

「2. 年齢で区分することについて（制度の建て方、名称等）」及び
「3. 広域連合の是非について」の考え方

岩本 康志

1.

（考え方）

保険制度の単位（加入者集団）には2つの意味があり、2つはかならずしも一体ではない。

2つの意味とは、(1)加入者のリスクをプールして、分散する（いわゆる「保険」の機能）、(2)加入者の代理人として、効率的な医療サービスを実現させる機能（いわゆる「保険者機能」）。現実には、財政調整が導入され、両者はすでに乖離している。

財政調整する理念が理解されれば、2つを分離して制度設計すればよい。

（帰結1）

後者の機能が発揮しやすい形で実体的制度を設計し、リスクを適切にプールする集団の範囲でリスク構造調整をおこなえばいい。

（帰結2）

後期高齢者医療制度の負担ルールを実装する際に、独立制度とする必然性はなかった。負担の構造は別途、計算すればよい。

2.

（考え方）

国保加入者の所得捕捉が困難、はもはや過去の事実である。国保加入者のなかの自営業・農業者は少数派である。

（帰結）

国保保険料は所得比例でよい。

以上

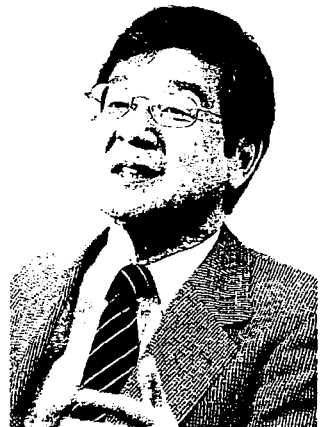
75歳で線引き 後期高齢者医療



75歳以上の高齢者が、別建ての制度になっている。

尾形 病気がかりやすい人も、そうでない健康な人も幅広く加入させてリスクを分散するのが、本来のあり方だ。高齢化が急速に進む中で、社会のさまざまな制度は、年齢

問題点だ。若い人に比べて病気になるやすく、医療費が多くなるハイリスクなグループを分離して制度を作ると、高齢者が急速に進む中で、社会のさまざまな制度は、年齢



新制度の評価は。山崎 高齢者と現役世代が、高齢者の医療費をどのようにならなければならないのか。山崎 これまでの老人保健制度では、老人医療費の負担を公平化するため、各医療保険の間で財政調整を行ってきた。細かい問題点を改善しつつ、当面、この制度を続けていくべきだ。

4月に始まった後期高齢者医療制度(長寿医療制度)で、75歳以上が若い世代と別建ての制度とされたことが議論を呼んでいる。高齢者の医療費を支える仕組みは、どうあるべきか。

陣論 論客

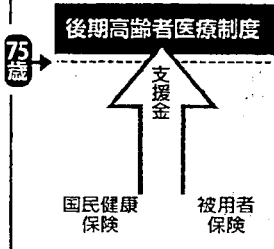
日本の医療保険制度は、①主に大企業が設けている健康保険組合②中小企業サリマンの政府管掌健康保険③自営業者や無職の人などが加入する市町村の国民健康保険に制度が分かれている。今年3月

現役と別建て 現実的

山崎 確かに、若い人も若き人も、富める人も貧しい人も、同じ制度の中で支え合おうのが本来の姿だと思ふ。だが、日本の医療保険は分立し、高齢者は国民健康保険に、現役世代は健康保険組合などの被用

山崎 彦彦氏

は拠出金負担が増え、労使ともに強く反発していた。一方、日本医師会は75歳以上を切り離し、財源の9割を税でまかなう別建てを求めていた。政治的にも与野党ともに改革を



75歳 国民健康保険 被用者保険 支援金 後期高齢者医療制度

料負担を求めつつ、税を重点的に投入し、現役世代からも支援する独立方式になった。高齢者も現役世代と同じ制度に加入させるべきだと

山崎 確かに、若い人も若き人も、富める人も貧しい人も、同じ制度の中で支え合おうのが本来の姿だと思ふ。だが、日本の医療保険は分立し、高齢者は国民健康保険に、現役世代は健康保険組合などの被用

者保険に偏り、制度間の所得格差もある。このままでは国民健康保険が純捨て山になっ

山崎 今、75歳以上と同じように5割を税でまかなう場合、はるかに多くの税財源が必要になる。税制改革による増税が不可欠なので、すぐに対象年齢を65歳まで引き下げることは、現実には難しい。

尾形 裕也氏

「エイジズム」の制度は、賢明な政策選択と思えない。年齢で区切るとどうなるか。

世代間対立強まる恐れ

尾形 日本が手本にしてきたドイツやフランスなど、国民の大多数が対象となる本格的な医療保険制度を採用している国には、年齢で制度を区切っているところは少ない。

尾形 裕也氏

「エイジズム」の制度は、賢明な政策選択と思えない。年齢で区切るとどうなるか。

尾形 以前の老人保健制度でも、各医療保険制度が高齢者のための費用を負担していた。ただ、各制度には、若い世代だけでなく高齢者も加入していたので、今回の制度と比べれば、まだしも理解を得やすかった。新制度では若い加入者が「自分たちの制度に

尾形 日本が手本にしてきたドイツやフランスなど、国民の大多数が対象となる本格的な医療保険制度を採用している国には、年齢で制度を区切っているところは少ない。

いた上で、それぞれの医療保険制度の年齢構成に応じて費用負担を制度間で調整する「リスク構造調整」の仕組みを導入すべきだ。

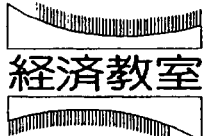
山崎 ただ単に廃止して、元の老人保健制度に戻せばいいのは、あまりにも無責任だ。関係者の合意を得られる、現実的な対案を示すべきだ。

山崎 天引きによって市町村の事務負担が軽減され、高齢者本人にとっても、自分で納めるより便利になる。低所得者の負担軽減策を講じた上で、天引きは続けるべきだ。

七十五歳以上の後期高齢者を対象とした新たな医療保険制度の保険者は市町村しかありません。国・都道府県による重層的な支援体制が必要である。また、保険医療機関の指定や診療報酬の決定など医療に関する権限を国から地方に移譲していくべきである。

基本方針は 妥協の産物

来年度の医療保険制度改革に向けて、社会保障審議会の審議が最終段階を迎えている。テーマは、政府が二〇〇三年の「基本方針」で掲げた、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編、診療報酬体系の見直しのこと。本稿では高齢者医療制度の創設を中心に、主



な論点と現実を考へる改革の方向について、私見を述べてみた。

医療保険制度改革論の両極に位置するのが、被用者と自営業者のグループを生産にわたって分離する「突き抜け方式論」と、両者を完全に統合する「一本化論」。その中間が制度分立を前提とした上での「財政調整論」で、その一つが年齢構成や所得水準など保険者の責任に帰し、政府が責任を負うべきという「リスク構造調整論」である。

高齢者医療改革

市町村が保険者に

高齢者については一本化された独立保険を創設し、六十五歳以上七十五歳未満の前期高齢者は年齢構成と財政調整という異なる制度を並立させるのは、脱力に乏しい。利害調整の可能性と現行制度からのスムーズな移行に配慮した、妥協の産物だろう。

基本方針の策定前、自民党内では六十五歳以上を対象とした独立保険方式が有力視され、日本医師会は七十五歳以上を対

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

公費負担割合 検討の課題に

後期高齢者対象の独立保険の可否は、保険者の負担にかかっている。町村が、全国市長会「国保・介護保険の保険

象にした公費主体の高齢者医療制度、民主党と連合は突き抜け方式、国民健康保険関係団体は一本化を目指しつつ当面はリスク構造調整を求め、これら隔たりの大きな諸提案に配慮すれば、基本方針のような折衷案にならないを得ない。

また、前回の二〇〇二年改正で、老人医療制度の対象を七十五歳以上に引き上げ、公費負担割合を原則五〇％に拡大するとともに、被用者保険から国保へ財政支援する返戻率を財政調整の対象を七十五歳未満までに広げ、十五歳未満までをカバーすることを盛り込んだ。基本方針は、この流れを徹底するものとする

筆者は、改革を高齢者医療に限定するのではなく、六十五歳以上を対象とする独立保険(将来的には高齢者介護と統合)を望ましいと考えている。しかし、錯誤(くわく)した利害関係の絡みで実現は困難な状況にある。そこで以下では、基本方針をベースに漸進的改善案を提案したい。

山崎 泰彦

神奈川県立保健福祉大学教授



筆者は、改革を高齢者医療に限定するのではなく、六十五歳以上を対象とする独立保険(将来的には高齢者介護と統合)を望ましいと考えている。しかし、錯誤(くわく)した利害関係の絡みで実現は困難な状況にある。そこで以下では、基本方針をベースに漸進的改善案を提案したい。

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

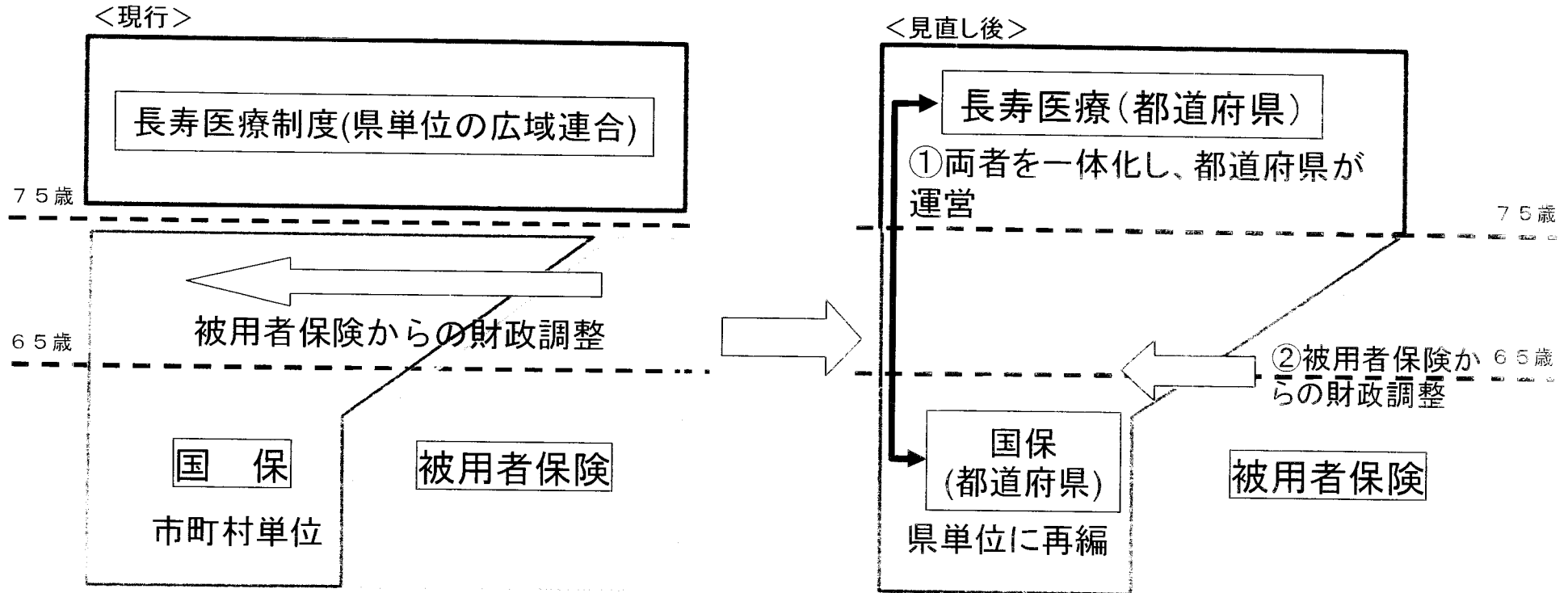
国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

長寿医療制度と国民健康保険の一体化に関する舩添大臣の私案のイメージ



(制度のねらい)

- ① 制度としては、年齢にかかわらず一本化。
- ② 国保を都道府県単位とすることで、国保の財政が安定化。
- ③ 地域医療において、都道府県が主体的な役割を果たす。

(今後解決すべき課題) ※詳細は1年を目途に検討

- ① 高齢者の保険料に配慮しながら、制度を一体化する具体的な方法や、財政調整の仕組み。
- ② 地域の国保保険料を統一する際の激変緩和措置。
- ③ 都道府県が運営主体を引き受けてくれるための条件整備

いいバスだと思っただけどこんなに不満があるんだなあ...

県単位75歳専用バス



B町国保バス

D町国保バス

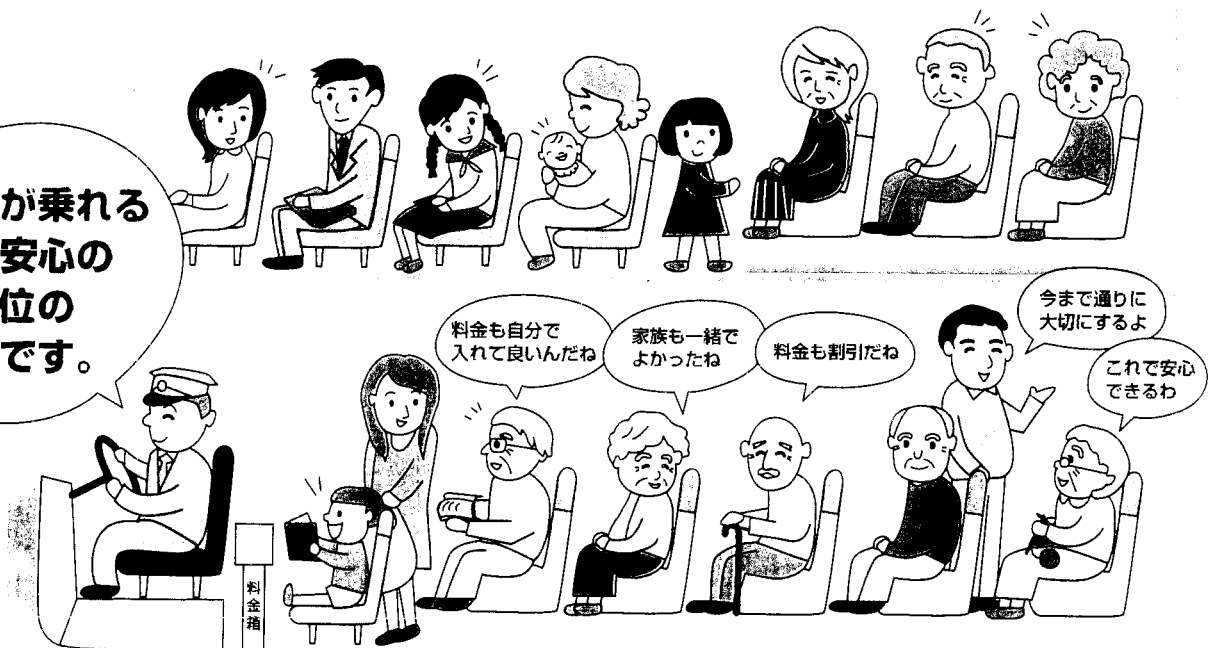
A市国保バス

C村国保バス



県単位の大型バス

誰もが乗れる安全安心の県単位のバスです。



問題の核心を見極めろ

新制度は寄り道だ

川淵孝一／東京医科歯科大学大学院教授

急増する後期高齢者の医療費

原則七十五歳以上（一定の障害のある六十五歳以上を含む）の高齢者約一三〇〇万人を対象にした後期高齢者医療制度（通称、長寿医療制度）が今四月からスタートした。厚生労働省（以下、厚労省）の不振や説明不足もあって評判が悪い。新制度では、職業に関係なく加入者全員が個人単位で保険料を負担するのが大きな特徴だ。年額

一八万円以上の年金受給者の保険料は介護保険と同様、各自の年金から天引きされる。

これに対して、年額一八万円以下の低年金者と、高齢女性に多いといわれる無年金者は、免除かと思ったら大間違い。自ら保険料を振り込む。一年以上の滞納者には保険料を支払うまで全額負担の「資格証」が交付される。

保険料は、被保険者の所得割額（所得に応じて負担する部分）と均等割額

（すべての人が等しく負担する部分）の合計額となる。都道府県単位の後期高齢者医療広域連合ごとに計算されるので、住んでいる県によって保険料は異なる。厚生年金受給額二〇八万円（年額・単身者）の場合は、平均月額六二〇〇円（厚労省試算）で、最高の福岡県（八四七九円）と最低の長野県（五九七五円）とでは一・四二倍の開きがある（二〇〇七年十一月二十六日付『しんぶん赤旗』）。

これまで夫や子供の被扶養者だった人たちは、当面は軽減措置がとられるが、最終的には介護保険料と合わせ、平均して月一万円程度になる。このほかに病院にかかった場合は、一〇％（現役並み所得者は三〇％）の自己負担が課せられる。

後期高齢者といえども相当の負担を課するのは、二〇〇六～二〇一二年のわずか六年間で、わが国の七十五歳以上人口が三三・六％も増える（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成十四年一月推計）」からだ。二〇〇八年版の高齢社会白書によれば、二〇五五年には総人口の二六・五％に達するという。事実、三三兆円を超えたわが国の国民医療費を見ても、七十五歳以上の医療費は九兆五三三六億円と全体の約三割を占めている。そして二〇二五年度には医療給付費は五六兆円に増え、その内の半分は後期高齢者が占めるという推計もある。一人当たり医療費で見ると、二〇〇

五年度では、七十五歳未満が二〇・三万円なのに対し、七十五歳以上の後期高齢者では、八四万二五〇〇円と四倍を超える。したがって今後は、高齢者特に七十五歳以上の医療費をどう適正化するかが国民的課題になるだろう。

通常、医療費の抑制策として考えられるのは窓口負担の引き上げだ。だが、これももう限界に達している。例えば、療養病床という長期の入院を要する医療機関では、自己負担のほかに食費・居住費が自費となり、全部で七・五～一〇・五万円かかる。OECD三〇カ国の中でこれだけの窓口負担をお年寄りに課しているのは日本だけだ。

そこで登場したのが、七十五歳以上のお年寄りにも一定の負担をせよという考えである。

新制度は妥協の産物

併添要一厚生労働相は理念自体に問題はないというが、予期しなかったラブルが表面化している。

一番の問題は、厚労省の事前の調査不足もあって保険料が思いのほか高いこと。従前の国民健康保険料と比べて国は「ほとんど変わりない」「低所得者ほど下がる」などと説明していたが、むしろ保険料が上がる例が見られる。特に低所得者にとって、なげなしの年金からの引き落としは死活問題だ。

あきれたことに、厚労省は七十五歳以上のお年寄りが払っていた国民健康保険の保険料と新制度の保険料がどの程度変化したかをこれから調べるといっている。年金と同様、最近の厚労省の事務手続きはあまりにずさんだ。全国的な非難の大合唱を受け、さすがの政府・与党も低所得者の保険料を軽減する対策を講じる方針を示している。

しかし、本当に国民が目を向けなければならぬことは、一連の厚労省の不祥事よりむしろ制度設計そのものだ。仮に、政府が激突緩和措置を講じたとしても、それは一過性の話にすぎない。というのは、高齢者の保険料は二

年ごとに見直されることになっており、医療費が推計どおり伸び続ければ、保険料の水準が高齢者の経済力を超えてしまい、破綻する危険性もはらんでいるからだ。ポイントは一、二つ。

まず第一は七十五歳で線引きし、「独立型」にした功罪。

そもそも医療制度改革が議論されたのは二〇〇〇年九月の社会保障制度審議会に遡る。つまり、八年越しの議論なのである。同審議会は「新しい世紀に向けた社会保障」を森総理大臣(当時)に提出したが、医療については、年金と同様、「今後とも社会保険方式を基本とする」ということが確認されただけで、何一つ、目新しいものがなかった。国民が求めているのは、医療制度の将来ビジョンなのに、これがまったく書かれていなかったのである。

そうした中で、厚労省は、二〇〇一年九月二十五日、二〇〇〇年度実施を旨指す医療制度改革試案「少子高齢社会に対応した医療制度の構築」をまと

さらに現行の制度の仕組みは変えずに、各制度の年齢構造を調整することで公平化を図るという案もあった。しかし、ここで留意すべきは、いずれの案を採用しても、国民の負担が増えるということだ。

また、同じ独立型でも「経団連案」と「医師会案」では全く異なる。一見すると、線引きする年齢対象のみが異なるように見えるが、実は①公費負担、②事業者負担、③現役負担、④高齢者負担、さらには⑤国民一人当たり負担の世代間格差——という点で大きく異なる。たとえば経団連案では、従来の老健拠出金廃止による事業主負担の軽減と追加的な消費税の影響のため、現役世代・前期高齢者・後期高齢者でほぼ同水準の負担となる。これに対して「医療保障」をベースとした医師会案は、後期高齢者の負担を軽減するとしており、この案を採用すると、従来の制度以上に現役世代と後期高齢者との世代間格差が拡大する。まさに両者は、

め、同日の政府・与党社会保障改革協議会に報告した。

同試案は、今後の幅広い制度改革論議のたたき台として集約したもので、①改革の基本方向、②高齢者医療制度の見直しを軸とする持続可能で安定的な医療保険制度の構築、③予防や医療提供体制に関する保健医療システムの改革——の三本柱で構成される。厚労省が自信を持って発表した試案だったが、これもすこぶる評判が悪かった。

その理由は、小泉内閣のモットーである「痛みを伴う構造改革」をバックに待ちに待った試案だったが、蓋を開けてみれば既存の枠組みをベースとした「当面の打開案」にすぎなかったから。ここに「官僚依存改革の限界」を感じるわけだが、かと言って日本の政治家に保険の一元化や目的消費税の導入などの抜本策を打ち出せる逸材はいない。そこで同試案を中心に、厚労省は医療制度改革を進めた。

二〇〇一年十一月二十九日に政府・

「同床異夢」の関係にあった。

このように、一言で高齢者医療制度と言ってもお互いの利害が錯綜するの二筋縄ではいかない。そこで考え出されたのが、すべての団体の意見を少しずつ取り入れた「妥協の産物」だった。つまり、この制度は最初から問題をはらんだ仕組みだったのである。

将来、制度は維持できるのか

従来の老人保健制度では、七十五歳以上の人は国保または健保組合・政管健保に加入して保険料を支払っていた。老人保健制度は市町村が運営、一定の財政調整の仕組みで、健保は加入者割合に応じて老人保健医療を賄う拠出金を支払っていた。この仕組みを抜本的に変えて独立したのが今回の制度だ。

従来の老人保健制度の財政は、公費四六・五％＋公費拠出金一二・七％を合わせた約六割を公費が担っていたが、後期高齢者医療制度では公費負担割合は約五割に減る。まさに、財務省の

与党から厚労省案と「瓜二つ」の「医療制度改革大綱」が示され、同制度は〇六年六月の第一六四通常国会で、無修正で成立している。筆者も参考人として自説を述べたが、そのかい空しく与党強行採決で可決した。

実は、厚労省の試案が出る前までは、高齢者医療制度に関する議論が白熱していた。

その一つが七十五歳以上もしくは六十五歳以上を対象に独立した制度をつくり、医療費の六五〇％を公費で賄うという「独立方式」。日本医師会および経団連が提唱していた。これに対して健保組合の全国組織である健保連や連合は「突き抜け方式」を主張。サラリーマンが定年後に無職になっても、これまでのように国保や老人医療に任せっぱなしにせず、サラリーマンの健保で面倒を見るという考え方だ。

このほかに、すべての健保制度の統合・一本化を図るといふ、国民健保の団体や市長会、町村長会が主張する案。

「一人勝ち」である。保険料は医療給付費の一〇％で設定。しかし、国保や健保から拠出される支援金は四〇％が上限とされ、後期高齢者の数が増えれば後期高齢者の負担が増やされる。この部分がこの制度の最大の弱点である。年金以外に新たな収入の目処が立たない後期高齢者がどこまで負担増に耐えられるかは未知数だ。

特に、介護保険で「味をしめた」年金天引きという手法が皮肉にも自らの首を絞める。元社会保険庁長官・堤修三氏も指摘しているように「基礎年金から天引きされる保険料を際限なく引き上げることには抵抗がある」(〇八年四月三日付「しんぶん赤旗」)からだ。とりあえず、二〇〇四年度の年金改正で年金保険料の引き上げを一八・三％に留めることにしたが、その将来は必ずしも明るいとは言えない。その理由は年金給付を「マクロ経済スライド方式」に準拠することにしたため、経済情勢や少子化の動向のいかんによつ

ては、老後に十分な年金給付を享受できない可能性が出てきたからだ。

年金には老後の生活保障という側面があり、特に、今の高齢者無職世帯には十分な配慮が必要である。総務庁統計局の資料（二〇〇四年）によれば、高齢無職世帯の一カ月当たりの平均収入は二〇万一千六二円で、そのうちの公的年金などの社会保障給付の割合は七八・一％となっている。一方、消費支出は二五万七三〇円で、可処分所得一七万五五〇九円を八万一千七二一円上回っている。つまり、高齢者無職世帯の家計は支出超過になっているのだ。不足分は貯蓄を取り崩して賄っていると考えられるが、これが今後も可能かどうかである。

同資料によれば高齢無職世帯の貯蓄現在高は約二八五万円で、そのうちの五三・九％は定期性預貯金が占めている。しかし、貯蓄高は、世帯間にバラツキが多く、三〇〇万円以上の高額世帯が全体の二四・〇％を占めてい

る一方で、六〇〇万円未満の世帯が一・九％存在する。

「老若論争」が絆社会の崩壊に

いま一つの懸念事項は「老若戦争」の危険性を秘めている点だ。

後期高齢者医療制度の運営は都道府県単位となり「適正化目標」に達しない場合は、厚労大臣が他の府県と異なる診療報酬を導入できるようにする（高齢者の医療の確保に関する法律、第一四条）。例えば、本来、一点一〇円だが、九円に引き下げられることもできるのである。そうすると、一人当たり老人医療費の高い福岡県や北海道のお年寄りは「バッシング」を受けるかもしれない。

さらに、恐ろしいのは、同制度の支援金の算定には、今四月から保険者に義務づけた特定検診・保健指導の推進による医療費の適正化の仕掛けが組み込まれていることである。端的に言えば、被用者保険の医療費の抑制が進め

よって、高齢者医療区分として天引きされる金額に対する不満が醸成されると、姥捨て促進制度に発展する恐れがある。

これが制度改革の最大のメリットと厚労省の高官は豪語しているが、むしろ日本の美徳である「絆社会」の崩壊を危惧するのは筆者だけだろうか。

医療費総額抑制より歳入増大を！

わが国の皆保険制度は世界に冠たる素晴らしいシステムであり、今後も維持すべきである。しかし、そのためには、歳入を増やすしかない。

これまで高齢者の医療費を抑え込むと、政府は高齢者の自己負担額を引き上げてきたが、その効果は芳しくない。

内閣府の「構造改革評価報告書―医療制度改革」によれば、所得の高い高齢者の負担は二〇〇二年に一割から二割になったが、外来診療日数の低下は

ば、高齢者医療制度の保険料は高くなる。換言すれば、後期高齢者医療制度の支援金の増減（最大で一〇％）がメタボ対策の多寡によって決定されるということだ。「アメとムチ」政策が高じると「お前が肥えているから支援金が増えたではないか」「〇〇健康保険組合がメタボ対策に積極的に取り組んだおかげで、七十五歳を超えた私の保険料が上がってしまった！」となる可能性がある。市場原理もここまでくると「優生思想」と直結する恐れがある。

このほか、見逃されがちなのが、同制度と併せて前期高齢者（六十五～七十四歳）の医療費に係る財政調整制度もスタートしたことだ。

従前、六十～七十四歳の人は、国保や健保に加入していた。それが新たな前期高齢者医療制度では、原則六十から六十五歳に引き上げられ、新たに制度間の財政調整制度が実施された。

つまり、六十五～七十四歳の人は国保・健保に加入したまま、保険者間のわずかで、「自己負担率上昇による外来診療日数削減効果は非常に小さい」としている。他方、一般の七十歳以上でも所得による影響の違いは統計的に認められなかった。つまり、高齢者を対象とした医療費抑制策は、短期的に財源は確保できても受診抑制効果はあまりないのである。

そこで、経済財政諮問会議が提案したのが、経済指標と連動した医療給付費の総額管理である。この案はとりあえず見送りとなったが、高齢者医療費の推移いかんによっては再び浮上する可能性がある。

確かに医療費の伸び率に一定のたがをはめるといふ総枠予算制はドイツやフランスで広く採用されているが、中長期的な実効性は極めて乏しいと言わざるをえない。医療需要が不確実なことに加え、医療には絶えず割高な技術進歩が伴うからである。また、「諸外国に倣って人頭払いを導入しては」という提案もあるが、やみくもに医療費

負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整する仕組みが創設されたわけである。国の試算によれば、この財政調整で健保組合の負担は何と〇・二兆円から一・一兆円にアップする。しかし、実際の〇八年度予算推計ではさらに四〇〇〇億円伸びて一・五兆円に増えるという。また、主に中小企業が加入している政管健保は〇・六兆円から一・五兆円に負担が増える。つまり、後期高齢者の負担もさることながら現役世代の負担も増大するのだ。実はこれが、同制度の目くらましの部分である。確かに、未曾有の超高齢社会に向けて世代内扶助と世代間扶助の組み合わせはある程度必要だが、一つ間違えと新たな世代間対立が生まれる可能性がある。現に現役世代の「給与表」（健康保険料）の表記は、「基本保険料」と「特定保険料」に区分される。「特定保険料」は、後期高齢者医療への支援金と前期高齢者医療への納付金である。それぞれが区分表記されることに

をコントロールしようとする。医療の質の低下を招く恐れがある。であれば、むしろ歳入を増やすことを考えたほうが得策ではないか。問題はその財源をどこに求めるかである。

仮に、医療・介護・年金といった社会保障費の増大分をすべて保険料で賄うとして、筆者らが政管健保をベースに推計したところ、二〇二五年時点の年収に対する保険料率は低く見積もっても三二・三％にも上る。

現在の保険料（医療八・二％、介護一・一三％、年金一四・九六％、合計二四・三三六％）でも、かなり家計が逼迫しているというのに、これだけ負担が増えるとなると、現役世代が働く意欲さえ失いかねない。

では、たびたび議論されている「社会保障・目的消費税」を導入するのはどうか。給付費の増加分をすべて目的消費税で賄おうとすると、二〇二五年に必要な目的消費税率は一五・三〇一六・一％。現在の消費税率が五％なの

ない。むしろ、保健・医療から介護まで一貫して提供する「地域包括ケア」の導入が望まれているのではないだろうか。

実際、厚労省も年金、医療、介護を統合した「社会保障カード」を意識してか、①医療・介護保険料の年金天引きに加えて、②共済年金の「職域加算」を廃止して、厚生年金との一元化を図る、③高齢者医療保険と介護保険の高額療養費制度を合算制にする、④年金保険の未納者に対しては、健康保険証を交付しない——といった方策を実施している。しかし、こうした「信賞必罰」の制度ではなくて、今、求められているのは医療保険と介護保険の併給ではないだろうか。例えば、末期がんや難病で苦しむ患者が医療保険を使うと、介護保険を利用することはできない。素人には大変わかりにくい、こうした理不尽な制度がまかり通っている。仮に、高齢者医療と介護保険制度の統合が進めば急性期・回復期リハ

で、最終的には二〇・三〇二一・一％になる。しかし、消費税は国民に「不人気な税金」。このため政治家は、二けた台の消費税率への移行は選択肢として有権者に示してさえこなかった。

高齢者医療と介護保険を統合せよ

それではどうしたらよいか。

野党は年金天引きを即刻、廃止して、〇九年四月一日から従来の「老人保健制度」に戻すことを提案している。その理由は、七十五歳以上で線を引く科学的根拠などないからだという。

実際、筆者らが全国八四の一般病院から回収した入院データを分析すると、悪性新生物では確かに七十五歳以上の医療費が高いが、心疾患や脳血管疾患では、七十五歳未満のほうがむしろ高いという結果だった。この推計が正しいとすれば、マクロ分析でよく指摘される「お年寄りは高くつく」という「常識」はあやしいと言わざるをえない。

しかし、九九・九％の後期高齢者に

ビリは医療保険で、維持期のリハビリは介護保険という「縦割り行政」も打破できるのではないか。

ちなみに、筆者らが高齢者のデータを使って医療費や介護費用が介護予防に及ぼす効果やその持続性について検討したところ、二つの知見を得た。

一つは疾病等により認知症が進むにしろ、医療費をかけることは認知症の進行を遅らせるということ。また、介護費用を増加させることは利用者の自立を促す傾向がある。つまり、医療費や介護費用は、望ましいアウトカム（成果）をもたらすということだ。さらに、認知症の程度と介護費用には正の相関があった。したがって、医療費を増加させて認知症の程度を改善することにより介護費用を削減することができる。

いま一つは、医療費には相当の「持続性」があり、一旦病気になるると持続的に医療費がかかるということ。特に、高齢者、医療費が高額な人、認知症の

保険証がすでに届いていることを考えると廃止にかかるコストも馬鹿にならない。確かに「高齢者の医療保険料と介護保険料はゼロにします」というマニフェストはお年寄りにとっては魅力的だが、問題はタダにした財源をどうやって工面するかである。医療・介護で月額一万円を超えた保険料を免除した場合の財源一兆五六〇〇億円（①一億円×二一ヵ月分×一三〇〇万人）を誰がどう負担するかを国民に問う必要がある。二〇二五年には筆者の推計では約四・六兆円（今の二・七倍）に増えるだけに事は重大だ。

そこで提案したいのが、（後期）高齢者医療制度と介護保険制度をドッキングさせて保険制度を効率化する案。政府は、医学的には退院が可能だが、受け皿がないために在院を余儀なくされている、いわゆる「社会的入院」を是正するために、医療と介護を峻別しようとしている。だが、「要医療」と「要介護」の線引きほど難しいものは

患者は持続性が高くなっており、当該患者は、病苦に加えて持続的に医療費を支払わなければならないという「二重の負担」を強いられている。

以上からも多くの後期高齢者が負担増に耐えられなくなった際、安定した財源をいかに確保するか、即刻、本音で議論しておく必要がある。北欧並みに消費税を増やして皆保険制度を維持させるのか、それとも、自己責任に重きを置き、民間保険中心の米国型にするのか。超高齢社会に突入するわが国の将来は「きれいごとではすまされない」。もちろんムダ遣いは排除しなければならぬが、もはや、先送りには不可能だ。次回の選挙は社会保障を争点にすべきだ。国民も現実を直視する必要があるだろう。

かわぶちこういち 一九五九年富山県生まれ。一橋大学商学部卒業。シカゴ大学経営大学院修士課程修了。民間病院・企業勤務の後、旧厚生省国立医療・病院管理研究所などを経て現職。専門は、医療経済学、医療政策、医業経営。