

都道府県別医療費の長期推計

中 田 大 悟

I はじめに

少子化と長寿化の進展により、わが国の人口構造はより一層高齢化していくが、それは今後二段階のフェーズを経て進行することとなる。最初のフェーズは現在進行中の団塊世代のリタイアに伴う高齢化であり、第二のフェーズは2040年頃から始まる団塊ジュニア世代のリタイアに伴う高齢化である。将来人口推計は、経済予測などの他の社会科学の将来推計と異なり、現時点での人口構造と出生行動が数十年先までも規定しているため非常に安定的であることを考慮すれば、程度の差こそあれ、今後の人口構造の高齢化は不可避であるといえる。

来る超高齢化社会に備えるため、わが国の社会保障制度もさまざま対応を取ってきている。例えば公的年金制度では、保険料の引き上げスケジュールと上限を明確化するとともに、賦課方式を補完する積立金を一層積み上げて、その運用益と取り崩しを活用し、併せて給付水準も一定のルールに基づいて削減する(マクロ経済スライド)することで、おおむね一世紀の制度の頑健性を保持しようとする改正が2004年に行われた。これにより、少なくとも年金財政そのものの持続可能性は強化されることになった。

それに対して、概ね純粋な賦課方式を採用している医療・介護保険制度では、漸進的な改正を繰り返して実施し、様々な改善が見られるものの、いまだ課題は山積している。今後進展する高齢化が不可避である以上、来る高齢化社会においても

医療制度をいかにして持続可能なものにしていくか、長期的な視野にたった議論を行う必要がある。ただし、政府による公式の医療費・介護費推計は、どれも2025年までが推計期間として設定されており、それ以降のものに関しては存在していない。

たしかに長期にわたる医療費推計を行うにはいくつもの留保条件がある。まず、医療経済学におけるNewhouse(1977)以降の一連の研究で明らかになってきたように、これまでの医療費の伸びに最大の影響を与えているのは技術革新であり、将来における技術革新の姿が不透明である以上、必要以上に長期間の推計を行っても自ずと限界がある。また、医療費はサービス供給サイドの構造に強く規定される。そのため、医療機関や医師の配置や病床数などの構造が大きく変化するほど遠くの将来の医療費予測はその精度に疑問符がつく¹⁾。

しかしながら、わが国の人口構造が中長期にわたって高齢化することは避けようのない事態であるから、一定の仮定のもとに、医療・介護制度の長期的な姿を見通して、議論のメルクマールを得る必要はある。そこで、本稿では、わが国の長期的な医療費に関して、政府の公式推計と平仄を合わせる形で、将来見通しを推計する。

そして、医療費の推計を行う際に留意しなければならないのは、全国単一保険者の年金保険とは違い、医療・介護保険は企業・職域別保険者と地域保険者の併存で運営されているという点である²⁾。そしてさらに、国・厚生労働省はこれらの各保険者の都道府県単位での再編を促進する方針を示してきている。2008年から創設された後期高齢者医療制度が都道府県単位に設立された広域連合が運

営主体となっているのはその典型であるが、市町村国保に関しても、規模が小さすぎて財政基盤の脆弱な保険者も存在する現状を改善するために、現在1720の保険者を、保険財政共同安定化事業の拡大を先鞭として、都道府県単位で再編・統合する方針を打ち出している³⁾。また、かつては政管健保として全国単一の単位で運営されていた中小企業被用者の保険も、2008年に、公法人「全国健康保険協会」が管掌する全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）に改組された。それまでの政管健保は、単一の保険者として全国一律の保険料率を維持してきたが、現在は、同協会の各都道府県支部が、各地域の給付実績を反映した都道府県別保険料率を設定し、運営している。そして、これまで盤石な財政基盤に支えられてきた健保組合についても、近年、規模の小ささと経済不振を受けて困窮する組合が続出してきた。そこで、2006年以降、これらの小規模・脆弱な健保組合に関しても、企業・業種を超えて都道府県内で統合し、地域型健康保険組合を設立することが認められるようになってきている。

このように、わが国の医療保険制度は、今後より地域型医療保険の色彩が濃くなっていくと思われる。特に、一定の規模を確保できる都道府県単位への再編が、より進んでいくことだろう。この時、国全体の医療費を推計することは、政府の財政負担やマクロ経済への影響を考える場合には有用であるが、医療保険制度そのものの安定性を考える場合には、その意味が限定的なものになることが理解できよう。そこで本稿では、将来の長期の医療・介護費の推計を、国全体で行うだけではなく、都道府県別に推計することを主目的に据える。都道府県別の推計を行うことで、将来のわが国の医療制度の設計とファイナンスの在り方に関する議論に資するものになると考えるからである⁴⁾。

本稿の構成は以下のとおりである。次の第二節で推計に用いたデータと推計方法について解説する。第三節では推計結果を示すとともに、そこから得られる含意について議論する。第四節は結論とする。

Ⅱ 推計方法

1 基本フレームワーク

推計の基本的なフレームワークは、2012年に内閣官房に設置された「社会保障改革に関する集中検討会議」において公表された『医療・介護に係る長期推計』に準じている。同シミュレーションは、これまでの厚生労働省の公式推計であるところの『社会保障の給付と負担の見通し』や2008年の社会保障国民会議における『医療・介護費用のシミュレーション』と同様の手法で、将来の医療費を推計したものである。これは、基本的には、

施設別・性別・年齢階級別の医療利用者数（のべ日数）

×施設・病床種類別一日あたり単価

×単価の伸び率

で毎年医療・介護費を推計するものである。

利用者数は、現状の施設別・病床種類別・年齢階級別の医療サービス利用者数が同年齢階級人口に占める割合を利用者数発生確率とみなして、この確率を各年の各歳階級別人口に乗じることで一日あたりの医療・介護サービスの利用者数を求める。これに、現状の平均在院日数等の施設・サービス別の利用状況を乗じることで、各年の延べ患者・利用者数とする。

施設・病床種類別の単価は、現状の施設・病床種類別の医療費を利用者のべ日数で除して一日あたり単価とする。そして、これに経済成長率、賃金上昇率等を加味した単価の伸び率をかけることで、将来の医療サービス費用単価の推計値とする。

ただし、『医療・介護に係る長期推計』が2025年までの数時点の将来推計を行っているのに対して、本推計では、2065年までの5年毎の通時的な長期推計を行う。推計に用いるソフトフェアについては、公表されている『医療・介護に係る長期推計』のバックアッププログラムが汎用性を重視してマイクロソフト社の表計算ソフトを使用しているのに対して、本稿では、都道府県別の推計を

行うことから、表計算ソフトの仕様では作業が煩雑になるため、一般的な行列演算ソフトを使用した。

2 人口・利用者推計

(1) 都道府県別人口の延長推計

将来人口として用いるのは、社人研の平成18年12月推計である。同推計には既に平成24年1月推計という最新版が存在するが、旧版の推計を採用するのは以下の理由による。

社人研の将来人口推計には、国全体の性・年齢別人口を推計する『日本の将来推計人口』を基礎として、いくつかのバリエーションが存在する。具体的には、都道府県別もしくは市区町村別の将来推計人口、世帯数などである。これらの推計と基推計である全国版推計とは、その集計値において整合性が保たれるように設計されている。

しかしながら、本稿執筆時点において平成24年1月推計と平仄が合うものとして公表されているのは『日本の世帯数の将来推計（全国推計）』（平成25年1月推計）のみである。本稿が分析の対象としているのは都道府県別の医療費推計であるので、都道府県別の将来人口推計が必要であるが、現時点では都道府県別の推計値は、平成18年12月推計と整合性が取られた『日本の都道府県別将来推計人口』（平成19年5月推計）が利用可能な最新推計である。よって、全国推計としては平成18年12月推計、都道府県版としては平成19年5月推計を用いることとする。ただし、平成18年12月推計と平成24年1月推計では、その定量的結論に大きな結論の差異は存在しないので、用いる将来人口推計の違いが結論に与える影響は軽微なものと推察される。

ただし、国全体の推計と比して、この都道府県推計には利用に際して幾分不自由な点がある。まず第一に、国全体の推計が、参考推計までを含めると2105年までの毎年各歳別年齢を公表しているのに対し、都道府県別人口推計では2035年までの5年ごとの5歳階級別人口しか公表されていない。そこで、本稿の推計では、推計時点を毎年ではなく、5年ごと（2105年まで）の推計とし、2035年

以降の都道府県別推計人口に関しては、公表されている仮定値表をもとに独自に延長推計を行うこととした。

具体的には、公表されている都道府県別の5歳階級別生残率と移動率を用いて、翌年の都道府県別5歳階級人口を計測するとともに、0～4歳児に関しては、同じく公表されている都道府県別の年齢階級別出生率と出産可能年齢女性人口を乗じることで単年の出生児数を求め、その出生児数の都道府県比率を基推計である全国版推計の同階級に乗じることで求めた。ただし、上記の方法では、各都道府県推計を年齢別に集計したものと全国版推計の間で若干の誤差が生じるため、それに関しては誤差率を全国地率に乗じることで補正を行った。したがって、全国版推計と都道府県の独自延長推計の合計数では整合性が保たれている。

また、都道府県別人口推計では、85歳以上人口が一階級としてまとめられてしまっているが、医療・介護費用推計では85歳以上も100歳以上階級までの5歳ごとに分割する必要がある。これに関しては、全国版推計の人口比率を乗じて案分するものとした。

さて、このようにして推計された都道府県別将来人口推計から得られる高齢化の将来像は次のようなものであることがわかる。先に述べたように日本全体の高齢化は団塊世代と団塊ジュニア世代の引退により二段階で加速進展し、これは各都道府県においても定性的に同じことであるが、その程度をみると各都道府県において相当異なる。特に、各都道府県人口に占める高齢者の割合で見た場合の人口構造高齢化水準は、2035年頃まで緩やかに収束すると見込まれている。このような高齢化水準の収束現象が生じる原因は、現在高齢化水準が高くない東京などの都市部の出生率が低く、加えてこれらの地域に都道府県間の成人、老年階級の移動率がプラスで高い地域が多いという点が影響している。

(2) 各制度加入者数の推計

本稿では、医療費における全国推計、都道府県別推計だけではなく、各保険制度別の医療費推計

も行う。ただし、ここで取り扱う保険制度は、国民健康保険（市町村）、協会けんぽ、後期高齢者医療制度の都道府県別医療費と全国計で推計された健保組合である。データ等の制約から、国民健康保険組合、共済組合、船員保険は推計の対象外とした。

各制度における被保険者数、加入者数の推計については、直近の各都道府県、性別、制度別、年齢階級別の被保険者数、被扶養者数と同時点での各都道府県別、性別、年齢階級別人口の比をもって、各制度における加入率とみなし、その比率を将来時点人口に乗ずることで将来被保険者数推計、将来加入者数推計とした。ただし、その際、各都道府県別、性別人口からは、平成22年被保護者全国一斉調査（厚生労働省）を用いて、生活保護人員を減じたものを用いている。

具体的には、協会けんぽ、健保組合については、平成22年度健康保険・船員保険被保険者実態調査の各都道府県別、年齢階級別、性別被保険者数、被扶養者数を用いており、国民健康保険の各都道府県別被保険者数については平成22年度国民健康保険実態調査（保険者票編）の都道府県別、年齢階級別被保険者数を、前述の協会けんぽ、健保組合の被保険者数、被扶養者数を各都道府県別、性別人口から差し引いた場合の各都道府県男女比を乗じて、直近の各都道府県、性別、制度別、年齢階級別の被保険者数、被扶養者数とみなしている。

（3）患者数の推計

患者数の推計については、まず国全体の患者数を推計したものと、それと同様の手法で各都道府県毎に推計したものを別に推計し、後者の推計値が前者の全国推計値と一致するように一定比率の調整項を乗じて修正するという方法をとった。このような方法をとったのは、国・厚生労働省の推計と同様の手法をとった場合のマクロでの推計と都道府県別の推計の間で平仄を合わせられるからというだけでなく、患者調査（厚生労働省）等の公表統計資料において、全国集計の統計表の方が年齢階級別などの細かい情報が多いのに対して、都道府県別集計の場合は年齢等の項目については

集計されて公表されている場合が多いからである。その為、都道府県別推計を積み上げる形で患者数を推計した場合、不用意な誤差が生じかねない。これを避けるために、本稿では都道府県別推計を全国集計に合わせて調整する方法を採用した。

全国計の患者数に関しては、『医療・介護に係る長期推計』とほぼ同様の手法をとった。まず、入院患者に関しては、『平成22年度患者調査』（厚生労働省）の病床種類・病院診療所別・性年齢階級別の推定患者数を用いて、その同時点での対人口比をもって患者発生確率とし、この発生確率が通時的に維持されるものと仮定して将来の入院患者数の推計とした。外来患者に関しても、同じく『平成20年度患者調査』（厚生労働省）における病院診療所別・性年齢階級別推定患者数を利用して外来患者数推計とした⁵⁾。

ただし、これらの患者数は1日あたりの患者数であるため、これを年間の延べ日数に引き延ばすため、『平成22年度医療費の動向-MEDIAS-』（厚生労働省）にある受診延べ日数を乗じ、年間の患者数として利用する。この際、『医療・介護に係る長期推計』においては、病床の種類別を考慮せず、均等に延べ日数を算出しているが、本稿が対象とする都道府県別の推計においては、各都道府県における病床構造の差異が医療費に与える影響を無視することはできないので、上記のMEDIASから算出される延べ日数を病床別に案分する際に、『平成23年度患者調査』（厚生労働省）から得られる都道府県別、病床種類別の平均在院日数を利用して割り振ることとしている。

以上はマクロでの患者数の推計であるが、続いて、これを都道府県に案分するために都道府県別のデータを利用する。上記で推計した1日当たりの患者数を、同じく『平成23年度患者調査』（厚生労働省）に所収されている入院外来別・性年齢階級別・都道府県別の推計患者数（患者住所地）の情報を用いて案分する。ただし、この都道府県別推計患者数は、入院・外来および性年齢階級の集計表であり、全国表に記載されていた病床別・病院診療所別の情報が存在していない。これに関

しては、おなじく患者調査に記載されている都道府県別・病院診療所別推計患者数を用いて案分した。

また、入院患者を都道府県別の延べ日数とするために、『平成23年度患者調査』（厚生労働省）に所収されている都道府県別・病院診療所別・年齢階級別の推計平均在院日数を用いて、マクロの受診延べ日数を比例的に案分することとした。以上のように推計された患者数に単価を乗じることで、年々の医療費が算出される。

ただし、上記の推計は『医療・介護に係る長期推計』における、「現状投影シナリオ」にあたる方法を踏襲していることに注意する必要がある。『医療・介護に係る長期推計』は、将来のあるべき医療・介護サービス体制の選択と集中の結果として生ずるであろう医療・介護費と必要マンパワーの推定を目的のひとつに据えており、「現状投影シナリオ」は現行の提供体制を前提条件とした需要サイドの行動が今後も変化しないと想定した場合の議論のメルクマールとして推計されている。しかし、本稿の分析は、医療資源の適切な再配分が与える影響についてではなく、あくまで将来の地域間の高齢化の進展の差異が、各地域・制度における医療費格差にどのような影響を与えるか、という点にあるため、『医療・介護に係る長期推計』の「現状投影シナリオ」の方法を採用した。

3 単価、伸び率、および経済想定の設定

(1) 医療単価の設定

医療費の単価に関しては、都道府県別に推計するのではなく、全国均一の単価を用いることとした。具体的には、これも『医療・介護に係る長期推計』に倣い、MEDIASおよび『平成22年度社会医療診療行為別調査』（厚生労働省）に記載されている一日当たりの点数表を用いて、入院外来別・病床種別・病院診療所別の一日単価を推計している。

(2) 単価の伸び率、および経済想定の設定

医療費単価の伸び率が将来推計の結果に最大の

影響を及ぼすファクターであるが、これについても、原則として『医療・介護に係る長期推計』における伸び率の設定方法に従うこととした。具体的には、『医療・介護に係る長期推計』のシミュレーションにおける「単価の伸び率ケース①」に準じたものを用いた。これは、Getzenらの研究成果を受けて、1人当たりの医療費の伸び率が過去5年程度の経済成長率によって規定されると想定したケースであり、

$$1.9\% + 1/3 \times \text{経済成長率}$$

という関係式に従って決まるものと想定するものである。上式の第一項目の1.9%は、医療技術の高度化等を織り込んだものであり、過去の医療費の伸び率や診療報酬の改定率から集中検討会議で設定されたものである。

ただし、『医療・介護に係る長期推計』では、上記に第三項目として、在院日数の短縮化や後発医薬品の割合上昇の効果を想定しており、0.1%ポイントを上式から減ずる処理をしている。『医療・介護に係る長期推計』のように、2025年までの比較的短期的な視野を重視した推計であれば、効率化の効果を定常的に仮定しても問題は無いが、本稿のようにより長期の推計を実施する場合、極限まで在院日数を削減するように見えてしまうなど、いくぶん不自然さが残る。したがって、ここではこの項を落とし、純粹に医療の高度化を反映した第一項と経済成長との相関関係を反映した第二項だけで、医療費単価の伸びを説明することとする。

この設定に従って、医療費および介護費の単価の伸び率が決定されていくわけであるが、ここで必要となるのが、賃金上昇率と物価上昇率、そして経済成長率である。これらに関しても、『医療・介護に係る長期推計』で用いられている仮定値をそのまま採用することとする。具体的には、短期的な経済前提として、「経済財政の中期的試算（平成23年1月）」の慎重シナリオにしたがうものとし、長期的には、名目経済成長率1.7%、名目賃金上昇率2.5%、物価上昇率1.2%で経済が進展していくものと仮定して推計を行う。

Ⅲ 医療費の推計結果

1 マクロ推計結果

(1) 制度別加入者推計

以上の推計方法に基づいて推計した結果を以下に示すが、まず、都道府県別ではなく、国全体のマクロの医療費を示す。

図1は、2015年から2060年までの各医療保険別の加入者数の推移を示したものである。2060年までを推計期間しているのは、前述の通り、わが国の高齢化水準が最高潮に達すると目されるのがこの年代であるからである。さて、これをみると、少子化を反映して被用者保険や国民健康保険の加入者が一貫して減少してるのに反して、後期高齢者医療制度の加入者が増大し続けていくのが判る。また、その増大には、団塊世代と団塊ジュニア世代の高齢化に伴うふたつのピークがあるのが判る。

後期高齢者医療制度以外の保険制度に着目すると、協会けんぽと健保組合で減少の程度がことなることが目につく。これは、相対的に協会健保の加入者が多い地方の人口が、健保組合の加入者が

多い都市部の人口に比べて、より早く減少していくことを反映した結果である。このような構造の変化は、地域別の推計を積み上げていくことでしか確認できない点である。

国民健康保険については、その加入者の多くが、75歳未満の中高齢世代が占めることから、後後期高齢者が増加する時点で、逆に被保険者の減少が加速するといった、後期高齢者医療制度側の変動が反転したような現象が生じている。

(2) 医療費推計

次に将来医療費の動向を確認する。図2には、総医療費と制度別医療費の将来推移を示しているが、医療費そのものは名目値で推計されているため、その相対的規模を把握しにくい。そこで、ここでは国民経済に対する医療の規模として医療費を捉えるために対GDP比を単位して示している。

図2からは、現在国際的にみても少ない部類に属するわが国の医療費が、今後、現状の医療需要・供給行動に変化が生じなかったとしたならば、対GDP比でみた医療費が現在の欧州諸国並みの水準にまで上昇する可能性があることが読み取れる。また、被用者保険や国民健康保険の医療費は

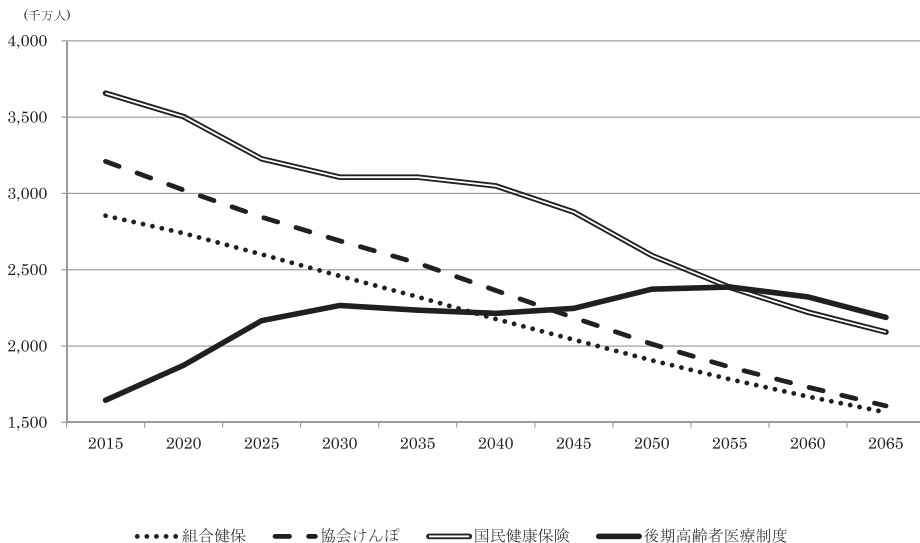


図1 制度別加入者数の将来推計

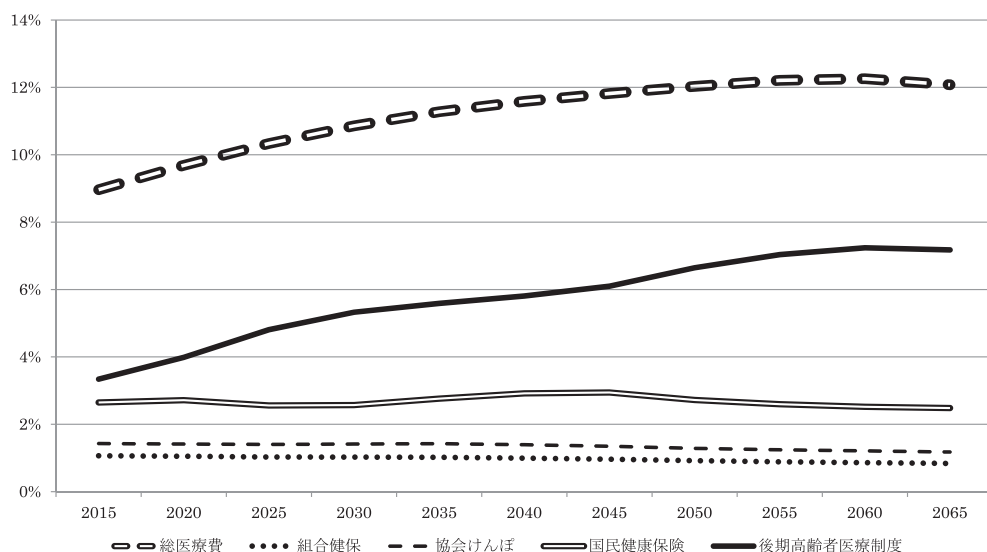


図2 制度別医療費の対GDP比率

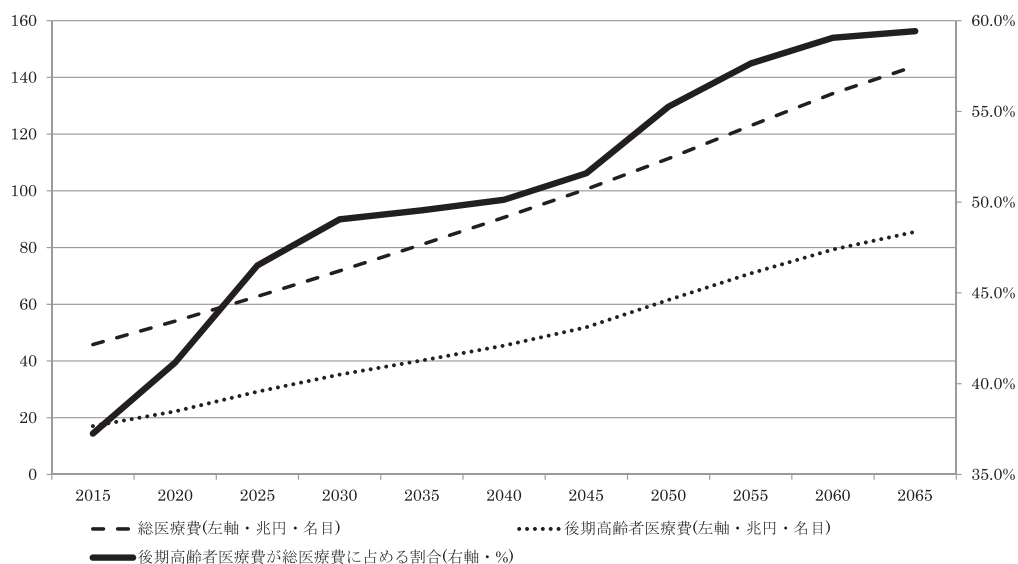


図3 総医療費と後期高齢者医療費

対GDP比でみた場合は今後ほぼ一定比率で推移するのに対して、後期高齢者制度の医療費が非常に高い伸びを示し、これがマクロ全体での医療費の増大を牽引している様子が見て取れる。

総医療費の増大の説明要因として、高齢者医療

費は今後ますます重要性を増していく。図3には、名目の総医療費と後期高齢者医療費を図示しているが、両者の比でみると、現在、総医療費の34%程度を占めている高齢者医療費は、今後、2060年代には60%弱にまでその比率を増していくことが

わかる。

ただし、総医療費に占める高齢者医療費が増大することは、おそらく必然的な将来像と思われるが、これを以って、高齢者医療費の削減が必要である、との短絡的な結論を導くべきではない。上記の分析から得られる含意は、今後、高齢者医療に関するニーズが急速に高まっていくであろう、ということである。消費者（患者）サイドでそのような潜在的需要が増大するのであれば、経済全体の厚生観点から、どのようにして効率的に高齢者医療を提供してこれに応えていくか、という点が提供システムとファイナンスの両面から議論されるべきである。

(3) 都道府県別推計結果

それでは、都道府県別の医療がどのような推移を描くか見てみよう。表1から表3は、国民健康保険、被用者保険、後期高齢者医療制度の全国計と各都道府県における財政状況を推計した結果である。ただし、すべての都道府県に関して結果を掲載することは紙面の制約からできないので、ここでは6都道府県を抜粋して掲載している。どの推計においても、将来想定される給付費を前提に、現行の財政構造を前提にして、保険財政の均衡達成のためにはどれだけの保険料収入が必要か、推計している。

表1は国民健康保険の将来財政推計である。国民健康保険財政の推計においては、平成22年度国民健康保険事業年報結果を基に、法定公庫負担だけでなく、各市町村が独自に一般会計から投入している法定外繰入などの規模が、対医療費ベースで現行規模が今後も維持されると仮定して推計している。

表2は健保組合と協会けんぽに関する将来財政推計である。健保組合に関しては、全国計での推計のみ行っている。また、協会けんぽの推計において、協会けんぽの各都道府県支部が被保険者に課す保険料率に関しては、全国健康保険協会がウェブ上で公開している「都道府県単位保険料率算定用バックデータ」を利用して算出している。現行の制度では、協会けんぽの保険料率のうち、

およそ半分については全国の加入者による加入者割で割り振られるが、残りのおよそ半分については各都道府県支部毎の加入者の年齢構成や所得分布を反映させて差異をつけるものとなっている。ここでは、現行の保険料負担構造が今後も継続されるものとして、保険料負担の推計を行った。

表3には後期高齢者医療制度の将来財政推計を示している。ここでは、平成22年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査を用いて、各都道府県における保険料の均等割の軽減対象者数を利用して、法定の公庫負担以外の税負担を別途試算している。さらに、後期高齢者医療制度の主要財源のひとつである他の保険制度からの支援金（後期高齢者交付金）については、つぎのように算定した。現在の支援金制度では、被用者保険と国民健康保険の間では加入者割で支援金を分担し、被用者保険間においては、三分の一を総報酬割、三分の二を加入者割として分担しあうことになっている。前者の総報酬割については、現在足もとの加入者の平均標準報酬月額格差比率を将来にもそのままあてはめて、分担率を決定させている。

さて、推計値は名目値で示されているので幾分解りづらい面もあるが、医療費および保険料負担の都道府県間格差は徐々に拡大していくことが読み取れる。注意したいのは、先述べたように、本推計で利用している都道府県別の人口推計では、都道府県間の高齢化格差はかなりの程度、収束していく様子を予測していたものであったということである。しかしながら、各都道府県がこれから担うべき1人当たり医療費、保険料を見れば、格差は逆に緩やかな拡大傾向を示すということになるのは興味深い。

これは、1人当たり病床数や入院日数、医療機関数など、そもそも各都道府県間に内在する医療費格差の要因を引きずったままで今後の本格的な高齢化社会を迎えた場合、例えば地域間の高齢化格差が縮小したとしても、それをドミネイトするほどの医療費、保険料負担格差が発生しうる、ということを示している。

(4) 都道府県別にみた保険料負担変化

表1 各都道府県（抄録）の国民健康保険財政の将来推計

		2015	2025	2035	2045	2055	2065
全国計	保険料（千億円）	¥32,772	¥46,424	¥66,101	¥81,914	¥98,702	¥118,109
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥8.96	¥14.39	¥21.28	¥28.46	¥41.40	¥56.47
	公費負担（千億円）	¥63,034	¥72,552	¥92,617	¥116,726	¥121,823	¥137,937
	前期高齢者交付金（千億円）	¥32,956	¥37,450	¥45,627	¥61,624	¥63,535	¥70,872
	保険給付費（千億円）	¥109,690	¥126,136	¥161,102	¥203,253	¥212,024	¥240,112
	後期高齢者支援金（千億円）	¥19,071	¥30,290	¥43,243	¥57,011	¥72,035	¥86,806
北海道	保険料（千億円）	¥1,391	¥1,905	¥2,491	¥2,857	¥3,331	¥3,630
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥9.41	¥14.86	¥21.79	¥27.93	¥40.67	¥54.45
	公費負担（千億円）	¥2,527	¥2,918	¥3,735	¥4,733	¥4,929	¥5,581
	前期高齢者交付金（千億円）	¥1,452	¥1,690	¥2,163	¥3,050	¥3,185	¥3,713
	保険給付費（千億円）	¥4,598	¥5,310	¥6,798	¥8,615	¥8,971	¥10,158
	後期高齢者支援金（千億円）	¥771	¥1,203	¥1,591	¥2,027	¥2,475	¥2,766
茨城	保険料（千億円）	¥876	¥1,214	¥1,607	¥1,945	¥2,290	¥2,617
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥9.24	¥14.67	¥21.39	¥28.62	¥41.32	¥55.79
	公費負担（千億円）	¥1,523	¥1,744	¥2,239	¥2,784	¥2,917	¥3,311
	前期高齢者交付金（千億円）	¥577	¥660	¥848	¥1,154	¥1,221	¥1,414
	保険給付費（千億円）	¥2,482	¥2,842	¥3,649	¥4,537	¥4,753	¥5,395
	後期高齢者支援金（千億円）	¥494	¥777	¥1,046	¥1,346	¥1,675	¥1,947
東京	保険料（千億円）	¥3,593	¥5,452	¥8,542	¥11,360	¥13,848	¥16,992
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥8.95	¥14.41	¥21.63	¥30.12	¥43.32	¥59.21
	公費負担（千億円）	¥6,625	¥7,543	¥9,585	¥12,130	¥12,615	¥14,288
	前期高齢者交付金（千億円）	¥3,014	¥3,238	¥3,485	¥4,374	¥4,406	¥4,653
	保険給付費（千億円）	¥11,138	¥12,682	¥16,116	¥20,394	¥21,209	¥24,022
	後期高齢者支援金（千億円）	¥2,093	¥3,550	¥5,497	¥7,471	¥9,659	¥11,910
長野	保険料（千億円）	¥482	¥675	¥941	¥1,123	¥1,323	¥1,636
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥8.50	¥13.67	¥20.27	¥26.95	¥39.14	¥53.98
	公費負担（千億円）	¥905	¥1,040	¥1,334	¥1,684	¥1,756	¥1,990
	前期高齢者交付金（千億円）	¥418	¥483	¥596	¥827	¥871	¥951
	保険給付費（千億円）	¥1,510	¥1,734	¥2,225	¥2,809	¥2,928	¥3,319
	後期高齢者支援金（千億円）	¥296	¥464	¥646	¥825	¥1,021	¥1,258
石川	保険料（千億円）	¥279	¥377	¥529	¥636	¥750	¥891
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥9.20	¥14.76	¥21.73	¥28.44	¥41.38	¥56.32
	公費負担（千億円）	¥525	¥606	¥778	¥980	¥1,024	¥1,161
	前期高齢者交付金（千億円）	¥317	¥367	¥458	¥624	¥651	¥733
	保険給付費（千億円）	¥963	¥1,110	¥1,426	¥1,798	¥1,878	¥2,128
	後期高齢者支援金（千億円）	¥158	¥240	¥339	¥443	¥548	¥657
岐阜	保険料（千億円）	¥575	¥798	¥1,092	¥1,323	¥1,597	¥1,912
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥9.66	¥15.49	¥22.33	¥29.51	¥43.00	¥58.36
	公費負担（千億円）	¥1,060	¥1,233	¥1,554	¥1,945	¥2,041	¥2,303
	前期高齢者交付金（千億円）	¥514	¥591	¥730	¥994	¥1,024	¥1,139
	保険給付費（千億円）	¥1,839	¥2,138	¥2,696	¥3,374	¥3,541	¥3,994
	後期高齢者支援金（千億円）	¥311	¥484	¥681	¥888	¥1,122	¥1,360
広島	保険料（千億円）	¥636	¥860	¥1,234	¥1,496	¥1,775	¥2,128
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥8.64	¥13.77	¥20.70	¥26.93	¥39.36	¥54.00
	公費負担（千億円）	¥1,305	¥1,481	¥1,915	¥2,463	¥2,548	¥2,896
	前期高齢者交付金（千億円）	¥1,077	¥1,234	¥1,546	¥2,113	¥2,183	¥2,456
	保険給付費（千億円）	¥2,633	¥2,989	¥3,866	¥4,971	¥5,144	¥5,845
	後期高齢者支援金（千億円）	¥384	¥586	¥830	¥1,100	¥1,363	¥1,635
愛媛	保険料（千億円）	¥324	¥447	¥596	¥666	¥803	¥929
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥8.08	¥13.08	¥19.44	¥24.22	¥36.11	¥49.21
	公費負担（千億円）	¥783	¥900	¥1,165	¥1,463	¥1,526	¥1,733
	前期高齢者交付金（千億円）	¥425	¥494	¥634	¥888	¥921	¥1,050
	保険給付費（千億円）	¥1,323	¥1,520	¥1,968	¥2,473	¥2,578	¥2,929
	後期高齢者支援金（千億円）	¥209	¥321	¥427	¥544	¥672	¥783
福岡	保険料（千億円）	¥1,097	¥1,624	¥2,284	¥2,848	¥3,614	¥4,249
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥7.98	¥13.17	¥19.69	¥25.78	¥38.60	¥52.67
	公費負担（千億円）	¥2,827	¥3,240	¥4,162	¥5,248	¥5,467	¥6,203
	前期高齢者交付金（千億円）	¥1,586	¥1,787	¥2,225	¥2,989	¥3,017	¥3,412
	保険給付費（千億円）	¥4,792	¥5,494	¥7,057	¥8,897	¥9,269	¥10,517
	後期高齢者支援金（千億円）	¥717	¥1,158	¥1,615	¥2,188	¥2,829	¥3,348

表2 被用者保険財政の将来推計（抄録）

		2015	2025	2035	2045	2055	2065
全国計	健康組合						
	保険料（千億円）	¥68,460	¥87,876	¥109,214	¥133,431	¥157,712	¥183,228
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥23.99	¥33.79	¥47.04	¥65.36	¥88.51	¥117.03
	公費負担（千億円）	¥831	¥1,067	¥1,326	¥1,621	¥1,916	¥2,225
	保険給付費（千億円）	¥38,117	¥43,697	¥51,346	¥57,361	¥62,465	¥69,840
	前期高齢者納付金（千億円）	¥13,936	¥16,058	¥20,136	¥28,314	¥29,666	¥34,122
全国計	協会けんぽ						
	後期高齢者支援金（千億円）	¥17,239	¥29,189	¥39,058	¥49,377	¥67,497	¥81,491
	保険料（千億円）	¥74,583	¥94,794	¥118,268	¥141,523	¥164,499	¥189,051
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥23.24	¥33.32	¥46.50	¥64.73	¥88.34	¥117.58
	公費負担（千億円）	¥19,102	¥24,257	¥30,256	¥36,191	¥42,032	¥48,303
	保険給付費（千億円）	¥51,097	¥59,636	¥71,769	¥80,232	¥87,648	¥98,329
北海道	協会けんぽ						
	前期高齢者納付金（千億円）	¥14,209	¥16,040	¥19,825	¥27,213	¥27,594	¥30,872
	後期高齢者支援金（千億円）	¥18,473	¥30,714	¥41,109	¥51,286	¥69,111	¥82,655
	保険料（千億円）	¥3,702	¥4,575	¥5,583	¥6,438	¥7,233	¥8,015
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥23.74	¥34.60	¥49.35	¥69.63	¥97.12	¥132.64
	公費負担（千億円）	¥1,002	¥1,283	¥1,634	¥1,934	¥2,261	¥2,614
茨城県	協会けんぽ						
	保険給付費（千億円）	¥2,517	¥2,923	¥3,588	¥3,984	¥4,353	¥4,908
	前期高齢者納付金（千億円）	¥684	¥724	¥824	¥1,041	¥947	¥932
	後期高齢者支援金（千億円）	¥1,197	¥1,982	¥2,757	¥3,458	¥4,617	¥5,624
	保険料（千億円）	¥1,176	¥1,454	¥1,773	¥2,082	¥2,367	¥2,659
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥22.34	¥32.00	¥44.96	¥62.91	¥86.32	¥115.82
東京都	協会けんぽ						
	公費負担（千億円）	¥276	¥341	¥424	¥505	¥583	¥667
	保険給付費（千億円）	¥751	¥867	¥1,048	¥1,173	¥1,277	¥1,437
	前期高齢者納付金（千億円）	¥251	¥270	¥321	¥423	¥411	¥437
	後期高齢者支援金（千億円）	¥209	¥360	¥490	¥618	¥868	¥1,052
	保険料（千億円）	¥7,876	¥10,507	¥13,596	¥16,712	¥19,890	¥23,674
長野県	協会けんぽ						
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥22.53	¥31.56	¥43.46	¥60.07	¥80.86	¥106.50
	公費負担（千億円）	¥1,890	¥2,377	¥2,965	¥3,576	¥4,093	¥4,711
	保険給付費（千億円）	¥5,129	¥5,814	¥7,138	¥8,008	¥8,661	¥9,804
	前期高齢者納付金（千億円）	¥1,509	¥1,923	¥2,562	¥3,722	¥3,989	¥4,776
	後期高齢者支援金（千億円）	¥1,653	¥2,690	¥3,303	¥3,954	¥5,301	¥6,084
石川県	協会けんぽ						
	保険料（千億円）	¥1,261	¥1,582	¥1,962	¥2,330	¥2,707	¥3,104
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥22.55	¥32.42	¥45.60	¥63.73	¥87.16	¥116.46
	公費負担（千億円）	¥303	¥384	¥485	¥583	¥682	¥789
	保険給付費（千億円）	¥768	¥889	¥1,074	¥1,202	¥1,310	¥1,472
	前期高齢者納付金（千億円）	¥269	¥296	¥360	¥485	¥489	¥543
岐阜県	協会けんぽ						
	後期高齢者支援金（千億円）	¥294	¥499	¥695	¥870	¥1,191	¥1,445
	保険料（千億円）	¥904	¥1,137	¥1,415	¥1,670	¥1,921	¥2,189
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥23.54	¥34.13	¥48.00	¥67.17	¥92.35	¥123.98
	公費負担（千億円）	¥240	¥310	¥392	¥468	¥548	¥635
	保険給付費（千億円）	¥616	¥730	¥873	¥975	¥1,071	¥1,196
広島県	協会けんぽ						
	前期高齢者納付金（千億円）	¥170	¥186	¥225	¥300	¥294	¥319
	後期高齢者支援金（千億円）	¥268	¥445	¥622	¥780	¥1,038	¥1,268
	保険料（千億円）	¥1,495	¥1,889	¥2,329	¥2,777	¥3,212	¥3,661
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥23.42	¥33.60	¥46.57	¥64.70	¥88.16	¥117.01
	公費負担（千億円）	¥393	¥498	¥605	¥719	¥831	¥941
愛媛県	協会けんぽ						
	保険給付費（千億円）	¥1,128	¥1,352	¥1,574	¥1,759	¥1,940	¥2,148
	前期高齢者納付金（千億円）	¥295	¥327	¥403	¥551	¥556	¥618
	後期高齢者支援金（千億円）	¥302	¥506	¥677	¥845	¥1,148	¥1,360
	保険料（千億円）	¥2,155	¥2,713	¥3,391	¥4,018	¥4,636	¥5,296
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥23.58	¥34.00	¥47.95	¥67.11	¥92.15	¥123.78
福岡県	協会けんぽ						
	公費負担（千億円）	¥575	¥734	¥939	¥1,125	¥1,316	¥1,531
	保険給付費（千億円）	¥1,447	¥1,646	¥2,021	¥2,262	¥2,454	¥2,778
	前期高齢者納付金（千億円）	¥380	¥422	¥509	¥684	¥675	¥731
	後期高齢者支援金（千億円）	¥696	¥1,151	¥1,586	¥1,989	¥2,644	¥3,205
	保険料（千億円）	¥1,083	¥1,343	¥1,639	¥1,912	¥2,184	¥2,452
福岡県	協会けんぽ						
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥23.93	¥34.86	¥49.60	¥69.89	¥96.93	¥131.43
	公費負担（千億円）	¥298	¥382	¥484	¥578	¥681	¥788
	保険給付費（千億円）	¥719	¥830	¥1,009	¥1,121	¥1,223	¥1,378
	前期高齢者納付金（千億円）	¥217	¥229	¥266	¥343	¥330	¥344
	後期高齢者支援金（千億円）	¥373	¥618	¥849	¥1,072	¥1,432	¥1,733
福岡県	協会けんぽ						
	保険料（千億円）	¥3,925	¥5,027	¥6,374	¥7,689	¥8,967	¥10,365
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥24.13	¥34.60	¥48.54	¥67.37	¥91.89	¥122.76
	公費負担（千億円）	¥1,100	¥1,410	¥1,808	¥2,170	¥2,532	¥2,948
	保険給付費（千億円）	¥2,851	¥3,274	¥4,014	¥4,464	¥4,860	¥5,496
	前期高齢者納付金（千億円）	¥678	¥780	¥978	¥1,370	¥1,396	¥1,566
福岡県	協会けんぽ						
	後期高齢者支援金（千億円）	¥1,294	¥2,132	¥2,936	¥3,682	¥4,848	¥5,869

表3 後期高齢者医療制度財政の将来推計

		2015	2025	2035	2045	2055	2065
全国計	保険料（千億円）	¥7,237	¥11,301	¥19,326	¥26,506	¥34,233	¥46,769
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥6.22	¥6.87	¥8.92	¥11.86	¥15.23	¥19.60
	公費負担（千億円）	¥48,405	¥75,778	¥129,704	¥178,579	¥230,605	¥314,975
	後期高齢者交付金（千億円）	¥40,292	¥63,058	¥107,918	¥148,509	¥191,779	¥261,953
	保険給付費（千億円）	¥95,934	¥150,137	¥256,948	¥353,593	¥456,616	¥623,697
北海道	保険料（千億円）	¥352	¥560	¥963	¥1,355	¥1,746	¥2,383
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥6.48	¥7.25	¥9.72	¥13.10	¥17.82	¥24.40
	公費負担（千億円）	¥2,641	¥4,193	¥7,217	¥10,155	¥13,083	¥17,857
	後期高齢者交付金（千億円）	¥2,168	¥3,442	¥5,923	¥8,335	¥10,738	¥14,656
	保険給付費（千億円）	¥5,162	¥8,194	¥14,103	¥19,846	¥25,567	¥34,896
茨城	保険料（千億円）	¥131	¥205	¥350	¥482	¥620	¥850
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥4.90	¥5.64	¥7.08	¥9.01	¥12.10	¥16.25
	公費負担（千億円）	¥817	¥1,282	¥2,193	¥3,014	¥3,881	¥5,320
	後期高齢者交付金（千億円）	¥687	¥1,077	¥1,842	¥2,531	¥3,260	¥4,468
	保険給付費（千億円）	¥1,635	¥2,563	¥4,385	¥6,027	¥7,761	¥10,639
東京	保険料（千億円）	¥837	¥1,288	¥2,190	¥2,942	¥3,806	¥5,203
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥8.46	¥8.45	¥10.66	¥13.95	¥15.52	¥17.88
	公費負担（千億円）	¥4,428	¥6,814	¥11,586	¥15,565	¥20,132	¥27,523
	後期高齢者交付金（千億円）	¥3,813	¥5,867	¥9,976	¥13,402	¥17,334	¥23,698
	保険給付費（千億円）	¥9,078	¥13,970	¥23,753	¥31,909	¥41,272	¥56,423
長野	保険料（千億円）	¥119	¥190	¥327	¥460	¥590	¥810
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥4.48	¥5.83	¥8.45	¥11.86	¥15.66	¥20.98
	公費負担（千億円）	¥739	¥1,177	¥2,026	¥2,848	¥3,655	¥5,013
	後期高齢者交付金（千億円）	¥622	¥990	¥1,704	¥2,396	¥3,074	¥4,217
	保険給付費（千億円）	¥1,481	¥2,358	¥4,056	¥5,704	¥7,319	¥10,040
石川	保険料（千億円）	¥68	¥108	¥187	¥263	¥340	¥463
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥5.64	¥7.04	¥9.13	¥12.79	¥17.34	¥22.72
	公費負担（千億円）	¥541	¥861	¥1,483	¥2,095	¥2,703	¥3,686
	後期高齢者交付金（千億円）	¥441	¥702	¥1,209	¥1,708	¥2,204	¥3,005
	保険給付費（千億円）	¥1,050	¥1,672	¥2,879	¥4,066	¥5,247	¥7,154
岐阜	保険料（千億円）	¥110	¥172	¥294	¥403	¥518	¥710
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥5.41	¥6.18	¥8.20	¥11.15	¥14.78	¥19.50
	公費負担（千億円）	¥724	¥1,133	¥1,935	¥2,650	¥3,408	¥4,670
	後期高齢者交付金（千億円）	¥604	¥945	¥1,614	¥2,211	¥2,843	¥3,896
	保険給付費（千億円）	¥1,439	¥2,250	¥3,843	¥5,264	¥6,769	¥9,276
広島	保険料（千億円）	¥174	¥275	¥473	¥661	¥854	¥1,166
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥5.99	¥7.18	¥9.33	¥12.89	¥17.37	¥22.58
	公費負担（千億円）	¥1,429	¥2,262	¥3,891	¥5,442	¥7,031	¥9,594
	後期高齢者交付金（千億円）	¥1,161	¥1,837	¥3,160	¥4,419	¥5,710	¥7,792
	保険給付費（千億円）	¥2,763	¥4,373	¥7,523	¥10,522	¥13,596	¥18,552
愛媛	保険料（千億円）	¥81	¥128	¥220	¥307	¥397	¥541
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥4.68	¥5.90	¥8.43	¥11.58	¥16.27	¥22.38
	公費負担（千億円）	¥767	¥1,209	¥2,076	¥2,894	¥3,740	¥5,102
	後期高齢者交付金（千億円）	¥614	¥969	¥1,663	¥2,318	¥2,996	¥4,087
	保険給付費（千億円）	¥1,462	¥2,306	¥3,960	¥5,519	¥7,132	¥9,730
福岡	保険料（千億円）	¥333	¥526	¥905	¥1,268	¥1,641	¥2,233
	加入者一人当たり保険料（万円）	¥7.18	¥8.26	¥10.85	¥14.23	¥18.88	¥24.08
	公費負担（千億円）	¥2,637	¥4,165	¥7,163	¥10,035	¥12,990	¥17,675
	後期高齢者交付金（千億円）	¥2,150	¥3,397	¥5,842	¥8,185	¥10,595	¥14,416
	保険給付費（千億円）	¥5,120	¥8,088	¥13,910	¥19,487	¥25,227	¥34,323

このような医療費格差、保険料負担格差の進展は、地域間の経済格差とどのような関係を有しているだろうか。図4は、各都道府県における、2015年から2040年にかけての加入者一人あたり保険料負担の変化率を縦軸にとり、横軸には2009年県民経済計算（内閣府）より、各都道府県の1人あたり県民所得をとって、各医療保険制度別にプロットしたものである。

これをみてわかるのは、まず、協会けんぽの保険料負担に関しては、所得格差とあまり関係なく、むしろ低所得の都道府県の保険料負担増は抑えられている傾向があるが、国民健康保険と後期高齢者医療制度は、むしろ低所得の都道府県において保険料負担が増大する可能性があるということである。

協会けんぽの保険料負担には、加入者割だけでなく、都道府県間の所得調整、年齢調整も加味されているのに対して、国民健康保険、後期高齢者医療制度に存在する、公費による負担軽減策や他の保険制度からの移転は、低所得地域が将来受けるであろう医療費負担の増大をカバーするには至らない可能性がある。低所得都道府県には、相対的に高齢化が進展する地域が多いことを鑑みる

と、なんらかの負担の平準化策を追加的に検討する必要があるかもしれない。

さらには、都道府県単位で保険者基盤が拡充された場合、各都道府県における保険者が、地域における医療ニーズを十分に充足させつつ、当地の医療提供体制をより効率的なものに再編させられるように促す重要なプレイヤーとして、機能していくことで、このような負担格差の変動を抑えることが可能となるだろう。

IV 結語

本稿では、わが国の医療費の長期推計を行った。その目的は、人口構造の高齢化がより本格化する団塊ジュニア世代の引退後も見据えた医療費・介護費の見通しを得るとともに、推計を国全体のレベルで行うだけでなく、都道府県単位で行うことによって、今後、より進展していくであろう都道府県単位での保険者再編に向けた課題を浮き彫りにすることであった。

そこでは、高齢者の医療費が、今後の医療費の対GDP比率の上昇要因となっているということが示されるとともに、都道府県間の医療費格差は、

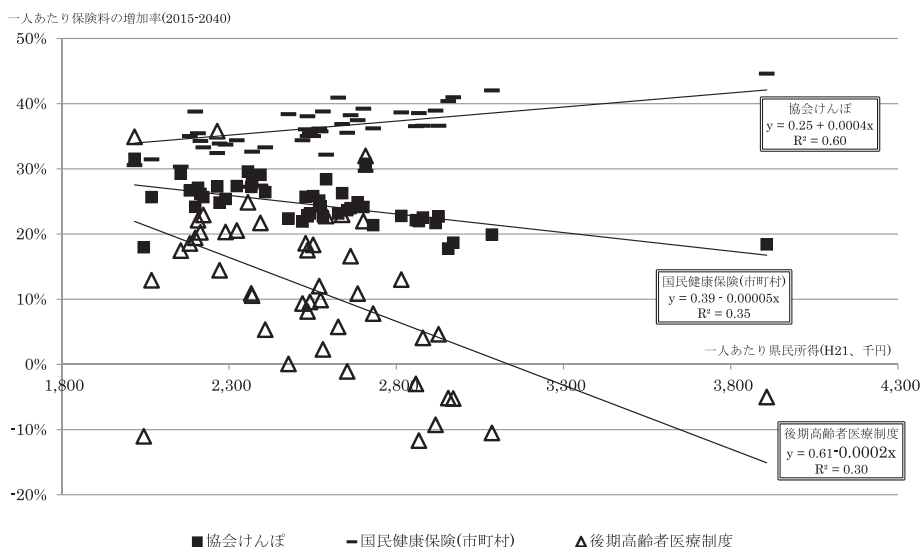


図4 都道府県・制度別一人あたり保険料の変化率と一人あたり県民所得

都道府県間の高齢化水準が比較的平準化されていくにも関わらず、より拡大していくことが示された。

また、本稿では、国、厚生労働省が方向性を示している各都道府県単位での保険者再編を意識して、将来の都道府県別、保険制度別の医療費、保険料負担がどのような経路を進むのか、そしてそれが地域間の経済格差とどのような関係にあるか、ということに関して若干の考察を加えた。ここでは、現行の保険者間の財源調整は、今後の地域間の高齢化の進展を吸収するには不十分なものである可能性が示された。

今後、社会保障改革国民会議においても、医療保険の財政基盤の安定化と高齢者医療制度に関する改正の在り方について議論が開始されることとなるが、その際には、年齢、所得水準といった、各都道府県の保険者が与件として考えるしかないリスク構造要因に基づく財源調整を行ったうえで、各保険者が医療費の適正化に向けた自発的な動きを起こすインセンティブを内在させた調整方法を構築することが望ましいことが、本稿の分析結果からは示唆される。

注

- 1) 医療支出の決定要因と、その国際比較に関するサーベイとしては、Handbook of Health Economicsの第一章として所収されている、Gerdtham and Jonsson (2000) を参照されたい。
- 2) 島崎 (2007) によれば、わが国の公的医療保険制度の特徴のひとつである皆保険制度は、日本社会に長らく存在してきた、カイシャ (企業) とムラ (地域) という二つのコミュニティを基軸として達成・維持されてきたとしている。
- 3) 平成23年度国民健康保険実態調査によれば、加入者数が5,000人以下の保険者が644存在する。
- 4) 経済学者によるわが国の医療・介護費の長期推

計としては、西村 (1997)、鈴木 (2000)、小黒 (2006)、岩本・福井 (2009) などが存在するが、これらに共通する特徴として、高齢化の進展の中でも世代間の負担格差を縮小させることを目的として、なんらかの形で事前積立方式の導入を提唱していることがあげられることが興味深い。それに対して、本稿は地域間の医療費格差にどのように対処するべきかを主対象に分析を進める点が異なる。

- 5) 加入者数推計と同様に、現状の保護率を前提に、生活保護受給者は除して推計している。

参考文献

- Gerdtham, ULF-G, Bengt Jonsson (2000), "International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis", in: A. J. Culyer and J. P. Newhouse ed., Handbook of Health Economics, Elsevier, North-Holland.
- Getzen, T.E. (1995), "Macroeconomics and Health Care Spending", in: J.M. Pogodzinski ed., Readings in Public Policy, Blackwell.
- 岩本康志・福井唯嗣 (2009), 「持続可能な医療・介護保険制度の構築」, 津谷典子・樋口美雄編『人口減少と日本経済・労働・年金・社会保障制度の行方』, 日本経済新聞出版社
- Newhouse, J.P. (1977), "Medical Care Expenditure: A Cross-National Survey", Journal of Human Resources, 12, pp.115-125.
- 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財政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
- 島崎謙治 (2005), 「わが国の医療保険制度の歴史と展開」, 遠藤久夫・池上直己編『医療保険・診療報酬制度』, 第1章, 勁草書房
- 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, 88-104頁

(なかた・だいご 独立行政法人
経済産業研究所研究員)