

## 論文の内容の要旨

### 論文題目

公共政策と市場の反応：日本の家計の行動のミクロ計量経済学的分析

*Essays on Public Policy and Market Response: Microeconomic analysis of household behavior in Japan*

### 氏名

別所俊一郎

公共政策はしばしば家計行動を変化させたり、「歪め」たりする。政策の帰結を実証的規範的に評価するには、それぞれの政策によって家計の行動がどのようにどれほど変化するかについての理解が不可欠であり、その数量的評価には計量経済学的な研究が必要である。家計を直接の標的とした政策を評価するうえでは、家計の個票を用いた実証的な検討が行わなければならない。本論文では、いくつかの家計の個票データを利用して日本の家計行動の実証分析を試みる。

本論文が検討の対象とする家計行動は、予備的貯蓄・通院・労働供給の3つである。予備的貯蓄は家計がリスクに対処する方法のひとつであり、その大きさは公的年金制度や社会保障制度を設計するにあたってキーとなる。病院に通うタイミングや病院の選択がどのように決定されているかを理解することは、医療政策や公的健康保険制度の評価に必要であろう。労働供給が税引前賃金率にどれほど反応するかは、労働所得税がもたらす厚生損失の大きさを推計し、あるべき税制の姿を構想するためには欠くことのできない情報である。本論文ではこれらのテーマについて個票を用いて分析を行う。第2章は予備的貯蓄の分析に充てられ、第3・4章では家計の通院行動の決定要因を分析する。第5章では労働供給の税引後賃金率に対する弾力性の推定が行われ、この結果に基づいて、第6章では日本の公的資金の社会的限界費用 (SMCF) の推計を行う。

第2章は日本における予備的貯蓄動機の大きさを検討する。将来不安を原因とする消費減・貯蓄増は予備的貯蓄といわれており、その存在については理論的・実証的にかなりの研究蓄積が存在している。日本に関する予備的貯蓄の実証研究はいくつかあるが、その多くは不確実性を所得リスクに求めていることに加えて、推計に際しては時系列データを使用している点で限界がある。そこで第2章では、離職率や転職離職率に代表される雇用不安が家計の消費・貯蓄行動に与える影響を、Carroll の緩衝在庫モデル (buffer-stock saving hypothesis) に基いて、個票 (日本経済新聞社「金融行動調査1997年」) を用いて検証することにする。緩衝在庫モデルは、数値シミュレーションから得られるライフ・サイクルでの金融資産形成プロファイルが現実のデータと整合的である等、これまでの単純なライフ・サイクル/恒常所得仮説ではパズルとされてきたいくつかの事実を明解に説明することができる。推定結果によれば、離職率 (雇用リスク) の

増大が家計の金融資産比率を有意に上昇させていることを示しており、予備的貯蓄の存在を強く示唆する結果となっている。また、住宅ローン返済や教育費負担等の義務的支出の増大が貯蓄・消費双方に抑制的に作用していることも示唆された。

第3・4章は、家計の通院行動を、首都圏・関西圏で行われた調査の個票を用いて分析する。まず第3章では、症状が現れながらも患者未満の存在である有訴者（自覚症状を訴えている人）の通院開始行動について実証分析を試みる。本章で扱う軽医療においては、自然治癒を待つ、市販薬を飲むといった他の選択肢が存在するため、症状が発現したからといって誰もがすぐに病院へ駆け込むわけではない。それでは、病院へ通い始めるまでの行動はどのような要因に規定されているのだろうか。健康保険の自己負担率はその行動に影響を与えているのだろうか。本章の問題意識はこの点にある。通院や医療サービスの消費量と自己負担率等の関係については、RAND研究所の一連の研究を嚆矢として数多くの研究が行われており、さまざまな知見が得られてきた。そのようななかで、本章が通院開始に焦点を絞るのは、この行動が家計の意思決定のみによって行われるからである。というのも、消費を行う主体である患者は医学の知識や健康状態を判断する能力を持っていないことが多いために、医療サービスの消費量の決定はいくばくかは医師に委譲されているとみるのが自然である。それゆえ、有訴者・患者の行動を制御しようとする政策を考えるうえでは、医師の影響を受けない行動についての分析を行う必要がある。本章では、サバイバル分析を用いて診療機関に通い始めるか否かという意思決定の動的側面を描写する。その結果、通院を開始するか否かは通院することによる便益の大きさによって規定されるところが大きく、自己負担率で表される金銭的要因はそれほど大きな役割を果たしていないことが看取された。

第4章では、通院開始の第2段階にあたる、通院する診療機関の選択の決定要因について離散選択モデルを用いて分析を行った。その結果、出血や内出血の症状がある場合には診療所よりも一般病院へ行く傾向が強まる、通院時間や待ち時間が長い診療機関は好まれない傾向がある、一般病院においても、診療所においても診察時間が長い・診療点数が多いほうが選好される、といったことが分かった。通院時間・待ち時間の長さは通院の機会費用を示しているだろうし、診療点数が多いことが好まれることは、有訴者の持つ option demand を反映していると考えられる。また、診療時間の長さへの選好は、医師とのコミュニケーションに対する需要を示していると解釈できよう。ただし、医師とのコミュニケーションへの需要は、統計的に有意に検出されるものの、その大きさはそれほど大きいものではないことがシミュレーションによっても確認された。

第5章では、個票を用いて超過累進所得税制によってうまれる線形屈曲な予算制約を明示的に考慮した Hausman 流の structural estimation を行った。労働供給と税引後賃金率の実証的な検討は、公共政策を考えるうえで不可欠な作業の1つであろう。労働所得税は厚生損失をもたらしうるが、その死荷重の大きさを決めるパラメタのひとつとして労働供給の弾力性を欠くことはできまい。しかしながら、日本における労働供給行動の実

証分析を概観してみると、労働力の中核をなす働き盛りの男性についての本格的な実証研究はいまだ緒に就いたばかりといわざるを得ない。また、多くの分析が行われてきた高齢者や女子労働についても適切な特定化がなされているものはそれほど多くはなく、税制が労働供給行動に与える効果を必ずしも識別できていない。このような現状を踏まえ、われわれは、1997年・2002年の就業構造基本調査の大規模な個票を用いて働き盛りの男性の労働供給の賃金に対する弾力性を、超過累進所得税制を明示的に考慮して推定した。日本の労働所得税の制度的特徴をできるかぎり考慮した構造推定を行った結果、働き盛り男性の労働供給の非補償弾力性は0.04~0.16であることが示唆された。このように低いマーシャルの弾力性は、欧米における先行研究とも整合的である。

第6章は、第5章の結果を用いて、日本の公的資金の社会的限界費用を推計した。公的資金の限界費用(MCPF)とは、価格弾力的な課税標準から税収を徴収しているときに、限界的な税収1単位がもたらす厚生損失の大きさをいう。すなわち納税者が限界的に税収1単位を納めるときの費用は、 $1 + \text{MCPF}$ で表現される。MCPFは、費用便益分析における実効費用の算定や漸進的税制改革の方向性に重要な役割をもつ。プロジェクトの資金が総税収と比べ微小ならば、その資金調達は微小な税収増として考えられるため、厚生変化を考慮した実効費用はプロジェクトの名目費用にMCPFを乗じることによって近似できる。あるいは、もし税制が最適であるならば、各課税標準からのMCPFは等しくなるはずであり、そうでないならば、MCPFの高い課税標準の税率を下げ、MCPFの低い課税標準の税率を上げることで社会厚生を増加させることができる。本章では、個々人が異質性を考慮し、分配ウェイトを用いて公的資金の社会的限界費用(SMCF)を推計し、さらにいくつかのグループごとにSMCFを推計した。その結果、地域別では東京・神奈川・大阪のSMCFが低く、青森・岩手・沖縄の各県のSMCFが高く推計された。このことは、後者の各県よりも前者の各都府県から徴税したほうが限界的には厚生が高い、あるいは、前者の各都府県から後者の各県への税収移転が限界的に望ましいことを示唆している。所得階層別では、ベンサム型の社会厚生関数のもとでは中所得者層、より不平等回避度が高いばあいには低所得者層のSMCFは高く、これらの層に適用される限界税率引き下げが相対的に望ましいことが示唆された。

なお、第2章は飛田英子(株式会社日本総合研究所)、第3・4章は大日康史(国立感染症研究所)、第5・6章は林正義(財務省財務総合政策研究所)との共同研究を基にしている。