に、公的年金は賦課方式と積立方式との併用を図るべきである。積立方式のもとでは収益率の変動やインフレによって将来の給付が左右されることが、公的年金で積み立て方式をとらない根拠とされてきた。しかし、給付財源を将来世代の労働所得に頼る賦課方式では、給付は人口成長と技術進歩に影響される。年金給付に影響を与えるリスクは完全に避けられるものではない。積立方式は運用リスクに影響されるが、人口・成長リスクの影響を受けない。賦課方式は運用リスクに影響されずに、人口・成長リスクの影響を受ける。能力の限られた我々が実行できる政策は、両者の財政方式を併用することにより、年

金給付のリスクを軽減することである。

具体的な改革としては、報酬比例給付の2階部分が従前生活の保障の意味をもつことから、2階部分を積立方式で運営し、1階部分は賦課方式とすることが考えられる。2階部分の積立方式への移行、さらには運用民営化を図ることは、リスク分散の観点からも意義がある。

第2に、積立方式の運営は公的年金だけではなく、医療・介護保険にも適用すべきである。医療・介護という高齢者の生存に必要な費用が社会全体で増加していくとき、少なくとも予測できる部分については、前もって貯蓄をして備えることが望ましい。

最新の厚生労働省による予測では、医療・介護給付費は対国民所得比で2006年度の9.1%から2025年度には11.9%に上昇する。この種の推計にも当然に誤差は生じる。医療費の動向に影響を与える技術進歩を正確に予測することは難しい。介護費用では、制度が浸透する過程のこれまでの実績では、需要の適正量を把握しづらい。しかし、これらは事前の備えが必要ではないという理由にはならない。

厚生労働省の推計が過小になっている場合には、それに基づく事前積立では十分ではない事態に陥る。しかし、3節と5節で検討したように、代替的手法による推計が研究者によっていくつか試みられているが、その結果は厚生労働省の推計を若干下回っている。したがって、まずは厚生労働省が予測する医療・介護費用の増加に備えるように、現時点から保険料を引き上げ、事前積立を目指すことが適当だろう。

第3に、併用する賦課方式の公的年金を保険料固定で運営するならば、少子化の進展にともなって給付水準が低下するような制度設計にすべきである。2004年の年金改革では、保険料率を将来的に18.3%に固定して、給付水準は現役世代の所得の50%を確保するものとされた。しかし、将来世代の人口が現行予測よりも減少すれば、約束した給付水準を維持することは困難である。今回の改革の問題点は、人口リスクに目をそむけ、給付水準を約束してしまったことにある。このため、リスクが顕在化すれば制度改正を迫られることになり、その際には国民の不信感は増幅され、制度の崩壊を招くおそれがある。

第4に、予測されなかったリスクが顕在化したときにどのように対応するかを考える必要がある。これには、世代間のリスク分散によって負担する仕組みを導入することによって対応すべきである。リスクを吸収するプールは大きな方が望ましく、他の政府支出との代替ができるように、リスクが顕在化した場合に国の一般会計から社会保険会計に財政移転を行う仕組みが適当である。具体的には、賦課方式の年金給付に最低保証部分を設けて、給付がそれを下回る場合には、一般会計からの財政移転で賄うようにする。医療・介護保険ではまず積立金でリスクの吸収を図るが、予測できなかった費用の増加を積立金で支払えない場合には、差額の保険給付に対して一般会計からの財政移転をおこなう仕組みを取

り入れることにするのである。

参考文献

- Abel, A. B. (1986), "Capital Accumulation and Uncertain Lifetimes with Adverse Selection," *Econometrica*, 54, 5, pp.1079-1097.
- (2001), "The Effects of Investing Social Security Funds in the Stock Market When Fixed Costs Prevent Some Households from Holding Stocks," *American Economic Review*, 91, 1, pp.128-148.
- , Mankiw, N. G., Summers, L. H. and Zeckhauser R. J. (1989), "Assessing Dynamic Efficiency: Theory and Evidence," *Review of Economic Studies*, 56, 185, pp.1-20.
- Auerbach, A. J., Gokhale, J. and Kotlikoff, L. J. (1992), "Social Security and Medicare Policy from the Perspective of Generational Accounting," in David F. Bradford ed., *Tax Policy and the Economy*, 5, MIT Press, pp.129-145.
- Ball, L. and Mankiw, N. G. (2001), "Intergenerational Risk Sharing in the Spirit of Arrow, Debreu, and Rawls, with Applications to Social Security Design," NBER Working Paper No. 8270.
- Berndt, E. R., Cutler, D. M., Frank, R. G., Griliches, Z., Newhouse, J. P. and Triplett, J. E. (2000), "Medical Care Prices and Output," in Culyer, A. J. and Newhouse, J. P. eds., *Handbook of Health Economics* Vol. 1A, Elsevier, pp.119-180.
- Blanchard, O. J. (1990), "Discussion," in Dornbush, R. and Draqhi, M. eds., *Public Debt Management: Theory and History*, Cambridge University Press, pp.47-51.
- Bohn, H. (1999), "Should Social Security Trust Fund Hold Equities? An Intergenerational Welfare Analysis," *Review of Economic Dynamics*, 2, 3, pp.666-697.
- Bradford, D. F. and Max, D. A. (1997), "Implicit Budget Deficits: The Case of a Mandated Shift to Community-Rated Health Insurance," in Poterba, J. M. ed., *Tax Policy and the Economy*, 11, MIT Press, pp.129-167.
- Campbell, J. Y., and Feldstein, M. eds. (2001), *Risk Aspects of Investment-Based Social Security Reform*, University of Chicago Press.
- Cochrane, J. H. (1995), "Time-Consistent Health Insurance," *Journal of Political Economy*, 103, 3, pp.445-473.
- Cutler, D. (1993), "Why Doesn't the Market Fully Insure Long-Term Care?" NBER Working Paper No. 4301.
- (1997), "Public Policy for Health Care," in Alan J. Auerbach ed., *Fiscal Policy: Lessons from Economic Research*, MIT Press, pp.157-198.
- and Meara, E. (1998), "The Medical Costs of the Young and Old: A Forty-Year

- Perspective,” in Wise, D. A. ed., *Frontiers in the Economics of Aging*, University of Chicago Press, pp.215-242.
- and —— (2001), “The Concentration of Medical Spending: An Update,” in Wise, D. A. ed., *Themes in the Economics of Aging*, University of Chicago Press, pp.217-234.
- and Sheiner L. (2001), “Demographic and Medical Care Spending: Standard and Non-standard Effects,” in Auerbach, A. J. and Lee, R. D. eds., *Demographics Change and Fiscal Policy*, Cambridge University Press, pp.253-291.
- Diamond, P. (1977), “A Framework for Social Security Analysis,” *Journal of Public Economics*, 8, 3, pp.275-298.
- (1992), “Organizing the Health Insurance Market,” *Econometrica*, 60, 6, pp.1233-1254.
- (1997), “Macroeconomic Aspects of Social Security Reform,” *Brookings Papers on Economic Activity*, 2, pp.1-66.
- Eckstein, Z., Eichenbaum, M. and Peled, D. (1985), “Uncertain Lifetimes and the Welfare Enhancing Properties of Annuity Markets and Social Security,” *Journal of Public Economics*, 26, 3, pp.303-326.
- Eichner, M. J., McClellan, M. B. and Wise, D. A. (1998), “Insurance or Self-Insurance? Variation, Persistence, and Individual Health Account,” in Wise, D. A. ed., *Inquiries in the Economics of Aging*, University of Chicago Press, pp.19-45.
- Feldstein, M. (1974), “Social Security, Induced Retirement, and Aggregate Capital Accumulation,” *Journal of Political Economy*, 82, 5, pp.905-926.
- , (1999), “Prefunding Medicare,” *American Economic Review Papers and Proceedings*, 89, 2, pp.222-227.
- 藤野志朗(1997),「医療部門デフレータの推計(昭和34年度～平成5年度)」『医療と社会』, 7, 1, pp.91-108.
- Fukui, T. and Iwamoto, Y. Iwamoto (2006), “Policy Options for Financing Health and Long-term Care Costs in Japan,” forthcoming in Ito, T. and Rose, A. eds., *Fiscal Policy and Management in East Asia*, University of Chicago Press.
- Gale, D. (1990), “The Efficient Design of Public Debt,” in Dornbush, R. and Draghi, M. eds., *Public Debt Management: Theory and History*, Cambridge University Press, pp.14-47.
- Geanakoplos, J., Mitchell, O. S. and Zeldes, S. P. (1998), “Would a Privatized Social Security System Really Pay a Higher Rate of Return?” in Arnold, D., Graetz, M. and Munnell A. eds, *Framing the Social Security Debate*, National Academy on

Social Insurance and the Brookings Institution.

Greenwald, B. C., Stiglitz, J. E. (1986), "Externalities in Economies with Imperfect Information and Incomplete Markets," *Quarterly Journal of Economics*, 101, 2, pp.229-264.

八田達夫・小口登良(1999), 『年金改革論：積立方式へ移行せよ』 日本経済新聞社.

広井良典(1997), 『医療保険改革の構想』 日本経済新聞社.

一圓光彌(1995), 「医療保障における世代間移転」『季刊社会保障』, 31, 2, pp.142-150.

医療経済研究機構(1996), 『平成8年度政府管掌健康保険の医療費動向等に関する調査研究：研究テーマ4 医療費の自然増に関する分析』.

医療経済研究機構(1998), 『「自然増に関する研究」報告書』.

岩本康志(1998), 「試案・医療保険制度一元化」八田達夫・八代尚宏編『社会保険改革』 日本経済新聞社, pp.155-179.

—— (2002), 「高齢者医療保険制度の改革」『日本経済研究』, 44, pp.1-21.

—— (2004), 「人口高齢化と社会保障」『フィナンシャル・レビュー』, 72, pp.58-77.

—— (2005), 「公的年金の改革：民営化論を中心として」『大阪大学経済学』, 54, 4, pp.174-186.

——・大竹文雄・小塩隆士(2002), 「年金研究の現在（座談会）」『季刊社会保障研究』, 37, 4, pp.316-349.

——・竹下智・別所正(1997), 「医療保険財政と公費負担」『フィナンシャル・レビュー』, 43, pp.174-201.

勝又幸子・木村陽子(1999), 「医療保険制度と所得再分配」『季刊社会保障』, 34, 4, pp.402-412.

小西秀樹(1998), 「年金制度の経済理論：逆選択と規模の経済」大槻幹郎・小川一夫・神谷和也・西村和雄編『現代経済学の潮流 1998』 東洋経済新報社, pp.111-157.

Mitchell, O. S., and Baretto, F. A. (1997), "After Chile, What? Second-Round Pension Reforms in Latin America," *Rivista de Analisis Economico*, 12, 2, pp. 3-36.

Newhouse, J. P. (1992), "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *Journal of Economic Perspectives*, 6, 3, pp. 3-21.

二木立(1995), 『日本の医療費：国際比較の視点から』 医学書院.

西村周三(1997), 「長期積立型医療保険制度の可能性について」『医療経済研究』, 4, pp.13-34.

小椋正立(1995), 「高齢化のコスト：日本における公的資金確保の展望」野口悠紀雄・デービッド＝ワイズ編『高齢化の日米比較』 日本経済新聞社, pp.161-205.

——・入船剛(1990), 「わが国の人口の高齢化と各公的医療保険の収支について」『フィナ

ンシャル・レビュー』, 17, pp.51-77.

大日康史(2002),「高齢化の医療費への影響及び入院期間の分析」『季刊・社会保障研究』, 38, 1, pp.52-66.

Pauly, M. V. (1990), “The Rational Nonpurchase of Long-Term Care Insurance,” *Journal of Political Economy*, 98, 1, pp.153-168.

Scanlon, W. J. (1992), “Possible Reforms for Financing Long-Term Care,” *Journal of Economic Perspectives*, 6, 3, pp.43-58.

Shiller, R. J. (1999), “Social Security and Institutions for Intergenerational, Intragenerational, and International Risk-Sharing,” *Carnegie-Rochester Conference Series on Public Policy*, 50, pp.165-204.

鈴木亘(2000),「医療保険における世代間不公平と積立金を持つフェアな財政方式への移行」『日本経済研究』, pp.88-104.

——・鈴木玲子(2003),「寿命の長期化は老人医療費増加の要因か?」『国際公共政策研究』, 8, 2, pp.1-14.

田近栄治・金子能宏・林文子(1996),『年金の経済分析』東洋経済新報社.

Tokita, T. et al. (1997), “The Present and Future National Medical Expenditure in Japan,” 『経済分析』, 152.

辻泰弘(1995),「国民医療費推計の一手法」『医療経済研究』, 2, pp93-112.

牛丸聡(1996),『公的年金の財政方式』東洋経済新報社.