



「高齢者優遇論」は本当か？  
-高齢期の社会保障を考える-

長友 薫輝（佛教大学社会福祉学部准教授）

NAGATOMO MASATERU 2023年6月5日

## 長友 薫輝（佛教大学社会福祉学部）

○三重県国民健康保険運営協議会委員、三重県ひきこもり支援推進協議会会長、三重県地域福祉推進会議委員、三重県障がい者自立支援協議会会長、三重県障がい者差別解消支援協議会会長、三重県地域包括ケアシステムアドバイザー、松阪市地域包括ケア推進会議会長、松阪市民病院在り方検討委員会副委員長、四日市市館長権限予算検討会議委員長など。

○日本医療総合研究所副理事長、自治体問題研究所理事、総合社会福祉研究所理事、日本高齢期運動サポートセンター理事、日本医療福祉政策学会幹事などを務めている。

○専攻は社会保障学、医療・福祉政策論、地域医療論、地域福祉論。



## 本日の主な内容

- ①いま、なぜ75歳以上の医療費窓口負担2倍化を実施したのか？
- ②全世代型社会保障改革の一環としての医療政策の展開
- ③「高齢者優遇論」の浸透、世代間の分断を企図、すべての世代が負担
- ④すべての世代にわたって、税や社会保険料、窓口負担等が重くなり搾取される。  
\*「公平な負担」や「応能負担」を、本来とは異なる意味で利用し誘導。

## 本日のポイント

- ①「高齢化社会危機論」や「医療費亡国論」などのように、「高齢者優遇論」の非科学的なミスリードを、冷静に見抜く。
- ②医療へのハードルを下げ、疾病と貧困の悪循環を止める。社会保障の充実。
- ③税と社会保障が持つ、所得再分配機能を強力に発揮させる。
- ④社会的共通資本に「市場」や「政治」を介入させない。



## 後期高齢者医療制度とは？

- ①75歳以上の人々が個人単位で全員加入する仕組み。
- ②2008年4月施行。他国にはない、後期高齢者のみの公的医療保険。
- ③財政負担は、75歳以上の人々が納める保険料1割、現役世代の支援金4割、公費5割となっている。
- ④このため、後期高齢者の増加によって医療費が増えると、保険料等の負担が重くなる仕組み。
- ⑤「所得なし」や「所得が年100万円未満」が多く、後期高齢者の生活は厳しい。

## 75歳以上 医療費窓口負担2割化（2022年10月～）

①後期高齢者医療制度に加入する一定所得以上を対象に導入したもの。対象は全体の20%

課税所得が28万円以上かつ「年金収入＋その他の合計所得金額」が単身世帯の場合200万円以上、複数世帯の場合合計320万円以上の方は窓口負担割合が2割。

②激変緩和措置は2025年9月までの3年間。1か月の外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う負担増加額を3,000円までに抑える（入院の医療費は対象外）。配慮措置の適用で払い戻しとなる方は、高額療養費として、事前に登録されている口座へ後日自動的に払い戻し。2割負担となる方で払い戻し先の口座が登録されていない方は、各都道府県の広域連合や市区町村から申請書を郵送。

③なお、現役世代並み所得（年間所得300万円以上）はすでに3割自己負担。全体の7%

## 医療費の一部負担（自己負担）割合について

- それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。
    - ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割、現役並み所得者以外の一定所得以上の者は2割（※））。
    - ・ 70歳から74歳までの者は、2割（現役並み所得者は3割。）。
    - ・ 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。
- （※）令和4年10月1日から施行。

	一般所得者等	一定以上所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	2割負担	3割負担
70歳	2割負担		3割負担
6歳 (義務教育就学後)	3割負担		
	2割負担		

## 後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区 分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限度額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限度額 (世帯ごと)
			<b>現役並み所得</b> 約130万人 (約7%)	<b>課税所得145万円以上</b> 年収単身約383万円以上、複数約520万円以上
<b>一定以上所得</b> 約370万人 (約20%)	<b>課税所得28万円以上</b> 年金収入+その他の合計所得金額が 単身約200万円以上、複数320万円以上	2割	<b>18,000円</b> [ 年14.4万円 ] 負担増加額3,000円以内 (3年間)	
<b>一般</b> 約575万人 (約32%)	<b>課税所得28万円未満</b> 住民税が課税されている世帯(※)で「一定以上所得」以外	1割	18,000円 [ 年14.4万円 ]	57,600円 <多数回該当: 44,400円>
<b>低所得Ⅱ</b> 約435万人 (約24%)	<b>世帯全員が住民税非課税</b> 年収約80万円超		8,000円	24,600円
<b>低所得Ⅰ</b> 約305万人 (約17%)	<b>世帯全員が住民税非課税</b> 年収約80万円以下			15,000円
<b>計: 約1815万人</b>				

注) 年収は、単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。年収(収入基準に該当するかどうか)は一定以上所得者は「年金収入+その他の合計所得金額」で判定人数は後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査における令和2年7月時点のもの。  
 一般の年収は、課税所得のある子ども等と同居していない場合は「155万円超」、同居している場合は「155万円以下」も含む。



## 高額療養費制度の概要

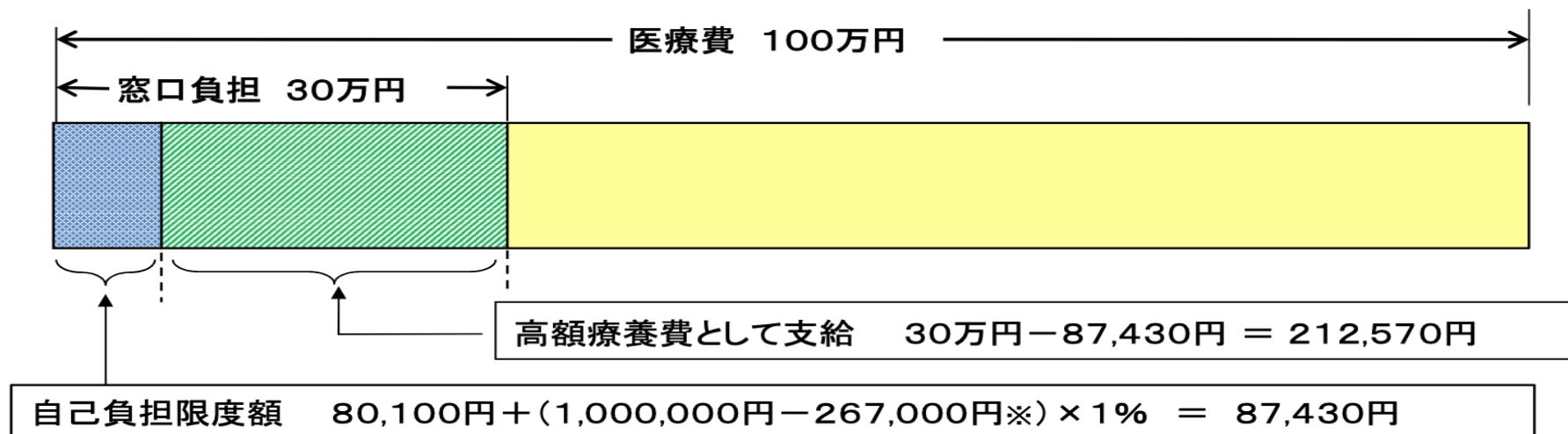
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものにならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳以上・年収約370万～約770万円の場合（3割負担）



※ 3割負担分が80,100円となるときの医療費  
( $80,100\text{円} \div 0.3 = 267,000\text{円}$ )

（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

# 患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

(令和4年10月～)

年齢	収入・所得	負担割合	月単位の上限額 (円)	
			外来 (個人ごと)	上限額 (世帯ごと)
70歳未満	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	3割 (※1)	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>	
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
70歳以上	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下(※2)／国保・後期：課税所得145万円未満(※2)(※3)	70-74歳 2割	18,000 (※5) [ 年14.4万円 (※6) ]	57,600 <多数回該当：44,400>
	住民税非課税	75歳以上 1割(※4)	8,000	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

※1 義務教育就学前の者については2割。

※2 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※4 課税所得が28万円以上かつ年金収入+その他の合計所得金額が200万円以上(複数世帯の場合は320万円以上)の者については2割。

※5 75歳以上の2割負担対象者について、施行後3年間、1月分の負担増加額は3000円以内となる。

※6 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

## 窓口負担2割化は現役世代の負担軽減のため、というが・・・

①現役世代の負担軽減額は・・・月額平均わずか約30円

＊ さらに給与が少ない若者層にとっては、さらにその軽減額は小さい。

②軽減という内容のものではない。

③誰でも、高年齢期になると受診することが多くなるもの。若い人もいずれ高年齢になる。当然のことながら、今回の制度改正による影響を受けることになる。

# 公的医療費抑制の主な手法（1980年代から継続）

- ①受診抑制　－　患者自己負担割合を増加（医療費抑制効果は？科学的根拠は？）
- ②供給抑制　－　病院・診療所の減少、病床の削減（例　療養病床）、在院日数の短縮化  
医師養成数の抑制など。「医療から介護へ」「入院から在宅へ」。
- ③診療報酬の操作　－　2018年4月に介護報酬と同時改定。障害者福祉の報酬単価も。
- ④他分野への移行　－　長期療養状態にあってケアが必要な人々を介護保険へ移行。  
後期高齢者医療制度（新たな公的医療保険）の新設。
- ⑤生活習慣病対策　－　特定健診、特定保健指導など
- ⑥医療費適正化計画の推進　－　都道府県ごとに医療費適正化レースに参加。現在第3期。
- ⑦国保の都道府県単位化　－　国保の運営に新たに2018年度から都道府県が加わった。



# 公的医療費抑制策

① 1980年代から続く医療費抑制策、「医療費亡国論」の継続

\* 高齢者が増えると医療費が増え、国家財政が圧迫される

② 介護保険がつけられたのも公的医療費抑制策

③ 地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築、地域共生社会

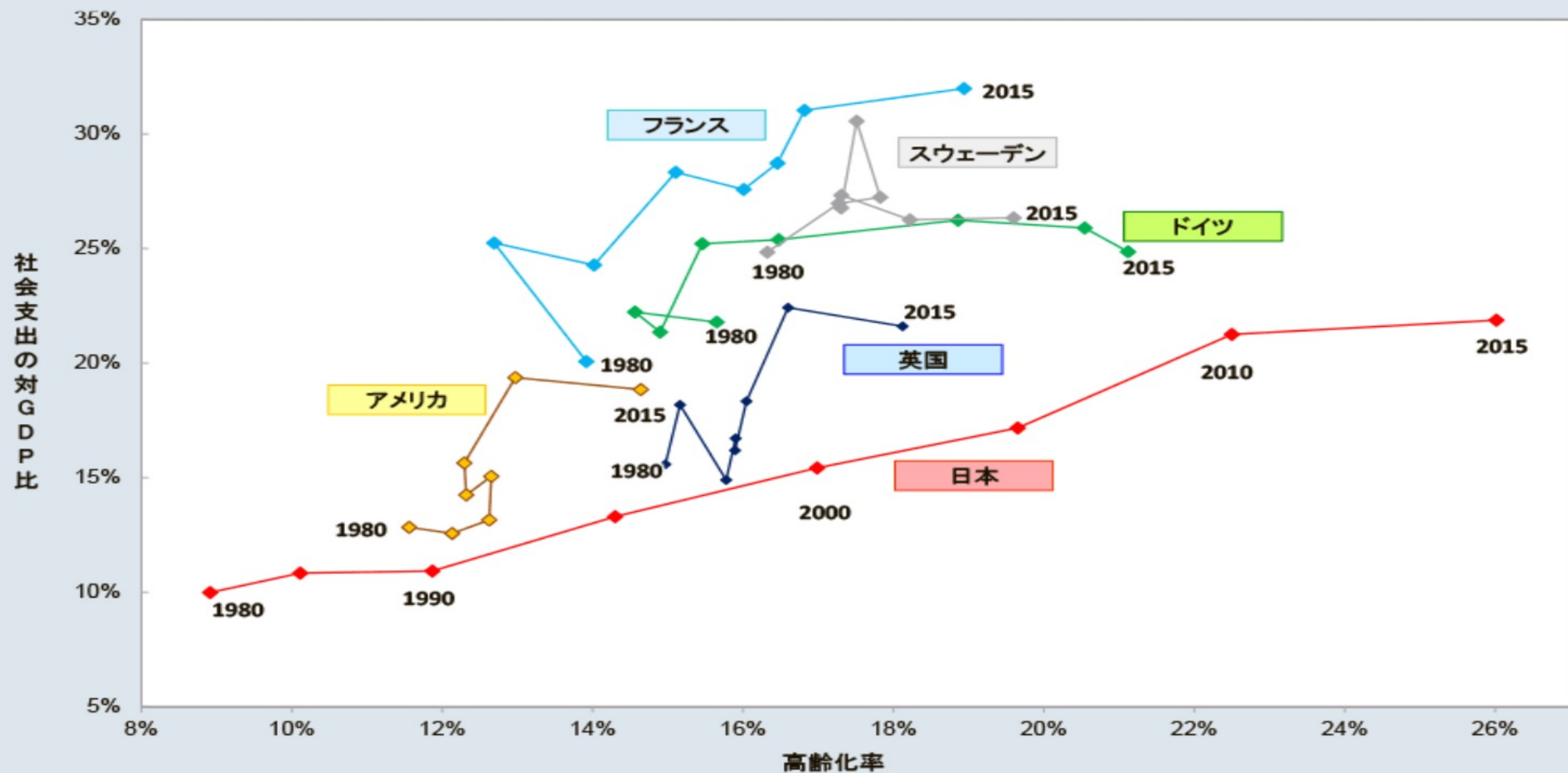
④ 2018年度からの新たな公的医療費抑制の仕掛け

\* 6年ごとに医療・介護をめぐる計画が改定される。次は2024年度

# 公的医療費抑制策の展開（1980年代～現在）

- ①医療費抑制をあらゆる手段で展開
- ②近年では「予防」を重点に行うなどの手段も加わる。
- ③最近では、デジタル化を進展させて、医療・介護の部分的市場化が医療費抑制に合わせて企図されているのが特徴

図表 1-9-10 高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較



資料：OECD：Social Expenditure Database、United Nations：World Population Prospects2017より作成

図表 2 国民1人当たり社会支出額の国際比較（2018年、USドル）

フランス	14,359
ドイツ	13,962
スウェーデン	13,719
アメリカ	11,318
英国	9,460
日本	9,386



## 社会支出の国際比較データ（2015年度と2017年度比較）

\* 先進6カ国（スウェーデン、フランス、ドイツ、イギリス、日本、アメリカ）

- ① 1人当たり社会支出の高齢分野（年金・介護）は5位に転落
- ② しかも、社会支出の高齢分野の割合が46.1%（2015年度）から38.5%（2017年度）に下落
- ③ 高齢者が優遇されているとは言えない。

（唐鎌直義「『100年安心』の虚構」『経済』2023年4月号を参照）



# 全世代型社会保障改革の進展（2019年～現在）

- ①全世代型社会保障改革は岸田政権においても継続
- ②全世代型とはどういう意味なのか？を把握する。
- ③どのように社会保障を変える意図を持っているのかを理解する。

# 全世代型社会保障改革のねらい

- ①人口減少、労働力人口の減少への対策、労働力確保のために
  - \* 副業の推進もこの一環
- ②定年の引き上げと老齢基礎年金等の給付開始年齢の引き上げ
- ③「人生100年時代」「生涯現役社会」などと称するのは、なぜか？

# 全世代型社会保障改革の「4ヶ条」

①「お上に頼るな！」

②「病気になるな！」

③「要介護になるな！」

④「70歳まで働け！」



## 全世代型社会保障改革のねらい

- ①全世代にわたって、広く、みんなで負担するのが社会保障？
- ②負担の公平性、応能負担の原則の変質を図る。
- ③子育て支援を医療保険料等でまかなう？

# 後期高齢者医療制度の保険料上限額引き上げ

- ①2023年4月1日より50万円に増額された出産育児一時金の財源に充てるため、政府は後期高齢者医療制度の保険料の上限額引き上げなどを盛り込んだ健康保険法の改正案。
- ②現在の上限66万円から2024年度までに6万円増の73万円、2025年度には14万円増の80万円に引き上げる方針で、75歳以上のうち、年金収入が年間で153万円を超える約4割の人の保険料が増える。
- ③今回の改正案は、これまで74歳以下の現役世代が負担していた出産育児一時金の財源を、後期高齢者医療制度からも捻出するため、所得などに応じて支払う保険料の上限額を段階的に引き上げるとしている。

# 「異次元」の少子化対策と財源

- ①「子ども未来戦略会議」（2023年5月22日）において、少子化対策の財源について議論。
- ②児童手当の拡充に必要な財源として、医療保険料など社会保険に上乗せして徴収することを検討。
- ③被保険者抜きで議論が進展。「社会保険料は第2の税」



## 自己責任などでは解決しないから社会保障

- ① 自己責任や相互扶助では解決できないからこそ、つくられてきたのが社会保障の制度と政策。
- ② 社会保障を自己責任や相互扶助（自助や共助）に置き換えることは歴史的逆行。
- ③ 自己責任を強調する政策主体によって、歴史的な積み重ねが崩されていく。
- ④ 自己責任を強調するような政策主体は自らの仕事を放棄しているともいえる。



## 予算が誰のために使われているのか？

- ① 既得権益のため？ 富裕層、軍事費、デジタル化？
- ② 公的医療費抑制策など、社会保障への公的支出を抑制・削減
- ③ 社会保障をはじめ社会的共通資本の市場化、産業化、商品化を進める
- ④ 公的資金を注入して市場化し、利益は投資家が得ていく構造
  - \* 不公平で非効率な経済の仕組み。公共・公的部門の整備が効率的

## 市場化・産業化とは？

- ①その分野で業務を遂行することによって、利益が出る構造に転換させるとともに、資本が増強できる体制を整備することを意味する。投資の対象ともなる。
- ②簡単にいえば、「儲かる」仕組みに作り変えていくことになる。
- ③「儲かる」＝「利益を享受することができる」。

## 儲かるのはその分野で働いている人ではない

①ただし、その分野で働いている人に利益がいくのではなく、その分野に投資できる人や企業が「儲かる」のであって、働いている人の給与等に反映されることはほぼない。

②また、「トリクルダウン理論」というものがあるが、幻想であることは証明されている。

\* 多国籍企業が儲かる→大企業→中小企業→自営業者

# 保健・医療・介護・社会福祉の現場で働く人々の給与水準 は人権保障の尺度

- ①保健・医療・介護・社会福祉の現場で働く人々の給与水準は人権保障の尺度でもある。
- ②コロナ禍においても懸命に働き続けた人々の給与は増額されず、労働環境は改善は進んでいない。
- ③人権保障という観点からも、公的医療費抑制策の転換を図り、対人ケア労働に従事する人々が働き続けることができる職場を構築していく必要がある。

## 人権保障の担い手への社会的評価を高める

- ① 人間相手の仕事が評価される社会は人間が大切にされる社会であり、
- ② 人間が大切にされない社会は人間相手の仕事は評価されない社会である。

H.E.シゲリスト（社会医学者）

## 公的年金は社会保険の1つ

- ① 国庫負担の抑制、削減によって、社会保険は大きな影響を受ける。
- ② 社会保障は自己責任や助け合いで対応すればよいという考え方のもとに政策形成されている。
- ③ 社会保険は常に、保険原理と社会原理のせめぎ合いに置かれる。

# 社会保障を改善して、低年金状態から脱する

①低年金状態の改善が急務。

②女性の低年金状態から、歴史的な影響が後年、いっそう顕著になることがわかる。高齢期のみならず、いまの若い世代のためにも制度改善が必要。

③年金給付抑制ではなく、いま必要なのは給付改善。そのことで地域経済の好循環となる。

## 公的年金による生活水準の底上げ

- ①年金は老齢期だけではない。老齢、障害、遺族が給付要件。
- ②たとえば、障害者の生活保障としては、障害基礎年金の給付水準が重要。
- ③広範囲にわたった運動のさらなる展開に期待。



# 公的年金の低年金状態から脱することが必要



- ①物価は高騰しているのに、低賃金状態が続いており、年金の給付額も抑制される仕組み。
- ②社会保障の中でも重要な所得保障の仕組みとして、公的年金の低年金状態から脱することが大事。
- ③「基礎年金」と称するには、生活の基礎を築くことができる水準が必要

# 基礎年金給付額「5万円台」で維持 （「日経新聞」2022年9月29日より抜粋）

- ①5年に1度の年金財政の検証に合わせて24年末までに制度見直しをまとめ、25年の通常国会で必要な法改正をめざす。
- ②具体策に想定されているのが、基礎年金へのマクロ経済スライドの早期停止だ。給付の目減りを「5万円台後半」にとどめる案が出ている。
- ③「マクロ経済スライド」と呼ぶ抑制策を前倒しで終え、支給を今の物価水準で月5万円以上に保つ。会社員が払う厚生年金の保険料や国庫負担で埋め合わせる。もともと少ない国民年金の減額を抑えて制度の信頼を守る狙い。

# 政府はなぜ生活保護基準を引き下げたのか？

- ①生活保護基準は私たちの生活のスタンダード  
大事にしなければならない基準であることを自覚したい。
  
- ②生活保護基準（毎年4月改定）
  - 人事院勧告（毎年7月から8月改定）
  - 地域別最低賃金（毎年10月改定）
  - 春闘（毎年1月から3月労使交渉による協議）
  
- ③人件費を削減したい勢力にとっては、都合のよい仕組み。

# 社会保障が不安定

- ① 社会保障が不安定な状態 = 所得再分配機能が低下状態
- ② 社会保障を充実させると、不安は解消する
- ③ 安心してお金を使うことができる
- ④ 社会保障を充実させる政策が必要！

## マイナンバー法改正案の成立（2023年6月2日）

- ① 保険証を廃止するマイナンバー法改正案が成立
- ② 保険証を廃止するだけでなく、マイナンバー普及促進やデジタル化を装いながら、医療保障の内容を変更しようとするもの。
- ③ 国保法改正案には「保険料滞納世帯主等」という文言が頻出。「保険料滞納世帯主等」が特別療養費の対象となる。
- ④ 従来の資格証明書や短期保険証がなくなり、償還払いのハードルが下がり、滞納すると償還払いとなる。
- ⑤ 「負担に応じた給付の具現化」を推進する政策。

## 公的医療費抑制策の転換へ

- ① 受療権、健康権が保障され実感できる社会づくりを志向する。
- ② 医療崩壊の主因である公的医療費抑制策の転換、公衆衛生機能の強化
- ③ 病床削減を急ぐのではなく、医療現場の改善が喫緊の課題
- ④ 地域づくりの一環として、地域医療構想と地域包括ケアシステムを位置付ける

## 「骨太の方針2022」（2022年6月7日閣議決定） ＊昨年度

各省庁からの提案や「議論の中間整理」などを受けて、政府から今年六月に出されたいわゆる「骨太の方針2022」には、

- ①「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と記載された。
- ②地域医療連携推進法人の有効活用、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進。
- ③医療費適正化計画の在り方の見直しや都道府県のガバナンスの強化など関連する医療保険制度等の改革。

## 政策は自然現象ではない

- ①政策は変えられる。
- ②理不尽な政策は変える、改善する。
- ③地域から軍事費ではなく、社会保障費の増額となる政策展開を求める。



## 医療・介護・社会福祉など、社会保障は 地域経済、地域の雇用の拠点

①地方において医療・介護・社会福祉は地域経済、地域の雇用の拠点という視点が欠かせない。

②医療・介護・社会福祉は地域の重要な産業の1つ。雇用面での貢献も大きい。公共事業よりも。

\* 平成22年版『厚生労働白書』



## 地域で社会福祉・社会保障づくりを進める

① 国の計画や方針に住民を当てはめるのは本末転倒。

② 例えば、地域の医療需要や介護需要など、住民の生活問題を科学的に分析・把握する。

③ 多くの人々の努力によってつくられてきた、保育所や作業所をはじめ、社会福祉の施設やサービス

→ よりよいものとする努力を共同で積み重ねていく。

## 地域住民の健康権、生存権を保障する

①地域の社会保障の水準を議論するためには、住民参加の手立てを講じる。

②地域住民の健康権保障、受療権保障の実現に向けて



③日々現場で奮闘する専門職による権利保障、ソーシャルアクションが重要な局面

## 参考文献

横山壽一「『異次元』の軍拡予算と社会保障への影響」『国民医療』2023年春季号、No.358、日本医療総合研究所

岡崎祐司「住民の『いのち』と尊厳にかかわる公務労働」『住民と自治』No.721、2023年5月号

2021年11月 長友薫輝 編著  
『感染症に備える医療・公衆衛生』自治体研究社



2022年4月 最新刊 日本医療総合研究所編  
『コロナ禍で見た保健・医療・介護の今後』新日本出版社

