

人口高齢化と医療費

岩本 康志

1 人口高齢化が医療費増加に与えた影響

1.1 国民医療費の推移

本稿では、わが国での少子・高齢化の進展が医療費と医療保険に与える影響を展望し、今後の政策的対応への含意を検討する¹。日本の状況を対象とするが、参考となる米国の研究についても触れることにした。

1997年度の国民医療費は29兆651億円、国民1人当たり医療費は23万400円となった²。図1が示すように、国民医療費の対GDP比は上昇を続け、97年度には5.7%に達している³。国民医療費の動向と同時に、国民医療費に占める老人医療費の割合が上昇していることがよく指摘されており、高齢者の増加が国民医療費増加の原因であるという認識をもつ人も多いようである。しかし、「国民医療費の増加＝高齢者の増加」という図式はかならずしも正しいとはいえない。かりに、高齢者比率に変化がなく、各年齢の医療費が同率で成長していたとすると、国民医療費に占める老人医療費の割合に変化はないが、国民1人当たり医療費は上昇するのである。確かに人口高齢化は医療費増加の要因のひとつであるが、老人医療費が国民医療費を上回って増加を続けることのみを見ていると、全体的な医療費の増加の役割を見逃してしまうことになる。

では、医療費増加のなかで、高齢化はどの程度重要な要因であったのか。厚生省は、国民医療費の推計と同時に、医療費増加率を人口増、価格変化、人口の高齢化、その他の4要因に分解した計数を発表している（表1）。人口増と価格変化の要因を除去することによって、国民1人当たり実質医療費の成長率が得られる。これは、1980年から97年の平均で4.6%となる⁴。「人口の高齢化」要因とは、年齢によって1人当たり医療費が異なる点を

¹ 高齢者人口の増加は、医療費だけではなく、介護費用の増加にもつながるであろう。このため、本来ならば医療と介護の両方を視野にいれた考察が望ましい。しかし、公的介護保険の導入により介護をめぐる環境が大きく変化しようとする現状では、医療と平行的に長期的な議論をおこなうための研究の蓄積が不足しており、本稿ではやむを得ず、医療に関心をしばっている。

² 国民医療費は厚生省大臣官房統計情報部において毎年推計公表されているが、推計方法の全体が明らかになっているわけではない。公表データより国民医療費の数値を再現しようという試みが辻(1995)によってなされている。

³ 厚生省の発表では、対国民所得比が重視されているが、国際的には対GDP比が用いられるので、本稿では対GDP比で議論をおこなう。

⁴ 医療費データはほとんどが年度で集計されているので、本稿で使用・引用する数値の多くは年度ベースであるが、以下では文脈で判断できる限り、年度と暦年をとくに区別しない。

图1 国民医療費（対GDP比）

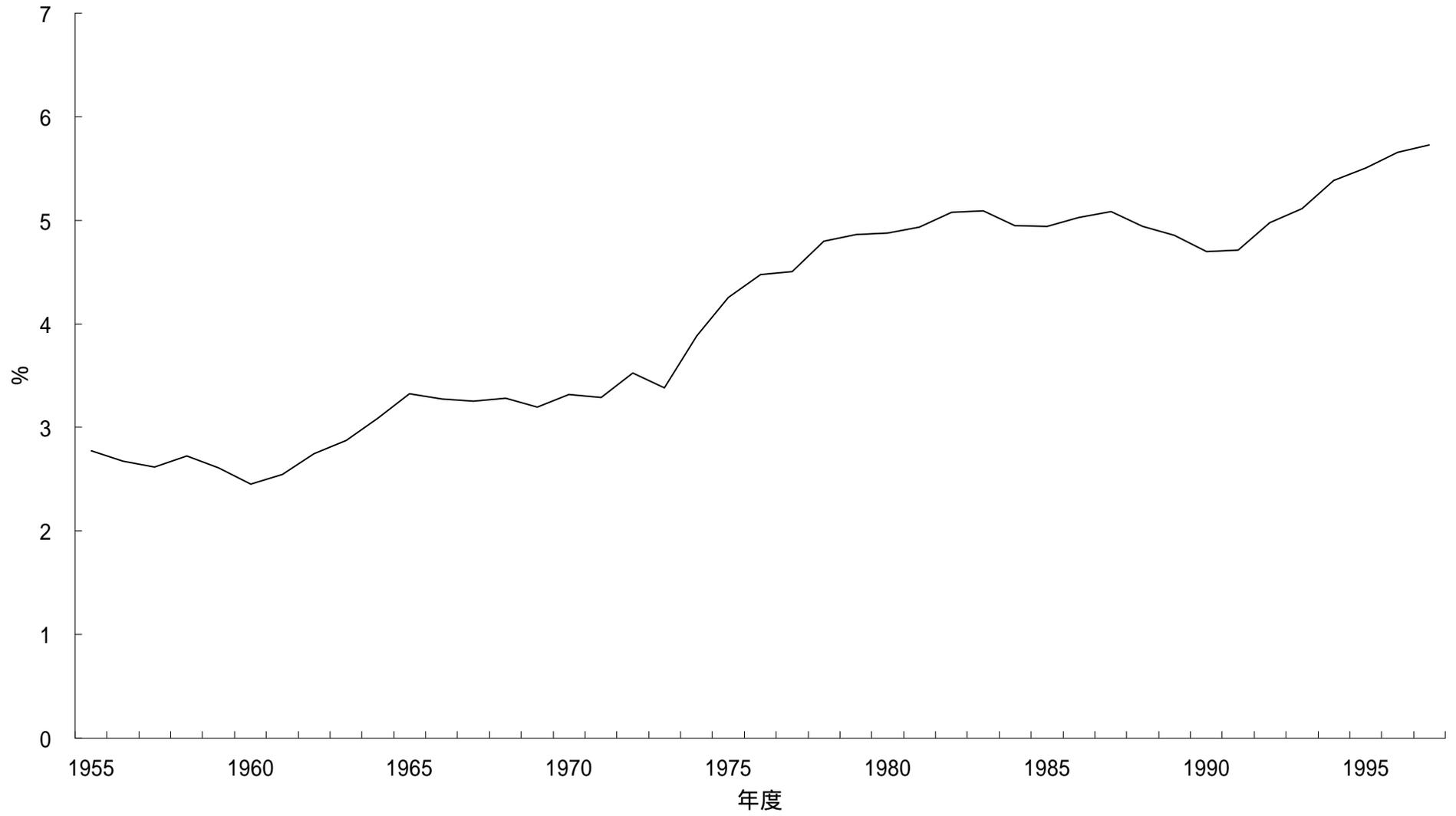


表1 国民医療費増加率の要因分解

(%)

	増加率			要因分解	
	国民医療費	国民1人 当たり医療費	国民1人 当たり実 質医療費	人口構成	その他
1980	9.4	8.6	8.6	1.0	7.5
1981	7.4	6.7	5.0	1.0	3.8
1982	7.7	7.0	7.0	1.2	5.7
1983	4.9	4.2	5.5	1.2	4.3
1984	3.8	3.2	5.2	1.2	4.0
1985	6.1	5.4	4.2	1.2	3.0
1986	6.6	6.1	5.4	1.2	4.1
1987	5.9	5.4	5.4	1.2	4.1
1988	3.8	3.4	2.9	1.3	1.6
1989	5.2	4.8	4.0	1.3	2.7
1990	4.5	4.2	3.2	1.6	1.5
1991	5.9	5.6	5.6	1.5	4.0
1992	7.6	7.3	4.8	1.6	3.0
1993	3.8	3.5	3.5	1.5	2.0
1994	5.9	5.7	3.8	1.5	2.1
1995	4.5	4.1	3.4	1.6	1.7
1996	5.8	5.6	4.8	1.7	3.0
1997	1.9	1.7	1.3	1.8	-0.5
1980-1997	5.6	5.1	4.6	1.4	3.2
1980-1993	5.9	5.4	5.0	1.3	3.7

(出所) 『国民医療費』(厚生省)。

(注) 増加率の期間平均は、各年の増加率の単純平均として計算した。

調整するもので、年齢階層別医療費を一定として、人口構成の変化のみによって生じる医療費の変化を示したものである。1980年から97年の平均で、人口の高齢化による医療費の成長率は1.4%となる。17年間で人口高齢化によって、国民1人当たりの負担は27%上昇したことになる。また、1人当たり実質医療費の成長に占める高齢化要因の比重は約30%である。のこりの3.2%の成長率は、平均的個人に対する医療サービス投入の数量的増加によるものと解釈される。1980年から97年までの17年間に、医療サービスの投入が71%増加したことになる。

このように、1人当たり実質医療費の変化は、人口構成の変化による部分と全般的な医療費の増加（数量的増加）に分解される。人口高齢化が医療費増加に果たした役割については、二木(1995)が既存研究を展望してまとめたように、これまでの先進国の経験では、高齢化要因の比重は小さかったという認識がもたれている。米国を例にとると、医療費の増加の原因として、人口の高齢化の影響は微小で、技術進歩が最も大きな要因であったことが確認されている。例えば、Newhouse (1992)は、1950年から1987年の間の医療費の増加で、人口の高齢化で説明できる部分は15%であるとしている。Cutler (1997)は、1940年から1990年の間で人口の高齢化で説明できるのは全体の2%であると推計している。

二木(1995)は、OECD 諸国における人口高齢化を原因とする医療費増加率を推計し、日本の増加率は1990年代にはは欧米諸国に比べて相当高いとしている⁵。

1.2 年齢階層別医療費の推移

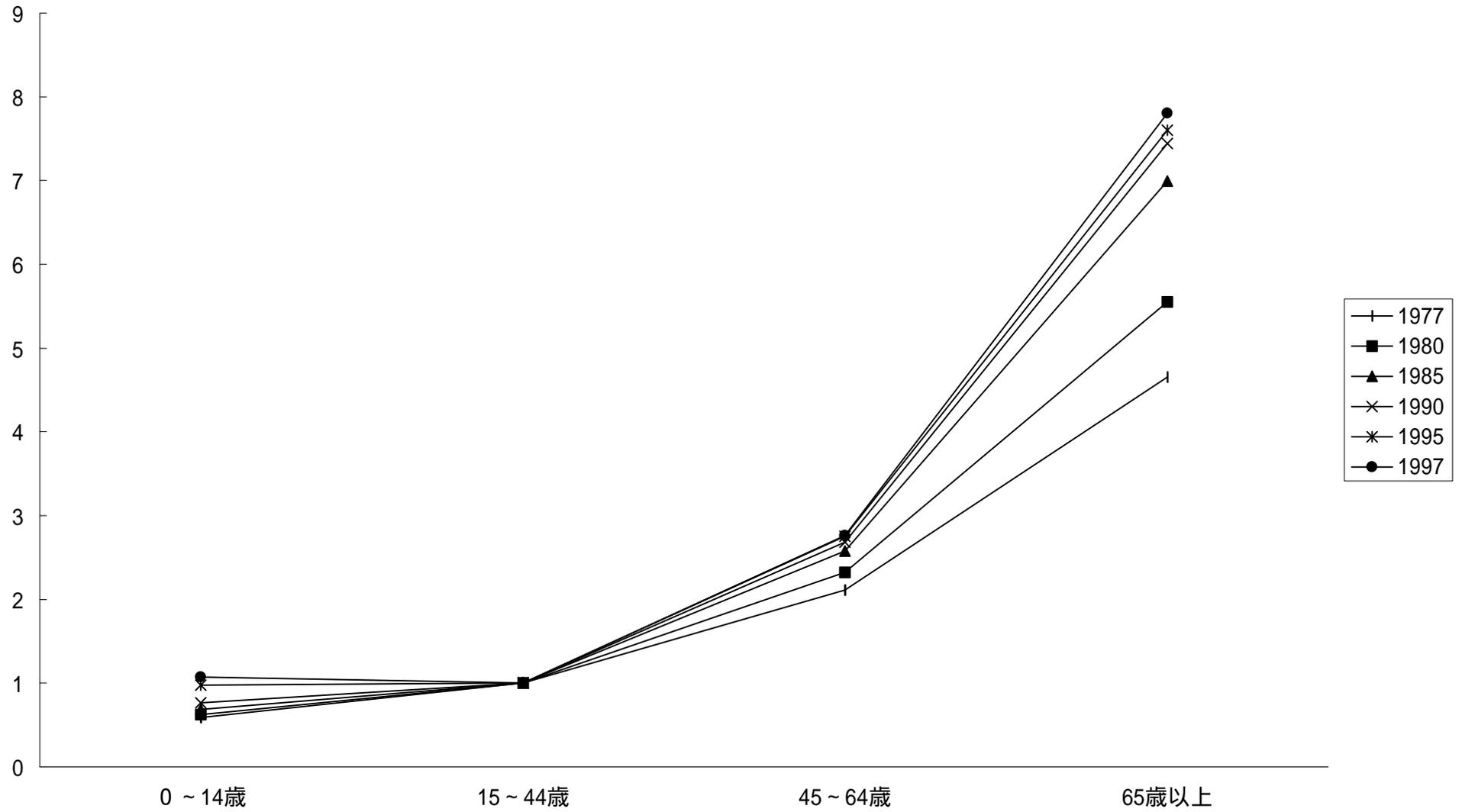
国民医療費の推計では、0～14歳、15～44歳、45～64歳、65歳以上の年齢階層別の1人あたり医療費も同時に推計されている。図2は、年齢階層別の1人あたり医療費（15～44歳階層を1に基準化）の1977年から1997年までの推移を示したものである。65歳以上の高齢者の1人あたり医療費は、15～44歳層に比較して、1977年の4.6倍から7.8倍に増加したことがわかる。とくに、80年から85年の間の上昇幅が大きい。

高齢者の医療費の伸びが大きいという現象は、米国でも観察されている。Cutler and Meara (1998)は、National Medical Expenditure Survey等の調査を用いて、年齢階層別の医療費の変化を分析した。1歳未満と65歳以上の2つの階層が、とくに高い医療費の伸びを示している。1963年から1987年の間では、1～64歳の医療費の年間成長率が4.7%であるのに対し、1歳未満が9.8%、65歳以上が8.0%となっている。さらに、乳児層の増加率が中堅層を超過する部分の89%は、同階層の医療費支出の上位10%によって説明でき、高齢者層では超過分の66%が同様に説明できることから、医療費の集中現象が、両階層の医療費の伸びをもたらしたことが示唆される。

Cutler and Meara (1999)は、National Long-term Care Surveyを用いて、1985年から1995年の間の65歳以上の年齢階層別の医療費の変化を分析し、65～69歳の年間成長率が

⁵ なお、二木(1995)は将来推計もおこなっており、2000年以降は欧米諸国に比べてやや高い水準まで低下するとしている。

図2 年齢階層別医療費の推移



2.0%であるのに対し、85歳以上は4.3%におよび、高年齢層ほど医療費の伸びが大きいことを示した。また、85歳以上の高い伸びの原因は、home health care や skilled nursing care のような post-acute service が増加したことであることを指摘している。

1.3 医療費の実質化の問題

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

名目医療費を実質化する価格指数については、国民医療費増加の要因分解から得られるものに加え、『国民経済計算』（経済企画庁）、『消費者物価指数』（総務庁統計局）のなかの物価指数、さらに個別研究による代替的な価格指数の推計（医療経済研究機構[1996]、藤野[1997]）がある。

『国民経済計算』（経済企画庁）では、家計の目的別最終消費支出の「医療・保健」、対家計民間非営利団体の目的別最終消費支出の「医療」、一般政府の目的別最終消費支出の「保健」がある。表2は、家計最終消費支出の「医療・保健」、対家計民間非営利団体の商品・非商品販売の「医療」、一般政府の商品・非商品販売の「保健」の価格指数の推移をまとめたものである⁶。1980年から97年の家計最終消費支出での価格増加率は年平均2.1%と、国民医療費での価格指数の同時期の数値0.4%よりもかなり高い。

表3は、『消費者物価指数』での「保健医療」と、その内訳の「医薬品」、「保健医療用品・器具」、「保健医療サービス」についての価格指数と増加率を示したものである。1980年から97年の増加率は年平均で2.0%と高く、内訳で見ると、「保健医療用品・器具」は0.7%と低いが、「保健医療サービス」が2.8%と高くなっている。

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

医療経済研究機構(1996)、藤野(1997)は、『社会医療診療行為別調査』（厚生省）をもとに価格指数を推計している（表4）。1959年から93年までの医療費価格指数と増加率の数値を示している。1959年から93年までの指数を推計した藤野(1997)によれば、1980年から93年までの平均価格上昇率は2.5%となり、国民医療費での価格指数増加率を大きく上回る。1979年から1993年までの価格指数を推計した医療経済研究機構(1996)は、各年に生

⁶ 対家計民間非営利団体と一般政府の最終消費支出とは、産業の負の営業余剰に対応するものである。ここでは、家計に販売される医療サービスの価格に関心があるので、対家計非営利団体と一般政府は商品・非商品販売の価格指数をとっている。これらは家計によって購入されるので、家計の最終消費支出「医療・保健」の一部に相当する。

表2 『国民経済計算』の医療費価格指数

年度	家計 医療・保健		対家計民間非営利団体 医療		一般政府 保健	
	指数	増加率(%)	指数	増加率(%)	指数	増加率(%)
1970	40.3		41.4		31.3	
1971	41.2	2.3	41.6	0.4	33.9	8.2
1972	44.9	9.0	42.9	3.1	37.1	9.6
1973	45.4	1.1	47.9	11.7	43.6	17.3
1974	54.0	19.0	58.0	20.9	55.6	27.6
1975	58.4	8.1	63.4	9.4	61.8	11.2
1976	66.3	13.5	71.4	12.7	68.2	10.3
1977	69.2	4.4	76.4	6.9	71.8	5.3
1978	76.7	10.9	78.9	3.4	73.8	2.8
1979	78.2	1.9	83.6	5.8	77.9	5.5
1980	79.8	2.0	89.7	7.4	82.6	6.0
1981	81.9	2.7	92.0	2.6	83.4	1.1
1982	83.6	2.1	94.0	2.2	85.7	2.7
1983	83.9	0.3	94.2	0.2	86.0	0.4
1984	87.4	4.3	94.3	0.1	86.4	0.4
1985	93.1	6.5	94.6	0.4	86.9	0.6
1986	95.9	3.0	94.4	-0.3	93.5	7.7
1987	97.1	1.3	95.3	1.0	94.8	1.3
1988	97.4	0.3	95.3	-0.1	95.2	0.4
1989	98.8	1.4	98.2	3.1	98.1	3.1
1990	100.4	1.6	99.6	1.4	100.1	2.0
1991	100.8	0.4	101.2	1.6	101.9	1.8
1992	106.0	5.1	101.9	0.6	102.9	1.0
1993	107.1	1.1	101.8	-0.1	102.9	0.0
1994	109.0	1.8	101.7	-0.1	103.0	0.1
1995	109.6	0.5	101.5	-0.2	102.9	-0.1
1996	111.6	1.8	101.0	-0.5	102.5	-0.3
1997	113.6	1.8	102.3	1.3	103.8	1.2
1980-1993		2.3		1.0		1.7
1980-1997		2.1		0.8		1.4

(出所) 『国民経済計算』(経済企画庁)。

(注) 指数は、1990暦年 = 100。

表3 『消費者物価指数』の医療費価格指数

年度	指数 (1995年 = 100)				増加率 (%)			
	保健医療	医薬品	保健医療用 品・器具	保健医療 サービス	保健医療	医薬品	保健医療用 品・器具	保健医療 サービス
1955	36.2	44.0	33.5	19.3				
1956	35.7	43.6	32.7	19.3	-1.1	-1.0	-2.3	-0.1
1957	35.5	43.2	33.0	19.3	-0.7	-0.9	0.7	0.0
1958	34.7	42.0	33.0	23.1	-1.9	-2.7	0.2	19.7
1959	34.1	41.0	32.3	28.3	-2.0	-2.4	-2.3	22.2
1960	33.2	39.2	31.7	28.6	-3.1	-3.5	-1.4	1.3
1961	34.8	37.2	33.3	32.0	5.2	-5.3	4.9	11.9
1962	36.7	36.7	33.6	35.0	5.3	-1.3	1.1	9.1
1963	36.3	35.6	33.7	34.9	-1.0	-2.9	0.2	-0.2
1964	36.3	36.8	33.6	34.1	-0.2	3.4	-0.2	-2.4
1965	38.3	38.3	35.1	36.4	5.7	4.2	4.6	6.7
1966	38.3	38.3	35.5	36.4	0.0	-0.3	1.3	0.0
1967	39.4	38.7	35.7	37.9	2.9	1.2	0.1	4.0
1968	41.2	39.8	35.9	39.9	4.5	2.9	0.9	5.5
1969	41.5	41.7	37.2	39.4	0.7	4.5	3.6	-1.3
1970	44.5	44.7	40.5	42.2	7.0	7.0	8.2	7.0
1971	45.6	46.0	42.2	43.1	2.5	3.1	4.3	2.1
1972	49.5	47.6	47.0	47.6	8.6	3.5	11.3	10.3
1973	48.2	49.3	51.4	44.9	-2.6	3.4	9.3	-5.6
1974	54.6	52.4	70.5	50.9	13.3	6.5	37.3	13.4
1975	59.7	59.9	75.8	54.9	9.2	15.1	6.7	7.4
1976	65.4	62.8	77.9	61.8	9.5	4.9	2.8	12.5
1977	68.7	67.1	83.2	64.3	5.1	6.8	6.9	4.1
1978	74.4	68.7	84.5	71.7	8.3	2.5	1.4	11.5
1979	75.7	71.3	85.1	72.8	1.7	3.6	0.7	1.5
1980	77.0	73.7	87.5	73.5	1.6	3.4	2.9	0.9
1981	79.5	77.9	91.6	75.0	3.3	5.7	4.7	2.1
1982	81.4	80.4	94.6	76.4	2.3	3.1	3.2	1.8
1983	82.6	84.0	98.4	76.3	1.6	4.5	4.0	-0.1
1984	86.2	89.4	101.3	79.3	4.4	6.4	2.9	4.0
1985	90.4	90.5	102.9	84.9	5.1	1.5	1.7	7.2
1986	92.4	92.0	103.7	87.4	2.2	1.7	0.7	3.0
1987	93.5	93.6	104.1	88.5	1.3	1.8	0.4	1.3
1988	93.9	94.1	104.8	88.7	0.4	0.5	0.7	0.2
1989	95.5	96.4	107.7	89.8	1.7	2.5	2.7	1.2
1990	96.0	97.1	104.1	91.3	0.6	0.7	-3.2	1.7
1991	96.5	98.8	103.9	91.6	0.5	1.8	-0.2	0.4
1992	99.1	99.0	104.5	96.5	2.8	0.2	0.6	5.4
1993	99.4	99.1	103.9	97.7	0.3	0.1	-0.6	1.2
1994	99.8	99.0	102.0	99.6	0.4	-0.1	-1.8	2.0
1995	100.1	100.4	99.5	100.1	0.1	1.6	-1.9	0.5
1996	100.8	100.7	98.5	101.9	0.7	0.3	-1.0	1.8
1997	108.4	102.2	98.5	116.7	7.5	1.5	0.0	14.5
1980-1993					2.0	2.3	1.3	2.2
1980-1997					2.0	1.9	0.7	2.8

(出所) 『消費者物価指数』(総務庁統計局)。

表4 藤野(1997)・医療経済研究機構(1996)による医療費価格指数

年度	藤野(1997)		医療経済研究機構(1996)	
	指数	増加率(%)	指数	増加率(%)
1959	7.4			
1960	7.2	-2.7		
1961	7.5	4.2		
1962	9.5	26.7		
1963	11.1	16.8		
1964	12.8	15.3		
1965	16.4	28.1		
1966	17.3	5.5		
1967	19.9	15.0		
1968	21.5	8.0		
1969	23.8	10.7		
1970	28.2	18.5		
1971	28.8	2.1		
1972	33.9	17.7		
1973	37.2	9.7		
1974	49.6	33.3		
1975	50.3	1.4		
1976	56.7	12.7		
1977	59.8	5.5		
1978	73.2	22.4		
1979	74.9	2.3	97.9	
1980	78.8	5.2	100.8	3.0
1981	80.5	2.2	100.9	0.1
1982	80.1	-0.5	100.3	-0.6
1983	88.2	10.1	100.1	-0.2
1984	86.3	-2.2	98.8	-1.3
1985	87.2	1.0	103.1	4.3
1986	90.5	3.8	102.2	-0.8
1987	95.1	5.1	103.1	0.8
1988	97.3	2.3	99.6	-3.4
1989	98.2	0.9	102.2	2.6
1990	100.0	1.8	100.0	-2.2
1991	105.5	5.5	100.0	0.0
1992	107.3	1.7	103.3	3.3
1993	104.5	-2.6	103.0	-0.2
1980-1993		2.2		0.2

(出所) 藤野(1997), 医療経済研究機構(1996)。

(注) 指数は, 1990年度 = 100。

じた項目の変更を考慮して精密な作業をおこなっており、1980年から93年までの平均価格上昇率は0.2%となっている。この推計では、『社会医療診療行為別調査』には含まれない保険薬局が調剤した薬剤費と技術料を別途算出していることにより、こうした調整をおこなわない場合よりも低い値が得られたと考えられる。また、継続研究である医療経済研究機構(1998)では、1975年から95年までの大分類項目別指数が推計されているが、総合指数は与えられていない。

価格上昇率が大きいことは、実質医療費の成長率が低いことを意味するので、代替的な物価指数を用いると、投入の数量的増加が小さく現われることになる。現在示されているどの価格指数が真の値に近いかは定かではない。もしかりに国民医療費増加の要因分解での価格指数が過小に推計されているとしたら、1.1節で実質医療費増加での高齢化の影響は、1.1節で約3割とした数値よりも大きくなる可能性がある。価格指数に関する議論は、今後さらに深めていく必要があるだろう。

2 将来予測

2.1 医療費の将来予測

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

厚生省が1997年9月に公表した「社会保障（現行制度）の給付と負担の将来見通し（改訂版）」では、社会保障給付費のうちの医療費は1995年の24兆円から2025年に90兆円になると予測されている。この予測では、人口構成の変化と医療費の全般的増加が考慮にいれている。後者の医療費の全般的増加については、1991年から96年の制度別1人当たり医療費の名目伸び率（制度平均で4%）が外挿されている。したがって、名目医療費が予測されており、名目国民所得の伸び率の仮定に応じて、以下の3通りの対国民所得比の予測が示されている（括弧内は名目国民所得の伸び率の仮定）。

A 10%（2000年度まで3.5%、2001年度以降3.0%）

B 13%（2000年度まで1.75%、2001年度以降2.0%）

C 15%（2000年度まで1.75%、2001年度以降1.5%）

1995年の実績値が6%であり、30年間で医療費は対国民所得比で1.7~2.5倍に増加する⁷。

なお、この97年予測は、新ゴールドプラン作成時の1994年3月の「21世紀福祉ビジョン」での将来予測、96年11月の「社会保障の給付と負担の将来見通し」での予測の改訂版である。表5は、厚生省による3つの予測を対比させたものである。2025年の国民医療費については、94年予測が141兆円であるのに対して、96年予測が107~108兆円と大きく違っている。しかし、国民所得比では、94年予測が11~19%、96年予測が11.5~18%と、国民医療費ほどの格差はない。この2予測間で推計手法の改良もおこなわれているが、国民医療費の違いに結びついたもっとも大きな原因は、94年予測が90~92年の実績をもとに名目医療費増加率を4.5%と設定したのに対して、96年予測が90~94年の実績をもとに4%と設定したことの違いである。年0.5%の増加率の違いは約30年間に蓄積されて、水準で約3割もの違いをもたらす。国民所得比が両者でさほど変わらないのは、名目国民所

⁷ Cutler and Sheiner (2000)によれば、米国での公的医療保険であるMedicare支出の将来予測は、Health Care Finance Administrationによりなされているが、1995年の対GDP比2.5%から、2050年には6.5%に上昇すると予測している。予測の前提は、医療費の成長については、Part Aのサービス単価が賃金成長率、Part Bの加入者当たり支出が1人当たりGDP成長率で成長すると仮定している。しかし、1929年から1996年の実績では、医療費の成長率はGDP成長率を2.5%ポイント上回っていた。Part Aについては、年齢階層別の医療費の違いを考慮して、人口構成の変化による医療費の変化が考慮されている。これに対し、Part Bについては、年齢階層別の違いを考慮にいれていない。

表5 厚生省による国民医療費の将来予測

(兆円)

年度	94年3月予測	96年11月予測 介護保険制度 を導入	97年9月予測 介護保険制度 を導入
医療			
1993	24		
1995		24	24
2000	38		
2010	68		
2025	141 (11~19)	107~108 (11.5~18)	96 (10~16)
			90 (10~15)
介護			
2025			13~20 (2)
			14~21 (2.5)

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

(注) 括弧内は,対国民所得比。

得成長率の前提が94年予測で高めになっているからである⁸。医療費と国民所得の成長率の前提次第で、さまざまな数値が得られることが示唆されており、厚生省予測は、将来の医療費負担についての的確な情報となるよりは、むしろ不確定要素を強調しているかのようである。

名目額をベースとした厚生省予測は、経済学者にとっては違和感がある⁹。他の研究では、実質医療費の予測をおこなっており、人口高齢化の影響に関心をしばって実質医療費の増加はないと仮定するか、実質医療費の増加にある前提をおいた予測のいずれかになっている。

前者の人口構成の変化のみがもたらす医療費の変動を予測した研究には、表6でまとめられたような、小椋・入舩(1990)、小椋(1995)、二木(1995)、岩本・竹下・別所(1997)、西村(1997)がある。

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

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

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

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

西村(1997)は、1994年の年齢階層別医療費に変化がないものとして、人口構成の変化による2040年までの国民医療費の変動を求めている。国民医療費および1人当たり医療費は

⁸ 94年予測での名目国民所得増加率は、A(2000年度まで5%、2000年度以降4%)、B(2000年度まで3%、2000年度以降2%)が前提されている。

⁹ もうひとつの違和感は、医療費は名目額が予測のベースとされるのに対して、介護給付費は対国民所得比が予測のベースとされていることである。96年11月予測のように、介護保険の創設により、医療から介護への給付のシフトが起こることが前提にされている。制度改革がなく医療にとどまれば全般的に4%の名目伸び率となるものが、介護に移動すると国民所得と同率で増加するという前提は、整合性を欠くように思われる。

表6 国民医療費の将来予測

小椋・入舩(1990)				
年度	国民医療費 (兆円・1986年価格)		1人当たり医療費 (円・1986年価格)	
1986	15.23	(100)	125,196	(100)
2001	19.59	(128)	151,572	(121)
2021	22.26	(146)	179,397	(143)
小椋(1995)				
年度	国民医療費 (兆円・1989年価格)		1人当たり医療費 (円・1989年価格)	
1989	17.49	(100)	142,075	(100)
2004	22.77	(130)	178,765	(121)
2024	25.41	(145)		
二木(1995)				
年度	国民医療費 (兆円・1990年価格)		1人当たり医療費 (円・1990年価格)	
1990	20.61	(100)	166,720	(100)
2000	24.55	(119)	192,720	(116)
2010	27.31	(133)	209,420	(126)
2025	29.10	(141)	231,280	(139)
岩本・竹下・別所(1997)				
年度	国民医療費 (兆円・1992年価格)		1人当たり医療費 (円・1992年価格)	
(A)				
1992	21.13	(100)	169,826	(100)
2010	27.64	(131)	211,968	(121)
2025	29.52	(140)	234,623	(138)
(B)				
2010	27.63	(131)	216,508	(127)
2025	29.54	(140)	244,288	(144)
西村(1997)				
年度	国民医療費 (兆円・1994年価格)		1人当たり医療費 (円・1994年価格)	
1994	25.00	(100)	199,818	(100)
2000	27.86	(111)	218,707	(109)
2005	30.24	(121)	233,792	(117)
2010	32.03	(128)	245,634	(122)
2015	33.30	(133)	256,089	(128)
2020	34.18	(137)	266,313	(133)
2025	34.19	(137)	271,768	(135)
2030	33.72	(135)	274,209	(137)
2035	33.15	(133)	274,668	(137)
2040	33.63	(135)	286,725	(143)

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

94年から2025年の31年間に1.4倍になると予測している¹⁰。1人当たり医療費はさらに上昇を続けるが、2025年の伸び率はそれ以前にくらべると緩やかになっている。

Tokita et. al. (1997)は、国民医療費を

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

の3要因に分解し、以下の4つのケースについて、将来推計をおこなった。

ケース1 受療率・1人当たり医療費ともに1993年の水準にとどまる

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

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

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

厚生省推計とは異なり、ケース2、4の医療費の増加は実質で評価されている。ケース4については、国民医療費は2025年まで平均2.8%で上昇し、同年には約50兆円（1990年価格）となる（表7）。人口高齢化のみの要因（ケース1）では、年平均0.8%の上昇となる。予測の前提となった将来推計人口を用いて、1人当たり医療費の伸びを求めると、ケース1については、1993年から2025年までに1.4倍になると推計される。

年齢階層による医療費の違いは現在の状態が維持されると前提されるので、人口高齢化が与える影響の予測が変化するとすれば、将来人口の予測の違いが原因である。将来人口については、出生率の予測が技術的にもっとも困難であり、これまでの政府予測がはずれてきた最大の理由となっている。しかし、相対的に多くの医療費を使う高齢者の人口は上記研究が対象とした期間中は現在生まれている人口で規定されるので、出生率の予測の違いが1人当たり医療費に与える影響は軽微である。したがって、人口高齢化の医療費への影響については、予測の幅はそれほど生じないと考えられる。実際、上にあげた研究では、小椋・入船(1990)が35年間で1人当たり医療費が1.5倍、岩本・竹下・別所(1997)が33年間で1.4倍、西村(1997)が31年間で1.4倍、Tokita et. al. (1997)が32年間で1.4倍と、近接した予測結果となっている。また、『将来推計人口』を使用した研究は、1992年9月推計によっているが、1997年1月推計を使用して、岩本・竹下・別所(1997)と同様の手法で推計してみたところ（表6参照）、1人当たり医療費は若干の増加となるが近接しており、国民医療費はほぼ同じ数値となる。国民医療費がほとんど影響を受けないのは、若年層の人口減少を高齢者の余命延長による医療費増加で相殺した結果であると考えられる。

しかし現在は、医療費増加率は経済成長率を上回っており、今後もこの傾向が続けば、医療費の対GDP比は大きく上昇していくことになる。上昇率が高ければ、人口高齢化の影響を凌駕することもあり得るだろう。医療費の全般的増加と経済成長率を的確に予測することはきわめて困難である。しかし、将来予測では経済規模に対する医療費に関心がもた

¹⁰ 西村(1997)は、国民医療費推計と総額と一致するように全体の水準調整をしている。小椋・入船(1990)、小椋(1995)、岩本・竹下・別所(1997)は、年齢階層別データの得られる保険医療のみを対象にしている。このため、この3研究と二木(1995)、西村(1997)の間では、医療費の水準に差が見られる。

表7 Tokita et.al. (1997)による国民医療費の将来予測

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

（出所） Tokita et. al. (1997)。

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

れることが多いので、両者の成長率の前提を個別に置くよりも、相対的な成長率の差に着目した方が見通しが良くなる。医療費の全般的増加を考慮しない上記の推定は、医療費の全般的増加と経済成長が同率であるときの対 GDP 比の数値と見なすことができる。その上で、不確定要因である医療費と経済の成長率の差について異なる前提を置いて感度分析をおこなう手法が、議論を透明にする望ましい方法であると考えられる。

人口高齢化の影響に関する現在の研究は手法と結果についてほぼ収束しているといえるが、のこされた課題を2つ指摘しておきたい。第1に、これまで高齢者の医療費の伸びが他の年齢階層よりも高かったという事実があり、今後もこの傾向が続くとすると、年齢階層による医療費の違いの動向を固定する予測は、下限の推定値となるだろう。この問題の検討は、既存研究ではまだ十分にされていない。

第2に、現状の医療費のなかには、本来は介護サービスとして提供されるべきであるものが、福祉の供給制約により、医療によって代替されているもの（いわゆる「社会的入院」）が含まれているが、介護保険導入による医療から介護への転換の影響は、厚生省予測をのぞいては考慮にいれられていない。

米国の研究では、さらに高齢者の健康状態の変化を考慮した予測がおこなわれている。Cutler and Sheiner (2000)は、総医療費を年齢階層別の人口、健康状態、健康状態に依存した医療費の3要因に分解されるとし、健康状態の変化と人口要因の変化による将来の医療費の変化を推計している。また、医療費を acute care と nursing home care に分類している。acute care については、まず医療費が GDP と同率で成長し、年齢別医療費に変化がない場合には、高齢者の医療費の対 GDP 比は、1992年の1.7%から2070年の3.3%に上昇する。しかし、年齢が上がるほど死亡前1年の医療費が減少するので、平均余命の伸長は医療費の増加を抑制する効果をもつ。また、高齢者の健康状態はずっと改善の傾向にある。年齢別医療費を死亡前1年の医療費とそれ以外の医療費に分割して平均余命の伸長を考慮し、高齢者の disability rate が年1%低下することを仮定すると、2070年での高齢者の医療費の対 GDP 比は2.6%に抑えられる。なお、医療費が GDP を2.5%ポイント上回る場合には、2070年の医療費の対 GDP 比は、抑制効果を考慮にいれない場合に22.3%、考慮にいれた場合に17.2%になる。nursing home care については、費用が GDP と同率で成長し、年齢・性別の利用率を固定した場合には、費用の対 GDP 比は、1990年の1.0%から2070年の3.5%に上昇する。しかし、1992年の Medicare Beneficiary Survey を用いて nursing home の利用関数を推定し、配偶関係、disability rate の年1%の低下、死亡直前時の利用率の要因を考慮にいれると、2070年で1.2%への上昇にとどまる。ただし、これらの要因に加えて、nursing home の費用が年4%で成長すると仮定した場合には、2070年の費用の対 GDP 比は、10.9%となる。このように、平均余命の伸長と健康状態の改善は高齢化による医療費の増加の約半分を相殺する効果をもっているが、全体的な医療費が所得以上に増加した場合の影響は、人口要因の変化を大きく上回ることがわかる。

2.2 保険料負担の将来予測

2.1 節で予測されたような医療費の増加は、毎年の収支均等を原則として運営されている医療保険のもとでは、保険料負担増をもたらすであろう。負担水準は若年者の所得額によって左右されるので、長期にわたる予測では出生率の予測の影響を受けてくる。しかし、今後 30～40 年間については、不確定な若年層の人口比重が低いので、人口予測の影響をあまり受けずに負担水準の予測をすることができる。この点で、修正積立方式で運営されている年金財政が当初より出生率の前提の影響を受けるのとは、質的に異なっている。

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

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

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

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

3 人口高齢化と医療保険

3.1 現在の高齢者医療保険制度

わが国の公的医療保険の制度を簡単にまとめると以下ようになる。まず、保険制度は、「職域保険」と「地域保険」に大きく分割される。職域保険は、被用者保険である健康保険（健保）、船員保険、共済組合と、自営業者保険である国民健康保険組合に分かれる。被保険者に扶養される家族は、被保険者の加入する医療保険でカバーされる。職域保険が適用されない国民が、地域保険である国民健康保険（国保）の対象となる。さらに、高齢者のための医療保険制度として、老人保健制度（1983年施行）と退職者医療制度（1984年施行）がある。

退職者医療制度は、被用者年金である老齢厚生（退職）年金の受給資格をもち、退職して国民健康保険に加入している者については、一般の国保被保険者とは別制度としているものである。退職者医療制度に対しては、各被用者保険制度から標準報酬月額総数に比例して、拠出金（退職者給付拠出金）が移転される。公費負担はない。この制度の目的は、被用者保険からの退職者を国保に組み入れるのではなく、事実上もとの被用者保険制度に加入しているように、被保険者集団の組み替えをしたものといえる。

老人保健制度の適用者は、70歳以上の高齢者（65歳以上で障害認定を受けた者も対象となる）である。適用者は、上記の各制度の加入者であり、それぞれの制度により保険料を負担しているが、給付については老人保健制度としての適用を受ける。老人保健制度は保険給付の支払者として機能するが、その費用は各保険制度と国・地方自治体が拠出している。保険制度から拠出される部分が、老人保健拠出金と呼ばれる。各保険制度から老人保健制度への拠出金は、ほぼ被保険者数に比例しておこなわれる¹¹。公費負担は、給付費に対して国20%、都道府県5%、市町村5%となっている。

医療保険制度の収入と支出項目をまとめると、

$$\begin{aligned} & \text{保険給付費} + \text{財政調整の拠出} + \text{その他の支出} \\ & = \text{公費負担} + \text{保険料} + \text{財政調整の受入} + \text{その他の収入} \end{aligned} \quad (1)$$

ようになる。(1)式の左辺の保険給付費を医療費にかえるために、両辺に自己負担を加えて整理すると

$$\begin{aligned} & \text{医療費} + \text{財政調整の拠出} + \text{その他の収支差額} \\ & = \text{公費負担} + \text{保険料} + \text{自己負担} + \text{財政調整の受入} \end{aligned} \quad (2)$$

となる。表8は、岩本・竹下・別所(1997)によって計算された、1人当たりの(2)式の各項目(1992年度)の金額を制度別に示したものである。これによると、退職者医療制度には被用者保険から加入者1人当たり約17万円の財政移転があり、医療費の半分強を占めている。制度加入者の保険料負担は医療費の27%、自己負担は14%となっている。老人保健制度で

¹¹ この説明は、各保険制度の1人当たり医療費が等しい場合にあてはまり、実際の拠出金の計算方法はもう少し複雑である。

表8 制度別の医療保険財政

(単位・円)

	給付						負担				合計
	医療給付費	その他 給付費	自己負担	老人保健 拠出金	退職者給 付拠出金	差額	公費負担	保険料	患者負担	制度間調整	
政府管掌健康保険	102,350	8,733	18,576	36,769	7,685	5,650	22,635	138,551	18,576		179,763
政府管掌健康保険(法69条の7)	161,746	15,787	21,908	29,351	0	398,404	453,682	151,606	21,908		627,196
組合管掌健康保険	85,276	7,223	15,632	34,684	8,490	17,935	1,984	151,623	15,632		169,239
国民健康保険(一般)	120,892	2,996	26,368	49,260	0	8,180	99,694	81,634	26,368		207,696
国民健康保険(退職者医療)	267,888	0	44,886	0	0	-14,763	0	83,312	44,886	169,812	298,010
船員保険	112,983	27,851	22,975	37,355	6,804	5,636	8,264	182,366	22,975		213,606
国家公務員等共済組合(各省各庁組合)	80,092	5,246	17,003	38,086	8,237	795	2,475	129,981	17,003		149,459
国家公務員等共済組合(適用法人組合)	82,796	4,593	17,708	34,996	7,816	4,722	447	134,476	17,708		152,631
地方公務員等共済組合	92,583	5,450	17,165	34,774	9,026	5,338	0	147,170	17,165		164,335
私立学校教職員共済組合	99,578	7,903	17,518	36,675	9,279	16,168	279	169,324	17,518		187,121
老人保健	635,820	0	25,617	0	0	-10,702	199,190	0	25,617	425,928	650,735

(出所) 岩本・竹下・別所(1997)。

(注) 1992年度の加入者1人当たり年額。

加入者数については、共済組合以外では、老人保健適用者は、加入する保険制度ではなく、老人保健に計上。

老人保健の加入者数は、総数であり、共済組合に加入する老人保健適用者も含む。

老人保健適用者の医療費は、老人保健に計上されるが、支払った保険料は加入する保険制度に計上されている。

は、医療費の64%は老人保健拠出金で調達され、公費負担が30%、自己負担が4%となっている。

3.2 医療保険による世代間所得再分配

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

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

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

米国では、Medicareが世代間所得再分配をおこなう構造になっており、世代会計の手法を用いて、Auerbach, Gokhale and Kotlikoff (1992)が、Medicare医療費が経済成長率を上回って成長した場合に、保険料率を引き上げるか、そのままとどめるかによって、世代間の負担に大きな違いがでてくることを示している。また、Bradford and Max (1997)は、community-ratingの医療保険への強制加入を導入した場合には、30歳以上に正の移転所得をもたらし、50歳で16,700ドル(1994年価格)の給付超過、0歳で9,300ドルの負担超過、将来世代は9,300ドルの負担超過となり、大きな世代間の所得再分配が生じることを示している。彼らのシミュレーションでは、医療費が生産性よりも3%ポイント高い成長率をもつと仮定されている。

3.3 人口高齢化への政策的対応

医療保険における世代間所得再分配の実態と人口高齢化の影響は、公的年金と共通した理論構造をもっているが、年金では将来の保険料負担の増加が焦点となっているのに対し、医療保険ではこの問題に対する関心はかなり薄いといわざるを得ない。その理由のひとつに、年金には老後の生活のための貯蓄手段であるという意識があり、長期的な視点からの議論が求められるのに対し、医療保険は現存世代間でのリスク分散という、静学的な意識

が強いことが考えられる。またもうひとつの理由として、現役世代の扶養家族となる高齢者がこれまでは多く、被用者保険内で現役世代の保険料により高齢者の医療費がまかなわれていた部分が大きかったことも指摘できよう。

かりに加入者の医療費のリスクを考慮して保険料が決定される保険制度であったならば、高齢者ほど保険料が高くなる仕組みとなっていたであろう。そのような仕組みがあらかじめ周知されていれば、各個人は、将来の高保険料に備えて現役時代に貯蓄をおこなうという対応をとるはずである。高齢者医療をめぐる議論は、個人がこのような対応をとる可能性をまったく念頭に置いていない。もちろん、個人が将来を軽視して貯蓄をおこなわなかったり、将来の医療費水準を予測することが困難で適切な貯蓄をできなかったりして、このような対応が果たされないことは十分に考えられる。しかし、このような対応がまったく不可能であることを前提とすることも適当ではない。近視眼的貯蓄に対しては、政府の介入により貯蓄を義務づけることが可能であり、公的年金には事実そのような政策意図がある。また、全般的な医療費の増加についての不確定要素が存在することは事実であるが、確実に予測できない危険に対してはまったく備える必要はないという結論は導けない。

保険制度の設計にあたっては、このような貯蓄を個人がおこなうか、保険のなかでおこなうかという選択がある。前者は、加齢とともに保険料が上昇するのに備え、個人が貯蓄するものであるが、後者は、保険者が加入者の老後の医療費増に備え若年時の保険料を貯蓄し、加入者の支払う保険料を生産で平準化するもの（平準保険料方式の長期保険）である。後者の方向への制度改革の提言としては、西村(1997)の積立型医療保険がある。こうした方向性をもった制度改革の議論をここでまとめておこう。

人口構成の変化による医療費の増加は、現時点で予想できる事態である。毎年収支均等の保険方式では、将来の保険料増加は避けられない。それを避けるとすれば、医療費が増加する前に積立金を保有し、将来の医療費増を積立金の取り崩しで相殺する方法がある。そのひとつの基準となるのが、世代間の所得移転を起こさない（生涯負担と生涯給付が等しい）保険方式である。

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

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

世代間の所得移転を起こさない保険方式の変種として、個人間の所得移転を起こさない保険方式も考えられる。これは、医療費のための個人貯蓄勘定を設けて、生涯で医療費のための貯蓄と支出が均等すればよいという考え方に立つものである。もちろん、個人により生涯医療費は異なり、また不確実である。貯蓄勘定はこの不確実性に対する保険機能はもたない。Eichner, McClellan and Wise (1998)は、この個人間の医療費の違いがどれだけ深刻であるかを分析した。彼らは、雇用者に提供される医療保障プランとして、年間で 4,000 ドルを超える医療費を負担する医療保険と、それ以下の医療費を支出するために使用できる個人貯蓄勘定に年間 2,000 ドルを拠出する組み合わせに 25 歳から 60 歳までに加入することを考察の対象とした¹²。ある企業の 1988 年から 91 年の間の個別従業員の医療費をもとに、勤務時の通算医療費を推計し、加入者の 80% は拠出額の 50% 以上を保持でき、加入者の約 5% が拠出の 20% 以下しか保持できないという結果を得ている。これにより、個人貯蓄勘定は、十分実用性がある政策手段であると位置づけている。米国では高齢者の大半は公的医療保険でカバーされており、このような貯蓄勘定は現役時代の医療費に備えることが主たる目的である。したがって、貯蓄勘定が高齢者の医療費に対しても適切に機能するかどうかは、さらなる検討が必要であろう。

3.4 高齢者医療保険制度改革への含意

老人医療費の増加が老人保険拠出金を上昇させ、各保険財政を圧迫しているため、高齢者の医療費をどのように調達するかが、近年の医療保険改革の重要な課題となっている。改革の議論は、1995 年 3 月からの医療保険審議会での審議からはじまったが、意見の集約は現時点までできておらず、現在の議論は、医療保険福祉審議会制度企画部会が 1999 年 8 月に発表した「新たな高齢者医療制度のあり方について」における 4 つの改革案の提示までにとどまっている。

日本医師会が主張した(1)案は、全高齢者を対象に独立した医療保険制度を創設し、給付費の 5% を加入者の保険料で、のこりの 95% を公費負担とするものである。一方、健康保険組合連合会の主張した(2)案は、被用者保険加入者を対象にした医療保険制度を創設し、被用者保険からの財政支援をおこなうものである。(3)案は、現行の保険者を前提とし、全年齢を対象としたリスク構造調整をおこなうものである。これは、岩本(1998)で提案された制度改革に近いものである。(4)案は、現行の医療保険制度を統合し、一本化するものであり、国民健康保険中央会等が主張している。

2000 年 1 月に厚生省がまとめた「医療制度抜本改革の進め方について」では、2000 年度

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

を目標にしていた医療保険制度改革は2002年度に先送りされることになった。医療保険制度改革に関する議論は、大きな問題（現状の高齢者医療費の負担）に対する結論をまだ出せずにいる。そして、さらに大きな問題（今後の人口高齢化による医療費増加）については、まったく視野の外にある。

高齢者の医療保険制度をどのように改革するかは、高齢者の医療費をどのように調達するのかにある。現在の医療保険制度およびその改革の議論は、静学的な視点のみから医療費の問題を見ており、世代間の所得再分配は不可避であることを前提としている。しかし、個人のライフサイクル、人口の高齢化の観点から見た場合には、高齢時の医療費の増加をあらかじめ貯蓄しておく、という選択肢がある。社会保障のもう一翼を担う公的年金が老後の生活に備えた貯蓄を役割としているのに対して、医療の分野での貯蓄の可能性を議論もなく排除することは適切ではない。

ただし、高齢時の医療費を貯蓄し、世代間の所得移転を起こさない医療保険制度を導入すれば、問題がすべて解決するというわけでもない。将来の医療費増加が不確実であること、個人または保険制度が合理的な貯蓄行動をおこなえない市場・政府の失敗の可能性、世代間所得再分配の現行制度からの移行がもたらす負担、等の問題点により、事前の積立が適当な選択肢でないこともありえる。こうした議論を深めていく必要があるだろう。とくに、世代間の所得再分配がもつリスク分散機能が最近の研究で注目されはじめ、年金の財政方式（積立方式か賦課方式か）の議論に大きな影響を与えている¹³。医療保険において不確実な医療費の増加にどのように備えるかという問題は、この議論から学ぶものが大きいはずである。

本稿で紹介した議論が示唆するのは、医療保険制度改革をめぐる現在の議論が限定された論点から展開されており、より包括的な視点からの検討が必要なことである。

¹³ 公的年金による世代間リスク分散機能については、岩本(1999)、国枝(1999)で紹介されている。

参考文献

- Auerbach, Alan J., Jagadeesh Gokhale and Laurence J. Kotlikoff (1992), "Social Security and Medicare Policy from the Perspective of Generational Accounting," in David F. Bradford ed., *Tax Policy and the Economy*, Vol. 5, Cambridge, MA: MIT Press, pp. 129-145.
- Berndt, Ernst R., David M. Cutler, Richard G. Frank, Zvi Griliches, Joseph P. Newhouse and Jack E. Triplett (2000), "Medical Care Prices and Output," in Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse eds., *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier, forthcoming.
- Bradford, David F. and Derrick A. Max (1997), "Implicit Budget Deficits: The Case of a Mandated Shift to Community-Rated Health Insurance," in James M. Poterba ed., *Tax Policy and the Economy*, Vol. 11, Cambridge, MA: MIT Press, pp. 129-167.
- Cutler, David M. (1997), "Public Policy for Health Care," in Alan J. Auerbach ed., *Fiscal Policy: Lessons from Economic Research*, Cambridge, MA: MIT Press, pp. 157-198.
- Cutler, David M. and Ellen Meara (1998), "The Medical Costs of the Young and Old: A Forty-Year Perspective," in David A. Wise ed., *Frontiers in the Economics of Aging*, Chicago: The University of Chicago Press, pp. 215-242.
- Cutler, David M. and Ellen Meara (1999), "The Concentration of Medical Spending: An Update," NBER Working Paper No. 7279, August.
- Cutler, David M. and Louise Sheiner (2000), "Demographic and Medical Care Spending: Standard and Non-standard Effects," in Alan J. Auerbach ed., *Demographics and Fiscal Policy*, Cambridge, MA: MIT Press, forthcoming.
- Eichner, Matthew J., Mark B. McClellan and David A. Wise (1998), "Insurance or Self-Insurance? Variation, Persistence, and Individual Health Account," in David A. Wise ed., *Inquiries in the Economics of Aging*, Chicago: The University of Chicago Press, pp. 19-45.
- Feldstein, Martin (1999), "Prefunding Medicare," *American Economic Review Papers and Proceedings*, Vol. 89, No. 2, May, pp. 222-227.
- 藤野志朗(1997)「医療部門デフレータの推計(昭和34年度～平成5年度)」、『医療と社会』, 第7巻第1号。
- 一圓光彌(1995)「医療保障における世代間移転」,『季刊社会保障』, 第31巻第2号, 6月, 142-150頁。
- 医療経済研究機構(1996),『平成8年度政府管掌健康保険の医療費動向等に関する調査研究:研究テーマ4 医療費の自然増に関する分析』。
- 医療経済研究機構(1998),『「自然増に関する研究」報告書』。

- 岩本康志(1998)、「試案・医療保険制度一元化」, 八田達夫・八代尚宏編『社会保険改革』, 日本経済新聞社, 155-179 頁
- 岩本康志・竹下智・別所正(1997)、「医療保険財政と公費負担」, 『フィナンシャル・レビュー』, 第 43 号, 11 月, 174-201 頁。
- 岩本康志(1999)、「公的年金の改革：民営化論を中心として」, 『医療・介護・年金の各システムが経済活動に与える影響に関する調査研究 報告書』, 医療経済研究機構, 93-111 頁。
- 勝又幸子・木村陽子(1999)、「医療保険制度と所得再分配」, 『季刊社会保障』, 第 34 巻第 4 号, 3 月, 402-412 頁。
- 国枝茂樹(1999)、「世代政策としての年金改革：予備的考察」, 『医療・介護・年金の各システムが経済活動に与える影響に関する調査研究 報告書』, 医療経済研究機構, 68-92 頁。
- Newhouse, Joseph P. (1992), “Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?” *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 6, No. 3, Summer, pp. 3-21.
- 二木立(1995)、『日本の医療費：国際比較の視点から』, 医学書院。
- 西村周三(1997)、「長期積立型医療保険制度の可能性について」, 『医療経済研究』, 第 4 巻, 12 月, 13-34 頁。
- 小椋正立(1995)、「高齢化のコスト：日本における公的資金確保の展望」, 野口悠紀雄・デービッド・ワイズ編『高齢化の日米比較』, 日本経済新聞社, 161-205 頁。
- 小椋正立・入船剛(1990)、「わが国の人口の高齢化と各公的医療保険の収支について」, 『フィナンシャル・レビュー』, 第 17 号, 8 月, 51-77 頁。
- 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』, 3 月, 88-104 頁。
- Tokita, Tadahiko et al. (1997), “The Present and Future National Medical Expenditure in Japan,” 『経済分析』, 第 152 号, 9 月。
- 辻泰弘(1995)、「国民医療費推計の一手法」, 『医療経済研究』第 2 巻, 12 月, 93-112 頁。