

## 高齢者医療制度の概要とこれまでの経緯

### —財政調整を中心に—

泉 眞樹子

- ① 平成 20 年 4 月、75 歳以上を対象にした後期高齢者医療制度が発足した。四半世紀続いた老人保健制度に代わる新制度の誕生であったが、批判の嵐に巻き込まれ、「長寿医療制度」への名称変更、負担増凍結の延長を決定し、制度見直しも開始された。
- ② 高齢者医療制度が大きな政策課題となる理由は、一つは人口高齢化とそれに伴う医療費の増加であり、もう一つが被用者保険（健康保険、共済組合）と地域保険（国民健康保険）が並立し、退職した被用者が国保に流れ込むわが国の制度のあり方である。
- ③ 老人医療については、昭和 48 年に無料化策が全国で実施され、この制度への反省にたって昭和 58 年に老人保健制度が開始された。制度発足直後から、財政調整のあり方をめぐって、健保組合側と国や市町村の意見の対立は続いた。介護保険法が制定された平成 8 年頃には、後期高齢者医療制度策定へつながる議論が開始されたが、議論は 10 年間続いた。
- ④ 平成 18 年医療制度改革による健康保険法改正法の施行により、「老人保健法」は「高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）」と改称され、平成 20 年 4 月に、後期高齢者医療制度（75 歳以上）と前期高齢者（65 歳以上 75 歳未満）の医療費に係る財政調整制度が発足した。退職者医療制度（退職被用者医療費の財政調整制度）は、経過措置として継続している。その他、高齢者医療制度と関連が深い特定健康診査・特定保健指導、介護療養型医療施設廃止計画、全国健康保険協会（協会けんぽ）の創設が行われた。
- ⑤ 高齢者医療制度では、財政的裏付けが最重要課題である。老人保健制度が実現した保険者間の財政調整方式は画期的であったが、支援金を負担する側にとっては厳しい制度でもある。老人保健制度の仕組みは、後期高齢者医療制度、前期高齢者の医療費にかかる財政調整に引き継がれており、また退職者医療制度は、被用者保険から国民健康保険への財政支援制度として継続している。制度変更により、対象年齢が広がったこともあり、支援する側の健康保険組合にとっての財政負担は非常に重いものとなった。
- ⑥ 平成 21 年 9 月に発足した民主・社民・国民新党連立政権では、後期高齢者医療制度廃止の公約に従い、平成 25 年度からの新制度発足を見据えた検討が始まったところである。高齢者医療制度の財政責任の分担は、最大の論点である。制度見直しに関連して、「医療保険の一元化・一本化」と、現行制度である「独立型制度」について整理する。
- ⑦ 高齢者医療制度の安定的な運営のためには、現役世代と高齢世代の公平な費用負担が肝要であり、持続性が高く、公平で安心な制度設計のためには、世帯の考え方、負担のあり方、さらに社会保険制度の基盤である公平な保険料拠出を可能とする正確な所得捕捉について、制度横断的な検討が望まれる。

# 高齢者医療制度の概要とこれまでの経緯 —財政調整を中心に—

社会労働調査室 泉 眞樹子

## 目 次

### はじめに

- I 高齢者医療制度が政策課題であり続ける理由
  - 1 日本の人口構造と医療費
  - 2 国民健康保険における中高年層の偏在
- II 高齢者医療制度のこれまでの経緯
  - 1 老人医療費支給制度創設とその影響
  - 2 老人保健制度の成立と退職者医療制度の発足
  - 3 繰り返された改正案提示
- III 平成 18 年医療制度改革後の高齢者医療制度
  - 1 後期高齢者医療制度の概要—老人保健制度との相違—
  - 2 前期高齢者（65 歳以上 75 歳未満）の医療費
  - 3 退職者医療制度—平成 26 年度まで新規加入継続—
- IV 財政調整の仕組みと制度変更の影響
  - 1 老人保健制度の財政調整（交付金・拠出金）
  - 2 後期高齢者医療制度の費用負担と財政調整
  - 3 前期高齢者の医療費にかかる財政調整
  - 4 退職者医療制度の費用負担
  - 5 財政調整制度による各医療保険への影響
- V 平成 18 年医療制度改革のその他の内容
  - 1 特定健康診査・特定保健指導
  - 2 介護療養型医療施設の廃止計画（療養病床の再編）とその影響
  - 3 協会けんぽ（全国健康保険協会）の創設
- VI 制度の改革に向けて
  - 1 医療保険の一元化と一本化
  - 2 現行の高齢者医療制度への問題提起

### おわりに

## はじめに

平成 20 年 4 月、75 歳以上を対象にした後期高齢者医療制度が発足した。四半世紀続いた老人保健制度に代わる新制度の誕生であったが、保険証が届かない、保険料の年金天引きの広報が不十分（天引きショック）等、手続きの不備が多発したうえ、保険料を支払う必要のなかった人たちにも保険料が課され、新たな診療報酬「終末期相談支援料」が「姥捨て」を連想させる、そもそも「後期高齢者」という名称が無神経など、新制度批判がマスコミをにぎわせた。

この制度変更は、第 164 回国会で成立した健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年 6 月 21 日法律第 83 号）に基づく平成 18 年医療制度改革<sup>(1)</sup>によるものである。具体的な内容は、①後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の創設、②前期高齢者の医療費に係る財政調整制度の導入、③生活習慣病予防のための特定健康診査・特定保健指導の保険者による実施（いわゆるメタボ健診）、④政府管掌健康保険（政管健保）の都道府県単位化（平成 20 年 10 月の全国健康保険協会（協会けんぽ）の発足）、⑤介護療養型医療施設の平成 23 年度末廃止予定、等であった。

特に、後期高齢者医療制度と前期高齢者の医療費に係る財政調整制度の開始によって、10 年以上続いた高齢者医療を巡る改革論議に終止符が打たれる筈であったが、自民・公明連立政権は、制度発足半年前に負担増凍結、制度発足日に「長寿医療制度」へ名称変更、その後も制

度修正や緩和措置の延長を相次いで決定、制度の再検討も開始するなど、批判への対応に追われた。<sup>(2)</sup>

なお先進諸国で、高齢者のみを対象とした医療制度を持っているのは、国民全体を対象とした公的医療制度を持たないアメリカ合衆国だけである。アメリカの公的医療制度は、疾病リスクの高い高齢者及び障害者を対象とした医療保険制度（メディケア<sup>(3)</sup>）と、貧困者対象の医療扶助（メディケイド）という弱者対策のみである。社会保険制度によるドイツやフランス、税財源で普遍的サービス提供を行うイギリスやスウェーデンでは、別建て制度で対応してはいない。

本稿は、30 年以上に亘り大きな政策課題であり続けてきた高齢者医療制度について、制度の概要とこれまでの経緯等を整理するものである。

## I 高齢者医療制度が政策課題であり続ける理由

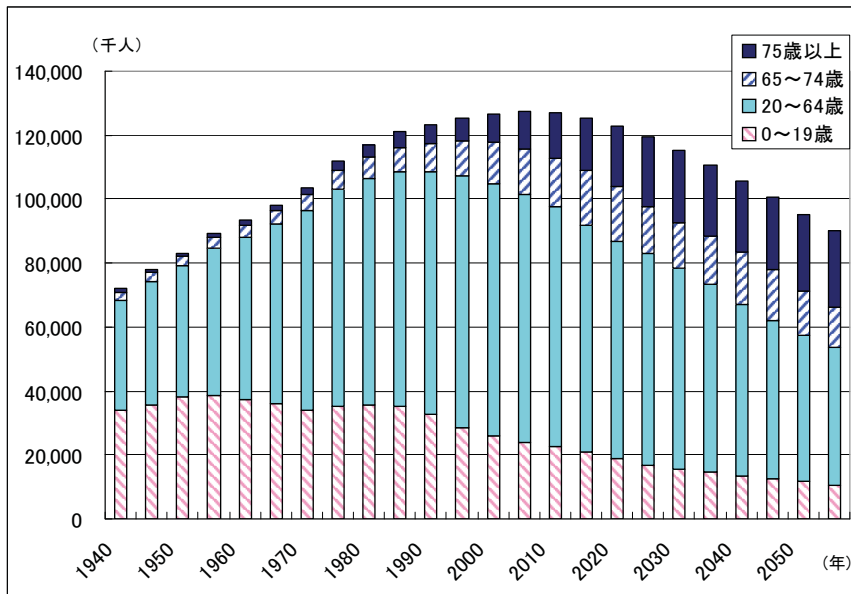
高齢者医療制度が大きな政策課題となる理由は二つある。一つは、人口高齢化とそれに伴う医療費の増加であり、もう一つが、被用者保険（健康保険と共済組合。以下「健保」という）と地域保険（国民健康保険。以下「国保」という）が並立し、退職した被用者が国保に流れ込む制度のあり方である。前者は先進国共通の課題だが、後者はわが国固有の問題である。

(1) 「医療保険制度の将来にわたる持続的かつ安定的な運営を確保するため、医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合等」が目的である。法案については、小沼敦「医療保険制度改革の動向—平成 18 年改革法案の主要論点—」『調査と情報-ISSUE BRIEF-』519 号, 2006.3.7. を参照。

(2) 同様の事態は、8 年前の平成 12 年 4 月、5 つ目の社会保険である介護保険制度が発足した時も見られた。発足の半年ほど前からその保険料負担の在り方や、介護認定実施体制の遅れ等、制度運用への不信が報じられ、制度導入の是非が改めて問われる騒ぎが生じていた。

(3) メディケアの財源については、老齢・遺族・障害・健康保険（Old-Age, Survivors, Disability, and Health Insurance: OASDHI）として年金制度と一緒に徴収されている。OASDHI は、所得に対して賦課される目的税（保険料）（年金部分 Social Security Tax、医療部分 Medicare Tax）を主な財源としている。年金財政 OASDI については、中川秀空「アメリカの年金財政の展望と課題」『レファレンス』709 号, 2010.2, pp.33-53. 参照。

図1 4区分人口割合（推移・推計）



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所>少子化情報ホームページ>少子化統計情報>人口統計資料集(2009)>II.年齢別人口>表2-9 年齢(4区分)別人口の推移と将来推計:1920~2055年<<http://www.ipss.go.jp/syoushika/site-ad/index-tj.htm>>に基づき、筆者作成。

### 1 日本の人口構造と医療費

わが国の高齢化率(65歳以上人口の全人口に占める割合)は、昭和30(1955)年の5.3%が四半世紀後に9.1%(1980年)、半世紀後に20.2%(2005年)と急激に上昇してきた(図1)。今後、団塊の世代が高齢者となることで、31.8%(2030年)、40.5%(2055年)に達すると推計されている。たとえ少子化対策が功を奏して出生数に回復が見られても、2005年現在で2600万人の高齢者人口が2030年には1000万人増え3700万人に達することは動かし難く、2055年までそれ以上の値が続く。

また、年齢階級別1人当たり医療費は高齢層ほど高い(図2)。島崎謙治政策研究大学院大学教授は、仮に各年齢別の1人当たり医療費が

現在のまでも、2030年の国民医療費は約2割増加すると、推計している<sup>(4)</sup>。さらなる高齢人口増は国民医療費上昇を増幅し続け、これに対する対応は大きな課題であり続ける。

### 2 国民健康保険における中高年層の偏在

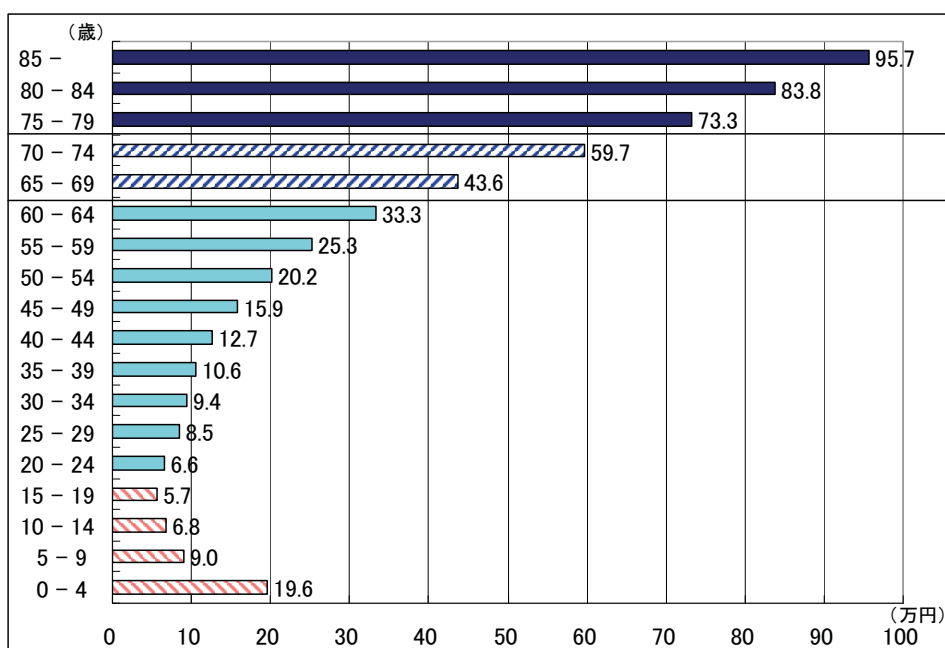
わが国の医療制度は、被用者保険である健保と、地域保険である国保の2本立てである<sup>(5)</sup>。前者は、健康保険法(大正11年4月22日法律第70号。昭和2年施行)により設立された制度で、当初は労働者保護と懐柔の側面が強かった<sup>(6)</sup>。後者についても戦前に基となる制度が設立されていた<sup>(7)</sup>が、現行の国民健康保険法(昭和33年12月27日法律第192号)は、戦後、国民生活安定が希求され、社会保障制度充実の機運が高ま

(4) 島崎謙治「高齢者医療制度の「過去・現在・未来」」『週刊社会保障』2500号, 2008.10.6, pp.46-65.

(5) 医療制度史全般について、吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史(増補改訂版)』東洋経済新報社, 2008.に依拠している。

(6) 第一次世界大戦後の深刻な不況によって大量の失業者が発生し、労働争議が多発し、労使関係がはなはだしく険悪化した時代背景が与っている。労使の協調と融和を図り、国家産業の発展をもたらすことが、健康保険制度設立の目的のひとつであった。戦前には労災保険の役割も果たした。「それまで工場法などによってもっぱら事業主の扶助責任とされていた業務上の事故や災害による傷病も、労使の折半負担により健康保険法の対象にした」(同上, p.41.)

図2 年齢階級別1人当たり医療費（平成19年度）



(出典) 厚生労働省>医療保険データベース>年齢階級別一人当たり医療費（平成19年度）〈<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/dl/nenrei19.pdf>〉に筆者加筆。

表1 医療保険制度一覧

	保険者	被保険者
健康保険 (被用者保険)	全国健康保険協会（旧政管健保）	中小企業被用者、日雇労働者
	組合管掌健康保険	大企業被用者
	船員保険（職務外疾病部門）	船員（平成22年1月から全国健康保険協会にて運営）
	共済組合（短期給付）	公務員、私学教職員等
国民健康保険	国民健康保険（地域保険）	市町村住民
	国民健康保険組合（職能別）	医師、歯科医師、薬剤師、建設業ほか

(出典) 筆者作成。

る中、国民皆保険の昭和36年実現を目指して制定されたものである。現在の医療保険制度の大枠は、この二法に拠っている（表1）。

被用者は退職すると健保から脱退し、国保に加入するため、健保被保険者は健康な年代が中心で、国保には中高年層が偏在する<sup>(8)</sup>。もと

もと国保は農林水産業者や自営業者、零細企業従業員のための医療保険制度として発足したが、世帯主の50%以上は無職なのが実態である。前述のとおり、高齢者の医療費は現役世代よりかさむので、国保は財政援助がなければ成り立たなくなっている。他の先進国では、イギ

(7) 度重なる天災で農村の疲弊が極限まで進んでいた昭和8年頃から、国民の約6割が暮らす農山漁村に医療を普及させる方策が模索され、昭和13年に国民健康保険法（昭和13年法律第60号）が制定された。提案理由の冒頭に掲げられた「国民ノ健康ガ国力進展ノ原動力」が、国防国家へ傾く時勢（同年、国家総動員法（昭和13年法律第55号）制定）を窺わせるものの、本質的には国民の生活安定を目的とする健康対策であった。当初から国庫補助が行われてきたが、その理由は2点ある。一つは、疾病リスクへの対応（医療給付）だけでなく、保健婦による活動など住民の健康保持増進事業（保健事業）という保険制度にそぐわない支出を伴っていたこと、もう一つは、農山漁民は現金収入が特定時期に偏り不安定で、保険料拠出が不確実なため、国による財政基盤強化の支援なしでは、国民健康保険制度が普及しなかったことである。（同上、pp.66-74, 164-170.等）

(8) 国保全般については、中川秀空「国民健康保険の現状と課題」『レファレンス』703号、2009.8、pp.77-95.を参照。加入者の年齢の高さや低所得等については、pp.79-81.

リスやスウェーデンのような普遍型の国はもちろん、社会保険制度をとるフランスでもドイツでも退職後の医療保険は変わらないため、わが国のような高齢者偏在による保険者の対立という形では、高齢者医療費が問題にはならない。

## II 高齢者医療制度のこれまでの経緯

戦後、国民生活の安定と生活水準や医療の進歩により平均寿命が伸びる一方で、高齢者人口増加や核家族化等の社会変化により老人福祉の充実が求められ、昭和38年には老人福祉法(昭和38年7月11日法律第133号)が制定された。医療制度においても、昭和48年に老人医療の無料化が実施されたが、医療費の急増、乱診乱療や医療施設の老人サロン化等が見られ、それらへの反省にたつて昭和58年に老人保健制度(老健制度)が開始された。

老健制度発足直後から、その財政調整のあり方を巡って、健保組合(組合管掌健康保険<sup>(9)</sup>)側と国や市町村の意見の対立は続いた。平成12年度に介護保険が発足して介護が医療から切り離された後、平成14年医療制度改革で高齢者の本人負担が定額から1割(一定以上所得者3割)に引き上げられ、老人医療費国庫負担が5割に引き上げられた後、現在の後期高齢者医療制度策定への議論が進められることになる。しかし、介護保険法の審議が始まる平成8年頃には、高

齢者医療制度改革の型は出尽くしており、その後、10年間議論が続いた。

### 1 老人医療費支給制度創設とその影響

わが国の高齢者医療制度の嚆矢は、自治体で始まった老人医療費支給制度である。国民皆保険(昭和36年)が実現した昭和30年代後半から40年代でも、高齢者の医療費は高く<sup>(10)</sup>、所得が少ない高齢者の受診率は現役世代に比べると非常に低かった。受診を促すため、自己負担分を公費支給する医療費無料化策が一部の自治体で始まり、全国に広がっていき、国の対応を求める声も増え続けていた。既に高齢者人口<sup>(11)</sup>も、国民皆保険後の国民医療費も増え続けており、老人医療の無料化施策が招く将来の負担増への懸念も強かった<sup>(12)</sup>が、いわば自治体の福祉制度を追従する形で、国による老人医療費支給制度が昭和48年に創設された(表2)。

制度開始後は高齢者の受診が急増し<sup>(13)</sup>、医療費の増加は著しかった<sup>(14)</sup>。診療所の老人サロン化やハシゴ受診が云々されるようになり、一部の医療施設では必要以上の投薬等を行う乱診乱療も見られた。老人病院が数多く開設され、高齢者の「社会的入院」<sup>(15)</sup>も増加した。

特に国保は、農村部では過疎化による高齢化が進み、都市部では健保被保険者が退職後に国保に加入するため、高齢加入者の比率が高く、財政負担が大きかった。このため、国

(9) 健康保険組合は国の認可を受けて設立する公法人で、単独企業なら700人以上で単一健保組合を、同業種の複数企業による共同設立なら3,000人以上で総合健保組合を設立できる。実態として大企業がほとんどである。

(10) 健保被扶養者や国保家族被保険者の自己負担は3割から5割で、被扶養者の医療費負担は大きかった。

(11) 65歳以上人口は、昭和35年には535万人(総人口の5.7%)だったが、昭和45年には733万人と「高齢化社会」の指標である7%を超えていた。

(12) 厚生省が昭和44年8月に発表した「老齢保険制度要綱試案」でも、外来診療は無料だが、入院は7割給付率(自己負担3割)が提案されていた。

(13) 受診率の上昇が高齢者人口の増加以上であることをもって問題視する向きもあるが、前述のとおり、それ以前は高齢者の受診率は低く、その是正が制度開始の目的の一つであった。

(14) 老人医療費支給費制度から老健法全般については、佐藤廣治「老人保健制度の創設と見直し」『レファレンス』577号, 1999.2, pp.7-33.を参照。

(15) 治療が終わっても、諸般の事情により退院せずに入院を継続すること。印南一路『「社会的入院」の研究』東洋経済新報社, 2009, p.7.を参照。療養病床の再編や入院日数の短縮は「社会的入院」への対応策である。

表 2 老人医療費支給制度（老人医療費無料化策）の経緯

昭和 35 年	岩手県沢内村 65 歳以上の外来診療費無料化（国保の給付率 10 割）。
昭和 43 年	横浜市 80 歳以上の国保給付率引き上げ。
昭和 44 年	秋田県 80 歳以上の自己負担分について一定額を超える部分の公費支給制度。 東京都 70 歳以上高齢者（所得制限あり）の自己負担分公費全額現物給付制度。
昭和 46 年	昭和 47 年度予算編成時 厚生省は老人医療費支給制度の創設を決定。
昭和 47 年 6 月	老人医療費支給制度を実施するための老人福祉法改正案、与野党全会一致で可決。 * 当時、老人医療費の軽減・無料化措置のない都道府県は 2 県のみ。
昭和 48 年 1 月	老人医療費支給制度実施（所得制限あり）。 ・ 70 歳以上の国保被保険者、健保被扶養者等。 * 健保被保険者本人（ほぼ 10 割給付）は対象外。 ・ 65 歳以上 70 歳未満のねたきり老人等（10 月 1 日から）。 ・ 医療費支給額は、医療保険の自己負担金の額。 ・ 事業は市町村が行う。費用負担は国が 2/3、都道府県が 1/6、市町村が 1/6。
昭和 58 年 2 月	老人保健法施行により廃止。

（出典）吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史（増補改訂版）』東洋経済新報社、2008. 等により、筆者作成。

保と健保の高齢者の医療費負担格差が問題視され始めた<sup>(16)</sup>。国保の医療給付は、国民皆保険の発足時から国が 2 割負担することが約されていたため、国の財政負担も増すばかりであった。

また、高齢者に多い成人病（生活習慣病）は、慢性化や機能障害を招きやすく、医療費の面からも生活面からも負担が長期間続くため、治療への経済支援だけでなく、予防や機能回復訓練に焦点をあてた保健サービスの必要性が認識され始めた。

「福祉元年」とも称された昭和 48 年だが、同年、石油危機が起こり、給付の拡大に邁進できる社会経済情勢ではなくなった。制度発足からほどなくして見直しを開始された。

## 2 老人保健制度の成立と退職者医療制度の発足

昭和 57 年に、老人保健法（昭和 57 年 8 月 17 日法律第 80 号。昭和 58 年 2 月施行）が成立し、老人医療費支給制度は 10 年で幕を閉じた。新たに発足した老人保健制度では、老人医療費支給制度と同様、70 歳以上の高齢者及び 65 歳以

上の障害者を対象とし、患者本人の少額自己負担金<sup>(17)</sup>が導入された。それまで加入していた医療保険は変わらない。

新機軸は、市町村が実施する 40 歳以上住民を対象とした予防や早期発見、機能訓練等の保健事業と、各保険者からの拠出金方式による老人医療費の共同負担の仕組み（財政調整）である。特に財政負担については、医療給付に係る費用は公費 30%（国 20%、都道府県 5%、市町村 5%）、保険者 70% で分担することとされた<sup>(18)</sup>。都道府県の財政責任と、保険者拠出金制度による各保険者（特に、組合健保）の負担責任を明確化できたことは画期的であった。しかし、健保組合の負担増に対し、健康保険組合連合会（健保連）や企業の抵抗は大きかった。

男女ともに世界一の平均寿命を誇る長寿国となった昭和 59 年には、健保被保険者本人の自己負担が 1 割に引き上げられる一方で、退職した被用者が従前と同じ医療給付を受けられる退職者医療制度が新設された。これらの制度改革は、給付と負担の格差を是正して国民の間の公平化を進め、保険間の財政調整によって制度

(16) 各保険制度別の医療費全体に占める老人医療費の割合は、昭和 56 年で、国保 30% 以上に対し、健保は 12% 程度と 2 倍以上の格差となっていた。50% を超える市町村国保もあった。（佐藤 前掲論文, p.11.）

(17) 当時、最も低額であった健保被保険者本人のさらに半額程度（外来 1 月 400 円、入院 1 日 300 円）である。

(18) 医療給付に係る公費負担は、平成 14 年医療制度改革で 50% へ引き上げられることが決定された（平成 18 年に 50% 達成）。保健事業については全額公費（国と都道府県と市町村で 1/3 ずつ分担）で行われた。

の均衡を図るという「医療保険の一元化」(VI 1で詳述)の方向性に添った施策で、老健制度はその先駆に他ならない<sup>(19)</sup>。

### 3 繰り返された改正案提示

老人保健制度の創設にいたるまでも、厚生省や各種団体の提案はもとより、時の厚生大臣による私案なども数多く提示されてきた<sup>(20)</sup>。老人保健制度発足後も、わずか3年後の昭和61年2月には老人保健法改正法案(患者自己負担増額、保険者拠出金の加入者按分率<sup>(21)</sup>100%化、老人保健施設<sup>(22)</sup>制度の新設)が提出され、同年12月に成立した。その後も財政調整の算定方法の見直し(健保の拠出負担増)や患者自己負担の増額等を繰り返すことで、制度を維持してきた。

高齢者介護を医療から切り離し、社会的な介護サービスを充実させることを目的とした介護保険制度創設がほぼ確実となった平成8年12月、老人保健福祉審議会が平成9年医療制度改革に向けて提出した「今後の老人保健制度改革と平成9年改正について(意見書)」<sup>(23)</sup>では、老人医療費負担の仕組みを見直す必要があるとし、介護保険制度発足と同時の高齢者医療制度改革を促した。改革の4つの選択肢として、①全高齢者を対象とした独立の保険制度の創設、②高齢退職者は今までの保険制度にそのまま継続加入し、高齢者の加入率の違いに着目して制度間財政調整を行う、③医療保険制

度を全国民を対象とするものに統合し、その中に高齢者を位置づける、④現行の老人保健制度の基本的枠組みを維持しつつ、必要な見直しを実施する、を掲げているが、これらは①独立方式、②突き抜け方式、③一本化方式、④リスク構造調整方式、という、後期高齢者医療制度創設の検討過程においてたたき台となった4つの型に相当する。

平成9年8月に厚生省が、与党・医療保険制度改革協議会に提示した「21世紀の医療保険制度(厚生省案)」<sup>(24)</sup>では、医療保険の制度体系として、第1案「制度の一本化による地域医療保険制度案」と第2案「被用者保険と国保の二本立て+高齢者別建て案」を示した。第2案の高齢者別建て案制度については、「全ての高齢者について保険料を徴収することとし、その全額を高齢者医療費に充てる」としたうえで、A案「独立の保険制度」とB案「市町村が各保険者の共同事業として、高齢者の医療を給付する。高齢者は国保又は被用者保険に加入するが、その保険料は若年者の保険料と区分する」を併記しており、前者はほぼ「後期高齢者医療制度」の原案であった。しかし、介護保険と同時の新たな高齢者医療制度の発足はならず、4つの型をたたき台に議論が続くことになる。<sup>(25)</sup>

### III 平成18年医療制度改革後の高齢者医療制度

(19) 厚生省保険局は、昭和59年の医療保険改正について「人生80年時代にふさわしい『医療保険制度の一元化』(給付水準の8割程度への統一と制度間の財政調整による負担の公平の確保)という政策目標の下で」行ったとまとめている。(吉原・和田 前掲書, p.338.)

(20) 昭和53年の小沢厚相私案、昭和54年の橋本厚相私案、昭和55年の野呂厚相案(老人福祉税構想)。

(21) 拠出金算定において、老人加入率によって調整する老人医療費の割合を加入者按分率という。法案提出時は1/2が想定されていたが、健保組合側の強硬な抵抗により1/2以下とされていた。加入者按分率の設定は、老健制度の円滑な発足を図るための特例的な措置であり、法施行後3年後を目途に見直すものとされていた。

(22) 介護を必要とする老人が、病院から自宅へ戻るための「中間施設」。長期間の入所は想定していない。

(23) 『健保ニュース』1457号, 1996.12.5, pp.49-55. 掲載。

(24) 「21世紀の医療保険制度(厚生省案)―医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向―」1997.8.7. <<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0908/h0807-1.html>>

(25) 平成7年から平成14年までの医療制度改革に関する各種報告書、提言、関連事項については、小沼里子「資料・医療制度改革をめぐる論点」『調査と情報-ISSUE BRIEF-』413号, 2003.2.14.を参照。



わが国の高齢者医療問題は、保険制度の特性（健保と国保が並立した上での加入者の流動性）のせいで、高齢者の医療財源を公平に分担する仕組みづくりを巡って保険者や政府が対立し、長年、議論が繰り返されているのが実情である。

老健制度は、まさにこの課題の解決策として保険者間の財政調整の仕組みを実現化したものだが、平成時代の長期間の景気の悪化、歳入不足がつづく中、財政調整のための拠出金負担が重くなる一方の健保組合からも、医療費抑制が必要な国からもさらなる制度改革が強く求められ続けた。いくつかの解決策が繰り返し提示されたが、最終的に老健制度の問題点は、①高齢世代の保険料の扱いが不明瞭、②責任が不明確、③国保保険料に最大5倍の格差が存在、の3点に収束した。その解決のための制度として発足したのが、後期高齢者医療制度である。

平成18年医療制度改革の根幹部分である健康保険法改正法（平成18年法律第83号）の施行により、「老人保健法」は「高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）」と改称され<sup>(26)</sup>、平成20年4月に、後期高齢者医療制度（75歳以上を対象）と前期高齢者（65歳以上75歳未満）の医療費に係る財政調整制度が発足した<sup>(27)</sup>。退職者医療制度については、経過措置として継続することとなった。制度の詳細は次のとおりである。（図3、表3）

## 1 後期高齢者医療制度の概要—老人保健制度との相違—

老健制度は、独立した医療保険ではなく、

市町村長（特別区長を含む）が国の事務として医療給付と保健事業<sup>(28)</sup>を実施する制度であった（法定受託事務）。後期高齢者医療制度では、同じ75歳以上を「後期高齢者」として一律に扱い、対象者全員に保険料を賦課し、都道府県単位の保険者を新設した。保険料には軽減策を導入し、国保よりは全国的な平準化を実現した。これによって、前述した老健制度の3つの問題点は克服された。制度の詳細は次のとおりである。

### (1) 運営主体（保険者<sup>(29)</sup>）の役割

老健制度は、75歳<sup>(30)</sup>以上の者も健保又は国保に加入したままで、市町村が医療給付（老人医療費）を支給する制度である。後期高齢者制度では、都道府県ごとに後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という）が設立され、全ての市町村がこれに加入する。広域連合は、保険料の決定と医療給付を行い、制度の運営を行う。財政責任が明確化され、財政規模が広域化（市町村から都道府県単位へ）されたことで、安定的な財政運営が可能となった。

広域連合は、都道府県、市町村の協議により規約を定め、適切で円滑な運営のため、広域連合と市町村の事務の管理・執行について定めた広域計画を作成し、必要な連絡調整を図る。

市町村は、保険料徴収事務と、被保険者資格や医療給付に関する届出などの事務を実施する。事務の実施で発生する収入・支出については、広域連合及び市町村に特別会計を設ける。

(26) 法の趣旨が連続しているため、新法制定ではなく、一部改正の形式をとっている。事実上は全部改正である。（土佐和男『高齢者の医療の確保に関する法律の解説』法研, 2008, p.38.）

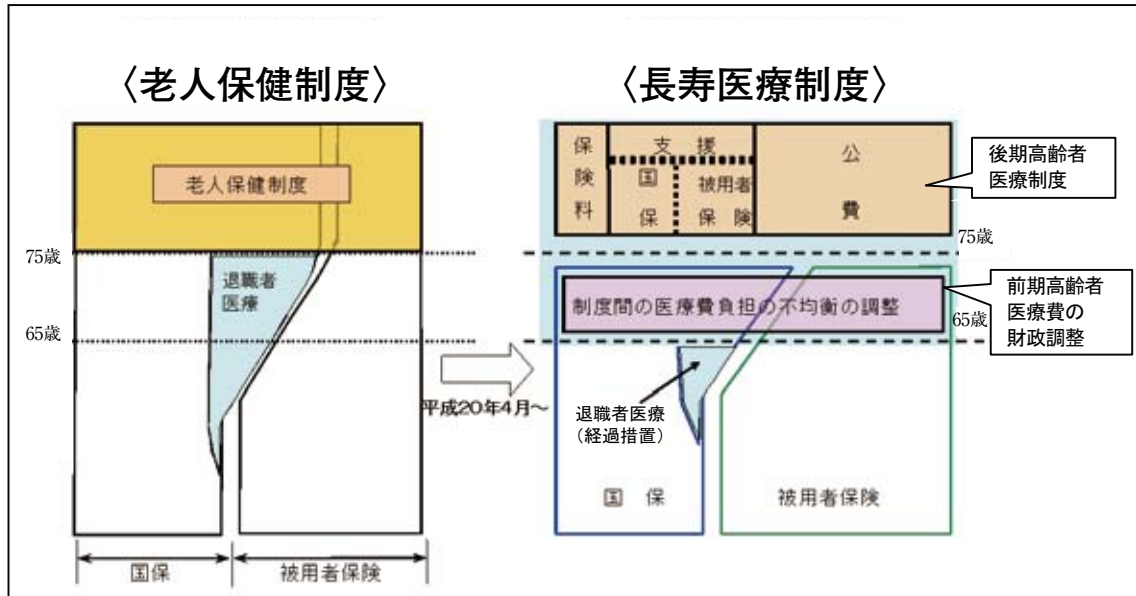
(27) 法の施行にあたっては、「高齢者の医療の確保に関する法律施行令」（平成19年10月19日政令第318号）、「前期高齢者交付金及び後期高齢者医療の国庫負担金の算定等に関する政令」（平成19年10月31日政令第325号）、「高齢者の医療の確保に関する法律施行規則」（平成19年10月22日厚生労働省令第129号）、「高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定等に関する政令」（平成19年11月22日厚生労働省令第140号）が制定された。

(28) 保健事業は、40歳以上を対象とする。

(29) 法の文言に「保険者」はなく、広域連合は「保険者」とは位置づけられていない。（島崎 前掲論文, p.58.）

(30) 昭和58年の制度発足時は70歳であった。平成14年10月から5年かけて75歳へ引き上げた。

図3 老人保健制度から長寿医療制度（後期高齢者医療制度）へ



(出典) 厚生労働省>社会保障全般>平成18年度医療制度改革関連資料「長寿医療制度(後期高齢者医療制度)とは」([http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/chouju\\_qa/qa\\_02.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/chouju_qa/qa_02.html)) に筆者加筆。

表3 高齢者のための医療制度一覧表

	後期高齢者医療制度	前期高齢者医療費のための財政調整	退職者医療制度(平成26年度加入まで存続)	老人保健制度(廃止)
対象年齢	75歳以上	65～74歳	退職後～64歳の厚生年金受給者	75歳以上
保険者	広域連合	- (国保又は健保)	- (国保又は健保)	- (事業主は市町村)
自己負担	1割	70歳以上2割(予定)	3割(現役同様)	1割
保険料算定の仕組み	均等割と所得割で構成。個人単位で賦課。	加入する保険による	国保	加入する保険による
公費負担	5割	国保、政管健保にあり	なし	5割(平成14年度まで3割)
財政調整	人数比	人数比	標準報酬総額比	人数比

(出典) 筆者作成。

(2) 財政負担

老健制度は、老人医療費のうち患者負担分を含まない医療給付部分を、公費(5割)と各保険者による拠出金(5割)で賄う財政調整の仕組みであった。後期高齢者医療制度では、公費5割は変わらないが、残り5割のうち、1割を後期高齢者被保険者たち自身の保険料、4割を各医療保険の保険者(すなわち現役世代の保険料)からの支援金<sup>(31)</sup>で分担して賄うこととさ

れた。公費5割については、国と都道府県、市町村が4:1:1(定率国庫負担25%+国の調整交付金<sup>(32)</sup>8.33%、定率都道府県負担8.33%、定率市町村負担8.33%)の比率で分担する。

(3) 対象者(被保険者)と保険料

高齢者医療制度の対象は老健制度と同様、75歳以上及び障害認定を受けた65歳以上75歳未満の者である<sup>(33)</sup>。ただし、該当する者は

(31) 高齢者本人の保険料と支援金の比率(1対4)は、後期高齢者と現役世代の現在の人口比率である。平成22年以降は、若年人口の減少率の1/2の割合で、本人保険料の占める割合を1割から引き上げることとしている。

(32) 国の調整交付金には、普通調整交付金(広域連合間における被保険者の所得格差による財政の不均衡を是正することを目的に交付。調整交付金全体の9/10)と特別調整交付金(災害その他特別な事情がある広域連合に対して交付。調整交付金全体の1/10)がある。

全員、従来の保険を脱退し、個人単位<sup>(34)</sup>で後期高齢者医療制度の被保険者となる。従来の保険に加入したまま、本人被保険者（健保被保険者・国保世帯主被保険者）だけが保険料を支払う老健制度と、この点が決定的に異なる。健保被保険者が同じ仕事を続けていても、75歳で健保を脱退しなければならない<sup>(35)</sup>。

健保被扶養者・国保家族被保険者も75歳以上であれば、後期高齢者医療制度の被保険者となり、保険料を独立して賦課されるようになった。また、75歳以上の本人被保険者に75歳未満の被扶養者がいれば、その者は新たに国保等に加入する必要が生じた。

被保険者各人の保険料は、負担能力に応じた応能保険料（所得割）と、受益に応じた均等の応益保険料（均等割）から構成される<sup>(36)</sup>。低所得者の保険料は、所得割部分5割軽減と均等割部分の段階的軽減の措置が取られ、これまで保険料を負担しなかった健保被扶養者は、制度発足後半年は無料、その後1年半は均等割部分の9割が軽減されることとなった。軽減措置分については、公費負担で賄う。（図4）

保険料支払いについては、介護保険と同様、年額18万円以上の年金受給者を対象に、年金からの保険料天引き（特別徴収）を原則としたが、納税時の不公平が指摘され<sup>(37)</sup>、口座振替も選択できることとなった（平成20年6月から

条件付可。平成21年4月から選択制が原則）。

国保保険料は自治体によって5倍もの格差が生じる<sup>(38)</sup>が、後期高齢者医療制度の保険料については、保険者の広域化の効果もあり、格差は2倍程度におさまった<sup>(39)</sup>。厚生労働省の調査<sup>(40)</sup>では、基礎年金世帯であれば約9割の市町村で保険料は減少し、全世帯の69%の負担が軽くなったとしている。ただしこの調査は、国保から後期高齢者医療制度に移行した人（約1100万人）のみを対象としており、健保被扶養者（保険料負担なし）や健保被保険者（保険料は雇用主と被用者本人で折半）から移行した人（約200万人）は含まれていない。

「後期高齢者医療被保険者証」（保険証）は、各人に交付される。保険料を1年以上滞納した者には保険証の返還を求め、代わりに「被保険者資格証明書」を交付する（国保と同様の措置）。資格証明書では、自己負担分のみ（医療の現物給付）で受診できず、医療費全額を医療機関等に支払わなければならない。その後、広域連合に給付分を請求して償還を受けることになる。平成21年10月、厚労省は後期高齢者医療制度上の無保険者を防ぐため、この保険証回収と資格証明書交付を原則として行わない方針を決定した。

(4) 給付、一部負担金（患者自己負担）、高額療

(33) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯に属する者は、適用除外される。生活保護法による医療扶助の対象となる。

(34) 個人単位の考え方、年金天引き制度は、介護保険第1号被保険者（65歳以上）と同様である。

(35) この結果、健保の法定給付である傷病手当金（傷病による給与不支給・減額時の所得保障）も受けられなくなった。

(36) 広域連合によって異なるが、応益：応能比率は50：50を標準とする。所得水準の低い広域連合では調整交付金の多い分、応能保険料の比率を下げることができ、所得水準の高い広域連合では調整交付金の少ない分、応能保険料の比率を高める。応能、応益の考え方は国保と同様である。なお国保の保険料算定方式については、中川 前掲論文(8), p.82以降を参照。

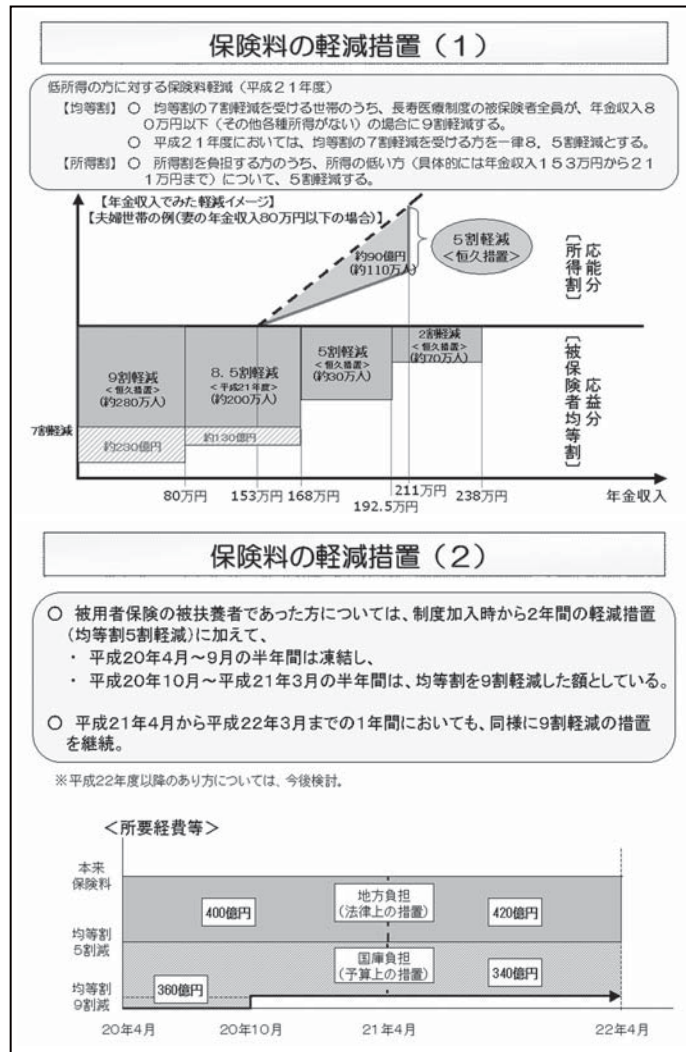
(37) 配偶者や子など扶養者が振り込むと、扶養者に社会保険料控除が適用できるが、年金天引きではできない。

(38) 国保の保険料格差の問題については、中川 前掲論文(8)を参照。特に pp.84-85。

(39) 応能負担の影響を除いた都道府県単位の地域間格差は、さらに小さい。（「特集 高齢者の医療をどう支えるか」『介護保険情報』10巻3号, 2009.6, p.10.）

(40) 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—調査速報—」2008.6.12. 〈<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/06/tp0612-1.html>〉（解説記事は、『国保実務』2612号, 2008.6.16, pp.6-7. 等）

図4 後期高齢者医療制度 保険料の軽減措置



(出典) 厚生労働省 > “後期高齢者医療制度” についてご説明します。 >後期高齢者医療制度の概要等について>保険料の軽減措置 <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info02d-27.html>>

養費等

医療給付については、他の医療保険と同じで、①療養の給付・入院時食事療養費等、②高額療養費・高額介護合算療養費、③その他の広域連合の条例による給付 (任意給付)、がある。給付に関しては、後期高齢者医療制度になっても変更はなかった。このため厚労省は、制度導入に向け十分な広報を行う必要性を認識していなかったとの指摘がある<sup>(41)</sup>。

一部負担金 (患者自己負担) については、保険診療を受けたとき費用の1割 (現役並み所得者は3割) を支払う。現役並み所得者とは、課税所得金額が145万円以上でかつ収入の額が

520万円 (世帯に他の被保険者がいない場合は383万円) 以上の世帯に属する者である<sup>(42)</sup>。

高額療養費とは、月単位で一部負担金が限度額を超えた場合、超えた分が医療保険から支給される制度で、医療費が高額である場合や慢性疾患で受診が継続する場合の患者自己負担額を一定額内に抑える制度である。高齢者医療制度でも、老健制度同様、現役世代より低い限度額が設定された。医療と介護の自己負担を合算できる「高額介護合算療養費」制度も新設された。

保険料賦課を個人単位で行う一方で、保険料を決定する際の応能負担額の算定や、自己負担が3割となる現役並み収入の判定や高額療養

費制度については、世帯単位の評価を世帯員全員に適用しており、理念の不徹底を指摘する声もある<sup>(43)</sup>。

#### (5) 後期高齢者医療の診療報酬

後期高齢者医療の診療報酬体系<sup>(44)</sup>については、老健制度同様に、後期高齢者の心身の特性に合致した新たな診療行為を、一般の診療報酬体系の中に新設した<sup>(45)</sup>。「後期高齢者終末期相談支援料」(終末期の患者の診療方針などについて、患者本人、家族、医療従事者が十分話し合い、内容を文書にまとめて患者に提供する：患者一人に1回に限り200点<sup>(46)</sup>)、「後期高齢者診療料」(治療の長期化や複数疾患の罹患などを考慮した、外来診療での慢性疾患に対する継続的な管理：1月600点)の他、服薬支援、訪問看護を重視した点数体系が新設された。

しかし、「命の切り捨て」「姥捨て」と批判された「終末期相談支援料」は、制度発足時の見直しの一環として平成20年7月から運用凍

結され<sup>(47)</sup>、「後期高齢者診療料」はほとんど利用されないまま、平成21年6月に平成22年度には廃止する方針が打ち出された。政権交代後の平成21年11月に、厚労省は年齢で区切る診療報酬体系は廃止する方針を打ち出している。

#### 2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)の医療費

老健制度の対象ではなかった65歳以上75歳未満(前期高齢者)についても、退職して国保に移る者が多く、しかも有病率の上昇と医療費の増加が見られる。しかし従来は、退職医療制度に加入している者の医療費に関する健保からの財政支援しかなく、さらに平成14年医療制度改革で、老人保健制度の対象年齢が75歳からとなった<sup>(48)</sup>ことで、国保の負担は増えていた。とはいえ、ほとんど引退者とみなせた75歳以上と異なり、この年代では仕事を続けている者はまだまだ多い<sup>(49)</sup>。傷病手当金(健保では法定手当)<sup>(50)</sup>は、国保や後期高齢者医療

(41) 「「従来の老健制度で指摘されていた問題点を改善したのだから大げさに広報する必要はない。」07年に厚労省の担当職員から発せられた言葉を、同広域連合の総務課長は今でも忘れない。」(「後期高齢者医療制度、そこにある混沌」『医療タイムス』1937号, 2009.10.19, p.35.)。「今振り返ると、厚労省はこの新制度に対する広報活動を少々甘く見ていたといわれても仕方があるまい。」(「新霞ヶ関 Inside 厚生官僚のつぶやき第2回 苦い教訓が残った後期高齢者医療制度の広報活動」『日経ヘルスケア』226号, 2008.8, p.23.)一方、老健制度の発足時は無料から患者負担が発生することもあり、厚生省の緊張感は頂点にあった。「「施行日前日の昭和58年1月31日夜からは徹夜しました。万が一、受給者証が届いていないといった不測の事態に対処するためです。2月1日朝8時半ごろに、スタッフが手分けして病院窓口を確認に行きました。…」(当時の実施担当責任者)という後日談は、いまだに記者の記憶に残っている」(「特別企画 無料化、老人保健、高齢者医療にいたる道のり 医療の確保、費用負担の公平化目指した制度改革の歴史を追う」『週刊社会保障』2500号, 2008.10.6, p.13.

(42) 老健制度では「一定以上所得者」と呼んでいた。所得等の条件は同じである。

(43) 島崎 前掲論文, p.57.

(44) 第164回国会の審議の過程で参議院厚生労働委員会の付帯決議(平成18年6月13日)により検討開始された。

(45) 老人保健法でも、「老人の心身の特性を踏まえた適切な老人医療の確立」を図るため、「老人診療報酬」が定められていた(老人入院基本料、老人特定入院料等)。『老人保健制度の解説 平成16年4月版』社会保険研究所, 2004, p.87.等。

(46) 1点10円。終末期相談支援が診療報酬として評価されたことを歓迎する声もある一方、1回限りで200点=2,000円では安すぎるとの不満も出た。そもそも終末期医療は、高齢者だけのものではないとの批判もある。

(47) 外添厚労相(当時)が6月に中央社会保険医療協議会(中医協)に「終末期相談支援料」運用凍結を諮問し、中医協は直ちに諮問どおり、7月からの運用凍結を答申した。その後、高齢者医療に限らない適用を視野に入れ、平成20年10月「終末期医療のあり方に関する懇談会」が設置され、平成21年4月まで4回会合を持ち、政権交代後の12月25日、5回目の会合が開催された。

(48) 70歳以上だった老健制度の対象年齢を平成14年10月から5年かけて75歳以上へ引き上げたが、70歳以上75歳未満の自己負担は1割のままで、その医療給付は各保険者が行うこととなっていた。

制度では任意給付であり、保険料の事業主負担<sup>(51)</sup>もないなど、被保険者の不利益は少ない。このため、この年代には、医療保険はそのまま、保険者間での財政調整を実施する老健方式を導入することとした。

なお、平成 20 年 4 月に、70 歳以上 75 歳未満の医療保険高齢受給者の自己負担 1 割（老健制度の遺産）を、2 割に引き上げる予定であったが、後期高齢者医療制度導入時の緩和措置のひとつとして、従前どおり 1 割負担のままとされている。

### 3 退職者医療制度—平成 26 年度まで新規加入継続—

退職者医療制度は、前述のとおり、健保被保険者が退職して国保に加入した後も、従前と同様の給付を受け、その費用は退職被用者本人の国保保険料と被用者保険からの拠出金によって賄われる制度である。退職者医療制度の対象となる退職被保険者とは、65 歳未満の老齢厚生年金等の受給者（年金保険の被保険者期間が 20 年以上であるか、又は 40 歳以上で 10 年以上年金保険の被保険者期間がある者<sup>(52)</sup>）であり、その被扶養者も退職者医療制度の対象となる。

制度発足時は、国保の受診時自己負担 3 割に対し、健保被保険者本人なら 1 割負担だったので、退職者にとっても給付水準が維持されるメリットがあった。当時は、届出が必要だった

が、平成 15 年に国保と健保の給付水準が 3 割に統一された後、被保険者本人にとって意義はなくなり、健保から国保への財政支援制度としてのみ存続している。このため、被保険者の届出なしでも（平成 20 年以降は被扶養者も）、年金受給権者一覧表（社会保険庁や共済組合が提供）や税務情報等により、市町村が該当者を確認し、財政調整の根拠とできるようになった。

平成 18 年医療制度改革で廃止となる予定であったが、団塊の世代の退職<sup>(53)</sup>による影響を勘案し、経過的に平成 26 年度まで新規加入を継続し、加入者が全員、前期高齢者（65 歳）に達するまで制度そのものを存続することとしたものである。

## IV 財政調整の仕組みと制度変更の影響

高齢者医療制度は、高齢者に対して保険料負担と受診時の患者自己負担を軽減する制度であるが、それを実現するための財政的裏付けが重要な問題となる。老人保健制度が実現した保険者間の財政調整方式は画期的であったが、支援金を出す側の保険者にとっては必ずしも承服できるものではなく、常に火種となる<sup>(54)</sup>。老健制度の仕組みは、後期高齢者医療制度、前期高齢者の医療費にかかる財政調整に引き継がれており、また退職者医療制度はその発足時の利点（現役並みの保障）が平準化されたことで、

(49) 65～69 歳男性の労働力率は 49.6%、70～74 歳でも 30.5%（うち半数が被用者）である。（総務省統計局）統計データ〈労働力調査〉基本集計）全国〉年次）2008 年「表 5 就業状態、農林業・非農林業、従業上の地位（非農林業雇用者については従業者規模）、年齢階級別 70 歳以上人口」〈<http://www.stat.go.jp/data/roudou/2.htm>〉

(50) 傷病による給与不支給・減額時の所得保障。標準報酬の 2/3 の額を、延べ 1 年半支給。

(51) 伊東雅之「社会保険料の事業主負担」『調査と情報 -ISSUE BRIEF-』652 号, 2009.10.27. を参照。

(52) 健康保険では長期間の資格記録が確認できないため、連動して加入している厚生年金の資格記録を準用することとした。老齢厚生年金等の受給資格開始年齢は、部分的に引き上げられ始めているが、現在は 60 歳である。

(53) 「平成 20 年代前半においていわゆる「団塊の世代」の退職者が急増すると見込まれることから、国保財政への影響を勘案し、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退職者医療制度を経過的に存続させている。」「国民健康保険法新解説（37）退職者医療制度」『国保実務』2687 号, 2009.12.7. p.40.

(54) 各医療保険者が老人保健拠出金を負担する根拠については、「肩代わりによる受益者負担」であると立案者が説明している。「各保険者が 70 歳以上の加入者等に対して行っていた医療の給付が、老人保健法により事実上市町村長によって肩代わりされることになることから各保険者に受益が生じる点にある」（吉原健二『老人保健法の解説』中央法規出版, 1983, p.518.）

純粋に健保から国保への財政支援制度として継続している。それぞれの公費負担と財政調整の仕組みについて、次に見ていく。

## 1 老人保健制度の財政調整（交付金・拠出金）

各市町村が支給する老人医療費を、公費と交付金で5割ずつ負担する（平成14年までは3:7）。交付金は、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）が交付する。一定以上所得者<sup>(55)</sup>の老人医療費は、公費負担の対象外とされた。

各保険者が支払基金に納付する老人医療費拠出金は、①各保険者の実際の老人医療費水準に基づきつつ、②各保険者の老人加入率が全制度平均と同一である場合の老人医療費額を計算し（加入者調整）、算定の基礎とする。（表4）

老人医療受給対象者の加入比率の保険者格差は大きく、国保によっては全国平均の2倍以上になるところもあった。老人加入率により機械的に拠出金を算定すると、老人加入率の極端

に低い保険者に過剰な負担を課すことになるため、老人加入率下限が設定されていた<sup>(56)</sup>。そもそも、老人保健法制定時は、拠出金の算定時の加入者按分率<sup>(57)</sup>を2分の1と限定しており、老人加入割合の不均衡による格差の「完全調整」まで意図してはいなかった、という指摘<sup>(58)</sup>もある。

国保の老人加入者（老人医療受給対象者）は、年を追うごとに著しく増え続けていた（表5）。それにより、老人加入者の少ない健保組合の老健拠出金も、増加の一途をたどる。

## 2 後期高齢者医療制度の費用負担と財政調整

医療給付について5割分は公費で負担し、保険料を1割とし、残り4割が財政調整分である。支払基金が、各医療保険の保険者から「後期高齢者支援金及び後期高齢者関係事務費拠出金」（以下「支援金等」という）を徴収し、各広域連合に後期高齢者交付金を支給する。

表4 老人医療費拠出金

老人医療費拠出金（各保険者における基本的な算定方法）

= (1) 一般分（①老人加入率による調整後の老人医療費×一般の老人医療費の比率（1-②）×拠出金割合\*）  
+ (2) 一定以上所得者分（①×②一定以上所得者の老人医療費の比率）

\* 拠出金割合 … 平成18年度から50%（平成14年まで70%。毎年、公費負担を漸増した分、漸減。）

①老人加入率による調整後の老人医療費

= ⑦調整対象の医療費×④加入者調整率+⑨調整対象外医療費

⑦調整対象の医療費 = 保険者の老人医療費 - ⑨調整対象外医療費

④加入者調整率 = 全保険者の平均老人加入率 / 保険者の老人加入率

⑨調整対象外医療費 = 全国平均1人当たり老人医療費の1.35倍（H16'）を超える部分の老人医療費

（著しく老人医療費の高い医療保険者に経営努力を促すため、基準を超える分は調整しない。）

②一定以上所得者の老人医療費の比率

= 保険者での一定以上所得者の医療費 / 老人医療費

（出典）『老人保健制度の解説 平成16年4月版』社会保険研究所, 2004, p.71. に基づき、筆者作成。

<sup>(55)</sup> 現役世代の自己負担が3割に統一された平成14年改正時に、老健制度においても「一定以上所得者」は現役世代同様、3割負担となった。その際、公費負担の対象から除外することとなった。

<sup>(56)</sup> 平成14年9月までは、過剰な老人医療費支出保険者は、全額を財政調整の対象とできない設定（上限30%）もあった。

<sup>(57)</sup> 加入者按分率については、注<sup>(21)</sup>参照。

<sup>(58)</sup> 島崎 前掲論文, p.54.

表 5 老人医療受給対象者数 制度別の推移（実数及び構成比）

年度	被用者保険								国民健康保険		合計	
	政管健保		健保組合		共 済		小 計		小 計			
	千人	%	千人	%	千人	%	千人	%	千人	%	千人	%
昭和 58 年度	1,275	17.02	777	10.37	466	6.22	2,591	34.59	4,900	65.41	7,491	100
昭和 63 年度	1,483	16.33	869	9.57	462	5.09	2,859	31.47	6,225	68.53	9,084	100
平成 5 年度	1,851	17.01	940	8.64	468	4.30	3,293	30.26	7,590	69.74	10,884	100
平成 10 年度	2,103	15.45	946	6.95	443	3.26	3,519	25.87	10,086	74.13	13,605	100
平成 15 年度	1,844	11.91	751	4.85	399	2.58	3,011	19.45	12,469	80.55	15,480	100
平成 19 年度	1,366	10.53	526	4.06	300	2.32	2,202	16.99	10,764	83.01	12,966	100

(注) 各年度における各月末平均である。

被用者保険制度のうち、日雇労働者、船員保険は省略。小計には含まれる。

平成 14 年 10 月から対象年齢が毎年 1 歳ずつ引き上げられ、平成 18 年 10 月から 75 歳以上。

(出典) 「年度別制度別老人医療受給対象者数」厚生労働省保険局『老人医療事業年報 平成 19 年度版』p.2 より、筆者作成。

(1) 交付金の算定方法

交付金（保険納付対象額）は、①現役並み所得ではない者の医療給付については、保険料負担分 1 割と公費負担分 5 割を控除し、②現役並み所得者の医療給付については、保険料負担分 1 割のみを控除した額を合計して、算定する。要するに、高齢者医療費（自己負担分を除く）のうち、1 割が保険料によって賄われ、現役並み所得者のための医療費以外の 5 割に公費を支給し、残りを交付金として支給する、ということである（表 6）。老健制度同様、現役並み所得者への給付は公費支給対象から除外するので、実際の公費比率は 5 割以下となる<sup>(59)</sup>。

(2) 支援金等の算定方法

各医療保険者が納付する支援金等の額は、交付金の総額である保険納付対象総額（各広域

連合の保険納付対象額の総額）を、全保険者の加入者全数（被保険者、被扶養者）で除して得た額に、当該保険者の加入者数を乗じて決定する。この場合の保険者に、後期高齢医療制度の広域連合は含まれない。要するに、交付金総額を 0 歳以上 74 歳以下の全医療保険被保険者及び被扶養者の頭数で割り、各保険者の実際の加入者数（被保険者、被扶養者）に応じて負担する、ということである。事務費も加算して納付する（表 7）。基本的に、老健制度と同様である<sup>(60)</sup>。なお、調整対象となる保険納付対象額には、療養病床転換金<sup>(61)</sup>への支援が含まれる。

被扶養者、それも稼働能力のない未成年の者まで含めて各保険者の負担する支援金の額を決定することについて、健保連が強く反対し、20 歳以上とすることを主張していた<sup>(62)</sup>。江田憲司衆議院議員「後期高齢者医療制度の支援金

表 6 後期高齢者交付金（保険納付対象額）

後期高齢者交付金額（保険納付対象額）（各保険者における基本的な算定方法） = ①現役並み所得者以外の医療給付（負担対象額）× {1 - (10/100* + 50/100**)} + ②現役並み所得者の医療給付（特定負担対象額）× (1 - 10/100*)  * 10/100…後期高齢者負担率（高齢者本人保険料） **50/100…公費負担相当
---

(出典) 『長寿医療制度の解説 平成 20 年 7 月特別対策対応版』社会保険研究所, 2008, p.79. 等に基づき、著者作成。

(59) 平成 20 年度ベースでは支援金 44%、公費 46% の割合となる。（同上, p.65.）

(60) 保険納付対象額や加入者数について見込み額・数の概算で納付し、2 年後の確定値で精算するのも同様。

(61) 介護療養型医療施設廃止（療養病床再編）のための財政負担に係るものである。V 2 で詳述する。

(62) 「前期高齢者医療の財政調整に激変緩和措置 厚生労働省保険局の今別府敏雄保険課長が講演」『週刊社会保障』2368 号, 2006.2.6, p.8. ただし、老健制度もこの考え方に拠っている。



表7 後期高齢者支援金

後期高齢者支援金額（各保険者における基本的な算定方法）

= 加入者1人当たり負担額 \* 保険者の加入者数 × 支援金調整率\*\*

\* 加入者1人当たり負担額：保険納付対象額（医療給付等 - （公費 + 保険料））を、74歳以下全員で負担。

= 全広域連合の保険納付対象額 / 全保険者加入数

平成21年度 43,323円（平成21年3月31日告示 213号）

※ 病床転換助成事業実施期間は、病床転換支援金が加算される

\*\* 支援金調整率：特定健康診査等の実績により 90/100 ~ 110/100。平成25年度から実施。

（出典）『長寿医療制度の解説 平成20年7月特別対策対応版』社会保険研究所, 2008, p.80. 等に基づき、筆者作成。

に関する質問主意書」(平成20年5月2日提出 内閣衆質 169 第 351 号) も、この点を質しており、それへの答弁書(平成20年5月13日受領 答弁第 351 号) では「特に一人当たりの医療費が高い後期高齢者の医療費を社会連帯の精神に基づき国民全体で公平に負担するという考えにより」と回答されている。同答弁書では、老人保健拠出金(平成19年度)と支援金等(平成20年度)との差は、国保は約 5378 億円減、共済組合(公務員、私学職員)は約 162 億円増、政管健保は約 2911 億円減、健保組合は約 940 億増と推計されていた。これは後期高齢者支援金等のみであり、前期高齢者納付金等を入れると健保が高齢者のために支払基金に納付する総額は、健保の保険料収入の半分近くに達する(後述)。

なお、国保と協会けんぽ(全国健康保険協会)の支援金には、老健制度と同様の公費負担(前者 50%、後者 16.4%)が引き続き行われている<sup>(63)</sup>。

### 3 前期高齢者の医療費にかかる財政調整

前期高齢者交付金・納付金の算定方法は、老健制度を踏襲したものである。各医療保険に前期高齢者がどれだけ加入しているかによって左右される。平均より前期高齢加入者が少ない保険者は、前期高齢者納付金を支払基金に納付し、加入者の多い保険者は支払基金から交付金を交付される。ただし、財政調整の対象には、前期高齢者のための医療給付に加えて、前期高

齢者が負担する後期高齢者支援金も含まれる。算定方法は次のとおりである。

#### (1) 前期高齢者交付金

前期高齢者加入率が、全保険者平均前期高齢者加入率を上回れば、平均的な加入率の場合との差額を、交付金として受ける(表8)。交付対象保険者は、もっぱら市町村国保である。

#### (2) 前期高齢者納付金

交付金と逆に、必要費用と全国平均費用の差額を、支払基金に納付する(表9)。納付保険者は、もっぱら健保(健保組合、協会けんぽ、共済組合)、国保組合である。

## 4 退職者医療制度の費用負担

退職者医療制度は、健保から国保への一方の財政調整である。

#### (1) 交付金

退職被保険者が所属する市町村国保が、退職被保険者等(被扶養者を含む)のために負担する費用については、支払基金が交付する(療養給付費等交付金)。(表10)

つまり、退職被保険者等の医療給付だけではなく、退職被保険者が負担する前期高齢者のための医療費調整と後期高齢者支援金も財政調整するというものである。従前の老人保健制度に対する算定方法を踏襲した。退職被保険者等

<sup>(63)</sup> 『長寿医療制度の解説 平成20年7月特別対策対応版』社会保険研究所, 2008, p.64. 等

表 8 前期高齢者交付金

前期高齢者交付金額（各保険者における基本的な算定方法）  
 = ①前期高齢加入者のために必要な額（(1) 調整対象給付費 + (2) 前期高齢者分の後期高齢者支援金額）  
 - ②平均的加入率であれば必要となる額（(3) 調整対象基準額）

(1) 調整対象給付費：保険者の前期高齢者医療給付の額。  
 ただし、1人当たり前期高齢者医療給付費が著しく高い保険者の場合、一定の基準\*を超える医療費は調整外とし、差し引く（給付費の高い保険者自身の医療費適正化努力を促すため）。  
 \*一定の基準…1人当たり前期高齢者医療費の分布の標準偏差の2倍。平成21年度1.46

(2) 前期高齢者分の後期高齢者支援金額：保険者の後期高齢者支援金のうち前期高齢者が負担すべき分。  
 = 後期高齢者支援金 × (前期高齢者加入者数 / 加入者数)

(3) 調整対象基準額：各保険者の額(①)に平均加入率との比(加入者調整率)を乗じて、算出する。  
 = ①前期高齢加入者のために必要な額((1) + (2)) × 加入者調整率(⑦粗加入者調整率 × ④補正係数)  
 ⑦粗加入者調整率 = 全保険者平均前期高齢者加入率 / 保険者の前期高齢者加入率\*\*  
 \*\* 極端に小さいと、調整率が大きくなりすぎるので、下限を設定している。平成21年度0.01  
 ④補正係数 = (全保険者の①((1) + (2))) / (全保険者の(1) × ⑦ + (2) × ⑦)  
 ⑦に下限を設定しているため、1を超える。平成21年度1.07026

(出典)『長寿医療制度の解説 平成20年7月特別対策対応版』社会保険研究所, 2008, p.115.等に基づき、筆者作成。

表 9 前期高齢者納付金

前期高齢者納付金額（各保険者における基本的な算定方法）  
 = <1> 負担調整前納付金相当額 - <2> 過大な持ち出し額の調整

<1> 負担調整前納付金相当額（前期高齢者交付金の額の算定と同じ考え方により算出）  
 = (②平均的加入率であれば必要となる額（(3) 調整対象基準額\*）  
 - ①前期高齢加入者のために必要な額（(1) 調整対象給付費\* + (2) 前期高齢者分の後期高齢者支援金額\*）  
 \* (3) (1) (2) …前期高齢者交付金の額（表8）を参照。  
 (3) は、前期高齢者加入率下限を0.01（平成21年度）と設定。つまり加入率は最低でも1%とみなす。

<2> 過大な持ち出し額の調整：前期高齢者加入率が極端に低い保険者の負担を、保険者間で再按分する。  
 (負担調整基準を超過する保険者（極端に低い保険者）に対してのみ、調整を行う。)  
 = (4) 負担調整対象額 - (5) 負担調整額

(4) 負担調整対象額：義務的支出\*\*に負担調整基準率\*\*\*を乗じた額を超える持ち出し額  
 \*\* 義務的支出…負担調整前前期高齢者納付金、後期高齢者支援金（病床転換支援金を含む）、法定給付費等（退職者拠出金等を含む）の合計。  
 \*\*\* 負担調整基準率…持ち出し額上位の3%程度の保険者が該当する率。平成21年度0.45

(5) 負担調整額：負担調整に該当する保険者の負担調整対象額の総額を、全保険者で再按分した額。

(出典)『長寿医療制度の解説 平成20年7月特別対策対応版』社会保険研究所, 2008, p.117.等に基づき、筆者作成。

表 10 退職者医療制度の交付金

退職者医療制度の交付金（各保険者における基本的な算定方法） = ① + ② - ③

① その市町村の退職被保険者等に係る医療給付  
 ② (調整対象基準額\*及び後期高齢者支援金の額の合算額) × (退職被保険者等所属割合\*\*)  
 \* 調整対象基準額…前期高齢者が平均的加入率であれば必要となる額  
 \*\* 退職被保険者等所属割合…その市町村の(退職被保険者等総数 / 被保険者総数)  
 ③ 退職被保険者等の(保険料合算額 - 介護納付金相当額)

(出典) 野々下勝行『保険者のための医療保険統計入門』法研, 2005, pp.71-77.等に基づき、筆者作成。

の頭数により調整するが、届出なしでも人数を算入できるようになり、国保のための財政支援策に他ならない。

(2) 拠出金（退職者給付拠出金）  
 支払基金は、交付金と交付業務に関する事務費に充てるため、被用者保険等保険者<sup>(64)</sup>か

ら療養給付費等拠出金と事務費拠出金を徴収する。各保険者の拠出金の額は、退職医療給付等の総額を、それぞれ被用者保険等保険者ごとの標準報酬総額により按分した額である(表11)。

概算拠出率を各保険者の標準報酬総額に乗じることで拠出金が決定されるので、その保険者の財政水準に応じた分担となる。

## 5 財政調整制度による各医療保険への影響

各医療保険者が支払基金に納付するものは、「後期高齢者支援金」「前期高齢者納付金」「退職者給付拠出金」「老人保健拠出金(平成22年度まで)」の他に、「病床転換支援金」がある。<sup>(65)</sup>

### (1) 特定保険料率の設定

平成20年4月より被用者保険の各保険者は、高齢者のための支援と加入者自身への給付が、保険料収入のうちどのくらいを占めているか明確にするため、①特定保険料率(高齢者のための保険料率)<sup>(66)</sup>と②基本保険料率(保険加入者のための保険料率)<sup>(67)</sup>を定めることとされた。これらは、保険料率(一般保険料率)の内訳を示

すもので、例えば政管健保(現協会けんぽ)は、前年度並みの保険料率8.2%のまま、特定保険料率3.3%、基本保険料率4.9%とした。なお、拠出金額の増加を見込み、制度発足当初から保険料率を引き上げた健保組合もある<sup>(68)</sup>。

### (2) 各医療保険者への影響

後期高齢者支援金は老健拠出金を引き継ぐものであり、算定方法に大きな変化はないと言えるが、前期高齢者納付金による被用者負担は重くなった。なにより、新たに対象となった年齢層(65歳から74歳)の分だけ対象額が膨らんだことによる。さらに、算定方法が老人保健制度と同様の人頭税方式(加入者数で按分)になったことも影響した。従来、この年代の調整は退職者給付拠出金だけで、その算定方法は保険者の財政力(被保険者の標準報酬総額)による按分だったが、老健方式では被用者が若くて賃金が安い健保組合ほど、負担が過重になる。

支払基金のとりまとめ(平成20年5月26日)では、平成20年度の後期高齢者支援金総額は、通年分に換算すると4兆7480億円となり、老

表11 退職者医療制度の拠出金

<p>退職者医療制度の拠出金 (各保険者における基本的な算定方法) = ①×(②/③)</p> <p>①被用者保険等保険者の標準報酬総額の見込額</p> <p>②/③ 退職者医療拠出金にかかる「概算拠出率」 平成21年度3.14858%</p> <p>②各市町村における拠出金対象額の合計額 (A+B+C)</p> <p>A: 被用者保険等拠出対象額の見込額(退職被保険者の(医療給付-保険料))</p> <p>B: 退職被保険者等に係る後期高齢者支援金等相当額</p> <p>C: 退職被保険者等に係る前期高齢者交付金相当額</p> <p>③各保険者(被用者保険)の標準報酬総額の合計額(標準報酬総額の見込額)</p>
--

(出典) 野々下勝行『保険者のための医療保険統計入門』法研, 2005, pp.71-77. 等に基づき、著者作成。

64) 被用者保険等としているのは、通常の被用者保険(健保)の他に全国土木建築国民健康保険組合を対象としているからである。健康保険法ではなく、国民健康保険法に規定される保険組合だが、本来的には土木建築業として健康保険法の適用を受けるものと同様の実態にあり、また年金について厚生年金適用であるため、費用拠出を求めることとされた。(前掲注53, p.43)

65) 前掲注63, 2008.9, p.80.

66) 前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、退職者給付拠出金及び病床転換支援金等に充てるための保険料率。

67) 保険加入者に対する医療給付、保健事業等に充てるための保険料率。

68) 例えば人材派遣健保組合は、拠出金総額が252億円(H19年度)から465億円(H20年度)になると見込まれたため、保険料率を1.4%引上げて7.6%とした。(人材派遣健康保険組合「平成20年4月から高齢者医療制度が変わり、健保組合の保険料が急増します。」2008.4 <[www.haken-kenpo.com/topics/h19/koureiiryu2.pdf](http://www.haken-kenpo.com/topics/h19/koureiiryu2.pdf)>)

健抛支出より 7203 億円 (13.2%) 減少した<sup>(69)</sup>。これは、高齢者本人の保険料が独自の収入として計上され、支援金の算定対象から除外された影響と思われる。しかし、保険者別に見ると、国保は 23.8% 減少する一方、健保組合の支援金は 6.1% 増加するなど、負担が健保組合に傾いたことは明らかである。

前期高齢者納付金の影響も大きい。政管健保は 9430 億円、健保組合は 9944 億円など、被用者保険合計で 2 兆 3138 億円を納付することになった。国保組合 274 億円の納付金負担と併せて、納付金総額は 2 兆 3429 億円となる。退職者給付抛支出金は 1 兆 1068 億円となり前年度より 58.9% 減少したが、前期高齢者納付金と合算すると約 7000 億円が新たな負担として生じたと見ることができる。

このような新たな財政負担が健保組合に与えた影響は小さくなかった。健保連の平成 20 年予算の集計によれば、保険料収入に対する抛支出金・納付金の割合は、平成 19 年度は 39.4% であったが、平成 20 年度には 46.5% にまで上昇した<sup>(70)</sup>。しかも、平成 19 年度は退職者給付抛支出金はその半分を占めていたため、まだ個々の健保組合にとっては、財政水準に相応しい負担ですんでいたものの、新たな前期高齢者納付金負担は、財政力の低い健保組合への影響が大きかった。保険料引き上げで対応しきれず、不況の影響もあって組合解散に拍車がかかった。健保組合が解散したあとは、被用者は協会けんぽに加入することになる。

健保連の平成 20 年決算によれば、全国 1,497 組合の経常収支を合計すると 3060 億円の赤字となった<sup>(71)</sup>。保険料収入の 5 割以上を納付金・抛支出金等に充てている組合も 361 ある。

協会けんぽの財政状況もはかばかしくない。政管健保及び協会けんぽの平成 20 年度収支決算(通算)は、前年度比 900 億円の悪化で、2290 億円の赤字(2年連続)となった<sup>(72)</sup>。上記のとおり、財政力のない健保組合が解散すると受け皿となるのは協会けんぽであり、加入者数の増加はそのまま高齢者医療制度のための負担金増加につながる。

## V 平成 18 年医療制度改革のその他の内容

平成 18 年医療制度改革で、高齢者医療制度と関連が深いのは、特定健康診査・特定保健指導、介護療養型医療施設廃止計画(療養病床再編計画)、協会けんぽの創設である。

### 1 特定健康診査・特定保健指導

老健制度は生活習慣病<sup>(73)</sup>の予防を重視し、40 歳以上住民を対象にした保健事業を市町村が実施していたが、健保被扶養者の健診受診率は低かった。平成 18 年医療制度改革では、各保険者に対して 40 歳以上 75 歳未満の被保険者及び被扶養者への特定健康診査・特定保健指導の実施を義務付けた<sup>(74)</sup>。いわば、健保組合(=企業)に従業員の家族の健康づくりまで課した

(69) 「後期高齢者支援金 国保は老健に比べ 5324 億円減少」『国保実務』2610 号, 2008.6.2, pp.2-4.

(70) 「健保組合解散 福利厚生に影」『日本経済新聞』2008.9.21, p.17; 健康保険組合連合会「平成 20 年度健保組合予算早期集計結果の概要」2008.4.21. <<http://www.kenporen.com/press/pdf/20080421184636-0.pdf>>

(71) 「健保、7割が赤字」『日本経済新聞』2009.9.12; 健康保険組合連合会「平成 20 年度健保組合決算見込の概要」2009.9.11. <<http://www.kenporen.com/press/pdf/20090911170950-0.pdf>> 健保組合全体の赤字は 6 年ぶり。

(72) 「22 年度の協会けんぽ保険料率は「90～91%」への引上げが必要」『週刊社会保障』2549 号, 2009.10.5, pp.6-11.

(73) 健康増進法(平成 14 年 8 月 2 日法律第 103 号)では「がん、循環器病その他」とされ(第 16 条)、具体的には高血圧症、糖尿病、脳卒中、がん、高脂血症、虚血性心疾患の予防と早期治療を重視している。いずれも死亡率の高さもさることながら、脳卒中・脳梗塞や心筋梗塞等による後遺障害や糖尿病の悪化による腎臓疾患等は、長期に亘る ADL(日常生活動作)維持のためのリハビリテーションや人工透析を必要とし、QOL(生活の質)を著しく悪化させ、長期間の医療費負担を生じさせることになる。

ものである。

特定健康診査（特定健診）とは、生活習慣病の予備群である内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム。以下「メタボ」という）<sup>(75)</sup>に着目したもので、特定健診の結果により、健康の保持に努める必要があるとされた者に対して行われるのが、特定保健指導（食生活の改善指導又は運動指導の動機付け支援・積極的支援）である。メタボ対策のインセンティブを高めるため、特定健診の受診率やメタボ減少率の参酌標準を示し、その実績に基づいて平成 25 年度からの後期高齢者支援金を上下 10% の範囲で加算・減算することとなった（支援金調整率）。

## 2 介護療養型医療施設の廃止計画（療養病床の再編）とその影響

介護療養型医療施設の廃止計画とは、医療保険適用の療養病床（約 23 万床。回復期リハビリ病床約 2 万床を加えると約 25 万床）と介護保険適用の療養病床（約 12 万床）を再編し、平成

23 年度末（2012 年 3 月末）までに介護療養病床を全廃し、医療療養病床約 15 万床のみを残すという内容である<sup>(76)</sup>。どちらも入院患者・入所者の 5 割は、医師による直接の医療提供をほとんど必要としないとの調査結果<sup>(77)</sup>を元に、医療と介護の機能分担を推進し、医療サービス・人材の効率的活用と医療・介護の総費用の減少を図ることを目的とし、廃止計画が決定された。療養病床の再編成は都道府県が実施し、その事業の費用は国、都道府県、保険者で負担する<sup>(78)</sup>。

療養病床の削減計画の一方で、平成 14 年、平成 18 年の診療報酬改定により、急性期病院における在院日数短縮化のインセンティブが強化された<sup>(79)</sup>ことにより、行き場を無くした医療難民、介護難民が取りざたされる事態となった<sup>(80)</sup>。しかし医療療養病床については、各都道府県における目標病床数の集計値（見込み）は平成 20 年 8 月時点で約 22 万床となり、法案審議時に示された目標値 15 万床をはるかに上回ったが、そのまま追認された。平成 21 年 3

(74) 松田晋哉「特定健診・特定保健指導事業の概要と課題」『社会保険旬報』2347号, 2008.4.1, pp.24-30. 等参照。

(75) 内臓脂肪型肥満を共通の要因とした、高血糖、高血圧、脂質異常などを呈する状態のこと。特定健康診査では、検査項目に腹囲を導入し、男性 85cm 以上、女性 90cm 以上を「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）が強く疑われる者とその予備群と考えられる者」（平成 20 年 9 月 8 日厚生労働省告示第 442 号）とした。

(76) 介護療養病床とは、介護保険制度発足時に医療保険ではなく介護保険でサービス提供を賄うこととした療養型病床群のことで、もともとは同一施設である。詳しくは、小沼敦「療養病床の再編」『調査と情報-ISSUE BRIEF-』590号, 2007.6.7. を参照。

(77) 中央社会保険医療協議会診療報酬専門組織・慢性期入院評価分科会の資料（「慢性期入院医療実態調査」2005.11.11, p.13.）。ただし、「医師の直接の医療提供をほとんど必要としない」については、ミスリーディングであるとの批判がある。平成 17 年に実施された全国アンケートで、「医療の状態は安定しており、医師の指示の見直しはほとんど必要としない」にチェックした回答が、「医師による直接医療提供頻度：ほとんどなし」として集計され、「入院医療の必要性が低い患者が相当数入院している」と審議会で説明されたという。回診して同じ薬の処方継続指示を出した場合にも医療の提供なしと見なされたと、全日本病院協会会長が指摘している。（「追われる脳卒中・認知症患者「在院日数短縮」の情け無用」『週刊東洋経済』6156号, 2008.8.2, p.44.）

(78) 分担比率は国 10/27、都道府県 5/27、医療保険者 12/27。保険者は、高齢者医療支援金に病床転換支援金を加算して負担する。負担の根拠は、政策担当者によれば次のとおり。「療養病床の長期入院者の大半は後期高齢者（療養病床の入院者のうち 74% が 75 歳以上。平成 14 年患者調査）であり、老人保健施設等への転換により、後期高齢者の医療費の適正化につながることから、保険料財源を活用することとしたものであり、医療保険の主旨に反するものではない。」土佐 前掲注<sup>(26)</sup>, p.392.

(79) 急性期医療の重視と「社会的入院」対策の二つの側面から、入院期間が 14 日、30 日、90 日、180 日を超えると診療報酬の点数が低くなる（入院初期に手厚い）配分がなされた。リハビリについても、疾患別で日数上限（呼吸器 90 日、運動器・心大血管疾患 150 日、脳血管疾患等 180 日）が設けられた（例外あり）。

(80) 吉岡充・村上正泰『高齢者医療難民 介護療養病床をなぜ潰すのか』（PHP 新書）PHP 研究所, 2008；「療養病床の削減で追われる低所得高齢者」『週刊東洋経済』6212号, 2009.7.18, pp.83-85. 等。

月時点における医療療養病床は約 25 万床（リハビリ病床を含む）、介護療養病床<sup>(81)</sup>は約 10 万床である。

療養病床再編計画の撤回については、自民党社会保障制度調査会の介護委員会も検討していたが、総選挙の際の民主党マニフェスト<sup>(82)</sup>でも「療養病床削減計画の凍結」が謳われた。<sup>(83)</sup>

### 3 協会けんぽ（全国健康保険協会）の創設

政府管掌健康保険（政管健保）は社会保険庁が運営してきたが、社会保険庁改革の流れによる廃止決定により、政管健保運営のために全国単位の公法人を設立する方針が立てられた<sup>(84)</sup>。平成 20 年 10 月 1 日に、本部と都道府県単位の支部で構成され、財政単位は都道府県を基本とする全国健康保険協会が発足した。「協会けんぽ」を愛称に採用し、都道府県ごとの医療給付費を反映した保険料率<sup>(85)</sup>の設定や、地域の事情を踏まえた保健事業の実施を行う<sup>(86)</sup>。都道府県単位は、後期高齢者医療制度と同様で、医療費適正化施策の一翼を担うものである。

しかし、保険料率の都道府県単位での決定については、中高年齢者の多い県は一般的に医療費が高く保険料率は高くなり、同じ医療費でも所得水準が低い県では保険料率を高くしないと十分な保険料収入が得られないことになる。都道府県単位での保険料率決定を徹底すると、逆に不公平と批判されるため、全国平均を基準に年齢調整と所得調整を行い、「5 年間で激変緩和を調整」することとされた<sup>(87)</sup>。一方、協会けんぽ全体での財政赤字は前述の通りで、このままでは全国平均で 9.9% まで保険料引上げが必要となるため、バブル期の平成 4 年に 13% に引き下げられた国庫補助を本則通り（16.4～20%）に戻すことを、協会けんぽは国に要望している<sup>(88)</sup>。

## VI 制度の改革に向けて

平成 21 年 8 月総選挙での民主党マニフェストには、「後期高齢者医療制度を廃止し、国民皆保険を守る」ことや「医療保険の一元的運用」

(81) 介護療養病床全廃の受け皿としては、平成 20 年 5 月に介護老人保健施設に、夜間の看護体制、看取り等の医療機能を強化した介護療養型が新設されたが、介護療養病床からの転換はそれほど活発ではない。

(82) 『民主党政権公約 Manifesto（マニフェスト）』（民主党第 45 衆届出パンフレット第 1 号）民主党，2009，p.19.

(83) 11 月 2 日の衆議院予算委員会で長妻厚生労働大臣も、「介護療養病床を 23 年度末に廃止というような法律になっておりますけれども、それについても猶予の問題等々も含めて検証していきたい」と発言している。（第 173 回国会衆議院予算委員会議録第 2 号 平成 21 年 11 月 2 日 p.8.）

(84) 内閣官房長官主宰の「社会保険庁のあり方に関する有識者会議」が、平成 17 年 5 月 31 日に組織改革の在り方について最終取りまとめ。厚生労働大臣主宰の「社会保険庁新組織の実現に向けた有識者会議」が、12 月 12 日にとりまとめ。自民党・社会保険庁等改革合同会議が、12 月 20 日に組織改革でとりまとめ。

(85) 政管健保では全国一律保険料（8.2% を労使折半）で、このまま（全国一律 8.2%）で協会けんぽが発足した。

(86) 事業所の適用、資格管理や保険料の徴収業務は、発足直後は社会保険庁、平成 22 年 1 月からは同じく社会保険庁の後継機関である日本年金機構が厚生年金業務と一体的に行う。

(87) 調整が大きすぎると、都道府県単位とした財政責任が不明確となる。（松村直道「中小企業従事者の医療環境改革—保険料率と地域保健医療—」『週刊社会保障』2552 号，2009.10.26，pp.50-55.）なお、発足 1 年後の平成 21 年 10 月の保険料率は、最高 8.26%（北海道）、最低 8.15%（長野）となった。

(88) 全国健康保険協会は医療費総額に対する国庫補助金が本則通り 16.4～20% に戻れば、保険料率は 9.7～9.4% に収まるとしている。（全国健康保険協会）インフォメーション〈広報〉協会けんぽにおける来年度保険料率の見通しについて（<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/10.32326.125.html>）財政赤字に対しては、平成 20 年度に健保組合による財政支援を目的とした法案「平成 20 年度における政府等が管掌する健康保険の事業に係る国庫補助額の特例及び健康保険組合等による支援の特例措置等に関する法律案（第 169 回国会閣法第 37 号）」（政管健保の国庫補助削減の特例法案）が提出されたが、審議されずに廃案となった。この経緯については、田近栄治「第 1 章 医療保険制度の改革」田近栄治・尾形裕也編著『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房，2009，pp.31-33. 等参照。

が掲げられていた<sup>(89)</sup>。後期高齢者医療制度の廃止について社会の関心は高く、その一方で、既にある程度定着した新制度の継続を望む声（少なくとも、老人保健制度の単なる復活を望まない声）が、特に現場サイドからあがった。

長妻厚生労働大臣は現場の混乱を避けるため、平成24年度末まで現行制度のままとし、新制度の設計のための有識者検討会「高齢者医療制度改革会議」（座長：岩村正彦東京大学大学院法学政治学研究科教授。参集者19名<sup>(90)</sup>）を立ち上げ、11月30日に第1回の会合が開催された。新たな制度の実施まで3年間ということ、平成18年医療制度改革にならえば、法案策定までの時間は1年間ということになる。しかし、平成18年医療制度改革法案の審議でさえ、郵政民営化をきっかけとした解散総選挙後、衆議院の与党（自由民主党・公明党）の圧倒的多数の中、かなりの急ピッチで進められたものであり、今回も十分な時間があるわけではない。第2回会合（平成21年1月12日開催）では、「負担の公平」を巡る議論の必要性が再確認され、公費負担の役割拡充、財源、制度の枠組み、年齢区分等が論点として指摘された<sup>(91)</sup>。

これまで見たとおり、高齢者医療制度の財政責任の分担は、最大の論点である。これに関連深い「医療保険の一元化・一本化」と、現行制度である「独立型制度」について、整理する。

## 1 医療保険の一元化と一本化

高齢者医療制度改革の型として常に掲げられる医療（保険）制度の一本化とは何か。

医療提供サイドの日本医師会や赤字基調の国保保険者（市町村、国保中央会）が、高齢者に限らず医療制度改革として一貫して主張してき

たのが、国民全体での公平な医療制度（給付と負担）を達成するための「医療保険の一本化」である。分立する保険制度および保険者を統合して、単一の保険制度とすることによって格差を解消する、というのがその内容である。

しかし、国保、健保組合、協会けんぽ（旧政管健保）は成立の経緯が異なり、運営主体の性格も異なり、「一本化」は容易ではなかった。そのため、厚労省（旧厚生省）と与党自由民主党は、現実的な対応策として「一元化」を進めてきた。一元化とは、負担と給付の水準を統一し、公平化を図るもので、負担の公平化を理由に保険者間の財政調整を行うというものである。分立している保険制度および保険者の統合そのものは行わない。老健制度（昭和58年）と退職者医療制度（昭和59年）で保険者間の財政調整の仕組みが導入され、給付水準の統一については平成15年4月の被用者被保険者の自己負担3割への引上げで、ほぼ達成された。

もちろん、最も歴史が古く、かつ最も健康で収入が安定している被保険者を抱える保険者である健保組合側（健保連、経営団体等）は、一本化はもとより、一元化に対しても常に反対の立場を堅持し、国保や高齢者医療に対する十分な公費投入を求め続けている。とはいえ、引退した被保険者OBを受け入れてくれる国保に対して財政調整の仕組みを完全に拒否することもできず<sup>(92)</sup>、それ故、老人保健制度発足時に拠出金制度を受け入れた経緯もある。

なお、協会けんぽの発足により、後期高齢者医療制度と同じ都道府県単位での被用者保険の運営が始まり、国保と健保（少なくとも協会けんぽ）の一元化・一体化の可能性は以前より高まったと見る向きもある。しかし、一元化・

(89) 前掲注(82), p.18.

(90) 参集者（委員）の構成は、関係団体の代表9名、高齢者の代表4名、学識経験者6名で、計19人である。

(91) 「新たな制度の運営主体は都道府県単位が多数意見に」『週刊社会保障』2563号, pp.6-13。「負担の公平」については、①高齢者と若人、②被用者保険と市町村国保、③高齢者間、が論点として提示されている。

(92) 非正規労働者が増え、国保に占める現役世代の被用者の割合が高まっている現在は、この問題は高齢者に限らない。国保の被保険者の現状と医療保険の一本化については、中川 前掲論文(8), pp.79-81, 93. を参照。

一本化への反対の論拠とされてきた健保の特長・国保の課題に変わりはない。

健保の特長とは、一つは事業主の保険料負担であり、もう一つが集団構成員の均一性、保険集団としてのまとまりである。メタボ対策等の予防事業においては、生活習慣への働きかけが効果的で、生活習慣は所属する社会集団に左右される。その点で、健保組合による保健指導等、企業が積極的に健康づくりに取り組めば、最も力を発揮する可能性が高い<sup>(93)</sup>。また、効率的な保険運営を行う適正規模、適正な範囲もあろう。医療機関が請求する診療報酬のチェック機能など、医療費適正化について保険者に期待される役割は増えているが、多くの企業を抱える大都市圏で地域保険に一本化した場合、それらは、実現可能なのだろうか<sup>(94)</sup>。

国保の課題とは、古くから言われる被用者と自営業者の所得捕捉の問題である。それ以前に、自営業者・農山村漁民対象として設計された国保の保険料賦課方式が、現在の経済弱者の保険となった国保制度にそぐわなくなっており、それが無保険者の発生<sup>(95)</sup>の一因であることも無視できない。一本化の前に、国保における公平な保険料賦課方式の再検討が必要であろう<sup>(96)</sup>。

## 2 現行の高齢者医療制度への問題提起

現行の「独立型」高齢者医療制度について、島崎教授は、公費と現役世代と高齢者本人の費用負担のルールが明確化、可視化された点を支持した上で、①支援金は、保険者の財産権の侵害か、②被用者が健保から離脱させられるのは、被用者自身の不利益か、③保険料の納付義務が発生する高齢被扶養者の扱いはどうあるべきか、の3点を改めて問題提起している。島崎教授の見解は①には否、②には是であり、③についてはさらなる検討を求めている<sup>(97)</sup>。

また同教授は、社会保険料の個人単位化は介護保険法が導入した手法であるが、保険料は個人単位で賦課しつつ、患者自己負担の階層化<sup>(98)</sup>は世帯収入で判定していることについて、一貫性に欠けると指摘している。

一方、保険者間の財政調整制度の限界について繰り返し論じているのは、厚生省で老人保健制度の準備に携わっていた堤修三大阪大学大学院教授である<sup>(99)</sup>。拠出金による財政調整の根拠を「国民の共同連帯」としたうえで、老健制度では国民各人レベルによる「連帯」がなりたっても、後期高齢者医療制度のように保険者という法人格に「国民の共同連帯」思想に基づく行為を義務付けるのは、法人格がその法人構

93) 市町村国保側も、経済弱者や地域に密着した生活をしている人に特化したメニューが組める。

94) 辞令一つで転居を伴う転勤を行い、単身赴任も珍しくない「大企業」社員の被保険者資格管理や給付の調整を、都道府県単位保険者に課した場合、事務作業量の増加と大きなコストが見込まれる。

95) 特に子どものいる世帯は、世帯内被保険者の数が多いため保険料が高くなりがちであり、それが「無保険の子ども」の問題を生じさせる。中川 前掲論文(8), pp.86-90。

96) 「中所得層の負担軽減 国保保険料で厚労省検討 高所得層は重く」『日本経済新聞』2009.7.13。

97) ①老健制度の「肩代わりの受益者負担」説(注54参照)は、後期高齢者医療制度にも通用する。「公共の福祉」(憲法29条2項)の捉え方によるのではないか。②法定給付(傷病手当金)を受けられないことや、保険料の事業主負担がつかないことは合理性を欠く。被用者(健保被保険者)は後期高齢者医療制度の適用除外とするより他ない。③保険料の納付義務が発生する高齢被扶養者の扱いについては、年金制度が整備された現状に鑑み、税法上の認定基準(年収180万円以下)の適否等、改めて検討が必要である。患者窓口負担率の差(原則1割、現役並み所得者は3割)の問題も絡み、取扱いは複雑である。(島崎 前掲論文, p.56)

98) 医療給付の自己負担において、世帯収入による階層化は高齢者医療制度以外にも広く導入されている(高額療養費、難病等)が、保険料賦課の際に所得による傾斜を行い、給付の際にも所得による傾斜を行うのは、事務の効率性や「保険制度」のあり方から見て合理的かどうか、再検討の余地がある。

99) 堤修三「誰も橋本構想別案を覚えていない—保険者間の連帯は可能か」『社会保険旬報』2387号, 2009.5.11, pp.12-16。



成員に対して持つ責任と矛盾すると指摘している。実務者としての経験からも、「皆保険を支える保険者同士が激しく対立する構図を招く保険者間財政調整に対する疑問」<sup>(100)</sup>を吐露し、年齢で区切った独立の保険制度ではなく、包括的突き抜け方式「被用者年金受給者健康保険」構想を提案している<sup>(101)</sup>。

そもそも、年齢で分けた独立保険制度は、リスクの異なる人々をできる限り幅広く対象にする（リスク・プーリング）ことでリスクの分散を図る「社会保険制度」の本質を損なうと、尾形裕也九州大学大学院教授は指摘する<sup>(102)</sup>。高齢者だけをグルーピングすることは、優遇・冷遇どちらの策をとるにせよ、少子・高齢時代における対処方法にはふさわしくないとし、むしろ「エイジ・フリー」な社会制度の設計を基本に据えるべきであると主張している。

## おわりに

医療費増加抑制が、介護保険制度創設を中間点とした平成年間の医療政策における最重要課題の一つであったことは論を俟たない<sup>(103)</sup>。21世紀に入ってからの小泉構造改革がその強い牽引力となったことは間違いなく、その掉尾を飾った平成18年医療制度改革については、

社会保障費2200億円抑制の数合わせに主眼を置いた制度改革であったとの批判もあながち的外れとは言えないであろう。しかし、最初に示した通り、わが国の高齢化は医療負担増を（推計に幅はあるものの）確実にもたらし、その安定的な運営のための、確固たる財政基盤が高齢者医療制度に必要であることも、また目をそらすことのできない現実である。高齢者医療費も社会的入院も、現状のままでは重荷は増し、国民にとっても困難が増すばかりである。

老健制度が四半世紀続いたのは、関係者が議論を尽くし工夫をこらしたからこそ、と制度創設時の関係者は評価している<sup>(104)</sup>。しかし、保険者間の財政調整という形をとるかぎり、健保組合側の異議申し立てと政府の施策の応酬は続くものと思われる。高齢者医療制度の安定的な運営のためには、現役世代と高齢世代の公平な費用負担が肝要であり、それを実現するには国保と健保が並立する現状を吟味しつつ、世代間、制度間の公平な費用負担について国民的合意を形成するのが理想的であろう。しかし、過去10数年かけてきた議論を今また繰り返す時間の余裕はない。

持続性が高く、公平で安心な制度を設計するために、世帯の考え方、負担のあり方、さらに社会保険制度の基盤である保険料拠出の「公

<sup>(100)</sup> 堤修三「高齢者医療費重荷論を超えて一機械的公平より社会的納得を」『社会保険旬報』2367号, 2008.10.21, pp.6-15.

<sup>(101)</sup> 堤修三「迷走する高齢者医療制度—今その歴史から学ぶとき」『社会保険旬報』2354号, 2008.6.11, pp.6-14. 高齢者医療制度の安定には、低所得層が流入し空洞化している国保への対処（国保における低所得者対策の充実及び非正規労働者に対する被用者保険の適用拡大など）を行い、国民皆保険体制の再強化が必要としている。

<sup>(102)</sup> 尾形裕也「後期高齢者医療制度の総括と新制度の展望」『社会保険旬報』2410号, 2010.1.1, pp.30-37. ; 石田重森「高齢者医療制度の見直しに向けて」『週刊社会保障』2548号, 2009.9.21-28, p.43. 平成9年に小泉純一郎厚生大臣（当時）も指摘している。「高齢者だけの別建ての医療制度をつくると言っても、高齢者はお医者さんにかかる率が高く、それを自己負担と保険料と公費で賄えというのであれば、どうしても税金を余計投ぜざるを得ない。高齢者だけの保険は本来保険に馴染むのかどうか。」（「小泉厚相、与党の“高齢者別建て保険”に疑問」『国保実務』2069号, 1997.9.29, p.5.）

<sup>(103)</sup> 「ここ数年の国の医療政策は、「医療費政策」ばかり。真に医療政策と呼べるものはないと批判されても仕方ない。自戒の念も込めてそう思う。」（「霞ヶ関 Inside 厚生官僚のつぶやき第7回 真の医療政策の実現に向けこれから厚労省がやるべきこと」『日経ヘルスケア』222号, 2008.4, p.25.）

<sup>(104)</sup> 「特別インタビュー 老人医療費の負担の明瞭化、現役世代と高齢世代の公平化が柱—吉原健二氏（元厚生事務次官）に聞く」『週刊社会保障』2500号, 2008.10.6, p.36.; 「巧妙な制度」（島崎 前掲論文, p.64.）

平性」を高める正確な所得捕捉について、再度、  
制度横断的な検討が望まれる。<sup>(105)</sup>

(いずみ まきこ)

---

<sup>(105)</sup> 所得捕捉の現状については、荒井晴仁「国民経済計算を用いた所得捕捉率推計の問題—自営業所得の捕捉率を中心に—」『レファレンス』675号, 2007.4, pp.7-21. ; 同「農業所得の捕捉率について」『レファレンス』679号, 2007.8, pp.25-39を参照。また、諸外国の税制における課税単位に関する次の資料は、所得再分配機能にも着目しており、社会保障制度の再検討にも資するものである。鎌倉治子「諸外国の課税単位と基礎的な人的控除—給付付き税額控除を視野に入れて—」『レファレンス』706号, 2009.11, pp.103-130.