

(2020年1月31日「2.1 高齢者中央集会&国会議員要請行動」)

後期高齢者医療制度 問題点と改善点、そして闘いの進め方

公益財団法人日本医療総合研究所 研究研修委員 寺尾正之

1、後期高齢者を差別する制度——その根拠

(1) 制度に個人単位制が持ち込まれ、新たな保険料負担が発生

①参議院厚生労働委員会調査室の吉岡成子氏 (『立法と調査』2009.1 No.288)

- ・「75歳になると現役被用者も後期高齢者医療制度に移行し、傷病手当金や健保組合で受けていた付加給付、特定健診等が受けられなくなる」
- ・「高齢夫婦世帯(国保)で夫が75歳になると、夫のみ後期高齢者医療制度に移り、妻1人が国保に残されることになるほか、夫が現役被用者で妻がその被扶養者だった場合、夫が75歳になると、夫は後期高齢者医療制度に妻は国保に移ることとなる。世帯構成や収入は変わらないのに家族間の加入関係や保険料が変わることへの違和感もある」
- ・「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ず、世界的にもほとんど例がない」

②日本総合研究所調査部主任研究員の飛田英子氏 (『JRI レビュー 2018 Vol4.No55』)

「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」

(図表5) 各国における高齢者医療

	日本	アメリカ	ドイツ	イギリス
制度の独立性 <対象者>	あり <原則75歳以上>	あり <原則65歳以上>	なし	なし
運営主体	広域連合	連邦政府	疾病金庫	中央政府 (国営保健サービス)
保険料負担	給付費の約1割を高齢者、約4割を一般制度が負担。	・PartA: なし(注1) ・PartB: 134ドル/月(注2)	14.6% 年金受給者の場合、半分を年金保険が拠出。	なし
公費負担等	給付費の5割	PartB給付費の約75%(2016年)		保健医療サービスの100%
自己負担	10% (一般30%)	・PartA: 免責1,316ドル/最初の60日間(注3) +329ドル/日(61~90日) +658ドル/日(91日~、生涯60日限度) ・PartB: 免責183ドル/年 +超過部分の20%	若人と同じ ・外来: なし ・入院: 10ユーロ/日(暦年28日限度) ・薬剤: 10%(下限5ユーロ、上限10ユーロ)	若人と同じ (原則なし)

(資料) 日本総合研究所作成

(注1) 現役時、10年以上社会保障税(所得の2.9%)を拠出した者。ちなみに、拠出期間が30~39四半期の場合は227ドル/月、30四半期未満の場合は413ドル/月(2017年)。

(注2) PartA登録者のうち、年収85,000ドル以下の者(独身、2017年)。年収によって保険料は最高428.6ドル/月。

(注3) 入院のケース。

(注4) アメリカには全国民対象の公的医療保険制度はない

③「後期高齢者の心身の特性にふさわしい医療」を目的としているが、個人差・性差・地域差などはまったく考慮されずに、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。

④国は「医療費は、高齢化の進展に伴い、今後ますます増大する」ので、後期高齢者の医療を制限することをねらい、「疾病の自己責任」と「(支払能力に関係なく負担する) 応益負担」を制度の根幹にすえた。

⇒疾病の発症には、生活習慣だけでなく遺伝子や社会的・経済的要因など、個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与している。

★「医療費が際限なく上がり続ける痛みを、高齢者が自分の感覚で感じ取っていただくことにした」(厚労省老人医療企画質室長補佐、2008年1月18日、石川県での講演)

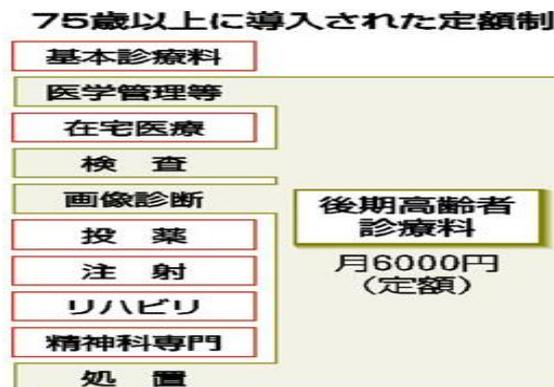
⑤健康の保持増進が努力規定となった。

- ・法律第1条の「目的」から「健康の保持」が削られて、「医療費の適正化」に変わる。
- ・健診には原則自己負担があり、市町村ごとの受診率にも格差がある。

⑥高齢者の医療費抑制のために新設された診療報酬(⇒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)

⇒「主病はひとつ」(医学的根拠はない) だとして、慢性疾患の管理を一つの医療機関に限定。定額の報酬は丁寧な検査や診断をするほど医療機関側は「赤字」になる。



・「後期高齢者終末期相談支援料」(1回限り2千円)。

⇒終末期をどこで迎え、そこでどのような医療行為を望むかは本人と家族の意思によって決められるべきであり、報酬で評価する性格の問題ではない。

⑦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ことになる。

とくに理由もなく1年間未納を続ければ、国保や介護保険の場合と同じように「資格証明書」が発行される規定がある。

▽滞納者数:22万2,238人(1.29%) ▽滞納処分:6816件

▽短期保険証:2万3,089人(0.13%) ▽資格証明書:ゼロ

2、際限のない負担増となる制度——その根拠

(1) 制度の財源負担割合を法定化した

①75歳以上の高齢者は国民の7人に1人の1800万人。

- ・後期高齢者医療費17.7兆円、うち医療給付費は16.3兆円、患者負担（1割・3割）は1.4兆円。
- ・保険料は定額部分と所得に応じた部分の合計で、2018～19年度は全国平均で年約7万円。

②制度の財源負担割合

- ・▽後期高齢者の保険料10%（=11.18%、1.8兆円）▽現役世代の保険料40%（=42%、6.8兆円）▽公費50%（=47%、7.7兆円）
- ・後期高齢者の医療給付費総額について、後期高齢者の保険料総額の10倍の範囲内とした。

⇒これにより、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。

★「これからは高齢者にどんどん負担を求める時代だ。先の短い高齢者に基金を取り崩して保険料を下げるような優遇はすべきではない」（厚労省高齢者医療課長、2013年12月）

【後期高齢者医療制度全体の財源構成】=16.3兆円

（医療保険に関する基礎資料(2016年度)をもとに健保連で推計）

後期高齢者の 保険料 1.8兆円 約11%	現役世代の負担 (後期高齢者支援金) 6.8兆円 約42%	公費 7.7兆円 約47% 現役並み所得者は対象外
--------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------

(3) 現役世代の人口減少率の2分の1を、高齢者の保険料負担率に加えて保険料負担割合を出すので、保険料負担率は上がり続ける。

- ・その分、後期高齢者支援金の負担率を引き下げるが、保険料と後期高齢者支援金の比率（10%：40%）が正確に変更されるのではなく、人口減少率の2分の1だけが反映されるので、後期高齢者支援金もさらに増える。

(4) 高齢者の保険料負担については、恒久制度による保険料軽減措置に加えて、予算措置による保険料軽減特例が実施されてきたが、それでも10年間で10%を超える保険料負担率となっている。

- ・後期高齢者医療保険料軽減特例の段階的廃止
 - ▽所得割の5割軽減 →17年4月に2割軽減 →18年4月に廃止
 - ▽扶養者の均等割9割、8.5割軽減 →17年4月に7割軽減 →18年4月に5割軽減 →19年4月に廃止
 - ▽均等割8.5割軽減 →20年度7.75割 →2021年度7割
 - ▽均等割9割軽減 →19年度8割 →2020年度7割

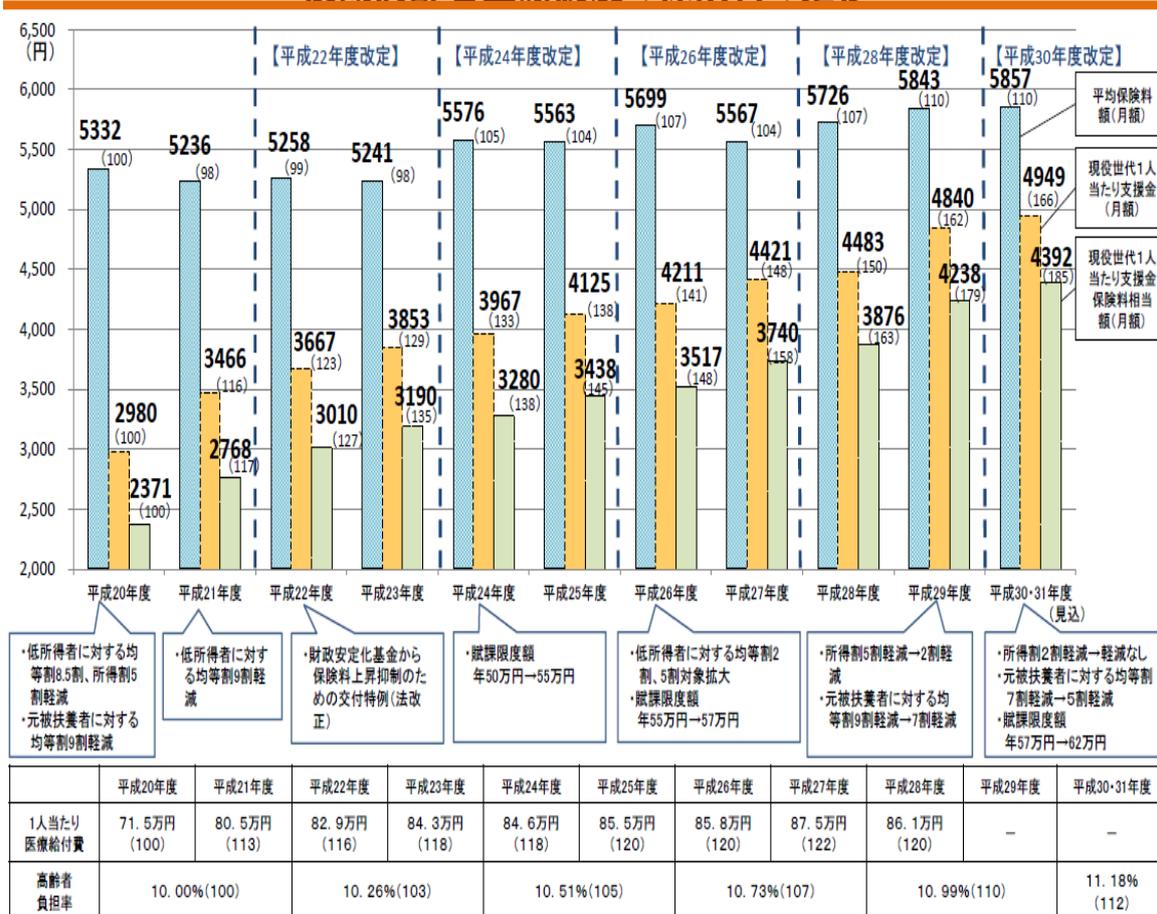
(5) 現役並み所得者については、公費負担の対象にはならないため、その分を引き算して結果的には公費の負担率は47%、後期高齢者支援金の負担率は42%になる。

- ・対象者は約122万人(6.7%)。450億円が支援金の負担増となっている。政令改正によって、現役並み所得の基準が引き下げられた場合、支援金はさらに増える。

<現役並み所得の基準>

課税所得(住民税)145万円以上で、かつ世帯収入で見て単身世帯383万円、複数世帯520万円以上

後期高齢者医療制度の保険料の推移



出所: 社会保障審議会医療保険部会、2017年11月

(6) 保険料は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。

- ① 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 広域事業となっていることにより、制度の運営が各自治体や住民の手から離れ、当事者の自治が機能しなくなった。広域連合議会の運営は形式的で、日程も短期間で、実質的な審議が行われていない。高齢者の暮らし向きと密接に結びついた議論がほとんど行われていない。

③事務局体制は、県と市町村から派遣された職員で構成されている。数年で職員が入れ替わることから、制度のコアの部分を継続的に支える責任、制度の問題点を掘り下げて改善に取り組むといった専門性の向上にも期待できない希薄な体制といえる。

3、制度の改善点、闘いの進め方

(1) 高齢者に際限ない保険料値上げを押しつけ、「負担増を我慢するか、医療を受けるのを制限するか」をせまるといって制度の害悪が本格化しようとしている。

①実施されてきた負担増

- ・70～74歳は原則1割負担から順次2割負担に引き上げる—2014年から
- ・入院時の食事代の値上げ—2016年4月と18年4月
- ・70歳以上の患者自己負担上限引き上げ（高額療養費制度）—17年8月と18年8月
- ・65歳以上で療養病床に入院する患者負担の値上げ—2017年10月と18年4月
- ・介護保険の利用者負担（現役並み所得相当の個人）を3割負担—2018年8月

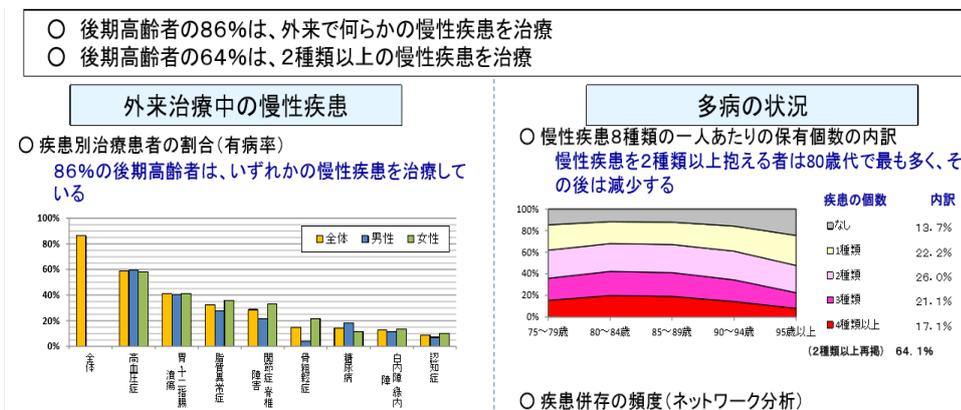
②75歳以上の高齢者の医療費窓口負担—原則1割負担に2割負担を導入。

- ・全世代型社会保障検討会議「中間報告」
「一定所得以上は2割」に引き上げ、2022年度初までの実施をめざす方針。
- ・1割、2割、3割の3区分になるが、実質的に原則2割化に近づける。
「3割・2割負担合わせて全体の半数以下で調整」（『朝日』2019年12月12日）
⇒「現役並み所得」（3割、6.7%・121万人）、「一般」（1割、53%・954万人）
現在1割負担の「一般」954万人のうち780万人、8割以上が2割負担になる計算。

(2) 高齢者の健康状態・疾病の特性を無視して「負担の公平」論を押し付ける

①窓口負担が2割になれば、負担額の差は拡大し、逆に不公平になる。

- ・外来で86%が高血圧症や糖尿病など何らかの慢性疾患を治療し、64%が2種類以上の慢性疾患を治療している。
- ・生活機能も75歳以上で急速に低下し、買い物、外出等の生活行為ができなくなる傾向がある。

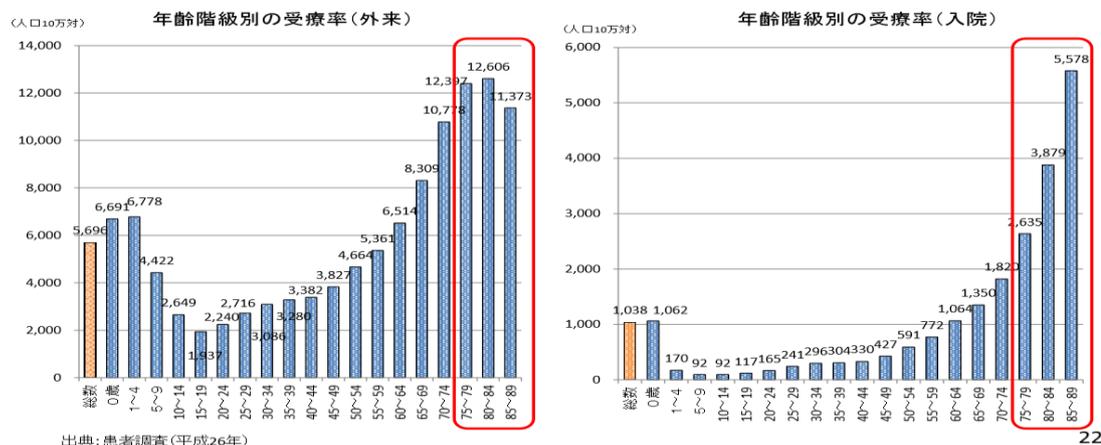


出所: 社会保障審議会医療保険部会、2017年11月

- ・75歳以上の高齢者（被保険者1人当たり・1年間）と75歳未満を比べると…
▽100人当たり受診回数の割合は、外来で2.4倍、入院で6.2倍。
▽診療費も外来で3.5倍、入院で6.6倍に及ぶ。

- ・75歳以上の1人当たり患者負担は、原則1割でも75歳未満（年4万4千円）より、1.7倍も多い年7万4千円。

- 受療率は、特定の日に、人口10万人に対して何人が診療行為を受けているかを示したものの。
- 受療率は加齢に伴い増加する傾向にあるが、特に入院受療率は後期高齢期になって増加する率が高い傾向にある。



出典:患者調査(平成26年)

出所:社会保障審議会医療保険部会、2017年11月

★厚生労働省の見解(2017年11月16日)

「年齢が高くなるにつれて医療費は大きくなるが収入は減少。収入に対する医療費の自己負担は高齢者が高い。保険料軽減廃止に加え、さらに高齢者の患者負担増について国民の理解を得ることができるか。過度な受診抑制を招かないか」

②年金では暮らせない、働かないと暮らせない——高齢世帯の貧困化がすすんでいる

- ・後期高齢者1800万人のうち、「所得なし」が51.8%に上っており、所得200万円未満が9割以上を占めている。
- ・後期高齢者の世帯の約7割は公的年金等のみで生活。910万人の公的年金等は年100万円未満。
- ・後期高齢者の世帯の貯蓄額は、300万円以下が全体の約35%を占め、貯蓄なしが約17%に及ぶ。

所得額階級		全被保険者
		%
総数(所得不詳を除く)		100.0
所得なし		51.8
～30万円未満		8.5
30万円以上～	50	4.5
50	100	9.5
100	150	9.8
150	200	7.1
200	250	3.1
250	300	1.5
300	400	1.5
400	500	0.8
500	700	0.7
700	1,000	0.5
1,000	～	0.8
所得不詳		0.2
1人当たり所得額(注3)(千円)		857
1人当たり保険料調定額(円)		70,657

出所:後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告2019年3月公表

③受診抑制・中断がすすむ。

- ・窓口負担ゼロの時と比べると、2割負担で30%、3割負担で40%、医療が必要な人の受診が減少し、医療費が抑制される（厚労省が利用する「長瀬指数」）。
⇒受診抑制・受診中断がすすみ、疾病の悪化、重症化を招くばかりか、将来への不安を増長させることになる。

★厚生労働省の見解（2017年11月16日）

「75歳以上の高齢者は、複数の疾患を持ち、治療が長期化する傾向があるため、早期発見・早期対応を行うとともに、効果的な重症化予防への対応が重要である」

★全国後期高齢者医療広域連合協議会の要望書（2019年6月12日）

「（窓口負担は）高齢者が必要な医療を受ける機会の確保という観点から現状維持を基本とする」

④高齢者の「予防・健康づくりの一体的実施」の取り組みに逆行する。

- ・2020年度から75歳以上の高齢者を中心に、市区町村が主体となって、疾病予防・重症化予防、介護予防・フレイル（虚弱）予防の取り組みを一体的に実施する事業がスタートする。
- ・慢性疾患の未治療・治療中断の高齢者を個別訪問して、医療機関への受診を勧奨することや、地域にある「通いの場」への参加勧奨を行うことで、「地域における健康づくり、地域づくり」をすすめるとしている。

⑤高齢者にとって医療と介護は一体——親を支える現役世代の生活も危うくする。

- ・受診抑制・中断によって要介護状態になっても、在宅介護になる場合——介護のために仕事をやめる「介護離職」はこの間、年平均で10万人に上り、女性が80%を占めている。働きながら介護をする人も346万人（2017年）に上る。
- ・在宅介護で虐待が起こる理由は、「介護疲れ・介護ストレス」が約25%占め最多。

(2) 国は「制度の定着」を強調しているが、収入が少ない一方で、医療費がかさむ高齢者の独立制度は、基盤の極めて脆弱な仕組み

①制度の公費負担の割合を現在の47%から引き上げる。

- ・定率国庫負担（24%、3.7兆円＝2018年度）を抜本的に増額する。
★全国後期高齢者医療広域連合協議会の要望書（2019年6月12日）
「定率国庫負担割合の増加や国の責任ある財政支援を拡充すること」
- ・「現役並み所得者」についても、公費負担の対象とする。

②「基金」を活用した保険料引き下げの要求は、引き続き重要な課題。

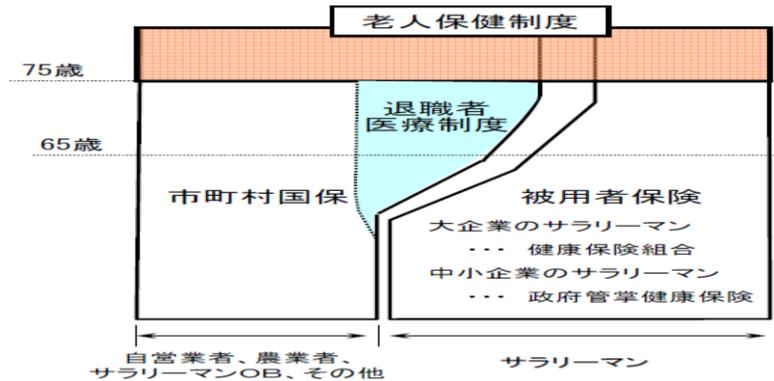
- ・広域連合ごとに弾力的な制度運営ができるようにするためにも、各種の減免規定を設けることや、都道府県・市町村の一般会計からの財源投入を行う。

③所得に応じた公平な保険料とする。

- ・保険料は所得割と均等割の折半とはせず、所得に応じた保険料の部分を増やす。
★65歳以上の人口が約4千万人でピークとなる2040年度の1人当たり保険料後期高齢者で8,400円、介護保険1号は9,200円と見込む（経済財政諮問会議の推計）。

④制度運営が住民から離れた都道府県広域連合になったことで、住民の要求・運動の矛先が定まりにくい問題がある。広域連合議員がいる自治体だけでなく、すべての市町村議会、県議会で議論を巻き起こし、意見を挙げていく。

- ⑤75歳以上の高齢者の医療費が、別会計という要の部分が変わらなければならない。
- ・老人保健制度は、高齢者が国保や健保に加入したまま、現役世代よりも低い窓口負担で医療を受けられるようにする「財政調整」の仕組み。
 - ・もとの老人保健制度に戻すことで、保険料の際限ない引き上げ、75歳になったとたんに家族の医療保険から切り離されることもなくなる。



- ⑥老人福祉法の目的・基本的理念を活かす高齢者医療制度へ——議論を開始する
- ・第1条:目的 「その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする」
 - ・第2条:基本的理念 「多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」

4、安倍政権が推し進める「全世代型社会保障」への転換を許さない闘いを

(1) 経済成長戦略としての「全世代型社会保障」

①未来投資会議「成長戦略実行計画」(閣議決定)

全世代型社会保障への改革は安倍内閣の最大のチャレンジである。

第一に、65歳以上への継続雇用年齢の引上げについては、70歳までの就業機会の確保を図り、高齢者の希望・特性に応じて、多様な選択肢を整える。

中途採用・経験者採用拡大及び新卒一括採用見直しを進め、併せて、企業による評価・報酬制度の見直しを図る。加えて、政府としては、大企業に対し、中途採用・経験者採用比率の情報公開を求めるといった対応を図る。

第二に、病気予防や介護予防についての、保険者のインセンティブ強化である。これまで公的保険は、病気になった方に対する治療費、要介護になった方への介護サービス費を中心に、支出を行ってきた。他方、人生100年時代を迎えて、病気予防や介護予防の役割が増加しており、予防には、健康寿命の延伸、個人のQOLの向上、高齢者の活躍促進といった、多面的な意義がある。

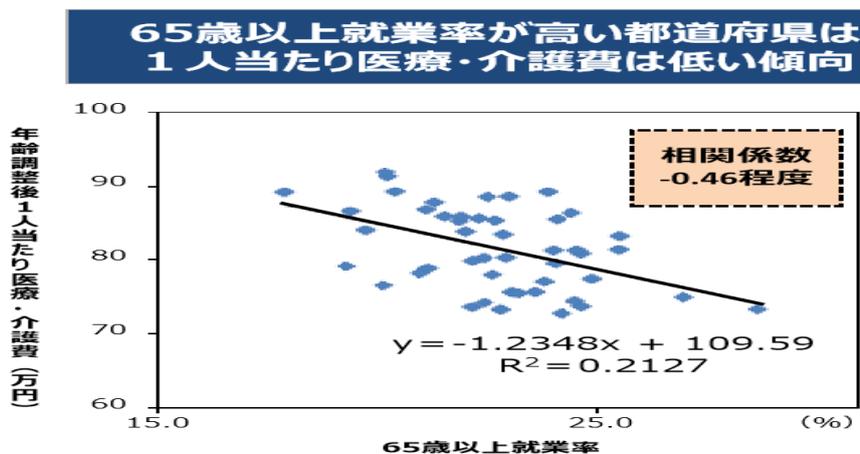
このため、個人の努力に加えて、地方公共団体や健康保険組合といった保険者の予防への取組が重要である。具体的には、病気の予防について、国民健康保険における「保険者努力支援制度」の抜本的強化と配分のメリハリの強化などである。この際、民間サービスの活用も大切である。これにより、健診等の受診率の向上や生活習慣病の重症化予防を図る。介護の予防については、「介護インセンティブ交付金」の抜本的強化などを図る。高齢者の通いの場の整備や高齢者の就労促進を図る。

②全世代型社会保障検討会議「中間報告」(今夏に「最終報告」)

- ・「生涯現役(エイジフリー)で活躍できる社会を創る」
- ・「70歳までの就業機会の確保」と「予防・健康づくり」
⇒高齢者を不安定で安上がりな労働力として活用するとともに、社会保障を「支える側」を増やして、税・保険料収入を確保しながら、医療・介護給付費を抑えていく。
「全世代」を総動員して経済成長を、社会保障の担い手も「全世代」。
雇用と社会保障を一体にして制度改悪・解体の道へ突き進む

③厚生労働省が示したデータ

- ・高齢者就業率が高い地域は医療・介護給付費は抑制傾向にある。



(出所) 平成30年5月21日経済財政諮問会議 加藤臨時委員提出資料

- ・高齢者は元気だと働くことができるが、逆に働いているから元気なのか、働けば医療・介護費用が抑制できるのか——というような実証的研究は行われていない。

④経済産業省が示したデータ

(参考1) 予防の投資効果(医療費・介護費、労働力、消費)について(試算結果概要)

- ・国民の健康状態が動態的に変化する(例: X歳のがん発生率: a%(2000年)→b%(2020年)ことを前提とした新たな分析(内閣府ImPACTプロジェクト東京大学橋本英樹教授)を活用。各疾患分野における予防対策を行った場合の60歳以上の医療費・介護費を試算(下記)。
- ・これに加えて、高齢者の健康度が向上すれば、間接的なインパクトとして、労働力と消費の拡大が見込まれる。(最大840万人、1.8兆円/年(2025年)拡大)(粗試算)※1)。

出所: 2018年4月18日、次世代ヘルスケア産業協議会事務局(経産省)資料

⇒予防の投資効果を試算した前提条件は、65～74歳の高齢者が現役世代並みに働き、75歳以上の高齢者が65～74歳並みに働けること。

- ・すでに65歳以上の人口3,588万人のうち、就業者は862万人、24%を占める。

(総務省 2018年度労働力調査)

(2)「全世代型」という看板にかけ替えて、4つの観点から検討をすすめる、「骨太の方針2020」で取りまとめる

①第1の観点——「支える側と支えられる側のリバランス(注:再配分)」

- ・70歳を過ぎても働き続け、年金受給を繰り下げる高齢者を増やし、支える側に回ってもらう。

・2020年度に「マクロ経済スライド」を2年連続で発動し、年金支給額を実質0.3%引き下げる。

⇒老後の不安は、「生活費など経済面」との回答が68%（『日経』1月11日）

「生活のために働かなくてはならない」との回答が68%（『朝日』1月11日）

②第2の観点——「選択を支える社会保障の在り方」

・自己責任で医療・介護・年金の民間保険や民間サービスの利用を増やす。

③第3の観点——「自助・共助・公助の役割分担」

・「小さなリスクは自助、大きなリスクは共助」——保険給付（共助）を縮小し、自己負担（自助）に置き換える。

・カゼなどの軽度な治療については、個人や民間保険で対応する（共助＝「相互の助け合いの仕組み」は民間保険。社会保険の「社会」とは公的責任を表す）。

④第4の観点——「負担能力や世代間・世代内のバランスを考慮した給付と負担」

・全世代に負担増を押し付ける。

・働いている高齢者が一定所得に達したら、医療・介護の2割・3割負担を押し付ける。

・給付の配分については、現役世代と高齢世代の間で競わせ、配分を変える。

5、大企業と富裕層にこそ、所得に応じた公平な負担を

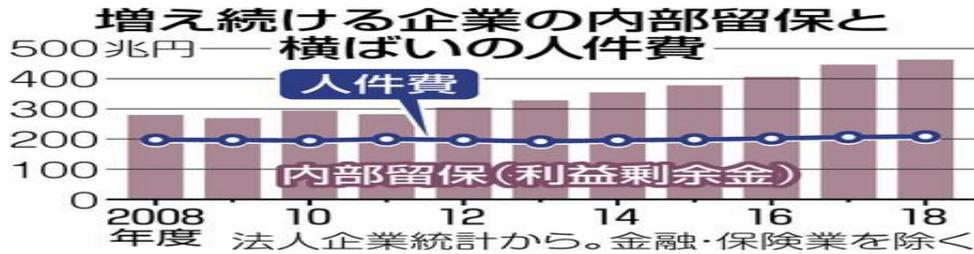
(1) 低所得者ほど負担の重い消費税率を10%に引き上げ、「消費税を社会保障分野に」と言いながら…



(2) 2018年度 内部留保7年連続最高の463兆円

①賃金に当たる「人件費」は、2018年度は約208兆円で、2008年度の約197兆円に比べて5.6%の増加にとどまった。

②企業の利益のうち、賃金などに回された割合を示す「労働分配率」は、10年間で74%から66%に下落している。



出所:『東京新聞』2019年9月3日

(3) 富裕層の「純金融資産」総額が大幅に増加

①富裕層の「純金融資産」総額

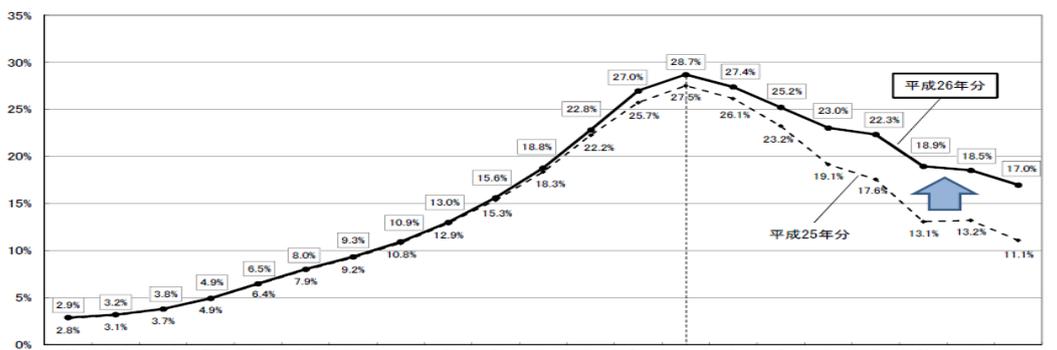
- ・2000年の「84万世帯、171兆円」から、2017年には「127万世帯、299兆円」に75%も増加（「野村総研」の推計）。
- ⇒老齢基礎年金平均額：月5.6万円、老齢厚生年金平均額：月14.9万円。

②所得に応じた公平な負担となっていない税・保険料。

- ・厚生年金保険料は標準報酬月額60.5万円超の場合、負担額は9万8,580円が上限。事実上の負担免除となっている保険料額は2兆円を超えると推計される。
- ・課税所得4千万円超の部分は所得税率45%、住民税一律10%、合計税率は55%。しかし、株式の譲渡所得や上場株式の配当所得、どれだけ金額が高くても、所得税率15.315%、住民税5%、合計税率は20.315%。
- ・さらに、株式の譲渡所得や上場株式の配当所得は、▽後期高齢者医療保険料や国民健康保険料の算定▽「現役並み所得者＝3割負担」の判定対象から外れている。

申告納税者の所得税負担率(平成25年分及び平成26年分)

- 高所得者層ほど所得に占める株式等の譲渡所得の割合が高いことや、金融所得の多くは分離課税の対象になっていること等により、高所得者層で所得税の負担率は低下。
- 平成25年度改正において、上場株式等の譲渡所得等に対する10%（所得税：7%、住民税：3%）の軽減税率は平成25年12月31日をもって廃止され、平成26年1月1日以後は20%（所得税：15%、住民税：5%）の税率が適用されている。

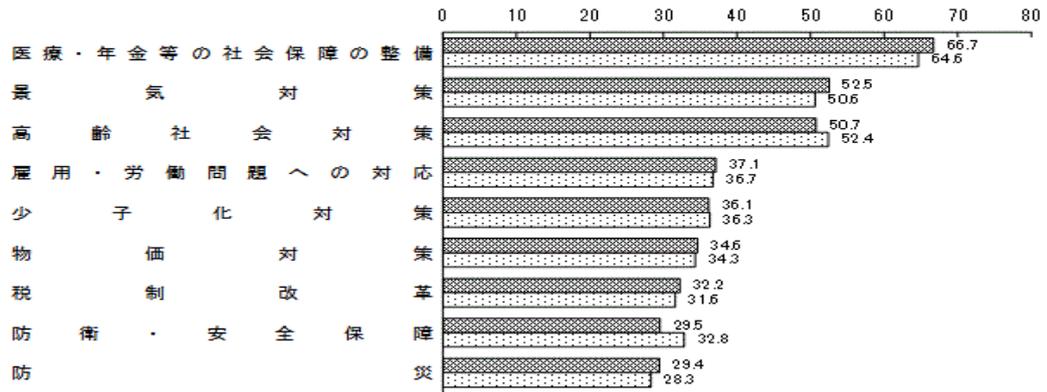


(備考) 国税庁「申告所得税基本調査(税務統計から見た申告所得税の実態)」(平成25年分・平成26年分)より作成。
 (注) 所得金額があっても申告納税額のない者(例えば退行申告書を提出した者)は含まれていない。
 また、源泉分離課税の利子所得、申告不要を選択した配当所得及び源泉徴収口座で処理された株式等譲渡所得で申告不要を選択したものも含まれていない。

出所:財務省財政制度等審議会

(4) 国民の7割が社会保障の拡充を求めている

- ①国民の3分の2に当たる66.7%が、「医療・年金等の社会保障の整備」を求める。健康や生活に不安を抱えている人が増加していることが反映。



出所:内閣府「国民生活に関する世論調査」(2019年8月20日公表)

②社会保障給付費見通し——2040年度190兆円の実像は？

・2018年度の120兆円から、高齢者数がピークに近づく2040年度には190兆円に達する——というが。社会保障給付費の対GDP比は18年度が21.5%で、40年度には24.0%になる見通し。18年度との比較では、2.3～2.5ポイントの違いであり、倍率にして1.1倍程度の増加にすぎない(2018年5月21日、経済財政諮問会議「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」)。

★厚生労働省の鈴木俊彦事務次官

「2040年で24%という数字は、日本よりも高齢化率の低いフランスやスウェーデンが、現在負担している数字よりも低い水準である」

③年齢・世代によって、社会保障を支える側と、支えられる側に線引きするのは適切ではない。社会保障を支える税・社会保険料を納めるのは「個人」と「法人」のみ。法人も、個人も、所得に応じて、税・社会保険料を負担する＝応能負担のしくみを徹底させるべきである。

④高齢者の健康状態・疾病の特性を無視した2割負担化は、高齢者のいのちと健康を壊し、生活破綻に追い込む

- ・「全世代型社会保障」への転換に対して、「理念で負けない」「財源論で負けない」
- ・自らの実情、地域の実態を正確に把握する(事実の重み)
- ・言葉を尽くしてそれを伝える(伝える力)
- ・分断されずに、関心を持ち、連携する(署名の力)

【参考資料】

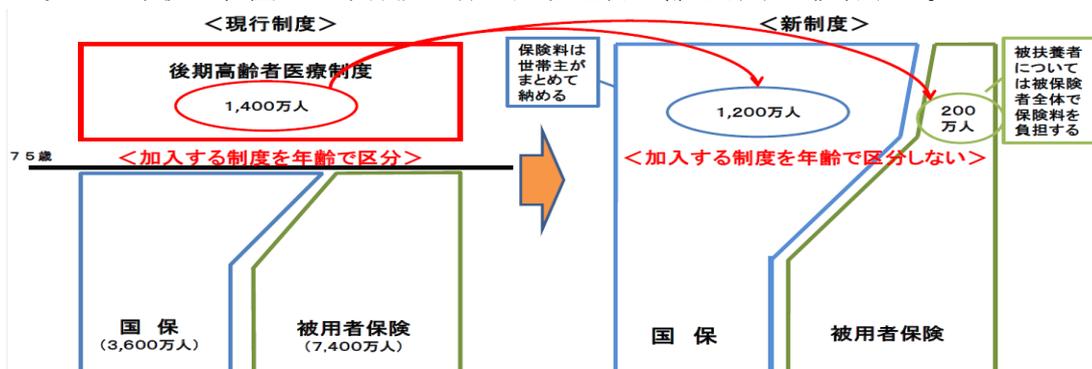
■2008年4月に開始した後期高齢者医療制度は、国民の列島騒然となるたたかいを巻き起こし、6月6日の参議院本会議で「後期高齢者医療制度廃止法案」可決された。制度実施後に廃止法案が提出され、参議院一院とはいえ可決されたのは、戦後の憲政史上初のことであり、2009年8月の総選挙における自公政権崩壊の一因となった。

■厚労省が「第1回高齢者医療制度改革会議」（2009年11月30日）で報告した問題点

項目	問題点
独立制度による本質的な問題	○ 75歳以上の高齢者のみを区分し、保険証も別になり、差別的である。 ○ 若人に比べて医療費の伸び率が高い高齢者医療費の増加に比例して、高齢者の保険料が増加する仕組みとなっている。
保険料負担	○ 被用者保険の被保険者であった方については、被用者保険における事業主負担が無くなったこと等により、多くの方の保険料負担が増加。 ○ 被用者保険の被扶養者であった方については、これまで保険料負担が無かったことにより、保険料負担が発生。 ○ 国保世帯内の高齢者が、後期高齢者医療制度に移行し、世帯内で別になったことにより、国保の保険料の応益割の軽減割合が減少し、世帯当たりの保険料負担が増加。
保険料徴収	○ 国保においては、世帯主がまとめて納付していたが、後期高齢者医療制度は個人単位で納付することとなったため、扶養されている配偶者も納付する必要が生じた。 ○ 上記に併せて、原則として、年金からの天引きを実施。 ○ その場合、世帯当たりの税負担が増加する場合が発生。
高額療養費	○ 国保世帯内の高齢者が、後期高齢者医療制度に移行し、世帯内で別になったことにより、それぞれの医療保険制度において、高額療養費の自己限度額が適用されることとなり、世帯当たりの自己負担が増加。 【具体例】 世帯主(75歳) } (国保) 44,400円 → 44,400円 (後期) 世帯員(74歳) } 44,400円 (国保)
健康診査	○ 従前は、市町村の実施義務であったが、広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。 ※ 実施義務化する場合、都道府県負担の導入を含め、国及び地方公共団体の費用負担割合を定めることが必要。
名称	○ 「後期高齢者」という名称は、高齢者の心情に配慮していない。

■厚労省「高齢者医療制度改革会議」が取りまとめた新制度案（2010年12月20日）

- ・75歳以上の約1,400万人のうち、約200万人の勤め人は勤務先の健康保険に、残る1200万人は国保に移行する。
- ・75歳以上の国保財政は都道府県が運営する。
- ・廃止5年後に、国民健康保険全体の財政運営を都道府県に移管する。



★形式的には75歳以上を国民健康保険と被用者保険に戻し、別建てを解消するとしている。しかしながら、その実態は、75歳を境とした区分経理を残すなど看板の掛け替えに過ぎない。