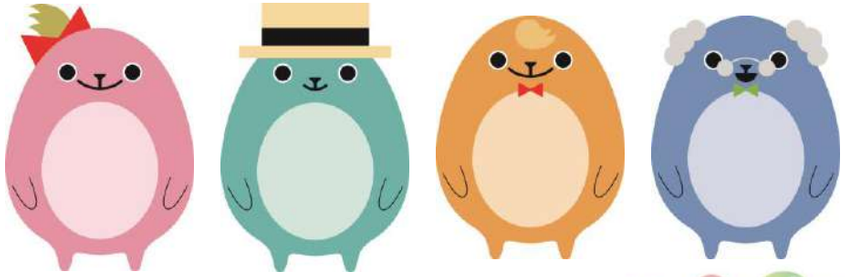
コロナ禍でこそ！

お金の心配なく医療にかかれる社会へ



2021.3.21　神奈川県保険医協会／医療費の窓口負担「ゼロの会」

ご参加にあたって

- 第1部の「ゼロの会PR動画コンテスト」は、視聴者による投票にて行います。
- 投票は、ウェビナーのリマインドメールに添付したURLからできます。コンテストの投票時間になったら、投票してください。
- クイズの応募は、イベント終了後に開くウェビナーアンケートからできます。最後までご覧いただき、お忘れないよう、ご応募ください。
- 「ゼロの会」の賛同フォームやネット署名のご案内は、適宜「チャット」に表示されます。

プログラム

第1部(90分)

企画	時間
オープニング	13:30～13:35
講演「窓口負担は当たり前か？」	13:35～14:20
ゼロの会PR動画コンテスト説明	14:20～14:25
動画放映	14:25～14:35
スタジオ講評	14:35～14:40
投票・集計	14:40～14:50
受賞者発表	14:50～15:00

第2部(75分)

企画	時間
オープニング	15:15～15:20
緊急対談「高齢者の医療費2倍化を斬る！」	15:20～15:50
スタジオ講評	15:50～15:55
リレートーク	15:55～16:15
クイズ出題	16:15～16:20
エンディング	16:20～16:30

コンテスト賞金一覧

- 作品1（1分動画）

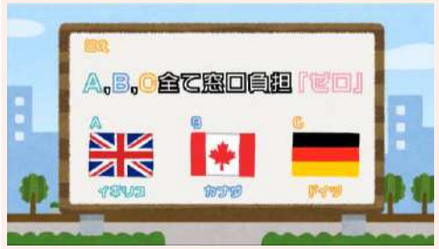
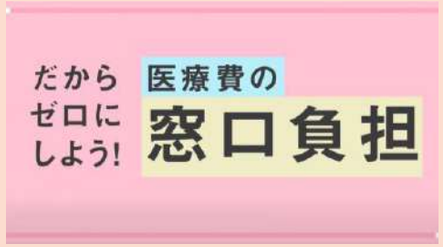
  最優秀賞：賞金30万円×1本

  優秀賞：賞金5万円×2本

- 作品2（15秒動画）

  ゼロくん特別賞：賞金7万円×1本

最終ノミネート作品 （1分 動画）

作品	氏 名		作品	氏 名	
No.1	岩佐さん		No.4	左右田さん	
No.2	コムタロウさん		No.5	伊藤さん	
No.3	モジフトさん				

最終ノミネート作品（15秒 動画）

作品	氏 名		作品	氏 名	
No.1	大坂さん		No.4	是澤さん	
No.2	岩佐さん		No.5	西岡さん	
No.3	モジフトさん				

社会保障クイズ賞品

- 1等:神奈川県葉山町特産　葉山牛(1万円相当)×1本
- 2等:神奈川県特選野菜詰め合わせ(5000円相当)×3本
- 3等:クオカード500円分×10本

※ イベント終了後に表示される、アンケートフォームから申し込みができます！

神奈川県保険医協会市民向けオンラインイベント

医療保険「一部負担」は当たり前？

立教大学教授：芝田英昭

1.医療保険における「一部負担」の意味

・「一部負担」は、法定されているように保険給付（サービス）に伴う「負担」であり、保険給付外の負担は含まない。また、現物給付としてのサービス給付に伴いその費用の一部を負担するが、制度施策上の変動要素があり、固定されるものではない。

・各都道府県の HP では、国民健康保険の説明で、「自己負担」と記載されている場合が多い。

・「自己負担」と表現される場合は、自己責任と受益者負担との意味合いが強い。

・「患者負担」、「窓口負担」との文言が使用される場合は、保険給付に伴う負担と、保険給付外の負担を含めて表現する場合が多い。したがって、1980 年代以降、「一部負担」よりも、「患者負担」「窓口負担」との文言が多用されるようになってきた背景には、保険がカバーする範囲が狭められてきたことが要因の一つ。

1984 年の「特定療養費制度」の創設。

2006 年「保険外併用療養制度」に拡大。評価療養、患者申出療養、選定療養

2.一部負担に関する政府の考え方

表-1 厚生労働白書に見る医療保険「一部負担」の存在とその意味

一部負担の意義	厚生労働白書による記述
コスト意識、濫用の防止	・「サラリーマン本人の 10 割給付は、自己負担がなく、かかった医療費がわからないため、医療費についてのコスト意識が欠如しがちであり、これが一部で患者の薬ねだりや医師の薬づけといった事態を招きかねない」（1984 年度版白書） ・「コスト意識が明確になり健康増進への意欲が高まる」（1984 年度版白書） ・「適切な負担を課すことにより受益者のコスト意識を喚起し、サービスの必要に乏しい者の参入を抑制し、必要の高い者に十分なサービスの提供を行うことを可能」（1985 年度版白書） ・「サービス提供機関の混雑現象を緩和するとともに、無駄な給付や過剰投資といった資源の浪費を防ぐ」（1985 年度版白書） ・「負担することは消費者マインドを醸成し、給付(サービス)の質を問うことになり、サービスの質向上にもつながる」（1985 年度版白書） ・「無制限な資源の利用を防ぐ」（1995 年度版白書） ・「適正なコスト意識を喚起する等の観点」（1996 年度版白書） ・「サービス利用者(受益者)としての自覚やサービス費用に対する意識(コスト意識)の喚起」（1997 年度版白書） ・「費用に対する意識の喚起」（1997 年度版白書）

	・「サービス利用者(受益者)としての自覚」（1998 年度版白書） ・「サービス費用に対する意識(コスト意識)の喚起」（1998 年度版白書） ・「患者サイドにコスト意識が働く」（2007 年度版白書） ・「「モラルハザード」ともいえる事態を回避するための工夫」（2012 年度版白書） ・「患者側には、本当に必要なときに診察を受けようとするインセンティブが働き」（2012 年度版白書）
社会的公平	・「医療を受けた人と受けない人との間の均衡」（1984 年度版白書） ・「医療サービスを受ける者と受けない者の間の負担の公平」（1995 年度版白書） ・「受診する人とそうでない人の間の負担の公平を図る」（1996 年度版白書） ・「サービスを利用する者としない者との負担の公平」（1997 年度版白書）
資源配分の効率化	・「適切な一部負担が医療の効率化につながる」（1984 年度版白書） ・「医療サービス提供者側にも、本当に診療を必要と考えて受診しにきた患者を効率よく診療しようとするインセンティブが働く」（2012 年度版白書）
健康自己責任、自立・自助	・「被保険者の自己責任の喚起」（1995 年度版白書） ・「医療費用を認識することにより健康への自己責任の自覚を促し」（1995 年度版白書）

出典：厚生労働省の『生白書、厚生労働白書』より筆者作成。

3.受診抑制しないために一部負担はいらない

・医療は、それ自体が極めて専門的で、国民や患者は「自分が病気かそうでないかの判断」はできないし、すべきでない。健康等に不安があれば、負担を気にせず「いつでも掛かれる」ることが、生存権・生活権・健康権を保障すると言える。

・一部負担があることで、「診療を控える」ことがあるとすれば、国民の基本的人権の一つである生存権・生活権・健康権を損ねる。

4.人権思想と社会保障、社会保険

・人が健康で文化的な生活を営む権利は、近代人権思想では社会権として認められる。また、日本国憲法にも謳われる人権。

・社会保障を考える場合、それぞれの制度でカバーされる範囲は最大限であるべき。最初から漏れる人を想定することは、制度としては未完と言える。結果として漏れることへの備えは必要。

・筆者も、医療保険の「一部負担」を廃止すれば、公的扶助の「医療扶助」は必要ないとは考えていない。少なくとも「一部負担」があることで、「受診を忌避」することを避けるべき、と考える。

・社会保険を私的保険と同義で論じることは危険。社会保険は、単なる「保険」ではない。「社会」の意味を重視すべき。社会的扶養部分（公費負担、事業主負担等）が装置されていることの重み。
・全ての人に法律で加入を強制、保険料等が負担できない人も含む。私的保険は、商品であり、購入するかしないかが顧客の判断に任される。社会保険は、加入は国民の判断には委ねられてはいない。
・一般的に「保険では、免責などの仕組みにより、全ての損害金額を補償しないのが一般的」とされるが、これは「社会保険」を「私的保険」と同義で論じる手法。近年、「社会保険」をあえて「保険原理」だけで論じることが見受けられるが、社会保険の性格をねじ曲げる事になる。人権との観点から「社会」を冠している社会保険の意味・意義を再確認すべき。
・受診を忌避する可能性がある「一部負担」は、人権的にも不必要であり、社会保険として医療保険を構築するのであれば、保険数理から高度な保険料徴収を行えば、「一部負担」がなくても運用できるはず。
・保険料を事前に支払っているにも関わらず、受診の際、「一部負担」を徴収する必要性はない。つまり、国民・患者からすれば、二重徴収となり、国は制度・政策として「一部負担」課す理由を国民に説明すべき。しかし、白書等からは、時の政権の都合で「一部負担」が決められており、国民には必ずしも十分な説明がなされていない。

5.「自己負担」の歴史的意義

1)1950 年代は一部負担「5 割以下」を目指す

・1958 年に国民健康保険法等の改正を行い、1961 年には「国民皆保険制度」を実行に移した。
・1950 年代後半から国民皆保険制度実施に当たって、「給付割合についても 5 割以上とし、国民健康保険財政の強化と相まって、漸進的に向上を期すること」（1959 年度版白書）とし、少なくとも給付割合を 5 割にし、一部負担を 5 割以下とする方向性を明白にした。

2)1960・70 年代は一部負担「3 割」を志向

・1960 年代に入ると、7 割給付、3 割一部負担移行を明確にしていった。
・1960 年度版白書は、「必要なときにいつでも医療を受けられるようにするためには、給付率の引上げをはかることにより、患者の一部負担を軽減することが必要であることはいうまでもなく、少なくとも、これを 7 割程度まで引き上げる必要がある」（1960 年度版白書）と将来的には被用者も含めて 7 割給付への意欲を示し、実際、1966 年の国民健康保険法改正で 7 割給付、3 割一部負担を実現している。
・被用者本人は 10 割給付で一部負担もないことから、全体の給付割合統一に向けて、国民健康保険や健康保険家族給付の給付割合が焦点となってきたが、1960 年代後半になり、被用者本人の一部負担導入との方向に舵を切った。
・具体的には、1967 年の健康保険特例法（2 年間の時限立法 1967 年 9 月施行）によりで被用者本人の薬剤一部負担が導入され、被用者本人 10 割給付が崩された。
・1970 年代初頭、田中角栄首相の下、日本も福祉社会を目指す方向性を鮮明にし、医療保険における一部負担見直しを行っている。1973 年を福祉元年と位置付け、老人福祉法改正により老人医療自己負

担分の無料化を実施した。それと同時に、健康保険法を改正し、それまで 5 割給付であった家族給付に関して、7 割給付、3 割一部負担とした。
・また、療養の給付に伴う一部負担が 1 月一定額を超えた場合、超過分を申請により還付する高額療養費制度の導入も行った。
・福祉元年以降の 1970 年代は、1973 年と 1979 年の 2 度にわたるオイルショックにより、高度経済成長が終焉した時期とも重なる。高齢者のみならず国民健康保険、健康保険においても 7 割以上給付を目指す方向性は堅持した。

3)1980 年代は一部負担「2 割」を目指した
・1983 年には、前年の老人保健法の制定（1982 年）で老人医療費一部負担が導入され、10 年に及んだ老人医療無償化は終わった。
・1984 年健康保険法等改正で被用者本人給付 9 割、1 割一部負担が導入され、長きに渡り実施されてきた「被用者本人原則 10 割給付」が終わり、退職者医療制度が創設された。
・1984 年に被用者本人 9 割給付を実現したが、1984 年以降の論調は、全世代で 8 割給付を目指す意思表明となっている。
・1984 年度版白書では、同年に健康保険法等の改正で、被用者本人の 1 割一部負担導入の理由として、「サラリーマン本人の 10 割給付は、自己負担がなく、かかった医療費がわからないため、医療費についてのコスト意識が欠如しがちであり、これが一部で患者の薬ねだりや医師の薬づけといった事態を招きかねないという点が指摘されており、適切な一部負担が医療の効率化につながる」（1984 年度版白書）とし、被用者本人への一部負担により、「医療を受けた人と受けない人との間の均衡」（1984 年度版白書）も図れるし、「医療費についてのコスト意識が明確になり健康増進への意欲が高まる」（1984 年度版白書）と説いている。
・1980 年代中半以降の厚生白書では、このようなコスト意識の喚起、受益者間の均衡論を展開し、最終的に医療保険全体で 8 割給付を実現しようとしたことが、以下の文言から見えてくる。「受益者負担がもたらす効果としては、適切な負担を課すことにより受益者のコスト意識を喚起し、サービスの必要に乏しい者の参入を抑制し、必要の高い者に十分なサービスの提供を行うことを可能」（1985 年度版白書）、「サービス提供機関の混雑現象を緩和するとともに、無駄な給付や過剰投資といった資源の浪費を防ぐ」（1985 年度版白書）、「負担することは消費者マインドを醸成し、給付(サービス)の質を問うことになり、サービスの質向上にもつながる」（1985 年度版白書）、「（昭和）60 年代後半のできるだけ早い時期に給付率を 8 割程度で統一することかが適当」（1985 年度版白書）としている。
・8 割給付統一に関して、1988 年度版白書は、「医療保険各制度間の給付と負担の公平化(一元化)を図るための措置を段階的に講ずることとしており、この場合、全体としての給付率をおおむね 8 割程度とすることを目標とする」（1988 年度版白書）とし、その世論形成を図り、実際 1997 年の健康保険法等の改正で、13 年ぶりに被用者本人 9 割給付から 8 割給付、2 割一部負担への改悪を行なった。この時点で、国民健康保険の自己負担は 3 割を維持したことから、1980 年代の白書が宣言した「早い時期に給付率を 8 割程度で統一する」（1985 年度版白書）方向性は、実現されることはなかった。
4)1990 年代の一部負担は「時々の情勢の下で国民的な選択」の課題とした

・1998 年度版同年度版白書は、一歩踏み込んだ発言をしている。「受益と負担の均衡という観点から、その時々の情勢の下で国民的な選択が行われるべき課題」（1998 年度版白書）とし、給付率・一部負担率は「その時々の情勢」で選択されるべきと、実質的に一部負担率における政策的フリーハンドを国家に与えてしまう方向性を明白にした。
・つまり、一部負担の導入・割合には、学問的根拠はなく、情勢で適宜変更できるという横暴な論理展開をしたのである。これは、社会保障の「基本的人権の具現化」とのあり様を全く無視した論法。

5)2000 年代は一部負担「3 割固定化」を実施

・2002 年度版白書では、「医療保険制度については、給付率を 7 割で統一するなど、各制度・世代を通じた給付と負担の公平を図るとともに、保険者の統合・再編成や規模の拡大など運営基盤を強化しつつ、持続可能で安定的な制度を構築する」（2002 年度版白書）と示し、実際 2002 年の健康保険法等の改正による医療保険の 3 割一部負担の統一（2003 年 4 月実施）を行った。
・既に、高齢者医療、介護保険においても、現役並みの所得者は、高齢者であっても 3 割一部負担が導入されていることから、社会保障利用における不公平是正の観点から、早い時期に、医療保険全般、介護保険においても「3 割一部負担率」が標準とされる可能性が高い。
・2001 年 11 月 29 日に政府・与党社会保障改革協議会が閣議に提出し、閣議決定された「医療制度改革大綱」の文言による。同大綱の「Ⅳ 医療保険制度の改革」で、「平成 15 年度（2003 年度）から政府管掌健康保険の保険料を予定どおり引き上げ、必要な時に 7 割給付で保険間の統一を図る」との方向性を示した。
・2001 年 12 月 13 日の第 4 回社会保障審議会で、中村秀一審議官（医療保険、医政担当）が、医療制度改革に関して委員に以下のように説明した。「一般の医療保険制度につきましては、現在、サラリーマンの患者負担が本院は 2 割ですが、被用者保険と国民健康保険については給付率を 7 割に統一する。逆に申しますと、サラリーマン本人の負担は 3 割に引き上げると言う提案をいたしました」。
・2002 年 10 月施行の「健康保険法等の一部を改正する法律」の附則 2 条において、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」、と将来全ての医療保険において保険給付を 7 割、つまり一部負担を 3 割で維持することを法定した。
・高齢者も含めて全ての医療保険においては、一部負担を 3 割で止める意向が窺える。また、戦前から一部負担と医療費の関係を推計する基礎として、厚生労働省で使用される長瀬計数でも、一部負担を 4 割にすると医療費の逓減率が 0.488、つまり、需要の 5 割も救えないことになり、公的保険としてはその役割を果たせなくなるのは自明である。
・一部負担率が 3 割で維持されるとしても、これは「保険給付に伴う一部負担」のことであり、今後は保険給付範囲の見直し、つまり保険がカバーしない部分を増やしていく方向が主流となると予測できる。それは、室料差額、入院給食費等（食材費相当額、調理費相当額）が保険から外されてきた事実からも理解できる。つまり、実質的に 3 割以上の一部負担が課される方向性が一気に進むものと思われる。

6.医療保険の未来展望

・社会保険は、私的保険とは異なり国民に加入を強制することから、当然保険料を支払えない加入者を抱える。従って、低所得者等の保険料部分をカバーする国庫負担・公費負担が存在する。また、社会保険に守られる労働者や国民がいることで、企業は労働者が抱える社会問題である疾病・介護・失業等に対して、予想を超える個別的費用支出を回避できることから、応分の保険料支払いを求められる（リスク分散）。この国庫負担・公費負担や企業負担を“社会保険における社会扶養原理（＝人権原理）”と呼ぶ。

・社会保険においては、労働者・国民のうち支払い可能な人が、保険料を納付することとなる。つまり、社会保険財政を支えるために、企業の保険料、労働者・国民の保険料、国庫負担・公費負担が存在することから、社会保険によるサービス給付時に労働者・国民から再度一部負担を要求することは、受診抑制・サービス利用抑制のそしりを免れないし、これは費用の二重徴収と言わざるを得ない。

・この観点から一部負担を考察すれば、その負担の増率・増額に問題があるというよりも、そもそも社会保険においては、利用時の一部負担はあってはならない。

1）国保保険料の応益割と保険料上限の廃止

・社会保険（特に、医療保険や介護保険）の一部負担廃止を志向する際、保険料問題を避けて通ることはできない。一部負担が廃止されたとしても、保険料が応能性を発揮しなければ、結局、社会保障における所得再分配機能は意味を持たないし、低所得者が排除されることにつながる。

表-2 国民健康保険　保険料算定方式

四方式

四方式	所 得 割 総 額	(40%)
	資 産 割 総 額	(10%)
	被保険者均等割総額	(35%)
	世帯別平等割総額	(15%)

出典：筆者作成。

三方式

三方式	所 得 割 総 額	(50%)
	被保険者均等割総額	(35%)
	世帯別平等割総額	(15%)

出典：筆者作成。

二方式

二方式	所 得 割 総 額	(50%)
	被保険者均等割総額	(50%)

出典：筆者作成。

・国民健康保険を例に考えてみたい。国民健康保険の保険料算定方式は、負担能力に応じて負荷される応能分（所得割・資産割）50％と、受益に応じて等しく負荷される応益分（被保険者均等割・世帯別平等割）50％から構成される。また、市町村によって、賦課方式は、3 つの方式に分かれている。加えて、低所得等事情がある場合、応益分を 7 割、5 割、2 割軽減する制度が存在する。
・国民健康保険料算定に際し、筆者は応益分が存在することに違和感を抱く。被用者の医療保険（健康保険）では、標準報酬月額（所得）に応じて保険料が負荷され、その他の要件が加わることはない。一方、国民健康保険は、税制の古典的手法である「人頭税」に相当する「世帯別平等割」（世帯ごとに一定額を負荷)、「被保険者均等割」（つまり、家族人数が多いほど均等割の保険料が増える仕組み）が存在する。
・応益割の存在が、国民健康保険料を重くしている。全国知事会は国との間で、2014 年以降、国民健康保険制度の基盤強化に関し協議を行っている。その第 4 回「国民健康保険制度の基盤強化に関する国との協議」において、厚生労働省保健局は、保険料負担に関し参考資料を提示している。同資料によれば、各医療保険の加入者 1 人当たりの平均保険料（加入者 1 人当たりの平均所得で除した額の割合）は、国民健康保険 9.9％、協会けんぽ 7.6％、組合健保 5.3％、共済組合 5.5％で、単純比較すると、国民健康保険料は、組合健保保険料の約 1.9 倍であることを、厚生労働省も認めている。
・例えば、東京 23 区において（2020 年 4 月時点)、39 歳以下の国民健康保険均等割は、 1 人当たり 57645,円（医療分 43,336 円、支援金分 14,309）で、低所得層に関しては一定の減額措置はあるものの、それ以外は家族人数が多いほど均等割が増えていく。また、40～64 歳には均等割介護分 16,636 円が加わるので、その年齢の者の均等割は 74,281 円となり、この年齢層の多い世帯は、より負担が重くなる仕組みである。
・社会保険における人権原理から考えても、国民健康保険料負荷における「応益割」を速やかに廃止すべきであり、その分を国庫負担増額で補填すべきである。
・この間、福島県南相馬市が 2019 年 4 月から、高校生までの子どもの均等割を全額免除。同様の制度を、2020 年 4 月からは、福島県白河市、岩手県宮古市が実施。先述の 3 自治体を含めて、子どもの数に応じて徴収される均等割を独自に減免する自治体は、25 カ所にまでに広がっている。
・人権としての社会保障の視点から国民健康保険を考えれば、国民健康保険料算定における「子ども均等割」は速やかに廃止されるべきであり、近い将来、応益分（被保険者均等割・世帯別平等割）も廃止すべきである。
・国民健康保険料には、上限が設定されている。2020 年 4 月からは、年間所得（総所得）860 万円以上の場合、年間保険料 82 万円で頭打ちとなる。応能負担原則を志向すれば、保険料負担上限も廃止されるべき。
・ちなみに、厚生労働省の推計では、その割合は、国民健康保険加入者の 1.99％となるとしている。2018 年 9 月時点の国民健康保険加入者総数が 3 千 99 万 8 千人から推計すると、61 万 6,860 人であり、これらの者から所得に見合った形で保険料を求めるべき。

2）健康保険における標準報酬月額の上限を撤廃すべき

・健康保険料は、基本的には労働者が得る毎月の給与報酬に対して一定の保険料率を乗じて決定される。

・協会けんぽ（東京都）の保険料率を例にとるが、介護保険第 2 号被保険者に該当しない場合（40 歳未満）9.90%（労使折半であることから、被用者本人実質負担分は、4.95%）、介護保険第 2 号被保険者に該当する場合（40～65 歳未満）11.63%（労使折半であることから、被用者本人実質負担分は、5.815%）で、労使折半になっていることから、被用者が支払う保険料は、換算された保険料の半額となる。

・被用者の給与報酬は、雇用される会社が違えば、同一職種であってもかなりの差があり、いわばいく通りも存在するため、個々の被用者の「実際の給与報酬」から保険料を算定するのが煩雑となることから、一定の幅を勘案しその中に個々の報酬を当てはめる手法を取っている、とされている。

・確かに制度が創設された大正・昭和期には、計算・事務処理が煩雑になることは理由になるが、現在のスパコンが存在する社会において、個々の被用者の保険料換算を理由に標準報酬月額を設定する意味は十分とは言えない。

・具体的には、東京都の健康保険料算定標準報酬月額表（2020 年 9 月適用）では、50 等級に分けられ、最低額の給与報酬月額は 63,000 円までで、標準報酬月額を 58,000 円とし、月額保険料は 3,381.4 円（介護保険第 2 号被保険者に該当。被用者分のみ）である。最高額の給与報酬月額は 1,355,000 円以上で、標準報酬月額を 1,390,000 円とし、月額保険料は 81,037.0 円（介護保険第 2 号被保険者に該当。被用者分のみ）である。

表-3 高額所得者の健康保険料実質負担額・率

報酬月額	月額健康保険料	健康保険料実質負担割合
1,390,000 円	81,037.0 円	5.83%
1,500,000 円	81,037.0 円	5.40%
2,000,000 円	81,037.0 円	4.05%
3,000,000 円	81,037.0 円	2.71%
4,000,000 円	81,037.0 円	2.03%
5,000,000 円	81,037.0 円	1.62%
10,000,000 円	81,037.0 円	0.81%

出典：全国健康保険協会「東京都の標準報酬月額表」(2020 年 9 月以降適用)より筆者作成。ここでは、対象者が、介護保険第 2 号被保険者に該当すると仮定して算出した。

・つまり、給与報酬月額等が 139 万円を超える場合、健康保険月額は 81,037.0 円と一定であるため、高報酬を得ている者ほど低く、極めて逆進的である。月額報酬が 1,000 万円の者は、139 万円の者の約 7 分 1 の割合の保険料負担となっている。

・社会保険料負担における逆進性は、看過できない問題である。少なくとも社会保障における「所得再分配」機能を鑑みれば、逆進性は速やかに解消されるべきである。その意味からも、標準報酬月額上限の撤廃は速やかに実施すべきである。

・長期的には、保険料は、企業の賃金支払総額に保険料を乗じて算定し、被用者の保険料は、報酬の高い者ほど高率、報酬の低い者ほど低率で、累進負担とすべきである。もちろん、保険料総額の半分は企業側負担であることは維持しなければならない。

＊筆者の主張を知りたい方は以下の拙稿を参照されたい。

・単著『医療保険「一部負担」の根拠を追う』自治体研究社、2019 年

・編著『検証 介護保険施行 20 年』自治体研究社、2020 年

第2部
《緊急対談》

「高齢者の医療費“2倍化”を斬る！」

資料提供：全国保険医団体連合会
住江憲勇会長

コロナ禍のこの1年を振り返ってみると、

①先の緊急事態宣言下において、頑として賃金補償・収入補償を拒否し、只々精神論でこの難局を切り抜けよという無策さ。即ち大企業、富裕層の儲けにはビター文手を付けさせない構えである。
②第二次補正予算を成立させたが、国民生活困難、中小零細業者の生業困難、地域医療確保のための医療供給体制の困難に対しては全くの不充分の中で、大企業、富裕層の為には日銀に何を約束させたか。

ⅰ)国債は無制限に買い上げよ。(大企業、富裕層に負担を及ぼさないために)
ⅱ)ETF買い軍資金を6兆円から12兆円に拡大(大企業の株価維持のために)
ⅲ)企業の資金繰り支援を75兆円から110兆円に拡大

即ち財政出動の対象は国民ではなく大企業、富裕層ですよという宣言に他ならない。

コロナ禍のこの1年を振り返ってみると、

③国会閉会中に骨太方針2020閣議決定され、その方針通りに菅政権は国会も開かず社会保障改悪の議論を開始。「社会保障制度改革を通じた歳出改革の取り組み強化」を確認し、「後期高齢者2割負担は可能な限り広範囲に拡大」「大病院の紹介状無し定額負担も拡大し、更に対象病院の拡大も」と議論。これでは新自由主義政治、経済、財政運営によって労働分配率を低下、雇用を破壊、所得再分配即ち社会保障も劣化、脆弱化させられた現実がコロナ禍で露呈されたにも拘わらず相変わらずの大企業、富裕層の儲けにはビター文手を付けさせない宣言そのものであり、何の教訓化もされていない。

コロナ禍のこの1年を振り返ってみると、

④極め付きは相変わらずの自己責任論である。
資本主義社会においては自己責任を問えるのは、賃金と雇用そして所得再分配を政府として責任を持って国民に提供出来た上での話である。政府・大企業・富裕層にこそ自己責任が問われるべきである。
⑤本年に入り、再度の緊急事態宣言下で、更なる国民生活の困難、中小零細業者の生業困難、医療崩壊に瀕し、地域医療確保のための医療供給体制の困難を嘲笑うかの如くの、昨年12月に策定したコロナ禍収束を前提とした3次補正予算案、21年度予算案を何の補強・修正も加えずそのまま通常国会に提出である。

国民の各層・各分野でのこのコロナ禍による困難にどう応えるかではなく、この機に乗じて、千載一遇のチャンスとばかりにさらに大企業、富裕層に儲け、富の蓄積を集中させようとする新自由主義の横暴の極みである。正にショック・ドクトリンである。

今回の後期高齢者窓口負担2割化

今、コロナ禍で生活困難にあえぐ国民にショック・ドクトリンとばかりに更なる負担増を強いるのか？

ショック・ドクトリンの本質は「新自由主義の狙う変革は、危機状況によってのみ可能となる」（フリードマン）であり、正に更に大企業・富裕層に富を集積せんがための国民・働く人々への搾取・収奪そのものである。こんな暴挙がコロナ禍という未曽有の困難に瀕する国民に強いること自体許されるものではない。今こそ、このコロナ禍で露呈された日本の社会保障制度の脆弱さ、所得再分配機能の脆弱さを21年度予算で一歩でも二歩でも取り返すことこそ求められていることである。

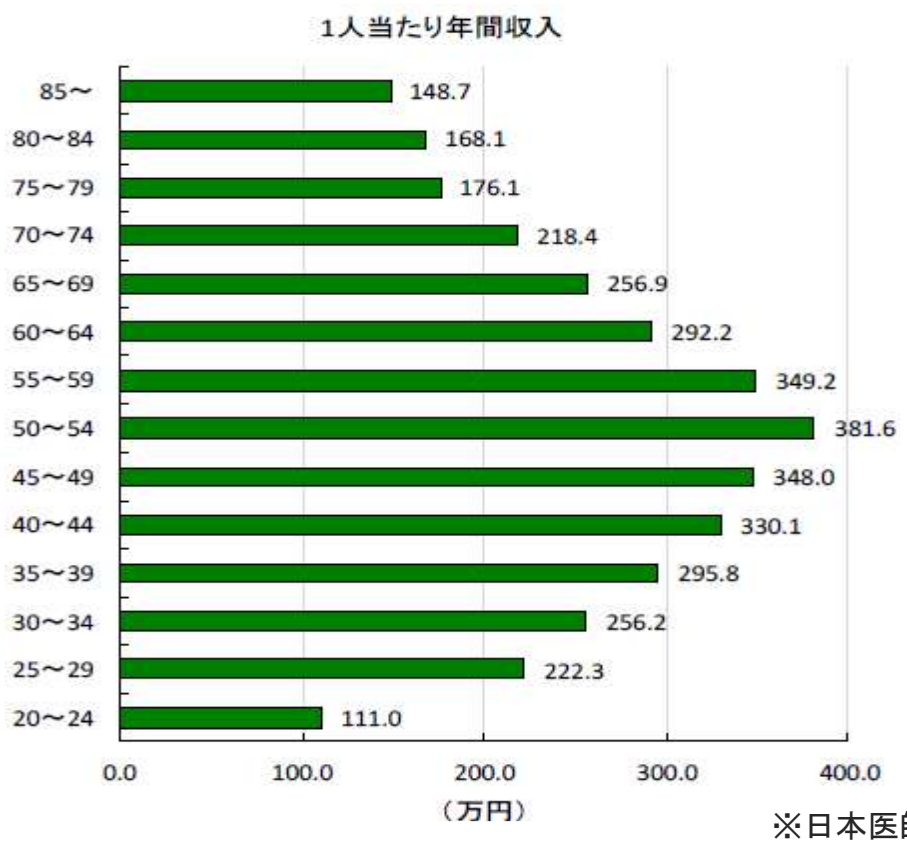
高齢者負担増反対

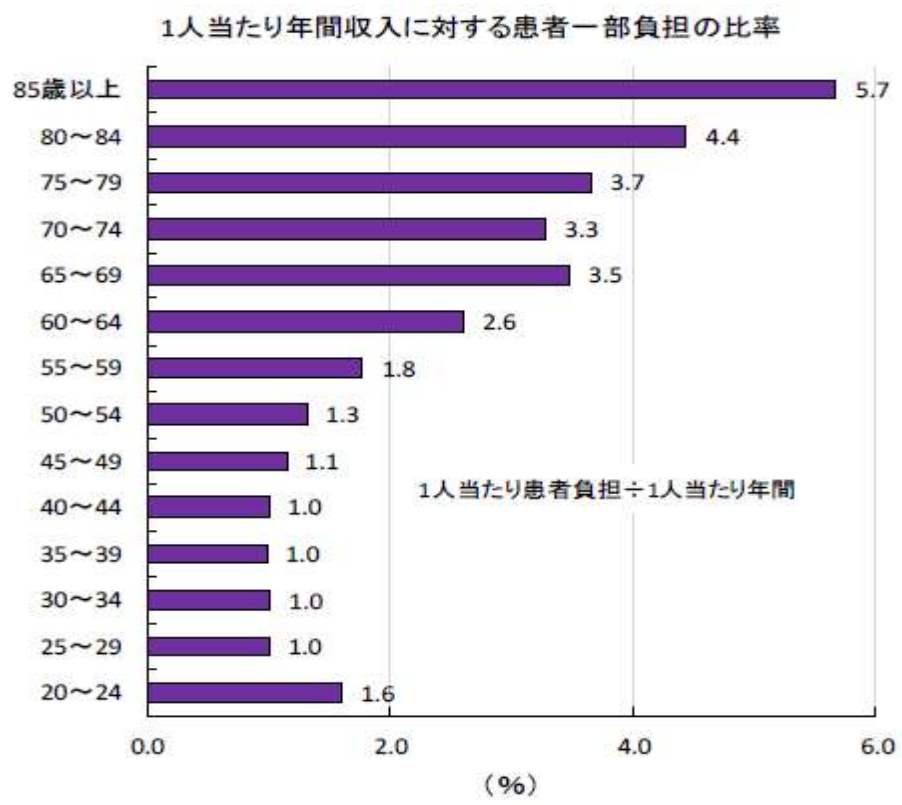
①40年来の新自由主義政治、経済、財政運営による日本の社会保障制度、所得再分配機能の脆弱性がこのコロナ禍で顕になった。この脆弱性克服のために2021年度予算で改善の道を作る事こそ求められている。
②医療に求められているのは常に早期発見、早期診断、早期治療による安全・安心である。負担増による受診抑制、治療中断はこれを悉く困難にする。

「応能負担」と言うが、

原則 1割負担の今でも高い窓口負担

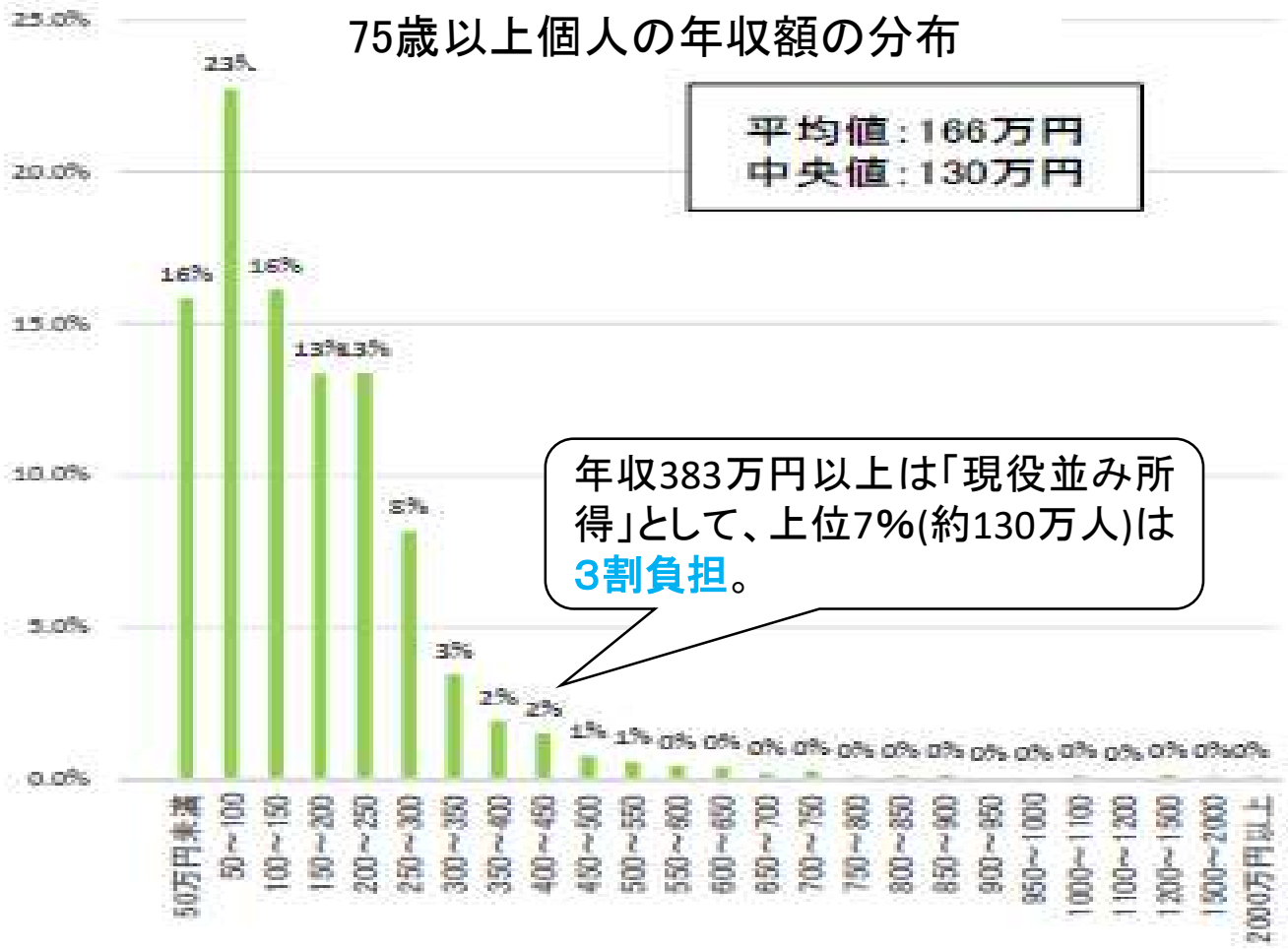
年収に対する窓口負担が占める割合は現役世代（30～50代）の2～6倍近い負担をしている。
⇒　受診回数が増える高齢者に更に重荷を強いることは、必要な受診を益々妨げる。





※日本医師会「全世代型社会保障検討会議」提出資料（2020年11月24日）より修正作成。

既に、年収383万円以上は3割負担。2割負担となるのは、中低所得となる年収200万～383万円未満。



「能力に応じた負担」と言うが、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（年収383万円未満）である。

※「議論の整理」に関する参考資料（社会保障審議会医療保険部会、2021年1月13日）より。
以下2割負担に関わる図表で出典明記なしは同様。

高齢者の生活に負担増を受け止める余裕などない

◆世帯主が75～79歳（無職）の夫婦世帯（平均）では、月収入23.3万円に対し、月支出25.5万円で月2.2万円の赤字。

⇒　年金を中心とした年収280万円前後の暮らし（平均世帯より、上位収入に近い）でも、年間27万円の赤字である。

◆消費税増税による大幅な物価上昇の中、消費支出を月23.3万円（2014年）から月22.6万円（2019年）にまで、更に切り詰めて生活している。

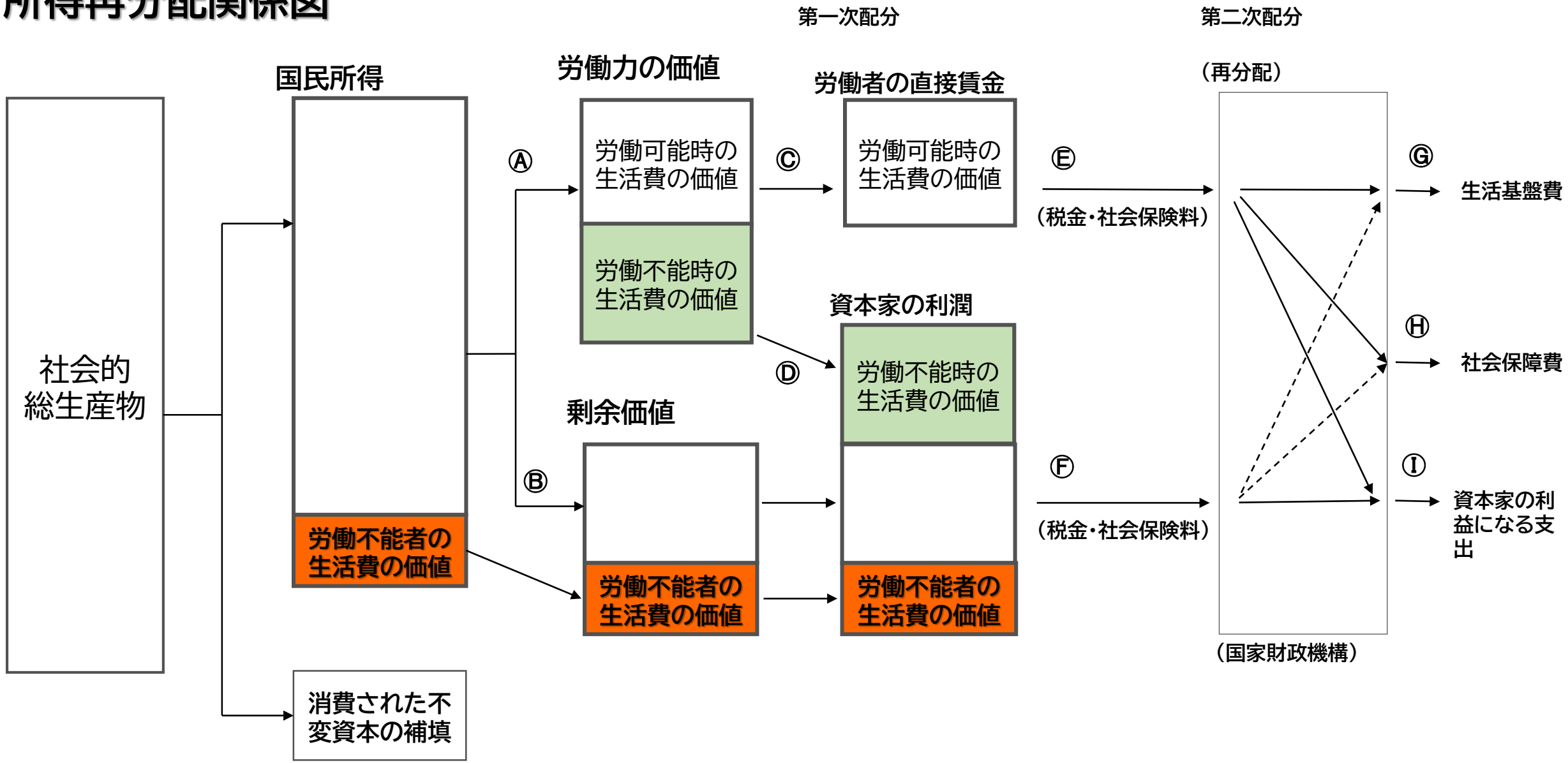
⇒　これ以上の負担増を受け止める余裕などない。

高齢夫婦（世帯主が無職で75～79歳）で主に構成する世帯（月平均）

※「家計調査」(総務省、2019年)

◆更に、GoToトラベルによる宿泊料低下などで消費者物価が下がったことを理由に2021年度の年金は0.1%減額。トラベルとは縁遠い生活苦の高齢者の生活に追い打ちをかける。

所得再分配関係図


第一次配分
第二次配分
国民所得
労働力の価値
労働者の直接賃金
（再分配）
社会的
総生産物
Ⓐ
労働可能時の
生活費の価値
Ⓒ
労働可能時の
生活費の価値
Ⓔ
（税金・社会保険料）
Ⓖ
生活基盤費
労働不能時の
生活費の価値
資本家の利潤
Ⓗ
社会保障費
Ⓓ
労働不能時の
生活費の価値
剰余価値
Ⓑ
Ⓕ
（税金・社会保険料）
Ⓘ
資本家の利
益になる支
出
労働不能者の
生活費の価値
労働不能者の
生活費の価値
労働不能者の
生活費の価値
（国家財政機構）
消費された不
変資本の補填

・税を身軽にするとは

→法人税・所得税の減税

↓

このことによる税収不足の代替えとして

↳ 消費税

・社会保険料を身軽にするとは

→労働分配率引き下げ

→雇用を非正規に

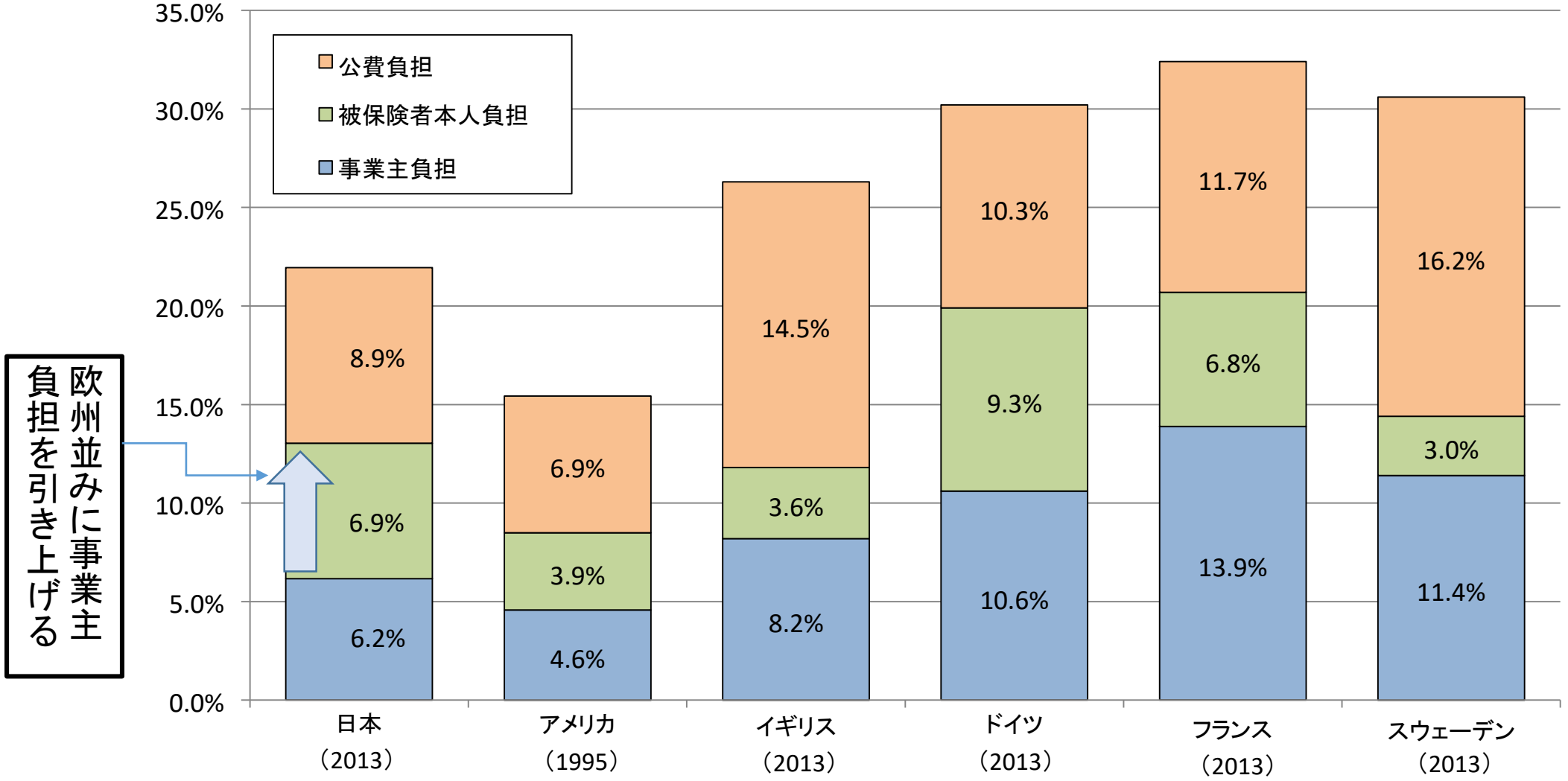
→所得再分配機能破壊

低賃金

↳ 社会保障破壊

社会保障財源の対ＧＤＰ比の国際比較

社会保障制度改革国民会議資料より作成



（資料）社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」（日本）、「社会保障費国際比較基礎データ」（アメリカ）、Eurostat “European Social Statistics“ （イギリス、ドイツ、フランス、スウェーデン）

（注）厚生年金等における積立金の運用収入は時価ベースで評価していること等に留意する必要がある