

**差別医療を拡大し、高齢者の人権を侵害する
後期高齢者医療制度**

- 全国保険医団体連合会 -

後期高齢者医療制度

2008年4月から開始する、新しい制度のこと。75歳以上の後期高齢者は国民健康保険・被用者保険を脱退して、加入します。

後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療制度の運営全般を行う。都道府県ごと(すべての市町村が加入)の地方自治体。

2008年4月から



広域連合



後期高齢者医療制度の問題点

1. 高齢者、国民の負担について

- 保険料の新たな負担
- 保険料自動引き上げ
- 資格証明書の発行
- 公費負担の対象から除かれる
- 保険料減免が困難

2. 医療保険制度・診療報酬について

- 75歳で区切る『差別医療』の導入
- 健康の保持増進は努力規定
- 高齢者医療は劣悪な内容に
- 寿命が長いとペナルティー

3. 医療提供体制について

- 高齢者の選択権に制限
- 登録「かかりつけ医」に定数

4. 終末期医療のあり方について

- 財政優先で決められる
- 医療から介護保険への誘導

5. 後期高齢者医療広域連合について

- 高額医療費の申請償還
- 当事者の声が届かない
- 不平等な事務費の均等割
- 「医療費削減」を競わせる
- 現役世代への特定保険料の負担
- 対策 - 規約の是正を

問題点

保険料の新たな負担.....1

75歳以上の高齢者全員から保険料を死ぬまで徴収。被用者保険の扶養家族として、今は負担ゼロの人も、新たに保険料を徴収される。

後期高齢者の保険料
モデルケースで 6,200円 / 月
(年間74,400円の負担増)

+

介護保険料
4,000円 / 月

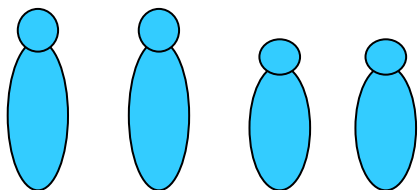
=

1ヵ月10,000円以上

厚生年金208万円受給者の場合(厚労省試算)
基礎年金受給者の場合は900円 / 月(年間10,800円の負担増)

これまで保険料負担がゼロだった
後期高齢者の扶養家族は...

(厚労省推計200万人)



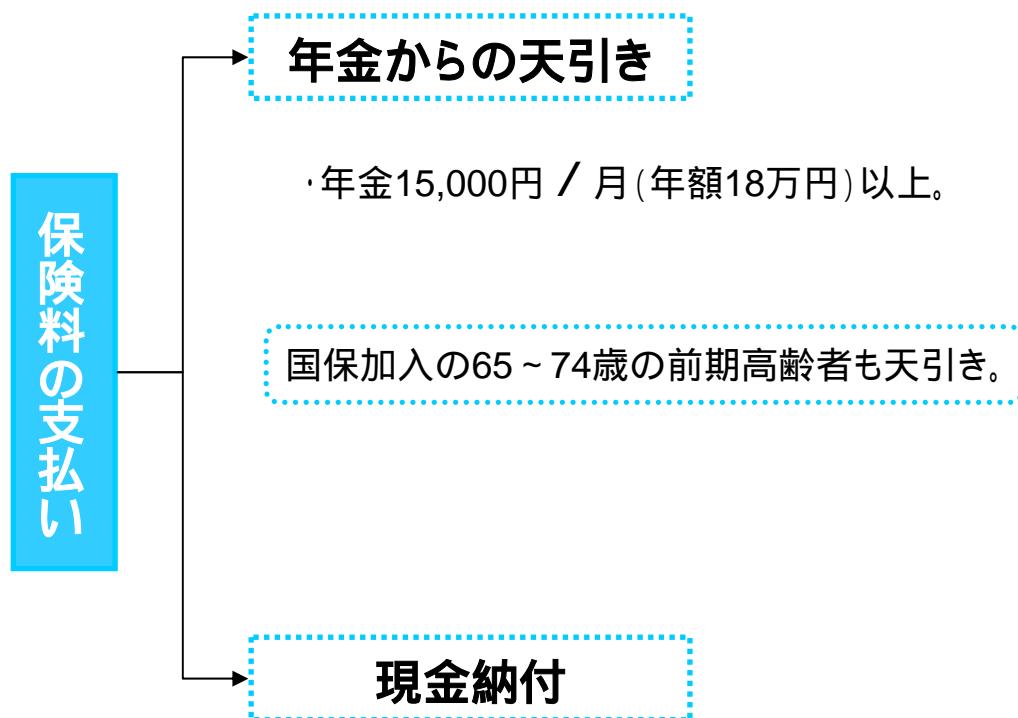
2年間半額負担

保険料
全額負担

保険料決定は、後期高齢者の所得・生活の状態を
ふまえた支払い可能な金額とすべき

問題点

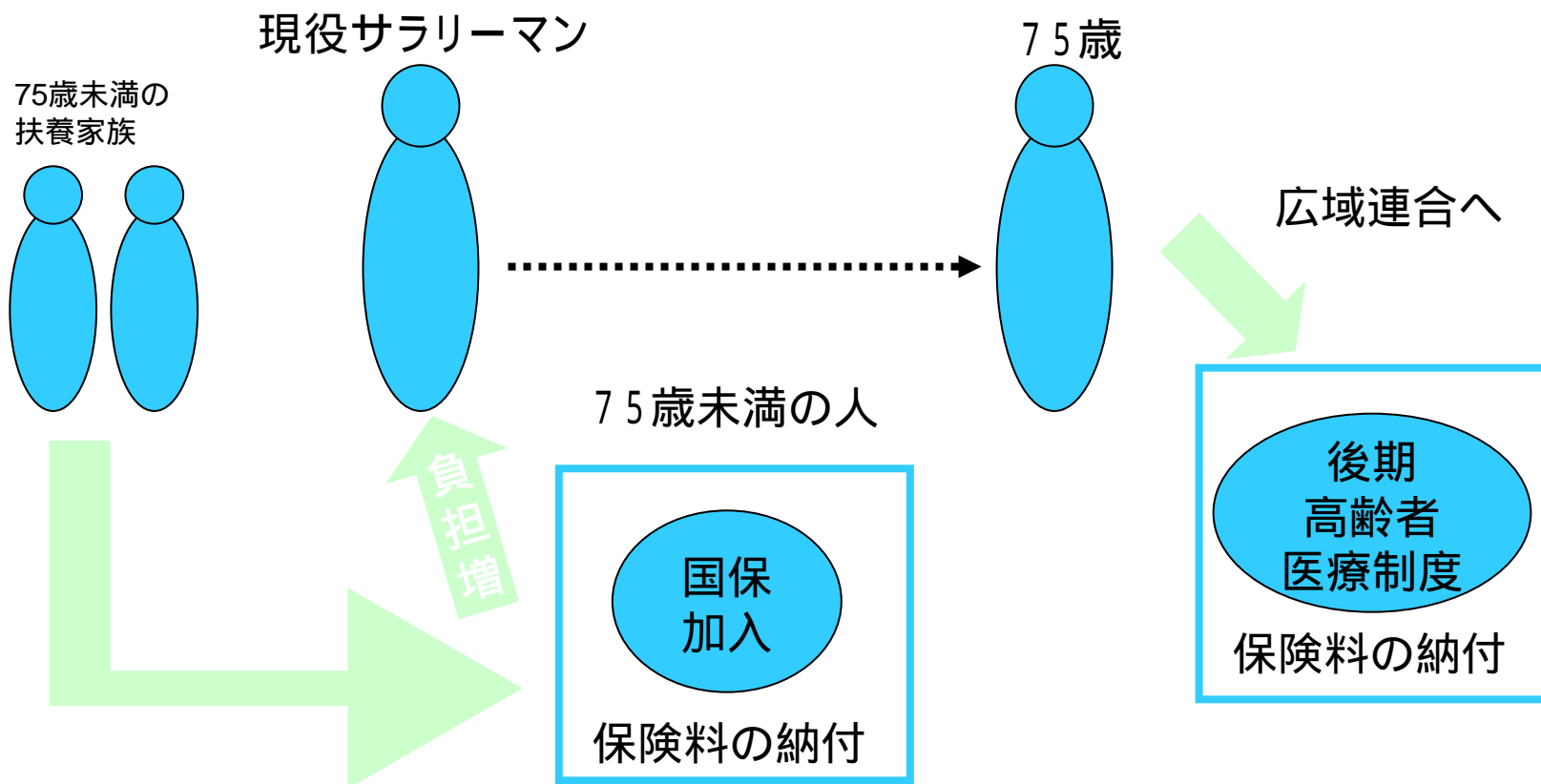
保険料の新たな負担.....2



高齢者の生活を保障すべき年金から、一律に天引きすることは、生活費非課税原則に反する。
支払えない人の相談に応じる体制の確立が必要。
年金天引きは、相談の機会すら奪い、生活困難を潜在化させる。

問題点

保険料の新たな負担.....3



世帯単位でみると、サラリーマン本人とその扶養家族という複数人数分の雇用主負担がなくなることに。

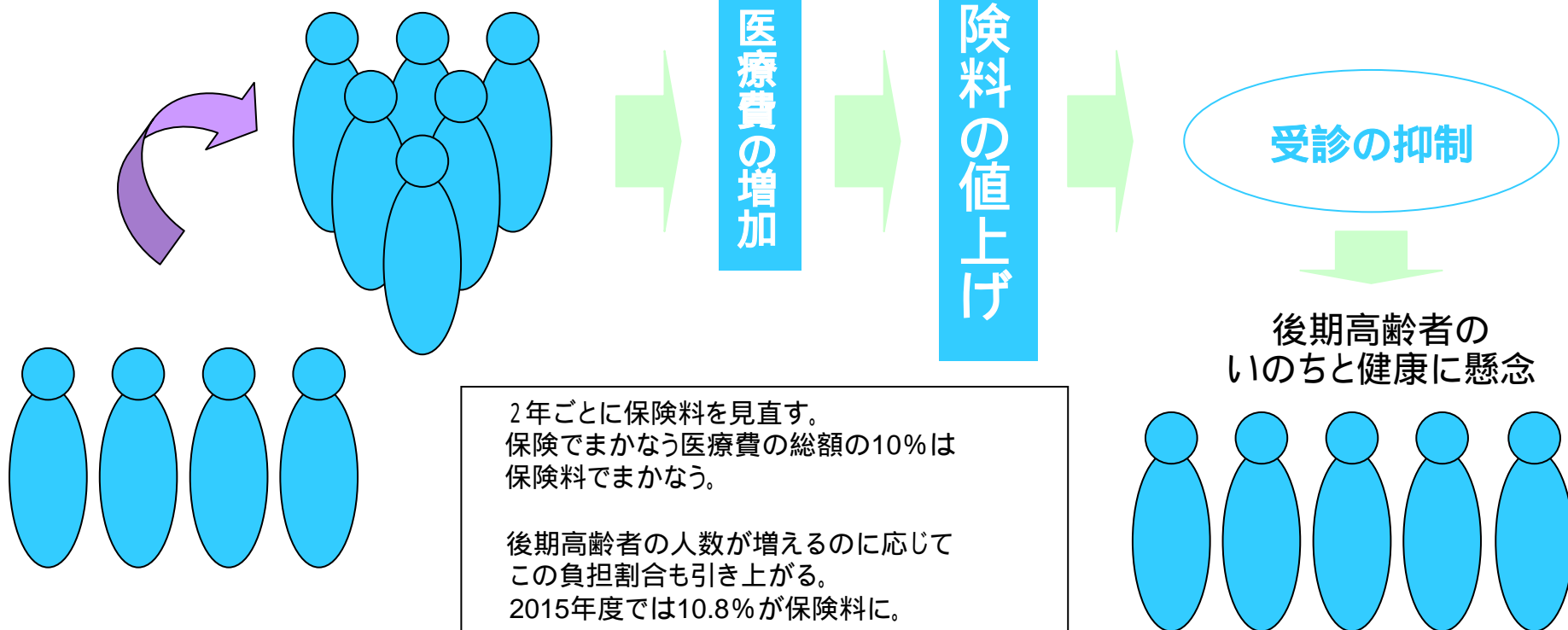
サラリーマンの扶養家族で75歳未満の人は、保険料が丸まる負担増。

問題点

保険料自動引き上げの仕組み

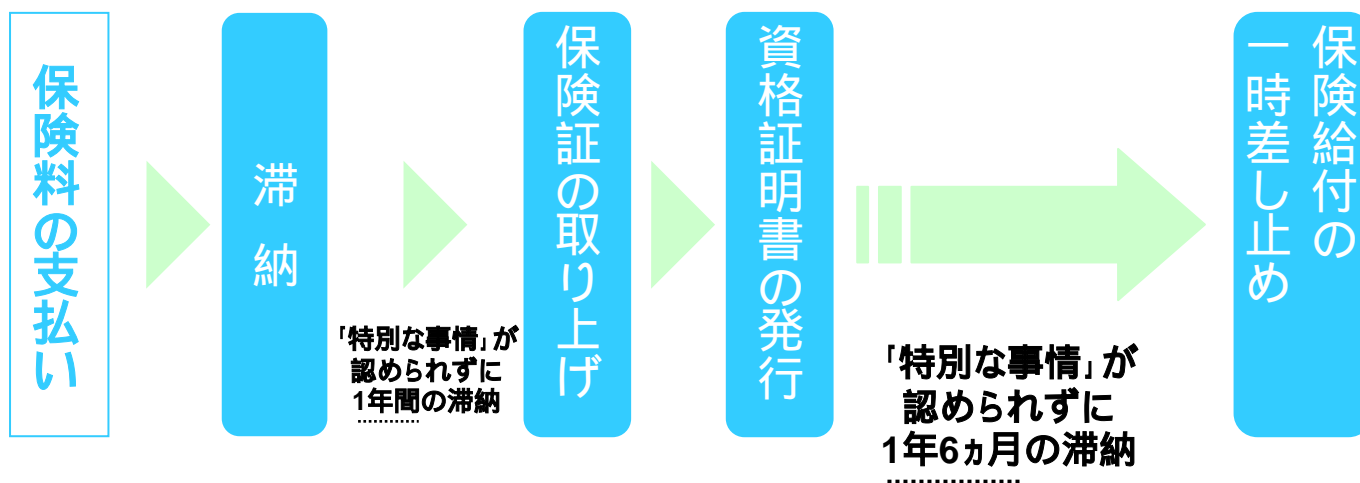
後期高齢者が増え、また医療費が増えれば、「保険料値上げ」か「医療内容の劣悪化」というどちらをとっても高齢者は「痛み」しか選択できないことに。

後期高齢者が増えると



問題点

現行制度にない厳しい資格証明書の発行(窓口で10割負担に)



年々高くなる保険料の負担に耐えきれず、生活困難に陥ったり、滞納するなどの事態が生まれることが予想される。

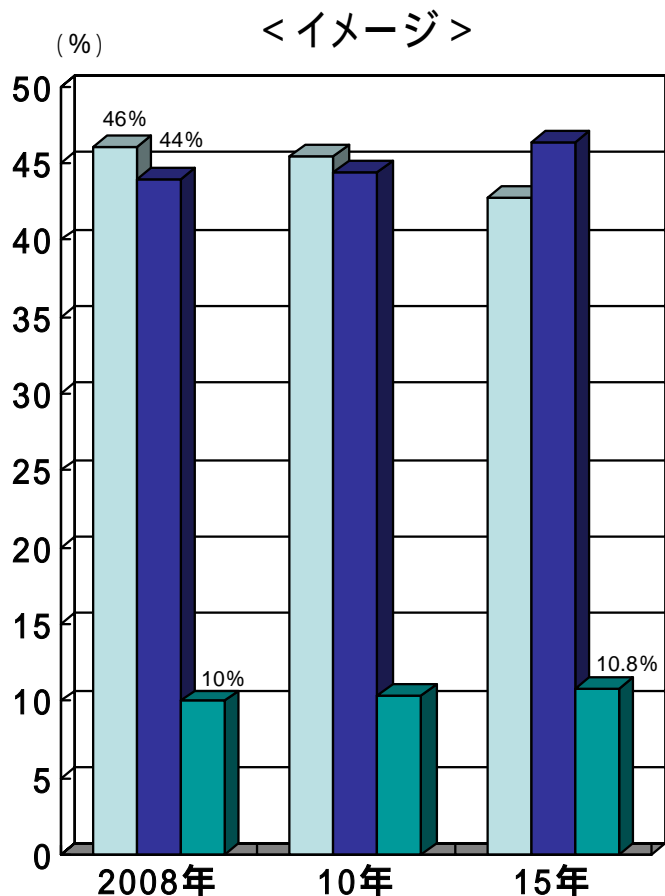
今まで高齢者は「資格証明書」発行の対象外だった。新制度は冷厳なシステム。



後期高齢者に「適切な医療給付」を行うという法の趣旨からも、少なくとも実質的な無保険者を生み出す「資格証明書」の発行はやめて、支払い困難な高齢者への懇切丁寧な相談体制の確立が必要。

問題点

「現役並み所得」に区分された高齢者は、公費負担の対象から除かれる



(制度発足時) グラフの数字は厚労省の試算

「現役並み所得者」に区分された高齢者は、公費負担の対象にはならないため、公費で負担すべき5割の水準を下回る。

厚労省の試算では、制度発足時の実質的な公費負担率は46%で、その分「支援金」の負担率が44%に増加。

今後、団塊世代の高齢化が進めば、「現役並み所得者」に区分される高齢者も増加することが予測される。実質的な公費負担がさらに低くなる。

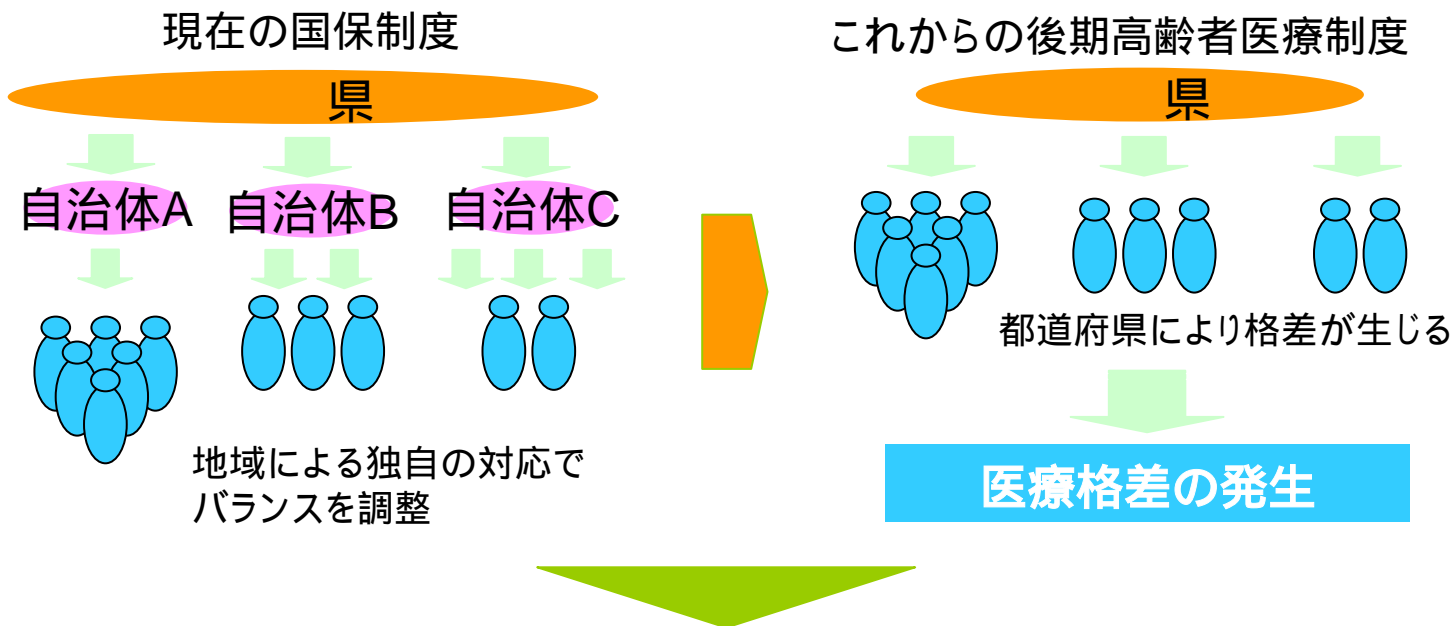


公費割合を引き上げるとともに、「現役並み所得者」に区分された高齢者も、公費負担の対象とすべき。

問題点

独自の保険料減免が困難に

保険料は、「広域連合」ごとに条例で定める。一般財源を持たない「広域連合」ではきゅうくつな財政のため、独自の保険料減免が困難に。



広域連合ごとに弾力的な制度運営を可能とするためにも、各種の減免規定を設けることや、都道府県・市町村の一般会計からの財源投入を認めるべき。
保険料は、所得割と均等割の折半とするとの規定を設けず、
所得に応じた保険料の部分を増やすべき。

問題点

75歳で区切る「差別医療」の導入...1

75歳という暦年齢で加入が判断されることの問題点

**「後期高齢者の心身の特性に相応しい医療」を目的としているが
個人差・性差・地域差などは考慮されない。**

**暦年齢により、元気な人、逆にとても衰弱している人など個人により
様々で、一律に暦年齢で区切ることには無理があり、科学的根拠に
乏しい。**

問題点

健康の保持増進は努力規定に

老人保健法第1条『目的』
—「健康の保持」—
「医療費の適正化」

厚労省は、後期高齢者の「健康の保持増進のために必要な事業(保健事業)を行うよう努めなければならない」としている(努力規定)。

そうであればこそ、法律の目的に健康の保持増進を明文化し、厚生労働省の責任を明記して、実施すべき。



国と都道府県、市町村の責任で
すべての後期高齢者が健診を受診できるようにすべき

問題点

高齢者医療は劣悪な内容に

後期高齢者医療の新たな
診療報酬体系



後期高齢者に相応しい診療報酬体系



実は診療報酬を引き下げ、受けられる医療に制限



病気単位、患者さん単位で医療行為や医療材料を
まとめて1カ月 円限りと決めてしまう。



厚労省
の考え方

実施した医療行為等の費用が、正当に保障されずに大幅に引き下げられる。
患者さんにとって必要な医療が保険で保障されなくなる。医療の劣悪化が懸念される。

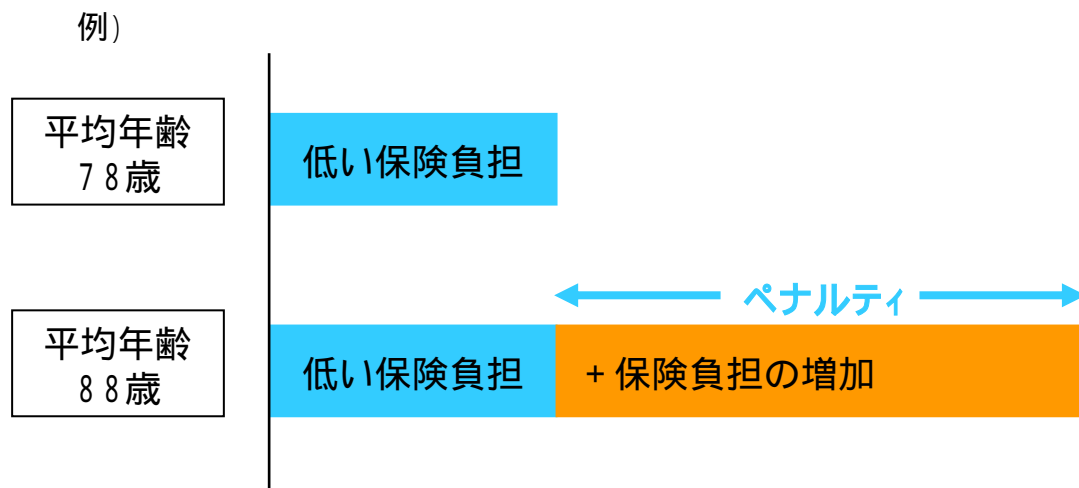
積極的に治療すればするほど医療機関の持ち出しに。入院では、受け皿がないまま退院を強要されかねない。

問題点

寿命が長いとペナルティー

男性と女性では平均寿命に大きな違いがあり、「広域連合」の加入者は女性が中心に。

平均寿命には地域差があり、平均寿命の長い広域連合の保険負担は増加し、逆に短い広域連合の負担は低くなることが予想される。平均寿命の長い広域連合には、結果としてペナルティーが与えられるという本末顛倒な結果を招きかねません。



問題点

高齢者の選択権に制限

厚労省は、高齢者医療費抑制のために高齢者があらかじめ登録した「かかりつけ医」に、「調整する役割」を持たせて、他の医療機関や介護保険事業所からのサービスが高齢者に提供されるような、地域ごとの医療連携体制を構想。登録した「かかりつけ医」以外の医療機関への受診を制限することは、患者が医療機関を選択する権利が奪われること。国民皆保険の要である高齢者が医療機関を選択する権利を制限するもの。

こうした制限は、重症化や命にかかわる問題。
75歳以上の国民だけを制限するのは、国による強制的な年齢差別。

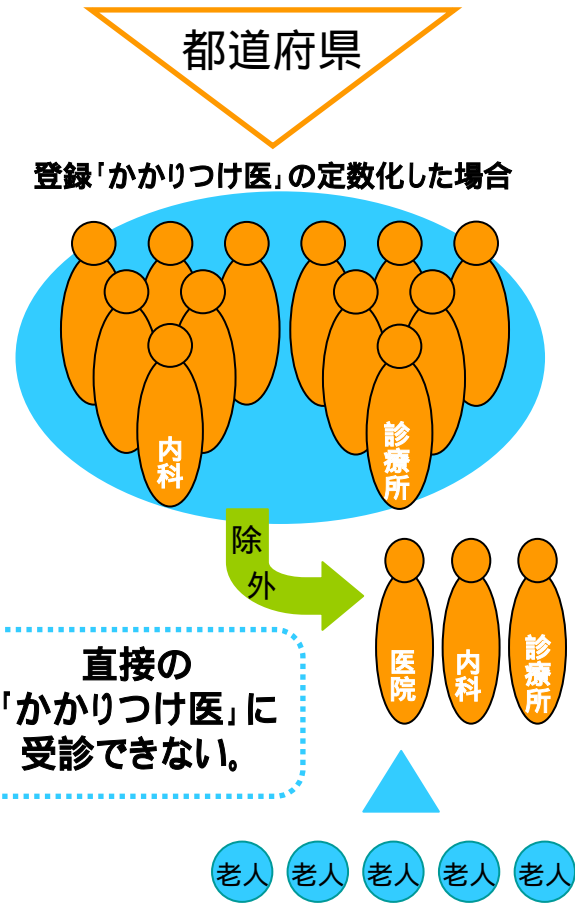
また、登録した「かかりつけ医」への受診回数にすら、一定の制限を設けることも懸念される。

問題点

登録「かかりつけ医」に定数？

厚労省は、都道府県内の「地域(二次医療圏域程度)」ごとの「医療連携体制」をつくるとしているが、その「地域」における後期高齢者の人数に応じた、登録「かかりつけ医」の数を定めることになれば、そこから除外される医療機関が生まれることになる。

さらに、「登録かかりつけ医」の制度化を通じて、保険医定数制の導入に道を開くことが危惧される。住民のニーズにこたえるには、日常生活圏での主治医と専門分野を診る医師 - 両者の「かかりつけ医」に受診できることが必要。



全国の地域で、予防・外来・入院から、在宅終末期医療に至るまでの医療連携 = 『顔と技量が互いに見える連携づくり』の担い手として、介護・福祉との連携を含め、地域で住民の『主治医』機能を強化していくことが、優先課題ではないか。

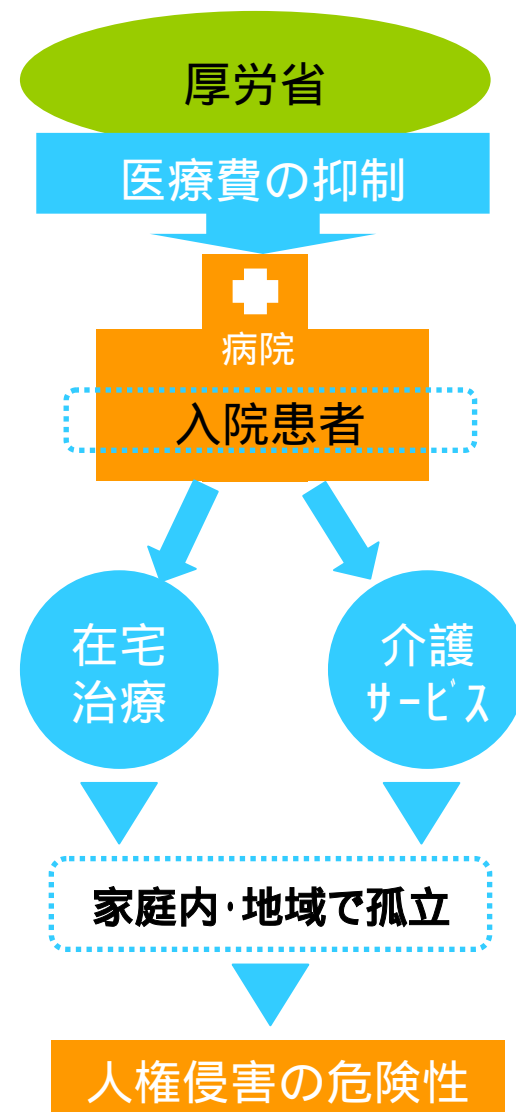
問題点

財政優先で決められる終末期の医療・看取り

終末期の医療・看取りが財政優先の医療費抑制のために決められようとしている。厚労省は、病院での終末期医療・看取りを減少させて、在宅での看取りを増やすことで、医療費を抑制しようとしている。

厚労省は、入院を抑制し在宅医療や介護サービスでの終末期医療・看取りを拡大する構想だが、地域の実態は、病院から“出された”患者を受け止めることができる状況にはない、まともな介護サービスも受けられず不満がうずまいている。行き場を失う高齢の入院患者が大量に生まれ、家庭や地域の中で孤立する事態になりかねない。人権侵害を引き起こしかねない危険性をはらんでいる。個々のケースにより病院でも在宅でも、どちらでも対応できるようにすべき。

終末期医療の現場では、患者本人の治療継続に困難な状況が生じ、継続・中止の是非を含め家族、医療従事者には、苦渋の決断を強いる場面も生じている。尊厳ある死のために、終末期医療はどうあるべきか、患者、国民の要望をふまえた実践を通じて、終末期医療・看取りのあり方を探求すべき。



問題点

医療から介護保険への誘導

医療と介護の「一体的なサービス提供」を打ち出し、医療と介護の報酬を「まぜあわせた」体系の導入が検討されていることは重大な問題。医療で提供すべき内容を介護保険に移し、医療保険だけでは治療が完結できないという事態を生み出すことに。

国保中央会の提言では、患者が介護保険に移行後も、それまでの主治医がかかわることを提案。こうした「医療から介護へ」の流れは健康保険法で規定された療養の給付 = 現物給付の原則を根底から崩そうとするもの。

問題点

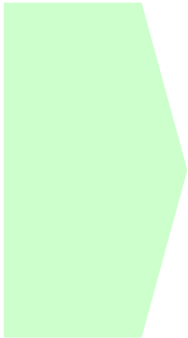
高額医療費が自動償還から申請償還へ後退

高額医療・介護合算療養費

医療と介護の利用料の支払い上限額を決め、それを超えた金額は返還

現制度

医療費自動償還
(自動的にお金が返還される)



新制度

申請償還
(申請しないと
お金が返還
されない)

同一世帯で他の医療保険と混在する場合、
支払い上限額を合算できない。



負担額が大きく増加

問題点

当事者の声が直接届かない

広域連合議員の定数は少ないため、半数以上の市町村から議員を出すことができない。しかも、その議員は「各市町村の長及び議会の議員」のうちから選ばれるため、当事者である後期高齢者の意見を、直接的に反映できる仕組みとしては不十分。



国会審議(06.6.8参・厚労委)での厚労省保険局長の答弁の通り、75歳以上の方々の意見を踏まえて運営すべき。

国のいなるの保険料取立て・給付を抑える機関になる恐れ

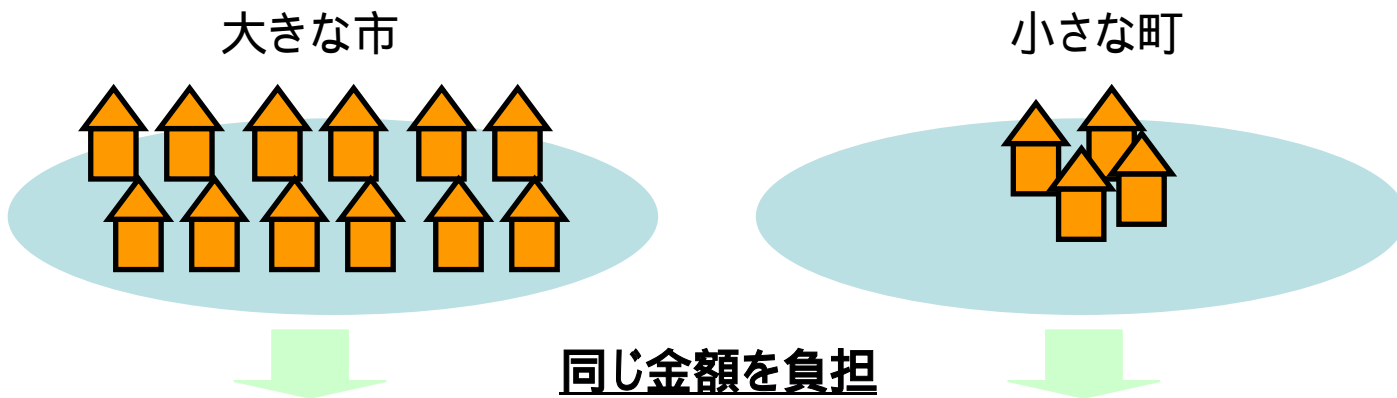
福岡県の介護保険広域連合の「議会」には、住民団体が議会傍聴を続け、内容を住民に知らせながら、制度や運営の改善を求めている。



問題点

均等割 この不平等なしくみの改善を

広域連合の共通経費(事務費)の負担割合に均等割を認めると...



1人あたりの負担額に大きな格差が生じる

厚生労働省の
モデル規約案

- 高齢者人口割
- 人口割
- 均等割

均等割は導入すべきではない。

問題点

都道府県に「医療費削減」を競わせる

都道府県

医療費適正化計画
数値目標の設定

5年ごとに結果を検証

「平均在院日数の短縮」
「在宅看取り率の向上」
など



数値目標の達成が困難な都道府県に対しては、厚労大臣の指示で、その県だけに適用される診療報酬を導入するなどペナルティとなりかねない仕組みも導入。



「いかに患者に医療費を使わせないか」を競争させる。
高齢者医療を改善するための追加財源はほとんどない。
実際には負担割合が減っていく公費負担と、現役世代が負担する「特定保険料 = 支援金」。

亡くなるまで高齢者本人から保険料を取り続け、
「心身の特性に見合った給付」の名の下に、
現役世代と格差をつけた医療に。

一方で、保険料を支払うことのできない場合の
ペナルティーは現役世代並みという、
世界に類を見ない、過酷な高齢者医療保険制度。

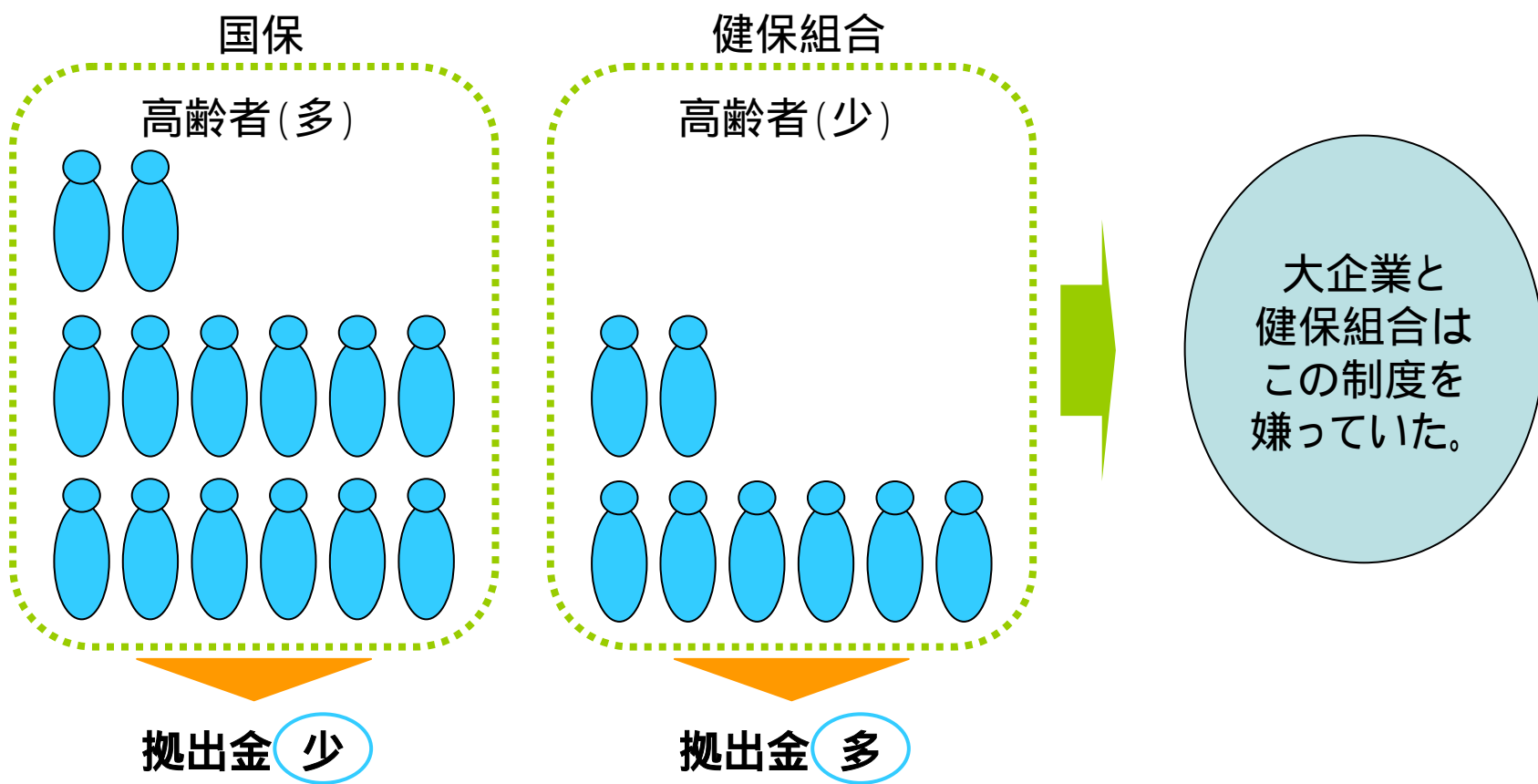
目標達成！

問題点

現役世代には「特定保険料 = 支援金」の負担が。ゼロ歳からも徴収 - 1

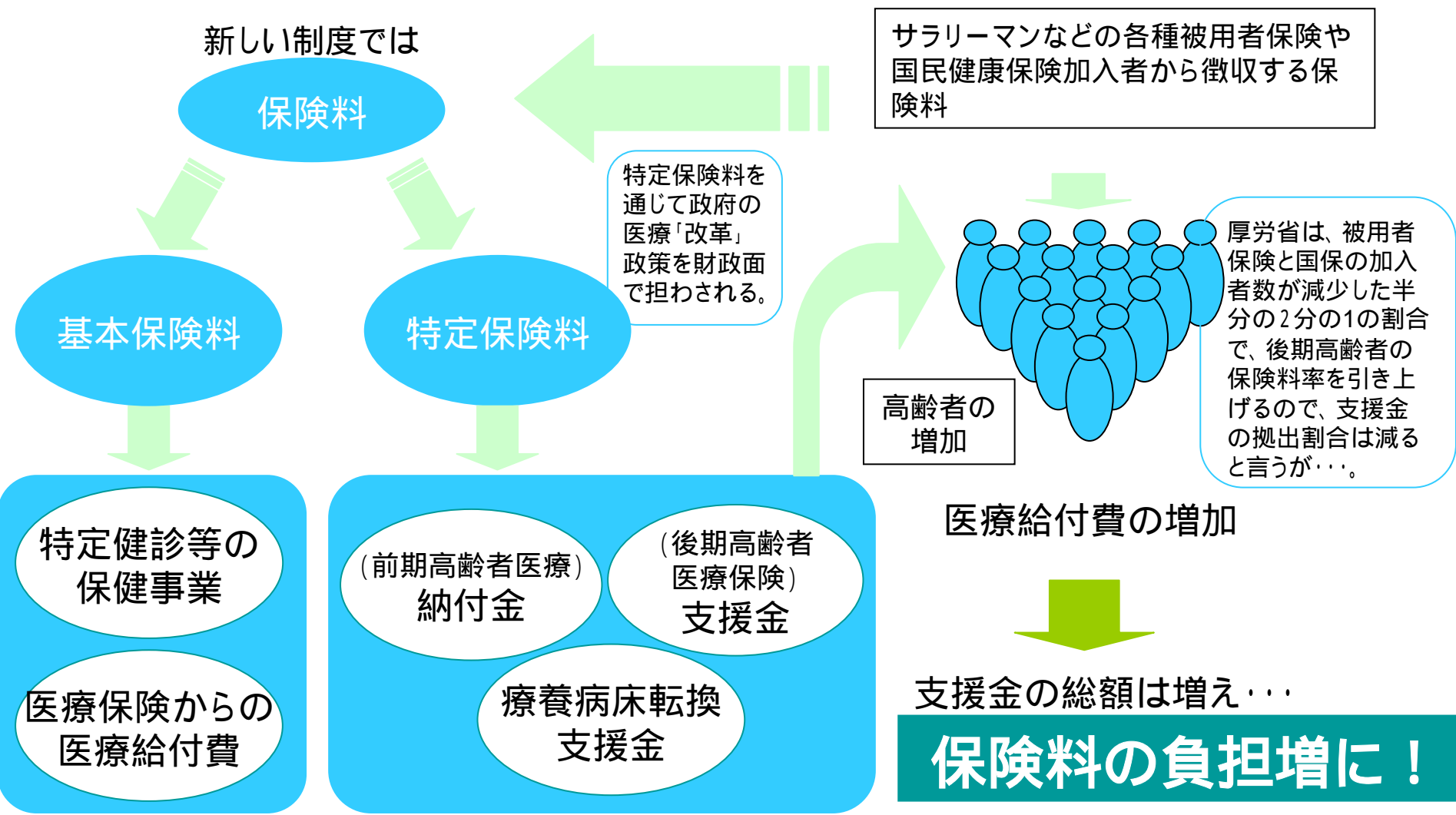
現役世代には「特定保険料 = 支援金」の負担が新たに生じる。

各保険者が、加入者数に応じて負担するので、ゼロ歳の赤ん坊も1人に数えられて、負担することになる。これまでの老人保健制度の「老人医療費拠出金」は、各保険者に加入している高齢者が少なければ、給付する医療費は少なくてすむため、その分「拠出金」を多く負担するという制度だった。



問題点

現役世代には「特定保険料 = 支援金」の負担が - 2



対策

広域連合の改善方向 規約の是正を

1

広域連合議会で重要な条例案の審議を行う場合、高齢者等から直接意見聴取する機会、例えば公聴会などを実施し、広域連合議員にはそこに出席することを義務付けること。

また、被保険者の声を直接聴取する恒常的な機関として、市町の国民健康保険運営協議会に相当する「協議会」の設置について、積極的に検討すること。

2

基準を設けて、業務報告や財務報告等の各市町議会への報告を義務付けること。

3

住民に対する情報公開の徹底を義務付けること。自治法により自治体として扱われる「広域連合」に対して、住民による請願・陳情権や条例制定の直接請求権は保障されている。住民の声と広域連合議会での審議を結びつけて、抜本的な是正を図っていくことが必要。

対策

高齢者医療制度のあり方についての『提言』…1

『医療制度改革提言2005』『医療保険再建プラン』より

国は高齢者の医療費の抑制が目的

- ・老齢年金の削減…
- ・高齢者の負担増…
- ・差別医療の診療報酬の導入…

老人福祉法

高齢者は「多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障される」

国と地方自治体の責務、企業の社会的責任が明確な医療保障制度として発展を。

提言

「独立した高齢者医療制度」を創設する必要はない。

国と保険者の責任で財源を出し合う老人保健拠出金制度の仕組み自体は合理的な制度。高齢者に対する公費負担割合を高めることによって、老人保健制度の再建は可能。したがって、「独立した高齢者医療制度」創設は必要ない。

提言

公費負担の拡大によって制度財源を安定させる。

制度財源は当面、公費負担を保険給付費に対する3割から総医療費に対する5割に引き上げることによって、制度財源を安定させる。

提言

対象年齢は70歳以上とし、患者負担は軽減する。

高齢者医療は、対象年齢を70歳以上に戻す。窓口負担は、1995年前後の総医療費に占める水準(5%程度)に戻す。負担方式は、外来では1割定率・月額上限(1,000円程度)とし、定額負担(1回500円・月2回まで)の選択も可能とする。入院では1日700円とする。また、「現役並み所得者」に対する3割負担は廃止する。

提言

保険料は応能負担を強めて設定する。

保険料は応能負担の原則を徹底し、一定以上所得者の報酬上限は撤廃する。一定以下所得者に対する保険料は免除する。各広域連合の医療給付費の実績の高低を反映した地域別保険料は導入すべきではない。

対策

高齢者医療制度のあり方についての『提言』…2

提言

暦年齢や地域間による診療報酬格差は設けるべきではない。

診療報酬は、暦年齢による格差を設けず一般点数と同じとすべき。必要な医療は公的医療保険・診療報酬で保障され、フリーアクセスを制限しないことが原則。すべての医療行為や管理業務、薬剤・材料などについて、個別に点数を設定し、「技術」「運営・管理コスト」「材料・薬剤」の各部門に配置し、実施した医療行為にかかわる費用を正当に保障すべき。2つ以上の部門にまたがる包括・定額点数や、月をまたいでの包括・定額点数は設けるべきではない。また、都道府県単位の特例診療報酬(点数表や1点単価の特例)の設定による地域格差は認められない。

提言

高齢者が安心して療養できる提供体制を整備すべき。

「自宅や“居宅”で医療や介護の提供が受けられる体制を基本とする」ことから脱却し、高齢者が安心して療養できる施設の確保と在宅、“居宅”環境の整備を行う。患者の医療機関選択の権利を奪う、登録「かかりつけ医」の導入はやめるべきだ。

提言

終末期医療のあり方は、患者・国民の要望を踏まえるべき。

「終末期」の範囲を広げ、その保険給付を制限し、医療費を削減することには反対。尊厳ある死のために終末期医療はどうあるべきか、患者、国民の要望を踏まえた実践を通じて、終末期医療のあり方を探求すべき。

提言

地域の高齢者、住民の全人的医療をめざし『主治医』機能を強化すべき。

地域の高齢者や住民の全人的医療をめざし、患者を中心に地域の医療連携を確立して住民の『主治医』機能を強化すべき。



高齢者医療を改善するための追加財源はほとんどなく、実際に負担割合が減っていく公費負担と、現役世代が負担する「特定保険料 = 支援金」、そして、亡くなるまで高齢者本人から保険料を取り続け、「心身の特性に見合った給付」の名の下に、差別医療を提供するにとどめ、保険料を支払うことのできない場合のペナルティーは現役世代並みという、世界に類を見ない、過酷な高齢者医療制度は、高齢者の人権擁護の立場から、このまま実施することは認められません。