

REPORT I

医療費削減を担う高齢者の「財力」と「体力」

後期高齢者医療制度は“その先”への布石

社会研究部門 阿部 崇
abe@nli-research.co.jp

1. はじめに

2006年度に行われた医療制度改革(図表-1)の一環として、満75歳以上の高齢者(後期高齢者)を対象とする新しい医療制度「後期高齢者医療制度」が2008年4月からスタートする。

新制度は1983年2月に創設実施された老人保健制度をほぼ引き継ぐ形をとり、根拠法も昨年成立の「健康保険法の一部を改正する法律」において老人保健法から“題名変更”された「高

齢者の医療の確保に関する法律」と、一見大きな変更がないかのように思える。しかし、国民医療費膨張の主要因とも言われる老人医療費に歯止めをかける前段階としての様々な新しい仕組みが導入されている。

本稿では、後期高齢者医療制度の創設の経緯とその仕組みを俯瞰するとともに、今後の作業工程における着目点を整理したい。

2. 老人保健から後期高齢者医療へ

(1) 老人保健制度

高齢者に対する医療は、高齢者それぞれが加入している国民健康保険等の医療保険の給付として若年層世代と共通の枠組みで提供されている。

しかし、老人保健制度の対象となる満75歳以上および満65~74歳で一定の障害状態(寝たきり等)にある高齢者は一般に「現役を退き一定の就労収入が見込めない」、「疾病罹患率・受療率が高く医療費が相対的に高くなる」等の特徴があるため、一部負担金(窓口負担)や財源構成について一般の医療保険制度とは異なる仕組みとなっている。

一部負担金は、「負担なし」(老人医療無料化

図表 - 1 医療制度改革の概要

1. 医療費適正化の総合的な推進
中長期的対応(生活習慣病対策、平均在院日数の縮減など)
短期的対応(高齢者患者負担見直し、療養病床の居住費・食費の自己負担化など)
2. 医療保険者の再編統合
国保・政管健保・組合健保の各保険者について都道府県単位を軸に再編
3. 新たな高齢者医療制度の創設
後期高齢者医療制度の創設
前期高齢者医療費の財政調整制度の創設
4. 療養病床の再編
医療療養病床を10万床削減(目標)
介護療養型医療施設(13万床)の廃止

(資料) 社会保障審議会資料等よりニッセイ基礎研究所が作成

時代)「定額負担」(外来1回・入院1日あたりの有限定額負担)を経て、現在は「定率1割負担(現役並みの所得がある場合は3割、2006年10月改正)」である。また、財源は、一般制度が原則保険料で構成される一方で、一部負担金を除く給付部分の5割に公費(国4:都道府

県1:市町村1)残り5割に医療保険者からの拠出金^(注1)が充てられている。

このように、一部負担金の負担割合が小さいこと、財源に多くの公費が投入されていることが老人保健制度の特徴でもある(図表-2)。

図表-2 老人保健制度と一般医療保険制度の主な相違点

	老人保健制度	一般医療保険制度(国保、健保等)
被保険者	満75歳以上の者 満65~74歳の者で市町村長により一定の障害状態にあると認定された者	満74歳以下、かつ、老人保健制度の対象とならない者
保険給付	療養の給付(現物給付)	療養の給付(現物給付)
一部負担金	1割負担 現役並みの所得ある場合3割負担	3割負担 満70歳以上は1割(現役並み所得は3割)
財源構成(原則)	給付総額について 公費50%(国4:都道府県1:市町村1) 拠出金50%(各医療保険者)	給付総額について 国保:国庫負担50%(残り保険料) 政管:国庫負担13%(残り保険料) 健保:国庫負担なし(全て保険料)

(資料) 社会保障審議会資料等よりニッセイ基礎研究所が作成

(2) 新制度創設の必要性

後期高齢者医療制度の創設は、冒頭で述べた通り、2006年度の医療制度改革における医療費適正化(削減)策の柱であり、膨らみ続ける老人医療費を抑制するための切り札であった。

これまで老人医療費の抑制については、増加率(伸び率)を抑えるための総枠管理制^(注2)(導入には至っていない)や、介護保険制度創設による費用の付け替え(老人医療費に含まれていた訪問看護や老人デイケア^(注3)などを介護保険制度に移行)など、様々な対応があった。

しかし、国民医療費(31.5兆、2003年度)の3分の1を超えた老人医療費(10.7兆円、同)は、高齢者の増加に伴って今後も膨張することが予測され、既存制度の枠内での見直しに止まらない抜本改革が必要とされたのである。

そこで先の医療制度改革において、満65歳以上の高齢者を前期高齢者(満65~74歳)と後期

高齢者に分けた上で、後期高齢者に対する医療について、一般医療保険制度と切り離した、すなわち、老人保健制度とは異なる新しい独立した医療保険制度を創設するに至った。

高齢者専用の独立医療保険制度は、老人医療費の膨張に危機感を抱いていた厚労省の積年の課題であり、制度移行期には変更点が目立たないものの、制度財政面では従来から大きな変更が加えられている。次項では、その観点から新制度の本質を確認したい。

(3) 後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度は、医療(療養)の給付に関する「被保険者」、「保険給付」、「一部負担金」等の制度根幹部分について、現行の老人保健制度からの大きな変更はない(図表-3)。

しかし、先述の通り、「保険料」、「診療報酬」といった制度財政面にかかる部分については

“その先”を見た変更が加えられていると考えられる。

以下、老人保健制度との比較を通して、主な項目について説明する。

保険者

まず、後期高齢者医療制度（以下、高齢者医療）では独立した保険制度の保険者として「後期高齢者広域連合」が新たに設置される。これは、都道府県ごとに管下の全市区町村が参加をする専用の広域連合である。従来の老人保健制度（以下、老人保健）では、各医療保険の保険者と老人保健事業を行う市町村が老人医療について二重に関与する仕組みであったが、今後は、老人医療について一元的に広域連合単位で、運営・管理する環境となる。

被保険者・保険給付・一部負担金

これらの医療（療養）の給付に関する部分については、基本的に現行の老人保健での仕組みが引き継がれる。高齢者医療への移行によって、

現物給付に関わる直接的な不利益が生じることはない。（ある意味、この部分にマイナスの変更があれば、スムーズな制度移行は実現が難しくなるからである。）

保険料・財源構成

保険料徴収とそれに伴う財源構成の変更は、高齢者医療を独立の保険制度とすることの目的の一つと言える。

老人保健では、高齢者は加入している国保等に保険料を納める、若しくは、被扶養者として実質の負担が無い、という状態であり、受給と負担の関係に対する認識が曖昧であった。

そこで、高齢者自身も個人単位で給付総額の10%相当を広く浅く負担し、世代間の公平を保ちつつ制度を財政的に支える仕組みが導入された。そして、各医療保険者からの拠出金は給付部分の50%から40%へと減少した。（拠出金は「支援金」と名称変更されたに止まり、算出の方法論等は変わっていない。）

図表 - 3 後期高齢者医療制度と老人保健制度の比較

	後期高齢者医療制度	老人保健制度
保険者	後期高齢者広域連合（都道府県単位）	市町村（給付を行う者）
被保険者	満75歳以上の者 満65～74歳の者で広域連合により一定の障害状態にあると認定された者	満75歳以上の者 満65～74歳の者で市町村長により一定の障害状態にあると認定された者
保険給付	療養の給付（現物給付）	療養の給付（現物給付）
一部負担金	1割負担 現役並みの所得ある場合3割負担	1割負担 現役並みの所得ある場合3割負担
保険料	高齢者医療給付総額の10%部分を負担 応益（人数割）+ 応能（所得割） 原則として年金天引（特別徴収）	加入医療保険（国保等）の保険料を負担 老人医療費（給付額）に関係なく算出される
財源構成	高齢者医療給付総額について 公費 50%（国4：都道府県1：市町村1） 支援金 40%（各医療保険者） 保険料 10%（後期高齢者）	老人医療給付総額について 公費 50%（国4：都道府県1：市町村1） 拠出金 50%（各医療保険者）
診療報酬	後期高齢者診療報酬 制度創設と同時に新規設定（H20.4～）	一般診療報酬 一部老人医療用の点数あり

（資料）社会保障審議会資料等よりニッセイ基礎研究所が作成

診療報酬

診療報酬とは給付される医療（技術、薬剤等）の単価であるが、高齢者医療では、高齢者の身体特性や受診傾向に応じた専用の診療報酬が設定されることとなっている。

老人保健では、一般の医療保険制度で用いられる診療報酬がそのまま適用され、原則出来高による算定が行われている。しかし、特に後期高齢者に対する医療は、治療・療養が長期に及ぶこと、複数の疾患を有している場合が多いこと、終末期医療につながる医療の場合が多いこと等の特徴があり、このことが近年の老人医療費膨張の一要因と捉えられている。よって、保険財政面からは、これらの特徴に着目した診療報酬の設定が必須と考えられたのである。

高齢者医療用の診療報酬は、2008年4月の制度スタートに向け、個々の技術料や薬剤料の設定の前に、設定単位や算定方法といった根本的な体系に関する議論が行われているところである（本稿執筆の2007年8月現在）。

3. 制度創設の本質と課題

老人保健制度から後期高齢者医療制度への移行は、現時点では大きな変更もなく何らの問題・課題も存在しないようにも思える。であるならば尚更、老人保健法を改正（題名変更を含め）してまで後期高齢者医療制度を創設する政策的意図はどこにあるのか、を考える必要がある。

繰り返すが、後期高齢者医療制度は医療費削減を主題とする医療制度改革の一環として導入される新制度である。とすれば、やはり老人医療費の削減にその目的があると考えるのが筋であろう。その鍵は「保険料徴収（財源構成の変更）」と「後期高齢者診療報酬」という新しい

仕組みの導入にこそあるのではないだろうか。

そして“その先”には、同じく高齢者を対象とするもう一つの社会保険制度である介護保険制度との統合、医療・介護の枠を超えた「高齢者保険制度創設」の姿が見えてくる。

（1）保険料徴収（財源構成の変更）

後期高齢者医療制度では、被保険者である後期高齢者に給付総額の10%部分が保険料として賦課される。保険料は、被保険者に等しく賦課される応益分（人数割）と所得に応じて賦課される応能分（所得割）で構成され、世帯や扶養関係に関わらず個人単位に、原則として年金給付から天引徴収（特別徴収）される。

これは、給付に対する割合こそ異なるが、構造的には、介護保険制度の保険料賦課徴収の仕組みと同様である（図表 - 4）。すなわち、給付の一定割合を負担することによって、被保険者（後期高齢者）自らの制度的な自立を定着させるとともに、世代間の不公平感を減じるという効果がある。

2000年の介護保険制度の導入後、保険料負担・年金天引という仕組みも違和感が無くなり、また、介護保険の第1号被保険者（満65歳以上）は給付総額の約2割部分^{（注4）}を負担していることとの比較からも、高齢者医療への移行期にあたっては特段の問題を生じないと思われる。しかし、この仕組みが導入されること自体が持つ「副作用」には十分注意を払わなければならない。

すなわち、賦課される保険料は給付総額から割り戻して算出する関係にあるため、保険料の上昇を抑えるとの大義の下で、保険者が給付を抑制していくことも十分ありうる設計となったのである。実際、同じ仕組みを持つ介護保険制度では、保険料の上昇回避を理由として保険給

付にブレーキがかかる例が少なくない。

(2) 後期高齢者診療報酬

着目すべきもう一つの仕組みは、高齢者医療用に設定される診療報酬である。制度スタートに併せて2008年4月から適用される診療報酬が現在そのあり方から検討されている。

相対的に「頻回」「長期」等の傾向が見られる後期高齢者への医療の費用高額化を回避するために、後期高齢者診療報酬は、手技や薬剤ごとに設定される点数を積上げる方式(出来高制)ではなく、一定の費用抑制効果が見込まれる、期間または疾患ごとに設定される点数を算定する方式(包括払制)を主体に構成される可能性が高い。

また、慢性期疾患に対しては、医療ないし看護の必要度のランクを基礎とした給付上限額等の仕組みが導入されることも十分に考え得る。

新しい診療報酬体系の設定は、点数水準のみならず実質的に給付内容を左右する仕組みの導入も可能とするものであり、先述のように一見変更がないような制度移行も、後期高齢者診療報酬の設定次第で、高齢者医療の制度設計が大きく変わるかもしれないことを押さえておきたい。

4.“その先”への布石

後期高齢者医療制度が老人医療費の削減を目的に創設されることは事実である。2008年4月の制度移行期にそれが直接的に現れなかったとしても、「独立の保険制度」となったことは、一般の医療保険制度とは別個に制度改正・報酬改定が可能となったことと同義だということを認識しておかなければならない。

後期高齢者医療制度の創設によって、後期高

図表 - 4 後期高齢者医療制度と介護保険制度

	後期高齢者医療制度	介護保険制度
保険者	後期高齢者広域連合(都道府県単位)	市町村
被保険者	満75歳以上の者 満65~74歳の者で広域連合により一定の障害状態にあると認定された者	第1号被保険者: 満65歳以上の者 第2号被保険者: 満40~64歳のうち特定疾病により要支援・要介護状態となった者
保険給付	療養の給付(現物給付)	介護の給付(現物給付) 要介護度に応じた支給限度額あり(在宅給付のみ)
一部負担金	1割負担 現役並みの所得ある場合3割負担	1割負担 所得を問わない
保険料	給付総額の10%部分を負担(個人単位) 応益(人数割)+応能(所得割) 原則として年金天引(特別徴収)	給付総額の50%部分を、第1号被保険者(個人単位)・第2号被保険者の人数比按分で負担 第1号被保険者負担割合19%(H18.4~) 原則として年金天引(特別徴収)
財源構成	給付総額について 公費50%(国4:都道府県1:市町村1) 支援金40%(各医療保険者) 保険料10%(後期高齢者)	給付総額について 公費50%(国4:都道府県1:市町村1) 保険料50%(第1号19%、第2号31%)
報酬(評価)	後期高齢者診療報酬 制度創設と同時に新規設定(H20.4~)	介護報酬 主に1日または1回あたりの包括評価

(資料) 社会保障審議会資料等よりニッセイ基礎研究所が作成

齢者は、保険料負担者として財政構成に明確に組み込まれ、それが拡大していく可能性があること、後期高齢者診療報酬の設定次第では特に慢性期の保険給付水準に制限がかかる可能性があることに直面する。そのことは、本来ならば手厚い医療制度によって支えられる側となるはずの後期高齢者が、負担増に対して自らの「財力」をもって、また、給付減に対して自らの「体力」をもって、新制度を支えていく側に回らなければならないことを意味する。

老人保健制度から後期高齢者医療制度への移行は、実質的（直近の負担や給付）に変更がなくても、形式的（制度の仕組み）に大きな変更があることは紛れもない事実である。とすれば、次の制度改正・報酬改定において行われんとすることをある程度予測しながら議論の推移を見ていかなければならない。

そして、さらに“その先”を見れば、後期高齢者医療制度が介護保険制度との統合をステップとして社会保障政策のゴールとも言える、「高齢者保険制度（仮称）」に向けて一步踏み出したと考えられるのではないだろうか。

「都道府県を保険者」として、「満75歳以上の高齢者被保険者」が、「年金天引の保険料負担」で、「看護・介護の必要度に応じた有限の医療・介護給付」を受ける。 次の診療報酬・介護報酬の同時改定が行われる2012年4月、そのような新制度が創設されるかもしれない。

<参考文献>

- 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資料」2006.10～2007.7
- 厚生労働省「全国老人医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料」2007.8.6

参考 高齢者の医療の確保に関する法律（目次）

第1章 総則
第2章 医療費適正化の推進
第3章 前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整
第4章 後期高齢者医療制度
第1節 総則
第2節 被保険者
第3節 後期高齢者医療給付
第4節 費用等
第5節 保健事業
第6節 後期高齢者医療診療報酬審査委員会
第7節 審査請求
第8節 保険事業等に関する援助等
第9節 雑則
第5章 社会保険診療報酬支払基金の高齢者医療制度関係業務
第6章 国民健康保険団体連合会の高齢者医療関連業務
第7章 雑則
第8章 罰則

（資料）社会保障審議会資料よりニッセイ基礎研究所が作成

-
- （注1）健保組合等の一般医療保険の保険者が、老人医療費の一部（給付部分の50%）について、全加入者の人口比按分で費用を負担（拠出）する仕組み。
 - （注2）老人医療にかかる給付を年間一定額に設定（総枠管理）して費用の伸び率を管理するもの。超過給付があれば、診療報酬の減額等の方法で翌年の費用総額から差し引く等が検討されていた。
 - （注3）医療機関等に通って行うリハビリテーション。介護保険制度では通所リハビリテーションという。
 - （注4）介護給付費の50%の保険料負担部分のうち、第1号被保険者（満65歳以上）が19%を負担（図表 - 4参照）。