

## 現場の医師も反対する「後期高齢者医療制度」

医療法人緑星会 どうたれ内科診療所 堂垂 伸治

4月に後期高齢者医療制度が始まり、各所から様々の問題点が指摘されている。私は、この制度設計自体、致命的疾病が出現する高齢者だけをくくるもので、そもそも無理があると考えている。果たして民間保険会社は、交通事故率が高い30歳以下だけで自動車保険制度を設計するだろうか？ また、この制度案についての「シミュレーション」を行ったのだろうか？ 現場からの意見聴取を少しでも行ったのだろうか？ さらに、これは世代間対立を意識させ煽り立てる契機となるのではないか？

すでに30都府県医師会からも反対声明が出ている<sup>(1)</sup>。「高齢者担当医」の届け出数は24%に留まっている<sup>(2)</sup>という。反対理由として、定額制になると「検査を控える」とか「粗診粗療になりかねない」などの声がある。しかし、この論理はあたかも開業医が利益追求に終始するかのごとき描き方で納得できない。むしろ、この制度は現場で良心的な医療を志している医師ほど反対せざるを得ない内容だということを訴えたい。

### 医療が変質する

反対理由の第1は、この制度により現場の医療が変質する恐れがあることである。現在「かかりつけ医」は患者さんの疾病や

全身管理に努めているが、その前提は「医師も努力するが、患者さんも注意してください」という暗黙の了解に立っている。あるいは、「どこか異常があったら患者さんからも積極的に訴えてください」という立場で接している。これが、「担当医」として制度化されると、「担当医に一任しているので、全てをしっかりと管理すべき」という医療に変質しかねない。この間医療界で積み重ねてきた「患者さんも参加する医療、協働の医療」が、以前のパターンリズムの「担当医にお任せする医療」になりかねない。こうした医師と患者さんとの関係の変化は現場の微妙な感覚のズレを引き起こすのではないか。

逆にこの事は、「担当医」が全身管理で「見落とし」した場合、「担当医に責任がある」として訴訟の頻度を増すことにもつながる。訴訟になれば「担当医は本来疾病発生予測の義務を負う」などと言われ、敗訴に直結しかねない。この制度は、疾病多発の確率が高い高齢者の健康管理の全てを「担当医」に丸投げし、定額報酬で全責任をとるよう法制化するものととらえられる。

### 現場に「竹やりで戦え」というようなもの

第2に、75歳以上の高齢者は正に「尊



厳と自立した老後<sup>(3)</sup>を送る「主張する高齢者」である。すでに現場では、多様な方の多彩な訴えがあり、その対処に格闘・難渋している。また高齢者の疾患は多岐にわたり、認知症や頻尿など昔は医療の対象と考えていなかった疾患も多くなっている。医学各分野の進歩も速く検査法も進歩し薬剤も極めて多数開発されておりそれらを把握するのも大変である。恐らく「昔の医者」よりはるかに忙しくかつリスクになっているはずである。その上、周知の通り「団塊世代」は「主張する世代」である。このような負担に対し今回の点数程度の定額制は、「竹やりで戦え」と背後から鞭打たれているようなものである。そしてこれまでもそうだったように、今後の診療報酬改定では、この点数も切り下げられることが十分予想される。

### 現場の診察と乖離した文書

第3に、厚労省が提起している「診療計画書」と「本日の診療内容」なる文書<sup>(4)</sup>の問題である。これは患者さんとの間で交わす書類なのだが、現場と乖離した「医者を事務員にみなす」かのごとき文書である。あたかも高齢者の慢性疾患が安定した状態で延々と続くことだけを想定している。最近、介護保険施行とともに「主治医意見書」の記載、介護保険施設やサービス事業者への書類、病診連携での紹介状や患者さんとの同意書、サービス担当者会議への出席など、現場医師には膨大な事務作業が課せられている。さらに今回の文書を書きな

さいという。この新たな文書は、肝心の病態把握や治療とは全く無縁のものであり、こんな紙切れをもらっても患者さんにはゴミでしかないだろう。毎回こんな文書を書いているヒマがあるなら、患者さんの病状の管理や説明に専念した方が、患者さんにとっても医師にとっても余程有益である。

### 「主病」は一つではなく、また「致命的な病気」と必ずしも一致しない

第4に、この年代の疾病は多岐にわたり、殆どの患者さんは「主病」が一つではない。がん術後管理や狭心症の管理、糖尿病の管理、脳梗塞後の管理、変形性膝関節症等々、どれも「主病」という方も多い。昨今、患者さんの要求水準も高くなり医療も細分化し日々進歩しており、それぞれの分野での専門医療を求める方も多い。この要求に対し現場では病診連携や診診連携で格闘しながら対処している。特に都市部では、それらの主治医をうまく使い分けておられる方も多くその考えも十分理解できるし、「かかりつけ医」の負担軽減ともなっている。また、そもそも現場では「診ている病気」と「命とりになる病気」は必ずしも一致しない。「かかりつけ医」は、細心の注意を払って病状管理に努めても、個人での対応には限界がある。

一方、開業医の現状は何らかの専門性や準専門性を土台にしている。医師の教育も「家庭医」や「プライマリ・ケア医」をはじめから育ててきたわけではない。現状は、いきなり「担当医」と名付けることには無



理がある。今回「担当医」の届出が異常に多かった鹿児島県や愛媛県が<sup>(5)</sup>、この「家庭医」が多いところなどという話を聞いたことがない。

厚労省は「高齢者の慢性疾患の管理を担当医にさせる」と考えているが、病状変化への対応は簡単なものではない。実際、「診断はつかないが何かおかしい。病院で調べて欲しい」と感じて、当の病院には「総合外来」や「総合診療医」が整備されていない。総合的に診断・治療する病院の受け皿作りが出来ておらず、紹介先にも苦労している状態である。さらに、病院勤務医の疲弊により「竹やりで戦うかかりつけ医」を支援・バックアップする体制が崩壊しつつあるのが現状なのだ。

### 医療現場に「協力」ではなく「分断」を持ち込む制度

第5に、診療報酬の問題がある。「主病」を扱う「担当医」が後期高齢者診療料（月1回600点）を算定すると、同じ患者さんをやはり慢性疾患で診ている他の医療機関が「特定疾患療養管理料」（225点）を算定できなくなることである<sup>(6)</sup><sup>(7)</sup>。今回の改定の意図として「重複した検査や投薬をなくすため、担当医が管理する」としている。75歳以上の病状管理を一人の医師に背負わせること自体無理があるのに、今回の制度では、「担当医」以外の医師の関わりを事実上排除する意図がこめられている。一方で考えられているレセプトオンライン化が進めば、カルテを簡単につき合わ

せることが可能となる。この算定を厳格化することにより、600点は一人の「担当医」だけに限定され、慢性疾患の管理に（それが結果的には重要な役割かも知れない）関わった医師の225点は一切算定されなくなる。正に「医療費抑制」の名のもと、非「担当医」の診療を切り捨てるものである。これでは、現場の医師の意欲を削ぎ、現場で「患者さんを奪い合え」と言っているようなものである<sup>(8)</sup>。結局この制度は、医師の間に「協力」ではなく「分断」を持ち込む制度と言える。

### 「苦痛に病む患者を見捨てる」と言うのか

厚労省幹部からは、今回の制度改定が医療費抑制にあるという本音の発言が出ている。曰く、「年齢別に見ると、一番医療費がかかっているのが後期高齢者であるから、この部分の医療費を適正化していかなければならない」。「医療費が際限なく上がっていく痛みを、後期高齢者が自らの感覚で感じ取っていただくことにした」。「後期高齢者が亡くなりそうになった時、家族が1分でも生かしてほしいと、いろいろな治療がなされ、（結果として医療費が）500万円とか1000万円の金額になってしまう」<sup>(9)</sup><sup>(10)</sup>。これらの発言は、「がんの痛みを苦しむ患者さんに（高価な）麻薬を使うな」と言っているようなもので、官僚達がいかに時代錯誤で現場感覚を喪失しているかを如実に示す暴言である。また実態は、この7年間位「老人医療費」は約



11.7兆円と殆ど横ばいで(11)(12)、現場に労働強化など大きなしわ寄せが起きているのである。

医療現場では、例えば脳梗塞や心筋梗塞や腸閉塞で苦しむ患者さん、転倒し大腿骨頸部骨折を起こした患者さんなどを目の前にすると、医療介入を行うのが常識である。完全房室ブロックで次第に意識が薄れる患者さんでは、どんなに高齢でも直ちにペースメーカー治療を行うのが本来の医療である。今回の悪名高い「終末期医療の書式」(13)に関してだが、この書式で例え「医療拒否」を表明されている患者さんでも、実際に呻吟する光景となると医療行為が必要となる場合は多いだろう。「尊厳死」を求めておられる患者さんでも、内視鏡で切除可能な胃がんが見つければ手術となる場合もある。また高齢者では多数の疾患を抱える場合が多く、どんなに努力しても薬剤が増えざるを得ず、医療費が高くなるという点もある。

そうした「当たり前」の医療行為に対して、これからこの国では「75歳以上の高齢者には、手抜きの医療を行え」、「苦しむ患者さん、痛がっている患者さんでも高齢者なら見捨てる」という道を説くのだろうか? これでは正に「うば捨て山」\*の考え方ではないか。

### 現状ですでに「担当医」の仕事を行っている

確かに一部の医療現場では乱診乱療や重複した検査があろう。保険料の無駄な浪費

も考えられる。明らかに眉をひそめる「やり過ぎ」の医療機関や抜け道を使った「金儲け主義」の医療機関もある。別途それら「悪貨」への対応策も必要かと思う。現行診療報酬下では、良心的な病院ほど赤字になると言っても過言ではない。

しかし、また他方患者さんが僅かの出来事で多大な検査を求めてくるのも現場で頻回に経験するところである。ちょっと頭痛いと「CTやMRIとってください」、お腹が少しおかしいと「私胃がんじゃないかしら。胃カメラやってください」、ちょっと動悸がすると「狭心症じゃないかしら」等々、果てはテレビを見て「私はこの病気じゃないかしら」。その上、老化を認めず全て病気ととらえる方も多い。むしろ「管理・抑制すべきは『健康崇拜と不安感を煽り立てる社会』なのではないか」と感じる。その上、最近では検査をしないで「見落とす」と訴えられるリスクがある。救急現場では明らかに心配ない病状でも、自己防衛のため検査のフルコースをせざるを得ないのである。多彩な訴えの増加を勘案すると、患者さんの管理責任を「担当医」に求めても医療費は本質的には抑制できないと予測される。

現場の「かかりつけ医」は、現在でも正に「担当医」として日々これらの患者さんの訴えに対処している。「この訴えにはどう対処すべきか」、「他にどこにかかっているか、そこでどんな検査を受けたか」、「健診をいつごろ受けたか」、「この疾患ならどこと連携するのが良いか」、「この患者さんにはど



んな介護サービスが適切か」、「安定しているが致命的な疾患を見逃していないか」等々思いを巡らし、日常外来ではすでに様々な対応を行っている。正にその「対応料」として、現在の「外来管理加算」や「特定疾患療養管理料」こそ引き上げるべきである。

以上のように、現場の医師は、医療姿勢としてこの「後期高齢者医療制度」に則った診療は出来ない。悪貨が良貨を駆逐するような今回の制度には全く納得できない。厚労省や関係者には、現場を無視した乱暴な制度の導入ではなく、良心的な医療現場に耳を傾け働きやすい環境を作る姿勢を望みたい。

\* 「うば捨て山」の語は、「姥捨山の棄老伝説による例え」(広辞苑より)としてここでは使用する。

<参考文献>

- (1) 「赤旗」日曜版 2008年5月18日「後期高齢者医療 医師会も『異議あり』」
- (2) 毎日新聞 2008年5月14日「後期高齢者医療：担当医の届け出、23.7%どまり」
- (3) 厚労省「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/>
- (4) 厚労省 保医発第0305001号「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」(別添1の2・様式)「別紙様式」の20,21 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1e.pdf>
- (5) CB ニュース 「高齢者診療料の届け出にばらつき」  
<http://news.cabrain.net/article/newsId/16037.html?jsessionid=77660837F8FFB5907D9EA5006E7F1EAA>
- (6) 保団連「厚労省技官会議の概要報告」P.12  
<http://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/tyuuikyoku/08kaitai/gikan-ika.pdf>
- (7) Jan Jan News 大竹進「スタート間近の後期高齢者医療制度—低い診療報酬で医療崩壊が加速?」  
<http://www.news.janjan.jp/living/0803/0803240464/2.php>
- (8) 毎日新聞 2008年5月14日「後期高齢者医療制度：担当医届け出数、内科開業医の23%『患者を争奪』と反発」
- (9) 毎日新聞 2008年6月4日「クローズアップ2008：後期高齢者医療 線引き譲らぬ与党、将来像示せぬ野党」
- (10) 土佐和男編 「高齢者の医療の確保に関する法律の解説——付・高齢者の医療の確保に関する法律」
- (11) 平成19年版 厚生労働白書「医療構造改革の目指すもの」第1部 第1章「我が国の保健医療をめぐるこれまでの軌跡」P.17 <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0101.pdf>
- (12) 地域医療研究会会報-No64 P.7 神田祐二「社会保障制度と後期高齢者医療制度」「医療費の動向」
- (13) (社)全日本病院協会「終末期医療の指針」書式1-1～3-1  
[http://www.ajha.or.jp/about\\_us/activity/zen/071219\\_1.pdf](http://www.ajha.or.jp/about_us/activity/zen/071219_1.pdf)