

研究論文

「後期高齢者診療料の検証によるかかりつけ機能の考察」

東京大学大学院

公共政策学教育部

51098019

熊澤 大輔

要旨

わが国においてもプライマリケアの重要性が認識されるようになってきた昨今、厚生労働省や日本医師会をはじめとする保健医療分野にあつては、いかにしてプライマリケアの推進に努めるかが課題にもなっている。しかし、それぞれが進めようとするプライマリケアのあり方は異なっており、いわゆるかかりつけ医と呼ばれるものも、一般的な理解は得られていない。

「かかりつけ医」といえば、患者にとっては日頃受診する医師のことを指すだけの意味かもしれない。この背景には、日本の提供体制はフリーアクセスを基本とするものであり、患者は医療機関の選択を自由に行えることが前提とされている事情がある。このことは患者の自由な医療機関受診を保証するものとして意義をもっているが、英国に顕著にあらわれるような、総合医をプライマリケアの担当医として定着化させることは難しくなっている。フリーアクセスとプライマリケアの重視は必ずしも対立するものではないが、かかりつけ医が制度的に決められると、患者のフリーアクセスが制限されることになるという認識は英国の例を挙げずとも考えることではある。

他方、かかりつけ医としてプライマリケアの担い手が定着することも、患者の福祉水準を高める上では必要なことでもある。プライマリケアの担い手として、患者を総合的に診察し、プライマリケアを担うことが可能な医師を「かかりつけ機能を担う医師」として位置づけ、このようなプライマリケアの担い手がいかにして定着し得るかは課題とある。このプライマリケアの担い手たる「かかりつけ機能を担う医師」の定着化に向けて 1 つの示唆を与えるものとして、2008 年の後期高齢者医療制度開始とともに誕生した後期高齢者診療料がある。この後期高齢者診療料を研究対象とし、かかりつけ機能との関係を考察することが本稿における課題である。後期高齢者診療料がいかに機能したのかを検証することで、かかりつけ機能を担う医師の定着化が今後どのようにして可能となりうるのかを検討することにもつながる。

後期高齢者診療料は、慢性疾患を患う後期高齢者患者に対して、計画的な医学管理の下に診療を継続することを制度化したものである。これは、2008 年の後期高齢者医療制度の開始とともに新たな診療報酬として設定されたものであるが、後期高齢者制度に対する批判の強さが、後期高齢者診療料の批判にもつながったことは否めない。そのような背景もあり、後期高齢者診療料自体の周知も不徹底となり、フリーアクセスを制限するという印象を医療機関、患者双方に与えることとなった。その結果、後期高齢者診療料は十分な理解を得られないまま 2010 年 4 月、導入から 2 年で廃止されることとなった。後期高齢者診療料の届出を行なったのは、2008 年 4 月の開始当初では全国の内科を主たる診療科とする診療所の内でも 23.7%、内科診療所総数では 14.0%であり、内科を主に標榜する診療所であっても 4 分の 1 弱の届出にとどまっていたことがわかる。

中央社会保険医療協議会（中医協）の報告書や日本医師会総合政策研究機構（日医総研）

のレセプト調査では、後期高齢者診療料の全国的な算定状況を報告している。中医協の報告書は、後期高齢者診療料の届出をした医療機関の内、実際に後期高齢者診療料を算定した施設は 10.5%であるという結果を示している。全国の届出総数が内科診療所の中で 15%弱であり、実際の算定数はかなり少なかったようである。その理由として、算定要件が複雑で、患者に説明することが困難であることや、点数設定の問題が挙げられている。算定をしなかった理由については、日医総研の調査でも行なわれているが、ここでも算定要件のわかりにくさが挙げられている。これらの調査結果から、後期高齢者診療料の算定の阻害要因としては、点数設定や年齢区分はもとより、算定が煩雑であることが問題点として指摘できる。

実際に行なった東京都医療機関アンケート調査では、上記の問題点が示唆されたことに加え、これらの問題に対して、後期高齢者診療料の複雑な制度内容を再検討することも必要な課題であることも示された。後期高齢者診療料自体の問題はともかくとして、継続的な健康管理、疾病管理に対応する必要性を認識する医療機関も少なくなかった。かかりつけ機能の推進に向けては、後期高齢者診療料をさらに検討する必要性があると見られる。また、後期高齢者診療料を算定することによる医療機関、患者それぞれの負担の問題も考慮する必要があるが、アンケート回答によって鮮明になった。直接には後期高齢者診療料の点数設定の問題に関係することではあるが、後期高齢者診療料を「かかりつけ機能を担う医師」の検討対象の 1 つとする際には、医師、患者関係のあり方にも影響する課題であると考えられる。診療報酬設定、自己負担はいかにあるべきかという問題を提起するものでもある。

秋田県、鹿児島県での聞き取り調査では、後期高齢者診療料の実態を県庁や市役所、後期高齢者医療広域連合それぞれの立場を考察した。秋田県は後期高齢者診療料の届出数が非常に少ない県（2 件）であり、他方、鹿児島県は内科を主たる診療科とする診療所の 8 割以上が届出を行っていた。届出の上では対照的な 2 県であったが、実際の算定については、鹿児島県についても低調であり、後期高齢者診療料に対して、県庁や後期高齢者医療広域連合の視点としては、どちらの県も大きな相違はなかった。しかし、鹿児島県は離島・へき地が多いため、患者にとって、「かかりつけ機能を担う医師」という考え方が持ちやすい地域の可能性はある。その点が後期高齢者診療料の検討から確認されるとすれば、そのような地域性もかかりつけ機能の検討には留意する必要がある。

後期高齢者診療料の検討を通じて、制度的に医師、患者関係の整理をしていくことの意義を考えたが、これは「かかりつけ機能を担う医師」の定着に関しての示唆を与える。後期高齢者診療料では、複雑な算定要件と年齢・疾病区分を見直し、医師、患者の負担の問題も議論を深める必要がある。その上で、医師、患者間の結びつきを明確化が可能になると考えられる。

第1章 序論.....	1
第1節 問題意識.....	1
第2節 かかりつけ機能と後期高齢者医療制度の議論.....	2
1-2-1 かかりつけ機能をめぐる議論の整理.....	2
1-2-2 後期高齢者医療制度に関する議論.....	5
1-2-3 後期高齢者診療料について.....	6
第3節 仮説の設定.....	7
第4節 方法論.....	7
第5節 本論文の構成.....	7
第2章 後期高齢者診療料をめぐる議論.....	9
第1節 後期高齢者診療料に関する議論とデータ.....	9
2-1-1 各種報道と論評.....	9
2-1-2 後期高齢者診療料に関するデータ.....	10
第2節 中医協による調査報告書（平成21年5月）の検討.....	11
2-2-1 調査概要.....	11
2-2-2 調査結果に関する考察.....	12
第3節 日医総研によるレセプト調査（平成22年8月）の検討.....	13
第3章 後期高齢者診療料に関する実態調査.....	14
第1節 東京都医療機関アンケート調査.....	14
3-1-1 調査概要.....	14
3-1-2 調査結果.....	15
第2節 秋田県及び同県仙北市における聞き取り調査.....	21
3-2-1 調査概要.....	21
3-2-2 調査結果.....	22
第3節 鹿児島県における聞き取り調査.....	24
3-3-1 調査概要.....	25
3-3-2 調査結果.....	26
第4章 調査結果の考察.....	28
第1節 各調査結果の考察.....	28
4-1-1 東京都医療機関アンケート調査.....	28
4-1-2 秋田県聞き取り調査.....	29
4-1-3 鹿児島県聞き取り調査.....	29
第2節 3調査についての小括.....	30
第5章 終章.....	31
第1節 各種調査、報告書内容の総括.....	31

第 2 節 結論.....	31
参考文献.....	33
謝辭.....	35

第1章 序論

第1節 問題意識

2010年春、日本プライマリケア学会、日本家庭医医療学会、日本総合診療医学会の三学会が合併し、日本プライマリケア連合学会が誕生した¹。また、厚生労働省では、総合科・総合医構想が議論されるなど²、昨今、総合的な診療や総合医・家庭医³の持つプライマリケアの重要性についての言及が増加している。その一方で、日本医師会は厚生労働省の総合科・総合医構想には否定的であるといった、プライマリケアや総合的な診療の主張には、主張者間相互の認識の相違があることも事実である。それゆえ、現在、かかりつけ医といった場合には、必ずしも定式化された一般認識が存在しないとも言える。

しかしながら、プライマリケアの重要性を認識し、その推進に努める姿勢は否定しえない。これは、立場としては日本医師会の側になる日本プライマリケア連合学会においてもその設立の根拠となるものでもあり、プライマリケアの推進はWHO（世界保健機構）においてもその旨を宣言として示している。

プライマリケアとは「初期診療」などと訳される言葉であるが、WHOにおける「健康は人間の基本的な権利であり、世界的な社会目標である」という立場に立脚しており、「国民のあらゆる健康、疾病に対し、総合的・継続的に、そして全人的に対応する地域の政策と機能と考えて良い」⁴と言える。主として、総合医・家庭医がその任にあたるものと考えられている。

総合医・家庭医とは、日本では一般的に「かかりつけ医」という言葉で説明されているものとも言える。しかしながら、かかりつけ医は必ずしも総合医・家庭医として（とりわけ患者にとっては）認識されている訳ではない。このような状況を踏まえつつも、本稿では、プライマリケアを担うことを「かかりつけ機能」と呼ぶこととし、わが国において、その可能性の検証を行うこととしたい。

このような状況にかんがみて、2008年度から始まった後期高齢者医療制度下における後期高齢者診療料の導入実績を検討することは上記の課題に示唆を与えるものと考えられる。後期高齢者診療料とは、75歳以上の高齢者を対象として、医療機関（基本的には診療所に限られる⁵）の届出によって当該高齢者の基本的な外来診療を行うことが可能となる制度である。制度の適用にあたっては高齢者担当医の配置や対象となる慢性疾患の有病者であること等の条件があるが、それらを満たす場合、医療機関は対象となる高齢者に対して包括的な診療料の設定を行うことができるものである。診療料の制度自体は、後期高

1 日本プライマリケア連合学会ウェブサイト

2 例えば、厚生労働省「総合科新設について」

3 欧米における General Practitioner や Family Medicine に対応する用語

4 前掲、日本プライマリケア連合学会ウェブサイトより

5 半径4キロメートル以内に診療所がない病院も登録は可能である。

高齢者医療制度に対する反発の強まりも相まって2010年4月には終了をした。しかしながら、後期高齢者診療料は、高齢者の受診や医療機関の診療にとって、診療所における特定の慢性疾患についてはあるが、制度的に患者と医師と結びつける試みであると評価できる。この制度がいかに機能したかを検証することで、将来的には、かかりつけ機能の検討にもつながるものとなる。そこで、本稿では、後期高齢者診療料をかかりつけ機能との関係の中で見ることによって、かかりつけ機能の検討における、今後の課題を改めて示すことを目的とする。

第2節 かかりつけ機能と後期高齢者医療制度の議論

1-2-1 かかりつけ機能をめぐる議論の整理

プライマリケアの重要性については、前節で紹介したように、厚生労働省や医師会関係によって提起されてきているものであるが、ここではプライマリケアと「かかりつけ機能を担う医師」の関係を整理しておきたい。「かかりつけ機能を担う医師」とは、総合医や家庭医が想定されるが、現状では「かかりつけ」という概念は、患者の理解はもとより、医療機関関係者にとってもその理解のされ方は不明確であるので、本稿では「かかりつけ機能を担う医師」として概念的に使用し、かかりつけをめぐる国内的な議論を検討する。また、プライマリケアの担い手としての総合医が制度化されている例として、英国のGP制にも触れておきたい。

a 国内におけるかかりつけ機能の検討

わが国においては、かかりつけ医という言葉は一般的ではあるが、その理解のされ方はさまざまである。とりわけ、患者にとってのかかりつけ医とはこれまでに述べてきたようなプライマリケアの担い手としての医師（あるいは医療機関）というよりも、日頃の受診に際しかかる医師という認識の方が強いと思われる。このことは、例えば地方自治体によるかかりつけ医に関する調査からも読み取ることができるものである⁶。患者がかかりつけ医のイメージとして持つのは、病院ということが多く⁷、その理由として、医療設備が整っている医療機関であり、信頼できるということが挙げられる。また、複数の疾患を持つ患者にとっては、多様な専門科を置く病院で複数の医師に受診しているということも推測されよう。「かかりつけ」というと、よく受診をする医療機関・医師という印象を持つことが多い様である。このように、患者にとっては、必ずしも自身のプライマリケアを担当する者がかかりつけ医という認識が一般的とは言えないようである。

他方、医療機関にとっても、かかりつけ医についての見解は分かれる。プライマリケアは、総合診療と関連付けて議論されることがあるが、その場合には、総合的な診療能力の

⁶ たとえば、三田村・他「札幌市のかかりつけ医に関するアンケート調査とその分析」

⁷ 同上

意味付けがなされることが多く、どのような形態の医師がそれに関わるかを一義的に示すものではない。(意図するのは総合診療医という専門性の 1 つと解すこともできる) また、厚生労働省による総合医構想も、意図するものは違うが、総合診療科という診療科をつくらうとする試みであり、その意味ではやはり「かかりつけ機能を担う医師」とは相違が生じる。

また、かかりつけ機能を担うのは診療所にすべきか病院にすべきかの問題も、わが国の医療機関の沿革に照らすと難しい一面である。さらに、かかりつけ機能の担い手が病院である場合には医師の数は複数である場合が多く、患者 1 人に対して、どのようにかかりつけ機能を実現することができるかはさらに混乱をきたす。また、病院がかかりつけ機能(プライマリケア)を担うとすると、診療所の機能をどこに求めるのかという疑問も生じる。その場合には、初期の診療を病院がした上で、その後の診療を診療所に振り分けるというあり方も考え得るが、患者を全人的に診るというプライマリケアの形からは性質を異にする可能性もある。

以上の議論に示唆を与えるものとして、江口(2008)では、患者が総合的に診るかかりつけ医の医師をどこに求めているかを検証しているが、そこでは診療所の医師にも多くの患者がかかりつけ医としての役割を求めている。江口はこの結果につき、質問者に対し、特に「総合的に診る」かかりつけ医についてという聞き方によって導き出されたのではないかと考察している。これは、自身による以前の調査において「総合的に診る」という聞き方をしなかった場合にはこの傾向は弱かったとしている点から考察されるものである⁸。これらの調査ではかかりつけ医を持つ人の割合は 70 歳以上の高齢者で 8 割以上とかなり多いという結果を前提にしているので、かかりつけ機能が診療所に親和的であるように思われるのは高齢者に限ったことかも知れない。他方、30 歳代以下ではかかりつけ医を持つ人は 3 割に満たないので、若年層は(総合的に診療するとは限らない)いわゆるかかりつけ医を持つことも考えにくいかもしれない。しかしながら、特定の年齢層ではあれ、総合的な診療を行なう医師の意義をみとめており、かかりつけ機能をめぐる 1 つのあり方を示しているとは言えよう。

b 英国の GP 制

イギリスにおける医療サービスは、公的医療サービスである NHS(National Health Service)を通して行われる。NHS では、保健医療に関し、「すべての国民に、生まれてから死ぬまで、疾病予防やリハビリテーションを含む包括的な保健医療サービスを提供⁹」されているが、大きな特徴として、サービスの供給は国の責任で行われ、費用面では大部分が国の一般財源でまかなわれており、原則として全国民に無料のサービス提供が行われてい

⁸ 江口(2008)、23 頁

⁹ 府川(2007)

る。医療サービスの提供は予算の範囲内で計画的に行われる。国民は特定の医師に登録し、必要なときにこの登録医師にコンタクトを取る。このしくみに表れているように、「医療は必要に応じて提供されるべき¹⁰」という考え方によっても支えられているとも言えよう。

NHS においては、病院の専門医と開業医(GP)が区別されており、医療サービスを受ける際には、救急医療を除いて、最初に GP の診療を受けなくてはならない。これは、プライマリケアを担うのは GP、第 2 次医療を担うのは病院(専門医)、という区別によって、GP が医療におけるゲートキーパー(門番)として、医療サービスの入り口となっているためである。患者は、あらかじめ登録した GP を受診し、GP の紹介によって 2 次医療を提供する専門医の治療が可能となる。

このように、イギリスにおける医療供給は GP から専門医という流れによって成り立っており、患者はこの決まった受診ルートをたどることになる。GP が入院治療や専門的医療が必要と判断した場合に、患者は GP の紹介を受けて病院に行くのである。このしくみは患者の受診行動が偏在することを防ぐために有用な体制であるようにも思われる。

専門医への受診、2 次医療へのアクセスには、必ずゲートキーパーである GP を経ることにより、患者のモラルハザードを防ぐことが可能となる。患者は、必要性があると GP に判断されなければ大病院を受診することはできない。(公費医療を離れ、自費で病院を利用する場合はこの限りではないが、NHS の提供する医療サービスではない。)この点で、受診行動は明確であろう。

しかし、NHS の問題としては、ウェイティング・リスト問題や医療機関へアクセスの不便さが挙げられる。NHS においては、入院治療が必要であっても生命に直接の影響がない場合には数か月も待たされる場合が多い。入院を希望し NHS からの入院許可を待っている入院待ち患者数は待機期間別にリスト化されており、これをウェイティング・リストと呼ぶが、この待機時間は長年の社会問題となっている。患者は GP による専門医への紹介のために、何ヶ月も待たなければならないこともある。

こうしたイギリスの医療システムに、1990 年代に入り、プライマリケアを中心とする NHS 改革が行われた。保守党政権による内部市場の導入や、1997 年以降の労働党ブレア政権のプライマリケア集団の形成などがなされたが、ここでは、これらの改革にある「プライマリケア重視の NHS」政策についての考察もしておきたい。

1990 年代前半の保守党政権による NHS 改革では①NHS の病院のトラスト制や②GP ファンドホルダー制が導入された。①については、改革前は当該地区の保健当局の管理下におかれ、そこから予算が配分されるしくみであった病院が、保健当局から分離され、独立した組織(NHS トラスト)となった。また、②の GP ファンドホルダーは、配分され

¹⁰ 同上

た予算を自ら管理し、当該 GP の登録住民の受診する病院を直接交渉によって紹介することが可能となり、幅広い医療サービスを患者に提供することが可能になった。この改革は病院サービスの供給者である病院と、病院サービスの購入者である保健当局および GP ファンドホルダーを分離することによって、両者の間に内部市場を導入し、医療の質の改善、患者の満足度の増大、病院サービスの供給の効率化を目指したものであったが、これによってプライマリケアの力が大幅に強化された。

代わって労働党のブレア政権では、1997 年以降、先の改革で導入された内部市場や GP ファンドホルダーを廃止し、医療と社会サービスの壁を取り除く試みがなされた。前回の改革では、競争原理の導入が進められたが、この改革では、GP と NHS トラストの間の協力・協調を重視している。GP と NHS トラストの関係は供給者と購入者という契約関係ではなく、「協定」の関係にあると理解される。また、保健当局は地域住民のニーズに適合した医療サービスを提供する計画の推進の責任者として位置づけられる。このしくみによって、プライマリケアとセカンダリケアが共同という形で、統合されたケアが提供されることとなる。

また、労働党の改革では GP ファンドホルダーに代わって Primary Care Group(PCG) が形成された。これは GP および看護婦で組織され、地域の保健サービス運営の責任をもつ制度である。PCG は平均して人口 10 万人に 1 つ (GP は人口 2,000 人に 1 人が目安とされる) であり、PCG の発展段階として Primary Care Trust(PCT)とも名付けられる。PCT は保健当局から独立して病院サービス購入の予算を管理し、コミュニティ・ヘルスサービスの提供に責任をもつ。GP は PCT と契約を結び、この場合、複数の GP での開業が多い。

以上のようにイギリスは一連の NHS 改革によって、プライマリケアが重視されたことで、医療サービスの質と効率性の向上が目指されている。本項でイギリスの NHS、とりわけ GP 制の概要を確認することで、プライマリケア定着の一例を見ることを試みた。しかしながら、これをそのままわが国の医療制度に取り入れるのは困難である。フリーアクセスの問題はもとより、病院・診療所の機能分化は、イギリスの例に見られるように明確なものではない。そもそも、現在の病院数約 9,000 はもともと診療所を起源とするものも数多く含まれており、病院と診療所という区別は、その意味でも不明瞭なものであるといってもよい。この点に留意しながらも、なお、プライマリケアの担い手たる「かかりつけ機能を担う医師」を考察する際に、イギリスで実践されたプライマリケア重視の政策は興味深い。医療制度自体を大きく変えるということではなく、かかりつけ機能の強化が図られるための方途として、参照されうる。

1-2-2 後期高齢者医療制度に関する議論

後期高齢者診療料は、後期高齢者医療制度の下のしくみである。それゆえ、後期高齢者

医療制度自体の当否についての議論の影響を当然に受けることともなる。ここでは、各種の議論の中から後期高齢者医療制度の問題点を確認しておきたい。それは、後期高齢者診療料をめぐる議論自体が、この議論とセットになって論じられることが多いため、後期高齢者診療料の研究は、後期高齢者医療制度に関する研究の一部となっていることもあることを確認するためでもある。換言すれば、後期高齢者診療料をかかりつけ機能との関係で研究したものが見受けられないことを示すものでもある。

後期高齢者医療制度をめぐっては、保険料が年金から天引きされる、保険料の値上げの可能性があるとといった批判を受けて、その検証を行う研究などが挙げられる¹¹。その中で、受診抑制の文脈上で、後期高齢者診療料が議論されてはいるというのが、研究の動向である。

1-2-3 後期高齢者診療料について

前項では後期高齢者医療制度についての一般的な反応を確認した。ここで、仮説の設定とそれを踏まえた次章以下の後期高齢者診療料の検討及び調査を行う上での前提として、後期高齢者診療料の概要を確認しておきたい。

後期高齢者診療料は、慢性疾患¹²を有する後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に作成し、計画的な医学管理の下に栄養、日常生活等に関する指導を行うことで毎月定額の診療料（600点）が算定されるものである。この算定は、患者の主病と認められる慢性疾患（前記、対象となる疾患）1保険医療機関に限定されるが、ここでいう「限定」とは、当該慢性疾患に関する診療と医学管理を行うことをいう。また、算定可能な医療機関は原則診療所であり、半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院も含まれる。

以上のことからわかるように、後期高齢者診療料は特定の慢性疾患に対する継続的な診療を前提としたものであり、他の疾病等や追加的な診療に関する制約を課すものではない。このことは後期高齢者診療料をめぐる理解の不一致に結びつく問題であるので、2章において再度検討を行いたい。

また、後期高齢者診療料の廃止を受けて、現在はこれに代わって生活習慣病管理料が後期高齢者についても算定が可能となっている。生活習慣病管理料は後期高齢者診療料に近いものではあるが、対象となる施設は診療所に限らず、200床未満の病院も算定を可能とするものである。内容的にも、疾病毎¹³に点数が異なるため、より柔軟な利用が可能であるが、対象となる疾患が必ずしも一致せず、対象疾患の管理により重点がおかれている。この点、

¹¹ 小松秀和「高齢者医療制度の行方—後期高齢者医療制度を超えて—」『香川大学経済論叢』第82巻第3号、2009年

¹² 対象疾患：結核、甲状腺障害、糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎、認知症

¹³ 対象疾患：脂質異常症、高血圧疾患、糖尿病

医療機関は後期高齢者診療料と比べれば算定が行いやすいが、対象疾患はより限定的であり、慢性疾患一般を念頭に置く後期高齢者診療料とは異なる。それゆえ、生活習慣病管理料は、本稿で念頭におくプライマリケアとしてのかかりつけ機能の観点よりも、疾病担当医の位置づけに近いと言える。

第3節 仮説の設定

後期高齢者診療料をかかりつけ機能に類似する制度化の1つと捉え、以下の仮説を設定し、検証する。

「制度的にかかりつけ機能を整えることで、かかりつけ機能を持った医療機関が定着しうる。」

上記の仮説は本稿においては後期高齢者医療に限定されるものではあるが、これが支持されれば、今後のかかりつけ機能の意義を検討するにあたって参照すべきものともなる。本仮説を、次節で示す方法により検証していく。仮説の検証にあたっては、前節でみたように、後期高齢者診療料については、制度的にかかりつけ機能の整備を行なうというよりも、診療料の1つとしての捉えられる制度であった点を念頭に置きながら検討をしたい。

第4節 方法論

後期高齢者診療料について、その算定状況や制度に対する理解は、第2節で示したように現状において多くは明らかにされていない。そこで、本稿では後期高齢者診療料の実態を検討することを試みたい。その方法として、第3章において述べるアンケート調査及び聞き取り調査を利用した。

具体的には、アンケート調査として、東京都において後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関に対し、後期高齢者診療料の算定状況と算定内容、及び本制度に関する問題関心を質問した。

また、後期高齢者診療料の届出数が極めて少ない秋田県及び47都道府県中で最も届出率の高い鹿児島県について、県庁の高齢者担当と後期高齢者医療広域連合の担当者にヒアリングを行い、各県における実態の検証を試みた。

以上のアンケート調査、聞き取り調査を考察することで、仮説の検証を行う。

第5節 本論文の構成

第2章では、第1節において後期高齢者診療料の議論を確認することによって、第3章での調査を行う上での留意点を確認する。続く第2節では中央社会保険医療協議会の報告書を、第3節では日本医師会総合政策研究機構のレセプト調査を、それぞれ概観することで、後期高齢者診療料の全国的な検証の例を挙げ、アンケート調査の際の比較対象となる内容を確認する。

第 3 章では、本稿の中心となる東京都のアンケート調査、秋田、鹿児島両県の聞き取り調査の結果を上げ、仮説検証のための考察対象となる調査内容を明らかにする。

第 4 章では、第 3 章の調査の考察を行い、調査によって確認できたことと課題を検証し、これを踏まえ、第 5 章の結論において、仮説の検証内容を示す。

第2章 後期高齢者診療料をめぐる議論

第2章では、第3章における調査のまとめをする前に、後期高齢者診療料に関する議論と同診療料に関して行なわれた中央社会保険医療協議会（中医協）及び日本医師会総合政策研究機構（日医総研）の報告内容を確認しておきたい。本章において後期高齢者診療料の動向の整理を行った上で、それを踏まえ、第3章での調査の検討を行うこととする。

第1節 後期高齢者診療料に関する議論とデータ

2-1-1 各種報道と論評

後期高齢者診療料をめぐるのは、後期高齢者医療制度の開始（2008年4月）前後から、医療関係の雑誌はもとより、新聞各紙においても賛否をめぐる議論が始まり、後期高齢者診療料制度の廃止に至るまで、制度そのものへの批判が多く見られる。ここでは、第1章で見た後期高齢者医療制度全体の中での議論から、後期高齢者診療料自体の議論をさらに見てみることにする。

とりわけ、患者の受診制限をするといった情報が大きなインパクトを持ち、また各都道府県医師会の制度への反対意向の頻出もあり、本制度に対する新聞、テレビの報道は、必要な医療を受けられなくなるというネガティブな印象に終始した。医療機関側の反発としては、特に600点という診療報酬の設定が必要な措置を困難とするという費用面のものが強い。

これらの報道や論評等について、小松は、後期高齢者医療制度についてのこれまでの批判が負担面にあるものに対し、担当医制度をとる後期高齢者診療料は給付面に関するものということで、医師・医療機関側からのみならず、患者側からも批判を受けることになったとしている¹⁴。医療機関側にとっては診療報酬上の反発を持ち、患者側としても担当医制となることによって医療機関の自由な選択（フリーアクセス）が制限されるという懸念を持つのは確かである。

しかしながら、これらの批判では、担当医が患者を全人的に診る可能性に目を配っていないようである。定期的に患者を診ることで、患者の健康管理に有意な結果をもたらすことも考えられたと言える。論評の中にもその可能性について触れられているものはあるが、本稿では、これを実態調査によって考察しようと試みることにする。また、1-2-3で見たように、実際にはフリーアクセスを制限する制度趣旨ではなかったことにも注意を要する。

後期高齢者診療料を算定したからといって、必要な診療が制限されることはない。後期高齢者診療料はすべての診療内容を包括するものではなく、検査等については急性増悪時には包括部分を越えて可能となるため、これがすべての診療に影響を与えるという意見は

¹⁴ 前掲、小松 167 頁

包括内容を過大に捉えていると言える。急性増悪がなければ追加的な検査等には制限があることは確かだが、それが必要な診療内容かどうかの判断は分かれる。また、算定によって患者が他の医療機関の受診の制限を受けることもない。後期高齢者診療料はあくまで慢性疾患の患者に対する継続的な管理が目的とされるものであったので、患者のすべての疾患の診療が1つの医療機関に限定されることはない。そもそも後期高齢者の多くは、1つの医療機関のみで済む健康状態である場合よりも、複数の疾患を有し、複数の医療機関を受診していることが多いのは後期高齢者診療料を批判する者のみならず厚生労働省側も認識するところであり、そのような実態にそぐわない制度を設計することに実効性はない。

これらの制度に対する理解の問題は、制度自体の周知が不徹底だったことにも起因するものであろう。診療報酬の点数設定の問題もそうであるが、制度自体がよく議論されずに開始に至ったことに問題の所在を見据えれば、これらの批判の目的の中には後期高齢者診療料の本質にそれほど踏み込んだものでないものもあると見られる。

2-1-2 後期高齢者診療料に関するデータ

第3章以下での後期高齢者診療料の実態を考察する上では、実際の届出状況、算定状況を確認しておきたい。厚生労働省が2009年3月に公表した届出状況の報告¹⁵では、2008年7月1日現在の状況として、全国の診療所の届出総数は9,538（病院は25施設）となっている。これは全国の内科診療所総数63,083施設（2008年10月現在¹⁶）の内の15.1%である。これを受けて、算定状況に対する関心も寄せられているが¹⁷、これについては次節の中医協報告書の中で、検証がなされている。本稿の調査対象は、これら一連の状況理解を再度検討するものでもある。

都道府県別の届出状況については、厚生労働省がまとめた2008年4月14日現在のものが参照できる¹⁸。この時点での届出総数は全国で8,876件である。全国で内科を主たる診療科とする診療所37,356施設（2005年10月1日現在¹⁹）の内、23.7%である。中でも、2008年4月時点での届出が青森県は0件、秋田県は2件と、極端に少ない県もあれば、鹿児島県では86.3%（487件）とほとんどの診療所が届出を行っている県もある。届出数が最多なのは東京都（1,322件）であり、診療所の絶対数が最多の都道府県でもあるが、26.9%の届出割合は全国平均をやや上回るものである。なお、上記データは内科を主たる診療科とする診療所についての割合であるので、内科診療所総数63,286施設（2005年10月1日現在²⁰）に対する割合としては全国平均では14.0%、最高割合の鹿児島県は49.0%、東京都では

¹⁵ 中央社会保険医療協議会 2009年3月25日総会（第142回）資料

¹⁶ 医療施設調査（2008年）より

¹⁷ 『週刊社会保障』No.2527、2009年4月、50-53頁

¹⁸ 中央社会保険医療協議会 2008年5月21日総会（第128回）資料

¹⁹ 医療施設調査（2005年）より

²⁰ 同上

16.5%となっている。

都道府県別の違いについては、各都道府県医師会等の地域医師会によって医師会会員に対して不算定を求める動きがあったことが背景にもあるが、多くの届出を行っている都道府県と少ない届出の都道府県との比較を行うことは後期高齢者診療料の実態把握に資する。第3章の調査はこの把握を試みるものとした。次節で見る算定状況の結果が示すように、算定状況は全国的に低いことが推測されるため、届出割合と実際の算定状況が必ずしも一致しないことも確認することができよう。

第2節 中医協による調査報告書（平成21年5月）の検討

2-2-1 調査概要

中央社会保険医療協議会（中医協）では、2008年（平成20年）11月に、同年4月から開始された後期高齢者診療料の算定状況についての調査を行っている。これをもとに2009年5月に「平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査—後期高齢者診療料の算定状況に係る調査—」報告書（以下、「報告書」という）がまとめられている²¹。この調査は後期高齢者診療料の届出を行っている全国の医療機関から無作為抽出した3,500施設への郵送による施設調査と、施設調査の対象施設において算定を受けている患者への手渡しによる患者調査からなっており、施設調査の回収率は31.8%である。

主な調査項目は以下の通りとなっている。

a 施設調査

- ・ 外来患者総数及び75歳以上外来患者数
- ・ 主病別の後期高齢者診療料算定患者数
- ・ 後期高齢者診療料の算定に係る効果について
- ・ 後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合の理由について
- ・ 後期高齢者診療料の算定を途中で止めた場合の理由について

b 患者調査

- ・ 後期高齢者診療料の算定前後の通院回数の変化
- ・ 通院している医療機関数
- ・ 他医療機関からの対応状況
- ・ 後期高齢者診療料の算定後のよかった点
- ・ 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化

²¹ 中央社会保険医療協議会「平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査—後期高齢者診療料の算定状況に係る調査—」報告書、2009年5月20日

2-2-2 調査結果に関する考察

この調査は後期高齢者診療料の全国的な算定状況について検証した内容となっているが、その中で示された算定状況は 10.5%であり、低調な算定状況が示された。

この他、後期高齢者診療料の算定をしている施設については、外来患者総数に占める後期高齢者の外来患者割合は 34.5%であり、この割合の中でも、後期高齢者診療料導入前後で後期高齢者の外来患者割合が増加したとする施設は 7 割に上っている。これに関して、本報告書では「後期高齢者診療料を算定している施設では外来患者総数に占める 75 歳以上患者数割合が前年度に比較して増加しているところが多い²²⁾」とまとめているが、報告書中で述べられている 75 歳以上患者数割合の変化は後期高齢者診療料の算定をしている施設についてのみしか示されておらず、これを以て増加傾向にあると結論できることは誤りである。また、一般的に全国的な高齢者数の増加がみとめられており、後期高齢者診療料の算定の有無を別にしても、75 歳以上患者数割合は増加傾向にあると考えることができる。実際、患者調査にあらわれている推計患者数では、2005 年に 24.3%だった 75 歳以上外来患者割合が、2008 年には 25.4%となっている²³⁾。

なお、上記の中医協報告書の考察は因果関係を捉えたものではない点には留意する必要があるが、これを踏まえ、第 3 章で述べる東京都の医療機関調査については、患者総数と 75 歳以上患者数の質問を設け、後期高齢者診療料の算定の有無に関わらず 75 歳以上患者数割合の変化も検討できるようにした。これについては第 3 章で触れることとする。

後期高齢者診療料を 1 人も算定していない施設については、「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」(61.6%)「他の医療機関との調整が困難なため」(52.7%)といった事務的、技術的な意見もある一方、「患者に必要な診療を行う上で現行点数(600 点)では医療提供コストをまかなうことが困難なため」(51.9%)とする、費用面の懸念も多く見られることがわかる。これについても、東京都の医療機関調査において同種の質問を設定したため、この結果との比較を後に行なう。

他方、患者調査の結果では、回答した患者の 31.8%が後期高齢者診療計画書²⁴⁾を渡されるようになってから「よかったと思うことはない」と答えており、35.3%の回答が得られた「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」と感じる割合に次ぐ反応である。また、医師から受けた診療等に関する満足度については、後期高齢者診療料の算定前後で変わらない人が多数(71.4%)である。これは、本制度に対する患者の理解の現状が表れていると言えよう。

患者調査の部分で特筆すべきは、算定対象となった患者であっても、他の医療機関から

²²⁾ 報告書 38 頁。

²³⁾ なお、後期高齢者診療料の対象となる医療機関は診療所が主であるため、ここで使用した患者調査のデータも診療所のものである。

²⁴⁾ 後期高齢者診療料を算定する際に医療機関が作成する診療計画書。

は算定の有無に対応がなされていないことが、65.6%という高い回答結果から示唆されていることであろう。「他の医療機関対応がなされていない」とは、後期高齢者診療計画書を渡されている所以外の病院・診療所で、計画書の内容等について聞かれることはないということの意味している。他の医療機関に対しては、患者が後期高齢者診療料の算定を受けているかということについての情報は伝わっていないことが多い様である。患者の継続的な管理については、後期高齢者診療料を算定する医療機関のみで完結しており、他の医療機関の診療等にそれが反映されることはないようである。

第3節 日医総研によるレセプト調査（平成22年8月）の検討

中医協の調査とは別に、日医総研によっても調査がなされている²⁵。これは、レセプト情報についてアンケートに答える形式の調査であり、2009年と2010年の4,5,6月のレセプト情報に関するアンケートの一環として行なわれたものである。回答のあった診療所2,217施設の結果をまとめている。この調査は、後期高齢者診療料の算定の有無とその理由を聞く形で実態把握を試みたものであるが、後期高齢者診療料の廃止後の調査ということもあって、廃止についての賛否を問う内容も含まれている。

調査結果ではまず、後期高齢者診療料の届出及び算定状況を示している。これによれば、2008年度から2009年度に後期高齢者診療料の届出をした診療所は9.7%であり、そのうち算定も行なったのは回答のあった2,217診療所中の5%であった。届出はしたが算定しなかった診療所の理由としては、算定要件がわかりにくかった（特に、対象疾患となる主病を持つ患者の診療を行った医療機関が算定できる、という要件）とする回答が39.0%を占めており、最多の回答となっている。一方、後期高齢者診療料の批判の中に見られた、年齢区分への反対は15.2%と、それほど多くの意見はないようである。この結果からは、算定をしなかった理由は実務的な問題として煩雑な要件設定であるということが大きいように思われる。しかしながら、これは届出をした診療所の中で算定をしなかった所に対しての質問であるので、制度自体への反発は少ない診療所が多い可能性も考慮する必要がある。

中医協の調査にはなかった項目として、後期高齢者診療料の廃止についての賛否を問う内容がある。これは、後期高齢者診療料の算定をした診療所に対する問いであるため、この制度を実際に利用した施設の意見として見ておくことに意義はある。回答として多いのは、「廃止に賛成」(46.4%)であり、これに対して復活を求めている診療所は16.4%である。（修正をすべきという意見も含まれる。）

²⁵ 前田由美子「日本医師会『平成22年度レセプト調査』(3)―平成22年度改定で廃止された後期高齢者診療料に関するアンケート調査―」日医総研ワーキングペーパーNo.220、2010年8月11日

第3章 後期高齢者診療料に関する実態調査

第3章では、第2章で見た後期高齢者診療料に関する議論や中医協、日医総研の調査等を踏まえ、かかりつけ機能の考察という観点から後期高齢者診療料の実態を検証する。検討する内容としては、東京都における医療機関アンケート調査、秋田県及び鹿児島県での聞き取り調査についてである。以下、それぞれの調査概要と結果を確認する。

第1節 東京都医療機関アンケート調査

東京都は、全国で最も内科診療所数が多い都道府県である²⁶一方、後期高齢者診療料の届出件数も 1,322 件と最多であり、後期高齢者診療料の届出割合は（内科を主たる診療科とする施設の内）26.9%となっている。（2008年4月の速報値²⁷）そこで、本調査では、東京都において後期高齢者診療料の届出を行っていた診療所に対し、後期高齢者診療料の算定状況と、制度に対する見解の調査を行った。これにより、第2章での中医協の報告書や日医総研のレポートの内容を踏まえ、更なる実態把握を試みることにした。対象を東京1都に絞ったものではあるが、傾向の一例を見ることは可能であろう。以下、調査概要と調査結果を記す。なお、本調査の対象には後期高齢者診療料の届出要件を満たす病院も含まれるが、回答があったのは診療所のみとなっている²⁸ので、調査結果ではすべて診療所の結果として扱う。

3-1-1 調査概要

1) 調査対象

東京都の保険医療機関の中で、2008(平成20)年5月、10月及び2009(平成21)年5月、10月のいずれかの時期において、後期高齢者診療料の届出を行っていた全医療機関、1,461施設を対象とした²⁹。

2) 調査方法

本調査は、2010年11月に実施した。対象となる医療機関に対し、自記式調査票を郵送発送・郵送回収とした。

3) 調査項目

調査項目の詳細は以下の通りである。

- ・施設属性（診療科目、病床数）

²⁶ 2005年10月現在、内科を主たる診療科とする施設数は4,907診療所（内科総数は8,024診療所）

²⁷ 内科総数に占める割合は16.5%。

²⁸ 病床数の設問では、最大の施設でも19床である。

²⁹ 4期間の内、いずれかでも届出を行っていた医療機関の総数であるので、途中で取りやめた施設、期間中に新規に届出を行った施設も含まれる。2008年5月時点では、71診療所、2009年5月では35診療所、2008年・2009年10月では30診療所が、それぞれカウント対象から外れている。

- ・所在地
- ・後期高齢者の健診の有無³⁰
- ・2008年5月、10月・2009年5月、10月の外来受診患者数・後期高齢者受診患者数
- ・後期高齢者診療料算定の有無
(算定をした場合)
 - ・4期間における後期高齢者診療料算定者数
 - ・4期間のうち、最も算定患者数が多い時期に算定した患者の主病とその患者数
 - ・後期高齢者診療料を算定した施設で、対象疾患だが算定をしなかった患者の有無
(算定をしなかった場合)
 - ・後期高齢者診療料を算定しなかった理由
- ・600点の点数設定に対する意見
- ・診療所が後期高齢者診療料の算定を行う意義
- ・「かかりつけの仕組み」を制度化する場合に必要と思われる事項

3-1-2 調査結果

回収状況

発送数 1,461 件に対して閉院等による調査票不達が 13 件あり、回答数は 152 件（回収率 10.5%）であった。

①基本属性

主な診療科（重複あり）は、「内科」が 134 診療所で 89.3%であり、「その他」には「小児科」（11 診療所）が複数見られ、「泌尿器科」や「眼科」「皮膚科」等も 2,3 の診療所が該当した（表 1 参照）。施設所在地については 4 分の 3 が 23 区に所在する（図 1 参照）。

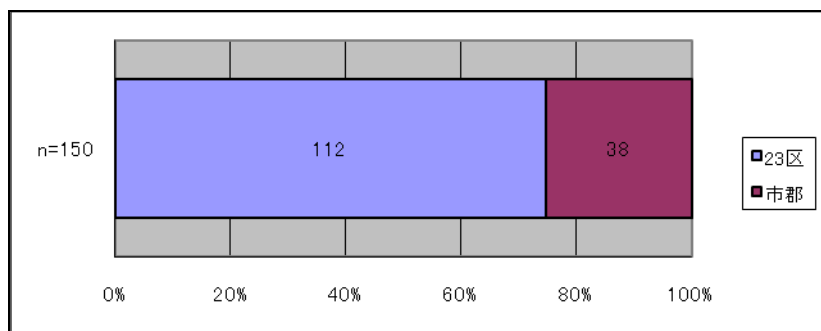
また、健診を行っている施設は 142 診療所（93.4%）に上り、9 割以上の診療所で健診が行なわれている。

表 1 主な診療科（複数回答可）

内科	外科	整形外科	精神科	その他
134	19	23	2	28

³⁰ 健診の有無が、かかりつけ医としての役割に関係している可能性を考慮した。

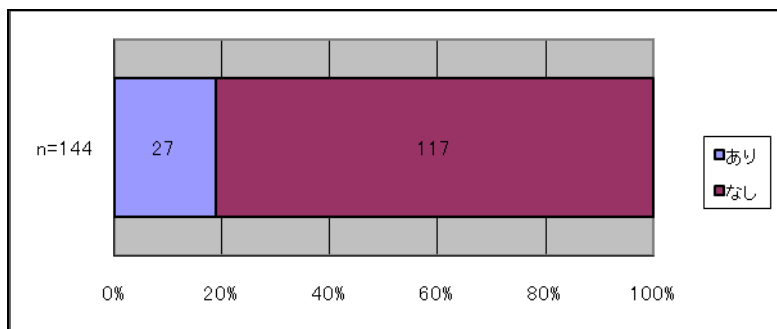
図 1 施設所在地



②算定状況

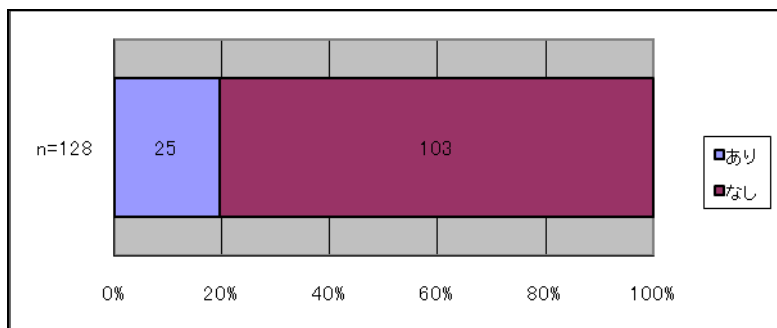
2008年5月,10月及び2009年5月,10月のいずれかの時期において、後期高齢者診療料を算定したことがある医療機関は27診療所(17.8%)である³¹ (図2参照)。

図 2 後期高齢者診療料算定の有無



全国的な傾向はもとより、東京都においても内科を主とする診療科については届出をした割合が高く出ていたため、内科を標榜する診療所についての算定状況を見ると、25診療所(19.5%)であり (図3参照)、全診療所の割合に比べてやや高い傾向を示すものの、内科と算定の有無との間に相関がみとめられるほどではない。

図 3 診療科を内科とする診療所の算定の有無



³¹ なお、中医協の報告書では、東京都の算定割合は（有効回答129の内）11.6%となっている。

4 期間において、後期高齢者診療料を最も多く算定している診療所では、算定者数（レセプト件数）は 2008 年 5 月の 242 であり、算定している診療所においては後期高齢者の受診患者の内半数弱が算定を受けている（表 2 参照）。なかには、ほとんどの後期高齢者に算定を行っている場合もある。（後期高齢者受診患者が患者総数に占める割合が極端に少ない診療所の例もあるが、後期高齢者受診患者割合が平均並みの診療所であっても 8 割前後の算定実績のある診療所がある。）反対に、後期高齢者受診患者のうち、1 割にも満たない算定者数の診療所もある。この中には、当初算定はしたものの、反応が良くなかったという理由で後に算定を取りやめたという回答にあらわれるように、算定対象となりうる後期高齢者がいても、算定を回避する傾向もあることにも留意する必要がある。

表 2 後期高齢者受診患者に占める算定者割合（平均）と算定者総数（平均、最多）

	2008 年 5 月	2008 年 10 月	2009 年 5 月	2009 年 10 月
平均割合：%	47.2%	43.3%	47.1%	48.5%
（平均：実数）	69	64	65	61
（最多：実数）	242	199	201	186

4 期間のうち、算定者数が最も多い時期に算定した患者の主病については、高血圧性疾患が 25 診療所で算定がされており、最も高い割合となっている。（前述のように、後期高齢者診療料の算定があったのは全部で 27 診療所である。）次いで糖尿病、高脂血症と続いているが、高血圧性疾患の割合が高いことは、中医協報告書の結果でも示されているものである³²。なお、算定者数が最も多い時期が異なる可能性があることや、対象疾患の選択を複数可能としているので、1 診療所の中で複数の算定患者がいる可能性もあるが、傾向としては以上のことがみとめられる（表 3 参照）。

表 3 算定をした診療所数（疾患毎³³）

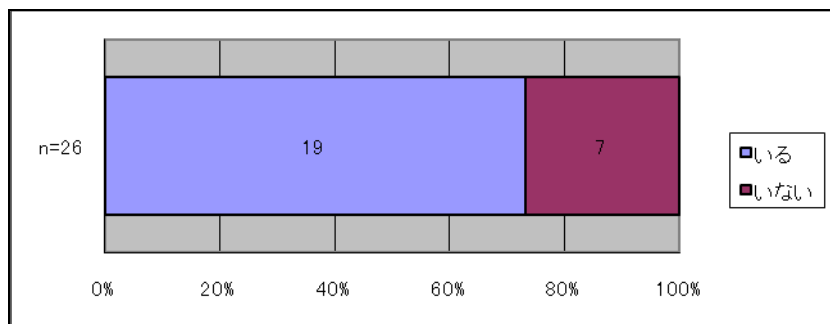
	高血圧	糖尿病	高脂血症	脂質異常	喘息	脳血管	心不全	気管支
診療所数	25	18	16	15	14	13	13	10

³² 報告書 8 頁

³³ 「高血圧」は高血圧性疾患、「脳血管」は脳血管疾患、「気管支」は気管支拡張症、「脂質異常」は脂質異常症をそれぞれ示す。

算定をした施設のうち、対象疾患となるが、算定をしなかった患者がいる施設は 19 施設あり、算定をする患者としない患者がいた施設が多数を占めた。(図 4 参照)

図 4 対象疾患で、算定しなかった患者の有無



また、中医協報告書での考察が不明確であった患者総数に占める後期高齢者の受診患者割合の関係については、算定者の有無を考慮した集計を行った。算定者の有無と患者総数に占める後期高齢者の受診患者割合をあらわしたのが表 4 であるが、算定の有無によって大きな違いは見られないばかりか、算定ありの場合には平均としては減少している。(いずれもレセプト件数ベース)

表 4 算定の有無と各期間の後期高齢者の受診患者割合

算定の有無	各期間の後期高齢者割合(平均: %)				(該当数)
	2008年 5月	2008年 10月	2009年 5月	2009年 10月	
あり	26.3	25.4	25.9	25.3	20
なし	25.6	25.4	25.9	25.2	90
総計	25.7	25.4	25.9	25.2	

②算定をしなかった場合

後期高齢者診療料の届出をしたが、算定をしなかった施設(117 診療所)については、その理由を「2. 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」としたのが 59 診療所、次いで「3. 他の医療機関との調整が困難なため」47 診療所、「4. 必要な診療を行うための医療提供コストを十分にまかなえないため」37 診療所であった。「その他」(21 診療所)の回答の中には、「必要のない制度だから」「後期高齢者診療料を採用しない方が(患者にとって)負担が軽くなるため」という制度趣旨への疑問を投げかけるものや、「医学的には大した意味を持たない」「煩雑である」のように、医学的にも事務手続き上も障害となる制度であったようだ(以上、表 5 参照)。

表 5 算定をしなかった理由（複数回答可）

1. 対象者がいなかった	7	6.4%
2. 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため	59	55.0%
3. 他の医療機関との調整が困難なため	47	43.1%
4. 必要な診療を行うための医療提供コストを十分にまかなえないため	37	35.8%
5. 後期高齢者の療養を行うにつき必要な研修を行うのが困難なため	11	10.1%
6. その他	21	19.3%

割合は算定していない 109 診療所に対するもの

③算定の有無と見解・傾向の関連

600 点の点数設定については、低いという意見が算定の有無を問わず多くなっていることがわかる（表 6 参照）。雑誌報道や中医協報告書も指摘するように、点数設定に対する否定的な見解が多数を占めることがわかり、実際に算定した医療機関についても、その傾向が見られる。「高い」と回答した診療所については、診療所にとっての点数設定の高低ではなく、患者にとっての負担感という観点から回答しているものが多く、10 件の内、十分な点数設定であるという回答は見られず、「ちょうど良い」と答えた場合に、一定の意味のある点数設定であるとする見解が見られる。

表 6 算定の有無と点数設定に対する意識

算定の有無	600 点の点数設定			総計
	高い	ちょうど良い	低い	
あり	2	7	13	22
なし	8	7	43	58
総計	10	14	56	80

医療機関側の視点から必要な検査等の不足に対する懸念を抱く回答の他、患者側から見れば、600 点は高すぎるため、受診抑制にもつながりマイナスであるとの意見もある。

実務的な具体例としては、CT やエコーといった費用がかさむ検査をするにはかなり低いという意見があった。また、患者側の視点に立ったより実務的なコメントとしては、それまで特定疾患療養管理料³⁴を算定していた患者に、急に 600 点の後期高齢者診療料を算定することは患者の理解を得難いという意見もあった。月に 1,2 回しか通院しない患者に対しては特に説明が難しいとされる。

³⁴ 診療報酬 225 点の医学管理料（後期高齢者診療料も医学管理料にあたる）で、後期高齢者診療料はこの内容も含んでいる。

他方、少数ながら、特定疾患療養管理料の算定例の数パターンとの比較を交えた上で、診療所によってはちょうど良い点数設定に落ち着くという回答もあった。この意見は、算定を行っている診療所の回答であり、実際の算定状況に基づいたものであるので、600点の点数設定にも意義をみとめる回答としてとらえることができる。

④診療所が後期高齢者診療料の算定を行う意義

診療所が後期高齢者診療料の算定を行うことに対しては、大別すると、「全くの反対」という意見、「(一定の意義をみとめつつも)今回の制度内容には不備が多い」とするもの、「(算定をするか否かは別にして)意義がある」とする意見が挙げられる。

算定の有無を問わず、意義をみとめる意見としては、「地域の主治医をつくることになる」「責任を持って健康管理や疾病管理を行うことになる」「かかりつけ医としての意義をみとめる」などといったかかりつけの仕組みとしての意義があるとする回答が見られた。また、「医療費の削減効果」はあるとする回答も複数あったが、この意見には、「必要な医療を制限するためのもの」と考える否定的な意見も含まれる。事務的な作業の問題としては、(包括内容が一括されるため)レセプト請求の「事務作業の簡素化につながる」という意見も見られた。

一定の意義をみとめつつ、今回の制度内容に対する不満として挙げられた意見としては、「同内容の診療を行った算定患者とそうでない患者の間に費用面のみで差が生じるので問題」という患者間の費用負担の問題や、「算定内でできることでは患者に不満が生じ、他院との重複受診となりやすい」ため、制度設計に問題があるとする意見がある。また、他の診療料との比較として、「(後期高齢者診療料廃止後の)2010年4月から算定可能になった生活習慣病管理料が算定可能となり、こちらの方が十分な診療を行える」という意見も挙げられた。

⑤かかりつけの仕組みの制度化に関する見解

後期高齢者診療料を算定したことがある医療機関の回答として、かかりつけの仕組みに対する意見としては、1)「地区毎に医師数を分ける」ことで制度化を図るべきという意見や、2)かかりつけの医師を決める患者には低い自己負担にする一方、医師を自由に選択できる患者には高い自己負担を求めることといった、1)は医療提供者側に向けて、2)は患者側に向けて、それぞれが考慮すべきことを指摘する、医療提供者側、患者側双方に対するコメントが見られた。また、「各科別の専門があるので連携システムが大切」「かかりつけ医と大病院の連携」「介護保険におけるケアマネージャーとの連携」などのコメントからは、診療所だけではなく、病院や介護関係との連携を重要視する意見も見られた。これらの回答をした施設では、後期高齢者診療料の算定についても一定の理解を示していることがみとめられるが、このことは、診療所が後期高齢者診療料を行う意義についての肯定的な反応が半

数ほどを占めることにある。 (年齢区分や点数設定へのコメントも含む)

かかりつけの仕組みに対する肯定的な意見は、算定を行っていない診療所の一部にも見られ、上記の連携体制の必要性の他、「医師の水準の維持」「国民に向けてかかりつけ制度の普及を行うこと」など、具体的な意見も寄せられた。また、医師の能力を考えれば、診療所をグループ化していくことも必要であるという意見もあった。

一方で、かかりつけ医の仕組み自体に疑問を抱く意見は算定を行わなかった診療所に多く見られ、算定を行っている診療所の中にも「診療の一律性を維持するためには、現行の体制が望ましい」「現行のままで、在宅医療の点数を上げることで後期高齢者診療料などなくても在宅医療は進む」といった現行の体制を維持していくことが必要であるとの意見があった。算定の有無に関わらず、制度化によってかかりつけの仕組みを定着していくことの困難さを指摘する診療所は多数あり、かかりつけの仕組みづくりには医師と患者の信頼関係が基礎になるという見解や、制度によって診療体制に影響が及ぶことに対する懸念が示唆されている。

第2節 秋田県及び同県仙北市における聞き取り調査

2-1-2 で見たように、秋田県は後期高齢者診療料について、2008年4月時点の都道府県別データではわずか2件と、0件の青森県に次ぐ少ない届出状況である。このデータは後期高齢者医療制度開始当初の速報値であり、以後の変化も考えられるが、後に見るように本県においては制度開始当初からの医師会の反対の影響も大きかったことが考えられ、2010年春の後期高齢者診療料廃止に至るまで、届出はもとより、算定自体はほとんどなされなかったと考えられる。

これを受けて、本節では、県の政策当局者への聞き取りを通して、行政当局の取り組みの視点から後期高齢者診療料の実態を検証することを試みた。聞き取り対象としたのは、秋田県庁及び秋田県後期高齢者医療広域連合事務局の担当者であるが、市町村レベルの動向としても、仙北市役所及び仙北市立診療所での調査もあわせて行なった。

3-2-1 調査概要

1)調査対象

秋田県（健康福祉部長寿社会課）、秋田県後期高齢者医療広域連合事務局、仙北市（市民福祉部市民課）及び仙北市国民健康保険神代診療所（神代診療所）の4者を聞き取り調査対象とした。

2)調査方法

本調査は、2010年9月6日及び7日に行なった。9月6日に①仙北市役所内及び②神代診療所内において、9月7日に③秋田県後期高齢者医療広域連合事務局内において、それぞれ聞き取りを行った。

3)調査項目

調査項目は以下の4項目を基本とし、必要に応じて補足質問を行なった。

- a 後期高齢者診療料の算定状況等に関する対象機関における認識
- b この制度に対する担当者の理解と意識
- c かかりつけ機能と初期診療の関連の中での同制度の位置づけ
- d 後期高齢者診療料の制度は（ゲートキーパーとしての）かかりつけ医のあり方を考える上で示唆を与えるものになったか否か

3-2-2 調査結果

以下、「質問と回答」という形で記す。

①仙北市民福祉部市民課（国保担当）

項目 a, b について（後期高齢者診療料の算定状況及び同診療料に対する担当者の理解）

高齢者のかかりつけ医としての診療所医師といった旨の周知は行なっていない。

項目 c, d について（かかりつけ医と後期高齢者診療料の関係）

後期高齢者医療制度開始以来、かかりつけ医関係に関しては、医療機関、市民から反応はない。

（補足質問）

市民の医療制度に対する反応は後期高齢者医療制度開始前後で変化があったか

（市民課の関知する範囲では）後期高齢者医療制度開始前後では特に変化は見られない。市民課の把握する市民の関心事は保険料についてであり、医療機関に対しての関心については、測りかねる。

医療機関の反応はあるか

後期高齢者医療制度、後期高齢者診療料についての反応は見られない。

後期高齢者医療制度をめぐっては、市民からどのような反応があるか

医療費の相談や保険料に関する問い合わせといった事務的な反応である。後期高齢者診療料に関するものはない。

②仙北市民健康保険神代診療所・所長（医師）

当診療所での聞き取りでは、診療所の医師として以下の内容のコメントを得た。（項目 a, b については観点が異なるため質問から除外した。）

項目 c, d について（かかりつけ医と後期高齢者診療料の関係）

加算によってインセンティブを付けることの効果はあまりない。複雑なシステムよりも、出来高の診療内容を明確化することも必要。専門医の育成等がかえって無駄を生む。それよりも、出来高のシステムを活用する必要がある。

（補足質問）

診療所の医師の担うべき役割は何か

当診療所では、地域住民 5,000 人の健康維持を旨として、生活習慣、健診及び外来をメインに行なっている。風邪や病気の初期の手当をする、かかりつけ医に求められる機能を発揮するよう努めている。

かかりつけ医を担う上での課題は何か

介護と診療の垣根の問題が高齢者診療においてネックになる。独自の診療料の算定よりも、ここに制度上の検討をする必要がある。医療、福祉がそれぞれ自己中心で行なわれている現状に対して、在宅診療患者についてケアマネージャーを配置し、医療と福祉それぞれに対応できる体制を整えている。また、在宅医療の考慮もする必要がある。外来診療を考える上では、在宅診療も検討を合わせて行なわないと、実情を反映することができない。

また、診療所と病院の病診連携の課題も大きい。仙北市では、病院の人材不足と、連携構築を主導する側の問題（病院側の問題）がある。

さらに、医者個人と患者の関係も問題である。患者側の意識が医師との信頼関係を構築するものとならないとかかりつけ医のあり方は定まらない。

以上を踏まえ、当診療所では 1) 地区の地域医療の担い手として、2) 子どもから大人までの 3) 初期治療、健診にあたっていくことが診療所の医師に求められていると考えている。この 3 点を満たすことが重要である。

③秋田県健康福祉部長寿社会課（医療指導・国保班）及び秋田県後期高齢者医療広域連合事務局

本調査時は、長寿社会課担当者、後期高齢者医療広域連合事務局担当者が同席での聞き取りとなった。両者同時に質問に回答したため、以下はまとめて記す。

項目 a, b について（後期高齢者診療料の算定状況及び同診療料に対する担当者の理解）

届出状況は低調であった。（2008 年 4 月当初、2 件）2 件の内 1 件は 2008 年 11 月をもって辞退しており、もう 1 件のみが 2010 年 3 月の制度終了まで届出を継続した。制度自体についての反応としては、医師会からの反対が大きい。医師や薬剤師らから構成される懇話

会³⁵においても議論されたが、後期高齢者診療料については否定的な見解である。

制度自体、国が強制的に各医療機関に主治医になるよう勧めるものであるように思われる。介護保険の主治医³⁶の位置づけを全医療に取り入れようとしているように見える。つまり、後期高齢者診療料は介護保険における主治医の位置づけを念頭においていると考えられる。

項目 c, d について（かかりつけ医と後期高齢者診療料の関係）

出来高と比較して負担が増えると思われる（医療機関、患者双方にとって）。また、重複診療の問題もある。この重複診療については厚生労働省が改善するように指導している。

健診が低調なため、これを診療所の医師が行なうことには意義がある。（健診の窓口は市町村によって高齢者担当課や健診担当課とさまざま、市町村に共通の窓口もないので煩雑である。）

（補足質問）

後期高齢者医療広域連合の実態はどのようなものか

市町村の連合という位置づけなので、実権がなく、非常に不安定な存在であることは否めない。職員も各市町村からの出向扱いもしくは県の保健師などであるので、業務内容の一貫性という意味でも困難があると思われる。

4者に対して基本項目に基づいた聞き取り調査を行った結果、低調な高齢者診療料の届出に対して、以上のような各当事者の見解が得られた。特に神代診療所所長からは、医師の見解の一例として、かかりつけ医の推進に積極的な姿勢がうかがえ、その観点から後期高齢者診療料に関するコメントと示唆を得た。このことから、医師の中にも違いは大きいですが、積極的な医師の中には、かかりつけ医としての機能を持たせるために、医療機関が主体的に健診を行うことを検討する者が存在することが確認できた。

また、県・市町村当局者からは、患者、医療機関の制度に対する不理解という秋田県の後期高齢者医療制度を取り巻く課題も示され、全国的な制度の周知の不徹底がここにもあらわれていると見られた。

第3節 鹿児島県における聞き取り調査

鹿児島県では、制度施行当初から批判が先行していた後期高齢者医療制度の開始当初

³⁵ 医師、薬剤師、民生委員、被保険者代表、シルバー人材、老人クラブ代表、社会福祉協議会、健保組合の各代表から構成される。

³⁶ 介護保険では、介護認定の際に主治医による意見書が必要となる。詳細は、厚生労働省「要介護認定に係る制度の概要」。

2008年4月時点で、内科を主たる診療科とする県内562診療所の内、86.3%に上る487診療所が後期高齢者診療料の届出を行っていた。これよりもやや多い500件台の届出があった県には神奈川県(566診療所)、愛知県(536診療所)があるが、これら2県ではそれぞれ25.1%(神奈川県)、27.7%(愛知県)と、全国平均23.7%よりやや高い割合に過ぎず、鹿児島県の高い届出割合は、後期高齢者診療料の全国の届出総数にも影響を与え得る数値を出していると言える³⁷。

しかしながら、この高い届出割合はあくまで「届出」のレベルの問題であり、実際の支後期高齢者診療料制度の利用、すなわち同診療料算定に結びつくとは限らない。この点について検証は、算定状況の調査によって明らかにする必要もある問題だが、本節では、鹿児島県において多くの診療所が届出を行った実態について、秋田県同様、県庁及び後期高齢者医療広域連合事務局の当局者に対する聞き取り調査を行うことで検証を試みたい。

聞き取り調査にあたっては、鹿児島県が全国でも有数である多数の離島・へき地を抱える自治体であることにも注意を払うこととした。中山間地域のみならず、離島を多く抱えることは、後期高齢者医療に限らず、へき地医療との関係からもかかりつけ医の意義が見出されていることも考え得る。この点を念頭におきながら、調査結果の考察も行う。

3-3-1 調査概要

1)調査対象

鹿児島県(保健福祉部保健医療福祉課地域医療係)及び鹿児島県後期高齢者医療広域連合事務局の2者を聞き取り調査対象とした。

鹿児島県庁では、保健医療福祉課の中でも、後期高齢者医療制度に直接関係する国保指導室ではなく、離島・へき地医療を所管する地域医療係に対して聞き取り調査を行った。これは、鹿児島県の地理的背景から、離島・へき地医療の観点から後期高齢者診療料を見ることが実態把握の糸口としたためである。

2)調査方法

本調査は2010年11月25日及び26日に行なった。11月25日に①鹿児島県庁内において、11月26日に②鹿児島県後期高齢者広域連合事務局内において、それぞれ聞き取りを行った。

3)調査項目

調査項目は、前節の秋田県との比較の観点から以下の4項目を基本とするが、必要に応じて質問の修正、追加を行なった。以下4項目以外の質問の内容については、調査結果においてそれぞれ述べる。

- a 後期高齢者診療料の算定状況等に関する対象機関における認識
- b この制度に対する担当者の理解と意識

³⁷ なお、50%を超える割合の県は他に長野県(361診療所、54.8%)、徳島県(185診療所、50.4%)がある。(いずれの割合も内科を主たる標榜科目としている診療所の内での割合)

c かかりつけ機能と初期診療の関連の中での同制度の位置づけ

d 後期高齢者診療料の制度は（ゲートキーパーとしての）かかりつけ医のあり方を考える上で示唆を与えるものになったか否か

3-3-2 調査結果

以下、「質問と回答」という形で記す。

①鹿児島県保健福祉部保健医療福祉課（地域医療係）

地域医療係では、離島・へき地医療の現状に留意しつつ、調査項目の質問を行なった。

項目 a, b について（後期高齢者診療料の算定状況及び同診療料に対する担当者の理解）

地理的な問題からも、医師確保が先決であり、それと結びつく内容であれば対象患者に算定を行うことはありうる。

項目 c, d について（かかりつけ医と後期高齢者診療料の関係）

とりわけ離島においては、無医島³⁸である場合や無医地区、準無医地区³⁹である場合が多く、月に2,3回巡回する医師がかかりつけ医を担うことになる。それゆえ、慢性疾患の管理等はこれらの医師に委ねられることになろう。（一部の専門科については別途巡回がある場合もある。）いずれにせよ、へき地医療の問題は複数の医師がほとんど想定され得ないため、患者にとって、高齢者診療料への反発は生じにくい。

考えられる反応としては、被保険者として、県内の他地域とのバランスの問題から、離島・へき地では医療給付需要に比べ、負担感が高まることにもなる。

②鹿児島県後期高齢者医療広域連合事務局

項目 a, b について（後期高齢者診療料の算定状況及び同診療料に対する担当者の理解）

2年で終わってしまった制度でもあり、後期高齢者診療料をどのように評価するかは今後の検証を待つ必要がある。県の傾向としては、医薬品制度の変更に対する対応も早かったため、届出が制度当初から多かったのは新しい制度への対応の早さとも考えられる。

また、後期高齢者医療連合事務局から見て、県医師会として後期高齢者診療料に対する動きは見られなかった。市郡医師会レベルの動きにも注目する必要がある。後期高齢者医療制度の周知徹底不足から、被保険者の不理解と医療機関の不満を招いたことは後期高齢者診療に対する印象への影響も大きいと言える。

項目 c, d について（かかりつけ医と後期高齢者診療料の関係）

（2010年夏の）奄美の豪雨災害の際に患者に対して医療関係の早い対応ができたことか

³⁸ 医師が常駐していない島をいう（『鹿児島県保健医療計画』316頁）

³⁹ 「無医地区」は医療機関がなく、容易に医療機関を利用することができない地区であり、「準無医地区」はそれに準じる地区をいう（同上）

ら、かかりつけ医としての機能を発揮できる可能性は高いと考えられるので、それをどう制度が支えるかは問題である。

(補足質問)

県との連携はどのような形でしているか

県の間では各種部会等や財政面で対応協議を行い、連携している。

後期高齢者医療広域連合事務局にはどのような問い合わせがあるか

被保険者からの保険料等の問い合わせが多い。広域連合の議会からの照会もあるが、医療機関からの問い合わせはほとんどない。

離島・へき地の多さ（特に多数の離島）が後期高齢者診療料やかかりつけの検討に与える影響はあり得るか

離島では必要最低限の医療供給を行うよう医療確保対策がとられているが、離島住民にとっては「医師＝かかりつけ医」であり、後期高齢者診療料のような制度によらずとも「かかりつけ機能」は定着しているのではないか。しかし、離島・へき地だけでなく鹿児島市等の都市部も含めた後期高齢者診療料の算定状況を、レセプトデータによって検証することでその実際が確認できるかもしれない。可能であれば検証していきたい。

第4章 調査結果の考察

第1節 各調査結果の考察

4-1-1 東京都医療機関アンケート調査

後期高齢者診療料の算定状況に関しては、第3章中の図2や図3からわかるように20%弱であり、中医協の調査結果よりは高い値（東京都は11.6%）となったものの、8割以上の診療所では算定を行っていない。この理由について、点数設定の問題はもちろん、フリーアクセスの制限であるという意識が医療機関側に強くあらわれていることは興味深い。フリーアクセスを制限するという意見については、2-1-1でも見たように、算定によって包括内容以上の診療行為を禁止することや、患者が他の医療機関を受診するのを妨げることは制度上発生しないことがわかっているが、多くの医療機関はこれらの点を指してフリーアクセスや必要な医療の制限であるとコメントしている。アンケート全体に関するコメントの中には、医師自身、後期高齢者診療料の制度がよくわからないという率直な感想もあり、このようなコメントからも制度内容の周知が患者に対してだけでなく、医療機関に対しても、不徹底であったことが示されている。

本調査から、後期高齢者診療料の算定を施設では75歳以上（後期高齢者）の受診患者が増加する傾向にあるという中医協報告書の結果は一例に過ぎないことがみとめられる。この点につき、本調査回答の中には、「算定によって受診を敬遠する患者が出たため途中で算定を取りやめた」というコメントもあり、むしろ後期高齢者の受診を抑制する可能性もある。受診抑制によって、後期高齢者診療料に否定的な意見に多く見られた医療費の抑制が期待できる面もあるが、受診抑制の効果があらわれると、それまで当該診療所を受診していた患者の中には、当該診療所以外にも、他の医療機関も重複して受診を行うようになり逆効果であるという考え方もできる。

また、後期高齢者診療料の算定をしなかった理由の多くは、患者の後期高齢者診療料に対する理解の困難さによるとしており、医師自身の本制度に対する理解の困難さも合わせ、複雑な制度であったことが算定を妨げることになったと考えられる。患者に対して医師がどのように制度趣旨を説明すれば良いかが示されていなかったことも大きな要因であろう。患者説明の困難さに次いで他の医療機関との調整の困難さが不算定の理由に挙げられているが、この理由についても、制度設計の段階の問題とも言える。算定をしなかった施設についてのこれらの理由は、中医協報告書でもほぼ同様の結果が得られているが、報告書発表以後これらの問題に対する検証が見られないため、本調査の回答にあったような医療機関、患者の手間や利便性を顧みることが指摘されよう。

回答では、やはり全体としては制度自体への批判が多くなったが、何らかの形で患者の健康管理、疾病管理を行おうとする制度趣旨には賛同する意見も見られた。回答者が後期高齢者診療料の届出をした診療所であり、その中でもアンケートへの協力を得られた一部

の医療機関であるという制約はあるものの、一般的には批判点のみが取り上げられた後期高齢者診療料の再検討をするきっかけにはなろう。

4-1-2 秋田県聞き取り調査

後期高齢者診療料の届出数がほとんどない秋田県について、県庁、後期高齢者医療広域連合、市役所及び診療所の聞き取りによって実態把握を試みたが、本県を始め、医師会レベルで後期高齢者診療料の制度に反対の意思を示した都道府県にあっては、医師会の統一決定を受けて個々の医療機関も慎重な態度を示したと見られる。秋田県では、2008年4月初日から県医師会が後期高齢者医療制度自体に対する反対を表明しており⁴⁰（後期高齢者診療料に対する反発の意味も強い）、各医療機関は届出を控えたと思われる。

後期高齢者医療広域連合事務局での聞き取りでも、当初2件あった届出が2008年中に1件取り下げられ、ほとんど0の状態であったことが明らかになった。残った1件の届出については、実際の算定状況は直接問い合わせる他ないが、内科診療所全297診療所の内の1施設についての情報では秋田県における後期高齢者診療料の算定の全状況が得られるという事に過ぎないと考えられる。

しかしながら、仙北市の神代診療所所長に対する聞き取りからは、県内の診療所医師の中には後期高齢者診療料の届出は行なわないながらも、患者の健康管理、疾病管理に対するかかりつけ機能の検討の必要性が確認された。また、健診と診療の連携体制が今後必要になるという指摘に関しては、後期高齢者医療広域連合としても意義をみとめており、この点では診療所と政策当局の見解が一致するところとなった。問題となるのは、診療は「医療」、健診等の健康管理は「保健」と、分野を異にする仕組みとなっている体制であり、この現状の検討をさらに進めることが示唆される。

4-1-3 鹿児島県聞き取り調査

鹿児島県の調査で明らかになったのは、高い届出率に比して、実際は後期高齢者診療料自体に対する関心が県当局にもなかったことと、県医師会レベルでは後期高齢者医療制度への反対をしていなくとも、市郡医師会等では反対をしていた可能性もある。これらの結果を裏付けるように、県保険医協会が行なったアンケートでは、実際に後期高齢者診療料を活用しているのは18%に過ぎないとする結果を出しているという報道もある⁴¹。このアンケートによれば、高い届出割合は「とりあえず」届けたものが多いとしており、後期高齢者診療料に賛同する医療機関が多かったわけではないと報告している⁴²。また、保険医協会では2008年4月の時点で厚生労働省に対して後期高齢者医療制度の廃止を求めているの

⁴⁰ 『朝日新聞』2008年4月12日朝刊、秋田県版

⁴¹ 『朝日新聞』2008年7月5日朝刊、鹿児島県版

⁴² 同上

で⁴³、鹿児島県の医療機関、患者等が特に後期高齢者医療制度に好意的な姿勢であったとは言えないようである。

鹿児島県の高い届出率については、離島やへき地を多く抱えていることにも検討の余地があると思われる。後期高齢者医療広域連合の聞き取り時のコメントにあったように、災害時の対応の早さや離島住民の医療確保に向けた対策の推進の中では、かかりつけ医に関係する議論も見受けられるようである。この点を踏まえ、鹿児島県においては、届出を行った医療機関に関して後期高齢者診療料とかかりつけ機能についての検証を行うにも意義があろう。

第2節 3 調査についての小括

3つの調査は、実際の届出状況に基づいたアンケート（東京都医療機関アンケート）、届出の少ない県、多い県についての実態把握のための聞き取り調査（秋田県、鹿児島県聞き取り調査）と、それぞれ異なる側面についての調査を試みた。後期高齢者診療料の実態把握のためには、可能であればレセプトデータの収集に基づく分析が望ましいが、本稿では資料の制約から、アンケートと聞き取りという形にとどまった。その一方、一部ではあるが、アンケートや聞き取りによって診療所の見解や政策当局の対応の実際を確認することもできた。

その中でも、医療機関や政策当局の見解の一致するところとして、継続的な健康管理と疾病管理は今後、制度的にも診療を行う上でも求められていると言える。これは後期高齢者に限ったものではなく、年齢を問わない健康管理と診療の連携が必要になることを示唆する。この点に関して、アンケート調査では多くの診療所が後期高齢者の健診の担当をしているが、この健診と、継続的な健康管理の関係についての考察も必要になる。

⁴³ 『読売新聞』2008年4月26日朝刊、鹿児島県版

第5章 終章

第1節 各種調査、報告書内容の総括

第2章で確認した中医協の報告書や日医総研の調査では、後期高齢者診療料の算定状況と算定についての問題点を考察しており、算定は低調であったことが確認された。これに関しては600点という点数設定や算定要件・内容の理解をめぐる問題点が指摘された。

第3章における3つの調査では、後期高齢者診療料をかかりつけ機能の観点から見てきた。アンケート調査、聞き取り調査から得られた後期高齢者診療料の評価としては、後期高齢者医療制度という高齢者を年齢で区切った制度の下での医師、患者関係の構築には問題があり、年齢区分、さらには疾病区分についても見直す必要があると考えられる。

3つの調査の中でも、複雑な制度内容の問題点を指摘する声が多く寄せられたことから、制度説明が不十分だったことが後期高齢者診療料の低い算定に結びついたと言えよう。後期高齢者医療制度自体が十分な説明がないままに開始されたことによって後期高齢者診療料の内容が議論し尽くせなかったことも背景にはあるが、後期高齢者診療料自体の複雑な内容は改善すべき点であろう。

後期高齢者診療料の廃止後の制度としての生活習慣病管理料は、かかりつけ医として点よりも疾病担当医の位置付けにあると考えられるため、上記の問題点は、依然今後の検討課題になろう。

また、患者の健康管理、疾病管理を行うにあたって想定される、健診と診療の連携の問題も、医師、患者間の結びつきを制度化する際には大きな課題となる。さらに、鹿児島県の例に見られるように、地域性を考慮した制度設計にも留意したい。

これらの結果を踏まえ、次節では本稿の結論として、かかりつけ機能の制度的な整備が、かかりつけ機能が医療機関の間に定着化するかについての仮説の検討と、今後の課題を述べる。既に確認してきたように、後期高齢者診療料はかかりつけ機能の制度化そのものではないが、医療機関と患者との関係を制度化する試みであるという点において今回の制度は評価でき、ここから、今後の医師、患者関係をめぐる課題を導き出して、結論とする。

第2節 結論

仮説の検討に際し、かかりつけ機能の制度化に関しては、制度内容が明確に説明されうるものである必要がある。医療機関側も患者側も制度内容をよく理解できていない状況では、制度導入は困難とならざるを得ない。また、制度内容に関しては、年齢や疾病で区別を加える際には妥当性を十分に検討することが必要となる。

さらに、費用面における医療機関側、患者側双方の適正化を行うことが求められる。医療機関に対しては、診療内容に見合った費用設定をすると同時に、患者に対しては、かかりつけ機能（プライマリケア）の下での受診については負担を軽減する措置を検討するこ

とが望ましい。プライマリケアの下での医師、患者関係の構築によって、患者の健康維持が促進されることを期する観点からはこの点を十分に考慮する必要がある。

これらの条件の下では、医師、患者関係の制度的な明確化から、医師は患者の全体に関し、健康管理や疾病管理を行なうことも可能であり、本稿の仮説は支持される。

本稿では、後期高齢者診療料がいかに機能したかについて、正確な算定状況を確認するには至っていない。この限界については、レセプトデータの解析によって、実際の算定状況は検証が可能となり、それによって、後期高齢者診療料の実態がより明確になるものと思われる。また、診療所による健診の実施状況と、それに基づいた診療が可能となることで「かかりつけ機能を担う医師」として患者を診ることが可能になる点については、健診と診療の関係が神代診療所所長の取り組みが示唆はしたが、検証を行う必要がある。これらの点を、今後の検証課題としたい。

最後に、かかりつけ機能を考える際には、制度的な定着の前提条件として、「かかりつけ機能を担う医師」、すなわち供給者側の整備が重要である点を指摘しておく必要である。この点については、医師養成、スキルアップの問題は検討が必要であると言えよう。

参考文献

1. 単編著

- (1) 伊藤周平『後期高齢者医療制度—高齢者からはじまる社会保障の崩壊』平凡社、2008年
- (2) 田中滋「わが国の医療提供体制の展開」田中滋・二木立 編著『保健・医療提供制度』勁草書房、2006年、3-4頁
- (3) 府川哲夫「プライマリー・ケアの国際比較」田中滋・二木立 編著『医療制度改革の国際比較』勁草書房、2007年、90-95頁
- (4) 松村慎吾・冨井淑夫編著『後期高齢者医療制度を再考する—豊かな長寿社会に向けての13の提言』ミネルヴァ書房、2010年
- (5) 山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社、2003年
- (6) Julian Le Grand (2003). *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*:Oxford University Press.

2. 白書、報告書等

- (1) 秋田県『秋田県医療保健福祉医療計画』、2008年
- (2) 鹿児島県『鹿児島県保健医療計画』、2008年
- (3) 厚生労働省『厚生労働白書』
- (4) —————『医療施設調査』
- (5) —————『患者調査』
- (6) 中央社会保険医療協議会「平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査—後期高齢者診療料の算定状況に係る調査—」報告書、2009年5月20日
- (7) 中央社会保険医療協議会、各種総会資料

3. 論文

- (1) 江口成美「第3回 日本の医療に関する意識調査」日医総研ワーキングペーパーNo.180、2008年12月16日
- (2) 遠藤英俊、三浦久幸、桑野康一「高齢者医療制度をめぐって」『Geriatric Medicine』第48巻第1号、2010年1月、73-77頁
- (3) 大島伸一「後期高齢者医療制度の意義と概要」『Geriatric Medicine』第46巻第7号、2008年7月、687-691頁
- (4) 神崎恒一「後期高齢者に対する取り組み」『総合臨床』第57巻第5号、2008年5月、1517-1522頁
- (5) 小松秀和「高齢者医療制度の行方—後期高齢者医療制度を超えて—」『香川大学経済論

叢』第 82 卷第 3 号、2009 年、161-184 頁

- (6) 田中信至「かかりつけ医機能の制度設計における検討課題—フランス及びドイツの制度とわが国への示唆—」法政理論第 40 卷 2 号、2007 年、161-218 頁
- (7) 知野哲朗「高齢者医療費の変動と格差に関する特徴と課題」『岡山大学経済学会雑誌』第 38 卷第 4 号、2007 年、21-38 頁

4. 新聞、雑誌記事

- (1) 『朝日新聞』2008 年 4 月 12 日朝刊、秋田県版
- (2) ————— 2008 年 7 月 5 日朝刊、鹿児島県版
- (3) ————— 2009 年 11 月 24 日朝刊、秋田県版
- (4) 『社会保険旬報』No.2352、2008 年 5 月、6-9 頁
- (5) 『週刊社会保障』No.2470、2008 年 2 月、6-15 頁
- (6) ————— No.2524、2009 年 3 月、52-55 頁
- (7) ————— No.2527、2009 年 4 月、50-53 頁
- (8) ————— No.2555、2009 年 11 月、52-55 頁
- (9) ————— No.2560、2009 年 12 月、22-24 頁
- (10) 『日経ヘルスケア』No.224、2008 年 6 月、22-28 頁
- (11) ————— No.243、2010 年 1 月、42-49 頁
- (12) 『日経メディカル』第 37 卷 6 号、2008 年 6 月、39-41 頁
- (13) 『日本医事新報』No.4384、2008 年 5 月、20-23 頁
- (14) ————— No.4388、2008 年 5 月、19-21 頁
- (15) 『読売新聞』2008 年 4 月 26 日朝刊、鹿児島県版
- (16) ————— 2008 年 7 月 28 日朝刊

5. ウェブサイト

- (1) 厚生労働省「総合科の新設について」(2010 年 12 月 15 日閲覧)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/dl/s1207-7c.pdf>
- (2) 厚生労働省「要介護認定に係る制度の概要」(2010 年 12 月 15 日閲覧)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo1.html>
- (3) 日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイト (2010 年 12 月 15 日閲覧)
<http://www.primary-care.or.jp/>
- (4) 三田村保、大内東、宮腰昭男「札幌市のかかりつけ医に関するアンケート調査とその分析」(2010 年 12 月 15 日閲覧)
http://www.jami.jp/18taikai/18jcmi_data/pdfs/1K69.pdf

謝辞

本稿をまとめるにあたり、大変多くの方々にお世話になりました。ここに皆様への感謝を述べさせていただきます。

福田敬・東京大学大学院医学系研究科准教授には、指導教員として最後までご指導いただき、大変感謝致します。医学的な知識が少なく、課題にぶつかることが多い中、情報へのアクセスの仕方、課題設定の仕方について適切なコメントをいただき、本稿を執筆することができました。ありがとうございました。

また、秋田県、鹿児島県の調査にあたっては、各県、また後期高齢者医療広域連合の皆様にお世話になりました。

秋田県仙北市役所の伊藤大介氏には市役所での聞き取りのご配慮だけでなく、県庁や後期高齢者医療広域連合、さらには仙北市神代診療所での聞き取りの場を設けていただき、大変お世話になりました。ありがとうございました。また、秋田県庁、後期高齢者医療広域連合の皆様、伊藤貞男・神代診療所長、仙北市役所の皆様にも感謝致します。

鹿児島県においては、後期高齢者医療広域連合からは網屋多加幸課長をはじめ 4 名の方にご協力をいただき、さまざまなコメントをいただき、感謝致します。離島の現状についてのコメントは、地域性を考慮する上で大変参考になりました。ありがとうございました。

鹿児島県での調査にあたっては、長谷知治・東京大学公共政策大学院特任准教授にご配慮をいただき、離島についての貴重な示唆もいただきました。ありがとうございました。

論文を執筆する上で、自身の論文にも集中する時期の中、私の研究内容に対する理解と、実感に基づくコメントをいただいた華井和代さんには、論文検討会をはじめとして、励ましの言葉をいただいたことに感謝致します。また、論文検討会に出席していただいた公共政策大学院、法学部の学生の皆様からも多くの励ましをいただきました。本当にありがとうございました。

多くの皆様にご協力いただいたことに改めて感謝致します。ありがとうございました。