

後期高齢者医療制度をめぐる経緯と見直しの動向

厚生労働委員会調査室 よしおか せいこ
吉岡 成子

1 はじめに

平成 20 年 4 月に創設された後期高齢者医療制度は、高齢者の反発を招き、施行後半年を経ないうちに見直しを余儀なくされている。野党が提出した「後期高齢者医療制度の廃止等及び医療に係る高齢者の負担の軽減等のために緊急に講ずべき措置に関する法律案（以下「後期高齢者医療制度廃止法案」という。）は平成 20 年 6 月参議院で可決され、衆議院で継続審議とされた。一方、麻生総理は 1 年を目途に必要な見直しの検討を明言しており、政府・与党の検討も始まっている。

昭和 50(1975)年度に 1 兆円に満たなかった高齢者医療費は、今日 12 兆円近くに達し¹、国民医療費に占める割合も 15%弱から 3 分の 1 にまで増大している。さらに、今後高齢者医療費は、平成 27(2015)年には 16 兆円、平成 37(2025)年には 25 兆円に達し、国民医療費の約 45%を占めると推計されている²。

本稿では、制度創設の経緯、指摘された問題点を整理するとともに、見直しの動向を概観することとしたい。

2 後期高齢者医療制度創設に至る経緯

(1) 老人医療費無料化から老人保健法制定まで

全国の自治体に広がった老人医療費無料化³の動きに対応し、「福祉元年」と言われた昭和 48 年には、老人福祉法が改正され、老人医療費支給制度が創設された。

しかし、同制度に基づく老人医療費の無料化により老人医療費は急増し⁴、高齢化の進展とオイルショック後の経済情勢とあいまって、昭和 50 年代に入るや早くもこの見直しが課題となった。その後も、老人医療費は増加を続け、医療保険財政を直撃した。特に高齢者を多く抱える国民健康保険（以下「国保」という。）では、56 年には国保の給付費に占める老人医療費の割合は平均で 3 割を超え、5 割を超える町村も少なくなかった。

一方、病院の待合室のサロン化、はしご受診や乱診乱療などが指摘され、医療資源の効率化という観点からも疑問の声があがるようになった。

¹ 平成 20 年度は予算ベースで老人医療費（20 年 3 月分）及び後期高齢者医療費（20 年 4 月～21 年 2 月分）（対象者は 75 歳以上の高齢者等）。一方、昭和 50 年度は老人医療費支給制度の対象者（70 歳以上の国保被保険者及び被用者保険被扶養者等）

² 厚生労働省「国民医療費の将来見通し」（医療制度改革案ベース、平 18.1）

³ 岩手県旧沢内村では昭和 30 年代から実施されていたが、都道府県としては 44 年に秋田県、東京都が自己負担分への公費支給を始めた。

⁴ 老人医療費支給制度に基づく老人医療費は昭和 48 年の約 4,300 億円から 50 年には約 8,700 億円と 2 年間で倍増した。

小沢私案（昭和 53 年）⁵、橋本私案（54 年）⁶を経て、56 年 5 月に国会に提出された老人保健法案は、衆参両院における修正議決を経て、57 年 8 月に成立し、翌 58 年 2 月に施行された。この老人保健法は、老人保健事業の実施による健康な高齢者づくりと、老人医療費の公平な負担を目指したものであった。医療に関しては、70 歳以上及び 65 歳以上のいわゆる寝たきり⁷の高齢者に対し自己負担⁸を導入するとともに、給付費の 3 割を公費、7 割を保険者からの拠出金とし、拠出金については各保険者の老人医療費の額と加入者総数に応じて按分することとされた。

さらに、被用者保険本人 1 割負担を導入した昭和 59 年の医療保険制度改正において退職者医療制度が創設され、国保に加入した被用者保険退職者の医療費については、退職者本人等の保険料と被用者保険の拠出金で賄われることになった。

（ 2 ）老人保健制度の見直し

老人保健制度は、医療保険の老人医療費拠出金の半分についてそれぞれの老人医療費の実績に応じて按分し、残り半分について高齢者の加入率の差を調整し、負担の平均化を図ろうとするものであった。しかし、国会審議の過程で、急激な負担増を危惧する健康保険組合連合会（以下「健保連」という。）が強い反対姿勢に転じ、参議院修正で、健康保険組合（以下「健保組合」という。）の負担増を老人人口の増加率程度に止める歯止めがかけられ、加入者按分率は 2 分の 1 以下で政令で定めることとされた。

この結果、加入者按分率は毎年低下し（60 年度は 44.7%）、昭和 59 年医療保険制度改正で導入した退職者医療制度への加入者の見込み違いと国保への国庫負担引下げによる影響から、国保の財政は再び厳しさを増した。

このため、昭和 61 年には、加入者按分率を 100%まで段階的に引き上げ、老人加入率の差を全面的に調整するとともに、一部負担の引上げ⁹、老人保健施設の創設等を内容とする改正が行われた。

しかし、これにより健保組合の老人医療費拠出金（以下「老健拠出金」という。）は急増し¹⁰、健保組合の存亡の危機との認識の下、健保連は経済団体とともに老人保健制度への公費負担の引上げと 5%程度の定率一部負担を求めるようになった。

こうした動き等を受け、平成 3 年には再び老人保健法の改正が行われ、介護相当部分の公費負担割合の引上げ（3 割 5 割）、老人訪問看護制度の創設とともに、一部負担の段階的引上げと物価スライドが盛り込まれた¹¹。

⁵ 小沢辰男厚生大臣私案、70 歳以上（65 歳以上の寝たきり高齢者を含む）を国保から切り離し別建ての制度とし、費用は高齢者にも一定の負担を求めるほか国、地方自治体、事業主及び住民の拠出金で賄う等。

⁶ 橋本龍太郎厚生大臣私案、国保を含めた全医療保険間で老人医療費について財政調整を行う等。

⁷ 65 歳以上 70 歳未満の高齢者であって、政令で定める程度の障害の状態にある旨市町村長の認定を受けた者。

⁸ 外来 1 月 400 円、入院 1 日 300 円（2 か月を限度）

⁹ 外来 1 月 800 円、入院 1 日 400 円（2 か月の限度撤廃）

¹⁰ 昭和 60 年に 4,500 億円であった老健拠出金は、加入者按分率が 100%となった平成 2 年には 1 兆円となり、保険料収入の 4 分の 1 を占めるに至った。

¹¹ 平成 4.1～ 外来 1 月 900 円、入院 1 日 600 円 5・6 年度 外来 1 月 1,000 円、入院 1 日 700 円 7 年度～ 物価スライド

さらに、平成7年に、抜本改革までの暫定的安定方策として行われた国保法等の一部改正において、老人加入率の上下限の段階的引上げ¹²、老健拠出金制度の3年以内の見直しが盛り込まれた。一方、9年には介護保険法関連法が成立し、12年度から介護保険制度が創設されることとなった。

老人保健制度をめぐっては、制度創設時から拠出金等をめぐり国保、健保組合の利害が鋭く対立し、また、一部負担やその他の改正事項に関しても、保険者、日本医師会、経済団体、労働団体等関係団体の利害・主張が対立、交錯した。こうした状況は、高齢者医療制度の見直しの合意形成を困難なものとした。

(3) 老人保健制度抜本見直しへの機運

バブル崩壊後の景気の低迷や厳しい財政状況のもとで、1990年代後半になると社会保障に係る給付と負担を抑制する観点から社会保障全体の構造改革を求める声が高まった。さらに、介護保険導入に向けた議論が進められ、医療保険財政が悪化する中、国保制度とともに老人保健制度の抜本的な見直しの必要性が認識されるようになった。

老人保健福祉審議会は、平成8年12月、「今後の老人保健制度改革と平成9年度改正について」をまとめ、介護保険制度施行と同時に、新たな仕組みの創設を含め、老人医療費負担の仕組みを見直す必要があるとし、4つの選択肢を挙げた¹³。また、9年改正では、老人医療に関しては一部負担を引き上げ、老人医療費の伸びに応じ自動的に改定する¹⁴こと等を内容とする改正が行われた¹⁵。

平成9年改正と並行して、政府・与党¹⁶は医療保険の抜本改革のための検討を進め、同年8月には、厚生省の「21世紀の医療保険制度」及び与党医療保険制度改革協議会（以下「与党協」という。）の「21世紀の国民医療 - 良質な医療と皆保険制度確保への指針」が取りまとめられた。与党協の改革案には「増大する一方の高齢者医療費を全国民が公平に支える制度として、高齢者を対象とする独立した保険制度の創設」が盛り込まれた。

さらに、平成10年には、抜本改正までの暫定措置として国保法等の一部改正が行われ、老人加入率の上限の引上げ等の改正が行われた。本改正では参議院において、抜本改正の

¹² 老健拠出金については、老人加入率の極めて低い健保組合等の負担が余りに過大なることを防ぐため、それを超える部分を按分の対象外とする20%の上限と1%の下限が設けられていた。老人加入率が上限20%超の被保険者は制度発足当時は3%程度であったが、高齢化の進展に伴い平成7年度には半数近くに達すると見込まれ（全て国保）国保の負担が重くなっていた。老人加入率の上下限については7年改正以降数次にわたり見直しが行われた（上限：平成7年度22% 8年度24% 9年度25% 10年度～30% 14.10～撤廃、下限：平成7年度～1.4% 14.10～政令事項化）。

¹³ 4つの選択肢は、全高齢者を対象とした独立の保険制度の創設、高齢退職者が被用者保険制度、国保制度にそれぞれに継続加入し、高齢者の加入率の違いに着目した制度間財政調整を行う、医療保険制度を全国民を対象とするものへと統合し、その中に高齢者を位置付ける、現行老人保健制度の基本的枠組みは維持しつつ、必要な見直しを実施する。

¹⁴ 外来：1月1,020円 平成9.9～1回500円（同一医療機関月4回まで） 11年度～医療費スライド、入院：1日710円 9.9～1,000円 10年度1,100円 11年度1,200円 13年度～医療費スライド、また外来薬剤負担が導入されたが、薬剤一部負担を患者本人に代わって国が支払う臨時特例措置（平成11.7～12.12）を経て、平成12年改正で廃止された。

¹⁵ このほか健康保険法改正では被用者保険本人2割負担、薬剤特別負担の導入等が行われた。

¹⁶ 自民党、社民党、新党さきがけ

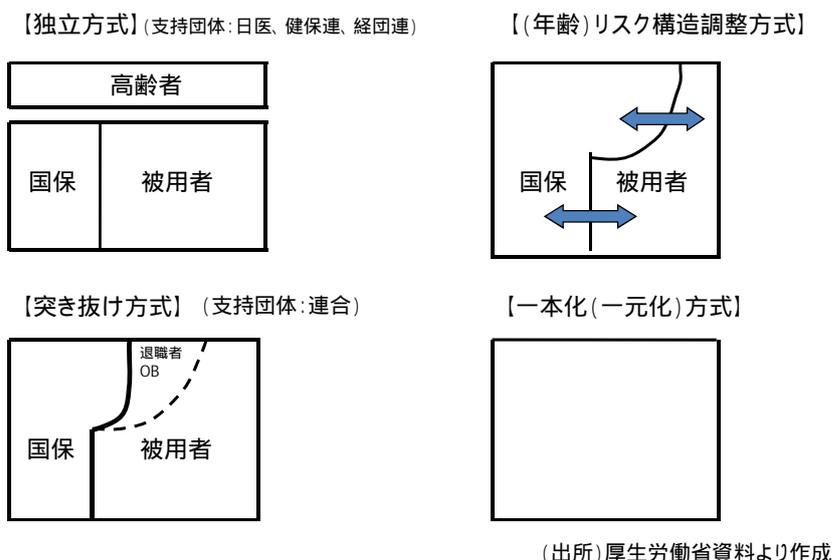
時期を「平成 12 年度までのなるべく早い時期」と明確化する修正が行われ、国民福祉委員会の附帯決議において、「高齢者医療制度の抜本的な見直し等の医療保険制度等の抜本改革を、平成 12 年度に実施すること」、「高齢者医療・保険制度の具体的検討に直ちに着手すること」が議決された。

(4) 新たな高齢者医療制度の具体的枠組みの検討

平成 9 年の厚生省及び与党協の改革案を受けて、10 年 11 月には医療保険福祉審議会制度企画部会が「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」を公表し、高齢者の医療制度について、独立型、継続・突き抜け型¹⁷を併記した。さらに、翌 11 年 1 月、厚生省は、医療保険福祉審議会に、全高齢者を対象とする独立型の高齢者健康保険制度案(モデル A)、被用者 OB を対象とする退職者健康保険制度案(モデル B)及びモデル B に年齢リスク構造調整の考え方を盛り込んだ年齢リスク構造調整案の制度モデル案と財政試算を提出した。

平成 11 年 8 月、医療保険福祉審議会制度企画部会は「新たな高齢者医療制度のあり方について」を提出し、新制度の具体的枠組みについて、公費を主要な財源としすべての高齢者を対象とした地域単位の新たな医療保険制度を設ける考え方、国保グループとは別に被用者保険グループの高齢者のみを対象に新たな医療保険制度を設ける考え方、現行の保険者を前提とし保険者の責によらない事由(特に年齢構成)に基づく各グループ(保険者間)の負担格差についてはいわゆるリスク構造調整を行うという考え方、現行の医療保険制度を一本化して新たな医療保険制度を設ける考え方の 4 つの制度案を提示し、それぞれの問題点を明確化した。この 4 つの制度案が後の高齢者医療制度の見直しの議論の

図表 1 高齢者医療制度見直しの 4 類型



¹⁷ 高齢者全体の医療を他の医療化から区分し独立した仕組みとすべきとする考え方と 被用者保険・国保グループごとに高齢者の医療費を負担すべきとする考え方

土台となる¹⁸（図表1）が、一元的な意見の集約には至らなかった。なお、この時点での独立保険方式は公費を主要な財源として構想されていた。

（5）定率1割負担導入と参議院附帯決議

審議会で意見集約ができなかったことから、目途とされた介護保険施行と同時期の平成12年度の老人保健制度抜本改革は先送りされ、厚生省は、12年1月、「医療制度抜本改革の進め方」を公表し、高齢者医療制度の「改革のための具体的措置について、平成14年度を目途に精力的に検討」するとした。そして、「抜本改革の第一歩として」老人医療の一部負担について月額上限付きの定率1割負担を導入¹⁹する等の12年改正が行われた。同法案に対し、参議院国民福祉委員会は、「新たな高齢者医療制度等の創設については、早急に検討し、平成14年度に必ず実施すること」との附帯決議を付している。さらに、翌13年3月には、政府・与党²⁰社会保障改革協議会が「社会保障改革大綱」を策定し、「平成14年度には高齢者医療制度の見直しを始めとする医療制度改革の実現を図る」とした。

しかし、患者、被保険者・事業主、医療関係者が痛みを分かち合う「三方一両損」の制度改正と言われた平成14年改正²¹においては、完全定率1割負担の導入²²、老人医療の対象年齢及び公費負担割合の段階的引上げ等²³を行う改正がなされたが、抜本見直しは見送られ、与党合意に基づき改正法附則第2条第2項に「医療保険制度体系の在り方、新たな高齢者医療制度の創設、診療報酬体系見直し等についての基本方針を14年度中に策定する」旨規定された。

（6）平成18年医療改革に至る経緯

平成14年改正法の附則に基づき、医療保険の抜本改革に向けた検討が行われ、14年9月には、坂口厚生労働大臣私案が公表され、高齢者医療制度について「制度を通じた年齢構成や所得に着目した負担の公平化を図る」とするいわゆるリスク構造調整方式が提案された。11月には自民党医療基本問題調査会「新しい高齢者医療制度の創設等制度見直しワーキンググループ」中間報告が、「高齢者自らの保険料負担に加え、被用者保険と国保の各保険者からの世代間の助け合いという観点に立った新たな支援措置を組み合わせる」独立方式をまとめた。こうした動きを受け12月に公表された厚生労働省試案「医療保険制度の体系の在り方」では高齢者医療制度についてA案（リスク構造調整方式）とB案（75歳以上について独立制度の創設）の2案が併記された。関係団体からはA案に対し健保連を始め「全く容認の余地はなく断固反対²⁴」等の強い反対意見が出された一方、B案に対して

¹⁸ 平成13年3月に厚生労働省が公表した「医療制度改革の課題と視点」では高齢者医療制度の見直しの4類型として独立保険方式、突き抜け方式、年齢リスク構造調整方式、一本化方式が示されている。

¹⁹ 月額上限が設けられたため、実際の負担率は7.9%と試算された。

²⁰ 自民党、公明党、保守党

²¹ 健康保険法改正では被用者保険本人3割負担、総報酬制の導入等が行われた。

²² 現役並み所得者については2割負担。

²³ 平成18年10月にかけて段階的に対象年齢を70歳から75歳へ、公費負担を3割から5割へ引き上げる。

²⁴ 健保連「医療制度改革のあり方について」（平14.2.20）

は現行の老健拠出金と変わらない等を理由に反対との意見が多く示された。

その後の協議の結果、翌 15 年 3 月、「高齢者医療は、75 歳以上の後期高齢者と 65 歳以上 75 歳未満の前期高齢者のそれぞれの特性に応じた新たな制度」とし、「後期高齢者については、加入者の保険料、国保及び被用者保険からの支援並びに公費により賄う新たな制度に加入する。」等を内容とする「健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針」が閣議決定された。

さらに、平成 17 年 10 月、厚生労働省から「医療制度構造改革試案」が公表され、後期高齢者を対象とした独立保険制度の創設が示された²⁵。その後高齢者の負担、後期高齢者医療制度の運営主体の在り方等について議論が重ねられ、12 月には政府・与党²⁶医療改革協議会の「医療制度改革大綱」がとりまとめられた。そして、これをもとに 18 年 2 月、医療改革関連法案²⁷が国会に提出され、6 月成立し、20 年 4 月に新たな高齢者医療制度が導入された。

3. 新たな高齢者医療制度の概要

(1) 後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度は、75 歳以上の後期高齢者を対象に、後期高齢者の保険料(1割)、現役世代(国保・被用者保険)からの支援²⁸(約4割)及び公費(約5割)²⁹を財源とする新たな医療制度である(図表2)。保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が実施することとされた。また、高額医療費についての財政調整、保険料未納等に対する貸付・交付など国・都道府県による財政安定化措置が盛り込まれた。

なお、少子高齢化の進展に伴い後期高齢者人口は増大する一方で、若年人口は減少するため、現役世代の一人当たりの負担は後期高齢者一人当たりの負担より大きな割合で増加していく。このため、若年人口の減少による若年一人当たりの増加率については後期高齢者と若年世代で半分ずつ負担するよう、後期高齢者の保険料負担割合を若年人口減少率の2分の1で引き上げ、その分後期高齢者支援金の負担率を引き下げることとしている。これにより後期高齢者の保険料負担割合は平成20年度の10%から27年度には10.8%に達すると見込まれている。

後期高齢者の一部負担は従来と同じ1割負担であるが、現役並み所得者は3割負担とさ

²⁵ 試案の段階での保険者は市町村。

²⁶ 自民党、公明党

²⁷ 「健康保険法等の一部を改正する法律案」及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」

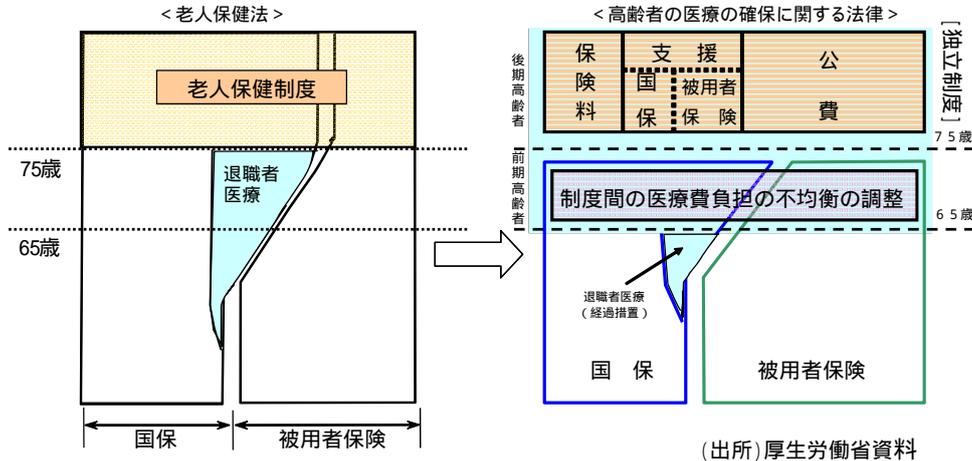
²⁸ 後期高齢者支援金、各医療保険の被保険者(0~74歳)数に応じて負担する。

²⁹ 現役並み所得者の給付費には公費負担がないため、実際には支援金44%、公費46%となる。なお、国保及び政府管掌健康保険(平成20.10~全国健康保険協会管掌健康保険)の後期高齢者支援金について、それぞれ50%、16.4%の公費負担があること等からこれらを含めた公費は58%となる。

図表2

高齢者医療制度の概要

75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。
 あわせて、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。
 現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。



れた³⁰。また、医療保険及び介護保険の自己負担限度額が著しく高額になる場合に負担を軽減する高額医療・高額介護合算制度が創設された。

保険料は、広域連合内で均一とされ、2年ごとに見直され、個人単位で賦課、徴収される。被保険者の頭割りによる被保険者均等割と所得に応じた所得割から構成され、被保険者均等割には低所得者に対する軽減措置（2割、5割、7割）が設けられる。また、保険料は、年金額が18万円（月1万5,000円）未満の者等を除き、年金から支払われる（特別徴収）。

（2）前期高齢者の医療費の財政調整

65歳から74歳の前期高齢者は、75歳以上の高齢者と同様、8割が国保に加入しており、今後増加することが見込まれる。このため、65歳から74歳の高齢者については、国保ないし被用者保険に加入したまま、前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する制度を設けることとし、前期高齢者の給付費及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、国保及び被用者保険の加入者数に応じて負担する財政調整を実施することとした³¹。なお、退職者医療制度は経過的なものを除き廃止される。

また、70歳から74歳の高齢者の一部負担は1割から2割に引き上げられる³²。

³⁰ 現役並み所得者の一部負担引上げについては平成18年10月実施

³¹ 各保険者の加入数に応じ、前期高齢者加入率が全国平均を下回っている場合は前期高齢者納付金を拠出し、全国平均よりも上回っている場合には交付金を受給する。

³² 与党の後期高齢者医療制度見直しにより負担増は凍結されている（後述）。

(3) 平成18年改正の影響額

後期高齢者医療費に対する支援や前期高齢者医療費における財政調整は、国保、被用者保険の保険者が74歳までの加入者の数に応じて負担する仕組みとなっていることから、高齢者を多く抱えている国保の負担は軽減され、若年世代が多い健保組合の負担は増大する。平成18年改正の影響額は、20年度において市町村国保が1,200億円減少する一方、健保組合は1,100億円の増と推計され、27年度には健保組合の支援金等の支出額は所要保険料の50%に達すると見込まれた³³。

4. 後期高齢者医療制度導入をめぐる状況

(1) 施行前の負担見直しと施行をめぐる混乱

平成19年9月の福田内閣発足に伴う与党の政権合意において、「70歳から74歳までの窓口負担の1割から2割への引上げ及び75歳以上の新たな後期高齢者医療制度における被扶養者からの保険料徴収の凍結について早急に結論を得て措置する」とされたことを受け、与党は高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム(以下「与党PT」という。)を設け検討を進め、同年10月、被用者保険被扶養者の保険料負担の凍結・軽減³⁴、70歳から74歳の一部負担引上げ凍結³⁵を決めた。

しかし、制度導入が間近に迫る中、制度の周知不足や保険料負担への不満、「後期高齢者」という名称への不快感を訴える高齢者の声が高まった。

福田内閣総理大臣は、制度発足初日の平成20年4月1日の閣僚懇談会で、後期高齢者医療制度の通称を「長寿医療制度」とし、制度の周知徹底を図るよう指示した。厚生労働省は、同月4日、厚生労働大臣を本部長とする「長寿医療制度」実施本部を設置し、制度の広報・周知に努めた。

しかし、19年秋の保険料負担凍結に係るシステム改修の遅れ等から、特別徴収の延期³⁶や誤徴収³⁷、被保険者証の未着³⁸等が相次ぎ、混乱に拍車をかけた。

(2) 高まる後期高齢者医療制度への不満

野党各党は、年金記録問題が解決していない現状で、後期高齢者医療制度の保険料を年金から天引きすること等を強く批判し、制度導入後初の年金支給日となる4月15日に向け攻勢を強めた。さらに、新たに設定された後期高齢者診療料や後期高齢者終末期相談支援料に対し、地方医師会等から強い反発が生じた。

こうした中で、4月27日の衆議院山口2区補選で民主党候補が当選し、政府・与党の危機感は一層高まった。福田内閣総理大臣は、30日の記者会見で、6月の第2回年金天引き

³³ 厚生労働省「医療制度改革における所要保険料及び公費負担の見直し」「医療保険制度改革案による支援金等の支出額の見直し」

³⁴ 平成20年4月から9月まで凍結、10月から21年3月まで9割軽減

³⁵ 1割 2割の自己負担増を平成20年4月から21年3月までの1年間凍結

³⁶ 31自治体(約90万人)が保険料の特別徴収を平成20年10月以降に延期。

³⁷ 39都道府県で43,193件

³⁸ 平成20年4月9日時点で63,468件

までに運用上の問題点を集中的に点検し、きめ細かな手当を講じる旨発言し、与党も6月中に改善案をまとめるべく検討を開始した。一方、野党は共同で5月23日、後期高齢者医療制度廃止法案を参議院に提出した。同法案は、6月5日、参議院厚生労働委員会で、翌6日本会議で可決され、衆議院に送付された³⁹。

6月8日の沖縄県議選で与党は過半数割れし、町村内閣官房長官は9日、記者会見で「長寿医療制度が背景にあったことは否定しえない事実」と述べた⁴⁰。

5. 高齢者医療制度に対して指摘された問題点

(1) 独立した医療制度とすることへの批判

後期高齢者医療制度に対する批判の大きなものは、75歳以上の後期高齢者を切り離し、独立の制度としたことへの批判である。

複数の疾患を持ち、治療が長期化するリスクの高い75歳以上の高齢者のみを対象とする制度は、リスク分散という医療保険の原理では成り立たず、世界的にもほとんど例がない⁴¹。後期高齢者医療制度は、その財源の9割を公費や現役世代からの支援金に委ねており、制度の持続性、安定性の上から疑問が呈されている。

また、75歳以上という年齢で高齢者を区切るということに対する「感情的な反感」⁴²も大きい。後期高齢者を別建ての制度にすることには合理的な理由がなく、75歳以上の高齢者に対する差別であるという指摘がある。75歳になると現役被用者も後期高齢者医療制度に移行し、傷病手当金や健保組合で受けていた付加給付、特定健診等が受けられなくなる。さらに、例えば高齢夫婦世帯(国保)で夫が75歳になると、夫のみ後期高齢者医療制度に移り、妻1人が国保に残されることになるほか、夫が現役被用者で妻がその被扶養者だった場合、夫が75歳になると、夫は後期高齢者医療制度に妻は国保に移ることとなる⁴³。世帯構成や収入は変わらないのに家族間の加入関係や保険料が変わることへの違和感もある。

さらに、別建てにより受けられる医療が制限される懸念や公費負担抑制との批判もある。後期高齢者医療制度の公費負担は従来と同じ5割だが、高齢者医療に係る国保の拠出が減少することに伴い、その分の公費負担が減少する。平成27年度の公費は、制度改正がなかった場合と比べ1兆4,100億円減少すると見込まれる⁴⁴。

(2) 年金からの保険料徴収

第二の批判は、年金からの保険料徴収(特別徴収)に対する不満である。

年金からの保険料徴収は、すでに介護保険で導入されており、厚生労働省も、年金天引きは、市町村からの要望を踏まえたものであり、高齢者が金融機関等で支払う手間を省き、行政コストの節約にもなる旨説明してきた。しかし、制度の周知・説明不足に加え、年金

³⁹ 衆議院では継続審議

⁴⁰ 『朝日新聞』夕刊(平20.6.9)、『日経新聞』夕刊(平20.6.9)

⁴¹ アメリカのメディケアは、65歳以上又は障害者を対象としている。

⁴² 舛添厚生労働大臣の発言 第170回国会参議院予算委員会会議録第3号15頁(平20.10.14)

⁴³ 国保保険料に関しては、それぞれ一定期間の軽減措置が講じられる。

⁴⁴ 平成18年の制度改正時の厚生労働省推計

記録問題が社会問題化している最中であったこと、介護保険導入時と比べ金額が高く負担感が大きいこと等から、高齢者の不満が集中し、年金 18 万円(月額 1 万 5,000 円)という低所得層の天引きも問題視された。

(3) 後期高齢者医療制度創設に伴う保険料負担等

市町村単位の国保から都道府県単位の後期高齢者医療制度に移行したことに伴い保険料が増加した人の不満も顕在化した。特に、東京 23 区などそれまで国保に一般会計から多額の繰入れを行っていた自治体や国保保険料を二方式⁴⁵や住民税方式⁴⁶で徴収していた自治体の保険料負担の増大が顕著であった。

厚生労働省は、当初、後期高齢者の保険料負担について、一般的には低所得では負担が軽減され、高所得では負担が増える傾向がある旨説明していた⁴⁷。しかし、試算が実態を表していない等の批判がなされ、全市町村を対象に後期高齢者医療制度創設に伴う保険料額の変化を世帯類型と収入区分を組み合わせた 12 モデル世帯で調査した。

その結果⁴⁸、基礎年金や平均的な厚生年金のみを受給している世帯のうち、単身世帯では 9 割以上の市町村で、夫婦世帯では 7 ~ 8 割程度の市町村で保険料が減少し、75 歳以上の者がいる国保世帯の 69% で保険料が減少すると推計された。一方、低所得層の保険料減少世帯割合は 61%、中所得層では 75%、高所得層では 78% で、低所得ほど減少世帯割合が少ないという結果となった。また、二方式での保険料減少世帯割合は 51% にとどまると推計された。このほか沖縄県の 36% から茨城県、栃木県、徳島県の 87% と都道府県によって減少世帯割合に大きな開きがあることが明らかになった。

また、後期高齢者の保険料が平成 20 年度の 6.1 万円から 27 年度は 8.5 万円になることが見込まれ(38% 増)、若人(例えば国保)と比べ伸び率が大きいことが批判された⁴⁹。

さらに、後期高齢者医療制度の保険料が個人単位となったにもかかわらず、被保険者均等割の低所得への軽減措置は世帯全体の収入で判断される⁵⁰ことに対して、整合性がとれない、あるいは世帯分離を促進するとの指摘がなされた。

また、後期高齢者医療制度は、原則として高齢者本人の年金から保険料徴収されるため、世帯主が合算して社会保険料控除を受けられなくなり、税負担が増すケースがあることが指摘され、「隠れ増税」との批判を招いた。

(4) 前期高齢者納付金等の増大

健保組合も前期高齢者納付金等の増大により深刻な財政状況に直面している。西濃運輸、京樽など健保組合の解散や保険料率の引上げが相次いでいる。

高齢者医療に係る健保組合の拠出金等は、平成 20 年度約 2 兆 7,400 億円と前年度に比

⁴⁵ 所得割額(50%)と被保険者均等割額(50%)を合算する国保保険料の賦課方式

⁴⁶ 住民税額に保険料率をかける国保保険料の算定方式

⁴⁷ 厚生労働省「長寿医療制度に関する基本的な Q & A」(平 20. 4. 4)

⁴⁸ 厚生労働省「長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の創設に伴う保険料額の変化に関する調査 - 結果速報 - 」

⁴⁹ 平成 18 年の制度改正時の厚生労働省試算、なお、国保の伸び率は 23%。

⁵⁰ 例えば同居の子に収入があれば高齢者自身が低所得であっても軽減措置の対象とならない。

べ約 4,100 億円増加したが、このうち前期高齢者に対する財政調整等制度改正分の増が約 1,800 億円を占め⁵¹、高齢者医療に係る拠出金等が保険料収入に占める割合は、20 年度に 45%を超えた。特に前期高齢者納付金⁵²の伸びは著しく、保険料収入に占める割合も 25%と初めて後期高齢者支援金を上回った⁵³。これに伴い健保組合の 20 年度の赤字は 6,322 億円に達するとされ、赤字組合割合は 20 年度には約 9 割（19 年度 7 割）に拡大すると見込まれている⁵⁴。

中でも、前期高齢者納付金は、従前の被用者 O B の医療費から国保も含む前期高齢者の医療費に対象が拡大し、かつ財政力に応じた負担（総報酬による按分）から前期高齢者の加入率に応じた負担に変わった結果、前期高齢者の加入率が低く財政力の弱い組合ほど負担増となることが見込まれる。

「健康保険組合存亡の危機突破総決起大会」と銘打った平成 20 年 11 月の健保組合全国大会では、前期高齢者医療制度に対する公費投入の実現が決議された。

（５）資格証明書制度の導入、自治体単独医療費助成等

このほか後期高齢者医療制度への資格証明書制度の導入も問題とされた。これは、保険料を 1 年間滞納した場合等に被保険者証の代わりに資格証明書を交付するもので、資格証明書が交付されると医療機関の窓口でいったん医療費の全額を払わなくてはならず、必要な医療を受けられなくなることが懸念された。厚生労働省は、当初、後期高齢者医療制度の普通徴収の収納率を 98%と見込んでいたが、現時点で保険料（普通徴収）平均収納率は 91.56%とされ⁵⁵、全国の主要自治体 72 市区で 20 万人が後期高齢者医療制度の保険料を滞納していると報道された⁵⁶。

さらに、65 歳以上 75 歳未満の一定の障害状態にある者については老人保健制度と同様、後期高齢者医療制度への加入ができることとなっているが、自治体単独の障害者に対する医療費助成事業において、後期高齢者医療制度への加入を要件としていた都道府県が 10 道県⁵⁷あることが明らかになり、後期高齢者医療制度への事実上の強制加入ではないかと問題視された。

さらに、老人保健制度では市町村に 40 歳以上の健康診査を義務づけていたが、後期高齢者医療制度では 75 歳以上の健康診査は広域連合の努力義務とされている。平成 19 年度に 75 歳以上の者に対し国保で人間ドック助成を行っていた 723 市町村のうち、衛生部門で助成を継続する 141 市町村を除く 582 市町村で 20 年度に助成が打ち切られ、後期高齢者に対する保健事業の在り方が議論を呼んだ。

⁵¹ 厚生労働省資料

⁵² 注 31 参照、経過的な退職者給付拠出金を含む。

⁵³ 前期高齢者納付金は退職者給付拠出金、後期高齢者支援金は老健拠出金との比較。

⁵⁴ 健保連「平成 20 年度健保組合予算早期集計結果の概要」（平 20. 4. 21）

⁵⁵ 厚生労働省資料 平成 20 年 12 月時点で収納率を把握している 18 広域連合に係るもの

⁵⁶ 『朝日新聞』（平 20.12. 1）（平 20.12. 4）

⁵⁷ 北海道、青森県、山形県、茨城県、栃木県、富山県、愛知県、山口県、徳島県、福岡県

(6) 後期高齢者に係る新たな診療報酬

後期高齢者医療制度の創設に伴い後期高齢者の心身の特性に着目し創設された新たな診療報酬も問題となった。特に、糖尿病、高血圧性疾患、認知症等の慢性疾患を持つ後期高齢者に対し、医師が診療計画を作成し、継続的に診療を行うことを評価した「後期高齢者診療料」や患者と家族が医療従事者と終末期における診療方針等について話し合い、書面でまとめて提供した場合を評価する「後期高齢者終末期相談支援料」に対し、批判が高まった。

このうち後期高齢者診療料は、患者の主病を担当する1つの医療機関のみ算定できるととされた。これに対し、高齢者には通例複数の慢性疾患があり、1つだけを「主病」と認定することは困難である、患者が担当医しか受診できなくなり、医療機関が連携して高齢者を支援できなくなる等の批判が、茨城県を始めとする地方の医師会から高まった。また、後期高齢者診療料が月600点(1点10円)であり、医学管理等、検査、画像診断、処置料について包括化されているため⁵⁸、必要な検査が減らされたり、診療報酬の更なる包括化、医療費抑制につながるのではないかという疑念が呈された。

さらに、後期高齢者終末期相談支援料については、終末期の医療費抑制を図るもので、後期高齢者にのみ終末期の自己決定を迫ることになりかねない等の批判を招いた。

厚生労働省は、後期高齢者診療料はフリーアクセスを制限するものではなく、患者はこれ以外の医療機関にかかることも、変更することもできる、終末期相談支援料は患者の自由な意思に基づくもので、作成の強要はありえず、作成後の変更も何度でも自由に行える等説明したが、疑念を払底するには至らなかった。

6. 高齢者医療制度見直しの動向

(1) 高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等

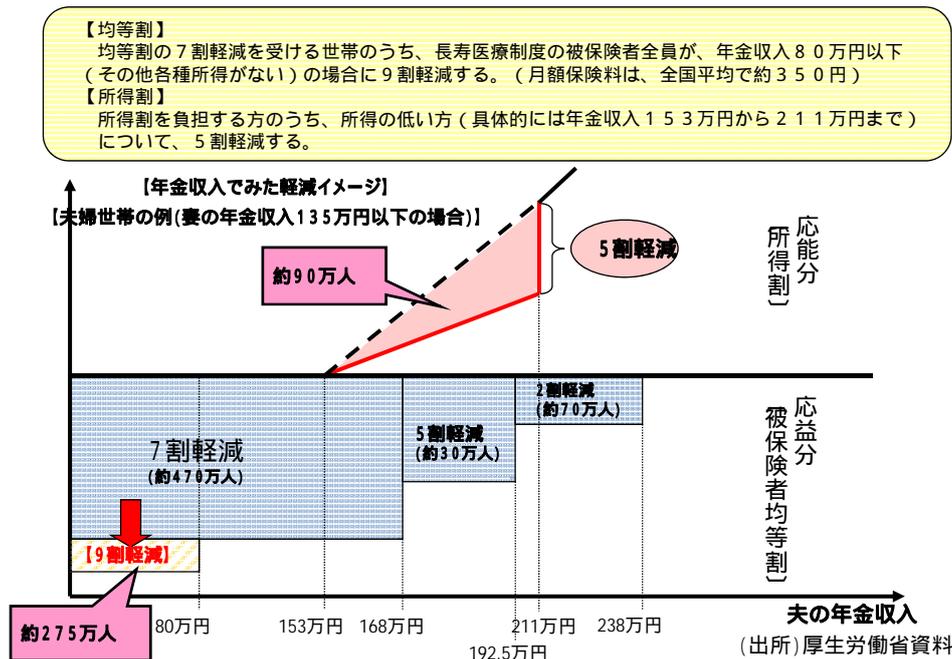
後期高齢者医療制度の運用改善策を検討してきた与党PTは、2回目の年金天引きを目前に控えた平成20年6月10日、低所得者への保険料軽減等を内容とする「高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について」をまとめ、同月12日、政府・与党協議会で正式決定した。

これにより、21年度から、後期高齢者医療制度の被保険者全員が年金収入80万円以下の世帯を対象に、被保険者均等割について新たに9割軽減を創設する、所得割を負担する年金収入210万円程度までの被保険者について所得割額を50%軽減する⁵⁹こととなった(図表3)。それでもなお保険料を払えない者には、個別の減免も含め、市町村のきめ細かな相談体制を整備する。また、20年度は経過的な軽減策として、被保険者均等割7割軽減世帯については10月から半年は保険料を徴収せず(8.5割軽減)、年金210万円程度までの被保険者の所得割を原則一律50%減とすることとされた。

⁵⁸ 病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち550点以上の項目は別途算定できる。

⁵⁹ 6月時点では21年度については所得に応じ軽減率を4区分するとされていたが、11月18日の与党PTで年金収入211万円まで一律5割軽減することで合意した。

図表3 平成21年度以降の対応(恒久措置)



この結果、保険料減少世帯は、75歳以上の者がいる国保世帯の69%から75%に拡大し⁶⁰、軽減後の平均保険料は年額約72,000円から65,000円に軽減された。

また、年金からの保険料徴収についても一定の条件のもとで口座振替を認めたが、11月には更にその条件を撤廃し、口座振替と年金からの徴収の選択により保険料納付を可能とすることとした（21年4月実施）。

さらに、後期高齢者終末期相談支援料については、当面凍結することを含め、取扱いについて中医協で議論を行い、速やかに必要な措置をとる等とされ、平成20年6月25日の中医協への諮問・答申を経て、7月1日から算定が凍結された。

このほか自治体独自の医療費助成事業や人間ドック助成事業の在り方について自治体の適切な対応等を求めるとともに、資格証明書については、相当な収入がありながら保険料を納めない悪質な者に限り適用することとした。このうち医療費助成事業に関しては、厚生労働省は7月、都道府県に対し助成要件の見直しの検討等について通知を出し、3県⁶¹が見直しを決定した。また、人間ドック、資格証明書の運用等に関しては、6月の全国会議⁶²において人間ドックを含む健康増進事業の実施の検討、資格証明書の統一的な運用基準の策定等を依頼、指示した。

なお、6月の与党PTのとりまとめでは、保険料軽減判定を個人単位で行うこと、加入関係の変化に伴う問題、年金からの保険料徴収対象要件の引上げ等については引き続き検討することとされた。

⁶⁰ 厚生労働省「長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の創設に伴う保険料額の変化に関する調査 - 結果速報 - 」

⁶¹ 栃木県、山口県、徳島県

⁶² 全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議

(2) 当面する高齢者医療の負担への対応

次いで、7月17日、与党PTは、「高齢者医療の負担のあり方に関する当面の対応について」として、70歳から74歳の医療費自己負担増(1割2割)凍結及び被用者保険被扶養者の保険料負担の軽減(9割軽減)の21年度継続等を取りまとめ、8月29日の政府・与党「安心実現のための緊急総合対策」に盛り込んだ。

さらに、与党PTは、9月9日、「平成21年(度)における高齢者医療の負担のあり方」を取りまとめ、70歳から74歳の自己負担増凍結、被用者保険被扶養者の保険料軽減の21年度継続を正式決定するとともに⁶³、75歳到達月に自己負担限度額が倍増することに対応した特例の創設⁶⁴、現役並み所得者の判定単位の変更により世帯構成や収入が変わらないのに現役並み所得者とみなされる者への軽減策⁶⁵等を取りまとめた。また、いわゆる「隠れ増税」の批判に対し、後期高齢者の保険料を世帯主の社会保険料控除の合算対象とすることで一致した。

(3) 1年を目途とする高齢者医療制度の見直し

平成20年9月20日、舛添厚生労働大臣が後期高齢者医療制度に代わる新制度の検討を表明したことが一斉に報道され、事態は新たな局面を迎えた。

舛添厚生労働大臣は、年齢のみで区分しない、年金からの保険料天引きを強制しない、世代間の反目を助長しないという3原則を打ち出し、当時の麻生幹事長も21日、後期高齢者医療制度の抜本見直しを表明した。この結果、自民党総裁選を経た23日の与党の連立政権合意では、「長寿医療制度については、高齢者の心情に配慮し、法律に規定してある5年後見直しを前倒しして、より良い制度に改善する。」旨が盛り込まれた。

9月24日に組閣された麻生内閣で再任された舛添厚生労働大臣は、翌25日、第1回高齢者医療制度に関する検討会⁶⁶を開催した。さらに、麻生内閣総理大臣は、同月29日の所信表明演説において、1年を目途に必要な見直しを検討する旨表明した。

舛添厚生労働大臣は、10月7日、第2回高齢者医療制度に関する検討会に私案を提出した。舛添私案は、国保を都道府県単位に再編し、国保と長寿医療制度を一本化した上で、被用者保険からの財政調整を行うものである(図表4)。制度のねらいとして、年齢にかかわらず一本化、国保財政の安定化、地域医療において都道府県が主体的役割を果たすことを挙げるとともに、今後解決すべき課題として、高齢者の保険料に配慮しながら、制度を一本化する具体的な方法や財政調整の仕組み、地域の国保保険料を統一する際の激変緩和措置、都道府県が運営主体を引き受けてくれるための条件整備を掲げている。

一方、自民党は、平成21年来春までに独自の見直し案をまとめる方針と報道された。公

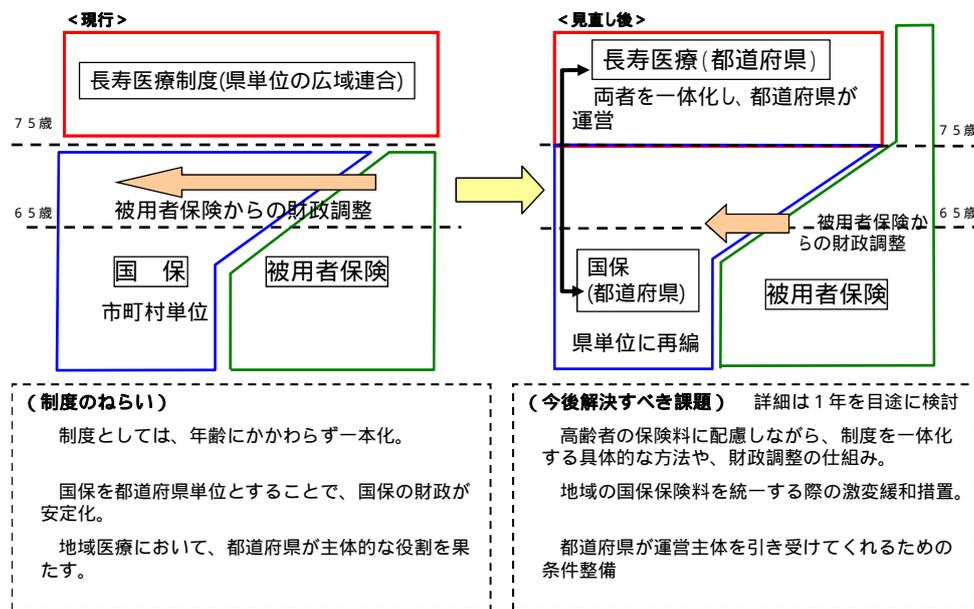
⁶³ 22年度以降の取扱については引き続き検討することとされた。

⁶⁴ 誕生日前後で医療保険が変わるため、合算され2倍となる75歳到達月の負担限度額(例:国保44,000円+後期高齢者医療制度44,000円=88,000円)を2分の1とする。21年1月実施(20年4月遡及適用)。

⁶⁵ 例えば夫婦の収入が520万円未満で夫の収入が383万円以上(夫の課税所得は145万円以上)の場合、平成20年7月から夫が現役並み所得とみなされ、自己負担が3割になったのを1割に戻す。

⁶⁶ 座長:塩川正十郎 東洋大学総長、元衆議院議員

図表4 舛添大臣の私案のイメージ



(出所)厚生労働省資料

費負担の55%への引上げが検討されているという⁶⁷。また、政府と与党一体で見直すことを舛添厚生労働大臣とで確認したとも報道されている⁶⁸。

7. 今後の高齢者医療の在り方

高齢者医療制度をめぐっては前述したように4つの考え方がある(図表1)

このうち、独立方式は、現行の後期高齢者医療制度のほか、日本医師会、健保連等が主張している。この方式には、先述したように一定の年齢で区切ることへの批判がある。一方、日本医師会は、75歳以上の高齢者を対象に公費9割を主張し⁶⁹、健保連は、65歳以上を対象とし前期高齢者への公費投入を主張している⁷⁰。このように、独立方式には、対象年齢、財源等をめぐって様々な意見がある。

次に、被用者OBが引き続き被用者保険に加入するの突き抜け方式は、連合が主張している。しかし、この方式では一定の被用者保険加入期間に満たない⁷¹高齢者は国保に加入することになり、現在でも財政力の弱い国保の財政が非常に逼迫する懸念がある。また、雇用が流動化している中で高齢者になっても被用者・非被用者を区別することや高齢者医療を社会全体で支えるという観点からの妥当性、被用者OBの住所管理や保険料徴収等実務面での問題も指摘されている。

⁶⁷ 『毎日新聞』(平20.12.3)、『日経新聞』(平20.12.3)

⁶⁸ 『毎日新聞』(平20.12.6)

⁶⁹ 日本医師会『『高齢者のための医療制度』の提案』(平成20.10)

⁷⁰ 健保連『新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言』(平成17.3)

⁷¹ 退職者医療制度の対象者は年金受給権者で被保険者期間20年以上等

一方、の(年齢)リスク構造調整方式に対しては、負担増となる健保組合等被用者保険の強い反対が予想される。かつての坂口私案に対しても、国保を除く関係団体や与党から、単なる保険者間の財政調整であり、各保険者の自主・自立、保険者機能を阻害する、保険者は単なる保険料徴収機関になってしまい、実質的に保険者の一本化につながる等の批判がなされ、最終的に独立方式を採用するに至った経緯がある。また、調整するリスクの範囲を高齢者とするのか、全年齢に拡大するのか、年齢以外の要素も含めるのかの議論に敷衍する可能性がある⁷²。

さらに、の一本化(一元化)方式については、保険者単位、財源を始めとする具体的制度設計、現存の国保、被用者保険の給付率や保険料水準の調整方法、一本化の手順等の問題があるほか、被用者保険の事業主負担、国保加入者の所得捕捉の問題がある。また、当然のことながら健保組合の強い反対が予想される⁷³。

平成20年10月の舛添私案は、国保を都道府県単位化した上で、被用者保険からの財政調整を行う案であるが、財政調整に係る合意形成は容易ではない。また、国保については、平成18年医療改革で保険財政共同化事業⁷⁴を創設する等保険運営の広域化が進められたとはいえ、昭和60年代から都道府県単位化を含め、その抜本改革が焦眉の課題とされながら、実現を見ずに今日に至った経緯がある。高齢者医療制度の見直しは国保の問題と切り離して考えることは困難であるが、舛添私案にはすでに知事の批判が相次いでいる⁷⁵。

一方、民主党は、後期高齢者医療制度を廃止し、いったん老人保健制度に戻すとともに、被用者保険と国保を順次統合し、将来的には「健康生活圏」における医療保険制度の一元化の方向性を打ち出し、具体化のための検討を進めている⁷⁶。

医師不足、救急医療を始め医療問題が焦点となる中で、今度の総選挙においては医療政策が大きな争点となることが予測される。どのような政権になろうと高齢者医療制度の見直しは避けられない。しかし、後期高齢者医療制度は10年間の議論の到達点であり、関係者の意見が輻輳する今、見直しの方向性は明確ではない。

今後増大する高齢者医療費は、必ず誰かが負担しなければならない。後期高齢者医療制度をめぐる新聞報道は「高齢者いじめ」という論調が多いが、今後の少子高齢化に伴い若年世代の負担が高まっていく。若年世代の理解が得られなければ後期高齢者医制度は早晚行き詰まる。一方、高齢者医療費に公費負担増を求める声も高いが、安定した財源の確保なしに公費負担割合を増やすだけでは、厳しい財政状況下における公費支出の制約により高齢者医療費が抑制される懸念がある。

団塊の世代が60歳を超えた現在、10年前の議論を同じ時間をかけて議論する猶予はもはやない。高齢者の医療費を誰がどのように負担するのか、世代間の対立を超えた真摯な議論が望まれる。

⁷² ドイツでは、年齢のほか性別、収入、罹患率に基づくリスク構造調整を疾病金庫間で行っている。

⁷³ 平成20年11月の健保組合全国大会で制度間の財政調整・一元化構想の断固阻止が決議された。

⁷⁴ 1件30万円超の医療費について各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整する。

⁷⁵ 時事通信の調査によると舛添私案に対し29知事が反対を表明している。

⁷⁶ 民主党「2007参議院選挙政策リスト」「民主党政策INDEX2008」