

KIER DISCUSSION PAPER SERIES

KYOTO INSTITUTE OF ECONOMIC RESEARCH

Discussion Paper No.1503

“平均余命の伸長と社会保障の長期推計：長寿化による財政再建”

中沢伸彦、中澤正彦、佐藤潤一、酒井才介、米田泰隆

2015 年 6 月



KYOTO UNIVERSITY
KYOTO, JAPAN

平均余命の伸長と社会保障の長期推計：長寿化による財政再建¹

(中沢伸彦²、中澤正彦³、佐藤潤一⁴、酒井才介⁵、米田泰隆⁶)

要旨

本稿では、平均余命の伸長に対応した健康効果や社会保障制度を想定して、長寿化に伴う財政再建効果を計測する。具体的には、平均余命の伸長に伴い、健康な期間や就労期間の長期化に対応した医療保険、介護保険、公的年金制度を想定し、財政の長期推計を行う。

長寿化に伴う健康効果や社会制度を踏まえた長期推計の結果、国民医療費や介護総費用の上昇が抑制されるとともに、年金財政が改善し、財政の健全性が高まることが示される。これは、日本が今後直面する長寿化の進展を踏まえて社会保障制度の設計を行うことが重要であることを示唆している。

キーワード：高齢化、長寿化、医療、介護、年金、社会保障、財政

JEL 区分：C53、E27、H50、I10

1 はじめに

1950 年当時の 60 歳男性を考えてみると、その多くが引退していたと考えられるが、2010 年時点における 60 歳男性は、その多くが就労期にある。これは、年齢を生まれてからの年数ではなく、期待される残された生存期間、平均余命で考えると分かりやすい。例えば、1950 年当時の 60 歳男性の平均余命は 14.36 年であったが、これと同じ長さの平均余命を持つ 2010 年時点の年齢は 71 歳となる。そして、2010 年時点では、1950 年当時の 60 歳の人々と同じように、多くの 71 歳の人々は退職している年齢となる。この平均余命という概念を社会保障制度に取り入れてみると、長期的な財政の姿は全く異なるものになるのではないかと。これが本稿の問題意識である。

日本の社会保障制度における給付や負担は、生まれた年からの年数に依存する面が強い⁷。例えば、国民年金は、59 歳まで国民年金保険料の納付義務があり、65 歳になると老齢年金を受給する年齢に依存し

¹ 本論文の内容は全て筆者らの個人的見解であり、財務省あるいは財務総合政策研究所の公式見解を示すものではない。なお、本稿の作成にあたっては、吉野直行慶應義塾大学経済学部名誉教授、富田俊基中央大学法学部教授、土居丈朗慶應義塾大学経済学部教授、加藤久和明治大学政治経済学部教授、飯星博邦首都大学東京都市教養学部教授、中東雅樹新潟大学経済学部准教授、齋藤哲哉日本大学経済学部准教授、田代早苗ロードアイランドカレッジ経済財政学部准教授から示唆に富む御指摘、御意見を多数賜った。また、マクロモデル研究会（日本経済研究センター/アジア太平洋研究所、2014 年 9 月）及び CAPS 研究会（京都大学経済研究所、2015 年 2 月）の出席者の方々から、示唆に富むご指摘、御意見を多数賜った。ここに記して心より感謝申し上げる。

² 財務総合政策研究所主任研究官（nobuhiko.nakazawa@mof.go.jp）

³ 京都大学経済研究所先端政策分析センター教授（nakazawa@kier.kyoto-u.ac.jp）

⁴ 財務総合政策研究所研究員（junichi.sato@mof.go.jp）

⁵ 財務総合政策研究所主任研究官（saisuke.sakai@mof.go.jp）

⁶ 財務総合政策研究所総務研究部（yasutaka.yoneta@mof.go.jp）

⁷ 小塩(2012)は、同じ可処分所得のもとで、現役層(20歳～64歳)と高齢層(65歳以上)の純負担額を比較し、高齢層の負担が小さく、給付が大きいことを明らかにしている。具体的には、2007年度の国民生活基礎調査の個票データを用いて、調査対象の全世帯を所得十分位で区分し、現役層(20～64歳)と高齢層(65歳以上)の世帯の負担額を比較している。現役層は、多くの所得分位において純負担になっている一方、高齢層は、第十分位以外は給付超過となっている(小塩(2012)pp. 78 図 3-3 参照)。

た制度である⁸。このような年齢依存の制度のもとで少子高齢化が進展すると、相対的に負担が軽く給付が厚い高齢者層が増加する。そのため、社会保障制度の持続可能性について多くの議論がなされ、さらに、岩本・福井(2012)や上田他(2014)など、社会保障制度や財政の長期推計に取り組む研究が増えてきている⁹。また、財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会が財政の長期推計に取り組むなど、政府としての取り組みも見られるようになってきている¹⁰。そして、多くの先行研究や政府の推計では、年金の受給開始年齢など、社会保障制度の年齢依存の部分について、現状の制度が継続するという前提のもとで推計を行い、将来の厳しい財政状況を明らかにし、財政再建の努力を求めている。

しかし、平均余命の伸長を踏まえた社会保障制度の議論は少ない。平均余命や平均寿命が伸長する中で、健康な期間が長期化し、さらに、就労期間が長期化することを想定すれば、日本の社会保障の長期的な姿について、異なる示唆が得られる可能性がある。実際、人口統計学の分野では、平均余命の伸長を、高齢化ではなく長寿化として捉えた研究が行われている。例えば、Sanderson and Scherbov(2005)は、年齢に加え、一定年齢からの中位余命に着目することにより、人口の高齢化問題により適切に対処できるとしている¹¹。また、金子(2010)は、長寿化は健康な状態が延伸されることとし、長寿化と高齢化は異なる概念であり、長寿化の推進により、人口高齢化がもたらす多くの課題に対処できるとしている¹²。さらに、平成13年から平成22年までの約10年間で、平均寿命が約1.5歳伸長する間に健康寿命が約1歳伸長しているという研究報告もある¹³。そこで、本稿では、これら人口統計学上の知見や先行研究を踏まえ、長寿化による健康効果及び長寿化を踏まえた社会保障制度を想定し、長寿化の財政再建効果を計測する。

具体的には、平均余命の伸長を財政の長期推計の前提に取り込み、これを「長寿化シナリオ」として、日本の社会保障の大半を占める公的年金、医療保険、介護保険の長期推計を行う。例えば、公的年金では、長寿化により健康な期間が長期化するという前提のもと、平均余命の伸長に応じて退職年齢が延伸すると想定し、それに伴う機械的な制度変更を仮定する。また、医療保険や介護保険についても、平均余命が伸長するもとで、機械的な制度変更を想定し、同時に健康な期間が長期化すると仮定する。そして、このような長寿化を反映した財政の長期推計を、長寿化を想定しない場合の財政の長期推計と比較することを通じて、長寿化に対応した社会保障制度の導入が財政再建の鍵であることを示す。

本稿の構成は以下の通りである。次節では、社会保障を中心とした財政の長期推計の取り組みや人口統計学上の高齢化に対する最近の研究を紹介し、長寿化に応じた推計の必要性を議論する。続く第3節では、上田他(2014)の財政の長期推計の手法に基づく「ベースライン」の推計手法と推計結果を説明する。その上で、第4節では、長寿化に伴う健康効果や社会制度を機械的に導入した「長寿化シナリオ」を説明し、ベースラインの推計結果との比較を通じて、長寿化の財政再建効果を計測する。第5節は、本節のま

⁸ 年金のほか、医療保険や介護保険も年齢に依存した制度である。例えば、医療保険制度では、69歳から70歳、74歳から75歳になるに従い、医療費の自己負担割合が原則3割から2割、2割から1割に変化する仕組みとなっている。また、介護保険制度についても、40歳から64歳までと65歳以上で介護保険制度の被保険者が分かれており、1号被保険者(65歳以上)と2号被保険者(40歳～64歳)では、要介護に認定される要件が異なっている。

⁹ 例えば、北浦(2009)、上田(2012)等参照。

¹⁰ 財政制度等審議会(2014)「我が国の財政に関する長期推計」参照。

¹¹ Sanderson and Scherbov(2005)は、中位年齢(median age)に加え、ある年の余命で基準化した中位年齢(standardized median age)の推移を示した。また、生産年齢人口(20歳以上)と退職している高齢者(65歳以上)の比率(老齢従属率)についても、余命の伸びを踏まえた形で生産年齢と退職年齢の開始年齢を修正した上で、修正された老齢従属率(old-age dependency rescaled)の推移を示した。

¹² 金子(2010)p. 25-26 参照。

¹³ 厚生労働省・厚生労働科学研究費補助金(2012)。当該研究報告においては、健康寿命の推移や都道府県別の健康寿命が示されている。

とめである。

2 長寿化や社会保障制度に関する先行研究と社会制度の変遷

本節では、まず長寿化に関する人口統計学上の先行研究と、長寿化に伴う社会制度の変遷について概観する。その次に、社会保障制度の持続可能性に関連する先行研究の取組みについて論じる。

まず、Sanderson and Scherbov (2005) は Nature 誌に掲載された論文において、平均余命の伸長に対し、同等の活動を期待できる年齢の概念として、平均余命等価年齢を導入した。具体的には、彼らは、基準時点でのある年齢の平均余命と、比較時点での平均余命が等しい年齢を、平均余命等価年齢として定義する。その上で、平均寿命が伸長する中で、平均余命等価年齢に着目して老年期を再定義している。また、金子 (2010) は、Sanderson and Scherbov (2005) の考え方を紹介した上で、現在、日本で進展している平均寿命の伸長を平均余命等価年齢により整理している。そして、金子 (2010) は、日本では、平均寿命の伸長に対し健康な期間が長くなっていることから、長寿化が進展しているとしている。他にも、健康寿命に関する厚生労働省・厚生労働科学研究費補助金 (2012) の研究報告は、健康寿命の推移や都道府県別の健康寿命を示し、平成 13 年から平成 22 年までの約 10 年間で、平均寿命が約 1.5 歳伸長する間に健康寿命が約 1 歳伸長しているとしている。

日本では、平均寿命や平均余命が伸長し、今後もさらに伸長することが見込まれている (表 1・図 1)。また、それと呼応するように、退職年齢の高齢化が進んでいる (図 2)¹⁴。1920 年代以降、55 歳定年が徐々に普及し、その後 1976 年には常用労働者の 6 % 以上が 55 歳以上になるように努力義務化された。また、1986 年には、定年を定める場合は 60 歳を下回らないようにする努力義務が新設され、定年制に関する法的規制が盛り込まれた。その後、1990 年に定年になった者の 65 歳までの再雇用が努力義務化され、1994 年には 60 歳定年制が義務化された。さらに、2000 年には、定年の引上げ、継続雇用制度の導入または改善の努力義務化がなされ、2004 年には、65 歳未満の定年を定めている事業主に対して継続雇用制度 (労使協定で限定可能) の導入の義務化が行われた。また、2013 年には、継続雇用制度対象者を労使協定で限定できる仕組みが廃止された。

このように退職年齢が伸長する中、それと前後するように、年金の支給開始年齢が段階的に引き上げられてきている (表 2)。厚生年金に関しては、制度発足当初は支給開始年齢が 55 歳であったものの、1954 年改正で男性の支給開始年齢は 55 歳から 60 歳へ段階的に引き上げることとされ、1957 年度から 16 年かけて引き上げることとなった。また、1985 年改正で女性の支給開始年齢は 55 歳から 60 歳へ段階的に引き上げられることとなり、1987 年度から 12 年かけて引き上げることとなった。その後、1994 年改正により、老齢厚生年金の定額部分について、男性の支給開始年齢は 60 歳から 65 歳に段階的に引き上げられることとなり、2001 年度から 12 年かけて引き上げることとなった。さらに、2000 年の改正では、老齢厚生年金の報酬比例部分について、男性の支給開始年齢は 60 歳から 65 歳に段階的に引き上げられることとなり、2013 年度から 12 年かけて引き上げられることとなった¹⁵。

¹⁴ 有利 (1999)、厚生労働委員会調査室 (2012)、厚生労働省「雇用管理調査」、厚生労働省ホームページ参照。

¹⁵ 1994 年と 2000 年の支給開始年齢の引き上げに関する改正については、男性の引き上げから 5 年遅れで女性の引き上げが実施されている。

<表 1 を挿入>

<図 1 を挿入>

<図 2 を挿入>

<表 2 を挿入>

平均寿命や平均余命の伸長に伴い、負担が相対的に軽く、給付が相対的に厚い高齢者数の相対的な増加が見込まれる中で、社会保障制度の持続可能性について多くの議論がなされている。例えば、岩本・福井(2012)や上田他(2014)など、社会保障制度を中心に財政の長期推計に取り組む研究がなされている。しかし、財政の長期推計の先行研究の多くは、高齢者数の相対的な増加を高齢化の進展として捉え、国民医療費や介護総費用の日本経済に占める割合が大きく増加すると分析している。例えば、上田他(2014)は、年齢別一人当たり医療費が高齢になるに従い増加する関係が将来にわたって安定的であると想定する。そのため、上田他(2014)の分析に基づけば、平均寿命の伸長に応じて高額な一人当たり医療費を支払う期間が長くなり、国民医療費の将来見通しは大きく増加する。また、介護保険に関しても、上田他(2014)では、高齢になるに従い年齢別認定者数の割合が増加する関係が安定的であると想定しているため、平均寿命の伸長に伴い一人当たりの要介護の期間が長期化し、介護総費用の将来見通しも大きく増加する。また、公的年金であれば、上田他(2014)では、平均寿命の伸長に伴って年金の受給期間が伸長すればその分老齢年金をより長期間受給し続けることになる。

しかし、先の Sanderson and Scherbov(2005)や金子(2010)の指摘を踏まえ、長寿化を通じて高齢化問題を考えると、長期的な財政の姿が全く異なるものになる可能性がある。例えば、金子(2010)が指摘するように長寿化で健康な期間が長期化することを踏まえれば、年齢別一人当たり医療費は、高齢化の進展と歩調を合わせて単調に増加するという関係を見直す必要がある。また、介護保険に関しても、長寿化を考慮に入れて健康な期間が伸長することを踏まえれば、年齢別認定者数の割合が一定であるという関係を見直す必要がある。さらに、公的年金についても、過去、平均寿命が伸長する中で、退職年齢が引き上げられ、公的年金の支給開始年齢が引き上げられてきたことを踏まえれば、公的年金の負担と給付の年齢について見直した上で、長期推計を行うことが必要となる。このように、過去の労働慣行や政策的対応を踏まえ、今後の平均寿命や平均余命の伸長が医療、介護、年金などの需要に与える影響を分析すると、財政の長期推計の結果が大きく変わりうる可能性がある。

以下、次節では、上田他(2014)の手法に基づくベースラインの推計手法と推計結果を紹介する。その上で、第4節において、Sanderson and Scherbov(2005)や金子(2010)を踏まえ、長寿化の進展を踏まえた「長寿化シナリオ」を設定して長期推計を行い、ベースラインの推計結果と比較する。

3 ベースラインに基づく長期推計

本稿では、まず、上田他(2014)の手法を用いた財政の長期推計をベースラインとする。その上で、平均寿命の伸長に伴う社会保障制度の変更や長寿化に伴う健康効果を「長寿化シナリオ」として設定し、「ベースライン」と同様の手法により財政の長期推計を行い、「ベースライン」と比較する。以下、本節では「ベースライン」を、次節では「長寿化シナリオ」をそれぞれ紹介する。

3.1 ベースラインの推計手法

本稿では、「長寿化シナリオ」に基づく財政の長期推計の結果を評価するために、まず、上田他(2014)の長期推計の手法に基づき「ベースライン」を設定する。長期推計で使用する将来の人口については国立社会保障・人口問題研究所の「将来推計人口」(2012年1月)の中位ケースを用いる。将来の経済前提については、上田他(2014)の前提をアップデートし、内閣府「中長期試算」(2014年1月)の経済再生ケースの数値と厚生労働省「年金財政検証」(2009年2月)の数値を使用している。図3は、本稿における将来の経済前提を示している。

<図3を挿入>

なお、上田他(2014)の長期推計における医療、介護、年金の推計方法の概略は以下の通りである¹⁶。まず、医療費については、国民医療費総額を「年齢階層別の人口一人当たり医療費」と「年齢階層別人口」の積の合計として計算し、時間の経過とともに一人当たり医療費は一人当たり名目GDP成長率で延伸して推計する。また、介護総費用については、「各サービスの要介護度に応じた一人当たり介護費」と「各サービスの要介護度に応じた利用者数」の積の合計として計算し、「各サービスの要介護度に応じた利用者数」は、「男女年齢別人口」と「年齢別介護認定率」から求める。なお、一人当たり介護費は、時間の経過とともに賃金上昇率で延伸する。年金給付費については、「年齢別一人あたり給付額」を、時間の経過とともに「物価上昇率・賃金上昇率」によって延伸し、さらにマクロ経済スライド調整期間内は一定の「スライド調整率」を乗じて、その上で年齢階層別人口との積として計算する¹⁷。また、マクロ経済スライド調整期間については、2105年時点の給付総額と積立金のバランスから内生的に求める。

3.2 ベースラインの推計結果

図4は上田他(2014)の手法に基づいて推計した「ベースライン」の医療・介護・年金の推計結果である。なお、年金のマクロ経済スライド終了年度は、2105年時点の給付総額と積立金のバランスから内生的に求めた結果、基礎年金で2049年、厚生年金で2029年となる。図4をみると、長期的に公的年金の伸びは相対的に抑えられる一方、医療と介護の伸びが相対的に大きいことがわかる。2060年時点での年金・医療・介護の対GDP比は、それぞれ、11.67%、11.33%、6.42%となる。

<図4を挿入>

4 長寿化シナリオの概要とその推計結果

本節では、平均寿命の伸長に伴う社会保障制度の変更や長寿化に伴う健康効果を反映した「長寿化シナリオ」について詳述する。その上で、長寿化シナリオに基づく長期推計の結果を示し、ベースラインとの比較を通じて評価する。

¹⁶ 推計方法の詳細については、上田他(2010)を参照。

¹⁷ スライド調整率は、公的年金全体の被保険者の減少率と平均余命の伸びを勘案した一定率の和で定義される。

4.1 長寿化シナリオの設定

長寿化シナリオの骨子は、以下の二点である。一点目は、平均寿命の伸長に対する制度的な対応である¹⁸。国立社会保障・人口問題研究所（2012）の中位推計によると、2014年から2060年にかけて、日本人の平均寿命は男女ともに約4歳伸長することが見込まれている。また、健康寿命に関する厚生労働省・厚生労働科学研究費補助金（2012）の研究報告は、平成13年から平成22年までの約10年間で、平均寿命が約1.5歳伸長する間に、健康寿命が約1歳伸長しているとしている（表3）。

そこで、本稿では、国立社会保障・人口問題研究所（2012）の推計と厚生労働科学研究費補助金（2012）の研究報告を踏まえ、今後2060年までに平均寿命が約4歳伸長する間に、健康寿命が約3歳伸長すると想定し、それに伴う制度改正を考える。まず、2014年を出発点として、平均寿命が概ね4/3歳ずつ伸びる2026年、2041年、2060年の各時点で健康寿命が約1歳ずつ伸長すると仮定する（表4）。そして、健康寿命の伸長により就労期間の長期化が期待できることに着目し、健康寿命の伸長に応じた制度改正を考える。健康寿命の伸長と就労期間の長期化に伴い生産年齢人口の上限年齢が上昇することを想定した場合、現状の65歳を生産年齢人口と老年人口の境目としている場合に比べ、一人の高齢者をより多くの生産年齢人口で支えることが示される（図5）。

<表3を挿入>

<表4を挿入>

<図5を挿入>

長寿化シナリオの骨子の二点目は、長寿化に伴う健康な期間の伸長が、医療や介護などの需要に与える影響である。すなわち、Sanderson and Scherbov（2005）や金子（2010）を踏まえ、今後も平均寿命が伸長し健康な期間が増加することに伴い、医療や介護などの需要が変化すると想定する。

医療、介護、年金についての具体的なシナリオ設定は、以下の通りである。

4.1.1 医療

医療に関しては、長寿化の進展に対し、EC（2012）で提示されている医療費に関する「Constant health scenario」を参考に、長寿命化の効果を織り込む¹⁹。具体的には、2060年までに平均寿命が約4歳伸長すると予想されている中、厚労省の研究を踏まえ、長寿命化に応じて健康寿命が2060年までに約3歳伸長すると想定する。例えば、2060年時点で、「ベースライン」と「長寿化シナリオ」の年齢階層ごとの一人当たり医療費のカーブを比較すると、図6のように「長寿化シナリオ」のカーブが右下に位置する。

さらに、今後2060年までに平均寿命が約4歳伸びると予想されている中、厚労省の研究を踏まえ、健康寿命は2060年までに約3歳伸長すると想定し、長寿命化とそれに伴う健康期間の長期化に対応した制度改正を考える。具体的には、現在75歳以上が対象である後期高齢者医療制度の開始時期を、2026年か

¹⁸ 戦後の日本は、平均寿命や平均余命の伸長に対して、退職年齢の引き上げ（働く期間の長期化）や、年金の支給開始年齢の引き上げ等で対応してきたが、諸外国も同様に平均寿命・平均余命の伸長に直面しており、そのような中で制度的な対応に取り組む国が多い。

¹⁹ EC（2012）の「Constant health scenario」は、長寿化により平均余命が伸びるとその分健康寿命が伸長すると想定するシナリオである。例えば、2030年時点で50歳の人の平均余命が2歳伸びると見込まれているならば、2030年時点の50歳の人の罹患率は、現在時点の48歳の人の罹患率と捉えて、医療費の長期推計を行うシナリオである。

ら 2040 年までは 76 歳以上、2041 年から 2059 年までは 77 歳以上、2060 年以降は 78 歳以上とする機械的な制度改正を想定する。また、前期高齢者についても、現行 65 歳以上 74 歳以下が対象である前期高齢者を、長寿命化に対応して、2026 年から 2040 年までは 66 歳以上 75 歳以下、2041 年から 2059 年までは 67 歳以上 76 歳以下、2060 年以降は 68 歳以上 77 歳以下を対象とする機械的な制度改正を想定する。

以上の、需要効果と制度改正の双方を織り込んだものを、医療に関する「長寿化シナリオ」とする。

<図 6 を挿入>

4.1.2 介護

介護に関しては、EC(2012)で提示されている介護費用に関する「Constant disability scenario」を参考に、長寿化に伴う健康効果を反映して、平均寿命が延び健康になるとその分だけ介護を必要とする者の割合が低下することを仮定する²⁰。具体的には、今後 2060 年までに平均寿命が約 4 歳伸びると予想されている中、厚労省の研究を踏まえ、健康寿命が 2060 年までに約 3 歳伸長すると想定し、要支援・要介護年齢別介護認定率を毎年右方向にシフトさせる。例えば、2060 年時点で 70 歳の介護を必要とする者の割合は、2014 年時点の 67 歳の介護を必要とする者の割合に相当すると考える。そして、2014 年から 2060 年までの間、要支援・要介護年齢別介護認定率を、毎年、右にシフトさせる。2060 年時点でベースラインと比較すると、図 7 のように、年齢別の介護認定率が押し下げられることになる。

さらに、長寿命化とそれに伴う健康期間の長期化に対応して、第 1 号被保険者の対象年齢を 2026 年から 2040 年までは 66 歳以上、2041 年から 2059 年までは 67 歳以上、2060 年以降は 68 歳以上と変更する機械的な制度改正を想定する。

以上の、需要効果と制度改正の双方を織り込んだものを、介護に関する「長寿化シナリオ」とする。

<図 7 を挿入>

4.1.3 年金

年金に関しては、長寿化の進展に対応する社会保障シミュレーションとして、平均寿命の伸長に応じた年金の給付と保険料賦課を想定する。具体的には、過去の政策的な対応を踏まえ、長寿命化と労働期間の長期化に対応して、年金（基礎部分と厚生・共済の報酬比例部分）の支給開始年齢を、2026 年、2041 年、2060 年にそれぞれ一歳ずつ引き上げる制度改正を考える。同時に、長寿命化と労働期間の長期化に対応して、現状 20 歳以上 60 歳未満の日本国内に在住する全ての人の加入が義務づけられている国民年金について、保険料の納付期間の長期化を想定する。具体的には、2026 年、2041 年、2060 年にそれぞれ一歳ずつ保険料の納付期間を延長する制度改正を考える。結果として、2060 年時点では、年金の支給開始年齢を 68 歳まで引き上げ、保険料については 62 歳まで納めることを想定することとなる。

これら 2 つの機械的な制度改正を織り込んだものを、年金に関する「長寿化シナリオ」とする。

²⁰ EC(2012)の「Constant disability scenario」は、長寿化により平均余命が伸びるとその分健康寿命が同じだけ伸長すると想定するシナリオである。例えば、2030 年時点で 50 歳の人の平均余命が 2 歳伸びると見込まれているならば、2030 年時点の 50 歳の人の介護を必要とする者の率は、現時点の 48 歳の人の介護を必要とする者の率と捉えて、介護費用の長期推計を行うシナリオである。医療に関する「Constant health scenario」の介護版シナリオと考えられる。

以上のような各項目別の「長寿化シナリオ」を考え、長期の推計を行う。さらに、ベースラインと比較することで、長寿化がもたらす効果について考察する。

4.2 長寿化シナリオに基づく推計結果

次に長寿化シナリオに基づく長期推計の結果を示し、ベースラインとの比較を通じて評価する。具体的には、まず、医療、介護、年金ごとに長寿化シナリオに基づく長期推計の結果を示し、その上で、医療、介護、年金を合算し、評価する。

4.2.1 医療

図8は、長寿化シナリオを基に、国民医療費の将来推計を行った結果である。ベースラインと比較して国民医療費が2060年時点でGDP比約1.1%低下することが示されているが、これは、長寿化に伴って年齢別一人当たり医療費の上昇が抑制される効果である。

また、図9のように、国民医療費を負担面でみると、長寿化シナリオにおける2060年時点での公費負担・保険料・患者負担の内訳は、公費負担45.5%、保険料42.8%、患者負担11.7%となり、ベースラインと比べて公費負担の割合が約1.2%ポイント低下する。これは、長寿化に伴い前期高齢者と後期高齢者医療制度の開始時期を引き上げたため、公費負担が大きい後期高齢者の割合が減少し、公費負担が抑制されたことによる。このように、長寿命化を考慮して医療制度を再構築し医療費を再推計すると、医療費総額と公費負担が抑制されることがわかる。

<図8を挿入>

<図9を挿入>

4.2.2 介護

図10は、長寿化シナリオを基に、介護総費用の将来推計を行った結果である。ベースラインと比較すると、2060年時点の介護総費用は、GDP比で約1.6%ポイント押し下げられているが、これは、長寿化に伴う健康効果と1号被保険者の対象年齢の引き上げにより年齢階層別の認定率が押し下げられたことによる。また、図11をみると、介護給付費の公費負担額についても、ベースラインと比べてGDP比で約0.8%ポイント減少する。このように、長寿命化を考慮して介護制度を再構築し介護費用を再推計すると、介護総費用と公費負担額が抑制されることがわかる。

<図10を挿入>

<図11を挿入>

4.2.3 年金

図12は、長寿化シナリオを基に公的年金の将来推計を行った結果を、公的年金給付費のGDP比で示している。まず、長寿化シナリオの導入が年金給付額全体に与える影響を確認する。基礎年金については、支給開始年齢の引き上げタイミングである2026年、2041年、2060年に年金給付額が減少する。しかし、支給開始年齢の引き上げと年金保険料納付期間の長期化に伴い、年金財政は改善し、基礎年金の

給付額がベースラインに比べ増加する。マクロ経済スライド調整期間で年金財政の改善効果を評価すると、支給開始年齢の引き上げと保険料納付期間の長期化により、マクロ経済スライドの終了年度は、ベースラインの長期推計で示されている 2049 年から、長寿化シナリオでは 2037 年に 12 年間短縮されている。

他方、厚生年金については、支給開始年齢の引き上げの影響を受け、長期的には、給付額がベースラインを下回る。また、支給開始年齢の引き上げと保険料納付期間の長期化により、ベースラインでは 2029 年まで発動されていたマクロ経済スライドが 2017 年までの発動となり、マクロ経済スライド調整期間が短縮する。

次に、一人あたりの年金受給額に与える影響を考える。マクロ経済スライド調整による年金給付削減期間の短期化は、生涯でもらえる年金給付額の増加に寄与する。一方、年金の支給開始年齢の引き上げは、生涯に受給できる年金給付総額を減少させる方向に寄与する。では、マクロ経済スライド調整期間短期化による年金給付増額効果と、年金の支給開始年齢の引き上げによる年金給付の減少効果のどちらが大きいのだろうか。この効果を定量的に比較するために、世代ごとの年金受給総額を考える。本稿では、上田他（2011）や中澤他（2014）の手法に基づき、世代ごとの年金資産を算出する。

図 13 は、当該年度に 60 歳を迎える世代の年金資産について、ベースシナリオを 100 として表したものである。具体的には、60 歳から支給される年金の総額を、国債利回りによって 60 歳時点での価格に割り引いた上で、60 歳時点の各コーホートの人口で除したものを、各世代の一人当たりの年金資産として算出する。

まず、基礎年金については、全ての世代で一人当たりの年金資産が増加している。これは、マクロ経済スライド期間短期化による年金給付増額効果が年金の支給開始年齢引き上げ効果を上回っていることによる。次に、厚生年金については、2040 年代までの世代は、マクロ経済スライド期間短期化による年金給付増額効果が年金の支給開始年齢引き上げによる年金給付減少効果を上回り、年金資産が 100 を超える。しかし、その後の 2050 年代以降の世代は、年金資産が 100 を下回っている。これは、後の世代になるに従い、支給開始年齢がさらに遅くなるため、年金の受給総額がより少なくなることを反映している。

しかし、基礎年金と厚生年金の合計で世代毎の年金資産をみると、厚生年金が 100 を下回っていた世代を含め、全ての世代でもらえる年金受給総額は上昇する。これは、年金の支給開始年齢を引き上げると、年金財政の改善によるマクロ経済スライド期間の短縮を通じて、全ての世代で一人当たりの年金資産が増加することを意味している。年金の支給開始年齢を引き上げると、年金財政が改善するとともに、全ての世代でもらえる年金資産が上昇するということは、長寿化を踏まえた制度改革に向け大きな示唆を含んでいると思われる。

<図 12 を挿入>

<図 13 を挿入>

以上のように、長寿化シナリオに基づけば、医療や介護については健康な期間の長期化により医療や介護の需要が低下し、総費用や公費負担額が低下する。また、年金については、年金財政の改善とともに年金の給付額が上昇し、制度の安定性が高まる。以上の医療・介護・年金の年齢関係支出額をグラフで比

較したものが図 14 である。

<図 14 を挿入>

4. 3 医療・介護・年金を合算しての評価

最後に、医療・介護・年金を合算した上で、評価する。図 15 は、4. 2 節で示した医療・介護・年金の長寿化シナリオの結果を合算したものである。結果を見ると、長寿化シナリオでは、ベースラインと比べ、合算した年齢関係支出（医療・介護・年金）が GDP 比で約 2.3%抑制されることがわかる。年金については、支給開始年齢引き上げと保険料納付期間の上昇を受け、年金財政が改善し公的年金支出は増加する。一方、医療と介護については、長寿化に伴う健康効果により、国民医療費と介護総費用の上昇が抑制される。そして、医療・介護・年金を合算すると、合計ではベースラインより年齢関係支出が抑制される。公的年金給付総額が上昇しつつも、合算した年齢関係支出が抑制されるということは、長寿化を踏まえて高齢化問題を考え将来推計を行うことの重要性を示していると考えられる。

ここで、EC (2012) や上田他 (2014) で用いられている収支改善指標 (Sustainability Indicator) を導入し、長寿化の効果を捉える。収支改善指標とは、欧州委員会が 2006 年から 3 年に一度、EU 加盟国の財政状況を評価するために算出するものである。具体的には、現行の制度を前提として算出する財政の長期推計をベースラインとして、「将来にわたる債務残高対 GDP 比を安定させるために、現時点で必要とされる恒久的な収支改善幅 (対 GDP 比)」(S 2 値と呼ばれている) などを、例えば EC (2012) では EU 加盟国それぞれについて算出している。そして、上田他 (2014) は、EC (2012) の考え方を日本に応用し、日本における債務残高の収支改善幅を計測している。

本稿では、EC (2012) や上田他 (2014) に基づき、長寿化シナリオを行った場合、ベースラインに比べ、将来にわたる債務残高対 GDP 比を安定させるために必要な財政の必要収支改善幅 (S 2 値) がどれだけ改善するか、計測する。なお、医療、介護、年金以外の財政の長期推計については、ベースラインと長寿化シナリオは同一である。

表 5 の結果をみると、債務残高対 GDP 比を将来にわたって安定させるために必要な収支改善幅 (S 2 値) が、長寿化シナリオではベースラインに比べて約 1.7%ポイント低下することがわかる。また、S 2 値の内訳を見ると、ベースラインと長寿化シナリオの違いは、「今後、目標年度までの高齢化等に伴う歳出増に対応するために必要な収支改善幅」で定義される COA (Cost of Ageing) の違いであることがわかる。つまり、長寿化による健康効果及び長寿化を踏まえた社会保障制度を想定すると、単純に高齢化を高齢者数の相対的な増加と捉えたときよりも、今後高齢化に伴う歳出増に対応するために必要な収支改善幅が低下することがわかる。

このように、長寿化という概念を導入し、長寿化に伴う健康効果や機械的な制度変更を踏まえると、財政の健全性が高まり、持続可能な社会保障や財政を考える上で大きな示唆を与えることがわかる。これは、Sanderson and Scherbov (2005) や金子 (2010) の指摘の通り、今後も平均寿命が伸長し健康な期間が増加すると想定した場合、長寿化を通じて高齢化問題を考えると、長期的な財政の姿や政策的インプリケーションが大きく変わりうることを示している。

<図 15 を挿入>

<表 5 を挿入>

5. まとめと今後の課題

本稿では、日本の人口構造の変化に対し、Sanderson and Scherbov (2005) や金子(2010)で提示された長寿化という概念を導入し、高齢化と長寿化についてシナリオを設定した上で、日本の社会保障の大半を占める医療、介護、年金について将来見通しの比較を行った。

推計の結果は以下の通りである。まず、長寿化に伴う健康効果や社会制度を踏まえた「長寿化シナリオ」により、国民医療費や介護総費用の上昇が抑制され、公費負担額も押さえられることが示された。また、年金については、全ての世代で年金資産が大きくなり、かつ年金財政が改善することがわかった。さらに、医療、介護、年金を合算すると GDP 比で約 2.3%ポイントの抑制効果が生まれることがわかり、債務残高対 GDP 比を将来にわたって安定させるために必要な収支改善幅も約 1.7%ポイント低下することがわかった。

本稿の分析を踏まえると、日本の医療・介護・年金など、社会保障の長期的な展望を考える場合には、日本が今後直面する人口動態を「高齢化」の進展と考えるか、「長寿化」の進展と考えるかにより、長期的な姿が大きく変わりうることが示される。日本では他国に類をみない速さで高齢化が進展している中、今回の長寿化シナリオで示された結果は、今後の政策を考える上で大きな意義があろう。

今後の課題としては、財政再建が喫緊の課題となる中で、年金・医療・介護以外の社会保障についても、同様の手法で推計を行うことが考えられる。また、一般均衡的に制度改正が就労・消費・貯蓄の選択に影響するようにモデルを発展させることも考えられる。そして高齢化と長寿化という二つの視点の違いが日本の財政全体の将来像にどのような違いをもたらしているのか、より精緻な把握に取り組んでいくことが重要であろう。

補論 医療費の増加要因について

本稿では、日本の人口構造の変化に対し、Sanderson and Scherbov (2005) や金子(2010)で提示された「長寿化」という概念を導入し、長寿化に伴う健康効果や社会制度に着目して、日本の社会保障の将来見通しを分析している。そして、長寿化を踏まえて長期推計を行うと、国民医療費の上昇が抑制され、財政の健全性が高まることがわかった。

しかし、医療費については、技術進歩や死亡前医療費など、非人口要因や非健康要因が医療費の増加をもたらすという分析もなされている。例えば、Medeiros and Schwierz (2013)は、EU27 カ国について、OECD のSHA(System of Health Accounts)データを用いてパネル分析を行い、医療のような生産性の低い労働集約的産業では、サプライサイドの制約が医療費の増加に大きな役割を果たすとしている。また、EC (2009) は、医療費増加の要因について、人口や健康政策以外の要因として、収入、技術、制度、低生産性を挙げている。また、Maisonneuve and Martins (2013)は、OECD 諸国の分析において、医療費増加の要因については、人口要因よりも非人口要因の影響が大きいとしている。

また、死亡前医療費が医療費の増加に大きな影響を与えているという分析もある。例えば、Zweifel et al. (1999) は、スイスの医療保険基金の大規模なデータセットを使用し、年齢とともに医療費が高騰するのは医療費が高額となる死亡者の割合が高くなるためであり、死亡前医療費が医療費全体の増大の要因であるとした。彼らは、Zweifel et al. (2004) において内生性等の計量的手法や分析データを改善し、さらに Werblow et al. (2007) では、医療費の構成要素について細かく分析した上で、改めて死亡前医療費の重要性を強調している。また、田近・菊池(2014)は、Zweifel et al. (1999) の研究を踏まえ、死亡率の低下や健康増進による費用抑制効果を考慮した場合、2060 年度の 1 人当たり医療費が抑制されることを示し、日本においても Zweifel et al. (1999) の主張があてはまるとした。また、太田・中澤(2012)は、医療費の多くが死の直前の医療費支出であるという「終末期医療シナリオ」に取り組んでおり、当該シナリオでは一人あたり医療費の伸び率が一人あたり GDP 比の伸び率に等しいと仮定するベースラインに比べ、国民医療費の将来見通しの増加のスピードが緩やかになるとしている。

今後、医療費を含め社会保障の分析を行う際には、非人口要因や非健康要因も含め、計量的な手法により、さらなる精緻な分析に取り組んでいく必要がある。

参考文献

- European Commission, 2012, “The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)”, *European Economy*, No.2, 2012
- European Commission, 2009, “The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)”, *European Economy*, No.2, 2009
- Medeiros and Schwierz, 2013, “Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol’s «cost disease» revised”, *Economic Papers*, 507
- Maisonneuve and Martins, 2013, “Public Spending on Health and Long-term Care”, *OECD Economic Policy Papers*, No. 6
- Sanderson and Scherbov, 2005, “Average Remaining Lifetimes can Increase as Human Population Age”, *Nature*, 435(7043), pp.811-813
- Werblow, Felder and Zweifel, 2007, “Population ageing and health care expenditure: a school of red herring?”, *Health Economics*, vol. 16, pp.1109-1126
- Zweifel, Felder and Werblow, 2004, “Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the ‘Red Herring’ ”, *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 29 No. 4, pp. 652-666
- Zweifel, Felder and Meiers, 1999, “Ageing of population and health care expenditure: a red herring?”, *Health Economics*, vol 8, pp.485-496.
- 有利隆一(1999)「高齢雇用対策の影響—55歳から60歳への定年延長の効果—」、国民経済誌、第180巻、第2号、pp.47-63
- 岩本康志・福井唯嗣(2012)「医療・介護保険財政モデル(2012年10月版)について」、医療・介護保険財政モデルホームページ
- 上田淳二(2012)『動学的コントロール下の財政政策 社会保障の将来展望』、岩波書店
- 上田淳二・寺地祐介・森田茂伸(2010)「公的年金とマクロ経済・財政の相互関係分析のためのモデル構築」、KIER Discussion Paper、2010年6月、No.1008
- 上田淳二・堀内義裕・森田健作(2010)「医療費及び医療財政の将来推計」、KIER Discussion Paper、2010年3月、No.0907
- 上田淳二・三上裕介・石田良(2011)「物価・賃金の変動が将来の年金財政と年金資産分布に与える影響」、KIER Discussion Paper、2011年7月、No.1108
- 上田淳二・米田泰隆・太田勲(2014)「日本の財政運営において必要とされる収支調整幅の大きさ—動学的な財政不均衡に関する量的分析—」、フィナンシャル・レビュー2014年第1号(通巻第117号) pp.1-22
- 太田勲・中澤正彦(2013)「諸外国と日本の医療費の将来推計」、KIER Discussion Paper、No.1306
- 小塩隆士(2012)『再分配の厚生分析 公平と効率を問う』、日本評論社
- 金子隆一(2010)「長寿革命のもたらす社会—その歴史的展開と課題—」、人口問題研究66-3、pp.11-31
- 金子隆一(2014)「「高齢」の定義、見直しの時」、日本経済新聞朝刊 経済教室 2014年4月4日
- 北浦修敏(2009)『マクロ経済のシミュレーション分析—財政再建と持続的成長の研究』、京都大学学術出版会

- 厚生労働委員会調査室（2012）「少子高齢化に伴う高齢者の雇用に向けた国会論議― 高齢者等の雇用の安定等に関する法律の一部改正 ―」、立法と調査 2012. 11 No. 334（参議院事務局企画調整室編集・発行）
- 厚生労働省・厚生労働科学研究費補助金（2012）「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、厚生労働科学研究 健康寿命のページ
- 国立社会保障・人口問題研究所（2012）「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」
- 財政制度等審議会（2014）「我が国の財政に関する長期推計」、2014 年 4 月 28 日
- 田近栄治・菊池潤（2014）「高齢化と医療・介護費―日本版レッド・ヘリング仮説の検証―」、フィナンシャル・レビュー 2014 年第 1 号（通巻第 117 号）pp. 52－77
- 中澤正彦・影山昇・鳥羽建・高村誠（2014）「年金財政と支給開始年齢等に関する定量的分析」、フィナンシャル・レビュー 2014 年第 1 号（通巻第 117 号）pp. 23－51
- ホリオカ、チャールズ ユウジ・渡部和孝（1998）「日本人の目的別貯蓄額―1994 年の「家計における金融資産選択に関する調査」からのマイクロ・データを用いた推計」、『日米家計の貯蓄行動』、日本経済評論社

図表

【表 1】日本の平均寿命・平均余命の推移

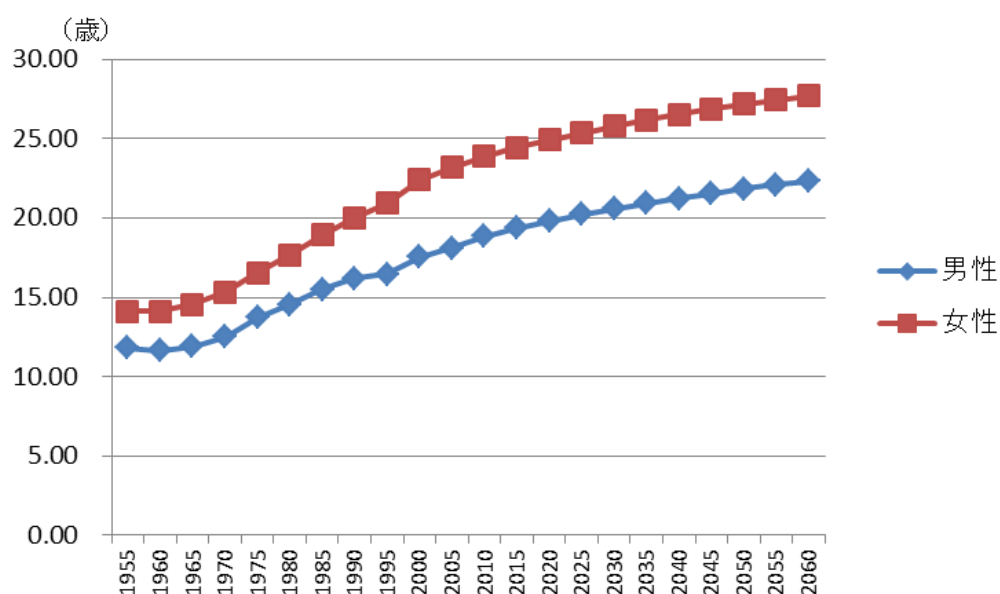
	1950年～ 1952年	1980年	2010年	2060年
平均寿命 (男性)	59.57	73.35	79.64	84.19
平均寿命 (女性)	62.97	78.76	86.39	90.93
平均余命 (60歳、男性)	14.36	18.31	22.84	
平均余命 (60歳、女性)	16.81	21.89	28.37	
平均余命 (65歳、男性)	11.35	14.56	18.86	22.33
平均余命 (65歳、女性)	13.86	17.68	23.89	27.72
平均余命 (75歳、男性)	6.73	8.34	11.58	14.59
平均余命 (75歳、女性)	7.76	10.24	15.38	18.88

(注) 厚生労働省による第 9 回生命表の対象は、1950 年から 52 年までとなっている。

(出所) 厚生労働省「生命表」(1950 年～2010 年)

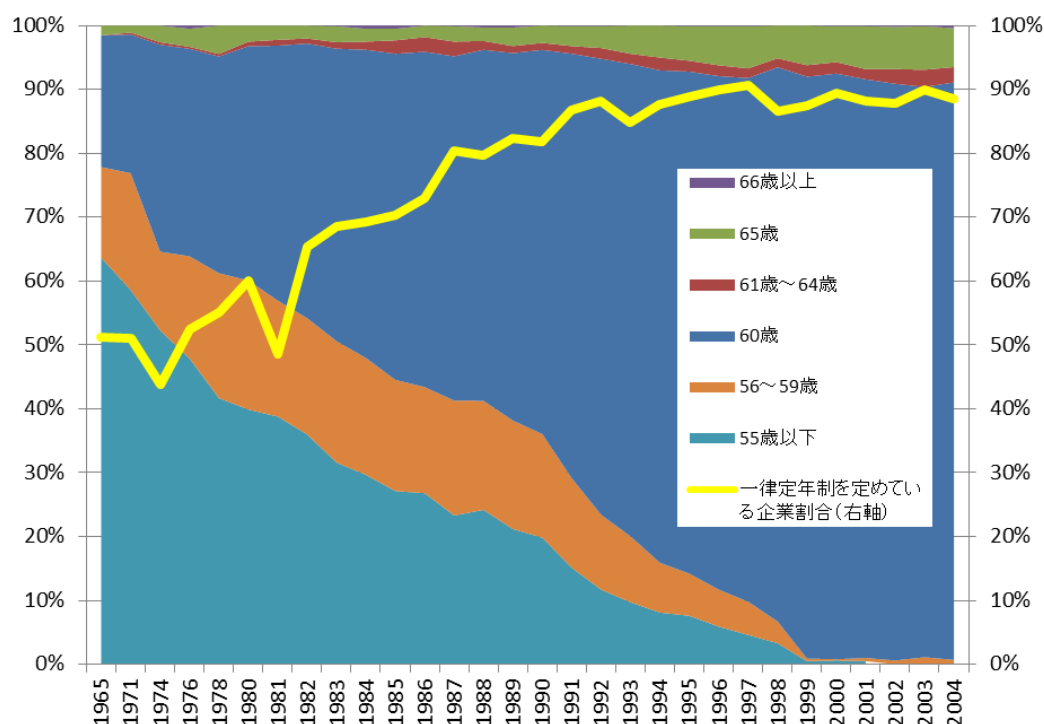
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成 24 年 1 月推計)」(2060 年) より筆者作成

【図 1】65 歳時点での平均余命の推移



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「資料表 12 男女別特定年齢の平均余命：1955～2060 年」より筆者作成

【図2】定年年齢の推移



(注) 2002年～2004年の「56～59歳」には、「55歳以下」を含む。

(出所) 厚生労働省「雇用管理調査」より筆者作成

【表2】定年制度と年金支給開始年齢の引き上げの変遷

定年制度の変遷

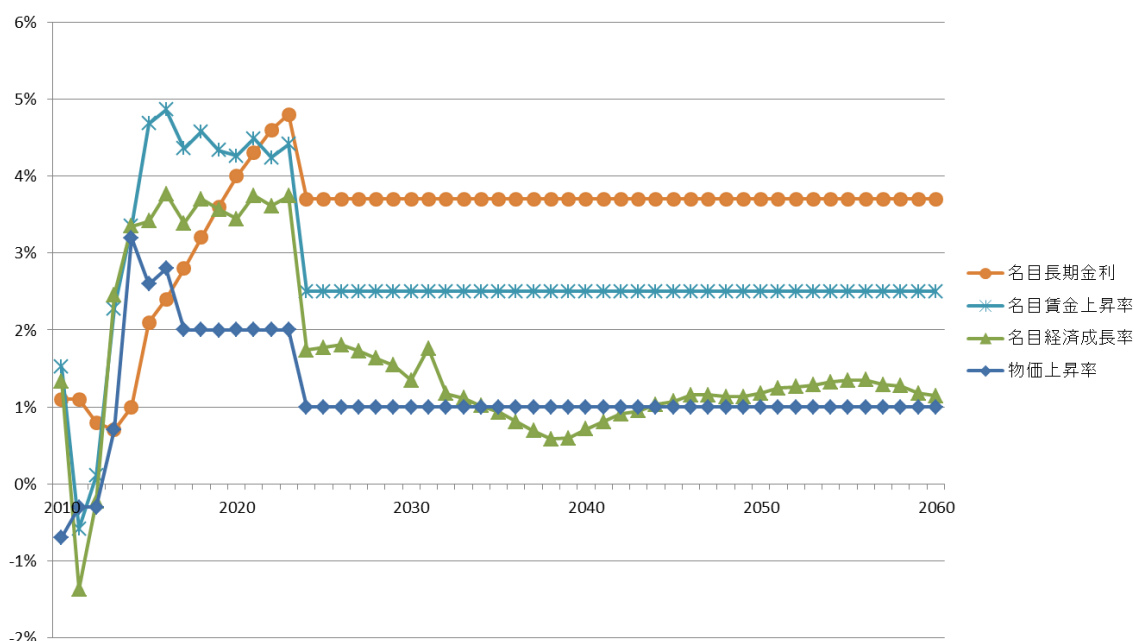
- ・1920年代以降：55歳定年が徐々に普及
- ・1976年：55歳以上が常用労働者の6%以上になるよう雇用することを努力義務化
- ・1986年：60歳定年努力義務化（現行の「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」に名称が変更）
- ・1990年：定年到達者の65歳までの再雇用の努力義務化
- ・1994年：60歳定年義務化
- ・2000年：定年の引き上げ、継続雇用制度の導入又は改善の努力義務化
- ・2004年：65歳未満の定年を定めている事業主に対して、継続雇用制度（労使協定で限定可能）の導入を義務化
- ・2013年：継続雇用制度対象者を労使協定で限定できる仕組みの廃止

<年金支給開始年齢の引き上げの変遷>

引き上げ内容	決定時期	開始時期	完了時期	決定から完了までの期間	引き上げ開始から完了までの期間
55歳→60歳(男)	1954年	1957年	1973年	19年	16年
55歳→60歳(女)	1985年	1987年	1999年	14年	12年
60歳→65歳 (定額部分・男)	1994年	2001年	2013年	19年	12年
60歳→65歳 (定額部分・女)	1994年	2006年	2018年	24年	12年
60歳→65歳 (報酬比例部分・男)	2000年	2013年	2025年	25年	12年
60歳→65歳 (報酬比例部分・女)	2000年	2018年	2030年	30年	12年

(出所) 有利（1999）、厚生労働省ホームページ、厚生労働委員会調査室（2012）より筆者作成

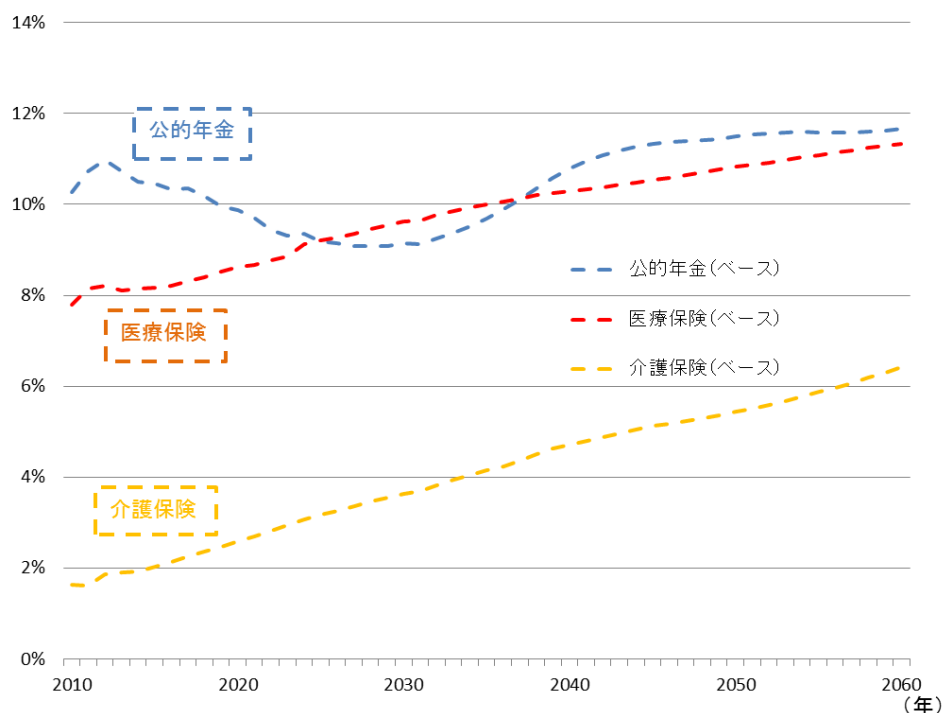
【図 3】 主要経済前提の推移（金利・賃金・成長率・物価）



（注）金利・賃金・物価については、2023 年までは内閣府「中長期試算」（2014 年 1 月）の経済再生ケースの数値を、2024 年以降については、厚生労働省「年金財政検証」（2009 年 2 月）の数値を使用している。名目経済成長率については、2023 年までは内閣府「中長期試算」（2014 年 1 月）の経済再生ケースの数値を、2024 年以降は、実質賃金上昇率と生産年齢人口増加率から求めた実質経済成長率について、物価上昇率を加えることで名目経済成長率を求めている。

（出所）筆者作成

【図 4】 ベースラインの年齢関係支出（対 GDP 比）の推移



（出所）筆者作成

【表 3】健康寿命の推移（日常生活に制限のない期間の平均：全国の年次推移）

平成年	男性			女性		
	日常生活に制限のない期間の平均（年）	日常生活に制限のある期間の平均（年）	平均寿命（年）	日常生活に制限のない期間の平均（年）	日常生活に制限のある期間の平均（年）	平均寿命（年）
13	69.40	8.67	78.07	72.65	12.28	84.93
16	69.47	9.17	78.64	72.69	12.90	85.59
19	70.33	8.86	79.19	73.36	12.63	85.99
22	70.42	9.22	79.64	73.62	12.77	86.39

（注）男女ともに、過去 10 年で平均寿命が約 1.5 歳伸長する間に、健康寿命が約 1 歳伸長している。

（出所）厚生労働省・厚生労働科学研究補助金（2012）

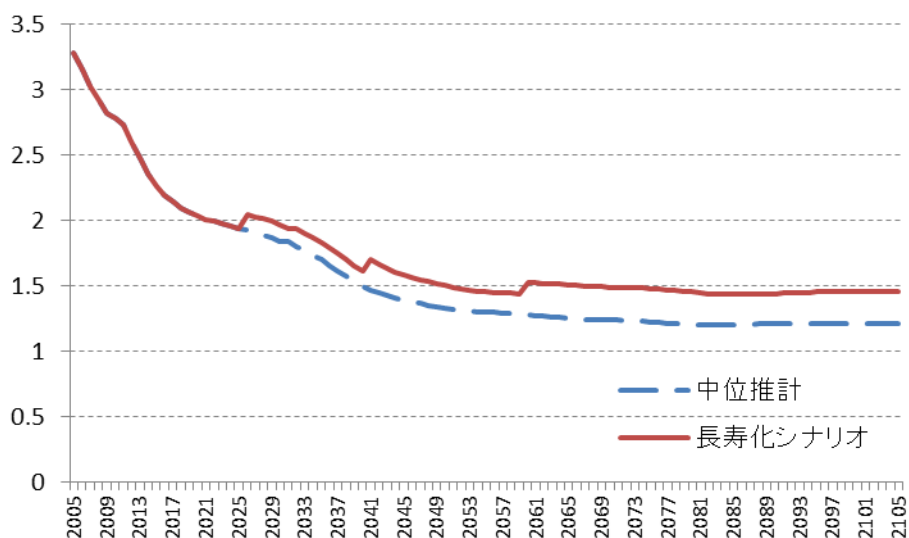
【表 4】平均寿命の推移と制度改正の時点

元号	西暦	男	女	元号	西暦	男	女
平成26	2014	80.21	86.93	平成50	2038	82.65	89.39
平成27	2015	80.34	87.05	平成51	2039	82.74	89.47
平成28	2016	80.46	87.18	平成52	2040	82.82	89.55
平成29	2017	80.58	87.3	平成53	2041	82.89	89.63
平成30	2018	80.7	87.42	平成54	2042	82.97	89.71
平成31	2019	80.81	87.53	平成55	2043	83.05	89.78
平成32	2020	80.93	87.65	平成56	2044	83.12	89.86
平成33	2021	81.04	87.76	平成57	2045	83.2	89.94
平成34	2022	81.15	87.87	平成58	2046	83.27	90.01
平成35	2023	81.25	87.98	平成59	2047	83.34	90.08
平成36	2024	81.36	88.08	平成60	2048	83.41	90.15
平成37	2025	81.46	88.18	平成61	2049	83.48	90.22
平成38	2026	81.56	88.29	平成62	2050	83.55	90.29
平成39	2027	81.66	88.39	平成63	2051	83.62	90.36
平成40	2028	81.76	88.49	平成64	2052	83.69	90.43
平成41	2029	81.86	88.58	平成65	2053	83.75	90.49
平成42	2030	81.95	88.68	平成66	2054	83.82	90.56
平成43	2031	82.05	88.77	平成67	2055	83.88	90.62
平成44	2032	82.14	88.86	平成68	2056	83.94	90.69
平成45	2033	82.23	88.96	平成69	2057	84	90.75
平成46	2034	82.31	89.04	平成70	2058	84.07	90.81
平成47	2035	82.4	89.13	平成71	2059	84.13	90.87
平成48	2036	82.49	89.22	平成72	2060	84.19	90.93
平成49	2037	82.57	89.3				

（注）国立社会保障・人口問題研究所によれば、2014 年から 2060 年にかけて、平均寿命が男女ともに約 4 歳伸長することが見込まれている。また、厚生労働省・厚生労働科学研究補助金（2012）によれば、過去 10 年で平均寿命が約 1.5 歳伸長する間に、健康寿命が約 1 歳伸長している。そのため、今後 2060 年までに平均寿命が今後約 4 歳伸長する間に、健康寿命が約 3 歳（ $4 \div 1.5 \div 3$ 歳）伸長すると仮定し、平均寿命が概ね 4 / 3 歳ずつ伸びる 2026 年、2041 年、2060 年に、支給開始年齢等を一歳ずつ引き上げる制度改正を考える。

（出所）国立社会保障・人口問題研究所より筆者作成

【図5】生産年齢人口/老年人口の比率の推移（シナリオ別）



（注1）生産年齢人口/老年人口 の比率は、一人の高齢者を何人の生産年齢人口で支えているかの指標と考えられる。

（注2）中位推計においては、生産年齢人口：15歳～64歳、老年人口：65歳以上、として比率を計算し、
長寿化シナリオにおいては、

2025年まで：生産年齢人口：15歳～64歳、老年人口：65歳以上

2026年～2040年まで：生産年齢人口：15歳～65歳、老年人口：66歳以上

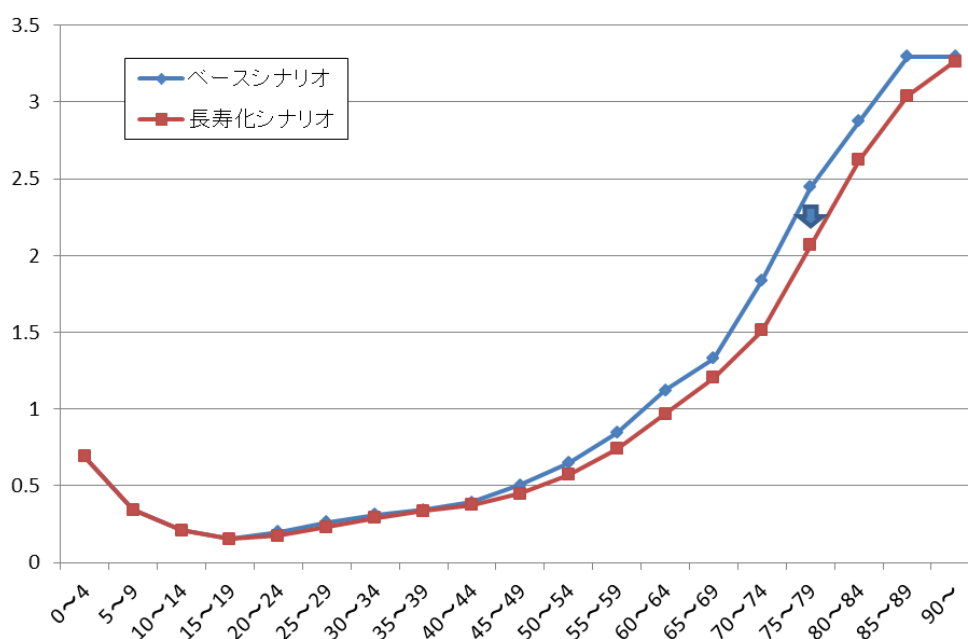
2041年～2059年まで：生産年齢人口：15歳～66歳、老年人口：67歳以上

2060年以降：生産年齢人口：15歳～67歳、老年人口：68歳以上

として比率を計算している。

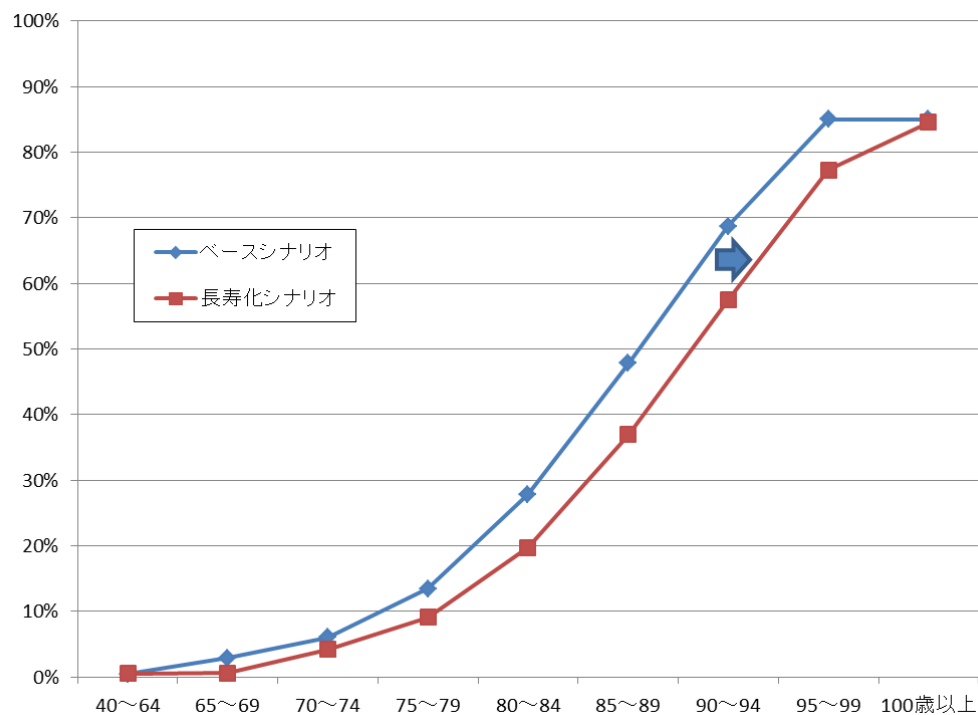
（出所）国立社会保障・人口問題研究所より筆者作成

【図6】年齢階層別国民一人あたり医療費の比較（2060年時点、シナリオ別）



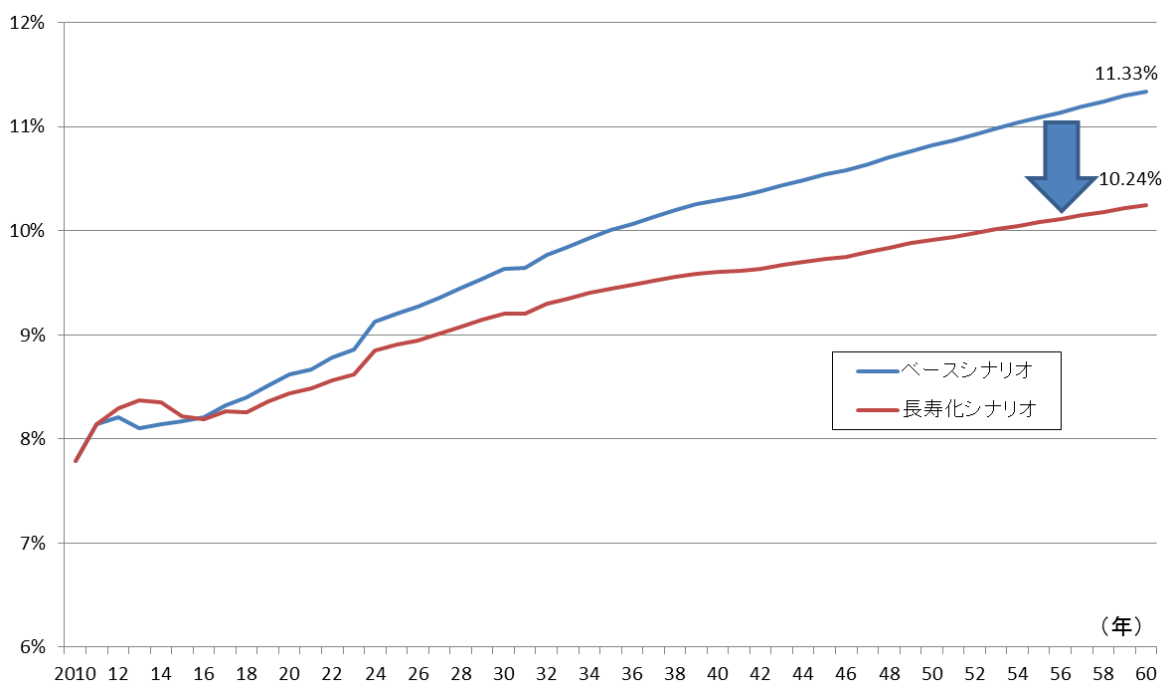
（出所）筆者作成

【図 7】 要支援・要介護年齢別介護認定率の比較（2060 年時点、シナリオ別）



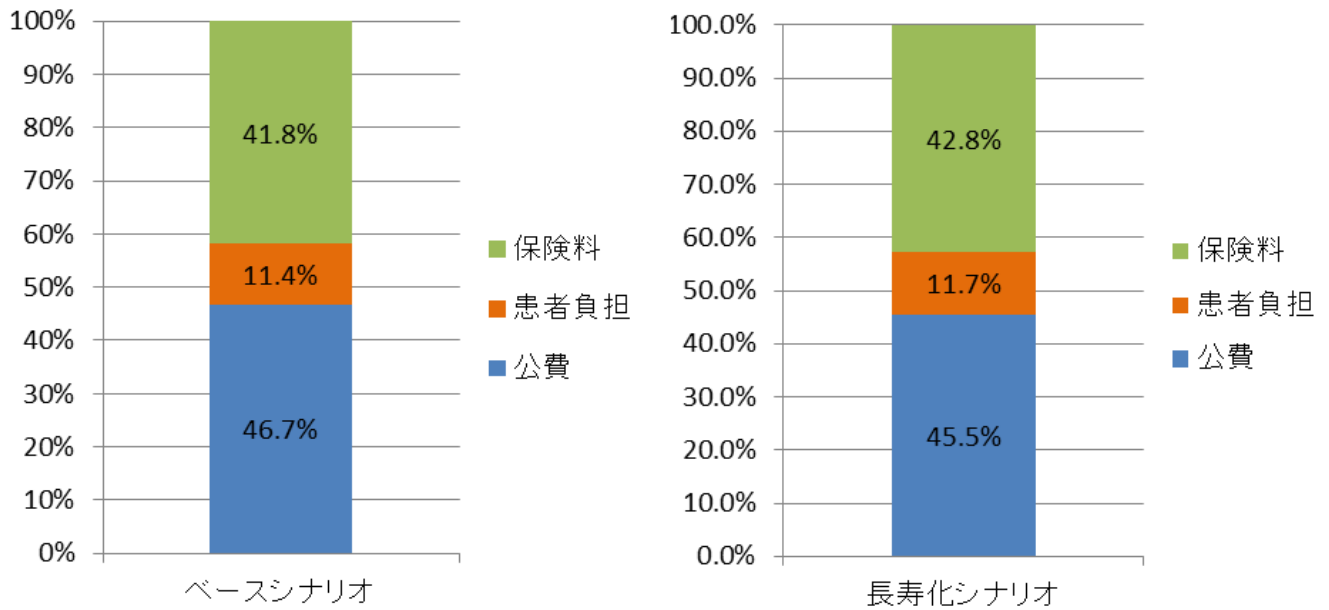
（出所）筆者作成

【図 8】 国民医療費（対 GDP 比）の推移（シナリオ別）



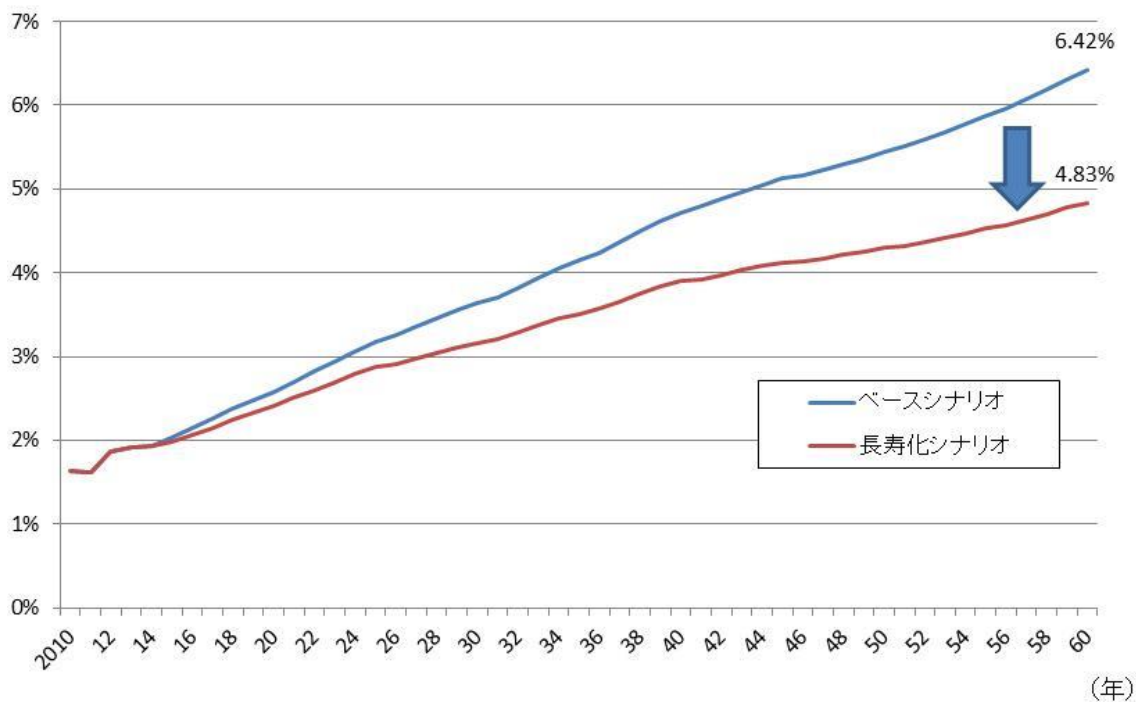
（出所）筆者作成

【図 9】 国民医療費の財源別内訳（2060 年時点、シナリオ別）



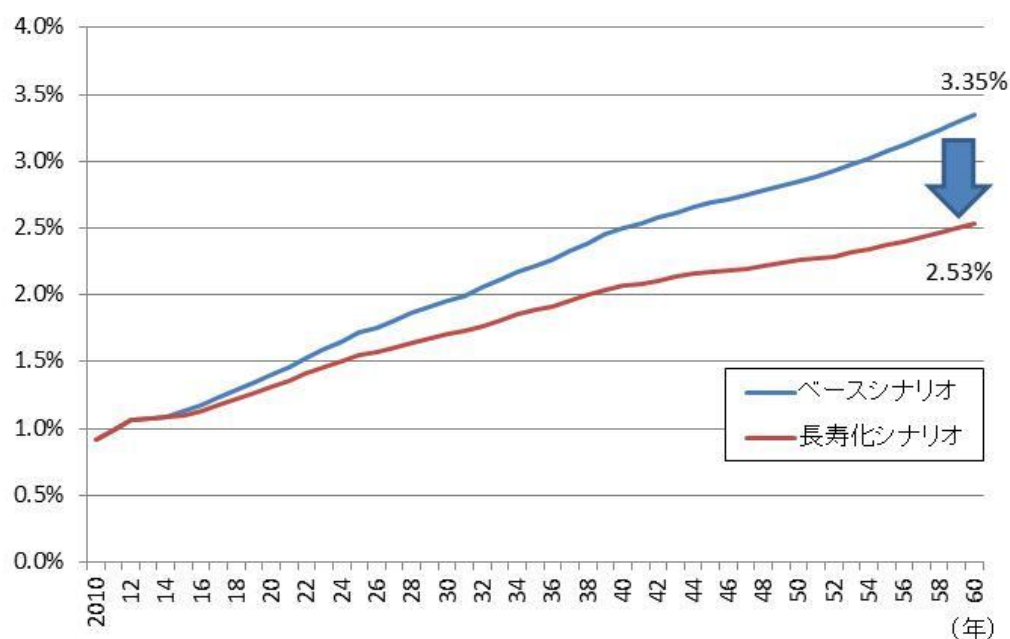
（出所）筆者作成

【図 10】 介護総費用（対 GDP 比）の推移（シナリオ別）



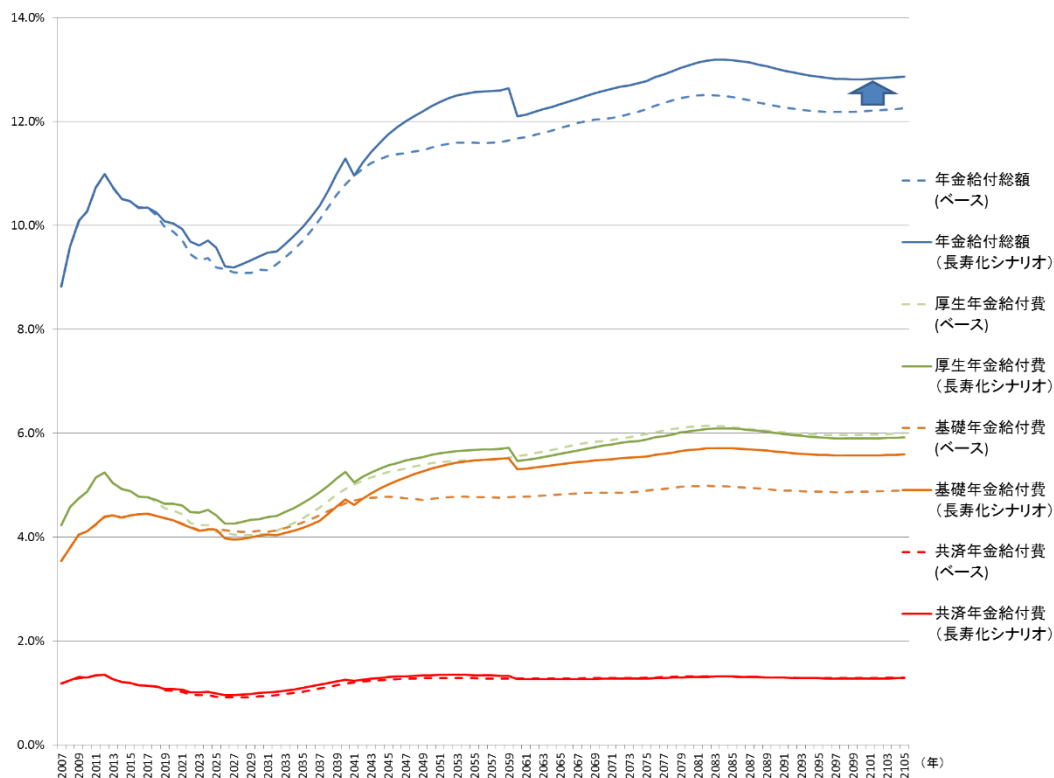
（出所）筆者作成

【図 11】 介護保険公費負担額（対 GDP 比）の推移（シナリオ別）



（出所）筆者作成

【図 12】 公的年金給付費（対 GDP 比）の推移（年金別、シナリオ別）



（注）基礎年金については、ベースラインでは 2049 年まで発動されていたマクロ経済スライドが、長寿化シナリオでは 2037 年までの発動となり、マクロ経済スライド調整期間が 12 年間短縮される。また、厚生年金については、ベースラインでは 2029 年まで発動されていたマクロ経済スライドが 2017 年までの発動となり、マクロ経済スライド調整期間が 12 年間短縮される。

（出所）筆者作成

【図 13】 世代ごとの年金受給総額（シナリオ別）

(1) 基礎年金

(2) 厚生年金

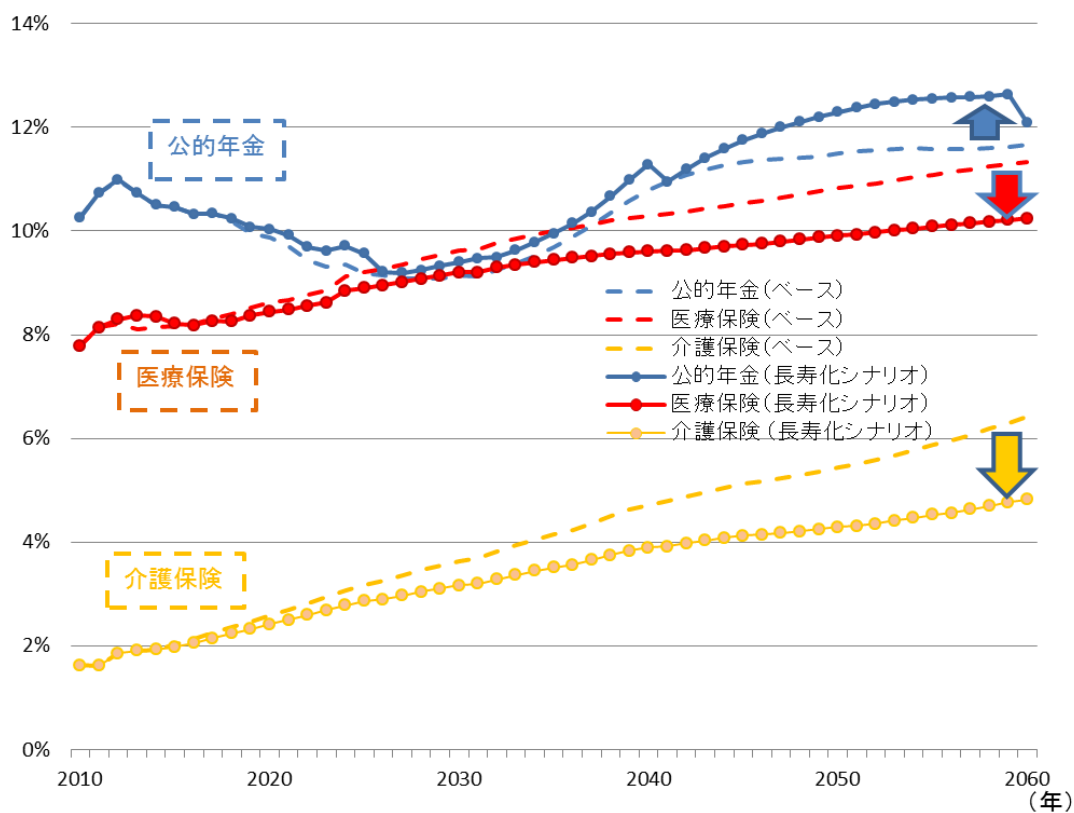
(3) 基礎年金＋厚生年金

	ベースシ ナリオ	長寿化 シナリオ		ベースシ ナリオ	長寿化 シナリオ		ベースシ ナリオ	長寿化 シナリオ
2014	100	101	2014	100	108	2014	100	105
2019	100	103	2019	100	111	2019	100	107
2024	100	101	2024	100	107	2024	100	104
2029	100	104	2029	100	106	2029	100	105
2034	100	111	2034	100	106	2034	100	109
2039	100	113	2039	100	100	2039	100	106
2044	100	116	2044	100	100	2044	100	108
2049	100	116	2049	100	100	2049	100	108
2054	100	109	2054	100	94	2054	100	102
2059	100	109	2059	100	94	2059	100	102
2064	100	109	2064	100	94	2064	100	101
2069	100	109	2069	100	94	2069	100	101

（注）当該年度に 60 歳を迎える世代の「年金資産」について、ベースシナリオ を 100 として表して比較したものである。

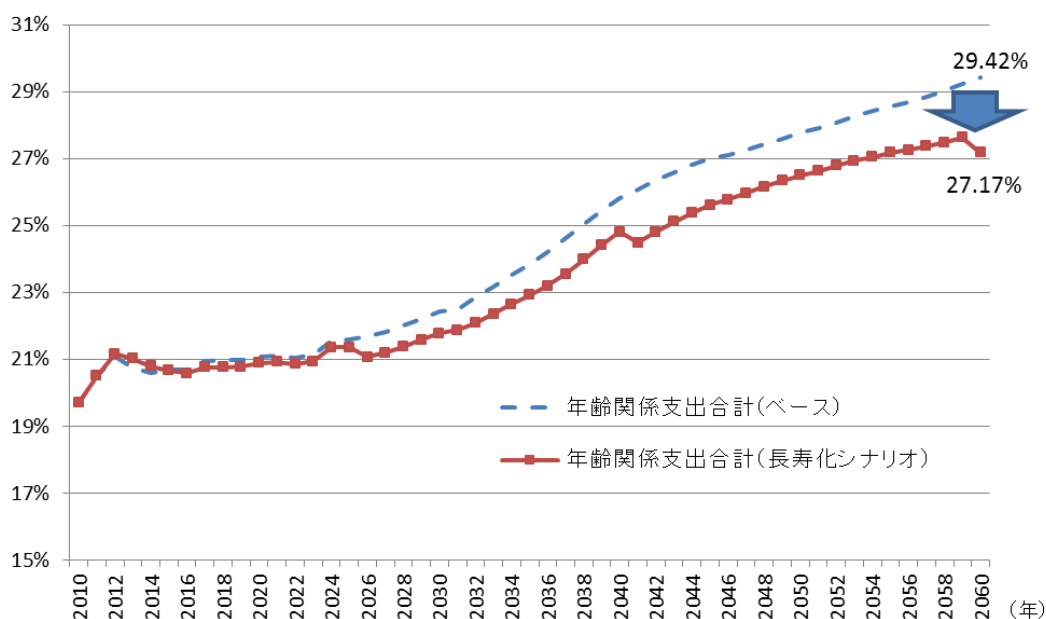
（出所）筆者作成

【図 14】 年齢関係支出（対 GDP 比）の比較（項目別、シナリオ別）



（出所）筆者作成

【図 15】 合算した年齢関係支出（対 GDP 比）の比較（シナリオ別）



（出所）筆者作成

【表 5】 シナリオごとの必要収支改善幅（S 2 値）の比較

○ベースシナリオ

S 2 値	IBP (1)	IBP (2)	COD	DR	COA
12.13%	4.18%	4.62%	－	－	3.32%

○長寿化シナリオ

S 2 値	IBP (1)	IBP (2)	COD	DR	COA
10.46%	4.18%	4.62%	－	－	1.65%

（注 1）長寿化シナリオでは、S 2 値が約 1.7%ポイント（対 GDP 比）低下する。すなわち、債務残高対 GDP 比を将来にわたって安定させるために必要な収支改善幅が、ベースラインに比べて約 1.7%ポイント低下することがわかる。また、S 2 値の内訳を見ると、ベースラインと長寿化シナリオの違いは、COA（Cost of Ageing）の違いであり、今後高齢化に伴う歳出増に対応するために必要な収支改善幅が低下することがわかる。

（注 2）各項目の詳細は以下の通り。

- ・S2 値：将来にわたる債務残高対 GDP 比を安定させるために、現時点で必要とされる恒久的な収支改善幅（対 GDP 比）
- ・IBP (1)：現時点（収支改善の前年度）の PB 赤字
- ・IBP (2)：債務残高対 GDP を（将来的な利払費等を含め）発散させないために必要な PB の黒字幅
- ・COD：一気に債務改善するのではなく、2015～2020 年の間に段階的に収支改善することに伴い発生する遅延費用
- ・DR：債務残高対 GDP 比を目標値に引き下げていくために必要な収支改善幅
- ・COA：今後、目標年度までの高齢化等に伴う歳出増に対応するために必要な収支改善幅

（出所）筆者作成