

二木立・日本福祉大学名誉教授

75歳以上の中所得2割への引き上げに反対する4つの理由

- ①「応能負担原則」は保険料、租税負担にのみ適用される
- ②医療には「受益者負担原則」を適用すべきでない
- ③後期高齢者の医療費は非高齢者の約5倍

④後期高齢者の負担増のうち現役世代の負担軽減にまわるのは2割弱、という4点について説明する。

・サービスは所得の多寡によらず平等に給付を受けるのが社会保険の原則。「社会保険においては能力に応じて負担し、ニーズに応じて給付するという原則に従うのが望ましい」（堀勝洋上智大学名誉教授）。これは厚労省の社会保障制度審議会の1962年勧告が出発点。

・日本医師会医療政策会議も「報告書」において、「社会保障における能力に応じた負担という考えは財源調達面に限るのであり、生活リスクに直面してニーズが顕在化し、給付をうける段階で自己負担率に差を設けるのは社会保障理念にそぐわない」「応能負担は本来保険料、および税で求めるべき」2割負担導入は「限定的にしか認められない」と述べている。

・厚労省もこの原則を1990年代までは遵守していた。

・なお、私は賦課対象に金融資産も含めるべきと考える。2/3の金融資産が高齢者に集中している。これを対象にすれば租税収入増える。

・一般的に「一部負担は患者と患者でない健康な人との公平を確保する」「受益者負担原則」から説明される。しかし、医療における「受益」とは病気からの回復・改善である。つまりマイナスから正常に近づくことで、消費者が一般のものやサービスを利用して得るプラスの利益とはまったく異なる。

・後期高齢者の1人当たり年間医療費は91.9万円で、65歳未満の18.8万円の4.9倍であり、仮に2割負担を導入すると、年間自己負担額は65歳未満の3.3倍になる。これではとても「公平な負担」といえない。

・長期にわたり頻繁に受診が必要な外来患者には配慮措置があるというのが法施行後3年間の時限的もの。また、4月14日の大臣答弁で2割負担の対象拡大は政令で行われるとされた。

・配慮がなされても、長瀬指数をもちいた推計によると、受診日数は2.6%減少との結果だ。コロナ危機で心理的・経済的に疲弊している高齢者を狙い撃ちにした負担増方針を打ち出せば、コロナ危機ですでに生じている受診控えを加速し、医療機関の経営困難をさらに悪化させる。

・受診抑制による健康影響について国内では厳密な実証研究はまだない。なぜなら日本の従来の研究では「平均値」の検討しかなされていないからだ。

・米・ランド研究所の1970年代の「医療保険実験」では患者負担は貧困の人、疾病ハイリスクの人々の健康状況を悪化させるとの結果が得られている。しかし、これらの人は調査対象の中では少数のため、この実験でも平均値でみると健康悪化は見られなかった。

・削減される給付費1930億円の中心は「公費」1010億円で、支援金740億円より多くなっている。その上、現役世代の負担軽減には事業主負担の減も入っており、実際には350億円にとどまる。わずか18.1%に過ぎない。一人当たりになると年間約350円、月30円だ。一方2割負担となる後期高齢者の負担増は外来患者の負担額でみると経過措置の間でも100倍の月3000円。このように後期高齢者のなかでも不幸

にして病気になってしまった方に対する集中的な負担増はとて「公正」とは言えない。現役世代の事情は深刻。しかし「保険料負担の上昇を少しでも減らしていく」ことによる是正は不可能。むしろ給与を増やし、正規雇用を増やし、住居費や教育費への公的補助・支出が不可欠。今回の負担増は課題から目をそらす「偽情報」(レッドヘリング)であり現役世代の負担軽減をダシに使った、公費、企業負担からの「コスト・シフティング」である。

住江憲勇参考人(保団連会長)

反対の立場から意見を述べる。コロナ禍で後期高齢者の窓口負担を引き上げることはショックドクトリンそのもの。大企業・富裕層に富を集中させる一方で、国民に負担を与えることは許されない。現在は所得再分配機能の脆弱さを一歩でも二歩でも改善することが必要だ。40年来の新自由主義的運営がコロナ禍で一層露呈した。所得再分配機能は長年にわたって労働者が勝ち取ってきた財産であり、時の政府によって侵されるものではない。

医療に早期診断・早期発見・早期治療が求められるのは大前提だ。その意味では、窓口負担の引き上げは医療の基本原則と真逆の制度改革だ。応能負担は窓口負担でなく、税金・保険料に求めるべきだ。

現在の制度が正しく公平なものになっているのかを考えるべきであり、是正が求められる。高齢者は1割負担の現在でもすでに負担が重い。一人当たりの年間収入は少なく、窓口負担の負担額も複数科の受診等でより高くなっている。一人当たり年収に対する窓口負担の割合では、比率にすると現役世代の2~6倍の負担がある。また、後期高齢者の中で現役並み所得者はすでに3割負担だ。

年収200万円とする所得基準は法案には明記されておらず、政令によって決めるため、対象年収の引き下げは必至だと考えざるを得ない。75歳以上の個人の年収分布をみると、平均値は166万円。中央値は130万円。負担増の対象となるのは圧倒的多数を占める中低所得者だ。政府は、家計調査によると年収200万円の高齢者は年間12万円の余裕があるとしているが、一度入院すればなくなる額だ。また、高齢者はかなりの資産を有しているとの指摘もあるが、これは納税後の結果であり、懲罰的に課税強化を行うことは税制上あってはならない。

世帯主が75歳から79歳の無職の夫婦世帯の平均をみると、月収入23.3万円に対して月支出は25.5万円であり、すでに2.2万円の赤字だ。これは貯蓄から切り崩している状況だ。貯蓄がない世帯も2割ある。日本の社会保障費は対GDPで約22%。約120兆円だ。対GDP比で32%のフランスと比較すると10ポイント少ないが、この内訳をみると、国民負担は同程度。公費負担が3%、企業負担は7%少ない。ここを是正することが喫緊の課題。

最後に患者からの生の声を紹介する。当事者から、「これ以上医療費が増えると安心して病院に行けなくなります。生活費も考えなくてはならなくなります」「年金は減っていく。消費税は上がる。医療と介護の負担は増える。年寄りには長生きすると言われていたようだ」「年金だけでは、これから先、体が弱りますます病院通いが増えるのに生活できなくなります。国はもっと、年金生活者の心細さを知ってほしい」「年金収入のみで75歳からやっと医療費が1割になると期待していましたが、2割負担では年々減ってゆく年金収入に占める割合が大きくなりまともに受診ができるか不安ばかりです」。現役世代から、「高齢の親がいるので医療負担が大きくなると、私の負担に不安があります」「年齢を重ねるたびに医療費の負担が重くなっていくのに、さらに負担を増やすことに不安しかない」「給料が下がる中、高齢の親を持つものとしては、医療費や介護保険利用料のアップは、大変な負担になります。いずれは私自身の受

診も控えなくてはいけなくなるので、1割負担は維持の方向でお願いしたいです」。コロナ下で、「この時期に医療費2割負担を宣言する政府の冷酷さに唖然としました。コロナの流行で国の方針が明確に見えた思いです。弱者を切り捨てる政府に対して怒りが止まりません」「コロナの影響で、生活が苦しくなる方で、窓口負担がこれ以上増えると、病気になっても、診療がうけられなくなる。コロナでも医療機関へ受診しづらいのにますますうけにくくなって、年金暮らしをしている方は、うえ死にする方もでてくるようになるのでは？とても困った世の中になる」「国民の収入は減っているのに、医療費が高くなって、治療を受けたいけれど受けられない人々が多くなるのは反対!!まずは新型コロナ対策を早く行い、感染拡大を防ぐ。病気の人から多くの負担金をという考えは、弱い者いじめです」。切実な声に耳を傾け、徹底的な審議と負担増の中止を求める。

この他、健保連、全国市長会の参考人が賛成の立場から意見陳述を行った。

中島克仁委員（立憲） 10：30～10：45

受診抑制による健康への影響懸念

中島 新型コロナの長期化で受診抑制がさらに進む。認知症の悪化や介護度の重度化など受診抑制による健康被害について教えてほしい。

二木 この問題は、自己負担の拡大による受診抑制と、どの程度健康被害に影響を与えるかの2段階に分けて考えるべきだ。受診抑制が起きることは間違いない。特に低所得者で起きる。1984年に健康保険法の抜本改革が行われ、1割負担が導入された。それから1年間で、日雇い労働者の受診率が20%下がったことは証明されている。受診控えが重症化につながることを裏付ける明確なデータは日本にない。データがないだけで存在はある。病気が大変重い人と大変貧しい人は少数派であり、平均では均される。自己負担を増やすのであれば調査しないといけない。健康状態への影響がわからないのでは困る。

住江 以前から経済的理由による受診控えはあった。5年前に行った受診控え・治療中断事例に関する調査では、医科で35%、歯科では55%の医師・歯科医師が「経験ある」との結果が出た。この間、消費税増税に加え、コロナ禍による受診抑制が起きた。内科では、認知症、慢性疾患、糖尿病の悪化。社会的活動の抑制もあり、認知症の悪化は深刻だ。歯科では歯周病の悪化が顕著だ。受診控えと治療中断は低診療報酬政策と相まって、医療機関経営も逼迫している。国民皆保険制度と医療の非営利性を守るためにも財政措置が必要と考えている。

中島 健康被害に関するデータを示すべきだということに共感する。健保連として、コロナ下で課題が山積していると思うが、保険料設定のあり方について、立憲提案の賦課限度額の引き上げへの意見を伺いたい。

佐野 立憲の対案である保険料負担の見直しは一つの考え方として有り得ると考えている。しかし、保険料負担の見直しをすれば自己負担の見直しをしなくよいというわけではない。今後現役世代が置かれる危機的状況を考えると、2割負担を導入し、現役世代の負担軽減と保険料負担のあり方などを次期改革の中で議論してほしい。

宮本徹委員（共産） 11：00～11：15

財源確保について

宮本 どこから財源を確保するのかという議論になる。租税・保険料負担のあり方について問いたい。

住江 コロナ禍で、大資産家や大企業への課税強化と消費税減税の国際世論が高まった。しかし、当時の安倍政権は大企業・富裕層に財政出動した。バイデン米大統領が法人税の引き上げを打ち出し、56カ国で消費税減税が決断されている。これが世界の趨勢だ。財源を求めるべき場所は明白だ。

受診抑制の影響

宮本 日本では、受診抑制は今でもあるということだ。ランドの調査では、疾病の種類はわかるか。

二木 貧しい人はそれだけで受診が下がり健康状態が悪化する。糖尿病や心不全といったハイリスクな疾病が挙げられる。国内では厳密な調査はないと言ったが、厳密でないものの良い調査はある。日医総研が3年に1回、国民の医療に関する意識調査。2017年と2020年。病気があるのに一年間に受診できなかった例はありますか。所得格差が出ている。全体では5%だが、家計所得が200万円未満では10%近く高い。2012年の日医総研調査では、自己負担割合で調べている。自己負担が1割の人は、「受診できなかった」が5%。2割負担は10%超。受診を控えて体調が悪くなった割合は、1割負担で5%だが、2割になると1割程度にアップした。患者負担が多いほど、主観的健康観が悪くなるということはわかっている。

長瀬効果による給付減の額について

宮本 給付費減2160億円のうち、長瀬効果で1050億円の給付減が起きる。必要な医療が抑制されるのではないかと思うがどのように思うか。

佐野 データとして把握できていない。見えない部分ではあるが、さまざまな措置を講じているため、受診行動の変化はあっても必要な受診が阻害されるものではないと考えている。

前業 受診抑制がないというわけではないと思っている。最小限にとどめるように作られている。現場で努力していきたい。

宮本 経過措置は3年間で終わる。この間の質疑で、所得基準を決める際に長瀬効果の数値を示さず決められたことがわかった。与党協議はやり直すべきだと考えるがどのように思うか。

二木 長瀬効果による抑制の数値は最近出された。12月に提出された医療保険部会の資料を見たら、小さい字で長瀬効果と書いてあった。今の示し方はダメだ。長瀬効果は、歴史的に見ればすごいが今となっては例数も少なく懐疑的だ。厚生労働省によると、係数は変えているようだ。方程式は同じだとしても、係数を変えてしまえば結果が変わる。計算式を出させた方がいい。戦前の数字をブランドだけで出すのではなく、健康の影響調査と同様に、オリジナルの長瀬指数と係数を変えたものを提出させた方がいい。数字はいくらでも嘘をつける。

住江 負担増による給付減は1880億円。長瀬効果が900億円。臨床の現場の実感として、受診抑制はもっとかかると認識している。国民は生活困難の中で日々の受診をためらい、治療中断し、食費を減らす状況にある。社会的固定費を引いた自律的消費部分で、可能な限り始末した結果、食費を削るしかない方々が現実にいる。そうした方々にさらなる負担増を求めてよいのか再考すべきだ。