

# 日本老年醫療保險法制的 變革與問題

鄭明政\*

## 壹、前言

如眾所皆知，日本人不僅已成為長壽民族，擁有世界最長的平均壽命，也保有高品質的醫療水準，但同時也是老人化進展十分快速的國家<sup>1</sup>。早在1994年時，日本65歲以上的老年人口比率就已經有14.5%，已達到聯合國所定義的老人化長壽社會。然而，「平均」壽命的延長並不意味著人人都擁有「健康」的壽命，就日本厚生勞動省（相當於我國衛福部）所公布的「平成28年版厚生勞動白皮書」中就指出，2015年日本人「平均壽命」男性為80.79年、女性則為87.05年，較之以前更為增加，是目前世界上平均壽命最為長壽的國家。但若進一步以「在健康問題上，得以於日常起居之中並無受到限制」的

「健康壽命」來看，2013年時日本健康壽命男性約為71.19年，女性則為74.21年，也是居於世界首位。但從另一角度以平均壽命減去健康壽命而得出的「不健康」期間來看，據2001至2013年的十餘年統計數據顯示，日本男性平均從8.67年增為9.02年，女性則從12.28年增為12.40年<sup>2</sup>。如此顯示，老年化社會隨著壽命不斷延長，但不健康期間若不縮減的話，則可預見的不只是個人或家庭生活的品質（QOL）下降，對於醫療保障等社會保障費用勢必增加。

從日本國立社會保障暨人口問題研究所所提供的統計資料可以看到，2013年度用於老年醫療給付費用就高達133,622億日圓，而社會保障部分的年金、醫療、照護等給付費用就高達99兆8507億日圓，其中醫療給付就占

\* 本文作者係國立勤益科技大學基礎通識教育中心專任助理教授、日本北海道大學法學博士

註1：日本在2014年時總人口數為1億2,708萬人，其中65-74歲以上人口有1,708萬人之多，占總人口的13%，75歲以上則有1,592萬人，也占13%總人口數。預估到了2025年時，總人口數為1億2,066人，其中65-74歲以上人口會有1,490萬（12%），75歲以上人口則上升到2,719萬（18%）。到了2060年時總人口下降至1,128萬，其中65-74歲以上會有1,479萬（12%），75歲以上人口則有2,179萬（18%）。厚生勞動省官網（政策相關）：  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info02d-35.html>（最後閱覽日期2018/07/12）。

註2：日本厚生勞動省，《平成28年版厚生勞動白書——人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える》，頁12。  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/>（最後閱覽日期2018/07/12）。

了30.9%<sup>3</sup>，比前年度增加了6.1%成為史上最高金額，而整個醫療保障給付的總額占國民所得9.82%<sup>4</sup>。若依厚生勞動省所發表官方資料顯示，該年度的醫療費為36兆日圓，已超過國民所得比的一成以上。若以年齡別來看，65歲以上者平均每人所花費的醫療費為68萬7,700日圓，而未滿65歲者平均花費之醫療費為16萬3000日圓<sup>5</sup>，可見在制度上存在著財政與世代間給付不均的問題。

若到了2025年時，所謂的「團塊世代」將邁入75歲，屆時日本超高齡老人社會的老年醫療給付費用將占整年度醫療給付費用的一半<sup>6</sup>。若在經濟高度成長期中，或可隨著所得的增加而調高保險費用來填充醫療保障制度所需的財源。但在現實上，日本經濟長期的低迷以及老年少子化的現象不斷深刻化，使得包含醫療保險制度在內的社會保障面臨嚴峻的挑戰。

正因如此，在經濟低度成長期中為追求整個社會保障體系的機能強化與永續發展，在改革社會保障制度時，老年醫療制度之改革

就首先受到矚目，而本文透過對日本老年醫療制度改革過程的觀察與了解對制度上的問題提出一個簡單的觀察與看法，提供國人在老年醫療保障法制的比較與了解。

## 貳、老年醫療保險制度的創設與變革

### 一、日本醫療保障制度改革背景

就日本醫療保障在法制上而言，除了有國際人權條約上的社會權、健康權相關規定外，國內法上最高位階的規範根據可源自日本國憲法第25條生存權條項所保障的個人「健康且文化」的生活，以及憲法第13條保障「個人尊嚴」的幸福追求權。在具體的制度運用上，日本並不是採取公醫制度以稅金負擔方式來提供公共醫療服務，而是以社會保險的方式來提供醫療服務，且自1958年修正《國民健康保險法》後加入了強制納保規定而在1961年實現了所謂的「國民皆保險」<sup>7</sup>，自此以醫療保險制度（如國民健康保險、後

註3：完整詳細的報告資料可參閱該研究所於2011年10月28日所發表的公開報告。國立社會保障暨人口問題研究所官網（社會保障給付費）：

[http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/kyuhuhi-h21/kyuuhu\\_h21.asp](http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/kyuhuhi-h21/kyuuhu_h21.asp)（最後閱覽日期2018/07/12）。

註4：丸尾直美，〈日本の医療保障制度——問題と持続可能な制度への改革〉，《尚美学園大学総合政策論集》第18号，2014年6月，頁3。

註5：隨著日本老年化的進展以及醫療技術的進步，日本國民醫療費用占國民所得比重已高達10.61%。就年齡別而言，65歲以上的醫療費用為19兆9479億日圓，占全體的55.4%。其中75歲以上則為11兆7335日圓，為全體的32.6%。而在財源的分配上：被保險人（患者）自己部分負擔為13.9%，保險費48.6%，政府（中央與地方）公費負擔37.5%。北海道新聞2011年9月30日綜合16版。

註6：週刊社会保障医療保険現状編，〈高齢者医療制度の現状と課題〉，收於《週刊社会保障》，第65卷第2641期，法研，2011年8月，頁33。

註7：對於強制納保的合憲性爭執，日本最高法院於1958年時表示國民健康保障乃按相扶共濟精神，以及經議會通過具民主正當性，故強制加入要件並不違憲。參照：最大判昭和33.2.12民集12卷2號頁190。

期高齡者醫療制度)為主,公費負擔醫療以及醫療救助(如身障者自立支援醫療、社會救助窮困者的醫療救助)為輔的醫療保障體系於焉形成<sup>8</sup>,如此,日本的醫療提供體制可說具有私人供給優位、自由開業醫制度、患者自由就診、尊重醫師專業的特徵<sup>9</sup>。

而在給付內容上,現今的醫療保障在概念上除了有對傷病事故者提供必要給付的傳統醫療概念外,隨著醫學與社會的發展,現今益發重視從預防到治療這一連續性、概括性的「預防醫療」概念,而這也意謂著醫療保障制度的給付時間與成本將更加高昂,且,大量使用到醫療資源的年齡大多是邁入年老之時,然而隨著老年化的急速發展也使得各醫療保險制度面臨極大的挑戰,特別是近年來,日本醫療費用幾乎每年都以增加1兆日圓的規模發展,其主要原因被認為在於醫療技術的高度發展以及醫護人員的人數增加、新藥的開發、高額的醫療機器費用及老年人口的增加等因素。但因老年期罹患慢性病者多,平均每位老人的醫療費為一般人的5倍之多,再加上退休以後多依靠年金生活,經濟

能力也較一般人低弱,所以不論在醫療保險的支出面上或收入面上,老年人都屬於風險較高之族群。然而這群高風險低收入的老年族群因退休而無法參加以雇用為前提的健康保險或共濟組合等被用者(受雇者=受薪勞工)保險,因而被轉為加入市町村的《國民健康保險》(以下稱「國保」),結果造成受雇者保險內的被保險人多為較高所得者的年輕族群,雖繳納較多的保費,但並不見得使用較多的醫療費用,但到了年老退休後卻要移往國保,這不只造成國保被保險人的負擔增加,隨著產業結構改變和老年化的進展及雇用問題等因素,原來以農民和自營業者為主的國保被保險人的結構也隨之改變,因而各保險族群間或世代間的條件不平等更為明顯。於是在此背景下,日本開始針對老年族群創設出如下的一連醫療保險制度<sup>10</sup>。

## 二、老年醫療費支給制度：老年醫療費免費化

有關日本高齡者的醫療保險制度,一開始並無獨立制度,而是在前述的國保制度下涵

註8：西村健一郎，《社会保障法入門》，東京：有斐閣，2008年，頁25。稻森公嘉，〈醫療保險〉，菊池馨實編，《ブリッジブック社会保障法》，東京：信山社，2014年，頁52-53。

註9：加藤智章、西田和弘編，《世界の医療保障》，東京：法律文化社，2013年，頁20。

註10：日本於1961年時即實現「全民皆保險」之理念，國民全體皆受公家醫療保險之保障（國民皆保險制度），而社會保險主要以公費維持，被保險人可以自由選擇醫療機關就醫單位（無就診待機時間）。到了1973年時，修改老年福祉法，將醫療保險中的老年自己負擔金全額由老人福祉的財稅來源支出，形成了免費的老年醫療制度，也因此開啟了單獨以老年人為對象的醫療保險制度之討論。另外1984年隨著健康保險法的修正也導入了退休醫療制度。而就現有的日本醫療保險制度，可分為以下三大類。(1)被用者保險（健保）：以雇用為前提諸如一般民間企業的「健康保險（協會或組合）」、「般員保險」、國家或地方公務員、私立學校教職員等各種「共濟組合」。(2)國民健康保險（國保）：以農民或自營業者等為主的「國民健康保險」。(3)後期高齡者醫療保險：以75歲以上高齡者為被保險人。因此(3)「後期高齡者醫療保險制度」可說是為調和健保和國保之間的對立所生之產物。

蓋，到了1960年代，陸續有些地方自治團體以公費負擔了老人的自己負擔金（自負額）而形成免費化的風潮。在這風潮下，再加上《健康保險》成立之初，因家庭給付率低以及年金制度的未成熟，老年人退休後的所得保障不足，導至高齡者醫療費用的自負額過重，故在日本經濟高度成長期的60年代中，便有老年醫療費用免費化的主張，於是到了被喻為「福祉元年」的1973年時，修正《老人福祉法》對70歲以上（或65歲以上臥床者）的高齡者實施了「老年醫療費支給制度<sup>11</sup>」。如此，老年被保險人的自負額全由公費支出（老年醫療費免費化），其目的在於減輕老人患者就診時的花費，自此該當其對象的高齡者皆可免費就醫。

但1973年後，隨著石油危機過後的經濟低度發展時期來到，之後為了抑制日益增加的社會保險費用，政府逐漸強調家庭功能（1978年『厚生白皮書』），以及個人與家庭的自助與努力以及地域間的互相合作（1979年『新經濟七年計劃』），進而有減少國庫支出漸有否定高福祉負擔路線之傾向。究其因，除了有後來經濟發展不佳的問

題外，主要還有在老年醫療費支給制度下的老人就醫免費化的問題。例如在當時的日本社會上，陸續出現了老人家愛看醫生把醫院當休閒場所，一些「醫院沙龍化」、「續攤式就診」等濫診現象於是產生，再加上平均壽命的延長，國民健康保險的高齡者加入率也逐漸增高，因此整體醫療費用大增，各醫療保險制度間的負擔不均問題甚為嚴重。

### 三、老人保健法：導入老年醫療部分負擔

而為改善此一現像，日本於1982年制定了《老人保健法》<sup>12</sup>，以70歲以上的老年人（以後提高到75歲）或65歲以上臥床者為保險對象，提供相同的醫療給付<sup>13</sup>，但設有定額的部分自己負擔金（以下稱「自負額」），亦即修正了老年醫療免費化的政策，同時也加入了事先預防的機制。另外，也導入了「老人保健設施」以消除需長期復健或照護而住院（社會性住院）的老年人<sup>14</sup>。如此，日本《老人健保法》雖說是在醫保財政上的壓力下進行改革，但同時也注意到老年醫療也要需重視預防事業（保健事業）的特質<sup>15</sup>，以40歲以上的市町

註11：但此制度有排富條款，實施主體為市町村長。公費負擔比例為國：都道府縣：市町村=4：1：1。

註12：老人保健制度乃根據1982年老人保健法而創設，原則上於70歲（2002年10月起改為75歲）以上者的醫療費用由各保險事業共同支出而成的老人保健出處金負擔。

註13：老人保健制度的醫療給付內容有：診療、藥或治療器材、處置及手術等治療、家庭醫療管理和療養看護、醫院或療養所內的看護、其他政令所之給付等，可說與一般醫療保險給付內容一樣。

註14：因仍然無法解決老人照護設施不足照護而發生社會性住院的問題，於1997年時成立了照護保險法，提供老年人各種照護服務。因而這些現物給付費用也就從醫療保險財政中轉嫁給照護保險了。

註15：高齡者的疾病一般具有(1)有複數患疾或障礙、(2)容易急速惡化或重病化之傾向、(3)有非典型的症狀(4)個人差別極大。等特徵。參閱佐々木貴雄，〈醫療保險制度における年齢区分に関する一考察——後期高齢者医療制度の成立過程を例に〉，《東京福祉大学大学院紀要》，第1卷第1号，2010年5月，頁34。

村住民為對象，導入了保健事業的設置<sup>16</sup>。

《老人保健法》之後雖歷經數次修改但整體而言，具有以下的幾個特色。

### （一）恢復醫療部分負擔

提供老年醫療給付（含入院時的伙食療養費），但為防止濫診現象，恢復原來的醫療費自己部分負擔額。2000年時修改健康保險，原則上自負額為一成，到了2002年時則再修法於五年內將70至75歲之老年自負額分階段調昇，且與現職所得相當之高齡者則須負擔二成的部分自負額。但大體而言，高齡者仍較一般人負擔較低，只是仍留有高齡者與現職世代間負擔比例不明確的問題。

### （二）健診及健康指導

實施保健事業，強調健康的自己責任與自律、努力，重視事前的預防和健康管理，因而有交付健康手冊，並對40歲以上之被保險人積極進行健康診查和健康諮詢、健康指導等<sup>17</sup>，以期早期發現早期預防，故法律名稱為「保健」而非「保險」。

### （三）財政調整

因大量的退休老人流入市町村國保，國保給付水準低但老年醫療受給需求高，如此高齡者的自負額勢必不得不增加。而為改善市町村國保的財政問題，日本政府調整被用者保險者與國保者間的財政。而所謂的財政調整是指將保險人（社會給付的法主體）中的營運組織和財政會計予以分離獨立，不再

如民間保險公司一般採獨立決算方式，而是該所屬中央或地方等保險人相互援助，讓財政較佳的一方填補財政較弱的一方。如此便形成醫療保險人間共同經營老年醫療保險事業，但這也弱化了保險人的財政責任，因而此制度存有各保險人之間財政營運責任不明確的問題。

如此，基於上述背景，日本在1984年時修改健保法設立了「退職者醫療制度」，企圖解決財政惡化以及受雇者於退職後移向老人保健法時的低給付時期之問題。然而，「退職者醫療制度」的適用對象為國保被保險人中領有老年退職金或退職給付者，因此此制度仍存有將加入受雇者年金制度年資較短的人，以及還未能享有年金受給權者予以排除此制度外的問題，同時對於醫療給付無論是從哪一制度，自負額都一律統一為三成，事實上退職者醫療制度的適用對象所繳的保險費率與國保的其他被保險人一樣並沒有增加<sup>18</sup>，因此一般認為並無實益，故到了2015年3月廢除了此制度。

## 四、老年醫療確保法：前期高年者醫療費用的調整

迫於前文所指摘之問題，日本行政部門早於2003年時通過了「有關醫療保險制度體系及診療報酬基本方針」的閣議決定，提起廢除老人健保制度和退休者醫療制度<sup>19</sup>，並針

註16：菊池馨實，《社会保障法》，東京：有斐閣，2014年，頁365。

註17：參照老健法12條、20條、30條1項。此保健事業原則上為市町村之自治事務。

註18：菊池，前揭註16，頁366。西村，前揭註8，頁45-46。

註19：加茂直樹，《社会保障の哲学—日本の現状を把握し、未来を展望台する》，京都：世界思想社，2012年，頁32。

對醫療保險體系提出了75歲以上的「後期老年醫療制度」與65歲至未滿75歲的「前期老年醫療制度」來分別對應各自年齡特性的改革案，於是到了2006年修改健保法成立「後期老年醫療制度」，進行一波變革極大的醫療制度改革<sup>20</sup>。此波大改革首先便是要化解上述《老人保健法》制度所生問題，使老年人與年輕世代間的負擔，以及健康保險組合（工會）保險者與市町村間的財政營運責任都能夠明確化，再加上急劇的少子老年化之現象，於是在2006年國會將《老人保健法》修法後更名為《老年醫療之確保相關法律<sup>21</sup>》（以下稱《老年醫療確保法》），並配合2008年所實施「後期老年醫療制度」成為日本新的高齡者的醫療保制度之基礎。

《老年醫療確保法》將老人年齡區分為二個族群，分別為65歲以上到未滿75歲的「前期高齡者」以及75歲以上的「後期高齡者」，而對「前期高齡者制度」之改革主要在於財政上的調整，對後期高齡者則是從之前的各醫療保險制度中使之脫離後加入一獨立的新保險制度。詳言之，65歲以上未滿75歲之老年人之中，按原來的制度因退休後會脫離原本的健保（協會健保、健保組合等被用者保險），因而有八成以上的退休人員會

在退休後轉加入國保，如此會造成各別被用者（受雇者）保險與國保間有著差異極大的不同醫療負擔。而為化解各保險制度間的醫療費用負擔不均與財政營運責任不明的現象，即令前期高齡者維持留在各醫療保險事業中，在制度上規定各保險制度之間依其前期高齡者加入人數之比例調整前期高齡者整體的醫療費用支出<sup>22</sup>。至於國保中原有的退休者醫療保險，以至2014年為此未滿65歲為對象做為過度措施而存續，之後將自動廢止。所以不同於「後期高年者醫療制度」是一獨立於所有醫療保險的設計，「前期高齡者醫療制度」終究只是在調整各醫療保險制度間的醫療費公平負擔，因此被保險者在滿65歲時到75歲進入後期高年者醫療制度的這段期間的醫療保險給付仍是由原加入的各醫療保險者來提供。

此外，《老年醫療確保法》延續《老人保健法》的預防醫學概念，有鑒於諸如心血管疾病、糖尿病等生活習慣病的患者增加，且其醫療費用就占了整個國民醫療費用的三分之一，於是日本厚生勞動省訂定了醫療費適正化基本方針來進行五年一期的「特定健康診查實施計劃」。亦即，40歲以上未滿75歲的被保險人有義務進行生活習慣病的預防健

註20：有關此次改革的國內論文可參閱：郭躍民，〈日本2006年社會健康保險法制改革之評介——與對我國全民健保及二代健保法案之啟示〉，《東吳法律學報》第20卷第3期，2009年1月，頁107以下。其批判論者認為此一改革基本上是以抑制醫療費為主要目的，但卻也造成了醫院關門和醫師不足等嚴重問題，乃是引起「醫療崩壞」之重要因素。

註21：後期高齡者醫療制度之創設乃依據2006年的健康保險法修正而來。其法律根據是由老人保健法修改而來的「確保高齡者醫療相關法」（高齡者の医療の確保に関する法律，昭和57年8月17日法律第80号）。

註22：參照高齡者醫療確保法32條以下。

診（該法第20條所稱之「特定健康診查」）。甚至按其目標達成度，國家有增減後期高齡者支援金10%的權限，而保險者也必須依厚生勞動省之規定來進行特定保健指導。

## 參、後期高齡者醫療制度的實行與問題

### 一、獨立的後期高齡者醫療制度

由以上的制度歷史沿革可知，《老人保健法》被《高齡者醫療確保法》所取代後，依該法於2008年4月開始實施了以75歲以上的退休老人（或是65歲以上未滿75歲依政令認定之重症患者<sup>23</sup>）為被保險人的「後期高齡者醫療制度」。而上開退休老人必須從脫離原本加入的醫療保險（如健保、國保等）來加入後期高齡者醫療制度，凡加入此制度的人都會發給後期高齡者被保險證，用於每次就診提示於保險醫療機關。而此制度鑒於後期高齡者心身特性及生活實態，為維持老年醫療制度的穩定，因而認為有必要擴大整個保險規模，乃將後期老年醫療制度的保費和國保及被用者保險的支援金加上公費形成此一獨立制度之財源，其主要具體措施如下。

#### （一）給付負擔比例之明確化：4（現職世代

#### 的支援金）：5（公費負擔）：1（高齡者保費負擔）

亦即財政措置從國保和被用者保險人（現職世代）提撥約四成的後期高齡者支援金<sup>24</sup>，再加上公費負擔五成（其中國家負擔 $\frac{2}{3}$ ，都道府縣和市町村各負擔 $\frac{1}{2}$ <sup>25</sup>），以及被保險人（高齡者）的保險費一成（但與現役世代同所得之老年人則負擔三成）<sup>26</sup>，來做為為此一高齡者醫療給付之財源。

#### （二）營運主體一元化：後期醫療制度廣域聯合的創設

為改善以往被用者保險人與市町村國保間的安定性與財政營運責任的不明確性，後期高齡者醫療保險制度整合保險人以都道府縣為單位納入各市町村成立「後期醫療制度廣域聯合」（以下稱「廣域聯合」=數個地方自治團體的聯合）為營運主體<sup>27</sup>，目的為使保險費能收支一體，達到營運責任明確化的目的。也就是說，廣域聯合為決定保費處理醫療給付事務之單一法主體，負有營運上的財政責任，雖條文上無保險人之用語，但在解釋上應為此一制度之保險人<sup>28</sup>。而在廣域聯合地內採取同一保險費率，如此除擴大保險規模防止各市町村的保費負擔不均及營運不善外，並可維持原有在地納保服務的方便性。

註23：高齡者醫療確保法第50條。但依同法第51條規定，受生活保護法保護之世帶不適用此一制度。

註24：按第118條2項規定：「保險者負有繳納後期高齡者支援金之義務」。

註25：條文可參閱高齡者醫療確保法第93條1項、96條1項、98條。

註26：與照護保險相同保費由年金直接叩繳，現役世代同所得之70歲以上老年人自2006年10月起負擔金為三成。

註27：可參照：地方自治法第291條2。高齡者醫療確保法第48條。

註28：高齡者醫療制度研究會，《新たな高齡者医療制度——高齡者の医療の確保に関する法律——概説と新旧対照表》，東京：中央法規，2006年，頁24。

### （三）保費

如前所述，此制度的財政負擔比例基本上以公費負擔五成，「後期高齡者支援金」負擔四成，被保險人保費（後期高齡者負擔金）一成的比例維持財政，而被保險人保費的負擔比例自2010年後，每二年則會修定，2014年時的被保險人負擔比例為10.73%<sup>29</sup>。保費之計算則是以被保險人個人為算定單位而加以徵收<sup>30</sup>，故無法如以往的醫療險般地以被扶養者身分加入醫療保險制度。其保險費率原則上採廣域聯合區域內單一費率，同一都道府縣內為同一所得者，所以負擔之保險費用亦相同，不再因加入保險之不同而有同所得之高齡者間的保險費不同的問題<sup>31</sup>。至於徵收方式則以從年金所得扣繳（特別徵收）或由市町村收取（普通徵收），除被保險者負有繳納義務外，戶主（戶長）及配偶也負有連帶繳納義務<sup>32</sup>。

### 二、後期高年者醫療制度的問題

如此，在後期高齡者醫療制度下，只要年滿75歲以上之高齡者皆須脫離了原本以家戶為單位的各保險制度，一下子轉為以個人為

單位算定的保險制度，高齡者也因而負有繳交保費之義務，這樣將增加以低額年金過日子的老年人之經濟負擔。再加上，從現職世代的支援金財政性格上來看，似乎與照護保險的第2號保險人（40歲到未滿65歲的醫療保險加入者）保費相同，但照護保險的第2號保險人的保費雖不多，仍具有因特定疾病而需照護之保險給付的對價性，支援金則無此之性格。此外，還有健診受診率過低以及廣域聯合營運等問題（如由市町村來收取保費固有地利之便，但若有怠收時，其不利益仍歸責於廣域聯合）<sup>33</sup>，但最直接從國民反映出的問題在於後期高齡者醫療制度從原來的制度中，以75歲為分界點，全無考慮到家庭關係和醫療保險連續性的問題，而是硬生生地將老年分斷化成前期與後期的醫療保險，強制加入其制度。是故引起許多國民直覺地認為是種歧視年齡的醫療制度<sup>34</sup>。且政府對於保費超過一年未繳者，則會收回「保險證」改以交付「資格證明書」，而持資格證明書就診者則須繳納全額的醫療費用，這樣將全完限制了保險給付，造成低所得者無法就診的實態。

另外還有將原本被認為是療養給付一部份

註29：稻森公嘉，前揭註8，頁66。

註30：高齡者醫療確保法第104條。但與現役者所得相當之老年人則負擔三成。

註31：但離島地區有可設定不均一保費料之特例。

註32：稻森公嘉，前揭註8，頁66。

註33：關於部分負擔金的法的性質，以現在有力的見解是認為乃保險醫療機關和被保險人之間的債權債務關係。據此，保險者（如廣域聯合）對保險醫療機關並無支付義務。但，對於保險者不行使徵收權限時，則可請求損害賠償。西田和弘〈醫療機関における一部負担金の未収金問題〉週刊社会保障2410号，2006年，46頁以下。伊藤周平，〈高齡者医療制度の給付と高齡者の医療を受ける権利（下）〉，《賃金と社会保障》，第1536号，2011年4月，頁7。

註34：尾形健，《福祉国家と憲法構造》，東京：有斐閣，2011年，頁231-232。

的住院食事費用及調理費等仿照照護保險讓使用者負擔其費用的費用負擔合理性的問題，以及禁止混合診療（但設有保險外併用療養費之補助）之規定過於限制評價療養（如先進醫療等）與選定醫療（特別醫療環境的選擇）的問題，以及修改後的診療報酬體系所造成的醫療用藥限制與住院天數差別擴大等問題<sup>35</sup>。諸多問題限於篇幅暫不深究，但其目的都指向於醫療費用的抑止，如此也實質造成低所得者無法接受醫療給付的事實，而本文特別要指出的是，在非正式雇用（派遣）橫行其道的現在，如何在全民皆保險的理念下調整公費之負擔以及平衡同為被保險人的受診者與非受診者間的負擔公平問題乃是醫療保險制度最大的問題。

### 三、今後的改革：確立持續可能的社會保障制度

鑒於後期高齡者醫療制度的諸多問題，日本在2009年自民黨政府下野前的眾議院選舉中，民主黨在其競選公約上即揭示了廢止後期高齡者醫療制度。同年8月大選後民主黨（三黨連立）政權成立，決定廢除後期高齡者醫療制度並於2010年7月提出了與國保一體化、不區分年齡、與現役世代一同加入等新制度的改革方向。到了2010年12月時更公布了「有關老人新醫療制度最終匯整<sup>36</sup>」，但民主黨政權只維持到3年多執政，期間並無廢止掉後期高齡者醫療制度，而2012年後至今日本再度回到自民黨執政持續推動醫療保險制度改革，並於2013年8月接受了由社會保障

註35：2008年的診療報酬改定創設了後期高齡者診療費、後期高齡者特定住院基本費、後期高齡者終末期諮詢支援費等，是以抑制醫療費用為目的。而2010後修定廢除點數項目，並將諸如特定住院基本費擴大為全年齡，雖消除了年齡歧視的問題，但也造成另一個入院天數的差別擴大。是以有「差別醫療」及「限制醫療」制度之批判。伊藤周平，〈高齡者医療制度の給付と高齡者の医療を受ける権利（上）〉，《賃金と社会保障》，第1532号，2011年2月，頁53-54。

註36：「高齡者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）」，其改革重點如下：(1)廢除後期高齡者制度與國保一體化：將現行的後期高齡者醫療制度廢除後，75歲以上的老年人回歸以往的國保或被用者保險，以不區分年齡讓現代世代與老年世代共同加入，保費以戶計算，如此被扶養者之老年人將不必負擔保費。(2)以都道府縣為單位的財政營運的二階段改革：為解決國保長年高齡者偏多而生的保費格差與財政不安的問題，有必要持續擴大國保的營運規模。但為強化75歲以上老人回歸後的國保財政，維持以都道府縣為單位的財政營運模式進行二階段改革。亦即，從2013年開始的第一階段先暫時讓都道府縣與市町村為單位的保險營運狀況繼續持續，而後將市町村較弱的財政基盤和分散的保費予以統合，整備出與國保一體化的環境。到了2018年時，則將實行以全年齡為對象並以都道府縣為單位統一保費算定的財政營運模式。所此，國保上的財政基盤將可望較為穩定。(3)提高75歲以上現役老人者的公費負擔比例：現行75歲以上但有與現役世代相當所得之老年人的醫療給付費用原由現役世代支援金負擔，但新制度將由公費負擔之，故實質上公費負擔比例從47%提升到50%。(4)部分負擔金：現行以預算的方式將70歲以上未滿75歲之部分負擔金凍結為一成負擔。但在新制度成立後，將階段性的提高70歲以上者的部分負擔金至二成。原文可參閱厚生勞動省官網（審議）：

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001w1gw-att/2r9852000001w1lk.pdf>（最後閱覽日期2018/07/12）。

制度改革國民會議提出了報告書<sup>37</sup>，自此後期高年者醫療制度可說已是穩定成形<sup>38</sup>。而此報告書的重點在於明示了今後醫療保險制度的二大改革課題，亦即：財政基盤的安定化、減輕低所得者的保費、對後期高齡者支援金的總報酬率等「財政安定與保險費負擔公平性」的檢討課題。以及就診時的定額自負額、高額療養費用限額等「醫療給付範圍（重點化、效率化）」的檢討課題<sup>39</sup>。之後，按照社會保障制度改革國民會議的審議結果，於2013年12月5日成立了「推進改革並確立可永續的社會保障制度之方針法律<sup>40</sup>」（以下簡稱「方針法」），而此方針法只是提供改革方針，該法第4條對於醫療制度明示應採取的措施有：創設病床機能報告制度、依地域的醫療提供體制之構想來劃分病床機能、改革國保保險者與營運、後期高年者支援金的全面總報酬率、70至74歲的患者負擔或高額療養費的檢討、難病對策等，其具體個

別配套措施仍有待日本國會依序通過修法或立法。然而在現實上，在面對高齡者特別是後期高齡者的醫療與照護的地域概括性照護系統的建立仍是不足的<sup>41</sup>，目前依方針法對醫療保障制度的相關配套已有於2014年6月時成立了「醫療照護綜合確保推進法<sup>42</sup>」，目的是為構築高品質有效率的醫療提供體制以及確保地域地域照護之立法，並修改了醫療法、照護保險法等相關法律<sup>43</sup>。

而為實現安定且永續的醫療保險制度，醫療費用的適正化（合理化）實為當務之急，因此2015年5月修改了國保法等法律來擴充保險者的支援強度並預計於2018年度起，將按保險者努力支援制度來修正醫療費的合理化，如此一方面進行保險者的支援一方面也強化財政調整機能，並預計投入1,700億日圓的財政支援<sup>44</sup>。但要注意的是，這些調整修正醫療費用終究只是在努力「抑制」醫療費增加，而非是要「削減」醫療費用<sup>45</sup>。因此

註37：《社会保障制度改革国民會議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～》，2013年8月6日，頁33以下，原文可參：

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>（最後閱覽日期2018/07/12）。

註38：堤修三，〈高齡者医療制度の構想史—日医・自民党・厚生省を中心とする4幕劇〉，《長崎県立大学論集》，第51卷第1・2号，2017年9月，頁50。

註39：菊池，前掲註16，頁383。

註40：平成25年法律第112號，法案原文名為：「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」。

註41：丸尾直美，前掲註4，頁7。

註42：平成26年法律第83號，法案原文名為「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」。

註43：平成29年版，《厚生労働白書》，頁312-313。

註44：平成29年版，《厚生労働白書》，頁331。

註45：土倉幸大，〈日本における持続可能な医療の創出〉，《經濟政策研究》，第11号，2015年3月，頁153。

減少醫療資源的消耗與有效力的利用就更為重要，於是自2018年度的第3期醫療費適正基本方針中，持續要求對於特定健診、保健指導的實施率等具體數值與達成目標的提升，並新增了對糖尿病重症化的預防、促進後發醫藥品的使用、醫藥品的適切使用（避免重複投藥，過量投藥）等項目，而每年度也一邊了解計畫的進行狀況來一邊做成新的目標並與保險者協議會進行合作<sup>46</sup>。

此外，民間與政府的疾病預防與健康管理也更加推進。例如為使保險者對於預防及健康營造的努力可以看得到（可見化），也開始注意到健診資料的活用，2015年7月時民間組織成立了「日本健康會議」與在地醫生合作來一同預防生活習慣病的重症化，該會議同時也通過了「營造健康城市與職場宣言2020<sup>47</sup>」定出至2020年所欲達成的數值目標。2016年時厚生勞動省也與日本醫師會、日本糖尿病對策推進會議締結了預防糖尿性腎臟重症化的合作協定，並在全國各地企劃相關活動，推進合作體制的建立<sup>48</sup>。厚生勞動省自2016年起，也針對生活習慣病的重症化預防舉辦「高齡者保健事業的方法檢討工作坊」來設定一些指導方針，至2018年起將擴大至全國各地舉行。甚者，有關健康保險組合或共濟組合的後期高齡者支援金的加算或減算制度將從2018年分階段到2020年時將

調高至法定上限的10%，以強化保險者注意並保持健康的誘因<sup>49</sup>。以上這些都可說是為抑制醫療費支出的現在或未來具體措施。

#### 肆、結語

醫療保險制度改革因具有很高的政治性，故而主決戰場無庸至疑的應在國會上透過政治過程來決定，除涉及預算外，還有諸多複雜的社會因素，然而日本國憲法第25條明文規定生存權保障，為日本社會保障理論之基礎亦應為制度設計之最始與最終之依據，即便照一般通說（抽象性權利說）解釋而言，國家負有將生存權保障予以具體化之法的義務，也就是說要是國家什麼都不做的話（立法不作為），除可在政治上究責之外，司法應有追究其不作為之義務，因此政府自當不斷的檢討醫改制度並促其完善，特別是涉及貧弱者及身障者等社會少數弱者時更當特別注意，只是就高齡者族群是否為社會上之弱者就值得深思了，關於此涉及了在法規範上身為權利主體的個人圖像之問題了<sup>50</sup>，在90年代後日本社會保障法學者菊池馨實教授便主張在社會給付中的個人並非只是一個被動接受給付的被保護之客體，而應立基於「個人自由」與「自我決定」等自由理念，從而以日本憲法第13條概括性條文中的個人尊重與

註46：平成29年版，《厚生労働白書》，頁336。

註47：日本健康會議官網（健康なまち・職場づくり宣言2020）：

<http://kenkokaigi.jp/about/index.html>（最後閱覽日期2018/07/12）。

註48：同註46。

註49：平成29年版，《厚生労働白書》，頁337。

註50：尾形健，前掲註34，頁225。

幸福追求之自律性做為社會保障制度的基軸，故在制度設計上主張應尊重個人意思的「選擇」，以及個人主體的「參加」等規範<sup>51</sup>。但有些學者則認為就社會保險本身的強制加入、強制納保等義務而言，仍須要有「社會連帶」的根據<sup>52</sup>。而以追求人格自律為主軸的人權論述常過於著眼傳統對抗國家權力之防禦概念，因而要求個人必須是一個能自律或自立的權利主體，也就是所謂的「強者人權論」或是「抽象均一的個人圖像」<sup>53</sup>，如此在制定社會保障政策時，則容易忽略了國家乃至企業責任，而訴諸個人自我決定與自我責任的道德性，進而要求被視為尚未自律或自立之受保護（給付）者個人須服從保護者的支配。因而日本憲法學者笹沼弘志便批判「以人格自律為社會權基礎的理論，漸與王牌人權論共鳴，使國家的保護責任為之縮小，並要求個人負擔責任。如此更給予做為社會通念的「自立」概念與「以工作義務限制了生存權之論」提供了更強力的基礎，因而有促進社會排除的傾向」<sup>54</sup>。簡言之，以強者個人圖像的人權理論，區分了能自立的保護者（強者）以及無法自立的被保護者（弱者），其結果是在普遍、中立與抽象的

法規範下，放任乃至正當化了社會權力的橫行，並進而維持了強者的地位。

回到老年醫療保險制度上來說，現今的改革越來越重視自我責任與健康管理的重要，然而若過於強調此種自立自助的社會保障觀念，則容易有上述的問題產生。事實上，從日本老年醫療制度的變遷過程來看，幾經改革都是以抑制醫療費用為主要目的，特別是原本以現物給付（直接提供醫療服務而非金錢給付）為原則的老年療養給付，因導入了部分負擔金而引起了低所得者自我抑制受診的事實。雖部分負擔金雖有減免事由，但範圍過小，貧困者一旦因滯繳保費而被交付資格證明書者，因須負全額醫療費用，實質上形同無保險之狀態。這些若不從抽象的法規範而以社會事實脈落來看的話，可說已是侵犯到老年人的醫療受給權及至生存權之保障。而對富有個別多樣性以及立基於解決社會問題而存在的社會保障法制而言，應以社會保障所具有一定的事實前提之構造來加以把握，而法的規範或議論應不能與這個前事實完全分離才是<sup>55</sup>。事實上，高齡者的個別性格依然十分多樣，故井上英夫教授認為高齡者的醫療保障的理念與原則基本上也應適

註51：參照菊池馨實，《社会保障制度の将来構想》，東京：有斐閣，2010年，頁137以下。

註52：岩本一郎，〈生存權理論の現状と課題〉，《北海道自治研究》，第490号，2009年11月，頁31。  
以連帶做為社會保障理論之基礎論述可參閱：倉田聡，《社会保障の構造分析——社会保障における「連帶」のかたち》，札幌：北海道大学出版会，2009年，頁52以下。

註53：有關強者人權論的虛擬必要性論述可參照：樋口陽一，《憲法——近代知の復権》，東京：東京大学出版会，2002年，頁169。

註54：笹沼弘志，〈社會權保障における憲法學の成果——社會的排除の現實から問う〉，《憲法問題》，第19号，2008年，頁32。

註55：太田匡彦，〈対象としての社会保障——社会保障法学における政策論のために〉，《社会保障法研究》，創刊第1号，2011年5月，頁180-181。

用一般健康權或醫療保障的理念與原則<sup>56</sup>，而山本忠教授則據此認為在思考高齡者的醫療保障時須從實質平等的觀點來提供給具多樣個性的高齡者給予必要之醫療，特別是高齡者的自負付部分的實質平等<sup>57</sup>。另外，原本醫療保險中的療養給付基本上為現物給付，故保險人本負有保險給付之責任，因此

日本社會保障法學者伊藤周平教授便認為在老年醫療保險制度上課以部分負擔金並無合理的理由，當應廢除此一規定<sup>58</sup>。縱觀現今的日本的改革朝公平化及合理化之方向雖值參考，但所生之服務品質與效率等問題以及為了醫療費用的適正化是否會過度干預了個人的生活仍有待吾人持續檢討觀察。

註56：井上英夫，〈健康權と高齡者の医療保障〉，井上英夫等編，《高齡者医療保障——日本と先進諸国》，東京：労働旬報社，1995年，頁38以下。

註57：山本忠，〈医療保障と平等—高齡者医療を中心に〉，日本社会保障法学会編，《医療保障法・介護保障法》，京都：法律文化社，2001年，頁117。

註58：伊藤周平，前揭註33，頁5。