

第 13 回朝食会ご報告



去る 11 月 8 日、第 13 回朝食会を開催いたしました。今回は、学習院大学経済学部教授の遠藤久夫先生に「後期高齢者医療のあり方を考える」というテーマでご講演頂きました。多数の皆様にご参加頂きまして、誠にありがとうございました。

<当機構副代表理事 近藤挨拶>

本日は中医協の委員もやっていらっしゃる学習院大学の遠藤先生にお忙しい中お越しいただきました。後期高齢者医療という、昨今の医療制度改革の中でも色々な議論がなされている重要な領域の中で、我々に公開できる部分をお話しして頂ければと思います。

<遠藤先生講演要旨>

「後期高齢者医療のあり方を考える」

本日は、まだ現在進行形で構築されつつある後期高齢者医療制度についてお話しします。医療の技術進歩は高齢化を促進させ、医療需要の大きい高齢者の増加は国民医療費を増加させています。その結果、現役世代の医療費負担が増加しつつあり、これが医療保険制度の持続可能性を考える上で大きな課題となっています。後期高齢者医療制度は、高齢者にふさわしい医療を提供するという目的で構築されましたが、高齢者の医療費の増加を少しでも抑制したいということも重要な目的です。この制度の構築プロセスは大きく二段階に分かれます。第一は後期高齢者の独立保険を作ったことです。これは平成 18 年に保険の仕組みが出来上がりました。第二は平成 20 年度に出来上がる予定の後期高齢者を対象とした診療報酬制度の設計です。

まず独立保険の仕組みについてですが、後期高齢者は従来、受診者そのものの数が多いため若い世代と比べて 5 倍弱の医療費がかかります。そのため、高齢者の比率の高い保険集団は比率の低い保険集団より医療費がかかります。これに対して、これまでは高齢者比率の低い保険者から高い保険者に対して拠出金を出させるという形の財政調整を行ってき

ました。しかし、高齢者の数が増加するにつれて拠出金を出す方の保険者から不満が続出し、この財政調整の方法の継続が困難になりました。そのため後期高齢者だけの独立した保険制度ができたわけです。新制度の下では高齢者自身が保険料として医療費の一割を払い、更には、従来は市町村レベルの小さな保険集団だったのを全市町村が加入する広域連合を都道府県主導で作し、そこを保険者として運営させることにしました。そして、医療費の半分を税金で賄う形とし、足りない財源は若人がたくさん入っているその他の保険者から支援金という形で補ってもらう形になっています。

今述べたのは 75 歳以上を対象とする保険制度ですが、議論の当初は対象を 65 歳以上にするべきという議論もありました。ただ、認知症が増えたり、外来に比べて入院の方が多くなったり、働いている人が殆どいなくなったりと、75 歳以上と 65 歳以上とは大きく違う部分があるので、厚労省は 75 歳以上を対象とするのが適切だとしました。勿論、別の背景もあったのだと私は思います。国民医療費に占める高齢者の医療費割合を考えると、75 歳以上だと 28.1%ですが、それを 65 歳以上にすると 51%となり、国民医療費の半分以上を超えてしまいます。その膨大な医療費の半分を税金ではとても賄いきれないというのも背景にあったのでしょう。

これが後期高齢者医療制度の基本的な枠組みですが、高齢者が医療費の 1 割を保険料で負担することや保険者が広域連合をつくるという点は新味があるものの、医療費の半分を税金で賄い残りを他の各医療保険から支援金という名で支援してもらおうという仕組みは従来の老人保健制度とあまり違っていません。高齢者だけの医療保険制度を作るだけでは改革として道半ばです。そこで、第二段階として、高齢者にふさわしい医療を医療費の増加を抑制しつつ達成するための後期高齢者を対象とした独自の診療報酬体系を構築することが必要とされ、この議論が平成 18 年、19 年に行われました。もちろん、診療報酬だけで解決できる問題ではありませんが、診療報酬が医療機関の行動や医療の質に及ぼす影響は大きいので、目的の達成に効果的な政策手段であることは否定できません。そのため、診療報酬体系をどうするかについて議論するために社会保障審議会の中に後期高齢者医療のあり方に関する特別部会を設け、そこで診療報酬のあり方について議論し、基本方針を作りました。現在はそれを中医協で審議をしているところですが、20 年の診療報酬改定の中に一部盛り込むこととなります。

このように、後期高齢者に適した医療を行いながら医療費の上昇を抑えるという難しいパズルを解かなければなりません。その中で大きな流れは「脱病院化」ともいえるものです。社会的入院の解消に医療ニーズの低い入院患者さんなるべく在宅医療、介護施設での療養を選択するようという試みは今までもありましたが、なかなか実効が伴わなかったため、これを機会にもう一步進めるとするのが国の方針です。そのためには、外来・入院・在宅のそれぞれについて新たな取り組みが求められます。

外来医療では主治医の機能の強化がポイントです。総合的な診療が可能な主治医がいれば、ドクターズショッピングのような状態を改善できますし、患者にとっても何でも相談

できるかかりつけ医がいるのは心強いことです。もちろん、どういう資格・能力がある人を主治医にするのか、総合的に診られる医師がどれほどいるのか、主治医の機能をどのように考えるかなど検討すべき課題は多いのですが。

入院医療については退院後の生活まで見通した計画的な医療を求めています。在宅・介護施設に移るとき移行がスムーズにいくように、カンファレンスを退院時に行うことも誘導します。

在宅医療については平成 18 年度に在宅療養支援診療所のシステムをつくり、在宅医療の点数が高くなるように設定しました。まだその実態を把握できるだけの適切なデータが出ていませんが、今後は拡大していくと考えられます。在宅医療は在宅介護がしっかりしていなければ実現が難しい。いわば在宅医療は介護保険制度の上に乗っかっているようなものなので、介護制度がどれほど充実しているかが重要なポイントです。また介護サービス・医療提供・訪問看護のバランスをうまくとる必要があるので、在宅医療についても医療者や介護者のカンファレンスが積極的に行われるように経済誘導することが考えられています。

以上のような話はあくまで従来から取り組まれてきたことの延長であり、20 年改定の段階ではまだそんなにドラスティックなことは盛り込まれないと思います。今後状況を見ながら、逐次的に高齢者医療制度の改革が進められていくと考えます。また、医療連携のような話は何も後期高齢者に限らず今までずっと考えられてきた議題です。ですから、まずは後期高齢者で進めてうまくいくようであれば、それを 75 歳以外にも拡大しようという考えを国はもっています。

<質疑応答>

Q: 在宅医療に注力していますが、その主体は開業医になると予想されます。今でも開業医の往診は昔に比べて減っているのに、これ以上対応する余裕はあるのでしょうか。どれくらいの高齢者を開業医が今後在宅で見る必要があるか想定はされていますか。

A: 少なくとも私はそのような想定 of 公式発表を聞いたことはありません。ただ、開業医が在宅医療に積極的に取り組むような報酬制度の構築が行われています。また、医療ニーズが必ずしも高くない患者さんが在宅医療を選択することになると思いますので、よほど重症でない限りは、訪問看護や訪問介護が重要なポジションを占めると思います。ですから開業医がどれほど在宅医療を行うかということは重要な課題ではありますが、むしろ介護保険財政も厳しい中、介護サービスの充実がどの程度になるかということがネックになるのではないかと思います。

Q: 医療費を抑制するという前提での話ですが、理想的な医療を実施するには対 GDP 費でどれくらい医療費が必要となるのでしょうか。

A: 適正な国民医療費の対 GDP 比はいくらか、ということについては、いろいろな考えが

あり一概には言えませんが、医療技術の進歩とわが国の高齢化を考えると、OECD 主要国の中で最下位という現状の値は少なすぎです。絶対に増やすべきでしょう。また、財政上の問題との絡みで言うと、財務省や経済界においては国民医療費と公的医療保障の額は乖離して良い、即ち患者自己負担を増やすべきという考えが出てきています。しかしこれは患者の所得格差、地域間の医療提供体制の格差などが増えている現状とは逆行しているため、国民の同意を得るのは難しいでしょう。かといって、増税案にも反対があります。結局どちらをとるにせよ必ず痛みを伴いますから、国民の選択にかかっているでしょう。

Q: 在宅医療を進めるにしても、例えばガン末期の患者を開業医が診ることは可能なのでしょうか。もし専門医に送ることになるならば、どれくらいの専門医が必要となるかについて推定はありますか。

A: 我々が担当しているのはお金の問題なので、必要となる専門医の数といったことまでは把握できていません。もちろん、ガン末期の患者を在宅で診るには、専門性の高い緩和ケアなどの問題がありますので、それにすべての開業医が適切に対応するのは難しいかもしれません。病院の専門の緩和ケアのスタッフが在宅医療を行うことも考えられています。また、在宅医療については、軽症で診療が簡単な患者だけたくさん見て、そうでない患者さんは在宅医療してくれる医師がいない、あるいは在宅患者がすこしでも増悪したらすぐ病院に送るといったことが起こることは予想されます。そのようなことがないよう、難しい患者を含めて在宅医療を積極的に行う医師に対しては高い評価をするなど、診療報酬をうまく設定しなければなりません。

Q: 高齢者にかかる医療費の抑制という話で言えば、若い世代の間にどれだけ健康に気を付けて、たばこや肥満を避けていたかも重要だと思いますが、これら予防医学についてはどのようにお考えですか。

A: メタボリックシンドローム対策はかなり大々的に行われていますし、たばこについてもニコチンからの離脱が保険対象にされました。従来から予防は偶発的な保険事故ではないので、医療保険には入れないという原則がありました。このように最近では徐々に予防も入ってきています。ただ、嗜好品を公的な医療保険の対象にすることについては反対もありました。禁煙の治療がどれほどの効果を上げているかについて、中医協で検証を行いました。その結果は先行している英国での治療成績と比較しても遜色の無いものでした。

Q: 健常人と患者には大きな差がありますが、それは非高齢者でも高齢者でも同じです。非高齢者でもドクターショッピングをすることはあるし、在宅医療を受ける人もいます。そう考えたとき、本当に後期高齢者だけを別扱いする必要があるのでしょうか？

A: その議論は後期高齢者医療制度が審議された過程で、当然議論されました。人間の老化

というのは連続的なものなのに、なぜ 75 歳で区切るのかという疑問は確かに残ります。しかし、平均的に見て後期高齢者の患者像、生活者像はやはり他の世代とは違います。認知症の発症など疾患構造の特徴、入院の増加、所得水準の低下などで後期高齢者はやはり特徴があります。そのため、年齢層でわけてその年齢層にあった医療システムを作るのは、意味があることだと考えています。もちろん、後期高齢者でうまくいった改革が他の世代にも適用可能なら積極的に適用していくべきでしょう。

<当機構代表理事 黒川挨拶>

誰もが経験したことのない世界に我々は突入している。世界で一番の高齢社会になった日本だが、世界全体が同じような問題を抱えている。都会化・核家族化・女性の社会進出がそろった国では必ず出生率は減るので、今後ますます多くの国が日本と同じ道を進むだろう。2 世代以上で一緒に暮らした経験・2 人以上の兄弟を持つ経験・親族の死に目を見る経験が全くない世代に突入していくことが、我々の抱える大きな社会的問題である。

このような社会問題に立ち向かう際、そもそも政策のチョイスが役所からしか出てこないのが馬鹿げている。シビルソサエティーの意識の下、政策提言のプロセスを広いベースで共有していくことが我々の目標である。世界二番目の経済大国である日本がアイソレートし、豊かで孤独な島日本になるのを防ぐために、皆が大きな問題を感じ長期的なビジョンをもって、一つ一つの課題に取り組んでいく必要がある。若い世代にどんな日本を残すかは我々の世代の責任なので、対話を広げながら、一人ひとりが主体的に取り組んでいくのが大事だろう。