

仲間づくり教養コース ⑤ 社会保障学

## 「高齢期の社会保障」あるべき姿を考察する

第3回

### 「医療保険改革」の中身

日時：7月15日（土） 13:30～15:30

場所：鶴瀬公民館 第三集会室

講師：芝田 英昭 氏（立教大学 コミュニティ福祉学部 教授）

受講人数：26名

第3回目の7月15日は『医療保険改革』の中身について学びました。医療保険制度改定の概要と問題点について、前回に引き続き芝田講師から詳しく解説頂きました。連日の猛暑のしかも昼下がりに拘わらず、受講生は暑さを忘れ、熱心に受講されました。

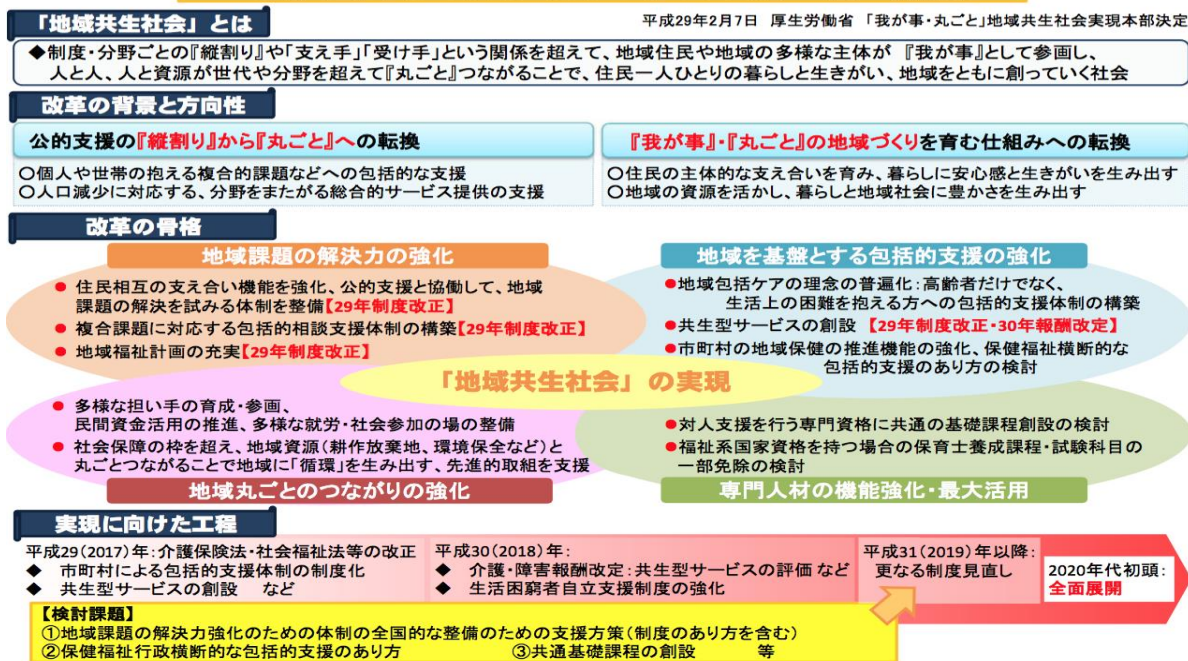
#### はじめに…地域共生社会が事の始まり

- ・2016年7月15日、「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部（以下「実現本部」）」が、第一回会合で、2020年代初頭までに実現すべき地域共生社会のあり方を、「地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現」[厚生労働省（2016）]との文書で示した。
- ・2017年2月7日実現本部は、「『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）」（資料1）[厚生労働省（2017）]をとりまとめた。



## 資料1 「地域共生社会」の実現にむけての改革工程

### 「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】



出典：厚生労働省（2017）「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部『「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】』、2017年2月7日。

・改革工程が閣議決定された同日、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案（以下「介護保険法等改正法案」）」が閣議決定され同日衆議院に提出、4月18日可決、同日参議院に送付、5月26日参議院本会議にて可決・成立。同法は、改革工程に忠実に沿うもの。

・改革工程が目指すのは、介護保険法の改正だけに止まらない。今回の介護保険法等改正法は、介護保険法、健康保険法、児童福祉法、医療法、社会福祉法、老人福祉法、地域保健法、生活保護法、地域再生法、子ども・子育て支援法等を含む31法の改正。

・実現本部は、「地域共生社会」の名の下に、地域に生起するあらゆる課題・問題を地域住民が自助・共助を基本に解決して行くとしている。

・この方向性は、生存権を公的責任のもと具現化した社会保障制度の基盤を揺るがす重大な誤謬を犯しかねない。

### 自己負担増を強いる医療保険制度等改定

#### 1)医療保険制度改定の概要と問題点

・厚生労働省は、2016年11月30日社会保障審議会医療保険部会に2017年度における医療保険制度改革の素案を示した。

・高額療養費制度の上限引き上げ、後期高齢者医療制度における保険料軽減特例措置の廃止、子ども医療費助成制度の罰則措置の一定軽減等である。

・これらの改革は政府の既定方針として、2017年度予算に反映された。また、2017年度予算は、2017年1月20日第193回国会において麻生財務大臣が2017年度予算案説明を行い、2017年3月27日政府案通り可決・成立している。

・現在、70歳以上人口は2,437万人で総人口の約2割を占める。その内高額療養費の影響を受ける70



歳以上の住民税非課税人口は約 1,400 万人と言われ、彼らが 69 歳以下と同水準の負担に引き上げられる（表 1）。

- ・租税における「最低生活費非課税原則」に鑑みれば、住民税非課税は、最低の生活を行うには厳しい世帯であり、この層の負担増は益々高齢者の貧困を深化させる。
- ・後期高齢者医療制度では、約 916 万人が保険料算定定額部分の特例措置廃止で、従来の軽減幅に戻され、2 倍から 9 倍の保険料になるとの試算もある。
- ・収入が 264 万円を超える後期高齢者の所得比例部分の保険料は、5 割軽減特例措置を 2017 年度で廃止する。
- ・療養病床入院中の 65 歳以上の人は、居住費が現行日額 320 円から日額 370 円に増額される。2016 年から入院給食も増額されており、合計で 1 月 5 万 2,500 円の負担となる。

表 1 高額療養費制度の見直し

69 歳以下	区分(年収)	窓口負担	限度額(月単位)	
	1160万～	3割	252,600 + 1% <140,100>	
	770～1160万		167,400 + 1% <93,000>	
	370～770万		80,100 + 1% <44,400>	
	～370万		57,600 <44,400>	
住民税非課税		35,400 <24,600>		

70 歳以上	区分(年収)	窓口負担	外来	限度額(月単位)
	現役並み 370万～	3割	44,400円	80,100円 + 1% <44,400>
	一般	70-74歳 2割(※)	12,000円	44,400円
	住民税非課税		75歳以上 1割	8,000円
	住民税非課税 (所得が一定以下)			

注：〈〉内は、年 4 回以上利用で、4 回目以降の負担額。

出典：厚生労働省「高額療養費制度の見直しについて」、社会保障審議会医療保険部会、2016 年 11 月 30 日。

- ・子ども医療費助成に関しては、国保財政に対する一定の罰則措置(国庫負担の削減)を軽減する案(2018 年 4 月 1 日施行)であるが、極めて不十分である。
- ・生まれ育った自治体によって子ども医療費負担に相違が存在することは、世帯の所得により医療へのアクセスに支障をきたすことであり、法の下での平等(憲法 14 条)や生存権保障(憲法 25 条)侵すものと考えられる。
- ・すべての子どもは、親の所得に左右されることなく適宜医療機関にアクセスできるのが世界的な潮流<sup>i</sup>であることから、早急に国の制度として「子ども医療費無料化」を確立すべきである。
- ・かかりつけ医以外の受診の際の追加の定額負担、あるいは市販品類似薬の保険外し等に関しては引き続き検討となり、2017 年通常国会には提案されないが、2017~18 年中に結論を得て 2018 年以降に改正を行う方針が打ち出されている<sup>ii</sup>。

## 2)自己負担(増)は、受診・サービス利用抑制につながる

- ・2017 年度における医療保険制度等改定は、自己負担等(或いは、一部負担、窓口負担)の増額が目白押しである。勿論、政府の論理からすれば一部の高所得階層に対する自己負担増だとして、“応能負

担原則”を踏襲する方向性だと主張するかもしれない。

- ・そもそも社会保険における自己負担の存在は許されるのか。
- ・医療保険等におけるサービス受給時の自己負担の存在・増額に受診抑制効果があることはよく知られているが、幾つかの研究でその実態を検証したい。

\*非営利団体「日本医療政策機構」は、医療に関する世論調査を毎年行っている。例えば、「日本の医療に関する 2008 年世論調査」[日本医療政策機構(2008)、pp.21・22]では、「過去 12 ヶ月以内に、費用がかかるという理由で、医療を受けることを控えたことがありますか(下線筆者)」との問いに対して、「薬を処方してもらわなかったことがある」は、高所得・高資産層(年間世帯収入 800 万円以上かつ純金融資産 2,000 万円以上)で 2%、中間層(高所得・高資産層、低所得・低資産層、以外)で 11%、低所得・低資産層(年間世帯収入 300 万円未満かつ純金融資産 300 万円未満)で 16%、であった[日本医療政策機構(2008)、p.22]。

- ・「具合が悪いところがあるのに医療機関に行かなかったことがある」は、高所得・高資産層で 18%、中間層で 29%、低所得・低資産層で 39%、であった[日本医療政策機構(2008)、p.22]。
- ・同機構は、「経済力により受診抑制の実態に差があること、とくに所得・資産が低くなるほど、より受診を控える傾向にあることが明らかになり、経済力により医療へのアクセスに『格差』が生じている実態が改めて明らかとなった」[日本医療政策機構(2008)、p.21]としている。
- ・2008 年調査からは、医療受診における自己負担の存在が受診抑制、特に低所得・低資産層に顕著であったことが明らかとなった。
- ・自己負担増が医療受診行動にどのような影響を及ぼしたのかに関しては、以下の 2 つの有益な研究が存在する。1 つは、吉田あつし、伊藤正一の論文「健康保険制度の改正が受診行動に与えた影響」[吉田あつし、伊藤正一(2000)、pp.101-121] である。もう 1 つは、畝博の調査「医療費の自己負担増による高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動の変化」[畝博(2004)、pp.1-19] である。

\*吉田と伊藤は、1997 年 9 月実施の健康保険制度改正により、被用者本人自己負担の 1 割が 2 割への増加、扶養家族の薬剤等の一部負担の導入が、若人(老人医療制度の適用を受けない医療保険組合員とその家族)の外來の受診行動にどのように影響を与えたのかを調査・分析している。

- ・吉田らは、「医療機関に 1 年間で一度も行かない確率については、改正により『本人』、『家族』ともにほぼ同程度上昇し、年齢が高くなるほどこの確率が大きくなっている」[吉田あつし、伊藤正一(2000)、p.117]、「診療日数については、『本人』はほとんどの年齢層で同程度に減少したが、『家族』については高い年齢層ほど大きな影響を受け、特に『61 歳-69 歳』層にもっとも大きな抑制効果をもった」[吉田あつし、伊藤正一(2000)、p.117] とし、自己負担増が受診抑制に繋がったことを明らかにした。

\*畝は、1997 年 9 月実施の健康保険制度改正により、被用者本人自己負担 1 割が 2 割への増加が、高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動に与えた影響について実証研究を行っている。

- ・畝は、「定率 1 割から 2 割への自己負担増は高血圧症および糖尿病の患者の受診行動に影響を与えており、その影響は糖尿病患者により顕著であった」[畝博(2004)、pp.2-3] とし、当時 2003 年に実施が予定された健康保険被用者本人 3 割負担への負担増に対し、「このような医療費の自己負担増は高血圧症や糖尿病などの慢性疾患の受診を抑制し、その結果、脳血管疾患や腎不全などの重篤な合併症を引き起こし、結果として、より多くの医療費が必要となり、社会のコストが増大する可能性がある」[畝博(2004)、p.16] との見解を示している。

- ・社会保険における“自己負担”が、受診・サービス利用抑制につながるのは、前記の通りであるが、世界的には負担が無いかあっても僅かである。
- ・例えば、社会保険の祖国と言われるドイツは、介護保険に関してはサービス利用に際しての自己負担は存在しない。医療保険では、外来診療初診時に10ユーロ（四半期毎、1ユーロ=約125円 2017年1月現在）、入院診療1日10ユーロ（年間28日まで）、薬剤処方10%（5～10ユーロの範囲内）の低額負担であり、一般的に患者の年間負担上限は世帯年間実質所得の2%以内と定められている。また、重症慢性疾患患者（連邦共同委員会のガイドラインによる）の年間負担上限は世帯年間実質所得の1%以内である。
- ・社会保険は、私的保険とは違い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。
- ・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。当然、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。
- ・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・国民から再度自己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、ましてや費用の二重徴収と言わざるを得ない。
- ・この観点から自己負担を考察すれば、自己負担の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、利用時の自己負担はあってはならないと考える。



<猛暑の中熱心に聴き入る受講生と、講義会場の全景>