

## 拡大 EU の社会保障支出の将来推計

— EU における高齢化の社会保障支出に及ぼす影響に関する研究の展開 —

金子 能宏

### ■ 要約

拡大 EU では、通貨統合など EU 共通の財政金融政策の基準達成と社会保障支出の伸びをバランスさせていく必要があるため、新規加盟国を含めた社会保障支出の将来推計に関する研究が実施されている。EU 委員会は、各国間や制度間の相違を反映した EU 共通の将来推計を行うため、高齢化の社会保障支出に及ぼす影響に関する研究プロジェクトを実施し、2006 年に報告書を公表した。

このプロジェクトでは、EUROSTAT による拡大 EU の将来人口推計に基づきながら、年金制度については各国の年金当局と連携し、医療・介護については EU 共通の推計方法を採用して 2050 年までの推計が行われた。推計結果から、年金改革を反映した年金給付の伸びよりも、医療・介護支出の伸びが大きいことがわかり、これらの伸びを拡大 EU の経済成長や財政金融政策の基準達成とバランスさせていくことが課題として示されることとなった。この課題は、わが国にも共通するものであり、拡大 EU の社会保障支出に関する研究の展開に今後も着目していく必要がある。

### ■ キーワード

EU、社会保障支出、EUROSTAT、医療支出、介護支出

### 1. はじめに

1999 年に東欧諸国との加盟交渉が開始され、2004 年の 10 カ国の加盟によって EU の拡大に向けた最初のステップが完了した(2004 年の新規加盟国は、バルト海沿岸の 3 カ国(エストニア、ラトヴィア、リトアニア)、東欧の 5 カ国(チェコ、ハンガリー、ポーランド、スロヴァキア、スロヴェニア)、および地中海の 2 カ国(キプロス、マルタ)である)。

この間、リスボン会議(2000)以降、社会保障・労働の領域では、社会的排除の解消、持続可能な年金の構築等に関する新戦略が打ち出された。拡大 EU の改革の共通の背景として、高齢化の進展による社会保障支出の伸びがあり、拡大 EU 共通の枠組みの中で、ドイツでは財政調整を強化する年金改革が進み、ハンガリーでは積立方式を部分

的に含む年金制度の構築に向けた改革が進んだ。さらに、フランスでは社会保険の枠組みを保持した医療保険改革が試みられた。2005 年に、EU 委員会では、各国の社会保障支出増大の影響が、EU 共通の財政運営・金融政策の基準達成が困難になるのを未然に防ぐために、社会保障支出の将来動向に関する共同研究を開始した。

拡大 EU が新規加盟国を含めた社会保障支出の将来動向を共同研究する背景には、通貨統合に参加するには EU 加盟国の金融財政政策が一定範囲で協調することが求められていることがある。わが国では、近年、社会保障支出を GDP の伸びと対応するように厳しく調整していくのか、それともそれを国民のニーズに応じて弾力的に調整していくのかについて議論が交わされている。拡大 EU では、通貨統合のためのマクロ経済的な要請が対 GDP

比で示されるため、国民のニーズに応じるために各国が進めている年金改革等を踏まえた年金・医療・介護・失業等に関する社会保障支出が経済成長とどのような関係になるのかを実証的に検討し、社会保障支出の GDP に占める比率の将来推計を行うことが、重要な政策課題の一つとなっている。そのため、2001年にはEU15カ国について高齢化の社会保障支出に及ぼす影響に関する研究プロジェクトが実施され、報告書がとりまとめられた(Economic Policy Committee, 2001)。

ただし、この段階ではEU全体の社会保障支出の将来推計を試みるのが目的であったため、推計方法には改善の余地が残るものとなっていた。その後、2004年に、EU拡大に向けた新規加盟国を含む将来人口推計がEUROSTATにより公表され、拡大EUの少子高齢化の進展がより具体的に認識されるようになり、またユーロの導入で、社会保障財政を含む各国政府の財政運営が財政赤字に関する収斂基準を満たすように運営されなければならない状況となったため、経済政策委員会(EPC)は、2003年に高齢化が社会保障給付費等の公共支出に及ぼす影響に関する推計作業を行うために、Ageing作業部会(AWG)を設立した。AWGは2003年に諸外国の有識者を集めて、推計方法に関するワークショップを行い、推計作業の改善に努めた。この専門家による準備作業を踏まえて、経済政策委員会(EPC)と経済財政委員会(ECOFIN)は、25の全加盟国を対象として、高齢化が年金、医療、介護、教育、失業給付を含む公共支出に及ぼす影響に関する各国の比較研究と将来推計を行うこととなった。将来推計の方法と前提については、2005年に報告書が出され(Economic Policy Committee 2005a, 2005b)、それに基づく将来推計の結果が2006年に公表された(European commission, 2006)。この推計を参照して、2007年と2008年に拡大EUにおける医療・介護政策の報告書が公表された(European commission, 2007, 2008)。

本稿では、このような拡大EUにおける高齢化が社会保障給付を含む公共支出に及ぼす影響に関する研究の展開を推計方法の特徴と推計結果を視点に考察し、さらに拡大EUの推計結果とわが国の社会保障給付費の推計結果を比較することにより、わが国への示唆を導きたい。そのため、報告書(European Commission, 2006)では、失業給付と教育費の推計も行っているが、以下では、年金・医療・介護に関する推計を取上げて考察する。次節では、EUの財政金融政策とくに通貨統合と社会保障支出との関連性について述べ、3節では拡大EUの将来人口推計に基づいて拡大EUの高齢化について述べる。4節では拡大EUの社会保障支出の推計方法を概観し、5節では推計結果を検討する。6節で、拡大EUの推計結果とわが国の社会保障給付費に関連する推計結果との比較を行い、わが国への示唆と今後の課題について述べる。

## 2. 拡大EUの通貨統合と社会保障財政との関連性

EU通貨統合を規定した欧州連合条約(マーストリヒト条約)では、通貨統合に参加するための条件として、一般政府の財政赤字を対GDP比で3%以内に収めることなどが規定されている。このような内容を持つ同条約が調印された1990年代前半では、EU加盟国の財政赤字は大きく、財政赤字の対GDP比のEU全体の平均で見ると、90年で3.5%、95年には5.2%に達していた。なかでもイタリアの財政赤字の対GDP比は大きく、90年時点で11.0%にまで達していた。また、同国では80年代を通じて大幅な赤字が継続してきたことから、公的債務残高の対GDP比は90年に97.3%、95年には123.3%に達していた(久保, 2002)。

しかし、90年代半ば以降、EUでは、通貨統合後の財政規律を維持するために「安定成長協定」が締結され、同3%以上の財政赤字を放置した国に

対して「罰金」を課すこともありうる事が決まり、その影響の下で EU 各国の財政再建が急速に進展した。通貨統合参加国を決定した 97 年のデータでみると、EU 全体の財政赤字は対 GDP 比で 2.4% にまで低下し、その結果、2002 年に 12 カ国の間で通貨統合が実現した(久保, 2002)。

このような通貨統合のための財政基準を維持するために、各国が社会保障支出に対してどのような姿勢で臨んだのかを示す一例として、イタリアを挙げることができる。イタリアは、欧州連合条約の調印を受け、1993 年、歳入増加策がない限り新たな歳入増加策は認めないという「オプリコ・コペルツラの原則」を導入した。これにより、中央政府からの社会保障給付等の移転支出の抑制を図り、とくに 1995 年・年金改革では、財政方式は賦課方式を維持しながら年金支給額は報酬額(退職前の賃金等)ではなく拠出額に基づく拠出額方式(Sistema contributivo)に改めて、年金給付の伸びを抑制することが図られた(小島, 1996)。また、介護等を担う地方政府については、地方分権化につながる財政制度改革が進められ、地方政府の財源強化が図られた。

通貨統合が実現した後に、欧州委員会は、将来にわたり財政規律を保ち通貨統合を維持していくため、各国の財政支出において高齢化の進展の影響を受ける社会保障支出の動向に注目した。欧州委員会では、EU 拡大の動きの中で、拡大 EU の高齢化を把握するための将来人口推計に取り組むと共に、高齢化が社会保障に及ぼす効果についても研究を展開することとなったのである。

### 3. 拡大 EU における少子高齢化の進展と労働力人口の推移

#### —EUROSTAT2004 の人口推計を踏まえて—

拡大 EU の人口は、すべての加盟国で出生率が置換率を下回っている。さらに、EUROSTAT の

2004 年将来人口推計によれば、出生時点の平均余命が今後 50 年間で 6 年伸びると予測されているので、今後も少子高齢化が進むと予測されている。この将来人口推計では、既存の EU15 カ国と新規加盟国 10 カ国について、異なる前提を置いて推計を行っている。まず、EU15 カ国については、出産のタイミングの遅れと出生率の回復のトレンドを考慮した推計を行っているのに対して、新規加盟国については、2004 年当時は必ずしも統一的なデータは整備されていなかったため、オランダの学際的人口学研究所(Interdisciplinary Demographic Institute, NIDI)の研究に基づくデータを用いて推計を行っている。このような出生力関連データに基づく推計によれば、拡大 EU25 カ国全体の平均的な合計特殊出生率は、2004 の 1.48 から 2030 年には 1.60 まで上昇し、それ以降 2050 年までそのレベルで推移すると予測されている。

出生時の平均余命は 1960 年から 2000 年までの間に、EU 加盟国平均で 8 年増加した(一年当たり約 3 カ月の伸び)。EUROSTAT は、近年に至る数 10 年間続いたこのような平均余命の変化は、その伸び率は低下するものの今後も続くとして予測している。すなわち、EUROSTAT は、1985 年から 2002 年を推定期間とする実証分析で示された年齢階級別死亡率の低下傾向(トレンド)が 2019 年まで続き、その後はその低下の程度が減速すると仮定している。その結果、EU 加盟国平均では、男女それぞれ平均余命が 6.3 年と 5.1 年増加すると予測されている<sup>1)</sup>。

このような拡大 EU 全体の少子高齢化は、社会保障財政の主たる担い手である生産年齢人口にも長期的な影響を及ぼす。中期的には、リスボン雇用目標の達成や、年金の支給開始年齢の引き上げなどによる高齢者雇用も見込まれるため、雇用労働者数は 2017 年まで増加する可能性がある。しかし、それ以降は、ベビーブーム世代の引退の影響が大きくなり、生産年齢人口(15～64)は次第に減少に転じ、2050 年までに 4800 万人(2004 年の生

産年齢人口の16%)低下すると予測されている。対照的に、老年人口(65歳以上人口)は2050年までに5800万人(2004年の老年人口の77%)も増加すると予測されている。その結果、老年従属人口指数(生産年齢人口に対する老年人口の比率)は、2050年に51%に達し、拡大EU全体の平均で見て、2004年では生産年齢人口4人で1人の高齢者を支えているのに対して、2050年には2人で1人の高齢者を支える状態になることが予測されている。

#### 4. 拡大EUにおける高齢化が社会保障支出に及ぼす影響に関する推計方法

一般的に、社会保障支出の将来推計のためには社会保障を構成する各制度の特徴を、できるだけ推計に反映させる必要がある。拡大EUの社会保障支出の推計では、このような推計上の工夫に加えて、加盟国各国の制度の共通点と相違点も考慮する必要がある。2006年の拡大EUの社会保障支出の将来推計(European commission, 2006)では、年金制度については、財政方式の違いが年金基金の積立金に相違をもたらし、これが金融財政基準と関連するため、国ごとの制度の相違に着目した推計を行っている。これに対して、医療支出と介護支出については、加盟国いずれも積立金を保有する制度ではないので、基本的には男女別・年齢別の医療費および介護費用を将来推計人口の年齢別分布に案分する方法で、推計を行っている。ただし、医療支出と介護支出には、平均余命の伸びなどの人口学的要素、医療需要の所得弾力性や介護サービス提供の件費の伸びなどの経済学的要素が関連するため、これらの要素について別途考察を加えて、多様な仮定に基づくケース別の推計(感度分析)を行っている<sup>2)</sup>。

以下、年金・医療・介護の制度別に推計方法の特徴を整理し、各国間の制度の相違を踏まえながら拡大EU共通の推計を行うための手法等につい

て考察する。

##### 4.1 年金給付

・推計の前提としての年金制度の多様性：EU加盟国の年金制度は多様であるが、各国とも公的な年金制度が中心をなしており、それを補完する形で職域年金、企業年金、個人年金等がある。多くのEU加盟国では、公的な所得比例の老齢年金が中心となっており、給付額がごく限られてしまう者あるいは受給資格が得られない者に対しては、最低生活保障の役割を果たす補足的な年金(最低補償年金と呼ばれるもの等)か、またはこれらの対象者を公的扶助で救う手だてが用意されている。これに対して、デンマーク、オランダ、アイルランド、およびイギリスでは、定額の老齢年金が中心となり、所得比例の部分は職域年金や企業年金にゆだねられている<sup>3)</sup>。また、スウェーデンや新規加盟国のリトアニア、エストニア、ラトビア、ハンガリー、ポーランド、スロバキアなどのように所得比例の老齢年金が中心であっても、その一部分に義務的な個人年金勘定の部分があり、それが政府の財政余剰としてではなく民間貯蓄として国民経済計算上扱われる国々もある<sup>4)</sup>(この場合、年金財政収支の赤字はそのまま政府部門の赤字に影響するのではなく、点に留意する必要がある)。

・推計に含まれる年金給付：年金給付には、老齢年金給付、早期退職者給付(年金の繰り上げ支給)、障害給付、遺族年金給付(未亡人と孤児に対する年金給付)、および引退後の生活保障という目的に照らして年金給付と同様の機能を有する現金給付を含んでいる。ただし、引退後の生活保障のための現物給付の費用の一部を還付する形で所得保障することは、この推計には含まれていない。

・被保険者数：労働力人口の将来推計の前提に従い、2017年までは就業率の上昇による生産年齢人口の増加と年金受給年齢の引き上げによる高齢者雇用の増加により、被保険者も増加するが、その後は、これらの要因の影響が減衰するために、被



保険者の伸びも緩やかになると想定している。

・保険料：保険料は、自営業者による保険料、雇い主と従業員によって支払われた保険料を含む。将来の保険料については、各加盟国で推計期間に保険料の変更を伴う年金改革が予定されていない限り、2004年の保険料がその後も続く想定して推計を行い、保険料の変更が予定されている場合にはその変更に従って推計を行っている。

・公費負担：各加盟国の年金制度で、年金財政に公費負担がある場合には、これを含めた推計を行っている。将来推計では、加盟国各国の年金改革の予定や労働力人口の相違によって、保険料収入の伸びと公費負担の伸びが比例的でない場合もあり、その結果、保険料収入と公費負担との割合が変動する場合もある。拡大 EU では、このような年金財政の財源の構成割合の変化も含めた推計を行っている。

・年金基金の運用利回り：年金財政収支には、単

年度の保険料収入と年金給付の収支に加えて、年金基金の運用収入が影響を及ぼす。年金基金の運用利回りは、3.0%の実質利回りが将来も続く想定して推計を行っている。これに対して、年金基金の一般管理費用については、推計に含めていない。

#### 4.2 医療支出

2006年の推計 (European commission, 2006) では、医療支出は医療需要と医療供給にかかわる複雑な諸要因によって決まるという観点から、平均余命の伸びなどの人口学的要素、医療需要の所得弾力性や医療サービス提供の件費の伸びなどの経済学的要素について考察を加え、多様な仮定に基づくケース別の推計(感度分析)を行っている。医療支出に影響する諸要因については、EPC と欧州委員会(2005b)によるレビューに基づいて、高齢者の健康状態の指標、経済成長と所得水準(一人当たり GDP など)、新技術と医学の進歩、医療制度・

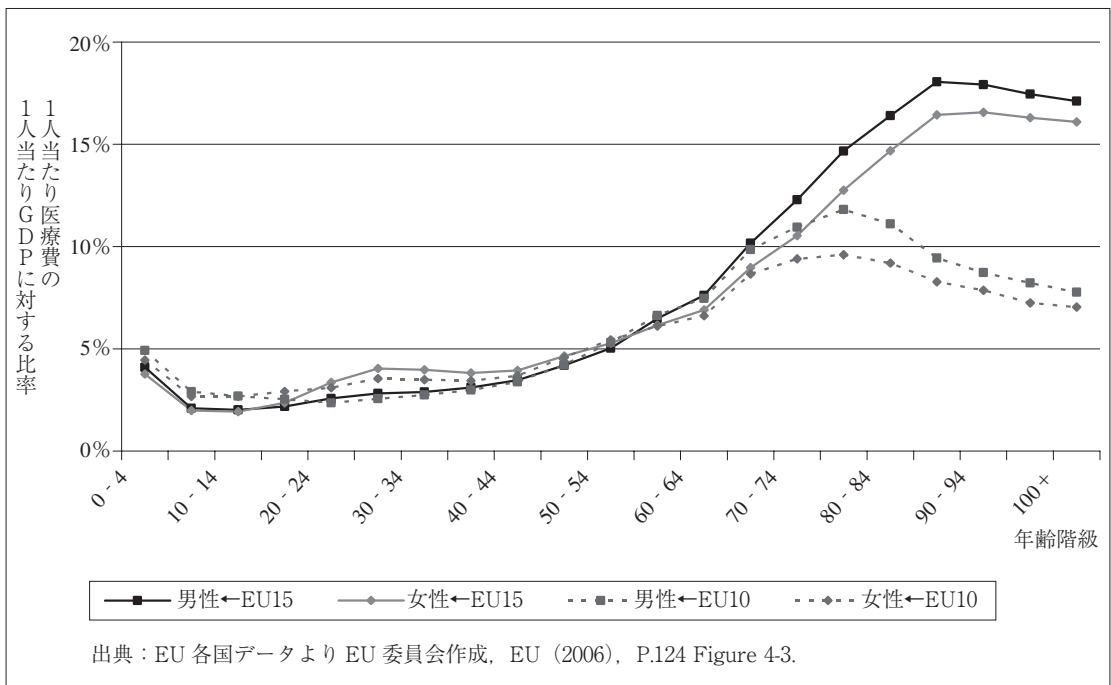


図1 性別・年齢階級別の1人当たり医療費のプロフィール (EU15カ国と新規加盟国10カ国の比較)

医療提供体制とファイナンス、医療に係わる人的資本などに着目して、可能な範囲でこれらの要素を推計に反映させている。

具体的には、以下の六つの要素に着目した推計方法(シナリオ)を採用している。

・加齢効果のみに着目する推計方法：この推計方法は、2001年のAWGの推計に使用されたのと同じ方法である。それは、図1に示される基準年(2004)の性別・年齢階層別の1人当たり医療費が今後も一定のまま推移すると仮定して推計する方法である。この仮定の下では、平均余命が伸びると伸びた年数だけ一人当たり医療費も増加することになり、余命の伸びと関連する医療を必要としない高齢者の健康増進を考慮しないことになる。ただし、この方法は推計しやすい方法ではあるが、いわば‘病的状態の拡大’仮定といえるものであり、平均余命が伸びると一人当たり医療費も比例的に増加するバイアスを伴っている。

・高齢者の健康状態が一定と仮定する方法：この推計方法は、生涯において医療を必要とする期間は、2004年から2050までの間変化せず同じ期間(長さ)であると仮定する。これは、高齢者が医療を必要とする期間を延ばさないように健康増進に努めるために生涯における健康な期間が延び、それが余命の伸びに反映されるといういわゆる‘動的平衡’仮説に基づく想定である。すなわち、平均余命におけるすべての将来の利得が健康状態の伸びとして見なされる推計である。

・死亡関連の医療費に基づく推計：これは、生涯における医療費は終末期に多く掛かるという点に着目して、高齢死亡者の終末期医療費と一般の高齢者の医療費の相違も考慮した年齢別一人当たり医療費のプロフィールを実証分析で推定し、これを用いて、年齢別医療費を推計する方法である(死亡関連のコストに関する実証的証拠に関しては、報告書(European commission, 2006) 4.3に詳しく述べられている)。

・所得効果を考慮した推計：これは、医療需要の所得弾力性を考慮して推計する方法である。医療需要の所得弾力性が基準年においてEU加盟国平均で1.1と等しく、2050年までの間に直線的に1に収斂すると仮定するものである。基準年の医療需要の所得弾力性は、最近の10数年間の実証分析結果を参考にしてその値を設定している。

・年齢階級別の医療費(医療コスト)がGDPの成長に伴う実質賃金の伸びと比例すると仮定する方法：この方法は、年齢別医療費のプロフィールを将来も一定であると想定する点では、第1の方法と同じであるが、医療費の伸びと経済成長との関連性を考慮している点で異なる。

・AWGが提案した方法：これは、上記の幾つかの推計方法(シナリオ)を組み合わせるものである。ただし、終末期医療費を考慮するには、これを含む年齢別医療費のプロフィールの実証分析はまだ暫定的なものであるという慎重な考え方に立ち、この想定以外の仮定を組み合わせている。具体的には、医療需要の所得弾力性を考慮すると共に、年齢別の医療費について、医療費の年齢別プロフィールが将来も続くとして仮定する場合の医療費と生涯における医療費が一定と仮定する場合の医療費との平均を採用するという方法である。このシナリオは、拡大EUで健康増進策の有効性を検討するために、平均余命の伸びが生涯における健康な期間と関連しているという見解を反映する推計を示す必要性があるために提案されたものである。

なお、新規加盟国の医療費の推計に当たっては、新規加盟国と既存加盟国との間には一人当たり医療費に現状では格差があるが、将来的には医療供給の費用構造は統一的なEU社会政策の基準を反映した医療政策、資本移動や労働移動を通じた医療提供体制への影響などにより、その医療費の格差は縮小していくと仮定している。

### 4.3 介護支出

医療支出と同様に、介護支出についても、平均余命の伸びなどの人口学的要素、介護サービス提供の件費の伸びなどの経済学的要素が関連するため、これらの要素について考察を加えケース別の推計(感度分析)を行っている。具体的には、新規加盟国を含めた推計が行えるように、マクロレベルデータを使用するが、高齢化が将来の介護費用に及ぼす影響を捉えることができるように、介護費用に影響するできるだけ多くの要素を含めるように努めている<sup>5)</sup>。その要素とは、将来の高齢者数、何らかのケアを必要とする高齢者数(要支援高齢者数)、公的な介護を用いる要介護高齢者数、公的ではない民間の(インフォーマル)な介護を用いる高齢者数、公的介護と民間介護のバランス、公的な介護システムの中の在宅介護と施設介護それぞれにおける一人当たり介護費用である。

この推計では、公的な介護制度による給付費を基本的な介護支出とみなしているが、各国の介護制度の相違を反映して公的な介護とそうではない民間の(インフォーマルな)介護を含めた推計も行っている。推計方法は次のような三段階からなっている。

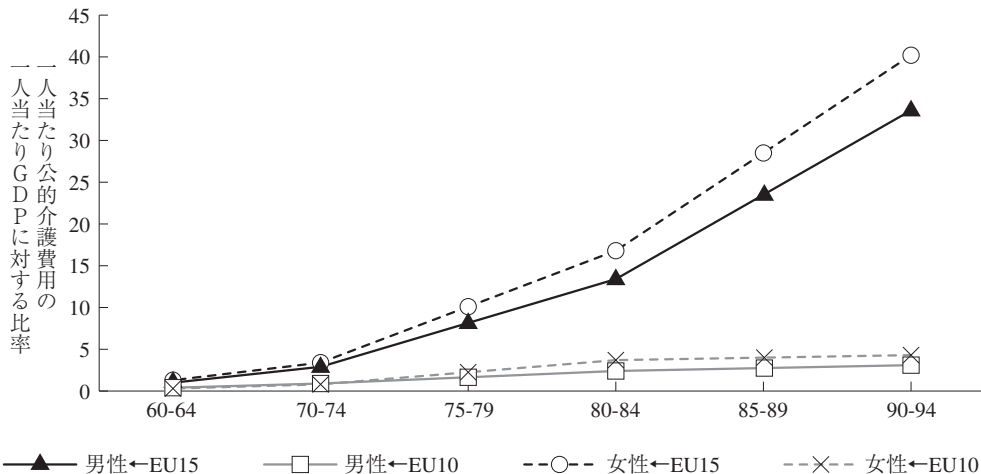
第1ステップで、高齢者の推計人口を与えて、これに公的か民間かにかかわらず何らかの支援を必要とする高齢者人口(要支援高齢者)の割合をかけて、要支援高齢者数を推計する。その後、在宅と施設を合わせた公的な介護を用いる人々、すなわち要介護高齢者数を推計する<sup>6)</sup>。

第2ステップでは、性別・年齢階級別に、要支援高齢者数を、非公式の介護を受ける部分、公的な介護で在宅介護を受ける部分、公的な介護で施設介護を受ける部分へ割り振る推計を、加盟国によって提供される介護状態の推移に関するデータ等に基づいて行う。しかし、医療の場合と異なり、介護の場合には18カ国(チェコ共和国、リトアニア、ラトビア、マルタ、ベルギー、デンマーク、ドイツ、

スペイン、アイルランド、イタリア、ルクセンブルク、オランダ、フィンランド、スウェーデン、イギリス、ポーランド、スロバキアとスロベニア)からしか介護に関するデータが得られず、加盟国全体のデータを集めるのは困難であった。そこで、データのない国々については、SHAR (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) データに基づく推計値を変数として使用するか、データのあるEU加盟国の平均値をその国の変数として使用している。

第3ステップでは、在宅介護と施設介護それぞれの介護費用のデータを加盟国から提供してもらい、公的介護の在宅介護と施設介護の年齢別の利用者一人当たりの費用(公費)を、対応する介護の利用者数にかけて、性別・年齢階級別の公的介護費用を推計する(図2)。ここでは、年齢階級別の費用のプロフィールが一定であるという仮定に加えて、介護費用の引き上げが予定されていないという仮定を設けている。そして、上記の公的介護費用を集計して、各国の総介護費用を推計する。なお、現金給付のある国の場合には、この段階で、現金給付の推計値を加えてその国の総介護費用を推計している。

上記の推計方法には、NPO などによる民間の(インフォーマルな)介護と公的な介護との関係を固定的にとらえている側面がある。公的な在宅介護とNPO などによる民間の介護とは代替または補完の関係にあるために影響し合うはずであるが、公的介護の性別・年齢別介護費用のプロフィールを将来も一定と仮定することは、そのような相互作用を捨象していることを意味する。そこで、2006年の推計では、性別・年齢別介護費用のプロフィールは一定であるという仮定の下に推移する場合を基本的な場合として、上記の推計方法に示された介護費用に影響を及ぼす諸要因を考慮した場合に加えて、要支援高齢者における公的介護のシェアが増加するという仮定の下に介護費用が推移する場合を含む複数の推計を行っている。具体的には、



出典：European Commission (2006) の推計結果 (Table 5-3, 5-4) より筆者作成。

図2 性別・年齢階級別の一人当たり公的介護費用のプロフィール

医療支出の推計で想定した場合を参考に、基準となる場合と比較するため、性別・年齢別の介護費用が一人当たり GDP の成長に伴い上昇するという仮定の下で推移する場合、生涯における要介護状態の期間が一定の長さであるという仮定の下に一人当たり介護費用が推移する場合、要支援高齢者における公的介護のシェアが増加するという仮定の下に介護費用が推移する場合、AWG の想定に基づく場合それぞれについて推計を行っている。

## 5. 拡大 EU における高齢化が社会保障支出に及ぼす影響に関する推計結果

### 5.1 年金給付の推計結果

表1は、2004年の年金給付の対GDP比と各国の現行の年金制度が維持されると仮定した場合(基準ケース)の2050年の年金給付の対GDP比を示すと共に、平均余命が伸びた場合、雇用率が上昇した場合、高齢者雇用率が上昇した場合、労働生産性が上昇した場合、労働生産性が減少した場合、年金基金の運用利回りの利率が上昇する場合それぞれについて、基準ケースと比べて対GDP比がどれ

だけ上昇するかまたは減少するかを比較したものである。報告書(European commission, 2006)に示された推計結果では、2004年から2050年までの間の10年おきに推計値が示されているが、ここでは、異なる想定に基づく推定結果を一覧して比較するために、2004年と2050年の年金給付の対GDP比のみを示すこととした。

報告書に示された基準ケースの推計結果によれば、推計期間の2004年から2050年の間で、公的年金支出は国ごとに異なった推移を示すが、どの国も高齢化に伴う年金給付受給者数の増加により年金給付が増大し、年金給付の対GDP比も上昇する点では共通している。10年おきの推計結果によれば、新規加盟国(EU10)の多くの国々では、推計の期間の後半部分、2030年～2050年に高齢化の影響が現れる。ただし、新規加盟国では、年金給付の対GDP比の変化に大きな格差が見られる。とくに、ハンガリーでは年金給付が抑制されるために、2050年の年金給付の対GDP比は2004年よりも減少する。そして、新規加盟国におけるハンガリーの人口がその他の国々と比べて大きいため、新規加盟国の年金給付の対GDP比も2004年と比



表1 年金給付費の推計結果の比較(対GDP比 %)

	2004年の年金給付費の対GDP比	各国の基準ケースに基づく推計		各国の基準ケースの推計による2004年から2050年までの増加と比べた場合の差						基準ケースでの保険料収入の年金給付に対する比率の変化(2004～2050)(%ポイント)
		2050	2004から2050までの増加	平均余命が伸びた場合	雇用率が上昇した場合	高齢者雇用率が上昇した場合	労働生産性が上昇した場合(実質GDPの上昇)	労働生産性が減少した場合(実質GDPの減少)	利子率が上昇する場合	
BE	10.4	15.5	5.1	0.5	-0.2	-0.3	-0.4	0.3	0.0	
CZ	8.5	14.0	5.5	0.4	-0.2	-0.3	-0.3	0.2	0.0	-4.2
DK				0.6	0.0	-0.3	0.0	0.0	0.0	
DE	11.4	13.1	1.7	0.2	-0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	
EE	6.7	6.6	-0.1	0.1	0.0	-0.4	-0.2	0.2	0.0	-4.7
GR										
ES	8.6	15.7	7.1	0.1	-0.1	-0.1	-0.9	1.0	0.0	
FR	12.8	14.8	2.0	0.6	-0.1	-0.4	-0.4	0.5	0.0	-13
IE				0.3	-0.1	-0.1	0.0	0.0	0.0	-46
IT	14.2	14.7	0.5	0.3	0.0	0.2	-0.5	0.6	0.0	1
CY	6.9	19.8	12.9		-0.1		-1.4	1.6	0.0	-44
LV	6.8	8.3	1.5	0.2	0.0	0.0	-0.1	0.2	0.0	-7
LT	6.7	10.4	3.7	0.4	-0.2	-0.3	-0.3	0.0	0.0	-29
LU	10.0	17.4	7.4				-0.1	0.1	0.0	-41
HU	10.4	20.3	9.9	-0.3	-0.7	-1.1	-0.4	0.2	0.0	-35
MT	7.4	7.0	-0.4	0.5	-0.1	0.0	-0.7	0.7	0.0	-48
NL	12.4	20.0	7.6	0.5	-0.1	-0.1	-0.1	0.0	0.0	-29
AT	13.4	12.2	-1.2	0.4	-0.2	-0.4	-0.8	1.0	0.0	3
PL	13.9	9.3	-4.6	0.2	-0.2	0.0	-0.4	0.2	0.0	44
PT	11.1	20.8	9.7	0.6	-0.2	-0.2	-1.2	1.3	0.0	-50
SI	11.0	19.3	8.3	0.6	-0.4	-0.9	-0.1	-0.2	0.0	-27
SK	7.2	11.2	4.0	0.5	0.0	0.1	-0.2	0.2	0.0	-41
FI	10.7	13.7	3.0	0.2	0.0	-0.2	-0.4	0.5	0.1	-4
SE	12.9	13.9	1.0	0.3	-0.1		-0.2	0.3	0.3	-8
UK				0.2	-0.1	-0.1	-0.4	0.3	0.0	-14
EU25	11.9	14.6	2.7	0.3	-0.1	-0.1	-1.2	0.4	0.0	-8
EU15	12.0	14.8	2.8	0.3	-0.1	-0.1	-12.1	0.4	0.0	-8
EU10	10.9	12.6	1.7	-0.2	-0.3	-0.7	-11.6	0.2	0.0	-4

注1: 拡大EUの25カ国の値(EU25)、拡大前の15カ国の値(EU15)、新規加盟国10カ国(EU10)の値は、それぞれ加盟国の人口をウェイトとする加重平均値である。

2: 加盟国の記号は次のとおり。BE: ベルギー、CZ: チェコ、DK: デンマーク、DE: ドイツ、EE: エストニア、GR: ギリシャ、ES: スペイン、FR: フランス、IE: アイルランド、IT: イタリア、CY: キプロス、LV: ラトビア、LT: リトアニア、LU: ルクセンブルク、HU: ハンガリー、MT: マルタ、NL: オランダ、AT: オーストリア、PL: ポルトガル、SI: スロベニア、SK: スロバキア、FI: フィンランド、SE: スウェーデン、UK: イギリス

出典: Table 3-17, 3-25, 3-28より、筆者作成。

べて2050年で若干減少する結果となっている。

平均余命が伸びた場合、基準ケースと比較すると、既存加盟国(EU15)では年金給付の対GDP比は増加するが、ハンガリーの年金制度では年金給付の伸びが高齢化につれて減少する仕組みがあるため年金給付の対GDP比が減少し、その影響で新規加盟国(EU10)では年金給付の対GDP比が若干減少する。生産年齢人口の雇用率が上がると

GDPが増加するため、年金給付の対GDP比は減少するが、それが減少する程度は経済成長率が低い既存加盟国では小さく、経済成長率が高い国を含む新規加盟国では既存加盟国よりも大きい。高齢者雇用率の上昇は、年金支給開始年齢引き上げの後の年金受給者数を減少させるため、基準ケースと比べて年金給付の対GDP比を減少させるが、失業率が高く早期退職者の多い国々を含む新規加

盟国の方が対 GDP 比を減少させる程度が大きい。労働生産性の上昇は、雇用率の上昇による場合よりも推計期間の後の期間になるほど GDP がより大きくなるため、2050 年の年金給付の対 GDP 比は、基準ケースと比べてもまた雇用率が上昇した場合より大きく減少する。反対に、労働生産性が減少した場合には 2050 年の GDP の推計値が基準ケースの場合よりも減少するため、年金給付の対 GDP 比は増加する。年金基金の運用利回りの利率の影響は、EU 各国の年金制度は基本的に賦課方式であるため大きな影響にはならない。ただし、年金制度の中に個人年金勘定部分のあるフィンランドとスウェーデンではその影響が現れ、利率が上昇(減少)する場合には年金給付の対 GDP 比が増加(減少)する。

保険料だけで将来の公的年金給付を賄えるかどうかは、一般財源からの公費負担の変化を通じて通貨統合の基準とも関係する財政赤字に影響するので、加盟国にとって政策課題となる。したがって、報告書(European Commission, 2006)では、保険料収入の年金給付総額に対する比率を 2050 年まで推計している(表 3-25, p.104)。その結果、ほとんどの国で保険料収入の比率が低下し、公費負担の必要が高まることが明らかとなった。

ただし、その必要性には、各国の公的年金の成り立ちが、社会的連帯に基づく賦課方式の老齢年金であるのか、老年期の貧困防止を目的とする定額の老齢年金のかなどの点で違いがあり、各国の年金財源の構成も異なっているため、相違が見られる。また、フランスとスウェーデンでは、障害年金(給付)が疾病保険の下にあるため、障害年金に充当されるために疾病保険に支払われた保険料は、年金財政の推計に含まれないことに留意する必要がある。表 1 の右端の列に見られるように、推計の初期時点(2004 年)では、チェコ、エストニア、フランス、ラトビア、リトアニア、およびルクセンブルクでは、保険料だけでほぼ完全に年金財政が

維持されている。他方、保険料だけでは年金財源が足りず、ドイツ、イタリア、オーストリア、およびスウェーデンでは年金財源の約 1/3、ポーランドではその 40%以上の公費負担がある。

これに対して、推計期間の最終年次 2050 年では公的負担の必要性がポーランド、アイルランド、ハンガリー、ルクセンブルク、マルタ、オランダでさらに大きくなっている。EU では、平均的に、公的年金の財源に占める保険料の割合は 2004 年と 2050 年の間に約 80%から 72%まで低下すると推計されている。

## 5.2 医療支出の推計結果

表 2 は、2004 年の医療支出の対 GDP 比と、各国の性別・年齢別一人当たり医療費のプロフィールが推計期間にわたって続くと仮定した場合(基準ケース)の 2050 年の医療支出の対 GDP 比を示すと共に、生涯の医療需要期間一定の仮定に基づく推計、終末期医療費の抑制を考慮した推計、医療需要の所得弾力性の仮定に基づく推計、医療費の単位コストが経済成長と共に上昇する仮定に基づく推計、AWG の想定に基づく推計それぞれにおける 2050 年の対 GDP 比を示したものである。報告書(European commission, 2006)では、年金給付の推計結果よりも詳しく、それぞれの場合ごとに 2004 年から 2050 年までの間の 5 年おきに推計値が示されているが、ここでは、基準ケースと異なる想定に基づく推定結果を一覧して比較するために、2004 年と 2050 年の医療支出の対 GDP 比を示す。

報告書に示された基準ケースの推計結果によれば、推計期間の 2004 年から 2050 年の間で、どの国も高齢化に伴う医療給付受給者数の増加により医療支出が増加し、その結果、医療支出の対 GDP 比も増加している。

生涯の医療需要期間一定の仮定に基づく場合、基準ケースと比較すると、既存加盟国(EU15)と新規加盟国(EU10)それぞれの平均で見ると共に医療支

表2 医療費の推計結果の比較 (対 GDP 比 %)

	2004年 の医療費の対 GDP比	t4-8		t4-9		t4-10		t4-11		t4-12		t4-13	
		年齢別医療費に 基づく推計(基 準ケース)		生涯の医療需要 期間一定の仮定 に基づく場合		終末期医療費の 抑制を考慮した 場合		医療需要の所得 弾力性の仮定に 基づく場合		医療費の単位コ ストが経済成長と 共に上昇する仮 定に基づく場合		AWGの想定に 基づく場合	
		2050	2004から 2050 までの 増加	2050	2004から 2050 までの 増加	2050	2004から 2050 までの 増加	2050	2004から 2050 までの 増加	2050	2004から 2050 までの 増加	2050	2004から 2050 までの 増加
BE	6.2	7.7	1.5	6.9	0.7	7.3	1.1	8.0	1.8	9.1	2.9	7.6	1.4
DK	6.9	8.0	1.1	7.1	0.2	7.6	0.7	8.3	1.4	8.6	1.7	7.8	0.9
DE	6.0	7.3	1.3	6.7	0.7	7.0	1.0	7.6	1.6	7.8	1.8	7.2	1.2
GR	5.1	6.9	1.8	6.3	1.2	6.5	1.4	7.2	2.1	7.9	2.8	6.8	1.7
ES	6.1	8.3	2.2	7.7	1.6	8.0	1.9	8.7	2.6	9.4	3.3	8.3	2.2
FR	7.7	9.5	1.8	8.8	1.1	9.1	1.4	9.9	2.2	10.1	2.4	9.5	1.8
IE	5.3	7.3	2.0	6.4	1.1	6.8	1.5	7.7	2.4	7.7	2.4	7.3	2.0
IT	5.8	7.2	1.4	6.6	0.8	6.8	1.0	7.4	1.6	7.8	2.0	7.1	1.3
LU	5.1	6.2	1.1	5.6	0.5	6.0	0.9	6.7	1.6	4.9	-0.2	6.3	1.2
NL	6.1	7.4	1.3	6.9	0.8	7.1	1.0	7.7	1.6	7.9	1.8	7.4	1.3
AT	5.3	6.9	1.6	6.3	1.0	6.6	1.3	7.2	1.9	7.6	2.3	6.8	1.5
PT	6.7	7.3	0.6	6.6	-0.1	6.9	0.2	7.5	0.8	8.5	1.8	7.2	0.5
FI	5.6	7.0	1.4	6.4	0.8	6.7	1.1	7.3	1.7	7.5	1.9	7.0	1.4
SE	6.7	7.8	1.1	7.0	0.3	7.5	0.8	8.1	1.4	8.1	1.4	7.7	1.0
UK	7.0	9.3	2.3	7.9	0.9	8.8	1.8	9.7	2.7	10.0	3.0	8.9	1.9
CY	2.9	4.0	1.1	3.6	0.7	3.8	0.9	4.2	1.3	4.2	1.3	4.0	1.1
CZ	6.4	8.3	1.9	7.5	1.1	7.8	1.4	8.9	2.5	9.8	3.4	8.4	2.0
EE	5.4	6.3	0.9	5.7	0.3	5.9	0.5	6.9	1.5	6.5	1.1	6.5	1.1
HU	5.5	6.5	1.0	5.8	0.3	6.0	0.5	6.9	1.4	7.1	1.6	6.5	1.0
LT	3.7	4.4	0.7	4.0	0.3	4.1	0.4	4.8	1.1	4.4	0.7	4.6	0.9
LV	5.1	5.9	0.8	5.3	0.2	5.5	0.4	6.5	1.4	6.1	1.0	6.2	1.1
MT	4.2	6.2	2.0	5.5	1.3	5.4	1.2	6.5	2.3	6.4	2.2	6.1	1.9
PL	4.1	5.4	1.3	4.8	0.7	5.0	0.9	5.8	1.7	5.4	1.3	5.5	1.4
SK	4.4	6.1	1.7	5.5	1.1	5.7	1.3	6.7	2.3	6.6	2.2	6.3	1.9
SI	6.4	7.8	1.4	7.3	0.9	7.4	1.0	8.3	1.9	9.4	3.0	8.0	1.6
EU25	6.4	8.1	1.7	7.3	0.9	7.7	1.3	8.4	2.0	8.7	2.3	7.9	1.5
EU15	6.4	8.2	1.8	7.4	1.0	7.8	1.4	8.5	2.1	8.8	2.4	8.1	1.7
EU10	4.9	6.1	1.2	5.5	0.6	5.4	0.5	6.6	1.7	6.6	1.7	6.2	1.3
	基準ケース再掲			基準ケースと比べた場合の2050年の対GDP比の差									
EU25	6.4	8.1		-0.8		-0.4		0.3		0.6		-0.2	
EU15	6.4	8.2		-0.8		-0.4		0.3		0.6		-0.1	
EU10	4.9	6.1		-0.6		-0.7		0.5		0.5		0.1	

注1：拡大EUの25カ国の値 (EU25)，拡大前の15カ国の値 (EU15)，新規加盟国10カ国 (EU10) の値は、それぞれ加盟国の人口をウェイトとする加重平均値である。

2：加盟国の記号は表1と同様。

出典：Table 4-8, 4-9, 4-10, 4-11, 4-12, 4-13より，筆者作成。

出の対 GDP 比は減少する。ただし、減少する程度は、医療給付の対 GDP 比の水準がより高い既存加盟国の方が、新規加盟国よりも大きい。

終末期医療費の抑制を考慮した場合、基準ケースと比べて医療支出の対 GDP 比は減少する。既存加盟国 (EU15) では、医療と介護との連携と分業が進んでいるため、後期高齢者は必ずしも医療の

みに頼る必要がないのに対して、新規加盟国 (EU10) では介護給付の提供体制が既存加盟国ほど整備されておらず、後期高齢者が医療に頼らざるを得ない部分が残されている。このような背景があるため、医療と介護との連携と分業による終末期医療費抑制の余地が残されている新規加盟国の方が、この場合の医療支出の対 GDP 比減少の

程度が大きいという推計結果となっている。

医療需要の所得弾力性の仮定に基づく場合、基準ケースと比べて医療給付の対 GDP 比は増加する。長期的には拡大 EU 加盟各国の経済成長率は一定に収斂し、医療需要の所得弾力性も 1 に収斂すると想定して推計しているが、推計期間の始めには既存加盟国と新規加盟国の間で経済成長率が相違するため、医療費の伸びにも差が生じる。その結果、この場合、基準ケースよりも高くなる医療支出の対 GDP 比が、既存加盟国よりも新規加盟国の方がさらに高い値をとるという推計結果となっている。

医療費の単位コストが経済成長と共に上昇する仮定に基づく場合、医療支出の対 GDP 比は他のどの場合よりも高く上昇する。すなわち、基準ケースと比べて 2050 年の医療支出の対 GDP 比は、拡大 EU25 カ国平均、既存加盟国平均(EU15)、新規加盟国平均(EU10)で見ると、それぞれ 0.6%ポイント、0.6%ポイント、0.5%ポイント上昇する。

AWG の想定に基づく場合、既存加盟国(EU15)では健康増進による医療費抑制の効果が作用して基準ケースと比べた場合よりも 2050 年の医療支出の対 GDP 比は減少するのに対して、新規加盟国(EU10)ではその効果が十分には発揮されず、2050 年の医療支出の対 GDP 比は基準ケースよりも若干増加する。

### 5.3 介護支出の推計結果

表 3 は、2004 年の介護支出の対 GDP 比と、各国の性別・年齢別一人当たり介護費用のプロフィールが推計期間にわたって続くと仮定した場合(基準ケース)の 2050 年の介護給付の対 GDP 比を示すと共に、介護の単位コストが経済成長と共に効率化されるという仮定に基づく推計、生涯の要介護期間一定の仮定に基づく推計、公的介護の提供割合が増加するという仮定に基づく推計、AWG の想定に基づく推計それぞれにおける 2050 年の対

GDP 比を示したものである。ちなみに、AWG の想定とは介護支出に影響する異なった要素の複合的な影響を見る想定であり、性別・年齢別の要介護率が性別・年齢別の死亡率が 1%減少するのに応じてその半分の 0.5%ポイント下がると仮定するものである。この想定は、2050 年までの予測される平均余命の伸びのすべてが要介護状態になるわけではなく、その伸びの半分の長さは介護費用のかからない健康状態となることを含意している。

医療支出の場合と同様に、報告書(European commission, 2006)では、それぞれの場合ごとに 2004 年から 2050 年までの間の 5 年おきに推計値が示されているが、ここでは、異なる想定に基づく推定結果を一覧して比較するために、基準ケースと各場合の 2004 年と 2050 年の介護給付の対 GDP 比を示すこととした。まず、基準ケースの推計結果によれば、推計期間の 2004 年から 2050 年の間で、どの国も高齢化に伴う介護給付受給者数の増加により介護給付が増加し、その結果、介護支出の対 GDP 比も増加する。ただし、介護支出の対 GDP 比の水準は医療支出のそれに比べて小さい。

次に、介護の単位コストが経済成長と共に効率化されるという仮定に基づく場合、基準ケースと比べて 2050 年の介護支出の対 GDP 比は、拡大 EU 全体と既存加盟国(EU15)ではそれぞれ 0.1 パーセントポイント低下するが、新規加盟国(EU10)ではその影響が見られない。

生涯の要介護期間一定の仮定に基づく場合、基準ケースと比較した場合の介護支出の対 GDP 比の低下の程度は、他のどの場合と比べてもより大きい。拡大 EU 全体と既存加盟国ではそれぞれ 0.4%ポイント、0.3%ポイント低下するが、新規加盟国でも 0.1%ポイント低下する。

公的介護の提供割合が増加するという仮定に基づく場合、民間の介護サービスには NPO などによる介護サービスがあり、一人当たり介護費用が公的介護の場合の方が民間の場合よりも高く想定



表3 介護費用の推計結果の比較(対GDP比 %)

	2004年の介護費用の対GDP比	t5-13		t5-14		t5-15		t5-17		t5-18	
		年齢別介護費用に基づく推計		介護費の単位コストが経済成長と共に効率化される仮定に基づく場合		生涯の要介護期間一定の仮定に基づく場合		公的介護の提供割合が増加するという仮定に基づく場合		AWGの想定に基づく場合	
		2050	2004から2050までの増加	2050	2004から2050までの増加	2050	2004から2050までの増加	2050	2004から2050までの増加	2050	2004から2050までの増加
BE	0.9	2.1	1.2	2.0	1.1	1.5	0.6	2.3	1.4	1.8	0.9
DK	1.1	2.6	1.5	2.4	1.3	1.9	0.8		-1.1	2.2	1.1
DE	1.0	2.3	1.3	2.2	1.2	1.8	0.8	2.8	1.8	2.0	1.0
ES	0.5	0.8	0.3	0.8	0.3	0.7	0.2	1.7	1.2	0.8	0.3
IE	0.6	1.3	0.7	1.3	0.7	1.0	0.4	1.6	1.0	1.2	0.6
IT	1.5	2.4	0.9	2.2	0.7	2.0	0.5	3.3	1.8	2.2	0.7
LU	0.9	1.7	0.8	2.1	1.2	1.3	0.4	2.1	1.2	1.5	0.6
NL	0.5	1.2	0.7	1.1	0.6	0.9	0.4	2.3	1.8	1.1	0.6
AT	0.6	1.5	0.9	1.4	0.8	1.5	0.9		-0.6	1.5	0.9
FI	1.7	4.0	2.3	3.7	2.0	3.0	1.3	4.6	2.9	3.5	1.8
SE	3.8	6.3	2.5	6.0	2.2	4.7	0.9	6.8	3.0	5.5	1.7
UK	1.0	2.0	1.0	1.9	0.9	1.5	0.5	3.6	2.6	1.8	0.8
CZ	0.3	0.8	0.5	0.7	0.4	0.6	0.3	1.2	0.9	0.7	0.4
LT	0.5	1.0	0.5	1.0	0.5	0.8	0.3	1.5	1.0	0.9	0.4
LV	0.4	0.8	0.4	0.8	0.4	0.6	0.2	3.0	2.6	0.7	0.3
MT	0.9	1.2	0.3	1.2	0.3	1.0	0.1	1.3	0.4	1.1	0.2
PL	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.4	0.3	0.2	0.1
SK	0.7	1.4	0.7	1.3	0.6	1.2	0.5	1.8	1.1	1.3	0.6
SI	0.9	2.4	1.5	2.1	1.2	1.9	1.0	3.6	2.7	2.2	1.3
EU25	0.9	1.7	0.8	1.6	0.7	1.3	0.4	2.3	1.4	1.5	0.6
EU15	0.9	1.7	0.8	1.6	0.7	1.4	0.5	2.4	1.5	1.5	0.6
EU10	0.2	0.5	0.3	0.5	0.3	0.4	0.2	0.9	0.7	0.5	0.3
	基準ケース再掲		基準ケースと比べた場合の2050年の対GDP比の差								
EU25	0.9	1.7		-0.1		-0.4		0.6		-0.2	
EU15	0.9	1.7		-0.1		-0.3		0.7		-0.2	
EU10	0.2	0.5		0.0		-0.1		0.4		0.0	

注1：拡大EUの25カ国の値(EU25)、拡大前の15カ国の値(EU15)、新規加盟国10カ国(EU10)の値は、それぞれ加盟国の人口をウェイトとする加重平均値である。

2：加盟国の記号は表1と同様。

出典：Table 5-13, 5-14, 5-15, 5-17, 5-18より、筆者作成。

されているため、拡大EU全体、既存加盟国(EU15)、新規加盟国(EU10)いずれについても、基準ケースよりも介護支出の対GDP比は増加する。ただし、既存加盟国よりも新規加盟国の方が対GDP比の伸びは小さい。その背景には、民間の一人当たり介護費用を旧社会主義国ではない既存加盟国中心のデータから推計しているため、既存加盟国よりも平均賃金水準の低い新規加盟国の公的介護の一人当たり費用とこのように推定される民間の一人当たり介護費用との差が、既存加盟国における公的介護費用と民間の介護費用との差よりも小さいという

推計上用いることのできるデータの影響があると考えられる。

AWGの想定に基づく場合、既存加盟国では健康増進による介護給付費抑制の効果が作用して基準ケースと比べた場合よりも2050年の介護支出の対GDP比は減少するのに対して、新規加盟国ではその効果が十分には発揮されず、2050年の介護支出の対GDP比は基準ケースと同じであると推計されている。

生涯の要介護期間一定の仮定に基づく推計の場合とAWGの想定に基づく推計の場合で介護支出

表4 拡大EU(EU25)、既存加盟国(EU15)、新規加盟国(EU10)の社会保障支出の推移(対GDP比)

	2004年の年金給付費の対GDP比		各国の基準ケースに基づく推計		2004年の医療給付費の対GDP比		各国の基準ケースに基づく推計		2004年の介護給付費の対GDP比		各国の基準ケースに基づく推計		2004年・医療介護給付費の対GDP比	2025年・医療介護給付費の対GDP比	2050年・医療介護給付費の対GDP比	2004年・年金医療介護給付費の対GDP比	2025年・年金医療介護給付費の対GDP比	2050年・年金医療介護給付費の対GDP比
	2025	2050	2025	2050	2025	2050	2025	2050	2025	2050								
EU25	11.9	12.8	14.6	6.4	7.0	8.1	0.9	1.1	1.7	7.3	8.1	9.8	19.2	20.9	24.4			
EU15	12.0	13.8	14.8	6.4	7.1	8.2	0.9	1.1	1.7	7.3	8.2	9.9	19.3	22.0	24.7			
EU10	10.9	9.9	12.6	4.9	5.4	6.1	0.2	0.35	0.5	5.1	5.75	6.6	16.0	15.65	19.2			

出典：表1, 表2, 表3, およびEuropean commission, 2006より筆者作成。

表5 わが国の政府部門による社会保障給付費の将来推計結果(対GDP比)

社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月推計)		
対GDP比	2006	2025
年金	9.3	8.7
医療	5.4	6.5
介護	1.3	2.3
医療介護小計	6.7	8.7
年金医療介護合計	15.9	17.5
社会保障国民会議最終報告書		
	2008	2025
医療介護(現状)	7.9	10.8
(改革)		12.0

出典：厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」(平成18年5月推計), 社会保障国民会議最終報告書より, 筆者作成。

の対GDP比が基準ケースと比べていずれも低下していることは、平均余命が伸びて高齢化が進む将来において、高齢期に要介護となることが避けられないとしても要介護率を低下させることが、介護支出の増加を抑制する要になることを示唆している。

## 6. わが国の社会保障給付費の推計結果と拡大EUの将来推計との比較

わが国でも、社会保障給付費が経済成長とどのような関係にあるべきか議論の対象となっているため、拡大EUと同様に政府部門による将来推計が行われている。厚生労働省大臣官房は平成18年5

月に「社会保障の給付と負担の見通し」を公表した。また、社会保障国民会議は、中間報告後の議論の一環として医療介護給付費の将来推計を行い、最終報告の資料としてその結果を公表している<sup>7)</sup>。わが国の社会保障給付費の将来推計と拡大EUの将来推計(European commission, 2006)の間には、推計期間と社会保障給付費(社会保障支出)の比率を取る国民経済指標が異なっている。推計期間については、わが国は2025年までであるのに対して、拡大EUは2050年までとなっている。また、比率をとる国民経済指標は、わが国は国民所得であるのに対して、拡大EUはGDPである。そこで、拡大EUの推計結果については、拡大EU全体、既存加盟国(EU15)、新規加盟国(EU10)に分けて、2004年の値および2025年と2050年の推計値を表にまとめ(表4)、わが国の推計結果については、比率を取る国民経済指標をGDPに換算し直した結果を表にまとめた(表5)。

拡大EUでは、2025年の年金、医療、介護の給付費の対GDP比はそれぞれ11.9%、6.4%、0.9%と推計されているのに対して、わが国の「社会保障の給付と負担の見通し」ではそれぞれ8.7%、6.5%、2.3%と推計されている。わが国の年金制度は、マクロ経済スライドが導入され高齢化率が上がると給付率の伸びも抑制されるため、年金給付の対GDP比の伸びは拡大EUの伸びの平均よりも低く推移し、その結果、2025年の年金給付の対GDP比も小さい値となっている。

他方、医療給付費の対 GDP 比は、拡大 EU の平均と「社会保障の給付と負担の見通し」による推計結果とではほぼ同じ水準(8%台)で推移する結果となっている。これに対して、介護給付費の対 GDP 比では、拡大 EU の平均とわが国の間には差がある。新規加盟国を中心に公的な介護給付の対 GDP 比の低い国々が多いことを反映して、介護給付費の対 GDP 比は拡大 EU 平均の方がわが国よりも低い値で推移する結果となっている。

医療と介護を合わせた給付費については、近年の介護給付費の伸びを反映した初期値に基づく社会保障国民会議の推計がある。これによれば、医療と介護を合わせた給付費の対 GDP 比は、2025 年で 10.8% (現行制度維持を想定した場合) から 12% (改革を反映した場合) の間になると推計されている。また「社会保障の給付と負担の見通し」によれば、医療と介護を合わせた給付費の 2025 年の対 GDP 比は 8.7% である。これに対して、拡大 EU の医療と介護を合わせた給付費は 8.1% と推計されている。医療と介護を合わせた給付費については、2025 年の対 GDP 比はわが国の方が拡大 EU よりも大きい推計結果となっている。その背景には、推計の初期時点から 2025 年までの間の医療と介護を合わせた給付費の増加が、拡大 EU では 0.8% ポイントであるのに対して、社会保障国民会議推計ではポイント、「社会保障の給付と負担の見通し」ではポイントであり、いずれもわが国の増加率の方が大きいことを指摘することができる。

経済成長に不確実性があり、持続的な成長を確保するためには、財政赤字を一定水準にとどめたりそれを縮小させたりして、ある程度財政金融政策に裁量的な余地を残しておく必要がある。このような政策的課題は、拡大 EU とわが国に共通する課題であり、高齢化が社会保障給付費に及ぼす影響の将来推計は、拡大 EU とわが国に共通する重要な政策研究である。推計結果では、わが国の年金改革は拡大 EU の平均と比べて給付費をより

抑制できる効果を持っていると期待できるのに対して、医療と介護については拡大 EU の平均と同じかあるいはそれよりも増加する可能性がある。医療と介護を合わせた給付費のあり方については、一方で本稿のように将来推計の国際比較をしてわが国の動向をマクロ的な観点から評価すると共に、他方で、拡大 EU における医療と介護の給付費の推計方法に示されている個別的な諸要因(人口学的、医学的、介護政策的な諸要因)に着目した検討を行う必要があると考えられる。したがって、拡大 EU の高齢化が社会保障支出に及ぼす影響に関する研究の今後の展開と、その成果を踏まえた拡大 EU の社会保障の個別分野における政策展開に注目していくことは、わが国の社会保障政策にとっても重要な課題であると考えられる。

謝辞：本稿作成にあたり、EU の社会保障支出の推計方法に関する検討を行ったワークショップ (the Commission - AWG - OECD workshop of 21/22 February 2005) に筆者を招へいしてくださった、OECD のピーター・シェラー医療課長とゲイタン・ラフォルチューン主任研究官に記して謝意を表したい。もちろん、このワークショップ以降の研究の展開を追いわが国と比較している本稿は、筆者の個人的見解を示していることを明記しておきたい。

#### 注

- 1) European Commission (2006), Table 2-2 Baseline assumptions on life expectancy at birth for males and females 参照。
- 2) 社会保障支出を対 GDP 比で見るとの GDP については、加盟国各国の生産関数の要素となる将来の労働力人口を前節で述べた生産年齢人口推計と雇用率と生産性上昇率の想定を組合せて求め、資本収益率の想定から将来の資本ストックを求めて、各国の GDP を推計している (European Commission, 2006, table 2-13 参照)。
- 3) デンマークの企業年金は現在、GDP 比 3 パーセント以上に達する。イギリスでは、2005 年に確定給付型個人年金と個人的な職域年金の合計が GDP 比で約 4

- パーセントに達していると推計されている。
- 4) EUROSTAT37の決定によると、個人年金勘定の場合、義務的ではあっても個人と年金基金の間に経済取引があるので、民間貯蓄として扱われることになる。
  - 5) Comas-Herrera and Wittenberg (2005)による、ドイツ、イタリア、およびスペインなど既存加盟国を対象とした介護費用のシミュレーション分析や、イギリスの対人社会サービス研究(PSSRU)の介護費用モデルなどの先行研究を参考に、介護費用の要素が検討され、推計方法が改良された。
  - 6) ここで、「要支援 dependency」と「障害 disability」の違いに留意する必要がある。「障害」は、例えばADLで計測することのできる個人の何らかの機能障害を示す。身体の機能的な障害を持つ高齢者であっても介護サービスを用いずに暮らしている者もいる。これに対して、「要支援」は身体的障害または痴呆等の障害があり民間(非公式)か公的かを問わず何らかの介護サービスの支給を必要とすることを意味している。
  - 7) 年金・医療・介護の給付費の推計は、もちろん学会シンクタンクによっても行われている。近年公表された推計結果として、それぞれ川瀬・前川・北浦・木村(2007)、八代・日本経済研究センター(2005)などを挙げる事ができる。

#### 参考文献

- Comas-Herrera, A., R. Wittenberg, L. Pickard (2005), "Making Projections of Public Expenditure on Long-term Care for the European Member States: Methodological Proposal for Discussion," paper presented at the Commission-AWG-OECD workshop of 21/22 February 2005.
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008, "Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008: Social Inclusion, Pensions, Health Care and Long-term Care [2008]".
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2007, "Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008: Social Inclusion, Pensions, Health Care and Long-term Care [2007]".
- European Economy, European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2006, "The Impact of Aging on Public Expenditure: Projections for the EU25 Member States on Pensions, Health Care, Long-term Care, Education and Unemployment Transfers (2004-2050)", Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN) Economic Policy Committee and the European Commission, 2005a, "The 2005 EPC Projections of Age-related Expenditure (2004-2050) for the EU25 Member States: Underlying Assumptions and Projection Methodologies"
- Economic Policy Committee and the European Commission, 2005b, "The 2005 EPC Projections of Age-related Expenditure: Agreed Underlying Assumptions and Projection Methodologies", European Economy Occasional Paper No.19.
- Eurostat, 2005, "EU25 Population Rises until 2025, then Falls", Eurostat press release 48/2005 of 8 April 2005.
- Eurostat, 2004, "Europop 2004: Methodology for Drafting Fertility Assumptions in the EU15 Member States", ESTST/F/1/POP/06(2004)FS REV.1,2 December 2004.
- Economic Policy Committee, 2001, "The Budgetary Challenge Posed by Ageing Populations," European Economy Reports and Studies No.4, European Commission, Directorate General for Economic and Financial Affairs.
- 川瀬晃弘・前川聡子・北浦義朗・木村真 2007「2004 年年金改革のシミュレーション分析」『日本経済研究』(日本経済研究センター)No.359(2007年3月号)
- 久保広正 2002「EUにおける通貨統合と財政再建」『月刊ESP』(経済企画協会)No.359(2002年3月号)
- 小島晴洋 1996「イタリアの新たな年金改革」『海外社会保障情報』(国立社会保障・人口問題研究所)No.117(1996年11月号)
- 八代尚宏・日本経済研究センター 2005『社会保障財政の全体像と改革の方向—社会保障改革の政策評価研究報告書—』(日本経済研究センター)
- (かねこ・よしひろ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長)