

医療需要と医療負担の時系列分析

—— 誤差修正モデルによる推定 ——[※]

前 川 聡 子

要 旨

本稿では、医療にかかる負担（保険料、自己負担、公費負担）が医療需要の決定に影響を与えているのかどうかについて、時系列データを利用した誤差修正モデルに基づいて明らかにした。医療需要の長期均衡を推定した結果、医療にかかる負担は医療需要決定に対して中立的とはいえないこと、医療負担のうち、保険料と自己負担は医療需要と負の相関があるのに対し、公費負担は医療需要と正の相関があることが明らかとなった。

キーワード：時系列分析；財政錯覚；医療財政
 経済学文献季報分類番号：02-27；02-33；13-11

1. はじめに

債務残高が 1000 兆円を超えて増え続ける厳しい財政状況の中、社会保障の財源を確保するため、2014 年に消費税率が 8% に引き上げられた。2017 年にはさらに 10% まで引き上げられる予定となっている。これにともない、2014 年度予算からは、引き上げ分も含めて消費税収は全て（地方消費税 1% 分を除く）社会保障財源化された¹⁾。

超高齢社会となっている日本の実態を考えると、社会保障、とりわけ年金・医療・介護の充実は確かに重要な政策課題である。しかしながら、増え続ける社会保障支出の財源を、消費税を中心とした税財源に依存することに問題はないのだろうか。

経済学の理論モデルで考えると、後述するように、社会保障の負担形態は家計の社会保障需要に対して影響を持たない、中立的であると考えられる。保険料であろうと税であろうと、最

※ 本稿の作成にあたり、本間正明先生（大阪大学名誉教授）から有益なコメントを多数いただきました。ここに記して感謝申し上げます。

1) 具体的には、社会保障 4 経費と呼ばれている、年金、医療、介護、子ども・子育て支援の財源と、その 4 経費に対応する地方単独事業の財源に充てることとなっている。

最終的には社会保障を含む政府支出に充てられるのであれば、どれで負担しようと変わりはないはずだと考えるのである。しかしながら、そのような中立的な関係は実際に成立しているのだろうか。このような関係が成立するためには、負担と受益（給付）が対応していることが前提となるはずである。

しかしながら、現実の年金・医療・介護の財政運営を見ると、そうとは言い難い。年金・医療・介護の財源である保険料と公費負担（税等）の中心的な担い手は現役世代である。それに対して、給付（受益）を受けるのは主として高齢者である。もちろん、医療や介護には自己負担があるものの、それには上限が設定されており、上限を超える自己負担分は公費で賄われている。このように負担と受益の関係が対応していない状況となっているのが実態である。そのため、給付を受ける側からみれば、給付（受益）と比べると自らの負担分は少ない、つまり、給付（受益）が“安い”ということになる。このような状況は、“安い”給付をより多く求めてしまうインセンティブを生み出しているのではないだろうか。

消費税収を社会保障財源化し、社会保障の公費負担分を充実させることは、若年世代の保険料負担のこれ以上の上昇を抑えることには役立つと言えよう。しかしながら、その一方で、上述した給付（受益）と負担のアンバランスを拡大し、ひいては安易な社会保障の需要増を促しかねないのではないだろうか。

この点を明らかにするため、本稿では、社会保障の中でも医療保険に焦点を絞り、負担形態が給付（医療需要）に対して中立的なのかどうか、もし中立的でないとするならば、負担形態のうち公費（税）負担と医療需要との間には正の相関（公費を増やせば医療需要が拡大する）があるかどうかについて、統計的に実証することを試みた。具体的には、医療受給件数と保険料・公費・自己負担との間の関係を、誤差修正モデルと呼ばれる時系列分析の手法を用いて分析した。

本稿の構成は以下のとおりである。次の第2節では、理論モデルに基づきながら、負担形態と医療需要との間の中立性について説明する。それを踏まえた上で、第3節では、本稿で行った実証分析について、その手法（誤差修正モデル）、利用データ、分析結果について述べる。最後に、分析結果の考察と今後の課題についてまとめてむすびとする。

2. 家計の医療需要決定モデルと負担形態

本稿のモデルでは、代表的家計を想定し、その家計が所得制約の下で医療とそれ以外の財サービスの2種類の需要を決めるとする。したがって、この家計は次のような効用最大化問題に直面していることになる。すなわち、

Max $U(M, C)$

Sub. to $P_c \cdot C + \alpha P_m \cdot M = Y - TAX - PREM$ (1)

ここで、 P_c ：消費財価格、 C ：消費量、 α ：自己負担率、 P_m ：医療価格、 M ：医療需要、 Y ：収入、 TAX ：税負担、 $PREM$ ：医療保険料 である。

さらに、政府部門、および、医療保険部門の収入と支出を考えると、次のように表すことができる。

政府部門の予算制約式： $TAX = PUB + Non-MED$ (2)

医療保険の予算制約式： $PREM + PUB = P_m \times M - \alpha P_m \times M$ (3)

ただし、 PUB ：医療の公費負担分、 $Non-MED$ ：医療公費負担以外の政府支出である。

以上の設定から、家計・政府・医療保険の各予算制約式 ((1) ~ (3)) を統合して、家計の最終的な予算制約を考えると、

$Y - Non-MED = P_c \times C + P_m \times M$ (4)

となり、家計は (4) 式の予算制約の下で効用最大化を満たす医療需要 (M) と消費支出 (C) を決めることになる。したがって、医療需要 (M) は、医療価格 (ただし、消費財との相対価格) と可処分所得 (ここでは $Y - Non-MED$) の水準によって決定されると言える。

ここで注意すべき点は、予算制約である (4) 式に、税 (TAX)・保険料 ($PREM$)・自己負担 (α) が含まれていないことである。予算制約に含まれないということは、家計の医療需要・消費支出の決定に対してそれらの変数が影響しない、ということを意味する。つまり、医療に関する負担は、どういう形で負担するにせよ、その負担形態に関わりなく、家計の医療需要決定に対して「中立的」であると言える。

以上は、あくまで理論上の結論である。これに対して、実際の医療需要の決定においても、医療の負担はその形態に関係なく「中立的」になっているのだろうか。既に述べたように、医療サービス (受益) は主に高齢者が享受し、その負担は主に若年層が保険料 (拠出金・支援金) や税 (公費負担) という形で担っている実態を踏まえると、医療サービスは負担に比して“安い”とみなす“錯覚”が生じている可能性が高い。もしそのような“錯覚”が生じているならば、医療需要の決定に対して負担形態は中立的では無い状況になっていると考えられる。特に、税 (公費) に関しては、若年層の負担に負うところが大きいいため、公費を充

実させると医療需要が逆に増える影響が出ているのではないだろうか。それに対して、自己負担・保険料負担の上昇は医療需要を抑制する影響を持っているのではないだろうか。

この点をデータで実証する前に、既存研究において、医療の負担形態と医療需要の関係がどこまで明らかにされてきたのかを整理しておく。医療需要に関する既存研究はこれまで数多く行われてきたが、主として自己負担との関係に絞った分析が多い。具体的には自己負担の弾力性の推定が行われてきた。例えば、井伊・大日（1999）では、『国民生活基礎調査』の個票を用いて価格弾力性を推定し、軽度医療の弾力性は小さいこと（ $-0.123 \sim -0.149$ ）が示されている。橋本（1998）では、『保険と年金の動向』記載の時系列データを利用して外来と入院それぞれの医療需要関数（1人あたり件数、1件あたり日数）を推定し、自己負担を考慮した価格弾力性は小さく、医師変数の係数の方が大きくプラスに効いていることが明らかにされている。大日（2001）でも、時系列データと国民健康保険のレセプトデータ・医療施設調査を統合したデータセットから推定した外来医療需要の価格弾力性（高齢者）は小さい（ $1.4 \sim 1.6\%$ ）ことが示されている。

澤野（2000）は、『国民健康保険医療給付実態調査』「年齢階級別・疾病分類別」および『国民生活基礎調査』都道府県別外来受診率のデータを用いて、高齢者の自己負担を定額の場合と定率の場合とに分けて分析を行っている。定額の場合は所得弾力性、定率の場合は価格弾力性を推定し、いずれの場合も弾力性は小さく、医療需要は自己負担に対して非弾力的であることが示されている。

このほか、湯田（2007）では、日本経済研究センターによる「高齢者の医療保険に関するアンケート」の個票データを基に、間接費用（機会費用（非就業者の留保賃金）、通院費用、通院時間、待ち時間など）も考慮して two-part モデルによる医療需要関数の推定を行っている。その結果、自己負担の弾力は小さい（ -0.093 ）ものの、機会費用の弾力性の方は大きい（ -0.369 ）ことが明らかにされている。

自己負担とは別の負担形態である公費負担（税等）に関しても分析が行われてきた。ただし、公費負担については、保険運営の効率性という視点での研究が多い。田近・油井（1999）では、国民健康保険の市町村別データを用いて財政支援が手厚い自治体ほど1人あたり医療費が多いことを示し、財政支援によって効率的な財政運営の取り組みが疎かになる可能性を指摘している。さらに、鈴木（2001）では、田近・油井（1999）を参考に「大阪府国民健康保健事業状況」データを用いて、国民健康保険への補助金をもつ影響を明らかにし、補助金制度が医療費拡大・経営放漫化のインセンティブを持っていることを指摘した。また、泉田（2003）では、最適な国民健康保険規模を導くための国保運営費（総務費）について分析し、その中で、1%の補助金増加は0.24%の総務費増加につながることを示されている。

以上が、既存研究の主な成果であるが、これまでのところ、本稿の問題意識「医療にかかる負担形態（保険料、公費（税）、自己負担）が医療需要決定に対して「中立的」であるかどうか」という視点から分析を行ったものはほとんどないと言えよう。その点で、本稿は既存研究と大きく異なっている。さらに、本稿の特徴と言えるのは、個票ではなく集計されたマクロデータを使う点である。これは、本稿の理論モデルにおいて代表的家計を想定し、各種医療保険が統合された1つの医療部門を考えていることと対応させるためである。

3. 誤差修正モデルによる医療需要関数の推定

前節の理論モデルをベースに、本稿では、時系列のマクロデータを利用して医療需要関数の推定を行う。そのため、分析ツールとしては、時系列分析の手法を採用した。以下では、推定式および利用したデータについて説明する。

3-1 推定式

前節で述べたように、理論的には、家計の医療需要は医療価格（消費財との相対価格）と可処分所得によって決定されると言える。したがって、医療需要関数は以下のように表現することができる。

$$MED_t = \alpha + \beta_1 PRICE_t + \beta_2 NETINCOME_t + \beta_3 OLD_t + \varepsilon_t \quad (5)$$

MED は医療需要、PRICE は医療と消費財の相対価格、NETINCOME は収入－政府支出（医療以外）である。これに加えて、本稿では、高齢化による医療需要増加の影響を調整するため、65歳以上の高齢者人口割合（OLD）も考慮した。tは年度である。

しかしながら、もし現実の家計の医療需要が、自己負担・保険料負担・公費負担の影響を受けているとするならば、医療需要関数は次式のように表せる。

$$MED_t = \alpha + \beta_1 PRICE_t + \beta_2 NETINCOME_t + \beta_3 PUB_t + \beta_4 PREM_t + \beta_5 SELF_t + \beta_6 OLD_t + \mu_t \quad (6)$$

PUB は医療公費負担、PREM は医療保険料、SELF は自己負担分である。

家計が理論どおりに医療需要を決めているのであれば、すなわち、医療にかかる負担形態の中立性が成立するならば（5）式が成立し、（6）式では PUB、PREM、SELF の係数 $\beta_3 \sim \beta_5$ は有意にならないことが予想される。それに対し、もし家計の医療需要が負担形態の

影響を受けているのであれば、(6) 式の $\beta_3 \sim \beta_5$ は有意に推定されるはずである。その場合、期待される符号は次のように考えることができる。

公費負担の増加は医療費用の直接的な負担上昇を抑える効果があるため、それを家計は医療負担が“軽くなった”と錯覚し、医療需要を増やす可能性が高い。したがって、PUB の場合、期待される符号は $\beta_3 > 0$ である。一方、医療保険料・自己負担については、医療需要に直結する負担形態であるため、これらの負担上昇は医療需要を抑制する影響をもつと考えられる。したがって、期待される符号は $\beta_4 < 0$ 、 $\beta_5 < 0$ 、である。

(5) 式 (6) 式ともに説明変数として考慮した 65 歳以上の高齢者人口割合 (OLD) は、高齢化による医療費増加の影響をみるための変数であるため、この係数 (β_3 、 β_6) の符号はいずれも正となることが期待される。

3-2 利用データと推定方法

利用したデータの詳細とその加工については表 1、各変数の記述統計量については、表 2 にまとめたとおりである。サンプル期間は 1984～2012 年度である。なお、老人医療費の無料化の時期は今回のサンプル期間には含まれていない²⁾。

表 1 変数と利用データ

変数		計算方法	出所
1人あたり給付件数(件) :	MED	医療件数(医療保険合計数) / 全人口	厚生労働省「医療保険医療費データベース」
1人あたり自己負担額(万円) :	SELF	財源別国民医療費「その他」 / 全人口	厚生労働省「国民医療費」第5表 財源別国民医療費の年次推移
1人あたり保険料負担額(万円) :	PREM	財源別国民医療費「保険料(総数)」 / 全人口	
1人あたり公費(万円) :	PUB	財源別国民医療費「公費(総数)」 / 全人口	
1人あたり所得額(万円) :	NETINCOME	(第一次所得バランス(純) - (一般政府・公的支出 - 公費(総数))) / 全人口	内閣府経済社会総合研究所『国民経済計算』2009年度確報、2013年度確報
医療相対価格 :	PRICE	一般政府・目的別消費支出(保健)デフレーター / 家計最終消費支出デフレーター	
65歳以上人口割合(%) :	OLD	65歳以上人口 / 全人口 × 100	総務省統計局『我が国の推計人口』(大正9年～平成12年)、『長期時系列データ』(平成12年～22年)、人口推計2014年(各年10月1日現在)5歳階級人口

2) 老人医療費の無料化は1982年まで。1983年から老人保健制度が始まった。

表 2 記述統計量

変数		Mean	Std. Dev.	Min	Max
サンプル期間： 1984～2012年度 (Observation 29)					
1人あたり給付件数 (件)：	MED	8.01	0.97	6.32	9.48
1人あたり自己負担額 (万円)：	SELF	2.90	0.83	1.49	3.93
1人あたり保険料負担額 (万円)：	PREM	11.57	2.27	6.74	15.00
1人あたり公費 (万円)：	PUB	7.61	2.31	4.33	11.88
1人あたり所得額 (万円)：	NETINCOME	227.81	20.48	169.38	257.06
医療相対価格：	PRICE	0.97	0.02	0.92	1.01
65歳以上人口割合 (%)：	OLD	16.49	4.49	9.94	24.15

推定にあたって利用したデータはいずれもマクロデータである。医療に関する実証分析ではレセプトデータを代表とする個票を使った分析が多い中で、そうではなくマクロデータを利用したのは次の理由による。前節でみたとおり、医療にかかる負担の中立性を導出した理論モデルでは、加入する医療保険制度の区別はせず、それらを統合した“医療部門”を想定しているためである。家計についても、理論モデルでは代表的家計を想定している。

理論モデルに沿った推定であるとしても、マクロレベルの時系列データを扱う際には気をつけなければならない点がある。単位根、共和分の問題がそれである。そこで推定に先立ち、まず、各変数について単位根検定を行った。その結果は表3のとおりである。検定の結果、表3に示されているように全ての変数に単位根があることが明らかとなった。

表 3 単位根検定結果 (Dickey-Fuller Test)

	t 値	P-value
MED	-1.01	0.75
PRICE	-1.27	0.64
NETINCOME	-1.98	0.29
PUB	1.54	0.99
PREM	-2.24	0.19
SELF	-1.68	0.46
OLD	2.68	0.99

したがって、(5) 式、(6) 式を最小二乗法で推定すると「みせかけの相関」を推定してしまう可能性が高い。しかしながら、もしこれらの変数が共和分の関係にあるならば、誤差項は定常、すなわち、変数間の関係は定常であると言える。

そこで、共和分の関係にあるかどうかをみるため、ヨハンセンの共和分検定を行った。その結果、(5) 式の場合、1人あたり給付件数 (MED)、医療相対価格 (PRICE)、可処分所得 (NETI)、65歳以上人口割合 (OLD) の間には共和分が少なくとも1つあることが示された³⁾。(6) 式については、1人あたり給付件数 (MED)、医療相対価格 (PRICE)、可処分所得 (NETI)、65歳以上人口割合 (OLD)、1人あたり公費 (PUB)、1人あたり保険料負担 (PREM)、1人あたり自己負担 (SELF) の間には、共和分が少なくとも2つあることが示された⁴⁾。

以上の検定結果を踏まえ、本稿では、変数間の共和分関係を考慮した推定をおこなうため、誤差修正モデルを使って医療需要関数 ((5) 式、(6) 式) を推定することとした。なお、医療費に関する既存研究において、本稿のような誤差修正モデルを使った分析としては、佐川 (1998) が挙げられる程度で非常に少ない⁵⁾。

誤差修正モデルの利点は、データの抱える統計的な問題 (単位根、共和分関係) に対応できるということに加えて、推定式の中の誤差修正部分を変数間の長期的な均衡関係を示したものと位置づけることができるという点にある。この点を利用すれば、本稿の問題意識を「医療需要の長期的な均衡を左右する要因は何か」という仮説に置き換え、それを統計的に明らかにすることができる。医療のマクロレベルでの需要の動きを時系列データで分析する上で、長期的均衡を明示的に扱える誤差修正モデルは分析手法として適していると言えよう。

(5) 式、(6) 式を誤差修正モデルの形に書きかえると次のようになる。

$$\Delta MED_t = \delta(MED_{t-1} - \beta_0 - \beta_1 PRICE_{t-1} - \beta_2 NETINCOME_{t-1} - \beta_3 OLD_{t-1}) + \beta_4 PRICE_{t-1} + \beta_5 NETINCOME_{t-1} + \beta_6 OLD_{t-1} + \beta_7 \Delta PRICE_t + \beta_8 \Delta NETINCOME_t + \beta_9 \Delta OLD_t + \varphi_t \quad (7)$$

$$\Delta MED_t = \theta(MED_{t-1} - \gamma_0 - \gamma_1 PRICE_{t-1} - \gamma_2 NETINCOME_{t-1} - \gamma_3 PUB_{t-1} - \gamma_4 PREM_{t-1} - \gamma_5 SELF_{t-1} - \gamma_6 OLD_{t-1}) + \gamma_7 PRICE_{t-1} + \gamma_8 NETINCOME_{t-1} + \gamma_9 OLD_{t-1} + \gamma_{10} PUB_{t-1} + \gamma_{11} PREM_{t-1} + \gamma_{12} SELF_{t-1} + \gamma_{13} \Delta PRICE_t + \gamma_{14} \Delta NETINCOME_t + \gamma_{15} \Delta OLD_t + \gamma_{16} \Delta PUB_t + \gamma_{17} \Delta PREM_t + \gamma_{18} \Delta SELF_t + \omega_t \quad (8)$$

3) 定数項を考慮したヨハンセン検定 (サンプル数 27) において、ラグが 2 のとき、共和分が少なくとも 1 つという帰無仮説が採択された (統計量 26.1235)。

4) (5) 式と同様、定数項を考慮したヨハンセン検定 (サンプル数 27) において、ラグが 2 のとき、共和分が少なくとも 2 つという帰無仮説が採択された (統計量は 45.9765)。

5) 佐川 (1998) では、1967 ~ 1994 年の年次データを基に誤差修正モデルで医療費関数を推定し、患者負担の増加が医療費抑制につながることを示している。

(7) 式、(8) 式において長期均衡を表しているのは、いずれも右辺第 1 項の括弧内である。これら 2 つの推定式は、医療需要の変動 (左辺) が、長期均衡からの乖離を修正する部分 (右辺第 1 項括弧内) と各変数の自己回帰、および差分からの影響を受けているということを表していると解釈できる。

右辺の誤差修正部分を長期均衡状態として書き直すと、

$$MED_{t-1} = \beta_0 - \beta_1 PRICE_{t-1} - \beta_2 NETINCOME_{t-1} - \beta_3 OLD_{t-1} \quad (9)$$

$$MED_{t-1} = \gamma_0 - \gamma_1 PRICE_{t-1} - \gamma_2 NETINCOME_{t-1} - \gamma_3 PUB_{t-1} - \gamma_4 PREM_{t-1} - \gamma_5 SELF_{t-1} - \gamma_6 OLD_{t-1} \quad (10)$$

となる。医療に係る負担が中立的であるかどうかを明らかにするためには、(9) 式と (10) 式のいずれが成立しているのかが問題となる。特に、(10) 式で医療に係る負担 (PUB、PREM、SELF) は医療需要 (MED) に対して影響を持つのかどうか ($\gamma_3 \sim \gamma_5$ がゼロかどうか) が重要となる。

3-3 推定結果

(9) 式、(10) 式部分の推定結果は次のとおりである⁶⁾。

$$MED_t = 7.605 + 9.45 \times PRICE_t + 0.017 \times NETINCOME_t + 0.148 \times OLD_t \quad (11)$$

(3.80) *** (8.89) *** (9.93) ***

$$MED_t = 1.53 + 1.30 \times PRICE_t + 0.01 \times NETINCOME_t$$

(4.22) *** (32.96) ***

$$+ 0.19 \times PUB_t - 0.01 \times PREM_t - 0.33 \times SELF_t + 0.13 \times OLD_t \quad (12)$$

(11.80) *** (-1.68) * (-11.56) *** (15.87) ***

推定の結果、まず明らかになったのは、(9) 式だけでなく (10) 式も成立し、かつ、医療にかかる負担が全て有意に効いているという点である。もし、理論どおりに医療にかかる負担が医療需要に対して中立的であるならば、これらの医療にかかる負担変数の係数は有意に推定されないはずである。しかしながら、実際には有意に推定されたということは、医療に

6) () 内は漸近的 t 値、*** は 1% 有意水準で有意、* は 10% 有意水準で有意を表す。

かかる負担は実際の医療需要の決定において中立的であるとは言い難いといえよう。

次に、これらの係数の符号をみると、負担形態によって医療需要に与える影響が異なっていることも明らかとなった。(12)式に示されているように、公費負担(PUB)の係数はプラス、保険料負担(PREM)と自己負担(SELF)の係数はどちらもマイナスとなっている。つまり、公費負担の増加は医療需要を増やす方向に働くのに対し、保険料負担と自己負担の上昇は医療需要を抑制する影響を持っていると言える。医療費用の負担という点では公費も保険料・自己負担も同じ負担であるはずなのに、公費負担に限って医療需要を拡大する影響を持つ結果が出たのは、やはり、公費負担の持つ性格が他の負担とは異なるためであると考えられる。その性格とは、公費負担は他の2つの負担と比べて受益との結びつきが間接的であること、公費負担を増やすことで保険料や自己負担の上昇が抑制されていることである。これらにより、公費負担は医療費用を安くとらえる“錯覚”を生んでいる可能性がある。

さらに、公費負担(PUB)の係数と可処分所得(NETINCOME)の係数を比較すると、公費負担(PUB)の方が大きく推定されている。この結果のとおりであるならば、公費負担の増加は、所得の上昇以上に医療需要を拡大させる可能性が高いことになる。持続可能で安定した医療財政を構築するという観点からみると、医療を安く見なす“錯覚”を与え、医療需要拡大を引き起こす公費負担の充実には慎重になるべきであろう。

最後に、医療にかかる負担の中立性の検証とは別に、今回の推定結果で明らかになったのは、医療の消費財との相対価格(PRICE)がプラスで有意に推定されたという点である。理論的には一般に価格変数と需要は負の相関を持つことが期待されるが、それとは対照的な結果となった。これは、医療が命に関わる特殊な財・サービスであるため、価格が上昇しても、そのために必要な治療を止めるということは難しいことを反映しているためであると考えられる。また、日本において医療価格は診療報酬という形で政府が決める価格であるため、一般物価の動きとは連動せず、むしろ医療技術の高度化等を反映した動きになっていることも一因であろう。

4. おわりに

本稿では、医療にかかる負担(保険料、自己負担、公費負担)が医療需要に対して中立的であるのかどうか、もし中立的でないとすれば医療負担は医療需要にどのような影響を及ぼしているのか、という点を誤差修正モデルに基づいて明らかにした。誤差修正モデルは、時系列データを扱う際に注意すべき単位根・共和分の問題を考慮した上で、長期的な均衡関係を明示的に推定できる点でメリットのある推定方法である。推定の結果、医療負担の中立性

は成立しているとは言えないこと、医療負担のうち、保険料と自己負担は医療需要と負の相関があるのに対し、公費負担は医療需要と正の相関があることが明らかとなった。このことは、公費負担を充実させると、かえって医療需要を拡大させる可能性があることを示している。

超高齢社会を迎えて増え続ける社会保障給付の財源確保のため、政府は、消費税収の全てを社会保障財源化するとともに、消費税率の引き上げによって財源を確保しようとしている。しかしながら、本稿の結果に基づけば、消費税収、すなわち、公費負担に依存する財源調達には社会保障給付への需要を拡大させることにつながりかねず、財政の持続可能性を保てるとは言い難い。

公費負担の充実が社会保障需要拡大につながる背景には、公費投入が社会保障の受益と負担の連動を崩してしまうことが挙げられよう。公費によって社会保険料や自己負担の上昇が抑制されること、公費（税）の負担は社会保障の受益とは直接には関連しないことなどから、公費充実が社会保障費用を受益に比して“安く”みなしてしまう錯覚を生み、それが公費投入によってかえって需要増を招く事態になっていると考えられる。さらに、世代間扶養のしくみによって受益者（高齢世代）と負担者（現役世代）が異なっていることも、公費充実が社会保障需要の拡大につながる一因になっていると考えられる。

少子高齢化の進行を食い止めることは現実には難しいことを考えると、持続可能で安定した社会保障財政を構築するためには、公費負担への依存を抑えるとともに、世代間扶養のあり方にもメスを入れるべきであろう。

ただし、本稿の分析は、集計されたマクロデータで行っているという点で限界がある。医療をはじめとする社会保障は、適用される保険制度や年齢・疾病等によって一律には扱えない問題が存在する。それを考慮するためには、レセプト等のマイクロデータでも分析を行う必要がある。この点については今後の課題として取り組んでいきたい。

参考文献

井伊雅子・大日康史 (1999) 「軽医療における需要の価格弾力性の推定—疾病及び症状を考慮した推定—」『医療経済研究』 Vol. 6、pp. 5-17.

泉田信行 (2003) 「国保制度における保険者の規模」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社、第7章、pp. 121-136.

岩本康志 (2000) 「人口高齢化と医療費」『人口減少下の経済社会構造に関する欧米諸国の研究事例調査』、関西経済研究センター、pp. 47-68.

大日康史(2001)「高齢者医療における需要の価格弾力性」地域差研究会編『医療費の地域差』東洋経済新報社、第9章、pp. 129-140.

佐川和彦(1998)「誤差修正モデルによる医療費の分析」『季刊・社会保障研究』Vol. 34、No. 2、pp. 212-217.

澤野孝一朗(2000)「高齢者医療における自己負担の役割:定額自己負担制と定率自己負担制」『医療と社会』Vol. 10、No. 2、pp. 115-138.

澤野孝一朗(2004)「家計における医療費-自己負担率引き上げ政策の効果とその影響-」『季刊家計経済研究』No. 62、pp. 20-29.

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」『生活経済学研究』Vol. 16、pp. 91-103.

田近栄治・油井雄二(1999)「高齢化と国民健康保険・介護保険-財政の視点から-」『季刊社会保障研究』Vol. 35、No. 2、pp. 128-140.

中山徳良(2004)「自治体病院の技術効率性と補助金」『医療と社会』Vol. 14、No. 3、pp. 69-79.

橋本恭之(1998)「人口高齢化と医療需要」『関西大学 経済論集』第48巻、第2号、pp. 14-154.

藤野志朗(1997)「医療部門デフレータの推計(昭和34年度~平成5年度)-医療費と医療需要の分析-」『医療と社会』Vol. 7、No. 1、pp. 91-108.

前川聡子(2014)「公費による財政支援と医療需要-国民健康保険・保険者別データに基づく実証分析-」一圓光彌・林宏昭編著『社会保障制度改革を考える-財政および生活保護、医療、介護の観点から-』第3章、pp. 47-64.

湯田道生(2007)「高齢者の外来医療需要における総価格弾力性の計測」『日本経済研究』No. 57、pp. 23-52.

参考資料(統計)

厚生労働省『後期高齢者医療事業状況報告』都道府県別経理の状況(平成20~24年度)
(<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001044948>) 2015. 3. 13.

厚生労働省『後期高齢者医療制度被保険者実態調査』統計表(平成20~24年度)
(http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001044907&requestSender=dsearch) 2015. 3. 13.

厚生労働省『国民健康保険事業年報』都道府県別データ(平成20~24年度)
(<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02100104.do?gaid=GL02100102&tocd=00450396>) 2015. 3. 6.

厚生労働省『国民健康保険実態調査』保険者票 (平成 20 ~ 24 年度)

(<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02100104.do?gaid=GL02100102&toacd=00450397>) 2015. 3. 6.

厚生労働省『平成 24 年度 国民医療費』

(<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/OtherList.do?bid=000001055066&cycode=8>) 2015. 3. 5.

厚生労働省「わが国の医療保険について」

(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken01/index.html)
2015. 3. 4.

国立社会保障人口問題研究所『社会保障費用統計』(平成 24 年度版)

(http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h24/fsss_h24.asp) 2015. 3. 11.