

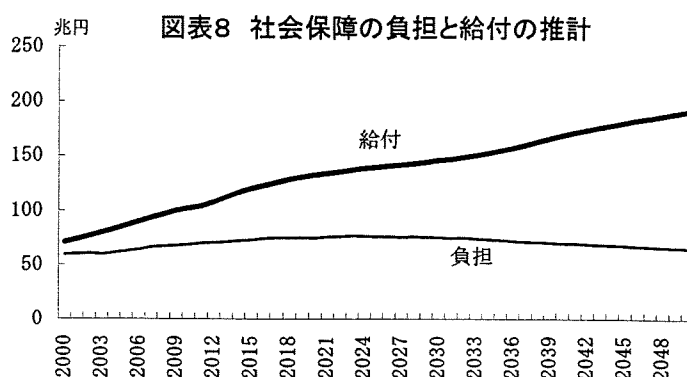
度以降その累積ペースは加速し、2045～50年度には年率6.63%となっている。

その一方で、GDPの伸びは鈍化するため、一般政府長期債券残高の対名目GDP比率は2045～50年度時点で4.59に達している。現在の財政・社会保障制度が長期的には維持可能なものではないことを示唆している。

### (3) 社会保障関連の変数の動向

社会保障全体の給付をみると、高齢人口の増加によって増加傾向が続き、2050年度時点では191兆円に達している。他方で負担をみると保険料負担者の減少などによって2030年度以降は伸び悩んでいる。給付の増大傾向に負担が追いつかない状況が示されている。

これを年金についてみるとそうした傾向がいっそう顕著で、負担が伸び悩む2030年以降、給付・負担のギャップは急拡大する見通しとなっている。



## 1-4. モデルによる政策シミュレーション

### (1) シミュレーションについて

本節では、計量モデルにより社会保障制度に関する政策シミュレーションを行う。実施するシミュレーションは以下の通りである。

①シミュレーション1：

短時間労働者への厚生年金適用拡大を2005年度に実施する。

②シミュレーション2：

基礎年金の国庫負担比率を2005年度に1/3から1/2に引き上げる。

③シミュレーション3：

基礎年金の国庫負担比率を2005年度に1/3から1/2に引き上げるとともに、消費税率を2%ポイント引き上げる。

④シミュレーション4：

短時間労働者への厚生年金適用拡大、基礎年金の国庫負担比率の1/2への引き上げ、消費税率の2%ポイント引き上げを、ともに2005年度に実施する。

⑤シミュレーション5

一人当たり医療費を2005年度以降20%引き下げる。

それぞれのシミュレーション結果の詳細は、別添資料2「各シミュレーションの結果」に示されている。以下では、これらシミュレーションの論点や手法について解説する。

#### ①短時間労働者への厚生年金適用拡大（シミュレーション1）について

2004年年金改革において最後まで論議が難航したの論点の一つが、短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大の拡大である。現行基準では、通常の就労者の所定労働時間、所定労働日数の4分の3未満の場合、厚生年金への加入が義務付けられていない。さらに、被用者年金制度の配偶者については、年間収入が130万円未満の場合、国民年金の第3号被保険者として保険料を支払う必要がない。それに対して、負担・給付のバランス改善の視点から見直しの議論が続けられ、厚生年金の適用基準として「週の所定労働時間が20時間以上または年収65万円以上」とする案が出され、議論が続けられてきた。結局、パートタイマーを中心とする労働者と経済界などの反対もあって、5年後をめどに再度検討するものとされ、事実上見送りとされた。そこで、ここでは厚生年金の適用基準が、「週の所定労働時間が20時間以上または年収65万円以上」とされる場合のインパクトシミュレーションを行う。

このシミュレーションにおいては、以下の2点が問題となる。

- a) 適用基準変更による短時間労働者の就業構造の変化
- b) 3号被保険者数の変化

まず、a)に関して、ここではパート比率の変更という形でシミュレーションを行うこととした。後掲の本章付論1では、1986年の第3号被保険者の制度が導入された影響で女性労働者のパート比率は4.7%上昇したと概算している（本章付論1参照）。本制度導入によって、フルタイムからパートタイムへシフトする女性労働者が増加した結果、パート比率の上昇という形で雇用者の就業形態の変化があらわれた可能性が高い。

そうした点を参考にして、被扶養者認定基準額を説明変数とした女性パート比率の単純推計を行った。その結果は下記の通りである。また下記の推計式による予測値と実績値をみたのが図表9である。

$$\text{RPARTF} = -13.669 + 13910.559 * (\text{GDP/TP}) - 0.000155 * \text{EY} - 1.598 * \text{D88T97} + 0.0206 * \text{NPIP3S}$$

(-2.52)
(6.19)
(-1.91)
(-2.08)
(1.37)

Adjusted R-squared : 0.972

Durbin-Watson stat : 2.131

Sample : 1986 2000

RPARTF : 女性パート比率 (%)

GDP/TP : 一人当たり実質 GDP

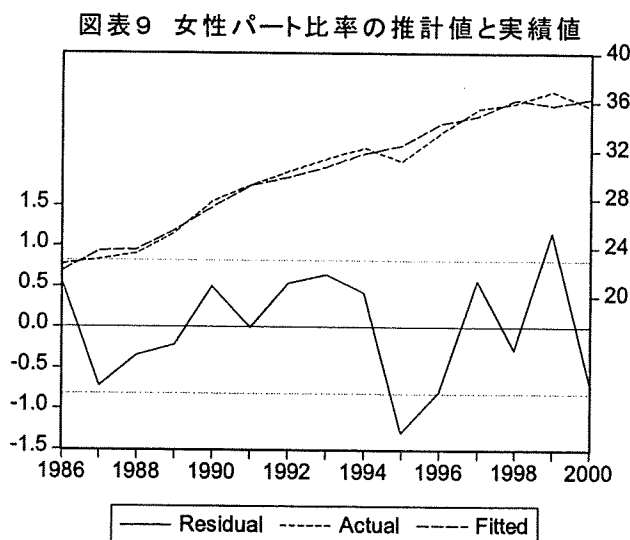
EY : 法人営業余剰 (10億円)

D88T97 : ダミー変数

NPIP3S : 被扶養者認定基準額 (万円)

上式において、被扶養者認定基準額 (NPIP3S) の係数はプラスとなっている。つまり、認定基準額が引き上げられればパート比率は上昇し、逆に引き下げられればパー

ト比率が低下するというを示しており、理論的な符号条件に合致していると考えられよう。なお、一人当たり実質 GDP (GDP/TP) は経済の発展段階、法人営業余剰 (EY) は景気循環要因を取り込んだものである。また、D88T97 は時短の促進規制である改正労働基準法 (1988 年) 制定以降の、同法適用の猶予期間を含む制度変更の影響に配慮したダミー変数である。



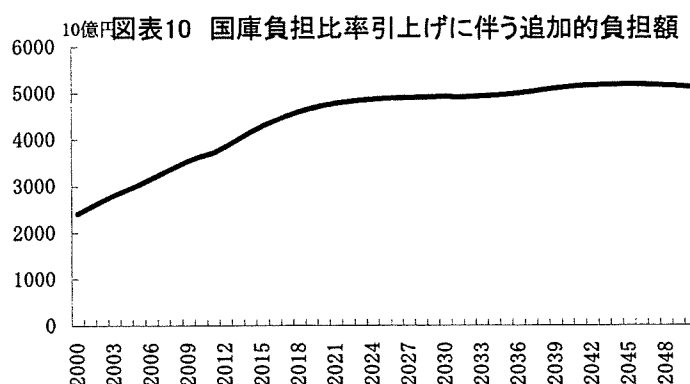
本シミュレーションの想定として、現行基準額が 130 万円から 65 万円まで低下するため、この推計式を使い単純に NPIP3S の変化をマイナス 65 万円として計算すると、左辺の女性パート比率は 1.34% 低下するということになる。この変化を外生的にモデルに与えることとした。これは、直接的には労働供給にプラスの影響を与えることとなる。

続いて、3号被保険者数の変化に関しては、厚生労働省による試算結果を参考とした (雇用と年金に関する研究会報告書『多様な働き方に対応できる中立的な年金制度を目指して』厚生労働省年金局, 2003 年を参照)。同報告書では、短時間労働者の現在の就業状態を前提として試算を行った結果、当該基準変更に伴い適用範囲が拡大されることで、最大で 396 万人の短時間労働者が新たに厚生年金の被保険者になる見込みだとしている。そこで、2001 年時点の第三号被保険者数に対する 365 万人のウェイト (35.2%) を求めて、適用拡大後はその割合の第三号被保険者が第一号ないし第二号被保険者 (本マクロモデル変数でいう NPIP12) にシフトするものとみなした。この変化は、直接的には年金負担および給付の双方にプラス要因となる。他方で、家計及び企業の保険料負担が増加するため、貯蓄や資本の蓄積を抑制する効果も及ぼす。

## ②基礎年金の国庫負担比率の引き上げ (シミュレーション2) について

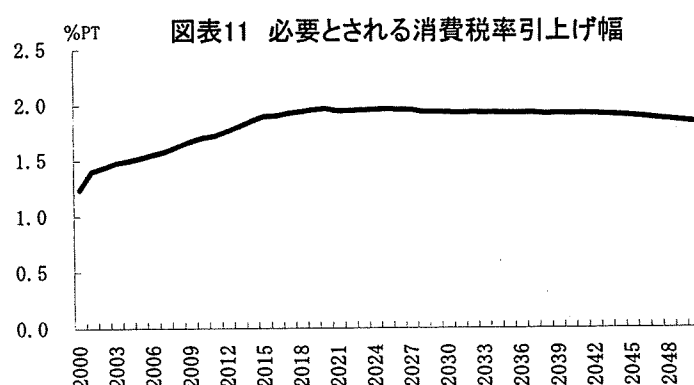
2004 年の年金改革において、2009 年度までに基礎年金に対する国庫負担割合の 2 分の 1 への引き上げ実施されることが法案化された。本シミュレーションの目的は、その政策効果を計測することである。ここでは、内生的に定まる基礎年金拠出金額をもとに、その  $1/6$  ( $= 1/2 - 1/3$ ) を新たに国庫負担として追加する形でシミュ

レーションを実施した。本ケースでは、国庫の追加的負担に対して増税等の財源面の手当ては行われなため、財政負担の増大のみがもたらされ、結果的に公的長期債務の累増がもたらされることになる。〈図表10〉はモデルにより推計された追加的国庫負担額の推移を示している。



### ③基礎年金の国庫負担比率の引き上げ+消費税率引き上げ（シミュレーション3）について

本ケースは、上記（2）に加えて、その財源として消費税率を引き上げた場合のシミュレーションである。本計量モデルでは、先述のとおり消費税率を外生的に与えることで消費税の税収が変化する仕組みとなっている。すなわち逆に、追加的に必要とされる消費税税収を与え、そのために求められる消費税率の上昇分を計算することが可能である。そこで、本モデルにより〈図表10〉で示された追加的国庫負担額をまかなうために必要な消費税率引き上げ幅の推移を示したのが〈図表11〉である。



この〈図表11〉によると、求められる消費税率の引き上げ幅は1～2%ポイントである。そこで、本ケースでは、2%ポイントの引き上げを外生的に与えてシミュレーションを行った。

### ④短時間労働者への厚生年金適用拡大+基礎年金の国庫負担比率の引き上げ+消費税率引き上げ（シミュレーション4）について

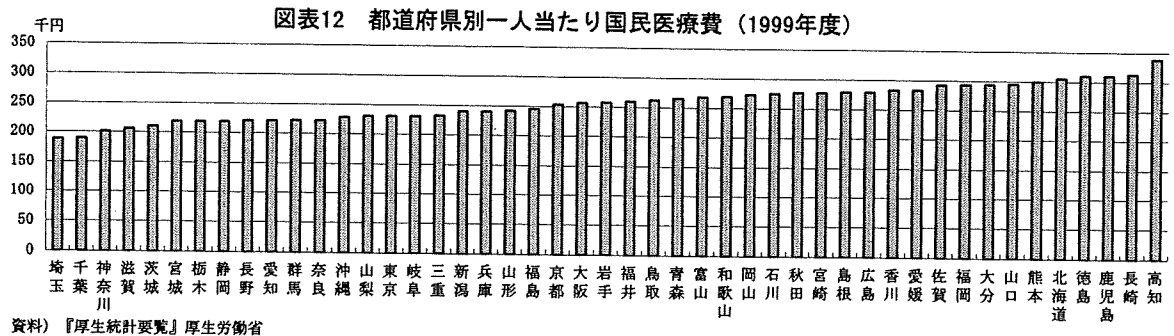
本ケースは上記の（1）と（3）をあわせたものであり、上記手法を組み合わせる

ことでシミュレーションを実施した。

### ⑤一人当たり医療費の抑制（シミュレーション5）について

本ケースでは、医療制度における負担に関する検討を行った。すなわち、医療サービスの効率化が進み医療費が削減された場合を想定してシミュレーションを行う。後掲の本章の付論2では医療費の増大要因について考察している。そこで言及されているとおり、Tokita et al. (1997)では都道府県別の一人当たり医療費は「西高東低」である点を指摘し、その都道府県ごとの違いの要因を分析している。さらに、その政策的含意として、高齢者入院の場合に上位5県と下位5県の一人当たり医療費の平均値は2倍以上の差がありながら、双方の道県の高齢者の健康状態には有意な差異が報告されていないことから、患者の健康を低下させずに上位の道県の医療費には抑制の余地があるとしている。

〈図表12〉は、1999年の都道府県別の一人当たり医療費である。これによると、確かに最低の埼玉県と最高の高知県との間には1.8倍程度の格差がある。そこで、Tokita et. al(1997)の議論を参考に、高医療費の都道府県において医療サービスの供給体制が効率化された結果、マクロ全体で医療費が20%抑制されるケースを想定した。すなわち、現在全国で進行中の市町村合併の動向も踏まえ、各地域での自治体合併の進展に伴って、地域医療機関の統廃合等による合理化が中長期的に進展することを想定している。なお、シミュレーションでは、国民医療費を20%抑える一方で、医療保険料等の負担に関しては何ら変更を与えていない。そのため、本ケースでは直接的に医療給付の減少の影響のみがマクロ経済に波及することになる。



## (2) シミュレーション結果

以下では、上記5つの政策シミュレーションの結果について概説する。

### ①短時間労働者への厚生年金適用拡大ケース（シミュレーション1）

標準ケースとの乖離をみると、他のケースに比べて実質GDP成長率の低下の度合いが大きくなっている。先述のとおり適用拡大はパート比率の低下を通じて直接的には労働供給を増加させるが、それと同時に厚生年金保険料の増大ももたらす。特に後者は企業の設備投資を抑制し資本蓄積のスピードを抑える。事実、実質設備投資をみる

と標準ケースを下回る結果となっている。このマイナス効果が直接的な労働供給増の効果よりも大きい結果となることを示唆している。

また、社会保障負担額と給付額はともに標準ケースを上回っている。第三号被保険者の一部が適用拡大により第二号被保険者にシフトすることで保険料負担は増加するが、それに加えて支給額も増加するという結果が明示されている。さらに、標準ケースに比べ経済成長が鈍化し税収が減収することなどから、公的長期債務の累積ペースはいっそう加速する結果となっている。

## ②基礎年金の国庫負担比率引き上げケース（シミュレーション2）

本ケースは経済成長率への影響は非常にわずかであり、ほとんど影響がみられない。また、前提として年金保険料の引き下げなどの仮定はおいていないため、社会保障の負担や給付への影響も非常に小さい。反面、目立つのは政府債務の増大ペースが大きく加速している点である。その波及により、長期金利も標準ケースよりやや高まっており、その分資本コストの上昇によって、企業の設備投資がわずかに減速している。

## ③基礎年金の国庫負担比率引き上げ+消費税率引き上げケース（シミュレーション3）

上記のシミュレーション2に比べ、政府債務の累積ペースが抑制されている。他方で、消費税率引き上げが実質消費支出を抑える結果、実質GDP成長率はシミュレーション2に比べわずかながら低下している。また、社会保障の給付及び負担ともに拡大している点が注目される。

## ④短時間労働者への厚生年金適用拡大+基礎年金の国庫負担比率引き上げ+消費税率引き上げケース（シミュレーション4）

5つのシミュレーションのなかで、成長率の低下度合いがもっとも大きい。また、社会保障の負担と給付も標準ケースからもっとも大きくプラスに乖離している。さらに、このケースでも政府長期債務の拡大ペースはプラスであり、財政状況は悪化している。

## ⑤一人当たり医療費の抑制（シミュレーション5）

本ケースでは、家計可処分所得、社会保障給付、政府債務残高の3つ以外にはほとんど影響がない。これは、先述のとおり医療費の抑制が直接的には医療給付の減少という影響しか及ぼさないかたちでシミュレーションされているからである。医療保険料の引き下げなどの変化は与えていないため、家計には給付の減少の効果だけが直接的に及ぶ結果、家計可処分所得のマイナスの乖離幅が大きい。他方で、医療費抑制で給付額が減少することにより、社会保障の負担・給付のバランスが改善され、それが結果的には政府債務にプラス効果を及ぼすことが考えられるが、少なくとも本シミュレーション結果からはその影響が確認できない。

以上の結果は無理のないものである。マクロ計量モデルでは、社会保障負担の増加は、可処分所得の減少と企業収益低下による設備投資の減少とを通じた有効需要の減

少を、社会保障給付による消費増加と女性労働など社会保障制度により変わりうる労働供給とがこれを上回る影響を持たない限り、経済成長を低下させ、社会保障負担と給付の抑制は経済成長を上昇に導くことになる。ただし、この結果から、経済成長と両立させる社会保障負担のあり方を探ることを諦めるのは早計である。社会保障負担増により経済成長が鈍化する理由は、1) 消費の落ち込み、2) 企業の設備投資の抑制、3) 海外との価格競争がの3つがおおきなものである。

まず、なぜ消費が落ち込むのかというと、先述のように直接に社会保険料が上昇することと消費税の引き上げによる可処分所得の減少という経路が考えられる。しかし、実際には高齢者の貯蓄が高い（低い消費性向）ことも原因の一つである。これは、老後に対する不安の現れであり、言い換えれば社会保障、特に医療・介護の供給に対して不安を持っていることの現れである。北欧のように、いわゆる国民負担率が高くとも（ある程度の調整は必要だが）医療・介護の供給に不安がなければ不満も、過剰な貯蓄も必要ないことになる。実は、1) に関しては負担の問題ではなく、供給に関する問題といえよう。付論2で考察しているように、医療の供給に関しては、ほとんど手付かずである。医師およびコ・メディカルの偏在、急性期と慢性期の医療機関の連携等、ごく一部の自治体（例えば広島県御調町）を除いて十分な医療供給体制が整えられていない。この点には、厚生労働省が更なるリーダーシップを取る必要がある。

次に2)と3)だが、これらは表裏一体の部分がある。わが国のように輸出指向の産業構造を持っている場合、確かに諸外国との価格競争は熾烈である。しかし、労働者の権利が確立されていないアジアやその他の途上国における労務コストを基準として自国の労働者の諸権利に制約を加えようとするのは時代に逆行するものではないか。むしろやるべきことは、途上国に対して年金や医療・介護保険の制度や運営方法のノウハウを途上国にも広め、労働者の待遇が改善されるという方向で競争条件を揃えるという活動を厚生労働省もすべきである。その意味で、イギリス・スウェーデンとも使用方法の違いはあるが、事業主負担保険料に関しては上限所得を超える部分にも賦課している(財源強化手段としては有効と考える)という事実は重い。具体的運用には事業主負担分は支払い賃金に対する一定割合として賦課すれば、職種に中立的になると考えられる。この場合、本人負担分の拠出実績が制度への加入記録となると考えればよい。

いずれにしても、高齢者が増加するという事実は変えられず、それだけでも費用はかかる。問題は、負担に見合う供給を行うことである。需要側と供給側の調整を行うのは厚生労働省（一部を自治体に任せるとしても）であり、その任は重い。

## 〔付論 1〕 第三号被保険者制度が女性労働力に及ぼした影響について

### (1) 制度の成立過程

1985年に基礎年金制度が発足し、被用者保険の被保険者の被扶養配偶者については、それまでの国民年金への任意加入制度は廃止され、国民年金の第三号被保険者となり、保険料は被用者年金制度から拠出されることとなった。この結果、1986年度末には国民年金の任意加入被保険者が1985年度末の745万人から56万人に減少し、1,093万人の第三号被保険者が新たに登場した。

導入過程においては、第101回国会で「国民年金法等の一部を改正する法律」の法案が1984年2月6日の施政方針演説を通じて提出された。同年10月発刊の厚生白書においても基礎年金改革は大きく取り上げられた。こうして、84年の段階で既に国民は制度改定の予定を認知することとなった。その後、85年4月1日に法律が公布、翌86年4月1日に施行された。当初、被扶養者の認定基準収入額は90万円であったが、下表のとおり随時改定され、現在の130万円に至っている。

図表 13 被扶養者認定基準額

1986年4月	90万円
1987年5月	100万円
1989年5月	110万円
1992年1月	120万円
1993年4月～	130万円

### (2) 女性労働力への影響

第3号被保険者制度は、女性が一定所得額以下の雇用形態、典型的にはパート・アルバイト形態を選択する1つの根拠となっているといわれる。そこで、第三号被保険者制度の導入が女性労働力に対してどのような影響を与えたかを過去の統計から観察できるか考察した。

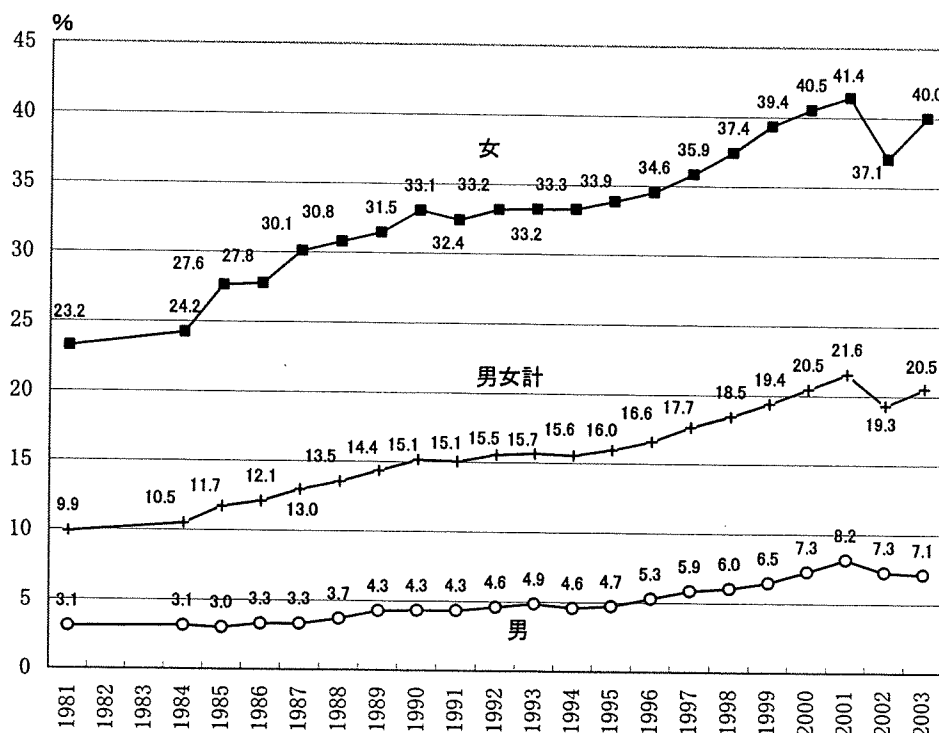
パート・アルバイトについては、労働力調査で短時間労働者としては古くから調査が行われていた(週35時間未満労働者数として規定されている)。しかし、職場での呼称が「パート」あるいは「アルバイト」の雇用者が特別調査(2ないし3月に実施)の対象となったのは、1981年が最初であり、84年からは連続して調査されることとなった。

#### ① パート・アルバイト比率

女子のパート・アルバイト比率は、84年から85年にかけて、また86年から87年にかけて、それぞれ、3.4%ポイント増、2.3%ポイント増と、やや特異な上昇を示した。いずれの年も男子には上昇がまったく見られない。こうした動きは第三号被保険者制度の発足に伴う変化だと考えることができる。上述の成立過程を踏まえると、すでに84年2月から85年2月にかけて、国会上程やマスコミ報道の情報にもとづき、パート・アルバイトを選択する女性が増加したと考えられる。さらに、86年2月から87年2月にかけても、制度の施行に伴い、パート・アルバイトの雇用形態を選択する女性が



図表14 パート・アルバイト比率の推移



(注)パート・アルバイト数を雇用者数で割った値。パート・アルバイトは、労働力調査の場合、「勤め先における呼称」で選択する。  
 2001から02年に労働力調査で断層があるのは調査票に新たに「契約社員」を含む選択肢が登場し、それまでパート・アルバイトと回答していた者のうち幾分かがこちらを選択するようになったため。  
 調査時点は労働力調査は1981年は3月、81～2001年は2月、2002～03年は1～3月平均  
 (資料)労働力調査(2001年までは特別調査)

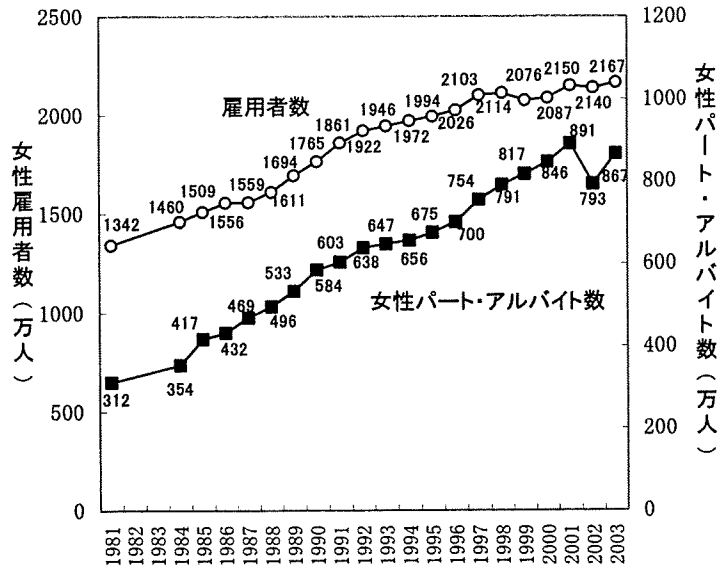
増加したと理解しうる。

この制度変更によるパート・アルバイト比率の上昇への寄与は、以下の手続きにより4.7%ポイント程度であると試算される。すなわち、まずパート・アルバイト比率の上昇スピードが高まった1998年より前の期間について、1981年から1997年までの16年間の比率上昇分は12.7%ポイントである。これから、当該制度導入の影響があった上記2回の合計2年の上昇分5.7%ポイントを差し引くと7.0%ポイントになる。これを14年で割ると0.5%ポイントが得られるが、これは制度変更の影響がない14年分の平均増加ポイントであるとみなしうる。そして、2回の上昇分5.7%ポイントから2年次分の平均上昇分1.0% (0.5%PT×2) を引くと4.7%ポイントと計算される。なお、上述のとおり制度発足後も数回に渡り被扶養者認定基準額が引き上げられているが、その個別の影響についての視認は困難である。

## ②雇用者数とパート・アルバイト数の推移

本制度導入により、パート・アルバイト比率が上昇したという現象に加え、同時に雇用者数自体の減少すなわち労働力率が低下した可能性についても検討の必要性がある。つまり、労働力率が変化した結果パート・アルバイト比率の上昇がもたらされた

図表15 女性雇用者数と女性パート・アルバイト数の推移



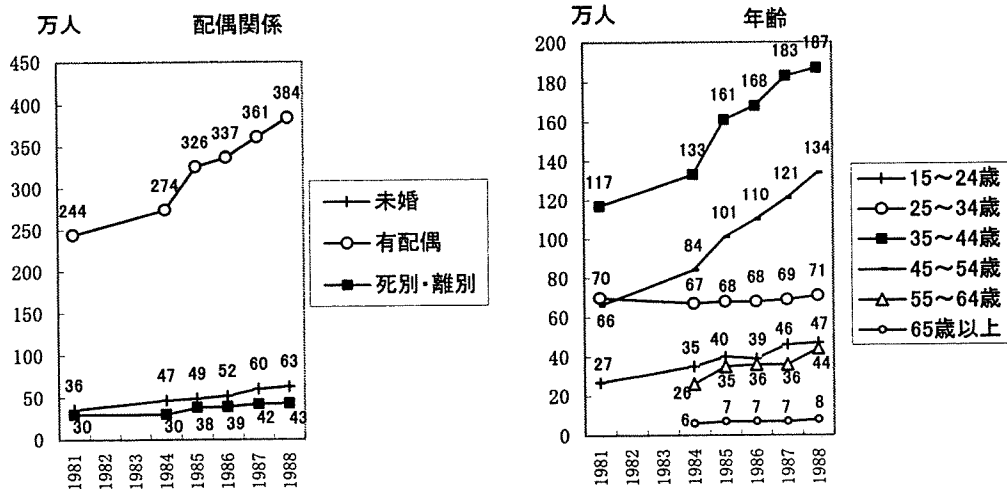
(注) (資料) 図表14と同様

可能性と、労働力率は不変でフルタイムからパート・アルバイトへのシフトによりパート比率が起こった可能性があるからである。その点に関して、女性の雇用者数とパート・アルバイト数の実数の動きをみたのが<図表 15>である。

図からは、第三号被保険者制度の導入前後の年次で雇用者数の特異な変化はないことが読み取れる。これから、1986年前後では労働力率の変化よりもむしろ、フルタイムとパートとの間のシフトが起こっていることが示唆される。ただし、86年から87年にかけては雇用者数が3万人しか増加していない。この時期に主婦層等が非労働力化している可能性がないとはいえない。

以上との関連で、配偶関係、あるいは年齢別のパート・アルバイト数の内訳の変化を図示したのが<図表 16>である。これを見ると、制度導入で問題となる年における

図表16 女子パート・アルバイトの属性別の推移(非農林業雇用者)



(注) (資料) 図表14と同様

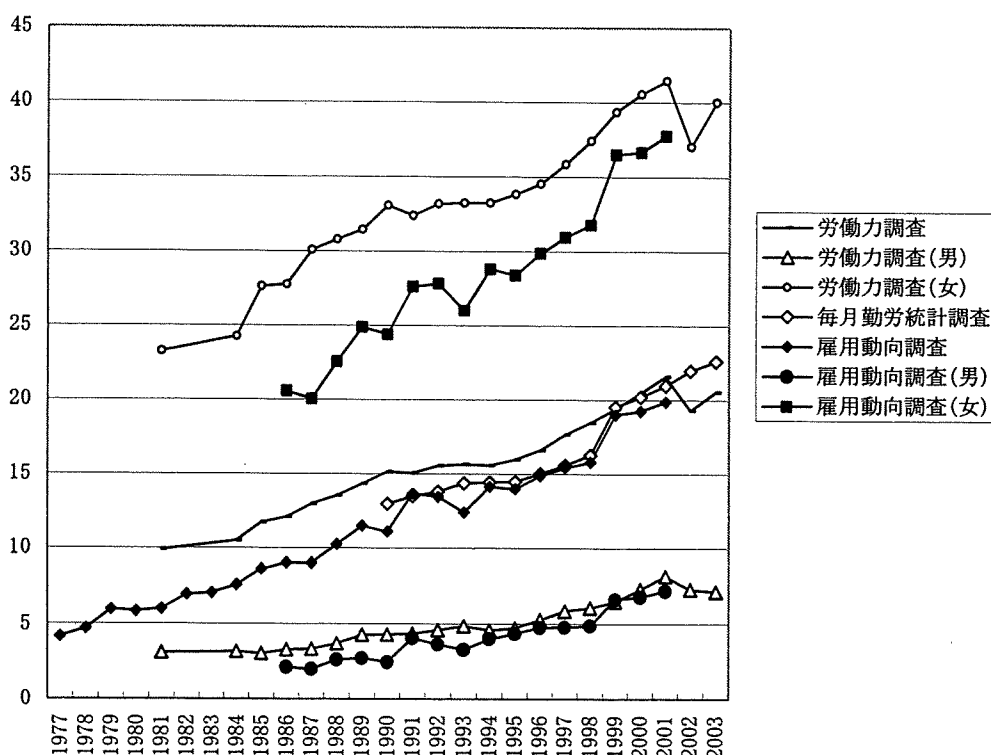
変化は、有配偶者及びその年齢層で顕著に生じている。制度変更の影響によりパート・アルバイトが増加している可能性を、別の面から裏付けるものとなっている。

### ③他の統計からみたパート比率

続いて、パート比率に対する第三号被保険者制度導入の影響を労働力調査以外の統計で確認した。〈図表17〉に労働力調査とそれ以外の雇用動向調査、及び毎月勤労統計調査のパートタイマー労働者比率の推移を示した。

毎月勤労統計調査は男女別の集計がなく、またデータが1990年以降しか得られない点で限界がある。また雇用動向調査は、時系列で最も長いデータ系列を得られるが、男女別の集計結果は86年以降のみで入手可能である。また労働力調査に比して、変動が激しく単年次の観察には適さない。そうした点から、雇用動向調査にも限界がある。変動が激しい理由は、サンプリング方法、標本数、世帯調査ではなく事業所調査である点などが考えられる。

図表17 各種統計のパート・アルバイト比率



(注) 労働力調査：パート、アルバイトが対象、世帯調査(2月、ないし1~3月)  
 毎月勤労統計調査：パートタイム労働者が対象、5人以上事業所調査(暦年平均)  
 雇用動向調査：パートタイム労働者が対象、農林水産業を除く5人以上事業所調査  
 (1月1日現在、データは建設業を除く数字)

パート・アルバイト数を雇用者数で割った値である。パート・アルバイトは、労働力調査の場合、「勤め先における呼称」で選択するようになっていた。毎月勤労統計調査では、「1日の所定労働時間が一般の労働者より短い者及び1日の所定労働時間が一般の労働者と同じで1週間の所定労働日数が一般の労働者より少ない者」とされている。雇用動向調査も同様である。

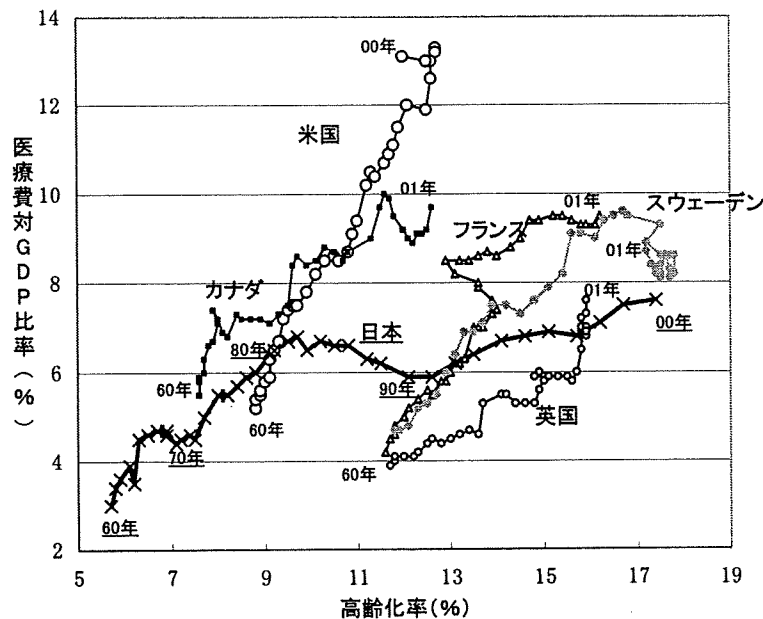
2001年から02年に労働力調査で断層があるのは調査票に新たに「契約社員」を含む選択肢が登場し、これまでパート・アルバイトと回答していた者のうち幾分かがこちらを選択するようになったため。

〔付論2〕医療費の増大要因について

(1) 医療費上昇の各国比較

現在、日本の国民医療費は約 30 兆円と国民所得比 8.46% (2001 年度) となっており、高齢化の進展とともに実額、対 GDP 比ともに上昇してきている。OECD では医療費定義を揃えて各国の対 GDP 比の推移を発表している。これをもとに高齢化比率との相関で医療費がどう推移してきたかをみると<図表 18>の通りである。

図表18 高齢化と医療費対GDP比率の推移(各国比較)



(資料)OECD Health Data

これによると日本のカーブは左右に長く、高齢化のスピードの速さとともに日本の医療が対 GDP 比でみて比較的効率的であることが示されている。最近年の対 GDP 比では、表中の 6 カ国の中で最も低い。日本はいまや最も高齢化の進んだ国の 1 つとなっており、高齢化との対比で対 GDP 比の低さがいっそう目立っている。

しかし、この医療費対 GDP 比率は、経済成長率によって大きく左右される。<図表 18>では、日本の 90 年以降の上昇が医療費の増加率の高さによるものなのか、成長率の低さによるものなのかが判然としない。そこで、医療費のデフレーター代理として GDP デフレーターを用い 1 人当たり実質医療費を求め、その推移を 1995 年の為替レートで評価し国際比較したのが<図表 19>である。

これで見ると、各国の医療費水準の比較自体は 1995 年の為替レートによって大きく影響されている。日本の場合、為替レートが現在より 2 割程度円高の 94 円/\$ であったためやや過大な値となっている点に留意する必要がある。とはいえ、それでも日本の医療費が特段低位であるとはいえない。

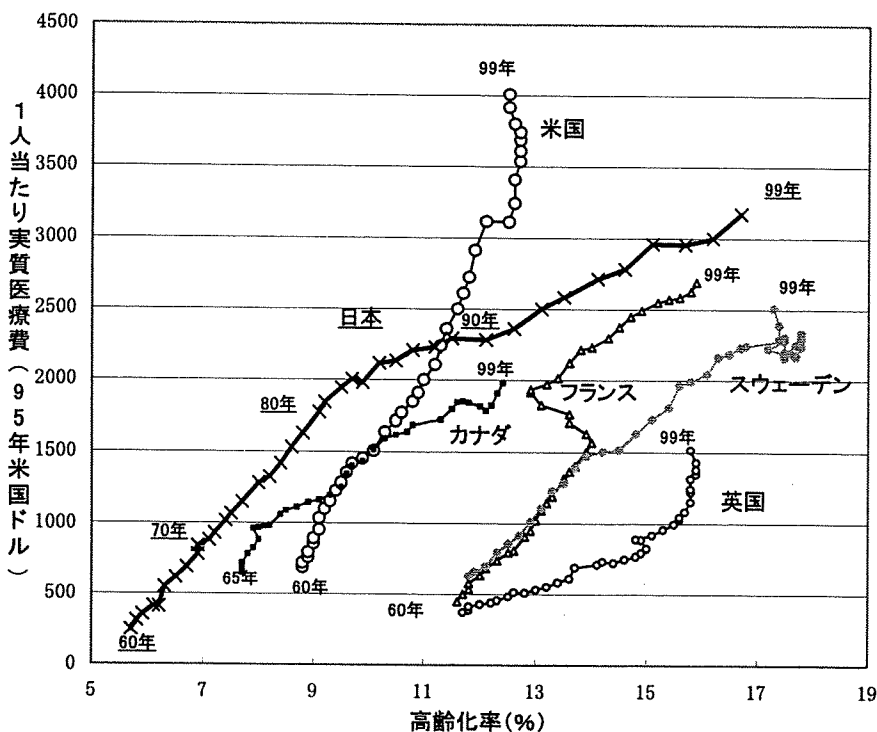
むしろ、この図で注目すべきは各国の線の傾きである。すなわち、各国の線の傾き

には、高齢化の進展度合いに合わせて医療費水準がどう上昇しているかが現れているからである。この点で特異なのは、極めて急傾斜な米国である。米国では、社会保険の範囲が国際的にも小さく、民間保険と医療機関相互の競争など市場原理をメインとしている点で世界の中でも特異なシステムをとっている。その結果、高度医療の発達や医療機器の進歩では世界一であるが、医療費については高騰に悩まされている。マネジドケアなど数々の医療システム改革にも関わらず、貧困層への医療供給は制約されて平均寿命も先進国の中で低い。その反面で、国民の所得の多くが医療費に注ぎ込まれているという特徴が、このグラフの背景にある。

かたや英国では、国が医療を供給するという基本線であり、1980年代までは1人当たりの医療費水準も他国と比べて低かった。しかし、近年はむしろ医療費の上昇に悩まされている状況が、高齢化と医療費の相関線の高い傾きに示されている。

この米英の2国を除くと、高齢化と医療費の相関線の傾きの程度や毎年の上昇ペースの点で、日本を含む多くの先進諸国は同様の傾向を示している。すなわち、受診率が高い高齢者の比率の上昇に伴い、医療費は経済成長率や経済的負担能力とは関わりなく安定的に上昇し、上昇程度も各国でそれほど違いがないということを、この<図表19>は示しているといえよう。

図表19 高齢化と1人当たり実質医療費の推移(各国比較)

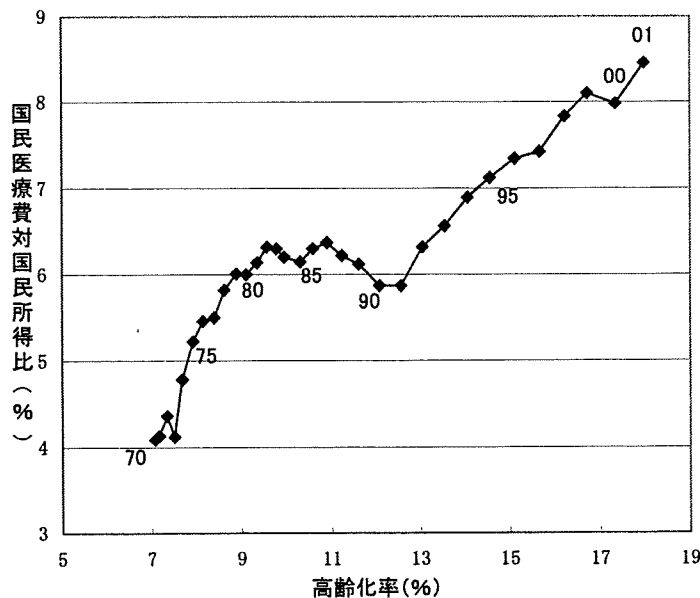


(注)各年の医療費対GDP比(名目)と1995年の為替レートを基準にした1人当たり実質GDPから求めた。  
 95年の円レートは94.1円/ドルであったので、日本の医療費はやや高めに算出されている。  
 OECD医療費データは国民医療費には含まれない非処方薬、公衆衛生費、施設管理運営費、  
 研究開発費を含んだ総医療費概念を採用し、国ごとの違いを一定程度補正した数字である。  
 (資料)OECD Health Data, 世銀 WDI2001

## (2) 日本の医療費の増大

続いて、日本の医療費データを用いて医療費の推移とその増大要因を検討する。まず日本の医療費定義による国民医療費の対国民所得比と高齢化率との相関の推移を<図表 20>に図示した。

図表20 高齢化率と医療費比率の推移



(注) 年度ベース  
(資料) 厚生労働省「国民医療費」、総務省統計局「推計人口」

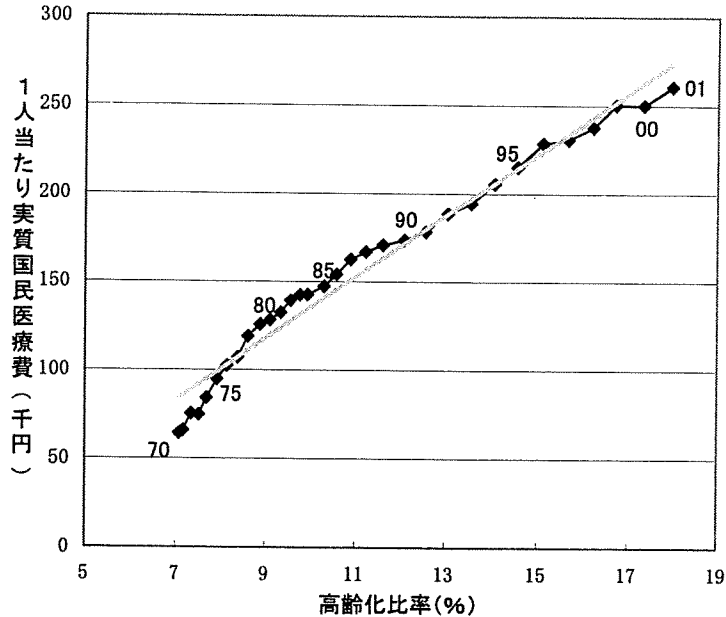
図から1970年代は高齢化率の進展も近年と比べそれほどスピードではなかったものの、医療費比率はかなり急激に上昇した時期であることがわかる。また、1980年代には高齢化の進展が70年代より速まったが、医療費比率はむしろ横ばいか抑制気味に推移している。バブル期序盤の比較的高い経済成長率にも影響されていたと考えられる。しかし、1990年代に入ると一転、高齢化の進展がいつそう加速すると同時に、医療費比率も大きく上昇に転じた。これにはバブル経済崩壊後、国民所得の伸びが極めて低くなった影響が大きい。なお、99年度から2000年度にかけてマイナスの伸びとなっているが、介護保険制度の実施に伴って、療養型病床の一部が医療保険適用の医療コストから介護保険適用の介護コストにシフトした影響による。

このように、対国民所得比の動きは経済成長率に大きく影響される。そこで、経済成長率の変動による影響を除去した形で医療費の伸びを見るため、ここでもGDPデフレーターで実質化した1人当たり医療費を高齢化率の推移と相関させてみた。その結果を<図表 21>に掲げた。

図から、1人当たり国民医療費は高齢化にほぼ比例する形で伸びてきていることがわかる。また、図に一次傾向線を引くと、70年代は医療費の伸びが30年間の平均より高く、80年代は高齢化とほぼ比例するペースで医療費も伸び、80年代後半には医療費の伸びがやや抑制され、1990年代に入るとふたたび平均的な傾向線上にそって医療費

が上昇する形となっている。

図表21 高齢化比率と1人当たり実質医療費の推移



(注)年度ベース。医療費の実質化はGDPデフレーターを用いた。  
 (資料)厚生労働省「国民医療費」、総務省統計局「推計人口」

### (3) 受診率との関わり

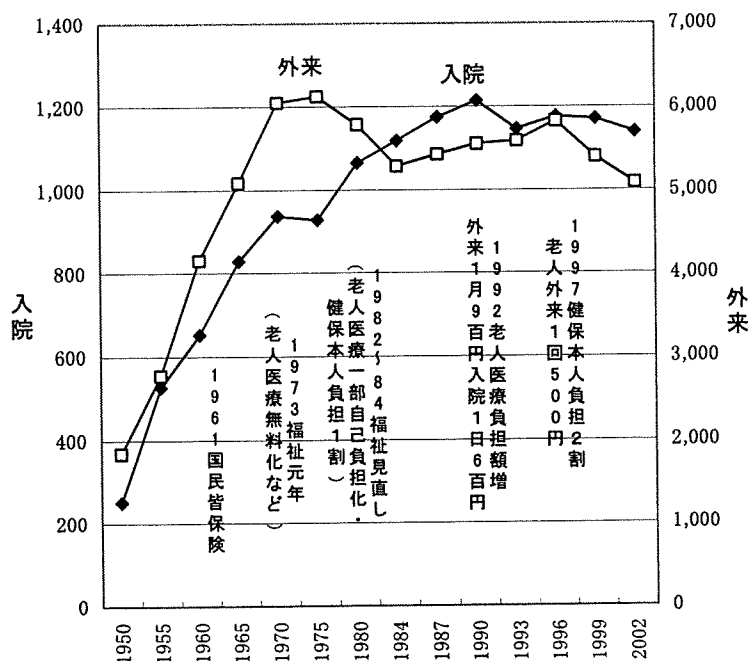
1人当たり医療費は、①人口に占める患者数の比率、②患者1人当たりの医療費、の2要因によって決まる。人口当たりの患者数は一般に受診率と呼ばれ、従来から厚生労働省の患者調査によって調査されている。この結果を<図表 22>と<図表 23>に示した。

受診率の推移は医療機関の充実や医療保険制度の動きによって大きく影響されている。受診率は医療アクセスの容易さをあらわしているが、戦後医療機関の充実や医療従事者の増加、さらに1961年の国民皆保険開始、1973年福祉元年の老人医療無料化などによって、外来、入院ともに戦後大きく上昇した。外来は1975年をピークに、入院は1990年をピークに横ばい、あるいは下落に転じた。そのきっかけとしては、健康保険の自己負担増、老人保健の一部自己負担化及び負担額増が大きな影響を与えている。そうした結果、近年では受診率の動きは過剰診療の抑制指標として見られる傾向が高まっている。

年齢別に受診率を見ると、保健医療の充実によって35～64歳の受診率は1970年以降は入院、外来ともに低下傾向を辿っている。65歳以上の受診率は、入院も外来も1965年頃はそれほどの差がなかったが、それ以降、入院では1980年まで、外来では1975年まで急激に伸長した。その後、入院は1990年まで緩やかに上昇した後、下降線を迎える一方、外来は横ばいに転じ、最近では下落に転じている。こうした動きには、次項で見ると診療行為別の医療費単価の動きとともに、老人医療費の自己負担増の動きが大きい

く影響していると考えられる。こうした近年の65歳以上及び65歳未満双方の受診率低下傾向により、高齢者の増加にも関わらず、全体の受診率はこれまでのところ上昇していない。従って、近年の1人当たり医療費の増大は、患者1人当たりの医療費増、特に高齢者医療費の増によるものと考えられる。

図表22 受診率の推移(人口10万人当たり患者数)



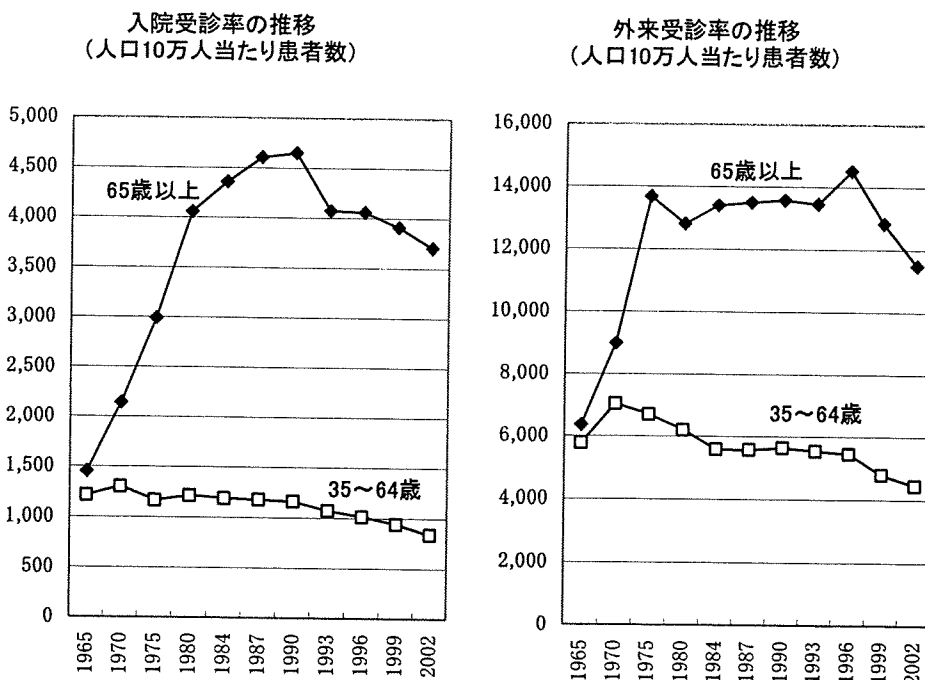
(注)1984年以降はそれまでの各年調査が3年おき調査に変更  
(資料)厚生労働省「患者調査」

こうした受診率の動きを踏まえると、上述のとおり70年代に1人当たり実質医療費の上昇率が高かったのは、高齢者の受診率上昇の影響が強いことが推察される。さらに、80年代に平均的な上昇率に転じたのは、高齢者の受診率の伸びが入院で弱まり、外来で横ばいに転じた点が大きく影響しているものと考えられる。80年代後半には、福祉見直しや高齢者医療の負担増などが影響して、医療費の伸びが抑制された。90年代以降はなお医療費抑制努力が払われているものの、受診率の不適正水準の是正の動きも一段落したため、平均的な上昇傾向となったと考えられる。

こうしたことから、予防医学の進歩や保健制度の充実により高齢者の受診率がいつそう低下すれば、現在の医療費上昇率は継続されようと考えられよう。しかし、既に適正水準に達してこれ以上の抑制は無理だとすれば、受診率は横ばいに転じ、全体の受診率は高齢化に伴い上昇に転じよう。その結果、医療費上昇率の増加に結びつく可能性はないとはいえない。



図表23 年齢別受診率の推移



(注)1984年以降はそれまでの各年調査が3年おき調査に変更  
(資料)厚生労働省「患者調査」

(4) 医療費単価の動き

実質医療費単価（患者1人当たり実質医療費）は、1970年代後半以降徐々に上昇しつつあることが先行研究でも明らかにされている（Tokita et al. (1997) の Appendix Figure 1-1 を参照）。しかし、その上昇率に規則性を見出すのは非常に困難である。投薬、検査、手術といった診療行為別の医療費単価の過度の上昇傾向と、それを保険診療の点数表によって抑制しようとする動きとが複雑に絡み合っているからである。

図表24 各年代別にみた医療費の増加分野

	(第1位)	(第2位)	(第3位)	(第4位)
・1960年代	投薬	注射	入院	検査
・1970年代	投薬	入院	検査	注射
・1980年代	入院	投薬	検査	処置
・1990年代前半	入院	投薬	手術	処置
・1990年代後半	入院	手術	在宅医療	処置

また、＜図表24＞にみられる通り、各年代ごとに伸びの高い分野は変化してきている（診療に必ず伴う「診察・指導」は除いている）。医療費の増加が目立つ分野は、投薬→検査→治療と大きく変遷してきている。またこの動きに平行して、入院も1980年代以降大きく拡大してきた。こうした医療行為上の変化を踏まえると、医療需要は以下のような変遷を辿ってきたと総括できよう。

1961年の国民皆保険を背景として医療需要の急拡大が生じた。それに合わせ、国民

の疾病構造の変化に対応して治療薬、次に検査機器が素早く全国に普及し、このため「薬漬け医療」などと批判される行き過ぎも生じた。1980年前後には「薬漬け」に代わって「検査漬け」の弊害が叫ばれ、こうした批判も踏まえ受け、1980年代には薬価基準や診療報酬の見直しの中で投薬や検査の抑制が図られた。

近年では、いわゆる社会的入院が大きな問題となっている。これを解決するための医療制度改革をめぐって様々な方向性が議論を呼ぶとともに、国民医療費の抑制のための対策が打ち出され、医療・福祉関係者も対応を迫られている。入院について、1980年代までは回数、1回当たりの単価がともに増加していたが、1990年代に入ると平均入院日数が短縮し入院回数は抑制される一方、1回当たりの単価は増加するという状況となり、かつてほどの入院代の増加は見られなくなった。

このように新しい技術や社会情勢の変化によって特定の診療費が高くなり、それが行過ぎると抑制のための診療方針の見直しが図られ、医療費増加が抑制されるという動きが繰り返されているのである。その結果が、これまでふれてきたような実質医療費の安定的な増加に寄与していると考えられる。各国比較で見たように、米国や英国ではこうしたメカニズムが機能せず急激な医療費増に悩まされている。日本の場合は、米国のように民間保険会社の個別の診療報酬基準ではなく、国民皆保険をベースに厚生労働省作成の全国統一の診療報酬表で医療費がコントロールされていることがプラスに機能しているとみられる。

#### (5) マクロ分析への応用に向けて

これまでの日本の医療費の伸びは高齢化比率との相関で極めて安定しており、伸び率の変化は、主に受診率の変化によってもたらされてきた。長期マクロ計量モデルにおいて、過去の医療費を受診率と相関させることは可能と考えられるが、受診率の将来値は設定が困難であるので現実的でない。医療制度改革は大きな影響を及ぼすが、医療費の抑制を目的にした制度が逆に医療費上昇を招く場合もありえる。そのため、モデル設計に制度変数を組み込むことは容易なことではない。医療保険、診療報酬制度といった既存制度は過剰診療を生むこともあるが、先述のとおり行き過ぎを抑制する手段も内包している。医療費の将来推計では、こうした制度を前提として人口推計をもとにした高齢者数の見通しと、これまでの1人当たり実質医療費の増加傾向を将来にも適用すること等で計量モデルへ内生化することが考えられる。

先にふれた Tokita et al. (1997) では、「西高東低」とも言われる地域別医療費について、クロスセクション分析により高位5県と低位5県の高齢者入院費に2倍以上の差があることを指摘している。その上で、高位県と低位県双方の高齢者の健康状態に有意な差がないことから、上位の地域の医療費の抑制には余地があると捉えている。また地域別医療費の分散要因の1つとして病床数や医師数があると解析し、地域医療計画による地域ごとの病床規制に有望な改革方途をみている。その点、近年の市町村合併や三位一体の改革が地域医療計画のコントロール力を高め、医療費の効率化に寄与する可能性には期待がかかる。

〔参考文献〕

- ・安部由紀子・大竹文雄（1995）「税制・社会保障制度とパートタイム労働者の労働供給行動」、『季刊社会保障研究』Vol.31, No.2
- ・赤林英夫（2003）「社会保障・税制と既婚女性の労働供給」、国立社会保障・人口問題研究所編『選択の時代の社会保障』
- ・加藤智章、菊池馨実、倉田聡、前田雅子（2003）『社会保障法（第二版）』、有斐閣
- ・加藤久和（2003）「年金・医療財政と社会保障モデルの推定」、『社会保障改革分析モデル事業報告書』、国立社会保障・人口問題研究所
- ・金子能宏（2003）「女性パートタイム労働の現状を踏まえた雇用政策と年金制度の役割」国立社会保障・人口問題研究所編『選択の時代の社会保障』
- ・厚生労働省年金局（2003）『多様な働き方に対応できる中立的な年金制度を目指して』
- ・国民経済研究協会（2002）『税制改革の財政及びマクロ経済への影響報告書』
- ・山本克也・佐藤格（2003）「保険料率の引き上げとパートタイマーの第2号被保険者への移行に関する分析」、『社会保障改革分析モデル事業報告書』、国立社会保障・人口問題研究所
- ・余暇開発センター編、通商産業省余暇開発室監修、国民経済研究協会協力（1999）『時間とは幸せとは～自由時間政策ビジョン』、通商産業調査会
- ・Tadahiko Tokita et al. (1997) "The Present and Future National Medical Expenditure in Japan" *The Keizai Bunseki (The Economic Analysis)* No.152, Economic Research Institute.

《別添資料1》「標準ケース」の結果

[標準ケース]

年度	実質GDP	名目GDP	実質設備投資	家計可処分所得	雇用者一人当たり所得	就業者数	民間貯蓄率	GDPデフレーター	国内卸売物価指数
	GDP (10億円)	GDPN (10億円)	IP (10億円)	YD (10億円)	YWHCEF (円)	NE (万人)	PSVR (%)	GDPD (90年=1)	WPIDM (95年=100)
2005	542,653	561,114	115,207	340,446	5,302,788	6,319	8.28	1.03	102.3
2010	594,804	625,863	133,550	359,037	5,507,392	6,284	7.01	1.05	101.4
2015	640,045	692,190	151,868	374,170	5,702,606	6,155	5.44	1.08	103.4
2020	693,845	773,677	171,490	393,400	5,949,315	6,109	4.55	1.12	104.1
2025	748,877	860,096	192,329	405,842	6,183,885	6,052	4.23	1.15	105.5
2030	792,210	947,724	213,072	413,677	6,475,198	5,889	3.93	1.20	110.4
2035	817,927	1,033,031	232,744	416,197	6,819,717	5,615	3.45	1.26	120.6
2040	837,063	1,132,255	251,757	426,815	7,313,464	5,338	2.43	1.35	133.1
2045	851,070	1,237,084	269,708	433,444	7,868,185	5,072	1.82	1.45	148.3
2050	863,671	1,352,424	287,228	439,768	8,505,394	4,837	1.49	1.57	165.0

年度	長期金利	一般政府長期債券残高	一般政府長期債券残高対GDP比	社会保障給付	社会保障給付(年金)	社会保障負担	社会保障負担(年金)	社会保障負担(医療保険)
	INTGB (%)	GGBL2SD (10億円)	GGBL2SDGDP -	SBSS (10億円)	SBSSP (10億円)	SCSS (10億円)	SSCP (10億円)	SSCM (10億円)
2005	3.04	485,133	0.86	86,146	51,036	62,709	41,948	17,726
2010	2.62	617,610	0.99	102,337	63,010	68,814	45,979	19,675
2015	2.73	795,754	1.15	120,351	76,468	72,947	48,470	21,246
2020	2.55	1,033,235	1.34	132,830	85,988	74,892	49,719	21,805
2025	2.52	1,352,519	1.57	139,827	90,975	76,279	50,109	22,683
2030	2.56	1,795,319	1.89	146,333	95,494	75,237	49,480	22,187
2035	3.04	2,415,982	2.34	155,058	101,921	72,930	47,376	21,965
2040	3.08	3,285,849	2.90	169,334	113,440	70,026	45,140	21,242
2045	3.28	4,503,334	3.64	181,252	123,137	67,939	43,310	20,943
2050	3.42	6,208,665	4.59	191,380	131,361	65,661	42,002	19,921

(各5年平均変化率)

年度	実質GDP	名目GDP	実質設備投資	家計可処分所得	雇用者一人当たり所得	雇用者数	民間貯蓄率	GDPデフレーター	国内卸売物価指数
	GDP (%)	GDPN (%)	IP (%)	YD (%)	YWHCEF (%)	EF (%)	PSVR -	GDPD (%)	WPIDM (%)
2005	0.94	1.81	2.80	1.27	1.20	△ 0.22	—	0.87	0.71
2010	1.85	2.21	3.00	1.07	0.76	△ 0.11	—	0.35	△ 0.18
2015	1.48	2.04	2.60	0.83	0.70	△ 0.41	—	0.55	0.38
2020	1.63	2.25	2.46	1.01	0.85	△ 0.15	—	0.61	0.15
2025	1.54	2.14	2.32	0.62	0.78	△ 0.19	—	0.59	0.26
2030	1.13	1.96	2.07	0.38	0.92	△ 0.54	—	0.82	0.91
2035	0.64	1.74	1.78	0.12	1.04	△ 0.95	—	1.09	1.79
2040	0.46	1.85	1.58	0.51	1.41	△ 1.01	—	1.38	1.99
2045	0.33	1.79	1.39	0.31	1.47	△ 1.02	—	1.45	2.19
2050	0.29	1.80	1.27	0.29	1.57	△ 0.95	—	1.50	2.15

年度	長期金利	一般政府長期債券残高	一般政府長期債券残高対GDP比	社会保障給付	社会保障給付(年金)	社会保障負担	社会保障負担(年金)	社会保障負担(医療保険)
	INTGB -	GGBL2SD (%)	GGBL2SDGDP -	SBSS (%)	SBSSP (%)	SCSS (%)	SSCP (%)	SSCM (%)
2005	—	5.56	—	4.00	4.77	0.96	0.65	1.64
2010	—	4.95	—	3.50	4.31	1.88	1.85	2.11
2015	—	5.20	—	3.30	3.95	1.17	1.06	1.55
2020	—	5.36	—	1.99	2.37	0.53	0.51	0.52
2025	—	5.53	—	1.03	1.13	0.37	0.16	0.79
2030	—	5.83	—	0.91	0.97	△ 0.27	△ 0.25	△ 0.44
2035	—	6.12	—	1.16	1.31	△ 0.62	△ 0.87	△ 0.20
2040	—	6.34	—	1.78	2.16	△ 0.81	△ 0.96	△ 0.67
2045	—	6.51	—	1.37	1.65	△ 0.60	△ 0.82	△ 0.28
2050	—	6.63	—	1.09	1.30	△ 0.68	△ 0.61	△ 1.00