

2014年4月24日 全85頁

SNA中心で見た社会保障

給付増は高齢化の影響だけではない

調査本部 主席研究員 市川正樹

[要約]

- 本稿は、SNA統計を中心にして社会保障を分析したものである。SNAを使うメリットは、今や社会保障が財政悪化の最大の要因となっている中、社会保障と財政・経済との関係を統合的に捉えることができることなどである。しかし、現時点では年齢層別のデータが存在しないなどの制約があるため、他の統計データで補う必要がある。
- 具体的な内容としては、財政健全化目標など財政との関係を見た後、年金、医療、介護、といった分野別に、更に詳細な制度などまでブレークダウンして給付や収支の推移などを見ている。特に、高齢者数増加とそれ以外の要因がどの程度効いているのかを分析している。
- 結果については、高齢者数増によらない給付増も大きい。「高齢者数が増加するのでどうしても社会保障支出は増加してしまう」と考えがちだが、実はそれ以外の要因による支出増が、若年者分増も含めかなりある。
- 負担面では、総額の横ばい傾向は、生産年齢人口減少よりも、デフレ下で正規労働者の賃金下落や非正規労働者への転換により雇用者報酬が減少した影響の方が大きい。なお、総額が減少とならなかったのは、保険料引上げなどが行われたためである。デフレから脱却し雇用者報酬が増加すれば、多少は財政健全化に貢献するが、これまでの給付と負担の差の累積は全く解消しない。
- 個別分野を見ると、年金保険は高齢者数増の影響が支配的である。なお、個別世帯では減額でも、高齢者数増によりマクロでは増加するため財政赤字に直結する。また、社会保障の中でも年金の赤字が最大であるが、特に、国民年金保険は給付と負担の差が大きく、突出している上、未納・免除が4分の3を占め、もはや「保険」とは言えない状況にある。
- 医療保険は、制度間財政調整があってもトータルでは大きな赤字である。医療費は高齢者数増に因らない部分も大きい。特に、薬局調剤医療費は、若年者分も含め増大を続けている。
- 介護保険は、当初の制度定着期を経て、最近は、高齢人口増以外の要因である受給率上

昇や、一人当たり受給額増の影響が目立つ。介護予防サービスなどの予防の効果は見出しにくい。

- 労災保険は黒字が続いていたが、保険料引下げ等により 2009 年度からは若干の赤字である。雇用保険は、給付と負担が雇用情勢に応じて変動する。急速な雇用悪化時には給付額は急増するが、欧州のような給付の高止まりが生じないように注意する必要がある。児童手当・子ども手当は政策によりかなり増額されてきたが、最近では適切な財源がないまま、多額に増額された。
- SNAでは、生活保護などの社会扶助給付は社会保障ではないが、増大を続けている。生活保護も高齢世帯増に対応しない部分もあり、特に、高齢・母子・障害者・傷病者いずれにも該当しない「その他」世帯、しかも誰も働いている者がいない受給世帯が最近急速に増加している。一方、生活保護以外の地方独自の社会扶助給付もかなりあり増加を続けているが、実態はよくわからない面も多い。社会保障でもなく社会扶助給付でもない、社会保障基金の個別的な非市場財・サービスの額もかなりあり、増加傾向にある。
- 以上を踏まえ、高齢者数増以下に給付額を抑えることを大前提としても、まだ財政健全化は到底達成できないため、更に若年層を含め一人当たり受給額の抑制や受給者等の抑制が必要である。
- 具体的には、社会保障各分野の技術的詳細を踏まえたものではなく決して包括的なものではないが、例えば、①高齢者数増以下に給付額を毎年度抑える（大前提）、②特に医療や介護における一人当たり受給の抑制、③一定年齢以上で一定期間受診なしの場合のわずかな保険料引下げ等による不必要な受給の削減、④健康志向を手掛かりとした総合的取組み、⑤高齢になっても働きたい希望を生かした年金受給開始後ろ倒し策の一層の強化、⑥「親の面倒を見る」ことの社会化に伴う相続税の抜本的強化と社会保障受給辞退による軽減の検討、⑦社会扶助給付（特に地方独自分）増への歯止め、⑧社会保障基金が提供する個別的な非市場財・サービスのチェック、などが検討の方向の例として考えられる。
- 更に、「女性の活躍」の実現のためには、税制、社会保障、労働法制、保育所・幼稚園サービスの充実など様々な分野の「一体改革」が不可欠である。内閣府に期待される役割も大きい。「高齢者の活躍」も同様に様々な分野の一体的改革が必要である。
- 我が国SNAデータへの要望としては、①できるだけ細かな内訳の公表（特にストック関係）、②年齢層別のデータ整備等を目指す分布統計の研究の進展、③現在公表されているデータに何が含まれ何が含まれないのかの説明の作成と公表、などがある。

1. はじめに

本稿は、SNA統計を中心にして社会保障を分析することを試みたものである。

SNAで見た財政については、既に他のレポートで扱ったところであり¹、本稿はその続編とも言える。主として財政の観点から社会保障全般を見ている。社会保障は、もはや破綻状態に近い財政の最大の問題であると言えるからである。また、特に、前レポートでは、社会保障給付の増大を漠然と高齢化によるものとして扱ってきたが、本レポートでは、社会保障の各分野まで立ち入って、高齢化の影響がどの程度あるかなども含めて見ている。なお、社会保障と財政を論ずるに当たっては、人口予測等に基づく将来推計が不可欠であるが、どのような予測であっても過去のデータの確固とした分析は不可欠であり、本稿では過去のデータの分析に集中したものとなっている。

SNA統計を利用するメリットは、まず、財政全体との関係が整合的に捉えられることである。特に、政府の財政健全化目標がSNAの国と地方のプライマリーバランスを用いて設定されていることから、財政悪化の主因である社会保障がどのように財政問題と関係しているかを整合性のあるデータで見られることには意義がある。更に、社会保障の各分野、更にはその中の各制度についても、財政との全体的な整合性を確保しつつ見ることができる。また、社会保障は、政府のみでなく、家計や企業にも大きな影響を与えているが、家計や企業との関係も整合的に見ることができる。他に個別社会保障制度についてのデータはもちろん、社会保障全体をカバーするデータはあるものの²、以上のようなメリットはSNAデータのみが有する。なお、財政当局による予算書や決算書は予算管理のための情報としては必要不可欠ではあるが、経済分析に使いにくいのは前レポートでも指摘した通りである。

しかしながら、SNAデータにも制約は存在する。一国全体のマクロ状況を扱うことからやむを得ないことではあるが、ブレイクダウンしたデータは少ない。特に、年齢層別のデータは社会保障の分析には不可欠であるが、SNAデータにはそうしたものがない。そこで、あくまでSNAデータを基本とするが、年齢層別の分析の際など、必要に応じ他の統計で補足する。

なお、本稿での高齢化の意味は、高齢者数の増加、特に65歳以上人口の増加とする。通常は、高齢者数の生産年齢人口比が高まることなどとされることが多いが、本稿では基本的にそうしない。財政には、比ではなく絶対値の動向が支出額に直結するからである。なお、負担面では、生産年齢人口の減少も、場合により高齢化に含めることもある。

また、SNAは最新の2005年基準のものを使用する。この場合、社会保障関連データは1994年からしか取れない。更に、財政との関係を見るのが主目的であることから、断りのない限り名目値を使用している。

¹ 当社レポート 市川正樹「SNAで見た近年の財政 我が国財政の総合的・整合的把握」（2013年8月23日）
http://www.dir.co.jp/research/report/japan/sothers/20130823_007597.html

² 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」はILO基準に準拠して作られているが、ILO基準とSNAの比較については、浜田浩児（2003）、「ILO基準社会保障費との比較で見たSNA社会保障統計」、ESRI Discussion Paper Series No. 49、内閣府経済社会総合研究所
http://www.esri.go.jp/jp/archive/e_dis/e_dis049/e_dis049.html
を参照。また、社会保障費用統計と我が国SNAデータの相違については、国立社会保障・人口問題研究所（2011）「社会保障費統計に関する研究会報告書」、所内研究報告第41号
<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/houkokuNo.41-201106.pdf>
を参照。

2. 政府の財政健全化目標と社会保障関連の赤字

政府の財政健全化目標は、国と地方のプライマリーバランスについて設定されている。

SNAでは、政府部門は「一般政府」となっており、更に「中央政府」、「地方政府」、「社会保障基金」の3つに分かれている。概ね中央政府が国、地方政府が地方に該当するが、どのような会計、組織がそれぞれに該当するかは一定の基準に基づき決められている。社会保障基金には、国や地方の社会保障関連特別会計などのほか、共済組合、健康保険組合なども含まれる³。「国と地方のプライマリーバランス」は、この中央政府と地方政府の収支の合計に支払利子と受取利子の差額を加えたものである。

³ 具体的にどのような会計や組織などが社会保障基金に含まれるかについては、内閣府「国民経済計算における政府諸機関の分類」（国民経済計算確報参考資料）を参照されたい。

http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/data/data_list/kakuhou/files/h24/sankou/pdf/bunrui20131225.pdf

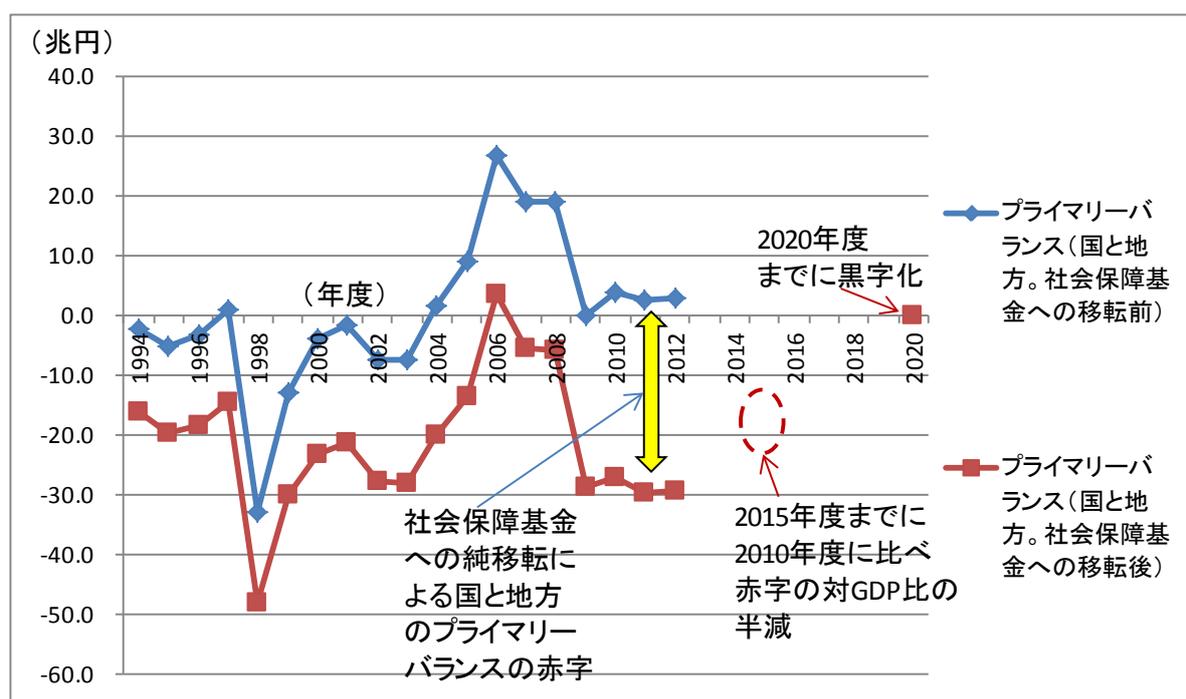
図表1は、この国と地方のプライマリーバランスの推移について見たものである。なお、政府の資料では、特殊要因などを除いたものが掲載されているが、ここでは特に除いていない⁴。

国と地方と、一般政府のもうひとつの構成要素である社会保障基金との間で多額の移転が行われている。図表1では、社会保障基金への純移転の前と後でのプライマリーバランスを示している。近年について見ると、社会保障基金への純移転前は、国と地方のプライマリーバランスは黒字であるものの、純移転後には大幅な赤字となる。この差30兆円程度が、社会保障基金への純移転による赤字であり、国と地方の財政赤字を大きく拡大させていることがわかる。

政府の財政健全化目標は移転後のプライマリーバランスが対象で、まず2015年度までに2010年度に比べ赤字の対GDP比を半減し、2020年度までに黒字化するというものである。なお、2015年度までの目標は名目GDPの値にも左右されるため、図表1では点ではなく領域で示している。こうした目標を達成するためには、社会保障関連赤字を如何に削減するかが大きな鍵となる。

そこで、次に、社会保障基金の財政状況を詳しく見てみる。

図表1 国と地方のプライマリーバランス（社会保障基金への純移転の前と後）の推移と政府目標



(注) 政府資料等においては特殊要因などが除かれているが、ここでは特に除いていない。

(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

3. 社会保障基金の財政状況

(1) 全体の状況

⁴ こうしたことを含め、SNAにおける財政の扱いについては、前出当社レポートを参照されたい。以下同様。

①SNA における社会保障の扱いと他統計との違い

我が国の SNA における明確な社会保障の定義は内閣府資料には見当たらないので、給付と負担に分け、何が社会保障に入れているかを見ることにする。

まず給付面であるが、社会保障を含めもっとも広範なのは家計に対する「社会給付」であり、このうち、①「現金による社会保障給付」と、②「現物社会給付」、が社会保障給付に該当する。前者①の現金による社会保障給付は、老齢年金、失業給付、児童手当及び子ども手当等である。後者②の現物社会給付は、一般政府から家計への医療保険給付分及び介護保険給付分である。また、②の現物社会給付は、高額医療や出産給付金のような「払戻しによる社会保障給付」と、通常の医療保険給付などのような「その他の現物社会保障給付」にも分けられる。

一方、社会保障給付とならない社会給付には、①年金基金による給付（厚生年金基金による給付等のいわゆる企業年金など）、②無基金雇用者社会給付（いわゆる退職一時金など）、③社会扶助給付（生活保護費、原爆医療費、恩給など）、④個別的非市場財・サービスの移転（保育園や学校のサービスなど）がある。

負担面については、更に定義等がはっきりしない面があるが、社会保険料などの「強制的社会負担」が社会保障負担に相当すると考えて良からう。上記の社会保障給付の財源に相当していると考えられる。雇主的強制的現実社会負担と雇用者の強制的社会負担がある。所得税や消費税などは、結果的に社会保障給付に充てられる部分が大いにしても、社会保障負担ではなく、税扱いである（所得税は「所得・富等に課される経常税」、消費税は「生産・輸入品に課される税」となる。なお相続税は「資本移転」であり、更に「資本税」に分類される。）。

なお、内閣府の説明では、「社会保障基金とは、社会全体あるいは大部分を対象として社会保障給付を行うことを目的としていること、加入が法律により義務付けられていること、資金が積立方式以外の方法で運営されていること、の条件を満たす組織である」とされており⁵、社会保障基金の給付は全て社会保障給付であるかのような書き方になっている。しかしながら、社会保障基金が行う給付には社会保障以外の給付もあり、例えば個別的な非市場財・サービスの移転が 2012 年度において 1.7 兆円あることなどに注意すべきである。

SNA 以外の社会保障に関する統計としては、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」があり、社会保障費としてはむしろこの方が幅広く使用されている。この統計には、社会保障給付費として、SNA とは異なり、厚生年金基金等の企業年金、生活保護、公衆保健サービスなども含まれている。一方、社会保障財源には、SNA のような強制的社会負担（社会保険料など）だけでなく、公費負担、資産収入なども含まれている。こうしたことから、SNA より給付、負担とも額は大きくなっている。また、同じ制度等に細分化して比較しても、2 つの統計の細かい数字は必ずしも一致しない⁶。

⁵ 内閣府の国民経済計算サイトの用語解説。

http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/data/reference4/yougo_top.html#si

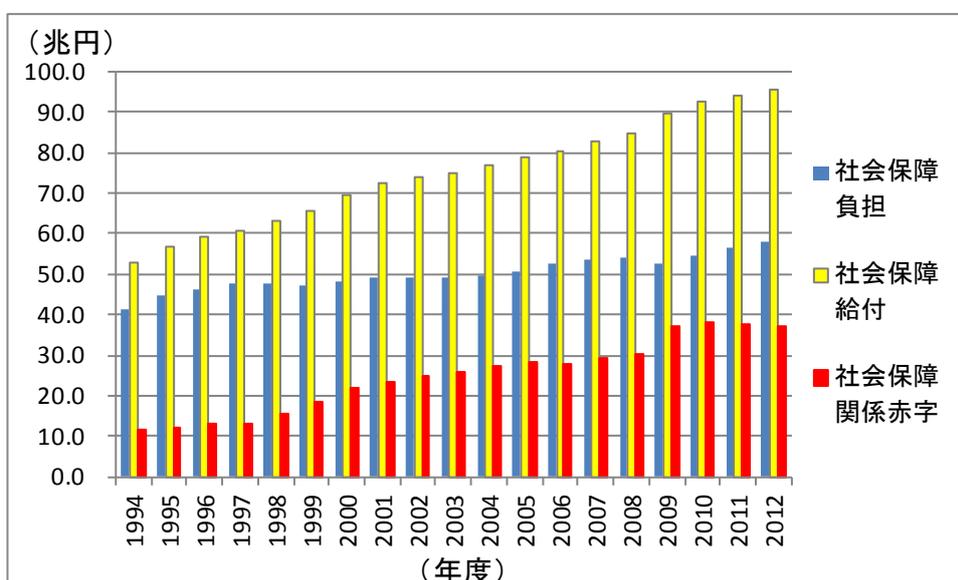
⁶ 詳細については、前出、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費統計に関する研究会報告書」（2011 年 6 月）を参照されたい。

②社会保障関連の受取・支払・収支と赤字の「補てん」

前章の2. で、社会保障基金への純移転が、国と地方の大幅な財政赤字をもたらしていることを見た。社会保障基金には、社会保障関連の受取・支払と、それ以外の受取・支払がある。国と地方の大きな赤字の原因となっているのは、社会保障関連であるが、その受取、支払、収支を見たのが図表2である。

社会保障給付は増大を続ける一方、負担の伸びははかばかしくなく、結果として大幅な赤字が生じているのがわかる。

図表2 社会保障基金の社会保障関連の受取、支払、収支



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

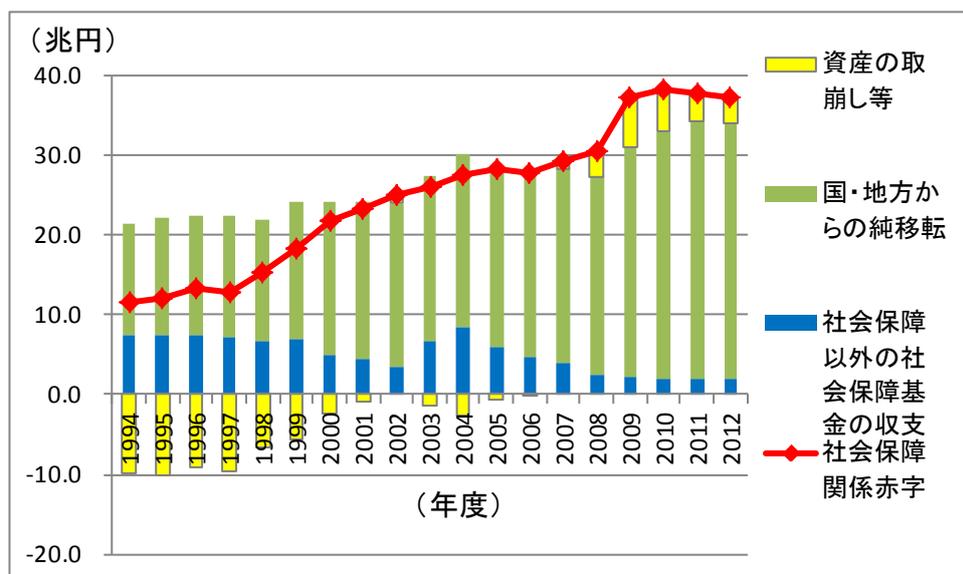
その大幅な赤字が、国と地方からの純移転を含め、どのように「補てん」されてきたかを見たのが図表3である。

赤い線が、図表2における社会保障関連の赤字である。これを「補てん」しているのは最近ではもっぱら国と地方からの純移転である。

社会保障以外の社会保障基金の収支は黒字ではあり「補てん」に貢献してはいるものの、近年は社会保障の赤字に比べ極めて小さなものとなっている。

これらにより「補てん」できない部分が最近では生じており、「資産の取崩し等」で賄われている。なお、これは、社会保障基金の所得支出勘定における「純貸出(+)/純借入(-)」に相当する。かつて2000年代初め頃までは、これはマイナス、つまり資産の積立等が行われていたが、最近は取崩し等となっている。

図表3 社会保障関連赤字の「補てん」



(注) 「資産の取崩し等」は、社会保障基金の所得支出勘定における「純貸出(+)/純借入(-)」に相当。

(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

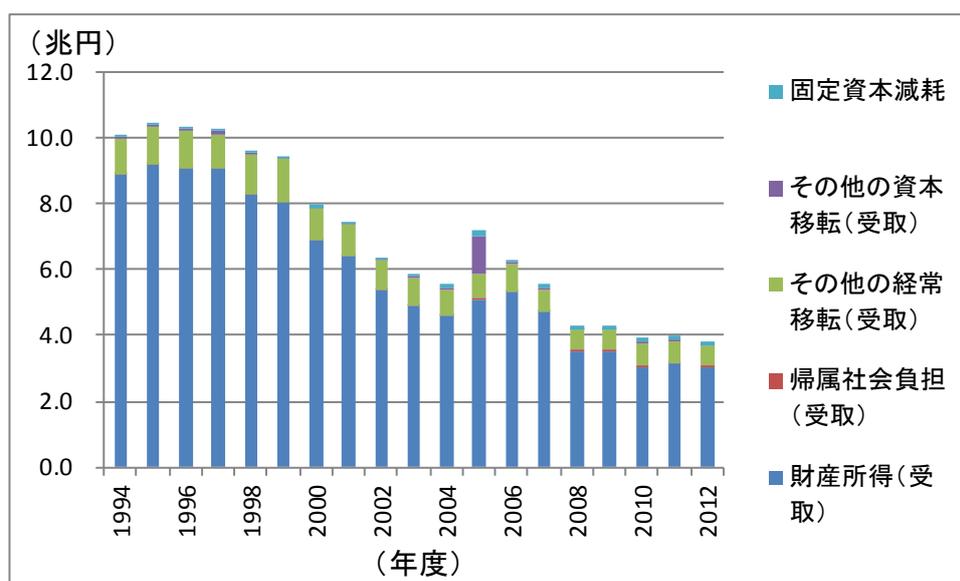
③ 社会保障関連以外の事項の受取と支払、残高

社会保障基金の社会保障関連以外の収支は前出の通りであるが、次にそうした収支をもたらしている受取と支払の詳細を見る。

まず、受取を見たのが図表4である。

財産所得（受取）が殆どであり、かつて金利が比較的高かった時代にはそれなりの額となり、社会保障基金の相当程度の赤字を「補てん」する形となっていた。しかし、近年は社会保障基金の赤字額が増大する一方、更に低金利となり受取額が減少し、社会保障基金の赤字を「補てん」するには到底至っていない。なお、財産所得の源泉となる金融資産残高は、後に見るようにそれほど減少してはいない。

図表4 社会保障基金の社会保障関連以外の受取

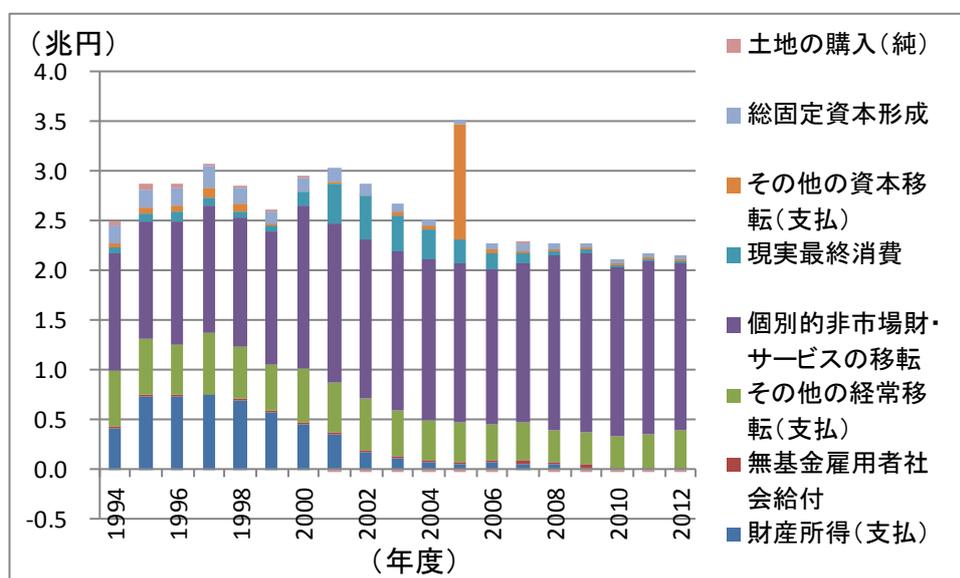


(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

一方、支払を見たのが図表5である。最近是个別非市場財・サービスの移転が1.5兆円程度となっており、増加傾向にある。具体的にどのような移転が含まれるのかの明示的な説明は内閣府資料にはない。例えば、検診、保健指導、健康教育、健康相談といった保健事業への支出などが含まれるのではないかと推察されるが定かではない。

なお、財産所得（支払）が、かつて金利の比較的高い時代に0.5兆円程度あった。支払の原因となる社会保障基金の金融負債残高は後に見るように、それほど大きくないため、財産所得の受取に比べればかなり少ない。ただし、近年では、低金利の下、財産所得（支払）は殆どない。

図表5 社会保障基金の社会保障関連以外の支払



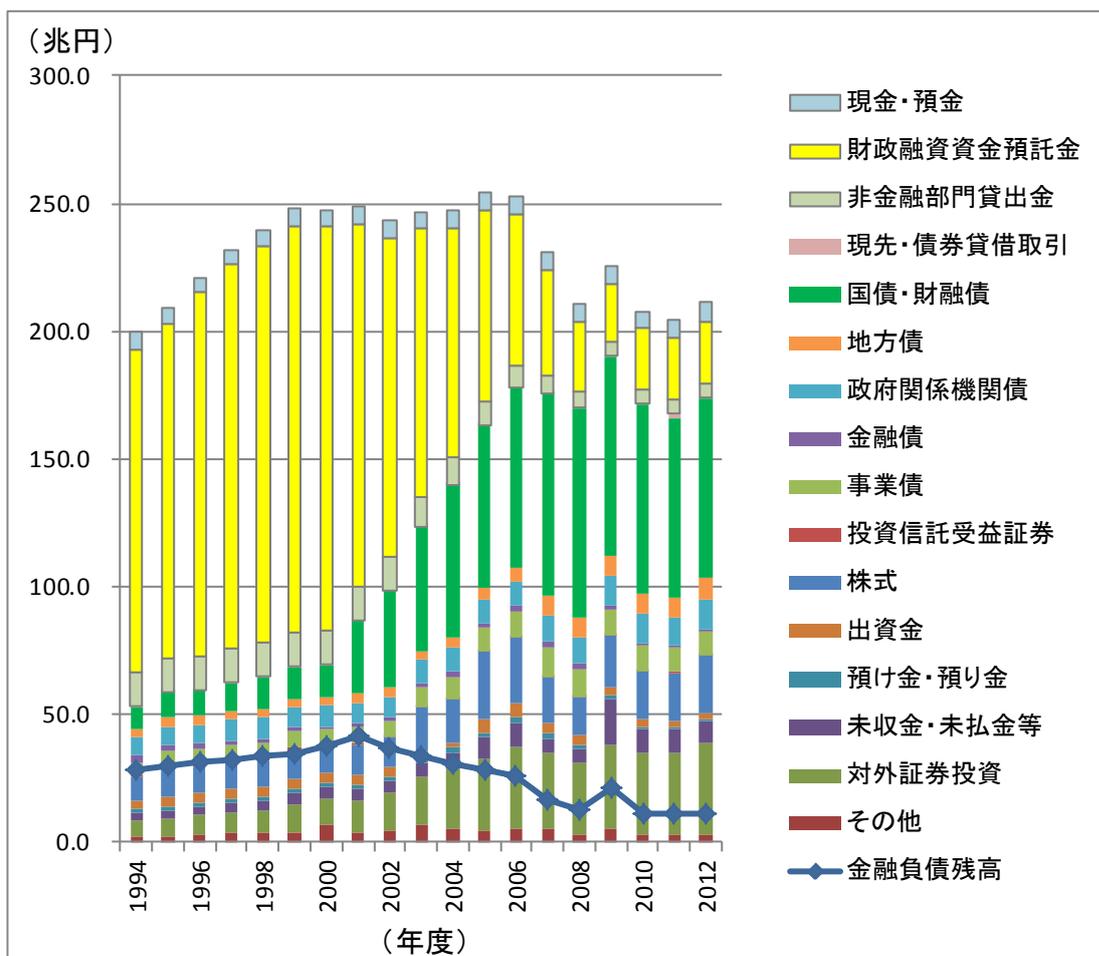
(注) 2005年度においては、年金特別会計（一般政府）から年金資金運用基金（承継勘定、公的金融機関）への約1.1兆円の交付金が計上されている。

(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

以上のようなフローの収支がストックである残高に反映されるわけであるが、収支を積み上げて残高にはならない。これは、①統計上の不突合（所得支出勘定における「純貸出(+)/純借入(-)」が以上で見た収支であるが、これと本来一致するはずの資本調達勘定における「純貸出(+)/純借入(-)（資金過不足）」が基礎統計の違いなどから一致しない。後者がストックの推計値と整合性がある）、②資産価格の変動、③仮にフローが赤字であっても負債が増加したのか資産が減少したのか分離できないこと、などからである。なお、こうした点も考慮した上で、前出の図表3では、社会保障基金の所得支出勘定における「純貸出(+)/純借入(-)」を「資産の取崩し等」としている。

以上のような制約があることを前提に、社会保障基金の金融資産残高の内訳と金融負債残高総額を描いたのが図表6である。かつては大部分が財政投融资に投入されていたものが徐々に減少し、国債等がこれに代わるとともに、対外証券投資など他の様々な資産への運用が増えてきたのがわかる。また、金融負債残高については内訳は示していないが、総額（図表の青線）は資産全体に比べれば非常に少ない。

図表6 社会保障基金の金融資産残高の内訳と金融負債残高



(注) 全期間を通して1兆円未満の項目は、原統計の「その他」に追加的に算入。

(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

(2) 受取総額と雇用者報酬・生産年齢人口

本稿では、4. 以降において、社会保障の給付面については内訳や高齢者数増との関係などを詳細に見ていくが、負担面については包括的に雇用者報酬や人口との関係を分析することができるので、ここで見ておくことにする。

社会保障負担の総額である現実社会負担は以下のように計算できる。

現実社会負担 = 生産年齢人口 × 雇用率 × 一人当たり雇用者報酬 × 負担率

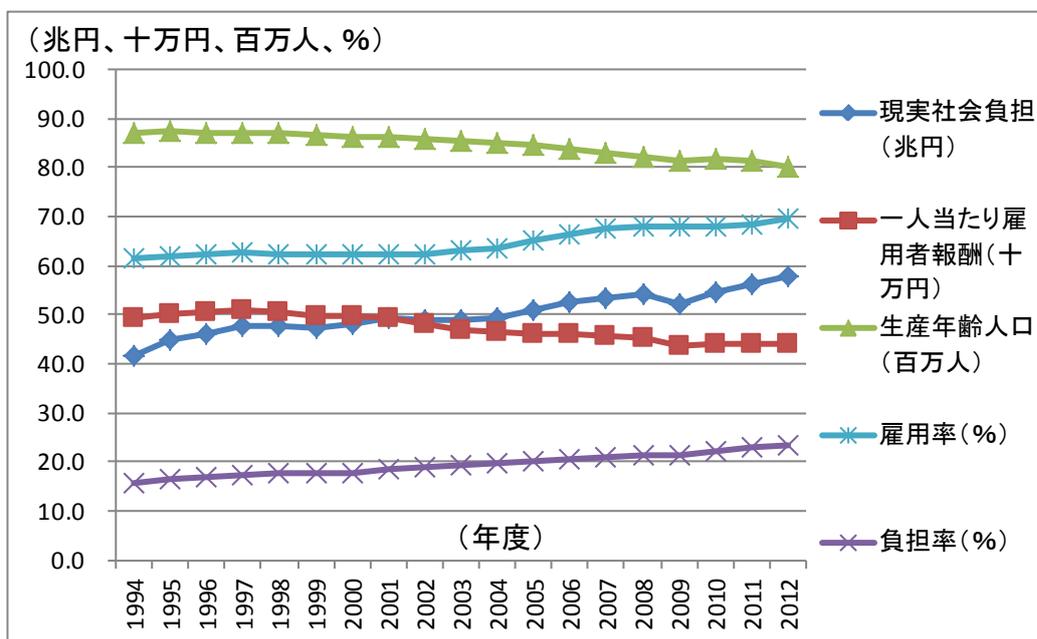
ここで、雇用率＝雇用者数÷生産年齢人口、負担率＝現実社会負担÷雇用者報酬である。負担率は、一人当たりではなく総額についてのものである。

このうち、図表7のように、社会保障の費用を主として負担する生産年齢人口は、1996年度以来、減少に転じている。また、負担の原資となる一人当たり雇用者報酬は、デフレに突入した1998年度以降、低下傾向にある⁷。これは、正規労働者の賃金下落と、賃金の低い非正規労働者への転換による。

しかしながら、非正規雇用は増加しているため、雇用率は増加している（ただし、ここでは正規と非正規雇用を分けたグラフとなっていないため直接わからないが、非正規雇用への転換は一人当たり社会保険料等の負担減を通じ、結局は負担総額をむしろ減少させる）。更に、社会保険料の相次ぐ引上げなどにより、負担率も上昇した。

こうした増加要因の方が、減少要因よりかろうじて大きかったため、現実社会負担は基本的には横ばい傾向であった。しかしながら、社会保障給付はこれを上回るスピードで増加し、差は「ワニの口」のように開いていったため、社会保障関連の赤字がどんどん増大したのは既に見た通りである。

図表7 人口、雇用と社会保障負担



(注) 雇用率＝雇用者数÷生産年齢人口。負担率＝現実社会負担÷雇用者報酬（一人当たりではなく総額）。

(出所) 内閣府「国民経済計算確報」、総務省「人口推計」より大和総研作成

⁷ 雇用者報酬の低下とデフレの関係などについては、市川正樹「1998年を節目とした日本経済の変貌」『大和総研調査季報』2013年春季号（Vol.10）を参照。

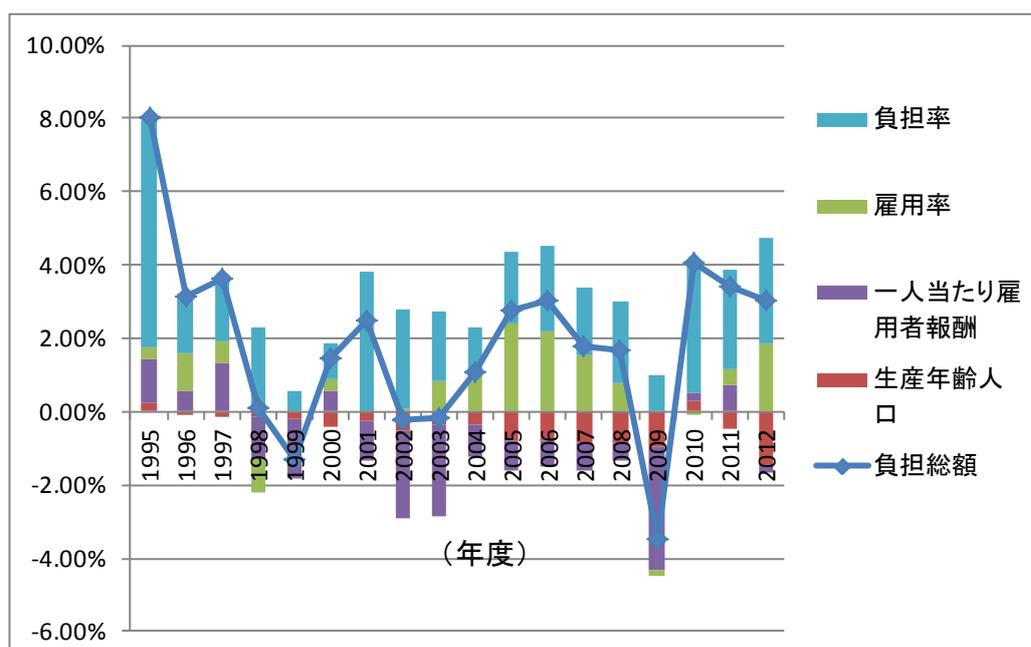
http://www.dir.co.jp/research/report/japan/mlothers/20130603_007218.html

以上を、現実社会負担の変化への寄与として各要因を計算したのが図表8である。

生産年齢人口や一人当たり雇用者報酬は基本的にはマイナス寄与を続けたが、負担率や雇用率の増加のプラス寄与がこれを打ち消して、現実社会負担はかろうじてプラスの変化率となっていた。

これが、各分野、各制度を問わず当てはまる負担面の全般的動向となっている。

図表8 社会保障負担総額の変化の要因分解



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」、総務省「人口推計」より大和総研作成

(3) 各分野の状況俯瞰

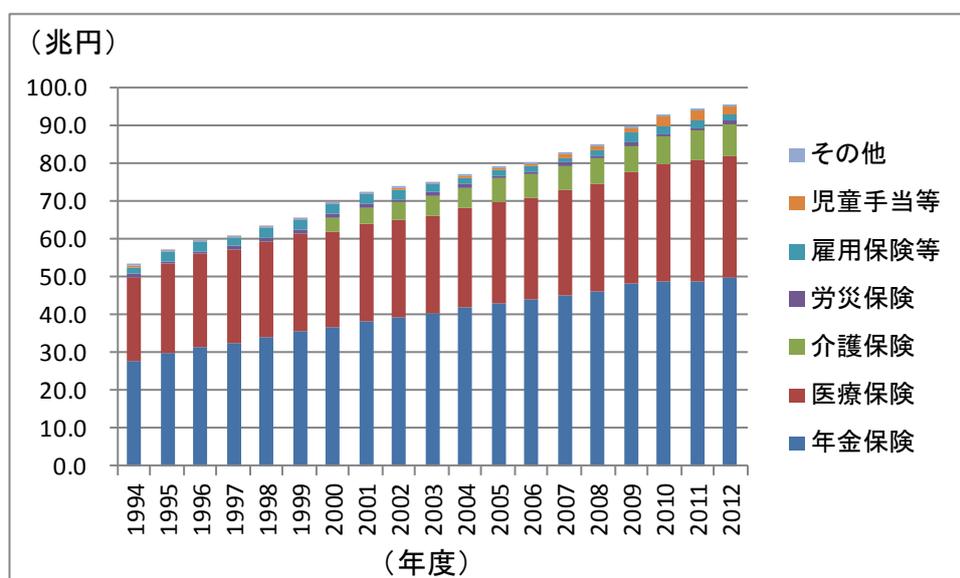
①分野別給付額

これから、年金、医療、介護といった個別分野ごとに見ていくが、ここで各分野の状況を俯瞰しておく。

図表9は、給付額を分野別に見たものである。年金保険が半分以上を占めており、医療保険がこれに次ぐが2012年度では全体の3分の1程度である。介護保険は2000年度の創設以来、医療保険の一部を代替し、基本的にシェアを拡大して、2012年度で9%程度である。児童手当・子ども手当は2010年度から2%を超えるようになっている。雇用保険は、雇用情勢が悪化するとシェアが4%を超えることもある。

なお、各共済組合の短期経理は医療保険、長期経理は年金保険に含めている。「その他」は、額はわずかであり、後の8. で詳しく見るが、「船員保険（その他）」、各共済組合の「業務経理」及び「保健経理」、「基金」である。この「基金」が何かの説明は内閣府資料にはないが、農業者年金基金、地方公務員災害補償、消防団員等公務災害補償などが含まれると見られる。

図表9 社会保障の分野別給付額の推移



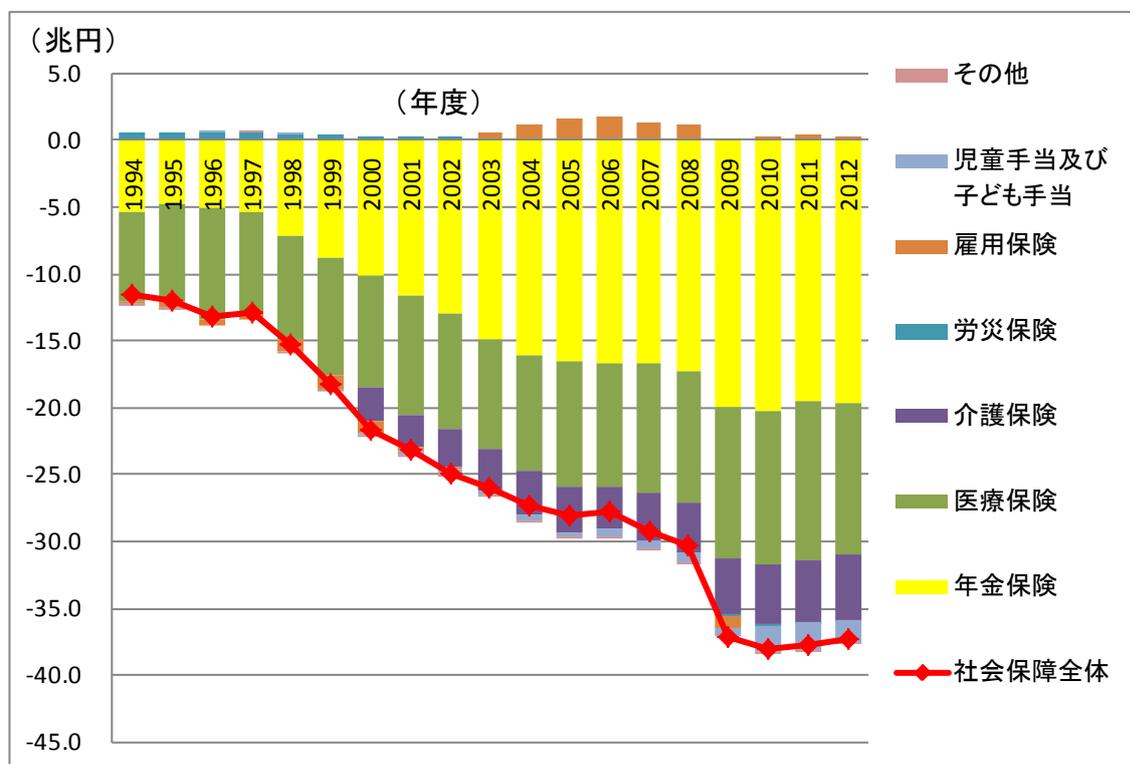
(注) 1. 各共済組合の短期経理は医療保険、長期経理は年金保険に含めている。
 2. 「その他」は、「船員保険（その他）」、各共済組合の「業務経理」及び「保健経理」、「基金」である。「基金」には、農業者年金基金、地方公務員災害補償、消防団員等公務災害補償などが含まれると見られる。
 (出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

②分野別収支

図表 10 は分野別収支である。

社会保障全体の赤字の半分程度を年金保険が占める。その赤字幅は拡大してきたが、2009 年度以降は横ばいである。次いで、医療保険の赤字も拡大しているが、全体に対する比率としては減少してきている。介護保険の赤字も拡大しており、2012 年度には 13%程度である。雇用保険や労災保険は黒字の時期もあるが、雇用情勢が悪化した時期や制度改正などにより赤字になることもある。児童手当・子ども手当は、2009 年度以来、社会保障全体の 5%程度の赤字となっている。

図表 10 社会保障の分野別収支



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

4. 年金保険

ここからは、年金、医療、介護、労災・雇用保険、児童手当及び子ども手当など、社会保障の各分野別に見ていく。

まず年金保険である。

(1) 給付と収支、高齢者数増の影響

①制度別収支

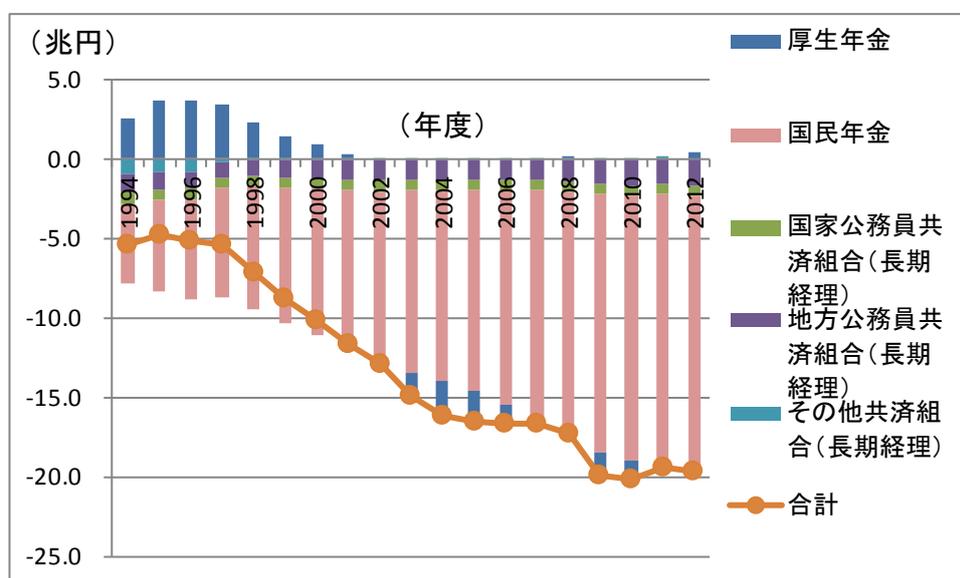
公的な年金保険には、厚生年金、国民年金、各種共済組合の各制度がある。なお、厚生年金基金などから給付される、いわゆる企業年金は、SNAでは社会保障には含まれていない。

図表11は、年金保険の制度ごとの収支を見たものである。

国民年金が突出した赤字を続けており、近年も拡大傾向にある。厚生年金は、かつては黒字だったものの、最近も赤字も生じている。共済組合は、額は少ないものの赤字が続いている。

なお、こうした赤字などは、あくまで現在のものにすぎず、人口構造などを考慮に入れ将来もこうなるというものではない。

図表11 年金保険の制度別収支



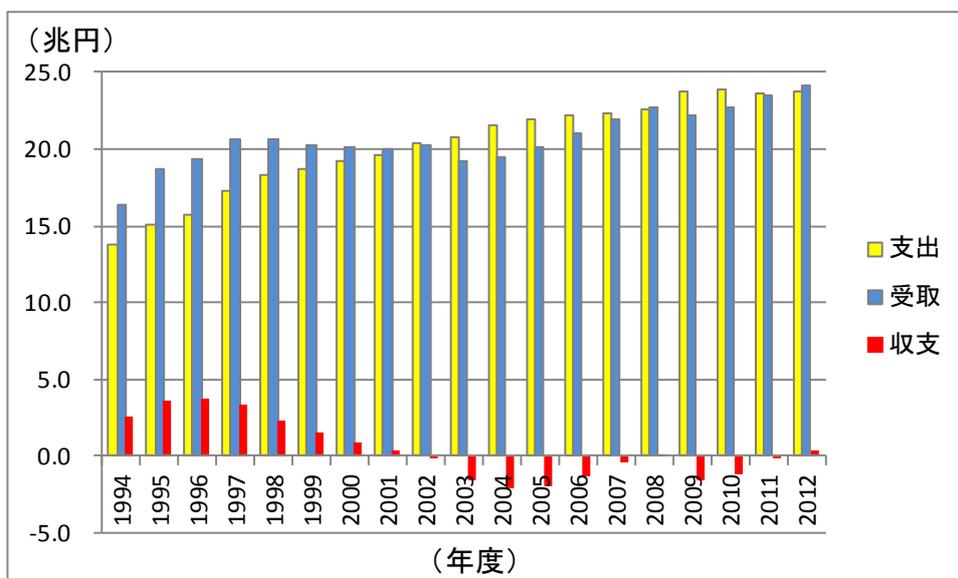
(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

②国民年金保険の赤字の突出と未納・免除

このように、国民年金保険の赤字は突出しているの、厚生年金保険と対比してみる。

図表 1 2 は、厚生年金の支出、受取、収支を見たものである。支出が拡大しているが、受取も拡大している。年度によっては支出が受取を若干上回り、赤字となることもあったが、今のところ大幅な赤字は生じていない。

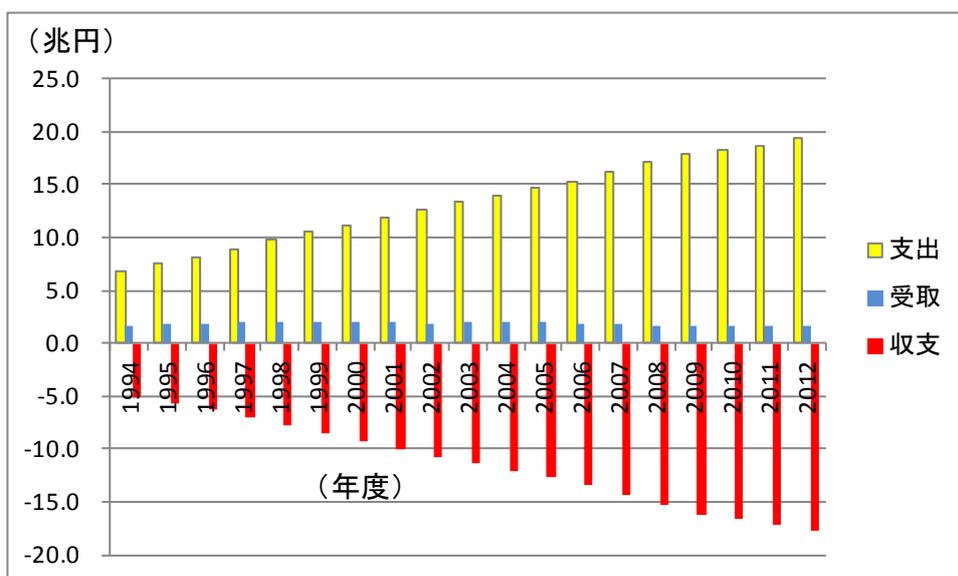
図表 1 2 厚生年金保険の支出、受取、収支



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

一方の国民年金保険は、支出がどんどん拡大する一方、受取ははるかに過小で、しかも減少傾向にある。こうしたことから、赤字はどんどん拡大している。

図表 1 3 国民年金保険の支出、受取、収支



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

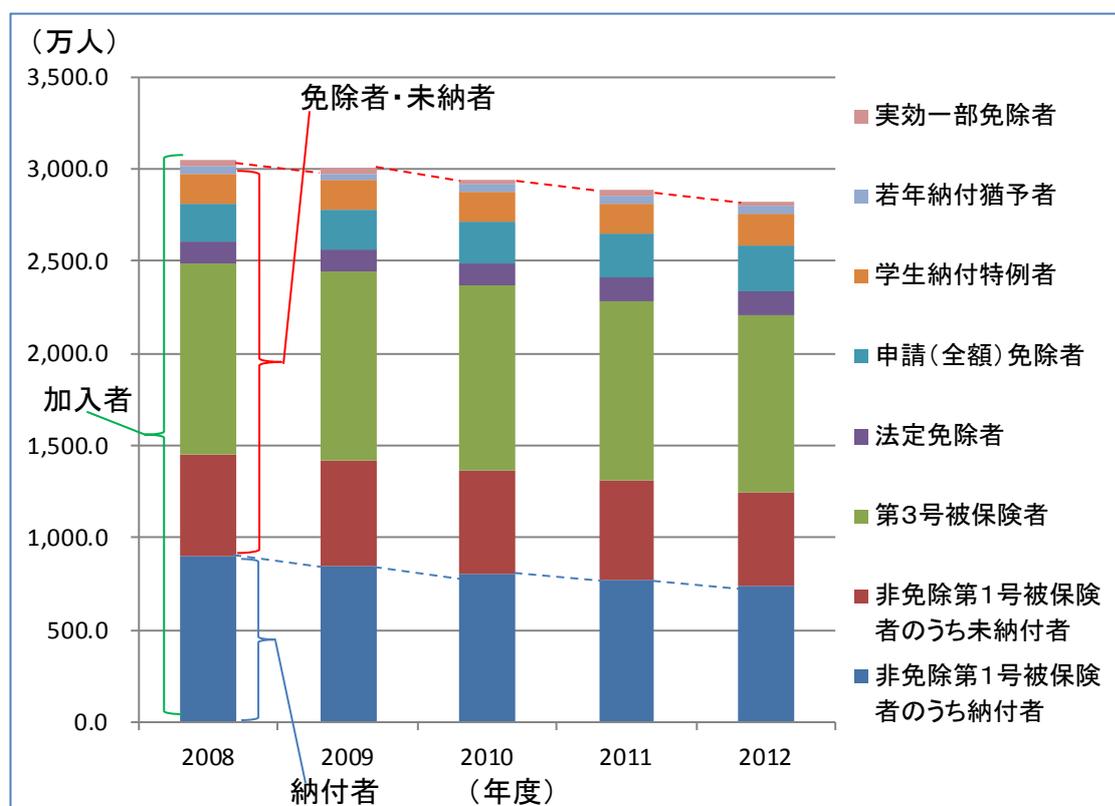
こうした赤字は構造的なものと考えられる。

図表 1 4 は、厚生労働省「平成 24 年度厚生年金保険・国民年金事業年報」のデータにより、加入者を、保険料納付者と免除者・未納者に分けて見たものである。保険料を納付しているのは「非免除第 1 号被保険者のうち納付者」のみであり、第 1 号被保険者(任意加入被保険者を含む)から、免除者を除き、これに納付率をかけて算定したものである。一方、非納付者のうち未納者は「非免除第 1 号被保険者のうち未納者」であり、今度は未納率(=1-納付率)をかけたものである。非納付者のうち免除者については、まず「実効一部免除者」は、申請免除率(3/4、1/2、1/4)をそれぞれの免除者数にかけて合計したものである。法定免除者や全額免除者などは、そのまま数を掲載している。

この結果、加入者のうち、保険料を納付しているのは 4 分の 1 にすぎず、残りの 4 分の 3 は、保険料の納付を免除されていたり、未納であることがわかる。しかも、納付者数や加入者数は減少傾向にある。なお、通常使われている未納率は免除者分を含まないが、免除者を含めると、保険料を納付していない率はかなり高くなる。

このように、国民年金は、「保険」と呼ぶにはほど遠い状況であることがわかる。

図表 1 4 国民年金の適用状況



(注) 1. 「非免除第 1 号被保険者のうち納付者」は、第 1 号被保険者(任意加入被保険者を含む)から免除者を除き、納付率をかけて算定。「非免除第 1 号被保険者のうち未納付者」の場合は、未納率(=1-納付率)。
2. 「実効一部免除者」は、申請免除率(3/4、1/2、1/4)をそれぞれの免除者数にかけて合計。

(出所) 厚生労働省「平成 24 年度厚生年金保険・国民年金事業年報」より大和総研作成

③高齢者数増の影響

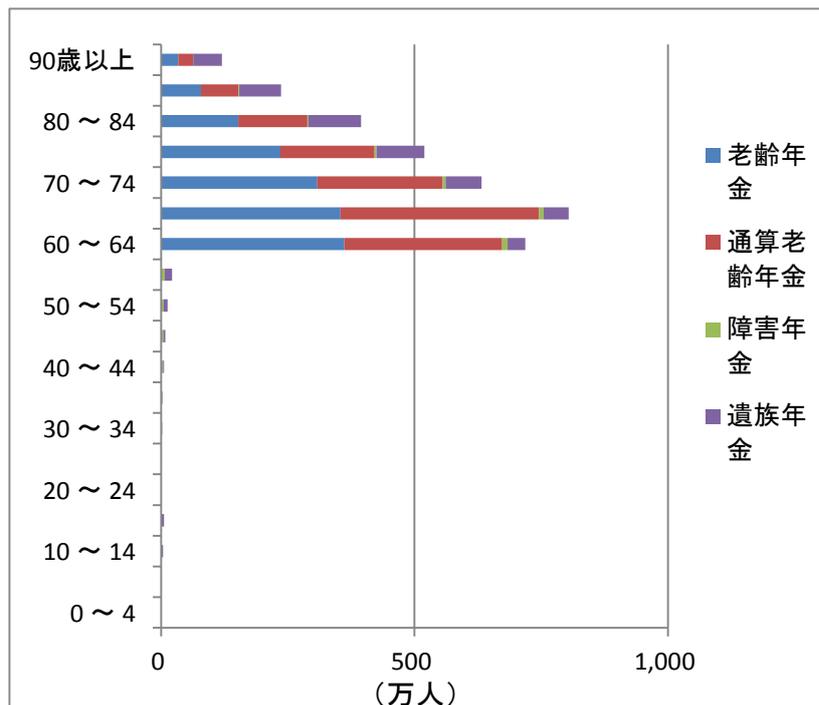
次に、年金支給に対する高齢者数の増加の影響を見る。

その前に、年金受給者の年齢を確認しておく。

図表 1 5 は、2012 年度における厚生年金の年齢層別受給権者数である。障害年金や遺族年金の受給権者は、制度としては存在するものの、60 歳未満ではごくわずかである。受給権者は、殆どが 60 歳以上である。また、60 歳以上でも、遺族年金の受給者がある程度存在するが、年金制度に加入していた配偶者が死亡した人などとみられる。

なお、通算老齢年金は、1926 年 4 月 1 日以前生まれで、複数の年金制度に加入し、それぞれの加入期間が 1 年以上あるが、その制度から老齢年金を受けられない等の場合、各制度の加入期間を通算された人が受給する。1986 年 4 月からは基礎年金が導入され、どの年金制度に加入してもすべて老齢基礎年金の受給資格期間になるため、通算老齢年金を新たに適用される人はなくなっている。

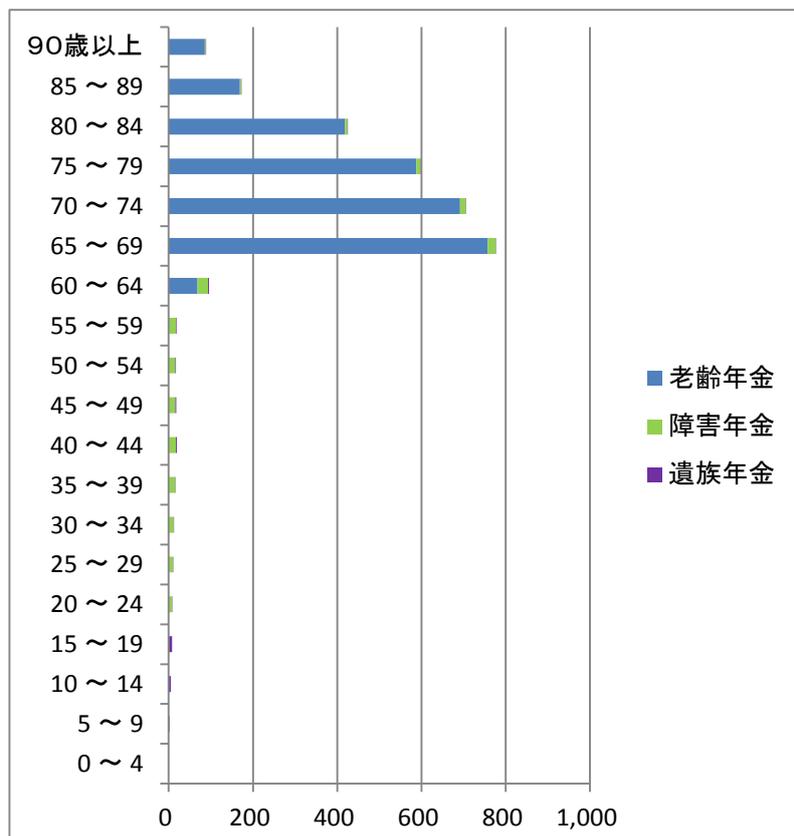
図表 1 5 厚生年金保険の年齢層別受給権者数（2012 年度）



(出所) 厚生労働省「平成 24 年度厚生年金保険・国民年金事業年報、厚生年金保険、第 10 表『年齢別受給権者数』」より大和総研作成

一方、図表 1 6 は、2012 年度における国民年金保険の年齢別受給権者数である。こちらも、障害年金や遺族年金の受給権者はごく少ない。受給権者は殆どが 60 歳以上であるが、厚生年金保険と異なり、60 歳から 64 歳までの受給権者は比較的少ない。

図表 1 6 国民年金保険の年齢別受給権者数（2012 年度）



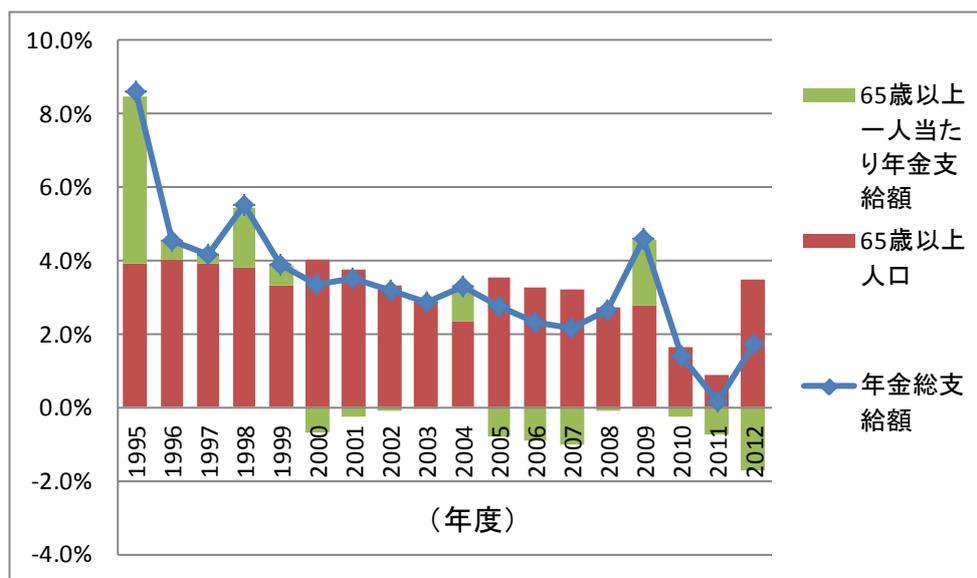
（出所）厚生労働省「平成 24 年度厚生年金保険・国民年金事業年報、国民年金、第 13 表『年齢別受給権者数』」より大和総研作成

こうしたことから、年金受給権者は 60 歳から 64 歳までも一定数存在するものの、通常、高齢者として扱われる 65 歳以上を年金受給権者として分析しても、大まかな動向を掴むことは可能と考えられる。

そこで、年金受給者を65歳以上人口として、年金支給総額の変化を、65歳一人当たりの年金支給額と、65歳以上人口に要因分解したのが図表17である。

これを見ると、65歳以上人口の大きな伸びが続いており、時折、制度改革等により見られる一人当たり支給額の減額が行われてもカバーすることができず、年金支給総額は増加を続けてきたことが分かる。

図表17 年金支給総額の変化への寄与度分解



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」、総務省「人口推計」より大和総研作成

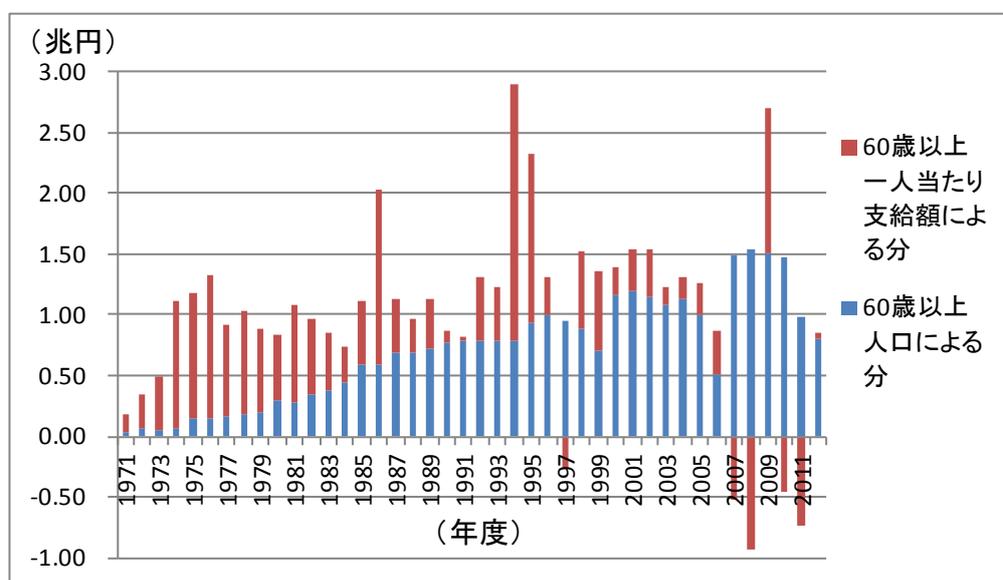
なお、より長期的にはどうだったであろうか。図表 18 は、基準の異なる SNA データをつなぎ合わせて、1971 年からの毎年の年金支給総額の増加幅の要因分解を行ったものである。

なお、図表 17 では、財政への影響を見ることが最大の目的であることから、名目値としていた。しかし、図表 18 のタイムスパンでは、インフレが著しい時期が含まれその影響を除去しないと意味がないことや、かつては大きな財政問題にまだなっていなかったことから財政の状況ではなく高齢化の全般的影響を見ることが主となることなどから、CPI を用いて実質化した上で要因分解を行っている。

また、高齢者についても、かつての制度も考慮して、60 歳以上としている。更に、次に累積的な影響もみるため、変化率ではなく変化額を計算している。

図表 18 を見ると、1980 年代初め頃までは年金制度の拡大期であり、一人当たり受給額が大幅に増加しており、高齢者数の増加の影響はあまりなかった。しかし、その後、高齢者数の増加の影響が次第に大きくなり、一人当たり受給額増の影響を上回るようになった。最近では、高齢者数増の影響がもつばらで、制度改革等により一人当たり受給額が削減されても、それを上回るようになっている。

図表 18 年金支給総額の長期的増加要因（毎年度の増加額分）



(注) 1. 年金支給総額は 1993 年度までは 1990 年基準で 68 SNA、1994 年度以降は 2005 年基準で 93 SNA。

2. 年金支給総額は CPI（持ち家の帰属家賃を除く総合、2005 年=100）で実質化。

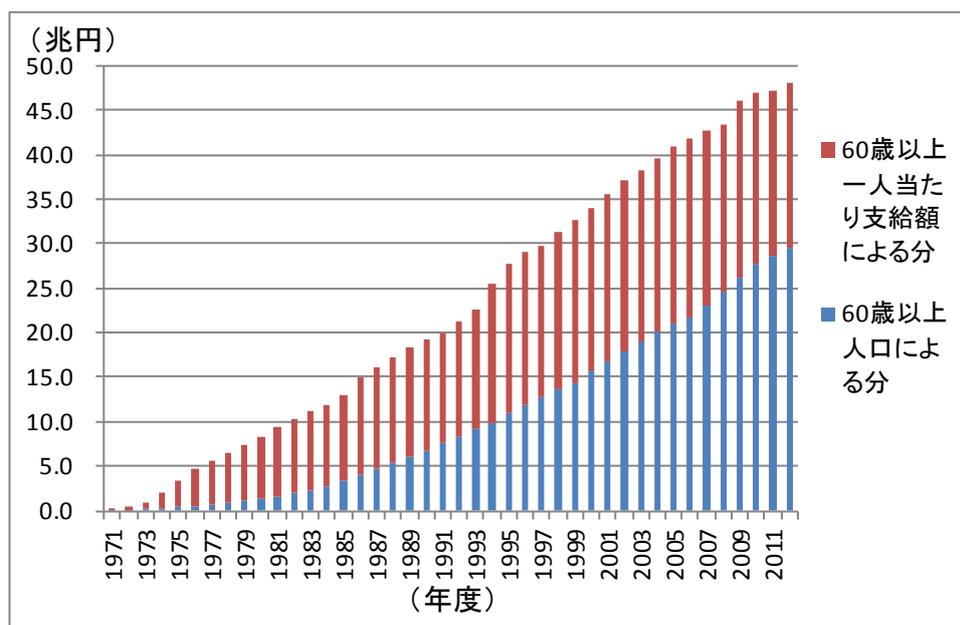
3. 年金支給総額の前年度からの伸び率を 60 歳以上人口によるものと一人当たり額によるものに要因分解した上でそれぞれの増加額を計算。

(出所) 内閣府「国民経済計算確報」、総務省「人口推計」、「消費者物価指数」より大和総研作成

上の図表18は単年度の増加額を見たものであるが、次の図表19は、それを多年度にわたり累積させたものである。

これを見ると、高齢者数増加の累積的影響は次第に大きくなり、2004年度には一人当たり支給額増の影響を上回るようになった。2012年度には、高齢者数増の累積的影響は、一人当たり支給額増の影響の2倍弱まで拡大している。

図表19 年金支給総額の長期的増加要因（1971年度からの累積）



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」、総務省「人口推計」、「消費者物価指数」より大和総研作成

(2) 家計との関係

これまでは年金保険の支給面を見てきたが、SNAデータであれば、消費など年金受け取り後の家計全体への影響も統合的に見ることができるので、家計との関係を見る。更に、家計調査によっても、ミクロの動向を確認する。

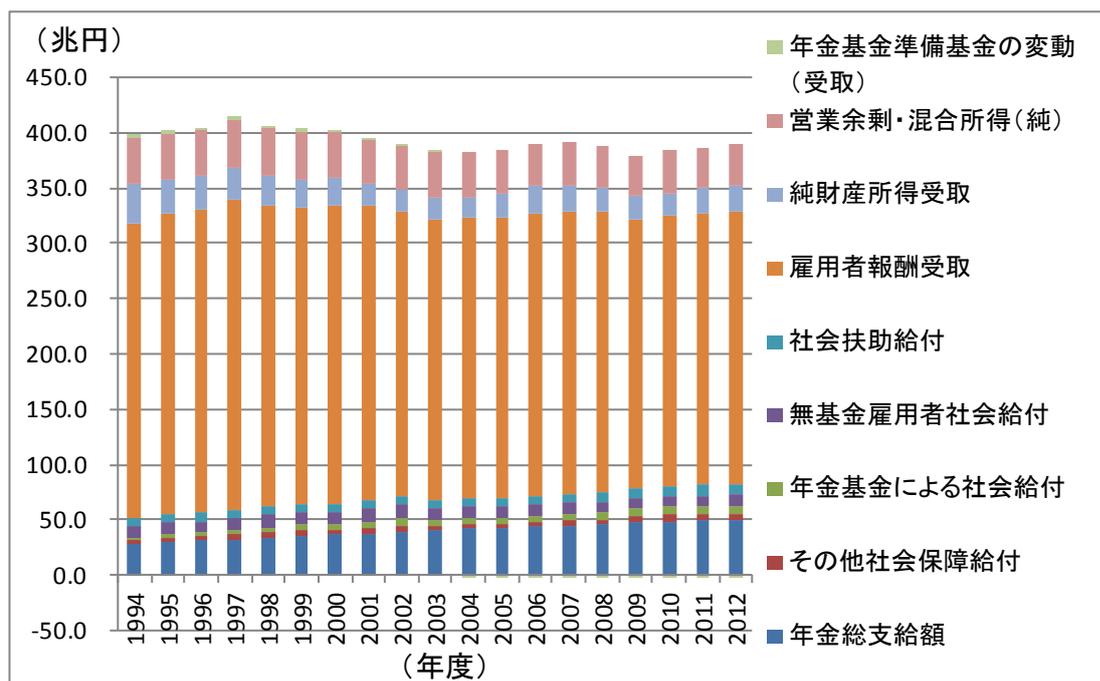
① SNAデータによる分析

まず、SNAデータによる、日本全体のマクロの家計の状況を見る。

図表20は、家計部門の受取の推移を見たものである。年金支給総額は、次第に大きくなってきている。一方、雇用者報酬の受取は減少傾向を見せるとともに、低金利により純財産所得受取も減少している。

このように、マクロでは、雇用者報酬や財産所得の減少を年金支給が補い、所得の低下を抑えてきたことがわかる。

図表20 家計部門の受取の推移

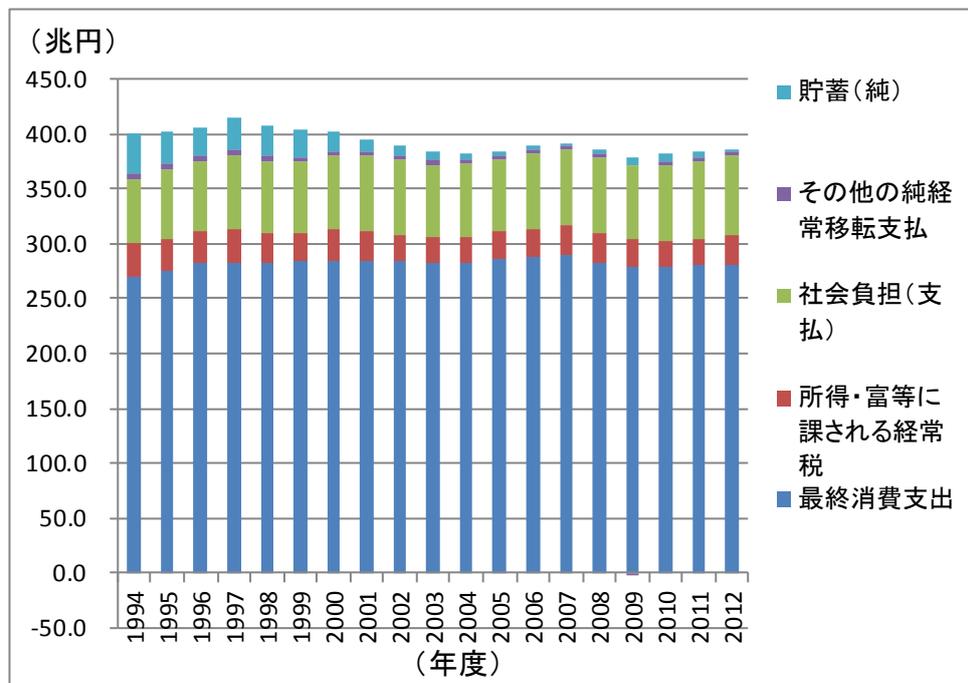


(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

一方、家計の支出の推移が図表 2 1 である。

年金支給の増大により補われたとはいっても、所得全体は減少した。しかし、消費水準はそれほど低下しなかった。このため、貯蓄額がどんどん縮小していったことが見て取れる⁸。

図表 2 1 家計部門の支出の推移



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

② 家計調査による分析

上記は、年金受給世帯だけでなく、生産年齢に当たる世帯も含んだマクロの数字である。SNAでは、これ以上、年齢層別等に分けて細かく見ることはできない。

そこで、家計調査により、年金受給世帯の状況を家計類型別に分けて見ることにする。

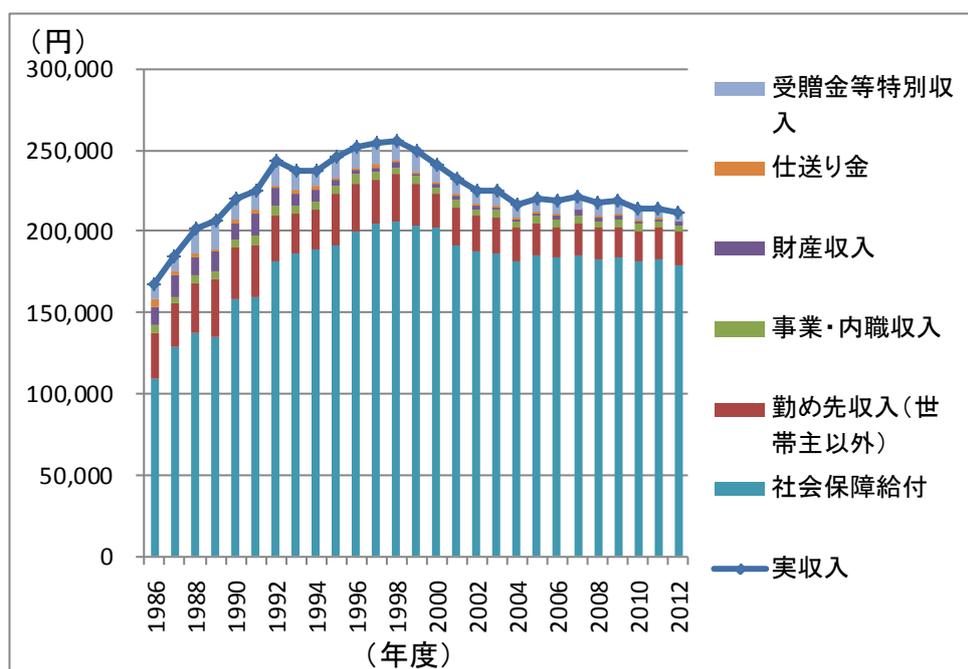
⁸貯蓄や貯蓄率の低下については、当社レポート 市川正樹「貯蓄率・貯蓄の低下には高齢化ではなく賃金・俸給の減少等が大きく影響 貯蓄率・貯蓄再考」(2013年12月20日)を参照。

http://www.dir.co.jp/research/report/japan/sothers/20131220_008047.html

図表 2 2 は、家計調査における二人以上無職世帯の実収入（いわゆる税込収入）の状況を見たものである。この二人以上無職世帯は、2012 年において世帯主の年齢が 65 歳以上の世帯が 7 割、60 歳以上では 96% を占めており、概ね年金受給世帯の動向を表しているとみることができる⁹。

これを見ると、1998 年頃までは、公的年金給付が殆どである社会保障給付が増大していたが、その後、減少・横ばいに転じた。社会保障給付が実収入の殆どを占める二人以上無職世帯では、結果として実収入も低下・横ばいに転じることとなった。

図表 2 2 二人以上無職世帯の実収入の内訳（年平均、月当たり）

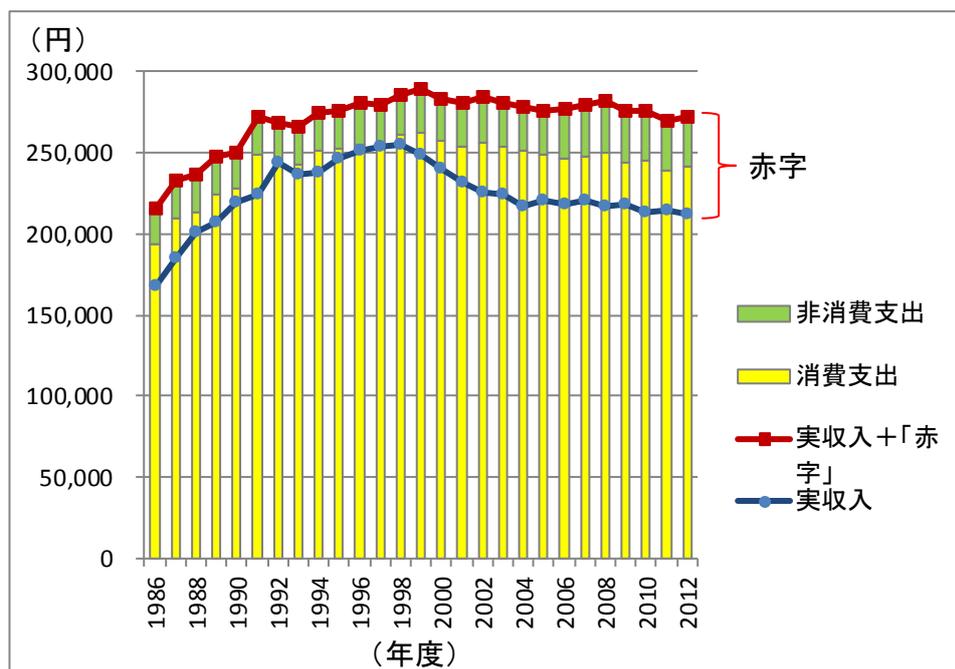


(出所) 総務省「家計調査」より大和総研作成

⁹ 詳細については、上記同レポートを参照。

図表 2 3 は、この実収入をどう支出したかを見たものである。図中の青い線が図表 2 2 における実収入であり、これを消費支出や所得税・社会保険料などの非消費支出に振り向けることになる。消費・非消費支出の合計は実収入を超えており、その差が赤字となる。実収入の低下ほど消費支出が低下しなかったため、結果として赤字が増大することとなった。この赤字は、預金の取崩し等で賄われたことになる。マクロで見れば、貯蓄の低下につながる¹⁰。ただし、一世帯当たりの公的年金給付額は減少しても、高齢世帯数の増加はこれを上回り、公的年金給付総額はむしろ増大し、これが財政悪化につながっているのは既に見た通りである。

図表 2 3 二人以上無職世帯の支出の内訳（年平均、月当たり）



(出所) 総務省「家計調査」より大和総研作成

¹⁰ 日本の貯蓄率は低下しており、高齢化の影響と言われることがあるが、実は、高齢世帯数の増加の影響よりも、こうした一世帯当たりの赤字の増大や、更には生産年齢人口の一世帯当たりの黒字・貯蓄額の低下の影響の方が大きい。前出レポートを参照。

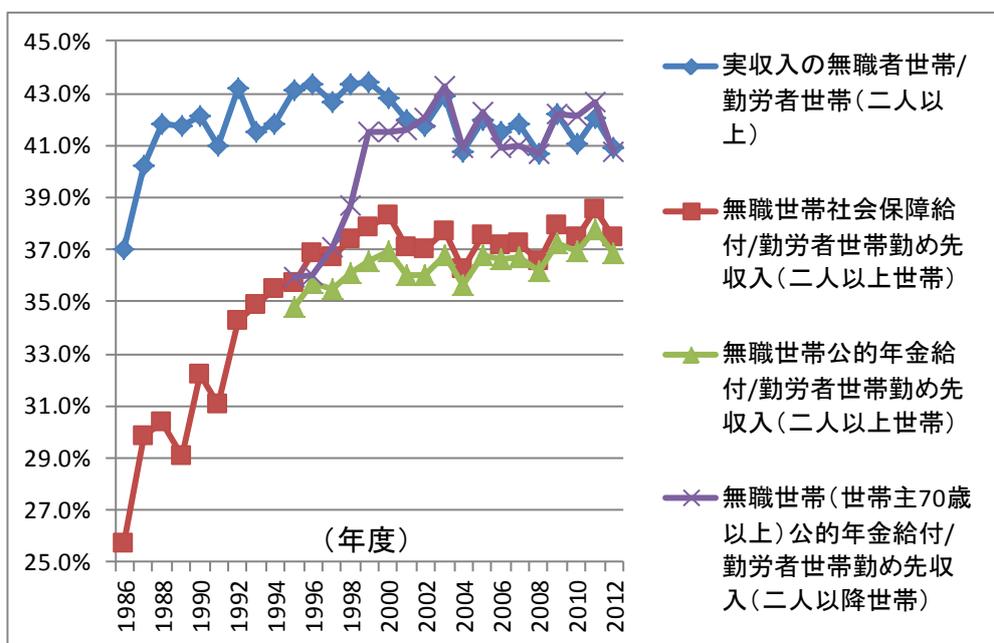
なお、年金給付の議論においては、年金受給額が現役世帯の賃金収入のどの程度になるかが取り上げられることが多い。そこで、家計調査により、二人以上世帯について、無職者世帯の社会保障給付の、勤労者世帯の勤め先収入に対する比率を見たものが図表24の赤い線である。公的年金に限定したデータは1995年から入手可能であり、これをプロットしたのが黄緑の線であるが、社会保障給付全体の赤線と殆ど変わらない。

これを見ると、1985年頃には二人以上無職者世帯の社会保障給付は二人以上勤労者世帯の勤め先収入の4分の1程度であったが次第に高まり、最近では4割近くとなっている。紫色の世帯主が70歳以上の世帯に限定すれば比率は更に高くなる。

一方、公的年金等以外も含めた実収入についての比率を見たのが青線であるが、1980年代終わりから、あまり変化が見られない。これは、二人以上無職世帯において、世帯主以外で勤め先のある世帯員の収入が減少して公的年金への依存度が高まったことなどによるとみられる。なお、世帯員の減少と、一人当たり世帯員の収入減が、それぞれどの程度寄与しているかは不明である。

年金制度の議論において、年金支給額は現役世代賃金の50%以上などと言われることがよくあるが、このようにデータの取り方によってはかなり違うことがわかる。もっとも、現役世代は、子どもなども含めた世帯員の多さ（場合によっては老親なども含む）、教育費、住宅ローンなどもあり、高齢世帯より高い収入が必要なのは当然でもある。

図表24 無職者世帯と勤労者世帯の収入の比率（二人以上世帯）



(出所) 総務省「家計調査」より大和総研作成

5. 医療保険

次は医療保険である。まずSNAデータによる分析を行った後、それではカバーできない年齢層別、科別などについて厚生労働省「国民医療費」による分析を行う。

(1) SNAデータによる分析

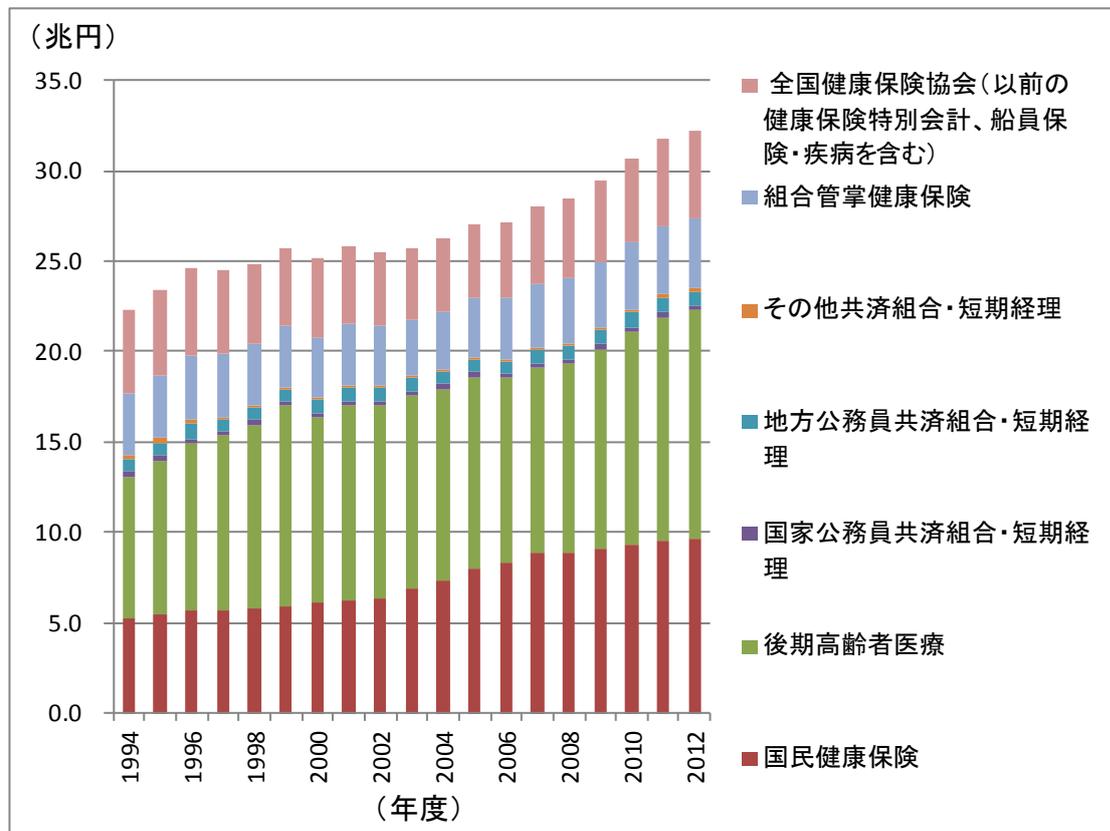
①各制度の全般的な給付状況と収支

まず、医療保険の全般的な状況をSNAデータによって見る。

図表25は、公的医療保険の給付額の推移を制度別に見たものである。

全般的に増大傾向を続けている。75歳以上が加入する後期高齢者医療、定年退職した65歳から74歳の前期高齢者などの加入者も多い国民健康保険が圧倒的な額を占めており、基本的に増大を続けている。全国保険協会や組合管掌健康保険などの現役世代中心の保険の給付額は少ない。

図表25 公的医療保険の制度別給付額の推移



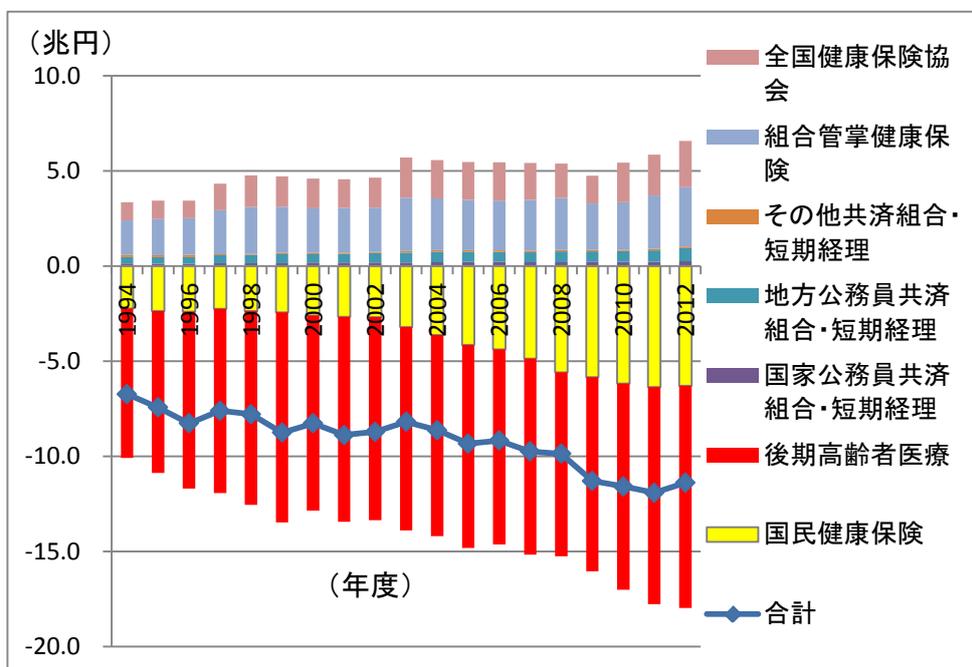
(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

図表 2 6 は、収支の推移を制度別に見たものである。

後期高齢者医療制度や国民健康保険は、大幅な赤字が続いており、しかもそれが拡大している。一方、若い加入者が多い制度は黒字である。

定年退職しても現役時代と同じ健康保険制度に留まるのではなく、国民健康保険に加入したり、一定年齢になると全て後期高齢者医療制度に加入し、それらの赤字は若い加入者が多い他の制度が補う財政調整を行う制度ということであれば当然ではある。しかしながら、そうした財政調整を行っても、図の青線のように、公的医療保険全体の赤字は大きく、それがますます拡大しているのが現状である。

図表 2 6 公的医療保険の制度別収支



(注) 全国健康保険協会には、以前の健康保険特別会計、船員保険・疾病を含む。

(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

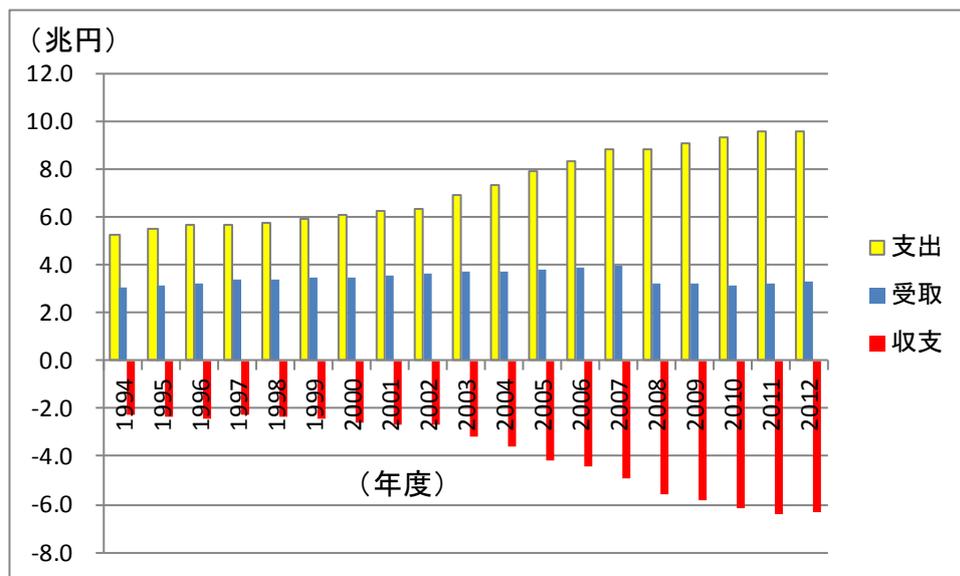
② 各制度の支出、受取、収支

更に、各制度別に、支出、受取、収支を見る。

図表 27 は国民健康保険である。高齢の加入者が多いことなどから、支出は増大する一方、受取は最近は減少傾向にあり、赤字は拡大している。

なお、以下同様であるが、SNAでは、受診者が窓口で支払う自己負担分は、医療制度の受取には全く含まれておらず、家計における消費支出の一部分として計上される。

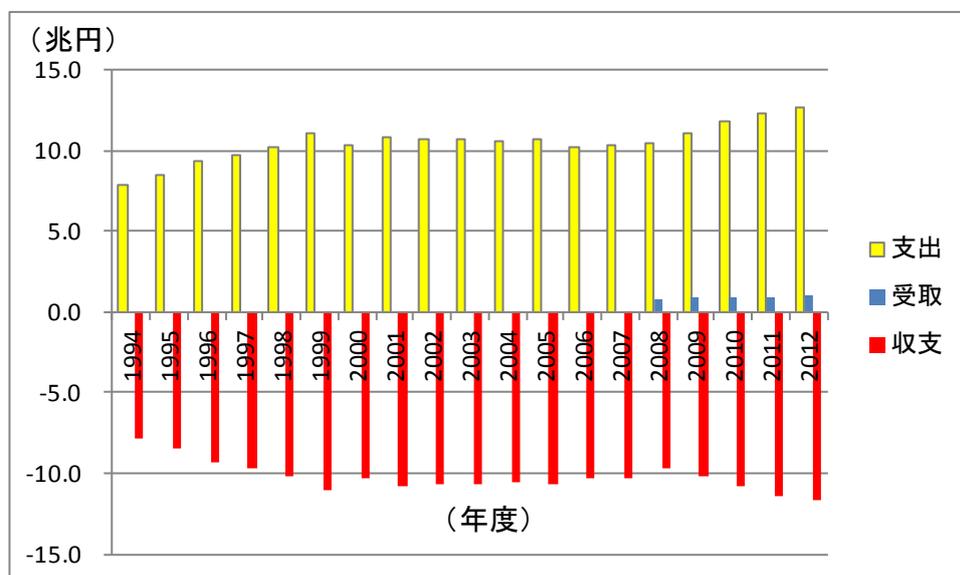
図表 27 国民健康保険の支出、受取、収支



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

図表 28 は、後期高齢者医療である。支出は基本的には拡大傾向にある。後期高齢者も保険料を負担するとはいうものの、総額は微々たるものであり、到底、支出をカバーできるものではない。かくして、赤字はますます拡大傾向にある。

図表 28 後期高齢者医療の支出、受取、収支

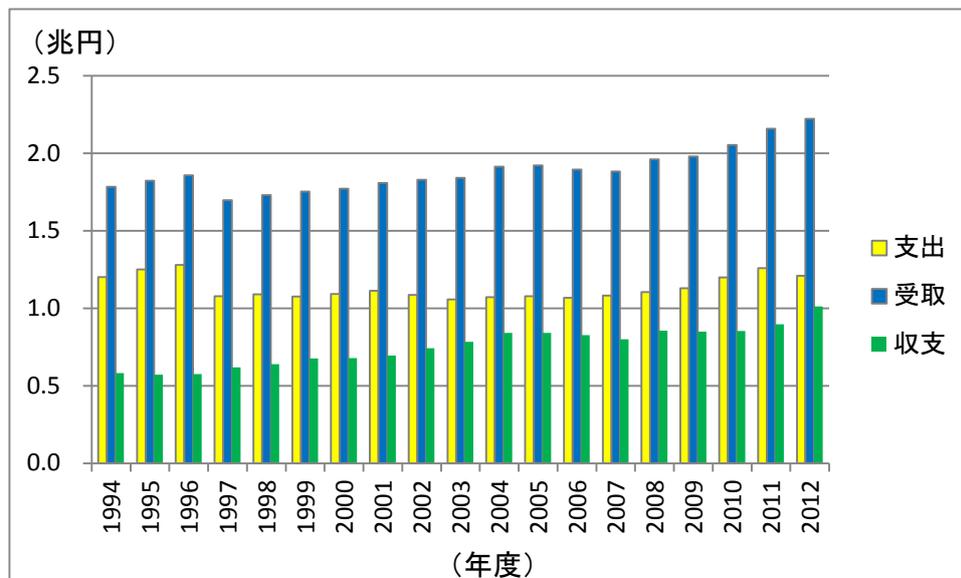


(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

図表 29 は、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、その他共済組合を合計した共済組合全体である。

若い世代が多いとはいえ、支出は最近では増加傾向にある。一方、受取は、社会保険料などの引上げにより増加している。結果として、財政調整前の黒字は拡大傾向にある。しかしながら、この黒字は高齢者医療費を負担するための財政調整に拠出される。

図表 29 共済組合（短期経理）の支出、受取、収支

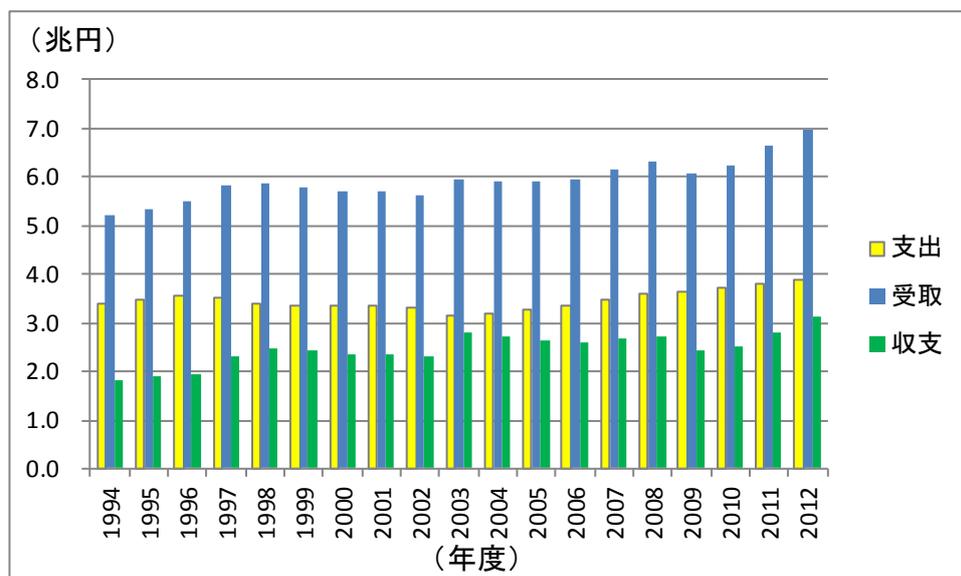


(注) 国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、その他共済組合の合計。

(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

図表 30 は、大企業を中心とする組管掌健康保険である。これも、共済組合と同様の傾向がある。

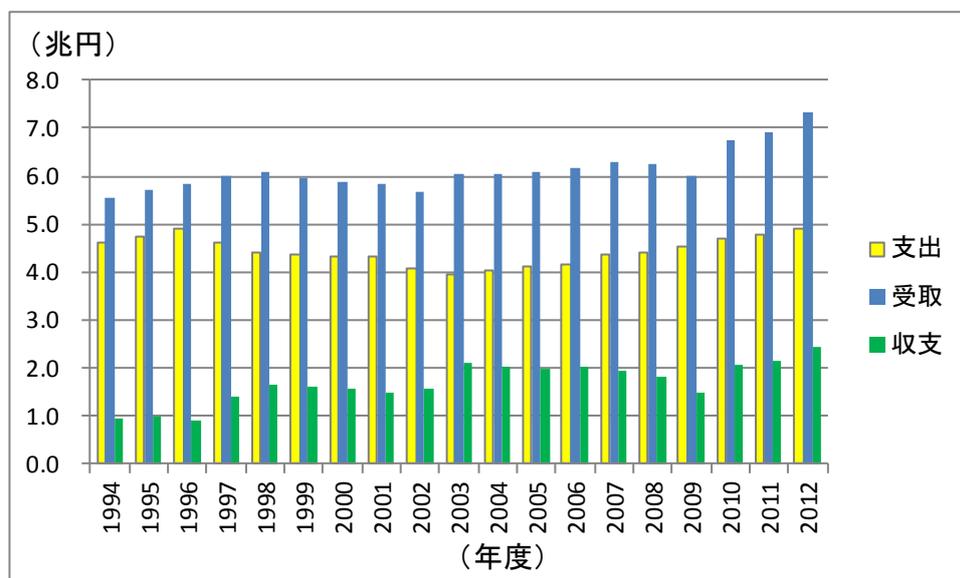
図表 30 組管掌健康保険の支出、受取、収支



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

図表 3 1 は、中小企業を中心とする全国健康保険協会管掌健康保険、いわゆる「協会けんぽ」である。組合管掌健康保険と比較すると、受取は同水準であるものの、年齢の高い加入者が多いことなどから支出は多く、結果として黒字幅は小さい。

図表 3 1 全国健康保険協会の支出、受取、収支



(注) 年金特別会計の健康保険と船員保険の疾病部門は全国健康保険協会に統合。

(出所) 内閣府「国民経済計算確報」より大和総研作成

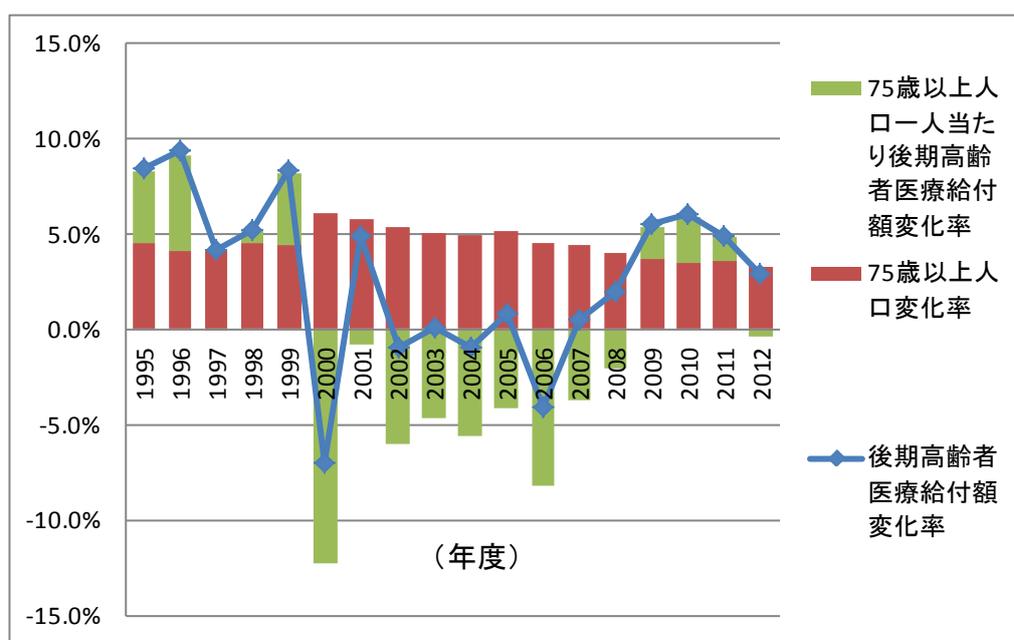
③ 後期高齢者医療の給付費への高齢者数増の影響

以上見た各制度のうち、後期高齢者医療制度だけは、SNAであっても、加入者の年齢層が75歳以上とはっきりしている。このため、高齢者数増加の影響を見ることが可能である。

図表 3 2 は、後期高齢者医療の給付費総額の変化を、75 歳以上人口と一人当たり給付額に要因分解したものである。75 歳以上人口は基本的に増加を続けている。制度改革などにより一人当たり医療費が削減された年度には、この人口増をかるうじて打ち消し、給付費総額は横ばいである。しかし、一人当たり給付額の減少幅が縮小したり、給付額が増加すれば、人口増に上乗せされる形となり、給付総額は増大する。各年度について見れば、2000 年度は介護保険創設に伴う介護保険への移行により一人当たり給付が大きく減少し、2000 年代中頃にはかなりの抑制策が取られたことから一人当たり給付額が減少し人口増を打ち消していた。しかし、2009 年度以降は、抑制策の取りやめ等もあって、一人当たり給付額も増加となり、人口増と相まって総額は大きく増加した。

SNA データでこうした分析が可能なのは、後期高齢者医療制度のみであるが、後で国民医療費統計を用いて、全体について高齢者数増加の影響を分析する。

図表 3 2 後期高齢者医療の給付費総額変化の要因分解



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」、総務省「人口推計」より大和総研作成

(2) 国民医療費による分析

以上はSNAデータを用いた分析であるが、年齢層別データがないなど、一定の限界がある。このため、以下では国民医療費統計を用いて、より詳細な分析を行う。

① SNA医療保険関係社会保障支出と国民医療費、財源

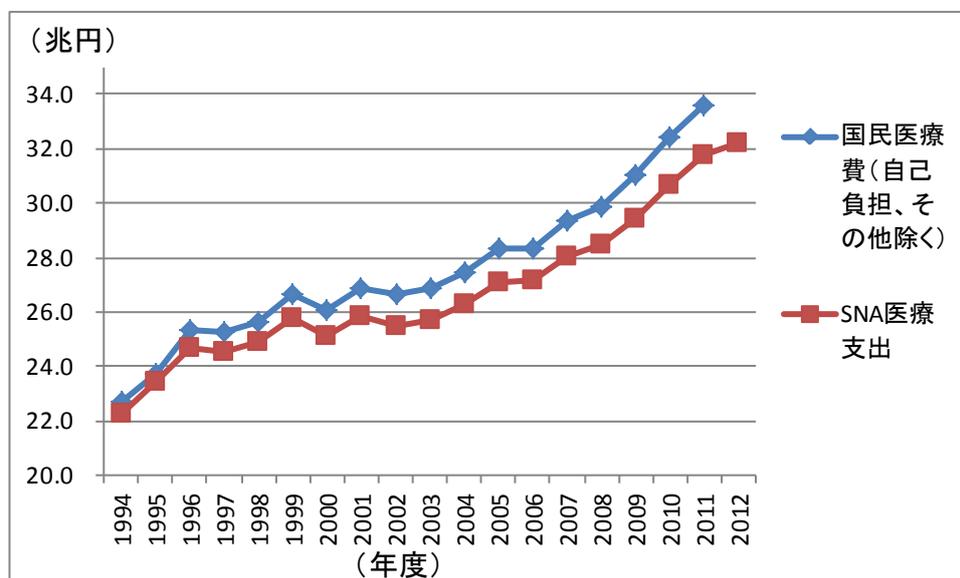
まず、SNA医療保険関係社会保障支出と国民医療費の違いの程度をチェックする。

図表 3 3 は、2 つを比較したものである。SNA の医療保険関係社会保障支出には、自己負担分と「その他」（公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付などの原因者負担）は含まれていないので、国民医療費からはそれらを除いている。

2 つは概ね一致するものの、それでも最近では 2 兆円弱、国民医療費の方が大きい。明確な説明はないものの、国民医療費には、生活保護法による医療扶助、感染症法の医療など保険料と無関係にすべて公費から支払われている公費負担医療制度による給付も含まれており（SNA ではこれらは社会扶助となり社会保障に含まれない）、そうした差が表れているのではないかと考えられる。

以下、こうした違いを念頭において、データを見る必要がある。

図表 3 3 SNA 医療保険関係社会保障支出と国民医療費の比較



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」、厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

図表34は、上では除いた自己負担や「その他」がどの程度を占めているかを含め、財源の内訳とその推移を見たものである。

自己負担は2011年度において10%強である。「その他」はごくわずかであり、図表の上では確認できない。

国庫負担と地方公費には、保険料等のみによる赤字を「補てん」するだけでなく、図表33においてSNAとの差を発生させていると見られる公費負担医療制度による給付が含まれている。

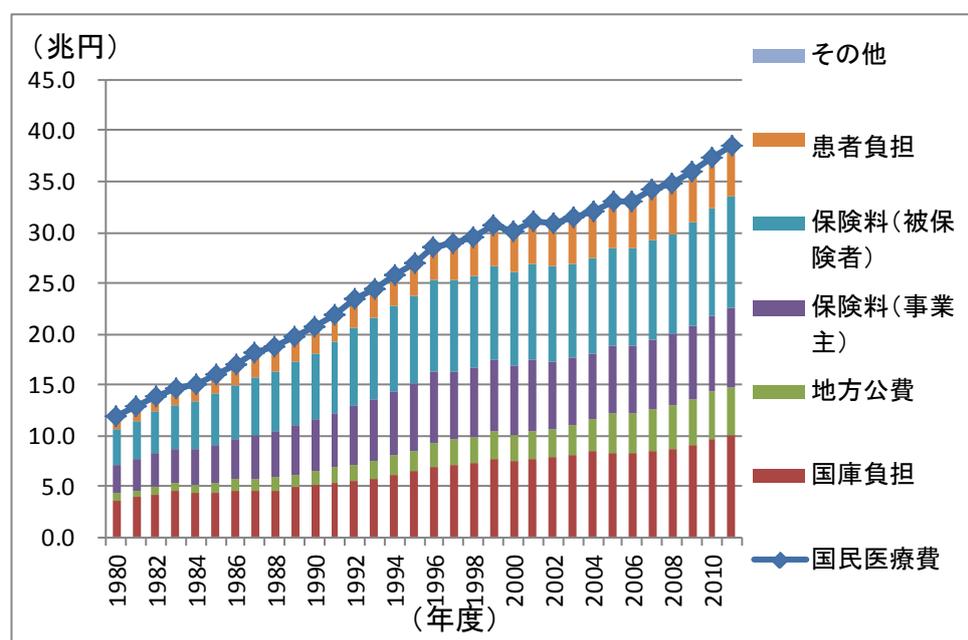
以下の国民医療費では、こうした自己負担分や公的負担医療制度分のように、SNAにおいては給付に含まれないものも含まれていることに留意する必要がある。

いずれにせよ、国庫負担と地方公費の総額は、国と地方を合わせて、2011年度において、全体の4割弱である。

保険料によるものは、被保険者分と事業主分を合わせて、2011年度において、半分弱である。

いずれの項目も、基本的には拡大を続けている。

図表34 国民医療費とその財源



(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

② 受診率の問題

もう一点、分析を行う前のチェックとして、受診率について検討する。

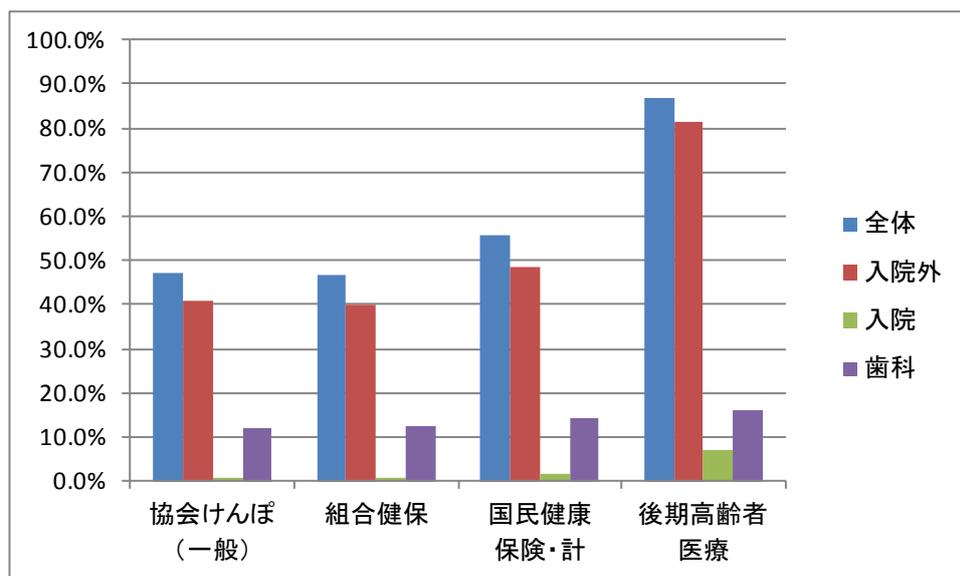
年齢層別人口一人当たり医療費が分析によく使われるが、理想的には、人口のうち何割が受診し（受診率）、その上で受診した者について一人当たり医療費がどれくらいであったかを見るべきところであろう。

図表 3 5 は、各制度について、2011 年度を通して同一の受給対象者に係るレセプトを合計し個人単位のデータにして集計（「名寄せ」）した上での受診者数を加入者数で割って、受診率を計算したものである。協会けんぽ、組合健保、国民健康保険については受診率は 5 割前後、つまり、加入者のうち半分程度は何らかの形で受診していることになる。後期高齢者医療では、これが 9 割近くとなり、殆どの加入者が受診していることになる。

もちろん、疾病等の内容や程度により、受診率や受診者一人当たり受給額も変わって来よう。疾病等に分けて名寄せを行った受診率のデータはないが、図表 3 5 では、入院外、入院、歯科に分けた受診率も示している。当然ながら、入院の受診率は極めて低い。ただし、後期高齢者医療では 10% 近くはなっている。

しかし、名寄せが行われたデータはごく一部にすぎず、これ以上の分析は基本的に困難である。このため、以下では、受診率と受診者一人当たり給付といった分析は行わずに、国民の多くが何らかの形で 1 年間では受診していることも念頭におきつつ、年齢層別の人口一人当たりの医療費を見ていくことにする。

図表 3 5 制度別の受診率（2011 年度「名寄せ」データ）



(注) 同一の受給対象者にかかるレセプトを合計し個人単位のデータにして集計したもの（「名寄せ」）。

(出所) 厚生労働省「医療給付実態調査」統計表第 8 表「医療給付対象者の受診動向」1～4 より大和総研作成

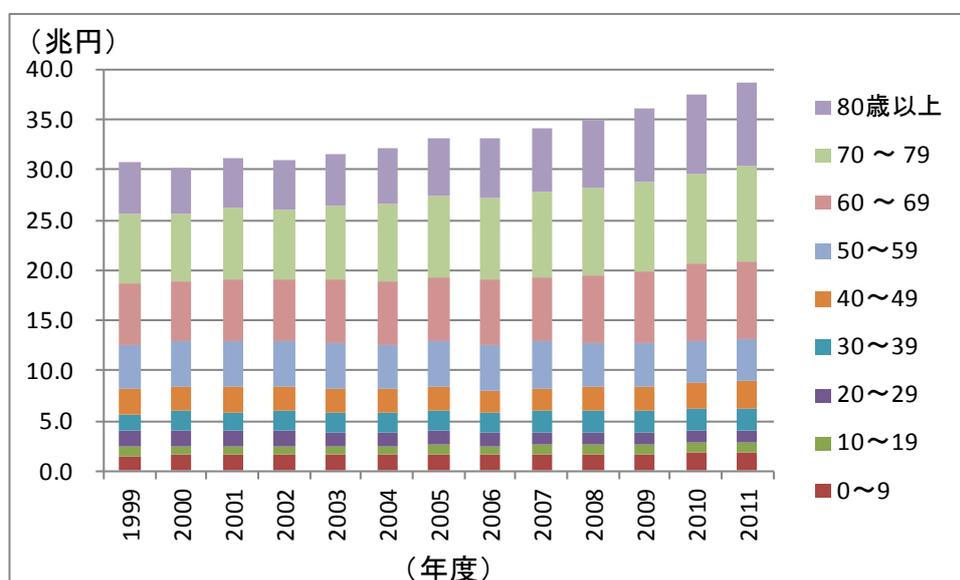
③ 年齢層別の支出状況

図表 3 6 は年齢層別の国民医療費の推移である。

やはり高齢者分が多く、2011 年度で 60 歳以上が 65%を占めている。人口では 32%に過ぎないので、一人当たりの額が大きなことになる。また、額が拡大しているだけでなく、1999 年度の 60%から、シェアも拡大している。

一方、40 歳未満は殆ど変化がない。この層の人口は減少しているのに、一人当たり医療費が増大していることが示唆される。

図表 3 6 国民医療費の年齢層別の推移



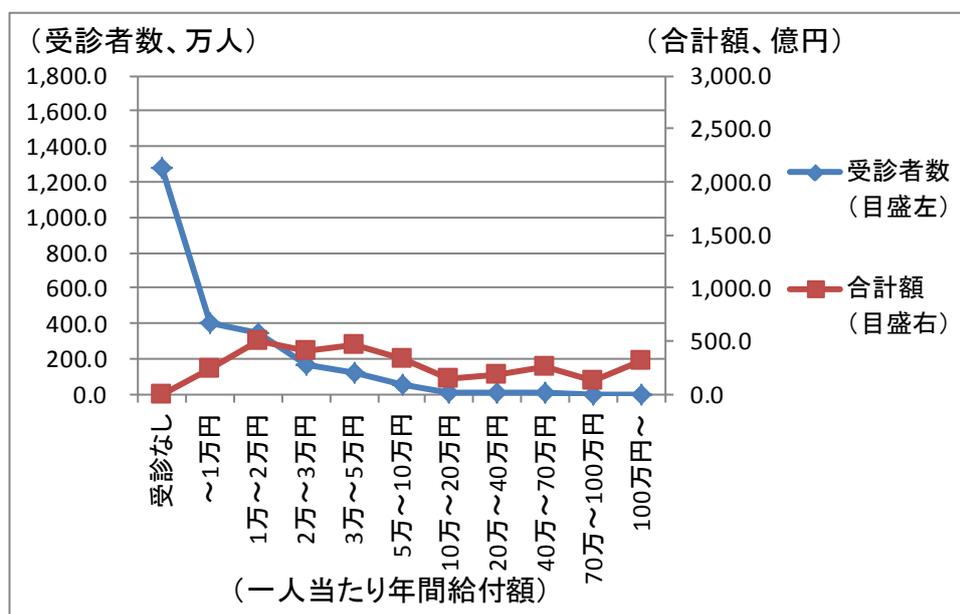
(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

また、高齢者数が異なる 3 つの制度について、名寄せデータを利用し、実際に受給した加入者の一年間の受給額の分布を見るのが可能である。

図表 3 7 は、比較的若年者が多い組合管掌健康保険の給付分布である。

一年間、一回も受診しなかった人が半数を超えている。また、一年間に 10 万円を超えて給付されている人は殆どいなくなる。このため、合計支給額は、1 万～2 万円の層で一番多くなる。なお、所得税における医療費控除は、10 万円を超えた分が認められる（生命保険契約などで支給される保険金などで補てんされる分を除く。最高 200 万円まで。）が、こうした実情に沿ったものといえよう。

図表 3 7 組合管掌健康保険（加入者数 2,405 万人）：一人当たり給付額ごとの受診者数と合計支給額（2011 年度）



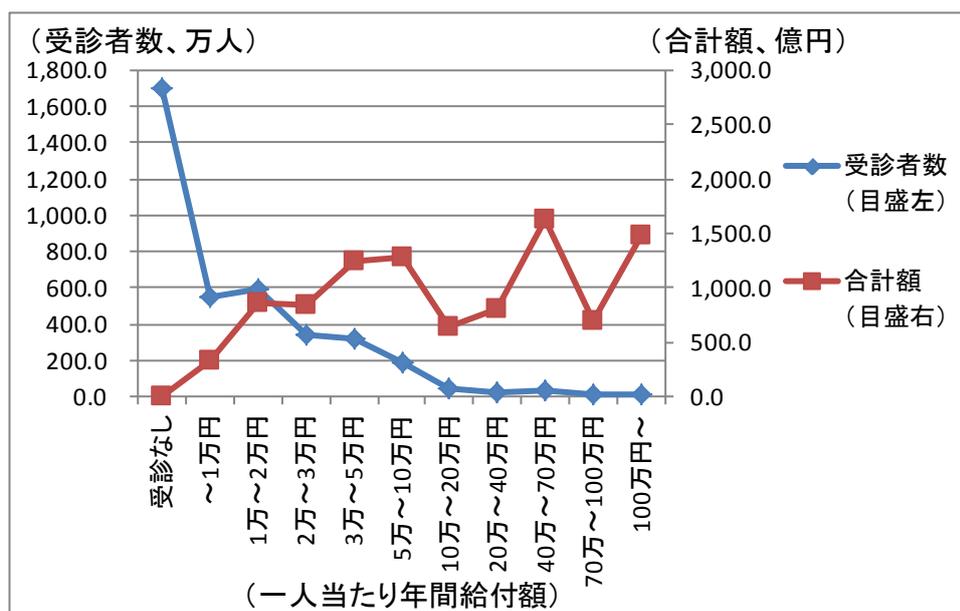
(注) 同一の受給対象者にかかるレセプトを合計し個人単位のデータにして集計したもの（「名寄せ」）。

(出所) 厚生労働省「医療給付実態調査」統計表第 8 表「医療給付対象者の受診動向」1～4 より大和総研作成

図表 3 8 は、高齢者比率が、組合管掌健康保険と後期高齢者医療の中間程度である国民健康保険の給付分布である。

一年間、一回も受診しなかった人が半数を切るようになる。また、一年間に 10 万円を超えて支給されている人はあまりいなくなるのは組合管掌健康保険と同様であるが、受給合計額は、一年間の一人当たり給付額が多いところでもかなり高くなる。

図表 3 8 国民健康保険（加入者数 3,831 万人）：一人当たり給付額ごとの受診者数と合計支給額（2011 年度）



(注) 同一の受給対象者にかかるレセプトを合計し個人単位のデータにして集計したもの（「名寄せ」）。

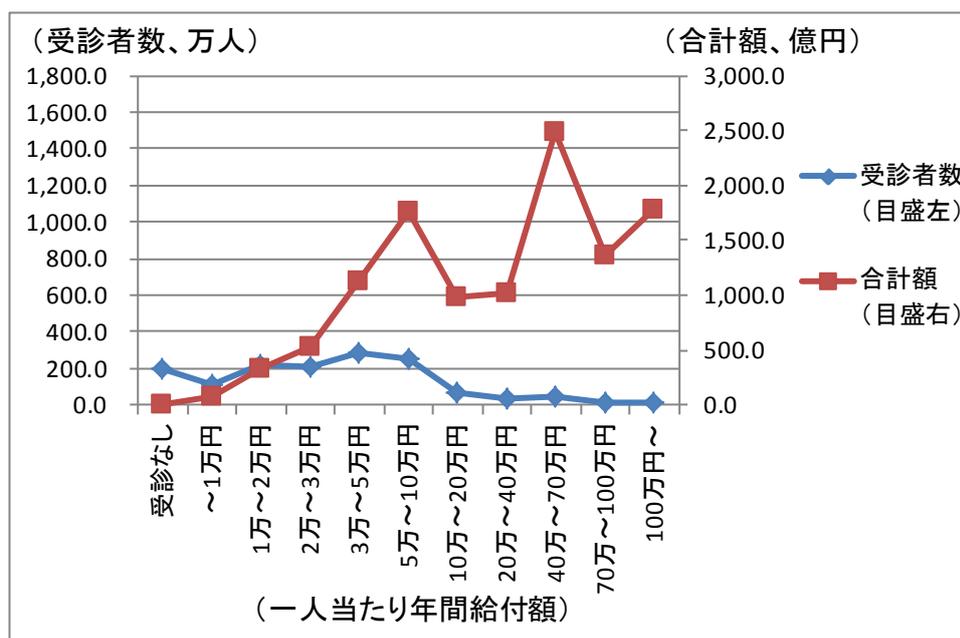
(出所) 厚生労働省「医療給付実態調査」統計表第 8 表「医療給付対象者の受診動向」1～4 より大和総研作成

図表 3 9 は、75 歳以上の高齢者しかいない後期高齢者医療の給付分布である。

一年間、一回も受診しなかった人は一割強に過ぎない。また、合計支給額は、一年間の一人当たり給付額が多い層に集中する。

このように、高齢者の医療費の多さは、人口が多いだけでなく、殆どの人が何らかの形で受診することや（受診率が高い）、高額受給者の数が多いことなどにも起因している。

図表 3 9 後期高齢者医療制度（加入者数 1,473 万人）：一人当たり給付額ごとの受診者数と合計支給額（2011 年度）



(注) 同一の受給対象者にかかるレセプトを合計し個人単位のデータにして集計したもの（「名寄せ」）。

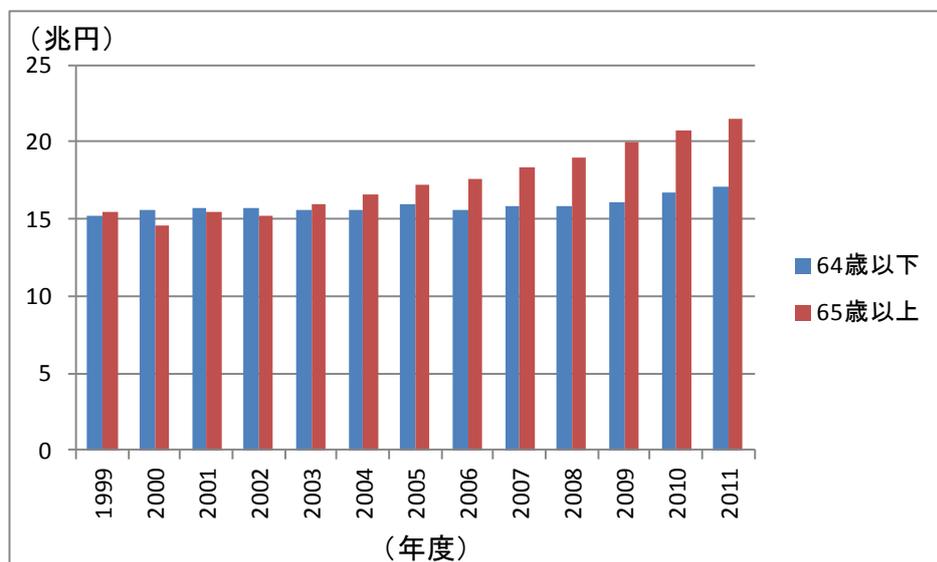
(出所) 厚生労働省「医療給付実態調査」統計表第 8 表「医療給付対象者の受診動向」1~4 より大和総研作成

④ 高齢者数増の影響

次に、64 歳以上の若年者と 65 歳以上の高齢者に分けて、国民医療費全体への影響を見てみる。

まず、図表40は、それぞれの国民医療費の推移を見たものである。64歳以下は、最近では微増傾向であるが、65歳以上はどんどん増加していることがわかる。なお、2000年度に若干減少しているのは、介護保険制度が創設され、そちらに移行した分があることなどからである。

図表40 64歳以上と65歳以上の国民医療費の推移



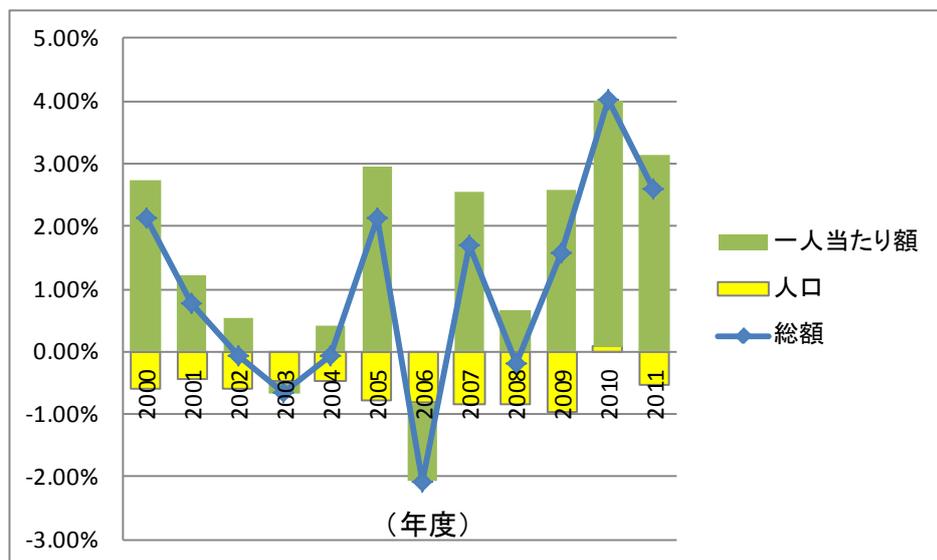
(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

64歳以下について、国民医療費の変化を、人口によるものと、一人当たり額によるものに分解したのが図表41である。

人口要因は基本的にマイナス寄与が続いている。2010年にわずかにプラス寄与となったのは、団塊の世代の65歳以上への移行が終了した翌年度であることなどからと考えられる。

一方、一人当たり額は近年プラスの寄与が大きい。つまり、若年者の一人当たり医療費が増加していることも医療費の増加につながっている。これは、医療費の増加が、必ずしも高齢者数増にのみよるものではないことを意味する。

図表41 64歳以下国民医療費変化への寄与



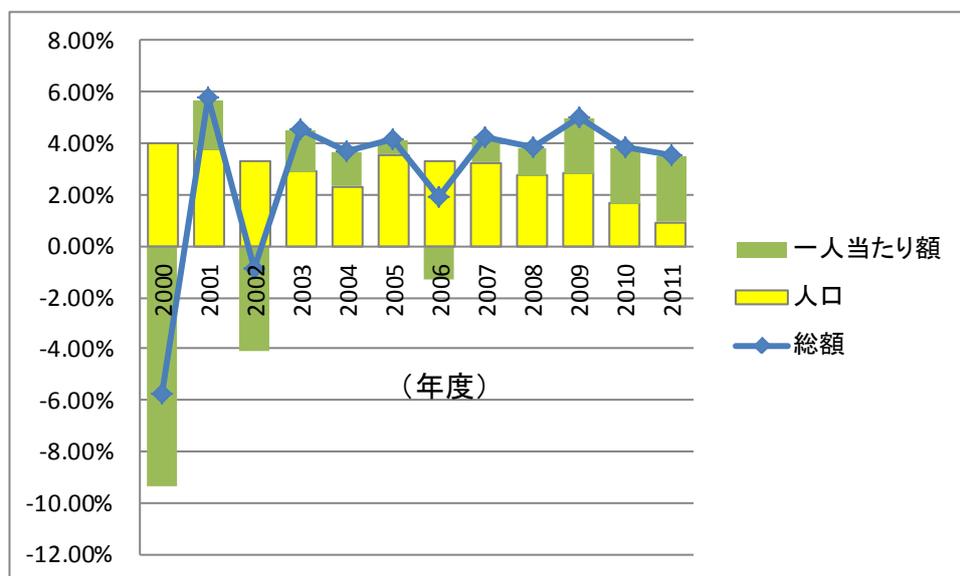
(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

図表 4 2 は、65 歳以上について、国民医療費の変化を、人口によるものと、一人当たり額によるものに分解したものである。

若年者と異なり、人口要因は大きなプラス寄与が続いている。更に、一人当たり額も基本的にプラスに寄与しており、医療費総額は増加を続けている。

なお、後期高齢者医療制度を対象とした図表 3 2 では、2000 年代に一人当たり受給額が基本的にマイナスであった。これは SNA データであり自己負担分は含まれないことと、75 歳以上が対象だったことに違いがある。2000 年代の改革は、75 歳以上で自己負担に関連して特に一人当たり医療費削減に効いていた可能性がある。なお、後で科別のデータを見るが、医科入院外では、国民医療費データであっても 2000 年代は一人当たり額が基本的に減少しており（医科入院等は増加）、上記 2 要素に加え、更に医科入院外に改革が効いていた可能性がある。

図表 4 2 65 歳以上医療費変化率への寄与



(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

なお、高齢者一人当たり額も医療費増に寄与していることは、医療費の増加が必ずしも高齢者数増にのみよるものではないことを意味する。更に、若年者人口は減少していることからマイナスの影響であるが、一人当たり医療費は若年者、高齢者とも増加していることから、医療費総額の増加は、高齢者数増以外の要因も相当程度効いていることに留意する必要がある。つまり、医療費総額増加は、必ずしも高齢化（本稿では高齢者数増）の影響のみではなく、その他の影響も相当程度ある。

⑤ 医療費の長期的増加要因

高齢化の総医療費上昇への影響は数%に過ぎない、との研究が紹介されている¹¹。その

¹¹ 兪炳匡 (ユウ・ヘイキョウ) (2006) 「『改革』のための医療経済学」、メディカ出版。そこで紹介されて

Newhouse による論文は、①米国を対象としていること、②高齢化を高齢者数の増加ではなく、高齢者数の人口比としていること、③1950年から1987年と戦後間もなくから計測していること、といった点で本稿とは違いがある。特に、②の高齢者数増加については、紹介者も、高齢者の絶対数が増加すれば高齢者全員の総医療費は増加するとしている。

そこで、年金と同様、医療費についても、日本で遡れる限りのデータを利用して、大まかではあるが高齢者数増の影響を見てみる。

国民医療費のデータが存在するのは1954年度からである。しかし、それ以降の物価上昇は著しく、またここでの目的は名目値が必要な財政への影響よりも高齢者数増の医療費への影響を見ることであるから、実質化した数値で見る。デフレーターとしては、大まかではあるが、1955年からデータが存在するCPI（持ち家の帰属家賃を除く総合）を使用する。また、64歳以下と65歳以上に分けた国民医療費のデータは古い時代のものは入手できないため、65歳以上一人当たり医療費と64歳以下一人当たり医療費が4対1であると仮定して医療費総額を分割する。なお、この比率は最近10年程度を見ると高齢者分は微減傾向にあり、過去の高齢者増の医療費総額への影響は少なめに出る可能性がある。

なお、医療における総合的価格指数に類似のものとして、毎年度の診療報酬改定率がある¹²。しかしながら、この改定率は、①これと整合的に決定された個別の診療報酬点数（医療の個別価格）は翌年度の診療行為数量が変わるように政策的に設定されること、②改定率の計算に当たっては前年度のウェイトが用いられること（本来、価格指数であれば、翌年度の変った数量を用いるべき）、③医療費に係る国庫負担額を確定させる過程で必ずしも数量化できない様々な要因を考慮して決定されること、などから予算編成のツールとしては現時点では不可欠であるが、医療の総合的価格指数のように用いることは適切ではないと考えられる。

いる論文は、例えば、Newhouse, Joseph P. (1992), "Medical care costs: how much welfare loss?" *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, pp3-21.

¹² どのような考え方により算定されているかについては、例えば、厚生労働省・第3回中医協の在り方に関する有識者会議・資料3-4「診療報酬改定及び予算編成過程におけるP（価格）及びQ（数量）に係る考え方」を参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/dl/s0412-5i1.pdf>

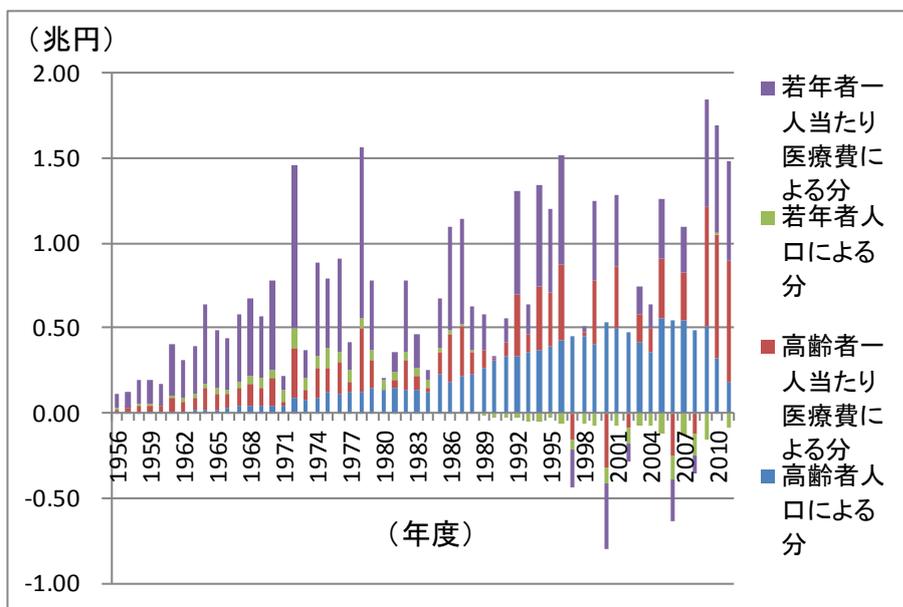
なお、改定率については、その後、上記有識者会議報告書において、「改定率は、予算編成過程を通じて内閣が決定するものである」、「中医協においても、改定率について議論を行い、その結果を厚生労働大臣に意見として進言することがあり得る」などとしている。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/dl/s0720-7a1.pdf>

このようにして、65歳以上と64歳以下のそれぞれに対して、前年度からの伸び率を人口によるものと一人当たり額によるものに要因分解した上でそれぞれの増加額を計算したものが図表43である。

1960年代までは、高齢者数増の影響は殆どなく、もっぱら一人当たり医療費（若年者と高齢者の双方）によるものである。1970年代に入る頃から、高齢者数増の影響は次第に増していく。一方、1990年代に入る頃から、わずかではあるが若年人口減の影響がマイナスに効いてくる。1990年代後半になると、高齢者数増加の影響は基本的には増加している。改革等が行われ一人当たり医療費が低下した年度には高齢者数増加の影響を打ち消すこともあるものの、基本的には若年者、高齢者とも一人当たり医療費増加圧力は存在している。特に、最近は、改革の反動等からか、一人当たり医療費は顕著に増大しており、高齢者数増加の影響をしのいでいる。

図表43 国民医療費の長期的増加要因（毎年度の増加額分）



- (注) 1. 国民医療費はCPI（持ち家の帰属家賃を除く総合、2005年=100）で実質化。
 2. 65歳以上一人当たり医療費と64歳以下一人当たり医療費が4対1であると仮定して医療費総額を分割。
 3. 65歳以上と64歳以下のそれぞれに対して、前年度からの伸び率を人口によるものと一人当たり額によるものに要因分解した上でそれぞれの増加額を計算。

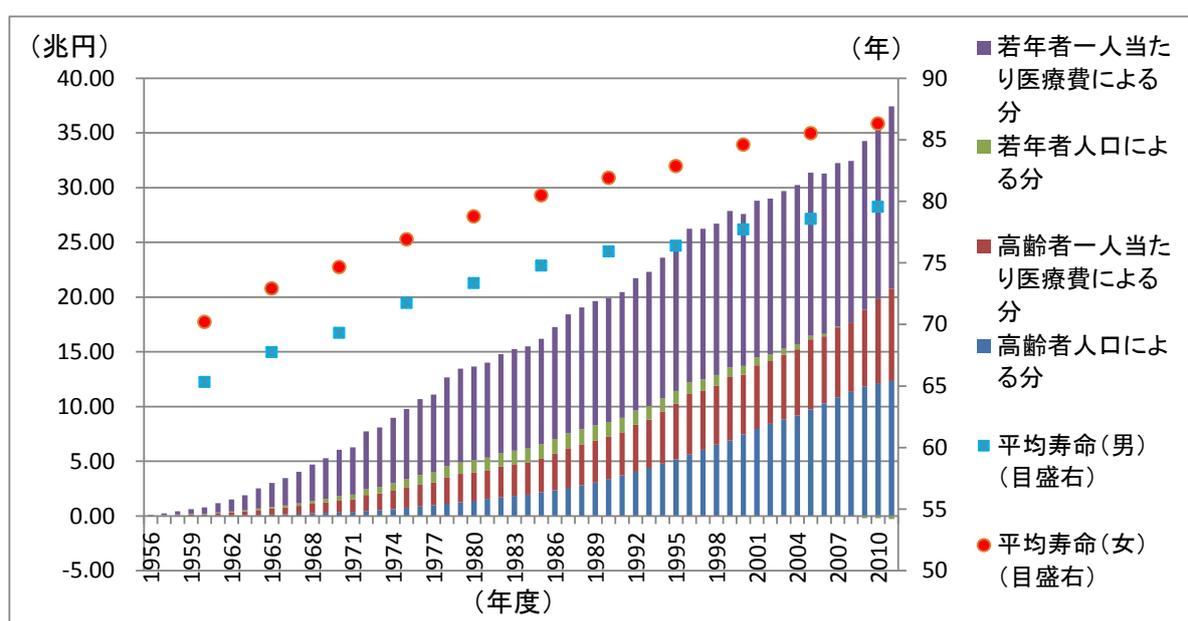
(出所) 厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」、「日本の長期統計系列」より大和総研作成

以上は、各年度の増分を見たものである。先の Newhouse の論文は長期間の累積的影響を見ているので、次に、各年度の増分を累積させたのが図表 4 4 である。

対象期間の前半には、もっぱら一人当たり医療費増（若年者、高齢者とも。特に若年者）の影響が大きい。最近になるほど、高齢者数増の影響が大きくなっている。

なお、図には、男女別に平均余命もプロットしているが、高度経済成長に伴う栄養の改善などと相まって、一人当たり医療費の増大は、平均余命の伸長に貢献してきたと考えることができよう。しかしながら、近年は、平均余命の伸長ペースは鈍化しつつある。

図表 4 4 国民医療費の長期的増加要因（1956 年度からの累積）と平均寿命

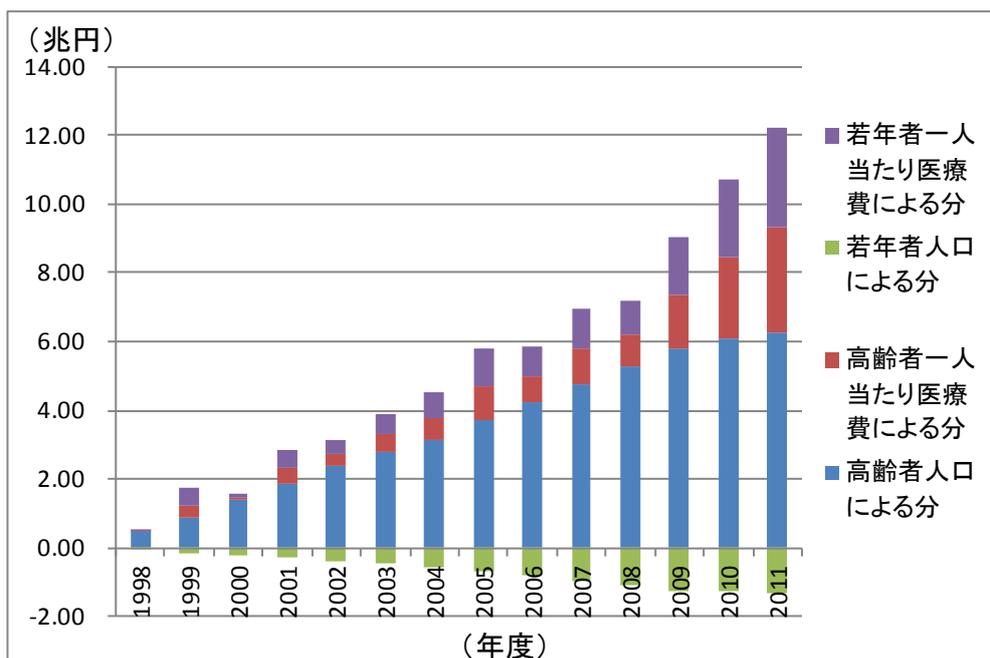


(出所) 厚生労働省「国民医療費」、「完全生命表」、総務省「人口推計」、「日本の長期統計系列」より大和総研作成

以上は、1956年度からの累積効果であり、かつての高度成長期の影響が大きく反映されている。このため、1998年度からに限り累積的效果を見たのが図表45である。

これを見ると、高齢者数増の累積的影響が大半を占めている一方、若年者数の減少は高齢者数増の影響を打ち消す効果もある。なお、若年者、高齢者とも、一人当たり医療費の累積的影響は一定程度あり、ここでも医療費総額の増加が必ずしも高齢化のみによるのではないことが改めて確認される。

図表45 国民医療費の中期的増加要因（1998年度からの累積）



(出所) 厚生労働省「国民医療費」、「完全生命表」、総務省「人口推計」、「日本の長期統計系列」より大和総研作成

以上から、高齢化の医療費総額への影響を見る際には、対象期間と高齢化の定義に注意する必要がある。高齢化を高齢者数の増加と捉えれば、1960年代にはその影響は殆どないものの、最近になるほど影響が高まり、高齢化の医療費総額増への影響の過半を占める。

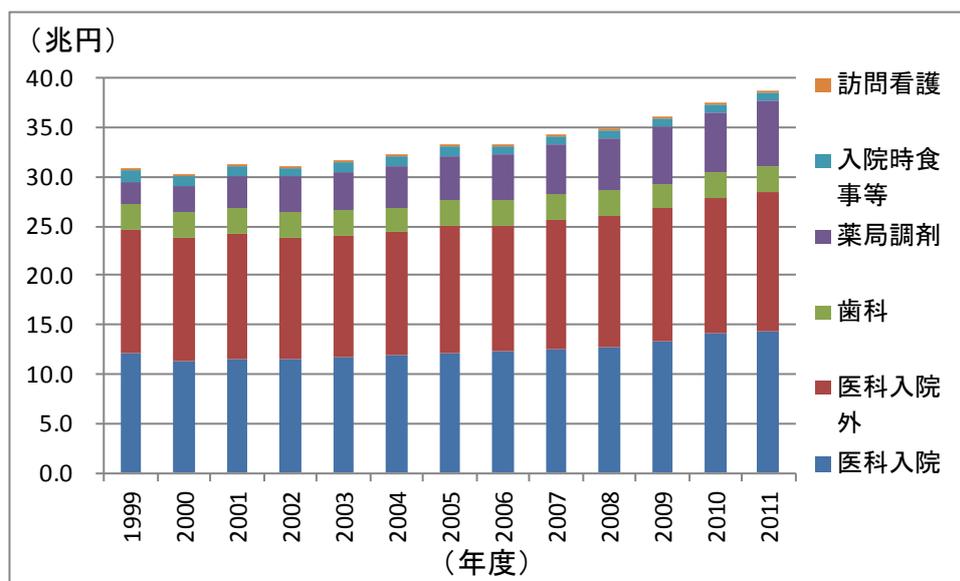
⑥ 科別の全体的状況

国民医療費では、医科入院、医科入院外、歯科、薬局調剤、といった科別のデータを見ることも可能である。

図表46は、科別の国民医療費の推移を見たものである。2011年度で医科が入院と入院外を合わせ4分の3を占めている。歯科は7%、薬局調剤は17%程度である。入院時食事等や訪問看護の占める比率はわずかである。

いずれも基本的には増加傾向にある。ただし、2000年度には、介護保険の導入などに伴い、医科入院は減少した。

図表46 国民医療費の科別推移

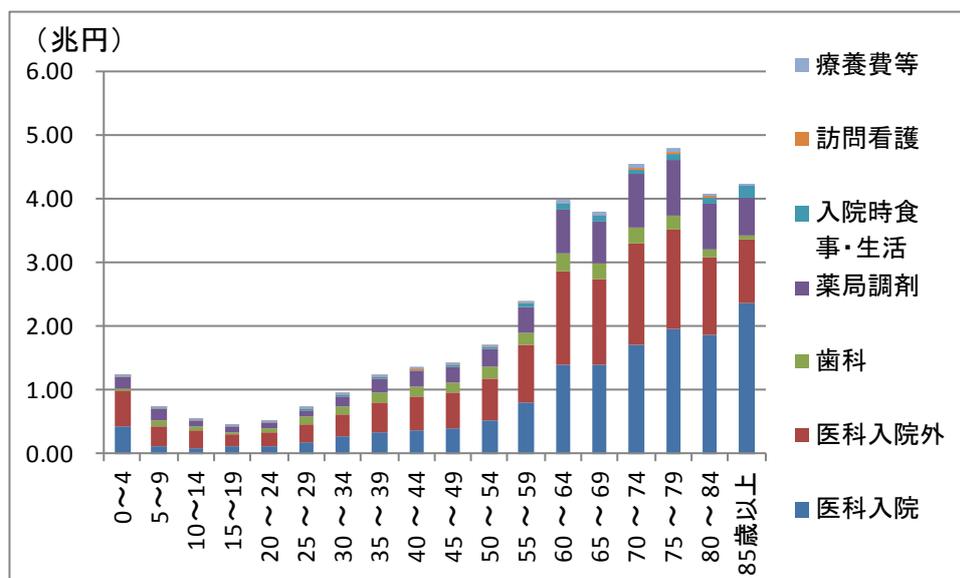


(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

更に、科別かつ年齢別に2011年度の国民医療費を見たのが図表47である。

高齢になるほど、医科入院の額が増大しており、最大は85歳以上である。医科入院外や薬局調剤が最大になるのは70代である。歯科は60～64歳が最大である。

図表47 国民医療費の年齢層別・科別の動向 (2011年度)



(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

⑦ 科別の状況：医科入院

次に、総額の大きい医科入院、医科入院外、歯科、薬局調剤について、既に総額について行ったような64歳以下と65歳以上に分けた医療費への影響を見る。

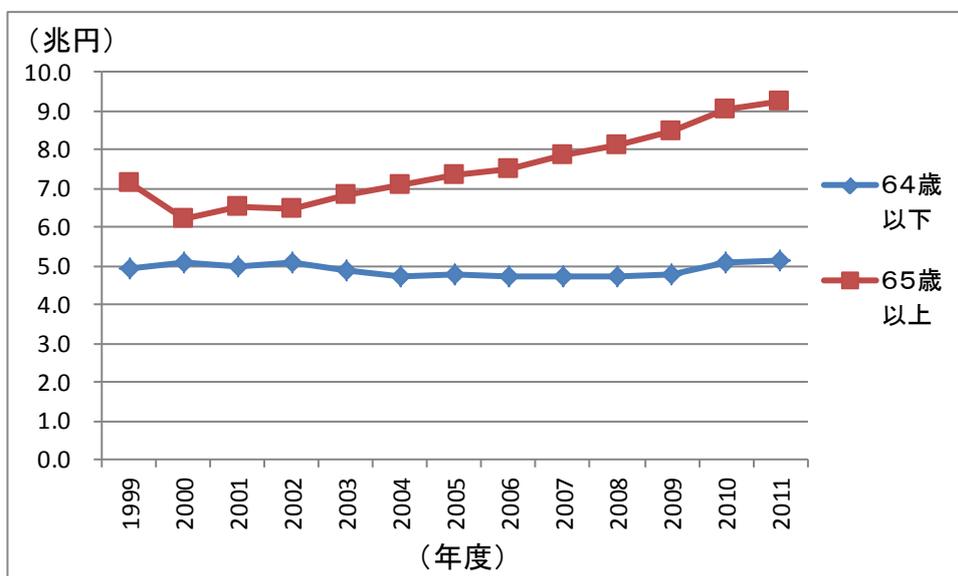
まず医科入院であるが、図表48は、64歳以下と65歳以上の医療費総額を見たものである。

64歳以下は微減・横ばい傾向が続いている。

65歳以上は増加が続いている。2000年度に減少したのは、介護保険導入に伴い、「社会的入院」などが介護に移行したことによるものと考えられる。

この間を通して、65歳以上の総額は64歳以下の総額を上回っている。

図表48 国民医療費・医科入院の推移



(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

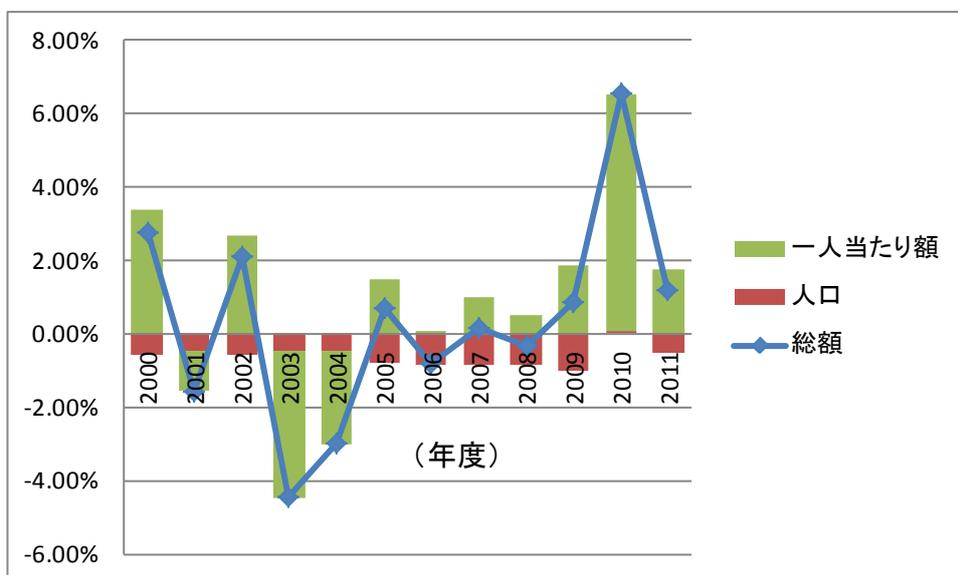
64 歳以下について、総額の変化を、人口減と一人当たり額に要因分解したものが図表 4 9 である。

人口は基本的にマイナスの影響を続けている。2010 年に減少が一時的にストップしたのは、前に見たように、団塊世代の 65 歳以上への移行が完了した時期にあたるためと考えられる。

一人当たり額の影響は、制度変更等の影響で変動する。なお、2000 年度における介護保険導入の影響は見られない。これは介護の項で見ると、この層の介護保険受給率が極めて低いためである。

基本的には、一人当たり額の増加の影響を、人口減が打ち消している形となっている。しかし、最近の一人当たり額の増加の影響は大きい。

図表 4 9 64 歳以下の国民医療費・医科入院変化率への寄与



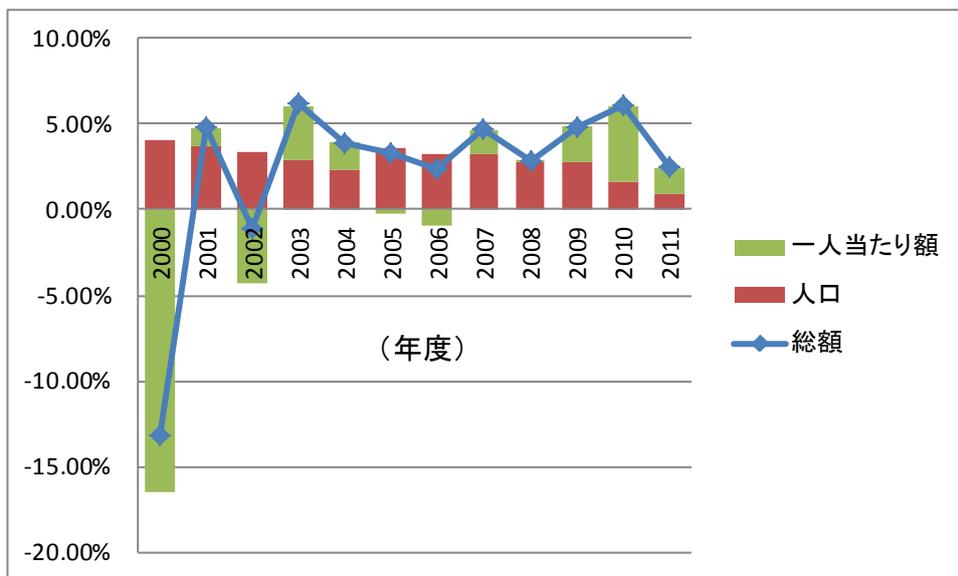
(出所) 厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」より大和総研作成

図表50は65歳以上についてのものである。

人口増のプラスの影響は、コンスタントに続いている。

一人当たり額については、制度変更の影響が大きいのは、介護保険が導入された2000年度である。その他の年度については、基本的に人口増に更に上乗せされる形となっている。

図表50 65歳以上の国民医療費・医科入院変化率への寄与



(出所) 厚生労働省「国民医療費」総務省「人口推計」より大和総研作成

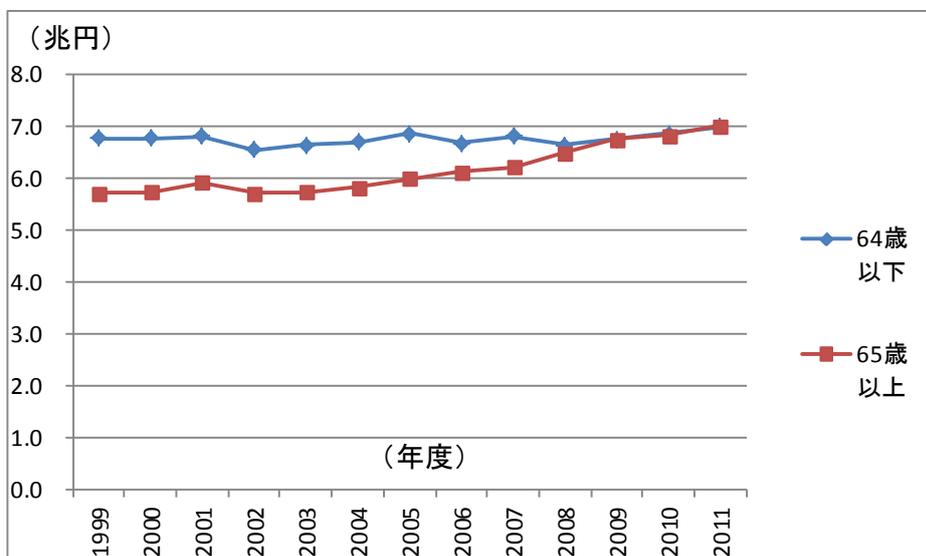
⑧ 科別の状況：医科入院外

次は入院外である。

医科とは異なり、64歳以下は、2000年代初めは65歳以上の総額を上回っており横ばいのままである。2000年代の終わりに、増加を続ける65歳以上の総額がこれを上回った。

なお、最近では、64歳以下、65歳以上とも総額が増加を続けている。

図表51 国民医療費・医科入院外の推移



(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

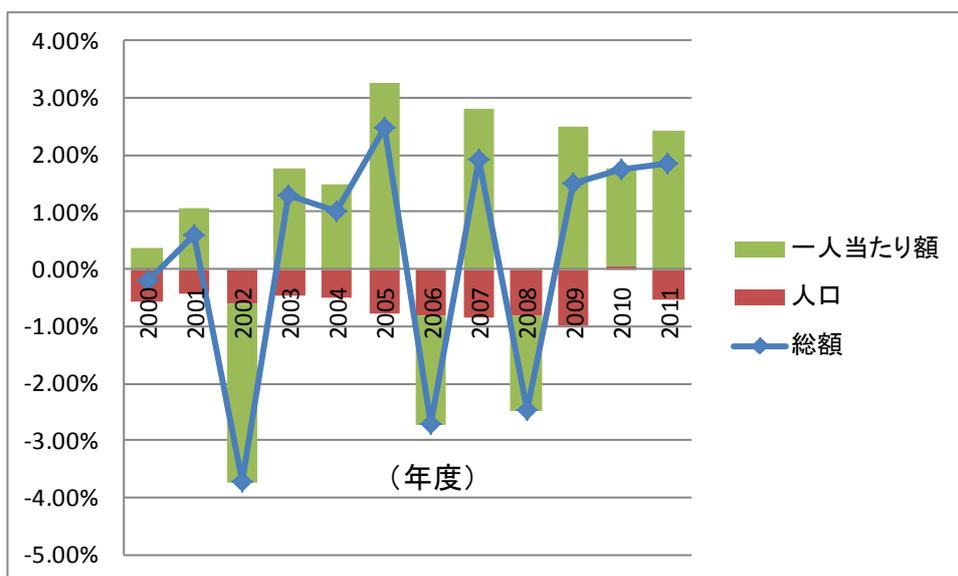
64歳以下について、総額の変化を、人口と一人当たり額に要因分解したものが図表52である。

人口の影響は基本的にマイナスが続いている。

一人当たり額の影響は年度によってかなりの変動があり、制度変更等の影響と考えられる。

ならずと、基本的に、人口の影響を一人当たり額の影響が上回り、総額は増加傾向にあると考えられる。

図表52 64歳以下の国民医療費・医科入院外の変化率への寄与



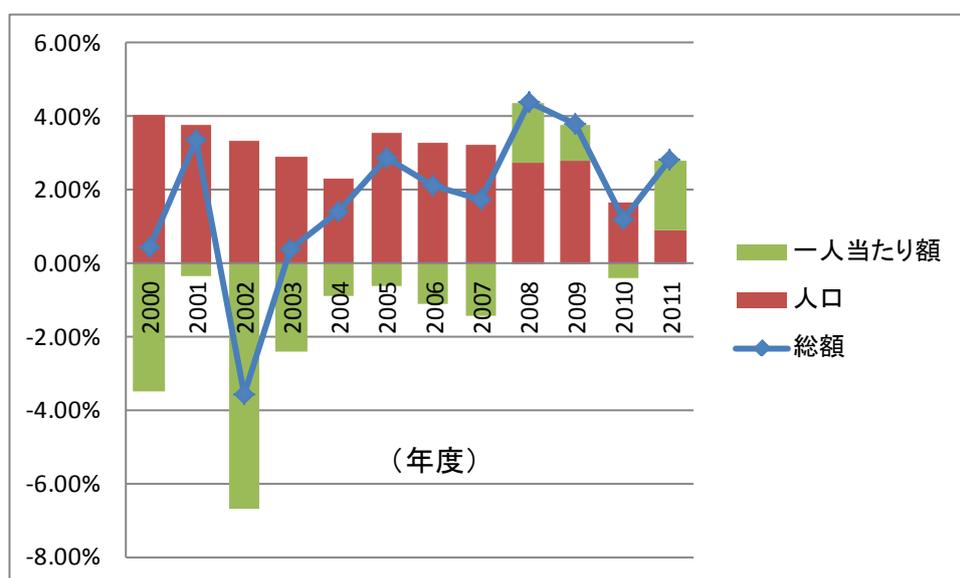
(出所) 厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」より大和総研作成

図表 5 3 は 65 歳以上についてのものである。

人口増の顕著な影響が続いている。

一人当たり額については、2000 年代中頃までは、改革等の影響もあり、マイナスの影響が続いて、多少は人口増の影響を打ち消していた。しかし、近年は改革等の反動からか、人口増に上乗せされる形となっている。なお、図表 5 0 の医科入院では、2000 年代中頃の改革による一人当たり額の減少はあまり見られなかったが、以下の入院外では目立っている。2000 年代中頃の改革は医科入院外に効いていたことが分かる。

図表 5 3 65 歳以上の国民医療費・医科入院外の変化率への寄与



(出所) 厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」より大和総研作成

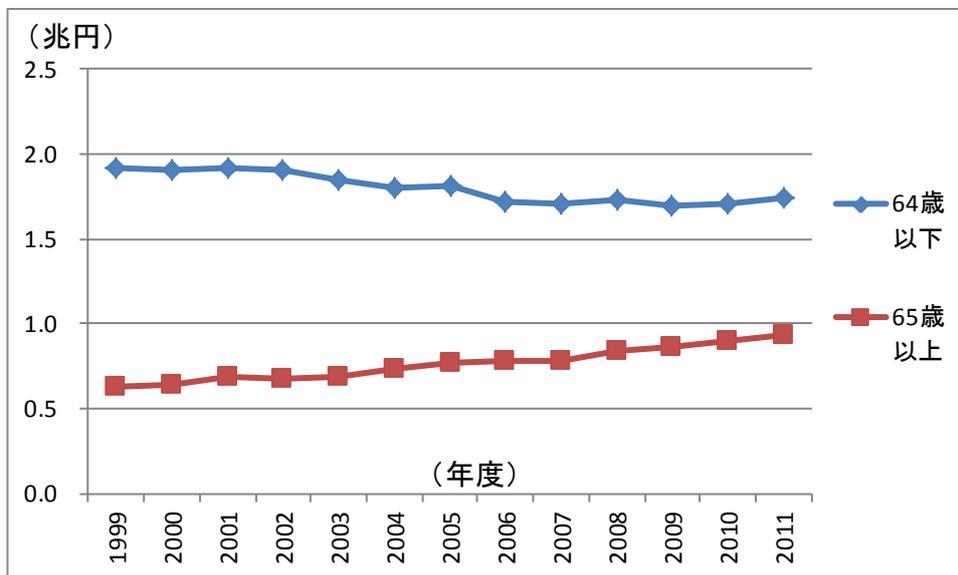
⑨ 科別の状況：歯科

次は歯科である。

図表 5 4 を見ると、一貫して、65 歳以上は、64 歳以下の総額を下回っている。

しかし、64 歳以下は減少傾向が続いている一方、65 歳以上は増加を続けている。

図表 5 4 国民医療費・歯科の推移

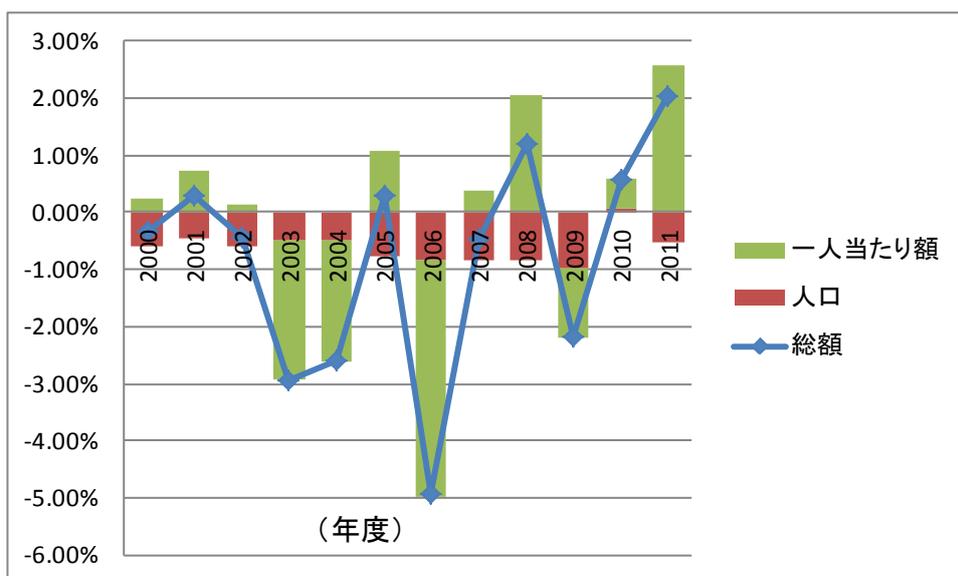


(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

64 歳以下について、総額の変化を、人口と一人当たり額に要因分解したものが図表 5 5 である。

基本的には、人口減と相まって、一人当たり額の減少により、総額は減少傾向を見せることが多かった。

図表 5 5 64 歳以下の国民医療費・歯科の変化率への寄与

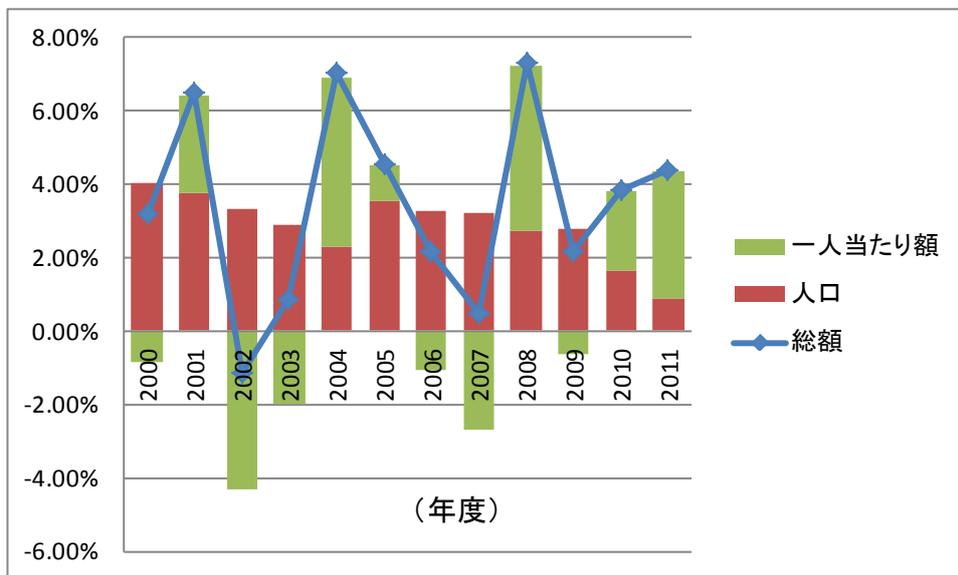


(出所) 厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」より大和総研作成

図表 5 6 は 65 歳以上についてのものである。

人口増はもちろん、一人当たり額もプラスの影響の年度が多く、総額は増加している。

図表 5 6 「65 歳以上の国民医療費・歯科の変化率への寄与



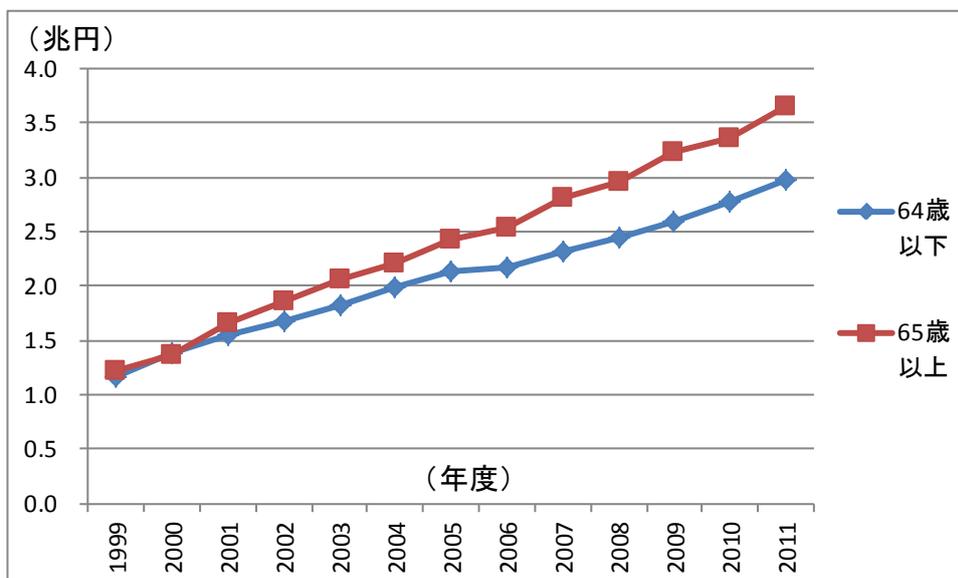
(出所) 厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」より大和総研作成

⑩ 科別の状況：薬局調剤

最後は、薬局調剤である。

図表 5 7 は総額の推移であるが、他の科とは明らかに傾向が異なり、64 歳以下、65 歳以上とも顕著な増加を続けている。特に、64 歳以下の増加は、高齢化とは全く関係がない。

図表 5 7 国民医療費・薬局調剤の推移

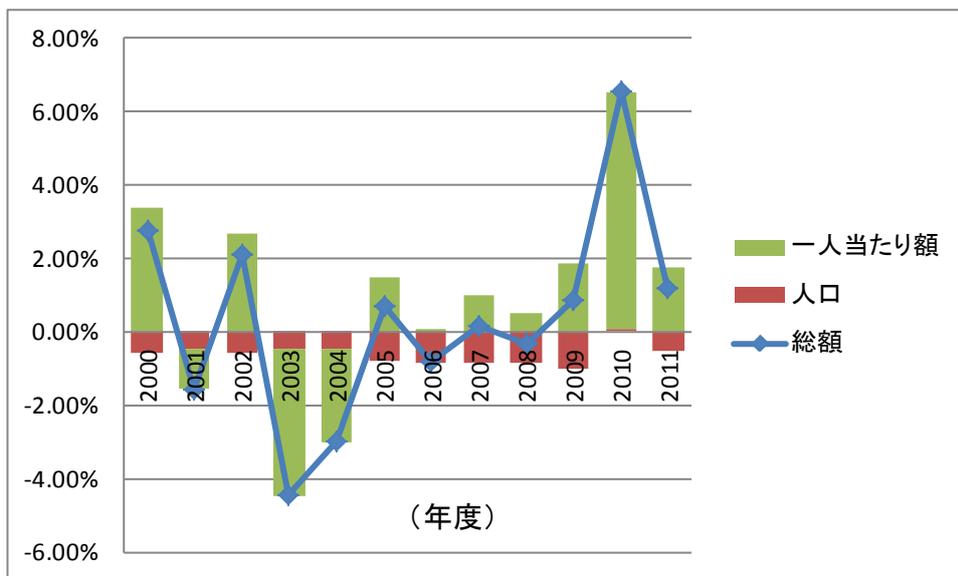


(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

64歳以下の要因分解が図表58である。

基本的には、人口減のマイナスを上回る一人当たり額のプラスの影響により、総額は増加している。

図表58 64歳以下の国民医療費・薬局調剤の変化率への寄与

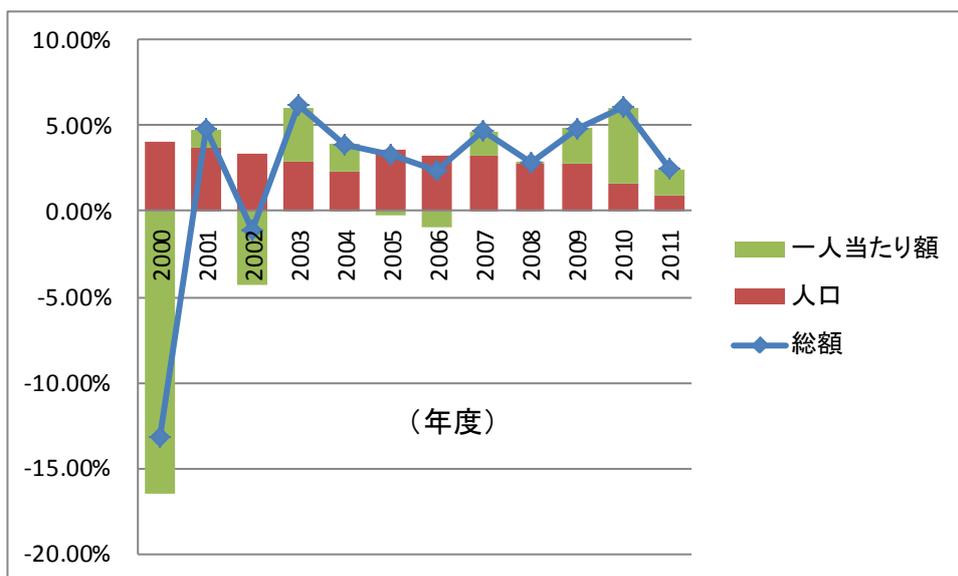


(出所) 厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」より大和総研作成

図表59は65歳以上についてのものである。

基本的に人口増に一人当たり額の増の影響が加わり、総額は増加を続けている。

図表59 65歳以上の国民医療費・薬局調剤の変化率への寄与



(出所) 厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」より大和総研作成

6. 介護保険

次は介護保険である。総額については既にSNAデータにより見たところであるが、年齢層別等のデータは得られない。そこで、厚生労働省「介護給付実態調査」を用いることとするが、まず調査の特徴などを見ておく。

(1) 介護給付実態調査の概要

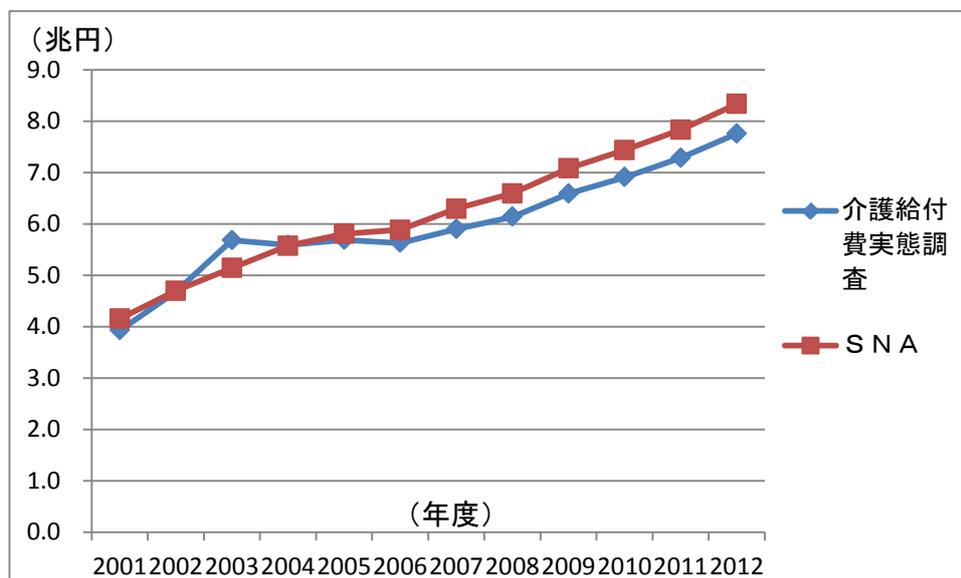
① SNA介護保険支出と介護給付実態調査の比較

SNA介護保険支出と介護給付実態調査における介護給付額を比較したものが図表60である。

完全には一致しないものの、概ね同水準の額となっているので、介護給付実態調査を分析に用いても、一定の整合性はあるものと考えられる。

なお、何故このような違いが生ずるかは明らかではないが、SNAでは発生主義に基づき、各年度に発生した介護保険給付が計上されているのに対し、介護給付実態調査は必ずしもそうではないことなどによる可能性がある。

図表60 SNAと介護給付費実態調査における介護給付額の比較



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」、厚生労働省「介護給付費実態調査」より大和総研作成

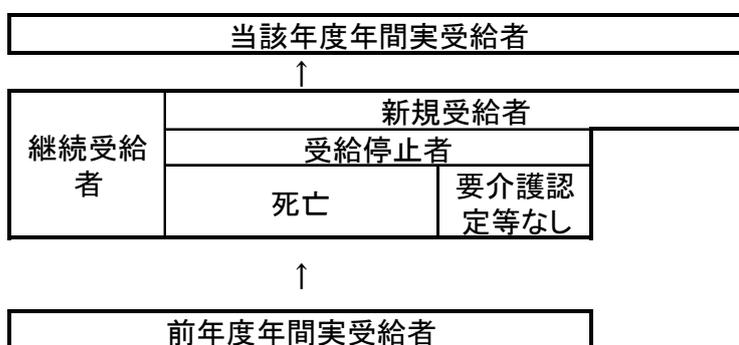
② 様々な受給者の概念

介護給付費実態調査は、毎月、各都道府県国民健康保険団体連合会において審査した介護給付費明細書等のデータを集計したものである。このため、毎月審査された受給者の数が基本的なデータとなる。

しかし、このデータは、各個人を区別していないため、各月における新規の受給者や受給停止者などの異動状況はわからない。ただし、各年度4月から3月の各サービス提供月の介護予防サービス受給者について名寄せを行った「年間実受給者数」は、限定的だが公表されている。また、年間継続受給者数も限定的ではあるが公表されている。

これらの年度から年度への変化の関係を図示すると図表61のようになる。前年度の実受給者のうち一定数は、受給を継続する。一方、死亡や要介護認定等がなくなった受給停止者が発生するとともに、新規受給者が加わる。こうした結果が、当該年度の年間実受給者となる。

図表61 年間実受給者、継続自給者などの概念図



(出所) 大和総研作成

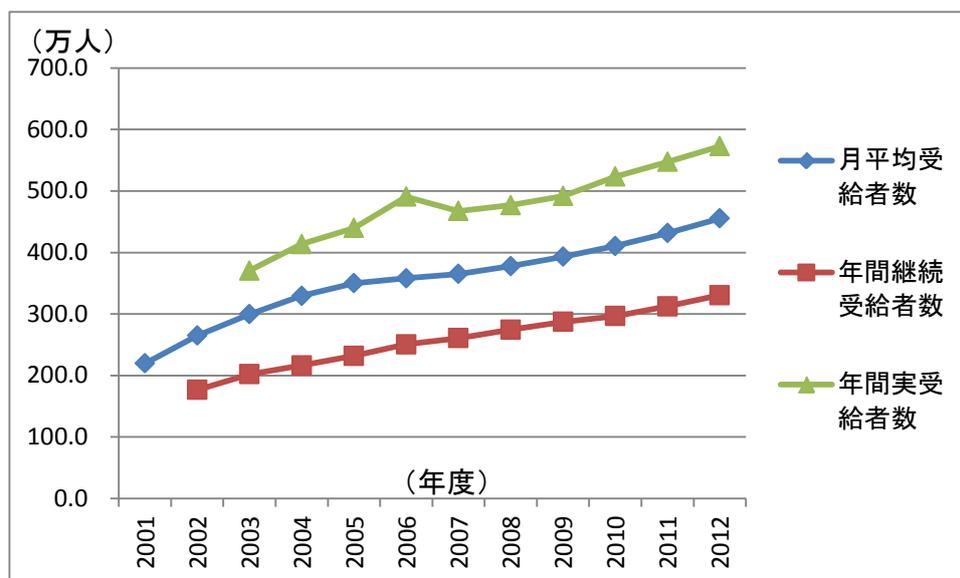
図表 6 2 は、毎月の受給者数を平均した月平均受給者数、年間継続受給者数、年間実受給者数の推移をプロットしたものである。

一年間継続して受給している人は、2012 年度において年間実受給者数の 6 割弱である。年間実受給者数と継続受給者数の差（2012 年度において 242 万人で年間実受給者数の 42% 程度。）が年間で見たと新規受給者数であり、年間実受給者数と月平均受給者数の差（2012 年度において 117 万人で、年間実受給者数の 20% 程度）が平均的な毎月の受給停止者数と考えられる。

いずれも増加を続けているが、予防重視型システムへの転換など大きな制度変更があった 2007 年度には、年間継続受給者数には変化はないものの、新規受給者数が減少したとともに、受給停止者数も減少した。

こうしたことを前提に、以下、実受給者を基本として分析を進める。

図表 6 2 様々な受給者数の比較



(注) 1. 「年間実受給者数」は、各年度 4 月から 3 月の各サービス提供月の介護予防サービス受給者について名寄せを行ったもの。

2. 当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上されている。

3. また、介護サービスと介護予防サービスの両方を利用した場合も、別受給者として計上されている可能性がある。

(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」統計表、表 6 「年間継続受給者数」、表 7 「介護予防サービス年間実受給者」より大和総研作成

(2) 実受給者の状況

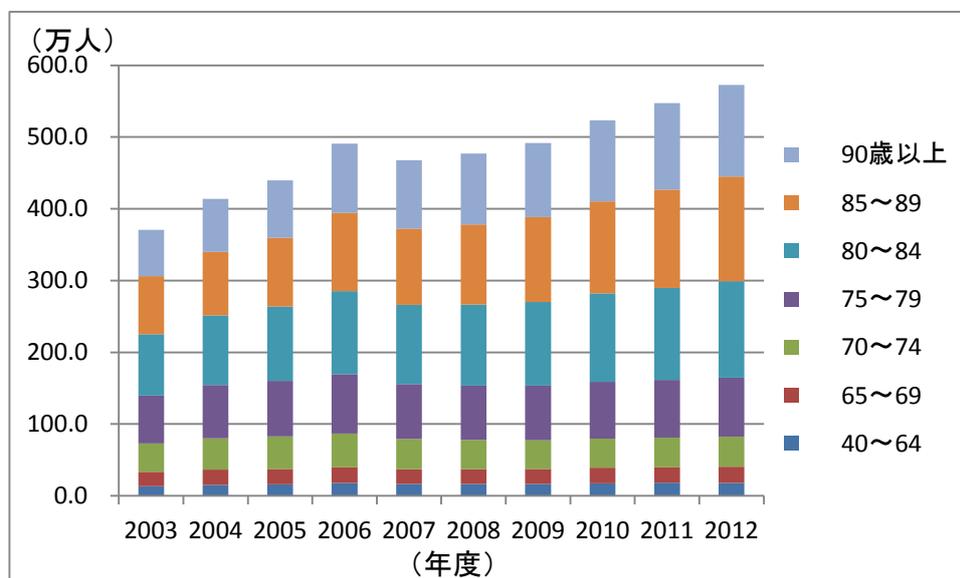
①年齢層別の状況

図表 6 3 は、年齢層別の年間実受給者数の推移である。ただし、年間実受給者数の年齢層別データはないため、実受給者総数を、年齢層別の各月累計受給者数の比率で按分して、年齢層別のデータとしている。

これを見ると、40 歳から 64 歳（第 2 号被保険者）は、受給者が極めて少ない。これは、もともと要介護・要支援状態になる率が低いことや、特定の老化に起因する疾病に罹患して要介護・要支援状態になった場合にのみ給付が行われることなどからと考えられる。

65 歳以上（第 1 号被保険者）では、年齢が高い層ほど、人口が減少するにもかかわらず、受給者数が多い。また、2007 年度の制度改正の影響が大きく出ている。

図表 6 3 年齢層別の年間実受給者数の推移



(注) 年齢層別の年間実受給者数は、全体の人数を各年における年齢層別の累計受給者数の比率で按分したもの。

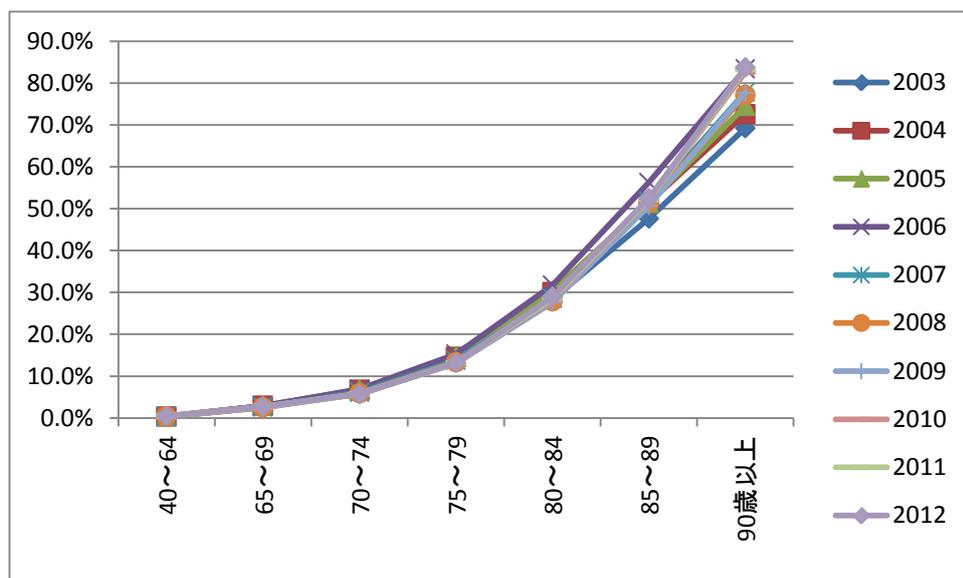
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より大和総研作成

図表 6 4 は、実受給者数ではなく、各年代の人口で割った実受給率を年齢層別に見たものであり、年度を追っての変化も見られるようになっている。

40 歳から 64 歳では受給率は 0.4% 程度にすぎないが、年齢が高くなるほど受給率は高くなり、90 歳以上では 7、8 割である。

なお、経年的な受給率の変化は、この図表では判別が困難なほど小さい。

図表 6 4 年齢層別の実受給率の推移



(注) 年齢層別の年間実受給率は、年間実受給者数を各年齢層の人口で割ったもの。

(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」、総務省「人口推計」より大和総研作成

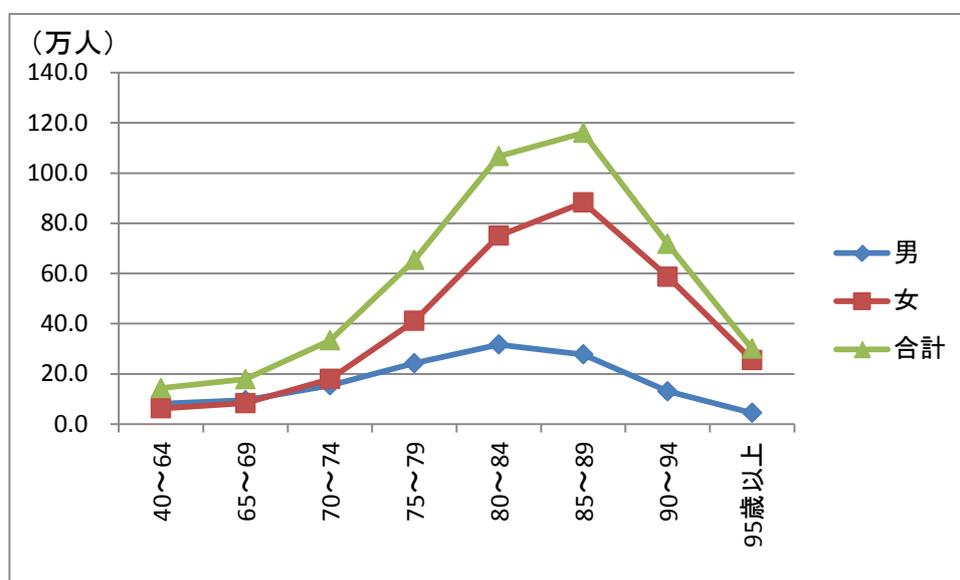
②男女別の状況

男女別、年齢層別の月平均受給者数の 2012 年度における分布を見たものが図表 6 5 である。なお、ここでは男女差を見るのが主目的であるため、年齢別データのない実受給者ではなく、月平均受給者を見ている。

男性より女性の方が圧倒的に多い。しかし、男性より女性の方が 7 歳程度（2010 年度）長寿であり、高齢人口も多いことから、当然の結果ではある。

なお、男女とも 80 代がピークとなっている。

図表 6 5 男女別・年齢層別の月平均受給者数（2012 年度）



(注) 月平均受給者数は、年間累計受給者数を 12 で割ったもの。

(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より大和総研作成

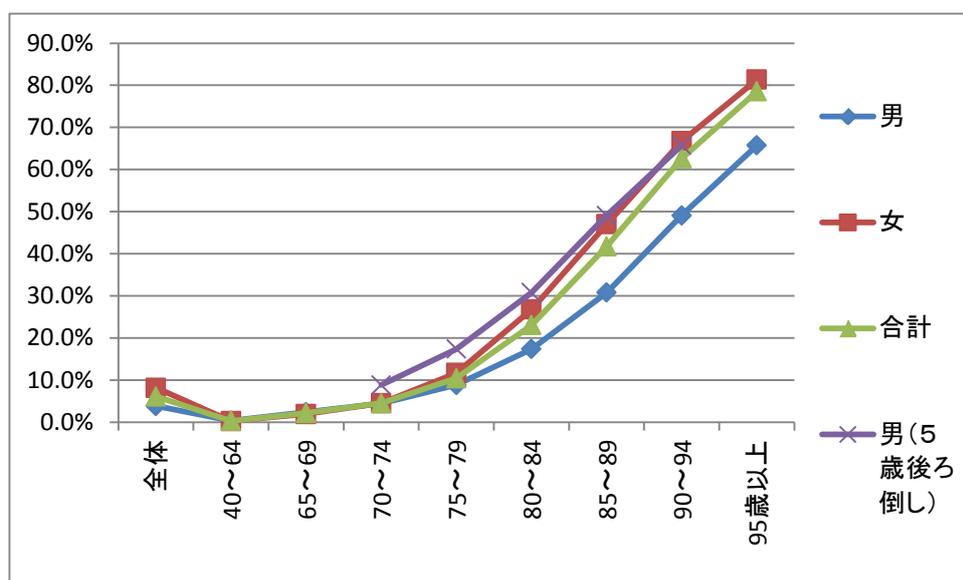
そこで、各年齢層につき、人口で受給者数を割って、受給率を見たものが図表 6 6 である。

受給率を見ても、各年齢層で男性より女性の方が高い。男女合計では、女性の方が絶対数が多いので、女性の受給率の方に近くなる。

何故、男性より女性の受給率が高いかであるが、ひとつには女性の方が長寿であることが考えられる。そこで、男性の受給率を 5 年前前倒し、例えば、実際は 90 歳～94 歳の受給率を 85 歳～84 歳のところにプロットするといったことを行ったものが紫色の線である。これが女性の受給率とほぼ一致するので、寿命の差が影響している可能性もある。

しかしながら、長さは違っても生涯の間で受給率の分布の形は男女で同じである、といった仮定を置いていることにも等しい。また、寿命だけでなく平均的には夫妻では男性の方が年上であること、こうした年齢差と寿命の違いから男性が要介護となった場合には妻による介護が可能である一方、女性の場合は夫が既に死亡している可能性が高いこと、男性は介護が不得意・意欲に欠ける可能性があること、体質的な男女差、などを反映している可能性がある。いずれにしても、介護保険を受給せずに介護を行っている場合も含めて、個票データ等によるより詳細な分析が求められるところである。¹³

図表 6 6 男女別・年齢層別の月平均受給率 (2012 年度)



(注) 月平均受給率は、年間累計受給者数を月平均とした上で人口で割ったもの。

(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」、総務省「人口推計」より大和総研作成

③ 給付総額変化への高齢者数等の寄与

年金や医療などと同じく、給付費の変化の要因分析を以下行う。

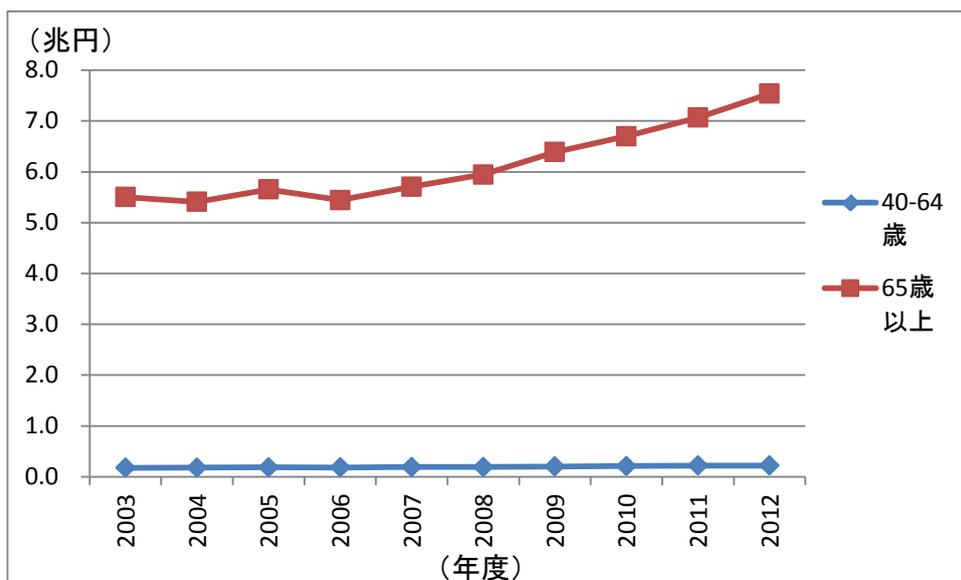
¹³ 例えば、伊藤春樹・佐々木政人 (2007) 「介護保険分析に見る性差 — 苫小牧市のデータ分析から—」愛知淑徳大学医療福祉学部 福祉研究 第3号 pp. 10-24 などがある。

<http://www2.aasa.ac.jp/faculty/medwelfare/kiyoo/PDF/No3/JWM03-02.pdf>

まず、図表 6 7 は、介護保険給付総額を、40-64 歳と 65 歳以上に分けて推移を見たものである。

40-64 歳への給付額はわずかであるので、65 歳以上についてのみ、要因分解を行うこととする。

図表 6 7 介護保険給付総額の年齢層別推移



(注) 介護保険給付総額は、介護給付費実態調査の給付総額から自己負担額を控除したものである。

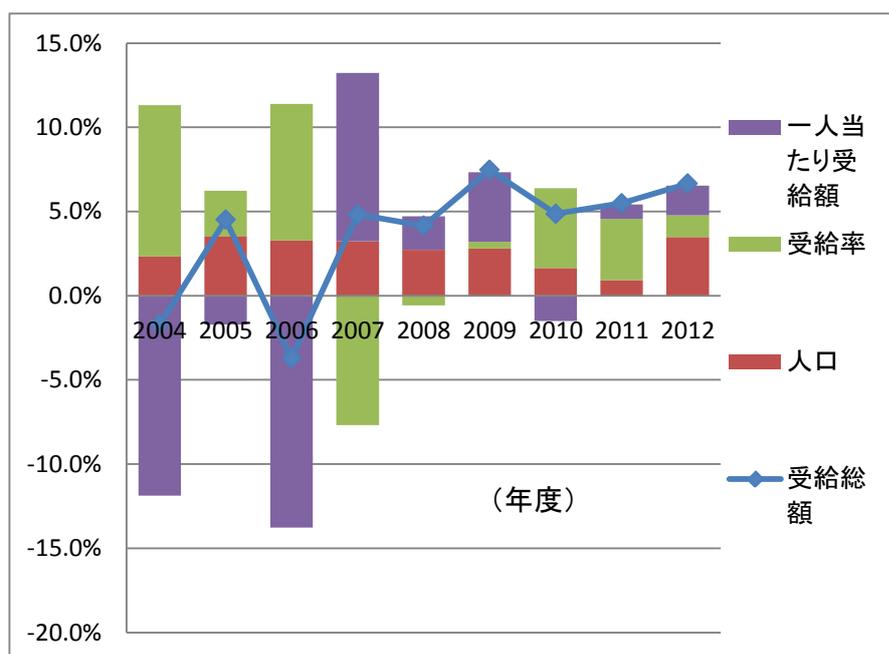
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より大和総研作成

図表 6 8 は、65 歳以上について、給付総額を、人口、受給率、受給者一人当たり受給額に要因分解したものである。

2000 年度導入以来の試行期的性格や、制度変更の影響などもあって複雑ではある。

しかしながら、高齢者数増は一貫してプラスに効いてはいるものの、最近は、それ以外の要因による増加も目立つ。特に最近は受給率増の影響が大きい。

図表 6 8 65 歳以上：介護保険給付額総額変化率への寄与



(注) 介護保険給付額総額は、介護給付費実態調査の給付総額から自己負担額を控除したものの。

(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」、総務省「人口推計」より大和総研作成

(3) 予防の効果

介護保険給付は、介護サービスと介護予防サービスに分かれている。要介護状態になることが予防できるのであれば、支給額も減る一方、本来、要介護状態となるのは誰もが避けたいところであるから、予防は注目される場所である。

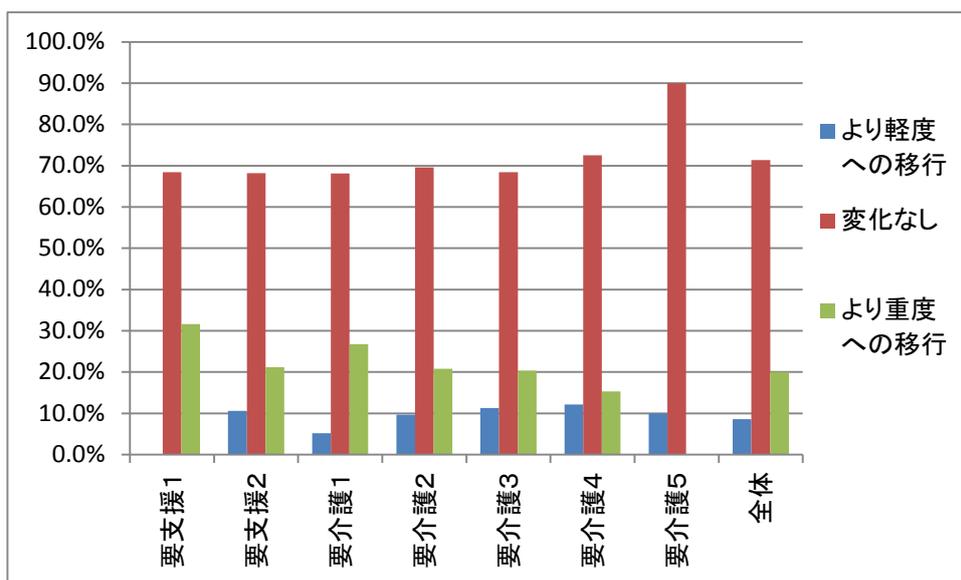
要支援状態の1か2に認定されることが介護予防サービスを受給するために必要であり、要支援状態1より2の方が重度である。介護サービスについては、要介護状態に認定されることが受給条件となるが、5段階あり、これも数字が大きくなるほど重度である。

図表 6 9 は、2012 年度において、各状態から、より軽度への移行、変化なし、より重度への移行、がそれぞれどの程度あるかを見たものである。

これを見る限り、より軽度への移行は 1 割程度にすぎず、より重度への移行の方が多。一番多いのは変化なしであり、7 割程度はそのままである。

したがって、こうした数字を見る限りでは、予防の効果はそれほど顕著ではなかったことになる。

図表 6 9 介護保険：より重度への移行率（2012 年度）



(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より大和総研作成

7. 労災保険・雇用保険

次に、労災保険や雇用保険を見る。

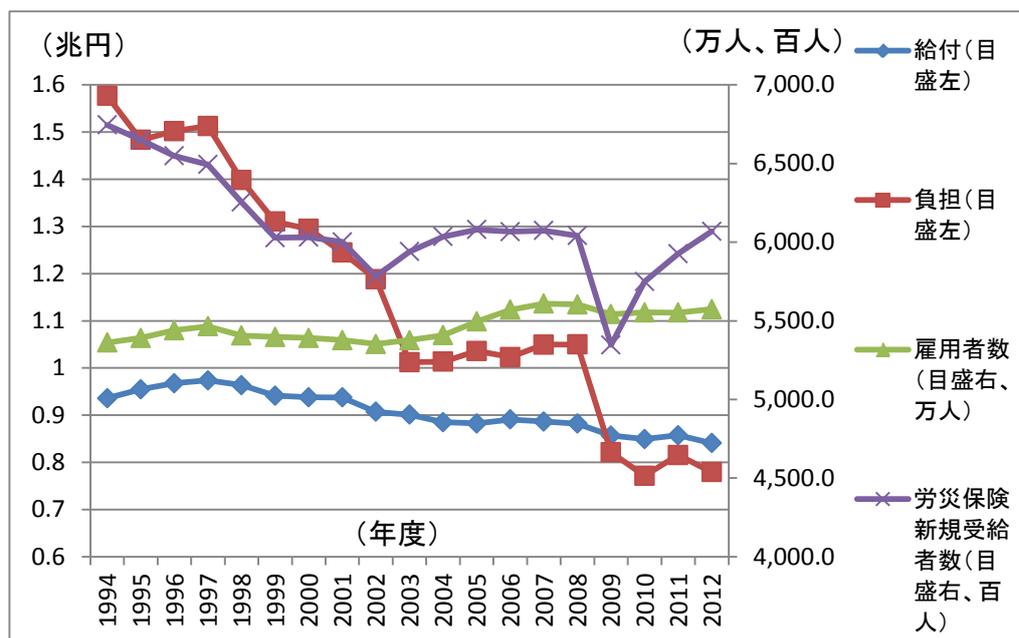
(1) 労災保険

図表70は、労災保険の給付・負担などの推移を見たものである。

労災保険新規受給者数は、雇用者数の頭打ち、労働安全の向上などにより、減少・横ばいとなっており、このため、給付額は減少を続けている。特に、個別事業における災害率に応じて保険料率等が一定の範囲内で増減するメリット制がとられていることも、安全性の向上、ひいては給付の減少にもつながっていると見られる。

保険料の負担も減少傾向が続いている。ただ、1990年代は負担が給付を大幅に上回り黒字が生じていたが、それが徐々に縮小し、2009年度からは給付が負担を上回り、数百億円程度の若干の赤字となっている。特に、保険料の大幅引下げなどが行われると、負担は大きく減少している。

図表70 労災保険の給付と負担、雇用者数



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」、厚生労働省「労働保険事業月報」より大和総研作成

(2) 雇用保険

図表 7 1 は、雇用保険等の給付・受取と雇用情勢の推移を見たものである。なお、雇用保険等には、2009 年度までは船員保険（失業）を含ませている（2010 年度以降は雇用保険に統合）。

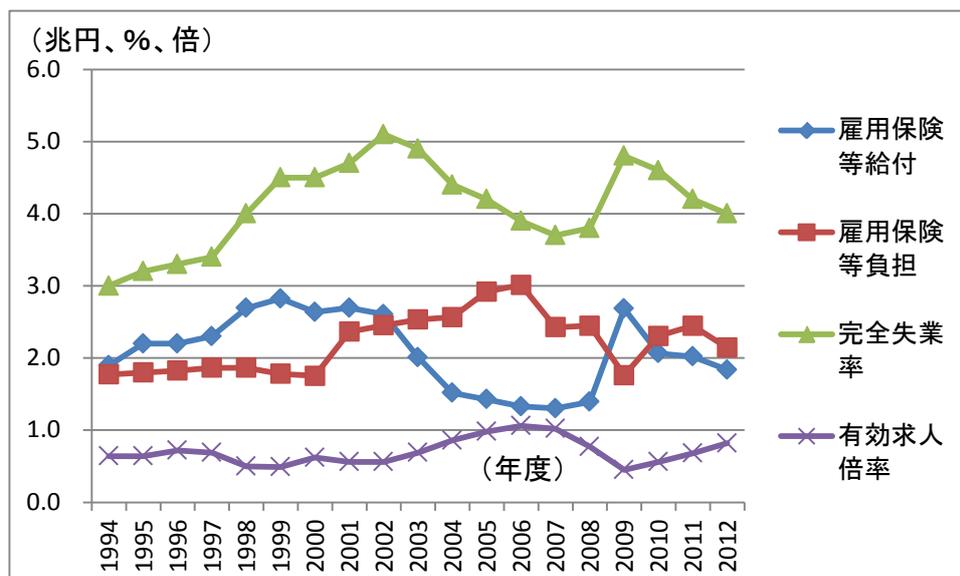
完全失業率が上昇したり有効求人倍率が低下するなど雇用情勢が悪化すると、雇用保険等給付も増加する。一方、負担は、雇用情勢が悪化すると賃金や雇用者数が悪化し、保険料収入減となり、減少する。

収支を見ると、基本的に、雇用情勢が良好な時期には黒字、悪化した時期には赤字となっている。

こうした数字を見る限りは、全体としては「保険」として機能していると考えられる。

ただし、雇用情勢が悪化すると、急激に給付額が増大することが見て取れる。欧州などにおいては、失業給付の長期化等も財政の大きな圧迫要因になっていることから、そうした事態にならないよう配慮される必要があるだろう。

図表 7 1 雇用保険の給付・負担と雇用状況



(注) 1. 雇用保険等は、2009 年度までは船員保険（失業）を含む。

2. 有効求人倍率は、新卒除き、パート含む。

(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「労働力調査」。厚生労働省「一般職業紹介状況」より大和総研作成

8. 児童手当及び子ども手当など

最後に、児童手当及び子ども手当と、これまで除外してきた事項を見る。

(1) 児童手当及び子ども手当

図表 7 2 は、児童手当・子ども手当の給付・負担と 14 歳以下人口の推移を見たものである。

なお、児童手当制度は 1972 年に導入されたが、2010 年度に子ども手当を公約に掲げた民主党政権の誕生により名称変更とともに拡大措置等が取られた。ただし、2010 年度については、その一部は児童手当法による児童手当を支給するしくみとなっていた。その後、2012 年度は、民・自・公の三党合意により、子ども手当の廃止・児童手当の復活となり、それ以降についても、名称を児童手当に戻し、所得制限を導入する等の改正が行われている。

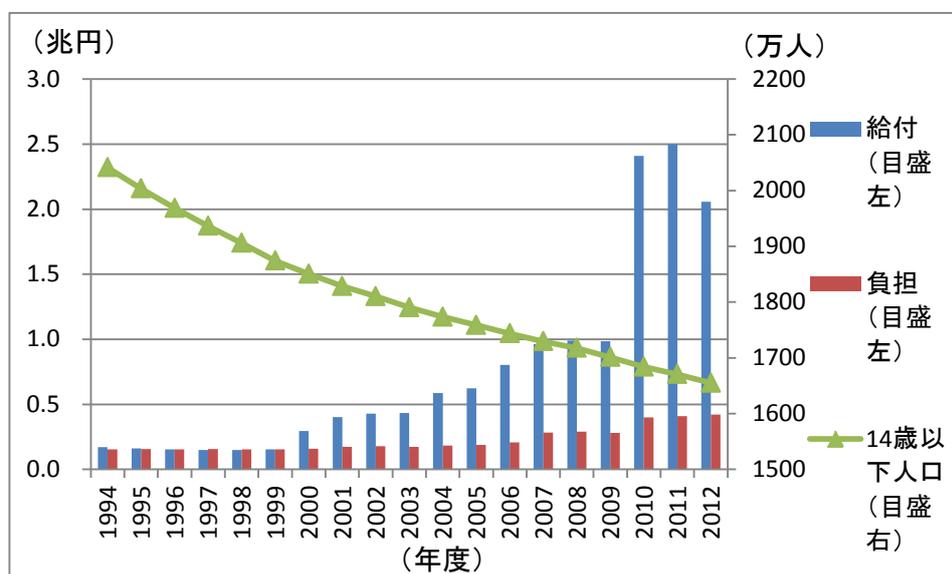
1990 年代までは、給付額は比較的小規模であり、大きな増減もなかった。しかし、少子化対策が叫ばれるようになり、2000 年度からは給付は増加傾向となった。そして、民主党政権の誕生と子ども手当の創設により、給付は大幅に増加した。ただし、所得制限の導入など見直しが行われた 2012 年度には減少している。

なお、負担については、SNA では社会負担のみが計上され、税や公債金等による国や地方からの拠出は計上されない（公務員分を除く）。社会負担は、雇主によるもののみであり、雇用者の負担はない。雇主の負担は、当初は、所得制限が導入されて支給を受けられなくなった雇用者への給付を、全額事業主が負担するという特例措置から始まった。現在は、支給に要する費用のうち、雇用者分の一定割合を供出するようになっている。具体的な負担額は、当初は殆ど変化がなかったが、最近では増加している。

以上のような給付と負担の状況から、当初はわずかに赤字で、その分を政府が拠出する形であった。しかし、徐々に増大し、特に子ども手当が創設された 2010 年度には、2 兆円を超える赤字となった。ただし、所得制限が導入された 2012 年度には、1.6 兆円程度に低下している。

最後に、図表の期間中、14 歳以下人口は減少の一途を辿っており、給付額の増加はもっぱら政策変更によるものである。

図表 7 2 児童手当・子ども手当の給付・負担、14 歳以下人口



(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「人口推計」より大和総研作成

(2) その他のSNAでの社会保障

以上見てきたもののほか、SNAで社会保障に入れているものは、船員保険（その他）、各共済組合の業務・保健経理、基金である。

船員保険は1940年に創設され、幅広い給付を扱っていたが、加入者の減少などにより、2010年度から他の制度等に移行した。SNAでは、2010年度までは、疾病、年金、失業、その他の4つに分けて計上していた。前三者は、以上の分析では関連する制度に算入したが、「その他」については、これまで除外してきた。具体的には、給付面では行方不明手当金などが該当すると思われるが、内閣府資料には具体的な説明はない。いずれにせよ、最終年度の2009年度において、雇主の現実社会負担は28億円程度であり（雇用者の社会負担はゼロ。また、給付面の計数はない。）、相対的に極めて少額である。

「各共済組合の業務・保健経理」も、以上では除外してきた。具体的にどのようなものが含まれるのかの明示的な説明は内閣府資料にはない。例えば、検診、保健指導、健康教育、健康相談といった保健事業などに関連するものが含まれるのではないかと推察されるが定かではない。いずれにせよ、雇主の現実社会負担と雇用者の社会負担は2012年度で各組合を合計して960億円程度である（給付面の計数はない。）。

「基金」も、以上では除外してきた。具体的にどのようなものが含まれるのかの明示的な説明は内閣府資料にはない。しかし、農業者年金基金、地方公務員災害補償、消防団員等公務災害補償などが含まれるのではないかと見られる。給付面では、2012年度で、1,700億円程度である。

いずれにしても、社会保障全体に比べれば額は小さいので、本稿では除外して検討してきた。

9. 社会扶助給付

生活保護などの社会扶助給付は、SNAでは社会保障に含まれないが、一般には社会保障に含まれるとされることが多いこと、支給額が比較的大きく、しかも増加傾向にあること、などからここで取り上げる。

(1) 国による給付の詳細と地方による給付総額

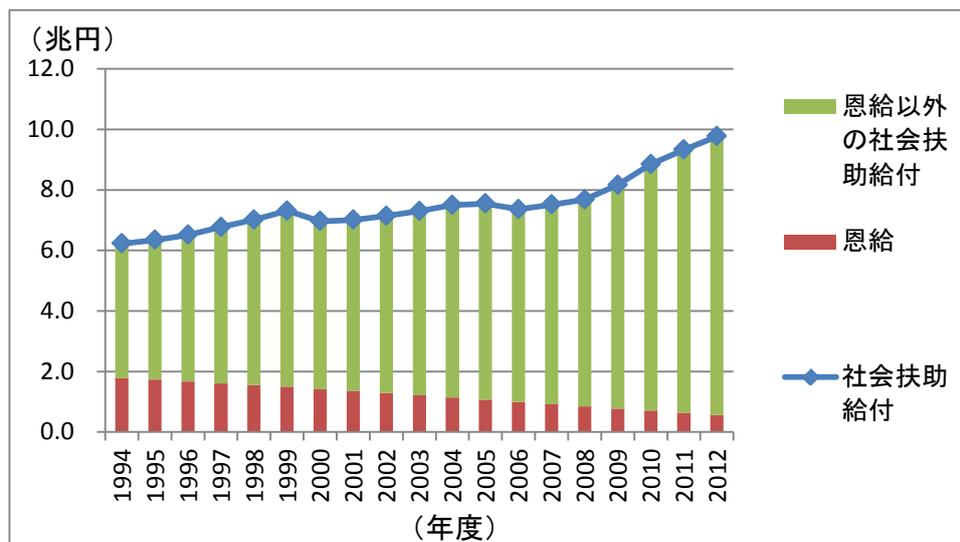
①社会扶助給付全体の推移

まず、社会扶助給付全体の推移は図表7-3の通りである。

給付総額は、基本的に増加傾向にある。

SNA統計の「一般政府から家計への移転の明細表」には、内訳として恩給だけが特掲されているので、図表では、恩給とそれ以外の給付に分けて内訳を示している。恩給は、旧軍人やその遺族への支給などであり、減少を続けている。増加しているのは、恩給以外である。

図表7-3 社会扶助給付：恩給とそれ以外の推移



(出所) 内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

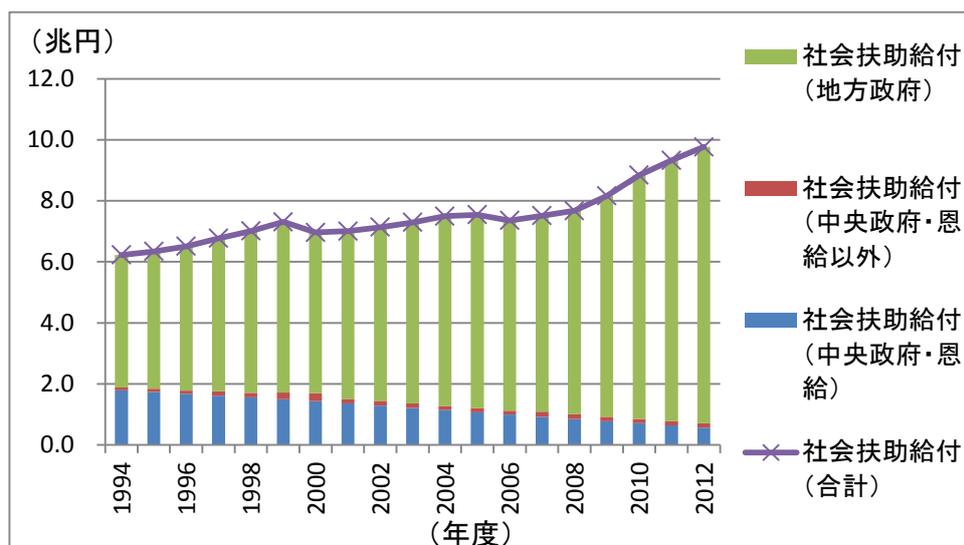
② 国による給付の詳細と地方の総額の推移

SNA統計の「一般政府の部門別勘定」では、社会扶助給付を中央政府と地方政府に分けたものもある。恩給は中央政府による支給であるから、中央政府について残差をとることにより、社会扶助給付を、中央政府・恩給、中央政府・恩給以外、地方政府、の3つに分けて示すことができ、その推移は図表74の通りである。

中央政府の恩給以外の部分は、相対的に極めて少額である。その具体的な項目は、国の決算書において、経済性質別分類コードが「60 社会扶助給付」であるのを見れば分かる（生活保護など国の負担はあるものの最終的な給付は地方からとなり、SNAでは地方の支出とされるものは、「84 対地方政府移転 社会扶助給付」となる）。2012年度決算において、恩給費を除き、防衛省「自衛官若年定年退職者給付金」（665億円）などがある。

拡大を続けているのは、地方による社会扶助給付である。

図表74 社会扶助給付：中央と地方



(出所) 内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

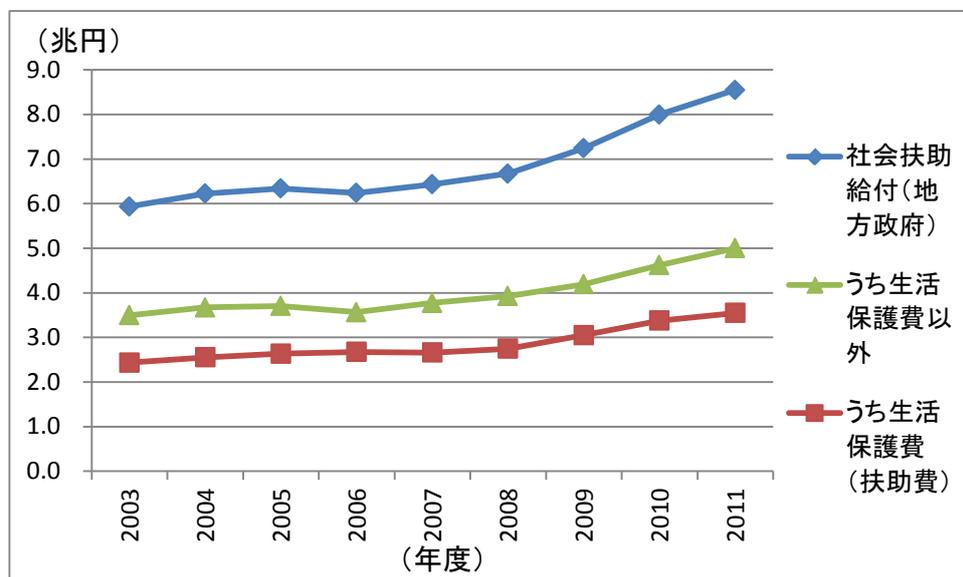
③ 地方による社会扶助給付の推移

地方による社会扶助給付の内訳はSNAデータにはない。そこで、総務省「地方財政統計年報」により、生活保護費（扶助費）を拾い、SNAの地方による社会扶助給付から残差を出したものが図表75である。

生活保護費（扶助費）は増加を続けている。しかし、生活保護以外の地方による社会扶助給付はそれを上回っており、しかも生活保護費と同様の増加を続けている。

地方財政統計年報では、これ以上の詳細なわかりやすいデータは得にくいため、次に厚生労働省のデータにより、生活保護の状況を見る。

図表75 地方政府の社会扶助給付：生活保護とそれ以外の推移



(出所) 内閣府「国民経済計算確報」、総務省「地方財政統計年報」より大和総研作成

(2) 生活保護

①全体的状況

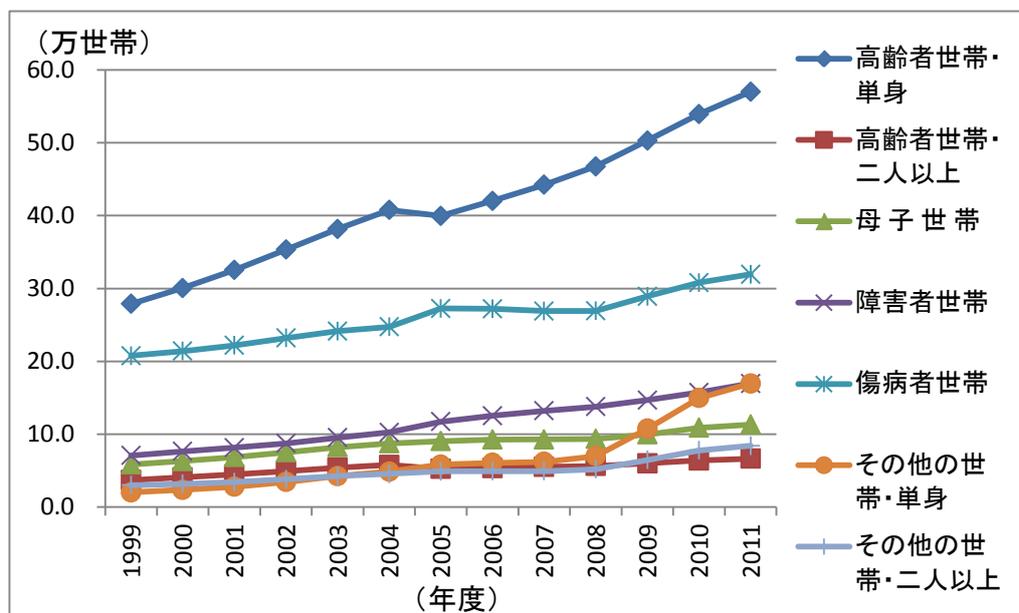
図表76は、世帯類型ごとの、生活保護受給世帯数の推移を見たものである。

高齢者単身世帯が一番多く、しかも、かなり急激に増加している。一方、同じ高齢者世帯でも、二人以上世帯では受給世帯はかなり少ない。

傷病者世帯、障害者世帯、母子世帯は、高齢者単身世帯ほどではないものの、相当程度存在する。しかし、増加ペースは比較的遅い。

2008年頃までは少数だったものの、その後、急激な増加を見せているのは、以上のどのタイプにも属さない「その他の世帯」で単身の世帯である。なお、「その他の世帯」でも、二人以上世帯は、それほど急激な増加は見せていない。

図表76 類型別の生活保護受給世帯数の推移



(注) 現に保護を受けた世帯数。一か月平均。

(出所) 厚生労働省「福祉行政報告例」より大和総研作成

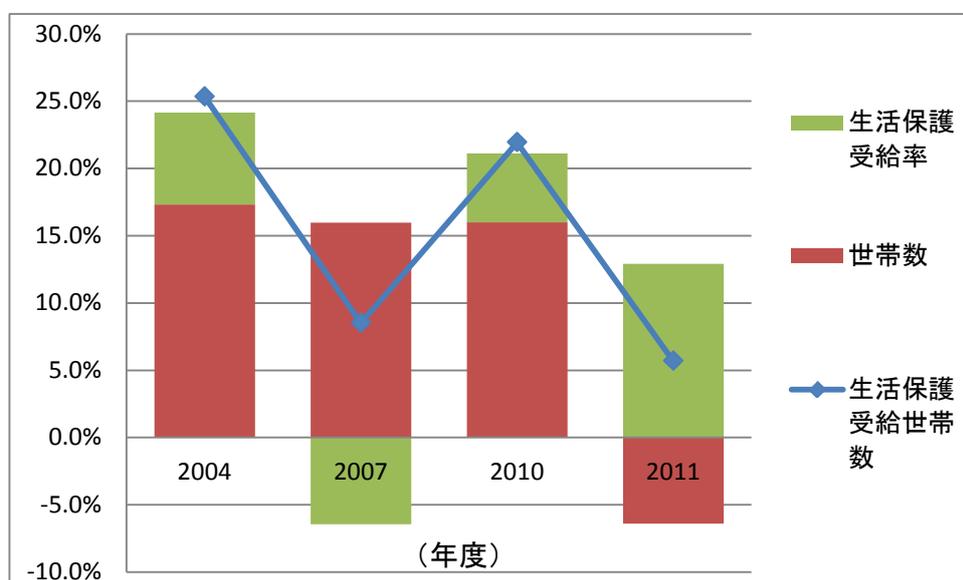
② 単身高齢者世帯の状況

世帯数も多く、増加を続ける高齢者単身の生活保護受給世帯の増加について、それが非受給世帯を含めた世帯全体の増加によるものか、生活保護受給率（受給世帯÷全世帯）の増加によるものかに要因分解したものが図表77である。

世帯数全体の増加が、やはり増加圧力として効いている。

しかしながら、生活保護受給率の増加も一定程度効いていることに留意する必要がある。特に、2010年度から2011年度にかけての、生活保護受給率増の影響も目立つ。

図表77 生活保護世帯（単身高齢者世帯）変化の要因分解



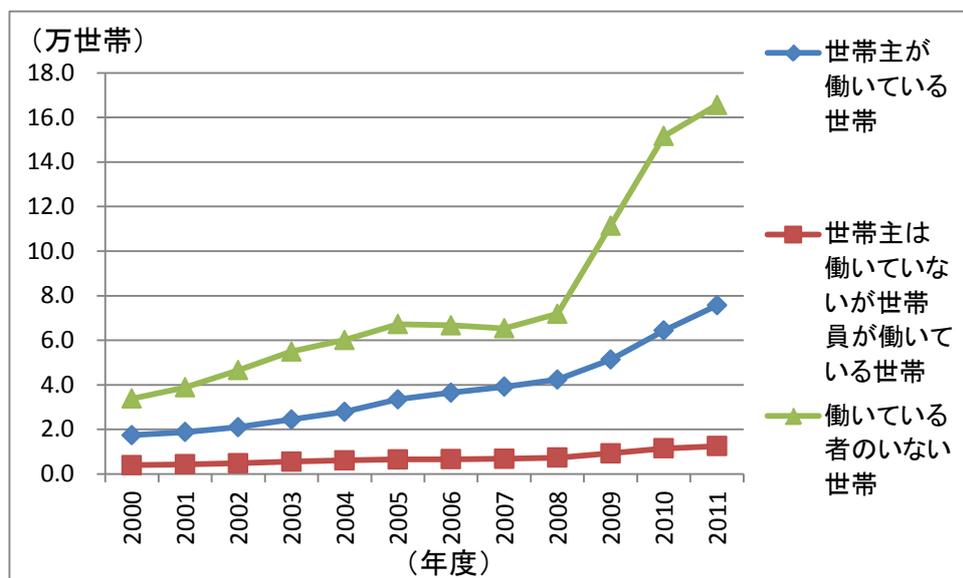
(出所) 厚生労働省「福祉行政報告例」、「国民生活基礎調査」より大和総研作成

③ その他の世帯の状況

一方、最近急増している「その他の世帯」には、労働力類型による内訳があるので、その推移を見たのが図表78である。急増しているのは、働いている者のいない世帯である。つまり、高齢でも、障害者でも、母子世帯でもなく、更に働いている者のいない世帯の生活保護受給が急増している。

2009年度以降、リーマン・ショックにより雇用情勢が悪化していることは確かであり、既に見たとおり、雇用保険からの給付も急増した。しかし、その後、失業保険の給付総額は減少しているのに対し、生活保護は増加を続けている。雇用情勢の悪化により働けなくなったのであれば、本来は雇用保険により救済するのが本来の姿と考えられるが、働いている者のいない生活保護世帯は急増したままである。

図表78 生活保護世帯（その他の世帯）の労働力類型内訳の推移



(注) その他の世帯は、高齢者世帯・母子世帯・障害者世帯・傷病者世帯以外の世帯。

(出所) 厚生労働省「福祉行政報告例」より大和総研作成

(3) 地方による生活保護以外の社会扶助給付

前出図表75において、地方による生活保護以外の社会扶助給付は、額が生活保護より大きくしかも急増しており、2011年度において5兆円程度あることを見た。しかし、地方財政統計年報では児童福祉費、社会福祉費といった大まかな項目しかわからず、どのようなものがあるのかは捉えにくい。

一方、国の決算書では、生活保護などは国の負担はあるものの最終的な給付は地方からとなり、SNAでは地方の支出とされるものが「84 対地方政府移転 社会扶助給付」として掲載されている。生活保護以外について、交付額が大きなものを見ると、2012年度において、障害者自立支援給付費負担金(7,710億円)、公立高等学校授業料不徴収交付金(2,380億円)、

障害者医療費負担金（1,768 億円）、児童扶養手当給付負担金（1,574 億円）、原爆被爆者手当交付金（899 億円）などである。しかし、地方負担分があるにしても、5 兆円という総額をすべて説明できるものではない。

このほかに、地方独自の給付が相当程度あるものと推察される。そこで、東京都のある区について、どのようなものがあるかを見ると、子ども医療費助成事業（区独自）、予防接種事業（自己負担数千円程度あり。都の負担も若干あり。）、児童・生徒の就学援助事業（修学旅行費、校外活動費、卒業記念アルバム費、自然教室費など）、私立幼稚園児等園児保護者負担軽減事業（入園料と保育料の補助）、といったものが並んでおり、それなりの支出額となっている。こうした地方独自の支出は、自治体によって様々であると考えられ、全体像が捉えにくい。しかも、このような情報を各自治体サイトで公開しているところは少ない。

10. 高齢人口増による部分とその他の部分の分離（まとめ）

以上、社会保障の各分野（と社会扶助給付）について、詳細に見てきたが、最後に、まとめとして、増加が 65 歳以上人口増加によるものか、それ以外によるものかの全体像を見る。

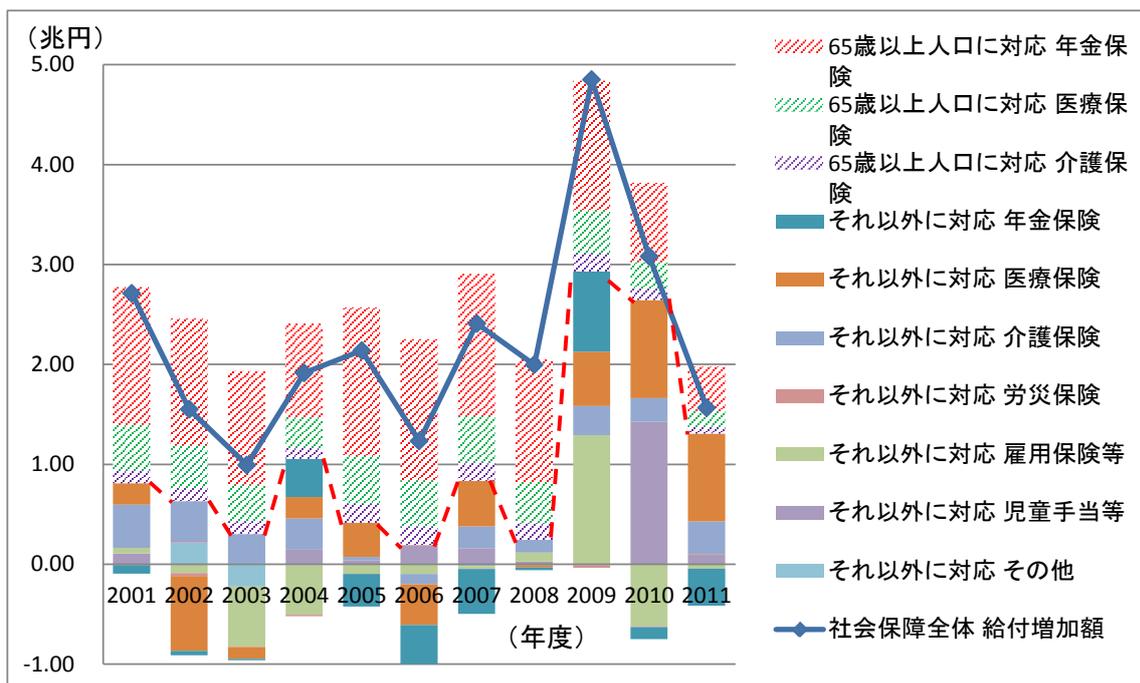
図表 79 はグラフ、図表 80 はそれを表にしたものである。

額は全て SNA ベースである。基本的に、年金保険は図表 17、医療保険は図表 41 と図表 42、介護保険は図表 68、を変化率ベースから SNA で見た増加金額ベースに直したものである。個別分野については、繰り返しとなる説明も含むが、年金は 65 歳以上に給付されると擬制した。医療保険給付額は、国民医療費統計により 64 歳以下向けと 65 歳以上向けに分割した。介護保険給付額は、介護給付費実態調査により 64 歳以下向けと 65 歳以上向けに分割した。労災保険、雇用保険等、児童手当及び子ども手当、その他は、65 歳以上人口増によらないものに分類した。

グラフでは、65 歳以上人口増に対応した部分は斜線となっており、確かに継続的な増加圧力となり続けている。しかしながら、それ以外の要因による部分（斜線がない部分。赤い点線より下。）も、年度によってバラつきはあるものの、増加している分もかなりある。特に最近は、給付抑制ではなく、給付増加の年度が目立つ。

「高齢者数が増加するのでどうしても社会保障支出は増加してしまう・改革はかなりの困難を伴う」と考えてあきらめている向きも多いかもしれないが、実はそれ以外による支出増がかなりあることがわかる。

図表 7 9 社会保障給付の増分への寄与額の推移



(注) 1. 額は全て SNA ベース。基本的に、年金保険は図表 1 7、医療保険は図表 4 1 と図表 4 2、介護保険は図表 6 8 を変化率ベースから増加金額ベースに直したもの。

2. 年金は 65 歳以上に給付されると擬制。

3. 医療保険給付額は、国民医療費統計により 64 歳以下向けと 65 歳以上向けに分割。

4. 介護保険給付額は、介護給付費実態調査により 64 歳以下向けと 65 歳以上向けに分割。

5. 労災保険、雇用保険等、児童手当等、その他は、65 歳以上人口増に対応したもの以外に分類。

(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「人口推計」、厚生労働省「国民医療費」、「介護給付費実態調査」から大和総研作成

図表 8 0 社会保障給付の増分への寄与額

		(兆円)											
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
65歳以上人口に対応	年金保険	1.38	1.27	1.14	0.94	1.48	1.41	1.42	1.23	1.29	0.79	0.45	
	医療保険	0.46	0.43	0.36	0.30	0.48	0.46	0.46	0.41	0.44	0.27	0.16	
	介護保険	0.13	0.13	0.13	0.11	0.19	0.18	0.18	0.17	0.18	0.11	0.07	
小計		1.96	1.83	1.63	1.36	2.15	2.05	2.07	1.81	1.91	1.17	0.67	
それ以外に対応	年金保険	65歳以上一人当たり給付額の変化	-0.08	-0.04	-0.01	0.38	-0.33	-0.39	-0.45	-0.03	0.80	-0.12	-0.37
		65歳以上一人当たり給付額の変化	0.18	-0.63	0.08	0.18	0.09	-0.16	0.19	0.08	0.33	0.41	0.49
	医療保険	64歳以下への給付総額の変化	0.04	-0.12	-0.20	0.04	0.25	-0.25	0.26	-0.10	0.21	0.57	0.39
		小計	0.22	-0.75	-0.12	0.21	0.34	-0.41	0.46	-0.02	0.54	0.98	0.88
	介護保険	65歳以上一人当たり給付額の変化	0.42	0.37	0.29	0.30	0.04	-0.10	0.21	0.13	0.28	0.23	0.33
		64歳以下への給付総額の変化	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00
		小計	0.43	0.39	0.30	0.30	0.04	-0.10	0.22	0.13	0.29	0.24	0.33
	労災保険	0.00	-0.03	-0.01	-0.02	0.00	0.01	0.00	0.00	-0.03	-0.01	0.01	
	雇用保険等	0.06	-0.09	-0.60	-0.49	-0.09	-0.10	-0.03	0.09	1.29	-0.62	-0.04	
	児童手当等	0.11	0.03	0.00	0.15	0.04	0.18	0.16	0.03	0.00	1.42	0.09	
その他	-0.01	0.22	-0.23	-0.01	-0.01	0.00	-0.02	-0.01	-0.01	0.00	0.00		
小計	0.58	0.51	-0.53	-0.07	-0.03	-0.01	0.33	0.23	1.55	1.03	0.38		
社会保障全体給付増加額		2.71	1.55	0.99	1.91	2.14	1.23	2.41	2.00	4.85	3.08	1.56	

(注) 1. 額は全て SNA ベース。

2. 年金は 65 歳以上に給付されると擬制。

3. 医療保険給付額は、国民医療費統計により 64 歳以下向けと 65 歳以上向けに分割。

4. 介護保険給付額は、介護給付費実態調査により 64 歳以下向けと 65 歳以上向けに分割。

5. 労災保険、雇用保険等、児童手当等、その他は、65 歳以上人口増に対応したもの以外に分類。

(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「人口推計」、厚生労働省「国民医療費」、「介護給付費実態調査」から大和総研作成

1 1. おわりに：SNAによる全般的分析から見えてくる問題・課題

最後に、以上のSNAによる社会保障の全般的な分析から見えてくる問題や課題を整理しておく。社会保障各分野の技術的詳細等を踏まえた包括的なものでは決してなく、あくまでも以上のSNAデータによる分析を踏まえた、今後の検討のための例示に過ぎない。最後に、社会保障の分析にSNAデータを使ってみた上での要望を付す。

(1) 横断的事項

まず、各分野横断的事項をあげる。

① 高齢者数増以下に給付額を毎年度抑えることが大前提

「高齢者数が増加するのでどうしても社会保障支出は増加してしまう・改革は非常に困難を伴う」と考える向きも多いかもしれないが、実は高齢者数増以外による支出増がかなりあるのは、以上見た通りである。毎年度の予算編成においては、まず、高齢者数増以下に社会保障関連予算を抑えることが大前提であろう。

毎年度の予算編成では、概算要求基準において、例えば、2014年度予算については「高齢化等に伴う自然増9,900億円を加算した額の範囲内において、要求する」とされている。しかし、最終的な結果を見ると、必ずしもそうっておらず、自然増以外もかなりあるのではないかと見られる。

なお、社会保障関係者は、年金・医療・介護など社会保障関係費を抑制すると事業が維持できなくなると主張するかもしれない。しかし、高齢者数増だけでも増加圧力は非常に大きく、かなりの努力がなければ総額自体をマイナスにすることは困難である。このような分野は、政府予算はもとより、需要の縮小に苦しむ民間ビジネスでも他には極めて少ない。

しかしながら、このような大前提が守られたとしても、大幅な社会保障赤字・財政赤字は依然として残る。

② 結果として受給者を減らすために知恵を絞るべき

高齢者数増以下に支出を抑えたとしても財政は破綻に近い状況のままであるが、かといって、高齢者数自体を減らすことは不可能である。一人当たり受給額を減らすことは、これまで何回も行われてきたが、通常は効果は一回限りであり高齢者数の持続的拡大を前にすると限界がある。しかし、受給者を減らすのはまだ知恵の絞りようがあるかもしれない。

まず、かつて老人医療が無料だった頃に病院が高齢者のサロン化したといったような¹⁴、本来必要でない支給は徹底的に抑制すべきであろう。このための自己負担増はかなりの時間をか

¹⁴ サロン化した病院では、「〇〇さん、今日は来ていないけれど、病気かしら」などといった会話もあったとまことしやかに伝えられたこともある。

けてようやく若年層並みに近づきつつあり、それなりの効果があろう。加えて、最近、自民党のあるグループは、受診がなかった場合のポイント制の導入などの提言をまとめたようであるが¹⁵、ある年齢以上については一定期間受診がなかった場合に、わずかだけ保険料を引き下げることも効果があるかもしれない。若年層は今でも受診率が低いので除外し、殆どの人が受診する高齢者層が対象である。わずかな価格変動でかなりの消費者行動の違いが生まれるのは、セールや消費税率引上げの際の駆け込み需要などで良く見かけるところである。人は、新たなものを得るためのリスクよりも、既に得ているものを失うリスクを回避する傾向があるとの行動経済学の研究もある。もちろん、あまり引き下げるとかえって財政を圧迫するので、ほんの心もち程度にして、それにより減る可能性のある必要のない受診削減の効果を狙うものである。その効果が、保険料のわずかな減少を上回るものであれば検討する価値はあろう。予防的な受診については、それだけを受けても保険料は引き下げられることなどもあっても良いかもしれない。いずれにしても、民間の保険では当然の如く行われていることではある。世代間の助け合いである「社会保険」にそぐわないなどと考えることさえもなかったのかもしれないが、高齢者層のみが対象である。事務的コストも、電子化が進めば比較的少なくて済もう。

医療と介護については、本来、誰も病気や要介護状態になるのは避けたいものであり、これも手掛かりとなろう。特に、最近では生活習慣病が病気に占める割合は高く、純粋な医療行為のみならず、様々な面から総合的に取り組んで医療や介護の受給者を減らすことは可能であり、医療・介護関係者だけでなく多方面で知恵を絞ることが求められよう。世は医療・健康ブームであり、国民の側からも歓迎されよう。なお、こうした面での政策のひとつとして、かかりつけ医の普及に取り組まれているところであるが、精神科も含めた総合的医療ができる医師が実は育ちにくいなど、様々な課題もある。

また、失業や生活保護を受給せざるを得ない状況となるのも、できれば避けたい、というのがこれまでの多くの日本人の考え方であり、そうした方向に沿っていくことが求められよう。

年金は、受給できるものであればできるだけ受給したいと通常は考えることから、医療や介護などとは異なる。医療や介護はできれば避けたいがそうなってしまった場合のリスクの分散であり、年金は長生きのリスクに対応するものであると言われるが、長生きを望まない人はいないので同じ「保険」と捉えるのにはもともと無理があるのかもしれない。更に、実際は年金が必要でない人もいる。

フローの面で本当は必要でない人は、例えば、まだ十分働いて十分な所得を得られる人である。寿命が伸長し、かつてに比べ実際はかなり若く仕事能力も維持している人も多い。また、年を重ねても継続して働き続けたいと考える人も非常に多い。単に支給開始年齢を遅らせるのでは抵抗も大きかろうが、働くことにより受給を遅らせることは、それなりのメリットがのちに用意されていれば受け入れやすいであろう。現在でもそうした制度はあるものの、まだ知恵を絞る余地はあろう。人口が減少し日本全体が労働力不足となると心配する人もいるが、従来

¹⁵ 自由民主党「ヘルス&コミュニティ議員連盟」（会長・鴨下一郎幹事長特別補佐）が、2014年4月8日に、ポイント制導入などの社会保障制度に関する提言をまとめたと報道されている。

に比べ十分に若い高齢者も労働力となれば、不安も和らげられよう。

ストック面で本当は年金が必要でない人は、十分な資産がある人である。しかし、資産があるからと年金を支給しない・減額するというのは、そのために必要となる情報の捕捉の問題があるほか、かなりの抵抗を伴う大改革となろう。ただ、そうして資産がありながら年金を受給されている方は、結局、多くの財産を残し、子どもが相続する場合も多いと考えられる。かつては「親の面倒を見る」代わりに遺産を相続していたが、生活費は公的年金、介護は公的介護保険が導入され、かなり社会化されていることもあり、そもそも相続を尊重すべき理由は少なくなってきたのかもしれない。このため、親の死後の相続税の一層の強化は十分考えられる。特に、若年世代の重い負担のおかげで、自己の負担を受給が上回り、貰い過ぎ、と言われる世代の方には、死後に、社会の若い世代にお返しいただくのも一定の理があろう。また、「子孫のために美田を買わず」という西郷隆盛の遺訓は多くの日本人の共感を得られるものであろう。最近、相続税は、社会保障の赤字を埋める財源として注目されるようになってきており¹⁶、政府の社会保障制度改革国民会議でも類似の税が議論されるほどである¹⁷。仮に、相続税強化により、死ぬ前に使ってしまうおとする事態が生ずるとしても、それはそれで、消費の拡大、雇用の拡大、企業にとっての需要の拡大などを通じ、結局、財政に貢献するかもしれない。寄付の促進も、他の財政負担を減らすことにつながる可能性がある。資産に余裕があればリスクテイクも可能であり、貯蓄から投資に振り向けられるのであれば、経済活性化にも貢献しよう。投資は奥も深く、絶えざる情報収集と分析が必要であり、知的水準を維持するのにも有効かもしれない。ただし、いずれにしても、一定のリスクに備える必要はあり、全額を消費等に向けてしまうとは考えられない。

特に、相続税課税の抜本的強化と、公的年金や介護保険の一部給付辞退等があった場合の相続税一部免除等のリンクは、研究に値するかもしれない。社会保障制度が整う前までは、子が親の面倒を見る代わりに、資産を相続してきた。しかし、今や、公的年金や介護保険の一部等により、「面倒を見る」ことは社会化し、親の面倒を見る人も少なくなってきた。一方、年金の給付と負担の世代間のアンバランスが良く指摘されるが、結局、親の受給より多い負担は、相続財産として取り戻される度合いも大きいのかかもしれない。親の面倒を見ないのであれば、夫婦の財産が残れば相続税の対象として、面倒を見てきた社会にお返ししていただくのが理屈かもしれない。しかし、親と子が一緒の家において、家業を継ぎ、実質的に親の面倒を見ているケースも多いであろう。その場合は、親が年金の受給を辞退したり、重度でない場合は施設でなく自宅介護を選択したなどの場合、一定の相続税は免除することにすれば、受け継いだ家を泣く泣く手放すことなどは回避できる可能性がある。ここで年金だけでなく介護保険の一部も含めるのは、親を家から追い出すような形で住宅代わりに施設に入れるようなケースもあるからであるが、重度の介護を子が肩代わりすることなどは困難な場合が多いので辞退の対象からは除外すべきであろう。また、かつて社会保障制度が整う前は、老後の面倒を子に見てもらふ必要があることもあって、子どもをもうけることは必須であった。親の老後の面倒を見る

¹⁶ 例えば、鈴木亘（2014）「社会保障亡国論」、講談社現代新書2253、などがある。

¹⁷ 第13回社会保障制度改革国民会議 資料2「経済財政の観点からの社会保障改革 伊藤元重」。

ことを社会化したことは、子を持つインセンティブを小さくし、少子化を加速するひとつの要因となったのかもしれない。親との同居は女性の負担が非常に高いことなどから今更昔に戻すことは困難であろうが、工夫された二世帯住宅なども出てきている。親の面倒を見ることのインセンティブを保つことは少子化を一層加速させないためにも必要かもしれない。一方、年金保険料の未納が更に増えるなどの危惧があるかもしれないが、既に見たような崩壊に近い納付率であれば根本から制度を見直すことが必要な段階なのかもしれない。ただし、相続の実態など明らかでない面も多く、詳細な制度設計に至るまでには様々な研究が必要であるとともに、様々な面からの議論が必要であろう。

いずれにしても、打つ手はないと悲嘆にくれるのではなく、知恵の出しようとして、前向きに解決策を考えることが重要と考える。

なお、（実質的な）賦課方式から積立方式への移行といった抜本的な改革を検討する場合にも、スムーズな移行などのために以上のようにして出てくる知恵は役立とう。

③ デフレ解消で雇用者報酬が増加すれば「ワニの口」の広がり方も緩和される

負担面ではどうだろうか。

社会保障の費用を主として負担する生産年齢人口は、1996年度以来、減少に転じている。しかし、社会保険等の収入の減少・横ばいは、それよりも、デフレに突入した1998年度以降、正規労働者の賃金下落と、賃金の低い非正規労働者への転換により、負担の原資となる雇用者報酬が減少したことの影響の方が大きいのは既に見たところである。

デフレから脱却し、雇用者報酬が増加すれば、給付との間で大きく開いてしまっている大きな「ワニの口」が、更に広がることは少し緩和される可能性がある。ただし、これまでの差の累積は既に巨大であり、これだけでは全く解消しない

（２）各分野に関する事項

次に、各分野に関する事項についてである。

① 年金給付は高齢者数増の影響が支配的、個別には減額でもマクロでは増額

年金給付は、制度改革などに左右される一人当たり受給額よりも、高齢者数増の影響が相当程度支配的であった。一人当たり受給額を更に減額しても効果は一回限りで限界がある。上で見たような、如何にして受給者の削減に取り組むかという課題が不可避である。

なお、世帯当たりで見れば公的年金給付額は最近減少傾向にあるが、高齢世帯増によりマクロでは給付総額は増大しており、これが財政を圧迫していることに留意すべきである。

② 国民年金保険は「保険」といえるか

国民年金は給付と負担の差が大幅であるとともに、未納・免除が4分の3を占めており、もはや「保険」とは言えないのではないか。このために、税や国債金等の投入が行われているわけであるが、「保険」扱いはやめて、生活保護などと合わせた抜本的な見直しが必要かもしれない。

③ 医療保険は財政調整があってもトータルでは大赤字

高齢になっても現役時代の保険に継続して入るのではなく、一定の年齢になれば高齢者医療や国民健康保険に入るといふことであれば、この二者が赤字になるのは当然であり、このため若年者の多い保険との間で財政調整が行われている。しかし、財政調整を行ったとしても、医療保険トータルでは大赤字であり、もはや財政調整によるのは困難かもしれない。かくして、受給者を如何に減らすかという知恵が必要となる。

④ 医療費は高齢者数増に因らない部分も特に大きい

医療費は、全般的に高齢者増以外の要因、つまり若年・高齢とも一人当たり医療費の増が目立つ。若年人口は減少しているのでマイナス要因である。医療技術の進歩の効果・便益は大きいといっても、戦後や高度成長期と、生活習慣病が主体になった最近とは区別する必要がある。また、他の分野では、通常は、技術進歩は、新たな財やサービスの提供のみならず、コストダウンをもたらすものである。

⑤ 薬局調剤は特に増加を続けている

更に、薬局調剤は、高齢者はもちろん、若年者においても、特に医療費の中でも目立って増大の一途を辿っている。若年者層は、人口減少によるマイナスの影響を上回って一人当たり額が増加し、総額で増加を続けている。高齢者層も、人口増に上乗せする形で、一人当たり額が伸びている。抑制の余地は大きいかもしれない。

⑥ 介護保険も最近では高齢者増以外の影響が大きい

介護保険は、導入当初の定着期を経て、最近では高齢人口増以外の要因である、受給率上昇の寄与や、一人当たり受給額増の寄与が目立つようになっており、抑制の余地はあろう。

また、介護予防サービスに「予防」が付くなど予防が意識されているようではあるが、要支援度・要介護度の各段階間の移行状況を見る限りでは、予防の効果は見出しにくい。

⑦ 雇用保険は急増に注意

雇用保険は、マクロの給付と負担の関係はうまく運営されているように見える。しかし、リーマン・ショック後のような雇用状況悪化時には、給付額は急増している。欧州などにおいて

は、一旦失業給付を受けるとそれが長期化し、財政の影響が大きなものとなっている。我が国では、雇用情勢が改善すれば給付はこれまで減っているものの、急増後、給付が高止まりすることなどがなく、注意する必要がある。

⑧ 児童手当・子ども手当は多額に増やす余裕はあるのか

児童手当・子ども手当は、政策によりかなり増額されてきた。最近では、多額に増額されており、増加額は1兆円を優に超えるなどかなりな額となっている。こうした給付増は、殆ど社会保険料等の財源なしで行われているが、そもそも多額の増額を行う余裕が本当にあるのかは疑問である。増額するのであれば、それに見合う適切な財源が不可欠であろう。

⑨ 社会扶助給付（特に地方独自）増に歯止めを

生活保護以外の地方独自の社会扶助給付もかなりあり、増加を続けている。しかし、地方自治体の数が多く、各自治体の情報もインターネットで簡単に取得できないことも多いことから、実態はよくわからない面も多く、歯止めが効いていない可能性も高い。地方自治とはいえ、地方交付税を通じ、他地域からの移転が財源に占める部分も大きいことから、情報のとりまとめと公表など一定の国の関与はあってもよいかもしれない。

生活保護についても、高齢世帯増に対応しない部分もある。特に、高齢世帯でもなく、母子世帯でもなく、障害者世帯でもなく、傷病者世帯でもない「その他」世帯、しかも誰も働いている者がいない給付世帯が最近急速に増加している。本来は働いて、何かあって失業した時には雇用保険でカバーすべきものであろう。

⑩ 社会保障基金の個別的非市場財・サービスの額もかなりある

負担と給付のアンバランスや税等の多額の投入はともかく、社会保障基金による給付は基本的には負担に対応した「保険」によるものである。しかしながら、そうではない社会保障基金による個別的な非市場財・サービスの一方的な家計への移転が1.5兆円程度とかなりな額となっている。検診、保健指導、健康教育、健康相談といった保健事業への支出などが含まれるのではないかと推察されるが定かではない。こうしたものも中身を明確にし、必要性をチェックし抑制を図ることが求められよう。

⑪ 「女性の活躍」のためには幅広い「一体改革」が不可欠

「女性の活躍」が政府において目指されている。その実現に際し、以上見た社会保障においても、第三号被保険者問題など大きな課題がある。関連して他の分野でも、税制における配偶者控除、非正規就業拡大、子育て支援、ワークライフバランスなど様々な課題がある。例えば、年収130万円を超えて働き第二号被保険者に移行しようとしても、その年収を超える正規雇用がなく、子育て施設も確保できず、残業や休日出勤を迫られるのでは第3号被保険者から抜け

出せない。これらを単体で解決しようとしても、他がそのままであると、それらがネックになって問題は解決しない。税制、社会保障、労働法制、保育所・幼稚園サービスの充実など様々な分野をまさに「一体改革」しないと、結局どれも実現は難しい。縦割り行政が障壁となるが、例えば内閣府に本来期待されるのは、「出口のない掃除機」や「よろず相談引き受け所」などではなく、そうした改革を推進する取りまとめ役たることであろう。

⑫ 「高齢者の活躍」も同様

「高齢者の活躍」も同様である。社会保障の殆どすべての分野での給付と負担両面、雇用政策、税制などを一体的に改革することが必要となる。

(3) SNA 社会保障データへの要望

最後に、社会保障の分析にSNAを使ってみた上での要望をいくつかあげたい。

まず、内訳は細かいものが公表されていればいるほど良いのは当然である。現在でも公表資料には掲載されていないものの内部的に既に存在しているデータについては、統計的安定性等が確認できれば公表すべきではないか。特に、フローについては、社会保障移転と負債の明細表はあるが、ストックには存在しない。各制度にどの程度資産残高があるのかは、政策を考える上でも非常に重要であろう。

また、年齢層別のデータは社会保障には不可欠である。このため、分布統計が研究されているところであるが¹⁸、その進展に期待したいところである。

以上は、追加的なデータの作成・公表に関することであり、その実現にはコスト・時間が必要かもしれない。しかしながら、現在、公表されているデータについても、何が含まれ、何が含まれていないのかは不明のものも多い。少なくとも、そうした説明を作成し、インターネット上で早急に公表することが、SNA 社会保障データの利用拡大に不可欠であろう。更に、社会保障費用統計などとの違いの解説もあれば、利便性は増すと考えられる。

¹⁸ 例えば、浜田浩児（2014）、「SNA 分布統計の年次推計」、季刊国民経済計算 No. 153、pp. 1-60、を参照。