
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

鈴木 亘

大阪大学

わが国の各医療保険制度は、原則として単年度主義で運営されているため、賦課方式の年金と同様、高齢化により保険料が上昇し、世代間に受益と負担の不公平を生み出す。本稿では、組合健保、政管健保、国保について、可能な限り詳細な統計に基づくシミュレーション・モデルを作成し、各医療保険における世代（コホート）ごとの不公平の大きさを計測した。また、世代間不公平の軽減のために、高齢化に備えた積立金を各保険単位で所有する「フェアな財政方式」への移行を提言し、具体的にその改革の実現性を、組合健保を例にとり評価した。その結果、完全基金を達成する目標年を 2100 年という遠い将来に設定することにより、改革に必要な保険料引き上げ幅は、約 2% ポイント（フェアな保険料率からは 0.6% ポイント）に抑えられることが示された。

1. はじめに

高齢化に伴う老人医療費の増加により、わが国の医療保険制度は財政破綻の危機に瀕していると言われる。代表的な医療保険である国保、政管健保、組合健保は、それぞれ平成 4 年、5 年、6 年度から財政収支が赤字化している。また、平成 11 年度には、組合健保の一部が解散をしたり、老人保健拠出金の支払いを停止したりする事態に至った。しかしながら、財政収支の赤字化は眞の問題ではない。なぜなら、これまでも行ってきたように保険料を引き上げれば収支は均衡するからである。眞

本稿の作成に当たって、東京大学八田達夫教授、大阪大学齊藤慎教授、チャールズ・ユウジ・ホリオカ教授、大竹文雄助教授、大日康史助教授、山内直人助教授、上智大学八代尚宏教授、及び本誌レフェリーから有益なコメントを頂いた。厚くお礼を申し上げたい。もちろん論文上の有り得べき誤りは筆者の責任である。

の問題は保険料の引き上げにより、世代間で受益と負担の不公平が生じることにある。本稿の目的は、これまで年金の分野で蓄積された手法を用いて、高齢化に伴う世代間不公平を計測し、その解決のために原則単年度主義による財政方式から、高齢化に備えた積立金を持つ「フェアな財政方式」への移行を論ずることにある。

本稿の構成は以下の通りである。2節ではこれまでの先行研究を概観する。3節では、本稿で用いるシミュレーション・モデルを解説する。4節ではシミュレーションの結果として、保険料引き上げ幅の予測と世代間不公平の計測結果を示す。5節では組合健保を例にとり、フェアな財政方式への移行とその実現可能性を論ずる。6節は結語である。

2. 先行研究

年齢階級別に1人当たり医療費の分布をみると、65歳以上の1人当たり医療費は、64歳以下のおよそ5倍という構造になっている。したがって高齢化が進む中では自動的に医療費が増加し、単年度主義の会計原則のもとでは、それに見合った保険料の引き上げが行われる。このため、保険料のまだ低い時期に保険料を支払った旧世代と、保険料が高い時期に負担をする将来世代との間で、負担の格差が生ずることになる。一圓(1995)は、この点に最初に着目し、国保における1965年、1974年、1993年の3時点のデータから、年齢階級別保険料と医療費の分布を描き、世代間不公平の問題を指摘した。また、世代別に受益と負担を計測した研究としては、西村(1997a,b)及び勝又・木村(1999)が挙げられる。西村(1997a,b)では、平成4年の国立社会保障人口問題研究所・将来推計人口を用いて、人口要因によって上昇する将来の保険料・医療費を政管健保について推計している。そして、その将来予測値と過去の実績値とを組み合わせ、各世代における生涯収支(生涯保険料-生涯医療費)を計算した結果、政管健保は補助金が投入されているため、全世代にわたって赤字(受取超)であることを明らかにした。勝又・木村(1999)も、基本的に西村(1997a,b)と同様の手法を用いて、政管健保の1925年、1955年、1985年生まれ世代についての生涯保険料と生涯受給額を計算している。ただし、結論は西村(1997a,b)とはやや異なり、受取超となっているのは1925年生まれ世代のみであり、後の2世代は支払超であった。

一方、これらに対して、本稿では政管健保のみならず、組合健保、国保についても世代間の受給格差を推計している。また、両論文とも保険料の予測については、

政管健保のデータのみを用いた推計であったのに対し、本稿では、老人保健や退職者医療制度と各保険間の財政調整を考慮したシミュレーション・モデルを構築し、より正確な予測を行っている。医療統計に年齢階級別の詳細なデータが存在することに着目し、保険料予測モデルを構築した最初の研究は、小椋・入船(1990)、小椋(1995)である。本モデルは基本的に小椋・入船(1990)に依拠して構築されている。また、本稿では世代間の不公平の軽減策として、積立金を持つフェアな財政方式への移行を提案するが、このアイディア自体は、既に、西村(1997a,b)、日本医師会(1992)、岡本(1991)により提示されたものである。本稿の意義は、それらの着想レベルのアイディアを発展させ、改革案の定量的な評価を試みたことにある。

3. 医療保険財政シミュレーション・モデル

本稿の医療保険財政モデルの特徴は、保険料や保険給付費が、5歳刻みの年齢階級別に構成されており、世代(コホート)ごとに負担と受益の分析を可能としていることにある。本モデルは、①組合健保、②政管健保、③国保(市町村・組合)、④国保の退職者医療制度、⑤老人保健の5つのブロックから構成される。共済組合と船員保険、69条の7の規定による保険者は、年齢階級別統計が存在していないため省略した。組合健保、政管健保、国保の各ブロックでは、加入者人口、保険給付費、賃金収入、財政収支及び収支を均衡させる保険料率を予測する。また、退職者医療制度、老人保健の2つのブロックでは、それぞれの人口、保険給付費を予測した後、各保険が負担する拠出金額を算出し、全ブロックにつながっている。

3.1 加入者人口予測

本モデルでは、人口は外生変数であり、国立社会保障人口問題研究所「日本の将来推計人口・平成9年予測」の中位推計(参考表を含む)を使用して、各保険ごとに、年齢階級別×被保険者・被扶養者別×男女別の加入者数を推計する。まず、政管健保および組合健保の被保険者数については、1995年版の「健康保険被保険者実態調査報告」に年齢階級別・男女別加入者数データが存在する。それを1995年の総人口で除したものを加入確率とし、その確率が将来も変化しないと仮定して将来推計人口に乘じ、将来被保険者数を予測した。被扶養者数については、男女別に年齢階級別被保険者数×年齢階級別被扶養者数からなるクロステーブルが存在するので、ある程度将来の人口構成の変化に対応した予測が可能である。このクロステーブル

から、例えばある年齢階級にいる被保険者の扶養率を、扶養者の男女別×年齢階級別に計算できる。この「扶養率表」を被保険者の将来推計値に乗じて、被扶養者の加入者数の推計値とした。国保（一般）・退職者医療制度については、「国民健康保険実態調査報告」から被保険者の1995年時点の加入確率を求め、将来推計人口に乗じて予測した。老人保健の加入者は各保険に所属する70歳以上の加入者数である。過去の値については実績値を用いているが、昭和40年以前には年齢階級別統計が存在しないため、総数が実績と合うように推計した。

3.2 保険給付費予測

保険給付費についても、年齢階級別×被保険者・被扶養者別×男女別に推計する。まず、組合健保については、「健康保険組合医療給付実態調査報告」に、年齢階級別×被保険者・被扶養者別×男女別の入院・入院外診療点数が存在する。入院点数と入院外点数をサンプル標本倍率で調整した後に合計して「仮の総額」とし、医療保険統計便覧に掲載されている「保険給付費総額」で除し、実際の給付費に割り戻す「調整係数」を作る。「仮の給付費」にその調整係数を乗じ、それぞれの加入者人口で除すことにより、1995年現在の1人当たりの給付費とした。将来推計値は、1995年時点について求めた値をもとに一定の医療費上昇率を乗じて推計した。また、1997年9月の健康保険法の改正により組合健保の本人負担割合が増えたことを考慮するために、2000年以降の予測値はその保険給付率低下の調整を行った。過去の値については、昭和50年以前についてはこのような詳細な統計が得られなかつたため、昭和55年の統計を元にして総額が実績と合うように推計した。

政管健保については、「医療給付受給者状況報告」に年齢階級別×被保険者・被扶養者別の1人当たり入院・入院外診療費が存在するが、男女別には分かれていない。このため、組合健保の入院・入院外診療点数を元に男女に振り分けた¹⁾。入院・入院外診療点数を保険給付費に変換する方法は、組合健保と同様である。過去の値については、昭和40年以降については実際の統計を元に推計したが、それ以前の値については実数が得られなかつたため、昭和40年までの値を元にトレンド推計した。

1) 具体的には、次のような作業を行った。男女に分かれている組合健保の1人当たり入院・入院外診療費に、政管健保の男女別入数を掛けて総額を作り、さらに男女計の入数でもう一度除すことにより、男女を合算した「仮の1人当たり入院・入院外診療費」を作る。これを政管健保の統計から得た1人当たり入院・外来診療費の分布と比較し、年齢階級・被保険者扶養者別の調整係数を作る。さらに、これを最初に用いた組合健保の1人当たり入院・入院外診療費に乗じて、政管健保の年齢階級別の分布特性を反映した男女別入院・入院外診療費の推計値とする。

国保（市町村・組合）と退職者医療制度については、「国民健康保険医療給付実態調査報告」に男女別×年齢階級別の入院・入院外診療点数（市町村分、退職者医療制度分）が存在する。これを用いて組合健保と同様の方法で保険給付費の推計値、将来推計値を作成した。また、国保組合分は市町村と同じとした。過去の値については、昭和45年以前の実数が得られなかつたため、それ以降の統計を元にトレンド推計した。また、老人保健加入者分の給付費は、各保険にデータが存在するが、国保加入者のデータが最も代表性が高いことから、「国民健康保険医療給付実態調査報告」から得られた入院・入院外診療点数を使って、上と同様のやり方で推計した。

3.3 賃金収入・保険料額

組合健保と政管健保の保険料額は、標準報酬月額に保険料率を掛け合わせて計算される。組合健保と政管健保については、「健康保険被保険者実態調査報告」から被保険者の年齢階層別・男女別の標準報酬月額が入手可能である。この値を12倍して年額にした後、被保険者数の予測値に乘じて、年度ごとの将来賃金収入とした。また、将来推計値には一定の実質賃金上昇率を乗じている。過去の値については、昭和40年以前の実数が得られなかつたため、その期間はトレンド推計している。また、過去の保険料率の実績値は、医療保険統計便覧から得られた。国保の保険料は、標準報酬月額に比例して決まっていないため、年齢階級ごとの収入が統計に掲載されていない。このため、国保については、保険料率ではなく1人当たり保険料額を推計している。過去の1人当たり保険料額については、「事業年報」の決算における保険料総額を加入者人口で除した値を用いている。

3.4 各拠出金

老人保健ブロックは、各医療保険部門の支出項目である老人保健拠出金を計算している。各医療保険からの拠出金は、保険者間の不公平を生じないために、あたかもすべての医療保険で老人比率が同じであるかのように想定して計算されている。実際は非常に複雑な算出式であるが、全国集計ベースでは次式により近似し得る²⁾。

2) 共済組合と船員保険、69条の7保険の加入者は、分母の「全医療保険の加入者計」から除かれる一方、分子の「老人保健給付費総額の算出」からも除かれ、整合性を保っている。もっとも、老人比率の低い共済組合をモデルから捨象することにより、他の各保険の拠出金が過大に推計される恐れがある。このため、モデルから計算される1995年時点の各保険の拠出金額を1995年時点の実績値に一致させるように調整係数を作り、2000年以降の推計値に掛け合わせて調整している。

$$\text{医療保険 } i \text{ の拠出金} = 0.7 \times \text{老人保健給付費総額} \times (i \text{ の加入者総数} / \text{全医療保険の加入者計})$$

老人保健給付費総額は、各保険ブロックにある 70 歳以上の年齢階層の人数に、国保の統計を基に計算した 70 歳以上の保険給付費を乗じて推計している。

一方、退職者医療制度への拠出金の算定は、それぞれの被用者保険の標準報酬総額に比例して決まっている。具体的には次式³⁾で算出される。

$$\text{保険 } i \text{ の拠出金} = (\text{退職者医療制度の保険給付費総額} - \text{退職者からの保険料総額}) \times i \text{ の標準報酬総額} / (\text{すべての医療保険制度の標準報酬総額合計})$$

ここで、退職者保険料総額は、退職者の 1 人当たり保険料に退職者の人口予測をかけて得られている。退職者 1 人当たりの保険料は、国保ブロックで推計された 1 人当たり保険料を用いている。

3.5 財政收支

各医療保険制度の収入項目は、保険料収入、国庫からの補助金、積立金からの利子収入（運用益）である。まず保険料収入は、賃金収入額に保険料率を乗じて求められる。国庫からの補助金は、政管健保については医療保険給付額の 13% 及び老人保健拠出金の 16.4%、国保については、医療保険給付額および老人保健拠出金の合計額の 50% が計上される。その他にも様々な補助金があるが、相対的に少額なので省略した。組合健保については、国庫補助金額は無視し得るほど少額なので 0 とした。利子収入は、このモデルでは現在割引価値ベースに引き直す際に勘案される。一方、支出項目は、先に説明した保険給付費、老人保健拠出金、退職者医療制度への拠出金である。以上で計算された収入から支出を差し引いて収支戻りが得られる。

このモデルは 5 年刻みのモデルとなっているので、単年度収支に 5 を乗じて 5 年分の収支額とする。収支額を将来まで積み上げて行くと積立金の残高となる。また、このモデルでは過去及び将来の各金額を 1995 年の現在割引価値で評価する。具体的

また、共済組合加入者が全人口に占める割合は、1980 年 11.3%、1985 年 10.2%、1990 年 9.7%、1995 年 9.3% と減少傾向にある。これをもしトレンドとみなして考慮するならば、各保険の拠出金額の将来予測値は、本稿の推計結果よりも若干高いものになるだろう。

3) 式中の「すべての医療保険制度の標準報酬月額合計」を計算するに当たって、共済組合分は組合健保分を 0.368 倍した数値を用いている。これは、1995 年における共済組合と組合健保の「平均標準報酬月額 × 被保険者数」を対比させた数値である。ただし、ここで用いた組合健保の平均標準報酬月額は、共済組合と対比するために、組合健保の年齢別標準報酬月額平均値を「労働力調査」の公務従事者人口の構成割合で調整したもの用いた。

には、過去・将来の名目値をすべて1995年を100とする物価指数で割り戻し、さらに実質利子率を使って現在割引価値に引き戻すという計算を行っている。

4. シミュレーション結果

シミュレーションの前提となる経済環境は、前回の年金財政再計算と同じ前提であり、実質利子率3.5%、インフレ率2.0%、実質賃金上昇率2.0%である。また、年齢構成の変化とインフレ率を取り除いた実質医療費上昇率は2.0%とした⁴⁾。

4.1 保険料（率）引き上げ幅の予測

図1～3は、単年の收支を均衡させる保険料率（国保は1人当たり保険料額）を、それぞれ組合健保、政管健保、国保について予測したものである。組合では、1995年現在の7.8%の保険料率は、高齢化のピークである2055年には11.0%まで上昇する。また、上昇に寄与している項目は、老人保健・退職者医療制度への拠出金である。政管健保についても基本的には同様の姿であり、保険料率は現在の8.7%から2055年にかけて急速に上昇し、12.1%でピークとなる。国保は、2055年までの上昇率がほぼ倍に近く、高齢化のインパクトを最も受ける保険であることが示されている。

4.2 世代間不公平の計測

次に、保険料率の引き上げが世代間の受益と負担に与える影響について計測する。ある世代（コホート）の代表的個人が生涯に受けとる保険給付総額を「生涯受給総額」、生涯に支払う保険料総額を「生涯保険料総額」、生涯に得る賃金の総額を「生涯所得総額」と定義する。これらは、すべて1995年時点の現在割引価値ベースで評価されている。「生涯受給総額」は、0歳時から平均死亡年齢⁵⁾までの受給額を合計した。また、「生涯受給総額」には、被保険者の保険給付費だけではなく、被扶養者の保険給付も含めなければならない。このために、扶養者人口を推計する際に

4) 厚生省は国民医療費を人口増要因、高齢化要因、医療費改定要因、自然増の4つに分解しているが、医療費改定要因+自然増からGDPデフレータのインフレ率を引いた値は、昭和55年～平成7年の平均、平成1年～7年の平均ともに2.1%であった。実質賃金上昇率と実質医療費上昇率を等しくすることにより、本稿のシミュレーションでは、高齢化による影響がより鮮明となっている。

5) 平均死亡年齢は、60歳まで勤め上げて全額保険料を収めた人が死亡する年齢を使用している。すなわち、60歳時の平均余命は男子20.2歳、女子25.3歳（1995年生命表）なので、男子80.2歳、女子85.3歳である。

図1 各年の收支を均衡させる保険料率の推移（組合健保）

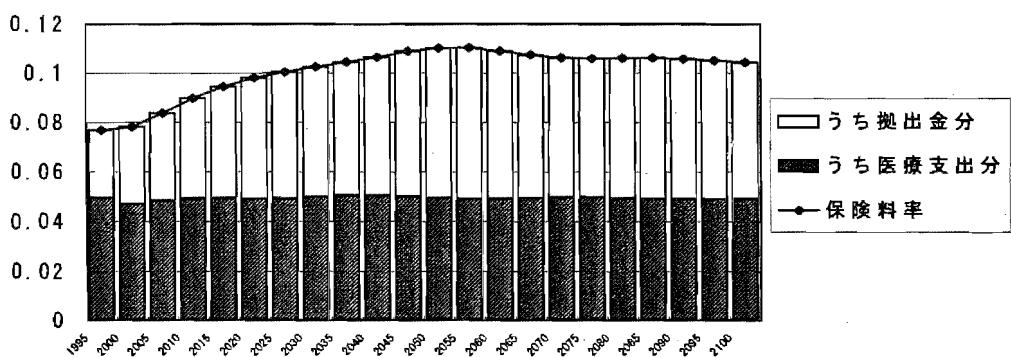


図2 各年の收支を均衡させる保険料率の推移（政管健保）

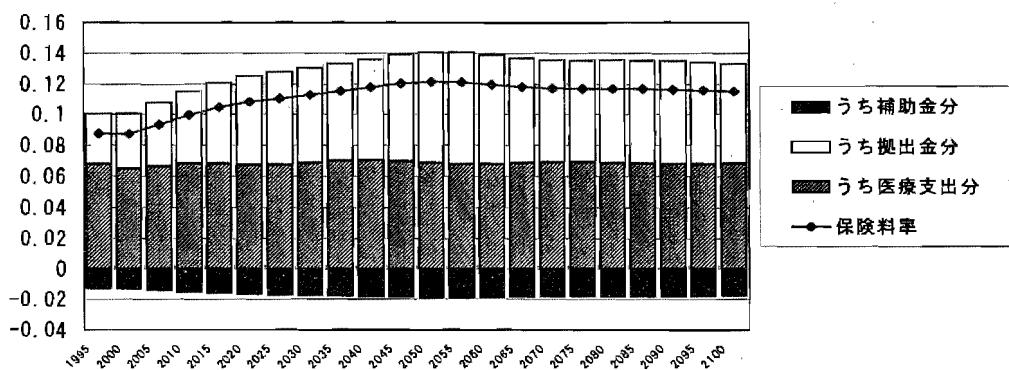
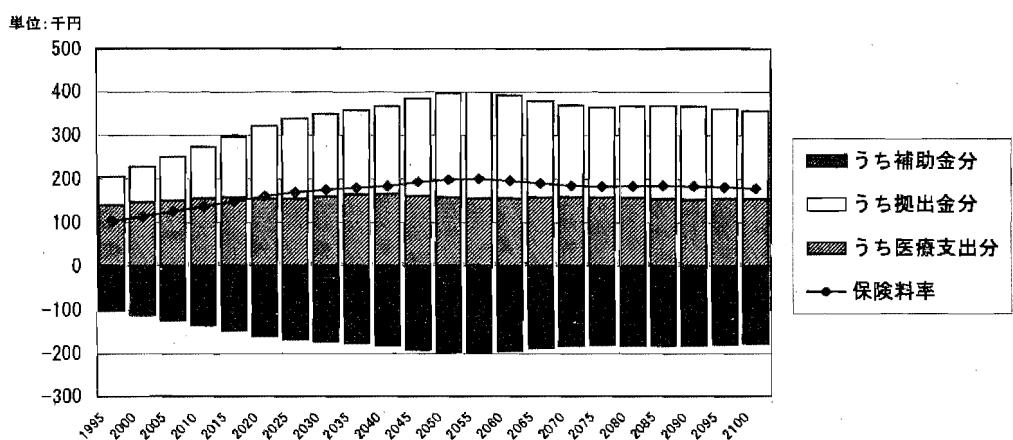


図3 各年の收支を均衡させる1人当たり保険料の推移（国保）



用いたクロステーブルの「扶養率表」を用いる。男女別・年齢階級別の各扶養確率に、被扶養者の年齢別保険給付費をそれぞれ乗じて、各年齢階級の被保険者の保険給付費に加算した。過去の「扶養率表」については、1995年のクロステーブル表に、過去の全体の扶養率を調整している。「生涯受給総額」を「生涯所得総額」で除したものと「生涯受給率」、「生涯保険料総額」を「生涯所得総額」で除したものと「生涯保険料率」と定義する。

まず、組合健保（男子）について、生涯保険料率と生涯受給率の生年ごとの動きを表したものが、図4である。世代間の受益と負担の格差は明白である。例えば、1940年生まれの人は生涯に支払う保険料よりも約3.0%高い給付を受けるが、2025年生まれの人は自分の払う保険料よりも2.2%程度低い給付しか受けられない。両者の差は実に5.2%にものぼる。生涯賃金所得を仮に2億円とすると約1000万円の差が、たまたま生まれ年が違うだけで生じるのである。グラフの2つの線が交差する、つまり純受給率（生涯受給率－生涯保険料率）が0の生年は1965年生まれの世代である。したがって、この世代以前の人々は医療保険によって平均的に得をするが、この世代以降の人々は損をすることになる。一方、組合健保の女子について同様の計算をすると、女子は平均寿命が高いことから男子よりも生涯受給率が高く、2つの線が交差するのは1985年生まれの世代となっている。

次に、政管健保（男子）について、同様のグラフを示したものが、図5である。太線で示した生涯保険料率と、点線で示した生涯受給率が交差するのは1995年生まれの世代であり、それ以降の世代が損をする程度も組合健保よりも小さい。これは、西村（1997a,b）が指摘したように、政管健保に対して補助金が投入されているからである。仮にこれらの補助金が存在しない場合の生涯保険料率を計算すると（グラフ上の細実線）、組合健保の姿に近づき、交差する世代は1965年生まれとなる。

国保については年齢階級別の所得データが存在しないために、組合・政管健保のような生涯受給率、生涯保険料率が計算できない。しかしながら、1人当たり保険料額は存在するので、大まかな試算として「生涯保険料額」を定義することは可能である。この生涯保険料額と生涯受給額の比を「負担比率」と定義し、各生年別に表したものが、図6である。比較のために、先に計算した組合健保（男子）と、政管健保（男子）についても同様の負担率を示している。これをみると、国保においても確かに世代間に若干の不公平は生ずるもの、すべての世代にとって負担率は大幅に1を下回っており、国保は大幅に受取超であることがわかる。この理由は勿論、国保が政管健保をもはるかに上回る補助金を得ているからである。

図4 生涯保険料率と生涯受給率（組合健保、男子）

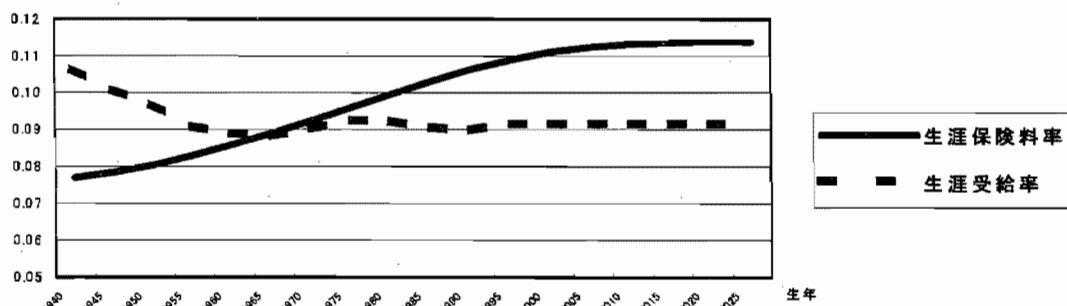


図5 生涯保険料率と生涯受給率（政管健保、男子）

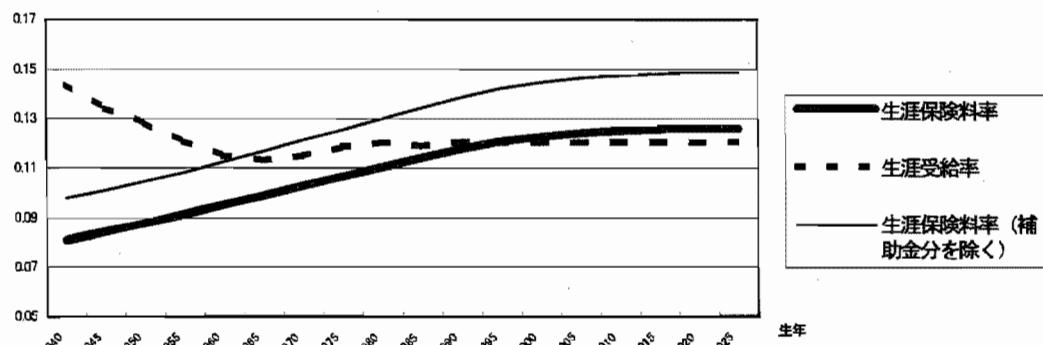
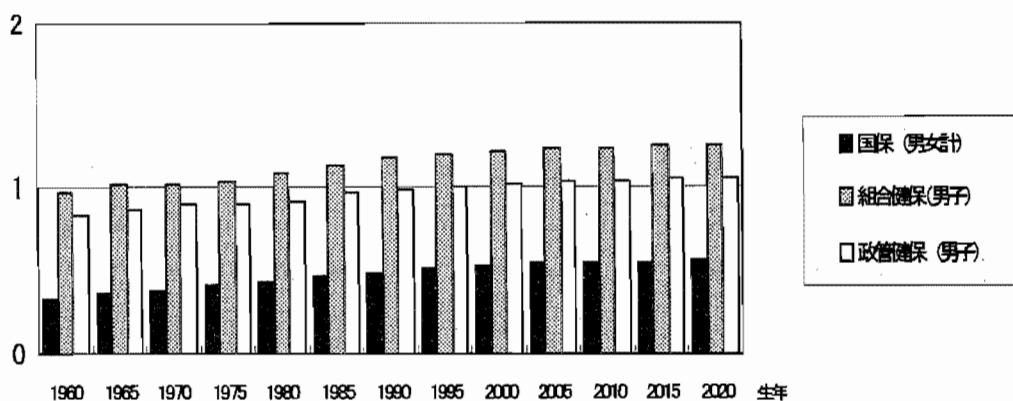


図6 各保険別負担比率（生涯保険料率/生涯受給率）



5. フェアな財政方式への移行とその実現可能性

世代間の不公平の問題を解決するには、単年度主義の会計原則を止め、高齢化に備えた積立金を持つ、世代間でフェアな財政方式にすべきである。本稿で定義する「フェアな財政方式」とは、各世代の平均的な保険加入者にとって、その生涯保険料総額と生涯受給総額の期待値とを等しくする財政方式である。これは、年金において八田（1990）、八田・小口（1999）が定義した市場収益率方式（Actuarially Fair Method）の積立方式とほぼ同様の概念である。しかしながら、年金における市場収益率方式が個人勘定を想定しているのに対し、本稿の定義する「フェアな財政方式」はあくまで各医療保険単位で積立金を持つ制度を考えている⁶⁾。これは、医療保険が年金と異なる性質を持つからである。すなわち、年金では、給付と負担の間にある程度明確な関係がある一方、医療保険では病気にならなければ給付を受けられないため、保険的要素がより強い。したがって、保険という性質上個人間の水平的所得分配が不可避であり、個人ベースで公平を議論することは無意味であると思われる。

また、以下で議論する「フェアな財政方式への移行」では、年金における積立方式のように、確定拠出による財政運営に厳密に拘束することも想定しない。これは、医療においては技術革新という不確定要素が年金よりもはるかに重要であると考えられるからである。年金と同様に積立金の運用成績による不確実性もある。これらの不確実性に対して医療保険が確定拠出で運営されるならば、革新的な医療技術の革新があっても、あるいは運用成績が悪ければ、給付を制限されることになり、こうした制度を十分な医療保障といえるかどうかは意見の分かれることである。本稿での議論は、こうした不確実性の対処に世代間の分配が必要であることを否定するものではないし、実際にこうした要素があった場合には積立方式からの逸脱もやむを得ない。しかしながら、「高齢化による給付増」という事態は、平均的には誰にでも起き、また、人口動態の高齢化はほぼ確実に予想できるのだから、高齢化による医療費増を「保険」として対処することは間違いである。このほぼ確実な要素に対しては、積立金を一種の「税」によって徴収して備えるべきである。本稿で以下に行っていることは、他の要素を一定にして人口動態のみに焦点を当てた際に、少なくとも世代間にフェアな制度であるためには積立金がいくら必要になるかとい

6) 以下、本稿の「フェアな財政方式」と年金の市場収益率方式、積立方式との区別を明確にするに当たって、本誌レフェリーの指摘が有益であった。

う試算である。また、その積立金をスムーズに調達する方法についても論じる。医療における不確実性を捨象していることから、本稿の議論は完全なものとは言えず、一種の近似形を提示しているに過ぎない。しかしながら、わが国のように急速に高齢化が進む過程においては、より人口の側面が重要であり、本稿の議論は十分意義のあることと思われる。ところで、高齢化に備えて積立金を持つ医療保険というアイディアは決して奇異なものではない。例えば、アメリカの老人向け健康保険である Medicare は、現実に多額の積立残高を持っている実例である。

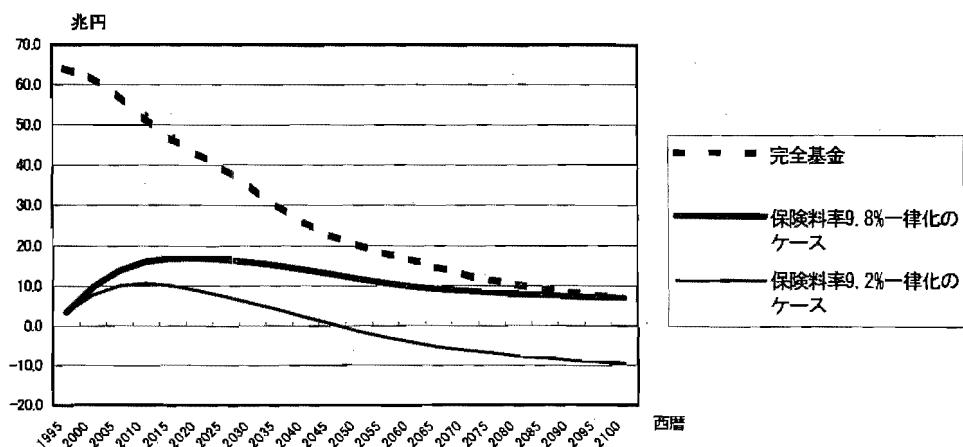
以下では、組合健保を例にとり、フェアな財政方式とその移行問題を論じる。フェアな保険料率は、生涯受給率の期待値と等しい保険料率である。例えば、図 4 では 1940 年生まれの人たちの生涯受給率期待値は 10.6% であるから、この人々にとってフェアな保険料率は同じく 10.6% となる。同様に 1995 年生まれの人にとってフェアな保険料率は 9.2% である。フェアな財政方式にするにはフェアな保険料率を徴収しなければならないので、現在の保険料率を一気に引き上げて、将来にわたって一律に固定する。しかしながら、1995 年現在で既に勤続している世代にとっては、過去に支払った保険料率はフェアな保険料率よりも低いものの、これは既に終了済みのものであるので、いまさら過去にさかのぼって徴収することは難しい。また、各世代で保険料率が異なることも、現行の制度下では理解が得にくいものと思われる。したがって、ここで考える改革案は、改革後に発生する支払いのみを対象にし、また世代間で同じ保険料率とするものである。その一律保険料率は、生涯保険料率と生涯受給率が交差する 1965 年生まれ以降の世代の生涯受給率期待値である 9.2% をとった。図 7 における細実線は、このようにフェアな財政方式へ移行した場合の積立金の変化を示したものであるが、2050 年に積立金はマイナスとなってしまうことがわかる。これは過去の世代がフェアな保険料率よりも低い金額しか収めていないことにより、積立不足が発生しているからである。

5.1 医療保険純債務の計算

そこで、この不足分を算出する。不足分は、仮に過去の世代がフェアな保険料率を収めていた場合の 1995 年現在の積立残高を計算し、現在の実際の積立残高⁷⁾を差し引くことにより得られる。八田・小口(1993)は、厚生年金についてのこの不足

7) 1995 年に組合健保は、法定準備金、別途積立金、保養施設などの不動産、退職積立金等の積立額を合計すると被保険者 1 人当たり約 26 万 2 千円の積立金を持っていた。

図7 積立金の推移（組合健保）



額を定義・計算し、年金純債務（The Net Pension Debt）と名づけた。それに倣い、医療保険についての純債務を「医療保険純債務」と呼ぶことにする。

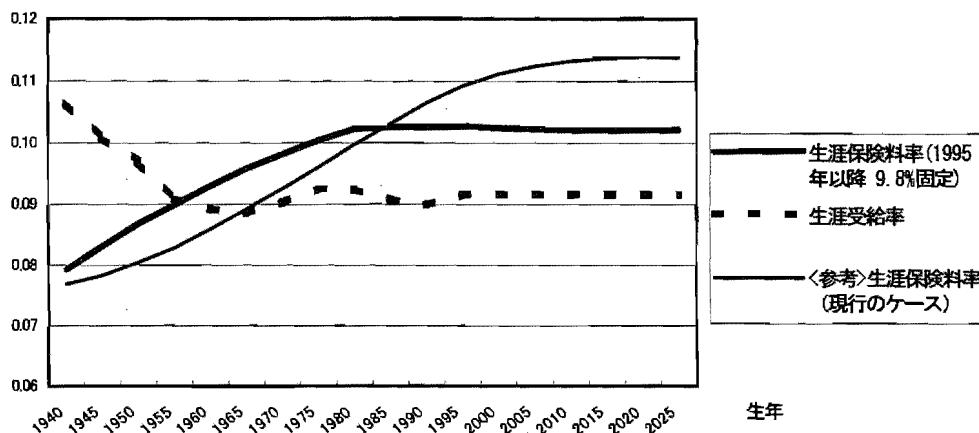
まず、老人世代にとっての1人当たり債務残高は、生涯保険料額から t 時点までに受給した医療費総額を引いた額である。一方、勤続世代の1人当たり債務残高は、次のように定義した。まず、生涯に収めるべき保険料総額に対して t 時点までに支払っている保険料総額の比率を t 時点までの「受給権比率」と定義する。この受給権比率に生涯受給額を乗じることにより、 t 時点で受給を受ける権利のある生涯受給額が確定する。この権利ある生涯受給額から t 時点までに既に受給した保険給付費総額を差し引いて債務残高とする。それぞれの年齢階級に計算された1人当たり債務残高に人数をかけて「医療保険債務残高」を計算し、 t 時点末の実際の積立残高を引いて「医療保険純債務残高」とする。

1995年末について、組合健保の医療保険純債務残高を計算すると、60兆7607億円であり、1人当たりの保険料額は195万円であった。この純債務残高を備えた積立金は「完全基金」と呼ばれ、定義上、将来も積立金が不足することはない。

5.2 2重の負担問題をどのように解決するか

積立不足が発生しないように完全基金を持つためには、この純債務を調達しなければならず、現在世代から調達する純債務分の負担は「2重の負担」と呼ばれる。年金の積立方式移行に反対している年金学者達は、2重の負担の存在をその根拠としている。医療保険についても、西村（1997a, b）の積立方式の提案に対して、広井

図 8 フェアな財政方式に移行した場合の生涯保険料率（組合健保、男子）



(1997) 等は2重の負担を根拠として批判を展開している。確かに、純債務を改革時点の現役世代から一気に調達する場合にはその世代の負担は著しいものとなろう。しかしながら、2重の負担を1時点で顕現化する必然性は全く存在しない。なぜならば、図7にみたように、積立残高はすぐにはマイナスとならないからである。2重の負担を将来世代まで幅広く調達することにより、遠い将来時点で完全基金を達成すれば良い。この点は、年金の分野においては、八田・小口の一連の業績や八代・小塩（1997）等、様々な論者により議論され、もはや常識になりつつある点であるが、医療保険の分野においては何故かこれまで主張されてこなかった。図7は完全基金の推移を点線で描いており、2100年⁸⁾時点という遠い将来時点で完全基金に等しくなる保険料率を求めるところ、それは9.8%となった。図7の太実線がその場合の積立金の推移を表している。1970年生まれ以降の世代の生涯受給率が9.2%であるから、わずか0.6%の超過負担（現在の保険料率からは約2%の引き上げ）を続けることにより完全基金が達成される。完全基金が達成された後は、9.2%の保険料に引き下げることが出来る。

一方、図8は、この改革による世代間分配への効果を示しており、図4に対応する図である。細実線で示された現行のままのケースに比べて、保険料率9.8%のフェアな財政方式への移行は、大幅に世代間の不公平を縮小することがわかる。

8) 将来推計人口の予測終期が2100年（参考表を含む）であるためにこの時点を選んでいる。

表1 実質賃金上昇率の変化に対する感応度分析

実質賃金上昇率	1%	2%(ベンチマーク)	3%
一律保険料率	13.5%	9.83%	6.71%
負担・受給格差	4.27%	2.23%	1.16%

表2 実質利子率の変化に対する感応度分析

実質利子率	2.5%	3.5%(ベンチマーク)	4.5%
一律保険料率	10.01%	9.83%	9.65%
負担・受給格差	1.26%	2.23%	2.89%

表3 実質医療費上昇率の変化に対する感応度分析

実質医療費上昇率	1.5%	2%(ベンチマーク)	2.5%	3.0%
一律保険料率	8.25%	9.83%	11.87%	14.65%
負担・受給格差	1.88%	2.23%	2.47%	2.42%

5.3 感応度分析

本稿で用いた経済環境の想定は、前回の財政再計算時のものであり、現在の状況に合うとは限らない。そこで、想定を変えた時のパフォーマンスをみるために、感応度分析を行う。その評価には、「2100年に完全基金を達成するために必要な一律保険料率」（一律保険料率）と「2025年生まれ世代での生涯保険料率と生涯受給率の格差」（負担・受給格差）の2つを用いた。表1は、実質賃金を上下に1%ポイント動かした際の変化をみたものである。実質賃金が1%ポイント上昇するだけで、一律保険料率は3%ポイントもの下落が可能であり、負担・受給格差も半減する。表2は、実質利子率を上下に1%ポイント動かした場合の変化である。利子率が高まれば、積立金の運用利率が高まるため、一律保険料率は若干下落する。表3は、技術革新の影響をみるために、実質医療費を変化させた。1%ポイントの変化に対して、一律保険料率は約5%ポイントも変化し、感応度がかなり高いことがわかる。一方で、負担・受給格差はそれほど変化しない。これは、実質医療費増が、保険料と受給額の両者を増加させるために、効果が相殺されるからである。

6. 結語

本稿は、まずシミュレーションモデルを用い、世代間不公平の深刻度を計測した。

現在の制度に代わる新たな高齢者医療保険制度については、現在、医療保険福祉審議会において検討、意見集約化がなされている。平成11年8月には「新たな高齢者医療制度のあり方について」と題する答申がまとめられ、①高齢者を対象とした保険を新創設する方式（独立方式）、②被用者保険OB分を被用者保険が負担する方式（突抜け方式）、③年齢等のリスクを財政調整する方式（リスク構造調整方式）、④すべての保険を統合する方式（一本化方式）の4案の改革案が併記された。しかしながら、これらの案はいずれも「同一世代内の不公平」の問題を論じているに過ぎず、より重要な課題である「世代間の不公平」の問題を全く考慮していない。世代間の不公平の問題を解決するには、4方式のいずれの案を探るにせよ、年金における八田・小口案と同様に、保険料（率）を今すぐ一気に引き上げて、平均的な給付に等しくなるフェアな制度に移行するべきである。これにより一種の積立金が形成され、高齢化社会の負担増に備えることができる。本稿では組合健保を例にとり、必要な保険料引き上げ幅を定量化し、それが十分に実行可能な水準にあることを示した。

参考文献

一圓光弥(1995)「医療保障による世代間移転」『季刊社会保障研究』Vol31, No. 2

医療保険福祉審議会制度企画部会 (1999)『新たな高齢者医療制度のあり方について』平成11年8月13日

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『社会保険の改革<シリーズ・現代経済研究16>』日本経済新聞社

岡本悦司(1991)『医療費の秘密』三一書房

小椋正立・入船剛(1990)「わが国の人口の老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

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・デビッド・ワイズ編『高齢化の日米比較』日本経済新聞社

勝又幸子・木村陽子(1999)「医療保険制度と所得再分配」『季刊社会保障研究』Vol.34, No. 4

西村周三(1997a)『医療と福祉の経済システム』ちくま新書

西村周三(1997b)「長期積立型保険制度の可能性について」『医療経済研究』Vol. 4

日本医師会(1992)『平成4年度・医療政策会議報告』

八田達夫(1990)「年金改革 - 市場收益率方式への移行」現代経済研究グループ編『日本の政治経済システムシリーズ・現代経済研究1>』

八田達夫(1998)「厚生年金の積立方式への移行」八田達夫・八代尚宏編『社会保険の改革<シリーズ・現代経済研究16>』日本経済新聞社

八田達夫・小口登良(1993)「日本国政府の年金純債務」『日本経済研究』No. 25

八田達夫・小口登良(1999)『年金改革論～積立制へ移行せよ～』日本経済新聞社

広井良則(1997)『医療保険改革の構想』日本経済新聞社

八代尚宏・小塩隆士他(1997)「高齢化の経済分析」経済企画庁経済研究所『経済分析』第151号

(統計資料)

健康保険組合連合会「健康保険組合医療給付実態調査報告（各年版）」

健康保険組合連合会「健康保険被保険者実態調査報告（各年版）」

厚生省保険局「国民健康保険医療給付実態調査報告（各年版）」

厚生省保険局「国民健康保険実態調査報告（各年版）」

厚生省保険局「国民健康保険事業年報（各年版）」

国立社会保障人口問題研究所「日本の将来推計人口・平成9年予測」

社会保険庁「医療給付受給者状況報告（各年版）」