

医療保険制度における年齢区分に関する一考察 —後期高齢者医療制度の成立過程を例に—

佐々木貴雄

東京福祉大学 社会福祉学部(伊勢崎キャンパス)

〒372-0831 群馬県伊勢崎市山王町2020-1

(2010年5月6日受理)

抄録:2008年4月から75歳以上の後期高齢者を加入対象とした後期高齢者医療制度が実施された。それまでの老人保健制度と大きく異なる点のひとつは、75歳という年齢によって加入する医療保険制度が区分されたことであった。この区分の根拠として、年齢によって医療の特性が異なるという点が強調されたが、どれほどの説得力があったのだろうか。本稿では、新制度導入のための基本方針が閣議決定された後の社会保障審議会医療保険部会での議論を通して、その根拠がどれほどの妥当性を持っていたのかを検討した。議論の経過を見る限り、委員には十分納得が得られないままであり、医療の特性によって加入する制度を区分することは、根拠に乏しいことが改めて確認された。今後の医療保険制度改革の議論でも、この点を踏まえた制度設計が求められるだろう。

(別刷請求先:佐々木貴雄)

キーワード:後期高齢者医療制度、老人保健制度、医療の特性、医療保険

1. 問題意識

2006年6月に医療制度改革関連法が成立し、その改革の一つとして老人保健制度が廃止されることとなり、後継として2008年4月から後期高齢者医療制度が創設された。

この後期高齢者医療制度は実施当初から、多くの批判を浴びることとなった。当時の福田首相によって長寿医療制度などという通称がつけられたのも、この制度名の中にある「後期高齢者」という言葉に対する批判からであった。このような批判に対し、自民党政権下でも舛添厚生労働大臣の下で改革が検討されていたが、2009年7月の衆議院議員総選挙では後期高齢者医療制度の廃止をマニフェストに掲げた民主党が過半数を占め、鳩山政権が発足した。11月からは長妻厚生労働大臣の主宰による高齢者医療制度改革会議が開催され、2013年度から新しい高齢者医療制度を実施することを目指して、関係団体や高齢者の代表、学識経験者による検討が進められている。

これまでの老人保健制度でも、今回の後期高齢者医療制度でもその対象者は主に年齢によって区分がされていることは共通している。ただし、老人保健制度の場合は、制度の対象者が各医療保険に加入しつつ、同時に老人保健制度の適用を受けて、医療サービスの給付を受けるという形を取っていたが、今回の後期高齢者医療制度では、これまで

加入していた医療保険から離れて、個人単位で後期高齢者医療制度に加入して保険料を支払うと同時に、給付も受けるという点で、これまでの老人保健制度と大きく異なるものとなっている。

本稿における問題意識は、そもそも医療保険の加入をこのように年齢によって区分する必要性は、本当にあるのだろうかという点にある。この点を、今回の制度改正のプロセスにおいて行われた社会保障審議会医療保険部会の議論を題材にしながら考えてみたい。本部会の議論から考察したいのは、どのような根拠によってこの年齢区分が肯定され、その根拠はどの程度の説得力を持ち、一方でそれに対してどのような反対意見が出たかという点である。既にこの医療保険部会が開催された時点では、閣議決定された基本方針(注1)によって独立した制度を創設するなど大筋は決められており、政治的には既に決着がついていた段階である。しかしそれゆえに、政府側としてはきちんと新制度の必要性、妥当性について十分な説明が可能であるべき時期ということであり、新制度の是非について専門的かつ本質的な検討がなされた場であると見ることができる。もちろん、ここでの議論は高齢者医療制度改革に関する議論全体の一部に過ぎないものであるが、現在の民主党政権において行われる予定である今後の改革の方向性を考える上でも重要な示唆を与えうるといえる。

本稿ではまず、2006年の改革法に基づいて行われた制度改正のうち、高齢者医療制度改革(注2)の部分を中心に簡単にまとめ、次に、この改正に関して行われた医療保険部会の議論を、高齢者医療制度改革とその根拠を中心にまとめた。そして、医療保険における年齢区分の妥当性について、それまでの議論を踏まえながら考察する。

2. 高齢者医療制度改革の概要

まずは、2008年4月から実施された新しい高齢者医療制度についてまとめておきたい。

高齢者医療制度改革については、1999年の医療福祉審議会制度企画部会の意見書でそれまでの老人保健制度に代わる4つの案(独立方式、突き抜け方式、リスク構造調整方式、制度の一本化)が提案されていたが、結論が得られないままであった。その後2002年の健康保険法等改正において、改正法の附則で2002年度中に新しい高齢者医療制度を創設すること等を含めた基本方針を策定することが盛り込まれ、2003年3月には改革の基本方針が閣議決定され、他の改革と併せて2006年6月に関連法が成立した。

高齢者医療制度改革についてはまず、1983年から実施されてきた老人保健制度が、後期高齢者医療制度に代わった。これまでの老人保健制度は、医療保険各保険者の共同事業として位置づけられ、保健事業によって予防を含めた包括的な医療を提供する制度であった。また、老人保健拠出金の拠出という形で、各保険における老人保健制度対象者の加入率に応じて各保険者間の財政調整が図られる形となっており、これによって主に高齢者の加入比率の高い国民健康保険の財政問題が緩和された。

老人保健制度は各保険者の共同事業という位置付けであり、75歳以上の医療保険加入者(注3)は各医療保険に加入したまま、老人保健制度の対象となっていた。言い換えれば、保険料は各医療保険に拠出するが、医療の給付は老人保健制度から受給する形になっていた。しかし、今回の後期高齢者医療制度では、後期高齢者は他の年齢層のように地域・職域に応じて各医療保険に加入するのではなく、新たに創設される後期高齢者医療制度に加入することになり、保険料の徴収も給付も後期高齢者医療制度の保険者が担当することになった。なお、保険者は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合となった(注4)。

このような変更に伴って、保険料の賦課基準が大きく変更された。まず、これまで基本的に世帯単位で支払ってきた保険料は、後期高齢者医療制度では個人単位で支払うことになり、これにより、後期高齢者医療制度では被用者保険にあるような被保険者、被扶養者というカテゴリーの区

分はなく、国民健康保険のように加入者全てが被保険者となった。このため、これまで被用者保険の被扶養者であった75歳以上の者は、全く新たに保険料を負担することになった。

保険料の負担方法は、応能割(所得比例部分)と応益割(定額部分)に分けられる。また、低所得者等については、世帯の所得水準に応じて、応益割部分に7割、5割、2割の軽減措置が設けられ、制度実施後にこのうち7割の軽減措置は8.5割に引き上げられ、さらに2009年度からは9割軽減部分が追加された。軽減措置の判定は、個人ではなく世帯単位となっている。また、これまで被用者保険の被扶養者であった者は、後期高齢者医療制度加入から2年間、応益割部分を半額とすることに加え、半年間は保険料徴収を凍結し、その後も応益割部分を軽減するといった移行措置がとられた。

後期高齢者医療制度の財源は、上述の後期高齢者が拠出する保険料(1割)と公費負担(5割)、そして現役世代からの支援として、後期高齢者支援金(4割)となっている(注5)。後期高齢者支援金は各保険者から、各保険の加入者数に応じて拠出される(注6)。各保険者からの拠出という点では老人保健制度での拠出金と似たような性格を持つが、75歳未満から75歳以上への財政移転であることが明確になったのが大きく異なる点であった。

また後期高齢者医療制度に加えて、前期高齢者(65歳以上75歳未満)を対象とした財政調整の仕組みが導入された(前期高齢者医療費に関する財政調整)。これも、各保険の加入者数に加えて、各保険の前期高齢者の加入率に応じて調整されることになった。これまでの退職者医療制度は、経過措置(注7)が取られた後に廃止されることになる。退職者医療制度では、制度の対象となる基準として退職(による国民健康保険への加入)があったが、これが新制度では年齢のみによって対象が区切られることになった。

以上が医療保険の加入関係の変更についてである。2006年の改革ではこれに加えて様々な改革が行われているが、高齢者医療制度改革に関連するものとして、患者負担と診療報酬について触れておきたい。

患者負担については、現役並み所得を有する70歳以上の高齢者については、現役世代と同様の3割負担が後期高齢者医療制度の実施に先行して、2006年10月から課せられた。また、2008年4月からは70歳～74歳の高齢者の患者負担が1割から2割に引き上げられる予定となっていたが、これまでに2010年度までの引き上げ凍結が決定されている。よって、患者負担割合は現状の70歳で区分されており、高齢者医療制度の対象区分とは別の区分がなされている。

後期高齢者の診療報酬体系については、2007年4月11日には社会保障審議会に設置された後期高齢者医療の在り方に関する特別部会で「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」がまとめられた。同年10月4日には「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」がまとめられ、患者の心身を総合的に診る「主治医」制の導入や、退院後の生活を見越した入院治療計画作り、在宅医療での介護・福祉との連携などが盛り込まれた(注8)。これを元に導入された診療報酬として代表的なものに「後期高齢者終末期相談支援料」と「後期高齢者診療料」があったが、前者は2008年7月に算定凍結の措置がとられ、両者ともに2009年度をもって廃止される予定である(注9)。

これまでの老人保健制度で行われてきた40歳以上を対象とした健康診査、保健指導などの老人保健事業については、各保険者に実施が義務付けられた特定健康診査・保健指導に換えられる形となった。しかし、後期高齢者医療制度ではこのような実施義務は保険者(広域連合)に課せられておらず、努力義務となっている(注10)。

以上のように、高齢者医療に関して、後期高齢者医療制度の実施だけでなく多くの点で改正がなされた。ただし、全ての改正が必ずしも後期高齢者医療制度の実施と直接関連するものではないことは留意しておきたい。例えば保険料の負担方法の変更等は確かに後期高齢者医療制度の実施に伴うものであるが、患者負担の変更や診療報酬の改定は、高齢者に関わるものではあったが直接関連するものではなかった。

3. 医療保険部会での議論

議論の概要

高齢者医療制度改革を含めた一連の医療制度改革について、社会保障審議会医療保険部会(注11)では、基本方針が閣議決定された後の2003年7月から2005年11月にかけて、計24回の審議が行われた(注12)。ここでは特に、どのような根拠で75歳という制度の加入区分が正当化され、また批判されたのかを中心に見ていきたい(注13)。基本方針では高齢者医療制度について、

- ①個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持すること
- ②年金制度の支給開始年齢や介護保険制度の対象年齢との整合性を考慮し、また、一人当たり医療費が高く、国保、被用者保険の制度間で偏在の大きいことから、65歳以上の者を対象とし、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すること

③老人保健制度及び退職者医療制度は廃止し、医療保険給付全体における公費の割合を維持しつつ、世代間・保険者間の保険料負担の公平化及び制度運営に責任を有する主体の明確化を図ること

④現役世代の負担が過重なものとならないよう、増大する高齢者の医療費の適正化を図ること

が基本的な方向とされ、医療保険部会ではその具体的な制度設計に向けての審議が求められた。

高齢者医療制度についての議論は主に、1巡目の議論が第6回、第7回、第8回、論点整理後の2巡目の議論が第15回、第16回の医療保険部会で行われた。また、第20回と第21回の間には、厚生労働省によって「医療制度構造改革試案」が明らかにされ(2005年10月19日)、第24回で医療保険部会の意見書が取りまとめられている。

ここでは、高齢者医療制度改革に関して論点となったものから、65歳・75歳で制度適用を区切る根拠、支援金の財源である社会連帯的な保険料を中心に取り上げる(注14)。

年齢で制度適用を区切る根拠

第1回部会において、閣議決定された基本指針の説明が行われた。この説明における前期・後期で高齢者医療制度を区切ることの根拠として、新しい高齢者医療制度の目的が、前期・後期高齢者それぞれの特性に応じた制度とすることであり、高齢者医療費の特性として、65歳未満と65歳以上では一人当たり医療費に約4.6倍の開きがあることが述べられている。また、前期高齢者については、65歳を過ぎててもかなり働いている人々がいることから(注15)、加入環境はそのままに制度間の医療費負担の不均衡調整を行い、65歳未満については、現役世代ということで調整をしないことが述べられている。第7回では、生活習慣病の外来受療率が65歳で途切れずに一貫して増加していく傾向にあるため、予防を重視するためにも医療保険制度の加入関係を残すべきではないかとの説明がなされた。

第3回では、今回の改正の根拠の根本にある高齢者の医療の特性について、事務局と大内委員から説明がなされた。事務局からは、多くの疾病を例に挙げ、疾病構造の変化や、外来管理から入院管理へのシフトなど、高齢者になる前と前期高齢者、後期高齢者に違いがあることが主張された。加えて大内委員は老年医学の観点から後期高齢者の特徴として、多病であること、身体の機能が衰えてくることなどを挙げた。同時に、高齢者は個人差が非常に大きく、個の視点が重要であるとも述べられた。加えて、この基準は社会の動向によって変わって来るともした。さらに、後期高齢者は受療行動が異なることや、個人差はあるものの集団としての分岐点が75歳にあることを指摘し、

保険制度の中身は根本的に違うコンセプトで望むべきと述べた(第7回)。ただし、75歳で集団の様相が変わるといいうのはあくまで医学的見地であり、経済あるいは財政の仕組みといった考え方は当然ありうると、後の部会で述べている(第18回)。

医療の特性

このような医療の特性に違いが生じるという根拠は、今回の制度改革のポイントであったといえよう。辻保険局長(当時)は、これまでの老人医療制度は財政論ばかりであったが、今回の基本方針の立て方は、老人医療のあり方から入って、そこから費用のシステムはどうあるべきかとアプローチするものでないかと述べ、基本的には75歳で医療の在り方のミシン目をいれることはできないかという願いを持っている、と述べている(第6回)。

しかし、岩本委員は第3回で事務局から説明された資料について、65歳、75歳という区切りを強調していたが、データは連続しているように見え、例えば74歳の患者と76歳の患者で治療の仕方を変えるのはおかしいのではないかと指摘した。また、このような後期高齢者の特性がどのように高齢者医療制度に関連するのかという疑問を出した。第6回では、むしろ医療財政面の問題として公費負担を後期高齢者に重点的に入れるという説明の方が、分かりやすいのではないかと述べた。この説明方法は、第8回の事務局の説明の中で、後期高齢者に公費重点化という前回改正の考え方を維持することができないか、という形で取り入れられている。

岩村委員は、74歳と75歳で線が引いてあるのはややミスリーディングであると述べ、下村委員も、特徴のあるグループや集団になっているとは言えるかもしれないが、このデータから後期高齢者と前期高齢者を別の医療にすること、別の医療保険制度にするということは直にはできないと述べた。久保田委員からも、加齢に従って連続的に重症化しているので、高齢者医療の特性という視点だけでは根拠に乏しいと指摘があった(第7回)。しかし、「65歳から74歳までが前期で75歳以上が後期と言うのを(中略)、1つの国の制度の中にはめ込んでいくのはいかんのですよ。」としたが、一方で75歳ぐらいまでが元気の限界点であり、75歳以上なら理解ができるとした(第9回)。松原委員も日本医師会の考え方として、75歳以上を対象とした新たな高齢者医療保険制度の創設を提案しながらも、「75歳になると突然受けられる医療が替わるような制度ではあってはならない」と述べた(第16回)。

これらの意見に対して事務局からは、入院と外来が75歳を境としてそれぞれの受診率を見たときにはっきりした

分岐点があるのではないかとした上で、「75歳がアプリーリにあって、後から医療論で後付していこうといった意図をもってこのお話をさせていただいているわけではありません。」と述べられた(第18回)。

他の社会保障制度の年齢区分との関連

下村委員からは、年金・介護といった他の社会保障制度を考え、65歳でそろえるという提案もなされた(第2回)。遠藤参考人(注16)からも、「生活者の視点からすると、年金給付とか介護との整合性を考えれば、やはり65歳以上と言うことに国民的な合意がある」と述べられた(第9回)。対馬委員は健保連の提案として、年金、介護、定年等を踏まえ、分かりやすさと簡明さを主眼に置くと65歳が一番素直で分かりやすいと述べた(第15回)。久保田委員は連合の主張として、保険者機能を、本当に責任を持った体制で行うことが必要であり、突き抜け方式の余地はないか述べた(第15回)。

村上委員からは、中高年の失業率が高く、65歳まで働くことを前提とするのはどうかという疑問も出された。また、エイジレス社会が今後の日本の方向とすれば、年齢で切っていくことが正しいのかどうかという意見も出された(第2回)。岩本委員、北郷委員からは、年齢区分については、全体でリスク調整をするべきという議論も出された(第2回)。

また、岩村委員からは、ある年齢以上の人と以下の人のところで医療保険における地位に差が出てくる場合、年齢で差を設けることについて、平等原則との関係で合理的に説明できるのかという疑問も出された(第18回)。

社会連帯的な保険料

社会連帯的な保険料とは、基本指針の中で「国保及び被用者保険からの支援については、別建ての社会連帯的な保険料により賄う。」と説明されていたものであり、後期高齢者支援金の財源にあたるものといえる。これについても第1回から、委員から疑問点が多く出され、第2回で詳しい説明がなされ、これまでの老人保健制度の位置づけとして、高齢者の増加、制度間の高齢者の偏在という中で国民皆保険制度を維持していくために、保険者の枠組みを越えた世代間の連帯を実現したものとした。第7回でも、従来から世代間の連帯、保険集団全体の連帯で国民皆保険制度が成立しているとした。そして、後期高齢者医療制度の支援金と老人保健制度における拠出金との違いについては、保険者の枠組みを越えた世代間の連帯を、より明確な形で発揮させるものではないか、と説明された(第2回)。

第7回ではさらに、事務局から「後期高齢者は医療あるいは受療行動がかなり異なるため、後期高齢者をそれ以外

と分けた上で、後期高齢者にふさわしい負担の仕組みを作る。その仕組みとは、公費と、後期高齢者自らが適切な水準の保険料を負担し、その上で若年者から社会連帯的な保険料の支援を求めることである。」と説明された。また、後期高齢者自身を当事者として登場させた上で、不足分を後期高齢前の世代で支援していく形であり、緊張関係が高まるため、老人保健制度とは全く異なるとの説明もあった(第7回)。

しかし、これに対しても多くの批判意見が出され、例えば上野委員からは、現行の老人保健拠出金と同じ問題を抱えるのではないかの懸念も出された(第2回)。西村委員は、社会連帯という気持ちになるには、ある程度の公平性を実現しなくてはいけないのではないかと述べた(第2回)。岩村委員は、社会連帯という言葉の多義性を指摘しつつ、ここでの社会連帯的な保険料については本人のリスクとそれに対応する給付の結びつきのない保険料を意味する言葉であり、ドイツやフランスであれば「保険料」という言葉は使わないのではないかと指摘した(第2回)。これまでも老人保健拠出金制度に反対してきた健保連の対馬委員からは、後期医療支援金、前期の調整金となると、これはむしろ拠出金の拡大であると批判し、もっと簡明な制度にすべきであると主張した(第23回)。さらに、支援金は加入者数に応じて拠出することになるが、「0歳児から74歳で支えるということは、乳幼児まで入っているということになるので、少子化対策としてのものの考え方としておかしい」と述べた。さらに、前期高齢者数でこの加入者数は調整されることは、「水増し請求」ではないかと批判した(第21回)。多田委員は、若年者のなかにも失業者や年金生活者もいるため、稼得年齢を考慮して20歳以上を取り上げるのは適切ではないと述べた(第23回)。

独立した保険であること

漆畑委員は、公費の問題や現役世代に負担をお願いすることから見ると、もう既に独立ではないと述べた。むしろ、「独立にこだわらなくていいのかな」という意見を述べた。(第8回)久保田委員からは、リスクの高い後期高齢者だけの制度が本当に持続可能なのかという疑問が出された(第7回)。

被用者保険の被扶養者が75歳になると突然保険料を払わなければならないということ、個人単位、世帯単位という議論はしっかりとした議論の組み立てが必要であるとの意見も出された(第6回、久保田委員)。これについては、第7回で事務局から、65歳を過ぎると年金という定型的な収入があるため、これが若年の被扶養者に対して保険料負担を求めることにはつながらないとの説明がなされた。上野

委員からは、フローの所得だけではなくストック面にも注目すべきとの指摘があった。

部会の結論と考察

年齢で医療保険適用を区分する根拠としては、医療の特性の違いが強調されており、この点は基本方針では「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する」とされていた。ただし、この特性については、医療と医療費の特性は区別する必要があったと思われる。高齢者が保険間で偏在し、高齢者は一人当たり医療費が高いということであれば、財政調整の必要性は一定程度理解できる。これは、これまでの老人保健制度が果たしていた役割の一つであったが、医療の特性については指摘されたように、ある年齢によって明確な区切りがあるものではなく、年齢が高くなるのに応じて連続的に変化していくものであるといえる。

社会政策全体を見れば、年金の受給開始年齢、介護保険の第1号被保険者、65歳への定年延長ということから、75歳よりは65歳という区分に説得力があるといえる。しかし、65歳という年齢も今後のさらなる高齢化、特に今後は後期高齢者が大きく増加することが予想されていることを考えると、流動的な面はある。現在は一般に65歳以上を指している「高齢者」という言葉についても、2005年に内閣府が実施した「高齢社会対策に関する特別世論調査」によれば、65歳というとらえかたでよいと考えているのは約2割にすぎず、65歳より高い年齢にすべきというのが約4割、年齢で一律でとらえるべきではないというのが3割にのぼっている(注17)。

社会連帯的保険料とそれによる支援金については、老人保健制度の拠出金と考え方自体は似ているようにも見えるが、加入する医療保険制度を75歳で分けたことによって、75歳未満から75歳以上への世代間の財政移転を行っていることが明確になったといえる。岩村委員はこれについて、「若年者層がある意味で代表するような、医療保険の保険者が高齢者の保険制度に関与するという、そのモニュメントを提供するという意味がどうもありそうという気がする。」と述べている(第8回)。しかし同時にこれは、菊池も言うように、世代間の対立をいっそう増幅する潜在的危険性を秘めている(菊池, 2006)。

社会保障審議会医療保険部会は基本方針が閣議決定された後で開催されており、基本方針である新たな制度の設立を大きく変えるような議論は難しい状況であったといえる。しかし、委員の中にはもっと根源的なところから議論できないかという指摘もあった(第2回)。それもあり、最終的にまとめられた意見書の中では年齢区分について意見

が分かれ、意見の多少を明記できずに、65歳以上とする案と75歳以上とする案が併記されていたことは、事務局から提案された75歳という区切りと、医療の特性という根拠は、説得力を十分持っていなかったことを示していると言えよう(注18)。部会としては、星野部会長が最後に発言したように、「年齢の取り扱い方と言うのは行政・政治マターでやっていただくしかないのだろう」ということになった。

4. 医療保険における高齢者の特性

医療の特性によって加入する制度の区分が可能なのかという点をさらに考えていきたい。

老年学の文献を見ると、高齢者の疾病の特徴として①複数の疾病や障害を有する、②急変・重篤化しやすいこと、③症候が非典型的であることなどが挙げられている。しかしこれはあくまで平均的な高齢者像であり、同時に、④個人差が大きいこと、も指摘されている(柴田ら, 2007)。

厚生労働省自身も、旧厚生省当時の平成9(1997)年度版厚生白書において、老化しているかどうかは年齢で決まるというのは「神話」であるとし、「身体・精神・情緒の面において老化の状態は個人差が非常に大きく、それを年齢によって一律に扱うことは適切ではない」と述べ、さらに「高齢者を年齢によって画一的にとらえず、身体・精神的に非常に幅のある存在として考えることが重要である。」と、高齢者の多様性を認めている(厚生省, 1997, 106)。

先述の「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」でも、後期高齢者の心身の特性について、(1)老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患(特に慢性疾患)が見られること、(2)多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られること、(3)いずれ避けることのできない死を迎えること、の3点を挙げつつ、「なお、後期高齢者については、心身の特性のほか、経済面を含めた生活環境が多様であることに留意する必要がある」と述べられている。また、医療の内容についても、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子(案)(注19)」の段階で、基本的には「74歳以下の者に対する医療と連続しているもので、75歳以上であることをもって大きく変わるものではない。」と指摘している。

年齢が上がるにつれて一人当たり医療費も上昇するのは確かなことであり、分立した保険制度を維持している以上、リスクと負担能力のバランスに応じて財政調整を行い、その財政調整の対象者を一定年齢で区切ることに妥当性がないとはいえない。しかし、医療の特性を根拠に医療保険の加入を区分したり、年齢で区切ってサービス内容を変えたりすることは、医療の特性が個別性の高いものであるこ

とを考えると、やはり妥当とは言えないのではないだろうか。むしろ、年齢によって求められる医療の違いは、高齢者にふさわしいサービスの評価による診療報酬制度の整備や、医師など医療供給サイドで判断することによって、医療保険の制度枠組みで対応する問題ではないのではないだろうか。堤(2006)も、独立制度について「後期高齢者の心身の特性に相応した医療を提供するためという理由について、それが診療報酬を意味するならば、健康保険の診療報酬に後期高齢者に相応しい項目と点数を規定すれば済む話であり、後期高齢者支援金についても理論的説明は困難であり、せいぜい世代間扶養という説明でお茶を濁すしかない」、と批判を述べている。そもそも尾形(2006)が述べているように、国際的に見ても、国民の大多数をカバーする医療保障制度において、年齢によって制度区分を行っている国は存在しないのである。

日本の医療保障制度が抱え続けている大きな課題のひとつは医療費の問題であり、それをどの水準に置くのか、そしてどのように分担すべきかが課題となっている。今回の高齢者医療制度改革でも、保険者の老人保健拠出金の負担が大きな問題として挙げられていたが、これも分担の問題であった。辻局長(当時)は、「老人医療費が高いということが、いわばこの老人医療制度がずいぶん議論されている、正直言って率直な、大きな理由である。」と述べているが(第8回)、これに対して岡谷委員が、「75歳以上の高齢者保険制度を構築したからといって老人医療費が適正になるかということ、なかなかそういうふうにはならないのではないかと」と言うように、今回の高齢者医療制度改革は、これによって直接的な医療費削減の効果を求めるものというよりは、むしろ必要な財源を確保するために、若年者とのバランスを取りながら、いかに公平な負担を求めていくかというところが大きかったのではないかと考えられる。

結論

現在、民主党政権下では、後期高齢者医療制度に代わる新制度へ向けての議論が始まっている。国立社会保障・人口問題研究所(2006)の推計(出生中位(死亡中位)推計)によれば、全人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合は、2023年には30%に達するという。また、75歳以上の後期高齢者人口の割合も2035年には20%に達する見込みである。このように今後も高齢化が進行していくことを考えると、高齢者そのものの在り方や制度の年齢による区分がどの程度必要かについて、社会保障制度全体でさらなる検討が必要になってくる。今回の後期高齢者医療制度の議論に関していえば、確かに高齢になるにつれて医療の在り方は

変わってこようが、それによって加入する制度を変えるべきとの説明まではなされなかったと言える。

注

- 2003年3月28日に閣議決定された「健康保険法等の一部改正する法律附則第2条2項の規定に基づく気泡方針 医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」を指す。以下、基本方針と呼ぶ。
- 今回の高齢者医療制度改革は、主に後期高齢者を対象とした後期高齢者医療制度と前期高齢者を対象とした保険者間の財政調整が含まれる。
- 老人保健制度と同様、後期高齢者医療制度でも65歳以上75歳未満の寝たきりの者のうち、申請に基づいて市町村長が認定した者も対象者となる。
- 保険料徴収等の事務は市町村が行う。
- この負担割合は、人口構成に占める後期高齢者と「現役世代」(75歳未満)の比率の変化に応じて、変えていく仕組みが導入される。
- 支援金の額は各保険者による健診・保健指導の実施状況により、2013年から加算・減算されることになっている。
- 2014年までの65歳未満の退職者を対象として、経過的に継続となる。それ以降の新規加入者はなくなる予定である。
- 「75歳以上に主治医制度 診療報酬の骨子まとまる」『朝日新聞』2007年10月5日朝刊、10面。
- 他の後期高齢者を対象とした診療報酬についても廃止されるか、全年齢へと対象が拡大される予定である。
- 高齢者の医療の確保に関する法律第125条。
- 第1回開催当時の委員とその所属は以下の通りであった。

青柳 俊 (日本医師会副会長)

浅野史郎 (宮城県知事)

井伊雅子 (横浜国立大学大学院国際社会科学部研究科助教授)

磯部 力 (東京都立大学法学部教授)

井堂孝純 (日本歯科医師会副会長)

岩村正彦 (東京大学大学院法学政治学研究科教授)

岩本康志 (一橋大学大学院経済学研究科教授)

上野昭二 (日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長)

漆畑 稔 (日本薬剤師会常務理事)

大内尉義 (東京大学大学院医学系研究科教授)

岡谷恵子 (日本看護協会専務理事)

下村 健 (健康保険組合連合会副会長)

清家 篤 (慶應義塾大学商学部教授)

西村周三 (京都大学大学院経済学研究科教授)

北郷勲夫 (国民健康保険中央会理事長)

星野進保 (総合研究開発機構客員研究員)

松尾徹人 (全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長・高知県高知市長)

村上忠行 (日本労働組合総連合会副事務局長)

山本文男 (全国町村会会長・福岡県添田町長)

※第3回から村上委員に代わり久保田委員(日本労働組合総連合会副事務局長)、第4回から松尾委員に代わり河内山委員(全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長・山口県柳井市長)、第7回から青柳委員に代わり松原委員(日本医師会常任理事)、第8回から下村委員に代わり対馬委員(健康保険組合連合会専務理事)、井堂委員に代わり箱崎委員(日本歯科医師会副会長)、第11回から上野委員に代わり齊藤委員(日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長)、第22回から北郷委員に代わり多田委員(国民健康保険中央会理事長)、第24回から久保田委員に代わり逢見委員(日本労働組合総連合会副事務局長)がそれぞれ就任している。

- その後、2006年6月14日に医療制度改革関連二法案が成立した。
- ここでの記述は、厚生労働省ウェブサイトで公開されている社会保障審議会医療保険部会議事録(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/hosho.html#ir-hoken>)と各回の資料に基づく。
- 他に、基本方針では明らかにされていなかった後期高齢者医療制度の保険者の問題があった。
- このことについては、第16回の資料で65歳～74歳の年齢層において、被用者保険で本人(被保険者)が130万人いると説明されている。ただし、同年齢層に占める割合は9.1%にすぎない。
- 日本経済団体連合会国民生活本部副部長。上野委員の代理としての参加である。
- 内閣府「高齢社会対策に関する特別世論調査」2005年10月。
- 「独立した高齢者の医療制度を創設する場合の被保険者は、高齢者の生活実態、経済的地位、心身の特性及び支え手を増やすなどの観点から、75歳以上の者とすべきとの意見がある一方、年金制度等との整合性や、75歳以上とした場合に65歳～74歳の者について保険者間の財政調整を行う仕組みは制度が複雑になるなどの観点から、65歳以上の者とすべきとの意見があった。」社会保障審議会医療保険部会『医療保険制度改革につ

いて(意見書)』2005年11月30日。

19. 第12回社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会(2007年10月4日)資料1。

文献

菊池馨実(2006):エイジフリー社会と社会保障制度. In: 清家 篤(編), エイジフリー社会. 社会経済生産性本部, 東京, p125-135.
国立社会保障・人口問題研究所(2006):日本の将来推計人

口(平成18年12月推計). 国立社会保障・人口問題研究所, 東京.

厚生省(1997):平成9年度版厚生白書. 厚生省, 東京, p106.

尾形裕也(2006):日本の医療制度改革の現状と展望. 社会政策研究 **6**, 44.

柴田 博・長田久雄・杉澤秀博(2007):老年学テキスト. 建帛社, 東京, p87.

堤 修三(2006):医療制度改革法案を讀んで(上). 社会保険旬報 **2275**, 9-13.

A Study on the Propriety of Division of Health Insurance Systems by Age

Takao SASAKI

School of Social Welfare, Tokyo University of Social Welfare (Isesaki Campus),
2020-1 San' o-cho, Isesaki-city, Gunma 372-0831, Japan

Abstract : The health care system for the latter-stage elderly people of 75 years old and over was executed in April, 2008. One of the points which was greatly different from former elderly health care system was separation of the people bases on the age of 75. Although the ground of such division was came from the characteristics of the medical treatment different on the age, I wonder the persuasively of its propriety. In this text, I examined the validity of the grounds through the discussion in the Social Security Council Health Insurance Subcommittee which was held after the cabinet decision for introduction of the new insurance system. Assent was not provided enough in the committee as far as the course of the discussion, and it was confirmed that the grounds of the division of the system based on the characteristic of the medical treatment were scarce. This means that, for the undergoing discussion about the reform of new elderly health insurance system, the institutional design based on the present respect may be required.

(Reprint request should be sent to Takao Sasaki)

Key words : Health care system, Latter-stage elderly people, Elderly health care system, Medical treatment, Health insurance

