

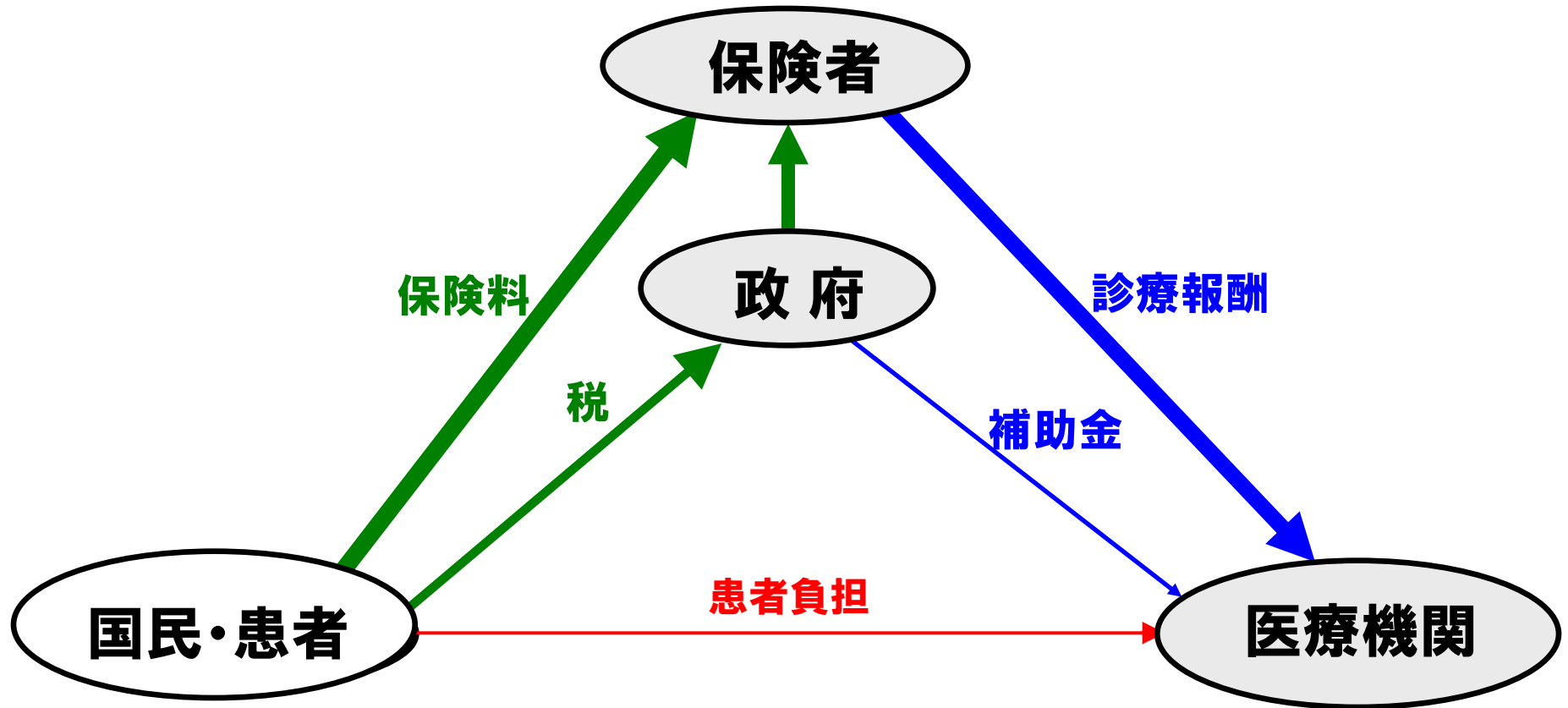
高齢者医療制度改革の方向性

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

池上直己

nikegami@a5.keio.jp

医療におけるお金の流れ



赤、緑、青に分けて議論しないと混乱する

本会議の対象

- 会議の直接の対象：
 - 国民から保険料、税(公費)の徴収方法
 - 医療費における保険料と税の負担構成
 - 医療保険を運営する組織の形態
- 保険の運営組織会議の対象ではない
 - 患者負担:どんな条件で1割負担に軽減するか等は医療保険制度の中で規定
 - 診療報酬:今年度から75歳以上だけに適応されていた診療報酬の項目は無くなり、残る診療報酬全体のあり方は、公的病院に対して交付されている補助金の課題とともに、提供体制の課題

日本の公的保険の構造

- 公的保険の原則
 - 相互扶助: 保険の加入者は互いに助け合い
 - 応能負担: 能力(所得)に応じて保険料を収める
- 国民は職場・地域単位で加入
 - 職場単位: 雇用主によって協会けんぽ、組合健保、共済組合
 - 地域単位: 居住する市町村の国保、都道府県の広域連合
 - 合わせて3,500の保険者
- 問題: 加入者の所得・年齢構成は保険者によって大きく異なる
 - 所得者が低く、年齢が高い保険者の保険料は高い→部分的な対応
 - 所得が低い保険者→公費で助成: 国保、広域連合、協会けんぽ
 - 年齢が高い保険者→若人の多い保険者からの拠出・支援を受ける: 国保、広域連合

これまでの対応

- 所得水準の格差
 - 国保：市町村の状況に合わせて、公費の投入割合を4～8割の幅を持たせることで調整
 - 広域連合：都道府県の格差に対応した国が調整交付金
 - 協会けんぽ：16.4%を公費で負担
 - 組合健保・共済組合：助成しない
- 年齢構成の格差
 - 「高齢者」だけに着目して各保険者から納付金・支援金
 - 「高齢者」を分ける年齢として、65歳、70歳、75歳

これまでの対応の課題

- 所得・年齢構成の相違に対する対応が不十分
 - 国保の間、健保組合の間に保険料の3倍以上の格差
 - 健保組合の中には協会けんぽよりも高い保険料率
 - 高齢者以外の年齢構成の相違を無視: 加入者の平均年齢が50歳の保険者の一人当たりの医療は、30歳の保険者の2倍になるので、保険料率も2倍になる
- 保険料の負担と、給付される医療サービスの関係が不明確
- 3,500に分立した保険者を統合できない
 - 各保険者の所得・年齢構成は異なるので、合併すれば一方の保険料は必ず上がる→「リスク構造調整」で対応
 - 所得・年齢構成を調整しても、加入者の医療サービスの使い方が異なるため、保険料の負担とサービスの給付が不公平になる→都道府県単位の保険者の統合で対応

改革私案

- リスク構造調整：国の責任で、各保険者における、加入者の所得・年齢構成の相違を調整
 - 所得の調整：加入者の所得が高ければ拠出し、低ければ交付を受ける
 - 年齢の調整：年齢による医療費の調整を、「高齢者」と「それ以外」ではなく、5歳階級で行う
 - 若年者が多ければ拠出、中高年が多ければ交付を受ける
 - リスク構造調整すれば、保険料は平準化し、合併しやすくなる
- 都道府県単位の保険者を再編
 - 同じ県内で医療サービスの9割を充足
 - 保険料の負担と給付される医療サービスの関係が明確になる
 - 都道府県の間での所得・年齢構成の格差は国の公費で対応

改革私案の障壁

- リスク構造調整によって保険料負担を平準化→所得が高く、若年者が多い保険者の保険料は上がるという理由の反対
 - 国民に問う必要
 - 医療保険は、各保険者の加入者に限った相互扶助→保険料の格差は今後↑、格差を是正するための公費↑
 - 医療保険は、国民全体の相互扶助→公費の大幅増額が難しい状況下の選択
 - 激変緩和措置を用意する必要
- 都道府県単位に保険者を再編・統合→医療は国の責任という理由の反対、保険者機能が低下するという理由の反対
 - 医療サービスの9割は県内で完結、都道府県ごとの医療費に格差
 - 本来の保険者機能を発揮するためには、加入者の受診した医療機関のデータを分析し、介入する必要
 - 都道府県単位の再編・統合に反対なら、ドイツのようにリスク構造調整を行った後、保険者を統合し、国民が保険者を自由に選べるようにすべき

解決すべき実務的課題：国保の統合

- 現状では、同じ県内でも各国保の運営がばらばらであるため、保険料が高いか低いかを比較できない
 - 保険料を賦課（所得に基づき保険料を計算・徴収）する際に、総所得から各種の控除を行う方式が異なる
 - 保険料を賦課する際に、所得割・均等割・世帯別平等割・資産割のそれぞれの構成比が異なる
 - 各市町村が一般会計から繰り入れている割合が異なる
- 保険料の賦課方式を統一し、一般会計からの繰り入れを廃止しなければ、統合の条件であるリスク構造調整を導入できない
- 各市町村の自治に任されてきた国保の統合には時間を要する

解決すべき実務的課題： 被用者保険と地域保険の統合

- 所得捕捉の徹底
 - 「所得」によって調整する以上、「所得」を捕捉することが前提条件→社会保障番号制度等を導入する必要
- 保険料の賦課方式
 - 原則的に所得の定率(保険料率)とするか、人頭割を残したうえで、低所得者に対する保険料の減免措置を設けるか→前者が適切
- 被扶養者の保険料負担
 - 被用者保険の規定に従って保険料を追加徴収しないか
 - 国保の規定に従って追加徴収するか→世帯の収入を合計して前者が適切
- 被用者保険の事業主負担
 - 事業主が負担している保険料は、被用者の給与の一部→改める必要はない
- 各保険者の保健等の事業
 - 地域性のない事業については、引き続き当該保険者が担うので存続する

政策課題への対応(1)

- 10年後の目標を見据えて改革しないと、制度が複雑になるばかりで国民の理解を得られない
- 平成25年度の目標
 - 後期高齢者医療制度を廃止し、「地域医療保険」を創設
 - 広域連合が「地域医療保険」を運営
 - 世帯主が「地域医療保険」に加入していれば、被扶養者は75歳未満でも同保険に加入
 - 被用者保険の本人は75歳以上になっても、被扶養者と共に被用者保険に
 - 国保の世帯主が75歳以上になれば、「地域医療保険」に加入
 - 国保：保険料の賦課方式の統一、一般会計からの繰り入れの廃止にそれぞれ向けて、段階的な対応を開始する
 - 被用者保険：健保組合・共済組合のそれぞれにおいてリスク構造調整を段階的に導入し、各都道府県に支部を設置する
 - 支援金・納付金による財政調整、及び国からの公費は、全ての保険者を対象としたリスク構造調整が導入されるまで現行基準で継続

政策課題への対応(2)

- 平成30年度の目標
 - 「地域医療保険」と協会けんぽを統合
 - 地域保険と被用者保険を統合する際の雛形、他の保険者の受け皿
 - 「地域医療保険」の被保険者の所得は年金ゆえ捕捉済み
 - 国保：保険料の賦課方式が統一、一般会計からの繰り入れが廃止された都道府県から、まずリスク構造調整を開始し、次いで統合を進める
 - 被用者保険：健保組合・共済組合のそれぞれにおけるリスク構造調整の完成、都道府県単位の分割開始
- 平成35年度の目標
 - すべての保険者が都道府県単位の「地域医療保険」に統合

高齢者医療制度の 改革私案

●慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授

池上直己

高齢者医療制度に対する国民の反発が政権交代の一つの要因であり、現政権は平成25年度までに新たな制度の構築を国民に公約した。しかし、小手先の改正によって制度がますます複雑になり、国民の理解と支持を得られない可能性がある。一方で抜本改革を行ううえでの障壁はあまりにも高い。こうした難しい状況下で、長期的な目標に向かいつつ、当面する政策課題にも対応する改革私案を提示する。なお、筆者は高齢者医療制度改革会議（以後、会議と略）の委員ではあるが、本稿で述べるのは、すべて個人としての見解である。

◎ 改革の課題

医療制度は複雑であるので、以下の3つのお金の流れに整理して、いづれについて議論するかを決める必要がある。

- ① 患者から患者一部負担という形で医療機関への直接の流れ
 - ② 国民から保険料・税という形で保険者・政府への流れ
 - ③ 保険者から診療報酬を介しての医療機関への流れと、及び政府から主に公的医療機関への補助金の流れ
- 上記のうち、会議の主要な課題は②であり、具体的には保険料を

どのように賦課（所得に基づいて保険料を計算し徴収）するか、また税で賄う公費をどの程度、どのような方法で医療費に投入するか、さらに保険を運営する保険者の組織としてどのような形態があるかである。

その際、①の患者の負担割合について、何歳より何割に軽減するか、という課題も検討されているが、それは②の枠内での課題である。また、③の高齢者に対して適切な医療を提供するうえで診療報酬や補助金は決定的な役割を果たすが、これは別の会議体で検討されることになっており、前者のうち後期高齢者だけに適用されている

た部分は新年度より廃止されている。したがって、本稿では②についての改革私案を提示する。

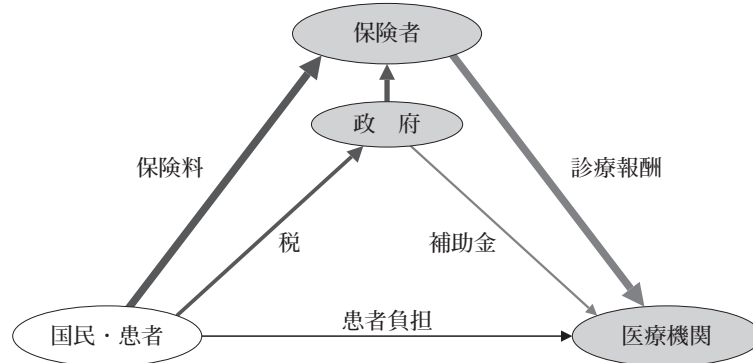
◎ 日本の公的保険

日本の公的保険は、互助の精神、および応能負担に従って所得が多ければ保険料を多く納めることを原則としている。保険の形態は、職場単位の被用者保険と、居住する市町村単位の国民健康保険（国保）及び都道府県単位の広域連合の地域保険に大きく分けられる。市町村、健保組合等の数だけ保険者が存在するので、全体で3500にも達する。

問題は、相互扶助の対象が職域・地域にそれぞれ限られ、また保険者によって加入者の所得・年齢構成が大きく異なることである。医療費は所得に関係なく発生し、また年齢が高くなれば多くかかるので、保険者に加える者の所得が低く、年齢が高ければ、保険料は高くなる。こうした保険者による格差を縮小するために2つの対応が採られている。

一つは、加入者の所得が相対的に低い、国保、広域連合、協会けんぽ

図1 医療におけるお金の流れ



んぼに対する公費による助成である。国保には市町村の財政基盤に応じて公費が4〜8割投入され、広域連合には各都道府県の財政基盤を対応した調整交付金が交付されている。また、中小企業の従事者を被保険者とする協会けんぽは、給付費の16・4%を公費によって賄っている。

もう一つは、各保険者が高齢者の医療費を、65〜74歳の前期高齢者に対しては納付金、75歳以上の後期高齢者に対しては支援金という形で負担している。このように保険者による年齢の相違に対する調整は、いずれも「高齢者」だけを対象に行われており、高齢者の医療費をいかに賄うかが、昭和48年の老人医療無料化以後の医療保険制度の最大の課題となっている。

以上の保険料負担の格差を縮小するための公費による助成と、高齢者の医療費を各保険者が保険料から拠出することによって、国民が3500もの保険者に分かれて加入しているにも関わらず、部分的な制度改革を重ねることによって基本的には公平な制度を維持してきた。しかし、仕組みが複雑であることが、保険料の負担と医療サービスの給付の関係を不明確にしていく最大の要因となっている。

また、高齢者に絞った改革は、老人医療が無料化された昭和48年、老人保健法が公布された昭和57年のように65歳以上人口が1割程度であった時代に

は適切であったかもしれないが、現在は65歳以上が人口の4分の1に迫り、その医療費は全体の半分以上を構成している。つまり、高齢者はもはや医療における特別な対象ではなく、むしろ主たる対象となっており、こうした変化に対して「高齢者」と「若人」を分ける年齢を、財政的な理由で変更を重ねてきたことが、国民の納得を得られにくくしている要因の一つといえよう。

▽国は協会けんぽに対して助成しているが、協会けんぽよりも高い料率の健保組合が存在する。▽高齢者以外の「若人」における年齢構成の相違に由来する医療費の格差が無視されている。50

しかしながら、こうした制度的な対応や改革の中で見過ごされてきた最大の問題は、公費を投入し、保険者間の財政調整を行っても、保険料の負担において、依然として大きな格差が次の通り存在していることにあると考える。▽国民が加入する保険者によって同じ所得でも保険料負担には大きな格差があり、国保の間、及び健保組合の間に、それぞれ3倍以上の格差がある。

歳代は、30歳代の2倍の医療費を使っている。中高年の割合が高い保険者の保険料負担は、同じ所得水準の他の保険者と比べて高くなる。こうした保険料負担の格差は、今後ますます拡大すると推測される。まず、健保組合の間において産業構造の変化が加速することによって格差は拡大するであろう。次に雇用主として、人件費における医療保険料の占める割合を低く抑えるためには、被用者をできるだけ高所得の若い従事者に限定し、低所得の中高年の被用者を別会社に移すか、あるいは非正規雇用するのが合理的な選択である。その結果、協会けんぽの財政状況は悪化し、また従業員5人未満の被用者と非正規雇用の国保加入者も増えることになろう。つまり、勤労者にとつて最初のセイフティネットである協会けんぽ、次のセイフティネットである国保、そして最終のセイフティネットである生活保護の負担が玉突き的にそれぞれ増えること予測される。

そもそも3500もの保険者が存在する国は日本以外になく、管理コストの面で非効率であるだけ

でなく、リスクを分散するためには必要な規模でないため、本来ならば持続し得ない保険者も存在している。だが、現状では母体である市町村、あるいは企業自体が合併しない限り、保険者の合併はまず起こり得ない。なぜなら、合併すれば、両者の所得・年齢構成は必ず異なるので、一方の保険料は必ず上がるからである。

◎ リスク構造調整

こうした保険者の合併を阻止している要因を除去するためには、まず保険者の間で「リスク構造調整」を行う必要がある。「リスク構造調整」とは、保険者による年齢の相違を、「高齢者」と「若人」ではなく、5歳階級による全ての年齢構成の相違を調整すること、及び全ての保険者における所得構成の相違を統一的な基準で調整することである。

「リスク構造調整」を行えば、保険者によって若年より中年が多いために保険料が高くなることも、平均所得が低いために所得に占める保険料負担が重くなることもなくなる。その結果、保険料の負担

は平準化され、保険者が合併する環境が整う。なお、所得・年齢構成以外にも、将来的には保険者による男女の構成比、さらには有病率を高める生活環境などの相違についても調整する必要がある。

しかし、「リスク構造調整」によって合併の環境が整うということは、今まで所得が高く、若人が相対的に多い保険者の保険料が上がることを意味する。後述するようになら保険者機能の発揮、及び保険料を賦課（計算・徴収）する方法などにおいて様々な実務的な課題も存在するが、調整すれば保険料の上がる保険者が猛反対することが導入上の最大の障壁である。

そこで、国民に対して、現状のように医療保険制度を各保険者の加入者に限った相互扶助の制度に基本的に留めるか、あるいは国民全体を対象とした相互扶助の制度に改めるかを問う必要がある。前者を選択すると、今後、保険料負担の格差が拡大することに対応して、国の厳しい財政状況の中で公費を増額する必要がある。したがって、筆者としては後者が望ましいと考えるが、激変緩和措置を十分に用意する必要がある。

◎ 都道府県単位の 保険者再編・統合

「リスク構造調整」してもなお残る保険料の相違は、加入者の受診率と受診した際にかかる医療費に由来し、これらは主に医療提供側に起因する。つまり、医師・医療機関が多ければ受診しやすく、受診した際の医療密度が高ければ医療費も高くなる。こうした給付される医療サービスの格差は、保険料の負担に反映されるべきであり、その最も適切な方法は、保険者を都道府県単位の統合・再編することである。

これに対して、医療は「だれでも、どこでも、いつでも」平等に受けるべきであるので、国の責任で全てを統一的に規定するべきである、という考え方もある。しかし、第一に国は給付の範囲と料金を診療報酬によって統一的に定めているにも関わらず、年齢構成を補正しても都道府県による医療費の格差が最大1・5倍存在すること、第二に診療報酬によって規定しているのはお金のフローだけであって、医療費を規定するうえでより大きなインパクトのある施設・設備のストックについては地域医療計画において知事がより積極的に関与するべきであること、第三にストックのうち公立病院については各自自治体の交付する補助金によって賄われていること、そして最も重要な点は都道府県が国保に対してすでに指導する立場にあること、から都道府県の責任を拡大すべきであろう。

そもそも住民の医療需要の9割は都道府県内で完結するので、都道府県単位の保険者の再編は、保険料の負担と、医療サービスの給付の関係を明確にするうえで大きく貢献する。例えば隣県と比べて保険料負担も医療サービスの水準も低ければ、保険料を引き上げる論拠となり、逆に保険料負担は高いが医療サービスの水準が低いと評価されれば保険者機能が問われることになる。

ただし、各都道府県における所得・年齢構成の相違については、予め国の責任で調整する必要がある。つまり、所得水準が低く、高齢者の割合の多い県も、所得水準が高く、高齢者の割合が低い県と同じレベルの医療財源を、国の責任で用意するべきである。そのた

めには、各都道府県における所得・年齢構成の相違を国レベルで調整したうえで、各都道府県における医療費の使われ方を反映した保険料を設定する必要がある。こうした対応は可能であり、協会けんぽにおいて激変緩和措置が採られたため全面導入は9年後であるが、すでに方法は確立されている。

保険者を都道府県単位に再編する最大の障壁は、全国規模の保険者の存在である。これらの保険者は、レセプトの点検などの面においては確かに他と比べて保険者機能を果たしてきた面もある。だが、全国規模であるということが、本来の保険者機能を発揮するうえで大きな障壁である点に着目する必要がある。というのは、本来の保険者機能を発揮するためには、加入者が受診した医療機関の特性を分析し、適切に介入することであるが、全国規模であるということは、加入者が受診する医療機関も全国的に分散するので、各医療機関の特性を的確に把握できないからである。なお、地域単位ではなく、保険者として自ら保険者機能を発揮したいのであれば、ドイツのように「リスク構造調整」を行

い、保険者を大幅に集約したうえで、国民が保険者を自由に選べるように改めるべきである。

現状のように全国規模の保険者が被保険者に対して同じ保険料率で保険料を徴収しているということは、医療費水準の低い県に居住する被保険者から、高い県に居住する被保険者に対してお金が再配分されていることを意味している。こうした観点からも、協会けんぽのように、各都道府県に支部を設け、各支部の機能を強化しつつ、将来的には分割する必要がある。

◎ 実務的課題への対処

「リスク構造調整」を行ううえでの最大の障壁は、所得水準が高く、年齢構成の若い保険者の保険料が上がることにあり、都道府県別に保険者を再編するうえでの障壁は全国規模の保険者の存在にある。これら以外にも実務的な課題が確かに存在するが、以下の通り一つずつ着実に対応することで解決できよう。

まず国保において、現状では同じ都道府県であっても、各市町村

が採用している保険料の賦課方式が異なっているため、同じ条件下で保険料負担にどれだけ格差があるかも把握できていない。また各市町村の一般会計から国保への繰り入れもそれぞれ異なる。したがって、「リスク構造調整」を行う前に、保険料の賦課方式を次の通り統一し、また国保に加入する住民だけが恩恵を受けている一般会計からの繰り入れを廃止する必要がある。

▽保険料を賦課する際に、総所得から各種の控除を行う方式を統一する

▽保険料を賦課する際に、所得割・均等割・世帯別平等割・資産割の様式を統一する

なお、現状においても所得の格差に対してはある程度調整交付金等で部分的に調整しているが、年齢構成について「前期高齢者」に対する納付金制度以外には調整のメカニズムがない。また、県内の保険者が共同で参画している月額30万円以上の高額医療費に対する「再保険」制度も存在し、医療費の8割は2割の高額医療費の患者が占めていることから、保険料の平準化に寄与しているはずだが、

実は再保険の対象は半額だけであり、残りは当該国保の過去3年の実績に基づいて手当てされているので格差は期待したほど縮小していない。

次に、国保と被用者保険を統合するためには、次の対応を行う必要がある。

▽所得捕捉の徹底…「所得」によって保険料を賦課するので、所得が公正に捕捉されないと、調整もできない。そこで、税・社会保障番号等の導入が必要である。

▽保険料の賦課方式…保険料を原則的に所得に対して定率（保険料率）とするか、人頭割も課したうえで、低所得者に対する保険料の減免措置を設けるかを選択する必要がある。前者のほうが応能負担の観点から適切であるが、定率負担であっても低所得者に対する減免措置を高年齢者だけでなく、全ての国民に対しても設けるべきである。なお、徴収業務については、国保は市町村、被用者保険は事業者が引き続き行う体制とする。

▽被扶養者に対する保険料負担…被用者保険の規定に従って追加

◎ 政策課題への対処

政策課題は大きく分けて二つあり、一つは当面の課題として現政権が公約した後期高齢者医療制度の廃止であり、もう一つは、長期課題として、これまで述べた「リスク構造調整」の導入と都道府県単位の医療保険の統合一本化である。長期課題が解決すれば、高齢者だけの制度も当然なくなる。

▽事業主負担に対する対応…被用者保険において事業主が負担している保険料は人件費であり、被用者の給与の一部が保険料として源泉徴収されていると解釈すべきである。したがって、統合するに際して現行の事業主負担を改める必然性はない。将来的には保険料相当部分を給与手当として報酬に組み込むことにより累進性を高めることも一案である。

▽各保険の保健等事業…医療保険以外の保健等事業のうち、地域性の高い事業は「地域健康保険」に移管し、それ以外の独自の事業については継続を認め、その場合は同保険者が統合再編後も、保健等事業に特化して存続することになる。

問題とは、長期課題に対応するためには時間を要し、平成24年度末までには達成できないことである。しかし、一方では10年後の青写真を国民に示さないと、当面の課題に対してのみ対処すると、冒頭で述べたように、制度がますます複雑になり、国民に理解されないままになる。こうした観点から表に示す工程表を作成した。なお、支援金・納付金による財政調整、及び国の公費交付は、全ての保険者を対象とした「リスク構造調整」が開始されるまで、現行の算定基準に基づいて継続する。

まず平成25年度には公約通り後期高齢者医療制度を廃止し、新たに「地域医療保険」(仮称)を創設する。「地域医療保険」は現在の広域連合が運営し、10年後には各都道府県の全ての保険者が同制度に統合される。広域連合を改革

表 医療保険制度抜本改革私案の工程表

	後期高齢者医療制度	国保	被用者保険
平成25年度	「地域医療保険」に改組する 被扶養者は75歳以上であっても世帯主の保険に加入、被用者保険本人とその被扶養者は引き続き被用者保険に加入する	保険料の賦課方式の統一、及び一般会計からの繰り入れの廃止に向けて段階的な対応を開始する	健保組合・共済組合のそれぞれにおいて「リスク構造調整」を段階的に導入し、各都道府県に支部を設置する
平成30年度	「地域医療保険」と協会けんぽを統合する	保険料の賦課方式が統一され、一般会計からの繰り入れが廃止された都道府県から、国保の間の「リスク構造調整」を開始し、次いで順次統合を進める	健保組合・共済組合のそれぞれにおいて「リスク構造調整」を完成する 健保組合・共済組合の都道府県単位の分割・再編を開始する 都道府県単位の保険者は「地域医療保険」と「リスク構造調整」を開始し、それに対応して支援金・納付金を減額する
平成35年度	各都道府県の「地域医療保険」に、国保・健保組合・共済組合を統合する		

注：支援金・納付金による財政調整、及び国からの公費は、全ての保険者を対象とした「リスク構造調整」が開始されるまで、現行の基準に基づいて継続する

私案の核としたのは、同組織以外には都道府県単位の保険者が存在しないからであり、そのためにも現在の広域連合の組織を強化し、予算措置を講じる必要がある。

「地域医療保険」が現在の後期高齢者医療制度と明確に異なる点は、一つには世帯主が「地域医療保険」に加入していれば、その被扶養者が75歳未満であっても、同保険に加入することであり、同じ世帯の構成員が別の制度に加入しなければいけない問題が解決される。もう一つは、被用者保険本人が75歳になっても、その被扶養者とともに引き続き被用者保険に加入するように改まる点である。このような改革を行っても、国保の世帯主が75歳以上になれば、広域連合の運営する「地域医療保険」に移ることになるが、それは都道府県単位の広域連合を存続させ、中長期的な目標が達成するまでの過渡的な措置である。

以上と同時期に、国保保険料の賦課方式の統一、及び市町村の一般財源からの繰り入れの廃止にそれぞれ向けて段階的な対応を開始する。一方、被用者保険においては健保組合の組合同士、および共

済組合の組合同士の「リスク構造調整」を開始し、各都道府県に一定人数以上の加入者が存在する場合には支部の設置を開始する。

5年後の平成30年度には、各広域連合が運営する「地域医療保険」と、協会けんぽの「リスク構造調整」と、協会けんぽの「リスク構造調整」による各都道府県別の保険料の算定方式に改める。また、国保の間の「リスク構造調整」をまず開始し、次いで順次統合を進める。一方、健保組合・共済組合については、それぞれにおける「リスク構造調整」を完成させ、都道府県単位の分割再編を開始する。そして都道府県単位の保険者においては、「地域医療保険」と「リスク構造調整」を開始し、それを導入した分だけ支援金・納付金を減額する。

確かに広域連合が統合する相手として、協会けんぽよりも、国保の方が同じ地域保険であるゆえ一見適切に見える。だが、平成30年度までに国保の都道府県単位の統合を完成させることは極めて難しい。なぜなら、国保の運営は各市町村の自治に任されてきたため、それぞれにおける歴史的遺産を清

算し、住民の理解を得るには時間を要するからである。これに対して、協会けんぽは、同年には協会内において「リスク構造調整」された都道府県別の保険料が完全に適用されており、両者の統合は被用者保険と地域保険を統合する難形となり、また他の保険者の受け皿となる。なお、所得捕捉の課題については、「地域医療保険」に加入する高齢者の所得のほとんどは年金であるのですでに解決している。

10年後の平成35年度には、国保・健保組合・共済組合も加わり、すべての保険者が都道府県単位の「地域医療保険」に統合される。

以上の改革を実現するために、実務的な課題の解決のほか、激変緩和措置と公費の配分方法、「地域医療保険」および同保険が中心の役割を担うべき保険者協議会のあり方、都道府県の役割など多くの課題が山積している。

そのためにも、国民に対して、平成25年度に誕生する「地域医療保険」が第一歩となつて、10年後には同じ都道府県に居住すれば、同じ所得なら年齢を問わず、同額

の医療保険料を納めることになり、また納めた保険料の水準は、居住する都道府県において給付された医療サービスを反映することになるので、医療政策に主体的に参加できるようにする点を分かりやすく広報する必要がある。

