

75歳以上の
医療費負担
2割化中止！

2.1 高齢者中央集会

10:30～

司会者挨拶 武市和彦（日本高齢期運動連絡会事務局長）

主催者開会挨拶 加藤益男（全日本年金者組合副中央執行委員長）

10:40～ 学習講演

「全世代型社会保障政策推進の中での高齢者の生活、その改善の課題」

講師：浜岡政好先生(佛教大学名誉教授)

12:00～ 高齢者中央集会

国会議員挨拶 各党から

各団体挨拶 全国保険医団体連合会

中央社会保障推進協議会

東京高齢期運動連絡会

集会アピール提案

閉会挨拶

2022年2月2日 衆議院第二議員会館第7会議室

中央社会保障推進協議会・全日本年金者組合・日本高齢期運動連絡会

全世代型社会保障政策推進の中での高齢者の生活、その改善の課題

浜岡政好(佛教大学名誉教授)

はじめに

◆岸田内閣の「新しい資本主義」と全世代型社会保障政策

この1月17日に開催された第二百八回国会の岸田首相の施政方針演説において、今日、「格差や貧困の拡大」、「持続可能性の喪失」、「都市と地方の格差」、「気候変動問題」、「健全な民主主義の危機」などへの危機感が高まっているが、それを受け、「市場に任せれば全てが上手くいくという、新自由主義的な考え方が生んだ、様々な弊害を乗り越え、持続可能な経済社会の実現に向けた、歴史的スケールでの『経済社会変革』の動きが始まって」おり、「成長と分配の好循環による『新しい資本主義』によって、この世界の動きを主導」と述べた。

現在の危機を「公平な分配が行われず生じた」とも述べているから、公平な分配や再分配が強化され、深刻な国民生活の現状が少しは改善されるのではという淡い期待も生じている。

では、この「新しい資本主義」は社会保障をどのように取り扱おうとしているのであろうか。岸田首相は第2次岸田内閣が発足する前日の2021年11月9日には、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、社会保障全般の総合的な検討を行うため、全世代型社会保障構築会議」を開催している。そこで首相は「子供から子育て世代、お年寄りまで、誰もが安心できる全世代型の社会保障を構築していくことは、私の掲げる分配戦略の大きな柱」とした上で「全世代型社会保障の実現に向けては、どんな働き方をしても安心できる勤労者皆保険*の実現や、効率的で、質が高く、持続可能な医療提供体制の実現など、課題は山積」しており、会議の議論をも踏まえて取り組みを進めると述べている。

つまり安倍内閣でスタートし、菅内閣で引き継がれた全世代型社会保障改革は岸田内閣にもしっかりと受け継がれたということである。成長至上主義のアベノミクスの下で成長の手段としての性質を強めてきた全世代型社会保障政策が、分配重視の「新しい資本主義」とどのように整合するのだろうか。今後の全世代型社会保障政策の実態は、逆に分配重視の「新しい資本主義」と標榜されているものの内実を可視化させる試薬のような役割を担うことになる。

◆今日お話しする3つのこと

1つは、全世代型社会保障政策はどのような政策なのか、社会保障をどのように変えようとしているのかを見ることである。1980年の「第二臨調」による老人医療の無料制度の廃止から今回の全世代型社会保障政策までの約40年間にわたる権利としての社会保障の解体・変容の軌跡を振り返りながら、われわれの現在の立地点を押しえて、この全世代型社会保障政策とは何かを読み解いてみたいと思う。

2つは、同じ期間に権利としての社会保障の解体・変容によって勤労者生活のあり方、特に高齢期の生活は、高齢化や家族形態の変化ともあいまって、厳しい状況に直面してきました。2000年以降には、社会保障・社会福祉の応益負担をベースにした「商品化」・「市場化」の傾向が強め

られるなかで、就業からの引退期にある高齢期の勤労者の貧困問題が一層拡大することになった。その結果としての今日の高齢者の貧困広がりは、今進められようとしている全世代型社会保障政策の前提を覆すものであり、その政策の正当性を疑問視させるものと言える。このことを家計調査などのデータからみてみたい。

3つは、勤労者の高齢期、又は現在の高齢者の生活状態を改善するために、どのような課題があるかについて私見を述べることにする。具体的な課題はみなさんのそれぞれの運動を通して練り上げられていくものであるから、私の話は、今日の社会的・経済的状況の下での高齢期の生活が直面せざるを得ない生活課題とはどのようなものか、それに対してどのような社会保障など社会的な取り組みが必要とされているかを述べるにとどめる。

*「勤労者皆保険」:兼業や副業、正規や非正規など雇用形態にかかわらず働く人が皆加入できる制度。これは保険料負担者や保険金受取人を年齢で区切るのではなく、負担する能力のある人(収入がある人)が支える側に回る政策。

1. 「全世代型社会保障制度」政策とはどういう政策なのか

1) 「全世代型社会保障制度」政策の登場とその背景

① 「全世代型社会保障改革の方針」の閣議決定までのプロセス。

- ・2019年9月:全世代型社会保障検討会議スタート(安倍内閣)。
- ・2019年12月:中間報告とりまとめ。
- ・2020年6月:第2次中間報告とりまとめ。
- ・2020年12月:最終報告とりまとめ(菅内閣)

② 「全世代型社会保障改革」の背景は何か?

- ・前史としての「未来投資会議」(「Society 5.0」の具体化を図る成長戦略の司令塔)での議論がきっかけ。

2018年10月:成長戦略の重点分野として、「全世代型社会保障への改革」が検討⇒「生涯現役社会の実現に向けて、意欲ある高齢者に働く場を準備する。併せて、新卒一括採用の見直しや中途採用の拡大、労働移動の円滑化といった雇用制度の改革について検討を開始する」。⇒「骨太の方針2019」に反映:i)70歳までの就業機会確保、ii)中途採用・経験者採用の促進、iii)疾病・介護の予防として位置づけられる。こうして社会保障政策の中に高齢者などの雇用制度の「改革」がドッキング。⇒「全世代型社会保障検討会議」に継承。

- ・こうした背景から、「全世代型社会保障検討会議」の報告書に「年金、労働、医療、介護など社会保障全般」という言い方で、社会保障のなかに労働(政策)を入れていることの意図をしっかりと押さえておく必要がある。

2) 全世代型社会保障政策への転換の必要性はどのように説かれてきたか。

① 第1次「中間報告」(2019年12月)

- ・「これまでの社会保障システムの改善にとどまることなく、システム自体の改革を進めていくこ

とが不可欠である。」

- ・生涯現役(エイジフリー)で活躍できる社会
- ・個人の自由で多様な選択を支える社会保障
- ・現役世代の負担上昇の抑制
- ・すべての世代が公平に支える社会保障

②最終報告「全世代型社会保障改革の方針」(2020年12月)

- ・目指す社会像は、「自助・共助・公助」そして「絆」
- ・「大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割を踏まえて、社会保障各制度の見直しを行うことを通じて、すべての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代にひきついでいく。」
- ・「団塊の世代が 75歳以上の高齢者となり始める中で、現役世代の負担上昇を抑えることは待ったなしの課題である。…少しでも多くの方に「支える側」として活躍いただき、能力に応じた負担をいただくことが必要である。」⇒「高齢者医療の見直しの方針を示す。」
- ・「現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役中心というこれまでの社会保障の構造を見直し」⇒「全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支えあう『全世代型社会保障』への改革を更に前に進めていく。」

3)この間、具体化された全世代型社会保障政策の内容は何か。

- ・2019年12月の「中間報告」以降の「全世代型社会保障改革」の具体化の推移を見れば、多くは法改正等によって既に具体的に動き始めている。

- ①年金：i)受給開始時期の選択肢の拡大。受給開始時期の75歳への引き上げ。ii)厚生年金(被用者保険)の適用範囲拡大。iii)在職老齢年金制度の見直し。現行28万円→47万円へ。iv)私的年金の見直し。加入年齢の引き上げ。
- ②労働：i)70歳までの就業機会確保。ii)中途採用・経験者採用の促進。iii)兼業・副業の拡大。iv)フリーランスなどの雇用によらない働き方の保護の在り方。
- ③予防・介護：i)保険者努力支援制度の抜本強化。ii)介護インセンティブ交付金の抜本強化。iii)エビデンスに基づく政策の促進。iv)持続可能性の高い介護提供体制の構築。
- ④医療：i)医療提供体制の改革。ii) **後期高齢者の自己負担割合の在り方**⇒「一定以上の所得を有する後期高齢者の医療費の窓口負担割合を2割に引き上げる。」iii)大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大。
- ⑤少子化：i)不妊治療への保険適用等。ii)待機児童の解消。iii)男性の育児休暇の取得促進。

- ・このような全世代型社会保障制度に向けた「改革」はどのような特徴をもっているか。
- ・年金との労働の「改革」の中身からうかがえるのは、高齢者等のこれまで「支えられる側」として扱われてきた人びとを就業によって「支える側」に誘導する施策が強められていることである。この点については少子化対策も同様。ケアに携わっている女性の労働市場への誘導がポ

イントでとなっている。

- ・予防・介護では、予防・健康づくりを中心に据え、「自立」を促す支援、重度化防止に力点が置かれている。また医療ではあからさまに患者になることへの金銭的なハードルをあげることで利用抑制を促し、医療費の削減が企図されている。
- ・「全世代型社会保障」という名で推進されているこの「改革」の中身は、結局、この 40 年間ずっと行われてきた給付減・負担増のバージョンアップでしかない。そのことは今年度の「骨太の方針 2021」(2021.6.18)の社会保障のなかにも、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方なども含め、医療、介護、年金、少子化対策を始めとする社会保障全般の総合的な検討を進める。」とはっきりと述べられている。
- ・では、なぜ後期高齢者の自己負担割合の倍増が「全世代型社会保障改革」のターゲットとされたのか？

「団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく居住費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担をいただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題である。」(最終報告)

特定の後期高齢者の窓口負担を倍加させることが、なぜ、後期高齢者支援金の軽減、ひいては「若い世代の保険料負担の上昇」の減少につながるのか、明らかではない。厚生労働省の試算によると、後期高齢者の給付を 2025 年度に 2220 億円削減することで、後期高齢者支援金は 840 億円減少するが、そのうち現役世代の負担の軽減額は 400 億円となり、これを被保険者 1 人当たりになると、わずかに年間 357 円の減少に過ぎない。

- ・後期高齢者の健康と生活をどう見ているか？

「他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、自己負担割合の見直しにより、必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠である。」(最終報告)⇒この最も困難な層での給付減・負担増が「成功」すれば、次は前期高齢者へ、そして現役世代へと全世代への給付減・負担増が波及することになるのは火を見るより明らかである。

4) 全世代型社会保障政策は社会保障をどのように変えようとしているか

① 全世代型社会保障政策のロジックはどう組み立てられているか

- ・世代間扶養論の究極の形⇒「朝三暮四」から「朝三暮三」へ？

世代間扶養をベースにした騎馬戦型の「担い手」論から乗り手を減らし、「担い手」を増やす戦略への転換。労働の柔軟化を促進する「働き方改革」とセットの社会保障論。こうした方向は今後さらに強化され、岸田内閣では「勤労者皆社会保険」として推進されると思われる。

- ・全世代型社会保障政策に高齢者等の労働論が入っていることが意味するものは？
 - i) 70 歳までの就業機会確保の中身が示唆していることは、今後の給付減を大前提にして、それがもたらす生活費増、社会保障負担の増大に「耐え」られる高齢期の人生設計への強制的誘導。
 - ii) 70 歳までの就業機会の確保によって、年金等で非労働力化している部分を労働市場等に多様な就業として留めようとするもの。これは労働者人生の最後のステージを「名目的自営業」を含む不安定就業化させるだけではなく、その一番の狙いは「現役の間から多様で柔軟な働き方を広げることで、雇用の選択肢」を広げていくこと、すなわち、「大企業に伝統的に残る新卒一括採用中心の採用制度の見直し」、「通年採用による中途採用・経験者採用の拡大」、「フリーランスなど、雇用によらない働き方」の推奨にあることは明らかである。
 - iii) 「全世代型社会保障」を名乗るこの「改革」パッケージの先に待ち受けているのは何か？
この「担い手」増強論は、社会保障に頼らない暮らし方、社会保障負担に耐えられる暮らし方を推奨し、それを標準形とすることで、社会保障に頼れない状況を広げていく。こうした「自助」への転換とその肥大化は高齢者・高齢期だけではなく、全世代・全生涯にわたる勤労者の暮らしをさらに厳しい状況へと追い込むことになる。

②全世代型社会保障政策のロジックは社会保障の考え方として妥当なのか？

- ・この間の「改革」の中で繰り返し使われている、「現役世代への給付が少なく、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し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う『全世代型社会保障』」という考え方は社会保障論として果たして妥当なのだろうか。
- ・個人の生活周期や家族の生活周期を考えてみれば分かるように、幼少期や学齢期や就業期、老齢期はみんなつながっている。生涯にわたる個人や家族で対応できない生活問題・生活困難を社会的な力で解決しようとしたのが社会保障。特定のライフステージにおける保障の欠落、給付の欠如は生活生涯を危うくする。その意味では、社会保障はもともと生涯型・全世代型でしかあり得ない。だから、確かに報告書でも述べられているように「年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点」が重要。問題はその負担能力を「全ての世代が公平に支える」というように枠付けていることである。
- ・年金、医療、介護・福祉などの社会保障財源問題を、高齢者と現役世代の問題に視野限定した上で、現役世代の負担抑制と「公平な負担」を口実に高齢世代の負担強化を合理化しようとしている。しかし、これは「公平な」ことなのか。社会保障財源は社会保険料(被保険者+事業主)、公費負担(国庫負担+他の公費)などからなっている。また公費負担部分の税金は個人所得税、法人所得税、消費税、資産課税等となっている。これらが本当に「負担能力に応じた負担」になっているのか。消費税や法人税、課税最低限、社会保険料などに示されているように現状は応能負担になっていない。ますます負担能力のない高齢者など低所得層の負担が強められている。「全世代」という言葉は、大企業や富裕層など真の負担能力をもった存在を隠すための煙幕というしかない。

③全世代型社会保障政策と再分配

・再分配の2つの形 トニー・フィッツパトリック『自由と保障』(勁草書房、2005年)

i) 垂直的分配:「最終的な勝者から最終的な敗者への再分配」「扶助の給付は、高所得集団から低所得集団への再分配を意味している。」

当初所得と最終所得を比較すると、貧しいひとたちは租税システムや移転システムから利益を得ているが、豊かな人は最終的に損失を被っている。「しかし、このことは必ずしも垂直的再分配が行われたことを意味しない。極貧者が受け取ったものは、最も裕福な者から移転されたものとは限らない。貧しい方から 5 つの十分位の人たちは、基本的には自分たちへの給付に自ら出資しているからである。」

ii) ライフサイクル的再分配:「生産年齢にある人の大部分は、年金などのサービスをまかなうために、税金や保険料を払っているが、これは一生のうちで働けない時期に給付を受け取ることを期待してのことである。」

「人びとは、一生のうちで所得が比較的高い時期に、移転制度へ時たま『預け入れて』、所得が比較的低い時期にそこから『引き出す』。」「所得移転制度は『人生の豊かな時期にいるひと』から『人生の貧しい時期にあるひと』への再分配に成功している。とはいえ…大部分の給付は一生を通じて自分でまかなったものであり、他人から支払われたものではない。一生を通じて制度から受け取る平均 13 万 3000 ポンドの給付のうち、9 万 8000 ポンドは自分でまかなったものである。福祉国家が行うことのうち、約 4 分の 3 はこのような『貯蓄銀行』と視ることができる。」(ジョン・ヒルズ、1997年)

・再分配の日本的状況⇒税による垂直的再分配効果が弱く、ライフサイクル的再分配としての社会保険のウエイトが高くなっている。全世代型社会保障政策では、社会保険が「貯蓄銀行」であるにもかかわらず、所得が比較的低い高齢期になってもそこから「引き出す」ことができずに、「預け入れ」を続けるということになる。逆に所得が比較的高い現役時に、移転制度へ「預け入れ」もままならない状況にあるということで「預け入れ」を少なくすると高齢期になっても今度は「引き出し」がままならなくなる。こうして社会保障は制度としては「持続」しても限りなく縮小に向かい、生涯現役で働き続けないと生活が維持できない暮らし方になる。これが「全世代型社会保障」がもたらす近未来の姿である。

2. 老人医療無料化廃止から全世代型社会保障政策までの軌跡が示すもの

1980年の第二臨調に始まる社会保障の縮減は、石油ショック後の財政危機への一時的措置、緊急避難という口実で行われた。またやがて来る高齢社会の危機への予防的措置ともいわれた。しかし、この一時的措置はその後恒久化され、90年代以降にはグローバリゼーションへの対応へと大義名分が変更され、新自由主義の下で日本社会の高コスト構造の元凶として日本型雇用とともに社会保障がやり玉にあげられた。1995年の社会保障制度審議会の勧告は、日本の社会保障を新自由主義になじませるために、社会保障の根拠を憲法25条から「助け合い」へと変え、新たに21型の社会保障モデルとして介護保険を誕生させた。

2000年以降は商品化・市場化の先兵としての介護保険制度を軸に、社会保障諸制度が新自由主義化を強め、やがて介護保険だけではなく消費税と保険料等に依存した日本の21世紀型社会保障の仕組みは結局「税と社会保障の一体改革」に行き着くことになった。そして遂に「社会保障改革プログラム法」(2013年)では政府の役割として「自助・自立のための環境整備」を謳うまでになった。そして新自由主義による社会保障「改革」の仕上げとして「全世代型社会保障」政策の登場となったのである。

1) 老人保健法から介護保険制度の創出へ

① 臨調行革と社会保障政策

1980年⇒第二臨調設置の閣議決定。1981年⇒第二臨調設置(3月)。

第1・第2特別部会報告(老人医療費無料制廃止、教科書有償化、国家公務員定員5%削減、公社の民営化など財政合理化)を了承(6月)。⇒第1次答申(7月)。

※第1次答申:老人保健医療(i 老人保健法案の早期成立を図り、組合健康保険、国民健康保険等、保険者間の負担の公平化、患者一部負担の導入等を内容とする老人保健制度を早急に実施する。ii 同制度の実施に当たって、老人医療の特性を踏まえた合理的支払方式の確立、加入者数を重視した保険者間の適正な負担按分算定方式の設定、保健事業に係る費用の適正な徴収を図る。なお、老人保健制度において患者一部負担を導入した趣旨にかんがみ、地方公共団体は、単独事業としての老人医療無料化ないし軽減措置を廃止すべきである。)

1982年⇒老人保健法制定。1983年⇒老人保健法施行。

1989年 高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)。3%の消費税施行。

1994年 国民福祉税7%構想挫折(2月)。社会保障制度審議会将来像委員会第2次報告:介護育児支援、介護保険創設などを提言(9月)。新ゴールドプラン。地域保健法(保健所法改正)。高齢化率14.5%。

1995年⇒社会保障制度審議会「社会保障体制の再構築に関する勧告」:公的介護保険提言。

1997年⇒第2次橋本内閣6大改革(行政改革、財政構造改革、社会保障構造改革、経済構造改革、金融システム改革、教育改革)。介護保険法成立。消費税5%へ。

※臨時行政調査会による改革の手法

社会保障要求の高まりに対して、医療と福祉の領域でブレーキ。その手法は非民主的⇒財界5団体の責任者が「行革推進5人委員会」を結成し、議論をリード。財界の意向を反映した答申を内閣が忠実に実行。小泉内閣以降の「経済財政諮問会議」につながる仕組みを作ったといえる。

② 老人医療費の無料化とその崩壊(里見賢治『日本の社会保障をどう読むか』労働旬報社、1990年3月)

- ・「いわゆる老人医療の無料化は、岩手県沢内村が、1960年12月から乳児と老人(当初65歳以上、その後60歳以上)について、国保10割給付制度を実施したのが最初であるといわれている。その後、この制度は、…当時の革新自治体を中心として地方自治体に広がった。…それを国が追認する形で実施されたのが、1973年1月の老人医療費の無料化であった。

それは、医療保険制度上の制度ではなく、老人福祉法上の制度として実施されたもので、70歳以上の老人(同年10月からは65歳以上の寝たきり老人などもふくむ)が診療を受けたとき、その自己負担分を公費で負担する制度であった。」

- ・「この制度は、有病率が高いにもかかわらず、ともすれば経済的な理由から受診を避けがちな高齢者にとって大きな福音であり、医療を受ける機会を広げた点で高く評価できるものであった。」「しかし、この老人医療費の無料化は、わずか10年というきわめて短命に終わった。1970年代後半以降の「福祉見直し」の風潮は医療保障制度にもおよび、とくに老人医療費が医療費増大の元凶であるかにいわれるなかで、1983年2月から老人保健法が施行されて、老人医療についても定額の一部負担(通院1か月400円、入院1日300円、ただし2か月が限度)が導入され、ここに老人医療費無化は廃止されてしまったのである。」
- ・「医療をめぐる最近の政策は、医療費抑制を最大の目標とし、そのために一方では保険料や一部自己負担の引き上げなどの利用者負担を強め、他方では給付率の引き下げや受診の抑制を進めつつある。老人医療の無料化の廃止や一部自己負担の導入、さらにその引き上げは、まさにそれによって高齢者の受診を減らすことをねらいとしたものであった。」
- ・「こうした後ろ向きの政策の理由とされたのは、ここでも財政的な理由であり、国民医療費の増大や医療費負担の国民経済への重圧が強調され、『老人の受診が過剰で、病院の待合室が老人のサロン化している』などの「過剰受診」説が流され、ついにはほかならぬ厚生省老人福祉課長(当時)が「国が老人に金をかけるのは、枯れ木に水を注ぐのと同じだ」との放言まで伝えられる始末である(85年)」

③社会保障制度審議会「95年勧告」と介護保険制度の導入

- ・憲法型社会保障のリストラ処方箋:20世紀型の生存権保障から21世型の「選択権」保障としての商品化・市場化になじむ社会保障への転換。
- ・介護保険をなぜ推奨したか?
増大する老人医療費への対応として、老人保健制度の抜本的な見直しの要請。
社会保険と消費税の融合モデルとしての介護保険⇒「税と社会保障の一体改革」の牽引

2)新自由主義下の社会保障—「税と社会保障の一体改革」から「全世代型社会保障」政策へ

- 2000年 介護保険制度施行。「社会福祉基礎構造改革」の実施。
- 2005年 介護保険法改正:介護予防重視。居住費・食費の自己負担化。
- 2006年 高齢者医療制度の創設など高齢者医療制度の大幅な見直し。
- 2008年 「リーマン・ショック」。**後期高齢者医療制度開始**。「年越し派遣村」設置。
- 2012年 社会保障制度改革推進法。(税と社会保障「改革」の決着)。生活保護バッシング。
- 2013年 社会保障制度改革プログラム法。生活困窮者自立支援法。
- 2014年 医療介護総合確保推進法。消費税8%。
- 2015年 介護保険法改正:予防給付サービスの総合事業への移行開始。

2017年 地域包括ケア強化法。「地域共生社会」の実現に向けて-当面の改革工程-

2019年 消費税10%へ。「全世代型社会保障検討会議中間報告」(2019.12.19)

2020年 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正。「全世代型社会保障改革の方針」

①「老人保健法」の廃止と「高齢者医療確保法」(2008年4月)

・**後期高齢者医療制度の創設**。これまでの老人保健事業(健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練及び訪問指導)は、「高齢者医療確保法」による医療保険者が実施する特定健康診査及び特定保健指導と、「健康増進法」による市町村が実施する健康増進事業(健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練及び訪問指導)に分かれる。また生活機能評価は、介護保険の地域支援事業交付金の対象となった。

②アベノミクスと社会保障

・社会保障制度の範囲限定⇒市場化・再家族化へ誘導

・社会保障制度からの脱落・排除⇒生活保護層の増大と規制強化
生活保護制度の改正。保護基準の引き下げ。

・「社会保障をはじめとする公的サービスの産業化の推進」⇒「企業等が医療機関・介護事業者、保険者、保育事業者等と連携して新たなサービスの提供を拡大することを促進する。」
「医療、介護と一体的に提供することが効果的な健康サービスや在宅医療・介護の拡大に対応した高齢者向け住宅、移送サービスなどのニーズに応じた新たなサービスの供給を拡大する。」

※アベノミクス以降、社会保障の商品化・市場化が新しい段階に入った。社会保障を単に市場社会に馴染ませるだけではなく、さらに成長戦略の担い手として社会保障の「産業化」が進められる段階。資本主義の下での勤労者のさまざまな生活困難に対する社会対策としての社会保障が逆に金儲けのエンジンの役割を担わされている。

③「我が事・丸ごと地域共生社会」戦略から「全世代型社会保障」政策へ

この20年間は、社会福祉から公共性を希釈化させ、限りなく、社会保険＝準市場化、限りなく一般市場化へと誘導してきている。また社会福祉の担い手から公共性を希釈化させ、限りなく、民間営利企業の行動様式へと誘ってきている。

「95年勧告」以降の社会保障は、生身の互助が難しくなった状況を背景に、それを「共助」＝社会保険と読み替えて上から強制してきたが、その社会保険主義が行き詰まって、再度、生身の互助(相互扶助)を推奨。消費社会、個人主義をくぐり抜けた、今日の「再互助化」はどのような形をとることになるか。

3)約40年間の社会保障の軌跡が示すもの

①21世紀型社会保障モデルの介護保険の行き詰まり

・社会保障制度審議会「95年勧告」路線である社会保障の商品化・市場化の「成功」と破綻
社会保障の「商品化・市場化」の進展と社会保障のセーフティネット機能の縮小

・介護保険の縮小と延命 高齢化の進展のなかで対象の限定・排除。高齢者の経済状態と保険料等の乖離⇒介護保険料滞納、差し押さえ最多(65歳以上約2万人)。担い手の調達困難。

②再互助化＝自助か再公共化か

・社会保障の縮小と再互助化⇒「我が事・丸ごと地域共生社会」戦略へ
⇒地方自治制度改革における「公共私の連携」(公の仕事の代替としての地域組織)

・再家族化・商品化・市場化への対抗軸としての社会保障の再公共化

③社会保障運動の再構築

・利用者像の転換⇒消費者モデルから主権者モデルへ
・運動の担い手の再構築⇒勤労者・市民の「生活要求」としての社会保障要求の組織化

3. 全世代型社会保障政策は高齢者の生活に何をもたらすか

1) 社会保障の商品化・市場化の下での高齢者の生活

①高齢者世帯の所得状況

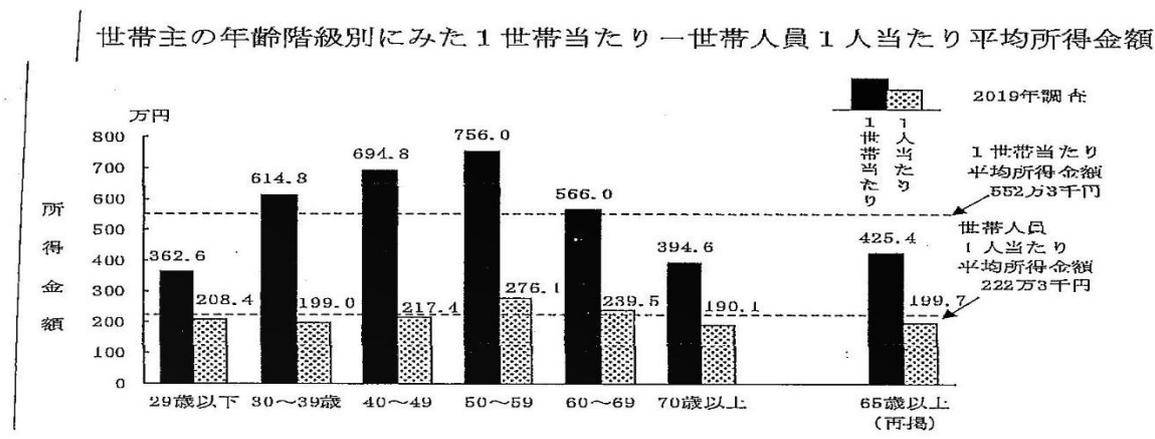
・「国民生活基礎調査」における高齢者世帯の平均所得金額の推移

	1985年	1998年	2000年	2005年	2010年	2015年	2018年
a 高齢者世帯	210.6	335.5	319.5	301.9	307.2	308.1	312.6
b 全世帯	493.3	664.2*	616.9	563.8	537.2	545.4	552.3
a÷b (%)	42.4	50.5	51.8	53.2	57.2	56.5	56.6

*全世帯の数値は1974年のピーク時のもの。高齢者世帯のピークとは4年ずれている。高齢者世帯のボトムは2003年の290.9万円である。

・世帯主の年齢別世帯当たり平均所得金額(2018年)

高齢世帯の平均所得金額は、70歳以上で1世帯平均394.6万円、世帯員1人当たりで190.1万円となっている。世帯平均では29歳以下層より若干高くなっているが、世帯員当たりでは最も少なくなっている。



・高齢者世帯の所得の種類は、公的年金が 63.6%と最も多く、次いで稼働所得 23.0%となっている。この間の年金事情を反映して、2015 年調査より公的年金の割合が 1.8 ポイントも低下し、他方で、稼働所得の割合が 1.9 ポイント増えている。年金の悪化を就業で補っているのである。

②高齢者世帯の収支状況(家計調査)

・世帯主年齢別 1 世帯当たり 1 か月の収入と支出(勤労者世帯、2020 年)円、(%)

	～59 歳	60～69 歳	70 歳以上
I 実収入	652426(100.0)	480418(100.0)	411279(100.0)
經常収入	620288(95.1)	454537(94.6)	391434(95.2)
世帯主収入	482049(73.9)	287522(59.9)	172811(42.0)
社会保障収入	18440(2.8)	79795(16.6)	168007(40.9)
II 実支出	433595(100.0)	374339(100.0)	303566(100.0)
1)消費支出	311667(71.9)	293865(78.5)	254993(84.0)
食料	79712(18.4)	79027(21.1)	77396(25.5)
住居	19048(4.4)	18968(5.1)	14630(4.8)
光熱水道	21440(4.9)	22831(6.1)	21467(7.1)
家具・家事用品	13547(3.1)	13036(3.5)	11479(3.8)
被服・履物	11435(2.6)	8104(2.2)	7833(2.6)
保健医療	12454(2.9)	15227(4.1)	14754(4.9)
交通通信	50870(11.7)	47170(12.6)	34906(11.5)
教育	20327(4.7)	4488(1.2)	1284(0.4)
教養・娯楽	27941(6.4)	23989(6.1)	19526(6.4)
2)非消費支出	121929(28.1)	80475(21.5)	48573(16.0)
直接税	50679(11.7)	32779(8.8)	24251(8.0)
社会保険料	71177(16.4)	47620(12.7)	24318(8.0)
年金	43810(10.1)	26161(7.0)	3209(1.1)
健康保険	23074(5.3)	16419(4.4)	12767(4.2)
介護保険	2987(0.7)	4240(1.1)	8079(2.7)

※加齢とともに、実収入、經常収入、世帯主収入は低下する。社会保障収入が大幅に上昇。

収入の低下に伴って、実支出、消費支出、非消費支出も減少している。

・70 歳以上の高齢者世帯での家計支出の特徴

実支出に占める消費支出の割合が高くなっている。平均消費性向の高さ。

実支出に占める比率が高くなっている費目：食料、光熱水道、家具家事用品、保健医療その他。

高齢になっても生活の維持コストは減少しない。むしろ保健医療などは上昇する。

世帯主年齢別 1 世帯当たり 1 か月の支出

	2000 年	2005 年	2010 年	2015 年	2017 年
75 歳以上					
消費支出	221673(100.0)	226212(100.0)	227552(100.0)	231920(100.0)	222395(100.0)
保健医療	10539(4.8)	15408(6.8)	14648(6.4)	14901(6.4)	14753(6.6)
医薬品	2055(0.9)	2354(1.0)	2885(1.3)	3049(1.3)	2890(1.3)
健康保持用摂取品	922(0.4)	2783(1.2)	1744(0.8)	1967(0.9)	1815(0.8)
保健医療用品・器具	2063(0.9)	2115(0.9)	1936(0.9)	1984(0.9)	2219(1.0)
保健医療サービス	5499(2.5)	8157(3.6)	8083(3.6)	7902(3.4)	7830(3.5)
59 歳以下					
消費支出	33777(100.0)	323796(100.0)	312031(100.0)	313975(100.0)	310766(100.0)
保健医療	10586(3.1)	11581(3.6)	10817(3.5)	10396(3.3)	10742(3.5)

医薬品	1725(0.5)	1567(0.5)	1799(0.6)	1767(0.6)	1816(0.6)
健康保持用摂取品	518(0.2)	1012(0.3)	841(0.3)	700(0.2)	732(0.2)
保健医療用品・器具	2434(0.7)	2445(0.8)	2358(0.8)	2423(0.8)	2564(0.8)
保健医療サービス	5908(1.8)	6557(2.0)	5820(1.9)	5506(1.8)	5631(1.8)

※後期高齢者の窓口負担を倍増させることの意味

60歳未満の世代の保健医療費の家計の位置、特に窓口負担である保健医療サービスの占める位置が75歳以上の後期高齢者と全く違うことを押さえておく必要がある。

世帯主無職世帯(2人以上世帯)1か月支出(2020年)

	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75歳以上
Ⅱ 実支出	309511(100.0)	302130(100.0)	276190(100.0)	242900(100.0)
1)消費支出	272108(87.9)	260145(86.1)	242579(87.8)	213303(87.8)
食料	76604(24.8)	75657(25.0)	73030(26.4)	65844(27.1)
住居	20957(6.8)	14016(4.6)	15825(5.7)	14520(6.0)
家具・家事用品	11516(3.7)	13407(4.4)	11147(4.0)	9619(4.0)
被服・履物	7794(2.5)	6253(2.1)	5185(1.9)	4285(1.8)
保健医療	16765(5.4)	17268(5.7)	16497(6.0)	15079(6.2)
医薬品	2942(1.0)	3495(1.2)	3360(1.2)	2951(1.2)
健康保持用摂取品	1118(0.4)	1345(0.5)	1484(0.5)	1663(0.7)
保健医療用品・器具	2568(0.8)	2550(0.8)	2100(0.8)	2472(1.0)
保健医療サービス	10131(3.3)	9879(3.3)	8007(2.9)	7993(3.3)
交通通信	36863(11.9)	35688(11.8)	30358(11.0)	22870(9.4)
教育	2059(0.7)	480(0.2)	168(0.1)	247(0.1)
教養・娯楽	23823(7.7)	25085(8.3)	21521(7.8)	17173(7.1)
その他消費支出	53451(17.3)	50521(16.7)	46908(17.0)	42838(17.6)
2)非消費支出	37403(12.1)	41985(13.9)	33611(12.2)	29597(12.2)

※世帯主が現役からの引退等で働いていない高齢者世帯の場合の家計支出を見ると、勤労収入がなくなった分、実支出も、消費支出も縮小している。75歳以上の場合、実支出に占める年金など社会保障収入は約8割になっている。

75歳以上の無職世帯に場合は、経常収入では実支出がまかなえず、預貯金の引き出しをしてつじつまを合わせている。

縮小した消費支出の中で、食料費の比率は60歳以降で最も高くなっている。(27.1%)

保健医療費も加齢とともに比重を増してきている。

③高齢者の健康状態と医療サービスへのアクセス

・高齢者の健康状態(国民生活基礎調査、2019年)

年齢別有訴者率(人口千人対)

	総数	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上
総数	302.5	157.1	194.6	249.3	268.4	309.1	338.9	434.1	511.0
男	270.8	154.6	159.6	206.2	225.6	260.6	322.3	414.1	498.8
女	332.1	159.7	229.3	291.3	310.1	355.2	354.5	451.5	518.8

※加齢とともに、身体的不調感が高まる。

・年齢別通院者率(人口千人対)

	総数	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上
総数	404.0	140.1	157.1	216.7	287.2	427.5	586.3	706.0	730.3
男	388.1	147.1	131.1	188.6	270.8	417.6	593.9	707.9	737.1
女	418.8	132.7	182.9	244.0	303.2	437.0	579.1	704.3	725.9

※通院比率も加齢とともに高くなる。70 歳代以上では 7 割以上が通院している。

2) 高齢者の暮らしの実態は健康で文化的な状態を維持できているか

『健康で文化的な生活とは何か』(全生連・民医連調査報告書、2020 年)

全生連の会員、民医連の共同組織を対象にした生活調査。対象者の 7 割以上が 65 歳以上となっているので、事実上、高齢者の生活実態を表している。

※高齢者は医療サービスへのアクセスを最優先の暮らし方をしている。

- ・A. 必要な時には医者にかかっている比率
- ・B. 医療費の支払いへの不安がある比率
- ・C. 医療機関を受診できなかった比率(過去 1 年間の経験)
- ・D. 国民健康保険料・税の支払いが滞ったことがある比率(過去 1 年間の経験)
- ・E. 友人・知人との外食を控えた比率(過去 1 年間の経験)
- ・F. 冠婚葬祭のつきあいを控えた比率(過去 1 年間の経験)

	A	B	C	D	E	F
全生連	71.5	28.2	3.0	6.8	36.0	24.4
民医連	77.8	19.8	0.9	1.5	17.0	10.7

※もちろん「自己負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようすることが不可欠である」が、多くの高齢者は無理をしてでも受診を継続しようとすると思われる。むしろ生活のどの部分を削って、医療サービスへアクセスする費用を捻出しているか。このことによる健康で文化的な生活の実現が阻害されることを注視する必要がある。

4. 高齢者(期)の生活改善には何が課題となるか

1) 勤労者の一生を安心・安定させるために、二つの生活環境(社会的共同生活手段と社会保障・社会福祉)を脱商品化・脱市場化させ、再公共化を強めること。

住民生活の最前線で、二つの生活環境のあり方を左右する基礎自治体はその役割を果たせるように働きかける。

公共への関与・参加・管理とそのための主権者教育

2) 都市型・労働者型の生活様式が一般化し、高齢化と人口減少が進むなかでの高齢期の生活を安心・安定化させるために、求められる課題は何か?いくつかの例示。

- ① 予想される困難⇒移動の困難・コミュニケーション困難の広がり(生活圏の極小化と極大化)への対応。アウトリーチ型の対応、オンライン型の対応など。リアルな関係の維持による孤立化防止。
- ② 予想される困難⇒現役時代の貧困層の高齢化対応。
⇒生活保護を含む所得保障のあり方の転換。年金型 BI など。
- ③ 予想される困難⇒今のままでは貧しい高齢者が利用できない医療、介護になる。保険料を高

齢期の所得に見合ったものに低減化し、窓口負担をなくす方向で現状を
打開する。

- ④予想される困難⇒高齢期の社会生活を支えるためのインフラの整備と費用の低廉化。公共交通・公共放送・通信手段・公共施設・社会教育などの利用料を無料化するか、公的年金の水準で利用可能な水準とする。
- ⑤これらの課題を進めるためには、当事者を含む社会運動による高齢期の生活状態と制度・政策とのすり合わせによる制度・政策の絶えざる点検と改革が不可欠である。こうした社会運動に支えられてこそ高齢期の生活改善は現実化することができる。

2.1 高齢者中央集会アピール案

コロナ禍の中、受診抑制を招き、高齢者に更なる負担をかける、

「75歳以上医療費窓口負担2割化」は中止！の声を全国にひろげよう

わたしたちは本日衆議院第一議員会館で2.1 高齢者中央集会を開催しました。

2.1 高齢者中央集会は、老人医療無料制度が廃止された1983年から毎年この時期に開催しています。集会では老人福祉法の精神が放棄された2月1日を記憶に刻み、その時々の政策・運動課題の学習や要請行動に取り組んできました。今年で39回目となります。

今年は新型コロナ「オミクロン株」の感染拡大の中、議員会館会場と全国各地をオンラインでつなぎ開催いたしました。

今年の集会は、昨年6月4日、参議院本会議で75歳以上医療費窓口負担2割化法が可決成立し2022年10月から年収200万円以上の単身高齢者370万人(後期高齢者医療制度加入者の約20%)の医療費窓口負担が、現状1割から2割へと2倍化が実施される状況の中で開催されました。

法案の国会審議を通じて、①2割負担導入による現役世代の負担軽減効果はわずか月額約30円であること、②コロナ禍の今、精神的にも経済的にも疲弊している中での高齢者への負担増は受診控えを招くことが、各種調査で明らかになっているにも関わらず、政府は「健康悪化には結び付かない」としていること、③国会審議を経ずに2割負担増の対象者を政令によって広げることができることなど、多くの問題点があきらかになりました。

コロナ禍で、ただでさえ高齢者の受診控えが進んでいる中、窓口負担増はさらなる受診抑制をまねき、高齢者のいのち、健康、人権を脅かします。さらには、高齢の親を支える子や孫といった現役世代の負担にもつながります。応能負担というならば、患者の窓口負担に求めるのではなく、富裕層や大企業の税・保険料負担に求めるべきです。

わたしたちは、先月28日に国会で署名提出集会を開催し中止をもとめる署名35万筆を国会に提出しました。このたたかいは、高齢者の命と暮らしを守るためには後に引けないたたかいです。

今こそ、高齢者のいのち・健康・人権を脅かす75歳以上医療費窓口負担2割化は中止!の声を広げ、高齢者の怒りの声をもっと挙げる活動をすすめ、75歳医療費窓口負担2割化を中止に追い込むたたかいに取り組みます。

以上決議します

2022年2月2日

2.1 高齢者中央集会参加者一同