

# 日本医師会「医師年金」の概要(公的年金等へのインプリケーションを探る)

2021年(令和3年)4月1日

(公財)年金シニアプラン総合研究機構  
特任研究員 石尾 勝

## 1. はじめに

日本医師会は、独自の私的年金制度として「日本医師会医師年金」を運営している(以下、簡単に医師年金という)。

1968年に制度発足以来、約半世紀にわたって、取り巻く環境の変化を乗り越えて、医師の老後の生活の安定、福祉の向上に貢献してきている。

令和元年9月末現在の制度加入者は37,496名で、うち加入者は16,668名、受給者は20,828名である。年金資産残高は5,117億円(時価)を有しており、企業年金以外では日本有数の規模の私的年金と言ってよい。

医師年金は、いわば「医師」の「医師」による「医師」のための自主的な私的年金制度であるが、公的年金の制度的補完として重要な役割を果たしている。

例えば、資産運用面では、数年前から国内資産を抑えつつ、外国債券やオルタナティブ投資を拡充してきており、昨今の公的年金等の運用を先取りする形で動いている。また、外部の年金専門家も交えた制度運営とガバナンスは企業年金と比べてもかなり強固な面がある。

医師年金はかなりユニークな構造と機能を有しており、公的年金や企業年金について考える上でも参考になる面があると思われる。

そこで、当レポートで、医師年金についてその概要を紹介する。

まず、制度設立の意義に簡単に触れ、公的年金等との比較を念頭におきつつ、制度面・機能面の主な特徴を述べる。

さらに、ガバナンスと資産運用の概要について論述し、簡単に総括する。

※本レポートのデータ等は、基本的に日本医師会が対外的に公開済みのものに基づいている。

論述の不十分や間違い、また意見に関する部分は筆者の責任である。

## 2. 制度設立の必要性和経緯

### (1) 医師のキャリア形成と公的年金の不都合な関係(制度設立の問題意識)

医療サービスは社会にとっての基本的インフラであり、国民が健康で豊かな生活を送る上で必要不可欠なものである。

そして、その医療サービスの担い手の中心は「医師」であり、医師の生活の安定、特にその老後の生活の安定を確保することは、国民全体の福祉向上にも直接影響する社会において重要な命題と言える。その意味で、医師の老後の生活を保障する年金制度の存在は小さくない意義を持っている。

翻って見ると、我が国においては、全ての国民にとって老後を支える柱として国が運営する公的年金があり、1961年に「国民皆保険」とともに「国民皆年金」が実現し、社会保障制度の基盤が整備された。

また、それと相まって、公的年金だけでは老後の生活を支えるには十分であるとは必ずしも言えないことから、それを補うため、企業が提供する福祉制度として、事業主が運営し従業員を加入対象とする企業年金制度や各種共済制度が設けられ、税制面での優遇措置の実施等により、その普及が推進されてきた。その後も様々な改正や新規制度の導入等により、公的年金を基盤とする老後福祉に関する制度的な強化充実が行われてきている。

ここで、「医師」という職業について見てみると、そのキャリア形成と就業形態の変遷は、一般産業界で働く人々のそれと比べて異質な部分がある。

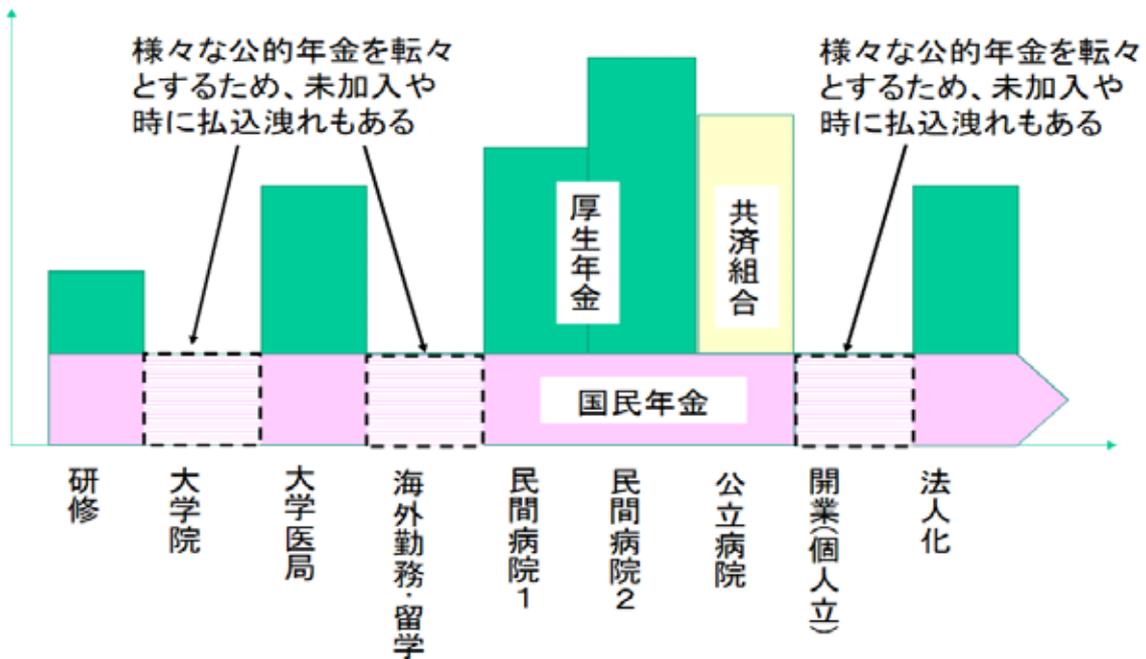
医師としての専門的な基礎研修期間に加え、(個人差もあるが)研究や海外留学等の期間が比較的長期にわたることが多い上に、被用者として病院に勤務する場合もあれば、診療所を開業して自ら事業主となる場合もある等、多様な就業形態があり、医師がキャリアパスとしてそれらの間を異動し、就業形態を変えることは日常的なことである。

このため、公的年金の体系(特に医師年金発足以前の国民年金と厚生年金の並列的運営の時代)では、各制度を転々とする中で、未加入や払込洩れもあり、公的年金を満足に受給できない医師が少なからず存在するという現実があった。

こうした状況を踏まえて、医師が連帯して、安心できる老後の生活を確保し、不安なく国民のための医療サービスを提供することができるような仕組みが強く求められた。

そこで、医師の連帯の基盤である日本医師会が母体となって、自主的な制度としての医師年金を設立し、管理運営することになったのである。

図表1: 医師のキャリア形成と公的年金の関係(イメージ)



(出所) 筆者作成

## (2) 発足までの経過(参考)

(1)で述べた問題意識を基に、公的年金レベルでの「国民皆年金」が実現した1961年に、日本医師会内で自主年金事業のための検討会が立ち上がった。

検討会では、年金制度の基礎的な理解から始まって、内外の制度の調査研究、制度試案の作成、大蔵省（現在の財務省）や厚生省（現在の厚生労働省）等の関係官庁との折衝、管理・運用体制の整備、医師会会員への周知活動等、幾多の準備作業が行われた。

結局、約7年の歳月と多大な労力を費やし、1968年10月に、「積立方式」の自主的な年金制度として発足した。

これにより、医師にとって、キャリアパスの変化等に影響されない継続的で確実な年金制度への加入が可能となり、公的年金だけに頼らない老後資金の安定的な確保が実現した。

その後、人口の高齢化、社会経済構造の変化など当制度をとりまく諸環境が大きく変化する中、当制度の維持および発展のため、給付内容の拡大や年金数率上の基礎率の変更等の制度改定を数回行い、現在に至っている。

### (3) 保険業法の「年金保険制度」としての位置づけ

医師年金は、過去に、その制度運営の土台が大きく揺さぶられる危機に直面したことがある。

その要因は、2000年代半ばに行われた保険業法の大きな改正、並びにそれと相前後して行われた公益法人制度の改革にある。

当時、無認可共済等による悪質な詐欺事件が度々発生したこと等を踏まえて、金融庁が、契約者保護等を目的として大幅な規制に乗り出し、根拠法のない私的共済（無認可共済）にも保険業法の投網をかけるべく、保険業法を改正した。この改正保険業法は2006年4月に施行された。

このため、日本医師会が運営する医師年金も、そのまま制度を継続するなら、保険業法が適用され、金融庁から厳しい規制と監督を受けることが懸念された。

これに対して、医師年金の理念や公益的な側面を日本医師会が政府関係者に粘り強く説明したこともあり、2010年11月に保険業法が再改正されて、厚生労働省が所管官庁として認可等を行うことで、金融庁の規制・監督から離れた適用除外の年金保険制度という位置づけになり、それまで通りの運営が可能となった経緯がある。

したがって、2013年までは任意共済（決算期9月）であったが、2014年以降は保険業法の枠内の制度と位置づけられている（決算期3月）。

また、上記と相前後して、内閣府による公益法人制度改革も進められたが、こちらに関しても、日本医師会が一般社団法人から公益社団法人に移行する上で、医師年金の存在と運営が問題とされ、事業を維持したままでは移行の障害となるリスクがあった。

しかし、こちらも最終的には無事、医師年金は日本医師会の公益事業として認定されることになり、2012年4月に日本医師会は一般社団法人から公益社団法人に移行している。

### (4) 事務費

なお、日本医師会が当制度を運営するための事務費として、保険料の0.25%を徴収している。

### 3. 制度の概要と機能的特徴

#### (1) 制度の基本思想と運営の考え方

医師年金の制度としての基本的な思想は次の通りである。

- ① 公的年金を補完し、医師の老後生活の基盤としての役割を發揮する
- ② 医師のキャリア形成やライフプランにできるだけ柔軟に対応できる
- ③ 規律ある運営の仕組みにより、制度として自立的・安定的に運営する
- ④ 個別勘定の積立方式とし、中長期的に安全で効率的な資産運用を行う

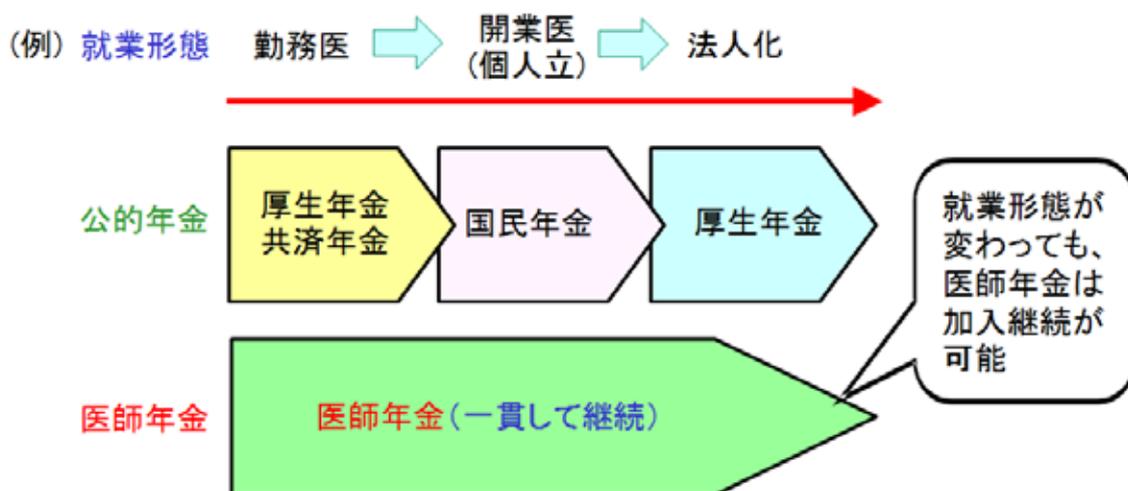
#### (2) 公的年金の補完と医師の老後生活の基盤としての機能

上記の①を実現するため、医師の就業形態の変化にとらわれない、加入から受給まで切れ目なく継続的に有効な基盤となる仕組みを設計した。

公的年金では、就業形態によって、国民年金、厚生年金、共済組合（厚生年金の間で加入に関して変更が必要となるが、医師年金では一貫通貫的に加入が継続される。

これにより、公的年金を補完し、医師の老後生活の基盤としての役割を發揮するとともに、次項で述べるような医師のキャリア形成やライフプランにできるだけ柔軟に対応できる設計になっている

図表2: 医師のライフサイクルでの公的年金と医師年金の比較(イメージ)



(出所) 日本医師会資料を基に筆者作成

### (3)加入面での特徴

#### (ア) 個別積立方式による確定給付型

制度の基本思想の②の医師のキャリア形成やライフプランにできるだけ柔軟に対応する観点も踏まえて、個別勘定による積立方式で運営されている。

加入すると、個人ごとに「勘定」が設けられ、払い込んだ保険料およびその積立金原資をもとに、原則として確定した金額を年金給付する仕組みとなっている。

※私的制度で個別積立方式の医師年金の制度や運用の特徴等について、社会保険で賦課方式の公的年金と単純に比較することはできないが、以下においては、特徴等を論述する中で参考のため言及しています。

#### (イ)加入者の資格条件

医師年金への加入資格は、①「日本医師会の会員」であること、②加入時の年齢が満64歳6ヶ月未満であること、が必要である。

また、年金の受給権が発生する満65歳までは日本医師会の会員であることが必要条件となっている。

なお、日本医師会会員の医師年金への加入は、あくまで会員個人の自発的な意思に基づく任意のものである。

ちなみに、発足当時は大半の会員が加入して加入率は高かったが、その後、会員数が増加する中で医師年金は任意加入のため、次第に加入率は低下した。

現在、日本医師会の会員数は直近で約17万人余りであるが、医師年金への加入者・受給者総数は3万7千人余りであり、未加入者の割合が大きいことから、加入促進が制度運営の重要課題の一つとされている。

※日本医師会は、任意加入の団体であり、医師が医師としての業務を行う上で必ず加入しなければならないものではない。その点で、弁護士資格等とは異なっている。弁護士は日本弁護士連合会に備えた弁護士名簿に登録されてはじめて弁護士として活動できる（弁護士法第8条）。

ちなみに、日本医師会の会員総数は173,328人(2020年12月1日現在)で、我が国の医師数は33万人弱であるから、会員の割合は半分強である。

加入期間（保険料払込期間）は満65歳に達する迄である（受給開始は原則65歳である）。

(ウ)加入する年金の種類

加入する年金は、「基本年金」と「加算年金」の2階建ての構成である。

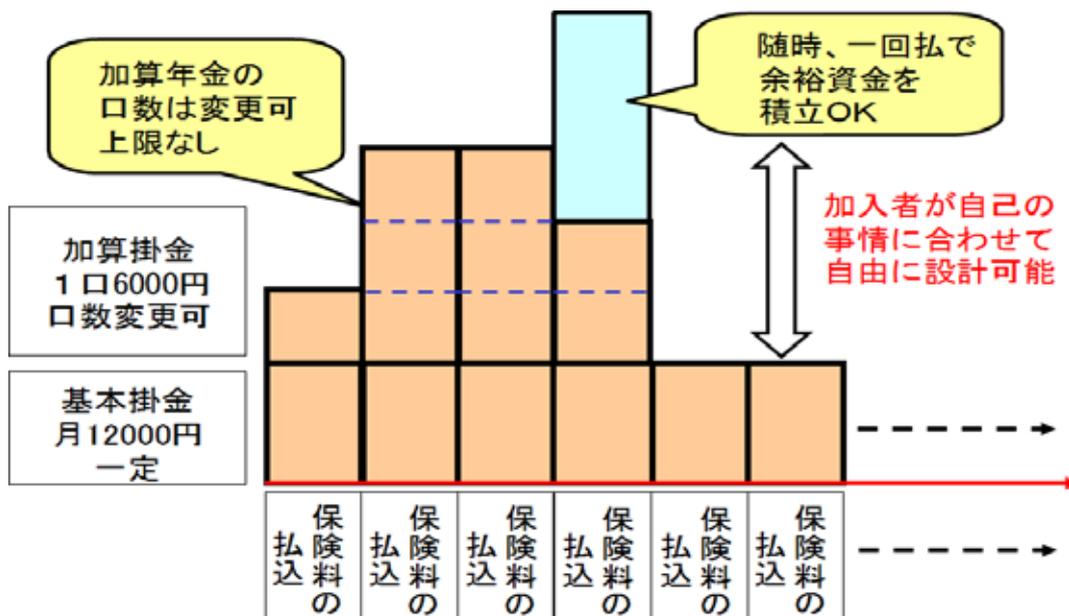
(基本年金)

- ・ 医師年金に加入申込した全員が一律に必ず加入する。
  - ・ 一定額の保険料を継続的に払い込む（月払：12000円、年払：138000円）。
  - ・ 払込時の年齢に応じた「一括払」も可能となっている。
- これは、払込時から65歳までの年数分について将来保険料の割引現在価値（積立利率(予定利率)で割引く）の総和を一括して払い込むものである。

(加算年金)

- ・ 基本年金への上乗せの位置づけで、加入者の事情に合わせて任意加入である。
  - ・ 口数単位での加入払込の取扱となっている（現在、一口6000円）。
  - ・ 加算年金には上限が設けられておらず、何口でも払い込み可能である。
  - ・ 加入途中での金額増減（払込口数の変更）も自由である。
- これにより、加入者の事情に合わせた柔軟な対応が可能となっている。
- ・ 「随時払」が設けられている。
- 加入者に余裕資金がある場合等に、通常の間違って払い込む保険料とは別に、一回払いで随時払い込みができる。

図表3：基本年金と加算年金のしくみ(イメージ)



(出所) 日本医師会資料を基に筆者作成

#### (4)「脱退」についての特徴

##### (ア)脱退の条件

「脱退」については、社会保険として強制加入である公的年金とは異なり、任意の自主的制度である医師年金は自由度が高い。

以下の場合には、制度からの中途「脱退」が可能である。

- ・ 保険料を引き続き支払中の加入者
- ・ 年金支給開始時期を延長中（受給に関する部分の説明で改めて述べるが、公的年金の「繰下げ」に相当する。）である者

なお、既に年金を受給している者は「脱退」できない。

##### (イ)脱退時の払戻金額

「脱退」する場合の払戻金額は、払込済み保険料総額と利息相当分を合算し、一時金としての支払となる。

ここでの利息は、市中金利を参考にして毎年決定する「脱退一時金利率」が適用される。

なお、払込済み保険料から事務費 0.25%を控除しているため、「脱退」すると、若干ではあるが、元本割れの可能性がある。

##### (ウ)加算年金のみの「脱退」が可能

医師年金の「脱退」に関してユニークな点は、基本年金は加入したままで、加算年金部分のみを脱退することができることである。

しかも、加算年金は、「規程」で認められた理由があれば、その全部ではなく、加入者のニーズに応じて、一部だけの「脱退」が可能である。

一部脱退の場合は、加算年金の払込済み保険料総額と利息相当分の範囲内で、一時金（10万円単位の希望金額）として、払戻を受けることができる。

#### (4)加入・脱退の仕組みに見られる年金制度としての興味深い留意点

##### (ア)国民年金＋国民年金基金との類似

医師年金の加入について、今一度、簡単にまとめると次のようになる。

- ・ 2階建て構造（1階部分の基本年金＋2階部分の加入年金）
- ・ 1階部分の基本年金
  - ・ 制度加入時に必ず加入
  - ・ 所得や資産と関係なく保険料は一定で、それに応じた将来給付、という固定的な仕組みである。
- ・ 2階部分の加算年金
  - ・ 任意加入
  - ・ 保険料は口数単位で、加入者によって保険料(口数)が異なり、変更可能。それに応じて将来給付が変動する可変的な仕組み。

上記のように見ると、医師年金の加入の仕組みは、誤解を恐れずに言えば、「国民年金＋国民年金基金」に類似していると言える。

※なお、国民年金基金の実質的な運営開始は、平成元（1989）年改正により、完全自動物価スライド制の導入等とともに、「地域型国民年金基金の創設と職域型国民年金基金の設立要件の緩和」が実現してからになったので、時系列的には、医師年金（1968年10月運営開始）の運営の方が早かったと言えよう。

## (イ)加算年金の「預金」的性格

加入する内容や保険料の払い方、脱退の方法等に関する特徴的な仕組みは、医師の多様なキャリア形成、所得やライフプランの変化に柔軟に対応するために考えられたものである。

ここで留意しておきたいことは、こうした柔軟な仕組みから生じる、加算年金の実質的な「預金」とも言える性格である。

加算年金への加入はキャッシュの任意での預入、と考えることができる。預け入れたキャッシュには運用利息が付く。

また、正当な理由があれば、自由に一部または全部脱退することができる。これは、加入者にとって、

- ・自由にキャッシュを積み立てることができる、
- ・積み立てたキャッシュの一部または全部の払戻しが事実上、随時可能、

ということになる（ペナルティとして事務費が控除されるという点はある）。

以上を踏まえて、あえて言えば、加算年金は「年金」というより、年金払い特約付きの「預金」に近いと考えることができる。

この点については、「年金」という性格や機能を逸脱しているのではないか、という見方が出てくるかもしれない。

しかし、むしろ、公的年金（国民年金）や iDeCo は、国民（加入者）の多様化する働き方や生活のニーズに対して、医師年金で見られるような「柔軟性」の点で、十分ではないのではないかと問いかけることもできるだろう。

例えば、iDeCo は、あくまで「年金」としての建付けで位置づけられており、それを担保に、税制優遇（保険料投入時、積立金運用時、年金給付時）が認められている（逆に言えば、税制優遇を享受するためには「年金」である必要があり、「年金」の位置づけから外れれば、税制優遇は認められないだろう）。

しかしながら、iDeCo 普及の裾野をさらに広げ、老後のための円滑かつ効率的な資産形成が必要な国民のニーズに答えるためには、「年金」であるための制度的な制約が必要であることは踏まえたうえで、運営面での工夫や改善を行う余地があるかもしれない。

## (5)受給面での特徴

### (ア)年金受給の開始時期とその繰り下げ(延長)可能期間

医師年金の受給開始時期は、原則として「満65歳」からである。

ただし、加入者が申し出れば、受給開始を75歳まで先送りすることができる。  
(この支給開始時期の「延長」は、公的年金の「繰り下げ」に相当する。)

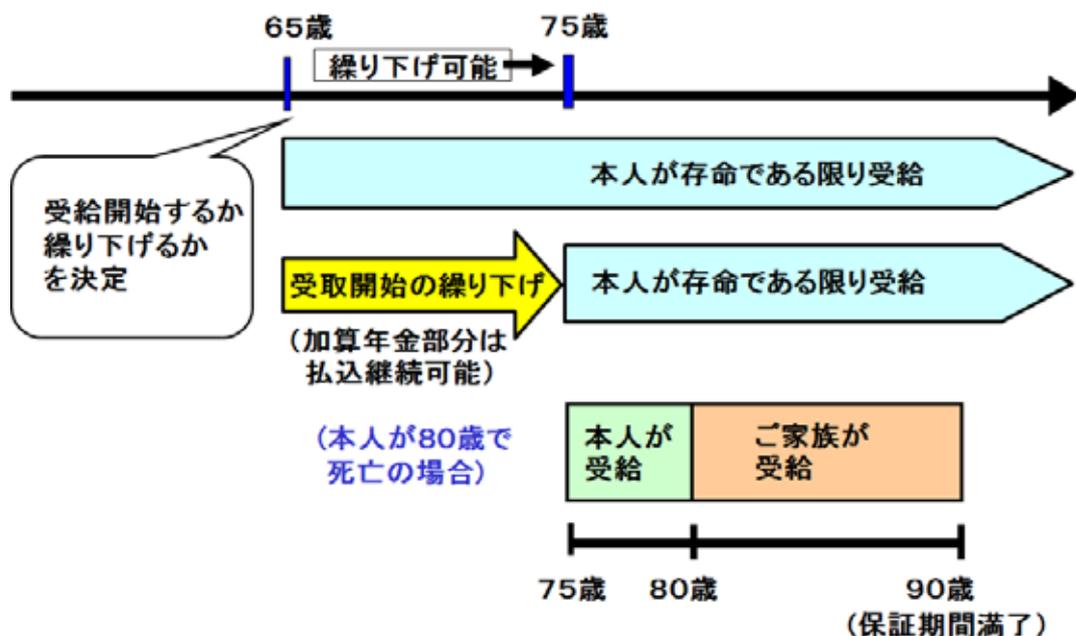
医師年金の場合は、受給開始を繰り下げの場合は加入者からの意思表示としての「申出」を必要とする。受給開始時期を「70歳」とか「75歳」等と指定して、書面で提出してもらう(後日、受給開始時期の変更は可能である)。

受給開始時期の繰り下げについては、公的年金(国民年金、厚生年金)でも、2022年4月1日から、受給開始年齢の上限が「75歳」まで繰り下げられるが、医師年金は、当初から制度として、より幅広に対応していたことになる。

なお、基本年金は65歳到達で払込満了となるが、延長(繰り下げ)中、加算年金については、加入者が手続きすれば払込を継続することも可能である。

また、次項で述べるが、基本年金の給付は「保証期間付終身年金」であり、加算年金も「保証期間付終身年金」を選べる(4つある選択肢の中の1つ)が、受給開始後、保証期間中に本人が亡くなった場合は、遺族が保証期間終了まで同額を受給する(残額を一時金で受け取ることも可能である)。

図表4: 受給開始時期と保証期間(イメージ)



(出所) 日本医師会資料を基に筆者作成

## (イ)給付の方法

給付の方法は、以下のような選択肢がある。

- ・ 1階部分の基本年金は、現在、「15年保証期間付き終身年金」である。
- ・ 2階部分の加算年金には、4つの給付方法がある。  
基本年金と同様に、「15年保証期間付き終身年金」が選択可能である。  
他に、確定年金として、5年、10年、15年間支給の3パターンがある。

以上の選択肢により、給付開始時に受給者のニーズに最も合った給付方法を選択することができるようになっている。

さらに、一定の条件の下で受給者が死亡した場合、遺族年金が支払われる他、子弟の教育のための育英年金や傷病年金なども制度に取り入れられている。

※ここではこれらの詳細については割愛する。

図表5: 基本年金と加算年金の給付の方法(受取コース)

受取コース	基本年金	加算年金	給付期間
A 平成5年9月以前の加入者のみが選択できます。	10年保証期間付 終身型	10年保証期間付 終身型	基本年金+加算年金、 終身支給
B1	15年保証期間付 終身型	15年保証期間付 終身型	基本年金+加算年金、 終身支給
B2		5年確定型	受給開始後5年間は基本 年金+加算年金 6年目以降は基本年金の み支給
B3		10年確定型	受給開始後10年間は基本 年金+加算年金 11年目以降は基本年金の み支給
B4		15年確定型	受給開始後15年間は基本 年金+加算年金 16年目以降は基本年金の み支給

(注) 平成5年9月以前の加入者には10年保証期間付があった。

(出所) 日本医師会ホームページより

## 4. ガバナンスの特徴(管理運営と意思決定の体制)

### (1)制度運営の基本的考え方

年金制度においては、適正な制度設計と規律ある管理運営が重要である。

特に、医師年金は、公的年金や企業年金と異なり、制度の仕組みや運営自体は法令等に規定されない自主的な年金制度であり、だからこそ、制度設計と管理運営面で透明で強い自己規律が必要である。

当制度の制度設計と管理運営に関する基本的考え方は、制度の基本法とも言える「日本医師会年金規程」に定められている(以下、単に「規程」という)。

その要諦は、日本医師会が当制度を運営することによって、なんらの利得を受けないように適正に制度設計し、実際の保険料収納や年金給付、年金原資の保全、資産運用等は、それに基づいて規律ある管理運営を行うことにある。

### (2)「規程」における財政的規律

第一に、経理面では、医師年金の保険料や年金原資は基金として、日本医師会の一般会計や他の財源と完全に区分して取り扱われている。

加入者が払い込んだ保険料は、一般会計とは別の独立した特別会計に直接入れられ、当制度の維持管理のために日本医師会が行う事務の費用として控除する少額分(保険料の0.25%)と運用資産分とに分けて、厳格に管理されている。

また、年金基金の資産保全は、適切な第三者(信託銀行)に委ねられており、日本医師会の自らの利益のために年金の原資を運用することはできず、運用から上がる収益や剰余金はすべて年金基金に留保され、日本医師会に全く帰属しないように定められている。

さらに、日本医師会が「規程」に従い、管理運営事務を適切に全うする限り、当年金制度に対する管理運営事務以外の費用負担や年金基金に損害があった場合の損失補てんは固く禁止されている。

第二に、年金の財政については、毎年、適正な年金数理計算のもとで決算を行い、加入者・受給者等に適切に開示することが定められている。

会計年度は4月から3月であり、毎年3月末の決算にて、必要な責任準備金や発生した剰余金等の金額とその処分を確定している。

さらに、制度の健全性と継続性を確保し、適正な運営を行うために、少なくとも5年に一度、制度や財政状況の点検を行い、必要があれば、基礎率の変更や給付額の増減等を、「規程」で定めた手続きに従って行うことになっている。この点検は、公的年金や企業年金と歩調を合わせたものである。

### (3)組織と意思決定体制

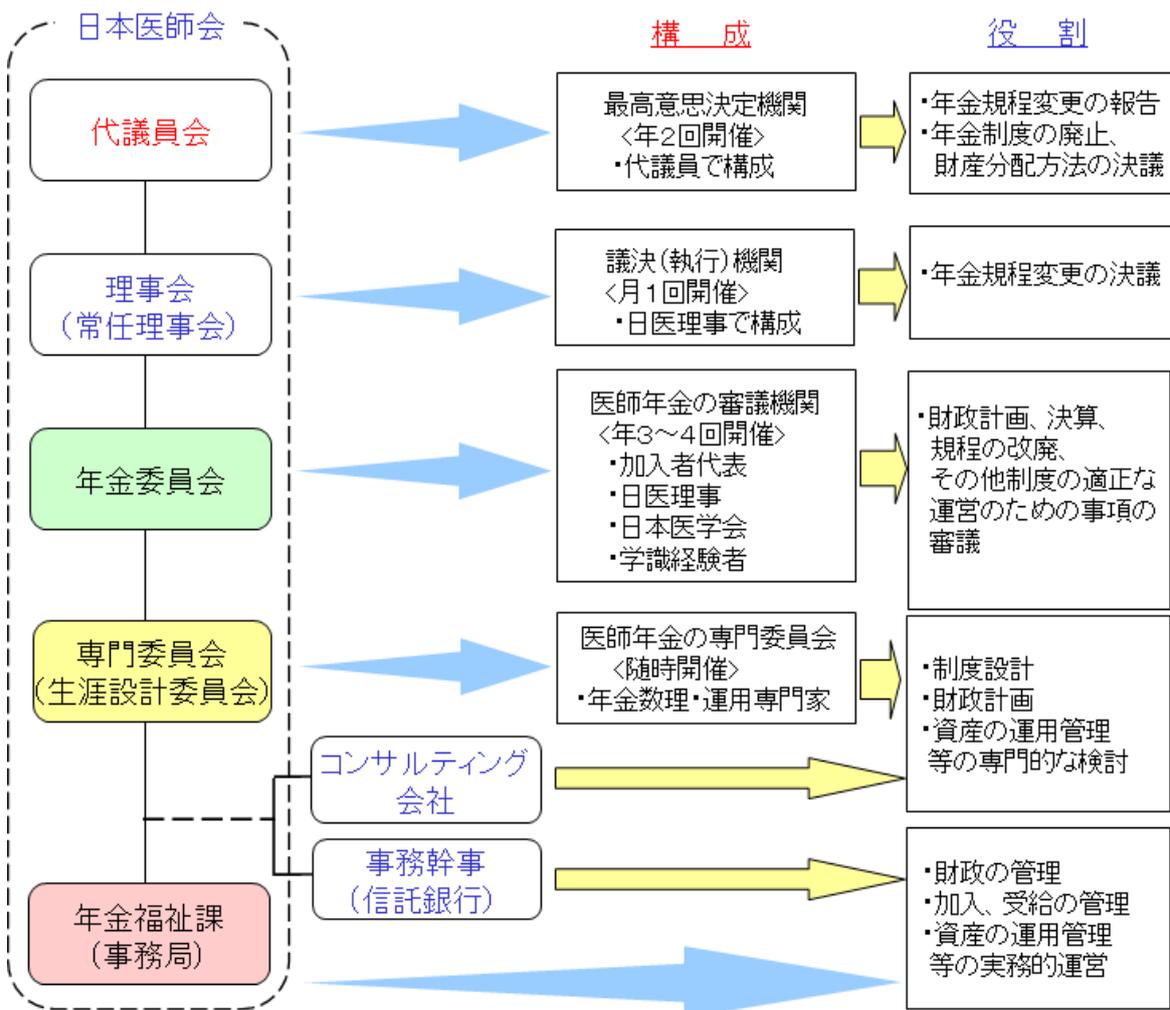
#### (ア)外部専門家の活用と重層的モニタリング構造

日本医師会は公益社団法人であり、組織としての最終的な意思決定は理事会で行うが、理事会の理事は全員医師であり、年金や金融の専門家はいない。

そうした中、医師年金が、企業年金基金と同様の資産運用を実施し、社会経済情勢の変化等を踏まえた制度の見直し等を適切に行う上で、外部の専門家等を積極的に活用するガバナンス体制が重要な役割を果たしている。

また、それを実効性のあるものにするため、医師年金に関する管理運営組織と意思決定プロセスは重層的になっている。

図表6: 医師年金の管理運営組織と意思決定構造



(出所) 日本医師会資料を基に筆者作成

## (イ)日本医師会代議員会、理事会の役割

日本医師会における最高の意思決定機関は代議員会であり、医師年金については、年金規程の変更等の制度の基本に係る重要な事項が報告される。

なお、制度自体の廃止については代議員会の決議が必要とされる。

医師年金の通常の運営における最終的な意思決定機関は理事会である。当制度の運営に関する重要事項（年金規程の変更、財政決算等）は、理事会の議決により会長が決済する。

理事の中で当制度の管理運営を担当する者が任命されており、日常の事務運営は担当理事が指揮する。

## (ウ)外部の専門家等によるサポートの活用

### (年金委員会)

当制度のための特別な意思決定機関として、制度の適正な運営を期すことを目的として、「年金委員会」が設けられている。この委員会は制度運営の重要事項について審議し、会長に答申する役割を持っている。

委員会は日本医師会の担当理事や学識経験者など数名に加え、約半数を占める加入者代表で構成されており、加入者の視点からの意見等が制度運営面で反映されるようになっている。

会長および理事会は「年金委員会」の決定を尊重することと定められており、医師年金についての実質的な審議・議決機関は「年金委員会」が担っていて、理事会は「年金委員会」の審議結果を確認し、了承するのが通例である。

### (専門委員会（生涯設計委員会）)

上記の決定機関を補佐する役割の機関として、専門委員会が設置されている。

専門委員会では、「年金委員会」での審議事項を事前に検討するとともに、「年金委員会」では十分に審議しきれないような、財政面や運用面での高度に専門的な問題の分析検討や制度改定の検討立案等も行い、当制度の運営の方向に関する実質的な舵取り機能を担っている。

委員として、年金数理や運用管理、制度分析等の分野において経験豊かな外部の専門家等を委嘱し、その優れた知見等を活用している。

## (I)日々の管理運営と事務処理

日々の管理運営と事務処理については、一般の企業年金基金における対応と大きな差異はないと思われる。

医師会事務局内に医師年金の管理運営・事務担当部署が設けられている。

ここでは、加入者や受給者に関する諸管理、未加入の日医会員に対する加入促進、年金資産の運用管理、財政決算と情報開示等、制度の運営に関する事務全般を担当している。

なお、年金数理の専門的な計算や加入者からの保険料収納、受給者への年金給付等の実際の事務処理は、事務幹事会社として契約した信託銀行が行っている。

資産運用状況の把握と管理については、運用を委託している運用機関から運用実績報告書を毎月受け取るとともに、日本医師会の担当部署が運用内容の詳細なヒヤリングを原則四半期ごとに実施し、担当理事に概況を報告している。

さらに、(ウ)で述べた専門委員会や年金委員会において、適宜、運用状況の確認と問題点の分析を行い、必要があれば、委託する運用機関の見直しや投資対象の拡大等を検討、実行して、当年金制度の運用体制の改善と運用成果の向上を図っている。

## 5. 資産運用面での特徴

### (1)運用の基本的考え方

当医師年金のような積立方式による確定給付型の年金制度では、現在までに払い込まれた保険料(積立金)を運用して、将来の年金給付のための原資の十分な確保を実現し、確実な給付を行わなければならない。

そのために、積立金を安全かつできるだけ効率的に運用し、必要な収益を継続的にあげることが求められている。

医師年金においても、運用におけるリスクとリターンの適切なバランスを考え、適正なリスク管理を行って効率的な運用を実現するために、年金ALMの考え方を踏まえた運用を行っている。

責任準備金や将来にわたって発生する収支のキャッシュフロー等の負債側の構造を把握し、許容できる運用リスクと必要なリターンを見極めると共に、資産側の様々な運用資産・運用対象の特性等を分析し、中長期的に見て最適と考えられる運用構造を決定している。

そして、運用基本方針やガイドラインを策定し、基本ポートフォリオを決め、それらに則って、規律ある運用が実行される。

さらに、制度運営を取り巻く環境の変化等のリスクや運用状況等を絶えず監視し、必要に応じて、運用をより良いものにするための見直しを検討する。

原則として、年金財政の見直しとともに、運用についても基本的に5年毎に見直すことになっている。

なお、必要があれば、5年を待たずに、運用機関の入替えや投資対象・運用手法等について、部分的な見直しも行っている。

以上は年金の資産運用における重要な業務であるが、日本医師会内部では専門的なスキルや人材が不足しているため、年金コンサルティング会社や事務幹事会社(信託銀行)のサポートを最大限有効に活用して策定し、専門委員会における知見や論議を踏まえて、実行している。

※本レポートでは、具体的な運用実績(収益額や収益率、個別の運用額等)については触れていない。

## (2)実際の運用体制と方法

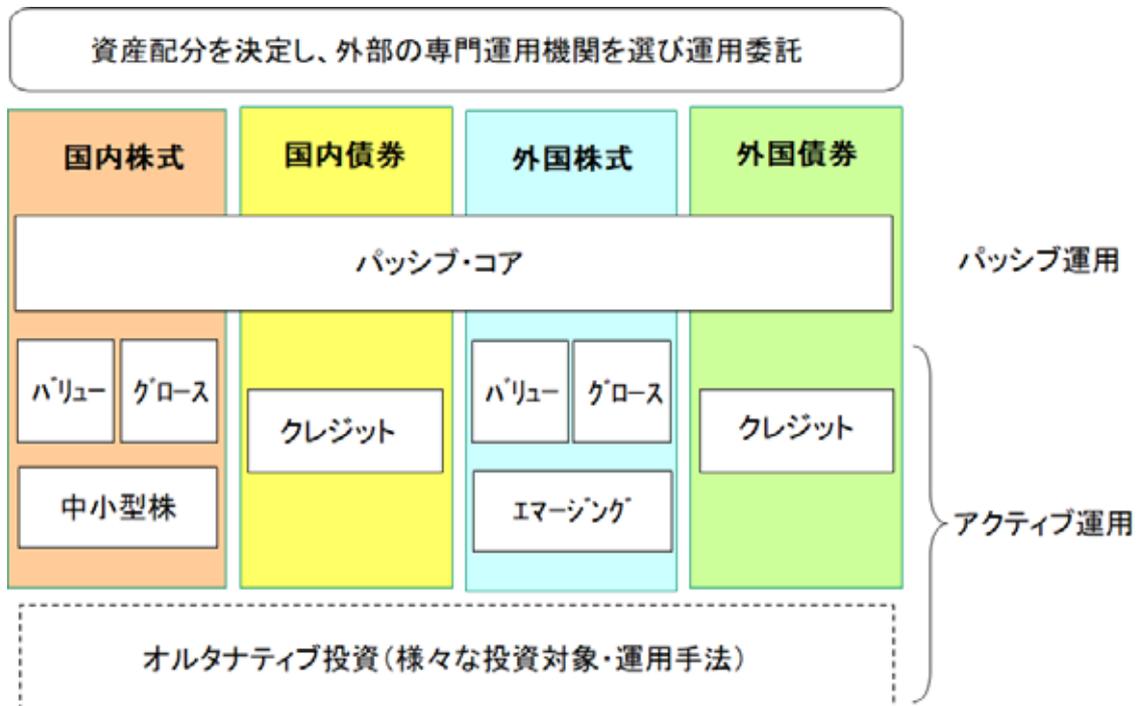
(1)でも述べたように、日本医師会に金融・資産運用の専門家がいるわけではなく、また、事務局の限られた人材で管理運営を行わなければならないことから、全て外部の金融機関に運用委託している。

年金コンサルティング会社のサポートを活用しており、その助言を踏まえて、運用資産の具体的配分割合や運用手法等を決定すると同時に、国内外の数多くの運用機関の中から優れた運用力を持つと思われる運用機関を選び、各運用機関が得意とする投資対象と運用手法による運用を委託している。

基本的な運用体制は、信託銀行等のパッシブ運用を中心としつつ、様々なアクティブ運用をサテライト的に組み入れている。

また、投資対象も広がってきており、2010年以降、伝統的な4資産に加えて、オルタナティブ投資を行っている。当初はファンド・オブ・ヘッジファンドの採用から始まり、その後、採用する投資戦略や運用手法を広げて、現在、全体に占める投資割合も2割近くまで高めている。

図表7: 医師年金の運用体制(イメージ)



(出所)筆者作成

### (3) 現行の運用方針

2020年度からの運用については、積み立て不足の完全解消や今後予想されるキャッシュフローバランスの変化への対応等のために、リスクを抑制しつつ、リスク当たりリターンの向上を図ること等の条件を踏まえ、検討を行っている。その結果、新しい運用計画の概要は次の通りである。

- ①運用による期待リターンをそれまでの3.5%から2.3%に変更する。
- ②国内債券は、償還期間11年から20年の国債を中心とする。
- ③外国債券は、新たに米国地方債と資産担保証券での運用を採用する。
- ④株式は、国内株・外国株とも配分比率を下げる。
- ⑤オルタナティブ投資については、一定の利配収入が見込めると期待できる不動産・インフラ・プライベートデット、といった資産へ投資を行う。

簡単に言えば、年金資産運用のリスク管理の観点を踏まえ、ポートフォリオ全体のリスクをコントロールしつつ、主にリスク資産を内外株式から外国債券・オルタナティブ資産へシフトさせている。

### (4) 外国債券への大幅なシフト

医師年金の運用で近年注目されるのは、国内債券から外国債券へのシフトを進めてきた点である。

外国債券の割合は総資産の5割近くに達しており、最大の構成資産である。

一般に、自国通貨建て資産である国内債券が、年金給付の支払準備のための安定資産としての役割もあり、ポートフォリオの中核であるケースが多い。

ポートフォリオの主要資産が外国債券という運用を行っている基金は、企業年金でもあまり無いと思われる。

ちなみに、昨年、公的年金を運用するGPIFが、運用環境の変化等を踏まえ、新しい基本ポートフォリオにおいて、国内債券から外国債券へのシフトを進め、外国債券の割合を15%から25%に引き上げて、金融市場の話題となったが、医師年金はそれより早く、かつ大きな割合で外国債券へのシフトを進めている。

外国債券の投資戦略や投資対象を見ると、その内容もかなり多岐にわたり、エマージング債券、ハイイールド債券の他、バンクローン等でも運用している。

なお、外貨建て資産の運用では、為替リスクへの対応が大きな課題となるが、外国債券は原則フルヘッジをかけており、為替の影響はあまり大きくない。

## (5)積立利率(予定利率)について

制度上の基礎率の一つである年金原資の積立利率(予定利率)は、現在1.5%に設定されている。

ただ、これは当初からの水準でもなく、ずっと固定されたものでもない。

過去を振り返ると、制度発足時(1968年)は5.5%で、長い間5.5%であった。その後、1990年代以降、バブル経済の崩壊、日本経済の長期低迷、超金融緩和政策による超低金利等により、年金運用を取り巻く環境が大きく悪化したため、制度維持の観点から、加入者の合意を得て、1998年に5.5%⇒3.5%、2003年に3.5%⇒1.5%、と比較的短期間で2度引き下げた。

これを確定給付型企业年金における引き下げの動きと比べると、(もちろん個々の企業年金によって対応の時期や内容は異なるが)、医師年金における利率1.5%への引き下げは相対的に早めの対応であったと言えよう。

これは自主運営による私的制度の機動性の良さによると言えるかもしれない。

運用における(期待)リターンと積立利率の関係について確認しておくと、期待運用リターンは、2020年に3.5%から2.3%に下げられたが、積立利率の1.5%を上回っており、計算上「利差益」が出る形となっている。

なお、リーマンショック直後は大幅な積立不足(資産が一時4000億円を割り込み、積立不足も2000億円超まで拡大)となったが、その後のアベノミクス・異次元金融緩和政策、世界的な株高等の効果もあり、財政状況は改善しており、積立不足は解消されつつある。

## (6)運用における税制面やコスト面でのメリット(参考)

当制度の運用における大きなメリットとして、運用時における税制上の優遇メリットが挙げられる。

当制度は日本医師会自らのための収益事業ではないことから、その積立金から得られる運用収益は非課税となる取扱が制度設立時に税務当局から認められている。

これにより、運用自体の収益性の面で、公的年金や企業年金と同様の効果を得られている。

※なお、「運用の入口」における課税についてみると、払い込んだ保険料は、公的年金等とは異なり、所得税法上の社会保険料控除の対象とはならない。生命保険会社の商品のような生命保険料控除の対象にもならない。  
また、「運用の出口(給付時)」についても、公的年金等控除の適用は無い。

## 6. 最後に

冒頭で述べたように、当制度は医師集団による自主的制度であり、医師の福祉向上、老後の生活の安定を確保することを直接の目的とし、それにより医療サービスの安定した提供を実現し、国民全体の福祉向上にも寄与していく意義のある制度だと言える。

医師にとっては、キャリアパスの変化等に影響されない継続的な年金加入により、公的年金を補完し、充実した老後資金を確実に確保することができる。

当制度の柔軟かつ多様性のある仕組みによるメリットは大きいものがある。

加入の仕組みや保険料の払い方、年金の給付方法等は、相当程度、柔軟に設計されており、医師の就業形態やライフスタイルの多様なニーズに合わせて、かなりの程度、オーダーメイド的に加入内容を設定することができる。

こうした柔軟性と多様性は、公的年金等では対応しづらい機能ではあるが、年金制度の適切で有効な運営を考える上で参考となる面もあると思われる。

なお、本文では触れなかったが、医師年金ではかなり以前から、加入者数<受給者数となっており、制度の成熟化が進んでいる。日医会員に占める加入率が高くないことへの対策に加え、成熟化の進行を少しでも抑える必要がある。

また、加入者の年齢層別分布について見ると、40歳台から50歳台が全体の約70%を占めており、20～30歳代の若い世代の加入者は数%しかいない。

この背景としては、

- ・医師も、研修医や駆け出しの勤務医は仕事も不安定で、所得も低めである
  - ・若い世代は遠い将来の老後の生活や年金に対する関心があまり大きくなく、医師年金にも加入しない傾向がある
- 等が問題点としてあげられる。

こうした若い世代の年金に対する意識の相対的な低さは、高齢化が進む中で、制度への信頼の低下と相まって、制度の公私を問わず年金全般に共通する宿命とも言えよう。

公的年金と同様、医師年金においても、若い世代に対して、制度の加入促進のPRや年金・金融リテラシーの啓蒙活動をより強化していくことが大きな課題である。

一方、運用面では、高度化し多様化する金融市場へ適切に対応し、運用効率をより高めていくことや、現在、解消されつつあるとはいえ、制度上の積立不足の発生・拡大リスクに備えた運用体制の戦略的な対応等も必要であろう。

本レポートで見てきたように、医師年金は日本を代表する企業年金に比肩する大きな年金制度であり、その運営の内容は高い社会的意義と多大なメリットを持っている。

このことは言い換えれば、当制度に課せられた社会的責任が極めて大きいことを意味している。

この社会的責任を果たしていく上でも、制度運営における課題を克服し、制度の健全性や効率性をより一層高めていく必要があるだろう。

### 【参考情報】

- ・ 日本医師会 医師年金 ホームページ  
<http://nenkin.med.or.jp/>
- ・ 日本医師会 医師年金紹介リーフレット類
- ・ 日本医師会「事業報告」（令和元年度およびそれより前の年度版）  
<https://www.med.or.jp/jma/about/data/>
- ・ 年金情報 NO.703（2014年4月4日号）
- ・ 厚生労働省 ホームページ
- ・ GPIF（年金積立金管理運用独立行政法人） ホームページ