

平均寿命の推移とその変動

我が国の平均寿命は、総じて延伸基調であるが、一時的に短くなることがある。その背景には、インフルエンザの流行や大震災などの影響があるものと分析している。

○ 平均寿命の推移

	平成 6年 (1994)	7年 (1995)	8年 (1996)	9年 (1997)	10年 (1998)	11年 (1999)	12年 (2000)	13年 (2001)	14年 (2002)	15年 (2003)	16年 (2004)	17年 (2005)	18年 (2006)
男	76.57	76.38	77.01	77.19	77.16	77.10	77.72	78.07	78.32	78.36	78.64	78.56	79.00
女	82.98	82.85	83.59	83.82	84.01	83.99	84.60	84.93	85.23	85.33	85.59	85.52	85.81

	平成 19年 (2007)	20年 (2008)	21年 (2009)	22年 (2010)	23年 (2011)	24年 (2012)	25年 (2013)	26年 (2014)	27年 (2015)	28年 (2016)	29年 (2017)	30年 (2018)	令和 元年 (2019)
男	79.19	79.29	79.59	79.55	79.44	79.94	80.21	80.50	80.75	80.98	81.09	81.25	81.41
女	85.99	86.05	86.44	86.30	85.90	86.41	86.61	86.83	86.99	87.14	87.26	87.32	87.45

注. 太枠は、前年に比べて平均寿命が下がっている年。

○ 平均寿命が短くなった年(当時の説明ぶり)

- 平成7年(男・女) 阪神・淡路大震災、インフルエンザ
- 平成10年(男) 自殺
- 平成11年(男・女) インフルエンザ
- 平成17年(男・女) インフルエンザ
- 平成22年(男・女) 猛暑
- 平成23年(男・女) 東日本大震災

(出典)「簡易生命表」「完全生命表」(厚生労働省)

厚生労働省政策統括官(統計・情報政策担当)

御指摘事項への回答

令和3年4月22日
保険局高齢者医療課

① 後期高齢者医療の窓口負担を2割に引き上げることによる受診抑制で、重症化することははないのか。

- 今回の改正法案では、一定の収入以上の方々のみを対象に、その窓口負担を2割とするものであり、配慮措置もしっかりと講ずることで、必要な受診の抑制を招かないようにしています。
- また、個人の健康には様々な因子があることから、窓口負担見直しに伴う受診行動のみにとどめて健康状態に影響を与えないかの分析は困難です。

② 2割への引き上げに伴って講じられる配慮措置について、複数の医療機関を受診して負担増加額が月3千円を超える場合の手続きを具体的に示して下さい。

- 今回の配慮措置については、高額療養費の枠組みで実施することを予定しており、75歳以上の高齢者に対する高額療養費の支給については、現行制度でも、
 - ・ 初回に高額療養費の支給を申請すれば、再度の申請は不要で、
 - ・ 登録された口座に保険者である後期高齢者広域連合から振り込まれる運用となっております。今回の配慮措置についても同様の取扱いとなります。
- こうした現状の対応を踏まえた上で、配慮措置を受けべき方には、確実に受けていただける方法は検討を進めているところです。

③ 「国民、特に高齢者がコロナ危機で心理的・経済的に疲弊している時に、高齢者を狙い撃ちした負担増方針を打ち出せば、コロナ危機ですでに生じている高齢者の医療機関の受診控えを加速し、医療機関の経営困難をさらに悪化させる危険があります」という有識者の指摘があります。これに対して、厚生労働省としての見解を示してください。

- 今回の改正法案では、一定の収入以上の方々のみを対象に、その窓口負担を2割とするものであり、配慮措置もしっかりと講ずることで、必要な受診の抑制を招かないようにしています。
- なお、長瀬効果はマクロでの医療費の減を推計するものであり、後期高齢者医療の給付費が急増する中での増加幅の減少であることから、長瀬効果による影響が個々の医療機関の経営と直接つながるものではありません。

④ 過去の高齢者医療の自己負担増の際に平均寿命への影響がなかったかどうか、調査の上回答してください。

○ 現在精査中です。

⑤ 長瀬効果で見込まれる受診抑制は、実際には厚労省の想定よりも大きいのではないかとこの懸念に対して、厚生労働省の見解を示してください。

○ 長瀬効果による機械的な試算（理論値）では、

・ 外来については、年間33.0日 ⇒ 32.2日 年間0.8日減（▲2.6%）と見込んでいます。

※長瀬式（高齢者）

高齢者の給付率（ x ）と医療費水準（ y ）について

$$y = 0.499x^2 + 0.501$$

※受診日数の減少の計算方法

改正前： $0.499 \times 91.7\%$ （実効給付率） $\times 91.7\% + 0.501 = 0.921$

改正後： $0.499 \times 89.0\%$ （実効給付率） $\times 89.0\% + 0.501 = 0.896$

→ 受診日数は、2.6%減少（ $(0.921 - 0.896) \div 0.921 \approx 0.026$ ）。

○後期高齢者医療制度に係る高額療養費の支給件数（平成30年度）

約3,300万件

（出典）平成30年度医療保険に関する基礎資料

○今回の窓口負担2割の見直しによる受診日数の変化（入院・外来別）

入院・外来別の受診日数の変化としては、

- ・ 外来については、年間 33.0 日 ⇒ 32.2 日 年間で 0.8 日減
- ・ 入院については、年間 14.5 日 ⇒ 14.1 日 年間で 0.4 日減
- ・ 入院＋外来については、年間 47.6 日 ⇒ 46.3 日 年間 1.3 日減
と見込んでいる。

○配慮措置がない場合の給付率とその場合の長瀬効果

配慮措置がないとした場合の給付率は88.1%と見込んでいる。

自己負担割合を2割として、配慮措置がない場合については、長瀬式を用いた医療費水準の変化は▲3.5%となる。この場合の受診日数の変化は、

- ・ 外来については、年間33.0日 ⇒ 31.9日 年間1.1日減、
 - ・ 入院については、年間14.5日 ⇒ 14.0日 年間0.5日減
- と見込んでいる。

※ 長瀬式（高齢者）

高齢者の給付率（ x ）と医療費水準（ y ）について

$$y = 0.499x^2 + 0.501$$

$$\text{改正前} : 0.499 \times 91.7\% (\text{給付率}) \times 91.7\% + 0.501 = 0.921$$

$$\text{改正後} : 0.499 \times 88.1\% (\text{給付率}) \times 88.1\% + 0.501 = 0.888$$

→ 受診日数は、3.5%減少（ $(0.921 - 0.888) \div 0.921 \doteq 0.035$ ）。

○高額療養費がなく、自己負担割合が1割から2割に上がったとした場合の長瀬効果

仮に、「高額療養費制度がない」とした場合に、1割負担から2割負担へと窓口負担割合を引き上げるものとして機械的に計算すると、長瀬式を用いた医療費水準の変化は▲9.4%。

※ 受診日数の減少の計算方法

改正前： $0.499 \times 90\%$ （給付率） $\times 90\% + 0.501 = 0.90519$

改正後： $0.499 \times 80\%$ （給付率） $\times 80\% + 0.501 = 0.82036$

→受診日数は、9.37%減少（ $(0.90519 - 0.82036) \div 0.90519 \doteq 0.0937$ ）。

今回の窓口負担2割の見直しによる受診日数の変化をどのように見込んで
いるか。

○ 外来については、長瀬効果による機械的な試算（理論値）では、

・年間33.0日 ⇒ 32.2日 年間0.8日減（▲2.6%）となる。

※長瀬式（高齢者）

高齢者の給付率（ x ）と医療費水準（ y ）について

$$y = 0.499x^2 + 0.501$$

※2割負担対象者について、この式で計算すると、医療費水準は2.6%減少。
すなわち、受診日数は、2.6%減少。

〈後期高齢者平均〉
年々33.0日
1730.

平成18年改正（現役並み所得者2割負担→3割負担）における受診日数
の変化はどのように見込み、また、結果としてどの程度変化したのか

○ 長瀬式による受診日数の減の理論値は年間0.4日減であったところ、実
際には0.5日減であった。