

● 日本——事例 1 風邪を引いたようです。朝起きたら熱が 38 度、喉が痛く咳も出ます。

		A	B	C
基本属性	地域	地方	大都市	大都市
	性別	男性	女性	男性
	年齢	73	64	69
	暮らし方	妻と2人暮らし	夫・義母・娘と4人暮らし	妻・母・娘と4人暮らし
	職業	農業	主婦	自営業
	回答	①医療機関等へ行く	③どこにも行かない	③どこにも行かない
	① 医療機関等へ行く	医療機関等の種類	市立の市民病院または私立病院(共に総合病院)	
	アクセス方法	共に2～3km(車で5～10分)。事前の電話なし。朝早く行くと待ち時間が短い。		
	診療を受けるまでのプロセス	診察券を出す(または自動受付機)→受診予定診療科の待合場所で座って待つ。通常待ち時間1時間位。		
	治療内容と時間	初診で検査がある場合(尿・血液)→診察、診断→処方箋が出る。診療時間は10分位。		
	治療費	自己負担1,200～1,300円位(国保加入・一般所得で1割負担)		
	薬の種類と金額	種類はよくわからない。自己負担500円位(1割負担)。		
	帰宅後の過ごし方	温かくして寝る。		
② 薬を買いに行き	医療機関等へ行かない理由			
	購入の場所とアクセス方法			
	薬の選択方法			
	薬の種類と金額			
	購入後の過ごし方			
③ どこにも行かない	医療機関等へ行かない理由		風邪は待てば自分の力で治るため、治るのを待つ。	医者に行っても治る訳ではない。
	薬を買いに行かない理由		風邪は待てば自分の力で治るため、治るのを待つ。	風邪は自分の体の問題。副作用を考えると自分で治した方がよい。急激に治すということは無理があるということ。
	家での過ごし方		たくさん着て部屋を暖かくし、布団を何枚もかけて休み熱が下がるのを待つ。汗をかいたらパジャマや布団を取り換える。	たくさん服を着て汗を流すことはいかぬ(1日では無理かも)
④ その他	具体的に取る行動とその理由			

▶ あなたはどう行動しますか？

D	E	F	G
大都市	大都市	大都市	大都市
女性	男性	男性	男性
68	69	69	66
夫・娘と3人暮らし	妻・娘と3人暮らし	妻と2人暮らし	妻と2人暮らし
主婦	元地方公務員・現法人理事長	元損保会社勤務・現NPO理事	無職
①医療機関等へ行く	③どこにも行かない	①医療機関等へ行く	②薬を買いに行く
かかりつけ開業医		かかりつけ開業医の内科や耳鼻咽喉科(喉の痛みある時)	
徒歩5分(自転車だと3分)		共に徒歩10分以内	
診察券を出し、空いていれば5～6分、混んでいても15分位で診察室に呼ばれる。		診察券を出し30分位待つと診察室に呼ばれる。	
症状説明、問診、体温測定、聴診、喉の様子診る。診療時間5分位。		体温測定、喉の様子を診る、吸入(喉が弱いため、5分)。全体の診療時間は10分位。	
500円以内		1,000～2,000円(薬代含む)	
解熱の抗生物質、咳止め、喉の痛み用トローチ(以上は処方箋、3日分で500円位)。風邪ひきかけにはルルを飲む。		3種類位(解熱剤、喉薬、咳止め)を3～7日分。金額は上記参照。	
すぐ布団に入って寝る、汗をかいたら着替える、おかゆ等を食べる、水分摂取、1週間位外出は控える、入浴は熱が完全に下がるまで控える。		夜は飲酒、喉を保護、湿度60%に保つ、喉にメントール軟膏をぬりハンカチ+ハイネックを着て寝る、静かに過ごす。	
			医者は風邪を治せないと思い定めている。薬でも治らないが症状に応じた投薬は回復への助けになると思う。
			薬局(徒歩5分位)
			薬剤師に症状を説明して出してくれるもの。自分で判断していつも飲む薬を買う場合もある。
			アスピリン系(熱風邪が多いため)。ひき始めには漢方薬(葛根湯等)をまず試す。1度に2,000円位。
			薬を飲み温かくしてひたすら寝る。
	面倒。病院に行くと病気になるような気がする。		
	家にある総合感冒薬を飲めば翌日には良くなっている。		
	たいていベッドに横になっていると治る、熱が下がるまでは風呂は控える、頭・体を休める。		



● 日本——事例2 慢性的な腰痛が悪化して痛みが強くなってしまいました。

	A	B	C	
基本属性	地域	地方	大都市	
	性別	男性	女性	
	年齢	73	64	
	暮らし方	妻と2人暮らし	夫・義母・娘と4人暮らし	
	職業	農業	主婦	
	回答	①医療機関等へ行く	①医療機関等へ行く	①医療機関等へ行く
①医療機関等へ行く	医療機関等の種類	市立病院に良い先生がいて鍼治療や漢方薬処方をしてくれる。	整体(友人に勧められた)	かかりつけ医(内科)→地域病院(400床)を紹介
	アクセス方法	事前電話なし。4km位(車で約10分)。朝早く行くと待ち時間が短い。	徒歩7~8分(腰痛の時には10分位)。自転車で行くこともある。電話で事前予約する。	かかりつけ医は自転車で5分位。地域病院はさらに自転車で10分位。
	診察を受けるまでのプロセス	診察券出す→待合場所で座って待つ(通常1時間位)。		地域病院:初診は1時間位待った(当日予約)。2回目からは事前予約のため、15~20分位待つ(予約時間10分前に着き、予約時間5~10分後に診察)。
	治療内容と時間	初診で腰のエックス線を撮った。たいてい鍼を18本位打つ。30分位。その後処方箋が出る。	初診日は先生に症状を説明し、その後マッサージ(40~45分)。	初診:問診→後日MRIと筋電図で頸椎異常が判明。その後の通院は問診と患部チェックで5分位。
	治療費	自己負担600~700円(1割、薬代含む)。	1回3,500円(保険外)	自己負担420円(検査代別)
	薬の種類と金額	漢方、外用薬。通常27日分位出る。	処方箋なし。自分でも薬は買わない。	ビタミンB飲み薬(筋肉増強)と湿布(1日2回貼る)(共に処方)。3ヵ月分で自己負担3,000円弱。
	帰宅後の過ごし方	車で帰宅しおとなしくする(テレビ、読書)。	重い物はバランス良く持つよう心がける。家事は避けられない。定期的な温泉旅行、ラジオ体操、ヨガなども行う。	特に気をつけていることはない。
②薬を買いに行く	医療機関等へ行かない理由			
	購入の場所とアクセス方法			
	薬の選択方法			
	薬の種類と金額			
	購入後の過ごし方			
③どこにも行かない	医療機関等へ行かない理由			
	薬を買いに行かない理由			
	家での過ごし方			
④その他	具体的にとる行動とその理由			

▶ あなたはどう行動しますか？

D	E	F	G
大都市	大都市	大都市	大都市
女性	男性	男性	男性
68	69	69	66
夫・娘と3人暮らし	妻・娘と3人暮らし	妻と2人暮らし	妻と2人暮らし
主婦	元地方公務員・現法人理事長	元損保会社勤務・現NPO理事	無職
①医療機関等へ行く	③どこにも行かない	③どこにも行かない	①医療機関等へ行く
マッサージ師（医者に行っても電気かけるだけで治らない）			マッサージ師
電車で1時間半。事前予約（電話）。数日後になる場合は温湿布を貼ったり静かにしてメンテナンス。			電話で事前予約して、電車で1時間
痛みの経緯と部位を説明→2時間位マッサージ。痛みが強い時は週1回、良くなれば2週に1回通う。			マッサージを2時間（月に1～2回）
1回10,500円（保険外）			10,500円（保険外）
特になし			特になし
			入浴して寝る。
	面倒。病院に行っても治るとは思えない。	以前かかりつけ医（車で3～5分）に行ったが車の事故を起こしてから運転しなくなり行かなくなった。	
	湿布はかゆくなるので貼らない。		
	痛みが強い時は横になって安静にする。普段から歩いて足腰を鍛える。	半年前から予防的に毎朝ラジオ体操をしている。この半年非常に調子がよい。それでも腰痛が出れば湿布薬を貼り安静にする。	



日本の医療保険の特徴

1 国民皆保険制度のしくみ

日本は1961年から「国民皆保険」体制となっていて、公的な医療保険の保険証を持参して受診すれば、全国どの医療機関でも利用者が一部負担を払えば医療を受けることができる（フリーアクセス）。この公的な医療保険は、公務員を対象とした制度を除くと、大きく分けて職域を単位に提供され、サラリーマンやその被扶養者がカバーされる「健康保険」と、市町村を単位に提供され、自営業者や無職の方がカバーされる「国民健康保険（国保）」の2つに分かれる。

「健康保険」は、大企業や、同業等何らかの関係性を有する企業のグループがそれぞれで「健康保険組合」を設けて運営される「組合健保」と、中小企業が全国一本の制度に加入し、全国健康保険協会が運営する「協会けんぽ（旧政管健保）」とに分かれる。

また75歳以上の高齢者（後期高齢者）については、第3の仕組みである「高齢者医療制度」によりカバーされている。65歳から74歳の者（前期高齢者）については、サラリーマン等が退職後は市町村の国保に移ることになるため、国保とそれ以外の保険者との間の医療費負担に生じる不均衡を是正するため、財政調整の仕組みが設けられている。

医療保険制度は基本的には保険料により運営されているが、「国民健康保険」、「協会けんぽ」、「高齢者医療制度」に対しては、加入者の所得や財政力の差に応じ公費（税）による補助が行われている。また「高齢者医療制度」には、現役世代（「健康保険」や「国民健康保険」等）から支援金の形で財政支援も行われている。

患者は年齢階層に応じ、1割～3割の自己負担を支払わなければならないが、月ごとの自己負担上限額が所得階層ごとに決まっており、それを超えた額は「高額療養費」として保険から支払われる。また、介護保険の自己負担との合算もできることとされている。

かかった費用は「診療報酬」として、保険から医療機関に支払われる。診療報酬は大きく分けて技術・サービスの評価をする部分と、物の価格の評価をする部分から分けられるが、公的医療保険制度の下で使われている「診療報酬点数表」は、保険制度の違いを超えて全国統一で運用されている。

2 両方の事例を通して

現在の形になるまで紆余曲折を経て、2011年は「国民皆保険」50年を迎えるが、高齢者世代でも現在の60代～70代前半の方々は大人になってからは「国民皆保険」の時代を生きている。一方で、幼少期には戦中・戦後といった時代であり、その後も「皆保険」になったとはいえ初期の頃は特に地方ではまだ十分医療機関もなく、医療へのアクセスもままならないこともあったと思われる。

また十六世紀以降江戸時代において日本でも西洋医学は発展し、明治維新後の1874年に「医制」により政府としても西洋医学を制度として導入するに至る一方で、漢方をはじめとした東



洋医学は古くから人々の生活習慣に根を下ろし、日頃の養生に活かされてきたという伝統が存在するが、事例のコメントからはそうした日本ならではの和洋取り混ぜた医療や予防への人々の付き合い方が垣間見れる。

事例1、事例2ともに治療費が示されている。病院での治療費として示された額は両方ともそう高額ではないが、にもかかわらず医療保険を使って病院に行くことは多数派ではない。風邪の場合には4人、腰痛の場合には5人の方が病院に行くことを選んでおらず、整体・マッサージを選ぶ人、セルフメディケーション(薬局で大衆薬を買う)、「どこにも行かない」を選んでいる方も結構おられる。フランスやアメリカの事例とそう変わらない。「フリーアクセス」が保障されているからといって即医者にかかるということではなく、自ら養生を心がけることも含め、その他の方法で何とかしよう、という発想が人々の間に浸透しているように見受けられる。

● 事例1 (風邪)から伺えること

Aさんは通常1時間位と長い待ち時間にもかかわらず、総合病院である「市民病院」または「私立病院」に事前の電話なしで行くとなっている。他の国の方で総合病院のような規模の大きな医療機関にいきなりかかる例はフランスのGさん1例で、しかもこの方はガン手術を受けたとおっしゃっており、ガンとの関連で通院している可能性がある。日本のAさんのように、風邪をひいたような症状でも直接総合病院へのアクセスが可能なのが、日本の仕組みの特徴である。

この方のかかる総合病院が該当するかは不明だが、診療報酬算定のルールで、病院と診療所の機能を分けるため、紹介なしで病院(一般病床200床以上)を受診した場合には、やむを得ない事情があるときを除き、初診に係る費用を「選定療養(患者が自らあえて選定して受ける療養、という意味)」として差額負担を請求してよいこととされている。

Bさん、Cさんはともに風邪とは医師にかかって治すものではなく、「着こんで汗をかく」ことで回復を待つという姿勢である。Cさんはそれだけではなく「副作用を考えると自分で治した方がよい。急激に治すということは無理があるということ。」と医薬品の使用に慎重な姿勢を伺わせている。自然治癒力にゆだねる姿勢は他国でも多く見られるが、積極的に医薬品を使わない方がいい旨のコメントまでは他国では見られない。

DさんはFさんと同様近隣の開業医にかかっているとのことである。Fさんは喉が弱いためその対策が加えられているが、それ以外はほぼ似たような診療行動に見える。「解熱の抗生物質」「解熱剤」の他「咳止め・喉の痛み用トローチ」「喉薬・咳止め」等も処方されるのは一般的で、この他うがい薬等の処方もある。

DさんとEさんは入浴を控える、と答えている。毎日熱い湯の風呂に浸かる生活習慣がある日本で、それを控えるという行動は、風邪をひいたときの自重の姿勢としてよく耳にする。一方イギリスではBさんは「シャワーを浴びる」、Cさんは「入浴(発熱時は水に近いお湯、そうでなければ熱いお湯)」

と答えており、入浴を積極的に活用する姿勢が示されている。

生活習慣と言えば、Fさんの「飲酒」はぐっすり睡眠をとるための生活習慣と思われるが、アメリカのFさんの「ラム入りレモネード(温)」にも同様の習慣が見られる。「酒は百薬の長」に当たる英語の格言は、寡聞にして承知していないが。

Fさんは喉の痛みがある時に耳鼻咽喉科にかかっている。「家庭医」という概念がない日本のシステムの下では、風邪の際に見られるような症状では一般的に内科医、子どもがいる場合には小児科医が多くの場合「最初にかかる医師」となっているが、耳鼻咽喉科のような専門医にも直接アクセスできるのも日本のフリーアクセスシステムの特徴であり、患者の選択肢は他国に比べて多く用意されていると言えよう。

Gさんは日本の方で唯一、薬局に行き、「薬剤師に症状を説明して出してくれるもの」を使用すると答えている。薬局でOTC薬(大衆薬・一般用医薬品)を購入して服用するのもポピュラーな対処方法である。薬局は医療法において、病院や診療所等と並んで医療を提供する施設であると位置づけられている。平成21年6月施行の改正薬事法の規定により、OTC薬はリスクの高さの順で第1類、第2類、第3類と3つに分類され、それぞれ対応する専門家や、説明や対応が異なるものとなっている。主なかぜ薬や解熱鎮痛薬は第2類に分類され、薬を購入する際に必要な情報を提供することが「努力義務」となっている。また薬剤師や登録販売者(資質確認のための都道府県試験を合格した者で、第2類、第3類医薬品について販売したり、相談に乗ることができる。名札を付けるなどにより判別を容易にしなければならない。)は、購入者が相談した場合にはこれに応じなければならないとされている(相談応需義務)。

なお人々の間に東洋医学的伝統が根付いていることは、Gさんの答えに「漢方薬(葛根湯等)」が上がっていることから伺える。独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)のOTC薬の添付文書について調べることができるホームページによると、成分名で葛根湯を含むものはほぼ「第2類」医薬品となっている。薬についてはどの分類であっても言えることだが、服用に際しては添付文書等をよく読む、用法・用量を正しく守るなどの注意が必要である。

● 事例2 (腰痛)から伺えること

平成19年「国民生活基礎調査」によると、65歳以上の有訴者(自覚症状のある者)が挙げる症状の中で「腰痛」は男女ともに多い自覚症状となっている。よく聞かれる語で、「無病息災」から派生した「一病息災」という表現があるが、多くの高齢者にとり「一病」である腰痛とどう付き合っていくかが、健康上の、また日々の生活の質という面からも大きな意味をもっている。

Aさんは腰痛の場合にも市立病院にかかっている。この場合医師が初診時にエックス線撮影をし、診断の上で鍼治療を施し、漢方薬を処方しているのも、欧米諸国とは異なる光景であろう。

Bさんは普段から「重いものはバランス良く持つ」といった生活習慣を心がけており、また「定期



的な温泉旅行、ラジオ体操、ヨガ等も行う」など腰痛の予防に積極的である。予防に関してラジオ体操に言及しているのは他にFさんがいる。NHKのホームページによると、ラジオ体操は昭和3年(1928年)から放送が始まり、現在の「第1」「第2」はそれぞれ昭和26年(1951年)、昭和27年(1952年)に開始された。今の60代～70代前半の方々が小学校、中学校の頃から現在の耳馴染みのメロディーで放送されている。特にラジオ(NHK第1)では週7日毎朝6時30分から放送されており、早起きの生活習慣のリズムをもたらすこととあわせ、多くの高齢の人々の健康づくりに深く根付いた習慣となっている。

Cさんはかかりつけ医の診察から地域の総合病院に紹介され、そこでのMRIと筋電図を用いた検査の結果頸椎の異常が判明した。先のOECDデータによると、日本の人口100万人当たりのMRIの普及率は40.1台と、OECD平均11.0台の約3.6倍の普及率となっている。Cさんが処方を受けているのはビタミンB飲み薬と湿布であり、両者とも保険適用され一度に3カ月分処方を受けている。

DさんとGさんはマッサージ師にかかっている。一回2時間のマッサージをDさんは1週～2週に1回、Gさんは月に1回から2回。保険外なので医療機関に係る場合に比べて相当高額な負担であるが、両者とも一回当たり約1万円を支払って受けている。

Eさんは「どこにも行かない」と回答している。例1(風邪)とともに「どこにも行かない」唯一の方である。Eさんの場合には「普段から歩いて足腰鍛える」ことで腰痛の予防に心がけているとのことだが、トレッキングや登山等も含め、中高年の間でのウォーキングがブームであるとの情報も目にする機会がある。イギリスのEさん、アメリカのCさんも「散歩」を挙げておられる。洋の東西を問わない健康づくりの方法であろう。歩くことや適度な運動は、腰痛の予防だけでなく、転倒をきっかけに日常生活の不活発化から心身両面における要介護状態に陥ることの防止といった、介護予防の観点からも望ましい習慣である。

Fさんは「以前かかりつけ医(車で3～5分)に行ったが車の事故を起こしてから運転しなくなり行かなくなった」とコメントされている。医師にかからなくとも済む程度の腰痛なのか、あるいはアクセスの問題があり我慢されているのかは判然としないが、後者であるならば、既に65歳以上人口が2割を超える高齢社会となっている日本において、地域において高齢者が自立した生活を続けていくため、医療機関をはじめとした様々なサービスに対するアクセスに不自由する高齢者のモビリティをどのように確保していくか、という課題がこのコメントに現れたと捉えることも可能であろう。

3 最後に

“The Conference Board of Canada”というカナダの非営利機関が2009年9月に発表したレポートによると、先進16カ国を健康に関する指標(平均寿命や主な疾患ごとの死亡率、医療事故での死亡率等)で比較したところ、日本は総合第1位であった。こうした評価は、食生活や予防、衛生状態等国民の生活習慣など、医療以外の他分野の貢献も大きいと思われる。特にAさんからGさんまでに見ら



れた、予防意識や健康管理意識はこれに貢献しているであろう。

一方で、総合的に見て日本の医療の制度についても、世界的にも「うまくいっている」ことを示していると考えられる。勿論改善の余地がないということではないが、こうした他国における評価に対しては、日本で医療を提供する方のみならず、医療を受ける国民自身もその自覚を持っていいものと思われる。

さらに“OECD Health Data 2009”によると、医療費の対GDP比は8.1%と、OECD平均の8.9%を下回っており、決して高いものとはいえない。これらの諸国と比べても相対的に高い高齢化率にもかかわらず、である。予防意識や健康管理意識と相まって、他国に比べてベターなアウトカムをより少ないコストで実現している、という見方も可能である一方、必要な費用を社会全体で医療分野に十分回せておらず、医師不足問題をはじめとした医療現場の困難が起きる原因にもなっている、との評価も可能であろう。

医療費をいかにしてまかなうか。保険料や税負担を増やしてでも公的な制度でまかなうこととしていくのか、あるいは私的な仕組みでまかなうこととするのか。両者それぞれにメリット・デメリットはある。

自由、平等、公平、公正、効率等々の価値—それらは往々にして両立しない—に照らしかなる「仕組み」を選択していくか。「仕組み」の中には、俯瞰してきたAさんからGさんまでの、現在のよう医療行動が一部変容を迫られることもあり得る。

そうした選択について、厳しい経済・財政状況の中で問われているのが日本の現状であり、先延ばししている場合ではない。「無駄削減」等で賄われる額とはケタ違いのものであることは、明らかになりつつある。聞こえのいいスローガンとパフォーマンスに導かれ悪玉を見出すことで、責任からしばし逃避できるが、同時に危機は先送りされる。

国民一人一人が当事者の問題であり、高齢者の方々もその例外ではないこと、負担は自分たちがしなかったら借金という形で将来世代も含めた他の誰かにツケが回ること、打ち出の小槌はなく、「給付増・負担減」という選択肢はあり得ないことを認識した上で考える必要があるだろう。

小野太一
東京大学公共政策大学院 教授

新居ふみ

1909年(明治42年)生まれ
裏千家名誉師範(東京)

80年以上も茶の湯の道を精進し、裏千家の最高齢の名誉師範でありながら、出稽古に励む。後進の指導にも熱心で、お手前の心かけや所作、茶道の知識など、張りのある声で厳しく指導。

着物の着付けはもちろんのこと、料理や洗濯といった家事も自分で行き、毎朝行う200回の腹筋運動は30年以上も続けている。化粧水と口紅の寝化粧も日課。てんぷらが大好きで、毎晩の晩酌も楽しみの一つ。

