



第1回「くらしと健康の調査」の概要

市村英彦（東京大学大学院経済学研究科教授・
RIETIファイカルティフェロー）

清水谷諭（世界平和研究所主任研究員・RIETI
コンサルティングフェロー）



「くらしと健康の調査」(JSTAR)とは？



中高年対象の「世界標準」調査(1)

- 高齢化の進展の下で、年金・医療・介護、高齢者雇用政策の立て直しが先進国共通の課題(例:ヨーロッパの「早期退職」)。
- 実証に基づいた政策立案(Evidence Based Policy Making)のためには、包括的な情報を集めた充実したデータが必要。
- これまでは縦割りのデータ収集。変数も非常に部分的。



中高年対象の「世界標準」調査(2)

- 学際的・国際的・政策志向的データが不可欠。
- 国際的に比較可能な中高年パネルデータによって、経済、就労、健康、家族、社会参加、幸福度・満足度など生活のあらゆる側面を調査、政策の定量的な評価が可能に。
- 市井の一人一人の声を吸い上げられるのは質の高いデータ。ドグマを振り回さないデータに基づいた冷静な議論が必要。



諸外国の中高年パネル調査(1)

- アメリカのHealth and Retirement Study (HRS): ミシガン大学が1992年から実施。すべてのアメリカ政府の社会保障改革には、ホワイトハウスからこの調査での裏付けが求められる!
- イギリスのEnglish Longitudinal Survey on Ageing (ELSA): University College Londonを中心に2002年から実施。



諸外国の中高年パネル調査(2)

- 大陸ヨーロッパのSHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe): 12カ国(今は14カ国)で2004年から実施(マンハイム大学が中心)。東欧、イスラエルなども参加。ポルトガル、アイスランドなども参加予定。
- その他にもメキシコ、アジアでも韓国、タイでは既に実施。中国、インドでも予備調査を実施済み。



日本の中高年パネル調査

- 日本は高齢化のスピードが世界でも最も早い。しかし唯一「世界標準」調査から取り残された国。
- 世界からは日本での実施を求める声が強い。日本の寿命・引退年齢の高さ、経済規模に対する医療費の低さの解明などは、諸外国での政策へのインプリケーション、科学的知見への貢献の点でも、不可欠。

「くらしと健康の調査」(JSTAR)

2005年からプロジェクト開始。RIETIでパイロット調査を実施。2007年より我々と一橋高山科研で清水谷が分担者として進めている。

- HRS/ELSA/SHAREチームと緊密に連携し、「家族」の一員として、国際プロジェクトに参加。2007年に第1回調査を実施。2009年の第2回調査を実施中。
- 東京大学経済学部市村英彦、医学部橋本英樹、世界平和研究所清水谷諭の3人がプロジェクトリーダー。



第1回「くらしと健康の調査」

- 2007年前半に実施。全国5か所（滝川市、仙台市、足立区、金沢市、白川町）の50-75歳の男女が対象（施設入所を除く）。第2回は新たに那覇市・鳥栖市が加わる。
- 回収率60%、合計4200名のサンプル。
- 平均1時間半の面接調査＋留置調査。
- 市村・橋本・清水谷がとりまとめの作業。9月にRIETIからDPを刊行。



JSTARの質問内容(1)

A. 本人・家族関係

1. 本人
2. 配偶者
3. 子供
4. 両親とその介護

B. 記憶力、認知力、 仮想質問

1. 日付などの認知
2. 記憶
3. 計算
4. 仮想質問

JSTARの質問内容(2)

C. 就業

1. 就業状況、仕事内容
2. 仕事の満足度、定年
3. 収入
4. 求職、引退、
専業主婦、療養
5. 過去の職業
6. 配偶者の職業

D. 本人および配偶者の健康状態

1. 本人の健康状態
2. 配偶者の健康状態



JSTARの質問内容(3)

E. 所得・消費

1. 収入
2. 支出・扶養家族
3. 本人、配偶者の年金
4. 家計の消費支出

F. 握力

G. 住宅、資産

1. 住宅
2. ローン、負債
3. 貯蓄、投資、事業
4. 遺産



JSTARの質問内容(4)

H. 医療と介護サービスの利用と支出

1. 病気の経験、健診
2. 通院の状況と費用負担
3. 歯科医の利用
4. 入院、手術の経験
5. 健康保険、介護保険
6. 介護サービスの利用、家族の支援



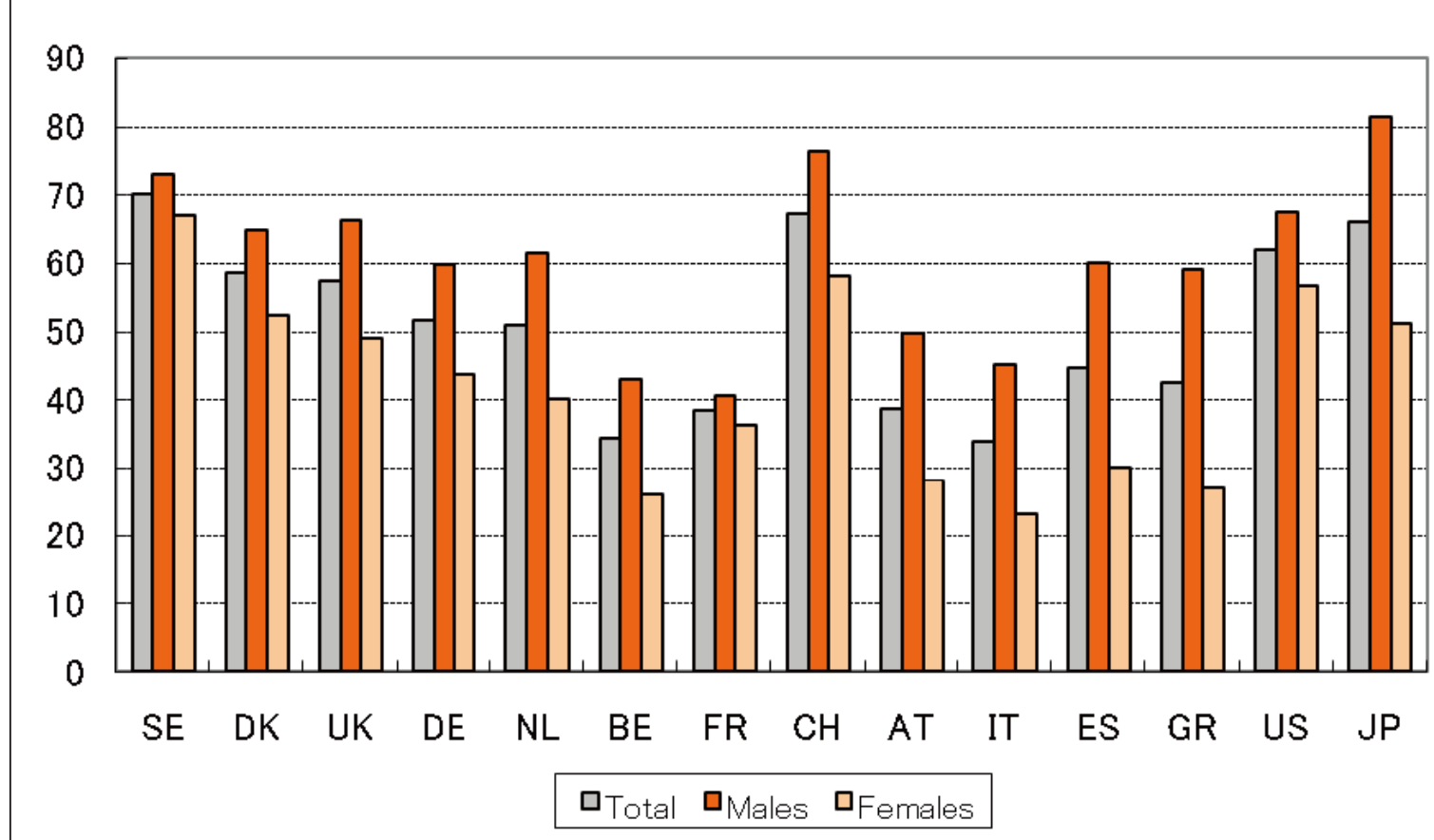
JSTARの質問内容の特徴

- 多くの国との比較がしやすいように、ヨーロッパ各国共通に行っているSHAREの質問票に基づき、それを日本用に改変している。
- 栄養調査も同時に行っている。
- 現実の政策は都市ベースであるから、都市別のサンプリングを行っている。
- 65歳以上については医療・介護レセプトデータを本人から承諾を得られた場合には利用。



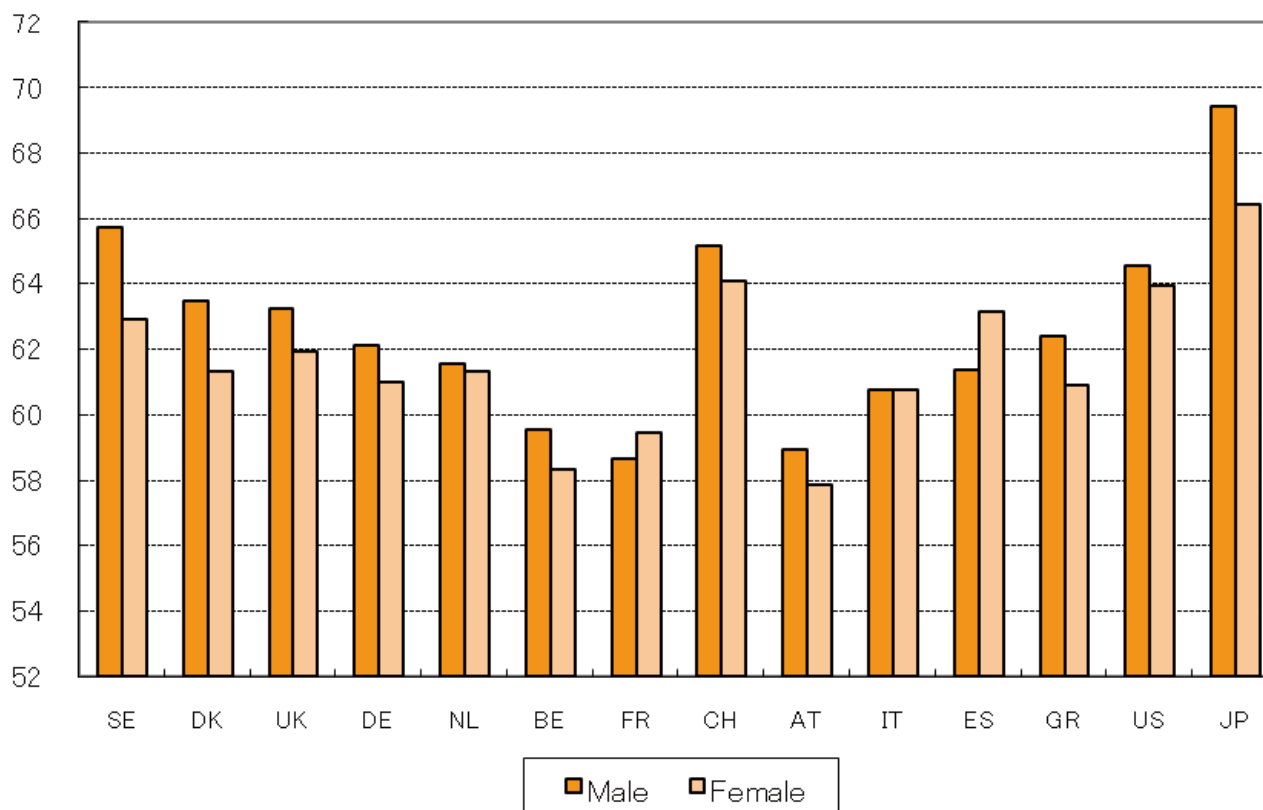
JSTARで明らかになった 中高年者の就業・引退行動

労働力率の国際比較(55-64歳)



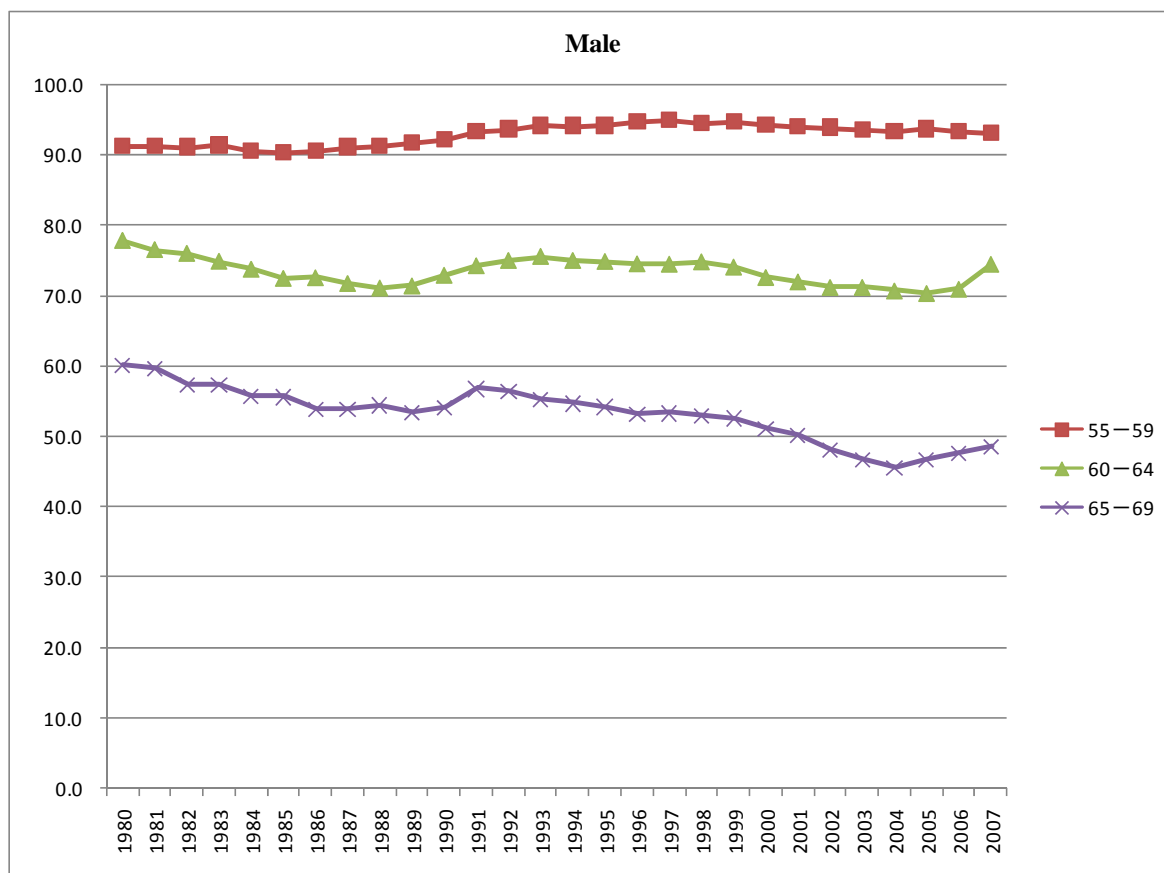
Ichimura, Hashimoto and Shimizutani (2009). OECDデータによる。

実効引退年齢の国際比較



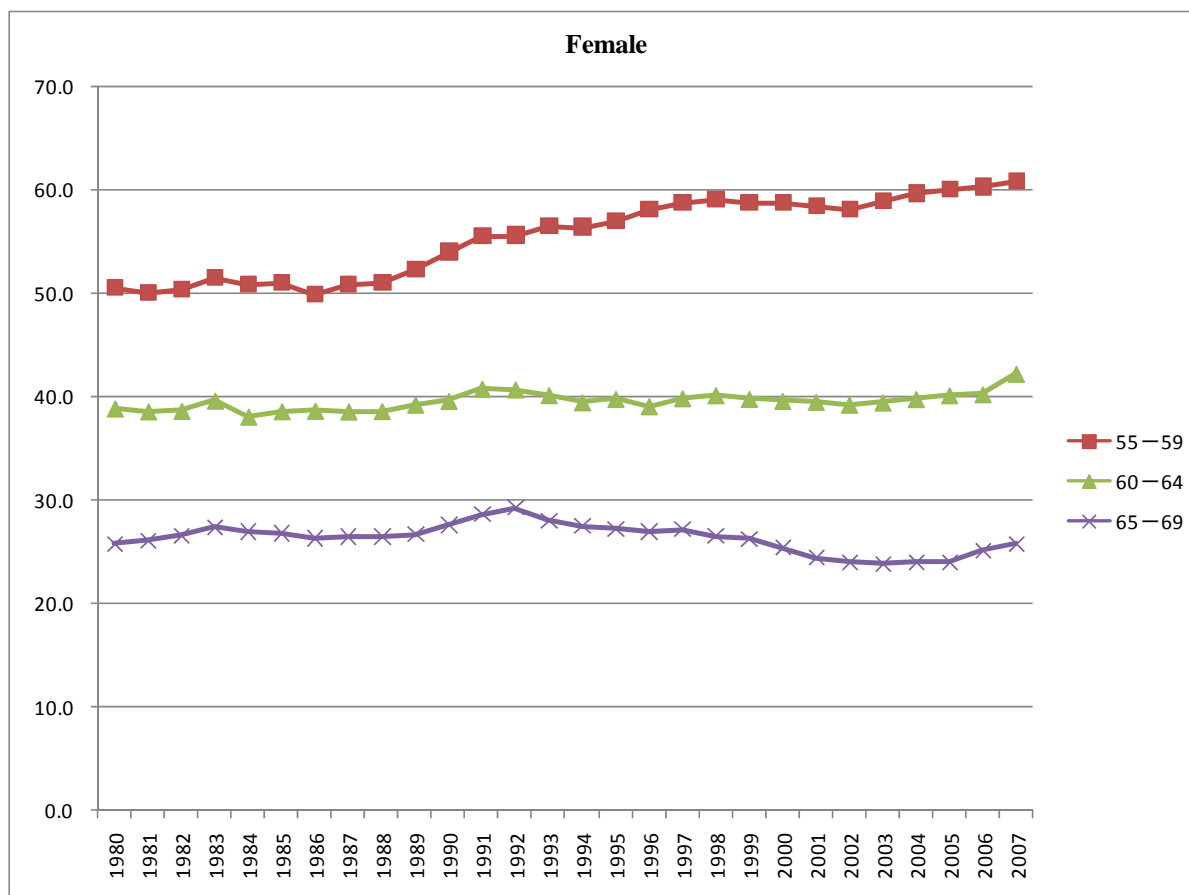
Ichimura, Hashimoto and Shimizutani (2009). OECDデータによる。

労働力率の長期的推移(男性)



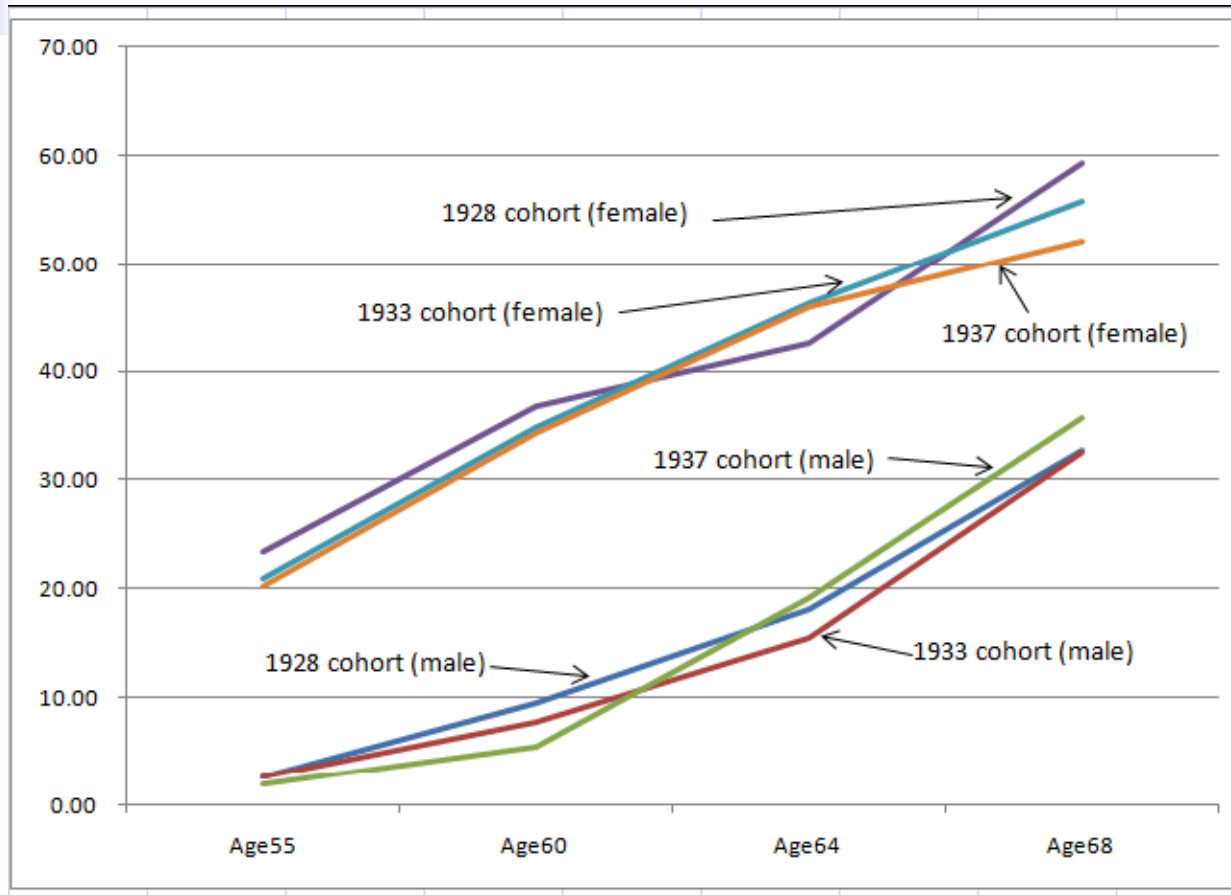
Shimizutani (2009). 「労働力調査」各年版による。

労働力率の長期的推移(女性)



Shimizutani (2009). 「労働力調査」各年版による。

非労働力率(コーホート)



Shimizutani (2009). 「高年齢者就業実態調査」各年版による。

中高年労働供給の基本的事実

- 日本の男性の中高年の労働力率は国際的に見て非常に高い。女性も高いがトップクラスではない。
- 日本の男性の引退年齢は国際的にみて非常に高い。女性もかなり上位。
- 韓国はさらに10%くらい高い。
- 長期的なトレンドで見ると、男性の65歳以上の労働力率は低下し、女性の55-59歳は上昇している。これはコーホート別に見ても確認できる。



既存分析でわかっていること

- 清家・山田(2004)などによると、
- 労働力率の低下傾向⇒労働力構成の変化(自営業の低下)と個人の就業行動の変化。特に定年制度と公的年金充実による阻害効果を政策的に除去する必要。
- 厚生労働省「高年齢者就業実態調査」などを利用(2004年で廃止)。

既存分析で不十分な点

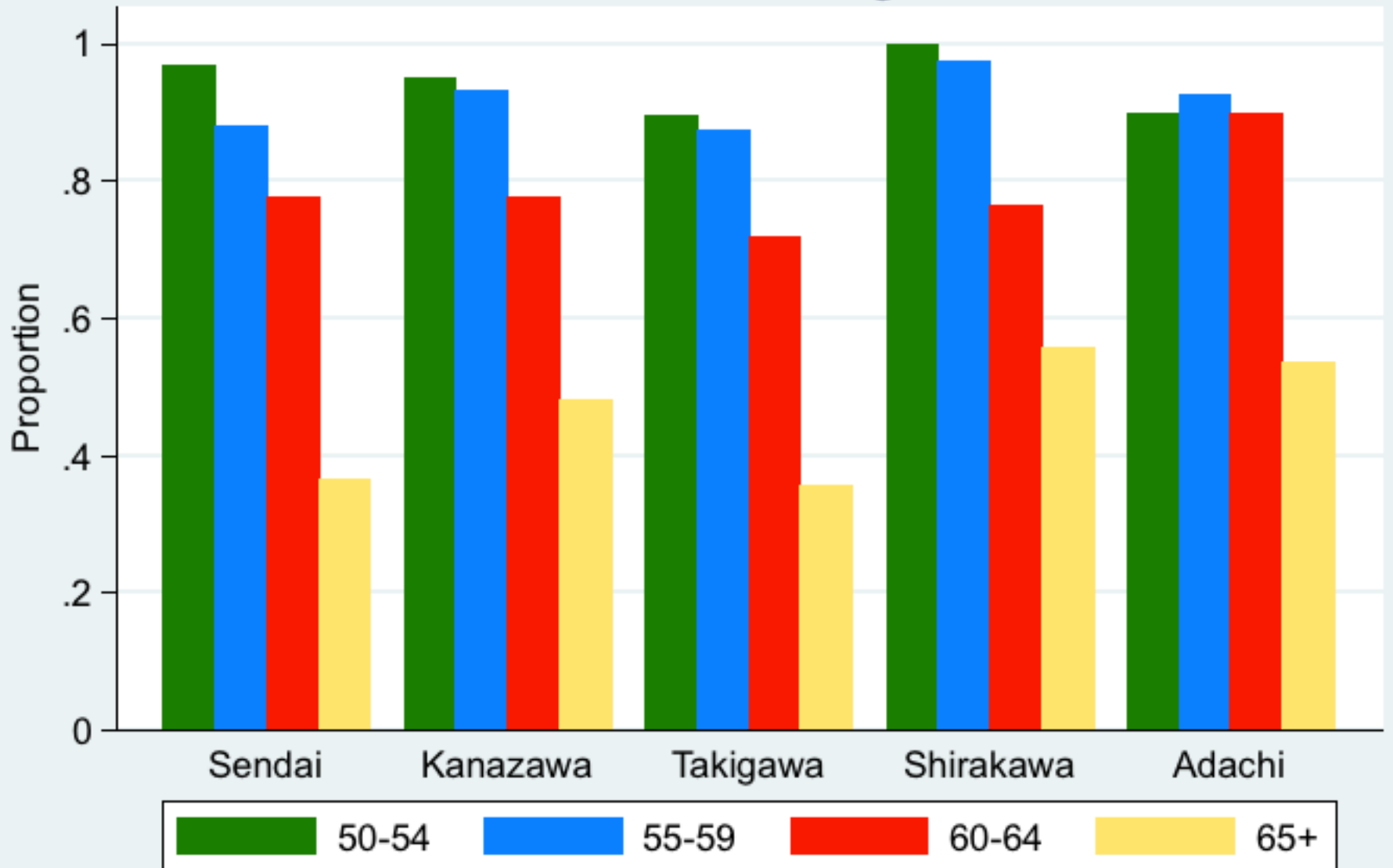
クロスセクションデータなので、引退の「プロセス」を追えず、決定要因を解明できない。

- そのデータも2000年前後までで古い。
- 変数自体も貧弱。健康は自覚的健康のみで客観指標なし。家族関係（介護の必要や援助なども含む）や余暇への選好の変数もなし。さらに、職場のストレスなど職場環境などの変数もない（Shimizutani(2009)は良質な職場環境は引退予定年齢を遅らせる効果）。

高齢者労働供給と年齢制限

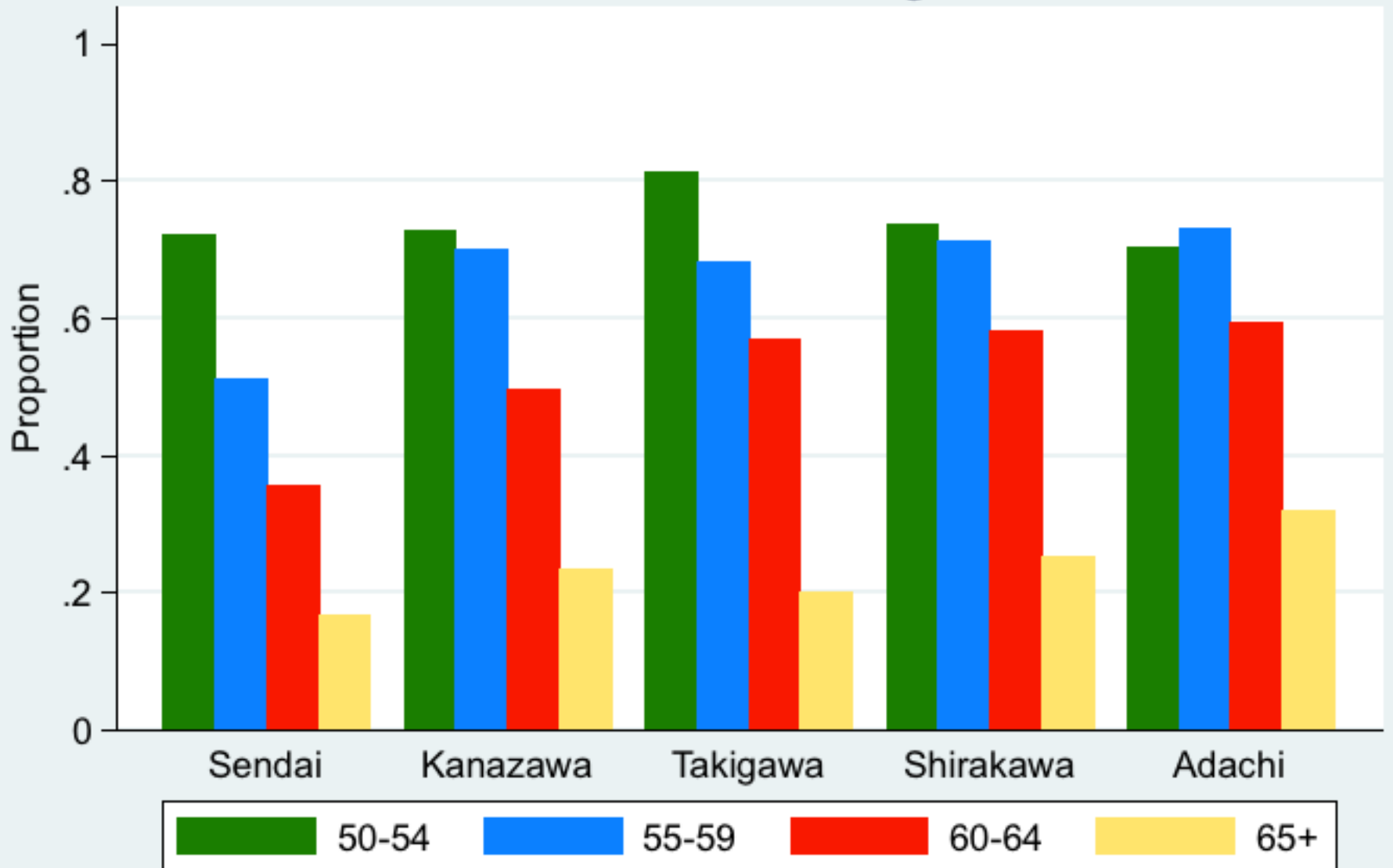
- JOB OPPORTUNITY・高齢者労働の需要
・供給のギャップの分析ができない
- 働いていない人を(1)働く意欲がありながら働けない人と(2)働く意欲がない人にわけける。
- このギャップで高齢者労働への需要と供給のギャップがわかる。需要が満たされるとあとどれくらい供給が上がるか？年齢別に検証する。

Male working



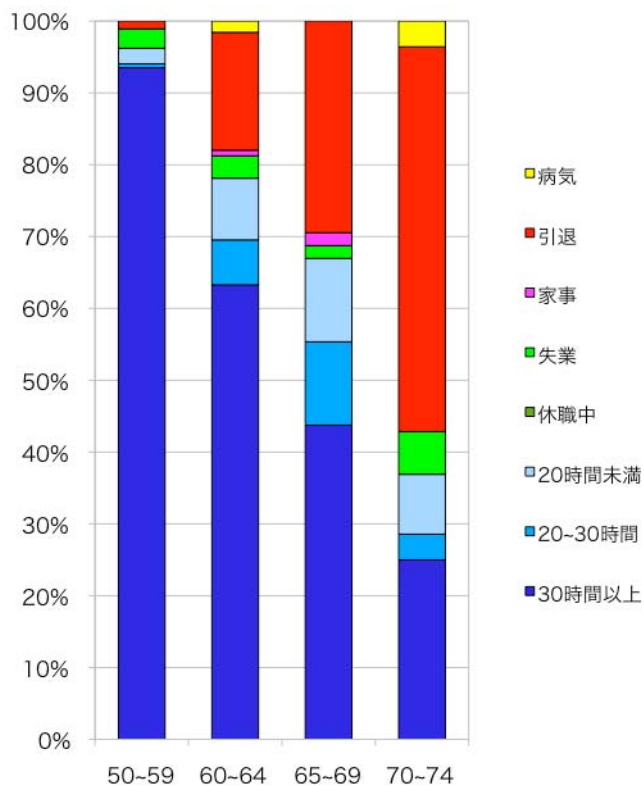
SHARE: Section 5.1, Figure 2

Female working

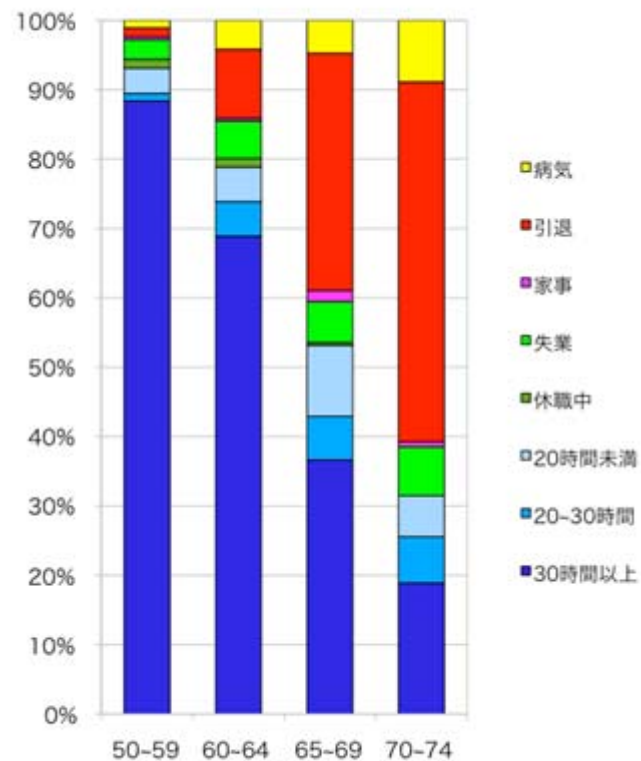


SHARE: Section 5.1, Figure 2

主觀的健康と労働供給(男性)



健康



普通以下

主観的健康と労働供給(男性)

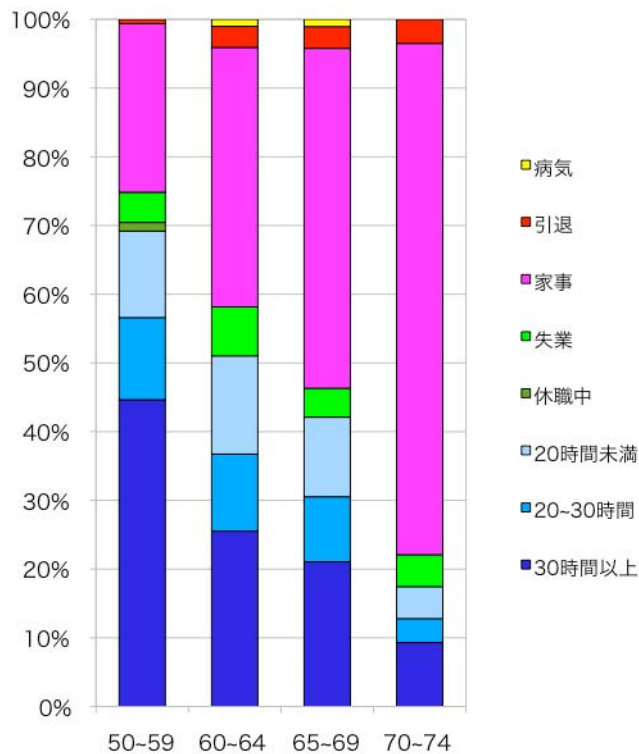
	50~59	60~64	65~69	70~74
30時間以上	93.51	63.28	43.75	25
20~30時間	0.54	6.25	11.61	3.57
20時間未満	2.16	8.59	11.61	8.33
休職中	0	0	0	0
失業	2.7	3.12	1.79	5.95
家事	0	0.78	1.79	0
引退	1.08	16.41	29.46	53.57
病気	0	1.56	0	3.57

健康

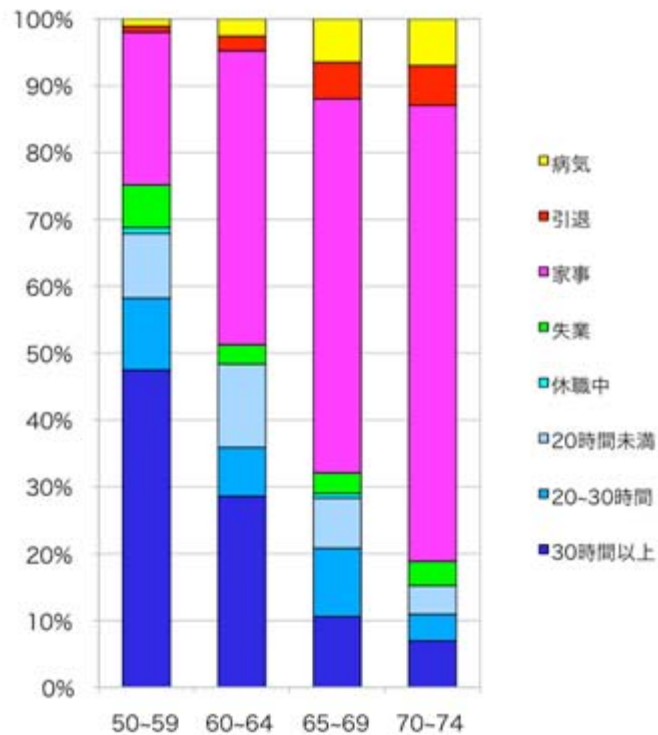
	50~59	60~64	65~69	70~74
30時間以上	88.39	68.88	36.61	18.89
20~30時間	1.08	4.98	6.3	6.67
20時間未満	3.66	4.98	10.24	5.93
休職中	1.29	1.24	0.39	0
失業	2.8	5.39	5.91	7.04
家事	0.43	0.41	1.57	0.74
引退	1.29	9.96	34.25	51.85
病気	1.08	4.15	4.72	8.89

普通以下

主觀的健康と労働供給(女性)



健康



普通以下

主觀的健康と労働供給(女性)

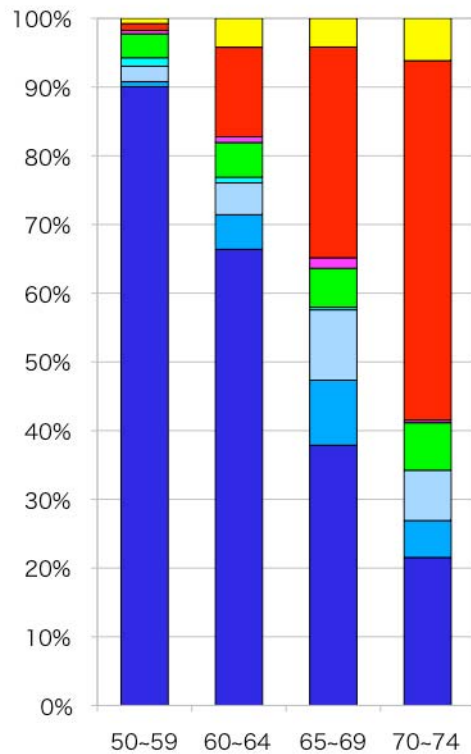
	50~59	60~64	65~69	70~74
30時間以上	44.65	25.51	21.05	9.3
20~30時間	11.95	11.22	9.47	3.49
20時間未満	12.58	14.29	11.58	4.65
休職中	1.26	0	0	0
失業	4.4	7.14	4.21	4.65
家事	24.53	37.76	49.47	74.42
引退	0.63	3.06	3.16	3.49
病気	0	1.02	1.05	0

健康

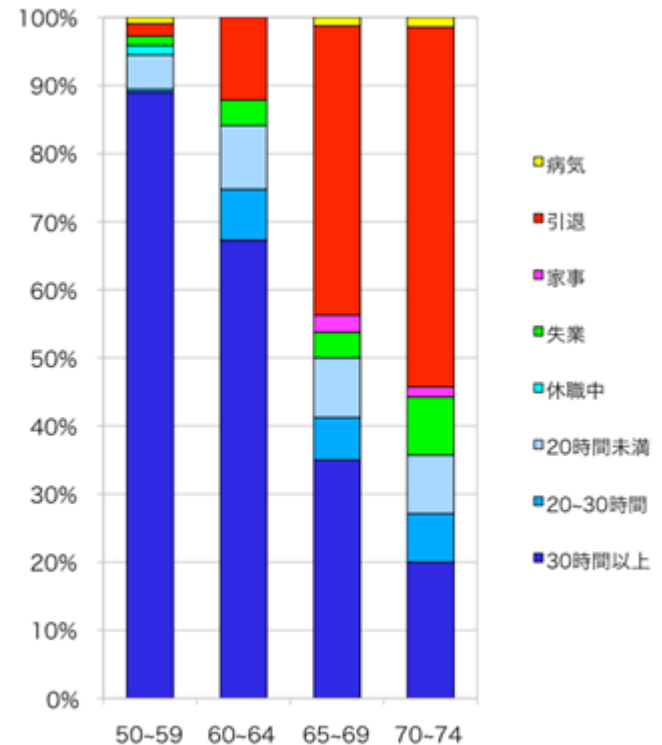
	50~59	60~64	65~69	70~74
30時間以上	47.47	28.57	10.58	6.95
20~30時間	10.77	7.33	10.24	3.97
20時間未満	9.67	12.45	7.51	4.3
休職中	0.88	0	0.68	0
失業	6.37	2.93	3.07	3.64
家事	22.86	43.96	55.97	68.21
引退	0.88	2.2	5.46	5.96
病気	1.1	2.56	6.48	6.95

普通以下

記憶力と労働供給（男性）



記憶力良



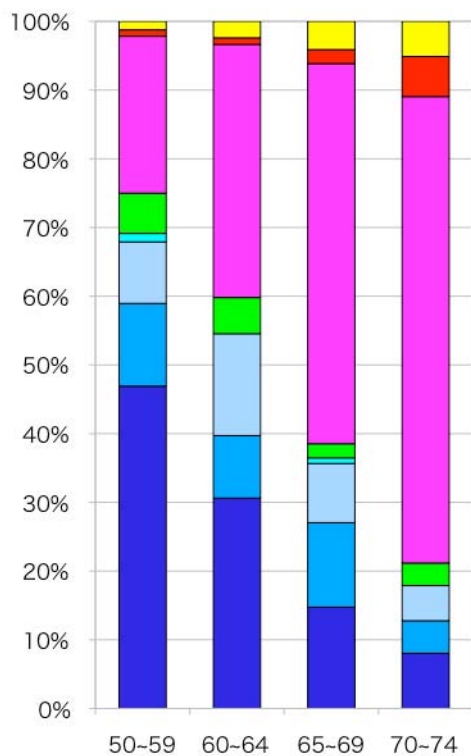
記憶力非良

記憶力と労働供給(男性)

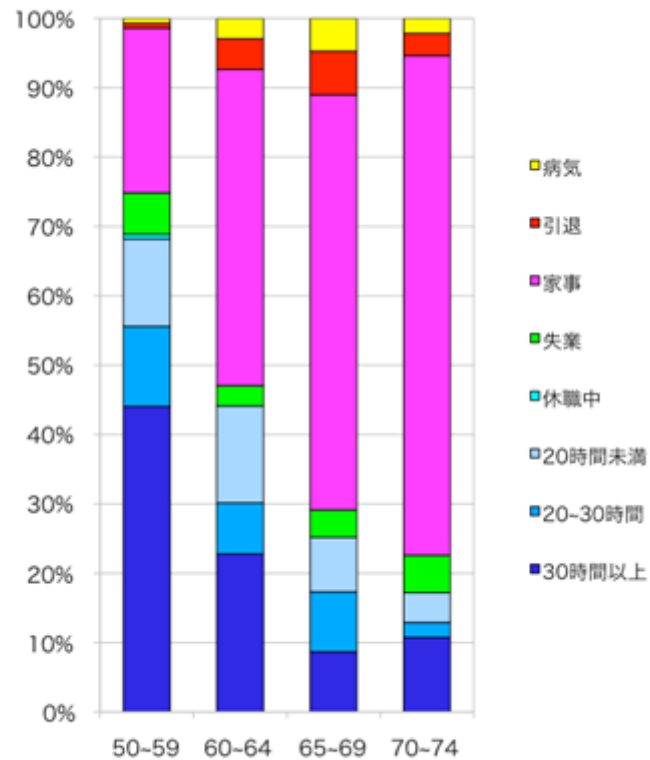
	50~59	60~64	65~69	70~74
30時間以上	90.05	66.39	37.88	21.54
20~30時間	0.75	5.04	9.47	5.38
20時間未満	2.24	4.62	10.23	7.31
休職中	1.24	0.84	0.38	0
失業	3.48	5.04	5.68	6.92
家事	0.5	0.84	1.52	0.38
引退	1	13.03	30.68	52.31
病気	0.75	4.2	4.17	6.15

	50~59	60~64	65~69	70~74
30時間以上	88.99	67.29	35	20
20~30時間	0.46	7.48	6.25	7.14
20時間未満	5.05	9.35	8.75	8.57
休職中	1.38	0	0	0
失業	1.38	3.74	3.75	8.57
家事	0	0	2.5	1.43
引退	1.83	12.15	42.5	52.86
病気	0.92	0	1.25	1.43

記憶力と労働供給（女性）



記憶力良



記憶力非良

記憶力と労働供給(女性)

	50~59	60~64	65~69	70~74		50~59	60~64	65~69	70~74
30時間以上	46.91	30.62	14.75	8.03	30時間以上	44.06	22.79	8.66	10.75
20~30時間	12.04	9.09	12.3	4.74	20~30時間	11.54	7.35	8.66	2.15
20時間未満	8.95	14.83	8.61	5.11	20時間未満	12.59	13.97	7.87	4.3
休職中	1.23	0	0.82	0	休職中	0.7	0	0	0
失業	5.86	5.26	2.05	3.28	失業	5.94	2.94	3.94	5.38
家事	22.84	36.84	55.33	67.88	家事	23.78	45.59	59.84	72.04
引退	0.93	0.96	2.05	5.84	引退	0.7	4.41	6.3	3.23
病気	1.23	2.39	4.1	5.11	病気	0.7	2.94	4.72	2.15

記憶力良

記憶力非良



市町村比較; ADL、IADL、感覚機能

男性					
	仙台	金沢	滝川	白川	足立
ADL障害あり	5	5	9	4	4
IADL障害あり	43	47	42	39	51
移動	9	14	13	12	16
視覚	9	10	12	12	12
聴覚	10	10	16	11	12
咀嚼	36	41	41	43	40

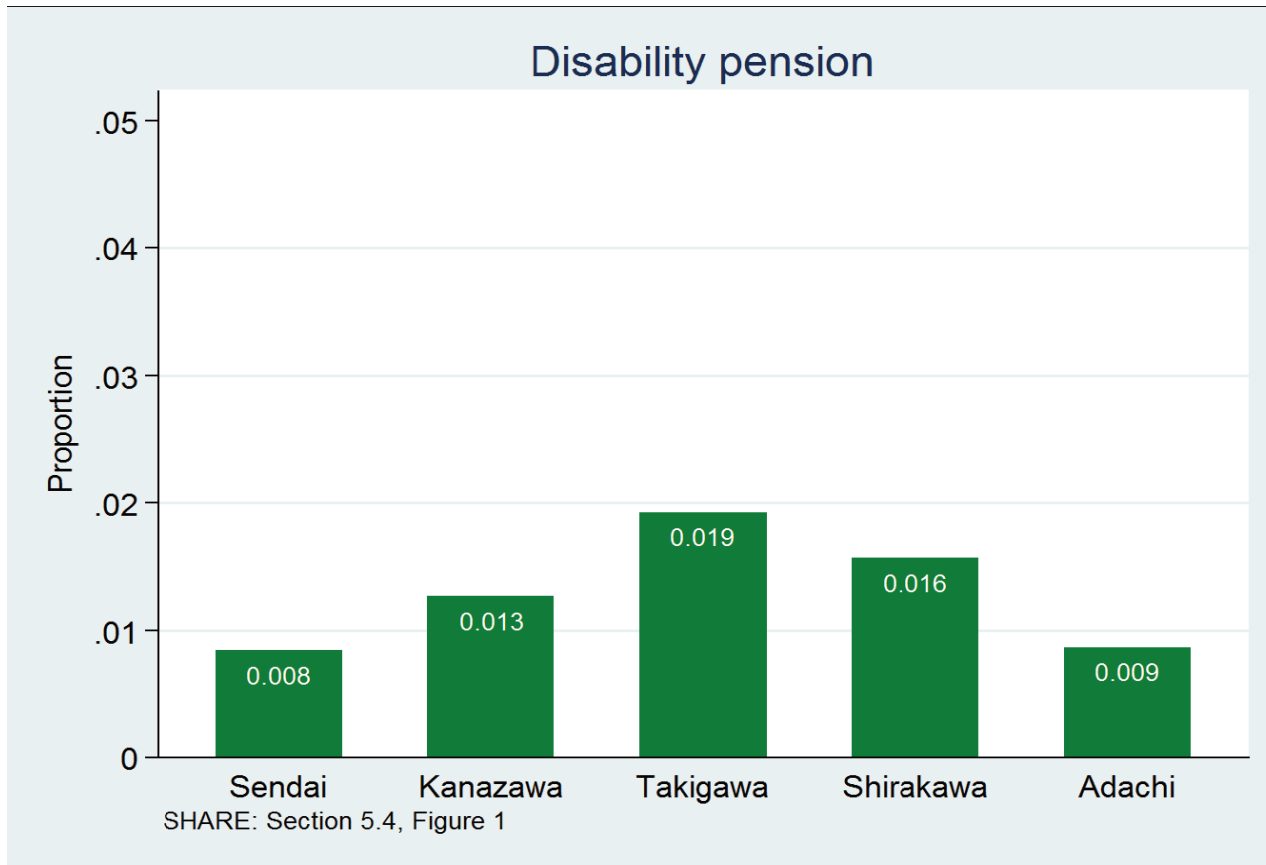
いずれもパーセント表示



市町村比較; ADL、IADL障害割合

女性	仙台	金沢	滝川	白川	足立
ADL障害あり	8	4	10	6	4
IADL障害あり	33	34	38	33	39
移動	19	19	26	21	28
視覚	10	14	16	15	11
聴覚	6	6	12	9	4
咀嚼	35	38	46	46	36

日本の障害年金受給率 (JSTAR)



障害年金

ヨーロッパでは障害年金の受給が容易。特にスウェーデン、デンマーク、オランダでは50-65歳のうちの15%前後が受給。人口構成、健康状態ではこの高さを説明できない。むしろ制度上の問題。

- 日本では要件が厳しい。しかし今後制度の運用によっては、受給が増加し、財政を圧迫する可能性。この実態が厚生かどうかはサンプル数が少なく分析不能。オーバーサンプリングが必要。



JSTARで明らかになった「格差」の実態



「格差論」の隆盛

- 「日本は比較的同質で平等な社会」という固定観念。経済発展と格差の間の「クズネッツ仮説」→工業化を終えると格差は縮小。
- しかし90年代以降の経済低迷で、全体のパイの拡大が止まり、再分配への注目高まる。
- さらに2001年以後の小泉構造改革路線で、市場主義が重視され、再配分よりも効率性に重点。「格差論」が盛んに。



「格差論」の問題点

- 「格差」の拡大のデータでの裏付けはまちまち。もともと格差の大きい高齢者層のシェアの増加によるものという議論（政府など）。
- 一方で、生活保護、ホームレスの増加などはデータできちんととらえきれていない。
- さらに大きな問題は「何で測った格差か？」。論者によってまちまち。機会の平等か、結果の平等か。今の格差か、将来も含めるか。



「格差」の尺度

- 格差論の多くは趨勢だけを議論し、レベルは無視。欧米とレベルはまったく異なる。
- 「格差論」の多くは、所得・消費・資産といった「経済格差」に焦点。論者によって「就業格差」(正規対非正規)、「学歴格差」(社会階層の固定化)、「地域間格差」、「希望格差」。
- しかしさらに長期的な影響の大きい格差問題⇒「健康格差」

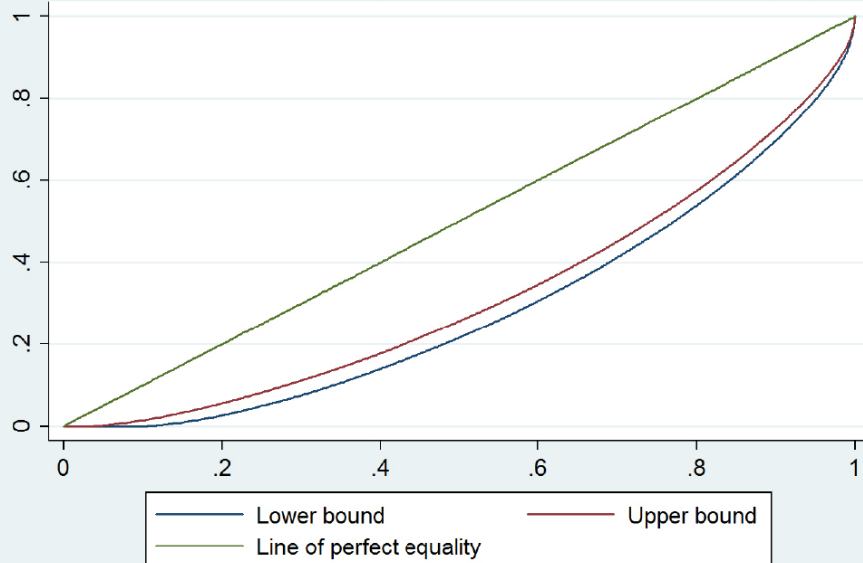


JSTARにおける所得・消費・資産

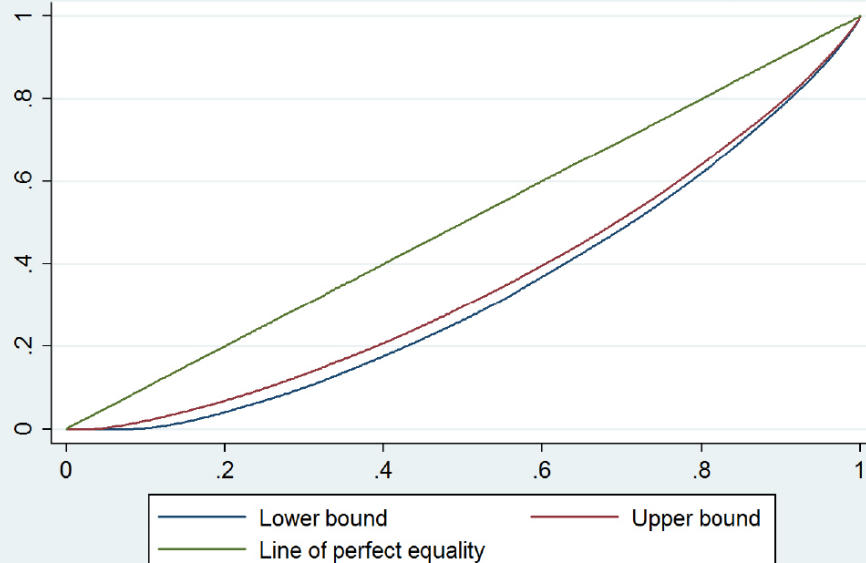
- 所得（総所得・可処分所得）：面接、留置き（時源泉徴収票を見て書き込み）で把握。両者のかい離は大きくない。
- 消費：食費・外食費・耐久財を除く消費、耐久財購入についてそれぞれ質問。
- 資産：金融資産（預金・債券・株式それぞれ）と不動産（時価）、借入（住宅ローン、それ以外）。
- 3つの尺度で同時に評価可能。UNFOLDING BRACKETの利用で「わからない」を減らす工夫。⁴³

JSTARにおける経済的格差(1)

Lorenz curves of equivalent household income (All)

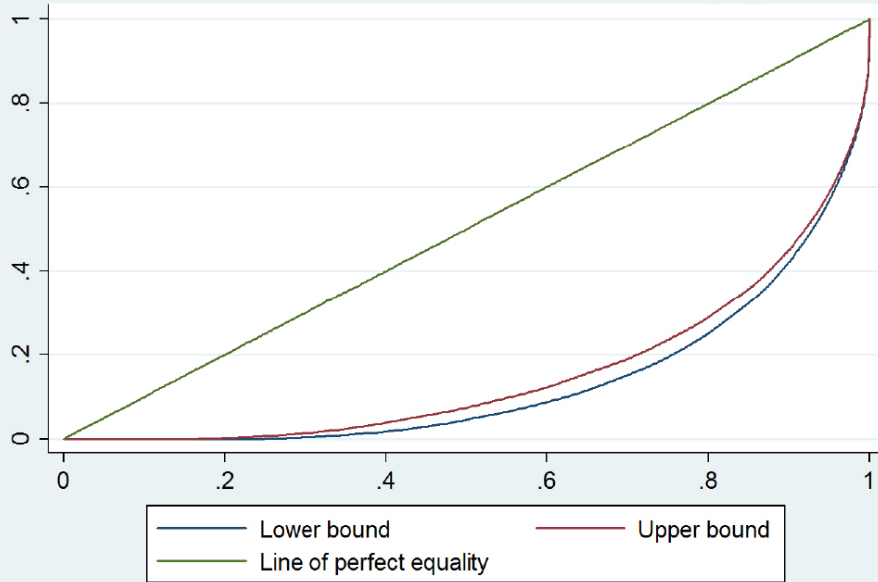


Lorenz curves of equivalent household consumption (All)

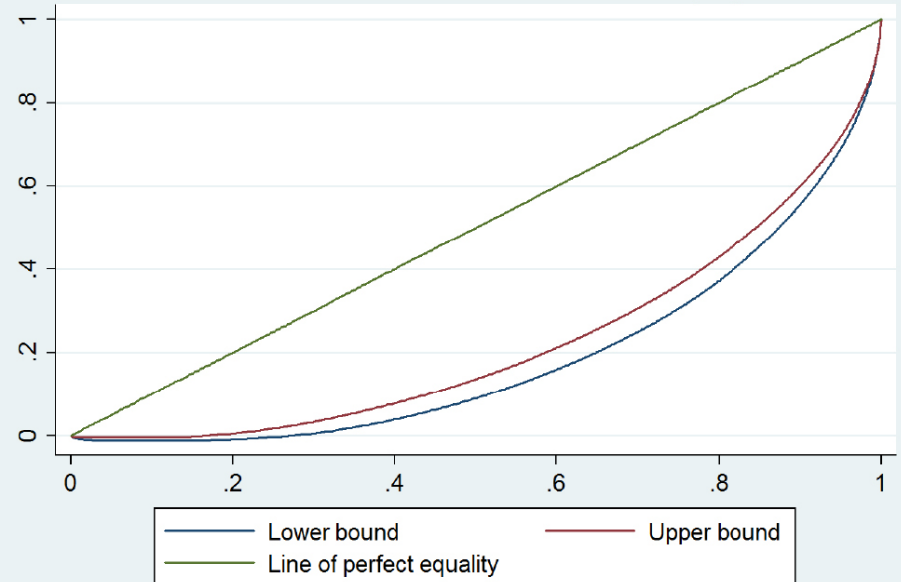


JSTARにおける経済的格差(2)

Lorenz curves of net financial assets (All)



Lorenz curves of net total assets (All)



遺産の有無別ジニ係数

	全体		定義1		遺産あり・両親死亡		定義2		遺産あり・両親死亡	
	下限	上限	下限	上限	下限	上限	下限	上限	下限	上限
等価家計所得	0.43	0.37	0.39	0.35	0.44	0.37	0.38	0.34	0.44	0.37
等価家計消費	0.34	0.29	0.32	0.29	0.34	0.3	0.32	0.28	0.33	0.29
等価金融資産	0.73	0.69	0.69	0.65	0.74	0.7	0.7	0.66	0.73	0.69
等価純資産	0.63	0.56	0.62	0.53	0.63	0.56	0.61	0.53	0.61	0.55



JSTARにおける経済的格差(3)

- 「資産のジニ係数 > 所得のジニ係数 > 消費のジニ係数」はヨーロッパ(SHARE)と同じパターン。
- 等価可処分所得: 0.37-0.43。ヨーロッパで低い北欧(スウェーデン・オランダ)よりもやや高く、ドイツ・イタリアと同程度。
- 国民生活基礎調査による橋本教授の推定とほぼ同水準かやや高い。



JSTARにおける経済的格差(4)

- 等価食費・等価家計消費：それぞれ0.32-0.35及び0.29-0.34。等価食費は、中欧と同程度。
- 等価金融資産・等価総資産：それぞれ0.69-0.73及び0.56-0.63。等価総資産は北欧(スウェーデン・オランダ)と同程度、南欧よりも低い。
- SHAREとの定義の違いなどを十分踏まえる必要があるが、ラフに言えば(1)所得・消費は中欧並み、(2)資産は北欧並み。



「健康格差」の2つの問いかけ

- 多くの面で見られる「健康格差」は、アメリカ、ヨーロッパではすでにデータ上明らか。これが日本でも明らかに観察される。
 1. 日本の健康保険制度は「皆保険」。フリーアクセスを保証。しかしそれでも個人（あるいは地域）間で健康に大きな差。
 2. 健康の格差は（無関係とされていた）社会経済的属性（学歴・所得）と相関が非常に強い。



健康格差と社会経済的格差

- 健康格差の要因は、遺伝子の解明ですべて解決できるという「古い定説」。
- 健康の決定要因は、先天的要素が半分、後天的要素が半分。公衆衛生学分野での「社会疫学」の確立。経済学でも健康要因重視。
- 健康格差と社会経済的格差の強い相関は多くの研究で明らか。因果関係は今後の解析。



身体的健康(1) 自覚的健康状態

- 健康状態の全般的な傾向を示す指標。健康状態を5段階で評価。「ふつう」「あまりよくない」「よくない」は男性51%、女性54%。
- 多くの要因を調整しても、教育水準が低いと「よくない」と答える傾向が強い(男女とも)。
- JSTARではその他にも多くの健康指標、多角的に健康状態の解析が可能。



身体的健康(2) 日常生活動作

- ADL(日常生活動作): 着衣、食事、入浴、トイレなど6項目。男性の5%、女性の6%の1つ以上に支障。調整後でも、男性では、教育水準が低いほど、支障がある。
- IADL(手段的日常生活動作): 食事の準備、電話、請求書の処理など、より高度な動作。男性の11%、女性の8%が1つ以上に支障。調整後でも、所得・教育水準が低いと、支障がある(男女とも)。



身体的健康(3)慢性疾患の罹患

20種類の慢性疾患の罹患歴を質問。男女とも約3分の1が2つ以上の疾患を罹患。年齢とともに増加(50歳代平均0.9⇒70歳台1.7)。特定の疾患は社会経済的要因と結びつく。

- 高脂血症は年齢は無関係。女性に多い。糖尿病は高年齢、男性に多い。調整後でも、高脂血症は、高学歴・高所得の方が多く(脂肪摂取との関係)。糖尿病は低学歴・低所得に多い。



身体的健康(4)脳卒中・がんなど

- 脳卒中は年齢が高い、男性に多く、男性では低学歴に多い。
- がんは年齢が高い場合に多い。学歴・所得による違いなし(低学歴ほどかかりやすいが、早く死亡するので有病率は少ないという指摘)。
- 慢性肺疾患は男性の場合、低学歴に多い(若い男性の喫煙率の高さ)。関節炎は女性の場合、低学歴に多い。



身体的健康(5) 感覚機能・握力

- 感覚機能(視力・聴力・咀嚼力)に支障がある割合は、男性で40%、女性で44%(特に咀嚼力が多い)。調整後でも、教育水準が低いと、視力、聴力、咀嚼力とも支障を訴えやすい。
- 握力計による実測。握力の低下と寿命を予測する非常に有用な指標。調整後でも、男女とも教育水準が低いと握力が低い。



健康行動(疾病のリスク要因)

- 喫煙は男性に多い(35%、女性は10%)。低学歴・低所得の場合に多い。
- 飲酒は、週5日以上が男性で半分以上、女性で12%。低学歴の方がやや少ない。
- 運動しない(歩行時間30分以内)割合は男女とも7%、「肥満ぎみ」は男性で4分の1、女性で2割。低学歴の男性は運動しない傾向が強い。低学歴の場合は、肥満の傾向が強い(特に女性)。



精神的健康(1)概要

- 先進国の中で日本の自殺率は最も高い。女性では高齢者の比率が大きい。自殺の前段階としてのうつ状態。うつ状態と社会経済的要因の相互関係。
- 共通の尺度(CES-D)。20項目で4段階評価。全体の17%。60歳台、女性に多い。
- 調整後でも、女性が多い。男性は離婚した場合に多い。独居・配偶者がいない場合に多い。



精神的健康(2) 社会経済的要因

- うつ状態にある場合には、所得は低い。資産も少ない。家族・他人から介護や金銭的な支援を受けやすい。
- うつ状態は、日常生活活動の支障とも密接な関係。慢性疾患に罹病している場合にもなりやすい。
- うつ状態と経済的状况・身体的健康状態の悪化は不可分。因果関係の特定が必要。



認知機能

- 認知症の増加は先進国共通の課題。日本でも2025年に320万人に増加と推定。
- 認知障害の尺度(MMSE)。(1)時間・場所の思い出し(6.6%が不正確)、(2)記憶力(10個の単語。8.3%が1個以下)、(3)計算力(1000人の10%、2.2%が不正解)を測定。
- 調整後でも、高年齢・低学歴に認知障害が多い。逆に障害がある場合には、学歴・所得は低く、支援を受け、健康状態の低下を招く。



医療費（詳細は次回説明）

- 1961年の「皆保険」の達成。一定の自己負担でフリーアクセス。しかし健康格差。
- 家計所得に占める医療費自己負担は、低所得者で最も高い（逆進的）。年齢では60歳台が多い。逆進性による医療サービス利用への影響を精査する必要。



医療サービスの利用(詳細は次回)

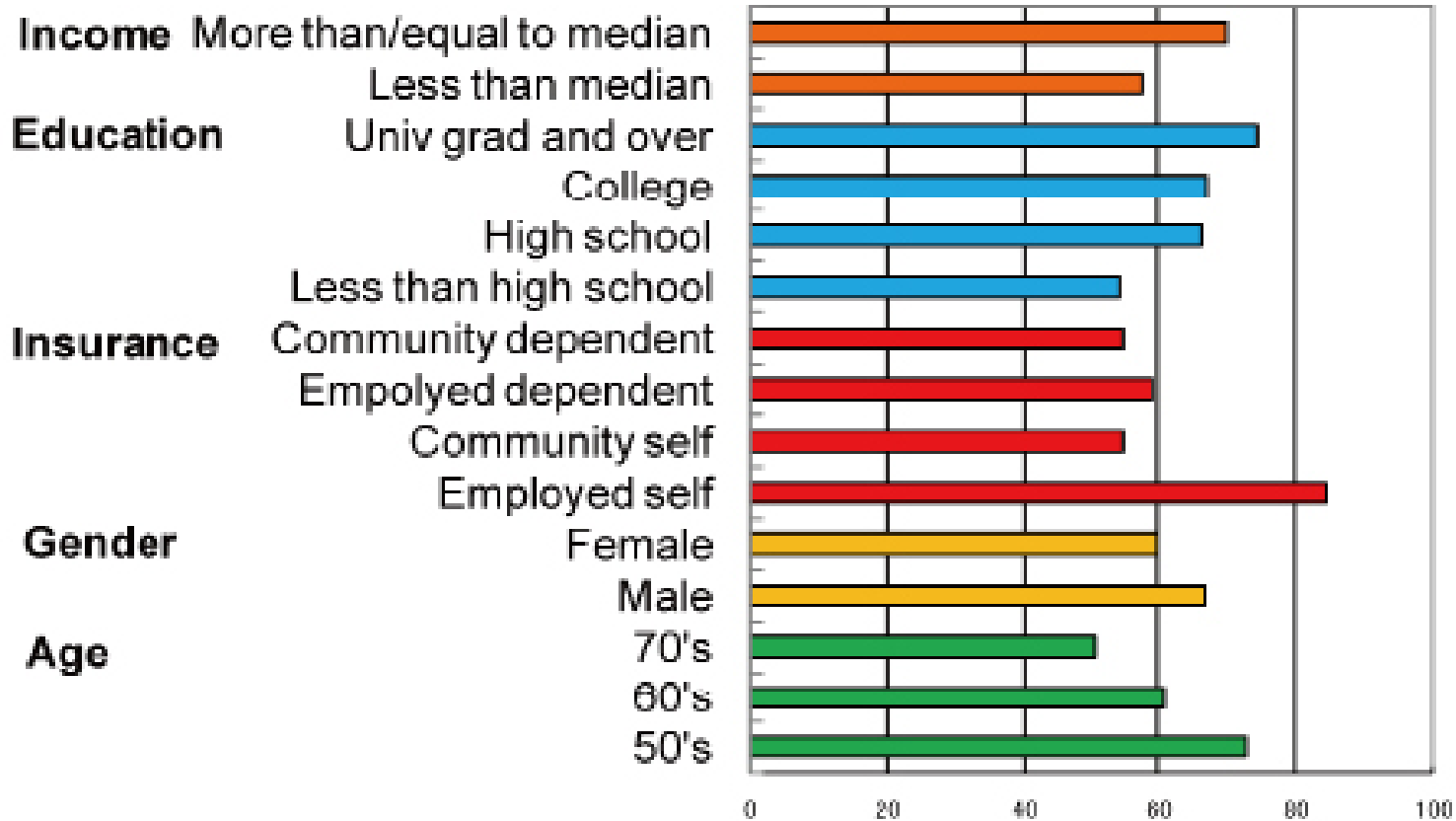
- 高齢者の医療費の平均は、若年層の5倍。しかし高齢化＝医療費増大ではない。高齢者の間の健康の個人差は大きい。また社会経済的要因と強い相関。
- 外来にかかった割合は低いが、一度かかると低学歴の場合頻度が多い。逆に歯科や手術では、低学歴では受診が低い。さらに地域の医療資源の大きさも影響。



健康診断(1)概要

- 定期健康診断は、世界的に見ても稀な特徴。住民健診、職場健診、学校健診。
- 08年から特定健診(メタボ健診)。40歳から75歳未満を対象に内臓肥満型脂肪の早期発見を目的。必要があれば保健指導(特定保健指導)。
- 受診率は年齢が高いと低下(50歳代73%⇒70歳台51%)。女性は男性より低い。被用者保険の本人は高い(8割以上)。

健康診断(2)JSTARの結果





健康診断(3) 社会経済的要因

- 高学歴ほど(高卒以下54%⇒大卒74%)、高所得ほど受診率は高い。
- 年齢が高い、低学歴・低所得、被保険者本人以外の場合は受診しない傾向が強い。仙台市で高い(独自のがん検診)。
- 健康リスクの高い人たちに受けさせるかが重要な政策論。しかし健康診断そのものの効果は科学的根拠に乏しいとする説。



栄養摂取(1)概要

- 「食物摂取頻度」調査による解析(この1週間に牛肉を何回食べたか?など)。
- 塩分摂取量: 年齢が高い、女性、高学歴の場合に多い。
- アルコール摂取量: 年齢が若い、男性、喫煙している、高学歴・高所得の場合に多い。
- コレステロール摂取量: 年齢が高い、高学歴の場合に多い。



栄養摂取(2) 社会経済的要因

- 脂肪カロリーー比・・・女性、現在喫煙していない、高学歴の場合に多い。
- 果物と野菜の摂取・・・年齢が高い、女性、高学歴・高所得の場合に多い。
- 全体的に、栄養摂取パターンも年齢や社会経済的要因で大きく影響を受ける。



まとめ



まとめ(1)

- 高齢化の下で社会保障費(年金・医療・介護)の増大は避けられないというマクロ・財政の議論の「通説」→全体一律の給付抑制の議論のみで非建設的。受益水準のあるべき姿の議論の方が先でより重要。
- 同時に、高齢者の健康状態の個人差は大きい(所得・資産・家族関係・就業状態も)。さらに、社会経済的要因と密接に関連。



まとめ(2)

- 今回の「事実」はクロスセクションデータ。今後追跡により、(1)因果関係の検証、(2)政策効果の検証、(3)年齢と世代効果の区別が可能。
- 個人の行動様式を吟味し、インセンティブを働かせ、効率化することは可能。国際比較可能なマイクロデータを使って、その知恵を絞ることが、高齢化についての日本の最大の貢献。



まとめ(3)

- 今後取り組むべき重要な課題として、
 - (1) 引退時点で老後をまかなう貯蓄水準が十分かどうか。公的年金の果たす役割。
 - (2) 引退年齢が高い理由。年金制度・定年制・健康状態が及ぼす影響の吟味(パネル分析)。
 - (3) 医療・介護サービスの利用、役割分担。家族も含めた効率化へのインセンティブ・制度設計。