

財政方式は部分積立を含む賦課方式が基本的に維持されている。ただ、完全賦課方式のもとでは2030年段階で保険料を14.2%まで引き上げる必要があると見込まれていた。1995年の保険料は5.4%であったため、それは2.6倍の保険料引き上げに相当する。そのような引き上げに対しては当然のことながら強い懸念が示された。そのような保険料の引き上げは世代間でみて不公平であり、かつ「雇用に対する税金 (tax on jobs)」の課税強化を意味するという批判である。そのような中でカナダ最大の英字新聞グローブ・アンド・メイル紙 (Globe and Mail) はCPPの廃止と完全民営化を主張するにいたっていた。

過激な年金民営化案はさすがに政治のテーブルには1度も乗らなかったものの、CPPにおいて事前積立を強化し、ピーク時の保険料率を可能なかぎり低くすることには大方の賛同が得られた。その結果、従来、1年間に0.2ポイントずつ引き上げていた年金保険料を1997年と1998年にはそれぞれ0.4ポイント、1999年には0.6ポイント、2000年からの3年間は1年間にそれぞれ0.8ポイントずつ、そして2003年には0.5ポイント、引き上げることにした。

1996年の年金保険料と比較すると2002年の年金保険料は3.8ポイントのアップとなっている。6年間における3.8ポイントの保険料引き上げはかなり急激なものである。なぜ、このような急激な引き上げが政治的に合意されたのか。この間、カナダ経済は総じて堅調であり、失業率も低下傾向にあった。賃金上昇、失業保険料（1990年代の後半はCPPの保険料とほぼ同水準であった）の引き下げ、所得税の大減税等が同時進行しており、現役労働者の手取り所得は年金保険料引き上げにもかかわらず総じて実質的に増大していたからである。

CPPの将来がどうなるかは基本的な想定どおりに現実が推移するかどうかにか左右される。直近の2000年12月再計算時の想定は次のとおりである。まず合計特殊出生率は1.64、平均寿命は男性が76.2年（2000年）から78.8年（2025年）、女性が81.6年（2000年）から83.2年（2025年）へとそれぞれ伸長する。失業率は6.5%、物価上昇率は年3.0%、賃金上昇率は年4.1%、運用利回りは年6.8%である。賃金は実質で年1.1%、利回りは実質で年3.8%を意味している。

以上のような想定のもとでCPPの積立金は増えつづけ、15年後には年間総給付額の5倍強の規模に達すると見込まれている。また年金保険料の引き上げは2004年以降、長期的にいっさい不要であると政府は言明している。

年金積立金は従来、各州の発行する地方債の購入のみに充てられていた。地方債は市場性がなく利回りも相対的に低かった。その運用規定が1998年から大幅に変わり、企業年金と同様、国内株式や外国債・外国株式の購入も含めて運用先の弾力化が図られている。地方債の購入も認めている一方、その利回りは市場金利連動型となった。地方債の運用利回りは今後、長期的に年6.5%（実質3.5%）と見込まれている（注9）。

CPPの年金積立金はCPP Investment Boardの下で管理・運用されている。この機関は政治からの独立を保障された、政府100%出資の株式会社である。政府は予算や人事を間接的にコントロールするだけであり、実質的な運営は民間の運用会社に準じている。これまでの運用利回りは1998年が5.0%、1999年40.1%、2000年がマイナス9.4%であ

った(いずれも名目値)。株式を運用ポートフォリオに組みこんでいるので運用収益は年々の変動が大きいものの、総じて良好な運用結果であると政府は言明している(注10)。

年金財政計算は従来、5年に1回の間隔で行われていた。1997年の改革により今後は3年に1回の間隔に改められた。直近の財政再計算は2000年12月に行われている。

なおCPPのハンドリング費用は1999年時点において総給付費の1.7%(保険料収入の2.0%)に相当していた。

カナダの公的年金(OAS、GIS、CPP)について2001年時点の給付体系を図示すると図5のようになる。1階部分のOAS(基礎年金)はほぼ普遍的であり、低所得者用にインカム・テスト付きのGISが上乘せされているところに特徴がある。一方、所得比例年金CPPの対象賃金上限は相対的に低い。その分、民間の企業年金や個人年金が中高所得者には広く開かれ、老後所得の重要な柱となることが期待されている。なおOASのインカム・テストはきわめて寛大であり、それによって公的年金給付が減額されているのは高齢者の5%にすぎない。

日本ではカナダの公的年金給付について図6に示したような体系を紹介している向きもある。しかし、それは誤解に基づいており、今回、オタワでインタビュー相手となった方々はいずれも事実を反していると言っていた。

### 3. 3 ステルス改革

限られた時間の中で大改革を進めようとする表向きは“sustainability”(年金財政の安定)確保や保険料負担における「世代間の公平性」が強調されがちである。これは、どの国も同じであろう。ただ、カナダ政府は1997年改正のさい、きわめて巧妙に、実質的にみかけより負担増となる措置を講じる一方、いくつかの技術的変更により給付の抑制を図った。Battle(2002)は、このような政府の取りくみを“stealth”のようだと形容している。それは湾岸戦争時に世界に紹介された戦闘機の名前(ステルス戦闘機)と同じである。「補足しがたい、こっそりとした」やり方だと主張したいのだろう。日本では、さしずめ「上手にウソをつく」に相当する表現であろうか。

具体的には、まず年金保険料を算定するさいに用いる基礎控除額を年間3500ドルで長期凍結することにした。もともと、この基礎控除額は毎年、賃金スライドされ引き上げられてきた。平均賃金のほぼ10分の1とすることが従来、想定されていたのである。今後、賃金が年率で名目4.1%ずつ上昇していくと2003年時点の基礎控除額は822ドル(1997年価格表示)まで実質的に低下していく。30年あまりで4分の1以下になる。

その凍結は、年金保険料賦課ベースの賃金が実質的に年々拡大していくことを意味する一方、従来、控除制度によって利益を受けてきた平均以下の賃金階層(若者や女性が比較的多い)の利益を徐々に薄くしていく性格をもっている。その結果、2030年時点における年金保険料を1.63ポイントだけ低くすることが可能になった。すなわち基礎控除額を従来どおり賃金スライドしていくと2030年時点の保険料を9.9%にとどめることはできず、11.53%まで引き上げなければならなかったはずである。しかし1997年時点において、この点を正確に理解した者は一部の年金専門家を除くと、ほとんどいなかった。

次に老齢年金の場合、新規裁定後はCPIスライドされるが、新規裁定時には過去賃金の読みかえ（再評価）が行われる。再評価率は従来、過去3年間の平均賃金額（より厳密にはCPP保険料賦課対象賃金上限の過去3年間における平均値）に着目して改定されてきた。それを過去5年間の平均賃金額に着目して改定することにした。再評価方法の変更は1998年から行われている。この間、賃金上昇がつづいていたので、再評価率の改善はその分だけ（具体的には1.7ポイントだけ）抑制された。また障害年金の受給要件も厳しくなる一方、障害年金が65歳時点で老齢年金に切りかわるさいの賃金再評価も障害年金の新規裁定時までとなり、65歳までの間はCPIスライドにとどめることになった。さらに障害年金と遺族年金の併給調整も厳しくなり、死亡一時金も最高2500ドルで凍結された。いずれも低賃金の者やその遺族にとって相対的に厳しい給付減額となる。ただ、この点を改革時点で理解している者も、きわめて少数（専門家だけ）に限られていた。

1997年における改革のさいには基準となる年金受給開始年齢の引き上げ問題（65歳から67歳へ）や、給付建てから掛金建てへの変更も議論された。ただ、双方とも反対論が圧倒的に多かったので、見直しの対象とはならなかった。

またCPP対象賃金の上限を思いきって引き上げることの是非、離婚時や離別時の年金分割（実際の利用例は少ない）を強制適用すること、60歳代後半における失業給付と年金給付の併給調整、等の問題はいずれも先送りされた。

#### 4 企業年金・個人年金（注11）

カナダには税制適格の企業年金・個人年金がある。企業年金（職域年金込み。以下、単に「企業年金」と記す）として主要なものはRPP（Registered Pension Plans）であり、通常、労使双方が掛金を拠出している。1998年時点で給与所得者の41%が加入していたが、そのほぼ半数は公的セクターに勤務する者であった。加入者の87%は給付建て制度の適用を受けているものの、企業規模が小さくなると掛金建ての企業年金を利用するケースが少なくない。企業年金加入者の割合は1983年には45%だったので、この間に加入率は低下した。給付建て制度における各種の規制強化がその主たる理由である。女性加入者の割合は男性より低い。未適用となっている非正規労働者の割合が男性より高いためである。RPPは完全積立方式に基づいて財政運営されている。

一方、税制適格の個人年金はRRSP（Registered Retirement Savings Plans）と呼ばれ、掛金建ての制度である。1998年時点で自営業者を含む労働者総数の41%がこの制度に加入していた（男女別では男性が45%、女性が38%であった）。RRSP加入者のうちの半分弱（44%）はRPPにも加入している給与所得者である。RRSPは、もともと自営業者用に1957年に創設されたが、その後、給与所得者にも門戸が開かれた。事業主が被用者本人のために団体ベースで加入することも認められている。なお個人が複数のRRSPに加入することもできる。

税制適格年金全体として労働者総数の54%がそれに加入している（1998年）。加入率は高所得の者ほど高い。年間収入4万ドル（約330万円強）超になると加入率は80%超となるが、年収2万ドル階層の加入率は50%強にとどまっている。

年収が高いほど税制適格年金への平均拠出額も高い。1998年時点で年間給与が2万ドル

の者は平均して給与の7.5%を拠出していた一方、年間給与が7万5000ドルの者は平均して給与の16%を拠出していた。

税制は拠出時と運用時が非課税、給付時が原則課税となっている。掛金建ての場合、給与の18%まで（上限は2001年時点で年間1万3500ドル）が拠出時非課税である。この上限は2005年には1万5500ドルに引き上げられる。他方、給付建ての場合、給付乗率2%（1年加入で給与の2%分が年金給付として支払われる約束を意味している）まで、給付額換算で年間1722ドル（30年加入者の場合、年間5万1660ドル＝月額36万円弱）まで拠出時非課税扱いである。

給付建てのRPPと掛金建てのRRSPの双方に加入している場合、全体として給与の18%までが拠出時非課税となる。そのさい給付建てRPPへの拠出分は掛金建て拠出額相当分に換算された金額（pension adjustment）が用いられる（注12）。

拠出額が非課税拠出限度額に届かない場合、未利用分は全額が将来に繰り越される。未利用分の将来持ちこみに期限はいつさい付いていない。この点はカナダに特有の制度となっている。

拠出時非課税率は高所得の者ほどメリットが大きい。個人所得課税においては累進税率が適用されるからである。私的年金の税制優遇措置はこの意味で逆進性が強い。

給付は原則、課税である。ただ、年間1000ドル（約8万4000円弱）までが所得控除の対象になっている。

1998年時点における拠出総額はRPPが169億ドル、RRSPが248億ドル、合計417億ドルであった。その合計額はGDPの4.6%に相当している。積立金の総額もRPPが6444億ドル、RRSPが2412億ドルとなっており、その合計額8856億ドルはGDPの98.1%に到達していた。なお給付支払いはRPPが305億ドル、RRSPが128億ドルであり、合計433億ドル（GDPの4.8%）であった。近年はRRSPの伸びが著しい。

## 5 老後所得における年金の役割等

年金が老後の所得源としてどの程度の役割をはたしているかを調べておこう。Statistics Canada（1999）によると、単身者の場合、1997年の中位所得（median）は55～64歳層が2万1500ドル、65～74歳層1万7000ドル、75歳以上1万5100ドルであった。65～74歳層のそれは55～64歳層のほぼ8割弱に相当している。なお65歳以上単身者のうちRRSPから年金給付を受けていたのは12%にすぎなかった。

高齢夫婦世帯（夫婦のうちどちらか、または双方が65歳以上の世帯）の中位所得は1997年時点で3万5600ドル（約300万円）であった。そのうち公的年金給付が33%を占め、収入面における最大の柱となっている。企業年金・個人年金からの収入は26%（所得合計に占める割合）、賃金20%、投資収益（年金以外）13%、その他7%であった。

公的年金の重みは所得の多寡によって異なる。退職前所得が1万5000ドル前後の場合、公的年金給付はその8割以上となっており、所得代替率はかなり高い。退職前所得が3万ドル前後になっても公的年金による所得代替率は70%弱であり、所得の安定という目的は公的年金によってほぼ達成されている（夫婦世帯の場合）。他方、退職前所得が6万ドル（あ

るいは9万ドル)の場合、公的年金給付はその30%(あるいは20%)程度にすぎない。中高所得者は企業年金や個人年金で所得安定のための財源を補っている。

60歳以上の人を受給している年金給付は図7のとおりである(1998年)。公的年金は57%(OAS・GISが30%、CPPが27%)、私的年金が43%を占めていた。日本と比べると、カナダの方が私的年金のウェイトが高いようである。

2002年における公的年金給付は1階部分(OAS/GIS/SPA)が260億ドル、2階部分(CPP/QPP)が209億ドルと見込まれており、それぞれGDPの2.5%、2.0%(合計4.5%)に相当している。日本の公的年金給付は2002年度において約45兆円(GDPのほぼ9%)と推計されているので、公的年金給付のウェイトは日本の方が断然、大きい。

#### 注

1. 本稿の基礎となった研究に対して文部科学省科学研究費補助金(特定領域研究「世代間利害調整」:課題番号12123202および12123204)日加社会保障政策研究円卓会議と連携して実施された厚生科学研究費補助金(政策科学推進研究事業H13-政策-004)から研究助成を受けた。本稿は2001年12月にオタワで行われたインタビューに依るところが少なくない。インタビューにご協力下さったKen Battle氏(Caledon Institute for Social Policy)、Edward Tamagno氏(Human Resources Development Canada)、Suzan Kalinowski女史、Stephane Jette氏、Ian Pomroy氏(いずれもMinistry of Finance, Canada)に心よりお礼申し上げる次第である。また上記インタビューは、在日カナダ大使館のBernadette St-Jean女史および国立社会保障・人口問題研究所の金子能宏氏と宮里尚三氏のご協力・ご支援によって可能となった。記して謝意を表したい。

2. カナダ政府は情報公開という点に関するかぎり世界の最先端にあり、最も積極的である。本稿の記述も以下のwebsiteを参考にした部分が少なくない。

<http://www.hrdc-drhc.gc.ca>

<http://www.fin.gc.ca>

<http://www.ncwcnbes.net>

<http://www.statcan.ca>

<http://www.osfi-bsif.gc.ca/eng/office/actuarialreports/index.asp>

なおカナダの年金制度に関する優れた解説に村上(1989)、丸山(1999)がある。

3. 2002年4月30日時点で1カナダ・ドルは83.56円であった。

4. 夫婦合計のGISは単身者用のGISの2倍とはなっていない(約1.3倍)。世帯には「規模の経済」があると考えられているからである。ただ、そのような仕組みは偽装離婚を誘発するおそれがある。

5. 現行制度(1階部分)の抜本的改革案(Seniors Benefitへの衣替え)は、インカム・テストをすべて世帯単位に変更し、給付はすべて非課税とする案であったが、1998年に政府はその改革案を撤回した。その顛末はBattle(2002)に詳しく記述されている。

6. 他方、CPPの給付を計算するさいにはMAX以下のPEがそのまま給付計算ベースとして用いられる。そのさいMINは控除されない。拠出時と給付時の賃金ベースが異

なることによりMAX（平均賃金）以下の賃金労働者はMAX以上の賃金労働者より年金制度上、有利な扱いをうけている。

7. 日本の厚生年金はカナダのCPPと違って定額の保険料控除がない。日本の場合、

$$C = t \times [ (MIN) + (AE) - (MIN) ] \\ = t \times (MIN) + t \times [ (AE) - (MIN) ]$$

と書くこともできる。すなわち厚生年金の保険料は定額部分（右辺第1項）と賃金比例部分（右辺第2項）によって構成されていると考えることも可能である。

8. 所得比例年金（CPP）の最高給付額は日本の厚生年金のその37%にすぎず、公的年金としては相対的に低目である。

9. 地方債の運用利回りはCPPIBによる民間市場での運用利回り（平均で年7.25%）より若干、低い。このためCPPの積立金全体としての運用利回りは長期的に年6.8%（実質3.8%）になると想定されている。

10. CPPのInvestment BoardについてはTamagno（2001）が詳細に論じている。

11. 以下の記述はDepartment of Finance, Canada（2001）に依拠している。

12. 加入期間が1年間伸びたことによって増えた給付建て年金給付月額に9を乗じ、600ドルを控除した金額がpension adjustmentとして用いられる。

#### 参考文献

丸山桂（1999）「年金制度」（城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障③カナダ』第6章、所収）、東京大学出版会。

村上清（1989）「年金制度」（社会保障研究所編『カナダの社会保障』所収）、東京大学出版会。

Battle, K.（2002）, “Sustaining Public Pensions in Canada: a Tale of Two Reforms,” DP, 一橋大学経済研究所「世代間利害調整」プロジェクト、4月。

CPP Investment Board（2001）, *Annual Report 2001*, CPPIB.

Department of Finance, Canada（2001）, “Overview of Canadian System of Tax Assistance for Retirement Saving,” mimeo.

Finance Canada（1997）, “The Canada Pension Plan: Securing Its Future for All Canadians,” *News Release*, 97-083, FC.

Government of Canada（1997）, *Securing Canada's Retirement Income System*.

Human Resources Development Canada（2001）, *Old Age Security*, HRDC.

—————（2001）, *2001-2002 Estimates*, HRDC.

—————（2001）, *Canada Pension Plan*, HRDC.

National Council of Welfare, Canada（1999）, *A Pension Primer*, NCWC.

Office of the Chief Actuary（2000）, *The 18<sup>th</sup> Actuarial Report on the CPP*, Office of the Superintendent of Financial Institutions.

Statistics Canada（1999）, “Seniors Income,” *The Daily*, 5 August.

Tamagno, E.（2001）, “Investing Social Security Fund: Principles and

Considerations,” Caledon Institute of Social Policy.

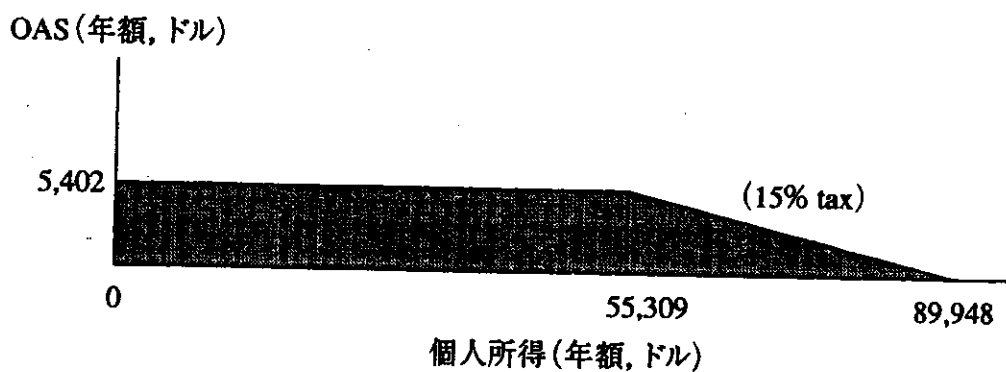


図1 OAS (2001年)

表1 CPPにおける保険料率の推移(労使込み, %)

年	保険料率	年	保険料率
1966	3.6	1995	5.4
87	3.8	96	5.6
88	4.0	97	6.0
89	4.2	98	6.4
90	4.4	99	7.0
91	4.6	2000	7.8
92	4.8	01	8.6
93	5.0	02	9.4
94	5.2	2003以降	9.9

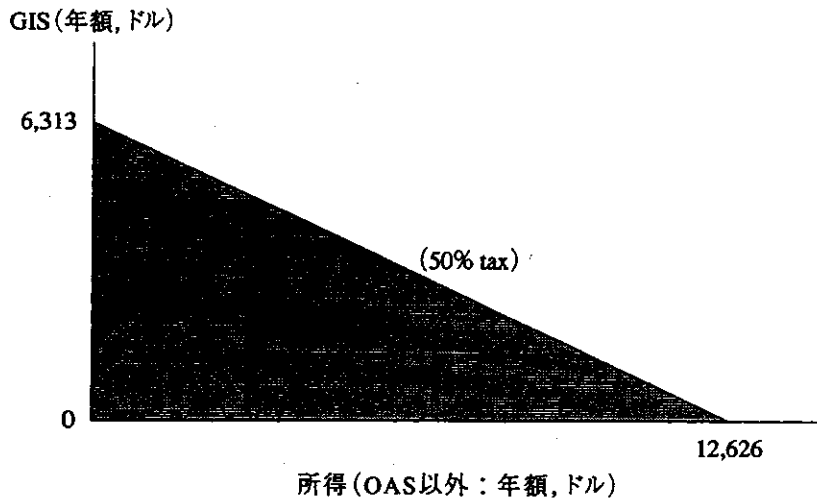


図2 GIS (単身の場合: 2001年)

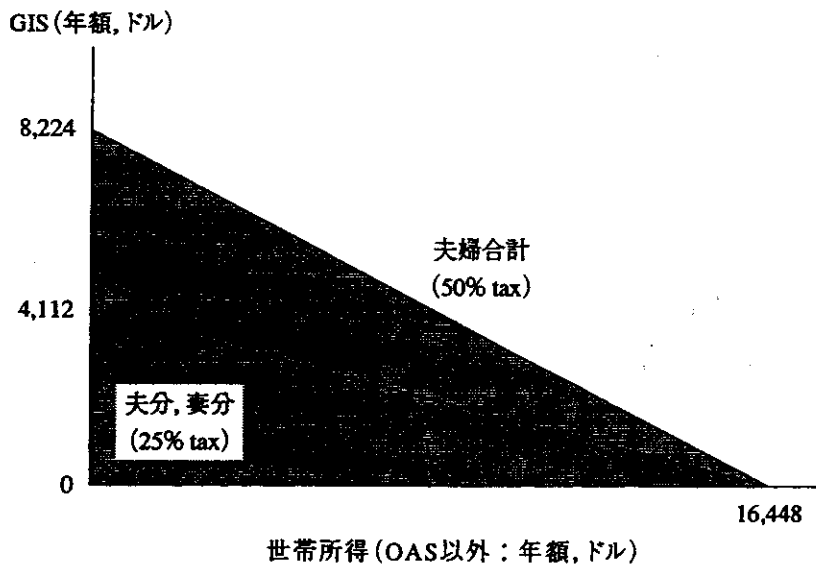


図3 GIS (夫婦世帯の場合: 2001年)

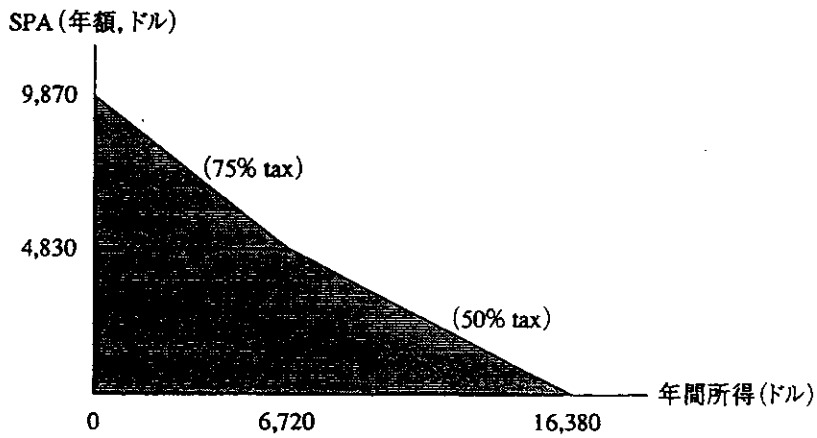


図4 SPA (60歳代前半の未亡人の場合: 2001年)



公的年金給付(年額、ドル)

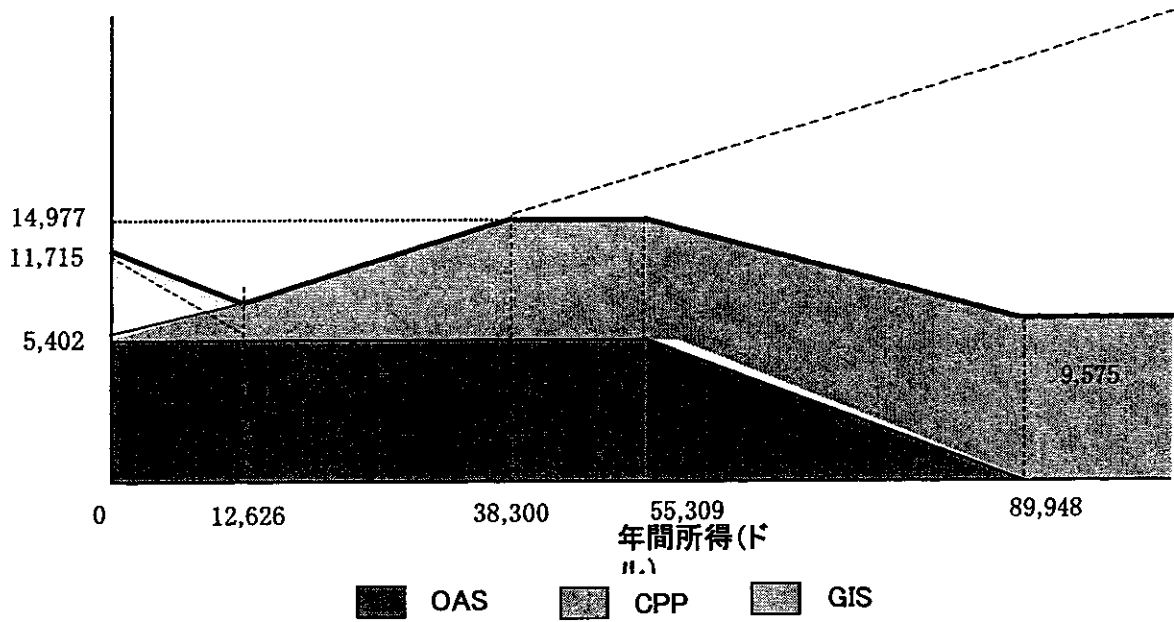


図5 カナダの公的年金給付(単身の場合:2001年)

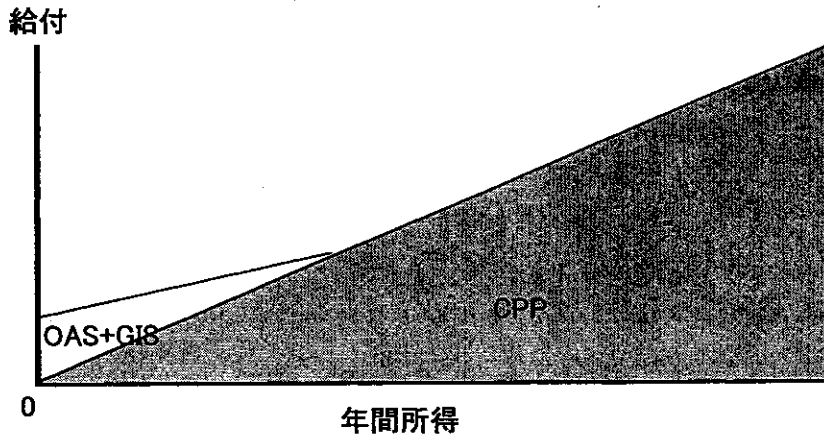


図6 公的年金給付の体系

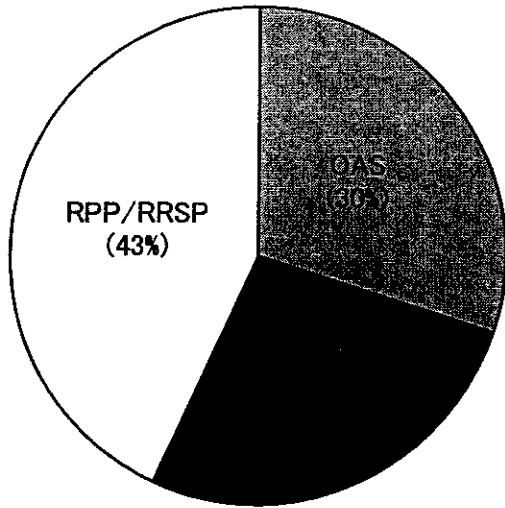


図7 年金給付の内訳(60歳以上:1998年)

## 第5章 補論 "Canadian Social Policy and Aging"

(抄訳) 医療科学研究所 山田聖子

国立社会保障・人口問題研究所 金子能宏

### カナダの社会政策と高齢化

Neena L. Chappell

2001

本稿では、まずカナダにおける高齢化について簡単に紹介し、人口と文化的側面についてふれてから、さらなる議論をしよう。西洋資本主義社会では個人の自立と独立が重視されているため、多くの高齢者は弱く、孤独で孤立しており、長期のケア施設に押し込まれると思われがちである。ここ30年間の実証研究から次が明らかとなっている。高齢者は身体的な健康が徐々に衰えていくにもかかわらず、家族の一員として生活するよりも「一定の距離をおいた親密さ」を好み、社会ネットワークのコミュニティの中でうまく対処しその中で定着する傾向がある。さらに、家族は健康が悪化した際、最初に助けを求めるときであり、全ての個人的なケアのうち75-80%を占めると推定されている。換言すれば、個人主義が重視されていても、高齢者の孤立や孤独、また彼らの健康が損なわれたときに彼らが見放されるというわけではない。

本稿では、人口の高齢化に関する、現代カナダでのいくつかの問題について議論する。第1に、我々、近代資本主義社会におけるある傾向、すなわち、生産活動における役割や彼らの所有する富から評価すると、高齢者は低い評価を受ける傾向があるという問題を議論する。彼らを賃金労働から排除することは、彼らに対して、社会的に定義された社会へ貢献する役割を与えないことになる。社会貢献から排除されたもののみが彼らの役割となる。これは、老年期においても働く能力がある期間がのびるにつれてますます重大な問題となっている。政府は、ボランティア活動は、高齢者に意味のある役割を与えると同時に、高齢者が高齢者特有の人的資源を活かすことができるメカニズムの一つであると考えている。第2に、年配者を含む大多数の人々が望ましいと考えている「高齢者の社会参加 (aging in place)」を議論する。この広範な論題には多くの経済的な条件や、適切なヘルス・ケア、適切な住宅供給、その他の環境問題等が含まれる。本節では主に、高齢者の社会参加のために整備された環境と、そのためのいくつかの計画（高齢者用に整備された住宅供給を含む）に焦点を当てる。さらに、高齢者の社会参加に関して、次節ではカナダにおいてコミュニティ・ホーム・ケアの目覚ましい拡大について議論する。現在行われているカナダでの保健・医療改革にも関わらず、カナダのヘルスケア・システムが国民の高齢化に対しより適切な方向へ改善されている兆候はほとんど見られない。実際、逆の結果を示唆する経済指標もある。最後に、下位文化の格差に注目し多様性について議論する。多様性とは、多くの場で目にするが、十分に理解されているわけではなく、様々な文化をもつ高齢者集団のニーズを保証するようなメカニズムは、未だ解明されていない。

この論文の目的は、既存研究での様々な知識を集成し展開することで、カナダの高齢化について概観を提供することにある。ここでは、高齢者について一般に受け入れられている固定観念を否定する研究についても、情報を提供する。また、様々な問題について解答や解決策が得られていないなら、この点を明示する。解決策は知られているがそれを実行する意図が見られないのであれば、この点についても指摘する。本稿では、カナダにおける高齢者の現状を述べた後、カナダでの社会老年学が現在取り組んでいるいくつかの問題に焦点を当てる。他に比べて解決策がより明らかな問題もあるが、将来は誰にも分からない。最適な解決策が知られている分野でさえも（例えば、ヘル

スケアのように)、必要な改革を保証する政府が存在するかは全く明らかでない。議論を通じて、改革に論争が生じている点を特に強調する。だからと言って、カナダの高齢者が、他の国で見られるよりも多くの不満を持ち、受けられる援助が少ないというわけではない。むしろ、カナダでは、高齢者の生活水準は高く、高齢者に対する多くの社会政策がある。これには、長期に渡って定着している保健、福祉基準や、注意すべき多くの高齢化問題が含まれる。すなわち、高齢者に対する社会的な支援はあらゆるところで改革の余地があり、カナダもその例外ではない。

## 1 カナダの人口

- ・カナダの高齢医者のほとんどは、結婚して配偶者と生活するかまたは一人暮らしをしている。子供と同居したり、他の家族と同居するものはほとんどいない。
- ・ほとんどは賃金労働をせず、四分の一は正式なボランティア活動に参加している。
- ・貧困率は減少しているが、未婚女性の高齢者は弱い立場にある。
- ・カナダの高齢者は、年齢の割には全般的な健康は良好であると考えているが、病院や薬をよく利用する。

## 2 カナダ人の文化と生活

カナダでは、ほとんどの高齢者が賃金労働せず、年齢差別が顕著となっている。年齢差別の傾向は特に、メディア、学校に通う子供たち、ヘルスケアの専門家からも見て取れる。高齢者が賃金労働できない主要な原因として、雇用者側に年齢差別的であることが問題となっている。だからといって、高齢者が孤独で孤立していて、可能な限り長期のケア施設へ押し込まれるというわけではない。1970年代に始まり1980年代まで続いたカナダ・アメリカの調査では、高齢者支援の方法や範囲、その供給源が報告されている。当時、北アメリカでは老人は見捨てられ、特に家族から孤立していると信じられていたが、社会老人学はこれが間違いであることを明らかにした。これによれば、実際は「一定の距離をおいた親密さ」が正しく、高齢者とその子供たちは同居を好まず、お互いの親密さや関係の深さは保ちながら独立に暮らすことを好んでいることが明らかとなった。高齢者のほとんどは社会ネットワークの中で定着し、かつほとんどが少なくとも一人の子供の近所に住んでいる。

カナダ社会における高齢者は孤立し、見放されているというわけではなく、一般に社会のネットワークに組み込まれ、多くの活動に従事している。しかし、だからといって改善の余地がないわけではない。実際、社会老年学者達は、社会政策が早急に考慮すべき、長期に渡る新たな問題があると議論している。加えて、重要なことには、ほとんどの高齢者が実際に高齢化に伴う様々な問題に対処をしているからといって、高齢者にはニーズがないというわけではない。むしろ、弱く、貧困生活を強いられ、孤立し、孤独な少数の高齢者がいることを忘れてはならない。この点を、次節で明らかにする。

## 3 現在の論点—意味ある生活

カナダの多くの高齢者はすでに引退しており、賃金労働をしていない。働いていたとしても、時給制が主である。これを「自由」な時間、辛い仕事を終えた見返り、社会貢献に対する報酬ととみなすこともできるが、カナダのような資本主義社会では、社会へ貢献せず、生産活動に参加する役

割の欠如や、さらに悪いことには経済の膿みととらえられがちである。さらに、賃金労働からの高齢者が排除されても、その代わりとなる役割があるわけではない。これは、老年期において働ける期間が伸びるにつれて問題になってきている。退職してからの1/3の期間はまだ仕事ができることを最新の指標は示している (Wilkins, 1998)。これは、全ての高齢者が、現在彼らがしていることとは異なった役割につくべきであると議論しているわけでは必ずしもない。しかしこれは、現在でも多くの高齢者は人的資源として利用されていないままであることを意味する。多くの高齢者が社会貢献をしたいと考えているだけでなく、このような役割は、価値があり役に立つことという意識を通じて、意味ある老後に不可欠であると考えている (Centre on Aging, 1998)。加えて現在、中央政府は、ボランティア活動は高齢者に代表されるような資源を活用するメカニズムを提供するだけでなく、意味ある役割を提供する潜在的な可能性があると認識しており、高齢者自身も、より意味のある活動を求めている。換言すれば、社会へ何かを恩返しするという考え方と意義あるボランティア活動の概念が絡み合ったのである。

前にも指摘したように、正式なボランティア活動に参加している高齢者は全体の1/4程度ではない。1997年 National Survey on Giving, Volunteering, and Participating (NSGVP)によると、正式なボランティアの割合は、1987年と比較して若年世代では2倍に増加したものの(17%から34%)、65歳以上については23%でほぼ横ばいである。しかしながら、これらの高齢者は、その他の世代よりも多くの時間をボランティア活動に費やしている。(1年間で202時間にのぼる。次に大きなカテゴリーは55-64歳で160時間で、15-24歳は125時間である。)(Statistics Canada 1998; Brennan, 1989)

二つの問題に注意すべきである。一つは、政府の支援であり、これは資源の形(資金のほかに、地域社会のインフラを構築し維持するための予備期間)をとることもあれば、高齢者が自身で意味があると考えているボランティア活動をする機会の提供でもある。多くのものにとって「意味ある」とは、意味のある貢献をしているという感情も含まれる。それにも関わらず、国のボランティア組織ネットワークは、受付係や、郵便事務、お茶くみのような、ある高齢者には向いているだろうがそれを好まないものもいるような、単純な繰り返しの仕事のリストを作ることに焦点をあてている。意味があることは様々であろう。ある者にとっては、引退する以前の賃金労働で得た技術を利用したいと考えるだろうし、そうでない者もいるだろう。また、抵抗を感じるものもいるだろう。意味のあるボランティアの役割を統合するには、雇用組織内でのボランティアの役割を展開することを含む。これには、経営者と組合両方の関与が必要であり、ボランティアが搾取されず、かつ雇用の安全が脅かされないような、適切で詳細な調整が必要であろう。

ボランティア活動と高齢者の社会の主流へ貢献する活動の議論は、公的および私的責任の問題と関係がある。社会参加を促し、市民へ権限を与える哲学が一般にあるにも関わらず、他の工業諸国のように、カナダでもそれを保証する方法がまだ見つからないわけではない。

#### 4 現在の論点 - 高齢者の社会参加

家庭(home)の概念は家族概念と密接な関係があり、常識としての理解も含むが、厳密な科学的定義ではない。しばしば家庭は、安全、心地よさ(comfort)と親交(familiarity)、思いやり(caring)、責任(commitment)、プライバシー、メンバー間の親密さ、援助(helpfulness)と関係ある(Dupuis & Thorns, 1996; Namazi et al., 1989)。特に老人にとっては、家庭は自分で管理ができ、自分の個性を表現できる場を意味する(Rutman & Freedman, 1988)。カナダの高齢者は、ほとんどの産業諸国における高齢者と同じように、社会と関係を持ちながら彼ら自身の家庭で暮らすことを望ん

でいる。

これは、彼らが全人生に渡って一つの家で生活することを望んでいるというのではなく、むしろ、彼らが中年または老年以降に一つの場所に落ち着くように、親しみがあがり、身動きがとりやすく、どこで必要なものが手に入るかを良く知っている、住み慣れた生活空間から引き離され、家族や友達その他から遠く離れた、馴染みがなく、これまでの自分とはあまり関係のない場所や、施設のような環境へ移り住むことを望まないということである。あるものにとっては、家庭は大家族かもしれないし、またあるものにとっては子供たちが去り夫婦二人きりの小さな平屋かもしれない。共同住宅の一画かもしれないし、擁護住宅かもしれない。高齢者の社会参加 (Aging in place) には、多くの条件が必要である。なぜならば、そこで生活するために十分な所得や、自宅に住み続けることができるような整備された環境、またしばしば地理的にも適切な環境や、彼らがそこに住みつづけるために適切なヘルスケアが必要である。

先に述べたように、未婚の高齢者女性の多くは貧しい暮らしをしている。このため、身体的な健康状態が低下しつつある状況では、彼らにはは、自立して社会と関係を持ちながら生活し年をとる (Ageng in place) という選択肢がない。これを解決するには、所得の増加 (老齢年金を引き上げるか、または保証所得補填のようなプログラム) か物質的な援助のどちらかしかない。現在カナダで注目されている住宅供給については、援助された生活 (assisted living) (または、支援住宅 (supportive housing) として知られている) がある。ここでは、個々人が最低限必要なものがそろった共同住宅で生活し、常駐している管理人が、建物のメンテナンスだけでなく彼らを確認するなど、他にも多くのことを行う。緊急時には警報システムがそれぞれの個人に配備されており、望むものについては集団での食事も用意されている。

国の支援にも関わらず、これまでの支援住宅の展開は非常に遅い。現在利用されているこれらの施設の多くは、民間部門で提供されているため、多くの高齢者には行き届いていない。特に最低生活水準 (poverty line) よりも貧しい生活をしている高齢者については全くと言って良い。

さらに、連邦および州政府は、助成金や貸付、税の払い戻しなどを通じて、高齢の住宅所有者に対し様々な支援をしている。政策は、税の払い戻しから家賃補助、抵当権の解除の支援にまで及んでいる。「家は豪華だがお金がない」としばしば表現されるように、多くの高齢者にとって家を維持していくことは困難であり、これらの政策は重要と言えよう。助成金は、低所得者については、低利率やローンの免除を通じて、家の修理や、車椅子利用のための改築にも利用可能である。ある州では、保護施設手当 (shelter allowances) が、住宅供給投資にではなく、個人へ支給されている。住宅供給政策は、高齢者個人、特に田舎に住んでいる人々が、彼らの所属する地域社会に居残ることに対して、ある程度は貢献しているようである (Joseph & Martin-Matthews, 1993)。

## 5 現在の論点—ホーム・ケア

身体的な健康は年齢とともに衰え、特に年をとった高齢者にとっては深刻なことを考慮すると、ヘルス・ケアは、社会に参加し地域に住みつづける高齢者にとって特に重要である。高齢者は急性疾患ではなく、主に慢性疾患をかかえている。しかし、カナダの医療システム全般は、急性疾患に対する医者の治療や病院での治療を優先的につくられたものである。換言すれば、カナダの医療システムは、医療のなかで最も費用がかかる二つの形態を対象とし制度化されている。このシステムのなかでは、地域を基盤としたプログラム、医療とは代替的な治療方法、長期治療等は無視されている。1990年代における全ての保健医療改革は、事実上病院で提供される医療よりも安価でより適切と思われる種のホーム・ケアの拡大を意図していた。この議論は特に、高齢者集団を対象

としていた (Segall & Chappell, 2000; Chappell, 1993). しかしながらカナダでは、広範囲にわたる非病院・非医療に関するサービスについては、保証の範囲とはしたことがなく、また現在でもそうではない。

全ての州は何らかのホーム・ケア・サービスを提供しているが (ブリティッシュコロンビアでは、home support services と呼ばれている.)、どんなサービスが利用可能か、それは利用者が料金を支払うのか、料金は支払能力により異なるのかなど、州ごと、または行政区ごとで非常に異なっている。近年、カナダの National Forum on Health(1998) では、医療ケアに加えて、ホーム・ケアが全国に渡って普遍的に利用可能となることが推奨されたものの、現時点では、ホーム・ケアは非集権的な制度で提供されており、全国的な調整や一般的な利用方法があるわけではない。医療システムにおける最近の改革では、これまで長期の慢性的治療の大黒柱として地域で提供されてきた伝統的なホーム・ケア・サービスの解体が提唱され、現在それらは支援されておらず、拡大していない。

ヘルス・ケアでの資金を、高価な急性医療からより費用のかからないホーム・ケアへ再分配する試みは、British Columbia 州での Capital Health Region に代表される。Penning et al.(1998) は、1988-89 から 1995-96 の 8 年間に於けるヘルス・サービスに関する公式な政府支出データを調査し、医療や病院サービスに割り当てられる予算の割合は徐々に低下していることを示した。一方、地域や継続治療を含む他のヘルスケアサービスへ割り当てられる予算の割合は増加している。継続治療の中でも予算の割合が拡大したのは、最初のうちはホーム・ケア・サービス、すなわち非看護サービス (non-nursing service) のみであったが、近年は低下している。同様に、ホーム・ケア・サービスを受けた患者の人数とそのサービス時間数は最初のうちは増加したが、近年低下している。

逆に、これらのサービスを受けている者に対して、サービスが集中しているようである。すなわち、サービスを受ける人は減っているが、サービスを受けたものについてはその時間数が増加している。加えて、サービスを受けている人々は、より高水準のケアを必要としている人となっている。これらのデータは、地域をベースとしたホーム・ケア・サービスが拡大ではなく減少したことを示唆し、保健医療改革は、よりニーズの少ない患者 (予防等)、非医療または支援サービスを望む患者へのサービスを減少させ、より集中的で医療を中心としたニーズの高い患者へ偏ってサービスが提供される結果に終わったことを意味する。地域ホーム・ケアではより多くの医療的支援が提供されるようになり、ソーシャル・ケアは減少している。これはまさに、DRGs(diagnostic related groups) が病院での急性疾患治療のための資金提供先として利用されたという、アメリカでの経験と同じである。この新たな制度は、病院からの退院を早め、急性疾患の後の集中的な治療をするために、ホーム・ケアの需要を増加させた (Este & Wood, 1986)。しかし、ホーム・ケアを通じて利用可能なソーシャル・サービスには制限があった。医療支援 (Medical support) は病院から退院するために必要な医療として提供されている。地域サービスは病院が提供するはずの医療ニーズを提供しなければならず、現在では、健康維持や予防治療を促進するサービスがますます低下している。ホーム・ケアは、非医療ケアの領域で拡大するよりもむしろ、医療を支援するシステムになってきている。

これらの移行が生じる前には、多くの州で、病床数の減少や病院の閉鎖され (特に Saskatchewan では、病院が完全に閉鎖した)、医学部の新入生の数や大学院生の訓練が制限され、いくつかの州における料金の格差がサービスの低い地域における医師の定着を促進し、州の医療組織との交渉を通じて医師の給料へ付加される補助金は増加し、病院の運営費用は減少していた (Chappell, 1993)。より最近の改革には、ほとんどの州において (Ontario は例外だが)、地域分割が盛り込まれているが、これは、地域を分割することにより、サービスの統合を促し地域レベルでの意思決定を可能にすると信じられているためである。この再構築の結果を知るにはまだ早すぎるが、Sullivan and Scattolon(1995) は、予算のない地域の委員会や政策立案当局は、消費者の参加を保証する点につ

いてはうまく行かないだろうと議論している。カナダに関するもう一つの問題は、地理的に広大な土地に相対的に小さな人口しかないため、規模の経済性やサービスの調整にあたって、地域の人口が少なすぎはしないかという点である。さらに、現時点では、医者と医薬品への支払いについて地域の保健局は関与できないため、真の統合とはいえない。

現在、特に注目されている問題は、プライマリー・ケアの組織化である。Marriott and Mable(1998)は、プライマリー・ケアは個人や家族が普遍的に利用可能な必要不可欠なヘルス・ケアであると定義している。プライマリー・ケアは、通常、個人と家族にとって、国のヘルス・ケアシステムと接する第一段階とみなされ、可能な限り家庭に近いところで提供されるべきであると考えられている。これには、健康促進や病気の予防、curative, supportive, リハビリサービスを含む。プライマリー・ケアについて鍵となる要素は次である。

- GP(general practitioners)によるグループ診療はの展開。(これには単独開業医のネットワークを含む)
- GP や看護婦、カウンセラー、栄養士を含む、複数の専門分野に渡るチーム展開
- 組織が地域よりむしろ、特定の個人に対して責任をもつ患者の登録と名簿作成。
- 人数に基づいた資金提供 (ひとりあたりいくらかで計算される。)
- 健康促進、病気の予防、病気の診察と治療、緊急治療、24時間の開業、慢性病の管理を含むコア・サービス
- 費用便益分析など、利益に対するより優れた分析が可能な、品質が高く明確な情報記録

カナダにおいて、プライマリー・ケアは、現実というよりも現段階では理念に近い。病院は総体的な予算をベースに財源を得ているし、医師への分配や予約なしで行ける診療所や物理療法師(physiotherapists)のような料金制がとられているサービスの供給者への分配は、市場分配モデルに基づいている(開業医は診察に来た患者へのサービスごとに支払いを受けている)。償還は、提供されたサービスの量と構成によって決まる。医師は、概してサービス・システムの料金に応じて支払いを受ける。病院は、外来患者の外科手術にますます偏ってきている。新技術と新薬は、実際問題としてこの移行を促し、患者はすぐに退院する。Deber et al(1998)は、Torontoのいくつかの病院では、70-80%の手術が外来患者であると報告している。

このレトリックがあるにも関わらず、健康促進と病気予防が重要な責務であるとみなせる例は正式なヘルス・ケア・システムの中にほとんど見られない。自助教育(self help education)や、社会支援グループ、教育・情報プログラムのような健康促進プログラムの特定な面でいくつかの例はあるものの、ヘルス・ケア・システムのなかで国民ベースでの健康促進が取り組まれているとは言えない。実際改革は、病院に対する予算の削減や医者の給料に上限を設けたり、新規採用の医者数を減らしたり、外来患者の手術を促進し、病院ではなく家庭での集中治療後ケアを促進したり、さらに最近では地域分割化に重点を置いている。ヘルス・ケア・システムが健康促進への取り組みを躊躇している一つの理由として、すべき範囲が良く分からないという点があげられる。つまり、どんなものでも含まれるように思われる。国民ベースでの健康促進アプローチとして、地域の保健機関の役割の研究を試みたいいくつかの例があるが、そもそも、これをすべきかどうかという最初の疑問はあまり注意されなかつたし、現在でもそうである。

より費用効率的で適切なヘルス・ケア・システムに対する考え方は、国中でほぼ一致している。これは、生物医学を超えたヘルス・ケアの定義の拡大、制度的なケアではなくホーム・ケアの重



視、健康促進と病気予防の強調、家庭により近いケア、より現実に基づいた意思決定、サービスに基づいた料金システムから離れた代替的な医者に対する支払いシステム、を含む。これらは、それほどコストをかけずに再構築や再分配により達成できると信じられている（ただし、移行初期を除いて）。この見方は高齢化社会にふさわしいヘルス・ケア・システムを提供するだろう。しかしながら、これまでの改革では、将来このような進展は見込まれない。実際、近年、総理大臣は National Forum on Health での提案を受け入れるのではなく、新世紀のヘルス・ケア・システムを審議するため、新たな委員会の設立を発表した。

## 6 現在の論点—多様性

高齢者は、いくつかの側面をもつ多様な集団である。これは特に集計値を見るときに注意すべき点であり、多様性そのものが高齢者を特徴付けていることを年頭におこななければならない。「高齢者」や「老人」という用語は、30年もの範囲に渡るだけでなく、所得の格差や健康状態の差、教育水準の差、幸福かそうでないか、さらに、下位文化集団かなどの全て違いも含まれている。この節では、下位文化の多様性について詳しく述べる。これらのテーマに関する研究はカナダにはごく少数しかないが、民族や種族のサブ・グループに関する問題は注目を集め始めており、文化に適応したヘルス・ケア・サービスの提供についてもかなり長い間関心を集めている。

カナダにおいて、健康状態が悪く社会的にも不利な立場にある下位文化集団のうち、もっとも目立つ例のひとつは、インディアン法に登録されているアボリジニー（先住民である北アメリカインディアンも含む）、インディアン法に登録されていない北アメリカインディアン、メティス<sup>1</sup>、イヌイット<sup>2</sup>である。アボリジニーに関する Canada's Royal Commission (1996) は、これらの民族の社会と健康の状態について記録し、この二つの深い関係を明らかにしている。

- 登録されているインディアンの寿命はカナダの非原住民のそれより 7-8 年短い（他の原住民についてこの値のデータは入手できない）
- 原住民の失業率は高く、低学歴の比率が高く、福祉への依存度が高い
- 暴力事件の発生率、身体的・性的虐待、自殺の発生率が原住民社会では高い。
- 原住民社会における子供は、他のカナダの子供に比べて、事故による死や負傷の率が高い。
- 多くの原住民社会では、カナダにおける他の社会に比べて、結核やエイズの伝染病の率が高い。

子供が死亡する主な原因は、感染症や寄生虫、呼吸障害や事故である。これらは、医療施設の利用や、衛生状態、生活環境が不十分であることを示す。感染症と寄生虫による大人の死亡率は、国全体の水準よりもずっと高く、これは生活スタイルと生活条件の違いを反映している。文化的下位集団について研究するとき、文化的な違いが原因なのか、経済的に不利な立場であることが原因なのかを区別することは難しい。National Forum of Health のワーキング・グループは、原住民の生活の苦しみは、文化よりも、生活条件に依存していると結論している。つまり、低所得、社会福祉への依存、低い生活条件、ストレス、暴力、性的暴行、アルコール等への依存症等の問題があるカナダ人の健康状態が悪い。Zong & Li(1994) は世界の 118ヶ国について研究し、国家間の寿命と幼児死亡率の違いの理由は、種族等の文化的影響よりも、経済的な条件と栄養状態に依存すると結論

<sup>1</sup>混血を意味する。

<sup>2</sup>エスキモー族に対する公式呼称である。

した。社会状態と経済状態の関係、特に貧困と不健康の関係は良く知られており、よく報告されている (Wilkinson(1996); Hay(1994))。

同様に、健康に与える社会的な影響はよく報告され、最近では広く受け入れられている。社会的な影響 (Social gradient) とは、次の二つを意味する。ひとつは、社会・経済的な資源が少ない者たちの健康は相対的に悪いこと、ふたつめは、中間層の者は、それよりも社会・経済状態が悪い層よりは健康が良く、逆に彼らよりも社会・経済状態が良い層に比べると健康状態が悪いことである。これは、所得と教育水準が相対的に良いだけでなく、社会での不平等の分布にも関係がある。つまり、絶対的な所得水準、資源、生活水準に関わらず、不平等自体が健康に対して悪影響となる。これまで明らかになったように、援助が必要な高齢者は主に貧困水準かまたはそれに近い状態で生活をしている。健康状態が悪くても所得の高いものは必要なケアを受けることができる。

カナダの社会における文化的下位集団の高齢化研究は不十分である。文化的下位集団のヘルス・ケアに対する需要は相対的に少ないと言われているが、これまでされた研究によるとそれは必ずしも証明されているわけではない。良く知られていることは、下位文化の人々は、必要なケアを受けることができる広範な社会ネットワークを持っており、好み、または体系的な障害のために、確立したサービスをあまり使わないと信じられている。しかしながら、様々な健康に及ぼす可能性のある変数を制御すると、大都市 Vancouver と大都市ヴィクトリアにおける中国系高齢者の有効サンプル数 (n=870) は、一般の高齢者と同じようなヘルス・ケア・サービスを利用していることが明らかとなる。さらに彼らは西洋医学の効果を信じ、主にそれを利用している。

この研究は、下位文化集団は西洋医学の変わりに代替医療や伝統医療を利用するという仮説を棄却する。逆に、大都市 Vancouver と大都市ヴィクトリアにおける中国系高齢者は、西洋医学の代わりではなく、それに加えて漢方を利用している。下位文化集団が代替的な薬や治療を利用すると連想されるのに対し、白人社会の中でも民間療法がよく使われ、信じられている。全国健康促進調査により、データが集められ始めたが、上位文化集団と下位文化集団がどれくらい実質的に異なっているかどうかはまだ分からない。

高齢化社会に対し意味のある多様性は他にも色々ある。老人学の文献であまり注目されていない多様性のひとつとして、地理的な違いがある。カナダは地理的に広だけでなく、地形も複雑で、気温も極端に異なる。アクセスの問題には、時間とコストだけでなく、環境的な物理的障害もある。Lin & Allan(2000) は、病院ケアへに対する地形的な障害と距離の影響を分析した。この分野はカナダのような国にとっては重要であり、さらなる研究が必要である。

もう一つの多様性は、居住地として、遠隔地か都心かの違いである。正式なサービスは歴史的に都心に集中しているが、高齢者は逆に小さな田舎に移住する傾向があり、田舎ではサービスが不足している。カナダは広いために、この問題は特に深刻である。Newfoundland のような州には、独特の定住パターンがあり、高齢者市民の大半は人口 100 人以下の村に住んでいる。このような町は広く分散しており、気候は厳しく、山がちな地形である。このようなところでは、セルフ・ケアとインフォーマルな社会支援が主であり、移動診療所がたまに来るだけである。

このような多様性は、高齢化社会における社会政策が十分柔軟性に富み、異なった状況に対して敏感に反応可能でなければならないことを、我々に警告している。これは、保健医療改革において "closer to home" の概念の背後にある理念であった。ヘルスケアをより地域へ近づける努力により、この方法の問題点を強調し、明確で簡潔な解決が不可能な複雑な問題であることが明らかになったと言えよう。

## 7 結論

この論文でとりあげてきたことすべては、現在のカナダで目立った問題であり、良く知られているが解決されていない問題、あるいは、解決方法がわかっている、いかに実現すべきかが明らかとなっていない問題である。社会性政策とプログラムについて、どれくらい満足に行く答えが引き出せるのか、現在でも、依然として明らかになっていない。

注：本論文は、厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「社会保障政策が育児コストを通じて出生行動及び消費・貯蓄行動に及ぼす影響に関する研究」（平成12～13年度）と連携して行った日加社会保障政策研究円卓会議の大阪会議（平成13年6月24日・25日）において報告された高齢化に関するカナダ側の報告の抄訳である。年金制度は高齢化に関連する制度であるが、カナダでは年金給付の対象となる人々は多様である。第5章と関連するこうしたカナダの現実を理解する必要があると考え、ここにカナダ政府外務貿易省日本課及び在日カナダ大使館の許可を得て抄訳を行い、補論としてまとめることとした。

## 第6章 国際比較研究3

### 「地域格差と所得格差を考慮した社会保障研究の展開 —日本とカナダの比較—」

国立社会保障・人口問題研究所

社会保障応用分析研究部

金子能宏・小島克久

#### 1. はじめに

平成13年2月に発表された高齢社会大綱では、世代間の連帯を強化していくこと横断的に取り組む課題とされ、そのために、社会保障制度においても世代間の公平性に配慮した給付と負担の均衡を図るとともに、負担能力のあるものには能力に応じて公平に負担を求めるという指針が示された。このような視点は、高齢者医療制度改革における患者負担の見直しでは、低所得者に配慮しつつ完全定率負担とするとともに、一定以上の所得の者に対しては応分の負担とするという、大綱の健康・福祉に関する課題においても示されている。

このような課題が提示されるようになった背景には、公的年金改革の議論の中で給付と負担の関係における世代間の公平性が広く理解されるようになったことに加えて、1990年代に入って経済成長率が低下し現役世代の所得の伸びが小さくなったにも拘わらず、高齢化によって現役世代と引退世代を合わせてみると所得格差が拡大する可能性が指摘されるようになったからである。所得格差が拡大しているかどうかの判断はデータに基づく慎重な分析が必要であり、このような問題意識に従って、1990年代後半以降、わが国では所得格差の実態把握と要因分析に関する多くの実証分析が行われてきた。

所得格差の実態と社会保障制度の役割については、『平成11年版 厚生白書』が、わが国の所とく分布の時系列的変化をジニ係数の比較により示すとともに、累進所得税制や所得控除などによって租税が再分配効果を発揮した後の所得分布のジニ係数と、年金や失業保険や児童手当などの社会保障制度による所得移転が再分配効果を発揮した後ニジニ係数を比較して、社会保障制度の持つ所得再分配効果を確認している。しかし、近年、所得再分配前の所得（当初所得）のジニ係数が1980年代に比べて1990年代の方が高くなった事実の解釈をめぐる多くの実証分析に基づいて、近年、所得格差が人口構造の高齢化と関係していることが広く認識されるようになった。

所得分布は、遺産等それぞれのコホートが生まれた時に受け取る所得の分布が変化しても、またそれぞれのコホートの人々が働くときに得られる賃金所得や事業所得の分布が変化しても変化する。さらに、後者の分布は、学歴間賃金格差や年功賃金がある場合には、年齢が高くなるほど所得が大きくなる傾向の影響などによって、年齢が上がるにつれて不平等化する可能性がある。大竹・斎藤(1999)は、このように所得格差の要因をコホート効果と年齢が上がることによる高齢化効果に分ける Deaton and Paxson の方法を1981年と1993年の『所得再分配調査』に基づく実証分析に応用して、コホート別にみた高齢化効果とコホート効果とが相まって拡大していること