

基礎研 レポート

10 年が過ぎた後期高齢者医療 制度はどうなっているのか(下)

制度改革の経緯と見直しの選択肢を考える

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 准主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～後期高齢者医療制度はどう生まれたか～

75 歳以上の高齢者が加入する後期高齢者医療制度¹が発足して 10 年が過ぎた。[\(上\)](#) では後期高齢者医療制度の現状を明らかにするとともに、後期高齢者医療制度の前身に当たる老人保健制度の課題として、①現役世代と高齢者の費用・負担関係が不明確、②保険料を納める主体と、医療費を使う主体が分離している——といった点が指摘されていたことを踏まえて現状を分析することで、74 歳以下の人が支払う後期高齢者支援金（以下、支援金）が増加している点と支援金を巡る問題点、さらに運営主体の広域連合を巡る問題点も浮き彫りにした。

(下) では、関係者の意見を聞きつつ、少しずつ制度改革する「漸増主義 (incrementalism)」的な制度改革のプロセスに立ち返った上で、[\(上\)](#) で挙げた点が課題として残された理由を明らかにする。その上で、制度改革の議論では高齢者医療費の問題だけでなく、会社が保険料を負担する「事業主負担」や、非正規雇用労働者の問題などを意識する必要性なども論じ、制度改革の選択肢、それぞれの利害得失、さらには多角的かつ分野横断的な議論の必要性を論じる。

2—高齢者医療制度を巡る「失敗」と「調整」の歴史

1 | 制度導入の前史

後期高齢者医療制度は高齢者の医療費を巡る「失敗」「調整」の歴史の上に立っている。その歴史は 1973 年の老人医療費無料化から始まる。当時の田中角栄内閣は福祉政策を重視する観点に立ち、70 歳以上高齢者の医療費を無料とする政策をスタートさせたが、これが病院のサロン化などを招き、高齢者医療費を急増させた。

一方、日本の医療保険制度では、勤め人は健康保険組合（以下、健保組合）、協会けんぽ（当時は政府管掌健康保険）などの被用者保険に加入し、会社を辞めた後は国民健康保険（以下、国保）に移るため、高齢者医療費の増加による影響が国保に集中しやすい構造を持っており、老人医療費の無料化

¹ 65～74 歳の寝たきり高齢者も被保険者となるが、ここでは原則として 75 歳以上と表記する。

と高齢化の進展が国保の財政危機を招いた。

そこで高齢者医療費をどうするかの見直し論議が1970年代後半から本格化した。その過程では、財政負担の軽減を求める全国市長会、全国町村会に対し、国の税負担の増大を恐れる大蔵省（現財務省）、財政調整の負担を嫌がる健康保険組合連合会（以下、健保連）や財界の意見が対立する中、関係者の利害が調整された結果、1983年2月に老人保健制度が発足した²。

その柱としては、70歳以上の高齢者と65歳以上の寝たきり高齢者の医療費について、①現役世代からの拠出金と税金の割合を7:3とする、②税金部分については、国:都道府県:市町村が4:1:1の割合で負担し合う——といった内容である。

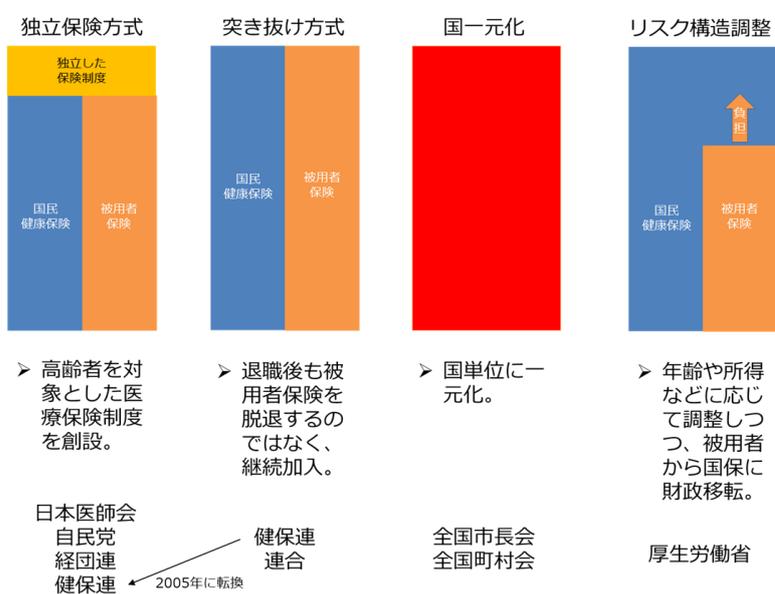
2 | 4つの案が取り沙汰された導入時の議論

その後、1990年代後半から老人保健制度の改革が浮上した。ここで当時の政策形成過程を詳しく見てみよう³。

まず、老人保健制度について、負担が軽減された自治体サイドは「老人医療費の増嵩にあえぐ国民健康保険制度にとって意義は大きなものがあった」と評価していた⁴が、老人保健制度の拠出金を各保険組合に按分する際のルールを1990年度までに段階的に改正したことで、健保組合の負担が増えた。具体的には、当初は拠出金を保険者（保険制度を運営する主体）に割り振る際、老人医療費で按分する「医療費按分」と、どの保険者も同じ老人加入割合と見な

して拠出金を調整する「加入者按分」を1:1としていたが、加入者按分率を1990年までに100%としたことで、相対的に健保組合の負担が増加した⁵。このため、健保連は「被用者保険の負担に転嫁する苦肉の策でしかない」と不満を強めた⁶だけでなく、拠出金の不払い運動を展開した⁷ことで、老人保健制度の見直し論議が高まった。

図1：制度改革で論じられた4つの案のイメージ



出典：厚生労働省資料などを基に作成

² 老人保健制度については、吉原健二・和田勝（2008）『日本医療保険制度史』東洋経済新報社、渡邊芳樹（1992）「老人保健法制定の立法過程」『北大法学編集』第42号第4号を参照。

³ その時の経緯については、泉真樹子（2010）「高齢者医療制度の概要とこれまでの経緯」『レファレンス』通号709号などを参照。

⁴ 全国市長会編（1999）『全国市長会百年史』全国市長会 p642。

⁵ 元厚生省官僚の吉原健二は「老人の加入者按分率を一挙に100（注：％）にまであげてしまったことが老人保健法の寿命を縮めたと思います」としている。菅沼隆・土田武史・岩永理恵・田中聡一郎編（2018）『戦後社会保障の証言』有斐閣 pp189-190。

⁶ 健保連編（1993）『健保連五十年の歩み』健保連 pp333-334。

⁷ 例えば、サンリオが1999～2000年、老人保健制度拠出金の不払い運動を展開した。『日本経済新聞』2000年5月9日、1999年5月13日。さらに、健保連加入の97%の健保組合が1999年7月5日納付分について、延滞利息が課されない期間（督促状発行から10日間）、納付を差し止めた。健保連編（2004）『健保連六十年の歩み』健保連 pp69-70。

特に、見直し論議では（上）で述べた通り、①現役世代と高齢者の費用・負担関係が不明確、②保険料を納める主体と、医療費を使う主体が分離している——といった点が問題視され、最終的に関係者の意見は4つの案に集約された。厚生労働省が2001年3月に示した「医療制度改革の課題と視点」が分かりやすいので、こちらを参照しよう。主な内容は図1の通りであり、(a) 独立保険方式、(b) 突き抜け方式、(c) 一本化方式、(d) 年齢リスク構造調整方式——と整理された。

3 | 4つの案を推した主体

まず、(a) を提唱したのは自民党と日本医師会（以下、日医）である。自民党は2002年11月、75歳以上を対象とした独立保険方式を主張⁸し、その背景には日医の主張が影響していた。日医は2000年8月に公表した「2015年医療のグランドデザイン」では「保険から保障へと理念を転換させる」と説明しており、税金の重点投入による独立保険方式を求めている⁹。

その際、75歳で区切った主な理由は財源対策である。具体的には、当時の日医会長は「医療費高騰の大出血は高齢者医療にある」としつつ、「70歳以上だと財源が出てこない」としていた¹⁰。厚生労働省の担当者も解説書で、「生理的機能の低下や日常生活動作能力の低下による症状が増加するとともに、生活習慣病を原因とする疾患を中心に入院による受療が増加するなどの特性を有しており、その心身の特性などに応じたサービスを提供する必要がある」としつつも、「公費を重点的に投入する観点からは対象者を重点化する必要がある」としている¹¹。こうした記述を総合すると、税金投入の規模との兼ね合いがあったため、75歳で区切ったことにもなる。言い換えると、75歳以上で区切った理由は政治的な判断だったことになる。

さらに、経団連と日経連（当時）も独立保険方式を支持した。これは事業主負担の増加を避ける狙いがあり、経団連が2001年5月に公表した「高齢者医療制度改革に関する基本的考え方」では、70歳以上を対象とした「シニア医療制度」を創設するよう提案し、高齢者の自己負担と保険料に加えて、消費税を財源とした税金の重点投入を訴えた。

これに対し、(b) の突き抜け方式を主張したのは連合と健保連だった。突き抜け方式では、被用者保険0Bを対象とした保険者を創設し、国保に負担が集中しないようにすることを目指しており、同じ被用者グループの助け合いとなる分、若い勤め人の理解を得やすい点がメリットとして挙がっていた。しかし、健保連は2005年7月に公表した「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」で、被用者保険の負担増を招く拠出金制度を廃止することを条件に、独立保険方式への支持に転換した。

3番目の(c) の一本化方式を提案したのは自治体サイドと総務省だった。例えば、全国知事会は2005年7月の意見書で、「全ての医療保険制度を全国レベルで一元化する道筋を示すべきである」とした。

最後の(d) のリスク構造調整については、年齢、所得など保険者の責任で解決できない差異を調整することを目指しており、実質的には被用者保険から国保に保険料収入を移転させることを意味す

⁸ 『朝日新聞』2002年11月28日夕刊。『日本経済新聞』2002年11月29日。

⁹ 『朝日新聞』2000年8月30日。『日本経済新聞』2000年9月13日。

¹⁰ 坪井栄孝（2001）『我が医療革命論』東洋経済新報社 p149。

¹¹ 土佐和男編著（2008）『高齢者の医療の確保に関する法律の解説』法研 p284。

る。これは「税金を増やすのは困難」と判断していた厚生労働省のアイデアに近かった¹²。

結局、厚生労働省が2003年3月に公表した「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」で、①75歳以上を対象とした独立保険方式の創設、②前期高齢者に関する医療費負担の不均衡是正——という2つの案を併記した。

4 | 最終的な決着

その後も調整が進んだが、最終的に全ての関係者が賛同する案はなく、政府・与党が2005年10月に取りまとめた「医療制度改革試案」では、自民党や日医の意見を受け入れる形で75歳以上を対象とした独立した後期高齢者医療制度を創設することになった。しかし、財源確保が不十分に終わったため、公費（税金）の部分は約5割にとどまり、74歳以下の人からの「支援金」で約4割、高齢者の保険料で1割程度を賄う現在の形が決まった。

一方、65歳以上74歳未満の前期高齢者に関する医療費については、図2のように老人保健制度に近い枠組みを残しつつ、医療費を保険者の加入高齢者数に応じて調整する仕組みを盛り込んだ¹³。

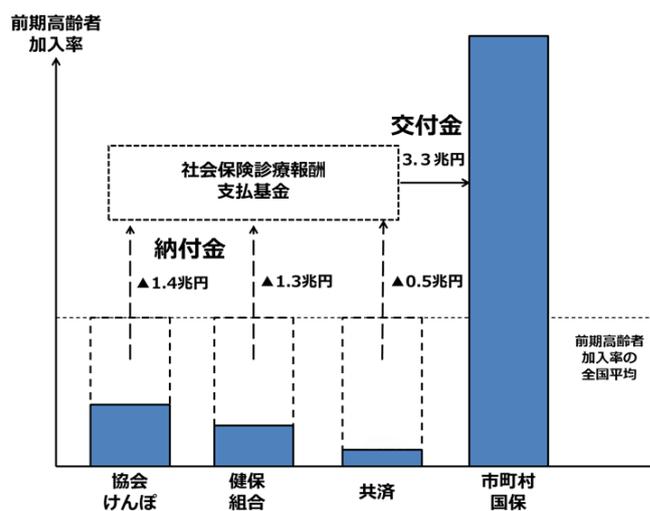
こうした決着について、①現役世代と高齢者の費用・負担関係が不明確、②保険料を納める主体と、医療費を使う主体が分離している——という最初の課題設定に応じて再考すると、75歳以上については高齢者の保険料部分を切り分けられたことで、高齢者と現役世代の負担と給付の関係は一定程度、明確になった。

しかし、健保連の不満は強まった。老人保健制度の頃と比べると、国と都道府県、市町村が支出する税金の割合が3割から5割に引き上げられた¹⁴一方、健保組合は前期高齢者納付金と後期高齢者支援金の両方を負担する形となり、むしろ負担が増大したためだ。健保連が高齢者医療費に対する拠出金に対し、不満を強めている遠因には、この時の制度改正が影響している。

5 | 運営主体を巡る攻防

さらに、論点になったのは独立保険方式の運営主体である。当局者による解説書では「制度の運営に当たっては、財政の安定化を図る観点から広域化を図る必要があった」「住民に関する基礎情報を保有せず、医療保険の事務処理に関するノウハウの蓄積もなく、保険料の徴収等の事務処理に関する蓄

図2：前期高齢者財政調整の仕組み



出典：厚生労働省資料を基に作成
注：数字は2018年度現在。

¹² 『日本経済新聞』2002年11月29日、9月12日。坂口力厚生労働相は「年齢だとか、所得の調整をしながら、都道府県単位で（筆者注：保険者を）統合していくことが可能であれば、敢えて高齢者保険をつくらなくてもいい」と述べた。経済財政諮問会議議事録2002年8月29日。

¹³ その後、被用者保険の部分は2017年度から全面総報酬割に変わった。

¹⁴ 老人保健制度の見直し策として、2006年度に税金部分は5割まで段階的に引き上げられたほか、2007年度に対象年齢を75歳に引き上げた。

積もないため、都道府県がこうした事務を担うことは現実的に困難と考えられた」と説明している¹⁵。

しかし、実際の政策形成プロセスでは、運営主体を国とする案が浮上した¹⁶ほか、負担増を恐れる全国知事会と全国市長会、全国町村会が対立した。さらに、同じ時期に国・地方税財政を見直す「三位一体改革」¹⁷の議論も進められている中で、全国知事会は国保に関する都道府県の負担を増やす国の提案を批判していたため、高齢者医療費に関しても都道府県の財政負担拡大を警戒していた。

これに対し、全国市長会、全国町村会、国保中央会が2005年10月に公表した意見書では国への一元化を求めるとともに、「(注：協会けんぽなどは) 都道府県単位を軸とした再編・統合を推進するとしているにもかかわらず、後期高齢者医療制度の運営主体を市町村とすることは、その方向性に逆行する」「国保と介護保険の両保険者として極めて厳しい財政運営を強いられている市町村が(略)制度の運営主体を担うことは到底容認できない」と要請した。

結局、市町村で構成する広域連合を都道府県単位に設置するとともに、自治体の税金負担を減らすため、被用者保険からの財政調整を強化することで折り合った¹⁸。

6 | 制度導入時の経緯から言えること

こうした経緯を振り返ると、旧老人保健制度を見直す際、(a) 独立保険方式、(b) 突き抜け方式、(c) 一本化方式、(d) 年齢リスク構造調整方式——という4つの案が取り沙汰され、厚生労働省は財政調整、自民党と日医、健保連、経済界が独立保険方式を求めたことで、関係者間の調整は難航した。

さらに、運営主体を巡る自治体間の対立が浮き彫りになったことで、後期高齢者医療制度の運営主体を広域連合とする一方、被用者保険を中心とする財政調整を強化する形で決着した。言い換えると、10年近い議論と利害調整を経ても、全ての関係者が一致する改革案は見出せず、様々な意見を漸増主義的に取り入れたことで、現在の仕組みになったと言える。

その結果、旧老人保健制度の課題とされた課題(①現役世代と高齢者の費用・負担関係が不明確、②保険料を納める主体と、医療費を使う主体が分離している)で見ると、①は被用者保険の財政調整が維持・強化され、②では民主的統制が弱い広域連合を運営主体とする決着が図られ、課題を残すこととなった。言い換えると、①、②の改革の目的が不十分に終わった理由としては、関係者との利害調整に求められると言える。それだけ難しい利害調整だったという言い方も可能であろう。

3——現行制度の見直しを巡る議論

1 | 現行制度の問題点

今後、団塊世代が75歳以上になった時、高齢者医療費は一層増加する可能性が高く、支援金の規模が拡大する可能性がある。これは74歳以下の国民、特に相対的に財政が豊かであることを理由に負担増を求められている健保組合の被保険者にとってみると、社会保険の枠組みでは説明し切れない支援

¹⁵ 土佐前掲書 p252。

¹⁶ 当時、連立与党に加わっていた社民党の主張だった。丹羽雄哉(1998)『生きるために』日経メディカル開発 p116。

¹⁷ 国の補助金を廃止し、その税源を地方に移譲するとともに、地方交付税を一体的に見直す改革。小泉純一郎政権下で4兆円の補助金見直しと3兆円の税源移譲が実現し、国保向け国庫補助金などが争点となった。国保向け補助金に関する経緯については、拙稿レポート2018年4月17日「国保の都道府県化で何が変わるのか(下)」を参照。

<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=58441>

¹⁸ 『朝日新聞』2005年12月2日。『日本経済新聞』2005年11月28日夕刊。

金のウエイトが増加することを意味する。

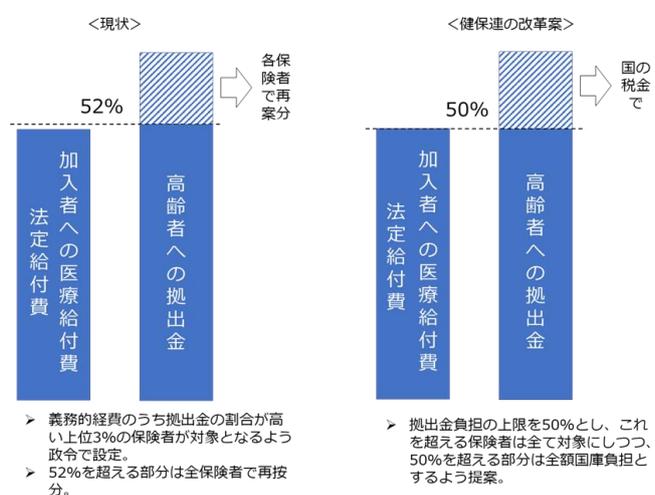
筆者個人の意見としては、高齢者が少なく相対的に財政が豊かな健保組合の負担増は止むを得ないと思う反面、(上)で述べた通り、支援金の枠組みは法律的に説明が付きにくく、制度改革が必要と考えている。さらに、保険者自治を發揮しにくい広域連合の見直しも必要という立場を取る。

2 | 制度改革に関する現在の提案

しかし、後期高齢者医療制度を含む医療保険制度に関する見直し論議は停滞している。2015年医療制度改革法では後期高齢者医療制度支援金について、被用者保険の負担を分かち合う際のルールを2017年度から全面総報酬割に変えた¹⁹程度であり、現在の制度改革のベースラインとなった2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では特段の根拠を示さないまま、「後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる」と指摘している。

こうした中で、医療保険制度改革について具体案を示しているのは健保連と日医である。まず、健保連は支援金だけでなく、前期高齢者納付金の負担増にも反発しており、「2025年には健保組合の被保険者1人当たり保険料額(65.7万円)のうち、加入者への医療給付費分は30.3万円、高齢者への拠出金分は31.2万円となり、拠出金分が加入者分を上回る」「拠出金割合が50%以上の健保組合も870組合にのぼり、全組合の62%を占める」としつつ、図3の通りに拠出金が50%を超えた場合、その部分を国庫負担する制度改革を提案している。

図3：高齢者医療費の見直しに関する健保連の提案



出典：健保連資料を基に作成

さらに、日医は2018年4月の報告書で、協会けんぽと健保組合を都道府県単位に統合するよ

う主張しており、その狙いとして被用者保険での負担の公平化や財政の安定化、医療提供体制改革を含む医療行政の都道府県化²⁰との整合性を掲げている。

このように考えると、制度改革に関する議論は盛り上がっていると言えないが、人口的なボリュームが大きい団塊世代が75歳以上になる2025年以降を意識すると、制度改革に向けた検討をスタートした方が良いのではないだろうか。しかも老人保健制度の議論まで立ち返ると、高齢者医療費を巡る議論や調整は30年以上も続いていることになり、その背景には高齢者医療費を巡る不均衡がある。具

¹⁹ これは高齢者医療費の見直しというよりも、財政の帳尻合わせという側面が強い。具体的には、(1) 後期高齢者医療制度支援金について、被用者保険で負担を分かち合う際のルールを2017年度から全面総報酬割に移行、(2) 協会けんぽの国庫補助率を当分の間16.4%と固定化させる一方、準備金残高が法定準備金を上回った場合、新たな超過分の国庫補助相当額を減額、(3) 上記の制度改革で浮く国の財源2,400億円のうち、1,700億円を国保に投入、(4) (3)で浮く財源のうち、残り700億円は高齢者医療費拠出金の負担が増える健保組合向け国庫補助金に充当、(5) 社会保障目的税化された消費増税分から1,700億円を国保に充当、(6) (5)の財源措置を通じて国保の財政基盤を強化するとともに、財政運営を2018年度から都道府県単位化—という内容だった。

²⁰ 医療行政の都道府県化については、拙稿レポート2018年4月11日「国保の都道府県化で何がかわるのか(上)」を参照。
<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=58410?site=nli>

体的には、退職後に被用者保険を脱退する人が国保に加入するため、高齢化に伴う医療費の負担が国保に集中しやすい構造である。こうした点を踏まえると、支援金を廃止したり、広域連合の自治を強化したりするだけで課題が解決するわけではない。

さらに、事業主負担や非正規雇用労働者の問題にも目を配る必要がある。これらについては、それぞれで深く論じる必要がある難しい論点だが、以下は「高齢者医療費をどう分かち合うか」という問題以外の論点も加味しつつ、制度改革の選択肢を考察する。

4—社会保険方式の「負の側面」

筆者個人としては、社会保険料を主な財源とする社会保険方式の「負の側面」に目を向ける必要があると考えている。例えば、日本の社会保障制度については、正規雇用労働者と非正規雇用労働者、男性と女性の間で格差があり、インサイダーとアウトサイダーの分断が顕著という指摘²¹がある通り、この一因として男性の正規雇用労働者を中心に想定した社会保険方式があることは否定できない。

実際、社会保険方式では給付が雇用と結び付いているため、グローバル化で雇用が影響を受けると、社会保障給付も悪影響を受けやすい²²ほか、事業主負担の増加が会社の国際競争力だけでなく、賃金や雇用に影響を与える可能性にも留意する必要がある²³。

こうした課題について、日本は社会保険の対象者拡大や無期雇用の拡大などで対応している²⁴が、社会保険方式の「負の側面」を修正するという観点では必ずしも表立った議論が見られない。しかし、同様に社会保険方式を採用しているドイツ、フランス、オランダ、韓国では、それぞれの判断と方法で大規模な制度改革に挑戦している。例えば、ドイツ²⁵では被保険者が加入する疾病金庫（日本の健保組合に相当）を選べる「規制競争」（Regulated Competition）を採用し、民間保険会社の参入も認めた。その際、疾病金庫の年齢、所得で保険料格差が生じないようにリスク構造調整を実施し、競争原理を部分的に採用することで、疾病金庫の効率化と合併再編を促した。さらに、疾病金庫同士による競争の結果、保険料が同一水準に収れんしたため、統一保険料を政府が設定し、それで賄えない場合、本人の保険料負担にすることで、事業主負担の抑制に努めている。

オランダ²⁶もドイツと同様の規制競争を導入するとともに、所得税と社会保険料の一体的な改革を

²¹ 田中拓道（2017）『福祉政治史』勁草書房を参照。

²² ここでは詳述しないが、女性の社会保障も論点となる。福祉国家の国際比較で有名な Gosta Esping-Andersen（1999）“Social Foundations of Postindustrial Economies” [渡辺雅男・渡辺景子訳（2000）『ポスト工業経済の社会的基礎』桜井書店 p85] では、「社会保険方式のように雇用ないし職歴に基礎を置いて資格付与を行うシステムでは、暗黙のうちに一家の稼ぎ手である男性が有利になる」と指摘している。

²³ 労働経済学の研究では必ずしも明確な結論に至っていないが、事業主負担が労働者の賃金あるいは雇用に帰着しているという研究結果がある。例えば、金明中（2008）「社会保険料の増加が企業の雇用に与える影響に関する分析」『日本労働研究雑誌』No. 571。

²⁴ 2016年10月から①週20時間以上、②月収8.8万円以上（年収106万円以上）——などの要件を満たす人を対象に、被用者保険の適用範囲を拡大したほか、勤続5年を超えると無期雇用に転換する改正労働契約法に基づくルールが2018年4月からスタートした。

²⁵ ドイツの事例については、松本勝明編著（2015）『医療制度改革』旬報社、同（2014）「メルケル政権下の医療制度改革」『海外社会保障研究』No. 186などを参照。

²⁶ オランダの事例については、島村玲雄（2017）『「オランダモデル」と財政改革』日本財政学会編『貧困を考える』有斐閣、佐藤主光（2009）「保険者機能と管理競争」尾形裕也・田近栄治編著『次世代医療制度改革』ミネルヴァ書房、大森正博（2006）「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No. 156などを参照。

進めている。フランス²⁷では社会保険料の本人負担を CSG（一般社会税）に転換させ、社会保険の網から漏れるニーズに対応しており、韓国²⁸は負担の公平化などを目指して、日本と同様に分立していた医療保険制度を国単位に一元化した。

以下、後期高齢者医療制度を創設する際に論点となった図 1 の 4 つの案をベースに、こうした海外の動向も踏まえて事業主負担や非正規雇用の問題を「補助線」に加味しつつ、制度改革の選択肢と利害得失を論じる。

5——改革の選択肢

1 | 独立保険方式

第 1 の選択肢としては、現在の独立保険方式を継続・修正する選択肢である。その際、対象年齢を例えば 80 歳以上に引き上げるとともに、74 歳以下の人が支払っている支援金を廃止・縮小し、財源の多くを税金で賄う選択肢も考えられる。これは事実上、税方式への転換を意味すると言っても良いかもしれない。

ただ、財源確保策が焦点となるほか、例えば 80 歳で区切った場合、65～79 歳までは別の枠組みが必要になる。その時、65～74 歳で実施している前期高齢者財政調整の仕組みを継続、拡大することになれば、健保連の不満は解消されない。(上) で述べた広域連合の自治という問題もクリアする必要がある。

2 | 突き抜け方式

第 2 に、突き抜け方式である。この方式では既述した通り、被用者保険 0B を対象とした保険者を創設し、被用者グループの現役世代が 0B を支えることが想定され、既存の自治の仕組みなどを維持できるが、事業主負担や非正規雇用労働者の問題がクリアしにくいデメリットがある。

3 | 国への一元化

第 3 に、年齢・職業で区分しない全国一本の保険制度にする方法である。これは韓国が採用した選択肢であり、日本でも 2005 年制度改正に関する政府・与党文書で、将来的な医療保険制度の一元化を記した経緯がある。

この選択肢では高齢者医療費、非正規雇用労働者の問題をクリアできるメリットがあるが、そもそもの問題として、日本の医療保険制度は被用者保険からスタートした歴史がある上、「従業員と経営者で自治的に運営している健保組合の枠組みを壊すのか」といった批判が予想される。

さらに、①被用者保険に加入する勤め人と比べると、国保の計 17% を占める自営業者や農林水産業従事者については所得捕捉率が低く、所得を殆ど全て捕捉され、保険料を賦課されている勤め人が不利になる、②被用者保険には事業主負担があるのに対し、国保にはない、③被用者保険は能力に応じ

²⁷ フランスの事例については、柴田洋二郎 (2017) 「フランスの医療保険財源の租税化」『JRI レビュー』Vol. 9 No. 48、小西杏奈 (2013) 「一般社会税 (CSG) の導入過程の考察」井手英策編著『危機と再建の比較財政史』ミネルヴァ書房などを参照

²⁸ 韓国の事例については、李蓮花 (2011) 『東アジアにおける後発近代化と社会政策』ミネルヴァ書房、健保連 (2017) 「韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書」、同 (2003) 「韓国の医療保険改革についての研究報告書」などを参照。

た保険料負担（応能負担）だが、国保は応能負担だけでなく、受益に応じた負担（応益負担）も組み合わせるため、保険料を課す方法が異なる、④被用者保険には被扶養者があるが、国保は個人ごとに保険料を課している——といった違いがあり、一元化に向けたハードルは高い。

4 | リスク構造調整

リスク構造調整も選択肢となる。これは先に触れた通り、年齢、所得など保険者の責任で解決できない差異を調整することで、被用者保険と国保の間で不均衡を調整できるが、事業主負担や非正規雇用労働者の問題が残る。

5 | その他の選択肢

これ以外にも4つの選択肢の変形版、あるいは組み合わせが有り得る。例えば、韓国のような国単位の一元化ではなく、都道府県単位に統合する方法も考えられる。これは医療行政の都道府県化が進んでいる点と平仄を合わせられるメリットがある。だが、事業主負担の有無など、国への一元化と同じ課題が想定されるほか、運営責任を都道府県に担わせる場合、全国知事会の反対が予想される。

さらに、75歳以上を対象とした広域連合を都道府県化された国保と統合する案が想定される。この案だと、被用者保険の枠組みを維持しつつ、被用者保険を脱退した高齢者は国保に加入する以前の枠組みと同じになるが、国保の財政基盤は都道府県単位となることで強化される。この案も医療行政の都道府県化の流れとマッチしており、一定程度は保険者機能²⁹の発揮を期待できる³⁰。実は、この案については、後期高齢者医療制度の見直しが浮上した頃、政治主導の議論として取り沙汰された経緯³¹があり、2018年4月からの都道府県化の基礎となった面がある。だが、この案では被用者保険と国保は分立したままであり、非正規雇用労働者の問題が残るほか、運営責任を都道府県に担わせる場合、全国知事会の反対が予想される。

協会けんぽと健保組合の統合と都道府県化という案も想定される。既に触れた通り、これは日医が推している案だが、被用者保険の財政調整にとどまるため、高齢者医療費の問題解決に繋がりにくい上、「従業員と経営者で自治的に運営している健保組合の枠組みを壊すのか」といった批判も想定する必要がある。

リスク構造調整の変形として、規制競争（Regulated Competition）という選択肢も有り得る。既述した通り、これはドイツ、オランダで導入されている仕組みであり、被保険者に保険者選択の自由を与えることで、保険者の再編だけでなく、保険者機能を強化することを目指している。この選択肢については、健保組合の合併再編など被用者保険の枠組みにドラスティックな変化を期待できる反面、

²⁹ ここで言う保険者機能は「医療制度における契約主体の1人として責任と権限の範囲内で活動できる能力」と定義する。山崎泰彦（2003）「保険者機能と医療制度改革」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社を参照。

³⁰ しかし、都道府県の知事や議会は国保の加入者だけでなく、被用者保険の加入者からも選ばれており、国保被保険者だけの代表ではないという点で見ると、自治や代表性では課題が残る。

³¹ 例えば、舛添要一厚生労働相は私案として、「国民健康保険が県民健康保険に変わると思っている」と述べた。2008年9月30日閣議後記者会見概要。さらに、民主党政権はマニフェスト（政権公約）に制度廃止を明記し、2009年9月の政権交代後には有識者や関係団体の代表で成る「高齢者医療制度改革会議」を設置し、国保の広域化が模索された。その後、2010年5月に国保の広域化を進める法改正、12月には国保の広域化を求める会議報告書が公表された。

保険者がリスクの高い被保険者の加入を拒否する「リスク選択」の危険性を払拭し切れない点³²、非正規雇用労働者の問題、高齢者医療費の問題などが課題となる。さらに、同じ会社に働く社員が別々の健保組合に加入することになるため、「従業員と経営者で自治的に運営している健保組合の枠組みを壊すのか」という指摘も想定される。

6 | 選択肢から何を重視し、何を諦めるのか

以上、多くの選択肢を列挙したが、いずれも一長一短があり、全ての人が納得する改革案は有り得ない。例えば、ドイツやオランダのような規制競争を選択すれば、会社を中心とした自治の仕組みは崩壊しかねないが、負担の公平化と事業主負担の抑制が可能かもしれない。地域一元化を図れば、住民主体の自治に切り替えられるほか、非正規雇用などもクリアしやすくなるが、会社を中心とした自治の仕組みは後景に退くことになるし、制度の違いを調整するハードルも大きい。

つまり、どの選択肢も短所と長所があり、何かの論点を重視すれば、別の論点を諦めなければならぬ可能性が高まる。言い換えると、高齢者医療費や非正規雇用の問題といった論点について、社会全体として「何を重視し、何を諦めるのか」を考え、可能な限り合意形成を図ることが求められる。

6—おわりに

政治に関与する人々は、しばしば現状にかなり近い政策を考えることに限定して行動する。大きな変化をもたらす決定について合意を勝ち取ることは通常不可能である——。これは漸増主義を唱えたアメリカの政治学者による書籍の一節である³³。この指摘に見られる通り、医療保険のように多くの利害が複雑に絡み合ったり、国民の健康や懐事情に影響を与えたりする分野では、全員が合意する改革案を採用することは困難である。増してや高齢化や低成長の下で負担増を議論しなければならないため、全ての関係者の利害が一致する案は見出しにくく、実際の政策形成過程は関係団体間で合意を取りつつ、制度を少しずつ変える漸増主義を採用せざるを得ない。利害調整の難しさと、漸増主義的な手法が選ばれた経緯は本レポートでも明らかにした通りである。その意味では「抜本改革」は困難であり、漸増主義的アプローチは理に叶っている。

しかし、漸増主義には大きな欠点がある。それは目先の課題を解決することに専念する余り、パッチワーク的な利害調整や制度改正が中心となる結果、全体として整合性が取れなくなるリスクであり、本レポートで述べた支援金、広域連合を巡る課題は漸増主義による弊害の一例と言える。そして、社会保険方式の「負の側面」など従来のような漸増主義的な改革だけでは、山積する多くの課題に対応できなくなっているのも事実であり、高齢者医療費の負担問題だけでなく、雇用問題なども視野に入れた多角的かつ分野横断的な視点の議論が求められている。それは社会経済情勢の変化を踏まえつつ、社会保障制度の在り方を再考するような議論である。

しかし、こうした議論を展開する上で、現状は限界があると言わざるを得ない。例えば、厚生労働

³² リスク選択とは、持病のある人などリスクの高い人の保険加入を保険者が拒否することである。ドイツの制度ではリスク選択が禁じられているが、競争にさらされている保険者にとってリスク選択は合理的な行動であり、その可能性は残ると言わざるを得ない。

³³ Charles E. Lindblom, Edward J. Woodhouse (1993) "The Policy-Making Process" [藪野祐三、案浦明子訳 (2004) 『政策形成の過程』東京大学出版会 pp38-39]。

省の審議会では関係者の利害調整が優先される上、分野横断的な議論が難しい。首相をトップとする経済財政諮問会議についても効率性の議論や政治的な判断を優先しがちである。このため、内閣と同格の存在として大所高所に立った提言を残した以前の社会保障制度審議会のように、社会保障の在り方を独立的かつ継続的に議論できる場が必要なのではないか。政府内では2040年を意識した社会保障の姿を議論しようという動きがあるが、多角的かつ分野横断的な議論が求められる。