

指標

後期高齢者医療制度の行方 — 全面的見直しか廃止か —

副会長
畑 俊一

1. はじめに

昨年4月にスタートした後期高齢者医療制度は、開始直後から混乱した。はじめは制度の趣旨や変更点が十分周知されない事務処理のミス。保険証が約6万人(全体の約0.5%)に届かなかったり、保険料の徴収額の誤りのミスが全国各地で頻発した。

75歳以上の当事者には、「姥捨て山」を連想する「後期高齢者」という呼称や年金から天引きする徴収方法にも反発が強かった。

医療現場では「後期高齢者診療料」という診療報酬誘導や包括払いに対する反発が強く、各地の医師会でボイコットを宣言する事態となった。

健保組合の中には高齢者医療への拠出金負担増に耐えられず、解散が相次いでいる。

スタートからわずか2カ月余りで、低所得者の保険料軽減拡大、年金天引きから口座振替への変更など、早くも制度見直しに追い込まれた。

さらに本年4月からは、①保険料支払い方法の選択制を全員に拡大、②均等割の9割軽減導入、③所得割の5割軽減継続などが決定されている。

後期高齢者医療制度の最大の問題は、医療サービスが財源制約の面から長期的に劣化していくことにある。いくらリフォームを繰り返しても、継続困難で

短命に終わる可能性がある。

後期高齢者医療制度の概要、創設への経緯、創設からの動向、各団体の考え方等を整理しながら、問題点や本制度の今後の行方を考えてみたい。

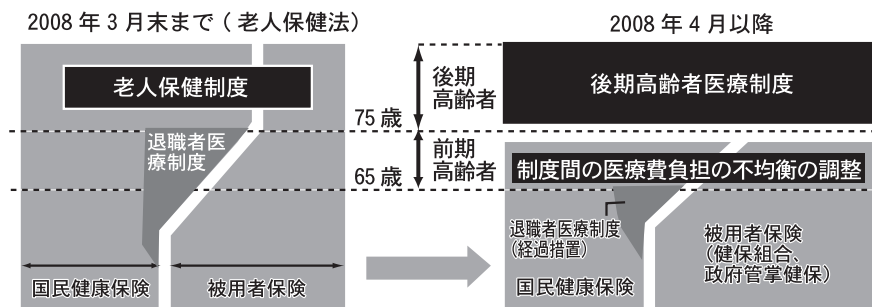
2. 後期高齢者医療制度の概要

従来の老人保健制度と比較し、仕組みと財源について図1、図2に示した。

主要な変更点は厚労省の説明では、①対象者を75歳以上の高齢者で線引きをしたこと。さらに65歳以上の重度障害者も含めた。②実施主体を市町村から都道府県の広域連合とした。③高齢者と現役世代の財政負担では、保険料負担と拠出金負担の割合が明確にされていなかったところを保険料1:支援金4の負担割合を明確にして将来的なバランスも取った。④保険料については、国保、健保本人、健保家族で保険料負担が異なる点を地域間の保険料格差を5倍から2倍に縮小、一人ひとりが都道府県単位で同じルールで保険料を負担と改めた。

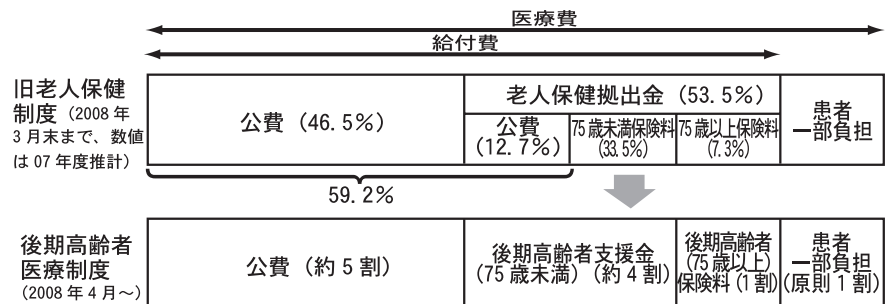
3. 後期高齢者医療制度改革の経緯

1961年、誰もが差別を受けることなく医療を受け



(注1) 老人保健制度：75歳以上の人は国民健康保険、被用者保険に加入してその保険に保険料を払いつつ、老人保健制度(市町村が運営者)にも加入し、給付を受ける。市町村は、国保、被用者保険からの拠出金と公費を財源として制度運営。02年10月以降、対象年齢を70歳から毎年1歳ずつ引き上げ07年10月に移行完了
(注2) 退職者医療制度：サラリーマンの期間が20年以上の退職者(国保に加入)の医療費について被用者保険が市町村国保に拠出金を出して負担(出所)厚生労働省

図1 高齢者を75歳で一律に線引き (2008年4月以降)



(注) 後期高齢者医療制度では、現役並み所得者については、老人保健法と同様に公費負担はない。そのため、実質的な公費負担率は46%、後期高齢者支援金の負担率は44%となる。ただし、国民健康保険および政府管掌健康保険の後期高齢者支援金について、おのおの50%、16.4%の公費負担があり、また、低所得者等の保険料軽減について公費負担がある。これらを含めた後期高齢者医療制度での公費負担率は58%となる
(出所) 第17回社会保障審議会医療保険部会参考資料「高齢者医療制度について」(05年7月)、『医療保険の構造改革』(栄畑潤著、法研刊)

図2 後期高齢者医療制度で財源はこう変わる

— 新旧医療制度の財源構成 —

表1 高齢者医療制度の類型と支持団体

類型	内容	支持団体
①独立保険方式	すべての高齢者を対象とする、各医療保険制度から独立した高齢者医療保険制度	日本医師会 経団連 経済同友会 健保連
②突き抜け方式	被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、被用者保険グループ全体で支援	健保連 2005年に方針転換 連合
③年齢リスク構造調整方式	現行の保険者を前提とし、加入者の年齢構成の違いによって生じる医療費支出の相違を調整	
④一本化方式	現行の医療保険制度を一本化し、すべての者を対象とする新たな医療保険制度	国保中央会 全国市長会 全国町村会

*内容は、厚生労働省「医療制度改革の課題と視点」から要約
*支持団体は、主に1998年11月6日、朝日新聞朝刊4面等より

ることができる「国民皆保険制度」が確立した。

1973年、70歳以上の高齢者の受診時の自己負担がどの制度に加入していても無料になる(いわゆる老人医療の無料化)とともに「高額療養費制度」が導入された。老人医療の無料化は医療保険財政を悪化させ、特に高齢者の加入割合の多い国保財政の悪化を招いた。

1983年、そこで70歳以上を対象に「老人保健制度」が創設された。高齢者の受診時の自己負担の導入と公費の他に各医療保険事業から老人保健拠出金を出して賄うことにした。しかし、さまざまな不満があり、新たな制度の模索がなされた。

2002年12月、厚生労働省が発表した医療制度改革試案は、高齢者医療制度に関しては、坂口試案に基づく「年齢リスク構造調整方式」と現行の「独立方式」の2案を併記し、翌年3月までに基本方針をまとめる

表2 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※			届出件数	内科診療所数※			届出件数	内科診療所数※	
		届出割合	届出割合			届出割合	届出割合				
全 国	8,876	37,356	23.7%	富 山	29	270	10.7%	島 根	40	328	12.2%
北海道	189	1,202	15.1%	石 川	95	299	31.8%	岡 山	183	674	27.0%
青 森	0	342	0.0%	福 井	20	217	9.2%	広 島	109	934	11.7%
岩 手	89	262	34.0%	山 梨	95	262	36.3%	山 口	22	482	4.6%
宮 城	54	580	9.3%	長 野	361	657	54.8%	徳 島	185	365	50.4%
秋 田	2	297	0.7%	岐 阜	208	723	28.6%	香 川	137	286	47.6%
山 形	12	363	3.3%	静 岡	310	905	34.3%	愛 媛	305	415	73.0%
福 島	176	620	28.4%	愛 知	536	1,932	27.7%	高 知	14	224	6.3%
茨 城	40	657	6.1%	三 重	246	606	40.3%	福 岡	648	1,364	47.4%
栃 木	23	579	3.8%	滋 賀	29	399	7.3%	佐 賀	77	272	28.3%
群 馬	244	590	41.4%	京 都	98	985	9.9%	長 崎	148	502	29.3%
埼 玉	272	1,439	18.9%	大 阪	721	3,319	21.7%	熊 本	89	548	16.2%
千 葉	139	1,214	11.4%	兵 庫	83	1,727	4.8%	大 分	109	354	30.8%
東 京	1,322	4,907	26.9%	奈 良	71	497	14.3%	宮 崎	29	325	8.6%
神奈川	566	2,254	25.1%	和歌山	111	469	23.7%	鹿児島	487	562	86.3%
新 潟	101	615	16.4%	鳥 取	42	263	16.0%	沖 縄	10	270	3.7%

※内科を主たる標榜科目とする診療所
注1) 届出数は、2008年4月14日現在の速報値(厚生労働省保険局医療課調べ)
注2) 内科診療所数は、2005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22件を除いた診療所の届出件数のみで算出

予定であった。当時、これ以外にも「突き抜け方式」や「一本化方式」も考えられていた(表1)。

関係団体で意見の隔たりが大きいまま、この問題は自民党の医療基本問題調査会で検討され、75歳以上の後期高齢者は「独立方式」とされ、65~74歳の前期高齢者は現行の医療保険制度に加入して財政調整を行う方式が決定。最終的には2案を折衷した形の決着となった。

2003年3月、基本方針が閣議決定。

2005年10月、厚労省が「医療制度構造改革試案」を発表。経営主体、費用負担の割合、保険料の天引きが示された。

2006年6月、法案が成立。2008年4月からの後期高齢者医療制度の施行が決定された。

4. 後期高齢者医療制度創設後の動向

昨年4月1日の閣議で当時の福田総理は「国民に周知徹底されていず、ネーミングも良くない」と指摘。通称を「長寿医療制度」にするよう指示。内容が変わらず、表向きだけ耳触りのよい言葉に言い換えただけのもので評価に値せず、かえって馬脚を現しただけのものであった。

5月14日、厚労省は「後期高齢者診療料」届出状況を発表(表2)。内科診療所の23.7%が届け出をしたが、算定料が月1回600点と安く、十分な検査や治療ができない、登録医制の導入に繋がるなどの批判から、実際の請求はしない「不算定」の場合が多いことが想定された。

6月6日、民主党以下野党4党が提出の廃止法案が参院本会議で可決。衆院に送付された。それに先立つ5日の参院厚生労働委員会で原中茨城県医師会長が制度廃止の立場から意見陳述を行った。

7月22日、政府は保険料納付の口座振替を選択できる政令を閣議決定した。条件があり、①国民保険料の納付実績が相当ある。②世帯主や配偶者が納付する場合、被保険者本人の年金収入が年間180万円未満の2つで市町村が認めた場合である。

8月、大手の「西濃運輸健保組合」は8.1%の保険料率を10%以上に引き上げる必要性が出たため、健保組合を解散し、保険料率の低い政管健保に移った。高齢者医療支援が健保組合の財政悪化を招いている。西濃健保組合に続く組合も現れており、高齢者医療への拠出金負担も限界に達していることを示している(図3)。

9月24日、福田内閣に代わり、麻生内閣が発足した。後期高齢者医療制度の5年後の見直しを前倒して

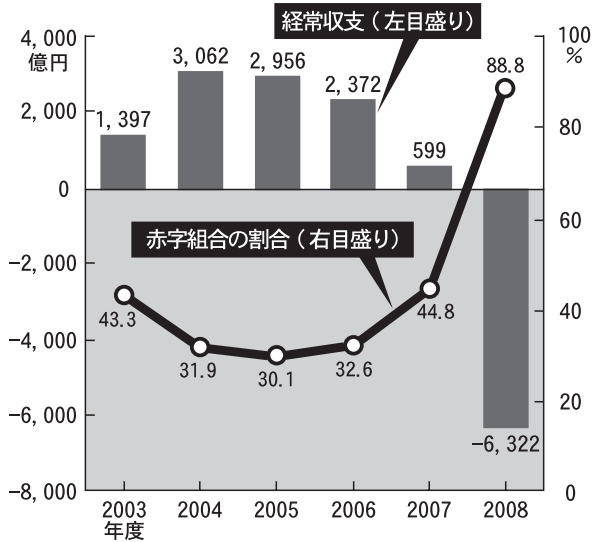


図3 悪化する健康保険組合の財政 (健康保険組合連合会調べ)

改善を図ることになり、舛添厚労相は留任した。

9月25日、厚労相直属の「高齢者医療制度に関する検討会」が初会合を開いた。座長は後期高齢者の当事者でもあるが、後期高齢者医療制度導入を進めた小泉内閣の時の財務相であった塩川正十郎氏である。改善策を1年以内にまとめる方針で、衆院解散、総選挙目前という情勢だったので「選挙対策」との見方も少なくなかった。

10月7日、上記の検討会で舛添私案(図4)が説明された。市町村国保を都道府県単位の再編したうえで後期高齢者医療と一体的に都道府県が運営する。被用者保険の被保険者は、75歳以上になっても被用者保険に残るほか、すべての年齢層が加入する制度にして「75歳区分」への高齢者の不満を解消するとともに都道府県による国保財政を安定化させるのが狙いである。

10月30日、自民党「高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム」の凍結および軽減案を決定。

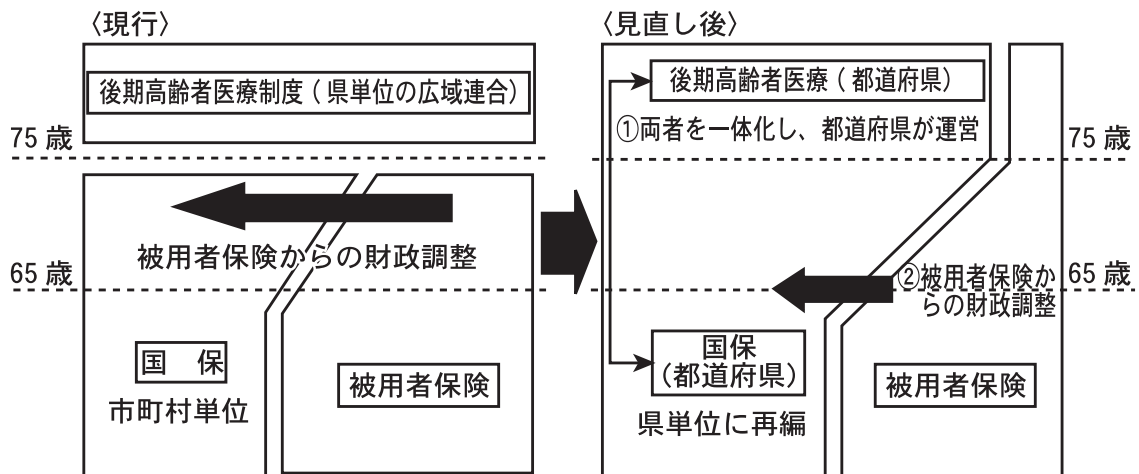
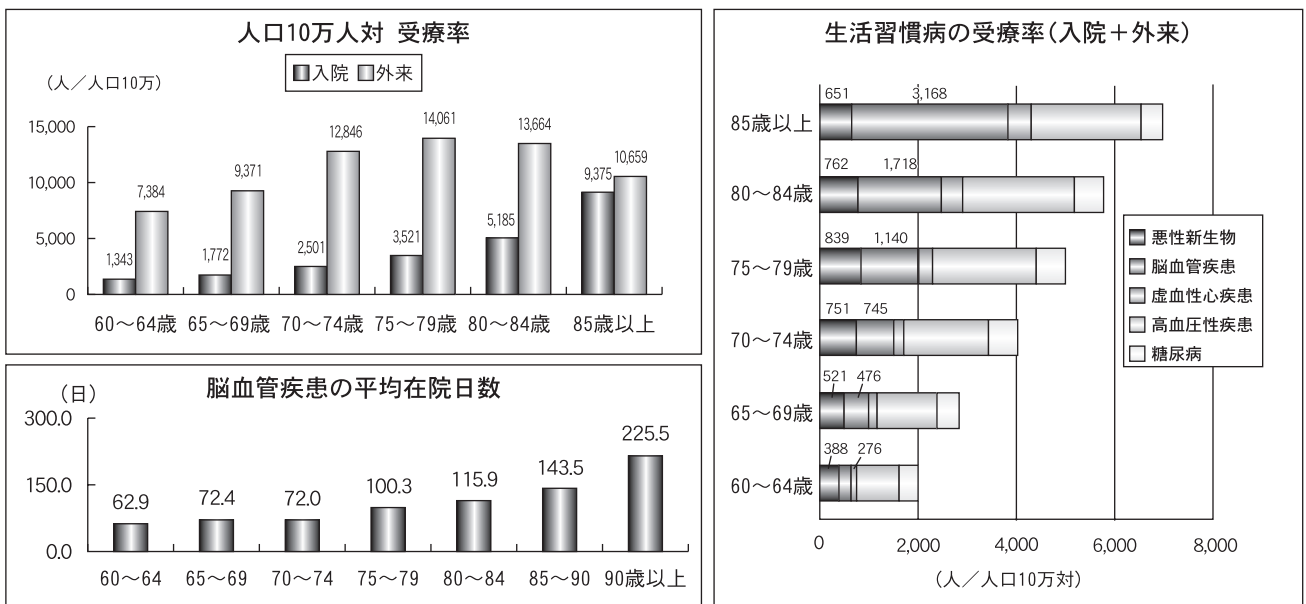
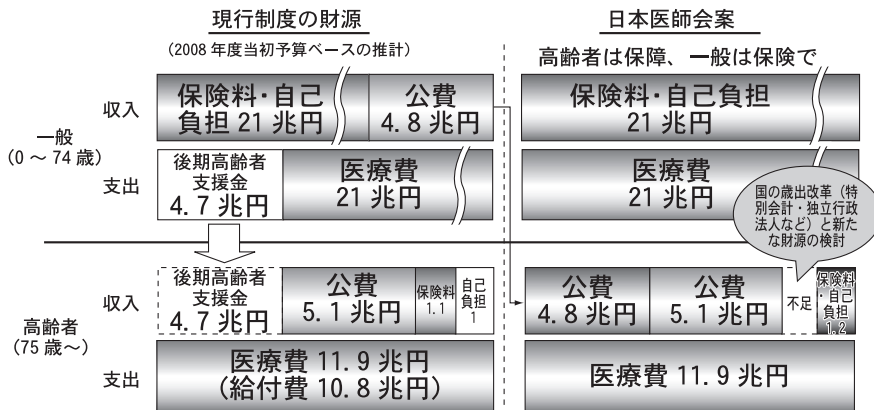


図4 後期高齢者医療制度と国民健康保険の一体化に関する舛添大臣の私案のイメージ



※厚生労働省「平成17年 患者調査」

図5 75歳以上の疾病発症リスク等



*生活保障、精神保健福祉等の公費負担医療を除いて図示。一般の医療費は最近の医療費動向からの推計。それ以外は、当初予算ベース。四捨五入差があるため内訳と合計が合わないところがある。紙面の関係で縮尺は合っていない。

図6 医療費財源の概要図

5. おもな団体の後期高齢者医療制度に関する提案、提言

日本医師会は、2008年10月に「高齢者のための医療制度の提案」を発表した。「基本的スキーム」として、①保障の理念の下、75歳以上を手厚く支える。②若者から高齢者へ、急性期から慢性期へ切れ目のない医療を提供する。③医療費の9割は公費(国)が負担する。④家計負担(保険料と一部負担)は1割とし、患者一部負担は所得によらず一定とする。⑤運営主体は都道府県とする。の5点を提起している。

「なぜ75歳以上を独立させるか」について(図5)は、①入院受療率や外来受療率の急激な上昇。②脳血管障害が悪性新生物を上回るなど疾病構造の変化。③脳血管障害で平均在院日数が100日超を挙げ、リスクが高いため、独立型の制度を提案。さらに財源確保のための提案をしている(図6)。

保団連は、後期高齢者医療制度を廃止し、もとの老人保健制度に戻すことを提案。さらに老人保健制度改革を提言している。

健保連は、現役世代と高齢者の保険料に加え、税の投入による「前期・後期の区分のない高齢者医療制度」を提案している。

日本経団連は、今回の改正は「高齢者に医療給付を安定的に供給する方向で踏み出した」と評価しながらも、健保組合をはじめ現役層の拠出金に多くを依存する仕組みは持続可能性に疑問があり、公費投入割合を増加させる方向で検討を進める必要があることを指摘。

政党では、民主党をはじめとする野党は以前の老人保健制度に戻すことを主張し、昨年6月6日、参院において4党共同で廃止法案を提出し、可決され、衆院に送付された。しかし、廃止後の改革の詳細についてはマニフェストの発表や説明はなく、持っていないか、考慮中か、作成中か分からない。

6. 後期高齢者医療制度の行方

本制度が発足するや否や、さまざまな問題が発生

し、八方塞がり状態になっているのは、制度設計に根本的問題があったと考えざるを得ない。元厚労省老健局長で老人保健制度や介護保険制度の創設に深く関わった堤大阪大学大学院教授は厚労省の考えは二転三転し、75歳で区切る「独立保険方式」のほか「年齢リスク構造調整方式」も検討され、2003年3月の閣議決定までスタンスは揺れ動いたという。

最終的には公費負担の増大を抑え込みたい財務省や高齢者医療費の負担増を嫌う経済界に押され、給付メカニズムが強く働く「独立保険方式」に決まったのである。

傷病リスクが高い人たちの保険料だけで成り立つすべもなく、現役世代の支援や公費などの財源に期待するほかない。しかし、現役世代は100年に一度と言われる経済不況の中でわが身を守るのが精一杯。高齢者の支援に回る余裕さえなくなってきている。

骨太の社会保障費方針、2,200億円削減方針が崩壊しつつあるが、公費負担の増額は難関である。

給付費抑制の方法としての診療報酬のマイナス改定や包括払いを増やすことは、われわれは認めない。給付率の引き下げである窓口負担の増加は高齢者が許さない。

本制度の最大の問題は医療サービスが財源制約で長期的に劣化せざるをえなく、開始はや半年で舛添私案(実際は厚労省案というものだろう)が、提起されるほど先が見えていることである。

昨年8月に出された日本医師会の「高齢者のための医療制度」の提案は評価されるべきものと思われるが、いくつかの根拠をあげて「なぜ75歳以上を独立させるか」を説明しているが、75歳以上の線引きに対する科学的(医学的)根拠は、われわれも含めてほかの多くの人たちを十分納得させ得るものはないように思える。

また高齢者の医療費に公費(主として国庫負担)9割を投入することを主張しているが、理想的にはそうあって欲しいが現実決して明るくない。財源論では福祉目的税としての消費税問題も避けては通れないであろう。

2035年には、半数の自治体で4人に1人が75歳以上と推計されており、一段と高齢化が加速することは明白な事実である。基本的には現行の後期高齢者医療制度は社会保障費抑制政策や医療費適正化計画(実際には削減計画)の一環であり、厚労省のいう「約10年に渡る議論の結果」も制度設計の誤り故、大幅なりフォーム、あるいは来るべき衆議院解散、総選挙の結果によっては廃止という事態になるであろう。