

を示した。同様の方法を用いて平成1年から平成7年の『国民生活基礎調査』から構成したコホート別及び年齢別データに基づいて分析を行った岩本(1999,2000)によっても、高齢化効果による所得格差の存在が見出されている。また、金子(2000)は、Lerman and Yatzakiによるジニ係数の要因分解を1981年、1993、1999年の『所得再分配調査』に基づく実証分析に応用して、年齢が上がるにつれてジニ係数が上昇する要因として、雇用者所得の格差と報酬比例部分によってこれに連動する年金所得の格差が上げられることを指摘した。さらに、小島(2001)は、『国民生活基礎調査』を用いて、高齢者世帯の格差要因を、高齢者世帯の間の格差要因と、高齢者世帯と現役世代の世帯など他の世帯との格差要因とに分解すると、1985年から1997年にかけて前者の寄与する程度が大きくなったことを明らかにした。

このように、人口構造の高齢化は所得格差の実態とこれに対する社会保障制度を通じた所得再分配政策の役割について影響を及ぼすが、高齢化の早さの相違や高齢化の地域格差という高齢化の中身にまで考慮した所得格差の実態把握や所得再分配政策の役割に関する考察は、これまで十分には行われてこなかった。これに対して、民族のモザイクとよばれる人口構造を持つカナダは、国全体として高齢化が進んでいる中で、移民が建国の当初から進んだ州と、今なお移民が入りつつある州との間で高齢化率が相違するような人口構造の相違に注目した所得格差の研究が進められている。4節で指摘するように、所得格差の地域格差はわが国においても見られることであるが、これまでの所得格差に関するわが国の実証分析では、十分に検討されてこなかった問題である。これに対して、カナダでは地域格差と所得格差との関係に留意した社会保障研究が進められつつある。

したがって、本稿では、カナダにおけるこのような社会保障研究の動向を概観した上で、日本における地域格差と所得格差に配慮した社会保障研究の課題について考察する。そのために、まず地域格差の起源に触れながらカナダと日本の人口構造の相違を概観した上で、カナダにおける地域格差と所得格差との関係に留意した社会保障研究の動向を概観する。そして、このような観点からの分析を試みるために、一人当たり当初所得、可処分所得及び再分配所得のジニ係数を計測して、その結果を用いて所得再分配政策の効果について考察する。最後に、このようなジニ係数の計測結果から把握される日本の地域格差と所得格差の実態を踏まえた場合に、カナダにおける社会保障研究の動向が示す日本の社会保障研究の今後の課題について述べる。

2. 日本とカナダの人口構造の相違

2. 1 カナダの国家形成と人口増加の過程

日本とカナダの人口構造の相違は、歴史的に見ると人口増加の過程の長さが日本は非常に長いものに対して、カナダは先住民と移民が接触した後に人口増加が続いたために1)、その長さが比較的短くかつ多民族国家を形成していることである。1497年に、イギリスが派遣したイタリア人ジョン・カボットがカナダの東海岸を発見し、上陸した島をセントジョン島と名づけたのに続いて、1534年に、フランスのジャック・カルチエがガスペ島に上陸してフランス領土を宣言した。このように、カナダの移民は当初から、イギリス系移民とフランス系移民が対峙する形で始まった。フランスは、1610年にシャンプランがケベック砦を建設し、ヒューロン湖地方を探検したことを足がかりに、「ニューフランス(ヌーベルフランス)会社」を設立して、カナダの植民地経営をこの会社に任せることとなった。これに対して、1670年にイギリスが「ハドソン湾会社」を設立し、大西洋沿岸の開拓を開始した。その後、フランスとイギリスは半世紀以上に渡

って植民地争奪戦を展開したが、1702年～1713年のアン女王戦争と1755年～1763年のフレンチ・インディアン戦争でイギリスが勝利したため、ニューファンドランド、アカディア、ハドソン湾が英領となり、ニューフランスが英領ケベック植民地となった。

その一方、1776年にアメリカ合衆国がイギリスから独立したことにより、領土拡張を図るアメリカの脅威があらたにカナダの植民地に影響を及ぼし始めた。1864年に、プリンスエドワード島で英領北アメリカ全域の連合を図る植民地代表者会議が開催されて、自治領カナダ結成への動きが強まったことを受けて、1867年、イギリス国会において英領北アメリカ法が成立した。これによって、カナダ・イースト（現オンタリオ州）、カナダ・ウェスト（現ケベック州）、ノヴァスコシア、ニューブランズウィックの4植民地がまとまり、自治領カナダが成立し、連邦政府が樹立された。さらに、1873年までにブリティッシュ・コロンビア州とプリンス・エドワード州が連邦に参加し、1898年にはユーコン準州が成立した。1905年には、アルバータ州とサスカチュワン州がルパートランドから分離して連邦に加わり、ルパートランドの残りの地域がノースウェスト準州となった。そして第2次世界大戦後の1949年に、10番目の州、ニューファンドランド州が連邦に加わり、現在のカナダ連邦が成立した。

図1 カナダの州・都市の分布とそれらの成立年次

コーリン・クラーク¹⁾によれば、アメリカ合衆国とカナダ連邦それぞれの成立に至る植民地領域の人口は、16世紀から18世紀まで100万人台で推移し、19世紀に600万人に増加したとされている。これに対して、日本の人口は近代以前、既に平安時代に644万人に達したと推定されている²⁾。カナダ連邦が樹立された1867年は明治維新の始まりに当たるが、この年の日本の人口は3383万人と推定されている³⁾。その後の日本の人口増加は、図1の通りである。これに対して、現在のカナダ連邦の人口は3108万人である（表2）。カナダ連邦が成立した翌年1950年の1374万人であったから、この50年間に人口が3倍近くに増加したことになる。このように人口が大きく増加した最大の要因は人口の自然増加であるとされている⁵⁾。なぜならば、第2次世界大戦以後、アメリカ経済の拡大とともにカナダの経済も拡大して生活水準が向上したため乳幼児死亡率の低下と平均余命の伸びがもたらされたからである。また、経済の拡大による労働市場の拡大は、この人口の自然増加を吸収するとともに、二次的な人口増加要因としての移民の受け入れを可能にしたのである。しかし、カナダの人口分布は、自然環境の影響もあって現在もな州や準州の間で決して一様ではない（表3）。

表1 カナダ連邦の各州・準州の人口と年齢3区分別人口

表1から、カナダ連邦の人口の約6割が連邦樹立の中心的役割をになったケベック州（旧カナダ・ウェスト）とオンタリオ州（旧カナダ・イースト）に集中しており、これに1870年代から発展したブリティッシュ・コロンビア州の人口を合わせると、これら三つの州にカナダの人口の71%に達することがわかる。しかし、人口増加率を見るとこれら三つの週にも格差があり、オンタリオ州、ブリティッシュ・コロンビア州に加えてアルバータ州が高い人口増加率を示しているのに対して、ケベック州の人口増加率は3.8%と相対的に低い。さらに、ユーコン準州とニューファンドランドの人口増加率はマイナスを示している。このような人口増加率の格差と民族によ

る平均余命の格差とが影響し合う結果、65歳以上人口割合の州・準州の間に複雑な格差が見られる。平均余命の長いヨーロッパ系国民の多いニューファンドランド、ノバスコシア、ニューブランズウィックやケベック州では65歳以上人口割合が13%以上であるのに対して、イヌイットの占める割合が他の州・準州よりも多いユーコン準州やノースウェスト準州ではこの割合が5.4%と4.2%という低い値となっている。その結果、カナダ連邦における65歳以上人口の割合は12%となっている。

表2 カナダの州・準州別の世帯数と一世帯当たり平均世帯人員数

このような人口分布の偏りと人口増加率の格差がある一方、カナダでは一世帯当たり平均世帯人員数には大きな格差が見られない(表2)。一世帯当たり平均世帯人員数がイヌイットの占める割合が多いノースウェスト準州の3.4を除いて、どの州・準州でも2.6ないし2.7となっているのは、これらの州で核家族世帯と単独世帯の割合が高いからである。このような状況に加えて出生率の低下と65歳以上人口割合が12%に達していることから、老後の生活保障は家族よりも社会保障制度を重視せざるを得ない状況にあり、カナダにおいても人口構造の高齢化が重要な社会政策上の課題となっている。

2. 2 日本とカナダの将来推計人口

2000年(平成12年)の日本の総人口は、同年の国勢調査によると1億2,693万人であった。これを推計の基礎とする2002年1月の将来推計人口(中位推計)によれば、日本の総人口は緩やかに増加して、平成18(2006)年に1億2,774万人まで増加するが、これがピークとなって、その後長期の人口減少過程に入ることが予測されている。すなわち、平成25(2013)年にはほぼ現在の人口規模に戻り、平成62(2050)年にはおよそ1億60万人になると予測されている。

また、2002年1月の将来推計人口(中位推計)によれば、年少(0~14歳)人口割合は2000年の14.6%から減少を続け、2005年には14%台を割り込み、2036年の11.0%を経て、2050年に10.8%になると予測されている。生産年齢(15~64歳)人口割合は、2000年の68.1%から減少を続け、2020年の60.0%を経た後も緩やかな縮小を続け、2050年に53.6%になると予測されている。そして、老年(65歳以上)人口割合は2000年の17.4%から、2014年に25%台に、2033年には30%台に達した後も出生率の低下の影響を受けて上昇が続き、2050年には35.7%に達することが予測されている4)。

図2 カナダと日本の人口の推移

2.1で述べた理由により、カナダにおいても人口増加の低下と高齢化は避けられない。カナダにおいても将来推計人口は、出生率、死亡率について異なる想定を置いた三つの推計(高位、中位、低位)を公表している(図2)。この中位推計によれば、2000年の総人口3108万人が、2025年に3600万人となるが、その後は人口増加率がゼロに近くなるため2050年になっても総人口は37000万人にとどまることが予測されている。その結果、65歳以上人口割合は、2000年の12%から、2025年には約20%に達し、その後も上昇して2050年には25%以上に達することが予測されている。このように、カナダにおいても3人で一人の高齢者を支える社会が到来することが明確に認識されるようになったと同時に、連邦制のもとで各州・準州の独立性を維持する代わりに

直面せざるを得ない地域格差にも配慮せざるを得ないことから、カナダでは、近年、地域格差と所得格差を考慮した社会保障研究が進められるようになった。

3. カナダにおける地域格差と所得格差を考慮した社会保障研究の動向

3. 1 カナダの所得格差の現状

カナダ連邦の所得格差を日本の所得格差と比較するために、ルクセンブルク・インカム・スタディの資料を用いて表1の当初所得に対応する所得のジニ係数を時系列的に整理したものが、表4である。この表から、カナダにおいても1980年代後半に低下したジニ係数が1990年代に上昇したことがわかる。1994年時点では、ドイツとフランスのジニ係数の値はそれぞれ0.261と0.288であり、カナダのジニ係数は0.285であったから、フランスとほぼ同じ値を示していた。しかし、1998年にはカナダのジニ係数は0.305まで上昇し、アメリカの1997年の値0.372より低い、日本の1996年の値より高い値を示している。このような現状から、所得の不平等化への対策の必要性がカナダでも認識されるようになり、所得格差の拡大の要因に関する分析が行われるようになった。その中で、2. 1で考察したカナダ連邦の成立過程にも関わる地域格差と所得格差との関連を考慮した研究が行われている点が、カナダの社会保障研究の新しい動きである。

表3 各国のジニ係数の時系列的变化

Mahler(2002)は、政治過程に参加する度合いの地域格差が所得再分配政策を通じて所得格差に及ぼす影響について実証分析を行っている。Mahler(2002)によれば、連邦政府に対する政治過程への参加度合いは地域毎に異なるが、政治参加の度合いが大きい地域ほど中央政府から所得再分配政策等を通じた便益が大きくなり、しかも(一票の価値の平等原則があるとするれば)その便益は政治参加するその地域の人々の間には公平に配分される傾向があるため、地域毎の所得分布の不平等度(例えばジニ係数)は中央政府への政治参加の度合いによって小さくなると考えられる。Mahlerは、カナダの州・準州別に見た1984年と1994年のジニ係数(表5)を含むルクセンブルク・インカム・スタディ参加諸国の地域別にみたジニ係数のデータ・ベースを作成して、この仮説を検証した。回帰分析の結果、政治過程に参加した結果得られる再分配政策等を通じた便益は所得格差を縮小するように働くこと、また左翼系政党の影響力がある場合ほどその縮小傾向が大きくなることを見出している。

表4 カナダの州・準州別に見たジニ係数

3. 2 地域格差と所得格差を考慮した医療のパフォーマンス計測

医療技術の進歩によって健康指標や患者の健康状態の見方が変わるので、医療制度のパフォーマンスを計測し、それを政策評価につなげて新しい医療政策を実行していくためには、こうした医療技術の変化を含む時間の経過を視野に入れた医療のパフォーマンスを計測する必要がある。カナダ政府保健省の協力により2001年11月に首都オタワでOECDの「医療制度のパフォーマンスの計測に関する会議」(OECD Conference on "Measuring Up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries")が開催され、OECD医療政策ユニット部長のジェレミー・ハーストによって時間の経過を視野に入れたOECDの新しい医療パフォーマンス計測の枠組み

が示された (図4)。

図3 医療政策におけるパフォーマンス計測と評価の枠組み

図3は、時間の経過に従って、医療技術の成果測定とその分析、新しい技術の認知とこれに対応した新しい医療政策、その結果としてもたらされる新しい医療制度という流れに沿って、内側の矢印から外側の矢印に向かって医療のパフォーマンス計測と新しい医療制度構築（言い換えれば医療改革）が進んでいくことを示している。

3. 1で示された州・準州別に見た所得格差は、貧困の悪循環を通じて、医療のパフォーマンスにも影響を及ぼす。アメリカでは、メディケアとメディケイドの対象とならない勤労者は、一般的には民間医療保険に加入して医療費を負担する必要があるため、個人所得の格差、言い換えれば個人所得の分布の不平等度と医療パフォーマンスとの関係に早くから関心が集まり、実証分析が進められてきた (Rodgers GB. 1979, Le Grand J.1987, Kaplan GA, Pamuk E, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL.1996, Ben-Shlomo Y, White IR, Marmot M.1996, Fiscella K, Franks P. 1997, Gravelle H. 1998, Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stith D.1998, Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER, Cohen RD, Heck KE, Balfour JL, et al.1998)。これに対して、カナダの医療制度は、日本と同様に社会保険制度に基づく医療供給体制を取っており、その範囲では自己負担のないフリーアクセスの医療サービスを受けられるため、1990年代に入るまではこのような実証分析はほとんど行われてこなかった。しかし、尾形(2002)によれば、カナダの医療制度の特徴は、社会保険制度をとりながらも、フリーアクセスで受けられる診療行為の種類が日本よりも狭く設定されている点にあるとされる。従って、社会保険制度の範囲を越える診療行為については、個人の自己負担が余儀なくされるため、個人の医療支出に影響する所得格差は、医療需要の多寡に影響を及ぼすことを通じて、医療のパフォーマンスにも影響を及ぼすことになる。このような観点から、カナダでは、近年、アメリカと同様に地域格差と所得格差を考慮した医療のパフォーマンス計測が試みられている (Bourne LS.(1997), Murdie RA.1998, Wolfson MC, Murphy BB. 1998, Wolfson MC Kaplan G, Lynch J, Ross NA, Backlund E. 1999)。

Ross and Berthelot(2002)は、所得が貧困線以下の世帯の平均所得が全世帯平均所得に占める割合を不平等度の指標に用いて、不平等度の格差と癌による死亡率との関係について実証分析することによって、所得格差を考慮した医療パフォーマンス計測の必要性について考察している。彼らは、人口区分を生産年齢人口と高齢者人口とした上で、このように定義される不平等度をカナダの州・準州別及び主要都市 (Metropolitan areas) 別に計測するとともに、アメリカの州別及びアメリカの主要都市別に計測した。州別の計測結果では、生産年齢人口の男性については、カナダとアメリカの両方において、貧困線以下の世帯の平均所得が全世帯平均所得に占める割合が低いほど、癌による死亡率が高い関係が見出された (図4)。さらに、彼らは、カナダの生産年齢人口男性を対象にこれらの変数の関係について回帰分析を行い、その結果から、所得が貧困線以下の世帯の平均所得を1%引き上げることにより、癌による死亡者数が人口10万人に対して21人減少するという計測結果を出している。しかし、子供・青少年人口及び高齢者人口については、このような関係は見出されず、人口全体について回帰分析した結果は有意ではなかったことを付記している。

図4 貧困線以下の世帯の平均所得が全世帯平均所得に占める割合と癌による死亡率との関係

2. 1ではジニ係数の時系列的変化を、3. 1では州・準州別のに見たジニ係数の相違と（2時点ではあるが）その変化を観察したが、このように時系列的に変化する所得格差は、貧困線以下の所得しかない世帯数の変化とこれらの世帯の平均所得を変化させる。その結果、所得が貧困線以下の世帯の平均所得を1%引き上げることににより癌による死亡者数が何人減少するかは、時間の経過とともに変わり得るものである。このような要因を考慮すると、所得格差と癌による死亡率とは線形の関係ではなくより複雑な非線形の関係にあるかもしれない。彼らはこの問題点を考慮した医療のパフォーマンス計測が今後の課題であるとしている。

4. 日本の地域格差・所得格差の現状と所得再分配政策の役割

カナダでは、1996年から2001年の間にNouvouがNorthwest準州から分かれたことを除くと、これら以外の10の州・準州のうち二つの州で人口が減少している。日本においても、2000年の国勢調査によれば、平成7（1995）年から平成12（2000）年にかけて既に23道県で人口が減少している⁶⁾。また、カナダでは、2. 1で述べたように人口の約6割が連邦樹立の中心的役割をになったケベック州とオンタリオ州に集中しているのに対して、日本の総人口に占める割合が最も大きかったのは東京都（9.5%）、ついで大阪府（6.9%）である（平成12年（2000）年の国勢調査による）。ただし、都道府県の将来推計人口（2002年3月推計）によれば、総人口に占める割合は、東京都では今後徐々に増大するが、大阪府では逆に減少していき、平成42（2030）年にはそれぞれの割合は10.3%、6.5%となる。とくに、東京都の周辺に位置する埼玉県、千葉県、神奈川県や、政令指定都市を擁する宮城県、愛知県、福岡県などでは総人口に占める割合が上昇を続ける。地域ブロック別にみると、2000年に全国人口に占める割合が最も大きかったのは南関東で（その割合は26.3%）、この南関東の人口割合は今後も緩やかに上昇して平成42（2030）年には28.5%に達する。一方でその他の地域ブロックの占める割合は横ばいしないしは減少となることが予測されている。

このように地域ブロック別に見ると、日本においても地域格差が人口構造の点でも見出されることがわかるが、この問題と関連する所得格差も地域ブロック別に考察することができる。人口減少が大きくなる一つの要因は、地域ブロックへの生産年齢人口の流入が少ないことであるが、これは雇用機会が少ないことを示唆しており、労働需給の観点から見るとその地域ブロックにおける労働需要が不足していて、賃金水準も他の地域ブロックより低く、平均賃金よりも低い失業給付しか得られない失業者数も多くなる可能性があることを示唆している。従って、人口流入の見られる地域ブロックとそれ以外の地域ブロックの間では、所得格差が生じることになる。また、所得格差の要因分解から、高齢化効果が所得格差の要因として比較的大きな影響を及ぼしているため、人口増加が見られず高齢化が進む地域ブロックの方がそうでない地域ブロックよりも大きくなる可能性がある。

1. で述べたように、1990年代には入ってジニ係数の上昇が見出されるようになったが、地域ブロック別に当初所得のジニ係数の推移を見ると（図6）、1980年代後半に比べて1990年代にジニ係数が上がった地域ブロックとそうでない地域ブロックとが混在することがわかる。このような所得格差の多様な変化に対して、所得再分配機能がどのように働いているかを見るために、

平成8年の『所得再分配調査』を用いて、地域ブロック別に見た一人当たりの当初所得、可処分所得、再分配所得それぞれの平均値とジニ係数を求めたものが、表5である。表5から、人口増加が見られない地域ブロックの方が人口増加の見られる地域ブロックよりも、当初所得が大きくなっていることがわかる。当初所得のジニ係数と累進税制の効果を含む可処分所得のジニ係数を比較すると、前者よりも後者の方が低く、さらに累進税制に加えて年金や公的扶助による移転の効果も含む再分配所得のジニ係数の方が可処分所得のジニ係数よりも小さい値を示している。このことは、どの地域ブロックにおいても税・社会保障を通じた所得再分配効果が機能していることを示している。さらに、一人当たり当初所得の高い地域ブロックでは、当初所得よりも可処分所得や再分配所得が低いのに対して、一人当たり当初所得とくの低い地域ブロックではこれと逆の関係が見出される。このことは、当初所得の高い地域ブロックからそれが低い地域ブロックへ、地方交付税制度や基礎年金を含む年金制度などを通じた所得再分配機能が働いていることを示唆している。この点は、再分配係数を地域ブロック別に求めてグラフにまとめた図5によって確かめることができる。

表5 地域ブロック別に見た1人当たり平均所得とジニ係数の推移

図5 地域ブロック別ジニ係数（1人当たり所得・当初所得）

5. まとめと今後の課題

本稿では、日本とカナダの人口構造の相違を地域格差の起源に触れながら概観した上で、地域格差と所得格差を考慮したカナダの社会保障研究の動向を概観した。そして、地域ブロック別に見た当初所得、可処分所得、再分配所得それぞれのジニ係数の計測に基づいて、日本における地域格差と所得格差の関連性と所得再分配政策の機能を検討した。確かに、地域ブロック別に見たジニ係数の計測結果から、税制や社会保障政策を通じた所得再分配機能により、どの地域ブロックにおいても当初所得の格差よりも可処分所得や再分配所得の格差の方が小さくなる。また、地方交付税制度と社会保障制度を合わせた所得移転は、地域ブロック間の所得格差を縮小する役割を果たしている。しかし、地域ブロック別に見た可処分所得のジニ係数が決して一様ではないことは、各地域ブロックで可処分所得の分布にある程度の不平等が見られるのみならず、その不平等の程度が地域ブロックごとに異なっていることを意味している。このように可処分所得の分布が複雑であるにも拘わらず、日本の医療改革では一律に自己負担や保険料率を変更することが改革の選択肢として上げられている。これに対して、カナダでは、社会保険方式の医療制度のもとでも、そのパフォーマンスを計測するために、地域格差と所得格差に留意した実証分析を進めている。従って、OECDが示したように、今日、医療改革が医療のパフォーマンス計測に基づいて客観的な根拠を踏まえて進められるべきであるとするならば、日本においても、今後ますます地域格差と所得格差に留意した医療需要と医療のパフォーマンスに関する実証分析が進められるべきであると考えられる。

脚注

1) 歴史的に見れば、カナダの現在の先住民、イヌイットの直接の先祖がシベリアからベーリング

海峡を越えてカナダに移動したのは、約 3000 年前で、カナダ北部の海岸や島伝いに移動して、グリーンランドにまで達したことが知られている。しかし、ヨーロッパからカナダへ本格的に移民が始まったのは、大航海時代になってからである。

2) 『人口増加と土地利用』1967 年 (杉崎真一訳、大明堂)

3) 鬼頭宏『人口から読む日本の歴史』講談社 2000 年に基づく『人口統計資料集 2001/2002』表 1-6 による。

4) 森田優三『人口増加の分析』日本評論社 1944 年に基づく『人口統計資料集 2001/2002』表 1-7 による。

5) 日本の将来推計人口及び年齢 3 区分別人口については、『人口統計資料集 2001/2002』を参照。

6) 都道府県の将来推計人口(2002 年 3 月推計)によれば、日本の総人口が減少することに対応して、人口が減少する都道府県は今後も増加を続けることが予測されている。すなわち、平成 17 (2005) 年から平成 22 (2010) 年にかけては 36 道府県、平成 27 (2015) 年から平成 32 (2020) 年にかけては滋賀県、沖縄県を除く 45 都道府県で人口が減少し、以後平成 42 (2030) 年までほとんどの都道府県で人口減少が続くと予測されている。

参考文献

Ben 3 Shlomo Y, White IR, Marmot M. Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality? *BMJ* 1996;312:1013 3 4.

Bourne LS. Social inequalities, polarization, and the redistribution of income within cities: a Canadian example. In: Badcock BA, Browett MH, eds. *Developing small area indicators for policy research in Australia*. Adelaide: National Key Centre for Social Applications of Geographical Information Systems, University of Adelaide, 1997.

Fiscella K, Franks P. Poverty or income inequality as predictors of mortality: longitudinal cohort study. *BMJ* 1997;314:1724 3 8.

Gravelle H. How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact? *BMJ* 1998;316:382 3 5.

Kaplan GA, Pamuk E, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Income inequality and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996;312:999 3 1003.

Kennedy BP, Kawachi, Prothrow 3 Stith D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ* 1996;312:1004 3 7.

Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow 3 Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998;317:917 3 21.

Le Grand J. Inequalities in health: some international comparisons. *Eur Econ Rev* 1987;31:182 3 91.

Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER, Cohen RD, Heck KE, Balfour JL, et al. Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *Am J Public Health* 1998;1074 3 80.

Luxembourg Income Study(2002) LIS Key Figures: Income Inequality Measures, www.lisproject.org/keyfigures/ineqtable.htm

Mahler, Vincent A. (2002) "Exploring The Subnational Dimension of Income Inequality", Luxembourg

Income Study Working Paper, No.292

Murdie RA. The welfare state, economic restructuring, and immigrant flows: impacts on socio-spatial segregation in urban Toronto. In: Musterd S, Ostendorf W, eds. Urban segregation and the welfare state. New York: Routledge, 1998:64-93.

OECD Conference on "Measuring Up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries"

Rodgers GB. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Popul Stud* 1979;33:343-51.

Wolfson MC, Murphy BB. New view on inequality trends in Canada and the United States. *Monthly Labor Rev* 1998;April:3-23.

Wolfson MC Kaplan G, Lynch J, Ross NA, Backlund E. The relationship between income inequality and mortality is not a statistical artefact: an empirical assessment. *BMJ* 1999;319:953-7.

岩本康志(2000)「ライフサイクルから見た不平等度」国立社会保障・人口問題研究所編『家族・世帯の変容と生活保障機能』(東京大学出版会)

大竹文雄(1994)「1980年代の所得・資産分布」『季刊理論経済学』Vol.45,No.5,pp.385-402.

大竹文雄・斉藤誠(1997)「人口高齢化と消費の不平等」『日本経済研究』No.33,pp.11-35.

大竹文雄・斉藤誠(1999)「所得不平等化の背景とその政策的含意：年齢階層内効果、年齢階層間効果、人口高齢化効果」『季刊社会保障研究』第35巻第1号

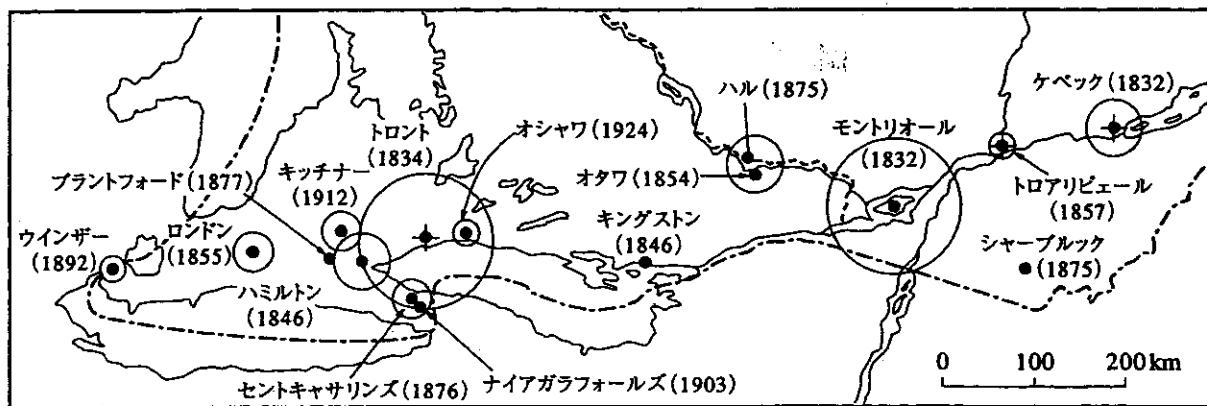
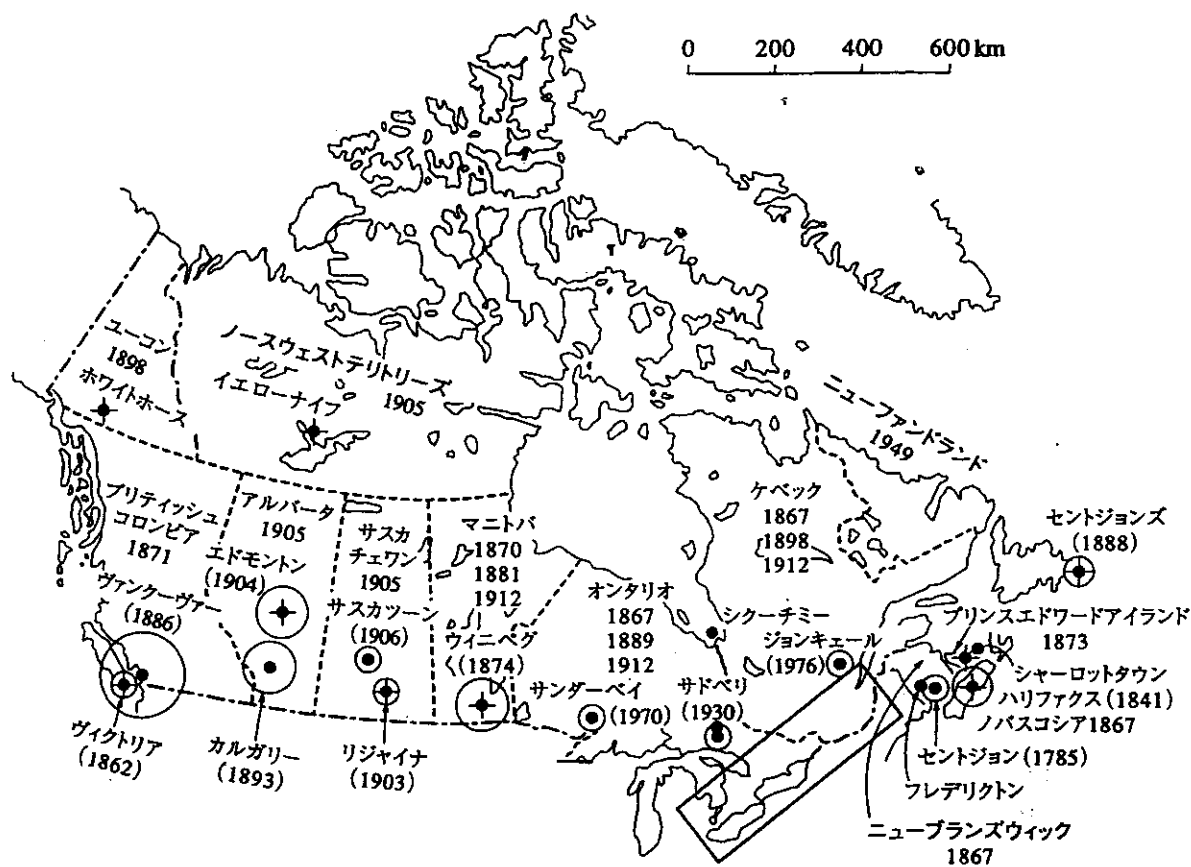
大竹文雄(2000)「90年代の所得格差」『日本労働研究雑誌』2000年7月、第480号

金子能宏・山本克也(2000)「公平性の基準と厚生年金改革の効果」『季刊社会保障研究』第36巻第3号、Pp.435-453

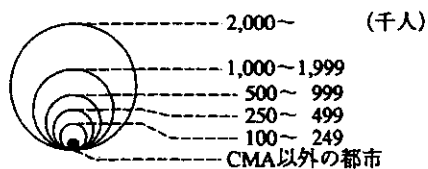
厚生省監修(2000)『平成11年版 厚生白書』(ぎょうせい)

小島克久(2001)「高齢者の所得格差」『人口学研究』第29号

橘木俊詔(1998)『日本の経済格差—所得と資産から考える』岩波書店



CMAの人口(1981)



注：CMA (Census Metropolitan Area)：人口10万人以上の都市化中心地、あるいは連担市街地 (2km以上の断絶を持たずに連続している市街地) と、その主な都市圏の範囲がこのように呼ばれる。主な都市圏とは次のような自治体を指す。1. 完全にあるいは部分的に都市化中心地の中に入る自治体、2. その自治体に住む就業者の、少なくとも40%以上が都市化中心地で従業している自治体、3. その自治体で働く従業者の、少なくとも25%以上が都市化中心地に住んでいる自治体。(Statistics Canada: 1981 Census Dictionary, 1982, による.)

出所：山口岳志編：世界の都市システム，古今書院，1985.⁷⁾

図1 カナダの州・都市の分布とそれらの成立年次

表1 カナダの州・準州別の人口

州・準州	人口 1996年	人口 2001年	人口増加率	人口割合%	15歳未満人口15~64歳人口65歳以上人口			15歳未満人口15~64歳人口65歳以上人口		
					割合	割合	割合	割合	割合	割合
カナダ連邦	28,846,760	31,081,887	7.7482774	100	20.5%	67.3%	12.2%	18.8%	68.6%	12.6%
Newfoundland	551,795	533,761	-3.268243	1.7172735	19.9%	69.3%	10.8%	16.9%	71.2%	11.8%
Prince Edward Island	134,555	138,514	2.9422913	0.4456422	21.6%	65.4%	13.0%	19.3%	67.5%	13.3%
Nova Scotia	909,280	942,691	3.6744457	3.0329272	19.8%	67.1%	13.1%	17.8%	68.8%	13.4%
New Brunswick	738,130	757,077	2.566892	2.4357498	19.6%	67.8%	12.6%	17.7%	69.3%	13.0%
Quebec	7,138,795	7,418,504	3.8060905	23.841873	19.2%	68.7%	12.1%	17.4%	69.4%	13.0%
Ontario	10,753,575	11,874,436	10.423148	38.203717	20.6%	67.0%	12.4%	19.2%	68.2%	12.6%
Manitoba	1,113,900	1,150,034	3.2439178	3.7000135	22.0%	64.4%	13.7%	20.7%	65.8%	13.5%
Saskatchewan	990,240	1,015,783	2.5794757	3.2680867	23.1%	62.2%	14.7%	21.2%	64.2%	14.6%
Alberta	2,696,825	3,064,249	13.624317	9.8586325	22.8%	67.3%	9.9%	20.5%	69.4%	10.2%
Columbia	3,724,500	4,095,934	8.9727212	13.177881	19.7%	67.5%	12.8%	17.7%	69.1%	13.2%
Yukon	30,765	29,885	-2.860393	0.0961492	24.0%	71.6%	4.4%	20.4%	73.9%	5.7%
Northwest Territories	64,400	40,860		0.1314592	32.6%	64.4%	3.0%	26.7%	69.0%	4.2%
Nunavut		28,159		0.0905962				36.8%	60.6%	2.6%

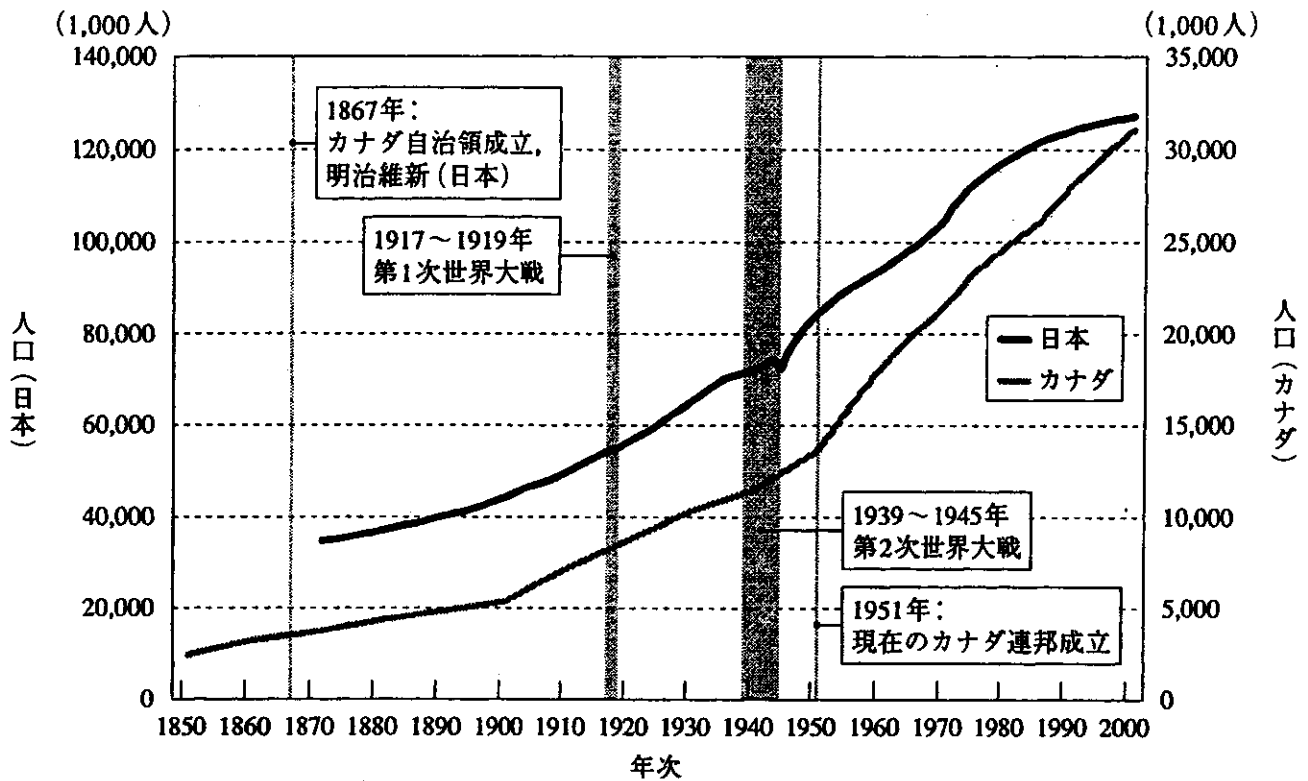
表2 カナダの州・準州別の世帯数と1世帯当たり平均世帯人員数

Region	Private Households	Average number of
Canada	10,820,055	2.6
Newfoundland	185,500	2.9
Prince Edward Island	47,960	2.7
Nova Scotia	342,595	2.6
New Brunswick	271,155	2.7
Quebec	2,822,030	2.5
Ontario	3,924,510	2.7
Manitoba	419,385	2.6
Saskatchewan	372,820	2.6
Alberta	979,175	2.7
Columbia	1,424,635	2.6
Yukon	11,465	2.6
Northwest Territories	18,825	3.4

表3 各国のジニ係数の時系列的变化

国	年	ジニ係数	国	年	ジニ係数
Australia	1981	0.281	Italy	1986	0.306
	1985	0.292		1991	0.289
	1989	0.304		1995	0.342
	1994	0.311	Luxembourg	1985	0.237
Belgium	1985	0.227		1991	0.24
	1988	0.232		1994	0.235
	1992	0.224	Netherlands	1983	0.26
	1997	0.255		1987	0.256
Canada	1971	0.316		1991	0.266
	1975	0.289	1994	0.253	
	1981	0.284	Sweden	1975	0.215
	1987	0.283		1981	0.197
	1994	0.285		1987	0.218
1997	0.291	1992		0.229	
1998	0.305	1995	0.221		
France	1979	0.293	U.K.	1969	0.267
	1981	0.288		1974	0.268
	1984	0.292		1979	0.27
	1989	0.287		1986	0.303
	1994	0.288		1991	0.336
Germany	1973	0.271		1995	0.344
	1978	0.264	U.S.	1974	0.318
	1981	0.244		1979	0.301
	1983	0.26		1986	0.335
	1984	0.249		1991	0.336
	1989	0.247		1994	0.355
	1994	0.261		1997	0.372

出所 Luxembourg Income Study Key Figures, Income Inequality Measuresから一部引用



資料：日本は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、総務省統計局「国勢調査」及び「各年10月1日現在推計人口」による。カナダはセンサス結果による。

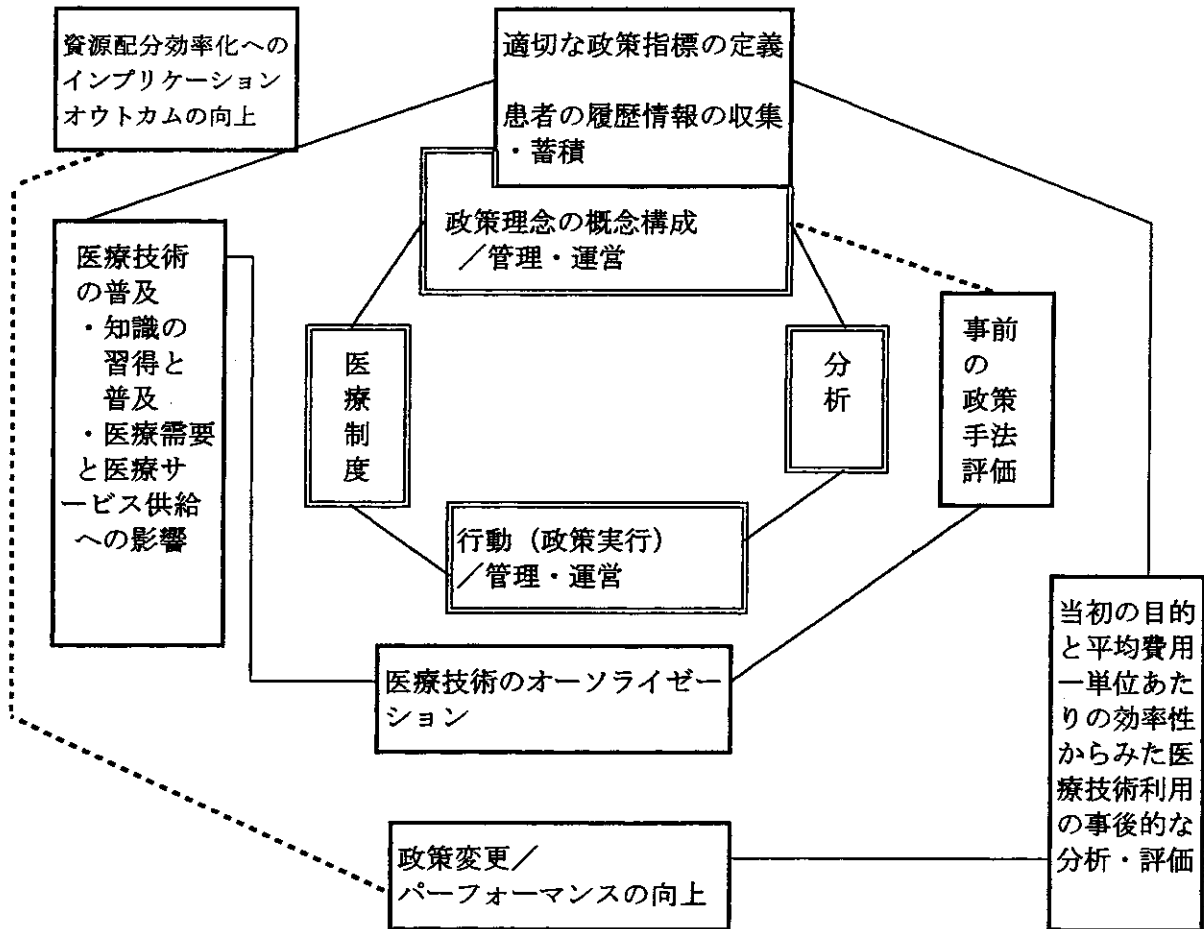
図2 カナダと日本の人口の推移

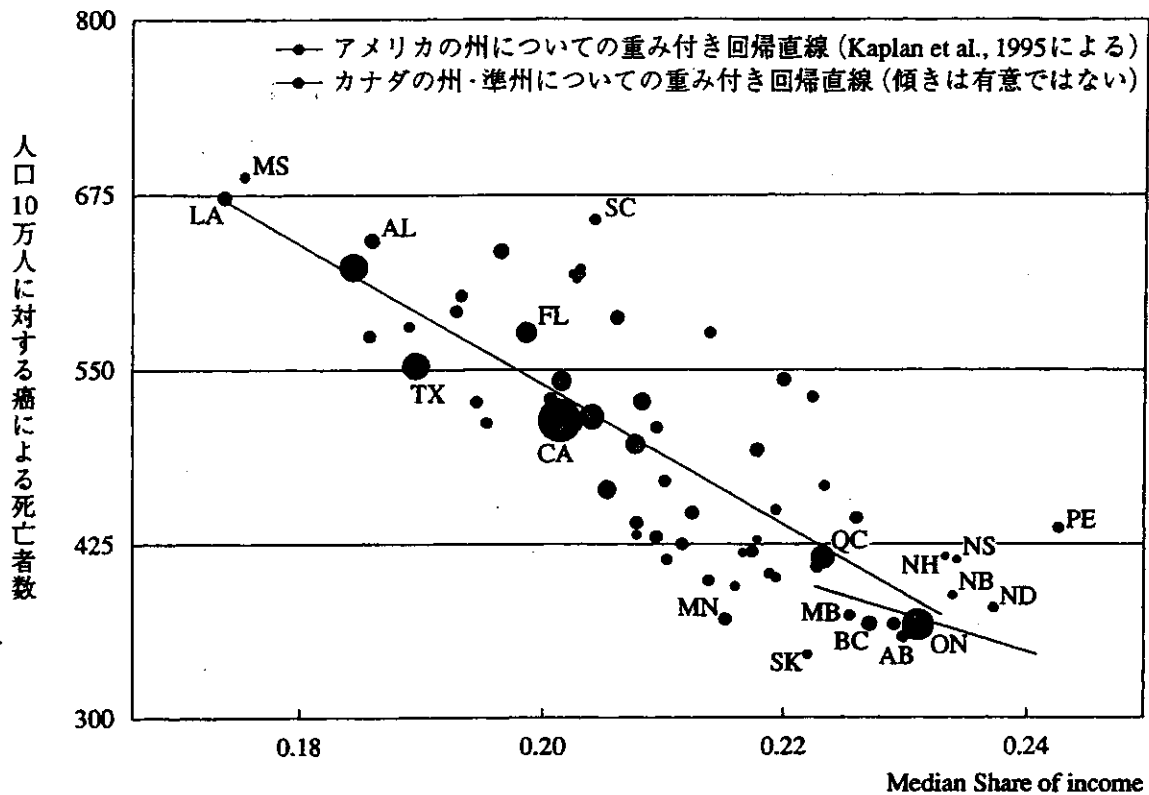
表4 カナダの州・準州別に見たジニ係数

州・準州	1984年	1994年
Alberta	0.282	0.285
British Columbia	0.275	0.279
Manitoba	0.277	0.267
New Brunswick	0.265	0.277
Newfoundland	0.265	0.279
Nova Scotia	0.264	0.281
Ontario	0.272	0.275
Prince Edward I.	0.261	0.253
Quebec	0.27	0.267
Saskatchewan	0.284	0.282

出所 Mahler(2002) Table1

図3 医療政策におけるパフォーマンス計測と評価の枠組み





注：アメリカの州の記号：LA-Louisiana; MS-Mississippi; AL-Alabama; SC-South Carolina; FL-Florida; TX-Texas; CA-California; AR-Arkansas; NH-New Hampshire; MN-Minnesota. カナダの州・準州の記号：QC-Quebec; NS-Nova Scotia; NB-New Brunswick; ND-Newfoundland; PE-Prince Edward Island; ON-Ontario; AB-Alberta; BC-British Columbia; MB-Manitoba; SK-Saskatchewan

出所：Ross and Benthelot (2002), Fig 1.

図4 貧困線以下の世帯の平均所得が全世界平均所得に占める割合と癌による死亡率との関係 (勤労者世帯 (男子世帯主)) アメリカ (1990年), カナダ (1991年)

表 5 地域ブロック別に見た一人当たり平均所得とジニ係数(平成8)

地域ブロック	人当たり所 (万円)			ジニ係数		
	当初所得	可処分所得	再分配所得	当初所得	可処分所得	再分配所得
平均	197	189.1	207.4	0.402	0.325	0.327
北海道	177.5	179.9	205.6	0.425	0.326	0.340
東北	175.8	174.3	195.3	0.397	0.329	0.331
関東Ⅰ	240.1	220.9	235.2	0.381	0.325	0.323
関東Ⅱ	190.2	182.2	196.9	0.406	0.333	0.329
北陸	190.4	185.1	208	0.365	0.300	0.304
東海	212.3	199.2	211.8	0.394	0.331	0.326
近畿Ⅰ	203.4	195.8	216.6	0.406	0.315	0.313
近畿Ⅱ	172.8	177.8	195.4	0.373	0.301	0.294
中国	171.8	170.9	192.3	0.388	0.310	0.320
四国	172.3	176.7	196	0.432	0.343	0.332
北九州	156.5	157.7	184.4	0.427	0.335	0.346
南九州	142.1	141.1	160	0.437	0.354	0.363

資料:厚生労働省「所得再分配調査」の再集計結果

注:地域ブロック別区分の定義は以下の通り。

北海道:北海道

東北:青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県

関東Ⅰ:埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県

関東Ⅱ:茨城県、栃木県、群馬県、山梨県、長野県

北陸:新潟県、富山県、石川県、福井県

東海:岐阜県、静岡県、愛知県、三重県

近畿Ⅰ:京都府、大阪府、兵庫県

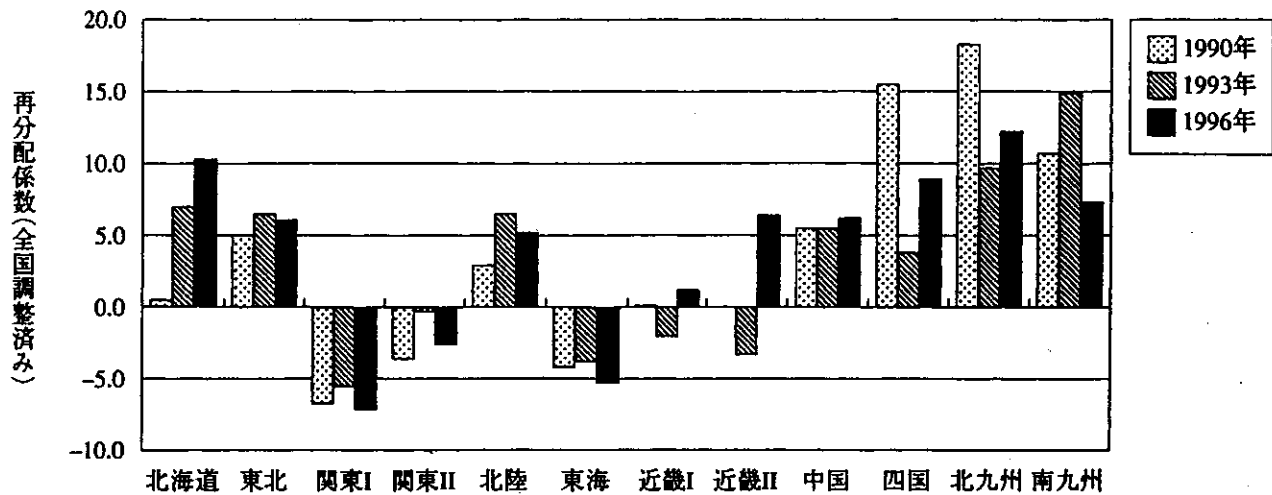
近畿Ⅱ:滋賀県、奈良県、和歌山県

中国:鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県

四国:徳島県、香川県、愛媛県、高知県

北九州:福岡県、佐賀県、長崎県、大分県

南九州:熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県



資料：小島厚生省大臣官房政策課調査室「平成8年所得再分配調査」

出所：「平成11年版厚生白書」第2章

注：地域ブロック別区分の定義は以下の通り。

北海道：北海道

東北：青森県，岩手県，宮城県，秋田県，山形県，福島県

関東I：埼玉県，千葉県，東京都，神奈川県，関東II：茨城県，栃木県，群馬県，山梨県，長野県

北陸：新潟県，富山県，石川県，福井県

東海：岐阜県，静岡県，愛知県，三重県

近畿I：京都府，大阪府，兵庫県，近畿II：滋賀県，奈良県，和歌山県

中国：鳥取県，島根県，岡山県，広島県，山口県

四国：徳島県，香川県，愛媛県，高知県

北九州：福岡県，佐賀県，長崎県，大分県，南九州：熊本県，宮崎県，鹿児島県，沖縄県

全国調整済み再分配係数は(各地域の再分配係数-全国の再分配係数)で求めた。

図5 地域ブロック別所得再分配状況(1990, 93, 96年)

付録1 カナダ日本社会保障政策研究円卓会議の経緯について (平成12～13年度)

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

1. 円卓会議の契機

1999年9月 カナダのクレチエン首相と故小渕首相が、社会保障政策研究の分野で両国が協力することが望ましい旨のコミュニケを発表。

2. 円卓会議の経緯

1999年12月～2000年3月

在日カナダ大使館 クリスチーナ・中村一等書記官を中心とした作業グループが、外務省北米1課、厚生省大臣官房国際課と協力して、日本側の協力機関の選定準備を進める。

2000年3月

日本側の社会保障研究機関として、国立社会保障・人口問題研究所が決まり、その中の社会保障応用分析研究部（尾形裕也部長と金子能宏室長）が円卓会議に資する研究に従事することとなった。

2000年3月29日～4月5日

カナダの首都オタワのカナダ外交貿易省の日本課（フォックス日本課課長が議事進行）において、加日社会保障政策研究円卓会議の研究分野について、意見交換。

他に、トロント大学に訪問して、社会学、政治学など多分野の教授、研究者と会い、学際的な意見交換を実施。

2000年4月～5月

カナダ外交貿易省が希望した研究分野、年金、医療、子育て支援と女性就業、移民と社会保障、のうち、厚生労働省及び国立社会保障・人口問題研究所としては、年金、医療、子育て支援と女性就業の分野で、円卓会議に資することを決定。

2000年6月～11月 研究発表の準備

2000年8月 加日社会保障政策研究円卓会議における子育て支援の日本側研究チーム

として、国立社会保障・人口問題研究所の金子能宏が分担研究者をしている厚生科学研究費補助金調査研究事業「社会保障政策が育児コストを通じて出生行動と消費・貯蓄行動に及ぼす影響に関する研究」（主査 一橋大学経済研究所教授 高山憲之先生）に協力を依頼。了承を得る。

2000年12月1日 カナダのオタワ市で開かれたカナダ政策研究全国会議 National Policy Research Conference において、「日本とカナダの高齢化に対応する社会保障」セッションを開き、尾形裕也部長と金子能宏室長が、それぞれ医療、年金について発表。

2000年12月19日 加日社会保障政策研究円卓会議のフォローアップ会議（於いてカナダ大使館会議室）

2001年1月 2001年6月23日、24日に開かれる、加日社会保障政策研究円卓会議の日本大会（大阪コンファランス）の準備を開始

2001年4月～5月 加日社会保障政策研究円卓会議の大阪コンファランス準備
開催場所：関西学院大学

2001年1月 2001年6月23日、24日
加日社会保障政策研究円卓会議の大阪コンファランス開催
プログラム（別添）

2001年9月～10月 カナダのアジア太平洋財団から加日社会保障政策研究円卓会議の一環として National Population Health Workshop の開催提案
開催時期：National Policy Research Conference の開催される12月5日～7日（カナダのオタワ市）

2001年11月7日 カナダ外務貿易省日本課において、植村副所長様、小島室長、金子室長が、フォックス日本課長、ニッケル日本課長補佐、マッキノン氏 Policy Research Secretariat と、今後の加日社会保障政策研究円卓会議の協力関係について打ち合わせ

2001年11月8～9日 カナダ・アジア太平洋財団の視察と会議
9日に、同財団副理事長のウー博士とストーリー研究員と、12月5日に開かれる予定の加日社会保障政策研究円卓会議の一環としての Population Health Workshop とその今後のあり方について打ち合わせ
(Meeting Held in Vancouver, November 9 参照)