

1998年9月21日

## 高齢者医療制度の創設に向けて

日本医師会

### はじめに

高齢者の問題は高齢者が置かれている状況、個人の生涯にわたる発達、世代間の関係、社会開発との関係など、多くの次元、分野、世代に関わることを認識すべきである。

1991年12月に国連総会は「高齢者のための国連原則」を決議しているが、その中でのKey Wordsは、独立、参加、介護・医療、自己実現、尊厳である。介護・医療に関しては、表1に示すように、それぞれに高齢者の立場や役割を強調して提言されている。

これらの原則を踏まえて、高齢者医療、高齢者医療制度を考察することが求められる。

### [ ] 高齢者医療の体系化

一般世代と高齢者に対する医療は、疾患の傾向、患者ニーズ、診断・治療の目標等によって相違がある。高齢者医療をより特化させて考えると、表2のように、第一に疾病予防、寝たきり予防を中心とする予防医療があげられる。第二に、一般世代と共通の急性期医療があり、第三に、長期療養者に対する慢性期医療があげられる。さらに大きな特徴として、第四の終末期医療があげられ、これに関する合意形成が、患者と医師の信頼関係のもとに、患者の自己決定および尊厳が確保される形で図られる必要がある。これらが高齢者医療の骨格であり、その課題を解決するには医療サービスだけでなく、保健・福祉サービスを包括的かつ体系的に提供することが、高齢者のQOL維持・向上に必須である。

### [ ] 医療提供体制

医療提供体制についても、前章で述べた医療体系の相違に応じて一般世代との相違を考慮すべきである。高齢者処遇をより特化させて整理すると表3のようになる。

通院・在宅医療・療養として、医療機関（診療所・病院）が保健・予防を含む医療サービスを提供する場となっているが、そのためには「かかりつけ医」機能を充実させることが不可欠であり、これにより早期診断・治療を可能にし、疾病の重症化、長期化を防止する。とくに、高齢者処遇の核となる在宅医療の推進が重要なポイントとなる。

さらに、包括的医療サービスを提供する仕組としては、地域における各種連携を構築し

でのサービス提供のシステム化が必要である。

施設医療・療養として急性期対応医療や急性期から回復期リハビリテーション提供の一般病床などがあげられるが、この部分は本質的には一般世代と共通している。長期療養を必要とすることが多い高齢者にとっては、包括的医療サービスを提供するとともに整備された療養環境が求められ、特養、老健、療養型病床群が対象となり、高齢者人口の増加に伴い、早急な基盤整備が求められる。

## [ ] 制席改革の具体策とその可能性

新たな制度設計に当たって、これまで論じられてきたいくつかの方法と課題、その可能性を探った。以下にその結果を列挙する。

### 1. 現行制度の踏襲

現行制度を微調整しながら存続させる方法は、今後も高齢者人口の急増傾向が続くことが予想される以上、実効は上がらない。

現行拠出金制度は医療保険各保険者の財政を逼迫させる要因ともなっており、この問題の解決がない限り制度の再構築は不可能と考えるべきである。

### 2. 加入保険の継続による方式

70歳になり老人保健法による医療が適用される段階で国保加入が義務づけられる現行制度に対して、それ以前に個々が加入している医療保険を継続させる方法が考えられる。

しかし、この制度の根本的な問題として、被用者保険グループと国保グループの人口比が、年齢階層により大きな格差があることがあげられる。70歳以上の人口比が被用者保険1に対し国保2であり、それ以下の世代の人口比は逆転する。すなわち、国保加入者は70歳以上の者に対する医療費負担が極めて過重になる。

併せて、転職などによる加入医療保険の変更等が、保険料徴収を複雑・困難にすることが予想され、保険者間の財源調整、効率性の観点などの課題を解決しなければならない。

### 3. 医療保険の統一本化

日本医師会はかねて統一本化を主張しており、その理念を変更するものではないが、統一本化は保険料率や自己負担率を各保険者同様の体系とすることが前提となる。

しかし、現実には保険料率については、被用者保険加入者と国保加入者では課税所得の捕捉度合が異なり、この問題を放置したままで同様の保険料率体系を適用すれば、被用者保険加入者に過重な負担を課す結果となってしまう。また、統合後も自営業者

には別の保険料率体系を設定するのであれば、実質的な一本化とは言えないという課題が残る。

#### 4. 独立した高齢者医療制度

高齢者に対しては、公的財源を重点的に投入する独立した制度構築が考えられる。すなわち、高齢者と一般世代との相違として、所得、医療内容、疾病の発生度合の相違などを考慮し、「保険」よりも「保障」の概念を強く反映した制度導入を目指すものである。

重点的な公的財源投入の前提としては、一般世代の医療保険制度を保険料と自己負担でまかなう「保険原理」により運営することである。これにより、従来この部分に投入されている公費を高齢者医療制度に配分するとともに、予防医療等の推進による労働力人口の増加に伴う税収増分を投入し、財源を確保する。

われわれとしては、本制度がわが国の社会構造を考えたときに、最適な制度設計と判断する。本制度の構築のためには、ほかにもいくつかの課題が考えられるが、具体的な制度設計については以下〔 〕で記述する。

#### 〔 〕独立した高齢者医療制度の創設

日本医師会は、前記〔 〕の4. に示すごとく、昨年7月の「医療構造改革構想」の中で、2000年を目途に独立した高齢者医療制度を提案し、さらに中・長期的には医療と介護制度の統合についても言及している。

制度改革に向けて、これをより具体化したのが以下に示すことをポイントとした「高齢者医療制度を中心とした制度構造改革案」である。

2000年に介護保険制度が実施され、その5年後に見直しが行なわれることなどを考慮し、2005年を目途に新たな高齢者医療制度の創設を提案するとともに、前段階の基盤整備として、介護保険制度施行に合わせて、現行老人保健制度の改革を目指すものである。(表4, 表5参照)

#### 【制度の概要】(表6参照)

##### 高齢者の位置付け(年齢設定)

現行の70歳以上、介護保険制度の65歳以上等との整合性の問題はあるが、老人保健法施行時からの平均寿命の変化、寝たきり・痴呆等の発生割合、年齢階級別医療費の現状などから、75歳以上を対象とする。

なお、0~74歳は一般医療保険として、保険原理を原則とした運営とし、60歳からはその時点での加入保険の「突き抜け方式」とする。

##### 保険者

地方自治体を保険者とする。なお、一般医療保険について、1800以上の組合健保

の整理・統合を推進する。

#### 財源

10%程度を高齢者からの保険料と自己負担とし、90%の公費投入を最終目標とする、保障を重点に置いた財源構成とする。

これにより、現行老人保健制度下において、医療費のうち保険料と自己負担で最低でも13~14%を支払っていると想定される高齢者負担の軽減を図る。

なお、一般医療保険のうち国保については、当面の措置として、所得捕捉を再検討したうえで、公費や被用者保険からの財源投入による財源調整を行なう。

#### 支払方式

包括払いを中心とする支払方式に特化する。

#### 高額療養費

一部負担金の徴収方法と併せて、高齢者独自の高額療養費助成制度を設定する。

#### 中・長期的展望

老人保健制度の改革と介護保険制度の5年間の運用を経て、両保険制度の整合性や問題点を解決したうえで両制度の統合を行なう。

なお、これら制度創設に向けて、今後検討すべき課題を表7に示す。

表1 高齢者のための国連原則

1999年：	国際高齢者年
Key Words：	独立、参加、介護・医療、自己実現、尊厳
独立：	家族・共同体の支援と自助努力 衣・食・住と医療へのアクセス 自宅に居住
参加：	社会の一員として政策決定に参加
介護・医療：	家族・共同体の介護・保護の享受 発病の防止と延期 心身の状態維持のための医療

表2 高齢者医療の体系化

予防医療：	疾病予防、寝たきり予防
急性期医療：	完治・略治
慢性期医療：	包括的医療サービスの提供
末期医療：	自己実現、尊厳、合意形成

表 3 医療提供体制

通院・在宅医療・療養	
医療サービス（保健・予防を含む）：	診療所、病院
包括的医療サービス：	在宅サービス提供機関
施設医療・療養	
医療サービス：	一般病床など
包括的医療サービス：	特養・老健・療養型

表 4 新制度創設の予定表

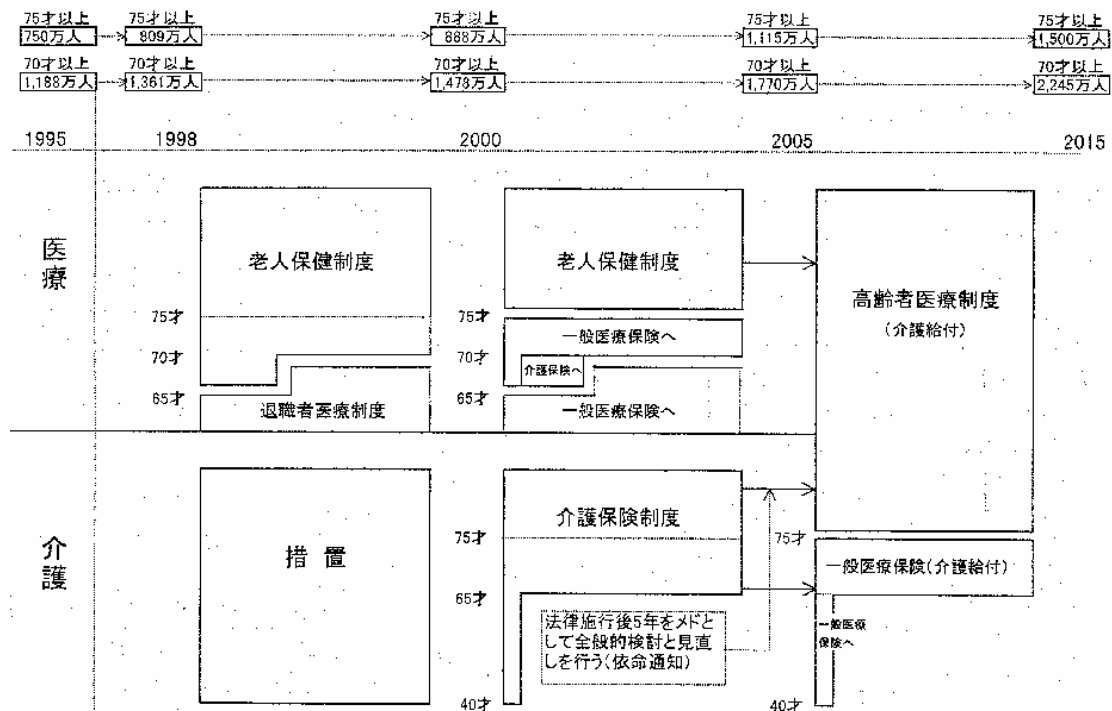


表 5

2000 年に行う医療保険改革

老人保健制度

1. 拠出金の廃止 公費投入
2. 適用年齢 75 歳以上

退職者医療制度

1. 一般医療保険への編入

一般医療保険制度

1. 被用者保険と国保の財政調整
2. 74 歳までの突き抜け制度創設

2005 年に行う医療保険改革

高齢者医療制度

1. 介護保険の給付年齢を 75 歳以上にして老人保健制度と統合、高齢者医療制度を創設

一般医療保険制度

1. 65 歳以上 74 歳までの要介護者等への介護給付制度の創設
2. 第 2 号被保険者への介護給付は、医療保険に吸収

表6 高齢者医療制度を中心とした制度構造改革

	年齢	人口	医療費	運営主体	負担方法	支払方式	2015年の財源
高齢者医療制度	75才以上	'95年 720万人 ↓ 2015年 1,500万人	720万人 × 810円/人 = 58,000億 ↓ 1,500万人 × 810円/人 × (1 + 1% - 0.5%) <sup>20</sup> = 133,000億 在宅介護費 30,000億 計 163,000億	地方 自治体	公費負担 90%程度 高齢者負担 10%程度 各種療養費 取戻制度の 創設	包括制 中心	・実績('95年ベース) 国庫負担 65,100億 地方負担等 20,300億 ・予定(2000年予測値) 介護公費負担 17,000億 ・2015年までの新規投入公費 44,300億 ・自己負担・保険料 16,300億 計 163,000億
	コスト 目的 方法 体系化						
一般医療保険制度	60才 ↑ (突き抜け) 0才~74才 保険診療 での運用	'95年 11,840万人 ↓ 2015年 13,140万人	11,840万人 × 179円/人 = 211,600億 ↓ コスト構造改善 13,140万人 × 169円/人 × (1 + 3%) <sup>20</sup> = 339,200億	政管 組合 共済 船員 国保	保険料 と自己負担 の組合せ 保険者ごと に設計	山手高払い + 包括制	・実績('95年ベース) 保険料収入 152,000億 自己負担 32,000億 ・予定(2000年予測値) 介護保険料 17,000億 薬価制度改革 10,000億 計 211,000億  年率2.4%程度の伸びが あれば、2015年の必要 保険財源33兆9,200億を 達成可能

(計算上はインフレ率を考慮していない)

表7 【今後の検討課題】

1. 高齢者医療制度における医療と介護の給付方法の整合性。
2. 高齢者処遇に相応しい診療報酬体系の確立。
3. 各種保健事業の統合化、効率的運用等、他の制度改革により期待し得る財源の把握。