

# 高齢化社会と医療制度

経済学部 4回生 永廣ゼミナール

橋本 善大

## 目次

はじめに

- I 日本の高齢化
- II 国民医療費の増加
- III 日本の医療保険制度
- IV 医療費抑制政策
- V 望ましい医療制度

## はじめに

私がこのテーマを選んだ理由は2点ある。1点目の理由としては、これからの日本では高齢化がさらに進んでいくとされているからである。一般的には高齢になるにつれて一人当たりの医療費は高額になると言われている。そのため、このまま高齢化が進むと高齢者の割合が増えることで国民医療費がますます増加し、様々な問題が出てくる可能性があるのではないかと思った。2点目の理由としては、医療費を抑制するための様々な方法や医療制度の改革など、多くの議論がなされているからである。その中でも後期高齢者医療制度については様々な問題や批判が出ている。政権交代した時に、「後期高齢者医療制度は廃止」という話題が出ていたが、時間をかけて新制度を策定してから廃止するという方針になったため、現在でもこの制度は維持されたままである。このようなことから、医療費抑制政策は実際に医療費を抑制する効果があるのか、後期高齢者医療制度はどういったことが問題なのか、どうすればよりよい医療制度となるのかということ調べてみたいと思った。これら2点の理由から私はこの「高齢化社会と医療制度」というテーマを選んだ。

## I 日本の高齢化

### (1) 日本の高齢化の現状

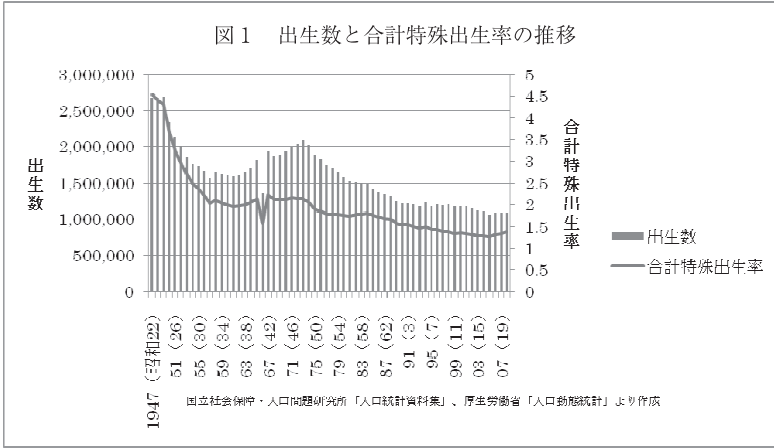
現在の日本は平均寿命、高齢者数、高齢化のスピードという3点において、世界で一番の高齢化社会と言われている。これは出生数が減り、平均寿命が延びて高齢者の割合が増えているためである。

日本では終戦直後の1940年代後半にベビーブームが起きた。図1を見ると1947年には合計特殊出生率が4.54で出生数は約270万人を記録している。しかし、1948年に合法化された人工妊娠中絶の急激な普及により、合計特殊出生率は急落していった。1960年代から1970年代前半の高度経済成長期の合計特殊出生率は2.13前後で安定していたが、1970年代後半からは出生数も合計特殊出生率も減少している。その後、2005年には合計特殊出生率が1.26まで落ち込んだが、2006年以降は再び上昇し始めており、2009年には1.37に回復している。しかし、合計特殊出生率が再び上昇し始めたとはいえ、人口を維持するためには約2.07が必要と言われているため、1.37ではまだまだ低い。さらには、これからも合計特殊出生率が急激に上昇する可能性は極めて低いと言われているため、このままでは日本の少子化は改善されないのである。

### (2) 日本の平均寿命

では、平均寿命はどうなっているのでしょうか。日本では平均寿命に関する調査が1891年から始まったが、この時の平均寿命は男性42.8歳、女性44.3歳であった。これほどまでに平均寿命が短かった原因は、コレラ、天然痘、赤痢、結核、梅毒などの伝

図1 出生数と合計特殊出生率の推移



染病や、乳幼児の死亡率の異常な高さにある。戦前は平均寿命が50歳を下回っていたが、終戦直後の1947年に男性50.06歳、女性53.96歳と初めて50歳を上回った。それから日本人の平均寿命は年々延びていったのである。平均寿命が延びた理由は、それまで死の病と言われていた肺炎や結核への抗生物質が登場したことや、乳幼児の死亡率の低下、伝染病の減少などがある。2010年7月に発表された最新のデータでは、男性の平均寿命が79.59歳、女性が86.44歳で、女性は25年連続世界一、男性も世界5位であった。

そのような中で、100歳以上とされていた高齢者が実際には死亡していたり、住民票に登録された住所に住んでいなかったりというケースが判明した。このような人たちを除けば平均寿命は短くなるであろうという声も出ていたが、厚生労働省は「影響はない」という発表をしている。その理由は2点ある。1点目は、人口が少ない世代は1人の生死が統計に大きな影響を与えるため、一定年齢よりも上の人たちは平均寿命の計算に含んでいないからである。2点目の理由は、平均寿命のもとになるデータは国勢調査の結果を使用しているが、国勢調査では調査員が実際に会うことを原則としているからである。このような理由で平均寿命が短くなるということはないのである。

### (3) OECD加盟国との比較

このように現在の日本は出生数が減り平均寿命が以前よりも延びているため、高齢者の割合が増えている。このことから日本は世界で一番の高齢化社会の国であると言える。

それでは、他の先進国ではどのような状況にあるのか見ていきたい。

(a) 少子化について

OECD 加盟国の2000年～2005年の合計特殊出生率を見てみると、一番高いのがトルコの2.46、次がメキシコの2.40、その次がアメリカの2.04である。OECD 加盟国の合計特殊出生率を平均すると1.615である。この時期の日本の合計特殊出生率は1.33で、当時の OECD 加盟国30カ国中21番目であった。この数字を見ると日本は世界の中でも少子化が進んでいるのがわかる。しかし、合計特殊出生率が平均で1.615あると言っても、人口を維持するために必要な合計特殊出生率は先進国の場合で約2.1と言われているため、OECD に加盟しているほとんどの国で合計特殊出生率が足りていないということになる。

(b) 平均寿命について

OECD が公開した「ヘルスデータ2009」によると、加盟国の平均寿命は79.1歳である。平均寿命が最も長い国は日本で82.6歳、次いでスイスが81.9歳、オーストラリアとイタリアが81.4歳となっている。世界の平均寿命は67.6歳であるため、OECD 加盟国は平均寿命が長いことがわかる。

このように、OECD 加盟国では合計特殊出生率が低く平均寿命も長くなっている。実際、図2を見てもわかるように、OECD 加盟国の中で高齢化率が一桁なのは9.4%の韓国と5.8%のメキシコのみである。日本に関しては21.5%で20%を超えている。よって先進国でも日本と同様に高齢化が問題となっていると言える。

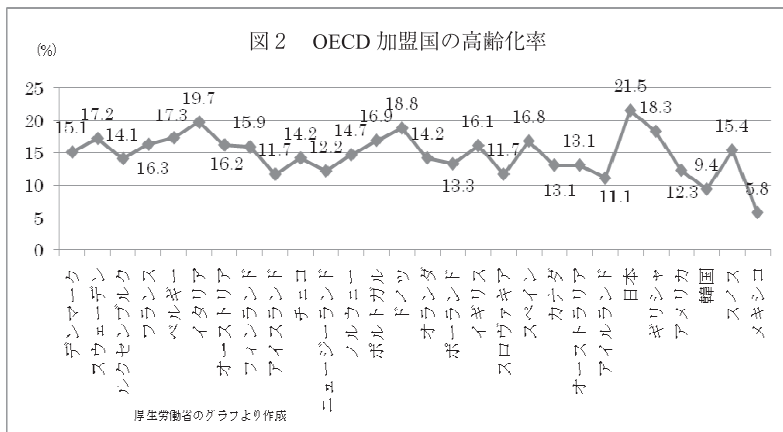
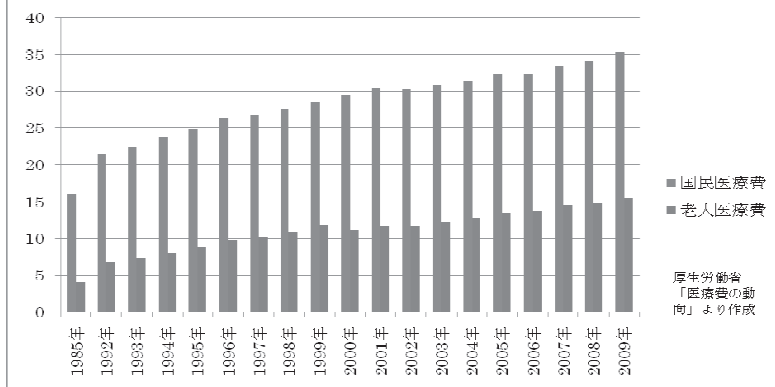






図4 国民医療費と老人医療費の推移



### Ⅲ 日本の医療保険制度

ここでは、現在の日本の医療保険制度はどうなっているのかを見ていきたい。

#### (1) 種類

現在、全ての日本国民は、住む地域や職業によって5000以上ある医療保険のいずれかに加入することになっている。主なものとして、組合管掌健康保険と全国健康保険協会管掌健康保険、国民健康保険がある。

##### (a) 組合管掌健康保険

組合管掌健康保険とは、主に大企業などのサラリーマン・OLが加入するもので、単独の企業や複数の企業が独自の健康保険組合を設立して運営しているものである。この健康保険組合は、単独の企業ならば社員が700人以上、あるいは同業種の複数の企業ならば社員が3000人以上いる場合に国の認可を受けて設立することができ、保険料の給付や徴収を独自に行うことができる。全国規模となる全国健康保険協会管掌健康保険と比べて、一定規模の職域など小集団であるため、効率的できめこまかいサービスができることなどが特徴である。

##### (b) 全国健康保険協会管掌健康保険

全国健康保険協会管掌健康保険とは、以前は政府管掌健康保険と呼ばれていたもので、主に中小企業などで働くサラリーマン・OLとその被扶養者が加入する保険である。運営は全国健康保険協会が行っており、都道府県ごとに保険料率を設定している。

### (c) 国民健康保険

国民健康保険とは、農業者や、自営業者などを対象とした医療保険である。市町村が発行する国民健康保険証を診療所や病院の窓口で提出すれば、一定の自己負担で医療が受けられる。被保険者は退職者などの無職の者が多く、平均年齢が高く平均所得は低い。

## (2) 各医療保険の問題点

### (a) 組合管掌健康保険の問題点

組合管掌健康保険は健康保険組合が運営していると述べたが、この健康保険組合の財政の逼迫が問題となっている。2008年度から、原則75歳以上の後期高齢者医療制度、65歳から74歳までの前期高齢者の医療費を財政調整する制度が創設された。この制度のスタートにより、これまで健康保険組合の財政を圧迫していた老人保健制度が廃止され、老人保健拠出金はなくなったが、新たに後期高齢者への支援金、前期高齢者への納付金が求められることになった。また、これまでの退職者医療制度も廃止されたが、2014年までは65歳未満の退職者を対象とする経過措置があるため、引き続き退職者給付拠出金を負担していく必要がある。このため、健康保険組合は一層厳しい財政状態に陥ることとなったのである。2010年度の予算早期集計では2009年度に引き続き、約9割の組合が赤字であり、赤字額は6605億円にも及ぶと見込まれている。

### (b) 全国健康保険協会管掌健康保険の問題点

この保険の問題は都道府県ごとに運営されているため、高齢者の多い県とそうでない県、所得水準の高い県とそうでない県で保険料率の格差が出ることである。政府管掌健康保険から移行した直後は、平均保険料率が8.20%であったが、現在では、北海道の9.42%が最高で最低は長野県の9.26%となっており、平均保険料率は9.34%である。これほどまでに大幅な引き上げがなされたのは、景気の悪化に伴い保険料収入が落ち込む一方で、主に新型インフルエンザの影響で医療費の支出が増えたことによるものである。また、現在の保険料率の格差は0.16%だが、現在は5年間の激変緩和措置により保険料率が大幅に上昇しないようにしているだけであり、今後はさらに格差が広がることが予測されている。

### (c) 国民健康保険の問題点

国民健康保険の問題は財政危機である。制度が発足した当初は、農業者や自営業者が加入者の7割を占めていた。しかし、産業構造の変化や高齢化の進展により、農業者や自営業者は2割近くまで減り、年金生活者や失業者等の無職者の割合が半数以上

に増えたのである。高齢者の割合が多くなったことで、医療費はかかるが加入者の所得水準が低いと保険料収入が少ないという状況になっている。また、保険料の収納率の低下も大きな問題となっている。

### (3) 後期高齢者医療制度

#### (a) 後期高齢者医療制度とは

後期高齢者医療制度は10年に及ぶ議論を経て2008年4月からスタートした新しい医療制度である。この制度は、75歳以上の高齢者を「後期高齢者」とし、一定の対象層として独立させて、75歳の誕生日から新しい保険システムのもとに組み入れるものである。75歳以上で区切った理由は、75歳から老化に伴う生理的機能の低下等の身体的な特性がみられるようになることと、75歳以上を対象としていた老人保健制度から円滑に移行できることである。また、この制度は高齢化の進展等による財政負担の増加に対応するため創設され、財政負担を抑制することが制度創設の主な目的とされている。

#### (b) 老人保健制度と後期高齢者医療制度の違い

1点目の違いは加入する制度である。老人保健制度は被保険者によってそれぞれ保険者が異なっており、各医療保険に加入しながら医療サービスを受けていたのである。また、保険料については老人保健制度での保険料は発生せず、被保険者であれば加入している各医療保険制度の保険料を負担することになっていた。これに対して後期高齢者医療制度は、それまで加入していた国民健康保険や被用者保険から脱退して、強制的に独立した後期高齢者医療制度に加入することになっている。保険者は被保険者が住んでいる市町村が加入する後期高齢者医療広域連合である。また、保険料については、被保険者である高齢者自身が後期高齢者医療保険料を負担することになっている。

2点目の違いは運営主体である。老人保健制度は被保険者が住んでいる市町村が運営していた。これに対して後期高齢者医療制度は被保険者が住んでいる都道府県ごとに新しく設置された広域連合が運営している。

3点目の違いは財源構成である。老人保健制度は公費が5割(内訳は、国が6分の4、都道府県が6分の1、市町村が6分の1)、国民健康保険や被用者保険からの老人保健拠出金が5割という財源構成であった。これに対して、後期高齢者医療制度は公費が5割(内訳は、国が6分の4、都道府県が6分の1、市町村が6分の1)、国民健康保険や被用者保険からの後期高齢者支援金が4割、そして高齢者からの保険料が1割という財源構成である。

### (c) 後期高齢者医療制度の問題点

この制度の問題点は、1点目が後期高齢者に保険料負担を求めているということである。当然ではあるが、所得水準が低い後期高齢者にとって、保険料を負担することは大変厳しいことである。実際にこのことで「負担が厳しい」という高齢者の声もよく耳にする。しかし、「今までの保険料負担が安すぎただけだ」という指摘があるのもまた事実である。

2点目の問題は、これから後期高齢者の数が増えて医療給付費が増えた場合、その増加分をどのようにまかなっていくのかということである。先程も述べたとおり、後期高齢者への医療給付は後期高齢者自身の保険料で1割、その他の医療保険者から「後期高齢者支援金」として4割、そして残りの5割を国や都道府県・市町村からの「公費」としてまかなう仕組みになっている。そのため、後期高齢者の数が増えて医療給付費が増えた場合、増加分をどこのグループで負担していくかが問題になるのである。国の財政が厳しい中、公費を増やすのは厳しいと考えられる。また、現役世代が中核となる「後期高齢者支援金」の部分も、少子高齢化によって現役世代が減ることが予想されるため難しいであろう。となると、後期高齢者の保険料を引き上げるしかないのである。しかし、先程も述べたとおり、所得水準が低い後期高齢者にとって、保険料を負担することは大変厳しいのである。

### (d) 後期高齢者医療制度の廃止論

2010年現在、民主党は後期高齢者医療制度を廃止して新たな制度を創設するという方針を打ち出している。2010年10月25日に厚生労働省は、2013年度からの導入を目指す新たな高齢者医療制度に関する試算を発表した。この試算は、増加する高齢者の医療費は国民の大半が負担を増やすことでしか支えられないという現実を浮き彫りにしたものであった。

試算によると健康保険組合の保険料は、2025年度には年平均28.9万円となる。これは現在よりも約9万円も増えることになる。その理由は「後期高齢者支援金」の仕組みを変えることを厚生労働省が想定し、試算もその前提で行ったからである。2009年度現在、後期高齢者への医療給付費は、その4割が後期高齢者以外の保険者からの「後期高齢者支援金」として拠出されていると先程述べた。この支援金の3分の2は「加入者数に応じて各組合の負担が決まる」が、残りの3分の1については「組合ごとの加入者の収入の合計に応じて負担が決まる」ことになっている。厚生労働省は、3分の1にだけ適用するこの「組合ごとの加入者の収入の合計に応じて負担が決まる」仕組みを、新制度では支援金全体に当てはめる考えである。

2009年3月末時点での組合管掌健康保険に加入する人たちの平均所得は554万円で、

全国健康保険協会管掌健康保険に加入する人たちの平均所得は385万円である。しかし、加入者の数は全国健康保険協会管掌健康保険の方が多いため、支援金の額は全国健康保険協会管掌健康保険の方が多くなっている。厚生労働省が支援金の仕組みを変えようとしているのは、こうした状況を少しでも是正するとともに、負担できるところに負担してもらおうという狙いからである。この結果、将来的には収入の多い組合管掌健康保険の負担は増え、中小企業のサラリーマン・OLが加入する全国健康保険協会管掌健康保険や無職者の多い国民健康保険は負担が減る見込みである。

しかし、これによって全国健康保険協会管掌健康保険などの運営が一気に楽になるわけではない。2025年度には、国民全体の医療給付費が今年度の31.9兆円から45兆円になると予測されており、その中でも75歳以上の医療給付費は現在の11.7兆円から22兆円とほぼ倍増するため、いずれにしても保険料自体の急増は避けられないのである。

こうした中で、高齢者の医療給付費に対する公費の助成割合を増やすべきだという声も上がっている。しかし、公費投入の割合を5割から6割にすると1.2兆円の新たな財源が必要になる。高齢者の負担軽減のために、公費投入の対象を現在の75歳以上から65歳以上に下げるとすれば、さらに2.2兆円も必要になると言われている。しかし、国の財政は厳しく、公費を投入するのは現状では無理と言わざるを得ない。もし、公費投入の割合を上げるのであれば、増税が不可欠だと言えよう。これからどのような議論がなされるのか注目していきたい。

#### Ⅳ 医療費抑制政策

ここまで医療保険制度について見てきたが、財政の問題や保険料率の問題、保険料収入の低下の問題など、様々な問題があることがわかった。このような状況でこれから高齢化によって増加する医療費に対応していくためには、医療費そのものを抑制するべきだと考える。そこで、医療費を抑制するためにどのような議論がなされてきたのか、実際にそれらは効果があるのか、もしくはあったのかということを見ていきたい。

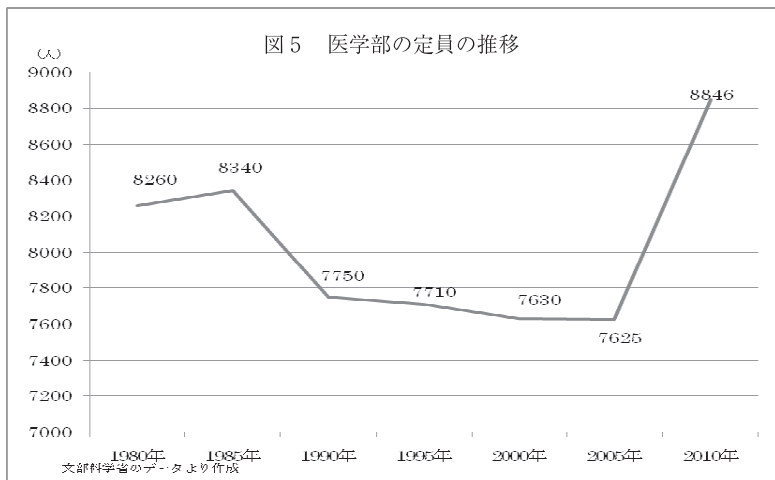
##### (1) 供給側の医療費抑制政策

医療費抑制政策は医療サービスを提供する供給側と、サービスを受ける需要側に分けることができる。

まずは供給側の政策について見ていく。1点目は診療報酬の改定である。日本では、保険で受けられる治療や検査、投薬などの医療サービスの値段は、国が診療報酬点数(1点10円)を細かく定めており、保険診療の値段は日本の中のどこの病院や診療所で受けても同じ公定価格である。診療報酬は医師の技術料などに当たる本体部分と、医

薬品や医療材料費の薬価部分から構成され、ほぼ2年に1回のペースで改定される。医療費を抑制するために、2010年の改定まではずっとマイナス改定であった。このように診療報酬が引き下げられるため、医療機関の経営者は人件費を削減するために医師や看護師等の職員の数を減らすことや、最新医療機器を買わないというような行動で収入の減少を補おうとする。しかし、このような努力をしても、医療機関の中には赤字経営になり、閉院する所も出ている。診療報酬の改定により医療費を調整するのは容易であるが、医療機関やそこで働く人間に弊害があるのである。

2点目は国による医師数の調整である。OECDの「ヘルスデータ2009」によると、日本の医師数は人口1000人当たり2.1人で、OECD加盟国の平均の3.1人を下回っている。この数値はOECDに加盟する30ヶ国で見ると、韓国、メキシコなどに次いで下から4番目に低くなっている。この医師不足の原因は図5を見てもわかるように、医療費を抑制するために1985年から2005年までの間に大学医学部の定員を削減してきたからである。



このような医師不足の状況であるにも関わらず、日本はWHOから評価されるぐらいの世界最高水準の医療を提供しているのである。しかし、少ない医師で世界最高水準の医療を支えているため、医療現場からは悲鳴が上がっている。

2006年3月に厚生労働省の「第12回 医師の需給に関する検討会」に提出された資料によると、病院勤務医の1週間の平均勤務時間は63.3時間となっている。これは実際の始業・就業時間により算出されたものであるため、院外での活動等を含めるのならばもう少し長くなるであろう。一般企業の労働者のように週5日の労働で考えると、

院内勤務で1日約13時間となる。一般企業に勤める労働者の中には13時間ぐらい労働している人もいるかもしれない。しかし、医師の場合は当直や夜勤といった特殊な労働形態があり、さらには患者の生命に直結する判断を要求される場合もあるため、医師は過酷な仕事だと言えるのである。また、医師が長時間働くことは患者の安全性にマイナスの影響があると言わざるを得ない。このようなことが医師不足に拍車をかけている。激務でリスクの多い産婦人科や小児科等では診療休止が相次いでいる。特に産婦人科では担当医不足という理由で患者を受け入れることができず、たらい回しにされた結果、妊婦や胎児が死亡するという事故も起きている。このような状況に対し、政府は近年、大学医学部の定員を増やしている。

3点目は薬価改定である。政府は薬価を2年に1度のペースで、価格調査に基づいて改定する。薬価の引下げは国民の負担を増やさずに医療費の抑制ができるため、有力な案とされている。しかし、薬価が引き下げられてもより高価で優れた新薬が発売されるため、薬価の引下げが必ずしも医療費抑制につながるわけではないとの声もある。

4点目は後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進である。現在、政府は後発医薬品の利用を促進させることに力を入れている。後発医薬品とは先発医薬品の特許が切れてから販売が許可される医薬品である。特許が切れることで、先発医薬品と同じ成分・効能の医薬品を、費用と時間のかかる臨床試験や研究開発費をほとんどかけずに製造できるため、先発医薬品の2～7割という低い薬価で販売できるのである。そのため後発医薬品を積極的に導入することで医療費を抑制することができる。

実際に広島県呉市では後発医薬品への切り替えが進み、初年度の2008年度に4500万円、2年目の2009年度に8800万円の医療費削減の効果が得られたという。少子高齢化が進んでいた呉市では、1人当たりの年間医療費が59.5万円と全国平均の約1.5倍であったため、医療費を削減するため、全国に先駆けて2008年に後発医薬品の普及に乗り出した。具体的な対策は、後発医薬品に切り替えた場合、薬代がどのくらい安くなるかを市民に示すという方法であった。国民健康保険に加入する約6万人の市民に対して、使用中の薬を後発医薬品にしたときの差額を計算して、それを郵便で知らせたのである。この効果もあり、呉市の後発医薬品の普及率は導入から1年半で16.1%から19.6%に上昇した。

医療費に占める薬剤費は約7.4兆円、後発医薬品が普及すれば数千億円から数兆円規模の医療費削減効果が得られると考えられている。しかし、アメリカでの後発医薬品の普及率は7割近いのだが、日本では後発医薬品の普及はそれほど進んでおらず、普及率は約2割にとどまっているのが現状である。これは医師の間で後発医薬品の安全性に対する疑念が多くあることが原因だと言われている。政府は2012年までに普及



率を約2割から3割にまで引き上げたい考えである。この目標を達成するためにも政府は医師の不安を取り除くため、後発医薬品は安全だという正しい情報を提供していかなければならない。そうすることで普及率は向上するであろう。

実際に福岡県では市販後にも後発医薬品と先発薬の比較試験を独自に行い、結果を地元の医療関係者に公表する取り組みを始めたことにより、後発医薬品の普及率は向上した。「後発医薬品は臨床試験を行っていない」ということから生まれる不安を取り除くためである。これまでに19品目の先発薬に対する後発医薬品73品目を検査したが、いずれも品質上の問題は確認されなかったという。このような取り組みの結果、福岡県では県と医師会、薬剤師会が一体となって、普及を進める機運が高まり、後発医薬品の普及率は28.6%と全国平均を大きく上回っている。これらのことは、努力さえすれば後発医薬品の普及率は上昇していくことを示している。

## (2) 需要側の医療費抑制政策

次に需要側の政策について見ていく。まずは患者負担の引上げである。患者の負担を増やすことで、安易に診療を行うことを減らして医療費を抑制するわけである。たしかに自己負担を引き上げたことで医療費を抑制することはできる。しかし、自己負担の引上げで削減できる医療費はあくまでも風邪などの軽度の医療行為である。また、患者の負担が重くなることで初期の段階では病院に行かず、かえって重症化してしまい、より多くの医療費がかかってしまうということが起こり得る。

2点目の政策は予防の促進である。病気を予防するための政策として有名なのは、2008年4月から始まった40歳～74歳の全ての人を対象とする特定健診・特定保健指導である。これは一般的にはメタボ健診と呼ばれており、内臓脂肪型肥満に着目した健康診査である。

2006年度には、生活習慣病にかかる医療費が11.3兆円と国民医療費の3割を費やしており、この健診によって生活習慣病を予防することは医療費の抑制につながるも期待されている。特に糖尿病の予防に力を入れることは医療費の抑制に効果的だとされている。現在日本の医療費は30兆円を超えているが、その中で糖尿病に掛かる費用は、糖尿病の診断治療に1.2兆円、糖尿病性腎症が進行して人工透析になると大体0.8兆円で合計すると2兆円にもなると言われている。また、糖尿病は血管に障害をもたらすため、失明や心筋梗塞、脳梗塞といった様々な合併症を引き起こす。そのため医療費だけではなく、社会福祉の費用まで必要になってくる可能性があるのだ。2007年に行われた国民健康・栄養調査によると、糖尿病が強く疑われる人が890万人、糖尿病の可能性を否定できない人が1320万人で、合わせると全国に2210万人いるとされている。糖尿病だけでなく生活習慣病の予防を促進することは医療費抑制に効果的であろう。

## V 望ましい医療制度

最後に、これからの高齢化社会ではどのような医療制度が望ましいのか考えていきたい。日本は今後さらに高齢化が進展していく。その時に問題になってくるのがやはり医療費の増加である。これからは、増加していく医療費を抑制できるような医療制度を目指すべきである。そこで、IVで挙げた医療費抑制政策の中で、これから促進すべき政策があるのかどうかについて見ていきたい。

### (1) 供給側の医療費抑制政策

IVで挙げた政策を見てみると、1点目の診療報酬の改定と2点目の大学医学部の定員の調整は、医療費を抑制するための政策として妥当とは言えないであろう。

まず、1点目の診療報酬のマイナス改定は医療の質の低下を引き起こす。病院経営者は最新機器が発売されても導入しない、人件費を削減するために看護師や医師の数を減らす、不採算専門科を閉鎖するというような行動をとるであろう。したがって、これは望ましい政策とは言えない。

2点目の大学医学部の定員を減らすことで医療費を抑制することは、現時点で医師一人当たりの患者の数が多くなり医師は疲弊しているため望ましくない。これからはさらなる高齢化のため病氣や怪我をする人が多くなることが予測される中で、将来の医師の数を減らすことは妥当ではない。

3点目の薬価改定はどちらとも言えない。薬価を引下げても、薬価が下がった薬よりも優れた新薬が開発されれば、その新薬を使用するため、それほど意味はないと考えられる。また、薬価を下げることは患者にとっては負担が軽くなるし医療費も削減できるが、製薬企業からすれば開発意欲がなくなり、優れた新薬が世に出て来なくなる可能性もある。これは人類にとってマイナスである。

4点目の後発医薬品の普及促進は医療費抑制に効果があると私は考える。実際に効果が出てきている地域があるため、政府もそれらの地域の例を参考にして全国的に後発医薬品の普及を目指すべきである。

### (2) 需要側の医療費抑制政策

まず1点目の患者の自己負担額の引き上げはどちらとも言えない。自己負担額が増えることで無駄な診療が減って医療費を抑制することはできるだろうし、これから高齢化が進み現役世代が少なくなる中で、現役世代ばかりに保険料の負担をさせるのは好ましいとは言えないからだ。しかし、収入が少ない高齢者にこれ以上の負担を求めるのは酷であろう。

2点目の予防の促進は医療費抑制に効果があると考える。医療費を抑制するための

最善の方法は病気になる人を減らすことである。寿命の中で健康でいられる時間を長くすることで、医療費の中でウエイトの大きい終末期医療を減らすことは可能で、そのことが医療費抑制につながるはずである。そのために政府は、今以上に疾病予防の重要性を国民に浸透させるために力を入れるべきである。

例えば医療体制の改善である。現在の日本の医療体制での予防の促進は限界があると言われている。なぜならば、現状では検査代や薬の処方、外来や手術の診療行為に対する診療報酬が大半で、患者の指導、健康アドバイスに対する報酬はごくわずかからである。そのため、積極的に病気を予防するためのアドバイスを行っていく医師はそれほど多くないのである。

このことに加えて、国民が努力しないで薬によって病気が治ってくれることを期待することも問題だとされている。例えば、高血圧症に対する初期の治療は、運動と減塩食事が有効だとされているが、真剣に取り組んでいる人はそれほど多くないだろう。最初から自分の誤った生活習慣を改善することなく高血圧の薬を飲み、多くの医師が躊躇なく高血圧の薬を処方しているのが現状ではないだろうか。

これらのことから、政府は予防に関することに対しての診療報酬を引き上げ、さらには国民の健康に対する意識を高めるために、地域で健康教室等をより多く開催させられるようにサポートしていくべきである。

また、IVでは挙げなかったが、医療費全体における終末期医療の割合は高い。そしてそれは、患者自身のクオリティ・オブ・ライフの観点から見て適切なものばかりとは判断しがたいのが現状である。例えば、患者自身の意思ではなく、その家族の要望によりあらゆる方法で延命措置を行うというような場合がそれにあたる。事前に表明された本人の意志を尊重するシステムなどにより、結果的に末期医療費への需要を抑制することも必要でないかと考える。

### (3) 国民が安心して生活できるように

何度も言うように日本はこれからさらなる高齢化社会を迎える。このままでは医療費は増大し、安心して生活できない時代が来るかもしれない。高齢化のために医療費が増大することは仕方がないことであるが、その伸びは努力して抑制しなければならぬのである。現在よりもさらに後発医薬品を普及させ、生活習慣病対策を強化し、健康増進計画が効果を上げるようになれば医療費は自然と下がることになるのである。このような方法で医療費の抑制がなされることを期待したい。

### 参考文献

中垣陽子『社会保障を問いなおす一年金・医療・少子化対策』（ちくま新書、2005年）

大久保一郎・菅原民枝・武藤正樹・和田努『これからの高齢者医療』（同友館、2005年）

坂口正之・岡田忠克編『よくわかる社会保障 第3版』（ミネルヴァ書房、2009年）

二木立『医療改革と財源選択』（勁草書房、2009年）

北村庄吾『最新 医療保険の基本と仕組みがよ～くわかる本』（秀和システム、2006年）

村上正泰『医療崩壊の真犯人』（PHP 研究所、2009年）

西村周三・井野節子編『社会保障を日本一わかりやすく考える』（PHP 研究所、2009年）

髙添悟亨『医療保険制度の一元化と新たな医療制度改革』（時事通信出版局、2010年）

読売新聞2010年9月3日朝刊, 10月26日朝刊

内閣府ホームページ <http://www.cao.go.jp/>

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/index.shtml>

文部科学省 <http://www.mext.go.jp/>

和歌山県後期高齢者医療広域連合 <http://kouiki-wakayama.jp/index.php>

統計局ホームページ <http://www.stat.go.jp/index.htm>

社会実情データ図録 <http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/index.html>

◆けんぽれん◆<http://www.kenporen.com/index.html>

全国健康保険協会 <http://www.kyoukaikenpo.or.jp/1.html>

経済社会データランキング／明治大学国際日本学部 鈴木研究室サイト <http://www.kisc.meiji.ac.jp/cgi-isc/cgiwrap/~kenjisuz/table.cgi?LG=&TP=po06-01>

外科系学会社会保険委員会連合 <http://www.gaihoren.jp/gaihoren/index.html>

Yahoo!保険 <http://insurance.yahoo.co.jp/>

後期高齢者医療制度5分で概要マスター <http://rekokikourei.suffas.com/>

聯合ニュース <http://japanese.yonhapnews.co.kr/headline/2009/12/24/0200000000AJP20091224000500882.HTML>

Human Capital Institute Web <http://www.benefit-one.co.jp/Benefit-one/BE-ONE/HC/index.html>

asahi.com（朝日新聞社） <http://www.asahi.com/health/news/TKY201008160413.html>

日経ビジネスオンライン <http://business.nikkeibp.co.jp/article/life/20090728/201089/>

Japan Mail Media [http://ryumurakami.jmm.co.jp/dynamic/report/report22\\_1587.html](http://ryumurakami.jmm.co.jp/dynamic/report/report22_1587.html)

イザ！ <http://www.iza.ne.jp/news/newsarticle/living/health/427828/>

なんでもコラム [http://www.daihougi.ne.jp/science\\_division/column/column45/column45.html](http://www.daihougi.ne.jp/science_division/column/column45/column45.html)

日本生活習慣病予防協会 <http://www.seikatsusyukanbyo.com/calendar/2009/000189.php>