



RIETI Discussion Paper Series 10-J-035

医療・介護保険の費用負担の動向

岩本 康志
経済産業研究所

福井 唯嗣
京都産業大学



Research Institute of Economy, Trade & Industry, IAA

独立行政法人経済産業研究所
<http://www.rieti.go.jp/jp/>

医療・介護保険の費用負担の動向*

岩本康志（東京大学／経済産業研究所）

福井唯嗣（京都産業大学）

要旨

本稿は、医療・介護保険財政モデルの最新版（2009年9月版）を用いて、長期的な視野からの社会保障の公費負担の動向について分析する。今回は、社会保障国民会議の医療・介護費用のシミュレーションの経済前提を取り入れるとともに、国民健康保険と全国健康保険協会管掌健康保険の加入者数を推計することで、これらの制度への公費負担を考慮に入れた。

社会保障国民会議による推計では、医療・介護費用に対する公費負担は、2007年度から2025年度までGDPの1.8%増加する。本稿では、2025年度から2050年度にかけて、公費負担は医療がGDPの1.25%、介護が1.05%増加すると推計された。また、2050年度以降も約20年間にわたり、公費負担総額は上昇を続ける。長期的視点にたった税制のあり方を検討する際には、このことを考慮に入れて、安定的な財源確保の手段を考えるべきである。

後期高齢者に重点的に公費が投入されていることから、公費負担の伸び率は保険料の伸び率よりも高い。このため、税による財源調達により困難になることが予想される。したがって、給付と負担の関係が相対的に明確な保険料での財源調達の余地を大きくし、公費負担の比重が小さくなる方向への改革を検討する必要がある。

キーワード：医療保険，介護保険，社会保障給付，公費負担

JEL classification: H51, H20

RIETI ディスカッション・ペーパーは、専門論文の形式でまとめられた研究成果を公開し、活発な議論を喚起することを目的としています。論文に述べられている見解は執筆者個人の責任で発表するものであり、(独)経済産業研究所としての見解を示すものではありません。

*本稿は、(独)経済産業研究所のプロジェクト「社会経済構造の変化と税制改正」(代表・岩本康志東京大学教授)における研究成果の一部である。本稿で使用される医療・介護保険財政モデルについては、岩本・福井(2009b)を参照。本稿作成の過程で、川瀬晃弘、木村真、土居丈朗、橋本恭之氏および経済産業研究所関係者から有益なコメントを頂いた。ここに記して、感謝の意を表したい。

1 序論

わが国の税制のあり方を議論する上で、将来に増大する社会保障費用をまかなうための税負担増がこれから避けられないことは、非常に重要な前提条件となる。そのために、消費税の引き上げ等が必要になってくるとい方向性については広く共有されてきているが、長期的に見てどれだけの財源が必要となるかについては、検証される機会が少ない。

最近では、2008年10月に社会保障国民会議が発表した「社会保障の機能強化のための追加所要額（試算）」において、年金・医療・介護・少子化の4分野で将来に必要となる追加負担が推計され、2025年度には消費税率換算で6%程度になると推計されている。このうち医療・介護の占める割合が大きく、消費税率換算で4%程度の財源が必要になるとしている。高齢化の進展で医療・介護費用は大きく上昇していくが、生活の質あるいは生命に直結するサービスであるだけに、効率化を図っても、その費用を大きく削減することには困難がともなうと考えられ、いかに財源調達するかを考える必要がある。

しかし、2025年は、わずか15年先の将来であり、わが国の高齢化はそれ以降も進展する。そのため、より長期の社会保障の公費負担の動向を把握することが重要である。例えば、欧州連合ではより長期間の社会保障、教育等の人口に依存する財政支出の予測をおこなない、財政の持続可能性を検証する作業を定期的におこなっている（European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs and Economic Policy Committee Working Group on Ageing Populations, 2009）¹。

本稿は、Fukui and Iwamoto (2007)、岩本・福井(2007)で開発された医療・介護保険財政モデルの最新版（2009年9月版）を用い、2008年10月に発表された社会保障国民会議の医療・介護費用のシミュレーションではカバーされない、より長期的な視野からの社会保障の公費負担の動向について分析する。

今回版では、社会保障国民会議の医療・介護費用のシミュレーションの経済前提を取り入れるとともに、国民健康保険（国保）と全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）の加入者数を推計することで、これらの制度への公費負担を考慮に入れた。これによって、費用修正よりもより正確に財源構成の変化をとらえることが可能になり、税制改革の議論に結びつく形での数値が推計できるようになった。

前回版を用いた岩本・福井(2009a)では、人口・労働力の前提の違いに関する感度分析に注目したが、今回は医療・介護費用の将来推計と経済前提について、考慮をおこなっている。

¹ その前提は European Commission (DG ECFIN) and Economic Policy Committee (AWG) (2008)に示されている。

また、前回版でも分析された、医療・介護保険への積立方式の導入のシミュレーションを、おもに「二重の負担」に関心をもちながら、おこなう。移行期に保険料負担をする世代は、自分たちの給付のための負担と、従来の財政方式で前提とされる高齢者世代の給付のための負担の双方を負担しなければいけないという「二重の負担」の問題があり、積立方式への移行の障害であると一般にいられているが、岩本・福井（2009a）では、二重の負担を被る世代の負担は、均衡財政方式を維持した場合にはもっと高くなることが示されている。岩本・福井(2009b)では、公費負担の扱いをより精確にした今回版でも、以上の定性的な結論を再確認しているが、本稿では費用推計の違いによっても、この結果は成立することが確かめられた。

本稿の構成は以下の通りである。2節は、医療・介護保険における公費負担の現状と社会保障国民会議による将来負担の動向を検討する。3節は、医療・介護費用の推計方法を説明する。4節は、国保・協会けんぽ加入者割合の推計をおこなう。5節は、Fukui and Iwamoto (2007), 岩本・福井(2007)と同様に、医療・介護保険を均衡財政で運営する場合と積立方式への移行を図る場合の政策シミュレーションをおこなっている。6節は、税制改革と医療・介護保険制度改革への含意として、本稿の結論を要約する。

2 公費負担の論点

2.1 公費負担の現状

現在の医療・介護保険の給付費は、保険料だけではなく、国と地方による公費負担によっても財源調達されている。公費負担は、給付費に対するもの、財政調整に対するもの、その他の3種類に大別される。

給付費に対する主な公費負担としては、後期高齢者医療制度の医療費の50%、介護保険給付の50%、国民健康保険の給付費の50%、協会けんぽの給付費の13%分がある。国、都道府県、市町村の負担割合はそれぞれ異なっている。協会けんぽは、全額国の負担である。

財政調整に対する主な公費負担としては、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金と交付金の差額、介護納付金について、国保の50%、協会けんぽの16.4%分がある。これらの財政調整の趣旨は、後期高齢者の医療給付費の50%と前期高齢者の医療給付費の全額を各医療保険制度の0～74歳加入者数に応じて負担し、介護給付費の31%（2008年度の場合）を各医療保険制度の0～64歳加入者数に応じて負担するようにするためのものである。

後期高齢者医療制度での支援金の財源に占める割合は創設時の2008年度は4割であるが、将来は74歳未満人口が減少する割合の2分の1だけ減少させることが予定され、2年に1回見直すことになっている。

介護保険制度での納付金の財源に占める割合は、64歳未満人口の総人口に占める割合の2分の1となるように、3年に1回見直される。2005～2008年度は0.31、2009～2011年度は0.3となっている。

表1は、2007年度の保険財政統計に基づき、給付費と支援金・納付金に関する公費負担額をまとめたものである。ここで示された金額の合計は、医療では9兆円となる。国民会議では12.5兆円と推計されている。この違いは、国民会議は国民医療費ベースになっているため、公費負担医療が含まれていることと、ここに集計された以外の公費負担が存在するためである²。介護保険の公費負担の合計は3.5兆円となるが、国民会議では3.7兆円と推計されている。介護保険の公費負担は、国民会議と表1での推計にはほぼ相違がないといえる。

² 例えば、国保の高額療養費共同事業への補助、健保組合等への事務費補助等がある。

表1 医療・介護保険への公費負担(2007年度)

(医療)

	政管健保	市町村国 保(一般)	国保組合	老人保健
給付費	37,431	52,051	4,635	102,692
老人保健拠出金	17,712	22,073	1,924	
保険料	62,677	35,034	4,578	
老人保健拠出金				55,083
公費負担	8,201	34,557	2,834	47,609
国	8,201	29,382	2,834	31,739
都道府県		5,174		7,935
市町村				7,935
公費負担率	14.9%	46.6%	43.2%	46.4%

(介護)

	政管健保	市町村国 保(一般)	国保組合	介護保険
介護納付金	6,074	6,795	695	61,701
保険料	5,116	2,692	396	13,216
公費負担	996	3,335	274	31,106
国	996	2,910	274	14,151
都道府県		426		9,266
				7,689
公費負担率	16.4%	49.1%	39.4%	50.4%

(注) %付きの数字を除き、単位は億円である。

『国民健康保険事業年報』(厚生労働省), 『事業年報』(社会保険庁), 『介護保険事業状況報告(年報)』(厚生労働省), 『老人医療事業報告』(厚生労働省)をもとに筆者作成。

老人保健拠出金は事務費拠出金を除く。医療の公費負担率は、老人保健については給付費に対する割合、それ以外については給付費と老人保健拠出金の和に対する割合である。介護の公費負担率は介護納付金に対する割合である。

このような公費負担は、給付費に比して保険料収入が少なく、財政状況の苦しい保険制度への財政支援の意図がある。しかし、負担比率は複雑であり、全体として統合的な体系になっているとはいえない。岩本(1996)は、こうした公費負担の問題点を指摘して、制度間の財政格差の調整をリスク構造調整によっておこなうこととし、公費負担は全体への負担を意図するような、改革案を提唱している。

2.2 社会保障国民会議による予測

つぎに、2008年10月に社会保障国民会議が発表した「医療・介護費用シミュレーション」に沿って、将来の公費負担の動向を見てみよう。国民会議シミュレーションでは、2007

年度を初期時点とし、2025年度までの医療費の単価の伸び率が想定され、2025年時点での医療費・介護費用が推計されている。このシミュレーションではいくつかのシナリオが考慮されているが、2008年10月31日の経済財政諮問会議に吉川洋座長が提出した資料「社会保障の機能強化のための追加所要額（試算）」でとりあげられものを、基準ケースと考えることにして、表2に示している（シミュレーションの詳細は3.1節で説明する）。

表2 社会保障国民会議による財源構造の推計

	(%)			
	2007	2011	2015	2025
(対GDP比)				
自己負担	1.0		1.2	1.5
保険料	3.7		4.3	5.2
公費	3.1		3.7	4.9
(構成比)				
医療				
自己負担	14.4	14.4	14.4	14.4
保険料	49.0	50.2	49.2	46.7
公費	36.6		36.4	38.9
介護				
自己負担	7.5		7.5	7.5
保険料	39.6		40.2	40.2
公費	52.9		52.3	52.3

(出所)「医療・介護費用のシミュレーション分析」(社会保障国民会議, 2008年10月)

表2の上段は、社会保障国民会議が示した、医療・介護費用の財源構成の将来予測である。保険料の対GDP比は2007年度の3.7%から2015年度には4.3%へ、2025年度には5.2%に上昇する。公費負担は2007年度の3.1%から2015年度には3.7%、2025年度には4.9%へ上昇する。表2には示していないが、2007年度からの増加分をかりに消費税でまかなうとした場合の税率も試算されており、公費負担には4%程度の消費税増税が必要であるとされている。

表2の下段は自己負担、保険料、公費の財源の構成比が示されている。この推計では、まず2007年度の医療費は、『国民医療費』による実績値を用いている。医療の将来の自己負担率は、2007年度と同じと仮定されている。保険料と公費の比率は、「社会保障の給付と負担の見通し」(2006年5月)の比率と同じものを設定している。2025年度は、2011年度

から 2015 年度への変化が持続するものとして外挿で求めている。介護は、2007 年の保険料負担を『介護保険事業報告』（厚生労働省）を基に設定している。2015 年の保険料と公費の比率は、「社会保障の給付と負担の見通し」（2006 年 5 月）の比率と同じものを設定している。2025 年度も 2015 年度と同様の数値を設定している。

「社会保障の給付と負担の見通し」（2006 年 5 月）では、財源調達の推計方法の詳細は記載されていないが、給付費の見通しから、現行制度に基づく公費負担額と保険料を推計しているものと考えられる。

社会保障国民会議がおいた想定いくつかは、財源構成の推計にバイアスを生じさせる可能性があることが指摘できる。医療では、自己負担比率の低い高齢者が増加しているので、自己負担の占める割合を一定とする想定は、おそらく将来の推計を過大評価することになるであろう。

2006 年 5 月推計の際には、1995 年度から 1999 年度までの実績をもとに、高齢者医療費の名目伸び率が 3.2%、若年者の医療費の伸び率が 2.1%、高齢者医療費 3.2%と想定されていたが、2000 年度以降は高齢者と若年者の医療費の伸び率は近いものになっており、最近の実績を反映したものでは、高齢者の医療費の占める割合は 2006 年 5 月予測よりも小さくなると考えられる。公費負担は高齢者の医療費に重点的に投入されるので、社会保障国民会議の推計では、公費負担の保険料に対する比率を過大評価していると考えられる。

介護保険は自己負担と公費負担の割合に大きな違いはなく、これらの占める割合を一定とする想定は、さほど問題を生じないだろう。

つぎに医療・介護費用総額の感度分析の結果を見ていこう。国民会議シミュレーションでは、医療費の単価の伸び率について 2 通りのケースが、将来のサービス提供体制について 4 通りのシナリオが、経済前提について 4 通りの見通しが設定され、計 32 通りに及ぶシミュレーション結果が示されている³。表 3 には、名目経済成長率、物価上昇率、名目賃金上昇率について、4 通りの経済前提の違いを示している。「社会保障の機能強化のための追加所要額（試算）」でとりあげられ、国民会議シミュレーションの基準ケースと考えられるものは、「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響（暫定試算）：平成 19 年 2 月（厚生労働省年金局）」における基本ケース（ケース II-1、この想定は、「平成 21 年財政検証結果」でも用いられた）を経済前提とし、3 つの改革シナリオのうち中間的なもの（シナリオ B2）を将来のサービス提供体制とし、医療費の伸びの主な要因ごとに一定の仮定を置いた伸び

³ それ以外にも、医療・介護予防の効果や介護職員の人件費について異なる想定を置いた幾つかのオプション・シミュレーションもなされている。

率を使用するケース（ケース①）の組み合わせである⁴。

表3 社会保障国民会議による経済前提

	(%)		
	名目経済成長率	物価上昇率	名目賃金上昇率
2006		0.3	0.0
2007	2.2	0.5	2.5
2008	2.8	1.2	3.0
2009	3.3	1.7	3.5
2010	3.7	1.9	3.9
2011	3.9	1.9	4.1
2012以降			
ケースⅠ-1	3.2	1.6	3.7
ケースⅠ-2	2.1	1.1	2.6
ケースⅡ-1	2.0	1.0	2.5
ケースⅡ-2	1.6	1.0	2.1

(出所)「医療・介護費用のシミュレーション分析」(社会保障国民会議, 2008年10月)

表4は、2025年度の医療・介護費用（対GDP比）をシナリオの違いによって、示したものである。費用の合計は、基準ケースで11.6%、最も楽観的なシナリオでは、GDPの9.7%であるが、最も悲観的なケースでは12.3%となる。

⁴ なお、医療費の単価の伸び率については、医療費の伸びの主な要因ごとに一定の仮定を置いた伸び率を使用するケース（ケース①）が、国民会議シミュレーションの基準ケースと考えられる想定であり、本稿でもその数値を用いた。

表4 医療・介護費用(対GDP比)

		(%)			
		A	B1	B2	B3
I-1	①	9.7	10.5	10.4	10.5
	②	10.4	11.4	11.4	11.5
I-2	①	10.7	11.5	11.5	11.6
	②	10.9	11.9	11.9	12.0
II-1	①	10.8	11.6	11.6	11.7
	②	10.9	11.9	11.9	12.0
II-2	①	11.2	12.0	12.0	12.1
	②	11.1	12.2	12.2	12.3

(出所)「医療・介護費用のシミュレーション分析」(社会保障国民会議, 2008年10月)

3 医療・介護費用の推計

3.1 社会保障国民会議の費用予測

国民会議では、将来の名目医療費を「数量×単価×単価等の伸び」で構成されるものとし、将来の数量が重要と供給側の要因で変動し、単価等の伸びを設定することで予測をおこなっている。

数量については、シナリオ A（現状投影シナリオ）では、年齢階級別のサービス需要状況が今後も変わらないという前提で、年齢構成が変化したときの費用の変化を計算している。

単価等の伸びについては、2 ケースが想定されている。「ケース①」では、「経済成長連動の改訂+医療技術の高度化等—薬・機器等に係る効率化等」の3 要因が考慮されている。最初の「経済成長連動の改訂」は、過去の診療報酬改定率を名目経済成長率には4～5年のタイムラグのもとで高い相関が観察されるとの認識のもと、5年前の名目経済成長率に0.3335 を乗じた率だけ、名目医療費が上昇すると考えている。第2項の「医療技術の高度化等」は、過去の医療費の伸びから、人口増、人口構成の変化、価格変化、制度改革をのぞいた「自然増」が、年率2.2%であるとしている。第3項の「薬・薬価等に係る効率化等」は、現状維持ケースでは考慮されず、改革ケースだけで考慮されるが、2012年度まで0.3%ポイント、それ以降は0.1%ポイント伸び率が低くなるとして計算されている。「ケース②」では、物価と賃金の伸び率の平均より1%ポイント高い水準で伸びると推定されている。

国民会議が医療の「自然増」の部分を「単価等の伸び」の要因として整理しているのは、経済学的な概念と違っているので、注意が必要である。経済学では、医療に技術進歩が生じて、新しい医療技術が利用可能になり、医療サービスの消費「量」が増えたと考える。たとえそれが高価な医療であっても、価格が上昇したのではなく、それまで無限大の価格であって提供されなかったものが、価格が低下して提供可能になったと考えるのである。国民会議はこれを価格の上昇と解釈していることになるが、医療費の伸びだけに着目して、その内訳を問わなければ、この乖離は問題とはならないので、以下ではそのような立場をとることとする。

介護費用の将来推計も、「数量×単価×単価等の伸び」のように要因分解し、将来の数量が重要と供給側の要因で変動し、単価等の伸びを設定している。

単価等の伸び率は、人件費が費用の約65%を占めることから、費用の65%が賃金上昇率で、35%が物価上昇率で伸びると想定された。

長期の経済前提は、経済財政諮問会議の「給付と負担の選択肢」の2 ケース、「年金財政再計算の暫定試算」の2 ケースが示されている。基準ケースでは、名目経済成長率は2%、名目賃金成長率は2.5%、物価上昇率は1%とされている。医療サービス単価の名目伸び率

は、ケース①で約 2.9%，ケース②で 2.75%となる。介護サービス単価は、1.75%となる。

2006 年の「社会保障の給付と負担の見通し」予測と比較すると、経済成長の伸びと比較すると、医療費の伸び率は高いが、介護費用は伸び率が低くなる。

3.2 本稿の推計

(1) 医療費

本稿のモデルは、既存の経済学的分析で確立された手法にのっとり、『国民医療費』（厚生労働省）に示された年齢階層別 1 人当たり医療費を出発点にして、物価成長率を控除した実質成長率に対する想定を置くことで将来の実質医療費を推計する手法をとっている⁵。

シミュレーションの基準点での医療費は、2008 年度の「最近の医療費の動向－MEDIAS－」（厚生労働省保険局調査課）の保険適用医療費（確定ベース）である 32 兆 1,253 億円とする。年齢階層別データの出所である『国民医療費』の本稿執筆時点での最新のものは 2007 年度であるため、2007 年度の年齢階層別 1 人当たり医療費を 2008 年度の保険適用医療費と一致するように、比例的に調整した。『国民医療費』の年齢階層別医療費では 75 歳以上がひとつの区分とされているが、社会保障国民会議のシミュレーションでは、100 歳未満については 5 歳刻みの年齢階層別に医療費が推計されている。これに近い形でシミュレーションをおこなうため、2007 年度の 75 歳以上医療費を国民会議シミュレーションの年齢階層別医療費（75 歳からの 5 歳刻みと 100 歳以上）の比率で按分した。

分析の目的上、医療費を社会保険給付費と患者負担に区別する必要があるが、MEDIAS ではその資料はない。そこで、まず 2007 年度について、『国民医療費』の保険給付費分と老健給付分の合計を保険給付費として、同年度の MEDIAS による医療費からこれを差し引いた分を患者負担とした。こうして求めた 2007 年度の両者の比率を用いて、2008 年度の医療費を按分した。その結果、本稿で財源調達を考える給付費は、2008 年度で 27 兆 5,445 億円となる。年齢別の保険給付費は、年齢別の自己負担率を用いて医療費から年齢別給付費を求める。階層ごとに配分するにあたっては、2008 年度の法定の自己負担比率が今後も維持されるとして配分をおこなった⁶。

⁵ わが国の経済学者による医療費予測については、岩本(2007)にまとめられている。

⁶ 2008 年 4 月から、一部負担は 0 歳から義務教育就業前までが 2 割、小学生から 69 歳が 3 割、70～74 歳は 2 割、75 歳以上は原則 1 割（一定以上所得者については 2 割）となっている。ただし、2008～2009 年度は 70～74 歳の一部負担は 1 割とされた。シミュレーションでは、6 歳は半年が 2 割、半年が 3 割になるものとして、2.5 割と置いた。法定の自己負担率から得られた推計値は、実際の給付費よりも若干過大になる。これは、社会保障給付の対象でない医療費が存在することや、高額療養費制度が存在することが理由である。そこで推計値総額が実際の給付費総額と一致するように、法定自己負担率を一律に比例的に

将来医療費の伸び率は、国民会議シミュレーションを参考にして設定した。本稿では、基準ケースの結果を示すとともに、別の想定をおいた場合のシミュレーション結果も併せて示すことで、シミュレーション結果の頑健性について検証した。

本稿の基準ケースにおける1人当たり医療費の伸びは以下のように設定された。まず、現状投影シナリオ（シナリオ A）を構成することが必要になるが、国民会議シミュレーションでの単価の伸び率の計算方法（ $2.2\% + 0.3335 \times 5$ 年前の経済成長率。ただし2008年度は -0.82% の改定率を控除）にしたがって、労働力人口成長率等から推計したGDP成長率をもとに2008年度から2025年度までの単価の伸び率を独自に推計した。さらにそれを累積したものを、別途計算した名目賃金成長率の累積値で除して、1人当たりの医療費と賃金の比の指数を求めた。推計された2025年度の1人当たり医療費指数は2008年度と比較して1.045に上昇する。

つづいて、国民会議シミュレーションでの2025年度のシナリオ B2 の医療費とシナリオ A の医療費の比率 1.01336 が実現されるよう、国民会議シミュレーションでの2008年度から2025年度までの単価の伸び率（ $2.2\% + 0.3335 \times 5$ 年前の経済成長率 -0.3% 。ただし2008年度は -0.82% の改定率を控除、2013年度以降の第3項は -0.1% ）を比例的に調整したものを各年の伸び率とした。その後の手順はシナリオ A と同様に、伸び率を累積したものを名目賃金成長率の累積値で除して1人当たり医療費と賃金の比の指数を求めた。推計された2025年度の1人当たり医療費指数は2008年度と比較して、1.060となった。基準ケースでは、2026年以降については、単価の伸び率と名目賃金成長率は等しい（指数は一定）と想定した。

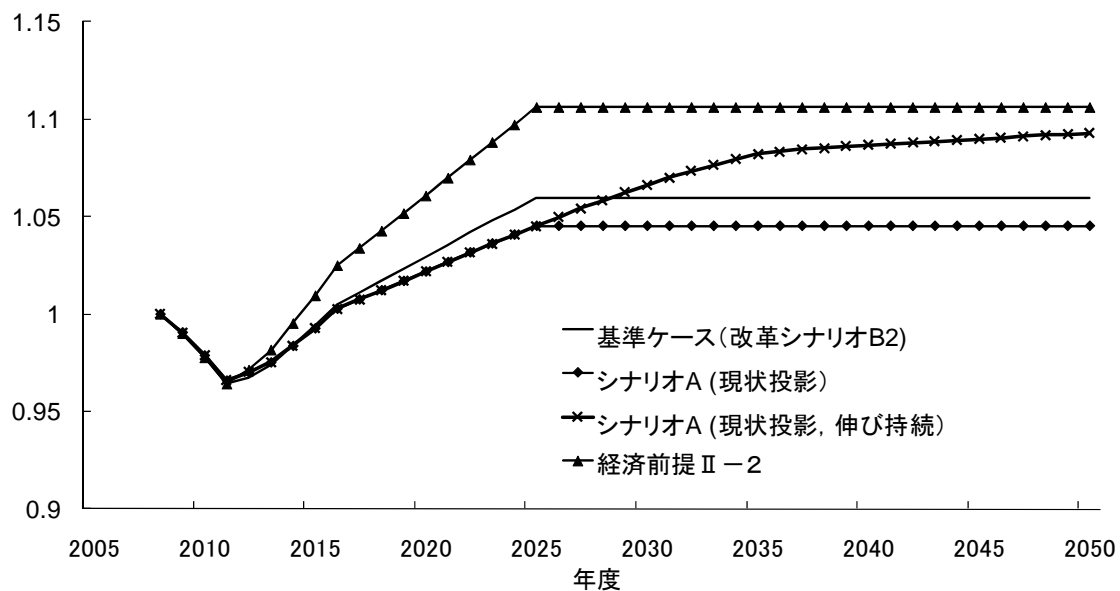
基準ケース以外の単価の伸び率は次のように設定された。まず、「シナリオ A（現状投影）」は、国民会議シミュレーションの現状投影シナリオ（シナリオ A）を再現した医療費指数（2025年度には対2008年度で1.045）をそのまま伸び率として用いたものである。2026年度以降は医療費指数は一定とした。次に、「シナリオ A（伸び持続）」は、2025年度まではAシナリオと同じ指数を用いるが、2026年度から2050年度まで医療費指数の伸びが続くと想定したものである。最後に、「経済前提Ⅱ-2」は、医療の単価の伸び率については基準ケースのものを、長期の経済前提については「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響（暫定試算）：平成19年2月（厚生労働省年金局）」における参考ケース（国民会議シミュレーションのケースⅡ-2）のものをとっている⁷。

調整した。

⁷ ケースⅡ-2では、2012年度以降の賃金上昇率は2.1%、名目長期金利は3.2%と、ケースⅡ-1の想定（それぞれ、2.5%、4.1%）に比べて低めの想定となっている。物価上昇率については両ケースとも1.0%と想定されている。

図1は、こうして計算された1人当たり医療費指数を2050年度まで示したものである。2011年度まで指数が低下しているが、これは5年前までの経済成長率が医療費に影響する設定のもとで過去の成長率の実績が低いため、この期間の医療費の伸びが小さくなることが理由である。社会保障の機能強化を踏まえた基準ケースに比べ、現状維持を想定したAシナリオでは、医療費指数は若干低めとなるが、シナリオA（伸び持続）では、2026年度以降も指数が上昇することを想定しているため、2026年度以降は基準ケースの指数を上回っている。経済前提Ⅱ-2では、より低い賃金成長率を想定しているため、指数は基準ケースに比べて高めの想定となっている。

図1 1人当たり医療費と賃金の比



2006年5月の給付費の推計と比較すると、2011年度以降の伸び率は国民会議推計の方が若干高くなっているが、それ以前の落ち込みがあるので、推計の出発点と比較したときの2025年度の相対的な水準は2006年推計の改革前ケースより低くなっている（2006年5月推計の給付費と国民会議の医療費を比較しているので、絶対水準でなく、出発点からの相対的な伸び率を比較するべきである）。2006年推計の改革ケースは医療費の抑制を図るシナリオであるが、国民会議推計の改革ケースは逆に医療費の増加をとまなうものになることに注意する必要がある。この改革の逆の動きによって、改革ケースでの（出発点との比較での）2025年の相対的な水準が近づくことになる。

(2) 介護費用

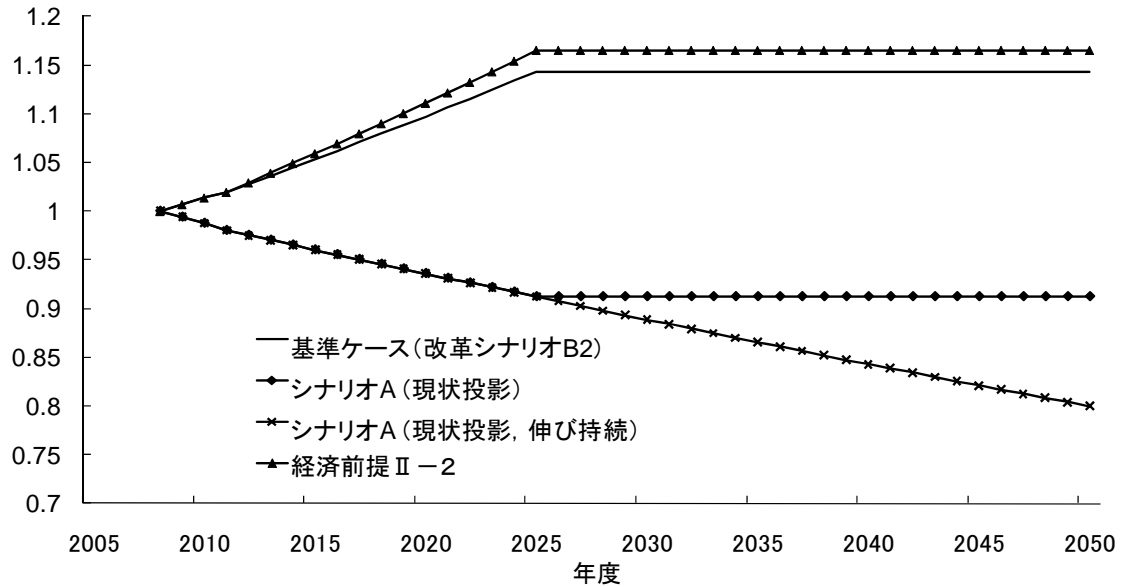
介護給付費の将来予測は、医療給付費の推計とほぼ同様の手順による。

シミュレーションの基準点での介護費用と保険給付費は、2008年度の介護保険特別会計経理状況での費用額と給付費とする。費用額には、市町村がおこなう地域支援事業費（介護予防事業費・包括的支援事業費・任意事業費）も含まれている。地域支援事業交付金の対標準給付費比は2008年度以降3.0%を上限と定められているが、本稿のモデルでは直近の実績値が将来も維持されるものと想定している。本稿執筆時点では、データの出所である『介護保険事業状況報告』（厚生労働省）の最新のものは2007年度なので、『介護給付費実態調査月報』（厚生労働省）の2008年4月審査分から2009年3月審査分の費用額合計と前年度との比を用いて、2007年度の介護保険特別会計経理状況の計数から2008年度の対応する値を推計したところ、費用額は7兆767億円、給付費は6兆5,433億円となった。

一方、年齢階層別1人当たり介護費用は、『介護給付費実態調査月報』の2008年4月審査分から2009年3月審査分の合計額を、総計が上記の2008年度推計値と一致するように比例的に調整して求めた。その値は、表1に示されている。

将来の介護費用については、医療費についての設定と同様の方法で想定した。まず、国民会議シミュレーションの現状投影シナリオ（シナリオA）での介護の単価の伸び率（賃金の伸び率の65%と物価の伸び率の35%の加重平均）を累積し名目賃金上昇率の累積値で除して、1人当たり介護費用と賃金の比の指数（2025年度の1人当たり介護費用の指数は2008年度と比較して、0.912となる）を求めた。次に、国民会議シミュレーションでの2025年のシナリオB2の費用額とシナリオAの費用額の比率1.27016が実現されるよう、各年の単価の伸び率を比例的に調整したものを、基準ケースでの単価の伸び率と設定した。2025年度の1人当たり介護費用と賃金の比の指数は、2008年度と比較すると1.143となる。医療費と同じく、基準ケースでは2026年以降の指数は一定と想定した。基準ケース以外の単価の伸び率の設定も、医療費と同様である。図2には、こうして計算された1人当たり介護費用指数が示されている。基準ケースでは介護費用指数は2025年度まで上昇を続けるが、シナリオAでは逆に2025年度まで低下することになる。シナリオA（伸び持続）ではさらに2050年度まで指数の低下が続くと想定しているため、基準ケースからの乖離はさらに大きくなる。また、介護費用の単価の伸びは賃金成長と連動する形で想定されているため、経済前提Ⅱ-2での指数は、基準ケースに比べて若干高いが、医療費指数における基準ケースと経済前提Ⅱ-2の差ほどは大きくない。

図2 1人当たり介護費用と賃金の比



2006年推計の現状投影シナリオでは、費用が賃金以上に伸びるため、費用と賃金比は上昇する。国民会議推計では、出発点と比較したときの2025年度の費用の相対的水準は、2006年推計よりも低い水準にある。この関係は、医療費と同様である。改革シナリオが2006年推計では費用を低下させる方向へ、国民会議推計は費用を増加させる方向へと逆に動くことも同様である。

4 国保加入者割合の推計

医療・介護保険財政モデルの今回版では、公費負担をより正確に計算するために、これまで考慮されていなかった国保・協会けんぽへの公費負担を考慮に入れている。そのためには、国保加入者割合、協会けんぽ加入者割合の将来推計をおこなう。

4.1 国保加入者割合の推計

われわれが必要とするのは、国保加入者の総人口に占める割合である。医療・介護費用の将来推計と手法は共通しており、年齢ないし年齢階層別の実績値をもとに人口構成の変化によって、総加入者が変動することを考慮に入れる手順をとる。現在の国保加入者の比率は年齢の上昇とともに高まっていくが、これには年齢を重ねることによって国保に加入する機会が多くなる効果と、わが国の産業構造の転換によって、年齢が若くなるほど自営業・農業に従事する者の割合が減少する効果の2つがある。後者の影響は今後は小さくなると考えられるので、現在の加入状況を将来もそのままではまると考えるのは、国保加入者割合を過大推計することになるだろう。

そこで加齢による加入状況の違いと世代による加入状況の違いを区別する目的で、図3では、1995年から2007年までの13年間について、1925年生まれから1075年生まれまで、生年の5歳ごとに国保加入者の総人口に占める割合を示したものである。年齢別国保加入者は、『国民健康保険実態調査報告』（厚生労働省保険局）の男女別年齢別被保険者数（市町村：一般＋退職者）が、総数で『国民健康保険事業年報』（厚生労働省保険局）の各年9月末時点の男女計被保険者数（市町村）と一致するよう比例的に調整したものを推計値とし、それを各年の『国勢調査』あるいは『推計人口』の年齢別人口で除して年齢別加入者割合（男女計）とした。

図3 国保加入者の実績

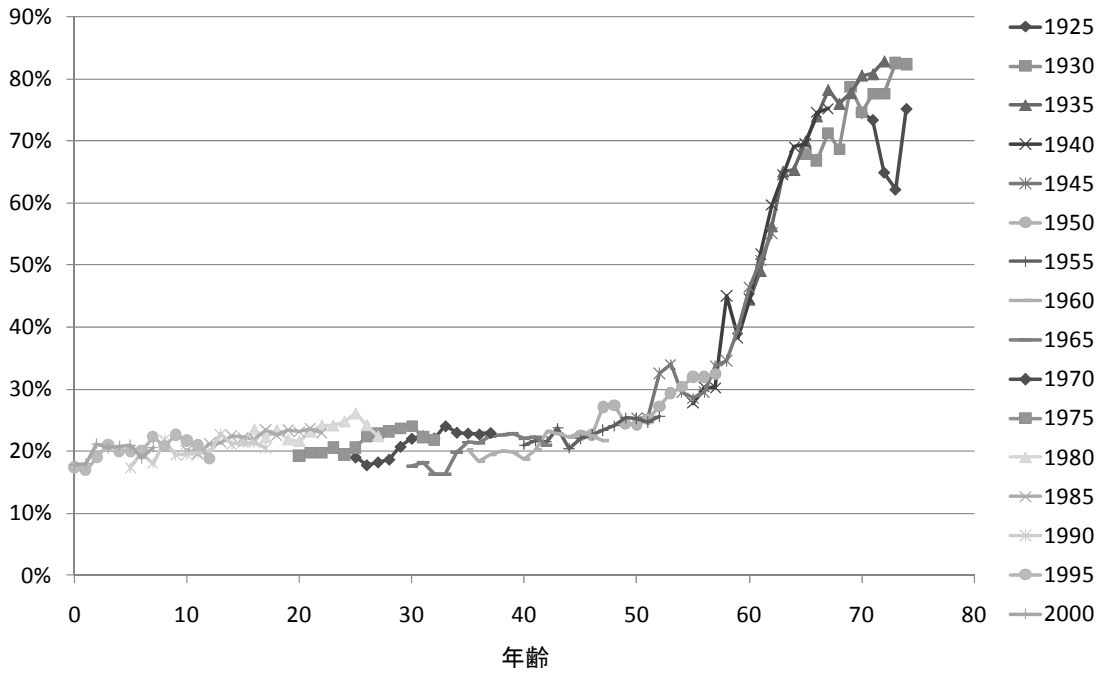


図3では、ひとつの世代をつないだ線が重なり合って、全体をつなぐ曲線が形成されているように見える。もし、産業構造の変化のように、世代による加入状況の差があれば、ひとつの世代を追跡した線がずれる（生年の早い世代の線が上に来る）ことによって、全体をつなぐ曲線は成立しないはずである。したがって、世代の違いによる加入状況の違いをここで深刻に考える必要は薄そうである。

そこで、年齢別加入者割合の推移が、

$$r_{a,t} = \alpha + \beta_1 \text{age}1_a + \gamma_1 \text{age}2_a + \gamma_2 \text{age}2_a^2 + \gamma_3 \text{age}2_a^3 + \gamma_4 \text{age}2_a^4 + u_{a,t}$$

という関係に従うと想定した。ただし、 $r_{a,t}$ は年齢別加入者割合、 $\text{age}1$ は年齢トレンド（40歳未満はゼロ、40歳以降は年齢-40）、 $\text{age}2$ は年齢トレンド（55歳未満はゼロ、55歳以降は年齢-55）である。

すでに求めた1995年から2007年の0歳から74歳までの加入者割合を使用して、年齢別加入者割合をこれらの変数に回帰させ、係数を推定した。

推定結果は、

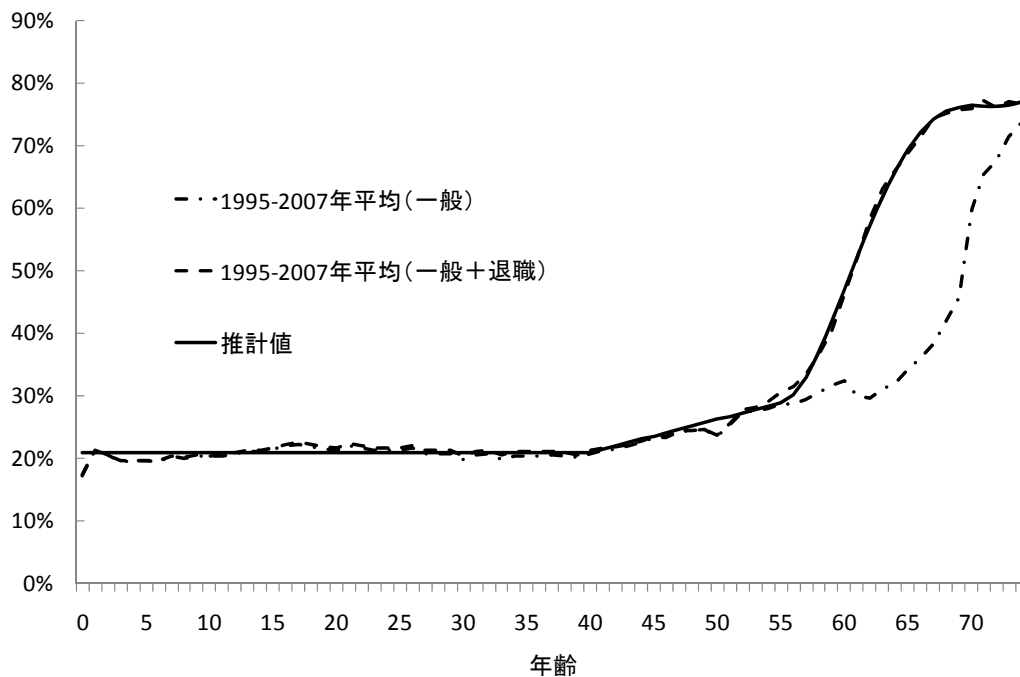
	Adj-R2	0.979
	Root MSE	2.82
	係数推定値	標準偏差
age1	0.527	(0.0242) **
age2	-0.216	(0.3862)
age2 ²	1.051	(0.0953) **
age2 ³	-0.088	(0.0081) **
age2 ⁴	0.002	(0.0002) **
const.	20.95	(0.1173) **

(注) **は1%水準で、係数推定値が有意に非ゼロであることを示す。

の通りである。この推定結果から得られる予測値を2007年度以降の年齢別加入者割合とした。

図4は、年齢別の国保加入者割合の実績値（1995～2007年の平均）と本稿のシミュレーションで使用される推計値を示したものである。そして、将来の加入者割合は、この推計値が続くものと想定した。

図4 年齢別国保加入者割合



4.2 協会けんぽ加入者割合の推計

1995年から2007年の13年間について、『健康保険被保険者実態調査報告』（厚生労働省保険局）の政管健保の年齢階層別被保険者数および年齢階層別被扶養者数（それぞれ男女別）が、『事業年報：政府管掌健康保険・船員保険・厚生年金保険・国民年金・組合管掌健康保険・国民健康保険・老人保健』（社会保険庁）の各年9月末時点の被保険者数および被扶養者数（それぞれ男女別）とそれぞれ総数で一致するように比例的に調整して年齢階層別被保険者数および年齢階層別被扶養者数を男女別に推計し、それを年齢階層ごとに集計したものを、各年の『国勢調査』あるいは『推計人口』の年齢階層別人口で除して年齢階層別加入者割合（男女計）とした。

年齢別加入者割合の推移が、

$$r_{a,t} = \alpha + \beta_1 cage_a + \beta_2 cage_a^2 + \beta_3 cage_a^3 + u_{a,t}$$

という関係に従うと想定した。ただし、 $r_{a,t}$ は年齢別加入者割合、 $cage_a$ は年齢階級トレンド（50 - 54歳はゼロ、55歳 - 59歳以降は年齢階級の中央値 - 57）である。

1995 - 2007年の0 - 4歳から70 - 74歳までの年齢階層別加入者割合（195サンプル）を使用して、年齢階層別加入者割合をこれらの変数に回帰させ、係数を推定した。

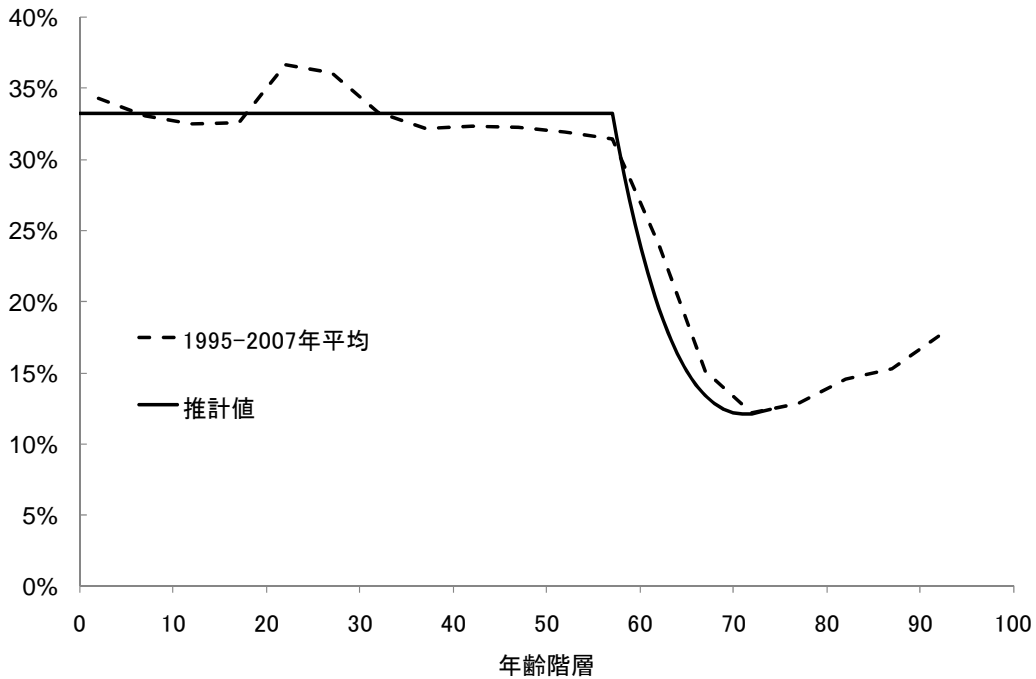
推定結果は、

	Adj-R2	0.936
	Root MSE	1.79
	係数推定値	標準偏差
cage	-3.657	0.367 **
cage ²	0.202	0.081 *
cage ³	-0.003	0.004
const.	33.23	0.144 **

（注）**は1%水準で、*は5%水準で、係数推定値が有意に非ゼロであることを示す。

の通りである。この推定結果から得られる計算値を2007年度以降の年齢別加入者割合とした。図5は同様に、年齢階層別の協会けんぽ加入者割合の実績値（1995～2007年の平均）と本稿のシミュレーションで使用される推計値を示したものである。そして、将来の加入者割合は、この推計値が続くものと想定した。

図5 年齢階層別協会けんぽ加入者割合



4.3 公費負担

医療・保険財政モデルの今回版は、以下のような、給付費と財政調整にかかる公費負担を考慮に入れている。

給付費に対する主な公費負担としては、75歳以上の高齢者の医療費の50%、介護保険給付の50%、国民健康保険の給付費の50%、協会けんぽの給付費の13%分がある。前回版までのモデルでは、高齢者医療費と介護費用に対する50%の公費負担しか考慮されていなかった。このため、保険料負担が現実よりも若干過大に、公費負担が若干過小に推計されていた。今回版で、この問題の改善を図った。

財政調整に対する主な公費負担としては、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金と交付金の差額、介護納付金について、国保の50%、協会けんぽの16.4%分がある。これらの財政調整の趣旨は、後期高齢者の医療給付費の50%と前期高齢者の医療給付費の全額を各医療保険制度の0～74歳加入者数に応じて負担し、介護給付費の31%（2008年度の場合）を各医療保険制度の0～64歳加入者数に応じて負担するようにするためのものである。後期高齢者医療制度での支援金の財源に占める割合は創設時の2008年度は4割であるが、74歳未満人口が減少する割合の2分の1だけ減少することになる。実際は2年に1回見直すことになっているが、シミュレーションでは2008、2009年度を4割、2010年度以降は4割に「(当該年度の74歳未満人口-2008年度の74歳未満人口) / 2008年度の74歳未満人口の2分の1」を乗じて計算する。介護保険制度での納付金の財源に占める割合は、64

歳未満人口の総人口に占める割合の2分の1となるように、3年に1回見直される。シミュレーションでは、2008年度は0.31、2009～2011年度は0.3という法定の値を用い、2012年度以降は64歳未満人口の総人口に占める割合の2分の1と置いた。

これらの公費負担は、その支出がされるときに租税であたかも調達されるものとして、シミュレーションをおこなっている。現状の政府は巨額の財政赤字を出しているため、この想定は現実とは乖離した部分があるが、将来にどのような財政赤字のシナリオ次第で世代間の負担は大きく違うことになり、シミュレーションの結果に大きく影響する。現役世代の負担で高齢者の医療費の財源調達をしている構図での世代間負担格差を描く意図から、ここでは均衡財政を仮定したもとのシミュレーションをおこなう。

5 政策シミュレーション

5.1 シミュレーションの方法

5節では、Fukui and Iwamoto(2006)、岩本・福井(2007)で開発された医療・介護保険財政モデルの最新版である2009年9月版を用いて、2025年以降の医療・介護保険に必要な保険料と公費負担の上昇を数量的に把握していく。また、社会保障国民会議推計のシナリオに沿って、費用と経済前提の違いに関する感度分析をおこない、財政需要にどれだけの幅が生じるのかを検討する。さらに従前の医療・介護保険財政モデルで検討していた積立型医療・介護保険が、現行の賦課方式のもたらす世代間の負担格差をどう変化させるのかも検討する。前回版(2008年4月版)モデルによる岩本・福井(2009a)の分析では、人口・労働力の違いによる感度分析をおこなったが、今回は費用推計と経済前提の感度分析に焦点を当てているといえる。

公的年金の場合には受益格差の問題も生じるが、医療・介護費用は疾病や障害を持った際に必要なサービスであるので、そのサービス消費の世代間格差を議論することあまり意味はないと判断し、費用負担の側面のみに関心をしぼる。本稿の分析では、シミュレーションの初期値を決めるデータが、表5にまとめられているように、2009年9月時点での最新のものに更新されている。なお、2009年9月版モデルの詳細は、岩本・福井(2009b)で説明されている。

表5 使用したデータ

変数	年度	出所	公表時期
GDP	2008年度	2009年1－3月期2次速報	2009年6月
金利, 成長率前提		平成21年財政検証結果	2009年2月
人口	2008年10月	推計人口	2009年4月
	2008-2105年	日本の将来推計人口	2006年12月
労働力率	2005年10月	国勢調査	2007年1月
	2008-2030年	雇用政策研究会報告	2007年12月
労働力人口	2008年度	労働力調査	2009年5月
賃金	2008年	賃金構造基本調査	2009年3月
社会保障前提	-2025年度	医療・介護費用のシミュレーション結果	2008年10月
医療費	2008年度	最近の医療費の動向－MEIDAS－	2009年7月
	2007年度	国民医療費	2009年9月
介護費用	2007年度	介護保険事業状況報告	2009年6月
	2008年度	介護給付費実態調査月報	2009年5月

3節で示された基準ケース（改革シナリオ B2）でのシミュレーションに加え、本稿では以下の3つのシナリオについても、2105年度までの医療・介護保険を均衡財政で運営した場合の負担率を計算する。

(1) 国民会議シミュレーションの現状投影シナリオ（シミュレーション A）を再現するよう、2025年度までの1人当たり医療費・介護費用の伸びを設定したもの。その他の前提については基準ケース（改革シナリオ B2）と同じ（以下では、シナリオ A [現状投影] と呼ぶ）。

(2) 国民会議シミュレーションの現状投影シナリオ（シミュレーション A）を再現するよう、2025年度までの1人当たり医療費・介護費用の伸びを設定し、さらに2050年度まで同率で1人当たり医療費・介護費用が伸び続けると想定したもの。その他の前提については基準ケース（改革シナリオ B2）と同じ（以下では、シナリオ A [現状投影, 伸び持続]

と呼ぶ)。

(3) 「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響(暫定試算):平成19年2月(厚生労働省年金局)」における参考ケース(ケースII-2)に合わせて長期の経済前提を設定するもの。その他の前提については基準ケース(改革シナリオB2)と同じ(以下では、経済前提II-2と呼ぶ)。

シミュレーションでは、社会保険料と公費負担に向けられる税は同じ所得ベース(国民経済計算における雇用者報酬と混合所得の和の90%)に課されるとする。90%は、Fukui and Iwamoto (2007)が、実際の保険料率に近い数値を再現するために採用した数値をそのまま用いたものである。単純化の仮定として、これらの所得はシミュレーション期間においてはGDP(および労働投入)と同率で成長するものとし、社会保険の運営にかかる事務費用は捨象する。

以下では、2つの政策シナリオを考える。

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

政策B: 世代間負担格差を縮小するため、将来の高齢者の医療費と介護費用にあてられる社会保険料を事前積立する方式(詳細は5.3節で説明する)

シミュレーションは2008年度を起点とし、『将来推計人口』が利用できる2105年度までを考えるが、世代ごとの負担を見るため、計算は2210年度までおこなう。

5.2 現行制度での負担率の推移

図6は、以上の想定のもとで、基準ケース(改革シナリオB2)における保険料負担と公費負担をそれぞれ対GDP比で示したものである。医療の保険料負担は2008年度の3.46%から2011年度には3.35%まで低下するが、その後2073年度の5.65%まで上昇を続ける。介護の保険料負担は、2008年度の0.57%から、2071年度の2.88%まで一貫して上昇を続ける。公費負担は、医療については2008年度の2.08%から2070年度の4.86%へと2.3倍程度に上昇し、介護についても2008年度の0.75%から2071年度の3.44%まで4.6倍程度に上昇する。

医療保険料と介護保険料はほぼ平行に推移しているように見えるが、足元の保険料負担が低い分、伸び率で見れば医療保険料の伸び(ピーク時は2008年度の約1.6倍)よりも介護保険料の伸び(ピーク時は2008年度の約5.1倍)の方がより深刻である。また、保険料負担と公費負担を比較すると、医療保険では保険料負担の方が大きいのに対して、介護保

険では公費負担の方が大きく、費用負担構造の違いが図からも読み取れる。

図6 基準ケース(対GDP比)

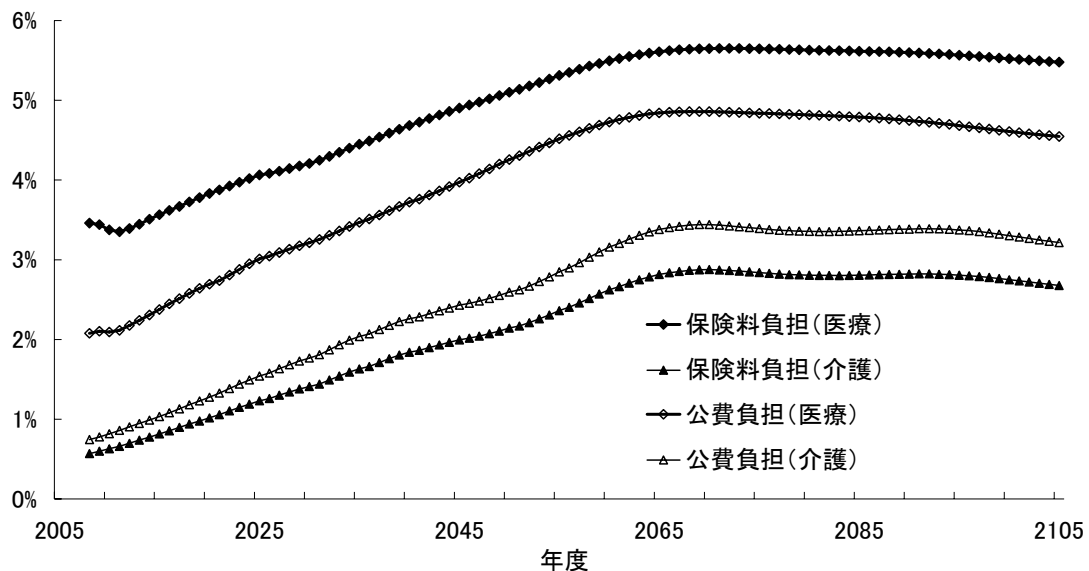


図7は、4つのシナリオについて、医療保険の保険料負担を対GDP比で比較したものである。基準ケース（改革シナリオ B2）に比べて医療費の伸びを低く想定するシナリオ A（現状投影）では、保険料負担は若干低く、ピークは2073年度の5.57%である。シナリオ A（現状投影、伸び持続）では、2025年までの医療費の伸びは基準ケース（改革シナリオ B2）よりも低く想定しているが、2025年度以降も医療費が賃金成長率よりも高い率で伸びると想定しているため、2030年ごろには保険料負担は基準ケース（改革シナリオ B2）を逆転し、2073年度のピークでは5.83%に達する。

経済前提Ⅱ-2では、保険料負担の推移パターンは基準ケース（改革シナリオ B2）と似通っているが、水準はより悲観的で、ピークは2073年度の5.90%と、基準ケース（改革シナリオ B2）に比べ0.25%ポイント高い。ピーク時点で比較すると、4つのシナリオで0.33%の開きがある。社会保障国民会議シミュレーションでは、2025年度までの1人当たり医療費の伸びは経済前提以外の要因も加味されて設定されており、GDP比で見ると、悲観的な経済前提のもとではそれらの要因がより強く表れることによる。実際、経済前提Ⅱ-2と基準ケース（改革シナリオ B2）のピーク時の差（0.25%ポイント）は、2025年度時点での差（0.18%ポイント）でその大部分を説明できる。

図7 保険料負担(医療, 対GDP比)

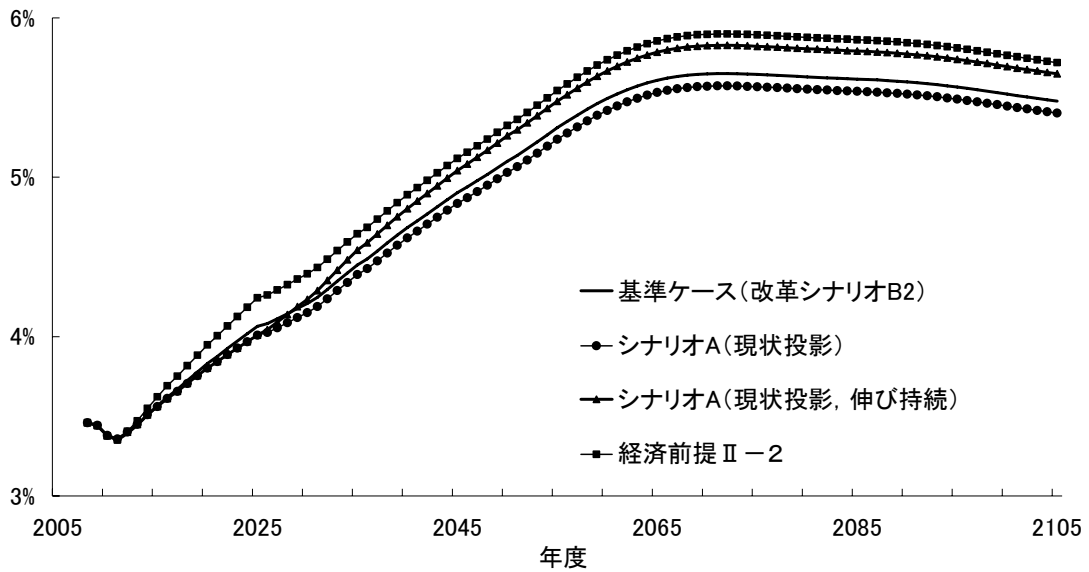


図8は、医療保険の公費負担の対GDP比を4つのシナリオで比較したものである。水準の違いがあるものの、推移のパターンは図7に示した保険料負担と同様である。基準ケース(改革シナリオB2)よりも楽観的なのはシナリオA(現状投影)で、2070年度に4.79%でピークを迎える。シナリオA(現状投影, 伸び持続)は基準ケース(改革シナリオB2)よりも悲観的で、2070年度に5.01%に達する。さらに悲観的なのは経済前提Ⅱ-2であり、2070年度に5.07%となる。シナリオ間で0.28%ポイントの開きがあり、保険料負担におけるシナリオ間の開きとほぼ同程度である。

図8 公費負担(医療, 対GDP比)

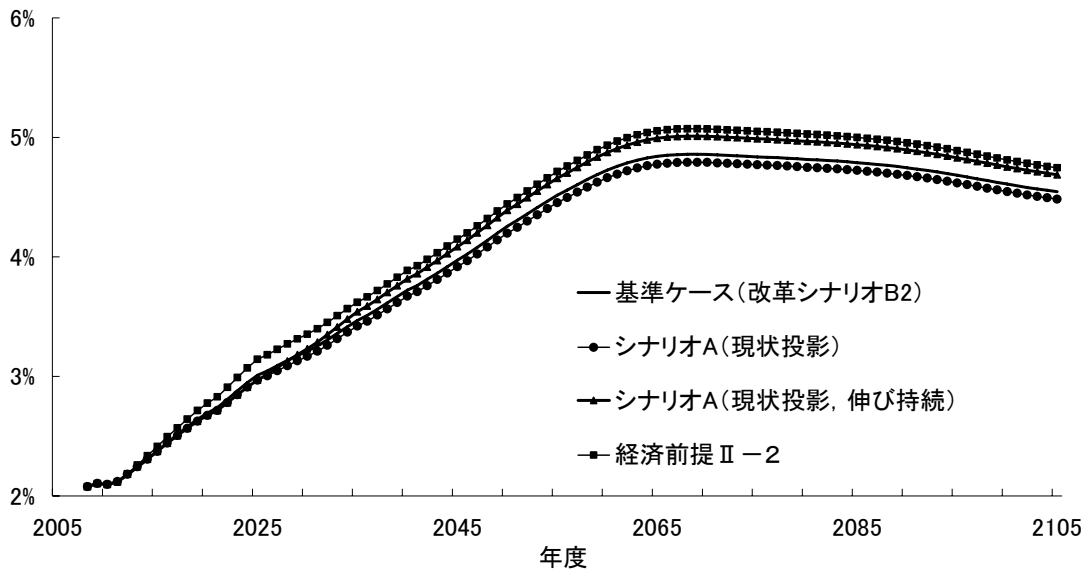


図9は、介護保険の保険料負担の推移をシナリオ間で比較したものである。医療の場合と異なり、シナリオA（現状投影）では2071年度に2.29%であり、基準ケース（改革シナリオB2）よりも楽観的な見通しとなっている。これは、3節でも述べたように、社会保障国民会議のシナリオAでは、2025年度の1人当たり介護費用の指数（2008年度＝1）が0.912と想定されていることによる。同様の介護費用の伸びが2050年度まで持続すると想定したシナリオA（現状投影，伸び持続）では、さらに楽観的な見通しとなり、2071年度のピークでも2.01%である。

一方、経済前提Ⅱ-2は医療の場合と同様に基準ケース（改革シナリオB2）よりも悲観的で、2071年度のピーク時で2.93%であるが、基準ケース(改革シナリオB2)よりも0.05%ほど高いものの、医療の場合と異なりその差は大きくない。社会保障国民会議シミュレーションでは、2025年度までの1人当たり介護費用の伸びは賃金上昇率と物価上昇率の加重平均として設定されており、GDP比でみた場合には経済前提の違いによりほぼ影響を受けないことによる。シナリオ間では、ピーク時について0.92%ポイントの開きがある。

図9 保険料負担(介護, 対GDP比)

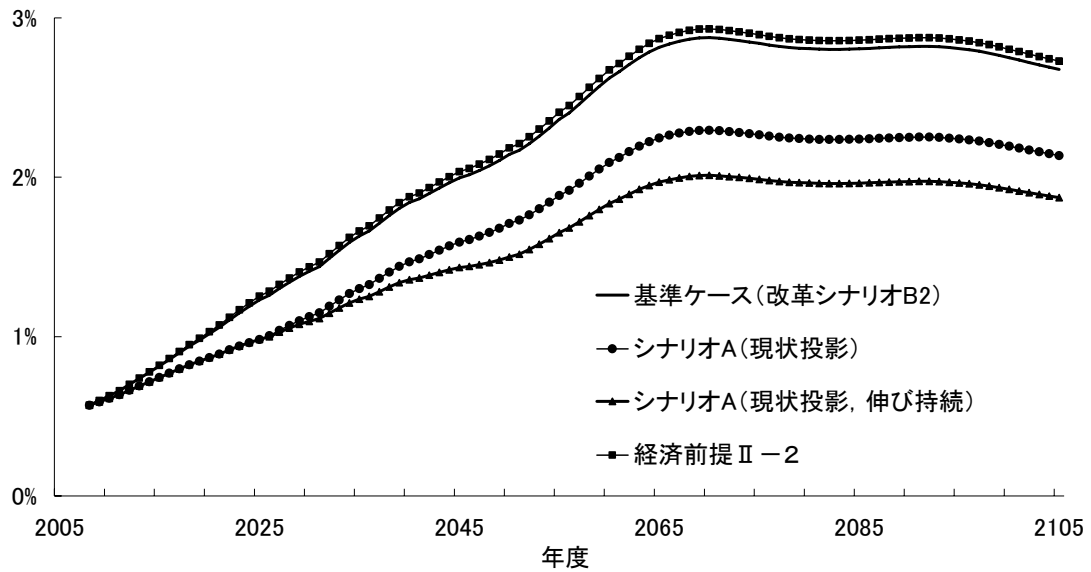


図 10 は、介護保険の公費負担の推移をシナリオ間で比較したものである。保険料負担の場合と同様に、シナリオ A (現状投影) では 2071 年度に 2.75%、シナリオ A (現状投影, 伸び持続) では、2071 年度に 2.41%と、基準ケース (改革シナリオ B2) に比べ楽観的な見通しとなっている。経済前提Ⅱ-2 についても、保険料負担と同様に基準ケース (改革シナリオ B2) よりも若干悲観的で、2071 年度のピーク時に 3.51%となる。シナリオ間で 0.76% ポイントの開きが見られるが、保険料負担における開きよりは若干小さい。

図10 公費負担(介護, 対GDP比)

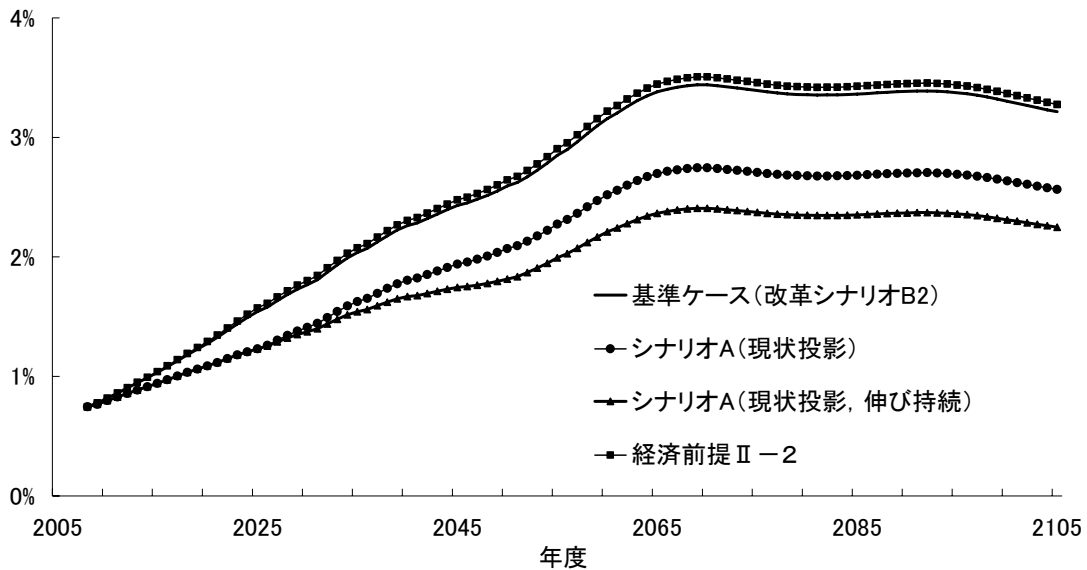


表6は、財源別の医療・介護費用（対GDP比）の予測結果を、社会保障国民会議の推計と比較したものである。医療費は、社会保障国民会議では、2006年度の6.5%から8.5%に上昇すると推計されているが、われわれの推計では、2025年の合計値は8.4%と、ほぼ同等である。

本稿の将来の前提は、国民会議の推計に沿った形としているが、国民会議が推計した2007年度から2025年度までの公費の増加額はGDPの1.8%であった、2025年から2050年にかけて、公費負担は、医療が1.25%ポイント、介護が1.05%ポイント伸びる。岩本(2009)では、医療・介護保険財政モデル2008年4月版を用いて、同期間の公費負担の伸びは1.89%ポイントとしていた。今回の推計で、国保と協会けんぽの公費負担を考慮に入れることで、公費負担の水準と伸びが上方修正されたことが、このような結果に反映されたと考えられる。さらに負担総額のピークとなるのは、2071年度であるが、このときには公費負担は2025年度に比較して、医療が1.84%ポイント、介護が1.89%ポイントの上昇となる。

将来の動きについて、国民会議推計と大きな違いが生じるのは、医療の自己負担である。これは、本稿では高齢者の自己負担率が低いことが考慮されており、高齢者の医療費の割合が増えることで、自己負担の割合が低下することになる。

本稿の4つのシナリオのもとでは、2025年度の公費負担は2.97%から3.14%の間の幅におさまっている。社会保障国民会議の感度分析は2.88%から3.57%の幅となっているが、これよりもシナリオの選択の幅が小さいことに起因している。2050年度と2071年度の推計の幅は若干広がるものの、傾向的な増加を覆すものではなく、将来にわたって重要な要

素は、各財源が持続的に増加していくことであることを示唆している。

表6 社会保障国民会議との比較

	足元	2025	2050	2071
医療保険				
社会保障国民会議 合計	6.54	8.54 (7.41-9.18)		
保険料	3.20	3.99 (3.46-4.29)		
公費	2.39	3.32 (2.88-3.57)		
自己負担	0.94	1.23 (1.07-1.32)		
本稿				
合計	6.76	8.40 (8.30-8.76)	10.80 (10.66-11.26)	11.99 (11.84-12.51)
保険料	3.46	4.06 (4.01-4.24)	5.10 (5.03-5.32)	5.65 (4.75-6.95)
公費	2.08	3.01 (2.97-3.14)	4.26 (4.20-4.44)	4.85 (4.79-5.07)
自己負担	1.23	1.33 (1.32-1.37)	1.44 (1.43-1.49)	1.49 (1.48-1.54)
介護保険				
社会保障国民会議 合計	1.33	3.03 (2.32-3.09)		
保険料	0.53	1.22 (0.93-1.24)		
公費	0.71	1.58 (1.21-1.61)		
自己負担	0.10	0.23 (0.17-0.23)		
本稿				
合計	1.42	3.00 (2.37-3.05)	5.12 (3.56-5.22)	6.81 (5.57-5.90)
保険料	0.57	1.23 (0.98-1.25)	2.14 (1.50-2.18)	2.87 (2.01-2.93)
公費	0.75	1.54 (1.23-1.57)	2.59 (1.81-2.64)	3.43 (2.40-3.50)
自己負担	0.10	0.22 (0.16-0.23)	0.38 (0.25-0.39)	0.51 (0.34-0.52)

(注) 数字は対GDP比(%)である。

括弧なしの数字は基準ケース(改革シナリオB2)の値、括弧内の数字は3つの比較シナリオにおける最小値と最大値である。

足元の年次は社会保障国民会議シミュレーションが2007年度、本稿推計が2008年度である。

5.3 積立方式への移行

Fukui and Iwamoto (2007), 岩本・福井(2007)と同様に、医療・介護保険を約 100 年後に積立方式に移行するよう、事前積立する政策を、以下のように想定する。医療保険については、65 歳以上の高齢者に対する医療保険給付のうち、保険料によってまかなわれる部分を事前積立の対象にする。保険料は、すべての年齢の労働者によって支払われるものとする。推計に使用する労働力率のデータは 15 歳以上が対象なので、シミュレーションでは、15 歳以上の労働者が支払うことになる。64 歳以下の医療保険給付については、保険料からの給付分と公費負担分はいずれも均衡財政方式で運営されるものとする。介護保険は保険料からの給付分を事前積立にし、公費負担分を均衡財政方式とする。介護保険料は現行制度と同じく、40 歳以上の労働者が支払うものとする⁸。

なお、このような制度改革をおこなうと、後期高齢者医療制度支援金と介護納付金はおのずと廃止されることになる。協会けんぽ・国保加入者の支援金・納付金に対する公費負担については、2つの想定が考えられる。第1は、これらの公費負担は自動的に廃止されると考えて、これに対応する財源が保険料に変わるというものである。第2は、公費負担と保険料の財源構成の変化と積立方式の効果が混在しないように、制度改革後も同じ公費負担がおこなわれるとするものである。後者の想定では仮想的な公費負担を計算しないといけないため、現実の制度としては実現が困難ではあるが、自動的に公費負担が消滅するような想定も、現実には実現可能ではない。このため、両者の想定は直ちには決めがたい。本稿では、積立方式への移行の効果だけを見るために、公費負担額を変化させない後者の想定をとった。

積立方式への移行については以下のような想定を置いている。医療費については、まず、2000 年度生まれの世代が 65 歳以降に受ける医療保険給付の期待値をまかなうのに必要な保険料率を計算すると、2.69%となる。つぎに、2000 年以降に生まれたすべての世代がこの率で保険料を拠出した場合に 2105 年度時点で蓄積される積立金総額は、GDP の 86.75%となる。最後に、移行が完了する 2105 年度にその額の積立金が蓄積されるよう、移行過程における一定の保険料率を設定する。現存世代は事前積立をしていないので、2.69%の保険料率では不十分である。2105 年度時点で必要な積立金を蓄積するためには、移行過程においては 6.19%の保険料率を課すことが求められる。

⁸ 今回の作業中に、過去の版では 15 歳から積立する計算となっていたプログラムミスがあることが判明した。本稿では、正しく 40 歳からの積立になるように修正している。積立期間が短くなるため、積立方式移行後の保険料率は高くなる。しかし、積立金総額は減少するので、移行過程での保険料率は若干減少することになる。

基準ケース（改革シナリオ B2）の場合、積立方式への移行はつぎのようになる。2008年度の医療保険給付（公費負担分を除く）を均衡財政方式で調達した場合は、64歳以下の医療費について3.58%、65歳以上について3.44%となる。後者が移行過程において6.19%に上昇した後に、2105年度に完全積立方式となり、2106年度以降の保険料率は2.69%となるものとする⁹。

介護保険についても同様の方法で推計される。2006年度生まれの世代が受ける介護保険給付の期待値をまかなうのに必要な保険料率を計算すると、その保険料率は1.28%となる。2000年以降に生まれたすべての世代がこの率で保険料を拠出した場合に2105年度時点で蓄積される積立金総額はGDPの65.90%となる。最後に、移行が完了する2105年度にその額の積立金が蓄積されるような移行過程の保険料率は3.52%と計算される。

積立方式への移行は、つぎのようになる。2008年度の介護保険給付（公費負担分を除く）を均衡財政方式で調達した場合は、1.16%となる。移行過程において3.52%に上昇した後に、2105年度に完全積立方式となり、2106年度以降は2.39%となる。

シナリオごとの移行過程期とその後の保険料率は、表7のようにまとめられる。シナリオA（現状投影）における移行期の保険料率は高齢者医療では6.12%、介護保険では2.87%といずれも基準ケース（改革シナリオ B2）に比べ低い。シナリオA（現状投影、伸び持続）における移行期の保険料率は、高齢者医療が6.30%と基準ケース（改革シナリオ B2）よりも高いのに対して、介護保険が2.65%と基準ケース（改革シナリオ B2）よりも低くなる。もっとも悲観的な場合が経済前提Ⅱ-2であり、高齢者医療では6.79%、介護保険では3.87%と、いずれも基準ケース（改革シナリオ B2）よりも高い保険料率となる¹⁰。

⁹ かりに『将来推計人口』で変化しなくなった後の死亡率データを元に積立方式の保険料率を計算すると、積立金の対GDP比が一定に保たれる。しかし、遠い将来の予測のみに依存する制度設計は現実には受け入れられがたい。現実的な制度設計では、本稿のように近い時点での死亡率データを用いた保険料率の計算の方が支持されるだろう。

¹⁰ Fukui and Iwamoto (2007), 岩本・福井(2007)では、金利と成長率の差の想定が事前積立方式の保険料率に大きな影響を与えることが示されている。

表7 事前積立方式での保険料率と公費負担

	保険料率		公費負担
	2009-2105	2106-	2009-2105
高齢者医療			
基準ケース(改革シナリオB2)	6.19	2.69	4.21-9.85
シナリオA(現状投影)	6.12	2.65	4.21-9.72
シナリオA(現状投影, 伸び持続)	6.30	2.77	4.21-10.16
経済前提Ⅱ-2	6.79	3.39	4.21-10.29
介護			
基準ケース(改革シナリオB2)	3.52	2.39	1.51-6.98
シナリオA(現状投影)	2.87	1.90	1.51-5.57
シナリオA(現状投影, 伸び持続)	2.65	1.67	1.51-4.88
経済前提Ⅱ-2	3.87	3.01	1.51-7.11

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

「二重の負担」の問題は、積立方式への移行の障害であると一般にいわれているが、均衡財政方式と事前積立方式の負担率を比較してみると、そのような考えは必ずしも正しくないことがわかる。

図 11 は、基準ケース(改革シナリオ B2)での両方式の世代ごとの生涯負担率を比較したものである。生涯の負担額と所得はシミュレーションの開始期から終了期までの流列の割引現在価値として求められる。生涯所得の計算の際には、労働投入を推計するのに使用した賃金プロファイルを用いた。図 11 の横軸は各世代の生年である。過去の負担が計算に含まれていないことから、過去に保険料を負担していた世代ほど負担率が低くなる。このこと自体は、かならずしも世代間の不公平を示すものではない。しかし 1993 年以降に生まれた世代では、生涯のすべての負担が含まれている。

均衡財政方式の下では、基準ケース(改革シナリオ B2)での生涯負担率は 2041 年生まれの世代の 33.472%まで上昇する。ピーク後に負担率が若干減少するのは、医療・介護給付費がピークを過ぎた後、若干低下して推移するためである。しかし、このような遠い将来の数値は幅をもって見る必要があるので、ピーク後の動きを強調するのは適切ではない。ここで注目すべきは、医療・介護給付費が今後にも上昇を続けていくことで、1993 年以降の生まれの世代で負担率が上昇を続けていくことである。

図 11 では、積立方式への移行により二重の負担を被る世代の生涯負担率は、均衡財政方式のもとでの負担率よりも低いことが示されている。積立方式の下で生涯負担率が最大と

なるのは 2037 年生まれの世代の 28.97% であるが、これは均衡財政方式のもとでの同世代の生涯負担率 33.41% よりも低い。これは、岩本・福井(2009a)で示された事実と同じである。

図11 生涯負担率の比較・基準ケース(改革シナリオB2)

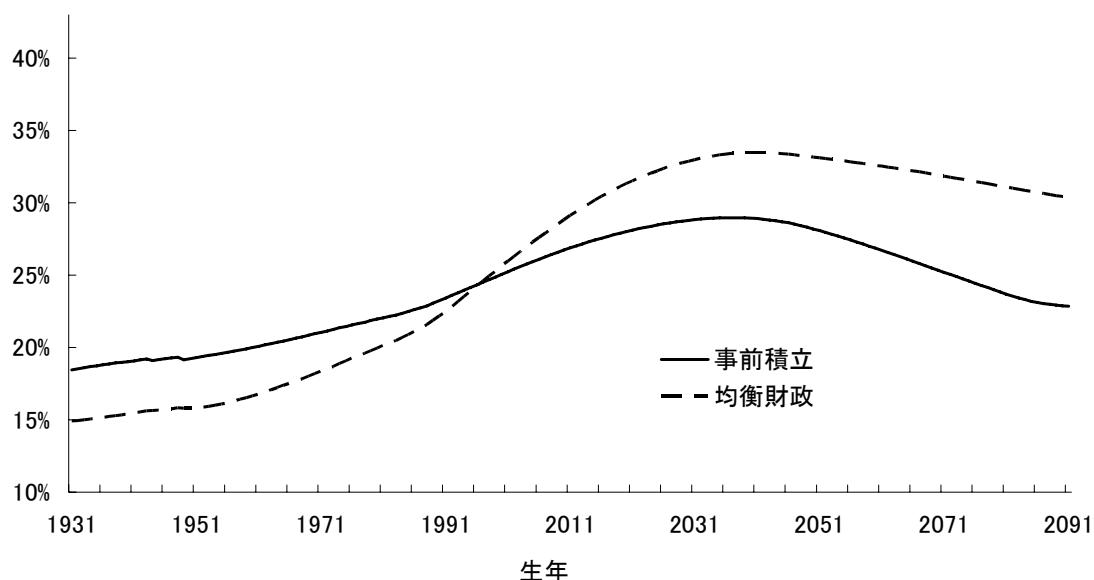
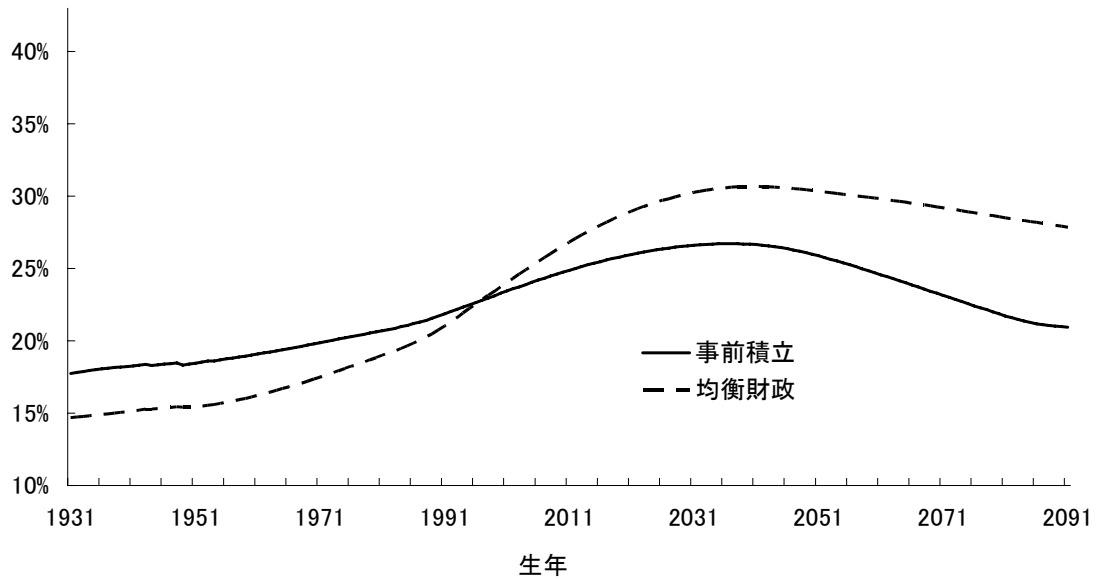


図 12 は、シナリオ A (現状投影) における生涯負担率を示したものである。いずれの世代でも基準ケース (改革シナリオ B2) に比べて生涯負担率は低く、均衡財政方式の下では 2041 年生まれの世代で 30.67% と最大となり、基準ケース (改革シナリオ B2) に比べ 2.81% 低い。2041 年生まれの世代の生涯負担率は、基準ケース (改革シナリオ B2) に比べ 2.8% 低くなる。事前積立方式の下では、2037 年生まれの世代の生涯負担率が 26.71% と最大となるが、基準ケース (改革シナリオ B2) に比べ 2.26% 低い。また、基準ケース (改革シナリオ B2) と同様、積立方式への移行により二重の負担を被る世代の生涯負担率は、均衡財政方式のもとでの負担率よりも低くなる。

図12 生涯負担率の比較・シナリオA(現状投影)



他のシナリオのもとでも、定性的な結果はそのまま維持される。図13はシナリオA（現状投影，伸び持続）における生涯負担率を示したものである。生涯負担率はいずれの世代でもシナリオA（現状投影）よりさらに低く，均衡財政方式の下では2040年生まれの世代で30.39%と最大となり，それ以降の世代では低下する。事前積立方式の下では2036年生まれの世代で26.57%と最大となる。

図13 生涯負担率の比較・シナリオA(現状投影, 伸び持続)

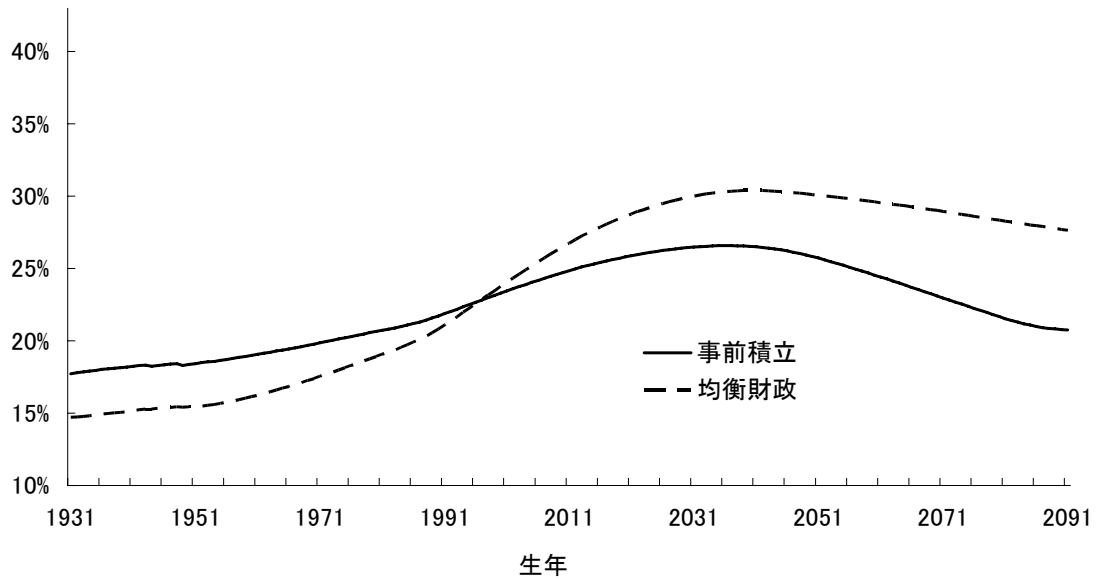
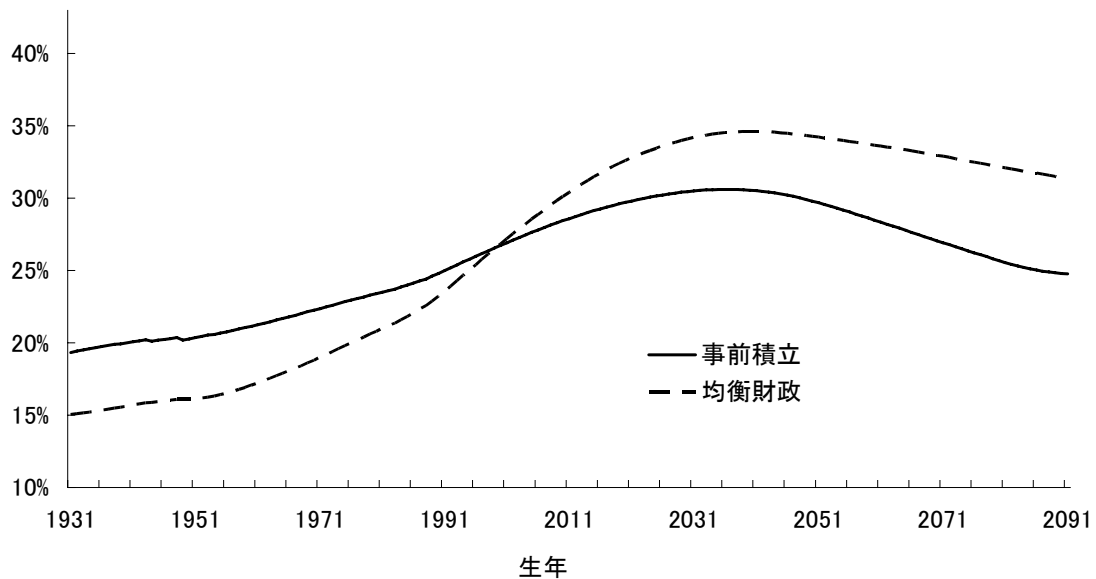


図 14 は、経済前提Ⅱ-2における生涯負担率を示したものである。生涯負担率はいずれの世代でも基準ケース（改革シナリオ B2）より高く，均衡財政方式の下では 2040 年生まれの世代で 34.61%（基準ケース [改革シナリオ B2] に比べ 1.14%ポイント高い）と最大となる。生涯負担率が最大となる世代が異なるため厳密な比較ではないが，生涯負担率がピークを迎える世代でおよそ 4%ポイント程度の開きが見られる。事前積立方式のもとでは 2036 年生まれの世代で 30.60%（基準ケース [改革シナリオ B2] に比べ 1.63%ポイント高い）と最大となる。

図14 生涯負担率の比較・経済前提Ⅱ-2



以上のように、いずれのシナリオの下でも、積立方式への移行により二重の負担を被る世代の生涯負担率は、均衡財政方式のもとでの負担率よりも低くなることが確認された。医療費・介護費用の伸びに関する想定の違いや、経済前提の違いは、生涯負担率の水準自体には影響を与えるものの、将来世代の負担率は積立方式に移行した方が小さくなるという定性的事実の頑健性を示すものといえる。

積立方式の導入については、移行期に保険料負担をする世代は、自分たちの給付のための負担と、従来の財政方式で前提とされる高齢者世代の給付のための負担の双方を負担しなければいけないという「二重の負担」の問題があり、積立方式への移行の障害であると一般にいわれている。

ここで示されたように、積立方式への移行が二重の負担が生じる世代の負担も引き下げることが、前回版を用いた岩本・福井(2009a)で示されている。そこでは、人口・労働力の前提に対する感度分析に対しても頑健な結果であることが示されたが、その結論は今回版を用いた岩本・福井(2009b)で再確認された。本稿では費用推計の違いによっても、この結果が成立することが確かめられた。

6 税制改革・制度改革への含意

本稿は、Fukui and Iwamoto (2007)、岩本・福井(2007)で開発された医療・介護保険財政モデルの最新版(2009年9月版)を用いて、今後の公費負担の動向について分析した。社会保障国民会議は、医療・介護費用に対する公費負担は、2007年度から2025年度までGDPの1.8%増加すると推計した(基準ケースとなるシナリオ)。本稿では、2025年度から2050年度にかけて、公費負担は医療がGDPの1.25%、介護が1.05%増加すると推計された。国保・協会けんぽへの公費負担が考慮されていなかった岩本(2009)の推計では、同期間よりも、若干増加幅が大きくなった。また、2050年度以降も約20年間にわたり、公費負担の総額は上昇を続ける。

生活の質に直結する医療・介護サービスを削減することは容易ではなく、効率化の一層の努力が図られるにしても、医療・介護費用に対する継続的な公費負担の増加が発生するものとする必要がある。長期的視点にたった税制のあり方を検討する際には、このことを考慮に入れて、安定的な財源確保の手段を考えるべきである。また、その際に必要な情報として、政府による社会保障費用の推計は2025年度までとせず、少なくとも2050年度までの推計を公表すべきである。

同時に、税か保険料かの財源調達的手段についても、費用増加の視点からの検討が必要である。後期高齢者に重点的に公費が投入されていることから、公費負担の伸び率は保険料の伸び率よりも高い。このため、税による財源調達がより困難になることが予想される。したがって、給付と負担の関係が相対的に明確な保険料での財源調達の余地を大きくし、公費負担の比重が小さくなる方向への改革を検討する必要がある。

本稿の5.3節で分析された、医療・介護保険への積立方式の導入は、負担と給付が同世代で対応する要素を増やすことで、そうした方向性をもつ改革のひとつであるといえる。現行制度のまま均衡財政方式で運営すると、将来の保険料率と税負担率が次第に高まっていくため、将来の世代ほど生涯負担率が大きくなっていく。積立方式への移行は、この負担格差を平準化することにも役立っている。

参考文献

- European Commission (DG ECFIN) and European Policy Committee (AWG) (2008), The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060), *European Economy*, No. 7.
- (2009), The 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), *European Economy*, No. 2.
- Fukui, Tadashi and Yasushi Iwamoto (2007), “Policy Options for Financing the Future Health and Long-term Care Costs in Japan,” in Takatoshi Ito and Andrew Rose eds, *Fiscal Policy and Management in East Asia*, Chicago: University of Chicago Press, pp. 415-442.
- 岩本康志(1996), 「試案・医療保険制度一元化」, 『日本経済研究』, 第 33 号, 1996 年 11 月, 119-142 頁
- (2007), 「社会保障財政の制度設計」, 林文夫編『経済制度設計（経済制度の実証分析と設計 第 3 巻）』, 勁草書房, 103-163頁
- ・福井唯嗣(2007), 「医療・介護保険への積立方式の導入」, 『フィナンシャル・レビュー』, 第 87 号, 2007 年 9 月, 44-73 頁
- ・—— (2009a), 「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, 181-210 頁
- ・—— (2009b), 「医療・介護保険財政モデル（2009 年 9 月版）について」