

医療費自己負担を減らしゼロへ ～沢内村からも学んで実現する～

日本高齢者大会inあいち 第6学習講座

横山 壽一
(佛敎大学)

2024年11月22日～23日

1

はじめに

■医療費窓口負担無料化をめざすために明確にしておくべきこと

- ・いままぜ無料化が必要なのか
- ・無料化を求めることに正当性はあるか
- ・無料化は本当に可能なのか

■そのために整理しておくべきこと

- ・窓口負担増がもたらしている問題の深刻さ
- ・医療の特性、その社会的性格
- ・無料化の社会的、財政的基盤

2

高齢者に広がる受診抑制と人権侵害

■窓口負担増がもたらしている問題の深刻さ

・窓口負担は確実に受診抑制をもたらす (資料)

厚労省公表の研究報告書 (2024年8月30) においても、2割負担で利用割合が1～3%減少、利用日数が2～5%減少 *野口晴子「政策変更を「自然実験」とする弾力性の推計に係る実証研究」(2024年)

・受診抑制の割合は所得の低い階層ほど高くなる (資料)

日本医療政策研究機構の調査では、低所得・低資産層の受診抑制は、高所得・高資産層の2倍 *日本医療政策研究機構「日本の医療に関する2008年世論調査」

・受診抑制はいのちに関わる問題 (資料)

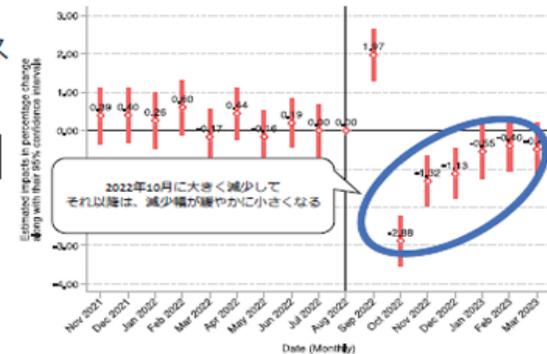
民医連調査では、経済的理由による受診抑制での死亡が48件 (2023年)

*民医連「2023年経済的事由による手遅れ死亡事例調査概要報告」

3

RDD-DID 医療サービス 利用の有無

推定値(%)を低所得層の
通知前平均と比較して
変化率(%)として解釈



82.6%が何らかの
サービスを利用
*2022年10月の低所得層平均

4

経済力の弱い人には、医療費負担による受診抑制が生じている

(%: 2008年1月; n=926人※)

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？【問3】



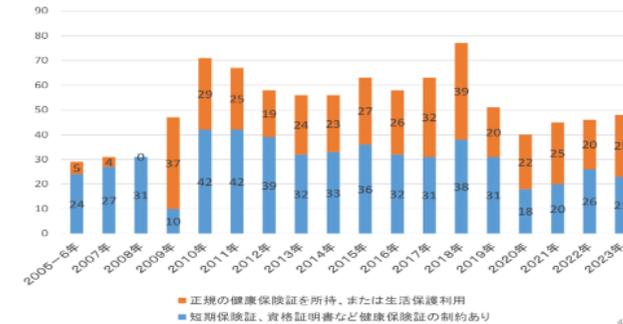
※世界収入・純金融資産ともに回答した回答者
高所得・高資産層: 年間世帯収入800万円以上かつ純金融資産2,000万円以上
低所得・低資産層: 年間世帯収入300万円未満かつ純金融資産300万円未満
中間層: その他

出典: 特定非営利活動法人、日本医療政策機構「日本の医療に関する2008年世帯調査」

5

経済的事由による手遅れ死亡事例

事例数の経年的推移



6

高齢者に広がる受診抑制と人権侵害

■受診抑制は憲法が保障する権利の侵害 = 人権侵害

- ・ 生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利の侵害 (13条)
- ・ 法の下での平等の侵害 (14条)
- ・ 健康で文化的な生活を営む権利の侵害 (25条)
- ・ 到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利の侵害 (経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約 (社会権規約) 第12条)
→ 医療へのアクセス権、生命権、生存権、健康権の侵害

■人権侵害がさらに拡大されようとする動き

- ・ 全世代型社会保障改革による高齢者への負担増 (資料)
- ・ 「高齢社会対策大綱」で3割負担拡大の提起 (資料)

7

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋 (改革工程) について (2023年12月)

◆ 後期高齢者負担率の見直し

- ・ 高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な仕組みとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制するため、介護保険を参考に、後期高齢者1人当たり保険料と現役世代1人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう、高齢者負担率の設定方法を見直す。【法改正実施済み】

高齢社会対策大綱

(3) 持続可能な高齢者医療制度の運営

後期高齢者の窓口3割負担(「現役並み所得」)の判断基準の見直し等については、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋 (改革工程)」(令和5年12月22日閣議決定)において、年齢に関わりなく、能力に応じて支え合うという観点から、2028年度(令和10年度)までに実施について検討することとされていること等を踏まえ、現役世代の負担が増加することや、2022年(令和4年)10月に施行された後期高齢者医療制度における窓口負担割合の見直し(一定以上所得のある者への2割負担の導入)の施行の状況等に留意しつつ、検討を進める。

8

医療費の自己負担とは何か

■ (公的) 医療保険と窓口負担

・ 保険の仕組みを用いて医療を利用・提供する社会制度

保険はリスク分散の方法のひとつ

医療保険は病気やケガをリスクとみなし、それを多数でシェアすることで負担を軽減

民間保険とは異なる…国・自治体・事業主も負担の義務を負う、リスクに応じた保険料ではなく負担能力に応じた保険料

低所得層には保険料を減額・免除 → **社会扶助と保険主義の側面**

・ 給付率と窓口負担

実際に使われた費用のどれだけを保険でまかなうかを示すのが「給付率」、保険でまかなわれない分は患者が負担 (窓口負担)

9

医療費の自己負担とは何か

■ 医療保険に窓口負担は絶対必要か

・ 窓口負担に絶対的な根拠はない、給付率も然り

保険財政でまかなうのが保険の原則→10割給付が本来の姿

保険料を納めたうえで利用のたびに負担するのは**二重負担で不当**

日本の健康保険は発足 (1922年) から1983年まで被保険者本人10割給付

■ 医療保険に窓口負担はそぐわない

・ 病気やケガを治すのが医療保険の目的、治るまでが保険の対象

・ 給付率9割・8割は、病気やケガを9割・8割だけ治すということと同義、本来ならばありえないこと、**医療 (現物給付) は10割給付が原則**

・ **諸外国では窓口負担がない国が多数 (資料)**

10

OECD各国の窓口負担

原則無料 (外来)



原則無料 一部の高所得者有料 (外来)



定額制・償還などで実質低負担 (外来)



かかった医療費に応じた 定率負担

ベルギー 外来10%、入院定額

スイス 外来10%、入院定額

ルクセンブルク 外来5%、入院定額

韓国 外来30%、入院20%

日本 外来・入院30% (現役世代)

OECD編著『世界の医療制度改革』から

※米国は国民全体を対象とする公的医療保険制度がない。メキシコの公的医療制度は、国民の過半数が加入しているが、全国民をカバーしているわけではない。

「しんぶん赤旗」2009年7月30日

11

医療の共同性・公共性から医療費負担を考える

■ 医療の本質

・ 病気やケガを治し、いのちを守る営みは人類の根源的活動のひとつ

・ 人類の本質は「**類的存在**」→いのちを守る営みも、人類登場の初めから共同の営み→医療は本来的に共同でいのちを守る営み

いのちを守ることは共同の利益 = 医療は**共同の利益**を守る営み

■ 医療の歴史

・ 共同体での加持祈祷から、診断・治療の知識の蓄積と共有→医学の発展

・ 専門の担い手による治療 → 医師の登場と社会による養成

・ 特定の施設における診断・治療 (教会・修道院、施療院) → 病院の発展
日本では悲田院、施薬院、養生所など、社会の共同事業としての医療

・ 共同体の解体→国家による共同業務としての医療 (写真)

だが限定的、それを補う自主的な協同による医療の確保・提供

12



タペーラ施療院 (スペイン)



旧王立救護院 (フランス)



小石川療養所 (復元図)



施療院 (愛染堂勝鬘院・大阪)

医療の共同性・公共性から医療費負担を考える

■医療施策といのちをめぐる階級対立

- ・産業革命と健康被害→労働力確保のための公衆衛生
- ・いのちを守る国民の運動による労働時間短縮（工場法）、職場環境の安全性確保、食の安全性、住宅の改善など
- ・軍事政策としての公衆衛生・医療の整備（健兵健民）
- ・自助・互助の限界から国家責任による社会制度としての医療の要求へ
→各国で医療保険制度の設立（国家・資本と共に労働者も抛出、その意味で社会保険は妥協の産物）

■医療保険と医療の公共性

- ・医療保険は、健康・貧困の自己責任から社会的責任への転換
- ・医療はすべての国民のいのちを守る **公共の利益**へ

14

医療の共同性・公共性から医療費負担を考える

■医療の公共性とは

- ・**公共とは「すべての人に開かれている」こと**
- ・社会制度はすべての国民が享受しうるもの（開かれている）
- ・社会制度としての医療保険の登場は、医療が公共性をもつに至ったことを意味する ⇒ ただし階級（国家・資本と国民）のせめぎ合いが存在し、その状況によって公共性の度合いが左右される

■医療の公共性と無料化

- ・「すべての人に開かれている」とは、所得の多寡によって利用に格差が生じない、利用できない人を生み出さないことが肝要
- ・そのためには、市場ではなく社会の責任で管理・運営し、費用も社会が負担する仕組みが不可欠
- ・**医療の格差を生まない、誰も排除されないための確かな保障が医療の無料化**

15

医療の共同性・公共性から医療費負担を考える

■社会的共通資本としての医療—宇沢弘文氏

- ・医療資源には限界があり、無制限に供給することはできない。そこで、どこにどのように配分するかが問題となる。こうした医療の配分は、専門家集団が、医学的知見に基づき、職業倫理に沿って判断し、国民医療費を決定すべきである。
- ・社会的共通資本としての医療は、厚生官僚が行政的な観点から管理・運営することも、市場的な利潤追求の基準で左右することも許されない。医師による自主的決定の前提条件として医師相互のレビュー制度などの制度的整備も必要。
→官僚による行政的観点からの管理運営の排除
公費負担削減の負担論から医療の公共性からの負担論へ

16

人権保障から医療費負担を考える

■人権としての医療保障

- ・生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利の保障（13条）
- ・法の下での平等の保障（14条）
- ・健康で文化的な生活を営む権利の保障（25条）
- ・到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利の保障（経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（社会権規約）第12条）
- 医療へのアクセス権、生命権、生存権、健康権の保障

■医療保障と経済的保障

- ・「いつでも、どこでも、誰でも、経済的不安なく、最高の医療を受けることができる」医療こそ、医療保障の具体的姿
- ・医療保障のためには経済的保障＝無料化が不可欠

17

「生命尊重行政」の実現で老人医療費の無料化を

■いのちを守り、いのちを尊重する行政＝「生命尊重行政」

- ・人権侵害を生まない、人権を保障する確かな保障は「生命尊重行政」の実現
- ・沢内村における「生命尊重行政」の実現と推進
住民のいのちと健康を守ることが政治の基本（深沢晟雄村長）
その柱が「乳幼児医療無料化」「老人医療無料化」プラス
住民参加・住民主導の健康づくり・健康管理・健診、住宅など
- ・医療の無料化の実施は医療費の増大をもたらさないで安定化
アクセスを容易にし、保健・予防、介護・福祉で生活改善が進めば医療費は安定することを証明
→国の医療費抑制政策・社会保障抑制政策は、生活を悪化させ健康を損なわせることで、かえって医療費を増大させている

18

無料化と社会的・財政的基盤

■無料化の社会的基盤－国民的な理解と合意

- ・医療の共同性・公共性に対する国民的合意
- ・受益者負担論、高齢者優遇論の克服のための国民的議論
- ・ばらまき論、医療費増大論、ただ乗り論への批判と克服
- ・高額療養費があれば負担ゼロは不要か ⇒「**高齢者人権宣言**」の活用

■無料化の財政的基盤－無料化のための財源確保

- ・国民医療費のうち患者負担は約5兆円
- ・**財政の歪み**をただせば財源確保は可能
⇒歳入：**応能負担**の徹底、大企業・高額所得者への課税強化
歳出：不要・不急の歳出の削減
- ・防衛費増を取りやめ、「防衛力強化資金」に繰り入れる税外収入4.6兆円を使えば無料化は可能 **まさに<大砲かバターか>が最大の争点**

19

むすび

■無料化が今こそ必要

- ・窓口負担による受診抑制＝人権侵害が広がり、さらに世代間の対立を煽って負担増を進めようとする動きが強まっている今こそ無料化が必要

■無料化を求めることには正当性がある

- ・医療はいのちを守る人類の根源的な活動であり、すべての人に例外なく必要とされるもので、共同性・公共性をもつ
- ・すべての人に等しく必要を充足するためには、負担能力の違いで利用の格差が生まれてはならない。そのためには窓口負担ゼロが不可欠

■無料化の財源確保は十分可能

- ・無料化に必要な財源は、財政の歪みを正すことで十分確保できる
- ・軍事費増をやめれば、それだけで財源が確保できる

■無料化に対する誤った議論を批判し、国民的合意を広げる取り組みを

20