

「後期高齢者医療制度」開始：

この春、高齢者の生活を「直撃」した課題

調査研究第二部 上田 晶子

はじめに

昨年暮れからこの春にかけて、2つの封書が全国各地の高齢者等に届けられた。ひとつは社会保険庁からの「ねんきん特別便」、もうひとつは市区町村から、おもに75歳以上の高齢者である住民を対象に送られた「後期高齢者医療被保険者証」である。

前者については、約5,000万件の「宙に浮いた」あるいは「消えた」公的年金記録の問題が発端となっていること、また後者については、本年4月からの「後期高齢者医療制度」開始にともなう事務、であることはいうまでもない。

各種報道は連日のように、社会保険事務所の窓口で、自身の年金加入記録を確認する人々が殺到する様子を伝えた。また「後期高齢者医療制度」に対しては、75歳という年齢で区切り「後期高齢者」という呼称をつけられたこと、事前の周知・説明不足による混乱、保険料の徴収方法が年金からの天引きである、という主に3点において、当事者である多くの高齢者たちが「高齢者いじめの発想」と憤りの発言を行った。

本来であれば、これらは個別に議論すべきである。しかし、くしくも同時期に起こった課題に対し、「年金記録のずさんな管理を棚にあげて、天引きはしっかり行うのか」という、1セットでとらえたくもなる国民感情を無視することは出来ない。

本誌『共済総研レポート』では、本年2月発行の第95号において、「「後期高齢者医療制度」のポイントと課題」として、制度の概要等に関する報告を行った。

本稿ではその後の動向として、「後期高齢者医療制度」新設に伴い、2008年度の診療報酬改定に反映された内容、そして4月以降の動きを整理したうえで、今後の高齢者の医療費負担のあり方、支援のしかたについて言及したい。

1. 「後期高齢者医療制度」による

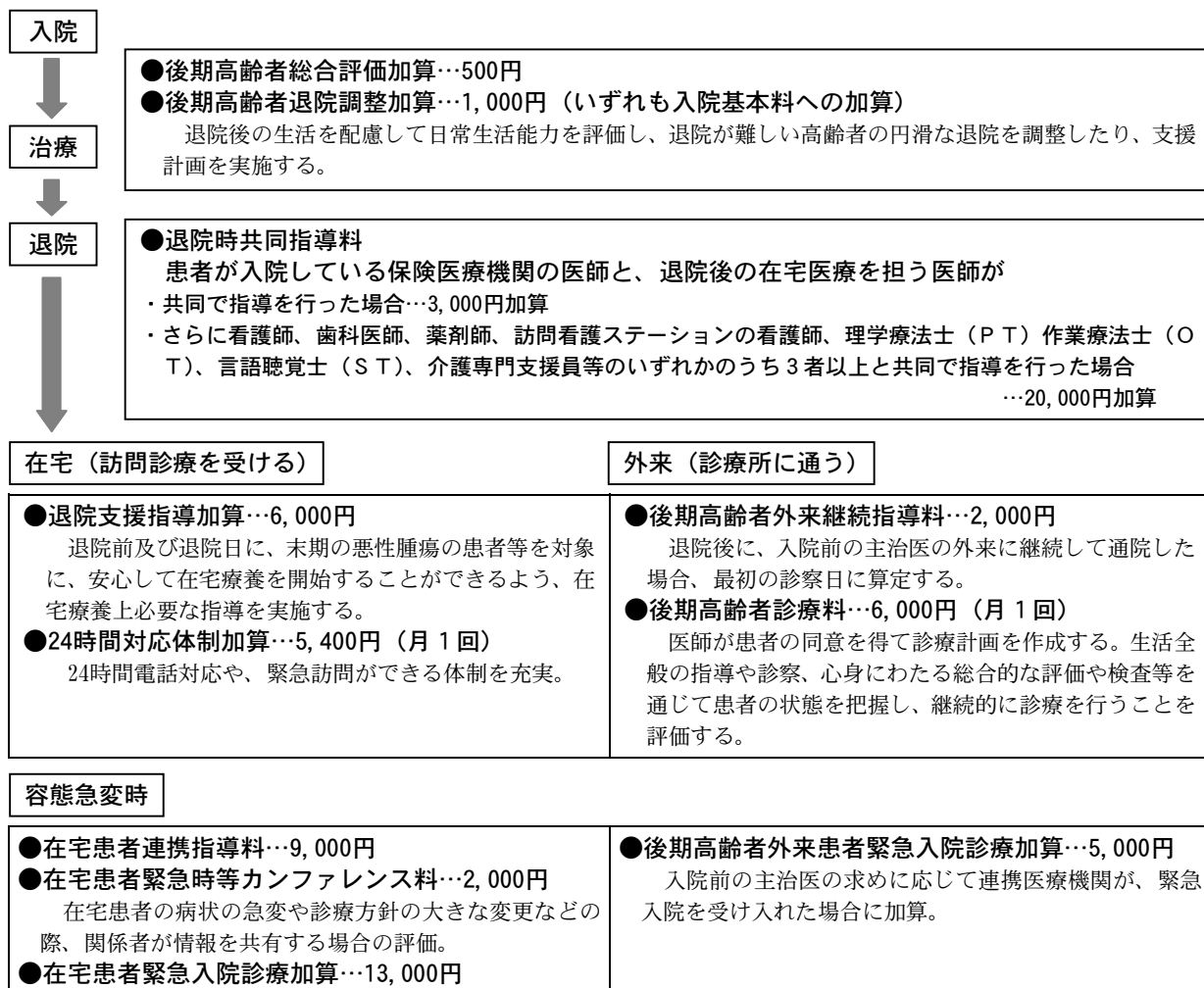
新たな診療報酬体系

2月13日、2008年度の診療報酬改定の内容が決定した。

16ページに、75歳以上の高齢者が医療を受けたときに発生する診療報酬で、今回新設された主なものを示した。高血圧、糖尿病などの慢性疾患や、認知症といった複数の病気を抱えることが多く、かつ疾患ごとに別々の医療機関にかかる傾向があるとされる高齢者に対し、情報を集約できるかかりつけの医師を決め、診察のほかに生活支援等も行い、病院中心の医療から在宅での療養に転換させよう、という方向性がそこには読み取れる。

以下にそのなかでも特徴的なものとして、「後期高齢者診療料」と「後期高齢者終末期相談支援料」について述べる。

「後期高齢者」にかかる新たな診療報酬（患者の自己負担はこのうち 1 割、ないしは 3 割となる）



※後期高齢者が多く生活する施設（有料老人ホーム等）入居者に対する、新たな枠組みを創設。

（●在宅患者訪問診療料 2 …2,000円、●特定施設入居時等医学総管理料…30,000円／15,000円 等）

服薬支援

- （1）医師及び薬剤師は「お薬手帳」を活用して、患者の服薬状況及び薬剤服用歴等を確認し、後期高齢者の重複投薬等を防止する。
- （2）服用する薬剤が多く、飲み忘れの多い患者等のために、調剤した薬の一包化の対象を拡大し、患者が持参した薬剤の薬局での整理・服薬支援を新たに評価する。
（●外来服薬支援料…1,850円）
- （3）患者が後発医薬品（ジェネリック）を入手しやすくするよう、積極的に調剤する薬局に対する加算を行う。
（●後発医薬品調剤体制加算…40円）

終末期医療に対する支援

医師が、一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みが難しいと判断した場合、患者の同意のもとで医師や看護師等が共同し、患者やその家族等とともに終末期における治療方針等について話し合い、その内容を文書などにまとめて提供した場合、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

（●後期高齢者終末期相談支援料…2,000円 等）

(1)「後期高齢者診療料」

患者となる高齢者自身がかかりつけの医師を指定し、当該医師が外来から入院、在宅診療まで総合的かつ継続的に病状を管理することで、高齢者の医療の質の向上と効率化を図ることを目的に新設された報酬である。患者は、当該医師による指導・検査・画像診断料等の費用として、主病と認められる慢性疾患の治療を行う1医療機関に対し、月1回の定額制で6,000円(自己負担1割の場合は600円)を支払う。

患者にとっては、これまで複数の医療機関を受診していたことによって起こりうる、同じ検査を何度も受けたり、薬剤を重複して処方されたりするような事態が避けられる、といった利点がある。

しかし、その反面で課題もある。高齢者を診察する医師には、高齢者の心身の特性等に関する講義や、診療計画の策定や高齢者の機能評価の方法に関する研修の受講が義務づけられている。このため、過疎地など恒常的に医師が不足している医療機関での日常業務に支障をきたす恐れがある。

また、1医療機関のみへの支払いという「しぼり」に関して、例えば認知症も患っている場合などは患者自身に確認を取ることが難しく、複数の医療機関で「後期高齢者診療料」が算定されてしまうことも、現実問題としては懸念されよう。

今回、高齢者を診るかかりつけの医師は「高齢者担当医」としての位置付けが与えられたが、「地域によっては必要な治療が制限される」などの声があがっている。医師の側から

も、反対や導入見送りの表明が見られる。

(2)「後期高齢者終末期相談支援料」

患者と家族が、医療従事者と終末期における診療方針等についての話し合いを行い、結果にもとづいて、その内容を文書にした場合、1回に限り算定する「後期高齢者終末期相談支援料」として、2,000円が支払われる仕組みが新設された(患者の自己負担1割の場合は200円)。これにより後期高齢者に限り「リビング・ウィル」(注1)を行うことが報酬の対象となった。

ただしその算定については、①終末期における診療方針について十分に話し合い、文書(電子媒体含む)または映像により記録した媒体にまとめて提供すること ②入院中の患者は、連続して1時間以上にわたり話し合いを行ったうえで、患者の十分な同意を得ること ③入院患者は退院時または死亡時、在宅・外来患者は死亡時のみで、患者の意思に変更があった際の文書などの作成に関する費用は対象外、といった要件がある。また、患者の意思決定に際しては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省・2007年5月)や「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会・2007年8月)を参考とすることも示された。

「後期高齢者終末期相談支援料」の新設は、患者個人の事情を尊重し、医師と看護師などがチームとなって、看取りまでを視野に入れたケアを行おうという姿勢を国が示したことを意味する。しかし、終末期医療に取り組む医療機関は未だ限られているばかりか、この

問題に関する議論が尽くされていない。このような現状で、果たして患者や家族は、医師等に対し必要十分な意思表示ができるのか――。

ゆえにこれは医師が患者に「延命治療」を拒否することを薦めて利益を得る「姥捨て報酬」ではないか、と受け止められ、「後期高齢者医療制度」そのものに対する反発の一因となった。

他に「終末期医療」に関しては、在宅で終末期を過ごすうえで起こる様々な不安や病状の急激な変化等に対し、訪問看護による細やかな対応ができるよう、体制の充実を図ってゆくことが、診療報酬上に反映された^(注2)。

2. 4月からの動き：「後期高齢者医療制度」

は「見直し」か「廃止」か？

大混乱のなかで、「後期高齢者医療制度」がスタートした。約6万件にのぼる保険証が被保険者本人に届かないなどのトラブル、制度の「わかりにくさ」や「年金からの天引き」に対する疑問から、市区町村、運営主体（都道府県後期高齢者医療広域連合）、厚生労働省には問い合わせが相次いだ。

政府は制度開始早々に「長寿医療制度」という通称を用い、「長年、社会に貢献してこられた方々の医療費をみんなで支える、長寿を国民皆が喜ぶことができる仕組み」であることを強調し、高齢者は、これまでどおりの医療が受けられること、医療へのフリーアクセスを阻害しているわけではないことなどのPRにつとめた。

しかし「後期高齢者医療制度」への反発は

政局にも波及した。4月27日に行われた衆議院山口2区の補欠選挙では、制度を争点とした民主党公認候補が自民党公認候補を大差で破って当選した。この結果を受け、自民・公明の与党は、制度の見直しを余儀なくされた。

5月には低所得者層に対する保険料軽減措置を検討、また「後期高齢者終末期相談支料」を一時凍結する方向で、6月13日までに改善策を講じる方針を示した。

民主・共産・社民・国民新の野党4党は制度廃止を求める法案を参議院に提出した。具体的には、①後期高齢者医療制度を2009年4月1日に廃止し、老人保健制度に戻す、②保険料の年金からの天引きは今年9月末までに停止する、ことを求めている。

3. 将来を見据えた、高齢者医療費負担についての徹底的な議論を！

そもそも「後期高齢者医療制度」は、人口の少子・高齢化が加速するなかで、増大し続ける高齢者医療費の負担のあり方を考え直すべく、検討されてきた経緯がある。

話は「福祉元年」、「老人医療費の無料化」を実施した1973（昭和48）年まで遡る。高齢者が窓口負担なく医療を受けられるようになったために「待合室のサロン化」などの現象が問題視された。そこで多くの高齢者が該当する国民健康保険の財源を如何に守るかが課題となり、考え出されたのが、高齢者のために国保とは別建ての保険を創設することであった。

本年4月からの動きのなかでは、必ずしも制度の根本的な部分、すなわち誰が、どのよ

うに医療費を負担するのか、その財源をどこに求めるのか、といった議論が具体的に行われたとはいえない（あるいは半ば「感情的な」声にかき消された）のが実情である。本制度の原点である、2006年6月に可決された「医療改革関連法」においても、議論不足が否めなかった側面がある。

少子・高齢化はあくまで問題の背景であって、問題そのものではない。今回の出来事は、少子・高齢化に対応して社会のシステムが変わっていかなかったからこそ、今の状態があるということについて、我々に改めて明確なシグナルを送ってきたといえる。

社会保障の原点は、国民生活における致命的な状況を、国民全体でカバーしようとするものであるはずだ。今こそ、高齢者の今日の生活を守りつつ、国民福祉の水準、経済の効率性、所得再分配の世代間の公平性等について新たな均衡点を探るべく、将来を見据えた徹底的な議論を行ってゆく必要があるだろう。

（注1）自身が痛みを伴う末期状態の患者になって終末期医療を受けるに際し、心肺蘇生や延命措置などを行うかどうかの希望について、生前に書面によって意思表示を行うこと。

（注2）「訪問看護ターミナルケア療養費」が12,000円／15,000円→20,000円に、「在宅訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算」が12,000円／15,000円→20,000円に引き上げられた。これらは75歳未満の患者にも適用される。