

**オピニオン****高齢者医療費抑制論に思う**

豊平区支部 宇野英二

昨年10月の首相の諮問機関である社会保障有識者会議の報告書の流れを受け、本年3月には厚生労働省が国民向けのパンフレットである『医療制度改革の課題と視点』を発表しインターネット上にも公開、次いで政府・与党社会保障改革協議会が今後の社会保障改革の指針として『社会保障改革大綱』を取りまとめた。その主旨は、高齢化の急速な進行で医療費が高む一方で、低経済成長のもと保険料収入や税金が落ち込み医療費の財源が不足するため、国民皆保険制度を維持するためには医療費を適正に抑える（給付の制限 → 混合診療の容認）とともに負担のあり方を見直すべき（負担増）というものである。なおかつ改革の具体的ビジョンについては明らかにせず、「老後を保障することなく負担のみを増やす」と述べているのも同じである。少子高齢化の速度の見誤り、巨額の財政赤字の創出等の失政を、相も変わらず国民に一言も詫げる事なく、一方的にそのツケを転嫁しようとしているのである。そこでは、あたかも少子高齢化や当然増としての医療費増加が財政赤字をつくり出したかの様な錯覚を与え、特に高齢者を狙い撃ちにして「国民皆保険制度を維持したければ、負担増は覚悟せよ」と説くのである。経済の低迷を招いた要因が政府の失政にあることや、医療保険財政困窮を生じた原因が国庫負担の削減にある事には何の説明も、ましてや謝罪もない。

一方で、WHOのワールドヘルスリポート2000でも明らかにされた様に、健康寿命（健康で自立して生活できる年齢）も世界一であると認められるなど、わが国の医療制度が果たしてきた役割は極めて大きく、世界一長い平均寿命、世界一低い乳幼児死亡率と合わせて、その

パフォーマンスは世界トップレベルにあると言える。またコスト面ではOECD加盟国中GDPが第5位に付けているのに対し、医療費の対GDP比で見ると18位と低い位置に留まっており、わが国の医療のマクロの効率は世界一高いのであるが（1998年）、国内では非効率であるともっぱら批判的にある。しかも、このような低い医療費でありながら、その効果、効率に高い国際的評価を受けている医療制度は、医療関係者の犠牲の上に成り立っているのである。医療を含む社会保障はかつて、国民を貧困から守り、心身に障害をもつ等生活に不利な事情にあった人々を救済する事を主たる目的としており、そこに投入される財源は、何ら生産的付加価値を期待できないと言う意味で消費、施しと捉えられていた。しかし、その後の社会の成熟とともに今日の社会保障は貧者を救済する事はもちろんのこと、国民全ての社会的・基本的権利であり、なおかつ経済波及効果が公共事業等の他分野に比し高い事も明らかにされた医療は次世代の基幹産業である。その投資効果に付いて検証されないまま、効率が悪く税金を浪費するとされながらも、医療はわが国のGDP上昇に貢献してきたのである。上述した様に医療は過去においても将来においても、社会・経済の安定と発展に寄与し続けて行かねばならないが、政府、官僚の示す改革の方向性は、自らの御都合主義的な総括、将来展望の上に立って示されたものに過ぎない。つまり医療が達成した成果や今後とも果たすであろう役割に付いては意図的に無視された上で作成された改革の方向性であるといっても過言ではない。国と国民の間には意図的な情報の非対称性が存在し、まさに説明責任の欠除が政府／官僚の「普通の感

覚」であるのだ。

『医療制度改革の課題と視点』の中に「人口の割にあたる70歳以上の高齢者が国民医療費の三分の一を占め、一人当り診療費は若年者の5倍にもなる。その要因は受診率の高さ、受診日数の多さにあり、特に75歳以上の後期高齢者の有訴者率、要介護発生率の高さは著しい。今後、特に後期高齢者の増加が見込まれる」との主旨の記述がある。これだけを見ると「高齢者医療は、大変、高コストであり、何かしら無駄に医療費財源が使われている。高齢者にかかる医療費を何が何でも早急に押さえないと大変な事になる」と言う錯覚を起こしてしまっても不思議はない。だが、高齢者の医療費は不当に高いものなのであろうか？

一人当り診療費を「一日当り診療費」、「一件あたり日数」、「受診率」の三要素に分けて若年者と高齢者と比較すると、一日当り診療費では外来では若人の1.2倍とやや高齢者が高いものの、入院では0.9倍と逆転する（入院には入院時食事療養を、外来には薬剤の支給を含む。厚生省平成10年度調べ）。受診日数では、外来1.4倍、入院1.3倍である。若人と高齢者で最も大きな差が出たのは受診率であり、外来では2.6倍、入院では6.2倍と高くなっている。高齢になると病気がちになるが、疾病も医療のニーズも多種多様である。疾病は内科、整形外科、皮膚科、眼科、泌尿器科など様々な科に亘る。しかも、それぞれの科で単一疾患のみの診療が行われている訳ではない。例えば内科だけで見ても、高血圧、糖尿病、狭心症などの多疾患を有し、それぞれに投薬を要する事は珍しくはない。他科でも、程度の差あれ、同様の事情であらう。どちらかというとな性的に経過し、完治する事は困難で、短期集中で治療を行う事より時間をかけて日常生活のなかで療養を行う疾病を複数有する事が特徴と言えよう。疾病が複数あり他科にも亘り慢性に経過するとなれば、受診が増えるのは当然であらう。一方、高齢者での急性期疾患を考えると、その特性から明らかに異常を認める場合は別として、適切な診断を下すのが困難な場合が少なくない事も我々臨床

家が日常経験する事である。しかも、一般に高齢者での急性期疾患は重症化、難治化しやすく、もって生活の質を、加えて生命の質ですら容易に脅かしかねない存在である。大切なのは、軽症のうちに受診ができる様な環境を作り（アクセスを良くし）、状態の変化を医師が把握しやすくし重症化、難治化を防ぐ事である。高齢者の窓口負担を引上げて早期受診を妨害し、診療報酬による誘導で回復に時間がかかる高齢者の早期退院を受け皿もないままに強要し、重症化してから医療へアクセスさせるのは、まったくもって高齢者の人格人権を無視した話であるし、結果として費用の増加を招いている現状はスマートとはいえない。

高齢者が自らの負担を応分に行っていないという前提が、政府・財界・マスコミによって形成されており、これが一層、高齢者負担増を推進する雰囲気作りに一役かっているが、日医総研の推計値をもとに日医はこれを否定した。すなわち、2000年の医療と介護を合わせた費用のうち、全体の家計負担（自己負担と被保険者の保険料負担を合わせたもの）は総額15兆5千億円であるが、そのうち65歳以上の高齢者の家計負担は3兆1千億円でおよそ20%を占める。対して65歳以上の人口割合はというと17.2%であるため、既に高齢者は応分過ぎる負担をしている事になると指摘している。しかも、高齢者はかつて当時の高齢者を支えるために保険料を払い続けた若者である事を忘れてはならない。また、高齢者は無いに等しい預金金利、流動的で先の読めない年金政策に翻弄され、「豊である」との前提に介護や医療での大幅負担増を強いられる存在である。まさに高齢者にして生活設計が立たないとんでもない状況である。

国民が望む改革の方向を考えるにあたっては、現状の患者負担の軽減や保険給付の拡充がどのような方法で可能となるかと言う国民本位の視点を無視した改革論議は許されないのである。まさに従来の公共事業優先の発展途上国型の財源配分を改め、社会保障に積極的に財源投入し、遅ればせながら先進国への仲間入りを果たすべきなのである。（愛内科クリニック）