

後期高齢者医療制度

ここが問題だ！

梅村聡十長尾和弘

参議院議員

長尾クリニック院長(兵庫県尼崎市)

後期高齢者医療制度とは

・梅村 これまで高齢者の方には、老人保健法の老人保険制度の枠組みで医療が提供されてきましたが、この四月一日から「高齢者の医療の確保に関する法律」(以下、高齢者医療法)に衣替えし、この新しい法律にのっとって幾多の批判をよそに後期高齢者医療制度が始まりました。

この制度の大きな特徴の一つが、様々な保険を統合して、七五歳という年齢で切り離した新しい独立した一つの保険制度をつくった点です。

運営は、高齢者と現役世代の負担割合

を明確にするということで、給付の五割が公費、四割が現役世代の負担、一割が七五歳以上の保険料という負担割合が設定されています。

ここまでは、政府の説明と同じです。しかし、年間三三兆円にものぼる医療費の三分の一を、人口構成比で一割の七五歳以上の高齢者が利用している。医療費を抑えるために、その七五歳以上の部分を抑制したいというのが政府の本音です。それは高齢者医療法の目的に「医療費の適正化」と書かれているのを見れば明らかです。

政府は高齢者にいい制度だと喧伝していますが、現実には、高齢者の保険料は

二年ごとに見直されることになっており、その度に保険料は上がっていきます。いずれにせよ、この世界的にも類を見ない制度は、日本と同じく高齢化社会となった各国からの注目を集めていることも確かです。

私は国会という場で、この制度をこのままにしておくことは出来ないと思っっているわけですが、実際に医療現場にいらつしやる長尾先生の周囲で、患者さんなどは今回の制度をどのように見ておられますか。

・長尾 まず私は一一年間の勤務医を経て、現在のクリニックを兵庫県尼崎市に開業してから一三年になります。尼崎市は年金生活者や低所得者が比較的多い自治体です。年金の最低受給額四万八千円で暮らしている人も少なくありません。それだけに、まずは巷で言われているように保険料の年金からの天引きに対する反響が非常に大きいと感じています。

実際に、保険料などを天引きされた後、手取りが二万、三万円代になる方だっ



ながお・かずひろ 一九五八年香川県生まれ。一九八四年東京医科大学卒業。大阪大学病院、市立芦屋病院勤務を経て、一九九五年尼崎市にて長尾クリニック（内科）を開業。医学博士。前尼崎市内科医会会長、前兵庫県内科医会理事など歴任。著書に「可医者冥利」（新風社、二〇〇四年）など。

いらつしやいます。生活費が足りなくなれば、貯金を取り崩さざるをえない。これではやっていられないと、七五歳以上の高齢者が怒りの声をあげるのは当然です。

私のクリニックでも、いきなり制度が変わって、窓口で新しい保険証の確認ができないなど現場は大混乱です。どこの

医院でも徹夜、徹夜。連休返上で診療報酬請求（レセプト）作業などをやっているから、現場事務の疲労、疲弊にはすごいものがある。政府の準備不足のツケを払わされている医療現場は、どこも非常に困っていると思います。

医療から排除される高齢者

・梅村 マスコミではネーミングが悪いといった批判もありますが、確かにおっしゃるとおりで、説明不足も含めた杜撰な準備が大きな問題ですね。

高齢者医療法は、小泉内閣のもと、二年前の通常国会で強行採決されました。この段階で、ほとんどの国民はどういう

制度か知らなかった。しかも、国は臭いものに蓋という感じで説明をきちんとしてこなかったわけです。基本的な説明がなければ、高齢者が議論に加わることすらできません。去年の秋から地元の大府民の方から、新しい制度の説明会を開いて欲しいという要望が相次ぎ、その

際に、厚労省と話をした時に、高齢者の方にきちんと説明をしたのかと尋ねると、「予算に制限があるのでポスターやパンフレットを十分にはつくれなかった」と。さらに高齢者の方がそれで納得しているかと聞いたら、厚労省は「三月には新しい保険証が届くので、高齢者もわかるはずです」というわけです。このやりとりで、国の不誠実さを強く感じました。

さらに、最近一〇年間で医療を受ける際の本人負担割合も上がってきており、低所得の高齢者が受診抑制をしています。国にとって受診抑制は歓迎すべきことでしょうか、医療を必要としている高齢者が医療から排除されるというのは何のための制度変更かわかりません。

・長尾 現役世代でも本人負担が三割になった段階で受診抑制が起きていますから、保険料プラス自己負担の増加があれば、七五歳以上の高齢者でも確実に起きるでしょう。実際、初期の軽い風邪にかかった高齢者が、医療費が高いからと病院にいかず、肺炎になるまで我慢してい

るというケースすらあります。

・梅村 肺炎も早い段階であれば外来一回で完治するのに、受診抑制で悪化させてしまうと、余計に医療費がかかるといふ結果になりかねません。それでは、何のための政策なのかかわからない。人びとの医療行動を考えた制度を現場は望んでいらつしやるはずですよ。

うめむら・さとし

一九七五年大阪府生まれ。二〇〇一年大阪大学医学部医学科卒業。医師国家試験に合格後、箕面市立病院、大阪大学医学部附属病院勤務を経て、二〇〇七年第二回参議院大阪選挙区選挙に民主党より出馬し当選。現在一期目。民主党大阪府連副代表、民主党大阪府参議院選挙区第二総支部長を務める。



・長尾 本当にそのとおりです。年金のもらえない高齢者には保険料を納めるようにと振込書が送られてきますが、払えるはずがない。すると、そうした人は医療を受けられなくなってしまう。このままでは低所得の高齢者が医療から見捨てられてしまうと強い危惧を抱えています。

値上がりが前提の保険料

・梅村 今回の制度では、保険者が市町村から県単位の広域連合になりましたね。これまで市町村国保の人は公費を使った減免措置がありました。ところが広域連合には自主財源がないので、保険料がダイレクトに反映されます。

当初の国の説明では、低額所得者は負担が低くなり、高額所得者は負担が増えると言われていましたが、例えば東京二三区では自治体の補助がなくなつたために、実際は逆の現象が起きていますね。
・長尾 確かに、国の説明とは異なり、

昨今の報道にあるように負担増の人が多くなっています。それに保険料の都道府県格差も発生していますし、保険料の値上がりがどうなるのかも心配です。

・梅村 厚労省も保険料の値上がりは認めていて、導入時に六・一十円の年間平均保険料が二〇一五年には八・五万円になるといふ試算をしていましたが、実際の導入時の年間平均保険料は七・二万円でした。七年後の保険料がどこまで高くなっているのか。

保険料は二年ごとに見直しされ、若年人口の減少割合に比例して減少した割合の半分を高齢者の保険料負担割合に反映することになっていますから、かなりの保険料の値上げを覚悟しなくてはならないでしょう。

国はやたらと現役世代と国庫と高齢者の負担の割合だけを強調していますから、保険料は一定なんだと誤解しかねない。現に私の地元でもこの程度の保険料ならなんとかなりそうだという方も少なくありません。新たな制度は保険料が値



上がりする仕組みになっていくわけですから、ここでも国の誠実な説明が欠けていると思います。

患者争奪で崩壊する地域医療

・長尾 新たな制度に伴って「かかりつけ主治医制度」と「後期高齢者医療診療料」という仕組みが関係者の同意のないまま導入されました。これは患者が自らの主病を診てもらおう主治医を一人だけ決めて、その主治医に対して従来の出来高制ではなく、包括払いで月額六千円が支払われるというものです。

この主治医になれるのは原則として開業医ですが、一人の患者は一人の主治医しか選べません。そうなると多くの患者の主治医になれる開業医とそうでない開業医がでてくるので、開業医間の格差が生まれてしまいます。日本の医療は自由に好きな医者に診てもらおうフリーアクセスという長所があったわけですが、主治医制度によってこれが阻害されることに

なるのは明白です。

また患者の病状が悪化して新たな治療を行っても、主治医は月額六千円以上の報酬すなわち特定疾患管理料を受け取る事ができません。

さらにはAという医療機関が主治医となっても、Bという医療機関を訪れた患者がそのことを話さなければ、主治医が決まっているのかどうかわかりません。つまり、医師が、通常の診察前に「あなたの主治医は誰ですか」という素行調査から始めないといけないという極めて面倒な制度です。

これまでは内科や外科、眼科などの専門開業医が地域で医療機関の連携があったわけですが、この新制度で主治医の座をめぐっての患者争奪戦が起きることは明白です。そうした混乱が地域医療の崩壊につながりかねません。

こうした理由で、この制度を拒否する運動が全国の医師会で広がっていますから、制度ができては機能していないという現状です。

・梅村 厚労省は、複数の疾患をもって
いるという後期高齢者の特性を踏まえ、
主治医制を導入する必要があると説明し
ています。にもかかわらず主病を一つに
決めて、主治医を一人決めなさいとい
うのは矛盾していますね。どれが主病か
なって決められませんよ。

高齢者の方がきめ細かいフォローが必
要ですから、継続管理の困難は高齢者
の方が圧倒的に高くなります。仮に病気が
重なって治療が必要になっても、主治医
は月額六千円以上もええいわけです
から、医療費が六千円を超えそうな高
齢の患者さんに対しては「出来高制で
他の医院で診てもらって」となります。

では何のための制度かわからなくなっ
てしまいませんか。

・長尾 フリーアクセスのせいで、患者
が医者を渡り歩くという問題意識も政策
立案者にあつたかどうかわかりませんが、
少なくとも三年程度の準備期間が必要だ
つたはずですよ。

患者にも納得してもらう必要がありま
すし、医者もいきなり総合医になれと言
われても二日間の講習を受けるぐらいで
は到底無理です。総合医主体の制度にす
るのであれば、医学教育の改革が必要で
しょう。いずれにせよ、今回の制度は時
期尚早、準備不足は否めません。

あるべき医療制度改革

・長尾 民主党は、今の通常国会で、高
齢者医療法を廃案にする法案を提出す
ると聞きました。

・梅村 民主党を含む野党四党の共同提
案でこの制度を廃止にしようということ
ですが、それだけでは問題の解決にはな
りません。今回の制度を白紙に戻したと
して、ではどういう保険制度をつくって
いくのか。この点を、しっかりと議論し
ていく必要があると思います。

今回の制度は、好意的に見れば、今の
医療費、今の制度、今の負担割合を残し

都市問題研究

特集●自治体における公務員制度のあり方

自治体における人事制度改革と人材育成の視点：坂本勝／自治体におけるマネジメント
を考へる：田尾雅夫／地方自治体における人材育成の課題：辻隆夫／地域経営時代の「
人材を探る」：「地域経営時代のコア人材実態調査報告書」より：田中康人／地方分権
と地方公務員制度：稲継裕昭／自立を求められる地方公務員給与政策：西村美香／地方
公務員と労働基本権：川田琢之／大阪市の人材育成の取組み：藤井清美

都市問題研究会

大阪府大阪市北区中之島1-3-20 (H.A.N.C.O. BLDG.) TEL:06-6208-7452

2000年6月号
第93巻第9号 ● 定価495円

た上での苦肉の策だったと言えるかも知れません。ただ、高齢者の保険料の伸び率も含めて、この制度で十年、二十年とやっていけるのかという議論を飛ばして、ただただ七五歳以上の医療費を抑えるという目先にとらわれすぎていると思います。だからこそ、すべてが突拍子もない話に聞こえてしまうのです。

・長尾 開業して一二年。毎年、毎年複雑な改定が行われてきました。医療ケアもそうですが、患者の負担も苦しく、状況はどんどん悪くなっています。その理由は医療費抑制政策で、そうしたはずみが現場に出てきているのです。

日本は、国民皆保険やフリーアクセスという世界的にも良好な医療制度を築き上げてきたと思います。この日本の医療制度を維持していくためにも、医療にもっと投資していくという方向展開をはっきりすべきです。このままでは、日本の

医療は本当に崩壊してしまいます。今なら食い止められます。やるなら今なので

・梅村 現役世代の保険にも、七五歳以上の保険にも公費と保険料と自己負担があります。そこで全くの私見ですが、七五歳以上の世代は公費と自己負担で、現役世代は、保険料と自己負担でやっていくという案も考えられるでしょう。

さらに、既存の様々な医療保険、健康保険、政管健保などの枠組みもこのままがいいのか。将来的な再編についても議論する必要がありますかもしれない。

個人的には、高齢者の方は公費負担を大きくして、現役世代はできるだけ自助者機能を發揮して貰って自分たちの自助努力でやりくりするというのも一案です。高齢者の医療費が伸びていくことが予想されますから、国はどういう形で医療に公費を使っていくのか。特別会計の剰余

から捻出するということも考えられます。財源問題も含めて順序たてて、整理をしていけば、持続可能な制度ができるはずです。ところがそこを飛ばして、七五歳以上の医療費を抑えることだけに走った結果、厚労省と財務省を除けば誰も満足していない制度になってしまいました。そうした議論をしていくことこそ、政治家の役割だと思っていますので、ぜひ医療の現場からもそういう声を上げて下さい。

・長尾 主治医制度も一旦凍結になっていますから、後は財源です。つぎはぎの改革ではなく、本当に骨太の制度改革をぜひよろしくお願いします。ともにがんばりましょう。

日時：二〇〇八年五月八日

場所：参議院議員会館 梅村聡事務所