



コロナ禍での3回目の師走となりました。確かに、医師も看護師も医療機関に勤める者は大忙しで走り回っています。世界規模では数百兆円という途方もない金額を費やしましたが、人間の対策は殆ど無効で、ウイルス自体の弱毒化が頼りのようです。

しかし、今回取り上げたように政府の施策としてきた保健所機能の縮小が対策を混乱させてしまったことや、保険医療の非効率化と高騰、そして医療機関を統率・統制しようとした政策が医療を弱体化させてしまったことなどが明らかになってきました。

さらに、デジタル化による効率化として経済界の要請に合わせて作り上げられたマイナンバー制度が、国民の情報集約・管理統制に繋がることを知らせず、たかだか2万円程度で自らの個人情報利用を許してしまうように仕組まれています。実は、アメリカを含めた世界でも、このような個人情報管理の進んでいるのですが、日本の場合、それが秘密裏にされており、それでいて、技術が遅れているので故障や漏洩が安易なのです。

そのマイナンバー制度の一環としてのマイナポータルでは、電子カルテで日本中の医療機関の電子カルテ情報を一括しようと図っています。しかし、今、日本中で医療機関へのサイバー攻撃が起こっており、診療が長期に亘ってできなくなると共に、数億円の被害が報告されています。それを無視して電子カルテを含めた医療情報システムを統合したら、日本中の診療が長期に亘って侵害されるだけでなく、個人の医療情報が操作され、診療が滞り、犯罪に利用されることが予想されます。そして、既にそのシステムの稚拙さによって事故が何件も報告されています。

後期高齢者医療制度という諸外国にない、高齢者だけを対象にした保険医療は、自己負担を増やし保険支出助成を減らすための不遜な施策です。これらは国民、特に高齢者をやり玉にした福利厚生を下げた政策ですが、なんと30年前から検討・実施されてきているのです。給与・収入水準も20年以上伸びていないということですから、日本はどうなってしまうのでしょうか。

貧しさの中で汗水垂らして働き、歳をとってやっと確立した平穏な生活が脅かされようとしています。心配なのは、苦労や貧しさを知らない若い世代です。学校の成績で良い仕事を確保できる時代は終わろうとしています。殺伐とした混乱時代、善良さが被害に繋がるのです。

事務長 柏崎久雄

感染症で受診される方へ

発熱やくしゃみ・咳症状のある方、水ぼうそう等伝染性疾患のこどもの方は、入口、待合室・診察室、会計の流れが異なります。また、トイレ後のハンドソープによる手洗いにご協力ください。

★ 入口

正面入口横の中央通路のインターホンを押してください。

★ 待合室・診察室

2階の、第二待合室です。

★ 会計

疾患によっては、廊下会計となる場合があります。

ヨーゼフのキャンペーン

A10000R、ミセル A、D3 プラス
セレノア Z プラス、フェルミターゼ
12月1日(木)~1月13日(金)

聖書を読む会 12/13(火)13:40~

- * 新型コロナウイルスの感染が警戒されています。院内に入る前にマスクを付け、入り口に置いてあるアルコール消毒薬で手を十分に殺菌してください。周りの人にご配慮ください。トイレは待合室毎に指定の所をご利用ください。
- * 発熱外来と新型コロナウイルス検査は14時から15時10分まで、電話予約が必要です。来院時は裏のインターホンでお知らせください。コロナ検査だけの方は一階奥に設けた特別検査室で行います。通常診察は、この時間も並行して行います。
- * インフルエンザワクチン接種は、ネット予約或いは窓口予約で御願います。詳細は院内掲示かホームページをご覧ください。
- * 予約診療を来院による普通診療と並行して受け付けています。ウェブ問診も始まっています。受診時に記入する問診票を事前入力できます。非常に忙しく、オンライン診療と電話再診の利用枠を減らします。ご理解ください。
- * 10月~12月の土曜日は、乳幼児健診、特定健診は行いません。ご予約の上、平日にご来院ください。
- * 病児保育は、他院で受診しても、当院長の診察を必須条件として利用していただけます。
- * 年末は28日(水)午前まで、年始は1月6日(金)から診察を行います。

< 医療・保険・マイナンバーへの疑問 >

◇ 高額な医療費

知人が不整脈を起こしたということで十分な説明もなくペースメーカーを勧められました。むろん手続的には多くの同意書が必要ですが、医師に勧められたことを口頭でも同意したら簡単には覆すことはできないでしょう。ペースメーカーの重要性は十分理解しておりますが、その経緯に不可解さを感じました。ペースメーカー装着後は高・低周波治療器、磁器マット、体脂肪計は使用することができず、公共施設の出入り口にある電子商品監視機器も危険です。IH調理器、IH炊飯器、電動工具も危険であり、なんとスマホなどは15～22cm以上離す必要があります。キーを差し込まないでドアを開閉する自動車等も気をつけなければなりません。心拍に異常値が出たとしても、体調その他のことも様子を見て患者本人と相談し、装着後の注意点を詳細に説明することが必要です。

ペースメーカーの手術費用は150万円～300万円で自己負担は3割、さらに高額医療費の助成があるので、自己負担は10万円以下に抑えられるでしょう。しかし、調べてみると日本では160万円ほどのペースメーカーがアメリカでは60万円、イギリスでは30万円となっています。心房細動のカテーテル治療は、もっと高くなりますが、日本の治療費は欧米に比べて5～6倍高くなります。それは、保険医療によって患者の費用負担が少なくて済むことが原因かと思われます。そのようにして医療保険財政は破綻していきます。

◇ 保健所の減少

保健所の数は、1996年の845から2021年には470と激減しています。「平成の大合併」により1999年に町が1990、村が568であったものが、2010年にそれぞれ757と187になったことが原因の一つですが、1994年の「地域保健法」で、「感染症の時代は終わった。これからは高齢者の福祉の充実を図る」と保健所の統合を目標にしたことが大きいのです。その結果、保健所一か所あたりの管内人口は二倍に増えて地域保健・公衆衛生機能は弱体化しています。他方、2001年からの「骨太の方針」で政府は、政府職員の非公務員化と公的サービスの民営化を目論み、国家公務員をかなり減少させ、保健所職員も減っています。

感染症は公衆衛生の問題であり、個人で対応できるものではありません。2002年のSARS、2009年の豚インフルエンザ、2012年のMERS、2014年のエボラ出血熱、2015年のジカウイルス、そして今回の新型コロナウイルス感染症など、大規模な感染症が続いていますが、これに対応する保健所が大幅な職員減をされているのです。

ニッセイ基礎研究所が「感染症対策はなぜ見落とされてきたのかー保健所を中心とした公衆衛生の歴史を振り返る」（2020年9月）として報告し、公衆衛生の後退を招いた要因をまとめています。

- ① 疾病構造の変化。がんなどの非感染性疾患が疾病の中心となってきた。
- ② 公衆衛生をベースとした「保健」よりも、**病気やケガに対して事後的に給付する「保険」が重視**された。
- ③ 功利主義の後退。予防接種を通じて10万人に1人の確率で副作用が生まれたとしても、社会全体で感染症拡大のリスクを抑制できた場合、集団の健康増進に関心を持つ公衆衛生の観点に立てば、その予防接種は成功と言えるかもしれない。しかし、**副作用に見舞われた当事者から見ると、「1分の1」であり、その被害は当然、看過できない。これが「最大多数の最大幸福」を目指す功利主義の欠陥であり、公衆衛生の関係で論じられる倫理問題である。**
- ④ 地方分権の影響。「地域保健法」によって、**広域的な視点が必要な感染症対策よりも、住民の生活に根差した健康づくりが重視**され、市町村の責任を大きくする方向性が打ち出された。

今回のコロナ禍により、これまでの感染症対策軽視から、少し変わりつつあるのでしょうか。令和3年の厚生労働白書では、「新型コロナウイルス感染症から国民のいのちや生活を守るため、感染防止に配慮した医療・福祉サービス提供体制の確保、PCR検査・抗原検査等の検査体制の充実、**保健所等の機能強化**、雇用調整助成金等による雇用維持の取組みの支援、生活困窮者等への住まい確保・定着支援等が盛り込まれた。」となっています。

憲法と世界人権宣言では以下のように唱えられています。公衆衛生は、財政や社会状況によってなおざりにしてはいけないことを政府は確認したのでしょうか。

日本国憲法第25条

「①すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。②国は、すべての生活部面について、**社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。**」

世界人権宣言第25条

「すべて人は、衣食住、医療及び必要な社会的施設等により、自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を保持する権利並びに失業、疾病、心身障害、配偶者の死亡、老齢その他不可抗力による生活不能の場合は、保障を受ける権利を有する。」

☆ マイナンバー制度

マイナポータルとは、行政機関が持つ個人情報を確認できるマイナンバーを利用した、政府が運営・管理する個人専用サイトです。また、PHR (Personal Health Record 個人健康記録) は、個人の生涯に亘る健康・医療・介護データを管理・運用するために構築されようとしているものです。政府はこれを以下のようにすることを検討しています。

- ① PHRを通じて自身の電子カルテ等の医療データにアクセスできるようにして医療機関間の情報連携を進める。
- ② マイナポータルへ個人の医療データを集積することや医療機関から個人への医療データの提供を義務化する。
- ③ マイナポータルへ集積する個人データの種類を拡大し、マイナポータルへの保存期間を延長する。

政府は、「誰一人取り残さない、人に優しいデジタル化」のために「デジタル改革関連法案」を成立(2021年5月12日)させました。デジタル化の司令塔であるデジタル庁は、各府省庁の情報システムの整備・運用に関する予算を一括確保するだけでなく、各府省庁が補助金を支出して行うデジタル関連事業の統括・管理を行います。巨大な権限を持つことになったデジタル庁は、職員の3分の1が民間出身の人材で占められ、非常勤待遇や兼職容認がされています。情報やシステムの漏洩を暗黙に認めているのです。

住民の所得情報や医療・介護サービスの給付状況の個人情報を匿名加工データにして、本人の同意がなくても企業などに提供できるようにするオープンデータ化は義務化されました。個人情報のオンラインによる情報連携の制限も認めないことがデジタル関連法案で規定されています。

国のデジタル戦略は情報システムを一元管理することでもあります。大量のデジタル化された個人情報を効率的に収集・集積・管理して、国民を監視・管理するシステムを構築することがねらいでしょうか。

これらのデジタル戦略の基盤がマイナンバー制度なのです。健康保険証・運転免許証・在留カード・パスポートだけでなく、32職種の国家資格の登録や資格管理・登録を手始めにさらに多くの国家資格をこのマイナンバーに組み込む予定です。

マイナンバーカードは、本人であることを電子的に証明する機能が備わっています。本人確認の要となるシリアル番号は、利活用範囲が制限されている特定個人情報には該当しないため、利用されやすく非常に危険です。マイナンバー制度には、桁違いの情報が集積されるため、情報漏洩と不正利用された場合の被害は甚大なものとなるでしょう。本人の同意があれば、企業もこれを閲覧・利用することができるようですが、銀行借入や就職などに提出と利用を求められたときに、それを拒むことができるでしょうか。

☆ マイナンバー事業のシステム不安

地方公共団体情報システム機構(J-LIS)発注のマイナンバー事業で、2015~20年に少なくとも9件のシステム障害が発生し、再発防止のためのシステム増強などで計約30億3000万円の追加負担が生じていました。中核システムの設計・開発は、NTTコミュニケーションズ、日立製作所、NEC、NTTデータ、富士通が約69億円で2014年に受注しました。マイナンバー制度が始まる直前の2015年12月に最初の障害が発覚し、制度が始まってからも中核システムで相次ぎました。右図は、東京新聞(2021.5.12.)の記事。

財務省の諮問機関である財政制度等審議会が11月14日に行った部会の会合で、「現行のマイナン

J-LIS発注のマイナンバー事業のシステム障害

時期	内容	再発防止の追加事業費
2015年12月発覚	データ処理が滞り5000枚の通知カードの印刷漏れ	—
16年1~3月	中継サーバーの不具合でマイナンバーカードの交付遅れ	4件で計19.6億円
2~4月	一部カードで内蔵のICチップが使用不能	4件で計2.5億円
10月	中継サーバーの故障により自治体でカードが発行できず	—
17年2月※	コンビニで住民票などを発行するサービスに一部障害	—
19年11月	カードの更新手続きができず	—
20年5月	特別定額給付金の申請に関連しバンク	3件計8.2億円
6月	カードに内蔵の電子証明書の更新や発行ができず	—
8月	同	—

トラブルを起こしたシステムの受注者は※のみソフトバンクデータ、富士通。その他はNTTコミュニケーションズ、日立、NEC、NTTデータ。

バーカードの関連システムの構成が古く、そのために毎年数百億円規模の経費が発生しているとの指摘が上がったのです。確かにマイナンバーカードの管理システム関連予算は21年度が113億円だったのに対し、22年度は290億円で2.6倍も増えています。会合ではその理由についても指摘されていますが、それによれば、特定のベンダーの製品や開発に偏っているからなんだそうです（経済ジャーナリスト）。だからといって、費用節減の為に共通クラウド化したら、サイバー攻撃で全てが壊れてしまいます。このマイナンバー制度は、砂上の楼閣なのです。

◇ 後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度は、75歳（一定の障害がある人は65歳）以上の方が加入する医療保険制度です。従来の老人保健制度に代わり、2008年4月より施行されました。その理由として、「高齢者自身が医療費をどの程度負担しているのか不鮮明だった。」から、患者自己負担1割、公費負担5割、現役世代負担4割とするということでした。しかし、2022年10月より、課税所得が28万円以上かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が単身世帯の場合200万円以上、複数世帯の場合合計320万円以上の方は、窓口負担割合が2割となります。現役並み所得者の方は、10月1日以降も引き続き3割です。窓口負担割合が2割となる方は、全国の後期高齢者医療の被保険者全体のうち約20%の方です。

以上が厚生労働省の説明ですが、**諸外国に例のない、75歳以上の高齢者を狙い撃ちにした独立会計による自己負担増、つまり公費負担を減らそうという巧妙な罠**であり、今後さらにひどくなるでしょう。

◇ 介護保険制度

2000年4月から実施された介護保険制度は、医療から切り離されて感染防止対策が脆弱であり、コロナ禍でそれら施設は大打撃を受けました。施設が運用できないことによって、介護を必要とする人を抱える家族にも大きな負担となりました。また、介護報酬は毎年マイナス改定されており、結局のところ、医療と分離させた上での高齢者介護切り捨て策であることがわかってきました。介護事務所の減収・廃業・倒産が相次いでいます。

老人福祉・介護事業では、労働力が不足しているとともに、その労働環境が悪いので離職率が高く、賃金も低いので改善は見込めません。それを政府は、「業務の洗い出し・切り分けを行った上で、ロボットセンサー・ICT（情報通信技術）の活用と元気高齢者などの活動を促進し、介護施設をはじめとする介護現場の効率化モデルを普及させること」（介護現場革新会議基本方針2019年3月）と机上の論を伝えています。高齢者を馬鹿にしていると言っても過言ではないでしょう。

◇ 全世代型社会保障改革

政府は団塊の世代が75歳に到達していく2022年からの視野に、医療・介護・年金などを見直して、公的給付を抑制しようとしています。改革（改悪）は、医療では受診時の窓口負担の引き上げ、国保の保険料引き上げと都道府県単位化、診療報酬の引き下げ、介護では利用料2割・3割負担の導入、特別養護老人ホームの入所制限、介護報酬の削減、年金ではマクロ経済スライドの発動（現役世代の人口減少や平均余命の伸びに合わせて、年金の給付水準を自動的に調整する仕組み）など、高齢者いじめに他なりません。

2016年6月に、「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定されました。これは要するに、「高齢者の就労促進」です。「全ての世代がエイジフリーで活躍できる健康長寿・生涯現役社会の実現」ということですが、年金給付を低減させるための策謀であることは明らかです。実際には、事故（労災）や健康被害が多発している高齢者の労働環境改善に対する配慮はないようです。

以上、厚生労働省のホームページや、「コロナ禍で見た保険・医療・介護の今後」（公益財団法人日本医療総合研究所（2022年4月10日発行））を参考にしました。

＜ 診療時間 ＞

月曜～金曜（午前8時30分～11時30分、午後2時～5時10分）

土曜（午前8時30分～11時30分、午後2時～4時30分）

休診日 木曜、日曜、祝日、年末年始

- ・各種健康保険取扱機関
- ・生活保護指定機関
- ・介護保険取扱機関
- ・特定疾患取扱機関
- ・結核予防法指定機関
- ・自立支援医療機関
- ・身体障害者認定医
- ・各種健康診断
- ・小中台小学校校医
- ・栄養医学(分子整合医学)



(携帯サイトへ)