

2021.5.17

悪政に抗していのちを守ろう！

—75歳以上患者2割負担を止めよう！— ①

一般社団法人 全国労働安全衛生研究会
甲府市議会 山田厚

はじめに

政権側は、コロナ災害の最中でありながら、2022年後半から75歳以上の医療費患者負担を2割負担＝実質的に2倍の負担に引き上げようとしています。

その負担増の「理由」とは、「高齢化で現役世代の多額な保険料が75歳以上の高齢者医療への支援金となっている。その現役世代の負担軽減が必要だ」「もっぱら高齢者のための社会保障ではなく世代間の公平性を」などです。この「理由」とは、事実と異なり「嘘いつわり」に等しいものです。しかしこの「世代間の分断と対立」を煽る「理由」は、社会に浸透していて、大きな社会的な問題ともなっていません。

高齢者にとって大変な負担額となり受診抑制が進むことで、いのちを必ず脅かします。同時進行している「病床削減・病院統廃合・医療従事者疲弊させる」悪法とともに、これは全世代の医療・社会保障をも脅かすこととなります。

1. 大変な負担増です！75歳以上患者負担2割化とは

75歳以上の後期高齢者医療保険の患者負担2割化とは、大変な負担額です。単身世帯は**年金収入200万円以上**、夫婦2人世帯は**計320万円以上**の低所得者からはじまり370万人が対象です。この法案が成立すると、2022年度の後半から1割から2割に引き上げることとしています。

政府の試算による自己負担額ですから、たぶん軽めです。それでも「自己負担額は平均すると今より3.4万円多い**年間11.5万円**となる」が、「3年間の配慮措置期間は年間10.6万円に抑えられる」といいます。試算ですら大変な負担増です。

1人当たり平均窓口負担額（年間）

	現行（1割負担）	2割負担	配慮措置
外来	4.6万円	7.6万円（+3.1万円）	7.2万円（+2.7万円）
入院	3.5万円	3.9万円（+0.4万円）	3.9万円（+0.4万円）
合計	8.1万円	11.5万円（+3.4万円）	11.1万円（+3.1万円）

全世代型社会保障検討会議の資料より引用

この一人世帯200万円と夫婦世帯320万円における保険料と税負担を差し引く、政府試算の患者平均負担11万5000円を除くと、**年金収入の残金は約140万円**と**夫婦世帯219万円**です。これに消費税10%がかかるのですから苦しくなるばかりです。

年金収入	200万円では…	夫婦合計320万円では…
介護保険料	93,330円	97,220円+ 70,000円
後期高齢者保険料	69,330円	102,340円+ 32,390円
市・県民税	33,600円	29,000円
所得税	13,100円	8,100円
合計（年）	209,360円	339,050円
年金収入の残額	1,790,640円	2,860,950円

ここからさらに医療費(2割負担)、11万5000円（一人当たり）を引かれると…

	1,675,640円	2,630,950円
月平均残額	139,637円	219,246円

※税・保険料は甲府市市民税課などの試算、1人当たり平均患者負担額は厚生労働省の試算より（2020年作成）

患者2割負担とは、実質的に患者2倍負担となります。政府の試算では、毎月2倍となる人は外来で約61%としています。これは受診月の高額療養費制度（高額な医療費の自己負担が必要となった際に、限度額を超えた分について払い戻しを受けられる制度）で抑えられるだけのことです。

高血圧などの外来受診は、政府試算でも実質的に2倍化となっています。

窓口負担額が2倍になる例	現行	配慮措置なし
「高血圧性疾患」で外来受診している場合 ※高血圧性疾患の外来受診の平均的な診療間隔17日を基に計算（1年間通院）	2.9万円 (2,600円/月)	5.7万円 (5,200円/月)
「関節症」及び「脳血管疾患」で外来受診した場合	7.3万円 (7,300円/月)	14.4万円※ (14,600円/月)

※年間上限により年14.4万円に負担軽減される

（資料出所）厚生労働省

このように、患者負担2倍化の主張は間違いではありません。現在、「現役なみ収入」とされる患者負担3割の高齢者の収入は383万円以上からです。比較的多いとされる年金額であっても、今では現役並みの税金と保険料負担と患者負担3割の支出では決して豊かとはいえません。

しかも、今後さらに、**原則2割負担を低所得者層にも広げるとともに、3負担の対象も広げる狙い**があります。そして**高額療養費の自己負担限度も引き上げ**ようとしているのです。

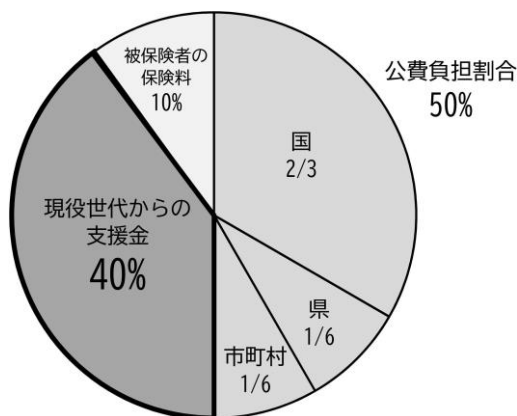
2. 後期高齢者医療は当初から廃止が求められていた

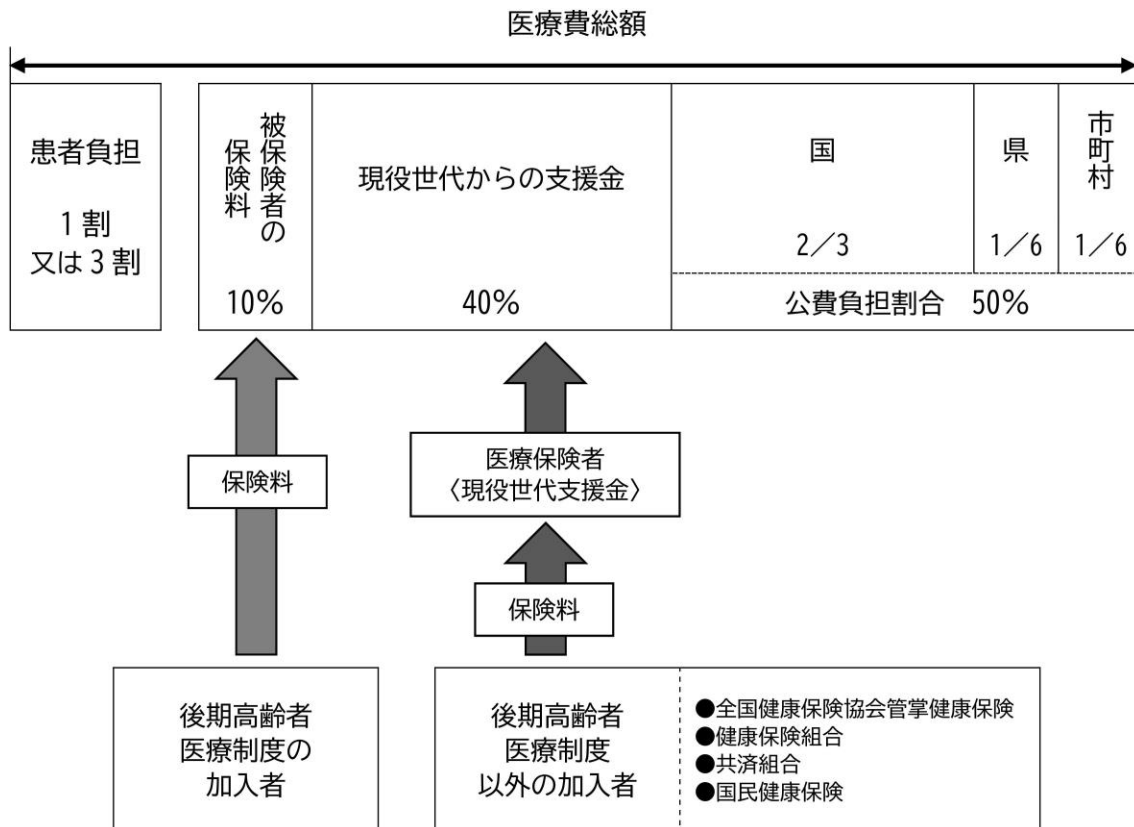
2008年4月からはじまった後期高齢者医療制度は、当初から大問題となり廃止が社会的に求められていました。「高い保険料負担と安上がりとなる差別的医療の押しつけだ」「どうして、高齢者を健保や国保から追い出すのか」「国保では世帯でまとめて納付していたのが、個人単位の保険料納付となり、扶養者も保険料負担となってしまう」などなどです。

社会的大きな批判を浴びて、2008年6月には**参議院で廃止法案すら可決**されたのです。あわてて自民政権は様々な取り繕いの改善を行いました。2009年には民主党政権が誕生しましたが、この後期高齢者医療制度の「廃止は4年間先送り」としました。そして再び自民政権となってしまったのです。

後期高齢者医療制度は、一定の是正はされたものの、**おかしな収入構造**はそのまま現在に至っています。現役世代の医療保険（協会けんぽ・健康保険組合・共済組合・国民健康保険）から拠出される支援金は老人保健制度の時より増額されました。しかもその拠出される支援金は後期高齢者医療制度の全体の40%とされ、必ず多額になる仕組みがあるのです。

患者負担を除く**後期高齢者医療保険の収入**を100%とすると、





今回の「口実」は、このうちの現役世代の保険料の支援金の40%部分の負担が極めて重くなっているのです、「患者負担を原則2割にして現役世代を軽減しよう」という「理由」です。

健保連などは高齢者負担ではなく、国の公費負担に求めるべき

さらに、この現役世代からの「支援金4割の原則」すら「国側のかってな解釈」で壊されています。健康保険組合連合会の資料によると、「**患者負担3割**の121万人の公費負担である**4500億円が入らない**ために現役世代の保険料負担が増している」とされています。これを保険料で推計すると一人当たり年間4400円とのことです。すでに国は公費負担50%の原則を**実質47%に後退**させ、ここで現役世代の保険料を負担さらに重くしているのです。

つまり、今回の患者負担2割化による現役世代保険料（本人と事業主）の820億円の軽減より、まずはこの4500億円を公費負担にして保険料を取り戻すべきなのです。

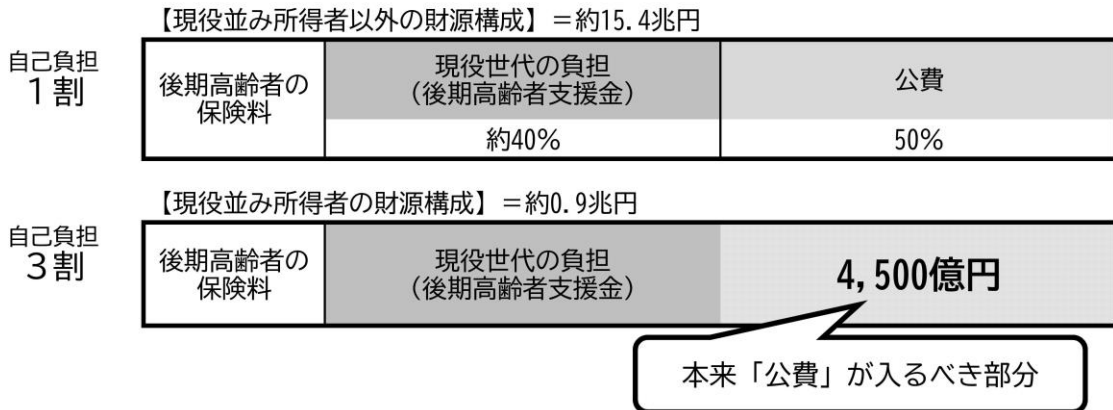
しかも、政権側のねらいは今後、低所得者まで患者2割負担にするだけではありません。「現役世代と同じ形が望ましい」として**患者3割負担を広げよう**としています。そうになると公費負担がますます削減され、現役保険料負担が強まることとなります。

したがって健康保険組合連合会などの団体は、安易に患者2割負担を求めるのではなく、この事態の是正を最優先の課題として、まずは取り組むべきなのです。

資料 健保連広報

後期高齢者医療制度の財源構成は、本来、公費50%だが、現役並み所得者の給付費には公費が入らないため、公費は全体で47%にとどまっている。

〈対象者数〉75歳以上の高齢者：約1,800万人
 〈後期高齢者医療費〉（2019年度ベース）17.7兆円（給付費16.3兆円、患者負担1.4兆円）



※現役制度のまま、現役並み所得者の高齢者の範囲を拡大すれば、公費の割合はさらに低下し、現役世代の負担は一層増加する。
 ※仮に現役並み所得の対象者を現在の6.7%（121万人）から7.7%（139万人）に拡大すると、現役世代の拠出金が約670億円増加する見通し。

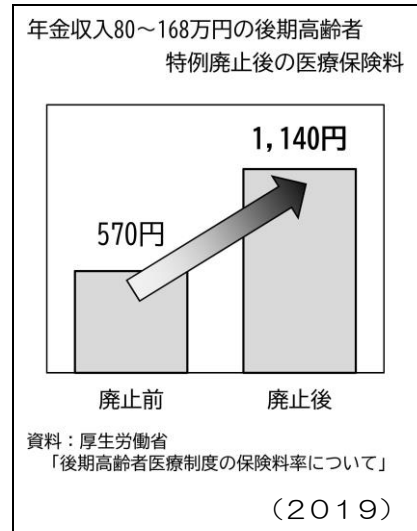
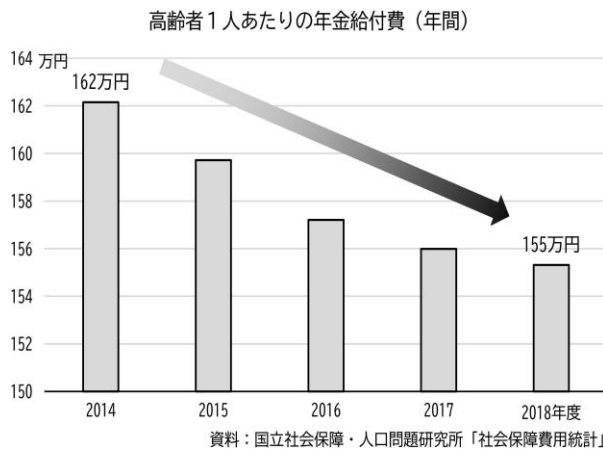
健保連（2020年11月）資料より引用

3. 社会保障削減や様々な負担増が高齢者に強められた

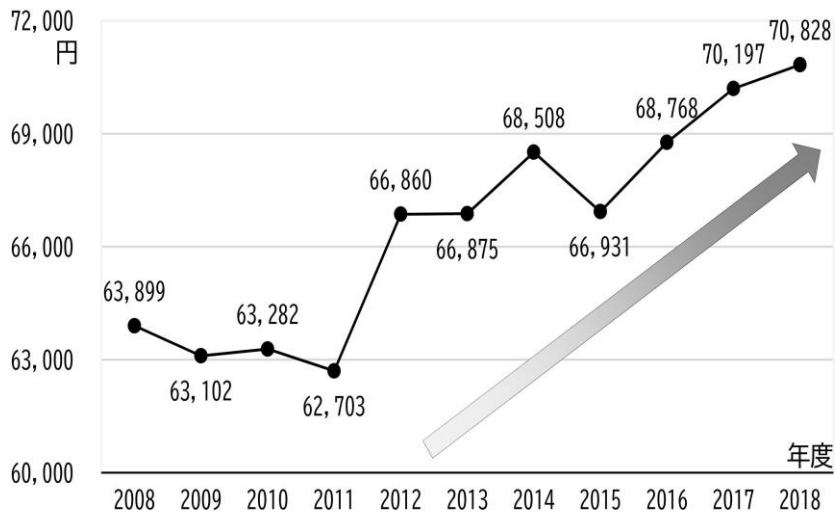
高齢者の**税控除**がなくなり、国と自治体の独自の**高齢者福祉**が後退し続け、**年金給付**が減額され、医療・介護の**保険料**や**消費税**などの負担が重くなっています。そのことを改めて振り返ってみましょう。

●**年金削減と高齢者医療保険料の負担増**

後期高齢者医療の保険料も**低所得者の軽減特例が廃止**され、特に低所得者の負担増となっています。平均保険料も2011年は6万2703円でしたが、2018年には7万828円となり8,125円もの負担増となっています（「後期高齢者医療事業年報」）。



後期高齢者1人当たり保険料調定額の推移



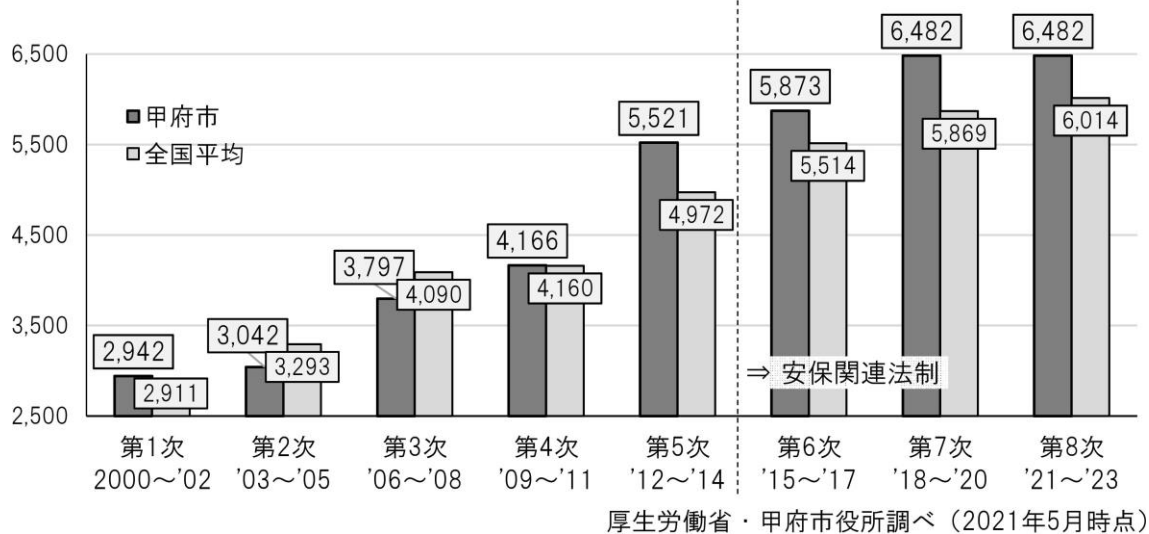
資料：後期高齢者医療事業年報

●介護保険料は2倍負担に

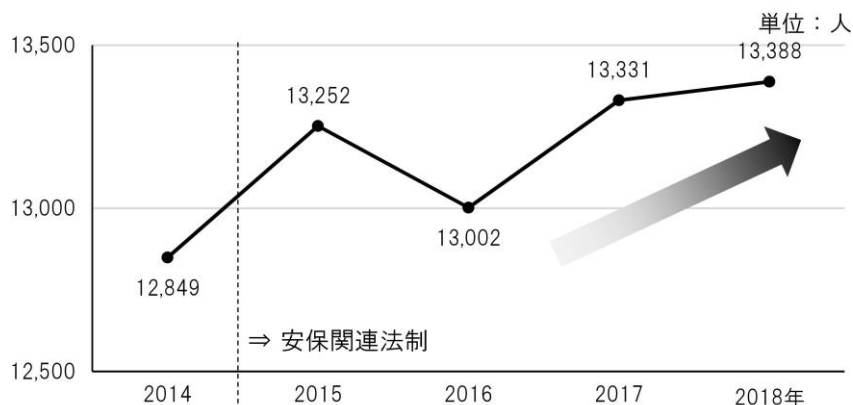
介護保険の保険料負担は全国平均でも2倍に、甲府市などの自治体では2.2倍以上にもなっています。

保険料滞納による差押えも行われ、介護給付制限などのペナルティを受ける人も増加傾向で、2018年には1万3400人にもなっています。

全国と甲府市の介護保険料の増額推移



全国の介護保険料の滞納者に対する保険給付の制限



出典：介護保険事務調査 集計結果（各年度4月1日現在）

●高齢者への増税＝高齢者控除・年金控除廃止

すでに忘れられているのが2006年度からの税制改悪です。この改悪で65歳以上の高齢者にかんがりの増税をもたらしています。

- ・65歳以上の高齢者控除48万円の廃止
- ・65歳以上の前年度合計所得125万円以下の非課税措置の廃止
- ・65歳以上の公的年金控除額の見直し

これ以外に定率減税額の引き下げや配偶者の均等割り非課税措置の廃止も高齢者の負担を強めました。次の表をみると、高齢者の増税と激しさがわかります。

住民税(市・都民税)の概算(2005年度・2006年度の比較)

65歳以上で配偶者を扶養していない方			65歳以上で配偶者を扶養している方		
公的年金	2005年度	2006年度	公的年金	2005年度	2006年度
155万円以下	0円	0円	212万円以下	0円	0円
160万円の場合	0円	7,200円	220万円の場合	0円	4,000円
260万円の場合	0円	53,400円	260万円の場合	0円	38,200円
270万円の場合	23,700円	58,100円	270万円の場合	9,600円	42,800円
300万円の場合	33,300円	71,900円	300万円の場合	19,300円	56,700円

表は、基礎控除、配偶者控除のみを考慮した概算 青梅市ホームページより引用

●消費税の増税も

消費税は低所得者に厳しい逆進性の高い大衆増税です。消費税率が10%に上がると、年収250万円以下の世帯でも消費税負担は25万円との推計(第一生命経済研究所)もあり、高齢者世帯をはじめ富裕層以外の全世代を苦しめています。

3. 敬老の精神を失わせ「高齢者お荷物」の常識にされた

この20年間ほどで、世代間の分断と高齢者へのバッシングともいえる雰囲気は社会全体に作られてきました。

はじめのうちは「**高齢者富裕論**」がもっぱらでした。固定資産や金融資産の意図的な平均統計の比較で「世代間で余裕があるのは高齢者だけだ」という世論づくりです。格差と貧困の日本社会で、とりわけ高齢者の激しい貧富の格差が進む中で、世代間の平均資産を比べることは、実に悪質です。

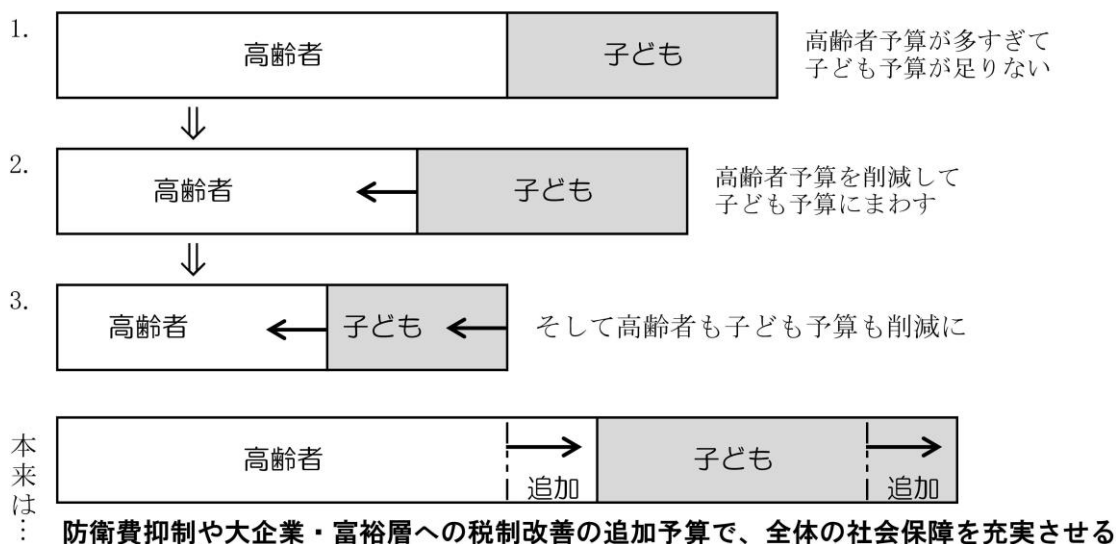
またこの間の労働運動の後退は年金額の削減にもつながりました。80歳代後半の年金額と現役世代のこれからの年金額の違いからも「年寄りはいいい年金だよな・・・」のイメージが固定しました。

「**シルバー民主主義論**」もありました。「高齢者の投票率は高い。だから高齢者優遇の政治により必要な改革が阻止されている」「高齢者のための社会保障費の増大等で子どもや若者の将来不安を助長している」「若者の低投票率の改善に向けてインターネット投票などが必要だ」「政治家は高齢者受けする選挙政策を改めるべきだ」などとする世論づくりでした。

「**子ども最優先論**」もおかしな方向で進んでいます。これ自体は間違いではありません。

また「少子化対策など子どものために優先して財源を使おう」、これも間違いではありません。しかし、これまでの論調と国や自治体で進んでいる内容は間違った方向に進んできました。「高齢者福祉ではなく、子どもと若者世代を手厚くしよう」「年金・介護・医療などに膨大な予算が高齢者にもっていかれている。これを改め子育て支援をしなければ」となっていることです。

子ども最優先で行われてきた社会保障と税控除などの後退（イメージ図）



これらの見解のベースに「**少子高齢化社会における持続可能性論**」がありました。「急速な少子高齢化であり、持続可能な社会保障」が掲げられ、国の政策は様々な負担増や権利後退への見直しが行われました。

本来なら大企業優遇税制や防衛費最優先予算を改め財源を確保すべきですが、それだけは「聖域」にして、さらに優遇・優先を進めました。したがって子ども最優先でもありません。つまり高齢者だけではなく、高齢者をバッシングしながら、全世代の社会保障・教育・税制度の後退です。

ところで**少子高齢化社会とはなにか？** 高齢者が多いということだけではありません。ましてや高齢者の責任でもありません。それは若い家庭が少なくなり、生まれる子どもの絶対数が少なくなった人口減少社会の状態なのです。このような社会にした主な要因はどこにあるのか？ これまでの大企業の労働者酷使とその労働政策を続けてきた政権側にあります。非正規やフリーランス化、さらには失業など雇用劣化、低賃金・過重労働によって、結婚できない、子どもを生めない、育てられない、家庭が維持できない苛酷な実態が作り出されてきたからです。今の日本社会は「労働力の再生産機能」まで壊されてきたのです。

そして一般的に広げられ社会に定着したのが「**高齢者お荷物論**」です。これは、30年ほど前から急激に進み、さらに進んでいる社会の情報技術革新化と一体になって進み

ました。「年寄り新しいことについていけない」「経験なんて業務の邪魔でしかない」や「今後、親の介護などの世話で自分の仕事はどうなる・・・」などと高齢者をお荷物扱いにする状況が作られました。

この「高齢者お荷物論」に、「**自助・共助**」の「**自己責任論**」がつけ加えられています。「介護リスク」は、今では「家族や親族に高齢者がいることがリスク」から「社会にとって高齢者リスク」との意味にもされてきています。そして「高齢者は社会のお荷物であり、高齢者の生活は自己責任の問題」「**貧困も、健康管理も、孤独死も自己責任でしかない**」との見解が社会をおおっています。

高齢者医療・社会保障の後退・削減もおかしな口実で進められた

これらが、強固な常識となり社会全体に「敬老の精神」を失わせてきました。そして、政権側は、この常識と「**少子高齢化社会だから**」として、さまざまに「口実」を変化させながらも、一貫して改悪を進めてきました。

- ・**高齢者患者負担ゼロ**が1960年代後期から70年代で全国の自治体から先行してはじめられました。国は、それに押されて1972年老人医療支給制度から、1983年老人保健法を成立させました。

しかし、老人保健制度は、連続した負担増の歴史でした。この理由は「老人保健制度を維持するため」とされてきました。

昭和 58 年 2. 1 (1983 年)	老人保健法施行
昭和 62 年 1. 1 (1987 年)	老人保健法の一部改正 自己負担額 外来 400 円/月→800 円/月 入院 300 円/日→400 円/日
平成 4 年 1. 1 (1992 年)	老人保健法の一部改正 自己負担額 外来 800 円/月→900 円/月 入院 400 円/日→600 円/日
平成 5 年 4. 1 (1993 年)	老人保健法の一部改正 自己負担額 外来 900 円/月→1,000 円/月 入院 600 円/日→700 円/日
平成 7 年 4. 1 (1995 年)	老人保健法の一部改正 自己負担額

	外来 1,000円/月→1,010円/月
平成8年4.1 (1996年)	老人保健法の一部改正 自己負担額 外来 1,010円/月→1,020円/月 入院 700円/日→710円/日
平成9年9.1 (1997年)	老人保健法の一部改正 自己負担額 外来 1,020円/月→500円/回 (月4回限度) 入院 710円/日→1,000円/日 1,100円/日 (10年度) 1,200円/日 (11年度)
平成11年4.1 (1999年)	老人保健法の一部改正 自己負担額 外来 500円/回→530円/回 (月4回限度) 入院 1,200円 (法定)
平成13年1.1 (2001年)	老人保健法の一部改正 自己負担額 外来 530円/回→医療費の1割 (上限有) ただし診療所については定額制を選択可能→ 800円/回 (月4回限度) 入院 1,200円/日→医療費の1割 (上限有)
平成14年4.1 (2002年)	老人保健法の一部改正 自己負担額 外来 医療費の1割 (上限変更) 定額制を選択している診療所については 800円/回→850円/回 月4回限度 入院 医療費の1割 (上限変更)
平成14年10.1 (2002年)	老人保健法の一部改正 老人医療受給対象年齢が75歳以上に段階的引き上げ 一部負担金が医療費の1割 (一定以上所得者は2割) 健康保険法等の一部改正 一部負担金の見直し ・70歳以上 (老人医療受給対象年齢前) は1割 (一定以上所得者は2割) 平成14年10月1日以降の70歳到達者に高齢受給者証を交付 (毎月)

高額療養費の見直し	
70歳以上自己負担限度額	
外来ごと	一定以上所得者…40,200円 一般…12,000円 低所得者Ⅱ…8,000円 低所得者Ⅰ…8,000円
（世帯単位） 外来・入院	一定以上所得者…70歳未満一般と同じ（多数該当4回目以降は40,200円） 一般…40,200円 低所得者Ⅱ…24,600円 低所得者Ⅰ…15,000円
入院の場合高額療養費現物支給	

- ・ 結局、老人保健制度は繰り返し負担増をもとめ、結局、制度そのものが廃止されました。そして、問題があるとされていた後期高齢者医療保険に変更されたのです
- ・ 2000年には、「医療提供の効率化のため」として一般病棟における**3ヶ月をこえて入院している老人**を診療報酬の減額で、病院経営上からも追い出す仕組みを作りました。
- ・ 2004年の**年金制度改悪**のときに「これからは、少子高齢化が進行しても、将来にわたって制度を持続的で安心できるものとするための長期的な財政の仕組みを取り入れ、どの世代も100年安心年金」との口実でした。
- ・ 2008年の**後期高齢者医療制度発足**では、75歳以上の高齢者医療を切り離しながらも「国民の共同連帯の理念等に基づき、・・・もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする」としていました。

平成20年4.1 (2008年)	後期高齢者医療制度の施行 医療分保険料の賦課限度額を56,000円→470,000円に変更 後期高齢者支援分保険料の賦課限度額を120,000円に設定（新規）
平成22年4.1 (2010年)	後期高齢者支援分保険料の賦課限度額を120,000円→130,000円に引き上げ
平成23年4.1 (2011年)	後期高齢者支援分保険料の賦課限度額を130,000円→140,000円に引き上げ
平成26年4.1 (2014年)	後期高齢者支援分保険料の賦課限度額を140,000円→160,000円に引き上げ 後期高齢者支援分保険料の所得割を2.19%→2.06%に引き下げ

	後期高齢者支援分保険料の均等割額を 5,100 円→7,300 円に引き上げ																							
平成 27 年 4. 1 (2015 年)	後期高齢者支援分保険料の賦課限度額を 160,000 円→170,000 円に引き上げ																							
平成 28 年 4. 1 (2016 年)	後期高齢者支援分保険料の賦課限度額を 170,000 円→190,000 円に引き上げ																							
平成 29 年 8. 1 (2017 年)	<p>高額療養費の見直し</p> <p>70～74 歳の自己負担額（後期高齢者医療の対象者を除く）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">自己負担限度額（月額）</th> <th rowspan="2">過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、44,400 円（多回数該当）</th> </tr> <tr> <th>個人単位（外来のみ）</th> <th>世帯単位（外来+入院）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>現役並み所得者</td> <td>57,600 円</td> <td>80,100 円+（総医療費-267,000 円）×1%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>一般</td> <td>14,000 円 【年間上限額 144,000 円】</td> <td>57,600 円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>低所得Ⅱ</td> <td></td> <td></td> <td>24,600 円</td> </tr> <tr> <td>低所得Ⅰ</td> <td>8,000 円</td> <td></td> <td>15,000 円</td> </tr> </tbody> </table>		自己負担限度額（月額）		過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、44,400 円（多回数該当）	個人単位（外来のみ）	世帯単位（外来+入院）	現役並み所得者	57,600 円	80,100 円+（総医療費-267,000 円）×1%		一般	14,000 円 【年間上限額 144,000 円】	57,600 円		低所得Ⅱ			24,600 円	低所得Ⅰ	8,000 円		15,000 円	
	自己負担限度額（月額）		過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、44,400 円（多回数該当）																					
	個人単位（外来のみ）	世帯単位（外来+入院）																						
現役並み所得者	57,600 円	80,100 円+（総医療費-267,000 円）×1%																						
一般	14,000 円 【年間上限額 144,000 円】	57,600 円																						
低所得Ⅱ			24,600 円																					
低所得Ⅰ	8,000 円		15,000 円																					
平成 30 年 8. 1 (2018 年)	<p>高額療養費の見直し</p> <p>70～74 歳の自己負担額（後期高齢者医療の対象者を除く）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">自己負担限度額（月額）</th> </tr> <tr> <th>個人単位（外来のみ）</th> <th>世帯単位（外来+入院）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>現役並み所得者Ⅲ</td> <td colspan="2">252,600 円+（医療費-842,000 円）×1% （過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、140,100 円）</td> </tr> <tr> <td>現役並み所得者Ⅱ</td> <td colspan="2">167,400 円+（医療費-558,000 円）×1% （過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、93,000 円）</td> </tr> <tr> <td>現役並み所得者Ⅰ</td> <td colspan="2">80,100 円+（医療費-267,000 円）×1% （過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、44,400 円）</td> </tr> <tr> <td>一般</td> <td>18,000 円 【年間上限額 144,000 円】</td> <td>57,600 円 過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、44,400 円</td> </tr> <tr> <td>低所得Ⅱ</td> <td>8,000 円</td> <td>24,600 円</td> </tr> <tr> <td>低所得Ⅰ</td> <td>8,000 円</td> <td>15,000 円</td> </tr> </tbody> </table> <p>高額療養費外来年間合算制度開始</p>		自己負担限度額（月額）		個人単位（外来のみ）	世帯単位（外来+入院）	現役並み所得者Ⅲ	252,600 円+（医療費-842,000 円）×1% （過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、140,100 円）		現役並み所得者Ⅱ	167,400 円+（医療費-558,000 円）×1% （過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、93,000 円）		現役並み所得者Ⅰ	80,100 円+（医療費-267,000 円）×1% （過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、44,400 円）		一般	18,000 円 【年間上限額 144,000 円】	57,600 円 過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、44,400 円	低所得Ⅱ	8,000 円	24,600 円	低所得Ⅰ	8,000 円	15,000 円
	自己負担限度額（月額）																							
	個人単位（外来のみ）	世帯単位（外来+入院）																						
現役並み所得者Ⅲ	252,600 円+（医療費-842,000 円）×1% （過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、140,100 円）																							
現役並み所得者Ⅱ	167,400 円+（医療費-558,000 円）×1% （過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、93,000 円）																							
現役並み所得者Ⅰ	80,100 円+（医療費-267,000 円）×1% （過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、44,400 円）																							
一般	18,000 円 【年間上限額 144,000 円】	57,600 円 過去 1 年間で 4 回目以降の場合は、44,400 円																						
低所得Ⅱ	8,000 円	24,600 円																						
低所得Ⅰ	8,000 円	15,000 円																						

- ・ 2012 年の「**社会保障・税一体改革**」では、消費税増税とセットでさらに「少子高齢化社会だから」「高齢者にも応分の負担で税制や保険料、利用者負担を見直し持続可能な社会保障を」との口実でした。
- ・ 2019 年に「公的年金だけでは、**老後のお金は 2 千万円ほど足りない**」と金融庁の審議会が、「老後は自己責任、自助努力」するような報告書をまとめました。それにより「年金は当てにするなは、おかしい!」「2000 万円もの貯金はできない・・・」

等の抗議や不安の声が上がりました。

- ・そして、今回、**高齢者患者2割負担**では、再び政権側は「年収200万円の世帯は年12万円の余裕がある」「現役世代も厳しい全世代型社会保障の面から、高齢者も同じ形で対応を」としています。

とにかく高齢者の年金を削減し、医療費の負担と社会保障の切り捨てだけが進められてきたのです。

●しかも、自治体でも1990年代後期から自治体独自の高齢者福祉の切り捨てが進みました。

甲府市などでは「高齢福祉課」が「高齢者支援係」に格下げになりました。全国のいくつかの自治体では、「高齢福祉課」または「長寿支援課」の名称もなくなってきています。自治体の独自の高齢者福祉の後退が続けられてきているのです。

国と自治体の福祉政策からも、社会全体に高齢者の貧困を急速にすすめたのです。

4. 高齢者の貧困が急激に進んでいる状況があるのに

生活苦で、高齢者の生活保護が増加している

まず、私たちが世代間の分断に乗らず、騙されずにしっかり認識すべきなのは、普通の高齢者の生活は今が最も苦しく、健康といのちが脅かされ奪われている現状があることです。

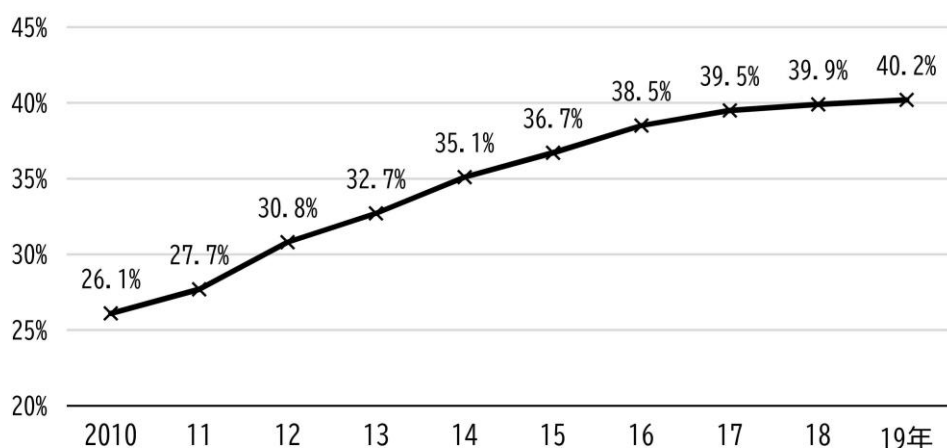
もちろん全世代が貧困で苦しめられていますが、特に全世代のなかで最も相対的貧困率が高くなっているのが高齢者です。とりわけ70歳を超えた女性がもっとも苦しい生活状態となっています。

それは高齢者の**生活保護受給者の増加傾向**からも明らかです。内閣府の「2017年版高齢社会白書」によると、65歳以上の生活保護受給者の数は、2000年から2016年の間に2.5倍に急増しています。2021年では生活保護の受給者の60%近くは90万世帯を超える60歳以上の高齢者世帯です。しかも、その多くの高齢者が、「若い時に怠けていたから」ではなく、「年金があっても足りない」ために「働いていても本当に低賃金」のために、その差額を生活保護基準額から支給されているのです。

生きるために切なく悲しい高齢者の食料品の万引きが増加・・・

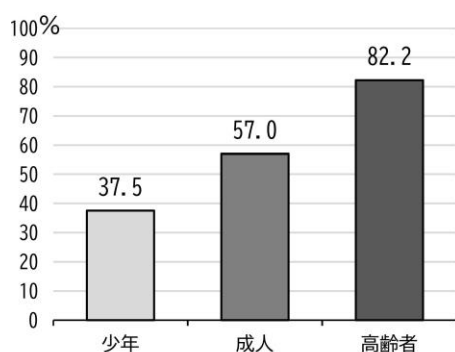
高齢者の生活苦は、どの世代よりも高齢者の軽犯罪を増加させています。この事態に注視し、その社会的な要因を考えるべきです。

万引きにおける高齢者検挙人員の割合

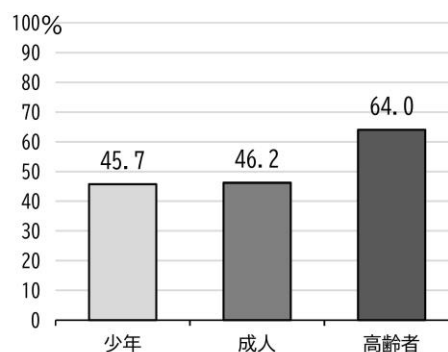


資料：法務省「2020年版犯罪白書」

被害品「食料品」の割合



被害額1000円以下の割合



資料「万引き被疑者等に関する実態調査分析報告書」(平成26年度調査)

検挙された高齢者の犯罪別では、窃盗と万引きが極めて多く、法務省の『2020年犯罪白書』によると、検挙された男性高齢者の窃盗は61%でそのうち42%が万引きです。女性高齢者の窃盗は90%で、そのうち76%が万引きです。その窃盗・万引きの内容をみると「紙パンツを盗んだ」高齢者もいたとのことですが、最も多いのは「食料品」が82%であり、金額も「1000円以下」が64%でした。

つまり「空腹のためにわずかな食料品を万引きする」という軽犯罪です。実際はさらに多いはずで、スーパーなどの店側で「見逃す」場合も多いと思われます。しかし、空腹は一回の万引きでは収まりません。被害が繰り返される中で、犯罪として「警察に突き出される」場合が多いのではないのでしょうか。

「それは緊急避難にあたるよ」

高齢者が「空腹のためにわずかな食料品を万引きする」傾向とは、自らのいのちを守るための切なく悲しい行為でしかありえません。悪政が、この実態を強いているのです。

この実態を、法律の専門家の友人に話したところ、すぐに「それは緊急避難にあたるよ」

として、刑法の第37条の「緊急避難」と次の事例などを紹介してくれました。

刑法（緊急避難）

第三十七条 自己又は他人の生命、身体、自由又は財産に対する現在の危難を避けるため、やむを得ずにした行為は、これによって生じた害が避けようとした害の程度を超えなかった場合に限り、罰しない。ただし、その程度を超えた行為は、情状により、その刑を減輕し、又は免除することができる。

自分のいのちを守るための緊急避難という刑法があることを、この社会では知られていません。イタリア最高裁の「飢えた時、食べ物を少し盗むのは罪ではない」とする判決も、今の日本社会の常識では、受け入れられることは困難でしょう。そして社会の常識は政権側の目的にそってマスコミも動員されて、つくられるからです。

「飢えた時、食べ物を少し盗むのは罪ではない」イタリア最高裁判決の報道

ホームレスのロマン・オストリアコヴさん（36歳）は、2011年にイタリア・ジェノヴァにあるスーパーマーケットで、1本のソーセージとチーズを盗み、逮捕された。彼はスティックパンの支払いをしようとしながら、約500円相当のソーセージとチーズをジャケットの下に隠していた。気付いた客が警備員に知らせ、逮捕された。そして2013年、有罪判決が下され、懲役6カ月の実刑判決が言い渡された。しかしながら2016年5月、イタリアの最高裁判所はこの有罪判決を覆す決定をした。「飢えをしのぐために少量の食物を盗むことは、犯罪には当たらない」という理由からだ。「窃盗が起こった時、被告は今すぐにでも何かを食べなければ生きていけないような状態にあった。必要にせまられた行為であることは明白だ」という最高裁判所のコメントをCNNが伝えている。

消費者団体「Codacons」のカルロ・リエンツィ会長は「経済危機により、スーパーマーケットで万引きせざるを得ない人々が、特に高齢者の中で急増している」と、ガーディアン紙に説明している。「最高裁判所は、とても大切な原則を示しました。飢えをしのぐための少量の窃盗は、犯罪に相当しない。生きるためには食べる必要があるのです」と同氏はコメントした。・・・この事件は、フランスの小説家ユゴーの作品「レ・ミゼラブル」の主人公ジャン・バルジャンに例えられてきた。

ハフィントンポスト 2016年5月12日

5. 生活苦は、いのちと健康を脅かすまでになっている

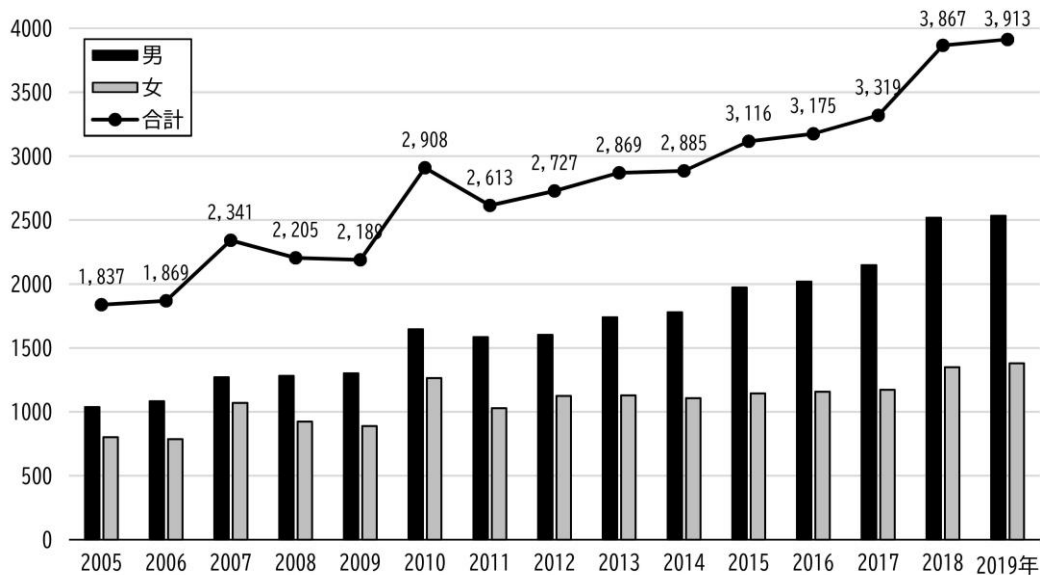
高齢者の生活苦が、多数の高齢者のいのちを脅かしています。しかしこの実態は社会問題にもなっていません。

孤独死で亡くなっている—推計4万人以上(2019年)

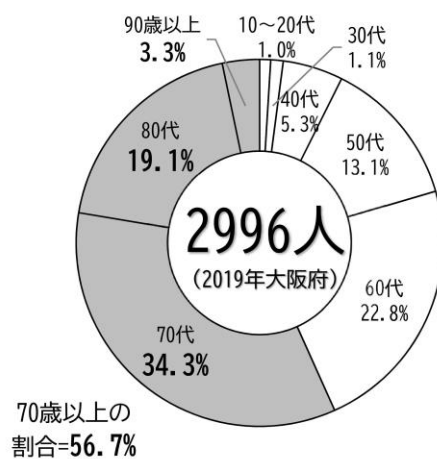
高齢者の孤独死は深刻となっています。大阪府警検視調査の2020年の発表では、孤独死「死後2日以上」の区分は2996人で、そのうち65歳以上の高齢者は71%です。東京都監察医務院によると2019年の23区の65歳以上の孤独死(単身世帯自宅異常死数)は3913人であり毎年増加傾向です。複数世帯の自宅異常死も含めると6089人にもなっています。

10年前の2011年「ニッセイ基礎研究所」は東京23区での孤独死数と全国の人口動態統計のデータを使って、全国の65歳以上の孤独死数は年間2万7千人としていました。6年前の「時事ドットコムニュース」によると、2015年中の全国の孤独死は年間3万人程度としています。現在では65歳以上の孤独死数を、東京23区や大阪府などの統計から推計すると4万人以上になっていることになります。

東京都監察医務院で取り扱った65歳以上の孤独死(単身世帯自宅異常死数)



東京都福祉保健局統計資料(東京都23区合計世帯分類別異常死数)より作成
死亡から2日以上経過して見つかった独居者数



大阪府警検視調査課調べ

これは高齢者の孤立と貧困化が、高齢者の孤独死の傾向を強めているのです。貧困化による死亡と思われる「空腹でも食べられない」「家には暖房もなく寒さに凍える」「暑くてもエアコンがない」状態で亡くなっている実態もかなりあるはずですが、それを2019年の人口動態統計の死因別死亡者数で検討してみます。

「餓死」の状態に亡くなっている—2000人以上(2019年)

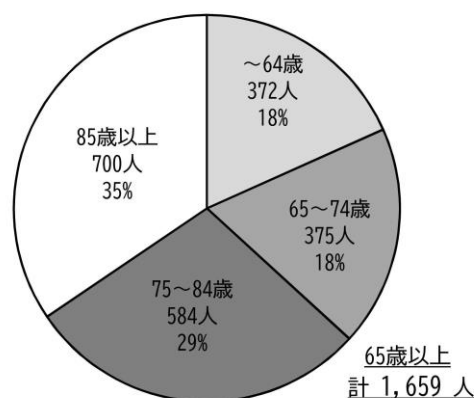
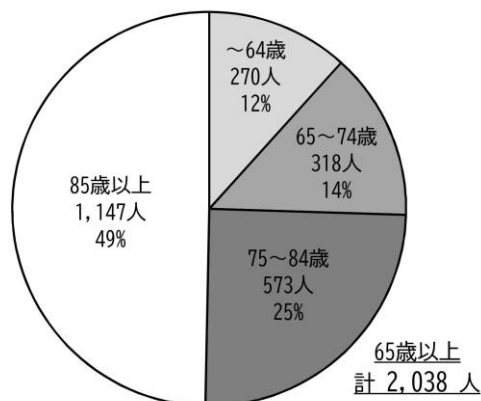
「栄養性貧血」「栄養失調(症)」「その他の栄養欠乏症」「食糧の不足」のなかには病気による死亡もあるにしても「空腹でも食べられない」という「餓死」の状態はかなりあるとみるべきでしょう。この状態での死亡者のうち65歳以上は88%で2038人でした。

暖房がなく「凍え」で亡くなっている—1700人程(2019年)

「低体温症」「過度な低温への曝露」も、「暖房がない」状態での家屋内での高齢者の死亡がほとんどです。それは、この状態での死亡者が高齢者に多いことから判断できます。65歳以上死亡者は82%で1659人でした。

栄養失調(症)・栄養性貧血・食糧の不足による死亡

低体温(症)・自然の過度の低温への曝露による死亡



厚生労働省「人口動態統計」(2019年)

冷房がなく熱中症で亡くなっている—1000人(2019年)

熱中症死亡者のほとんどが自宅で亡くなる高齢者です。東京都監察医務院の2020年の23区の熱中症死亡者の94%が60歳以上の高齢者でした。全国では2019年は全体の82%にもなる1000人が65歳以上でした。

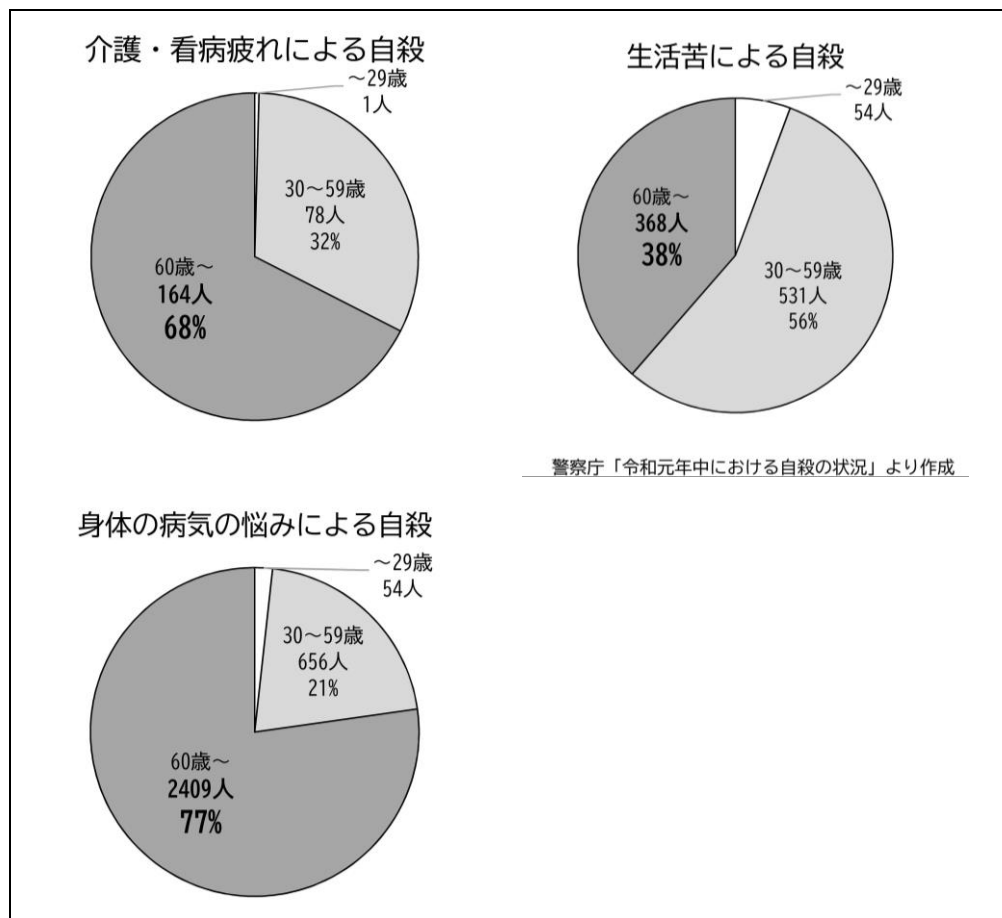
これは加齢によって温度感覚が鈍くなるなどの身体的特徴にもよりますが、それだけではありません。その多くが自宅に「エアコンがない」「電気代の節約でつけていない」などの状況によるものです。

自殺で亡くなっている—6290人(2019年)

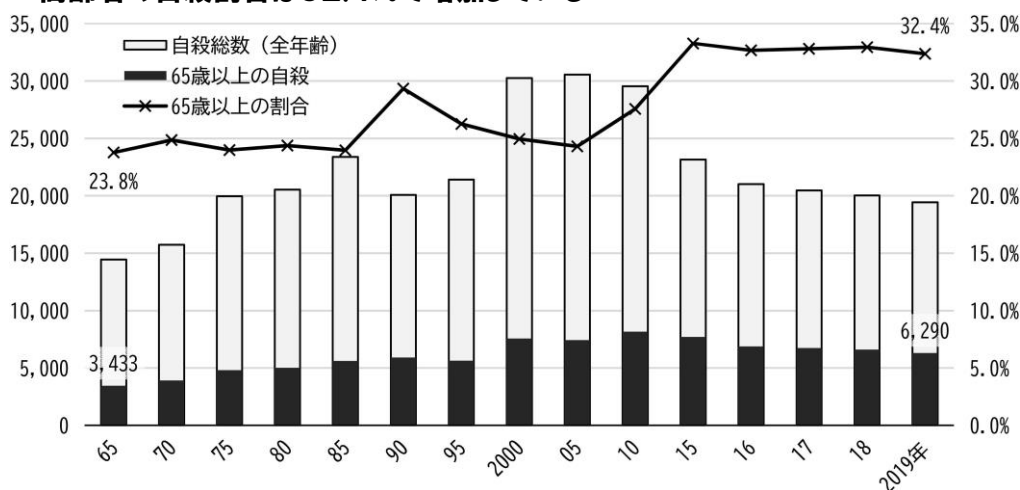
高齢者の自殺も増加しています。2019年の警察庁の調査では「原因・動機」を年齢別にみると60歳以上は「介護・看病疲れによる自殺」68%、「身体の病気の悩み

による自殺」77%、「生活苦による自殺」38%にもなっています。

2019年の自殺者数(原因・動機別、年齢階級別)



高齢者の自殺割合は32.4%で増加している

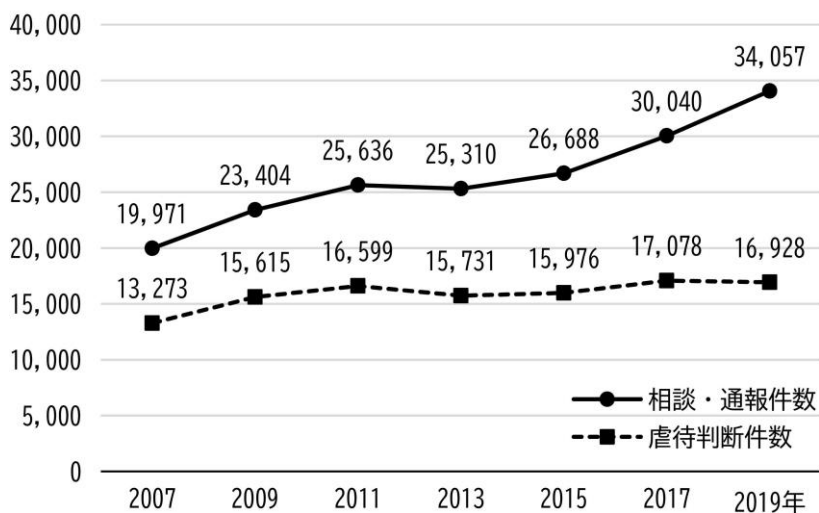


介護疲れ殺人—29件(2019年) 虐待死—323人(06年～10年)

介護殺人や介護心中も増加しています。1998年から2015年までの18年間で716件とされています。2019年の「介護・看病疲れによる殺人」は29件です。

施設内や擁護者による高齢者虐待も「相談や通報件数や虐待判断件数」をみても増加しています。2006年の高齢者虐待防止法に基づく調査では2006年から2018年までの虐待などによる死亡数は323人とされています。

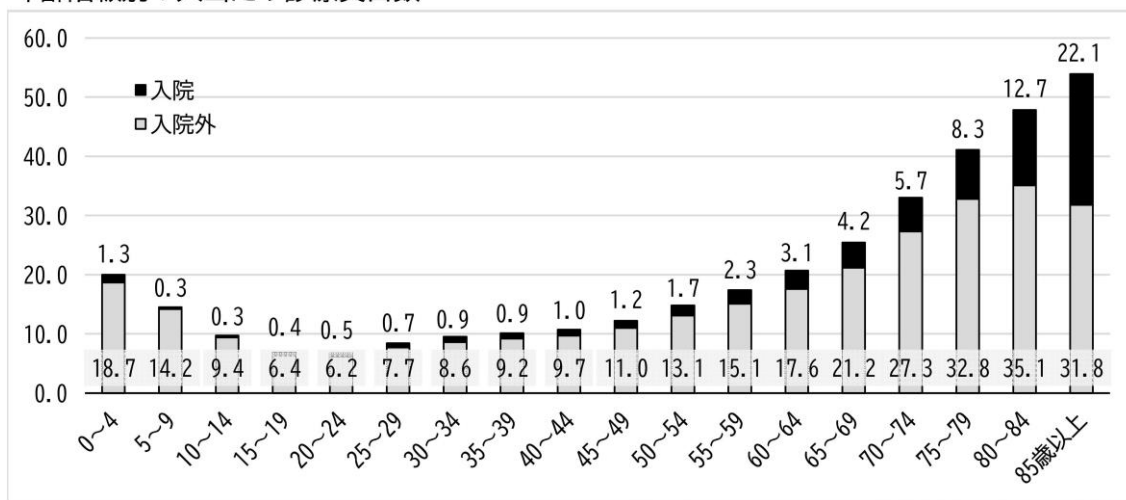
擁護者による高齢者虐待の 相談・通報件数と虐待判断件数の推移



「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」に基づく
対応状況等に関する調査結果より

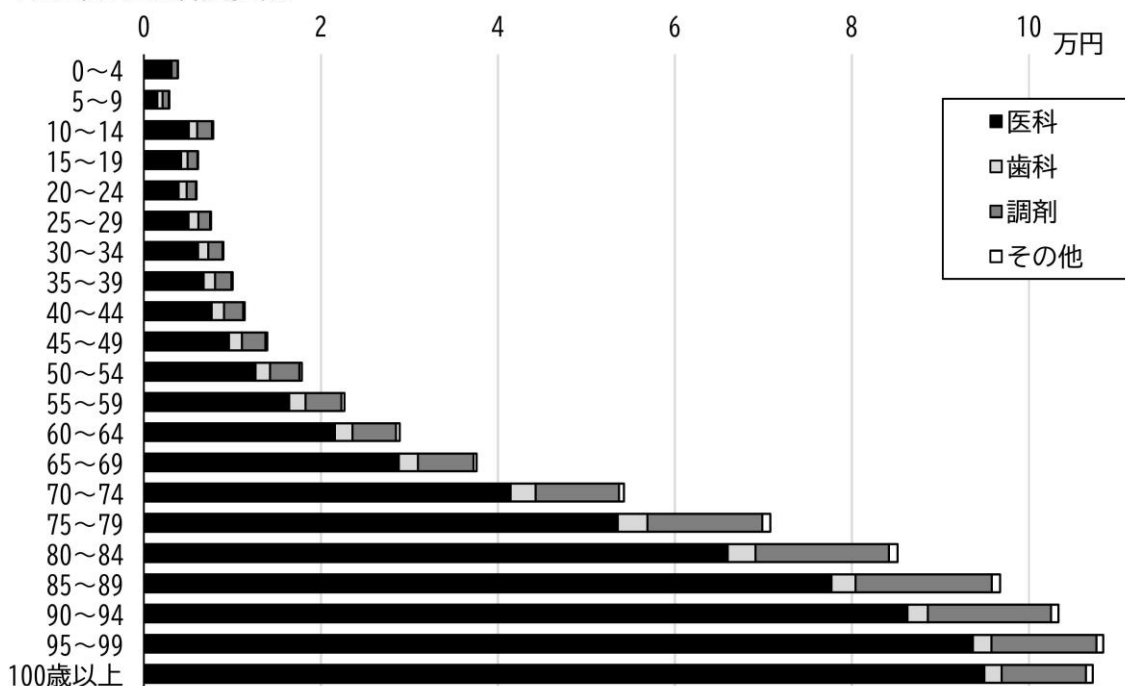
6. 高齢者には医療が必要！しかし負担が重く受診抑制に

年齢階級別1人当たり診療実日数



厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(2017年度)

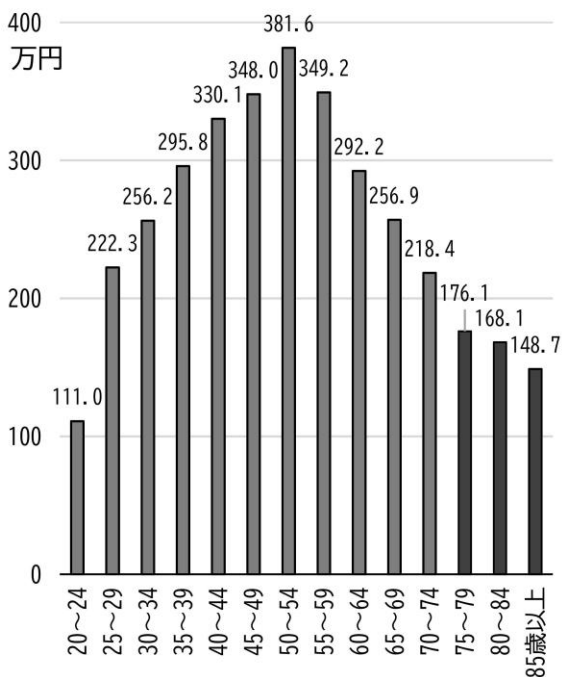
1人当たり患者負担額



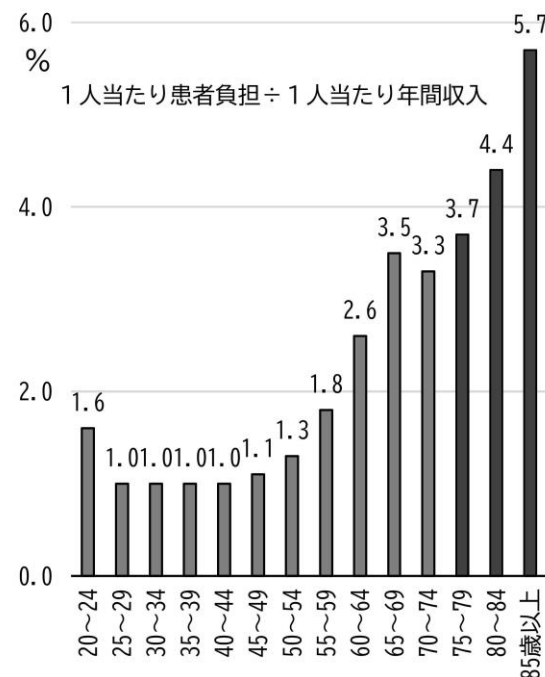
厚生労働省「医療保険に関する基礎資料（平成29年度の医療費等の状況）」から作成（2019年）

若い世代と異なるのは、高齢者は、生きるためにとにかく医療を必要としているのです。そのことで医療費が収入にしめる割合が4倍～5倍となるのです。

1人当たり年間収入



1人当たり年間収入に対する患者負担の比率

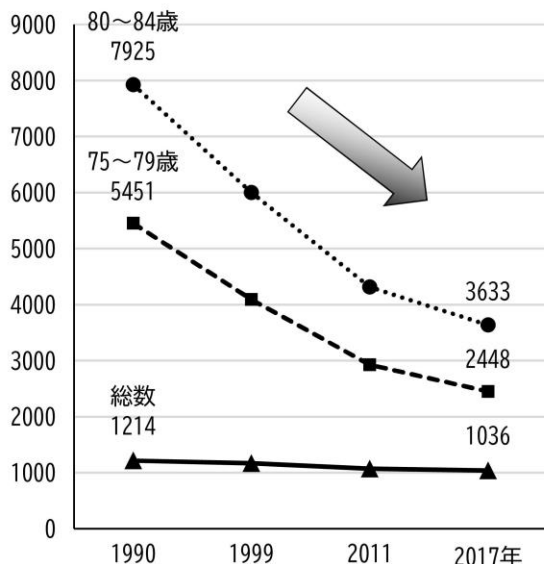


患者負担は厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」（2019年）より
年間収入は国民生活基礎調査の厚生労働省保険局特別集計（2019年）より

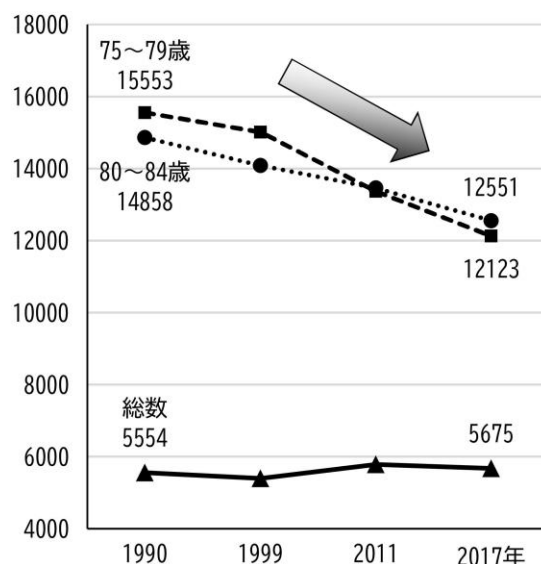
患者負担が重くなるにしたがって、高齢者の受診抑制も強まってきたのです。

高齢者の受診抑制はこれまでも強まってきました

入院受療率（人口10万対）



外来受療率（人口10万対）



資料 厚生労働省「患者調査」より作成

後期高齢者医療保険の**加入者の平均年齢は83歳です！** この高齢者がさらに受診抑制となると、亡くなることは明らかなはずです！

7. 高齢者のいのちに無関心で冷酷な社会にされている

改正高年齢者雇用法で、いのちと健康がさらに危ぶまれる

政府はマスコミや「専門家」も使いながら、「高齢者お荷物論」の社会的な常識論を強めるとともに、さらに高齢者の負担増と権利破壊を進めてきました。消費税はもとより高齢者の税控除がなくなり、増税となり、年金給付が減額され、医療・介護の保険料や患者負担や利用料負担が重くなっています。

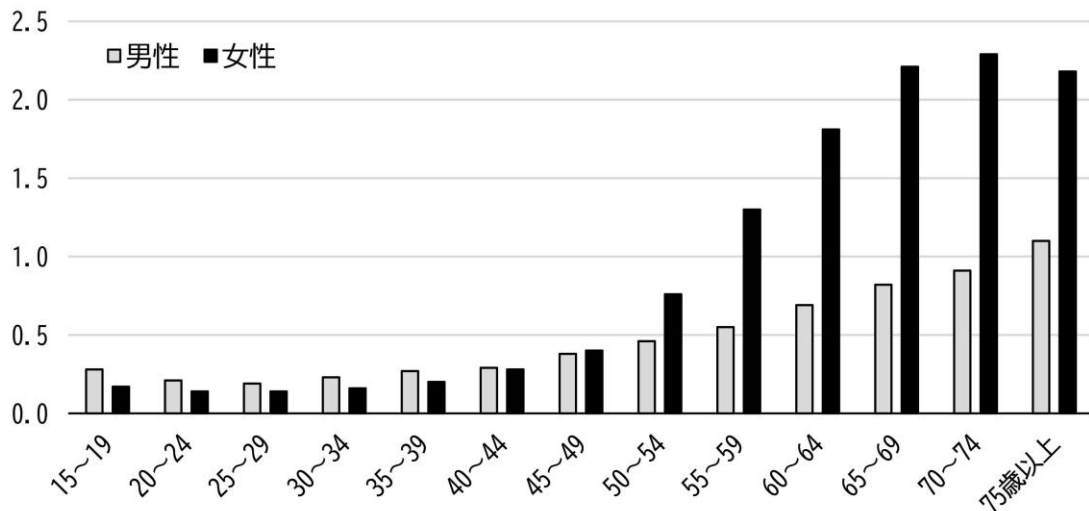
年金も社会保障もあてにできなくなると、高齢者となっても生きるために・・・体の続く限り働かなければなりません。

高齢者雇用安定法が「改正」され、2021年4月から実施されました。主な内容は「個々人の希望」によって「70歳までの就業機会の延長が企業の努力義務」とされたことです。すでに日本の高齢者就業率は国際的にもトップレベルですが、これがさらに「生涯現役」とされていくのです。

これは労働者側にとって必ずしも歓迎すべきことではありません。年金支給開始年齢

を引き上げ、それまでの給付額の引き下げによって高齢者が働かざるを得ない生活状態が強められています。そして低賃金で無権利の非正規雇用やフリーランス化にされ、さらには成果主義や健康診断結果で「使い捨て自由」な高齢者雇用体制にされます。これは高齢者に限らず、さらに現役世代にも広がっていきます。

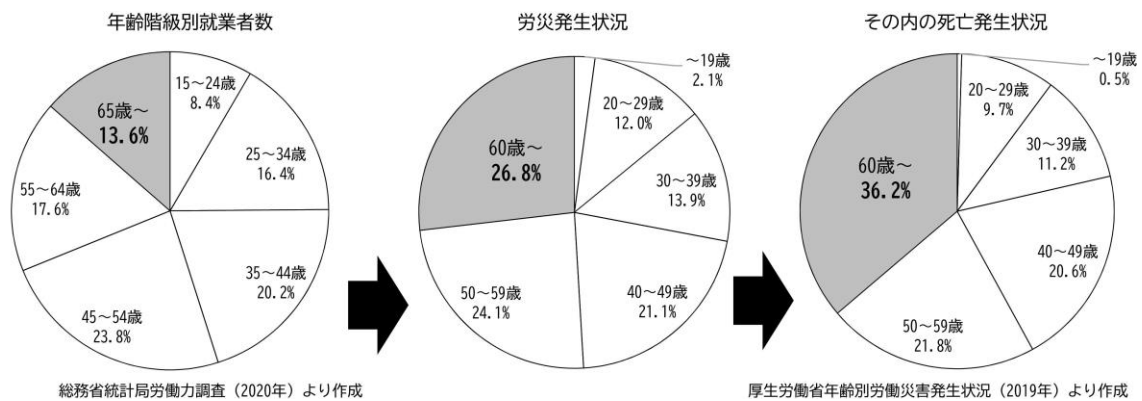
転倒災害の年齢別死傷年千人率



(※千人率=労働者1,000人当たりが発生した休業4日以上死傷者数の割合)
厚生労働省「労働災害発生状況」(2019年分析)より

労働者の心身の身体能力=労働機能は、**45歳から50歳を過ぎると必ず後退**し劣化していきます。75歳以上の高齢者ドライバーの交通死亡事故が、それ以前の世代より2倍以上も多いことから明らかです。特に60歳以上の高齢者の労働災害の割合は現役世代の2倍以上です。しかも高齢者の場合、同じ労働災害に被災しても重症化し、回復できないままに死亡する事態が多くなっているのです。

労災は高齢者に多発する。しかも死亡災害につながる。



高齢者の就労は、高齢者のための労働安全衛生上の配慮が徹底されなければ危険です。

必ず病気やケガを多発させ死期を早めるか、または心身の不調が老後全体に強いられます。

しかし、日本の労働安全衛生法は1970年代の初頭に整備されたものであり、当時は55歳定年退職でした。したがって70歳まで働くような事態を全く想定していないのです。このままでは、高齢者の労働災害、**特に死亡災害は増える**ばかりとなります。ここでも高齢者のいのちが危うくされるのです

苛酷な受診抑制は 確実にいのちを奪っています！

実例は国保！ 滞納で資格証とされ保険証がない世帯では受診できずに亡くなっています！

甲府市では10年間で、保険証がない資格証世帯では、患者負担100%となるために、ほとんど人は受診していません。

- ・10年間の のべ世帯数5628のうち、受診した人はわずか134人です
- ・10年間で のべ死亡者は20人でしたが、死亡する前の1年間で、医療機関に受診した人は、わずか1人でした。

つまり、保険料負担が重くなるということは、いのちまで失う苛酷な受診抑制を強いることに必ずなるのです。

資格証世帯とその内受診した人(年間)

年度	資格証 (世帯)	人数 (人)	件数 (件)
2010	616	16	34
2011	842	29	58
2012	852	13	30
2013	693	15	25
2014	555	7	18
2015	484	11	16
2016	413	13	20
2017	411	16	36
2018	381	9	22
2019	381	5	7
合計	5628	134	266

資格証で亡くなった人数と受診状況

年度	人数	過去1年間の受診歴	
		あり	なし
2010	2	1	1
2011	4		4
2012	2		2
2013	2		2
2014	0		
2015	5		5
2016	2		2
2017	2		2
2018	1		1
2019	0		
合計	20	1	19

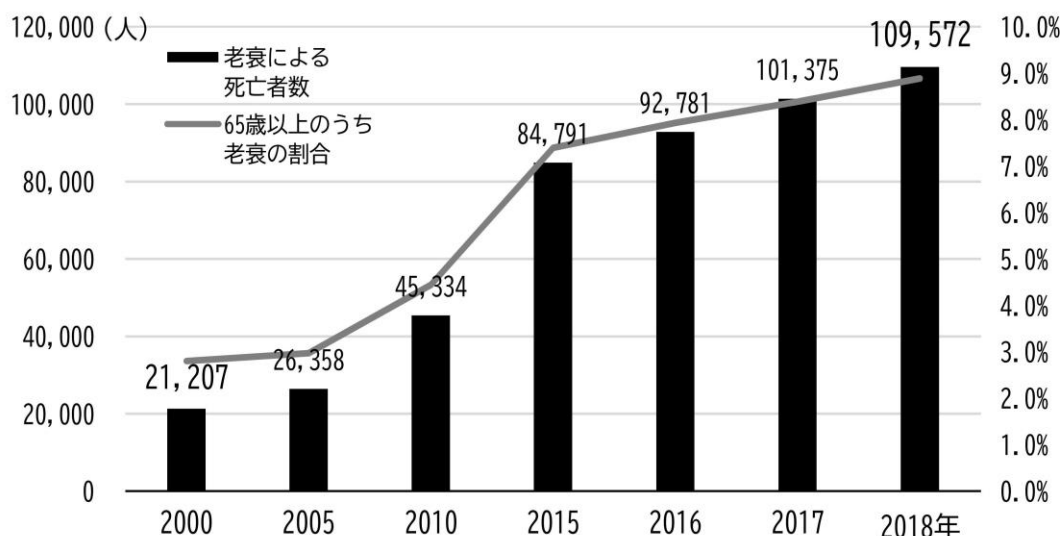
甲府市国民健康保険課資料より作成

「老衰」とされる死因が激増している—12万人（2019年）

高齢者人口の増加率より多く、近年「老衰」とされる死因が増えています。1995年の「老衰」は1万4809人だったものが、2009年の「老衰」は3万8670人に、2019年には12万1863人にもなっています。10年間で3.2倍です。しかも、今回のコロナ感染症災害期では「老衰」とされる死亡がさらに増加しています。「老衰」

は介護を利用せず、医療を受診しない場合（正しくは経済的にできない場合）が多いだけに、老化・多臓器不全が放置される状態での死亡が多いと思われます。

老衰による死亡者数の推移



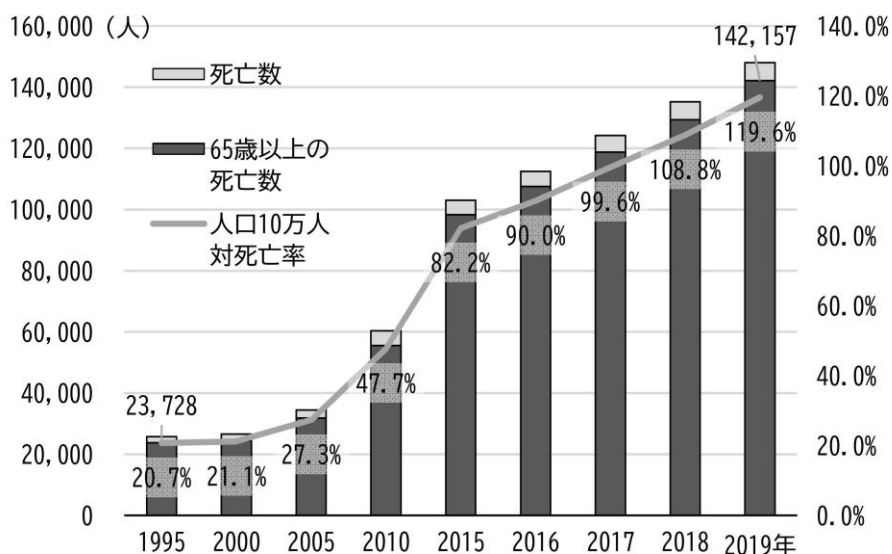
厚生労働統計協会「ICD基本分類による年次死亡数データ」より作成

「分類されないもの」とされる高齢者の激増 14万人以上 (2019年)

同じく死因が分からないままに亡くなっている高齢者が激増しています。「異常所見で他に分類されないもの」これも受診していない、受診して検査もできなかったことが大きな要因と思われます。

人口動態統計では、「老衰」と合わせると**25万人**にもなります。コロナ災害の2020年以降ではもっと増えているはずです。

症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの



厚生労働省「人口動態統計」より作成

高齢者の死亡が激増しつづけています。不自然で異常な死亡数がぼう大になっています。その亡くなる主な要因に社会的な貧困と、手が届かない医療・社会保障の状態があることは確実です。この事態は、このコロナ感染症災害でさらに強まっているはず。「老衰」と「異常死」は激増しつづけています。

例えば、甲府市の死因を調べていると明らかに「老衰」などがコロナ災害期に増えているのです。

さらにコロナ期で「老衰」などが増加している

2019年と2020年（1月～12月）の比較

	2019年 1月～12月	2020年 1月～12月	
誤嚥性肺炎	73	83	+10 (114%)
老衰	245	298	+53 (122%)
異状分類されないもの	74	91	+17 (123%)

甲府市健康政策課死因別調べより作成

しかも、いまだに国の孤独死などの全国統計がないことや「老衰」「異常所見死」の究明もないこと自体が、高齢者の生存を踏みにじる政権側の悪質な「高齢者対策」といえます。

8. 負担2割化こそ「対立と分断」「嘘いつわり」の典型！

権力が行う悪政の手法・やり方とは、「嘘」と「分断対立」です

権力が行う悪政の主なやり方とは、事実と異なる「嘘いつわり」を公然と広げ、支配的な常識にすることです。そして労働者・国民を絶えず**分断し対立させて支配**することです。「非正規と正規労働者」「女性と男性」「障がい者と健常者」「外国人と日本人」等々です。

7.5歳以上の患者2割負担化でも、「嘘いつわり」と「高齢者と現役（若者）」という世代間の分断と対立が煽られています。

つまり、この間、自民党政権が広げてきた「2022年以降から団塊世代が高齢者となる！超少子高齢化でどうする」「めぐまれている高齢者だから」「高齢者はお荷物・社会のリスクで現役の負担に」などの世代間の分断と対立を煽っています。

そして国の公費負担割合をますます削減させ、公的責任を自己責任に押しつけ、高齢者だけでなく全世代の医療・社会保障を後退させてきました。

政権側による事実と異なる「嘘いつわり」による「分断と対立」は実に強力です。健康保険組合連合会もマスコミも専門家・知識人も、さらには労働組合のセンターである連合すらも、2割化の賛成に引き込まれている状況です。いかにこの間の政権側の常識づくりが、しっかり浸透し、社会の意識を形成しているかがわかります。

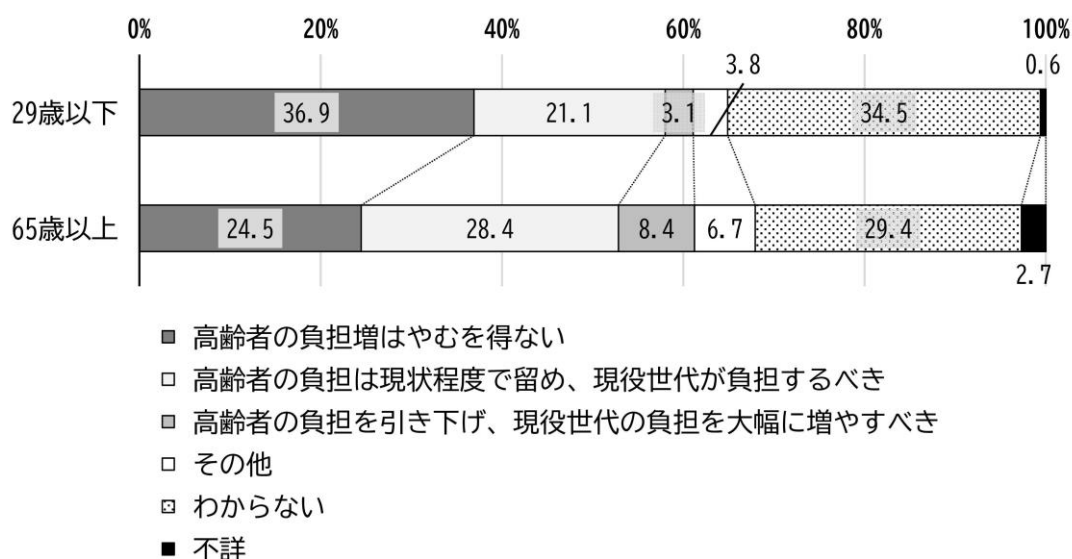
例えば、厚生労働省は、2020年に『**少子高齢化が進行する状況における高齢者と現役世代の負担水準について**』の意識調査を発表しました。その問いかけと結果の平均は、

- ・「高齢者の負担増はやむを得ない」28.4%、
- ・「現役世代が負担すべき」27.1%、
- ・「高齢者の負担を減らし、現役世代の負担を増やすべき」6.2%—でした。

悪質です！ 「自助・共助」のみとして「公費で高齢者も現役世代も負担を減らす」といった問いかけもありません。このような問いかけ自体が、明らかに今回の負担増に向けた世代間の対立を作るものであり、患者負担2割化の世論形成です。

意図的に世代間の対立がめざされている！

・年齢階級別にみた少子高齢化が進行する状況における高齢者と現役世代の負担水準について

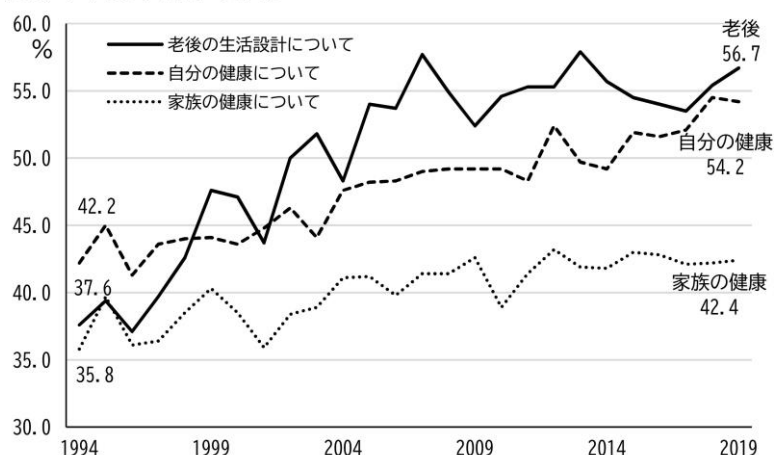


高齢期における社会保障に関する意識調査報告書（2018年）より作成

しかし、このような問いかけの中でも、「その他」「わからない」と答える人が36.5%もいます。また、年齢階級別で「29歳以下」と「65歳以上」をみても、世代間の意識の差があったとしても、「その他」「わからない」が38%～36%もいることから、政権側の思惑は完全には成功していません。

それはこの間の新自由主義の政治で、老後や健康の「悩みや不安」が、高齢者をはじめ全世代で強まっているからです。

悩みや不安の内容の推移

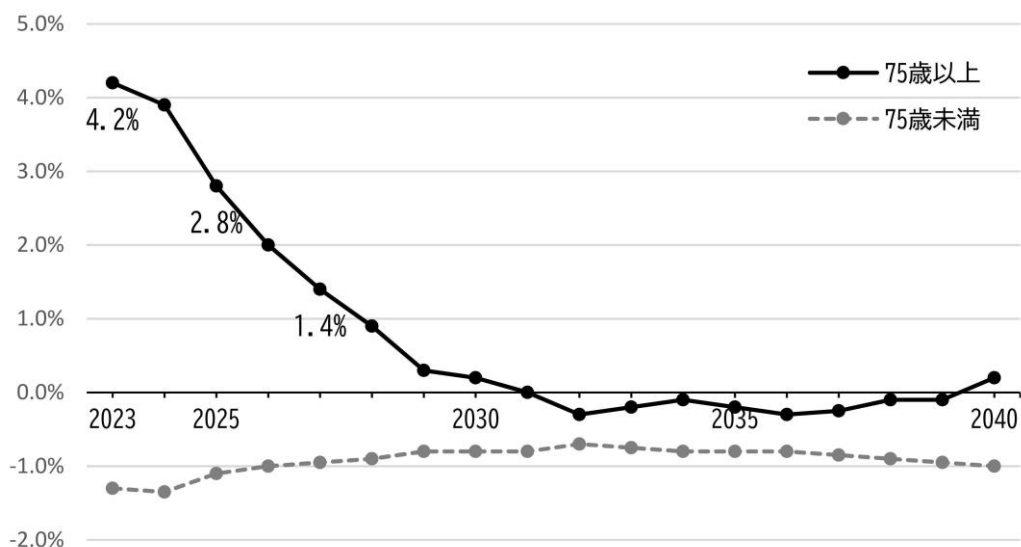


資料：内閣府「令和元年度 国民生活に関する世論調査」

また、口実とされる「超高齢化社会」というのも、疑問に思うべきです。75歳以上の後期高齢者医療の**平均年齢は83歳**です。後期高齢者人口が増えても、それが20年間もそのまま増え続けるというものでもありません。しかも推計人口増加率も2023年度以降はそんなに増えていないのです。

75歳以上の人口は、そんなに増え続けられないのでは??

日本の将来推計人口（平成29年度推計）



衆議院調査局厚生労働調査室資料より作成

ピークの2023年ころから人口推計でもそれほど高齢者人口割合は増えず、減ることにもなるとしています。事実を隠すことも「嘘」と「分断と対立」の手法です。

9. いのちを奪う悪政との闘いを担っていこう

当初、私は「2割負担による財源でどこが軽減されるか?」「現役世代一人当たり年700円軽減」として、その一方で「公費負担は980億円も軽減される」「これでは現役世代の軽減ではなく国の負担の軽減であり、嘘いつわりです」としてきました。2021年1月段階での厚生労働省からの資料では、そのように判断せざるを得なかったのです。

お詫びします!! 2割負担で、公費負担はもっと軽減され 現役の保険料軽減はほとんどなく、しかも受診抑制も実にその影響が大きかったのです!

●2021年の4月と5月の国に問い合わせた資料などでみると「公費負担は**年1230億円も軽減**」「事業主負担も**340億円軽減**」されるのです。

**2割負担で現役世代の被保険者1人当たり保険料は年400円のみで
公費は1230億円も軽減される!!**

●それだけではありません! 患者負担2割となると、さらには、高齢者の受診抑制が確実に進みます。

推計でも1050億円も保険給付費が軽減され、そのうち公費負担は**590億円の軽減**で事業主負担は**約168億円の軽減**です。

**2割負担による高齢者の受診抑制で 保険給付も1050億円軽減
公費負担は590億円軽減、事業主負担も約168億円軽減される!!**

つまり「現役世代が軽減される」という「嘘いつわり」はもっと激しく、軽減されるのは、もっぱら国であり、そして事業主だったのです。

これでは、約1230億円もの公費削減のための2割化です！

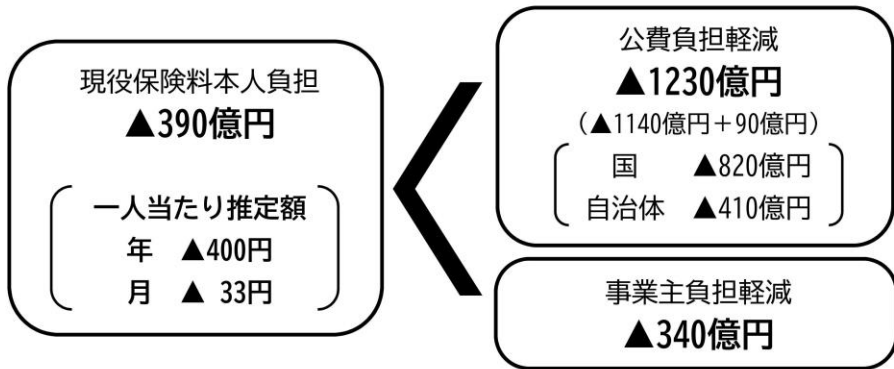
現役世代の負担軽減とは、公費と事業主負担の軽減だった！

現役世代の負担軽減とは？

	後期高齢者支援金				公費
	保険料	事業主負担	本人負担		
総計	▲820億円	▲720億円	▲340億円	▲390億円	▲90億円
協会けんぽ	▲280億円	▲280億円	▲140億円	▲140億円	▲0億円
健保組合	▲270億円	▲270億円	▲150億円	▲130億円	-
共済組合等	▲100億円	▲100億円	▲50億円	▲50億円	-
国民健康保険	▲170億円	▲70億円	-	▲70億円	▲90億円

窓口負担の財政影響（2025年度・満年度・保険者別）

どこが最も軽減されるのか？

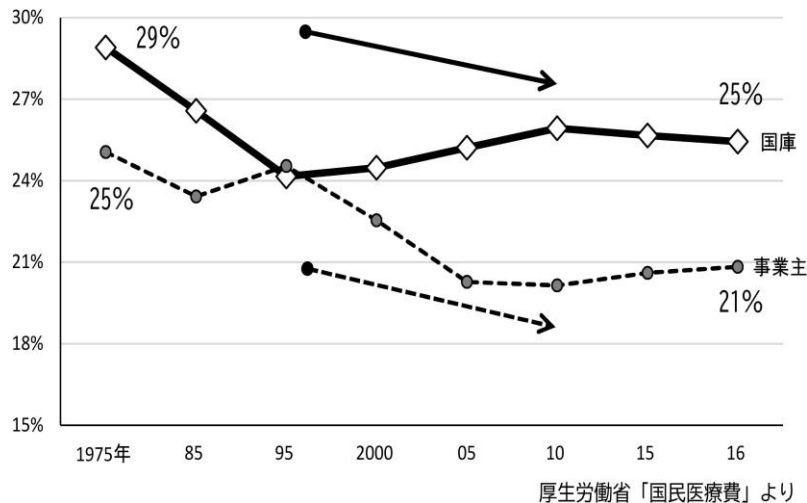


衆議院調査局厚生労働調査室2021年4月資料より作成

確かに現役世代の保険料は後期高齢者医療へ投入する支援金で負担が増えています。また国民医療費も大きくなっています。しかし、医療保険の財政構造をみると、やはり**国の公費や事業主の負担の後退**が根本的要因とすべきです。

国民医療費の財源割合を厚労省の資料でみると1975年では国庫負担割合は、約29%だったものが、2016年では約25%に後退しています。特に事業主負担の割合は25%が21%に後退しています。

この国と事業主の医療費割合の後退傾向は、今後さらに著しくなります。大企業は、非正規雇用を増やすだけでなく、フリーランスなどの「独立自営業」として実質的な労働者を被用者保険の外に押し出しています。また国は、国民健康保険だけでなく、後期高齢者医療保険でも公費負担割合をすでに後退させています。

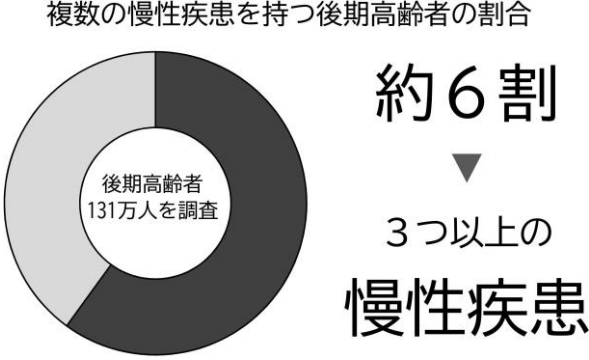


**基礎疾病のあるのが高齢者、その受診抑制は確実に早めの死亡を招く
早めの死亡こそ、公的年金の給付の確実な軽減につながる！！**

今回の負担増のやり方は、保険料ではなく、患者負担の増額です。これは明らかに**応能負担原則からの逸脱**です。憲法規定からの負担する側の権利と公平性とは、負担する人の経済的な負担能力の応じたもの＝応能原則が重要な基準です。患者負担の増額とは負担能力がない人からも「応益主義」で「受益者負担」を求める典型であり、「負担能力がなければ、受診するな」とすることです。つまり保険料負担より、さらに厳しいの患者負担の増額であり、医療を必要とする人の受診抑制を必ず強いることとなります。

特に高齢者は糖尿病や高血圧、動脈硬化や慢性腎不全などの**基礎疾患**を抱えているだけに受診抑制は命を危うくします。

東京都健康長寿医療センターが2019年2月に発表した調査によれば、後期高齢者の8割が2つ以上の慢性疾患を持っており、6割は3つ以上の慢性疾患を持っていることが分かっています。



出典：東京都健康長寿医療センター
「後期高齢者約131万人分のレセプト情報分析」 2019年

しかも2割負担化となると、現在でも進んでいる**高齢者の受診抑制**の傾向が進めば、より多くの高齢者のいのちが失われることは確実です。そして、早めの死亡は**公的介護**や**公的年金を支払わなくてすむ傾向**ともなります。

ここでも国の公費負担は確実に軽減されていくこととなります。

患者負担増で受診抑制が強まり、公費負担がますます軽減に

2025年度給付費減は▲1050億円。うち、公費負担は▲550億円にも

受診抑制による保険者別の後期高齢者支援金の減額効果とは？

協会けんぽ	▲140億円
健康保険組合	▲130億円
共済組合等	▲50億円
国民健康保険	▲80億円（うち公費▲40億円）

2021.5 厚生労働省資料より作成

このことで高齢者のいのちを必ず脅かします

悪政の側は、高齢者のいのちが早めに失われることを利益と考えています。早めに高齢者がいなくなれば公費の削減ができ、全世代の負担増で国民皆保険制度を壊し、営利市場化へ進むことができるからです。

同じことは、現在、同時に進められている「病床削減・病院統廃合・医療従事者の疲弊化」の悪法とも連動して進められています。

これからは、職場・地域の攻防となります

今の高齢者とは、労働運動などの闘いの経験がある人達が多く、現在の市民運動も担っている「抵抗する年齢層」です。悪政の側にとってじゃまな世代です。だからこそ、高齢者のいのちを奪うことに必ずなる患者負担2割化の実施にむけて「ウソいつわり」で「世代間の対立」「高齢者お荷物論」を強めているのです。

しかし、いのちの事実はごまかせません。悪法が成立しても、その具体化は職場地域です。この悪法の事実をほとんどの国民は知らされていません。だから、この事実を知らせることが力となります。2023年後半とされている実施時期を許さない取組みや、後期高齢者医療制度にもある減額免除制度の適用その充実も強めるべきです。「抵抗する年齢層」は健在であり、私たちは退職者会の方々と共に、全世代の分断を許さず、全世代の力でいのちを奪う悪政を職場・地域から押し返していきましょう。