

政府は、新制度においては平均的には保険料が下がるという見解を示していたが⁶³、制度施行後の実態調査により、「保険料額が減少する世帯割合は全国で69%」⁶⁴と下方修正を行った。

さらに新制度では保険料の年金からの天引きも始まり、いわゆる「年金記録問題」と相俟って後期高齢者の不安を強めた。

2) 後期高齢者の診療報酬上の論点

2008年4月の診療報酬改定では、「後期高齢者終末期相談支援料」「後期高齢者診療料」が新設された。これらは、仮に後期高齢者医療制度が施行されていなくても、「老人保健終末期相談支援料」「老人保健診療料」として新設された可能性がある。しかし後期高齢者医療制度と同時期の診療報酬改定であったことから、制度と診療報酬が混同して議論されることも多い。

ここでは、あらためて後期高齢者の診療報酬項目の論点を整理しておく。

① 後期高齢者終末期相談支援料

2008年4月、診療報酬に「後期高齢者終末期相談支援料」が創設された。しかし、診療報酬の算定が後期高齢者に限定されていることもあり、高齢者の終末期医療の切り捨てにつながるとの声があがった。これを踏まえ、2008年6月25日、中医協総会で「後期高齢者終末期相談支援料」の凍結が決定され⁶⁵、2008年7月1日から適用された⁶⁶。

日本医師会は、終末期を迎えた患者や家族の尊厳および意思を尊重し、真摯に全人的な医療を行うことは当然のことであると考えている。そして、これは診療報酬によって左右されるものではなく、後期高齢者に限ったものでもない。終末期医療については、診療報酬だけではなく、医療のあり方も含めて広く議論を喚起し、あらためて国民の

⁶³ 「基礎年金受給者や平均的な厚生年金受給者においては負担減となる傾向にある」2008年4月4日「衆議院議員平野博文君提出後期高齢者医療制度の呼称等に関する質問に対する答弁書」,
http://www.shugiin.go.jp/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/b169221.htm

⁶⁴ 厚生労働省「長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の創設に伴う保険料額の変化に関する調査—結果速報—」2008年6月4日(厚生労働省ホームページへの掲載は6月12日), <http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/06/tp0612-1.html>

⁶⁵ 「答申書(後期高齢者終末期相談支援料の凍結について)」中医協会長 遠藤久夫, 2008年6月25日,
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0625-5k.pdf>

⁶⁶ 「後期高齢者終末期相談支援料等の凍結について」厚生労働省保険局医療課長, 2008年6月30日,
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1dn.pdf>

合意形成を図ることが必要である。また、そのために日本医師会は、「終末期医療のガイドライン 2009」を示す（67 頁）。

② 後期高齢者診療料

2008 年 4 月に創設された「後期高齢者診療料」は、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うこと、具体的には定期的に診療計画を作成すること等で算定できる項目である。

2007 年 10 月、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」において、「後期高齢者を総合的に診る取組の推進」⁶⁷が必要であるとされ、中医協で診療報酬改定にむけての議論が始まった。

当初、医学管理等、検査、画像診断、処置を包括し、総合的に診る取組を行う医師は 1 人であると規定する厚生労働省案が示された⁶⁸。これに対し医療提供者側は、必要な医療が行なわれなくなり後期高齢者の医療が制限されること、患者の囲い込み、さらにはフリーアクセスの制限につながる可能性があることを厳しく指摘してきた。

一方、一般（0～74 歳）には、従来「生活習慣病管理料」が設けられていた。「生活習慣病管理料」は、脂質異常症（高脂血症）、高血圧症、糖尿病について、治療計画を策定し、総合的な治療管理を行った場合に算定でき、医学管理等、検査、投薬、注射、病理診断を包括している。

このことを踏まえ、「後期高齢者診療料」は、新たな枠組みとするのではなく、一般（0～74 歳）にしかなかった「生活習慣病管理料」の後期高齢者版としてのみの位置付けとされるにいたった。

しかし、フリーアクセスの制限への突破口になりかねないという問題は残っている。そうならないよう注視するとともに、患者の受診抑制につながるような動きがあれば即時見直しを求めていく。

⁶⁷ 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「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」2007 年 10 月 10 日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1010-7a.pdf>

⁶⁸ 中医協診療報酬基本問題小委員会「後期高齢者医療について（薬歴管理、外来医療②）」2007 年 11 月 28 日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1128-14e.pdf>

(2) 日本医師会の「高齢者のための医療制度」

1) 基本的な枠組み

高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は、高齢者にとって大きな負担になる。したがって、高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

日本医師会は、「グランドデザイン 2007」で後期高齢者医療制度(案)を示したが、2008年4月に施行された国の制度の問題点も踏まえて再検討し、あらためて次のとおり「高齢者のための医療制度」を提案する。対象は75歳以上であるが、後期高齢者とは呼ばず「高齢者」とする。

日本医師会「高齢者のための医療制度」 基本的スキーム

1. 保障の理念の下、75歳以上を手厚く支える。
2. 若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで切れ目のない医療を提供する。
3. 医療費の9割は公費(主として国)負担とする。
4. 保険料と患者一部負担をあわせて医療費の1割とし、患者一部負担は所得によらず一律とする。
5. 運営主体は都道府県とする。

2) 実現に向けての論点

① なぜ高齢者を独立させるのか

若者から高齢者まで、医療は切れ目なく、公平に提供されなければならない。これは大原則である。さらに高齢者は、疾病発症リスク等がそれまでの年齢とは異なってくるので、より手厚い医療が必要である。

高齢者の特性を見てみると、第一に受療率の高さがあげられる。入院受療率は75