



高齢者医療制度について

副会長 飯塚弘志

高齢者医療制度に関し、現在医福審制度企画部会においてホットな議論が展開されている。

その論点の一つとして独立した高齢者医療制度を創設すべきかどうかという点がある。

日本医師会は医療構造改革構想の一端として、制度構造改革、高齢者医療保険制度の創設を唱えている。

その内容をご承知のとおり、対象を75歳以上とし、運営主体は地方自治体、負担方法としては90%は公費負担、10%は自己負担としている。支払方式は包括性としている。現在の老健拠出金制度は廃止し、更に2005年には介護保険と統合するとしている。

先日、札幌市医師会の山本医政部長より「高齢者医療の負担について」の札幌会員の意見の調査結果の一覧を頂いた。定額か定率か？その割合は？保障か保険か？年齢区分は？などである。

その多くは年齢区分は75歳以上、負担方法は圧倒的に定額制を支持していた。

保険の原理、原則は予期せざる事態が発生したときに対応できるよう相互扶助による危険分散である。

医療保険は、健康破綻をきたしたときの医療サービス提供の経済的担保である。

しかし、加齢という現象は偶発的なことではなく必然的なことである。決してハプニングではない。このエイジングという必然性は保険になじまないところであり、保障になじむものであろう。

その保障対象となる年齢区分は、人口、療養状況、それに要する費用、その財政基盤などの点から75歳以上が妥当かどうか説得力ある論拠が必要であらう。

次に医療費の負担方法である。当初日医は、そ

の10%を定率負担とするとしていた。しかし、その後、10%は保険料も含めた負担水準とした。

医療機関を受診し、その医療費の一部を負担する患者側からみれば、受診し診療を受け、その支払額がいくらか、予めはっきりしないことは、甚だ不具合となる。それが定率負担の隘路となる。

昨年9月の薬剤負担の問題と相俟って、被保険者本人の著しい受診抑制を招いたことでも明らかであろう。フリーアクセスは絶対確保すべきであり、そのような観点からも、高齢者医療の支払は定額制とすべきであろう。定額制としても10%の自己負担水準はいくらでも確保できるはずである。

現状の出来高払い制のもとでの定率負担の歪みは特にある限られた階層に跳ね返っていく。

次に支払方式であるが、日医の提唱する包括制とするならば、上述の定率負担の問題は、ある程度緩和される。それは、患者側に予め一部負担の額がわかるからである。

現在でも老人医療のかなりの部分は包括化されている。今後とも介護保険適用の療養型病床群の創設と医療保険適用の療養型病床群とを考えてみても、包括化の方向は層一層進められていくことになる。

しかしどこまで、高齢者医療に対し包括化で対応できるのか。また、急性期医療に対応できるのか。DRGも視野に入れた包括化なのか。包括制の問題は給付内容、範囲までも含めてこれから真剣に考えなければならない重要な問題であらう。

今後とも医福審は勿論、各所、各場において議論を深め国民が納得し、国民の健康の維持・確保に寄与するものとしなければならない。