

日本の位置を確認しておくとして、1人当たり所得は3万ドルと上位から6番目と高いが、対GDP比医療費は7.4%で低い方に属する。OECDの平均的な所得と医療費の関係からみると、日本は高い所得の割に医療費が少ないということになる。イギリスは日本よりさらに医療費が少ない。アメリカ、カナダは逆に所得に比べて医療費が大きい。

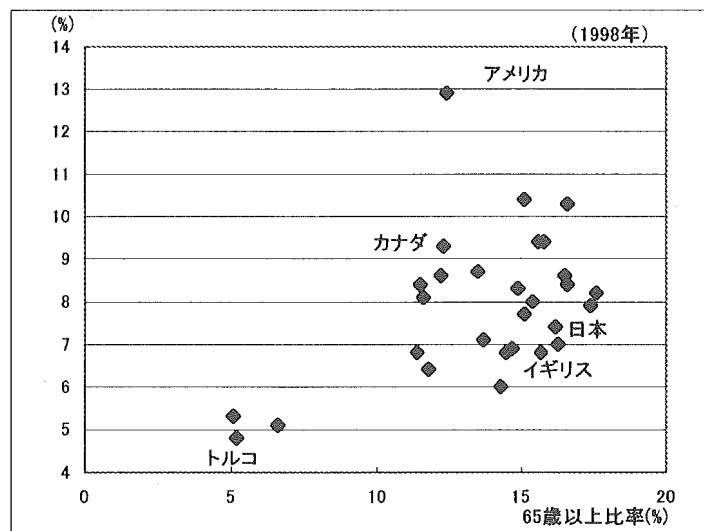
2) 高齢者比率と医療費

高齢者比率と医療費の関係は先にみた所得と医療費の関係ほど鮮明ではない。OECD諸国の中で飛びぬけて人口構成が若いトルコ、メキシコ、韓国の3カ国が見かけ上の相関を作り出しているに過ぎず、これら3カ国を除くと高齢者比率と医療費にはほとんど何の関係も見出せない。

高齢化が医療費を上昇させるという説はわが国では当然のことのように論じられていることからすれば意外に思われるが、国際比較から高齢化で医療費が増加するという証拠は導かれなかった。

高齢者の罹患リスクが若年世代に比べて大きく医療需要が高いことが各国に共通するにもかかわらず、高齢者比率が高い国で医療費が大きいという事は、潜在的な医療需要がどれほど実現するかが国によって異なることを示唆する。老人にとって医療アクセスの良し悪しが決定的に重要だからである。

図表2 65歳以上比率と医療支出(対GDP比、%)の関係

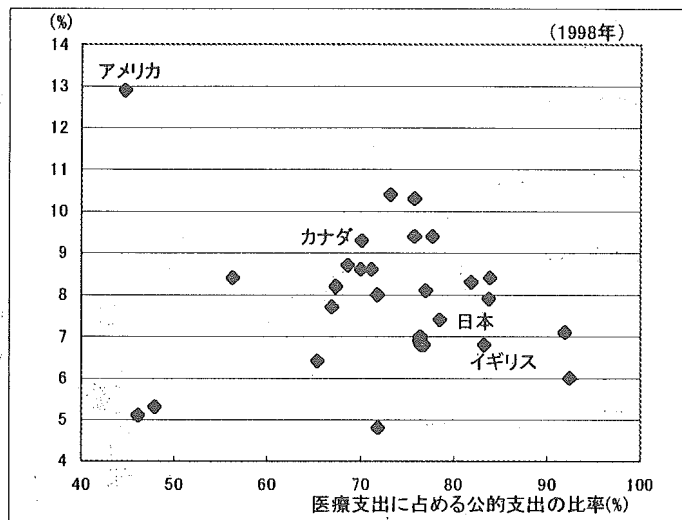


資料)OECD Health Data 2001

3) 公的比率と医療費

公的医療制度が完備された国では医療へのアクセスが高まる結果、医療サービスの消費が増加し、国民医療費が増えるのだろうか。OECD諸国の医療支出に占める公的シェアと医療支出の関係を見る限り、そのような傾向は見受けられない。トルコ、メキシコ、韓国の3カ国を除いた場合、むしろ公的シェアが高い国のほうが対GDP比医療支出は小さい傾向があるようだ。

図表3 公的医療費比率と医療支出(対GDP比、%)の関係



資料) OECD Health Data 2001

公的医療シェアが小さく医療も民間ベースで取引されるアメリカではもっとも医療費が大きく、反対に医療供給に関して国の関与が大きいイギリスなどで医療費が小さい。公的な供給システムのほうが強力な抑制策をとりやすいことが原因とみられる。

4) 医療諸制度と医療費

医療制度の違いが医療費に与える影響は大きい。80年代から90年代にかけて医療費高騰に悩む諸国は他国の政策導入経験を互いに学習し合い、自国の医療制度改革を行ってきた。90年代にはインセンティブを活用した市場機能中心の政策が主流になっている。OECD諸国の経験から導かれた医療の効率化政策とは何か。

OECD24カ国の70年から91年のパネルデータ分析²では、①医師への報酬の払い方としてわが国のような「出来高払い制」よりも、イギリスのプライマリーケアやアメリカのHMOのような「人頭払い制」のほうが医療費を引き下げる、②フランスで実行されている「償還制度(患者が窓口で医療費を一旦全額支払い後で払い戻しを受ける制度)」は医療費を引き下げる、③イギリスのGP(ジェネラルプラクティショナー)をはじめ多くの国で採用されている「ゲートキーパー制」は医療費を引き下げる、など抑制策の有効性が確かめられている³。しかしながら、こうした制度の違いが男女別、所得階層別、社会階層別、年齢階層別の医療費にどのような影響を与えているかについて検討はほとんどなされていない。

さて医療費支出に関するわが国の国際的な位置は、以上みてきた通りである。一般にすぐれていると評価される日本の医療費の中身を次章で検討することにしよう。

2. わが国の年齢階級別医療費

皆保険制度と公定価格制度にもとづく平等なアクセスで特徴づけられるわが国の医

² OECD(1995)

³ OECD(1995)には、①自己負担の引き上げは外来医療費へ影響せず、負担が高いほど入院医療はかえって増加する、②予算総枠制は効果がないどころか医療費を増加させる、③人口当たり医師数が多いと医療費が下がる、④診療価格が医師の自由裁量にまかされているかどうかは医療費に無関係、など医療政策の効果に疑問を抱かせる結果も同時に報告されている。

療制度は世界的に高い評価を受けている。例えばWHO「World Health Report 2000」はわが国の医療システムについて、フリーアクセスや平等度の高さおよび結果としての健康度（寿命など）を大きく評価し、世界ランキングでトップレベルとしている。

われわれはそのような制度のもとでどのように医療費を費やしているのか。以下では年齢階層別、所得階層別、社会階層別、男女別に医療費がどのように分配されているのかを検討する。

1) 年齢別医療費

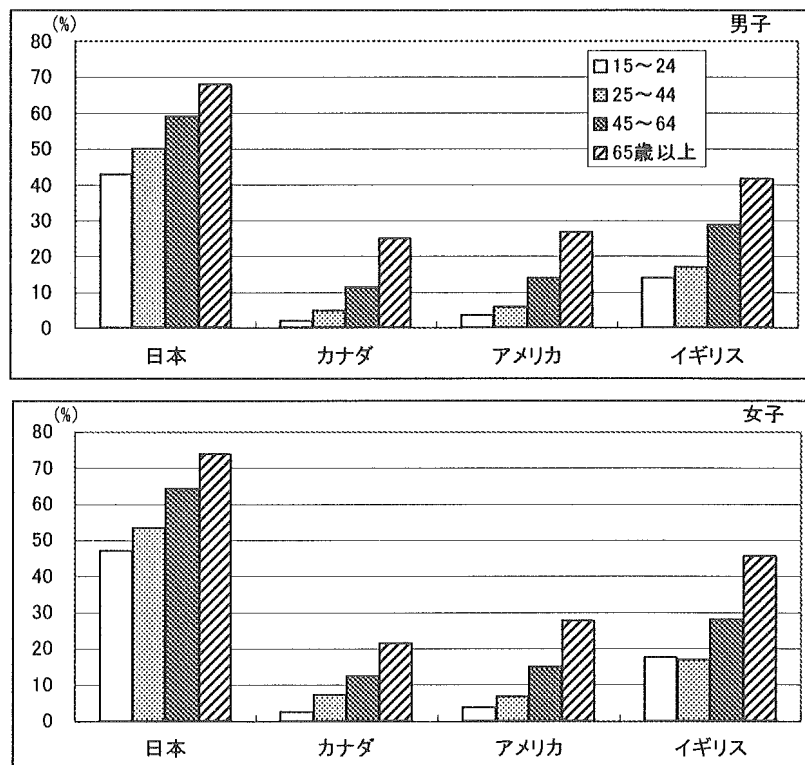
図表に見るようにわが国だけでなく諸外国でも年齢が高まる。このような有訴率の傾向は、疾病罹患率を反映していると考えられるため、その治療のための医療費も年齢とともに増加することが想像される。

有訴率のその他の特徴として、女子は男子よりも不健康を訴える比率が高いこと、国によって有訴率の一般的な水準がこと

なること、などを指摘することができる。日本の有訴率が他国よりも高いのは設問の仕方が異なるためと考えられる。

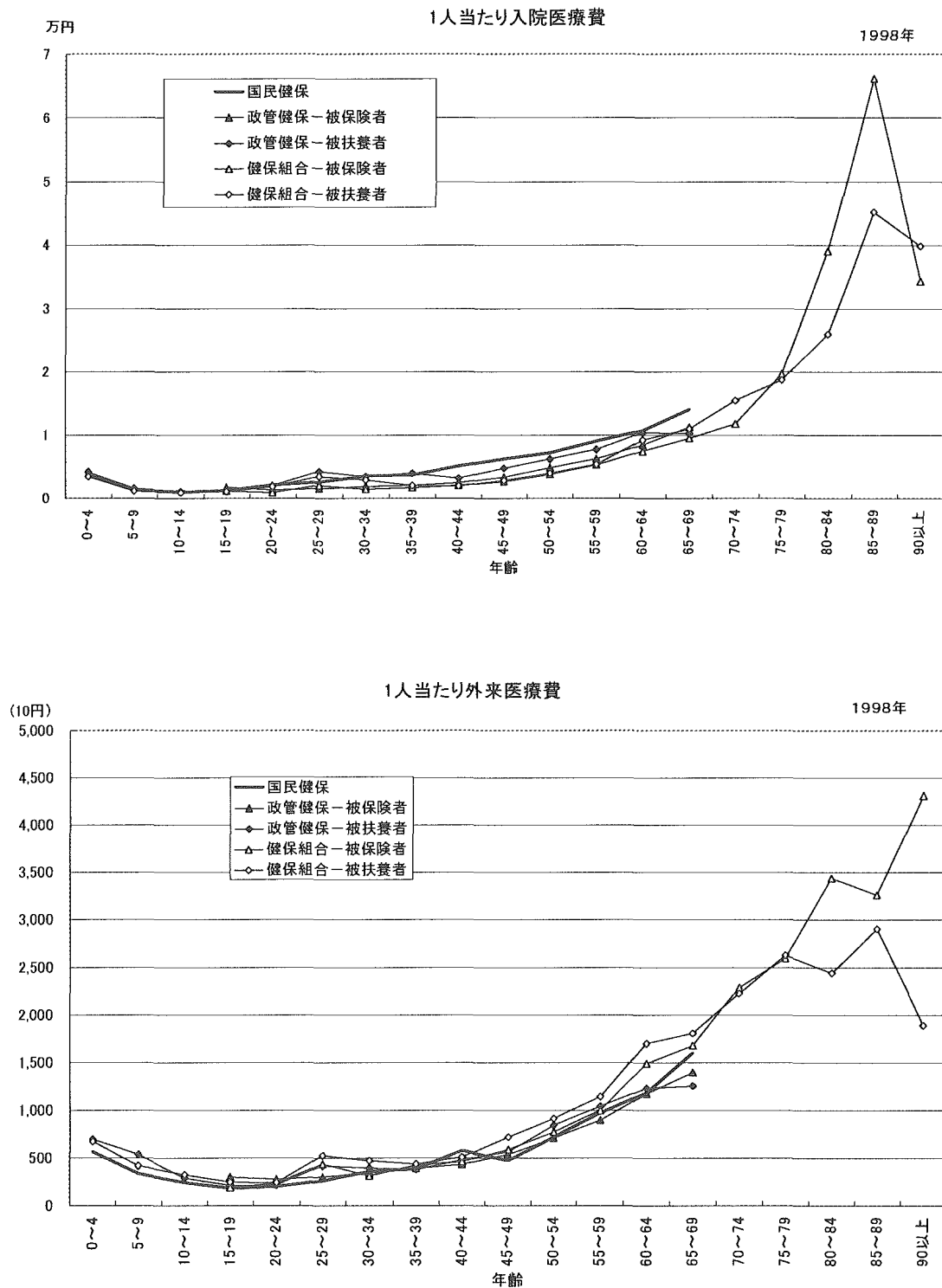
わが国では医療保険制度ごとに給付実態を調査しているもので、それぞれの調査にもとづいて年齢階級別の医療費を調べることができる。図表5をみると医療費の年齢格差は非常に大きいことが分かる。入院でも外来でも、10～20歳代で医療費はもっとも少なくなり、それ以上では年齢が高まるほど医療費が高額になる。高齢者では医療費の高まり方が急激で、特に入院医療は80歳以上で増加する。このことから若者だけでなく高齢者にとっても医療アクセスが十分によいことが推測される。

図表4 有訴率(健康状態がよくない人の割合)



資料)OECD Health Data 2001

図表5 年齢階級別医療費

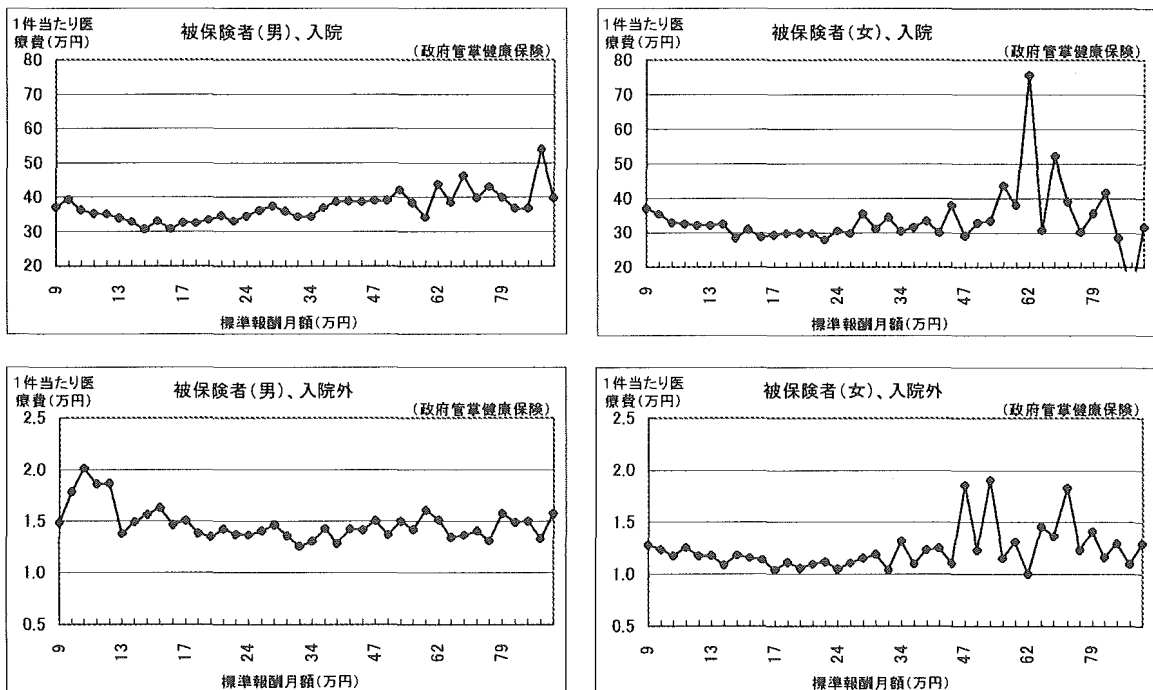


2) 所得別医療費

国際比較データでは所得が高まると医療費がそれ以上に増えるという関係が導かれた。1国内でも同様の関係があるのだろうか。低所得者の医療費は少なく、高所得者の方が多くの医療費を費やしているなど、医療の所得格差が大きければ、医療アクセスは平等でないことになる。

わが国の公表データで所得と医療費の関係を調べることができるのは、社会保険庁「医療受給者状況調査」だけである。社会保険庁が管轄する政府管掌健康保険に加入する中小企業の従業員が調査対象である。全数調査ではなくサンプル調査であるために、受診率が収集できないため、ここでの検討対象は1人当たり年間医療費ではなく、1件当たり医療費となる。またサンプルの少ない部分の数値が不安定となりがちである。

図表6 所得別1件当たり医療費



資料)社会保険庁「医療給付受給者状況調査」平成9年4月診療分

図表6の横軸は標準報酬月額すなわち税引き前の給与額であり、縦軸は入院および入院外(外来)の1件当たり医療費である。入院医療費はもっとも所得が低い層でやや高く、中下層で低く、高所得層で再び若干高くなる傾向がある。入院外医療費もほぼ同様だが、入院よりも低所得層での高さが特に男子で際立っている。また、男女の差に着目すると、全般に男子の医療費は女子よりも高いことがわかる。

以上から、低所得者のほうがむしろ多くの医療費を使っている可能性が大きい。国の間の比較で導かれた所得が高いと医療費が増えるという関係は、わが国の中ではあてはまらない。低所得者の医療アクセスが高所得者に比べて劣るという仮説は否定されよう。

医療アクセスの所得間格差については松本・長谷川(1999)が分析し、有訴者と所得に

は逆相関があることから罹患リスクは所得間不平等があるとみられるが、有訴者のうちの治療者割合は低所得者のほうが高いので、医療機関へのアクセスの公平性は高いと述べていると、われわれと同様の結果を報告している。

3) 社会階層別医療費

社会階層はわが国の経済学的な分析で用いられることはまれな分類である。社会階層とは何を指すのかから始めなければならないが、Arber(1996)はイギリスにおける健康度合いの分析において Class の概念が重要とし、学歴、職業（無業者については前の職業）、就業状態（フルタイム、パートタイム、失業、無業者）別の分析を展開している。われわれもこれにならって日本のデータについて、学歴、職業、就業状態別の医療費を求めることを試みたが、日本ではそのような切り口で作成された医療費統計は存在しなかった。

職業別の医療費動向をうかがうための唯一の手がかりは、前掲の図表5に示した年齢階級別医療費である。これは医療保険制度別に作成されているため、保険ごとに加算者の職業が異なることを利用すれば、職業別医療費と見なすことができるためである。しかし、職業別とはいっても、たかだか、雇用者、雇用者の無業の配偶者、自営+無業、の3階層だけの区分けにとどまる。「政府管掌健康保険」および「組合管掌健康保険」の被保険者本人がフルタイムの雇用者に相当し、その中でも前者が中小企業、後者が大企業雇用者である。これら2つの保険の被扶養者はそれら雇用者の無業の配偶者と見なせる。そして「国民健康保険」加入者は自営業主と家族従業者と無業者が含まれる。

そのような観点から図表5を再度検討すると、入院医療費は自営+無業の「国民健康保険」が25~29歳層を除く全ての年齢層でもっとも多く使っている。フルタイム雇用者と無業の配偶者を比較すると、無業の配偶者のほうが医療費が高い。さらに大企業雇用者と中小企業雇用者では、中小企業雇用者のほうが医療費が高い。

外来医療については、これら階層別の関係がほぼ逆になっている。すなわち、自営+無業>雇用者、フルタイム雇用者>無業の配偶者、大企業雇用者>中小企業雇用者、などである。

以上から、階層間で入院医療と外来医療の費やし方が大きく異なる可能性が大きい、データの制約からこれ以上の分析は困難である。

4) 男女別医療費

わが国では医療費を男女別に掲載している統計は少ない。医療ニーズに男女差があることは明らかであるにもかかわらず、その差に着目した医療費分析はほとんど見当たらない。

図表7 受診件数の疾病大分類別割合(本人)

	入院		入院外	
	男子	女子	男子	女子
総数	100.0	100.0	100.0	100.0
感染症	3.9	4.0	4.3	3.9
新生物	17.8	19.9	3.1	4.2
血液、免疫機構	0.4	1.0	0.3	1.0
内分泌、代謝疾患	6.5	4.2	9.3	7.8
精神	3.6	3.4	2.3	1.8
神経系	1.8	1.6	1.3	1.6
眼	2.1	1.8	6.6	9.7
耳	0.5	0.9	1.4	1.5
循環器	16.9	9.3	18.1	11.8
呼吸器	7.1	6.3	16.9	18.3
消化器	17.4	10.4	12.5	8.5
皮膚、皮下組織	0.9	1.0	6.2	7.7
筋、骨格系	6.9	7.1	9.6	11.1
尿路、性器	4.9	6.4	3.0	5.9
妊娠、分娩、産じょく	0.0	14.9	0.0	0.9
周産期	0.0	0.0	0.0	0.0
先天性奇形、染色体異常	0.2	0.2	0.1	0.1
他に分類されないもの	1.3	1.5	1.5	1.6
損傷、中毒	7.9	6.2	3.7	2.6

資料) 社会保険庁「医療給付受給者状況調査」1999年4月分

診は男子でもっとも多いのは新生物、次いで消化器、循環器の疾患であるが、女子では第一位の新生物は男子と同じであるものの、第二位が妊娠・分娩・産じょくである点が大きく異なり、それ以下は男子と同じ消化器、循環器となる。入院外受診では、男子は循環器、呼吸器、消化器、筋骨格系の順であるが、女子は呼吸器、循環器、筋骨格系、眼の順である。

ただしこれは被保険者本人の受診行動であることから、中小企業に従事する男女間の差であることを考慮しなければならない。一般に男子のほうが勤労年数が長いことを考えれば、図表7の男子には年齢が高い層が女子よりも多く含まれる可能性が大きい。そのため、先に指摘した受診行動の性差には、年齢による疾病構造の差が影響を及ぼしている可能性がある。年齢をコントロールした分析はデータの制約から行うことができない。

男女別年齢別の1人当たり医療費については、次節において各国比較の中で詳しく検討する。

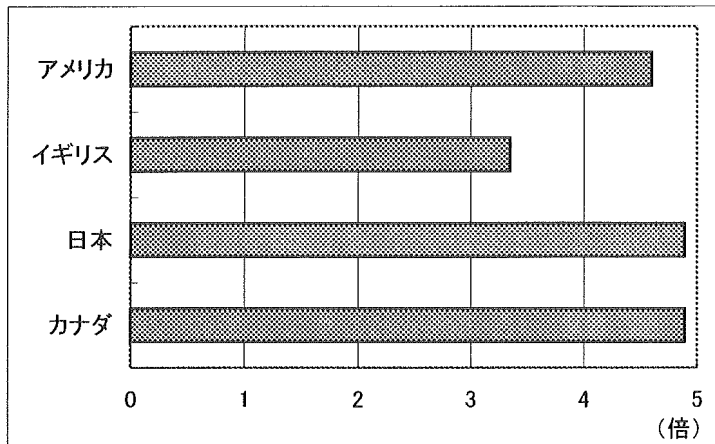
3. 男女別年齢階級別医療費の国際比較

高齢化による医療費負担の増加を検討するなどのために、年齢階級別医療費の分析はわが国だけでなく諸外国でも注目される。しかしながら、経済学的な視点からの分析に限るとこれをさらに男女別で検討した分析は少ない。例えば Cutler and Meara (1997) はアメリカの年齢別医療支出の過去40年の動向を分析し、乳幼児と高齢者の医療費増加が突出していたという事実を確認しているが、男女別の観点からの分析は欠落してい

性差に注目したデータが数少ない中で、政府管掌健康保険加入者の医療費動向を調査する社会保険庁「医療給付受給者状況調査」では、男女間の医療行動の違いを疾病構造の観点から説明しようという試みが見られる。図表7に見るように男女別に入院および入院外における受診件数がどのような疾病の治療のためであるかを調査している。

それによれば、入院受

図表8 高齢者と若年者の医療費格差の国際比較
1997年



注) 65歳以上1人当たり医療費/0~64歳1人当たり医療費
資料) OECD Health Data 2001

る。

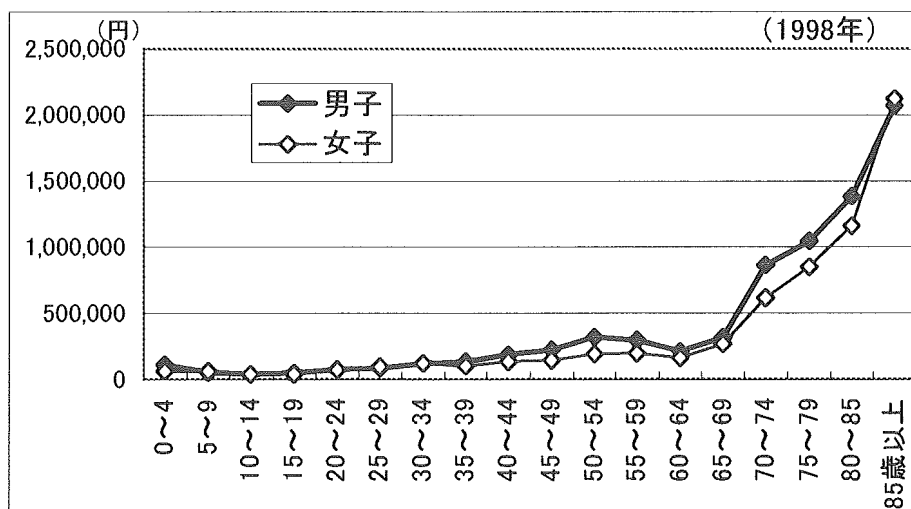
われわれは医療費分析に性差の視点を導入すべく、日本の男女別年齢階級別医療費を推計するとともに、他の先進国(カナダ、アメリカ)についても男女別年齢階級別医療費を収集した。これらを比較分析することによって、日本の医療費支出の特性を明らかにするのが本節の目的である。

それに先立ち、年齢間格差についてOECD国際比較データにより、各国の特徴を確認しておこう。図表8は65歳以上1人当たり医療費を0~64歳1人当たり医療費で割った倍率で示された、高齢者と若年者の医療費格差を、日本を含む4カ国について比較している。これによればいずれの国でも高齢者は若年者より多額の医療費を費やしていることがわかる。しかし格差の程度は国によって異なり、イギリスでは3.4倍、アメリカで4.6倍、カナダは日本と同じ4.9倍である。このことから日本は高齢者の医療費支出が大きい国の中の一つであるといえることができる。

1) 日本

次に男女別年齢別の医療費を検討する。日本については国民健康保険の加入者の1人

図表9 男女別年齢別1人当たり医療費(日本)



資料) 厚生省「国民健康保険医療給付実態調査」などから推計

当たり医療費を推計した(図表9)。推計方法の概略は、入院、入院外、歯科、調剤についての男女別年齢別医療費総額を合計し、それを推計

男女別年齢別加入者数で除す方法で1人当たり医療費を求めるというものである。サンプル調査である厚生省「国民健康保険医療給付実態調査」をベースに推計したため、サンプル数の少ない年齢階級などでは誤差が大きい可能性がある。

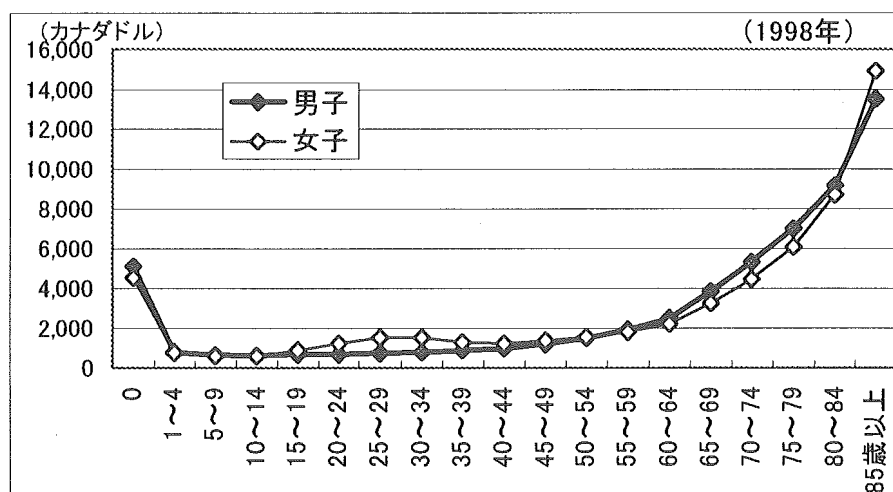
それによれば、0～4歳では男子11.1万円、女子6.3万円と男子が多く医療費を費やすが、男女ともに10歳代で医療費支出はもっとも小さく3万円台となる。その後30～34歳で男女ともに10万円を超え、50歳代で小さいピークを迎える。60歳代前半でやや低下した後、70～74歳から急増に転じる。男子の増え方は女子より大きく、70～74歳86万円、75～79歳104万である。女子は70～74歳から80～84歳までの各層で男子より約15万円ほど少ない。しかし85歳以上層では男女の医療費支出額は逆転し、女子は211万円で男子の206万円を超える。

このように年齢層ごとに男女差の様子は異なるが、多くの年齢層で男子は女子よりも多くの医療費を使っている。女子が男子より医療費支出が多い年齢層は、25～29歳、30～34歳と85歳以上の3年齢層のみである。

2) カナダ

続いてカナダについても同様に男女別年齢階級の医療費を見てみよう。図表10はCanadian Institute for Health Informationという研究機関が提供しているデータである。

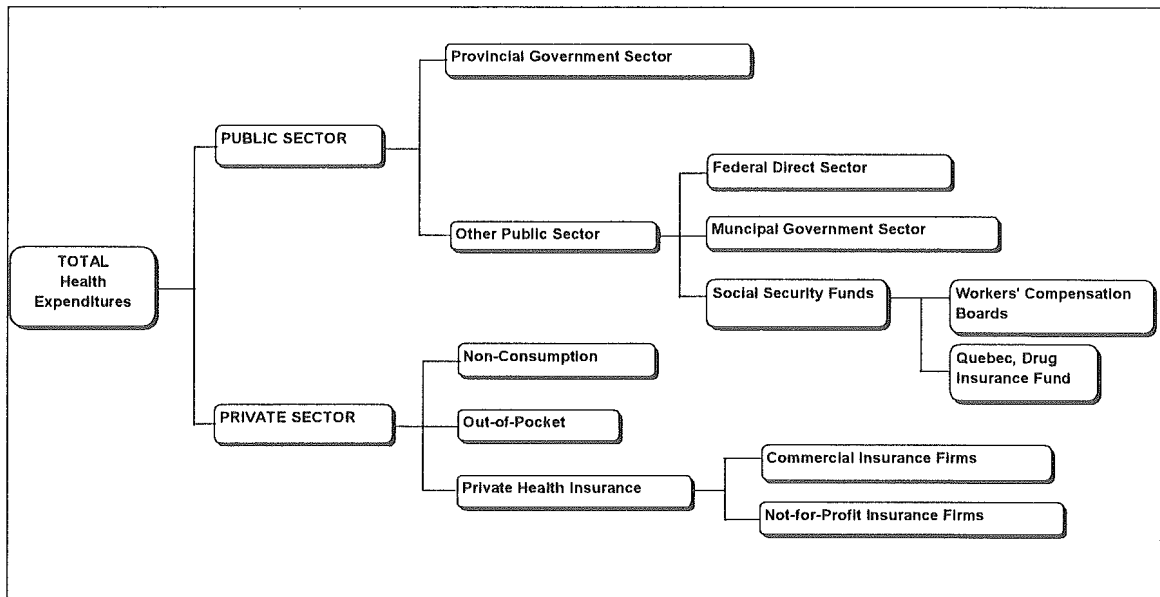
図表10 男女別年齢別1人当たり医療費(カナダ)



資料) Canadian Institute for Health Information "Total Provincial Government Sector Health Expenditure"

ただし資料に記したようにこれは医療費支出全体の金額ではなく州政府の支出金額であることに注意されたい。次の図表11に示したように、カナダでは医療費の財源はわが国同様に公的支出と民間支出に大きく2つに分けられ、公的支出はさらに州政府とその他(連邦政府、市町村など)に分類される。この中で州政府の支出がもっとも大きく、医療支出全体の2/3を占める。そして州政府支出の男女別年齢階級別分布は全体の医療支出の分布とほぼ同様ということである。そのような判断からここでは男女間年

図表11 Composition of Total Health Expenditures, by Source of Finance



年齢格差の考察のための国全体の医療支出をこの州政府医療支出データで代替するが、もしも他の財源からの医療費が特定の年齢や性に偏って支出されている場合にはこのデータによる代替が正しくカナダの医療費分布を反映していない危険性がある。

図表10にしたがえば、カナダでは男女ともに0歳で5千ドルを超える医療費を費やしたのちは、男子では44歳以下まで1千ドル以下、一方、女子は全般的に男子よりやや多く、25～29歳および30～34歳で1,500ドル強の緩やかなピークを形成する点が日本と異なる。日本では女子は25～29歳および30～34歳で出産関連の医療費がかかるとみられるにも関わらずカナダのようにこれらの層で医療費増加が観察されないのは、わが国では正常分娩は医療保険給付の対象とはならず、国民医療費の定義からも外れているためと考えられる。

もうひとつの日本との相違点は、日本では50歳代で医療費が高まるのに対してカナダではそれがない。この差は何に由来するものであろうか。

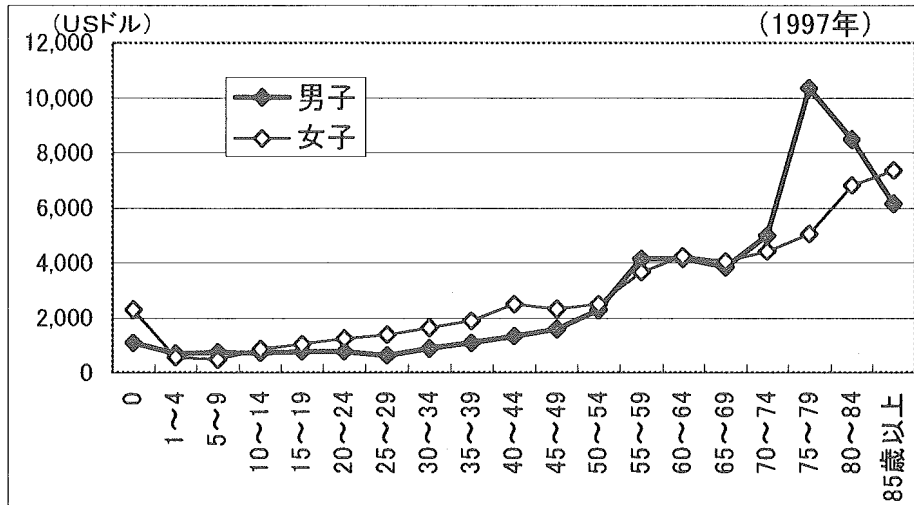
また男女ともに65歳以上で医療費が急速に高まり、男子は女子よりも医療費が高い点は日本と同様である。そして85歳以上では逆転し女子が男子を上回る点も日本と同じである。

3) アメリカ

最後にアメリカのデータを紹介する。図表12は政府のThe Agency for Healthcare Research and Qualityが全国規模で行っている医療に関する包括的な調査(Medical Expenditure Panel Survey)のうちのインターネットで公開されている部分からの抜粋である。日本のデータと同様に、サンプル調査であるために標本数が少ない階層ではデータが特異値に引っ張られる結果、真の値との誤差が生じる場合がある。

これによれば、アメリカでは0歳で多額の医療費を費やした後(ただし女子のみ)1

図表12 男女別年齢別1人当たり医療費(アメリカ)



資料) The Agency for Healthcare Research and Quality "Medical Expenditure Panel Survey"

~4歳で低下し、その後、女子は54歳までごく緩やかに増加していくが、男子では29歳まではほぼフラットで緩やかな上昇に転じるのは30歳以降である。

その結果、10歳から54歳までのすべての年齢階層で女子の医療費が男子を上回る。カナダでも15歳から54歳まで女子が男子を上回っていた点はアメリカと同様であるが、アメリカのほうが男女間格差が大きく女子の医療費の大きさが突出している。

55歳以上では医療費の伸びが高まるが、その程度は日本やカナダよりも急速ではない。アメリカの男子の75~79歳および80~84歳の医療費が図抜けて高くなっているのは小サンプルからくるデータの歪みではないか。

4) 3カ国の比較

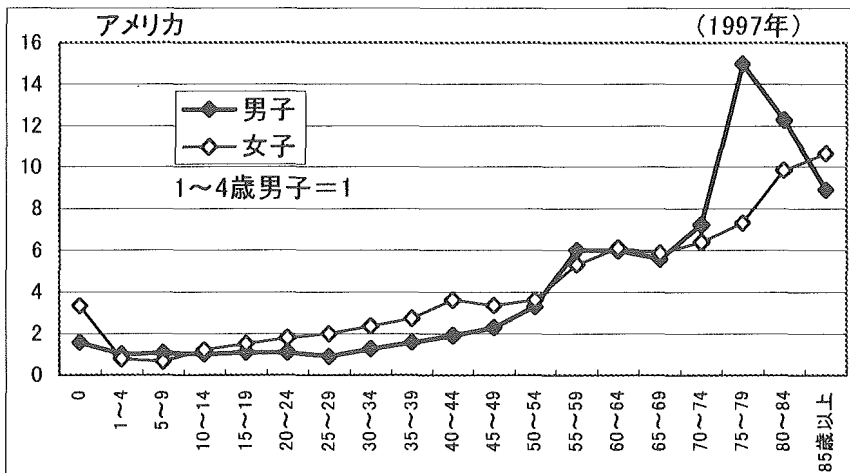
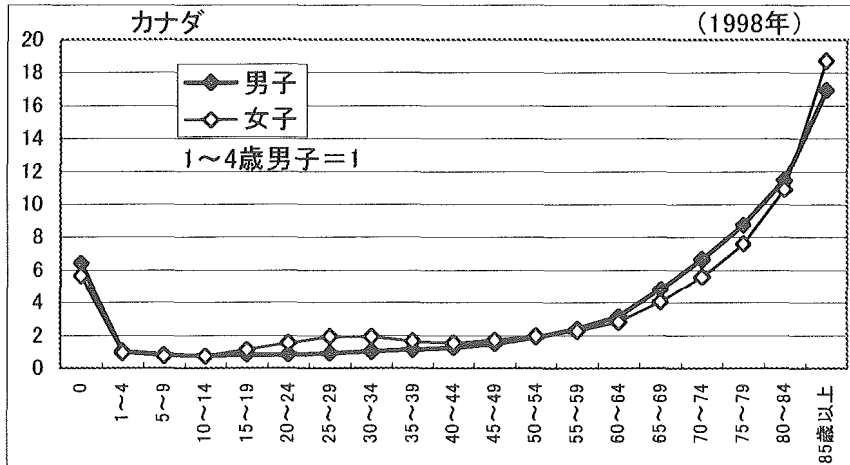
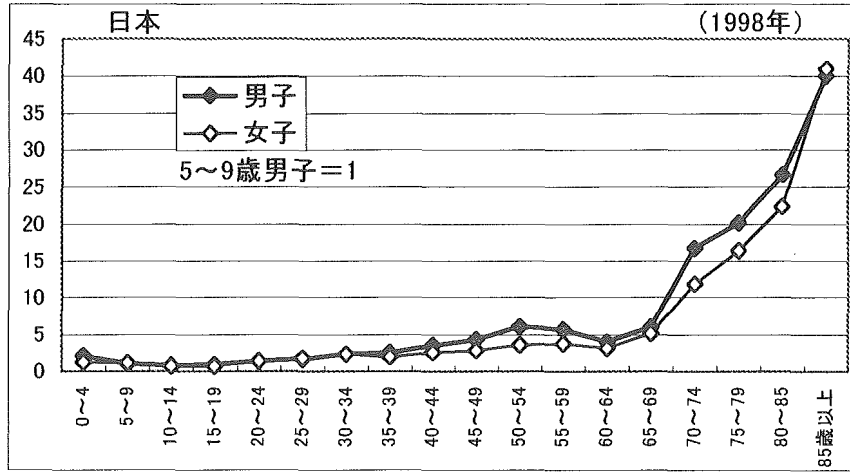
最後に以上3カ国の男女別年齢階級別医療費を比較しやすいように指数化したグラフを示す(図表13)。各国ともに医療費がもっとも小さくなる低年齢層の男子(日本は5~9歳の男子、カナダおよびアメリカは1~4歳の男子)を100とした指数とした。

これを見ると医療費の年齢間分布が国によって大きく異なることが明らかである。日本では高齢者の医療費が極端に高く、5~9歳の男子に比べて70歳男子は16.7倍、70歳女子は11.9倍の医療費を費やす。さらに85歳以上では男女ともに40倍を超える医療費を費やしている。

一方、カナダは0歳の医療費が突出して高いことを除けば、1~4歳男子に比した医療費は、70歳で男子は6.7倍、女子では5.6倍に過ぎない。医療費がもっとも高くなる85歳でも1~4歳男子の17~18倍程度にとどまっている。

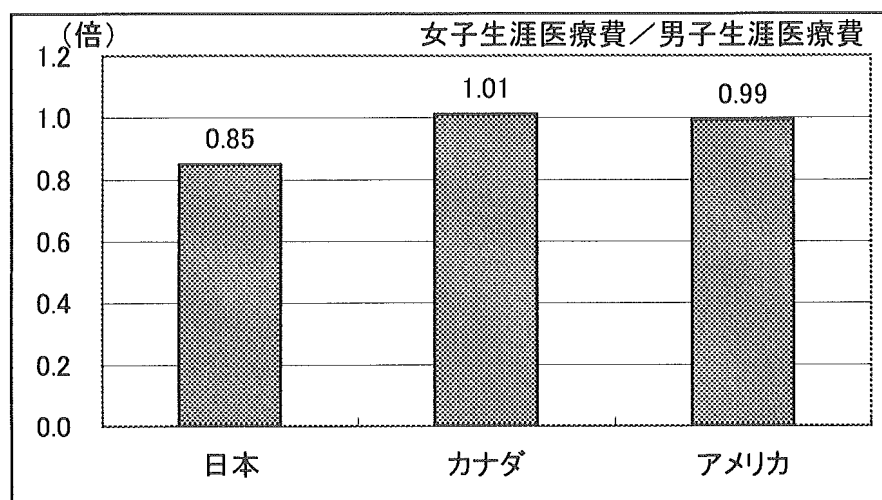
最後に、アメリカは3カ国の中でもっとも年齢間格差が小さいといえる。とくに女子では高齢層の医療費が安定しており、1~4歳男子に比べて、70歳で6.4倍、85歳以上でも9.8倍に過ぎない。

図表13 男女別年齢階級別医療費指数(日本、カナダ、アメリカ)



以上、3カ国の比較から、医療費の年齢分布で見る限り、日本では高齢者への医療費の投入が極端に大きいことが明らかになった。これは若年層への医療資源の投入が相対的に小さいことの裏返しに他ならない。

図表14 生涯医療費の男女間格差の比較



注) 生涯医療費は年齢階級別医療費の全年齢階級の総和。
男女間の平均寿命の差は考慮していない。

最後に男女間格差のまとめとして、生涯医療費でみた男女の医療費支出の違いを考察する。ここで生涯医療費とは単純に全年齢階級の医療費の総和を指す。正確な集計のためには男女間の平均

寿命の差などを考慮しなければならないが、ここではそうした調整はしていない。

図表14に男子と比較した女子の生涯医療費を示したが、それによれば日本は女子の生涯医療費は男子を1とした時に0.85である。これに対してカナダは1.01と女子のほうが逆に男子より多くなっている。アメリカは0.99と男女がほぼ同じである。

4. まとめと課題

以上検討してきたデータによるわが国の医療費支出の特色は次のようなものである。

- ① 疾病罹患率をある程度まで反映すると考えられる有訴率（不健康を訴える者の割合）は、年齢が上昇するにつれて上昇する、また男子より女子のほうが有訴率が高い。
- ② 年齢別の医療費格差は非常に大きく、とくに高齢者は高額な医療費を費やしている。
- ③ 所得別医療費を見ると、低所得者のほうがむしろ多くの医療費を費やしていることから、低所得者の医療アクセスが制限されている懸念はない。
- ④ 社会階層別分析はデータ制約から不可能だが、保険間の加入者の違いから推測すると、入院医療費は大きい順に、自営業者＋無業者＞フルタイム雇用者の妻（無業）＞フルタイム雇用者。入院外医療費は、フルタイム雇用者＞フルタイム雇用者の妻（無業）≧自営業者＋無業者の順である。
- ⑤ 疾病別受診件数の男女間の差を見ると、入院の理由として女子は「新生物」に続いて「妊娠、分娩、産じょく」が全体の14.9%を占める点が男子と大きく異なる。
- ⑥ カナダ、アメリカ、日本の3カ国について、男女別年齢階層別の医療費支出額を比較したところ、1)日本では1～4歳の医療費支出に比べて高齢者の医療費支出が最大で40倍にも上るが、カナダでは18倍程度、アメリカでは14倍程度であること、2)男子と比較した女子の生涯医療費は、日本は0.85と女子が少ないが、カナダは1.01、

アメリカは0.99と男女の差はほとんどないこと、などが判明した。

われわれの当初の目的は、わが国医療システムが、男女別、所得階層別、社会階層別、年齢階層別などでみたさまざまな階層の人々にとって、平等なアクセスを保証しているかどうかを検証することにあつた。この観点から先述の①～⑥をまとめれば、次のようになろう。

ア) 従来弱者と考えられ医療保険制度において手厚く処遇されてきた高齢者の医療アクセスは他の先進国よりも格段に良い。

イ) 低所得者の医療アクセスも非常に良い。

ウ) 社会階層別の考察はそのようなカテゴリー別のデータがないために実施できなかったが、無業者の医療アクセスが雇用者に比べて悪いという懸念はなさそうである。

エ) 男女間にアクセス上の差があるかどうかは検証できなかったが、わが国では女子は男子より医療費支出額が少ない。アメリカやカナダでは男女差がないのと対照的である。

分析のまとめとして最後に課題を述べる。公表統計を丹念に調べて今回の分析を実施したが、最大の問題はわが国の医療費統計に男女別や社会階層別に分けて集計するという視点が欠落していることであつた。疾病構造が男女間に大きい差があると同時に、所得が男女間や社会階層間で大きく異なることを認識すれば、これら階層間で医療サービスの消費額にも差があることは容易に想像できる。ところが男女別、社会階層別の医療需要を明らかにするためのデータが入手できない。

今回の分析は限られたデータによる初歩的な分析に過ぎない。今後はデータの整備を待って、あらゆる階層の医療需要がどのように違うのか、医療アクセスは本当に保証されているのか、などに関してさらに深く検証する必要がある。

<参考文献>

Arber, Sara (1997) "Integrating nonemployment into research on health inequalities" *International Journal of Health Services*, Vol.26, No. 3

Cutler, David M. and Ellen Meara (1997) "The medical costs of the young and old: A forty year perspective" *NBER working paper* No. 6114

Newhouse, J. -P. (1977) "Medical care expenditure: a cross-national survey", *Journal of Human Resources* 12

OECD (1995) "New direction in health care policy" *Health Policy Studies* No.7

松本邦愛、長谷川敏彦 (1999) 「所得階級でみた日本の健康の公平性の分析」第36回日本病院管理学会遠大抄録集『病院管理』vol.36 supplement

International Comparison Study of Health Care system for Older Women Group

5. Report on Social Security and Women's "Citizenship Rights"

Ito Peng, Associate Professor,
School of Policy Studies, Kwansei Gakuin University

Introduction

This preliminary paper will report on the relationship between social security system and women's citizenship rights, with particular focus on an issue that directly affect older women – that of health and social care. The paper is organized as follows. The first section will discuss the idea of social care and citizenship, and their relationships to gender and welfare state. The second section will compare social security and health care systems in Japan, US, Britain, and Canada. The third section will examine the dimensions of social care in these four countries, and finally the last section will analyze the state of social care and women's citizenship in these countries.

1. Social care, citizenship, gender and welfare state

Since the 1980s, feminist scholars in the field of social policy and welfare state have come to a consensus that welfare state policies need to be examined in terms of the relationship between paid and unpaid work and social security and social welfare. As most of the welfare states have been structured around the traditional male breadwinner regime model, men's lifetime employment is given premium value while women's unpaid and reproductive work have been undervalued and often discounted from the important social security provisions such as pension and health care. The consequences of this in terms of women's autonomy and economic security are serious. Because welfare states premised on male breadwinner regime structure and reinforce women's economic dependence on men, it makes it very difficult for women to achieve full economic security and autonomy on their own (Hobson, 1994; Orloff, 199). This is most evident in the cases of single mother families and older women. In most welfare states the poverty rates amongst these two groups of women are comparatively high

because: 1) the existing work pattern makes it very difficult for individual to combine full time family care and paid work; 2) most women cannot claim adequate social security such as pension and unemployment insurance on their own because of low lifetime earning or non-standard work which are characteristic of the gendered work pattern; and 3) women tend to outlive their husbands and therefore lose a significant proportion of pension income as a result of losing their husbands (Harrington Meyer, 1996).

Within the area of health care research there has been also a growing body of evidence linking individual socioeconomic status (SES) and health outcome. Studies show positive evidence linking higher SES to better health outcomes (Adler, et. al, 1994), suggesting the importance of socioeconomic security to the individual health. Given the gendered nature of socioeconomic status, feminist scholars have extended their research to understanding the interlocking relationships between social security, health, and gender (Arber, 1999, 2001; Arber and Cooper, 1998; Weitz and Este, 2001). For example, Weitz and Este (2001) have pointed out the importance of recognizing gendered relationship between socioeconomic structures and health not just at the present but over time, and as well the impact of care giving on women's health outcomes. Similarly, Arber (2001) has also emphasized the consequences of access to caring and other resources on women's health in later life, thus more directly linking the social policies to the issue of women's health.

These work suggest a fruitful convergence of two otherwise often separate research areas, that of social policy and welfare state on the one hand, and the health care on the other, and point to a real possibility for a more integrated approach to understanding the relationships between welfare state, health, and women. As these two research fields converge it is becoming increasingly clear that a strong interrelationship exists between welfare state, health, and gender, and moreover, that care is an important element in understanding this interrelationship.

This paper utilizes Daly and Lewis' (2000) concept of social care to analyze the relationship between welfare state, gender, and citizenship. Using a multidimensional approach, Daly and Lewis define social care as:

(T)he activities and relations involved in meeting the physical and emotional requirements of dependent adults and children, and the normative, economic and

social frameworks within which these are assigned and carried out.

(Daly and Lewis, 2000: 285)

Accordingly, social care is considered as lying at the intersection of public and private, formal and informal, paid and unpaid sectors, and involve both cash and service provisions required to meet the needs of the individual. Based on this theoretical framework, social care can be examined in terms of the roles of the state in structuring and mediating the norms of care, and how the costs of care are shared among individuals, family and society.

Although feminist scholars have been discussing about the gendered nature of citizenship within the context of the postwar welfare states (Hobson, 1994; Lister, 1995; Fraser, 1990), very few have made practical application of how women's social citizenship may be evaluated in relation to policies on social care. In their comparative study of the dimensions of social care in Britain, the Netherlands, and Denmark, Knijn and Kremer (1997) make explicit the connection between the individual's right to give or receive care and the notion of social citizenship. Pointing out to T.H. Marshall's failure to recognize care as an aspect of social citizenship, Knijn and Kremer argue (along with Fraser, 1990) that the domestication of care – the assumption that care, like other unpaid housework, should be provided by the family (women) – forms the basis of its exclusion (and hence the exclusion of a significant aspect of women's work) from the realm of the social citizenship right.¹ In their study of social care dimensions of the British, Dutch, and Danish welfare states they show how different aspects of care (for example, child care versus elderly care) are being recognized as part of citizenship rights and how they vary depending on the country. As care work is largely undertaken by women (and often within the family as unpaid work) and constitutes a significant aspect of women's lives, citizenship rights to give and receive care are of important implications for women. Moreover, as feminist health care researchers point out (Arber, 2001; Weitz and Este, 2001), care giving also directly affects women's health in later life and therefore the citizenship rights to give and receive care have important consequences for not only the social and economic well-being of women but also for their health as well.

¹ T.H. Marshall considered such basic rights as right to housing, education, employment, and income to be the basis of the social citizenship. Like many of the post-war policy theorists, Marshall also considered

This paper will bring together the idea of social care to assess the extent of citizenship rights for women in Japan, US, Britain, and Canada. It hopes to understand the relationship between social care and women's citizenship in these countries by examining the extent to which care responsibilities are recognized as social responsibilities, that is how the responsibility for care are structured, and how these costs are being shared between family, market, state, and community. Social care is a useful venue from which to assess the welfare state transformation and how that may affect women's social citizenship. As welfare states face a growing crisis of care as a result of population ageing and changes in women's employment patterns, care has become an important domain of state policy activity. Certainly, in the four countries examined here social care has been a central issue to the welfare state restructuring. How a welfare state structures the process of care provision and arrange the care resources would greatly reveal the extent to which women's social citizenship are being defined.

2. Social Security and Health Care System in US, UK, and Japan

According to the mainstream welfare state theory, US, UK, Canada, and Japan all share features of the so-called Liberal welfare states (Esping-Andersen, 1990)², which is characterized by the ideological adherence to the idea of the free market as the preferred channel through which to gain individual economic self sufficiency, and to the minimal role of the state in social security and social welfare. In terms of the social security system, this principle is reflected in low level of public expenditure, particularly in relation to social transfer, and preference to market or private based provision of social services. More specifically, the government social welfare provision tends to be at minimum and many of the public transfers and social services require strict means test and needs assessment.

Another commonality among these four countries is that they have all adopted, to a varying degree, the Beveridgean model of social security system. This means that in all these countries the social security system is based on a combination of social

care giving and care receiving as a natural element of familial responsibility, not a socially contested right.

² Although it should be pointed out that while there is a considerable debate over the Japanese welfare regime, there appears to be a shared understanding that the Japanese welfare state may be a hybrid of the Liberal and Conservative regime types.

insurance such as pension and health care, and a battery of means tested income security and social service provisions, which serve as basic safety net measures. Also, underlying the basic premise of the Beveridgean social security model is the assumption of the male breadwinner household. It is assumed that a 'normal' family is made up of formal marriage between heterosexual partners, and that the husband will be responsible for maintaining the family with his income from the labour market while the wife assumes unpaid care and housework within the house. Feminist scholars have argued that such male breadwinner regime has resulted in qualitatively different kind of social citizenship based on gender (Lister, 1995; Fraser, 1990). As social insurances are structured on the assumption of the individual labour market attachment men's citizenship rights are entrenched, while women derive their citizenship rights primarily as the dependents of their husbands. Gender separation in the social security system is also revealed by the fact that the main claimants of the rights based income and social transfers (social insurances such as pension, health care, unemployment insurance) are men, while the claimant for needs based transfers (such as basic welfare, and other care and social services) are primarily women.

However, saying that, clear differences are found amongst the four Liberal welfare states as shown on Table 1 below.

Country	Social security expenditure as % of national income (1993)	Social security expenditure as % of GDP (1995/96)	% of people 65 years and over (1995/96)	Total fertility rate (1995/96)	Tax / social security burden in relation to national income (1993)		
					Tax	Social Security	Total
Japan	15.2	13.1	14.5	1.42	24.2	12.1	36.5
US	19.4	15.1	12.7	2.06	25.9	10.6	36.5
Britain	27.2	24.0	15.7	1.71	36.0	10.2	46.2
Canada		18.5	13.0	1.8	-	-	-

Table 1. Levels of Social Security Expenditure, Tax and Social Security Burden, Japan, US, UK

Source: Ministry of Health and Welfare (1997) *Kosei Hakusho*, Tokyo: Gyosei, and National Institute of Population and Social Security Research (2000) *Shakai Hoshō Kyūfūhi*, Tokyo: NIPSSR

As illustrated on Table 1, among the four Britain has a comparatively higher level of social security expenditure in relation to total national income, and has a proportionally higher level of tax burden in relation to national income as compared to Japan and the US. This difference is reflected by the fact that Britain probably has the

most generous and extensive welfare support amongst the four Liberal welfare states. For example, in Britain social security system includes a wide range of cash benefits and service provisions such as income security, National Health Insurance, social welfare services, housing support, and educational services, but in Japan it is limited to basic social insurance schemes such as pension, health insurance, and employment related insurances, and a modicum of social welfare provisions including cash benefits and services. Moreover the notion of social insurance is extremely strong in Japan and therefore those who do not pay into the insurances, such as health insurance, are excluded from the coverage. In the case of the US, social security system is also narrowly interpreted as in Japan, but here the preference towards market solution is clear, for example, by the lack of national health insurance schemes. In the case of the Canadian social security system, while it is not as extensive as Britain it nevertheless is comparatively more generous than Japan or the US. The Canadian social security includes national health insurance with fairly extensive coverage and is guaranteed as a citizenship right to all Canadians, and national basic pension (a tax based income support that is income tested but paid out to all the citizen over the age of 65 in need).

3

If we focus on the health care system the difference becomes more clear. As shown on the Table 2, both the British and Canadian health care systems have extensive coverage and are least dependent on individual's ability to pay. In comparison to this, the Japanese health care system, although theoretically is available to all citizens, is segregated along the occupational line because of health insurance schemes being organized along the occupational groups. The coverage is also limited to standard medical treatments, and excludes anything that is not considered a regular "medical problem". These include, preventive care, pre- and post-natal care, normal pregnancies and childbirth. Moreover, the user fees are also quite high. The user charge for medical services of 30% also limits the access to health care for all citizens. Finally, the American health care system, with the exception of Medicare and Medicaid that are restricted to low income elderly and low income households, is completely dependent on free market arrangements. In this case, the individual access to health care will be highly dependent on one's ability to pay.

(Table 2 somewhere around here)

³ Although, it should be pointed out that in the case of Canada and the US, the variation in social welfare between the provinces / states is quite significant because of the provincial / state jurisdictions over social welfare.