

高齢者医療制度の沿革と課題

島崎 謙治

政策研究大学院大学教授

財団法人 自治体国際化協会 (CLAIR)
政策研究大学院大学 比較地方自治研究センター (COSLOG)

本誌の内容は、著作権法上認められた私的使用または引用等の場合を除き、無断で転載できません。
引用等に当たっては出典を明記してください。

問い合わせ先

財団法人 自治体国際化協会（交流情報部国際情報課）

〒102-0083 東京都千代田区麹町1-7相互半蔵門ビル

TEL: 03-5213-1724 FAX: 03-5213-1742

Email: webmaster@clair.or.jp

URL: <http://www.clair.or.jp/>

政策研究大学院大学 比較地方自治研究センター

〒106-8677 東京都港区六本木7-22-1

TEL: 03-6439-6333 FAX: 03-6439-6010

Email: localgov@grips.ac.jp

URL: <http://www3.grips.ac.jp/~coslog/>

序

(財)自治体国際化協会及び政策研究大学院大学では、平成17年度より「自治制度及び運用実態情報海外紹介等支援事業」を実施しています。同事業は、現在、海外に対する我が国の自治制度とその運用の実態に関する情報提供が必ずしも十分でないとの認識の下、我が国の自治制度とその運用の実態に関する外国語による資料作成を行うとともに、国内外の地方自治に関する文献・資料の収集などを行うものです。

平成20年度には、17年度から実施しております『自治関係の主要な統計資料の英訳』の作成、比較地方自治研究センターに収蔵すべき国内外の地方自治関係文献・資料の調査を引き続き行うとともに、新たに『我が国の地方自治の成立、発展に関する資料』の調査研究をスタートしました。また、『アップ・ツー・デートな自治関係の動きに関する資料』を引き続き作成するとともに、『分野別自治制度及びその運用に関する説明資料』についてはこれまで作成した10分野に加え、20年度においては新たに4分野について作成をすすめることとしております。

本事業については、平成21年度においても引き続き検討を進め、地方自治体関係者が実務を行う際などにおいて活用していただけるものに改善していきたいと考えています。

本事業の内容などについてご意見があれば、(財)自治体国際化協会国際情報課、又は政策研究大学院大学比較地方自治研究センターまでお寄せいただくようお願いいたします。

平成21年3月

財団法人自治体国際化協会 理事長 香山 充弘
政策研究大学院大学 学長 八田 達夫

はしがき

本冊子は、平成17年度より、政策研究大学院大学比較地方自治研究センターが財団法人自治体国際化協会と連携して実施している「自治制度及び運用実態情報海外紹介等支援事業」における成果の一つをとりまとめたものです。同事業は、「自治制度及び運用実態情報海外紹介等支援事業に関する研究委員会」を設置し、それぞれの細事業ごとに、「主査」、「副査」をおいて実施されています。

同事業のうち、平成20年度の『分野別自治制度及びその運用に関する説明資料』(No.11～14の4冊)の作成は、以下の5人の委員を中心にとりまとめられました(役職名は平成21年3月現在)。

(主査)

大杉 覚 首都大学東京大学院社会科学部教授

(副査)

石川 義憲 財団法人JKA理事

河藤 佳彦 高崎経済大学地域政策学部准教授

島崎 謙治 政策研究大学院大学教授

田中 啓 静岡文化芸術大学文化政策学部准教授

本冊子は、『分野別自治制度及びその運用に関する説明資料』シリーズのNo.13として、高齢者医療制度の沿革と課題について、島崎委員によって執筆されたものです。

日本は世界に例をみないピッチで高齢化が進んでおり、平成20年4月には新しい高齢者医療制度が創設されました。この制度は世界的にみて非常にユニークな制度ですが、本冊子は、制度の仕組みの解説にとどまらず、こうした制度が生まれた背景や沿革、今後の課題等について幅広く概説したものです。

今後も、『分野別自治制度及びその運用に関する説明資料』のテーマの検討を進め、その充実を図っていく予定です。

ご執筆いただいた島崎委員をはじめ、貴重なご意見、ご助言をいただいた研究会の委員各位に、心から感謝申し上げます。

平成21年3月

「自治制度及び運用実態情報海外紹介等支援事業に関する研究委員会」座長
政策研究大学院大学教授 井川 博

高齢者医療制度の沿革と課題

政策研究大学院大学教授

島崎謙治

1. はじめに

2006年6月に医療制度改革に関する諸法律が成立し、その改革の大きな柱の一つとして、2008年4月から高齢者医療制度が施行された。この高齢者医療制度は、①65歳から74歳の前期高齢者に関する保険者間の財政調整制度の導入、②75歳以上を対象とする独立型の後期高齢者医療制度の創設、の2つから成る。②の後期高齢者医療制度は、75歳に到達すると、それまで属していた保険制度（例：国民健康保険、健康保険組合）から離脱し、75歳以上の者だけを被保険者とする独立した保険制度に加入するという、まったく新しい仕組みである。しかし、この制度は施行直後から国民の批判に晒されている。その中には制度の説明不足に対する批判もあるが、制度設計そのものに対する批判も少なくない。例えば、年齢により所属する保険者を別立てにするのは年齢差別（ageism）であり、社会連帯の基盤を脆弱化させ高齢者を“姥捨てにする”ことに繋がるといった批判が代表的なものである。また、①の前期高齢者制度に対しても、健康保険組合などからは「予想を超える負担増であり、公費の導入による負担軽減を求める」といった不満や要望の声が上がっている。

こうした世論の反発を背景に、野党は後期高齢者医療制度の廃止法案を提出し、与党も今後約1年をかけて高齢者医療制度の「見直し」を行うことを表明している。比喩的にいえば、高齢者医療制度は順風満帆どころか暴風雨の中で船出し、その補修作業に追われている状態にある。

年齢により所属する医療保険制度を分ければ様々な問題が生じることは不可避であり、こうした反発が生じることはある程度予想されていたことである。それならば、一体なぜこのような高齢者医療制度を設けることになったのか。実は、高齢者医療制度はこの2・3年の間に唐突に生まれたものではない。少なくとも10年以上にわたる議論の歴史がある。その過程で様々な案が唱えられながら、それぞれ難点があるため、なかなか決着をつけることができず、いわば「消去法」により今般の高齢者医療制度が生まれたという経緯がある。したがって、今般の高齢者医療制度の「見直し」を行うにしても、これまでの議論の経緯を振り返るとともに、制度に対する批判を冷静に評価することが必要であると思われる。本稿は、このような観点から、今般の高齢者医療制度の創設に至る沿革と課題に関し、解説および考察を行う論文である。

なお、このテーマを「分野別自治制度及びその運用に関する説明資料」として取り上げることについて疑問のむきもあろうと思われるので、その点や本稿の意義等について、あらかじめ3点ばかり述べておきたい。

第1は、このテーマと地方自治制度との関連性である。ドイツやフランスなど医療につ

いて社会保険方式を採用している国は少なくないが、その場合の保険者は自治体とは別の公法人であるのが通例である。しかし、日本の場合、沿革的な理由もあって、地域保険である国民健康保険の保険者は市町村となっている。また、今般の後期高齢者医療制度の立案に当たり、保険者を誰にするかは最も難航した点であるが、紆余曲折の末、都道府県単位の全市町村が加入する広域連合を新設し、これを保険者とする事で決着をみた。この広域連合も自治体(特別地方公共団体)である。要するに、日本では、地方自治体が医療保険制度の重要な役割を担っていることが大きな特徴となっているのである。

第2は、このテーマを取り上げることの意義である。いうまでもないが、医療制度は歴史・政治・経済・文化・風土の所産であり、各国固有の形態をとる。したがって、日本の医療保険制度の改革の動向が直ちに他国の参考事例になるわけではない。しかし、各国とも高齢化が進展する中で高齢者の医療費をどのように世代間・世代内で公平に分担するかという共通の悩みを抱えている。日本の高齢化の進展は世界に例をみない速さで進んでおり、今般の高齢者医療制度をめぐる論争は、他国の医療政策関係者にとって政策的インプレーションは決して小さくないと考えられる。

第3は、このテーマを現時点で取り上げる意味である(注1)。前述したように、今般の高齢者医療制度は「見直し」を余儀なくされており、将来、変更される可能性がないわけではない。しかし、現実には2008年4月から新しい制度として施行されており、政治的にも大きな論争になっている。そして、その大きな論点のひとつは、広域連合を保険者としたことの評価であり、都道府県の関与のあり方である。つまり、地方自治体にとって、今般の高齢者医療制度の施行および見直しは極めて重要な意味を有しているのである。

2. 日本の医療保険制度の特質と今般の高齢者医療制度との関係

まず、日本の医療保険制度の特質と今般の高齢者医療制度の要点を押さえておく。

2.1. 日本の医療保険制度の特質

医療制度は、医療をどのように提供するかという医療供給(デリバリー: delivery)と、その費用をどのように調達・決済するかという医療財政(ファイナンス: finance)の2つに分かれるが、そのいずれについても各国の制度設計は大きく異なる。図表1は、欧米主要国の医療制度の仕組みを簡単に比較したものである。これにより筆者が特に強調したいことは2つある。

第1は、日本の医療のファイナンスの特質である。日本の制度の最も際立った特質は、職域保険(被用者保険)と地域保険(国民健康保険)を並立させる社会保険方式の下で国民皆保険を達成していることである。より正確に言えば、被用者保険は、民間の大企業の従業員およびその家族が加入する健康保険組合、中小企業の従業員が加入する全国健康保険協会保険、公務員が加入する共済組合に分かれるが、いずれも被用者(いわゆる「正社員」がこれに該当する)を対象とする医療保険である。そして、被用者保険に属する者以外はすべて市町村を保険者とする国民健康保険に加入させることにより、国民皆保険

が成り立っているのである（注2）。

図表1 医療制度の粗い国際比較

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ
供給	民中心 (公の占める割合は約3割)	公中心 (公の占める割合は約9割)	公中心 (公の占める割合は約7割)	ほぼすべてが公	ほぼすべてが公	民中心 (公の占める割合は約25%)
財政	公 (社会保険方式)	公 (社会保険方式)	公 (社会保険方式)	公 (税方式)	公 (税方式)	民 (メディケア・メディケイドを除く)
財政の制度設計	<ul style="list-style-type: none"> ○国民皆保険 ○社会保険方式 ○「保険料」のほかに「税」の割合も高い 	<ul style="list-style-type: none"> ○国民の9割を対象(自営業者・高所得者は任意加入) ○社会保険方式 ○原則として「保険料」 	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民の99%を対象 ○社会保険方式 ○保険料が約8割、その他一般社会拠出金等が約2割 	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○「税」方式 	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○「税」方式 	<ul style="list-style-type: none"> ○公的医療保障は、高齢者・障害者、低所得者のみ ○メディケアは社会保険方式 ○メディケイドは「税」により低所得者をカバー
		<p>※2009年に「国民皆保険化」される予定</p>				

(出典)：広井良典『医療の経済学』(日本経済新聞社,1994年)240頁の表および「週刊社会保障」No.2282,76頁を基に筆者加筆修正

他国と比較すると、イギリスやスウェーデンでは、公衆保健サービスと同じように、租税財源をもとに公的セクターが医療サービスを直接提供している。その対極に位置するのが米国であり、高齢者等を対象とするメディケアおよび低所得者を対象とするメディケイドを除き公的な医療費保障制度は存在しない。また、ファイナンスについて社会保険方式を採っている国でも、その形態は異なる。一例としてドイツを挙げれば、ドイツでは、1996年以降、被保険者による保険者（疾病金庫）の選択を認め、その前提として、競争条件をイコールフットイングにするためのリスク構造調整（保険者間の年齢・所得・主要疾患罹患率等の差異を調整する仕組み）が行われている。しかし、ドイツの医療保険は基本的に労働立法として成立し今日でもその性格が色濃く残っている。つまり、日本のように職域保険と地域保険が並存する形態となっているわけではない。

第2は、一定の年齢で加入する制度を分ける仕組みは世界的に例がないことである。イギリスやスウェーデンはもとより、社会保険方式を採っているドイツやフランスにおいても、保険者間で財政調整は行われているが、高齢者のみを対象とする独立型の保険制度が設けられているわけではない。なお、65歳以上の高齢者等を対象とする米国のメディケアを類例として挙げられることがあるが、これは正しくない。なぜなら、米国は65歳未満を対象とする公的な医療費保障制度は存在せず、一定年齢に到達することにより被保険者資格が変わる日本の後期高齢者医療制度とは本質を異にするからである。いずれにせよ、今般の後期高齢者医療制度は世界的に前例のない試みである。

2.2. 高齢者医療制度の概要

2008年4月から施行された高齢者医療制度はどのようなものか。要点を箇条書き風に整理しておく。

第1は、基本的な制度の枠組みである。高齢者医療制度は前期高齢者医療制度と後期高齢者医療制度の2つから成っているが、2つの制度の性格・構造は異なっている。すなわち、前期高齢者制度は被保険者資格を変えずに保険者間で財政調整する仕組みである。これに対し、後期高齢者医療制度は75歳以上の者を一つの保険集団として括る独立型の保険制度である。したがって、75歳になると、それまでの保険者から脱退し、新たに後期高齢者医療制度に加入する（被保険者資格が変わる）ことになる。2008年3月までは、後期高齢者でも国民健康保険か被用者保険に加入していたこととの大きな相違である（注3）。

第2は、費用の財源構成である。後期高齢者医療制度の給付費は、考え方としては、後期高齢者の保険料（10%）のほか、現役世代の保険料からの支援金（40%）、公費（50%）で賄われる（注4）。支援金は基本的に各保険者の加入者の頭数で按分負担される。なお、後期高齢者と若人の人口構成が変化するため、後期高齢者の保険料割合（10%）は固定されているわけではない。具体的には、2010年度以降は若人人口の減少率の2分の1の割合で引上げられ、これに見合う形で支援金の割合は引き下げられることになる。

前期高齢者については、その医療費は各保険者の加入者の頭数で按分し負担する。つまり、保険者間で財政調整（前期高齢者加入率が低い保険者は納付金を支払い、前期高齢者加入率が高い保険者は交付金を受け取ることになる）が行われる。

第3は、高齢者の窓口一部負担割合である。これは、70歳以上75歳未満が2割、75歳以上が1割（ただし現役並みの所得のある者はいずれも3割）とされている。ただし、70歳以上75歳未満の2割負担への引上げ（従来は原則1割負担）は、2009年3月までは凍結されることとなっている。なお、一部負担金については高額療養費制度により一定の限度額が設定されている。

第4は、後期高齢者制度の保険料である。これは世帯単位ではなく被保険者一人ひとり（個人単位）で賦課・徴収される。保険料は、マクロ的には応能分（被保険者の所得額に応じて負担する部分）と応益割（被保険者が均等に負担する定額部分）が半々で賦課されるが、低所得者については応益割部分についても所得額に応じて軽減措置が講じられている。また、保険料の上限額は年間50万円である。なお、保険料は原則として年金から特別徴収（天引き）されるが、年金額が18万円未満の者または高齢者医療制度の保険料と介護保険料との合算額が年金額の2分の1を超える者については普通徴収される。

第5は、後期高齢者医療制度の運営である。これは都道府県ごとに全市町村が加入する広域連合が新たに設けられ、保険料の決定等の運営責任を負うこととされた。ただし、保険料の徴収等の事務は市町村が行う。

3. 高齢者医療の議論の背景

日本で高齢者医療が制度のあり方の問題として議論されることになったのか。その背景は大別して2つの理由がある。

3. 1. 日本の人口構造と医療費

図表2は、人口の基本指標を一表にまとめたものである。この半世紀から今後の半世紀の間に人口構造が一変することが分かる。特に、①高齢者が増加するとともに生産年齢人口が減少するため老年従属人口指数が急増すること、②「団塊の世代」が2023年前後に75歳に到達するため、後期高齢者人口が2005年から2030年にかけてほぼ倍増すること、③生産年齢人口を「15歳から65歳」ではなく「20歳から70歳」に変えると、老年従属人口指数の上昇のスピードは緩和されるが、それでも急速に進むこと、の3つが重要な点である。

図表2： 人口の基本指標（1955年から2055年）

年次	総人口(A)	人口3区分			(参考) (D)のうち 後期高齢者 人口の再掲 (75歳以上)	高齢化率 (D/A)	老年従属 人口指数 (D/C)	(参考)生産年齢 人口を20~69 歳、老年人口を 70歳以上とし た場合の老年 従属人口指数
		年少 人口(B) (15歳未満)	生産年齢 人口(C) (15~64歳)	老年 人口(D) (65歳以上)				
1955年	8,928万人 (69.9)	2,980万人 (169.5)	5,473万人 (64.8)	475万人 (18.4)	139万人 (11.9)	5.3%	8.7% (12人で1人 を支える)	5.8% (17人で1人 を支える)
1980年	11,706万人 (91.6)	2,751万人 (156.4)	7,883万人 (93.4)	1,065万人 (41.3)	366万人 (31.4)	9.1%	13.5% (7人で1人 を支える)	9.0% (11人で1人 を支える)
2005年	12,777万人 (100)	1,759万人 (100)	8,442万人 (100)	2,576万人 (100)	1,164万人 (100)	20.2%	30.5% (3.3人で1人 を支える)	21.5% (4.7人で1人 を支える)
2030年	11,522万人 (90.2)	1,115万人 (63.4)	6,740万人 (79.8)	3,667万人 (142.3)	2,266万人 (194.7)	31.8%	54.4% (1.8人で1人 を支える)	41.7% (2.4人で1人 を支える)
2055年	8,993万人 (70.4)	752万人 (42.7)	4,595万人 (54.4)	3,646万人 (141.5)	2,387万人 (205.0)	40.5%	79.4% (1.3人で1人 を支える)	61.8% (1.6人で1人 を支える)

(注) 総人口、人口3区分のかつこ書きは、2005年を100とした場合の指数である。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所『将来人口推計(2006年12月)』の出生中位・死亡中位推計、総務省『国勢調査』に基づき筆者作成。

他方、経済成長は高い成長率を見込むことはできない。経済成長の源泉は、煎じ詰めれば、①資本蓄積、②労働力、③技術進歩の3つであるが、高齢化の進展や人口が減少することは経済成長率を低下させる要素であり、潜在成長率はせいぜい2%程度と見込まれている。こうした中で、医療保険制度の持続可能性をいかに確保するか、若人世代と高齢世代でその費用をいかに公平に分担するか、という議論は避けて通れない課題となる。

ちなみに、図表3は、2005年度の国民医療費の年齢階級別医療費を基に、一定の仮定を置き2030年度の国民医療費の推計を行ったものである。非常に粗い推計であることに

加え医療費は政策によって変わるので、数字自体にさほど意味があるわけではない。しかし、①各年齢別の1人当たり医療費が2005年度と同じ(伸び率がゼロ)だとしても、人口構成が変わることにより2030年度の国民医療費は約2割増加すること、②2030年度には総人口の3分の1の高齢者が医療費の3分の2を消費すること、③特に約2割弱の後期高齢者が国民医療費の約半分を消費するようになることが分かる。また、医療費が増加する要因としては医療技術の進歩も重要であるが、仮に各年齢階級別の医療費が毎年2%伸びると仮定すると、2030年度の国民医療費は2005年度に比べほぼ倍増することもみてとれる。

図表3： 2030年度の国民医療費の粗い試算

	人口		国民医療費				
	2005年	2030年	2005年度	2030年度			
				伸率 0%	伸率 1%	伸率 2%	伸率 3%
0～64歳	10,201万人 (79.8%)	7,855万人 (68.2%)	16.2兆円 (49.0%)	13.3兆円 (34.0%)	17.1兆円 (34.0%)	21.9兆円 (34.0%)	27.9兆円 (34.0%)
65～74歳	1,412万人 (11.1%)	1,401万人 (12.2%)	7.4兆円 (22.2%)	7.3兆円 (18.7%)	9.4兆円 (18.7%)	12.0兆円 (18.7%)	15.3兆円 (18.7%)
75歳以上	1,164万人 (9.1%)	2,266万人 (19.7%)	9.5兆円 (28.8%)	18.6兆円 (47.4%)	23.8兆円 (47.4%)	30.5兆円 (47.4%)	38.9兆円 (47.4%)
計	12,777万人	11,522万人	33.1兆円	39.2兆円	50.3兆円	64.3兆円	82.1兆円

(注) 2005年度の国民医療費の年齢階級別医療費(基本的に5歳刻み)を基に、各年齢階級別医療費の年平均伸率を、0%、1%、2%、3%と単純に仮定して年齢階級別医療費を算出し、これに2030年の年齢別人口を乗じて算出した極めて粗い試算(機械的試算)である。

(出典) 筆者作成。

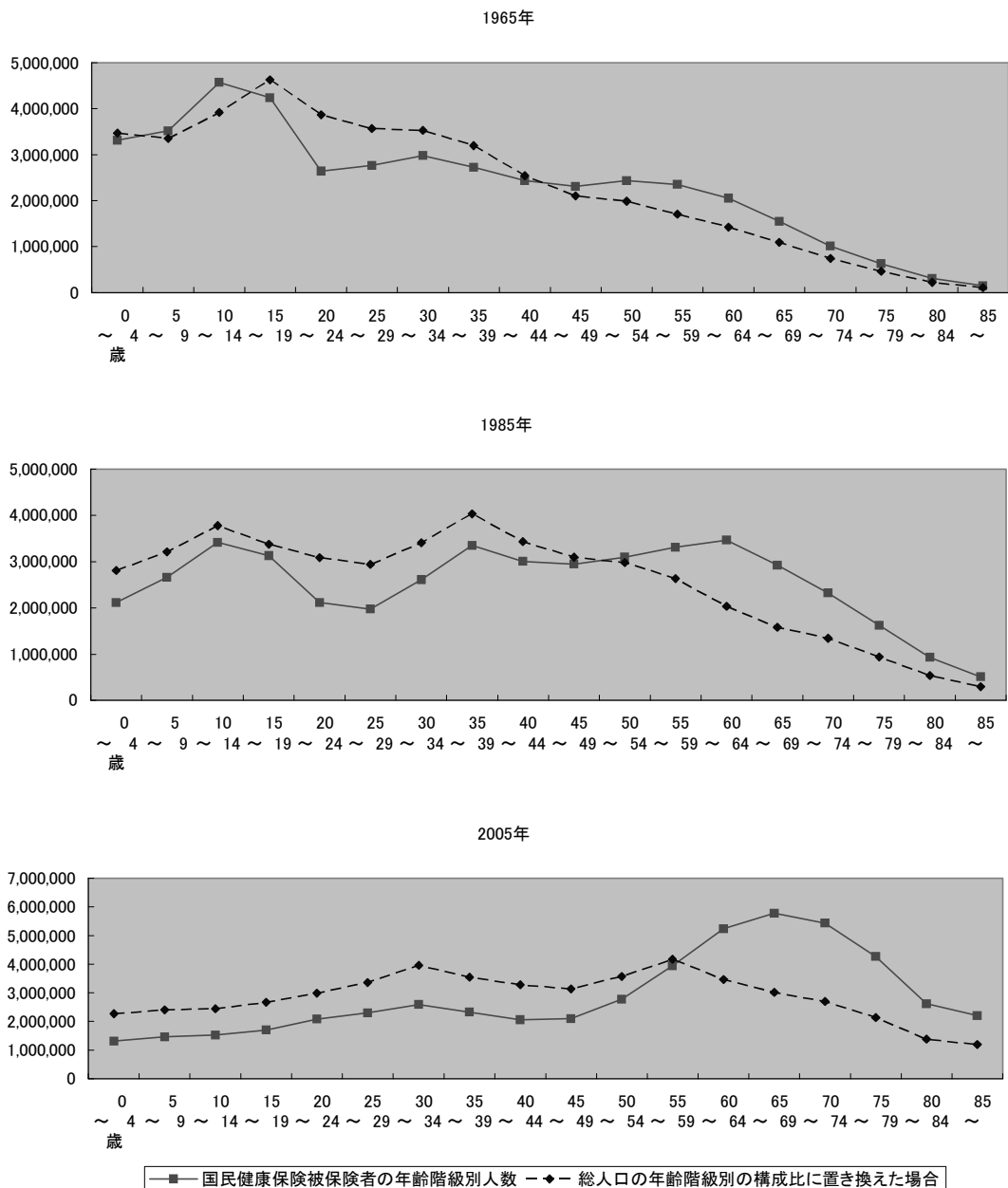
3. 2. 国民健康保険の中老年層の偏在

高齢者医療が制度の問題として議論されるもう一つの理由は、わが国の医療保険制度の構造に由来する。前述したとおり、日本の医療保険制度の特徴は、被用者保険に属さない者はすべて国民健康保険がカバーし国民皆保険を成り立たせるという基本設計にある。このため、被用者は退職に伴い国民健康保険に異動し中老年層の偏在が生まれ、国民健康保険の側からは、その「公平」な負担を求める声上がることになる。

図表4は、国民健康保険の年齢構成の分布の推移を示した図である。まず、図の見方を説明しておく。実線は、各年度(1965・1985・2005年度)の年齢階級別(5歳刻み)の国民健康保険の加入者数を結んだ線である。これに対し、破線は、各年度の日本の年齢階級別(5歳刻み)の人口に、国民健康保険の総加入者数を日本の総人口で除した率を乗じた数値を結んだ線である。たとえば、2005年度を例にとると、国民健康保険の総加入者数を日本の総人口で除した率は37.4%である(表5の「加入者数の対国民比」を参照)。したがって、破線は、各年齢階級における国民健康保険の被保険者数が各年齢階級における日本の人口の一定割合(つまり2005年度の場合は37.4%)で分布したと仮定した数値を

表している。言い換えれば、破線は日本全体の人口年齢分布を縮小した（2005年度では37.4%に縮小した）線となるはずである。しかし、実際にはそうはならない。実線をみれば明らかとおり、国民健康保険の加入率は若人世代では低く中高年齢世代では高くなる。図表4をみると、国民皆保険達成時（1961年）から間もない1965年度では破線と実線の乖離はほとんどない。それが、1985年度では乖離が顕著になる。そして、2005年度にはその傾向がさらに進み、特に前期高齢者の部分が「瘤」のような形状を示していることがみてとれる（注5）。

図表4：国民健康保険の年齢構成の分布（1965年・1985年・2005年）



(注) 1965年、1985年の国民健康保険被保険者数の年齢階級別構成比データでは、70歳以上は1区分とされているため、総人口の年齢階級区分の構成比に応じて按分した。

(出典) 総務省「国勢調査報告」、厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」

以上述べた国民健康保険の年齢構成の歪みは、日本の産業構造が第一次産業から第二次・第三次産業に移行したこととも関係する。図表 5 は、国民健康保険の世帯主の職業等の推移をみたものである。1965 年度では農林水産業者と自営業者の合計は国民健康保険の世帯主職業の 3 分の 2 以上を占めていた。しかし、1985 年度では農林水産業の割合が急減するとともに（高齢者など）無職者の割合が急増する。そして、2005 年度では無職者の割合が過半となり、農林水産業者と自営業者の合計よりも国民健康保険の中の被用者（従業員 5 人未満の個人事業所の従業員のほかアルバイト等の非正規労働者が含まれる）割合のほうが大きい。国民健康保険は農林水産業者と自営業者のための保険として発足したが、今日の国民健康保険の姿はそれとはまったくかけ離れたものとなっているのである。

図表 5：市町村国民健康保険の構造変化

年度		1965	1985	2005
加入者数 (対国民比)		4 1 9 3 万人 (4 2 . 7 %)	4 1 7 3 万人 (3 4 . 5 %)	4 7 7 8 万人 (3 7 . 4 %)
老人加入割合		5 . 0 %	1 2 . 4 %	2 9 . 7 %
1 世帯当たり人員		3 . 7 8 人	2 . 6 5 人	1 . 8 9 人
世帯主 の職業	農林水産業	4 2 . 1 %	1 3 . 5 %	4 . 4 %
	自 営 業	2 5 . 4 %	3 0 . 1 %	1 4 . 9 %
	被 用 者	1 9 . 5 %	2 8 . 7 %	2 4 . 0 %
	無 職	6 . 6 %	2 3 . 7 %	5 3 . 8 %
	そ の 他	6 . 4 %	4 . 1 %	2 . 8 %
所得なし世帯の割合		—	1 5 . 1 %	2 7 . 1 %

(注) 1. 1965 年度をとっている理由は同年度以前の「国民健康保険実態調査報告」のデータが安定性を欠くためである。

2. 「所得なし世帯」とは国保保険料（税）徴収上の所得がない世帯をいう。

3. 加入者数は、「国民健康保険実態調査報告」の数値であり、年央平均である「国民健康保険事業年報」の数値とは一致しない。

(出典) 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」に基づき筆者作成。

4. 高齢者医療制度の創設に至る経緯

高齢者医療制度をめぐる議論が生まれる背景については 3 で述べた。しかし、後期高齢者医療制度という独立型の保険制度を設けるに至った理由については、日本の医療保険制度の沿革を辿らないと理解できない。日本の医療保険制度の沿革の要点をまとめれば次のとおりである。

第 1 に、被用者保険と地域保険を並立させる二本建ての医療保険制度の枠組みそのものは、第二次世界大戦の前に構築されたものである（1922 年の健康保険法の制定。1938 年

の国民健康保険法の制定)。当時の立案者は、労働者保護の見地からそれに適した被用者保険とそれ以外をすべて包含する地域保険の二系統の発展を構想していたことがうかがえる。

第 2 に、第二次世界大戦後、日本経済は目覚ましい復興を遂げる中で国民皆保険の実現が政治的課題に浮上し、1961 年にそれが達成された。被用者保険に属さない者は国民健康保険がカバーすることにより国民皆保険を成り立たせるという枠組みがこの時点で完成をみたことになる。

第 3 に、国民皆保険達成以降、高度経済成長を背景に、医療機関や医師の増員など医療供給体制の整備や国民健康保険の給付率の改善が行われ医療費は増加した。それに拍車をかけたのが、1973 年に実施された老人医療費無料化である。これにより高齢者の受診率は急騰し、高齢者を多く抱える国民健康保険をはじめ保険財政は急激に悪化した。

第 4 に、皮肉なことに老人医療費無料化が実施された 1973 年の秋に第一次オイルショックが生じた。これを機に日本経済は低成長基調に入る。こうした中で高齢者医療のあり方をめぐる議論が活発化していく。そして、1983 年に老人保健制度が創設され、1984 年には退職者医療制度が創設された。老人保健制度および退職者医療制度と今般の高齢者医療制度との異同は重要であり、これについては項を改め述べる。

第 5 に、1990 年代には医療費が毎年 1 兆円規模で増加する一方、経済はバブル崩壊以降低迷が長引いた。このため医療保険財政は急激に悪化し、健康保険組合を中心に老人保健拠出金に対する反発が広がり、1999 年には拠出金不払い運動にまで発展した。反発の主な理由は、①拠出金の負担が年々増大し歯止めがかからないこと、②市町村は保険者ではなく財政責任を負わない仕組みであること、③高齢者の医療費を高齢者と若人がどのように負担を分け合っているのか不透明なこと、の 3 つである。

第 6 に、こうした事情に加え、医療保険財政の悪化に伴い法律改正が相次いで行われる過程で、老人保健制度に代わる高齢者医療制度のあり方をめぐる議論が政治的に大きな争点となった。例えば、1997 年、与党医療保険制度改革協議会は、70 歳以上を対象とする「独立した高齢者医療保険制度の創設」を提案した。これ以降、高齢者医療の「型」の問題が抜本改革の中心的課題として位置づけられることになる。そして、2000 年の健康保険法等の改正時には、「老人保健制度に代わる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、2002 年度に必ず実施する」旨の付帯決議（共産党以外はすべて賛成）が行われた。

第 7 に、2002 年の健康保険法等の改正では、高齢者医療制度の「型」の議論には決着をつけず、老人保健拠出金の負担の軽減を図り後期高齢者に施策を重点化する観点から、老人保健法の医療給付の対象年齢を 70 歳から 75 歳に、公費負担割合を 3 割から 5 割に、5 年間かけて段階的に引き上げることとされた。ただし、患者負担については 70 歳以上の線引きを変えず原則 1 割負担（現役並みの所得がある者については 3 割負担）とした。

この改正案は与党審査の段階で被用者保険本人の 3 割負担の導入および実施時期をめぐり大きな議論があり、「国民に 3 割負担を求める前に、まず医療保険制度の抜本改革を行

うべきである」といった意見が強く出された。このため、健保法改正法の附則に、新しい高齢者医療制度の創設を含め医療保険制度の改革等に関する「基本方針」を、2002年度中に策定する旨の検討規定が設けられた。

第8に、2002年12月、「厚生労働省試案」が公表され、高齢者医療制度に関し、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を創設する）の2案が提示された。しかし、与党との調整の結果、2003年3月の「基本方針」（閣議決定）では、「高齢者医療制度は、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」こととされた。前期高齢者と後期高齢者の特性の違いについては、当時の資料では、①後期高齢者のほとんどは地域を基盤として生活していること（平成19年度推計ベースで後期高齢者のうち被用者保険本人は25万人、後期高齢者の2%程度と見込まれていた）、②前期高齢者の平均個人所得（負担能力）は65歳未満とほぼ変わらないのに対し後期高齢者の場合には大きく低下すること、③前期と後期では受療特性が異なり1人当たり医療費が顕著に異なることが挙げられている。

第9に、2006年の医療制度改革の柱の1つとして、2008年4月に高齢者医療制度が創設された。これは基本的に前述した「基本方針」を踏まえたものであり、「型」の分類上に従えば、後期高齢者医療制度は独立方式、前期高齢者医療制度は年齢リスク構造調整方式に属する。

以上をまとめると、高齢者医療制度をめぐる議論はこの2・3年に始まったのではない。古くは国民皆保険達成後間もない時期から高齢者医療のあり方をめぐる議論は存在する。そして、老人医療費無料化、老人保健制度および退職者医療制度の創設、増大する老人保健拠出金に対する反発、1997年以降の老人保健制度に代わる高齢者医療制度の「型」をめぐる議論、2002年の老人保健対象年齢の引上げ、「基本方針」の策定といった経緯を経て、2006年の医療制度改革により今般の高齢者医療制度が創設されたという経緯がある。

5. 老人保健制度および退職者医療制度と高齢者医療制度との異同

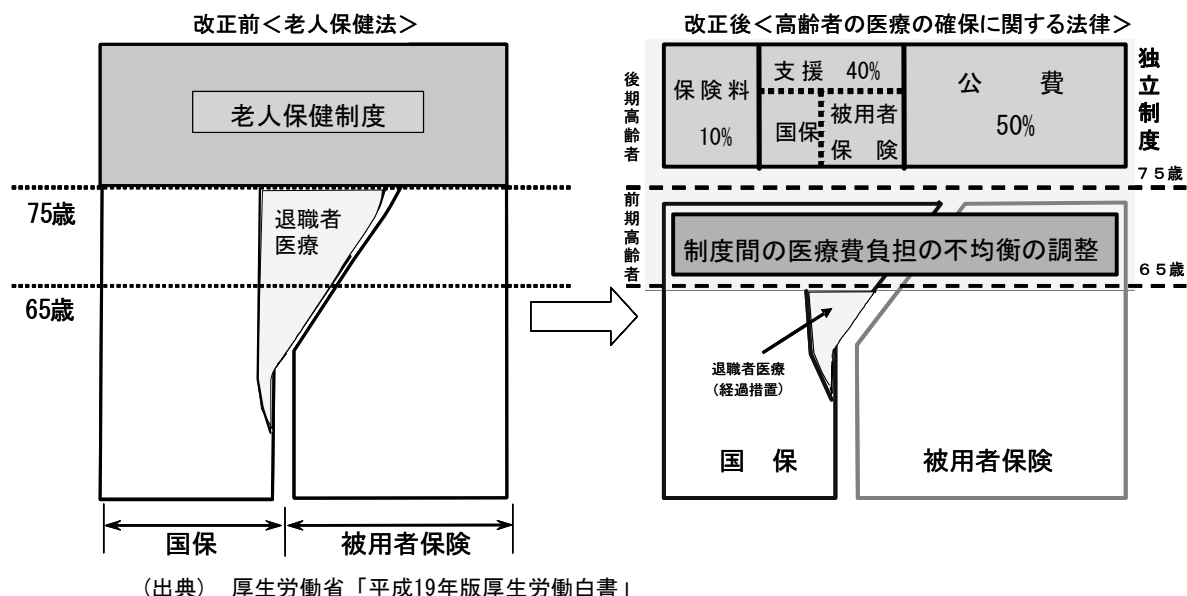
5.1. 老人保健制度と後期高齢者医療制度

今般の高齢者医療制度を理解する上で、老人保健制度と後期高齢者医療制度との異同の理解は必須である。

第1は、老人保健制度は老人を対象とする別建ての保険制度ではない。高齢者の医療給付は市町村が行うため、老人保健制度の仕組みは「二重加入」といわれることがあるが、老人保健制度に加入しているわけではなく被保険者資格は変わらない。老人保健制度の基本的な性格は被用者保険や国民健康保険の共同事業なのである。これに対し、後期高齢者医療制度は独立型の保険制度であり、75歳以上になると所属する保険者が変わる（図表6で75歳を境に保険制度が分かれていることに留意されたい）。比喩的にいえば、従来の老人保健制度は、被用者保険という「国」と国民健康保険という「国」の2国で成り立っており、75歳以上は両国のいわば「共同管轄地」であった。それが今般の改正により、「共

同管轄地」が独立し、後期高齢者医療制度という「国」、75歳未満の被用者保険「国」、75歳未満の国民健康保険「国」の3国で全体が構成されることになった。そして、老人保健制度の下では75歳になっても「国籍」は変わらなかったのが、後期高齢者医療制度の下では75歳になると「国籍」が変わることになる。

図表6：高齢者医療制度の仕組み



第2は、老人保健制度の財政の仕組みである。老人保健制度は共同事業であり、それを実施するために各保険者が負担するのが老人保健拠出金である。拠出金は、細かい要素（例：調整対象外医療費）を捨象すれば、次の式により算出される。

このB式をみれば、仮に各保険者間の老人1人当たり医療費が同一であるならば、各保険者において実際に加入している老人の割合を問わず、当該保険者の加入者数に応じて拠出することを意味する。簡単にいえば、公費負担分を除く老人医療費を各保険者の加入者の頭数で割り振るということである。

一方、後期高齢者医療制度では、各保険者が負担する支援金の額は、後期高齢者の医療費（窓口負担を差し引いた後の医療費）から後期高齢者が負担する保険料および公費負担を除いた総額を各保険者の加入者の人数で按分し賦課される。後期高齢者が負担する保険料部分は拠出金（支援金）の負担対象から外れることは留意すべき点であるが、算定方法の仕組みは老人保健の拠出金に類似している。

老人保健拠出金の算定式

[A式]

当該保険者の老人医療費総額×（全保険者の平均老人加入率÷当該保険者の老人加入率）
×（1－公費負担割合）

[B式]

当該保険者の老人1人当たり医療費×当該保険者の加入者数×全保険者の平均老人加入率
×（1－公費負担割合）

※ [A式]の「当該保険者の老人医療費総額」を「当該保険者の老人1人当たり医療費×当該保険者の加入者数」に、「当該保険者の老人加入率」を「当該保険者の老人加入者数÷当該保険者の加入者数」に置き換えると[B式]となる。

5.2. 退職者医療制度と高齢者医療制度

次に、退職者医療制度の創設理由や性格について解説しておく。

被用者保険の加入者は定年等により退職すると国民健康保険に加入することとなる。しかし、定年等により退職する者は、保険料負担能力は低下する一方、医療リスクが急上昇する年齢層である。このため、国民健康保険の側からは、長年被用者保険に属していたサラリーマンを定年退職等とともに抱え込むのは不合理であるとの批判があった。このため、一定期間（例：20年以上被用者年金加入期間を有するなど）被用者保険の対象であった退職被保険者は、住所地の国保の保険料賦課基準に従って保険料を納付するが、それで賄えない医療給付費は各被用者保険の保険者が納める拠出金（各被用者保険の報酬総額で按分）で賄われることとされた。これが退職者医療制度である。退職者医療適用対象者も国保の被保険者であるという構成が採られているが、これは、退職被保険者は全国に散在しているため、退職被保険者を的確に管理し、保険料を徴収し給付を行うためには、市町村国保の仕組みを便宜的に使わざるを得なかったからである。比喩的に言えば退職者医療制度は「国保の庇」を借りているが、その本質は、退職被保険者の医療費を被用者保険者が共同で負担する仕組みである。

一方、前期高齢者医療制度では、退職者に限らず65歳から75歳未満のすべての前期高齢者の医療給付費が対象となる。具体的には、各保険者は、各保険者の前期高齢者給付費および前期高齢者に係る後期高齢者支援金（当該保険者が負担する後期高齢者支援金の総額に占める前期高齢者の分）の合算額を基に、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして算定された額（調整対象基準額）を負担する。この結果、前期高齢者加入率が低い保

険者は納付金を納め、高い保険者は交付金を受け取ることになる。前期高齢者医療制度における財政調整は、退職者医療制度とは本質的に異なり、老人保健制度の仕組みに類似している。

6. 高齢者医療制度をめぐる論点と評価

高齢者医療制度をめぐるには多くの批判がある。この中にはもっともな批判もあれば、そうでないものもある。以下、主要な論点ごとに分けて考察する。

6. 1. 独立型の後期高齢者医療制度の設計

高齢者医療制度に対する批判が最も多い点である。

第1に、年齢というメルクマールにより保険集団を分けることについては、世代間連帯の基盤を揺るがし老人差別に繋がるといった反発がある。なぜ世代間対立を煽るのかという批判もこの範疇に入ろう。筆者はこれらの批判については異なる見方をしている。

これまでも保険者内において、あるいは老人保健制度制定以降は保険者の共同事業という形で世代間扶養は行われてきた。しかし、日本の人口構造の変化が急速に進む中で、高齢者医療費の負担を世代間でどのように分かち合うのかという問題には正面から向き合わざるを得ない。したがって、むしろ、まだ比較的冷静な議論を行うことが可能な今こそ、高齢者医療の費用負担構造の透明性を高めるとともに世代間の負担のシェアのルールを設定し、医療保険制度における世代間扶養の意義を再確認することが必要であると考ええる。

第2に、それまでと生活実態や世帯構成は何ら変わらないのに、75歳という年齢に到達することによって新たな負担が生じることなどに対する批判がある。筆者はこの点についてはもっともな批判が少なくないと思う。

例えば、後期高齢者である被用者は、75歳以上であるという理由により被用者保険から脱退する。このため保険料の事業主負担（原則として保険料の2分の1は事業主が負担する）がなく、被用者保険の法定給付（例：傷病手当金）を受けることが保障されないことになるが、これは合理性を欠く。75歳以上であっても現実に働いている被用者については後期高齢者医療制度の適用除外とするよりないと思われる。

また、高齢者で被用者保険の被扶養者となっている者の取扱いも問題である。後期高齢者医療制度では後期高齢者は被保険者本人として自ら保険料を納付することとされている。このため、それまでは被用者保険の被扶養者であった者は、75歳に達すると新たに保険料の納付義務が発生することになるからである。これについては一定の経過措置が設けられているが、見直しの際の大きな論点の1つである。

6. 2. 後期高齢者に対する保険料賦課

後期高齢者の保険料賦課も批判が多い論点である。ただし、性質の異なる問題が混在している。

第1に、保険料の賦課の単位を世帯単位ではなく個人単位にしたことである。このため、世帯単位で見れば従来に比べ大幅な負担増になるケースが生じる。例えば夫婦ともに上限

額 50 万円（世帯でみれば 100 万円）を負担する場合もある。現実に高額所得者なのだから仕方ないという見解もあろうが、国民健康保険の保険料は世帯単位で上限は 54 万円であり、世帯単位でみれば従来の保険料の約 2 倍となる。激変緩和措置を講じるべきであったと思われる。

第 2 に、個人単位が完全に貫徹されているわけではなく世帯単位の考え方も部分的に採られていることである。例えば被保険者均等割の軽減は世帯単位で判定される。また、例えば夫が現役並み所得者（3 割負担対象者）で妻が基礎年金だけの場合、保険料は夫と妻は別々に支払うが、妻の窓口負担は 1 割ではなく、（夫が現役並み所得者であるため）3 割負担となる。保険料は個人単位に賦課されているながら患者窓口負担はなぜ世帯単位で判定するのかという不満も生じよう。もっとも、このケースと例えば夫婦ともに基礎年金だけのケースでは生活実態は相当異なるはずであり、個人単位を貫徹するとかえって不公平であるという批判も生じよう。個人単位を貫くのは理念的にはすっきりするが、生計は世帯単位で営まれているのであり、筆者は医療保険や介護保険では世帯単位で判定するという要素を一切排除してしまうことは適当ではないと考える。

第 3 に、保険料の特別徴収（年金天引き）に対する批判がある。しかし、筆者は特別徴収そのものを否定する議論は理解できない。まず徴収方法にかかわらず保険料の納付義務は存在する。また、保険料収納を確実に行うことは医療保険制度の根幹であり、徴収コストも含め事務の効率性も決して無視できない。特別徴収はこうした観点から設けられたものであり、しかも、年金額が 18 万円未満の者または高齢者医療制度の保険料と介護保険料との合算額が年金額の 2 分の 1 を超える者の場合は普通徴収されるという配慮も行われている。特別徴収に対する反発は制度の説明不足に起因する部分も多く、被保険者に対し保険料算定の考え方や算定額（天引き額）の説明は丁寧に行う必要はあることはいまでもないが、特別徴収が不当であるとか公的年金制度の趣旨を没却していることにはならない。

6. 3. 後期高齢者医療制度の運営主体

老人保健制度では市町村は医療給付等の実施主体であるが保険者ではない。というのは、老人保健財政が赤字になれば「精算」という形で各保険者に拠出金を賦課するのであり、市町村は財政責任を負っていない。この点は老人保健制度に対する批判の論拠の一つであり、これに代わる制度として後期高齢者医療制度を創設する以上、保険者の設定は必須である。しかし、財政責任は誰も負いたくないからその取りまとめは難航した。実際、平成 2005 年 10 月の「厚生労働省試案」では基本的に運営主体は市町村という内容であったが、市町村からの反発が強かった。このため、議論の過程で、財政運営は都道府県単位、保険料徴収は市町村との考え方が浮かび上がり、それを詰めていく中で運営主体として都道府県単位で広域連合を作り、そこに都道府県内の全市町村が加入する案で市町村をはじめとする関係者の合意を得ることができたという経緯がある（注 6）。

問題は、広域連合が保険者の役割をいかに適切に発揮するかである。本来、保険者は被保険者のエージェント（代理人）であり、被保険者の利益の最大化を図る使命を負っている。具体的な保険者の役割・機能を基本的なものから順番に並べれば、①給付の適切な見積もりとそれに見合った保険料の設定および徴収、②保健事業等の健康管理サービスの実施、③医療の質と効率化を図るための医療供給体制への働きかけといったことが挙げられる。現行の日本の保険者は③のレベルに達していない保険者が多いが、保険者はいわば「医療共同購入組織」であり、「拠出した費用に見合う価値」（value for money）を高めるためには、③の機能を発揮することは重要な課題である。そして、医療は基本的には都道府県圏を単位に供給体制が組まれていることを考えれば、保険者を都道府県単位で考えることは正しい方向である。ただし、保険料の徴収や窓口事務等は（住民基本台帳や税務情報を有する）市町村が行わざるをえない。したがって、保険者たる広域連合と市町村の密接な連携は欠かすことはできない。

今般の現場の混乱をみると、厚生労働省の PR 不足に加え、市町村等の寄合い所帯としての広域連合の事務処理体制の脆弱さと市町村との連携の悪さに起因する部分が少なくない。都道府県の積極的な関与も含め運営体制の立て直しを図ることが必要である。また、現行では市町村の保険料収納努力が当該市町村の財政に直接的には反映されない仕組みとなっているが、適切な保険料徴収の重要性に鑑みれば、収納率に応じた事務負担金の配分等について検討すべきではないかと思われる。

なお、わが国では沿革的な理由もあって、国（政府管掌健康保険）や地方公共団体（市町村）も保険者となっている（注7）。また、広域連合も特別地方公共団体である。しかし、保険者の自律性・自主性を適切に発揮するという観点に立てば、医療政策の専門家が中核となり被保険者さらには費用負担者の意見も反映できる運営体制を採ることが望ましい。端的に言えば保険者の公法人化であり、政府管掌健康保険の「後継組織」である全国健康保険協会の運営の実態等を踏まえ、将来的には後期高齢者医療制度の保険者を都道府県単位の公法人とすることも検討すべき課題であると筆者は考えている。

6. 4. 前期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度は75歳以上の者の負担の増減に直接影響するのに対し、前期高齢者医療制度は保険者というワンクッションが入るため、国民から批判の矢面に立たされてはいない。しかし、それは前期高齢者医療制度が問題ないことを意味しない。この制度は被用者保険の財政に大きな影響を及ぼす。

実際、老人保健拠出金および退職者給付拠出金（改正後は後期高齢者支援金、前期高齢者納付金および経過的退職者給付拠出金）の支出に占める割合は約4割に達しているが、前期高齢者納付金のウェイトは決して小さくない。例えば、政府管掌健康保険（2008年10月以降は全国健康保険協会）の総収入（国庫補助金を含む）に対するこれらの拠出金等の割合は、2008年度で40.2%であるが、前期高齢者納付金は13.0%、経過的退職者給付拠出金は6.2%となっている（注8）。合計すれば19.2%であり後期高齢者支援金に比肩す

る。こうした拠出金負担に喘いでいるのは健康保険組合も同じである。事実、前期高齢者の加入率が低い健康保険組合の中には解散を余儀なくされる組合も生じている。また、退職者医療制度の被用者間の按分は各保険者の総報酬で按分されていたのに対し、前期高齢者の財政調整は人数（加入者数）按分である。このため、前期高齢者の加入率が低く、かつ、被保険者の賃金水準の低い健康保険組合では、保険料率の大幅な引上げが必要になる。今後、「団塊の世代」が前期高齢者の仲間入りすることに従い被用者保険の負担が増すことが見込まれるが、保険者間で財政調整するだけでなく公費を投入することも検討課題になると考えられる。

なお、70歳以上75歳未満の2割負担への引上げ（従来は原則1割負担）は2009年3月までは凍結されているが、若人世代との均衡を考えれば、筆者は2割負担への引上げはやむをえないと考える。

7. 高齢者医療に関する4方式の論点

高齢者医療をめぐる「型」の議論が1997年以降行われてきたことは4で述べたが、「型」とは具体的には次の4つの方式をいう。このうち、後期高齢者医療制度は独立方式、前期高齢者医療制度はリスク構造調整方式に属する。高齢者医療制度について本格的に見直しを行うとすれば、この4方式のいずれかになる。しかし、4方式には、それぞれ一長一短がある。以下、それぞれの方式の考え方と問題点について考察する。

7. 1. 一本化方式

保険者間の年齢・所得構成の歪みは日本の医療保険制度の二本建ての制度設計に起因しているのだから、年齢や稼得形態で区分せず現行の医療保険制度を一本化する（必ずしも全国一本でなくとも都道府県単位で一本でもよい）という考え方である。

この方式の最大の難点は、政治的には被用者保険の負担が増えることであり、理論的には、被用者と自営業者等の所得捕捉率の相違があるため保険料賦課の共通の「物差し」が作れないことである。後者の所得捕捉率とは、狭義には所得そのものの捕捉率（これは納税者番号制度の導入により相当程度解消可能である）を指すが、必要経費の認定の困難性（例：自営業者の自動車が業務用か個人用か）に由来する捕捉率の問題もあり、根深い問題である。また、仮に制度を一本化する場合、被用者保険の事業主負担の取扱いも大きな論点である。これは医療保険制度にとどまらず社会保障全体のあり方にも影響が及ぶ。さらに、保険者は健康管理等を通じ医療費および保険料が下げることができるという具体的なメリットがあるから努力するのであり、制度を一本化した場合に保険者機能が適切に発揮されるのかという問題もある。ちなみに、韓国は、職域保険と地域保険を2003年に「医療保険統合」したといわれるが、共通の保険料賦課体系は構築できておらず、これは“見かけだけの統合”である。

7. 2. 突き抜け方式（二本建て方式）

被用者OBの医療費は被用者保険全体で支えるという方式であり、一本化方式の対極に

位置する方式である。被用者保険と国民健康保険の二本建て体系を高齢者部分まで突き抜けさせることにより「純化」させる案であり、ある意味では退職者医療制度を 75 歳で止めずに先まで延ばした制度とみることもできる。

この方式の難点は、国民健康保険の財政負担が過重になることである。また、①現役時代は被用者と自営業者等では稼得形態等は異なるが、高齢世代（年金受給世代）に入れば「年金生活」という生活実態は基本的には同じではないか、②雇用が流動化している中で、被用者 OB と非被用者 OB を区分した医療保険制度を設けることが適当なのか、③基本的に被用者保険グループにとって有利な制度であり高齢者の医療費を国民全体で支えるという社会連帯の理念に反するのではないかと、という批判が続きまとう。さらに、この方式は現行制度とは仕組みが大きく異なるため、実務の「負荷」が大きいという問題もある。被用者年金制度を「借用」する形態も考えられるが、それでも事務処理は相当複雑である。

7. 3. リスク構造調整方式

加入者の年齢構成の差は日本の医療保険制度の制度設計によるもので保険者の責任ではないから、年齢構成の相違に起因する医療費支出の調整を行うという考え方である。前期高齢者医療制度で採られた方式であり、老人保健制度も年齢リスク構造調整方式に属する。

この方式の難点は、被用者保険の納付金が過大となり、かつ「歯止め」がないことである。既述したように、現に前期高齢者納付金の負担が被用者保険財政を相当圧迫している。後期高齢者医療制度が不評を買っていることから、これを廃止し、前期高齢者医療制度を後期高齢者まで広げるといった考え方もあるが、老人保健制度と前期高齢者医療制度の本質は似通っており、(抜本改革の議論の過程で否定された)老人保健制度をむしろ拡大することになることに留意すべきである。また、公費負担をどのように入れるかということも検討課題となろう。

また、この方式は次のような波及問題がある。保険者の責によらないのは高齢者の偏在に限ったことではなく全年齢で調整すべきだという議論が当然生じる。また、所得の相違も保険者の責によらないから調整すべきだという議論が生まれる。さらには、疾病構造の相違（例：保険者間の精神疾患や人工透析の有病率の相違）も調整すべきだという議論も生じよう。それはむしろ当然だという見方もあるだろうが、所得調整には一本化方式のところで述べた所得捕捉率の相違の問題がある。また、年齢に限らず所得調整等までリスク構造調整を行うと、一本化方式と変わらなくなる。保険者間で調整を行うか、保険者を一つにまとめその内部で調整を行うかの差異はあれ、実質は同じだからである。

7. 4. 独立方式

独立方式の主眼は高齢世代と若人世代の費用負担のルールを明確化することにある。一方、この方式の大きな難点は、生活実態等が変わらないのに 75 歳という年齢到達により被保険者資格が変わることである。その影響や検討事項等については縷々述べたので再述しない。なお、前期高齢者と後期高齢者で異なる制度設計を同一にし、公的年金の支給開

始年齢や介護保険の受給対象年齢との整合性を確保するという観点から、75歳という年齢を65歳に引き下げる案も考えられる。ただし、①今回生じた混乱が前期高齢者において再度生じるという問題が生じること、②後期高齢者に比べ前期高齢者は現役で働いている者の割合ははるかに高く、現役被用者について適用除外を認めれば、「例外」の割合が非常に大きい制度となること、③公費負担のあり方を含め負担配分を一から見直す必要が生じること等の問題がある。

8. 結語

以上、今般の高齢者医療制度の創設に至る沿革と課題に関し解説および考察を行ってきた。この中で筆者が強調したかったことは次の3点である。

第1に、近未来の日本は人口構造が急激に変容するとともに高い経済成長は望めない。こうした中で国民皆保険を将来にわたり維持していくためには、高齢者医療の負担を世代間・世代内間でどのように公平に分ち合うかという問題に正面から向き合わざるをえない。また、医療保険は保険料を主たる財源として運営されるべきものであり、何でも「消費税頼り」という風潮には賛成できないが、負担のあり方を考える上で公費負担の投入の議論も避けられない。高齢者医療制度の見直しに当たっては、こうした基本的な議論を避けて通ることはできない。

第2に、過去の経緯をみると、医療保険財政が逼迫する都度、抜本改正の期待が高まり、財政調整や別建ての議論が繰り返し行われてきた。そうした議論の中で考案された老人保健制度は巧妙な制度である（だからこそ4半世紀にわたり存続した）が、特に1997年以降、それに代わる制度を創設すること、言い換えれば高齢者医療制度の「型」（4方式）の決着をつけることが抜本改正のメインテーマに据えられてきた。しかし、4方式は一長一短があり、また、基本理念を異にするだけでなく関係者の負担構造が変わるため、容易に決着をつけることができなかった。今般の高齢者医療制度は約10年にわたる議論の末の結論であり、ベストの解であるかはともかく一定の評価を行える点もみられないわけではない。

第3に、制度は「白紙の上に絵を描く」わけにはいかない。（良くも悪くも）既成事実が生まれれば、それを無視して次のステップに進むことはできない。今般の高齢者医療制度を白紙に戻せという議論もあるが、双六に譬えると振出に戻るようなわけにはいかない。1997年ないしは2002年の時点と今般の高齢者医療制度の改革後では、費用負担の構造が変わってしまっているからである。

以上を踏まえると、一口に制度の見直しといっても、①現行制度の下で生じている不合理の手直し、②現行制度の基本的構造（端的にいえば「型」）の見直し、の2つは分けて考える必要がある。前者については最低限必要な修正は行うよりないが、後者は腰を据えて取り組まざるをえない問題である。その理由としては、拙速に走り生煮えの案を示せばかえって混乱を増大させること、公費負担の投入の議論も避けられないが公費の財源の見

通しが定かではないことが挙げられる。また、より重要な理由としては、この問題が医療保険制度の基本理念あるいは超高齢社会における「公平」な負担のあり方という根幹に関わるということがある。

ただし、何をもって「公平」と考えるかは人によって異なる。また、医療制度においては自律性や効率性も重要な要素であり、「公平」が唯一の価値規範であるわけでもない。さらに、具体的な制度設計の細部に降りていけば、既存制度とのバランスや波及の問題も生じる。制度論は複雑な多元連立方程式を解くのと似たようなところがあり、決して「人気投票」のような簡単な選択ではない。しかし、問題は先送りできない以上、関係者は問題意識を共有し解を求める努力を行うよりあるまい。そして、「共通の問題」であるという認識自体が共有されていないことに混迷の大きな原因があるとすれば、過去の政策選択を“追体験”するとともに、近未来に生起する事態を想像し、「共通理解」を形成することから始めなければならない。本稿で人口構造の変化や制度の沿革を含め長々と論じたゆえんである。

「注」

1. ちなみに、本稿の脱稿時点は 2008 年 10 月末である。
2. ただし、生活保護受給者は国民健康保険の適用除外とされており、その医療費は全額公費の生活保護の医療扶助により賄われている。
3. 後期高齢者の多くはそれまでは国民健康保険の加入者であった。後期高齢者で被用者保険に加入していたケースとしては、①後期高齢者自らが被用者として働いていたケース、②後期高齢者が被用者である息子等の被扶養者であったケースの 2 つの形態があるが、①のケースは後期高齢者の 2%程度と見込まれていた。
4. 正確に言えば、現役並みの所得を有する後期高齢者の給付費については公費負担がつかない（その分も現役世代からの支援で賄う）。このため、平成 20 年ベースでは支援金 44%、公費 46%の割合となる。
5. この「瘤」は「団塊の世代」が前期高齢者の仲間入りをする 2012 年から 2014 年にかけてさらに大きくなると見込まれる。
6. こうした経緯もあって、広域連合が後期高齢者医療制度の保険者であるとは法律上は明記されていない。しかし、国会答弁のほか『2007 年度版厚生労働白書』では、広域連合は「保険者として位置づけられることとなった」（136 頁）とされており、いずれにせよ広域連合が保険者としての責任を担っていることは間違いない。
7. なぜ国や地方公共団体が保険者としたのかは沿革的な理由による。島崎（2005）を参照されたい。
8. 社会保障審議会医療保険部会（第 30 回：平成 20 年 9 月 12 日）資料による。

「参考文献」

- 医療政策研究会（2008）「高齢者医療制度を考える」社会保険旬報 2355 号
- 栄畑潤（2007）『医療保険の構造改革』法研
- 島崎謙治（2005）「わが国の医療保険制度の歴史と展開」遠藤久夫・池上直己編著『医療経済・医療政策（第 2 卷）医療保険・診療報酬制度』勁草書房
- 島崎謙治（2008a）「高齢化社会と医療政策」岩村正彦編著『高齢化社会と法』有斐閣
- 島崎謙治（2008b）「高齢者医療制度の『過去・現在・未来』」週刊社会保障 2500 号
- 堤修三（2008）「迷走する高齢者医療制度」社会保険旬報 2354 号
- 堀勝洋（2008）「高齢者の医療費の公平な負担」社会保険旬報 2359・2360・2361 号
- 吉原健二（1983）『老人保健法の解説』中央法規出版

