

介護保険と後期高齢者医療制度の課題とゆくえん－医療・介護難民をださないために

第16回奈良県保健医療福祉研究集会／基調講演

2008/11/16

伊藤周平（鹿児島大学）

I 問題の所在－後期高齢者医療制度をめぐる現状

2008年4月1日から始まった、75歳以上の高齢者を対象とする後期高齢者医療制度は、新しい保険証の未到着や再交付、保険料の誤徴収や算定ミスなどが相次ぎ、各市町村や実施主体となる都道府県広域連合には、高齢者からの問い合わせや抗議が殺到し、大きな混乱にみまわれた。後期高齢者医療制度の評判は、「後期高齢者」という差別的表現とともに最悪で、厚生労働省は、制度がスタートした4月1日に、名称を「長寿医療制度」に変えたが、焼け石に水であった（ここでも「長寿医療制度」という名称は使わず、法律上の用語である「後期高齢者医療制度」で統一する）。

もともと、後期高齢者医療制度は、2006年6月に成立した医療制度改革関連法により、2008年4月から、老人保健法が全面改正され「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「高齢者医療確保法」という）となり、同法にもとづき創設されたが、法律成立当時は、マスコミでとり上げられることもほとんどなく、その名称すら知られていなかった。しかし、とくに75歳以上の高齢者を対象とする後期高齢者医療制度の内容が明らかになるにつれ、当事者である高齢者を中心に不安や批判の声が高まり、同制度の見直しや撤回を求める地方議会の意見書採択は、全国で632にのぼっている（2008年7月10日現在。中央社会保障推進協議会調べ）。

こうした状況の中、後期高齢者医療制度は、予定通り2008年4月から実施されたが、高齢者の怒りが噴出し、同制度は政治的争点にまで発展、4月27日の山口2区の衆議院補欠選挙、6月8日の沖縄県議会選挙において自民・公明与党の敗北につながった。5月23日には、民主・共産・社民・国民新党の野党4が共同で、後期高齢者医療制度廃止法案を参議院に提出し、6月6日に、野党が多数を占める参議院で可決された。制度実施後に廃止法案が提出され、参議院とはいえ可決されたのは、戦後の憲政史上初のことである。

かくして、2回目の保険料の年金天引きが行われる前日の2008年6月12日、政府・与党は「高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について」を発表、保険料の7割軽減を受けている約470万人について、2008年度は軽減幅を85%に拡大すること（2009年度からは、夫婦世帯で2人とも80万円以下の世帯約280万人については90%減）、厚生年金の平均的な受給者（年額153万円以上210万円以下の所得層）約90万人の所得割部分を50%軽減する措置を決めた。2008年10月から新たに保険料負担が生じるサラリーマンの被扶養者などであった高齢者についても、本人の希望により、世帯主の口座から保険料を引き落とす仕組みも導入された。

さらに、7月17日には、高齢者医療制度に関する与党プロジェクトチームが「高齢者医療の負担のあり方に関する当面の対応について」を発表、70歳から74歳までの高齢者の医療費窓口負担の1割から2割への引き上げの凍結、被扶養者であった後期高齢者の保険料の9割軽減などを2009年度も継続することを打ち出し、8月29日の政府の総合経済対策に

盛り込まれた（約2500億円が必要で、補正予算で対応）。

その後、9月1日に、福田前首相が突然、辞意を表明、自民党総裁選挙が再び行われることとなり、同月22日の総裁選の結果、麻生太郎氏が新総裁に就任、24日には、内閣総理大臣に指名され、麻生内閣が誕生した。これに先立ち、23日には、自民・公明両党が連立政権合意をかわし、後期高齢者医療制度については、法律施行5年後の見直しを前倒しして「より良い制度に改善していく」ことが盛り込まれた。

しかし、与党のいう後期高齢者医療制度の見直しの中身は、きわめてあいまいである。年齢による線引きをやめる見直しであれば、事実上、後期高齢者医療制度を廃止することになるが、その場合、老人保健制度のように、75歳以上の高齢者も国民健康保険などに加入した形とするのか、現役世代からの支援金を含めた財政構造はどうなるのかなど、具体的な内容は全く不明で、次期衆議院選挙対策のための政治的パフォーマンスの感は否めない。一方で、独自のスタンドプレーが目立つ舛添厚生労働大臣は、「高齢者医療制度に関する検討会」を設置、10月7日には、検討会の場に、後期高齢者医療制度を見直し、都道府県単位に再編した国民健康保険と一体的に運営するとした私案を提示したが、あくまでも私案にとどまり、見直しの方向は不透明なままである。

ここでは、こうした流動する状況を踏まえ、介護保険と後期高齢者医療制度の諸問題を検討し、医療・介護難民を出さないための課題を展望する。

II 介護保険の諸問題と改正介護保険法のゆくえ

1 介護保険の諸問題

(1) 介護保険サービスの利用制限

最初に、介護保険の諸問題から検討する。

介護保険制度は、高齢者のサービスや施設の利用が増えると、介護保険の給付費が増大し、介護保険料の引き上げにつながる仕組みになっている。しかし、現在の介護保険の第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の介護保険料は、低所得の高齢者ほど負担が重く逆進性が強い。月額1万5000円以上の年金受給者からは年金天引きで保険料を徴収する仕組みで、保険料の引き上げには限界がある。月額1万5000円以上の年金受給者の介護保険料が1万5000円になれば、年金がすべて保険料として天引きされ、ゼロとなるわけだから、それが保険料の事実上の上限だろう。

介護保険では財源構成が法律で定められ、国民健康保険のような一般財源の繰り入れが事実上禁止されているから、介護保険料を抑えるための手段は、介護給付費の抑制（給付抑制）しかない（正確にいうと、介護保険には被保険者の範囲の拡大という手段があるが、これについては後述する）。実際、介護保険料の高騰を背景に、2005年には、給付抑制を目的とした介護保険法の大改正が行われ、同年6月に改正介護保険法が成立、2006年4月より施行されている。

そして、改正介護保険法では、従来の要支援・要介護1の軽度認定者を新たに要支援1・2判定に再編し、新予防給付の対象（以下「要支援者」という）としたうえで、要支援者のサービス利用を大幅に制限、事実上の給付カットが行われた。

要支援者に同居の家族がいる場合には、生活援助の訪問介護（ホームヘルプサービス）の利用はできず、車イスなど福祉用具貸与も、一定の例外となる者を除き利用できず（要

介護1の判定者も含む)、通院等乗降介助(いわゆる介護タクシー)も、利用できなくなった。介護報酬の算定基準が厳しいとされている東京都大田区では、同居とみなす範囲が拡大解釈され、日中は高齢者が独居状態となっていて、家族と住んでいるということで、生活援助の訪問介護の利用ができなくなり、階が違っても家族が同じマンションに住んでれば同居扱いになる例もあるという(『週刊東洋経済』2007年9月8日号)。

その結果、2006年度の介護保険サービスの利用者数は、要介護認定者数は前年度より20万人増加しているにもかかわらず、前年度を約10万人下回り、介護保険法施行後初の減少となり、給付費も約6000億円減少した(厚生労働省「介護給付費実態調査」による)。

しかし、現在の家事援助サービス(厚生労働省は、専門性を否定して「家事代行サービス」と呼んでいるが)などの生活援助は、従来から軽度者の生活支援のために重要な役割を果たしてきたにもかかわらず、そのサービス利用を制限することは、要支援者がかえって引きこもりなどになり、その重度化が進む可能性が高い。実際、介護保険サービスの利用が制限されたために、自費でヘルパーを利用する事例や買い物などのヘルパーの付き添いが難しくなり、家にとじこもる高齢者が増えている。結局、こうした形での給付抑制は、短期的に給付抑制の効果があっても、中長期的には、逆に、要支援者の重度化による介護保険給付費や医療費の増大につながる。

(2) 施設の抑制・削減と介護難民の発生

そのことを見越してか、改正介護保険法のもとでは、介護保険施設の抑制・削減も進められている。どんなに重度の要介護者が増えたところで、入所できる施設や利用できるサービスが少なければ利用は限定され、給付費は増えないからである。

介護保険法施行以降、同法の「在宅重視」の理念とは裏腹に、施設志向が強まり、特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)の入所待ちが激増し、その数は全国で約38万人にのぼっている(2006年。厚生労働省発表)。改正介護保険法では、介護保険施設の食費・居住費が保険給付から外され入所者の自己負担となったが、こうした負担増には、給付費の削減とともに(年間約3000億円の削減)、施設志向に歯止めをかけるねらいもあった。

しかし、介護保険法のもとでの施設志向の背景には、要介護者の重度化や1割の利用者負担など経済的負担増による在宅介護の困難さがあり、負担の軽減や保険給付水準の引き上げなどがなされないかぎり、施設入所の負担を増大しても、低所得や要介護度の低い要介護者の施設入所が困難となり、それらの人が在宅介護に追いやられ、生活破壊や家族介護者の負担が増えるだけである。このことは、高齢者の孤独死や介護心中などのいま以上の増大を意味する。同時に、介護保険施設の側も、入所者の負担金の未払いの増加などの問題に直面することとなり、良心的な施設ほど厳しい運営を迫られている。

しかも、特別養護老人ホームの入所待ち人が全国で40万人近くもいるのに、同ホームの増設は抑制され、ほとんど増える見込みはない。それどころか、医療制度改革関連法の一環として、2006年に介護保険法が改正され、介護療養型医療施設(約12万床)は、2012年3月末で廃止されることが決まっている。介護療養型医療施設の受け皿とされている老人保健施設や居住系サービスの整備も進まず、このままでは、行き場を失う「介護難民」が出てくる危惧はぬぐいきれない。

保育の分野でも、直接契約方式の導入が検討されているが、認可保育所の増設ではなく、

営利法人に依存して保育所を増やしていけば、低所得世帯の子どもを中心に、多くの「保育難民」が出てくる可能性が高く、供給が不安定となる。実際、首都圏を中心に29の保育施設を運営していた「ハッピースマイル」（エムケイグループ）は、事実上の倒産に追い込まれ、保護者などへの説明もないまま、本年10月31日付けで、すべての保育施設が閉鎖となり、300人以上の子どもが行き場を失うという事件が起きている。

(3) 担い手不足と介護崩壊

また、介護保険制度の実施とそれとともなう規制緩和により、介護労働者の労働条件が急速に悪化し、介護の担い手不足が顕著となっている。介護労働者の劣悪な労働条件や加重労働は、人員配置基準の手薄さともあいまって、サービスの質の低下や介護事故の増大をもたらし、利用者である要介護高齢者の安全と生命を脅かしつつある。

現在、介護保険の在宅サービスの要であるホームヘルパー（以下「ヘルパー」という）の約9割がパートといわれており、それも大半が、交通費すらも出ない直行直帰型の登録ヘルパーで、その労働条件の劣悪さは社会問題化している。ヘルパーだけでなく、従来は公務員に準じる待遇にあった社会福祉法人運営の施設の介護職員の場合も、介護保険法のもとでの施設経営の不安定化による職員数の削減とパート化が進められ、残った職員も賃金カットや過重労働にさらされている。介護労働者の離職に拍車がかかるとともに求人難が顕著となり、定員割れの福祉系大学や専門学校も増加している。

介護労働者の賃金を上げ待遇をよくするには、介護報酬の引き上げが必要なのだが、介護報酬の引き上げも介護保険料の引き上げにつながる。介護報酬額の決定は、審議会（社会保障審議会介護給付費分科会）を通すとはいえ、ほとんど厚生労働省の裁量に委ねられ、保険者である市町村も含め外部からの意見反映が難しい。そのため、給付抑制を方針とする厚生労働省のもとでは、介護保険法施行以来、一度も引き上げられることなく、逆に引き下げられ続けている。現行の最低賃金すらも考慮されることなく、パート雇用を前提に、サービス提供量に応じて介護報酬単価が決められる。そして、介護報酬は公定価格のため、人手不足が顕著になっても、それが介護労働者の賃金上昇につながらない。

2008年5月には「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が成立し、さらに、厚生労働省は、来年度（2009年度）からの介護報酬改定において、3%程度の介護報酬の引き上げを行う予定と報道されているが、パート雇用を前提とした介護報酬の体系を変えることなく、この程度の報酬引き上げで、現在の人材難が解消されるかは疑問である（しかも、報酬引き上げ分を介護労働者の賃金の上昇に反映させるか否かは、各事業者にまかされている）。

介護労働者の劣悪な労働条件に加え、規制緩和と称して、介護保険法令のもとでの人員配置基準の弾力化が進められたため、介護保険サービスの質の低下や介護事故が増大している。たとえば、認知症高齢者のグループホームでは、夜勤では、認知症の高齢者18人を1人の介護職員（しかも非正規雇用の労働者であってもよい）が担当する体制でも法令違反にならない。介護の現場では、介護労働者だけでなく、介護される側の高齢者の安全も危険にさらされているといつてよい。

かくして、介護保険は「介護の社会化」の理念からかけ離れ、多くの国民の信頼を失うに至っている。介護保険制度を積極的に支持してきた推進派の人々も、改正介護保険法に

賛成した民主党も、いまや問題点を指摘せざるをえなくなっており、マスコミでは「介護崩壊」という言葉がとびかうようになってきた。高齢者は、保険料だけ年金天引きで有無をいわさず徴収され（後述のように、2008年4月からは、これに後期高齢者医療保険料も加わっている。詳しくは伊藤周平『後期高齢者医療制度』平凡社新書、第3章参照）、介護の担い手は圧倒的に不足し、必要な介護保険サービスも利用できず、施設も満杯で入れない。療養病床は閉鎖され追い出される。もはや、介護保険は、高齢者や要介護者の生存権を侵害する、自助の強制と保険料の収奪システムに化しつつあるというほかない。

2 改正介護保険法のゆくえ

(1) 予想される給付抑制の強化

改正介護保険法で拍車がかかった要支援者のサービス利用の制限は、次期介護報酬改定時（2009年）には、要支援者を介護保険の保険給付から外すなどの改定へと向かう可能性が高い。実際、財務省の諮問機関である財政制度等審議会は、2008年6月の意見書の中に、介護保険制度の改革を盛り込み、「要介護2」以下の軽度の要介護者・要支援者（2007年3月末で、約274万人）について、①保険給付の対象外とした場合、②自己負担割合を現在の1割から2割に引き上げた場合などの、財政負担や1人当たり平均の保険料の軽減額を示し（給付費全体の軽減は、①で2兆900億円、②で2300億円、1人当たり保険料軽減額は、①で1万5000円、②で1700円）、利用者負担の引き上げや介護保険の給付対象を要介護3以上の要介護者に限定する方向での改定を示唆している。

また、要介護認定については、2009年度から新しいコンピュータソフトにより1次判定が行われる予定だが、新ソフトでは、現在の認定調査項目（とくに認知症に関する項目）14項目の削除が予定されている（新たに6項目を追加）。要介護度は、要介護認定基準時間が長いほど高くなるが、削除された項目に反映されていた要介護認定基準時間が削られるわけだから、当然、基準時間は短くなり、新ソフトでは、状態は変わらないのに、従来より軽度に判定される人が続出するだろう。削除項目でみれば、おそらく新ソフトでは、現在の「要介護2」の人が「要支援2」と、2段階程度軽度に認定され、介護給付の受給者の約3割が予防給付に移行すると推計される。厚生労働省は、コンピュータソフトの操作により、要介護者を減らし要支援者を大幅に増やすことで、給付抑制をはかろうとしているといってもよい。前述のように介護報酬単価を引き上げても、介護給付の対象者を少なくすれば、全体として給付費は抑制できるわけである。

しかし、これ以上の給付抑制は、介護保険を、いま以上に「介護の社会化」の理念からかけ離れた、老後の介護保障制度としての機能を喪失した制度へと変貌させていくこととなる。介護を必要とする高齢者は、介護保険サービスが利用できない分（利用できても十分でない分）は、家族介護者やボランティアなどの無償労働に依存するか、自費によるサービス購入の形で調達するしかない。自費によるサービスの購入などの自衛策がとれない低所得の要介護者は、生存権侵害を含めた悲惨な状況に置かれることになる。

(2) 困難となった介護保険と障害者福祉の統合

給付抑制ではない方向での、介護保険財政の安定化の方法がないわけではない。介護保険の被保険者・受給者範囲の拡大がそれである。

改正介護保険法とともに施行された障害者自立支援法は、障害者福祉の介護保険化への布石の法律といえ、介護保険への統合を前提とした給付構造（介護給付費の部分）や利用者負担（応益負担）となっている。厚生労働省は、介護保険料の高騰を理由に、世論を誘導し、当初、第4期保険料改定が行われる2009年には、介護保険の被保険者・受給者範囲の拡大と、それにとまなう障害者福祉の介護保険への統合（正確には、障害者自立支援法の介護給付費部分の介護保険給付化）を実現する方針であったと推測される。実際、改正介護保険法の附則には、2009年度をめどに所要の措置を講ずるとの規定があり、それを受けて厚生労働省内に「介護保険制度の受給者・被保険者に関する有識者会議」（以下「有識者会議」という）が設置され、検討が開始されていた。

もともと、障害者自立支援法、とくに応益負担への反発や批判は根強く、有識者会議の障害者団体（社会福祉法人日本身体障害者団体連合会など8団体）からのヒアリング（2007年2月5日）では、当初は統合に賛成であった団体も含め、すべての団体が、統合には慎重の姿勢を示し、2007年5月に出席した有識者会議の「中間まとめ」では、実施時期を明記しないまま、統合案と統合せずに介護保険の被保険者の範囲を30歳以上に引き下げる案との両論併記となった。

また、同年12月の自民・公明両党がまとめた「障害者自立支援法の抜本見直しに関する最終案」においても、障害者福祉と介護保険との統合を前提としないことが確認され、2009年の統合は見送られた。民主党も、障害者自立支援法改正法案を提出した段階で、障害者福祉は税方式との方針を固め、従来推進していた介護保険の被保険者の範囲の拡大にも反対していく方向へ方針転換した。さらに、応益負担を導入した障害者自立支援法については、10月31日、全国の障害者や保護者ら30人が、生存権や幸福追求権の侵害にあたり憲法違反とする訴訟を、東京、大阪、福岡など8地裁に起こしている。

ある意味、障害者福祉の介護保険統合の布石であったはずの障害者自立支援法の制定・施行が、それを困難なものにするという皮肉な結果をもたらしたといえる。そのため、介護保険法施行前にあった介護保険と高齢者医療制度との統合論が再浮上してくる可能性もあるが、後期高齢者医療制度についても、前述のように問題や批判が多く、見直しが繰り返されていることを考えれば、介護保険法と障害者自立支援法、さらには後期高齢者医療制度は、当面は併存していくこととなろう。ただし、前述した要介護認定の調査項目に追加された6項目をみると、若年障害者に関する項目がほとんどで、厚生労働省は、介護保険と障害者福祉の統合の意向は捨てていないと思われる。

3 今後の課題

私見では、介護保険法と障害者自立支援法は廃止し、財源は全額公費（税）方式で、障害者や高齢者を対象とする、スウェーデンのような社会サービス法を制定すべきと考える。社会福祉法制再編の方向は、社会保険方式ではなく、公費方式で、公的責任により、サービスの質を確保する現物保障型の仕組みを再構築すべきである。

社会保険方式では中間経費（とくに事務量・事務経費の増大）がかかりすぎるだけでなく、融通性に欠け、個別性の高い福祉ニーズに対応しきれない。個別性の高いニーズ判定に、要介護認定や障害程度区分認定のようにコンピュータ判定を持ち込むのは論外である。何より、コンピュータ判定では、前述のように、コンピュータソフトの操作によって、軽

度認定者を増やすなど、厚生労働省が、給付抑制のために恣意的な操作を行う危険がある。ソフトの改定は、国会の審議を通すわけでもなく、外部からチェックもできない。

また、福祉サービスの給付は10割給付、すなわち無料を原則とすべきである。もっとも、10割給付の実現については、サービス利用が急増し、モラル・ハザードが起り、給付費が青天井となり、財政当局はもとより納税者である国民の理解もえられないという批判がある（厚生労働省の見解もそうである）。しかし、適切なケアマネジメントや相談支援が行われれば給付費は適正な水準に落ちつくと考えられる。さらに、義務教育については、無償であるが、納税者である国民の理解は得られている。義務教育と同様に公共性ある福祉サービスを無料とすることに、なぜ納税者の理解が得られないのであろうか（さらに言えば、納税者の理解が得られそうにない税金の無駄遣いは他に多数ある）。

Ⅲ 後期高齢者医療制度の諸問題

1 高齢者の自己負担増とその問題点

ついで後期高齢者医療制度の諸問題をみると、まず、同制度の創設と並行して行われた高齢者の自己負担（窓口負担や入院費用）の増大の問題がある。

時系列的にみていくと、2006年10月から、平均的な家計における食費・光熱水費を勘案して厚生労働大臣が定める額を控除した入院時生活療養費を保険給付として支給する形で、医療保険適用の療養病床に入院している70歳以上の高齢者について、食費・居住費などが自己負担となった。すでに介護保険適用の療養病床では、2005年10月より、要介護者（原則として65歳以上の高齢者）の食費・居住費が自己負担となっており、それにあわせる形で負担増が行われたといえる。

ついで、同月より70歳以上の高齢者の窓口での一部負担金が、現役並み所得の高齢者については3割となった。ここで現役並み所得者とは、課税所得145万円以上で、単身世帯であれば年383万円以上、二人（夫婦）世帯では同520万円以上の収入がある者で、70歳以上の高齢者のおよそ16%が該当すると推計されている。

また、高額療養費制度における自己負担限度額についても、総報酬を基礎とした平均的な1月当たりの収入の25%に相当する水準とするなどの引き上げが行われた。ただし、高齢者に係る高額療養費は、現役世代より低額の自己負担限度額を設定し、低所得者の自己負担限度額は据え置くなどの配慮がなされている。

さらに、2008年4月からは、療養病床に入院している65歳から69歳までの高齢者についても、食費・居住費が自己負担となった。一方で、乳幼児の患者負担軽減（2割）の対象年齢は、3歳未満から義務教育就学前まで拡大された。なお、2008年4月から予定されていた、70歳から74歳までの高齢者の医療費窓口負担の1割から2割への引き上げは、前述のように、2年間凍結され、2010年4月からとされた。

後期高齢者医療制度の被保険者の窓口負担は原則1割だが、前述のように、被保険者が現役並み所得者の場合は3割とされる。自己負担限度額も引き上げられたが、低所得者については、低所得者1（住民税非課税世帯）が2万4600円、低所得者2（年金受給額年収80万円以下の低所得者など）が1万5000円と、従来の自己負担限度額に据え置かれている。また、新たに医療と介護（保険サービス）を合わせた自己負担額について限度額を設定し（後期高齢者医療と介護の合算限度額は年額56万円）、それを越えた額について高額介護

合算療養費が支給される。

現役並み所得の基準をめぐっては、たとえば、夫が75歳で、妻が70歳の高齢者世帯の場合、従来であれば、夫の年収が383万円以上であっても、妻と併せて520万円未満の年収であれば、現役並み所得者とみなされず、2人とも窓口負担は1割であった。ところが、後期高齢者医療制度では、75歳以上の夫は単身扱いとなり、年収が383万円以上であれば3割負担となるなどの、新たな負担増が生じてきた。そのため、与党は、こうした高齢者については、従来どおり1割負担とする措置を決定した（2009年1月から恒久措置）。

いずれにせよ、こうした高齢者を標的にした負担増は、高齢者の受診抑制を加速させ、お金がなければ十分な医療が受けられないという医療保障の階層化を進める。医療保障の階層化は、高齢者の健康格差を拡大させ、低所得者の医療を受ける権利を侵害する。

2 後期高齢者医療制度の保険料負担の問題

(1) 後期高齢者全員への保険料賦課と特別徴収の問題

つぎに、後期高齢者医療制度の保険料負担の問題がある。具体的には、第1に、後期高齢者医療保険料が後期高齢者全員に賦課されるという問題がある。

後期高齢者医療制度の被保険者は、後述の広域連合内に住所を有する75歳以上の高齢者である。65歳以上75歳未満の者で、政令で定める程度の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者も被保険者となるが、生活保護受給者は適用除外となる。被保険者数は、約1300万人と推計されている。

後期高齢者医療保険料は、個人単位で算定・賦課され、均等割（応益割）と所得割（応能割）からなり、両者の割合は50対50を標準とし、賦課限度額が設定される（賦課限度額は国民健康保険料にくらべ引き下げられ、年額50万円となっている）。均等割は、所得がなくても賦課され、これに所得に応じて所得割が加算される。

2008年度の後期高齢者医療保険料の1人あたりの平均保険料額は、全国平均で年間6万1000円だが、広域連合間で保険料格差がある（保険料は広域連合ごとに異なる）。ちなみに、平均保険料額の最高は、東京都の年額10万円強であったが、東京都では、各市区町村の公費補助などにより、平均保険料を年額9万円までに引き下げたため、現在では、福岡県が最高（年額9万8210円。最低は長野県で同6万5017円）となっている。

なお、低所得者については、世帯の所得水準に応じて、7割（夫婦世帯で妻の年金が年額135万円以下で、夫の年金が同168万円以下の世帯）、5割（同じく夫の年金が192.5万円以下の世帯）、2割（同じく夫の年金が238円以下の世帯）の保険料軽減がある。また、前述のように、個人単位の保険料のため、これまで子どもの健康保険などの被扶養者となり保険料を負担してこなかった高齢者についても、75歳以上になると保険料負担が生じるが、加入後2年間は、負担が軽減される激変緩和措置がとられる。

(2) 特別徴収の問題

第2に、大半の高齢者が年金から天引きで徴収（特別徴収）されるという問題がある。

後期高齢者医療の保険料については、市町村が徴収するが、介護保険料と同じく年額18万円（月額1万5000円）以上の年金受給者は、年金から天引きとなる（特別徴収）。8割以上の高齢者が特別徴収となっており、平均的な厚生年金受給者の場合には、介護保険料

とあわせると月額1万円を超える保険料が年金から天引きされることとなる。そのため、後期高齢者医療の保険料と介護保険料を合わせた額が年金受給額の2分の1を超える場合には、後期高齢者医療の保険料については、天引きの対象としない措置がとられる。

これと並行して、65歳以上74歳未満の国民健康保険加入の高齢者（約300万人）の国民健康保険料（保険税で徴収される場合もあるが、以下「国民健康保険料」と総称）についても、2008年10月より年金天引きがはじまっている。

後期高齢者医療保険料には、全額免除はなく、生活保護基準以下の所得であっても、全く収入がなくても、均等割の保険料が賦課される。また、年金からの保険料天引きは、実質的な年金給付の削減といえる。すでに、2004年の年金法改正で、公的年金制度については、マクロ経済スライド制度が導入され、現在の年金受給者（既裁定者）についても年金給付が毎年0.9%ずつ削減されており、生活必需品を中心に物価の値上がりが続くなか、とくに月額4～5万円の国民年金だけで生活している高齢者の生活は窮地にたたされている。実際に通院回数を減らす高齢者もでてきており、高齢者の医療を保障するはずの制度が、逆に医療を制約するという本末転倒の状態が生じている。

そもそも、最低生活費に明らかに食い込む保険料の賦課徴収は、高齢者の生存権侵害、つまり憲法25条違反の可能性がある。少なくとも、生活保護基準以下の年金給付しかない高齢者から保険料を天引きする場合には、天引き前に、高齢者に、生活実態の相談や弁明の機会を与えるなどの手続的配慮が必要であろう。とくに国民健康保険料の場合には、これまでも市町村の窓口で分納相談が行われてきた実績があるにもかかわらず、年金天引きとなるとそれもできなくなることを考えればなおさらである。

(3) 逆進性の強い保険料負担と引き上げられていく保険料

第3に、後期高齢者医療の保険料は、低所得者ほど負担が重いなど、逆進性の強い保険料負担となっているうえに、2年ごとに引き上げられていくという問題がある。

後期高齢者医療保険料の賦課上限は年額50万円と、国民健康保険料の賦課上限に比べて6万円引き下げられており、夫婦世帯での負担は別として、国民健康保険に加入していた高所得者は、単純計算で、年額6万円も保険料が安くなっている。いずれにせよ、保険料の均等割部分や賦課限度額の存在により、後期高齢者医療の保険料負担は、高額所得者には軽く、低所得者には重い、逆進性が強いものとなっている。

また、普通徴収の高齢者の保険料は、世帯主や配偶者の一方に連帯納付義務が課せられる。しかし、前述のように、後期高齢者医療保険料は、個人単位で賦課されるのであるから、資産割がない以上、無年金や無収入の高齢者には保険料は賦課できず、世帯主や配偶者に連帯納付義務を課して納付させるのは矛盾している。世帯単位で保険料を賦課徴収するのであれば、世帯の合計収入による保険料計算が必要になるはずである。一方で、保険料の軽減措置は世帯収入を基準になされるため、世帯収入が低い世帯の方が、世帯収入の高い世帯より、保険料が高くなるなどの、逆転現象も生みだしている。さらに、前述のように、子どもの被扶養になっていた高齢者が、後期高齢者医療制度に移行すると、高齢者の保険料は、子どもの保険料にカウントできないため、子どもの側が社会保険料控除が受けられず、所得税が増税となる「隠れ増税」の事例も出ている。

後期高齢者医療保険料は2年ごとに見直されるが、高齢化が進み、医療を必要とする高

齢者も増えるから、2年ごとの見直しとは、すなわち2年ごとの引き上げを意味する。厚生労働省の試算では、2015年度には、後期高齢者医療保険料の1人あたりの平均保険料額は、8万5000円（2008年度の39%増）になるとされている。この間の75歳以上の人口の伸びが24%だから、保険料の伸びが大きく上回る計算になる。後期高齢者は死亡するまで保険料を払い続けなければならない、保険料の引き上げは、将来不安を増幅させるだろう。

しかも、後期高齢者の保険料負担の割合（現時点では10%）は、後期高齢者（75歳以上の高齢者）数の増大によって（確実に増大するが）、引き上げられる仕組みとなっている。現時点の10%が、7年後の2015年には10.8%、2025年度には12.5%程度になると試算されており、医療費が抑制されたとしても、高齢者の保険料負担が増大することは避けられない。政府・与党の保険料の減額措置では、保険料免除がないため、こうした保険料引き上げには十分対応できない。

(4) 保険料滞納世帯への資格証明書の交付の問題

第4に、後期高齢者医療制度では、国民健康保険料の場合と同様、被保険者が保険料を滞納した場合には、滞納発生後1年を経過した滞納者に対し、特別な事情のない限り、被保険者証の返還を求め資格証明書（医療費が窓口で全額自己負担となる。その後、保険者に請求すれば、給付分が償還される仕組みだが、給付額から保険料滞納分が控除され、ほとんど償還されることはない）を交付する制裁措置が組み込まれている問題がある。

すでに市町村国民健康保険では、滞納世帯が約480万世帯と、国民健康保険加入世帯の2割近くを占め、滞納世帯に対する短期保険証（通常の保険証にくらべ、有効期間が2～3か月など短い保険証）の交付が122万世帯、資格証明書の交付も35万世帯にのぼっている（2006年6月時点。厚生労働省調べ）。国民健康保険料の国民健康保険の加入者には低所得者や無職者が多く、リストラなどで被用者保険から国民健康保険に移る人が急増していること（2000年3月末の被保険者数約4658万人が、2005年3月末には同5158万人と500万人増大している）、人口の高齢化が進む中、月額数万円以下の国民年金受給者や無年金者が増えていることが原因とみられる。にもかかわらず、保険料は引き上げられ、保険料滞納者への制裁として正規の保険証をとりあげ資格証明書を交付する措置がとられ、十分な医療を受けられず手遅れによる死亡者が出ている自治体もある。

しかも、保護者が正規の保険証が取り上げられて、資格証明書となったため、事実上の無保険状態に置かれている子どもが、全国で約3万3000人にのぼることが、厚生労働省の調査でも明らかになっている。保護者の支払能力によって、子どもが必要な医療を受けられなくなるという事態は、とうてい許容できないだろう。

こうした資格証明書の交付などの制裁措置は、これまでは老人保健法の対象となる75歳以上の高齢者には適用はなかったが、後期高齢者医療制度では、この措置を、それら的高齢者にも拡大する点で大きな問題がある。前述の政府・与党の見直しでは、保険証の引き上げと資格証明書の交付については「相当な収入があるにもかかわらず保険料を収めない悪質な者に限って適用する」との運用上の注意事項が加えられているが、「相当な収入がある」高齢者は、大半が年金天引きで保険料を徴収されているだろうから、保険料の滞納の可能性（すなわち資格証明書の発行を受ける可能性）があるのは、きわめて低年金の普通徴収の高齢者（年金給付額が月額1万5000円未満か、後期高齢者医療保険料と介護保険

料の合計額が年金給付額の半分に達している人)にほぼ限定されることになる。

しかも、現在の国民健康保険の運用では、「特別な事情」の存在は、市町村から保険証の返還の求めがあった時点で、世帯主から届出をする必要があり、この届出がなされないと、機械的に資格証明書が交付されている事例が多い。

そもそも、国民健康保険における保険証の取り上げと資格証明書などの交付そのものが、必要最小限の給付制限の範囲を超えていると解される。実際、国民健康保険では、資格証明書の交付件数は急増しているが、国民健康保険料の収納率の向上はみられず、逆に低下している。国民健康保険の資格証明書の交付は、収納率改善の手段ではなく、保険料滞納者への見せしめ的な制裁措置に化しているといっても過言ではない。しかし、医療を必要とする人が「健康で文化的な最低限度の生活」（憲法25条）を営むうえで不可欠な医療の給付を制約されることは、医療を受ける権利の侵害に当たる。

社会疫学的にみて、低所得者ほど要介護状態や病気になりやすいという指摘もあり、低所得者ほど、保険料負担ができず、資格証明書の交付による医療の制約の可能性が高いことを考えれば、後期高齢者医療制度はもちろん、国民健康保険制度においても資格証明書の交付制度は廃止すべきと考える。

3 後期高齢者医療制度の財政構造と医療費キャップ制の問題

保険料負担の問題と関連するが、後期高齢者医療制度では、75歳以上の後期高齢者の保険料負担と医療費とが直結する医療費抑制の仕組みが組み込まれているという問題がある。この問題は、保険料負担の問題に比べ見過ごされているが、それと連動する、後期高齢者医療制度の最も重大な問題といつてよい。

後期高齢者医療制度の財政構造をみると、高齢者の一部負担（1割）を除いた給付費の負担割合は、75歳以上の後期高齢者が負担する保険料：各医療保険者からの支援金（74歳以下の者が負担）：公費（約5割。国25%、調整交付金8%、都道府県と市町村で各8%の定率負担）＝1：4：5となっており、負担割合は、高齢者医療確保法に明記されている（同法93条などを参照）。従来の老人保健制度にはなかった後期高齢者の保険料負担割合が法定化されたことは、重大な意味をもっている。後期高齢者が使う医療費の1割は後期高齢者だけで負担せよという構造が形成されたからである。まさに、介護保険をモデルにした給付抑制の仕組みといつてよい。

しかも、後期高齢者医療保険料は、前述のように、低所得者ほど負担が重く逆進性が強い。そうなると、広域連合としては、低所得者が負担できる水準に保険料額に抑えるしかない。そして、財源構成が法律で定められていて、前述のように、一般財源をもたない広域連合が実施主体という枠組みの中では、保険料を抑制するには、医療費を抑制するしか方法がない。つまり、後期高齢者医療制度には、医療費総額を抑制できる仕組みが組み込まれているわけで、これは、事実上の「医療費キャップ制」の導入にほかならない。

4 制限される医療

(1) 差別的な診療報酬による医療の制限

さらに、後期高齢者への差別的な診療報酬の適用による医療の制限という問題がある。厚生労働省の後期高齢者医療（長寿医療）制度の宣伝用パンフレット「長寿医療制度でこ

こがよくなる！！」には「ご安心下さい。今までと同じ医療を受けることができます。」と書かれているが、これは全くの虚偽宣伝といえる（そもそも、今までと同じ医療を受けることができるなら、あえて新制度を作る必要はないはずだ）。

確かに、法律上は、健康保険などの療養の給付と同じ医療が受けられることになっているが、厚生労働省は、これまでも診療報酬を操作することで、医療費抑制のために、高齢者の医療の制限を行ってきた。たとえば、入院期間が長期になるほど診療報酬が下がっていく、いわゆる逓減制を適用することで、医療機関が、長期入院患者を抱えるほど赤字になる仕組みを持ち込み、長期入院患者の退院を強制せざるをえなくなるように仕向ける手法（俗に、医療機関への「兵糧攻め」といわれる）などが、その典型例だ。退院を強制される患者としては、制度の仕組みはよくわからないから、患者の不満の矛先は、そうした診療報酬改定を行った厚生労働省ではなく、病院側に向けられる。

診療報酬の改定は、中央社会医療保険協議会（以下「中医協」という）の答申は必要だが、国会の審議を経るわけでもなく、厚生労働大臣の告示という形でなされる。そのため、厚生労働省は、診療報酬改定を、しばしば、医療費抑制という政策目的の達成のために利用してきたし、今回の後期高齢者医療制度でも例外ではない。

2008年4月の診療報酬改定において、後期高齢者に「ふさわしい」医療（制限された医療？）を提供すべく、後期高齢者を対象とした診療報酬の改定が行われた。具体的には、後期高齢者診療料、後期高齢者特定入院基本料、後期高齢者終末期相談支援料（2008年7月より凍結）がそれぞれ創設された。同時に、障害者病棟・特殊疾病病棟の対象からの脳卒中・認知症患者の除外などが規定された。

いずれも、75歳以上の後期高齢者を標的に差別的な診療報酬を適用することで、その医療を著しく制限する内容といえる。これらの診療報酬改定は、保険料負担の問題と異なって、マスコミでもほとんどとりあげられていない。そのため、その深刻な問題が高齢者にほとんど知られていない。以下、具体的に検討する。

(2) 包括払い化とフリーアクセスの制限－後期高齢者診療料

まず、後期高齢者診療料は、糖尿病や高血圧疾患、認知症、脳血管疾患などの慢性疾患を主病とする患者に、患者の同意を得て診療計画を定期的に作成し、計画的に必要な指導や診療を行った場合に算定（医療機関が診療報酬として請求）できる。ただし、患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う1つの診療所（または半径4キロメートルに診療所がない病院）だけが算定でき、その際、高齢者の心身の特性などに関する研修や診療計画の策定、高齢者の機能評価の方法について研修を受けた医師（高齢者担当医。この医師が主治医となる）がいることが条件となる。

点数は、患者に行われた検査、画像診断、処置などをすべて含む定額払い（包括払い）で、月1回600点（6000円。1点＝10円として計算。以下同じ）だ。初診料・再診料や投薬、リハビリにかかる医療費は定額払いの対象外で、病状が悪化した場合に実施した550点（5500円）以上の検査や画像診断などについては、別に算定できる。

後期高齢者診療料は、慢性疾患をいくつも抱え、別々の病院に通っている高齢者を1人の医師が総合的に診察し、診療計画を作成することで、高齢者が複数の医療機関を受診する「ハシゴ受診」に歯止めをかけ、重複する検査などのムダを省くことを目的に導入され

た。しかし、後期高齢者診療料には、次のような問題がある。

第1に、患者の主病と認められる慢性疾患を行う1診療所しか算定できないため、保険証1枚で、どの医療機関でも治療を受けることができるという、これまでのフリーアクセスに制限が加えられる。たとえば、高血圧でA診療所に、糖尿病でB診療所にかかっていた後期高齢者がいて、その高齢者がB診療所の医師を主治医に選んだとする。この場合、糖尿病が主病とされ、B診療所は後期高齢者医療診療料を算定できるが、A診療所では算定できなくなり、基本的に、高齢者はA診療所で治療が受けられなくなる。どうしても、高血圧の専門医を受診したい場合には、主治医からの紹介が必要となるなど、不自由な仕組みである。そもそも、複数の疾患をもつ高齢者は多く、厚生労働省の解釈のように主病を1つとして、慢性疾患の管理を1診療所に限るのは、医学的にみても無理がある。

第2に、これが最大の問題と思われるが、包括払いの診療報酬のため、必要な検査や処置が十分受けられなくなる可能性が高い。窓口負担が1割の後期高齢者では月600円の自己負担で、検査や処置が月内に何度でも受けられるかにみえるが、そうはならない。医療機関が検査や処置を何回実施しても、決まった額の診療報酬(6000円)しか入ってこないため、医師が必要と思っても検査の回数を減らすなどの対抗策をとるしかない。しかも、病状が悪化したような場合に別に算定できる事例はきわめて稀である。

第3に、後期高齢者診療料を算定する主治医になるには、事前に各地の社会保険事務局に届け出でなければならないが、内科を主に診る診療所の2割程度の8876か所の届出にとどまっている(2008年4月14日現在の速報値。厚生労働省調べ。以下の数値も同じ)。しかも、内科診療所の8割以上(86.3%)が届出した鹿児島県から、届出件数がゼロの青森県まで、都道府県ごとの状況にばらつきが出ている。かりに担当医となっても、包括払いの診療報酬のもとでは、十分な検査や処置はできず、厚生労働省のパンフがいう「丁寧な医療を提供」することは難しい。そのため、登録していても、実際には後期高齢者診療料を算定しない医師も多い(届出が最も多かった鹿児島県でも、鹿児島県保険医協会のアンケート調査では、届出理由は「とりあえず」が68%で最も多く、実際に算定したのは16%にとどまっている)。

(3) 後期高齢者特定入院基本料による退院の強制

つぎに、後期高齢者特定入院基本料は、一般病床や特定機能病院などに入院している後期高齢者について、入院90日を超えると算定される。具体的には、医療機関に支払われる入院料が、91日以降から、患者7人に対して1人の看護体制であれば、1日1555点(1万5500円)が同928点(9280円)へ大幅に減額され、しかも、投薬・注射・検査などもすべて、同入院基本料に含まれることとなる。

これでは、入院期間が90日を超える後期高齢者の入院患者を多く抱えている医療機関は大幅減収となり、高齢者に退院を強制せざるをえない。しかし、長期入院の後期高齢者の多くは、重症の脳卒中後遺症患者や認知症の患者であり、受け皿となる療養病床は、後述のように削減され、特別養護老人ホームなど介護施設も不足している現状では、退院後の行き場がない。結局、家族が在宅で介護するしかないが、介護保険の給付水準では、とても支えきれず、家族のない高齢者は、施設をたらい回しされるか、孤独死のおそれがある

ただし、現場からの批判を受け、厚生労働省は、8月27日の中医協に、後期高齢者特定

入院基本料の10月からの大幅減額を猶予する方針を示し、了承された。具体的には、医療機関が「退院支援状況報告書」に退院する上での問題点や課題を記載し、社会保険事務所に毎月提出すれば、減額措置が猶予されることとなり、医療・介護難民の発生は、とりあえずは先送りされた。

(4) 療養病床の削減・廃止－医療・介護難民化する高齢者

以上のような診療報酬の操作による後期高齢者の医療の制限にとどまらず、医療費抑制のために、療養病床の削減が行われている。

療養病床に入院している医療の必要性の低い患者については、老人保健施設など介護施設で対応するという方針のもと、前述のように、2012年3月末で、介護保険適用の療養病床（介護療養型医療施設）13万床を廃止することが決まっている。また、医療保険適用の療養病床（医療型）についても、25万床を2012年までに18万床（当初案は15万床）に削減することが目標とされ、国の指示を受けて、各都道府県において療養病床の削減計画が作成されている。

厚生労働省は、療養病床削減の根拠として、日本の入院患者の平均在院日数が諸外国に比べて長いという論拠をあげているが、諸外国の統計には、日本の療養病床のような慢性期病床は含まれておらず、急性期だけみれば、日本の平均在院日数はむしろ短い。もともと、療養病床の削減・廃止計画は、患者の実態を無視し、医療費抑制の観点からのみ決められた机上の計画だったため、計画自体に無理があった。実際、各都道府県の療養病床削減計画をみると、計画作成中の新潟、奈良、佐賀の3県を除く44都道府県の計画数の合計は、国の目標より3万床多い約21万床となり、3県分を加えると22万床になる見通しだが、同省は療養病床の削減・廃止の方針は変えていない。

とはいえ、介護型療養病床の受け皿とされている老人保健施設など介護施設への転換・整備は進んでいない。高齢化が進むなか家族の介護力は大きく低下しており、在宅の医療・介護サービスは量・質ともに手薄なため、在宅介護・療養はかなり難しい。厚生労働省の調査でも、自宅で日中と夜間の両方、またはいずれかで介護できる人がいないと回答した療養病床の入院患者は6割にのぼる。

厚生労働省は、廃止される介護型療養病床の転換支援策として、介護療養型老人保健施設（いわゆる転換型老健）の創設を打ち出したが、転換型老健では、介護型療養病床に比べて介護報酬が低く、医師や看護・介護スタッフを減らさないと病院側は大幅な赤字となるため、切り替えは進んでいない。かりに転換しても、医療の人員配置が手薄なため、患者の容体が急変した場合には、一般病床に転院する必要がでてくる。

さらに、療養病床の削減は、救急（急性期）医療までも立ちゆかなくさせる。医療技術の進歩により、救急病院で命をとりとめることができる患者が増えるとともに、慢性期の重症患者も増えており、救急病院からの搬送先として療養病床の重要性が増している。療養病床は、救急病院での治療後の後方支援先として重要な役割を担っているわけだ。にもかかわらず、療養病床が削減されていけば、救急病院からの患者を受け入れる医療機関がなくなり、三次救急、二次救急の病院のベッドが十分に回転せず、患者の「たらい回し」問題が深刻化することが懸念されている。

厚生労働省は、療養病床の削減により、2012年度時点で、2005年度比4000億円の医療費

が削減されるとしているが、医療費全体（年間約33兆円）からみれば1.2%程度（高齢者医療費約11兆円からみても3.6%程度）にすぎない。一方で、療養病床の削減の影響は甚大で、医療現場では、医療・介護難民化（もしくは死亡する）する高齢者の増大、深刻な医療荒廃と社会的弱者の生命の危機が現実化しつつある。私見では、療養病床の削減・廃止は即座に撤回し、むしろ増設をはかっていくべきと考える。

5 前期高齢者医療費の調整制度の問題点

新しい高齢者医療制度は、後期高齢者医療制度の創設にとどまらない。65歳から74歳までの、いわゆる前期高齢者の医療費についても、新たに財政調整制度が導入された。

後期高齢者医療制度は、前述のように、これまで加入していた国民健康保険などから脱退して、新たに同制度に加入する独立方式だが、前期高齢者の場合には、医療保険の医療保険に加入したままで、医療費の財政調整だけがなされる点に特徴がある。

具体的には、保険者間の前期高齢者の偏在による負担の不均衡を調整するために、国民健康保険・被用者保険の各保険者が、その加入者数に応じて負担する費用負担の調整を行うが、要するに、加入者に前期高齢者の多い国民健康保険に、加入者が少ない被用者保険から徴収した交付金を支給し、財政調整を行う仕組みである。各医療保険への前期高齢者の加入率は、全国平均で12%だが、これを調整対象の基準とし、支払基金が、協会健康保険（前期高齢者の平均加入率5%。以下同じ）や組合健康保険（加入率2%）から納付金を徴収し、加入率の高い国民健康保険（加入率28%）に交付金として支給する。

つまり健康保険組合など前期高齢者の加入が少ない医療保険者は、後期高齢者医療制度への支援金のみならず、前期高齢者納付金の負担も加わり、前期高齢者納付金は、結局は、健康保険などの加入者の保険料で賄われることになる（協会健康保険の場合、納付金についても、給付費同様に13%の国庫負担が行われる）。

かくして健康保険組合の中には、後期高齢者医療制度支援金と前期高齢者納付金に加え、退職者医療制度への拠出金も残ったため、大幅な支出増となり、赤字に転落したり、保険料の引き上げを余儀なくされる組合が続出している。西濃運輸健康保険組合のように、高齢者医療の負担金増大に耐えきれず、組合を解散し、協会健康保険に移るところもでてきた。最大の恩恵を受けたのは市町村国民健康保険だが、その財政負担軽減も一時的なもので、後述のように、特定健診の実施率目標の達成ができず、後期高齢者支援金が増額され、再び財政が悪化する可能性が高い。

6 後期高齢者医療制度のゆくえと課題

(1) 後期高齢者医療制度のもたらすもの

最後に、以上の考察を踏まえ、後期高齢者医療制度をはじめとする高齢者医療制度の課題と望ましい医療保障制度の方向を展望する。

そもそも、後期高齢者医療制度のように、一定年齢以上の高齢者のみを対象とした独立の社会保険制度は、世界でも類をみない。政府・与党は、後期高齢者医療制度は「国民皆保険」を維持していくために不可欠で、制度の目的・趣旨はまちがっておらず、説明をつくせば、高齢者に納得してもらえるとというスタンスだが、これまでみてきたように、後期高齢者医療制度の本質は、75歳以上の高齢者（被保険者）すべてに保険料負担を課し、高

高齢者の保険料負担と医療費が結びつく仕組みをつくり、高齢者医療費を抑制しようとするもので、「国民皆保険」の維持どころか、その解体をもたらす深刻な問題を内在させている。政府・与党の制度見直しで、後期高齢者医療制度の抱えている諸問題が解消されたわけでもなく、制度の骨格は残したまま、負担増が先送りされたにすぎない。

そして、今後は、介護保険法制定当初に議論されていた、後期高齢者医療制度と介護保険との統合論が再浮上してくる可能性がある。後期高齢者医療保険料と介護保険料はともに年金天引きで徴収しているし、前述のように、後期高齢者医療制度における都道府県単位の広域連合による運営は、将来的に、国民健康保険や介護保険の保険者を市町村単位から都道府県単位に再編するための布石と考えられるからである。

介護保険との統合までに至らずとも、さらなる給付抑制の仕組みとして、後期高齢者医療制度の被保険者（慢性期）への医療給付について、介護保険の給付のように上限を設定し、区分ごとに診療報酬を設定する方式が導入されることも予想される（前述のように、後期高齢者医療制度には、介護保険をモデルにした医療費キャップ制という給付抑制の仕組みは導入済みである）。すでに、2006年7月からの診療報酬改定により、療養病床の患者については、医療の必要度に応じて、医療区分1・2・3にランクづけされ、それぞれに応じた診療報酬が設定されている（介護保険の要介護認定による要介護度ランクづけとそれに対応した介護報酬設定と同じ仕組み）。とくに、医療の必要度が低いとされる医療区分1の患者については、2006年さらに2008年改定で、診療報酬が連続して大幅に引き下げられたため、退院の強制が加速している。

とはいえ、後期高齢者医療制度による負担増と給付抑制は、短期的にみれば医療費の抑制をもたらすだろうが、長期的にみれば、受診抑制による重度化をもたらす可能性が高い。そして、重度になっても療養病床は削減され、地域に十分な医療が受けられる医療機関がないという深刻な事態が予想される。結局は、家族の介護・看護負担が増大し、介護心中などの悲惨な事件が繰り返されることとなろう。日本の医療は、お金があれば保険会社の儲けの標的となり、お金がなければ必要な医療が受けられない、アメリカ型の医療（マイケル・ムーア監督が映画「シッコ」で描いた世界）に向かいつつあるといえる。

(2) 後期高齢者医療制度の廃止と老人保健制度の復活

いずれにせよ、国のこれまでの医療費抑制策が、医師不足をはじめ「医療崩壊」と呼ばれる現在の惨状をもたらしたことは明らかで、後期高齢者医療制度の導入をはじめとする、今回の高齢者医療制度の改革は、高齢者医療の崩壊をますます加速させ、高齢者の医療を受ける権利を著しく制約することになる。

日本の医療費の水準は、対GDP（国内総生産）比では、国際的にみても低水準であり、これまで最低水準にあったイギリスが、ブレア前政権のもとで、医療費の増大策に方向転換した現在、先進諸国G7の中で最低水準となっている。今後の高齢化の進展の中で、医療費の伸びを抑制するという方針には限界があり、早急に医療費抑制を凍結し、公費支出を増やすことで、医療保険財政の建て直しをはかっていく政策転換が求められている。とくに国際的にみても低い水準にある、医療費に占める公費負担や事業主負担を増やしていくべきだろう。少なくとも、小泉政権のもとで、2006年7月に閣議決定された「骨太の方針2006」にもとづき、財政健全化第2期（2007年度～2011年度）の5年間で、社会保障費

(自然増の部分)を1兆1000億円、毎年2200億円ずつ削減する政策(いわゆる社会保障費のシーリング)は、早急に撤廃されるべきである。

これでもってきたように、後期高齢者医療制度は、わずかな年金で生活している高齢者から介護保険料と合わせて年金額の半分にも及ぶ保険料を天引きし、保険料滞納者には資格証明書を交付し医療を制約し、さらに差別的な診療報酬を適用して、高齢者の医療を制限する制度であり、高齢者の医療を受ける権利にみならず、その「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」(憲法25条1項)を侵害し、生きる希望までを失わせる憲法違反の制度といえ、廃止しかないと考える。後期高齢者医療制度は廃止し、いったん従来の老人保健制度に戻したうえで、高齢者医療のあり方について再度議論をやり直すべきと考える。その意味で、前述の野党の後期高齢者医療制度廃止法案を支持したい。

(3) 老人保健制度の改革

後期高齢者医療制度廃止後、当面は老人保健制度に戻すとしても、老人保健制度にもいくつかの改革すべき課題がある。第1に、老人保健制度では、対象者が75歳以上の高齢者とされているが、後期高齢者医療制度の廃止にともなって前期高齢者医療の財政調整制度も廃止すべきと考えるので、その対象年齢を65歳に引き下げる改革が必要となる。

そのうえで、第2に、65歳以上の高齢者の医療費を、公費(50%)と各医療保険者からの拠出金(50%)で賄う老人保健の財政方式を復活させる。当然、後期高齢者の保険料はなくなり、高齢者は加入している国民健康保険や健康保険などで、従来どおり保険料を払うこととなる。その際、現役並み所得者の区別をなくし、窓口負担は全員1割とすべきである(後期高齢者医療制度では、前述のように、現役並み所得者については公費負担がなされてないが、これによりすべての対象者について公費負担が発生することとなる)。

第3に、これが最も重要な改革課題と思われるが、国民健康保険財政の立て直しが必要となる。現在の高齢者医療制度では、後期高齢者医療制度のように、医療費のかかる75歳以上の高齢者を国民健康保険から離脱させたり、前期高齢者の財政調整制度のように、被用者保険からの交付金という形で、国民健康保険財政の立て直しがはかられている。これを廃止するとなると、国民健康保険の財政悪化が懸念される。

私見では、まずは減らされつづけてきた国民健康保険に対する国の負担割合を元の水準(少なくとも、1984年改正前の医療費の45%の水準)に戻すことで国民健康保険財政の立て直しを行うべきと考える。国民健康保険への財政支援を、国の負担を減らして、健康保険組合などの被用者保険に肩代わりさせようとするから問題が生じるのであって、国民健康保険への公費負担の増大と前期高齢者納付金制度の廃止により、健康保険組合などの財政悪化も防げると考える。

そして、年齢別で区分する老人保健制度を維持するのであれば、公費負担割合を徐々に増大させていき、最終的には、全額税方式で行う制度が望ましい(日本医師会が提言している案に近い)。年齢による区分をなくすのであれば、被用者・非被用者の区別もなくして、すべての国民を対象とする医療保険制度を構築し、保険料の応能負担化と低所得者の保険料免除制を徹底したうえで、国際的にも水準の低い公費負担と事業主負担を増大させることで、10割給付の医療保障を実現すべきと考える。

(4) 課題と展望

問題は、公費負担部分の財源である。現在、公費方式といえば選択肢は消費税増税しかないかのような宣伝がなされている。しかし、1999年度以降、毎年の予算総則で消費税収入のうち、地方消費税など地方に回る分を除いた国税分の用途（消費税収の約56%）は、基礎年金、高齢者医療、介護保険給付費に限定されている。税法で用途を限定していないため、目的税化といわないだけで、実質的には高齢者医療費に限っても、かなりの部分を消費税に依存していることになる。

私見では、高齢者医療について消費税のような逆進性の強い税を主な財源とすると、給付抑制への圧力が強まるため、累進性の高い所得税や法人税を主な財源にすべきと考える。まずは、引き下げられてきた所得税や法人税を、たとえば、所得税の最高税率を、1984年の水準の70%（現在は40%）に戻すなど、その累進性を強化したうえで、それを財源に公費負担割合を増大していくべきである。大企業・高所得者への優遇税制や減税をやめ（むしろ増税を行い）、それを財源に、社会保障の給付を拡充し、社会保険料負担の応能負担を徹底させ、税・社会保障制度による所得再分配効果を高めていく必要がある。

介護保険をモデルにした高齢者医療制度は、高齢者のみならず、現役世代を含めた、今以上の生活不安と医療破壊を加速するがゆえに、生活の安定や医療保障、さらには社会保障の充実を求める運動は、今後、多くの共感と協力を得られる可能性が高い。当事者である高齢者やその代弁者（医療機関関係者も含む）、さらにそれらの人々をサポートしていく運動の広がりがあれば、後期高齢者医療制度の廃止、さらには社会保障政策の方向転換が一部であれ可能ではないかと思われる。

後期高齢者医療制度が高齢者医療費抑制のための先兵としての役割を担っていること、高齢者の問題だけでなく、現役世代にとっても、保険料（支援金）の引き上げや健康増進の強制（生活習慣病の自己責任化）など深刻な問題を抱えていることを、学習活動を広げ、広く知らせていく必要がある。政府・与党の小手先の制度見直しにまどわされることなく、後期高齢者医療制度の問題を次期衆議院選挙の争点としていく運動が早急に求められている。また、研究者の側からも、高齢者医療確保法の対案を構想するなど、後期高齢者医療制度に代わる、新たな医療保障制度を構想・提示していくことが必要となろう。