

医政メモQ&A

高齢者医療制度

Q：なぜ高齢者医療が問題になるのですか？

A：医療費は医学・医療技術の進歩、疾病構造の変化、人口の高齢化、健康指向の高まりなどにより、毎年約1兆円の単位で自然に増加しています。

その中で高齢者の占める医療費は、国民医療費約30兆円弱のうち約34%強を占め、10兆円を超えるまでになりました（平成10年度）。

少子高齢化が進行する中で、高齢者の医療費がますます増加し、それを支える現役世代の負担能力がますます低下していくというギャップをどうすべきかが問題です。

また、長引く経済の低迷は財政を逼迫し、日本の医療保険制度の危機に追い打ちをかけています。

この様な状況下では医療保険制度の抜本改革が喫緊の課題であり、その要（かなめ）となるのが高齢者医療というわけです。

Q：どのような議論があるのですか？

A：新たな高齢者医療制度に関する具体的な制度案として医療保険福祉審議会では次の4案で検討が進められています。

1. すべての高齢者を対象とする新たな医療保険制度を創設し、保険者は地域を単位と

し、費用負担は公費を中心とする（日医案一独立型）。

2. 被用者保険グループOBの高齢者を対象とした新たな医療保険制度を創設し、保険者は全国一本の民間保険者、費用負担は社会保険方式とする（保険者案一突き抜け型）。

3. 現行の保険者を前提に全年齢を対象とし、保険料については年齢リスク調整を行う（厚生省案）。

年齢リスク調整とはドイツですでに実施されている保険者間の財政調整方法で、所得水準の格差は調整せず年齢構成の違いによる医療費の不均衡を是正する手法です。

4. すべての国民を対象に現行の医療保険制度の一本化を行い、保険者は国とする。

以上4つの案を基本に議論を深め、平成14年度からの施行を目指しています。

高齢者医療制度をめぐり本年6月14日、日医総研セミナーが開かれ、日医をはじめ経団連、支払い3団体（連合、日経連、健保連）、国保中央会の各団体が、そのグランドデザインを提案し、さまざまな角度から議論がなされました。

日本医師会は独立した高齢者医療制度の創設を提案しました（詳細は後述）。

表1

日医総研セミナーでの各団体の提案				
	制度の骨格	対象者	財源	介護保険との整合性
日本医師会	後期高齢者を対象とした独立型	75歳以上	公費90%、保険料5%、自己負担5% (2002年から公費50%で段階的に実施)	将来的に統合
経団連	現役世代と分離した独立方式	年齢基準+所得基準	公費、保険料、自己負担 (リスクシェア目的=社会保険、世代間扶養=公費)	高齢者医療と一体的運営
支払い側3団体	退職者健康保険制度	被用者保険OB	公費50%、保険料5~6%、自己負担10% (70歳未満の自己負担は現役と同じ)	一体化には否定的
国保中央会	医療保険制度の一本化	すべて	公費、保険料、自己負担 (保険者の財政調整、所得に応じて保険料を支払う)	高齢者医療の中でどう位置づけるか検討

経団連は日医と同様に高齢者を現役世代から分離すべきとしながらも、公費中心ではなく高齢者だけの保険制度の構築を提唱し、介護保険との整合性については高齢者医療との一本化は馴染みやすいとしています。

支払い3団体は退職者健康保険制度の創設を主張し、公費を中心とする日医案にあくまでも反対しております。反対理由として公費中心の制度は①保険者機能が発揮されなくなる②医療費の増大への歯止めが弱くなる③政治的理由で支出が抑制されたり、社会保障が政治的取引の材料に使われる可能性があるなどを挙げています。

また、介護保険との一本化には否定的です。

国保中央会は高齢者医療制度を単独に考えるのではなく、高騰する老人医療費をどう是正するかが問題として、医療保険制度全体の一本化を訴えています。

各団体の提案のまとめは表1のとおりです。

Q：日医案の具体的提案とは？

Q1：なぜ独立した高齢者医療制度なのか

A：現在の老健制度は、公費と拠出金で支えられており、いわば高齢者の自主性が発揮できません。高齢者に参加意識をもってもらう仕組みを構築すべきです。

また、高齢者は若年世代と比べ医療の面でリスク構造、ニーズ、内容、目標、提供方法などが異なります。

Q2：なぜ75歳以上で区分するのか

A：75歳の後期高齢者は医療依存度や要介護者の発生率が他の年齢層に比べ圧倒的に高いからです。

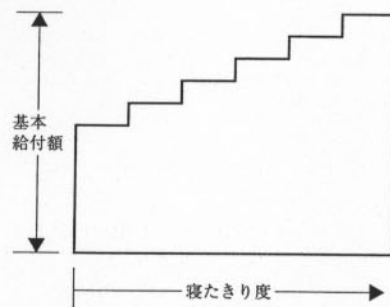
長期入院（6カ月超）、入所者のほとんどが75歳以上の後期高齢者です。要介護者の発生率は75歳以上で急速に増加し、85歳以上では約2人に1人となります。

一方、超高齢社会の到来で老年人口（65歳以上）が年々増加する中、2022年以降は後期高齢者が前期高齢者を上回ると推計さ

表 2

高齢者医療制度における診療報酬の考え方（長期療養者）
～画一的包括支払ではなく、患者特性に応じた支払方式へ～

1. 寝たきり度によって、基本分類を決定（下図参照）
2. 上記分類に、
 - 痴呆があれば程度に応じて 「痴呆加算」
 - 医療があれば医療依存度に応じて 「医療加算」
3. 課題
 - (1) 痴呆加算、医療加算の有無と程度決定
 - (2) 寝たきり度の分岐点、給付額の決定
 ……これらを、介護時間測定調査、入院患者特性調査等で裏付けていく
 ※急性期は、出来高払い中心



れています。

Q3：なぜ独自の診療報酬支払い方式が必要か

A：後期高齢者は病態の特異性により画一的包括支払いではなく、患者特性に応じた支払方式にする必要性があります。

たとえば寝たきり度によって基本分類を決定し、さらに痴呆があればその程度に応じて「痴呆加算」、医療があれば医療依存度に応じて「医療加算」などが考えられます（表2）。

Q4：なぜ保険者を都道府県とするのか

A：日本の医療保険の保険者数は傷病の発生率も所得水準も異なる5,000以上の保険者に分立しています。こんなに分かれていては調整がとれません。国の助成と老人保健法による加入者按分で何とかバランスを保っていますが、老人医療費の増大でバランスが次第に崩れ危機状態にあります。

そこで地方分権の時代の流れもあり、都道府県を保険者とする案が考えられます。

保険者を市町村にする考えもありますが、表3のように都道府県単位のほうが良さそうです。

実現の過程としては第1段階で国保・被用者保険とも各々グループ内で財政調整と保険者の整理統合を行い、第2段階として国保・被用者保険間での財政調整と「負担

と給付」の調整を行い、最終的に各都道府県の国保・被用者保険を統合し「地域保険」とするものです。

表 3

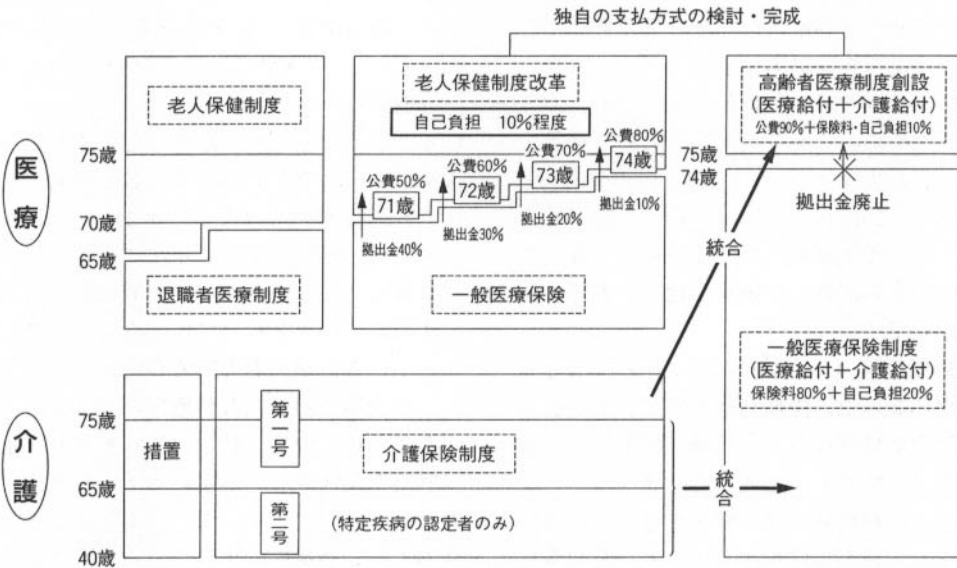
保険者機能の比較
—都道府県と市町村—

	メリット	デメリット
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ○多くの医療関係の権限が委嘱されている。 ○医療計画の主体であり、需要と供給の整合性をとりやすい。 ○規模のメリットを得やすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ●都道府県毎の医療費格差が大きく、財政調整上の工夫が不可欠。 <p>〔これまで保険者、運営主体としての経験がない。〕</p>
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ○地域の実情に応じた細かい配慮が可能。 ○行政との一体化が得やすい。 <p>〔国保、介護保険、老人保健で保険者、実施主体としての経験がある。〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●小規模な市町村が多く、規模のメリットが発揮できにくく、保険者機能も弱い。 ●数が多すぎ、かつ規模の格差も大きく、財政調整が困難→広域化が必須 ●自己負担免除措置等、サービスや給付内容が政治的な影響を受けやすく、格差が生じやすい。

表 4

高齢者医療制度創設予定—2002年からの段階的実施案

75歳以上人口	809万人	888万人	高齢者医療対象者数	1,463万人	1,389万人	1,287万人	1,227万人	1,149万人	1,502万人
70歳以上人口	1,361万人	1,478万人	一般医療対象者数	11,186万人	11,269万人	11,377万人	11,442万人	11,522万人	10,978万人
年度	1998年	2000年		2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2015年



*老人保健法に基づく保健事業については、生涯保健事業の体系化の中で位置づける

Q5:どのような方法で制度を実現するのか

A:高齢者医療制度創設の実施は、制度改革を円滑に行うため2002年から5年間で段階的に推し進めます。

具体的には新年度2002年は対象年齢71歳以上、財源は公費50%、老健拠出金40%、自己負担10%からスタートし、以降2006年までに対象年齢と公費負担割合を段階的に引き上げるとともに、拠出金を減らしていき、2007年に公費90%、保険料5%、自己負担5%とします。そのうえで「医療あつての介護」との観点から医療保険と介護保険を統合し老健拠出金も廃止して、75歳以上を対象とした独立した高齢者医療制度を構築するものです(表4)。

Q:対立する健保連との関係は?

A:日医の糸氏副会長と健保連の下村副会長はその後6月28日、医療経済研究機構の特別セミナーで、高齢者医療制度をめぐって

意見交換しました。

日医は「独立型」、健保連は「突き抜け型」(前述)を主張し依然として双方の意見の違いが浮き彫りとなりました。

しかし、①国民皆保険制度の維持②高齢者からも保険料、自己負担の徴収③現役世代と事業主の協力④社会保険方式を軸とする制度設計⑤介護と医療の統合一本化も視野に一など意見が共通し、歩み寄りが可能な部分もみられました。

高齢者医療制度の創設は薬価制度改革、医療提供体制改革、診療報酬体系改革とともに医療保険制度抜本改革の4本柱の支柱であり、介護保険制度との整合性の面からも適正かつ合理的に構築していかなければなりません。

(医政部長 安井 隆弘)

お知らせ

第4回日医総研セミナー報告書

『高齢者医療のグランドデザイン』の販売について

去る6月14日に開催されました、第4回日医総研セミナー『高齢者医療のグランドデザイン』の報告書が日医総研から販売されることになりました。

つきましては、本報告書の購入をご希望の先生は、下記申込み方法にてお買い求め下さい。

記

1. 価格

日医会員 1部 1,000円(消費税込み)

上記以外 1部 2,000円(消費税込み)

(会員、非会員とも送料は別途ご負担いただきます。)

2. 申込み方法

1) 氏名、所属

2) 送付先住所、電話番号、FAX番号

3) 必要部数

上記事項と「高齢者医療のグランドデザイン」購入申込みの旨を明記の上、日医総研宛、FAXにてお申込み下さい。

(FAX 03-3946-2138)

【医政部】