

何が明確になり

何が残ったか

新たな枠組みを求め「高齢者医療制度改革会議」は1年余の議論を終えた。「最終まとめ」で明確になったことは何か、積み残した課題は何か。会議の末席に座った筆者の感想も加え報告したい。

史上例のない「大合併」

高齢者のほとんどは引退世代であり、主な受け入れ先は市町村国保になる。高齢者医療制度の制度設計は国保と切り離しては成り立たない。改革会議の論議が地域保険のあり方に集中したのは当然のことであった。

75歳以上を対象の現行制度を廃止する場合、約1400万人のうち約1200万人はもとの市町村国保が引き受けるほかない(約200万人

はもとの職域保険へ)。その市町村国保は少子高齢化に直撃され、リスク分散の難しい状況に追い込まれつつある。県単位の国保への再編成が時代の要請ではないか。改革会議に提案された4つの改革案に共通していたのも国保の県単位化であった。

約1800の市町村国保を47道府県に集約するのは、1961年度発足の「国民皆保険」体制にとって半世紀ぶりの大改革である。「現行制度の看板を書き換えただけ」「革新的な設計はないのか」などの疑問や批判もある。しかし、こんな大規模な合併は他分野にもあったのだろうか。

漸進的な改革は医療の宿命

一気に「県民国保」へ看板も中身も

変えられたら、劇的なのだが、大改革には手順を踏むほかない。

2013年3月から、市町村国保の枠組みはそのままに75歳以上は県単位の財政運営に切り替える。18年度を目標に全年齢での「県民国保」化に踏み切る(図参照)。

白紙に絵を描くような改革は医療制度の世界にはありえないことも改めて明確になった。医療現場と医療実務に中断や支障がないように改造・改修を積み重ねるほかないのだ。

全国知事会の大半は県単位化に反対の姿勢を崩していない。たしかに第2段階では、どんな財政調整策を採るのか、保険料をいかに設定するのか、多くの課題が積み残された。年末時点の「ねじれ国会」の政党分布で改革案の成立は絶望的でもある。

しかし、同じ地域に75歳を境に2つの地域保険が併存する現行制度が続くと、いったいどうなるのか。

75歳以上の高齢者医療制度は先行き2200万人の大集団に膨れ上がり、逆に74歳以下の市町村国保の多くは少子化で小規模集団に陥る。双方ともに多くの職員を張り付け、報酬改定、法改正の度に双方でシステム改修を繰り返す。その両方に被用者保険制度側は仕送りを続ける。

こんな無駄を放置しておけるのだろうか。法案の成否は別に地域保険再編成への第1歩は確実に固まった。もちろん高齢化・低所得化、財政赤字の三重苦にあえぐ国保の構造問題は県単位化で解決するわけもない。だが、解決へ向けて可能なことから手を打つのは当然ではないか。

財源なき政策の虚しさ

地域保険と職域保険は互いに支え合う関係にある。これも再確認された。被用者保険からは主に定年退職者が大量に地域保険へ移動し、その老後の支えを得る。逆に職域保険は

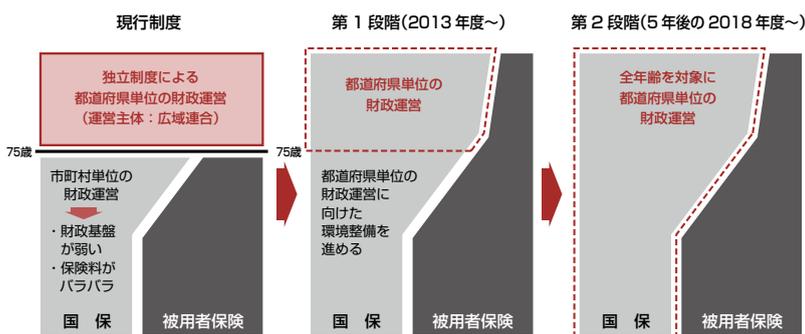
各種の仕送りで地域保険を支援する。半世紀に渡り積み重ねた皆保険の基盤は崩せない。

ただし、その支える限界を見据えることも不可欠だ。仕送り負担の無制限な拡大は被用者保険制度の存立意義を揺るがし、協会けんぽへの大量参入と公費補助の増大を引き起こす。仕送りのあり方やその上限は課題として残り、同時に公費投入のあり方が問われた。

民主党政権は「医療と介護の再生」をマニフェストに掲げた。医療費のGDP（国内総生産）比を「OECD加盟諸国の平均並みに引き上げ」とも約束したのだが、改革会議を通じて一度も公費拡充の回答はなかった。財源の裏付けのない政策の虚しさと無責任さを象徴している。

さらに、ぜひ実行してほしいのは、もうひとつの「高齢者医療改革会議」である。今回の改革会議は制度の枠組みづくりの議論で精一杯だった。新たな制度の下で、どんな内容の医療を提供していくのか。委員の多くが望むテーマであったが、「別の会議を設ける」（当時の長妻昭厚労相）と

の答弁に終わった。制度とその中身の「両輪」が回らない改革は脱線転覆してしまう。



※厚生労働省の高齢者医療制度改革会議資料より

■宮武 剛（みやたけこう）

早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目黒大学教授。近刊に「現代の社会福祉 1000の論点」（監修・共著、全国社会福祉協議会刊）。