

高齢者医療制度改革の視点

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

はじめに

戦後医療保障の歴史における最大の失敗の1つは、1973年に実施された老人医療費の無料化だと言ったら、多くの皆さんは怪訝に思われたり、反発を感じられたりすることだろう。もちろん、その恩恵に浴した高齢者にとって「善政」であったことは確かであるが、それが医療保険制度の体系や財政、現役世代の保険料や税負担に与えた影響は大きく、その後の医療保険制度の歩みを大きく制約したことは否定できない。

東京都をはじめとするいわゆる革新自治体を中心に燎原の火のごとく広がった老人医療費の公費負担に対し、当時の厚生省は国保財政に対する影響を懸念し否定的な態度を示したが、「善政」に対する国民の支持を敵に回せるはずもなく、逆に、国自らも後を追って老人医療費支給制度を創設することになってしまった。しかも、医療保険制度

の枠内で実施するのではなく、保険制度の自律性が働かない、聖域とも言うべき老人福祉法による福祉の措置として制度化されたのである。

老人医療費無料化の効果はてきめんに見えた。高齢者の受診率が上昇するとともに、その加入割合が高い市町村国保財政を直撃したのである。ここから、30年を超えて今日に至る医療保険の高齢者医療を巡る長い苦難の歴史が始まった。

1 高齢者医療を巡る問題の布置状況

高齢者医療を巡るその後の制度改革の流れとこれから本格化するであろう何度目かの改革議論を正確に理解するためには、高齢者医療問題が我が国の医療保険制度の構造上どういう位置関係において生じているかを押えておくことが有益である。

我が国の医療保険は、先行した被用者保険とそれでカバーされない地域住民を対象とする国民健康保険が後を追う形で普及し、皆保険体制もこの職域・地域の二本立てで成立したが、経済発展に伴う平均余命の伸張による高齢者の増加は、この構造自体の妥当性を問うものであった。人生50年・定年55歳という時代であれば問題となることはなかった制度体系も、増加する高齢者への適用に関しては十分に適合的とは言えなかったからである。

実際に医療保険における高齢者への対応は、戦

つつみ しゅうそう

1948年生。東京大学法学部卒。71年旧厚生省入省。老人保健福祉局企画課長、介護保険制度実施推進本部事務局長、老健局長などを経て2002年社会保険庁長官。03年退官し、現職。著書に、『社会保障の構造転換』、『社会保障—その既往・現在・将来』などがある。

後すぐ健康保険法の施行規則が改正され、それまで配偶者と直系卑属に限られていた被扶養者の範囲が直系尊属まで拡大されることによって始まった。これによって勤労者の年老いた父母が被用者保険の対象となることとなったのである。その後、国保の全国普及によって皆保険が達成され、健保や共済などの被用者保険の被扶養者になれない高齢者も医療保険加入の途が開かれたが、これは、退職した勤労者の相当部分が国保被保険者となることを意味するものであり、平均余命の伸張・就業構造の変化・年金制度の充実などと相俟って、高齢者が医療保険制度の中で市町村国保に偏ってしまうという傾向的構造が生まれてしまった。これを財政面で増幅させたのが、老人医療費の無料化制度だったのである。

この老人医療費無料化による国保の財政負担を軽減するために、まず講じられたのは国保に対する臨時調整補助金の予算措置であり、それが限界に達した後に制度化されたのが老人保健制度である。これは職域・地域の医療保険の基本構造はそのままにして、高齢者の加入割合が全国平均並みであると想定して実質的に被用者保険から市町村国保への財政支援を制度化するものであったが、制度化に当たり、給付と負担を分離するという保険制度の基本に反する仕組みを採るという無理をしてしまった。これは、予防からリハビリまでの総合的な保健事業を市町村において実施するという建て前と、財政力の強い保険者から弱い保険者に財源を移転するストレートな保険者間財政調整に対する強いアレルギーを考慮したものだったが、その後、保険料収入のうち拠出金に回る割合が増加し被用者保険の屋台骨を脅かすという構造の導入を意味するものでもあった。

老人保健制度による被用者保険からの財政支援の程度は、その後の制度改正でさらに引き上げられ、市町村国保は、おそらく被用者の退職者分を超える財政支援を受けることとなった。当時、国保と健保の財政状況から見て、老人医療費の財政

調整割合(加入者按分率)は80%程度が相当と考えられていたのだが、「公平な負担」というスローガンの下、100%の完全調整まで突き進んだのである。このことによって、老人医療費の負担問題は、誰がどのような根拠でどれくらい負担すべきであるかという問題から、被用者保険と市町村国保の間の損得問題に変質してしまったことに加え、そもそも我が国の医療保険制度が職域・地域の二本立て体制になっていることの妥当性、換言すれば、制度の一本化の是非までも問う問題となってしまった。すなわち、被用者保険陣営は制度の一本化ではなく、職域・地域の二本立てを前提にいわゆる「突き抜け方式」を主張するのに対し、国保サイドは制度の一本化が目標であると言うようになったのである。

視野を広げて考えれば、問題の布置状況は年金制度においても同様である。野党は公的年金の一元化と称して、国民年金の第1号被保険者も含む全国一本の所得比例保険料・所得比例年金を主張するのに対し、政府は所得捕捉の問題などから、その非現実性を主張しているのは周知のとおりであろう。

2 基本方針における高齢者医療制度改革案

老人医療費負担を巡る問題の布置状況をこのように捉えた場合、2003年3月に閣議決定された医療制度改革の基本方針における高齢者医療に関する改革案は、どのようになっているであろうか。

まず、75歳以上の後期高齢者については、それらの者を被保険者とする独立の保険制度を創設し、独自の保険料を賦課徴収するとともに、現役世代からも被用者保険・国保を通じ社会連帯的な保険料の拠出を求めると言う。この独立制度の保険者が誰かは示されていないが、全国一箇の保険者であれば一本化された制度、地域レベルでいくつかに分かれる場合には一元化された制度と言え

るだろう。しかし、独立保険制度の上半身についてはそう言っても、現役世代からの社会連帯的な保険料の具体的な負担の方式によっては、その部分に二本立ての体系が残る可能性もある。

社会連帯的な保険料なるものの根拠付けの困難さは別稿で論じたことがあるので⁽¹⁾、ここでは言及しないが、その形式が医療保険者に拠出義務を課し、医療保険者はそれぞれの保険料賦課方法に準じて社会連帯的な保険料を徴収するとなれば、職域・地域の二本立て構造は色濃く残ると言っていいただろうし、逆に、医療保険者は保険料の徴収機関に過ぎず、各医療保険者が共通の賦課方法で徴収した保険料をそのまま納付するだけというのであれば、その部分も含め実質的に一元化していると言えるだろう。だが、社会連帯的な保険料を後者のような方法で徴収することは、所得捕捉の問題を考えれば、現実問題として極めて困難であり、建て前とは裏腹に実態としては負担の不公平感を招くものと思われる。

介護保険納付金を見るまでもなく、財源確保の安定性や実態的な公平性という観点からは、前者の方が望ましいことは明らかであろう。とすれば、この独立保険は一元化された上半身を二本立ての下半身が支えるものとなる可能性が大きいものと予想される。

65歳から74歳までの前期高齢者については、基本方針では、国保・健保の二元体系はそのままにして年齢構造調整を実施するとしているが、この場合、制度の構造についてはどういう理解に立っていると考えたらいいたろうか。年齢構造調整における保険者拠出の根拠についても上記拙稿で触れているので、詳しくは同稿を参照されたいが、年齢構造調整が従来の医療保険者の存在を前提とした上で皆保険体制の維持のために行われると考えれば、それは完全な調整の実施を当然に意味するものではなく、医療保険者の存続という前提が崩れないことを条件に皆保険維持という目的を達成する上で必要な範囲で行われるものということ

になるだろう。その場合は、二本立て体系は修正されつつも維持されるものと理解してよい。

他方、前期高齢者の年齢構造調整を全年齢を通じる構造調整の一步と考え、さらにそれは所得も含めた完全な財政調整に通じるものと位置づければ、前期高齢者に関する年齢構造調整は、一元化ないしは一本化に向けた過渡的形態ということになるだろう。その場合、形式は二本立てが維持されているように見えるが、財政調整は必然的に完璧に行われることとなり、したがって、その内実は制度の一元化と理解すべきものとなる。

以上見てきたところからも明らかなように、閣議決定された基本方針に基づく高齢者医療制度の構造は、制度の一元化に近づいているようでもあり、二本立て体系の枠内に踏みとどまっているようにも見える、何とも曖昧な姿となっている。このことは、政府自身が、医療保険の体系、ひいては公的年金を含む社会保険の体系をどういう方向に持って行こうとしているのか十分議論し切れていないことを意味する。おそらく基本方針は、複雑に絡み合った関係者の利害と政治的思惑を考慮して継ぎ接ぎ的に組み合わせた“キメラ（頭は獅子・胴は羊・尾が龍というギリシア神話の怪物）”のようなものであり、首尾一貫した制度哲学などというものはないと見るべきだろう。

だが、社会保険の在り方を議論するというのは、その程度のパッチワークをつくるようなお気軽なものなのだろうか。社会保険は、個人と個人、個人と国家、個人と中間的団体と国家の関係をどう考えるかという哲学に立脚しているのであり、そうであるとしたら関係者の利害と思惑だけで制度の在り方などを議論すべきではないはずである。

3 一本化・一元化か二元体系か

医療保険、ひいては社会保険が一本化・一元化か二元体系かというのは⁽²⁾、遡れば、近代国家の本質を「身分制社会を原理的に否定して諸個人

と国家の二極構造」とみるフランス革命の伝統に連なる立場と、「結社の役割を積極的に容認し、社会的権力もまた正統性をもつという多元モデル」であるアメリカ合衆国でイメージされる立場に比定することが出来る。

前者の立場が、「身分制社会の多元性を克服して…『個人』をつかみ出したことによってこそ、人民の政治的統一」を達成できたという歴史的背景に立つことは、否定すべくもなく、また、究極として帰っていくべきところは「個人」であろうとも思われるが、個人の価値観が多様化し、諸国民の国境を越える自由が拡大している現代においては、後者の立場のような多元主義モデル・多極共存型デモクラシーが不可避になっているのではあるまいか。現に、1789年の人権宣言に「結社の自由」がなかったフランスも、その後、結社の自由を認め、保革共存の経験を経て、「国家がもはや引き受けられないイニシアティブを市民社会に移していく」というところまで来ているのである。

さらに個人と国家の二極構造に立つ近代国家は半ば必然的に「保護者国家」→「福祉国家」の途を辿ることとなるが、これについても「バラバラの個人がかえって国家依存を招く」として、この二極構造は批判されることになる（P・ロザンヴァロン『福祉国家の危機』）。

以上のような個人と国家、あるいは中間的団体の関係に関する歴史やそれを踏まえた考察からも明らかなように、今後は、社会保障という局面においても、多元的なモデル・“国家から社会へ”という方向こそが目指されるべきであろう。社会保障＝国家による保障というモデルではなく、社会保障＝国家が作る枠組みの下における社会の諸集団による自律的保障というモデルである。

とすれば、医療保険制度の在り方についても、国による一本化や職域・地域の違いを無視した一元化が目指すべき方向ではなく、現実の中間的諸集団ごとの体系、すなわち基本的には職域・地域

の二元体系が望ましいことになる。

もちろん、社会保障—とりわけ社会保険は、現実ワークさせるべき制度として多くの技術的な側面を持っている。例えば、同時代の相互扶助によるサービスの保障である医療保険では、サービスの供給管理の効率性を確保するという意味で複数の保険者が並立することが適当であるという面があるのに対し、世代を通じた所得移転である年金保険では、就業構造の時代的变化に対する適応力という点に照らせば多くの保険者が分立することは好ましくないといった具合にである。

それでは、我が国の医療保険が、職域—それも多くの場合は企業という既存の中間的集団と、地域—市町村の行政単位という人為的な中間的集団に依拠していることについてはどう考えるべきだろうか。個人を基礎にする多元主義モデルというのであれば、個人が始めから加入する保険者を選ぶ方法や、ドイツのように一定条件の下で保険者を移動できる方式の方がより適合的なのではないかという疑問は当然に出てこよう。この問題について多くを論じる紙幅はないが、我々はここで、強制加入・比例保険料という社会保険の壁はバラバラな個人の自己決定に委ねることで本当に乗り越えられるかという難問に直面する。幾分かの利他的精神の発揮が不可欠なこの壁を乗り越えるには、制度以前に現存する中間的団体における成員資格に基づく相互扶助の形式に基づくことがおそらく最も現実的なのではないか。多元主義モデルは、もともと、制度以前から先験的に存在する中間的集団を前提にしているのである。

4 二元体系を前提とした高齢者医療制度のイメージ

以上、個人と国家の関係や社会の在り方からは、多元主義的な医療保険の二元体系が現実的であることを述べてきたが、この二元体系が、人生50年・定年55歳時代はともかく、高齢社会に突入り

た現在の状況に適合的でない部分が出てきたことは、既に述べたとおりである。それでは、職域・地域の二元体系を前提としつつ、高齢化の問題、すなわち高齢者の国保への偏在に伴う問題を解決することは出来るのだろうか。そういう制度設計が出来ないとすれば、個人と国家のあるべき姿に反してでも一元的モデルに転換するしかないのか、それとも、国保に多額の税金をつぎ込んで形だけの二元体系を守るといことになるのだろうか。

従来の政府の立場が一本化・一元化を目指すのか、二元体制を維持したいのか、曖昧で外からは分かりにくかったことは、内部でも詰めた議論がなされることなく、「平等」や「公平」という美辞麗句を使って、できれば保険者間の金のやり取りだけで済ませたいという官僚の本音の故と考えられるが、しかし、「平等」や「公平」という言葉が論理必然的に行き着く先は保険者の一本化・一元化であることは明らかであり、そうであるとしたら、多元主義モデルに立つ者は、「平等」や「公平」に代わるコンセプトを提示し、保険者間の金の移動で済ませるのではない、高齢者の保険者間の偏在という問題を根本的に解決する、保険集團のグルーピングの見直しを含む制度提案をしなければならないだろう。

高齢者医療費が現役世代の4～5倍という現状は極端であるにしても、高齢者の医療費が一般的には現役世代より割高である以上、高齢者の医療費は高齢者自身の負担のほか現役の世代の負担で支えなければならないことは明らかであるから、求められる制度は、まず、その2つの要素（高齢者の保険料等の負担・現役世代の支援）が含まれるものでなければならない。そのような制度設計が、医療保険の二元体系を維持した形で可能だろうか。

連合などが主張するいわゆる「突き抜け方式」は、それを目指したものと言えるだろう。だが、突き抜け方式といっても、その具体的な内容は必ずしも、明らかではない。普通、素朴に言われる

“被用者OBは退職後も現役時代の被用者保険にそのまま加入し続けられよ”という提案も、定年退職後、縁の切れた被用者OBの適用や資格管理、さらには保険料徴収を現役時代の保険者が如何にして行うかという技術的難問に対する答を用意していないし、また、保険者によっては先細りになる現役集團が増え続けるOBを支えきれぬかという問題もある。

突き抜け方式のこれらの隘路はどうしたら突破できるだろうか。この問題は、医療保険が収入の中から必要な費用を持ち寄って医療費を賄うものだという基本に立ち戻れば、容易に解決できる。要するに、医療保険は医療費のファイナンスの仕組みであり、それを円滑に成り立たせるためには、同質的な収入で生活している人々で保険集團を構成するのが合理的だということである。現在、75歳以上の後期高齢者を独立制度にする理由を後期高齢者の心身の特性に求める議論が展開されているが、全くのピントはずれと言うほかない。

解決方法は、これも簡単である。高齢者の主たる生活の糧である年金収入の在り方に着目すればよいのだ。年金制度では、1号被保険者は基礎年金のみ、2号（3号）被保険者は基礎年金+所得比例年金ということになっているが、これは、基本的に、定年のない1号被保険者は基礎年金だけでなく他の収入も含めて生活するという前提に立っているのに対し、定年になって収入の途が途絶する2（3）号被保険者は基礎年金+所得比例年金で生活するという前提に立っていることを意味している。であるとすれば、基礎年金のみの受給者と所得比例年金も受給している者とを同じ保険集團で括ることは合理的とは言えないであろう。両者を別々に扱うとすれば、基礎年金収入だけという前提に立っていない1号被保険者OBの場合、いわば総合課税方式である国保に加入し続けることに何ら不自然はないし、基礎年金+所得比例年金を基本収入とする2（3）号被保険者の場合、それらの者だけで独立の保険集團を構成すれ

ばいいのである。すなわち、非被用者の国保への継続加入と被用者年金受給者健康保険の創設である(3)。

被用者年金受給者健康保険によって、高齢者医療にかかる多くの難問が一挙に解決できる。まず、素朴な退職者医療制度においては従前の保険者による被用者OBの適用・資格管理・保険料徴収が困難であるという問題があったが、被用者年金保険者をこの保険の保険者とするか、両保険者間の密接な業務連携を法定することにより、これらの問題も克服できるだろう。すなわち、年金保険者は年金の支払いを行う以上受給者に関する必要な情報を管理しているから、年金の支払決定に合わせて保険の適用を行うことができるし、支払う年金額を保険料の賦課標準にして年金からの保険料の特別徴収(年金天引き)をすることもできるからである。

また、被用者現役からの支援も、被用者年金保険者からの拠出(その費用は年金保険料に上乗せするか、それとは別の付加保険料にするかのいずれかであるが、被用者年金の被保険者が負担する実質に代わりはない)という通路によって行うことが可能である。年金保険制度自体が老後所得に関する世代間扶養であるのと同様に、その制度に乗った被用者年金受給者健康保険も老後の医療費に関する世代間扶養ということになるのである。現役世代の保険料が年金保険料に上乗せされる場合には、高齢者医療給付は本体の年金給付に含まれるべき性格のものと考えられることもできるし、別建の保険料とする場合であっても、本体の年金給付に対する付加的給付と考えることができるだろう。いずれにしても、被用者年金保険のシステムに乗ることによって、被用者OBの費用は現役の被用者が負担するということが制度上も明確になり、現役による支援についての「納得」が得やすくなるはずである。

人は誰でも自分の金を他人に出したくない。残念ながら、それが普通の人間である。社会保険

は、そういう人間を強制加入させ所得に応じて保険料を取るのであるから、もともと容易な制度ではない。高齢者の医療費は社会全体で負担しなければならないと仮に頭では分かっても、平等で公平な負担とするために本来必要な額以上に負担せよと言われて、本当に多くの人が納得して負担するだろうか。前述の別稿で述べたように、従来の高齢者医療に関する制度改革の多くは「平等」や「公平」という理念で説明してきたが、それが多くの国民の「納得」を得られなかったことは、今までの議論の経過が示すとおりである。

老人医療費拠出金と違い、退職者医療費拠出金が法的には乱暴極まりないものであったにもかかわらず、それなりの支持を得てきたのは、被用者OBの医療費は現役の被用者が負担するというコンセプトに一定の「納得」があったからにはほかならない。被用者年金受給者健康保険の構想は、この退職者医療制度のコンセプトを基本に、被用者年金のシステムに乗ることによって社会保険制度としての姿形を整え、保険制度が本来的に持つべき機能—被保険者からその受益の水準に応じた保険料を賦課徴収すること—を備えたものと言ってよい。これからのキーワードは、「平等」や「公平」ではなく、「納得」なのである。■

《注》

- (1) 筆者の「医療制度改革に関する基本方針」に対する意見については次の論文を参照。
 - ・『高齢者独立医療保険の諸問題』社会保険旬報2004.1.1(『社会保障の構造転換』社会保険研究所2004所収)
 - ・『拠出金・納付金・連帯保険料』社会保険旬報2003.11.21(『社会保障の構造転換』社会保険研究所2004所収)
- (2) 「3 一本化・一元化か二元体系か」における議論は、憲法学の樋口陽一氏の論考に負っている。引用は、『自由と国家』岩波新書からである。ほかに、『憲法と国家』岩波新書・『個人と国家』集英社新書・『国法学』有斐閣

が有益。

- (3) 被用者年金受給者健康保険の制度化に当たっては、いくつかの技術的問題がある。1つは、被保険者の範囲であるが、被用者年金が老後生活の支柱になっているという意味では、年金の資格期間が例えば20年以上ある受給者といった限定が必要になろう。したがって、資格期間がそれ未満の受給者は国保の被保険者になるが、その医療費については資格期間に応じ被用者年金保険から国保に拠出すべきである。

また、被用者年金制度の障害年金受給者も同

様に被保険者となるほか、被用者老齢年金受給者の配偶者や生計同一の子も被扶養者となる。したがって、この保険は高齢者に限定された医療保険ではない。もちろん、診療報酬等において高齢者仕様のもを用意することは妨げない。なお、現在の老人保健制度における地方負担は、従来の被用者分も含めて国保に投入することになろう。全国規模の被用者年金受給者健康保険に地方負担を入れることは出来ないし、現在よりも財政的に影響を受ける国保対策として必要だからである。

