

アジアの高齢化と財政

—日本の経験を踏まえたアジア諸国への教訓—

財務省財務総合政策研究所総務研究部主任研究官

奥 愛

財務省財務総合政策研究所総務研究部研究員

市村 江里

財務省財務総合政策研究所総務研究部研究員

塚本 美嘉

2016年12月

本論文の内容は全て執筆者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ありません。

# アジアの高齢化と財政<sup>1</sup>

## －日本の経験を踏まえたアジア諸国への教訓－

奥愛<sup>2</sup>・市村江里<sup>3</sup>・塚本美嘉<sup>4</sup>

### 要約

アジア諸国では高齢化が急速に進行している。今後、高齢化の進行とともに社会保障関係費は必然的に増大していくと予想される。現在のところ、アジア諸国の財政状況は比較的安定して推移しているが、今後の高齢化対応が将来の財政状況を左右する、まさに分岐点にいる。日本は、1961年に国民皆保険・皆年金を実現し、1973年の「福祉元年」には医療・年金制度を充実させていった。現在、日本は、高齢化率が27%にまで達し、財政収支は赤字が続き、債務残高は累増している。アジア諸国は、今後社会保障制度をいかに整備していくか考える時期に来ており、日本の経験や教訓を整理することに意味があると考ええる。

本稿では、社会保障制度のうち、社会保険の医療と年金を取り上げ、アジア諸国に示す日本の教訓を引き出した。まず、医療面での教訓は、(1) 医療費の公費負担割合を定める際には、年齢を基準とするのではなく、収入や資産状況を踏まえた応能負担とすること、(2) 国民皆保険に向けて、他の医療保険に属さない人の受け皿となる医療保険制度を作っていく場合には、安定した財源の確保を前提とすることである。また、年金面での教訓は、(1) インフレに伴う年金給付額の上昇分が将来世代の負担とならない制度設計とすること、(2) 高齢化率や出生率の長期推計を踏まえた制度設計を行い、推計の修正に合わせて制度の見直しを行うこと、(3) マクロ経済スライドのように年金財政が均衡する形で自動的に給付額が決まるような制度設計とすることである。

JEL classification : H60, I13, N15, O20

キーワード : 高齢化、財政、社会保障、社会保険、医療、年金、アジア、日本

---

<sup>1</sup> 本稿は、2016年に財務総合政策研究所とアジア開発銀行研究所で開催した共同ワークショップのテーマである「アジア諸国の高齢化と財政への影響」に関連して、財務総研研究会で報告したものである。本稿の作成にあたっては、財務総研研究会の出席者から示唆に富む御指摘、御意見を多数賜った。ここに記して感謝し上げる。ただし、残る誤りはすべて筆者の責任に帰される。なお、本稿の内容は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。

<sup>2</sup> 財務省財務総合政策研究所総務研究部主任研究官

<sup>3</sup> 財務省財務総合政策研究所総務研究部研究員

<sup>4</sup> 財務省財務総合政策研究所総務研究部研究員

## 1. はじめに

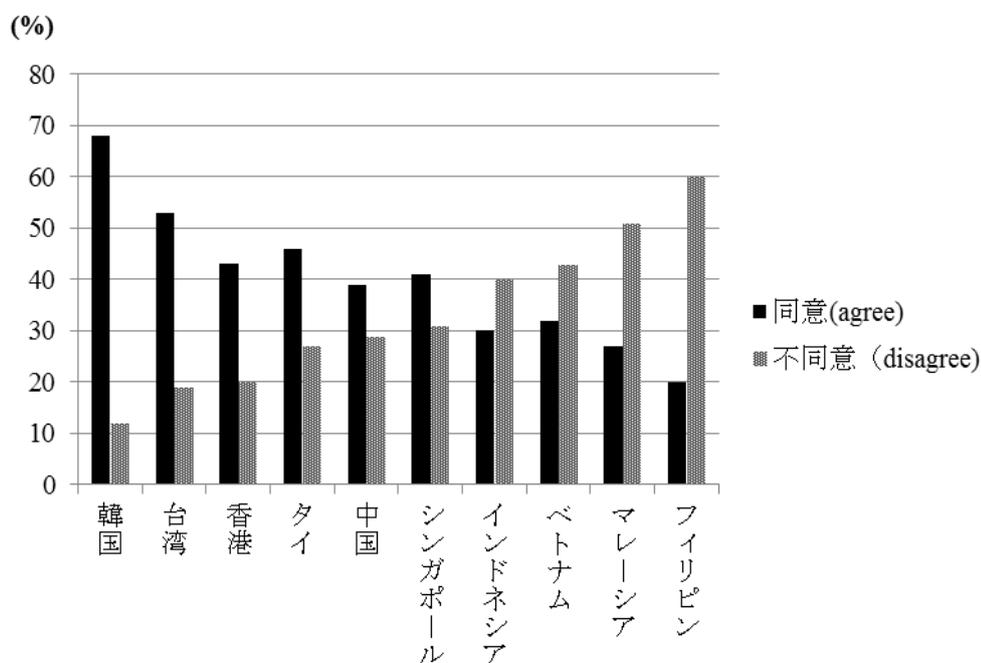
日本は65歳以上の人口が27%（2016年）となる超高齢社会である。国の一般会計予算をみると、高齢化の進行等に伴い、社会保障関係費が増加の一途をたどっている。高齢化は世界全体で進んでいるが、アジア諸国は高齢化のスピードが速い。高齢化が財政に及ぼす影響として、アジア諸国においても、日本と同様に、高齢者関連の社会保障関係費の増加により国の歳出が増加していくことが考えられる。

Global Aging Institute（2015）が実施した、「増加し続ける高齢者を支えるには、将来の労働者や納税者に多大な負担がかかる」かどうかを聞いたアンケート調査（図表1）では、韓国、台湾、香港、タイ、中国、シンガポールは「同意（agree）」が「不同意（disagree）」を上回っているが、フィリピン、マレーシア、ベトナム、インドネシアは、「不同意（disagree）」の方が「同意（agree）」よりも多い。このように、国により考えに違いはあるものの、アジア諸国の中でいち早く高齢化が進んできた日本は、アジア諸国にとって参考となる先行事例である。

本稿では、今後、高齢化が急速に進むアジア諸国が財政政策を考える上で考慮に入れるべき観点について、日本の過去の政策等を踏まえながら検討する。

図表1 アジア諸国における高齢者に関するアンケート調査

質問：「増加し続ける高齢者を支えるには、将来の労働者や納税者に多大な負担がかかる」



（出所）Global Aging Institute（2015）, Wave 2 of the East Asia Retirement Survey.

## 2. アジアの高齢化と財政への影響に関する先行研究と本稿の位置づけ

アジア諸国の高齢化と財政に関する先行研究として、Kawai and Morgan (2013)<sup>5</sup>では、アジア諸国の急速な高齢化が高齢者関連の財政支出の劇的な増加につながる一方で、経済活力が弱まる傾向があることから、高齢化が中長期的な財政リスクの一つになることを指摘している。Édes and Morgan (2014) では、Kawai and Morgan (2013) での分析を踏まえつつ、財政を持続可能なものとする上で、社会保険プログラムの効率性を高めることや歳出歳入バランスを改善すること、財政ルール of 枠組みを導入すること等が重要であると指摘している。

日本の社会保障制度については、横山 (1988) 及び横山・田多 (1991) において、日本が国民皆保険・皆年金を実現し、福祉元年を迎え、社会保障制度が整備される過程や、その後の変遷について分析をしている。土田 (2011) 及び田多 (2011) は、国民皆保険 50 年を振り返り、医療制度の変遷について詳細に分析しているが、国の財政に与えた影響という観点での分析ではない。高齢化に財政の観点を加えたものとして、時代を追いながら財政当局者の視点を確認できる財政史を活用した奥・平川 (2015) があるが、アジア諸国に対する示唆までは言及していない。

本稿は、アジア諸国において高齢化が財政リスクになる先行研究の指摘を踏まえつつ、アジア諸国の中でも先んじて超高齢社会を迎えた日本のこれまでの社会保障制度と財政への影響を分析することで、アジア諸国への教訓を導き出すことを目的とする。その際、日本の社会保障制度の中でも、社会保険の医療と年金を取り上げて分析することで、アジア諸国が社会保障制度を検討していく上で、考慮に入れるべき観点を指摘する。

## 3. アジア諸国の高齢化と財政状況

### 3-1. アジア諸国の高齢化の状況

アジア諸国における高齢化の状況を概観する。1950 年から 2100 年までのアジア諸国の 65 歳以上人口割合の推移をみると (図表 2)、アジア諸国全体で高齢化が進行していくことがわかる。この中でも、日本は突出して高齢化が進んでいる。日本の次に高齢化が進行している国として、韓国・シンガポール・中国・タイが挙げられ、約 20 年後に韓国とシンガポールが、約 25 年後にタイ、約 30 年後には中国が現在の日本と同じ高齢化の水準に達する。その他の国も 65 歳以上の人口割合は右肩上がりに上昇していくことが確認できる。

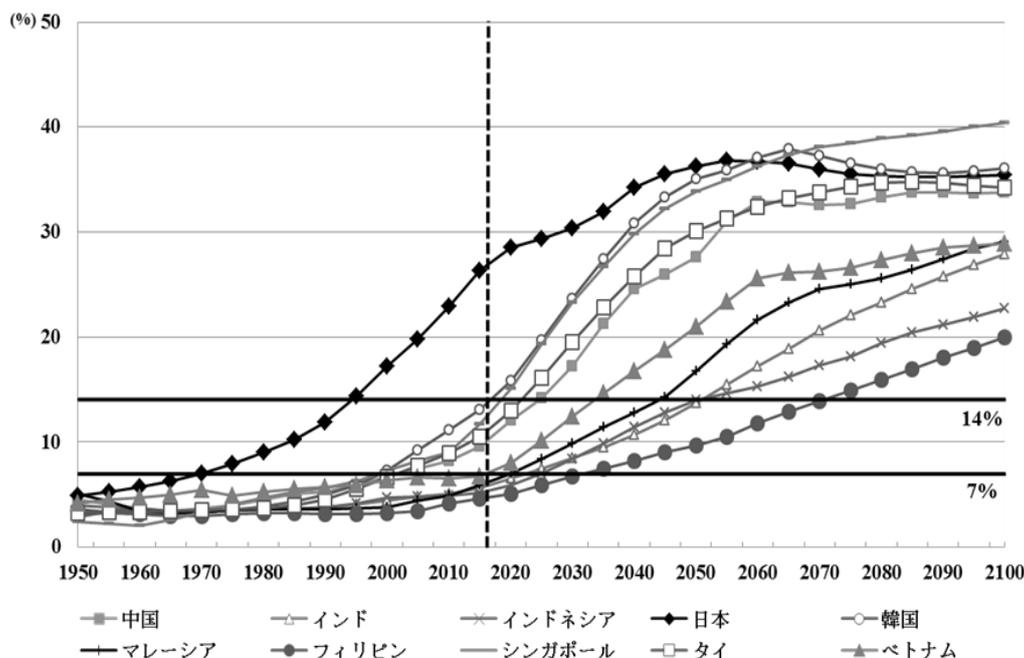
アジア地域の中でも高齢化が進んでいるこれらの国は、図表 1 で示したアンケート調査でも、「増加し続ける高齢者を支えるには、将来の労働者や納税者に多大な負担がかかる」

---

<sup>5</sup> 同稿に対応する日本語論文としては、河合・モルガン (2014) がある。

ことに「同意 (agree)」が「不同意 (disagree)」を上回っている点で一致している。高齢化が進行することで、国民の負担に関する認識が変わっていく可能性が考えられる。

図表 2 65 歳以上人口割合の推移



(出所) 国連人口部「世界人口推計 2015 年改訂版」。

65 歳以上の人口割合が 7%を超えると「高齢化社会」、14%を超えると「高齢社会」と言われている<sup>6</sup>。高齢化の速度を示すものとして「高齢化社会」から「高齢社会」に移行するまでの年数である倍加年数を表したものが図表 3 である。参考として、欧州の 4 カ国の倍加年数をみると、フランスでは 115 年、スウェーデンでは 85 年、イギリスでは 46 年、ドイツでは 40 年かけて移行してきた。アジア諸国をみると、倍加年数が一番短いベトナムはわずか 17 年、出生率の比較的高いフィリピンで 39 年となっている。アジア諸国は欧州と比較して非常に速い速度で高齢社会へと突入していくことになる。

このことから、欧州では、時間をかけて増えていく高齢者に対応することができたが、アジア諸国は急速な高齢化の進行とそれによる社会構造の変化に対し、非常に短い時間で社会保障制度を中心に整備していく必要があることがわかる。そのため、国の財政設計にも大きな影響を及ぼすことが考えられる。

<sup>6</sup> 内閣府 (2014)「平成 26 年版高齢社会白書」では、「我が国の 65 歳以上の高齢者人口は、昭和 25 (1950) 年には総人口の 5%に満たなかったが、45 (1970) 年に 7%を超え (国連の報告書において「高齢化社会」と定義された水準)、さらに、平成 6 (1994) 年にはその倍化水準である 14%を超えた (「高齢社会」と称された)。(p13) と記されている。

図表3 各国の高齢化率に基づく倍加年数

	高齢化率		倍加年数
	7%	14%	
フィリピン	2032	2071	39
インド	2023	2051	28
インドネシア	2025	2050	25
日本	1970	1995	25
マレーシア	2020	2045	25
中国	2002	2025	23
シンガポール	1999	2019	20
タイ	2002	2022	20
韓国	1999	2017	18
ベトナム	2017	2034	17

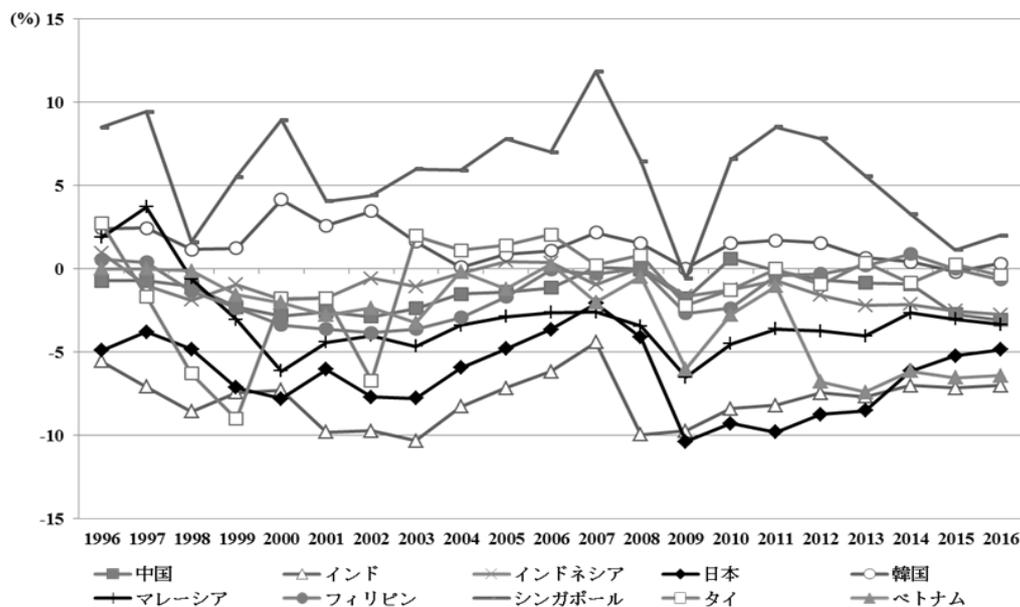
フランス	115
スウェーデン	85
イギリス	46
ドイツ	40

(出所) 国連人口部「世界人口推計 2015 年改訂版」、  
 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集 2016 年度版」。

### 3-2. アジア諸国の財政状況

アジア諸国の高齢化が財政に与える影響を検討するにあたり、アジア諸国の財政状況を  
 確認する。まず、図表4で、アジア諸国の財政収支対 GDP 比について、アジア金融危機  
 以前の 1996 年から時系列で俯瞰すると、アジア諸国は全体的に一定のレンジの範囲内  
 で、おおよそ横ばいで安定的に推移してきていることがわかる。

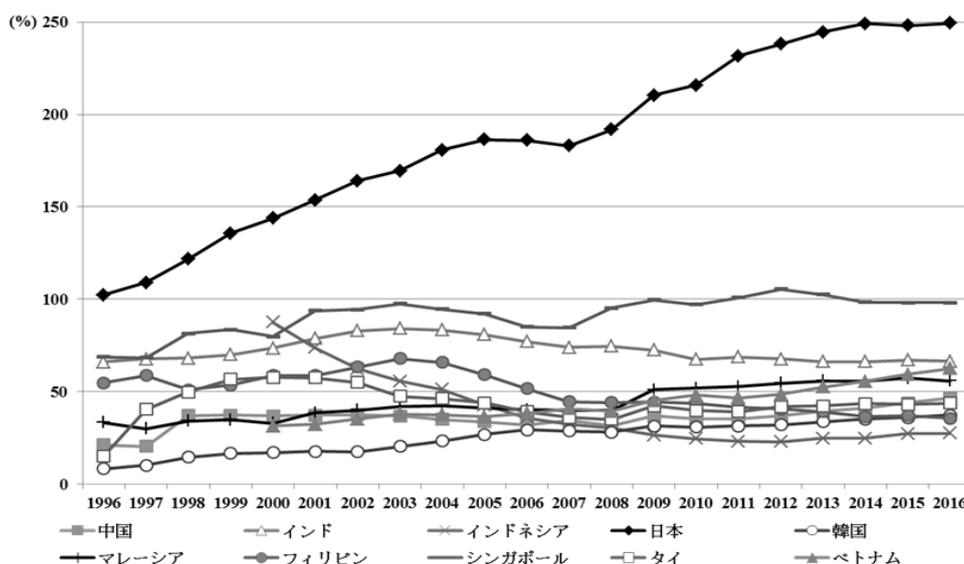
図表4 アジア諸国の財政収支対 GDP 比の推移



(出所) IMF, World Economic Outlook database, April 2016.

次に、図表 5 で、一般政府債務残高の対 GDP 比の推移をみると、日本以外のアジア諸国は、比較的健全な状況を維持しているといえる。アジア諸国は、シンガポール<sup>7</sup>を除けば、一般政府債務残高の対 GDP 比率は、2016 年時点でインドとベトナムは 60% 台、その他の国は 60% 未満にとどまっている。

図表 5 アジア諸国の一般政府債務残高の対 GDP 比の推移



(出所) IMF, World Economic Outlook database, April 2016.

#### 4. 日本の状況

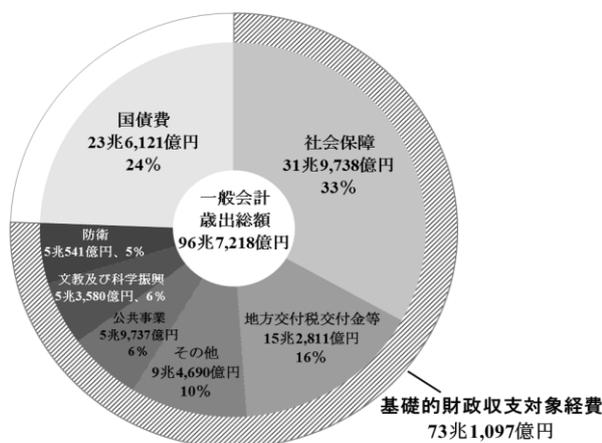
日本の財政状況を確認する。日本の 2016 年度の一般会計当初予算をみると (図表 6)、歳出のうち、社会保障関係費が 33% (全体の 3 分の 1) を占めている。また、国債費が 24% (全体の 4 分の 1) を占めており、社会保障関係費と国債費だけで、歳出全体の半分を超える状況となっている。また、一般歳出 (基礎的財政収支対象経費<sup>8</sup>から地方交付税交付金等を除いたもの) に占める社会保障関係費は、約 55%<sup>9</sup> となっており、半分以上を占めるに至っている。

<sup>7</sup> IMF (2016) によれば、シンガポールの一般政府債務残高の対 GDP 比について、“Government debt is issued to develop domestic capital markets and to provide an investment vehicle for the mandatory saving scheme.” (p44) との脚注が付されている。

<sup>8</sup> 歳出のうち国債費を除いた経費のことであり、当年度の政策的経費を表す指標。

<sup>9</sup> 31 兆 9,738 億円 (社会保障関係費) / 57 兆 8,286 億円 (一般歳出) = 55.3%

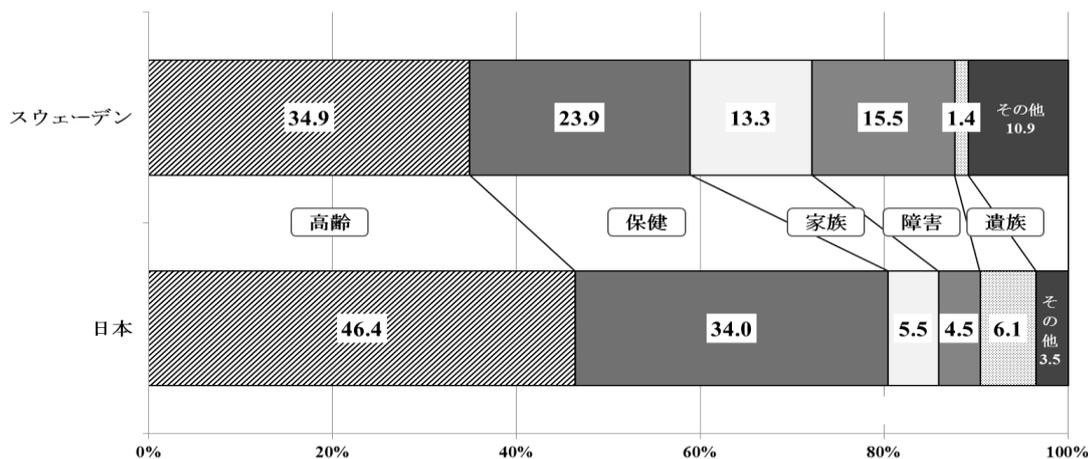
図表 6 2016 年度一般会計当初予算



(出所) 財務省 「日本の財政関係資料 (平成 28 年 10 月)」。

日本と同じように高齢化が進行しているスウェーデンと政策分野別社会支出の構成割合を比較すると (図表 7)、日本はかなり高齢者に偏った支出となっていることがわかる。そして、家族や障害への支出割合が非常に低い。

図表 7 政策分野別社会支出の構成割合の比較 (2013 年)

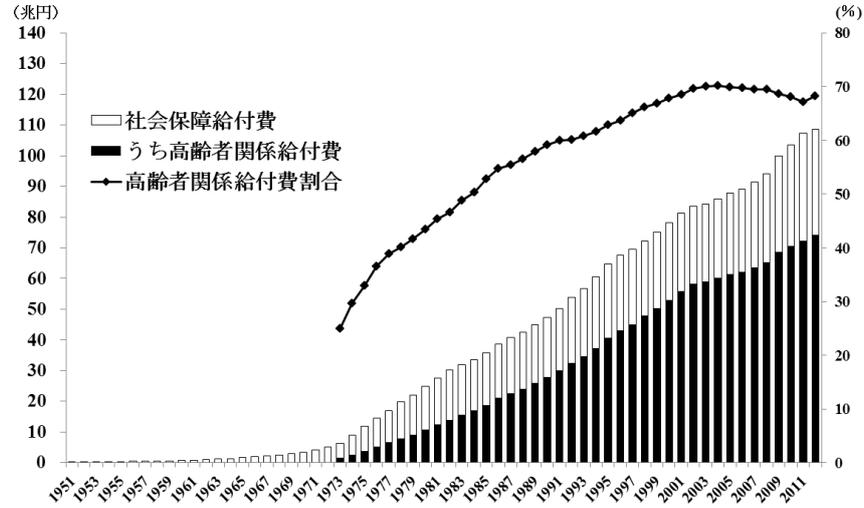


(注) 「その他」には、労働市場プログラム・失業手当・住宅等が含まれる。

(出所) OECD, Social Expenditure.

次に、日本の社会保障給付費に占める高齢者関係給付費の割合の推移を図表 8 で確認する。「高齢者関係給付費」は、「年金保険給付費」、「高齢者医療給付費」、「老人福祉サービス給付費」及び「高年齢雇用継続給付費」を合わせた額となっている。この推移をみると、社会保障給付費に占める高齢者関係給付費の割合は、データの提供が始まった 1973 年から増加の一途をたどり、現在では約 70%に達するまでに至っている。

図表 8 社会保障給付費の推移

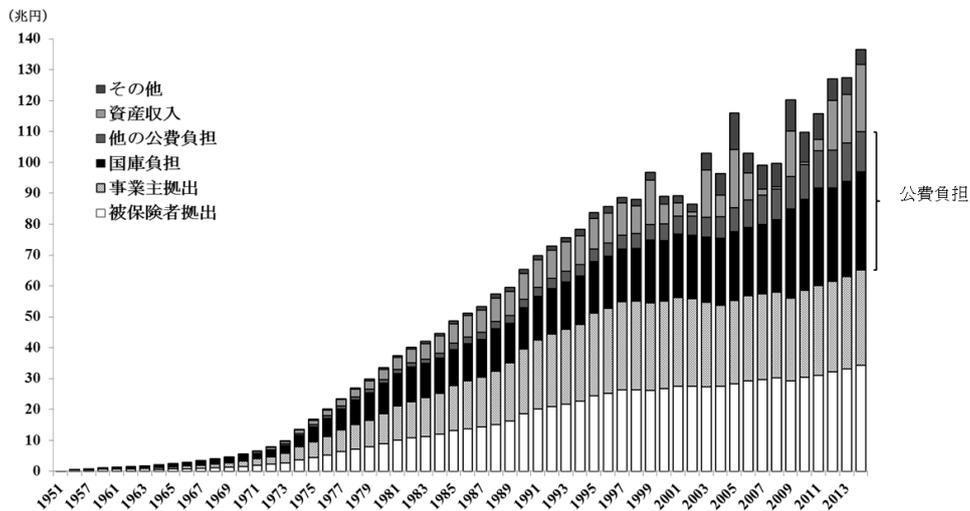


(注) 高齢者関係給付費のデータは 1973 年から提供されている。

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計 平成 26 年度」第 18 表。

さらに、社会保障給付費を今度は財源別にみると（図表 9）、「被保険者拠出」、「事業主拠出」、「国庫負担」、「他の公費負担<sup>10</sup>」、「資産収入」、「その他」に分けられる。このうち、「国庫負担」と「他の公費負担」を合わせたものが「公費負担」であるが、総額の増加に伴って公費負担も年々増加していることがわかる。

図表 9 社会保障財源の項目別推移<sup>11</sup>



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計 平成 26 年度」第 14 表。

<sup>10</sup> 国の制度に基づき地方自治体が負担している部分。

<sup>11</sup> 国立社会保障・人口問題研究所（2014）によると、図表 8 と図表 9 の差額は積立金への繰入や翌年度繰越金、管理費、施設整備等（p15）である。

以下では、高齢者の増加と公費負担の関係をより詳細にみるため、社会保険の医療と年金を取り上げる。そして、高齢者の増加に伴い受益者が増えていく中で、負担面をみると受益者負担だけでは賄いきれず、総額の増加に伴い公費負担が年々増加していく流れを確認する。

#### 4-1. 医療に関する教訓

まず、医療保険制度の変遷と公費負担の関係を確認する。日本では、1958年の国民健康保険法の改正により市町村で国民健康保険事業が義務化され、被用者保険加入者以外は国民健康保険に強制加入することになり、1961年に国民皆保険を実現した<sup>12</sup>。以下では、高齢者医療に関し、公費負担への影響をみるため、高齢者の医療費無料化と国民健康保険財政を取り上げる。

##### (1) 高齢者の医療費無料化の影響

国民皆保険を実現した後の1960年後半になると、高齢者人口割合の増加、核家族化等による身寄りのない老人や寝たきり老人などが社会問題となった<sup>13</sup>ことを受け、一部の地方自治体で老人医療費の無料化や負担軽減措置が行われ、全国各地で同様の措置が行われた。この流れを受け、国は老人福祉法を改正し、1973年1月より70歳以上の高齢者の医療費の自己負担分を全額公費負担として、高齢者の医療費を無料とする老人医療費支給制度を開始した。また、同年、被用者保険の扶養者給付の5割から7割への引上げや高額療養費制度<sup>14</sup>の新設といった医療制度の充実が進められたことから「福祉元年」と称された。

この老人医療費支給制度が始まると、70歳以上の受療率<sup>15</sup>が入院及び外来とも著しく増加した（図表10、図表11）。70歳以上の高齢者の受療率を1970年と福祉元年後の1975年で比較してみると、この間だけで、入院では1.6倍、外来では1.7倍になっている<sup>16</sup>。この老人医療費無料化が導入された背景について、厚生労働省（2011）には、「その当時から老人医療をこのような形で無料化することについては反対論ないし慎重論もあった。しかしながら、当時は層の厚い生産年齢人口に支えられており、かつ右肩上がりの高度経済成長が見

<sup>12</sup> 厚生労働省（2011）p45。

<sup>13</sup> 土田（2011）p250。

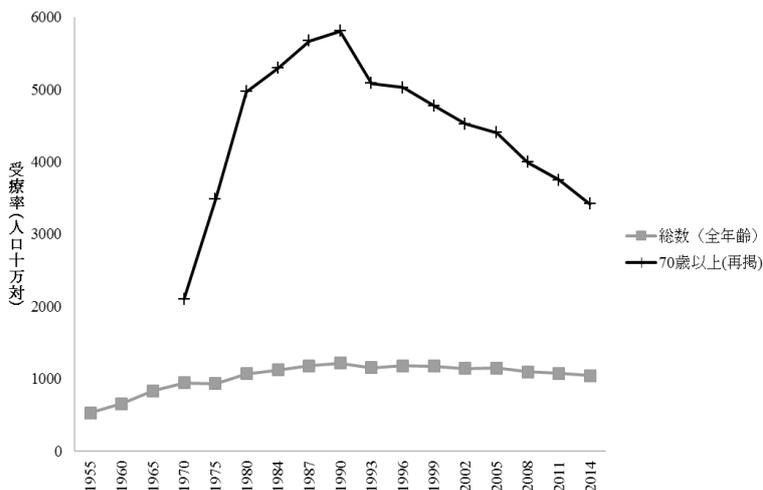
<sup>14</sup> 自己負担の上限額を超えた場合は保険者の負担とする制度（当時の上限は3万円）。

<sup>15</sup> 受療率とは、ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率をいう。

<sup>16</sup> 厚生労働省（2011）によれば、「制度については、高齢者の健康に対する自覚を弱め行き過ぎた受診を招き、その結果、高齢者人口の増加と相まって老人医療費の急増を招いているとして、病院の待合室に高齢者がつめかける「病院のサロン化」や「過剰受診・過剰診療」などの問題が指摘されるようになった。また、高齢者福祉施設が量的に不十分であったことや世間体を気にして老人ホームへの入所を避ける層の存在から、病院に入院する高齢者の患者が増加し、いわゆる「老人病院」の増加や、必ずしも入院治療を要しないが、寝たきり等の事情で入院を継続するという「社会的入院」の現象が現れ始めた。」（p56）と指摘されている。

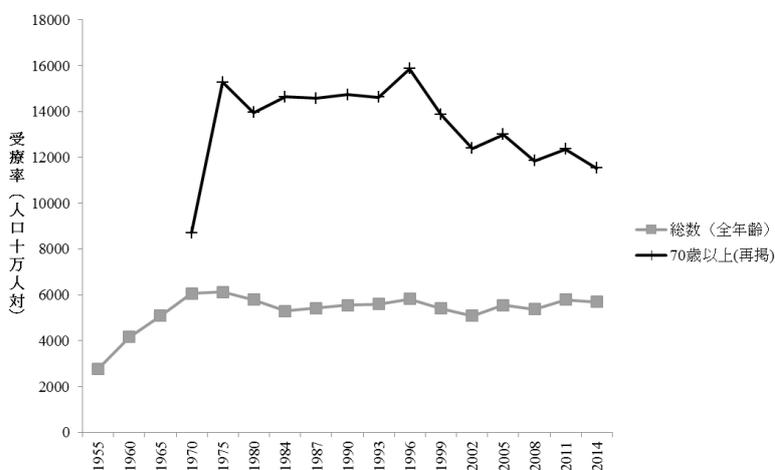
込まれる中での制度創設となったことから、最終的には実施に移された。<sup>17)</sup>と記載されている。

図表 10 入院の年齢階層別受療率



(出所) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成 26 年度患者調査」。

図表 11 外来の年齢階層別受療率



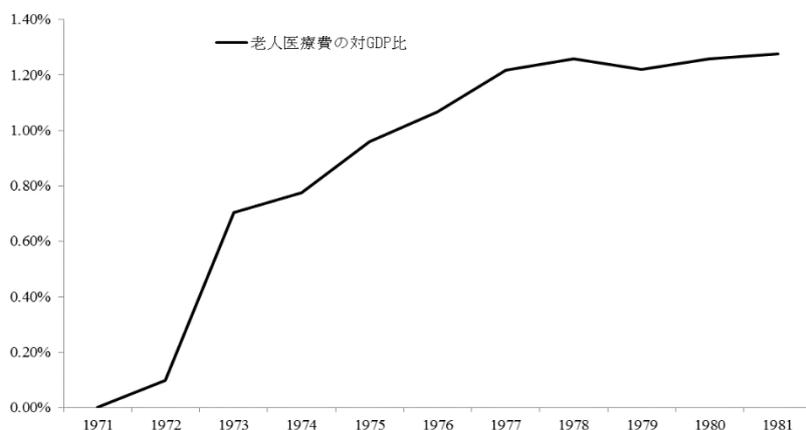
(出所) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成 26 年度患者調査」。

さらに、高齢者の医療費無料化によって増えた公費負担額を確認するため、国の予算における社会保障関係費の内訳にある老人医療費<sup>18)</sup>を対 GDP 比で確認したものが図表 12 である。当時は、オイルショックに伴うインフレが進行していたが、老人医療費は対 GDP 比でも急増していったことがわかる。

<sup>17)</sup> 厚生労働省 (2011) p53。

<sup>18)</sup> 老人医療費とは、老人医療費支援制度 (70 歳以上の高齢者の医療費無料化) と低所得の盲老人に対する老人性白内障の手術費の補助の合計であり、社会保障関係費の社会福祉費の一部として計上されていた。

図表 12 国の予算における老人医療費の対 GDP 比の推移<sup>19</sup> (1971-1981)



(出所) 内閣府「平成 27 年度年次財政経済報告」、財政調査委員会編「国の予算」(各年度版)。

1983 年には、増大し続ける老人医療費等を公平に負担する観点から、老人保健法が施行され、高齢者の医療費無料化は廃止となり、高齢者にも一定額の自己負担（外来 1 ヶ月 400 円、入院 1 日 300 円（最大 2 ヶ月が限度））を求めるようになった。そして、高齢者の自己負担額以上の部分については、国、地方公共団体が 3 割（国 20%、都道府県 5%、市町村 5%）を負担し、各保険者が 7 割を拠出することで、国民健康保険財政の救済策を講じた<sup>20</sup>。その後も、高齢者の自己負担額は見直されていった。1987 年から 1997 年にわたって定額負担額が引き上げられていき、2000 年以降は定率負担へと移行した。現在では、70 歳～74 歳は 2 割負担、75 歳以上は 1 割負担となるなど、医療の受益を受けた高齢者にも負担を求めていく流れとなった。また、現役並み所得者は現役世代と同様に 3 割負担となり、応能負担が求められるようになった<sup>21,22</sup>。

## (2) 国民健康保険の財政の状況

国民健康保険は、被用者保険に比べて、高齢者や健康上の理由により被用者保険を脱退した者を多く抱え、さらに保険料（税）負担能力が弱い人の加入割合が高い<sup>23</sup>と指摘されている。国民健康保険は協会けんぽや組合健保と比較しても、加入者平均年齢が高いだけでなく、一人当たり医療費も高く、保険料負担率<sup>24</sup>も高いことがわかる。(図表 13)

<sup>19</sup> 国と地方の費用負担は、給付費について国が 2/3、都道府県と市町村がそれぞれ 1/6 を負担し、事務費について国が 1/2 を負担することとなっており、ここでは国の負担分のみを図示している。

<sup>20</sup> 厚生労働省 (2011) p57。

<sup>21</sup> 厚生労働省 (2007) p19。

<sup>22</sup> 井伊 (2016) では、日本の医療制度の問題点として、出来高払い制度の下、医療機関で過剰な投薬（それも優越性が必ずしも明確でない高価な新薬）や検査が行われる傾向があるため、医療者が行う診療の質を担保する仕組みと、それに応じた支払い制度の導入が求められていることが指摘されている (p1)。

<sup>23</sup> 国民健康保険中央会 (2015) p2。

<sup>24</sup> 加入者一人当たり平均所得に対する加入者一人当たり平均保険料の割合。

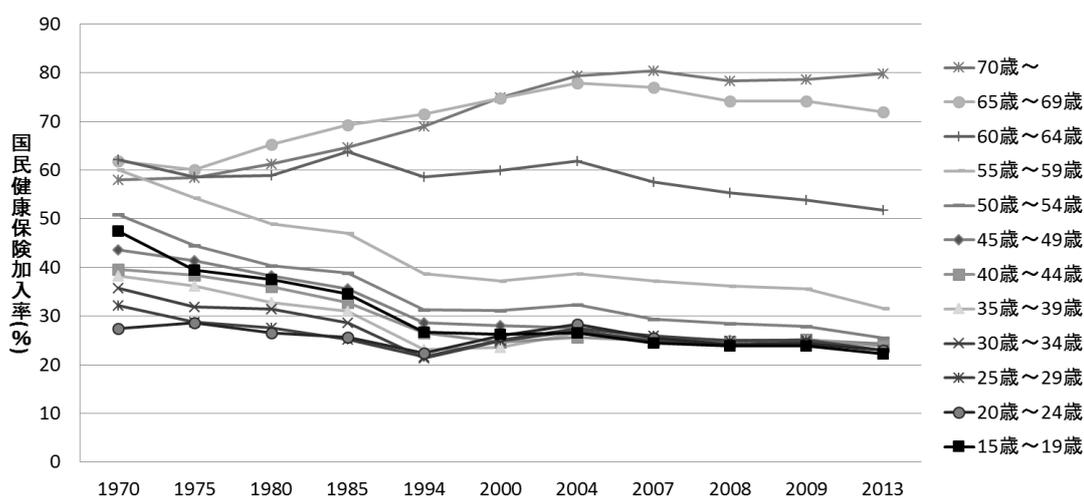
図表 13 国保（市町村）・協会けんぽ・組合健保の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保
保険者数 (2014年3月末)	1,717	1	1,419
加入者数 (2014年3月末)	3,397万人 (2,010万世帯)	3,564万人 (被保険者2,030万人) (被扶養者1,534万人)	2,927万人 (被保険者1,560万人) (被扶養者1,368万人)
加入者平均年齢 (2013年度)	50.9歳	36.6歳	34.3歳
65～74歳の割合 (2013年度)	35.6%	5.5%	2.8%
加入者一人当たり 医療費 (2013年度)	32.5万円	16.4万円	14.6万円
加入者一人当たり 平均所得 (2013年度)	83万円 (一世帯当たり 140万円)	139万円 (一世帯当たり 243万円)	202万円 (一世帯当たり 378万円)
加入者一人当たり 平均保険料 (2013年度) <事業主負担込>	8.5万円 (一世帯当たり 14.4万円)	10.6万円<21.1万円> (被保険者一人当たり 18.5万円<37.0万円>)	11.4万円<25.0万円> (被保険者一人当たり21.3万 円<46.8万円>)
保険料負担率	10.3%	7.6%	5.6%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の負担が 重い保険者等への補助
公費負担額 (2015年度予算 ベース)	4兆3,814億円 (国3兆1,382億円)	1兆1,692億円 (全額国費)	308億円 (全額国費)

(出所) 国民健康保険中央会 (2015), 「国民健康保険の安定を求めて 医療保険制度の改革」 p12。

実際の国民健康保険加入者の年齢階層毎の加入率の推移をみると (図表 14)、1970 年代から高齢者の加入率が高く、現在でも依然として高いことが確認できる。

図表 14 年齢階層毎の国民健康保険加入率<sup>25</sup>の推移

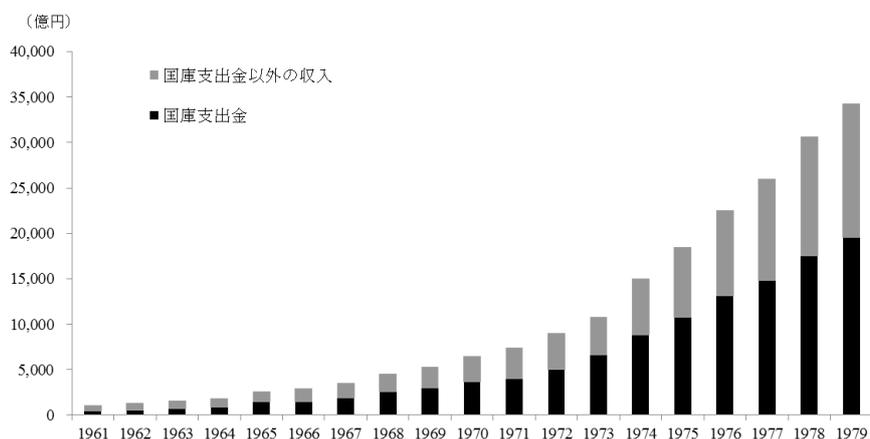


(出所) 厚生省保険局及び厚生労働省保険局, 「国民健康保険実態調査報告」。

<sup>25</sup> 加入率は、該当年齢階層の人口に占める該当年齢層の国民健康保険被保険者数の割合をいう。なお、2008年より75歳（寝たきり等の場合は65歳）以上については後期高齢者医療制度に加入することになっているため、図中の2008年以降の加入率は後期高齢者以外（70歳以上については、70歳～74歳まで）の加入率を表している。

次に、国民健康保険収入に占める国庫支出金の推移（1960年～70年代）をみると<sup>26</sup>（図表15）、国民健康保険収入の総額は国民皆保険となった1961以降、前年比1.2倍程で毎年増加を続けており、これに伴い国庫支出金も増加していることがわかる。

図表15 国民健康保険収入と国庫支出金の推移



（出所）厚生省保険局，「国民健康保険事業年報」（各年度版）。

その後の国民健康保険制度を概観すると、1984年には健康保険法が改正され、退職者医療制度が開始された。この制度は、会社からの退職時に被用者保険から国民健康保険に移行することに伴い、国民健康保険の財源が圧迫されることを防ぐ目的で、これまで加入していた被用者保険にも負担を求めるものである。2008年には新たな医療制度として、75歳になるとそれまで加入していた国民健康保険や被用者保険から脱退し、後期高齢者医療の被保険者となる高齢者医療制度が実施された。これにより、若者と高齢者の負担割合を明確化し、保険財政の管理を広域連合に一元化することで財政・運営責任を明確化させた<sup>27</sup>。

医療に関して、アジア諸国に対する日本の教訓としては、（1）医療費の自己負担分を公費で負担することにより、受診控えがなくなるといった効果がある一方で、過剰受診につながり、結果として当初より懸念されていた医療費の増加を招いた。このことから、医療費の公費負担割合を定める際には、年齢を基準とするのではなく、収入や資産状況を踏まえた応能負担とすることが重要である。また、（2）他の医療保険に属さない人の受け皿となる国民健康保険制度を作ること、国民皆保険を実現したが、高齢者や低所得者等が多く所属する性質上、財政構造が脆弱である。国民皆保険に向けて、他の医療保険に属さない人の受け皿となる医療保険制度を作っていく場合には、安定した財源の確保を前提とすることが重要であろう。

<sup>26</sup> 国民健康保険の加入者は高齢者ばかりではないため、高齢化の直接的な効果をみることができないが、参考として高齢化の影響と国民健康保険の財政状況との関係を見る上で参照している。

<sup>27</sup> 厚生労働省（2006）p6。

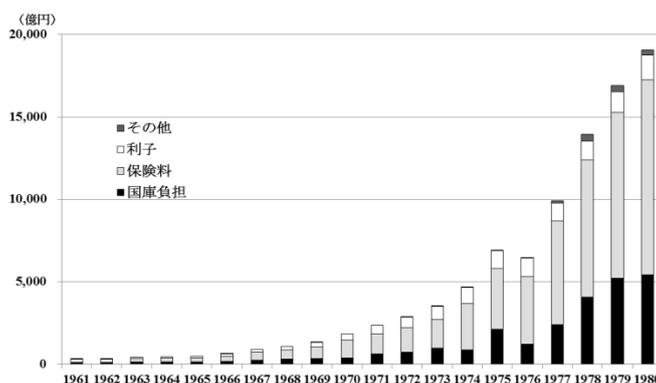
## 4-2. 年金に関する教訓

年金制度と国庫負担の関係について確認する。日本では、1961年に国民皆年金を実現した後、繰り返し年金の給付水準の改善が行われ、年金額の増加に伴って国庫負担額も増加していった。年金は保険制度であるが、保険料の不足分を国庫負担で賄うことで運営されていた。国民年金では、制度発足当初の1961年から国庫負担で給付費の2分の1を負担する制度設計になっていた<sup>28</sup>。また、厚生年金では、制度創設当初の国庫負担割合は給付費の10%であったが<sup>29</sup>、1965年には20%まで引き上げられた<sup>30</sup>。

### (1) インフレの影響

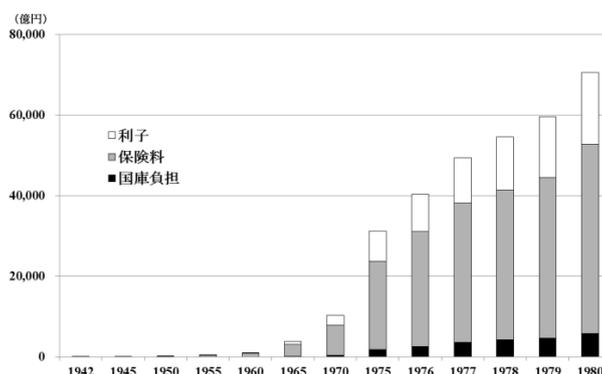
国民年金の歳入に占める国庫負担額は、1960年代に比べて1970年代半ばから急拡大し(図表16)、厚生年金も1970年代半ばに国庫負担額が増加していることがわかる(図表17)。

図表16 国民年金の歳入内訳の推移



(出所) 横山・田多(1991)『日本社会保障の歴史』p199を元に作成。

図表17 厚生年金の歳入内訳の推移



(出所) 横山・田多(1991)『日本社会保障の歴史』p198を元に作成。

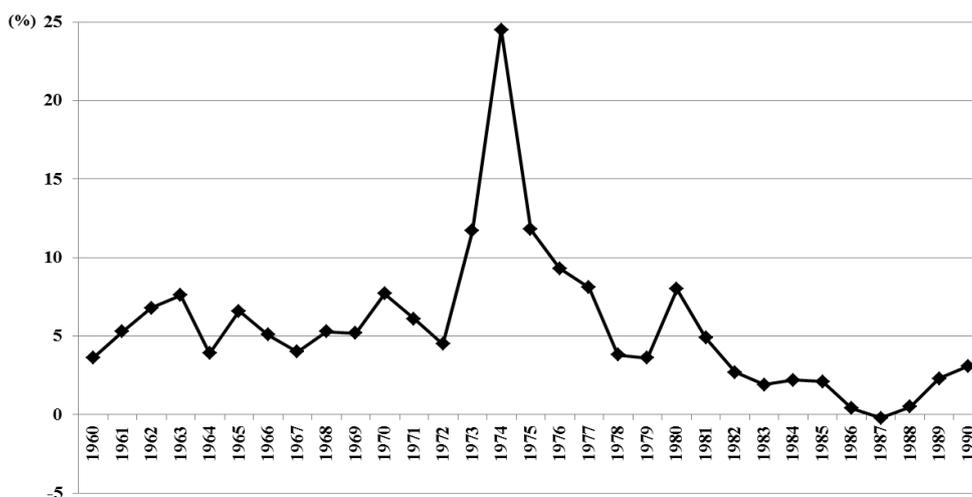
<sup>28</sup> 制度発足時は保険料拠出時に負担、1976年から給付時負担に変更。

<sup>29</sup> 厚生労働省(2014)p98。なお、制度創設当初の坑内員の国庫負担割合は20%。

<sup>30</sup> 厚生労働省(2014)p102。なお、1965年の坑内員の国庫負担割合は25%。

背景としては、1973年の物価スライド制の導入と、それと時期を同じくして発生したオイルショックによる急激なインフレがある（図表18）。これにより、オイルショックの翌年の年金額が大幅に引き上げられたことで、物価上昇に伴う年金の実質価値の低下を抑えることができるようになったが、年金額の上昇分の多くを国庫負担で賄うこととなり（図表19）、国庫負担の大幅な増加につながった。

図表18 消費者物価指数（持家の帰属家賃を除く総合）対前年比の時系列推移



（出所）総務省「消費者物価指数」。

図表19 1974年及び1975年の国民年金収入内訳と増加率

年度	1974 (億円)	1975 (億円)	増加率
保険料	2,808	3,691	31.4%
国庫負担	878	2,113	140.7%
利子	957	1,093	14.2%
その他	11	21	90.9%

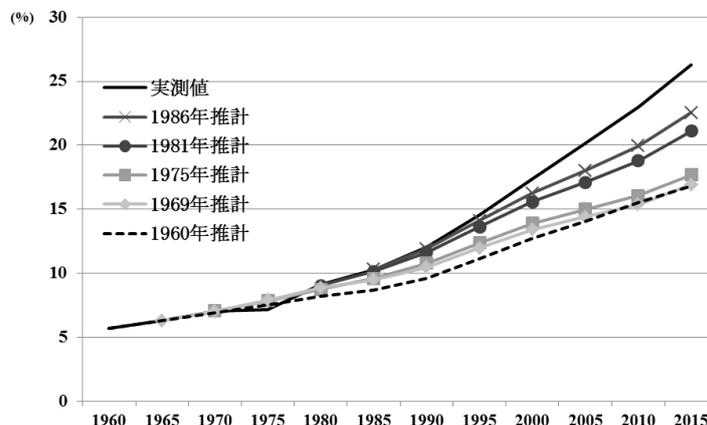
（出所）横山・田多（1991）『日本社会保障の歴史』p198を元に作成。

## （2）将来推計

年金財政を長期で安定的に運用していくためには、高齢化率や出生率の長期推計を前提として制度設計を行うことが重要となってくる。その際には、定期的にその時の人口推計に合わせた制度の見直しを行っていく必要がある。日本が国民皆年金を達成し、年金制度を充実させていった1960年代から1970年代の高齢化率の推計（図表20）と出生率の推計（図表21）を確認すると、実測値と大きくかけ離れ、どちらも当時の予想を上回るスピードで進行していることが確認できる。1980年代以降では、高齢化の速度が早まる推計に修正されて

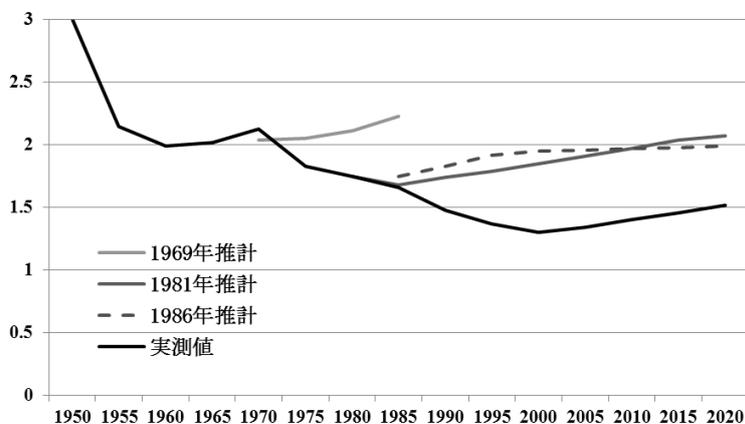
いるが、推計の修正を反映して柔軟に制度の見直しを行えなかったことが日本の年金財政を圧迫する要因の一つとなったとも考えられる。

図表 20 高齢化率の過去の推計値と実測値



(出所) 国勢調査、人口問題研究所「男女年齢別推計人口（昭和 35 年）」、「男女年齢別将来推計人口（昭和 44 年）」、「日本の将来推計人口（昭和 50・56・61 年）」。

図表 21 合計特殊出生率の過去の推計値と実測値



(出所) 国連人口部「世界人口推計 2015 年改訂版」、人口問題研究所「男女年齢別人口推計（昭和 35 年）」、「日本の将来推計人口（昭和 56・61 年）」。

### (3) 年金の財政方式

年金制度を持続可能なものとするため、財政方式の変更が繰り返された。

厚生年金については、戦後直後、経済停滞や急激なインフレの影響を受け制度存続の危機に直面し、年金財政の立て直しが必要となった。しかし、戦後の復興がまだ進まない中で保険料の引き上げは困難な状況にあったため、1948年に保険料率を1/3に引き下げる暫定措置がとられ、積立不足を抱えることとなった。その後、1950年代に入り経済の復興とともに、制度の本格的な改正が検討されるようになり、1954年の厚生年金保険法の改正で年金

給付額の改善と同時に財政方式が積立方式から修正積立方式へと変更された。修正積立方式とは、完全積立方式に一部賦課方式の要素を取り入れた財政方式であり、保険料については適切な水準になるまで段階的に引き上げることになった。当時、厚生年金の制度改正の検討に当たっては、1948年の保険料引き下げ前の保険料水準へ戻すことも考えられたが<sup>31</sup>、労使双方から保険料負担の増大に反対する主張がなされたこともあり<sup>32</sup>、保険料率は平準保険料率より低い水準に抑えて、その後段階的に引き上げていく方法が採用された。

国民年金については、1961年の創設当初の財政方式は積立方式を採用していたが、1966年の改正で、年金給付額の改善と同時に財政方式が修正積立方式へと変更された。国民年金に関しても、給付改善に伴う保険料の引き上げが必要であったが、加入者は低所得者層が多く、保険料を一気に引上げることは困難であり<sup>33</sup>、厚生年金と同様、いったん低い保険料率を設定し、段階的に引き上げていく修正積立方式が採用されることになった。

なお、修正積立方式とは、横山・田多（1991）によれば「経済変動や給付内容の改善などによる将来の年金給付費用の増大にたいする積立不足を後代の被保険者などに負担を転嫁していくことによって解消する財政方式である」と述べられている。当時は経済成長に伴う賃金上昇とインフレに合わせて、年金額の給付水準の改善が図られたが、上記のように保険料の引上げは行われず、修正積立方式に移行していった。

2004年の年金制度改正により、少子高齢化が進行しても、財源の範囲内で給付費を賄えるよう、年金額の価値を自動的に調整する仕組みであるマクロ経済スライドが導入された。2004年の改正前の年金財政は、現行の給付水準を維持する場合に必要な負担水準を決めていたため、5年に1度の制度改正が不可欠だったことから、将来年金が不透明となる問題があった。2004年の改正では、考え方が転換され、自動的に給付と負担のバランスを図る仕組みが導入された<sup>34</sup>。

厚生労働省（2014）によれば、「2004年年金制度改正では、100年後の積立金を支出の1年分とする財政方式が取られたことから、今後も積立金水準からみると、賦課方式を基本とした財政方式といえる。」（p155）と述べられており、2004年の改正で現在の賦課方式に近い財政方式へと変化したと考えられる。また、大矢（2015）では、「我が国の公的年金制度は、発足時には積立方式での運営が想定されていたが、現在は、当年度の保険料のほとんどを当年度の年金給付に充てており、修正賦課方式といわれることが多い。」と説明されている。

---

<sup>31</sup> 厚生省（1968）p113。

<sup>32</sup> 厚生省（1968）p65～70。

<sup>33</sup> 浜田（1966）p63。

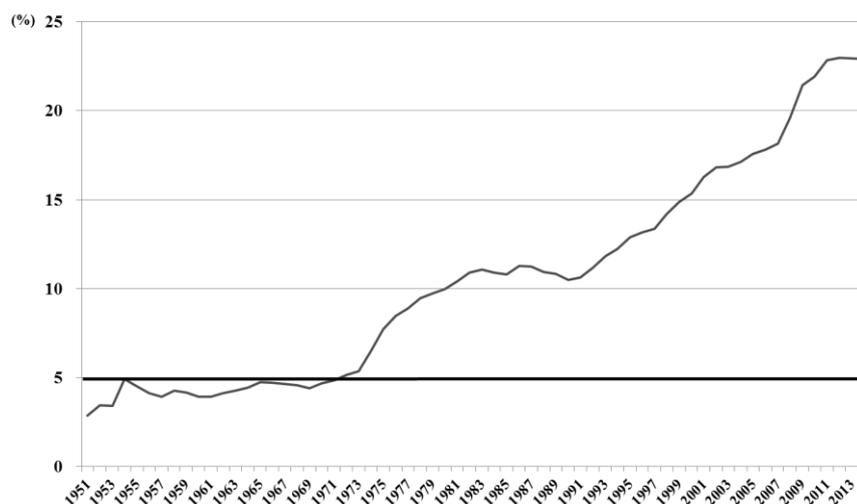
<sup>34</sup> 厚生労働省（2014）によれば、「具体的には、将来の現役世代の過重な負担を回避するという観点から、保険料水準の上限を固定した上で、積立金の活用を含め、その固定された財源の範囲内で長期的な給付と負担の均衡を図るため、将来に向けて給付水準を自動的に調整する仕組みとなっている。」（p16）と説明されている。

年金に関して、アジア諸国に対する日本の教訓としては、(1) インフレの影響については、インフレに伴う給付額の上昇分が将来世代の負担につながらないように、どのように負担するかを検討するとともに、健全なマクロ経済政策の運営をすることが重要である。また、(2) 年金自体が長期にわたり運用していく保険であることから、高齢化率や出生率の長期推計を踏まえた制度設計を行い、その後も推計の修正に合わせて制度の見直しを行いながら持続可能なものとしていく必要がある。さらに、(3) 年金の財政方式に関しては、短期的視点から給付を引き上げて年金財政の悪化分が国庫負担とならないよう、マクロ経済スライドのように年金財政が均衡する形で自動的に給付額が決まるような制度設計とすることが重要である。

#### 4-3. 日本とアジア諸国の共通点と今後

ここで日本の社会保障給付費の対 GDP 比を時系列でみると、国民皆保険・皆年金が実現した年を含む 1960 年代は 5% 程度であった (図表 22)。しかし、1973 年の「福祉元年」を境に、社会保障給付費の対 GDP 比が上昇し、現在では約 23% にまで至っている。

図表 22 日本の社会保障給付費の対 GDP 比の推移

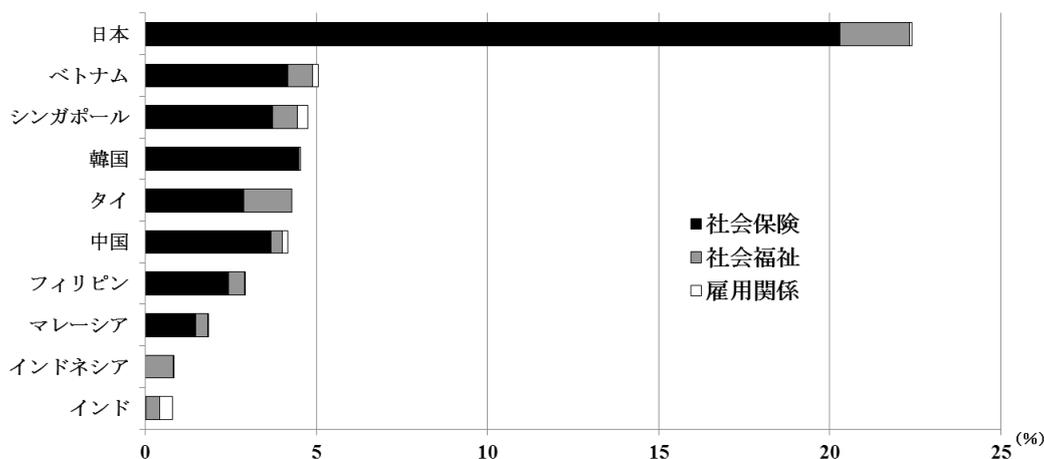


(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「平成 26 年度社会保障費用統計」。

アジア諸国の社会保障給付費<sup>35</sup>の対 GDP 比 (2013 年) をみると、日本が 20% 以上と突出して大きい一方で、アジア諸国は現状、多くの国が 5% 以下にとどまっていることがわかる (図表 23)。

<sup>35</sup> アジア開発銀行が公表している社会保護指数 (Social Protection Index (SPI)) の中にある Social Protection Expenditure は ADB が独自に定義した費用であるが、ILO 基準を援用して作成されており、日本の社会保障給付費 (ILO 基準) と近似した額となっている。なお、日本の SPI に関しては、ADB (2012) がある。

図表 23 日本とアジア諸国の社会保障給付費の対 GDP 比（2013 年）



(出所) ADB Social Protection database 2013.

今後、アジア諸国では高齢者が増えていくとともに、経済規模も拡大していく中で、社会保障制度の充実がいつそう求められていくと考えられる。アジア諸国も一様でなく、今後導入される社会保障制度にもよるが、日本の経験を踏まえると、増加することが見込まれる社会保障制度を支えるための財源をどこまで公費で負担するかが、国の財政を健全に維持していく上での鍵となる。アジア諸国は、これからの社会保障制度の制度設計のあり方が今後の財政への影響を決定づける岐路に立っている。

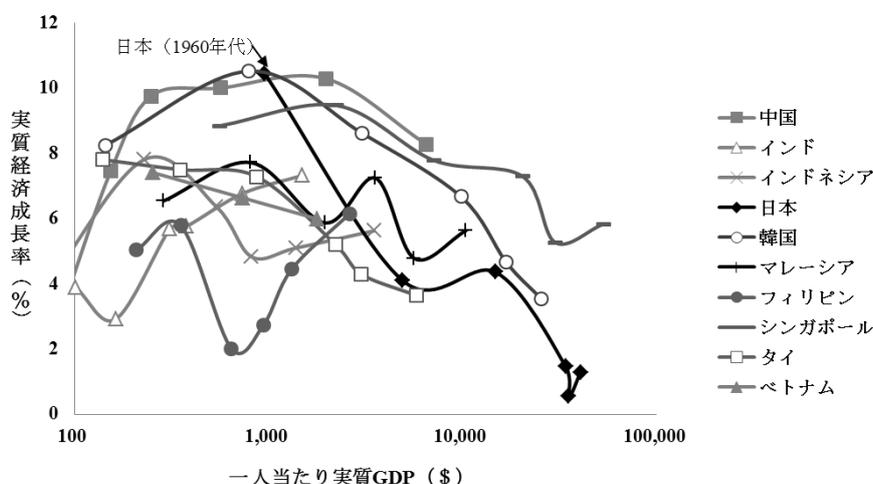
## 5. アジア諸国が抱える課題

上記では、日本の経験を踏まえたアジア諸国への教訓を示した。以下では、さらにアジア諸国において懸念される点を指摘する。

まず1点目は、経済成長率の鈍化である。図表 24 は、横軸は一人当たり実質 GDP、縦軸は実質経済成長率とし、アジア諸国の年ごとの位置を時系列でつないだ図である。各国の曲線の一番右が 2010 年代になる。縦軸に注目すると、日本は実質経済成長率が 10%を超える時代に国民皆保険・皆年金を整備した<sup>36</sup>。現在のアジア諸国をみると、1960 年代の日本と比較すると成長率が低い水準にある。今後、アジア諸国でも所得の上昇とともに、社会保障制度のいつそうの充実が求められていくことが考えられる。高齢化が進む中でも経済成長率を高める方策をさらに進めていく必要がある。

<sup>36</sup> 大蔵省財政史室（2000）によれば、「岩戸景気の時代に福祉国家実現のための諸制度の整備が一举に進んだ」（p259）と指摘されている。

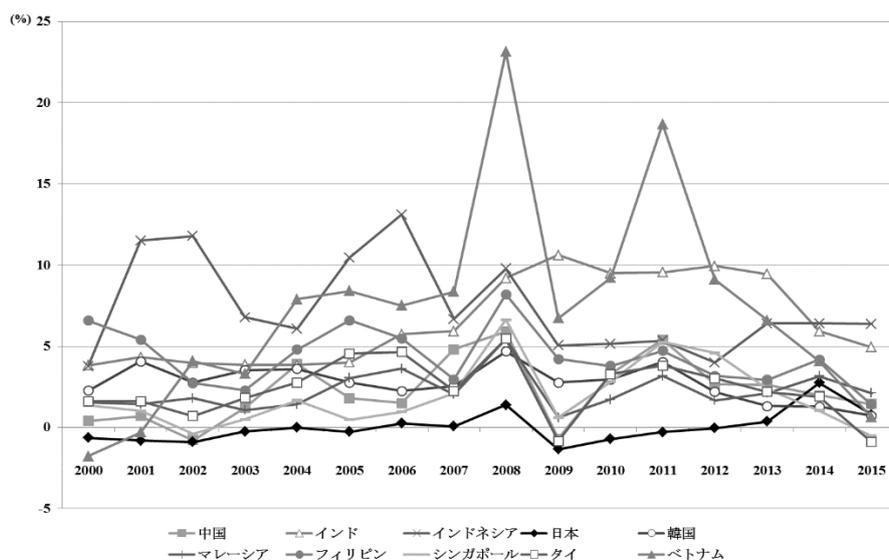
図表 24 アジア諸国における実質経済成長率と一人当たり実質 GDP の時系列推移



(出所) World Bank National Accounts data, OECD National Accounts data より作成。

2点目は、インフレ管理である。前述のとおり、日本は1973年の年金の物価スライド制導入後、同時期に発生したオイルショックによる急激なインフレの影響で年金給付額が急増した。この当時は、日本の年金制度は修正積立方式を採用しており、給付額増加により発生した費用は将来の負担で賄われることとなった。アジア諸国のインフレ率の推移をみると(図表25)、最近のアジア諸国のインフレ率は、比較的落ち着いているといえる。アジア諸国においても、健全なマクロ経済政策の運営をするとともに、年金をはじめとする社会保障制度へのインフレの影響度とその財政対応を考慮に入れて制度設計をしていく必要がある。

図表 25 アジア諸国のインフレ率の推移



(出所) IMF, World Economic Outlook database, April 2016.

3点目は、医療保険における費用増加要因として、医療技術の高度化に伴う医療費の高騰が挙げられる<sup>37</sup>。新薬等の開発により、高額な治療費がかかるものが増加していることから、医療財政を圧迫していくことが考えられる。医療の費用と質を両立させる議論をさらに進める必要がある。

## 6. まとめ

アジア諸国において高齢化が急速に進行している現状を踏まえ、今後、財政を健全に維持していく上で、日本の社会保障制度の整備状況を振り返り、アジア諸国が考えるべき課題も検討した。日本の現状をみると、財政状況は深刻であり、社会保障関係費の増加が予算を圧迫している。他方で、アジア諸国の財政状況は、日本と比較すると、現状比較的安定して推移しているといえる。ただ、アジア諸国においても今後社会保障制度を拡充していく過程で、高齢化の進行とともに社会保障関係費は必然的に増大していくと予想される。アジア諸国における今後の社会保障制度のあり方が、現在のような安定した財政を維持できるかどうかを左右すると考えられる。

本稿では、社会保障制度のうち、社会保険の医療と年金を取り上げ、アジア諸国に示す日本の教訓を引き出した。まず、医療面での教訓は、(1) 医療費の公費負担割合を定める際には、年齢を基準とするのではなく、収入や資産状況を踏まえた応能負担とすること、(2) 国民皆保険に向けて、他の医療保険に属さない人の受け皿となる医療保険制度を作っていく場合には、安定した財源の確保を前提とすることである。また、年金面での教訓は、(1) インフレに伴う年金給付額の上昇分が将来世代の負担とならない制度設計とすること、(2) 高齢化率や出生率の長期推計を踏まえた制度設計を行い、推計の修正に合わせて制度の見直しを行うこと、(3) マクロ経済スライドのように年金財政が均衡する形で自動的に給付額が決まるような制度設計とすることである。

アジア諸国も一様ではない。しかしながら、高齢化は確実に進み、社会保障制度を充実させていく流れは同じである。日本は世界でも有数の国民皆保険・皆年金を実現した。しかし、将来世代に負担を課しながら維持する制度は持続的ではない。高齢化の進行とともに毎年自然増で増え続ける社会保障関係費の抑制は、日本の財政運営上の最大の課題となっている。アジア諸国においては、財政を健全に維持していくためにも、日本から教訓を学び、今後の社会保障制度の設計に活かしていく必要がある。

---

<sup>37</sup> 厚生労働省（2013）によれば、「2010（平成22）年度の国民医療費は、37.4兆円（1人当たり29.2万円）となっており、医療技術の進歩、高齢化等により、今後も医療費が伸び続けていくことが見込まれる。」（p310）と指摘されている。

## 参考文献

- 井伊雅子（2016），「序章」，『「医療・介護に関する研究会」報告書』。  
[http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2015/zk104\\_mokuji\\_00.pdf](http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2015/zk104_mokuji_00.pdf)
- 大蔵省財政史室（2000），『昭和財政史—昭和 27～48 年度』，第 1 巻総説，東洋経済。
- 大矢俊雄（2015），『図説 日本の財政 平成 27 年度版』，東洋経済新報社。
- 奥愛・平川伸一（2015），「「昭和財政史」からみた医療制度と財政の変遷」，『ファイナンス』，2015.7。  
[https://www.mof.go.jp/pri/research/special\\_report/f01\\_2015\\_07.pdf](https://www.mof.go.jp/pri/research/special_report/f01_2015_07.pdf)
- 厚生省（1968），『厚生年金保険 25 年史』。
- 厚生労働省（2006），「後期高齢者医療制度について」。  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/dl/info02d-35.pdf>
- 厚生労働省（2007），「平成 19 年版 厚生労働白書」。  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0101.pdf>
- 厚生労働省（2011），「平成 23 年版 厚生労働白書」。  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/dl/01-02.pdf>
- 厚生労働省（2013），「平成 25 年度 厚生労働白書」。  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/13/dl/2-06.pdf>
- 厚生労働省（2014），「平成 26 年財政検証結果レポート」。  
[http://www.mhlw.go.jp/nenkinkenshou/report/pdf/report2014\\_section2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/nenkinkenshou/report/pdf/report2014_section2.pdf)
- 河合正弘・ピーター・モルガン（2014），「新興アジアにおける財政の維持可能性：課題と戦略」，『フィナンシャル・レビュー』120 号，2014 年 9 月。  
[https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial\\_review/fr\\_list6/r120/r120\\_05.pdf](https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list6/r120/r120_05.pdf)
- 国民健康保険中央会（2015），「国民健康保険の安定を求めて 医療保険制度の改革」。  
<https://www.kokuho.or.jp/about/lib/kokuhonoantei2015.pdf>
- 国立社会保障・人口問題研究所（2014），「社会保障費用統計 平成 26 年度」。  
<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h26/H26.pdf>
- 田多英範（2011），「福祉国家と国民皆保険・皆年金体制の確立」，『季刊・社会保障研究』（Vol.47 No.3）。  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19613902.pdf>
- 土田武史（2011），「国民皆保険 50 年の軌跡」，『季刊・社会保障研究』（Vol.47 No.3）。  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19613904.pdf>
- 内閣府（2014），「平成 26 年度版高齢社会白書」。  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/s1\\_1\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/s1_1_1.html)
- 浜田洋一（1966），「国民年金法の改正について」，『季刊・社会保障研究』（Vol.2, No.2）。  
<http://websv.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh020207.pdf>

- 横山和彦・田多英範（1991），『日本社会保障の歴史』，学文社。
- 横山和彦（1988），「「福祉元年」以後の社会保障」，東京大学社会科学文化研究所編『転換期の福祉国家（下）』，東京大学出版会。
- ADB（2012），“Japan: Updating and Improving the Social Protection Index”，October 2012.  
<https://www.adb.org/sites/default/files/project-document/76072/44152-012-reg-tacr-08.pdf>
- Édes.B and P.Morgan（2014），”Managing Fiscal Sustainability and Aging Emerging Asia”，*Public Policy Review*, Vol10.No.2, August 2014.  
[https://www.mof.go.jp/english/pri/publication/pp\\_review/ppr025/ppr025d.pdf](https://www.mof.go.jp/english/pri/publication/pp_review/ppr025/ppr025d.pdf)
- Global Aging Institute(2015), “From Challenge to Opportunity: Wave 2 of the East Asia Retirement Survey”.  
[http://www.globalaginginstitute.org/assets/client-assets/gapi/downloads/publications/EARR\\_Wave2\\_Report\\_DL\\_LR-EIINC.pdf](http://www.globalaginginstitute.org/assets/client-assets/gapi/downloads/publications/EARR_Wave2_Report_DL_LR-EIINC.pdf)
- IMF(2016), “Singapore: Staff report for the 2016 Article IV Consultation”, Table 5.  
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2016/cr16263.pdf>
- Kawai.M and P.Morgan（2013），”Long-term Issues for Fiscal Sustainability in Emerging Asia”，*Public Policy Review*, Vol9.No.4, September 2013.  
[https://www.mof.go.jp/english/pri/publication/pp\\_review/ppr023/ppr023h.pdf](https://www.mof.go.jp/english/pri/publication/pp_review/ppr023/ppr023h.pdf)