

顕著なものではない。言い換えると、健康な者にも、健康でない者にも、それぞれ高所得層と低所得層が相当な割合で存在し、病気やけがは、所得水準と関係なしに負うリスクであるといえる。このような結果の背景として、我が国では子と同居する高齢者が多く、子の所得を合わせて一人当たり所得を計算できる「三世帯世帯」の存在を挙げることができる。このことが、健康でないにも関わらず高齢者の所得水準を引き上げ、彼らを高所得層に所属させる結果となっている。その一方で、子と同居しない高齢者の所得、特に女性の単身者の所得は低くなる。これが高齢者間の所得格差を大きくさせ、ジニ係数やMLDの水準に反映されているものと思われる。

このような所得格差が存在する中、医療支出の累進性等の指標としてのカクワニ指数は、健康状態による差が見られた。入院者については高所得層の負担が大きく、カクワニ指数の数値も低いものであったが、健康状態が良くない者については、所得階層による医療支出の差がなく、カクワニ指数の数値が大きく出ている。上に述べたように、入院者は差額ベッド等を高所得層ほど利用し、費用を負担しているものと思われるが、在宅で健康状態が良くない高齢者の場合、医療サービスには所得階層による違いがなく、同じ負担をすることになる。「同じサービスであれば、同じ負担をすることは当然である」という考えに立てば、今回の分析結果はこの考えが高齢者の外来診療の世界で機能していることを確認することができるということになる。しかし、「公的な医療制度の下では、負担は経済力に応じてなされるべきである」という考えに立つと、今回の結果は低所得の健康でない高齢者に関して、医療費負担において不利な状況があると結論づけることができる¹⁸。

いずれの立場にたつにせよ、健康状態が悪化したときに、高中所得層（2001年調査では高齢者の12.7%）であれば医療費の負担には問題はないものと思われる。ところが低所得層（同8.6%）にとって、これは大きな負担になってくるものと思われる。近年、高齢者に対して応分の負担を求める方向で社会保障制度の改革が進められているが、特に、平成14年10月から実施されている現行の老人保健制度においては、高所得の高齢者の一部自己負担を2割としている。高齢者の経済力の多様性から考えると、現行の制度は一定の合理性があるものと考えられる。しかし、医療費負担において不利な状況にある低所得高齢者に配慮した制度を運営するこのも重要ではないかと思われる。というのも、彼らにとって医療費の負担が重いと、医療サービスを受けにくくなり、その結果として彼らのQOLが低下する恐れがあるからである。現行の老人保健制度の低所得高齢者に関する制度に着目すると、彼らに対して、一部自己負担の限度額を軽減する制度があり、この一部負担限度額の超過分を償還する制度も実施されている。この制度がより良く機能していくことを期待するものである。

このように、高齢者の姿を経済力と健康状態とのクロスで分析するによって、高齢者の多様性をより明確にすることができる。今後は、より長期のデータを用い、また高齢者の

¹⁸ 詳細については、医療経済研究機構（2001）を参照。

属性（年齢、所属世帯の家族類型別等）や健康状態（健康状態の善し悪しだけでなく、疾病の数や通院頻度といった不健康の程度など）を可能な限り細かくした分析を行うことで、より精密な検証を進めていきたい。また、「国民生活基礎調査」では医療支出に関する調査が2001年調査（大規模調査年）から行われるようになり、今後の調査結果と合わせてデータの蓄積を行い、分析を進めていきたいと思う¹⁹。これにより、これまでの高齢者の姿と医療費負担能力について検証できると共に、今後の高齢者医療における本人負担の在り方にも様々な見方を提示することができ、ひいては、政策形成を的確に行う上でも重要ではないかと思われる。

¹⁹ 医療経済研究機構（2001）、遠藤・篠崎（2003）ではカクワニ指数を用いた分析が行われている。我が国については「全国消費実態調査」等を活用して時系列の分析を各国のデータも用いて行っている。公表データを利用しているため、個人単位での分析は行われていないが、今後研究を進めるに当たって重要な分析結果となっていると思われる。

資料

- 1) 医療経済研究機構 (2001年),『医療費自己負担の分析—支出比率とカクワニ指数の国際比較と時系列分析—』,医療経済研究機構・社会保険福祉協会.
- 2) 遠藤久夫・篠崎武久 (2003年),「患者自己負担と医療アクセスの公平性—支出比率とカクワニ指数から見た患者自己負担の実態—」,『季刊社会保障研究』,第39巻第2号, pp. 144-154.
- 3) 厚生省 (2000年),『平成12年版厚生白書』,ぎょうせい.
- 4) 河野稔果 (1987年),「人口高齢化における子供と老人の幸福」,『人口問題研究』,第184号,10月, pp. 1-18.
- 5) 小島克久 (2001年),「高齢者の所得格差」,『人口学研究』,第29号, pp. 43-52.
- 6) 小島克久 (2002年),「我が国における高齢化と新しい高齢社会対策大綱」,『高齢社会対策の的確な推進のための政策研究懇談会報告書』,平成14年3月.
- 7) 小島克久 (2003年),「健康状態により高齢者の姿の違いについて—経済状態を中心に—」,『医療負担のあり方が医療需要と健康・福祉の水準に及ぼす影響に関する研究』(平成14年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)).
- 8) 小島克久 (2003年),「高齢者の健康状態と所得格差」,『人口学研究』,第33号, pp. 85-96.
- 9) 橋木俊詔 (1998年),『日本の経済格差』,岩波書店.
- 10) 内閣府 (2002年),『平成14年版高齢社会白書』,財務省印刷局.
- 11) 西岡八郎他 (2001年),「現代日本の世帯変動—第4回世帯動態調査(1999年)の結果より—」,『人口問題研究』,第57巻3号, pp. 32-52.
- 12) 廣嶋清志他 (1996年),「現代日本の世帯変動—第3世帯動態調査の結果から—」,『人口問題研究』,第51巻4号, pp. 1-31.
- 13) 矢野栄二 (2000年),「包括的指標による地域の健康状態の評価とその利用に関する研究」(厚生科学研究事業補助金(統計情報高度利用総合研究事業)).
- 14) 山田篤裕 (2002年),「変容する引退期所得パッケージ:OECD加盟9カ国における所得水準の適正さと所得格差の動向」,『日本の所得格差の現状と評価に関する研究』(平成12~13年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)総合研究報告書).
- 15) L.F.Berkman,I.Kawachi (2000),Social Epidemiology,Oxford univ. press,2000.
- 16) Kakwani, N. C. (1977),”Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison”, Economic Journal, vol87, March, pp.71-80.
- 17) Kaplan,G.A.,Pamuk,E.,lynch,J.W,Cohen,R,D. and Balfour,J,L. (1996) "Income inequality and mortality in the United States:analysis of mortality and potential pathways",British Medical Journal,312:999-1003.
- 18) Kawachi,I.,B.Kennedy (2002),The Health of Nations:Why Inequality is Harmful to Your Health,The New Press.
- 19) B.Kennedy,Kawachi,I. (1996) "Income distribution and mortality:cross-sectional

- ecological study of the Robin Hood Index in the United States", *British Medical Journal*, 312:1194.
- 20) B.Kennedy, Kawachi, I. (1998) "Income distribution, socioeconomic status, and self rated health: a U.S. multi-level analysis", *British Medical Journal*, 317:917-21.
 - 21) M.Wolfson, G.Kaplan, J.Lynch, N. Ross, E. Backlund (1999) "Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration", *British Medical Journal*, 319.
 - 22) OECD (1996) "Income Distribution in OECD Countries".
 - 23) OECD (1998) "Terms of reference for a project analyzing the distribution of households incomes".
 - 24) M.Osler, E.Prescott, M.Gronbaek, U. Christensen, P.Due, G.Engholm (2002) "Income inequality, individual income, and mortality in Danish adults: analysis of pooled data from two cohort studies", *British Medical Journal*, 324.
 - 25) Rodgers, G.B. (1979) "Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis", *Popul Stud*, 33:343-51.
 - 26) K.Shibuya, H.Hashimoto, E.Yano (2002) "Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample", *British Medical Journal*, 324.
 - 27) U.S. Department of Commerce (1993) "Standardization and Decomposition of Rates: A User's Manual", *Current Population Reports*, P23-186.
 - 28) Wilkinson, R.G. (1986) "Income and mortality", *Class and health: research and longitudinal data*, London: Tavistok, pp.88-114.

表1 高齢者の属性

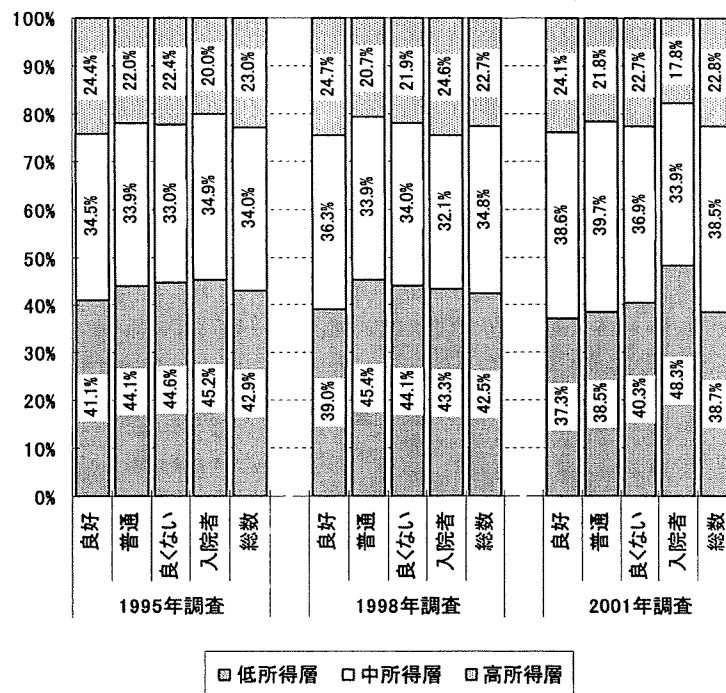
		調査年			
		1995年	1998年	2001年	
世帯員分布	総数	100.0%	100.0%	100.0%	
	健康状態	良好	43.0%	41.3%	40.5%
		普通	36.9%	38.2%	35.5%
		良くない	16.4%	17.8%	21.2%
		入院者	3.8%	2.7%	2.7%
	構年造	前期高齢者	65.7%	63.3%	62.1%
		後期高齢者	34.3%	36.7%	37.9%
	世帯構造	単独世帯・男	2.5%	2.5%	2.6%
		単独世帯・女	10.4%	10.6%	10.8%
		夫婦のみの世帯	33.0%	34.6%	36.5%
夫婦と未婚子の世帯		9.3%	9.0%	10.3%	
一人親と未婚子の世帯		3.7%	3.4%	3.9%	
三世帯世帯		29.4%	27.6%	24.1%	
その他		11.6%	12.2%	11.7%	
所得 (万円)	可処分所得	299.8	308.1	295.6	
	稼働所得	197.8	197.5	164.6	
	財産所得	18.7	15.1	14.2	
	社会保障給付	124.2	135.9	147.9	
	その他	6.0	5.8	10.5	
	直接税・社会保険料	(46.9)	(46.3)	(41.5)	

資料：平成14～15年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)『医療負担のあり方が医療需要と健康・福祉の水準に及ぼす影響に関する研究』で行った厚生労働省「国民生活基礎調査」個票の再集計結果(以下同様)。

注：1.健康状態「良好」とは、(頭が痛いなどの)自覚症状、(健康上の理由による)日常生活への影響、通院の内、全2者が「ない」者を指す。これら3つが全てが「ある」者を健康状態「良くない」とし、両者の中間を健康状態「普通」とした。

2.可処分所得は世帯の可処分所得を世帯員数の平方根で除して算出。稼働所得は、雇用者所得、事業所得、農耕・畜産所得、家内労働所得の合計。財産所得は家賃・地代、利子・配当金の合計、社会保障給付は公的年金・恩給、公的年金・恩給以外の社会保障給付金の合計。直接税は所得税、個人住民税、固定資産税を指す。

図1 健康状態・所得階層別に見た高齢者の構成比



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」個票の再集計結果

注：所得階層は、所得十分位(全世帯員平均を基準)を元にして、下位の第1～第3十分位を低所得層、第4～第7十分位を中所得層、第8～第10十分位を高所得層とした。健康状態の定義は表1と同じ

表2 高齢者の健康状態(日常生活への影響、自覚症状、通院の有無)別に見た所得格差指標の動き

健康状態		所得格差			変化	
		1995年調査	1998年調査	2001年調査	1995年調査→2001年調査	
65歳以上	Gini	良好	0.362	0.358	0.353	-0.009
		普通	0.370	0.361	0.340	-0.031
		良くない	0.364	0.363	0.356	-0.008
		入院者	0.347	0.384	0.346	-0.000
		総数	0.365	0.362	0.349	-0.016
	MLD	良好	0.243	0.232	0.229	-0.014
		普通	0.250	0.234	0.214	-0.036
		良くない	0.252	0.240	0.240	-0.012
		入院者	0.227	0.275	0.231	0.004
		総数	0.247	0.236	0.227	-0.020
(参考) 年齢総数		Gini	0.318	0.320	0.330	0.013
		MLD	0.189	0.190	0.207	0.018

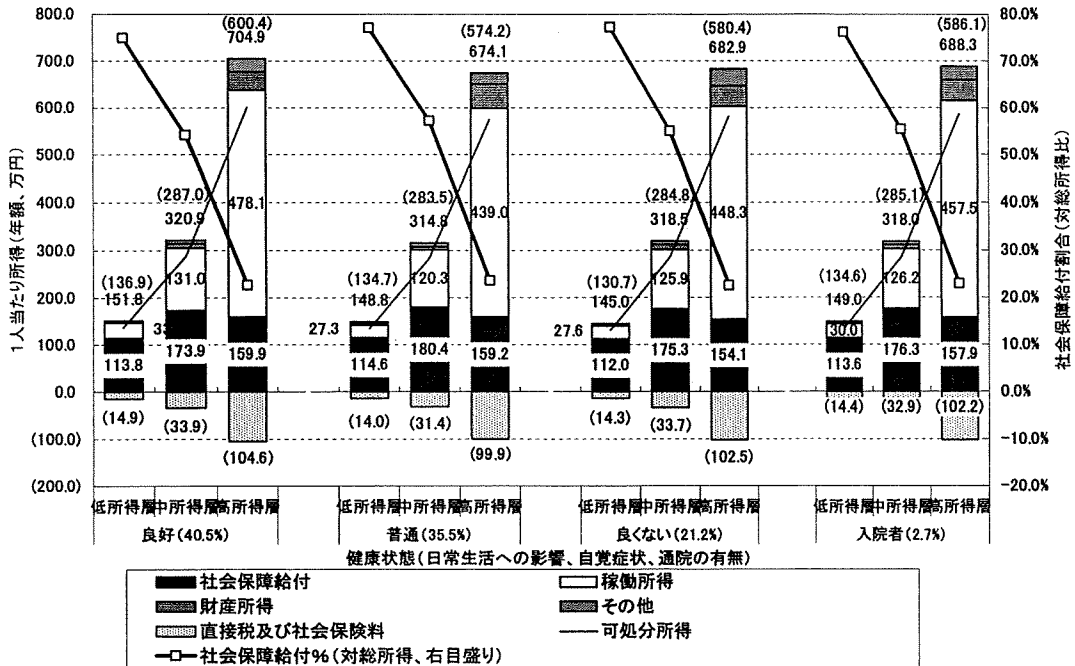
資料: 厚生労働省「国民生活基礎調査」個票の再集計結果。
注: 健康状態の定義は表1と同じ。

表3 健康状態・所得階層・世帯構造別に見た高齢者の構成(2001年調査)

健康状態・所得階層	良好			普通			良くない		
	低所得層	中所得層	高所得層	低所得層	中所得層	高所得層	低所得層	中所得層	高所得層
総数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
単独世帯・男	3.9%	2.2%	1.7%	3.7%	2.1%	1.2%	4.5%	2.0%	1.5%
単独世帯・女	20.5%	5.0%	1.8%	22.7%	6.7%	2.7%	20.9%	5.2%	1.8%
夫婦のみの世帯	38.2%	43.0%	28.2%	37.1%	43.0%	23.3%	38.4%	37.9%	21.9%
夫婦と未婚子の世帯	9.2%	11.0%	15.3%	8.5%	10.3%	13.1%	7.3%	9.3%	9.1%
一人親と未婚子の世帯	4.8%	3.5%	3.3%	4.6%	3.2%	3.0%	4.3%	3.2%	5.7%
三世帯世帯	14.0%	25.8%	35.3%	13.3%	25.1%	38.5%	14.1%	27.7%	43.5%
その他	9.4%	9.5%	14.6%	10.2%	9.6%	18.3%	10.6%	14.7%	16.5%
後期高齢者割合	35.2%	27.5%	31.3%	42.0%	32.2%	38.8%	50.9%	47.4%	55.2%

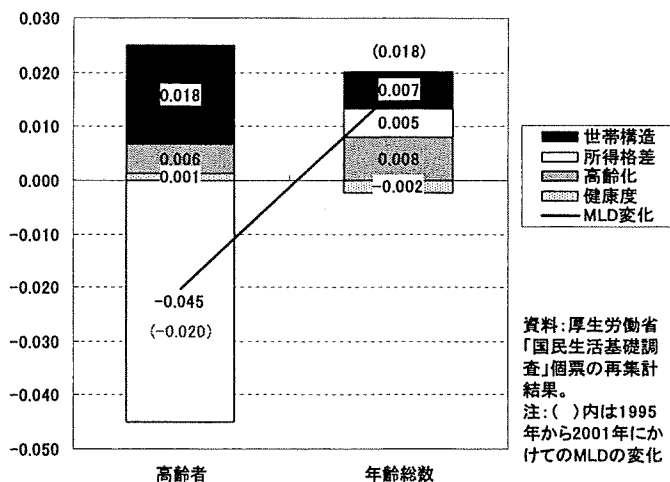
資料: 厚生労働省「国民生活基礎調査」個票の再集計結果。
注: 健康状態の定義は表1、所得階層の定義は図1と同じ

図2 高齢者の健康状態・所得階層別に見た所得の状況(2001年調査)



資料: 厚生労働省「国民生活基礎調査」個票の再集計結果。
注: 1)棒グラフの上の実数は、直接税及び社会保険料の負担前の総所得。1人当たり所得は世帯所得を世帯員数の平方根で割って求めた。社会保障移転には公的年金・恩給、公的年金・恩給以外の社会保障給付金。直接税には所得税、個人住民税、固定資産税を指す。

図3 高齢者の所得格差変化の要因分解(可処分所得、1995~2001)



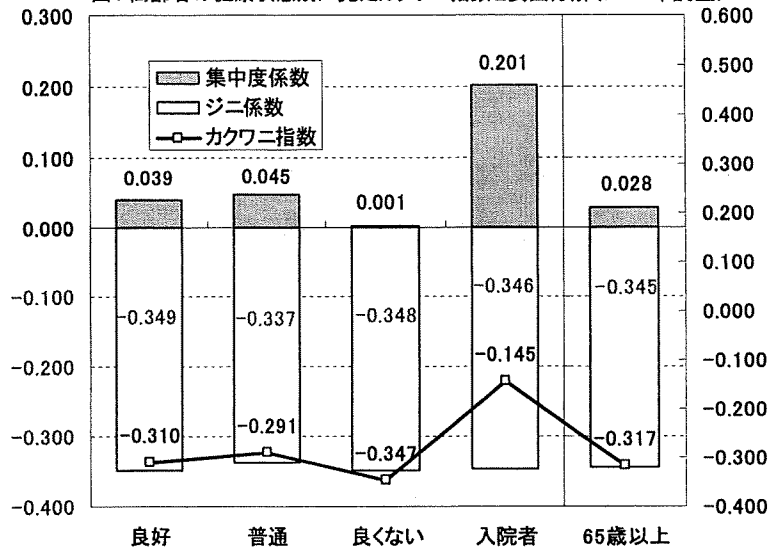
資料:厚生労働省「国民生活基礎調査」個票の再集計結果。
注:()内は1995年から2001年にかけてのMLDの変化

表4 健康状態別に見た高齢者の医療支出額(1ヶ月当たり)(2001年調査)

健康状態		所得階層			総数	高所得層 / 低所得
		低所得層	中所得層	高所得層		
医療支出額 (千円)	良好	2.9	3.8	3.0	3.3	1.04
	普通	6.2	6.8	7.2	6.7	1.16
	良くない	11.0	9.7	10.5	10.4	0.96
	入院者	21.8	31.5	41.6	28.9	1.91
	65歳以上	6.5	6.8	6.8	6.7	1.05
可処分所得 (千円)	良好	114.7	239.5	498.4	260.7	4.35
	普通	113.0	236.5	477.3	244.1	4.22
	良くない	110.3	237.3	477.3	244.5	4.33
	入院者	112.3	230.8	451.7	217.7	4.02
	65歳以上	113.0	237.7	485.6	250.1	4.30
支出比率 (%)	良好	2.5%	1.6%	0.6%	1.3%	0.24
	普通	5.5%	2.9%	1.5%	2.7%	0.28
	良くない	9.9%	4.1%	2.2%	4.3%	0.22
	入院者	19.4%	13.6%	9.2%	13.3%	0.47
	65歳以上	5.8%	2.8%	1.4%	2.7%	0.24

資料:厚生労働省「国民生活基礎調査」個票の再集計結果。
注:金額は年額。医療費負担不詳を除いた結果のため、可処分所得の値が他の表と異なる

図4 高齢者の健康状態別に見たカクワニ指数と要因分解(2001年調査)



資料:厚生労働省「国民生活基礎調査」個票の再集計結果。
注:医療支出不詳を除いているのでジニ係数の値が他の図表とは異なる

3. 高齢者個人の経済力と医療費負担

<分担研究者>

国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第3室長

小島 克久

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療負担のあり方が医療需要と健康・福祉の水準に及ぼす影響に関する研究」
平成 15 年度報告書

高齢者個人の経済力と医療費負担¹

国立社会保障・人口問題研究所

小島 克久

1. はじめに

高齢化の進行とともに、医療・介護に関する分野においても、高齢者自身の負担の在り方や介護保険における第 1 号被保険料や高額介護サービス費等の在り方に関する検討が進められている。このような状況のもと、高齢者が経済的弱者かどうか、経済的弱者となる高齢者とはどのような高齢者なのか等について、分析・把握することが必要となってきた。

そのためには、高齢者の経済状況や生活状況について、その実態を、様々な視点から分析する必要がある。高齢者の経済や生活の実態については、厚生労働省「国民生活基礎調査」、総務省統計局「家計調査」等で把握されているものの、公表されているデータだけでは、高齢者の経済実態・生活状況について、十分な分析を行うことができない。このような状況の下、厚生労働省「国民生活基礎調査」の個票データを活用して高齢者の実態を分析した研究成果があり²、その成果の一部は、「平成 12 年版厚生白書」や「平成 14 年版高齢社会白書」で活用されている。

本研究では、医療費負担の視点からこれらの研究を深めるべく、厚生労働省「国民生活基礎調査」等の個票データを活用して、医療費負担能力の指標としての所得格差や、高齢者の健康状態と所得格差と医療支出、高齢者の貧困率の分析等を行ってきた。これらの分析では、高齢者の所属世帯における一人当たり等価（可処分）所得を用いた分析であった。一人当たり所得を用いた分析では、同居世帯員の所得も含まれるため、経済力が低い高齢者でも、同居している子の所得が高ければ、高所得者と見なされることがある。高齢者の家族構成が子との同居中心から、夫婦のみ、一人暮らし中心へと移行しつつある。つまり、高齢者の経済力が家族単位から個人単位に移行しつつあることを意味する。そのような中、高齢者自身が持っている経済力を分析することは、高齢者が実際に持っている医療費負担能力を定量的に測ることを意味する。これによって、今後の高齢者の所得保障政策はもとより、医療費負担のあり方について新たな視点を提供することができる。

¹ 本論文は、平成 14～15 年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「医療負担のあり方が医療需要と健康・福祉の水準に及ぼす影響に関する研究」において行われた、厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果を引用・活用した。また、平成 11 年度厚生科学研究「活力ある豊かな高齢社会構築のための方策に関する研究」で行われた同調査の再集計結果も活用した。この場を借りて、関係者の方々に厚く御礼申し上げたい。

² 例えば、平成 11 年度厚生科学研究「活力ある豊かな高齢社会構築のための方策に関する研究」、平成 12～13 年度厚生科学研究「日本の所得格差の現状と評価に関する研究」で高齢者等の所得格差等に関する分析が行われている。

本論文では、厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果を用いて、高齢者の個人所得の格差と医療費負担の状況について分析する。

2. 使用データと分析方法

厚生労働省「国民生活基礎調査」³の個票データを再集計した。今回は、高齢者の個人所得を分析するために、1986年、1989年、1992年、1995年、1998年、2001年調査を利用した。このうち今回の研究事業で再集計を行ったのは2001年調査であり、結果の分析もこれを中心に行う。この他の年次の集計結果は、平成11年度厚生科学研究「活力ある豊かな高齢社会構築のための方策に関する研究」で行われた同調査の再集計結果を引用した。なお、所得票では前年の所得を調査するため、再集計結果の年次を表記するときはそれぞれの調査年次の前年を表記した。

今回の研究事業で行われた他の研究論文では、外れ値の影響を排除するために、データクリーニングが行われている。しかし本論文では、過去の再集計結果の引用元である上記の厚生科学研究で行った再集計との接続を取るために、データクリーニングは行わなかった。

また、個人所得は総所得について再集計を行った。これを構成する所得の種類は、稼働所得（雇用者所得、事業所得、家内労働所得、農耕・畜産所得）、公的年金・恩給、その他（その他の社会保障給付、利子・配当金、家賃・地代、仕送り、個人年金⁴、その他の所得）とした。なお、医療費（一部自己負担）の状況は、調査項目のある2001年調査のみの分析とした。

3. 高齢者の個人所得と医療費負担の状況

(1) 年齢階級別の個人所得

高齢者の個人所得の水準が他の年齢等と比較してどのような位置にあるかを把握するために、個人所得の状況を年齢階級別に整理すると以下ようになる。高齢者の個人所得の平均（所得なしを含む）は193.5万円となっている。全年齢平均の212.1万円と比較すると高齢者の個人所得は約20万円下回っている程度である。他の年齢階級との比較を行うと、30～64歳のどの年齢階級の所得水準を下回っており、最も差が少ない30～39歳（255.7万円）でも、およそ60万円下回っている。所得の種類別構成を見ると、30～64歳では稼働所得が中心であるのに対して、高齢者は公的年金・恩給が所得の中心となっており、そのウェイトは年齢が高くなるにつれて大きくなっている。これより、高齢期の所得保障として公的年金、恩給が機能していることが分かる。

（図1）。

時系列で見ると、ほとんどの年齢層において、個人所得の水準は、1985年から1997年にかけては単調増加の傾向にあった。しかし2000年では、若年層を中心に個人所得の水準が低下している。高齢者について見ると、若干所得水準が低下しているものの、75歳以上では若干増加して

³ 「国民生活基礎調査」は、保健、医療、福祉、年金、所得等の国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画および運営に必要な基礎資料を得ることを目的とする。毎年、世帯と所得に関する調査が行われているが、3年に1度、貯蓄、健康に関する調査票を加えた大規模な調査も行われている。2001年の調査は、大規模調査年であり、世帯票、所得票、健康票、貯蓄票の他に、新たに介護票も作成されている。これは、同調査の対象地区から無作為に抽出した2,500地区内の要介護者・要支援者を客体にした調査である。

⁴ 個人年金は、2001年調査で新設された項目。これまでの調査では「その他の所得」に含まれていた。

いる。1985年時点では、高齢者の個人所得126.6万円であったのに対し、1997年時点では196.2万円となり、2000年には193.5万円となっている。75歳以上の者についてみると、1985年で90.8万円であったものが、1997年には147.8万円、2000年には155.7万円へと増加している。このような結果となった背景として、年金の受給額が十分にある高齢者が後期高齢期に入ってきたことがあるものと思われる（図2）。

(2) 高齢者の個人所得

① 男女・年齢別

高齢者の個人所得の平均はすでに見たとおりであるが、その水準には男女、年齢による格差が見られる。高齢男性の個人所得の平均は303.6万円、女性は112.4万円となっており、女性は男性の3分の1強の水準に過ぎない。この背景には、①就労しておらず、年金も受給していない「所得なし」の者が女性の方に多いこと、②就労している場合も女性は賃金が男性より低い場合が多いこと、③年金を受給している場合も女性には遺族年金の受給者が多いこと、④自分自身の被用者年金を受給している場合も、女性は一般に男性に比べて就労期間が短く賃金も低いため、受給額が低いことが考えられる。

また、年齢階級別でみると年齢の低い階層ほど個人所得は高く、男性では65～74歳で334.6万円、75歳以上では245.6万円と前期高齢者の7割程度の水準となっている。一方、女性では、65～74歳が120.5万円、75歳以上が101.7万円となっているが、男性ほど顕著な差は見られない。これは、特に男性では、後の世代ほど公的年金制度が整備されていることの恩恵をよく受けていること、年齢の低い層ほど雇用や事業等の就労による所得も得ていることが背景にあると考えられる（図3）。

② 所属世帯の家族類型別

高齢者が得ている所得金額について、高齢者が所属する家族類型別にみた結果を以下に整理する。家族類型別に比較すると、男性の単独世帯や夫婦のみ世帯、夫婦と未婚の子供の世帯では、高齢者の平均を上回っている。高齢者平均（193.5万円）に対し、男性の単独世帯では254.0万円、夫婦のみ世帯では232.4万円、夫婦と未婚の子供世帯では241.8万円となっている。その一方で、他の家族類型では、高齢者平均を下回っている。特に、三世代世帯の場合、145.8万円となっている。したがって、高齢者個人の経済力が子供との同別居を決定する背景として存在するのではないかと考えられる（図4）。

次に、これらの世帯構造別に、高齢者の個人所得の構成について見てみよう。

高齢者の中で個人所得の平均値が高い世帯構造としては、男性の単独世帯、夫婦のみ世帯、夫婦と未婚の子供世帯となっている。これらの世帯では公的年金・恩給については他の世帯と大きな差はないが、雇用者所得や事業所得等の稼働所得が多いため、高齢者個人が得ている所得が多くなっている。すなわち、これらの家族構成に属する高齢者の場合、まだ自分で仕事を持っている可能性が高い。

一方、女性の単独世帯、ひとり親と未婚の子供世帯、三世代世帯等では、稼働所得が低いため、

全体的に高齢者個人が得ている所得も低くなっている（図4）。

③所得階層別の状況

所得階層別にみた特徴を整理すると以下のようになっている。

所得階層別に高齢者の分布をみると、個人が得ている所得金額は、80万円未満が最も多く24.2%となっている。次いで、80～160万円が多く23.2%となっている。また、所得なしの割合は11.3%である。時系列で見ると、「所得なし」の割合は1985年の19.0%から低下傾向にある。また「80万円未満」の割合も1985年の37.9%から2000年の24.2%へとおよそ13ポイント低下している。高齢者の個人所得の分布を男女別に見ると、男性では、「所得なし」や「80万円未満」がそれぞれ4.4%、10.9%いる一方で、「400～600万円」、「600万円以上」もそれぞれ10.8%、8.3%存在し、所得水準の多様性がうかがえる。これに対して女性では、「所得なし」や「80万円未満」がそれぞれ16.5%、33.9%となっており、合わせると半数以上を占め、高齢女性は低所得層が多い。このように、所得階層別の分布にも男女間格差が見られることが分かる（図5）。

所得の内訳をみると、240万円未満の所得しかない場合は、そのほとんどが公的年金・恩給による所得となっており、個人所得の8割以上を占めている。一方、320万円以上の所得がある場合に、徐々に雇用者所得や事業所得等の稼働所得が増大してくる。特に、所得が600万円以上ある場合は、公的年金・恩給による所得金額は、それ以下の層と大きく変わらないが、稼働所得が極端に増大しているために、個人所得に占める割合は19.5%と2割を下回っている（図6）。

④所得階級×高齢者年齢、所得階級×世帯構造でみた場合の特徴

所得階級分布について、高齢者の年齢別に、その分布を整理した結果を以下に示す。全体的な傾向としては、高齢者の中でも比較的若い世代の方が、所得の多い階級の人の方が多くなっていることが特徴である。次に、所得階級分布について、高齢者の属する世帯構造別に、その分布を整理した結果を見ると、「所得なし」の高齢者は、三世代世帯に属している高齢者が多いことがわかる（図7,8）。

(3)高齢者の医療支出

高齢者の医療支出を2001年調査の数値で見ると、年額換算で91.5千円であり、個人所得(193.5万円)の4.7%を占めている。年齢総数の医療支出が47.7千円と比較すると、支出額で2倍程度の水準となっている。

高齢者の年齢階級別に見ると、高齢者全体の91.5千円に対して、75歳以上では99.4千円となっており、個人所得に占める割合もそれぞれ、4.7%、6.4%となっている。これより、加齢にしたがって医療支出が増加していることが分かる。高齢者の属する世帯の家族類型別に見ると、医療支出は単独世帯で低い一方で（男性の単独世帯で77.6千円、対個人所得比3.1%）、三世代世帯（97.7千円、対個人所得比6.7%）やその他の世帯（106.0千円、対個人所得比7.0%）で高くなっている。この背景として、三世代世帯に住む高齢者はより高齢に者が多いことがあるものと思われる（表1,2）。

また、高齢者の個人所得階層別（「所得なし」を除く）に見ると、低所得層ほど医療費の負担に不利な状況がある。「80万円未満」（平均個人所得48.3万円）では、医療支出は91.9千円であるのに対して、「600万円以上」（同1140.2万円）では134.5千円と、所得格差が20倍以上ある一方で、医療支出の格差は2倍以下となっている。その結果、医療支出の対個人所得比は、「80万円未満」では19.0%であるのに対して、所得階層が高所得層になるにつれてこの割合は低下し、「600万円以上」では1.2%にまで低下する（表3）。

3. まとめ

本論文の結論を以下のようにまとめることが出来る。

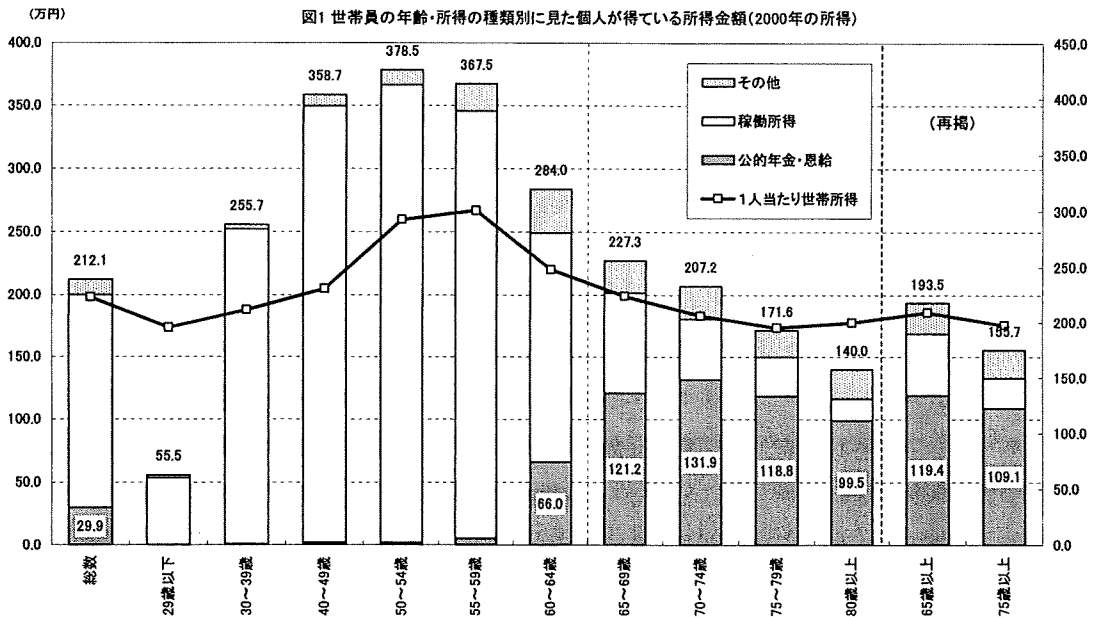
高齢者の個人所得を平均で見ると、年齢総数と遜色のない水準にあるものの、年齢別では現役世代よりも低い。高齢者間の所得格差も見られ、女性の単独高齢者に代表されるように、所属する世帯の家族類型によっては所得の少ない高齢者がいることも事実である。したがって、高齢者の所得には、多様性があることが分かる。また、医療支出を見ると、年齢、家族類型別、所得階層別の格差が見られるが、特に所得階層別の格差が顕著であり、低所得の高齢者にとって医療費負担は不利な状況があることが分かった。

このように、高齢者個人の経済力に着目すると、一人当たり所得で分析する以上に高齢者の所得格差、医療費負担能力における格差が顕著であることが分かる。今後、高齢者の一人暮らしや夫婦のみ世帯が増加し続けることが見通されているが、このことは、同居子の所得を世帯内移転させることで得られる経済力に依存できる度合いが低下することを意味する。そうした変化に対応するためにも、公的年金等の所得保障政策を安定的に運営することが必要である。また、医療費の負担についても、低所得層に配慮しつつ、高所得層には応分の負担を求めること等が必要ではないかと思われる。医療費の負担は同じ質の医療サービスを受ければ、所得に関係なく同じ負担をするのもひとつの公平性の基準ではある。しかし、受診率の高い高齢者には大きな所得格差が存在するという事実に着目することも。応能負担という公平性の基準から考えると考慮すべき基準ではないかと思われる。こうした、異なる公平性の基準から医療費負担を考えることが今後の制度改正等において重要ではないかと思われる。

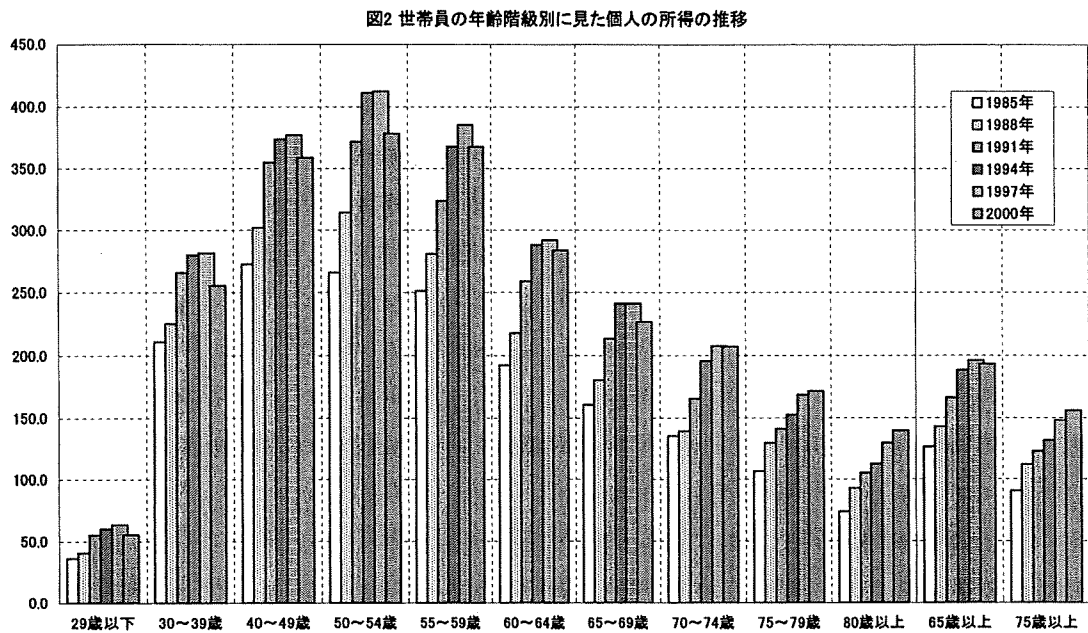
参考

- 1)平成11年度厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「活力ある豊かな高齢社会構築のための方策に関する研究」報告書,2000年3月.
- 2)厚生省（2000年）,『平成12年版厚生白書』,ぎょうせい.
- 3)内閣府（2002年）,『平成14年版高齢社会白書』,財務省印刷局.

図表編

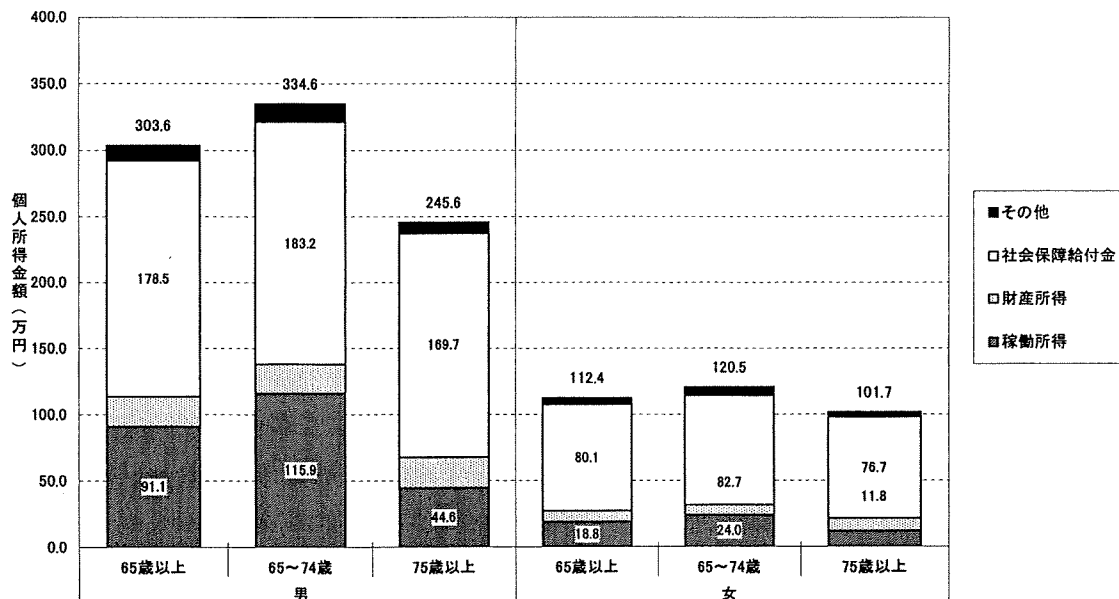


資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」の集票を再集計結果より。
 注：所得の定義は同調査における所得の種類を元に以下のように定義した。
 稼働所得＝雇用者所得＋専業所得＋農林・畜産所得＋家内労働所得
 その他＝家賃・地代の所得＋利子・配当金＋公的年金・恩給以外の社会保障給付金＋仕送り＋個人年金＋その他の所得



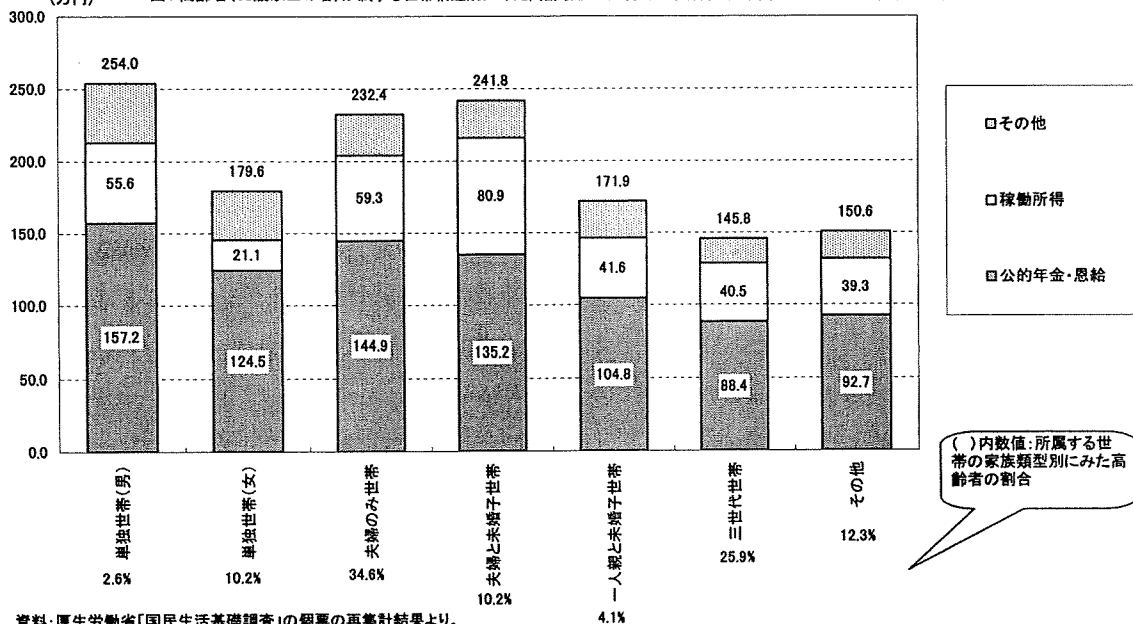
資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果より。
 注：個人の所得とは、各世帯員が実際に稼働しないし給付を受けている所得を指す。なお、29歳以下の所得水準が低いのは未成年者を含んでいるため、1994年は兵庫県の数値を含まない。

図3 高齢者の所得水準(2000年、所得の種類別)



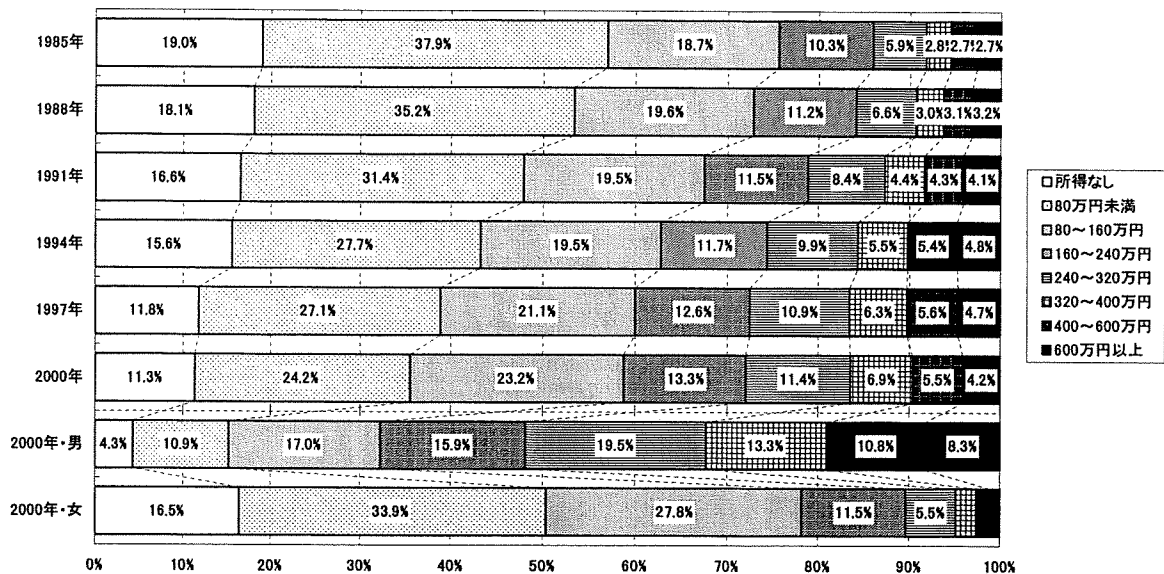
資料:厚生労働省「国民生活基礎調査」の個票を再集計結果より。
 注:所得のない者を含んだ平均値。稼働所得とは、雇用者所得、事業所得、農林・畜産所得、家内労働所得の合計、いわゆる就労による所得。財産所得は家賃・地代の所得、利子・配当金の合計、社会保障給付金は公的年金・恩給、その他の社会保障給付金の合計、その他は上記以外の所得の合計。

(万円) 図4 高齢者(65歳以上の者)が属する世帯構造別にみた高齢者個人が得ている所得と世帯員の1人当たり所得(2000年の所得)



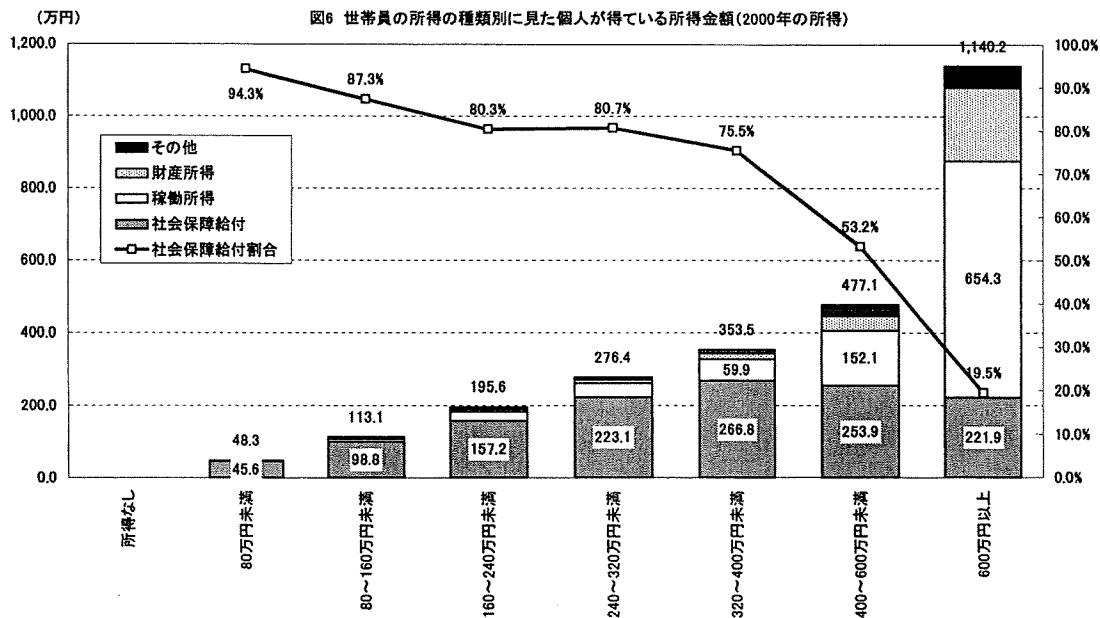
資料:厚生労働省「国民生活基礎調査」の個票の再集計結果より。
 注:所得の定義は同調査における所得の種類を元に以下のように定義した。
 稼働所得=雇用者所得+事業所得+農林・畜産所得+家内労働所得
 その他=家賃・地代の所得+利子・配当金+公的年金・恩給以外の社会保障給付金+仕送り+個人年金+その他の所得

図5 所得の有無・高齢者個人の所得階級別に見た高齢者の割合



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果より。
 注：個人の所得とは、各世帯員が実際に稼働しないしは給付を受けている所得を指す。1994年は兵庫県の数値を含まない。

図6 世帯員の所得の種類別に見た個人が得ている所得金額(2000年の所得)



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果より。
 注：所得の定義は同調査における所得の種類を元に以下のよう定義した。稼働所得＝雇用者所得＋事業所得＋農林・畜産所得＋家内労働所得、財産所得＝家賃・地代の所得＋利子・配当金、社会保障給付＝公的年金・恩給＋公的年金・恩給以外の社会保障給付金、その他＝仕送り＋個人年金＋その他の所得。

図7 個人の所得階級別に見た高齢者の分布(総数、2000年の所得)

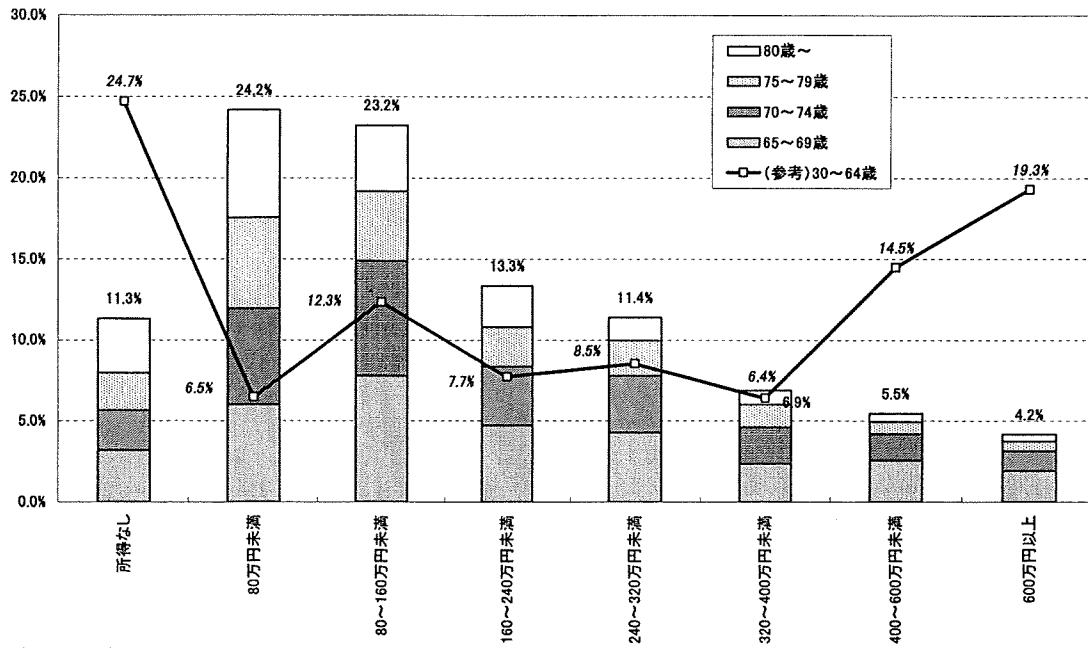


図8 個人の所得階級別に見た高齢者の分布(総数、2000年の所得)

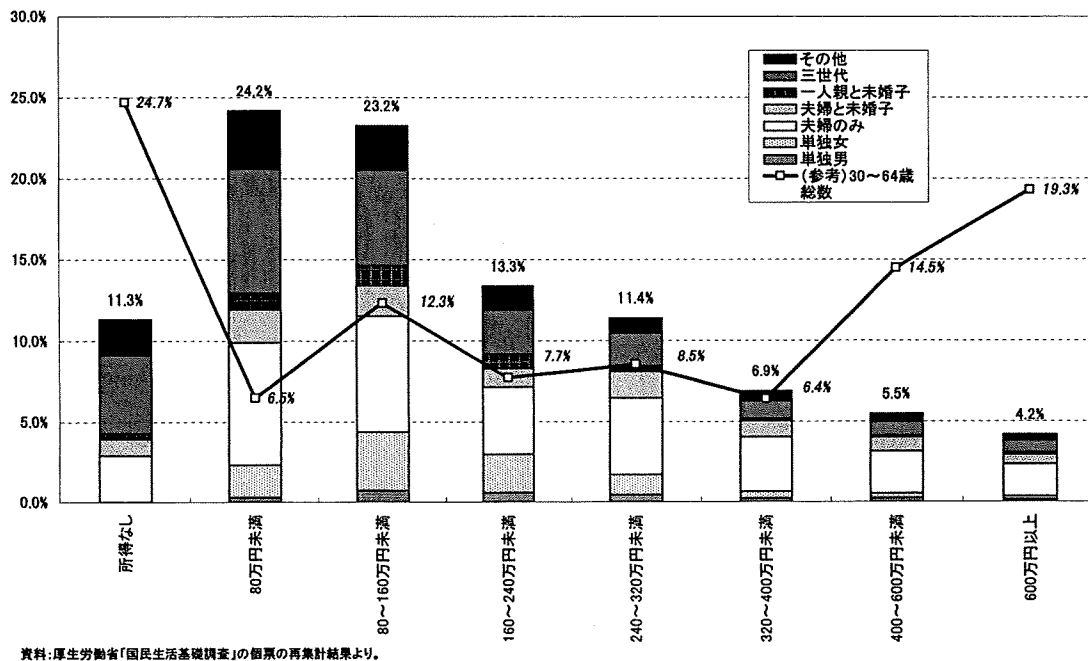


表1 年齢階級別医療支出(2001年調査結果)

年齢階級	医療支出 (千円)	個人所得 (万円)	医療支出 対個人所得比
総数	47.7	212.1	2.3%
29歳以下	23.1	55.5	4.2%
30～39歳	30.0	255.7	1.2%
40～49歳	35.8	358.7	1.0%
50～54歳	44.1	378.5	1.2%
55～59歳	66.7	367.5	1.8%
60～64歳	86.5	284.0	3.0%
65～69歳	95.8	227.3	4.2%
70～74歳	75.2	207.2	3.6%
75～79歳	80.8	171.6	4.7%
80歳以上	117.3	140.0	8.4%
65歳以上	91.5	193.5	4.7%
75歳以上	99.4	155.7	6.4%

資料:厚生労働省「国民生活基礎調査」再集計結果
注:医療支出は2001年5月の医療支出(月額)を12倍して年額換算した。

表2 家族類型別に見た高齢者の医療支出(2001年調査結果)

年齢階級	医療支出 (千円)	個人所得 (万円)	医療支出 対個人所得比
総数	91.5	193.5	4.7%
単独世帯(男)	77.6	254.0	3.1%
単独世帯(女)	66.2	179.6	3.7%
夫婦のみ世帯	89.3	232.4	3.8%
夫婦と未婚子世帯	96.0	241.8	4.0%
一人親と未婚子世帯	86.9	171.9	5.1%
三世代世帯	97.7	145.8	6.7%
その他	106.0	150.6	7.0%

資料:厚生労働省「国民生活基礎調査」再集計結果
注:医療支出は2001年5月の医療支出(月額)を12倍して年額換算した。

表3 所得階層別に見た高齢者の医療支出(2001年調査結果)

年齢階級	医療支出 (千円)	個人所得 (万円)	医療支出 対個人所得比
総数	91.5	193.5	4.7%
所得なし	111.1	0.0	
80万円未満	91.9	48.3	19.0%
80～160万円	86.5	113.1	7.6%
160～240万円	85.8	195.6	4.4%
240～320万円	94.8	276.4	3.4%
320～400万円	70.1	353.5	2.0%
400～600万円	73.1	477.1	1.5%
600万円以上	134.5	1,140.2	1.2%

資料:厚生労働省「国民生活基礎調査」再集計結果
注:医療支出は2001年5月の医療支出(月額)を12倍して年額換算した。

4. わが国における所得格差の動向 —医療費負担能力格差としての分析—

<主任研究者>

国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部部長

金子 能宏

<分担研究者>

国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第3室長
慶應義塾大学経済学部講師

小島 克久

山田 篤裕

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療負担のあり方が医療需要と健康・福祉の水準に及ぼす影響に関する研究」
平成 15 年度報告書

わが国における所得格差の動向—医療費負担能力格差としての分析—¹

金子 能宏（国立社会保障・人口問題研究所）

小島 克久（国立社会保障・人口問題研究所）

山田 篤裕（慶應義塾大学経済学部）

1. はじめに

高度経済成長により国民の生活水準が向上した 1960 年代後半頃から、我が国は所得格差が小さい「平等社会」であると考えられてきた。しかし橋木（1998）によると、我が国における所得分配の平等度の変遷を見ると、戦後 30 年間は平等度が高いものの、80 年頃から貧富の格差拡大により不平等度が拡大している。国際比較をすると、最近では、平等性が高い北欧諸国（スウェーデン等）や、北欧諸国の次に位置する中欧諸国（ドイツとオランダ）よりも不平等性が高いグループに属している。この結果から、「わが国の所得分配の平等度は、信じられていたほど国際比較上からも高くなく、平等神話の崩壊を予感させるものがある」という。

これに対して様々な議論がなされた。特に、大竹は、日本の所得格差は、先進諸国の中では中ぐらいであり、1980 年代以降、所得格差が高まった主因は、人口高齢化の他、そのほかに共働きによる高所得カップルの増大、パート労働者の増大とフルタイム労働者との間の賃金格差の拡大等を格差拡大の原因としてあげている²。元来、所得格差に関しては多くの研究が行われてきた。例えば、近年の所得格差拡大の背景として、人口高齢化や世帯構造の高齢化を挙げる研究を行っているものが多い（大竹（1994）、大竹・斉藤（1998）、高山・有田（1996）、舟岡（2001）、小島（2001）等）。また、白波瀬（2002）は、Luxembourg Income Study の個票データを活用した国際比較結果を行い、その中でも、所得格差の拡大の背景には高齢化等の社会経済的要因等があることを指摘している。

これらの研究に共通していることは、「所得格差は拡大傾向にある」という認識があることである。このような所得格差が存在するという事は、家計における消費支出能力にも

¹ 本論文は、平成 14～15 年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）『医療負担のあり方が医療需要と健康・福祉の水準に及ぼす影響に関する研究』において行われた、厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果を引用・活用した。また、平成 11 年度厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）『活力ある豊かな高齢社会構築のための方策に関する研究』において行われた、厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果も引用・活用した。この場を借りて、御協力いただいた関係者の方々に厚く御礼申し上げます。

² 中央公論編集部編（2001）参照。