

医政メモ

Q&A

後期高齢者医療制度について

いよいよ来年4月から75歳以上を対象にした後期高齢者医療制度が実施されます。ここでは現時点で明らかになっていることおよび今後の展開についてQ&A形式でお伝えしたいと思います。

Q：どこが保険者になるのでしょうか？

A：全市町村が加入する都道府県単位の広域連合が保険者になります。したがってこの広域連合が運営の主体となり、資格認定、保険料の決定、医療給付の審査・支払いを行うこととなります。北海道ではすでに今年3月に北海道後期高齢者医療広域連合が設立されています。なお、各市町村は何をするのかといいますと、保険料の徴収、各種申請・届出の受付、被保険者証の引渡しなどの窓口業務を行うこととなります。

Q：医療費の財源と患者の窓口負担はどのようになっているのですか？

A：公費約5割、後期高齢者支援金約4割、後期高齢者の保険料1割を給付財源に充てて、これに患者の窓口負担を加えたものが医療費になります。窓口負担額は現行の老人医療と同じで、原則は1割負担、現役並みの所得者は3割負担となります。

尚これはすでに決定事項ではありますが、変更不可能というわけではありません。そこで日本医師会はグランドデザイン2007の中で次のようなことを提案しております。後期高齢者は疾病発症のリスクが高く保険原理が働かないことや後期高齢者に所得格差による不安を与えないために国が「保障」として支えるということです。具体的には公費負担割合を段階的に引き上げて、最終的には9割まで公費とし、後期高齢者支援金は廃止、後期高齢者の負担も1割の保険料とは別に窓口負担をさせることに反対して、保険料と患者一部

負担をあわせて医療費の1割とするとしています。

Q：診療報酬について決まっていることを教えてください。

A：現在決まっているのは、都道府県ごとの診療報酬（特別診療報酬）を認めることくらいで、具体的な診療報酬はまだ決まっておりません。

Q：では診療報酬の支払い方法が出来高払いになるのか、包括払いになるのかも決まっていないのでしょうか。

A：はい、まだ決まっていません。今後中医協の場で論じられることになるでしょう。日医の考えは、外来は出来高払い、入院も原則は出来高払い、ただし慢性期の一部に限って選択性の包括払いとするというものです。この包括払いについて医師会会員の中に「医療の質低下を招く」などと懸念する声があるのも事実ですが、日医は慢性期を包括にしないと運営に支障をきたすとして現実的な対応であることを強調、その分包括の範囲については慎重に検討する姿勢を示しています。

Q：診療報酬が人頭払いになることはありませんか？

A：人頭払い制度とは、患者さんにあらかじめかかりつけ医を決めておいてもらい、病気になる場合はどんな病気であってもまずは登録した診療所に受診してもらうというシステムです。医療機関は登録の人数に応じて診療報酬を受取ることになります。この人頭払い制度は医療費削減のためにとっても有効ですが、その結果医療が荒廃してしまうこととなり、評判がよろしくありません。その代表的な国がサッチャー政権時代の英国です。必要な検査、手術でさえ数ヶ月待ちは当たり前、有能な医師や看護師は国外へ脱出してしまい

ました。今英国は極端な医療費抑制政策の失敗に気づき、医療予算を大幅に増やしておりますが、一度破壊された医療はなかなか回復できないようです。

さて、わが国の後期高齢者医療制度にこの人頭払いが導入されるかという点ですが、厚労省保険局総務課長は少なくとも来年4月施行の際は考えていないとコメントしております。しかし言い換えると将来的な導入については十分可能性があるということであり、油断できません。なお9月4日に厚労省が作成した診療報酬体系の骨子案（たたき台）によ

ると、1) 患者の病歴や受診歴の情報の一元把握、2) 患者の日常生活能力や認知機能に対する評価を実施し、療養・生活指導で活用する、3) 専門的な治療が必要になった場合の紹介、の3点を提示し、この役割を担う医師を「後期高齢者を総合的に診る主治医」として診療報酬で評価する方針を示しました。ここには初期診療を限定しようとする構想が見え隠れしています。もしも患者のフリーアクセスを阻害するようなものであれば、断じて容認はできません。

(政策部長 鈴木 伸和)