

さらに、平成27（2015）年を基準年として、都市規模別に65歳以上人口の推移を見ると、都市規模が大きいほど65歳以上人口の伸びが大きい見込みとなっている。一方で、「人口5万人未満の都市」では、令和2（2020）年をピークに65歳以上人口は減少し、令和17（2035）年には平成27（2015）年時点よりも65歳以上人口は減少する見込みである（図1-1-11）。

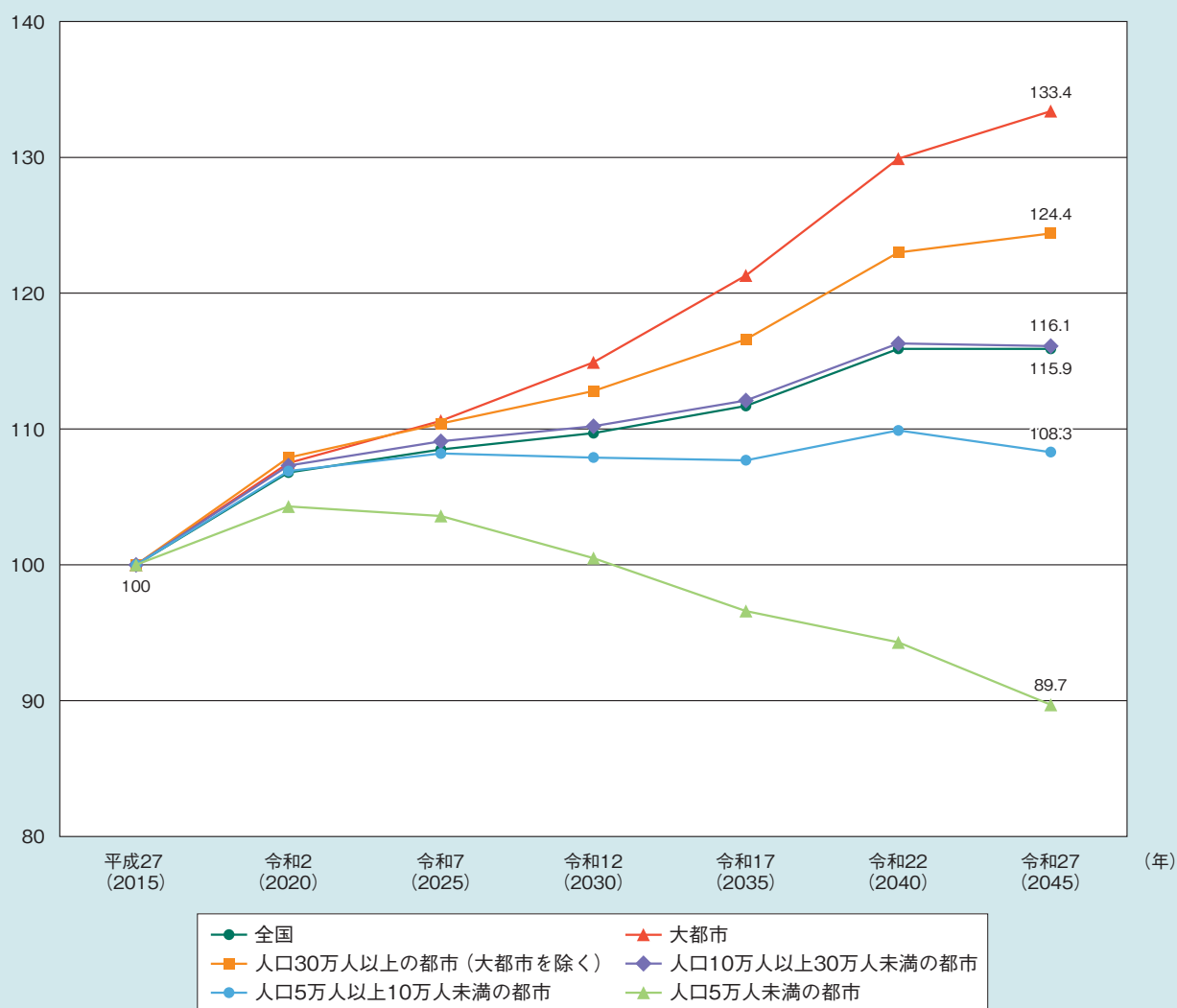
5 高齢化の要因

高齢化の要因は大きく分けて、①年齢調整死亡率の低下による65歳以上人口の増加、②少子化の進行による若年人口の減少、の2つである。

(1) 年齢調整死亡率の低下による65歳以上人口の増加

65歳以上人口の増加に伴い、死亡者の実数は増加傾向にあるが、人口の年齢構成に変化がないと仮定した場合の年齢調整死亡率は低下傾

図1-1-11 都市規模別にみた65歳以上人口指数（2015年=100）の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」をもとに作成。

(注1) 各カテゴリーごとに総計を求め、2015年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

(注2) 「大都市」は、東京都区部及び政令指定都市を指す。

(注3) 福島県のデータは含まれていない。

向にある。戦後、我が国では、生活環境の改善、食生活・栄養状態の改善、医療技術の進歩等により、年齢調整死亡率が大幅に低下し、昭和22（1947）年の男性23.6、女性18.3から、平成29（2017）年には男性4.7、女性2.5になった（図1-1-12）。

(2) 少子化の進行による若年人口の減少

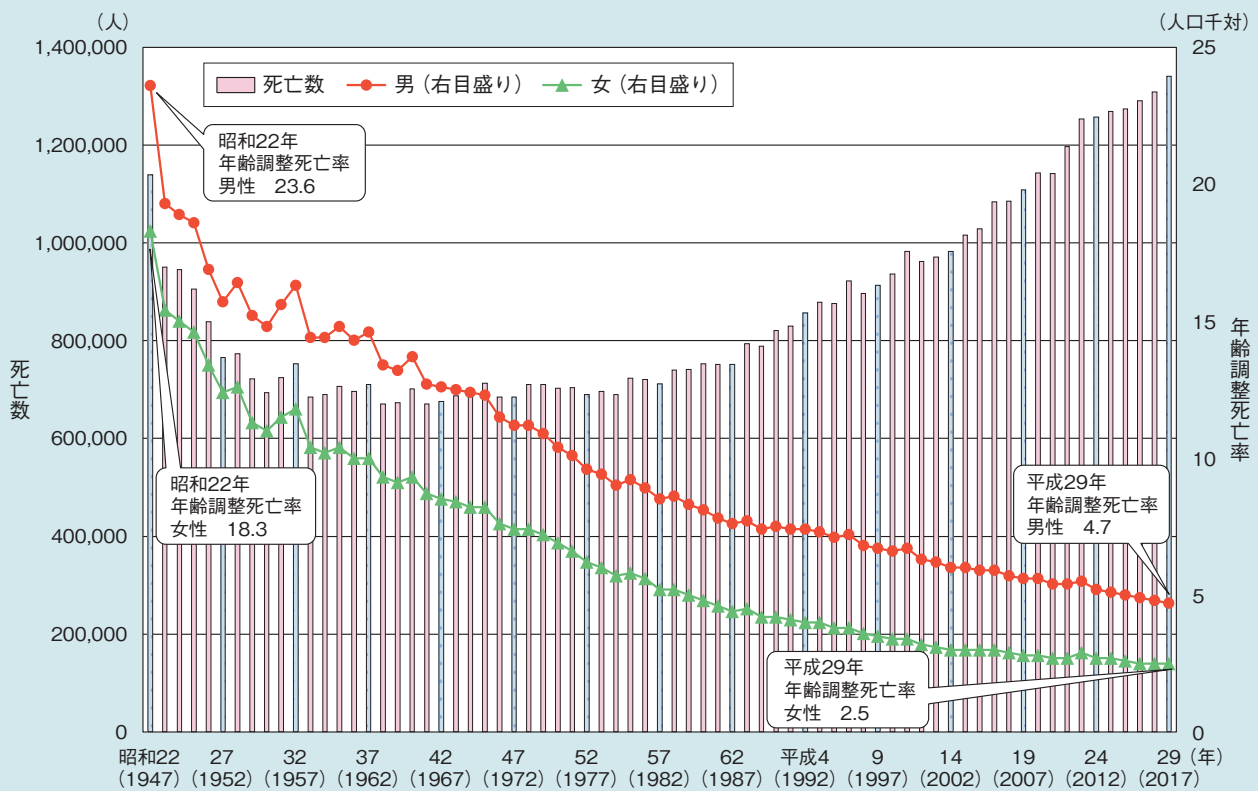
我が国の戦後の出生状況の推移を見ると、出生数は、第1次ベビーブーム（昭和22（1947）～24（1949）年。この間の出生数805万7,054人）、第2次ベビーブーム（46（1971）～49（1974）年。この間の出生数816万1,627人）の2つのピークの後には減少傾向にある。平成29（2017）年の出生数は94万6,065人、出生率（人

口1,000人当たりの出生数）は7.6となり、出生数は前年の97万6,978人より30,913人減少した²。

（注2）なお、厚生労働省「平成30年（2018）人口動態統計の年間推計」によれば、平成30（2018）年の出生数は92万1,000人、出生率は7.4と推計されている。

また、合計特殊出生率（その年次の15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子供の数に相当する。）は、第1次ベビーブーム以降急速に低下し、昭和31（1956）年に2.22となった後、しばらくは人口置換水準（人口を長期的に維持するために必要な水準）前後で推移してき

図1-1-12 死亡数及び年齢調整死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態統計」

（注）年齢調整死亡率は、「昭和60年モデル人口」を基準人口としている。

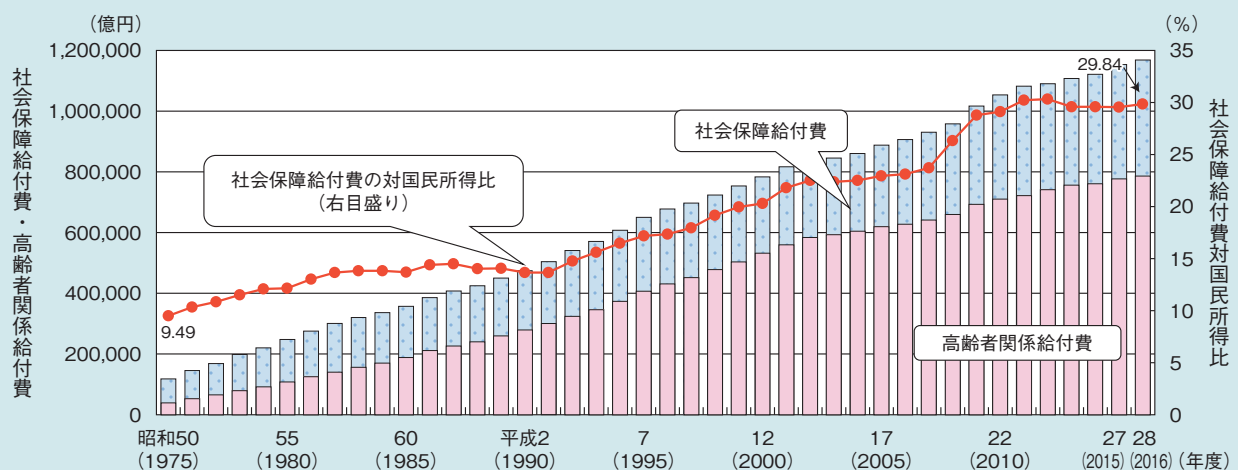
たが、昭和50（1975）年に1.91と2.00を下回ると、平成5（1993）年に1.46と1.50を割り込んだ。その後も低下傾向は続き、平成17（2005）年には1.26と過去最低を記録したが、平成29（2017）年は1.43となっている。

6 高齢化の社会保障給付費に対する影響

(1) 過去最高となった社会保障給付費

国立社会保障・人口問題研究所「平成28年度社会保障費用統計」により、社会保障給付費（年金・医療・福祉その他を合わせた額）全体について見てみると、平成28（2016）年度は116兆9,027億円となり過去最高の水準となった。また、国民所得に占める割合は29.84%（前年比0.28ポイント増）となった（図1-1-13）。

図1-1-13 社会保障給付費の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成28年度社会保障費用統計」

(注1) 高齢者関係給付費とは、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齢雇用継続給付費を合わせたもので昭和48年度から集計

(注2) 高齢者医療給付費は、平成19年度までは旧老人保健制度からの医療給付額、平成20年度は後期高齢者医療制度からの医療給付額及び旧老人保健制度からの平成20年3月分の医療給付額等が含まれている。