

後期高齢者医療保険制度について

1. 対象者

国民健康保険から	1100 万人
子供さんに扶養してもらっている人	200 万人
障害を認定されている人	100 万人
働いている人（組合健保などに加入）	30 万人

2. 高齢者の状況

65 歳～74 歳	1476 万人（男 694 万人、女 782 万人）
75 歳以上	1270 万人（男 477 万人、女 794 万人）
・75 歳以上の個人所得分布	所得なし 14.4%
	40 万円未満 10.2%
	40～60 万円 13.1%
	60～80 万円 7.8%
	80～100 万円 6.0%
・要介護の高齢者	65 歳～74 歳 3.3%
	75 歳以上 21.4%

3. 国民健康保険制度の現状

市町村国保加入者数(H19年3月末)	4,739 万人
1 世帯あたりの年間所得(H16 年度推計)	129 万円
1 世帯あたり保険料(H18 年度)	15 万 5 千円
所得 100 万円未満(H16 年)	50.0%
所得なし(H16 年)	27.1%

・被保険者の現状

	平成 11 年	平成 19 年
保険料滞納世帯数	349 万世帯	475 万世帯
短期被保険証交付数	326,282	1,156,381
資格証明書交付数	80,676	340,285

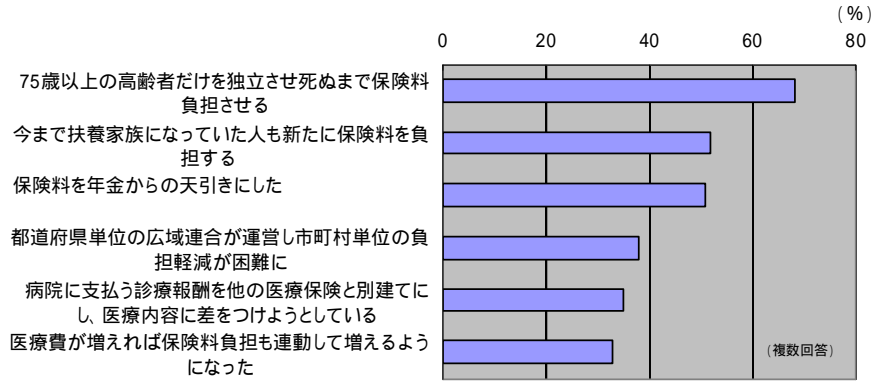
4. 後期高齢者医療制度の問題点

- ・収入が低く病気がちな 75 歳以上の人を集めた「保険」
- ・家族をバラバラにしている（世帯単位からムリヤリ個人単位へ）
- ・増え続ける保険料負担、無保険者の発生
- ・受けられる医療の質は低下の恐れ
- ・医療費の適正化

適正化というのは、医療費の抑制を目的としており、在院日数の短縮や終末期医療のあり方が問題とされ、2025 年度想定 56 兆円を 48 兆円へ抑制し、そのうち 5 兆円を後期高齢者医療で削減しようとするもの。

この目標の達成が遅れている都道府県に対して厚生労働大臣が他県と異なる診療報酬を導入し、単価や入院関係の報酬の引き下げも出来るようになった。

Q.後期高齢者医療制度で問題だと思う点は？



① 75歳以上をなぜ別にして、死ぬまで保険料を負担させるのか？

厚生労働省の見解として75歳以上の人には次の特性がある。

- ・ 老化によって機能が低下し、慢性の疾患がみられる
- ・ 多くの人に大なり小なり認知症がみられる
- ・ いずれ死を迎える

だから高齢者医療制度が必要と主張 これらの特性があるから新しい制度へという道理は何もない。

たしかに、人はすべて死を迎える。しかしこの表現は、だから医療費をそんなにかける必要はないよということ。つまり、医療費の抑制をめざした「うば捨て山」になるのが確実な制度。

ひとつには、医療費を抑制するために「高額医療費」「終末期の入院治療費」の二つが取り上げられ、国は2002年に9000億円かかった終末期医療費を何とかコントロールしようとしている。そのため厚生労働省は在宅死の割合を、いまの2割から2025年までに4割に引き上げることで、年間5000億円の終末期医療費を削減できると予想している。なかでも75歳以上の場合、脳血管障害は2030年には現在の2.5倍になると予想している。

従って高齢者の入院医療費、特に脳血管障害の終末期医療費をコントロールするために75歳からとしたのである。

入院ベッドは増やさない方針なので、終末期難民が2030年には1年間で47万人、これらの人は在宅死を強制される。リハビリの180日カットもこのための準備。

・脳卒中の長期入院打ち切り

脳卒中や認知症から重度障害を負った後期高齢者の入院日数が、90日を超える場合の診療報酬が減額される。(最大約3分の2に下げられる)リハビリや在宅介護へ移行させ医療費を抑えるねらい。

だが、重度障害をもっている人が医療機関から受け入れを拒否される可能性や、退院を迫られる懸念がある。

脳卒中の患者は年間 137 万人もあり、認知症も増加傾向のなかで、事実上の治療中止になりかねない。

・行き場のなくなる脳卒中患者

今回の診療報酬の改定で、在宅復帰率 60%以下の病院は、診療報酬が低くなるというシステムが出来て、全国のリハビリ病院は困っています。在宅復帰率を上げるのは簡単で、軽い患者を取れば良いのです。しかしそれでは重症の患者のいき場がなくなってしまい困ってしまいます。

また救急患者で治療したのちに回復期リハビリに移るわけですが、そのとき「特殊疾患療養病棟」が大変有効でした。7 万床のうち 5 万床が脳卒中の患者が入っているのですが、今回の改正で「脳血管障害」の患者はこの病棟に入れなくなりました。行き場がなくなりリハビリのチャンスも失い寝たきりの生活を余儀なくされているのです。

② 75 歳以上の医療費の負担の内訳

厚生労働省の計算で、医療費にあてる公費の割合が前より少なく「税金を重点的に配分し、国民全体で支える」との説明がウソであったことが判明した。

新制度は高齢者医療の給付費を公費 5 割、現役世代の保険料 4 割、高齢者の保険料 1 割としていた。

しかし次のとおり。

	制度改正なし	後期高齢者医療制度
税金	6 兆 5300 億円(55%)	5 兆 9100 億円(52%)
75 歳未満の保険料負担分	3 兆 4400 億円(29%)	3 兆 5500 億円(31%)
75 歳以上保険料負担分	8800 億円(7%)	8100 億円(7%)
本人の窓口負担	1 兆 200 億円(9%)	1 兆 1000 億円(10%)

(厚生労働省が 06 年の作成)

上表を見ると、

(ア)税金は 6 兆 5300 億円から 5 兆 9100 億円で 6200 億円のマイナス

(イ)74 歳以下の負担、3 兆 4400 億円から 3 兆 5500 億円で 1100 億円のプラス

(ウ)75 歳以上の負担は窓口負担も入れて、1 兆 9000 億円から 1 兆 9100 億円と 100 億円のプラス

(エ)総額の医療費は、11 兆 8700 億円から 11 兆 3700 億円へ 5000 億円のマイナス

はっきりしたのは、医療費は抑制し国の負担は軽減し、国民の負担は増えたということ。

③ 低所得者ほど負担増

年金収入 177 万円未満の世帯の負担増になった割合（39%の人が負担増）

	高い順		低い順	
1 位	沖縄	64%	栃木	12%
2 位	東京	55%	群馬	12%
3 位	香川	51%	徳島	13%
4 位	埼玉	49%	岩手	17%
5 位	高知	49%	山形	18%
6 位	福岡	42%	山梨	18%
7 位	鹿児島	42%	鳥取	18%
8 位	愛知	41%	奈良	19%
9 位	山口	41%	大阪	19%

国は従来「低所得者は負担が軽減され、高所得者は負担が増える」と説明してきたが、それがウソであったことが判明。与党の軽減措置によっても、25%の人の負担が増える。

ひとつには、市町村が医療保険料の財政負担をして、低所得者の負担を軽減していたのが、新制度への移行に伴いなくなったこと。

国民健康保険料の算定方式の「4方式」を中心に行ったため、負担減が増えたことなどやり方の間違いがあった。

④ 本人の保険料、7年後に「4割増し」

保険料は平均月 6000 円で、最高の神奈川県（7700 円）と最低の青森県（3900 円）には、約 2 倍の格差がある。

総医療費の 10%を高齢者が負担する仕組みになっていて、医療費が拡大した場合には、自動的に保険料が値上げする仕組みになっている。

今回軽減された人もいますが、この制度の保険料は 2 年毎に見直しすることになっているが、厚生労働省の説明によると 2008 年から 7 年後の 2015 年度、本人の負担する保険料は平均で 4 割上がるとのことです。

2008 年度	年額 6 万 1000 円
2015 年度	年額 8 万 5000 円

なお、70 歳未満は 3 割負担、70 歳～74 歳は、現在は 1 割負担だが来年 4 月からは 2 割負担となる。ただし年収が現役並だと 3 割負担、75 歳以上も 1 割負担で現役なみ所得のある人は 3 割負担。

⑤ 各種健康保険からの支援金も 4.7% 増える

2008 年度の支援金は総額 4 兆 7487 億円。それが 2015 年度には 7 兆円へ膨らむ予定。なお、大企業の健康組合は、2008 年度は前年より 4300 億円負担金が増え、総額 2 兆 7000 億円になる。

一人当たり 2008 年度 3 万 1000 円なのに 2015 年度は 4 万 6000 円と増加する。

医療保険別の一人当たり保険料負担（2008年			2015年）
政府管掌健康保険	16.9万円		21.3万円
健保組合	18.7万円		23.9万円
共済組合	19.4万円		24.9万円

つまり 74 歳以下の人の負担も増え、公費負担だけが抑制される。

⑥ 後期高齢者世帯は増税

新制度の導入に伴い、所得税が増える世帯が生じている。導入前は世帯主の夫が一括して払った夫婦の保険料全部を「社会保険料控除」として課税対象額から除くことができたが、夫婦が別々に個人で年金から保険料が天引きされるため、一方の保険料を控除の対象に含めることができなくなるケースがあり増税となる。

また、夫婦とも 75 歳以上で 3 月まで国保に加入していた人、80 歳の両親と同居する自営業者、所得が年 340 万円世帯でまとめて国民健康保険料を払っていた人は 3 月までは、所得税と住民税は合計 13 万 4800 円ですが、新制度では両親の保険料が年金から天引きされ、自営業者の支払いから切り離された結果、自営業者本人の社会保険料控除がなくなり、所得にかかる両税の負担は計 14 万 3500 円となり、8700 円の増税となる。

⑦ 滞納した場合

今回の新しい制度で 75 歳以上の人も保険料を 1 年以上滞納すると、保険証の代わりに資格証が交付され医療費は全額払わなければならない。

加入者中の無職の人

1975 年	8%
2005 年	54%

厚生労働省は、悪質な滞納を防ぐためとしようとして、市町村に積極的に短期証や資格証の発行を求めている。そのためこの 10 年で 5 倍近く増えている。

国保はいまや「お年寄りと無職の保険」になっていること。そこで市町村は保険料を上げる。その結果、支払うことが出来ない滞納が増える。

そのうえ国は、国庫負担金を 1984 年引き下げ現在に至っており、低所得者対策がどうしても必要です。

⑧ 年金からの天引き

75 歳以上 739 万人、

65 歳～74 歳 300 万人（10 月から）

年金問題は未解決で、きちんと国民に支払わずに天引きとはけしからんと怒りが爆発し、また年金から 2 ヶ月先までの保険料が天引きされることに納得できないなどの声もある。

未統合記録の全体像(H20年3月14日)

記 録 の 内 容	平成20年3月14日公表	
	(万件)	割合
1 死亡が判明した者等の記録	1,798	35.3%
① 死亡の届出がされている記録	375	7.4%
② 死亡一時金を受給している記録	190	3.7%
③ ①②と同一人の可能性が高い記録、国内最高齢超の記録	60	1.2%
④ ①②と同一人の可能性が高い記録、国内最高齢超の記録	125	2.5%
2 脱退手当金の受給等により新たな受給に結びつかないと考えられる記録	550	10.8%
① 脱退手当金等を受給した記録	210	4.1%
② 既に給付等に反映していると考えられる記録	160	3.1%
③ 納付期間のない記録	180	3.5%
3 5千万件中、複数の手帳記号番号を保有していると考えられる者の記録(重複分のみ計上)	479	9.4%
4 平成18年6月1日以降基礎年金番号に統合済みの記録	394	7.7%
5 名寄せにより基礎年金番号の記録と結びつく可能性があり、3月までにねんきん特別便の送付対象となる記録	1,112	21.8%
① 年金受給者との名寄せ	289	5.7%
② 被保険者との名寄せ	832	16.3%
6 今後解明を進める記録等	1,715	33.7%
① 死亡していると考えられる者の記録		
② 漢字カナ変換を使用した記録のうち、正しく変換されていないと考えられる記録		
③ 婚姻等により氏名を変更していると考えられる者の記録(厚生年金)		
④ その他 ・婚姻等により氏名を変更していると考えられる者の記録(国民年金) ・過去の記録をオンラインに入力するまでの間の転記ミス ・海外居住者 ・届出誤りにより収録された記録(届った氏名・生年月日による届出) など		
7 氏名等補正中であった記録	470	9.2%
① 氏名等の調査を継続している記録	6	0.1%
② 死亡等が判明した記録(「1」～「3」に計上可能な記録)	77	1.5%
③ 統合済みの記録(「4」に計上可能な記録)	23	0.5%
④ 名寄せされた記録(「5」に計上可能な記録)	60	1.2%
⑤ 今後解明を進める記録(「6」に計上可能な記録)	304	6.0%
計	5,095	100.0%

5. 高齢者担当医制度について

この新しい制度で受けている医療の中身に変化はないのか、通院治療を受ける慢性患者(対象は13疾患)のお年寄りを対象に導入された高齢者担当医の役割は何か。

高齢者担当医(医療と生活全般についての相談)

- ・ 3ヶ月に1度、診療計画を作成
- ・ ほかの病院・診療所で処方されたものも含めて服薬内容の点検
- ・ 年2回以上、患者の日常能力や認知機能を評価
- ・ 年1回以上、身長・体重の測定や血液・尿検査
- ・ 診療計画に基づき、服薬や運動、栄養など必要な指導

お年よりは、高血圧や糖尿病などの慢性の病気をいくつも持って、別々の病院に行くことも多い、そこで定期的に診療計画を作る場合、定額の報酬を払う仕組みを作った。

担当医は患者につき1人、検査など何度やっても定額である。

「何度やっても定額なら利益のために検査を減らす医師がでてくるかも知れない」

「1人の医師が患者を囲い込み、複数の診療科の医師で患者を診る仕組みが壊れてしまうのではないか」

「例えば糖尿病と認知症があれば、どちらが主治医とは決められない」

「できればそれぞれの専門医に診てもらいたい」

という批判・不安・不満が出ている。

なお、全国的に「かかりつけ主治医」としての届出は低調である。医師会によっては「複数の慢性病を持つ患者が本当に必要な治療が受けられなくなる」と呼びかけている。

「主な病気は一つとは限らず、早く請求したものが主治医として認められるのでは医療機関の連携を失う」「検査が多くなるほど主治医の持ち出しが増えるのではないか」との懸案などもある。

6. 終末期相談料

この制度は医師や看護師などが回復見込みが薄いと判断した患者と

現在の病状と予想される病状の変化

介護などの生活支援

病状急変時の治療の希望価格

緊急搬送の希望の有無

などについて、その内容を医師が文章などにまとめた場合、診療報酬を払うというものです。

患者団体などから「延命治療の中止を迫られ、治療が受けられなくなる」「はやく死ねということか」などの批判をあびている。

7. 後期医療制度の総括

「老人といわれた頃の温かさ」「ターゲット次は前期になる恐れ」

・小泉構造改革

「社会保障費用は、カットしてカットして国民が、どうかもうカットはやめてください。増税してもいいですから社会保障制度を充実してください。というまでカットする。」

(小泉総理が経済財政諮問会議で発言・H18年6月22日)

・厚生労働省

「終末期の医療費を抑えることが大事だ」

・長寿医療制度

「批判を受けて、とってつけたように改名してももう遅い。馬鹿にするな。」

・カネと命

「カネと命とどちらが大切なのか、自公政権、答えておくれ」

・社会保障費カット

「1兆1000億円カット、毎年2200億円、乾いたタオルはいくら絞っても水は出ない」

・福田総理

「お年寄りの方々も少しくらい負担してくれてもいいじゃないですか」

・お金が無いと治らない、助からない日本

・医療を削り、介護を削り、年金を削り、命まで削るのか自公政権

・年金収入は増えず、介護と医療の負担は増えるばかり

長生きすればするほど生活が苦しくなる

・国の公共的役割を小さくして、あとは自己責任という考えで毎年2200億円の社会保障費をカットしている。

以上