

2002年4月9日

新しい老人医療費拠出金  
- 老人保健第55条・56条の読み解き方 -

日医総研 前田由美子

2002年10月老人医療制度が変わります。その主なポイントは次のとおりです。

(1) 対象年齢の引き下げ

現状の70歳以上から毎年1歳ずつ引き上げ2006年10月には75歳以上になります。

(2) 公費負担割合の拡大

公費負担割合を現行の30%から年率4%で引き上げ、2006年10月以降は50%になります。またこれに伴って老人医療費拠出金の負担割合は現行の70%から50%まで縮小します。

(3) 一定以上所得者の取扱い

一定以上の所得がある高齢者の老人医療費については公費負担の対象となりません。

以上の変更を受けて、老人保健法も改正されます。そこで、改正老人保健法の老人医療費拠出金に関係する部分を抜き出してみました。11頁以降を見てください。その中から55条1項を抜粋すると

「概算負担調整基準超過保険者（概算加入者調整率が1を超える保険者のうち、負担調整前概算医療費拠出金相当額からイに掲げる額を控除して得た額がロに掲げる額を超えるものをいう。以下この条文において同じ。）負担調整前概算医療費拠出金相当額から負担調整対象見込額（負担調整前概算医療費拠出金相当額からイに掲げる額とロに掲げる額との合計額を控除して得た額をいう。第4項において同じ。）を控除して得た額と、負担調整見込額との合計額」

と記載されています。さて、どれだけの方がこの法文をすらすらと理解できるでしょうか。これでは、保険加入者は老人保健の仕組みを理解できないまま、保険料を支払うことになってしまうのではないのでしょうか。

そこで、今回は、この法文を読み解いていくことにしました。

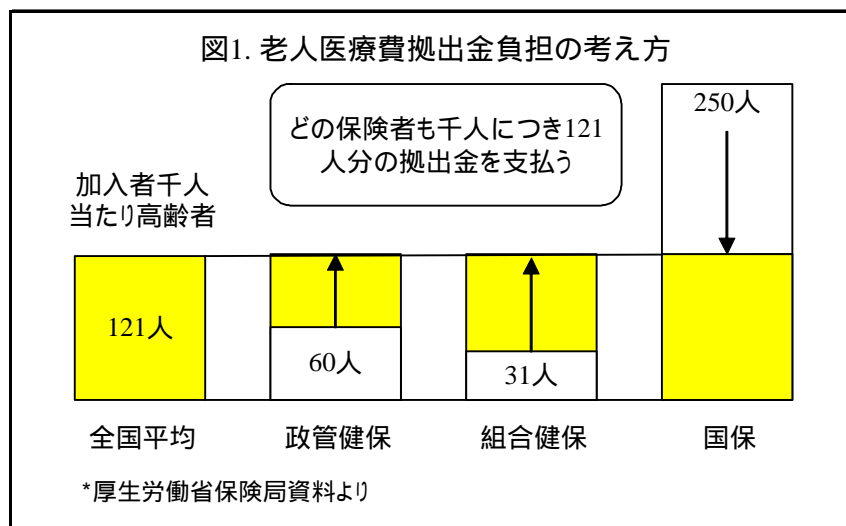
## 老人医療費拠出金の基本的な考え方

老人医療の受給を受ける人（以下、高齢者）のほとんどは、国保の加入者か、被用者保険の被扶養者です。1999年度の実績では、老人医療受給者のうち、国保加入者が75%、被用者保険の被扶養者（または被用者本人）が25%でした。また国保では加入者全体に占める高齢者の割合が24%になっています。

保険者がそれぞれ老人医療費を負担すると、国保の負担がきわめて重くなってしまいます。そこで、「どの保険者にも同じ比率で高齢者が加入している」として高齢者の数を計算し、その人数分、「老人医療費拠出金」を支払う仕組みになっています。

### 「どの保険者にも同じ比率で高齢者が加入している」とする人数の計算

2001年度の医療保険加入者千人当たり高齢者は全国平均で推計121人、政管健保では60人、組合健保では31人、国保では250人でした。しかし、どの保険者にも同じ比率で高齢者が加入しているとするので、どの保険者も千人当たり121人分の老人医療費拠出金を支払います。たとえば2,000人の組合があり、そこには20人しか高齢者が加入していないとしても、あと222人分足して、242人分の老人医療費拠出金を負担しなければなりません。



この負担割合を決める率の見込値を、「概算加入者調整率」<sup>1</sup>(55条2項)といいます。

<sup>1</sup> 2002年10月からは概算加入者調整率は71歳以上の高齢者数で計算されます。このとき施行日(10月1日)の前日において70歳以上の人も含まれます。

$$\text{概算加入者調整率} = \text{全保険者平均の高齢者加入率見込値} \div \text{各保険者の高齢者加入率見込値}$$

図 1 を例に計算してみましょう。

政管健保では、全保険者の高齢者加入率 12.1%に対して、政管健保の高齢者加入率は 6.0%ですから、政管健保の加入者調整率は 2.01 になります。

$$\text{政管健保の加入者調整率} = 12.1\% \div 6.0\% = 2.01$$

つまり、政管健保は政管健保に加入している高齢者数に 2.01 を掛けた人数分の老人医療費拠出金を負担しなければならないという計算です。

国保の加入者調整率は 0.48 です。

$$\text{国保の加入者調整率} = 12.1\% \div 25.1\% = 0.48$$

国保に加入している高齢者数に 0.48 を掛けた人数分、すなわち約半分の人数の拠出金を負担すれば良いことになります。

ところで、ベンチャー企業など若い加入者が多い健保組合では、高齢者がほとんどいないところもあります。1,000 人の企業で高齢者が 1 人しかいない場合、高齢者加入率は 0.1%です。この場合、加入する高齢者に 121 を掛けた人数分の拠出金を負担しなければならいのでしょうか。

$$\times \text{この組合の加入者調整率} = 12.1\% \div 0.1\% = 121$$

これでは、あまりに負担が多すぎます。そこで、保険者の高齢者加入率には下限が設けられています。2002 年度は現行と同様 1.4%となる見込みです。

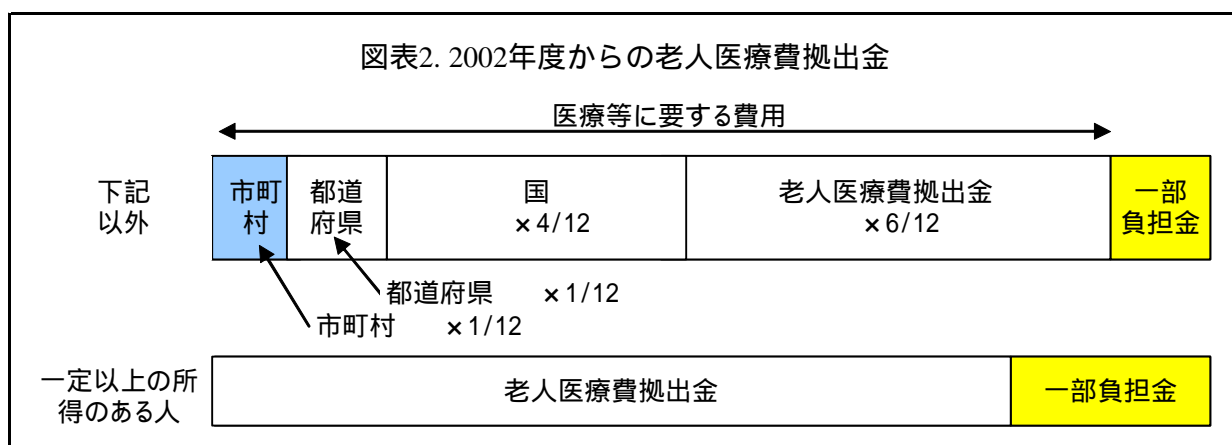
つまり、先の健保組合も、高齢者加入率を 1.4%として計算することができます。

$$\text{この組合の加入者調整率} = 12.1\% \div 1.4\% = 8.6$$

この結果、高齢者がほとんどいない組合も、加入する高齢者に 8.6 を掛けた人数分の拠出金を負担すればよいことになります。

## 「老人医療費拠出金」の総額の考え方

2006年度<sup>2</sup>の老人医療費拠出金は以下ようになります。基本的には、一部負担金を除いた費用の半分(6/12)が拠出金でまかなわれます。ただし、一定以上の所得のある人の分については、一部負担金以外の全額を拠出金でまかなうことになっており、公費は投入されません。



## 概算医療費拠出金と確定医療費拠出金

老人医療費拠出金は、老人医療費の見込み額をもとに、保険者に割り振られます。2003年度の老人医療費実績が見込み額を上回っても下回っても、保険者が2003年度に支払う拠出金には変更はありません。2003年度の実績額に基づいて計算された拠出金と、2003年度に支払った拠出金との差額は2年後に精算されることになっています。

見込み額をもとに計算される拠出金を「**概算医療費拠出金**」(55条)、実績額をもとに計算される拠出金を「**確定医療費拠出金**」(56条)といいます。以下、まず「概算医療費拠出金」について見ていきましょう。

<sup>2</sup> 公費の負担割合は現行30%ですが、2002年10月から1年に4%ずつ引き上げられ、2006年10月以降50%となります。逆に、拠出金の負担割合は現行70%ですが、4%ずつ引き下げられ50%となります。

## 保険者のタイプ - 負担調整について -

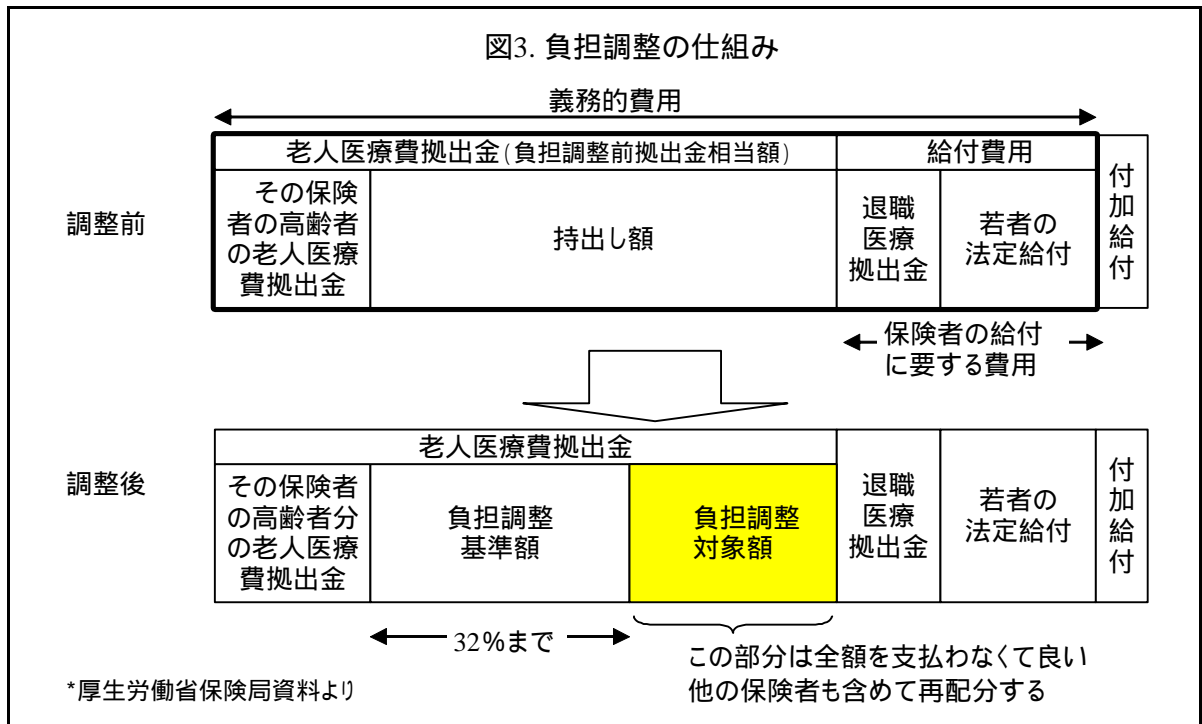
概算医療費拠出金の計算は、保険者のタイプによって異なります。そのタイプは2つあります。ここでは、仮に「若年型」(健保組合の一部)と「一般型」としておきます。

「若年型」は次のいずれにも該当する保険者を指します(55条1項1号)<sup>3</sup>。

- ア) 概算加入者調整率が1を超える保険者(高齢者加入者率が全国平均よりも小さい)
- イ) 老人医療費拠出金の持出し額が義務的支出の32%を超える保険者

イは次のように考えます。

老人医療費拠出金は、大まかに  $\text{老人医療費見込額} \times \text{概算加入者調整率} \times 6/12$  で計算されます(55条3項)<sup>4</sup>。このほかに、保険者は退職医療拠出金と、若者の保険給付費とを支払います。これらを合わせたものを「義務的費用」(+ )とといいます。また、老人医療費拠出金のうち、自らの加入者の医療費を除いた部分を「持出し額」といいます。実質的には他の保険者に加入する高齢者の医療費を支払っているからです。



<sup>3</sup> 「概算負担調整基準超過保険者」という。

<sup>4</sup> 「負担調整前概算医療費拠出金相当額」という。

さて、若者があまり医療費を使っていない「若年型」保険者では、加入者率に下限を設けても、持出し額が大きくなります。そこで、義務的費用に対する持出し額の割合(負担調整基準率)は、政令で定める率(55条6項, 2002年度予算では32%)を上限とすることになっています。超えた部分の拠出金は直接的には負担せず、再度保険者で割り振って負担します。

イ)の部分をもとに整理すると、次のように表されます。

$$\begin{array}{c}
 \boxed{\begin{array}{c} \text{負担調整前概算医療費} \\ \text{拠出金相当額} \\ \text{(55条3項)} \end{array}} - \boxed{\begin{array}{c} \text{その保険者の高齢者の} \\ \text{老人医療費拠出金見込額} \\ \text{(55条1項1号イ)} \end{array}} \\
 > \left( \boxed{\begin{array}{c} \text{負担調整前概算医療費} \\ \text{拠出金相当額} \\ \text{(55条1項1号ロ(1))} \end{array}} + \boxed{\begin{array}{c} \text{保険者の若年世代の給} \\ \text{付に要する費用の見込額} \\ \text{(55条1項1号ロ(2))} \end{array}} \right) \times \boxed{\begin{array}{c} \text{負担調整基準率} \\ \text{(55条6項)} \end{array}}
 \end{array}$$

なお、負担調整基準率は25/100以上とし、年度ごとに定めることになっています。

### 「一般型」の概算医療費拠出金

「一般型」の概算医療費拠出金を計算してみましょう。「一般型」は「若年型」以外のすべての保険者を指します(第55条1項2号)。

$$\boxed{\text{概算医療費拠出金} = \text{負担調整前概算医療費拠出金相当額} + \text{負担調整見込額}}$$

負担調整前概算医療費拠出金は、図3のの部分です。どの保険者にも高齢者が全国平均と同じだけ加入しているとして割り振られた拠出金です。

「一般型」はもともと高齢者が多いので、その保険者に加入している保険者数から見て、いちじるしく「持出し額」が多いということにはなりません。逆に、「若年型」の保険者の「持出し額」の一部(負担調整対象見込額)を負担することになります。この上乗せされる部分が「負担調整見込額」(55条4項)です。負担調整見込額は次のように計算されます。

$$\text{負担調整見込額} = \text{負担調整前概算医療費拠出金相当額} \times \text{概算負担調整加算率}$$

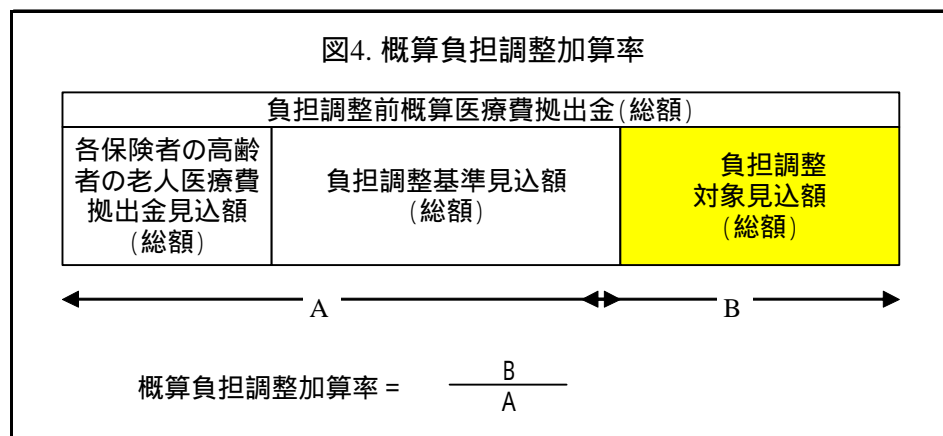
概算負担調整加算率は次のとおりです（55条4項）。

$$\text{概算負担調整加算率} = \frac{\text{負担調整対象見込額の総額}}{\text{負担調整前概算医療費拠出金相当額の総額} - \text{負担調整対象見込額の総額}}$$

分母は、図3の総額から、「若年型」の保険者において生じる負担調整対象見込額（図3）の総額を引いたものです。すなわち、どの保険者も最低限支払わなければならない拠出金の総額です。

分子は、「若年型」保険者において生じる負担調整対象見込額（図3）の総額です。

したがって、概算負担調整加算率は、最低限支払われる拠出金から見て、いくらが負担調整対象見込額として出回っているかを率で示したものといたします。



「一般型」の保険者は、自らの負担調整前の医療費拠出金に加え、負担調整前の医療費拠出金相当額に上記の加算率を掛けたものを合わせて拠出金を支払うこととなります。

注) 概算負担調整加算率は上記の考え方をもとにして、厚生労働大臣が定めます。

### 「若年型」の概算医療費拠出金

若年型の保険者の概算医療費拠出金は次のように計算されます（55条1項1号）。

$$\text{概算医療費拠出金} = \text{負担調整前概算医療費拠出金相当額} - \text{負担調整対象見込額} + \text{負担調整見込額}$$

若年型の保険者は、前述のように義務的費用に占める老人医療費拠出金が大きくなるので、基準率を超えた部分については一次的には負担しません。これが負担調整対象見込額（55条1項1号）で、この分を差し引きます。しかし、この負担調整対象見込額の総額は、再度保険者で割り振ってオンされます。これが負担調整見込額（55条4項）です。計算方法は「一般型」のところで説明したとおりです。

つまり一般型と若年型を簡単に比較すると次のような違いがあります。

一般型：自らの拠出金（負担調整前）+ 若年型負担過大分の再配分

若年型：自らの拠出金（負担調整前）- 負担過大分 + 若年型負担過大分の再配分

### 概算医療費拠出金の詳細

ここまで何度も出てきた「負担調整前概算医療費拠出金相当額」は詳細には次のように計算されます。

$$\begin{aligned}
 & \left[ \begin{array}{c} \text{負担調整前} \\ \text{概算医療費} \\ \text{拠出金} \\ \text{相当額} \\ \text{55条3項} \end{array} \right] = \left\{ \left[ \begin{array}{c} \text{老人医療費} \\ \text{見込額} \\ \text{55条1項1号イ} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{c} \text{調整対象外} \\ \text{医療費} \\ \text{見込額} \\ \text{55条3項1号イ} \end{array} \right] \right\} \times \left[ \begin{array}{c} \text{概算} \\ \text{加入者} \\ \text{調整率} \\ \text{55条2項} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{c} \text{調整対象外} \\ \text{医療費} \\ \text{見込額} \\ \text{55条3項1号イ} \end{array} \right] \\
 & \times \left[ \begin{array}{c} 1 - \\ \left[ \begin{array}{c} \text{特定費用} \\ \text{概算率} \\ \text{55条5項} \end{array} \right] \end{array} \right] \times \frac{6}{12} + \left[ \begin{array}{c} \text{調整後} \\ \text{老人医療費} \\ \text{見込額} \\ \text{55条3項1号} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{c} \text{特定費用} \\ \text{概算率} \\ \text{55条5項} \end{array} \right]
 \end{aligned}$$

3つのパートに分けて説明しましょう。



：(老人医療費見込額 - 調整対象外医療費見込額) × 概算加入者調整率 + 調整対象外医療費見込額

老人医療費の見込み額に対して、高齢者がどの保険者にも同じ比率で加入しているとして拠出金の対象となる医療費を求めるパートです。これまでの説明では省略してきましたが、実際には「調整対象外医療費見込額」が差し引かれます。

「調整対象外医療費見込額」(55条3項1号イ)は、簡単にいうと、平均的な1人当たり老人医療費に一定の率をかけた分を超えた部分です。この分については加入者調整率を適用することはできませんから、ひとまず差し引いておきます。

具体的には、このような保険者を「概算基準超過保険者」といい、次の金額が調整対象外医療費になります。

調整対象外医療費

= 老人医療費見込額 - (全保険者平均の1人当たり老人医療費見込額 × 政令で定める率)

調整対象外医療費見込額を差し引いたものに概算加入者調整率を掛け、最後に調整対象外医療費見込額を足し戻します。

： × (1 - 特定費用概算率) × 6/12

まず「特定費用概算率」(55条5項)について説明します。特定費用とは一定以上の所得がある高齢者にかかる医療費を指します。

特定費用概算率は、次のように計算されます。

特定費用概算率 = 各保険者の特定費用見込額 ÷ 各保険者の老人医療費見込額

つまり、特定費用概算率とは、一定の所得がある高齢者が費やしている医療費が、その保険者の老人医療費全体の中でどのくらいの割合かを示したものです。当然、大きければ高所得者が多く、小さければ高所得者が少ないこととなります(特定費用見込額は上記の定義にしたがって、厚生労働省令により算定されます)。

図2(3頁)で説明したように、通常、老人医療費については一部負担金を除いた6/12を拠出金でまかさないです。しかし、高所得者の医療費については全額を拠出金でまかさないです。

$1 - \text{特定費用概算率}$  は、全体から高所得者の医療費の比率を引いたものですから、当然、それ以外の医療費の比率ということになります。

つまり  $\text{ } \times (1 - \text{特定費用概算率}) \times 6/12$  は、医療費 ( ) のうち高所得者以外の医療費分を 6/12 して拠出金にするという意味になります。

：調整後老人医療費見込額  $\times$  特定費用概算率

最後のパートです。調整後老人医療費見込額は、次のように計算します

$$\begin{aligned} & \text{調整後老人医療費見込額} \\ & = (\text{老人医療費見込額} - \text{調整対象外医療費見込額}) \times \text{概算加入者調整率} \\ & + \text{調整対象外医療費見込額} \end{aligned}$$

そう、これは上記と同じ、つまり  $\text{ } \times \text{特定費用概算率}$  となっているのです。特定費用概算率は高所得者の医療費の比率でした。この分は全額を拠出金としなければならぬので、6/12 を掛けることができません。

以上を簡単にまとめると、高所得者の分は丸々拠出金とし、そうではない分は 6/12 を拠出金にして残りを公費でまかなうという式になっていることがわかります。図表 2 に示したとおりです。ここまでが「負担調整前概算医療費相当額」拠出金です。この後、「若年型」の拠出金負担が重いところは、一定の率を超えた分を再配分していくこととなります。

## 確定医療費拠出金の計算

老人医療費の実績が出ると、確定医療費拠出金を計算します。計算方法は概算医療費拠出金とほぼ同じです。「概算」か「確定」かの違いと捉えて差し支えありません。なお、確定拠出金は翌々年度に計算されます。計算する年から見ると前々年度の実績で計算するわけです。

## (参考) 老人保健法抜粋

### (概算医療費拠出金)

第 55 条 前条第 1 項の概算医療費拠出金の額は、次の各号に掲げる保険者の区分に応じ、当該各号に掲げる額とする。

1 概算負担調整基準超過保険者（概算加入者調整率が 1 を超える保険者のうち、負担調整前概算医療費拠出金相当額からイに掲げる額を控除して得た額がロに掲げる額を超えるものをいう。以下この条文において同じ。）負担調整前概算医療費拠出金相当額から負担調整対象見込額（負担調整前概算医療費拠出金相当額からイに掲げる額とロに掲げる額との合計額を控除して得た額をいう。第 4 項において同じ。）を控除して得た額と、負担調整見込額との合計額

イ 当該保険者に係る老人医療費見込額（市町村が当該年度において支弁する 1 の保険者に係る 75 歳以上の加入者等に対する医療等に要する費用の見込額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額をいう。以下この条文において同じ。）に、1 から特定費用概算率を控除して得た率を乗じて得た額の 12 分の 6 に相当する額と、老人医療費見込額に特定費用概算率を乗じて得た額との合計額

ロ 次に掲げる額の合計額に負担調整基準率を乗じて得た額

( 1 ) 負担調整前概算医療費拠出金相当額

( 2 ) 当該保険者の給付であって医療保険各法の規定による医療に関する給付(健康保険法第 53 条に規定するその他の給付及びこれに相当する給付を除く。)のうち厚生労働省令で定めるものに該当するものに要する費用(同法第 173 条第 2 項に規定する日雇拠出金の納付に要する費用及び国民健康保険法第 81 条の 2 第 1 項に規定する療養給付費等拠出金の納付に要する費用を含む。第 6 項及び次条第 1 項第 1 号ロ( 2 )において「保険者の給付に要する費用」という。)の当該年度における見込額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額

2 概算負担調整基準超過保険者以外の保険者 負担調整前概算医療費拠出金相当額と負担調整見込額との合計額

2 前項第 1 号の概算加入者調整率は、厚生労働省令で定めるところにより、当該年度におけるすべての保険者に係る加入者の見込総数に対する 75 歳以上の加入者等の見込総数の割合を当該年度における当該保険者に係る加入者の見込数に対する 75 歳以上の加入者等の見込数の割合(その割合が下限割合(当該年度におけるすべての保険者に係る加入者の見込総数に対する 75 歳以上の加入者等の見込総数の割合の動向を勘案して政令で定める割合をいう。以下この項及び次条第 2 項において

同じ。)に満たないときは、下限割合とする。)で除して得た率を基礎として保険者ごとに算定される率とする。

3 第1項第1号の負担調整前概算医療費拠出金相当額は、次の各号に掲げる額の合計額とする。

1 次に掲げる額の合計額(次号において「調整後老人医療費見込額」という。)に、1から特定費用概算率を控除して得た率を乗じて得た額の12分の6に相当する額イ 当該保険者に係る老人医療費見込額から調整対象外医療費見込額(当該保険者が概算基準超過保険者(1の保険者に係る75歳以上の加入者等1人当たりの老人医療費見込額として厚生労働省で定めるところにより算定される額をすべての保険者に係る75歳以上の加入者等1人当たりの老人医療費見込額の平均額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額(以下この号において「1人平均老人医療費見込額」という。)で除して得た率が、すべての保険者に係る75歳以上の加入者等1人当たりの老人医療費見込額の分布状況等を勘案して政令で定める率を超える保険者をいう。)である場合における当該保険者に係る老人医療費見込額のうち、1人平均老人医療費見込額に当該政令で定める率を乗じて得た額を超える部分として厚生労働省令で定めるところにより算定される額をいう。ロにおいて同じ。)を控除して得た額に概算加入者調整率を乗じて得た額

ロ 調整対象外医療費見込額

2 調整後老人医療費見込額に特定費用概算率を乗じて得た額

4 第1項第1号の負担調整見込額は、当該保険者に係る負担調整前概算医療費拠出金相当額(概算負担調整基準超過保険者にあつては、負担調整前概算医療費拠出金相当額から負担調整対象見込額を控除して得た額)に概算負担調整加算率(すべての概算負担調整基準超過保険者に係る負担調整対象見込額の総額を、すべての保険者に係る負担調整前概算医療費拠出金相当額の総額からすべての概算負担調整基準超過保険者に係る負担調整対象見込額の総額を控除して得た額で除して得た率を基礎として厚生労働大臣が定める率をいう。)を乗じて得た額とする。

5 第1項第1号イの特定費用概算率は、各保険者に係る特定費用込額(市町村が当該年度において支弁する1の保険者に係る特定費用の見込額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額をいう。)を、各保険者に係る老人医療費見込額で除して得た率とする。

6 第1項第1号ロの負担調整基準率は、1人当たりの老人医療費の動向、75歳以

上の加入者等の増加の状況、保険者の給付に要する費用の動向及び概算負担調整基準超過保険者の数の動向を勘案し、100 分の 25 以上において各年度ごとに政令で定める率とする。

( 確定医療費拠出金 )

第 56 条 省略