

医療保険制度の財政制約、制度間格差と制度改革 — 後期高齢者医療制度を巡る政策決定過程¹ —

横 山 寛 和

1. 後期高齢者医療制度の創設、施行と躓き

2008年4月に施行された後期高齢者医療制度は発足直後に激しい批判に曝された。窓口対応の遅れおよび保険料の年金等からの源泉徴収による混乱に加え、保険料賦課および保険証の個人単位化、年齢に着目した制度の独立および「後期高齢者」という名称が差別とされるなど、強い反発を招いた。それらは政権交代の原動力の1つとなり、衆議院選挙を経て発足した民主党政権は、後期高齢者医療制度の廃止と新制度の創設を提言した。

提言された新制度では、年齢に着目した制度区分を廃止して被用者は被用者保険へ、それ以外の者は国民健康保険（以下、国保）へ加入し、保険加入および保険料賦課を世帯単位に戻すことなどが提言された。他方で、公費（中央政府および地方政府の一般財源、以下、一般財源）、現役世代および高齢者の費用負担配分の明確化、保険財政の都道府県単位化、高齢者医療における保険者の設置など、老人保健制度（以下、老健制度）の課題とされ、後期高齢者医療制度により改められた点は維持された。

本稿はその点に着目する。10年以上を費やして施行された制度が、その意義が十分に理解されないまま批判された。それを受けて1年間の審議を重ねて

提言された新制度は、諸批判に対応しているものの、老健制度に対する問題意識は共有された。その意味で、最終的な論点は、同じ目的を実現する手段の違いに集約されると結論付けられる。

後期高齢者医療制度を巡っては以下の2点が注目される。第1に、施行後に強く批判された側面に対する政府・与党の政策決定過程における認識である。第2に、提言された新制度において後期高齢者医療制度の本質的側面が維持された経緯である。本稿は、それらを関連する審議会の報告書および議事録等から検証する。

以下、次節では、後期高齢者医療制度の決定過程を、施行後に強い反発を招いた側面を中心に検証する。3節では、それらの側面を巡る当事者間の意見調整を検証する。4節では、後期高齢者医療制度の見直しに関する審議を経て、その姿を大きく変えることなく存続が決定されるに至る過程を検証する。第5節では、本稿を総括する。

2. 2つの厚生労働省試案と後期高齢者医療制度創設の提言

高齢者医療制度改革の方針が初めて公式に示されたのは、2003年3月28日の閣議決定『健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針』（以下、『基本方針』）に遡る。その土台になったのが、健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づいて2002年12月17日に公開された厚生労働省『「医療保険制度体系の在り方」「診療報酬体系の見直し」について（厚生労働試案）』（以下、『厚労試案2002』）である²。

後期高齢者医療制度の全体像は、首相官邸に設置された政府・与党医療改革協議会が2005年12月1日に公開した『医療制度改革大綱』（以下、『大綱』）、および『大綱』を受けて2006年1月31日に公開された厚生労働省『医療制度改革大綱による改革の基本的考え方』（以下、『基本的考え方』）において示された。それらの土台となったのが、2005年10月19日に公開された厚生労働省

『医療制度改革試案』（以下、『厚労試案 2005』）である³。

『厚労試案 2002』および『基本方針』、および『厚労試案 2005』、『大綱』および『基本的考え方』において示された高齢者医療制度改革の概要は表 1 にまとめた。以下では、それに基づいて政府・与党の高齢者医療制度改革の考え方を検証する。

表 1 『厚労試案 2002』および『基本方針』と『厚労試案 2005』、『大綱』および『基本的考え方』において示された高齢者医療制度の概要

| | 『厚労試案 2002』 および『基本方針』 | 『厚労試案 2005』、『大綱』 および『基本的考え方』 |
|-----------|--------------------------|---|
| 年齢区分 | 65 歳以上 74 歳未満、75 歳以上 | 同左 |
| 費用負担 | 患者負担 言及なし。 | 1 割（現役並所得者は 3 割） |
| | 一般財源 5 割 | 同左 |
| 現役世代 | 今後の検討課題。 | 4 割（加入者数に 応じて制度間に 配分（加入者割）） |
| 高齢者 | 今後の検討課題。 | ・ 1 割 ・ 公的年金が 18 万円を超える 場合は公的年金等から源泉徴 収、それ以外は普通徴収。 |
| 運営主体 | 地域（具体的な言及なし） | 財政単位は都道府県単位の広域 連合、窓口は市町村。 |
| 財政調整 | 具体的な言及なし。 | ・ 国、都道府県による支援（高 額医療費等）。 ・ 国、都道府県および市町村が 拠出する基金（保険料の未納 に対する貸付、交付）。 |
| 保険、医療サービス | 具体的な言及なし。 | ・ 終末期医療を適切に評価。 ・ 主治医による在宅医療の評価。 |

出所) 筆者作成。

2.1. 『医療保険制度体系の在り方』『診療報酬体系の見直し』について（厚生労働試案）および『健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針』

『厚生労働試案 2002』では、改革の基本方針、改革の選択肢、およびその背景である既存の制度に対する問題意識が示されている。改革の基本方針に関しては、以下の4点が挙げられている。第1に、老健制度を廃止する。第2に、社会保険方式を維持する。第3に、後期高齢者に係る給付費の5割に一般財源を充当する。第4に、制度間の年齢構成の違いに着目した制度間財政調整を実施する。

そのような方針の下で2つの改革案が示された。第1に、従来の制度を維持しつつ、加入者の年齢構成の違いに着目した制度間財政調整、および加入者の所得に着目した制度内負担調整を実施し、退職者医療制度は廃止する。第2に、後期高齢者が加入する独立した保険制度を新設し、加入者に応益的あるいは応能的な保険料負担を求めつつ、既存の保険制度に対して加入者数に応じた財政移転を求める。また、退職者医療制度は存続させる。

それらの背景には、既存の医療保険における構造的な問題があった。少子高齢化の進展および就業構造の変化等により、医療費を多く要する中高年層が国保に集中したため、保険者間の医療費格差およびそれに伴う保険料格差が顕著になっていた。

他方で、その是正措置として導入された老健制度に対しては、以下の2点が指摘されていた。第1に、現役世代と高齢者の費用負担配分が不明確な点である⁴。被保険者が拠出した保険料は、その負担者を問わず一部が拠出金として老健制度へ移転されたため、その拠出金における現役世代と高齢者の内訳が明確ではないことが指摘されていた⁵。第2に、保険料は被用者保険あるいは国保へ納付する一方で、医療費は市町村が給付していたため、制度の運営責任の所在が明確ではないと指摘されていた。

『基本方針』は、高齢者医療制度に関して次の2点を明言している⁶。第1に老健制度および退職者医療制度の廃止であり、第2に年齢に着目した独立型制

度の新設である。特に重要なのは後者である。前期高齢者は従来通り国保、あるいは被用者保険に加入し、高齢者の偏在に伴う制度間の保険料格差に対して是正措置を講じることが提唱されている。後期高齢者は、「後期高齢者の地域を基盤とした生活実態や安定的な保険運営の確保、保険者の再編・統合の進展の状況等を考慮」して新設する制度に加入するとされた。その財源は、「現役世代との均衡を考慮した適切な」「加入者の保険料、国保及び被用者保険からの支援金並びに公費」とされた。それを2008年度（平成20年度）に実現することを目指すとした。

2.2. 厚生労働省『医療制度改革試案』および政府・与党医療改革協議会『医療制度改革大綱』

『厚労試案2005』では、『基本方針』において示された独立保険の設置が再確認され、従来通り医療費総額の1割の患者負担を求め、医療費総額から患者負担を控除した部分を「後期高齢者一人ひとりに応益+応能の保険料負担」（1割）⁷、「国保・被用者保険からの支援（約4割）及び公費（約5割）」により調達するとされた。それにより現役世代と高齢者の負担割合の透明化が図られた。ただし、「世代間の負担の公平化の観点」から、人口構造の変化に応じて「後期高齢者の保険料総額の負担割合を高めていくことにより、現役世代の負担の軽減が図られる仕組みとする」とされた。後期高齢者の保険料を年金から源泉徴収することも明記された。現役世代からの支援金は加入者数に応じて保険者間で配分する（以下、加入者割）とされた。

財政単位および運営主体に関しては、『基本方針』を踏襲して「高齢者のほとんどが地域を生活基盤としている実態等を考慮し、地域保険」とすることを再確認し、「安定した保険運営を確保するため、国・都道府県・市町村が重層的に役割を果たす」とされた。それに基づき「市町村を運営主体とした上で、財政リスクを分散・軽減するため」に「保険運営の安定化措置を講ずる⁸」とともに、「国保同様、都道府県が市町村に対する指導権限を有する」とされた。

診療報酬体系に関しては「後期高齢者の心身の特性にふさわしい診療報酬体系」の構築が謳われ、以下の4点が重点項目とされた。第1に、「国民的な合意の形成を踏まえた終末期医療の評価」を構築する。第2に、在宅患者に対するサービス供給に関して主治医を普及させ、「在宅における日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応」を可能にする。第3に、医師、介護士、ケアマネージャー、ホームヘルパー等が連携した医療・介護サービスを提供する。第4に、それを、入院による包括的なホスピスケアの普及により補完する。

『大綱』は概ね『厚労試案 2005』を踏襲している。ただし、運営主体に関しては、『厚労試案 2005』では市町村とされたのに対し、『大綱』では「保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う」とされた⁹。また、『基本的考え方』は、『大綱』を踏襲しつつ、保険料の納付方法に関して、『厚労試案 2005』において提案された年金等からの源泉徴収を、年金給付が18万円を超える者に限定して適用し¹⁰、それ以外の者は納付書による納付（普通徴収）を適用するとされた¹¹。

ここまで、2つの厚労試案およびそれを受けた『基本方針』および『大綱』において示された後期高齢者医療制度の姿を概観した。そこから、施行時に強く批判された制度の独立は『基本方針』の時点で掲げられた、既定路線であったことがわかる。また、『厚労試案 2005』において、医療保険への加入を個人単位化することも示されている。年金等からの源泉徴収も明言されている。次節において、それらの側面に対する当事者の評価を検証する。

3. 社会保障審議会医療保険部会における合意形成

政府・与党と平行して医療保険改革を議論したのが、『基本方針』を受けて2003年7月16日に設置された厚生労働省の諮問会議である社会保障審議会医療保険部会（以下、医療保険部会）である。医療保険部会は、当事者および有識者による審議を24回にわたって重ね、2004年7月28日および2005年8月

24 日の 2 度の中間整理（以下、それぞれ『中間整理 2004』、『中間整理 2005』）を経て、2005 年 11 月 30 日に『医療保険制度改革について（意見書）』（以下、『意見書』）を公開した。以下では、医療保険部会における議論を、『意見書』から遡って検証する。

3.1. 『意見書』における医療保険部会の結論¹²

『意見書』において示された医療保険部会の提言は表 2 にまとめた。それによれば、後期高齢者医療制度に関して一定の合意を得られたとされたものの 1

表 2 医療保険部会『意見書』において示された高齢者医療制度の提言

| | | |
|------|------|--|
| 年齢区分 | | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者医療制度の独立には合意あり。 ・年齢区分の範囲には合意なし。 <ul style="list-style-type: none"> ・経済的地位、身体の特性および支え手を増やす観点から 75 歳以上にすべき。 ・年金制度との整合性および前期高齢者制度の財政調整の複雑化を回避する観点から 65 歳以上にすべき。 |
| 費用負担 | 患者負担 | 言及なし。 |
| | 公費 | 言及なし。 |
| | 現役世代 | <ul style="list-style-type: none"> ・加入者割（対象年齢には合意なし） <ul style="list-style-type: none"> ・稼得年齢の観点から 20 歳以上を対象にすべき。 ・世代間扶養の観点から 40 歳以上を対象にすべき。 ・年齢区分せず、介護保険と同様に実加入者数により配分すべき。 ・総報酬割を主張する意見もあり。 |
| | 高齢者 | 応能原則 |
| 運営主体 | | ・広域化（都道府県単位が大勢、手段は市町村による広域連合、公法人、都道府県あるいは国の間で意見が分かれた。） |
| 財政調整 | | 具体的な言及なし。 |
| 診療報酬 | | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の心身の特性に相応しい体系。 ・重症化予防、保存医療、QOL の保持、向上。 |

出所) 筆者作成。

つが、老健制度の廃止、および高齢者自らが保険料を拠出して財源の一部を負担する独立型制度の新設である¹³。

財政運営を都道府県単位化することも一致している。また、窓口は市町村とし、保険料の徴収についても市町村が行うべきとされた。

費用負担に関しては、高齢者の保険料体系に国保と整合的な軽減措置を導入すべきとされた。支援金は加入者割にすべきとされた。保険料の年金からの源泉徴収および広域単位の保険リスクの軽減も提言されている。

診療報酬制度に関しては、後期高齢者の心身の特性に相応しい体系を構築し、高齢者医療の質を向上させるよう配慮すべきとされた。予防に力点を置き、リハビリテーション等の保存医療を重視し、QOLを高めることの重要性も指摘された。

他方で、それらに対する反論もある。独立型制度の設置を巡っては、加入歴が長い者に限定して過去に加入した被用者保険が支える「突き抜け型」を支持する意見もあった。

運営主体を巡っては、市町村をベースとする広域連合を支持する意見がある一方で、公法人化を主張する意見もある。都道府県による運営を支持する意見もある。財政単位に関しても、都道府県単位ではなく国単位を主張する意見もあった。

費用負担を巡っては、支援金の保険者間の配分に所得水準の違いを反映すべきとする意見があった。加入者割の適用に関しても、一定の年齢で区切るべきとする意見があり¹⁴、大きく意見が分かれた。

完全に意見が分かれたのが被保険者の年齢区分である。『基本方針』においては65歳以上75歳未満と75歳以上で分けるとされたものの、『意見書』においては75歳以上を主張する意見がある一方で、65歳以上を主張する意見もあったとされる¹⁵。

3.2. 2つの中間整理における議論の推移と合意形成

前節において、後期高齢者医療制度に対して当事者間で一定の合意が形成されたものの、各論においては隔たりがあったことが示された。以下では、そのプロセスを探るために、医療保険部会設置から『意見書』に至るまでの議論を、『中間整理 2004』および『中間整理 2005』を通じて検証する¹⁶。

『中間整理 2004』および『中間整理 2005』において示された論点は表 3 にまとめた。『意見書』において最も意見が分かれた高齢者医療制度を前期と後期に分けることの是非に関して、『中間整理 2004』では、「集団として見た場合、75歳を境として、生理的機能の低下に起因する多病化や老年症候群という特徴が見られるようになる」ことを根拠に一定の理解が示されている。また、保険原理に立てば「確率的にリスクが高い集団である後期高齢者を含めて1つの保険を運営することは難しい」ことから、独立させることには一定の合理性があるとされている。『中間整理 2005』においては、後期高齢者に関して制度を分離することに対して、医療保険部会において一定の合意があったとされている¹⁷。

他方で、『中間整理 2004』では、リスクの高い後期高齢者だけを「別立てにして財政的にも自立した保険制度として成立するのか」を疑問視する指摘がある。また、制度を独立させる一方で、財源の多くを他の医療保険からの支援金に依存することに対して、それを保険と呼べるかを疑問視する指摘もある。

『中間整理 2005』では、公的年金、介護保険などとの整合性から65歳以上にすべきとする意見もある。被用者保険の加入期間が長い退職者に限り被用者保険全体で支える新たな制度を創設すべきとする指摘もある。『中間整理 2004』と同様に、独立させるべきではないとする意見もある¹⁸。

第2に、保険者の単位を巡っては、広域化では一致したものの、その範囲を巡って意見が分かれた。『中間整理 2004』では、国保の財政問題に直面する市町村にそのまま担わせることは困難であるとしつつ¹⁹、具体的な財政単位に関しては明示されていない。『中間整理 2005』では、広域化に関しては一致して

いるものの、具体的な財政単位を巡っては意見が分かれている²⁰。

第3に、負担配分である。そこでは、支援金（社会連帯的な保険料）と保険料の比率、支援金の制度間配分および保険料の高齢者世代内配分が議論された。

『中間整理 2004』における中心的な議論は支援金の意味付けである。社会連帯的保険料は現役世代の反対給付の請求権に結びつかないためである²¹。そこで、公的年金と同じ世代間相互扶助を基本理念に据えることが提唱されている²²。その上で、現役世代から理解を得るため、その負担を過大にしないように医療費を適正化し、保険者機能を発揮して健康投資インセンティブを高めることの必要性が指摘された。

支援金および保険料の比率を巡っては、人口構成の変化あるいは負担能力に応じて、それを自動的に調整するルールの導入が望ましいとされた。その一方で、支援金の保険者間配分の方法には触れられていない。

『中間整理 2005』では、『中間整理 2004』において提唱された支援金および保険料の配分比率のルール化や、現役世代の負担の抑制が引き継がれている。他方で、支援金の保険者間の配分に関しては、『中間整理 2005』においては加入者割を支持する意見がある一方で、所得を考慮すべきとする意見もあり、意見が分かれた²³。

次いで、保険料負担を巡って応益と応能の両面から議論されている。『中間整理 2004』では、とりわけ疾病リスクに備えるために保険料を拠出する誘因をいかに高めるかが議論された。滞納は医療を受ける機会を喪失させるためであり、保険料負担は応能的であるべきとされた²⁴。また、負担能力は世帯単位で測るべきとされた。他方で、『中間整理 2005』では詳細には触れられておらず、「現役世代との均衡を考慮した適切な保険料負担を求めるべきであり、その際、適切な低所得者対策を講じるなど、高齢者の所得に応じたきめ細かな配慮をすべきである」と述べるに止まっている。

保険料の賦課単位に関しては、『中間整理 2004』の時点で個人とすることが提唱されている²⁵。また、保険料の年金等からの源泉徴収もその時点で提唱さ

医療保険制度の財政制約、制度間格差と制度改革

表3 社会保障審議会医療保険部会における2度の論点整理

| | 『中間整理 2004』 | 『中間整理 2005』 |
|-----------|---|--|
| 年齢区分 | <ul style="list-style-type: none"> ・制度の独立には合意あり。 ・年齢区分の範囲には合意なし。 ・75歳以上の高齢者の心身の特徴から他の世代と同じ保険に加入させることは困難。 ・疾病リスクの高い後期高齢者のみで保険を形成することは困難。 | <ul style="list-style-type: none"> ・大勢では合意（65歳以上75歳未満、75歳以上）。 ・被用者保険の加入歴が長い者に関しては、被用者保険全体で支えるべきとする意見あり。 |
| 費用負担 | 患者負担 | 言及なし。 |
| | 公費 | 50% |
| | 現役世代 | <ul style="list-style-type: none"> ・社会連帯的保険料 ・負担配分に関する合意なし。 ・負担能力格差、世代間の資産格差を考慮すべき。 |
| 高齢者 | <ul style="list-style-type: none"> ・現役世代との均衡を考慮した適切な水準の保険料。 ・応能負担を基本に、負担能力を世帯単位で評価。 ・個人単位で賦課。 | <ul style="list-style-type: none"> ・合意なし。 ・現役世代と高齢世代の人口比により負担を配分。 ・患者負担1割（現行の水準）。 ・年金から保険料を源泉徴収。 |
| 運営主体 | <ul style="list-style-type: none"> ・広域化では合意。 ・財政単位に対する言及なし。 ・国保の問題を改善しないまま市町村に保険者機能を負わせることは困難。 | <ul style="list-style-type: none"> ・地域保険。 ・運営単位に関しては市町村主体の広域連合、都道府県（当面は国）、国および一定規模の広域的な地域を対象とした公法人で意見が分かれる。 |
| 財政調整 | <ul style="list-style-type: none"> ・具体的な言及なし。 | <ul style="list-style-type: none"> ・保険者のリスクを可能な限り軽減する対策の必要性。 ・具体的な提言なし。 |
| 保健、医療サービス | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の心身の特性に相應しい体系。 ・全人的ケア、機能維持、老年疾病の予防。 | <ul style="list-style-type: none"> ・具体的な言及なし。 |

出所) 筆者作成。

れている²⁶。

3.3. 利害関係者による合意形成の行き詰まり

ここまで、医療保険部会における当事者間の合意形成を検証した。そこから、多くの側面において意見が分かれたことが読み取れる。

後期高齢者医療制度が老健制度の置き換えを目的としていることに鑑みれば、制度の独立に関しては一致したように見える。しかし、その点ですら『中間整理 2005』において反対意見がある。まして、高齢者医療制度を年齢に着目して区分する点に関しては、医学的な側面や保険の論理の側面から支持する意見がある一方で、同じく保険の論理の側面から疑問視する意見もあり、意見が分かれた²⁷。

費用負担に関しては、『基本方針』において老健制度と同等とされた一般財源、支援金および保険料の負担配分、および保険料負担の配分に関しては一致したものの、支援金の保険者間の配分を巡っては意見が分かれた。『意見書』の時点では加入者割で一定の合意が得られたものの、負担能力を考慮すべきとする意見は最後まで残った。加入者割に関しても、その対象年齢を巡って意見が分かれた。それらから、保険者間の負担能力格差や高齢者の偏在により利害が対立し、医療保険部会内で意見を集約できなかったことが読み取れる^{28, 29}。

運営主体に関しても、広域化では一致したものの、その単位を巡っては意見が分かれた。市町村が保険者を担うことの限界はすでに国保が示している一方で、財政単位の広域化は保険者機能を発揮するインセンティブを弱めることにもつながる³⁰。また、都道府県に保険者機能を担う積極的インセンティブはなく、そのノウハウもないと考えられる。その意味で、市町村が培ったノウハウを生かしつつ、保険財政の都道府県単位化を果たせる都道府県単位の広域連合は、現実的な着地点を政府・与党において決定した結果といえる³¹。

4. 後期高齢者医療制度の見直しと政権交代

4.1. 『議論の整理』における後期高齢者医療制度改革の論点³²

後期高齢者医療制度が施行と同時に強い反発を招いたことを受け、2008年9月には早くもその見直しのための検討会（高齢者医療制度に関する検討会）が設置された。同会議は2009年3月17日にその最終報告『高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理』（以下、『議論の整理』）を公表した。

表4にまとめたように、『議論の整理』においては以下の5点が論点として挙げられている。第1に、高齢者の尊厳への配慮である。そこでは、「後期高齢者」や「終末期相談支援料」などの名称は高齢者の尊厳を損なうものであり、速やかに見直されるべきとされた。

第2に、年齢に着目して制度を区分することの是非である。そこでは、年齢で区別せず、全年齢で財政調整を行う方法、前期高齢者医療制度を後期高齢者にも拡大する方法、後期高齢者医療制度を前期高齢者にも拡大する方法、75歳以上であっても被用者は被用者保険に残す方法、および一元化がそれぞれ議論された。もっとも、それらはいずれも医療保険部会においても議論されており、各論の利点と欠点が併記されるに止まっている。

第3に、費用負担のあり方である。そこでは、支援金の制度間配分、および保険料の算定方法が議論された。支援金に関しては、保険者間の負担能力格差を考慮しない加入者割が採用されたことにより、財政力の弱い保険者の負担が過大になっていることが指摘され、応能的な要素を取り入れることが望ましいとされた。保険料に関しては、後期高齢者医療制度により高齢者間の負担格差が改善されたことを評価しつつ、将来的な課題として、均等割りの廃止、および年間の年金収入が153万円以下の者に対する所得割の適用を検討することが提言された。保険料の賦課限度額の上限の見直しも提言された。

第4に、運営主体の単位である。広域化では一致したものの、現行の広域連合を支持し、その活性化を図るべきとする意見がある一方で、都道府県への移

表4 『高齢者医療の見直しに関する議論の整理』における論点

| | | |
|----------------|---|---|
| 年齢区分 | 高齢者医療制度を独立させるかどうかも含め合意なし。 <ul style="list-style-type: none"> ・年齢による区分を廃止し、全年齢で財政調整を行う。 ・前期高齢者医療制度を75歳以上の者にも適用。 ・後期高齢者医療制度を65歳以上75歳未満の者にも適用。 ・75歳以上の被用者は被用者保険に残す。 ・一元化。 | |
| 費用負担 | 患者負担 | 言及なし。 |
| | 公費 | 具体的提言なし。 |
| | 現役世代 | 加入者割により、財政力の弱い保険者の負担が過重になっているため、保険者の負担能力を支援金の算定に反映すべき。 |
| | 高齢者 | <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者への周知徹底を図る。 ・均等割を廃止し、所得割（収入割）を年金収入153万円以下の者へ適用すべき。 ・保険料の賦課限度額の上限を見直すべき。 |
| 運営主体 | <p>具体的な合意なし。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広域連合の活性化。 ・都道府県へ移管。 ・国保を都道府県単位化し、後期高齢者医療制度と一体的に運営。 ・二次医療圏単位で市町村が共同で運営。 ・市町村を保険者とし、財政共同化、調整交付金導入、都道府県の再保険事業、町村向け事務支援等により運営の安定化を図る。 | |
| 財政調整 | 具体的な言及なし。 | |
| 保健サービス 診療報酬 | <p>具体的な合意なし。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬体系を75歳で分けることは望ましくない。 ・健康診査の実施義務を保険者に課すべき。 | |
| その他 | <p>高齢者の尊厳への配慮を欠いていた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「後期高齢者」や「終末期相談支援料」など名称は高齢者の尊厳を損なう。 | |

出所) 筆者作成。

管を主張する意見もある。また、二次医療圏単位で保険者を設置し、市町村が運営すべきとする意見がある一方で、市町村を保険者とし、財政の共同化、調

整交付金の配分、都道府県による再保険事業、町村に対する事務の支援等によって安定化させるべきとする意見もある。そのように、運営主体に関しても、その手段を巡って隔たりがある。それ以外では、市町村国保を都道府県単位化し、後期高齢者医療制度と一体的に運営すべきとする意見もあった。

第5に、診療報酬に関してである。そこでは、診療報酬体系を75歳以上とそれ未満に分けることを疑問視する意見がある。75歳以上の者の健康診断を、保険者の努力義務から実施義務に改めるべきとする意見もある。

ここまで、『議論の整理』において指摘された後期高齢者医療制度の課題、および示された改善策を検証した。そこからは、『議論の整理』において審議された側面の多くは、『意見書』へ至るプロセスにおいて議論され、当事者間で意見が分かれた点であった。その意味で、同じ側面に対して同様の意見が繰り返し出されたにすぎなかったことがうかがえる。

4.2. 政権交代と高齢者医療制度改革会議『中間とりまとめ』および『最終とりまとめ』における新制度の提言

『議論の整理』の約半年後に成立した民主党政権は、公約に従い後期高齢者医療制度の廃止、および新制度の創設のために高齢者医療制度改革会議を2009年11月に設置した。同会議は、2010年12月にかけて計14回の会合を重ね、2010年8月20日に公表された『高齢者のための新たな医療制度等について（中間とりまとめ）』（以下、『中間とりまとめ』）を経て、2010年12月20日に『高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）』（以下、『最終とりまとめ』）を発表した。それらの概要は表5にまとめた。

高齢者医療制度改革会議に関して注目すべきは、高齢者医療制度に関する検討会の委員の多くが参画し、かつ一部が高齢者医療制度改革会議が『議論の整理』の延長線上にあると認識している点である³³。以下では、『議論の整理』から『最終とりまとめ』へ至るプロセスを追い、そこで行われた議論を整理する。

4.2.1. 『議論の整理』から『中間とりまとめ』へ³⁴

『中間とりまとめ』は、老健制度が直面し、後期高齢者医療制度の導入によって改善した側面について一定の理解を示している³⁵。その上で、後期高齢者医療制度を以下の3点について批判している。第1に、後期高齢者が加入する制度を独立させたことは高齢者への差別であり、最大の問題である。「後期高齢者」という呼称も差別である³⁶。第2に、高齢者の医療費の増加に伴って高齢者の保険料が上昇することは、将来に不安を抱かせる。第3に、広域連合を運営主体としたことである。広域連合長が公選ではないため、責任が不明確であるとした³⁷。また、市町村からの派遣職員を中心に運営されている点を指摘し、ノウハウの継承が困難であるとした。

以上の側面を課題に位置付け、厚生労働大臣は以下の6原則を掲げた。第1に、後期高齢者医療制度は廃止する。第2に、マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する。第3に、医療保険を年齢に着目して区分するという問題を解消する制度とする。第4に、市町村国保などの負担増に十分配慮する。第5に、高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする。第6に、市町村国保の広域化につながる見直しを行う。

それらを踏まえ、『中間とりまとめ』では、以下の4点を改めるとした。第1に、被用者は年齢にかかわらず被用者保険に加入し、それ以外の者は都道府県単位化された国保に加入する。その上で、高齢者の偏在による制度間の保険料格差を是正するための措置を導入する。その方法は今後の検討課題とした。

第2に、費用負担に関してである。『中間とりまとめ』では、患者負担は応能的にするとしたものの、具体的な方法は引き続き検討するとした。現役世代の負担に関しては、国保と被用者保険の間では加入者数により案分し、被用者保険間では、保険者間の財政力格差を考慮した応能的な負担構造を検討するとした。高齢者の保険料負担に関しては、従来通り医療費総額から患者負担を控除したものの1割程度とした。支援金と保険料の配分比率に関しては、高齢者

の保険料の伸びが現役世代のそれを上回っている点を改めるべきとした。保険料に関しては従来通り応能負担とし、賦課限度額も引き上げるべきとした。また、保険料負担の個人単位化を否定し、国保に関しては世帯主による一括納付に改めるとした。被用者保険に関しては各制度の枠組みに準じるとした。

第3に、財政調整の仕組みである。保険料の収納率の低下や保険給付の増加に対応するために、保険料および一般財源を原資とする財政安定化基金の創設を提唱した。その制度設計については、引き続き検討するとした。

第4に、医療サービス、保険事業である。まず、2010年度の診療報酬改定によって、75歳という年齢に直目した診療報酬体系を廃止しことに言及している。また、『議論の整理』においても指摘された75歳以上の健康診査の実施に関して、新制度導入に伴い75歳以上の者が各保険者に戻されることを通じて、各保険者の実施義務に改めるとした。また、特定健診、特定保健指導に関しては、従来はそれを推進するためのインセンティブを支援金の加算、減算を通じて与えていたが、その仕組みを新たな制度に適合するように改めるとした。

4.2.2. 『最終とりまとめ』における制度設計³⁸

『最終とりまとめ』では、『中間とりまとめ』において指摘された後期高齢者医療制度の課題と利点に関する認識を踏襲しつつ、以下の3点を改善するとした。第1に、「高齢者の保険料の負担率を見直すとともに、各都道府県に財政安定化基金を設置し、高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組み」を導入する。第2に、「現役世代と同じ制度に加入することで、患者負担が世帯単位で合算され、高額療養費により世帯当たりの負担額は軽減される」。第3に、「高齢者の健康診査は、各保険者の義務とする」。

『最終とりまとめ』では、『中間とりまとめ』において継続審議とされた側面の多くに言及している。その1つが費用負担である。後期高齢者医療制度では、現役並み所得者にかかる医療費に対して一般財源が充当されず、支援金対応とされていた点を改め、一般財源を充当するとした。現役世代の負担に関しては、

表5 『中間とりまとめ』および『最終とりまとめ』において示された新制度の考え方

| | 『中間とりまとめ』 | 『最終とりまとめ』 |
|------|---|---|
| 年齢区分 | 年齢区分せず、被用者は被用者保険、それ以外は都道府県単位化した国保に加入。 | 同左 |
| 費用負担 | 患者負担 応能的に負担。 | 同左 |
| | 公費 具体的提言なし。 | 具体的言及なし。 |
| 現役世代 | <ul style="list-style-type: none"> ・保険者間の経済力格差、高齢者の保険間の偏在を考慮して、応能的に負担。 ・負担配分については継続審議 ・現行型：医療費総額から一般財源および高齢者の負担を控除したものを現役世代が負担。 ・老健、前期高齢者医療制度型：医療費総額から一般財源を控除したものを高齢者の偏在等を考慮した保険料により調達。 ・両者の組み合わせ。 | <ul style="list-style-type: none"> ・75歳以上の者の医療費の50%。 ・現役並み所得者への医療給付にも一般財源を充当。 |
| 高齢者 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療費総額の1割程度を世代内で応能的に負担。 ・人口構造の変化に応じて世代間の負担配分を変える方式を改善すべき。 ・個人単位化の否定。 <ul style="list-style-type: none"> ・国保：世帯主による一括納付。 ・被用者保険：各保険者の枠組みに準じる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・現役世代と高齢者の負担配分へ人口構造の変化を反映する方法を改め、現役世代の縮小に伴う現役世代の保険料率の上昇分を、現役世代と高齢者の保険料総額の伸び率で案分。 ・保険料の世帯主からの一括徴収。 ・本人の希望に応じて年金から源泉徴収。 ・保険料の賦課限度額の引き上げ。 |
| 運営主体 | ・都道府県単位化が望ましいとする点は継承。 | 被用者保険 + 国保組合 + 都道府県化した国保。 |

医療保険制度の財政制約、制度間格差と制度改革

| | | |
|--------|--|--|
| 運営主体 | <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県が運営し、均等割り と所得割で市町村に徴収すべ き保険料の総額を配分。 ・市町村は窓口となり、保険料 の賦課、徴収、資格管理、保 健事業を行う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・事務配分 <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県：標準（基準） 保険料の設定（均等割＋ 所得割）。 ・市町村 <ul style="list-style-type: none"> ・保険料の賦課、徴収。 <ul style="list-style-type: none"> ・標準（基準）保険料を 基に高齢者分の保険 料を決定。 ・現役世代の保険料を 決定。 ・保険料を徴収し、高 齢者分の保険料を都 道府県に納付。 ・資格管理、保険給付。 |
| 財政調整 | <p>一般財源と保険料を財源とする 財政安定化基金の設置。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・財政安定化基金：給付の増 加、保険料の収納率の低下 に対応。 ・調整交付金：高齢者の所得 分布による都道府県間の財 政力格差是正。 ・保険基盤安定制度：低所得 者の保険料の軽減。 ・高額医療費に対する一般財 源の充当：保険料対応部分 の50%、特に高額なものに ついては全国で共同事業化。 |
| 保健サービス | <ul style="list-style-type: none"> ・国保、被用者保険への加入に 伴う健康診査の義務化。 ・特定健診、特定保健指導推 進のインセンティブを新制度に も導入。 | <ul style="list-style-type: none"> ・健康診査、保健指導：75歳 以上の者についても実施義 務を課す。 ・保険者機能発揮のインセン ティブ：現行方式を改めると ともに、個人の意思決定 にも働きかける。 |

| | | |
|-----|--|----|
| その他 | 検討過程において高齢者をはじめ国民の意見を十分に聞かず、高齢者の尊厳への配慮が足りなかった。 | 同左 |
|-----|--|----|

出所) 筆者作成。

2010 年度に総報酬割が一部導入され、支援金の 3 分の 2 が加入者割、3 分の 1 が総報酬割とされていたが、将来的にすべて総報酬割へ移行するとした。その結果、協会けんぽにかかる国庫負担が不要になるが、それを負担の軽減に活用するとした。保険料に関しては、高齢者の保険料の伸びが現役世代のそれを上回っていた点を改善するため、高齢化に伴う現役世代の保険料率の上昇分を、現役世代と高齢者それぞれの保険料収入総額の伸び率によって案分するとした。保険料の徴収に関しては、本人の希望がある場合に限り年金等からの源泉徴収を認めるとした。保険料の賦課限度額も引き上げるとした。

保険財政の安定化に関する財政調整、再保険の仕組みに関しては、『中間とりまとめ』においても提唱された財政安定化基金の財源、対応する財政リスクに言及している³⁹。それ以外でも、財政運営を 2 年単位にすることや、高齢者の所得分布に起因する都道府県間の財政力格差の是正のために調整交付金を導入し、医療費水準や所得水準が同等であれば、標準（基準）保険料率が同水準となるよう調整することを提唱した。さらに、低所得者の保険料の軽減は一般財源を原資とする保険基盤安定制度によって対応することや、高額医療費に関して、保険料で賄うべき部分の 5 割に一般財源を充当し、その中でもとりわけ高額なものに関しては、保険料で賄うべき部分は全国レベルの共同事業とする再保険の仕組みを提唱している。保険料の徴収面では、世帯主が 65 歳以上の世帯に関して、本人の希望があれば年金等からの源泉徴収を実施できるとした。

4.3. 民主党政権の迷走、三党合意と社会保障・税一体改革

『最終とりまとめ』は後期高齢者医療制度の廃止を提言したものの、その間

題意識は否定できなかった。さらに、その位置付けも民主党政権の行き詰まり、迷走と共に二転三転する。2011年6月30日に発表された政府・与党社会保障改革検討本部『税と社会保障一体改革成案』（以下、『成案』）は、『最終とりまとめ』には言及していない⁴⁰。2012年2月17日に発表された内閣官房『税・社会保障一体改革大綱』は「高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ」見直しを行うとしたものの、それ以上の言及はない。

加えて、与野党合意を経て2012年6月20日に提出され⁴¹、同8月10日に成立した社会保障改革推進法は、「状況等を踏まえ、必要に応じて、第9条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること」とした。すなわち、後期高齢者医療制度の行方は、『最終とりまとめ』を引き継ぐかも含めて社会保障制度改革国民会議に委ねられた。

その審議過程において、後期高齢者医療制度を廃止するという方向は示されず⁴²、その答申（社会保障制度改革国民会議『社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』以下、『報告書』）において継続の方向が示された⁴³。すなわち、民主党政権が高齢者医療制度に残した主な影響は、75歳以上を対象とした診療報酬体系の廃止、および支援金における総報酬割の一部導入に止まる。

5. 総括：高齢者医療制度改革の政策決定過程が浮き彫りにしたもの

老健制度、後期高齢者医療制度および高齢者医療制度改革会議は、分立型の医療保険制度が存在するわが国において、分立を維持したまま高齢者医療費を、財政調整を導入しつつ調達する3つの選択肢を示す。老健制度は共同出資の基金を設置し、税や各保険者の負担能力を反映した拠出金を配分して負担させる方法である。後期高齢者医療制度はその共同基金自体を独立した保険制度とし、適用要件を満たすものを加入させる方法である。高齢者医療制度改革会議の提言は、既存の制度の枠組みのまま財政力格差を是正するよう財政調整を行う方

法である。

それらのうち、老健制度が行き詰まったことに鑑みれば、制度を独立させて拠出金等により財政調整する方法、あるいは既存の枠組みを維持して財政調整する方法から選択することになる。自公政権は、老健制度において指摘された制度間の財政力格差に起因する世代内の不公平を是正し、終末期医療の供給体制の整備、そして高齢者自身の負担を前提に現役世代からの支援金を求める側面を重視した。そのため、被用者保険へ加入するメリットを犠牲にして独立型を採用するとともに、被保険者を個人単位化させる決断をした。

それに対し、高齢者医療制度改革会議は後期高齢者医療制度の廃止を目的としている。その一方で、『中間とりまとめ』および『最終とりまとめ』は、後期高齢者医療制度の創設により、老健制度の課題が改善されたことも認めている⁴⁴。そのため、後期高齢者医療制度を廃止しつつ、その利点を残し、課題と位置づけた点を改善することが求められた。

表5が示すように、その回答として従来保険に後期高齢者を戻して国保を都道府県単位化し、高齢者の偏在や所得分布に起因する都道府県間、被用者保険間の財政力格差を是正する方法が採用された。すなわち、制度間財政調整によって保険料の制度間格差の是正を図ったといえる⁴⁵。

また、後期高齢者医療制度においては加入者割が採用されたが、民主党政権下では総報酬割の割合を大きくすることが提唱された。もっとも、その点は、政権交代以前より審議されている⁴⁶。そのことは、民主党政権が所得再分配をより重視する姿勢を示しているとも受け取れる一方、それを実現するための政治的環境が整っていたとも受け取れる⁴⁷。

それらから、わが国の医療保険制度が直面する諸課題はどの政権下でも変わらず、論点はそれらを実現する手段を巡る当事者間の調整であることを、高齢者医療制度改革の政策決定過程は浮き彫りにしたと言える。その調整が不調に終わる中において創設された後期高齢者医療制度が、すべての当事者にとって不満の残るものであったことは必然といえる。

もっとも、施行直後の混乱は別の視点から論じるべきだろう。後期高齢者医療制度は法整備こそ2006年2月に完了したものの、新たな診療報酬のガイドラインが公表されたのは2007年10月である。また、被保険者たる高齢者への周知も徹底されず、施行後の窓口対応も混乱した。それらは、定着していた老健制度を抜本的に改革するための実務面、執行面の準備が不十分であったと理解できる。それは、抜本改革を行う場合には、周到な準備が必要であるという歴史の教訓を残したといえる⁴⁸。

注

- 1 本稿の執筆にあたり、公益財団法人日東学術振興財団の助成を受けた。記して感謝の意を表したい。
- 2 以下、『厚労試案2002』pp. 6-9に沿う。
- 3 以下、『厚労試案2005』pp. 14-16に沿う。
- 4 老健制度では、被保険者は保険料を加入する医療保険へ拠出する。各保険者は、現役世代へ医療費を給付すると同時に、被保険者が拠出した保険料から老健制度の運営者である市町村へ拠出金を支払う。市町村は、その拠出金および充当された一般財源から高齢者へ医療費を給付する。そこで、一般財源と拠出金の割合は1対1とされた。
- 5 老健制度の財源に占める健康保険組合の拠出金の割合の上昇に対する反発も大きい。厚生労働省『老年医療事業年報』および『老人医療事業報告』によれば、その割合は制度発足当初の10数%から1990年代末には40%を超えるまで上昇しており、1999年には、健保組合による老健拠出金不払い運動に発展した。
- 6 以下、『基本方針』pp. 4-5, 8に沿う。
- 7 現役並みの所得を有する者の患者負担は3割とし、2006年10月を目途に先行して実施するとされた。
- 8 具体的には、保険財政を2年単位の運営とすること、一般財源による低所得者に対する保険料軽減措置（保険基盤安定制度）、高額医療費の発生による一時的な財政不均衡等に対処するための都道府県単位での再保険および全国レベルでの再々保険（高額保険費再保険事業）、保険料の未納および給付の見込み違い等に対する国、都道府県および市町村が共同出資する基金からの貸付および交付（財政安定化支援事業）が挙げられている。
- 9 『大綱』pp. 9-11。
- 10 ただし、複数の公的年金を受けている場合は、そのうちの1つが18万円を超える場合に限り源泉徴収される。なお、口座振替については2009年6月に導入された。
- 11 年金が年額18万円未満の者、介護保険料とあわせた保険料額が、年金額の2分の1を超える者、年度途中で新たに加入した者、年度途中で他の市区町村から転入した者、年金

担保貸付金を返済中、または貸付開始した者に適用される。

- 12 以下、『意見書』 pp. 5-6 に沿う。
- 13 「高齢者の保険料、社会連帯による相互扶助の考え方に基づく国保及び被用者保険からの支援並びに公費を財源とする新たな独立した制度を創設すべきという意見が多かった」とされる。
- 14 「稼得年齢を考慮して例えば 20 歳以上とすべきとの意見や世代間扶養という趣旨を勘案すれば 40 歳以上とすべきとの意見、調整された加入者数ではなく、介護保険同様、実加入者数に応じた負担とすべきとの意見があった」とされる。
- 15 「高齢者の生活実態、経済的地位、心身の特性およ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は 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」とされる。
- 16 以下、『中間整理 2004』 pp. 1-8 および『中間整理 2005』 pp. 4-5 に沿う。
- 17 「高齢者の生活実態、経済的地位、心身の特性および支え手を増やすなどの観点から、75 歳以上の後期高齢者とすべき」とされている。
- 18 「被保険者を年齢で区切るべきではないという意見もあった」とされる。
- 19 「再編・統合を含め国保の根本的な改革が行われないままに、国保・介護に加えて、新たな高齢者医療制度の保険者を市町村が担うことは困難である。仮に高齢者医療制度を地域保険が担うとすれば、それに先だって、国保の再編・統合のイメージや財政的メリットを明らかにするとともに、都道府県の果たすべき役割について議論すべきではないか」とされた。
- 20 「市町村をベースとして広域連合の活用を視野に入れるべきとの意見、都道府県（当面は国）とすべきとの意見、国とすべきとの意見、一定規模の広域的な地域を対象とした行政からの独立した公法人とすべきとの意見があり、引き続き、検討が必要である」とされた。
- 21 社会連帯的保険料は、「保険料」と称するのであれば、反対に給付を受ける権利がなければ国民の納得を得られないのではないかとする指摘に対して、「現役世代が高齢者のために負担してもよいと納得できるかどうか」が重要とされた。
- 22 ここでは「若いときに高齢者を支えたことが高齢期における医療を受ける権利を保障する」根拠と位置づけるもの」とされている。また、公的年金や介護保険においても世代間扶養の理念が導入されていることから、それらとの整合的な制度を構築すべきであるとされた。
- 23 「加入者数に応じた負担とすべきとの意見や所得に着目した負担とすべきとの意見があった」とされる。
- 24 「保険料の負担については応能を基本とすべき」であり、「保険料の賦課に際しては、低所得者対策を講じつつ高齢者の資産を考慮」すべきとされる。
- 25 「すべての高齢者から保険料負担を求めるべきである」とされた。
- 26 「徴収については年金から行うべきである」とされた。
- 27 それを裏付けるものとして、第 21 回医療保険部会（2005.10.17）において、前期高齢者と後期高齢者を区分することにより制度が複雑化する。また、想定される枠組みでは被

- 用者保険の負担が著しく大きくなる。加えて、広域化によって保険者機能が強化されるとは言えず、まして担い手たる自治体からの理解も得られていないとする反論がある。それらが、第 24 回 (2005.11.25) における「年齢の取り扱い方というのは行政・政治マターでやっていただくしかない」という部会長発言につながったと考えられる。
- 28 第 23 回医療保険部会 (2005.11.17) では、支援金の算定対象となる範囲を巡って、稼得年齢の側面から 20 歳にすべきとする意見と、少子化対策の側面から若年者の負担を軽減する目的で 40 歳にすべきとする意見がある。また、稼得年齢を 20 歳とすることは、その多様性を軽視しすぎているとする反論もある。
- 29 第 17 回医療保険部会 (2005.7.29) では、被用者保険と国保の財政力格差は制度設計上必然的に生じる構造的な問題であり、財政調整はその条件格差の是正措置であると主張する意見と、財政調整は保険者機能を損なうと反論する意見が対立している。その中で、財政調整に否定的な立場による「突き抜け型」の提言に対し、財政調整を支持する立場から、適用範囲を病気等による途中退職も含め、相当に大きくしなければならず、それだけの範囲を設定する意思があるかを追及する場面がある。
- 30 保険者の広域化を巡っては、第 23 回医療保険部会 (2005.11.17) において、広域化を支持する立場から、国保の財政力の弱さは被保険者を選ばず、最も負担能力がなく、最も医療費が必要な者が集中することに起因する必然的なものであり、とりわけ小規模自治体による保険者機能の発揮には限界がある。そのため、保険者を広域化しなければ保険者機能を発揮することすらままならないと主張する意見がある。それに対して、財政力が弱いから財政力が強いものと合併するというのは保険者機能を損なうものであり、自助努力のインセンティブを失わせるため、安易な広域化には反対であると主張する意見がある。
- 31 広域化の方法に関しては、第 24 回医療保険部会 (2005.11.25) において、国が最終的な責任を負うことを前提に、都道府県単位の広域連合が望ましいとする意見、および公法人が望ましいとする意見がある。第 23 回 (2005.11.17) では、市町村は、保険料の徴収や窓口機能を担うことは可能だが、運営主体を担うことは困難であり、国が最終的な責任を果たすべきとしている。第 16 回 (2005.7.7) では、国が保険者を担うべきとする意見がある。
- 32 以下、『議論の整理』 pp. 2-9 に沿う。
- 33 第 13 回高齢者医療制度改革会議 (2010.12.8) では、『議論の整理』が高齢者医療制度改革会議に引き継がされているとする発言がある。
- 34 以下、『中間とりまとめ』 pp. 2-4, 8-12 に沿う。
- 35 「かつての老人保健制度が抱えていた問題を改善し、高齢者の医療費に関する負担の明確化が図られたことや、都道府県単位の運営とすることにより、財政運営の安定化と保険料負担の公平化が図られたことは、一定の利点があったと評価できる」とされている。
- 36 「後期高齢者医療制度の最大の課題点は、家族関係や医療保険の連続性等を考慮することなく、75 歳に到達した時点で、これまでの制度から区分された独立型の制度に加入させることであり、これが多くの国民から差別的な制度と受け止められた」とされている。
- 37 「広域連合長は住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない」とされた。
- 38 以下、『最終とりまとめ』 p. 3, pp. 8-9, 12-16 に沿う。
- 39 財政安定化基金の財源内訳は国：都道府県：保険料 = 1 : 1 : 1 とされた。支出面では、

保険給付の増大に対応するケースに関しては全額貸付とされ、保険料の収納不足に関しては2分の1を交付、2分の1を貸付にするとされた。

- 40 「見直し（高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬制導入、自己負担割合の見直しなど）」と述べるに止まっている（『成案』p. 6）。
- 41 民主党・自由民主党・公明党社会保障・税一体改革（社会保障部分）に関する実務者間合会（2012.6.15）。
- 42 たとえば、第5回社会保障制度改革国民会議（2013.2.28）において、後期高齢者医療制度はすでに定着しており、当面大きく変更する必要はないとする意見がある。
- 43 「創設からすでに5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬制の導入をはじめ、必要な改善を行っていくことが適当である」と述べられている（『報告書』p. 35）。
- 44 第1回高齢者医療制度改革会議（2009.11.30）では、保険者側から、後期高齢者医療制度の利点として、財源における一般財源、現役世代および高齢者の内訳が明確にされたことが挙げられている。老健制度の下では事実上不在であった保険者が設置された点も利点であるとされている。医療サービスの側面からは、その方法に問題はあったものの、かかりつけ医を持つこと、終末期医療の環境整備は必要であるとする指摘がある。加えて、第2回（2010.1.12）では、保険料格差の改善が示されている。
- 45 もっとも、第13回高齢者医療制度改革会議（2010.12.8）および第14回（2010.12.20）において、都道府県が『最終とりまとめ』に対して明確に反対している。その理由として、国保の財政問題は制度設計上必然的に生じるものであり、財源調達に関する明確な展望が示されていないことを挙げている。また、社会保険である以上国が最終的な責任を負わなければならないが、国と地方の協議の場の設置が審議会の最後になって提案されたことを明確に批判している。加えて市町村は、国保の構造的な限界を克服する道筋を明確に示さなければ、都道府県は引き受けようがないとしている。また、日本医師会も、提言の実効性を担保するためには財源調達問題を克服しなければならないが、そのための提言が十分ではないと批判している。
- 46 第34回医療保険部会（2009.11.16）では、高齢者医療制度に関する検討会にも参加した委員から、総報酬制導入はそこでも審議されたとする発言がある。
- 47 支援金の配分への総報酬制の一部導入は、第2回高齢者医療制度改革会議（2010.1.12）および第4回（2010.3.8）において審議されているが、それに先行して第34回医療保険部会（2009.11.16）、第35回（2009.11.24）、および第36回（2009.12.4）においても議論されている。医療保険部会において、失業者等の負担能力が低いものを多く包摂する国保側は、すでに市町村の負担能力は限界に達しており、被保険者の構成など、保険者の努力を超える部分に関してはリスク調整を行うべきと主張している。また、協会けんぽや連合は、協会けんぽの財政状況は非常に厳しく、支援金の配分に総報酬制を導入し、負担能力を反映すべきと主張している。それに対し、健保連や経団連からは、健保組合も保険料負担の大半を支援金として拠出しており、厳しい財政制約に直面している。総報酬制の導入は健保組合に他の保険者の負担を転嫁しているにすぎず、国民皆保険体制を破綻へ導くものである。各保険者の財政制約の厳しさは直近の景気後退に伴う保険料収入の減少に起因

する部分が大いなので、経済活性化によって解決を図るべきとしている。高齢者医療制度改革会議においてもその構図は変わっていない。他方で、有識者は、皆保険の維持は応益負担のみでは困難であり、少なくとも被用者保険の内部では応能的に負担すべきと主張している。総報酬割を巡る審議における自公政権下と民主党政権下の違いは、委員に協会けんぽの代表者が含まれたことである。それにより、全体としては負担能力が大いとは言えない中小企業の声も審議に反映されるようになった。また、後期高齢者医療制度施行後に健保組合を解散し、協会けんぽに加入した企業が少なからず存在したことも、協会けんぽの発言力を大きくしたことが予想される。加えて、連合が協会けんぽの主張を支持している。それらにより、医療保険間の財政調整を支持する委員が、有識者も含めて多くなったことが、総報酬割の一部導入を後押ししたのではないかと予想される。

- 48 市町村および都道府県は、高齢者医療制度改革会議第2回（2010.1.12）において、施行の前年秋とされていた後期高齢者医療制度用のシステムの導入が年明けまで遅れたと主張している。そのため、第14回（2010.12.20）などにおいて、拙速であると批判している。第1回（2009.11.30）においても、拙速な決定は避けるべきと主張している。

参考文献

- [1] 小野塚耕平・宮川路子（2008）「後期高齢者医療制度の迷走 政治および政策過程からの検討」『人間環境論集』9巻1号。
- [2] 閣議決定（2003）『健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針』。
- [3] 神谷和孝（2008）「後期高齢者医療制度に関する一考察」『東海学院大学紀要』2号。
- [4] 川淵孝一（2010）「高齢者の医療経済～迷走する後期高齢者医療制度の現状と課題」『日本老年医学会雑誌』47巻6号。
- [5] 権丈善一（2005）『再分配政策の政治経済学Ⅰ 日本の社会保障と医療 第2版』慶應義塾大学出版会。
- [6] 権丈善一（2007）『医療政策は選挙で変える 増補版 再分配政策の政治経済学Ⅳ』慶應義塾大学出版会。
- [7] 権丈善一（2009）『社会保障の政策転換 再分配政策の政治経済学Ⅴ』慶應義塾大学出版会。
- [8] 権丈善一（2015）『医療介護の一体改革と財政 再分配政策の政治経済学Ⅵ』慶應義塾大学出版会。
- [9] 小林成隆・西川義明（2009）「後期高齢者医療制度の混乱をめぐって～個人と世帯の視点から検証～」『名古屋文理大学紀要』9号。
- [10] 小松秀和（2008）「高齢者医療費の地域差を保険料にいかん反映させるか 後期高齢者医療制度の普通調整交付金に関する分析」『経済論叢』（京都大学）182巻1号。
- [11] 小松秀和（2009）「高齢者医療制度の行方 後期高齢者医療制度を超えて」『香川大学経済論叢』82巻3号。
- [12] 厚生労働省（2002）『「医療保険制度の体系の在り方」「診療報酬体系の見直し」につい

- て（厚生労働試案）』。
- [13] 厚生労働省（2005）『医療制度構造改革試案』。
 - [14] 厚生労働省（2006）『医療制度改革大綱による改革の基本的考え方』。
 - [15] 厚生労働省（2008）『政策レポート 国民皆保険を守り後代に引き継いでいくために』。
 - [16] 高齢者医療制度に関する検討会（2009）『高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理』。
 - [17] 高齢者医療制度改革会議『議事録』第1回 第14回。
 - [18] 高齢者医療制度改革会議（2010a）『高齢者のための新たな医療制度等について（中間とりまとめ）』。
 - [19] 高齢者医療制度改革会議（2010b）『高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）』。
 - [20] 佐々木貴雄（2010）『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』『東京福祉大学・大学院紀要』1巻1号。
 - [21] 社会保障制度改革国民会議『議事録』第5回。
 - [22] 社会保障制度改革国民会議（2013）『社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』。
 - [23] 社会保障審議会医療保険部会『議事録』第7回 - 第24回、第34回 - 第36回。
 - [24] 社会保障審議会医療保険部会（2004）『これまでの医療保険部会における議論の整理』。
 - [25] 社会保障審議会医療保険部会（2005a）『社会保障審議会医療保険部会における議論の整理』。
 - [26] 社会保障審議会医療保険部会（2005b）『医療保険改革について（意見書）』。
 - [27] 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（2007a）『後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方』。
 - [28] 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（2007b）『後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子』。
 - [29] 政府・与党医療改革協議会（2005）『医療制度改革大綱』。
 - [30] 知野哲朗（2007）『高齢者医療費の変動と格差に関する特徴と課題』『岡山大学経済学会雑誌』38巻4号。
 - [31] 松田亮三（2010）『2006年医療改革における医療の責任と財源調達の変化』『保健医療社会学論集』21巻1号。
 - [32] 民主党・自由民主党・公明党社会保障・税一体改革（社会保障部分）に関する実務者会合（2012）『社会保障・税一体改革に関する確認書（社会保障部分）』。
 - [33] 横山寛和（2014）『セーフティネットの動揺とわが国の社会保障の課題 公的年金、医療保険を中心に』小西砂千夫編『日本財政の現代史3 構造改革とその行き詰まり 2001年～』9章、有斐閣。
 - [34] 吉岡成子（2009）『後期高齢者医療制度をめぐる経緯と見直しの動向』『立法と調査』288号。