

# 高齢者医療制度に関する検討会

## 議事次第

平成21年2月24日（火）  
18時00分～19時00分  
厚生労働省 省議室  
中央合同庁舎第5号館 9階

### （議題）

○これまでの議論を踏まえた総括的な議論について

### （資料）

資料1 論点整理（これまでの議論の概要）

資料2 高齢者医療制度について（本日の議題に関する参考資料）

## 論点整理（これまでの議論の概要）

### 1. 今後の見直しの基本的な考え方・進め方について

委員からの意見を踏まえた論点整理	委員の意見
<p>○ <u>見直しの基本的な考え方・進め方</u>については、以下のように意見が集約されるが、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の制度は悪いところばかりではないので、改善すべきところは改善し、良いところは残すべきではないか。</li> <li>・抜本的に見直すべきと考えられる事項については、税制改正等と併せて対応すべき多額の財源を必要とする課題であり、こうした中期的な課題と来年度等の施行に向けて対応すべき短期的な課題に分けて検討すべきはないか。</li> <li>・制度改正の議論を行うにあたっては、国民の医療費に係る負担や財政調整を含めた長寿医療制度の仕組みなどを国民に十分周知することが必要である。</li> <li>・現役世代の支援は不可欠であることから、高齢者のみならず、現役世代の納得が得られる仕組みとすべきではないか。</li> <li>・高齢者医療確保法においても、制度の理念が理解されるよう、高齢者への敬意を具体的に示すべきである。</li> </ul>	<p>【見直しの基本的な考え方について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今の制度は改革以前と比べて悪いところばかりではなく、評価に値する点もある。制度は、直線的に進化するものでもないから、失敗したところ、読み間違えたところは直し、良いところは伸ばす方向に議論を重ねていけばいい。(権丈委員)</li> <li>・高齢者医療制度については、これまで、さんざん議論してきたのだから、そんなに新しい抜本改革案はないだろう。(山崎委員)</li> <li>・これだけ批判を受けた以上、抜本的に見直すべきではないか。(岩本委員)</li> <li>・短期的に考えるべき課題と長期的な課題を分けて考えるべきではないか。(岩村委員)</li> <li>・高齢化で負担が増えることについて、国民が理解した上で、制度改革を行うべきではないか。(岩本委員)</li> <li>・改革前の老人保健制度、改革後の前期高齢者医療制度の財政調整では、国保・被用者保険の各保険者の老人加入率が全制度平均と同一であると仮定して、公平な負担を行っている。まずは、これら財政調整の仕組みを広く国民は理解した上で、制度の善し悪しを議論するべきではないか。(権丈委員)</li> <li>・いつも健保財政赤字と報道されるが、保険料率一定のもとでは医療費が増えれば赤字になるのは当たり前の話である。GDPに占める社会保険料の割合が、日本は他の国に比べて低いことを国民共有の知識として議論の前提に置いてもいいのではないか。(権丈委員)</li> <li>・制度をどのように変えるにしても、現役世代の支援は不可欠。その納得が得られる制度にすべき。(岩本委員)</li> <li>・高齢者医療確保法の冒頭で、医療費適正化が謳われており、介護保険法等と違い、高齢者に敬意を払っていないのではないか。(樋口委員)</li> <li>・高齢化により医療費が増えると、高齢者の負担も増えることをきちんとアピールしていなかったから、混乱を招いた。事実、厚生労働省高齢者医療制度改革推進本部事務局編「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編」を見ると、「若年世代からの支援を行う場合」として、高齢者一人当たり保険料は現行制度6.4万円(平成11年度)から6.8万円に上昇すると試算している。その一方で保険組合は、加入者一人当たり保険料が1.5万円減少すると試算している。しかし、実際は総額3900億円の負担増となっており、これが現役世代の不信を招いているのではないか。(川淵委員)</li> </ul>

- ・見直しに当たっては、施行までの準備期間や施行後における問題点を検証しつつ検討すべきである。
- ・制度の見直しや運営にあたっては、当事者（高齢者）の意見を聞く場を設けることが必要である。

【見直しの進め方について】

- ・長寿医療制度はスタートから6ヶ月が経過したが、どうしてうまくいっていない（とされる）のか、その失敗原因を分析すべきではないか。（川淵委員）
- ・制度の運営にあたり、事務ミスが多すぎるのではないか。（樋口委員）
- ・制度運営で事務ミスが生じたのは、昨年10月、つまり制度開始のわずか半年前になって激変緩和措置が講じられ、自治体に大幅なシステム改修を求めたことにも原因があったと思っている。（権丈委員）
- ・10年に渡る議論の中で、どこかの意志決定で失敗したのかを検討しなければならない。（岩本委員）
- ・今回の経験から、次の2点を学んだと思っている。ひとつは、75歳で区切る日医案には無理があること。日医は、国庫負担5割、保険者からの財政支援金4割の現状から国庫負担9割にすれば、今の不満が収まると考えているようだが、そうではないだろう。いまひとつは、財政調整に強く抵抗すれば国庫負担が増えて、自分たちの負担が軽くなると見込んだ健保組合側の読みが甘かったということ。これまで75歳以上でなされていた財政調整が、今回の改革で65歳まで下ろされた。健保組合を含めて、今後の議論は、65歳以上の前期高齢者医療制度による財政調整制度の存在をスタート点とせざるを得なくなっている。（権丈委員）
- ・与党の強行採決で決まったものであり、説明責任が履行されていないのではないか。（樋口委員）
- ・「物語・介護保険」に書いたのだが、介護保険が提案されたときは8割以上の人が負担増に賛成した。それは、事務次官が本部長になり、当事者の意見を聞いた上で検討していったからだ。その先例を学ぶべきだったのではないか。（大熊委員）
- ・政府で検討した際のメンバーに75歳以上のメンバーが一人しかおらず、当事者不在で、75歳以上の意見を聞く姿勢がなかったのではないか。（樋口委員）

## 2. 世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について

委員からの意見を踏まえた論点整理	委員の意見
<p>○<u>財源のあり方</u>については、以下のように意見が集約されるが、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在の高齢者医療制度は、65歳又は75歳という「年齢」に着目して保険者間の財政調整を被保険者数を基に行っているが、財政調整の要素に「所得」も入れるべきではないか。</li> <li>・ 財政調整については、医療費の総額を国保と被用者保険の被保険者数で均等に分けた上で、被用者保険分は保険者の財政力に応じて負担とする方法とすべきではないか。</li> <li>・ 協会健保と組合健保の財政調整の前に、健保組合内で財政調整を行う仕組みを設けるべきではないか。</li> <li>・ 現在の後期高齢者医療制度は約5割の公費負担があり、前期高齢者医療制度には直接公費は投入されていないが、制度のあるべき姿を考慮した上で、今後の公費のあり方をどのように考えるべきか。</li> </ul> <p>関連資料Ⅱ-① 後期高齢者負担率等の改定について</p>	<p>【財政調整等について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在の保険者の医療費の格差の要因は、年齢・所得・患者負担割合にあるが、この要因は保険者機能が発揮できるものではないので、所得と年齢については財政調整の対象とすることを検討すべきではないか。(権丈委員)</li> <li>・ 高齢者の財政調整の現実的な解決策として、医療費の国保の総額と被用者保険の総額は均等割で分けておいて、被用者保険の総額の中身は応能負担でやるという考え方がリーズナブルではないか。(岩本委員)</li> <li>・ 被用者保険における高齢者医療費の負担分は、現在の均等割(応益原則)も一つの公平感に基づく考え方であるが、所得比例(応能原則)という今ひとつの公平感に基づく考え方があっても不自然ではないのではないか。(権丈委員)</li> <li>・ 高齢者医療に対する被用者保険の支援金・納付金については、保険者の財政力按分とする等あり方を検討すべきではないか。(山崎委員)</li> <li>・ 協会健保と健保組合の財政調整を行う前に、健保組合の中で組合主義を推進するのであれば、健保組合の中で財政調整を行う等、助け合いの仕組みを作るべきではないか。(山崎委員)</li> <li>・ 税を多く投入して税による負担を大きくすれば、財政当局から口出しがしやすくなるので慎重に考えるべきである。ただし現状では、保険者が低所得者を抱えるというリスクは、税によって調整せざるを得ない側面がある。(権丈委員)</li> </ul>

3. 年齢で区分すること、制度の建て方、名称等について

委員からの意見を踏まえた論点整理	委員の意見
<p>○年齢による区分については、以下のように意見が集約されるが、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・どの年齢で区分するかは政策的に合理的であればよく、75歳以上とすることは適当ではないか。</li> <li>・年齢で区分することはやむを得ないが、介護保険制度や公的年金制度などと同様に、65歳以上で区分すべきではないか。</li> </ul> <p>資料Ⅰ－② 前期高齢者医療に係る財源構成の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・75歳以上の被用者保険の本人等、現役で働いている方については、被用者保険の被保険者にすべきではないか。</li> </ul> <p>関連資料Ⅱ－② 政府管掌健康保険の被保険者であった方の所得状況</p>	<p>【年齢による区分について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・どこかでは年齢で線を引かなければならないと思う。どこで線を引くかは政策的に考えて合理的なものであればよく、75歳以上としたのはやむを得なかった。(岩村委員)</li> <li>・75歳で線を引くことについては、将来を考えれば、1つの可能性としてはあるのではないか。(川淵委員)</li> <li>・介護保険も40歳で区切ったが、時間をかけていろいろな意見を聞いたので、理解が得られた。(大熊委員)</li> <li>・要医療と要介護の線引きは難しいので、医療保険と介護保険の統合ができないか。しかし、当面は、年金支給開始年齢、並びに介護保険の原則給付が始まる65歳をひとつの目安としてはどうか。(川淵委員)</li> <li>・75歳という年齢を下げて、介護保険と同様、65歳以上の人を対象とすればうまくいくのではないか、その場合には、リスク構造調整型と介護保険型の二つの考え方がある。(山崎委員)</li> <li>・制度において、若人の一人当たり老人医療費の負担が、過重にならないように、若人と高齢者の老人医療費負担割合を自動調整化できたこと、および個人単位の加入にして保険料負担の水平的公平が改善されたことは、今回の改革の長所ということもできる。しかしこの長所は75歳で区切ったから可能となっている。75歳以上の独立した医療制度を設けることの弊害を鑑みれば、それら長所を犠牲にしても、前期高齢者の財政調整の仕組みを後期高齢者に拡大して65歳以上でリスク構造調整をする方が望ましいのではないか。もっとも、先に挙げた長所を享受しながら75歳で区切らないで済む方法があるのなら、その方がベターである。(権丈委員)</li> <li>・75歳で区切る理由は、75歳以上の高齢者の特性に応じた医療が必要との説明であったが、目新しい医療サービスがない。(岩本委員)</li> <li>・75歳という年齢で一律分離するのが最大の問題である。ただし、財政的に現役世代と高齢者の負担区分の明確化は良い面である。(宮武委員)</li> <li>・職業上の属性等を無視し、75歳で区切るのは問題ではないか。夫婦別れ、親子別れなどの世帯の分離を促している。(樋口委員)</li> <li>・平成18年4月26日の衆議院厚生労働委員会の参考人質疑でも申し上げたが、年金が60(→65)歳、(高齢者)医療が75歳、介護が65歳で果たして整合性がとれるのかどうか。(川淵委員)</li> <li>・障害認定者を長寿医療制度の被保険者とする事で厄介払いをしているのではないか。(樋口委員)</li> </ul>

○保険制度の建て方については、以下のように意見が集約されるが、どのように考えるか。

- ・老人保健制度の問題点を解決するため、長年にわたり各団体の主張を調整してできた制度であり、基本的な枠組みは当分維持すべきではないか。
- ・全年齢でリスク構造調整を行うべきではないか。
- ・一元化については、各保険者間で所得捕捉の状況や保険料算出方法・保険料率等に大きな差異があり、諸外国の状況を踏まえても困難ではないか。

○高齢者の心情を配慮し、「後期高齢者」という名称を見直すべきである。

【保険制度の建て方について】

- ・批判が強い中でも、制度の枠組みに対する議論は低調。関係者は、当面は現在の制度でいてほしいのが本音と思われる。(山崎委員)
- ・老人保健制度に対する不満を解決するために、各団体の主張の折り合いをつけて、今回の制度ができた。(山崎委員)
- ・全国健康保険協会が導入した「リスク構造調整方式」が良いのではないか。(岩本委員)
- ・10月1日からスタートした「全国健康保険協会」では、都道府県ごとに政管健保の保険料率を決定することになるが、これで「国民すべからく平等に医療を受けられるかどうか」リスク構造調整のあり方が問われる。(川淵委員)
- ・現行の長寿医療制度を廃止して、医療保険制度の一元化を求める意見もあるが、これが日本で実現可能かどうか。韓国やドイツの医療保険制度が一元化できた理由も含めて分析すべき。(川淵委員)
- ・韓国の医療保険一元化では、一元化公約時の「全国民共通の単一保険料賦課体系」が未だ確立されていないし、今後も整備される様子はない。そして韓国内外の専門家の間では、韓国の医療保険一元化は失敗であったと評価されていることは、日本の医療保険論議に、少なからず示唆を与えるのではないか。(権丈委員)
- ・医療保険制度の一元化は簡単ではなく、大変難しい問題である。(山崎委員)
- ・財政調整の機能と保険者の機能は分離して制度設計すればよい。(岩本委員)
- ・制度の建て方は、長期的に議論すべき課題。(岩村委員)

【名称について】

- ・後期高齢者は学問上の概念定義。後期高齢者と呼ばれた人の気持ちをもっと考えるべきではないか。(樋口委員)

4. 保険料の算定方法・支払い方法について

委員からの意見を踏まえた論点整理	委員の意見
<p>○ <u>保険料の算定方法</u>については、以下のように意見が集約されるが、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険料負担については、応能負担か、応益負担も入れた方がよいか、国民の意見を聞くべきではないか。</li> <li>・ 国保や長寿医療制度の加入者についても、所得は捕捉されており、保険料については、均等割を廃止し、所得割のみとすべきではないか。</li> </ul> <p><u>関連資料Ⅱ－③ 長寿医療制度の保険料の均等割を廃止した場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所得割の算定については旧ただし書き所得を採用しているが、住民税方式に変えるべきではないか。</li> </ul> <p><u>関連資料Ⅱ－④ 所得割の算定における旧ただし書き方式と住民税方式の比較</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険料の賦課限度額の上限を見直すべきではないか。</li> </ul> <p><u>関連資料Ⅱ－⑤ 長寿医療制度の賦課限度額の設定の考え方について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険料の個人単位化は、これまで長い間にわたる女性の主張に沿うものであり、公平性の観点から適当ではないか。</li> </ul>	<p>【保険料の算定方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険料負担について制度設計する際、応能負担が良いのか、応益負担も入れた方が良いのか国民の意見を聞くべきではないか。(岩本委員)</li> <li>・ 国保加入者の所得捕捉が困難というのは過去の事実であり、国保の保険料は所得比例でよい。(岩本委員)</li> <li>・ 応益負担は段階的に軽減措置が講じられているので、段差の近くで、所得の高い人の方が可処分所得が減る現象が起こりうる。保険料負担については応能負担のみとすれば、そのようなことは起こらず、より適切ではないか。(岩本委員)</li> <li>・ 保険料の賦課基準として所得割は原則、被保険者本人の旧ただし書き所得を採用していると配布資料にあるが、そうすると住民税方式よりも社会保険料の負担が大きくなってお年寄りの勤労意欲や投資意欲等がそがれるのではないか。(川淵委員)</li> <li>・ 現役並みの600万円の所得がある勤労者に対して、上限の50万円の保険料を賦課することはすれすれの所得層には勤労意欲を削減するものであり、問題ではないか。(樋口委員)</li> <li>・ 長寿医療制度には、保険料の個人単位化など公平性の観点から良い面もある。この点は、女性たちが長いこと提言していたものである。(大熊委員)</li> <li>・ 長寿医療制度に移行して国保に比べてどれくらいの保険料が増えたかという話は世帯単位でしか議論できないので、保険料の賦課を個人単位としたことについて、75歳で線引きしたことの意義も含めて議論すべきではないか。(川淵委員)</li> </ul>

- 保険料の支払い方法については、以下のように意見が集約されるが、どのように考えるか。
- ・ 年金からの支払いに関しては、社会保険料控除について対象者に更に周知すべきではないか。
  - ・ 資格証明書の発行については、医療の機会が損なわれないように慎重な対応等を行うべきではないか。

関連資料Ⅱ－⑥ 資格証明書の交付について

【保険料の支払い方法】

- ・ 天引きをする場合に、社会保険料控除の問題について、きちんと周知していない。(樋口委員)
- ・ 口座振替を選択可能とすると、保険料の滞納者が増えることが予想されるが、仮に国保に長寿医療制度を合体した時には、現行の短期被保険者証＋資格証明書の交付制度に加えて、保険料を払えない方については一定の救済措置が必要になるのではないか。(川淵委員)
- ・ 長寿医療制度は年金天引きと口座振替の選択になるのであれば同じ年金天引きの介護保険にも選択制を導入する必要があるのではないか。(川淵委員)

5. 運営主体について

委員からの意見を踏まえた論点整理	委員の意見
<p>○ <u>長寿医療制度の運営主体</u>については、以下のように意見が集約されるが、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の広域連合の保険者機能を更に強化すべきである。</li> <li>・都道府県を運営主体とすべきであり、そのための環境整備を検討すべきではないか。</li> </ul>	<p>【長寿医療制度の運営主体について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県単位で運営し、保険者機能を強化するとのことであったが、広域連合の保険者としての積極的な活動が見られない。(岩本委員)</li> <li>・都道府県レベルで保険者を考えた方がいいというのが全体の流れであると思う。広域連合はこれまであまり使ったことがなかった仕組みではある。いずれにせよ当事者の方の意見を伺いながら考える必要がある。(岩村委員)</li> <li>・広域連合は住民に見えない。高齢者等の当事者の要望をきちんと受け止めて責任をもって制度運営をする組織になっていないことが問題。これは、市町村との妥協の産物だからであり、医療は県単位でという方向を目指すのであれば都道府県が運営主体となるべきではないか。(山崎委員)</li> <li>・長寿医療制度は、都道府県単位で運営することとした良い面がある。ただし、本来は全市町村参加の広域連合ではなく都道府県が直接に運営すべきではないか。(宮武委員)</li> <li>・改善の形は大臣の私案と同じ。都道府県に事務処理のノウハウがないことについては、市町村職員の協力を促す仕組みを工夫することで対応できる。都道府県単位の保険者にしたとしても、保険料を都道府県で統一する必要はなく、市町村単位で保険料に差を設けることにより、市町村がもつこれまでのノウハウを活用し市町村に徴収インセンティブを持ち続けてもらうことも考えられる。(権丈委員)</li> <li>・市町村国保の中に高齢者医療勘定を設けて高齢者医療を引き受けるのが最善だと考えているが、零細な市町村では困難だということであれば、次善の策として、都道府県を保険者にして国保と高齢者医療を引き受け、市町村と国が支える形がよいのではないか。(山崎委員)</li> <li>・都道府県は医療保険の事務に関するノウハウがなく、ファイナンスの機能を果たせる力はないのではないか。(川淵委員)</li> </ul>

- 国保の運営主体については、以下のように意見が集約されるが、どのように考えるか。
- ・ 都道府県単位とし、都道府県又は広域連合が長寿医療制度と一体的に運営すべきではないか。(保険料の徴収等は市町村が実施。)
  - ・ 2次医療圏単位で市町村が共同で運営すべきではないか。
  - ・ 保険者は市町村のままとし、財政の共同化や国の調整交付金等の配分によって運営の安定化を図るべきではないか。

【国保の運営主体について】

- ・ 都道府県単位とするのが全体の流れではないか。ただ保険料の納付率等を考えても都道府県単位とすることは色々問題があるので、実際の担当者をお呼びして話を聞きたい。(宮武委員)
- ・ 国民健康保険も都道府県単位に発展させれば、今回の改革以前の制度よりも良い制度ができる。都道府県単位の広域連合を使うにしろ、責任主体を明確にする等、組織そのものについては考える必要がある。(権丈委員)
- ・ 国保の財政運営の単位は、第2次医療圏辺りで医療を共同で引き受けている範囲が良いのではないか。(山崎委員)
- ・ 保険者は市町村のままであっても、財政の共同化あるいは国の調整交付金等の配分によって改善できるのではないか。(山崎委員)
- ・ 都道府県が運営してうまくいくかは疑問がある。運営は市町村とし、国や県は財政調整をしっかりと行うこととすべきではないか。(岩本委員)
- ・ 75歳未満が対象になった市町村の国民健康保険についても、まず広域連合化を図り、75歳以上も75歳未満も同じ構造の制度にしてドッキングさせる、いわば二階建てに改造すれば75歳で別制度にした欠点を是正できる。(宮武委員)
- ・ 保険者の広域化を検討する際、一つの保険者であれば単一保険料が原則であり、経過措置として不均一保険料とすることが自然ではないか。(山崎委員)
- ・ 保険者の広域化を考える際、事務処理の側面と財政の側面と分けて考えるべきではないか。(山崎委員)

6. 医療サービスについて

委員からの意見を踏まえた論点整理	委員の意見
<p>○ <u>医療サービス</u>については、以下のように意見が集約されるが、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者担当医等の75歳以上に限定された診療報酬体系を見直すべきではないか。</li> <li>・ 介護で対応できる高齢者については、介護で対応するための取組を更に推進すべきではないか。</li> <li>・ 高齢者にふさわしい医療サービスを更に充実させるべきではないか。</li> </ul>	<p>【医療サービスについて】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 長寿医療制度には、家庭医をもつ、人生の最期の迎え方を自分で決める、などの良い面もある。ただ、これは、75歳になったら突然必要になる、という仕組みではない。(大熊委員)</li> <li>・ 他の国では、医療ではなく、ホームヘルプや住宅政策で受け止めている高齢者を、日本では「患者」にして、医療で扱っている。介護報酬が低いために介護職が足りず、本来医療でやらなくても良いもののために高齢者医療費が増大している。この状況を放置したのでは、根本的解決は図れないのではないか。(大熊委員)</li> <li>・ 同じ年金天引きの介護保険制度と違い、長寿医療制度は目新しい給付が無く、むしろ「制限医療」の色彩が強い診療報酬改定が行われたため、理解が得られなかったのではないか。(川淵委員)</li> <li>・ 医療費を増やすべきであるこの国の現状と高齢者の医療費抑制の目標は矛盾する。現在の医療費の老若の比率の大きさを問題視するというのであれば、急性期の医療を充実させたりすることにより他国に比して少ない若人の一人当たり医療費を増やして高齢者医療費との差を小さくすべきではないか。(権丈委員)</li> <li>・ イギリスでの家庭医をモデルとして、担当医を作ろうとしていることは理解できるが、家庭医の養成自体がまだできていないのではないか。(樋口委員)</li> <li>・ スパゲッティ状態になりたくないというターミナルケアに関する国民的議論がせっかく成熟していたのに、それを無視したのではないか。(樋口委員)</li> </ul>

# 高齢者医療制度について (本日の議題に関する参考資料)

平成21年2月24日  
厚生労働省保険局

## I 検討会への提出をご依頼いただいた資料について

① 被用者保険の納付金等に係る負担の保険料率換算(第3回、権丈委員)	
Ⅰ. 現行制度における前期高齢者に係る負担の保険料率換算	1
Ⅱ. 前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合	2
② 前期高齢者医療給付費に係る財源構成の変化(第4回、権丈委員)	
Ⅰ. 前期高齢者医療給付費に定率公費(5割)を導入した場合の財源構成の変化	3
Ⅱ. 前期高齢者医療を長寿医療制度と同様の仕組みにした場合の財源構成の変化	4
③ 被用者保険の65歳以上の被扶養者に係る割増保険料率(第3回、権丈委員)	6
④ 日・独・仏における被用者保険(医療)における保険料率及び労使負担割合(第4回、権丈委員)	7
⑤ 健康保険組合の保険料率一覧(第4回、権丈委員)	8
⑥ 高齢者の患者負担割合を1割に変更した場合の医療費・医療給付費の変化(第3回、権丈委員)	9
⑦ 日本とドイツにおける老人と若人の1人当たり医療費(第4回、川淵委員、権丈委員)	10
⑧ 後期高齢者診療料の実施状況と政策評価の進め方(第4回、川淵委員)	11
⑨ 後期高齢者診療料と老人慢性疾患外来総合診療料の比較(第4回、川淵委員)	13
⑩ 終末期医療に係る客観的なデータに基づく医療費の分析及び国際比較(第4回、川淵委員、権丈委員)	14
⑪ 10年間の救急搬送人員の変化(第4回、樋口委員)	17
⑫ 救急搬送人員について(富山県)(第4回、樋口委員)	19

## II 論点整理に関する資料について

① 後期高齢者負担率等の改定について	20
② 政府管掌健康保険の被保険者であった方の所得状況	22
③ 長寿医療制度の保険料の均等割を廃止した場合	23
④ 所得割の算定における旧ただし書き方式と住民税方式の比較	24
⑤ 長寿医療制度の賦課限度額の設定の考え方について	25
⑥ 資格証明書の交付について	26

# 被用者保険の納付金等に係る負担の保険料率換算

資料 I - ①

(第3回高齢者医療制度に関する検討会 提出資料)

## I. 現行制度における前期高齢者に係る負担の保険料率換算 (平成20年度)

	被用者保険 計	協会健保	組合健保
前期高齢者に係る負担(満年度) ① ＜前期高齢者給付費＋前期高齢者納付金＞	3.3兆円	1.5兆円	1.3兆円
総報酬 ②	194兆円	77兆円	88兆円
保険料率換算 ①/②	1.7% [1.6%]	2.0% [1.7%]	1.5% (0.8%~2.5%)

注1: 前期高齢者納付金には前期高齢者が負担する後期高齢者支援金の財政調整に係る分を含む。

2: 協会健保の保険料率換算の[ ]は協会健保の国庫負担分(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を除いたものである。

3: 健保組合の( )は、健保組合の保険料率換算について、組合ごとの加入者1人当たり総報酬の格差による変動範囲を粗く計算したものである。

## Ⅱ. 前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合 (平成20年度の医療給付費等を基礎とした極めて粗い計算)

資料Ⅰ－①

<前提条件>

(第3回高齢者医療制度に関する検討会 提出資料)

- 現行の長寿医療制度の加入者は、長寿医療制度導入前の制度に加入するものとし、前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大して適用。
- 高齢者の医療給付に対する公費負担については次の2ケースを仮定。
  - ケースⅠ : 高齢者の医療給付に対して5割の公費負担なし
  - ケースⅡ : 現行の長寿医療制度の医療給付に対して5割の公費負担(現役並み所得者の公費負担なし)

		被用者保険	協会健保	組合健保
65歳以上医療給付に係る負担 (5割公費を除く) <65歳以上給付費+納付金>	ケースⅠ ①	9.4兆円	4.7兆円	3.6兆円
	ケースⅡ ②	6.5兆円	3.2兆円	2.5兆円
総報酬	③	196兆円	78兆円	88兆円
保険料率換算 (5割公費を除く)	ケースⅠ ①/③	4.8% [4.4%]	6.1% [5.2%]	4.0% (2.2%~6.8%)
	ケースⅡ ②/③	3.3% [3.1%]	4.1% [3.5%]	2.8% (1.5%~4.7%)

- 注1: 協会健保の保険料率換算の[ ]内は納付金に係る協会健保の国庫負担分(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を除いたものである。
- 2: 健保組合の( )は、健保組合の保険料率換算について、加入者1人当たり総報酬の格差による変動範囲を粗く計算したものである。
- 3: 現行の長寿医療制度の給付に対する公費(支援金に対する公費及び保険料軽減等に対する公費を除く)は、現役並み所得者には公費がつかないことから長寿医療制度の給付費に対する割合は46%(平成20年度)となっている。したがって、今回の試算においては、公費割合を46%とした。
- 4: 納付金は、平成20年度における前期高齢者納付金及び平成20年3月分の老人保健の給付費及び拠出金を年度換算したものを基礎に算出。
- 5: 総報酬は、平成20年度の総報酬を基礎に75歳以上の被保険者本人が長寿医療制度導入前の制度に加入することにより1%増加すると仮定した。

## 前期高齢者医療給付費に係る財源構成の変化

資料 I - ②

### I 前期高齢者医療給付費に定率公費(5割)を導入した場合の財源構成の変化

(単位:兆円)

	前期高齢者 給付費	財源内訳						定率公費 (5割)
		協会健保		組合健保、共済等	国保			
		保険料	公費	保険料	保険料	公費		
現行制度	5.2	1.3	0.2	1.7	1.0	1.0	—	
前期高齢者に 定率公費(5割) を導入した場合	5.2	0.7	0.1	0.9	0.5	0.5	2.4	

※ 平成21年度予算ベース

注1: 現行の長寿医療制度は、現役並み所得者は5割公費がないことから、給付に対する定率公費の割合は平成21年度予算ベースで47%となっている。したがって、今回の試算では、前期高齢者の給付に対する公費割合を47%と仮定。

注2: 市町村国保の公費割合は50%として試算しており、市町村国保の保険料軽減等に対する公費の影響については考慮していない。

## II 前期高齢者医療を長寿医療制度と同様の仕組みにした場合の財源構成の変化

○ 前期高齢者医療給付費の財源・・・前期高齢者の保険料2割、公費5割、支援金3割と仮定

〔現行制度において、前期高齢者の保険料は前期高齢者給付費のおおむね2割であることから、機械的に前期高齢者の保険料の割合を2割と仮定した。〕

(単位:兆円)

	前期高齢者 給付費	財源内訳						
		協会健保		組合健保、共済等	国保		前期高齢者 の保険料 (2割)	定率公費 (5割)
		保険料	公費	保険料	保険料	公費		
現行制度	5.2	1.3	0.2	1.7	1.0	1.0	—	—
長寿医療制度と 同様の仕組み とした場合	5.2	0.5	0.1	0.7	0.2	0.2	1.0	2.4

※ 平成21年度予算ベース

協会健保、組合健保、国保等の各制度の保険料は、現行制度ではそれぞれの制度に加入している前期高齢者の保険料を含むが、長寿医療制度と同様の仕組みとした場合、前期高齢者の保険料は先当てされるため各制度の保険料は65歳未満の者の保険料のみとなる。

現行制度において前期高齢者約1400万人(平成21年度予算案ベース)は、協会健保に170万人(12%)、組合健保、共済等に90万人(7%)、国保に1160万人(82%)が加入している。

注1: 現行の長寿医療制度は、現役並み所得者は5割公費がないことから、給付に対する定率公費の割合は平成21年度予算ベースで47%となっている。したがって、今回の試算では、前期高齢者の給付に対する公費割合を47%と仮定。

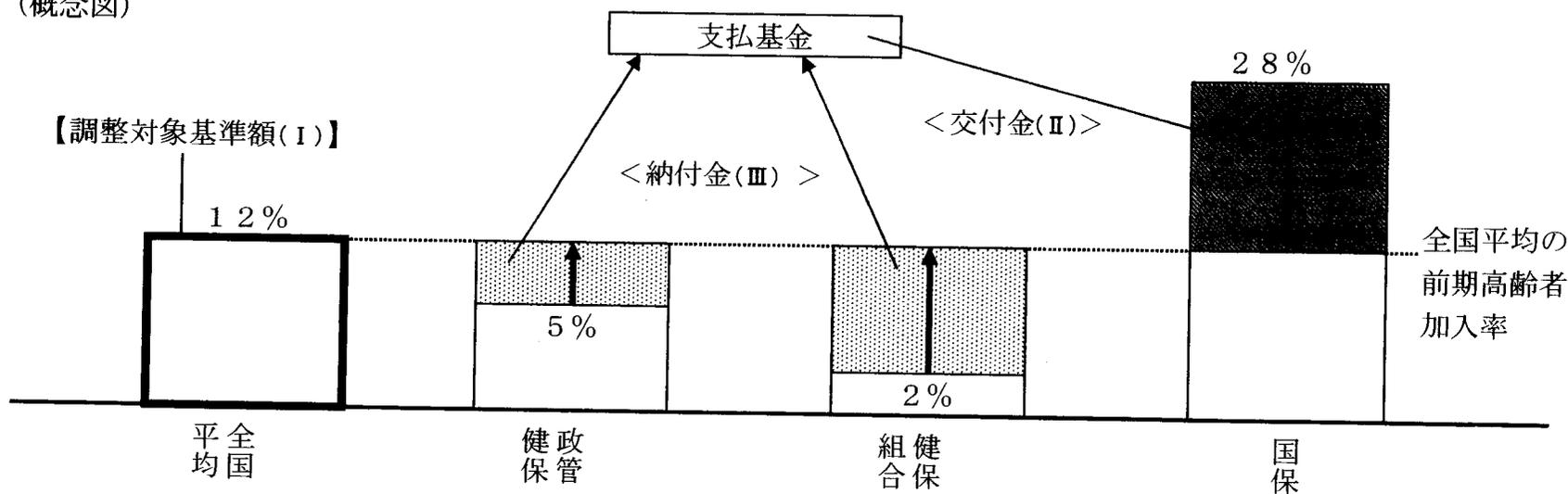
注2: 市町村国保の公費割合は50%として試算しており、市町村国保の保険料軽減等に対する公費の影響については考慮していない。

前期高齢者加入率が、全国平均加入率12%を上回る保険者については交付金が交付され、下回る保険者については納付金を納付することとなる。  
 健保組合は、一般的に前期高齢者の加入率が低いので、納付金を納付することとなる。

### 各保険者の納付金

$$= (\text{当該保険者の1人当たり前期高齢者給付費}) \times \text{当該保険者の0~74歳までの加入者数} \\ \times (\text{全国平均の前期高齢者加入率} - \text{当該保険者の前期高齢者加入率})$$

(概念図)



# 被用者保険の65歳以上の被扶養者に係る割増保険料率

資料 I - ③

(第3回高齢者医療制度に関する検討会 提出資料)

仮に、65歳以上被扶養者が被用者保険に加入する場合に割増保険料を被保険者本人から徴収すると仮定した場合の割増保険料率を計算。

## I. 65歳以上被扶養者の医療給付を賄うために必要な保険料率

- 公費負担は、現行の長寿医療制度と同様の75歳以上の医療給付費に対する5割の公費負担の他、協会健保には、5割公費分を除く医療給付費にも国庫負担(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を仮定。

		協会健保	組合健保
65歳以上の被扶養者の医療給付費	①	1.2兆円	0.6兆円
公費負担	②	0.5兆円	0.2兆円
65歳以上被扶養者を扶養する被用者本人の総報酬	③	7.6兆円	5.3兆円
<b>割増保険料率(被扶養者1人あたり)</b>	<b>(①-②) / ③</b>	<b>9%程度</b>	<b>7%程度</b>

※ 平成18年度健康保険被保険者実態調査の被保険者数及び総報酬並びに平成20年度予算ベースの1人当り医療給付費を基礎とした推計値

## II. 長寿医療制度において負担することとなる保険料相当額を割増保険料率とする場合

- 長寿医療制度の均等割保険料の平均額(年額) 41,500円 …… ①  
(被扶養者は所得割を負担せず世帯としては軽減世帯に該当しないと仮定)

		協会健保	組合健保
65歳以上被扶養者を扶養する被用者本人の 1人当たり平均総報酬	②	410万円	610万円
<b>割増保険料率(被扶養者1人あたり)</b>	<b>① / ②</b>	<b>1.0%程度</b>	<b>0.7%程度</b>

日・独・仏における被用者保険(医療)における  
保険料率及び労使負担割合

<p><b>日本</b> (2009)</p>	<p><b>8.2%<sup>※1</sup></b> 労使折半</p>
<p><b>フランス</b> (2008)</p>	<p><b>13.85%<sup>※2</sup></b> 被用者:0.75%、事業主:13.10% 別途、年金・医療・介護・家族手当を目的とした「一般社会拠出金」として、 労働所得に7.50%賦課(うち医療分:5.29%)</p>
<p><b>ドイツ</b> (2009)</p>	<p><b>14.6%<sup>※3</sup></b> 労使折半</p>

※1 全国健康保険協会管掌健康保険の保険料率  
 ※2 民間商工業の被用者、公務員、年金受給者を対象とした一般制度における保険料率  
 ※3 公的医療保険における保険料率

## 健康保険組合の保険料率一覧（平成19年度決算見込）

### 【保険料率下位10組合】

	保険料率 (%)	うち事業主 負担分 (%)	うち被保険者 負担分 (%)	事業主の 負担割合 (%)	被保険者の 負担割合 (%)	平均総報酬額 (円)
1	31.200	15.600	15.600	50.0	50.0	6,103,734
2	31.200	15.600	15.600	50.0	50.0	2,825,461
3	32.000	16.000	16.000	50.0	50.0	3,657,739
4	42.000	21.000	21.000	50.0	50.0	6,801,378
5	43.500	29.350	14.150	67.5	32.5	9,039,661
6	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	5,733,272
7	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	6,506,243
8	44.000	27.060	16.940	61.5	38.5	12,193,524
9	45.000	27.000	18.000	60.0	40.0	12,303,924
10	45.000	34.000	11.000	75.6	24.4	8,337,996
11	45.000	27.000	18.000	60.0	40.0	8,542,935
12	45.000	22.500	22.500	50.0	50.0	5,203,966

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。  
 ※ 準備金又は積立金を繰り入れることで、保険料率を低く設定している組合がある。

### 【保険料率上位10組合】

	保険料率 (%)	うち事業主 負担分 (%)	うち被保険者 負担分 (%)	事業主の 負担割合 (%)	被保険者の 負担割合 (%)	平均総報酬額 (円)
1	96.200	53.670	42.530	55.8	44.2	4,955,926
2	96.200	54.690	41.510	56.9	43.1	5,213,539
3	95.930	52.710	43.220	54.9	45.1	5,832,891
4	95.890	50.445	45.445	52.6	47.4	5,197,633
5	95.730	60.490	35.240	63.2	36.8	3,823,252
6	95.640	53.360	42.280	55.8	44.2	3,995,283
7	95.620	50.310	45.310	52.6	47.4	4,345,934
8	95.400	53.220	42.180	55.8	44.2	3,735,460
9	95.380	50.190	45.190	52.6	47.4	3,893,194
10	95.360	60.228	35.132	63.2	36.8	4,606,222

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。

健康保険組合平均（1,518組合：20年3月末現在）	
保険料率（単純平均）	73.08%（事業主：40.38%、被保険者：32.70%）
平均総報酬額	5,616,372円

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。  
 ※ 平均標準報酬月額×12ヶ月÷平均標準賞与（年間）

# 高齢者の患者負担割合を1割に変更した場合の医療費・医療給付費の変化

資料 I - ⑥

(第3回高齢者医療制度に関する検討会 提出資料)

○ 現行制度で3割負担の65歳以上高齢者の患者負担割合を1割負担に変更した場合の医療費・医療給付費の変化を計算。

・現行制度で3割負担の高齢者 …… 65～69歳の者(長寿医療制度対象者除く)及び70歳以上(長寿医療制度対象者含む)の現役並み所得者

	医療費 〔現行制度で3割負担の高齢者分〕	医療給付費 〔現行制度で3割負担の高齢者分〕	実効給付率
変更前	40,400億円	33,100億円	81.8%
変更後	44,500億円	40,900億円	91.9%
増加額	4,000億円	7,800億円	-

注1: 給付率の変化に伴う医療費の波及増(長瀬効果)を見込んでいる。

注2: 変更前の医療費は平成19年度メディアス(概算医療費)ベース。

注3: 実効給付率は、変更前は老人保健の現役並み所得者の実効給付率、変更後は老人保健の一般所得者の実効給付率(平成19年1～12月実績)を用いている。

<医療費の波及増(長瀬効果)とは>

制度的な給付率の変更(=患者負担率の変更)に伴い、1人当たり医療費の水準が変化することが経験的に知られており、この効果を「長瀬効果」と呼んでいる。

例えば、給付率が低くなる(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、受診行動が変化し、受診率が低下したり、1人当たり日数が減少する。

## 日本とドイツにおける老人と若人の1人当たり医療費

日本(2006年) 0~74歳 1,398ドル 75歳以上 6,685ドル

➡ 老若比率 4.8倍

※ 0~64歳と65歳以上の老若比率は、4.2倍となる。

ドイツ(2006年) 0~64歳 2,144ドル 65歳以上 7,845ドル

➡ 老若比率 3.7倍

※米ドルを1としたときの購買力平価(「OECD Health Data 2008」より)にて換算。

※出典…日本については、老人医療受給対象者(平成18年度においては、74歳以上の者及び65~73歳の障害認定者)に係る老人医療費、0~74歳は老人医療受給対象者以外の医療保険加入者に係る医療費である。なお、0~64歳、65歳以上については、平成18年度の医療保険の各制度の事業年報等を基に算出。

ドイツについては、連邦統計庁資料より。公的及び民間医療保険に係る医療費について、年齢別の全人口に基づいて算出。

後期高齢者診療料の届出状況について(速報値)

	届出件数	内科診療所数		割合(診療所のみ)	
		総数	主たる	対総数	対主たる
全 国	9,478	63,286	37,356	14.9%	25.3%
北 海 道	200	2,069	1,202	9.2%	15.9%
青 森	0	670	342	0.0%	0.0%
岩 手	103	612	262	16.7%	38.9%
宮 城	56	995	580	5.6%	9.7%
秋 田	2	599	297	0.3%	0.7%
山 形	12	646	363	1.9%	3.3%
福 島	188	1,099	620	17.1%	30.3%
茨 城	40	1,188	657	3.4%	6.1%
栃 木	27	1,000	579	2.6%	4.5%
群 馬	265	1,079	590	24.6%	44.9%
埼 玉	272	2,438	1,439	11.2%	18.9%
千 葉	139	2,228	1,214	6.2%	11.4%
東 京	1,388	8,024	4,907	17.3%	28.3%
神 奈 川	570	3,598	2,254	15.8%	25.3%
新 潟	105	1,188	615	8.8%	17.1%
富 山	35	522	270	6.5%	12.6%
石 川	98	566	299	17.3%	32.8%
福 井	26	410	217	6.3%	12.0%
山 梨	100	436	262	22.9%	38.2%
長 野	395	1,022	657	38.6%	60.0%
岐 阜	216	1,117	723	19.2%	29.7%
静 岡	412	1,581	905	26.1%	45.5%
愛 知	553	3,074	1,932	18.0%	28.6%
三 重	257	978	606	26.1%	42.1%
滋 賀	30	669	399	4.5%	7.5%
京 都	99	1,631	985	6.1%	10.1%
大 阪	742	5,183	3,319	14.3%	22.4%
兵 庫	87	2,726	1,727	3.2%	5.0%
奈 良	71	764	497	9.3%	14.3%
和 歌 山	113	813	469	13.9%	24.1%
鳥 取	43	386	263	11.1%	16.3%
島 根	40	581	328	6.9%	12.2%
岡 山	202	1,105	674	18.1%	29.7%
広 島	135	1,666	934	8.1%	14.5%
山 口	23	849	482	2.7%	4.8%
徳 島	193	606	365	31.7%	52.6%
香 川	166	487	286	33.9%	57.7%
愛 媛	317	738	415	42.7%	75.9%
高 知	14	423	224	3.3%	6.3%
福 岡	669	2,450	1,364	27.3%	49.0%
佐 賀	77	459	272	16.8%	28.3%
長 崎	177	844	502	20.9%	35.1%
熊 本	93	1,026	548	9.1%	17.0%
大 分	179	672	354	26.3%	50.0%
宮 崎	31	602	325	5.0%	9.2%
鹿 児 島	505	989	562	50.9%	89.5%
沖 縄	13	478	270	2.7%	4.8%

(平成20年5月1日現在の速報値。保険局医療課調べ)

注1 届出数は、平成20年5月1日現在の速報値

注2 内科診療所数は、平成17年10月1日現在(医療施設調査)

注3 割合は、病院の届出件数29件を除いた診療所の届出件数のみで算出

資料1-8

## 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査

### ■調査目的

- ・ 「後期高齢者診療料」の算定状況及び改定後の治療内容の変化
- ・ 後期高齢者診療計画書の作成状況
- ・ 「後期高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度及び満足度

### <調査のねらい>

- 「後期高齢者診療料」の算定状況
  - ・ 75歳以上外来患者数及び後期高齢者診療料の算定患者数ほどの程度か。
  - ・ 後期高齢者診療料の算定患者において改定前後で通院回数等に変化があるか。
- 後期高齢者診療計画書の作成状況
  - ・ 後期高齢者診療計画書の交付回数及び作成時間はどの程度か。
  - ・ 患者への説明時間はどの程度か。
- 「後期高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度・満足度
  - ・ 医療機関からみた患者の理解度はどの程度か。
  - ・ 患者自身の満足度はどの程度か。

### ■調査対象及び調査方法

- ・ 全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中から無作為抽出した 3,500 施設を対象に医療機関調査及び医療機関を通じた患者調査を行う。
- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。

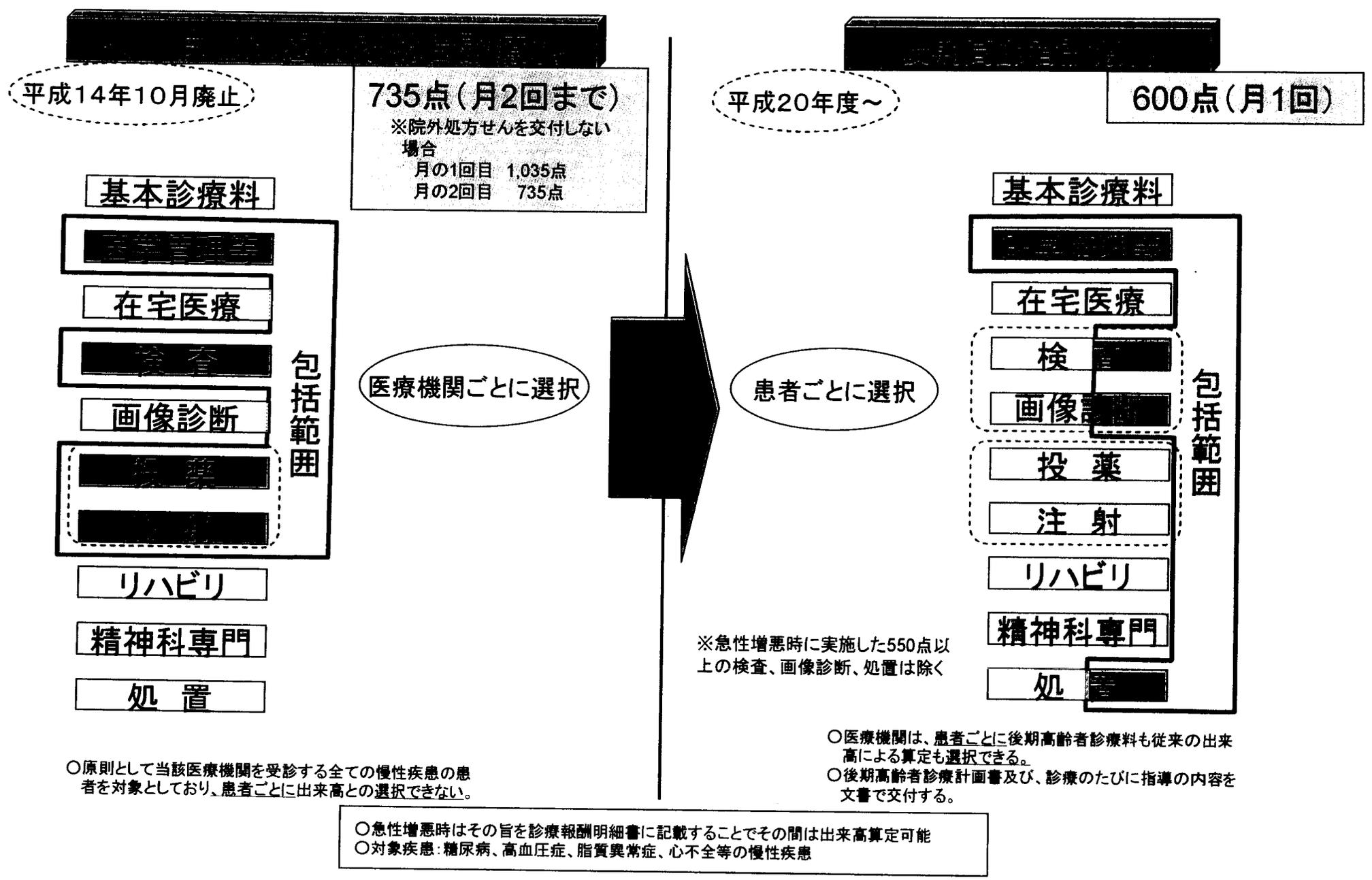
### ■調査項目（中医協 検－2参照）

### ■調査スケジュール

	平成20年				平成21年		
	8月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査票の設計 ・ 調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施			→				
集計・分析				→			
報告書作成					→		
調査検討委員会		○			○		

# 後期高齢者診療料と老人慢性疾患外来総合診療料の比較

資料 I - ⑨



平成14年10月廃止

735点(月2回まで)  
 ※院外処方せんを交付しない場合  
 月の1回目 1,035点  
 月の2回目 735点

平成20年度～

600点(月1回)

基本診療料

基本診療料

在宅医療

在宅医療

検査

検査

画像診断

画像診断

投薬

投薬

注射

注射

リハビリ

リハビリ

精神科専門

精神科専門

処置

処置

医療機関ごとに選択

患者ごとに選択

○原則として当該医療機関を受診する全ての慢性疾患の患者を対象としており、患者ごとに出来高との選択できない。

○医療機関は、患者ごとに後期高齢者診療料も従来の出来高による算定も選択できる。

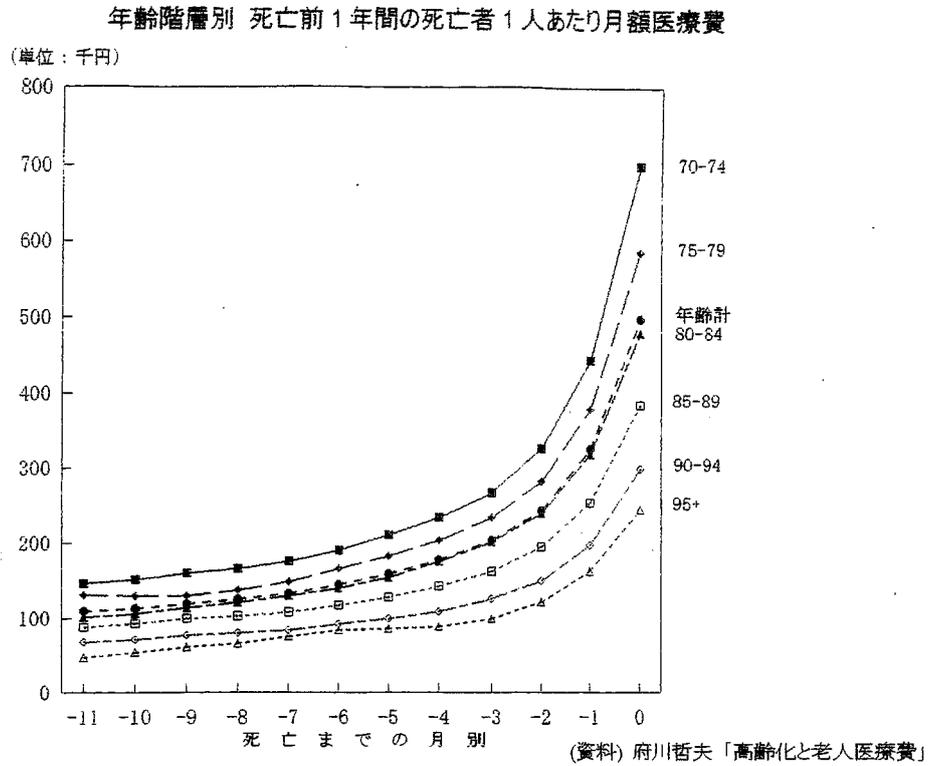
○後期高齢者診療計画書及び、診療のたびに指導の内容を文書で交付する。

○急性増悪時はその旨を診療報酬明細書に記載することでその間は出来高算定可能  
 ○対象疾患：糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心不全等の慢性疾患

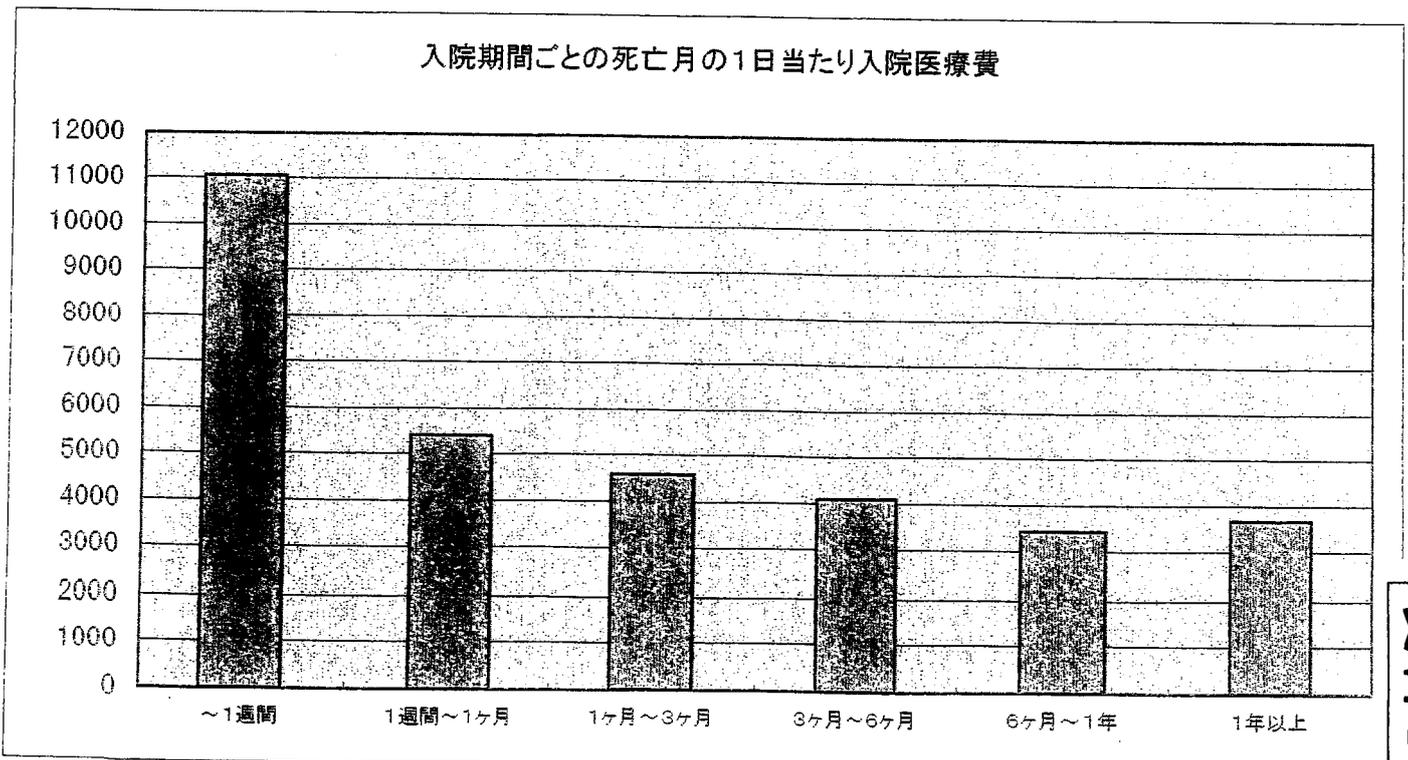
## 終末期における医療費

終末期におけるケアに係る制度及び政策に関する研究  
 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会より抜粋

○ 死亡月における医療費は、6ヶ月前の3.4倍

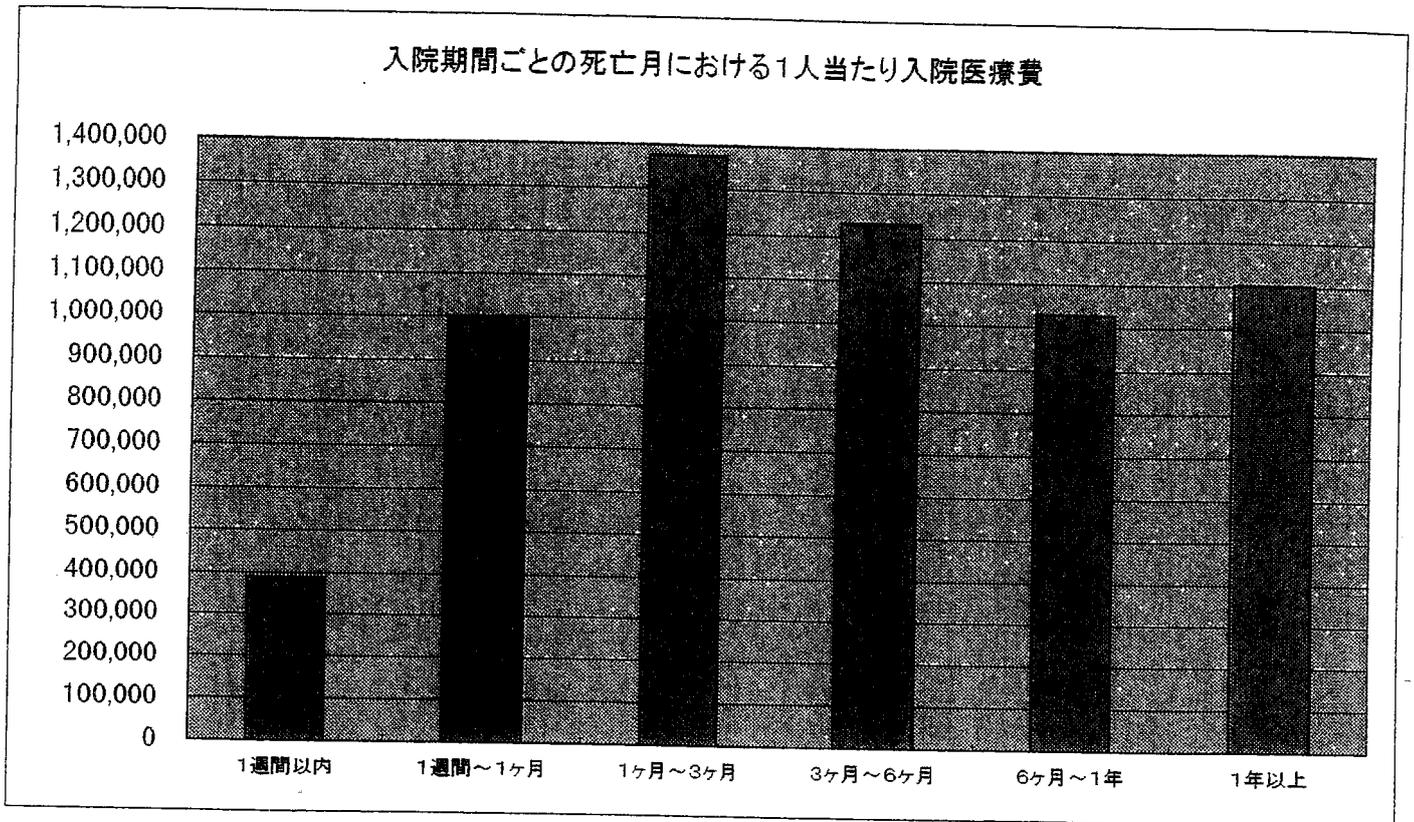


○ 死亡月の1日当たり医療費は、入院期間が長い患者ほど低くなる傾向にある。



資料 I - 10

○ 死亡月における1人当たり入院医療費は、入院期間が1週間を超えると高くなる傾向にある。



○ 死亡前1ヶ月間の入院医療費は7,859億円、入院医療費総額(約10.8兆円)の7%程度(平成9年度)

	1週間以内	1週間～1ヶ月	1ヶ月～3ヶ月	3ヶ月～6ヶ月	6ヶ月～1年	1年以上
人数	102,157	136,557	170,956	130,302	83,393	116,751
期間	3.5	18.5	30	30	30	30
1日当たり平均点数	11,058.1	5,408.0	4,581.3	4,101.8	3,428.4	3,673.1
1人当たり入院医療費	387,034	1,000,476	1,374,399	1,230,526	1,028,520	1,101,934
総額	395	1,366	2,350	1,603	858	1,287

「総額」合計(1週間以内～1年以上): 7,859億円

## 終末期における医療費関係資料

「老人医療と終末医療に関する日米比較研究報告書」(平成6年3月)

財団法人 長寿社会開発センター より抜粋

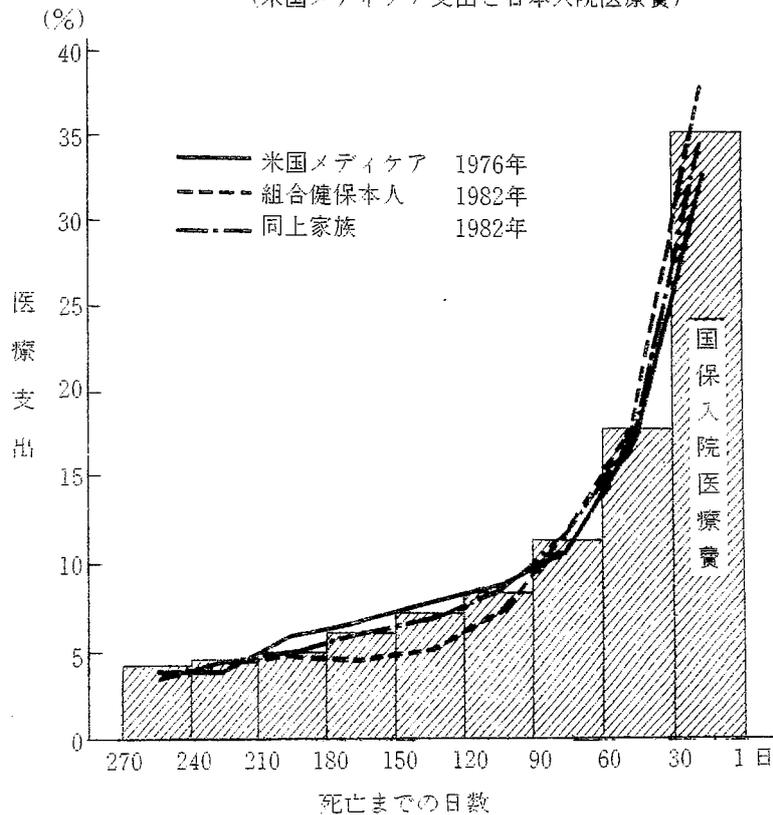
- メディケア受給資格者1人当たりでみて、死亡前1年間の医療費は、生存者の約6倍となっている。
- 死亡までの日数別にみると、日米ともに死亡日に近づくほど医療支出が大きくなる。

死亡前1年間のメディケア利用 (1978年)

	生死の別		倍率
	死亡者	生存者	
受診率(%)	92	58	1.6
受診者1人当たり メディケア支払額	\$4,909	\$1,253	3.9
受給資格者1人当たり メディケア支払額	\$4,527	\$729	6.2

資料) Lubitz and Frihoda (1984)

死亡までの日数別医療支出の日米比較  
(米国メディケア支出と日本入院医療費)

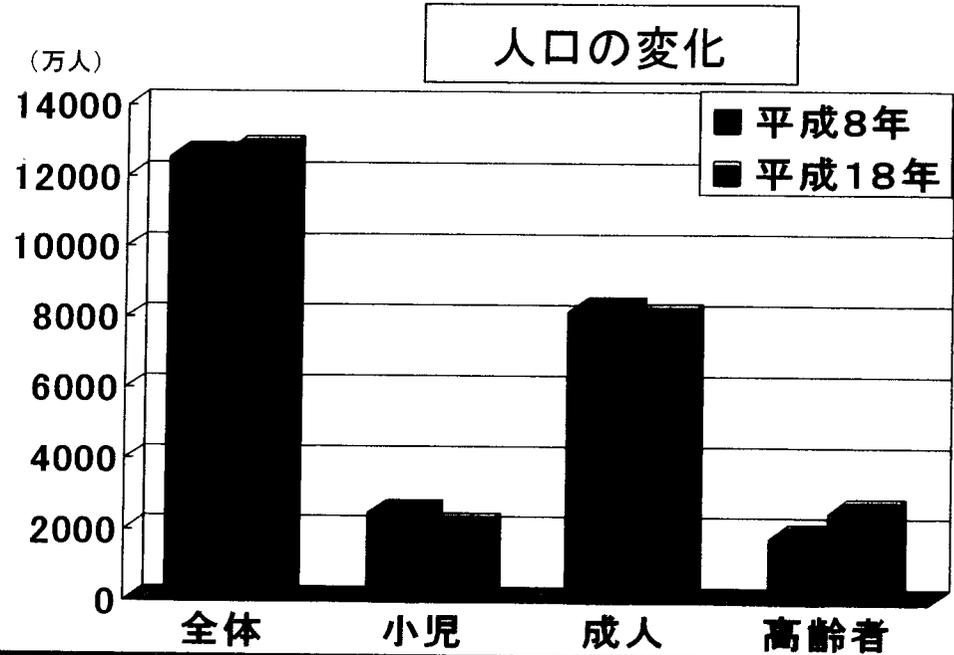
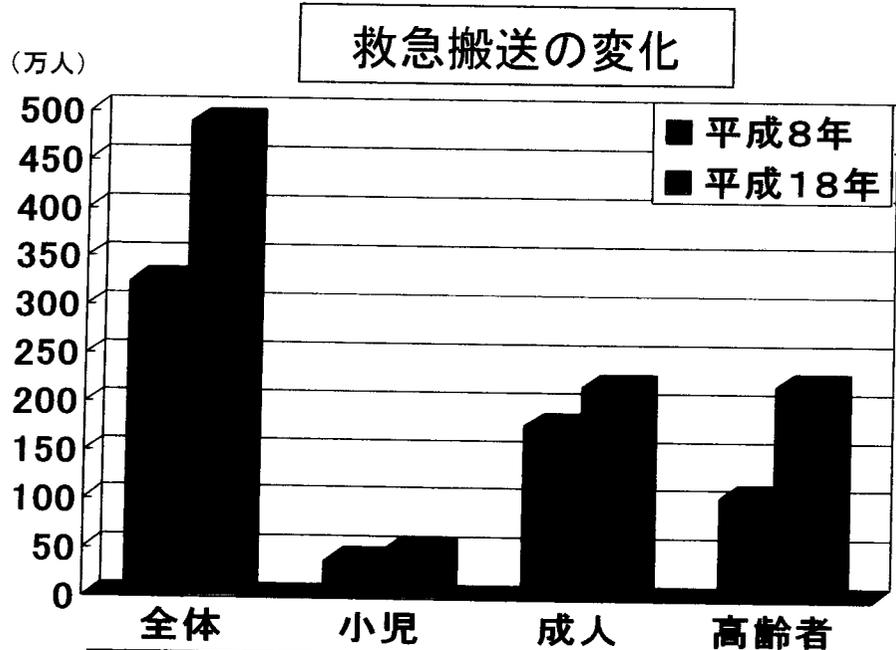


出所) 前田 (1987)

# 10年間の救急搬送人員の変化(年齢別・人口割合との比較)

資料 I - ⑪

○ 高齢者の救急搬送の伸びは、人口の伸びを上回って増加している(平成8年からの10年間で高齢者人口は約4割増加に対し、救急搬送人員は約2倍に増加している)。



	小児 (18歳未満)		成人 (18歳～64歳)		高齢者 (65歳以上)	
	救急搬送人員	総人口	救急搬送人員	総人口	救急搬送人員	総人口
平成8年	39.3万人	2496万人	179.1万人	8221万人	105.9万人	1826万人
↓	10.1万人増 (+26%)	362万人減 (-15%)	40万人増 (+22%)	194万人減 (-2%)		
平成18年	49.4万人	2134万人	219.1万人	8027万人	220.7万人	2567万人

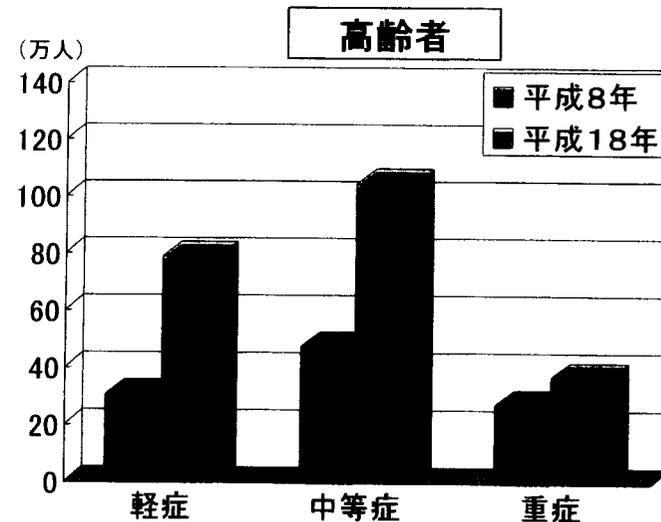
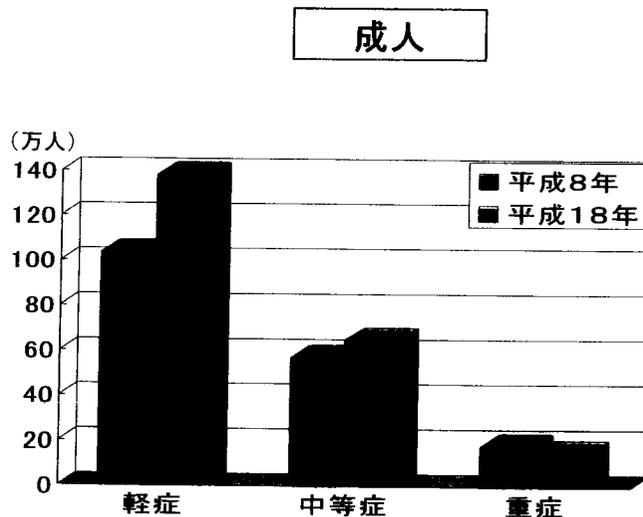
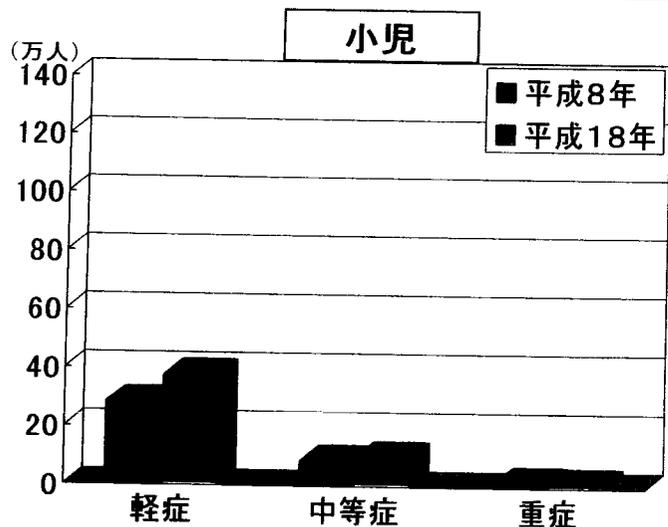
「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

# 救急搬送人員の変化(傷病程度別)

資料 I - ⑪

第4回高齢者医療制度に関する検討会 提出資料

○ 高齢化の進展、住民の意識の変化等に伴い、軽症・中等症、高齢者を中心に、救急利用が増加している(平成8年からの10年間で約50%増加)。



平成8年

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)	全体
重症	2.2万人	18.3万人	27.5万人	48万人
中等症	8.7万人	57.2万人	47.6万人	113.4万人
軽症	28.4万人	103.6万人	30.8万人	162.8万人
全体	39.3万人	179.1万人	105.9万人	324.3万人

平成18年

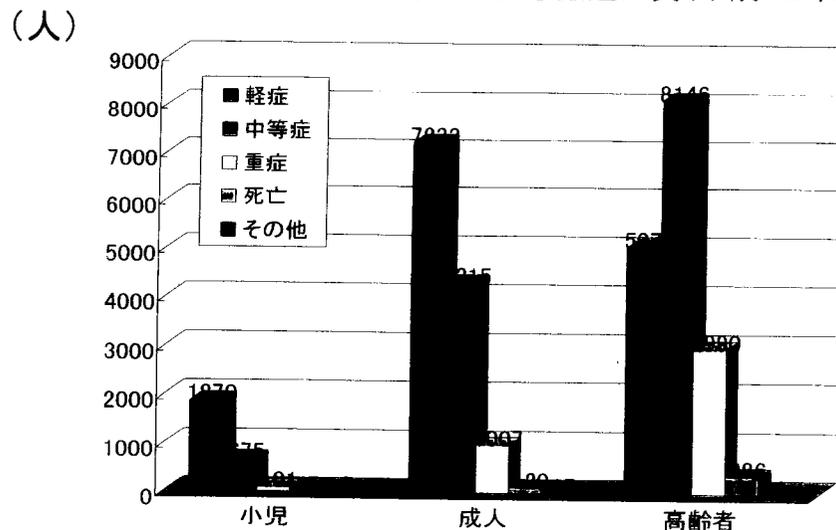
	小児	成人	高齢者	全体
重症	1.4万人 0.6万人減 -27%	15.5万人 2.8万人減 -15%	37.2万人 9.7万人増 +35%	54.1万人 6.1万人増 +13%
中等症	10.2万人 1.7万人増 +19%	65.2万人 8.0万人増 +14%	104.4万人 56.8万人増 +119%	179.9万人 66.5万人増 +59%
軽症	37.8万人 9.4万人増 +33%	138.1万人 34.5万人増 +33%	78.8万人 48.0万人増 +156%	254.6万人 91.8万人増 +56%
全体	49.4万人 10.1万人増 +26%	219.2万人 40.0万人増 +22%	220.7万人 114.8万人増 +108%	489.3万人 164.9万人増 +51%

(注)「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

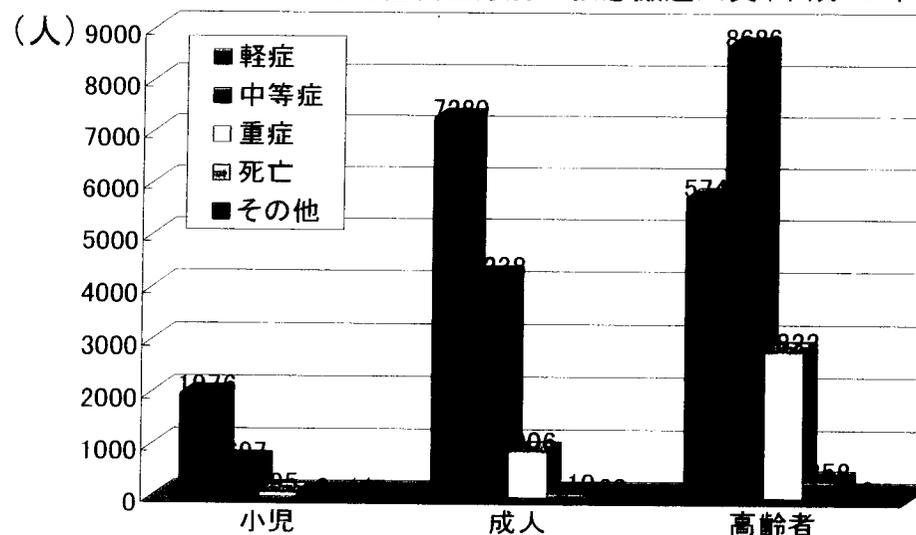
救急搬送人員について (富山県)

○ 救急搬送人員は、平成18年から平成19年で1,006人増加しており、内訳をみると軽症又は中等症の高齢者が多い。

年齢区分・傷病程度区別の救急搬送人員(平成18年)



年齢区分・傷病程度区別の救急搬送人員(平成19年)



平成18~19年 年齢区分・傷病程度区別の救急搬送人員の増減(人)

	軽症	中等症	重症	死亡	その他	計
小児	106	22	-6	1	9	132
成人	47	-77	-101	-10	5	-136
高齢者	669	540	-168	-28	-3	1010
合計	822	485	-275	-37	11	1006

[傷病程度区分]

- 軽症 ... 傷病の程度が入院加療を必要としないもの
- 中等症 ... 傷病の程度が入院を要するもので重症に至らないもの
- 重症 ... 傷病の程度が3週間の入院加療を必要とするもの以上のもの
- 死亡 ... 初診時において、死亡が確認されたもの
- その他 ... 医師の診断がないもの及び搬送先がその他の場所へ搬送したもの

## 後期高齢者負担率等の改定について

- 後期高齢者の保険料の負担率と若人が負担する後期高齢者支援金(若人の保険料が財源)の負担率は、制度発足時は後期高齢者は1割、若人は約4割。
- しかし、今後、後期高齢者人口は増加する一方、若人人口は減少するため、後期高齢者の負担分は支え手が増えるが、若人の負担分は支え手が減っていく。  
したがって、仮に後期高齢者の保険料の負担率と後期高齢者支援金の負担率を変えないこととすると、後期高齢者一人当たりの負担の増加割合と比較して、若人一人当たりの負担はより大きな割合で増加していくこととなる。
- このため、「若人人口の減少」による若人一人当たりの負担の増加については、後期高齢者と若人とで半分ずつ負担するよう、後期高齢者の保険料の負担割合について、若人減少率の1/2の割合で引き上げ、後期高齢者支援金の負担率は引き下げることにしている。

## 【参考1】保険料等の変化における(試算)

	平成20年度	平成27年度
後期高齢者負担率	10%	10.8%
1人当たり後期高齢者保険料/年 (参考)	6.1万円	8.5万円
1人当たり国保保険料/年	7.9万円	9.7万円

(注)人口推計は「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」による。  
※平成18年の法案審議時の試算

## 【参考2】計算式

- (1)平成20・21年度における後期高齢者の負担割合：10%  
(2)平成22年度以降の後期高齢者の負担割合：2年ごとに、以下のとおり改定  
10% + 平成20年度の若人負担割合(約4割)  
× 平成20年度から改定年度までの若人減少率 × 1/2

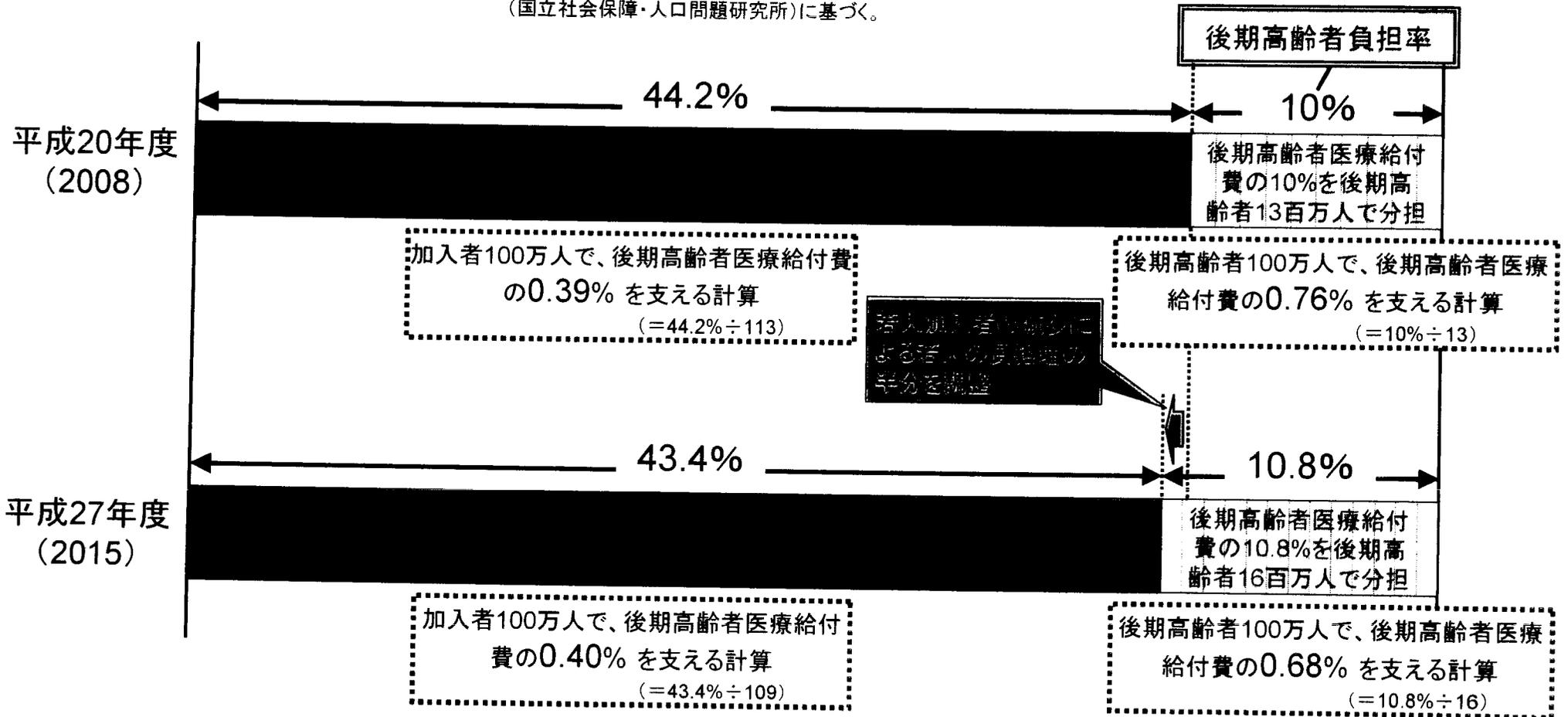
$$* \text{若人減少率} = \frac{\text{平成20年度の若人人口} - \text{改定年度の若人人口}}{\text{平成20年度の若人人口}}$$

# 後期高齢者負担率等の改定について

2008年度の後期高齢者医療給付率は、10%→10.8%に上昇する見込みであるが、後期高齢者医療給付率の負担率を10%に引き上げると、加入者100万人で、後期高齢者医療給付費の0.39%を支える計算(=44.2%÷113)となる。一方、2015年度の後期高齢者医療給付率は、10.8%に上昇する見込みであるが、後期高齢者医療給付率の負担率を10.8%に引き上げると、加入者100万人で、後期高齢者医療給付費の0.40%を支える計算(=43.4%÷109)となる。また、2015年度の後期高齢者医療給付率は、10.8%に上昇する見込みであるが、後期高齢者医療給付率の負担率を10.8%に引き上げると、加入者100万人で、後期高齢者医療給付費の0.68%を支える計算(=10.8%÷16)となる。また、2015年度の後期高齢者医療給付率は、10.8%に上昇する見込みであるが、後期高齢者医療給付率の負担率を10.8%に引き上げると、加入者100万人で、後期高齢者医療給付費の0.68%を支える計算(=10.8%÷16)となる。

## <平成18年改正時の試算>

※ 平成18年改正時の試算は、平成14年1月の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)に基づく。



## 75歳以上の政府管掌健康保険の被保険者であった方の所得状況

(抽出率=1/10)

総報酬額	75歳以上の人数 (老人加入者数)	総数における比率
200万円未満	12,681	52.9%
200万円以上300万円未満	3,231	13.5%
300万円以上400万円未満	2,626	11.0%
400万円以上500万円未満	1,369	5.7%
500万円以上1000万円未満	2,530	10.6%
1000万円以上1500万円未満	1,315	5.5%
1500万円以上	220	0.9%
総数	23,972	

注)75歳以上の人数には65～74歳の障害認定者を含む。

※資料:厚生労働省「健康保険被保険者実態調査報告」(平成19年10月)

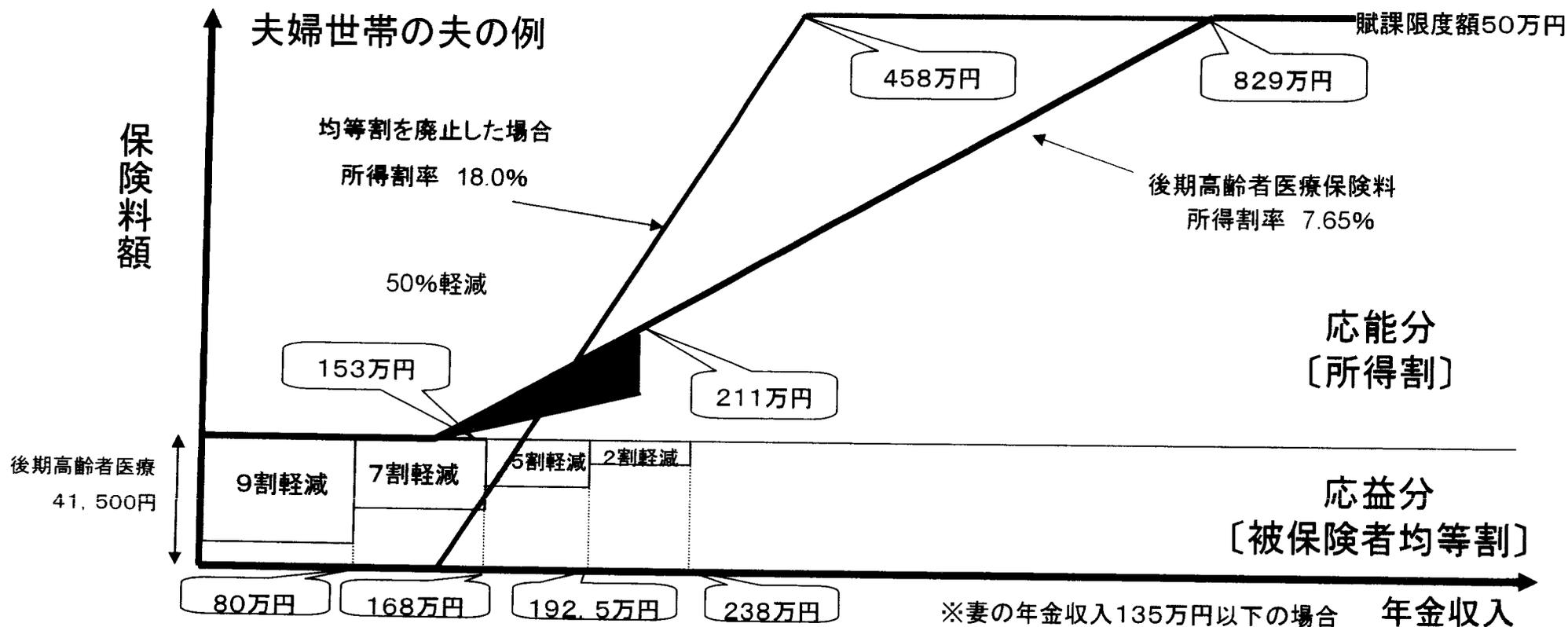
○均等割を廃止し、所得割のみとした場合、以下のとおりとなる。

- ・保険料の賦課がなくなる方(年金収入153万円以下)・・・全被保険者の約3分の2
- ・保険料が高くなる方(年金収入162万円～829万円)・・・全被保険者の約3分の1

※保険料が変わらない方(年金収入829万円以上)、保険料が安くなる方(年金収入153万円～162万円)・・・それぞれ1%程度

現在(全国平均)	所得割率 7.65%	均等割額 41,500円
所得割のみとする場合	所得割率 18.0%	均等割額 0円

◎国保においては、これまで所得がない方についても保険料を賦課してきたところ。



※1 現在の所得割率、均等割額は、平成20年4月時点の全国平均値である。  
 ※3 所得割軽減(非課税世帯5割軽減)の公費(90億円)を投入することとした。  
 ※4 所得分布は調整交付金算定のため各広域連合から報告されたものを使用。

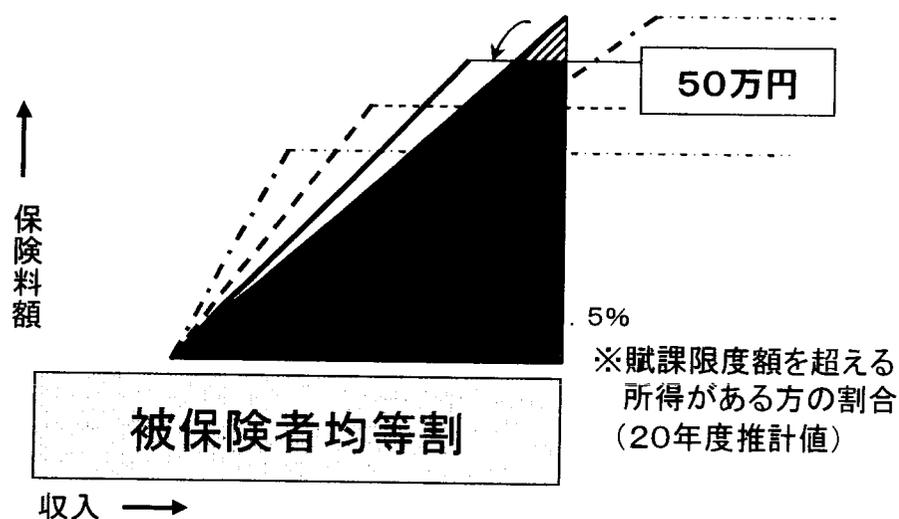
※2 保険料の賦課限度額はいずれの場合も50万円とした。

	旧ただし書き方式	住民税方式
メリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>○広い所得階層に薄く賦課する方式であり、中間所得者層の負担が軽減されるなど、公平性が保てる。</li> <li>○税制改正の影響を受けにくく、安定している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住民税が非課税であれば所得割が課されないため、低所得者への負担を軽減できる。</li> <li>○住民税額を把握することにより保険料額が決定できる。</li> </ul>
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住民税が非課税である方でも所得割額が発生する等、低所得者等の非課税特例措置該当者に負担が発生する。(軽減措置の実施により、負担の軽減を図ることは可能。)</li> <li>○住民税方式と比較して、各種人的控除がないため、子育て世帯等、被扶養者が多い多人数世帯の被保険者の負担が軽減されない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住民税非課税者には所得割が発生しないため、中間所得者層の負担が大きくなる。</li> <li>○保険料額について、税制改正の影響を受けやすい。</li> </ul>

○以下の理由により、長寿医療制度の賦課限度額を50万円と設定している。

- ・限度額を低く設定すればするほど、この傾きがきつくなり、中間所得層の負担が重くなる。
- ・限度額を高く設定すればするほど、この傾きが緩やかとなり、限度額に近い高所得者の負担が増え、給付と保険料賦課額のバランスやこれまで加入していた国保とのバランスが悪くなる。(国保の賦課限度額は、世帯単位で59万円としている。)

### 所得水準と保険料賦課のイメージ



(参考) 長寿医療制度において、年間保険料額が上限(50万円)に達する年収について

東京都・・・年金収入9,410,000円  
 給与収入9,530,000円  
 (所得割率6.56%、均等割額37,800円)

福岡県・・・年金収入7,050,000円  
 給与収入7,120,000円  
 (所得割率9.24%、均等割額50,935円)

全国平均・・・年金収入8,300,000円  
 給与収入8,380,000円  
 (所得割率7.65%、均等割額41,500円)

## 資格証明書の交付について

資料Ⅱ－⑥

- 長寿医療制度においては、保険料を滞納している被保険者が、納期限から1年を経過するまでの間に納付しない場合には、滞納につき「特別の事情」があると認められる場合を除き、資格証明書を交付する仕組みとなっている。
- しかしながら、機械的な運用により高齢者が医療を受ける機会が損なわれないよう、昨年6月の政府・与党決定において「相当な収入があるにもかかわらず保険料を納めない悪質な者に限って適用する」とされたことを踏まえ、広域連合ごとに、地域における生活様式、生活水準等を考慮した上で統一的な運用基準を定めるよう要請しており、今年度中を目途に当該運用基準が整備される予定。
- 厚生労働省としても、各広域連合に対し、
  - ① 運用基準のあり方について必要な助言を行うとともに、
  - ② 今後、資格証明書の交付を検討すべき事案が生じた場合には報告するよう依頼しているほか、
  - ③ 滞納の初期の段階から、被保険者の生活状況に応じたきめ細やかな相談等の対応を行うよう要請しているところ。



果たして、後期高齢者の方が医療費が高いのか？

## 分析モデル

$$\text{Ln医療費} = a \times \text{非後期高齢者ダミー} + b \times \text{生存ダミー} + c \times \text{非後期高齢者ダミー} \times \text{生存ダミー} + d \times \text{性別ダミー} + \text{定数項}$$

医療費：DPC医療費、出来高換算医療費

1日あたりDPC医療費、1日あたり出来高換算医療費

非後期高齢者ダミー：後期高齢者(75歳以上)を0、非後期高齢者(75歳未満)を1

生存ダミー：死亡退院を0、生存退院を1

性別ダミー：男を0、女を1

肺の悪性腫瘍、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞の場合は、後期高齢者の方が一入院あたり医療費が低い。

しかし、死亡症例については、肺の悪性腫瘍、脳梗塞では後期高齢者が高いが、急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞は、後期高齢者の方が低い。

# 肺の悪性腫瘍

## 2007年度退院17,877症例

### DPC医療費

係数<sup>a,b</sup>

モデル	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
1 (定数)	13.388	.039		344.341	.000
非後期高齢者ダミー	.174	.051	.074	3.405	.001
生存ダミー	-.329	.042	-.092	-7.869	.000
非後期高齢者ダミー × 生存ダミー	-.158	.054	-.070	-2.900	.004
性別ダミー	3.732E-02	.017	.016	2.170	.030

- a. 従属変数: LnDPC医療費  
b. MDC6名 = 肺の悪性腫瘍

### 出来高換算医療費

係数<sup>a,b</sup>

モデル	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
1 (定数)	13.413	.036		368.472	.000
非後期高齢者ダミー	.169	.048	.076	3.535	.000
生存ダミー	-.367	.039	-.109	-9.362	.000
非後期高齢者ダミー × 生存ダミー	-.151	.051	-.072	-2.958	.003
性別ダミー	1.099E-02	.016	.005	.682	.495

- a. 従属変数: Ln出来高医療費  
b. MDC6名 = 肺の悪性腫瘍



# 脳梗塞

2007年度退院15,845症例

## DPC医療費

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	13.558	.042		326.665	.000
	非後期高齢者ダミー	-.145	.073	-.081	-1.984	.047
	生存ダミー	-.105	.042	-.024	-2.501	.012
	非後期高齢者ダミー × 生存ダミー	-5.214E-02	.075	-.029	-.700	.484
	性別ダミー	-3.733E-02	.015	-.020	-2.530	.011

a. 従属変数: LnDPC医療費

b. MDC6名 = 脳梗塞

## 出来高換算医療費

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	13.606	.040		338.019	.000
	非後期高齢者ダミー	-7.481E-02	.071	-.043	-1.054	.292
	生存ダミー	-.196	.041	-.046	-4.810	.000
	非後期高齢者ダミー × 生存ダミー	-9.573E-02	.072	-.055	-1.325	.185
	性別ダミー	-5.814E-02	.014	-.033	-4.063	.000

a. 従属変数: Ln出来高医療費

b. MDC6名 = 脳梗塞



# 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞

2007年度退院4,008症例

## DPC医療費

係数<sup>a,b</sup>

モデル	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
1 (定数)	13.775	.063		217.127	.000
非後期高齢者ダミー	.672	.101	.405	6.625	.000
生存ダミー	.556	.065	.173	8.532	.000
非後期高齢者ダミー × 生存ダミー	-.659	.104	-.404	-6.306	.000
性別ダミー	-.104	.028	-.060	-3.659	.000

a. 従属変数: LnDPC医療費

b. MDC6名 = 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞

## 出来高換算医療費

係数<sup>a,b</sup>

モデル	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
1 (定数)	13.877	.065		214.356	.000
非後期高齢者ダミー	.696	.103	.413	6.724	.000
生存ダミー	.436	.066	.133	6.559	.000
非後期高齢者ダミー × 生存ダミー	-.675	.107	-.406	-6.330	.000
性別ダミー	-.118	.029	-.066	-4.051	.000

a. 従属変数: Ln出来高医療費

b. MDC6名 = 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞



## 富山県の救急医療

			富山県	(順位)	全国平均
急病救急搬送人員数	人口10万人あたりの急病救急搬送人員数(人)	②他より算出	1,684.4	6番目に少ない	2,293.6
救急隊・救急隊員・ 救急救命士数等	救命士常時運用隊比率(%)	②	73.6	19番目に多い	75.0
	人口10万人あたりの救急隊員数(人)	②他より算出	55.7	26番目に多い	46.3
	人口10万人あたりの運用救命士数(人)	②他より算出	18.2	7番目に多い	13.5
	救急隊員一人あたりの急病救急搬送人員数(人)	②より算出	30.3	21番目に少ない	49.5
	運用救命士一人あたりの急病救急搬送数(人)	②より算出	92.6	3番目に少ない	170.2
覚知～現場到着所要時間別 出場件数の状況	5分未満の件数の割合(%)	②より算出	38.4	7番目に多い	29.4
	10分以上の件数の割合(%)	②より算出	8.4	4番目に少ない	13.5
	覚知～現場到着所要時間平均(分)	②	5.9	5番目に早い	6.6
覚知～医療機関等収容 所要時間	覚知～医療機関等収容所要時間平均(分)	②	25.7	5番目に早い	32.0
管外搬送人員の状況	管外搬送人員の割合(%)	②	15.4	23番目に多い	16.2
重症者以上の傷病者 搬送の状況	重症以上の搬送人員/総救急搬送人員(%)	③	13.1	26番目に多い	10.8
	1回目で搬送先が決まる割合(%)	③より算出	93.2	16番目に多い	84.0
	3回目までに搬送先が決まる割合(%)	③より算出	99.8	5番目に多い	96.1
	6回以上かかる割合(%)	③より算出	0.0		1.5
	「未集計?」件数割合(%)	③より算出	21.8	8番目に多い	10.5

出所:②総務省:平成19年版 救命・救急の現況

③総務省:救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果について(2008.3.11)

## 第5回高齢者医療制度に関する検討会での資料提出依頼

岩本 康志

1.

資料Ⅱ－③「長寿医療制度の保険料の均等割を廃止した場合」の試算に関連して、つぎの2つのケースの試算を示してください。

① すべての年金受給者に所得割が課せられる。

所得の計算で、公的年金控除をしない。

現行の所得割軽減の公費と同額の財源で、低所得者の保険料を10割軽減する（軽減の対象となる個人は財源に応じて決まる）。

その他の設定（賦課限度額等）が資料Ⅱ－③と同じになるように、所得割率を設定する。

② 年金収入80万円以上の個人に所得割が課せられる。

所得の計算で、公的年金控除を80万円とする。

現行の所得割軽減の公費と同額の財源で、低所得者の保険料を5割軽減する（軽減の対象となる個人は財源に応じて決まる）。

その他の設定（賦課限度額等）が資料Ⅱ－③と同じになるように、所得割率を設定する。

2.

年金収入に応じて保険料額が現行制度からどう変化するかを、資料Ⅱ－3の試算も含めて、3つのケースで示してください。いくつかの年金収入額について保険料額の変化を示した表の形式で。

以上