

## 「後期高齢者医療制度の行方」

### はじめに

21世紀にはいつから、年金制度改正（2004年）、介護保険制度改正（2005年）、医療制度抜本改革（2006年）、障害者自立支援制度全面実施（2006年）など、社会保障に関して矢継ぎ早の制度改正等が行われている。けれども、各制度は安定感や信頼感を欠き、国民の社会保障に対する不安は消えない。年金記録問題を契機に、社会保障に対する不信感は一層高まっている。

こうした状況を踏まえ、近年、「社会保障の在り方に関する懇談会」や「社会保障国民会議」など官邸主導の検討会ができ議論が進められているものの、社会保障の将来像がはっきりとしないのはどうしてだろうか。社会保障の再構築が焦眉の課題でありながら、なぜ議論が錯綜気味、迷走気味となるのだろうか。

本連載では、社会保障政策論の観点から、現下の各社会保障制度の課題や論点を明確にし、その向かうべき方向性を示したい。第1回目は、後期高齢者医療制度に焦点をあてる。

### 後期高齢者医療制度の見直し

本年9月29日の所信表明演説で、麻生首相は次のように述べた。

「長寿医療制度が、説明不足もあり、国民をいたずらに混乱させた事実を虚心に認め、強く反省するものであります。しかし、この制度をなくせば解決するものではありません。高齢者に納得していただけるよう、1年を目途に、必要な見直しを検討します。」

本年4月施行の後期高齢者医療制度（長寿医療制度）は、制度の周知不足、被保険証の未着問題、保険料の年金天引きへの反発等、高齢者の批判を受け、マスコミでも大きく取り上げられた。衆議院山口2区補選（4月27日）で、自民党候補が民主党候補に敗れた原因とされた。

民主党は廃止法案を通常国会に提出した。他方、政府・与党は、制度自体は必要なものとし、広報活動の強化と保険料負担の更なる軽減を行う特別対策で対応した。

夏を過ぎて批判も一段落をしたとみられていたときに、9月19日、突然、舛添厚労相が「代替制度を検討する」という方針を明らかにした。総裁選中の麻生氏も「抜本的に見直す必要がある」と発言し、にわかに後期高齢者医療制度をめぐる議論が熱を帯びてきた。

後期高齢者医療制度の創設にあたっては、1997年の「与党医療保険制度改革協議会」において高齢者医療保険制度の創設をうたって以来、ほぼ10年間にわたって議論を行い、2006年の医療制度改正は与党主導で行われたという経緯があるだけに、舛添厚労相の発言には与党関係者の反発も強かった。その後の自民・公明の連立政権合意書（9月23日）では、「法律に規定してある5年後見直しを前倒しして、より良い制

度に改善する」とトーンダウンした。

しかし、果たしてどこをどのように改善すれば、「より良い制度」や「高齢者に納得していただく」制度になるだろうか。

舛添厚労大臣は、①年齢のみで対象者を区分しない、②年金からの保険料天引きを強制しない、③世代間の反目を助長しない仕組みを財源などで工夫する、を見直しの「3原則」にあげている（日本経済新聞9月20日）が、②はともかく、①も③も簡単なことではない。

## 年齢で区分する医療保険は問題か

「後期高齢者」という名称とあわせ、高齢者を「前期」と「後期」に2区分したことへの反発があったことから、「年齢で区分する保険制度はおかしい」という批判が高まった。しかし、高齢者を別建てとする医療保険制度は、アメリカのメディケア（70歳以上の高齢者のための公的医療保険）の例がある。また、そもそも日本では1973年の老人医療費無料化政策以来、1982年創設の老人保健制度と、高齢者を現役世代と区分して低い患者負担で医療費保障を行うという仕組みを継続してきた。

ヨーロッパでは、フランスもドイツも社会保険であるが、年齢による制度の区分はない。これは、保険料負担も患者負担も現役世代と同水準ということであり、日本とは異なる。年齢区分をなくすということは、負担面でも高齢者を別扱いしないということであるが、果たして日本ではこうした仕組みが高齢者の賛同を得られるだろうか。

図は、各医療保険制度の財源構成を図示したものである。後期高齢者医療制度では、患者負担も保険料負担も、後期高齢者は現役世代と比べて小さな負担である。後期高齢者医療制度では、従来の老人保健制度とは異なり、保険料負担面でも軽減されているのである。

## 世代間の対立は解消できるのか

医療保険制度では「世代間の対立」というよりも、医療保険制度間の対立、具体的には「国保と被用者保険との対立」が続いてきた。1980年代の老健制度創設以来の医療保険制度改革は、つまるところ、保険料負担能力がぜい弱な国保財政を安定化させるために、いかに被用者保険サイドから支援を行うかという歴史でもあった。財政負担の面から後期高齢者医療制度をみると、被用者保険サイドの被保険者（現役世代）は、公費部分の税負担を所得税等で負担し、さらに、支援金による負担と「2重負担」となっており、「十分な負担」と考える人が多数派であろう。

## 解決策はあるのか

このようにみると、後期高齢者医療制度は、高齢者世代の負担と現役世代の負担、公費負担の3者のバランスがとれた「よくできた仕組み」といえる。しかし、欠点をあげれば、老健制度時代と比べて公費負担や現役世代の負担が増加しないようにするという財政的な観点に力点が置かれたことから、保険制度としてみると被保険者の魅力に欠ける制度となったことは否めない。患者負担や診療行為に変化がなく、逆に健診の縮小などマイナス面が出てしまった。

さらに、現在は後期高齢者よりも人口規模が大きい前期高齢者の医療費を保険者間

の加入者数按分の財政調整としたことから、被用者保険サイドでは、老健制度時代よりも高齢者医療費に対する拠出金の規模が増大してしまった。保険料負担増を忌避するために、健保組合を解散して協会けんぽ（旧政管健保）に移行する企業が増加するゆえんである。

高齢者医療制度検討会の検討が始まったが、国保を都道府県単位に再編した上で後期高齢者医療と一体的に運営するという舛添私案は、新たな財源が入らない限り、国保と被用者保険の財政調整議論の蒸し返しとなろう。高齢者別立て制度以外の方式、いわゆる「突き抜け方式」は実現可能性が乏しく、「リスク構造調整方式」では被用者保険の負担増となるだけである。

結論をいえば、高齢者の医療費保障のためには、前期・後期の区別をなくし、たとえば70歳以上からの高齢者医療保険制度に一本化し、公費負担は最低でも5割とするという方法にならざるを得ないのではないか。公費負担は増加するが、被用者保険の拠出金負担は軽減する。公費負担増とは税負担増であり、結局、国民全てで広く薄く負担する方法しか打開策はないと考えられる。

図 各医療保険制度の財源構成の概念図 省略