

後期高齢者医療制度の諸問題と透析医療

山川智之*^{1,2} 藤田 譲*² 前川雄輔*²

*1 日本透析医会 *2 仁真会白鷺病院

key words : 医療制度改革, 保険料, 自己負担, 医療保険, 包括化

要 旨

2008年4月にスタートした後期高齢者医療制度は、財政上の問題で老人保健制度を改編し、75歳以上の後期高齢者を一つの医療保険制度にまとめたものである。財政上の帳尻あわせの要素が強い本制度は、政治、行政の対応の悪さもあり施行直後から強い批判を浴びている。現時点では、74歳以下の医療と区別はしないとされているが、本質的に75歳以上の医療を制限しようという意図が感じられる制度設計であり、今後の行政の動きには注意を払う必要がある。

1 高齢者医療制度の歴史

日本の医療保険制度は戦後の復興とともに整備され、1961年には全国民の公的保険制度への加入（国民皆保険）が達成された。国民皆保険は、国民に対して平等に医療サービスを提供する上での大きな成果であったが、この国民皆保険達成後も、医療保険毎の財政状況は大きく異なっていたため、加入している医療保険制度によるサービス内容には大きな差があった。特に高齢者の加入者が多い国民健康保険（国保）においては自己負担率が高かったため、受診に支障をきたすというような問題があった。

1973年、高齢者福祉を充実させようという時代の風潮の中、老人福祉法の一部を改正し70歳以上の高

齢者に対し医療保険の自己負担分に公費を支出することで、老人医療費が無料化された。当時は高度成長期で豊富な税収があったため可能な施策であったが（ちなみに透析治療に更生医療が適用され、大幅に自己負担が軽減されたのは1972年で同時期である）、これにより老人医療費は急激に増大し、各医療保険の財政を圧迫、結果として国家財政をも圧迫し、石油ショックによる財政悪化とも相まって、老人医療費見直しを図らざるをえなくなった。また依然として医療保険制度間の財政格差は大きな問題であった。

そこで行き過ぎた受診を防ぐとともに、世代間の負担の公平化を図る目的で、1982年に老人保健法が成立し1983年2月に施行された。対象は70歳以上および65歳以上で一定の障害（透析を要する慢性腎不全を含む）があると認定をうけた高齢者で、受診する際の定額負担を新たに導入するとともに、新たに各保険者から老人保健制度に拠出金を支出する仕組みが創設され、全体の70%を各保険者が負担、残りを国と各自治体が負担することになった。保険者からの拠出金は、高齢者の比率を調整した上で負担することになり、これにより保険制度間での財政の不均衡はある程度は是正されることになった。

施行当時の高齢者の自己負担は外来1カ月400円、入院1日300円（2カ月限度）であったが、その後、老人医療費の急増による保険者財政悪化を理由に、自

己負担の金額は増え続け、2001年1月には1割の定率負担が導入された。

2 後期高齢者医療制度創設以前の医療保険制度の状況と問題点

後期高齢者医療制度施行以前の公的医療保険制度は、大きく分けると職域を基にした被用者保険と、居住地(市町村)を基にした国民健康保険(国保)の二本立てであった(表1)。被用者保険の中で大きいのは、民間企業の従業員で構成される健康保険で、これには政府管掌健康保険(政管健保)、組管管掌健康保険(組合健保)がある。政管健保は健康保険組合が設立されていない中小企業などで働く従業員が中心に加入しており、全国にわたって国が単一の保険者となっており、運営は社会保険庁が行っている。一方、組合健保は単一あるいは同種同業の企業で構成される独自の健康保険組合が保険者として運営し、その従業員が加入している。また、国家・地方公務員、私立学校教職員などが職域ごとに加入している共済組合も被用者保険に含まれる。

国民健康保険は、自営業者や農業者、年金生活者など、被用者保険に加入していない者を対象とするもので、医師、弁護士等といった職種別に組合を組織する国民健康保険組合(国保組合)と、被用者保険・国保組合に加入していない者すべてを対象とする市町村単位で運営する国民健康保険(市町村国保)がある。

このようにきわめて複雑な体系によって国民皆保険

が成立しているが、全国で4,000近くある保険者の財政状況は様々である。保険者の財政力は、加入者の年齢と平均所得によって大きく影響を受ける。高齢者は疾病率が高く医療費が高いため、高齢者比率の高い保険者は財政状況が厳しい。働き盛りの加入者が多い被用者保険においては、加入者の平均年齢は低く、一方被用者保険の加入者は退職後市町村国保に加入するため、国保の高齢者比率は高い。ちなみにそれぞれの医療保険加入者の平均年齢は2004年現在で、政管健保37.2歳、組合健保34.2歳、市町村国保53.7歳と大きな差がある¹⁾。

各保険者間の財政力には大きな格差があるにもかかわらず、現在保険者による給付率は同じであり受ける医療の内容も同じである。これは保険者間で財政調整がなされているからである。具体的には、まず財政の脆弱な保険者には多くの税金が投入されている。財政力の弱い市町村国保は給付費の約43%が国庫負担であるのに対し、政管健保では13%、組合健保ではほとんどゼロである¹⁾。また、前述の老人保健制度に対する拠出金においては、高齢者の加入割合が低い被用者保険ではより多い負担が求められた。さらに被用者保険加入者が退職後市町村国保に加入してからも、被用者保険の財源で医療費を負担する退職者医療制度も、保険者間の財政調整のための制度である。

このような保険者間の財政調整をもってしても、高齢者、低所得者を多く抱える市町村国保は構造的に赤字であり、保険料収納率の低下もあって厳しい財政状

表1 現行の医療保険制度の概要

制度名		保険者	被保険者	保険者数 ^(注)	
被用者保険	(狭義の)健康保険	政府管掌健康保険(政管健保)	政府(社会保険庁)	中小企業の被用者	1
		組管管掌健康保険(組合健保)	各健康保険組合	大企業の被用者	1,584
	船員保険	政府(社会保険庁)	船舶の船員	1	
	共済組合	各共済組合	国家・地方公務員・私立学校教職員など	76	
国民健康保険		市町村	自営業者、農業者など	2,531	
		国民健康保険組合	一部の同業者による組合の組合員	166	
後期高齢者医療		後期高齢者医療広域連合	75歳以上の後期高齢者及び65歳以上の一部障害者	47	

(注) 保険者数は2004年末現在¹⁾。ただし後期高齢者医療のみ2008年4月現在。

況が続いている。被用者保険は健全な財政の保険者もあるものの、昨今の景気低迷により健保組合間でも財政格差が生じている。また老人医療費高騰による老人保健制度への拠出金の増額に対しては、健保組合の保険料を雇用者も負担していることから、労働者団体だけでなく経済界からも不満が強かった。

このように高齢者医療制度をどのように再構築するか、という問題においては、①高齢者比率の増加につれて現役世代の負担が増え続け、世代間の不公平感といていい状態が生じていること、②保険者によって

財政状況が大きく異なるため、保険者間の利害の隔たりが大きい、という二つの「負担と受益の不均衡」が存在し、これらをどのように調整するかが大きな鍵であった。

3 医療保険制度改革の論点

1990年初頭のバブル崩壊による日本経済の景気後退によって国の税収は低下し、景気対策の不調もあり国家財政は1990年代に急激に悪化した。また高齢化の進展、医療技術の進歩によって、高齢者医療費は高

表2 高齢者医療制度見直し案

	(1) 独立保険方式	(2) 突き抜け方式
内容	全ての高齢者を対象として、各医療保険制度から独立した高齢者医療制度を設ける。	被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、その医療費を被用者保険グループ全体で支える仕組みを設ける。
イメージ図	<p>高齢者医療を一部負担(5%)、保険料(5%)及び公費(90%)で賄う案 高齢者医療を保険料、公費及び若年世代支援で賄う案</p>	<p>(現行制度) 被用者保険OBが加入する新たな保険者</p>
主なねらい	<ul style="list-style-type: none"> 独立した保険者を創設し、財政責任の明確化を図るとともに、給付と負担の関係についてわかりやすい仕組みとする。 すべての高齢者を独立保険制度の対象とすることにより、共通のルールの下に応分の保険料負担を求める。 	<ul style="list-style-type: none"> 被用者保険OBを対象とする新たな保険者の創設により、被用者が退職後、市町村国保に移行しないようにし、市町村国保に高齢者が集中しない仕組みとする。
	(3) 年齢リスク構造調整方式	(4) 一本化方式
内容	現行の保険者を前提とし、保険者の責によらない加入者の年齢構成の違いによって生じる各保険者の医療費支出の相違を調整し、保険者間の負担の不均衡を調整する。	現行の医療保険制度を一本化し、被用者保険か否か、高齢者か若年者かで区別せず、すべての者を対象とする新たな医療保険制度を設ける。
イメージ図	<p>年齢リスク構造調整のイメージ (年齢調整後)</p>	<p>高齢者 新保険制度 若年者</p>
主なねらい	<ul style="list-style-type: none"> 個別保険者の努力では回避できない加入者の年齢構成の相違による負担の不均衡を是正する。 各保険者の医療費適正化の取り組みなど保険者機能を維持しつつ、拠出金・交付金の仕組みを通じて負担の公平化を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 給付と負担の両面で公平を図り、各保険者の努力では回避できない所得格差や年齢格差等を含め、被用者保険と国保の制度格差を是正する。

文献5を一部改変。

騰、低迷する経済状況を反映した保険料収入の伸び悩みもあって、各保険者の財政は悪化した。これに対し老人医療も含めて患者負担率を増やすことで給付の抑制を図ったが抜本的な解決にはならず、国庫・自治体財政負担が増加していく状況で、老人医療のあり方を中心に医療制度の抜本改革を求める機運は1990年代半ばから高まった。

日本医師会（日医）は1997年に「医療構造改革構想」の中ではじめて老人医療保険制度の創設を提言し²⁾、その後75歳以上の高齢者を対象に、9割の公費負担によって運営する、社会保障原理の色彩が強い独立した保険制度を提唱した³⁾。また財界団体、各保険者団体や労働者団体などがそれぞれの立場で、高齢者医療制度の改革案を提唱し、1999年には医療保険福祉審議会が報告書の中で、日医の案も含めて、①独立保険方式、②突き抜け方式、③年齢リスク構造調整方式、④一本化方式の四つの案としてまとめられ検討された（表2）^{4, 5)}。

① 独立保険方式

高齢者だけの保険制度を創設する案で、この場合年齢の区切りによって若干は変わるものの、基本的には年金生活者の多い世代であり医療費に見合った保険料を徴収するのは不可能である。このため被保険者が保険料を払って自らのリスクに備えるという保険の基本的な原理は成立せず、公費の投入は不可避である。この方式は日医と財界の一部が主張していたが、高齢者医療の財政を安定させ医療の質を確保しようという考えの日医と、高齢者医療を分離し医療費を抑制することで、健保組合の保険料負担を抑えようという考えの財界の利害はまったく異なる。

② 突き抜け方式

退職後に低所得になってから国保に移行するのが問題であるとして、被用者保険のOBのみを対象とする新たな高齢者保険制度を創設し、被用者保険グループでその医療費を支えとするもので、健保組合などがこの案を支持していた。この案では国保の財政が逼迫することは必至であり、財政調整なしには成立し難しいという問題があった。

③ 年齢リスク構造調整方式

保険者ごとの年齢構成の違いによって生じる医療費支出の相違を調整して、高齢者が多い保険を低年齢層の多い保険者が援助するという方式で、一部の学識者

が主張する論理的な案であったが、被用者保険が国保を援助するという構造は変わらず、被用者保険グループの理解を得がたい案であった。

④ 一本化方式

高齢者と若年者で区別せず、被用者保険か否かを問わず、医療保険を一つにまとめる案で、国保中央会や地方自治体が主張していた。被用者保険に加入しているサラリーマンと国保に加入する自営業者では、所得が捕捉されている割合が違うことや、4,000近くある保険者を一本化する具体的な手順においてハードルが高いことが問題とされた。

4 後期高齢者医療制度成立までの経緯

2001年4月小泉純一郎が第87代内閣総理大臣に就任、その後5年半続くことになる小泉内閣が発足した。小泉内閣は医療制度改革を政権公約として、医療費削減と医療保険制度の財政的強化を中心とした政策を強力に推し進めた。高齢者医療制度関連では、まず小泉内閣主導で2001年11月にまとめられた医療制度改革大綱の中で、75歳以上の高齢者を対象にした新しい高齢者医療制度（独立保険方式）を創設することが明言された⁶⁾。2002年7月、被用者保険の自己負担を2割から3割にすることなどを主とした医療制度改革関連法案が成立したが、この法案の附則に新たな高齢者医療制度の創設などについての基本方針を2002年度中に策定する等の内容が盛り込まれ、その方針に沿って、老人健康保険の対象年齢が段階的に70歳から75歳に引き上げられるとともに、公費負担も段階的に3割から5割に引き上げられた。また同時に現役並み所得者の自己負担が2割に引き上げられた。

2003年3月、「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」が閣議決定され、この中で75歳以上の後期高齢者が加入し、保険料、国保・被用者保険からの支援および公費によって賄う新たな保険制度を設け、2008年への実施を目標にすることが謳われた⁷⁾。その後、高齢者の患者負担や後期高齢者医療制度の運営主体の在り方などを中心に政府・与党内での論議が重ねられ、2005年12月に政府・与党医療改革協議会がとりまとめた「医療制度改革大綱」で、都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が運営し、公費5割、現役世代からの支援4割、高齢者からの保険料1割を財源とする現行の制度の枠組みが実質的に決

まった⁸⁾。

2006年2月には、いわゆる医療制度改革法案の一つとして「健康保険法等の一部を改正する法律案」が国会に提出され、同年6月与党の賛成多数で成立した。この法律により、老人保健制度が創設された時に制定された老人保健法が、2008年4月に「高齢者の医療の確保に関する法律」に改称され、後期高齢者医療制度が創設されることが決まった。

成立に至る審議過程において、「後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を2006年度中を目途にとりまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること」という付帯決議がなされた。これをふまえて「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」において、2007年4月「後期高齢者医療の在り方に関する基本的な考え方」がとりまとめられ⁹⁾、パブリックコメントを実施後、同年10月に「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」がまとめられた¹⁰⁾。

この中では、後期高齢者に対する医療は、74歳以下に提供する医療と大きく変わるものではないことが明示される一方、後期高齢者を総合的に診る主治医に対する評価の必要性が謳われた。この「主治医」が患者ごとの登録制度になることで、事実上のフリーアクセス制限につながるものという懸念が示され大きな議論になった。結果、厚生労働省（厚労省）の担当者よ

り将来的な含みは持たせたものの、現状では登録制としない方針が示された。

5 後期高齢者医療制度の概要

後期高齢者医療制度の最も大きな目的は、高齢化が急速に進行し今後未曾有の高齢化社会を迎えようという状況で、これまでの制度では、現役世代の負担が過重となり世代間の不公平が生じるとして、後期高齢者を現役世代の保険から分離し保険料を負担してもらい、現役世代と高齢者の負担状況を明確化することにある、という。加えてこれまで市町村単位と小規模で運営されていた老人保健制度の運営母体を、全市町村が加入する都道府県の広域連合とすることで財政基盤の安定化を目指した。老人保健制度との主な相違については表3に示す。

後期高齢者医療制度の運営の財源は、公費が約5割、現役世代の保険料による後期高齢者支援金が約4割、高齢者からの保険料が約1割で、後期高齢者支援金は被保険者の人数に応じて、各医療保険の保険者から交付される（図1¹¹⁾。なお、後期高齢者医療制度と同じく2008年4月から始まる「特定健診・特定保健指導」が、40～74歳の医療保険加入者に対し実施するよう各保険者に義務づけられたが、この実施の達成状況によって、2012年から各保険者が拠出する後期高齢者支援金が±10%の範囲で加算・減算されることが決まっている。

対象となる被保険者は75歳以上の全員および65歳

表3 老人保健制度と後期高齢者医療制度の相違

	老人保健制度	後期高齢者医療制度
運営主体	市町村	後期高齢者医療広域連合 (保険料の徴収及び窓口業務のみ市町村が担当)
被保険者	75歳以上の者 65～74歳の一定以上の障害を有する者	75歳以上の者 65～74歳の一定以上の障害を有する者
保険料	各医療保険制度の保険料を負担 被用者保険の被扶養者は保険料の負担なし	原則、全被保険者が患者負担を除く、総医療費の1割を保険料として負担
患者負担	75歳以上は原則1割（高所得者は3割） 透析患者は月1万（高所得者は2万）	75歳以上は原則1割（高所得者は3割） 透析患者は月1万（高所得者は2万）
財源構成	公費：5割（国4/6、都道府県1/6、市町村1/6） 老人保健拠出金（国保・被用者保険）：5割	公費：5割（国4/6、都道府県1/6、市町村1/6） 後期高齢者支援金（国保・被用者保険）：4割 高齢者の保険料：1割
保険証など	老人保健医療受給者証 国民健康保険、健康保険組合などの保険者証 (透析患者は加えて特定疾病療養受領証)	後期高齢者医療制度被保険者証 (透析患者は加えて特定疾病療養受領証)
根拠となる法律	老人保健法、健康保険法	高齢者の医療の確保に関する法律

【全市町村が加入する広域連合】

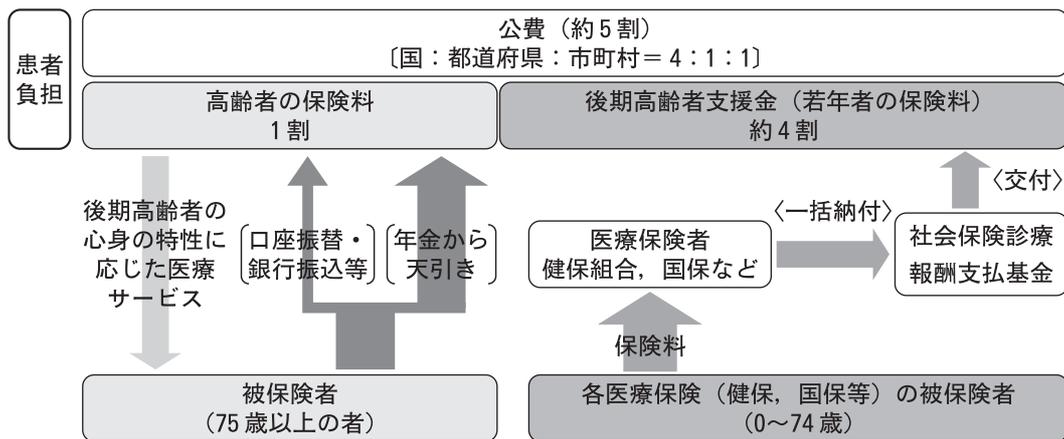


図1 後期高齢者医療制度の運営の仕組み
(文献11を一部改変)

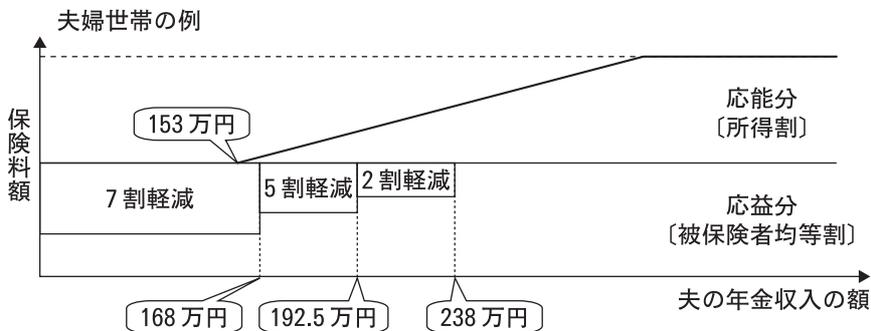


図2 収入と保険料の関係

～74歳で広域連合が認定した「一定の障害」がある方で、この「一定の障害」とは、障害年金2級以上、身体障害者手帳3級以上などが条件であり、透析患者を含む。75歳以上の場合は加入は必須であるが、65～74歳の「一定の障害」を持つ方は、障害認定申請を撤回することで後期高齢者医療制度に加入しないという選択が可能である。

ただし2008年5月現在、10道県（北海道、青森、山形、茨城、栃木、富山、愛知、山口、徳島、福岡）で医療保険の自己負担分を補助する障害者医療助成に後期高齢者医療制度加入を義務づけている¹²⁾。これらの道県においては65～74歳の透析患者が既存の医療保険を選択した場合、道県単位の助成は適用されず、自己負担は「特定疾病にかかる特例」における1レセプトごとの自己負担限度額である、月10,000円（高額所得者については月20,000円）となる。これは後期高齢者医療制度のほうが自治体負担が少ないための対応で、厚労省は都道府県単位の助成事業は自治体の裁量に任せるもので、加入を義務づけるかどうかは各

都道府県の自由であるとしている。しかし、本来制度上保障されている後期高齢者医療制度への加入の選択権を65～74歳の透析患者から奪うものとして、全国腎臓病協議会などの患者団体は各道県に対し撤回への働きかけを続けている¹³⁾。

後期高齢者医療制度では、保険料を被保険者が一人一人負担することになった。保険料は被保険者が均等に負担する「応益分（均等割）」と所得に応じて負担する「応能分（所得割）」の合計で、年50万円の上限がある一方、低所得者は保険料の「応益分」が所得に応じて3段階で軽減される。年金収入のみの夫婦世帯の場合、収入と軽減率の関係は図2のようになる。

また後期高齢者医療制度には国保と同様、被扶養者という制度はなく、一人一人が被保険者本人として加入することになるため、これまで保険料の負担がなかった被用者保険（健康保険、共済組合）の被扶養者も、後期高齢者保険の被保険者になると、保険料の負担が生じる。このような方については、激変緩和措置として、後期高齢者医療制度に加入してから2年間につい

ては、保険料のうち「所得割」についての負担はなく、被保険者均等割は5割軽減される。さらに福田内閣の政治判断で、2008年4月から9月までの6カ月間は保険料が無料で、同年10月から2009年3月までの6カ月間については保険料が被保険者均等割を9割軽減された額とする時限措置が加わった。保険料は原則年金から天引きされる。ただし年額18万円未満の場合、介護保険料と合わせた保険料額が年金額の1/2を超える場合には、年金からの徴収は行われず、口座振替等の方法による納付となる。

医療機関受診時には、原則1割負担で、課税所得145万円以上の現役並み所得者については3割負担となる。収入による月ごとの自己負担限度額が定められており、さらに高額医療・高額介護合算制度により年額の上限額が定められている。なお、前期高齢者である70～74歳については一旦原則2割負担になることが決まったが、政治判断で2008年4月から2009年3月までは経過措置として現行どおりの1割負担に据置きとなった。

6 後期高齢者医療制度の診療報酬と透析医療

前述のように、2007年10月にまとめられた「後期高齢者医療の診療報酬の骨子」の中で、74歳以下に

提供する医療と大きく変わるものでないことが明示され、後期高齢者医療制度の診療報酬は、ほとんどの医療行為等についてはほかの医療保険と同じ点数となった。透析関連の診療報酬もすべて74歳以下の保険制度と同じ点数である。

また、高額な治療を著しく長期間にわたり要する透析および血友病、抗ウイルス剤を投与中のAIDS患者について、1レセプトごとの自己負担限度額は月10,000円（高額所得者については月20,000円）とする「特定疾病にかかる特例」も同様に適用され、後期高齢者医療制度加入の透析患者は申請することで「後期高齢者医療特定疾病療養受療証」が交付される。

「高齢者の心身の特性にふさわしい診療報酬」として整備された後期高齢者医療独自の診療報酬としては表4のようなものがある。「後期高齢者診療料」はいわゆる「高齢者担当医」に対する診療報酬であり、原則診療所のみが算定可能で、算定の条件として医師が所定の研修を受ける必要がある。検査・画像診断・処置料のほか、「特定疾患療養管理料」が含まれ、月600点（＝6,000円）で包括される。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断および処置のうち、550点以上の項目については別途算定できる。また、後期高齢者診療料を診療所が算定した場合、ほか

表4 後期高齢者医療独自の診療報酬

	診療報酬名	点数	備考
入院関係	後期高齢者総合評価加算	50点（入院中1回）	基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等についての総合的な機能評価と患者及び家族等へ説明した場合
	後期高齢者退院調整加算	100点（退院時1回）	退院困難な後期高齢者に対して退院支援のための計画を策定した場合
	後期高齢者退院時薬剤情報提供料	100点（退院日1回）	入院中に使用した主な薬剤、副作用を発現した薬剤に関する情報の「お薬手帳」等へ記載した場合
	後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	180点（退院日1回）	低栄養状態にある患者に対する管理栄養士の退院後の栄養・食事管理について概ね15分以上指導した場合
高齢者担当医関係	後期高齢者診療料	600点（月1回） ^(注1)	特定の慢性疾患 ^(注2) を主病とするものに対して、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、診療計画を定期的に策定、計画的な医学管理の下に指導及び診療を行った場合
	後期高齢者外来継続指導料	200点（退院後1回目）	後期高齢者診療料算定患者が他医療機関に入院し、退院後入院前の主治医の外来に継続して通院した場合
	後期高齢者外来患者緊急入院診療加算	500点（入院初日）	後期高齢者診療料算定患者が病状の急変等に伴いあらかじめ定められた病院に入院し診療情報を交換した場合
終末期医療関係	後期高齢者終末期相談支援料	200点（1回に限る）	終末期における診療方針等について、看護師と共同し患者及び家族と十分に話し合い、内容を文書等で提供した場合

(注1) 主病の診療を行う1つの医療機関においてのみ算定可能。

(注2) 特定の慢性疾患：糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎

の施設では特定疾患療養管理料などを算定することはできない。

なお外来透析患者の場合、検査料が包括された慢性維持透析患者外来医学管理料と後期高齢者診療料は併算定できず、前者のほうが点数がはるかに高い(2,305点)ため、診療所であっても外来透析患者に後期高齢者診療料を算定することは事実上できない。

7 後期高齢者医療制度の諸問題

前述のとおり、後期高齢者医療制度は2006年6月に国会で法案が成立し創設が決まったが、成立の時点では、前年郵政民営化の是非で争われたいわゆる「郵政選挙」で小泉自民党が圧勝し、与党が衆議院で2/3以上の絶対多数を占めた状況の中で、国民的議論はほとんどなく、その内容についても当の高齢者を含めてほとんど周知されなかった。

法律成立から2008年4月の施行まで約2年の期間があったが、制度の詳細が定められたのは、施行まで半年を切ってからであり、さらに前述のように政治判断による保険料の凍結などを決めたことも準備の遅れに拍車をかけた。また旧制度の保険証から後期高齢者医療制度に切り替わるため、広域連合から3月中に各被保険者に対し、市町村を通じて「転送不要」の配達記録郵便で送付したが、届け出なく転居したり周知不足で誤って捨てたりした人などが多数に上り、施行開始となった2008年4月に入って早々に、厚労省は新しい保険証がなくても受診できるよう通知を出した。

また「後期高齢者」とは当の高齢者に失礼という批判があるとして、施行初日に福田首相の指示で通称として「長寿医療制度」を用いることになった。この対応については制度の周知も十分でない状況で、名称が混在することになりかえって混乱を与えかねないとして批判された。

後期高齢者医療制度の保険料は、徴収におけるコストを軽減し、支払う側の手間を省くため、として年金からの天引きとなったが、年金記録不備問題の対応がすすまない中で年金からの天引きはいかかなものか、という批判も上がった。ただしこの批判については、保険料を払う義務が制度上あり、介護保険の保険料はすでに年金からの天引きとなっている現状で、後期高齢者医療制度の保険料だけ年金からの天引きが不適切とするにはいささか無理がある。

ともあれ、新たに保険料の負担が加わる事に対する不満、不安に加え、上記のような対応の拙さ、さらに早々に見直し論が出た事に対する不信感などから、後期高齢者医療制度は非難囂々のスタートとなった。

施行開始時の混乱は一時的でいずれは収束するものであり、現時点でのマスコミや野党の批判的論調にも外的外れなものは少なからずあるが、それを差し引いても後期高齢者医療制度には看過できない問題点がいくつかある。

1) 後期高齢者における保険料負担能力の問題

および、保険料負担のコンセンサス不足

後期高齢者医療制度は、今後高齢者人口が増える一方で現役世代人口が減少し、既存の老人保健制度では今後高齢者医療が破綻する可能性が高いという問題意識の中で、これまで老人保健制度の中では不明確であった現役世代と高齢者の保険料の負担状況を明確にして、高騰する高齢者医療費を受益者である後期高齢者自身にも支えてもらおう、という意図がある。しかし、後期高齢者で十分な収入があり生活費に余裕がある人は必ずしも多くない。そこに敢えて保険料の負担を科するわけであるから、本来であれば政治家が、将来を見据えて高齢者医療の維持のために、と国民にお願いするのが筋であるが、2007年参議院選挙を控えていた状況でそのような説明が十分になされなかった。さらに与党が参議院選挙で敗北し、行政改革の機運はさらに削がれ、新たな保険料負担の凍結など、問題の先送りが平然となされるようになった。

後期高齢者医療制度では、高齢者比率が上昇するにつれて、現役世代の一人あたりの負担が大きくなることから、この現役世代一人あたりの負担の増加を、後期高齢者と現役世代とで半分ずつ負担するよう、後期高齢者の保険料の負担割合について、現役世代人口減少率の1/2の割合で引き上げ、現役世代の後期高齢者支援金の負担率は引き下げる予定である。これにより、試算では一人あたり後期高齢者の年間保険料は、2008年度の61,000円から2015年度には85,000円になるとしている¹⁴⁾。しかしながら、年金記録や道路特定財源などの問題で政治行政不信が高まっており、これらの問題を与党の失策として攻撃している野党との関係もあって、予定どおり保険料の増額を実行できるかどうかは甚だ疑わしいと言わざるをえない。

後期高齢者医療制度は高齢者医療の財源をどうするか、という問題意識の中で制度設計されたものであるから、高齢者の保険料を上げていくという前提が崩れれば、ほかから補填するか、出費を抑える（＝高齢者の医療費抑制）しかない。補填するとすれば、国保、健康保険などの現役世代の保険者からの支援金を増やすか公費投入を増やすか、のいずれかであるが、政治判断で保険料を上げないとすれば、現役世代の保険者からの支援金で穴埋めするのは筋が通らないので公費を増やすことになる。そうなると財務省の後期高齢者医療制度に対する発言権は強くなり、財政均衡論による医療費削減の圧力が一層強くなることが予想される。

2) 実態に合わない高齢者担当医のシステムと医療関係者の不支持

日本医師会は以前からかかりつけ医機能の充実と支援を基本政策の一つに掲げてきた。一方、2007年に厚労省は「総合医」構想を打ち出した。その内容は、患者が在宅主治医を選び、総合的な診療に対処できる医師を「総合科医」として認定し、在宅主治医として初期診療にあたらせる、というものである。初期診療を受ける医療施設を事実上限定する「総合医」構想は、総合的な診療を専門とする医師を養成するシステムがなく、本来の意味での「総合医」がほとんどいない状況では絵に描いた餅であり、患者の受診機会を制限するための方便と言われても仕方のないものであった。

さらに、後期高齢者医療制度の診療報酬をどうするかという議論の中で、複数の医療機関の受診を抑制させて医療費の削減を図る目的で、かかりつけ医をベースに包括払いと登録制の採用の提案が主に保険者からなされた。登録制は受診機会を大きく制限するものとして日医を中心に反対する意見があり、後期高齢者医療制度におけるかかりつけ医（高齢者担当医）では、現時点で登録制とはしないことが厚労省の担当者から示され、「総合医」についても今後の検討課題としてトーンダウンすることになったが、将来に渡って登録制としないことを約束したのではなく、多くの医療関係者にこの制度に対する大きな不信感を産んだ。

さらに、特定の慢性疾患を主病とする後期高齢者に対して、医学管理等、検査、画像診断、処置が包括された後期高齢者診療料が月600点と、手間とコストを考えれば安すぎる点数が設定されたことが反発に輪を

かけることになった。また本来複数の疾患を有することの多い高齢者に対して、複数の疾患から一つだけの疾病を選び主病とする原則を、後期高齢者診療料では徹底したため、他の医療機関で別の疾病を治療する場合にも特定疾患療養管理料が請求できない、という点も批判された。

以上のような点を問題として、後期高齢者診療料の算定をしないよう会員に呼びかけている府県医師会もある。これに対し厚労省は、現状の後期高齢者診療料について、患者は自由意志で医療機関を選択でき、高齢者担当医となるかどうかは患者の自由であること、後期高齢者診療料に該当する主病であっても、従来通りの出来高での算定を続けることも可能であること、などを説明している。しかし厚労省の説明は、将来登録制に移行するのではないか、という懸念に対する答えにはなっておらず、現状では、このような懸念が解消されない限り、患者の権利を侵害する制度として医療関係者の反対は続くものと思われる。

3) 後期高齢者に限定した医療費削減政策がとられる可能性

前述のように、後期高齢者医療制度の診療報酬に関する議論の結果、74歳以下の受ける医療とは基本的に変わらないとされ、それぞれの診療行為について74歳以下と75歳以上で診療報酬は同一となった。しかしながら、今後後期高齢者に対する保険料負担増加の理解が得られず、低所得者へのさらなる軽減措置がとられることになれば、国庫負担は増えることになる。そうなった場合、財政均衡論によって後期高齢者に限定した医療費削減政策がとられる可能性は高い。その場合、まずかかりつけ医の登録制のようなアクセス制限を加えることが予想されるが、74歳以下の診療報酬より低い点数を設定する可能性も否定はできない。

8 おわりに

以上、後期高齢者医療制度の概要を解説した。後期高齢者医療制度は、財政上の理由で老人保健制度を改編したものであり、理念に欠ける、財政上の帳尻あわせの要素が強い制度と言わざるをえない。前述した制度上の諸問題から財政的に行き詰まり、早期に見直しが必要となる可能性は高いと思われる。とはいえ高齢者人口が増加し、高齢者医療費の負担がこれまで以上

に国民全体にのしかかってくる現実の中で、今後、誰がどれだけ負担しどれだけのサービスを受けるのか、という「負担と給付」の議論は避けられないのも事実である。

一方、後期高齢者医療制度の透析医療に与える影響は、現時点では軽微に留まっている。しかし、これまで透析医療は高額医療の代表として医療費削減のターゲットとされてきたことから、今後、後期高齢者医療における医療費削減の対象となる可能性は少なからずあると考えなければいけない。透析医療に関わる医療関係者としては、透析医療は憲法 25 条が保障する生存権に基づく生命維持治療であり、高齢者といえどもそれは同じであるという理念を、患者とともに今後各方面に訴えていく必要があると思われる。

文 献

- 1) 厚生労働省：医療保険制度をめぐる現状と課題。平成 19 年版厚生労働白書；pp. 53-58, 2007.
- 2) 日本医師会：医療構造改革構想（第 1 版），1997. <http://www.med.or.jp/nichikara/koso528.html>
- 3) 日本医師会：医療構造改革構想，2001. <http://www.med.or.jp/nichikara/koso.pdf>
- 4) 厚生労働省医療保険福祉審議会制度企画部会：新たな高齢者医療制度のあり方について，1999. http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9908/s0813-1_17.html
- 5) 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局：医療制度改革の課題と視点，2001. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1.html>
- 6) 政府・与党社会保障改革協議会：医療制度改革大綱，2001. <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/1129syakai.html>
- 7) 厚生労働省：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（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），2003. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2a.html>
- 8) 政府・与党医療改革協議会：医療制度改革大綱，2005. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/taikou.pdf>
- 9) 厚生労働省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：後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方，2007. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0618-7g.pdf>
- 10) 厚生労働省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：後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子，2007. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1010-7a.pdf>
- 11) 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 IV 医療保険制度体系の見直し，2006. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/dl/s1005-4c.pdf>
- 12) MSN 産経ニュース：10 道県で新制度加入義務付け高齢障害者の医療費助成，2008 年 5 月 8 日付記事.
- 13) （社）全国腎臓病協議会：後期高齢者医療制度と診療報酬（後編）. ぜんじんきょう（226）；3-9，2008.
- 14) 厚生労働省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：後期高齢者医療制度の概要，2006. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/dl/s1005-4c.pdf>