

論

説

宮武 剛

病気やケガの際は医療サービスを求めざるを得ない（いわば強制消費）。いつ治り、いくら費用が掛かるかなかなか分からない（期間・費用の予測困難性）。医療職がノウハウや知識を持ち、患者・家族には乏しい（情報の非対称性）。



高額療養費の改定案

みやたけ・こう NPO法人福祉
フォーラム・ジャパン副会長、学校
法人・社会医学技術学院理事

皆保険の大黒柱を守れ

事は高みを目指す限りないが、中断・中止はできる。骨董品や美術品の価値は素人には見極め難いが、買うかどうかは自由だ。

近似的には介護サービスだが、強制消費の時期は高齢期に集中し、医療ほど高額ではなく、サービスの質は素人もある程度は分か

事。そんな違いはある。療の特質に依じて日本の医療制度は整備された。国民全員が強制消費に備える「皆保険」を発足させた（1961年度）。当初の

保険給付率は5割（自己負担5割）、高価な薬剤投与は認めないなどの制限診療の撤廃に踏み切る。だが、3割負担でも高価な薬剤や手術、長期の療養で患者は経済的な苦境に陥る。お力ネ持ちでなければ治療%に抑える。

る。そんな違いはある。療の特質に依じて日本の医療制度は整備された。国民全員が強制消費に備える「皆保険」を発足させた（1961年度）。当初の

その対策で「高額療養費制度」が創設された（75年）。自己負担額が一定以上の場合は超過分を保険給付する。費用の予測困難性を克服する画期的な方策だ。

10年ぶりの今回改定案では、中間層の最低負担額は、10%引き上げ8万8200円（100万円→29万4000円）×1%＝9万5260円。

この70歳未満では高所得層は15%、低所得層は2%の負担増にされる。年り方を国会で徹底論議してほしい。（本紙論説委員）