

高齢者のいのちと尊厳を守る 医療制度の確立を

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



75歳以上の高齢者を 差別する制度

2006年6月に成立した「医療改革関連法」は、厚生労働省の幹部が「国民皆保険以来の大改正」と述べたように、日本の医療制度を根元から構造改革しようとするものでした。具体的な方策は多岐にわたり、12本の法律のうち中心的な法律が、後期高齢者医療制度の創設を含む、高齢者の医療の確保に關する法律です。

医療「構造改革」の柱として2008年4月にスタートした

後期高齢者医療制度には、どのような特徴や問題点があるのでしょうか。

第一は、75歳になると国民健康保険や健康保険などから外し、強制的に後期高齢者医療制度に加入させることです。厚生労働省が2009年11月30日に開催した第1回高齢者医療制度改革会議では、独立制度による本質的な問題点として、「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」とことを挙げています。

例えば、75歳以上で被用者の場合、現役被用者も健保本人から後期高齢者医療制度に移行

し、保険料負担が増加する一方、傷病手当金や特定健診、健保組合で受けていた付加給付などが受けられなくなります。

高齢者の個人差・性差・地域差などはまったく考慮されずに、一律に暦年齢で区分することには無理があり、科学的根拠にも乏しいものです。日本総合研究所調査部主任研究員の飛田英子氏が、「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」と指摘しているように、世界的にもほとんど例がない制度です。

第二は、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することです。75歳になると、これまで保険料負担のなかった被扶養者からも、保険料が徴収されます。また、国保世帯の高齢夫婦で夫が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となります。

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になります。このように、世帯構成や収入はまったく変わらないのに、家族間の医療保険の加入関

係が変わり、世帯当たりの保険料負担も増加します。

第三に、健康の保持増進が努力規定となったことです。法律の目的に明記されていた「健康の保持」の文言が削られ、代わりに「医療費の適正化」の文言が加わりました。高齢者の健康診査は市区町村に実施義務がありました。後期高齢者医療広域連合の努力義務に変更されました。このため受診率が低下し、原則自己負担があることも反映し、全国平均の受診率は29・2%にとどまっています。

第四に、高齢者の医療費抑制のために、「後期高齢者の心身の特性に相応した」診療報酬が持ち込まれたことです。新設されたのは17項目で、代表的なものが「後期高齢者診療料」と「後期高齢者終末期相談支援料」です。後期高齢者診療料（月1回、6000円の定額）は、「主病はひとつ」などという医学的根拠のまったくない概念を持ち出して、慢性疾患の管理を一つの医療機関に限定しました。実

質的なフリーアクセスの制限といえます。

定額の診療報酬は、丁寧な検査や診断をするほど医療機関側は「赤字」になるという問題があります。厚労省が後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関に実施した調査では、実際には約9割が算定していませんでした（2010年4月の診療報酬改定で廃止）。

高齢者が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す。国が意思表示を認める仕組みをつくり、それを診療報酬で評価するという性格の問題ではありません。後期高齢者終末期相談支援料（1回限り2000円）は、2008年4月に新設されましたが、批判が噴出したため7月から凍結され、2010年4月に廃止されました。

第五に、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り、とくに理由もなく1年間未納を続けた場合、

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設けられました。現在、資格証明書は1枚も発行されていませんが、その前提ともなる短期保険証は2万3089人（全体の0・13%）に発行されています。保険料の滞納者数は22万2238人（全体の1・29%）、滞納処分は6816件に及んでいます。

第六に、「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、75歳以上の高齢者の医療を制限するため、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を導入したことです。

制度開始直前の2008年1月、厚労省後期高齢者医療制度準備室室長補佐は、「医療費が際限なく上がっていく痛みを、自分の感覚で感じ取っていただくことにした」と本音を語っています。しかし、複数の病気をもち、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）ことは明らかです。

際限のない負担増となる制度

制度の財源負担割合が法定化されたことも大きな問題です。負担割合は、高齢者の保険料が10%、現役世代の保険料（後期高齢者医療支援金）が40%、公費50%と定められました。これにより、高齢者医療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、医療費が増えれば自動的に保険料が増え続けることとなります。

実際に、保険料の負担割合は制度開始時の10%から、2018〜2019年度は11・18%（約1・8兆円）にまで増えていきます。現役世代の保険料（支援金）の負担割合も40%から、42%（約6・8兆円）へ増加し、公費の負担割合のみ50%から47%（約7・7兆円）へと下がっ

ています。

高齢者の保険料は、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ましたが、それでも制度開始から10年間で10%を超える保険料負担割合となつていきます。

しかも、安倍政権の下で保険料軽減措置が縮小・廃止されてきました。①所得割の5割軽減は2017年4月から2割減とされ、2018年4月から廃止、②扶養者の均等割の9割、8・5割軽減は、2017年4月から7割軽減とされ、2018年4月から5割軽減、2019年4月から廃止、③均等割8・5割軽減は2020年度から7・75割軽減とされ、2021年度から7割軽減、④均等割9割軽減は2019年度に8割軽減とされ、2020年度から7割軽減、という内容です。

現役世代の保険料（支援金）の負担割合も増えていきます。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割合

に追加する仕組みが導入されたため、その分、現役世代の負担割合を引き下げることになりませんが、法定化された負担割合（10%と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、現役世代の保険料も増えることになるのです。

現役並み所得者（単身世帯で年収383万円以上、夫婦世帯で年収520万円以上）については、公費負担の対象とはしてないため、その分を差し引きします。その結果、公費の負担割合は47%、現役世代の保険料（支援金）の負担割合は42%になっていきます。対象者は約122万人（全体の6・7%）で、現役世代の保険料（支援金）負担の増加額は4500億円にのぼっています。現役並み所得の基準が引き下げられ、対象が広がった場合、現役世代の保険料（支援金）はさらに増えることになりま

す。条例で定めませんが、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です。国の本音は、「これからは高齢者にどんな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幹部、2013年12月）ということ

です。さらに、地方自治法に基づく地方自治体でありながら、後期高齢者医療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ません。広域事業のため、制度の運営が各自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りました。広域連合議会の運営は形式的で日程も短期間。高齢者の暮らし向きと密接に結びついた実質的な議論がほとんど行われていません。

遣された職員で構成されています。数年で職員が入れ替わり、専門性の向上が期待できない希薄な体制といえます。

実態を無視した 「負担の公平化」論

高齢者に負担増を強いるか、医療を制限するかを迫るといいう制度の害悪が本格化しようとしています。これまで、▽70歳は原則1割負担から順次2割負担に引き上げ（2014年から）▽入院時の食事代の引き上げ（2016年4月と2018年4月）▽70歳以上の患者自己負担の上限引き上げ（高額療養費制度、2017年8月と2018年8月）▽65歳以上で療養病床に入院する患者負担の引き上げ（2017年10月と2018年4月）などの負担増が行われてきました。

さらに、2019年12月にまとめられた全世代型社会保障検討会議（議長・安倍晋三首相）の「中間報告」は、「負担能力

に応じたものへと改革していく」として、現在は原則1割負担の75歳以上の医療費窓口負担について、一定所得以上は2割負担に引き上げ、2022年度初めまでの実施をめざすことを盛り込みました。

財務省や経団連は、原則2割負担に引き上げ（給付削減は年約8000億円・厚労省試算）、新たに75歳になる人から順次2割負担とするよう求めており、2割負担を導入することで、段階的に負担増を進めていく突破口にしようとしています。

1割、2割、3割の3区分になった場合、具体的な所得基準のラインがどこに引かれるかによつて、1割負担の原則が、実質的に原則2割負担に近づくこととなります。現状は、3割負担の「現役並み所得」区分は6.7%（121万人）、1割負担の「一般」区分は53%（954万人）です。

焦点となるのは一般区分の945万人のうち、どの程度の人数が2割負担となるように線引

きをするかということですが。

「政府関係者は『2割負担と3割負担の人が全体の半数以上となるような線引きにはしない』と話す」（『朝日新聞』2019年12月12日付）と報じられていますが、仮に、現役並み所得区分の121万人はそのまま、一般区分のうち700万人、7割以上が2割負担となるラインを引いた場合、合計で820万人を超え、全体（1800万人）の半数近くが2割・3割負担になる計算です。

国は少子高齢化を背景に、現役世代との「負担の公平化」として、75歳以上の高齢者の窓口負担増を迫っています。しかし、社会保障審議会医療保険部会の資料によると、75歳以上の高齢者は、医療機関の外来で86%の人が高血圧症や糖尿病など何らかの慢性疾患を治療し、64%の人が2種類以上の慢性疾患を治療しています。生活機能も75歳を超えると急速に低下し、買い物、外出等の生活行為がで

きなくなる傾向があります。75歳以上と75歳未満の人を比べると、100人当たりの年間受診回数割合は、外来で2・3倍、入院では6・2倍にもなり、年を重ねるほど受診回数割合が高くなり、診療費も外来で3・4倍、入院では6・6倍にのぼっています。

そのため、75歳以上の1人当たり患者負担額は、原則1割でも年7万4000円で、75歳未満（年4万4000円）の1・7倍です。年平均の患者負担額は、70～74歳が7万2000円、75～79歳が6万4000円、80～84歳が7万5000円、85歳以上が8万4000円となっており、2割負担である70～74歳よりも、1割負担の80歳以上の方が高くなっています。

一方で、高齢世帯の貧困化が進んでいることは重大な問題です。75歳以上の高齢者のうち、「所得なし」が51・8%にのぼり、所得額200万円未満が9割以上を占めています（「後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告」2019年3月）。75

歳以上の高齢者世帯の約7割は公的年金等のみで生活しており、全体の半数の910万人の公的年金等は年100万円未満という現状です。同世帯の貯蓄額も300万円以下が全体の約35%を占め、「貯蓄なし」も約17%。まさに、年金では暮らせない、働かないと暮らせないが実態です。

高齢者は複数の病気を持ち、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が極めて重要です。しかし、厚労省が利用する「長瀬指数」によれば、窓口負担ゼロの時と比べ、2割負担で30%、3割負担では40%、医療が必要な人の受診が減少し、医療保険の給付が削減されます。高齢者の受診抑制や受診中断が進むことは、病気の悪化、重症化を招くばかりか、将来への不安を増長させることとなります。

医療には支払い能力と関係なく必要が生じるという大原則があります。所得があるから重い

病気になるということではありません。

年齢ではなく、所得の多寡に応じた窓口負担とするのが公平だという理由で、所得が一定程度あるからと窓口負担を引き上げることが、合理性があるのかのように見えます。しかし、見かけの窓口負担を引き上げると、高齢者の実質的な負担は何倍も重くなり、逆に不公平になります。受診抑制・中断につながることは明らかです。そのため、高齢者の窓口負担は軽減されてきたのです。支払い能力に応じた負担（応能負担）は、窓口負担ではなく、税と保険料にこそ求めるべきです。

厚労省は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ないか。過度な受診抑制を招かないか」との見解を示しています。全国後期高

齢者医療広域連合協議会も、国への要望書（2019年6月12日）で、「（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、少なくとも現状維持を基本とする」ことを求めています。

今年度から厚労省は、高齢者の「予防・健康づくりの一体的実施」に取り組んでいます。75歳以上の高齢者を中心に、市区町村が主体となって、病気の予防・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始まります。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」を進めるとしています。窓口負担の2割負担化は、こうした取り組みにも逆行するのではないのでしょうか。

高齢者にとって医療と介護は一体であり、窓口負担の引き上げは、親を支える現役世代の生

活も危うくします。受診抑制・中断によって要介護状態になっても、国は介護施設への入所制限などを行ってきたため、在宅介護になるケースが多いと考えられます。介護のために仕事をやめる介護離職は年平均で10万人にのぼり、うち女性が80%を占めています。働きながら介護をする人も346万人にのぼっています。高齢者の窓口負担増が介護離職の増加につながるの

は明白です。高齢者は、①平均所得が低いうえに年とともに所得が減っていく、②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、③年齢とともに患者負担額が高くなっていく——こうした実態・特性を無視し、いのちと健康を壊し、生活破綻に追い込む2割負担化は撤回するしかありません。

医療費の別会計をやめ 保険料の軽減を

現在、75歳以上の高齢者は国

民の7人に1人にあたる1800万人です。後期高齢者医療制度の医療費は17・7兆円で、うち医療給付費は16・3兆円、患者負担（1割と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、2018～2019年度は全国平均で年間約7万円となっています。国は「制度の定着」を強調していますが、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といえます。

制度の改善として、後期高齢者医療制度の公費負担割合を現在の47%から引き上げ、定率国庫負担（24%、3・7兆円）を抜本的に増額することが不可欠です。全国後期高齢者医療広域連合協議会も要望書（2019年6月12日）のなかで、「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」を求めています。

さらに、公費負担の対象から除外し、公費削減分を現役世代の保険料（支援金）負担に肩代

わりさせている「現役並み所得者」については、公費負担の対象とすべきです。

「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です。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ことを、ねばり強く要求していくことが大事です。

とくに、所得に応じた公平な保険料をめざし、保険料は所得割と均等割の折半とはせずに、所得に応じた保険料の部分を増やすことが必要です。

後期高齢者医療制度の運営が住民から離れた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ります。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、意見をあげていくことが重要になっていきます。

なによりも、75歳以上の医療費が別会計という要の部分を変

わらなければいけません。

以前の老人保健制度は、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」（各医療保険が共同して、高齢者医療費の財源を賄う）という仕組みでした。こうした仕組みを活かすことで、保険料の限らない引き上げ、75歳になったとたん家族の医療保険から切り離されることもなくなります。

高齢者を前期と後期に区分するのではなく、老人福祉法第1条の目的や第2条の基本的理念、国連における高齢者人権条約制定の議論などを踏まえ、年齢による差別を禁止し、いのちと尊厳が守られる権利を保障する高齢者医療制度改革に向けた検討に踏み出すべきです。

「全世代型社会保障」許さないたたかいを

2019年12月にまとめられた全世代型社会保障検討会議の

中間報告は、「人生100年時代の到来を踏まえて、働き方を含めた改革を行っていく」とこととあわせ、「年金、医療、介護全般にわたる改革を進める」ことを強調しています。全世代型社会保障改革とは、「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」で——を掲げ、働き方改革と社会保障改革とを一体的な枠組みで進め、制度改悪・解体の道へ大きく踏み出そうとするものです。

社会保障改革では、長く働き続けて税金や社会保険料を納めてくれる高齢者を増やすには、健康であることが前提だとし、病気の予防と健康づくりへの自助努力を求めています。年金制度も、働く高齢者に合わせて変えていこうとしています。高齢者を安上がりに使える働き手として活用しようとする安倍政権の成長戦略のもとで、生涯現役で働き続けることが半ば強制される社会になりかねません。

しかし、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して、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」を求めています（内閣府「国民生活に関する世論調査」2019年8月公表）。

人としての尊厳を守る社会保障を、年齢や世代によって、支える側と支えられる側に線引きするのは適切ではありません。社会保障を支える税金と社会保険料は、個人も法人も所得に応じて公平に負担するという仕組み——応負担原則の徹底が喫緊の課題です。

【参考資料】

- ・日本総合研究所調査部主任研究員・飛田英子氏、『JRIレビュー』2018 Vol.17 No.55
- ・参議院厚生労働委員会調査室・吉岡成子氏、『立法と調査』2009.1 No.288
- ・厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会資料、医療保険に関する基礎資料

図表 1 各国における高齢者医療

日本総合研究所調査部主任研究員の飛田英子氏は、「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」と指摘する。（「JRI レビュー 2018 Vol4. No55」）

	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。
 ※アメリカには全国民対象の公的医療保険制度はない。

図表 2 後期高齢者医療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)

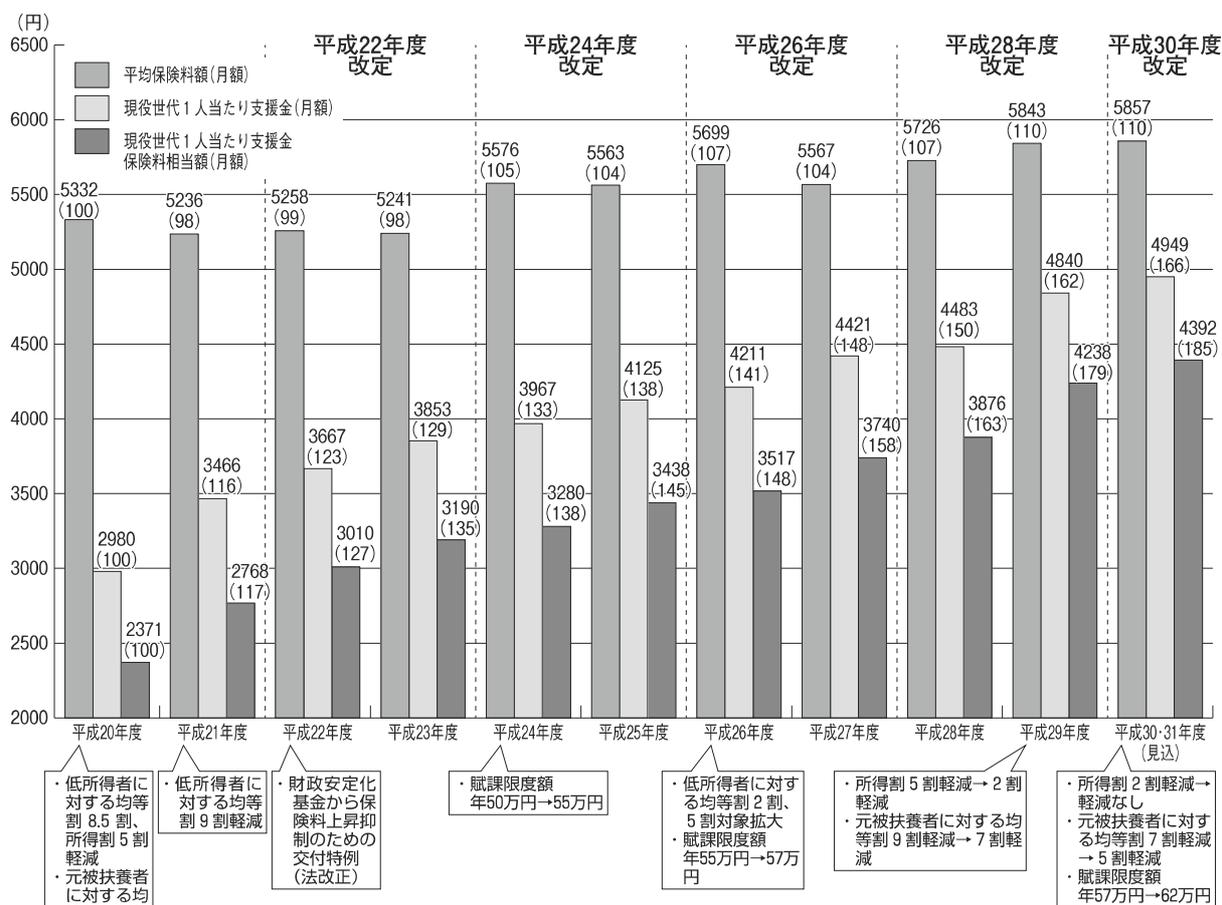
【後期高齢者医療制度全体の財源構成】 = 16.3兆円 (医療保険に関する基礎資料(2016年度)をもとに健保連で推計)

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		

図表3 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 → 2017年4月に2割軽減 → 2018年4月に廃止
 ▽扶養者の均等割9割、8.5割軽減 → 2017年4月に7割軽減 → 2018年4月に5割軽減 → 2019年4月に廃止
 ▽均等割8.5割軽減 → 2020年度7.75割 → 2021年度7割
 ▽均等割9割軽減 → 2019年度8割 → 2020年度7割

図表4 後期高齢者医療制度の保険料の推移

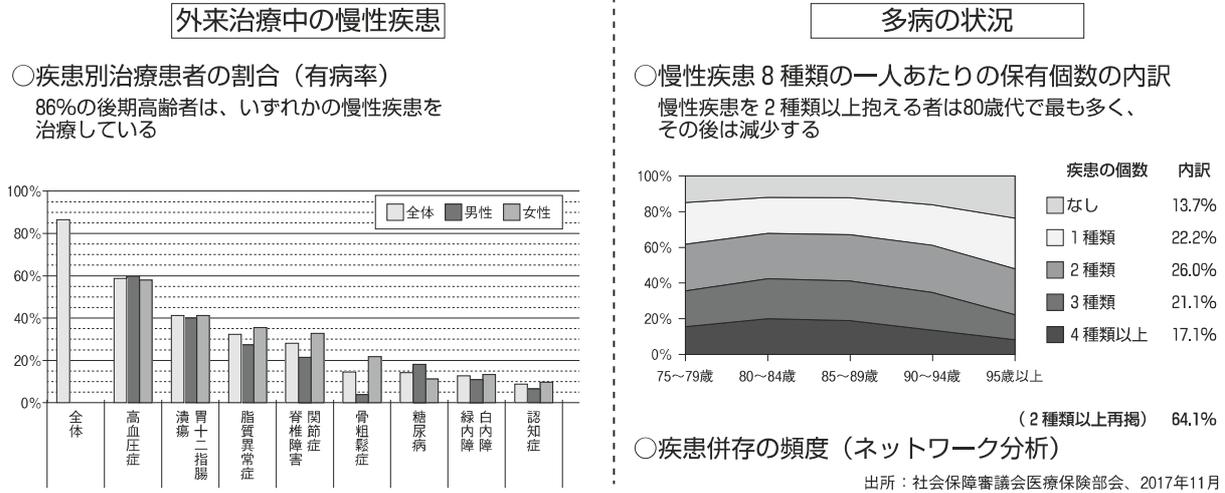


	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30-31年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (113)	82.9万円 (116)	84.3万円 (118)	84.6万円 (118)	85.5万円 (120)	85.8万円 (120)	87.5万円 (122)	86.1万円 (120)	-	-
高齢者負担率	10.00% (100)		10.26% (103)		10.51% (105)		10.73% (107)		10.99% (110)		11.18% (112)

出所：社会保障審議会医療保険部会、2017年11月

図表5 高齢者の健康状態・疾病の特性

○後期高齢者の86%は、外来で何らかの慢性疾患を治療
 ○後期高齢者の64%は、2種類以上の慢性疾患を治療



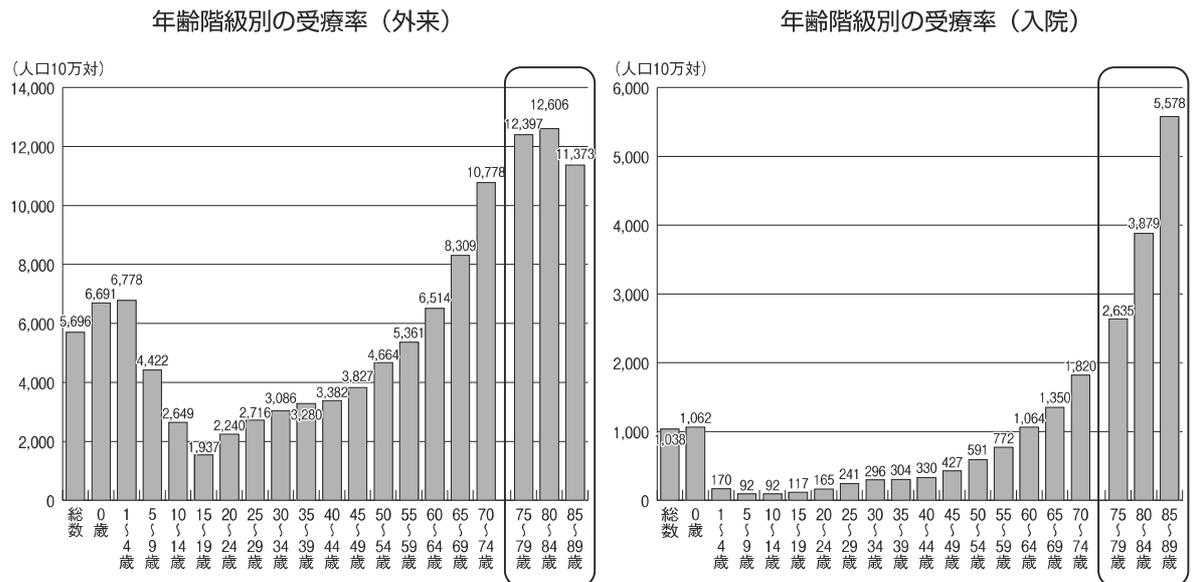
※生活機能も75歳以上で急速に低下し、買い物、外出等の生活行為ができなくなる傾向がある。

図表6 75歳以上の高齢者（被保険者1人当たり・1年間）と75歳未満との比較

▽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。

- 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と。
- 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大きい傾向にある。



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

※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4万4000円）より、1.7倍も多い年7万4000円。

図表7 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

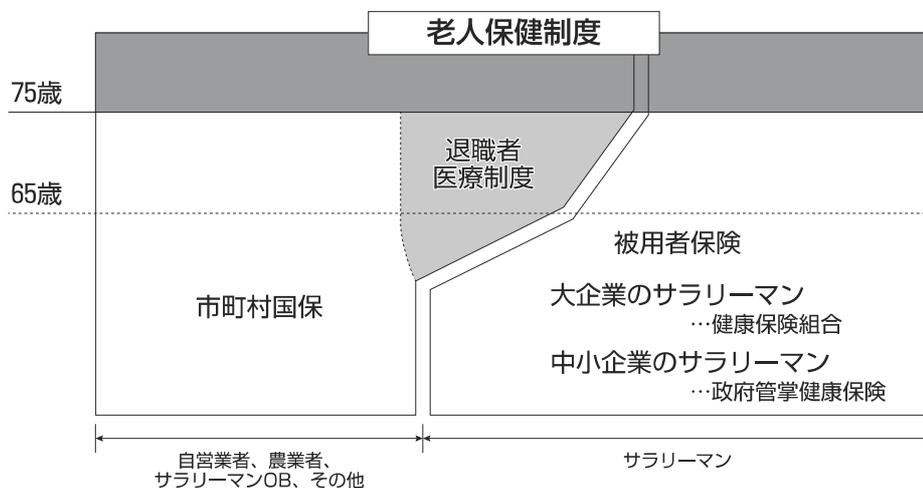
- ・後期高齢者1800万人のうち、「所得なし」が51.8%、所得200万円未満が9割以上を占めている。
- ・後期高齢者の世帯の約7割は公的年金等のみで生活。910万人の公的年金等は年100万円未満。
- ・後期高齢者の世帯の貯蓄額は、300万円以下が全体の約35%を占め、貯蓄なしが約17%に及ぶ。

所得額階級		全被保険者
総数（所得不詳を除く）		%
所得なし		100.0
～ 30万円未満		51.8
30万円以上	～ 50 //	8.5
50 //	～ 100 //	4.5
100 //	～ 150 //	9.5
150 //	～ 200 //	9.8
200 //	～ 250 //	7.1
250 //	～ 300 //	3.1
300 //	～ 400 //	1.5
400 //	～ 500 //	1.5
500 //	～ 700 //	0.8
700 //	～ 1,000 //	0.7
1,000 //	～	0.5
所得不詳		0.8
1人当たり所得額 (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）

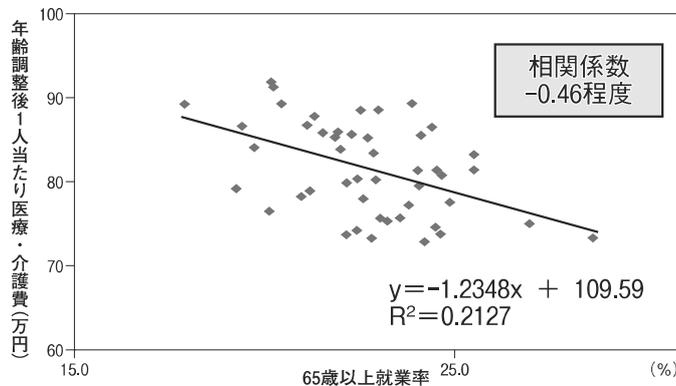
図表8 かつての老人保健制度の財政負担の仕組み

- ・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。



図表9 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

65歳以上就業率が高い都道府県は1人当たり医療・介護費は低い傾向



出所：2018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——という実証的研究は行われていない。

図表10 予防の投資効果

- ・国民の健康状態が動的に変化する(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。
- ・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)。

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3588万人のうち、就業者は862万人(24%)を占める。

出所：総務省 2018年度労働力調査

図表11 大企業と富裕層にこそ、所得に応じた公平な負担を

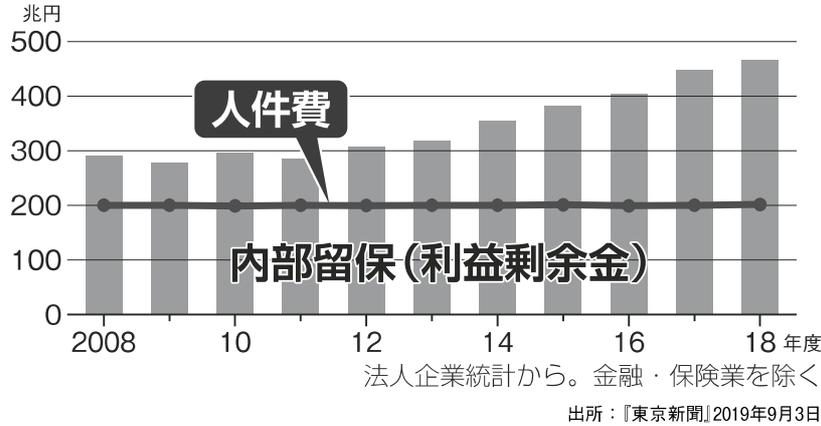
1990年度と2018年度の財源内訳

	所得税 最高税率70%	法人税 40%	消費税 3%	その他
1990年度 60.1兆円	26.0兆円	18.4兆円	4.6兆円	11.1兆円
一般会計 税収	-6.1兆円	-6.1兆円	+13兆円	
	所得税 最高税率45%	法人税 23.2%	消費税 8%	その他
2018年度 60.4兆円 過去最高	19.9兆円	12.3兆円	17.6兆円	11.6兆円

出所：『羽鳥慎一モーニングショー』

図表12 増え続ける企業の内部留保と横ばいの人件費

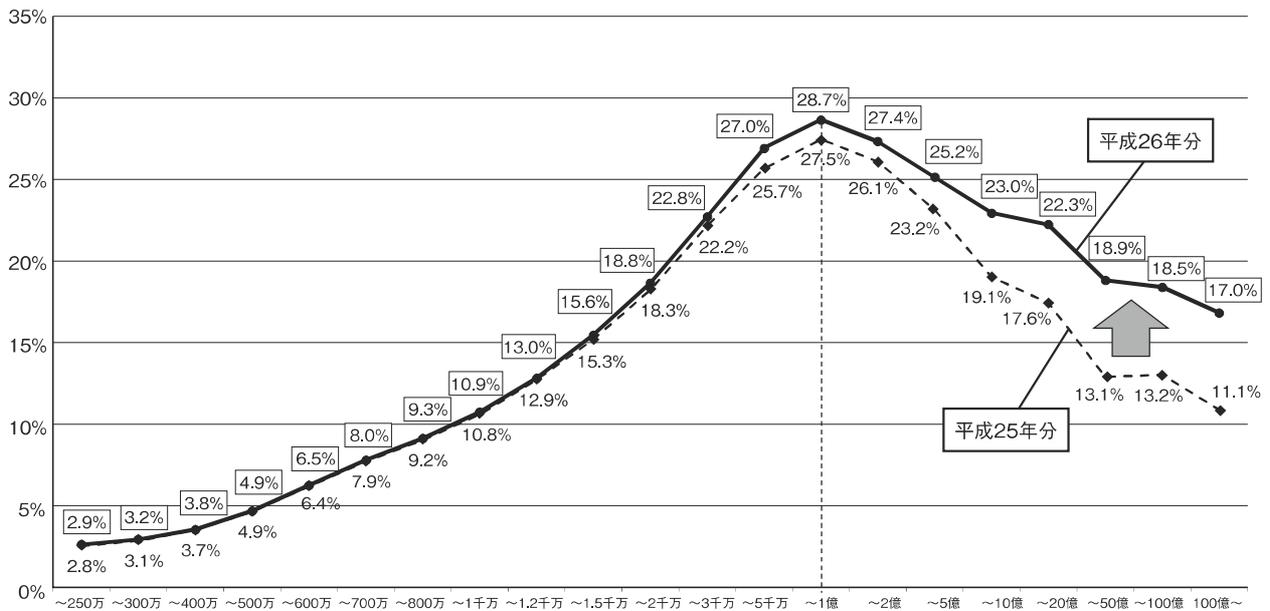
▽2018年度の内部留保は、7年連続最高の463兆円
 ▽賃金に当たる「人件費」は、2018年度は約208兆円で、2008年度の約197兆円に比べて5.6%の増加にとどまった。
 ▽企業の利益のうち、賃金などに回された割合を示す「労働分配率」は、10年間で74%から66%に下落している。



図表13 富裕層の「純金融資産」総額が大幅に増加

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。

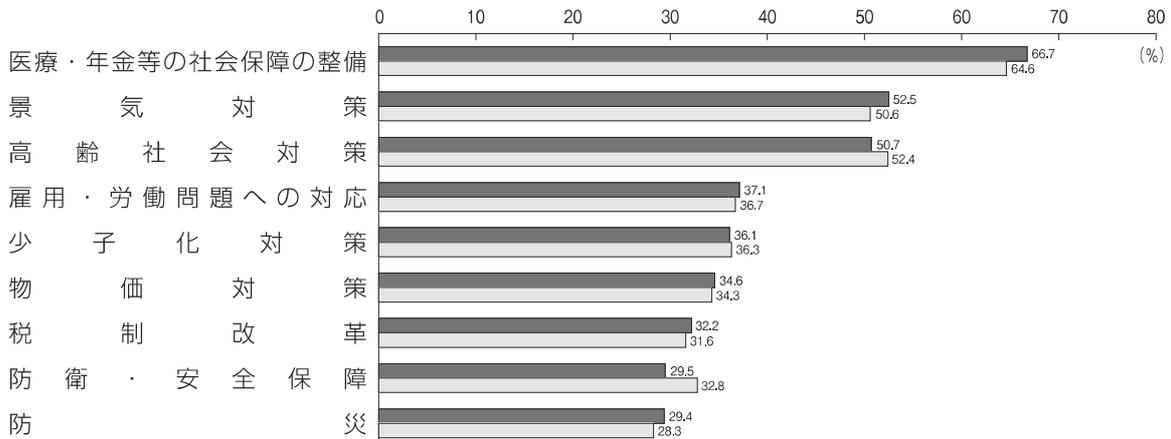


(備考) 国税庁「申告所得税標本調査 (税務統計から見た申告所得税の実態)」(平成25年分・平成26年分)より作成。

(注) 所得金額があっても申告納税額のない者 (例えば還付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

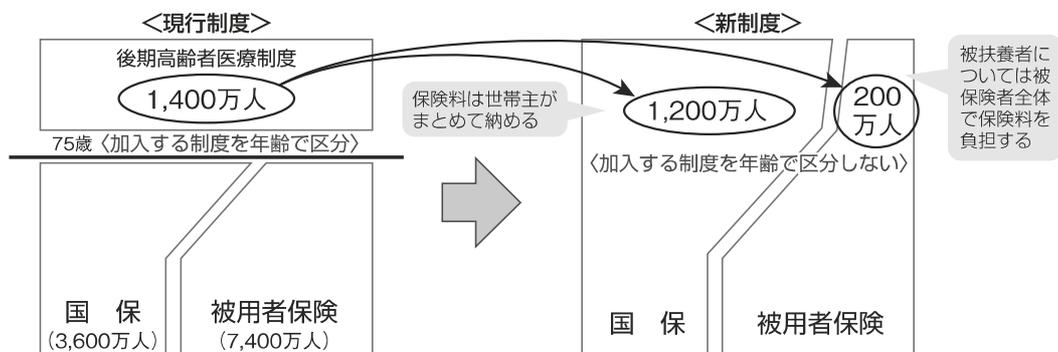
図表14 国民の7割が社会保障の拡充を求めている



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）

図表15 【参考資料】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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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が発生。 								
高額療養費	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <p>【具体例】</p> <table border="0"> <tr> <td>世帯主（75歳）</td> <td rowspan="2">}</td> <td rowspan="2">(国保)</td> <td rowspan="2">➡</td> <td>44,400円（後期）</td> </tr> <tr> <td>世帯員（74歳）</td> <td>44,400円</td> <td>44,400円（国保）</td> </tr> </table>	世帯主（75歳）	}	(国保)	➡	44,400円（後期）	世帯員（74歳）	44,400円	44,400円（国保）
世帯主（75歳）	}	(国保)				➡	44,400円（後期）		
世帯員（74歳）			44,400円	44,400円（国保）					
健康診査	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。								



※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、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。