

社人研マクロモデルによる社会保障改革の計量分析

佐藤 格
山本 克也

はじめに

わが国の社会保障制度は少子高齢化という人口学的な条件と経済構造改革という経済的な条件の二つの条件を所与として、年金、医療及び介護にかかる費用負担をどのように世代内・世代間で分担していくかという命題を抱えている。このように持続的な経済成長と Social Protection (社会保障) の両立を迫られている状況に鑑み、国立社会保障・人口問題研究所では平成 10~12 年度の「社会保障の社会経済への効果分析モデル開発事業」において、公的年金、公的医療保険および公的介護保険制度を明示的に導入したマクロ経済モデルを開発した。このモデルは社会保障制度を財政という大きな枠組みに埋没させるのではなく、個別の社会保障制度を明示し、制度改正(年金の支給開始年齢、保険料率・老人保健の変更など)が経済成長にどのような影響を与えるのかという分析を可能としたプロトタイプモデルである。本稿ではこのモデルを利用し、いくつかの数値例を導出することで社会保障制度の社会・経済への影響を考察する。

I 先行研究

伝統的なマクロ計量モデルにおいては、社会保障制度は通常、財政という枠組みに埋没してしまい、これを明示的に取り扱うモデルビルディングがなされ始めたのは比較的最近のことである。例えば岸(1990)は、モデルを経済部門・労働力部門・政府部門・社会保障部門の4部門に分割し、経済部門は貯蓄=投資を前提とした供給モデルを

作成した。シミュレーションでは、年金給付額を抑制したケースや貯蓄が年金水準に依存するケース、年金支給年齢を引き上げたケース、高齢者就労が増加したケースなどを取り上げている。ここから、支給開始年齢の引き上げは制度の安定には寄与せず、被用者年金の被保険者を確保するような政策的努力が不可欠であること、給付抑制は財政論的には有効であるが、現役世代と年金生活者の生活水準格差を拡大することなどが結論として得られる。但し、生活水準格差をフローだけで議論するのは一面的であり、福祉サービスの供給水準や健康状態などを考慮に入れる必要があるということにも言及している。

藤川(1994)は、高齢化社会悲観論について、マクロ計量モデルの手法を用いて展望することが論文の目的となっている。モデルの特徴としては、労働供給を内生化していることや社会保障を年金保険と医療保険、社会扶助金に分け、それぞれ推計を行っていることが挙げられる。シミュレーションは2000年までで、標準予測のほかに、人口高齢化が加速するケース、消費性向が低下するケース、労働力率が増加するケースを分析している。人口高齢化のケースではインフレ化と社会保障支出の増加、貯蓄率の低下、消費性向低下のケースでは国内総生産・労働力人口・社会保障給付・社会保障負担の低下、労働力率増加のケースでは全ての需要項目の増加と社会保障給付の増加、社会保障負担の減少という結果が得られている。これらの結果から価格の伸縮性や男女の雇用機会の均等、医療の価格と数量に需要者の態度を反映させること、社会保障は負担する義務があるという合意といった仮定が満たされれば、将来について極度に悲観的になる必要はないという結論を導いて

いる。

仁科(1995)は、新SNA基準に従った社会保障モデルの構築を目的としたモデルで、社会保障部門を詳細に分析していることに特徴がある。社会保障部門を年金保険、医療保険、労働保険の3制度からなる社会保障ブロックと、生活保護、社会福祉、公衆衛生・医療の3制度で構成される社会扶助金ブロックに分割したモデルを用い、日本の社会保障制度での保険原理の程度、また福祉政策が人口の高齢化に対応していたか等の問題を扱った。また医療保険の患者負担10%引き上げ、雇用者数・個人業主数・60歳以上人口・年金受給者数を変化させたケース、失業者と失業率が10%増加したケースのシミュレーションを2005年まで行っている。名目的なインフレの下では、社会保障財政が改善されて黒字体質をもち、個別の社会保障給付の実質的な低下が生じること、インフレの中で、生活扶助の規模は一時的に縮小する傾向をもつこと、医療保険の患者負担引き上げは、医療保険財政収支差とその対給付比率を大幅に改善すること、失業の増大は生活扶助費よりも医療扶助費をより多く増加させること、現状のままの推移では生活保護世帯と一般世帯の実質的な消費水準の格差は拡大すること、地域保険部門に財政赤字の問題が集中しており政管健保も財政的基盤が非常に弱いこと、そして地域保険は職域保険よりも制度上優遇されていることなどが結論として導かれている。このモデルは社会保障を非常に詳細に分析していることに大きな特徴があるが、一方で社会保障部門のみを見たモデルであり、マクロ経済とのリンクがなされていないという欠点も抱えている。

八代他(1997)は、高齢化のマクロ的分析、高齢者世帯の経済分析、少子化の経済分析という3本の柱で、高齢化が経済に及ぼす影響を検討している。年金制度とマクロ経済との相互関係を、計量モデルを用いて明示的に捉えること、年金制度のあり方を長期的な財政政策の中で議論すること、制度改革シミュレーションに取り組んでいるほか、労働供給の内生化により、公的年金等の財政見通しと労働力供給との整合性を図っていることなど

に特徴がある。ここから得られる結論として、物価スライド制への移行が人口動態の変化に対する年金財政の頑健性を高めること、物価スライド制への移行、厚生年金の部分年金の廃止、3号被保険者からの国民年金保険料の徴収などが国民負担率の低下、経済成長率の上昇、財政赤字の改善、世代間格差の是正など、望ましい経済効果の発生が期待できるとしている。

加藤(2001)は供給面を重視した計量経済モデルを利用して、2050年までのマクロ経済・財政・社会保障の展望を行うことを目的としている。ここでは現在の経済構造や社会保障制度が変わらないという前提の下で、過去のトレンドを延長した場合、どのような経済や財政・社会保障の姿が描けるか、という点を中心に考察を行っている。モデルの特徴として、労働供給について、年齢5歳階級別の労働力率の推定を含む詳細な記述がなされている点、社会保障ブロックにおいて年金、医療保険財政を取り出して分析する小ブロックが存在する点などが挙げられる。シミュレーションは技術進歩の速度が早くなった場合、年金改革を実施しなかった場合、政府支出を抑制した場合の三つのケースについて行っており、過去のトレンドが維持される限り、マクロ経済の成長速度が低下するだけでなく、政府赤字のさらなる拡大や経常収支の赤字化などが発生するという結果を得ている。そのような結果から、1999年度の厚生年金法改正の効果が大きかったこと、持続的な発展と社会保障財政の維持には改革が不可欠である、という結論が導かれている。

以上の先行研究では、マクロ経済や財政に造詣の深い研究者の手によるモデルビルディングの場合、財政収支問題が中心に分析がなされ、社会保障に造詣が深い研究者の場合、制度の詳細な記述はなされるが経済全体との関連が薄いという特徴をもつ。また、社会保障制度と企業行動、例えば年金と医療の関係など、社会保障制度相互の連関といった、これからの社会保障改革に不可欠な視点には関心が払われていなかったようである。しかし、社会保障制度を財政に埋没させないという姿勢は重要であり、今日的にも唆々に富んだ分析

がなされていることは事実である。

II モデルの概要

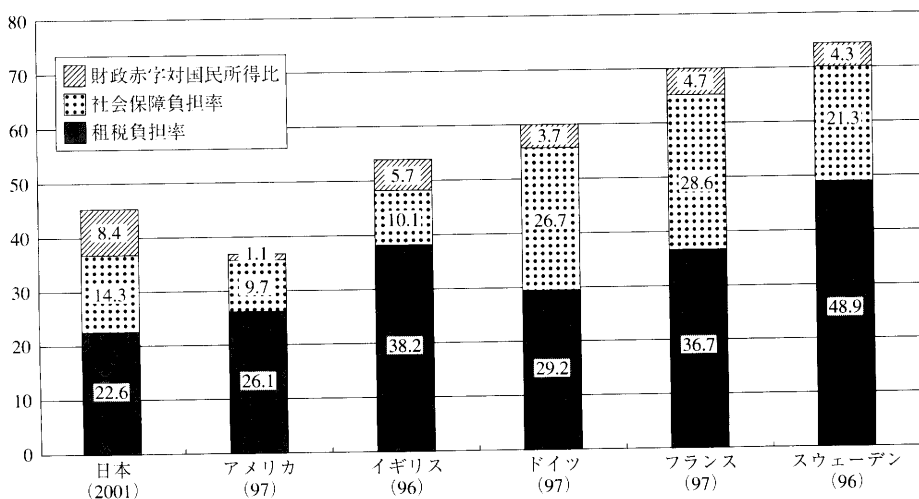
我々のモデルは年金と医療のどちらが高齢者の家計にとってより重要であるかということ、いわば現金給付の年金と現物給付の医療のどちらが高齢者の厚生をより高めるのかという問題意識に基づいて構成されている。また、財政上の問題を考えた場合、年金と医療の負担の調和を図っていくことが肝要であるという問題意識も持っている。昨今問題とされる国民負担率は、租税負担と社会保障負担を合わせた概念であり、特に若年層の可処分所得を減じる程度を示す指数として使われている(図1)。この社会保障負担は、年金保険料、医療保険料、そして介護保険料に分解されるが、それぞれが同程度に高齢化の影響を受けるとする考え方、すなわち高齢者人口の伸びにしたがって年金・医療の費用が同程度に伸びていくとする考え方は再考を要するものと我々は考えている。この点は後述される。

本モデルは上述の加藤モデルを基本としてはいるが、財政部門は加藤モデルよりやや簡便になっているものの、年金給付額の削減や医療保険の

自己負担率の引き上げ、老人保健拠出金の按分率の変更等が可能となるように社会保障部門のモデルビルディングは詳細になされている。よって、第一に年金および医療の両制度の関係についてはこれまで行われてこなかったタイプのシミュレーションの試み、第二に社会保障制度と企業との関係にも着目したシミュレーションが可能である¹⁾。

第一の点に関しては、医療サービスの需要を一般の消費と分け、さらに年齢にも着目して考察している点に特徴がある。70歳以上の老人は、老人保健制度により医療費が非常に低く抑えられている。そのため医療サービスの需要に関する行動は、70歳未満の者と70歳以上の者では大きく異なると考えられる²⁾。そこで、本モデルでは年金給付水準の変化による高齢者家計の消費や、老人医療費の自己負担分の変化に対する医療需要の反応を考察するにあたり、消費を若年と高齢者に分けて分析を行うことにした。消費の中でも特に医療サービスへの需要は両者の間で明らかに差があると考えられるため、消費は若年の一般の消費、若年の医療サービスの消費、高齢者の一般の消費、高齢者の医療サービスの消費という4種類に分割している³⁾。

この医療財の消費関数を推定する上で大きな問



資料) 大蔵省資料。

図1 先進各国の国民負担率

題となるのは、医療には価格がないこと、すなわち、診療報酬が公定なことである。実際、家計は値札のついた医療サービスを購入するのではなく、患者自己負担分、多くの場合に源泉徴収される保険料を支払うことで医療サービスを購入する。その場合、家計が医療の費用負担を意識するのは、(1) 受診後の患者自己負担分を支払うときであり、(2) 給与等から源泉徴収される保険料負担の明細を見たときであろう。すなわち、家計にとっては財・サービスの需要と対価の支払いが同時に起こるという意味で、患者自己負担が事実上の医療の価格と考えられよう⁴⁾。

まず、若年の医療サービスの消費は若年の家計可処分所得と、一般消費と医療との価格比に依存すると想定している。これは式(1)で、推定結果とともに示している⁵⁾。

$$\begin{aligned} MEDCY = & -5365.93 + 0.0148 * YD_HY \\ & (-4.289) \quad (10.613) \\ & + 53342.6 * (PCP/MEDPRICE) \\ & \quad (3.251) \quad (1) \end{aligned}$$

$$\bar{R}^2 = 0.885, D.W. = 1.301$$

カッコ内は t 値。

次に、老人保健対象者の医療消費関数である。老人保健には医療保険の加入者(被保険者本人およびそれらの被扶養者)のうち70歳以上の者および65歳以上70歳未満で障害のある者が対象となり、一部負担金が定率ではなく定額になる制度である。さらに、市町村によっては老人医療に様々な助成制度があり、高齢者の限界的な費用負担が相当程度に低くなっている。定式化に際して、高齢者の医療サービスの消費は、高齢者の家計可処分所得と老人保健対象者一人あたり一部負担金額に依存すると仮定する。ここで、医療サービスの消費は事業年報を利用し、医療費総額に0.2(これは被保険者の場合で、被扶養者では0.3)を乗じ、高額療養費を減じることで算出している。

$$\begin{aligned} MEDCO = & -624.473 + 0.0428 * YD_HO \\ & (-2.799) \quad (7.201) \\ & - 41.0500 * P_ROKEN \\ & \quad (-2.220) \quad (2) \end{aligned}$$

$$\bar{R}^2 = 0.893, D.W. = 0.989$$

一般財の消費の定式化は、若年は家計可処分所得と実質利子率、実質金融資産残高の関数とし、高齢者は家計可処分所得と実質利子率の関数とした。そして、若年と高齢者については、家計調査年報の年齢階級別データを使用することで分割している。可処分所得についても家計調査を用いて分割していることは消費と同様であるが、こちらは国民経済計算に基づいて雇用者所得、財産所得、営業余剰、社会保障給付、直接税、社会保障負担などに分割した上で、それらに対応する若年・高齢者比率を家計調査年報から求めている。これにより、社会保障給付や社会保障負担などの動きを把握しやすくなっていることに特徴がある。家計調査では、非勤労者世帯については所得額のデータが得られないため、勤労者世帯におけるデータを利用して若年・高齢者の分割を行っている。このため高齢者の消費を正確に反映できていない可能性がある。高齢者と比べて若年の限界消費性向の値が高くなっているのも、このような要因によるものと考えられる。

$$\begin{aligned} CP_Y = & 3273.35 + 0.7481 * YD_HY \\ & (0.438) \quad (20.436) \\ & - 14017.8 * (RL - PCP) + 0.0182 \\ & \quad (-0.274) \quad (6.029) \\ & * NASSET_{-1} \quad (3) \end{aligned}$$

$$\bar{R}^2 = 0.997, D.W. = 2.033$$

$$\begin{aligned} CP_O = & 3469.39 + 0.4885 * YD_HO \\ & (1.163) \quad (8.108) \\ & - 11959.4 * (RL - PCP) \\ & \quad (-0.429) \quad (4) \end{aligned}$$

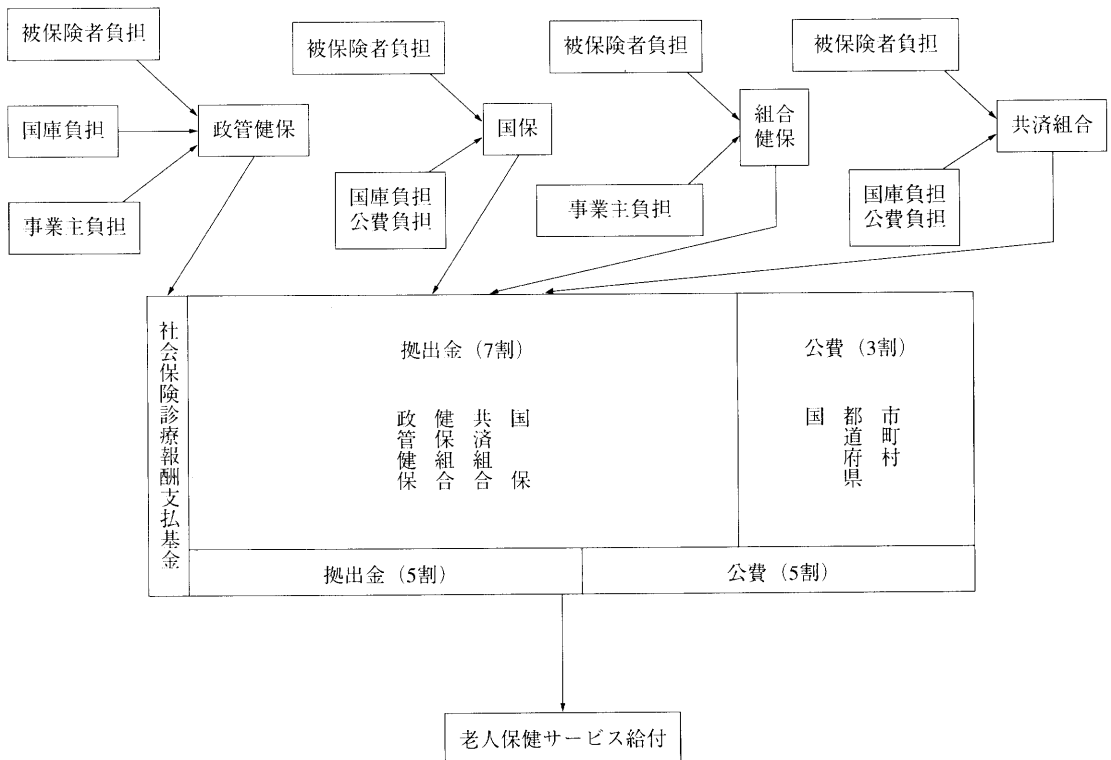
$$\bar{R}^2 = 0.934, D.W. = 2.091$$

以上のように、本モデルでは若年層と高齢者層という二つの主体が存在するという仮定の元にモデルを構築している。このモデル設定の問題点は二つある。一つは、高齢者も過去には若年であったということ、すなわち消費主体の異時点間にわたる消費行動をまったく考慮に入れていないということである。そしてもう一つは、同時点でも若年と高齢者の相互関係、それが愛他的であるか否かも含めてこれらの相互関係がまったく考慮されていないことである。たしかに、アドホックな感

は否めないが、このように消費を分割したことは、以下のような本モデルを貫く姿勢にも起因している。すなわち、特に老人医療についての非効率性を仮定し、医療費の削減によって年金給付の削減を食い止めた方が社会的な厚生が高まるであろうという姿勢である。現在の老人医療の特徴は慢性疾患にあり、この場合は原因疾患の治癒というよりも、いかにして疾病をコントロールし患者自身のQOLを高め、安心して老後を生活してもらうようにするかが今後の老人医療の課題である。しかし、診療報酬体系を始めとして病診連携体制や保険者機能等、医療供給体制に多くの不備を抱えている現在、10兆円強かかっている老人医療には相当程度の非効率が見込まれる。さらなる問題は、この非効率の解消手段として老人保健拠出金が存在することである。このことは第二の点と関係する。

わが国の社会保障制度には、年金であれば保険料の労使折半、医療保険であれば保険料の労使折半に加えて老人保健拠出金といったように企業負担分が相当程度影響を与えている。しかし、メガコンペティションの現在、企業の負担のあり方も再考される必要がある。老人医療費は、図2のようにその資金の流れが定められているが、これは国民健康保険財政の救済を特に組管健康保険からの財政調整で行ったという背景があるためである。

問題は老人医療を賄う老人保健は、(1)その運営が市町村であること⁶⁾、(2)リスクが高いと言われる老人のみが加入している上に、そのファイナンスが他制度に依存していることが挙げられる。とくに(2)についてであるが、現行の拠出制度において老人保健拠出金は、各制度の老人加入者を全ての制度の全加入者で割ったものの逆数



出所) 厚生統計協会『保険と年金の動向』より筆者作成。

図2 医療費(支払)の流れ

に応じて拠出することになっている。すなわち、

$$\begin{aligned} & \text{老人保健拠出金 国保負担分} \\ & = f\{(\text{国保 ALL} + \text{各健保 ALL}) \\ & \quad \div \text{国保 OLD}\} \end{aligned} \quad (5)$$

$$\begin{aligned} & \text{老人保健拠出金 各健保負担分} \\ & = f\{(\text{国保 ALL} + \text{各健保 ALL}) \\ & \quad \div \text{各健保 OLD}\} \end{aligned} \quad (6)$$

のような関数として老人保健拠出金を考えることができる。この老人保健拠出金が年々増加していることには、健康保険組合連合会の強い抵抗がある(図3)。企業の側に立てば、労務コストの増加につながり、設備投資行動が制約され、また製品価格への転嫁を通じて収益の減少につながることを憂慮するのは仕方がない。

また、労務構成上の“若さ”ということだけではなく、場合によっては健康の水準まで異なる可能性も持っていることも不満の原因であろう。健康保険の被保険者とほぼ重なる厚生年金保険の被保険者と、国民健康保険と重なる国民年金の被保険者の死亡脱退率が異なることは、このことの証左である(図4)。

すなわち、老人保健制度において、リスクの低い者からリスクの高い者への“移転”という意味が、若年者対高齢者という関係だけではなく、被

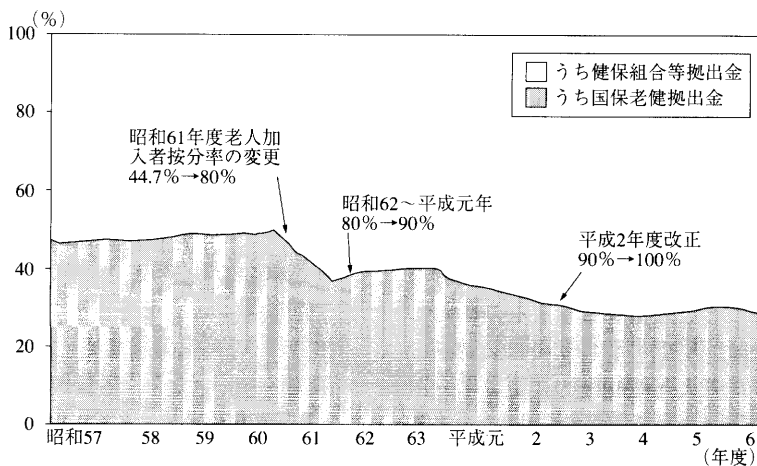
用者OB対自営業者OBという図式も持っている可能性がある。そこで本モデルでは、企業設備投資関数の推計式の中に、上記の老人保健拠出金を説明変数として採用することを試みた。その上で、老人保健拠出金の引き下げと老人保健の自己負担分の引き上げが予想される老人医療費を按分するようにしている。

そこで民間企業設備投資は、実質貸出金利、民間非金融法人企業の総資本・営業余剰比率、地価に加えて、老人保健拠出金も説明変数に含めた形で定式化を行っている。これも消費関数同様、1982年から1998年までの年次(年度)データを利用している。

$$\begin{aligned} IFP/KFP_{-1} &= 0.0621 - 0.0734*(RL - PIFP) \\ & \quad (1.670)(-0.596) \\ & \quad + 0.5585*(YICF/KEP_{-1}) + 0.3294 \\ & \quad (2.916) \quad (2.382) \\ & \quad * 10^{-3} * PLAND - 0.0403 * \\ & \quad ROKEN145(-0.750) \end{aligned} \quad (7)$$

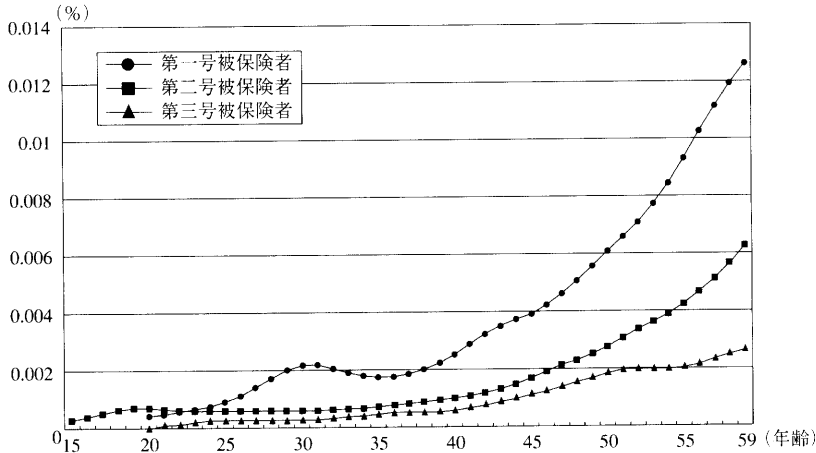
$$\bar{R}^2 = 0.923, \text{ Durbin's } h = 1.033$$

この、老人保健拠出金のような財政調整は年金の場合にも同様の措置がある。これは、1986年改正で導入された基礎年金がそれである。基礎年金は国民年金、厚生年金等の各年金制度から基礎



資料) 厚生省保険局『国民健康保険事業年報』, 各年版。
社会保険庁『事業年報』, 各年版。

図3 老人保健制度への拠出割合



資料) 厚生省年金局監修(平成2年, 7年)『年金と財政』。
厚生省年金局監修『厚生年金・国民年金数理レポート1999年財政再計算結果』。

図4 年金制度被保険者死亡脱退率(平成10年)

年金拠出金を受け、これを各制度の被保険者の年齢構成によって按分して基礎年金を給付している。その結果、保険料納付率の低い制度、被保険者の年齢厚生が高い制度が払いより受けが大きくなるように調整されている。端的に言えば国民年金の救済という側面が強いのである。そのため、基礎年金の財源を租税に代えるべきという見解が多く出されている。今回は、この租税によるモデルビルディングは行っていないが、今後の検討課題である。

IV シミュレーションの設定と結果

シミュレーションにおいては、上のような推定結果をもとにして、年金水準や老人保健制度の変更が消費や投資、生産に対してどのような影響を与えるのかということ进行分析することを目的としている。モデルでは、年金水準の変更は高齢者の可処分所得を、また老人保健制度の変更は老人医療の価格と投資関数における老人保健拠出金の額をそれぞれ直接的に変化させ、それが各変数に影響を及ぼすことになる。ここでは今後も老人保健制度が現在のまま存続し、また年金はミレニアム改正前の制度を維持した場合を基準モデルとし、

年金または医療が削減される例として、

- (1-1) 老人保健制度廃止、年金はミレニアム改正前の制度
- (1-2) 老人保健一部負担金2倍、老人保健拠出金50%削減、年金はミレニアム改正前の制度
- (1-3) 老人保健一部負担金1.5倍、老人保健拠出金25%削減、年金はミレニアム改正前の制度
- (2-1) 老人保健制度廃止、年金支給はミレニアム改正ルール
- (2-2) 老人保健一部負担金2倍、老人保健拠出金50%削減、年金支給はミレニアム改正ルール
- (2-3) 老人保健一部負担金1.5倍、老人保健拠出金25%削減、年金支給はミレニアム改正ルール
- (3-1) 老人保健制度廃止、年金30%削減
- (3-2) 老人保健一部負担金2倍、老人保健拠出金50%削減、年金30%削減
- (3-3) 老人保健一部負担金1.5倍、老人保健拠出金25%削減、年金30%削減

の9通りのケースを考える。データは1998年までが実績値であり、シミュレーションは1999年

から2025年までの期間で行っている。なお老人による医療サービスの需要は、老人自身による一部負担と、企業による老人保健拠出金で賄われることになる。そこで、老人医療に使われた額が不変であっても、老人による一部負担割合の増加は、企業からの老人保健拠出金の減少につながる想定している。なお、ここで老人保健制度の廃止とは、高齢者の一部負担を現在の国保と同じ3割負担になったと想定してシミュレーションを行っている⁷⁾。

また、GDPは民間資本と労働に関して1次同次のコブ=ダグラス型生産関数として推計した。老人保健拠出金が投資関数の説明変数になっていることから、老人保健拠出金の変化が企業設備投資の水準を変化させるものと考えられる。企業設備投資の水準は資本ストックの水準を決定し、資本ストックの水準によりGDPが変化するという効果が示されることになる。

$$\begin{aligned} \ln(GDP/LOB) = & -0.4887 + 0.4660 * \ln(KFP_{-1}/LOB) \\ & (-74.037)(25.751) \quad (8) \\ \bar{R}^2 = & 0.974, D.W. = 0.437 \end{aligned}$$

シミュレーション結果は図5~9、表1の通りである⁸⁾。2000年度、2015年度、2025年度のGDP、民間企業設備投資、高齢者の医療需要、高齢者の消費総額、全家計の消費総額を見た場合、基準ケースでは、1) GDPは501兆円、587兆円、650兆円、2) 民間企業設備投資は90兆円、130兆円、167兆円、3) 高齢者の医療需要は16兆円、21兆円、27兆円、4) 高齢者の消費総額は25兆円、32兆円、41兆円、5) 全家計の消費総額は277兆円、312兆円、345兆円と推移することになる。これをベンチマークとしてそれぞれの結果を見ていく。

まず、若年層の非医療財消費や医療需要、家計最終消費支出の総額、民間企業設備投資、GDPなどの水準においては、老人保健拠出金の減少や老人医療費自己負担額の増加がこれらの変数の値を押し上げる効果をもつ一方、年金水準を変化させても、これらの変化は僅かなものにとどまる。すなわち、これらの変数の推移には老人保健制度

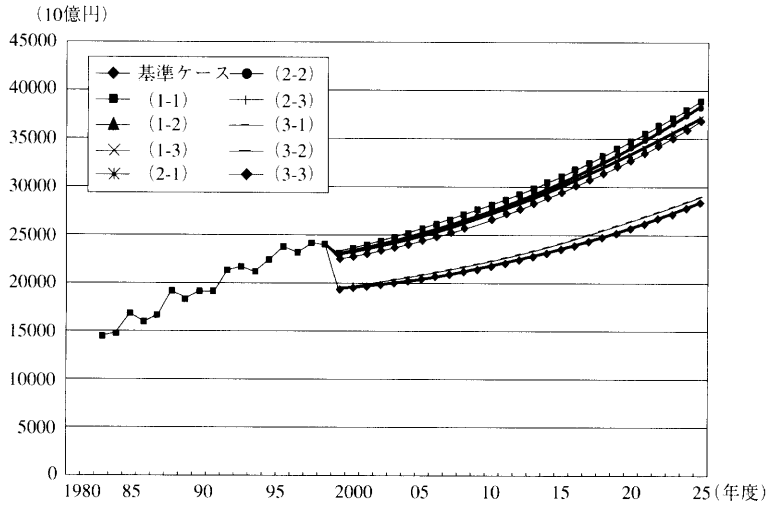
の有無が大きな影響力をもち、年金の水準によっては余り変化がないということになる。一方、高齢者の非医療財消費は年金の水準に大きく依存し、老人医療負担額の増加による非医療財消費の変化は小さい。すなわち非医療消費財で見た場合、年金給付を引き下げるときの水準を大きく低下させてしまう結果になっている。

一方、老人保健制度の変更により老人保健の一部負担が上昇した場合、以下のような結果になる。すなわち、2000年度、2015年度、2025年度の高齢者の医療需要は(1-1)のケースでは、1兆円、1.6兆円、2.2兆円となる。自己負担を2倍としたケースでは、1.6兆円、2.1兆円、2.8兆円、1.5倍としたケースでも、1.6兆円、2.1兆円、2.8兆円となる。特に国保並みの自己負担率を高齢者に課した場合の高齢者医療需要は若干低下することになる。

もし、これが過剰な受診抑制となっているのであれば、所得・資産に応じて一部負担金を3月毎、あるいは6月毎に還付するという方法もある。それによって、医療需要が元に戻るのであれば、現行制度の医療需要量は少なくとも必要な量であることが検証できるであろう。

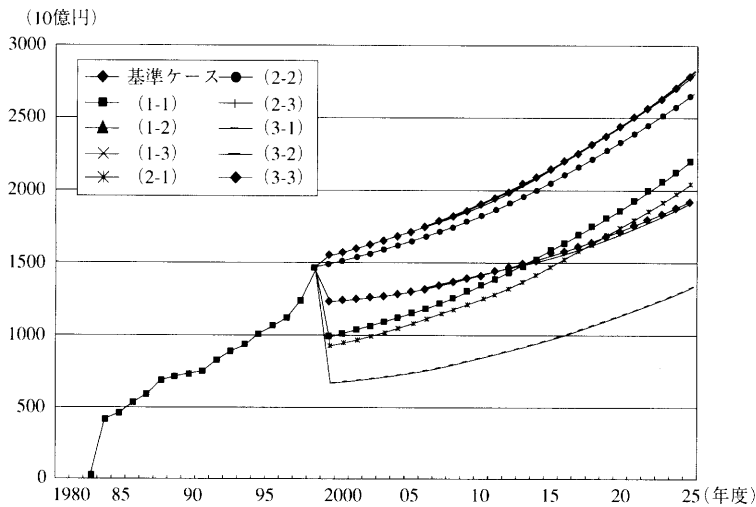
また、高齢者の一般消費水準は年金給付額を高い水準に置いたほうが高くなる。例えば、医療費負担が最も高くなる老人保健制度廃止ケースの場合、ミレニアム改正前の制度の場合、高齢者の一般消費は2000年度、2015年度、2025年度で2.3兆円、3.1兆円、3.9兆円であるが、ミレニアム改正後は2.3兆円、3.0兆円、3.7兆円であり、年金額を30%削減すると、2.0兆円、2.4兆円、2.9兆円と推移する。高齢者の消費水準自体が低いので、経済成長に対する寄与度は低いかもしれないが、所得水準に応じて高齢者の消費性向がどのように変化するのは今後の研究課題である。

次に、老人保健拠出金の変化が投資やGDPに及ぼす影響も考慮する。モデルでは、投資が老人保健拠出金に依存していると仮定しているため、この企業負担の変化が投資を変化させると考えられる。老人保健制度を廃止するケースの企業設備投資は2000年度、2015年度、2025年度で122兆



出所) 筆者推計。

図5 家計最終消費支出(非医療消費財)高齢者



出所) 筆者推計。

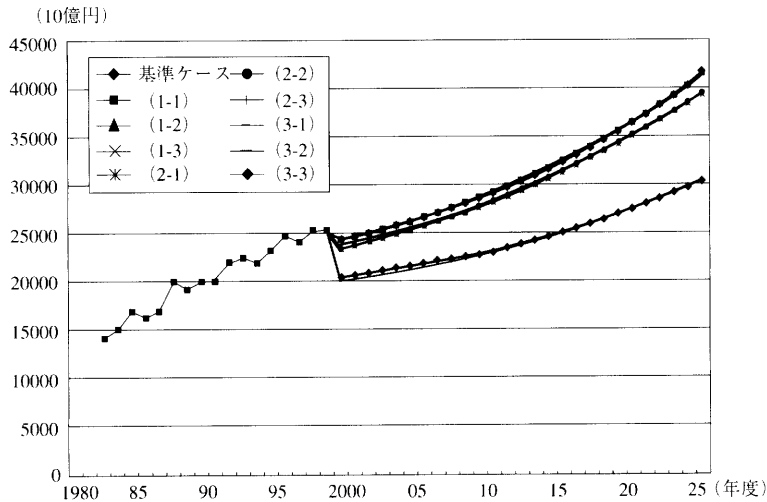
図6 医療需要高齢者

円, 214兆円, 300兆円となり, また, 老人保健
 拠出金を50%削減するケースでは, 105兆円,
 166兆円, 221兆円となる。一方, 老人保健拠出
 金を25%削減するケースでは, 97兆円, 147兆
 円, 191兆円となる。

また投資水準の変化は資本ストックを変化させ,
 それがGDPの変化を引き起こすことになる。こ

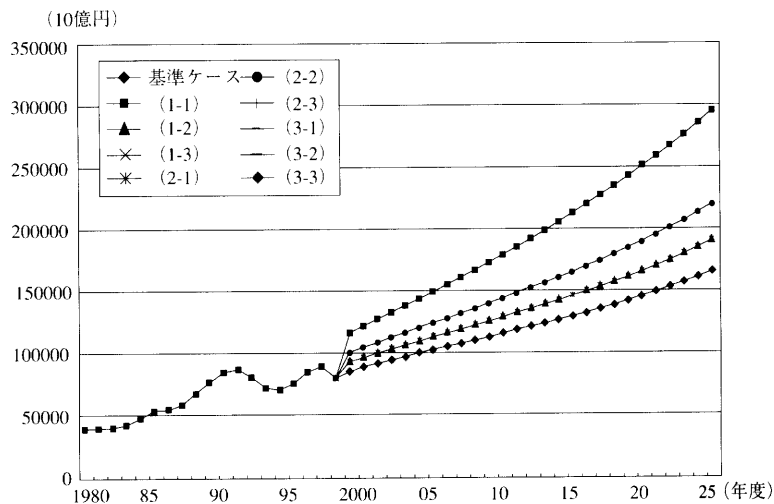
こでは特に, 老人保健拠出金の減少を考えてい
 るので, 老人保健拠出金を現行の水準に保つのと比
 べて投資が増加し, GDPの上昇にも有効となる
 という結論が得られる。

ここで, 拠出金を減少させ, 老人医療費の自己
 負担額を増加させることには, 罹患リスクに応じ
 た負担を実現させるという意味がある。前述のよ



出所) 筆者推計。

図7 家計最終消費支出(全消費財)高齢者

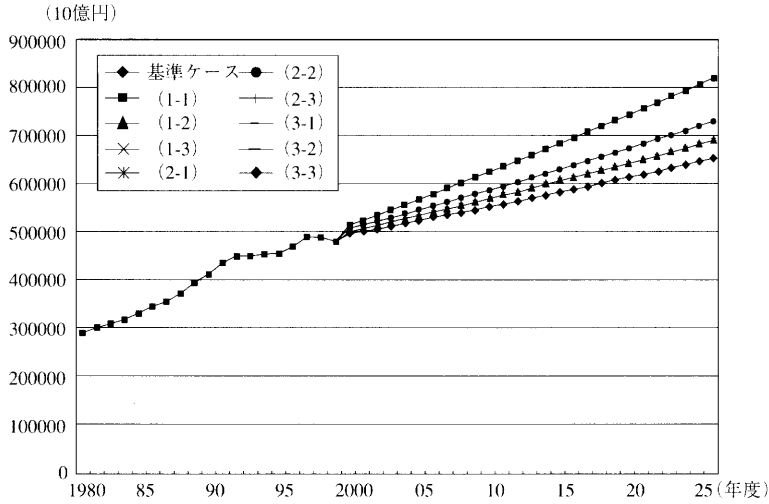


出所) 筆者推計。

図8 民間企業設備投資

うに、雇率の代替的指標として死亡脱退率を考えた場合、相対的に死亡リスクが明らかに低い各健康保険組合の方が重い拠出金負担をしているという問題がある。そこで、拠出金の拠出割合を雇率に応じたものに変更したり、老人医療費の自己負担額を増加させたりすることは、リスクを評価するという観点からは合理的な選択であるとい

える。さらに老人保健拠出金は企業による拠出であることから、リスクの相対的に低い各健康保険組合の拠出金額が減少することは、投資を引き上げることにつながると考えられる。



出所) 筆者推計。

図9 国内総生産

表1 シミュレーション結果 抜粋

(単位：億円 2000年価格)

変数名	年度	基準ケース	(1-1)	(1-2)	(1-3)	(2-1)	(2-2)	(2-3)	(3-1)	(3-2)	(3-3)
CP_Y	2000	249.8	260.0	254.9	252.3	260.0	254.9	252.4	260.0	254.9	252.4
	2015	275.2	318.9	295.9	285.3	318.9	295.9	285.3	319.0	296.0	285.4
	2025	300.4	366.8	331.0	315.1	366.9	331.0	315.1	367.0	331.1	315.3
CP_O	2000	23.2	23.5	23.4	23.3	22.9	22.7	22.6	19.7	19.6	19.5
	2015	30.2	31.1	30.6	30.4	29.9	29.5	29.3	24.1	23.6	23.4
	2025	38.2	38.8	38.5	38.3	37.1	36.8	36.6	28.8	28.5	28.3
MEDCY	2000	2.8	3.0	2.9	2.9	3.0	2.9	2.9	3.0	2.9	2.9
	2015	3.4	4.2	3.8	3.6	4.2	3.8	3.6	4.2	3.8	3.6
	2025	3.8	5.2	4.4	4.1	5.2	4.4	4.1	5.2	4.5	4.1
MEDCO	2000	1.6	1.0	1.6	1.6	0.9	1.5	1.5	0.7	1.2	1.2
	2015	2.1	1.6	2.1	2.1	1.5	2.0	2.0	0.9	1.5	1.5
	2025	2.7	2.2	2.8	2.8	2.0	2.6	2.6	1.3	1.9	1.9
C_Y	2000	252.7	263.0	257.8	255.2	263.0	257.8	255.2	263.0	257.8	255.3
	2015	278.6	323.1	299.7	288.9	323.1	299.7	288.9	323.2	299.8	289.0
	2025	304.3	372.0	335.4	319.2	372.0	335.5	319.3	372.2	335.6	319.4
C_O	2000	24.7	24.5	24.9	24.8	23.8	24.2	24.1	20.4	20.8	20.7
	2015	32.3	32.6	32.8	32.5	31.4	31.5	31.3	25.0	25.2	24.9
	2025	40.9	41.0	41.2	41.1	39.2	39.4	39.3	30.1	30.4	30.2
CP	2000	277.4	287.5	282.7	280.1	286.8	282.0	279.4	283.4	278.6	276.0
	2015	310.9	355.8	332.5	321.4	354.5	331.2	320.2	348.3	324.9	313.9
	2025	345.2	413.0	376.7	360.3	411.2	374.9	358.5	402.3	366.0	349.6
IFP	2000	89.7	122.4	105.4	97.4	122.4	105.4	97.4	122.4	105.4	97.4
	2015	129.8	213.6	166.2	146.8	213.6	166.3	146.8	213.7	166.3	146.9
	2025	166.8	295.7	220.6	191.5	295.8	220.7	191.5	296.0	220.9	191.7
GDP	2000	501.3	524.3	512.7	507.0	524.3	512.7	507.0	524.3	512.7	506.9
	2015	586.7	692.5	636.7	611.0	692.5	636.8	611.1	692.6	636.8	611.1
	2025	650.3	814.9	726.0	686.6	815.0	726.0	686.7	815.1	726.1	686.8

おわりに

我々のモデルでは、社会保障負担の抑制と生活水準の維持という両方を達成するには、消費の面からも、生産の面からも、年金を削減するよりもむしろ老人医療費の自己負担額を増加させた方が有効であるという結論が得られる。社会保障制度の大きな目的は防貧であり、ベバリッジの言葉を借りるまでもなく貧窮の要因としては高齢と疾病が挙げられる。たしかに、高齢は貧窮になる確率を高め、また、疾病を通じてさらなる貧困に陥る可能性を高める。よって、所得保障と医療保障の両輪が必要であることは間違いない。しかし、医療費が高齢化の進展とともに上昇していくとする考え方を受け入れるのは早計である。世界的に見ても清潔なわが国においては途上国を悩ませるような疾病に苦しむことはほとんどない。実際、わが国で高齢者が罹患する疾病は糖尿病・高血圧性疾患に代表されるような生活習慣病であり、これを防ぐ予防医療の推進こそが、高齢者のQOLを高め、結果として医療費の伸びを抑えることができ、社会保障負担の抑制につながる。

最後に今後の課題を提示しておこう。モデルビルディングの点からは、効用関数を特定化していないことや、労働供給が外生的に与えられていることなどが挙げられる。また、分析の態度においては、暗黙のうちに年金の方が医療よりも高齢者家計の厚生を高めるといった仮定を置いている。たしかに、年金においても基礎年金のあり方は財政調整という側面が強く、今回検討した老人保健拠出金と同様な問題を抱えている。こちらには、国民年金に見られる未納・未加入の問題に関わり、被保険者のモラル・ハザードといった問題だけでなく、積立金の運用も含めて、制度の運営自体の問題でもある。これには、基礎年金の財源を租税に求めるといった方法だけでなく、幅広い検討が必要である。

変数一覧

CP_Y：家計最終消費支出 医療費を除く 若年層

CP_O：家計最終消費支出 医療費を除く 高齢者層
 MEDCY：医療費 若年層
 MEDCO：医療費 高齢者層
 IFP：民間企業設備投資
 GDP：国内総生産
 KFP：民間企業資本ストック
 YD_HY：家計可処分所得 若年層
 YD_HO：家計可処分所得 高齢者層
 RL：長期金利（10年物利付国債 公社債応募者利回り）
 PCP：民間最終消費支出デフレーター
 NASSET：民間非金融部門金融資産残高
 MEDPRICE：1件当たりの診療費
 P_ROKEN：老人保健加入者一人あたり一部負担金額
 PIFP：民間企業設備投資デフレーター
 YICF：非金融法人企業営業余剰
 PLAND：六大都市市街地価格指数 平均
 ROKEN 145：老人保健拠出金 国保以外の拠出比率
 LOB：労働者数×労働時間指数

注

- 1) モデルの詳細については、「社会保障の社会経済に対する効果分析モデル開発事業」報告書を参照のこと。
- 2) この年齢階層による医療需要の違いは、それぞれの機会費用にも影響されている。この機会費用も含めた上での推計式の定式化は今後の課題である。
- 3) 詳細は増淵（2001）に譲るが、消費を医療サービスと一般の消費に分離するに当たって必要となるのが一般の財と医療サービスとの相対価格である。70歳未満の者については、それぞれの制度の給付諸率を件数で加重平均したものを価格と看做し、また70歳以上の者は、老人保健加入者の一部負担金の合計額を老人保健加入者の医療サービス需要件数で割ることにより価格とした。その上で、民間最終消費支出のデフレーターを若年、高齢者の医療の価格で割ることにより、一般の財と医療サービスとの相対価格としている。
- 4) 医療保険制度が改正され、患者自己負担分が増額された場合に医療需要がどうなるのかといった研究はこれまで多くある。例えば、医療サービスの短期需要関数には、「長瀬効果の式」という医療費と医療保険給付率の関係を経験的に表した関係式が、厚生行政では使われていた。この点は、村上（1984）、154-158頁を参照。現

在では、医療費全体というよりも、大日のように風邪など、売薬との代替が考えられるような軽医療に絞って分析を行うといった方法も取られている。

- 5) なお、推計は1982年から1998年までのデータに基づいている。これは他の推定式も同様である。
- 6) 老人保健制度については漆(1994)参照。油井(1998)は、国民健康保険に“アドホック”に導入されている国庫補助制度や財政調整制度をキーにして、市町村国保の財源配分を分析している。手法として、国民健康保険特別会計と老人保健特別会計(医療事業)の連結決算を作成し、国保の財源構成は、保険料が21.6%、被用者保険からの拠出金が27.6%、国等の負担が46.6%であるとしている。この財源構成は、市町村毎にも計算可能であり、油井が個別に計算を行った五つの市町村の結果によれば、保険料シェアが10%程度という低い水準になるというものである。もう一つのアプローチは、行政サービス区域をどのように考えていくかというものである。山田(1998)では、国民健康保険の総務費に関する費用関数を推計し、町村の最適世帯規模は24.6千世帯、市の最適規模は40.9千世帯であるとし、これを上回っているのは78市だけという。そして、この基準通りに行政区域を作成できれば、221億円(町村102億円、市119億円)の総務費の削減が可能との結論が得られている。
- 7) 正確には、3割負担とした場合の一部負担金額を算出し、これから現行の老人保健一部負担金との比例定数を算出し、シミュレーションを行っている。ちなみに、この値は4.20である。
- 8) それぞれのグラフにあげた基準ケースが、今後も老人保健制度が現在のまま存続し、また年金も現状を維持するものとした場合の結果である。

参考文献

- 漆 博雄(1994)「国民健康保険および老人保健制度の財源問題」『社会保障の財源政策』, 東京大学出版会。
- 加藤久和(2001)「マクロ経済、財政および社会保障の長期展望——供給型計量経済モデルによる分析——」『社会保障の社会経済に対する効果分析モデル開発事業成果報告会報告論文』。
- 角田 保・小椋正立・高木安雄(1998)「市町村国保の保険料負担の現状と改革」『国民健康保険と地方財政に関する研究』, 財団法人財政経済協会。
- 岸 功(1990)「新しい将来推計人口と社会保障」, 大正大学研究紀要第77号。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2001)『社会保障の社会経済に対する効果分析モデル開発事業報

- 告書』。
- 社会保険庁(各年版)『事業年報』。
- 総務庁行政監察局編『国民健康保険事業の現状と問題点——総務庁の行政観察結果からみて——』, 大蔵省印刷局。
- 仁科 保(1995)「わが国社会保障制度の計量分析(上・下)」『福山大学経済学論集』第20巻第1・第2合併号(上), 第21巻第1号(下)。
- 藤川清史(1994)「日本経済と社会保障の計量モデル(1994年改訂版)」『大阪経大論集』第45巻第3号。
- 増淵勝彦(2000)「高齢者世帯・非高齢者世帯別のマクロ消費関数の推計」『季刊社会保障研究』Vol. 36, No. 1, 国立社会保障・人口問題研究所。
- 村上雅子(1984)『社会保障の経済学』, 東洋経済新報社。
- 山本克也・佐藤 格(2001)「公的年金制度を明示的に取り込んだマクロ計量モデル」『日本年金学会誌』20号。
- 山田 武(1998)「国民健康保険の総務費と規模の経済の検討」『国民健康保険と地方財政に関する研究』, 財団法人財政経済協会。
- 油井雄二(1998)「国民健康保険と老人保険制度の連結決算表による分析」『国民健康保険と地方財政に関する研究』, 財団法人財政経済協会。
- 老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編(1992)「老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会記録」, 財団法人長寿社会開発センター。
- 厚生省五十年史編集委員会編(1988)『厚生省五十年史(資料編)』。
- 厚生省保険局国民健康保険課編(1972)『国民健康保険基礎講座』, 社会保険実務研究所。
- 厚生省保険局国民健康保険課監修(1983)『逐条詳解 国民健康保険法』, 中央法規出版。
- (1989)『国民健康保険五十年史』, ぎょうせい。
- 厚生省保険局(各年版)『国民健康保険事業年報』。
- 厚生省老人保健福祉局(各年版)『老人医療事業年報』。
- 厚生統計協会『保険と年金の動向1999年度版』。
- 厚生省年金局『平成11年度版 年金白書——21世紀の年金を「構築」する——』。
- 厚生省年金局監修『厚生年金・国民年金数理レポート1999年財政再計算結果』。
- 厚生省保険局『健康保険被保険者実態調査報告』, 各年度版。
- 社会保険庁『事業年報』, 各年度版。
- 労働省大臣官房政策調査部『賃金構造基本調査』, 各年度版。
- (さとう・いたる 慶應義塾大学大学院
経済学研究科修士課程)
(やまもと・かつや 国立社会保障・人口問題
研究所社会保障基礎理論研究部研究員)