

高齢化社会に対応した社会保障制度構築のための論点

湯田 道生

一橋大学大学院経済学研究科博士後期課程応用経済専攻

論文要旨

1. 論文の背景と目的

2000 年の介護保険制度の施行や、2004 年の公的年金制度改革、そして 2006 年の医療制度改革など、本格的な少子高齢化社会を迎えつつあるわが国において、近年では、社会保障分野において様々な制度改革が行われている。しかしながら、社会保障給付と負担の世代間格差や、一向に回復の兆しが見受けられない出生率の推移、そして、今後一層進展すると予測されている人口の高齢化など、現在のわが国の社会保障制度は、その運営や維持が困難になりうる重大な問題を多く抱えている。こうした背景を踏まえると、増加の一途を辿っている社会保障支出¹の見直しや社会保障制度の効率化を通して、少子高齢化社会においても持続可能な社会保障制度を構築することは、今まさに必要不可欠な政策課題であるといえる。

このような課題に対して、現在でも政府を中心として、社会保障制度改革に関する様々な議論が行われている。また、経済学の分野でも、主に公共経済学や医療経済学の分野で、これらの問題に対する様々な理論的・実証的な研究や検証が行われている²。本稿に関連した先行研究の概要については、各章の文献展望の部分でまとめているが、近年では、マイクロデータを非常に高度な計量手法で分析した研究が数多く発表されており、現行制度における問題に対する様々な政策的含意や、高齢化社会においても持続可能な社会保障制度の設計に関する様々な政策提言が行われている。

本論文では、それらの先行研究と同様に、社会保障制度の中でも特に、年金・医療・介護に関連する制度や政策において、現在、重要な課題として取り上げられている問題に焦点を当てて、高齢化社会においても持続可能な社会保障制度を構築するための

¹ 国立社会保障・人口問題研究所（2006）によれば、平成 16 年度の社会保障給付費は 85 兆 6469 億円にのぼり、過去最高を更新したと報告されている。

² 特に、年金分野については岩本・大竹・小塩（2002）、医療分野については井伊・別所（2006）が、各分野の近年の先行研究を包括的にまとめている。

政策的な含意を提示することを目的としている。具体的には、社会保険、高齢者医療、健康政策、および介護保険に関する諸問題について、利用可能なデータを用いた分析を行っている。本論文の具体的な内容は、次節にまとめた通りである。なお、筆者のような大学院生が入手できるデータには、様々な限界があることが否定できない。それぞれのデータの性質やその限界については、各章でも議論はしているが、いずれの分析においても結果の解釈などには一定の留意が必要である。

2. 各章の内容

第1章 「国民年金・国民健康保険未加入者の計量分析」

第1章では、社会保険政策に関する分析として、国民年金と国民健康保険の未加入者に関する分析を行っている。わが国の公的な年金制度と医療保険制度は、「国民皆年金」・「国民皆保険」と称されているように、全国民に加入義務がある社会保険制度であるが、近年ではいずれの制度においても未加入者や未納者が存在していると指摘されている。特に、国民年金制度においては、第1号被保険者数に占める第1号未加入者・未納者の割合が17.2%にのぼるということが報告されている(社会保険庁, 2003)。また国民健康保険制度においては、保険料の滞納や見届けによる事実上の未加入者が存在していると言われており、近年の保険料収納率の推移を見ても、1990年をピークに右下がりになっている(国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会, 各年版)。このような社会保険の未加入問題は、第一に、保険料収納率の低下から財政へ悪影響を及ぼすことが考えられる。また、個別の社会保険制度においても、特に年金制度においては、若年期の貯蓄不足やモラルハザードにより、将来的に生活保護費が増大する可能性が考えられ、一方で、医療保険制度では、初期段階での受診抑制が生じ、結果として医療費の増大に繋がる可能性が考えられる。つまり、社会保険の未加入問題は、個別の社会保険の問題にとどまらず、社会保障制度全体の問題として拡大する可能性がある。したがって、効果的な対策をたてて社会保険の未加入問題を解消することは、社会保障制度の維持や効率化を図るうえで、政策上重要な課題であるが、そのためには未加入要因の解明や、未加入者の特性を詳細に把握することが必要不可欠である。

こうした課題に関する先行研究は、すでに大規模な個票データを高度な計量手法によって分析しているものが多く存在するが、そのほとんどがクロスセクションデータを用いて分析を行っている。しかしながら、クロスセクションデータによる分析では、「長期間にわたる個人効果が考慮できない」という問題や、特に年金制度における分

析において、「世代効果と年齢効果の識別ができない」という問題あり、これらは結果の解釈や政策決定の段階で非常に重要になってくる。例えば、前者の問題については、「未加入状態は一時的なものか、それとも継続的なものか」ということを考慮することができないことが挙げられる。このような未加入状態の違いに関しては、それが一時的なものであれば、保険料の減額や免除といった政策手段で対応することが可能であるが、もしそれが継続的なものであれば、税方式や目的税の導入することで、強制的に皆年金・皆保険を達成するという政策手段が考えられる。一方で、後者の問題は、岩本・小塩・大竹（2002）が指摘するように、未加入要因が年齢効果によるものか、それとも世代効果によるものかが識別できないため、現在の若年層の高い年金未加入率の原因を十分に説明できるものにはなっていないという問題である。このような未加入要因の識別に関しては、その原因が「年齢効果」によるものであれば、若年層の加入率を引き上げるような対応が必要であるが、もしそれが「世代効果」によるものであれば、世代間の受益と負担の格差を解消しなければ、現在以降の未納・未加入問題は解決できず、制度維持が著しく困難になる可能性がある。

以上のような背景を踏まえて、第1章では、（財）家計経済研究所の『消費生活に関するパネル調査（1993-2001年）』の個票データを用いて、未加入選択と未加入期間という2つの観点から、国民年金と国民健康保険の未加入者の未加入要因や未加入者の特性を包括的に検証している。ただし、調査対象が若い女性に限定されているため、結果の解釈には一定の留意が必要である。

実証分析の結果、いずれの社会保険制度においても、所得に占める保険料負担の増加は、未加入確率を有意に引き上げることが確認された。また、国民年金制度の分析結果からは、世代間の受益と負担の格差を示す「世代効果」は確認されなかったが、「年齢効果」が確認され、その中でも特に、25年の加入要件が国民年金の加入選択に大きな影響を及ぼしていることが確認された。前者の結果は、保険料の引き上げ幅やそのタイミングについては、慎重に議論を行う必要があることを示唆するものであり、後者の結果は、若年世代は受益と負担の世代間格差を認識しつつも、老後の消費手段として国民年金制度を重要視していることを示唆しているものであると考えられるため、未納・未加入率の改善を達成するという観点からは、税方式の導入や目的税の設定が、有効な手段であるという政策的含意を示すものであると考えられる。

第2章 「高齢者の外来医療需要における総価格弾力性の計測」

第2章では、高齢者医療政策に関する分析として、高齢者の外来医療需要行動を包括的に分析している。人口高齢化の進展や医療技術の発達に伴って、わが国の医療費

は増加の一途を辿っており、2003年度の国民医療費の総額は過去最高の31.5兆円にのぼり、それに占める65歳以上の高齢者の医療費の割合も過去最高の50.4%まで上昇している（厚生労働省、2005）。今後、さらなる人口高齢化の進展に伴って、高齢者の医療費もこれまで以上に増加していくことが予測されるため、これをどのように抑制し、また、どのようにファイナンスをしていくのかということが、現在の医療保険制度改革の中心的な議論にもなっている。こうした流れのなか、2006年には、高齢者の自己負担率の部分的な引き上げを含んだ医療制度改革関連法が成立した。しかし、八代ほか（2004）は、これまでの自己負担率や保険料の引上げによる医療費の抑制効果は一時的なものであり、医療費のトレンドを変化させるまでには至っていないため、根本的な解決策にはなっていないと指摘している。したがって、高齢化社会においても持続可能な医療保険制度を構築するためには、高齢者の医療需要行動を詳細に分析し、包括的な考察を行うことが必要不可欠な研究課題の一つであるといえる。

こうした課題に関して、わが国でも高齢者医療需要に関する分析が多く行われているが、その外来医療の価格弾力性は0.016-0.4程度と、価格に対して非弾力的であることが示されている。しかしながら、これらの研究では、データの制約上、高齢者の外来医療需要を分析する際に非常に重要であると思われるいくつかの要素が考慮されていないため、分析結果の解釈や高齢者医療に関する一般的な考察を行う際には、一定の限界があると思われる。まず、第一には、医療需要の総価格が考慮されていない点である。通常、消費者が医療サービスを需要する場合には、窓口で支払う自己負担額の他に、機会費用、通院・待ち時間、通院費用といった間接費用を加えた総価格に直面していると考えられる。加えて、わが国の高齢者医療制度は、少ない金銭的負担でいつでも医療サービスを需要できる状況が確立していると考えられる。したがって、従来の研究のような自己負担率の変化が医療需要に与える効果のみを分析対象にするだけでなく、需要者が実際に直面している総価格が医療需要に与える効果についても検証することは、医療需要行動を詳細に分析するうえで非常に重要であると考えられる。第二には、先行研究では、高齢者の医療需要行動を若年者の分析と同様に *individual decision* を前提として分析が行われている点である。しかしながら、高齢者の医療需要は、彼らを取り巻く世帯属性にも大きく影響を受ける可能性があると考えられるため、若年者を対象とした分析方法が、高齢者の分析にそのまま適用できるとは限らない。したがって、高齢者が属する世帯の情報を用いて分析を行うことは、高齢者の医療需要行動を詳細に分析する上では、必要不可欠な要素であると考えられる。第三には、医療サービスには、患者と医師の情報の非対称性が存在するが、従来の研究では、医療需要に影響を与えうる医療サービスの質や医療機関の属性などが考慮されていない。しかしながら、医療需要行動を詳細に分析するうえでは、このような影響を考慮することも非常に重要であると思われる。第四は、集計データや組合健保の

個票データなど、高齢者としてはやや特殊なサンプルを用いた研究が多いという点である。

以上のような背景を踏まえて、第2章では、(社)日本経済研究センターが実施した『高齢者の医療保険に関するアンケート』の個票データを用いて、上述した先行研究では考慮されてこなかった要素を取り込んだ経済モデルやデータを用いて、わが国の高齢者の外来医療需要行動を包括的に分析している。

分析に当たっては、医療需要を患者の意思決定が支配的な需要パート(1st part)と、医師の裁量が支配的な供給パート(2nd part)に分けて分析を行う Two-part Model によって分析を行った。その実証分析の結果を用いて推計した医療需要の総価格弾力性の平均値は0.134と推計され、その中でも1st Partでは0.033と極めて非弾力的である値が計測されたが、2nd Partでは0.100と計測され、医師の裁量が支配的である医療需要の方が弾力的であることがうかがえる結果が得られた。また、これらの弾力性のうち、自己負担率の弾力性の平均値は0.011と、極めて非弾力的な値が計測され、機会費用の弾力性の平均値は0.125と自己負担率の弾力性を大幅に上回る値が計測された。これら結果から、医療制度改革関連法に含まれている自己負担率を引き上げによる医療需要の抑制効果は、これまでの改正と同様に、短期的にしか効果が現れない可能性がある。したがって、医療費の抑制という政策課題に焦点に当てた場合には、フリーアクセス制に一定の制限を設けるなどの時間的な要素に規制を加えた方が、その効果は大きい可能性がある。

第3章 「喫煙習慣が労働生産性に及ぼす影響」

第3章では、健康政策に関する分析として、特に喫煙に焦点を当て、その中でも特に、喫煙習慣が労働生産性に及ぼす影響と、喫煙政策が喫煙決定に与える影響を分析している。喫煙が喫煙者だけではなく、受動喫煙を通じて非喫煙者に対しても多くの重大な疾病を引き起こす危険要因であることは、現代社会においてすでに常識となっている。また、喫煙はそのような健康被害をもたらすだけではなく、(1)喫煙関連疾患の予防・診療・治療に対する直接医療費、(2)健康水準の低下により、欠勤などで失う所得損失、(3)早死することで失う、将来得られたであろう所得の損失分、(4)喫煙休憩などによる労働生産性の低下といった様々な社会的なコストを生じさせることも指摘されている。特に、常勤労働者の喫煙の社会的コストは、喫煙者を雇用している企業や非喫煙者が暗黙のうちに負担しているコストとしても解釈することができ、さらに、喫煙行動やたばこは、嗜好性が強く依存症や中毒に陥りやすいという性質を持つ習慣・消費財であることをふまえると、このコストは喫煙者を雇用し続ける限り

発生し続ける中長期的なコストとなりうる。こうした観点から考えると、このコストは喫煙政策や喫煙規制を実行した際の便益の最大値に相当するものになるものとしても解釈することができるため、これがどの程度の規模になるのかを推計することは、企業レベルの喫煙規制を考える際だけではなく、今後の喫煙・禁煙政策を考える上でも非常に大きな意義を持つであろう。

こうした課題に関する先行研究は、喫煙の社会的コストを計測しているものと、喫煙習慣と労働生産性の関係について分析を行っているものに大別することができる。前者については、社会的コストの定義や推計方法は異なるものの、そのコストは無視できるほど小さくはないと判断される結果が報告されている。一方で、後者については、大規模な個票データを用いた実証分析が行われており、そのほとんどが喫煙者の労働生産性は非喫煙者よりも低いという結果を得ている。これらの分析では、欠勤や賃金を労働生産性の指標として、それを喫煙者ダミーと諸変数に回帰するという方法で分析を行っているが、喫煙の習慣化や喫煙開始の意思決定は、様々な社会経済的な要因によって決定されるものである。したがって、計量分析を行う際には、これを内生変数として取り扱わなければ、推定結果にはバイアスが含まれてしまうため、結果の解釈やそれをもとにした政策提言には、重大なミスリーディングが含まれている可能性がある。実際には、このような喫煙習慣の内生性問題に対処した研究も見受けられるが、それらの分析でも、この問題には対応し切れていないものがほとんどである。

以上のような背景を踏まえて、第3章では、『日本版社会的総合調査 (Japanese General Social Surveys, JGSS)』の個票データを用いて、喫煙習慣が労働生産性に及ぼす影響を分析している。その際に、喫煙習慣の内生性問題に対して、2003年に実施された一連の喫煙政策（健康増進法とたばこ税の増税）を外生変数として採用しており、これらの政策が喫煙決定に与える影響も併せて分析している。

実証分析の結果、賃金関数の推定結果からは、喫煙習慣の有無によって、男性では時間当たり賃金で約50円（2000年価格）の差があることが確認されたが、女性では統計的に有意な差は確認されなかった。一方で、欠勤関数の推定結果からは、男性では、喫煙習慣を有する労働者は、非喫煙者に比べて欠勤確率が34.3%～35.9%ほど有意に高いことが確認されたが、女性については統計的に有意な差は確認されなかった。また、喫煙決定関数の推定結果からは、2003年に施行された一連の喫煙政策が、常勤労働者の喫煙決定に与える短期的な効果は確認されなかった。

第4章 「介護事業者密度が介護サービス需要に与える影響」

第4章では、介護保険政策に関する分析として、介護事業者密度が介護サービス需

要に与える影響を分析している。2000年4月に公的介護保険制度が導入されて以来、制度の普及に伴って、認定者数や受給者数だけでなく、介護費用も増加傾向にある。加えて、今後、より一層の高齢化が進むと予測されているわが国においては、医療費高騰化の問題と同様に、介護費用の高騰化も決して無視できない問題となっており、介護保険制度の効率化や介護給付の適正化は、現在の重要な政策課題になっている。介護保険制度は、導入以前まで措置制度の下でしか提供されてこなかった介護サービスが、市場を通してそれを購入できるようになり、わが国の介護サービスのあり方に対して劇的な変化をもたらした政策である。しかし、サービス内容を定めるケアマネージャーが事業者に属している多いことから、事業者の意向や都合に合わせたケアプランが作成されているという事例がしばしば指摘されている。その他にも、介護サービスの提供が必ずしも利用者の自立支援につながっていないなどという事例や、介護事業者による過度の利用者の掘り起こしや不正請求など、制度の趣旨からみて不適正、もしくは不正な事例が生じているという報告もされている（厚生労働省、2003）。このような議論は、医療経済学の分野において、「供給者誘発需要仮説（Supplier Induced Demand Hypothesis）」とよばれるものである。この仮説は、競争激化に伴って供給者の利潤が減少した場合、サービス内容について情報優位な立場にある供給者は、利用者に過剰なサービス提供を行うことで、利潤の確保やその損失を補填するという行動を取る、というものである。したがって、もし介護サービス市場でこの存在が確認されるのであれば、それは経済学的にみて、効率的な水準以上のサービス提供が行われていることを意味する。したがって、その場合には誘発需要を抑制するような制度設計や介護報酬の改定を行うことが、今後の制度改革で必要とされることを示唆するものとなる。

以上のような背景を踏まえて、第4章では、供給者誘発需要が介護サービス市場で生じているか否かを、利用可能な集計データを用いて検証を行っている。分析に当たっては、誘発需要の分野で一般的に用いられている **Two-phase Model** を用いて分析を行った。**Two-phase Model** とは、介護需要（一人当たり介護費用）を需要者の意思決定が支配的であると考えられる受給率と、介護サービス事業者の裁量が支配的であると考えられる介護レセプト1件当たり費用に分けて分析を行うものである。この場合、介護事業者密度の係数が受給率関数において正に有意であれば、事業者までのアクセスコストの低下に伴う需要増として解釈され、1件当たり費用関数において、正に有意であれば、上記のメカニズムによって誘発需要が発生していると解釈される。

実証分析の結果、通所系サービス、福祉用具貸与、及び、施設系サービスにおいて、各介護サービスの事業者密度がそれぞれの介護費用に正に有意な影響を与えていることが認められた。しかし、その中で1件当たり費用と正の関係が確認された介護サービスは通所介護、福祉用具貸与、老人福祉施設の3サービスにすぎず、各事業者密度

の増加はそれぞれの介護サービスの受給率に大きな影響を与えていることが確認された。ただし、誘発需要の存在が確認された介護サービスについては、医師誘発需要の分析結果を参考にすると、通所介護と福祉施設ではそれを上回るが、福祉用具貸与では仮説を支持するほど大きくはなかった。つまり、介護サービス市場において誘発需要が生じていると判断されるサービスは通所介護と福祉施設であり、福祉用具貸与に関しては、その影響は限定的であると判断される結果を得た。

3. 参考文献

井伊雅子・別所俊一郎(2006)「医療の基礎的実証分析と政策：サーベイ」、『フィナンシャル・レビュー』, 第80号, 117-156頁。

岩本康志・大竹文雄・小塩隆士(2002)「年金研究の現在」、『季刊社会保障研究』, Vol.37, No.4, 316-349頁。

厚生労働省(2003)『平成15年度 厚生労働白書』。

厚生労働省(2005)『平成15年度 国民医療費』。

国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会『国民健康保険の実態』, 各年版。

国立社会保障・人口問題研究所(2006)『平成16年度 社会保障給付費』, 2007年2月14日現在, 「<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/kyuhuhi-h16/h16.pdf>」より閲覧可能。

社会保険庁(2003)『平成14年 国民年金被保険者実態調査結果(速報)』。

八代尚宏・鈴木玲子・鈴木亘(2004)「日本の医療改革の展望」、『日本経済研究』, No.49, 1-21頁。