

老人医療・福祉の危機

世界一の長寿国、少子高齢化、団塊の世代の高齢化などの話題の影で、健康保険制度の崩壊が始まっています。保険証さえあれば、どこでも誰でも公平に医療を受けられた国民皆保険制度が破綻しました。また、今年は老人も生活、医療、福祉の面で大きな転換点に直面しました。

深刻な医師不足のため、患者さんは病院で産科、小児科など希望する科を自由に受診できなくなっています。一方、勤務医は過重労働による慢性疲労が続き、病院を退職し開業する医師が増えています。病院は診療科を減らすだけでなく、閉鎖に追い込まれる所も出ています。また、入院費が入院日数によって異なるため、高額な費用を請求できる14日以内に退院させることが常識になりました。診療報酬の据置き、大量の治療費未払いは病院の経営基盤を揺るがせています。そして、働いても健康保険料を払えない貧困層、医療難民が増加し、高齢化や企業のリストラなどで生活保護受給世帯数が拡大しています。しかも、生活保護認定の基準年収額が引き下げられたため申請すらできない人たちが増え、憲法25条が謳う「健康で文化的な最低限度の生活」の保障すら危うくなりました。これらは社会保障制度の衰退を示すものとして深刻な社会問題になっています。

歳出削減のためには老人も相応の自己負担をすべきだと主張する小泉内閣の「骨太の方針」の下に、老人医療、福祉のレベルが急速に悪化しました。平均寿命が女性84才、男性77才と延長し、65才以上の老人が全人口の20%に達しました。一方、70才以上の高齢者の全医療費は国民医療費の40.6%を占め、一人当たりの医療費は国民平均の約3倍でした。老人の人口が増加しているのですから、医療費が上昇するのは当然のことです。以前から政府は老人医療費を必死に抑制してきましたが、今回は歳出削減を理由に他の財源を十分に検討しないまま安易に高齢者の自己負担の増加を強制し、老人医療・福祉の切り捨てに走りしました。平成16年度の税制改正により老年者控除が廃止され、公的年金控除も縮小した影響で、平成18年度から同じ年収なのに課税対象となる所得が見掛け上は増加しました。そのため、自動的に所得税、地方税が上がり、健康保険料、介護保険料の負担も増えました。また、医療・介護保険の改革と称した制度が断行され、高額医療費の自己負担限度額が引き上げられました。しかも、平成17年10月から食費、居住費の自己負担が老人保健施設、特別養護老人ホームなどの介護施設から始まりました。もはや、介護保険制度は所得に関係なく、誰もが必要に応じて利用できる制度ではなくなりました。

急性期を切り抜けたが、まだ入院治療を必要とする患者さんを収容する目的で療養型病床、療養型病院は創られました。しかし、これは実際は退院できるのに退院しないで医療費を無駄使いしていると厚労省に非難された老人の長期入院(社会的入院)を防止する観点から始まりました。ところが、療養病床が創設されてから5年も経たないのに、病床の削減が平成18年度診療報酬改定により突然決定しました。平成24年3月までに介護療養病床13万床を全面廃止し、医療療養病床25万床を15万床に削減する内容です。受け入れ施設を用

意しないままに「在宅介護の方針」を強行しましたが、独居老人、老々介護が急増する可能性があります。

本年4月から入院基本料の評価には医療区分が導入され、病状を3段階に分け、細々と料金を設定しました。もともと料金設定の低い区分1の患者さんが入院患者さんの大部分を占め、料金の高い区分3の患者さんは少数でした。しかも、全介助の患者さんも区分1に含まれるため、人手が多く掛かる割には病院の収益は大幅に下がりました。また、療養型病院の根幹であり、大きな収入源でもあったリハビリテーションは大胆に削除されました。個別療法のみが認められ、主流だった集団療法は認められませんでした。また、病気になってから日の浅い患者さんの身体機能の回復、向上を目的にする急性期リハビリだけが認められ、慢性期の患者さんの活動性を持続するための維持期リハビリが無意味なものとして廃止されました。その結果、維持期リハビリを必要としている多くの患者さんがリハビリの対象からはずされ、病院から放逐されました。さらに、リハビリ実施日数に上限が設定され、脳血管疾患等リハビリは180日、運動器リハビリ・心大血管リハビリは150日、呼吸器リハビリは90日までと限定されました。平成18年10月から療養型病院でも70才以上で区分1の患者さんでは食住費の自己負担が開始されました。

日光野口病院は医療療養型病院として3年経過しましたが、入院患者数は順調に伸びて来ました。退院患者さんの在宅復帰率は相変わらず30%強と素晴らしい成績を維持してきました。しかし、死亡退院率は従来は10%台でしたが、本年4月から23%と大幅に増加しました。これは従来受け入れが少なかった重症患者、癌末期患者さんを積極的に受け入れたためでした。われわれは法令改正には捕らわれずに、患者さんに積極的にリハビリと緩和ケアを提供し、地域医療に貢献しようと考えています。