

15 : .359-368.

Johannesson, M. and P. Johannesson(1997) "Is the valuation of a QALY gained independent of age? Some empirical evidence", *Journal of Health Economics* 16 : 589-599.

Williams, A.(1997)"Intergenerational equity: an exploration of the 'Fair Innings' argument", *Health Economics* 6 : 117-132.

Williams, A. and R. Cookson(2000), "Equity in Health" *Handbook of Health Economics, Volume1 Chap.35* , Edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「包括的社会保障財政予測モデルの構築とそれを用いた医療・年金・介護保険改革の評価研究」
（分担）研究報告書

厚生労働省・医療制度構造改革試案の批判的検討

鈴木亘 東京学芸大学教育学部助教授
/（社）日本経済研究センター副主任研究員

研究要旨

平成 18 年度の医療制度構造改革について、提出された厚生労働省私案の評価を行った。現在これは、医療制度構造改革案として、健康保険法及び医療保険法の一部改正案が国会に提出されている。その骨子は、過去の医療制度改革で積み残し課題となっていた、①後期高齢者医療制度の創設、②都道府県単位を軸とした保険者の再編統合、及び③診療報酬の引き下げ、高齢者の自己負担引上げ、ホテルコスト徴収、長期入院是正、生活習慣病対策等の医療費適正化策である。既に周知のように、わが国の医療保険財政は、急速に進む高齢化によって財政的な危機に直面しているが、今回の改正案はこの危機を打開し、「医療保険制度を長期的に維持可能にする」という目標を達成するのであろうか。「財政面」のみから見た評価を行った場合、残念ながら、今回の改正案で、急速な高齢化に対処することはほとんど不可能である。急速な高齢化に対して財政収支を維持可能なものにするには、①保険料を引き上げるか、②給付を引き下げるか、③財政方式を賦課方式から積立方式へ移行するかという三つの手段しかとり得ない。その意味で、今回の改革のうち、財政面で意味を持ち得るのは、医療費適正化策のみであるが、この医療費適正化策は実効性や量的に不十分な「竹やり戦術」に過ぎない。

A. 研究目的

本研究プロジェクトの期間に行われた大きな改正である医療制度構造改革についての評価を行った。現在これは、医療制度構造改革案として、健康保険法及び医療保険法の一部改正案が国会に提出されている。今回の改正案は、わが国の医療保険財政の危機を打開し、「医療保険制度を長期的に維持可能にする」という目標を達成するのであろうか。「財政面」のみ

から見た評価を行った。

B. 研究方法

財政モデルは用いず、これまでの著者の研究から、その計測結果などを引用し、総合的な文献的アプローチにより考察を行った。

C. 研究結果

まず、原稿案は医療費抑制のインセンテ

ィブに関して非常に大きな問題を抱えていることがわかった。そのほかにも、診療報酬引き下げ、平均在院日数など、過去の経験からいっても、ほとんど意味がない手段が用いられている。

2006年3月10日朝刊

D. 考察

医療費適正化を真剣に目指すのであれば、保険者、患者に対して、医療費抑制の動機を促す必要がある。まず、保険者に対しては、元加入者であった高齢者の医療費負担が何らかの形で、元の保険者にフィードバックしてくる仕組みを考える必要がある。国保における高額医療費の再保険による共同事業は、再保険の保険料（拠出金）を、労災保険のメリット制のように、医療費にリンクさせる仕組みを考える必要がある。また、患者に対しては、民間生命保険にあるような「病気をしなければ保険料が戻ってくる仕組み」を導入することが考えられる。その逆に、喫煙者・肥満者などの生活習慣病予備軍に対しては追加保険料を徴収することも動機付けとなるだろう。

G. 知的所有権の取得状況

なし

E. 結論

こうした医療費抑制案をいくら行っても、その効果は小さく、または、まったく効果が無い。財政的な長期維持可能性を確保するには、積立制度の導入が必要である。

F. 研究発表

鈴木亘「厚生労働省・医療制度構造改革試案の批判的検討」内閣府『ESP』12月号,pp.65-67

鈴木亘「医療改革を斬る（下）・世代格差是正 積立式で」日本経済新聞経済教室

厚生労働省・医療制度構造改革試案の批判的検討

1. 試案の概要

10月19日に厚生労働省は「医療制度構造改革試案」と題する改革案を発表した。これは、先に出た経済財政諮問会議案への対案として提出されたものであり、諮問会議案が経済成長率などにリンクしたマクロ的な総額管理を打ち出しているのに対して、個別施策の積み上げとして医療費抑制を狙う内容となっている。主な内容は次の5点である。

- ① 中長期的な医療費抑制策・・・保険者の検診・保険事業の義務付けによる生活習慣病患者・予備軍の減少や、在宅医療の促進・病床転換による平均在院日数の短縮を実施する。数値目標の実効性を担保するために、都道府県に医療費適正化計画を策定させて実績評価を行い、達成状況に応じて、後期高齢者医療支援金（高齢者独立医療保険に対する各医療保険からの支援金）加算・減額による動機付け、都道府県別の特例的な診療報酬制度導入を実施するとしている。
- ② 短期的な医療費抑制策・・・高齢者の患者負担見直しとして、65—69歳の自己負担率を3割から2割へ引き下げ一方、70—74歳は1割から2割へ、75歳以上は1割で変更なしとなった。また、現役並みの高所得の高齢者の自己負担率は3割となる。このほか、高額療養費の上限を引き上げが導入されたほか、療養型病床に入院患者からのホテルコスト・食費負担引き上げを実施される。
- ③ 都道府県別の保険者再編・統合・・・政掌健保の都道府県単位化を行い、年齢格差・所得格差のリスク構造調整を導入する。一方、市町村国保の都道府県再編は行わず、その代わりに都道府県が、高額医療費共同事業の拡充、国保財政基盤強化策などを通じて、市町村国保に対して財政協力体制を強化する¹。
- ④ 高齢者独立医療保険制度の創設・・・75歳以上の後期高齢者について独立した医療制度を創設する。財源は、高齢者保険料1割、医療保険からの支援金（後期高齢者医療支援金）4割、公費5割である。運営は市町村単位であり、市町村財政の安定性を保つために、保険基盤安定制度（低所得者の保険料軽減分を公費支援）、高額医療費再保険事業（高額な医療費を都道府県、全国レベルで再保険する仕組み）、財政安定化支援事業（保険料の未納、納付の見込み違いについて貸付・交付を行う基金）を実施する。
- ⑤ 前期高齢者の財政調整制度の創設・・・各保険者の75歳未満の加入数に応じて、前期高齢者文の医療費を負担する財政調整制度を創設する。現行の国保退職者医療制度を経過的に存続させ、適宜移行を行う。

¹ 国保に対する様々な補助金制度については鈴木（2001）を参照されたい。

これらの諸改革の結果、医療費の適正化が行われ、2025年に改革がなかった場合見込まれる56兆円の保険給付費は49兆円へ減少し、医療費の伸び率も抑制されている。また、保険財政の面では、平成20年度において、政管健保が2300億円、市町村国保が2200億円の財政縮減を達成する一方、健保組合は2200億円の財政負担増となるとされる。

2. 試案の問題点

(1) 長期的な医療費抑制策について

生活習慣病対策でもっとも重要なのは、患者や保険者に対する動機付け（インセンティブ）である。だいたい、飲酒や喫煙などの生活悪習慣は「分かっちゃいるけど止められない」というものであって、習慣を変えるためには、患者の意識・行動の変化が欠かせない。また、保険者についても、検診や健康増進運動などによって保険加入者へ直接働きかけることができるから、保険者への動機付けも重要である。今回の試案では、その両者に生活習慣病対策を実施するインセンティブが殆ど存在しないので、その効果はきわめて疑問であるといわざるを得ない。

また、保険者へのインセンティブという観点から問題であるのは高齢者への財政調整制度である。習慣病対策の効果が現れるのは慢性疾患が顕現化する前期・後期高齢者となってからであると考えられる。しかしながら、その時点では既に高齢者独立医療保険制度・前期高齢者の財政調整が入っているので、保険者は生活習慣病対策に努力をしてもしなくても財政に影響しないことから、保険者に対策のインセンティブが存在しない。さらに、今回、高齢者の自己負担率は全体としては大きな変化がなく、前期高齢者はむしろ減ってしまったことも、患者への生活習慣病対策のインセンティブ付けに失敗していると思われる。

今回の試案で、動機付けが働くのは後期高齢者医療支援金を増減される都道府県のみである。しかし、国保や高齢者独立医療保険については、そもそも保険者でもない都道府県に具体的な医療費抑制手段があるかという点、レセプト点検や保険者に対する協力・指導といったもの程度であり、きわめて実効性に乏しい²。例外は、今回新たに導入が示された都道府県別の特例的な診療報酬制度であるが、これも後述するように医師誘発需要が起きるという理由から効果は限定的であると考えられる³。

さて、長期的な医療費抑制策について試案の最大の問題点は、試算の医療費抑制策

² それならば、都道府県を保険者にするという考え方もあるが、健康増進運動や検診を機能的に医療費抑制に結びつけるためには、その単位が大きすぎると思われる。なお、この点の指摘は東京大学の岩本康志教授による。

³ また、現時点では都道府県の特例的な診療報酬制度の詳細は不明であるが、ドイツで行われているような地域を限定した総枠管理のようなものを想定しているのであれば、実効性があると思われる。ただし、そうであるならば、現行の制度からの変化は著しく大きいことから、その導入の是非について国民的な議論を行う必要があるであろう。

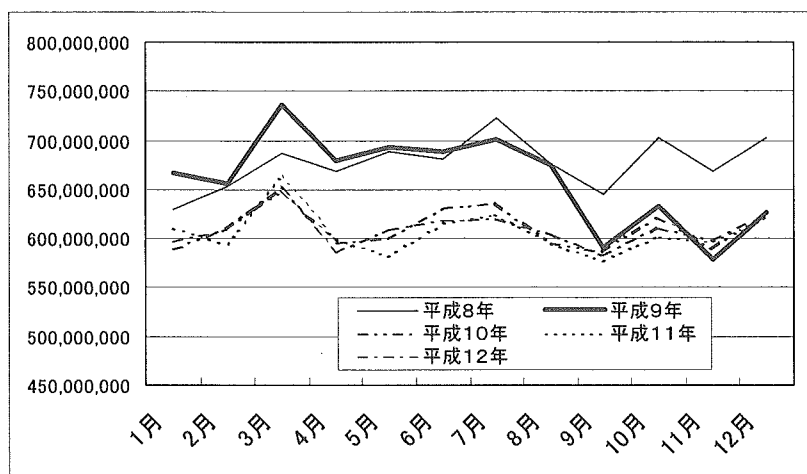
が「対策の効果があるとして」計算されたという点である。すなわち、これらの長期医療費抑制策が実際に効果を上げるかどうかは検討されず、ただ単に数値目標が達成されるとして（例えば、生活習慣病患者・予備軍が25%減少する、平均在院日数が全国平均の36日から31日になる）、機械的に計算されたものに過ぎない。つまり、前提＝結論なのであり、プログラムの実効性があるかどうかは別問題である。

(2) 短期的な医療費抑制策

短期的な医療費抑制策として打ち出された高齢者の自己負担率の部分的引き上げであるが、実はこうした対策は医療費に対してワンショットの水準変化があるだけであり、長期的な医療費抑制を生み出す「伸び率」の低下をもたらさない。これは、1997年、2002年の被用者保険の本人自己負担率の改定時にも見られた現象であるが（図表1）、自己負担率引き上げによって医療費水準が減少したものの、その後の伸びのトレンドは、自己負担率引き上げ前と同じ水準で伸びている。したがって、前年比で医療費が抑制されるのはせいぜい1年程度に過ぎず、また同様の伸び率で医療費が伸びてゆく。これでは、医療費の負担限界に達する年限がわずかに後ずれするだけに過ぎず、根本的な解決にはならないのである（八代・鈴木・鈴木（2004）、鈴木・鈴木・八代（2001））。また、この点は、ホテルコストや食費負担引き上げも基本的に同様である⁴。医療費の伸び率の要因は、高齢化や技術進歩、疾病構造の変化、所得などであると考えられるが、所得や高齢化はコントロール不能であるから、医療費の伸び率を抑制するためには医療の技術進歩（ただし、公的保険に含まれる医療）や疾病構造の変化に働きかける方策を考えなければならないと思われる。

⁴ ただし、ホテルコスト・食費負担の徴収が、社会的入院から他の介護施設などへのシフトをもたらすとすれば、そのシフトにかかる期間については伸び率の抑制がもたらされると考えられる。しかし、それは技術の伝播と同様で、伝播が尽きるまでの一定期間の問題に過ぎない。

図表1 被用者保険の医療保険給付費の推移（鈴木・鈴木・八代（2001）より）



出所)『月刊基金』社会保険診療報酬支払い基金

(3) 国保財政の安定についての懸念

試案を示された財政運営方式について、最大の懸念は、高齢者独立医療保険を任せられる国保財政の安定性が果たして保たれるのかという点である。後期高齢者といえども、年齢によって医療費はずいぶん異なる。したがって、後期高齢者の部分についても、一定の年齢調整が必要であると考えられるが、新しく導入される高額医療費再保険事業、財政安定化支援事業がどの程度、年齢調整が存在しない不備を相殺できるのか、現時点では不明である。この点についても、しっかりとした実証的な裏づけのある制度設計が必要な点である。それなくしては、今回の改革の主役ともいえる市町村保険者の納得は得られないであろう⁵。

リスク構造調整という面では、市町村国保(一般)、政管健保、後期高齢者独立保険でそれぞれやり方が違うという矛盾も存在している。つまり、政管健保は年齢と所得、市町村国保(一般)は年齢と低所得者支援、高齢者独立医療保険は年齢調整なしで低所得支援のみである。また、今回財政的には、組合健保一人負けが生じている。これは、後期高齢者の加入比率が低いのが主たる原因とされているが、それならばなぜ共済の財政が悪化しないのか、政管健保がなぜこれほど財政上の得があるのか、その試算の前提・妥当性に疑問を感じる。

(4) 診療報酬引き下げの効果への疑問

医療費抑制策として、厚生労働省試案だけではなく、経済財政諮問会議案でも診療

⁵ 実際には、鈴木・鈴木（2003）が示したように、高齢者の年齢別医療費格差の要因の殆どは終末期医療費に帰することができる。したがって、適切な大きさの再保険を考えることにより、年齢別医療費格差を解消できる可能性がある。

報酬引下げという手段が実効性ある手段として検討されている。しかしながら、診療報酬引き下げで医療費は本当に抑制可能なのであろうか。この点、鈴木(2005a)は2002年に行われた診療報酬の引き下げについて、その影響が最も大きかった整形外科についてレセプトデータを用いた詳細な分析を行っている。その結果、一度大きく下がった1日当たりの医療費は、投薬や検査、様々な医療行為が付け加わることによって、1年足らずの間に元の水準に戻っていることが分かった。つまり、医療機関は診療報酬の引き下げに対して、それを補うような治療行為を行うのであり(このような行動を医師誘発需要と呼ぶ)、このような行為を封じる制度を設けない限り、診療報酬の引き下げは有力な医療費抑制手段にはならないのである。

3. 改革をどう進めるべきか

(1) 財政方式の変更：積立制度の一部導入

医療費増の主因は急速に進む高齢化であり、そのスピードと変化幅は巨大なものであるから、単なる医療費抑制だけではすぐに限界に達し対処不能となってしまう。この場合、年金財政と同様、財政方式として積立方式を一部導入することにより、高齢化の影響を緩和する方法が有効である。積立方式を導入する最も簡単な方法は、現在の保険料率を早めに引上げ、積立金を作るというものである。これは西村(1997a,1997b)によって以前から提案されているものであるが、実際に、アメリカのメディケア(高齢者用の公的医療保険制度)は、医療費にかかるよりも若干高い保険料率を設定することによって高齢化に備えた積立金を作っている。積立方式というと、一般に、2重の負担が存在するために、その切り替えは非現実的だという見方がある。しかしながら、2重の負担はすぐに顕現化させる必要性はまったく無く、将来の多くの世代にわたって少しずつ2重の負担を徴収することで(あるいは、2重の負担が発散しないように負債拡大分だけを徴収することで)、十分に実行可能な保険料引き上げ幅にとどまるのである。鈴木(2000)によって行われたシミュレーション分析では、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上幅は、健保組合で約2%ポイント(フェアな保険料率からは0.6%ポイント)程度に抑えられることが示されている⁶。

もう一つの方法は、個人レベルでMSA(Medical Saving Account)を導入するというものである。これは既にシンガポールなどで導入されている制度である。現在の高齢者の貯蓄の中には、将来の医療費や介護費負担に備えている目的の貯蓄がずいぶんと存在すると考えられる。こうした貯蓄を、優遇税制を適用することや予定されている高齢者の保険料引上げを減免する引き換えに、医療用にしか使えない貯蓄としてもらう

⁶ ただし、鈴木(2000)の分析は、論文執筆時点の年金財政再計算の割引率や経済想定などを用いているため保険料率の引上げ幅が過小になっていると思われる。直近の年金財政再計算の各前提値を用いれば、保険料率の引き上げ幅はもう少し高いものとなるであろう。

のである。勤労者については、現在徴収されている保険料の一部を労使折半でMSA口座に積み立ててゆくことにする。こうすることにより、個人ベースの医療積立金を作ることができる。MSAは、残った場合には年金として受給できるので、生活習慣病予防などにより、個人はなるべくその積立金を減らすまいと努力する。したがって、医療費抑制インセンティブがつく点も重要である。

(2) 公的保険範囲の縮小

高齢化によって医療保険財政が危機に瀕するもう一つの要因は、わが国の公的保険のカバーする範囲が広すぎるということにもある。つまり、現行の制度では、必要最低限の医療から最先端の医療まで全てが公的保険の範囲に入っており、このような寛容な制度を公的に保とうとする限り、いずれ破綻に直面するのである。年金改革では、保険料引き上げが限界に達するという理由で、給付水準の引き下げが行われているが、公的医療保険についても、保険料引上げの代わりに、保険範囲の縮小で対応することが対策として考えられる。具体的には、イギリスのNHS (National Health System) のように必要最小限の範囲を公的医療保険とするということも考えられるし、そこまで行かずとも、混合診療を全面解禁する一方で保険範囲を縮小してゆくという方法が考えられる。どの部分について保険範囲から減らしてゆくのかという点については、医療専門家の意見を聞くと袋小路に入る可能性があるので、国民的な意識調査を行って選択してゆくことが考えられる。このような取り組みの萌芽的研究として、金子・鈴木(2004)があるが、彼らは仮想市場法と呼ばれる手法を用いて、保険料引き上げ、高額医療費の自己負担増、軽医療の保険適用外化、終末期医療の保険適用外化、高度先端医療の保険適用外化といった選択肢間の選好を調べた結果、終末期医療の保険適用外化などがコンセンサスを得られやすいことを示している⁷。

また、保険範囲の縮小については自己負担率の引き上げという手段がある。この点、若者の一般医療については、2002年改正において3割以上の引き上げを行わないことについて付帯決議が行われているし、国際的に見ても3割程度が限界であるが、高齢者については、まだ引上げの余地があると思われる。この点を探った研究として鈴木(2005b)があるが、これは高齢者医療の弾力性と個人の危険回避度の意識調査を用いて高齢者医療の最適自己負担率を算出している。医療保険には、自己負担が低くなればなるほど保険範囲が拡大して安心感が増すという正の側面がある一方、自己負担率が低くなればなるほど医療費の無駄遣いというモラルハザードが生じるという負の面がある。このトレードオフを測定して、ちょうど最適になる自己負担率を計算したところ、外来については2割程度、入院については0.4割程度という結果が得られた。これは実質自己負担率(高額療養費の分を加味した実質ベース)のベースであるが、

⁷ 終末期医療の削減方法については、エコノミストと医療関係者の間に大きな論争があるが、現実的な進め方の案としては、たとえば鈴木(2004)を参照されたい。

外来については引上げ余地がまだあるという可能性がある。一方、今回提案されている高額所得の高齢者における3割の自己負担率はやや高い可能性がある。また、高齢者の自己負担率を引上げるにせよ、低所得者への配慮が必要であることは当然であろう。

(3) 個人のインセンティブ導入

それに加えて、現在の医療費には多くの無駄が存在していることから、それをスリム化するべきことは言うまでもない。しかし、その方法として、診療報酬の引き下げや都道府県へのインセンティブ付けのような実効性の乏しい手段をとるのではなく、個人や保険者に対して動機付けを行う必要がある。既に述べたように、生活習慣病の予防などは最終的に個人の意識改革・行動改善が不可欠であるから、個人にインセンティブが働くような制度を導入することが不可欠である。そのためには、高齢者の自己負担率は今よりも引上げられるべきであるし、高額療養費についても、生活習慣から発生するような疾病（遺伝性ではない糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症など）については、高額療養費の水準を上げたり、高額療養費を超えても一部を自己負担にするなどのインセンティブを導入することが考えられる⁸。また、保険料についても、喫煙者などについては差があってしかるべきであるし、過去の医療費に応じた保険料率（Experimental Rating）の導入も一案である。さらに、先に述べたMSAの導入も個人への医療費削減インセンティブを持つ。

(4) 保険者・医療機関へのインセンティブ導入と保険者の機能強化

保険者については、医療費抑制へのインセンティブがあったとしても、それを実行する手段が乏しいという問題がある。レセプトの点検強化や保険事業、検診のほかにも、悪質な医療機関には保険支払いをしないなどの権限を保険者が持つことが望ましいと思われる。また、先に述べたような喫煙者に対する追加的な保険料などを徴収するような権限も持ってしかるべきと考えられる。こうした保険機能強化の前提として、医療データの電子化や標準化が進められなければならないことはいうまでもない。

また、現在実験的に行われているDPCなどの包括化についても早期に導入を進め、出来高払い制度から、包括化へ移行することも、医療費節約へのインセンティブ付けとして重要である。このための前提としても、医療費の電子化、標準化が不可欠である。

(5) 財政調整

保険者に対してインセンティブを付与する一方で重要なのは、保険者が努力しよう

⁸ 現行1%程度のものを例えば5%にするなどの方法が考えられる。

の無い要因（保険者の責めに帰すことができない要因）については、リスク構造調整をして努力が報われるようにするということである。具体的には年齢や所得といった要因については、リスク構造調整をすることが望ましい。

一方で、高額医療費の再保険制度は保険の安定化のためには重要であるが、あまり再保険のカバーする範囲を広げすぎると、各保険者の経営効率化のインセンティブを殺いでしまうので、注意が必要である。再保険の保険料を一種の Experimental Rating にするなどの措置が必要なのかもしれない⁹。

さて、そのような観点から見ると、試案で示されたリスク構造調整は非常にパッチワーク的な中途半端なものであるといわざるを得ない。すなわち、既に指摘したように、組合健保、政管健保、国保、高齢者独立医療保険制度、前期高齢者でそれぞれ異なるリスク構造調整を行うことになっているし（組合、高齢者については明示的なりリスク構造調整はない）、そもそも高齢者の財政調整は、すなわち、若者と前期高齢者、後期高齢者の3分類しかない非常に荒っぽいリスク構造調整の仕組みである。医療費の分布を見る限り、若者、前期高齢者、後期高齢者の間の医療費分布は連続的であり、一般に言われていることとは逆に、一部の者が多くの医療費を使うという特性もあまり変化が無い（小椋・鈴木（1998）、菅・鈴木（2005））。したがって、そのような粗い調整をすることは効率的ではないのである。理論的に一番すっきりするのは、保険を突き抜け方式にして、全ての年齢階層についてリスク構造調整をするという仕組みである。保険の突き抜け方式は、加入者が前期高齢者、後期高齢者になったときの医療費を負わなければならないから、生活習慣病を予防するなどのインセンティブが働くという望ましさもある。筆者は、分布特性からみても、連続性からみても、インセンティブの観点から見ても、どうして高齢者の医療保険を独立させなければならないのか、いまだに理解ができないのである。しかし、もし、政治的に独立医療保険の設立が不可欠であるならば、少なくとも、高齢者になってからの生活習慣病の高額医療費の発生について、若いころ勤めていた保険者に一部を払わせるといった仕組みが必要なのではないだろうか。

いずれにせよ、今回の厚生労働省試案、経済財政諮問会議案には、インセンティブ、財政方式という観点が欠如あるいは不足している。こうした観点を補うことが今後の医療制度改革論議には必要である。

⁹ この点は、法政大学の小椋正立教授の指摘による。

<参考文献>

- 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, pp.119-142
- 小椋正立・鈴木玲子(1998)「日本の老人医療費の分配上の諸問題について」『日本経済研究』No.36
- 金子能宏・鈴木亘(2004)「アンケート調査に基づく患者負担と医療給付のあり方に関する予備的考察」2004年医療経済学研究会議報告論文
- 菅万理・鈴木亘(2005)「医療消費の集中と持続性に関する考察」『医療と社会』15巻1号, pp129-146
- 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』40 pp 88-104
- 鈴木亘(2001)「国民健康保険補助金制度の目的整合性とインセンティブに関する実証分析」『生活経済研究』13 pp 91-103
- 鈴木亘・鈴木玲子・八代尚宏(2001)「日本の医療制度をどう改革するか—厚生労働省の医療制度改革試案の批判的展望—(2001.10.25改訂)」日本経済研究センター報告書
- 鈴木亘・鈴木玲子(2003)「寿命の長期化は老人医療費増加の要因か?」『国際公共政策研究』第8巻2号, pp.1-14
- 鈴木亘(2004)「終末期医療の患者自己選択に関する実証分析」『医療と社会』,14(3) pp 175-189
- 鈴木亘(2005a)「平成14年診療報酬マイナス改定は機能したのか?—整形外科レセプトデータを利用した医師誘発需要の検証」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差』東洋経済新報社
- 鈴木亘(2005b)「老人医療の価格弾力性の計測と最適自己負担率-国保レセプトデータを用いた検証」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差』東洋経済新報社
- 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
- 府川哲夫(1995)「老人医療費の集中度」『日本公衆衛生雑誌』第42巻、11号
- 八代尚宏・鈴木玲子・鈴木亘(2004)「1990年代の医療制度改革の評価」『日本経済研究』49 pp 1-23

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「包括的社会保障財政予測モデルの構築とそれを用いた医療・年金・介護保険改革の評価研究」
（分担）研究報告書

公的介護保険導入と老後不安感、予備的貯蓄

鈴木 亘 東京学芸大学教育学部助教授

／（社）日本経済研究センター副主任研究員

児玉直美 経済産業省

小滝一彦 金融庁

研究要旨 本稿は、介護保険導入の政策目標として第一に掲げられていた「介護に関する国民的不安感の解消」が達成されたのかという点について、ユニークな質問が存在する金融広報中央委員会「家計の金融資産に関する世論調査」の個票データを用いて検証を行った。具体的には、老後の不安感の推移や介護への予備的貯蓄の変化という観点から、定量的な評価を試みた。その結果、老後の不安感については介護保険導入前後で変化はみられず、貯蓄残高に至っては予備的貯蓄減少が顕著なはずである老年世代でかえって残高が増えるという意外な結果となった。また、貯蓄取り崩し額についても介護保険導入後で全年齢階層とも減少しているという結果になった。この期間で、年金改正や失業率増加、所得減少といった変化があることから、それらが介護保険導入による効果を相殺している可能性について調べたが、顕著な効果を見出すことは困難であった。また、介護目的から他の貯蓄目的へシフトした可能性についても調べたところ、介護に関連しているとみられる貯蓄目的の回答割合は減っているものの、それに代わって増えている貯蓄目的を明確に見出すこともできなかった。したがって、あくまで状況証拠からの推察であるが、老後の不安解消や予備的貯蓄減少という顕著な形で、介護保険導入の効果があったとは判断しがたい。

A. 研究目的

介護保険施行前夜において、当時の厚生省が「介護保険制度創設のねらい」もしくは「背景」としていたものは、①介護に関して高まる「国民的不安感」の解消、②介護に関する過度な家族負担の解消、③「社会的入院」の是正による医療費の効率化、④介護の主な担い手であった女性の就労率増加の主に4つであった。特に、①の「国民的不安感の解消」

という政策目標は、介護保険制度創設の世論形成に最も大きな役割を果たしたことは疑いも無いが、それに対する政策評価は明示的に行われているとは言いがたい。そこで、ユニークな質問が存在する金融広報中央委員会「家計の金融資産に関する世論調査」の個票データを用いて検証を行った。

B.研究方法

金融広報中央委員会「家計の金融資産に関する世論調査」の1998年から2003年までの個票データをプールして、老後の不安感の推移や介護への予備的貯蓄の変化という観点から、定量的な評価を試みた。

C.研究結果

その結果、老後の不安感については介護保険導入前後で変化はみられず、貯蓄残高に至っては予備的貯蓄減少が顕著なはずである老年世代でかえって残高が増えるという意外な結果となった。また、貯蓄取り崩し額についても介護保険導入後で全年齢階層とも減少しているという結果になった。

D.考察

この期間で、年金改正や失業率増加、所得減少といった変化があることから、それらが介護保険導入による効果を相殺している可能性について調べたが、顕著な効果を見出すことは困難であった。また、介護目的から他の貯蓄目的へシフトした可能性についても調べたところ、介護に関連しているとみられる貯蓄目的の回答割合は減っているものの、それに代わって増えている貯蓄目的を明確に見出すこともできなかった。

E.結論

したがって、あくまで状況証拠からの推察であるが、老後の不安解消や予備的貯蓄減少という顕著な形で、介護保険導入の効果があつたとは判断しがたいという結論を得るにいたつた。

F.研究発表

- ①金融広報中央委員会『家計の金融資産に関する世論調査の個票データを用いた研究会報告書Ⅰ』
- ②日本銀行「家計の金融資産に関する世論調査の個票データを用いた研究会」での発表

G.知的所有権の取得状況

特になし。

公的介護保険導入と老後不安感、予備的貯蓄*

1.はじめに

平成12年に創設されたわが国の公的介護保険制度も既に4年が経過し、17年度からは「5年後の制度見直し」を経て新たな段階がスタートする。この間、社会保障審議会・介護保険部会、介護給付費分科会や旧医療保険福祉審議会・老人保健福祉部会、介護給付費部会等においては、制度見直しに向けた様々な議論が行われてきたが、制度見直しにとって不可欠であるはずの「介護保険制度の政策評価」が十分に行われたとは言いがたい。

確かに、上記の各部会や「全国介護保険担当課長会議」の諸資料をみると、介護保険開始前後の利用状況の変化や、利用者の満足度、マクロ的な給付費や利用量の現状把握とその評価が行われている（厚生労働省2000,2001,2002）。しかしながら、これらは、介護保険創設時の政策目標に必ずしも答える内容ではない。政策評価とは政策目標との対比で為されるべきものである。

そこで、そもそも当初に政策目標とされていたものを振り返ると、介護保険施行前夜において、当時の厚生省が「介護保険制度創設のねらい」もしくは「背景」としていたものは次の4つであった（たとえば、厚生省(1997)、厚生省(1998)、厚生省介護保険制度施行準備室(1999)）。

- ① 介護に関して高まる「国民的不安感」の解消
- ② 介護に関する過度な家族負担の解消
- ③ 「社会的入院」の是正による医療費の効率化
- ④ 介護の主な担い手であった女性の就労率増加¹

特に、①の「国民的不安感の解消」という政策目標は、介護保険制度創設の世論形成に最も大きな役割を果たしたことは疑いも無い（厚生省高齢者介護対策本部事務局（1994）、樋口(1997)、岡本・田中(2000)）。しかしながら、それに対する評価が、介護保険開始前後のマクロ的な介護サービス利用量の変化や、満足度調査のみであるというのは、いささか乱暴すぎはしないだろうか²。そこで、本稿では、金融広報中央委員会（旧貯蓄広報中央委員会）が毎年行っている「家計の金融資産に関する世論調査」（旧「貯蓄と消費に関する世論調査」）を用いて、老後の不安感や、不安感の反映としての予備的貯蓄残高が介護保険導入前後でどのように変化したのかを分析する。

* 本稿の作成に当たり、金融広報中央委員会からは貴重な「家計の金融資産に関する世論調査」の個票データを提供していただいた。改めて、同委員会に感謝を申し上げる次第である。

¹ このほか、利用者本位のサービスの総合化、社会保険方式による財政強化、介護サービス利用の不公平の解消、民間活力の活用による質の強化と効率化なども、ねらいあるいは目標として挙げられ、介護保険を「社会保障構造改革の第一歩」と位置づけていた。

² もっとも、最近になり、介護保険の政策評価研究は活発になりつつある。②については内閣府国民生活局物価政策課（2002）や鈴木(2002a)、鈴木(2003)、周・鈴木(2003)、④については清水谷・鈴木・野口(2004)などが存在する。

以下、本稿の構成は次の通りである。まず、2 節では、本稿で用いるデータの解説を行う。次に3 節では老後の不安感に対する分析を行い、4 節ではその反映としての貯蓄残高や貯蓄取り崩し額への影響を分析する。5 節は結果の考察であり、6 節は結語である。

2. データ

本稿で用いるデータは、金融広報中央委員会が毎年行っている「家計の金融資産に関する世論調査」の個票データである。この調査は、平成 13 年 4 月に金融広報中央委員会と名称が変わる以前の旧貯蓄広報中央委員会時代から、「貯蓄と消費に関する世論調査」という名称で、昭和 28 年以来連続して調査が行われている。本稿ではそのうち、1998 年、1999 年、2001 年、2002 年のデータをプールして用いることにする。1998 年と 1999 年は公的介護保険開始前、2001 年と 2002 年は開始後のデータであり、2000 年は公的介護保険開始直後（6 月実施）であり、制度変更の混乱もあると考えられるので、分析からは除くことにした。ただし、必要に応じて、2000 年、2003 年の質問項目の集計も用いている。

この「家計の金融資産に関する世論調査」（旧「貯蓄と消費に関する世論調査」）は、毎年、層化 2 段階無作為抽出法により全国から 400 の調査地点を選び、各調査地点から無作為に 15 の世帯員 2 名以上の世帯を選ぶことによって 6000 の調査世帯を標本抽出し行われている。抽出世帯へは調査員が調査票を持参して調査方法を説明した上で、数日後に再び訪問して調査票を点検・回収するという留置面接回収法を用いている。調査は毎年 6 月末から 7 月はじめにかけて行われ、回収率も 1998 年 71.5%、1999 年 71.3%、2000 年 70.6%、2001 年 70.6%、2002 年 69.2%、2003 年 69.3% とほぼ同様の有効回答数に保たれている。このように、毎年サンプルの類似性が保たれるように厳密な調査設計を行っていることから、パネルデータではないものの時系列比較が可能な Repeated Cross-section Data とみなすことができる。したがって、本稿のようなプーリングデータを用いた時系列間の比較研究が可能となる。

さて、この調査では、老後の安心感について、毎年同様の形式で次のような質問を行っている。

問 老後の暮らし（高齢者は、今後の暮らし）について、経済面でどのようになるとお考えですか（○は 1 つ）		
1. それほど心配していない	2. 多少心配である	3. 非常に心配である

本稿ではこの質問に対する回答を、介護保険前後で比較する。また、この調査には貯蓄残高やその内訳、貯蓄取り崩し額、貯蓄目的などについて毎年同様に行っている詳細な質問項目があり、具体的な老後不安への対応としての貯蓄残高がどのように変化したのかといった比較も可能である。また、分析に重ねあわす個人属性は、所得や就業の有無、職業、年齢、地域ダミー、都市規模ダミーなどがある。分析に用いる主な変数の記述統計は、表 1

の通りである。

表1 記述統計

変数	平均	標準偏差	最小値	最大値
老後不安感(1:心配無し 2:多少心配 3:非常に心配)	2.067404	0.703828	1	3
貯蓄残高(実質)	1188.761	1568.758	0	18465.45
預金残高(実質)	674.6581	1017.01	0	10873.98
生命保険・損害保険残高(実質)	267.7574	465.2491	0	9900.99
貯蓄取り崩し額(実質)	24.71234	153.6101	0	5081.301
所得階層:150万未満	0.0210665	0.1436119	0	1
150万以上250万未満	0.0754608	0.2641443	0	1
250万以上350万未満	0.1548716	0.3617971	0	1
350万以上450万未満	0.1697663	0.3754428	0	1
450万以上600万未満	0.2036702	0.4027431	0	1
600万以上800万未満	0.1907505	0.392909	0	1
800万以上1200万未満	0.1388249	0.3457779	0	1
1200万以上	0.0455892	0.2086011	0	1
職業1(農林漁業)	0.0459184	0.2093167	0	1
職業2(自営・商工・サービス業)	0.156106	0.3629707	0	1
職業3(事務系職員)	0.1382488	0.3451752	0	1
職業4(労務系職員)	0.1858953	0.3890382	0	1
職業5(管理職)	0.1267281	0.3326818	0	1
職業6(自由業)	0.0329164	0.1784251	0	1
職業7(その他)	0.3083443	0.4618286	0	1
共稼ぎ	0.3596737	0.4799245	0	1
無職	0.332291	0.4710541	0	1
持ち家の有無	0.7491771	0.4335046	0	1
20代	0.0306945	0.1724959	0	1
30代	0.1348749	0.341604	0	1
40代	0.2103357	0.4075638	0	1
50代	0.2625082	0.4400154	0	1
60～64歳	0.1243417	0.3299845	0	1
65～69歳	0.1112574	0.3144636	0	1
70歳以上	0.1259875	0.3318489	0	1
20代×介護保険導入後	0.0131666	0.1139924	0	1
30代×介護保険導入後	0.0663265	0.2488622	0	1
40代×介護保険導入後	0.09447	0.2924936	0	1
50代×介護保険導入後	0.129526	0.335795	0	1
60～64歳×介護保険導入後	0.0597433	0.2370203	0	1
65～69歳×介護保険導入後	0.0585912	0.2348676	0	1
70歳以上×介護保険導入後	0.0731567	0.2604042	0	1
地域ダミー1	0.0534068	0.2248527	0	1
地域ダミー2	0.0729921	0.2601342	0	1
地域ダミー3	0.3079329	0.4616576	0	1
地域ダミー4	0.0524194	0.2228804	0	1
地域ダミー5	0.1387426	0.3456919	0	1
地域ダミー6	0.1460665	0.3531874	0	1
地域ダミー7	0.0688776	0.2532562	0	1
地域ダミー8	0.0430382	0.2029514	0	1
地域ダミー9	0.116524	0.3208655	0	1
都市規模1	0.2081139	0.4059754	0	1
都市規模2	0.3615866	0.4804797	0	1
都市規模3	0.110846	0.3139542	0	1
都市規模4	0.0834431	0.2765621	0	1
都市規模5	0.0199967	0.1399945	0	1
都市規模6	0.2160138	0.4115408	0	1

注)データは、1998、1999、2001、2002年までをプールしたもの。

3. 老後不安感の変化

公的介護保険の導入は、老後不安感を改善させたのであろうか。まず、2003年の調査では、介護保険を支払っている世帯(40歳以上の方のいる世帯)に対して、次のような直接的な質問を行っている。

<p>問 34 介護保険制度の導入によって老後の介護は社会全体で支える仕組みができましたが、老後の生活（高齢者は今後のくらしと介護についてのあなたの考えをお尋ねします。</p> <p>(a)介護費用に関してどのように感じていますか。(○は一つ)</p> <p>1.介護費用に関する不安は減った</p> <p>2.介護費用に関する不安は減っていない</p> <p>3.介護費用に関する不安が増えている</p> <p>4.不安は無いが、介護費用は各自で準備する必要があると思っている。</p> <p>5.相変わらず不安なので、介護費用は各自で準備しておく必要があると思っている。</p>

この問に対する回答を、全世帯、世帯主年齢が20から40歳代（以下、若年世代）、世帯主年齢が50歳から70歳代（以下、老年世代）に分けてみたものが表2である。1から5の質問は、1から3が不安の方向感を聞いているのに対して、4、5はもともとの水準を尋ねており、必ずしもお互いに排他的なものになっていないが、4、5の回答割合が年齢階層を通じてほぼ一定であるため、1から3の割合を比較することができる。

表2 介護費用に対する意識

	全世帯	20から40歳代	50～70歳代
(1)介護費用に関する不安が減った	5.1%	3.4%	5.7%
(2)不安が減っていない	25.5%	31.1%	23.5%
(3)不安が増している	26.6%	23.3%	27.8%
(4)もともと不安がない(不安は無いが介護費用は各自で準備する必要あり)	16.3%	15.9%	16.4%
(5)もともと不安(相変わらず不安なので介護費用は各自で準備)	26.5%	26.3%	26.6%

まず、全世帯をみると、不安が減ったとする世帯は5.1%にすぎず、半数以上(52.1%)が不安が減っていないかもしくは不安が増加しているとしており、意外な結果である。不安が増しているという回答も26.6%に達している。世帯主の年齢別では、本来最も不安が解消されたはずの50から70歳代において、不安が増加しているという回答者が逆に多く

(27.8%)、これも意外なことである。

次に、前節で紹介した毎年の質問項目である「老後の不安感」の推移を、各年度のデータから計算したものが図1から図3の通りである。

図1 老後不安感の推移（全世帯）

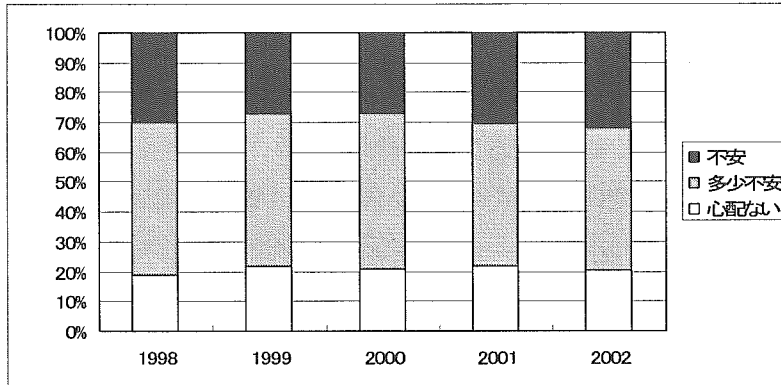


図2 老後不安感の推移（20から40歳代）

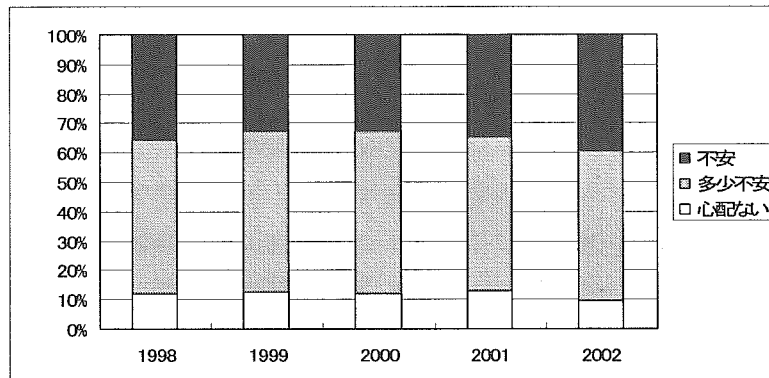
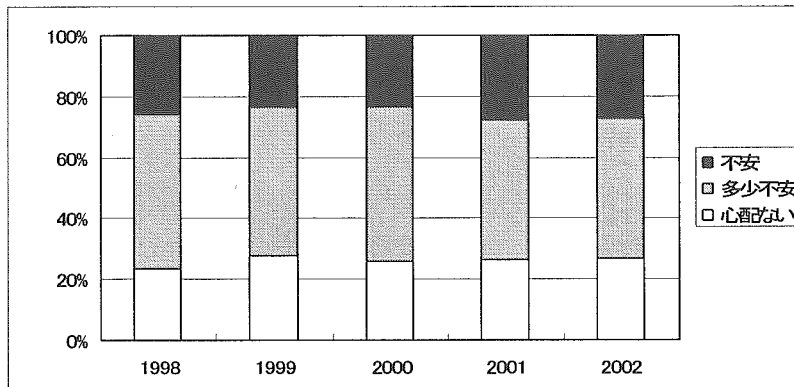


図3 老後不安感の推移（50から70歳代）



これをみると、介護保険導入以降の 2001 年、2002 年において各年齢階層ともに不安感が増加していることがみてとれる。ただ、こうした単純な推移をみただけでは、所得等の諸属性といった不安感に影響する様々な要因がコントロールされていないために、見せ掛けの姿である可能性もある。そこで、より厳密な比較をするために、次のような Ordered Probit 推定を用いることにする。具体的な推定式は次の通りである。

$$C_i^* = \alpha_0 + \alpha_Z Z_i + \alpha_D D_i + u_i \quad (1)$$

$$C_i = \begin{cases} 0 & \text{if } C_i^* \leq 0 \\ 1 & \text{if } 0 < C_i^* \leq \mu_1 \\ 2 & \text{if } \mu_1 < C_i^* \leq \mu_2 \end{cases}$$

ここで、 C_i は「非常に心配である」場合に 2、「多少心配である」場合に 1、「それほど心配していない」場合に 0 をとる変数であり、 Z_i は所得階層³や職業、年齢、就業、持家の有無、地域ダミー、都市規模ダミーなどの属性をコントロールする諸変数であり、それに加えて公的介護保険開始後ダミー D_i （1998、1999 年を 0、2001、2002 年を 1）を加えて、その係数の符号及び有意で有るかどうかを見ることにする。推定は 1998、1999、2001、2002 年をプールしたデータで行う。従来、経済学ではこうした意識を分析の対象とすることはまれであったが、近年は主観的厚生³の分析としてこうした分析が積極的に行われるようになってきている。主観的厚生とは、アンケートに回答された生活満足度や幸福度といったものであり、近年、欧米の応用計量経済学者により、年齢、職業、人種、個人のまた地域の経済状況などが主観的厚生と強い相関を持つことが見出されている（富岡(2004)、Frey and Stutzer (2001, 2002)）。さて、推定の結果は、表 3 の通りである。

³ アンケートでは所得は実数値が記入されている。これを 2000 年の消費者物価指数でデフレートした後に、所得階層化している。