

高齢者医療制度改革会議（第6回） 議事次第

平成22年5月17日（月）

17時20分～19時20分

厚生労働省 9F 省議室

（議 題）

有識者からのヒアリング

（資 料）

資料1：有識者提出資料

資料2：参考資料

資料3：各委員の主な意見の概要

資料4：新たな高齢者医療制度に係る地方公聴会の開催について

有識者 提出資料

(敬称略)

氏名	現職	提出資料
いちえん みつや 一圓 光彌	関西大学 政策創造学部教授	1-①
かとう ともゆき 加藤 智章	北海道大学大学院 法学研究科教授	1-②
せき ふさこ 関 ふ佐子	横浜国立大学大学院 国際社会科学研究科准教授	1-③
つちだ たけし 土田 武史	早稲田大学 商学部教授	1-④
やまさき やすひこ 山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部教授	1-⑤

「高齢者医療制度の改革について」

関西大学 一圓光彌

1 後期高齢者医療制度における問題点

- ・ 都道府県単位の広域連合が市町村国民健康保険なみの保険者機能を発揮できるまでには年月を要する。保健福祉をも担い、地域保険として実績のある市町村国保が保険者となることが望ましい。
- ・ 後期高齢者医療制度が別建てとなり、国民健康保険や健保組合の経営努力と高齢者の医療費との関係が切り離された。老人保健制度では、高齢者の健康維持と市町村国保の財政は深く関係していた。
- ・ 財政調整の仕組みが、65歳から74歳の人口と75歳以上の人口とで2段階となり複雑となった。

2 新たな制度のあり方

- ・ 制度の基本的枠組み

地域や職域の自立した保険者（市町村国保と健保組合）による保険運営を残す。

被用者保険の拠出金と国庫からなる財政調整基金を設け、基金が国保にリスク構造に応じて交付金を支払う。年齢に関係なく、退職者は地域保険（国民健康保険）に、被用者は被用者保険に加入する。

- ・ 運営主体のあり方

都道府県が運営主体となる場合も、できるだけ市町村国保の保険者機能を維持できるようにする。

市町村間の医療費の違いがその保険料の違いに反映できるようにする。

健保組合が果たしてきた保険者機能も強化し、組合方式の拡大を目指す。

- ・ 費用負担（公費、高齢者の保険料、現役世代の保険料、患者負担）のあり方

多様な保険組織を認めつつ皆保険を実施するには、給付と負担に関して公平な制度設計が不可欠である。市町村国保の保険料算定方式は段階的に標準化する。その上で市町村が保険料を決定できるようにする。年金生活者も若い世帯と同じ条件で保険料を払う。

被用者は、財政調整基金に報酬の一定比率で拠出金を支払う。

国は、財政調整基金に負担金を支払う。

財政調整基金は、市町村国保に対して、その被保険者のリスクに応じて補助する。

リスクには、高齢者等の高医療費に対する補助と低所得者に対する補助の2面がある。

2006年度の実績から財政調整基金の財源構成を推計すると、次の通りとなる。

被用者による報酬の2.9%の拠出金が5.5兆円程度、国庫負担が9.7兆円程度、計15.2兆円程度となる。

- ・ 給付、医療サービス等のあり方

患者負担は、若い人も含め、長期にわたって医療費がかかる場合の負担軽減策を強化する。

また、年齢で区切らず、低所得者の患者負担軽減策を充実する。

高齢者のための特別な制度としないようにし、必要な制度は一般的な制度とする。

3 新たな制度のあり方に関する4案に対する意見

- ・ 全年齢でリスク構造調整を行った上で、都道府県単位で一元化する案（池上案）

多数の保険者による皆保険には、保険者間で異なるリスクを調整することは不可欠である。

しかし、都道府県単位ですべての保険者の統合、一元化を目指すことは、得策ではないと考える。

- ・ 一定年齢以上の「別建て」保険方式を基本とする案（対馬案）

年齢で区切るとしたら、多くの人が退職して地域に生活の基盤を移すことになる65歳頃が最適である。

しかし、すでに存在する地域保険とは別の保険者を新たに設ける必要はないのではないか。

・突き抜け方式とする案（小島案）

同じ保険者が若年時から高齢時まで被保険者の保険者であり続けられれば、突き抜け方式が理想的である。

しかし、それができる人は限られているし、退職時で別の保険者に加入するのではこのメリットは生かされない。

・高齢者医療と市町村国民健康保険の一体的運営を図る案（宮武案）

地域で機能している国保が退職住民を受け入れる案は、保健福祉との連携も可能で、一番自然である。

しかし、国保の運営を都道府県化することで、市町村の保健事業などの取り組みが生かされなくなる心配がある。

図表

表 1 市町村国保の比較

表 2町の国民健康保険の比較 2007年度

	人口	被保険者	老健対象者	老人比率	保険料算定割合(%)				税率				老人医療費 (老健対象者1人当り)	1人当たり額			
					所得割	資産割	均等割	平等割	所得割	資産割	均等割	平等割		保険料	給付費国庫負担	老人医療費拠出金	収支差引残
A市	81,674	29,043	7,105	0.245	45.2	7.4	30.9	17.2	6.90%	19%	26500	26500	883,307	81,353	67,390	47,767	2,077
B市	90,016	36,297	9,737	0.268	47.0	10.2	29.7	13.1	6.99%	27%	26200	22100	692,761	72,807	58,522	33,723	8,321

(資料) 国民健康保険中央会編『平成20年度版国民健康保険の実態』2009年

	人口	被保険者	一人当たり保険料額	保険料総額 億円	一般被保険者数	老健対象者以外の医療費	一般医療費計 億円	老健対象者	老人一人当たり医療費	老人医療費計 億円	一般と老人の医療費 億円	保険料総額 億円	保険料以外の負担 億円
B市	90,016	36,297	72,807	26.43	20,081	218,669	43.91	9,737	692,761	67.45	111.37	26.43	84.94
合計	171,690	65,340		50.05	35,136		79.56	16,842		130.21	209.77	50.05	159.72

	1人あたり医療費	1人あたり	1人あたり	1人あたり
	老健対象外	老健対象	保険料	公費
A市	23.7万円	88.3万円	8.1万円	25.8万円
B市	21.9万円	69.3万円	7.3万円	23.4万円
A市-B市	1.8万円	19.0万円	0.8万円	2.4万円

表 2 制度間の1人あたり医療費の比較

表 制度別標準化医療費の変化

	1972年	1985-94年	2005年
組合	1.00		1.00
政管	1.12		1.30
国保	1.10		1.66
組合本人	1.00	1.00	1.00
政管本人	1.22	1.13	1.35
組合家族	1.00	1.00	1.00
政管家族	1.06	1.05	1.38

注)各時期の標準化医療費の計算方法は若干異なっている

図 1 組合方式による節約効果

図 組合方式によるコストの節約

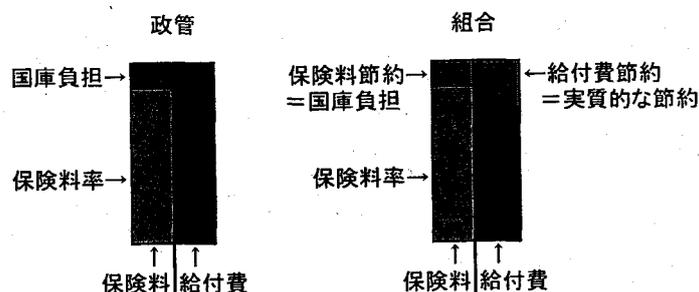


図2 国保世帯主の所得階級別累積分布

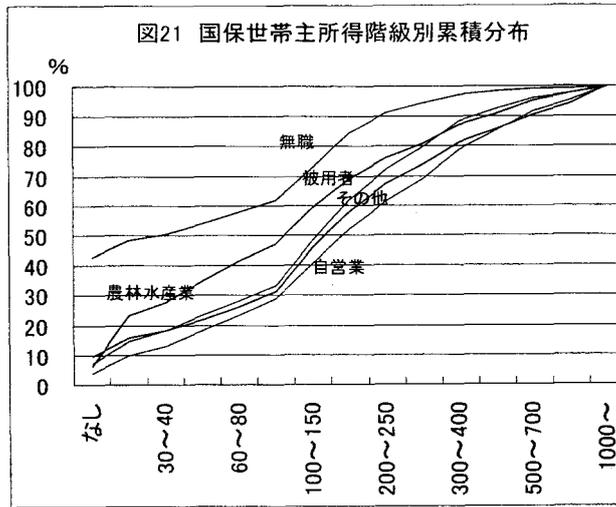


図3 国保世帯主と被用者保険の所得

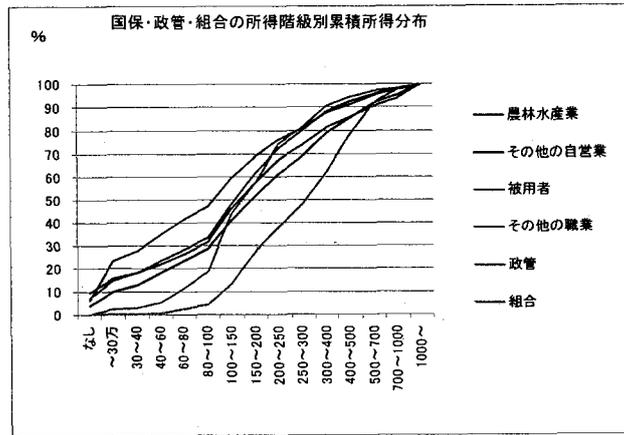
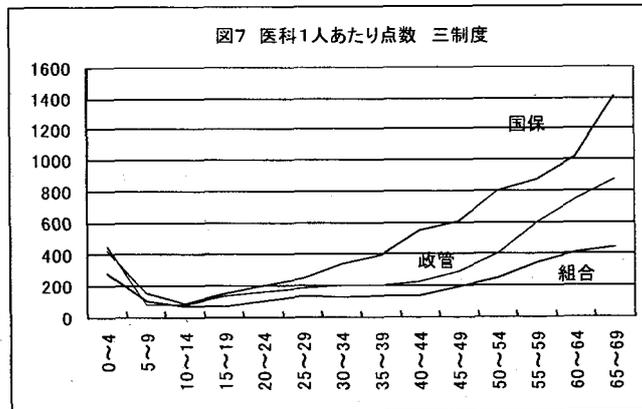


図4 保険制度別年齢階級別医療費 (-69才)



財政調整基金のイメージ

2006年度実績より推計

- ・被用者からの拠出金 5.5兆円程度 (報酬の2.9%の拠出金)
- ・国庫負担 9.7兆円程度
- ・基金計 15.2兆円程度

後期高齢者医療制度改革会議

北海道大学法学研究科
加藤智章

2010.5.17 厚生労働省

後期高齢者医療制度の評価

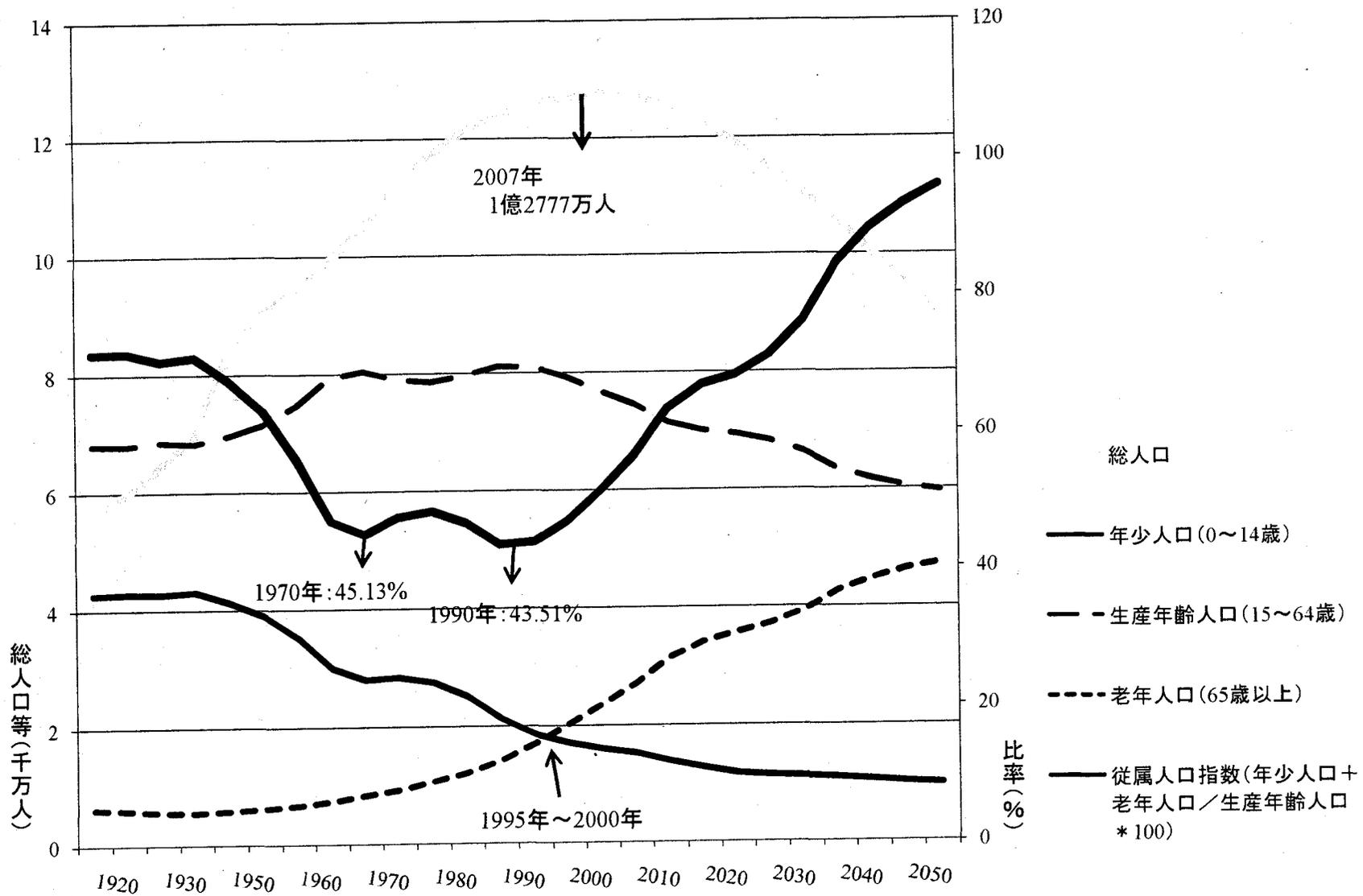
- ・後期高齢者自身、保険料を負担し、
保険者(広域連合)を設ける
→財政規律の手段を確保する道筋

後期高齢者医療制度の問題点

- → 被保険者の保険料負担が財源の1割
- → 保険者としての広域連合の機能
- → 広域連合の意思決定システム
- → 支援金・拠出金 ⇒ 保険料の租税化

留意すべき問題

- ◆ ①総人口減少・少子高齢化
→従属人口指数の伸び
- ◆ ②市町村国保に顕著な問題
→無職者＋非正社員？の増加
- ◆ ③設計理念
→必要な人に必要なだけサービスを提供



市町村国保

- ◆ もはや自営業者のための制度ではない
無職者(51%)＋被用者(24.1%)
- ◆ 中高年齢層の偏在
加入率⇒若人世代低く、中高年齢世代高い
- ◆ 国保中央会「国民健康保険の安定を求めて」2004年12月

制度の基本的な考え方

- ◆ ①後期高齢者医療制度は廃止
- ◆ ②「地域保険としての一元的運用」の第一段階として新たな制度を構築する
- ◆ ③年齢で区分するという問題を解消する
- ◆ ④市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ◆ ⑤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
- ◆ ⑥市町村国保の広域化につながる見直し

基本的な考え方について

- ◆ ②「地域保険としての一元的運用」
- ◆ ③年齢で区分するという問題
 - 所得補足率
 - 非正社員の処遇
- ◆ ④負担増＋⑤急激な増加
 - 負担の公平＋透明性確保
- ◆ ⑥市町村国保の広域化
 - 法律に基づき保険者を解体しうるのか

地域保険としての一元的運用

- ◆ 自営業者と被用者との所得補足率の違い
保険料を徴収するための共通の尺度
- ◆ 市町村国保における被用者(非正社員)の扱い

運営主体のあり方1

- ◆ 広域連合(都道府県)
 - 財政規律を発揮しうる権限の有無
 - 財源構成
- ◆ 効率的運営 vs 民主的運営
- ◆ 財源負担者としての意思形成

運営主体のあり方2

- ◆ 市町村国保の広域化
 - 法律により市町村国保を解体しうるのか
 - 法律により健保組合を解散しうるのか
- ◆ 保険者の設定⇒制度に対する信頼感

費用負担のあり方

- ◆ 支援金⇒保険料の租税化

保険料＝対価性＋強制性

租税法律主義の趣旨支配説

(旭川国保料事件最大判平18.3.1)

→ 対価性の極めて希薄な費目の徴収

各案に対する見解

- ◆ リスク構造調整→所得構成に基づいた調整
⇒所得補足率
- ◆ 別建て方式→財源構成(高齢者の負担増?)
+ 国保の構造改革

各案に対する見解2

- ◆ 突き抜け方式→国保の構造改革
- ◆ 高齢者医療と市町村国保の一体的運営
→財源調達・財政規律の確保

後期高齢者医療制度について

2010年5月17日 横浜国立大学 関 ふ佐子

1. 後期高齢者医療制度の課題 —— 年齢で区別する制度と年齢をめぐる理念
⇒ 年齢差別を撤廃しつつも、年齢を理由とした保障を必要に応じて提供する制度へ
 - (1) エイジズム
アメリカでは、1969（昭和44）年にエイジズムという言葉が初めて使用された頃から、高齢者の保護と差別禁止との関係が鋭く議論されてきた。
 - ・否定的エイジズム —— 高齢者世代を役に立たない無用な集団などと位置づける、高齢者に対する偏見と差別
 - ・肯定的エイジズム —— 高齢者のみを対象とした社会保障制度といった、高齢者に好意的な区別
 - ・年齢差別禁止 ≠ 年齢による区別禁止
 - ・差別禁止と両立する区別（保障）
 - ・世代内扶養も促進し、負担可能な高齢者は応分の負担
 - (2) 年齢による区別の課題 —— メディケアの例
 - ・メディケア（高齢者・障害者医療保険制度）の診療報酬引き下げ問題
—— 診療報酬を引き下げた場合、高齢者の受診を拒否する（若年者のみを診療する）と表明する医師が増加。
 - ・メディケイド（低所得者医療扶助制度）では、既に診療拒否がおこっており、貧富の差で受診しうる医療に格差が生じている。
 - (3) 年齢による区別の課題 —— 保険者自治の機能不全
 - ・生涯にわたる健康管理や予防の努力を反映する制度に
 - (4) 公費を投入する対象年齢
 - ・「高齢者」を65歳以上と定義した当時の人口構造の変化
 - ・75歳以上 —— 世代間扶養の合意形成へ
2. 新たな制度のあり方
 - (1) 年齢で区別しない制度
 - ・生涯にわたる健康管理
 - ・保険者自治の促進 —— 財政調整において、保険者の努力を反映する仕組みの検討
 - (2) 年齢を理由とした保障
 - ・高齢者医療への公費の投入
 - (3) 高齢者の保険料・患者負担
 - ・世代内連帯も促進すべく、高齢者にも、その負担能力に応じた適切な負担を求める。
 - (4) その他
 - ・社会保障番号の導入
3. 新たな制度のあり方に関する4案に対する意見
 - ・高齢者医療と市町村国保の一体的運営を図る案【宮武委員】に賛成

論壇 高齢者と年齢

横浜国立大学准教授
関ふ佐子

1. 65歳は高齢者？

老年従属人口指数(生産年齢人口(15歳以上人口)に対する老年人口(65歳以上人口)の比率)は、2008年現在の34.3%(働き手2.9人で高齢者1人を扶養)から2020年には48.8%(2人で1人を扶養)、2055年には79.4%(1.3人で1人を扶養)になると推計され、働き手が高齢者を支えきれなくなるかと危惧されている。

老年従属人口指数等の数字は、高齢社会の危機感を高め、働く人の負担感を増幅し、ともすると、誰が誰を支えるのかという具体的な検証をしないまま、高齢社会の負担のあり方を探る論拠ともなっている。高齢者に十分な安心を提供する

社会保障制度の構築は、高齢者が65歳以上の者で、それを支える者が15歳から64歳の者だと想定すると、働き手の負担が大きく、難しいという話になる。

この点、本誌でも、各種統計をもとに高齢者の定義の75歳への変更が主張されるなど、高齢者を65歳以上の者と定義することの是非が問われている。老年人口を65歳以上、生産年齢人口を64歳までと定義しないならば(15歳から生産年齢人口といえるかも疑問が残る)、老年従属人口指数は変化する。高齢社会において負担のあり方を検討する際には、そもそも誰が誰を支えるのか、保障する人間像と、それを支える人間像をより明確にした上で、議論を進めるべきであろう。

さらに、社会保障制度における負担のあり方は、各人の人生設計とも連動する。

2. 法令における「高齢者」等の用例

自らや家族間の扶養で担うよりも、社会で互いを支え合った方がよいと多くの者が思う範囲はどの程度か。例えば何歳まで働き、自立した生活を送ると計画しているのか。65歳になったら仕事から引退する将来を支える社会保障制度と、75歳くらいまで働くことを想定した人生設計を支える制度は異なる。高齢者は65歳から」という固定観念が、各人の人生設計をミスリードするようなものとなってはならない。そこで本稿では、「高齢者」と年齢の関係を改めて検証していく。

「高齢者」「老人」等の文言を用いる法律は多数あるが、これらからは、一貫した高齢者の定義を見いだすことはできない。

い。具体的な年齢、抽象的な表現等、その定義の仕方もさまざまである。

(1) 法律名と高齢者

次の法律は、法律名に「高齢者」「高齢者」「高齢社会」の文言を用いている。
① 高年齢者等の雇用安定法(以下「高年齢者雇用安定法」と略称)
② 高齢者の医療の確保に関する法律
③ 高齢社会対策基本法
④ 高齢者の居住の安定確保に関する法律
⑤ 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構法
⑥ 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律
⑦ 高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律
(2) 年齢基準による「高齢者」の定義
高齢社会対策基本法に規定がないように、年齢を基準とした「高齢者」等の定義の通則をおく法律は少数にとどまる。全体に通ずる定義をおく次の法律でも、高齢者等の年齢は、55歳、65歳等と分かれています。一定の年齢とはなっていない(以下、条文抜粋)。

① 高年齢者雇用安定法第2条「高年齢者」とは、厚生労働省令で定める年齢(85歳)以上の者。
② 高齢者の医療の確保に関する法律第32条「前期高齢者である加入者(65歳に達する日の属する月の翌月以後である加入者であって、75歳に達する日の属する月以前であるもの)その他の後期高齢者医療の被保険者の範囲

は、第50条「後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する75歳以上の者」
③ 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第2条「高齢者」とは、65歳以上の者。
個別の施策の対象とする高齢者等の範囲に関しては、次の法律等が年齢を基準とする。① 住宅金融公庫法第21条の5は、高齢者を60歳以上の者、② 地方交付税法第12条第1項は、「高齢者保健福祉費」を65歳以上人口に、③ 地方公務員法第26条の3は、「高齢者部分休業」を定年退職日から5年を超えない範囲内で承認し、④ 労働保険の保険料の徴収等に関する法律第11条の2は、高年齢労働者を64歳以上の労働者、⑤ 高齢者の居住の安定確保に関する法律第11条は、高齢者を60歳以上の者とする。

(3) 年齢基準とは別の「老人」の定義
年齢を基準とした定義は、高齢であることを示す「高齢者」等の用語を多用する。他方、敬老精神等を明示した老人福祉法をはじめとする多くの法律では、「老人」という用語が使用されている。

老人福祉法第2条は、老人福祉のよりどころを示すものの、老人の年齢は一般的に定義していない。これは、「この法律の目的とするところは、社会的弱者である老人の福祉を図ろうとするものであって、老人の弱者たる性質の程度には、児

童の場合と異なり相当の個人差があり、一率の年齢で割ることが適当でないことから定義がなされていない。したがって、本法上の「老人」という用語の解釈は、社会通念上把握される概念に委ねられており、強いて定義すれば、心身の老化学象が顕著であり、かつ、社会的にも老人として認められるような人といえよう」と説明されている。

「老人」に係る施策の対象を定めるために年齢基準は用いられている。例えば老人福祉法(老人居宅等事業等)、所得税法(老人等の郵便貯金の利子所得の非課税)等は、対象者を65歳以上と定める。次に、高齢者と年齢の関係にかかわる主要な法令において、年齢の定めがどのように変遷してきたかをみていく。

(4) 厚生年金保険法

1941年成立の労働者年金保険法は、55歳(坑内夫は50歳)から養老年金を支給した。1954年に厚生年金保険法に改称され、1954年改正では、老齢年金の男性の支給開始年齢が20年かけて段階的に60歳(坑内夫は55歳)に引き上げられた。1950年頃、男性の平均寿命は59.5歳、女性は62.9歳であった。定年年齢はまだ55歳であり、労働団体系が60歳への引き上げを反対した。国会でも論議となったが、平均寿命が延びるとの予測、年金受給者の占める比率の

高まりと保険料負担増、60歳ぐらゐから年金生活をする姿が望ましい点、急激な引き上げを行わないことなどを理由として、支給開始年齢は引き上げられた。

1959年に制定された国民年金法では、65歳から老齢年金が支給された。支給開始年齢が遅すぎるとの意見もあったが、国民年金の対象者の大半を占める農業従事者や自営業者の生活実態、就労実態からみて無理ではない、諸外国でも老齢年金の支給開始年齢は65歳が一般的であることなどから、決められた。対して老齢厚生年金の支給開始年齢の60歳から65歳への引き上げは、1980年改正の最大の柱とされながらも実現しなかった。1985年改正では、厚生年金の被保険者が老齢基礎年金の受給資格を取得したとき、65歳から老齢厚生年金を支給し、60歳から65歳までは、特別支給の老齢厚生年金を支給することになった。そして女性の老齢厚生年金については、1995年に60歳となるよう、支給開始年齢が段階的に55歳から引き上げられた。1994年改正では、特別支給の老齢厚生年金のうち、定額(1階)部分の支給開始年齢が、12年かけて(男性は2013年、女性は2018年までに)、65歳まで引き上げられた。改正にあたっては、超高齢社会、人生80年時代における人の生き方、働き方が協議された。60歳台前半

半の雇用と年金をめぐる制度を同時に見直し、相互に連携をとっていく対策が検討された。そして2000年改正では、特別支給の老齢厚生年金の報酬比例(2階)部分の支給開始年齢についても、12年かけて(男性は2005年、女性は2003年までに)、段階的に65歳に引き上げることになった。

(5) 高齢者雇用安定法

高齢者とされる年齢は、退職と深い関係にあるところ、定年年齢は、高齢者雇用安定法に定められている。定年制は、大正時代から大企業を中心に導入され、当初定年年齢は50歳か55歳に設定された。1955年頃には定年制の普及率は高まり、定年年齢は55歳が一般的となった。1971年には一中年齢者等の雇用の促進に関する特別措置法¹⁾が、中高年齢者の雇用対策として制定された。そして1986年には同法が抜本的に改正され、高年齢者雇用安定法となり、60歳定年が努力義務という形で定められた。1990年代には60歳定年制が定着し、65歳現役社会に向けた議論が展開された。1994年には、年金法改正と併せて規制が強化され、60歳未満の定年制が無効となり、65歳までの継続雇用が努力義務となった。そして2004年改正では、65歳までの安定した雇用の確保が推進されている。現在の中高年齢者の雇

用対策は、60歳未満の定年制禁止、65歳までの継続雇用の奨励による65歳までの雇用機会の確保、および募集・採用時の年齢制限の緩和等を通じて中高年齢者の再就職を促進することが中心となっている。その他「70歳まで働ける企業」推進プロジェクトも進められている。

(6) 高齢者の医療の確保に関する法律

老人保健法は、2002年の改正で、法の対象年齢を70歳から75歳に引き上げた。高齢化の進展状況、高齢者の心身の特性等をみると、老人保健法制定時(1982年)の70歳以上の者は、改正時では75歳以上の者に該当する点で、対象年齢を引き上げた改正趣旨であると説明されている。具体的には、1982年には70歳以上人口が6.1%であったところ、2000年には75歳以上人口が7.1%となり、平均余命は、男性で3.42歳、女性で4.96歳延びたからである。

2002年の健康保険法等改正では、医療保険制度体系の在り方、新たな高齢者医療制度の創設等についての基本方針の策定が法案附則に盛り込まれた。そして2003年3月の閣議決定で、①後期高齢者(75歳以上)が加入する新たな保険制度を設け、保険料、国保・被用者保険からの支援及び公費によって賄う。②前期高齢者(65~74歳)は国保又は被用者保険に加入し、制度間の財政調整を行

う」と定められた。こうして、2006年に公布された健康保険法等の一部を改正する法律により、2008年4月に「老人保健法」が「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正・施行された。

3. 諸領域における高齢者の定義

(1) エイジング

「老い」は、古くは紀元前から、多くの知識人や芸術家達が挑戦してきたテーマだが、現代ほど高齢者に関心が集まったことはない。「老い」は、「エイジング」「エイジズム」として「エイジフリー」という概念をめぐって議論されてきた。

高齢化問題という社会問題の文脈から語られた高齢者は、社会的援助を必要とする者として客体化された。このとらえ方は、高齢者差別を生み出す温床になりかねないとして、生涯発達論を中心としたライフサイクル論が形成された。これは、老いを連続的な過程として把握する、エイジングの概念を媒介として、老年期を65歳以上の引退と回顧の時期等と定義した。老年期の発見は、「老い表えゆくこと」や「死と死にゆくこと」という、それまでの人生段階とは異なる問題性から、個では完結し得ない問題を問う社会科学の意味を浮上させた。

こうしたなかで、エイジングを中心的

な基軸概念とした学問領域である老年学が展開された。均質とはほど遠い高齢集団について、年齢を区分する客観的な基礎資料の一つである身体機能をもとに、高齢者を分類し、定義したのが老年学である。中年期(40~64歳)、高齢期(65~74歳)、真高齢期(75~84歳)、超高齢期(85歳+)等と定義している。

他方、自然科学的な視点を老年学に持ち込んだ臨床老年医学では、65~74歳を「前期高齢者」、75~84歳を「後期高齢者」、85歳以上を「超高齢者」と定義する。社会科学からのアプローチである社会老年学では、社会貢献を基準に、老年期を、依然として社会貢献できる者が多数を占める65~75歳までの前期高齢期と、自立した生活が困難な者の比率が高まる75歳以上に区別している。

(2) エイジズムとエイジフリー

「エイジング」研究と平行して、高齢者を特化した対象ととらえることにより生じうる差別の問題に焦点をあてたのが、1969年にロバート・パトラーが初めて使用した「エイジズム(ageism)」という概念である。エイジズムとは、広義では、ある一定の年齢集団に対する否定的および肯定的な偏見や差別をさし、狭義では、高齢者という特定の年齢集団に対する否定的な偏見や差別をさす。エイジズムは、19世紀の人種差別(rac-

ism)、20世紀の性差別(sexism)に続き、21世紀にピークを迎える高齢化を主たる要因とする「第3のエイジズム」、究極的な偏見、最後に残された差別等といわれた。高齢者世代を、役に立たない無用な地位の低い集団等とステレオタイプ化した偏見や差別が「否定的エイジズム」である。これに対して、高齢者に好意的な区別、例えば高齢者のみを優遇する社会保障制度は、「肯定的エイジズム」と呼ばれている。

エイジズム論者も、老いという言葉に含まれる否定的な意味合いは、加齢と死の混同にあるなどと、年齢の意味を議論した。法的定義、機能的定義、生物学的定義、心理学的観点、社会学的観点等に分類した年齢や高齢者の定義の検証から、エイジズム論者は、実年齢による老年期の定義は恣意的にならざるを得ないと主張する。年齢は、社会が人間に便宜的な目的で付与した概念であり、そこに各種の視点を結びつけることで、エイジズムが生まれたと論じる。こうした観点から、エイジフリーの概念が誕生した。

(3) 年齢差別と特別の保障

エイジフリー社会とは、できるかぎり年齢を基準としない社会である。そこで高齢者も、その能力を活かして働き続けられることになる。他方同じ高齢者は、従来、一定年齢を要件に、様々な社会保

障給付を受けてきた。社会保障給付は、貧困、疾病、障害といったニーズのみならず、高齢者、児童、障害者といった特定のカテゴリーに属する者にも支給されてきた。そこで、エイジフリーの理念を徹底すると、例えば「高齢」を理由とした年金支給が課題となる。この点は、わが国でも在職老齢年金制度をめぐる問題として顕在化している。

同様に、定年制は年齢差別か否かが問われているが、年齢の高さや勤続年数の長さが有利に働く年功的処遇は、必ずしも差別とされていない。定年制を違法だと述べる論者も、定年制をめぐる議論に終始しており、年齢を用いた雇用管理を全体として年齢差別として規制すべきかどうかを論じるまでには至っていない。

年齢差別を否定するエイジフリーの考え方は、社会保障政策や労働政策において、特定の年齢を特別に保障する理念と対立する。差別禁止と高齢者に対する保障との関係が、長年問われてきた。

この点、自由の尊重を最優先する論者は、保護立法ではなく差別禁止立法を中心とした法政策を推奨する。他の論者は、社会保障の給付要件として、年齢や高齢が存在することを確認し、その意義を主張する。従来、社会保障の主要な給付要件である困窮や所得喪失と高齢は連動し

ていたが、例えばアメリカでは、必ずしも連動しなくなり、年齢が独立の給付根拠となった。年齢差別は人種差別や男女差別とは異なる側面をもつ。社会保障や労働政策という形で高齢者の保護と高齢者差別の禁止は、両立しうるであろう。わが国の後期高齢者医療制度も、差別的な立法となるか、高齢者を特別に保障するものとなるかは、中身次第である。

4. 高齢者のイメージを制度設計に反映

(1) 国連による高齢化社会の定義
「高齢化社会」という用語や、65歳をその指標とした由来は、定かではないが、1959年の国連の報告書「人口の高齢化とその経済的、社会的含意」にあるといわれている。同報告書は、当時の欧米先進国の水準を基に、「人口集団が、例えば65歳以上の人が4%に満たないときに「若者の青年」(youth)、4-7%の間ときに「成熟した」(mature)、また、7%を超えるときに「高齢化した」(aged)」と、「任意に高齢化を定義した。」

国連が、高齢化率7%を高齢化の基準とした1960年当時、わが国の老年人口も5.7%であった。他方、2008年現在、75歳以上人口でさえも10.2%を占めている。老年人口を65歳以上とせ

ず、高齢者を社会が支えうる人口割合、または社会の一定割合の年長者ととらえ、例えば人口の上位10%を高齢者と定義する余地もあろう。

(2) 社会がみる「高齢者」

内閣府の調査によると、20歳以上(へ)内は60歳以上の男女に、「何歳以上の人か」「高齢者」「お年寄り」だと思ふかを質問したところ、48.7%が「60歳以上」がおよそ70歳以上、18.5%が「65歳以上」、12.9%が「69歳以上」が75歳以上と答えた。60歳以上の男女の10.7%は、80歳以上と答えている。また、20歳以上(へ)内は60-69歳の男女に、「今後「高齢者」をどのようにとらえるべきか」と問うたところ、44.4%が「50-70歳」「65歳以上」よりも高い年齢にすべき」と答え、32.9%が「33-40歳」が「個々の事情に則して判断すべきであり、年齢で一律にとらえるべきではない」とし、21.7%が「15-90歳」が「65歳以上」というとらえ方のままでよい」とした。多くの日本人、それも60歳以上の者は、65歳を高齢者ととらえていない。

そもそも、本稿で検証したように、各法制度は、その制度趣旨ごとに対象となる高齢者の年齢を定めており、高齢者を65歳以上としてはいない。今後の社会保障制度を設計する際の議論も、どの年代

をどの年代が支えるのかという点を明確にした上で進めていくべきである。支えたい高齢者に関する国民のイメージを反映し、高齢者は65歳以上の者という前提に固執しなければ、年長者には充実した社会保障制度を整備すべきという議論も必ずしも非現実的ではない。

(3) 65-75歳のすこしかた

60歳をすぎると、人によって身体が弱る者もいる。こうしたニーズのある者には、安心した社会保障が整備されている社会が望ましい。他方、意欲と能力がある場合、一生働き続けたいと考える者も、一定年齢になったらリタイアして、余生を楽しみたいと思う者もいる。社会のあり方は、リタイアする際の年齢を何歳と多くの人がとらえるかで決まる。65歳時の平均余命は、男性が18.45歳、女性が23.44歳である(2006年)。リタイアする年齢を早めの65歳に設定し、その後20年間を余生として過ごすのか。それとも、この年齢を75歳として、余生は10年程度と考えるのか。20年間の余生を支え

るためには、支え手の能力を加味すると、社会保障制度は、細く長い保障となろう。他方、余生といえる年齢には手厚い保障を行うとすると、太く短い社会保障となろう。いずれかと国民が選択した結果を、制度は反映すべきである。

高齢社会において、若くして労働者の負担感を増幅させるか否かは、65-75歳の世代が、今後、どの程度支える側となるのか、それとも支えられる側となるのかによる。これらの者がその意欲と能力を活かして働ける社会となるには、雇用政策も重要となる。わが国の高齢社会像が明るいものとなるよう、人数が多く元氣な団塊の世代の今後の働き方、生活の仕方に期待したい。

(注)

- (1) 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2008)表2-1」紙版の関係上、HPアドレスは略す(以下同様)。
- (2) 高橋敏一「論壇 75歳以上を高齢者に」週刊社会保障2442号(2007年)42頁。
- (3) 大山正老人福祉法の解説(全国社会福祉協議会、1964年)83頁。
- (4) 生い立ちと歩み(「中央法規、2004年)33頁、51頁、128-131頁他。
- (5) 菅野和夫「法律学講座双書 労働法 第8版」(弘文堂、2008年)57-61、429-430頁、櫻庭源子「年齢差別禁止の法理」信山社、2008年)23頁以下参照。
- (6) 「資料10 平成14年改正における老人保健法の対象年齢引上げの理由」第17回社会保障審議会医療保険部会参考資料。
- (7) ジョルジュ・ミノワ著「大野朗子訳 菅原忠孝訳「老いの歴史」(筑摩書房、1996年)4頁。
- (8) 以下、天田城介「八老い衰えゆくこと」の社会学(普及版)(多賀出版、2007年)83頁以下。
- (9) 以下、アードマン・B・バルモア著/奥山正司他訳「エイジズム―優遇と偏見差別」(法政大学出版局、1995年)52-65頁等。
- (10) 清家篤「エイジフリー社会への展望」清家篤編「エイジフリー社会」社会経済生産性本部、2006)11頁。
- (11) 拙稿「日本の在職老齢年金制度にみる差別禁止と特別な保障」清家・前掲書(注10)137頁。
- (12) 櫻庭・前掲書(注5)45頁。
- (13) 今後の高齢社会対策の在り方等に関する検討会(第2回)配布資料参照。
- (14) 総務省「年齢(5歳階級)、男女別推計人口」総務省「年齢3区分別人口の割合及び年齢構造指数の推移(昭和25年1-平成19年)」。
- (15) 今後の高齢社会対策の在り方等に関する検討会・前掲資料(注13)「高齢者」とらえ方①。
- (16) 厚生労働省大臣官房統計情報部「表1 主要年齢の平均余命とその延び」。

論壇

せきふきこ 横浜国立大学大学院国際社会科学部准教授。東京大学法学部卒業、北海道大学大学院法学研究科博士後期課程単位取得退学(博士)(法学)。主著「若者等法」アメリカ高齢者法の沿革(横浜国際経済法学、16巻2号(2008年)33-53頁)等がある。

<「高齢者医療制度改革会議」(2010年5月17日)>

新しい高齢者医療制度に対する考え方

早稲田大学 土田 武史

1. 制度改革における基本的視点

- ① 公平性の確保 (保険者間のリスク構造格差の是正/負担の公平性)
- ② 財政上の安定の確保
- ③ 連帯の維持・強化 (世代間連帯の確保)
- ④ 当事者自治の維持・強化 (保険者機能の発揮)
- ⑤ 制度のわかりやすさ (国民の納得)

2. 改革の課題

- ・ 改革を行う以上は、現行制度よりもベターな制度にする必要がある。そのためには、現行制度がそれに先立つ老人保健制度の問題点を是正するためであったことをふまえて、新たな制度は、現行制度の欠点を改めると同時に、先の改革が目指した老健制度改革のメリットを、ともに充足させることが必要である。

(1) 老人保健制度の問題点

- 1) 高齢世代と若年世代の費用負担が不明確 → 上記の③に関連
- 2) 財政運営の責任が不明確 → 上記の④に関連
- 3) 市町村単位での財政運営が困難 → 上記の②に関連
- 4) 高齢者間の保険料負担の格差 → 上記の①に関連

(2) 2006年改革による高齢者医療制度

- ・ 保険者の再編統合、診療報酬体系の改革、医療費抑制策と一体的に行う
- 1) 新たな高齢者医療制度の創設
 - a) 後期高齢者医療制度の創設 → 上記の②・③・④に対応
 - b) 前期高齢者医療費に関する財政調整の導入 → 上記の①・②・③に対応
 - c) 高齢者の生活の質 (QOL) を重視した医療サービスの提供
 - 2) 保険者の再編・統合
 - 3) 診療報酬体系の改革
 - 4) 医療費抑制策

(3) 新たな高齢者医療制度の問題点

- 1) 75歳以上の高齢者を対象とした制度（年齢差別） → 上記の①・⑤に関連
- 2) 高齢者の保険料および患者負担額の増大 → 上記の①・⑤に関連
- 3) 後期高齢者に対する健康診査、診療報酬体系への不満 → 上記の①・⑤に関連
- 4) 被用者保険の負担増大 → 上記の①・②・④に関連

3. 新たな制度に求められるもの

(1) 公平性の確保

- ・年齢差別（長妻6原則の3）
- ・高齢者負担の軽減化（長妻6原則の5）
- ・医療給付および診療報酬体系の改定
- ・保険者間のリスク構造格差の是正

(2) 財政の安定化

- ・財政調整／保険者間のリスク構造調整／国庫負担の見直し
- ・市町村国保の負担増の回避（長妻6原則の4）
- ・保険者組織の改編（長妻6原則の2, 6）

(3) 世代間連帯の強化

- ・高齢者医療制度への支援金の見直し

(4) 当事者自治（保険者機能）強化

(5) 制度のわかりやすさ（国民の納得）

4. 4つの案の検討

(1) 池上案

公平性の確保、世代間連帯の強化という点では評価できる。健康保険組合における保険者機能を損なう恐れが大きい。国庫負担が少なくなり財政的な安定性に不安。一元的制度は単純で分かりやすいように見えながら、制度の移行の過程を含めて、実際の制度運営は単純ではない。

(2) 対馬案

年齢区分には一定の合理性が認められるが、高齢者医療の整備等で差別論が再燃する危険もある。世代間の負担が明確で、高齢者間の負担の公平化についても評価できる。被用者保険・国保・高齢者医療保険のリスク構造格差の問題は残る。

(3) 小島案

被用者保険（特に健保組合）内部の連帯が強化され、保険者機能も強化される。しかし、国保とのリスク構造格差が残存し、国保の財政や保険者機能をめぐる問題も変わらない。制度間／保険者間のリスク構造調整／財政調整による対応が必要である。制度的にはわかりやすいが、雇用の流動化・就業形態の多様化に対応した退職者健保制度の詳細が不明で不安が残る。

(4) 宮武案

高齢者医療制度の推移からいって制度がわかりやすく、世代間連帯の確保、高齢者の負担の公平化、年齢差別の解消ができる。都道府県（広域連合）が強い保険者機能を保持する可能性はあるが、その仕組み作りが課題。財政の安定と公平性の確保のためには、被用者保険とのリスク構造格差／財政格差／国庫負担が必要である。被用者保険における連帯強化の視点からは高齢被用者保険の継続加入が望まれる。

高齢者医療制度改革私案

2010・5・17

神奈川県立保健福祉大学 山崎 泰彦

1 改革の基本理念

医療保険制度改革の基本理念として、「保険者機能の発揮を促しつつ、社会連帯との調和を図ること」を掲げる。ここで、保険者機能の発揮とは、「良質の医療を効率的に提供するために、保険者が自立して活動できる能力」、また社会連帯とは、「保険者機能の発揮に制約がかかる構造的要因に着目した調整措置」として理解する。

本私案は、この基本理念に基づき、当面の課題である新たな高齢者医療制度の構築について、とりまとめたものである。

2 私案の考え方

私案は、年齢リスク構造調整を基本原理とし、それを高齢者層に適用した改革案である。また、改革の流れからみると、一旦かつての老人保健制度に戻した上で、それを今日的な時代の要請に応じて、発展強化させようとするものである。

旧老人保健制度との対比では、①対象年齢を65歳に引き下げていること、②運営責任を明確化し、保険者機能を強化する観点から、保険料の徴収と給付の主体を一致させていること、③後期高齢者医療制度や介護保険制度と同様に、被用者世帯も含めて高齢者の一人ひとりに対して応分の保険料負担を求め、世代間・世代内の公平性を確保しようとしていること、などに特徴がある。

現行制度との対比では、前期高齢者医療制度の仕組みを75歳以上にまで拡大するものであり、後期高齢者医療制度の対象を65歳にまでに引き下げる提案をしりぞけている。しかし、その一方で、保険者の軸足を地域に置き、高齢者一人ひとりに応分の保険料負担を求め、しかも相当な公費負担の投入を求めていることなどにおいて、後期高齢者医療制度の特質を組み込むものである。

3 私案の概要

〔新制度の枠組み〕

- ・ 新たな高齢者医療制度の対象を、基礎年金や介護保険の第1号被保険者の年齢に合わせ65歳以上とし、現行制度の「前期」「後期」の区分を解消する。
- ・ 国民健康保険を高齢者医療制度の一般制度としての役割を担う保険者として位置づけ、被用者保険加入者については各保険者が高齢者医療の事業を代行することができるものとする(被用者保険と高齢者医療制度に二重加入)。これにより、年齢を理由とする加入者の強制的な異動はなくなり、被用者保険においては現金給付等の継続も可能になる。なお、施行時に後期高齢者医療制度の被保険者である被用者とその被扶養者は、被用者保険に戻るのではなく、原則として住所地の国保に加入するものとする。
- ・ 高齢世代内の負担の公平性を確保するため、被用者保険の高齢加入者についても、一般制度である国保と同様な保険料負担を求め、かつ公費負担を行う。
- ・ 財政運営に関しては、各保険者内に高齢者医療勘定を設けて透明化を図るとともに、高齢者医療にかかる負担について保険者間で財政を共同化する。
- ・ 保険者としての後期高齢者医療広域連合は廃止されるが、事務の共同事業等を行う組織として引き続き活用することは考えられるかも知れない。

〔給付と負担〕

- ・ 年齢のみを基準にした過度な一部負担や保険料負担の軽減措置は行わない。
- ・ 一般制度である国保については、高齢者医療制度と介護保険の保険者の単位が一致することから、医療と介護の連携・調整を取りやすくなるが、今後さらにそれを促進するという観点から、患者負担のほか、保険料負担および国・地方の公費の負担割合についても、両制度間で整合性のとれたものとする。(→地域保険としての高齢者医療・介護保険制度への発展の可能性あり)

〔財政調整〕

- ・ 改革の理念に即した財政調整措置として、構造的要因(主に年齢構成と所得水準)に

着目したリスク構造調整を行う。

- ・ 調整基準は、被用者保険制度と国保制度共通の基準を「年齢」、各制度内の基準を「所得」とし、当面、65歳以上を対象とする高齢者医療にこれを適用する。(→将来的には全年齢に拡大することも容易)
- ・ 調整方法は、「年齢調整」(現行制度での前期高齢者の調整方法)を基本とした上で、被用者保険グループについては「所得調整」(各保険者の総報酬額に応じた応能負担)の要素を組み合わせる。一方、国保制度内の「所得調整」については、従来どおり公費の配分によって行う。
- ・ 既存の制度からのスムーズな移行を図り、かつ高齢者医療の運営の安定性を確保する観点から、少なくとも現行制度に充てられている程度の公費負担を投入する。

(補足説明)

- ・ 現行制度における前期高齢者医療の負担調整は、老人保健制度と同様に、医療費水準は調整対象外とした上で高齢者加入率を調整するもので、保健活動や医療費の適正化など、保険者努力に対するインセンティブが確保されている。私案では、この調整方法を継承した上で、被用者保険グループに限定して、総報酬額に応じた応能負担の要素を組み込むこととしている。その場合、応能負担化の論理的帰結として、協会健保の高齢者医療拠出金にかかる国庫負担は廃止される。

[国保制度の広域化]

- ・ 国保制度の基盤を強化するために、当面、市町村国保の都道府県単位の広域化に向けた「広域化支援方針」による、①事業運営の広域化、②財政運営の広域化、③保険料算定方式などに関する都道府県内の標準設定を進める。
- ・ 保険者の都道府県単位化については、関係者の合意を得て可能なところから順次、都道府県単位化することを可能とする。ただし、その場合には、地域の努力が反映されるよう、分権的な運営を行うことが望ましい。

[代替案]

平成23年に法案を提出し、平成25年に施行という極めて制約されたスケジュールのもとで、関係者の合意形成を図り、かつ移行にともなう混乱を極力回避するには、「後期

高齢者医療制度を廃止し、年齢で区分するという問題を解消する」ことに改革のターゲットを絞るべきだという考え方もあろう。

そのような観点からすると、当面の改革の対象を後期高齢者に限定し(75歳未満は現行の前期高齢者医療制度のままとする)、「①75歳以降も国保か被用者保険に継続加入することとし、②各保険者が現行の後期高齢者医療制度を代行するなどの形で事業を継承し、③高齢者の医療費について保険者間で財政の共同化を図る」、という代替案が考えられるのではないか。

4 改革に当たっての留意事項

平成25年に年金制度改革法案と歳入庁法案の提出が予定され、それに向けて本格的な検討が始まろうとしているが、この改革は、医療保険制度についても、現行の昭和36年以来の皆保険体制を大きく転換させるような改革を必然化させるのではないかとと思われる。

この年金制度改革・歳入庁の創設、地域医療保険制度としての医療保険制度の一元的運用、そして後者に向けての第一段階としての今回の高齢者医療制度改革は、互いに整合性のとれたものでなければならない。その意味で、一連の改革の先陣を切る今回の改革が、今後の年金制度改革や医療保険制度改革を制約するものであってはならない。

私案は、今後の年金制度改革等の骨格が定まっていない段階での試みの案であり、あくまでも現行の皆保険体制の枠組みを基本にした上での提案である。

七十五歳以上の後期高齢者を対象にした新たな医療保険制度の保険者は市町村しかありません。国・都道府県による重層的な支援体制が必要である。また、保険医療機関の指定や診療報酬の決定など医療に関する権限を国から地方に移譲していくべきである。

基本方針は 妥協の産物

来年度の医療保険制度改革に向けて、社会保障審議会の審議が最終段階を迎えている。テーマは、政府が二〇〇三年の「基本方針」で掲げた、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編、診療報酬体系の見直しのこと。本稿では高齢者医療制度の創設を中心に、主



経済教室

な論点と現実とを考へる改革の方向について、私見を述べてみたい。

医療保険制度改革論の両極に位置するのが、被用者と自営業者のグループを生徒にわたって分離する「突き抜け方式論」と、両者を完全に統合する「一本化論」。

高齢者医療改革

>>>

市町村が保険者に

高齢者については一本化した独立保険を創設し、六十五歳以上七十五歳未満の前期高齢者は年齢構成

基本方針が改革の対象を高齢者医療に絞ったのは理解できる。しかし、七十五歳を境に独立保険と財政調整という異なる制度を並立させるのは、説得力に乏しい。利害調整の可能性と現行制度からのスムーズな移行に配慮した妥協の産物だろう。

公費負担割合 検討の課題に

後期高齢者対象の独立保険の成否は、保険者の負担に手がかかっている。有力視されているのは市町村だが、全国市長会

国保の枠内で整備

国・都道府県の厚い支援を

象にした公費主体の高齢者として、極めて深刻な者医療制度、民主党と連合は突き抜け方式、国民健康保険関係団体は一本化を目指す。当面はリストラ構造調整を求め、これら隔たりの大きな諸提案に配慮すれば、基本方針のような折衷案にならざるを得ない。

また、前回の二〇〇二年改正で、老人医療制度の対象を七十五歳以上に引き上げ、公費負担割合を原則五〇％に拡大する

これに対して基本方針は、七十五歳以上の後期

筆者は、改革を高齢者医療に限定するのであれば、六十五歳以上を対象とする独立保険(将来的には高齢者介護と統合)が望ましいと考へてい

た。しかし、関係(を)理解できる。しかし、七十五歳を境に独立保険と財政調整という異なる制度を並立させるのは、説得力に乏しい。利害調整の可能性と現行制度からのスムーズな移行に配慮した妥協の産物だろう。

後期高齢者対象の独立保険の成否は、保険者の負担に手がかかっている。有力視されているのは市町村だが、全国市長会

山崎 泰彦
神奈川県立保健福祉大学教授



がつかず、被用者保険の各保険者が報酬総額に応じて負担している。一方、介護保険と老人医療の保険者負担は加入者数に応じた負担であり、政管健保の負担分には国庫負担が配分されている。リス

は、介護保険と同様にすべての高齢者から個人単位で、年金から特別徴収する。ただ、七十五歳以上と七十五歳未満の人口比で保険料総額を単純に分配して保険料の水準を決めれば、七十五歳未満の負担が重くなりすぎ

る。高齢者に負担能力に応じた負担を求めると、世帯間の医療保険料水準のバランスに配慮

国と地方の公費負担割合も検討課題にならう。現行の老人医療は国三分二、地方三分の一に

などと同じ国保の被保険者として、被用者保険と前期高齢者の医療費を負担する仕組みに改める方向

に制度間の財政調整が強化される。

検討を要するのは被用者保険と国保の所得水準の調整は、従来とお

医療の権限
地方に移譲

基本方針では、政管健保の財政運営を都道府県単位とし、年齢構成と所得水準を調整した上で、

都道府県ごとに医療費水準を保険料水準に反映させる。保険料率の試算で

診療報酬の決定においても地方に裁量権を与えてはどうか。国保や高齢者医療に都道府県の財政負担を求めるとは、権限の移譲が遅れているように思

年金を通じて、サービスの提供と利用が地域で完結する医療・福祉については、構造的格差を全

国レベルで調整しつつ、地域レベルで給付と負担の均衡を図る、分権的、自律的システムの構築を目指すべきだ。

は、七十五歳以上の後期

高齢化進展の影響が今後一層顕著になるため

これを徹底するものとみることもできよう。

市町村合併の進展によ

退院介護施設に移

度の高齢者が

基本方針の中では、筆者

職。専門は社会保障論

○山崎委員 宮武委員のおっしゃる年齢等で区別しないのが本来の保険制度の在り方であるというのは、私もそう思いますが、そうすると、恐らく全制度、全年齢を通してリスクの構造調整をすることになるんでしょうが、それは実現不可能だということから議論がスタートしまして、だれが見ても納得できる調整対象というのは、今の医療保険制度においては、高齢者医療であろうというところで大方の合意が得られて、今までの改革が進められてきたんだろうと思います。

つまり、高齢者医療について調整しても、現役世代の未調整の部分が残るということを知しながら、高齢者医療についてお話ししたいと思います。

調整の方法は、いろいろなやり方がありますが、大きく分けて二つあります。一つは、高齢者を既存の医療保険制度から分離して独立した介護保険型の高齢者向けの制度を作るという仕組みであります。もう一つは、既存の医療保険制度に在籍させたまま、保険者間、制度間でリスク構造調整を行うという、この二つの仕組みであります。

財政面から見ると、だれが考えても恐らくリスク構造調整が一番すっきりしていると思います。ただ、現在のリスク構造調整というのは、保険者にとって大きなリスクは所得要因と年齢要因でございますが、年齢構造の調整に限定しているわけでございます。

したがって、所得要因につきましては、国保に2分の1強の公費が入り、政管健保に1割強の国庫負担がある。それで調整しているとみなしているんだろうと思いますので、その範囲にとどまっているということでございます。

今回の高齢者医療制度が発足して健康保険組合で、一部非常に財政が苦しくなって解散する動きが出てきておりますが、それは実は現在の調整が頭割りの調整であって、財政力の調整を行っていないという問題であります。権丈委員がそのことを認識されたのだらうと思います。

権丈委員が資料要求をされましたから、私からもお願いします。参考までに被用者保険の保険者の年間の総報酬をまずつかんでいただいて、扶養家族を含む加入者数で割り算をして加入者1人当たりの年収を出していただく。これが負担能力ということだらうと思います。これは単純に出てくると思います。

私がざっと見ましても、従業員の平均年収が1,000万円を超える保険者もあるわけでございます。恐らく400~500万円のところもたくさんあると思います。

そういったところが、同じ頭割りの負担を強いられているということで、これは今までもあったことだし、そういう逆進性が更に今回強まっている。介護保険の第2号被保険者の納付金も同じ問題を抱えるということだらうと思います。

ただ、このリスク構造調整という考え方を進めるとすれば、後期高齢者にまで拡大するということになるだらうと思います。

この方式の最大のメリットは、恐らく租税負担が大幅に軽減されるということだらうと思います。その辺も権丈委員は意識されておっしゃっただらうと思いますが、租税依存度が大幅に軽減されるということは、医療保険制度の長期的な発展を考えますと、当事者の自由度が拡大するということだらうと思います。少々保険料が高くなっても、もっといい医療を受けたいという要望があればそれに答えることができるということでもあります。

逆に言うと、健康保険組合等は相当保険料を上げなければいけなくなるということで、その合意が取れるかどうかというのがリスク構造調整を徹底する場合の一番の問題です。更に財

政力を調整するとなると、一般的に言う大企業の労使にとっては非常にこたえる調整だと思えます。したがって、そこが非常に問題だろうと思えます。

一方、今後、医療の地域性だとか介護保険との連携を強化する。将来的には高齢者医療と介護を統合して、地域保険として発展させるという方向を展望するのであれば、後期高齢者医療を前期にまで拡大するということでもあります。

前期まで拡大すると、今、75歳以上に限定している被用者保険の被扶養者であったものも、65歳にまで拡大されますから、75歳になった途端、扶養家族を外れて保険料を払うというのが今の制度ですが、65歳から年金受給者になって保険料を払うという方が自然だろうと思えます。

この方式の最大の問題は、先ほどと逆で租税依存度が非常に高まる。租税依存型になって、増税について国民の合意が得られるかどうか。あるいは財政当局の医療に対する抑制策が非常に強化されるのではないかと懸念があるということでもあります。それが大きな調整の2つの方向であります。

私が日経新聞にかつて書きましたけれども、実は大臣と同じようなことを当時提案しました。つまり、高齢者を切り離すのではなくて、65歳以上の高齢者の8割強が現実に国保にいるわけでございます。高齢期になれば、多くの人が地域の住民として生活するわけでございますから、被用者グループにいる人たちを、国保に新たに迎え入れればいいことではないか。そうすると、国保の人たちの保険証は生涯変わらない。65歳になって、被用者グループの人たちの保険証が変わるだけと考えておりました。

そして、国保制度の中に高齢者医療勘定を設けて、そこに公費を重点化し被用者グループからの負担金とか支援金を受け入れて勘定を明確に分離すれば、透明性が高まるのではないかと考えました。

市町村国保で高齢者医療を全面的に引き受けるというのは、実は保険者自治とか保険者機能の強化という観点からすれば、保険料の徴収主体と、保険給付の主体が一致していることが望ましい。これは今までも各委員がおっしゃっていましたが、そういうことで市町村ということをご提案していました。

また、市町村合併が相当進展するということも期待しておりました。恐らく多くの専門家の方が県単位の医療保険では大き過ぎると思っておられます。つまり、現実には、同一都道府県内でも相当の医療費の格差があって、それが結果的には国保の保険料の格差になっているわけでございます。

医療がほぼ完結するのは第2次医療圏だと考えられております。そうすると、第2次医療圏単位ぐらいがちょうど保険者の単位としてはいいのではないかなと思っております。そうすると、市町村合併が本格的に進むと、大体その辺に重なってくるのかなと思っておりますが、現実には市町村合併は進んだ面もありますが、相変わらず零細な市町村が残っているという問題があるわけでございます。

ただ、この高齢者医療を市町村が全面的に引き受けるということについては、市町村がノーと言った。これはいつもそうですが、仮に市町村が合意してくれたとしても、恐らく健康保険組合等が合意しない。つまり、政管と健保組合の財政調整に対しては、経営努力に欠ける政管との財政調整はあり得ないというわけございまして、ましてや市町村国保に対する相当な不信感があります。

恐らく老人保健法をつくる時もそういう議論があったはずでございます。

つまり、市町村国保に対する信頼度が、拠出側に余りないということが問題であります。

それから、保険者の問題ですが、広域連合につきましては、高齢者等の当事者の要望をきちっと受け止めて責任を持って制度運営をするという組織になっていないと思っています。

お手元の事務局が用意してくれました資料の13ページにありますけれども、広域連合は従来の一部事務組合とは違いますということが書いてあるわけでございます。つまり、一部事務組合より発展したものであると言っているわけですが、私が知る限りでは実態は従来の一部事務組合と全く違わないはずでございます。左に国等からの事務権限の委任だとか構成団体との関係等とあります。一部事務組合になかった規定を設けました。それから、議員等の選挙の方法等で直接選挙もできますと言いますが、こんなことをやっているところはどこもありません。

本来、総務省が中心になって推進したのですが、期待された広域連合には後期高齢者の広域連合はなっていないと思っております。

市町村が受け入れ難いというのであれば、そして、県単位でというのであれば、広域連合よりもやはり都道府県を保険者として、これを国と市町村が支えるというのがベターではないかと思えます。保険者の在り方という観点からすると、今でも本当は市町村が一番いいと思っております。ですから、都道府県が直営するというのは次善の策ということです。

最後に、大臣の御提案について私なりに解釈をさせていただくとすると、この絵ですと、この赤い部分が長寿医療制度になっていますが、65歳、75歳と2つ線があります。むしろ65歳以上を長寿医療制度として全部赤でくくっていただいて、長寿医療制度は、県が保険者なんだけれども、被用者グループは運営を代行するという形でいいんだろうと思えます。あとは財政調整をどうするか。恐らく財政調整の受け皿として75歳以上は公費を特に重点化するか、あるいは65~75歳は保険財源の移転に重点を置くというのもあるでしょうし、75歳以上と65歳から70歳の間の給付、逆に言うと一部負担を変えるということもあると思うのですが、思い切って65歳以上を長寿医療制度にして、そして、被用者グループで可能ならばその運営を代行する。現実には、特に被用者グループの家族の方を被用者保険が面倒を見るというのは難しいことです。家族のメタボ対策だって市町村の協力を得ないといけないわけでございます。介護との関係も非常に密接になってくるとなると、運営は代行できるけれども、いっそのこと全部移すということもあっていいと思えます。

権丈委員もおっしゃっていたと思うんですが、家族を持っている者は割増保険料というお話ですが、これは昔からある案でございます。健康保険で家族保険料を取ってはどうか。要するに、国保の均等割と同じです。これは非常に逆進性があるという問題なんですが、私は日本経済新聞にも書きましたけれども、75歳以上は個人単位で保険料を取る。一方、65歳から74歳は相変わらず被扶養家族として、65歳から一人前の年金を受けていても、取らないというのはどうだろうか。非常に不安定、落ち着きが悪いのです。

しかし、被用者保険に置く限りはやはり扶養家族なのです。ここから家族保険料を取るということをやりますと、年金の3号被保険者はどうなるのかという3号問題に必ず波及します。それは非常に嫌な問題です。

権丈委員も宮武委員も年金部会の先生ですから、結論を出していただきたい。恐らくそこに必ず波及するんです。そういう気がいたします。

高齢者医療制度見直しの視点

神奈川県立保健福祉大学 山崎 泰彦

I 見直しに当たっての現状認識

- ・ 施行時の混乱(事務レベルの問題と情緒的・感情的な議論)はかなり收拾・沈静化したのではないか。世論調査では、「制度の存続」または「細部を見直して存続」が多数で、特に高齢者層においてその傾向が強い。
- ・ 現行制度には、10年にも及ぶ議論を経て、利害関係団体が互いに譲歩しつつ合意を得たという価値がある。その意味では、当面の見直しに当たっては、現行制度の基本的枠組みを前提にした微調整にとどめるべきではないか。
- ・ 近年、国民の間で医療に対する不満が高まっているが、その相当な部分は医療費(診療報酬)の過度な抑制に起因するものであって、高齢者医療等の医療保険制度の枠組みの問題とは区別して考えるべきではないか。(以下は微調整に向けての視点である。)

II 被用者保険の高齢者医療拠出金の算定方法

- ・ 老人保健制度の廃止を求めた最大の勢力である健康保険組合の十分な支持が得られていない。健保連は前期高齢者医療に対する拠出金の増加による組合の財政圧迫を問題にしている。その典型が西濃運輸等の一部の組合の解散である。
- ・ 問題は、1,500余の健保組合間で著しい格差があること。保険料収入に対する高齢者医療拠出金の割合が60%以上になる組合がある一方で、20%に満たない組合もある(平成20年度予算)。その主な原因は、拠出金が組合の財政力を一切考慮しない、被扶養者を含む加入者数に応じた負担であることにある。ちなみに、加入者1人当たり総報酬額には、最高527万円から最低169万円の幅(3.1倍)があるから、他の条件が等しければ拠出金の割合に3.1倍の格差が生じることになる。極めて逆進的な拠出金負担である。
- ・ しかしながら、前期高齢者医療拠出金には合理的な要素もある。それは老人保健制度と同様に、医療費水準は調整対象外とした上で、高齢者の加入率を調整していることで、疾病予防等による高齢者医療費の適正化とか、高齢者雇用の促進による拠出金の軽減など、保険者努力に対するインセンティブが確保されていることである。
- ・ 以上のことを考慮すると、現行の前期高齢者医療拠出金の合理性を残しつつ、被用者保険の保険者に限定して、高齢者医療拠出金について総報酬額に応じた按分負担の要素を組み込むという見直しを行うべきではないか。ただし、この場合、現行の退職者医療制度と同様に、総報酬按分にするものの論理的帰結として、協会健保に対する高齢者医療拠出金に係る国庫負担は廃止される。

- ・ 一方、この見直しについては、上記のような形での法律改正によらず、組合主義を推進するという観点から、健康保険組合が自ら現行の組合間の財政調整事業を拡大・本格化するという対応もありうる。将来的な課題として、前期高齢者医療に対する公費負担増がありうるとしても、まずは総報酬額按分の要素を組み込み、組合間の調整を進めるのが先決ではないか。

Ⅲ 国保・高齢者医療の保険者の単位

- ・ 同じ地域保険でありながら、国保は市町村保険者で、高齢者医療は都道府県単位の広域連合になっているのは、75歳を境に保険証が変わることによる煩雑さや感情的問題等があるばかりか、理論的にも説明できない。地域でサービスの提供と利用が完結する医療の特性と実態からすれば、保険者の単位は通常の医療需要がほぼ充足される第二次医療圏(358)が最適である。したがって、長期的な将来展望としては、第二次医療圏を基本にした広域連合を設立するか、さらなる市町村合併の推進を待つことになるだろう。
- ・ 有力な提案として、国保を都道府県単位化し、これに後期高齢者医療を統合する「舛添厚生労働大臣私案」があるが、これには問題が多い。医療費の実態(老人医療費や年齢構成を補正した実質医療費)は町村のほうが低く、都市部のほうが高い。収納率も町村が高く、都市部が低い。その結果、大都市部ではやむなく一般会計からの繰り入れによって収支の均衡を図っている。総務費の割合も保険者規模による差は見られず、大都市の規模の経済も働いていない。
- ・ 以上の実態からすれば、国保の問題はむしろ大都市のほうが深刻である。逆に、構造的問題についてきちんと支援すれば、むしろ町村国保のほうが健全経営が可能になる。都道府県単位になれば、医療費が高く、収納率が低い都市部と、医療費が低く、収納率が高い町村部の財政が共同化されることになり、効率性が低下し、受益との関連で見れば不公平も拡大する。不均一保険料の設定はこの問題への一つの対応であろう。
- ・ 医療の実態、あり方からすると、後期高齢者医療は介護との連携も必要になる限りなく地域に密着したサービスである。一方、現役世代の医療はより広域的であるが、しかしその場合でもほとんどは第二次医療圏で完結する。その意味でも、当面の高齢者医療や国保制度の見直しに当たっての軸足は市町村に置くべきであろう。
- ・ 国保の問題は、財政の問題と行政(事務)の問題に分けて考えるべきである。小規模保険者ではリスク分散が図れないという問題については、共同事業や再保険を強化すればよい。小規模市町村では、高齢者が多く医療費が嵩むとか、低所得者が多く負担能力が乏しいという問題については、制度間の調整や国保制度内の調整交付金で対応できる。しかし、行政力の問題は如何ともしがたい。課題は行政力の乏しい市町村をどのように支援するかということ。これは国保だけではなく、行政全般に及ぶ課題である。この問題に対しては、都道府県による支援の強化のほか、国保連による事務の共同化の一層の推進、小規模町村国保を対象にした広域化さらには都道府県営化などが検討課題になるだろう。
- ・ そのほか、都道府県の役割としては、市町村や後期高齢者医療広域連合に対する指導監督や三位一体改革で移譲された都道府県調整交付金の配分等による調整機能の強化、都道府県医療費適正化計画の推進状況に応じた診療報酬の特例措置のあり方の検討などが課題であろう。

組合健保:加入者1人当たりの総報酬の状況(平成18年度)

	加入者数(人)	扶養率	加入者1人当たりの総報酬(円)
政管健保	35,963,571	0.84	2,090,128
組合健保	29,834,094	0.97	2,831,680
計	65,797,665	0.90	2,426,364

加入者1人当たりの総報酬の上位5組合

順位	加入者数(人)	扶養率	加入者1人当たりの総報酬(円)
1	5,113	0.59	5,267,623
2	2,985	1.11	5,167,559
3	21,971	1.01	5,136,112
4	4,297	0.49	5,108,128
5	2,833	1.14	5,029,052

加入者1人当たりの総報酬の下位5組合

順位	加入者数(人)	扶養率	加入者1人当たりの総報酬(円)
1	564	0.85	0.85
2	2,235	1.01	1.01
3	227	1.19	1.19
4	2,417	1.17	1.17
5	10,794	1.30	1.30

(注)扶養率は被保険者1人当たりの扶養家族数であり、加入者1人当たりの総報酬は被保険者の総報酬を加入者数(被保険者数+被扶養者数)で除した額である。

(資料)厚生労働省調べ。

国保:市町村規模別比較(平成18年度)

	1人当たり老人医療費(円)	保険料(税)収納率(%)	一般会計法定外繰入金割合(%)	総務費割合(%)
市 計	845,946	90.02	3.2	1.6
15 大都市・政令市	915,875	87.82	6.4	1.8
10 万人以上の市	865,516	89.75	2.3	1.4
5~10 万人未満の市	821,143	90.39	2.5	1.5
5 万人未満の市	798,216	91.92	1.6	1.6
町 村	789,447	93.51	1.2	1.7
合 計	836,660	90.39	3.0	1.6

(資料)国民健康保険中央会等「国民健康保険の実態」