

# 特集

## 新たな高齢者医療制度の 制定に向けて

「高齢者医療制度改革会議」は、さる8月20日、高齢者のための新たな医療制度についての中間とりまとめを行いました。同会議では今後、年末の「最終とりまとめ」に向けて、国保の運営の在り方、費用負担の在り方など、おおむね14項目の課題などについて、引き続き議論を進めていくとしています。とりわけ、運営主体については、国保財政問題とも関連するため、都道府県単位の全市町村による広域連合が担うのか、都道府県が担うのかなども争点となっています。

今回の特集では、同会議の委員の方々などから、中間とりまとめの概要と課題などについて解説していただくとともに、都市自治体側から見た評価と高齢者医療制度の目指すべき方向性などについてご寄稿いただきました。

寄稿 1

### 国保を取り巻く諸問題と、これからの 高齢者医療制度 —中間とりまとめを踏まえて—

目白大学大学院生涯福祉研究科教授 宮武 剛

寄稿 2

### 新たな高齢者医療制度の留意点 —中間とりまとめの評価を中心に—

大正大学人間学部アーバン福祉学科教授 新田秀樹

寄稿 3

### 新たな高齢者医療制度と国保の課題

高知市長、全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長 岡崎誠也

寄稿 4

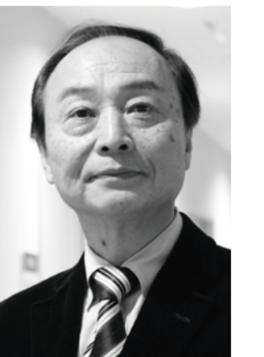
### 新たな制度を目指す高齢者医療改革会議 ～分かりやすく安心して持続可能を目指して～ 後期高齢者医療広域連合の視点から

多久市長、全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 横尾俊彦

# 国保を取り巻く諸問題と、これからの高齢者医療制度 — 中間とりまとめを踏まえて —

目白大学大学院生涯福祉研究科教授

宮武 剛



## はじめに

私もメンバーの一人である高齢者医療制度改革会議(以後、「改革会議」)は、この8月「高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ)」をまとめた。

「中間とりまとめ」は、現行の(後期)高齢者医療制度に代わる新しい制度の体系を概括的に示しているが、その最大のポイントは、国民皆保険を支える「地域保険」の再編成・再構築を明確に打ち出した点にあると、私はとらえている。昭和36年の皆保険体制発足から50年目の節目に、この基盤整備が焦点になったことの意義は深い。

## 国保の再編成は時代の要請

国民皆保険体制は、地域保険(市町村国保)と被用者保険(職域保険)の2つの医療保険で成り立ってきた(図参照)。

国保は皆保険を支える、いわば「大地」のような存在と例えることができる。一方、被用

者保険は大地の上に建つ「ビル群」と表現すれば両者の関係は分かりやすい。つまり、国保という大地状の基盤がなければ、皆保険体制は成立し得ないということだ。

その国保は構造的な難問を抱えている。皆保険施行直後における加入者の職業構成を見ると、「自営業」と「農林水産業」が計7割を占めていたが、現在は計2割弱まで激減した。代わって、最大多数派は、無職という名の年金受給者である。急速な高齢化により、ビル群から大量の定年退職者が送り出され、国保の高齢化はさらに進展する。加えて、深刻な不況で失業者としてビル群から追い出される人も増えてきた。同時に5人未満の零細事業所の従業員をはじめ、最近では派遣・パートなど勤め人でありながら勤め人扱いされない労働者が増え続けている。

現在の国保は、いわば「高齢化」「低所得化」として高齢者の急増に伴う「医療費の膨張」という三重苦に陥った。同時に「平成の大合併」で市町村の再編成は進んだものの、小規模保

得差などを越えて、できるだけ多くの人が集まり、支払い能力に応じて負担し、ニーズに応じて給付される仕組みである。年齢で区切った独立型の制度は、先進国でも例がない。ただし、米国は65歳以上対象の「メディケア」を持つが、国民をカバーする公的な医療保険制度がないゆえの苦肉の策である。

このような異例の設計になったのは、実現可能性が高く、着手しやすいという点にあったのだろう。75歳だけを切り出して、医療制

度全体の体系は変更せずに済んだこと、財源構成も老人保健制度の最終的な拠出金5割、公費5割をほぼそのまま踏襲できたこと、さらに、例えば「リスク構造調整」のような複雑な仕組みではなく、「75歳以上は別扱いにして、安心できる医療サービスを提供します」と、政治家も行政も説明しやすいことだった。もともと医療制度改革は駅の建て替えにも似て、列車や乗降客に当たる医療機関や患者の流れを妨げないように改造・改修の積み重

ねになる。

しかし、「別扱い」は優遇とは思えず、冷遇される、と当事者を中心に大反発が起こった。民主党はその批判を追い風に政権の座に就き、高齢者医療制度の廃止と年齢で区別しない制度の創設など、いわゆる「6原則」を掲げて、改革会議を設けた。

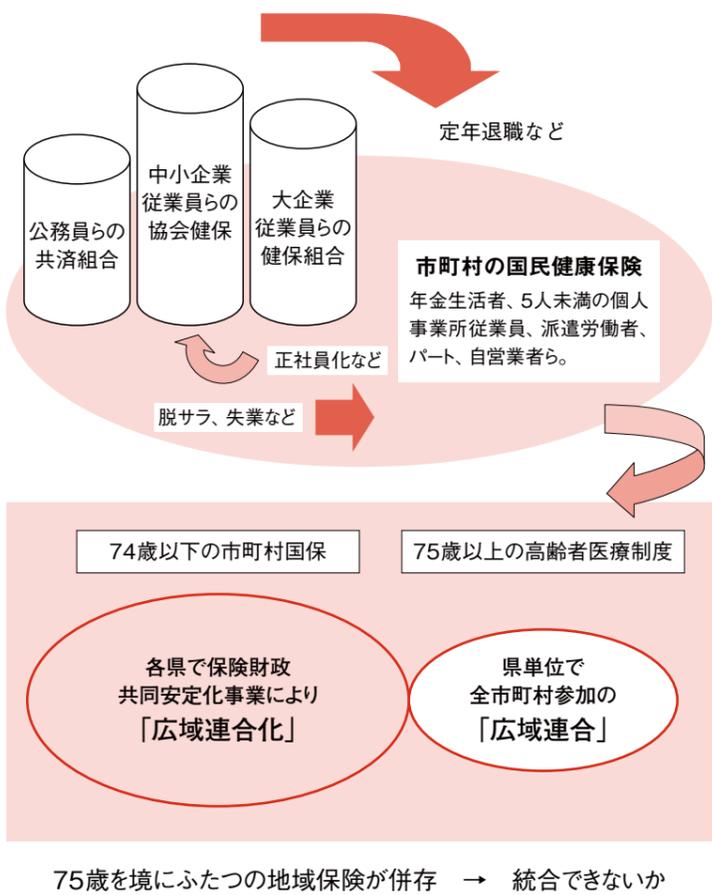
## 国保、再編成への道筋

年齢で区別しないためには、75歳以上の大半は、ほかに受け入れ先はなく、元の市町村国保へ戻るほかない。単に戻るだけで済むわけもなく、その受け入れ先の国保自体の強化や新たな財政調整を必然的に論議することになった。「中間とりまとめ」でも、「後期高齢者医療制度の廃止を契機として、長年の課題であった国保の広域化を実現し、国民皆保険の最後の砦である国保の安定的かつ持続的な運営を確保する」と明確にされた。もちろん、国保の再編成だけで、構造的な問題が解決されるわけではないが、先行きの地域保険の安定化を図るためには極めて重大な必要条件に違いない。

そもそも、国保には高齢者医療制度創設に先立って、「保険財政共同安定化事業」が導入され、現制度においても、都道府県内医療費の約40%は都道府県単位で賄われている。既に広域化へ向けて大きな一歩を踏み出している。

地域保険の再編成といった大改革を一気に

図 「国民皆保険」の構造と近未来図



# 新たな高齢者医療制度の留意点 — 中間とりまとめの評価を中心に —

大正大学人間学部アーバン福祉学科教授

新田秀樹 にったひでき



実現するのは難しい。まず75歳以上の大半（サラリーマンやその被扶養者は被用者保険へ）を、国保に再び迎え入れることが出発点だ。その際、引退世代に対し現役世代と同様の負担を強いられることはできない。75歳以上は別勘定にして、公費と各制度からの仕送りなどを充てながら、都道府県単位の保険者が財政運営を担うことになる。

一方、75歳未満も、都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進めていく。その上で、75歳以上のドッキングを図り、全年齢を対象にした都道府県単位化を実現したい。

ここで重要になるのは、都道府県単位の財政運営を担う主体は誰か、ということだ。改革会議で詰めることになるが、医療計画や医療費の適正化計画を立案してきた都道府県が担うべきではないか。医療サービスの供給面でも全国的な平均像で9割は県内で自給される体制にある。もちろん都道府県にすべてを押しつけるわけではない。中間とりまとめは、市町村はこれまで通り保険料の賦課・徴収、資格管理、保険事業などを担当するとされた。県と市町村がそれぞれの得意分野で役割を分担してほしい、という要請であり、その支え合いで少子高齢化の時代を乗り切るほかない、と思う。

## 保険料の在り方と財源調整の方向性

全年齢対象の都道府県国保にする際、保険

料をどうするか。75歳以上では収納率は極めて高いが、全年齢となると、統一保険料を設けるのは現実には難しい。収納率向上に必死の市町村も、そうでもない市町村も同じ保険料なら努力のかけがえないからだ。

このため中間とりまとめでは、「都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改める」という考えを示した。具体策として、「標準（基準）保険料方式」が提案された。都道府県単位の運営主体が平均収納率に基づき、基準保険料率を定め、市町村ごとに納付すべき総額を確定する。これを受け、各市町村ではその総額を基に保険料率を決めて、徴収するという仕組みである。

都道府県単位の運営主体にとっては、納付総額が保証され、各市町村は収納率を上げればそれだけ保険料率を低く設定できる利点がある。

75歳以上は現行制度では統一保険料になったのに、再び差をつけるのか、という批判もあるが、基準保険料を軸にする設定だから、あまり大きな保険料格差は生じない。また現行制度は75歳以上だけの公平性にとどまらな、都道府県内では将来的に全年齢で現在より保険料格差は各段に縮小されるだろう。

また、被用者保険に戻る被扶養の75歳以上は保険料負担が再び無くなるが、現在の被扶

養者の要件（年収180万円未満）を切り下げて国保側とのバランスを取ってはどうか。

中間とりまとめでは、保険者間の財政調整の仕組みとして、「高齢者先充て方式」や「加入者按分方式」などを示している。しかし、どんな方式で財源調整を行うにせよ、公費の投入増や保険料引き上げに踏み切らない限り、財政危機の状況は変わらない。

国保は、給付費の約半分を保険料収入で、約半分を公費の投入で賄っている。それでも保険料を払いたくても払えない多くの低所得者を抱えている。これは医療保険の責任で解決可能な課題ではなく、主に雇用の問題といえる。国は自らの責任ととらえ、全体の財源構成とは切り離して、低所得者層に対する保険料の減免のために公費をさらに投入すべきではないか。社会保険方式の最大の弱点である支払い能力に乏しい人々への支援は、いわば福祉的な施策と考えるべきだ。租税負担を半額以上に引き上げる前に、そんな対応策をまず実施してはどうか。

民主党政権は「医療と介護の再生」を掲げ政権の座に就いた。日本の医療費を「OECD加盟国平均並みに引き上げる」とも宣言した。その公約を果たすため財源確保策を明確にして、新制度創設へ弾みをつけてほしい。

（談話を編集部でまとめ）

## 1 はじめに

本年8月に厚生労働省の高齢者医療制度改革会議が取りまとめた「高齢者のための新たな医療制度等について（中間とりまとめ）」を見ると、医療保険の運営については都道府県単位の運営を目指すという平成18年の医療制度改革以来の当局の意向が、高齢者医療制度のみならず市町村国保についてもますます強く明確なものになってきていることがうかがえる。しかし、「当面、国保の中に都道府県単位と市町村単位の財政運営が並存すること」との経過措置については依然としない点も多く、やや厳しい言い方をすれば、見直し案は看板を後期高齢者医療制度から国保制度に架け替えただけの独立型の焼き直しに過ぎないという評価もあり得よう。

本稿では、この中間とりまとめで気になった記述を幾つか取り上げて論評を加えた上

で、今後の高齢者医療制度の方向性を考えていく上で留意すべき点を述べ、筆者の責を果たすこととしたい。もともと、中間とりまとめにおいては、「都道府県単位の運営主体」の具体的担い手、財政調整や公費投入の具体的仕組みなど今後引き続き検討するとされた重要課題も多いため、現時点では断定的な評価をしづらい面もあることをお断りしておく。

## 2 高齢者の再区分—評価①—

新しい制度案では、年齢に関係なく、被用者保険の被保険者と被扶養者は被用者保険に加入し続け、それ以外の者は市町村国保に加入することとされた。この案によれば、後期高齢者医療制度の加入高齢者（約1400万人）のうち、従前の被用者保険の被保険者と被扶養者（約200万人）は被用者保険に戻り、残り的高齢者（約1200万人）は市町村国保の被保険者になることになる。中間とり

まとめでは、この結果、被扶養者に戻る高齢者については保険料負担がなくなり、また、市町村国保では世帯主以外の高齢者の保険料納付義務がなくなるなどのメリットが生じるとしている。だが、後期高齢者医療制度創設の重要な目的の一つは、高齢者の保険料納付義務を明確にすることで給付の権利性を強化するとともに（中間とりまとめにもある通り）「高齢者間の負担の公平」を図ることであり、もう一つは、高齢者に保険料を支払ってもらうことで高齢者自身も制度を支えている当事者であるとの自覚を当人たちに持つってもらうことであった。その意味で、被扶養者に保険料が賦課されることは制度上意図されていたことであつたし、また、各被保険者に保険料納付義務が発生することについては、既に介護保険制度の第1号保険料という先例が存在していたのである。負担が増えることを好む人間はいないが、その嫌だという感覚を乗り越える論理として「負担の公平」が掲げられた

にもかかわらず、新制度においてこれをまた覆すということになれば、今後は「負担増は嫌だ」という意見に対して「負担の公平」の論理をもって説得することがますます困難になるのではないか。

### 3 「都道府県単位の運営主体」の性格 — 評価② —

中間とりまとめでは、市町村国保については、①（65歳以上も考えられるが）少なくとも75歳以上の高齢者医療の財政運営は都道府県単位の財政運営とし、当面は、国保の中に都道府県単位と市町村単位の財政運営（あくまでも財政運営上の区分）を並存させる、②「都道府県単位の運営主体（具体的な主体は引き続き検討）」は、高齢者の給付に要する費用から（原則として同じ所得であれば同じ保険料になるよう）標準（基準）保険料率を定め、それを基に各市町村が運営主体に納付する額も決定し、これを受けて、各市町村は収納状況などを勘案して当該市町村における高齢者の保険料率を（現役世代の保険料率とは別に）定めて賦課・徴収する、③給付事務の主体を、「都道府県単位の運営主体」で行うか、市町村で行うかは引き続き検討する、④広域化支援方針に基づく環境整備を進め、（将来的に）全年齢を対象に都道府県単位化を図る（従って、都道府県単位と市町村単位の財政運営の並存は経過的措施）

（いわば全加入者按分方式）などを挙げている。これらは、結果的には、現役世代から高齢世代への、また被用者保険の保険者から国保の保険者への財政支援という効果をもたらすことになるが、こうした財政調整の方法を論じる前に、なぜ被用者保険から国保へ財政支援が認められるのかという財政調整の根拠が問われる必要がある。新制度案では、高齢者への医療給付について国保と被用者保険の両方をカバーする単一の仕組みでの給付事業が行われるわけではなく、また、各保険者が高齢者への給付がほかの主体によって肩代わりされるわけでもないことから、調整の根拠を共同事業や受益者負担に求めることは難しい。結局のところ、被用者保険の保険者と国保の保険者との連帯に基づく支援に根拠を求めざるを得ないように思われるが、その連帯は、中間とりまとめも認めるように、（職域内連帯や職域間連帯ではなく）「国民全体で支える社会連帯」、すなわち国民連帯であるとする、それに基づく調整は、従来の一般的考え方からすれば、保険料ではなく公費（租税）で行うのが筋という話になるのではない。少なくとも、保険者の分立による自治・自律を社会保険の基本として認めるのであるのならば、保険者を超える連帯が保険者内部の連帯の意義を失わしめるような財政調整は認められるべきではない。この点については、国保サイドと被用者保険サイドの双方が

置）、⑤市町村国保を都道府県単位の財政運営とする場合においても、被保険者資格管理、窓口サービスや保険料の賦課・徴収、保健事業は市町村が行う、といった方向性が示された。

しかし、保険者の基本的役割が被保険者の把握・管理、保険料の賦課・徴収、保険給付の実施といった点にあるとすれば、②のように実質的に保険料の根幹を決定し、給付に要する費用の最終的な支払いをする「都道府県単位の運営主体」は、単なる「財政運営上の区分」ではなく「保険者」であると解するのが自然であろう。また、新制度案では、市町村は形式的には国保保険料の賦課・徴収の権限を与えられることとなっているが、実質的には「都道府県単位の運営主体」が保険料を決定し、市町村はそれを徴収するだけの下請け組織になってしまう恐れはないか。さらに言えば、都道府県単位の財政運営とする理由の一つが高齢者間の保険料格差の復活を防ぐことにあるとするならば、被用者保険の高齢者間においてその格差が復活することを放置しておくのは公正の観点から問題があるとの指摘も可能であろう。

そもそも、なぜ④のように全年齢を対象に国保の都道府県単位化を図るのかの理由が必ずしも明確ではない。中間とりまとめには保険財政の安定化の必要と保険料負担

納得できるような精緻な理論構成が当局に求められよう。

また、多少テクニカルな話ではあるが、保険者間の財政調整方式として①の高齢者保険料先充て方式を採用することになれば、先充てされる高齢者の保険料の額・水準が国保加入の高齢者と被用者保険加入の高齢者との間で公平といえるかどうかについても、検証され、必要があれば調整される必要がある。この点は、同一都道府県内の全高齢者が同じ広域連合（保険者）に加入していた後期高齢者医療制度では問題にならなかった点であるが、両者が再区分され保険料の算定式が別々となれば再度問題になってくる。

### 5 今後の高齢者医療制度を 考へる上での留意点

このように、被用者保険による支援を前提とした「都道府県単位の運営主体」と市町村による国保の共同運営の仕組みへの疑問は尽きないが、少なくとも国保については、将来的には全年齢を対象とした都道府県単位の保険運営を目指すようである。

しかし、そうであるのならば、まずは、保険者の規模の議論と保険の運営主体（都道府県か広域連合か法人かなど）の議論を分けた上で、「都道府県単位の運営」により、①保険財政は安定化するか、②財政は黒字基調を維持できるようになるか（①と②は別問題

の公平化が理由として掲げられているが、前者の保険財政の安定化を図る手段としては、都道府県単位化だけでなく、共同事業の活用、調整交付金などの公費の見直し、リスク構造調整の導入、基金の設置などさまざまなものがあり得る。従って、その利害得失をよく比較検討する必要がある。また、後者の保険料負担の公平化についても、（応能負担よりも応益負担を公平と評価するなど）公平の基準の採り方いかんでは、都道府県単位ではなく市町村単位の方が望ましいという結論も導き得るのであって、絶対的な理由とはなりにくい。

### 4 保険者間の財政調整の根拠と限界 — 評価③ —

中間とりまとめは「引き続き、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠」と述べて、高齢者が偏在して加入することに対する保険者間の調整の仕組みとして、引き続き検討しつつも、①後期高齢者医療制度のように、高齢者の保険料と公費を高齢者の医療給付費に充て、これら以外の分を各保険者が現役世代の加入者数などに応じて負担する方法（いわば高齢者保険料先充て方式）、②老人保健制度などのように、高齢者の医療給付費に充当される公費以外の分を各保険者がその加入者数などに応じて費用負担を行う方法

であって、赤字の小規模保険者がたくさん合併したからといって黒字保険者にはならない）、③保険者間の競争による保険運営効率化へのインセンティブは高まるか、④当該保険者の加入者の居住地域と加入者に医療サービスを提供する施設（病院、診療所など）の所在地域との対応関係は、より明確になるか、⑤いわゆる保険者機能は強化されるか、⑥保険者自治は確立されるか、⑦加入者の（社会）連帯は強まるか、といった点を総合的に検討した上で、最終的な決定がなされるべきであろう。また、仮に都道府県単位の国保運営となったとしても、市町村がその運営から完全に手を引くという選択肢は想定されていないことからすると、市町村サイドとしては、⑦都道府県単位化により、国・都道府県・市町村が担う事務と責任（特に、医療保険財政に赤字が発生した場合の最終的な補てん責任）はどのように変化するのか、また、各主体がそうした責任を担う根拠は何か、④保険料の賦課方式と水準の統一をどのような基準と手続きで進めていくのか、といった点にも十分注意を払っていく必要がある。

高齢者医療制度改革会議における今後の検討の中で、本稿で述べたような疑問点が明らかにされ、医療保険関係者だけでなく国民の多くが納得できるような最終報告書がとりまとめられることを強く期待したい。

# 新たな高齢者医療制度と国保の課題

高知市長、全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長

岡崎誠也



## はじめに

国民から多くの意見が寄せられた後期高齢者医療制度については、三党連立政権合意や民主党マニフェストを踏まえ、平成25年の後期高齢者医療制度廃止後の新たな保険制度の具体的な検討を行うため、「高齢者医療制度改革会議」が発足し、私も全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長として会議に参加している。

長妻厚生労働大臣(当時)からは、新たな制度の在り方の検討にあたって、以下の6点を基本として進める方向性が示されている。

- ①後期高齢者医療制度は廃止、②「地域保険」としての「一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築、③現行の年齢で区分するという問題を解消する制度、④市町村国保などの負担増に十分配慮、⑤高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする、⑥市町村国保の広域化につながる見直しを行う。

## 中間とりまとめの主な内容

8月20日の第9回会議で確認された中間とりまとめは、①被用者保険に加入資格のある被保険者は、被用者保険に加入し、それ以外の方々は、市町村国保に加入する。②年齢区分による財政調整を行ない、運営は都道府県単位で行なう。③高齢者の医療費の1割は保険料で賄う、などが主な内容である。

しかし、新しい都道府県単位の運営主体など、運営にとって重要な各事項が、今後の検討課題とされており、まだまだ道半ばである。特に責任を担うべき運営主体については、「都道府県が保険者として責任をもって運営すべき」という委員の意見が大多数であるにもかかわらず、全国知事会が反対しているため、中間とりまとめでは、今後の検討課題とされた。これまでの改革会議での議論も踏まえ、問題点や課題について意見を述べてみたい。

## 中間とりまとめの課題・問題点

①国保の広域化と運営主体  
中間とりまとめの中で、今後の国保の広域化の方向性を国が示したことは、非常に意義深い。

特に、「新しい高齢者医療制度の次のステップとして、早期に全年齢を対象とした国保の都道府県単位化を図り、簡素で分かりやすい制度体系としていく」方向性を確認したことは、私たちの長年の要望実現に向けて一歩道が開かれたものと確信している。

現在、この移行の手順をめぐって議論が行なわれているが、「移行時期を明示して実施すること」という意見が大半であり、厚生労働省には、しっかりと全国一斉で新制度に移行する方向性を示すよう強く求めていきたい。

個人的な考えとして、25年度以降の新しい高齢者医療制度の決算などの結果を検証した上で、都道府県単位へ移行するステップが必要であるので、新制度の決算状況も踏まえ、

新制度発足の4年後の、平成29年度あたりが都道府県国保への移行時期になるのではないかと考えている。

また、第一段階の新しい高齢者医療制度の新たな運営主体をどこにするかも重要なポイントである。現在の広域連合では、組織形態として市町村派遣職員の入替わりが多く、

課題も多い。知事会の今後の動向もあるが、新制度は、都道府県がしっかりと責任を持てる体制でスタートできるように強く要望していきたいと考えている。

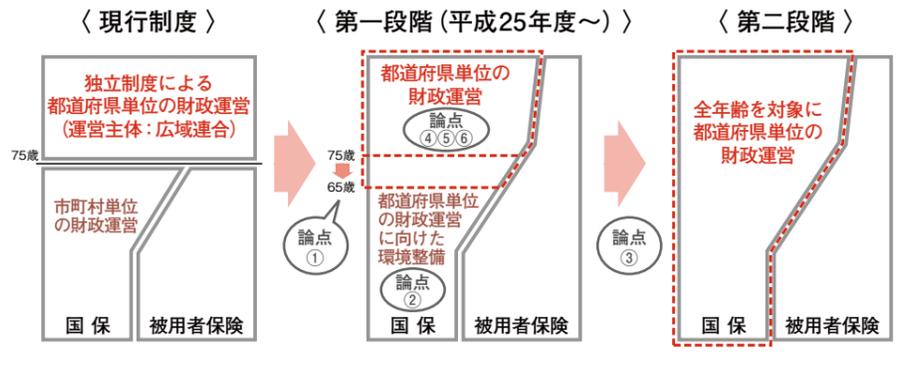
## ②国の財政支援強化は不可欠

現在検討されている新制度の財源構成の枠組みは、高齢者の負担能力を考慮した応分の負担として、医療給付費の1割は高齢者の保険料で賄う仕組みとしていますが、現役世代の支援や公費負担は、今後の検討課題とされた。

何と云っても新制度の最大の課題は、高齢者の方々の医療費の負担をどういう形で分担し、支援していくのかであり、解決していかねばならない重要な課題である。今後、高齢者の方々の医療費は相当伸びていくし、特

図1 市町村国保の財政運営の都道府県単位化に関する論点 (改革会議資料より)

- ① 第一段階(平成25年度～)において、都道府県単位化の対象年齢を「65歳以上」とするか、「75歳以上」とするか。
- ② 若人部分の都道府県単位の財政運営に向けた環境整備をどのように進めていくか。
- ③ 全年齢を対象とした都道府県単位化への移行手順については、「期限を定めて全国一律」か、「合意された都道府県から順次」か。期限を設定するとした場合、具体的な年限をどうするか。
- ④ 都道府県単位化した場合の国保の運営について、「都道府県単位の運営主体」は都道府県単位の標準(基準)保険料率の算定・会計の処理等の事務を担い、「市町村」は保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業などの事務を担うが、給付事務はいずれが担うべきか。
- ⑤ 第一段階における財政調整のあり方はどうあるべきか。
- ⑥ 財政安定化のための方策をどうするか。



に団塊の世代が加わることにより、更に医療費が増加していくことは明らかである。一方、若い方々の保険料負担も近年の所得減少により、かなり厳しい状況になってきている。

現在国では、今後毎年不足する財源を基金で調整する考えであるが、基金だけの調整では恐らく5年もたないのではないかと。国民皆保険制度を守り、国保の継続的な発展維持のためには、国保財政の健全な運営が必要であり、最終の財政責任を国がしっかりと持つ、この点を今後の議論の中で確認していきたい。

③保険者機能を誰が担うのか  
新たな制度の問題点として、誰が保険を担うべき責任を持った保険者なのか、現実では中途半端で非常に分かりにくい。都道府県は財政責任だけ担って、資格管理や保険料賦課は市町村が行うことでは、保険者は市町村なのか、都道府県なのか、不明確である。

このままでは、都道府県・市町村ともに混乱するし、被保険者の方々にとっても分かりにくい。中途半端な制度は早急に改め、できるだけ早い時期に、保険者の役割を明確にした次の一本化のステップへ進むべきである。

④国保の抱える構造的な問題の解決  
また国保制度は、単に広域化を進めれば、国保の構造的な問題が解決するというものではない。国保を取り巻く環境は、年々厳しさを増してきている。失業者の増加やリストラなどによって低所得の被保険者の方々が多数となっ

# 新たな制度を目指す高齢者医療改革会議 〜分かりやすく安心で持続可能を目指して〜 後期高齢者医療広域連合の視点から

多々市長 全国後期高齢者医療広域連合協議会会長

横尾俊彦



高齢者医療制度改革会議（以下、改革会議）が中間とりまとめを行った。継続審議項目が残り、全体構築は年末まで議論する。この会議に全国後期高齢者医療広域連合協議会長として参加している。会議に臨むに際しては、広く国民が納得でき、安心の基礎となり、持続可能で、現場職員の努力も報われる制度であるべきと思いつつ発言している。まずはここまでの動きと今後の課題を整理してみた。

## そもそものスタート

まずここまでの歩みをふり返ってみる。国民の長寿化の中、高齢者が必要な医療を受診できることが重要で、その支えとなる医療保険制度が求められてきた。そして各般の検討から、運営主体は都道府県とする案が有力となったが、平成17年のある日、一日で覆り、最終的には国がつくる法律に

より、各都道府県に設ける広域連合に制度運営を担わせる方向となった。こうして立ち上がったのが、後期高齢者医療広域連合である。「広域連合」は法的には「自治体」である。本来は構成自治体の合意と協力で設置されるものだが、これを国が活用し、市町村により広域連合を設置させる「下命」がなされた。平成12年介護保険導入の時に広域連合設置の経験がある自治体は、広域連合がどのようなもので、首長や行政がどんな役割を担うべきかを理解していた。だが、全く初めて広域連合を設置する自治体では、陰にご苦労も多かったはずと推察する。

## 立ち上げの苦労と混乱

立ち上がったものの、後期高齢者医療制度法案審議では大して話題にならなかった「75歳での区分」が争点となった。年齢区分

ていること、過疎や高齢化による財政基盤が不安定な小規模保険者の存在、保険料の収納率の低下、赤字のため一般会計からの赤字補填や繰上充用を余儀なくされている保険者の存在、保険料の地域格差など、国保制度が抱える課題は実に多い。

今回の高齢者医療制度の見直しの内容によつては、現役世代にも大きく影響する内容もあり、国保制度全般についてどうあるべきかという根本的な議論を避けて通ることはできない。

社会保障制度としての国保制度をどのように維持継続していくか、今後の医療費の推移も見極めながら、国の公費負担の増額や被保険者の保険料、自己負担金の在り方など、全ての課題にメスを入れなければ、問題は解決をしない。現行制度の保険者である市町村の窮状を踏まえ、この改革会議の場でも、国保の安定化と広域化に向けた議論を深めていきたいと考えている。



「高齢者医療制度改革会議」での筆者(中央)

## ⑤ 残る多くの課題

中間とりまとめで先送りされた課題は、前述した運営主体や国の財政負担を含めた仕組みだけではなく、高齢者の保険料の軽減判定の在り方や収納率低下防止の施策、高齢者の患者負担の割合など、重要な課題も残されている。

そうした中10月2日、厚生労働省は平成25年度に導入予定の新たな高齢者医療制度で、医療機関の窓口で支払う患者の自己負担割合について、現在は暫定的に1割となっている70〜74歳の負担を見直し、早ければ25年度から段階的に2割負担に引き上げる方針を固めたとマスコミで報道されたが、このことは改革会議の中では一度も議論されていない。

この自己負担金の引き上げは高齢者にとつても保険者にとつても非常に重要な問題であり、改革会議の中できちんと議論すべきことである。被保険者の所得水準が低下すること、医療費の「自己負担額を支払えない」といった声が強まる中、バランスの取れた負担の在り方を探っていくべきである。

## 将来的な都道府県単位の 地域保険の実現へ

今後の問題として、国保の広域化を進めることによつて、都道府県単位の地域保険を確たるものにしていかないと、今後の医療と保険はもたない。新しい高齢者医療制度の向こ

うには、都道府県を単位とする地域保険という出口があると考えており、それをイメージしながら議論を進めていかなければならない。その際、地域保険という観点で言えば、「最終的には都道府県が保険者となって、県民の健康と医療をしっかりと守る」ということが一番ではないかと考えている。

一部の知事の中にも、都道府県が責任を持つ方向で国保制度を見直す動きもあり、これらの動向も注視しながら、最終的な都道府県単位の地域保険の実現を見据え取り組むことが大切である。

## まとめ

新しい高齢者医療制度の在り方や、国保の広域化、地域保険の実現に向けて、課題は山積している。一方で、市町村国保の運営はますます厳しさを増しており、このままの状態を放置することはできず、地域住民の健康を守り、各地域の特色を生かした健康づくりを進めるためにも国保制度の広域化と持続的な発展維持が不可欠である。

全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長として、より良い広域国保の在り方を探求していく責任の重さを日々痛感しているところである。今後とも全国の皆さんの率直な意見も伺いながら、制度の充実に向けさらに取り組む決意を申し上げ、今後とものご支援をお願いし、まとめとさせていただきます。

充実も必要であった。理解不足からの不満、それによる不安が増幅傾向だったのだ。特に年齢区別にはもともと何の他意もないことを理解してもらう必要もあった。医療専門家、年齢を重ねると疾病率は上がり、医療が必要になるのは当然と指摘するが、その理解が必ずしも冷静になされなかった。少し落ち着いて高齢者医療の実情やそれを支える医療財政などを国民に理解してもらうことも重要だった。

### 全国協議会の始動

そんな混乱含みの状況もあったが、その間も全国の後期高齢者医療広域連合は都道府県ごとに、政府・厚生労働省への政策要望に動いた。よりよい制度とするためである。九州ブロックでも各県連合長がそろって要望活動を実施した。だが、より有効なものにするには全国の広域連合をネットワークし、全国の声として政府への確に要望提案を行うことが重要であると痛感させられた。そこで全国協議会設立を構想し、その必要性を各広域連合に尋ね、賛同を得て協議会発足となった。

制度開始翌年の平成21年6月の全国市長会議にあわせ全国の広域連合長が集まり設立総会をした。会議後、協議会設立の報告と政策要望提案を持参し、厚生労働大臣を訪ねた。大臣からの開口一番は、設立への感

謝だった。国としても現場を踏まえた提案を必要とされていた。その後は、全国協議会としてさらなる制度改善を提案する協議会を継続し、11月、6月に要望を重ねていった。

### 落ち着いている状況

現状では後期高齢者医療制度は落ち着いているといえる。さまざまな議論はあったが、最も重要な、安心できる制度設計と運営という課題への理解が定着してきたからである。かつては批判も多かった天引き、つまり「自動振込」についても利用者も便利で納入漏れがないと理解されている。それでも心情的に問題も残るようだが、これまでの保険料軽減措置による負担感解消策などで落ち着いている。当初段階の広報不足の反省や、丁寧な説明の重要性を今後にかすことが重要である。

### 「急停車では脱線する」

しかし途中での環境の変化は激しかった。開始当初の世論反応により、後期高齢者医療制度そのものが政策争点となった。各党が「廃止」「見直し」を掲げた。特に当時の野党はその色が強かった。そして21年夏の総選挙へと向かっていった。

落ち着き始めた制度を急激に廃止し、新しい制度をつくるとなると混乱も生じる。それにシステム改修と対応に莫大な費用も

都道府県単位の方向性が大勢を占めたが、「運営主体」で議論となり、「都道府県で」「広域連合で」の論がある。また「財政が不安で先行き不透明」と知事会は渋い反応。おそらく「現状で赤字が多く、先々不安な国保財政を抱え難い」という懸念があると思われる。主要論点事項は中間とりまとめでも10項目として整理されている。

### 深層にある課題

実はこの問題、国民皆保険をどうするか、国はどこまで対応して財政支援するかなどの根本的論点も絡む。例えば、運営主体の議論については、窓口対応は市町村が担って支援し、財政面は国も支援し、国と市町村の尽力を受けて都道府県も運営主体になると決意されてはどうかと意見を述べたことがあるが、まさにそこに関係する。だが今のところ知事会はPTで審議中とのことだ。

それらもあり、中間とりまとめでは結論に至らないため、全体的には「引き続き検討」が多いとの印象は否めない。今後が重要だ。

さらに重要なのが、現場・実務者の衆知を集め、トラブルなき運営を実現することである。膨大な数の住民を対象とするだけに、確実なシステム構築と整備が必須だ。これには多大な資金を要する。制度を国で

懸念された。そこで民主党の政策関係国会議員へ実情を説明した。現実認識に立って、政策化してほしいからだ。説明すると、「急行列車は急停車すると脱線の無理があるのですね」とのコメントもあった。これで理解が進み、現実を踏まえた政策公約に変更になると思えた。

しかし、それでも変更できない事情もあった。選挙協力相手の党が主要公約として「制度廃止」を掲げ、「選挙協力もあり、修正し難い」とのことだった。まさに政治の壁。そして総選挙に突入し、結果は政権交代となり、制度見直しが始動することになった。

### 改革会議

こうして平成21年11月に高齢者医療制度改革会議（以下、改革会議）が始動した。初回会議では現制度への不満も指摘された。「嫌悪感」の原因である差別的年齢区別は正、分かりやすくして継続可能で安心な制度の整備、将来財政見直しを踏まえた設計、負担能力に応じた負担も必要などの意見が出された。これらの実現には国民の意識改革も重要になる。自主的に健康管理を行い、医療制度を皆で支えて実現する必要があるからだ。

改革会議の主要論点と議論経過は厚労省HPで確認できるので、ご覧いただきたい。

決め、国で変更するならば、経費全額を国が負担すべきである。そうでなければ、定着しつつある制度をわざわざ止めて、新たに作り直し、その作業や実務も大変なのに、経費まで地方自治体負担ではあまりにも身勝手と言わざるを得ない。システム完備には十分な設計や検証が不可欠で、その作業時間も考慮した新制度スタートのスケジュール確立も欠かせない。しかしまだその域に至っていないので、心配が残る。このことについては広域連合全国協議会としても要望書を出し、さらに改革会議では私ならびに同委員である岡崎高知市長からも同趣旨の課題提起の発言をしてきた。

それを受け、改革会議のもとにシステム整備のための実務者協議が始まった。だが、都道府県の参加がまだと聞き、残念に思う。さらに新制度全体の在り方検討にも実務協議が重要である。ここにもなかなか乗りださないのが都道府県という状況で、重ねて残念に感じる。保健所機能も担い、広く都道府県民の健康と医療の施策を推進する広域自治体でもあるから、都道府県民のためにも、前向きな対処を期待したい。

これらも含め、中間とりまとめの内容について、今後の現実的な議論が重要である。

### 国民の健康と医療をどう守るか

高齢者医療は単に高齢の国民に対する医

療にとどまらない。長寿社会となった現代日本として皆保険制度の新創造が肝心ではないか。「誰もがいづれ通る道」の事なのだ。人生のすべての局面で健康は極めて重要だ。勉強も仕事も余暇も、健康であればこそ没頭もできるが、体調がすぐれないと本人も周囲の者もつらい時間を持つことになる。健康でありたいという希望は誰もが抱いている。その延長に長寿があり、高齢者医療がある。

医療については、地域医療の問題が全国にある。医師不足や救急医療対応などの課題である。医師確保問題では、産科や小児科の医師不足は広く知られているが、外科も不足してきているといわれ、都会でも必要な手術は「〇〇日後とか、〇カ月後にしかできない」となるかもしれないのだ。

長寿社会での健康維持の在り方にも注目が重要だ。最新の先端医療技術を活かした対策も必要となる。寝たきりにならず、時には医師や保健師から診察や助言を受け、その人のペースで健康に長寿を重ねて過ごせる状態の確保は公私にわたり重要になるはずだ。それは人生をどのように生き抜くかという最も重要なテーマに関連する。そのような奥深いものも念頭におきつつ今後の審議にさらに尽力してまいりたい。

## 高齢者医療制度改革の検討に当たっての基本的な考え方

(平成 21 年 11 月 30 日 第 1 回高齢者医療制度改革会議資料より作成)

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める

- ① 後期高齢者医療制度は廃止する
- ② マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- ③ 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- ④ 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ⑤ 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- ⑥ 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

## 高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ)

(厚生労働省資料より作成)

### 10 のポイント

I 高齢者の方々の視点からの改革	II 現役世代の視点からの改革
<p><b>1. 年齢で保険証が変わることはなくなります</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現行の後期高齢者医療制度は廃止し、</li> <li>● 新たに加入する制度では年齢で区分しません。</li> <li>● サラリーマンである高齢者や被扶養者は被用者保険に、それ以外の方は国保に、現役世代と同じように入ります。</li> <li>● これにより、年齢で保険証が変わることはなくなり、世帯によっては、保険料や自己負担も軽減されます。</li> </ul>	<p><b>6. 公平で納得のいく支え合いの仕組みにします</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の約8割は国保に加入するため、国保の負担が重くならないよう、公平で納得のいく被用者保険との財政調整を行います。</li> <li>● その際、財政力の弱い健保組合等の被用者の負担を軽減できるよう、被用者保険からの支援は負担能力に応じた分担方法への見直しを検討します。</li> </ul>
<p><b>2. 新制度に移る際、保険料のアップはできるだけ生じないようにします</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 国保に移る方の保険料は、75歳以上は、現行の負担割合(約1割)とし、原則として、同じ都道府県であれば、同じ保険料となる仕組みを維持します。</li> <li>● 被用者保険に移る被扶養者の方は、保険料を納める必要がなくなります。</li> </ul>	<p><b>7. 大幅な負担増が生じないようにします</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 新制度への移行により、市町村国保・協会けんぽ・健保組合・共済組合等の負担が大幅に増加することのないようにします。</li> </ul>
<p><b>3. 高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回らないことを基本とします</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の保険料の伸びが現役世代の伸びを上回らないよう抑制する仕組みを設けます。</li> </ul>	<p><b>III 保険運営の安定化を図る視点からの改革</b></p>
<p><b>4. 窓口負担は適切な負担にとどめます</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 今後、高齢者の医療費は増加しますが、</li> <li>● 高齢者の窓口負担は、適切な負担にとどめます。</li> </ul>	<p><b>8. 国保の広域化を実現します</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 国保については、まず高齢者医療に関し都道府県単位の財政運営とし、保険料負担の格差の解消と安定的な運営を図ります。</li> <li>● 現役世代についても、環境整備を進めた上で都道府県単位の財政運営にし、国民皆保険の基盤である国保を守ります。</li> </ul>
<p><b>5. 年金天引きを強制しません</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 国保に移る高齢者の保険料は、同一世帯の他の現役世代の保険料と合わせて、世帯主が納めます。</li> <li>● これにより、世帯主ではない高齢者の方は、保険料を納める義務がなくなり、年金からの天引きもなくなります。</li> <li>● また、高齢者世帯で希望される方は、引き続き、年金からの天引きもできます。</li> </ul>	<p><b>9. 公費を適切に投入します</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制し、制度の安定的な運営を図るため、加入する制度を問わず、75歳以上の高齢者の医療費に対して公費を投入します。また、今後の高齢化の進行等に応じた公費のあり方を検討します。</li> </ul>
	<p><b>10. 保険者機能が十分に発揮できるようにします</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 保険料徴収や健康づくり等の保健事業などの面で保険者機能が最大限発揮されるよう「都道府県単位の運営主体」と「市町村」の分担・責任を明確にした上で、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みにします。</li> <li>● サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に加入することにより、保健事業などの面で健保組合の保険者機能がより発揮できるようにします。</li> </ul>