

医療保険制度改革を考える

—「国民皆保険」はどのように維持すべきか—

◆厚生労働省試案の公表

医療保険制度が大きく変わろうとしている。

2002年末になって、今後のわが国の医療保険制度に変革をもたらす試案がまとまった。

まず、自民党医療基本問題調査会が、11月28日に、医療制度改革に関する中間報告を公表した。医療保険制度については、国民健康保険、被用者保険（政府管掌保険、健康保険組合）のそれぞれについて、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合を進めるとともに、高齢者医療制度については、老人保健制度を廃止し、75歳以上を対象とした新たな高齢者保険制度を創設するという内容であった。このほか、医療提供体制や診療報酬体系、社会保険庁等のあり方についても、検討結果をまとめた。

次いで、厚生労働省が、12月17日、「医療保険制度の体系の在り方」と「診療報酬体系の見直し」についての試案を公表した。医療保険制度については、国民健康保険などの保険者について都道府県を単位として再編・統合すること、高齢者医療制度については、「制度を通じた年齢構成や所得に着目した財政調整を行う案」（A案）と「後期高齢者に着目した保険制度を創設する案」（B案）の2案を提示した。厚生労働省では、この試案をたたき台として各方面からの意見を求め、2002年に制定された健康保険法改正法の附則第2条第2項の規定のとおり、本年3月末までに「基本方針」をまとめることとしている。そして、2005年の通常国会に関連法案を提出し、2007年からの実施を目指すという。

◆高齢者医療制度の見直し

試案では、新しい高齢者医療制度の創設案、保険者の再編・統合案及び診療報酬体系の見直し案が提示されているが、本稿では、特に前2者について論じることとする（注1）。

高齢者医療制度に関する2案は、表1のとおりである。A案は、昨年9月25日に坂口厚生労働大臣が公表したいわゆる「坂口私案」であり、B案は、前述の自民党案を基にしている。いずれも、関係者の間ではよく知られている案である。

1997年の健康保険制度改正に端を発した「医療保険制度抜本改革論議」の中で、99年8月、厚生省の医療保険福祉審議会制度企画部会が提示した4つの方式がある。それは、①独立保険方式（全ての高齢者を対象として独立した医療保険制度を創設）、②突き抜け方式（被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、その医療費を被用者保険グループ全体で支える仕組みを設ける）、③年齢リスク構造調整方式

(保険者は現行制度のままとした上で、保険者の責によらない加入者の年齢構成の違いによって生じる各保険者医療費支出の相違を調整し、保険者間の負担の不均衡を是正)、④一本化方式(被用者か否か、高齢者か若年者かで区分せず、全ての者を対象とする地域単位の新たな医療保険制度を設けるもの)の4方式である。このうちA案は、年齢リスク構造調整方式と、B案は独立保険方式とほぼ同じである。なお、本稿では、A案については、年齢構成の調整に加えて被用者保険者間の財政調整という仕組みが加わっているので、「年齢・所得調整方式」と呼ぶことにする。

厚生労働省では、本年1月16日から3日間、試案に関して、日本医師会など診療側の4団体、健康保険組合連合会(健保連)や日本経団連などの支払側の5団体及び全国町村会の計10団体と意見交換会を行った。その際、各団体からは試案に対する見解が出された。関係団体の反応から、高齢者医療制度の2案に対する評価がうかがえる(注2)。

年齢・所得調整方式については、健保連、経団連及び連合は、「我が国のこれまでの保険制度の考え方や実態を無視した一方的な議論であり、全く容認の余地はなく断固反対」(健保連)など、反対姿勢が極めて強い。被用者保険者間の財政調整が各保険者の自立を損なうことや、政管健保に対する国庫補助金の廃止を問題視している。これに対して、制度の一本化方式論の立場である国保中央会や全国市長会、全国町村会の国保3団体は、制度間の年齢調整を評価した上で、国保と被用者保険間において、年齢調整ばかりでなく所得調整も行うよう主張する。

独立保険方式については、健保連、経団連及び連合は、「独立方式の考え方が盛り込まれたことは評価できるものの、後期高齢者のみを対象としていること、現役世代からの財政支援を予定していること等現行拠出金制度と変わらないものとなっており、抜本改革とは言い難い」(経団連)というように、現行の老人保健制度と変化が乏しいという観点から批判する。これに対して、国保3団体は、60歳から74歳までの中高年齢層の加入者が多い国保財政の負担が重くなると批判する。

日本医師会は、従来から75歳以上のすべての後期高齢者を加入者とし、公費90%、保険料及び一部負担10%の独立保険方式の創設を提案している。また、連合は、2案に代わるものとして、突き抜け方式の「退職者医療保険制度」の創設を提案し、経団連は、65歳以上を対象として、高齢者の負担と消費税等の間接税で支える「シニア医療制度」の創設を提案する。

このように、改革論議は試案を踏まえて深まるどころか、再び90年代末の「抜本改革論議」が繰り返されそうな気配であることが、関係者にとっても国民にとっても悩ましいところである。その理由として、第一に、新たな財源を導入しない限り、国・地方団体、国保、政管健保、健保組合、共済組合のいずれかが負担減となればいずれかは負担増になるという「ゼロ・サムゲーム」であること、第二に、A案及びB案とも、従来議論されていた内容からさほどブラッシュアップ(磨きをかけること)されていないことにあると考える。

まず、A案(年齢・所得調整方式)であるが、2つの仕組みからなる。ひとつは、保険者間で全年齢構成の相違に着目した調整を行うもので、これは、現行の老人保健制度における高齢者の加入割合に着目した調整の延長線上の手法であり、これまでも財政調整方法のひとつとして論じられてきた。

もうひとつは、被用者保険者間の財政調整であるが、これは、どの被用者保険に加入していても、同じような医療費水準であれば、被保険者の所得に対する保険料負担

の水準も同じになるように、保険者間で財政調整を行うという考え方である。その結果、所得水準が高い健保組合と共済組合の事業主・被保険者が、所得水準が低い政管健保の事業主・被保険者を財政支援するという形になる。また、政管健保の国庫補助を廃止するという。これは、従来、政管健保に対する国庫補助が、政管健保の被保険者の所得水準が低い点に着目した財政調整の役割を果たしていたけれども、今後は、健保組合と共済組合がその肩代わりを行うということを意味している。

この被用者保険制度間における財政調整という考え方は、以前も医療保険制度の抜本改正の議論のとき、案として浮上してきた歴史がある。けれども、健保連や財界から、健保組合の存在を否定するものとして反対を受け、実現してこなかった（注3）。完全な所得調整を行うとなると、健保組合や共済組合は、政管健保と並んで、単なる保険料徴収機関・保険給付支払機関と化すおそれがあり、健保組合等の存在意義を弱くさせかねない。また、組合健保や共済組合の被保険者の報酬（給料）引下げ等が行われている現下の厳しい経済環境の中で、政管健保の国庫負担を廃止して、健保組合等の被保険者及び使用者（事業所）の負担に転嫁することに対しては、被用者保険サイドから反対が強くならざるを得ない。

B案（独立保険方式）は、自民党ばかりでなく、2001年11月に政府・与党社会保障改革協議会が取りまとめた「医療制度改革大綱」においても提案されている本筋の案であるが、試案では否定的に評価されそうな内容となっている。

老人保健制度を廃止して独立保険方式を創設することは、次のような見解を踏まえたものと理解できる。①老人医療費に対して医療保険者からの拠出金で対応する財政調整という手法が限界に来ていること、②各保険者の大きな負担となってきた老人医療費分野を切り離して、現役世代の保険料負担を緩和すること、③少子高齢社会における社会保険制度では、高齢者一人一人を被保険者として位置付けることにより、社会保険を支える側に立ってもらわなければならないこと、である。しかし、こうしたねらいを損なうような内容の独立保険方式であれば、否定的に評価されてしまうことになる。試案の財政負担の内容は、公費5割、拠出金4割となっており、現在改正過程にある老人保健制度とほとんど変わらない。保険料負担の試算において、国保の負担増となる案では、政治的に合意を得ることは難しい。退職者医療制度が存続するというのも問題である。

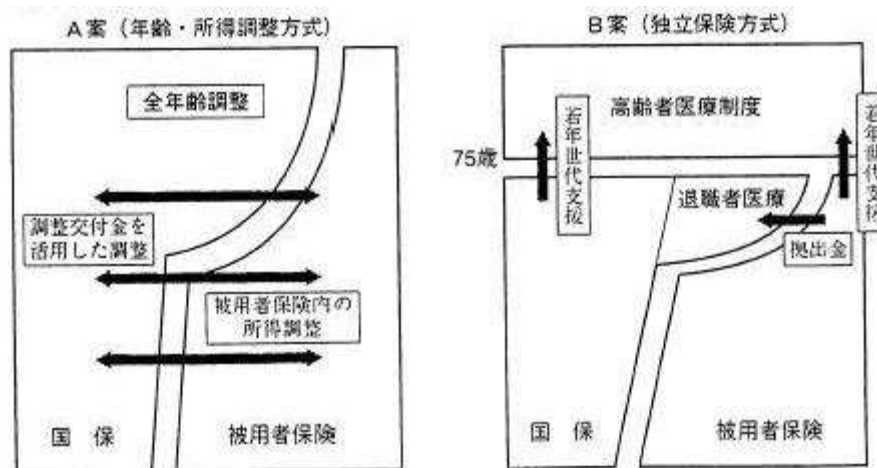
ただし、こうした課題は、たとえば医療保険制度に対する現行の公費負担を高齢者医療保険に集中させることや、対象者の年齢を引き下げ（アメリカのメディケアは65歳以上）高齢者保険制度の対象者をアメリカのメディケアのように70歳以上とし、退職者医療制度を廃止する等、独立保険方式の内容を修正すれば解決する可能性もある。年齢・所得調整方式の場合も同様であるが、試案に示された2案のみの是非を論ずるのではなく、これらをたたき台に、議論を深めてより良い内容に修正していくことが必要であろう。

【 表1 新たな高齢者医療制度の2案 】

	A案（年齢・所得調整方式）	B案（独立保険方式）
--	---------------	------------

内 容	<p>(制度間の年齢調整) 全保険者間で全年齢にわたる年齢構成の違いによる給付費負担の格差を調整</p> <p>(被用者保険制度内での所得調整) 各被用者保険者間で、所得の差異により生じる保険料率の差異を総報酬を基礎に調整</p> <p>現行の政管健保の国庫補助は廃止</p> <p>退職者医療制度は廃止</p>	<p>(75歳以上の高齢者医療制度の創設) 保険料は給付費の10%、公費は50%、各保険制度からの支援は40%</p> <p>退職者医療制度は存続</p>
財政影響	<p>政管健保は負担減、健保組合及び共済組合は負担増、国庫負担は微増</p>	<p>政管健保、健保組合及び共済組合は負担が微減、市町村及び高齢者は負担増、国庫負担は減</p>

【 新たな高齢者医療制度の概念図 】



◆保険者の再編・統合

次に、保険者の再編・統合であるが、試案では、次のような内容である。

国保は、都道府県単位の保険運営とする。保険料徴収等の事務は引き続き市町村が実施するが、新たな保険者としては都道府県か都道府県単位の公法人という案が考えられる。国保組合については、小規模・財政急迫の組合の再編・統合に資するように、規制緩和等を進める。

政管健保については、保険者は現行の形態を基本としつつ、都道府県を単位として財政運営を導入する。保険者間の財政調整に応じて現行国庫補助を見直し、その範囲

内で、政管健保内で年齢構成や所得による保険料水準の差異を調整する。

健保組合については、小規模・財政急迫組合の再編・統合に資するよう、規制緩和を進める。再編・統合の新たな受け皿としての都道府県単位の地域型健保組合の設立を認める。共済組合については、その自立性を尊重しつつ、保険者としての運営のあり方を検討する。

これに対する関係団体の意見であるが、「保険者の運営改善や経営効率化が検討・実施されずに、単に現状のままの統合や再編では効果はほとんどない」（健保連）など、健保連、経団連や連合は、単純な再編・統合論について疑義を表明している。国保中央会は、市町村国保の都道府県単位への再編・統合については前向きであるが、政管健保についても都道府県単位で分割すべきであると提案する。日本医師会では、3段階に分けて保険者の再編を行い、最終的には各都道府県の国保、被用者保険を統合した地域保険を創設すべきであると提案する。

保険者の再編・統合の議論は、2002年に行われた健康保険法等の改正議論の中から登場してきた新しい課題であるためか、試案の内容も、たとえば、市町村国保を都道府県単位の保険運営にするとしながら新たな保険者は未定であったり、保険料徴収事務を行う市町村との関係が不明であったりするなど、未定の事項が多い。実現可能性という観点からも不明である。しかし、本来、保険者は、保険の運営主体として医療保険制度の中核に位置するものであり、市町村国保や政管健保の保険単位を見直すことは、保険運営の広域化や財政運営の規模の拡大という観点ばかりでなく、後述するとおり、わが国の医療保険制度の基本的骨格を変革していくことになりうる重要な論点ととらえるべきである。

たとえば、国保制度を見てみよう。現在の国保制度の前身は、昭和13年に制定された国民健康保険法に基づくものであるが、制定当時は社会保険としては異例なことに、保険組合は任意設立、被保険者は任意加入の制度としてスタートした。市町村単位の保険組合を設立することとしたのは、「精神的結合が固く、隣保相扶の美風を有し、保険の根本精神である相互扶助の精神が受け入れやすい」からであった（注4）。旧国民健康保険法第1条の目的規定には、「相扶共済の精神に則り」という文言が入れられた。国保は、地域住民の社会連帯の考えを基盤に、医療費の負担軽減のほか、医療の普及を目的にしていたのであり、医療費に対する保険給付のみでなく、国保立病院や診療所の開設・運営、保健活動を行う総合医療保障制度という性格を有していた。これを、都道府県単位に変更した場合、地域住民の連帯意識は薄まらざるをえない。さらに、新たな保険者が、現行の市町村国保と同様の医療・保健業務を行うことは困難であることから、国保保険者の単位の変更は、国保制度のあり方そのものを改正することにつながるであろう。

◆保険制度の構造的問題の解決

医療保険制度は、「抜本改革」の歴史でもある。表2のとおり、60年代後半から70年代にかけては政管健保の財政問題が、80年代は老人医療費の増大による国保の財政問題が、90年代後半は医療保険各制度の財政問題が、制度改正の契機となった。しかし、保険者の再編・統合問題が、本格的に制度改革の俎上にあがったのは初めてである。これについては、試案に見られる視点、すなわち、5000余りの保険者が

分立していて、小規模、財政急迫の保険者が存在しているために、保険者の財政基盤の安定や保険者機能の向上を図るために都道府県単位の再編成が必要であるという視点以上に、そもそも次のような我が国の医療保険制度の構造的問題の解決が急務の課題となっているからであると認識すべきであろう。

第一に、国民皆保険体制を維持していくことを目的とした中央集権型の医療保険運営の限界である。我が国の医療保険制度は、一見すると各制度が分立しているように見えるが、表3のとおり、全国統一の審査支払い機関の存在、全国一律の診療報酬体系や医療制度、画一的な保険給付など、保険者の分立や保険料率の算定方法を除けば、既に一元化されていると見ることもできる。保険者についても、政管健保は国の直営であるし、健保組合は、健康保険法上、「本来国が行うべき健康保険事業を、国に代わって行うもの」、すなわち代行機関と位置付けられている。このため、健保組合に対する規制は詳細であり、つい最近まで「箸の上げ下ろし」的な行政指導が行われていた。市町村国保の事業についても、1961年からの国民皆保険体制の基盤として、国の団体委任事務として始められた。このように、国保も健保組合も政管健保も、国の医療保険政策の強いコントロール化におかれている。この観点に立てば、日本の医療保険制度において、保険者が5000余りに分立しているのは見かけ上のもので、実際には、国民皆保険体制を維持していくために、国が実質的な最終保険者として医療保険制度を統括し、健保組合や市町村国保は保険者機能の一部を代行しているか、委任を受けているという形態なのである。市町村国保の中には、確かに被保険者数が小規模な保険者が多いが、小規模だからといって直ちに財政的に不安定というわけではない。田近栄治氏と油井雄二氏の研究によれば、現行の国保制度では、保険財政に占める保険料収入のシェアが低い市町村の方が財政が安定している（注5）。国保制度の維持のために国による様々な財政支援措置が講じられてきたからである。老人保健制度も退職者医療制度も、国保制度の財政安定化を図るために、国民皆保険の最終保険者としての国による「上からの」調整方法であった。こうした、国主導による医療保険制度全体の調整が、国庫補助等の財政面や、被用者保険からの拠出金による財政調整という手法の面でも限界に達してきたのが最近の状況である。

第二は、国民皆保険の基盤となっている国保制度の限界である。国保は、被用者以外の自営業者や農林水産業者を主たる対象にした地域保険としてスタートしたが、現在では、被保険者の約4割は無職、約半数は60歳以上という「無職・高齢者」社会の保険に変貌している。保険料負担能力という面では貧寒たる現状になっている。また、高齢者医療制度における独立保険方式の創設は、国保制度の見直しと密接不可分の関係にある。現在の国保を支えているのは、国保被保険者の約3割を占める被用者ともいえるが、本来、被用者が国保被保険者の中でこれほどのウェイトを占めることは問題である。パート労働者の増大等の雇用形態の変化等が、従来からの被用者保険と国保の区分けにそぐわなくなってきたり、あるいは、事業主負担を回避するための国保適用もあると仄聞している。さらに、全国土木建築国保組合のように、本来は被用者保険に位置付けるべき国保組合に、高率の国庫補助が行われている。

第三は、保険者機能の強化の必要性である。これは、第一の視点と関係するが、国による医療保険制度全体の調整機能が困難な状態であるならば、国民皆保険の最終責任者としての国の役割は、社会的な支援が必要な分野に集中・限定する一方で、健保組合のように本来自立しうる医療保険者は、規制を緩和し自己責任の下に保険運営に当たるべきであろう。保険者の再編・統合の目的は、これまでのように、国が医療保

険の最終的な責任者として全てを統括するのではなく、地方行政における「地方分権」の発想のように、各医療保険者の体質を強化し、自立性を高めることによって、それぞれの保険者が保険者機能を効果的に発揮できるようにすることにあるのではないか。また、保険者機能の強化は、被保険者本位の医療保険や、医療保険制度全体の効率的な運営という観点からも重要である。

表4は、保険者機能を整理したものであるが、これまでの医療保険者は、(1)と(2)の業務が中心であり、特に保険料の賦課・徴収と保険給付の支払い機関と化していた傾向があった。総合規制改革会議では、保険者機能として「被保険者の利益を擁護する善意の代理人(エージェント)としての役割」を強調し、規制緩和推進3か年計画(平成14年3月)の中では(3)の事項の実現が提案されている。さらに、受診状況や医療費の分析を基にした被保険者に対する医療アドバイスや、医療機関や患者の医療行動に対する調査権も必要不可欠であろう(注6)。

◆改革のキーワード

以上を前提に考えると、試案では、保険者の再編・統合と高齢者医療制度の見直しとが有機的に結びついていない感がある。両者は別々に議論をするのではなく、連立方程式を解くように、両者をあわせて議論・検討をしなければならない。これらの2つの問題は、我が国の医療保険制度の構造に変革をもたらすものであり、その際のキーワードとしては、国が責任をもって対応すべき分野に集中することと、医療保険者の保険者本来の機能の強化であると考えられる。

このように今回の医療保険制度改革は、我が国の医療保険制度の構造そのものを変革していく可能性があり、かつ、消費税引き上げのような新たな財源問題も絡んでいる重大かつ複雑なテーマである。かつて「医療臨調」設置の議論があったが、少なくとも昨年の道路関係4公団民営化推進委員会のように、省庁や関係団体の利害関係者とは異なる外部の社会保障や社会保険等の有識者による検討の場が必要ではないだろうか。

最後に、本稿の考え方に基づき私見を述べると、次のとおりであり、何らかの参考になれば幸いである。

- ①国が実質的な保険者として直接責任を持つ対象者は、主として高齢者及び低所得者とする。
- ②高齢者に対しては、アメリカのメディケアを参考に70歳以上を対象とする医療保険制度を創設する。財源は、高齢者の保険料については、老齢・遺族年金等の年金財源からの拠出金(保険給付費総額の2割程度)とするほか、国・地方負担(同5割程度)及び被用者保険サイドからの拠出金(同3割程度)で対応する。保険者は、国・地方団体の連携の下に全国同一の公的主体で対応する。したがって、高齢者の保険料率は、基本的に全国同一とする。これにともない、退職者医療制度は廃止する。
- ③国保は、自営業者と無職者を中心とする制度とし、低所得者に対しては、保険基盤安定制度の拡充により対応する。現行の国保被保険者の中で被用者は、基本的に政管健保の対象とする。国保と政管健保の保険者は同一とすることにより、国保と政管健保との間で見られる被保険者資格の不整合を防止する。政管健保は、保険者としての自立性を発揮できるような組織形態(たとえば公社化)に変更するとともに、規制緩和

和を進める。

④健保組合及び共済組合は、規模の拡大を図りつつ、統合・再編を進める。組合健保は、国庫補助なしで運営する代わりに、規制緩和を進め、保険給付内容等について自主性を高める。国保組合も、原則として健保組合と同等の位置付けとする。保険業務の民間企業への委託を可能とする。

【 表 2 医療保険制度改革に関する主な歴史 】

1961	国民皆保険達成（国民健康保険を全市町村が実施）
1966	国保法改正（世帯主の給付率引上げ、国庫負担率引上げ）
1967	健保臨時特例法（2年）制定 厚生省医療保険抜本改正案
1970～72	健保法改正案国会提出・廃案、保険医総辞退（71年7月）
1973	健保法改正（保険料率の引上げ、家族給付率の引上げ、高額療養費制度の創設、定率国庫負担の明文化（ $10\% + \alpha$ ））
1978～79	老人福祉法改正（老人医療費の無料化） 健保法改正案国会提出・廃案
1980	健保法改正（一部負担引上げ、国庫負担率引上げ（ $16.4\% + \alpha$ ））
1982	老人保健法制定（老人医療費無料化の廃止）
1984	健保法等改正（本人9割給付（1割負担導入）、退職者医療制度の創設、国保国庫負担率の引下げ）
1986	老人保健法改正（老人保健加入者按分率の引上げ）
1988	国保法改正（保険基盤安定制度の創設等）
1992	健保法改正（中期財政運営の導入、保険料率の引下げ、国庫負担率の引下げ（13%））
1994	健保法・国保法改正（入院時食事療養費の支給、付添看護の廃止等）
1997	健保法改正（本人8割給付（2割負担）、外来薬剤一部負担の導入等）
2000	介護保険制度施行
2002	健保法改正（本人7割給付（3割負担）、保険料率引上げ）

【 表 3 日本の医療保険制度 】

保 険 者	国 ——— 政管健保 ——— 健保組合 ——— 共済組合 ——— 市町村国保 ——— 国保組合
審査支払機関	社会保険診療報酬支払機関 各都道府県国民健康保険連合会
保 険 給 付	原則として7割給付 (70歳以上は8～9割給付) 全国統一的な診療報酬体系
保険医療機関の指定	都道府県

【 表 4 保険者機能について 】

(1) 保険業務	
・ 被保険者管理	被保険者台帳、保険証発行・返納等
・ 保険料徴収	保険料算定・告知、徴収、収納管理等
・ 給付処理	請求支払管理、再審査請求、付加給付、医療費通知等
・ 報告業務	日次帳票処理、月報作成、年報作成等
・ 予算・決算	見込み、概要、確定等
(2) 保健事業 (健康管理事業)	
・ 保健業務	健康診断、健康情報提供、病院・診療所運営等
・ 健康増進業務	保養所運営、健康増進施設運営、利用補助等
(3) 規制改革推進3ヵ年計画	
○ 保険者によるレセプトの審査・支払	
○ 保険者と医療機関の協力関係の構築	
○ 保険者による被保険者・医療機関に対する情報収集	
○ 保険者の自主的運営のための規制緩和等の措置	
(4) その他、必要と考えられる機能	

- 被保険者に対する医療アドバイス
- 保険医療機関や患者に対する調査権
- 被保険者の受診状況・医療費等の分析

【注】

- (1) これは、医療保険制度改革において、診療報酬体系の見直しよりも、高齢者医療制度の創設や保険者の再編・統合が重要であると見なしているからではない。診療報酬体系の見直しの方向性には異論がなく、具体的な成案づくりが課題である。
- (2) 関係団体の意見や反応については、「週刊社会保障」第 2219 号等の記事を参考にしている。
- (3) たとえば、1978年に政府提案により国会に提出された健康保険法改正案では、将来全被用者間で財政調整を行うこととし、それまでの間は、健保組合相互間で財政調整を行う旨の規定が盛り込まれた。また、当時の自民党は、武見太郎日本医師会長との協議を踏まえて、被用者保険間の財政調整を行う医療保険財政調整法案を、議員立法として国会提出した。しかし、これらの案は、健保連や財界から健保組合の存在を否定するものとして猛烈な反対を受けた。結局、健保法改正法案は、2度の廃案を経て1980年に成立したが、健保組合相互間の財政調整規定の中で、将来全被用者制度間で財政調整を行うことを前提とする旨の規定は削除されることとなった。また、議員立法については、1度も審議されずに廃案となった。吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（1999年、東洋経済新聞社）、有岡二郎著『戦後医療の50年』（1979年、日本医事新報社）参照。なお、有岡によれば、当時の自民党が、本音のところ、政管健保と組合健保の財政調整が実現すると考えていたかどうかということは極めて疑わしく、武見会長へのポーズとして財政調整を進める姿勢をとっていた面が少なくなかった、と分析している。
- (4) 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』参照。
- (5) 田近栄治・油井雄二「高齢化と国民健康保険・介護保険」『季刊社会保障研究』1999年秋号
- (6) 本稿で論じた保険者機能に対する考え方については、主として「保険者機能に関する研究プロジェクト」報告書（平成12年度厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業、主任研究員山崎泰彦上智大学教授）を参考にしている。