

寿命には格差がある

～終身年金は逆進的か～



保険・年金研究部門 臼杵 政治

usuki@nli-research.co.jp

1—はじめに

2008年4月厚生労働省から市区町村別平均寿命(2007年)が発表された。それによると、男性の1位は横浜市青葉区(81.7歳)であり、長寿10位のうち、6つが神奈川・東京の市や区であった。女性では沖縄・長野の町村が6つを占めているものの、横浜市青葉区が7番目に入っている(図表-1)。

[図表-1] 寿命の上位10番目までの市区町村

男性

1	神奈川県	横浜市	青葉区	81.7
2	神奈川県	横浜市	麻生区	81.7
3	東京都	三鷹市		81.4
4	東京都	国分寺市		81.4
5	東京都	練馬区		81.2
6	長野県	上伊那郡	箕輪町	81.1
7	長野県	上高井郡	小布施町	81.0
8	東京都	小金井市		81.0
9	熊本県	上益城郡	益城町	80.9
10	東京都	目黒区		80.9

女性

1	沖縄県	中頭部	北中城村	89.3
2	兵庫県	川辺郡	猪名川町	88.7
3	長野県	下伊那郡	高森町	88.5
4	沖縄県	豊見城市		88.5
5	沖縄県	南城市		88.3
6	長野県	上伊那郡	宮田村	88.2
7	神奈川県	横浜市	青葉区	88.0
8	北海道	有珠郡	壮瞥町	88.0
9	沖縄県	中頭部	北谷町	87.8
10	神奈川県	足柄上郡	開成町	87.7

(資料) 厚生労働省「2007年市区町村別平均寿命」

長寿の背景として、青葉区が区民3000人にアンケートをした結果によると、自由記載の「その他」の回答でもっとも多かったのは「経済的に余裕がある人が多い」だったという。他方、男性の寿命がもっとも低いのは大阪市西成区(73.1歳)であった。青葉区と西成区の65歳からの余命が0歳からの寿命と等しいと仮定すれば、終身年金の受取期間は前者(16.7年)が後者(8.1年)の2倍になる。

2—健康・寿命の格差

国別にみると、1人あたり所得など経済状態が良い方が寿命が長い傾向がある。それだけでなく、同じ国の中でも、社会的・経済的要因が健康や寿命の格差を招いているようである。朝日新聞によると、日本福祉大学の近藤克則教授らが2003年10月時点から4年間、要介護状態ではない65歳の男女2万8千人を調査した結果では、5段階に分けたうち所得が低い第1段階の男性の死亡率は34.6%であり、もっとも所得が高い第5段階(11.2%)の約3倍、2番目に所得が低い階層(15.3%)と比べても2倍以上だったという(2008年11月8日付)。海外でも世界保健機構(WHO)が「健康の社会的決定要因—確かな事実の探求」(2003)で社会格差が健康状態や寿命と関係していると指摘しており、社会環境と健康や寿命の関係を分析する社会疫学が発展している。

3—公的年金の2つの助けあい

ところで、公的年金には2つの助けあい機能があるとされている。1つは早く死んだ人が長生きした人を助ける機能である。終身年金がこれにあたる。

もう1つは所得の高い人が所得の低い人を助ける所得再分配機能である。同じ保険料率であれ

ば、所得の低い人がより手厚い給付を受ける。

例えば厚生年金では保険料が所得の一定割合（現在は標準報酬の15.35%、2017年以降に18.3%の予定）である。これに対し、老齢年金は報酬比例部分に定額の基礎年金が加わっているため、合計年金額は所得ほどには増えない。厚生労働省による2004年時点の試算では、2025年度に税社会保険料控除後の手取年収が314万円の世帯（A世帯とする）の年金額（40年加入後）は年額229万円であり、所得代替率が73.0%となる。一方、手取年収がほぼ3倍の944万円の世帯（B世帯とする）の年金額は367万円と高くなるものの、代替率は38.9%に過ぎない。ところが、もしも寿命の違いによってB世帯がA世帯の2倍の期間、年金を受け取るとしたらどうか。実質的な所得代替率はB世帯の方がA世帯より高くなる。

運良く長生きした人を、皆で助けることは良いことであろう。しかし、長生きの人が所得の高いとすれば、公的年金を通じて所得の高い人が低い人を助ける効果（所得再分配効果）は減殺され、むしろ低所得の人が早く死んで、高所得の人を助けている可能性がある。

さらに社会保険料控除のため、実質的な保険料率にも所得格差がある。例えば、所得税・住民税の限界税率はA世帯で15%、B世帯では33%と考えられる。そのため名目の保険料率は標準報酬の18.3%と同じでも、実質的な保険料率はA世帯で15.6%、B世帯で12.3%になる。

これらを考慮すると、公的年金が実質的に逆進的である可能性さえ否定できない。所得にかかわらず定額保険料・定額給付の国民年金の場合、逆進性は明らかであろう。

4—医療と年金

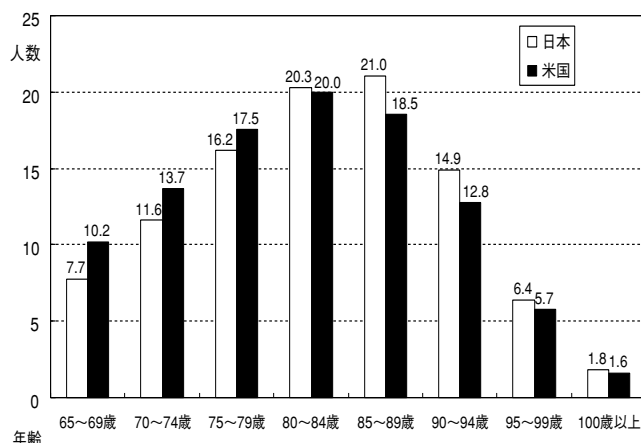
社会的要因による健康・寿命の格差は、医療など社会保障制度の充実度により国ごとに異なる

だろう。例えば、2004年の米国では1人あたり所得が日本より高いにもかかわらず、平均寿命は男性74.7歳、女性80.4歳と日本の78.6歳、85.6歳より低い。ところが標準偏差は、男女それぞれ17.2歳、15.7歳と日本の14.7歳、13.4歳より高い。また65歳男性の余命と標準偏差は日本の18.2歳、8.5歳に対し、米国は17.1歳、8.7歳である。65歳の男性100人の死亡年齢（図表-2）をみても、95歳以上まで生きる割合は日本とあまり変わらないのに、80歳以前に死亡する割合が高く、裾野が広い分布である。

寿命の分布が日本より広い背景には、所得や社会的地位の格差が大きいことに加え、高齢者・障害者向けの入院・医療保険（メディケア・メディケイド）以外ほとんど公的医療保険がなく、医療サービスの質量両面で所得による格差が大きいことが指摘できよう。

すでに日本でも健康・寿命の格差がみられる。ところが医療の効率化のため、混合診療など公的医療保険でカバーされないサービスを拡大すべき、あるいは保険対象医療における自己負担割合を増加させるべき、などの議論がある。これらを検討する際には、医療サービスの格差を拡大することによって、公的年金制度が逆進的になりかねないことも考慮に入れるべきであろう。

〔図表-2〕 65歳人口を100とした場合の年齢別死亡数（男性）



（資料）平成16年簡易生命表、米国健康福祉省 dUnited States Life Tables 2004 e