

## 崩壊進む日本における医療「後期高齢者医療制度」問題はその一環

- 「シッコ」マイケル・ムーア監督作品；アメリカにおける医療崩壊を描く  
資本主義的経済原理を導入するとどうなるかを描く。  
日本でも「60歳でも入れる保険」など医療保険のテレビコマーシャルが大変盛ん。  
国民皆保険の崩壊が進行している反映でもあり、崩壊を進める「改革」。
- 1983年[医療亡国論]（当時の厚生省保険局長）
  - ◎後期高齢者医療制度；「姥捨山」医療制度。日本の長寿は一転短命化へ？後述
  - ◎前期高齢者（70－74才）の窓口自己負担、本来昨年4月より1割→2割の筈だった（参院選自公敗北で今年4月よりに延期したが、総選挙は行われず党利党略終了。）
  - ◎ER・墨東病院妊婦受け入れ「拒否」問題、慢性的医師不足、特に産科、小児科  
厚生省は医療費の増大を抑える手段として医学科定員削減を推進してきた。  
5年前より研修「スーパーローテート」導入、内科外科の義務化。地方から中央へ。  
大学付属病院は医師不足に陥り関連病院から医師を引き上げ。特に地方大学は深刻  
医学部評価を発表論文数で行う風潮、臨床関係も若手を早く大学院へ召還。
  - ◎病院倒産相次ぐ、特に地方自治体立病院、[銚子市立病院]問題→市長リコール。医師、  
看護師不足。東大付属病院が全国を廻って「看護師狩り」。
  - ◎平均入院日数問題。14日以内で退院迫られる。平均入院日数14日以下保険報酬で  
「飴玉」。帰りどころがない、引き取り手が無い。
  - ◎DPC（Diagnosis Procedure Combination 「診断・処置結合制」病名や診断内容を  
約1700に分類し、分類毎に1日あたりの費用を定めた医療費の支払い方法。20  
03年4月から導入）、コストの意識を導入。検査・治療も最小限へ。退院が早まる！
  - ◎療養病床の削減、在宅・介護へシフト推進。家庭の現状無視。又どれだけの診療所医  
師が手を貸すか。
  - ◎医療費高騰の原因は高齢者の増加もあるが、それ以上に新医療技術開発、高い医薬品  
にある。「医者による薬漬け」神話。ジェネリック薬品。
  - ◎セコム警備会社；医療参入をもくろみ現在多数の病院を実質買収。グッドウイルは介  
護福祉に参入し失敗。

後期高齢者医療制度；昨年2008年4月1日より実施。

- ◎名称問題 名は体を表す！実施とともに、「後期高齢者だってなんだ！「人生末期」  
みたいじゃないか！」との反発起こる。福田「枠組みは良い」と「長寿（長命を寿ぐ）  
医療制度」との名称提案。名称だけの問題か。
- ◎75歳以上全員を加入強制とした独立した医療保険制度（ただし生活保護世帯は除く。  
また65歳以上74歳までの「前期高齢者」の人で1～3級の障害認定を受けた人も  
対象、ただし加入するかどうかは本人が選べる）。現役で他の保険組合に加入してい  
る者も移行。国会議員も75歳以上は移行。
- ◎全員に保険料負担。所得割＋均等割。これまで子供の扶養家族で、その保険に入って  
いた人も納める（緩和措置として2年間所得割なし、均等割は半分とした。さらに参  
院選での与党敗北で均等割は08年8月までは負担無し、09年3月までは1割負担

に軽減)。また夫婦も別に保険料を納める。保険料は都道府県ごとに設定。しかしその算定は複雑。保険料は6割が値上げと言われる(当初は4割と発表、扶養家族だった人=無料を忘れる?)。徴収総額は増額。

- ◎年金からの保険料天引き。年金は元来「本人申告制」で申告しなければ給付も訂正もされない(現在の年金問題)のに介護保険料、後期高齢者保険料は無断一方的天引き!
- ◎窓口負担は1割、ただし現役並み所得者は3割(従来の老人保健法では70歳以上全員1割だった)
- ◎保険給付基金負担割合は加入者が1割、現役が4割負担、税金5割投入。
- ◎保険者は「都道府県後期高齢者医療広域連合」、これは区市町村「連合体」で都道府県は関係ない。主体が不明確。保険料は都道府県毎に異なり、2年毎見直し。地域格差も。富裕都府県は平均額が高くなっても所得同額の比較では有利と思われる。
- ◎目玉といわれる「かかりつけ医」制度=「後期高齢者診療料」(月1回600点=6000円)。1割負担の人では600円負担、1回外来再診でこれまで480円が860円前後へ負担増。

[後期高齢者医療制度]は2006年5月に成立した12本の法改正からなる”骨太の医療改革”「医療改革法」(与党強行採決)の一部。医療のあるべき姿からではなく、ただ医療費抑制が目的(毎年自然増を含め2200億円削減)。

1. 健康保険法(船員保険法含む)
2. 国民保険法
  - 「現役並み所得」区分高齢者の患者負担の引き上げ(06年10月2割→3割)
  - 70~74歳負担引き上げ(08年4月1割→2割、参院選与党敗北で09年4月まで延期)
  - 療養病床に入院する高齢者の食費自己負担化(06年10月より)
  - 高額療養(医療)費の自己負担限度額引き上げ
  - 保険診療と保険外診療との併用ルールの改編
3. 老人保健法(改め→高齢者の医療の確保に関する法律)
  - 都道府県に「医療費適正化計画」の作成実施を義務づけ(第1期目標は平均在院日数短縮と糖尿病等の患者予備群の減少)
  - 保険者に「特定健診・特定保健指導」の実施を義務づけ
  - ◎後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度を創設
  - 前期高齢者(65~74歳)の医療費に係る財政調整制度の創設
  - 医療型療養病床25万床の削減(12年3月31日までに15万床、その後22万床に緩和)
4. 介護保険法
  - 介護型療養病床13万床の全廃(12年3月31日までに)
5. 社会保険医療協議会法
  - 中央社会保険医療協議会委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止
6. 医療法
  - 都道府県に「医療計画」の作成実施を義務づけ(第1期目標は総治療期間短縮)

7. 医師法。 8. 歯科医師法。 9. 保健師助産師看護師法。 10. 薬剤師法

11. 薬事法

○一般用医薬品を第1類、第2類、第3類に区分し、第2・第3類は薬剤師が不在でも販売が可能に（2月に「インターネット販売」は第3類のみとし、異例の「公聴会」）

12. 外国人医師等の臨床修練にかかわる医師法等の特例

○臨床修練を行える資格を医師・歯科医師だけでなく、看護師などに拡大

後期高齢者医療制度の目玉として喧伝された「かかりつけ医」制度＝後期高齢者診療料

1. 地方社会保険事務局への届出た保険医療機関が算定できる。
2. 保険報酬、月600点＝6000円（患者負担は一般600円、現役並所得者は1800円）
3. 対象患者は以下の疾患を主病とする者；結核、甲状腺障害、糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性膵炎、認知症、以上13疾患。
4. 各種検査、画像診断、処置の費用は後期高齢者診療料に含まれるものとする。また患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断、処置の費用は、所定点数が550点未満のものは当該診療料に含まれるとする。
5. 後期高齢者診療料は「服薬、運動、栄養、日常生活等の慢性疾患に対する全身的な医学管理を行う旨、患者に対して診療計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得て、当該診療計画書を交付し、当該診療計画に基づき必要な指導を行った場合につき1回を限度として算定する」
6. 「次の項目を含む検査を定期的実施し、その結果を患者、家族等に懇切丁寧に説明し診療計画に反映する」「ア；年2回以上の生活評価。イ；年1回以上の身体測定。ウ；年1回以上の検尿（糖、蛋白）。エ；年1回以上の循環器検査（心電図検査、血液化学検査（LDL コレステロール、HDL コレステロールおよび中性脂肪）。オ；年1回の貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）。カ；年1回以上の肝機能検査（GOT、GPT 及びγ-GTP）。キ；年1回以上の血糖検査（空腹時血糖、ヘモグロビンA1c）。以上の検査を年1回で済ませれば血液452点＋尿検査26点＋心電図130点＝608点。なお 胸部レントゲン1枚150点。医者大儲け！
7. 急性増悪時の検査料が持ち出しになる恐れがある。この制度に手を上げた医師は厚生省の指示する最低の検査しかしない？！
8. 当然ながら、複数の医療機関が同一の患者に同じ月に後期高齢者診療料を算定できない。

医師に評判悪く、導入しない医師も多い。はっきりと反対を表明している医師もある。

この制度を導入した厚生省の意図；後期高齢者医療制度の根幹に「かかりつけ医」

制度を据えようとしている。今回は瀬踏みとして、算定するのもしないもいずれでもよいとし、また再診料、同外来加算、処方料などを外して検査、画像診断、処置に限定している、また診療料も比較的高く設定しているが、将来は「かかりつけ医」義務化、月一定の包括診療料を狙っており、いったん義務化されれば、その診療料も下げていくことが出来る。それにより高齢者の医療費を抑制しようとしていると言える。

後期高齢者医療制度は「医療改革法」のねらいと影響

1. 加入者全員からの保険料の徴収。今後は都道府県別に格差が出来つつ値上げの恒常化。
2. 窓口負担も受診を少なくして医療費抑制。
3. 現役世代にどんなに負担させられているか、「後期高齢者支援金」負担額を明確化して若者世代に高齢者への反感を増長させる。
4. 医療機関への給付も今後は削減へ。
5. 公費負担の明確化、増大より消費税増税の道を開く。「福祉税」

◎保険は本来多くの人がある一つの保険制度に加入し、収入に応じた負担を甘受し助け合う制度。したがって出来る限り皆が単一の保険制度に加入すべき。その原則から「後期高齢者」だけを集めた保険制度などはあらゆる点で論外。

◎現行は大企業の正規雇用（健康保険組合加入）が減り、自営業、高齢者の国民健康保険が「掃き溜め」化＝大幅赤字。公費負担が増加。

◎国民健康保険、協会けんぽ（従来の政府管掌健康保険、中小企業）、企業別健康保険組合、国家・地方公務員・教員等の共済組合の統合による真の皆保険を！それでも赤字には公費投入！過去現在の金融危機への公費投入よりはるかに少なく、国民皆も納得！

◎正規雇用の増加、大幅賃上げの必要。それにより保険料収入も増える。最近の健康保険組合解散は保険料引き上げ→従業員・企業各2分の1負担の増大を嫌っての「偽装倒産」。

◎高齢者社会が進み、若者一人が何人もの高齢者の面倒を見なければならなくなると危機を煽っているが、従属人口指数予想は2008年0.67、2028年0.81、2048年1.05に過ぎない。[注；従属人口指数とは（0才から19才＋65才以上）÷（20才から64才）]つまり2048年でも一人の現役が面倒見る必要は自分＋1人の老人あるいは未成年に過ぎない。今日の生産性は1人の現役が5人、10人の子供、老人の生活を支えることが出来ない筈が無い。「搾取」が如何にひどいか！

向井拓治略歴；1937年東京で生まれる。1953年都立小石川高入学。わだつみ会で高校生運動。1956年東京工業大学入学。1年末から本格的に大衆的学生運動の組織化へ。1957年3月日本共産党入党。目黒地区委員。1958年12月ブンド結成に参加。1959年1月日本革命的共産主義者同盟に加入。60年安保闘争。1962年3月東工大物理課程卒業。4月不二越鋼材株式会社入社（富山）。労働組合運動へ。工具第3支会（300名）支会長。1966年2月不二越大量人員整理闘争に敗北し、解雇さる。

北陸地方の組織化に着手。1969年羽田闘争に際し、杉並の合法拠点組織化のため上京、共同購入運動、産直、石鹼・無公害食品運動などの市民運動組織化へ。1985年8月；中核派より「杉並」責任者を解任され組織を離れる。1992年富山医科薬科大学（現富山大学）医学部入学。1998年3月（60歳）医学部卒業、医師国家試験に合格し、東京医科歯科大第二内科に入局。同付属病院で研修。1999年中野総合病院で研修。2000年5月より中野総合病院内科に就職。2005年8月向井内科クリニックを開業。今日に至る。