

康がすぐれないから」(29.3%)と健康に関する理由が上位を占めている。これを健康状態別に見ると、健康状態が「良い」者では、「年齢制限で働くところが見つからないから」(42.3%)、「体力的に働くのはきついから」(34.7%)、「特に理由はない」(19.8%)、健康状態が「普通」の者は、「体力的に働くのはきついから」(42.1%)、「年齢制限で働くところが見つからないから」(40.9%)、「特に理由はない」(18.6%)である。これに対して、健康状態が「良くない」者では、「健康がすぐれないから」(63.1%)、「体力的に働くのはきついから」(56.2%)、「年齢制限で働くところが見つからないから」(40.1%)となっており、健康状態が「良い」、「普通」の者で多かった、「特に理由はない」は8.0%にとどまっている。

就労していない最大の理由で見ると、健康状態による差が目立ってくる。健康状態が「良い」者では、「年齢制限で働くところが見つからないから」(23.6%)、「特に理由はない」(20.3%)、「体力的に働くのはきついから」(18.9%)、健康状態が「普通」の者は、「体力的に働くのはきついから」(25.4%)、「年齢制限で働くところが見つからないから」(24.8%)、「特に理由はない」(18.8%)である。これに対して、健康状態が「良くない」者では、健康がすぐれないから」(43.8%)、「体力的に働くのはきついから」(21.4%)、「年齢制限で働くところが見つからないから」(14.2%)となっており、健康上の理由が際だって多い。このように、健康上の理由や年齢制限により就労していない高齢者は健康状態を問わずに多いが、健康状態が「良くない」者では「健康がすぐれないから」が多いが、健康状態が「良い」、「普通」の者では「特に理由はない」が多い。これは、年金が十分にあるために就労の必要がないことが背景にあるのではないかと思われる。(表6)

3. まとめ

今回の分析から以下のことが明らかになった。

- ① 高齢者の健康状態の分布を決定させる要因として年齢が大きい。後期高齢者ほど健康でない高齢者が増えるが、高齢者の世帯構造はより高齢になるほど、三世代同居が多くなるため、見かけ上高齢者の所属世帯により健康状態が異なるものと思われる。
- ② 高齢者の経済力は、健康状態が「良くない」者ほど低所得、少ない年金支給額に偏る傾向にあった。貯蓄についてみても同様であった。前者については、就労による所得の喪失、年金の成熟度などが背景にあるものと思われる。
- ③ 高齢者の就労について見ると、健康でない者ほど就労している者は少なくなる。その一方で、健康状態が「良くない」にも関わらず就業している者が1割いる一方で、健康状態が「良い」者で就労していない者も相当な水準で存在する。
- ④ 就労している理由としては、健康状態に関わらず、生活費をまかなうための最も多いが、健康状態が「良くない」者で突出している。健康状態が「良い」、「普通」の者では、「健康によい」、「生きがい」のために就労する者が多い。
- ⑤ 就労していない理由として、健康上の理由や年齢制限により就労していない高齢者は健康状態を問わずに多いが、健康状態が「良くない」者では「健康がすぐれないから」が

多い一方で、健康状態が「良い」、「普通」の者では「特に理由はない」が目立った。これは、年金が十分にあるために就労の必要がないことが背景にあるのではないかと思われる。

このように、健康状態の違いにより高齢者の姿も異なることが分かった。今後の高齢化の進展では、後期高齢者の増加が見通されている。このことは、単純に言えば、「健康状態が「良くない」者が増えていく」ことを意味する。そのために、「健康で活動的な高齢者」という高齢者の実像が大きく変化する可能性もある。また、健康を崩し就労ができなくなると、収入源が公的年金に限られてしまう。年金の支給額が十分にあれば問題はないが、支給水準が低い者にとっては、経済的にも苦しくなってくる。よって、「若年層と遜色のない水準」の経済力も過去の高齢者の姿となってくる可能性もある。

そのため、これからの高齢者のための施策として、

- ① 高齢期を含む健康増進に関する施策を推進させる
- ② 高齢期になっても十分な年金を得られるよう、職業能力の開発など就労に関する施策の推進
- ③ 高齢期の所得保障として、国民の安心と信頼を得るための年金制度改正

といったものが必要になってくる。これら一見別々の分野の施策に見えるものを複合的に推進することが必要ではないかと思われる。

参考

厚生省（2000）、「平成12年版厚生白書」（ぎょうせい発行）,2000年7月.

内閣府（2002）、「平成14年版高齢社会白書」,2002年6月.

唐鎌直義（2002）、「日本の高齢者は本当にゆたかかー転換期の社会保障を考えるために」,2002年1月.

増田雅暢（2000）、「活力ある豊かな高齢社会実現のための方策に関する研究」（平成11年度厚生科学研究（政策科学研究推進事業）報告書）,2000年3月.

小島克久（2002）、「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』,2002年3月.

内閣府政策統括官（総合企画調整担当）（2002）、「高齢者の経済生活に関する意識調査結果」,2002年8月.

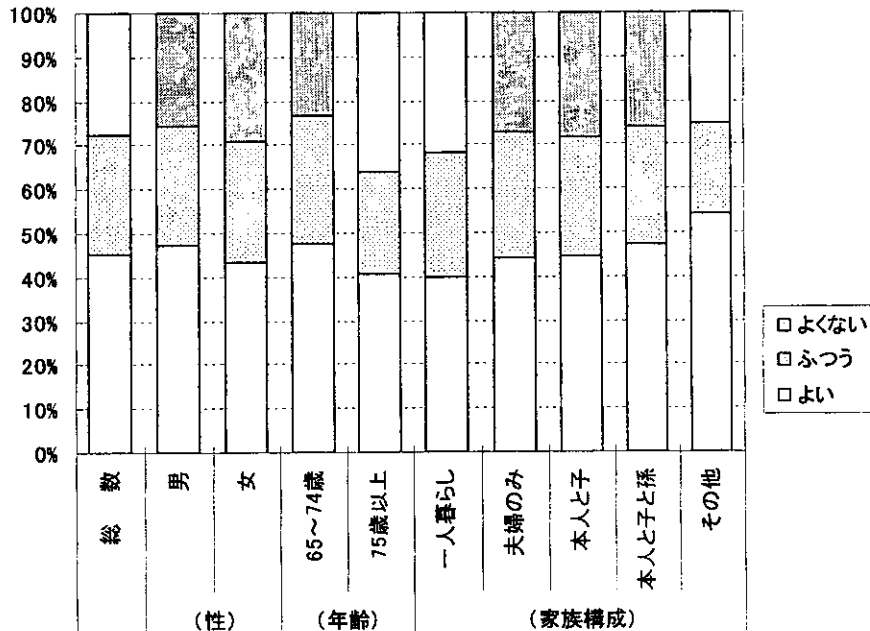
小島克久（2001）、「高齢者の所得格差」,『人口学研究』,第29号,pp.43-52.

表1 サンプルの属性(年齢、家族構成)

		総数	男	女
総数		1,570	687	883
年齢	65～74歳	66.2%	67.8%	65.0%
	75歳以上	33.8%	32.2%	35.0%
家族構成	一人暮らし	11.7%	6.6%	15.6%
	夫婦のみ	33.8%	41.2%	28.1%
	本人と子	20.9%	20.1%	21.5%
	本人と子と孫	27.8%	25.2%	29.8%
	その他	5.9%	7.0%	5.0%

資料：内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」の再集計結果。

図1 高齢者の健康状態(平成13年)



資料：内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」の再集計結果。

表2 検定結果(健康状態「良くない」者の割合)

		統計量:z	P値(両側)	検定結果	
男女		1.314	0.1889	帰無仮説採択	
年齢		5.338	0.0000	帰無仮説棄却	
家族構成	一人暮らし	夫婦のみ	1.090	0.2758	帰無仮説採択
		本人と子	0.692	0.4887	帰無仮説採択
		本人と子と孫	1.308	0.1910	帰無仮説採択
		その他	1.009	0.3131	帰無仮説採択
	夫婦のみ	本人と子	0.315	0.7529	帰無仮説採択
		本人と子と孫	0.267	0.7895	帰無仮説採択
		その他	0.296	0.7672	帰無仮説採択
	本人と子	本人と子と孫	0.597	0.5504	帰無仮説採択
		その他	0.504	0.6144	帰無仮説採択
	本人と子と孫	その他	0.097	0.9226	帰無仮説採択

資料：内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」の再集計結果。

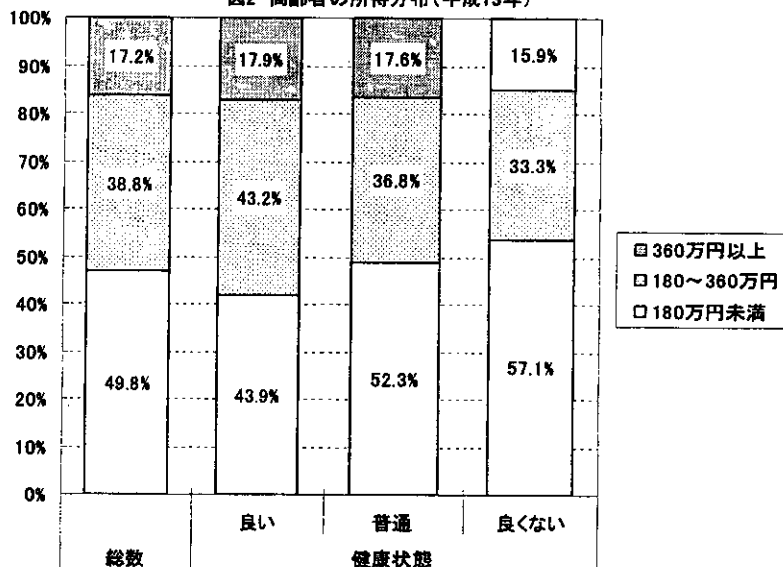
注：帰無仮説は高齢者の属性別に見た「健康状態が「良くない」者の割合に差がない。

表3 高齢者の暮らし向き(健康状態別)

	総数	暮らし向き						わからない
		心配ない	全く心配ない	それほど心配ない	心配	多少心配	非常に心配	
総数	1,570	74.0%	16.1%	57.9%	25.3%	19.6%	5.7%	0.6%
健康状態								
良い	711	83.3%	22.8%	60.5%	16.5%	14.2%	2.3%	0.3%
普通	427	72.8%	11.7%	61.1%	26.2%	21.5%	4.7%	0.9%
良くない	432	60.0%	9.5%	50.5%	39.1%	26.6%	12.5%	0.9%

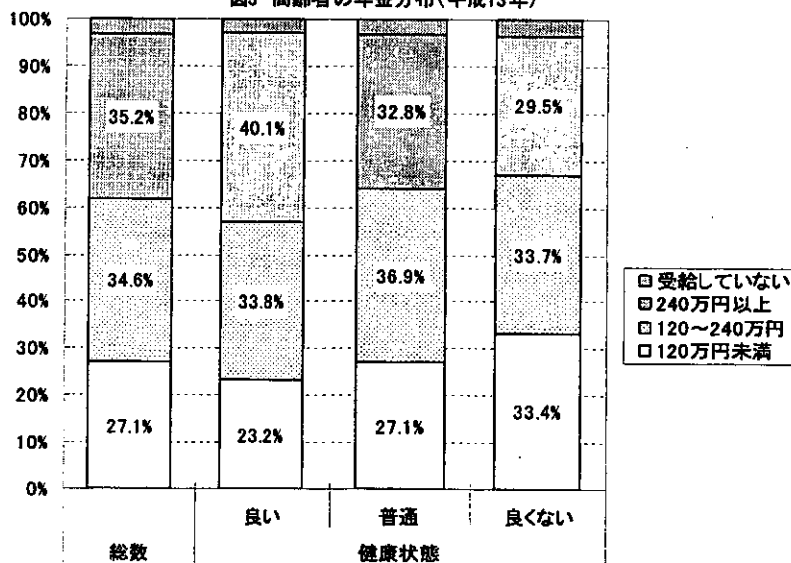
資料:内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」の再集計結果。

図2 高齢者の所得分布(平成13年)



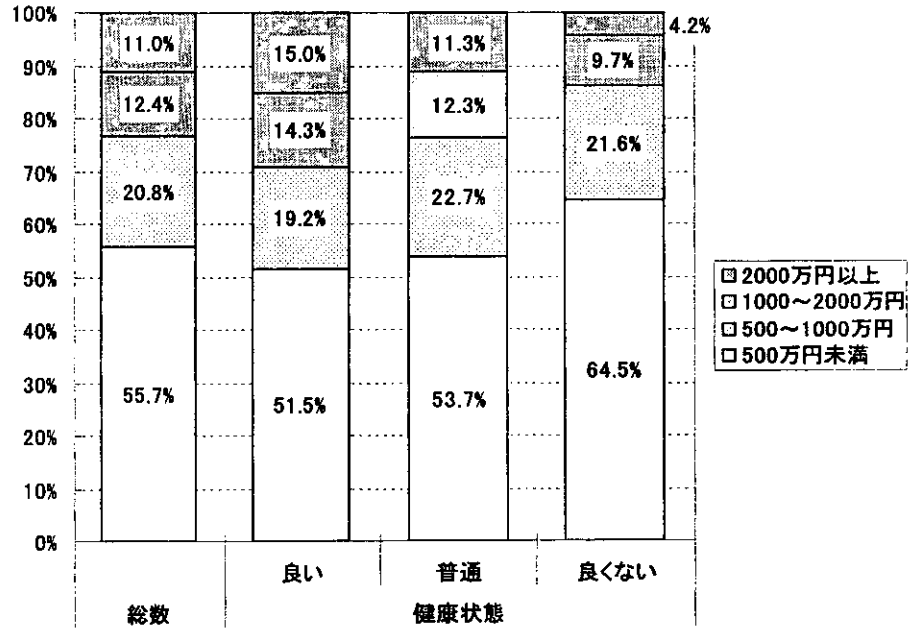
資料:内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」の再集計結果。

図3 高齢者の年金分布(平成13年)



資料:内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」の再集計結果。

図4 高齢者の貯蓄分布(平成13年)



資料:内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」の再集計結果。
注:貯蓄額が「分からない」を除いた数値。

表4 高齢者の仕事の有無(健康状態別)

		総数	健康状態		
			良い	普通	良くない
総数		1,570	711	427	432
仕事の有無	仕事をしている	23.0%	29.1%	23.1%	12.7%
	農林漁業(家族従業者を含む)	6.6%	6.8%	7.7%	5.3%
	自営業[商工サービス業・自由業(家族従業者を含む)など]	7.0%	9.4%	6.6%	3.5%
	常勤の被雇用者	2.0%	3.0%	1.6%	0.7%
	会社の嘱託や顧問等で常勤でない被雇用者	1.5%	1.8%	1.6%	0.9%
	臨時・パート	4.4%	5.3%	4.9%	2.3%
	内職	0.9%	1.7%	0.5%	-
	その他	0.6%	1.1%	0.2%	-
	仕事はしていない	77.0%	70.9%	76.8%	87.3%

資料:内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」の再集計結果。

表5 高齢者の働く理由(健康状態別)

		総数	良い	普通	良くない
総数		361	207	99	55
理由別 (3つまでの複数回答)	生活費をまかなうため	45.4%	48.3%	39.4%	45.5%
	生活費の不足をおぎなうため	19.7%	16.4%	22.2%	27.3%
	将来に備えて蓄えをできるだけ増やすため	20.2%	20.3%	19.2%	21.8%
	家業の後継者(子供など)を助けるため	19.4%	18.8%	20.2%	20.0%
	おこづかいがほしいから	12.5%	14.5%	11.1%	7.3%
	健康によいから	53.2%	58.5%	50.5%	38.2%
	友達がほしいから	4.4%	4.3%	4.0%	5.5%
	生きがいが得られるから	39.6%	40.6%	38.4%	38.2%
	何もしないと退屈だから	21.1%	18.4%	25.3%	23.6%
	その他	3.6%	1.9%	5.1%	7.3%
特に理由はない	1.4%	1.4%	1.0%	1.8%	
最大の理由別	生活費をまかなうため	33.6%	34.8%	27.6%	40.4%
	生活費の不足をおぎなうため	7.6%	6.9%	9.2%	7.7%
	将来に備えて蓄えをできるだけ増やすため	4.0%	4.4%	4.1%	1.9%
	家業の後継者(子供など)を助けるため	10.2%	10.3%	10.2%	9.6%
	おこづかいがほしいから	3.4%	3.9%	3.1%	1.9%
	健康によいから	17.8%	20.1%	17.3%	9.6%
	友達がほしいから	0.3%	-	-	1.9%
	生きがい得られるから	16.1%	15.2%	16.3%	19.2%
	何もしないと退屈だから	3.1%	2.0%	6.1%	1.9%
	その他	3.1%	1.5%	5.1%	5.8%
特に理由はない	0.8%	1.0%	1.0%	-	

資料:内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」の再集計結果。

表6 高齢者の働かない理由(健康状態別)

		総数	良い	普通	良くない
総数		1,209	504	328	377
理由別 (3つまでの複数回答)	条件に合う働くところがないから	11.2%	13.1%	7.9%	11.4%
	年齢制限で働くところが見つからないから	41.2%	42.3%	40.9%	40.1%
	体力的に働くのはきついから	43.4%	34.7%	42.1%	56.2%
	健康がすぐれないから	29.3%	10.3%	19.5%	63.1%
	後継者(子供など)に家業を譲ったから	4.5%	4.8%	4.9%	3.7%
	収入を増やそうと思わないから	8.7%	12.5%	7.3%	4.8%
	仕事以外に時間を使いたいから	9.3%	13.3%	9.5%	3.7%
	家事や介護など家でしなければならないことがあるから	11.3%	12.1%	14.9%	7.2%
	その他	4.3%	5.2%	3.7%	3.7%
	特に理由はない	15.8%	19.8%	18.6%	8.0%
最大の理由別	条件に合う働くところがないから	3.6%	5.3%	2.2%	2.5%
	年齢制限で働くところが見つからないから	21.0%	23.6%	24.8%	14.2%
	体力的に働くのはきついから	21.4%	18.9%	25.4%	21.4%
	健康がすぐれないから	18.0%	5.3%	7.8%	43.8%
	後継者(子供など)に家業を譲ったから	2.6%	2.9%	3.4%	1.6%
	収入を増やそうと思わないから	2.6%	3.3%	3.1%	1.1%
	仕事以外に時間を使いたいから	5.0%	9.0%	3.8%	0.8%
	家事や介護など家でしなければならないことがあるから	6.8%	8.6%	7.8%	3.6%
	その他	2.8%	2.9%	2.8%	2.7%
特に理由はない	16.1%	20.3%	18.8%	8.2%	

資料:内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」の再集計結果。

第4章 老健制度における一部自己負担改訂が受診
行動に与えた影響に関する調査について
—資料収集結果より—

〈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

老健制度における一部自己負担改訂が受診行動に与えた
影響に関する調査について—資料収集結果より—¹

国立社会保障・人口問題研究所

小島 克久

はじめに

2002 年 10 月、改正された老人保健制度が施行された。新しい制度では、高齢者（70 歳以上）の一部自己負担の定率 1 割負担が完全実施され、特に、高所得者²については、一部自己負担の割合は 2 割となった。

この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、といった主張があり、制度の改正前後に各種の調査が行われている。本稿では、こうした調査で収集ができたものについてまとめを行う。

1. 老人保健制度について

まず、老人保健制度について概観してみよう。この制度は、高齢者の医療費をまかなう制度である。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。

老人保健制度では、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、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）

老健制度においても、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、設立当初は定額制であったが、2000 年 7 月より、定率 1 割負担制を導入した（1ヶ

¹ 本論文の執筆に当たり、全国保険医団体連合会、奈良県等の保険医協会、北海道社会保障推進協議会等から資料の提供を受けた。また、保団連、奈良県保険医協会の関係者から貴重なご意見もいただいた。この場を借りて、厚く御礼申し上げたい。

² 高所得者（一定以上所得者）とは、現役世代の平均的収入以上の所得がある者を指し、基準となる年収は、単独世帯：（年金のみ）約 380 万円程度以上、夫婦 2 人世帯（年金＋給与）：約 630 万円程度以上である。

月当たりの上限つき、ただし診療所については、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。

現行の制度では、一部自己負担が1割と2割の者がいるが、1医療機関、1ヶ月当たり
の一部自己負担の上限は、1割負担の者の内、低所得者は8,000円、その他の者は12,000
円であり、2割負担の者では40,200円となっている。現在の制度では、1ヶ月当たりの自
己負担限度額が設けられており、所得水準により異なっている。これまでの制度では、外
来では所得に関わらず、3,200円(大病院では5,300円)であり、入院の場合でも一般の者
で37,200円であった。制度改正により、医療費の負担が一般の高齢者で3,200円から12,000
円へと4倍近くになったかのように見える。しかし、実際の医療費は、疾病の程度、受診
頻度により変化するので、このような計算が無条件で当てはまるとは言い難いことに留意
する必要がある³。(図2)

2. サーベイした調査について

改正された老健制度が実施された2002年10月前後に、一部自己負担引き上げの影響に
関する調査が行われた。調査結果等を収集し、その特徴、設問、結果の概要などについて
まとめることにする。

全国的な調査は全国保険医団体連合会(以下、保団連)⁴「高齢者患者負担改訂影響調査」
により行われている。また、同団体傘下の都道府県単位の保険医協会においても独自の調
査が行われている。また、北海道社会保障推進協議会でも同様の調査が行われている。今
回は、保団連調査の他、青森、岩手、宮城、山形、福島、奈良、大阪の保険医協会(大阪
は保険歯科医協会)の調査、北海道社会保障推進協議会の調査結果の概要等を入手した⁵。
全国調査である保団連の調査結果の他、入手した地方調査の内、患者を対象とした調査が
行われ、サンプル数も1000件単位であり、資料も十分な青森県、福島県、奈良県の保険医
協会の結果を取り上げる(以下、青森、福島、奈良とする)。これらの調査の時期、方法な
どは表1にまとめた通りであるが、次のような特徴を挙げるができる。

³ その他、低所得層に対する配慮も行われており、低所得世帯については、入院などの1ヶ月当たり自己負担の限度額を据え置くこととしている。また、特に所得の低い高齢者を対象とした15,000円の限度額について、適用範囲を拡大し、高齢者全体の0.7%(老齢福祉年金受給者)から15%(収入が年金のみの場合、1人当たり約65万円以下の者)に適用されるようにしている。

⁴ 開業医の経営等を守り、国民医療の向上、医療保険の充実、国民の健康の確保を目的とした団体。全国の保険医(診療所、歯科医院、中小病院の医師、歯科医師)を中心に全国約9万8千人の医師・歯科医師が加入している。

⁵ 入手した都道府県保険医協会等による調査(公表資料などから名称が明らかなもの)は以下の通りである。北海道社会保障推進協議会「10月1日医療改悪」患者アンケート」、奈良県保険医協会「10月改訂・高齢者医療費負担アンケート」、青森県保険医協会「患者アンケート」、山形県保険医協会「老人保健法改定医療機関影響調査」、岩手県保険医協会「高齢者患者負担改訂影響調査」、福島県保険医協会「高齢者患者負担改訂の影響調査」、大阪府歯科保険医協会「医療機関の窓口負担割合変更に伴うアンケート」。

実施時期であるが、全ての調査が制度施行後（2002年10月、11月）に実施されている⁶。調査方法として大別すると2つの方法が用いられている。一つは、会員の保険医療機関（開業医、開業歯科医）を通じて調査票を配布する方法、もう一つは老人クラブを通じて調査票配布する方法である。前者の方法では、高齢者の内、医療機関を利用する者に限定され、「患者調査」的な性格を帯びてくる。また、後者の方法では医療機関を利用していない「元気な高齢者」も含まれ、高齢者を対象とした調査となる⁷。ただ、医療機関を経由した調査では、調査票の配布を行う医療機関の抽出に当たっては、統計学的に見て偏りが無いように医療機関を抽出している調査もある⁹。よって、これらの結果を利用する際には、こうした調査対象者、調査方法の違いに留意する必要がある。

一部の調査では、調査票を入手することができた。調査票は、はがきサイズとし、そのまま郵送可能な形態をとっている（回収は郵送方式）。そのため、内容がシンプルになり、質問項目が限られることになる。しかし、定形外の長型はがきを使うなど、工夫をしている調査もあった。

設問内容として、共通するのは、一部自己負担の変化（改正前と改正後）、今後の対応（そのまま受診、受診回数を減らすなど）、制度改正の認識、償還払い制度の認識など、今回の改正を反映させた内容となっている。また、フェース項目として、年齢は調査されているが、医療費の負担能力の源となる所得は調査されていない。ただし、一部自己負担割合やその限度額を調査している調査があり、これを所得の代理変数として集計を行っている調査もある。なお、一部自己負担が家計に占める割合を調べている調査があり、これをクロスした集計結果を公表している。また、自由回答欄が全ての調査で設けられている。（表1）

3. 主な結果から

ここでは、主な結果について見ていくことにするが、収集した調査結果の中から各調査で共通して調査された項目に限定する。なお、同じ内容の質問でも選択肢の数や文言などの設定などが調査により異なる。そのため、同じ性質の回答は可能な限りまとめることとした。次に、「不詳」は分析から排除し、「分からない」という選択肢が設定されている設問についても、原則として分析から排除するが、必要に応じて排除しないで分析を行っている（そのため、公表結果と若干異なる数値となる）。

（1）制度改正の認識

制度改正の認識について見ると、保団連調査では、「知っていた」が60.4%、「知ってい

⁶ 北海道の調査では、制度改正前の9月にも調査を実施しており、制度改正前後の患者負担の比較が可能。

⁷ 全国で老人クラブの会員数は約871万人（2002年3月末現在、厚生省報告例）であり、高齢者の4割を占めるが、年々加入者が減少傾向にあることに留意する必要がある。

⁸ 単身高齢者のグループ活動への参加の状況は芳しくないことにも留意する必要がある。詳しくは「平成14年版 高齢社会白書」を参照。

⁹ 保団連事務局との意見交換により、上記のような方法がとられていることが分かった。

たが内容はよく分からなかった」が29.8%、「知らなかった」が9.8%となっており、高齢（患）者の9割近くが制度改正の実施を認識はしていたといえる。しかし、制度改正の内容までは知らない者が3割近くを占め、「知らなかった」と合わせると、4割近くが制度改正についてよく知らなかったことになる。福島の調査でも、「知っていた」が59.9%、「知っていたが内容はよく分からなかった」が31.3%、「知らなかった」が8.8%となっており、全国（保団連）の調査結果と大きな違いは見られない。保団連調査は高齢患者への調査であるのに対して、福島は、会員医療機関と老人クラブ経由で調査が行われており、「健康な高齢者」も含まれているものと考えられる。そのため、制度改正に対する認識度は、高齢者が医療機関を利用しているか否かに左右されていないのではと考えられる。（図3）

（2）負担の増減

（a）全体の傾向

一部自己負担の改正に伴う負担の増減について見ると、負担が「増えた」とする者の割合が高く、保団連調査では57.8%、その他の地方調査でも、奈良県を除いて4～5割の割合となっている。奈良でこの割合が9割を超えているが、その背景は、選択肢に「変わらない」を設定していないこと、「増えた」という選択肢が複数設定（「高くなって非常に困る」、「高くなって困る」、「高くなったがやむをえない」）されていることが挙げられる。一方、「変わらない」、「減少した」とする者も一定の割合で存在し、保団連調査ではそれぞれ、22.6%と19.6%となっており、地方調査の内、青森、福島では同様の結果が、北海道では、それぞれ、46.2%、11.9%となっている。これは、眼科などの一部の診療科目で一部自己負担が減ったこと、診療の抑制等が背景にあるものと考えられる。後者については、一時的なものなのか、長期的に続くのかについては、この結果からだけで判断するには身長を要するものと思われる。（図4）

（b）医療費が家計支出に占める割合

制度改正の結果、一部自己負担が家計に占める割合はどのようになっているのかについて、保団連と福島は調査で明らかにされている。「1割以下」としている者の割合は、保団連調査で62.7%、福島は調査で66.0%となっている。「1～2割」はそれぞれ、25.9%と28.0%、「2～3割」はそれぞれ7.6%と4.3%、「3割以上」もそれぞれ3.8%と1.6%となっており、多くは1割以下で済んでいると考えることができる。福島は調査では、会員医療機関と老人クラブ経由で調査が行われているために「健康な高齢者」が含まれており、その結果、割合の低い者が多くなっているものと思われる。ところが、総務省統計局「家計調査」では、高齢者のいる世帯の保健医療サービス支出が家計支出に占める割合は2.7%（2001年）であり、これらの調査結果は割合が高い方に分布していることが考えられる。その背景として、①患者に対する調査なので、「医療を必要とする（不健康な）高齢者」が主な対象となっていること、②家計簿等の客観的な記録に基づく回答ではないので、主観的な判断が

入っていること、などが考えられる。「1割以下」をもう少し細かくすることで官庁統計から得られる数値との比較を容易にできたのではないと思われる。(図5)

(3) 今後の対応

(a) 全体の傾向

今後の対応について見て見よう。調査によって選択肢や文言が異なるので、「何もしない」、「これまで通り受診する」、「がまんする」を「何もしない(これまで通り受診)」とし、「薬や検査を減らす」、「受診回数を減らす」、「受診医療機関を減らす」を「受診抑制」とした。なお、調査によっては「家計を切り詰める」などの選択肢があったが、この種の選択肢を設定していない調査があること、この種の選択肢を選んでいる者の割合も少ないことから、「何もしない」、「受診抑制」の両者に関係しない選択肢は分析から排除した。

「何もしない(これまで通り受診)」と回答した者の割合は、保団連調査で70.0%、その他の地域の調査でも6~7割となっており、青森の77.8%が特に高い。一方、「受診抑制」と回答した者の割合は、保団連調査で30.0%、地方調査でも2~3割の水準となっている。(図6)

(b) 家計支出に占める割合別

今後の対応について、一部自己負担の家計支出に占める割合別に見て見よう。保団連調査によると、「1割以下」や「1~2割」では「今まで通り(何もしない)」が最も多く、それぞれ76.4%、58.7%となっている。しかし、家計支出に占める割合が上がるにつれ、「今まで通り(何もしない)」者の割合は低下し、「3割以上」では、27.0%と4分の1程度にまで低下する。その一方で、何らかの受診抑制をする者の割合が上昇し、特に医療費家計支出割合「3割以上」では、「検査・薬を減らす」、「通院を減らす」、「受診医療機関を減らす」がそれぞれ27.0%、24.3%、16.2%となっており、合計すると67.6%の高齢者が何らかの受診抑制行動をとると回答している。なお、医療費家計支出割合「1割以下」でこれらの対応策をとるとした者の割合は合計で21.3%となっている。(図7)

(4) 償還払い制度

(a) 制度の認識

今回の制度改正では、1ヶ月当たり的一部自己負担の減額額が設けられており、これを超えた一部自己負担は、市町村に申請することにより償還を受けることができる。この制度の認識度を見ると、保団連調査では「知っていた」が63.3%、「知らなかった」が36.7%となっており、認識している者の方が多い。地方の調査でも多少の差異はあるものの、同様の傾向が見られ、償還払い制度を知っていた者は5~6割の水準に達しているが、制度を知らなかった者もいることが分かる。(図8)

(b)制度の利用意向

次に、実際に償還払い制度を利用する意向があるかどうかについて見ると、保団連調査では「申請する」の63.7%に対して、「申請しない」が5.7%となっている。一方で「申請したいが（申請の）やり方が分からない」が18.0%を占めており、「分からない」とした者も12.6%いる。申請しない者は少数であるが、手続き方法が分からない者が2割近くいる¹⁰。

(図9)

特に、保団連調査から一部自己負担の家計支出に占める割合別に償還払い制度の利用意向を見ると、医療費が家計支出に占める割合が上がるにつれて、「申請する」者の割合が低下している。「1割以下」では66.4%であったものが「3割以上」では47.4%にとどまっている。代わって割合が上がるのが、「申請したいが（申請の）やり方が分からない」であり、「1割以下」では15.6%であるのに対して、「3割以上」では28.9%にまで達している。(図10)

4. まとめ

これらの調査結果から、以下のことが分かる。

- ① 老人保健制度の制度改正そのものは多くの高齢（患）者の中で認識されていたが、その内容を認識していない者も相当な割合で存在した。
- ② 制度改正により、一部自己負担が「増えた」者が多いが、「変わらない」、「減少した」という者も存在する。
- ③ 今後の対応として、「何もしない（関係なく受診）」が多数派を占め、受診抑制に走る者は3割程度である。しかし、医療費が家計に占める割合が高い者ほど受診抑制行動をとる者が多い。
- ④ 償還払い制度を認識している高齢（患）者は半数を超えるが、一方で相当な割合で制度を認識していない者も存在する。また、償還払いを「申請する」者も半数を超えたが、手続き方法が分からない者が多く、医療費が家計に占める割合が高い者で顕著であった。

老健の制度改正により、「負担」が増えた者が多いが、これまで通り受診し続ける者が多数を占める一方で、受診抑制行動をとる者はある程度の割合を占めることが分かる。一部自己負担と受診行動の関係については様々な議論があるが、その一つとして、医療費の「コストシフティング」が発生するという考えがある。これは、一部自己負担の引き上げは一時的な受診抑制はもたらずが、その後に受診頻度は回復する。その結果、受診頻度は変化せず患者が医療費の負担する割合が増えるだけとなる、という考えである¹¹。今回収集し

¹⁰ これにより、償還されるべき医療費が未償還になるおそれもあるが、制度の広報や該当者に対する各種の便宜の提供などによりある程度防ぐことも可能ではないかと思われる。

¹¹ これについては、広井（1994）、西村（1997）を参照。

た調査結果は、高齢患者の多くはこの「コストシフティング」が発生するような行動をとっているか否かについては、今後得られるデータなどから分析をする必要がある。また、「一部自己負担が引き上げられるので、今は受診していないが今後は受診を控えようか」と考える者もいることが考えられる。この場合、医療需要が顕在化していないので、実際にどのような行動をとるかは明確ではない。そういう意味においても、制度の影響を長期にわたって見ていく必要があるものと思われる。

受診抑制をする（考える）者の割合は医療費の自己負担が高い者で高くなっていることが分かった。医療費の負担が大きい者にとっては、一部自己負担の引き上げは、受診抑制につながることになるといえよう。しかし、この行動には以下のような解釈が可能ではないかと思われる。

- ① 低所得高齢者で医療費の負担が大きすぎるために、医療が必要であるにもかかわらず受診抑制をする。
- ② 医療費の負担が大きくなったので、これまでの受診行動を見直して、医療機関にかかる頻度を必要な程度に抑えるようにする。

②の場合は、自らが受けている医療の無駄を見直すきっかけを与えたと考えることができ、この受診抑制は高齢者にとって不利益であるとは言い難い。ただし、①のようなケースは疾病を有する高齢者にとって問題は大きい。しかし、①や②のどちらの高齢者が多いかについては、これらの結果から定量的な結論を得ることはできない。制度改正が低所得で疾病を有する高齢者にどの程度影響を与えているかについては、所得水準別の分析が必要である。今回収集した調査では、老健制度における一部自己負担が1割、2割別で分析を行っているものがあつた。しかし、2割負担が適用される高齢者は、若年層と同等またはそれ以上の経済力を有する者であり、これに該当しない者には、高齢者としては中程度の所得を得ている者、低所得の者がいるなど、多様性がある。よって、低所得の高齢者の分析を行うには、①所得を調査する、②一部自己負担の割合と共に、その限度額（所得水準により異なる）を調査し、これらを組み合わせることで所得の代理変数を得る、といった方法による調査が考えられる。

また、今回の収集した調査は、制度改正の直前や直後の診療行動や負担感についての調査項目で構成されていた。医療制度の改正などが与える影響を長期的に見るには、パネル調査により長期間の調査を行うことが考えられる。しかし、経費や時間などの点から考えると、想起法を活用した調査によりデータを得るという方法も考えられる。

参考

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.

全国保険医団体連合会「高齢者患者負担改訂影響調査」

北海道社会保障推進協議会「10月1日医療改悪」患者アンケート」

青森県保険医協会「患者アンケート」

山形県保険医協会「老人保健法改定医療機関影響調査」

岩手県保険医協会「高齢者患者負担改訂影響調査」

福島県保険医協会「高齢者患者負担改訂の影響調査」

大阪府歯科保険医協会「医療機関の窓口負担割合変更に伴うアンケート」

奈良県保険医協会「10月改訂・高齢者医療費負担アンケート」

【補足】老健制度改正の影響調査について

本研究を行うのにあたって、医療費負担の変化が与えた影響を調査した結果がないかという問題意識の下、必要なサーベイを行った。開業医等が加盟する団体である県保険医協会、その全国組織である全国保険医団体連合会等により調査が実施されており、資料の入手および関係者との意見交換を行った。資料収集などを実際に行った団体は以下の通りである。

1. 全国保険医団体連合会

- ・ 「高齢者患者負担改訂影響調査」の入手及び、調査に関する意見交換を行った
- ・ その他、同団体関係保険医協会実施の調査等についての情報提供を得た。

(平成 15 年 1 月)

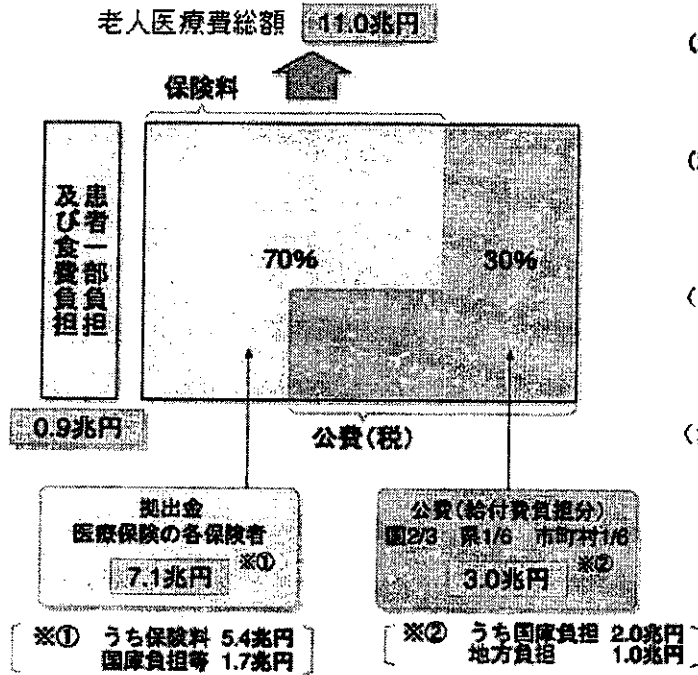
2. 奈良県保険医協会

- ・ 同協会実施の「10 月改訂・高齢者医療費負担アンケート」の最終結果の入手及び、調査に関する意見交換を行った。
- ・ その他、関係する意見交換を行い、情報提供を受けた。

(平成 15 年 2 月)

その他に、電話や電子メールなどのやりとりで資料の入手のみを行った調査もある。これら収集した、情報提供を受けた資料は、紙面の関係から本報告書には掲載しなかったが、本研究班において、保存等の管理を行っている。資料の提供及び、意見交換に応じていただいた関係者には改めて謝意を表すものである。

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拠出分については50%、政府管掌健康保険の拠出分については16.4%の国庫負担等がある。
- (注2) 3割の公費負担と拠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4) 公費負担の割合を2002年10月から5年間で段階的に30%から50%へ引き上げることになっている。

資料：厚生労働省資料より作成

図2 老健制度における一部自己負担（改正前と改正後）

	【2002年9月まで】		【2002年10月から】	
	外来	入院	外来(個人ごと)	自己負担限度額
70歳以上の高齢者	一般	3,200円 (大病院 5,300円)	40,200円	72,300円・1% (40,200円)
	低所得者		12,000円	40,200円
	住民税非課税者		8,000円	24,600円
	老福年金受給者		8,000円	15,000円

(資料)：厚生労働省資料より作成。
 (備考)：「1%」は、一定の限度額を超えた医療費の1%。
 ・()内の金額は、1年間に4回以上高額療養費の支給を受ける場合。

表1 老健制度における一部自己負担改正の影響調査(主なもの)

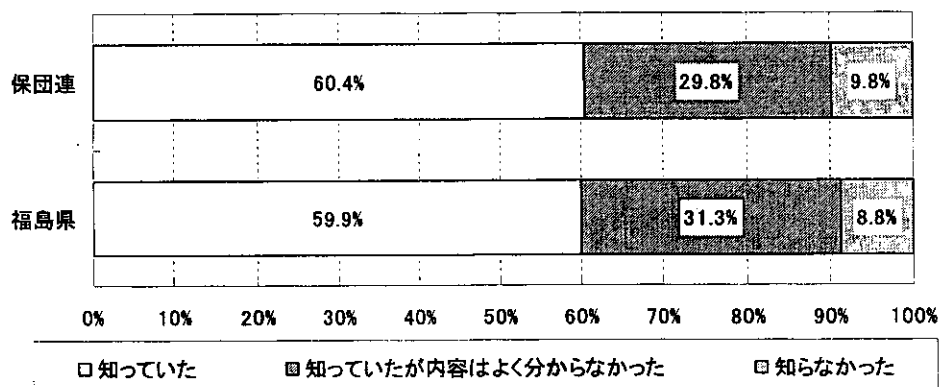
		全国調査		地方調査(独自調査)			
		全国保険 医団体連 合会	社会保険推 進協議会	都道府県保険医協会			
				北海道	青森県	福島県	奈良県
調査概要	調査時期	2002年11月	2002年10月30日、31日	2002年11月	2002年11月5～15日	2002年10月21日、22日	
	調査票配布方法	会員保険医療機関経由	○	○(聞き取り調査)	○	○	
		老人クラブ経由				○	○
	対象者	70歳以上の患者	70歳以上の通院者	70歳以上の通院者・在宅治療	70歳以上の患者・老人クラブ会	奈良県下の老人クラブ会員	
	サンプル数	1,242人	1,032人	730人	1,912名(12月3日現)	2,673人(中間集計)	
主な調査項目	制度改正の認識		○	○		○	
	一部自己負担	増減	○	○	○	○	○
		金額(増減)	○	○			
		金額(負担額)		○			
		一部自己負担割合	○		○	○	
		負担限度額			○		
		対家計支出比	○			○	
	今後の対応		○	○	○	○	○
	償還払い制度	認識	○		○	○	○
		利用意向	○			○	
	受診医療機関	受診医療機関数	○	○	○	○	○
		受診科目				○	
今後の負担増、医療制度について		○		○	○		
フェース	年齢	○		○	○	○	
自由回答欄		○	○	○	○	○	

資料: 上記調査機関資料、各種報道資料等から作成(以下同様)

注: 資料の作成に利用した調査は以下の通り。

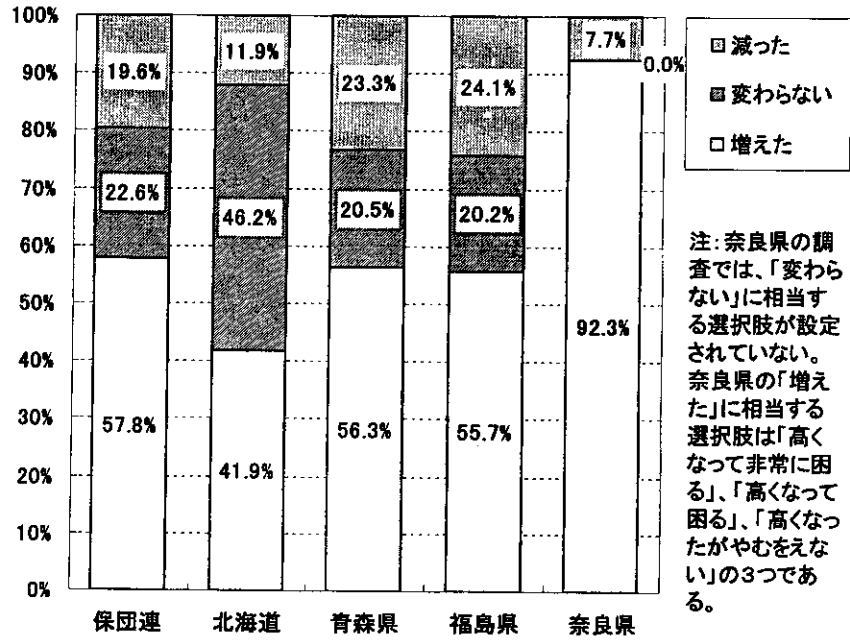
全国保険医団体連合会「高齢者患者負担改訂影響調査」、北海道社会保険推進協議会「10月1日医療改悪」患者アンケート、青森県保険医協会「患者アンケート」、福島県保険医協会「高齢者患者負担改訂の影響調査」、奈良県保険医協会「10月改訂・高齢者医療費負担アンケート」。

図3 老健制度制度改正の認識



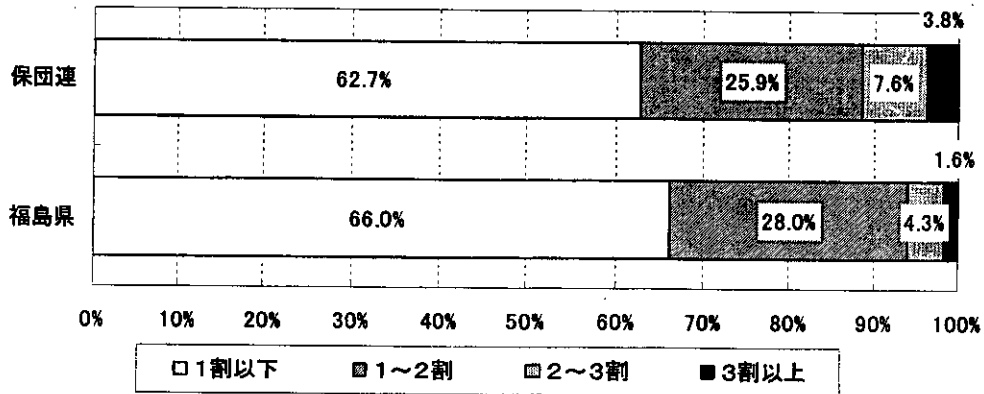
資料: 表1掲載資料より作成

図4 医療費負担の増減(制度改正前と比べて)



資料: 表1掲載資料より作成

図5 家計に占める一部自己負担の割合(制度改正後)



資料: 表1掲載資料より作成