

後期高齢者医療制度

廃止後の老人保健制度についての提言

2008年8月3日
全国保険医団体連合会理事会

後期高齢者医療制度は、法律上の理念も、医療保険制度としても、明らかに欠陥制度であり、廃止する以外にはありません。

では、廃止後の高齢者の医療制度についてはどうすればよいでしょうか。私たちは、2段階で高齢者医療制度を改革するよう提言します。

第1段階は、まず老人保健制度に完全に戻すことです。老人保健制度にも問題はありますが、医療給付の抑制(=医療費キャップ制)など、問題点の多くは回避できると考えます。

第2段階は、その上で、老人保健制度の問題点を、多くの国民の意見を聞いて改革することです。

1 後期高齢者医療制度を廃止し、老人保健制度に戻す

(1) 75歳の暦年齢で線引きし、高齢者のみを一括りにして分離・独立させた医療制度(広域連合を含む)は廃止します。制度の存続を前提とした修正では、根本問題は解決しません。

(2) 老人保健制度に戻し、対象者はもとの社保・国保に再加入します。

つまり、74歳までの国民が加入している医療保険に戻って一緒になります。その上で、全国の75歳以上の人の医療費を、公費(50%)と全国の社保・国保の保険者(50%)が、財源を出し合って支えます。

国民全体で高齢者を支えるために、国と保険者の責任で財源を出し合う合理的且つ公平な制度で、仕組みとしては2008年3月末まで行われていたことですから、実施できるはずですが、

ある年齢以上の国民のみを分離・独立させた現行制度とは根本的・質的に異なります。

(3) 後期高齢者医療制度の廃止に伴い、社保・国保の保険者が負担する「支援金」はなくなり、代わりに、社保・国保の保険者は、それぞれの高齢者加入率や1人当たり医療費を基準にした「拠出金」を負担します。

(4) 65~74歳の前期高齢者の医療給付費を対象にした財政調整の制度も廃止となり、退職者医療制度が復活することになります。

注) 現行制度の支援金

各保険者は、ゼロ歳の赤ん坊を含む加入者1人当たり年間4万100円

を負担します。被保険者から徴収した特定保険料が支援金に充てられます

注)老健制度の拠出金

各保険者が負担する拠出金は、各保険者の高齢者加入率や1人当たり医療費に基づき、増減された上で決まります

(5)現役世代の保険料(率)を基本保険料と特定保険料に区分することや、後期高齢者医療給付による診療報酬項目も廃止となります。

2-厚生労働省が指摘する「老人保健制度の問題」について

老人保健制度に戻した場合、老人保健制度が抱えていた問題がどうなるかが問われることとなります。厚生労働省は、老人保健制度について3つの問題があると指摘してきました。

しかし、厚生労働省の言い分は、後期高齢者医療制度を必要とする根拠にはなりません。

【第1の問題:実施主体】

厚生労働省	【老健制度】 「実施主体(市町村)の財政・運営責任が不明確」	【後期高齢者医療制度】 「都道府県の広域連合が責任ある保険者として運営」
保団連	【後期高齢者医療制度】 運営責任を言うのであれば、加入者の意見を反映することこそ必要だが、広域連合は独自の財源を持たない医療費管理のための組織。住民の声は届きにくく、住民は遠い存在になる	

【第2の問題:高齢者と現役世代の負担】

厚生労働省	【老健制度】 「保険料負担と拠出金負担の割合が明確にされていない」	【後期高齢者医療制度】 「1(保険料):4(支援金)の負担割合を明確にし、将来的なバランスも取った」
保団連	【後期高齢者医療制度】 ○高齢化が進むと保険料の負担割合は1=10%から13.2%(2025年度)まで増加 ○支援金は、高齢者医療費に対する負担感を現役世代に募らせることが目的。世代間の対立を煽ることは間違いで、社会のあり方としても問題 ○公費負担の割合は46%(2008年度)。「現役並み所得者」の高齢者が増加するのに比例して、公費負担の割合が低下する仕組み	

【第3の問題：保険料】

厚生労働省	【老健制度】 「国保・健保本人・健保家族で保険料負担が異なる」	【後期高齢者医療制度】 ○「地域間の保険料格差を5倍から2倍に縮小し、高齢者間の不公平も是正」 ○「1人ひとりが、都道府県単位で同じルールで保険料を負担」
保団連	【後期高齢者医療制度】 ○一律に保険料負担を押しつけたために、家族も夫婦もバラバラにされ、全員から個別に亡くなるまで保険料を徴収。市町村の独自性が生かされない ○本人の同意なしに年金から天引き。保険料を滞納すれば「保険証」を取り上げ ○保険料は、地域の高齢者医療費にリンクして動くため、2年ごとの改定によって、地域間格差は拡大	

3－老人保健制度を改革する

老人保健制度が最良の制度というわけではありません。改善すべき課題があります。

(1) 老人保健制度の問題点

【第1の問題：国の負担割合が低い】

国の負担には、老人保健制度に直接投入する負担と、国保・政管健保への負担があります。老人保健制度の対象年齢が70歳以上であった2001年度の国の負担割合は合計で33%しかありませんでした。

2007年度（10月以降、対象年齢が75歳以上）の国の負担割合は37%になりましたが、後期高齢者医療制度の2008年度には35%に下がっています。

【第2の問題：国保財政が立ちゆかなくなる】

国保・政管健保への国の負担割合が低下しています。

注) 国保；国庫負担割合が医療費の45%→医療給付費の43%
政管健保；国庫補助率16.4%→13.3%

現行制度からもとの国保に再加入しても、国の負担割合をもとに戻さなければ、国保財政が立ちゆかなくなります。国保財政の問題を解決しないと、老人保健制度自体も立ちゆかなくなります。

【第3の問題：対象年齢が狭い】

老人保健制度は、対象者を75歳以上としています。例えば男性の平均死亡年齢が79歳であることに示されているように、この世代はすでに医療保険が成

り立つ世代ではありません。

もともと「老人医療」の範囲は、60歳から、65歳、70歳、75歳と引き上げられてきました。75歳以上を保険集団とし、医療そのものを区別することは許されないし、不合理でもあります。

必要なことは、現役を退職した後の、年金暮らしの時代の医療を保障する制度です。

(2) 老人保健制度の改革案

(65歳以上の高齢者に対象を拡大)

- ①老人保健制度の対象年齢を、稼働年齢の終了と公的年金の支給開始にあわせて、65歳以上に拡大します。
- ②対象の高齢者医療費の財源は、「医療費の財政調整」と「公費の投入」で賄います。全国の65歳以上の人の医療費を、公費(50%)と全国の社保・国保の保険者(50%)が、財源を出し合って支えます。
 - 65歳以上の医療給付費の公費負担；現行制度7兆5,600億円
改革後7兆9,000億円
 - 65歳以上の医療給付費の保険者負担；現行制度；8兆4,040億円
改革後；7兆9,000億円

注) 65歳以上の医療給付費；75歳以上10兆8,000億円+65-74歳5.0兆円
=15兆8,000億円→公費と保険者が各50%=7兆9,000億円ずつ負担

注) 現行制度の公費負担=7兆5,600億円

①国保と政管の「支援金」には、各々50%、16.4%の公費負担があり、低所得者等の保険料軽減を含めた公費負担は58%→10.8兆円×58%=6.264兆円(公費負担)

②国保と政管の65-74歳医療給付費には、各々50%、16.4%の公費負担がある→国保2.1兆円×50%・政管1.5兆円×16.4%=1.296兆円(公費負担)

注) 現行制度の保険者負担=8兆4,040億円

①65-74歳医療給付費；5.0兆円-1.296兆円=3.704兆円(保険者負担)

②75歳以上「支援金」；4.7兆円(保険者負担)

注) 制度改革後；退職者医療制度の2014年度までの経過措置は延長しません。

- ③「現役並み所得者」を公費負担の対象とします。

注) 現行制度は、「現役並み所得者」を公費負担から除いています
医療給付費の4%は「支援金」が肩代わりしています

注) 前項②の試算が、公費負担は4%=約4,320億円増え、保険者負担は同額が減ります

(保険料について)

- ④原則、所得に応じた保険料とします。

低所得者の保険料は、減額制度の拡充と職権で適用する免除制度を設けます。

(窓口負担について)

⑤窓口負担は5%程度の定額負担へ引き下げます。

当面、1995年当時の水準に戻し、1割定率で月額上限1,000円か、定額負担(1回500円月2回まで)の選択制とします。入院時の負担は1日700円とします。

また、「現役並み所得」に区分された人の3割負担は廃止します。

(注) 窓口負担を医療費の5%程度の水準とすると

外来 1632.9点×5%=816円 ÷2.26日=361円(1回)

入院 40310.4点×5%=20,155円 ÷19.0日=1,060円(1日)

(注) 現行制度の窓口負担は、約9.2%で、1兆1,000億円です

4-国保・社保についても制度を改革

(1) 国民健康保険の改革案

①市町村国保に対する国庫負担率を医療給付費の43%(都道府県負担率が7%)から、医療費の45%(1984年の水準)に戻します。

②国庫負担の投入で国保料を引き下げます。

③国保料の応能割比率を7割に高めるとともに、国保料がかかる報酬上限を引き上げます。

(2) 社保(被用者保険)の改革案

①非正規雇用や低収入勤労者の雇用改善と社保への加入を増やすことによって、保険料収入を増やします。事業主負担割合を1990~95年の水準まで戻します。このことは、国保への加入を抑えることにもなります。

(注) 被雇用者数/社保被保険者数=1990年;87%→2001年;76%に減少

(注) 国民医療費に占める事業主負担割合=1992年度;25.1%→2005年度;20.2%

②社保の保険料がかかる報酬上限を撤廃します。

5-制度改革に伴う公費負担財源について

(財源確保の基本)

(1)国民全体の収支勘定である「社会保障への還元率」を引き上げて、社会保障財源を増やすべきです。

(注) 国民が支払った租税・社会保険料の総額から、社会保障給付費としてどれだけ国民に還元されているのか、「社会保障への還元率」を国際比較すると、スウェーデン75.6%、ドイツ・イギリス約59%に対して、日本は41.6%です。

(具体的な提案)

- (2) 社会保険料に対する企業負担を引き上げます。
 - ①雇用の確保・改善により、社保への加入者を増やすことで社会保険料収入を増やします。
 - ②国民医療費に占める事業主負担割合を、25%の水準まで戻します。
 - ③原則、所得に応じた保険料とします。保険料がかかる報酬上限を、国保は引き上げ、社保は撤廃します。
 - (3) 法人税等を引き上げます。
 - ①税の応能負担の原則を徹底します。
 - ②法人税など企業課税・キャピタルゲイン課税・所得税の累進性を強化します。
 - ③法人税率は1990年当時の水準に戻します。
 - (4) 医療費のムダを見直します。
 - ①薬価や医療機器・材料価格を、国際的にみても適正な水準に引き下げます。
 - (5) 国の歳出を見直します。
 - ①道路特定財源を一般財源化し、社会保障予算に振り向けます。
 - ②無駄な公共事業費・防衛費を削減します。
 - ③特別会計・社会保障基金の「積立金」「剰余金」「運用益」の一部を、社会保障予算に投入します。
- (検討課題)
- (6) 新たな財源を検討します。
 - ①環境税の導入・たばこ税のヨーロッパ並み引き上げ—を検討します。
 - (7) 国と自治体の事務・事業と、各々の予算を見直します。

6－医療保険からみた後期高齢者医療制度の根本問題

政府・与党は6月12日、保険料の一部軽減などの見直し策を決定しました。しかし、今回の見直し策の対象になるのは、合わせて約360万人。後期高齢者（1300万人）の3割以下にすぎません。

しかも、保険料は個人単位で徴収しながら、軽減するときは世帯単位で判定するというのは矛盾しています。制度存続を前提とした小手先の修正では、根本問題は解決しません。

【政府・与党の見直し策】

- ①年金収入80万円（基礎年金）以下の人の保険料「均等割」を9割軽減（7割軽減を受けている世帯のうち、後期高齢者全員が年金収入80万円以下の場合に限定・2009年度；対象270万人・財源230億円）
- ②年金収入が153万円～210万円の人の保険料「所得割」を4段階に分けて軽減（09年度；対象90万人・財源100億円）

（1）制度の理念—年齢で“いのち”の線引き

- ①75歳以上の高齢者と65歳以上の障害者を一括りにして分離し内容の異なる医療保険制度にする根拠は医学的にはありません。個人差、性差、地域差などが考慮されておらず無謀であり、人権を侵害し差別を持ち込む世界に例を見ない制度です。

憲法11条・13条・14条・25条・97条に反する制度ではないでしょうか。

- ②老人保健法の第1条「目的」にあった「健康の保持」が削られ、「高齢者の医療の確保に関する法律」の目的には、「医療費の適正化の推進」が明記されました。国民の医療を保障するために財源を確保することは国の責務であるにもかかわらず、これを投げ捨てるものです。
- ③早期発見・早期治療が阻害され、重症化を招いている悪循環を断ち切り、フリーアクセスを保障するために、どのような医療保険制度がふさわしいのか、対象年齢の見直しを含め、老人福祉法の理念に基づき、多くの国民の意見を聞いて再度、検討すべきです。

注）老人福祉法

「多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持つ健全で安らかな生活を保障される」

（2）全員から保険料徴収

- ①この制度で保険料が上がる人もいれば、下がる人もいます。しかし、保険料は2年ごとに改定されるので、何もしなければ高齢化の進行や医療費増に合わせて保険料が上がり続けます。

家族も夫婦もバラバラにされ、全員から個別に亡くなるまで保険料を徴収します。“負担なければ給付なし”の考え方が徹底されています。

②「保険証」取り上げ—資格証明書発行制度

保険料の滞納が発生すれば、1年を経過し『特別な事情』が認められないと保険証の返還を求め「資格証明書」を発行し、1年6カ月経過すると『保険給付の一時差し止め』を行います。このような保険が利く医療サービスを制限することは、老人保健制度では実施していませんでした。

③年金天引きは、本人の同意なく行われています。当事者の事情に配慮しない機械的取り扱いで受け入れられません。それどころか、これまでの国保などで行われていた窓口での納付相談に基づく分納など、きめ細かな行政対応ができなくなっています。

④保険料は、均等割と所得割の組み合わせですが、均等割は、負担能力に関係なく所得がゼロの人も負担する保険料で、低所得者や無所得の人にとって過酷です。減額制度だけでなく、免除まで含めた制度であるべきです。

⑤保険料は個人単位で徴収しながら、軽減するときは世帯単位で判定するというのは矛盾しています。

⑥現役世代が納める特定保険料は、「高齢者のための支援金」と位置づけることで、高齢者の医療費に対する負担感を現役世代に募らせることを目的としています。このような世代間の対立を煽る施策を国がとるべきではありません。

(3) 医療給付抑制の2つの仕組み

①医療給付費の財源構成を、保険料：支援金：公費＝1：4：5に決め、その1割相当分の保険料を高齢者が負担するようになっています。保険料を10倍したものが、その地域の高齢者医療費の財源になるわけです。高齢者が負担する保険料は、地域の高齢者医療費とリンクして動く仕組みにされています。このため、保険料を上げ続けることが困難になれば、医療給付の大幅な抑制に向かわざるを得ません。事実上、医療費にキャップがかぶさる効果が出ます。

注) 厚生労働省「07年 社会医療診療行為別調査」によれば、75歳以上の患者の「1日当たり医療費」は2万2,785円で、各年齢層を通じて最も低い医療費です。

注) 「1人当たり医療費」は、高齢者は、(高齢者患者の医療費)÷(全高齢者人口)の数字、一般は、(一般患者の医療費)÷(全若人の人口)の数字です。多くの健康な人を含む若人と、老化により病気が避けられない高齢者の数字を、比較して高低を論じることには無理があります。

注) 厚生労働省の「医療費の将来見通しに関する検討会」議論では「厚労省の担当課長すら『医療費の自然増の最大要因は、(高価な薬や機器、治療手段が開発される)医療の進歩であることは明白だ』と明言した」と毎日新聞(08.6.17)が報じています。

- ②同じような仕組みを導入している介護保険制度(1号保険料：2号保険料：公費：利用料負担＝1：3：5：1)では、すでに大規模な給付抑制が行われています。

(注) 2006年度報酬改定で、要支援と要介護1の方の一部は、新設の新予防給付に移行、家事援助サービスや福祉用具の貸与などが受けられなくなりました。その結果、この年の介護保険給付費は、当初予算からみて約6,000億円余るという結果になりました。また、2006年度の65歳以上高齢者1人当たり介護給付費は、前年度比2.2%(5,000円)減の21万9,000円となり、2000年度の制度開始後、初めて減少しました。
(厚労省統計情報部の「受給者1人当たり費用額・07年4月審査分」は、14万8,000円)

- ③両制度共通の仕組みとして、財政安定化基金があります。後期高齢者医療制度では、当初見込んだ医療費を超えて給付された場合、広域連合が都道府県の財政安定化基金から借り入れて、返済する仕組みになっています。これが保険料のさらなる引き上げ、ひいては、それを回避するための医療費抑制効果を生む要因になっています。

(注) 広域連合は県内の医療給付費見込みを計算し、それをもとに保険料を算出します。見込んだ医療給付費を上回って伸びた時は、広域連合が都道府県の財政安定化基金から借り入れを行って収支の帳尻をあわせませす。

このうち高齢者の保険料で負担する1割分については、保険料収入から返済しなくてははいけません。返済分を上乗せした保険料はさらに上がることになります。

(注) 見込みを上回る医療費増については、基金から全額貸し付け。見込みを上回る保険料収納率の低下は、1/2貸付、1/2交付。
財政安定化基金の財源

後期高齢者医療制度・国：都道府県：広域連合＝1：1：1

介護保険制度・国：都道府県：市町村＝1：1：1

- ④後期高齢者医療に要した診療報酬は、すべて後期高齢者医療制度の財源から支払われますから、後期高齢者の医療給付を抑制するということは、診療報酬の額と内容を削減するということになります。それは高齢者の保険が利く医療サービスを抑制していくことになります。

(4) 医療の制限について

- ①終末期医療の定義やそのあり方についての社会的合意はなされていません。しかし、厚生労働省は、「後期高齢者にふさわしい医療」として、「安らかな終末期を迎えるための医療」を目標にしています。
具体的には、終末期医療費が年間に9,000億円かかると試算し、「それを抑制する仕組みを検討する」としています。長期入院とその延長線上にある

終末期の医療サービスを制限しようとしています。

注) 75歳以上から、入院受療率・脳血管疾患の受療率が高まります。

注) 厚生労働省は、2025年度の終末期の医療給付費を年間5,000億円削減する目標を立てています。

注) 脳血管疾患での終末期医療アンケート調査(2008年;保団連)

②複数の病気を同時に持つ高齢者に対して、「主な病気は一つ」だから「高齢者担当医」も1人とする制度をつくりました。なるべく複数の医療機関を受診させないようにして、医療を制限していこうとしています。

厚生労働省は、「高齢者担当医」にかからなくてもいいのだから、医療が制限されることはないと説明していますが、それならば、なぜこうした担当医制度をつくったのでしょうか。

「高齢者担当医」の報酬は1カ月幾らの定額制で、将来は一人幾らという定額制にすることが企図されています。その定額の中で何でも治療せよと言うことには無理があります。また、長期入院より、「追い出し」を勧める退院調整加算も新設されました。

注) 厚生労働省幹部の発言から

「病院に行くことを制限することは、今すぐやる方策ではない」

(07.7.14 日本医事新報)

「アクセスを自らセーブしてもらうことを考えていたが、そこへは行き着けなかった」(08.3.17 メディファクス)

「今すぐに登録医制度を導入するのは、時期として早い」

(07.10.15 国保実務)

高齢者の生活を支えるために、かかりつけ医が総合的な診療を行うことは大切ですが、「高齢者担当医」では、“高齢者を総合的に診る”という考え方がゆがめられて、その人の医療を、「担当医に管理」させることになってしまいます。

③加えて、保険料抑制の切り札としてこれから実施されそうなのが、県内の医療機関に支払う診療報酬の削減です。例えば、その県だけは診療報酬単価を1点10円から8円に削減する、半年以上入院している後期高齢者の診療報酬を何割カットするなどの特例措置によって医療費(ひいては保険料)が削減できる仕組みになっています。

④第1期の「医療費適正化計画」が終了した翌年の2013年度に、47都道府県を実績評価の上、高齢者医療費の高い特定の都道府県だけにこうした特例診療報酬を認めることが可能となっています。このようなことが実施されれば、同じ医療行為が都道府県によって費用が変わることになり、地域医療に混乱をもたらすものです。地域の医療サービス水準はさらに低下し、いまでも崩壊が進む地域医療が、ますます荒廃することになります。

(5) 保険者について

①都道府県広域連合の実態は、自治体とは言えません。国が地域の高齢者の

医療費を管理させるために作られており、住民の声は届きにくく、また広域連合から見ても住民は遠い存在になっています。

- ②老人保健制度は、国の法定受託事務として自治体が事業を行っていましたが、広域連合が行う事業は、自治体の自治事務に変更されました。国が保険者（実施主体）の責務を放棄し、都道府県の責任は曖昧にされました。

注）法定受託事務；全国単一の制度として国が運営する保険等の事務
や全国一律に公平・平等に行う給付金支給の事務

（6）公費負担について

- ①定率国庫負担に含まれている調整交付金部分は、「所得割率」が高い都道府県には減額されますので、都道府県単位で見ると保険料を大幅に引き上げる結果を招いています。

注）1都3県の広域連合が6月3日、厚生労働省提出の要望書で指摘。
国が別枠で調整交付金を確保するよう求めました。

- ②都道府県単位の収支決算ではなく、全国的な財源調整の仕組みの導入と公費の投入によって、地域間格差、保険者間格差を平準化することが必要です。

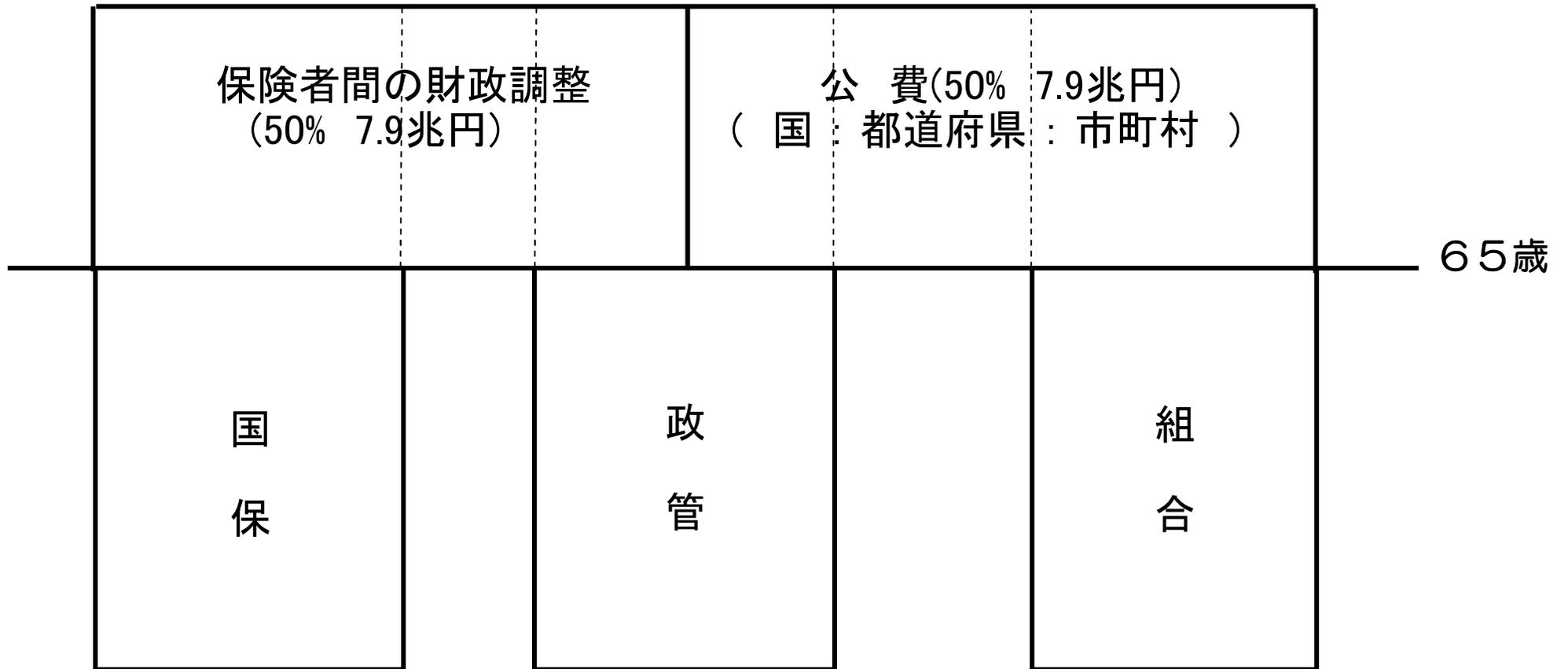
以上

後期高齢者医療制度廃止後の財源イメージ(保団連)

保険者間の財政調整 (50% 5.4兆円)		公費(50% 5.4兆円) (国 : 都道府県 : 市町村)		老人保健制度
		退職者医療	退職者医療	75歳
国保		政管	組合	60歳

注)「前期・後期」医療給付費＝15.8兆円(「前期」5.0兆円、「後期」10.8兆円)

老人保健制度改革後の財源イメージ(保団連)



注)「前期・後期」医療給付費=15.8兆円(「前期」5.0兆円、「後期」10.8兆円)