

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です。

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です。

全国保険医団体連合会政策部

厚労省の言う「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、..... Q1
2. 医療サービスの制限に向かわざるをえない..... Q2
 - 入院ベッドの削減..... Q3
 - 終末期医療の抑制..... Q4
 - 月額定額で患者を管理する医療の導入..... Q5
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.....Q6
 - 保険料を滞納すれば保険証取り上げ..... Q7
 - 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.....Q8
(都道府県によっては実質強制加入)

Q1 1人ひとりが負担する保険料は上がり続けるのですか？

A1 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。

- 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ります。
- 2008年度の保険料は医療給付費の10%、年額7万2,000円です。
- 2015年度の保険料は厚労省によれば医療給付費の10.8%、年額8万5,000円と試算しています。
- 2025年度の保険料は厚労省によれば医療給付費の13.2%、年額16万円と試算しています。
- 国庫負担は医療給付費の「見込額」に対する定率負担(25%)です。「見込み」以上に給付が伸びても、追加の補助はありません。

Q2 保険が効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えません！

- 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。
- 厚労省は「安らかな終末期を迎える医療」が年間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。
- 定額制の「**後期高齢者診療料**」が新設されました。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。
- 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義務づけられています。
- 県内の医療機関に支払う「**診療報酬**」も**削減**されようとしています。

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！

- 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。
- 後期高齢者のみ、入院後に症状が落ち着いたらすぐに退院計画をつくと報酬が出ます。
- 厚労省は自宅や居住系施設での看取りを4割にして、2015年度で医療給付費を2、000億円削減すると試算しています。
- 居住系施設は、特別養護老人ホームの入所待機者は全国で30万人、有料老人ホームは費用が負担できる人でなければ利用は難しいです。

Q4 不安なく終末期の医療が受けられますか？

A4 厚労省は「抑制する仕組みを検討する」と説明しています

- 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。
- 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2,000円の報酬（後期高齢者終末期相談支援料）が医師・看護師等に支払われます。
延命治療を制限することを案に求められているようです。

Q5 高齢者を総合的に診る医療は実現しますか？

A5 総合的に診ることがゆがめられてしまいます！

- 「**後期高齢者診療料**」では、後期高齢者の医療を生涯にわたり「**担当医**」に管理させることになってしまいます。
- 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円とされたため、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。
- 患者の「**主病は一つ**」という医学的に非常識な考え方を医療現場に持ち込んで、1人の「担当医」に管理をさせることで、複数の医療機関をなるべく受診させないようにしています。
- **フリーアクセス**の制限も、今回は先送りしただけです（「病院に行くことを制限することは、今すぐやることではない」との厚労省幹部発言）。

Q6 年金からの保険料天引きは、利便性を考えてのこと？

A6 天引きで、最低生活費が強制的に引き下げられる！

- 年金天引きについて厚労省は「窓口で払っていた手間を省くもので、利便性が高まる」と言っていますが、多くの自治体はこれまで、急な出費が出た場合に分割納付に応じたりして急場を凌いできました。
- 基礎年金からも保険料を天引きすることは、「**生活費非課税**」の原則に抵触する問題です。
- 最低生活費を強制的に引き下げること、**生存権否定**に等しいものです。

Q7 保険証1枚で医療を受けられると言いますが？

A7 保険証が取り上げられる制度に変わりました！

- 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。そうすると医療機関の窓口で、その日にかかった治療代を全額(10割)支払うことになります。
- 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ます。
- 8月からは窓口負担が1割から3割に上がるケースが出てきます。
- 2009年4月からは、70～74歳は「2割負担」に引き上げられます。

Q8 65～74歳の重度障害者は、任意の加入ですね？

A8 都道府県によっては事実上の強制加入です！

- 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。
- 重度障害者にとっては事実上の強制加入です。
- 厚労省が、都道府県への指導などを行わずに容認していることは、この制度が抱えている欠陥を示しています。

Q9 医療と介護の合算制度で負担が軽減されますか？

A9 制度を改めないとな本当の制限にはなりません！

- 「**高額医療・高額介護合算制度**」は、夫が後期高齢者医療制度、妻が国民健康保険のように、加入している保険が異なると合算できません。保険制度が違って、家族単位で合算できるようにすべきです。
- 合算額は1年間の負担の上限であり、毎月の経済的負担が大変です。ひと月単位の負担上限とすべきです。
- 加入者が請求する方式ではなく、保険者の職権により支給すべきです。

Q10 医療費財源をどう捻出しますか？

A10 公費の投入で財源を安定化できます！

- 定率国庫負担を25%に増やし、見込んだ以上に医療費が伸びたときは、公費負担で精算すべきです。
- 保険料は、負担能力に応じた保険料(所得割)の割合を高め、保険料の報酬上限を引き上げる(あるいは撤廃する)ことで財源を捻出できます。
- 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。
- 国民医療費に占める事業主負担を1990～95年度の水準に戻すことで財源を捻出できます(1995年度:25%前後→2005年度20.2%)
- “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。