

# 「後期高齢者医療制度 + 後期高齢者にふさわしい診療報酬 + 重度障害者のリハビリ制限」の相乗効果 —後期高齢者の入院医療における迫害—

澤田石 順

2008年5月7日

回復期リハビリテーション病棟勤務医 (この仕事をして満6年)

ホームページ <http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>

自宅: 〒227-0048 神奈川県横浜市青葉区柿の木台 10-5-503

mail: [jsawa@attglobal.net](mailto:jsawa@attglobal.net) 電話: 045-971-3572 FAX: 045-971-3572

## 概要

後期高齢者医療制度は入山料金ありの姥捨て制度だと市民に広く認識されるようになったが、後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬の中身はごく一部しか知られていない。厚生労働省の宣伝文書には後期高齢者の入院医療が厳しく制限されることの記載が全くない。後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬と重度障害者のリハビリ制限の同時実施は後期高齢者の迫害と表現せざるを得ないほどの重大な事態なのである。キーワードは後期高齢者特定入院基本料。

1. リハビリ日数制限、2. 回復期リハビリテーション病棟への重症患者の入院制限 (成果主義)、3. 障害者病棟から認知症・脳卒中患者排除、4. 特殊疾患病棟からの認知症・脳卒中患者排除、5. 一般病棟等での後期高齢者特定入院基本料(91日目から診療報酬支払いが定額化 = 病院の収入が激減)の除外規定から認知症・脳卒中患者が排除されて平均在院日数計算の対象になるため、後期高齢者の入院は病院の経営にとって大きなリスク要因となる。

これらはいずれも入院医療に関するものであり、1は既に開始され、2~4への対応は6~7月頃から本格化し、3~5は10月1日に始まる。したがって10月1日から、重度障害者・認知症患者はリハビリができる病院(回復期リハビリ病棟および障害者病棟)に転院することが極めて困難となる。行き場がなくなる患者の大半は後期高齢者である。救急病院は認知症・重症脳卒中の後期高齢者の入院を「満床、専門医がいない」などとして拒否することが多くなるかも知れない。重症の脳卒中・認知症の後期高齢者は治療の必要があっても90日以内に退院を迫られかねない。厚生労働省が1~5をセットで実施する客観的理由は、重度障害・認知症の後期高齢者に支出する医療費の効果的削減、およびリハビリテーション医療の効率化であろう。厚生労働省はこのことを隠蔽し、虚偽の宣伝をしてきた。

後期高齢者医療制度は後期高齢者の迫害を可能とするための制度であり、後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬および重度障害者のリハビリ制限は迫害の直接手段である。これらは、憲法25条(生存権)と健康保険法等から導き出される国民の医療権、そして、この負託を受けた医師の医療権を侵害するものである。

一日も早く、これら迫害政策の芽を摘み取り、根絶しなければならない。

## 目次

1	はじめに	3
2	歴史的視点	3
2.1	国家の法による特定階層の差別・迫害	3
3	後期高齢者医療制度	4
3.1	憲法 31 条 (適正手続の保証) 違反	4
3.2	憲法 14 条 (法の下での平等) 違反	5
4	後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬	5
4.1	厚労省がいうところの後期高齢者の特性	5
4.2	治療を日数で制限	7
4.3	重症の脳卒中・認知症患者の排除	7
4.4	反人道的な診療報酬	8
5	今後の展望	9
5.1	厚労省の宣伝が虚偽と広く知られるまで秒読み段階	9
5.2	政治情勢	10
6	参考文書等	11

## 1 はじめに

私の基本的考え方。

- 官僚が文書ないし口頭で述べる政策の目的・目標に関する議論は時間の無駄
- 政策の効果 (機能) のみに関心が向けられるべきである
- 官僚に陳情 (お願い) してはならない。医療専門職は厚労省官僚を指導する立場にあり、その逆ではない。
- 診療報酬改定は厚労省官僚の裁量権の中で最も強力な危険な権力である

## 2 歴史的視点

人類の歴史は、一面で人々が協業する営みであり、他面では競争・闘争でもある。紛争や戦争にいろいろつつも、多くの国々において政治に参加する自由 (公的幸福)、個人的自由 (私的幸福)、さらには最低限度の生活の質保障 (以下、社会保障) が発展してきた。また、人種などの個人には変更不可能な特性を理由とした差別・迫害は多くの国で禁止されるようになってきた。

第二次大戦後、ヨーロッパの先進国において社会保障が特に発達し、それに伴い租税等負担率が上昇を続けた。それら諸国ではあまりの高負担に耐えかねて、一時的に動揺もあったが、基本路線は継続しており租税等負担率が高いために巨額な累積債務をかかえるにいたった国はなく、社会保障を充実させたために経済成長が抑制された国も存在しない。財政の健全化を理由に、市民の一部だけを他の市民から切り離して、その階層に対する公的支出を抑制しようと試みた国などなかった。

### 2.1 国家の法による特定階層の差別・迫害

国家が特定の階層を差別・迫害する法律を制定したのは南アフリカ連邦が最初だと思われる。1911年、白人労働者保護のための最初の人種差別法<sup>\*1</sup>が制定された (その後も多くの人種差別立法が行われた)。人種差別立法の主目的は黒人を経済的に搾取することにあった。

歴史上2番目は、ドイツ帝国議会で1935年9月15日に可決されたニュルンベルク法<sup>\*2</sup>。ヒトラーが獄中で執筆した『我が闘争』には、ユダヤ人をドイツから物理的に除去すると明確に記載してあった。ニュルンベルク法は、最終的にユダヤ人を「いなくする」ための一歩であった。同法成立後にユダヤ人迫害が本格化し、職が奪われ、財産を剥奪され、最後には奴隷労働で死ぬか、ガス室で効率的に大量殺戮された。ユダヤ人は経済的な理由から迫害されたのではなかった。

ドイツ第三帝国はすでに消滅したが、南アフリカ連邦のアパルトヘイトは戦後も残った。1961

<sup>\*1</sup> 鉱山・労働法: 鉱山における白人・黒人間の職種区分と人数比を全国的規模で一般化

<sup>\*2</sup> ユダヤ人の市民権を剥奪及びほとんどの職業から締め出し、アーリア人との結婚を禁止

年、南アフリカ連邦はイギリスによる人種差別非難を受けて、英連邦から脱退して国名を「南アフリカ共和国」に変えた。一方で、日本は白人ではないにも関わらず白人として扱うという名誉白人とされ、南アフリカ政府や南アフリカ企業と深いつながりを維持した。実に恥ずべきことであった。1980年代、反体制運動は激しくなり、国際的に経済制裁を受け、南アフリカ各地で反アパルトヘイト運動が高まり、1990年代になってようやくアパルトヘイト関連法の廃止、人種差別の法律が全廃された。

後期高齢者医療制度（『高齢者の医療の確保に関する法律』）は、歴史上三度目の国家による特定階層差別・迫害制度（法）と言えよう。後期高齢者一人当たりの医療費が高額であるために、一人当たりへの公的医療支出を継続的に削減していくことが唯一の目的である。人種差別ではなくコスト削減のための差別という点では、人類史上初かも知れない。

他国に目を向けてみる。貧しいが故に人々がまともな医療を受けられない国はいくらでもある。そのような国々のどれひとつとして、「金が足りないから、糖尿病や高血圧患者（脳梗塞、心臓病などになりやすい）への医療給付を法律で制限する」政策をとっていない。米国では高額の民間保険に加入していないとまともな医療を受けられない。それは米国市民が選択した政策であり、米国において低所得者の医療を制限する法律が制定されているわけではない。

### 3 後期高齢者医療制度

#### 3.1 憲法 31 条 (適正手続の保証) 違反

日本政府は 2008 年 3 月 20 日頃から後期高齢者医療制度についての宣伝を公式に開始し、開始直後の同年 4 月 1 日から施行を開始した。市民に対する一方的「説明」（内容のほとんどは虚偽の宣伝）は 10 日しかなかった。

憲法 31 条は、公権力が国民に刑罰その他の不利益を科す場合には、当事者にあらかじめその内容を告知し、当事者に弁解と防御の機会を与えなければならないと規定している。直接には刑事手続についての規定であるが、行政手続に関しても準用されることが最高裁判例により確定している。

市民らから意見を求める公的な手続が皆無だったことは、行政手続法にも明白かつ重大に違反している。

厚労省および与党は「結果として説明不足であった」ことを認めた。「結果として説明不足」は市民の圧倒的多数の反対に直面したときに、官僚・与党が必ず口にする常套句である。十分に説明したら内容は妥当なので理解が得られると本気で信じているのであろうか。

実施のたった 10 日前から新聞・テレビ等で広報することは、何ヶ月前から予定されていたことであり、厚労省が公開している文書にはっきりと記載してある。最初から「十分に説明」する意志などなく、「十分に説明」すると反対が強まるから直前まで隠すというこれまでの慣行通りにしたに過ぎない。

### 3.2 憲法 14 条 (法の下での平等) 違反

憲法 14 条は、合理的理由なき差別を禁じている。後期高齢者一人当たりの医療費が高額であるために、削減しなければならないということが合理的理由と言えようか。もしも、それが合理的理由ならば、公的医療保険制度において、メタボリックシンドロームを有する被保険者の保険料が増額されたり、糖尿病、脂質異常症、高血圧等の疾病を有する患者の保険料増額や自己負担割合増加は違憲でないことになる。糖尿病、脂質異常症、高血圧等の疾病を有する患者だけを、後期高齢者医療制度のごとく切り離して、別の医療保険制度に閉じ込める法律も合憲となってしまう。

## 4 後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬

後期高齢者医療制度は後期高齢者を迫害するための制度であるが、後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬は迫害のための手段である。後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬が存在しなくて、後期高齢者医療制度のみだけならば、当面の実害は保険料の増額や新たな保険料負担だけで済む。ところが、後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬が同時に開始されたため後期高齢者が受けられる医療が厳しく制限されることになり、それらが存在しなかった頃に比較して、後期高齢者はより早期に死亡するようになり、リハビリが受けられないために障害が固定化する後期高齢者が多くなる。厚労省の客観的意図はもちろん後期高齢者の早期死亡による医療費削減効果であり、確かに医療費削減には結びつく。しかし、リハビリが受けられないために障害が固定化する後期高齢者の増大は、総じて医療費増大をもたらす可能性が高い。

なお、本節では、外来診療における後期高齢者の迫害については、すでに十分に知られているので取り上げない。

### 4.1 厚労省がいうところの後期高齢者の特性

2007 年 10 月 10 日に開催された「社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」で配布された『後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子』という文書は、歴史的に重要な証拠といえる。後期高齢者の医療を特別に制限しなければならないと実にあからさまに書いてある。

「1. 後期高齢者にふさわしい医療 (基本的事項)」にある後期高齢者の特性についての表現を引用する。

1. 治療の長期化、複数疾患への罹患
2. 認知症が多い
3. 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることができない死を迎えることとなる

「2. 後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項」より基本方針についての記載を抜粋。

1. 在宅医療の推進、長期入院の是正、漫然・画一的な診療はおこなわないこと
2. 複数医療機関での受診や検査、投薬などはみだりに行わないこと

厚生労働省は後期高齢者の特性に「配慮」して、基本方針を打ち出したのであるが、通常人にわかるように後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬の基本原則を私なりに表現してみることにする。

1. 治療が長期化するから、日数制限を強化する
2. 重症脳卒中と認知症患者は、特に治療が長期化し、しかも治療効果が低いため(医療費の無駄)、病院がそのような患者の入院治療を拒否あるいは早期打ち切りとせざるを得ないような制度を創設する
3. 複数疾患に罹患しているから、個々の診療行為に別々に報酬を払うと金もつたいないので、一人当たりの診療報酬を定額とする
4. 認知症患者は入院が長期化するため、できるだけ入院できないようにする。入院したら日数制限する
5. 在宅での診療は安上がりなので、いろいろな方法で入院できにくくする
6. 救急病院に入院し、重症であった場合に、他の保険医療機関に転院できにくくする。このことにより、いやいやながらも自宅に戻されるようにする。
7. 在宅での死亡はやすあがりなので、できるだけ自宅でそのまま死亡するようにする。そのために、病状悪化時に救急病院に入院できにくくする
8. どのみちいずれは死を迎えるのであるから、診療行為はすべて医療費の無駄である。早く死ぬか遅く死ぬかの違いにすぎない。ならば、早めに死亡してほしい。したがって、診療行為をいろいろな方法で制限する。可能であれば、意思を表明できるうちに延命治療を拒否する文書にサインさせる

これらの基本原則はすべて反人間的なものであるが、中央社会医療協議会はそのまゝ鵜呑みにした。その結果、2008年3月5日に官報に掲載された平成20年度診療報酬改定における後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬は後期高齢者の棄民化であり迫害と表現するほかないもの。

厚労省の用いる手段は三種類である。

1. 反人道的な診療報酬を与える
2. 重症患者の治療を積極的におこなう病院の診療報酬を減額する(成果主義、日数制限、平均在院日数規制)
3. 旧年度までは治療の対象であった重症患者を治療対象からはずす

ここから後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬の個別手段の検討に入る。なお、後述の日数制限に関しては、後期高齢者が対象と明示していない場合は全患者が対象であるが、入院が長期化するのは主として後期高齢者であるから影響を受けることになるため記載した。

## 4.2 治療を日数で制限

後期高齢者特定入院基本料 対象病棟は一般病棟、特定機能病院、専門病院、障害者病棟<sup>\*3</sup>など。後期高齢者に限っては入院 91 日目から病院に払われる入院料 (7:1 看護なら 1555 点) が 928 点に減額され、同日以降は治療にも検査にも一円もはられない。

一般病棟等の後期高齢者以外の患者は 91 日以上入院すると平均在院日数の計算から除外されるが、後期高齢者はそうでない<sup>\*4</sup>。9 月 30 日までは、後期高齢者のうち脳卒中・認知症患者は後期高齢者特定入院基本料の対象にならないが、10 月 1 日からは除外規定から除外されて対象となる。

一般病棟入院料には「看護配置加算」と「看護補助加算」というものがあるが、後期高齢者特定入院基本料の対象となった後期高齢者には加算されない。入院が長期化せざるを得ない後期高齢者の大半は重症の脳卒中・認知症であるが、そのような不幸な人々が後期高齢者特定入院基本料の対象となり、病院にとってのお荷物になってしまう。

リハビリの日数制限強化 2006 年 4 月 1 日から、回復期リハビリテーション病棟<sup>\*5</sup>、一般病棟、障害者病棟等、あるいは外来でのリハビリは最長で発症後 180 日までしか報酬を払わないと不当な日数制限をされてきた。例外規定はあったが、2008 年 4 月 1 日から条件が更に厳格化・煩雑化された。180 日超えのリハビリは月にたったの 13 単位しか報酬が払われなくなった。それまでは一日最大 9 単位可能。

後期高齢者はリハビリによる改善速度が小さいためしばしば 180 日以上の継続が必要となる。リハビリの日数制限強化により、重症の後期高齢者は最初から入院をことわられたり、リハビリが必要にもかかわらず退院させられる傾向となる。

認知症病棟の日数制限 入院 91 日目から入院料を減額。いうまでもなく後期高齢者には認知症が多いが、短期の入院で十分に改善するケースは少ない。

精神病棟の日数制限 入院 91 日目から入院料の加算が一日 1000 円減額

亜急性期病棟の日数制限 亜急性期入院医療管理料 1 (2050 点) は 90 日まで、亜急性期入院医療管理料 2 (2050 点) は 60 日までのみ支払う。

## 4.3 重症の脳卒中・認知症患者の排除

回復期リハビリテーション病棟 偽装された「質の評価」導入。10 月 1 日から、自宅等退院率 6 割未満の回復期リハ病棟の一人あたり一日入院料を 850 円減額 (50 床で年間で約 1500 万円の減収)

<sup>\*3</sup> 正式には障害者施設等病棟。全国で 55,702 床 (2007 年度 5 月 1 日)

<sup>\*4</sup> 一般病棟等の急性期病棟は、平均在院日数 21 日以内ないしは 17 日以内を 3 ヶ月毎に計算し、達成できないと患者一人当たりを支払われる報酬が減額となる

<sup>\*5</sup> 全国で 4 万床あまり (2007 年 11 月)

重症患者をたくさん受け入れているために自宅等退院率 6 割未満を達成できていなかったリハビリ病棟は、10 月 1 日以前から重症者の入院制限を始めることであろう。障害者の中でも後期高齢者には重症や認知症合併が多いため、回復期リハビリ病棟への入院は更に困難となった。

**障害者病棟** 10 月 1 日より、入院の対象から脳卒中・認知症患者を除外。同日までにそのような患者は追い出される。一般病棟に入院した脳卒中・認知症の後期高齢者の多くはリハビリの必要があっても発病から 60 日を経過してしまい、回復リハビリ病棟の入院条件からはずれていた。そのような後期高齢者は障害者病棟でリハビリをするチャンスが残されていたが、10 月 1 日からは入院お断りが原則となる。

**特殊疾患病棟** 10 月 1 日より、入院の対象から脳卒中・認知症患者を除外。同日までのそのような患者は追い出される。この種類の病棟ではリハビリに診療報酬が払われないが、極めて重症の脳卒中患者が多く入院していた。極めて重症の脳卒中患者のすくなくならずは後期高齢者であるが、10 月 1 日からは入院できなくなる。

自分が勤務している病院のデータ (626 例) を紹介する。なお、厚生労働省は看護必要度 B 項目で 10 点以上を重症としているのでその定義を用いる。後期高齢者は 54 %、入院時重症は 65 %、自宅退院率 57 %。

- 重症者の自宅退院率は後期高齢者 33 %、非後期高齢者 56 %
- 軽症者の自宅退院率は後期高齢者 69 %、非後期高齢者 94 %

このような結果となる理由は、後期高齢者のリハビリによる回復程度が非後期高齢者と比較して小さいからだけではなく、老人世帯が少なくない等の理由で家庭での介護が困難だからでもある。

すなわち、10 月 1 日から本格化する後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬および回復期リハビリ病棟の重症者入院制限により、特に後期高齢の重症障害者がリハビリテーションに挑戦する機会を奪われる。一人当たり医療費削減原理主義を正義とする厚生労働省の客観的意図は明瞭であろう。

#### 4.4 反人道的な診療報酬

**後期高齢者終末期相談支援料** 厚労省によると、「病状が急変した場合の延命治療等の実施の希望、急変時の搬送の希望並びに希望する際は搬送先の医療機関の連絡先等終末期における診療方針について話し合い、文書等にとりまとめ提供する」。

- 保険点数は 200 点 (2000 円) で、文書を何度作りなおしても患者一人について 200 点のみ。
- 入院中の後期高齢者の場合は医師、または歯科医師が、連続して一時間以上にわたり話し合った場合に限り算定できる<sup>\*6</sup>
- 在宅の後期高齢者の場合、説明者は医師・歯科医師だけではなく、看護師、薬剤師でも

---

<sup>\*6</sup> 一時間話し合ったことをどうやって証明するのであろう

よい

- 入院中の後期高齢者については退院時又は死亡時、在宅の後期高齢者については死亡時した時に限り支払われる

解説不要であろう。

医師は患者がもはや助からないような状態になった時、家族にこんなことを言う。

あと一日、二日でだんだんと血圧が下がり、いつ心臓がとまってもおかしくありません。呼吸もだんだんと弱くなります。血圧が下がったら血圧を上げる薬を使うことはできるし、心臓がとまったら心臓マッサージをすることはできます。呼吸が止まりそうになったら人工呼吸をつけることができないことはありません。しかし、これまでご主人はずっと頑張ってきました。我々もできるだけことはしてきました。最後の最後に今述べたような延命治療をすることをご主人は望んでしたでしょうか。もしもわからないとして、あなた自身ならいかがでしょうか

このような話をして、じっくりと対話しつつ、医師と家族は多くの場合に延命治療はしないということで合意して、文書として残す。そもそも医師の誰一人として、最後の最後についての合意文書作成に金をだしてほしいとは望んでないであろう。厚労省官僚が後期高齢者に限定して、このような合意文書作成に診療報酬を与えることにしたことについて、全国から非難の嵐がまきおこった。意図があまりにもみえすいており、解説の必要もない反人間的な施策だからである。医療費削減の盲目的追求はとうとうここまで来た。

厚労省は強い反発と非難を受けて4月28日付けで事務連絡を発した。「後期高齢者終末期相談支援料の取扱いについて」([http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/shien\\_toriatukai.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/shien_toriatukai.pdf))。驚いたことに、その文書は「後期高齢者終末期相談支援料」を取り消すというものではない。「患者に意思の決定を迫ってはならず」などとあり、役人の分際で医師を指導するがごとき口調で開き直っている。自分が医師として厚労省官僚に言うことは、「後期高齢者終末期相談支援料なる反人間的な保険点数の新設に関しては公的に謝罪しなさい。直ちに取り消しなさい」のみ。

## 5 今後の展望

### 5.1 厚労省の宣伝が虚偽と広く知られるまで秒読み段階

厚生労働省は今この時点にいたっても、虚偽の宣伝を繰り返している。2008年4月18日の厚労省のホームページに掲載された長寿医療制度でここがよくなる([http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/info02d\\_90.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/info02d_90.pdf))という文書にはこうある。

- 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
- 長寿を国民皆が喜ぶことができる仕組み

後期高齢者特定入院基本料には一言も触れてない。このまま隠し通せると本気で信じているのか、あるいは、一挙に知られては反発が強まるから自然に知られるようになる方がよいとみなしているのか。市民に知られて具合の悪いことがたくさんある場合、一挙に公開した方が、小出しにするよりもトータルの反発量が小さくなることは常識であろう。報道機関は一度に複数の問題に注目することができないからである。悪い事実が一つ一つ小出しに報道されることにより、新たな悪事が発覚するたびに反発の強度がどんどん高まり、ある時点で臨界点を超える。このような現象はこれまで幾度も観察されてきた。

3月末からの後期高齢者への保険証発送における様々な問題発覚、4月15日の年金からの天引き開始に誘発されたお年寄りの憤慨と徐々に怒りが高まり、山口補選挙を契機として後期高齢者医療制度自体に多数の市民が反対するようだった。医師らによる運動に関しては、これまでのところ、外来診療の包括化への反対、リビング・ウィルの文書に2000円払うことへの反発程度しか報道されていない。

ついに待ち望んでいた通り、5月2日、東京新聞朝刊に後期高齢者特定入院基本料の危険性が取り上げられた。

『長寿医療』で診療報酬減額 長期入院打ち切り懸念

<http://www.tokyo-np.co.jp/article/national/news/CK2008050202008210.html>

“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”という厚労省の宣伝文句が完全なる虚偽であることが少なくとも首都圏の一般市民のごく一部に知られてしまったのである。救急病院の医師や患者・家族への取材が始まることになる。今後、後期高齢者特定入院基本料に関する報道が飛躍的に増加していくことであろう。ほんの少しのきっかけがあれば、開業医と病院勤務医が一致して、後期高齢者医療制度および後期高齢者特定入院基本料の根絶を強く求めるようになることであろう。

## 5.2 政治情勢

4月15日(年金からの天引き開始日)は政府および与党にとっての厄日であった。与党の代議士の大多数は現時点では後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬の内容を知らないと考えられる。今後、後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬についての報道は確実に増加する。与党が10月1日に様々な迫害手段が一挙に開始されることを知るに至れば、後期高齢者医療制度と後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬をそのまま放置しては時期衆議院選挙で過半数割れすることに気づくであろう。

福田内閣が過ちを完全に認めて謝罪し、後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬に関する厚生労働省告示を直ちにすべて取り消し、後期高齢者医療制度を可能な限り速やかに廃止する宣言するとしたら、それは素晴らしいことではある。これが実行されたら、機械的に、内閣解散・自民党総裁選挙、そして衆議院選挙ということになる。

## 6 参考文献等

リハ医の独白 リハビリテーションや後期高齢者医療制度等についての最良の情報源

<http://d.hatena.ne.jp/zundamoon07/>

厚労省の棄民政策 (リハビリ関係の「質の評価」等と後期高齢者医療制度) を一挙に粉砕

<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>

第一次訴訟 (2008 年 3 月 18 日) 『重症リハビリ医療日数等制限差止請求事件』

<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/suits/1st.html> (訴状など公開)

第二次訴訟 (2008 年 4 月 11 日) 『後期高齢者等リハビリ入院制限等差止請求事件』

<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/suits/2nd.html> (訴状など公開)

後期高齢者医療制度という棄民制度、厚労省の大嘘

<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/appeals/kk.html> (2008 年 3 月 14 日~)

『現代の「姥捨て」を憂える』 多田 富雄 (免疫学者 東大名誉教授)、読売新聞の「落葉隻語」  
2008 年 3 月 4 日

<http://osaka.yomiuri.co.jp/kokorop/kp80311a.htm?from=ichioshi>

特集ワイド: この国はどこへ行こうとしているのか 多田 富雄、毎日新聞 2008 年 4 月 11 日  
東京夕刊 <http://mainichi.jp/select/wadai/news/20080411dde012040034000c.html>

ポリオの会のホームページ 『リハビリテーションの日数制限』事件等について

<http://www5b.biglobe.ne.jp/~polio/>

「すべての国民のための公的医療受給権」 井上 清成弁護士、臨時 vol 41 MRIC 2008 年 4 月 9 日発行

[http://mric.tanaka.md/2008/04/09/\\_vol\\_41\\_1.html](http://mric.tanaka.md/2008/04/09/_vol_41_1.html)

憲法 25 条を再定義しよう 朝日新聞の『希望社会への提言』より (2008 年 4 月 7 日)

<http://www.asahi.com/shimbun/teigen/teigen24.html>

『日本の医療崩壊と後期高齢者医療制度』 宇沢 弘文 (東大名誉教授)

<http://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/seisaku-kaisetu/080222uzawa.html>

『脳卒中患者の行き場がない』 埼玉みさと総合リハビリテーション病院院長・黒木副武 (そえむ)、CB ニュース 2008 年 4 月 5 日)

<http://www.cabrain.net/news/article/newsId/15427.html>

この春も 雪の富士見て 咲き競う 老いも若きも 山桜花

丹沢山中にて (平成 20 年 5 月 6 日)