

# 長期積立型医療保険制度の可能性について

西村 周三\*

日本の医療保険制度では、高齢者のための医療保障について、公費による負担とともに、各種健康保険制度による拠出金を基礎にその財源の確保を図っている。しかし急速な高齢化にともない、この額が次第に拡大し、制度の健全な運営が困難になりつつある。そこで本稿では、若年世代が、自らの老後の医療保障のために、基金を積み立てるという方式で制度の維持を図るという「長期積立型医療保険制度」が可能かを検討した。ここでの趣旨は、このような仕組みを個人ベースで行うのではなく、同一年齢階層ごとに、社会保険制度を運営するというものである。検討の具体的な内容は、(1) 医療費の将来予測、(2) 予想される保険料の見直し、(3) 現行制度からそのような方式に移行するさいの問題点などである。

キーワード：積立型医療保険、医療費予測、保険料予測、医療保険給付、疾病のリスク、世代間の連帯

## 1. はじめに

### — 現行医療保険制度の問題点 —

現行の日本の医療保険制度は、さまざまな点で行き詰まりにきているが、とりわけ各方面から指摘されている重要な点は次の問題である。それは高齢化の進展にともなって必然的に増大する老人医療費の財源調達の方法をめぐるものである。現行制度では、老人医療費の各種被用者健康保険の拠出金への依存度がますます高まっている。そのために、その拠出者である被用者保険や国民健康保険の大きな負担となっているばかりではなく、被用者や地域住民が自らの健康を守るために保険料を拠出し、給付を行い、それぞれでの財政の均衡を図るという目的で設立されているものが、その本来の目的を果たし得ないようになってきている。

まず(1) いずれの保険制度においても、老人保健拠出金とその保険料収入の30%近くに達し

てきたために、自らの努力で保険財政の健全化を図ろうとしても、自動的な拠出金の増大のために財政運営に関する自己責任の原則を維持し得ないようになってきた。また(2) 国民健康保険制度も老人保健のための拠出を行っているが、他方でこの制度には拠出金と変わらない程の補助金を受けるために、被用者保険以上に、制度の独立性を市町村等に保つことを要請することができなくなっている。

このような現状は、高齢化に伴う必然のもので、医療保険が、かつての短期保険という性格から、年金保険と同様に長期保険という性格を帯びてきたことを示すものである。高齢者自身から必要な保険料を徴収することは限られているのであるから、なんらかの形で財源調達の方法を工夫することが急務である。この意味で医療保険制度の果たすべき役割が変化してきたという認識は各方面で指摘されている。

たとえば広井[1996a]および[1996b]はこのよう  
な認識にたつて、老人保健財源を主として公費に

\* 京都大学経済学部教授

よってまかなうことを提唱した。またこの広井の問題提起をきっかけに、堤[1996]、伊原[1997]、堀[1997]、宇野[1997]、井口[1997]らが、主として社会保険制度の意義という観点から、老人医療財源を公費のみに依存すべきであるという広井の主張を批判した。さらに広井[1997b]はこれに反論および論点の明確化を試みている。

しかしながらいずれにせよ、経済不況が続くなか、老人保健制度に公費を投入することは、現下の財政事情からしてきわめて難しい。そして、ひたひたと上昇する老人医療費のために、後追いのわづかずつ公費投入を拡大するという事態が生じている。

ところが、一国民として今後迎えるべき高齢社会に対する備えのあり方を考えてみれば、現状の解決策がきわめて不十分なものであることを理解するのは、難しいことではない。勤労収入が減少する退職後には貯蓄が容易ではなく、とりわけ病弱となる老後の医療に対して備える必要があれば、かりに現在の家計が苦しくても現在の消費を切り詰めて老後に備えるであろう。

10年以上も前から、医療保険制度は、短期給付を調達するためのものだけではなく、年金制度のように長期的な財政収支を考慮しないまま推移してきた。これはひとえに、比較的高い経済成長が達成されてきたため可能になったことである。しかし高度の経済成長が望めないという前提で問題を考えるならば、実は第2節で示すように、現状のような制度的枠組み—医療費の増大→財政資金の投入→保険料率の引き上げという時間的推移をたどる解決策—では、結果的にますます後世代へと負担を先送りする危惧がある。

高齢者数の増加は、現時点ではまだ幕を開いたばかりである。一方で医療費の効率的利用を図ることは必要であるが、それだけでは解決が不可能に近く、同時に何らかの形での財源調達を工夫しないと、25～30年後にピークを迎える超高齢社会の乗り切りはおぼつかない。

医療保険財政の健全性の評価にあたっては、か

つてのように単年度の収支を問題とするだけでは全く不十分になってきている。被保険者が若年の間に主に保険料を負担し、半分以上の給付を老後に受けることが普遍的になってきたからである。したがって保険制度を積立型にするか、少なくとも「世代会計」の発想を導入し、世代間での負担と給付のバランスを達成するためのメカニズムを保険制度自体に内蔵させ、長期的な視点からの制度運営の必要性が生じてきたのである。

本論文の目的は、医療保険制度の「透明性」の確保、各被保険者の医療給付に対する自己責任の明確化を一方での重要な目標としつつ、同時にプロセスとしておよび結果としての世代間での公平という目標を達成するためには、どのような制度的デザインが望ましいのかを検討し、いわゆる「積立型医療保険制度」の確立が可能となる条件を探ることにある。

## 2. 国民医療費の予測

### —予測の意義とその意義を考えた予測—

#### (1) 予測の意義

長期的な医療保険制度の健全性を維持するためには、まず第一に、医療費の的確な将来予測、第二に経済成長の的確な見通しが不可欠である。しかしながらこれらの作業はいずれもきわめて難しい。ただこの二つの難しさはやや性格を異にする。前者は、ある程度コントロール可能なものであるが、次の二つの側面を見極めるのが難しい。それは医療資源の非効率的な利用による無駄によって生じる医療費の増大と、技術の進歩によって生じる増大の見極めが難しいことである。したがって、このバランスを考慮しつつコントロールすることが望ましい。(だれでも前者を抑制し、後者は可能な限り拡大すべきであると思っているが、それが難しいのが医療の持つ特性であると考えて、制度や政策のデザインを考えるべきであろう。)

他方で、後者の経済成長の見通しに関しては、短期的にはともかく、長期的には的確な予測は絶

望的である。しかしこれを前提としても、医療保険制度のデザインのためには、一つの有効な工夫がある。それは経済が成長すれば自動的にある程度医療費を拡大し、そうでなければ抑制するというメカニズムを制度に内蔵させておけばよいのである。この点は過去においてもある程度そうになっていたが、これをより意識的に行う工夫を考えるべきであろう。以下ではこのような点に配慮した予測を行う。

**(2) 予測の方法論**

将来の医療費の予測は難しいが、次の点だけは比較的確実に予測できる。すなわち各年齢層の1人あたり医療費が一定に保たれたとして、人口の年齢構成の変化による見通しがどうなるかを予測することである。<sup>1)</sup> 以下ではまずこの作業を行い、それを「基準推計値」とし、それに基づいて各種の想定を行うことにする。なぜなら高齢化という不可避の部分とそれ以外の要因とを分けて考えることが望ましいからである。

まず、1994年時点の年齢別(5歳刻み)1人あたり医療費を一定に保つものとして、人口の年齢構成の変化のみを考慮して予測した国民医療費と各年齢階層の医療費の予測値を表1に示した。<sup>2)</sup>

また大まかな区分による予測値を図1に示した。これによると、70歳以上の年齢階層の医療費(以下70歳以上医療費の場合を老人医療費と呼ぶ。)の総額は、1994年度(平成6年度)の約8兆円から、2005年度には12.5兆円、2015年度には15.7兆円、2025年度には18.3兆円となる。また65歳以上でとると、1994年度の10.7兆円から、2005年度には15.5兆円、2015年度には19.6兆円、2025年度には21.1兆円となる。しかし65歳未満に関しては、人口構成の変化による医療費の伸びはなく、若干低下気味となる。

もちろんこれらの値は、予測値ではない。現実の医療費は1人あたりで見ても、これ以上に高い伸びを示しており、また以下ではそれが経済成長とどう関連づけられるかの検討が重要な課題である。さらに介護保険制度の導入によって、この伸びが鈍化するとすれば、どのような見通しとなるかも検討しなければならない。

**(3) 政管健保の財政収支予測**

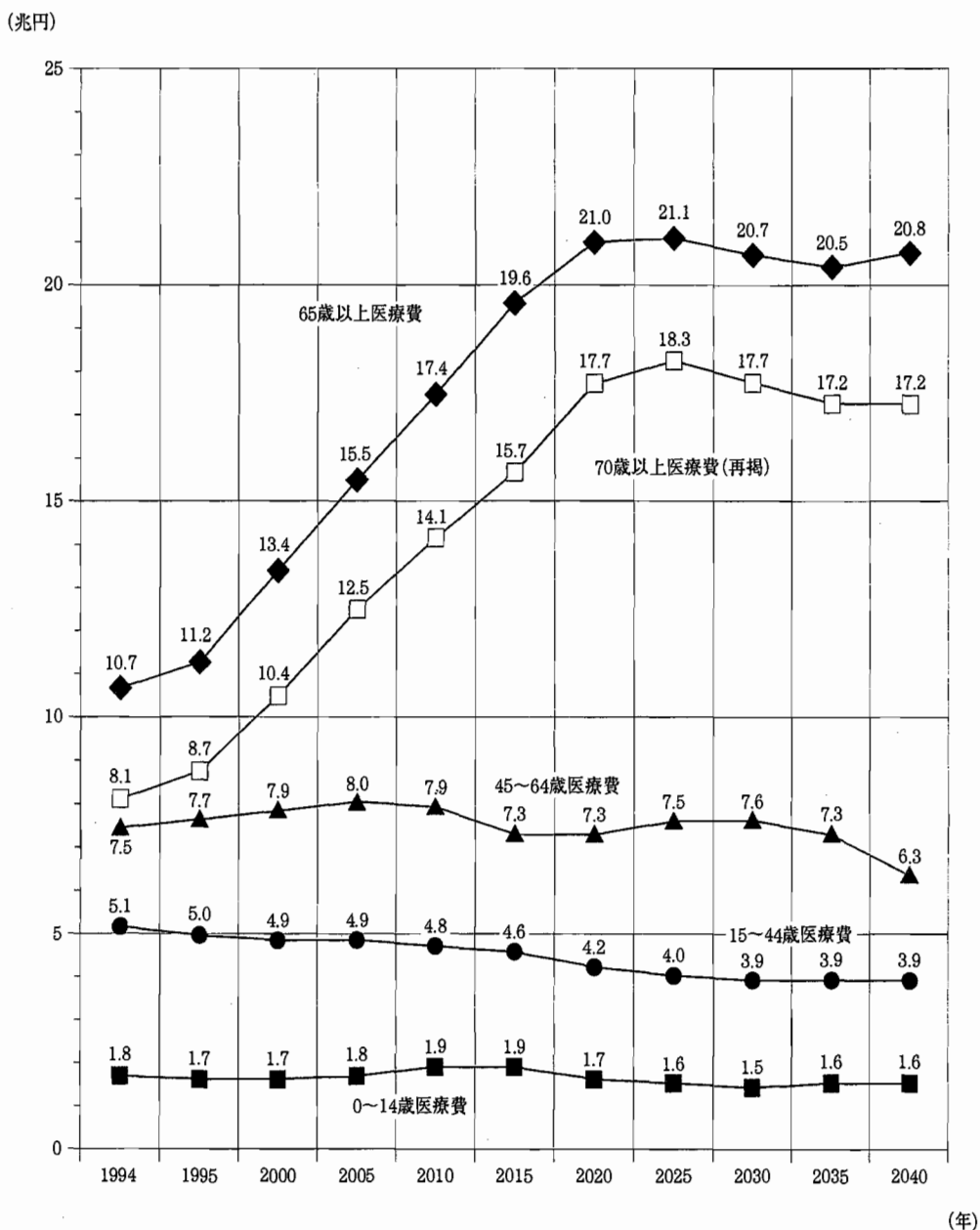
このような作業を、政府管掌健康保険(以下「政管健保」と略称)について算出する。いま概数を得るために、老人保健拠出金が老人医療費の上昇倍率と同じ率で上昇すると想定すると、政管

表1 年齢別1人あたり医療費を94年度で一定とした場合の、年齢別総医療費予測(単位 10億円)

年度	総医療費	0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70歳以上
		医療費	医療費	医療費	医療費	医療費	医療費	医療費	医療費	医療費	医療費	医療費	医療費	医療費	医療費	医療費
1994	24,997	742	580	432	426	722	774	848	931	1,392	1,517	1,605	2,014	2,327	2,576	8,111
2000	27,864	827	528	366	358	615	892	947	951	1,138	1,356	1,853	2,236	2,431	2,929	10,438
2005	30,235	908	579	346	310	538	759	1,071	1,036	1,179	1,171	1,559	2,627	2,679	3,038	12,466
2010	32,025	891	636	379	293	456	664	911	1,172	1,285	1,214	1,347	2,210	3,152	3,316	14,089
2015	33,296	814	624	417	322	440	575	797	997	1,454	1,324	1,397	1,910	2,651	3,907	15,567
2020	34,181	735	571	409	353	483	543	691	873	1,237	1,497	1,523	1,982	2,293	3,235	17,708
2025	34,187	696	515	374	347	530	596	652	756	1,083	1,274	1,723	2,162	2,380	2,844	18,257
2030	33,720	713	488	337	317	520	654	716	714	938	1,115	1,466	2,445	2,596	2,953	17,749
2035	33,153	747	590	319	286	475	642	786	783	885	966	1,283	2,080	2,936	3,221	17,243
2040	32,626	752	524	327	271	429	587	771	860	972	912	1,111	1,821	2,497	3,639	17,163

(注) 厚生省「国民医療費推計」に基づき、5歳刻みへの細分化は、厚生省「国民健康保険医療給付実態調査」と厚生省社会保険庁「政府管掌保険など医療給付実態調査」のそれぞれの年齢別医療費推計により補正した。人口推計は厚生省(旧)人口問題研究所「平成4年人口推計」による。  
(1994年度は実現値)

図1 年齢別1人あたり医療費を一定とした場合の医療費の予測



健保の場合には、2000年度には、現状（94年度16,118億円）の1.28倍（20,631億円）、2005年度には1.54倍（24,822億円）、2010年度には1.74倍（28,045億円）、2025年度には2.26倍（36,427億円）（いずれも概数）の拠出金を必要とすることになる。<sup>3)</sup>

他方で、年齢別1人あたり医療費に変化がなくても、年齢構成の変化によって医療費は変化するので、第2節で示す政管健保加入者の年齢構成の変化の予測に基づく、将来医療費予測を用いて、老健対象者以外の保険給付費を予測し、これらの

相互の関係がどのようになるかを、2000年度から2020年度までについて示したものが、表2～表5である。またそれぞれの年度につき、政管健保財政を均衡させるために、保険料率がどのように引き上げられなければならないかを同じ表で示した。これらの表では、横に1人あたり老人医療費の上昇率が年率0～1.5%の各ケース、そして介護保険制度の導入によりかりに老人医療費が20%削減できたと想定する場合を追加して、縦に政管健保加入者1人あたり保険給付費の上昇率が0～1%の各ケースを想定して示している。

表2 2000年：政管健保の老人保健拠出金と医療費給付額の予測

経済成長率がゼロで、医療費だけが上昇する場合\*（表中の「拠」は老人保健拠出金、「給」被保険者・被扶養者計の保険給付費を示す。）  
 （参考：94年度 保険料収入は55,364億円、保険料率は8.2%）

		1人あたり老人医療費上昇率（年率）		
		0%	1%	1.5%
政管1人あたり 保険給付費上昇 率（年率）  (70歳以上を除く)	0%	億円 給 45,856 拠 20,743 計 66,599  所要保険料率 8.7%	億円 給 45,856 拠 22,019 計 67,875  所要保険料率 8.9%	億円 給 45,856 拠 22,681 計 68,537  所要保険料率 8.9%
	1%	給 48,677 拠 20,743 計 69,420  所要保険料率 9.1%	給 48,677 拠 22,019 計 70,696  所要保険料率 9.2%	給 48,677 拠 22,681 計 71,358  所要保険料率 9.3%

（注1）ここで経済成長率をゼロとするのは、必ずしもそれを想定するのではなく、基準値としてとるためであり、報酬額上昇率（経済成長率）がx%のときは、上記の医療費の上昇率が（x+当該欄）と理解すればよい。詳しい説明と予測方法は、本文参照。

（注2）保険給付費のうち13%が事務費として国庫負担されるものとした。

これらの表で明らかになることは、まず第1に、かりにそれぞれの1人あたり医療費および保険給付費の伸び率が1994年度以降ゼロに保たれたとしても、2005年度には政管健保の老健拠出金はいまの1.28倍の24,873億円とならざるを得ず、保険料率が現状の8.2%から約25%高まらざるを得ないこと、第2に、それ以上に1人あたり医療費が上昇する場合は、急速に保険料率が高まること、などである。

さらに後の議論のために注目したいのは、(1) 1人あたり医療費の上昇率の差異によって負担額に大きな違いが生じること、(2) この値の推移次第によっては、保険料収入の約半分が老人保健拠出金に費やされること、である。ところでここまでは経済成長率がゼロであると想定して議論を進めたが、経済成長の影響を見るのは、これらの表を若干読み直すだけで簡単に解釈できる。保険

料収入は標準報酬月額で決まり、これはほぼ経済成長率に対応しているからである。たとえば標準報酬月額が2%上昇し、1人あたり医療費（保険給付費）が4%上昇した場合は、概数では、その差である2%（4%－2%）の1人あたり医療費の上昇があると解釈すればよい。<sup>4)</sup>

さて政管健保と老人医療費のそれぞれの過去の標準報酬月額と医療費の伸び率の関係は、図2、図3（本誌P21、P22）のようになっている。まず政管健保の被保険者1人あたりの保険給付費（以下これを医療費と呼ぶ。なおこの中には患者負担分は含まれていない。）は、1994年度、1995年度に関しては、低い報酬額の伸びにもかかわらず、高い医療費の伸びを示しているが、過去10年程度の推移を見ると、報酬月額の伸びと正の相関が見られる。これに対して、老人医療費に関しては特に近年だけでなく、過去10年間にわたっ

表3 2005年：政管健保の老人保健拠出金と医療費給付額、所要保険料率の予測

経済成長率がゼロで、医療費だけが上昇する場合\*（表中の「拠」は老人保健拠出金、「給」被保険者・被扶養者計の保険給付費を示す。）

（参考：94年度 保険料収入は55,364億円、保険料率は8.2%）

		一人当たり老人医療費上昇率（年率）				
		0%	0% 老人医療費を 20%削減	1%	1% 老人医療費を 20%削減	1.5%
政管1人当 たり保険給 付費上昇率 （年率）	0%	億円 給 46,363 拠 24,772 計 71,135  所要保険料率 8.7%	億円 給 46,363 拠 19,817 計 66,180  所要保険料率 8.1%	億円 給 46,363 拠 26,035 計 72,398  所要保険料率 8.9%	億円 給 46,363 拠 20,828 計 67,191  所要保険料率 8.2%	億円 給 46,363 拠 21,349 計 67,712  所要保険料率 8.3%
	(70歳以上 を除く)	1%	給 48,728 拠 19,817 計 68,545  所要保険料率 8.4%	給 48,728 拠 26,035 計 74,763  所要保険料率 9.1%	給 48,728 拠 20,828 計 69,556  所要保険料率 8.5%	給 48,728 拠 21,349 計 70,077  所要保険料率 8.6%

（注）表2の注参照

て経済の推移と必ずしも相関が見られない。

この違いが何に起因しているのかの原因を究明することは難しいが、いずれにせよこの点をどうとらえるのが、今後の制度改革にとってキー・ポイントとなるものと思われる。なぜならばどのような方法で、医療費の上昇を国民の支払能力の範囲内に収めることができるかを工夫することこそが、この種の制度の安定性にとって不可欠であるからである。

もちろんこのことは、医療費を国民の支払能力以下に抑えればそれで十分であるということの意味するものではない。支払能力以下に抑えることは必要条件であって、他方で、可能な支払限度の範囲で最良の医療が提供されるべく、国民がそれを負担することも同時に重要な制度の目標である。ところが現行制度は、長期的視点を欠くゆえに、一般的に、低成長期には医療費を過度に抑制

し、高成長期には過度に引き上げを認めることになりがちである。図3には示さなかったが、80年代を通じては、老人医療費の伸びも、明らかに経済の伸びと正の相関を持っていた。

第4節では、このような二つの目標、すなわち経済の短期的な変動に左右されないが、しかし支払能力の範囲で医療費を国民が負担するには、どのような制度が望ましいかを議論することにする。

ところでここ数年の医療費の動向のみに注目すると、政管健保の被保険者1人あたりの医療給付費は、年率2.5～3.0%の伸びを示し、老人医療費の伸びはほぼ4%程度の伸びを示している。そこで前者を3%、後者を4%と予測した場合の、2005年度と2015年度の保険料負担率を見ると（表3および表5）、もし今後経済成長がゼロで推移する場合には、2005年度には保険料率は14.4%、2015年度には21.7%となる。これは急

表4 2010年：政管健保の老人保健拠出金と医療費給付額、所要保険料率の予測

経済成長率がゼロで、医療費だけが上昇する場合\*（表中の「拠」は老人保健拠出金、「給」被保険者・被扶養者計の保険給付費を示す。）

（参考：94年度 保険料収入は55,364億円、保険料率は8.2%）

		一人当たり老人医療費上昇率（年率）				
		0%	0% 老人医療費を 20%削減	1%	1% 老人医療費を 20%削減	1.5%
政管1人当 たり保険給 付費上昇率 （年率）	0%	億円 給 45,731 拠 27,997 計 73,728  所要保険料率 9.9%	億円 給 45,731 拠 22,398 計 68,129  所要保険料率 9.1%	億円 給 45,731 拠 29,425 計 75,156  所要保険料率 10.1%	億円 給 45,731 拠 23,540 計 69,271  所要保険料率 9.3%	億円 給 45,731 拠 21,349 計 67,080  所要保険料率 9.0%
	(70歳以上 を除く)	1%	給 48,064 拠 27,997 計 76,061  所要保険料率 10.2%	給 48,064 拠 22,398 計 70,462  所要保険料率 9.5%	給 48,064 拠 29,425 計 77,489  所要保険料率 10.4%	給 48,064 拠 23,540 計 71,604  所要保険料率 9.5%

（注）表2の注参照

速に負担が拡大することを意味し、おそらくその拡大のスピードに国民は耐え難いであろう。10年間で（正確には1997年度からは8年間で）倍近い負担の拡大をするのはきわめて厳しい状況である。さらに注目したいのはこの場合2005年度には、10兆円近い保険料収入のうち、4兆円近くが老人保健に拠出されるという事態が生じ、ほとんど保険制度の体をなさないことになる。

しかしながら、他方で同じ医療費の伸びを想定し、経済成長率が年率2%台を達成したとしよう。その場合には2005年度の保険料率は11.7%、2015年度のそれは14.4%となり、それほど大きな負担率にはならない。当然のことであるが、医療費の負担感を経済成長の伸びに大きく左右されるのである。

ただここで重要な点は、経済見通しの的中確率がきわめて低いことである。だとすれば、短期的

な景気変動の波にさらされず、しかしながら長期的な経済の動向に応じて自動的に給付額を伸縮できる制度を工夫することであろう。第4節で提案する「積立型医療保険制度」の提案は、このような経済の動向に短期的にはなく、長期的動向に自動的に調整することができるという点がメリットとなるはずである。

ところでここまでは、老人医療費の抑制の可能性について言及してこなかった。少なくとも老人医療費に関しては、おそらく今後さまざまな工夫をして、その絶対額を抑制する方向に制度を変更していく必要がある。しかしながら国民が耐え難いほどの大幅な自己負担の拡大をするのでない限り、患者負担の拡大はあまり有効な医療費抑制策であるとは思えない。患者負担の拡大によって抑制しようという試みは、いわゆる「コスト・シフティング」といって、医療費の拡大を抑制する

表5 2020年：政管健保の老人保健拠出金と医療費給付額、所要保険料率の予測

経済成長率がゼロで、医療費だけが上昇する場合\*（表中の「拠」は老人保健拠出金、「給」被保険者・被扶養者計の保険給付費を示す。）

（参考：94年度 保険料収入は55,364億円、保険料率は8.2%）

		一人当たり老人医療費上昇率（年率）				
		0%	0% 老人医療費を 20%削減	1%	1% 老人医療費を 20%削減	1.5%
政管1人当 たり保険給 付費上昇率 (年率)	0%	億円 給 42.428 拠 35.189 計 77.617	億円 給 42.428 拠 28.151 計 79.597	億円 給 42.428 拠 36.984 計 79.412	億円 給 42.428 拠 29.587 計 72.015	億円 給 42.428 拠 30.327 計 72.755
		所要保険料率 11.2%	所要保険料率 10.1%	所要保険料率 11.5%	所要保険料率 10.4%	所要保険料率 10.5%
(70歳以上 を除く)	1%	給 44.592 拠 35.189 計 79.781	給 44.592 拠 23.151 計 72.743	給 44.592 拠 36.984 計 81.576	給 44.592 拠 29.587 計 74.179	給 44.592 拠 30.327 計 74.919
		所要保険料率 11.5%	所要保険料率 10.5%	所要保険料率 11.8%	所要保険料率 10.8%	所要保険料率 10.7%

(注) 表2の注参照

ことができず、ただ単に患者に転嫁するのみにすぎないこと、が十分予想される。<sup>5)</sup>

いわゆる薬剤の多用などによる拡大は避けなければならないが、仮に薬剤の多用を防いだとしても、それによってできる余裕分は、ある程度ケアの充実に向けるべきであるというのが国民の大多数の意向であると思われる。

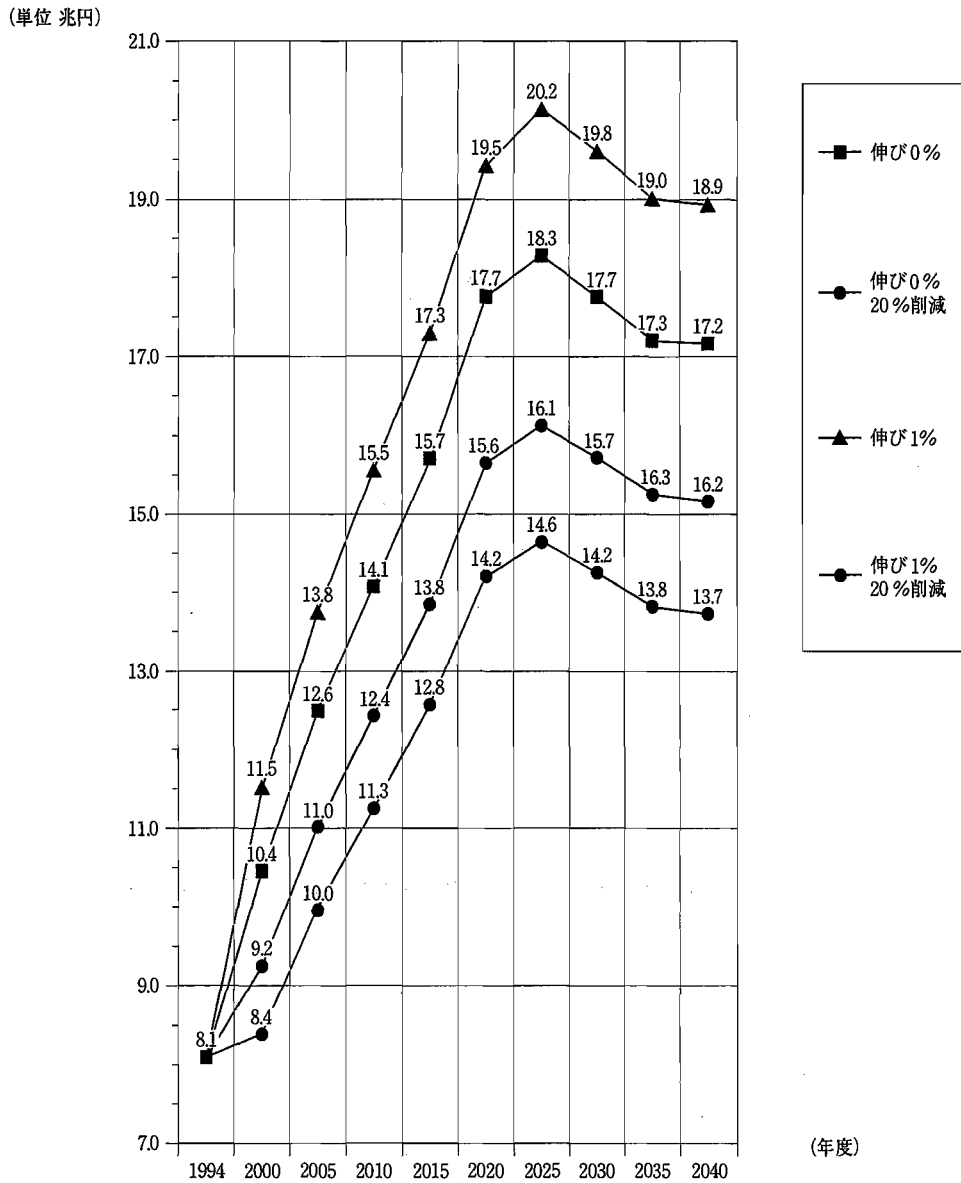
しかしながら介護保険制度の導入や介護関連医療の充実、ある程度医療費の拡大を防ぐことができる。とはいえこれに過度に期待をすることは現実を直視しない見解であって、おそらくこれらの充実、医療費の伸びを高々2割程度抑制する程度であろう。それはいわゆる「社会的入院」に要している費用相当分が、これによって節減することを期待できるからである。しかしこれによる削減分もあまりに過大に期待すべきではないことは、二木立[1996]（第1章「老人の「社会的入院」

医療費の推計）」に示されている。同氏はこの額を1992年度時点で約9,000億円と推計している。かりにこれが過少な推計であるとしても（すなわち入院が必要か必要でないかの境界線にいる患者も福祉施設や在宅へ移行したとしても）1994年時点の老人医療費81,000億円の最大20%程度しか削減できないであろう。

そこでここでは、いくつかのケースを想定して、先に見た老人医療費の予測の若干の修正を試みる。そのいくつかのケースの予測値を示したのが、図4である。ここでは、1人あたり老人医療費に全く変化がない場合、これについてさらに20%削減が可能な場合、1人あたり老人医療費が年率1%の伸びを示し、かつ20%削減が可能な場合、1人あたり老人医療費が年率1%の伸びを示し、削減ができない場合、を図2に示した。この最後のケースを標準予測と考えて、これを平均値とし



図2 各種想定のもとでの老人医療費の予測



て想定し、各種のバリエーションに応じた政策をとることが望ましいのではないかと考える。

ここで、経済が成長するときになぜ医療費も上がらざるを得ないのかという、理由を簡単に説明しておこう。その理由は、一般勤労者の賃金、給与が上昇すれば、それに応じて医療関係者の報酬も上らざるを得ないということである。無駄な医療費は避けなければならないが、決して現状で特に優遇されているとはいえないどころか、やや低い水準にある医療関係者の労働条件を、経済の成長に応じて拡大する必要があるのは当然であり、この結果いくら努力しても削減することができな

い医療費部分がかなりを占めるという現実を直視すべきであろう。

このケースの想定は、先に示した老人医療費年率1%の上昇の場合とほぼ同じであり、2005年時点での保険料率は9%程度になる。そこで老人保健拠金の拡大を抑制するためには、公費のこれへの投入を必然化させることを直視すべきだということになる。しかしながら同じ公費を投入するにしても、いまの制度のままではさまざまな問題がある。この点を第4節で議論することにするが、第3節ではこの準備作業として、各種医療保険制度における加入者数がどのように推移するかの子

図3 政管健保：平均標準報酬月額伸び率と被保険者1人あたり保険給付費の伸び率の関係

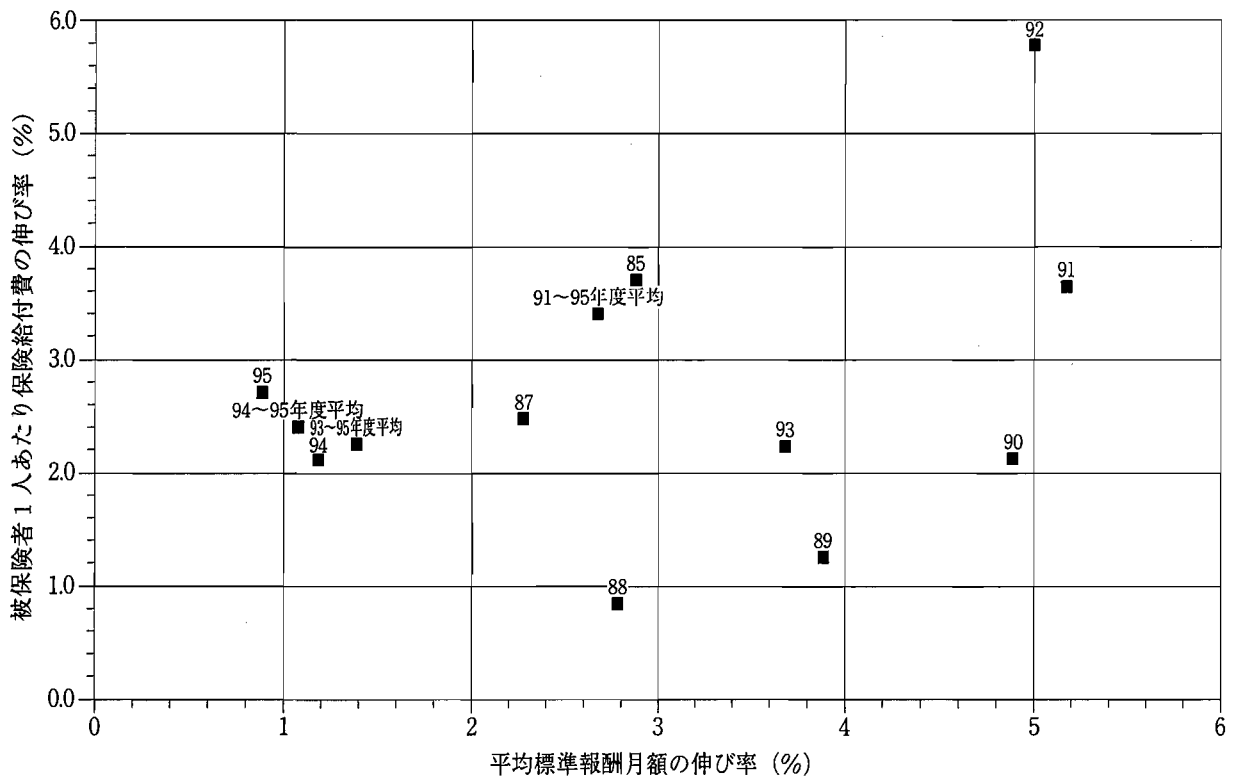
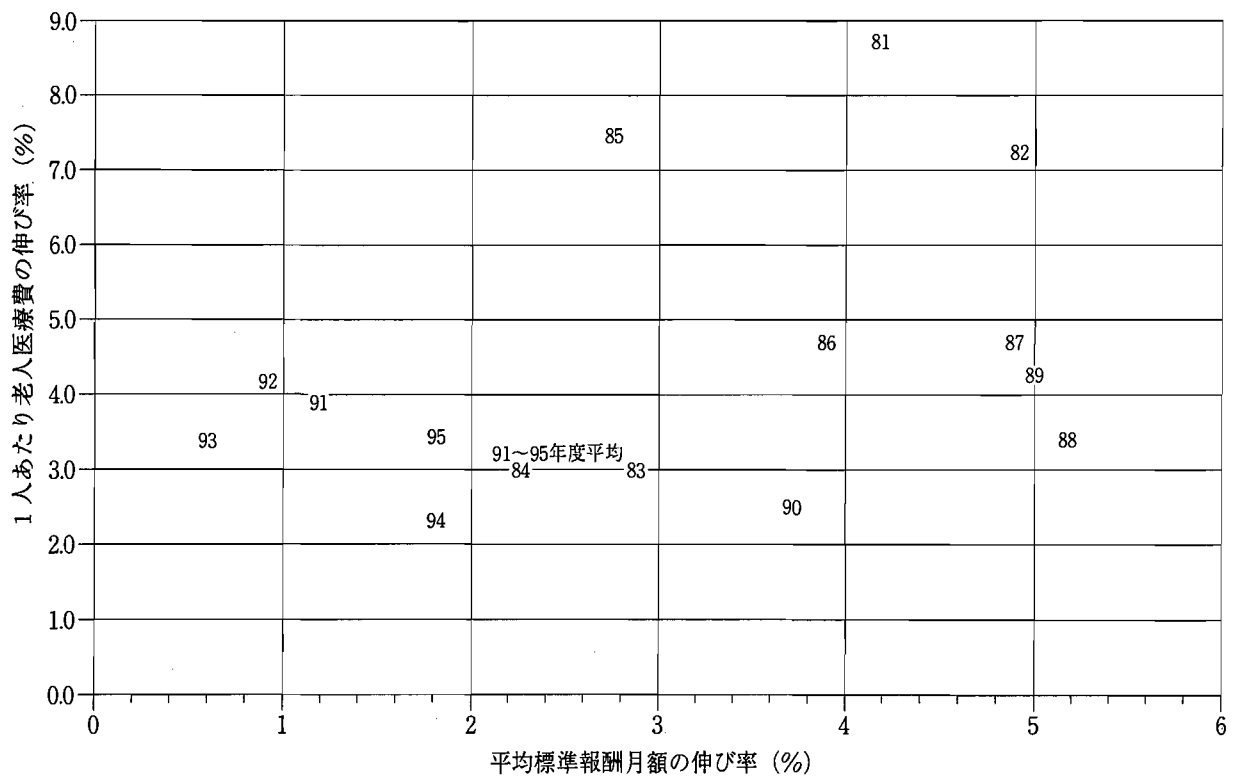


図4 政管健保の平均標準報酬月額伸び率と1人あたり老人医療費の伸び率の関係



測を行う。

### 3. 各種健康保険制度における加入者数の予測

この節の目的は、各種被用者保険における今後の加入者数の見通しを示すことにある。ただそのこと自体が本論文の最終的な目的ではない。本論文においてこの作業が必要なのは、次の第4節で展開する積立型医療保険制度の可能性を検討するにあたって、「被扶養者」数の見通しが必要だからである。

#### (1) 推計手続き

ここでは「政管健保」、「組合健保」（健康保険組合全体を一括して予測）、国保組合を被用者保険に含めてこれと共済組合、船員保険などを一括して「その他の被用者保険」とし、それぞれ、年齢別の加入者数を被保険者、被扶養者にわけて予測する。まず1994年度の年齢別の各保険制度加入者を表6に示した。これにもとづいて予測を行うが、方法は単純で、まず労働省雇用政策研究会の「年齢別・男女別労働力推計」（1995年発表）

を基礎に、年齢別労働力を求め、たとえば政管健保の被保険者は、各年齢階層（5歳刻み）ごとに、労働力に占める割合が1994年時点と同じであると想定する。同じく同推計と人口推計（厚生省「人口問題研究所（平成4年推計中位推計値）」から「年齢別非労働力」を求め、被扶養者に関しては非労働力に占める割合が1994年と同じ状態が続くとする。<sup>6)</sup>

したがってこれらの原推計が正しいとすれば、一応人口の年齢構成の変化、労働力率の変化は考慮に入れたことになる。ただ最近時に公表された人口問題研究所の6年度新推計ではないので、高齢化、少子化をそれぞれ過小に推計していることになることは注意しておきたい。

#### (2) 推計結果

推計結果は表7に示す通りである。ここでは以下の議論との関係での、主な特徴のみをコメントしておく。まず労働省の労働力推計は、2010年までしかないので、2015年以降は、2010年の労働力率と同じとしたために、2025年まで加入者数は、あまり激しく変化しない。特に以下の議論での関心は、各種医療保険の、被保険者と被扶養

表6 年齢別各種保険制度加入者数（1994年度）

	政管組合合計			その他の被用者保険 (国保組合を含む)			被用者保険計 (国保組合を含む)			国保(市町村のみ)			(G)と (J)の 合計	労働力	人口計
	被保険者数 (A)	被扶養者数 (B)	加入者計 (C)	被保険者数 (D)	被扶養者数 (E)	加入者計 (F)	被保険者数 (G)	被扶養者数 (H)	加入者計 (I)	有所得加入者数 (J)	無所得加入者数 (K)	加入者計 (L)			
0-19歳	683	17987	18676	158	4377	4545	856	22365	23221	6	6054	6060	863	1567	29281
20-24歳	4737	2350	7097	680	399	1018	5416	2699	8115	60	1811	1871	5477	7445	9986
25-29歳	4655	1472	6128	731	231	962	5386	1704	7090	737	845	1582	6123	7026	8672
30-34歳	3639	1690	5335	771	359	1131	4411	2055	6466	638	793	1431	5048	5990	7897
35-39歳	3425	1637	5061	832	422	1304	4307	2058	6365	744	797	1541	5051	6328	7906
40-44歳	4076	1821	5896	1003	448	1452	5079	2269	7348	1149	997	2146	6229	7955	9494
45-49歳	4345	1715	6059	1051	415	1467	5396	2130	7526	1327	1123	2450	5723	8432	9976
50-54歳	3821	1510	5331	922	364	1287	4743	1825	6618	1359	1086	2445	5102	7442	9063
55-59歳	3026	1178	4204	675	263	937	3701	1440	5141	1415	1297	2712	5116	5876	7853
60-64歳	1765	940	2705	392	209	601	2157	1149	3306	2298	1716	4914	4455	4137	7320
65-69歳	747	785	1532	205	216	421	952	1001	1953	2208	2066	4274	3160	2900	6227
70歳以上	391	2471	2862	130	821	952	521	3293	3814	2909	4635	7544	3430	1704	11368
合計	35315	35572	70887	8009	8067	16076	43324	43639	86933	14851	23219	38070	58175	66802	125633

表7 各種保険制度の加入者数の見通し

単位 千人

	1994	2000	2005	2010	2015	2020	2025
被用者保険（国保組合を含む）	96,963	86,578	86,275	85,270	83,821	82,120	80,105
被用者保険被保険者計	42,241	43,325	42,960	41,762	40,002	38,886	38,860
15-44歳	24,884	24,825	24,697	23,857	22,238	20,411	19,811
45-59歳	13,711	14,268	13,513	13,322	13,310	13,454	13,593
60-69歳	3,094	3,478	3,817	4,493	4,231	3,264	3,541
70歳以上	522	754	934	1,094	1,214	1,377	1,410
被用者保険被扶養者計	44,722	43,253	43,314	43,508	43,819	43,254	41,745
0-14歳	16,357	15,522	16,258	17,145	17,040	15,895	14,629
15-44歳	17,364	15,539	14,395	13,390	13,222	12,977	12,610
45-59歳	5,544	5,802	5,405	4,846	4,823	5,234	5,265
60-69歳	2,166	2,235	2,327	2,590	2,579	2,195	2,070
70歳以上	3,292	4,155	4,929	5,537	6,155	6,952	7,171
国保計	38,070	40,807	43,070	48,128	46,213	46,222	45,701
0-14歳	4,057	3,813	3,971	4,203	4,205	3,936	3,618
15-44歳	10,573	10,245	10,127	9,938	9,570	9,001	8,678
45-59歳	7,608	8,024	7,827	7,035	6,895	7,483	7,674
60-69歳	8,288	9,016	9,552	10,849	10,979	9,334	10,315
70歳以上	7,544	9,708	11,593	13,103	14,570	16,468	16,978

者の比率がどのように推移するかであるが（その理由は次節で述べる）、各種制度の財政事情を大きく変えることはない。特に高齢者の被保険者が増えると、各種保険制度の財政事情を好転させるが、労働省予測をよほど上回る労働力化が進まないと、現行予測では、必要保険料率を先に述べたものより1%ポイント以上上げることは難しい。

国民健康保険加入者は、上記の被用者保険加入者予測の求めた後、残余として人口予測値から推計したが、勤労層に関しては、厚生省保険局国民健康保険課推計よりかなり下回ることになった。このどちらの推計的中率が高いかは、今後の自営業者やフリーターなどの見通しの差異によるものと思われる。本論文の基礎にする予測では、これらの同じ年齢階層での比率が変わらないとしているので、この見通しが異なれば結果は厚生省推計の方が適切であることになる。この点については精緻なモデル予測ではないことに注意しておきたい。

いずれにせよ、70歳未満の者に関しては、市町村国保加入者が減少し、国保組合ないし被用者保険加入者が増大する。この点は以下に述べる積

立型医療保険制度の維持をより容易にする。

#### 4. 積立型医療保険制度の構想

##### (1) 基本構想

それでは、このような認識の上に立って、長期的に医療保険制度の財政運営を安定化させるためには、どのような手段を講ずればよいのだろうか。この方法の一つの考えは、いわゆる「医療保険制度の積立化」を図ることである。この発想それ自体は特に本論文の独創ではない。基本的なアイデアはアメリカにおけるコトリコフに由来する。<sup>7)</sup>彼は、社会保障全般に関して「世代会計 (Generation Accounting)」の発想を導入し、アメリカにおける社会保障において、世代間の所得再分配がどのように推移しているかを検討した。またこの発想にもとづいて、年金だけでなく、医療においても「各個人」が支払った医療保険料と受給する医療給付がバランスするようにすべきであるという提案もある。

しかしながらここで検討するのは、アメリカに

おける発想のような「個人単位」ではなく、「グループ単位」で世代間の医療の負担と給付をバランスさせるという発想である。またここでいう「積立型」というのは、基本的には公的年金制度を議論するさいに用いられる「積立方式」と「賦課方式」の差異をイメージすればよい。周知のように、公的年金制度においては、日本の現状は、次第に積立方式から賦課方式に移行し、世代間の分配問題が深刻になっている。またこのため再び積立方式へ移行すべきとの提案もある。以下の議論の基本的なアイデアはこれと軌を一にする。

基本的な構想は以下の通りである。

①まず世代、たとえば5歳刻みの各年齢階層を単位として、その階層が支払った保険料の積立額が、その世代の生涯にわたる医療給付額をまかなうことができるようにする。一般に、各時点における保険料支払額と保険給付額とは、各年齢層に応じバランスはしない。たとえば勤労世代に入る20歳代までは当然のこととして給付額のみであり、この時点では要した医療給付額だけ、会計計算上赤字を計上する。20歳代以降50歳台に至るまでは、逆に一般的には保険料納付額が給付額を上回る。しかしここでの黒字分はまず、20歳までの医療給付費の返済に充て、ついで残りを積立しておき、老後の医療給付のために充当する。積立金の運用方法については自主運用を認めることも考えられるが、本論文ではのちに説明するように、制度の急激な変更を避けるため、一定の利率で老人保健の財源調達に貸し付ける。

②20歳代になるまでは、ほとんどの者が被扶養者であるが、20歳代を超えても、すべての年齢階層に関して少なからずの被扶養者が存在する。これに対する給付は、個々の被保険者の被扶養者に応じてではなく、同一世代の被保険者が一括して責任を負うものとする。

③各世代ごとに家族分を含めた予想必要医療給付を計算し、これに応じて適切な保険料率を定める。世代ごとに保険料率は異なってもよいが、同一年齢階層において、保険料を標準報酬月額に比

例させるかどうかなどは、全国的に一律なものを設定する。すなわち世代間の再分配は原則として行わないが、世代内の再分配ルールは一律のものとする。ただしのちに具体的に述べるように、これは保険制度において世代間再分配を行わないという趣旨であり、特にこの制度への移行に伴う世代間の調整は税制度、すなわち公費負担によって行う。

④将来望まれる医療給付額には不確実性がある、すなわち技術の進歩により所要給付額が拡大したり、現行の医療給付のうちの無駄が排除された結果、所要医療給付額が予想を上回ることがあり得るが、これに対しては適宜長期的な視点から、たとえば5年を単位として保険料の引き上げないし引き下げを行う。この作業はこの制度の運用上きわめて重要であって、短期的な変動には影響されず、しかし長期的な成長の趨勢を見通した経済予測と医療費予測とが前提とされる。もちろん(たとえば年率10%を上回るような)思いもかけない急成長が実現したりした場合には、世代間の分配の公平という観点からさらに調整を行うことはありうる。そして保険料率の設定は、各年齢階層ごとに生涯所要医療費を算定して行う。この場合原理的には年齢ごとに保険料が異なることを想定する。しかしこれはあくまでも予期せぬ経済変動に基づく変化を調整するためのものとし、可能な限り年齢にかかわらず同じ保険料率とすることを旨とする。

この方式の利点は、将来不確実な日本の人口の年齢構成に、大きな影響を受けない点である。各年齢階層の平均寿命の変化には適宜対応して、保険料負担額を調整しなければならないが、少子化がなお一層進展しても、同一世代のバランスのみを考慮すればよいからこれに影響されることはない。ただし労働力化の動向は、保険料収入額を左右するので、常に考慮に入れるべきであるということになる。

⑤この方式の利点は、各世代がそれぞれの医療に関する負担と給付のバランスに関心を持ち、かつ責任をもって運営できるという点がもっとも重

要な点である。もちろん「責任を持たされる」と言い代えてもよい。また言うまでもなく未成人に関しては給付赤字額のみを会計処理して、運営の責任は成人が代わって行く。それ以外の年齢階層に関しては、最終的には審議会などで保険料率の決定や診療報酬を決めるという現行方式を踏襲するものの、それに先だって、各年齢階層ごとの有識者からなる小委員会を設定し、医療費の状況や技術進歩の動向などの資料を示し、また予想生涯医療給付額を検討し、保険料率について理解を求めなどをとする。

⑥この制度は、現行の被用者保険および国保加入者などすべての国民に関して一本化して行くべきである。一本化が可能であること、また現在指摘されている一本化にともなう困難をいかに考えるかについては、後に述べる。ただし以下の数量的な説明は、データ処理の関係から、政管健保を例にとって行う。

⑦以上のようにこの提案の内容はきわめて単純であり、原理的には複雑な制度ではない。もし財政調整が不必要であれば、制度の明解性、透明性は明らかである。また同一世代間での国民全体の連帯性を基礎とするので、高齢化に伴う世代間の軋轢（あつれき）を避けることができる。しかしながら現時点で一気に、現行の制度からこれへの移行を行うことは不可能であり、移行にともなう措置に関して、当然のこととしてさまざまな問題が生じる。これについては、以下で政管健保の制度変革を例にとって検討する。

なおこの種の制度に移行するからといって、直ちに医療費の抑制が可能となったり、また将来見込まれる高齢化に伴う負担増が、現時点で解消するわけではない。むしろ場合によっては負担増を求めることになる。しかしそれは自らのたとえば老後のための負担増であり、この点は理解しやすいものとなろう。

他方で、移行に伴う措置としての高齢化、すなわち既に高齢者になっているものための負担増は、税制度において調整されることを前提としているので、この方式が現時点の問題の解決の万能

薬ではない。また移行への調整をスムーズに行おうとすればするほど、結局は、ただ財政上の会計計算の組み替えを行うにすぎない、という異論もでしょう。しかしながら、ここ数年先だけを見越した制度改革ではなく、数十年にもわたる超高齢社会における医療制度を維持していく工夫として、特に以下の点で重要な意味を持つものと思われる。

⑧この制度の発想は、現代の福祉国家が共通して抱える「経済構造の変化の予測の難しさから生じた世代間の再分配問題」を解決することを意図している。今後の日本の経済構造が、従来通りの比較的高い経済成長を維持しうるのか、あるいは高齢社会を迎えて長期的な停滞が必至であるのかは、きわめて予測の難しい点である。この制度の特徴は、短期的な景気変動には影響を受けず、しかしながら比較的長期—5年ないし10年レベル—toわたって、さまざまな不確実性に柔軟に対応して制度を安定的に維持することができる点に、大きな特徴があるといってよい。この点は結びにおいて再び説明する。

## (2) 確認しておくべきこと

以上が基本構想の具体案であるが、ここで、近年の医療保険改革の提案とそれをめぐる議論を振り返り、この基本構想との関連を整理しておきたい。最近の議論では、教科書的、あるいは理論的な議論と現実の制度との間にある大きなギャップを踏まえていないことが多く、そのために無用の混乱が生じている。ここで示す基本構想は、いわばそのようなギャップを埋めようという試みであるがゆえに、これを整理したうえでないと、以上の提案も誤解される可能性があるからである。

第1節で述べた、広井[1996a][1996b]の問題提起をきっかけに交わされている論争は、きわめて興味深いものであるが、筆者には、以下の大きな論点において、いずれの著者の議論にも納得できない箇所がある。まず第一は、税方式をとる場合と社会保険方式をとる場合との、世代間の分配の差異をめぐる理解であり、第二は、社会保険制

度における「リスク」概念の理解に関するものである。

第一の論点は、視点のおきどころの違いに基づく見解の相違である。これは、広井[1997a]に象徴的に見られる。そこでは、本論文の基礎となった西村[1994]を批判して、積立方式を採用すると、若年世代に「二重の負担」（現在の老人医療費と自分たちが年をとったときの医療費）を強いることになるとしている。しかしながら、この点は、現実的に見ても、また理論的視点からも納得しがたい。まず現実的な議論としては、筆者の提案からの反論は、老人医療財源を税に求めようとする広井提案に対する伊原[1997]の批判と同じである。伊原氏は、高齢者の医療保障を税で行えば、「給付水準その他の条件は、若年世代に比し低いものとなるのではないか」、また「国家財政の窮乏時には、ミーンズテストの導入が検討される」ことになってしまうとし、給付が低くなることを示唆し、これに不安を示している。

また理論的に考えても「二重の負担論」は視野が狭いといわざるを得ない。広井氏、伊原氏は、ともに共通して「税財源によれば、そうでない場合と比べて老人医療費が削減される」という発想から出発しているが、国民の立場からすれば、当然このような発想に対して、次のような疑問が出る。すなわちなぜ税財源ではそうならざるを得ないのかという疑問である。それは厚生省の管轄外であるというのでは議論にならない。どのような場合であれ、世代間の分配の公平は、給付と税と社会保険料を合計した負担とで判断されるべきである。また理論的に見た場合、税が、消費税、所得税のいずれで調達されるか、また年金給付に課税するかなどによって、世代間の分配が変化する。したがって二重の負担論は一概には成り立たないのである。

第二の論点として筆者がここで指摘したいのは、これまでの多くの社会保険研究者によって常識とされている論点に対する批判である。それは、「社会保険は、同質的な集団による相互扶助システムである」という言葉の意味に関してである。

この種の議論においては、「同質的な」という場合のその言葉の意味が二様に混乱して用いられている。一つの意味は「集団の構成員の持つリスクがほぼ同じ」という意味であり、医療保険に関していえば、もちろん疾病にかかるリスクのことを指す。いま一つ同質性は、心理的な意味での「同質意識」というべき「連帯性」という意味である。たとえば同じ職場に勤務する人々は、たとえば疾病にかかるリスクが異なっている、帰属意識という点で同質的であると見なされる。

さてこの2点の混同を避けることに注意して、その意味を考えてみよう。実は上記の2点の峻別が必要であることを、広井[1997b]は「アングロサクソン型」と「アルペン型」という表現で示している。前者はここでいうリスクの差異を中心とした同質性に対応し、後者はここでいう「連帯」に対応した同質性の理解である。そして広井氏は、このような観点から堤氏や堀氏の批判に答えている。筆者は、彼の指摘する「アルペン型」から「アングロ型」への転換の必要性には同意するものであるが、ただこのような「あいまいな表現による区別は、かえってシステム転換後の姿を不明確にするという意味で同意できない。<sup>8)</sup>

そもそもリスク、とくにここでは疾病のリスクというのはどのようにして測られるのだろうか？ここで注目したいのは、F. ナイトの指摘による「主観的リスク」と「客観的リスク」の区別である。まず出発点となるのは、個々人の持つ「主観的リスク」であるが、これはあくまで心理的なものであり、「個人によって認知されるリスク」である。

任意保険の場合には、人々はこれを基礎として決定をするわけであるから重要であるが、社会保険の場合には、一定の集団内での強制保険であるから、「客観的リスク」が重要な役割を果たす。もっとも、主観的リスクも無視する訳にはいかない。集団への帰属意識の差異などで、リスク把握が異なるし、逆に主観的リスクがあまりに異なる場合に、無理に同質化させられる帰属意識が薄れるからである。

さてこの客観的リスクをどう考えるかであるが、通常はこれは、集団内の過去の実績（病歴）や年齢を基礎に測定される。この場合、個々の被保険者の特性をどの程度詳細に細分化して、リスクを測定するかが問題となるが、社会保険が私保険と区別されるのは、これを恣意的には細分化して測定しないところにその特徴がある。たとえばある集団内に既往歴から見てきわめて病弱な人がいても、その人々のリスクを別途測定することをせず、あたかも均質的なリスクであると見なすのである。

そして社会保険の重要な成立要件として、このような操作をその構成員が受容し得るものであるかどうかは鍵となる。もちろんこれは程度の問題であって、「受け入れたくないが、やむを得ない」というのも「受け入れる」と解釈することはできよう。しかし多数の人々が受け入れがたいと考える状況では、これを無理矢理存続させようとすれば、さまざまな形、たとえば保険料の不払いなど、での問題が生じる。

ここで既存の保険論、社会保険論における整理の問題点を指摘しておこう。それはたとえ私保険であっても、このような操作は、ある程度行われるという現実についてである。たとえばかなり私保険の論理が貫徹しているといわれるアメリカの民間医療保険の場合でも、完全に個人々の既往歴などを把握して、それに応じたリスクを測定することはしない。言い方を換えれば、私保険におけるリスク・クラス分類はかなり恣意的なのである。この点に注意しておくことは、一見すると魅力的に見える私保険における「選択の自由」の意義がそれほどでもないことを知るうえでも、きわめて重要である。この点は後に再論する。

ところで、社会保険の私保険と比べての特徴は、以上の点だけではない。他方で、所得比例によって保険料を徴収するなど、所得移転の要素が加味される。社会保険に所得再分配的機能を持たせることを否定するものはない。ただここで注意したいのは、上記のリスク把握とこの再分配とを混然一体のものとして見なすと、「誰から誰にどの程度

の再分配を行っているのかがきわめてあいまいになる」という点である。

筆者は、現在の医療保険制度が抱えている問題は、ここに集約できると考える。現行制度では、若年世代の保険料のかなりが、高齢者の医療給付に拠出されているが、これは世代間の他人への所得の再分配なのか、将来の自分のための負担なのかがわからないのである。さらに同一集団内での所得再分配の場合には、たとえそれがリスク分散機能と混然一体となっても、帰属意識のゆえに納得できることがあるが、集団以外との間での再分配に関しては、税体系全般の公平性を判断するにあたって、あいまいさが障害となる。

以上の前置きを前提として、まず広井氏の立論に賛成でき、堀氏の認識に脱落している点を述べる。堀氏は、広井氏に対し「所得移転は租税で、リスク分散は保険で」というのは観念的で硬直的に過ぎると批判しており、この見解には同意できるが、現行制度が、この二つの目的に関してあまりにもわからなくなり過ぎている点を無視している。そしてリスク分散の意義がきわめてあいまいになっていることの最も大きな要因が、年齢の差異に基づくことを深刻に受けとめるべきであろう。そうであるがゆえに、筆者は、年齢別に保険制度を再編し、一本化することを提案しているわけであるが、ここでさらに次の点にも注目しておきたい。それは年齢以外に関しては、日本の医療給付が、ほとんど均質化しているという点である。言い換えればリスクは年齢要因以外に関してはほとんど同質的であるということである。岩本[1996]および岩本・竹下・別所[1996]が明らかにしているように、近年は、異なる保険制度間での医療費の格差はほとんどなくなっている。したがって年齢以外の要因を除けば、国民全体を通してのリスク分散はきわめて容易になっているのである。もちろんこのようにいえば、被用者保険とそれ以外とで、所得と所得の把握の状況が異なるのだから、制度を一本化すれば、給付面での公平は保てても、負担面での公平が保てないという批判があり得るが、これに関しては、そこに関してのみ税を投入



することによって調整を行うことが可能である。  
(この点は岩本[1997]も参照。)

次に広井氏の提案に同意できない点を述べよう。一つは、高齢者に関して独立した制度を設けることに関してである。広井氏が高齢者の医療と介護とを統合すべきであるとする点は同意できるが、これを税でまかなうということの根拠は、それが実質的に所得移転としての性格が強いことにあるが、これは堀氏によっても批判されているように、あまりに単純すぎる。社会保険制度自体も十分所得移転機能を持つからである。また広井氏は、老人も含めた保険制度でのリスク調整が難しいことを根拠に高齢者=税を提唱しているが、筆者の提案ではこの問題は生じない。(広井[1997b] p.31参照。)

広井氏の提案で、賛成できない第二の点は、保険者の選択制である。この点は広井氏自身も将来的な課題とし、控えめな表現を行っているが、少なくとも次のような立論は納得できない。すなわち世界の医療保障が、アングロサクソン型へ移行する趨勢にあるから、という根拠は、あまりにも根拠が弱過ぎるのである。保険の経済学における「情報の不完全下での保険市場の資源配分機能」に関する研究の教えるところでは、さまざまな商品が開発された場合に、きわめて不都合なことが多数生じることを示唆している。これをここでは詳細に述べる余裕はないが、一例のみを注で示す。<sup>9)</sup>

**(3) 移行に伴う問題点と調整措置**

積立方式を採用するとして、若年層に関しては、たとえば現在20歳代までに対しては、問題は比較的単純である。③で述べた予測値としては、現行の各年齢階層の加入者が負担すべき、被扶養者を含めた平均医療給付額を求め、それを現在価値に換算し、必要保険料率を求めればよい。たとえば政管健保を例にとると、1人あたり医療費が現行通りであると想定して、かつ運用利率を2%とした場合には、表8に示したように、いくつかの階層でかろうじて生涯収支の黒字が生じる。しかし運用利率を0とした場合は、すべての階層で赤

**表8 2000年時点での各年齢階層の医療保険料と医療費の生涯収支**

年齢階層	2000年時点での現在価値 (利率2%) 千円	2000年時点での現在価値 (利率0%) 千円
0-4歳	586.029	-547.251
5-9歳	1020.227	-186.162
10-14歳	1397.21	154.038
15-19歳	1617.229	377.577
20-24歳	1800.435	588.165
25-29歳	1383.783	256.684
30-34歳	739.661	-263.597
35-39歳	-56.09	-910.924
40-44歳	-1043.833	1731.845
45-49歳	-2165.017	2680.719
50-54歳	-3265.461	-3617.094
55-59歳	-4252.386	-4469.252
60-64歳	-4918.055	-5036.906
65-69歳	-5025.306	-5082.284
70歳以上	-4705.578	-4720.689

字が生じる。ただ2%老人医療費上昇を前提としても、上記のように介護保険制度の導入により20%程度の削減が可能であるとすれば、やはり40歳代までの若年層で、黒字となる。

これはある意味では当然の結果である。現行制度の現実を詳細に検討すると、このことは当然の帰結である。直観的にわかりやすい例でこのことを示そう。同表の推計の基礎には、表9に示すような現行制度での世代間での医療費負担と給付の収支があるが、これによると、現時点での年齢ごとの収支を横断面でみた合計の収支は、すべての階層で赤字になっている。かりにいま経済成長もなく、1人あたりの医療費にも変化がなく、また利率も考慮しないで、同じ状態が続くという想定では、現在の政管健保加入者は、どの年齢階層も、生涯にわたる医療給付額をまかなえるだけの負担をしていないのである。(理由は簡単に公費が投入されているからである。)このような想定で、表8は次のように読みとる。現行の保険料支払額と年齢別医療費を前提とすれば、政管加入者は、(被扶養者を含めた)1人あたりで、生涯約1千万円の保険料を支払うが、受ける給付額は生涯で約1千4百万円に達する。

表9 各年齢階層の加入者1人あたりの年間保険料・医療給付費（被扶養者分は、同じ年齢階層の被保険者が負担するものとして計算被保険者1人あたりではなく、加入者1人あたりであることに注意）

	加入者1人あたり年間保険料支払(千円)	加入者1人あたり保険給付費(千円)
0-4歳	0	87.043
5-9歳	0	74.854
10-14歳	0	43.121
15-19歳	6.777	43.543
20-24歳	126.735	64.095
25-29歳	175.942	88.245
30-34歳	191.646	91.016
35-39歳	213.187	93.178
40-44歳	231.908	106.287
45-49歳	249.734	149.989
50-54歳	246.826	183.773
55-59歳	228.227	240.308
60-64歳	188.037	313.421
65-69歳	141.997	345.065
70歳以上	49.561	713.864
合計(70歳以上については2倍してある。)	2100.137	3351.665

現在の医療保険制度が抱えている深刻な問題は、今後一層増える（他人の）高齢者の給付をどのように負担するかであると理解されているが、実は高齢化が進まなくても、平均的な政管健保加入者自身が、現行の保険料払いでは自らの老後の医療給付さえ負担できないというところにも問題があるのである。以下に示すように、本論文の提案は「せめて自分の老後の負担分だけでも」保険料でまかなう制度にすべきであるという意味をも含んでいると理解されてよい。

それではこのような制度がこれまでなぜ維持し得たか。答えは簡単で、経済成長があったからで

ある。いわば「拡大するパイ」を前提とした「ネズミ講」のようなものであったのである。その意味で、現状の深刻さを、政策当局も医療関係者も、さらに国民もすべてが認識すべきであろう。ただ繰り返すが、今後の経済成長が絶望的であるという想定のもとで、本論文のような提案を行うのではない。いかにして経済成長の変化に柔軟に対応できる制度を作るかということが急務なのである。<sup>10)</sup> しかしいずれにせよ、本論文の提案は、公費投入の拡大だけでなく、合わせて保険料の引き上げも求める提案である。

さて具体的には、生涯積立方式に移行するさい、過去の負担分をどのように考慮するかという問題が生じる。たとえば高齢者や高齢に近いものは、既に支払った保険料だけでは、支払い能力を失う老後の医療給付分をとてまかなえない。そこで唯一可能であると思われる方法は、不足分を公費で負担することである。

この負担額はかなり大きいものであるが、現行制度のままで推移し、老人保健に対する拠出金と公費負担額とが増加している場合と比べなければ、ここで提案する新制度と現行制度との優劣を比較することはできない。

結果的には、表10に示すように、現行制度では2020年ごろから急速に税投入必要額が増加するのに対して、ここで提案する制度では、2000年から、かなり保険料率を引き上げることもあって、2020年頃からは、公費負担額は急速に低下する。このどちらを選択するかは、政治的な判断に委ねられるべきであるが、「自らの世代の将来の医療費を、自らが責任をもって負担していく」という意識が確立できれば、ここでの提案は、国民に納得のいくものとなるのではないだろうか。

表10 必要公費負担額の比較：現行制度と長期積立型制度の場合の比較

	現行制度のまま		積立型	
1994 年度	老人医療費	81,596億円	老人医療費	81,596億円
	老人医療公費負担分	24,913億円	老人医療公費負担分	24,913億円
	老人保健保険者拠出金計	52,861億円	老人保健保険者拠出金計	52,861億円
	政管老人保健拠出金	16,118億円	政管老人保健拠出金	16,118億円
	政管保険料率	8.2%	政管保険料率	8.2%
2000 年度	老人医療費	104,383億円	老人医療費	104,383億円
	老人医療公費負担分	32,062億円	老人医療公費負担分	100,091億円
	老人保健保険者拠出金計	68,029億円	老人保健保険者拠出金計	0億円
	政管老人保健拠出金	20,743億円	政管老人保健拠出金	0億円
	政管保険料率	8.7%	政管保険料率	8.7%
2005 年度	老人医療費	99,725億円	老人医療費	99,725億円
	老人医療公費負担分	30,631億円	老人医療公費負担分	87,876億円
	老人保健保険者拠出金計	64,994億円	老人保健保険者拠出金計	0億円
	政管老人保健拠出金	19,817億円	政管老人保健拠出金	0億円
	政管保険料率	8.6%	政管保険料率	8.6%
2010 年度	老人医療費	112,711億円	老人医療費	112,711億円
	老人医療公費負担分	34,620億円	老人医療公費負担分	58,766億円
	老人保健保険者拠出金計	73,457億円	老人保健保険者拠出金計	0億円
	政管老人保健拠出金	22,398億円	政管老人保健拠出金	0億円
	政管保険料率	9.1%	政管保険料率	9.1%
2015 年度	老人医療費	125,337億円	老人医療費	125,337億円
	老人医療公費負担分	38,498億円	老人医療公費負担分	30,148億円
	老人保健保険者拠出金計	81,685億円	老人保健保険者拠出金計	0億円
	政管老人保健拠出金	24,907億円	政管老人保健拠出金	0億円
	政管保険料率	9.6%	政管保険料率	9.6%
2020 年度	老人医療費	141,664億円	老人医療費	141,664億円
	老人医療公費負担分	43,513億円	老人医療公費負担分	25,786億円
	老人保健保険者拠出金計	92,326億円	老人保健保険者拠出金計	0億円
	政管老人保健拠出金	28,151億円	政管老人保健拠出金	0億円
	政管保険料率	10.1%	政管保険料率	10.1%
2025 年度	老人医療費	146,058億円	老人医療費	146,058億円
	老人医療公費負担分	44,862億円	老人医療公費負担分	15,456億円
	老人保健保険者拠出金計	95,189億円	老人保健保険者拠出金計	0億円
	政管老人保健拠出金	29,024億円	政管老人保健拠出金	0億円
	政管保険料率	10.3%	政管保険料率	10.3%

## 注

- 1) ただしもちろん人口の年齢構成の見直しにも不確実性がある。この論文では、厚生省「人口問題研究所」の平成4年推計に基づいて各種予測を行っているが、論文作成中に発表された「社会保障・人口問題研究所」の新たな将来推計人口に基づいていない。本論文の内容は、これに基づいて再計算する必要があるが、本文中でも述べるように再計算を行っても、ここでの趣旨は変わらないものと考えている。
- 2) 表1に示されている70歳以上医療費と現行の老人保健制度の医療受給対象者を対象とするいわゆる「老人医療費」とは正確には一致しない。この制度は65～69歳の一部を含んでいるからである。しかしながら、その乖離はほんのわずかであるので、以下では特に断らない限り表1で推計した70歳以上の者の医療費を老人医療費ということにする。ちなみに筆者の推計した94年時点の70歳以上医療費は表に示すように81,110億円で、老人保健制度による老人医療費は81,596億円である。
- 3) この節での予測は、あくまで現行の制度のまま推移した場合のものである。後の第4節で、本論文で提唱する「積立型医療保険制度」の場合との異同を議論する。
- 4) 厳密には、被保険者数および被扶養者数の変化およびそれらの年齢構成の変化を考慮に入れなければならないが、後の第3節に示すように、あまり大きな変化は見られないので、概数値はあまり変わらない。ただし第3節では、これらの変化も考慮に入れた予測を行っている。
- 5) 筆者は、老人医療費の上昇の主因が患者負担の低さにあるという見解をとらないが、それでは老人医療費が他の年齢階層に比して急増した原因はなんだろうか。医療側の対応もさることながら、たとえば薬剤の多用があってもそれにクレームをつけない患者自身に問題があると考え。その背景には、若い間にはあまり医療に関心を持たず、老後になって、時間コストが減ることなどもあって、突然医療機関と対応をはじめるといふ若年での医療に対する無関心がある。そして老人医療のあり方に関してその対応を、あまりに厚生省に頼りすぎたともいえる。このような問題意識が一国民が若い間により老人医療に関心を持てる制度、それは結果として抑制を望むかも知れないし、拡大を是とするかも知れない—以下の積立型医療保険制度の提案の背景にある。
- 6) この推計根拠の詳細の説明は、限られた指数の関係でここでは省略する。関心のある方は著者に問い合わせられたい。
- 7) コトリコフ『世代会計』（日本経済新聞社、1994年）参照。
- 8) 広井[1997b]（上）の29ページ「保険者をめぐる2つの論点」の節は、社会保険制度の意義の変質という点に関する限り、同氏の「1996a」[1996b]に対する、堤[1996]、宇野[1997]、井口 [1997]、堀[1997]などの批判に対する回答になっており、ここの大部分に関して筆者は広井氏と見解と一にする。しかしこのような指摘を踏まえて、同論文後半で広井[1996a][1996b]を繰り返して、高齢者=税、若年世代=保険を主張し続けるには、論理の飛躍がある様に思える。なぜ高齢者のみに対して税財源を主とするのかの根拠が十分に説明されていない。また広井氏の議論の進め方で気になるのは、氏が元同僚と思われる大部分の人々の批判に答えながら、堀氏の批判にはまともに答えていないのではないかと思われる点である。そこで以下では、筆者は堀氏に答える形で議論を進めることにする。筆者自身、広井氏が自画自賛するような、「厚生省関係者が公開の場で議論を行うことが進んできたこと」を歓迎するものであるが、やはり堀氏の批判にもまともに答えるべきではないだろうか。堀氏は、広井氏が「突き抜け方式」や「老人独立方式」といった言葉を用いて、自らの著作によって議論が引き起こされたことと述べることを批判し、これらは既に昭和40年代から繰り返し検討されてきたものであることを指摘しているが、その議論と問題提起とがどのように異なるのかを説明すべきであろう。  
以下では、筆者が広井氏に代わって堀氏の批判に答え、広井氏とは別の根拠でここ20年ほどの間、高齢者=税財源とすることを主張する訳であるが、以下の本文でも述べるように、広井氏自身の言葉の利用による議論の展開は納得できない。「アングロサクソン型」と「アルペン型」の比較というのも、やはり過去の議論を踏まえられないもので、いたずらに混乱を招くばかりであると思われるのである。（ただし重要な一点で、筆者は広井氏と見解を異にする。）また、筆者の邪推であることを願うが、厚生省官僚に向けてだけ議論しては、前段で指摘したように、たとえば税一般をめぐるマターはあまり議論しないということになりがちなので、これまでの学界の議論との交流も是非望みたいものである。
- 9) 情報の非対称性があるとき、すなわち保険者が被保険者のリスクを知り得ないときには、たとえ保険供給市場が競争的であってもいわゆる逆選択という現象が生じることは、保険の経済学や不完全情報の経済学で大きな話題となった。一例としては、リスクの高い人とリスクの低い人とを区別できないため、

結果的にはリスクの高い人だけが保険に入るといったことがおきるのである。詳しくはRothschild, M. and J.Stiglitz[1976] 参照。

- 10) 政管健保の運営は、平成元年のバブル経済下において、いったん単年度赤字からのがれた。このとき、中期財政安定化基金が創設されて、財政運営の長期的な安定を目指す試みが行われた。

これは本論文の趣旨にも合うきわめてすぐれた政策であったが、しかし残念ながらその時点で、同時に保険料の引き下げが行われ、その後の措置も十分ではなく、結果的には、現時点で深刻な財政危機を迎えるに至った。この経験を見ても現行制度が「長期的視点を欠く」と批判されてもやむを得ないものと思われる。

## 参考文献

- 1) 伊原和人[1997]「高齢社会における社会保険制度の課題「高齢者=税、若年世代=社会保険」方式の課題(上)(下)」『社会保険旬報』2月21日号、3月1日号
- 2) 岩本康志[1996]「試案・医療保険一元化」『日本経済研究』No.33、11月(日本経済研究センター)
- 3) 岩本康志・竹下智・別所正[1997]「医療保険財政と公費負担」『ファイナンシャルレビュー』(11月)
- 4) 宇野裕[1997]「高齢者の医療保障と社会保険原理」『社会保険旬報』5月21日号
- 5) 広井良典[1996a]「医療保険と社会保障の将来像」『社会保険旬報』8月1日号、8月11日号、9月1日号、9月21日号
- 6) 広井良典[1996b]「医療保険における高齢者の位置付け(上)(下)」『社会保険旬報』11月21日号、12月1日号
- 7) 広井良典[1997a]『医療保険改革の構想』(日本経済新聞社)
- 8) 広井良典[1997b]「医療保険改革「論争」に応える(上)(下)」『社会保険旬報』6月21日号、7月1日号
- 9) 堀勝洋[1997]「高齢者の医療・介護の社会扶助方式の妥当性」『社会保険旬報』8月11日号
- 10) Kotlikoff, L. J. [1992] Generation Accounting-Knowing Who pays, and Whenm for What We Spend, The Free press. (『世代の経済学』香西泰監訳、日本経済新聞社)
- 11) 二木立[1996]『日本の医療費』(医学書院)
- 12) 西村周三[1994]「保険医療のシステム化」佐口卓・伊東光晴編『日本経済と社会保障』
- 13) Rothschild, M. and J.Stiglitz[1976] "Equilibrium in Competitive Insurance Market: An Essay on the Economics of Information," Quarterly Journal of Economics, 80, (Nov.)
- 14) 堤修三[1996]「社会保険構造改革を考える視点」『社会保険旬報』10月1日号

## 著者連絡先

〒606-8501  
京都市左京区吉田本町  
京都大学経済学部  
TEL: 075(753)3440  
FAX: 075(753)3492

教授 西村 周三

依頼論文

## On the Possibility of Full-funded Social Health Insurance

Shuzo Nishimura, Ph. D.\*

Health insurance system in Japan will soon face the financial crisis because of the growing number the elderly people who expend nearly half of total health care expenditures. In this paper, I investigated the possibility of full-funded social health insurance system which is not based on individual account, but requires the solidarity among the same generations. What I have inquired was (1) future prediction of health expenditures for each generation, (2) prediction of health insurance premiums for each generation, and (3) transitional problems from the present system to proposed full-funded system.

**[key words]**

Full-funded social health insurance, prediction of health expenditures, prediction of health insurance premiumus, nsurance benefits, risk of becoming sick, intergenerational solidarity

---

\* Professor, Faculty of Economics, Kyoto University