

第2章 高齢者の世帯における医療費負担動向

＜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 14 年度報告書

高齢者の世帯における医療費負担動向

国立社会保障・人口問題研究所

小島 克久

はじめに

近年、医療保険改革が進められており、患者による一部自己負担についても制度改正が進められてきた。まず、健康保険（組合、政管）の被保険者であるサラリーマン本人の一部自己負担は、1997年に1割から2割へと引き上げられ¹、2003年4月からは3割負担になることが決まっている²。また、高齢者についても、老人保健制度の下での一部自己負担が、2001年から定額制から定率制（1割、診療所では定額制が選択できる）に移行した。2002年10月から施行された制度では、この定率1割負担を普及させ、高所得者については、定率2割負担の制度に移行したところである³。

このような、一部自己負担の改正に対して、①家計負担の増大、②受診抑制につながる、といった主張がある⁴。一部自己負担の引き上げは見方を変えれば医療サービスの価格変化であり、これが、医療費負担の変化、特に家計支出における位置の変化をもたらすのではないかと考えられる。このような問題意識の下、本論文では、高齢者の世帯における医療費の支出の動向について分析を行う。

1. これまでの研究

医療費の自己負担の動向については、医療経済研究機構（2001）で詳細な分析が行われている。医療費支出の所得に占める割合とともに、カクワニ指数を応用した医療費の負担の累進度を分析している。我が国の場合、逆進性が高い、つまり低所得層ほど医療費の負担割合が大きい構造となっているとしている。この研究では、総務省統計局「家計調査」

¹ 健康保険法では、被保険者本人の一部自己負担は2割と定められていたが、これまで暫定的に1割負担が実施されていた。そのため、この改正は実態を本則に合わせただけである。

² 被保険者家族、国民健康保険加入者と同じ割合にそろえることで、負担の公平性を確保している。また、3歳未満の者については、3割から2割へと引き下げられた。

³ 定率2割負担の対象者は、現役世代の平均収入以上の所得がある者で、単独世帯で約380万円程度以上（年金のみ）、夫婦世帯で約630万円程度以上（年金及び給与）が該当する例である。

⁴ 北海道社会保障推進協議会が2002年10月に行った調査によれば、老人保健の対象者である70歳以上の通院患者（1,032人）の内、通院代が以前（制度改正前）よりも増えた者は41.9%であり（変わらない者は46.2%）、対策として、病院の回数を減らす（11.6%）、検査・薬を減らす（11.3%）、食費・生活費を削る（13.7%）となっている（特に何もしないと答えている者も48%いる）。

から全世帯と勤労者世帯について詳細な分析が行われている。しかし、高齢者の世帯については総務省統計局「全国消費実態調査」の高齢夫婦世帯等の分析が行われているものの、所得階層別の分析が行われていない等、分析のウェイトが若年層の世帯も含んだ全世帯におかれている。

医療費の一部自己負担を、消費者が支払う価格みなすと、価格と需要の関係は、前者の変化率が、後者をどの程度変化させるか（医療需要の価格弾力性）によって決定されるものと考えられる⁵。医療需要の価格弾力性等については様々な分析結果や主張がある。西村（1997）によると、一部自己負担の引き上げによる一時的な受診抑制はあっても、その後すぐに受診率は回復する。1983年の老健制度導入による老人医療費有料化については、広井（1994）、西村（1991）等では医療需要は価格に対して非弾力的であるとしている。また医療需要の価格弾力性の測定が、医療経済研究機構（1998）、井伊・大日（1999a）、井伊・大日（1999b）、澤野（2000）、井伊・大日（2002）、等により行われているが、測定された値は絶対値で極めて小さく、医療需要は価格に対して非弾力的であるという結論を出している。

これらの結果から判断すると、一部自己負担の引き上げは、コストシフティング（費用負担のつけまわし）をもたらし、家計においては家計支出に占める医療費が増大することになる。次時以降では、高齢者の医療費をまかなう制度である老人保健制度と同制度下での一部自己負担について概観した後、高齢者世帯の家計支出における医療費の負担について分析する。

2. 高齢者の医療費をまかなう制度（老人保健制度）について

高齢者の医療費をまかなう制度として、老人保健制度がある。この制度は、高齢者の医療費負担の公平化と壮年期からの総合的な保健対策による高齢者の健康の確保を目指して、1982年に制定された老人保健法に基づいて創設された制度である⁶。

老人保健制度は、市町村が主体となって、住民である70歳以上の高齢者（65歳以上の寝たきりの者等を含む。）に対し医療を提供するとともに、40歳以上の者に保健サービスを提供し、医療と保健サービスを一体的に提供する仕組みとなっている。財源は、患者の一部負担を除く老人医療に要する給付費の70%が医療保険の各保険者からの拠出金により、

⁵ 医療サービスが必要不可欠な（受診しないと病気が悪化したり、死んだりする）人にとっては、一部自己負担が引き上げられても受診行動に変化はない（今まで通り受診し続ける）。一方、大したことのない病気で受診していた人は、本当に必要な時にのみ受診するようになる。前者は価格にたいして非弾力的であり、後者は弾力的であるといえる。前者、後者のいずれかのタイプの人が多いかにより、医療需要の価格弾力性は決定される。

⁶ 老人保健制度が導入された背景として、1973年実施の老人医療費支給制度の実施（1973年）とそれに伴う老人医療費の上昇がある。同制度により、経済的理由から高齢者の受診が抑制されることがなくなり、高齢者は受診しやすくなった。ところが、健康への自覚を弱め、行過ぎた受診を招きやすい結果も招く等により、老人医療費は著しく増大し、各医療保険の財政を圧迫した。また、同制度は、高齢者の治療に偏り、予防からリハビリテーションに至る総合的な保健医療サービスの提供という視点が欠けているという問題も指摘された。

30%が公費（うち、国が20%、都道府県、市町村がそれぞれ5%ずつ）により負担されてきた。2002年10月より段階的に公費負担割合を50%にまで引き上げる予定である。（図1）

高齢者も受診の際には、費用の一部を負担することになっている。その水準は、設立当初は定額制（外来400円/月、入院300円/日（ただし2カ月を限度））であった。その後、定額制の下で一部自己負担額は緩やかに上昇し、2001年1月より、一月当たりの上限を設けつつ、定率1割負担制を導入した（診療所については、定額制を選択できる）。2002年10月からは、定率1割負担制の普及が測られ、特に高齢者の経済力に着目して、一定以上の所得の者に対しては、定率2割負担が導入された。（表1）

このように、老健制度下における医療費の一部自己負担は年を追うごとに増加してきたことが分かる。しかしながら、老健制度が実施されてから既に20年以上が経過しており、①物価水準の上昇、②年金の水準の上昇、等により、一部自己負担の上昇そのものだけから、高齢者の家計が医療費により圧迫されていると判断することはできない。また、2002年10月から施行された制度で定められている金額は上限額であり、この金額に達するまで高齢者が受診するとは必ずしも限らない。そのため、医療保険制度で定められた一部自己負担からではなく、実際に高齢者が負担した金額から、医療費と家計との関係を論じる必要があるものと思われる。さらに、高齢者の経済力は一律に論じることはできない⁷。そのため、高齢者の内、高所得層と低所得層で医療費負担の違いがあるものと考えられる。よって、高齢者の平均だけではなく、所得階層別での検証も必要である。

3. 使用データ

総務省統計局「家計調査」の公表データを利用した。「家計調査」では、医療費に関する項目として、「保健医療サービス」が設けられている。これには、健康の維持、疾病の治療、身体の矯正のために必要なサービスに関する支出項目であり、医療機関への自己負担等がこれに含まれる。この項目の金額及び消費支出に占める割合を分析した。

分析の対象とする世帯であるが、高齢者の世帯として、①世帯主年齢65歳以上の世帯、②高齢者のいる世帯、を対象とした（いずれも全世帯ベース⁸）。後者で老健制度が実施されてから以降の分析ができることが望ましいが、1996年調査からの結果しか公表されていない。そこで、長期の動向の分析には①を用いることにする。1996年以降の分析には②を用いるが、比較対照のため、高齢者のいない世帯の消費支出を推計した。推計方法は、全世帯と高齢者のいる世帯の世帯数から高齢者のいない世帯の世帯数を用いて、加重平均の計算から高齢者のいない世帯の家計支出を算出した。

家計調査では、高齢者の世帯における所得階層別集計が行われていない。そこで、所得

⁷ 厚生省「平成12年版厚生白書」によると、高齢者の所得は196.2万円（1997年）と、年齢総数（222.7万円）の9割程度の遜色のない水準に達している一方で、所得格差も存在することが述べられている。内閣府「平成14年版高齢社会白書」においても同様の記述が見られるが、これに加えて、男女格差が大きいこと（平均所得で女性は男性の3分の1程度）、女性高齢者で低所得者が多いことも述べられている。

⁸ このほかに勤労者世帯ベース等の結果が公表されている。

階層別の分析は、総務省統計局「全国消費実態調査」の公表データを用いる。同調査の結果から、高齢者夫婦世帯（夫 65 歳以上、妻 60 歳以上の夫婦のみの世帯）の所得階層別集計結果を利用する⁹。所得階層は所得金額を下に作成されている。そのため、調査年次により、金額の区分の仕方が異なることがあり、時系列での分析ができない。そこで、所得階層別の世帯数を用いた加重平均により、所得五分位別の消費支出と保健医療サービス支出を推計した。

4. 高齢者の世帯における医療費負担

(1) 世帯主年齢 65 歳以上の世帯

(a) 保健医療サービス支出の位置

総務省統計局「家計調査」から世帯主年齢 65 歳以上の世帯の家計について見ると、一世帯当たり 1 か月平均の消費支出は 255,337 円となっている。消費支出の内訳を見ると、「食料」の割合は 25.2% と高いが、1980 年代以降の傾向を見ると、その割合は低下している。その一方で、「教養娯楽」、「交通・通信」の割合が上昇している。

「保健医療サービス（医科、歯科の外来、入院の患者負担、その他の保健医療サービス）」の割合を見ると、1980 年には 2.3% であったが、1985 年には 2.0% に低下した後は上昇に転じているが、2001 年でも 3.1% であり、同年の世帯主年齢総数ベースの 2.1% を 1 ポイント上回る程度に過ぎない。このように、保健医療サービス支出が高齢者の世帯の家計に占める位置は小さいことが分かる。（図 2）

(b) 保健医療サービス支出の動き

このように、保健医療サービス支出は消費支出に占める位置は小さい。ところで、既に述べたように、老健制度の一部自己負担は引き上げられる傾向にあった。この小さな割合では、老健制度改正の効果の分析が困難である。そこで、「保健医療サービス」支出金額そのものの分析を行う。

1980 年における保健医療サービス支出（世帯員一人当たり 1 か月平均）は 1,322 円であったが、1983 年には 1,573 円となり、その後変動を繰り返しながらも、支出額は増加し続けた。1991 年には 2,069 円と 2,000 円の水準に達し、1999 年にいったん 3,000 円に達し、2001 年には 3,225 円に達している。増加率を対前年比で見ると、年次により大きな変動があることが分かる。1983 年には 42.0% 伸びを見せたのをはじめ、1987 年にも 17.0% の伸びを見せている。近年にも 1995 年、1997 年、1998 年、2001 年で伸び率が高い。一方でマイナスの伸びを記録した年もあり、老健制度実施後で見ると、1984 年、1985 年、2000

⁹ 高齢単独世帯については「家計調査」は調査対象としていないこと（1995 年から「単身世帯収支調査」が実施されているが、サンプル数が年齢総数で 1,000 世帯であるために、高齢単独世帯の分析は困難である。）、「全国消費実態調査」でも高齢単独世帯の所得階層別集計が存在しないため、単独世帯を含めた分析は行うことができなかった。

年で伸び率がマイナスとなっている。(図3)

(c)保健医療サービス支出と制度改正

1983年に伸びが大きかった背景には、老人保健制度の創設により、これまでの老人医療費支給制度（老人医療費無料）から、高齢者も医療費の一部を医療機関の窓口で負担する制度に変更されたことがあるものと思われる。その翌年と翌々年には保健医療サービス支出がマイナスになっているが、これは、高齢者の一部自己負担導入に伴い受診抑制が働いたためではないかと思われる。

1987年にはこの一部自己負担の最初の引き上げ（外来で400円/月から800円/月、入院で300円/日から400円/日）が行われている。1995年には入院の食事に係る自己負担の制度（入院時食事療養費）が通年で実施（実施は1994年10月）され、1997年と1998年には、一部自己負担の引き上げが実施されている（外来で1,030円/月から500円/1回の最大月4回まで（最高2,000円/月）へ、入院では1,000円/日から1,100円/日へ。実施は1997年9月で、通年での実施は1998年）。このような一部自己負担の引き上げが保健医療サービス支出の伸びを記録させたものと思われる。

また、2000年には保健医療サービス支出がマイナスの伸びを記録しているが、同年7月には、老人保健の一部自己負担が定額制から定率制（1割負担）に変更されている。ここでも受診抑制が作用したのではないかと思われる。その一方で、定率1割負担が通年で実施された2001年には、保健医療サービス支出が9.3%伸びとなっており、コストシフティング効果が現れたのではないかとも考えられる。

このように、世帯主年齢65歳以上の世帯における保健医療サービス支出は、老健制度実施後、着実の伸びてきた。特に、大きな増加となった年には、老健制度における改正された一部自己負担が実施されたことが背景にあることが分かる。

(2) 高齢者のいる世帯

(a)保健医療サービス支出の動向

世帯主が65歳以上の世帯の分析では、世帯主が若年者で同居世帯員に高齢者がいる世帯が分析から抜け落ちることになる。そのため、高齢者のみの世帯や高齢者のいる世帯で上記のような分析を行うことが最も望ましい。家計調査では、前者の集計結果が利用できるのは1999年からである。そのため、分析に必要な年数の統計が得られない。後者について見ると、1996年調査より、高齢者のいる世帯に関する集計表が利用可能である。そこで、高齢者のいる世帯における一人当たり消費支出額の動きと保健医療サービス支出の動向を分析する。

まず、高齢者のいる世帯における消費支出額（世帯員一人当たり1カ月平均）は1996年で92,600円、2001年で93,823円となっており、この間の年平均伸び率は0.3%となっている。一方、高齢者のいない世帯では、1996年の消費支出額は100,964円、2001年では

96,925 円となっており、この間の年平均伸び率は-0.8%と、高齢者のいる世帯よりも低い伸びとなっている。

保健医療サービスへの支出を見ると、高齢者のいる世帯では、1996年の1,899円から2001年の2,543円へと推移しており、年平均伸び率は6.0%となっている。一方、高齢者のいない世帯では、1996年の1,899円から2001年の2,543円へと推移しており、年平均伸び率は6.0%となっている。1996年の1,628円から2001年の1,747円へと、年平均伸び率で1.4%の伸びとなっている。前者の伸びは後者を4.6ポイント近く上回っており、高齢者のいる世帯における医療費の支出は大きく伸びていることが分かる。(表2)

高齢者のいる世帯における保健医療サービス支出の消費支出に対する割合を見ると、1996年には2.1%であったものが、1998年には2.4%に上昇し、1999年に2.3%になった後、2001年の2.7%になるまで上昇している。高齢者のいない世帯では、この割合は高齢者のいる世帯よりも低く、1996年の1.6%から1999年の1.8%へと上昇し、その後は安定している。保健医療サービス支出の伸びを対前年比で見ると、大きな変動がみられる。1996年から97年にかけての変化は、高齢者のいる世帯で12.7%、高齢者のいない世帯で2.5%と前者で10%を超える伸びとなっている。1997年から98年にかけての変化は、それぞれ、5.1%と6.2%、1998年から99年にかけての変化は、それぞれ、-1.2%と0.1%、1999年から2000年にかけての変化は、それぞれ、1.9%と1.2%へと推移しており、伸び率は低下している。しかし、2000年から01年にかけての変化を見ると、高齢者のいる世帯で12.3%、高齢者のいない世帯で-2.7%と、再び前者の伸びが10%を超えている。(図4,5)

(b)保健医療サービス支出と制度改正

高齢者のいる世帯における伸びが1996年から97年、2000年から01年にかけて大きかったが、これらの期間に実施された老人保健制度の制度改正をみてみよう。1997年9月から外来の患者負担が1,020円/月から500円/日(月4回を限度)に改められ、入院も710円/日から1,000円/日に改められ、薬剤に対する一部負担が導入された。2000年7月から施行された制度では、外来患者負担が1回につき530円(月4回まで)の定額制から、定率1割負担の制度(月額上限3,000円、診療所では定額制(1回800円で月4回まで)も選択可)に変更された。入院も定額制(1日1,200円)から定率1割負担(月額上限37,200円)に変更された。

このように、高齢者のいる世帯においても、制度改正と保健医療サービス支出の変化には関係があるものと思われる。

(3) 所得階層別に見た医療費負担

(a)所得階層別に見た保健医療サービス支出

高齢者の医療費負担について、所得階層別に見ると逆進性があるという指摘がある(医療経済研究機構(2001))。また、高所得になるほど医療に関する支出は増加するという分

析結果もある（金子（2000））。

そこで、総務省統計局「全国消費実態調査」結果から、高齢夫婦世帯（夫 65 歳以上、妻 60 歳以上の世帯）の公表結果を用いて、所得の高低による医療費負担の大きさについて分析する。同世帯については、所得階層別の公表データが利用できる。既に述べたが、所得階層別の結果から所得五分位別に推計した保健医療サービス支出について分析を行った。

まず、世帯員一人当たりで見た保健医療サービス支出を見ると、1999 年の第 1 五分位では 3,018 円、以下順に、3,301 円、3,715 円、4,583 円となり、第 5 五分位では 4,711 円となっている。第 1 五分位の第 5 五分位の格差を、後者の前者に対する倍率で見ると、1.56 倍となり、所得階層が上がるにつれて、支出額が増加していることが分かる。1979 年からの推移を見ると、1979 年では第 1 五分位から順に、1,098 円、1,251 円、1,341 円、1,620 円、2,014 円であった。その後支出額は増加し、現在に至っている。五分位別の年平均伸び率を見ると、第 1 五分位から順に、5.2%、5.0%、5.2%、5.3%、4.3%であり、所得階層による伸び率の違いは小さく、所得水準に関係なく保健医療サービス支出は伸びてきたことが分かる。また、第 5 五分位と第 1 五分位の保健医療サービス支出額の格差を、両者の比で推移を見ると、1979 年は 1.83 倍、1984 年は 1.74 倍、1989 年には 1.59 倍、1994 年には 1.55 倍となっており、1999 年（1.56 倍）の水準と大きく変わらない。よって、高所得層ほど保健医療支出が多いという傾向は安定的であるといえる。（表 3）

(b)消費支出に対する割合

保健医療サービスに対する割合は、世帯主年齢 65 歳以上の世帯全体では 3%程度であった。上でまとめたように、保健医療サービス支出額は所得が高いほど大きくなる。高所得層では消費支出額も大きくなるが、これまでの研究等から判断すると、保健医療サービス支出が消費支出に占める割合は、高所得層ほど低下することが考えられる。そこで、保健医療サービスの消費支出に占める割合を五分位別に算出し、その動向を見ていくことにする。

1999 年における保健医療サービスの対消費支出比は、第 1 五分位で 3.7%、以下、2.9%、3.0%、3.3%、そして第 5 五分位で 2.6%となっており、変動はあるものの、高所得層ほど割合が低くなっていることが分かる。特に第 5 五分位と第 1 五分位の格差は、1.1 ポイントある。時系列で見ても、高所得層ほど保健医療サービスの対消費支出比は低く、第 5 五分位と第 1 五分位の格差で見ると、1979 年では、0.8 ポイント、1984 年では 0.6 ポイント、1989 年では 0.9 ポイント、1994 年では 1.2 ポイント前者が後者を下回っている。また、それぞれの五分位における保健医療サービスの対消費支出比の推移を見ると、全ての階層でこの割合は上昇しており、第 1 五分位では、1.2 ポイント、以下 0.7 ポイント、1.1 ポイント、1.3 ポイント、第 5 五分位では 0.9 ポイント上昇しておる。

この 20 年間で医療費の負担は上昇しているが、低所得層の負担は高いといえる。しかし、高所得層ほど負担が大きいこと、負担の伸び、消費支出に占める割合の伸び共に所得の行

程による差はあまり大きくないことが分かる。(表3)

5. まとめと考察

高齢者の世帯における医療費の負担について、以下のことが明らかにされた。

- ① 世帯主年齢 65 歳以上の世帯では、1980 年以降保健医療サービス支出が増加してきた。その伸び率は年により差があり、老健制度が実施された 1983 年、老健制度における一部自己負担の最初の引き上げが行われた 1987 年、一部自己負担の定額負担から定率負担（1割）に通年で変更された 2001 年等で伸びが顕著であった。
- ② その一方で、老健制度の導入の翌年と翌々年、一部自己負担の定額負担から定率負担（1割）に変更された 2000 年では、保健医療サービス支出が減少しており、受診抑制の効果が明示的に現れたものと思われる。しかし、この効果は一時的であった。
- ③ 所得階層別に見た保健医療サービス支出は、所得階層が上がるにつれて増加する傾向にあり、時系列でも安定的であった。

①と②から、一部自己負担の引き上げが受診抑制をもたらすよりは、コストシフティングをもたらしているものと思われる。それは、患者調査のデータを見ても分かるように、65 歳以上の受療率は、入院、外来ともに 1970 年代後半以降安定的に推移している。そのため、一時的な受診抑制はあったとしても、医療サービス需要は価格（一部自己負担）の変化に対してあまり反応しない。その結果、高齢者の側が引き上げられた分だけ医療費を負担することになっている。

このような、コストシフティング効果によっても、医療費が消費支出に占める割合は数%程度であり、高齢者の家計を圧迫しているとは言い難い。また、高齢者の世帯の所得階層別に見ても、低所得層の医療費支出割合は高所得層よりも若干高い程度であり、低所得層全体で医療費が家計を圧迫しているとは考えにくい。

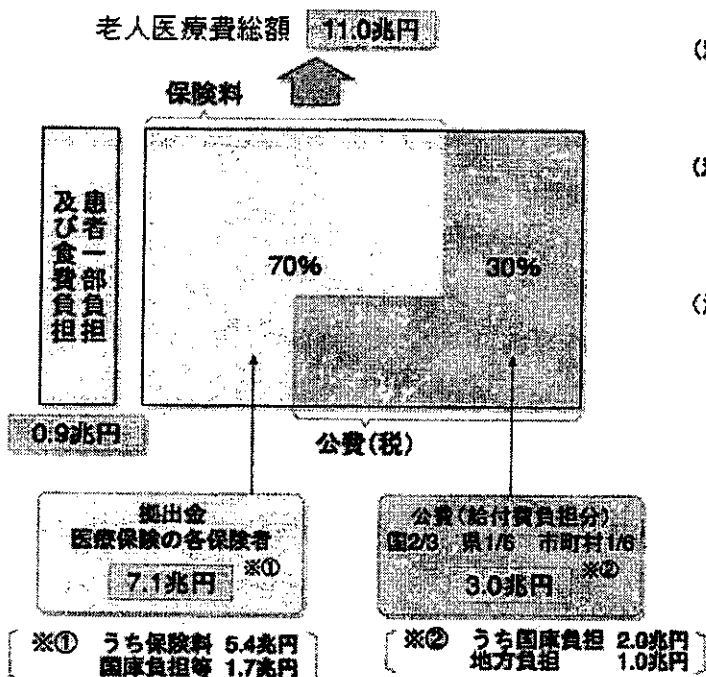
2002 年 10 月の改訂された一部自己負担の実施により、高所得者の高齢者は 2 割負担、そのほかの高齢者は 1 割負担となり、その負担限度額も引き上げられた。「家計調査」や「全国消費実態調査」では、健康か否かに関する調査項目がなく、その結果は医療需要のない者を含んだ結果となっている。そのため、上記のような分析結果となることに留意する必要がある。高齢患者の医療負担が大幅に増えるか否かについては、制度実施後の診療行動¹⁰、その結果としての保健医療サービス支出の動向を分析する必要があるが、これが健康状態別に得られることが必要である。

¹⁰ 奈良県保険医協会が 2002 年 10 月～11 月に実施したアンケート調査（70 歳以上が対象）によると、2002 年 10 月の老健制度改訂以後の対応として、「受診回数を減らす」（18.8%）、「受診している医療機関を減らす」（5.4%）が挙げられている。その一方で、「多少のことは我慢する」（29.1%）、「関係なく受診する」（32.6%）のように、受診行動があまり変化しないことを示唆する回答も相当な割合で存在する。

参考

- 医療経済研究機構（2001）、「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—」,2001年3月.
- 医療経済研究機構（1998）、「医療費の自己負担増に伴う医療需要の価格弾力性に関する基礎的研究」,1998年3月.
- 西村周三（1997）、「医療と福祉の経済システム」,1997年6月.
- 広井良典（1994）、「医療の経済学」,1994年8月.
- 西村周三（1991）.「社会保障の新しい財源政策—医療費財源を中心に—」,『季刊社会保障研究』,27-3,pp.11-18.
- 井伊雅子・大日康史（1999a）、「軽医療における需要の価格弾力性の推定—疾病及び症状を考慮した推定—」,『医療経済研究』,6,pp.5-17.
- 井伊雅子・大日康史（1999b）、「風邪による医療サービスと大衆医薬の代替性に関する研究：独自アンケートに基づく分析」,『医療と社会』,9-3,pp.69-82.
- 井伊雅子・大日康史（2002）、「医療サービス需要の経済分析」,2002年1月.
- 井伊雅子（2002）,「患者負担増による医療費抑制効果」,『医療白書 2002年版』,pp.17-31,2002年11月.
- 澤野孝一郎（2000）,「高齢者医療における自己負担の役割：定額自己負担性と定率自己負担性」,『医療と社会』,10-2,pp.115-137.
- 金子能宏（2000）,「高齢者の所得構成と医療需要」,『家族・世帯の変容と生活保障機能』（国立社会保障・人口問題研究所）,pp.293-321,2000年9月.

図1 老人医療費（平成13年度予算ベース）



- (注1) 市町村国民健康保険の提出分については50%、政府管掌健康保険の提出分については16.4%の国庫負担等がある。
- (注2) 3割の公費負担と提出金に対する国庫負担等を合わせると、給付費の47%が公費負担(税)で賄われている。
- (注3) 医療保険には、健康保険(政府管掌、組合健保)、共済組合、船員保険、国民健康保険がある。

注：2002年10月より公費負担割合を段階的に50%にまで引き上げる予定。

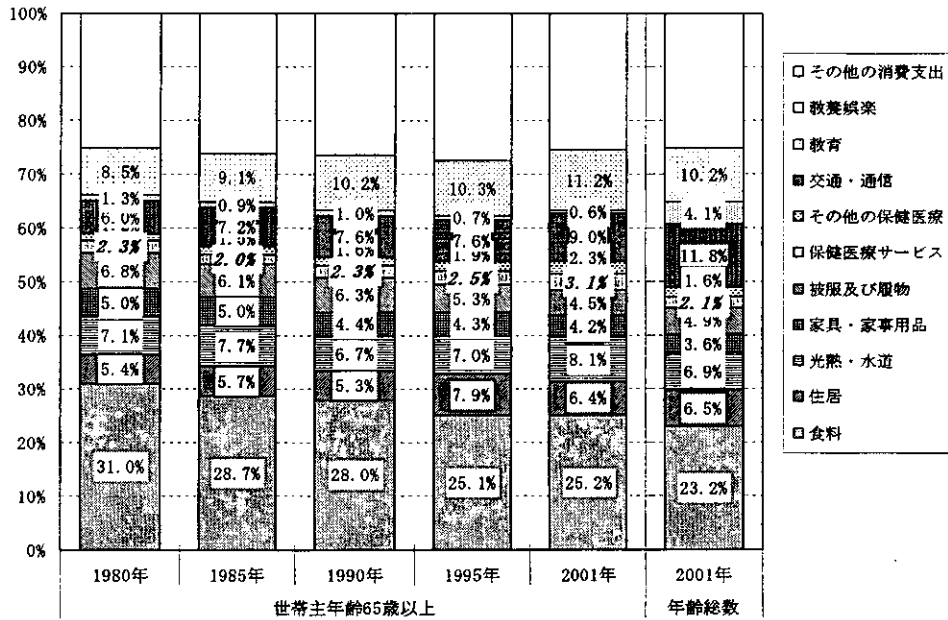
表1 老健制度における一部負担金の推移

	外来	医療機関ごと	入院
1983年2月～1986年12月	400円/月		300円/日 2カ月を限度
1987年1月～1991年12月	800円/月		400円/日 期間制限を撤廃(低所得者を除く)
1992年1月～1993年3月	900円/月		600円/日
1993年4月～1995年3月	1,000円/月		700円/日
1995年4月～1996年3月	1,010円/月		700円/日
1996年4月～1997年8月	1,020円/月		710円/日 低所得者は300円/日(2カ月限度、その後無料)
1997年9月～1998年3月	500円/1回(月4回を限度) (2,000円/月)		1,000円/日
1998年4月～1999年3月			1,100円/日
1999年4月～2000年6月	530円/1回(月4回を限度) (2,120円/月)		1,200円/日 低所得者は500円/日
2000年7月～2002年3月	定率1割負担 上限 診療所 3,000円/月 病院 5,000円/月 ※診療所は定額制の選択も可 800円/1回(月4回を限度) (3,200円/月)		定率1割負担 上限 37,200円/月 低所得者には減免あり
2002年4月～2002年9月	定率1割負担 上限 診療所 3,200円/月 病院 5,300円/月 ※診療所は定額制の選択も可 850円/1回(月4回を限度) (3,400円/月)		
2002年10月～	(原則) 定率1割負担 上限:12,000円/月 (一定以上所得者) 定率2割負担 上限:40,200円/月	低所得者には減免あり	(原則) 定率1割負担 上限:40,200円/月 (一定以上所得者) 定率2割負担 上限:72,300円+限度額超過分の1%/月 低所得者には減免あり

資料：厚生省「厚生白書」から作成

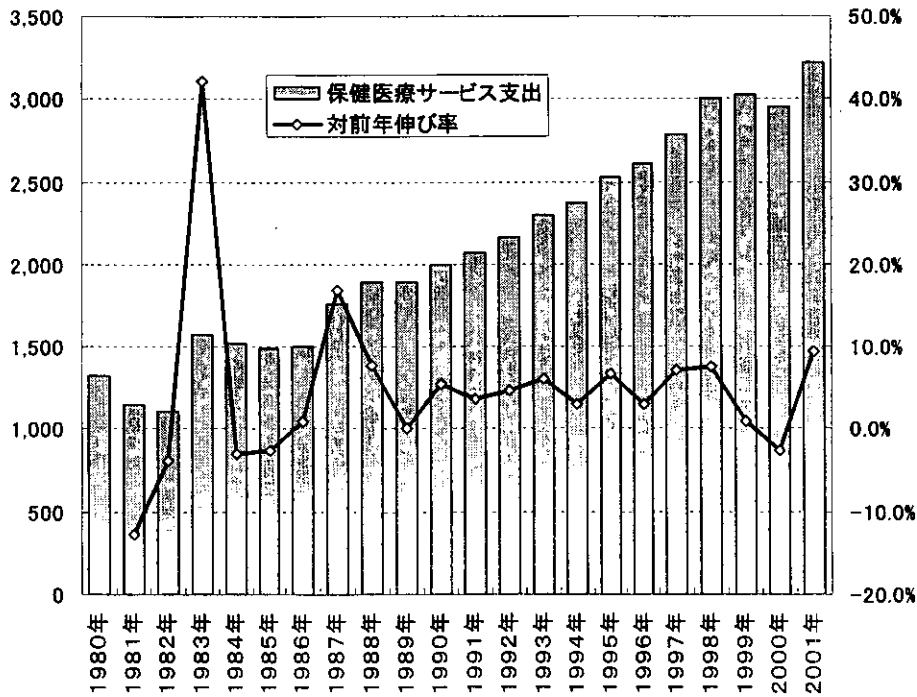
注：この他に以下のような制度が実施。1994年10月から入院時食事療養費が実施、1997年9月からは薬剤費一部自己負担が実施(高齢者については2000年7月より全額政府負担)

図2 世帯主の年齢が65歳以上の世帯における消費支出構成比の推移



資料：総務省「家計調査」より作成
 (注) 単身世帯は対象外

図3 保健医療サービス支出の動き(世帯主年齢65歳以上の世帯、一人当たり支出)



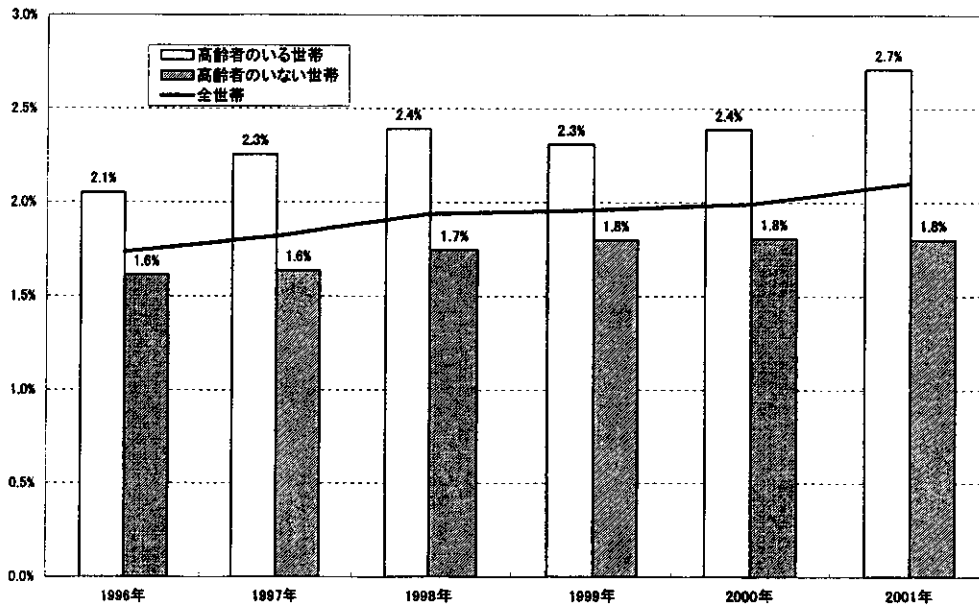
資料：総務省「家計調査」より作成
 (注) 単身世帯は対象外

表2 高齢者のいる世帯における消費支出

世帯員一人あたり	高齢者のいる世帯			高齢者のいない世帯		
	1996年	2001年	年平均伸	1996年	2001年	年平均伸
消費支出	92,600	93,823	0.3%	100,964	96,925	-0.8%
食料	23,155	23,053	-0.1%	23,028	21,782	-1.1%
住居	5,239	5,440	0.8%	7,260	6,619	-1.8%
うち設備修繕・維持	3,584	3,974	2.1%	2,484	2,021	-4.0%
光熱・水道	6,559	7,366	2.3%	5,876	6,258	1.3%
家具・家事用品	3,686	3,717	0.2%	3,650	3,332	-1.8%
被服及び履物	5,140	4,322	-3.4%	6,092	4,913	-4.2%
保健医療サービス	1,899	2,543	6.0%	1,628	1,747	1.4%
その他保健医療	1,547	1,823	3.3%	1,288	1,436	2.2%
交通及び自動車関係	6,125	6,959	2.6%	9,092	8,864	-0.5%
通信	2,112	2,585	4.1%	2,289	3,361	8.0%
教養娯楽	8,743	9,755	2.2%	9,880	9,758	-0.2%
うち教養娯楽サービ	4,863	5,387	2.1%	5,383	5,147	-0.9%
その他の消費支出	25,485	24,119	-1.1%	25,791	23,948	-1.5%

資料：総務省統計局「家計調査」より作成

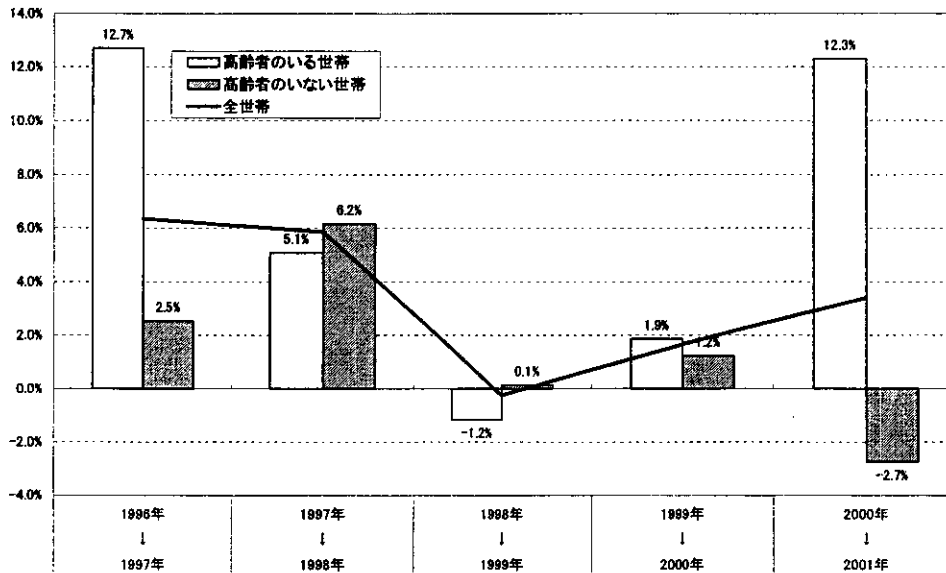
図4 保健医療サービスの消費支出に占める割合の推移



資料：総務省統計局「家計調査」より作成

注：調査は、2人以上の世帯を対象。「保健医療サービス」とは健康の維持、疾病の治療、身体の矯正のために必要なサービスに関するもので、医療機関への自己負担などを指す。

図5 保健医療サービス支出の対前年伸び率の推移



資料：総務省統計局「家計調査」より作成

注：調査は、2人以上の世帯を対象。「保健医療サービス」とは健康の維持、疾病の治療、身体の矯正のために必要なサービスに関するもので、医療機関への自己負担などを指す。

表3 高齢夫婦世帯における保健医療サービス支出の動向(所得五分位別)

		総数	所得五分位					格差 第5/第1五分位
			第1五分位	第2五分位	第3五分位	第4五分位	第5五分位	
保健医療サービス	1979年	1,465	1,098	1,251	1,341	1,620	2,014	1.83
	1984年	1,679	1,059	1,432	1,812	2,243	1,848	1.74
	1989年	2,613	2,055	2,530	2,476	2,732	3,275	1.59
	1994年	3,527	3,137	3,022	3,080	3,543	4,853	1.55
	1999年	3,866	3,018	3,301	3,715	4,583	4,711	1.56
	年平均伸び率	5.0%	5.2%	5.0%	5.2%	5.3%	4.3%	-
消費支出	1979年	73,256	42,864	56,569	70,708	81,355	114,811	2.68
	1984年	87,099	54,104	68,967	80,884	100,166	131,380	2.43
	1989年	107,766	71,576	86,539	100,696	115,915	164,121	2.29
	1994年	126,832	82,121	107,591	119,954	141,185	183,300	2.23
	1999年	126,975	81,096	112,157	123,408	140,336	177,871	2.19
	年平均伸び率	2.8%	3.2%	3.5%	2.8%	2.8%	2.2%	-
保健医療サービス割合	1979年	2.0%	2.6%	2.2%	1.9%	2.0%	1.8%	0.68
	1984年	1.9%	2.0%	2.1%	2.2%	2.2%	1.4%	0.72
	1989年	2.4%	2.9%	2.9%	2.5%	2.4%	2.0%	0.69
	1994年	2.8%	3.8%	2.8%	2.6%	2.5%	2.6%	0.69
	1999年	3.0%	3.7%	2.9%	3.0%	3.3%	2.6%	0.71
	変化	1.0%	1.2%	0.7%	1.1%	1.3%	0.9%	-

資料：総務省統計局「全国消費実態調査」より作成

注：所得金額階層別の結果から五分位別に組み替えた。

第3章 健康状態による高齢者の姿の違いについて —経済状態を中心に—

<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 14 年度報告書

健康状態による高齢者の姿の違いについて—経済状態を中心に—¹

国立社会保障・人口問題研究所
小島 克久

はじめに

平成 13 年 12 月、新しい「高齢社会対策大綱²」が閣議了解された。それによると、「旧来の画一的な高齢者像の見直し」の必要性が言及されている。具体的には、高齢者は全体としてみると健康で活動的、経済的にも豊かになっている一方、その属性に応じて多様であるという実態を踏まえ、健康面でも経済面でも恵まれないという旧来の画一的な高齢者像にとらわれることなく、施策の展開を図る必要性を示している。

高齢者の実像については、これまで、様々な視点から分析が行われてきた。「平成 12 年版厚生白書」によると、高齢者はその多くが健康であり、介護を要する者は在宅の高齢者の 5%程度である。また、経済力も大きな格差は存在するものの、若年層と遜色のない水準にある³。同様の分析は「平成 14 年版高齢社会白書」でも見られるが、この白書では、男女間で経済力に格差があり、高齢女性の経済力が低いことなど、今後施策の重点とすべき高齢者像についても分析を行っている。このような分析では、家族構成、経済力、健康状態などの個々の視点のみからの分析が中心であり、高齢者の健康状態と経済力といった分析はあまり行われてこなかった。

今後、健康を崩す確率の高い後期高齢者が多くなることが見通される中、健康な高齢者とそうでない高齢者の姿の違いを分析することで、今後現れるであろう高齢者像について知見を得ることができると共に、今後の高齢社会対策や社会保障施策における基本的な資料を提供できる。そこで、本論文では、健康状態別にみた高齢者の姿について分析を試みることにしたい。

¹ 本論文の執筆に当たって、調査データの利用等において、内閣府政策統括官室（総合企画調整担当）付参事官（高齢社会対策担当）である棕野美智子参事官の他、関係者のご協力を得た。ご協力に対して、厚く御礼申し上げたい。

² 高齢社会対策大綱とは、高齢社会対策基本法に基づいて政府が推進する高齢社会対策の中長期にわたる基本的かつ総合的な指針である。おおむね 5 年ごとに策定されることとされており、今回策定されたのは 1996 年に策定された大綱の改定を受けたものである。

³ 詳細な分析は、増田（2000）、小島（2002）において行われている。ただし、このような視点に対して、唐鎌（2002）などでは、高齢者は現在でも低所得者が多いとしている。

1. 使用データ

今回使用したデータは内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」（平成 13 年度）である。同調査は、全国の 60 歳以上の者（回収数は 2,077 人）を対象に、2002 年 1 月に行われた調査である。調査対象者が 60 歳以上の者であるために、報告書掲載の集計表は 60 歳以上の者を対象とした集計結果である。そのため、高齢者（65 歳以上）について、詳細な結果を利用することができない⁴。そこで今回は、対象を 65 歳以上の者に限定した再集計を行った。その結果、サンプル数は 1,570 人となった。また、健康状態別の分析を行うが、同調査では健康状態について、自分の健康状態を「良い」、「まあ良い」、「普通」、「あまり良くない」、「良くない」の 5 段階で自己評価による設問を設けている。これを活用することにより、高齢者の健康状態別の所得や就労状況などを分析できる。今回は、サンプル数確保のため、設問の「良い」、「まあ良い」の 2 つを「良い」、設問の「あまり良くない」、「良くない」を「良くない」の 2 つにまとめ、「普通」とあわせて健康状態に関する 3 つのカテゴリーを設定した。

2. 集計結果

(1) 基本属性

65 歳以上の者（以下、高齢者とする）を男女に見ると、1,570 サンプル中、男性が 687（43.8%）、女性が 883（56.2%）となっており、性比を求めると 77.8 と女性の方が多い。年齢構造を見ると、65～74 歳の前期高齢者が 66.2%、75 歳以上の後期高齢者が 33.8%となっており、前期高齢者の方が多い⁵。また、家族構成を見ると、「一人暮らし」が 11.7%、「夫婦のみ」が 33.8%、「本人と子」20.9%、「本人と子と孫」27.8%、「その他」5.9%となっており、子と同居している者はおよそ半数、夫婦または一人暮らしの者は約 45%となっている。男女別に見ると、男性では夫婦のみが多く、女性では「本人と子と孫」、「一人暮らし」が多い⁶。（表 1）

(2) 高齢者の健康状態

高齢者のうち、健康状態が「良い」、「普通」、「良くない」者の割合はそれぞれ、45.3%、27.2%、27.5%となっている。健康状態が「良くない」者は高齢者全体の 4 分の 1 程度であり、残りの 4 分の 3 は「普通」以上に健康であるといえる。

高齢者の属性別に見てみよう。健康状態が「良い」、「普通」、「良くない」者の割合を男

⁴ 報告書では、年齢別の単純クロス集計が公表されており、高齢者（65 歳以上の者）についての単純集計だけが利用可能である。

⁵ 総務省統計局「10 月 1 日現在推計人口」によると、2001 年 10 月 1 日現在の高齢者の数は 2,287 万人であり、男女別では、男 962 万人、女 1,325 万人と、性比を求めると 72.6 となる。前期高齢者は 1,334 万人、後期高齢者は 953 万人であり、高齢者に占める割合はそれぞれ、58.3%、41.7%となる。

⁶ 厚生労働省「国民生活基礎調査」（2000 年）によると、高齢者のうち、単独世帯に住む者は 14.1%、夫婦のみの世帯に住む者は 33.1%となっている。この他に、親と未婚の子のみの世帯、三世帯世帯、その他の世帯に住む者はそれぞれ、14.0%、26.2%、12.6%となっている。

女別に見ると、男性では 47.5%、26.8%、25.8%、女性では 43.6%、27.5%、28.9%となっており、女性で「良くない」者の割合が男性よりも 3 ポイント程度高くなっている。年齢階級別でみると、前期高齢者（65～74 歳）では、それぞれ 47.7%、29.1%、23.2%となっており、後期高齢者（75 歳以上）では、それぞれ 40.6%、23.4%、36.0%となっている。健康状態が「良くない」者の割合は後期高齢者で高く、前期高齢者を 13 ポイント程度上回っている。

家族構成別に健康状態が「良くない」者の割合を見ると、「一人暮らし」で 31.7%となっており、以下、「夫婦のみ」が 27.1%、「本人と子」が 28.4%、「本人と子と孫」が 26.1%、「その他」が 25.0%となっている。最も割合が高い「一人暮らし」と「その他」の差は 7 ポイント程度となっている。（図 1）

サンプル数が小さいので、健康状態が「良くない」者の割合が高齢者に属性によって異なることを検証するために、5%有意水準による検定を行った。それによると、

- ① 男女の場合、有意な差は認められない
- ② 年齢階級別では、有意な差が認められた
- ③ 家族構成では、有意な差が認められなかった

という結果となった。これより、高齢者で健康状態の良くない者の割合は年齢により異なること、有意な差ではなかったが、男女、家族構成別に健康状態が「良くない」者の割合に差が見られたのは、これらの属性に属する高齢者の年齢構造の違いによるものではないかと思われる。（表 2）

（3）健康状態別に見た経済状態

健康状態が異なると、就労などの経済状態も異なってくるものと思われる。そこで、健康状態が「良い」、「普通」、「良くない」の 3 つのグループ別に高齢者の経済状態について見ることにする。

（a）暮らし向き

高齢者が認識している自らの暮らし向きについて見ると、どのグループともに「それほど心配ない」が最も多く、健康状態が「良い」、「普通」、「良くない」順に、60.5%、61.1%、50.5%となっている。全体の平均が 57.9%であるので、健康状態が「良くない」者で低い値となっている。「多少心配」、「非常に心配」をあわせた割合を見ると、それぞれ 16.5%、26.2%、39.1%となっており、健康状態が「良くない」者で割合が高い。この背景には、健康状態が「良くない」者には後期高齢者が多い。彼らは年金などの所得も他の高齢者よりも低いために、昨今の経済情勢から自分の暮らし向きを心配する者が多いのではないかと思われる。

（表 3）

(b)所得分布

高齢者の所得格差は大きく、若年層と遜色のないまたはそれ以上の所得を得ている者がいる一方で、所得のない者も同じくらい存在する⁷。特に後期高齢者や女性の高齢者で低所得に多く分布していることが多く指摘されてきている。ここでは、健康状態別の所得及び分布について見てみる。なお、ここで用いる所得は高齢者本人（配偶者がいない者）または夫婦の所得であり、一人当たり所得や高齢者の個人所得ではないことに留意する必要がある。

高齢者の所得分布を見ると、健康状態により差異が見られる。180万円未満の階層に属する者の割合を健康状態の「良い」、「普通」、「良くない」の順に見ると、43.9%、52.3%、57.1%となっている。一方、360万円以上の階層に属する者の割合はそれぞれ、17.9%、17.6%、15.9%となっており、健康状態が悪い者ほど低所得者が多いことが分かる。この背景には、①健康状態が「良くない」者は就労している者が低いこと、②後期高齢層が多いので就労による所得、年金支給額も少なくなることを挙げることができる（図2）

高齢期における主な所得源は公的年金・恩給である。特に中低所得層ほど公的年金・恩給が収入に占める位置は大きく、高齢者の暮らしを支えている⁸。高齢者の年金受給額別の分布を見ると、所得と同様に健康状態による差が見られる。120万円未満の階層に属する者の割合を健康状態の「良い」、「普通」、「良くない」の順に見ると、23.2%、27.1%、33.4%となっている。一方、240万円以上の階層に属する者の割合はそれぞれ、40.1%、32.8%、29.5%となっており、健康状態が悪い者ほど年金が少ない者が若干多いことが分かる。この背景には、①健康状態が「良くない」者は後期高齢層が多い。彼らの中には、公的年金制度が整備されたときには30代や40代になっているために、受給資格はあっても給付水準が低い者がいること、②彼らが若いときの就業形態が雇用者でなかった者が多く、国民年金の受給者となるために、受給額が低いこと、③後期高齢層には女性が多く、遺族年金の受給者が多いものと考えられる。遺族年金では老齢年金の3/4の水準で支給されること、等が分布を健康状態が「良い」、「普通」の者と比べて低い受給金額の階層に偏らせているものと思われる。なお、年金を受給していない者の割合は、それぞれ2.8%、3.2%、3.4%となっており、極めて低い水準にあり、公的年金が高齢者の所得保障の手段として普及していることが分かる。（図3）

(c)貯蓄分布

高齢者の貯蓄分布でも健康状態による差が見られる。貯蓄額500万円未満の階層に属す

⁷ 厚生省（2000）、内閣府（2002）参照。

⁸ 厚生省（2000）、小島（2001）によれば、高齢者の所得十分位別の所得構成を見ると、公的年金・恩給を中心とする社会保障給付は、中低所得層で手厚く、彼らの所得の7~9割を占めている。一方第7十分位以上の高所得層では、雇用者所得などの就労による所得が主な所得源である。

る者の割合を健康状態の「良い」、「普通」、「良くない」の順に見ると、51.5%、53.7%、64.5%となっている。一方で、貯蓄額 2000 万円以上の階層に属する者の割合はそれぞれ、15.0%、11.3%、4.2%と、健康状態が悪い者ほど割合が低いことが分かる。この背景には、健康状態が「良くない」者は後期高齢層が多く、所得も低いことから、生活費等を貯蓄の取り崩しでまかない続けてきたためではないかと思われる。(図 4)

(4) 健康状態別に見た就労状況

(a) 仕事の有無

仕事の有無について見ると、健康状態により異なる姿を見ることができる。仕事をしている高齢者の割合は、健康状態が「良い」、「普通」、「良くない」順に、29.1%、23.1%、12.7%となっている。仕事の種類別に見ても、健康状態が「良くない」者の割合は低く、自営業者、常勤の雇用者で特に低い。一方、仕事をしていない者の割合は、健康状態が「良くない」者で高く (87.3%)、健康状態が「良い」者 (70.9%) と比べて 16 ポイント程度上回っている。(表 4)

健康状態が「良くない」にもかかわらず、就労している高齢者が 1 割もいる一方で、健康な高齢者で就労していない者も多く存在する。次に、高齢者が就労している、していない理由を健康状態別に見てみる。

(b) 働く理由

高齢者が就労している理由 (複数回答) として最も多いのが、「健康によい」(53.2%) で、以下、「生活費をまかなうため」(45.4%)、「生きがいを得られるから」(39.6%) となっている。これを健康状態別に見ても、健康状態が「良い」者では、「健康によい」(58.5%)、「生活費をまかなうため」(48.3%)、「生きがいを得られるから」(40.6%)、健康状態が「普通」の者は、「健康によい」(50.5%)、「生活費をまかなうため」(39.4%)、「生きがいを得られるから」(38.4%)、健康状態が「良くない」者では、「生活費をまかなうため」(45.5%)、「健康によい」(38.2%)、「生きがいを得られるから」(38.2%) となっている。

この結果では、健康状態による差が見られないが、就労している最大の理由で見ると、健康状態が「良い」者では、「生活費をまかなうため」(34.8%)、「健康によい」(20.1%)、「生きがいを得られるから」(15.2%)、健康状態が「普通」の者は、「生活費をまかなうため」(27.6%)、「健康によい」(17.3%)、「生きがいを得られるから」(16.3%) であるのに対して、健康状態が「良くない」者では、「生活費をまかなうため」(40.4%)、「生きがいを得られるから」(19.2%) と生活費を賄うという理由が突出している。(表 5)

(c) 働いていない理由

一方、高齢者で就労していない理由 (複数回答) を見ると、最も多い順に、「体力的に働くのはきついから」(43.4%)、「年齢制限で働くところが見つからないから」(41.2%)、「健