

厚生労働省は

**「長寿を国民皆が喜ぶことができる仕組み」
「ご安心下さい。今までと同じ医療を受けることができます」と言いますが・・・**

○「今までと同じ医療を受けることができる」なら、
わざわざ新しい制度をつくる必要はありません。

○本当のところは後期高齢者に、保険料を上げ続けるか、医療サービスを削るか（あるいはその両方か）

—究極の選択を迫る制度。



これまでの老人保健法第1条「目的」にあった「健康の保持」が削られ代わりに「高齢者の医療の確保に関する法律」では、「医療費の適正化の推進」の文言が加わる

○目標は、後期高齢者を含む国民全体の医療を“粗悪化”し、
国の医療費支出を削ること。

厚生労働省の言う

○保険料は現行程度ないしは引き下げ

○受けられる医療は今までと変わらない

というウソへの反論

1. 保険料が上がり続ける仕組み。それを避けるなら、

2. 医療サービスの制限に向かわざるをえない

- 入院ベッドの削減
- 終末期医療の抑制
- 月額定額で患者を管理する医療の導入

3. 医療は保険料負担と引き替え

- 本人の同意もないまま年金から天引き
- 保険料を滞納すれば保険証取り上げ
- 医療が良くなれば保険料が増える
- 65～74歳の障害者も原則加入で保険料負担

(都道府県によっては、実質加入強制)

Q 1 1人ひとりが負担する保険料は上がり続けるのですか？

A 1 この制度は、保険料が医療費の動きにリンクして変動する仕組みになっています。

1ー保険料は上がる人もいれば、下がる人もいます。厚生労働省は、基礎年金（月額66,000円）だけの場合、月額2,800円→1,000円。平均的な厚生年金（月額167,000円）の場合、月額7,700円→5,800円と試算していますが、制度開始時の保険料水準で比較するなら、国保保険料自体が元々高いですから、後期高齢者医療の保険料が下がるケースもあります。

しかし、例えば神戸市国保では、基礎年金の受給者で月額1,448円→1,100円と350円下がりますが、平均的な厚生年金の受給者（単身世帯・寡婦控除26万円・社会保険料控除8万円）では月額4,837円→6,116円へと逆に1,300円も上がります。低所得者でも保険料が上がる具体的な事例です。

2ーしかし、保険料が上がるのか下がるのかだけを見ては、この制度の本質的な欠陥を明らかにしたことはありません。

この制度は、高齢者数と医療費の動きにリンクして保険料が変動する仕組みになっています。何もしなければ、保険料は2年ごとの改定時に、高齢化の進行や医療費増に合わせて上がることとなります。

①ー県内の後期高齢者の医療給付費が増えると見込まれば、その伸び率に比例して保険料は上がります。

医療給付費の増加は、県内の後期高齢者の人口増加、インフルエンザ等の感染症の流行、新たな医療技術の健康保険導入、などによっておきます。

介護保険の保険料はこの8年間で1.4倍も上がりましたが、この二の舞になりかねません（介護保険料月額：2000年2,911円→2008年4,090円）。

②ー国庫負担は医療給付費の見込額に対する定率負担で、見込み以上に給付が伸びた場合の上乗せ補助はありません。

広域連合は県内の後期高齢者の医療給付費見込みを計算し、それをもとに保険料を算出します。2008年度は医療給付費の10%、1人当たり平均保険料は年額72,000円です。定率国庫負担は医療給付見込みの約33%（12分の4）です。

インフルエンザが大流行し、見込んだ医療給付費を上回って伸びても、定率国庫負担は増やしません。広域連合が都道府県の「財政安定化基金」から借入れを行って収支の帳尻をあわせませす。ところが、この借入れは、必ず保険料収入から返済しなくてははいけません。返済分を上乗せした保険料はさらに上がることとなります。

③－厚生労働省は、2015年度の保険料は医療給付費の10.8%、年額85,000円と試算しています。7年後には年額13,000円の増加です。

東京都広域連合が示した2012年度の保険料試算では、2008年度に比べ1.29倍に上がります。

高齢化のピークを迎える2025年度の保険料は、国が用いた計算式で試算すると、医療給付費の13.2%、年額160,000円まで上がります。

3－2008年度は10都道府県が補助金を広域連合へ投入しましたが、自治体の努力に任せるだけでは、今後、自治体間の財政力格差が、そのまま医療格差や保険料格差になって持ち込まれることになります。

Q2 保険が利く医療サービスは制限されるのですか？

A2 医療サービスの制限に向かわざるを得ません！

1－医療費増にあわせて保険料が上がる仕組みになっていても、それにあわせて2年ごとの改定で保険料を上げ続けることは、後期高齢者の所得実態からみて限界があります。

75歳以上の高齢者は、年金が主な収入。75歳以上高齢者が受給している年金額は、国の調査によると年間で80万円以下の人が、受給なしの人も含めて、45%と半数近くにのぼります。

保険料を上げることが困難になれば、医療サービスを抑えることに向かわざるを得ません。そうなれば、医療サービスが次第にレベルダウンし、平均寿命の伸びにもストップがかかるおそれがあります。後期高齢者の医療サービスに事実上のキャップがかぶさることになります。

2－その具体化は、すでに始まっています。

①－厚生労働省が「後期高齢者にふさわしい医療」として示した中に、「安らかな終末期を迎えるための医療」があります。終末期医療費が年間に9,000億円かかると試算し、「それを抑制する仕組みを検討する」としています。長期入院とその延長線上にある終末期の医療サービスを制限する方向です。

②－制度創設に対応して、定額制の後期高齢者診療料が新設されました。将来は一人幾らという定額制にすることを企図しています。その定額の中で何でも治療せよと言うことにはムリがあります。また、長期入院より「追い出し」を勧める退院調整加算も新設されました。

3－あわせて、「医療費適正化計画」が作られ、自治体が療養病床の削減や高齢者医療費削減のための施策を強めるよう義務づけられています。

4－加えて、保険料抑制の切り札としてこれから実施されそうなのが、県内の医療機

関に支払う診療報酬(保険が利く医療の公定価格)の削減です。その県だけは診療報酬単価を1点10円から8円に削減する、半年以上入院している後期高齢者の診療報酬を3割カットする、などによって医療費(ひいては保険料)が削減できる仕組みになっています。

第1期の「医療費適正化計画」が終了した翌年の2013年度に、47都道府県を実績評価の上、高齢者医療費の高い特定の都道府県だけにこうした特例診療報酬を認めることが可能となっています。このような事が実施されれば、医療機関経営は大打撃を被り、地域の医療サービス水準はさらに低下します。

Q3 入院中の患者をそのまま「追い出し」ていくのですか？

A3 入院できるベッドが削られています！

1 厚生労働省は、入院日数を抑え、入院できるベッドを削ることをすすめています。

① 一慢性的な症状で長期に入院する療養病床は、37万床を20~22万床に削ります。精神病床も7万床程度削るとしています。

② 一高齢者の入院が多い療養病床は、入院料が減額されました。後期高齢者のみに、入院後に症状が落ち着いたらずぐに退院計画をつくと報酬が出ます。

脳卒中や認知症は増加傾向で、後期高齢者の対象患者も増えてきますが、後期高齢者を対象に、脳卒中や認知症から重度障害を負った患者の入院日数が90日を超えると診療報酬が最大約3分の2に減額されます。

74歳以下の場合は、脳卒中や認知症から重度の障害を負った患者は、「特殊疾患病棟」や「障害者施設」の入院対象患者から除かれました。

2 一病院での終末期の医療を抑えて、自宅・居住系施設での終末期医療・看取りを増やす計画です。

厚生労働省は、在宅終末期の割合を4割にして、医療給付費を2015年度で2000億円削減、2025年度で5000億円削減と試算しています。

3 一厚生労働省は、病院から在宅、そして介護という「一方通行の流れ」を想定していますが、高齢者個々のケースにより、入院が必要な場合、在宅がよい場合があり、病院でも在宅でも、どちらでも対応できることが必要です。

4 一入院から在宅までの医療の流れは必要ですが、入院医療費をどう削るかという議論から始め、在宅医療の体制づくりにかかる費用の議論はほとんどありません。

5 一独居や高齢者のみの世帯、働く家族が増えている中、在宅医療や介護サービスがあっても、介護してくれる家族がいなければ成り立たないのが在宅生活です。

居住系施設は、特養ホーム待機者数は全国で30万人とも推計され、有料老人ホ

ームもある程度費用が負担できる人でなければ利用は難しいです。施設をたらい回しされる傾向がますます強まります。

Q 4 不安なく終末期の医療が受けられますか？

A 4 厚生労働省は「抑制する仕組みを検討する」と説明しています！

1－終末期医療の定義やそのあり方についての社会的合意はなされていません。しかし後期高齢者医療制度では、75歳以上の高齢者と65～74歳で一定の障害をもった人を対象に経済的に誘導しながら、終末期医療費を抑制しようとしています。

厚生労働省は2025年度の終末期医療費を年間5,000億円減らす目標を立てています。

2－終末期の医療内容について医師・看護師（及び歯科医師・薬剤師）と患者との合意内容を文書などに記録すると、退院時もしくは死亡時に1回のみ2千円の報酬（後期高齢者終末期相談支援料）が医師・看護師等にそれぞれ支払われます。まさに「死を前提とした成功報酬」となっています。

3－終末期の議論をする時に、ガンや「植物状態の高齢者」の終末期をイメージしますが、今後人数が増える終末期は脳血管疾患の終末期です。

終末期といってもクモ膜下出血や急性心筋梗塞による突然訪れる終末期もあれば、ガンのようにある程度予想のできる終末期もあります。さらに、脳血管疾患のように、身体的な機能は年々徐々に低下しますが、時々合併する肺炎や再発作などが命取りになる終末期もあります。神経筋疾患のように身体的には重度の障害が進行性であっても、呼吸や循環の管理で延命が可能で、終末期を定義しにくい疾患もあります。

4－延命治療をどうするのか、健康な時期に自分で決めておくことは大切です。しかし、終末期が近づいてから終末期の対応を決めることは最悪ですし、多くの方は自分らしい判断ができません。また、小児や障害のために自分で判断できない人の終末期をどのようにするかは論理的にも大問題です。後期高齢者終末期相談支援料は、延命治療の制限を暗に求めているようなものです。高齢者の心理状態や経済的な状況から、治療制限・中止の強制につながりかねません。

5－「命の輝き・自己実現」を支える、全ての年代の終末期医療を評価するべきです。終末期を迎えるのは75歳以上だけではありません。医療現場では、小児や認知症の人の終末期医療にも真剣に取り組んでいます。

Q 5 高齢者を総合的に診る医療は実現しますか？

A 5 総合的に診ることがゆがめられてしまいます！

1－複数の病気を同時にもつ高齢者の生活を支えるために、主治医を位置づけ、総合的な診療を行うという方向性自体は重要です。一方、医療現場では複数の病気を複数の主治医が専門的な知識と技術を生かして、他の医師と連携しながら治療を行うことで、医療の質を向上させています。

2－しかし、「後期高齢者診療料」（担当医）では、高齢者を総合的に診るという考え方がゆがめられています。「主病は一つ」という医学的には非常識な考え方を医療現場に持ち込んで、患者さんには「ひとりの主治医」で我慢するように、医師には第2、第3の主治医を断るように、経済的に誘導しようとしています。

○栃木県医師会

「1人の後期高齢者については主病は一つとし、1人の患者を1つの医療機関が診るという考え方に基づいた登録医制度につながる」

○秋田県医師会

「一つの医療機関を『主治医』と決めるのは現実的に難しく、現状に即していない」

3－いわゆるドクターショッピング（紹介状なしの他医受診）、投薬や検査の重複などの「ムダ」をなくすためには、ひとりの主治医をめざした「後期高齢者診療料」を作るのではなく、患者さんの理解を得ながら医療連携をもっと強化することが必要です。

4－「総合的に診る」ことを義務づけていますが、医学管理や基本的な検査・処置・画像診断（腹部エコー等）については、月額6,000円が上限とされたため、必要な治療を何回行っても報酬は変わりません。

「担当医」が手厚い治療をしたいと思っても、医療機関の持ち出しになってしまいます。高齢者はとくにきめ細やかな対応が必要ですが、その医療内容が乏しくならざるを得ません。

5－2年ごとに予定されている診療報酬改定を通じて、月額上限に含まれる医療行為を拡大し、報酬も減額していくなれば、必要な医療はますます制限されることとなります。言い換えると「二階に上げて、はしごを外す」システムで、将来は「主治医を一人に限定する登録人头制度」の導入が検討されています。

6－フリーアクセスの制限も、以下の厚生労働省幹部の発言にあるように、今回は先送りしただけです。「担当医」の登録制度などアクセス制限が再燃することが懸念されます。

○「病院に行くことを制限することは、今すぐやる方策ではない」（07.7.14 日本医事新報）

- 「アクセスを自らセーブしてもらおうことを考えていたが、そこへは行きつけなかった」(08.3.17 メディファクス)
- 「今すぐに登録医制度を導入するのは、時期として早い」(07.10.15 国保実務)

Q 6 年金からの保険料天引きは、利便性を考えてのこと？

A 6 年金からの天引きで、最低生活費が強制的に引き下げられる！

- 1 ー天引きについても厚生労働省は、これまで窓口で払っていた手間を省くものであり、利便性が高まると言っていますが、これは生活実態を無視した詭弁です。多くの自治体は、窓口でこれまで、急な出費などで生活が苦しくなった人に対する納付相談に応じ、その時に払えるだけの保険料を払ってもらったり、分割納付に応じたりして急場を凌いでもらってきました。広域連合による年金天引きは、このきめ細かな対応をできなくしてしまいました。
- 2 ー基礎年金からさえも保険料を課すこと自体が、生計費非課税の原則に抵触する問題です。それを天引きすることは、最低生活費を強制的に引き下げるもので、生存権否定に等しいものです。

Q 7 保険証 1 枚で医療を受けられると言いますが？

A 7 保険証が取り上げられる制度に変わりました！

- 1 ー保険証は 1 枚になりましたが、保険料が払えなくなると、保険証が取り上げられます。今年の 3 月末までは保険証を取り上げていませんでしたが、これからは、医療機関の窓口で、その日にかかった治療代を全額支払うことになってしまいます。
- 2 ー 1 人ひとりに保険証がある代わりに、後期高齢者のみに、扶養家族が認められなくなりました。したがって、後期高齢者は全員、亡くなるまで年金から保険料を天引きされるのです。
- 3 ー高齢者の生活からみて、窓口一部負担が支払えずに保険証はあっても、受診できない人が増えています。窓口負担の軽減が必要です。

8 月からは、窓口負担がこれまでの 1 割から 3 割に上がるケースが出てきます(夫が後期高齢者医療制度、妻が国民健康保険にそれぞれ加入している場合、7 月までは前年度の世帯年収で判定した負担割合だが、8 月からは夫と妻でそれぞれ年収の判定が実施され、新たな負担割合が適用される)。

また、2009 年 4 月からの 70～74 歳の「2 割負担」は、受診を控えさせ、75 歳以上の健康状態を悪化させ、より医療費増につながります。

Q 8 65～74 歳の重度障害者は、任意の加入ですね？

A 8 都道府県によっては事実上の加入強制です！

- 1－後期高齢者医療制度への加入が任意となっている 65～74 歳の一定の障害を持つ人に対し、10 道県（北海道、青森、山形、茨城、栃木、富山、愛知、徳島、山口、福岡）が制度加入を医療費（窓口負担）助成継続の条件にしました。助成が受けられなくなるリスクを回避するには、制度加入の選択肢しかありません。事実上の加入強制です。
- 2－こうした制度運用は、暮らしている自治体の財政力や方針の違いにより、経済的に困窮している人が多い障害者の生活基盤が揺らぎかねないことを意味します。厚生労働省は、都道府県に対し指導すると言っていますが、財政難を理由に都道府県が拒否すれば、強制はできません。全国どこでも同じ条件が保障されないのは、この制度が、欠陥を抱えていることを示しています。

Q 9 医療と介護の合算制度で負担が軽減されますか？

A 9 合算制度は期待されていますが、改善が必要です！

- 1－「高額医療・高額介護合算制度」は、夫が後期高齢者医療制度、妻が国民健康保険に加入しているなど、家族でも加入している保険が異なると合算することができません。保険制度が違っても家族単位で合算できるようにすべきです。
- 2－75 歳の誕生日を迎える月は、誕生日の前後では加入する医療保険が異なるため、合算することができません。本人単位で合算できるようにすべきです。
- 3－一年間の負担上限の設定ではその間の経済的負担が大変です。負担額が確定するときは、1 月単位の負担上限とすべきです。
- 4－加入者が請求する方式ではなく、保険者の職権による支給にすべきです。

Q 10 医療費財源をどう捻出しますか？

A 10 公費の投入で財源を安定化できます！

- 1－後期高齢者医療制度においては、
 - ①－医療給付費に対する定率国庫負担約 33%（12 分の 4）を増やす（例えば、12 の 5＝約 40%にすれば、高齢者の保険料負担割合を 10%から 2%程度にまで引き下げ可能）とともに、弾力的に公費投入ができる仕組みにすべきです。見込んだ以上

に医療費が伸びたときは、国民健康保険のように超過分については公費負担で精算するようにし、財政安定化基金からの借入金を保険料に上乗せして返済する仕組みは廃止すべきです。

- ②ー保険料の算出は、負担能力に応じた保険料（所得割）の割合を高めて、応能割の保険料を中心としたものに変更するとともに、保険料の所得上限を引き上げる（或いは撤廃する）ことで財源を捻出することができます。高所得者には応分の保険料を負担してもらい、低所得者の保険料は減額制度の拡充と職権で適用する免除制度を設けるべきです。
- ③ー「現役並み所得者」には公費負担がないので、公費の割合は46%に下がり、一方、「支援金」の割合が44%に増えます。この仕組みを改めるべきです。
- ④ー都道府県単位の収支決算ではなく、全国的な財政調整の仕組みを導入して、ここに大幅な公費の投入を行うべきです。仕組みとしては従前の老人保健法のもとでも行われていたことですから、実施できるはずですが。

2ー国民医療費全体の財源としては、

- ①ー国民医療費に占める事業主負担を1990～95年の水準に戻すことで財源を捻出することができます（1990～1995年度：25%前後→2005年度20.2%）。
- ②ー“道路よりも医療”を優先し、道路特定財源を一般財源化した上で、公費負担に回すことで財源が捻出できます。たばこ税をヨーロッパ並みに引き上げることも検討が必要です。