

医政メモ

Q&A

高齢者医療制度について

Q：高齢者医療制度とは

A：現在後期高齢者と呼ばれている75歳以上の老人を対象とした独立した医療制度で、現在扶養家族として保険料を負担していない人からも保険料を徴収することや、都道府県に保険料の徴収を任せ、医療費が多い地域では高い保険料、医療費が低い地域では低い保険料といった仕組みを政府、厚労省は目論んでいます。医療費の多い地域は、所得水準の低い地域が多く、低収入なのに保険料は高くなり、無保険者が増え国民皆保険の空洞化を招くと考えられます。この制度は2008年度実施が予定されています。

Q：高齢者医療制度が出てきた背景は

A：わが国では原則として全ての国民がいずれかの医療保険制度に加入する国民皆保険制度が維持されています。昭和58年（1983年）、高度成長期の余韻が残っている時期に、老人保険制度が創設され、70歳以上の老人、寝たきりの者等障害者で、65歳以上の方は、自己負担金以外の医療費は、被用者保険制度（政府管掌健康保険、組合管掌健康保険）、国民健康保険の拠出金で7割、国、都道府県、市町村が3割負担しています。厚労省はうまくいく仕組みと考えていたようですが、バブルの崩壊とともに、少子高齢化社会の到来が予測以上に速くなったため、国からの老人保険制度への拠出金負担率の減少、被用者保険の拠出金負担の増加があり、現在では被用者保険と、国民健康保険では老人医療費拠出金の割合が同じになり、組合管掌健康保険の財政が将来赤字になり破綻する可能性が大きいことと、国の負担を増やしたくない政府、厚労省の思惑が背景にあります。

Q：高齢者医療保険制度が出てきた案は

A：独立保険方式、各種保険制度と異なる独立した保険制度で、わかりやすい案ですが、負担が大きくなる国は反対します。突き抜け方式、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ですが、高齢者が国民健康保険に偏在するという構造は是正されません。年齢リスク構造調整方式、現行の保険者を前提とし、保険者の質でなく、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、保険者間の負担の均等化を図るもので、所得の正確な把握が困難な国民健康保険グループがあるため、実質同じ所得で大きな保険料格差が生まれる可能性があります。一本化方式、現行の医療保険制度を一本化し、老若男女全てが入る新たな保険制度を創設する案で、長期的視野にたっちはこの案で行くべきでしょうが、2008年度には到底、間に合わないと思われます。

Q：日本医師会の対応は

A：日本医師会は、厚労省が高齢者医療制度の創設に消極的だったのに対し、積極的に対応し、保険者を都道府県にすること、自己負担を1割にすることなどは、表向き日医の意見が通っているといえます。日医はここで終末期医療に関しても言及し、「看取り」の医療に対する国民的合意形成が必要とアピールしています。話がそれますが、多額の医療費がかかる終末期医療に関して国民にどうするか問いかける必要はあると思いますが、実際にその場でもう延命ですから、治療しなくて結構ですといえる家族は少ないと思います。延命治療に対し厚労省とともに国民に、多額の医療費が費やされていることを啓発していく必要があると思います。延命治療に関

して国民的合意を得ることは難しいと思いますから……。

Q：高齢者医療制度の現時点での概要は

A：平成20年度に、75歳以上の後期高齢者に対し独立した医療制度を創設。患者負担は1割で、保険料は加入者の人头割りによる応益分と、所得比例による応能分により算出。厚生年金の平均年金額208万円の受給者で月額6200円の試算になっています。保険料徴収は市町村が、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作られる予定です。財政運営に自主性を持たせて独立で運用することになれば、財政状態が破綻しかけている北海道では、高医療費、所得水準が低く、高い保険料、1点単価10円以下の事態が考えられます。都道府県特例の診療報酬点数単価にならないよう注視する必要があると思います。

(政策部担当理事 宮崎 誠一)

