

医療・介護保険への積立方式の導入^{*1}

岩本 康志^{*2}

福井 唯嗣^{*3}

要 約

高齢化と少子化の進展によって増大する社会保障費用を、どのように負担するのが大きな課題となっている。Fukui and Iwamoto (2006) は、2100年までの医療・介護費用の推計をおこない、厚生労働省の発表する見通しではカバーされない、より長期的な視野から社会保障財政の課題を分析した。そして世代ごとの生涯での保険料・総負担を推計することで、医療・介護保険を賦課方式で運営した場合には、後の世代ほど急速に負担が増加することが示されている。さらに、積立型医療・介護保険を導入した場合のシミュレーションがおこなわれている。

Fukui and Iwamoto (2006) では、給付費を抑制する政策シミュレーションはおこなわれていない。本稿では、2005年の介護保険改革、2006年の医療制度改革によって図られた、将来の社会保障給付費の削減がFukui and Iwamoto (2006) の議論にどのような影響を与えるかを考察する。また、2006年12月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した新しい『日本の将来推計人口』の前提のもとでの積立型医療・介護保険制度の財政状況を分析する。

積立型の医療・介護保険制度へ移行するには、移行過程で積立金を蓄積するために、高い保険料率を課す必要があることが、実際の導入が難しい点として指摘されている。一連の医療・介護保険改革によって、移行期の保険料は医療・介護保険を合わせて、12.7%から10.51%へと減少幅で2.13%ポイント、減少率で16.8%の低下が見られた。負担があることは避けられないものの、今回の改革は上昇幅の抑制に大きな効果があるといえる。

新しい人口推計では、少子化の一層の進展が見込まれているが、このことは医療・介護保険を均衡財政で運営した場合の保険料負担のピークを3.12%ポイント引き上げる。一方、積立方式への移行を図る改革での移行期の保険料は1.23%ポイントの上昇にとどまり、積立方式が人口変動リスクのいくらかを吸収していることがわかる。生涯負担率で見ても、新しい人口推計のもとでは、将来世代は積立方式への移行によって、より大きく負担が軽減される。

さらに本稿では、具体的な制度設計について、事前積立をおこなう制度を個人勘定とす

*1 本稿作成の過程で、「フィナンシャル・レビュー 第89号に関するコンファレンス」、大阪大学大学院国際公共政策研究科 IPP 研究会参加者から有益なコメントを頂戴した。ここに記して、感謝の意を表したい。

本稿の研究の一部は、21世紀 COE プログラム「市場経済と非市場機構との連関研究拠点」、東京大学総括プロジェクト機構ジェロントロジー寄付研究部門、科学研究費補助金・基盤研究(C)17530141から助成を受けている。

*2 東京大学大学院経済学研究科教授

*3 京都産業大学経済学部准教授

るか、制度ごとの団体型勘定とするか、制度全体の勘定とするか、の選択肢についての検討をおこなった。政策目的が医療・介護サービスへの平等なアクセスの確保にあるので、制度のなかに強制加入で定額給付を実現するための所得再分配制度を内包する必要がある。個人勘定や団体型勘定はこのような分配をおこなうことが困難である。移行費用を抑えて制度全体の勘定を実現するには、岩本（1996）で提唱されたりスク調整をおこなう財政調整勘定が同時に事前積立をおこなう方法が考えられる。

I. 序論

高齢化と少子化の進展によって増大する社会保障費用を、どのように負担するのが大きな課題となっている。2004年の年金改革、2005年の介護保険改革、2006年の医療制度改革と立て続けにおこなわれた社会保険制度の改革では、将来の社会保障給付費の削減が図られることになった。厚生労働省は、「社会保障の給付と負担の見通し」をほぼ1年おきに公表しているが、表1は、これの2004年5月推計と2006年5月推計を示したものである。2004年5月推計では、2004年の年金改革によって、年金給付費は対国民所得比12%台で推移するが、医療給付費（対国民所得比）は2004年の7.1%から2005年には11.2%に上昇する。介護給付費も2004年の1.4%から2025年には3.6%まで上昇すると予測されていた。

Fukui and Iwamoto（2006）の分析では、2100年までの医療・介護費用の推計をおこない、厚生労働省の発表する見通しではカバーされない、より長期的な視野から社会保障財政の課題をとらえようとしている。そして2025年以降も医療・介護給付費は、上昇を続けることを示している。同時に、将来についての代替的なシナリオを考慮することで、厚生労働所の推計で置かれている仮定の妥当性を検討している。また、世代ごとの生涯での保険料・総負担を推計することで、医療・介護保険を賦課方式で運営した場合には、後の世代ほど急速に負担が増加するこ

とが示されている。さらに、積立型医療・介護保険を導入した場合のシミュレーションがおこなわれている。

Fukui and Iwamoto（2006）では、2004年5月の「社会保障の給付と負担の見通し」の前提にしたがっていた。その後、介護保険制度改革と医療制度改革がおこなわれ、将来の医療・介護費用を抑制する改革が導入された。2006年5月に発表された新しい見通しではこれらの改革効果が織り込まれ、2025年の医療給付（対国民所得比）は、2004年推計で11.2%であったものが、2006年推計で8.8%と約2割低下している。一方、介護給付費でも同等の数値が3.6%から3.1%へと約15%の低下となっている。

Fukui and Iwamoto（2006）では、給付費を抑制する政策シミュレーションはおこなわれていない。これは、政策の前提が確かなものでないと、机上の計算で費用の抑制と財政の帰結を描くだけになりかねないからである。しかし最近の改革については、政府の将来見通しにも織り込まれたものであり、そのことが積立型医療・介護保険の導入に与える影響について分析することは、意義のある課題である。そこで本稿では、まず一連の医療・介護保険制度の改革によってFukui and Iwamoto（2006）の議論がどのような影響を受けるのかを考察する。

以上のシミュレーションは、2002年1月に国立社会保障・人口問題研究所が発表した「日本

表1 社会保障の給付と負担の見通し（2004年、2006年推計）

	2004 (平成16)	2006 (平成18)	2010 (平成22)	2011 (平成23)	2015 (平成27)	2025 (平成37)
2006年5月推計						
社会保障給付費		23.9 (24.2)		24.2 (25.3)	25.3 (27.4)	26.1 (30.0)
年金		12.6 (12.6)		12.5 (12.9)	12.8 (13.8)	12.0 (13.8)
医療		7.3 (7.6)		7.5 (8.0)	8.0 (8.7)	8.8 (10.3)
福祉等		4.0 (4.1)		4.2 (4.5)	4.5 (4.9)	5.3 (5.8)
うち介護		1.8 (1.8)		2.0 (2.3)	2.3 (2.7)	3.1 (3.7)
2004年5月推計						
社会保障給付費	23.5		25.4		27.0	29.0
年金	12.6		12.8		12.9	12.2
医療	7.1		8.2		9.2	11.2
福祉等	3.8		4.3		4.7	5.7
うち介護	1.4		2.2		2.7	3.6

出所）『社会保障の給付と負担の見通し』（厚生労働省）の2004年5月と2006年5月の推計。

注）数字は対国民所得比（％）。2006年5月推計は経済前提Aケース。括弧外の数値は改革反映、括弧内の数値は改革前のもの。

の将来推計人口」を人口データとして用いている。しかし、2006年12月に公表された新しい推計では出生率の予測が下方修正され、少子化と人口減少が一段と進む姿が示された。2007年1月に決定された「日本経済の進路と戦略」では、これまでより高い名目経済成長を見込むことになった。このような想定に沿って、厚生労働省は2007年2月に年金財政の将来予測をおこなっている。このような新しい人口推計と経済前提のもとでの積立型医療・介護保険制度の財政状況を分析することが、本稿の第2の課題である。

本稿の構成は、以下の通りである。Ⅱ節では、2004年5月の「社会保障の給付と負担の見

通し」の前提にしたがった Fukui and Iwamoto (2006) での医療・介護給付費の推計方法を説明した後、経済前提を更新した政策シミュレーションをおこなう。これは、制度改革後の見通しに沿ったⅢ節の分析との比較によって、制度改革の効果を見るためである。Ⅲ節では、まず改革ごとに医療・介護給付費に与える影響を見る。つぎに、積立型医療・介護保険に与える影響を分析する。Ⅳ節では、新しい人口推計と経済前提のもとでの政策シミュレーションをおこなう。Ⅴ節では、積立型医療・介護保険を具体的に制度設計する際の論点を整理する。Ⅵ節では、本稿の結論が要約される。

Ⅱ．医療・介護費用の将来推計

本稿では、4種類のシミュレーションを提示する。

- (1) Fukui and Iwamoto (2006) と同様の手法をとり、2004年5月の「社会保障の給付と負担の見通し」に沿って、将来の医療・介護費用を推計したもの。Fukui and Iwamoto (2006) よりデータを更新し、2005年度のデータを初期値としているため、ここで得られた数値は、Fukui and Iwamoto (2006) と若干の違いがある。
- (2) 2004年5月推計では考慮されていない、2005年の介護保険制度改革と2006年度の医療制度改革の影響を織り込んで、2006年5月の「社会保障の給付と負担の見通し」に沿って、将来の医療・介護費用を推計したもの。(1)との比較により、最近の制度改革による影響を見ることができる。
- (3) 上の2種類のシミュレーションでは、2000年の『国勢調査』での年齢別労働力率と2002年1月の将来推計人口に基づいていたが、これに代えて、2007年12月に公表された新しい将来推計人口に基づいたもの。(2)との比較により、2つの推計人口の設定の違いが与える影響を見ることができる。
- (4) (3)の前提のなかで賃金成長率と金利の関係を、2007年2月に発表された厚生労働省の「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響（暫定試算）」に変えたもの。(3)との比較により、政府が最近おこなった経済前提の変更の影響を見ることができる。

Ⅱ－１．Fukui and Iwamoto (2006) での推計方法

Ⅱ－１節では、「社会保障の給付と負担の見通し」の2004年5月見通しに沿った医療・介護費用の推計方法を説明する。

Ⅱ－１－１．医療費

厚生労働省による「社会保障の給付と負担の見通し」の厚生労働省が予測する数値は、将来の物価上昇率についてそれぞれ異なる前提をおいた名目値であり、推計間で大きく異なる。しかし対国民所得比について比較すると、医療費が推計間でいくぶん異なっているが、医療費の実質の伸び率は名目の伸び率よりも安定的であることが見てとれる。

これは、医療費の将来推計は名目医療費の直近の実績値を外挿する形でおこなわれ、物価上昇率と経済成長率の前提と連動していないからである。例えば、2004年5月推計と2006年5月推計では、1人当たり名目医療費の伸び率は、69歳以下については2.1%、70歳以上については3.2%と想定されているが、これらは1995年から1999年の平均伸び率をもとにしたものである¹⁾。物価上昇の影響を考慮に入れず名目医療費の伸びを外挿することは、経済学的には問題が大きいと考えられる。経済学者による推計は実質値に基づくものが主流である。本稿では、既存研究で確立された手法にのっとり、2004年度の『国民医療費』（厚生労働省）に示された年齢階層別1人当たり医療費（表2参照）を出発点にして、物価成長率を控除した実質成長率に基づいて、将来の実質医療費を推計した。将

1) 1980年以降、厚生労働省は、高齢化の影響を除外した医療費の伸び率を推計し随時公表している。それによると、全体として、1人当たり医療費は1人当たりGDPよりも緩やかなペースで増加してきたが、1990年代に入りその関係は逆転している。

表2 年齢階層別の1人当たり医療・介護費用（2005年度）
（単位・円）

年齢階層	医療費	介護費用
0－4	164,585	
5－9	89,866	
10－14	64,375	
15－19	57,263	
20－24	68,808	
25－29	87,095	
30－34	96,054	
35－39	108,338	
40－44	119,790	6,000（40－64）
45－49	149,345	
50－54	197,003	
55－59	244,476	
60－64	319,102	
65－69	423,653	43,213
70－74	574,292	97,083
75－79	752,823（75－）	203,585
80－84		427,837
85－89		807,056
90－94		1,286,056
95－		1,799,488

注) 保険給付費と自己負担を合わせた総費用の年齢階層1人当たりの値である。

医療費：医療保険対象となる2005年度の医療費を **MEDIAS** より推計した上で、『国民医療費』（厚生労働省）の2004年度データの年齢階層別医療費の相対的分布が2005年度にも当てはまると仮定して、筆者が推計した。資料では、75歳以上は一括して表示されている。

介護費用：『介護給付費実態調査月報』（厚生労働省）の2005年9月サービス分のデータを12倍して計算した。介護保険の受給者は40歳以上である。資料では、40～64歳までは一括して表示されている。

来の人口については、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（2002年1月推計）の中位推計によった²⁾。

年齢階層別データで入手できる最新のものは、2004年度であるが、シミュレーションの出発点を2005年度とするため、年齢階層別医療費を2005年度の所得水準にしたがって基準化しておく必要がある。まず、「**MEDIAS**－最近の医療費の動向－」（厚生労働省保険局調査課）に

示されている医療費と総額で一致するように年齢階層別1人当たり医療費を比例的に調整し、年齢階層別人口に乗じて医療費総額を求めた。将来医療費の推計も、調整された年齢階層別医療費に基づいて同様におこなった。

分析の目的上、医療費総額を社会保険給付費と患者負担に区別する必要があるが、**MEDIAS**ではその資料はないため、『国民医療費』の制度区分別医療費の数値を用いて区分をおこなっ

2) なお、Fukui and Iwamoto (2006) では、医療・介護給付費、労働供給、金利の想定について感度分析をおこなっているが、本稿では前2者について政府の推計に近い数値となるシナリオのみを紹介する。

た³⁾。社会保険給付費を年齢階層ごとに配分するにあたっては、2005年度の法定の自己負担比率を用い、それが今後も維持されるとして配分をおこなった⁴⁾。

ここまでの議論は実質医療費の伸びを考慮していないが、上述の方法に実質医療費の伸びに関する想定を組み込むことは容易である。医療費と所得の比率に注目すると、医療費と所得の伸びが同率であれば、それらの比率は変化しない。後述するように、本稿では医療費と所得のそれぞれの伸びではなく、伸び率の差についての想定を置いて、推計をおこなう。

Ⅱ-1-2. 介護費用

表1に示したように、「社会保障の給付と負担の見通し（2004年5月推計）」によれば、2025年度の介護給付費（対国民所得比）は2004年度の水準の2.7倍となる。介護費用は医療費よりも速いペースで増大するとされている。予測の前提の詳細は公表されていないが、一人当たり介護費用の増加率は賃金成長率よりも高くなる。

介護保険に関しては3年ごとに財政の見直しが行われているが、2003年度の最初の見直しに先立って厚生労働省から示された「介護サービス量の見通し（2002年6月）」では、訪問介護サービスの利用は2003年度の142,194回から2007年度には198,033回と39.3%増えるなど、

介護サービス需要が2003年度以降の5年間に増大を続けるという予測が示された⁵⁾。同推計では介護費用総額についての見通しは示されていないが、Fukui and Iwamoto（2006）では2003年度の実際の介護サービス費用で加重和をとり、介護費用総額を推計したところ、2003年度から2007年度にかけて介護費用総額は、26.4%増加すると計算された。

Fukui and Iwamoto（2006）での介護給付費の将来予測は、医療給付費の推計と同様の手法による⁶⁾。年齢階層別費用額の年間実績値は2002年度分までしか公表されていなかったため、『介護給付費実態調査』（厚生労働省）による2005年9月の年齢階層別介護費用を12倍して年額に換算した⁷⁾。将来の介護費用については、次の3つのケースを考えた。まず、楽観的ケースでは、年齢別の介護費用プロファイルは変化せず、人口構造のみが変化すると想定して、将来の介護費用を推計した。さらに、将来の自己負担額と介護費用の比率が2002年度における水準（8.99%⁸⁾）のままであると想定して、介護費用を自己負担分と給付費とに分解した。

将来の介護費用については、2025年度までは、年齢階層別1人当たり介護費用が賃金よりも1.2%高い率で増大すると想定するケースを考えた。これは所得比でみて、「社会保障の給付

3) 『国民医療費』はMEDIASから一年遅れで公表されるため、MEDIASの2004年度の医療費の対前年度伸び率を2003年度の国民医療費に乗じて、2004年度の国民医療費が求められている。国民医療費の患者負担分には社会保障制度によってカバーされていない診療に対する支払い分も含まれるため、給付費との差額を患者負担分とする。

4) 2003年4月から、一部負担は0～2歳が2割、3～69歳が3割、70歳以上は原則1割（一定以上所得者については2割）となっている。『国民医療費』から得られる医療費と、法定の自己負担率から得られた推計値は、2004年度推計での医療給付費よりも若干過大になる。これは、社会保障給付の対象でない医療費が存在することや、高額療養制度が存在することが理由である。

5) 「介護サービス量の見通し」では、2003年度の要介護認定者は327万9千人と想定されていたが、実際には2003年度末時点での要介護認定者は298万3千人であった。

6) この他、介護給付費の予測をおこなった先行研究としては、Mitchell, Pigott and Shimizutani（2004）、清水谷・野口（2004）、鈴木（2002）、田近・菊池（2004）がある。

7) 『介護給付費実態調査』には、年齢階層別介護費用は直接公表されていないため、同調査で公表されている要介護度別介護費用と要介護度別・年齢階層別受給者数の2つのクロス集計表をもとに、各要介護度別の介護費用は年齢階層の違いにかかわらず同じであると想定して、年齢階層別介護費用を推計した。

8) 法定の利用者負担率（10%）よりも若干低いのは、自己負担を軽減するいくつかの措置があることによる。

と負担の見通し」(2004年5月推計)と近い値を再現するものとなる。

II-1-3. 経済前提

Fukui and Iwamoto (2006)での経済前提は、以下のようになっている。まず、所得の決定については、岩本(2004)での議論にしたがって、実質国民所得の成長率は賃金と労働力人口の成長率の和に等しいと想定される。これは、以下のような状況では成立する関係である。生産関数は労働 K と資本 L について1次同次であり、労働増大的技術進歩が存在し、

$$Y = F(K, AL), \quad (1)$$

であるとする。ここで Y および A は、産出量と効率性を表す。(1)式を時間微分すると、

$$\frac{\dot{Y}}{Y} = \frac{F_K K}{Y} \left[\frac{\dot{K}}{K} - \frac{\dot{A}}{A} - \frac{\dot{L}}{L} \right] + \frac{\dot{A}}{A} + \frac{\dot{L}}{L} \quad (2)$$

となる。資本と効率労働単位の成長率が等しければ、(2)式右辺の第1項はゼロとなり、経済成長率は労働増大的技術進歩率(賃金成長率)と労働投入量の成長率の和となる。

労働力人口の設定は、以下のようにおこなった。「社会保障の給付と負担の見通し」(2006年5月推計)では、労働投入量の成長率は2008年度までは年率マイナス0.2%、2009年度はマイナス3%、2010年度はマイナス0.2%、2011年度は0%、2012年度以降はマイナス0.5%となると想定されている。2025年度の労働力人口は6,158万人と、2004年度よりも7.24%減少すると見込まれている。これらの数字は、労働力人口に関しての詳細な推計である「労働力率の見通し」(厚生労働省職業安定局、2002年5月)に基づいている。この推定では、高齢者および女性の労働力率が将来上昇すると想定されている。しかしながら、職業安定局の想定する労働力率と「日本の将来推計人口」(中位推計)の年齢階層別人口の積から求めた2025年の労働力

人口は6,297万人であり、「社会保障の給付と負担の見通し」(2004年5月推計)の予測値よりも若干大きい値となっている。「労働力率の見通し」は2000年を足元とする推計であり、当時の労働力人口は6,766万人であった。2004年には労働力人口は6,642万人へと減少しており、「社会保障の給付と負担の見通し」(2004年5月推計)はやや少ない初期値に対して同じ成長率を適用したため、将来における労働力人口を少なめに見積もったものであると考えられる。

「社会保障の給付と負担の見通し」では、労働力人口が生産関数への労働投入とみなしていると解釈できる。しかし、労働の効率性は年齢によって異なると考えられるため、労働力人口と労働投入の動きは若干違ってくる。そこで、労働の効率性は賃金水準に比例すると仮定して、2005年の『賃金構造基本調査』(厚生労働省)の年齢階層・性別の賃金についての公表集計表をもとに、各年齢の労働投入の効率単位を、1人当たり賃金と労働力人口の積として求めた。こうして求められた効率性の2005年の集計値が同年の労働力人口と一致するように単位を調整した。

II-2. 政策シミュレーションの方法

II-2節では、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。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⁹⁾。シミュレーションでは、積立型医療・介護保険が、現行の賦課方式のもとたす世代間の負担格差をどう変化させるのが注目される。公的年金の場合には受益格差の問題も生じるが、医療・介護費用は疾病や障害を持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と判断し、費用負担の側面のみに関心をしぼる。本稿の分析では、Fukui and Iwamoto (2006)に

9) 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、医療保険のみでは西村(1997)、鈴木(2000)、積立型介護保険についてはFukui and Iwamoto(2006)と、数少ない。

表3 初期時点のデータ

	Fukui and Iwamoto (2006)	本稿
成長率前提	「構造改革と経済財政の中期展望 2004」参考資料(2005年1月)	「日本経済の進路と戦略」参考資料(2007年1月)
社会保障前提	「社会保障の給付と負担の見通し」(2004年5月)	「社会保障の給付と負担の見通し」(2006年5月)
GDP	2005年度第1四半期 1次速報	2005年度版確報
国民医療費	2002年度	2004年度
MEDIAS	2003年度	2005年度
介護費用	2004年10月	2005年9月

比較して、以下のような更新がおこなわれている。まずシミュレーションの初期値を決めるデータが、表3にまとめられているように、本稿執筆時点での最新のものに更新されている。

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。簡単化の仮定として、これらの所得はシミュレーション期間においてはGDP（および労働投入）と同率で成長するものとし、社会保険の運営にかかる事務費用は捨象する¹⁰⁾。

2002年10月までは、70歳以上の高齢者の医療費の30%のみが公費負担であったが、現在公費負担の対象年齢と公費負担の比率を同時に引き上げている過程にあり、2007年10月から、75歳以上の高齢者の医療費の50%が公費負担となる。また介護保険給付の50%は公費負担である。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。

シミュレーションは2005年度を起点とし、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計が利用できる2100年度までを対象とする。以下では、2つの政策シナリオを考える。

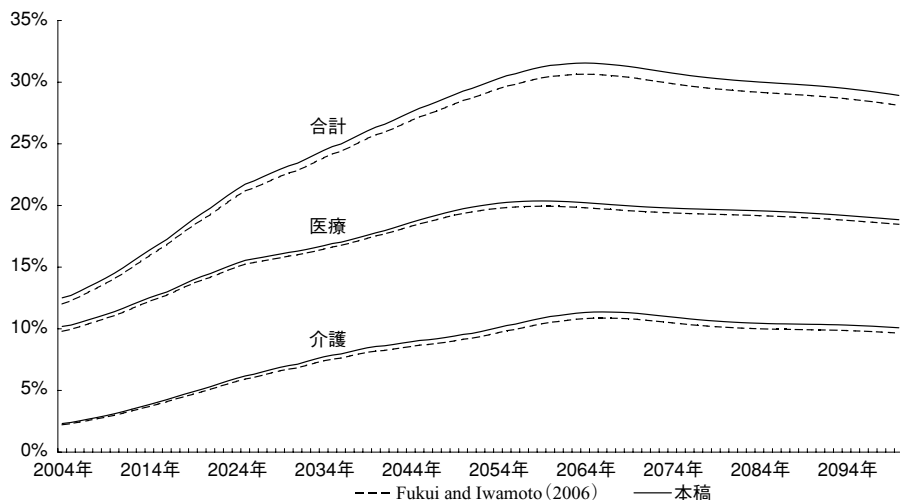
政策A：毎年の給付費をその年の税と保険料でまかなう均衡財政方式（賦課方式）

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Ⅱ－4節で説明する）

以下では、データの更新の影響を見るために、制度改革がおこなわれないという前提で計算された結果をFukui and Iwamoto (2006)の結果と比較する。このことで、1年間の社会保障と経済状況の環境変化がシミュレーションに与える影響を見ることができる。

10) 例えば2005年度の政管健保の事務費用を、厚生保険特別会計業務勘定決算書の業務取扱費を健康勘定保険給付費と年金勘定保険給付費・国民年金特別会計へ繰入れの比率で按分したものと推計すると、健康勘定保険給付費の約0.4%となる。

図1 保険料・税負担率（賦課方式）



II-3. 均衡財政方式

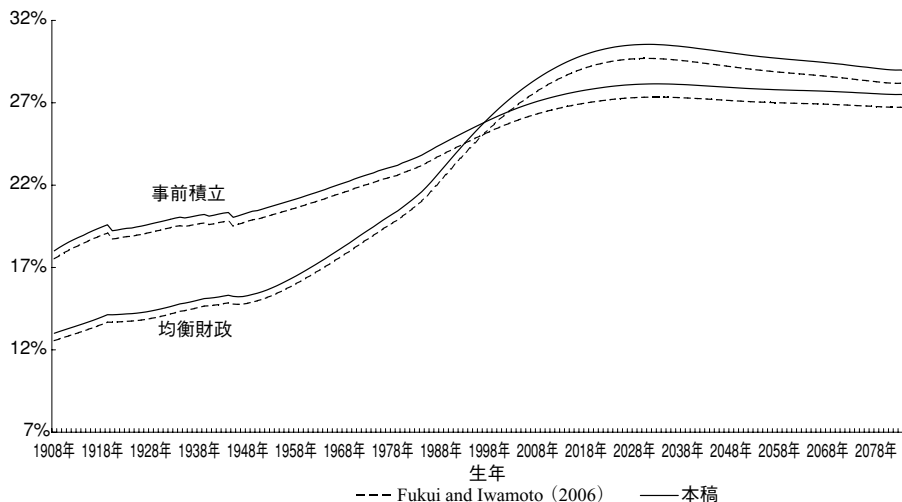
まず、政策Aの均衡財政方式を考える。シミュレーションでは、負担率を、負担額（保険料と公費負担のための税収の和）の、雇用者報酬と混合所得の和の90%に対する比率として定義する。分母を所得ベースの90%としたのは、実際の保険料率に近い数値を再現するためである。Fukui and Iwamoto (2006) では、シミュレーションでの医療保険料率（老人保健制度への公費負担を除外し、それ以外の公費負担を含む）は、起点である2004年度で8.21%となっている。実際の政管健保の保険料率は8.2%である。政管健保の被保険者は中小企業の雇用者であり、平均給与は雇用者全体のそれよりも低い。この賃金格差を埋め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算することにもなっている。

図1は、以上の想定で医療保険・介護保険・両者合計の負担率（公費負担のための税負担含

む）を示したものである。点線がFukui and Iwamoto (2006) の数値、実線が本稿での数値となる。医療保険の負担率は2059年には19.94%にまで達する。介護保険の負担率はやや遅れて2066年には10.97%のピークに到達する。両者の動きはほぼ平行のように見えるが、注意しなければならないのは、介護保険の負担率の絶対水準が低いので介護保険の負担率がより高い率で成長していくことである。

図2は、各世代の生涯の負担率を示したものである（事前積立方式の結果については後述）。生涯の負担額と所得はシミュレーションの開始期から終了期までの値の割引現在価値となる。生涯所得の計算の際には、II-1節で労働投入を推計するのに使用した賃金プロファイルを用いた。金利は賃金成長率よりも1%ポイント高いと設定している。図2は横軸に生年をとっている。過去の負担が計算に含まれていないことから、過去に保険料を負担していた世代ほど負担率が低くなる。このこと自体は、かならずしも世代間の不公平を示すものではない。しかし1990年以降に生まれた世代では、就業開始時からの負担が含まれており、このなかでは、後の世代ほど生涯負担率が上昇していくことがわかる。

図2 生涯負担率の比較（均衡財政と事前積立）



II-4. 事前積立による負担の平準化

図2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。このような事前積立をおこなう手順については、鈴木（2000）による考察がある。

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、以下のようなものを考える。医療保険については、65歳以上の高齢者に対する医療保険給付のうち、保険料によってまかなわれる部分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¹¹⁾。64歳以下の医療保険給付については、保険料からの給付分と公費負担分はいずれも均

衡財政方式で運営されるものとする。介護保険は保険料からの給付分を事前積立にし、公費負担分を均衡財政方式とする。介護保険料は現行制度と同じく、40歳以上の労働者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。2006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。シミュレーションでは、金利と賃金成長率の差を1%としている¹²⁾。

現行の医療・介護保険は賦課方式で運営されているため、積立方式への変更に際しては制度変更完了までの移行過程についての設定も必要となる。それについてつぎのような想定を置い

11) 推計に使用する労働力率のデータは15歳以上が対象なので、シミュレーションでは、15歳以上の労働者が支払うことになる。

12) Feldstein and Samwick（1997）は、アメリカにおける事前積立型社会保障制度導入に関するシミュレーションでは、実質利子率を9%と、本稿よりもかなり高い想定をおいている。その後の研究（Feldstein and Samwick [1998]）では5.5%に引き下げられたが、それでもなお本稿の想定よりも高い。これはつぎのような理由による。まずに、Feldstein and Samwick（1997）がベースとしたのが危険資産の収益率であるのに対して、本稿では安全資産の収益率をベースとしている点に違いがある。医療・介護サービスは代替困難な消費項目であり、医療・介護保険の積立金はその費用をまかなう目的のものであることから、その積立金の運用に際

表 4 均衡財政と事前積立での拠出率

	Fukui and Iwamoto (2006)				本稿 (制度改革前)				本稿 (制度改革後)		
	(A)均衡財政		(B)事前積立		(A)均衡財政		(B)事前積立		(A)均衡財政	(B)事前積立	
	2004	2005-2100	2005-2100	2101-	2004	2005-2100	2005-2100	2101-	2005-2100	2005-2100	2101-
合計	12.01	12.28-28.12	19.62-26.70		12.51	12.71-31.55	20.10-28.71		12.53-26.63	17.78-24.35	
医療保険											
若年者	4.32	3.97-4.30			4.48	4.10-4.44			3.75-4.44		
高齢者 (保険料)	3.89	3.98-9.08	8.52	4.96	4.06	4.11-10.05	8.58	4.97	4.11-8.21	7.09	4.05
高齢者 (公費負担)	1.58	1.68-5.97			1.66	1.75-6.20			1.75-5.19		
介護保険											
保険料	1.11	1.16-4.83	3.95	2.17	1.16	1.20-5.68	4.13	2.28	1.16-4.80	3.49	1.92
公費負担	1.11	1.16-4.83			1.16	1.20-5.68			1.16-4.80		

注) 数字は所得（雇用者報酬と混合所得の和の90％）に対する比率（％）である。利子率は基準ケースの場合を想定し、その他のパラメータについては厚生労働省予測によった。

ている。医療費については、まず、2001年度生まれの世代が65歳以降に受ける医療保険給付の期待総額をまかなうのに必要な保険料率を計算する。厚生労働省の医療費予測と基準ケースの金利の下では、その保険料率は4.96％となる。次に、2001年度以降に生まれたすべての世代がこの率で保険料を拠出した場合に2100年度時点で蓄積される積立金総額を求める。同じ設定の下では、その額はGDPの111.11％となる。最後に、移行が完了する2100年度にその額の積立金が蓄積されるよう、移行過程における一定の保険料率を設定する。現存世代は事前積立をしていないので、4.96％の保険料率では不十分である。2100年度時点で必要な積立金を蓄積するためには、移行過程においては8.52％の保険料率を課すことが求められる。

積立方式への移行は、つぎのようになる。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。後者が移行過程において8.52％に上昇した後に、2100年度に完全積立方式となり、4.96％となる¹³⁾。

表4は、Fukui and Iwamoto (2006)と本稿での政策Aと政策Bでの負担率の違いを対比させている。合計の負担率は、2004年度で12.01％から12.51％へと本稿の推計値が上昇している。その他の変数もおしなべて今回の推定値が大きい。これは、国民経済計算の基準改訂がおこなわれたことで、本稿で使用したGDPが若干低下していることが主たる理由である。シミュレーションの検討対象としたいのは改革出発点とそれ以降での負担率の変化にあるので、GDPの水準変更のような、全体に比例的に動かす変化は結論に本質的には影響しない。生年別の生涯負担率は、図2に示されている。点線で示さ

しては控えめにおこなわれるべきものと考えられる。第2に、本稿のシミュレーションでは、積立金により発生する一般均衡的な経済効果を考慮の外にしている点に違いがある。社会保障のための積立金の蓄積は、開放経済のもとでは利子率の低下をもたらすものと考えられる。この点を端的に踏まえる一つの手段として、本稿ではシミュレーションの初期時点から低い利子率が持続するものと想定することで資本蓄積の効果をシミュレーション結果に反映させるという方針をとっている。第3に、近年のわが国の資産価格の実績から見ても、高い収益率は現実的でないと思われる。

13) 類似した移行過程を想定した鈴木(2000)の結果との比較について、Fukui and Iwamoto (2006)が議論している。

れた Fukui and Iwamoto (2006) の数値に比較して、各世代の負担率がほぼ一律に高くなっている。均衡財政方式と事前積立方式を比較すると、後者の方が生涯負担率の増加傾向がより緩やかになっており、世代間の負担格差を縮小す

る働きをもっていることがわかる。なお、生涯負担率の計算期間中で事前積立方式の保険料が一定なのに生涯負担率が変動しているのは、税負担率が毎年変動しているからである。

Ⅲ．社会保障制度改革の影響

Ⅲ節では、最近おこなわれた介護保険と医療制度の改革が、社会保障給付費をどのように抑制したのかを分析する。主要な改革項目ごとに数量的な影響を推計しているが、その手法の詳細は補論にまとめている。厚生労働省が数量的な情報を公表しているものについては、できる限りそれに沿って推計をおこなっているが、シミュレーションの都合から、かならずしも同一のものとはなっていない。以下では、Ⅲ－1節で年齢階層別の医療・介護給付費への影響を見て、Ⅲ－2節で積立型医療・介護保険の財政に与える影響を考察する。

Ⅲ－1．年齢階層別医療・介護給付費への影響

図3は、各改革項目が実施された後の医療給

付費（改革前を100%とする）を年齢階層別に示したものである。影響が数年間にわたって段階的に現れるものについては、効果がすべて出た時点を示すようにしている。

2006年4月の診療報酬改訂は、各年齢階層に一律に影響が及ぶと仮定したことから、給付費を一律に3.2%削減する。なお、需要が価格弾力的であれば、価格下落に反応して医療サービス消費量は増加すると考えられるが、ここではこの効果は織り込まれていない。老人の自己負担比率引き上げは、70～74歳層の給付費を11.1%削減する。食住費を給付対象から除外する改革は、高齢者層で1%弱の給付費の抑制となる。療養病床再編は、全年齢層に療養病床入院者が分布すると仮定したことから、その影響

図3 制度改革による医療給付費の減少率（年齢階層別）

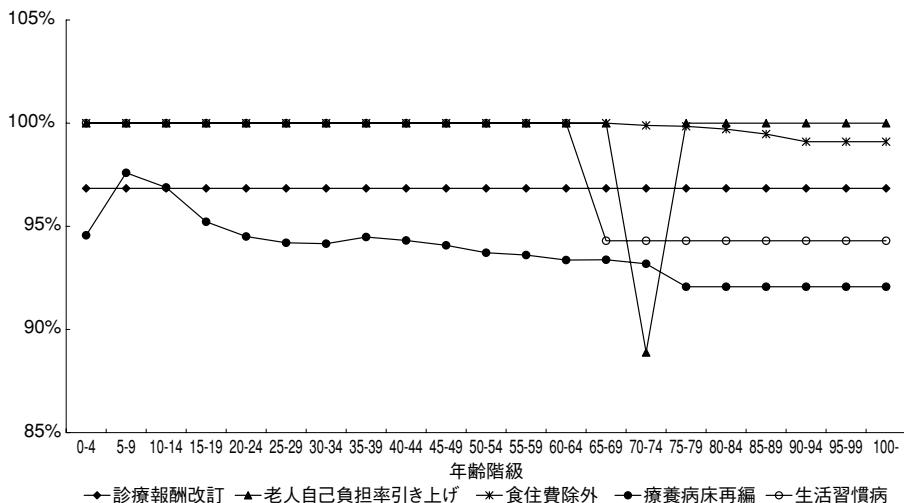


図4 制度改革による年齢階層別1人当たり医療給付費の減少額（年齢階層別，単位・円）

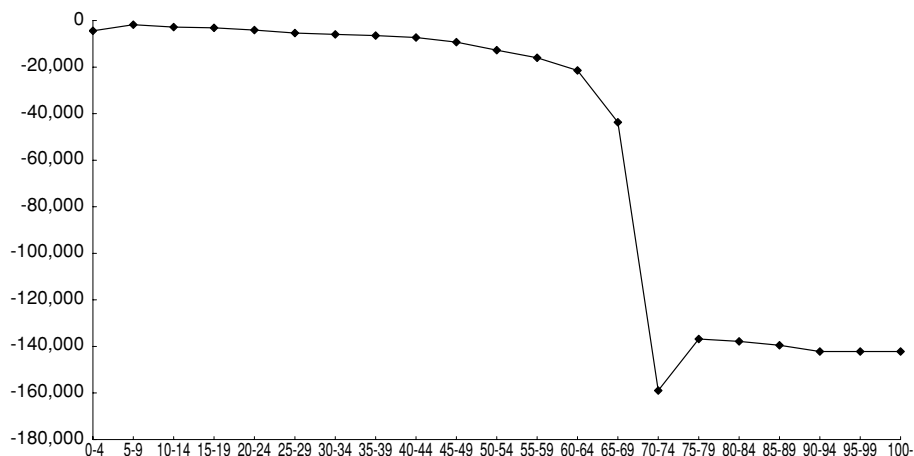
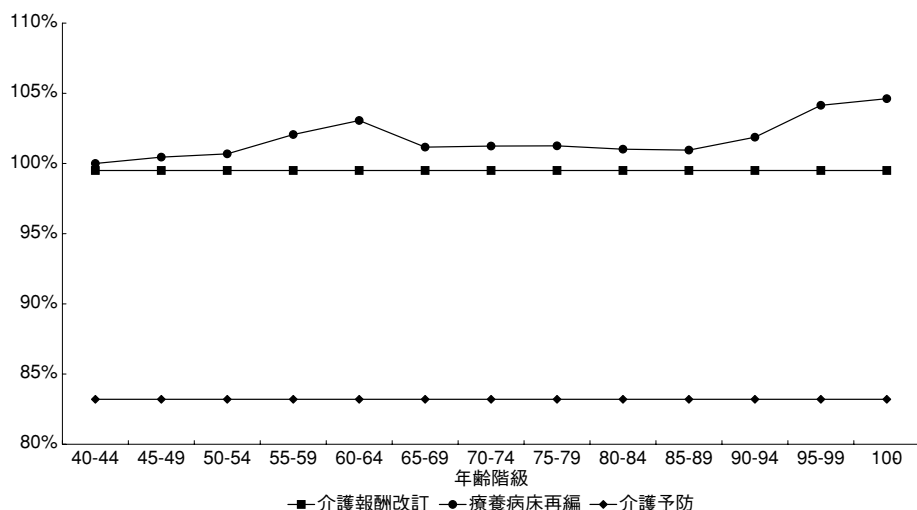


図5 制度改革による介護給付費の増減率（年齢階層別）



は全年齢層に及ぶ。改革項目のなかではもっとも影響が大きく、ほとんどの年齢階層で5%以上、75歳以上では8%程度の削減率に及ぶ。ただし、療養病床入院者が介護保険で給付されるサービスを受けることが予想されるため、後述するように、介護給付費が上昇することになる。生活習慣病予防の影響は、各年齢階層での発症率の違いを考慮すべきではあるものの、ここでは、15歳以上の医療費を比例的に引き上げると仮定している。これは、5%強の給付費削減の効果が有ると推定された。また、図3には示し

ていないが、幼児自己負担引き下げは、10歳以下の層の給付費を1割程度引き上げる。

全体の改革項目を合わせると、高齢者医療費の抑制策に加えて、自己負担率引き上げの影響を受ける70～74歳層で給付率の25%の低下が推計されている。その他の高齢者層では、15%程度、若年層では1割弱の低下率となる。

以上では変化率に注目したが、各年齢階層の平均医療費が違っているため、給付額に与える影響を見てみよう。図4では、改革による医療費の変化額の合計値を示しているが、70歳以上

図6 制度改革による1人当たり介護給付費の増減額（年齢階層別、単位・円）

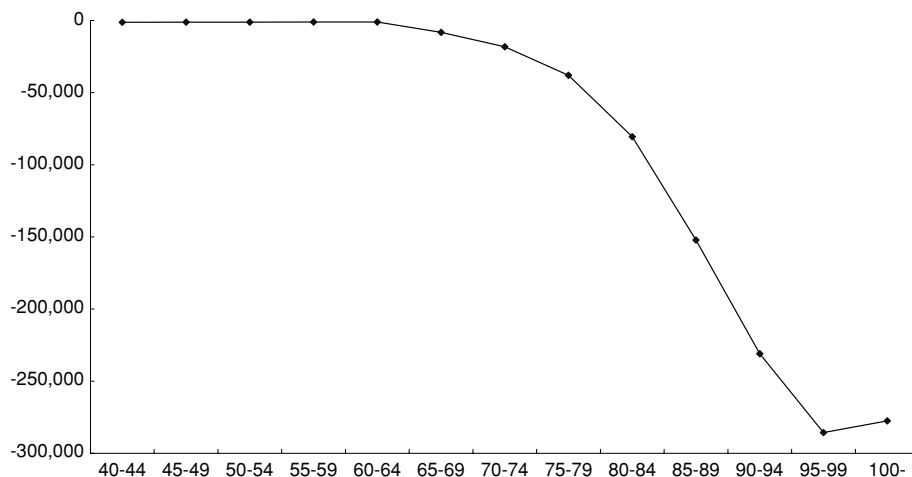
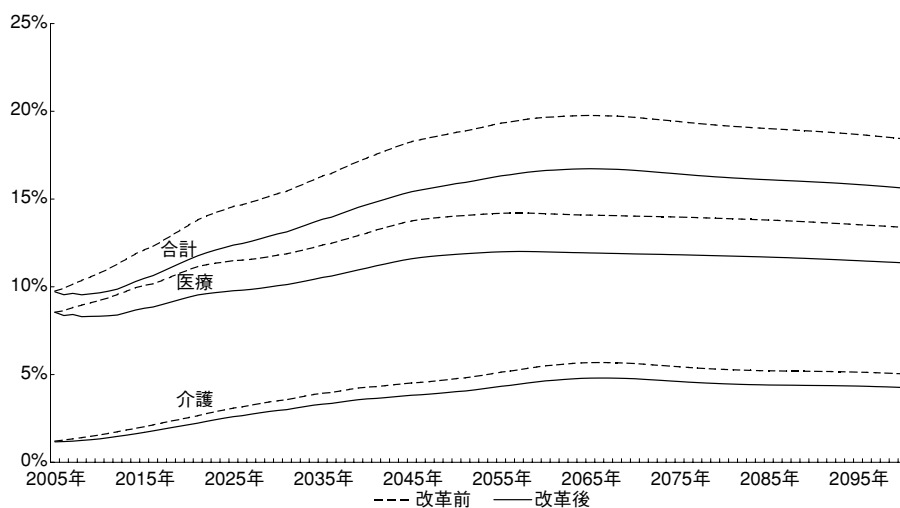


図7 制度改革による保険料率の変化（均衡財政）



の層で15万円（2005年度価格）程度給付費が減少する。10～49歳層では1万円以下の減少となる。

図5は、改革による介護給付費の増減率を示したものである。2006年4月の介護報酬改定は、全年齢階層に影響が及ぶと仮定したことから、0.5%給付費を低下させる。療養病床再編による影響は、介護費用を上昇させることになる。介護予防の効果については、各年齢に一律に及ぶと仮定しており、17%程度の給付費の削減になると見込まれる。全体の効果を合わせる

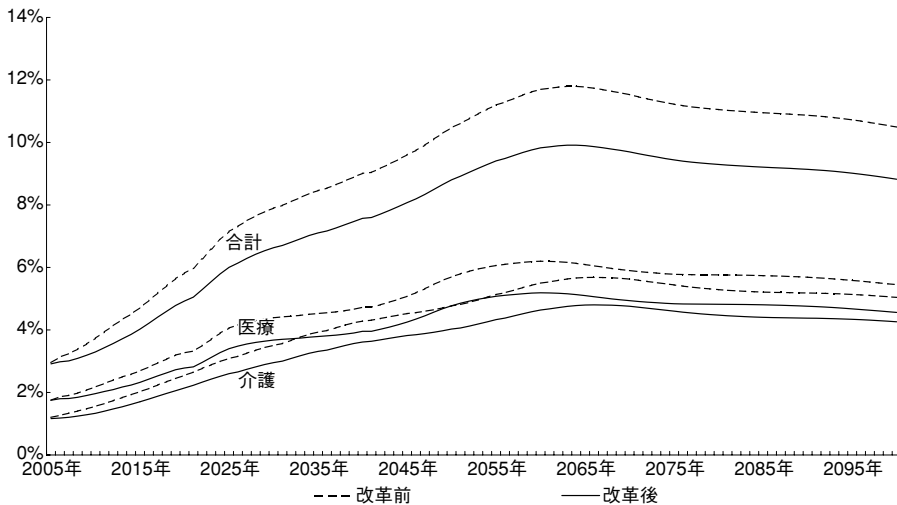
と15%前後の低下率となる。

介護費用は、医療費以上に後期高齢者に集中しているので、介護給付額への影響は後期高齢者ほど大きくなる。図6は、年齢階層ごとの介護給付費の増減額を示したものである。改革全体の効果では、加齢とともに減少額は増え、90歳以上で年間30万円程度（2005年度価格）となっている。

Ⅲ－２．社会保険財政への影響

つぎに、それぞれの制度改革が導入されたと

図8 公費負担の財源となる税負担率（均衡財政）



きの医療・介護保険財政へ与える影響を見てみよう。図7の実線は、賦課方式で運営されたときの各年の保険料の推移を示したものであり、点線は改革前の保険料率（図1の実線で示されたもの）である。この図からは、制度改革によって賦課方式で医療・介護保険の保険料率がどのように減少したのかがわかる。興味深いことに、保険料率合計は、医療給付費の改革の効果が出そろった最初の10年間ほどは横ばいで推移する。その後は上昇傾向に転じるが、水準は改革前より低くなっている。

図8の実線は、公費負担にかかる税負担率の推移を示している。点線は改革前の税負担率の水準である。改革によって水準は低下しているが、最初の10年間でも医療にかかる公費負担は増加する傾向にあり、保険料率の動きとは異なっている。介護の公費負担も上昇していくが、医療との差がやや接近する傾向にある。両者の負担の水準が高まるなかで、差が接近することは、公費負担のなかで介護の占める比重が増加していくことを意味している。

予防による医療・介護費用の削減のように、その効果が確定的でないものもあるが、ある程度の社会保障給付の削減が見込まれるのであれば、将来の社会保険の制度設計の議論にも影響

を与えるだろう。ここでは、最近の一連の制度改革の影響を考慮に入れた場合の積立型医療・介護保険の実現可能性をあらためて検討することにしたい。

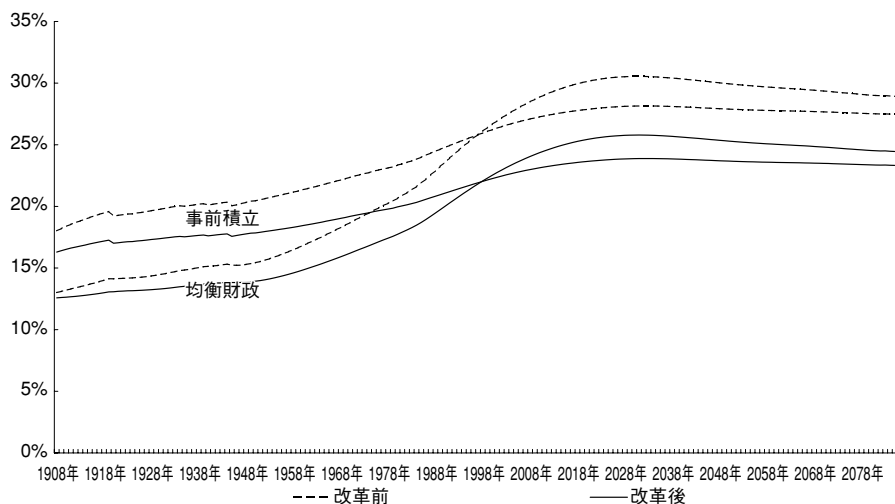
表5は制度改革の項目ごとに、積立方式での保険料率がどのように低下するかを示したものである。表5からは、制度改革による給付費抑制によって、移行過程での保険料率が抑えられることがわかる。制度改革を考慮した状態でのシミュレーションでは、移行過程の保険料率は医療保険で7.09%、介護保険で3.49%となる。改革がなかった状態では、これらに対応する数値（表5）は8.58%、4.13%であった。すべての改革効果を合計すると、保険料率の減少幅は2.13%ポイント、減少率で16.8%になる。負担の増加は避けられないものの、今回の一連の改革は上昇幅の抑制に大きな効果があったといえる。

図9の実線は、制度改革後の世代間の生涯負担率、点線は制度改革前のそれを示したものである。賦課方式でも積立方式でも制度改革によって負担率はほぼ平行に下方にシフトする。したがって、Fukui and Iwamoto (2006) で示され、本稿Ⅱ－4節で再説されていた議論は制度改革後も成立する。両方式の負担率水準が逆転する世代もほぼ同じである。

表5 制度改革による積立型医療・介護保険の保険料率の変化

	2005－2100	2101－
医療保険		
改革前	8.58	4.97
(1)診療報酬改定	8.31	4.81
(3)老人自己負担率引き上げ	8.31	4.80
(5)食住費除外	8.55	4.96
(6)療養病床再編	7.97	4.60
(7)生活習慣病	8.15	4.68
改革全体	7.09	4.05
介護保険		
改革前	4.13	2.28
(2)介護報酬改定	4.10	2.27
(6)療養病床再編	4.20	2.32
(8)介護予防	3.44	1.89
改革全体	3.49	1.92

図9 制度改革による生涯負担率の変化



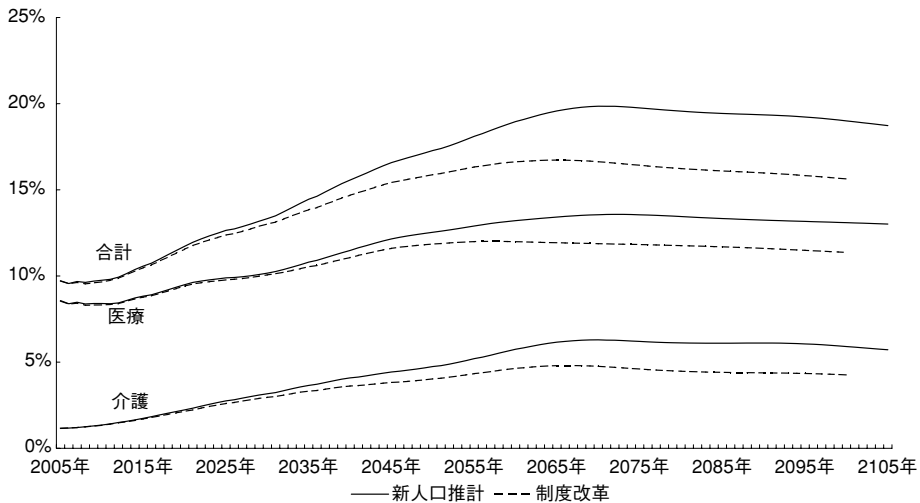
IV. 新しい人口推計と経済前提のもとでのシミュレーション

IV-1. 人口推計の改訂の影響

IV節ではまず、2005年12月に発表された新し

い将来推計人口と、2005年の『国勢調査』の労働力人口に関するデータをもとに、人口要因の

図10 新人口推計での保険料率（均衡財政）



変化が，Fukui and Iwamoto (2006) の結果にどのような影響を与えるのかを評価する。

新人口推計では，前回の推計に比較して，より少子化が進展する想定をとっており，賦課方式での社会保障財政に大きな影響を与える高齢者人口比率がより高くなると見込まれている。このことから，賦課方式での負担率のピークが高くなり，前回人口推計によるシナリオと比較して，世代間の負担格差が高まることが予想される。そして人口変動の影響を受けていく積立方式への移行のメリットがより大きくなることが期待される。

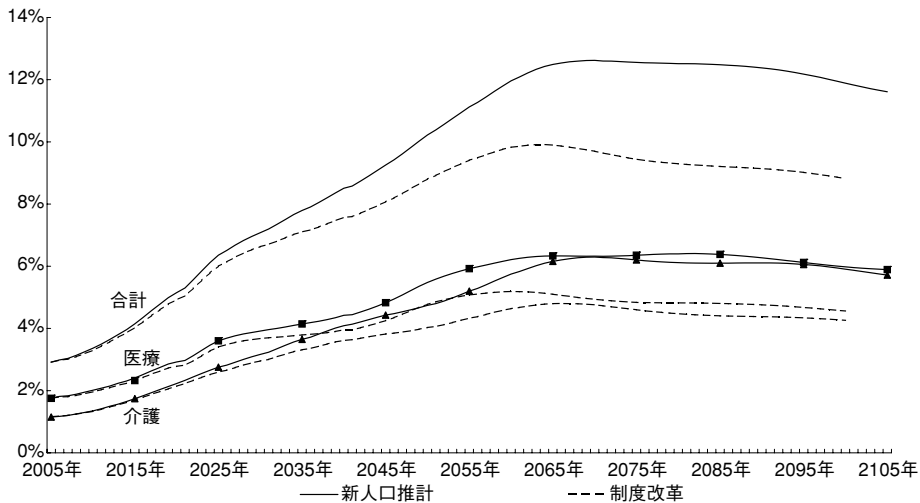
新人口推計は，2005年の『国勢調査』を基礎データとして，2055年の推計をおこなうとともに，2105年までの参考推計を公表している。また，年齢別人口は，前回推計は99歳までの各歳と100歳以上の区分であったのが，新人口推計では104歳までの各歳と105歳以上の区分に変更されている。Ⅳ節のシミュレーションは，この新しい推計期間と年齢区分に基づいている。使用する人口データは，新人口推計の「出生中位(死亡中位)」ケースである。

本稿でおこなう労働力人口の将来推計も，2005年の『国勢調査』から年齢別労働力率をまず計算し，2005年度平均の『労働力調査』の年齢階層別労働力人口と一致するように，それを年齢階層ごとに比例的に調整した。また，労働力人口の将来見通しは，2005年7月の厚生労働省職業安定局による年齢階層別労働力率に合わせて更新した¹⁴⁾。

以上のような前提で計算された新しい人口・労働力の将来予測のもとで，Ⅲ節と同様の前提で賦課方式と積立方式によって医療・介護保険を運営した状況をシミュレーションしてみる。図10は，賦課方式のもとでの各年の保険料率を比較したものである。実線は新人口推計のもとでの計算結果であり，点線はⅢ－2節の結果を再掲したものである。新しい人口推計によると，ピークの時の保険料率が医療保険で1.57%ポイント，介護保険で1.5%ポイント高まる。合計では，旧人口推計の16.73%から19.85%まで高まると推計されている。Ⅱ節のシミュレーションも含めて比較すると，賦課方式の保険料負担を制度改革が抑制した効果が，新しい人口推計

14) この労働力予測の詳細は，「労働力需給の推計：労働力需給モデル（2004年版）による将来推計」労働政策研究・研修機構資料シリーズ No. 6（2005年8月）に記述されている。

図11 新人口推計での税負担率（均衡財政）



で見込まれる少子・高齢化が負担を押し上げる効果で相殺されたといえることができる。

図11は、公費負担の比率を示しているが、こちらもピーク時の負担率は医療で1.22%ポイント、介護で1.5%ポイント上昇している。後期高齢者比率の上昇から、2070年代以降は、介護の公費での負担率が医療のそれにほぼ匹敵すると推計されていることが印象的である。合計の負担率は旧人口推計の9.91%から12.62%まで上昇することになる。

つぎに、新人口推計のもとでの積立方式への移行のシミュレーションをおこなった。設定の基本的考え方は、前節までと同様であるが、新人口推計の参考推計期間が2105年までと5年間将来に伸びたため、積立方式への移行期間を2007年から2105年までと設定した。表6では、積立方式への移行による保険料と公費負担の推移を、均衡財政と対比させながら示している。移行期間の保険料率は、医療が7.73%で、Ⅳ節の制度改革後の数値から0.66%ポイント増、介護が4.26%で0.57%ポイントの増となっている。負担の上昇幅は、将来推計人口の更新が均衡財政による運営に与える影響よりも大きく、積立方式が人口変動のリスクのいくらかを吸収していることがわかる。このことは、生涯負担率へ

の影響でも確認することができる。図12の実線は、積立方式と、賦課方式での世代ごとの生涯負担を比較したものである。点線は、図9（実線）の旧人口推計での結果を再掲したものである。新人口推計のもとでは、各世代の生涯負担率は上昇している。賦課方式のもとでの生涯負担率は、2020年代後半生まれの世代で5.3%ポイント程度上昇している。一方、積立方式での生涯負担率の増加は、3.5%ポイント程度の上昇となっており、小さい。このため、将来世代は積立方式への移行で、より大きく負担が軽減されることになる。

Ⅳ－２．経済前提の変更の影響

2007年1月に公表された「日本経済の進路と戦略」では、ここまでのシミュレーションで採用されている経済前提よりも高めの名目成長率を見込むことになった。それを反映して、厚生労働省年金局が2007年2月にまとめた「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響（暫定試算）」では、長期での名目賃金成長率は2.5%、金利と成長率の差は、1.6%とそれぞれ上方に修正された。物価上昇率は、2006年5月の「社会保障の給付と負担の見通し」と同じく、1%とされており、実質賃金成長率が0.4%ポイン

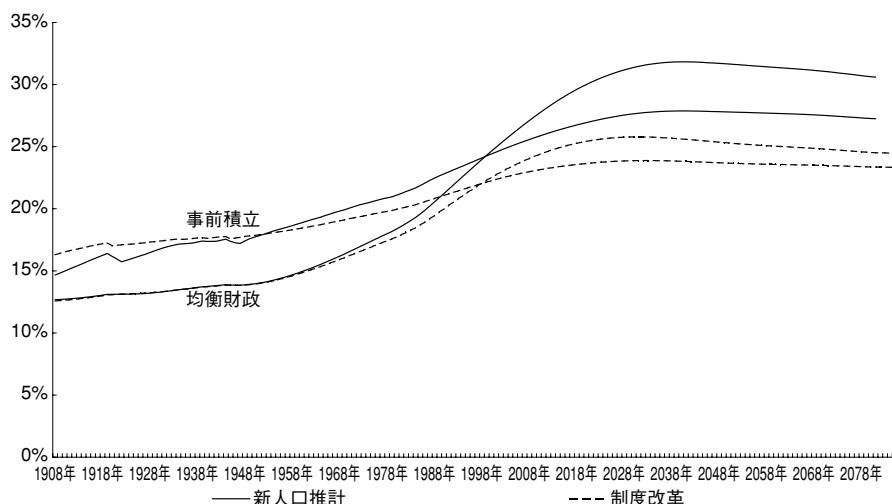
表6 新しい人口推計と経済前提での均衡財政と事前積立での拠出率

	新人口推計					新経済前提	
			(A)均衡財政	(B)事前積立		(B)事前積立	
	2005	2006	2007-2105	2007-2105	2106-	2007-2105	2106-
合計	12.64	12.55	12.71-32.47	19.02-28.06		18.15-27.23	
医療保険							
若年者	4.44	4.25	3.66-4.19				
高齢者（保険料）	4.14	4.14	4.22-9.91	7.73	4.13	7.25	3.34
高齢者（公費負担）	1.76	1.82	1.83-6.41				
介護保険							
保険料	1.15	1.17	1.20-6.30	4.06	2.08	3.67	1.60
公費負担	1.15	1.17	1.20-6.30				

注) 数字は所得（雇用者報酬と混合所得の和の90%）に対する比率（%）である。

新経済前提は、金利と成長率の差を1.6%と置いている。

図12 新人口推計での生涯負担率（均衡財政と事前積立）



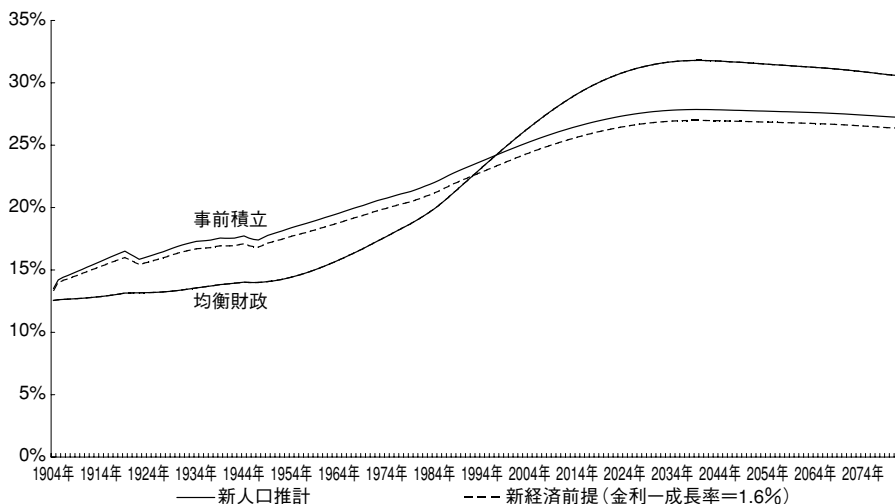
トの上昇、実質金利が0.9%ポイントの上昇となっている。この前提の修正がシミュレーションに与える影響をつぎに見てみよう。

実質賃金の成長は、それと同率の1人当たり医療・介護費用の上昇が生じると考えれば、経済規模との比較に着目するシミュレーションでは考慮する必要はないので、本稿はそのような想定をとった。これまでの厚生労働省による医療費の推計では、その名目成長率を直接設定している。2006年5月の「社会保障の給付と負担の見通し」の後には医療費の名目成長率の見直

しはおこなわれていないが、そのままの医療費の名目成長率の前提を用いると、医療費の対GDP比が減少していく効果が現れる。しかし、厚生労働省の予測を再現することを本稿の目的としても、名目成長率の見直しがまだおこなわれていないとも解釈できるので、医療費のこのような効果を織り込まないようにすることにした。

まず、図13の点線は、金利が成長率よりも1.6%ポイント高いと設定した場合の生涯負担率を示したものである。実線は、従来の金利の

図13 新しい経済前提での生涯負担率（均衡財政と事前積立）



設定による生涯負担率の推移（図12の実線の再掲）である。なお、生涯負担率を計算する際の割引率を、金利に合わせて変動させると比較が困難になるため、割引率は同じ値を用いている。賦課方式の負担率にほとんど変動は見られない

が、積立方式では0.75%ポイント前後の負担率の低下がある。すなわち、人口推計の改訂による負担増加の影響が、金利の上昇によって部分的に相殺されたということが出来る。

V. 制度設計に関わる論点

V-1. 制度設計の具体案

V節では、シミュレーションで想定された、積立型医療・介護保険をわが国に導入する場合に、具体的にどのような制度となるかについての検討をおこなう。

現在は、世界でも本稿のような積立型医療保険は存在しない。現存する制度でこれに近いと考えられるものには、シンガポールの医療貯蓄勘定があるが、これは、個人が医療費に使うことを目的とした貯蓄勘定を個人がもつという制度である¹⁵⁾。本稿で考えられている制度は医療保険であるので、同世代の他の個人とのリスク

分散が含まれているが、医療貯蓄勘定では、自分の貯蓄で自分の医療費を支払うことになり、個人間のリスク分散は図られない。医療貯蓄勘定の制度では、全額が自己負担となることから、典型的な医療保険がもつ低額の自己負担から生じるモラル・ハザードの問題を起こさないことが利点とされている。一方で、個人の所得が財源であるため、高額な医療費や、高齢期の医療費を支払うことが困難である。また、療養期間が長期に及ぶ介護費用を支払うことも困難であろう。以上のことから、本稿の問題意識である、高齢者の医療・介護費用の財源調達手段として、

15) シンガポールの医療貯蓄勘定については、川淵（2002）で紹介され、わが国への導入も提言されている。また、増原（2004）では、わが国への医療貯蓄勘定の導入に関連したシミュレーションがおこなわれている。

医療貯蓄勘定は適切な手段ではないと考えられる。

わが国における積立方式による医療保険の制度設計については、西村（1997）、鈴木（2000）によって議論されている。西村（1997）では、積立型医療保険についての具体的な制度設計の議論がなされている。生年を5年ごとに区切った集団（世代）について、一本化された医療保険制度がつけられ、生涯の保険料支払額で生涯の医療給付額をまかなえるようにして、世代間所得再分配を原則として行い、世代間で保険料率は異なるが、世代内では報酬比例の保険料とするなど、世代内所得再分配をおこなう。将来の医療費と経済環境については、5年ごとに予測を見直し、保険料率を変更する。ただし急激な環境の変化に対しては、世代間所得移転をおこなってできるだけ世代間の保険料率が均等化することを目指すとしているが、どの程度の調整をおこなうかは具体的には示していない。積立金については、一定の利率で老人保健の財源調達に貸し付けるとしている。

鈴木（2000）は、各保険制度が必要な積立金を保有することを想定しているが、その具体的な制度設計よりは、積立方式への移行過程の財政シミュレーションに重点を置いた議論を展開している。また、積立方式を最終的にとるものではないが、小黒（2006）、小黒・中軽米・高間（2007）は、有限均衡方式で保険料平準化をおこなう勘定を創設する制度設計（修正賦課方式）を議論している。

Feldstein（1999）は、米国の高齢者のための医療保険制度に事前積立をする提案をしている。2000年から退職者健康勘定（Retiree Health Accounts, RHA）を創設し、労働者は21歳から66歳まで賃金の2.15%を積立て、5.5%の実質金利で運用し、積立金にかかる法人税収も年金給付に充てることができるならば、2070年のMedicare給付費の予測値である総賃金の14%を支払うことができるとしている。RHAは、個人単位の貯蓄勘定として設定され、退職時に医療保険を購入するために使用される。また、平

等の給付を受け取るために、個人賃金ではなく、労働者平均の賃金の2.15%を拠出することが想定されている。将来の医療費が高騰した場合には、政府の補助により年金の増額が図られる。個人単位の勘定の他に、単一の政府の特別会計による運営の可能性にも言及しているが、2070年に年間GDPに匹敵する規模に達する積立金の運営には、政治的な問題が生じるとして、否定的な見解を表明している。

V-2. 個人勘定・単一勘定の選択

積立型医療・介護保険の制度設計に重要な論点は、

- (1) 事前積立を個人単位の勘定とするか、制度全体の勘定とするか
- (2) 事前積立勘定を医療・介護保険に置くか、公的年金に置くか

である。この論点の組み合わせによって、さまざまな制度設計の選択肢が考えられる。

どの選択肢をとるかを判断する際に、まず留意しなければならない点は、積立方式で運営すると、加入者は給付と負担の関係をより強く求めることが予想され、このことが社会保険としての運営を困難にする可能性があることである。そもその政策目的は、医療・介護サービスへの平等なアクセスを確保することであり、また、社会保険として強制加入を維持するためには、低所得者にも負担可能な保険料体系でなければいけない。岩本（2007b）では、この理念と整合的で、現行制度と親和性の高い保険料体系は応能負担によるものであることが示されている。こうした応能負担で定額給付とするには、制度内で所得再分配をおこなう必要がある。しかし、老後の医療・介護費用を現役時の貯蓄でまかなうという考えが個人単位のものとして解釈されると、高い負担をした高所得者ほど手厚い給付を求める意見が出てくる可能性があり、定額給付の理念と対立することになる。とくに、個人単位の積立勘定を設計した場合には、このよう

な所得再分配を含む制度設計は難しくなると考えられる。

最初の論点についての選択肢は、個人単位の貯蓄勘定とするのか、制度ごとに団体型の貯蓄勘定とするのか、全制度にまたがる単一の貯蓄勘定とするのかの3つに整理される。強制加入で定額給付をおこなうための所得再分配機能を制度に内包することを要求することになると、可能な選択肢は、全制度にまたがる単一の貯蓄勘定になる。すなわち、個人単位の勘定では、このような所得再分配をおこなうことが事実上難しいからである。制度ごとの団体型の貯蓄勘定の場合は、ひとつの制度内での所得再分配をおこなうことは可能であるが、制度間の所得再分配機能がなければ制度間での財政格差が生じることになるであろう。制度間で加入者が移動することも事前積立の制度設計を困難にする。新しく創設される予定の独立した高齢者医療制度では、75歳以上が加入者なので、事前積立をおこなうことは無理である。かりに現行制度のもとで、制度ごとに高齢期の費用を現役世代が貯蓄すると、現役時に被用者保険の被保険者だった者が退職後に国保に移動することが深刻な問題になる。現役世代の国保加入者は自分たちの高齢時の給付費のみならず、退職して被用者保険から移動してきた者の給付費も貯蓄する必要がある。一方で、被用者保険の被保険者は高齢者の加入者が少ないため、事前積立のための負担は小さくなる。

以上のことから、全制度にまたがる貯蓄勘定を設けることが必要となるだろう。その実現には、既存の保険制度を1つに統合した上でそこで貯蓄する方法と、現行制度はそのままに、貯蓄勘定を別に設ける方法の2つが考えられる。前者の方が、移行費用の大きい大規模な改革となると予想される。後者を実現させる方法とし

ては、岩本（1998）で提唱された、リスク調整をおこなう財政調整勘定が同時に事前積立をおこなうことが考えられる。

V-3. 事前積立をおこなう制度

事前積立を医療・介護保険でおこなうか、公的年金でおこなうかについては、優劣をただちにつけることは難しいと考えられる。医療・介護保険でおこなうのは、制度改革をこの制度内で完結させることで、実行の可能性が高まることが利点である¹⁶⁾。

医療・介護保険はこれまで均衡財政方式で運営されており、積立金をもつという発想がない。医療・介護保険に積立方式を導入することが難しいければ、これらの保険料を年齢リスクを反映したものとして、積立方式の公的年金でそれを支払うという方法が考えられる。年金側でおこなうことの利点は、老後のための貯蓄をおこなうという目的に沿っていることにある。

積立方式の公的年金の制度設計については、岩本（2007a）で議論がされているが、広く提唱されている案は、定額給付の一階部分を賦課方式として、報酬比例部分を積立方式とするものである。しかし、このような年金制度に医療・介護費用の事前積立を融合するには、いくつかの難点がある。まず、保険料に年齢リスクを反映することは、リスクに依存しない保険料を設定していた従来の考え方からの大きな転換となる。応益負担が大規模に導入されると、やがては年齢リスクだけでなく、病歴や生活習慣等によって細分化された保険料体系に移行しようとする動きが出てくるかもしれない。現在の公的医療保険が病歴リスクを考慮しないことで、民間で提供することが難しい長期保険を提供していることには大きな意義があると考えられるので、このような応益負担の拡大が生じること

16) 事前積立のためには、将来医療費の予測をおこなう必要があるが、予測をおこなう機関と事前積立をおこなう機関を一致させるか、分離させるかという論点がある。両者は密接に関連しているから同じ機関とすべきという考え方もあり得る一方で、将来予測の客観性を担保するために独立の機関とすべきという考え方もあり得る。

は望ましくないと考えられる。医療費のリスクと所得には強い正相関があるとは考えにくいので、報酬比例の年金給付から、所得には依存しない形の保険料を徴収することにも困難が生じる。こうした問題を解決するためには、定額給付の積立方式の年金導入か、年金給付に比例した高齢者の医療保険料の徴収のいずれかが必要である。

すると、争点となるのは、国民皆保険を維持するための所得再分配を公的年金でおこなうか、医療保険でおこなうかの選択である。この選択の優劣をただちにつけることは難しい。しかし、より大きな問題は、給付と負担の対応関係に重きを置かれる積立方式の考え方と、社会保険としての所得再分配の必要性とが、違った方向性をもって緊張関係にあることである。

積立型医療・介護保険の導入において、最も重要となるのは、現行制度から生じている所得再分配のなかで、世代間所得再分配をやめて、政策目的と整合的な世代内所得再分配を維持することである。

V-4. リスクへの対応

本稿で見たように、予測の前提が変化すれば、それにとまって積立型の保険料率が変化する。

制度設計では、このような予測リスクにどう対応するのかを考えておかなければならない。ひとつの方法は、将来推計人口の改訂にあわせ、5年ごとに将来の財政を再推計して、移行期の保険料率を改訂していくことである。これは、本稿のシミュレーションのように、Fukui and Iwamoto (2006) で求められた保険料率が、人口推計や経済前提の更新によって、新しいシミュレーションに置き換えられて、保険料水準が更新されるという作業が定期的におこなわれるというように考えることができる。西村(1997)でも同様の考え方がとられている。

医療保険制度が全体として積立金をもつ場合には、この方法のみで、医療費が変化することによって積立金が不足するリスクにも対処できる。すなわち、長期的に積立方式への移行を図る計画を5年おきに改定しているので、医療費の見込みが変化した場合には、長期にわたる保険料の調整で対処することになるからである。これは、世代間の所得再分配をおこなって、リスクを吸収していることになる。一方で、個人勘定の積立方式をとると、退職間近あるいは退職後に医療費が増大するリスクが発生したときに、個人レベルの保険料の引き上げで対応するのが困難になる事態が発生するかもしれない。

VI. 結論

本稿では、まず今後の少子化と高齢化の進展によって、医療・介護保険にかかる負担が大きく上昇し、後の世代ほど生涯の負担水準が高くなることを見てきた。この負担の格差を是正するために、積立型の医療・介護保険制度へ移行する財政シミュレーションをおこなった。移行過程では積立金を蓄積するために高い保険料率を課す必要があることが、実際の導入が難しい点として指摘されている。本稿では、2005年の介護保険改革、2006年の医療制度改革による給付費が抑制される効果を推計して、このことが

積立型医療・介護保険の導入に与える影響を見た。積立方式への移行期には、医療・介護保険を合わせた保険料は12.7%から10.51%へと減少幅で2.13%ポイント、減少率で16.8%の低下が見られた。負担があることは避けられないものの、今回の改革は上昇幅の抑制に大きな効果があるといえる。このことで積立方式への移行の障害が低くなったことも踏まえ、代替的な選択肢との議論をしていくことが必要であろう。

積立方式への移行には、二重の負担があるといわれる。確かに非常に長期にわたって見れば、

後の世代の負担に比較して移行過程で保険料と税を負担する世代の負担率を高めることは事実である。しかし、負担が増加する世代の生涯負担率の水準は、その直後に負担が軽減される世代と比較すれば、改革後でも小さい。現存する世代から近い将来までの世代については、負担格差を縮小する改革になるのである。

さらに本稿では、2005年12月に公表された新しい人口推計に基づくシミュレーションもおこなった。新しい推計では、少子化の一層の進展が見込まれているが、このことは医療・介護保険を均衡財政で運営した場合の保険料負担のピークを3.12%ポイント引き上げる。一方、積立方式への移行を図る改革での移行期の保険料は1.23%ポイントの上昇にとどまり、積立方式が人口変動リスクのいくらかを吸収していることがわかる。生涯負担率で見ても、新しい人口推計のもとでは、将来世代は積立方式への移行によって、より大きく負担が軽減されることが示

された。

具体的な制度設計について、事前積立をおこなう制度を個人勘定とするか、制度ごとの団体型勘定とするか、制度全体の勘定とするか、の選択肢についての検討をおこなった。政策目的が医療・介護サービスへの平等なアクセスの確保にあるので、制度のなかに強制加入で定額給付を実現するための所得再分配制度を内包する必要がある。個人勘定や団体型勘定はこのような分配をおこなうことが困難である。将来の予測が変化した場合に積立型の保険料を変更しなければならないとき、個人勘定では対応が困難になる事態が発生するかもしれない。制度全体の勘定を創設する場合には、現行制度を1つに統合した上で、そこで貯蓄する方法は移行費用が大きい。移行費用を抑える改革としては、岩本（1996）で提唱されたりリスク調整をおこなう財政調整勘定が同時に事前積立をおこなう方法が考えられる。

補論 制度改革による医療・介護費用の節約

Ⅲ節のシミュレーションで考慮の対象とした制度改革は、(1)2006年度診療報酬改定、(2)2006年度介護報酬改定、(3)老人自己負担率引き上げ(2008年4月)、(4)幼児自己負担率引き下げ(2008年4月)、(5)療養病床入院患者の食住費除外(2006年10月)、(6)療養病床再編、(7)生活習慣病の予防、(8)介護予防、である。一連の医療・介護保険制度改革の効果については、以下のような手順で推計した。

このうち、(1)および(5)～(7)については、それぞれの改革による年齢別医療費削減額を改革前(2005年度)の年齢別医療費で除して、改革による医療費削減率をそれぞれ求め、2006年度以降の年齢別医療費予測額(改革前)に削減率を乗じることで制度改革後の医療費予測額を年齢別に推計した。また同様に、(2)、(6)、(8)については、それぞれの改革による年齢別介護費用削

減率を2006年度以降の年齢別介護費用予測額(改革前)に乗じることで、制度改革後の介護費用予測額を年齢別に推計した。(3)および(4)に関しては、自己負担率変更に伴う医療給付費の変化を推計した。

具体的な改革効果の推計方法は以下の通りである。

(1) 2006年度診療報酬改定

2006年度の診療報酬改定率は、診療報酬本体の改定でマイナス1.36%、薬価等の改定でマイナス1.8%、合計でマイナス3.16%の改定となった。推計では、2006年度以降は各年齢別医療費がそれぞれ3.16%減少するものとして、制度改革前の各年齢別医療費に減少率を乗じて、改定後の各年齢別医療費とした。

(2) 2006年度介護報酬改定

2006年度の介護報酬改定率は、在宅分で平均

マイナス1%（うち在宅軽度で平均マイナス5%，在宅中重度で平均プラス4%），施設分で平均ゼロ%，合計でマイナス0.5%の改定となった。推計では，2006年度以降は各年齢別介護費用がそれぞれ0.5%減少するものとして，制度改革前の各年齢別介護費用に減少率を乗じて，改定後の各年齢別介護費用とした。

(3) 老人自己負担率引き上げ

2006年度の健康保険法等の一部改正にともない，2008年4月より，70歳から74歳までの高齢者の患者負担が1割から2割に引き上げられることとなった¹⁷⁾。推計においては，2008年度以降の当該同年齢階層の年齢別医療給付費が1割分の自己負担の引き上げによって削減されるものとして，改革後の医療給付費を推計した。

(4) 幼児自己負担率引き下げ

健康保険法等の一部改正により，2008年4月から，乳幼児に対する患者負担軽減（2割負担）の対象年齢が，3歳未満から義務教育就学前まで拡大されることとなった。推計においては，3歳から5歳までの自己負担率が2008年度以降は1割分引き下げられ，その分同年齢階層の年齢別医療給付費がその分増加するものとして，改革後の医療給付費を推計した。

(5) 療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の負担見直し

同じく，健康保険法等の一部改正により，2006年10月より，療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の見直しがおこなわれ，原則として給付対象から外された。見直しの対象者は，療養病床に入院する70歳以上的高齢者で，食材料費及び調理コスト相当として4.2万円，光熱水費相当として1.0万円，合計5.2万円を負担することとされた。

見直し前の負担（食材料費相当）は2.4万円とされているので，今回の見直しによる入院患者

1人当たりの負担の増加分は，2006年度については年16.8万円増（10月から3月の6ヶ月について月2.8万円増），2007年度以降は年33.6万円増となる。

今回の療養病床入院患者を対象とする食費・居住費の負担見直しが70歳以上の年齢階層別医療費に与える影響を以下のように推計した。まず，2005年の『患者調査』（厚生労働省）の推計入院患者数（病院—一般診療所・病床の種別・性・年齢階級別〔1上巻第13表〕）から，医療保険適用療養病床への年齢階層別入院患者比率を求め，それに入院受療率（人口10万対〔1上巻第4表〕）を乗じて，70歳以降の5歳刻み（90歳以降は1区分）の医療保険適用療養病床の入院患者比率（対人口）を求めた。

つぎに，2006年度以降も療養病床の入院患者比率が変わらないものとして，患者1人当たりの負担増加分と年齢階層別入院患者比率と将来推計人口をかけ合わせ，年齢別の食住費負担増の総額を求めた。

(6) 療養病床再編

健康保険法等の一部改正では，2012年度までに介護療養型医療施設を廃止することも決定された。厚生労働省による，「療養病床再編に関する説明会（2006年4月13日）」資料によれば，その概要は以下ようになる。

現在25万床ある医療保険適用病床（以下，医療病床）と13万床ある介護療養型医療施設（介護保険適用病床〔以下，介護病床〕）を，2012年度には，医療病床15万床，老人保健施設15～17万床，ケアハウス・有料老人ホーム等6～8万床へと再編する。再編により，一部の医療病床とすべての介護病床は老人保健施設等に移行することになるが，経過措置としてそれぞれ，介護保険移

17) 同改正により，2006年10月から，現役並み所得をもつ70歳以上の高齢者の窓口負担額が2割から3割に引き上げられた。ただし，公的年金等控除の縮減及び老年人控除の廃止に伴い，新たに現役並み所得者に移行する者については，2006年8月から2年間，自己負担限度額を一般並みに据え置く激変緩和措置がとられた。また同時に，自己負担限度額の見直しも行われたが，これらは推計の対象外とした。

行準備病棟，経過型介護療養型医療施設を設け，円滑な移行を図る。病床の再編に伴い入院患者の振り分けも必要となるが，中央社会保険医療協議会で示された医療の必要度（医療区分1：軽度，医療区分2・3：中重度）に応じて，医療区分2・3の者については医療病床で受け入れ，軽度とされる医療区分1のものについては介護病床で受け入れる。

療養病床再編による給付費の増減額は，再編完了時点で医療給付費がマイナス4,000億円，介護給付費がプラス1,000億円となるという試算も示されている。（「療養病床の再編について」療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備に関するブロック別意見交換会〔2006年8月8日～11日〕資料）。

本稿では，以下のような手順で療養病床再編にともなう医療費及び介護費用の年齢別の増減額を推計した。

- i. 病床再編による2012年度までの病床数の推移を推計。
- ii. 『病院報告』，『医療施設動態調査』により2005年度末の入院患者数を推計。
- iii. 医療区分1～3に患者数を区分。
- iv. 2012年度に介護療養病床の入院患者がゼロになるように，介護療養病床における医療区分2・3の者は医療保険適用療養病床へ，医療区分1の者は老健施設，ケアハウス等へ，毎年度同数が移動するものとして，各施設における入院患者数を医療区分ごとに推計¹⁸⁾。
- v. 平均在院日数が毎年度同日数ずつ短縮され，2012年度には平均在院日数が2割短縮されるものとして入院患者数（医療区分2・3の者）の減少を推計。

vi. 療養病床における医療区分ごとの1人当たり医療費，介護施設の1人当たり費用額から，毎年度の医療費および介護費用を推計。病床再編が行われなかった場合との差額を算出。

vii. 2005年の『患者調査』より療養病床入院患者の年齢階層別内訳を，2004年の『国民健康保険医療給付実態調査』より入院期間3か月以上の者の年齢階層別1日当たり点数の加重平均をとり，病床再編による医療費差額，介護費用差額を年齢階層ごとに按分。

それぞれの手順は，具体的には下記のようになる。

- i. 『医療施設動態調査（平成18年3月分概数）』（厚生労働省）によれば，療養病床は全体で381,592床（うち病院が357,971床，診療所が23,621床）であるが，その内訳は報告されていない。

『病院報告』では，2006年1月分より，介護療養病床について病院・診療所における1日平均患者数と，月末病床利用率が報告されている。1日平均患者数と月末在院患者数がほぼ等しいと仮定すれば，1日平均患者数を月末病床利用率で除することで，病院および診療所における介護療養病床の月末病床数をそれぞれ推計できる。誤差を考慮して，2006年1月から3月までの算術平均をとり，介護療養病床数とした。また，医療病床の月末病床数は，療養病床全体の病床数から介護療養病床数を減じることで求めた。

こうして求めた病院・診療所別・病床区分別の医療病床数および介護病床数の内訳を用いて，『医療施設動態調査（平成18年3月分概数）』の療養病床数を按分することで，平成17年度末時点での推計病床数を求めた¹⁹⁾。

18) 2007年4月に厚生労働省が公表した「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）」では，医療区分2の3割は介護保険施設等に移動すると想定されるなど，2006年に公表された資料の内容と変更が生じてきている。この方針は2006年のデータをもとに試算がおこなわれているが，すでに同年4月の診療報酬改定の影響を受けて，療養病床数の減少や患者の医療区分別の内訳に変化が生じている。本稿は2006年5

- ii. i. で求めた医療病床数と介護病床数にそれぞれの病床利用率を乗じて入院患者数を求めた。ただし、『病院報告』では、月末病床利用率は療養病床全体と介護療養病床についてのみ報告されており、医療病床の病床利用率は分からない。さらに、介護病床の利用率も病院と診療所に区分して報告されている。病院と診療所を合わせた病床利用率を求めるため、i. で求めた病院・診療所別の医療病床数および介護病床数で、一日平均患者数を除したものを病床数で加重平均し、2006年1～3月分の算術平均をとったものを、病床別の病床利用率とした。医療病床については91.9%、介護病床については92.7%となった。
- こうして求めた病床利用率をiの医療病床数と介護病床数にそれぞれ乗じて、2005年度末における病床別の在院患者数（医療病床が238,671人、介護病床が112,915人）を求めた。
- iii. ii. で求めた病床別の在院患者数について、厚生労働省の資料に示された病床別の医療区分別患者比率で按分し、2005年度末時点での医療区分1～3それぞれの在院患者数を求めた²⁰⁾。
- iv. 介護病床から毎年度同数が別施設に移動し、2012年度に介護療養病床の入院患者がゼロになると仮定して、介護病床の在院患者数の推移を医療区分ごとに計算した。介護療養病床における医療区分2・3の者は医療保険適用療養病床へ、医療区分1の者は老健施設、ケアハウス等へ、病床数の比率と同じ内訳（老健施設16万床、ケアハウス等7万床〔厚生労働省説明資料の中央値〕）でそれぞれに移動するものとして、各施設における入院患者数を医療区分ごとに推計した。
- v. 月例の『病院報告』で報告されている病院・診療所別一日平均患者数で病院・診療所別平均在院日数を加重平均して、2005年3月時点での療養病床全体の平均在院日数（約163.6日）を求めた。厚生労働省の平均在院日数短縮目標を参考に、2006年度以降毎年同じ日数ずつ平均在院日数が縮減し、再編完了時点（2012年度）までに2005年度末時点の8割となるものとし、それと比例的に医療区分2・3の入院患者数が減少するものと想定した。再編完了時点では、医療区分2の入院患者が103,638人、医療区分3の入院患者が29,839人という推計となった。
- vi. 療養病床再編による医療費・介護費用の増減を推計するためには、療養病床入院患者についての患者1人当たり医療費が必要である。医療病床については、中医協資料に、医療区分別・ADL区分別の患者1人1日あたり費用と療養病棟入院基本料がある²¹⁾。これらの数値を月額に変換し、医療区分別・ADL区分別患者数構成比で加重平均することで、医療区分別の患者1人当たり医療費月額を求めた。医療区分1の者が367,300円、医療区分2の者が564,900円、医療区分3の者が777,900円となった。
- 介護病床については、介護病床と医療病床の医療区分別1人当たり医療費が比例関係にあると想定し、介護病床の入院者内訳で加重平均したものが、『介護給付費実態調査月報（平成18年4月審査分）』にある介護療養施設サービス

月の「社会保障の給付と負担の見通し」の時点での制度改革の内容を織り込むことが趣旨であるので、当初の計画に沿った設定を採用することとした。

19) このような手順で求めた2005年度末時点での推計病床数は、医療病床が259,834床、介護病床が121,758床となった。これは、厚生労働省の説明資料に示されている数字に比べ、医療病床が約1万床多く、逆に介護病床が約1万床少ない。

20) 医療病床の入院患者区分については、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会（第73回）[2005年11月25日] 資料より。介護病床の入院患者区分については、同小委員会（第74回）[2005年11月30日] 資料より。

21) 中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会（第88回）[2006年9月20日] 資料より。

の受給者1人当たり費用額を再現するよう比例係数を求め、介護病床の医療区分別1人当たり費用額を定めた。

将来にわたって患者1人当たり医療費が一定であるとして、iv. および v. で求めた患者数の推移を乗じ、さらに12倍して年額にすることで、医療病床および介護病床の費用額総額の推移を推計した。

再編にともない、老人保健施設等へは現在の平均よりも費用額の高い者があらたに入所するものと考えられる。本稿の推計では、『介護給付費実態調査月報（平成18年4月審査分）』から、要介護度4以上の介護福祉施設サービスの受給者1人当たり費用額を計算し、これを老人保健施設・ケアハウス等入所者の1人当たり費用額とした。老健施設およびケアハウス等の1人当たり費用額を12倍して年額にし、iv. で求めた入所者数の推移を乗じて費用額総額とした。

以上のようにして求めた療養病床再編による費用総額と、病床再編がなかった場合との差を、改革の効果とすると、再編終了時点(2012年度)における改革の効果は、医療が4296億円減、介護が1075億円増で、合計で3222億円の費用額減と、厚生労働省側の試算とも整合的な数字となった。

vii. vi. まですで求めた費用額総額を、以下の方法で年齢階層別に按分した。療養病床医療費を分解すると、

療養病床医療費総額

$$=\sum \text{年齢別患者数} \times \text{年齢別患者1人当たり医療費}$$

$$=\sum \text{年齢別患者数} \times (\text{年齢別在院日数} / \text{年齢別患者数}) \times \text{年齢別1日当たり医療費}$$

$$=\sum \text{年齢別平均在院日数} \times \text{年齢別1日当たり医療費}$$

となる。さらに、年齢別患者数が年齢別平均在院日数と比例的であるとする、

療養病床医療費総額

$$=\sum \alpha \times \text{年齢別患者数} \times \text{年齢別1日当たり医療費}$$

となる。すなわち、年齢別の患者内訳と年齢別の1日当たり医療費が分かれば、その積の集計値が療養病床医療費総額と一致するような定数 α が定まり、医療費総額は年齢別に按分できる。

年齢別患者内訳については、2005年の『患者調査』の「推計入院患者数、病院—一般診療所・病床の種別×性・年齢階級別（1上巻第13表）」より、2005年10月時点の医療病床入院患者の年齢階層別内訳・介護病床入院患者の年齢階層別内訳をそれぞれ求めた。

療養病床の年齢別1日当たり医療費については、直接的なデータが見つからないため、つぎのような方法をとった。2004年の『国民健康保険医療給付実態調査』の診療の開始月別×年齢階層別1日当たり点数より、入院期間3か月以上の者の年齢階層別1日当たり点数の加重平均をとることで、療養病床の年齢別1日当たり医療費とした。

こうして求めた年齢階層別患者数と年齢階層1日当たり医療費の積のシェアにより、病床再編による医療費削減額、介護費用増加額を年齢階層ごとに按分した。

最後に、これら年齢階層別の増減額を改革前(2005年度)の年齢別増減額で除して、増減率を求めた。

(7) 生活習慣病

厚生労働省の「医療制度構造改革試案」(2005年10月)によると、生活習慣病対策による医療費削減額(名目値)は、2015年度には0.7兆円、2025年度には2.2兆円となると見積もられていた。「社会保障の給付と負担の見通し」の2006年5月推計では、制度改革前の名目医療費は2015年度には40兆円、2015年度には56兆円になると予測されており、生活習慣病対策による削減率は、それぞれ2015年度が1.8%、2025年度が3.9%となる。

本稿の推計では、2006年度における削減率をゼロとし、それ以降毎年一定の値で2005年度の数値に対する削減率が上昇し、2015年度には削

減率が約1.8%となるように、また、2015年度以降も同様に、毎年一定の値で2005年度の数値に対する削減率が上昇し、2025年度には削減率が約3.9%となるような、医療費の削減スケジュールを組み込む。

生活習慣病対策は主に高齢者の医療費削減につながることから、65歳以上の医療費が削減されるものと考え、各年度の削減率に各年度の医療費予測額（改革前）を乗じたものを、各年度の65歳以上の医療費予測額（改革前）で除することで、65歳以上の高齢者医療費の削減率に変換した。そうして求めた高齢者医療費の削減率の差分をとって、毎年の上昇分を計算すると、最大で0.358%ポイント（2007年度）、最小で0.266%ポイント（2014年度）となった。

実際のシミュレーションでは、この値を参考にして、2025年度までの毎年の上昇分を0.3%ポイントと想定した。その場合、2025年度の高齢者医療費は2005年度と比較して5.7%の削減となる。それ以降の削減は生じないものとして、65歳以降の年齢別医療費削減率を2100年度までの各年度について設定した。

(8) 介護予防

介護予防に関しては、「介護保険制度に置ける第1号保険料及び給付費の見通し—ごく粗い試算—」（平成16年10月）において厚生労働省の見通しが示されている。同資料では、介護予防対策が相当程度進んだ場合（ケースⅠ）と、介護予防対策がある程度進んだ場合（ケースⅡ）

の2ケースに分けて試算されている。本稿では、ケースⅠの予測額に沿う形で推計をおこなった。

同資料のケースⅠでは、介護給付費の削減額は、第3期（2006～2008年度）が年0.7兆円、第4期（2009～2011年度）が年1.3兆円、第5期（2012～2014年度）が年1.8兆円と、それぞれ試算されている。また、同資料には、改革を行わない場合の給付費の見通しも合わせて示されており（それぞれ第3期が7.2兆円、第4期が8.8兆円、第5期が10.6兆円）、それぞれの期の削減率は順に、9.7%、14.8%、17.0%となる。

推計の準備として、それぞれの期の中央値をとり、2004年度の削減率をゼロとし、2007年度に2004年度に対する削減率が9.7%、2010年度の削減率が14.8%、2013年度の削減率が17.0%となるものとし、それらの間の年度については、毎年同じ値だけ削減率が上昇するものと想定し、各年度の削減率を求めた。さらに削減率の差分をとって、毎年度の削減率の上昇分を求めると、2005年度から2007年度までが約3.2%、2008年度から2010年度までが約1.7%、2011年度から2013年度までが約0.7%となった。

実際のシミュレーションでは、この値を参考に、2005年度からの3年間は毎年3.2%ポイントずつ、2008年度からの3年間は毎年1.7%ポイントずつ、2011年度からの3年間は毎年0.7%ポイントずつ、削減率が上昇するものと想定し、各年度の削減率を推計した。なお、2014年度以降は削減率が一定（16.8%）となるものとした。

参 考 文 献

Feldstein, Martin (1999), "Prefunding Medicare," *American Economic Review Papers and Proceedings*, Vol. 89, No. 2, May, pp. 222-227.
 ———, and Andrew Samwick (1997), "The Economics of Prefunding Social Security and Medicare Benefits," in Ben S. Bernanke and Julio Rotemberg eds., *NBER Macroeconomics Annual 1997*, Cambridge, MA: The MIT

Press, pp. 115-148.

———, and ——— (1998), "Potential Effects of Two Percent Personal Retirement Accounts," *Tax Notes*, Vol. 79, No. 5, May, pp. 615-620.

Fukui, Tadashi and Yasushi Iwamoto (2006), "Policy Options for Financing the Future Health and Long-term Care Costs in Japan," forthcoming

- in Takatoshi Ito and Andrew Rose eds, *Fiscal Policy and Management in East Asia*, Chicago : University of Chicago Press.
- 岩本康志 (1998), 「試案・医療保険制度一元化」, 『日本経済研究』, 第33号, 11月, 119-142頁.
- (2004), 「人口高齢化と社会保障」, 『フィナンシャル・レビュー』, 第72号, 8月, 58-77頁.
- (2007a), 「社会保障財政の制度設計」, 林文夫編『経済制度設計 (経済制度の実証分析と設計 第3巻)』, 勁草書房, 103-163頁.
- (2007b), 「社会保障負担の制度設計」, 林文夫編『経済制度設計 (経済制度の実証分析と設計 第3巻)』, 勁草書房, 165-180頁.
- 川渕孝一 (2002), 『医療改革』, 東洋経済新報社.
- 増原宏明 (2006), 「就業期累積医療費と医療貯蓄勘定: レセプトデータを用いたシミュレーション例」, 『フィナンシャル・レビュー』, 第80号, 94-116頁.
- Mitchell, Olivia S., John Pigott and Satoshi Shimizutani (2004), “Aged-Care Support in Japan: Perspectives and Challenges,” NBER Working Paper No. 10882, November.
- 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』, 第4号, 13-34頁.
- 小黒一正 (2006), 「世代間格差改善のための医療保険制度モデル試案とその可能性: 賦課方式と積立方式の補完的導入」, 『フィナンシャル・レビュー』, 第85号, 151-176頁.
- ・中軽米寛子・高間茂治 (2007), 「社会保障の「世代間格差」とその解決策としての『世代間の負担平準化』: 介護保険における「積立勘定」の補完的導入を例に」, 財務省財務政策総合研究所ディスカッション・ペーパー07A-05.
- 清水谷論・野口晴子 (2004), 『介護・保育サービス市場の経済分析』, 東洋経済新報社.
- 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』, 第40号, 3月, 88-104頁.
- (2002), 「介護サービス需要増加の要因分析: 介護サービス需要と介護マンパワーの長期推計に向けて」, 『日本労働研究雑誌』, 第502号, 5月, 6-17頁.
- 田近栄治・菊池潤 (2004), 「介護保険の総費用と生年別・給付負担比率の推計」, 『フィナンシャル・レビュー』, 第74号, 11月, 147-163頁.