

(75歳以上患者負担2倍化止める！怒りをもって、ともに立ち上がる！9・18学習・決起集会)

75歳以上2割化は高齢者にどんな影響を与えるか

～高齢者は何をすべきか～

公益財団法人日本医療総合研究所 寺尾正之

1、医療構造改革と後期高齢者医療制度

(1) 新自由主義的医療改革の弊害

①コロナ危機は、日本の医療体制と公衆衛生の対応力の弱体化を露呈させた。新自由主義による医療費抑制政策の弊害

- ・企業（資本）の利益を優先する新自由主義的医療改革は、1980年代に実行された「臨調行革」路線を端緒に、1996年の橋本政権による構造改革路線によって本格化

②2001年4月、「聖域なき構造改革」を掲げて小泉政権が発足し、「医療費の伸びを経済財政と均衡の取れたもの」にするとして、医療費抑制政策を展開した

- ・需要面では患者自己負担を増やす
- ・供給面では病床削減や病院の統廃合、医師養成数の抑制
- ・医療の市場化・産業化と一体で進めた

③「受益者が負担する」という市場原理に沿った患者自己負担の増大によって、経済的弱者は意図的に受診抑制に追い込まれ、見かけ上の医療需要が削減された。この結果、社会経済的要因により健康状態や疾病のリスクが生じる健康格差が拡大し、社会全体の健康が悪化した

- ・他方で、民間医療保険の契約者数はうなぎのぼりに増えた。国民医療費の患

者負担の総額 5 兆 1 千億円（2018 年度）に対して、国民は民間医療保険に 7 兆 6 千億円の保険料（生命保険）を支払っている状態

④医療構造改革による主なねらいは 2 つ

- ・ 企業（資本）の税と社会保険料負担を軽減する
- ・ 医療・介護分野に営利企業が進出し利益をあげる

（2）小泉政権の「医療構造改革」5 つの柱（2005 年）

①医療保障の理念の「構造改革」

- ・ 憲法に基づき国が国民に保障する医療から、自己責任に基づく医療への転換
- ・ 公的医療保険に給付抑制構造を持ち込む

②医療保険制度の「構造改革」

- ・ 都道府県単位の保険者の再編・統合により、制度の運営責任を都道府県単位へ転換
- ・ 都道府県単位で医療費水準と保険料水準を連動させる

③健康に対する公的責任から自己責任への「構造改革」

- ・ 都道府県医療費適正化計画を作成し、計画終了時の医療費見込みを書き込み、その数値目標を達成するための対策の推進を住民に迫る。全国平均を基準に医療費の「適正化」を競わせる。根底にあるのは「健康の自己責任」

④「受益者負担」を拡大する「構造改革」

- ・ 社会保障本来の「応能負担」の原則を薄め、自己責任と「受益者負担」を柱にした医療保険への転換

患者が医療を受けることは、病気から回復・改善すること、つまりマイナス状態から正常状態に近づくことであり、サービスを受けて利益を得るのとは異なる。所得の多い少ないによらず、平等に医療サービスの給付を受けられることができるようにするのが社会保障の原則。「負担（支払い）能力に応じて負担」することは、医療費の窓口負担ではなく、税と社会保険料に求めるべき

⑤医療提供体制への「構造改革」

- ・医療機関を医療機能別に再編・集約化し、「効率的」な医療提供体制を構築する

今後、需要が増大するのは高齢期の医療で慢性期が中心だとして、感染症を含む急性期医療の縮小を進めた。病床利用率アップと入院期間の短縮で、効率的に患者の回転率を高めると称しているが、コロナ危機で露呈したように、効率的一辺倒ではなく、「余力と備え」のある医療体制が不可欠

（３）高齢者の医療の確保と称して、医療給付の構造的な抑制を進める３つの対策

<構造的な医療費抑制策を法律で定めた「医療改革法」——高齢者の医療の確保に関する法律など 12 本（2006 年）>

①「短期的に効果の現れる」対策——高齢者を標的に患者負担引き上げ

- ・「現役並み所得者」とされている 70 歳以上の窓口負担を 2 割から 3 割へ
- ・「現役並み所得者」でない 70～74 歳の窓口負担を 1 割から 2 割へ

②「中期・長期に効果の現れる」対策

- ・都道府県に医療費適正化計画の作成・実施を義務づける（→現在、地域医療構想などによる病院再編・統合、病床削減・医療費抑制を進めている）
- ・都道府県別の診療報酬を導入する（→この仕組みは発動させていない）

③都道府県単位の制度運営——都道府県単位の医療費水準と保険料水準を連動させる仕組みが本格的に動き出す

- ・後期高齢者医療制度の創設、「協会けんぽ」都道府県支部を設置（2018年には国保が都道府県単位化）

（4）後期高齢者医療制度——8つの欠陥

①複数の疾患を持ち、治療が長期化するリスクの高い75歳以上の高齢者のみを対象とする制度は、リスク分散という医療保険の原理では成り立たない（参議院厚生労働委員会調査室、吉岡成子氏）

②一律に暦年齢で区切ることは無理があり、科学的根拠に乏しい。年齢によって加入する制度を区分する仕組みは、全国民を対象とする公的医療保険制度を持つ国では存在しない（米国には「メディケア」という高齢者医療制度があるが、国民皆保険体制の国ではない）。

③高齢者を標的とした医療費抑制をねらい、「健康の自己責任」と「受益者負担」を制度の根幹に据えた

- ・制度の財源負担割合は、後期高齢者の保険料 10%、現役世代の保険料 40%、公費 50%に法定化

- ・医療（給付）費と保険料負担が連動することになり、75 歳以上の人口が増え、医療（給付）費が増えれば自動的に保険料は上がる
- ・現役世代の人口減少率の 2 分の 1 を、高齢者の保険料 10%に加えるので、保険料は 10%から上がり続ける
 - 全国平均の保険料月額は約 6 千 400 円（2020～21 年度）

④健康の保持増進を努力規定へ転換

- ・法律第 1 条の「目的」から「健康の保持」が削られ、「医療費の適正化」に変わる

⑤医療費抑制を目的に診療報酬を新設 →世論の批判を受け凍結・廃止

- ・後期高齢者診療料（月 1 回 6 千円）、後期高齢者終末期相談支援料（1 回限り 2 千円）

⑥年金受給が年額 18 万円未満の人は保険料を窓口納付する。理由もなく 1 年間未納を続ければ、「資格証明書」を発行（厚労省通知で「原則、交付しない」）

⑦ 3 割負担の対象者は、公費負担の対象にはならないため、その分を引き算して結果的には公費の負担割合は 48%（国 33%）、現役世代の保険料の負担割合は 42%に増えている

⑧保険料は後期高齢者医療広域連合ごとに条例で定めるが、一般財源を持たない広域連合では独自の保険料減免が困難。広域連合議会の議員の定数は少なく、「各市町村の長及び議会の議員」のうちから選ばれるため、当事者である高齢者の意見が、直接的に反映できる仕組みとして機能しているとはいえない

2、全世代型社会保障と称して、高齢者のいのち・健康・人権を脅かす 75 歳以上の 医療費窓口負担 2 割化を実施させない

(1) 露呈した問題点

①医療と生活が切っても切り離せない高齢者

- ・平均所得が低いうえ、年とともに所得が減っていく
- ・医療の必要度が高く、長期にわたり頻繁に受診が必要になる
- ・年齢とともに医療費の窓口負担額が高くなっていくという実態や特性がある

これに加えてコロナ禍のもと、高齢者は受診控えを強いられ、健康状態が悪化している。高齢者の「社会的孤立者」も増加している。コロナ禍の今だからこそ早期発見、早期治療への支援を行うとともに、効果的な重症化予防への対応が極めて重要になっている

②自公政権はそれとは真逆のことをやろうとしている——外来受診を標的に

- ・政府資料によると、75 歳以上の 95% とほぼ全てが外来を受診し、そのうち 5 割弱が毎月外来を受診している
- ・2 割負担になれば、1 人あたり平均窓口負担額（年間、外来）は、1 割負担の 4 万 6 千円から 7 万 6 千円に 3 万 1 千円増加する

| | 現行 (1 割負担) | 2 割負担 |
|----|---------------|--------------------|
| 外来 | 4.6万円 | 7.6万円 (+3.1万円) |
| 入院 | 3.5万円 | 3.9万円 (+0.4万円) |
| 計 | 8.1万円 | 11.5万円 (+3.4万円) |

(出所) 厚生労働省・社会保障審議会医療保険部会資料、2020 年 12 月 17 日

・外来受診患者の61%が全ての月で負担額が2倍となる（高額療養費の限度額に該当せず）。さらに負担増となる月がある外来受診患者は32%

✓膝の痛みなどで通院（1割負担で年3万2千円）→年6万4千円に倍増

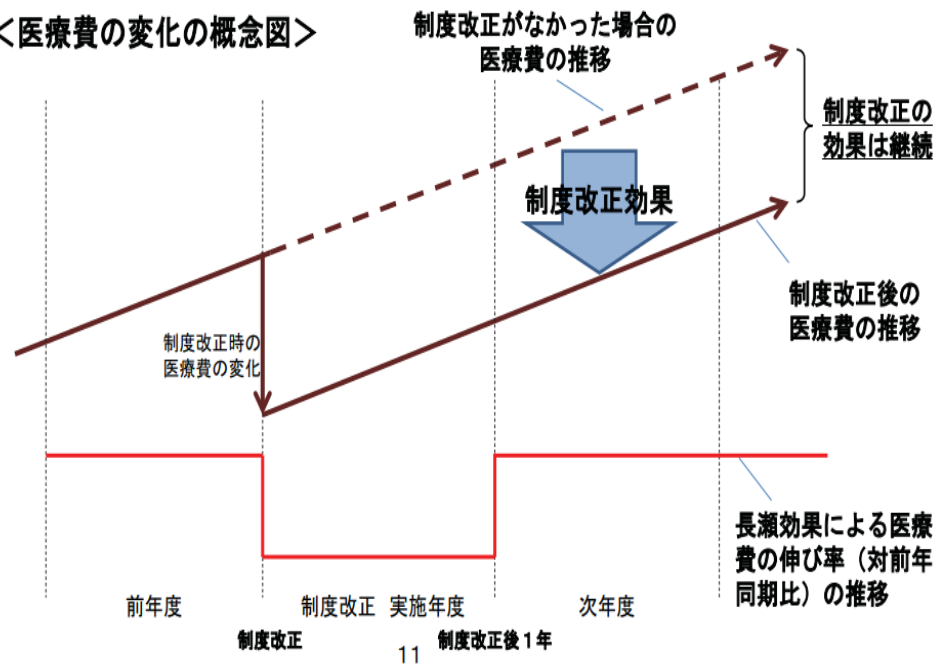
✓関節症と高血圧性疾患で通院（同・年6万1千円）→3年間は（「配慮措置」によって）年9万7千円へ負担増 → 3年過ぎると年12万2千円に倍増

「患者負担が増加すると、患者数が減少する」

「医療費の伸び率は、制度改革後1年間は低くなるが、1年を過ぎると伸び率は従前の水準に戻る」

「ただし、『戻る』のは伸び率であり、減少した延べ患者数や医療費の実額は、元には戻らない」

＜医療費の変化の概念図＞



(出所) 厚生労働省・社会保障審議会医療保険部会資料、2011年11月9日

③政府の試算では、75歳以上の医療給付費は2,190億円（2025年度）減り、このうち「受診控え」によって1,050億円が減ると見込んでいる

#すでに生じている高齢者の受診控えを加速させ、必要な医療が受けられないことになる。症状の悪化など健康水準の悪化につながるが、政府は「(負担増が) 直ちに患者の健康への影響を意味しない」と認めようとしな

④現役世代の保険料負担の軽減は月 30 円程度に対して、公費は最大の削減。国の負担を高齢者に付け替える

- ・政府の試算では、現役世代の保険料は 830 億円 (2025 年度) 軽減される
1 人あたり年平均 800 円の保険料の軽減となるが、約半分は事業者負担なので、本人負担の保険料軽減はわずか月平均 33 円に過ぎない
- ・最も負担が減るのは公費の 1, 140 億円 (国が 760 億円、都道府県 190 億円、市町村 190 億円)

#法案の趣旨には「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直す」——現役世代の負担軽減は名ばかり、世代間の分断をもくろむ

→親などを介護しながら働く人は 350 万人、治療が遅れて、重症化すれば、親の生計を支え、介護を担う現役世代の生活も危うくしかねない
(自分が一生に使う医療費の 50%は 70 歳以降で使う—厚労省推計)

⑤今後は 2 割負担の範囲は法改正でなく、国会の議決を必要としない政令で定めることになる → 政府が思うがまま、勝手し放題

#一般区分の 945 万人 (52%) 全員を 2 割負担にすると、75 歳以上の医療給付費は 5, 820 億円削減され、公費は 3, 030 億円も減る

(2) 「2割化」を突破口にさらなる負担増——「骨太方針 2021」、財政審「建議」

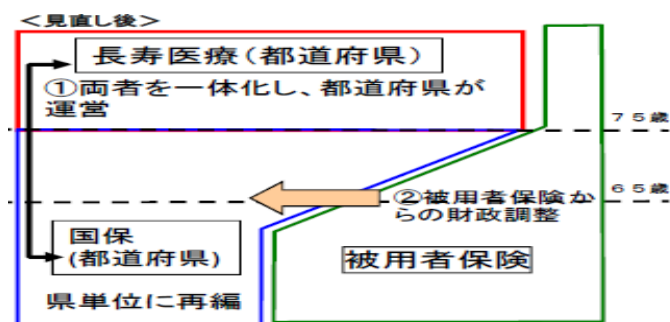
①田村憲久厚労大臣「これで終わりということはありません」 →原則 2 割化、近い将来の原則 3 割化を狙う

- ・ 75 歳以上の医療費窓口負担について、「資産の保有状況等も勘案した負担のあり方も引き続き検討する」

② (2 割化を踏まえ) 「介護保険の利用者負担の原則 2 割化や 2 割負担の対象範囲の拡大を検討していく」

③ 「後期高齢者医療制度は、医療費適正化計画や地域医療構想の実施主体の都道府県と、財政運営の主体である広域連合が切り離され、医療費『適正化』の責任主体が曖昧となっている。財政運営の主体を都道府県とすることを検討する」

都道府県単位の医療費実績を反映した保険料の設定という仕組みを強化する。国は地方統制を強め、競わせ、「健康の自己責任」の名で、医療費抑制を推し進める



(出所) 舛添厚生労働大臣私案、2008年9月20日

④「生活保護受給者の国保や後期高齢者医療制度への加入について検討を深める」

医療扶助費は 1 兆 8 千億円 (うち 65 歳以上は 1 兆 1 千億円) で、国の財源負担割合は 75% に対し、国保では 41%、後期高齢者療は 33% となる。国の責任を放棄し、国の財政負担を地方自治体や国民に付け替えるもの

⑤全世代型社会保障と称して、医療保険給付の範囲を見直し、「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助を徹底する」「小さなリスクは、保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応する」

#もし公的保険が大きなリスクにしか対応しなくなれば、自助での対応が困難な人たちは病状が悪化するまで放置されることになりかねない。リスクの大小で区分しようとするのは、患者を分断することにもなる

①市販している薬と類似の効能がある保険適用の薬は、保険給付から外す（市販薬での自己治療を押し付ける）か、患者自己負担を引き上げる

②病院・診療所を外来受診した時は、1～3割負担に定額負担（500円程度）を上乗して徴収する

（3）公的責任で医療、社会保障政策の大転換を

①いのちと尊厳が守られる権利を保障する制度へ

<基本的理念に合致した制度>

・高齢者を前期と後期に区分して振り分けるのではなく、老人福祉法の目的や基本的理念、国連における高齢者人権条約制定の議論などを踏まえ、基本的理念に合致した制度

<医療の本質と合致する制度>

・医療には負担（支払い）能力と関係なく必要が生じるという大原則がある。所得があるから重い病気になるということではない。社会全体の共通資本といえる医療は、必要度に応じて、誰もが分け隔てなく、平等に享受できるようにすべきである。そのためにどういう仕組みをつくるべきか、医療の本質と合致する制度

②コロナ禍のもとで、国民のいのちと生活を守るためには、小泉構造改革以降の新自由主義に固執する政治と政策を転換し、一人ひとりが個人として尊重され、お互いを支え合う社会をつくることが不可欠

そのためには、①国民経済の基盤である働く人の賃金を引き上げる、②医療、社会保障など社会に不可欠な基本インフラを拡充することが求められる

土台となるのは、国の社会保障支出と所得再分配機能の抜本強化

世代間を分断するのではなく、それぞれ必要な財源を確保する

③公的責任を住民の自己責任や助け合い転嫁し、自治体を競わせて統制を強めていく自公政権に対し、地域から住民と医療・介護等の従事者の目線で声を上げる。声を上げる人たちの共同を広げ、自治体とも連携し、国に向けた運動を

「2割化」の実施は早くて来年10月（それまでに2つの国政選挙がある）

地域や現場で起こっている「事実の重み」、当事者のリアルな声を、的確に、どのように伝えるか

声を上げる人の裾野を、いかにして広げるか（@2baikaStop ツイッターで

みんなに知らせるなど）