

⑤施設内での医療の拡充

• 慢性期・療養期の施設・病棟の整備

- 現状：医療・介護保険療養病床・老健で患者像が同じ，特別養護老人ホーム入所待機者38万人，欧米に比して少ない高齢者人口あたり施設定員。
- 5年後：施設整備構想・計画の策定，一部実施
- 10年後：計画目標値の50%実現

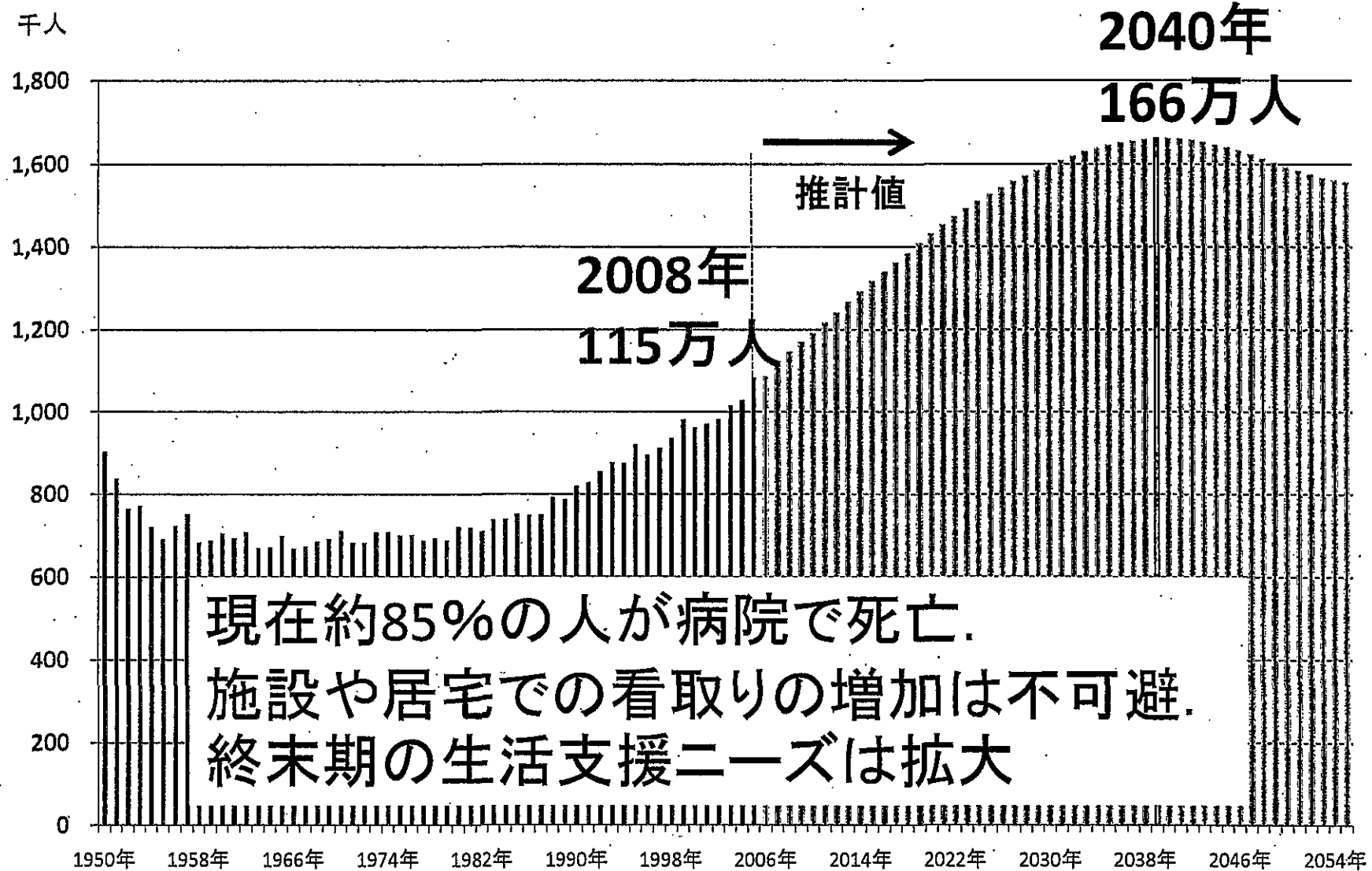
• 医療の過不足

- 現状：療養病床の一部で家族・本人が望まない延命治療という指摘，特養での医療不足で看取り困難。
- 5年後：施設・病棟における治療方針ガイドライン策定，治療内容モニタリングシステムの開発，相応しい診療報酬・介護報酬制度の策定，必要な人材養成・配置
- 10年後：人材配置状況，治療ガイドライン遵守率，治療内容のモニタリング結果の公表

⑥緩和ケアの拡充

- がん患者の緩和ケア
 - 現状：希望する患者が緩和ケアを受けられない
 - 5年後：在宅で緩和ケアを受けられるプログラム(デイホスピタルなど)の開発，緩和ケアを受けられる人を倍増
 - 10年後：すべての希望者が緩和ケアを受けられる
- 緩和ケアチームの整備
 - 現状：大病院にすら緩和ケア科・病棟・チームがない
 - 5年後：25%の病院で緩和ケアチームのサポート
 - 10年後：年間100万人が，病院・施設・在宅で緩和ケアを受けられる(緩和ケアチームによるサポート含む)

死亡者数及び死亡者推計



厚生労働省統計情報部『人口動態統計』

国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成18年12月推計)』

⑦医療・福祉の人材養成：卒前教育

- 養成プログラムの見直し
 - 現状：現場では連携が重要とされながら、養成課程は各職種で独立し連携を経験できない
 - 5年後：養成校の20%に多職種連携教育導入
 - 10年後：養成校の50%に多職種連携教育導入
- 医学教育・研究内容を超高齢社会対応へ
 - 現状：老年科，リハビリテーション科，緩和ケア科など超高齢社会で需要が増える診療科，地域ケア，プログラム評価の研究・教育スタッフの不足
 - 5年後：50%の大学医学部に配置
 - 10年後：100%の大学医学部に設置

⑧医療・福祉の人材養成：卒後教育

- 超高齢社会に対応できる医療福祉職の再教育
 - － 現状：今までに受けた教育では対応困難，臓器別専門性は高いが，高齢者のQOLを高める視点などが弱く，リハビリテーション，緩和ケアなど超高齢社会で不可欠な知識と技術も不足
 - － 5年後：研修プログラムの開発，希望者の25%が修了
 - － 10年後：希望者の75%が受講修了
- ケアの質・経営のマネジメント教育
 - － 現状：卒前教育ではマネジメント教育が欠如・困難
 - － 5年後：25%の医療・福祉系の大学院にマネジメントコース設置，受講者の授業料支援制度などの拡充
 - － 10年後：すべての事業所に修了生

⑨科学的な根拠に基づいた戦略

- 高齢者のQOLを高める予防・医療・リハビリテーション・緩和ケア研究の強化
 - CSDH (Commission on Social Determinants of Health, WHO) の勧告に沿って「健康の社会的決定要因」と「健康格差」に関する測定・インパクト評価の強化
 - 個人レベルの医学生物学的要因だけでなく心理社会的要因、地域社会要因の重視
 - 高齢者のみでなく、家族介護者も視野に入れた評価研究
- ケアの質・公正・効率(費用)を視野に入れた評価研究
 - プログラム評価, 政策評価, マネジメント研究の蓄積
 - 日本版NSFとその各領域版の策定・中間評価研究
- 研究拠点・人材の育成
 - 戦略的厚労科研費を活用した研究・教育拠点の整備, 社会科学系ポストクの活用

⑩ 効率・質・公正のモニタリング

- 5年後に中間評価と戦略の見直し
- 電子化されたデータを活用したアクセス・プロセス・アウトカムの経年的モニタリング
 - 電子レセプト・DPC・電子カルテ・要介護認定データの活用
- モニタリングのための指標とシステムの開発
 - 米国のHC(Hospital Compare)・NHC(Nursing Home Compare), 英国のPAF(Performance Assessment Framework)・CQC(Care Quality Commission)を参考に
- 医療の質だけでなく、地域偏在・地域格差・健康格差や効率・費用もモニタリング

齊藤委員配布資料

医療制度のあり方について
高齢者医療制度改革会議提出資料

2009年12月25日

(社)日本経済団体連合会

社会保障委員会

医療改革部会長 齊藤正憲

1. 基本認識

社会保障制度は、国民の安心と安全を支え、経済社会の安定につながる最も重要な社会基盤である。とりわけ、安心安全な暮らしの実現には、質が高く効率的な医療の確保が不可欠である。

高齢化の進展や厳しい経済情勢の中、わが国の医療は提供面でも保険財政面でも大きな問題に直面している。産科・小児科・救急医療など医療提供体制の立て直しを図るとともに、高齢化などに伴う医療費の増大や、高齢者医療保険への過重な拠出金への対応が急務である。

2. 目指すべき方向

医療制度改革を進めるにあたり目指すべき方向は以下の通り。

(1) 患者の視点に立った効率的で質の高い医療提供の実現

地域の医療ニーズや疾病動向などの地域特性を踏まえ、在宅医療の充実、医療機関の機能分化と連携や介護施設との連携を強化するなど、医療資源の効率的かつ適正な配置を進める。

(2) 国民に信頼される持続可能で安定的な医療保険制度の確立

他国に類例のない急速な高齢化・現役世代の減少に対応すべく、高齢者医療への公費投入割合を拡大するなど、国民皆保険を支える医療保険財政の安定化を図る。また、自立・自助の視点から、負担能力と受益に見合った負担を求めることも重要である。

(3) 国民一人ひとりが医療を支えるという視点の確立

国民一人ひとりが健康管理や適切な受診行動に努めるなど、国民全体で医療を支える視点が必要である。そのためには、政府・自治体・保険者などによる情報提供・広報が求められる。

3. 医療提供体制の整備

医療ニーズに対応するための機能強化と効率化の同時達成に向けて、当面、都道府県が中心となり、地域の医療・介護ニーズや疾病動向を把握し、地域医

療・介護サービスの充実と効率化に向けた計画策定にあたる。その基盤整備のため、ICTを活用して診療データの蓄積・分析を進めるとともに、医療の透明化、標準化を推進することが必要である。

また、高齢化の進展に伴う医療・介護ニーズに対応するためにも、在宅療養を支える医療支援体制の強化、医療・介護が連携した地域ケア体制の整備を図ることが求められる。

こうした提供体制の充実には診療報酬上の手当てだけでは不十分であり、公費投入も含めた取り組みが不可欠である。

4. 医療保険制度

(1) 改革の方向性

高齢者医療制度への多額の拠出金と経済悪化による保険料収入の減少が、現役世代の保険者の財政基盤を危うくしている。経済状況が好転すれば保険料収入は増加するが、拠出金負担については高齢化の進展に伴い今後とも急速に増大する。世代間扶助を基調とした高齢者医療制度のままでは、保険者の持続可能性の確保は困難である。

現役世代の保険制度については、保険原理に基づく給付と負担のバランスが図られ、保険者機能を発揮できることが重要である。保険原理を超えたりスクへの対応や世代間扶助にあたっては、税による公助を基本とすべきである。

(2) 高齢者医療制度のあり方について

①後期高齢者医療制度の評価

財政・運営責任の主体や負担ルールを明確にしたことなど、旧老人保健制度の問題点を解消した点は評価される。こうした点は、新制度でも採り入れるべき。

②加入対象者

年齢区分ではなく、生活スタイルが大きく変化する公的年金の受給者を被保険者とする体系に組み替える。現役として就業継続する方は、健保組合など若年者の制度に継続的に加入することも検討する。

③運営主体

市町村の保険者としての経験や対象者の生活基盤に近くきめ細やかな対応が可能であるなどの利点を踏まえつつ、財政の安定性や医療資源の効率的活用の観点から、現在の後期高齢者医療広域連合をベースに検討を進めることが望ましい。

④保険給付財源について

現行の高齢者医療制度は、現役層からの拠出金に大きく依存した仕組みであり、現役層が負担した保険料の4割以上が高齢者医療に拠出されている。今後、高齢者は増加し、現役世代は減少することは明らかであり、現在の仕組みを続ければ、保険料負担に占める高齢者医療制度への拠出金割合はますます高まる。こうした事態を放置すれば現役層の負担が過重になるばかりでなく、個々の保険者の医療費適正化などへの努力を減退させ、健康増進などに取り組む保険者としての機能が弱体化する。

従って、高齢化の進展を踏まえつつ、高齢者医療制度への公費投入割合を高めることが不可欠であり、その財源を確保するためにも消費税も含めた税制抜本改革が急務である。

⑤高齢者の負担

2055年には、現役世代1.2人で1人を支える人口構成になることを見据えると、国民皆保険を守る観点から、患者自己負担や保険料について、高齢者にも、その負担能力に応じた適切な負担を求めるべきである。後期高齢者医療制度の負担水準について再検証しつつ、公費投入規模との兼ね合いの中で負担水準を設定する。

国民の負担能力に応じてきめ細かく対応するためにも、税・社会保障共通番号制度の導入に向けた検討が急がれる。

(3)現役世代の医療保険制度について

現役世代の制度間の財政調整は、個々の保険者の医療費適正化などへの努力を減退させ、保険者機能の弱体化と制度の公平性・持続性の毀損につながることから、断固反対である。

「地域保険としての一元的運用」という方向性については、これまで地域や職域の保険者が果たしてきた役割を十分に踏まえた上で慎重に検討すべきである。

以上

対馬委員配布資料

高齢者医療制度の再構築に向けた健保連の考え方

平成21年12月25日

健康保険組合連合会

人口の高齢化等によって医療費の増大は避けられない。高齢者医療制度を持続可能なものにするためには、高齢者の負担もさることながら、自らの医療費と高齢者の医療費を支える若年者の負担にも配慮することが不可欠である。同時に、国民皆保険体制を堅持するうえでも、公費負担を拡大するとともに、そのための安定財源を確保すべきであることは言うまでもない。

厚生労働省は、「後期高齢者医療制度は廃止する」をはじめ6つの考え方を掲げているが、本改革会議においては、現行制度の問題点や高齢者医療制度のあるべき姿について幅広く議論すべきである。そのうえで、高齢者医療制度の再構築を図り、実行、検証、見直し(PDCA)のプロセスを重ねていくことが、制度全体の持続可能性を高めていくうえで重要である。

以下、健保組合、健保連(以下、「健保連」という)の意見を表明する。

I. 健保連が考える高齢者医療制度

(1) 基本設計

高齢者医療制度は、65歳以上の高齢者を対象とする前期・後期の区別のないひとつの制度とすべきである。高齢者の生活実態、年金制度や介護保険制度等との整合性から、「65歳」には一定の合理性があり、国民の理解も得やすい。また、かつての老人保健制度に対する反省を踏まえると、費用負担や運営責任を明確化するために、「別建て」の制度とすることが望ましい。別建てにしたとしても、全体的にみれば、高齢者の医療費を若年者が支える、世代間のつながりを維持した制度体系と言える。

65歳に到達しても働き続ける高齢者(家族を含む)については、現在の後期高齢者医療制度のように年齢によって厳格に区分するのではなく、若年者の各制度に継続加入することは検討する余地がある。

(2) 費用負担

① 公費

高齢化に伴い、今後も増大していく高齢者の医療費を、保険料だけでまかなっていくことはできない。介護保険(給付費に公費負担5割)や年金(基礎年金に国庫負担5割)と同

様に、高齢者医療制度においても、給付費の5割を目途に公費を投入すべきである。

②保険料

高齢者と若年者の保険料の負担は、世代間の公平性に配慮し、納得の得られるものでなければならない。このため、公費以外の部分は高齢者と若年者の人数比で按分し、それぞれが保険料を負担する。国保と被用者保険の負担も人数で分け、公費投入を前提に、被用者保険の保険料は、負担能力(総報酬額)に見合ったしくみ(上限を設定)とすべきである。

なお、ここで言う「負担能力に見合ったしくみ」は、あくまでも、65歳以上の高齢者の給付費に対する5割目途の公費投入が前提である。12月に政府から提案された被用者保険内の後期高齢者支援金の総報酬割案は、協会けんぽの後期高齢者支援金に対する国庫補助の廃止による財源を健保組合等に肩代わりさせようとするものであり、断固反対である。協会けんぽへの国庫補助の拡充は、国の責任で行うべきである。

(3)保険者

都道府県単位を念頭に、行政から独立した公法人が保険者を担うことにより、医療費適正化など保険者機能を発揮できるしくみとすべきである。また、費用負担者が運営に参画することにより、保険者機能強化や効率化努力を支え、チェックする役割を担うべきである。なお、市町村国保の広域化等を通じて財政の安定化を図る方向に異論はない。

(4)その他

若年者の制度体系については、被用者保険は職域を基盤とする健保組合、協会けんぽ、共済組合の各制度が、地域保険は国保が担い、それぞれの特性に応じた保険者機能を発揮し、競い合う、多元的な制度体系が最善である。また、被用者保険においては、保険者機能を重視する観点からも、職域の基盤を最大限に活用できる健保組合方式をよりいっそう推進すべきである。

本改革会議の初会合で厚生労働省から、第一段階として「国保と高齢者医療制度(広域連合)の一元的運用」をめざし、次の段階で「被用者保険と国保の一元的運用」を考えるとの説明があった。後者については、以下のような問題がある。

- 所得把握や保険料収納率の違い等から、公平で統一的な保険料賦課方法を確立することは極めて困難であり、収納率低下のおそれもある。
- 地域住民が加入する制度に事業主負担を求めることが困難である。
- 健保組合が自主、自己責任のもとで行ってきた保険者機能の強化、拡大の方向に反する。
- とりわけ健保組合が事業主との協力のもとで行ってきた一体的、効果的な保健事業等が実施できなくなる。

II. 当面の対応

(1) 健保組合の財政状況

平成21年度予算において、健保組合は、赤字組合が9割を超え、全体で6150億円の赤字を計上した。経済情勢の影響から保険料収入が落ち込む(▲1500億円規模)など、21年度は当初の予測よりもさらに悪化する見通しである。

財政悪化の最大の要因は高齢者医療制度による支援金、納付金等の負担である。制度が導入された20年度は健保組合全体で4250億円もの負担増となり、21年度もこれと同水準の過重な負担が続いている。21年度予算では、保険料収入に対する支援金、納付金等の割合が45.2%(50%以上の組合が3分の1)に達しており、保険料を負担する被保険者や事業主の理解を得にくい状態となっている。この支援金、納付金の過重な負担は、健保組合のみならず、被用者保険全体の問題となってきている。

(2) 新制度施行までの課題等

後期高齢者の層にはすでに給付費の約5割に公費が投入されているが、前期高齢者の層には公費投入がなされていない。そのために健保組合等の負担が過重になっている。医療保険制度全体の安定化のためにも、前期高齢者の層に5割を目途とする公費投入をめざすべきである。

また、新制度に移行するまでの間、支援金、納付金の負担等により財政事情の厳しい健保組合への財政支援の継続、強化が不可欠である。こうした支援強化が健保組合の解散抑止となり、受け皿である協会けんぽに対する国庫補助の抑制にも寄与する。

III. 社会保障のための安定財源の確保

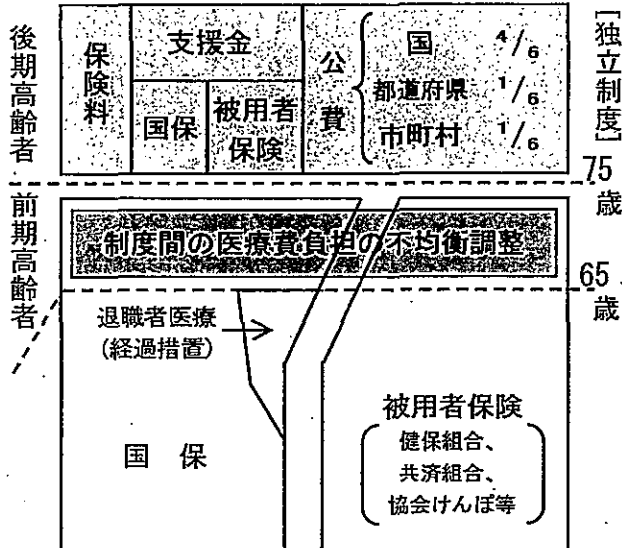
増大する高齢者の医療費をまかなうには、消費税率の引き上げ(1%=2.5兆円相当)や社会保障目的税化を含む抜本的な税制改革が早晚避けられないと考える。平成25年度と想定される新制度の施行に向けて、安定的な財源確保の道筋を描いておく必要があるのではないか。

当面の差し迫った課題としては、たばこ税等の引き上げなどにより財源確保を図るべきである。

資料① 健保連が考える高齢者医療制度と医療保険制度の全体像

現 状

後期高齢者の給付費に公費約5割＝ **約5.4兆円**
(21年度予算ベース)
 前期高齢者の給付費、納付金にも一部公費負担あり (国保と協会)



— 制度の特徴 —

■後期高齢者医療制度 (長寿医療制度)

- 75歳以上の人と65歳から74歳の一定の障害のある人を被保険者とする独立した医療制度。
- 後期高齢者の医療費全体から、患者が窓口で支払う一部負担金を差し引いた額 (給付費) を、概ね公費 5、各保険者が拠出する後期高齢者支援金 4、後期高齢者の保険料 1 の割合で賄う。

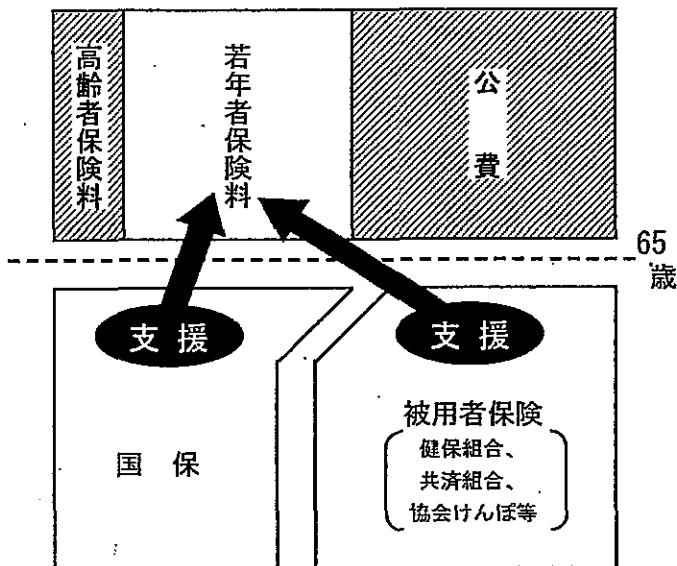
■前期高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡を是正するしくみ

- 65歳から74歳までの前期高齢者の医療給付費を各保険者が共同で負担するしくみ。
- 各保険者の前期高齢者の医療費をベースに、どの保険者も前期高齢者が同じ割合で加入していると仮定して調整が行われる。

※ 根拠法=いずれも「高齢者の医療の確保に関する法律」

健保連の提案

65歳以上の給付費の公費5割目途＝現状比+約1.8兆円
[厚生労働省「高齢者医療制度に関する検討会」資料より
 21年度予算ベース]



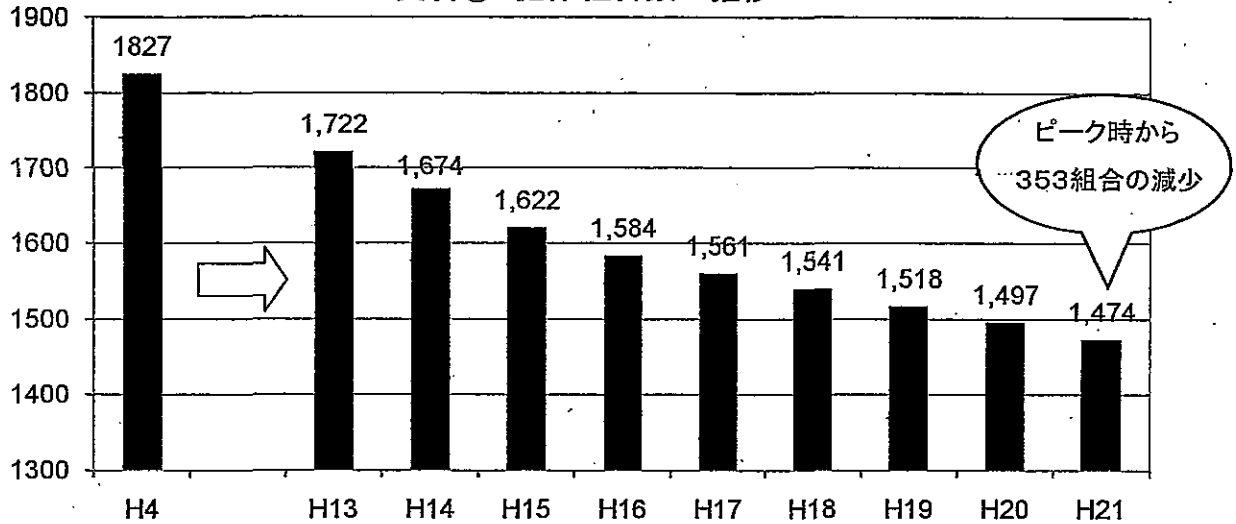
— 制度の特徴 —

■65歳以上の高齢者を対象とするひとつの制度。

- 現行の後期高齢者医療制度を前期高齢者の層に拡大するイメージ
- 高齢者の医療費を公費、高齢者と若年者の負担 (保険料) で支えるしくみ。
- 患者一部負担をのぞく医療給付費について、公費負担5割を目途。それ以外の部分を、高齢者と若年者の人数比で按分し、それぞれ保険料を負担。
- 若年者の負担は、被用者保険と国保の人数で按分し、公費投入を前提に、被用者保険では負担能力 (報酬) に見合ったものとする (上限を設ける)。
- 運営責任主体となる保険者は、都道府県単位で行政から独立した公法人。費用負担者が運営に参画するしくみ。

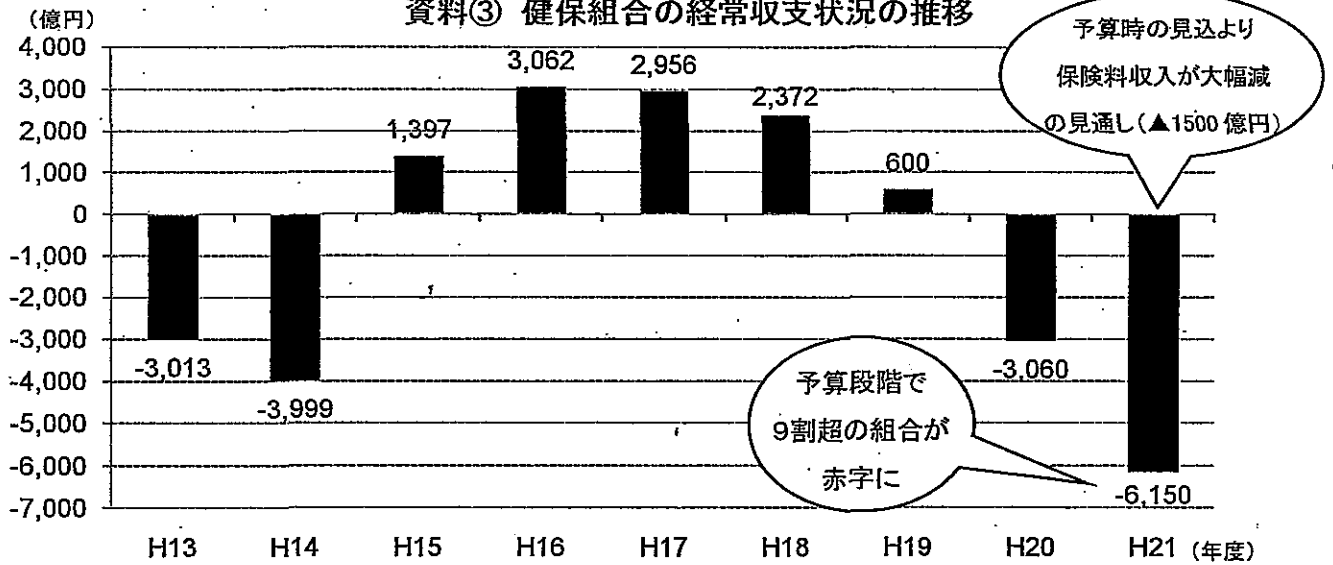
「65歳」は、高齢者の生活実態、年金や介護保険との整合性などから理解を得やすい。
 65歳に達しても働き続ける高齢者 (家族を含む) が現役世代の制度に継続加入する途は検討の余地あり。

資料② 健保組合数の推移



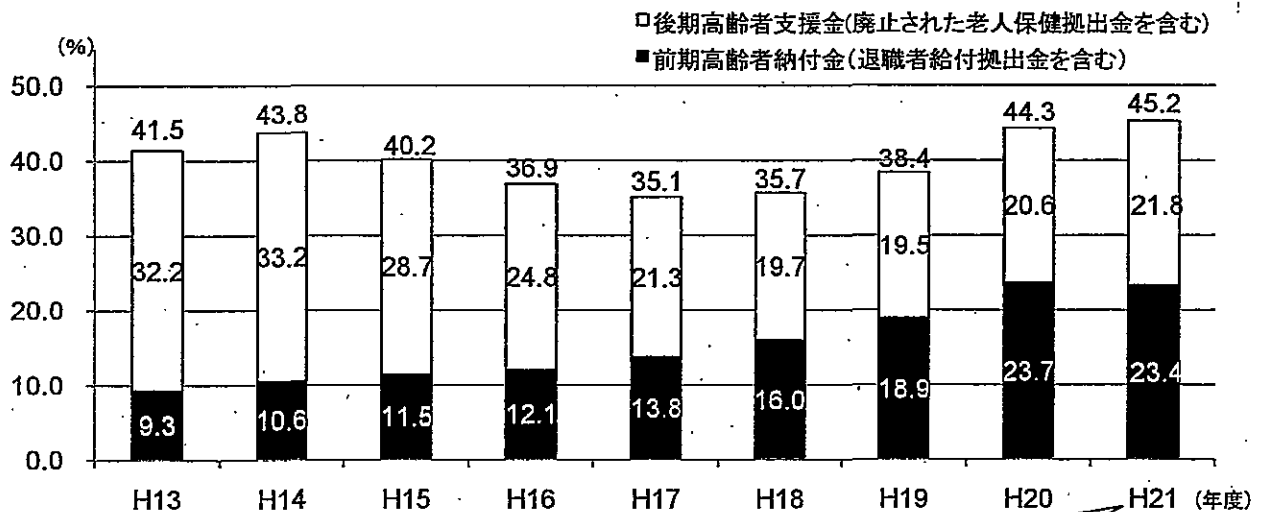
(注) 平成20年度以前は年度末、21年度は21年12月1日現在の数値。

資料③ 健保組合の経常収支状況の推移



(注) 平成21年度は予算の数値。

資料④ 健保組合の保険料収入に占める拠出金割合の推移



注1) 平成21年度は予算の数値。

被保険者1人当たり年間保険料は約38万円。
このうち、高齢者の医療費等を支えるための保険料(特定保険料)は約18万円。

樋口委員配布資料

後期高齢者医療制度の7つの大罪

1. 説明責任不履行の罪

いくら郵政選挙大勝利の中とはいえ、強行採決の1つとはいえ、国民への説明不足だった。同じくおかしい制度だが、裁判員制度が多くの予算をかけてPRをしているのと比べても差があり過ぎる。

2. 当事者不在の罪

直接関係するのは75歳以上。すべて有権者であるはずなのに、75歳以上の人の意見はほとんど聞かれていない。特別委に75歳以上は1人だけ、しかも医師の立場である。政策決定者は「患者・利用者は〔対象であって当事者ではない〕」と思っているようだ。

3. 名称の罪

後期高齢者はもともと学問上の概念定義。それを安易に制度の名称にすると。新車でも化粧品でも、新製品を売り出すとき、どんなに顧客の意向を重んじ、くふうを凝らすことか。

4. 線引きの罪

75歳以上の人間から、職業上、家族関係上のあらゆる属性を奪い取り、「75歳以上」という一室に厄介払いした。

家族関係上、サラリーマンの扶養家族として医療保険に入っていた人はざっと200万人。夫婦別れ、親子別れで別制度に追い出される。高齢者も年金をもらっている以上一定の保険料の支払いは求めてもいいが、別の方法を考えられなかったのか。

5. 就労意欲削減の罪

4から派生することだが、全国で約40万人の75歳以上の企業に働く就労者がいる。この人たちも医療保険から追い出され、企業はその負担分が軽減される勘定だ。また現役並み所得600万円以上は全員保険料50万！すれすれ600万円の人にはつらい。それなら働かないほうがいと勤労意欲が減退する。

6. 天引きの罪

この制度の特徴は線引きと天引きにある。天引きはとくに低所得につらい。低所得層への負担増は当初の大問題であった。

この天引きの罪には「天引き増税」という不思議なおまけがついている。振替納付の時は控除がきくが、天引きではそれがないというので問題になった。どちらを選択するか、という質問書がたしかに届いたが、そのメリット・デメリットは何1つ説明されていなかった。これは一種の消費者法違反ではあるまいか。

7. 運営責任不明確の罪

これまでの老人保険制度では、責任の所在が不明確だから、都道府県単位で広域連合をつくったという。どこが明確になったのかさっぱりわからん。ほんどうにこれですむのか。高齢者の負担はいったいどこまで増えるのか。先行きの視界不良の中で高齢者は立ちすくんでいる；

付録 7つ+3つ

7つではどうしても間に合わない。1つは主治医制度がどのように機能するのか、すでによく機能している場合もあり得るが、イギリスなどのようにGPが育っていない分、結局専門診療科へのアクセスを悪くするだけではないのだろうか。

もう一つは、悪評サクサクでしばらく打ち止めになっているようだが、例のターミナル時の質問票である。私はターミナルにおける医療費の「使いすぎ」には反対で、無用の延命治療は個人的にも願い下げである。ターミナルのあり方については、ようやく高齢社会が成熟し、国民的論議に向かう機運が高まってきた。それを一挙にストップさせ、高齢者の感情を逆なでした。本来感情的になるのは、どちらにとってもよいことではない。しかし、高齢者に対する同情も共感も自分が老いるという想像力も欠いた政策が当事者を感情的にしてしまった。ターミナルに関する国民の合意形成を振り出しに戻してしまった罪は大きい。

付録の3つ目は障がい者差別の罪である。後期高齢者医療制度は75歳以上で線引きしているけれど、実は65歳～74歳の重度障がい者が加えられている。全盲であり物で立派に生計を立てている女性も加えられた。これは何の意味があるのだろうか。

宮武委員配布資料

● 高齢者の診療報酬 ●

現場に広がる 誤解や戸惑い

後期高齢者医療制度はどうにも評判が悪い。独自に設けられた診療報酬などについても正確な情報が伝わらず、患者はもちろん専門職まで戸惑う。入居者全員から1人3万円？

特別養護老人ホーム、有料老人ホームなどに外部からの医療サービス提供を進める一環で「特定施設入所時等医学総合管理料」が新設された。

報酬は、在宅療養支援診療所・同病院で処方せん交付の場合は月額3万

円、処方せん交付なしで同3万3000円(それ以外の診療所・病院は1万5000円と1万8000円)。

ある特別養護老人ホームで、嘱託医から「入居者全員を医学総合管理料の対象にしたい」と打診された、と聞く。在宅療養支援診療所がたとえば定員50人全員に適用すれば、しめて月額150万円。

しかし、この医学管理料は「末期がん患者」に限定されている。百科事典並みの報酬改定表を読んだうえ、通知類

まで目を通さないと理解できない。もう少し分かりやすく説明できないのか、報酬改定のたびに痛感する。

同時に、末期がん患者以外にも適用可能としても、算定要件には「特定施設で療養を行っている通院困難な者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行なっている場合」とある。医師1人の診療所で、通常の外来患者を受け付けながら入居者50人に月2回以上の訪問診療を誠実に実行できるのか。そう考えると常識問題にも思える。

高額医療費算定の矛盾

4月から約1300万人が民族大移動のように後期高齢者医療制度へ引越した。その後は75歳の誕生日を迎えると次々に加入していく。

病院のソーシャルワーカーたちが困っているのは、その際の高額医療費支給制度の扱いである。

たとえば、誕生日の5月15日に市町村国保からかわった場合、手術などで14日までに医療費が50万円かかった(自己負担は一般所得者で1割の5万円だが、上限の4万4400円で済む)。15

日以降は後期高齢者医療制度へ移ったものの再手術を受け、さらに50万円かかった(同)。

こんなケースはどうなるか。

両制度で使った医療費を合計して高額医療費の上限を適用する仕組みにはなっていない。患者は両制度に各4万4400円を払う。通常の倍額になるのだから、確かに患者・家族にはどうにも説明しにくい。とりわけ低所得者にとつては切実な二重取りである(表参照)。

ちなみに既存の保険制度間でも被保険者の移動期にぶつかると同じ矛盾が生じている。診療報酬請求の電子化を進めながら是正を図るべき課題だ。

高齢者担当医の資格とは？

原則75歳以上を対象とする独立制度になって、診療報酬も独自の体系・内容を自由に盛り込める。代表例の1つが「後期高齢者診療料」(月額6000円)である。

高血圧、糖尿病、高脂血症、不整脈などの慢性病患者を対象に患者の同意を得て算定できる。

開業医が患者に「あなたはインスリ

表 70歳以上の自己負担限度額 (高額医療費支給制度)

限度額	月額医療費	
	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
現役並み所得者 (課税所得145万円以上)	4万4400円	8万100円+(医療費-26万7000円)×1% (多数月該当は4万4400円)
一般	1万2000円	4万4400円
恒所得者 (年額80万円以下)	I II	2万4600円
		1万5000円

ン投与で費用がかかるから、こんな制度を使つてはだめですよ」と論ず。そんな場面が某民放テレビで放映されていた。

包括払いの対象は医学管理、検査、画像診断、処置で、薬や注射は含まれない。医師側は先刻と承知のはずだが、こんな発言に患者・家族たちは惑わされる。

当然ながら病状の急性増悪期に実施した検査、画像診断および処置のうち5500円以上かかった医療行為は別に請求できる。それにしても病状はいつ悪化するか、分からない。月の途中

でも、この診療料自体を中止して出来高払いに切り換えられるのか。

正解は「翌月」まで待つて出来高に切り換える。

この程度は常識的に判断できるのだが、もともと研修を受けた「高齢者担当医」を条件に設ける包括払いのはずだった。

長年にわたり在宅医療・地域医療に取り組む医師にとつては、いまさら研修でもないだろう。しかし、大半の開業医は診療所で患者を待つだけの現状ではないか。

日本医師会の反発で「認知症サポート医養成研修」等の受講が条件になったが、受講の確認方法もあいまいなまま見切り発車された。

厚生労働省がこの種の研修まで一律に押しつける必要性はないのかも知れない。その代わり、日本医師会が自主的に「かかりつけ医」にふさわしい知見や技術の取得機会を設け、患者・家族向けに公表・推薦してほしい。

四宮武剛(みやたけ・たけら)

早稲田大学政経学部卒、毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目白大学教授。近著に「介護保険の再出発 医療を変える、福祉も変わる」(保体同人社)。

●後期高齢者医療制度●

修正は可能か、 改造は可能か

世論も与野党もあげて後期高齢者医療制度の改修や白紙撤回を求めつつある。何を、どう修正するか。廃止ならいったいどんな対案があるのか。

激しい反発の主因は何か

当事者の75歳以上を中心に、これほどに強い批判が渦巻くのはなぜか。

新しい制度へ強制的に引越させられた戸惑い、周知不足のうえ大量の保険証が届かない事務的ミスも多発した。年金からの保険料天引きに対する

抵抗、その保険料は従来に比べ高いのか、低いのかも分かりづらい苛立ち、保険料算定のミスまで加わって事態は悪化した。

しかし、根本的には75歳以上が一律に別扱いされることへの反発ではないか。

社会保険は年齢、性別、所得レベル、有病率などの差を超え、できるだけ多くの人々が集まり、支払い能力に応じて負担し、ニーズに応じて給付されるシステムである。この理念と機能から

考え、75歳以上のみで作る新制度は異例の設計であった。

この素案が発表された際、筆者は「75歳以上を巨大な病院船に収容するような制度ではないか」と、批評したのを思い出す。もちろん前例のない制度設計を迫る時代と環境にあることも事実だ。

75歳以上人口は2005年の総人口比9.1%から35年には20.2%へ急増し、その医療費の調達方法は「国民皆保険」を維持するための最難問に違いない。

75歳以上・未滿の統合化

政府・厚労省の「超高齢社会を展望した新たな制度体系」の狙いは、①新制度によって高齢世代と、現役世代の負担を明確化・公平化する、②各保険制度とも都道府県単位を軸に再編・統合を進め保険財政の安定化を図ること。

確かに75歳以上の保険料は1割、各制度からの支援金4割、公費5割の負担割合が確定され、県単位で全市町村参加の広域連合によって運営される。同時に75歳未滿対象に変わった市町村国保には「保険財政共同化安定事業」が

導入され、レセプト一件月額30万円超は県単位でまかなわれる。つまり県内医療費の約40%がカバーされ、事実上の広域連合化への第一歩とも言える。

この流れに沿って先行きのあるべき制度設計を考えてはどうか。

75歳未満も県単位の広域連合に運営を移管し、75歳以上のドッキングを図れないか。その際、市町村ごとに異なる75歳未満の保険料体系も県単位の統一できないか。75歳以上に対する負担割合は財政調整策として残すか、新たに全年齢対象の公費補助や支援金を設けるのか。

難しい作業だが、責任ある保険者を確保し、給付と負担の連動を強めながら75歳以上を別扱いしない地域保険の近未来像が浮かぶ。

高知県による広域化の提案

高齢化や人口減少を背景に市町村国保の運営はますます厳しくなっている。最近、高知県は「国保事業の事務の広域化」を提案した。

現状では①高齢者、低所得者が多く保険財政は脆弱で、財政規模も小さく運営は不安定、②個別の市町村では煩

雑な事務やシステム改修・維持に対応が難しい(要旨)。

このため県内34市町村で構成する広域連合を組織し、資格・給付・保険料賦課などを一元的に共同化する。ただし各市町村の担当職員は広域連合職員と併任させる。

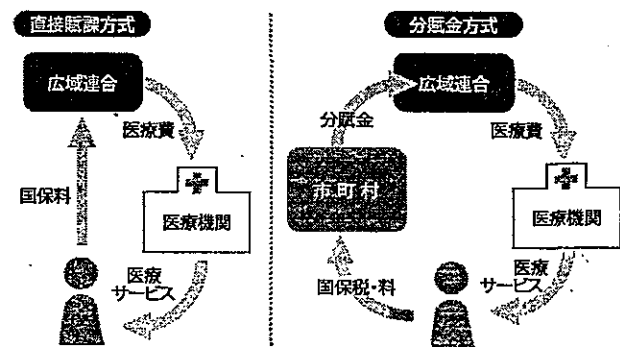
これにより運営基盤の強化・安定や人件費・システム費等のコストを削減できる。さらに最難問である市町村ごとに異なる保険料についても複数案を検討している。

①「直接賦課方式」で全市町村の保険料を統一すると、負担の平準化や財政基盤の安定化を図れるが、広域連合には課税権はなく国保税を国保料に切り換えたり、負担増の市町村が出たりする。

②「分賦金方式」で市町村が独自に国保料・税を定めると、広域連合への分賦金の支払いが義務付けられ納付率は100%になり、各市町村の単独事業や減免も維持できる。しかし、財政基盤の安定化には繋がりにくい(図参照)。

なお、模索の段階ながら県単位で広域連合を目指す意義は大きい。この提案を後期高齢者医療制度も含め近未来

図 保険料の賦課方法 (イメージ図)



「高知県国保広域化勉強会」資料より

の地域保険像を描く契機にしたい。高齢者の怒りを怖れ、わずかな保険料軽減や徴収猶予の延長など小手先の対応では先行きを切り開けない。大事なものは、国民皆保険の基盤である「地域保険」をいかに再生・持続させるか、に焦点を絞ることだ。

□宮武 剛(みやたけ たけし)
早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長。埼玉国
立大学教授を経て、現在、目白大学教授。
近著に「介護保険の再出発 医療を変える。福祉も変わる」保
健同人社。

● 後期高齢者医療制度 ●

よみがえる論争と 仕切りなおし

日本医療機構の世論調査で、反対派は「廃止」(28・5%)と「新制度をつくる」(13・9%)に分かれたが、新制度の中身は不明である。日経調査では「分からない」が2位。具体的な代案がない現状に世論は戸惑っている。

時計の針が十数年戻る

見直し作業は二本立てで進む。舛添要一・厚労相が指示した有識者で構成の「高齢者医療制度に関する検討会」と、自民党の社会保障制度調査会医療委員会である。

筆者も一員の有識者会議は3月17日、「議論の整理」をまとめた。

代表的な主張は、①75歳で区切る現行の独立型を改善しながら維持、②年齢区分をやめて各制度の年齢構成の相違による負担の不均衡を全年齢で財政調整、③国民健康保険を都道府県単位に集約し、75歳以上の後期高齢者医療制度を包含する設計に切り換える(いわゆる「県民国保」構想)。その際、④65歳で区切り、後期高齢者制度と同様の

対象者の大半が猛反発した後期高齢者医療制度が発足して1年、矢継ぎ早の手直しで世論は変化したのか。制度自体の見直し作業はどう進むのか。

昨春の嵐は収まったのか

日本医療政策機構の世論調査では「細かな点を修正し、現行制度の骨格を維持」(40・3%)と「現行制度の維持」(8・5%)で、賛成派がほぼ半数を占めた(有効回答1016人)。

日経新聞の意識調査では、「廃止」(32%)、「分からない」(29・4%)、「現行

制度の存続」(20%)、「見直して存続」(17・3%)の順だった(有効回答、1407人)。

厚労省幹部は「一定の理解を得られつつある」と、一息つくのだが、「休火山」に過ぎない、との見方もある。

1人当たり年額の保険料は全国平均7・2万円から特別対策で約6・5万円に値引きされ、国民年金79万円の単身者は同6200円、厚生年金201万円の平均的な受給者でも同5万1600円。デリスカウントが反発を和らげたのか。ただし、軽減策は基本的に期限限定のほすで、先行きはどうするのか。

財政調整を行なう、あるいは⑤65歳以上に対する支援額は、国保と被用者保険との間で加入者数によって均等に分け、各被用者保険制度側では保険者の財政力に従う応能負担でまかなう。

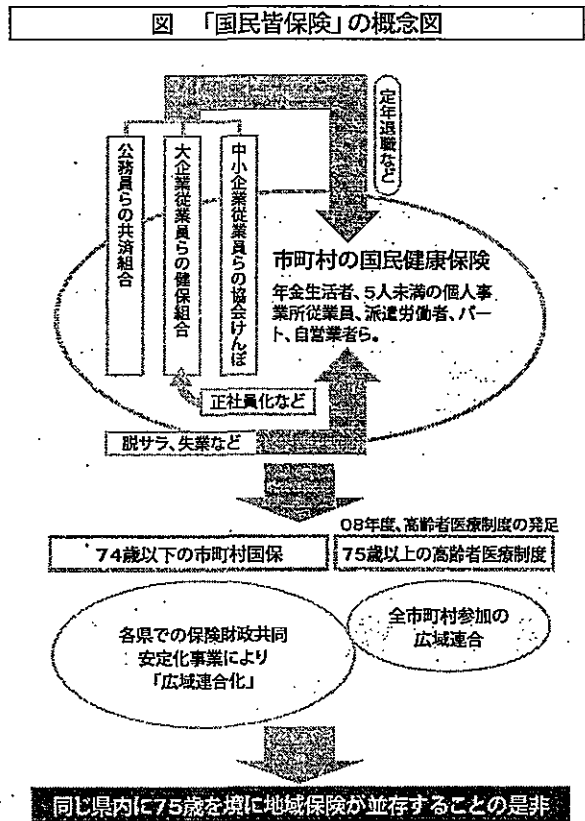
10数年前の論議に似て意見は複雑に分かれ、各案ともに長所と短所を抱え、関係団体の利害も錯綜する。

地域保険の再構築を最大の課題に

当然ながら「皆保険体制」を守り、育てることに異論はなかった。その体制は、市町村国保という大地状に広がる基盤なしには成立しえない。被用者保険は大地に林立するビルのような存在で、急速な高齢化が、このビル群から大量の定年退職者を送り出し、さらに深刻な不況が失業者らを追い出す(図参照)。

収入は乏しく、支出はかさみ、小集団の多い市町村国保をいかに補強するか。その一案として筆者らは都道府県単位への再編成を提案した。保険者が県単位になれば、県単位に創設された後期高齢者制度と75歳以上を別扱いし

図 「国民皆保険」の概念図



ないで済む。もちろん有識者の検討会でも、住民に身近な市町村が医療に責任を持つべきである、との主張も根強くあった。

しかし、十数年前と違うのは、高知県や京都府から国保の県単位化を模索する提案が出始めたことだ。全国市長会、町村長会も目標は全制度の一元化ながら、その1歩として国保の県単位化を目指す。今後も急速な少子高齢化が、この動きを加速するに違いない。

自民党の医療委員会は、4月上旬にも方向性を示し、選挙向けマニフェストに盛り込むようだ。具体的な見直し案は9月を目途にまとめる、という。総選挙後の政権がどう変わっても、地域保険のあり方が問われることに変わりはない。

▽宮武 剛(みやたけ ことし)

早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目白大学教授。近著に『介護保険の再出発 医療を変える・福祉も変わる』(保健同人社)。