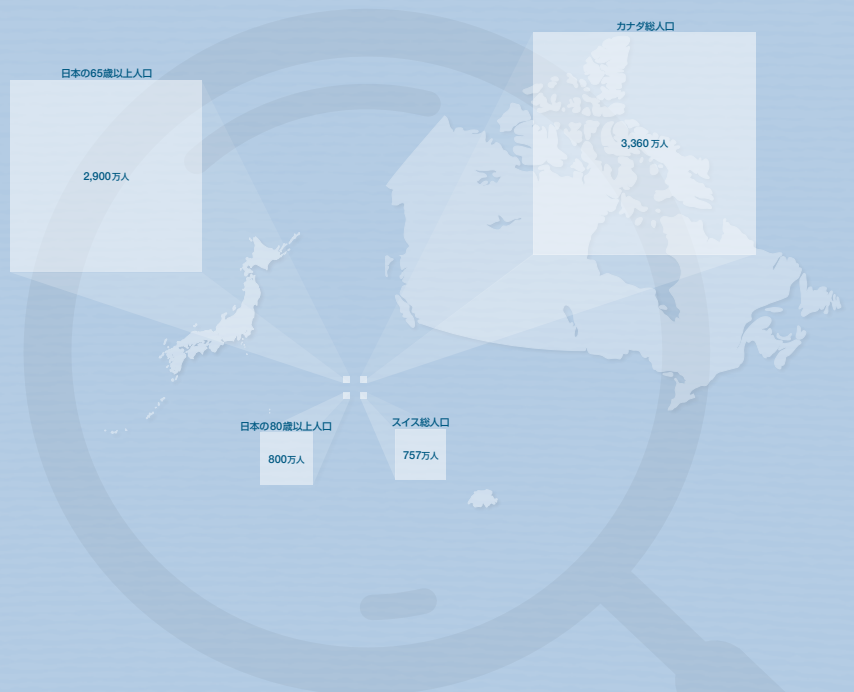




International
Longevity
Center-Japan

高齢社会を生きる Aging-Our Global Relations



| | |
|------|---|
| はじめに | 2 |
|------|---|

第1部 日本編

| | | |
|----------------|---------------|----|
| OUTLINE | 1 高齢社会の姿 | 4 |
| FAMILY | 2 高齢者と家族 | 14 |
| HOUSE | 3 高齢者の住まい | 18 |
| HEALTH | 4 高齢者の健康 | 24 |
| | 【日本の公的医療保険制度】 | 33 |
| CARE | 5 高齢者と介護 | 36 |
| | 【日本の公的介護保険制度】 | 44 |
| ECONOMY | 6 高齢者と経済 | 46 |
| | 【日本の公的年金制度】 | 51 |
| SOCIETY | 7 高齢者と社会 | 52 |
| | おわりに | 56 |

第2部 海外編

| | | |
|--|----------|----|
| | 各国の現状 | 60 |
| | イギリスの高齢化 | 61 |
| | アメリカの高齢化 | 66 |
| | フランスの高齢化 | 69 |

第3部 各国比較編 医療—風邪と腰痛

| | | |
|--|-----------------------|-----|
| | イギリス | 74 |
| | アメリカ | 84 |
| | フランス | 94 |
| | 日本 | 102 |
| | 各国の70歳比較 | 113 |
| | 各国の公的医療制度における高齢者の位置づけ | 114 |

はじめに

20世紀後半、日本は欧米諸国を追いかける形で経済発展を遂げてきました。

社会制度においても同様で、年金・医療・介護などの仕組みを整備するにあたっては、高齢化が進みつつあるヨーロッパ諸国を参考にし、その様々な取り組みをモデルにしてきました。

しかし21世紀に入り、日本人の平均寿命は今や世界一となりました。加えて長寿化と少子化の結果高齢化のスピードも世界最速で、2030年には人口の3人に1人が65歳以上となります。

人類の悲願であった長寿を世界に先駆けて達成し、人生90年時代をむかえた日本のお手本はもうどこにもありません。私たち日本人は世界のモデルとなるべき長寿の国を、どのように作り上げていこうとしているのでしょうか。

長寿の恩恵をすべての世代が受けることができるよう、誰にとっても豊かで実りある高齢社会実現のためには、皆で知恵を出し議論を重ねながら、新たな発想での仕組みや方法を考えていかなければなりません。

そして、その合意点を現実化するためには堅実な努力と、地道な作業が欠かせないことは言うまでもないことです。

まずその第一歩は、目の前にある高齢社会の現状と、その課題を知ることから始まります。

本書は3部で構成されています。

第1部では、日本の高齢者の姿とその暮らしを様々な側面から切り取り、データを基に紹介しています。

第2部では、イギリス・アメリカ・フランスの高齢社会の概要とその課題を紹介しました。これは2年前にILCが刊行した『Global Aging Report』における各国理事長によるレポートを基に、最新のデータと情報を加えた改訂版です。

第3部は、高齢者の医療行動の国際比較です。風邪と腰痛というなじみある疾患に対して、各国の高齢者はどのような対応をとっているのでしょうか、そしてその理由は？

高齢者の健康を支える制度やシステムが、暮らしの中にどのように定着しているのか、それぞれに解説を加えながら興味深いデータを紹介しています。

本書作成に当たっては、公的統計のみならず20年にわたって培われたILC Global Allianceのネットワークによる最新データや情報を駆使して、日本と他国の実態と課題を知り、同時に高齢者の日々の暮らしのイメージが具体的に想起できるよう試みました。

豊かな高齢社会実現を目指す議論の一助としていただければ幸いです。

国際長寿センター (ILC-Japan)



第1部 日本編

日本の高齢者の暮らしを様々な側面から切り取り、データを中心に解説を加えたものである。世界一の長寿国である日本の高齢者の暮らしの実体はどのようなものか、客観的な数字を基に検証してみたいと考える。加えて高齢者の暮らしを支える制度についても、その概要を掲載している。



2,900万

2,900万人
日本の65歳以上人口



800万人
日本の80歳以上人口

800万

OUTLINE

高齢社会の姿

日本の高齢者人口は欧州諸国等の一つの国の総人口に
匹敵する規模である

出典：総務省統計局「人口推計」2009年／国際連合経済社会局「世界の人口推計2008年版」



3,360万

3,360万人
カナダ総人口

757万

757万人
スイス総人口

1 高齢社会の姿

1 急速な高齢化 寿命の伸長と出生率の低下

日本の平均寿命は1960年代後半には欧米諸国と同程度でしたが、高度経済成長の流れと並行してインフラの整備による公衆衛生水準の向上や、経済発展と平和な繁栄の中で保健・医療の技術やシステムの進化、公的医療保険制度の整備と充実が進んだことなどを背景に、1980年頃には男女ともに欧米の水準を超えるようになりました。

2009年時点では世界最高レベルの男性79.6歳、女性86.4歳となっており、現在でも毎年少しずつ延びています。

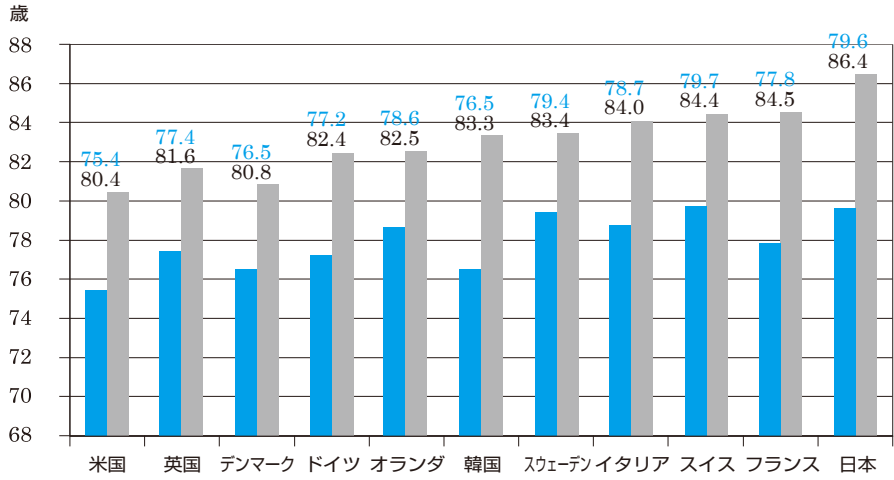
一方1947～49年頃の第一次ベビーブームの後、1970年代始めの第二次ベビーブームごろまでは合計特殊出生率（ひとりの女性が生涯に産む子どもの数の平均）は約2程度で推移していました。その後出生率は晩婚化、未婚化、夫婦のもつ子どもの数の減少を背景に急激に低下していきます。人口を一定に保つために必要な合計特殊出生率は2を少し上回る程度といわれていますが、1990年頃からはずっと1.5を下回っています。近年は1.3～1.4程度で推移しており、他の先進国に比べても低い水準となっています。

このように平均寿命が急激に伸びた一方で1970年代半ば以降に出生率が急激に低下したことにより、日本社会の高齢化は急速に進みました。つまり寿命の伸びで高齢者の人口が増加する一方で、出生率の低下で生まれてくる子どもの数が減ったことにより、総人口に占める高齢者の割合が急速に高まったのです。

寿命の伸びによる個人の長寿化はめでたいことであっても、出生率の低下を伴う社会の高齢化の進行は懸念材料になることが次第に認識され始め、子育て支援、仕事と家庭との両立支援、意識啓発など子どもを産み育てやすい環境整備を中心に、様々な施策が行われてきましたが、現在のところ出生率を大きく上昇させるにはいたっていません。

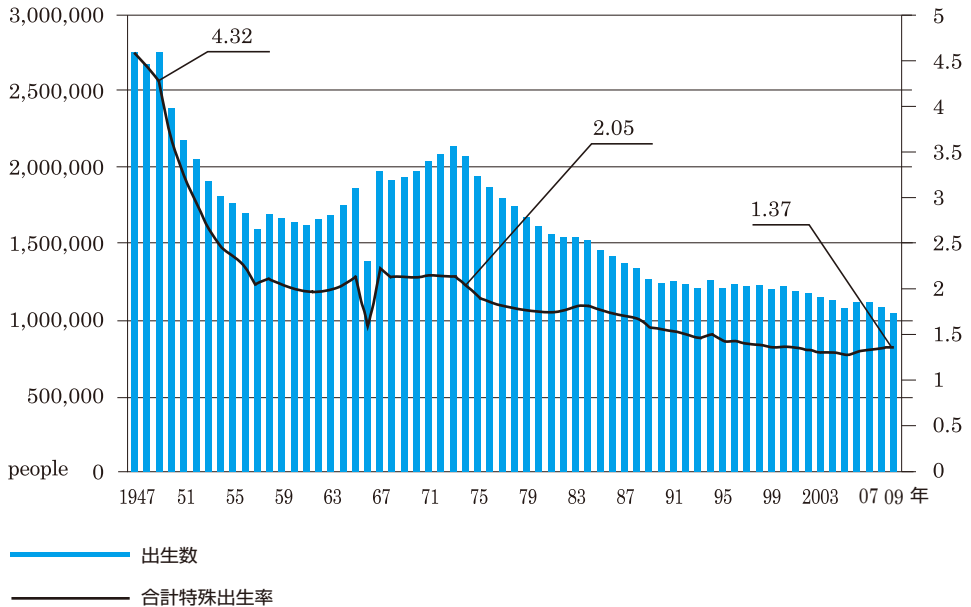


平均寿命



UN, *Demographic Yearbook*, 2008
 日本：厚生労働省『簡易生命表』(2009)

少子化の現状



厚生労働省『人口動態統計』(2009)

1 高齢社会の姿

2 最も高齢化率の高い国

2009年現在、日本の総人口は約1億2,700万人です。男性が約6,200万人、女性は約6,500万人。通常、生まれてくる子どもの数は男性の方が少し多いのですが、女性の方が寿命が長いので、日本では人口は女性の方が多くなっています。

●

総人口のうち65歳以上の老年人口が約23% (約2,900万人) を占めています。一般に、高齢化率といえば、65歳以上の人口が総人口に占める割合をいいますが、この高齢化率では、今や日本は世界一の水準となっています。

●

さらに日本の高齢者をみると、65~74歳(約1,500万人)と75歳以上(約1,400万人)はほぼ同数です。80歳以上の人口は約800万人、このうち85歳以上の人口は約400万人となっています。因みに800万人といえばスイス、400万人はニュージーランドの人口に匹敵する規模です。

3 スピードも世界一

日本の高齢化の大きな特徴のひとつに、高齢化のスピードの速さがあります。65歳以上人口割合が7%から14%になるまでに要した年数、「倍加年数」は、欧州諸国では40年から115年かかりましたが、日本の場合はわずか24年でした。

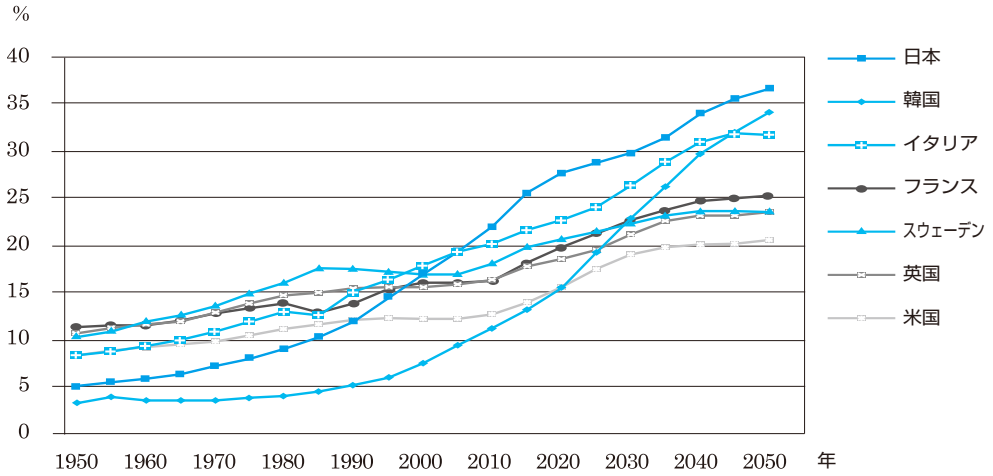
●

人口構造が変化するに従い、社会や経済の仕組みも変えていく必要があると考えられますが、欧州諸国が比較的長い時間をかけて対応することができたのに対して、日本は短期間のうちに適切な対応をする必要がありました。

幸い、日本は高度経済成長時と重なっていたため、社会の負担はそれほど大きなものにならずにすみましたが、アジアの国々では、社会資本整備の前に高齢化が進む国も多く、その対応には困難が伴うことが懸念されています。

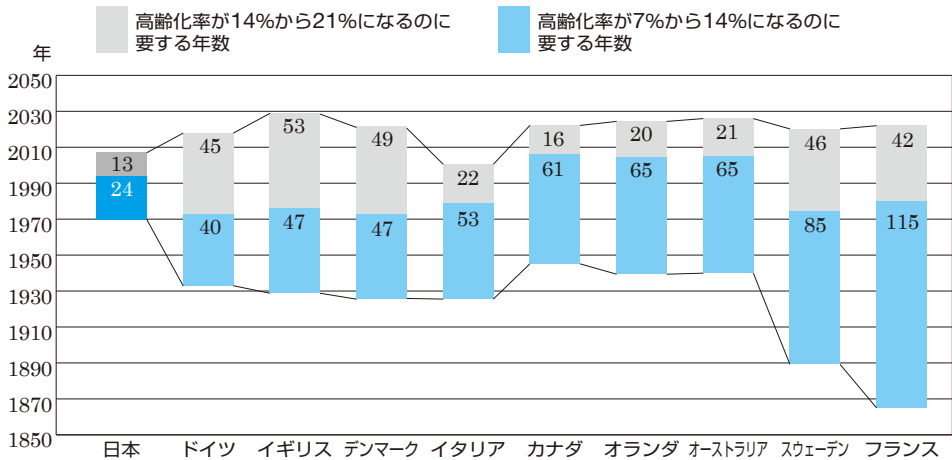
そのため、制度設計やその運営などを日本に学ぶ気運が近年特に高まっています。

世界の高齢化率の推移 (65歳以上、中位推計)



UN, World Population Prospects: The 2008 Revision

人口の高齢化のスピードに関する国際比較



資料：1950年以前は国際連合(UN)、*The Aging of Population and Its Economic and Social Implications* (Population Studies, No26,1956)、及び *Demographic Yearbook*, 1950年以降は国際連合(UN)、*World Population Prospects: The 2004 Revision* (中位推計)による。ただし、日本は総務省統計局『国勢調査報告』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』2006.12による。



1 高齢社会の姿

4 将来の姿 2050年頃の日本

日本では低い出生率が続いてきたこともあり、死亡数(概ね110万人強)が出生数(概ね110万人弱)を上回り、2007年頃から総人口が減少し始めました。

●
2006年の将来推計人口によると、65歳以上人口の数は、1940年代後半生まれのベビーブーム世代が65歳以上となる2015年頃までに急速に増加します。しかし、その後は2045年頃まで微増傾向となり、2040年代後半には減少に転じると見込まれています。

●
しかしこのまま低い出生率が続けば、若い世代も大幅に減少していくので、高齢化率は2025年頃には30%、2055年頃には40%に達するものと見込まれています。1950年、2000年、2050年の「人口ピラミッド」を並べてみると、1世紀間の人口構成の激変がよく分かります。

●
少し目を転じて、人口構造の視点から世界の「年齢」をみてみますと、各国の年齢中央値(平均年齢)は、日本やフランスは40歳代、アメリカと中国は30歳代、インドは25歳となっています。

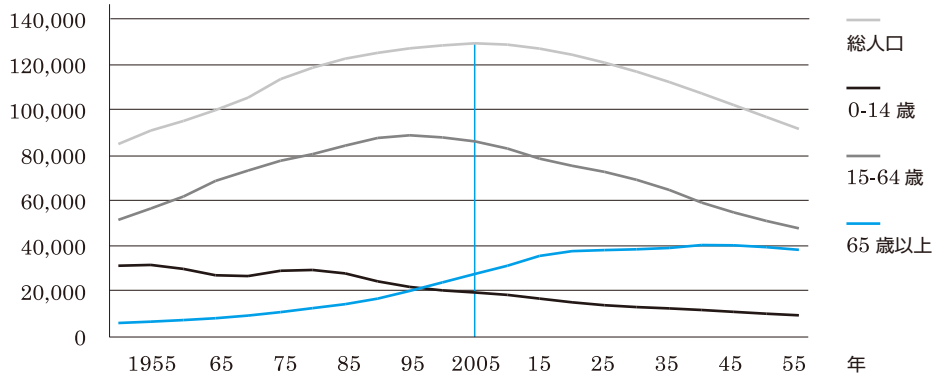
改めて、日本やフランスは日本酒やワインが似合う成熟した大人、アメリカや中国は元気な働き盛り、インドはまだまだこれからの勢いに乗った若者であることが理解できます。

人間も40歳代になると基礎体力や瞬発力は落ちてきますが、それを補う知恵や見識がついてきますし、自分の経験を生かして後輩を育てる役割を担うようになります。

大人の国日本が、これからの国際社会でどのような役割を果たすのか、その動向に世界の後輩たちの注目が集まっています。

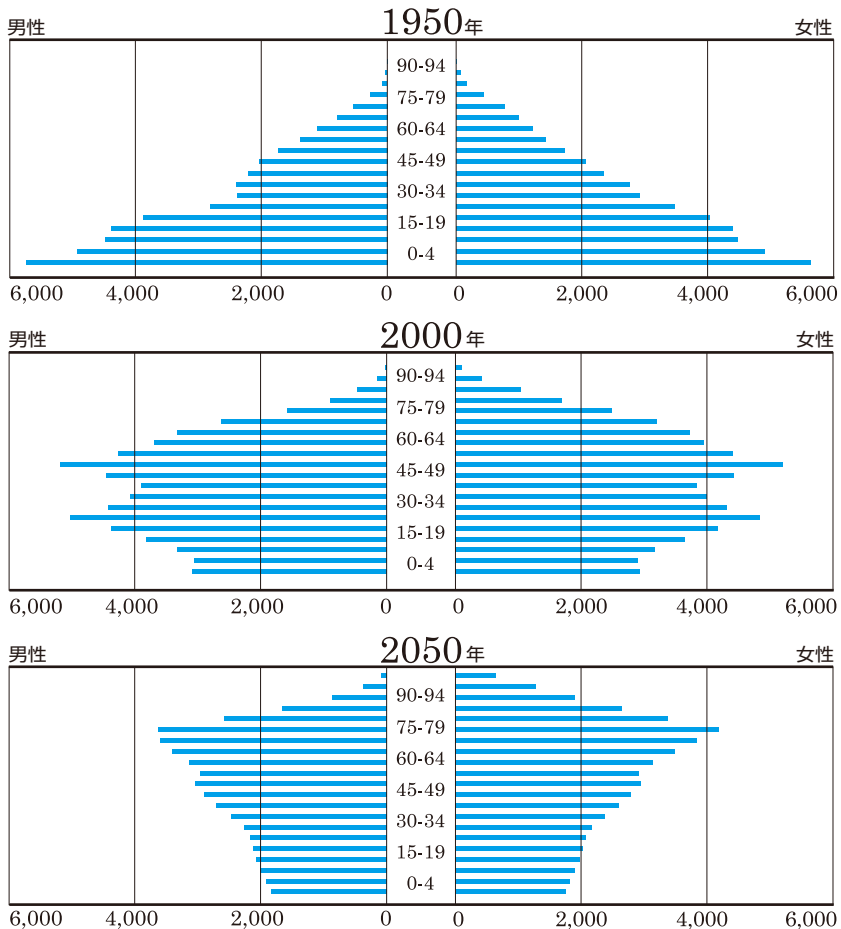


人口の推移と将来推計 (千人)



国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』(2006.12)

人口ピラミッド (千人)



UN, *World Population Prospects: The 2008 Revision*

1 高齢社会の姿

5 都市に暮らす高齢者・地方に暮らす高齢者

数十年間にわたり、就業あるいは進学を契機として多くの若者が都市部に移り住んできました。その結果、現在では(大都市とその近郊の)都市は地方に比べて、はるかに人口構成が若くまた人口も多くなり、総人口の約4割にあたる約5,200万人が首都圏・近畿圏の7都府県に暮らしています。

高齢者の多くは地方に暮らしているように錯覚してしまいそうですが、そもそも現在の65歳以上の人々約2,900万人はどこに暮らしているのでしょうか。

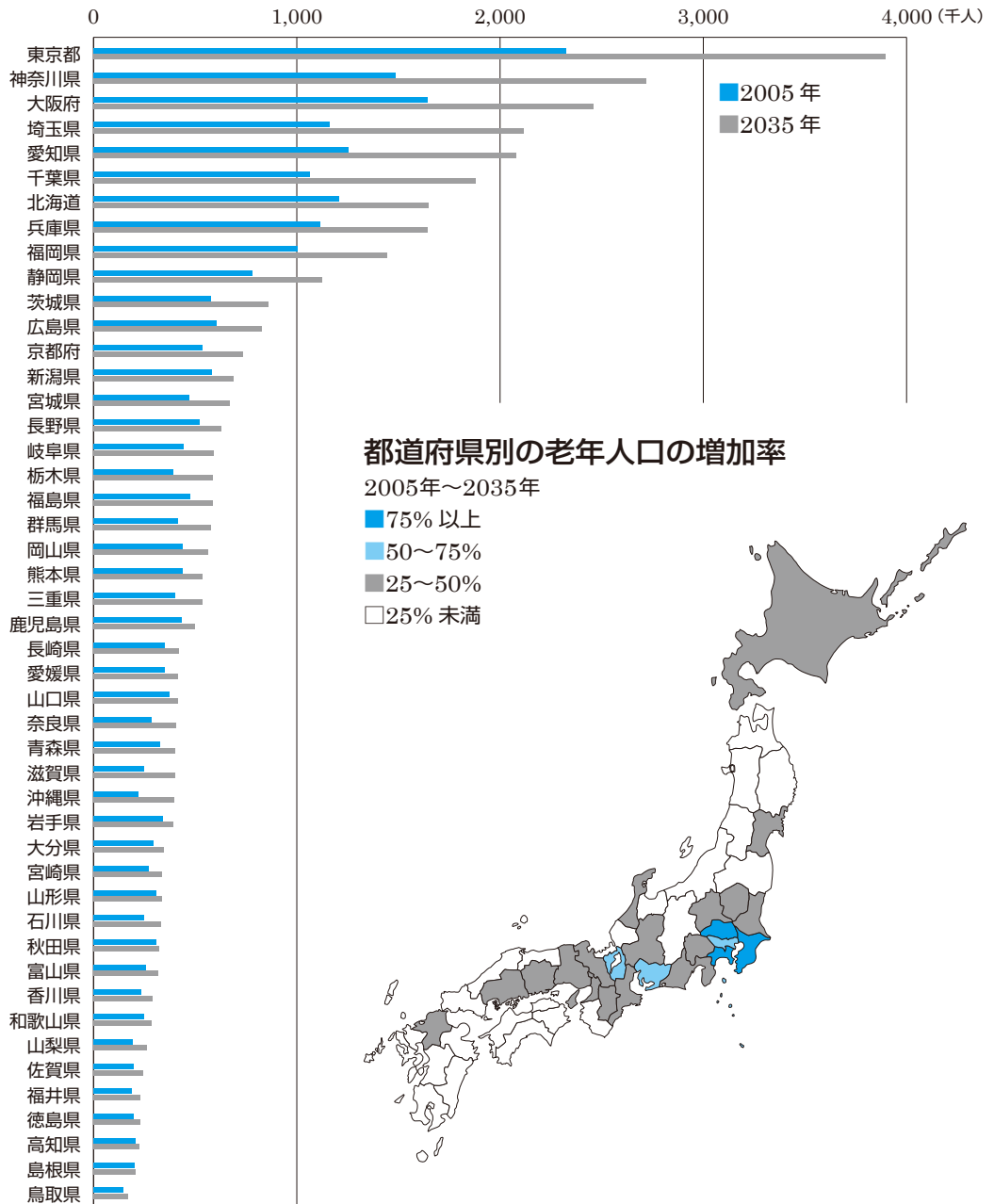
2010年では、まずは首都圏に730万人。東京約270万人、神奈川、千葉、埼玉で約460万人となります。ついで、近畿圏の京都、大阪、兵庫の3府県で約390万人となります。合計で約1,100万人強ですから、日本の65歳以上人口の3人に1人は首都圏または近畿圏に住んでいることになります。

2010年から2025年にかけて、日本の65歳以上人口は約700万人増加して、3,600万人と予想されていますが、その増加は首都圏・近畿圏等大都市部で生じるとみられています。一方で、高齢者があまり増えない、あるいは高齢者数自体も減少に向かう地方も少なくないと考えられます。

都市部では絶対数として増加する高齢者自身が、いかに地域や社会と関わりながら、他の年代とともに社会を支える側として活躍できる体制を作ることができるか、が求められてきます。また地方では人口の社会減(人口移動等による減少)等も生じる中で、高齢者が相当の割合を占める地域コミュニティの支え合い方が重要になってくるでしょう。

日本のどこで暮らしていても、その場所でその人らしい一生をおくることができるAging in Place(住み慣れた場所で長く暮らす)の発想に基づいたシステム作りが重要になってきます。

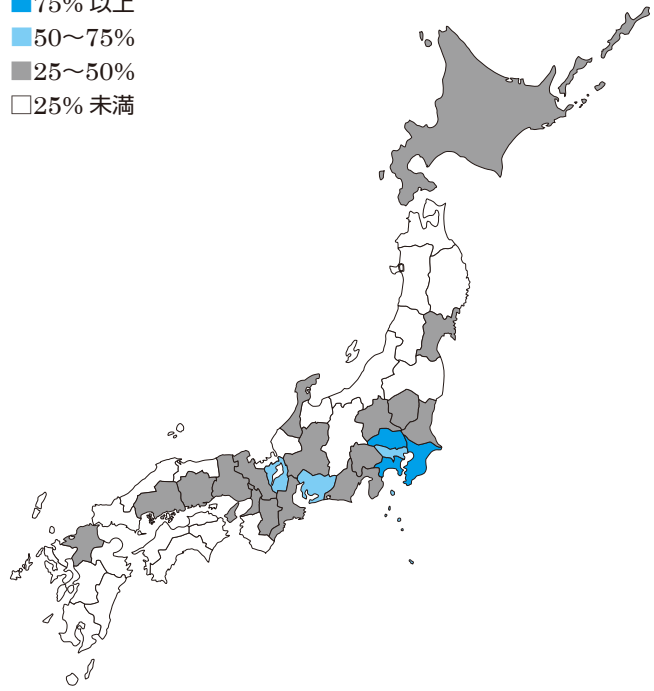
都道府県別の老年人口 2005年～2035年



都道府県別の老年人口の増加率

2005年～2035年

- 75% 以上
- 50～75%
- 25～50%
- 25% 未満



国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来推計人口』(2007年5月)



■ 既婚の子ども(男)との同居状況の推移

40.4
40.4%
1985年
日本

32.1
32.1%
1995年

19.8
19.8%
2005年

高齢者と家族

子どもと同居する高齢者は25年前の

4割から2割に減少したが、依然として西欧諸国よりかなり高い

出典：内閣府 高齢者の生活と意識 第6回国際比較調査 2005年

0.7% 1985年

2.6% 2005年

アメリカ

2.4% 1985年

1.6% 2005年

ドイツ

3.5% 1980年

1.9% 2005年

フランス



2 高齢者と家族

1 単身・夫婦のみで暮らす高齢者が一般的に

1989年には65歳以上のいる世帯は1,077万世帯で、全世帯に占める割合は約27%でした。そのうち、約41%は三世代同居の世帯で、単独世帯は約15%、夫婦のみの世帯は約21%と相対的に少ない状況でした。

2009年では65歳以上のいる世帯は2,013万世帯で、全世帯に占める割合は約42%となっています。このうち単独世帯が約23%、夫婦のみの世帯が約30%と、この両者で5割を超えています。

つまり20年くらい前までは、高齢者は三世代同居のケースが多かったのですが、現在では、単身又は夫婦で暮らすケースが多くなってきていることがわかります。

2 単身高齢者の4分の3は女性

女性の寿命が男性よりも長いことなどから、463万の高齢単独世帯の約72%にあたる335万世帯は女性で、男性は128万世帯です。女性の場合、年齢とともに暮らし方の変化が男性よりも顕著で、夫婦2人暮らしから夫の死亡などにより独居となったり、既婚の子どもと同居するケースも少なくありません。

3 今後の見通し

これからの高齢者の家族構成については、単独世帯の増加が見込まれています。

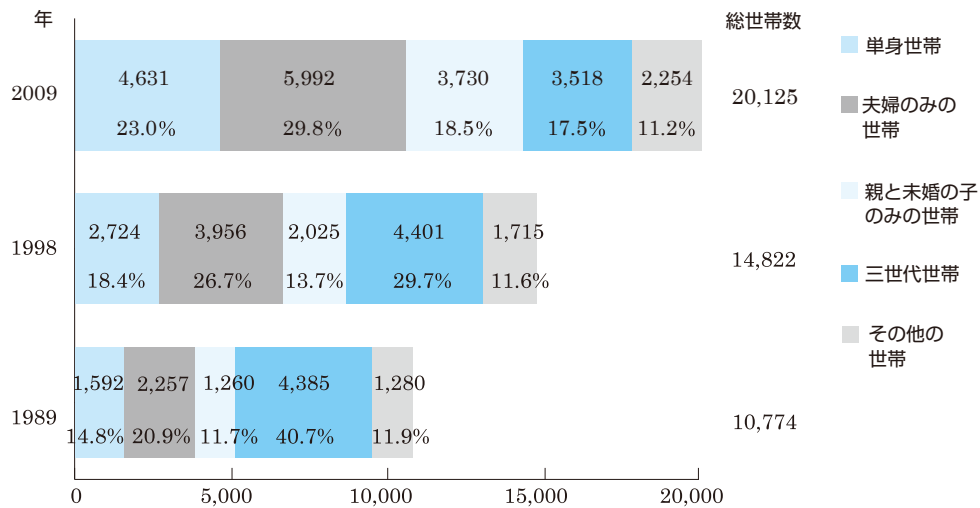
例えば、世帯主が65歳以上の世帯についてみれば、2010年時点で全1,568万世帯のうち、単独世帯が約30%、夫婦のみ世帯が約34%ですが、2030年頃には、その割合が逆転し、全1,903万世帯のうち、単独世帯が約38%、夫婦のみ世帯が約30%となるものと見込まれています。

日々の暮らしについては、自立した暮らしを基本としつつ、何かあったときの見守りや日常生活のちょっとしたサポートをどうするか、プライバシーに配慮しつつ高齢者の孤立をどのように防ぐかなど、住み慣れた地域で長く暮らすための様々な知恵を出していく必要があります。

制度や行政の仕組みだけでなく、高齢者の暮らしに密接に関わる小売・サービス業や交通に関わる企業なども含め、高齢者の暮らしに対する発想の転換が求められています。

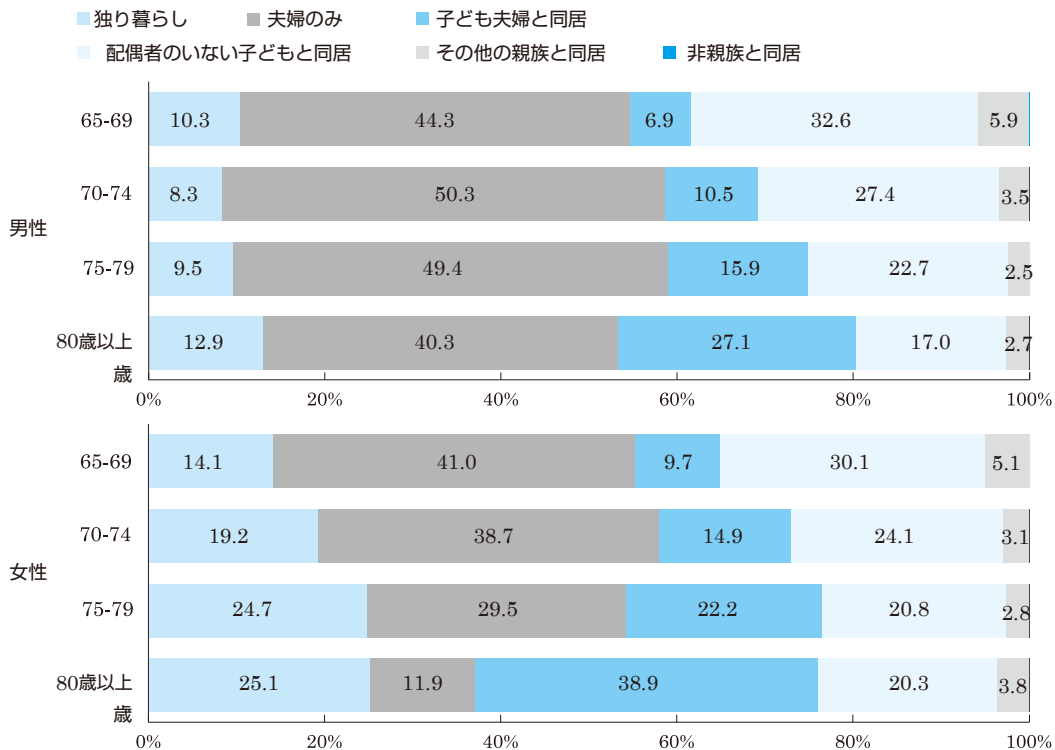


65歳以上の者のいる世帯数及び構成割合 (千世帯、%)



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2009)

高齢者の年齢階級別にみた家族構成割合 (%)



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2009)

■ 高齢者の持ち家率と 身体機能が低下した場合の住みやすさ

87%
高齢者の持ち家率

87.0

日本

66%
身体機能が低下した場合に
問題ある

66.0

高齢者の住まい

日本の高齢者の持ち家率は9割近くで4カ国中トップ。
ただし身体機能が低下すると最も住みにくい。

出典：内閣府 高齢者の生活と意識 第6回国際比較調査 2005年

74% 持ち家率

36% 問題がある
アメリカ

74.0

43.0

36.0

43% 持ち家率

54% 問題がある
ドイツ

59.0

54.0

51.0

59% 持ち家率

51% 問題がある
フランス

HOUSE

3 高齢者の住まい

1 高齢者の多くは持ち家、戸建て住宅に暮らしている

高齢者のいる世帯の83%が持ち家、16%が借家となっており、世帯全体における割合（それぞれ61%、36%）に比べて、高齢者のいる世帯の方が持ち家の割合が高くなっています。しかし、その割合は世帯構造によって少し異なっていて、三世代同居世帯では90%が持ち家ですが、高齢単身世帯では65%に留まっています。

高齢者のいる世帯の住宅については、一戸建が79%、共同住宅が21%となっていて、これも世帯全体における割合（それぞれ55%、45%）に比べて、一戸建の割合が高くなっています。しかし、これもまた世帯構造によって異なり、高齢単身世帯では共同住宅が3分の1を超えています。

全国の65歳以上人口約2,900万人のうち、約100万人は病院に入院中で、介護施設等（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、介護保険の適用となる有料老人ホームなど）に入所している人も約100万人、残りの約2,700万人は「自宅」（有料老人ホームも含む）に暮らしています。

2 満足度は比較的高く、高齢期に対応した工夫もなされつつある

これから高齢期に入る55～64歳を対象とした調査によると、現在の中老年者の約73%は、住宅について満足しています（「満足している」「ある程度満足している」の合計）。ただし、満足度は持ち家層では8割前後、借家層では5～6割と差が出ています。

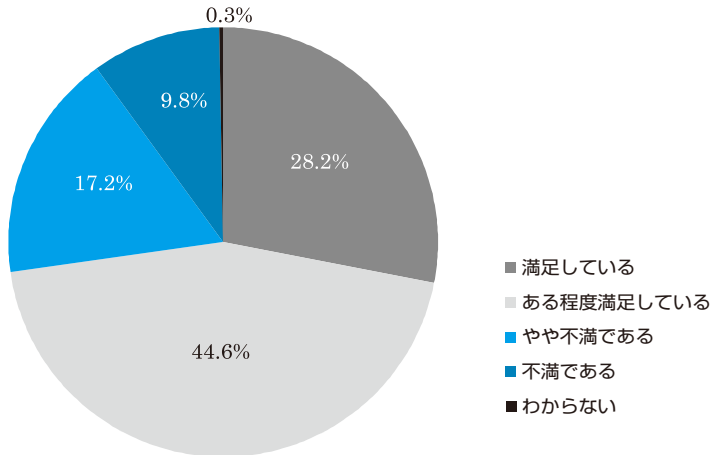
60歳以上の約60%が同じ家に35年以上暮らしている現状があるように、比較的同じ住居に長期間暮らしている状況を反映してか、不満の内容について、半数以上は「住まいが古くなり傷んでいる」こと、3分の1以上の人が「住宅の構造や造りが高齢者には使いにくい」ことを挙げています。

2008年の日本の総世帯数は約5,000万世帯ですが、その住宅の約半分は、階段、浴室、トイレなどの手すり、またぎやすい高さの浴槽、段差のない屋内や、屋内外を車いすで通れるなど、高齢者や障害者に配慮した何らかの住宅設備が設けられています。

また、高齢者が住んでいる共同住宅のうち23%程度は高齢者対応型となっているなど、高齢期になっても暮らしやすい住宅への関心と要望が高まりつつあると言えるでしょう。

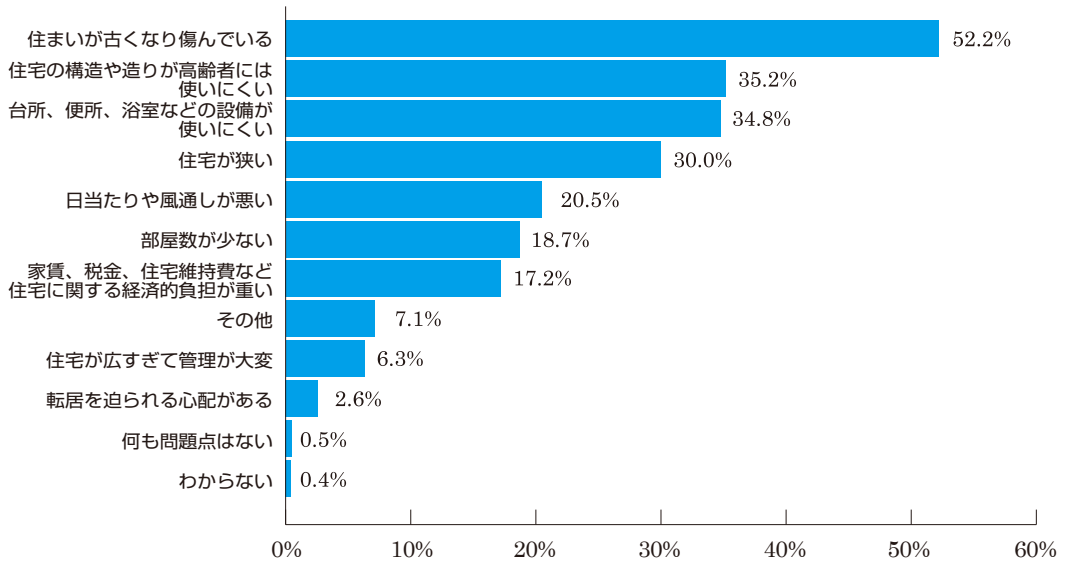


現在の住宅に関する満足度 (%)



内閣府『中高年者の高齢期への備えに関する調査』(2007)

現在の住まいについて不満の内容 (複数回答)



内閣府『中高年者の高齢期への備えに関する調査』(2007)

3 高齢者の住まい

3 高齢期をどこで暮らすか 意識と今後の課題

高齢期に身体機能が低下した場合に、どこでどのように暮らすかは大きな課題です。日本も含め多くの国ではなるべく「自宅」に住み続けたい、という希望が多数を占めています。しかし日本では、介護状態に至る前の支援や見守りを可能にする「自宅」である高齢者用住宅の利用は選択肢に入っておらず、安心のためには介護付きの老人ホームや病院で過ごしたいとの意見が他国に比べて多くなっています。

●

高齢者用住宅の数も少なく、また一般的になじみが薄いことに加えて、介護施設や病院であればいざというときにすぐに対応ができて安心だし、家族の負担も少ないのではないかという考え方が、高齢者本人にも家族にも強いのかも知れません。

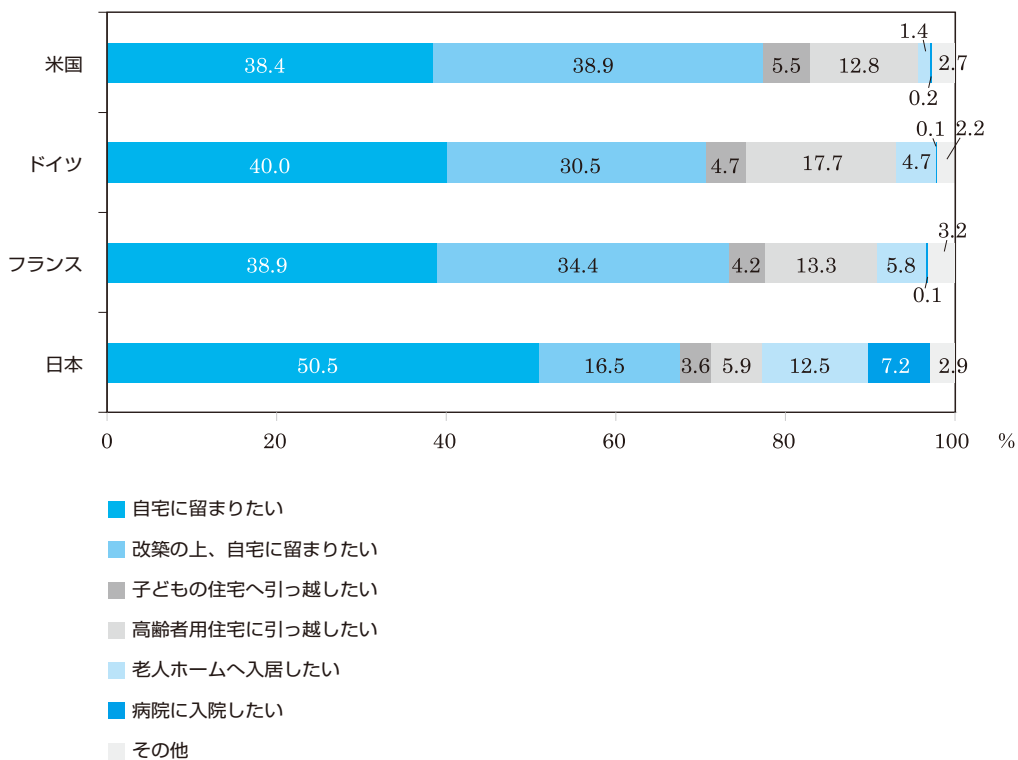
●

長くなった高齢期を過ごすことを前提として、現在の高齢者やこれから高齢期を迎える人々は、早めに住宅の住み替えや改修などを行うことによって、自分自身のライフスタイルに合わせた住環境を準備していくための発想を、より柔軟なものにしていくことが求められているでしょう。

●

社会全体の取り組みとしては、身体機能が低下した場合にも住み続けられる高齢者用住宅の充実とその周知や、高齢者も含めて全世代が安全に暮らせるコミュニティ作りなど、新しい発想での地域開発の推進とそれに伴う投資などが期待されます。同時に高齢期をどこでどのように暮らすか、ひとりひとりが自分の問題として考えていくことも重要なことと思われます。

身体機能が低下した場合の住宅 (%)



内閣府『高齢者の生活と意識 第6回国際比較調査』(2005)



■ 1人当たり年間医療機関受診回数と
平均在院日数（急性期医療）

13.0 回
医療機関受診回数

13.0

日本

19.0 日
平均在院日数

19.0

高齢者の健康

日本の高齢者は医療機関への受診回数及び在院日数は
他国の2倍以上である。

出典：OECD Health Data 2010

4.0 回

5.5 日

アメリカ

6.3 回

5.3 日

フランス

5.0 回

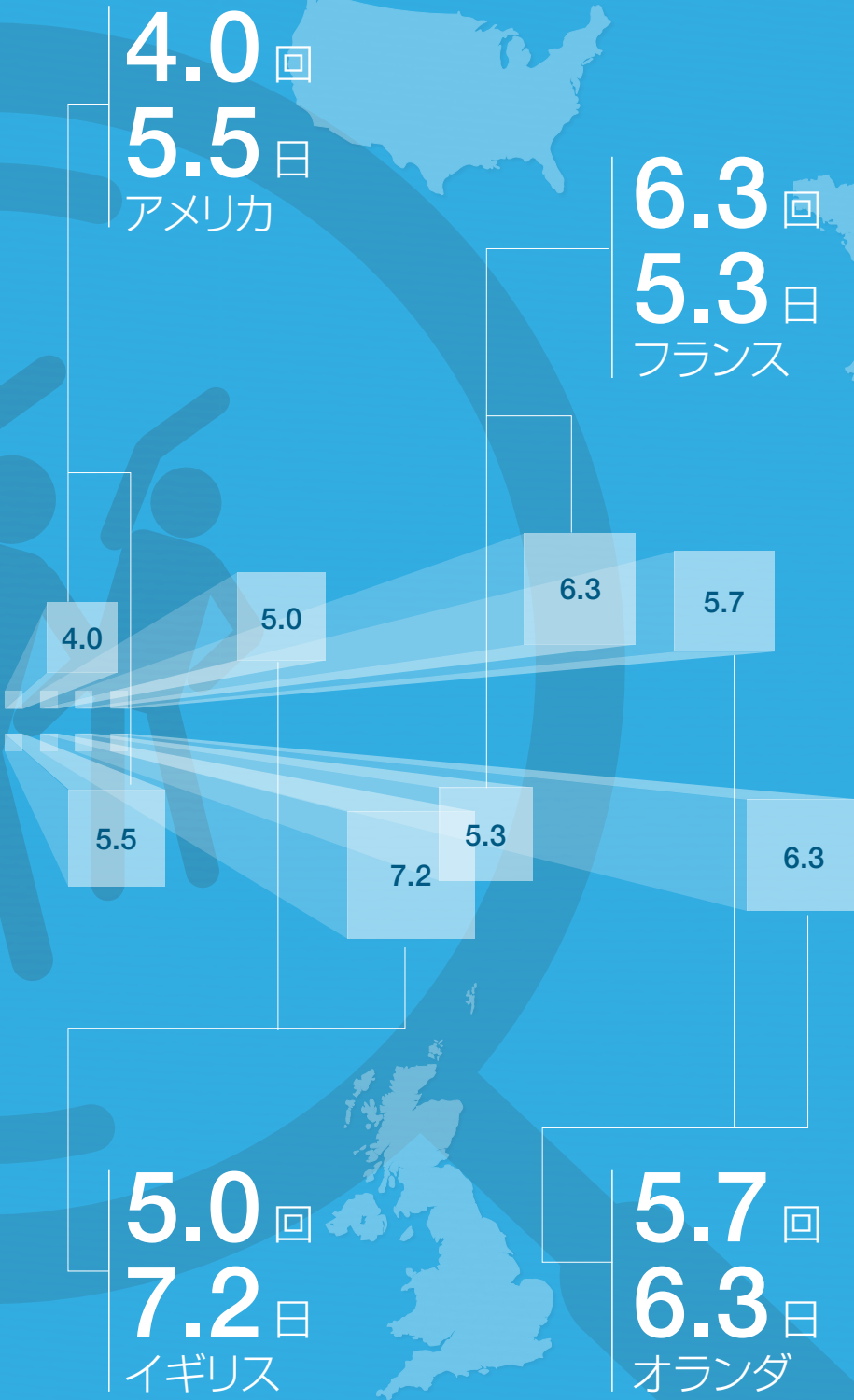
7.2 日

イギリス

5.7 回

6.3 日

オランダ



4 高齢者の健康

1 高齢者の多くは健康的 健康意識、運動、体調

日本の高齢者は、総じて健康に対する意識が高いようです。比較的良く運動しており、食事は1日3回しっかりと。特に野菜を多く摂取していて、十分な睡眠時間を確保しています。そして、半数以上が自分自身の健康状態を非常に良い、または良いと感じており、「普通」を入れると8割近くが健康に問題はないと認識していることになります。

一方で、約半数の人には何らかの疾病につながる自覚症状がありますが、その程度は様々です。ただし、年齢が上がるにつれて日常生活に支障をきたすような健康状態や障害の発症率が、急速に増加するのは事実ですから、健康状態への過信は禁物です。

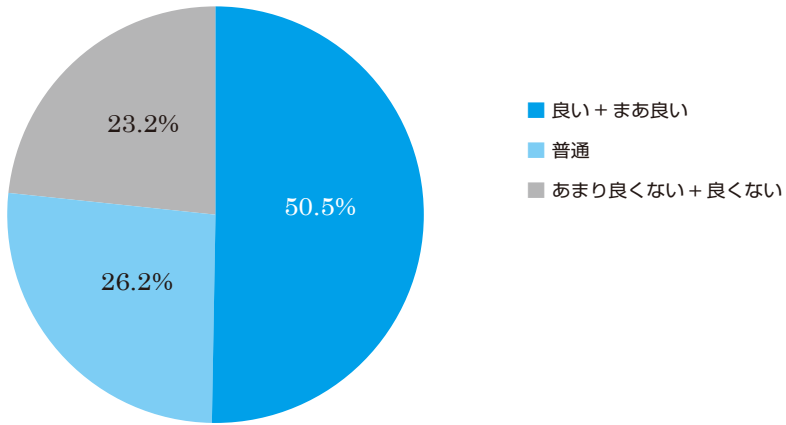
2 予防への取り組み

日本では長年国民自身の健康増進のため、予防的健康管理に力を入れてきています。子ども時代から集団で健康診断を受けることが習慣化されており、健康リテラシーの普及がなされてきました。高齢者には無料健康診断や無料医療相談が自治体によって実施されているところもあり、予防と健康管理は日常的にもなじみ深いものとなっています。

こうした取り組みと日本的な食生活等の生活様式を背景に、日本では、諸外国に比べると肥満等の割合が少ない傾向にあります。しかし、それでも、近年は肥満、高血圧、高コレステロール、そして糖尿病の相談が増加しています。これらは全て心臓病や脳卒中のリスクを高めるので、こういった「メタボリックシンドローム」の徴候を早期に発見し治療をすすめるとともに、生活習慣病予防の指導も行われています。

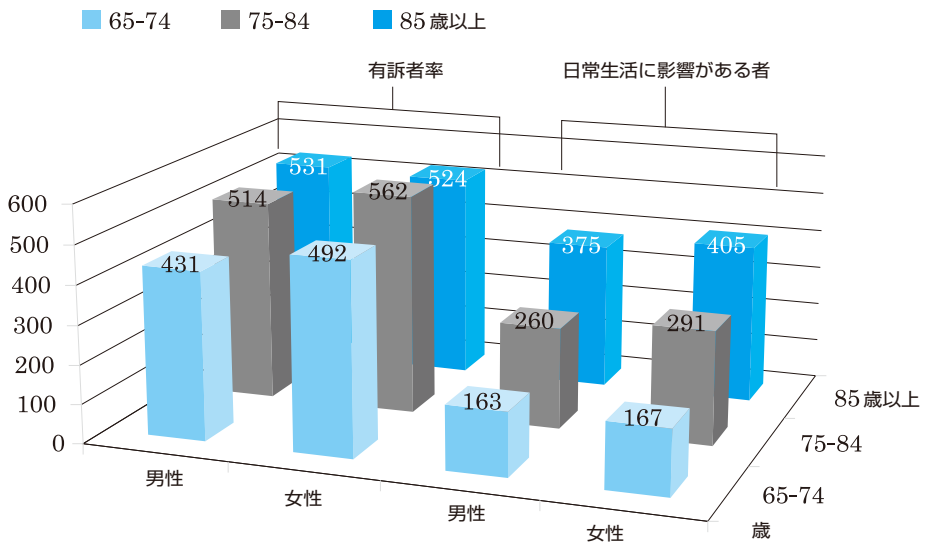


現在の健康状態 (65歳以上)



内閣府政策統括官共生社会政策担当「高齢者の健康に関する意識調査」(2007)

65歳以上高齢者の有訴者率と日常生活への影響がある者 (人口千人対)



厚生労働省「国民生活基礎調査」(2007)

4 高齢者の健康

3 医療行動

加齢とともに様々な疾患を有するようになるのは、やむを得ないことであり、1,400万人いる75歳以上のうち、約86%の人が1ヵ月の間に何らかの形で医療機関を受診しています。言い換えれば1ヵ月のうちに全く医療機関を受診しなかった人は約14%ということになります。

しかも、受診者のうち8割以上は1つか2つの医療機関の受診となっているので、かつて言われたいくつもの医療機関に通う「はしご受診」が多いという指摘については、少なくとも現在ではあまりあてはまらないかも知れません。

ただし、その他の年齢層の受診割合は、75歳以上の高齢者の約半分の40～50%となっていますので、やはり高齢者の受診が多いことは事実です。

●
国際的にみても、日本の高齢者は比較的頻繁に医療機関にかかっています。65歳以上でみた場合に、少なくともひと月に一回通院している者が約60%という状況は、アメリカ、ドイツ、フランスの高齢者のほぼ2倍から3倍、韓国とはほぼ同じとなっています。

●
日本の医療全体の課題としては、諸外国に比べて在院日数が長いこと、外来の受診が多いこと、入院ベッド数が多いこと、それと反比例しているかのようですがベッド当たりスタッフ数が少ないことなどが指摘されており、医療自体にも、もっと重点化・効率化を図るべきところがあるという指摘もあります。入院しても、集中的に治療を受けてなるべく早く退院することは、患者にとっても望ましいはずで

医療保険制度別、受診した医療機関数別患者割合 (2009.3)

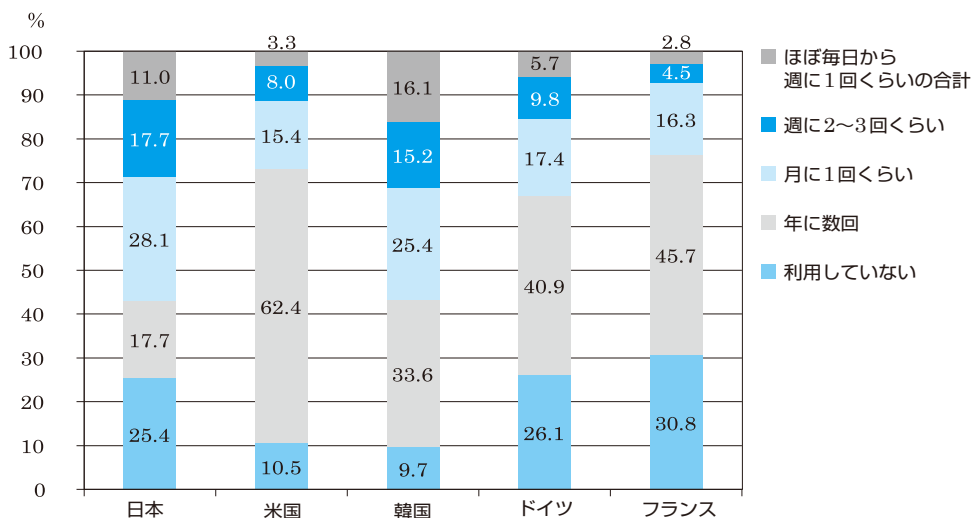
(単位：%)

| 対象 | 保険の種別 | 受診した医療機関数別受診者 | | | | | | 受診しなかった者 |
|-------|---------|-----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|----------|
| | | 総計 | 1件 | 2件 | 3件 | 4件 | 5件以上 | |
| 74歳以下 | 協会（一般） | 45.7 (100.0) | 32.1 (70.2) | 10.3 (22.6) | 2.6 (5.6) | 0.6 (1.2) | 0.2 (0.3) | 54.3 |
| | 組合健保 | 43.1 (100.0) | 30.4 (70.5) | 9.7 (22.5) | 2.4 (5.5) | 0.5 (1.2) | 0.1 (0.3) | 56.9 |
| | 国民健康保険 | 52.6 (100.0) | 33.3 (63.2) | 13.6 (25.9) | 4.2 (8.0) | 1.1 (2.1) | 0.4 (0.7) | 47.4 |
| 75歳以上 | 後期高齢者医療 | 85.8 (100.0) | 44.1 (51.4) | 26.3 (30.6) | 10.7 (12.4) | 3.5 (4.0) | 1.3 (1.5) | 14.2 |

厚生労働省「医療給付実態調査」(2008)

- (注) 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険および後期高齢者医療の被保険者である。
 2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである（「名寄せ」という）。
 3. 入院、入院外または歯科のいずれかの診療を受けた者の数を各医療保険制度の平成21年3月末の加入者数で除したものである。
 4. ()内の数値は、受診した者について受診した医療機関数の総計を100とした割合である。

医療サービスの利用状況 (%)



内閣府「高齢者の生活と意識 第6回国際比較調査」(2005)



4 高齢者の健康

4 死因と死亡場所

日本では1年間に約110万人強が死亡していますが、そのうちの96万人(87%)は65歳以上です。死因の1位は悪性新生物(ガン)、2位は心疾患、3位は脳血管疾患で、平均寿命が60歳代であった1950年代と現在とでは、死因に大きな違いがあります。

1950年代の主な死亡原因は結核、脳卒中、肺炎でしたが、死亡原因の大きな変化は医学や薬学の進歩も含めて、保健医療水準が全体的に高まってきたことを反映していると考えられます。

また、死亡原因だけでなく、人生の最期を迎える場所も大きく変化してきました。かつては自宅で最期を迎えることが普通でしたが、近年は9割が病院で亡くなっているという状況は、諸外国と比べてもずいぶんと様相が異なります。

終末期における医療の在り方は、生命の根幹に関わることもあり、難しい課題です。延命措置については、どこまでやれば十分といえるのか、あるいは本当に本人の望んでいることなのかという問題もありますし、また家族の心情として最善を尽くしたいという思いもあるでしょう。しかし一方で平板な治療ではなくメリハリをつけるべき、いや必要なものが削減される危惧がある、などの議論もあります。

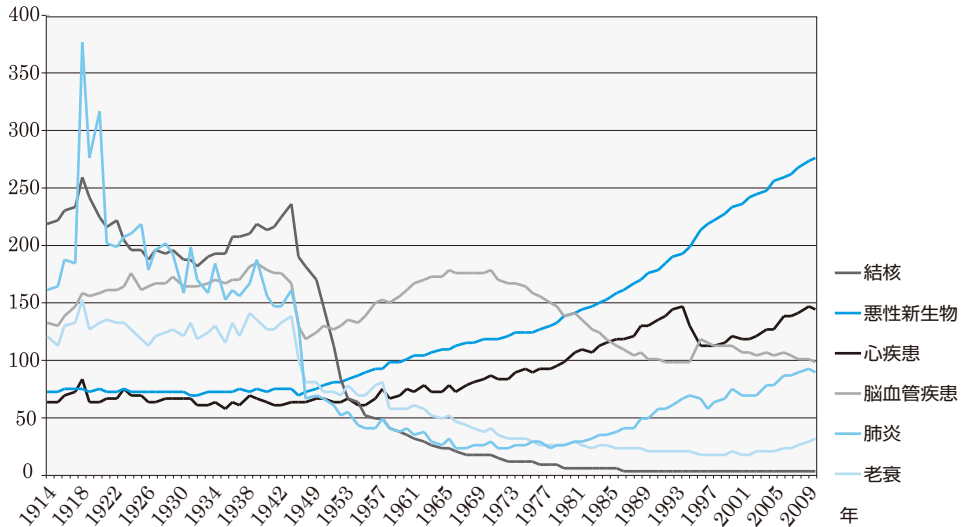
これからのあり方については、国民的な合意形成のための時間をかけた議論が求められます。

患者自身が自分の最期についての希望を事前に書いた文書により、本人の意思を尊重した対応をすべきという考えもありますし、主としてがん患者について、病院で受けることができる緩和ケアやターミナルケアをもっと拡充すべきだという主張もあります。

家で最期を迎えたいという人のための在宅ホスピスの存在も重要でしょう。いずれにしても、人生の最後のステージをなるべく自らの希望する形で迎えることができるよう(それが自宅であれ医療施設であれ)にするにはどうすれば良いか、自分の問題として考えていく必要があるでしょう。

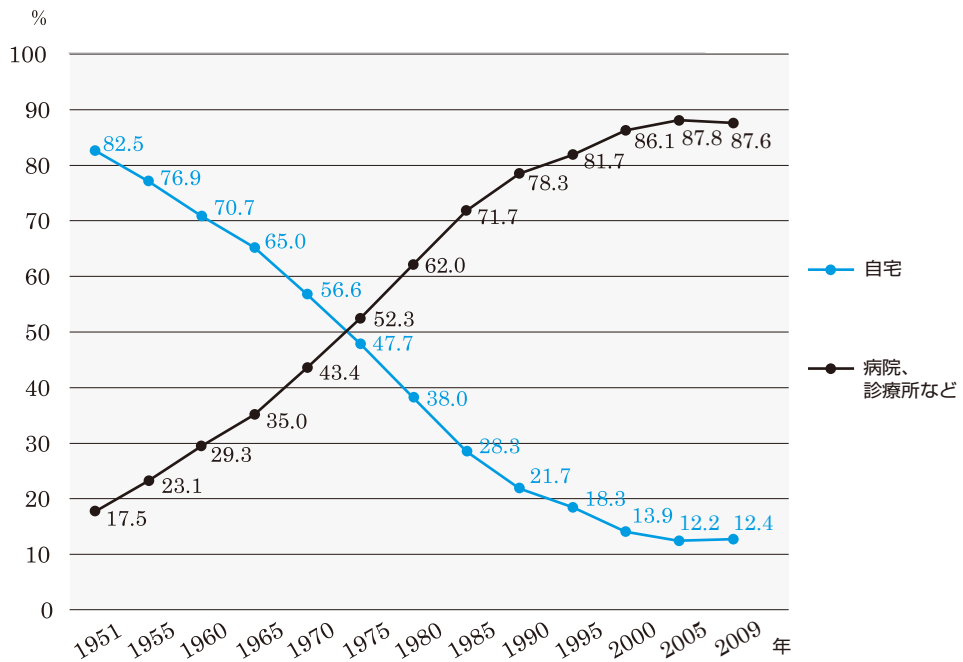


主な死因別死亡率の推移 (10万人対)



厚生労働省『人口動態統計』(2009)

死に場所別にみた死亡構成割合の年次推移



厚生労働省『人口動態統計』(2009)

4 高齢者の健康

5 公的医療保険制度

日本における医療の優れた特徴の一つは、公的医療保険制度が整備されており、基本的には全ての国民が公的医療保険制度に加入していることです。

65歳以上に関しては、75歳以上と65～74歳で障害認定を受けた人のうち希望者は後期高齢者医療制度に加入しており、他の65～74歳はそれぞれ就業状況等に応じて、健康保険や国民健康保険等に加入していますが、市町村の国民健康保険への偏在による負担の不均衡を是正するため、財政調整が行われています。

●
そして全国のおよそ全ての医療機関が保険医療機関となっているので、自らの加入する公的医療保険制度の保険証があれば、いつでもほぼ全国のどの病院や診療所にもかかることができ、窓口で1～3割程度の自己負担をすることで医療を受けることができます。また、医療費が高額であっても自己負担の額が高くなりすぎないように、一定の上限額も設けられています。

●
海外では、必ずしも公的医療保障によって国民全員がカバーされていない国もあります。例えば米国では65歳以上の高齢者は、メディケアによって入院はカバーされていますが、外来治療等への適用は任意加入となっているため、加入していないと医療費を全て自己負担しなければなりません。

またイギリスなどのように、まずかかりつけ医の診療と指示がなければ、大きな病院や専門医にかかることができない国もあります。

【日本の公的医療保険制度】

日本の医療システムは、国民皆保険制度のもとでの医療機関へのフリーアクセスを特徴としている。1961年に確立した国民皆保険制度は「社会保険方式」を基本としており、大別すると以下の3つのカテゴリーに分類される。

■ 職域をベースとした制度

第1は職域を単位とする「健康保険制度」である。企業ごとに設立される健康保険組合が保険者となり、財源は雇用主と従業員が折半する所得比例の保険料である。2010年現在、約1,500の組合に約3,000万人が加入している。単独で健康保険組合を設立することが困難な中小企業については全国健康保険協会が保険者である「全国健康保険協会管掌健康保険」(協会けんぽ)に加入する。財源は雇用主と従業員が折半する保険料と公費(給付費等の16.4%)であり、保険料は都道府県ごとに設定される。2010年現在、約3,500万人が加入している。公務員は同様の共済組合に、船員は船員保険に加入する。協会けんぽ、健康保険組合、共済組合、船員保険のいずれも従業員の家族の医療費もカバーする。

■ 地域をベースとした制度

第2は地域を単位とする「国民健康保険制度」である。市町村が保険者となる「市町村国保」が中核である。この制度では市町村が保険者となり、各市町村が加入者の所得や資産なども踏まえて保険料を設定する。2010年現在、約1,800の市町村国保に約3,600万人が加入している。財源は加入者の保険料と公費(給付費等の50%)である。

■ 高齢者医療制度*

第3は1983年に導入され2006年に改革が行われた高齢者のための医療制度である。2008年4月から後期高齢者医療制度がスタートし、都道府県ごとに47の広域連合が運営している。全国の75歳以上の方は(前記の健康保険制度や国民健康保険制度には加入せず)この後期高齢者医療制度に加入する。財源は高齢者(75歳以上)自身の保険料(給付費の約1割)、75歳未満の人が加入する上記の各医療保険制度からの支援金(約4割)、公費(給付費の5割)である。加入者数は約1,400万人(2010年現在)である。

上記の3カテゴリーは全て強制加入の制度であり、給付は入院や外来などの医科診療費、歯科診療費、薬局調剤医療費、訪問看護医療費や一定の予防給付など広範囲にわたっているが、医療費の支払いは全国一律のルールが定められており、厚生労働省が全国一律の価格表を策定・改定している。支払いは基本的には出来高払いであるが、入院医療を中心に診断群分類による包括払い(DPC)も増えてきた。患者の自己負担は、医療費(薬剤費含む)の定率であり、その率は年齢により異なる。通常は3割であるが、義務教育就学前の児童は2割、70～74歳は2割(2010年現在は1割)、75歳以上は1割である。ただし、70歳以上の高額所得者は3割である。また、毎月の自己負担額が一定額を超えた場合には、超えた部分は高額療養費として保険から給付される。

* 高齢者医療制度については、年齢により加入する制度が異なることへの批判等もあり、2010年現在、見直しを検討されている。



4 高齢者の健康

6 医療費の規模

日本における医療のもう一つの大きな特徴は、GDPに対する医療費の規模が約8%とOECD諸国内でも比較的小さいことです。これは経済的効率性を示しているものと考えられ、保険証1枚ではほぼ全国どここの病院や診療所にもかかることができるという医療機関へのフリーアクセスの確保や、平均寿命の長さなどにみられる保健医療水準の高さなどと併せて、日本の医療・医療保険制度が国際的に高く評価され、奇跡とまで言われている由縁です。

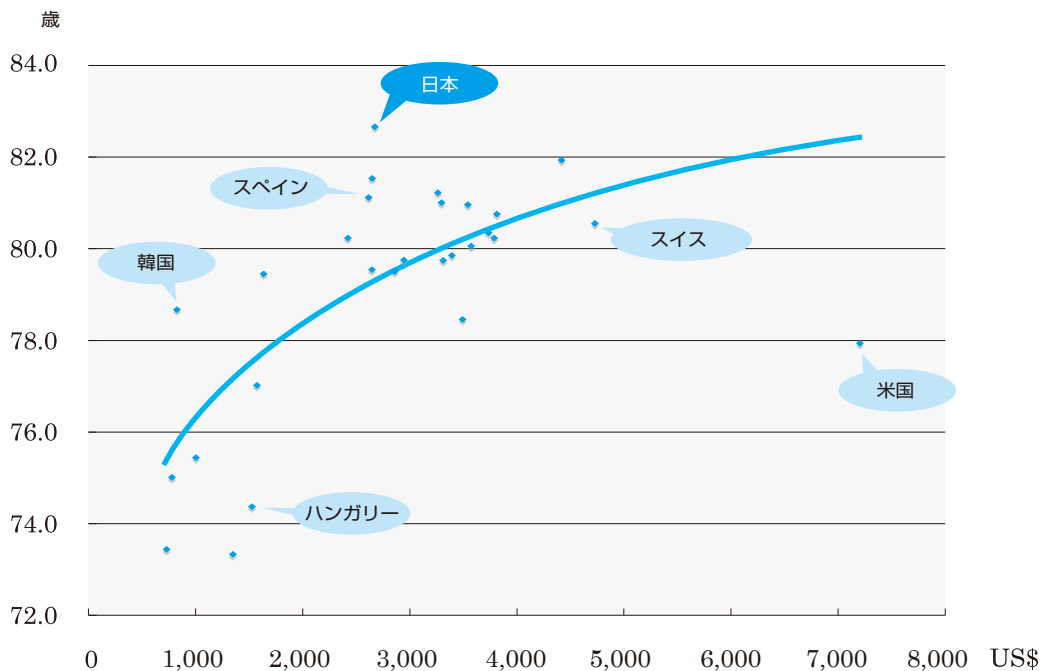
しかし一方では、地域による医師の偏在や、産科や小児科の医師不足、また医療職の激務による勤務医の減少などの問題をきっかけにして、日本の医療費の水準は本来もっと高くあるべきではないかとの意見も出始めてきています。

現在の医療費の約5割は65歳以上に使われています。高齢になることで疾患が増加するのはやむを得ない側面もあり、これまで人口の高齢化の進行とともに医療費の規模は増大してきましたが、この傾向は今後も続くのではないかと見込まれています。

今後も増大が見込まれる医療費をどのように賄っていくかということは、皆で考えるべき大きな課題です。機能強化や質の向上など必要な部分にかかる費用の増加と同時に、非効率的な部分を是正することなどを通じて、医療費の適正化に取り組んでいくことが必要でしょう。



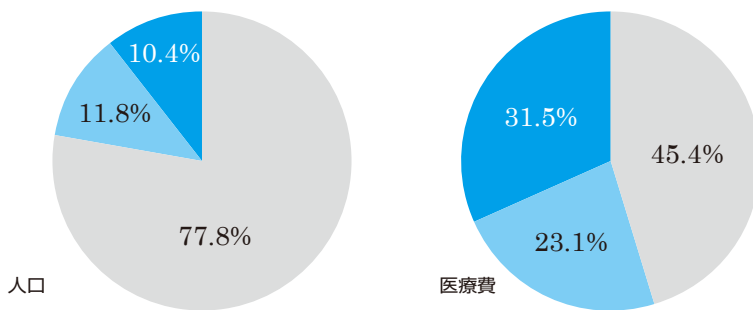
OECDにおける1人当たり医療費と平均寿命 (2007)



OECD, Health Data, 2010

年齢別人口構成割合と医療費の割合

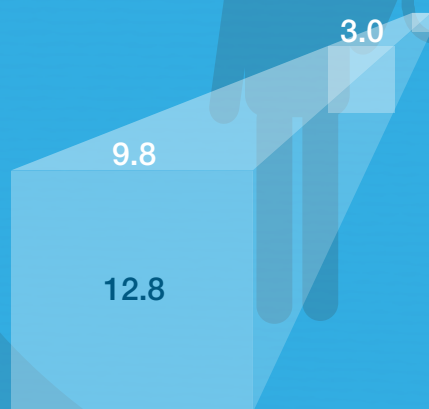
■ 75歳以上
 ■ 65~74歳
 ■ 0~64歳



総務省統計局『人口推計』(2008)
 厚生労働省『国民医療費の概況』(2008)

■ 施設及び自宅で介護を受ける高齢者の割合

日本
施設 **3.0%**
自宅 **9.8%**
合計 **12.8%**



CARE

高齢者と介護

日本は他国と比較して

施設で介護を受ける高齢者の割合が低い。

出典：OECD Health Data 2008, Paris and OECD Demographic and Labour Force Database

オランダ

施設 **6.9%**

自宅 **13.1%**

合計 **20.0%**

イギリス

施設 **4.2%**

自宅 **6.9%**

合計 **11.1%**

フランス

施設 **6.3%**

自宅 **3.5%**

合計 **9.8%**

6.9

4.2

6.3

6.9

3.5

9.8

13.1

11.1

20.0

5 高齢者と介護

1 介護ニーズ

日本では1963年に老人福祉法が制定されましたが、福祉制度は基本的には行政がサービスの必要性や内容等を決めて実施してきたこともあり、質の向上やニーズに見合ったサービス基盤の整備が進んでこなかったという指摘がされています。

一方で高齢者の介護ニーズの多くを医療機関が引きうけることとなり、高齢者の「社会的入院」と呼ばれるような長期入院等の問題が顕在化しました。1989年に始まったゴールドプランにより、高齢者の福祉・介護基盤の整備が進み、1997年の介護保険法の制定に伴い、2000年度からは従来の福祉サービスとは異なる新しい発想による介護保険制度が始まりました。

初年度(2000年度)、介護保険の対象と認定されたのは約218万人、従来の特別養護老人ホームや老人保健施設、介護療養病床といった施設費用を中心に約3.6兆円の介護給付費が介護保険で賄われるようになりました。その後、民間事業者の参入等を背景に在宅サービスの基盤整備も進み、現在では65歳以上の認定者は約480万人、介護費用は約7.9兆円と倍増し、そのうちの約50%が在宅サービスとなっています。

65歳以上の高齢者数2,900万人のうち、概ね6人に1人が認定を受けており、7人に1人が実際に介護保険のサービスを利用し、約30人に1人が施設に入所していますが、視点を変えれば、介護保険のサービスを受けている高齢者は17%にすぎず、残りの83%はその多くが少なくとも介護の必要がないくらいには元気で、日々の暮らしを送っているとみることができます。

介護サービス受給者数と費用

| | | 受給者数 (千人、%) | | 受給者1人あたり 費用額 (円) |
|------------|-----------|----------------|-------|---------------------|
| 介護予防サービス総数 | | 859.4 | | 39,900 |
| 介護サービス | 居宅サービス | 2,217.8 | 69.0 | 121,000 |
| | 地域密着型サービス | 261.7 | 8.1 | 222,300 |
| | 施設サービス | 850.9 | 26.5 | 297,000 |
| | 総数* | 3,212.5 | 100.0 | 188,700 |

厚生労働省『介護給付費実態調査』(2010.8)

*総数は上記3種サービスのうち少なくとも一つのサービスを受けていた人の数

要介護等認定者数

| | 認定者数 (千人) | 高齢者全体に 占める割合 (%) | 要介護認定者に 占める割合 (%) |
|--------|--------------|---------------------|----------------------|
| 総数 | 4,806 | 16.6 | — |
| 65～74歳 | 654 | 2.3 | 13.6 |
| 75歳以上 | 4,152 | 14.3 | 86.4 |

厚生労働省『介護保険事業状況報告』(2010.8)



5 高齢者と介護

2 要介護状態となる原因疾患

「要介護」となる主な原因疾患としては、脳血管疾患、認知症、老衰、関節疾患、骨折などが挙げられます。軽度の要介護状態では関節疾患と骨折が原因である場合が多く、重度の要介護状態では脳血管疾患や認知症が原因の場合が多いようです。

●

認知症に対する関心が高まってきていますが、介護を必要とする認知症患者は、2005年には170万人程度（高齢者の約7%）と推計されています。現状のまま推移すれば、2035年には2倍を超える380万人程度（高齢者の約11%）になるものと思われます。

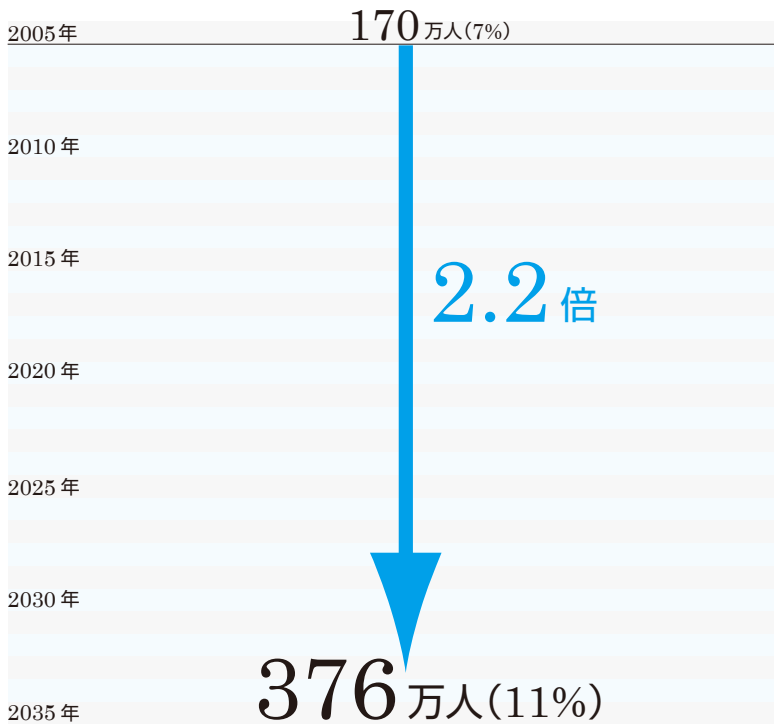
●

認知症については、2004年からその病名を「痴呆」から「認知症」に変えたことなどもあり、急速に知られるようになってきてはいますが、まだ原因究明や治療方法が見つからないことに加え、病気に対する正確な理解が行き渡っておらず、偏見や誤解も根強く残っています。そのため、早期診断による適切な対応が難しいという現実もあります。

●

しかし認知症はそのケアの方法如何で、現れる症状に変化が見られることもわかってきているため、行政とNPOなどの連携による活動として、認知症についての理解を深め、地域全体で支え合うための取り組みも始まっています。

認知症高齢者の数と高齢者全体に占める割合



厚生労働省『高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」』（2003.6）



5 高齢者と介護

3 介護の担い手と介護サービス

介護が必要な高齢者の半数以上は家族と同居していますが、こうしたケースでの世帯内での介護は、7割が女性によって担われています。また約4割は、配偶者が介護をしているため、介護者自身はかなり高齢になっていて大多数が60歳以上です。

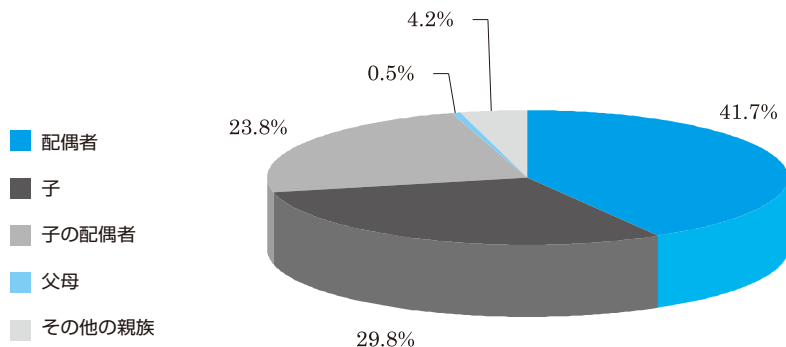
介護保険サービスは、運動機能の向上のための運動を行ったり、自宅で日常生活支援を行って自分でできることを増やしたりすることを目的とした予防給付と、入浴、排せつ、食事等の日常生活において介護を提供する介護給付とに分かれています。

現在、介護サービス(予防サービス含む)受給者は約400万人(認定者の約8割)で、1人当たりにかかる費用は要介護度にもよりますが平均すると、在宅サービスで月額7～19万円程度、施設サービスでは重度の人が多いので約22～30万円です。このうち約1割が自己負担となりますが、施設サービスでは、さらに保険外の費用として食事、居住費に加え、日常消耗品、教養娯楽費などが自己負担金に加わります。居住費は、個室か相部屋かによっても費用が変わってきます。

最近では、小規模多機能型の施設や認知症対応型グループホームなどの地域密着型サービスも増えてきました。「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせて柔軟にサービスを提供する「地域密着型サービス」は、今後も定着・発展が期待されています。



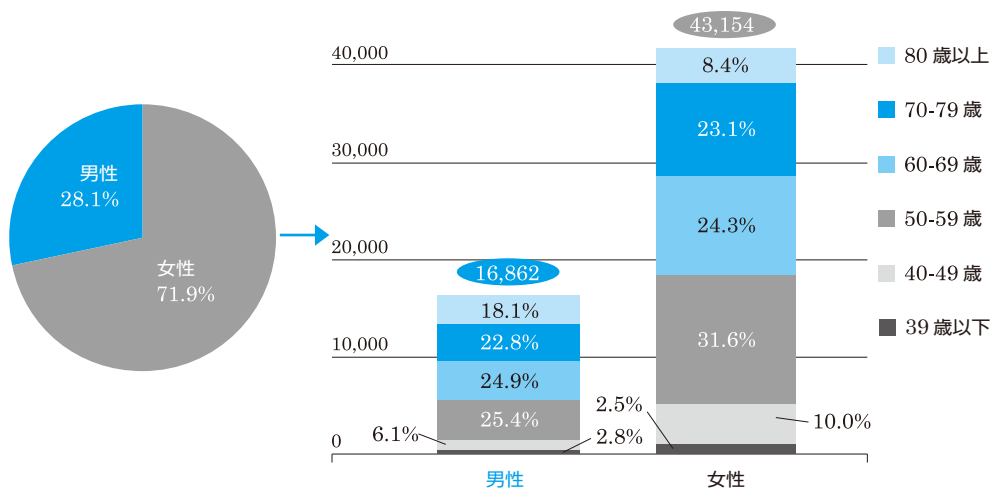
要介護者と同居している介護者の続柄



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2007)

要介護者と同居している主な介護者の性別・年齢階級別構成割合

(要介護者10万人対)



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2007)

【日本の公的介護保険制度】

■ 背景

公的介護保険制度は日本の社会保険制度の中で最も新しいシステムである。介護保険制度が導入されるまでは、日本における高齢期の介護は様々な制度等に分立していた。すなわち、施設介護については医療制度（病院）と福祉制度（特養）の双方に分立し、これが老人医療費の高騰要因となっていた。また在宅介護については多くは家族介護、特に女性により担われてきた。

しかし、こうした伝統的なシステムは高齢化の急速な進展や就労女性の増加、老人医療の高騰等により次第に問題が顕在化し、介護問題は国全体の大きな政策課題となった。こうした状況に対応するために1989年に「ゴールドプラン」がスタートした。これは10年間の国家戦略で社会サービスとして介護サービスの提供基盤を拡大するものだった。また、サービス計画・調整の権限が都道府県から市町村へと委譲された。こうした約10年にわたる基盤整備が2000年4月の公的介護保険制度の創設へとつながった。

■ 制度の概要

公的介護保険制度は公的年金や公的医療保険と同様、社会保険モデルに立脚している。40歳以上が強制加入となるが、給付対象は主として65歳以上の者である。40歳以上65歳未満の者への保険給付はアルツハイマー病等特定の疾病に起因する要介護状態などの場合に限定されている。

公的介護保険の保険者は市町村であり、その財源は、高齢者（65歳以上）の保険料、40歳以上65歳未満の保険料（医療保険者が徴収）、公費（給付費の50%）である。高齢者の保険料は市町村により異なるが、市町村は3年ごとに見直すサービス供給量に併せて保険料の改定を行う。地方レベルで給付と負担の関係を明確化したことはこのシステムの一つの重要な特徴である。

給付内容は現物給付であり、ドイツのような現金給付は保険制度としては含まれていない。給付は、施設サービス、在宅サービス、予防給付、福祉用具貸与など様々であるが、支払いのルールは全国一律であり、厚生労働省が価格表を策

定・改定する。また、自己負担は給付費の1割である。

給付を受けるためには、市町村が実施する要介護認定（全国的に統一的な基準で行われる）を受ける必要がある。2010年現在7つの段階がある。認定を受けた後、軽度者は市町村が中心となって予防サービス中心のサービス計画（ケアプラン）を立てる。要介護者はケアマネジャーが中心となってサービス計画を立てる。このサービス計画策定には高齢者やその家族のほかサービス提供者も参加する。

■ 課題

公的介護保険制度導入後、サービス利用は急増し5年間で倍増した。年金や医療と同様、急速な人口変動により制度の持続可能性が課題となってきている。2005年改正では、予防の重視、地域ケアの拡大、サービスの質の向上と認知症ケアの充実などの施策を強調した。最近では介護人材の確保のため、更なる施策の充実が求められている。



吉田サタ

1907年（明治40年）生まれ
現役幼稚園園長（横浜市）

福島県いわき市で、桶屋を営む家に生まれる。幼い頃から経済的には苦勞したので、これからの時代は女も働かなければいけないと、小学生の時に考えた。

53歳の時、幼稚園を始めて以来、今までに2,000人を超える卒園児を送り出してきた。親子二世代続いた卒園生もいる。子どもたちの長所を見つけて伸ばす事が楽しみ。

太陽のように明るくておおらかで温かな性格。自分のペースで暮らし、終わったことは仕方がないとすぐ忘れるようにしている。師範学校の同級生80人中、3人が100歳を超えて健在。

■ 高齢者世帯の1ヵ月あたりの家計収支

日本 (70 歳以上)

収入 約 **32** 万円

支出 約 **25** 万円

差額 約 **7** 万円

32万

25万

ECONOMY

高齢者と経済

日本の高齢者世帯は収支ともに4ヵ国中最も多く、しかも毎月約7万円の黒字となっている。

過去1年間で大きな割合を占める支出は、冠婚葬祭(42.8%)や医療・介護関係費(44.2%)、子や孫に対する支出(27.9%)となっている。(内閣府 高齢者の経済生活に関する意識調査 平成19年)

独立行政法人 労働政策研究・研修機構「データブック国際労働比較2010年」より作成

アメリカ (75歳以上、1 \$ = 100円)

収入 約 **27** 万円

支出 約 **25** 万円

差額 約 **2** 万円

ドイツ (70~79歳、1€ = 111円)

収入 約 **26** 万円

支出 約 **20** 万円

差額 約 **6** 万円

27万

21万

26万

15万

25万

20万

イギリス (75歳以上、1 £ = 135円)

収入 約 **21** 万円

支出 約 **15** 万円

差額 約 **6** 万円

6 高齢者と経済

1 高齢者の資産と家計規模

世帯主が65歳以上世帯の平均所得は421万円で、全世帯の平均年収548万円と比べると少なめになっています。しかし、家単位ではなく1人当たりでみると、全世帯平均での個人所得は208万円、世帯主が65歳以上では約190万円となりますから、高齢者の所得水準は若年世代とそれほど変わらないと言えます。

●
現在の高齢者所得の柱はやはり公的年金です。高齢者世帯(65歳以上の者のみで構成するか、これに18歳未満の未婚の子が加わった世帯)所得の約7割は公的年金・恩給によって占められています。

また公的年金・恩給を受給している高齢者世帯の約6割は、所得の全てが公的年金・恩給となり、年金への依存度が高いことがわかります。

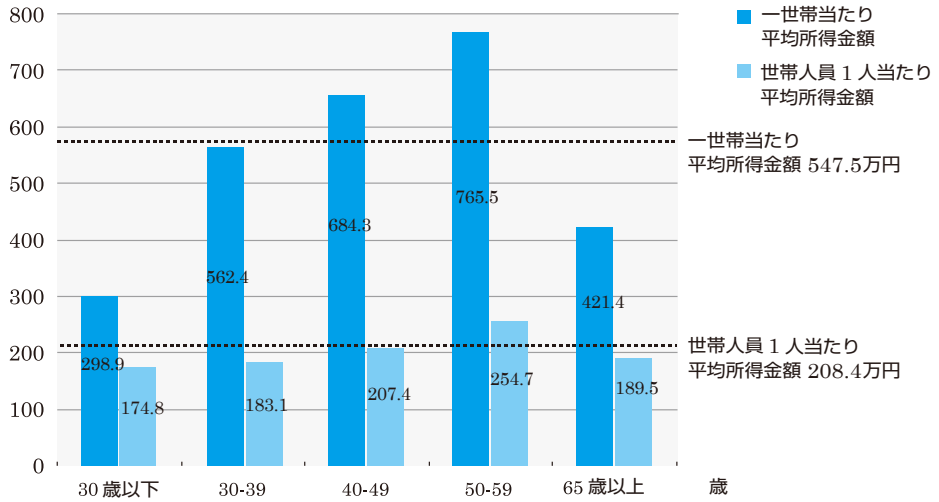
●
家計の規模は、1ヵ月あたり高齢単身世帯は収入約16万円に対して支出13～15万円、高齢夫婦2人世帯は収入約34万円に対して支出20～25万円です。前述のように収入の相当部分は公的年金や恩給ですが、平均的には2割程度は稼働所得があります。また、金融資産の取り崩しにより収入の1割程度が確保されています。

単身世帯と夫婦のみ世帯とではかなり差があるようにみえますが、世帯あたりの金額であること、単身世帯は女性が圧倒的に多いことに留意が必要です。

●
資産負債の状況を見ると、高齢者世帯では負債はあまりなく、平均的には一定の資産を保有しています。我が国の金融資産の概ね6割以上は60歳以上の高齢者が世帯主である世帯が保有していると考えられます。



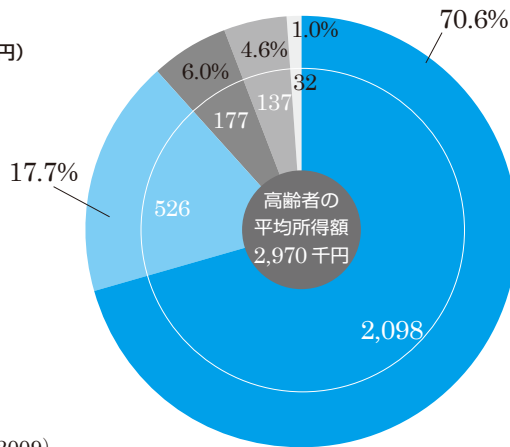
世帯主の年齢階級別平均所得金額 (万円)



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2009)

高齢者世帯の所得 (千円)

- 公的年金・恩給
- 稼働所得
- 財産所得
- その他
- 年金以外の社会保障給付金



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2009)

6 高齢者と経済

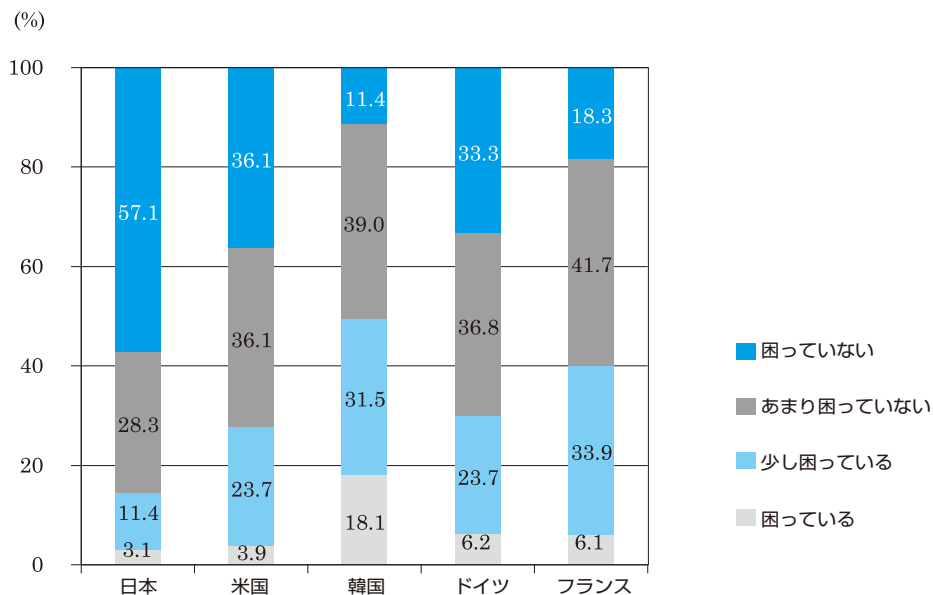
2 高齢者の生活水準

2005年に実施された国際比較調査によると、日本の高齢者はアメリカ、ドイツ、フランス、韓国の高齢者と比較して、自分自身が日常生活において経済的に困っていると思う人の割合が極めて少ない状況となっています。

平均的にみると、現在の日本の高齢者はかなりの収入と貯蓄があり、持家率も高く、経済的には恵まれているといえるでしょう。

ただし、高齢者世帯においては、それまでの生涯を反映して所得のばらつきがかなり大きいことには留意が必要です。平均的には日本の高齢者は諸外国に比べて比較的ゆとりがあると言えますが、一方でぎりぎりの収入、貯蓄ゼロ、不十分な住環境でなんとか生活している高齢者も少なくありません。2009年には、生活保護を受ける世帯の42%が65歳以上の高齢者世帯で占められました。

経済的に日々の暮らしに困ることはあるか (%)



内閣府「高齢者の生活と意識 第6回国際比較調査」(2005)

【日本の公的年金制度】

日本における高齢期の所得保障は、皆年金である公的年金により主として支えられている。皆年金制度は1961年に確立し1985年に再構築された。2階建ての強制加入のシステムであり、財政方式は基本的には賦課方式である。

■ 1階：基礎年金(強制加入)

1階部分は基礎年金である。日本に在住する20歳以上60歳未満の者は全て加入を義務付けられている。基礎年金は定額保険料・定額給付が特徴であり、1人当たり保険料月額が15,100円(2010年4月現在)である。この保険料は上限の16,900円に到達する2017年まで毎年引き上げられる。低所得者には一定の保険料減免措置がある。25年以上の加入期間を経て65歳になると給付が行われる。満額年金を受給するためには40年以上の加入が必要で、年金月額が約66,000円(2010年4月現在)である。基礎年金には障害給付や遺族給付もある。

■ 2階：厚生年金、共済組合(強制加入)

2階は職域をベースとした公的年金であるが、所得比例保険料・給付が特徴となっている。民間企業については厚生年金、公務員は共済年金と呼ばれる。厚生年金の保険料率は16.06%(2010年9月現在)であり、2017年に上限の18.3%に達するまで毎年引き上げられる。保険料は雇用主と従業員で折半される。給付水準は各人の所得水準や加入期間により異なるが、平均的な賃金で40年加入の場合の年金月額は基礎年金も含めて約167,000円プラス配偶者分66,000円(2010年)である。支給開始年齢は60歳であったが現在65歳に向けて引上げの途上にあり、誕生年月日により異なる。厚生年金・共済年金には障害給付や遺族給付もある。

■ 3階：企業年金その他の選択肢

以上のような2層構造の強制加入・公的年金制度のほか、多くの雇用者は企業年金(多くは確定給付プラン。確定拠出プランもある。)を提供さ

れている。日本の企業年金制度は退職一時金から発展したものであるが、多くの企業では依然として企業年金と退職金の双方を支給している。また、自営業者は税制優遇措置のある国民年金基金や確定拠出年金の個人型に加入することもできる。

■ 課題

大きな人口変動の中で制度を安定させるため、直近の2004年改革では「マクロ経済スライド」と呼ばれる仕組みを導入した。このシステムは人口変動に応じて給付を自動的に調整する仕組みで、現役世代の人口減少と寿命の伸長という二つの要因に応じて給付の伸びを調整する。このシステムの下で、現在60%程度の所得代替率は50%を下限として調整される。また、2004年の改革では国庫負担率を2009年までに3分の1から2分の1に引き上げるというスケジュールが規定されたが、その財源確保については引き続き課題の一つとなっている。



■ 55～64歳の労働力率

日本
68.8%

68.8

SOCIETY

高齢者と社会

日本の55～64歳の労働力人口は、4カ国中トップ。
特にフランスと比較すると1.7倍である。

出典：ILO, Labour Statistics Database, Jan. 2010

アメリカ

64.5%

イギリス

59.9%

フランス

40.0%

64.5

59.9

40.0

7 高齢者と社会

戦後生まれの世代が65歳を迎えはじめましたが、戦後の民主主義教育を受けたこの世代は、これまでの高齢者とは違った価値観を持った、新しい高齢者層を構成していく可能性があります。

日本に限らず、従来からの一般的なライフサイクルのモデルとして、高齢になれば仕事を辞め、社会の第一線から退いて家族や社会に扶養されるイメージがありましたが、現在の日本の高齢者の多くは、就労の意欲も能力も高く、また地域貢献などにも意欲的です。

2009年の65歳以上の労働力率は、男性で約3割、女性で約1割強。また、65～69歳の約4割、70～74歳の約3割は仕事を持っています。

健康にも問題がなく、年金などにより経済的にも自立していて、意欲も持っているのが現在の日本の高齢者の大半であることは、今までのデータからも証明されています。

人口の大きな部分を高齢者が占めるようになる社会では、高齢者がただ高齢であるという理由だけで、社会に頼って生活するという発想は現実的ではありません。かえって高齢者の能力や可能性を否定し、ある意味では年齢による差別をしているといえるかもしれません。

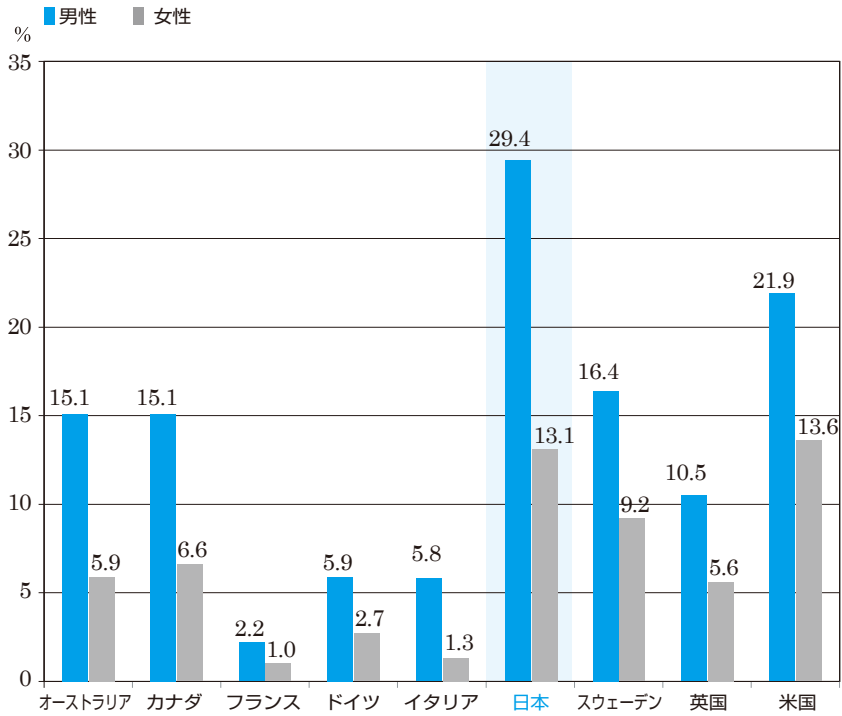
社会状況の変化や新しい価値観を持った高齢人口の出現により、高齢者の社会との関わり方がより自立的なものへと変化していくでしょうし、社会全体としても活力ある高齢者像が求められているのではないのでしょうか。「高齢社会対策大綱」でも、以下の3点のように、これから目指すべき高齢社会がうたわれています。

- ① 国民が生涯にわたって就業その他の多様な社会的活動に参加する機会が確保される
公正で活力ある社会
- ② 国民が生涯にわたって社会を構成する重要な一員として尊重され、
地域社会が自立と連帯の精神に立脚して形成される社会
- ③ 国民が生涯にわたって健やかで充実した生活を営むことができる
豊かな社会

未曾有の超高齢社会という新たな枠組みを作り上げていくためには、高齢者が積極的に社会に参加し、若者とともに社会の牽引力になり、この国の未来を拓いていくことが望まれています。

そして世界のトップランナーとしての責任において、21世紀の高齢社会の新しいモデルを、日本が世界に向けて提示することが求められているでしょう。

65歳以上の労働力率国際比較 (性別・%)



OECD, *Stat Extracts*, 2009



おわりに

エイジフリー社会をめざして

- **65歳=高齢者 年齢で区切ることに意味があるのか**

最後に年齢について改めて考えてみたいと思います。

伝統的に人口学の分野で使われており一般的にも定着している年齢区分があります。14歳までを年少人口、15～64歳を生産年齢人口、そして65歳以上を老年人口と区分する方法です。しかし、現在の日本で15歳から働く人の割合は必ずしも多くはありませんし、65歳以上を高齢者とする根拠についてもその根拠は明確ではありません。



また、高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会(aging-society)」、14%を超えた社会を「高齢社会(aged-society)」と呼んでいます。これなども、1956(昭和31)年の国連の報告書で、当時の欧米先進国の水準を基にしつつ、仮に、7%以上を「高齢化した(aged)」社会と呼んでいたことに由来するのではないかといわれているものの、必ずしも定かではありません。因みに1956年の日本の平均寿命は男女ともに65歳前後で、現在より15歳以上も短い時代でした。また総人口は約9千万人、65歳以上は5%で、500万人にも達していませんでした。

- **プロダクティブ・エイジング**

現在は高齢化率の上昇は、労働力率の減少や社会保障費の増大等と関係づけて語られることが多く、どうしてもネガティブなイメージで語られがちですが、世界に先駆けて健康長寿が達成されたこと自体は、素直に喜び誇りに思うべきことではないでしょうか。



100歳高齢者は現在4万人を超えています。彼らが生まれた頃の平均寿命は40歳代でした。もっともっと生きたいと願った人たちのためにも、誰もが長生きできるような時代になったことを皆が喜び、そして長くなったこの寿命を意義あるものとしていかなければなりません。



これからの高齢社会を魅力と活力あるものとし、長寿を真に価値あるものにするためには、年齢に関係なく多くの人々が自分の能力を活かして社会と関わり、その可能性を発揮できる社会の枠組み作りが求められます。そのような社会を作り上げるのは私たち一人一人の責任です。

まず高齢者に対する思い込みや偏見から自由になって、日本の高齢者の真の姿を理解し、その暮らしをほんとうに充実した豊かなものにするために、今何をすべきかを考えることから始めます。そして、それは明日の高齢者である私たちの豊かさの第一歩になるでしょう。

(以上)

■参考資料一覧

-
- 1-1 UN, *World Population Prospects 2008*
 - 2 総務省統計局『人口推計』2009
 - 4 国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』2006
 - 5 国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来人口推計』2007

 - 2-1 内閣府『第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査』2005
 - 2 厚生労働省『国民生活基礎調査』2009
 - 3 国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計』2008

 - 3-1 総務省統計局『住宅・土地統計調査』2008
 - 1 総務省統計局『人口推計』2008
 - 1 厚生労働省『社会福祉施設等調査報告』2007
 - 1 厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』2007
 - 1 厚生労働省『患者調査』2007
 - 2 総務省統計局『住宅・土地統計調査』2008
 - 2 内閣府『高齢者の生活と意識 第6回国際比較調査』2005

 - 4-1 内閣府『第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査』2005
 - 2 OECD, *Health Data 2010*
 - 3 厚生労働省『医療給付実態調査』2008
 - 4 厚生労働省『人口動態統計』2009
 - 6 OECD, *Health Data 2010*

 - 5-1 厚生労働省『介護事業状況報告』2008
 - 1 厚生労働省『介護給付費実態調査』2010.8
 - 2 厚生労働省『国民生活基礎調査』2007
 - 3 厚生労働省『介護給付費実態調査』2010.8
 - 3 厚生労働省『国民生活基礎調査』2007

 - 6-1 厚生労働省『国民生活基礎調査』2009
 - 2 厚生労働省『国民生活基礎調査』2009
 - 2 総務省統計局『家計調査』2007
 - 2 内閣府『国民経済計算』2006
 - 2 厚生労働省『被保護者全国一斉調査』2008

 - おわりに 総務省統計局『国勢調査』
厚生労働省『第4回生命表』
厚生労働省『完全生命表』
厚生労働省『人口動態統計』2009
-



山崎まつ

1905年(明治38年)生まれ
豆屋の看板娘(東京都)

東京都大田区の花巻のザルを編む家に生まれ、23歳で豆や乾物、雑貨を扱う万屋に嫁ぐ。

毎月一日だけの休みを除き、朝7時～夜10時まで営業したが、当時は家もなく人通りもまばらで、売上は1日10～20円にしかならなかった。ガスも水道もなく、七輪で炭をおこしてご飯を炊く生活で苦労した。

義父から教え込まれたソロバンが得意で、簡単な釣り銭なら暗算ですませている。

「ボケ」だけはなりたくない、現在も看板娘として毎日店先に立っている。色々な人が声を掛けてくれて退屈しない。



第2部 海外編

ILC グローバルアライアンスの加盟国であるイギリス、アメリカ、フランスの各理事長が自国の状況を概説したものである。

基になったレポートは、2009年に刊行された『ILC Global Aging Report』であるが、当時とは状況に変化が生じたり数字が変化しているものもあるため、ILC 日本の責任において改訂を行っている。



各国の現状

イギリス

| | | | |
|---------------|----|--------|------|
| 総人口 | | 61,899 | (千人) |
| 平均寿命 | 男性 | 77.4 | 歳 |
| | 女性 | 81.6 | 歳 |
| 高齢化率 (65 歳以上) | | 16.6 | % |
| 合計特殊出生率 | | 1.94 | |

アメリカ

| | | | |
|---------------|----|---------|------|
| 総人口 | | 317,641 | (千人) |
| 平均寿命 | 男性 | 75.4 | 歳 |
| | 女性 | 80.4 | 歳 |
| 高齢化率 (65 歳以上) | | 13.0 | % |
| 合計特殊出生率 | | 2.09 | |

フランス

| | | | |
|---------------|----|--------|------|
| 総人口 | | 62,637 | (千人) |
| 平均寿命 | 男性 | 77.8 | 歳 |
| | 女性 | 84.5 | 歳 |
| 高齢化率 (65 歳以上) | | 17.0 | % |
| 合計特殊出生率 | | 2.00 | |

イギリスの高齢化

その課題と取り組み

ILC-UK代表者
Sally Greengross, OBE
英国上院議員

1 高齢化の主な傾向と課題

A 保健医療

税を中心にしたNational Health Service (NHS=国民保健サービス)が、現在も医療サービスの提供において圧倒的な比重を占めている。10年間で医療費は倍増し、ほぼ12兆円に達している。これは、プライマリーケア(一次医療)の供給増、General Practitioner (GP=家庭医)との新たな契約などの影響によるものである。

またNational Service Framework*¹ (国家サービス標準)の創設が文化面でも変化をもたらし、医療サービスや福祉サービスについての見方が根本的に変わり、子どもや家庭のニーズに基づいたサービスが設計され提供されるようになった。

同時に「生活習慣病」キャンペーンのように、予防や早期介入を重視する方向へ大きな政策転換が行われており、短期間の禁煙プログラムのコストは65,000円であるのに対し、進行したガンの治療には400万円～500万円かかることなどが証明され、予防によるコスト削減への期待が強まっている。

国民は現在も全国民を包括するNHSを支持しており、喫煙などライフスタイル上の様々な選択の懸念される影響も、医学の進歩で帳消しにできると信じている。しかし、「合理化」という認識がNHSでも高まりつつあり、National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE=国立優良診療評価機構)が継続的に行った認知症の薬の使用範囲等についての判断などが、NHSのサービスのあり方にも影響を及ぼすようになっている。英国はいや応なく、税から社会保険化=コスト共同負担モデルの方向へと向かっていると見える。


精神保健の問題は、個人の権利と社会の権利との間のジレンマを抱えており、サービスの統合が求められている。政府は、現在社会が面している最大の問題の一つへの答えとして、国家認知症戦略(National Dementia Strategy)を立ち上げた。この戦略は認知症患者とその家族が地域で充実した生活を送るための支援を目標にしている。これによって認知症に対する認識を変え、早期診断と治療そして認知症ケアの質の改善がはかられるだろう。

B 介護

介護に関しては、現在の制度のままでは財政的に持続不可能という認識が広まっていて、介護費で2,300億円の不足が報告されている。

医療と福祉は、人為的な名称の区別がなされているに過ぎないと認識から、両者を同時に規制しようとする動きがあり、2009年4月にスタートしたCare Quality Commission (CQC)では、利用者の医療・安全・福祉に関わるサービスの質を改善するために、医療と介護全般にわたる質の調査と評価が行われている。





2006年に開始された「ケアにおける尊厳」のキャンペーンでは、医療・福祉サービスの場において、個人の尊厳を損なうことのないよう国民の意識啓発と、それに伴う行動を奨励している。このキャンペーンではこれまで高齢者に焦点を当て、高品質の医療・福祉サービスが本人中心のケアとして提供されることに力を注いできたが、残念ながら高齢者の多くはまだまだに然るべき尊敬を持った扱いを受けていない。

また、終末期の問題についてこれまで以上に論じられるようになってきており、争点は法医学上のジレンマのレベルから、患者の権利や人権の領域へと移ってきている。

人権擁護のための議会合同委員会 (Joint Committee on Human Rights) が出版した報告書は、介護施設の21%が尊厳およびプライバシーの最低基準を満たしていないと報告し、介護施設のレベルの低さを示している。また民間介護施設居住者の人権法の保護範囲を巡る論争が絶えない^{*2}。

C 経済的状況と就労

公的年金改革は、公的年金をより公平なものとし、国民がその上にさらに貯蓄できるような堅固な貯蓄基盤を作ることを狙いとしている。

2007年年金法は、女性の状況を大いに改善した。育児や介護が労働と同等の評価を受けることにより、労働市場から離れて介護や育児の責任を担う人々が、公的年金受給資格の面で不利にならないように取り扱われることとなった。この改革によって増加する年金収入は、女性自身に帰属するものであり配偶者に依拠して発生するものではない。

2012年に導入が予定されている個人年金の自動加入制度 (Personal Account) は、徴収した保険料を個人口座に貯蓄する仕組みで、老後に向けて貯蓄する人の増加につながるという潜在的な利点を持つ。しかし、低所得者・自営業者や請負労働者の貯蓄不足には、十分な対策が講じられていないなどの懸念もある。

2046年までに公的年金の受給開始年齢を68歳に引き上げるという政府案は、全体として年金制度の持続可能性を向上させることになるだろう。

現役時代と退職後の暮らしの違いは、10年前にくらべて曖昧になってきた。柔軟な働き方という考え方や、通常の定年退職年齢を超えた就労継続というアイデアに、政策がゆっくりと適応しようとしている。「仕事と家庭法」は、労働者に柔軟な働き方を要求する権利を認めているが、我々が世代間扶養の複雑さと高齢者が支払う保険料を考える時、この権利の改善が必要であろう。なぜなら英国(北アイルランドを除く)の労働年齢人口の56%は、退職後の時間が少なくとも20年間あることを予想していて、退職後の時間が10年に満たないと予想している者はわずか7%に過ぎない状況にあるからである。

就労者や求職者に就労の権利を与える年齢差別禁止法が施行されてから、50歳以上の労働者を一番多く雇用しているのは小売部門であった。年齢差別禁止法はまた、65歳以前の強



制退職を廃止することとなる。

政府の取り組みの重点は、

- ①50歳以上の労働者の就業率を高め、彼らが仕事とその他の貢献を両立できるような柔軟な就労形態を可能とすること、
 - ②高齢者が社会でいかに積極的に役割を果たせるようにすること、
 - ③歳をとっても高齢者が主体的で自立した生活を続けられるようにすること、
- の3点である。

D 高齢女性の状況

機会均等委員会 (Equal Opportunities Commission) の2007年8月の報告は、人生のあらゆる局面で憂慮すべき男女間格差があり、現在の進捗のペースではその改善にあまりに長い時間がかかることを示している。

その前2007年4月の「現代の家庭の状況—国民の高齢化と親および介護者にかかる負担」報告書では介護の責任と、就労の機会が両立できない懸念が強調されている。

ケアを担いインフォーマルな介護や子育てを行う役割は、依然として女性が占め続けている。そして、英国における目に見える経済格差が女性に多くの影響を与えており、例えば地理的には北の方により多くの貧しい女性が暮らしている。

E その他

これからの課題の一つは、英国の伝統的な福祉国家モデルを弱め、社会保険すなわちパートナーシップモデルの方向に進めることであろう。

また同様に緊要な課題の一つは、高齢者が住みなれた共同体の中でケアを受けることができるよう、医療と福祉の統合を進めることである。

【*1】ガン・子ども、介護、精神保健等各分野のケアに求められる質を明確に示した新戦略群で、2000年代に創設された。

【*2】民間介護施設の居住者は1998年に制定された人権法の保護範囲に入らないという判決が出たり、その後撤回されたりしている。

2 今後の政策上の課題

● 医療と福祉

イングランドでは推定120万人の高齢者が福祉サービスを利用しているが、福祉サービスはミーンズ・テストを基にして供給されており、公的財源は比較的に経済力の弱い国民に限定して投入されている。認知症や重度の関節炎を持つ高齢者は、NHSが医療を提供するのと同じように、(全国民を対象に)福祉サービスが提供されると考え、国の支出は経済力の弱い人が優先されることを知らない人も多い。

より柔軟に必要なケアを賄えるようにするため、ミーンズ・テストに代わる方法を検討することが大きな政策課題となっている。例えばスコットランドでは、すべての福祉サービスを「個人の直接的支払い」によって提供するパイロット事業が行われている。

精神疾患も高齢者にとって大きな心配の種である。65歳以上の高齢者の10～15%が老年期うつ病を患っている。しかし、高齢者の多くは、うつ病様の症状を、身体的な問題のせいだと考えており、適切にうつ病と診断されて治療を受けるケースは氷山の一角である。しかも医師の認識や態度も、高齢者自身のそれとさして変わらない場合がしばしば見受けられる。

健康増進策は専ら若い世代のみを対象とする場合が多いが、すべての年齢層を網羅することが必要である。

● 住宅

医療、福祉、コミュニティサービス、居住環境などを、社会の高齢化によるニーズの変化に確実に対応できるようにするための取り組みの中核になるものは、「住宅」であろう。

高齢者は若い世代に比べて家で過ごす時間が多く、その時間は一日の約70～90%になるが、英国の住宅の多くは古くて老朽化している。ILC英国の行った調査によれば、約100万人の高齢者が築90年以上の家屋に住んでいる。

適切な家屋は、「アクティブ・エイジング」や「高齢期の安心できる暮らし」という政府の目標を実現するための条件となるが、逆に粗末な家屋はそれを阻害し、慢性症状や障害をさらに悪化させてしまう。例えば高齢者の転倒は、自立能力を失い施設に入居する最大の原因となっているが、それがNHSにもたらすコストは、年間約1,300億円である。転倒の発生率は住宅環境に影響されることが証明されており、この予防に当てる支出は結果的に医療のコスト抑制に大きな効果がある。

政府は、住宅が「アクティブ・エイジング」に向けた取り組みにおける、中心的な役割を占めると認識しており、保健省、雇用年金省及び地域社会・地方政府省によって作られた横断的な指針において、住宅の問題が言及されている。



各地域団体や自治体は、住居、地域社会、医療、介護をつなぐ新しい戦略を策定するよう指示を受けているものの、ほとんどの場合、地方経済および住宅市場の牽引役として高齢者を認識したり、人口構造の変化を計画に反映させることへの対応が遅れている。

その結果、地域の再開発や新興住宅地の開発という将来の住宅事情を左右する重要な場面に、今後数十年で唯一増加する年齢層でありまた重要な市場の牽引役であるはずの高齢者のニーズや考えは、ほとんど活かされていない。

- **介護者の高齢化**

人口の高齢化に伴う介護需要の伸びと、介護の大半が友人や家族(高齢者である場合が多い)によって今後も提供されることを考慮すると、介護を担うことが高齢の介護者自身の生活にもたらす影響、年金積立に与える影響、彼らの労働市場への参加に与える影響、および彼らが何らかの支援や経済的サポートを受ける可能性について調査することが、喫緊の課題である。

- **退職後のための蓄え**

欧米諸国の大部分で資産価格、特に住宅価格の高騰が起こり、高齢者の有する資産価値が劇的に増大した反面、若年層は巨額の住宅ローンをかかえることになった。これが世代間の公平性、連帯及び正義に関する重要な問いかけを生み出している。

つまり、社会全体でどのようにして高齢社会に必要な経費を賄うか、とりわけ若年層が退職後に向けた資産形成をどう行っていくかが政策立案者にとっての課題となっている。また住宅資産を退職後の生活資金としていかに上手に活用するかなどについて、新たな視点での研究や取り組みが求められている。

アメリカの高齢化

その課題と取り組み

ILC-USA代表者
Robert N. Butler, M.D.

コロンビア大学教授 2010年7月没

1 高齢化の主な傾向と課題

A 保健医療

米国の成人は世界でも肥満率が特に高い。統計では20歳以上の成人のほぼ3人に1人が肥満である。

4500万人の国民が無保険であるが、貧困者向けには連邦政府と各州が運営するメディケイド、高齢者向けには連邦政府が運営するメディケアを通して医療が提供されている。1965年に創設されたメディケアは患者が病気になったときの治療に重点を置くもので、予防にはほとんど重点が置かれていない。

- ・年齢や就労状況にかかわらず、独身の方が無保険の確率が高い。
- ・民間保険の被保険者と比較して、継続的に無保険状態にある国民は一般的に健康が悪化する可能性が高く、障害等により日常生活動作が困難になる確率も高い。
- ・糖尿病、高血圧、心臓病、心臓発作、脳卒中、慢性肺疾患の症例数が最も多いのは、所得および教育の水準が最も低い層である。
- ・所得および教育の水準が最も高い層が疾患の罹患率が最も低いが、ガンだけは例外である。
- ・医療保険の保険料負担が、退職を思いとどまらせる要因となっている場合も若干あることが指摘されている。

B 介護

- ・介護の需要に供給が追いつかず、米国のベビーブーマー世代(1945年から1964年にかけて誕生した世代で約7,280万人)が高齢化するにつれて、状況は悪化の一途をたどることになる。
- ・現状では、約140万人の高齢者がナーシングホームに入居しており、600万人近くが自宅で介護を受けている。必要な援助をまったく受けていない高齢者も多い。
- ・各種の研究によれば、週に平均2時間以上親の介護をする女性は、女性全般に比べて労働時間が43%少なくなっている。親の介護をする53~63歳の女性は、有償労働の時間を約70%削っている。その結果、中年者が老親のインフォーマルな介護とフルタイムの仕事を両立させることは難しい、という分析結果が出ている。

C 経済的状況と就労

- ・2002年現在、70歳を過ぎても経済活動を続ける高齢者の30%が、専門職か経営職に就いている。事務職および営業職の割合はこれよりわずかに低く、70歳以上が就く仕事の27%を占めていた。50歳以上の就業者を見た場合、高齢になるほど柔軟な就労形態をとる者が増え、



自営業者の割合が増える。

- ・退職者の所得源は、企業年金、国による年金、個人貯蓄の3つである。
- ・伝統的な確定給付型の企業年金は、従業員が自己の責任で退職基金を設立し運用する確定拠出型の年金に取って代わられている。
- ・確定給付型の年金は、雇用主が特定の年金額を規定し、従業員に保証するもので、長年にわたり大企業の主な年金制度であった。給付額は各従業員の給与と勤務年数を基に一定の算定式から算出される。確定給付年金制度では、従業員は約束された給付を受ける資格がある。この制度を採用する雇用主は約束した給付を賄うのに必要な資金を別途管理するほか、雇用主が給付債務を果たせなくなった場合に給付を支払う保険基金にも掛け金を支払うことが義務付けられている。
- ・それに対してこのところ米国で中核的な制度になりつつある確定拠出型の年金は、確定給付型とは運営方法がかなり異なる。確定拠出型では、従業員がしばしば雇用主の援助を受けながら、定期的に積み立てを行う。退職時の従業員の勘定残高は、その基金にどれだけを積み立て、また運用によりどれだけ増えたかによって決まる。このため、確定拠出型では運用成績が悪いと従業員がリスクを負う。勘定残高から全額を一括して受け取ることも、それを原資として年金の支払いを受けることもできる。
- ・65歳では、男女ともに就業率が50歳代に比べて半分近くに減る。しかし50歳代半ばの人で、「65歳になってもフルタイムで働き続けると思う」と答える割合が増えている。退職の理由には様々なものがあり、「家族との時間を増やすため」、「他のことに挑戦したい」などが多いが、55～59歳の年齢層では35%が健康の問題を退職の理由に挙げている。
- ・早期退職年齢（62歳）以前に仕事を辞めた男女では、就労に影響を与えるような障害の発生数や死亡件数の要因として、喫煙と運動不足が挙げられる。55歳以上の就業者で最も一般的な健康問題は、関節炎と高血圧である。

D 高齢女性の状況

貧しい高齢者の70%を占めるのは女性である。以下のような要因から、女性の方が男性に比べて長生きの結果、所得が尽きざるを得ない状況が生まれている。

- ・男性よりも女性の方が介護や育児などのために離職する確率が高い。
- ・男性より女性の方が未だに賃金が大幅に安いため、老後のための貯蓄も少ない。
- ・女性の方が男性よりも長生きをする。
- ・多くの年金は夫が死亡すると減額されるか、給付を受けられなくなる。
- ・離婚した女性は少なくとも10年間結婚していたのでなければ、元夫の公的年金の受給資格を得ることができない。



2 今後の政策上の課題

米国では毎日、12,000人のベビーブーマーが62歳の誕生日を迎えているが、寿命の延びに対応するための準備の遅れは、ますます顕著になっている。

企業は労働者の高齢化を座視しているし、政策立案者は金融や医療システムの持続に悪戦苦闘している。科学者は加齢に伴う疾患の治療法に精を出している。米国が対応を迫られている鍵となる争点は以下のとおりである。

1 年齢差別

エイジズムは人間社会で最も一般的な偏見の一つであり、特に米国ではなほだしい。人種差別や性差別に比べて年齢差別はあまり認識されていないが、有害な偏見である。メディアによる差別的なステレオタイプ化から身体的・経済的虐待、職場での不公平な待遇、適切な医療やサービスの拒否など、数多くの差別につながっている。

2 医療改革

高齢者医療の基本構造が40年間変わっていない。予防的な医療制度ではなく事後対応型で、重点が急性の入院医療と外来医療に置かれた医療保険制度のままである。

メディケアが設立された1965年には、老年医学と老年学分野がまだ米国で十分に確立されていなかったために、高齢者ケアの専門家も、また高齢者自身もメディケアを検討する席に招かれなかった。そのため高齢の患者が抱える問題の複雑性や、そのように複雑な問題を抱える患者への対応には、医師が若年層に比べてより多くの時間を割かねばならぬことなど、高齢の患者特有のニーズについて十分な検討が加えられなかった。

3 老年医学研修

米国の医学生は向こう10年間に待合室や病院で大半を占めるようになる高齢患者に対応する準備ができていない。国内の125の医科大学のうち、老年医学のコースが必修となっているのは11校に過ぎず、老年医学の講座を開設しているのは5校に過ぎない。

4 介護

十分に訓練された介護の専門人材の不足と、家族介護者に対する組織的なサポートが存在しない。

5 長寿研究

老化の基礎生物学に着目する研究に投資するならば、高齢者における障害発生率を減らし、医療費を削減できるかもしれない。

National Institutes of Health（国立保健研究所）の年間予算のうち、加齢生物学の理解や、費用がかかる疾患や障害の発生率はなぜ加齢により高くなるのか、を理解する研究にはほんのわずかな額しか割かれていない。

FRANCE

フランスの高齢化

その課題と取り組み

ILC-FRANCE代表者
Françoise Forette, M.D.

パリ市議会議員
精神科医、Broca病院理事長

1 高齢化の主な傾向と課題

A 保健医療

平均余命における女性優位は、各年齢や時期を通してほぼ世界共通であるが、フランスにおける女性の伸びには、やや停滞傾向が見られる。その原因はおそらく女性喫煙者の肺がんの増加ではないかと推測されているが、高齢人口における女性優位には大きな変化はない。

残念ながら全ての国民が等しく優れた健康状態にあるわけではなく、フランスでは住む場所が寿命に大きく影響している。フランス北部とパリ近郊を比較すると、北部に住む男性の平均寿命は5年短い、女性における差は2.7年に留まっている。

B 介護

在宅と施設を合わせた、要介護高齢者の絶対数は約120万であるが、その割合は60歳以上人口のわずか6.63%であることを強調しておく必要がある。

これらの高齢者は身体機能の低下を伴う非自立高齢者となっており、90歳を過ぎた超高齢期には、特に女性の非自立割合が急激に増加する。

フランスには、高齢者介護のための制度である高齢者助手当（APA：Allocation personnalisée d'autonomie）があり、要介護認定を行った上で、ホームヘルプ等の人的サービス、介護機器の購入、移動支援、自宅改造の支援等が行われる。在宅サービスの要介護認定は、医療福祉チームが申請者の自宅を訪問し、ニーズ、自立能力、所得等の状況を確認し、最終的には県が決定する。

年齢によるアルツハイマー病とその関連疾患の増加が、高齢患者の施設入居の70%、APA申請の72%の原因となっているため、アルツハイマー病患者のための良質のケアと研究を推進する目的で、サルコジ大統領は2008年2月に新しいアルツハイマープランを提示した。


具体的には、2008年からの5年間で介護、保健医療及び研究に関する総額16億円のアルツハイマー対策を講ずることを示している。

また、多くの高齢者の命を奪った2003年夏の猛暑の後、フランス政府は現行制度を強化し次のような新しいプランを導入している。

2004年の「高齢化と連帯」法は2006年の「高齢者連帯」法により完成をみた。この最も重要な成果の一つは、社会保障制度（フランスは国民皆健康保険である。）の新部門として、全国自立連帯金庫（Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie = CNSA）が創設されたことである。

APAの財源は、県*が3分の2を、CNSAが3分の1を負担する。CNSAの負担分は、介護手当負担金（CSA）、国庫負担金（一般社会拠出金：CSG）、年金保険の分担金が充てられている。なお、介護手当負担金は、2004年に新たに導入されたものであり、雇用主への0.3%の課税で賄われている





(「国民連帯の日」と呼ばれる全労働者の無給労働日を概念上設定し、この給与と雇用主への0.3%の課税と擬制)。2008年には、約112万人がAPAを受給した。このうち6割は在宅、4割は施設居住者であった。

* フランスの総面積は日本の約1.5倍、総人口は日本の約半分、県数は96(本土)、パリ周辺に人口が集中していることなどから、フランスにおける県のイメージは面積の広い日本の中核市に近い(編集注)。

- ・ 介護費総額はGDPの1%強の1.65兆円。
- ・ 家事サービス等を個人的に受ける場合は、その個人が社会福祉労働者を雇用していると評価され、社会保険料の手続きや計算を自ら行って給与を支払うことがあるが、その手続きは煩雑である。そこで在宅ケアや在宅サービスの比重を高め、高齢者によるサービスの選択を容易にするため、雇用小切手制度(CESU: Chèque emploi service universel)を創設し、社会福祉労働者やコミュニティによるホームヘルプサービスへの給与と支払に、この小切手を利用する仕組みを導入した。個人が給与支払のためにこの小切手を渡すと、その受取人が銀行等に振り出しを求めた後に、社会保障の関係機関が社会保険料の手続きや計算を行った上での給与の支払をするため、従来の煩雑な給与支払の手続きが簡素化された。
- ・ 認知症への対策として、「メモリークリニック」を263カ所から300カ所へ、またメモリーリソース研究センターを24カ所から30カ所へ増やし、早期診断率(現在は50%)向上を目指すアルツハイマープランが導入された。

このプランの二つ目のポイントは、一般医、専門医、患者、介護者への研修と、家族やインフォーマル介護者のサポートである。全体的に、これらの新しい法律とプランが、フランスの要介護高齢者の状況を大いに改善するはずである。

C 経済状況と就労

フランスの定年は2010年11月に成立した年金改革法*により、2011年から段階的に62歳に引き上げられることとなったが、フランス人は平均58歳で退職している。

2004年の欧州委員会に提出された報告書に基づくリスボン合意によれば、欧州全体で2010年までに55～64歳の年齢層での50%の雇用率実現、という数値目標が定められたが、フランスのこの年齢層の雇用率は2009年の時点で38.9%であり、ヨーロッパ諸国の平均値46%に大きな後れをとっている。60歳以上の高齢者の状況はさらに深刻であり、フランスでは男性の7%、女性の4%しか就労していない。

高齢者が労働市場に長く参加し続けるよう奨励するインセンティブや就労機会を改善し、高齢者の勤労意欲をそぐ要因や就労を妨げる障壁に対処する改革が行われている。サルコジ政権は、政権担当後の3年間の成果として、55歳から60歳までの雇用率が60%に近々達すること、55歳から64歳までの雇用率は39.4%に達したことを強調しているが、高齢者の就労をさらに支援す



るためには、次の分野で、政府当局、雇用主、および労働組合の協力が必要となる。

- ・ 勤労意欲を高めるための定年制度・社会福祉制度の改革(段階的定年、新規契約、半就労・半退職)などが必要。
- ・ フランスの年金制度は賦課方式であり、財源は労働者と雇用主からの拠出金である。この再分配制度を補完する積み立て方式の年金制度への加入が個人に提案される。
- ・ 雇用主と従業員の意識改革を促す。
- ・ 高齢者の安全な労働条件と雇用を推進する雇用保護規制を採択する。
- ・ 高齢者の技能の強化と習得のための訓練を推進する。
- ・ 高齢求職者への良質な職業斡旋サービスの提供を推進する。

* ただし、この改革法が前提としているのは2020年までの年金財政の予測であり、より長期的な視点の改革が行われることが前提となっている。同法においても、2013年から議論を再開し、2018年には改革案を提案することとされている。

2 今後の政策上の課題

過去5年間に様々な重要な政策がとられたにもかかわらず、フランスの人口動態面での課題を好機に変えるには、さらなる研究や政策が必要である。ILCフランスの理事長であるフランソワーズ・フォレット博士は、「フランスにとって、またヨーロッパにとって、アクティブかつヘルシーなエイジングは、新たな富を世に創出する唯一のチャンスである。フランス大統領を初めとするリーダーは、我々がこの課題に対処できるよう、適切な保健・労働環境を整えるべきである。」と強調している。

● ヘルシーエイジング

生涯にわたる健康増進や予防、生活習慣についての教育は、優先事項であり、若い時期に始める必要がある。そのため、子どもの健康増進に役立つ具体的で安全な日常生活習慣を推進するプログラムを、学校教育の中に導入する必要がある。例えば、日常生活にもっと運動を取り入れる、正しい食育指導、視力保護、心臓・皮膚・脳の健康などである。

予防医学は、あらゆる公衆衛生政策の中核に据えられるべきである。特に行政側は、消費者と医師の間に接点を築く必要がある。産業医学の役割を強化し、産官学の関係を強化することによって、予防の重要性和適正医療を広く普及させることになる。

ICTとジェロンテクノロジー（高齢者のためのテクノロジー）の推進も、向こう10年間の重要な課題となるであろう。



- **アクティブ・エイジング**

仕事に対するライフサイクル的な見方を強化することが大切であり、これには、高齢者が長く働き続けるようなインセンティブを増やすことも含まれる。経験豊富なシニア労働者の価値をもっと認識し、評価する必要がある。

政府は高齢労働者の訓練制度を財政的に支援し、彼等に労働市場における競争力と雇用可能性を維持するための、生涯教育プログラムを奨励するメカニズムを提供すべきである。

高齢労働者には幅広い柔軟性を与えることも大切である。労働環境を身体や健康の状態に応じたフレックスなものとし、退職年齢は定年制ではなく、年金制度への拠出年数を基にするべきである。また、長く働き続けたい人のための税制上のインセンティブも導入する必要がある。

フランス社会にとって、もう一つの重要な課題は、長寿をハンディキャップではなくチャンスとして受け止められるよう、加齢に対して国民が抱くイメージを一新することである。そのためには、政府がフランス国民全般を対象に啓蒙プロジェクトを実施することが不可欠となる。国民の意識を根本的に変えるために、このプロジェクトは数年間継続して行う必要がある。

また高齢者虐待の防止と、終末期ケアの向上も重要な課題として挙げられている。



第3部 各国比較編

医療—風邪と腰痛

高齢者の医療行動の比較を行うため、英米仏日4カ国それぞれの高齢者6～7名に「風邪と腰痛」というなじみのある症状への、具体的な対応を尋ねた（質問項目はP112参照）。

調査結果の一覧と併せて、背景となるそれぞれの国の医療状況や文化などについての解説を付した。【1£=135円、1US\$=83円、1€=111円として計算】

● イギリス—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 | 大都市 | 大都市 | 大都市 |
| | 性別 | 男性 | 女性 | 女性 |
| | 年齢 | 67 | 73 | 68 |
| | 暮らし方 | 妻と2人暮らし | 未婚の娘と2人暮らし | 夫と2人暮らし |
| | 職業 | 元地方公務員 | 元百貨店勤務 | 元助産婦 |
| | 回答 | ②薬を買いに行く | ②薬を買いに行く | ②薬を買いに行く |
| ① 医療機関等へ行く | 医療機関等の種類 | | | |
| | アクセス方法 | | | |
| | 診療を受けるまでのプロセス | | | |
| | 治療内容と時間 | | | |
| | 治療費 | | | |
| | 薬の種類と金額 | | | |
| | 帰宅後の過ごし方 | | | |
| ② 薬を買いに行く | 医療機関等へ行かない理由 | 風邪は普通に暮らしていく生活の過程として生じる自然のことだから。 | 家庭医の貴重な時間を無駄にしたくない(母にそう育てられた)。 | 自分でどう対応すればよいかわかっている。 |
| | 購入の場所とアクセス方法 | 常備薬として家に置いてある。 | 薬局(徒歩10分)、スーパー(車で5~6分:娘が運転)、ヘルシーショップで買い置きする。 | 薬局(800m) |
| | 薬の選択方法 | 夜よく眠れるようにレムシップを服用。風邪に効くとは思っていない。咳止めも効くとは思えない。 | 液体エキナシア(予防効果あり)、ピーチャム(熱や喉の痛み)、溶けるアスピリン(喉の痛み)、オルバスオイル(鼻づまり・頭痛)、ペニリン(咳止め)。薬局で助言を求めることもある。 | パラセタモール(熱や喉の痛み)、塩水またはTCP(喉の痛み)でうがいをする。 |
| | 薬の種類と金額 | レムシップ(パラセタモールやピタミンCなどの入った粉末状の薬)10袋入り約500円 | エキナシア(約1000円)、ピーチャム(10袋約600円)、アスピリン(10錠で数百円)、オルバスオイル(28ml、約500円)、ペニリン(300ml、約900円) | パラセタモール十数錠とTCP P200mlで約300円 |
| | 購入後の過ごし方 | 風邪の症状が出るのをそのまま受け入れ、治っていくのを待つ。外出、散歩など普通の生活を継続する。たいてい1週間で治る。 | 水分(蜂蜜レモン湯等)補給、シャワーを浴びる、集まりの外出避ける、熱がなければ散歩する、その時食べたいものを食べる。 | 休養(一人でベッドで寝る)、水分(蜂蜜レモン湯等)補給、入浴(発熱時は水に近いお湯、そうでなければ熱いお湯)、軽い物を食べる、暖かくするがそれほど着こまない。 |
| 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 | 具体的に取る行動とその理由 | | | |

● イギリス——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 | 大都市 | 大都市 |
| | 性別 | 男性 | 女性 |
| | 年齢 | 67 | 73 |
| | 暮らし方 | 妻と2人暮らし | 未婚の娘と2人暮らし |
| | 職業 | 元地方公務員 | 元百貨店勤務 |
| 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 | 医療機関等の種類 | 民間理学療法士のクリニック (NHSのPTIは家庭医に紹介してもらいにくい) | 家庭医 (NHS) → 民間病院 → 家庭医 → PT (NHS) |
| | アクセス方法 | 車で10分(約3km) | 家庭医:バスか自転車(約2.5km)。民間病院:車で30分(夫が運転)。 |
| | 診療を受けるまでのプロセス | 事前に電話予約 | 家庭医:事前に予約(1週間位前、緊急時は別)、当日待ち時間は15分位。民間病院:事前予約、待ち時間ほぼ0。PT:家庭医が紹介状を直接送付後、一方的に予約通知が来る(通常は少なくとも1カ月後)。 |
| | 治療内容と時間 | 腰痛の原因と筋肉の緊張具合を超音波と触診でチェック→患部にパッド(冷または温)を当てて緊張緩和→マニピュレーション(手技によるほくし)→運動方法指導(説明用紙も提供) | 家庭医:問診→民間専門医紹介。民間病院:問診等十数分→数日後にMRIで検査、「痛み止めとPT」と家庭医に文書連絡→家庭医でNHSのPT紹介と薬の処方。PT:週1回50分を2カ月。運動方法説明用紙もらう。 |
| | 治療費 | 50分セッションで5,200円(保険加入患者は6,500円請求される) | 無料(NHS)、208,000円(民間病院、保険があったので自己負担は約10,000円) |
| | 薬の種類と金額 | | 無料(NHS)、民間病院でボルタロル(痛み止め)を勧められ、家庭医が処方 |
| 帰宅後の過ごし方 | 静かにして段々と運動(週に3日位)、温かい風呂に入る、温パッド使うことあり。市販の痛み止めジェル(イブプロフェン、ジェル50gで650円位)を使うことあり(買い置き)。 | 横になることが多い他は普通の生活をゆっくと。温パッドや湯たんぽを使用、適度な運動を行い、重い物を持ち上げたり腰を曲げないように気をつける、市販の痛み止め薬や塗り薬を使うことあり。 | |
| 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 | | |

イギリス人の医療行動

風邪と腰痛

イギリス人が風邪をひいたり、腰痛がひどくなったりしたときの行動は、やはりこの国の医療保健の仕組みを無視しては考えられない。基本的に税で賄われ受診無料の国営医療制度（National Health Service- NHS）が導入されたのは戦後まもなくの1948年である。

その後何度となく改革が続けられてきたが、新政府は2010年8月にNHS政策白書を発表し、これまでで最大といわれる改革を実行する予定だ。ただ税を財源とし受診無料という基本原則に変更はない。

●

現在は大まかに言うと、保健省NHS執行部のもと、イングランドでは10の地方ごとに戦略保健当局があり、その地方の医療サービスの改善などに責任を持っている。実際の医療保健サービスを提供するのは病院トラスト、救急トラスト、プライマリ・ケア・トラスト（Primary Care Trust-PCT）などの、いろいろなタイプのNHSトラストだ。

各地にあるPCTは、地元住民のために保健医療計画を立て、主にNHS傘下の病院トラストまたは民間病院、それから家庭医（General Practitioner-GP）に事業を委託するとともに、地域看護師や保健師、理学療法士などを雇用し、地域保健サービスを実際に提供している。PCTは全体でNHS予算の8割をコントロールしている。

●

住民は居住地域の中から家庭医を選んで登録する。なにかあればまずは予約をして家庭医を受診する。救急の場合はもちろん救急サービスの病院があるが、ところによっては登録も予約もなしで診てもらえるウォーク・イン・センターという診療所もできている。普通は家庭医がその必要を認めなければ病院の専門医や地域保健サービスの専門職に紹介をしてもらうことはできない。家庭医がNHSの門番（ゲート・キーパー）といわれるゆえんだ。

●

今後数年でNHSは大きく様変わりする。2013年からは戦略保健当局もPCTも廃止され、家庭医たちが各地でつくるコンソーシアムが、病院サービスなどの委託を行うことになる。住民は居住地域に限らず家庭医を選択できるようになるそうだ。PCTの役割だった公衆衛生は自治体の責任となる。厳しい財政状況下で行われる改革、家庭医と患者の信頼関係が壊れると懸念する声もしきりだ。より住民に近いところでサービスの計画委託が実施されるというローカリズムが、どのようにNHSのサービスを変えることになるだろうか。



風邪

10月初めだったかに急に寒くなり、気温10度前後の日が1週間ほど続いたと思ったら、ラジオのアナウンサーが鼻声をだしたり、スーパーで咳をしている人を見かけるようになった。今年も風邪の季節が始まったなあと思う。

風邪は英語では A COMMON COLD、日常の会話ではただ、A COLDという。最も普通(コモン)の身体の症状ということからついた病名のようなのだ。NHSのウェブサイトによるとイギリスの成人は年に2～4回の風邪をひくのが平均だという。そして「風邪をひいた人たちの見通しはエクセレント(非常に良い)で、その症状は治療の必要なく7日くらいで治る」とあった。ちなみにウエールズ、カーディフ大学の風邪や花粉症の新治療法開発を目的とするコモン・コールド・センターの記述は「4～7日でほとんどはよくなる」と日数が若干異なる。

NHSのウェブサイトは続いて「風邪を治癒する方法はないが、セルフケアのテクニック、例えばたくさん水分を飲む、市販の薬を飲むなどして症状を和らげることができる。」とあり、セルフケアの方法がいろいろと挙げられていた。

● アクセプトしてレット・イット・ゴー

今回6人の70歳前後の男女に風邪についてインタビューした結果は、先に引用したNHSの記述と合わせ鏡のようだった。インタビューに協力してくださった人たちがNHSの風邪のページを読んでいるとは思えない。一般に広く行き渡った認識なのだろうと思う。

まず、どの人も風邪をひいても医者へは行かないというのだ。国営医療制度のもと、家庭医の受診は無料なのだからいくらでも受診しそうだがそうはならない。

その理由は「医師の時間を無駄にしたくない」「風邪は自然なことだから」「自分で対応の仕方を知っているから」「本当の“病気”ではないから」「医師はなにもできない」などである。どの人も「風邪を治癒する方法はない」という前提にたち、1週間もすればたいいてい治るという見込みで、いろいろな症状に対してはそれぞれのなじんだセルフケアをするというのが、風邪への共通した態度だった。

なにしろ「そんなことは不可能だ」というかわりに「それは風邪の治療薬のようなものだ」という言い回しがあるくらいなのだ。



在英日本人に聞いても声をそろえて「イギリス人は風邪くらいじゃ医者へはいきませんよ」と言う。子供のころからこの国で暮らす伊仏混血の80代の隣人は「イギリス人は風邪とはファイトしない、アクセプト(受け入れて)して、レット・イット・ゴー(過ぎ去るのを待つ)よね。」という感想で、自分もそうだとする。無駄な抵抗をしないというのは彼らの実際的な精神に通じるのかもしれない。



● セルフケアはいろいろ

回答者はみな買い置き薬があると答えた。たいていの家庭がそうなのだろう。1年中、薬局はもちろんスーパーも風邪症状の緩和剤を売っているが、流行の季節となれば特別のコーナーができたりする。

そこには回答者が皆使用すると答えていたパラセタモールやレモンのビタミンCが入った粉末状のお湯に溶かして飲む薬（甘みがある）や各種咳止め、喉の痛み止めのドロップなどなどが並ぶ。複数のブランドがあるものの、粉末状の飲み薬は同じように「熱、喉の痛み、頭痛、鼻づまり、体の痛み」を緩和するとうたっている。風邪の万能薬といったところだ。蜂蜜をさらに加える人も多く、そうすればさらに飲みやすいし、温まり癒された気分になるのは確かだ。

一般に風邪を自然なこととして受け入れるとはいっても、たいていの人はこのように市販の薬をもって不快な症状を抑えるための試みはできるだけする。1人の男性は「何もしない」と答え、眠るためにレムシップ（粉末の緩和剤）を飲むという。回答者たちの答えにたいした違いはないものの、その方法は育てられ方や価値観や経験の蓄積で少しずつ違う。

●
一番の相違は民間療法も利用しているかどうかだろう。女性2人と男性2人は民間療法には頼らず「エキナシア」などの薬草療法は用いないと答えている。あとの2人は使用するという。医学的な証拠はでていないが、完全に無視すべきではないと先のカーディフ大学のコモン・コールド・センターも記しており、ヨーロッパでは人口の4割から7割が民間療法を使うことがあるという。

それぞれに症状緩和の処方がある程度試みるほかは、水分をたくさんとって、休養する、食べやすいスープなどで栄養を摂取する、といったことが共通したところだ。あとは熱がなければいつもの生活を淡々として続ける。他の人たちにうつさないように心がけはするが、家に閉じこもりはしない。労働現役世代だと、風邪で会社は休まないという。「熱があるので。」というのは休む理由になるが、単なる風邪はそうならないのだ。

●
冬の風景で大きく日本と違うのが、マスク姿が見られないことだ。昨冬の新型インフルエンザが脅威となった時期は別として、うがいや手洗いも日本の方が熱心な気がする。イギリスでは風邪をひくという「自然なこと」は、いずれ避けられないこととしてむやみに抵抗しない(?)ようなのである。日本では風邪は万病の元というけれど、それに当たるような言い方はないようだ。



腰痛

イギリスにはさまざまな民間非営利組織（登録チャリティ）が存在し、腰痛についても専門の登録チャリティ「バックケア」が存在する。その「バック・ケア」は10月8～12日をバックケア週間として、今年「キープ・ムービング、キープ・リビング」をテーマに展開したそうだ。エクササイズやアクティビティを日常に取り入れることで腰痛の予防やマネジメントをしていこうという。

今回インタビューに協力してくださった人たちのうち1人は腰痛に悩まない。あとの1人は軽い腰痛、他の4人はそれぞれにときどき腰痛の悪化に悩むが、なんとかそれぞれの管理のしかたを見つけている。まさに「キープ・ムービング、キープ・リビング」だ。

NHSのウェブサイトによれば、腰痛は関節炎について長期的障害の原因の第2位だ。8割の人が一生のうち腰痛に悩む時期が一度はあり、10人に1人が程度の差はあれ慢性の腰痛に悩んでいる。また40年前と比べると、腰痛に悩む人の統計は2倍に増えた。その理由は肥満、鬱やストレスの増加、さらに昔より「痛み」の症状で家庭医を訪れる傾向が増したせいではないかという。

● 専門治療へのアクセスが難しい

回答者の中で過去に深刻な腰痛で家庭医を訪ねた人も、これからのことになる家庭医に行くことはないかと答えている。彼らの腰痛が家庭医によってどうにかしてもらえないというものではないと了解してしまっているからだ。

多くの場合、痛み止めをもらってエクササイズなどを助言されて終わる。そして専門医に紹介してもらえないとしても、待ち時間が特別の場合をのぞき数週間などと長い。自由に選択して専門医を受診できる日本から来ると、なんとも歯がゆい思いをする。専門医療サービスの選択制度も導入されているのだが、その恩恵を受けている人はどのくらいいるのだろうか。

民間病院ならすぐに専門医に診てもらうこともできるが、高額負担である。民間保険に加入していればいいが、安くない保険料を負担できる人は限られている。私自身、民間の専門医を全額自己負担で受診したことも、日本の病院で保険なし受診をしたこともあるが、日本の方が圧倒的に低額なのに驚いた。

しかし専門医へのアクセスが厳しい一方、NHSのケアだけで満足できる間は、確かに医療費の心配をしないですむのでありがたいということは間違いない。貧困で医療が受けられないということはないのだ。

回答者の1人は以前は民間保険に入っていて、そのときは腰痛が原因で家庭医からすぐ民間病院に紹介してもらえた。今回の回答者たちは現時点で誰も民間保険に加入していない。医



師処方のあるいは市販の経口薬の痛み止めやジェルタイプの痛み止めを使い、小麦を詰めた袋状の温める道具を使ってなんとかしのぐというのは、腰痛が特別な病因によるものでない限り典型的だろう。



しかし、NHSのウェブサイトも示唆するように、一般には腰痛で家庭医を受診することはよくあることのようにだ。NHSに治療法などのガイダンスを示す機関、国立優良診療評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence-NICE)によれば、家庭医の診療する患者の最もメジャーな訴えの一つが腰痛で、それより多いのは軽症または中程度の精神保健に関する内容だという。タイムズ紙によると病気休暇の6日に1日は腰痛が原因というから、今回の回答者の世代よりも労働現役世代の受診が多いのかもしれない。

● コンプリメンタリー・セラピー

今回の回答で、1人の回答者は腰痛が悪化した場合は、民間営利の理学療法士のところへ直接行くことにしているという。他の1人は体に無理のない自然な動作を保つ方法であるアレクサンダー・テクニクを学んでいる最中という。家庭医の紹介でNHSの理学療法士などのサービスを無料で使うことが難しいので、有料でも即、アクセスできる民間のサービスをいろいろ試している。2人とも経済的にある程度余裕のある人たちで、1回のセッション4,000円以上を無理なく負担できるからだ。他の1人はマッサージに行ければ嬉しいが、なんとか症状を管理できる今はその費用をほかのことに使いたいので、利用していないともらしている。



2009年5月、NICEは慢性の腰痛患者にコンプリメンタリー・セラピー（針治療、エクササイズ・クラス、マッサージなど）を使うべきだとするガイダンスを出している。NICEがこうした治療法を正式に勧めるのは初のこと、関連の専門家は効果性について証拠がないとこの判断を批判しているというが、腰痛患者には朗報だった。

ガイダンスが発表されて1年半になるが、強制力はなく各地で実施状況は異なるので、その恩恵を受けている人たちがどれくらいかはわからない。そういえば、最近、知り合い(中年男性)から腰痛でNHSの理学療法士から針治療も受けたと聞いていた。今後、このガイダンスがどの程度実現されるかで、各自の腰痛管理も変わるかもしれない。

矢部久美子

ジャーナリスト・在ロンドン

【イギリスのケア・ニュース】

URL: <http://www.kumikoyabe.myzen.co.uk>



草柳武男

1906年(明治39年)生まれ
元洋服仕立職人(神奈川県)

横浜生まれ。1歳で父親を亡くし、母親が5人兄弟を女手一つで育てあげた。父親は、紙問屋の番頭で、開国の地・横浜らしく、外国人相手のタイプライター用紙を開発。堪能な英語力を生かして外国人とも商談できたので非常によく売れた。武士の子もだったので英語を学ぶ環境にも恵まれた。

13歳くらいから、車引きとしてメリヤスを運ぶ仕事をしていたが、叔父から、手に職をつけろと言われて、16歳くらいに洋服の仕立て職人に弟子入り。以降、82歳頃まで、スーツなどを仕立てていた。

現在は、家庭菜園での野菜作りが楽しみで、晴れれば3～4時間くらい庭に出ている。

● アメリカ—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 | 大都市 | 大都市 |
| | 性別 | 女性 | 男性 |
| | 年齢 | 66 | 69 |
| | 暮らし方 | 夫と2人暮らし | 妻と2人暮らし |
| | 職業 | 元看護師 | 元教授 |
| | 職業 | 元看護師 | 元ソーシャルワーカー |
| | 回答 | 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 | 医療機関等の種類 | ①家庭医か②ドラッグストア内のクリニック | 家庭医(グループ診療) |
| | アクセス方法 | ①車で40分(自分の体調が悪い場合は夫が運転) ②車で10分 | 約2km。通常は車を運転していくが、降雪時はタクシー使用。 |
| | 診療を受けるまでのプロセス | ①事前予約(1~2日で予約取れる)。待ち時間10~30分。 | 電話で看護師と話し、通常は次の日に来るように言われる。Eメールでも医師に症状相談できる。 |
| | 治療内容と時間 | 体温、血圧、身長、体重測定。連鎖球菌の咽頭培養。 | 血圧や体温測定、聴診、咽頭培養→翌日看護師が培養結果報告→連鎖球菌の場合は医師が抗生物質を処方 |
| | 治療費 | ①約6,000円(診察)、6,000~10,000円(咽頭培養)(ともにメディケアがカバー) | メディケアパートC(HMO)と補足的保険(メディギャップ)でカバーされるため、自己負担は約850円 |
| | 薬の種類と金額 | 覚えていない。処方薬ならメディケアパートDがカバー。 | 覚えていないがブランドよりジェネリックをお願いする。 |
| | 帰宅後の過ごし方 | 水分を多く摂取して休む、軽い運動は続ける(ウォーキング等)。 | 医者に行くまで1日待つが、その時は他人にうつさないよう自宅で水分補給しつつ、休憩する。 |
| 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 | 年に数回風邪をひくが、あたり前のことだし、家庭医に電話しても、もっと悪くなったらかけるよう言われるだけなので。 | |
| | 薬を買いに行かない理由 | 常備薬がある。 | |
| | 家での過ごし方 | 部屋を暖かくして静養する。お茶やチキンスープなどをたくさん取るが、夜はトイレに行きたくないので控える。熱や痛みにはタイレノールを服用する。 | |
| 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 | 女性 |
| 75 | 74 | 80 | 81 |
| 夫と2人暮らし | 妻と2人暮らし | 妻と2人暮らし | 独り暮らし |
| 元教師 | 元教授 | 元エンジニア | 現役ソーシャルワーカー |
| ①医療機関等へ行く | 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 |
| 家庭医(グループ診療) | 家庭医(グループ診療) | | 家庭医 |
| 車で15分(自分で運転) | 車で5分 | | 自宅から数ブロック。タクシー使用。 |
| Eメールで予約し症状を説明すると返信や電話がくる。大抵翌日に予約が取れる。当日待ち時間は10～15分。 | 当日か翌日に予約。待ち時間は10～15分。 | | 電話で予約すると医師が折り返し電話をくれる。通常翌日に予約がとれる。待ち時間5～15分。 |
| | | | |
| | メディケアとメディギャップでカバーされるため、一部負担のみ。ただし毎月の保険料はメディケア17,000円、メディギャップが12,000円。 | | 8,500～30,000円。まず全額をクレジットカードで払い、後日メディケア支払い分が払い戻される。 |
| 覚えていない。メディケアパートDが薬の費用をカバーするため自己負担は一部のみ。 | | | 覚えていない。 |
| | 風邪のひき始めは自宅でアスピリンを飲み、蜂蜜入り茶やスープを飲んでゆっくりする。 | | ひたすら寝る。熱がないときはたくさん食べ、熱があるときは控えめに食べる。 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 風邪は人生の一部である。 | |
| | | 鼻づまりの際には家に常備する液体の薬(甘いシロップ)を飲む。これは眠くなる。 | |
| | | できるだけ休み、ビタミンC錠、ノンカフェインのお茶をたくさん飲む。夜はラム入りレモネード(湯)を飲むことも。 | |
| | | | |

● アメリカ—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 | 大都市 | 大都市 |
| | 性別 | 女性 | 男性 |
| | 年齢 | 66 | 69 |
| | 暮らし方 | 夫と2人暮らし | 妻と2人暮らし |
| | 職業 | 元看護師 | 元教授 |
| | 職業 | 元ソーシャルワーカー | |
| 回答 | ③どこにも行かない | 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 | 医療機関等の種類 | | 整形外科医→家庭医（整形外科が出した薬で胃潰瘍になったため） |
| | アクセス方法 | | 整形外科医：自宅から数ブロック（徒歩）。 家庭医：車で30～40分。 |
| | 診療を受けるまでのプロセス | | 事前に予約をとるため長く待たない（整形外科も家庭医も）。 |
| | 治療内容と時間 | | 診察後に処方箋。診療時間は覚えていない。 |
| | 治療費 | | メディケアとメディギャブでカバーされるためほとんど自費なし。 |
| | 薬の種類と金額 | | ボルタレン（腰痛は弱まったが胃潰瘍になり、家庭医が服用中止指示）。 |
| | 帰宅後の過ごし方 | | できるだけいつもと同じことをする、軽いストレッチ。 |
| 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 | 腰痛はお付き合いするもの。痛みはあったりなかったり。そのうち良くなる。 | 以前医者に行ったが、腰痛の原因が分からなかった。そのうち良くなることがわかっている。 |
| | 薬を買いに行かない理由 | 自宅に常備するタイレノール（市販の痛み止め、500～850円）は飲む。 | 寝込むほど悪くなったことはないため、いつも通り過ごし、重い物を持ち上げたり風にあたらないようにする。天気の良い日は散歩する。温パッドを以前使用したが効かない。 |
| | 家での過ごし方 | リラックスして良く休む。重い物は持ち上げないが軽いストレッチを行う。 | |
| 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 | 女性 |
| | 75 | 74 | 80 | 81 |
| | 夫と2人暮らし | 妻と2人暮らし | 妻と2人暮らし | 独り暮らし |
| | 元教師 | 元教授 | 元エンジニア | 現役ソーシャルワーカー |
| | ①医療機関等へ行く | 腰痛になったことがない | ①医療機関等へ行く | ③どこにも行かない |
| | 専門医（硬化症があるため年に2回検査） | | 家庭医（グループ診療） | |
| | | | 車で10分（ショッピングセンターの中にあるため買い物も兼ねる時あり） | |
| | | | 日中に電話するとその日の遅くに先生から電話がある。症状を説明し、2日後の予約がとれた。待ち時間10～20分。 | |
| | | | 看護師が身長、体重、血圧、体温測定→医師が触診、エックス線撮影→結果異常なく、PTを勧められ、2回会い、体の動かし方や運動方法を教わった。 | |
| | | | メディケアとメディギャップでカバーされるため自己負担は0。ただしメディケア保険料は月8,000円、メディギャップ保険料は15,000円。 | |
| | メディケアに似た元教員の保険でカバーされるため、ほぼ無料。 | | | |
| | 以前フェルデンを服用したが胃が悪くなり、オルソテックを処方してくれ、今は順調。 | | 重い物を持ち上げたり腰を曲げないようにする、ジムでスチームバスに入る。 | |
| | | | | 以前医者が薬をくれたが副作用がひどかった。専門医が鍼師を勧めて試したが、1回13,000円だった（保険外）。3回行ってやめた。 |
| | | | | タイレノールは飲む。 |
| | | | | 腰痛には持病の関節痛も関係あると思うため、タイレノールを飲むか、熱いシャワーを浴びる。運動が必要。 |

米国の高齢者医療

風邪と腰痛

1 高齢者医療を支えるメディケア

A 米国の医療システムの概観、経緯

周知のように、米国の医療システムは民間保険中心で、いわゆる皆保険ではないが、65歳以上の高齢者については連邦政府がメディケアを提供している。米国医療の最大の課題は先進国では例外的に多くの(人口の約15%)無保険者が存在していることであるが、高齢者に関してはメディケアがあるためこの問題は小さい。

全ての米国民に「公的医療プログラム」を提供する構想は、大恐慌前後のフランクリン・D・ルーズベルト大統領の時代からあったが、「政府の医療関与」への根強い反対論から、構想が浮上するたびに挫折してきた。しかし1965年、「偉大な社会」をスローガンとしたジョンソン大統領のもと、65歳以上の高齢者と障害者を対象にしたメディケアとして実現した*1。

当時の政策担当者はこれを皆保険に向けた中間的なシステムと考えたようであるが、90年代はじめのクリントン大統領の改革の試みなどその後の皆保険提案は挫折の連続であり、メディケアについても実質的な解体を含むさまざまな改革提言が行われた。

しかし、メディケアはその骨格を維持し社会に定着している。その最大の要因は、高齢者自身の支持があることだ。実際64歳までの米国人の保険は民間保険なので、基本的にはリスクに応じた保険料となっており、総じて健康状態の良い者より悪い者、男性よりも女性、若年者より高齢者の保険料が高い。全米最大の高齢者団体AARPのジョン・ロサー氏によると、現在50～64歳の民間医療保険の保険料は、若年層と比べると実に9～10倍とのことである。メディケアでは後述のように現役時代の拠出と低廉な定額保険料のみでよく、もしこれがなければ多くの資力のない者にとって保険加入は困難になっているだろう。個人の自主自立を旨とする米国社会においてさえ、今日では政府が高齢期の医療保障を提供することに対してそれなりのコンセンサスがあるといえよう。

B メディケアの概要

メディケアの内容を簡単に見てみよう。A～Dのパートに分かれており、多くの者が選択するのが病院、スキルド・ナーシング・ホーム等のサービスを給付するパートA、医師、病院外来、在宅ケア等のサービスを給付するパートB、それに2006年から創設された外来処方せん薬を給付するパートDである。パートAは政府が運営する社会保険*2、パートBは政府が運営するが任意加入で民間保険をモデルに設計された保険、パートDは民間保険への保険料補助方式*3で、ABDの順番で社会保険の性格が強く、民間保険の性格が薄い*4。

加入者は、パートA・Bの代わりにメディケアが承認した民間保険会社の保険プラン(メディケア・アドバンテージ・プラン)を選択することもできる(パートC)。保険会社はメディケアから1人当たり一定額



を受け取るが、加入者が追加保険料を払う場合もある。医療機関の選択の幅は制限されることが多いが、代わりにパートA・Bがカバーしない給付を受けられたり一部負担額が安かったりする。現在2割強の加入者がこれを選択しており、今回の調査例ではCさんがこれを利用している。

いずれにしても、メディケアは、①若者が高齢者を経済的に支援していること（世代間の所得移転）、②拠出が給与比例であり、世代内所得移転機能を持っていること（ただしパートAのみ、近年はパートBも部分的に妥当）、③多額の一般財源が投入されていることなどの点で日本の高齢者医療保障制度との原理的な共通点が多い。また制度の対象者を65歳で区切っているのも同じである。

なお、受診時本人自己負担は以下のとおりである。

- パートA：基本的に入院日数に応じた定額を負担^{*5}
- パートB：毎年、給付額が13,000円(2010年)に達するまでの全額負担(免責deductible)に加え、原則として医師サービスで20%、病院外来サービスで20～50%を負担(日本の高額療養費制度のような自己負担上限はなし)
- パートD：プランによって異なるが、標準ケースで、毎年、給付額が25,000円(2010年)に達するまで全額負担(免責)、それを超えて233,000円(2010年)までは25%負担、さらに531,000円(同)までは全額自己負担(いわゆるドーナツ・ホール)、それ以上は5%負担

このようになりの額の自己負担が発生するため、約2割の高齢者はメディギャップと呼ばれる政府の規制の下で民間保険会社が運営する補足的な保険を購入している。

以上がメディケアの概要であるが、かなり複雑なこともあって高齢者自身必ずしも十分理解できていないようである。筆者が知る政府関係者は、パートDについて議論した際、難しすぎて高齢者が理解した上でプラン選択を行うことは困難だと言っていた。

2 米国の医療受診が日本と異なる点

今回の調査を見ると、メディケアがあるために多くの高齢者が医療機関受診を選択している点では日本とそう変わらないようだ(これに対し64歳以下の層では、リスクが低いこともあろうが、医療機関受診ははるかに少なく、市販薬や代替医療の利用が多いと推測される)。ただ日本と異なる点もあり、ここでは今回の事例から2点述べる。

【*1】 同時に、低所得者世帯等を対象とするメディケイドも創設された。

【*2】 米国では、強制的な拠出金を納める代わりに受給権を得る仕組みを社会保険と呼んでいる。

【*3】 具体的な仕組みは以下の通り。
パートA：本人又は配偶者が給与比例の拠出金(社会保障税。事業主及び従業員に2.9% (労使折半、2010年)の率で強制的に賦課される)を現

役時代に40四半期(10年)以上納付していれば受給権が発生する。

パートB (加入は任意)：加入者は毎月9,000円(一部8,000円、2010年)の保険料を納め(ただし、2007年から財源対策のため高所得者は一定額を加算)、費用の75%相当は一般財源(税)で賄われる。

パートD (加入は任意)：加入者はメディケアが承認したプランの中から選択して加入する。保険料はプランによって異なるが、費用の平均74.5%はメディケアにより賄われるため、負担

割合は平均25.5%(約2,600円〈2010年1月〉)で済む。

【*4】この違いは、制度ができた当時の政治状況による部分が大い。

【*5】例えば入院医療については、最初の60日間は91,000円、61～90日は1日につき23,000円、91日を超える期間は全額(ただし一生に60日間だけ1日当たり45,000円の自己負担で入院できる)が自己負担である。

A 家庭医(primary care physician)の存在

米国では、イギリスのように制度で縛られたものではないが、医療を受ける際一般的にはまず家庭医を受診し、必要な場合は家庭医が専門医を紹介する。専門医が病院等での治療が必要と判断した場合は通例専門医自ら提携病院に出向いて手術等を行う。また、通常は予約が必要である。家庭医であっても当日予約を受け付ける医師は少数派であり、急ぎの場合は、無保険の場合と同様、直接病院の救急治療室を受診する。この場合、症状にもよるが長い待ち時間を覚悟しなければならない。

これに対して、日本では予約なし受診は一般的であり、また近年救急医療システムの維持が危機にさらされているとはいえ、医療機関によっては急患に対応するところもあり、アクセスは米国より一般に優れていると言えよう。

米国でも最近、アージェント・ケア・センターと呼ばれる軽症者を対象とした予約なしで受診できる医療機関が増えている。センターは通常、ドラッグストア内などにあり、フィジシャン・アシスタントやナース・プラクティショナーが診察を行う。事例ではAさんが利用している。費用も安い(Gさんの家庭医より安価)が、医師サイドからは安全面の懸念も表明されている。

B 療養費扱い

日本の医療保険制度では、医療機関が請求する診療行為の価格(診療報酬)は全国一律で、かつ医療機関はたとえコストがかかるからといってそれ以上の額の請求を保険に行うことはないし、患者に対して直接請求することは原則禁止されている。

しかし意外に知られていないことだが、米国では医療機関がまず保険会社に自らの設定価格(いわゆる「言い値」)で請求し、保険から承認された額の支払いを受けた後、その額との差額を改めて患者に請求するのが原則だ⁶。この扱いはいわば日本の医療保険制度における差額ベッド代の扱い(医療機関が設定した価格で患者に請求し、一定額が保険から償還される。制度上「療養費」と呼ばれる)がどの診療行為にも適用されるようなものである。

医療機関によっては、最初から保険会社ではなく患者に自らの設定価格で支払いを請求するところもある(患者は支払後に保険会社に請求を行うが、通常全額は認められない)。医療機関の設定価格は保険会社の承認額より通常かなり高いため、これらの場合患者の実質的負担はかなり重くなる可能性がある。

メディケアでも限定的だが同様の仕組みがあり、医師等はメディケア診療報酬の支払をそのまま医療費全額支払いと扱う(したがって患者には差額請求しない)か、自らの設定価格との不足分を本人に請求できるかを選択でき、後者の場合は全額を本人請求することもできる(ただし、請求額合計はメディケア診療報酬の115%に制限されている)。

Fさんの腰痛のケースを例にとると、表中に記載はないが2回のPT受診の費用が計20,000円、こ



れをPTがメディケアに請求して承認額は半額以下の8,700円で、うち8割の7,000円がPTに支払われ、残りの2割(自己負担分相当)の1,700円がメディギャップからPTに払われた。本人の自己負担はこのケースではゼロだったが、PTによってはメディケアが承認した8,700円の15%の1,300円を追加請求する場合がある。またGさんの風邪のケースは、医師がまずご本人に請求し、ご本人がいったん支払った後メディケアから本人へ償還が行われたケースだ。これはおそらく超過自己負担が発生する可能性が高い。

もし日本でこのような扱いが全面的に認められ普及した場合、医療機関経営は安定し経済成長にも寄与するが、実質的な自己負担はかなり大きくなる可能性があり、そうなると患者にとっては相当に厳しいと思われる(言うまでもなく混合診療解禁論も似た構図である)。

経済的にはもちろん、事務処理も医療機関・患者の双方にとって非常に面倒だ。全国どの医療機関でもほぼ想定内の持ち出しでスムーズに受診できる日本の医療保険制度は、患者に極めて有利な仕組みであると考えられる(ただし大病院集中等、欠点も大きい)。

なお、メディケアの支払い額は民間保険の支払額よりも総じて低いため^{*7}、メディケア患者を最初から受け入れない医師等もあり、近年増加傾向にある。

3 オバマ政権下のヘルスケア改革

2010年3月、メディケア創設以来の大改革と言われるヘルスケア改革法が紆余曲折の末成立した。その最も大きな柱は、無保険者を減らすため、2014年から低所得の無保険者の医療保険購入に対して助成を行うことである。

高齢者にとってはメディケアがあるためこの改革で劇的な変化はないが、いくつか重要な変更がある。その一つはメディケア・パートDのいわゆるドーナツ・ホール(前述)が2020年までに段階的に解消され薬物治療が受けやすくなること、もう一つは医療の質を維持しつつ効率化するためにメディケアの給付面での見直し・効率化が進められることである^{*8}。後者は保険加入者拡大の財源としても想定されている。


この背景には、メディケアの財政問題がある。政府にとって、高齢化等を背景として給付が急増することが予測されているメディケアは、年金、軍事支出等をはるかに凌ぐ最大の懸案だ。

【*6】民間主体が中心の米国ではこれが標準で、伝統的な償還払い(indemnity)保険ではこの方式をとる。現在主流となったPPOと呼ばれるタイプの保険(医療機関群と契約してネットワークをつくり、そこでの診療には割引価格を適用するプラン。コストが低く比較的安価な保険料が提供できる)では、ネットワーク外の医療機関はこのような請求を行う(ネットワーク内の医療機関

は、日本と同様、保険から予め交渉した価格で支払いを受け、患者には請求しない)。ただし実際には、医療機関側が保険承認額で十分と判断して患者に請求しない場合も多い。

【*7】メディケイドの償還水準はメディケアよりさらに低い。

【*8】具体的には、包括支払い試行プログラム、ケアの質と費用について共同で責任を負う地域の医療機関からなる組織(ACO)に一括して報酬を支払う試行プログラムといった各種プログラムが実施されるほか、「パフォーマンスの質尺度基準」に基づく報酬制度も導入される。



しかし、高齢者の間には、メディケアの効率化によって、これまで受けられていたサービスが削減されること、収益の上がりにくいメディケア患者を受け入れない医師が増えることを懸念して改革に反対する者も多い。共和党もメディケア削減に反対している（これは従前の立場からするとやや矛盾している）。この11月の連邦議会中間選挙での共和党の躍進は、ヘルスケア改革の行方をやや不透明にした。

さらに、改革の副作用としてもう一つ懸念されているのは、家庭医不足である。家庭医はただでさえ専門医に比べて収入が少ないこともあって希望者が少なく、ベビーブーマー世代の医師の引退も重なって不足が見込まれているのに、改革によって新たな保険加入者が大量に発生し不足が深刻化することが懸念されている。

改革法にも家庭医等の養成強化等の対策が含まれているが、それでは不十分との見方も強い。このような中で、ITをはじめとするテクノロジーの活用等によりプライマリケアを効率化することが要請されており、多くの医療機関や関連企業が次の有望分野としてこれに参入している。

いずれにしても、医療の質・アクセスを維持・改善しながら費用効率化を図ることは理想だが、米国でも日本同様、それほど容易に実現できない状況に直面している。しかし、筆者は反対を受け覚悟で医療費効率化を含む改革法をまとめたオバマ政権と民主党の姿勢は、評価されるべきではないかと考えている。

鳥井陽一
ジエトロニューヨーク・医療福祉部長



お鯉さん

1907年(明治40年)生まれ
現役三味線奏者(徳島県)

60年愛用の三味線の力強いバチさばきと
艶やかな声が稽古場に響く。

「お鯉さん」こと、多田小餘綾(こゆるぎ)
さんは、小学校入学前、友達の三味線の
稽古についていて興味を持ち、自らす
ずんで習い始める。

小学校卒業後、「うた丸」として芸妓デ
ビュー。大正12年「こゆるぎ」で自前
芸者となり、その後「お鯉」と改名し売れっ
子に。

最初のレコーディングは昭和6年「徳島盆
踊唄(よしこの)」。これをきっかけに阿波踊
りの魅力が全国に知れ渡ることになる。百
歳記念の演奏会を開きCDも出した。

音楽や美術、お洒落、おいしいもの等々、
好奇心も旺盛。

「稽古したいことは今でもたくさんありま
す。芸の道に終わりはありません」と、日々
精進に励む。

● フランス——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 | 大都市 | 大都市 |
| | 性別 | 女 | 女 |
| | 年齢 | 86 | 87 |
| | 暮らし方 | ひとり暮らし | ひとり暮らし |
| | 職業 | 元保育士 | 元夫稼業手伝い |
| | 職業 | 無職 | |
| 回答 | ①医療機関等へ行く | ②薬を買いに行く | 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 | かかりつけ医(近所の開業医) | 近所のかかりつけ医 |
| | アクセス方法 | 徒歩2分 | 徒歩5分 |
| | 診療を受けるまでのプロセス | 待合室で10~15分位待つ。 | 待ち時間20分 |
| | 治療内容と時間 | 問診、聴診、検温、血圧、触診、喉や耳を診るなどで15分位。その後検査や薬剤の指示。 | 血圧、耳鼻喉を診る。聴診等。診療時間20分。 |
| | 治療費 | 約2,500円(公定診療報酬)を支払い後日保険(強制加入)から7割返金。残りの3割(公定自己負担)は民間保険(任意加入)から返金。 | 約2,500円。後日保険から返ってくる。 |
| | 薬の種類と金額 | 大したことなければ手持ちの解熱剤や咳止めシロップ等を飲む。39度以上あれば医師の処方する薬を薬局で買って飲む。 | 2~3種類(処方箋保険薬であれば)。保険から薬局に直接支払いのため、自己負担なし。 |
| | 帰宅後の過ごし方 | 寝込まず外へ出かけて活動的に過ごす。 | 普段と同じ。 |
| ②薬を買いに行く | 医療機関等へ行かない理由 | | 3日以上たっても良くならなければ医者に行くが、出来るだけ自力と薬で治す。 |
| | 購入の場所とアクセス方法 | | 薬局(徒歩) |
| | 薬の選択方法 | | 薬局の薬剤師に聞く。 |
| | 薬の種類と金額 | | 解熱剤、咳止めなど(1,600円位) |
| | 購入後の過ごし方 | | 温かくして寝る。 |
| 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 | 地方 | 地方 | 大都市 |
| 男 | 女 | 男 | 女 |
| 60 | 75 | 74 | 70 |
| 妻と2人暮らし | 夫と2人暮らし | 妻と2人暮らし | 夫・子ども2人と4人暮らし |
| マンション管理人 | 主婦 | 元飛行機工場勤務 | 主婦 |
| ③どこにも行かない | 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 |
| | かかりつけ医 | | 公立病院の担当医（ガンの手術を受けた） |
| | 車で15分 | | 地下鉄とバスで1時間位 |
| | 待ち時間15～20分 | | 予約制だが混んでおり、20～30分位待つ。 |
| | | | 診察後に検査。その日より異なる。 |
| | 約2,500円。後日7割が保険から返金。3割が民間保険から返金。 | | 公立病院なので自己負担なし（保険から直接支払われる）。 |
| | 3種類位。自己負担なし。 | | 6種類+その時による。 |
| | 家事等は普通にするが、昼寝や休憩をする。 | | 普通に過ごす。 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 普段通り元気にしていれば、そのうち治ってしまうから。 | | 医者に行かなくても治ってしまう。 | |
| | | | |
| 何もしない。 | | | |
| | | | |

● フランス—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 | 大都市 | 大都市 |
| | 性別 | 女 | 女 |
| | 年齢 | 86 | 87 |
| | 暮らし方 | 独り暮らし | 独り暮らし |
| | 職業 | 元保育士 | 元夫稼業手伝い |
| | 職業 | 元保育士 | 元夫稼業手伝い |
| 回答 | ①医療機関等へ行く | ②薬を買いに行く | 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 | かかりつけ医(近所の開業医) | 近所のかかりつけ医 |
| | アクセス方法 | 徒歩2分 | 徒歩5分 |
| | 診療を受けるまでのプロセス | 待合室で10~15分位待つ。 | 待ち時間20分 |
| | 治療内容と時間 | 問診、聴診、検温、血圧、触診等で15分位。その後検査や薬剤、リハビリマッサージ処方 の指示によりリハビリ師に通う(処方の場合は保険適用)。 | 診療時間20分 その後リハビリ、マッサージに通う(処方の場合は保険適用)。 |
| | 治療費 | 約2,500円(公定診療報酬)を支払い後日保険(強制加入)から7割返金。残りの3割(公定自己負担)は民間保険(任意加入)から返金。 | 約2,500円。後日保険から返ってくる。 |
| | 薬の種類と金額 | | 2~3種類(処方箋保険薬であれば)。保険から薬局に直接支払いのため、自己負担なし。 |
| | 帰宅後の過ごし方 | 家にあるホメオパシーを適宜服用 | |
| ②薬を買いに行く | 医療機関等へ行かない理由 | | 3日以上たっても良くならなければ医者に行くが、出来るだけ自力と薬で治す。 |
| | 購入の場所とアクセス方法 | | 薬局(徒歩) |
| | 薬の選択方法 | | 薬局の薬剤師に聞く。 |
| | 薬の種類と金額 | | 湿布、抗炎症軟膏等 |
| | 購入後の過ごし方 | | 温かくして寝る。 |
| 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 | 地方 | 地方 | 大都市 |
| 男 | 女 | 男 | 女 |
| 60 | 75 | 74 | 70 |
| 妻と2人暮らし | 夫と2人暮らし | 妻と2人暮らし | 夫・子ども2人と4人暮らし |
| マンション管理人 | 主婦 | 元飛行機工場勤務 | 主婦 |
| ③どこにも行かない | 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 |
| | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 公立病院の担当医（ガンの手術受けた） |
| | 車で20分 | 車で20分 | 地下鉄とバスで1時間位 |
| | あまり待たない。 | 待ち時間は朝ならあまりないが、午後なら10分位 | 予約制だが混んでおり、20～30分位待つ。 |
| | 触診後リハビリのマッサージを指示される。20分ほど。 | 触診後おそらくリハビリの所でマッサージを受ける指示の処方が出るので通う。 | 診察後に検査。その日により異なる。 |
| | 約2,500円 | 約2,500円 | 公立病院なので自己負担なし（保険から直接支払われる） |
| | 抗炎症剤など2～3種類 | 軟膏や抗炎症剤を3種類位。 | 6種類+その時による。 |
| | | | 普通に過ごす。 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 普段通り元気にしていれば、そのうち治ってしまうから。 | | | |
| | | | |
| 何もしない。 | | | |
| | | | |



フランスの高齢者医療制度

フランスの医療制度は、大きく分けて病院と町の開業医とに分類される。更に前者は公的病院と、民間(営利・非営利)のクリニックがある。どちらにおいても年齢による医療費の差異はなく、乳幼児も高齢者も外来は原則3割自己負担である。

普段フランス人は、まず町の開業医である「かかりつけ医」(Le médecin traitant)を受診し、更に必要があるとみなされた場合、紹介された専門医や病院で受診する。このかかりつけ医制度は、2004年7月1日に法制化され、翌年1月1日から施行された。イギリスのゲート・キーパー制度に倣って創られた患者の重複受療(診察や検査、薬剤の重複等のいわゆるドクター・ショッピング傾向)を制御する目的で導入された制度である。

イギリスでは、「かかりつけ医を住居地区のGP医の中から選択し登録。」「逸脱受診(=かかりつけ医を経由せず直接、専門医や病院に受診する等)は、主として税で賄われている公的医療制度(National Health Service)が使えない。」のに対し、フランスの独自性は、「専門医・病院勤務医も含める医師の中から、患者が自由意思で選択し登録。」「逸脱受診の場合も、保険償還率が多少悪くなるという経済的ペナルティはあるものの、公的保険が使える。」点である。また産婦人科、眼科、精神科等の例外措置(かかりつけ医を通さず、直接専門科医に受診しても良いケース)もある。

2005年の制度施行以降70%以上の国民はこの受診行動を守っていて、まずかかりつけ医にかかり、検査や薬剤、リハビリ・マッサージ等に代表されるパラメディカル施術を処方され、そこで治療が終わらない人だけが次の受診へと進む。

今回の高齢者インタビューで得られた回答からも、このかかりつけ医への信頼は高いものがあったが、その一方で、「1～2週間以上経過しても、どうしても治らない時だけ医師にかかる。すぐにはかからない。」との様子見派が多かった。またインタビューでよく出てきた腰痛時のマッサージにはいろいろなタイプがあり、医師が処方する理学療法士によるリハビリ・マッサージは医学上の必要と考えられ、保険適用となる。

一方、代替医療的なオステオパット(整骨・整体師のような資格。)によるマッサージは私費となり、自由報酬のため幅があるが1回30分～1時間、約5,500～10,000円辺りが相場のようなのである。

薬剤も医師の処方する保険薬を購入する場合は保険適用となるが、インタビューに出てくる「薬剤師に聞いて解熱剤や咳止めなど(OTC薬品)を買う。」や民間療法でフランス人に人気のある「ホメオパシー」等は、私費となる。日本の漢方薬的な存在である「ホメオパシー(=同毒療法)」は、医師の処方による場合でも科学的根拠不足から保険は認められていない。



フランスの医療機関は救急を除き予約制であるため、インタビュー回答での待ち時間も平均10分程度とそれほど長くなかった。特別な医師回避理由は無くとも、風邪や腰痛等の軽度の症状では、積極的に医師にかかる傾向はないようである。

インタビューの条件として提示された38度の発熱は、「熱」の内に考えられておらずむしろ平熱。これを「39度」に言い換えると、初めて感覚的に「熱」と捉えていたのが印象的であった。日本人はフランス人よりも低体温なのだろう。



インタビュー実施時(2010年11月)の制度では、公的診療報酬は外来診察が初診・再診に関わらずGPが約2,500円、専門医が約3,000円であり、このうち公的保険から7割が償還される。

残りの3割が自己負担になるが、フランス国民の8割以上が任意での補足保険にも加入しており、自己負担分もこちらからの償還を受ける事ができるため、多くのフランス人は「医療費は、(毎月の保険料はあるにしても)タダ」と思いがちなふしがある。



補足保険は、任意とはいえ企業や団体に就職するとほぼ自動的に加入させられる、言わば組織の福利厚生オプションのような形である為、被用者であれば一階(公的保険)、二階(補足保険)の両方に加入している人が圧倒的に多い。

その場合は団体料金のため月当たりの負担もそれほど重くなく、契約タイプにもよるが、約5,500円前後の商品が平均的商品であろう。「眼鏡」「歯科治療」は公的保険からの償還率が悪い為、この任意の補足保険に頼る事になる。


二階建ての二階部分の保険を更に大きく分けると二種類あり、「ミューチュエル」と呼ばれる(日本語でよく共済と訳されている事が多いが、日本の「共済」とは異なる。)非営利型の保険と、民間保険会社による営利型の保険(より貯蓄性の高い金融商品)とがある。一般的に団体加入では、前者の非営利型の「ミューチュエル」商品が多い。

一方、少数派ながら存在する補足保険未加入者は、自営業、収入不安定、家族のいない単身者、健康や医療費自己負担額にまだ不安を感じない世代、というようなイメージを抱いて頂ければよいのではなかろうか。



度重なる医療保険改革によって、公的保険からこの補足保険への医療費支出の移行が進んでおり、二階建ての二階部分である「任意」の「補足」保険が、既に事実上の「ほぼ強制的」な「補完」保険となっている。





外来診療は3割自己負担が原則ではあるが、ALDと呼ばれる国が指定する31種の慢性疾患群の患者である場合は、やはり年齢に関わらず自己負担は無く、当該疾患関連の医療費が無料となる。

ALDは日本で言う難病指定ではなく、「長期に治療が必要な疾患群」で、例えばインシュリン依存型の糖尿病、がん、慢性腎不全、ALS、エイズ等がある。

今回のインタビューにも答えていたガンの手術を受けた女性(術後5年)はこの制度に該当しているが、医療については先進国の中でも非常に手厚い保険を持つ国であると言えるのではなかろうか。

「健常人の医療費には、自己負担や受診アクセス等にある程度節度を持たせ、生命維持に本当に必要な人の医療費は無料」という公的保険の背景にある哲学が見えてくるようである。

●

介護手当については、日本の5段階要介護認定評価や自治体による管理など酷似点があるものの、日本の「介護保険」制度の方が多くの点において(公平性、財源の確実性、支給額、ケア・マネジャーの存在)優れていると言えよう。

フランス国立統計経済研究所のデータによると、フランスの平均的な年金受給額は、2007年では約120,000円/月である。

一方、最重度者の介護手当は最高約133,000円/月(2010年)である。フランスの物価は、日本とそれほど変わらない点から考えても、これらの額で十分な介護費用をカバーするのは極めて難しく、少なからぬ自己負担が前提となる。

サルコジ大統領はフィヨン第二新内閣発足TV演説で、「介護手当の皆保険化」への意思を表明したが(フランス語では、この新保険を5番目のリスク《福祉や自己責任ではなく、誰にもいつかは降り下りてくるリスクの意味。因みに他の4つは、疾病、老齢、事故、マタニティ》と表現する。)前途多難な模様。

国民の意見も大きく二つに分かれていて「国民連帯」によって介護費用を負担する事を支持する派と、「自己責任」を支持する派である。国の社会保障赤字削減が大きな課題である一方で、大統領公約であったアルツハイマー・プランや15,000人の高齢者死亡を出した2003年の猛暑が、国民の脳裏に記憶されているため議論はなかなか決着を見ない。

大統領筋に近い保険会社ロビーは、「運転するならば絶対に加入する自動車保険のような自己責任」の保険を提案している。

●

40歳から加入する日本の介護保険は、「自分が身近な問題として関与する年齢になる頃から」スタートする訳であるが、「連帯」と「自己責任」の中庸とも取れる制度設計である。フランスの

介護専門家達は、「世界中で、日本がお手本。」と異口同音に言う。そこに儒教的敬老精神や大家族（核家族でなく世代間同居）の背景があるのではと質問されるが、果たして今日の日本にそれが当てはまるのかどうか、私はいつも答えに窮する。



●

結果論者的にアウト・カムからだけで見れば、日本の平均寿命は男性79.6歳、女性86.4歳、フランスの平均寿命は男性77.8歳、女性84.5歳と、女性は堂々の世界第一位と第二位。

両国とも女性高齢者がお元気である事は間違いないようである。

奥田七峰子

日本医師会総合政策研究機構フランス駐在研究員

【フランス医療制度】

URL: <http://naoko.okuda.free.fr>

email: naoko.okuda@gmail.com

● 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 | |
| | 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) | |
| | 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 | 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。



質問項目

- **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。
- **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。

| | | | |
|-----------|----------|---|----|
| 回答 | 医療機関等へ行く | → | ①へ |
| | 薬を買いに行く | → | ②へ |
| | どこにも行かない | → | ③へ |
| | その他 | → | ④へ |

① 「医療機関等へ行く」と答えた人へ

- 1- 1: 医療機関等の種類
- 1- 2: アクセス方法
- 1- 3: 診療を受けるまでのプロセス
- 1- 4: 治療内容と時間
- 1- 5: 治療費
- 1- 6: 薬の種類と金額
- 1- 7: 帰宅後の過ごし方

② 「薬を買いに行く」と答えた人へ

- 2- 1: 医療機関等へ行かない理由
- 2- 2: 購入場所とアクセス方法
- 2- 3: 薬の選択方法
- 2- 4: 薬の種類と金額
- 2- 5: 購入後の過ごし方

③ 「どこにも行かない」と答えた人へ

- 3- 1: 医療機関等へ行かない理由
- 3- 2: 薬を買いに行かない理由
- 3- 3: 家での過ごし方

④ 「その他」と答えた人へ

- 4- 1: 具体的に取る行動とその理由

各国の70歳比較

婚姻関係 (65歳以上) (%)

| | 有配偶者 男 | 有配偶者 女 | 死別 男 | 死別 女 |
|-------------|-----------|-----------|---------|---------|
| 日本 (2005) | 83.4 | 47.9 | 11.3 | 44.6 |
| アメリカ (2009) | 72.0 | 41.8 | 12.9 | 41.3 |
| イギリス (2006) | 70.3 | 43.0 | 15.8 | 44.1 |
| フランス (2006) | 74.7 | 41.7 | 12.3 | 45.2 |

1ヵ月あたりの保険・医療費支出

| | 医療費 (円) | 支出に占める 割合(%) |
|----------------------|------------|-----------------|
| 日本 (60～69歳) (2008) | 13,087 | 5.0 |
| アメリカ (65～74歳) (2007) | 41,390 | 11.8 |
| イギリス (65～74歳) (2007) | 4,320 | 2.0 |
| フランス (65歳以上) (2003) | 9,080 | 4.5 |

収入に占める公的年金の割合 (%)

| | |
|---------------|------|
| 日本 (70～74歳) | 67.1 |
| イギリス (65～74歳) | 30.5 |
| フランス (65～74歳) | 69.3 |

出典・年次はP116

● 各国の公的医療制度における高齢者の位置づけ

| 高齢者に着目した医療制度 | | |
|---|---|--|
|  <p>日本</p> | <p>後期高齢者医療制度 (原則75歳以上)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者医療広域連合が保険者 ● 74歳以下は公的医療保険制度に全住民が加入 | |
|  <p>米国</p> | <p>メディケア (65歳以上または障害者)</p> | <p>従来型プラン</p> <p>パートA (病院保険)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 主に病院入院・スキルドナーシング施設を保障 |
| | | <p>パートB (医療保険)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 主に医師・病院外来診療を保障 ● 任意加入 |
| | <p>マネジド・ケア型プラン</p> | <p>パートC (メディケア・アドバンテージ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● パートA及びBの加入者が、民間保険会社が提供するパートA、B (プランによってはDも)の保障を給付するプランを選択 ● 従来型プランの保障に加え、プランによっては追加保障あり |
| | <p>処方箋薬プラン</p> | <p>パートD</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 外来処方せん薬を保障(プランにより保障内容はやや異なる) ● 独立型と、メディケア・アドバンテージ・プランとあわせて包括的に給付される型の2種類 ● パートA又はB (独立型の場合)、A及びB (メディケア・アドバンテージ型の場合)の加入者が任意加入 |
|  <p>英国</p> | <p>なし</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 国民保健サービス(NHS) 年齢に関わらず全住民に包括的な医療サービスを原則無料で提供 | |
|  <p>ドイツ</p> | <p>なし</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 退職後も従前の医療保険制度に継続加入 [一般] ● 職域保険と地域保険が並立 ● 8種類の疾病金庫 ● 公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)により全住民の保険加入(公/私)を義務化 | |
|  <p>フランス</p> | <p>なし</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 退職後も従前の医療保険制度に継続加入 [一般] ● 複数の職域保険制度が並立 | |

| | 保険料負担 | 公費負担等 | 高齢者の患者一部負担 |
|--|--|--|---|
| | 後期高齢者医療制度 <ul style="list-style-type: none"> 各広域連合が条例で保険料率を定める 前年度の所得をもとにして、一人当たりの定額保険料(均等割)と所得に応じた保険料(所得割)で被保険者を個人単位として算定 | <ul style="list-style-type: none"> 社会保険方式 50%を公費 (国：都道府県：市町村=4：1：1) | <ul style="list-style-type: none"> 70歳以上：1割 (現役並み所得者は3割) 70歳未満：3割 |
| | 公的医療保険制度 <ul style="list-style-type: none"> 組合健保(大企業)：各組合で独自に決定(平均7.3%) 協会けんぽ(中小企業)：給与の8.2%を労使折半 国保(自営業、無職等)：市町村が定める額 | <ul style="list-style-type: none"> 組合健保：定額 協会けんぽ：給付費の13% 国保：国43%、県7% | |
| | <ul style="list-style-type: none"> 2.9%(被用者は労使折半、自営業者は全額負担2010年) 就労期間中に40四半期(10年)保険料を拠出した者は自動的に加入 加入者は負担なし | <ul style="list-style-type: none"> 大半が社会保障税 残りは社会保障年金に対する所得税など | 2010年 <ul style="list-style-type: none"> 入院60日まで：1,100ドル 61～90日まで：275ドル/日 91日～：全額自己負担 (ただし一生涯に60日間だけ550ドル/日の自己負担で入院可) |
| | <ul style="list-style-type: none"> 月額110.5ドル(一部96.4ドル 2010年) 高所得者は一定額を加算 | <ul style="list-style-type: none"> 約3/4が一般税財源 | 2010年 <ul style="list-style-type: none"> ～155ドル/年：全額自己負担 155ドル/年～： 医師サービス原則20% 病院外来サービス20～50% 非参加医の場合、以上のほか医療費の最大15%の保険外支払が発生しうる |
| | <ul style="list-style-type: none"> パートB(プランによってはパートDも)の保険料+プランが設定する追加保険料 プランにより、パートB(プランによってはDも)の保険料が軽減される場合もある | <ul style="list-style-type: none"> メディケアが加入者1人1カ月あたりの定額で保険会社に支払う 概念的には公費負担は上記割合に含まれる | <ul style="list-style-type: none"> プランによりパートA・パートBの患者一部負担が軽減されることもある |
| | <ul style="list-style-type: none"> プランによって異なる 標準保険料31.94ドル(2010年)(費用の高いプランはこれより高く、低いプランはこれより低くなる) | <ul style="list-style-type: none"> 約3/4が一般税財源 | <ul style="list-style-type: none"> プランによって異なる 標準ケース 2010年 ～310ドル/年：全額自己負担 ～2,830ドル/年：25% ～6,440ドル/年：全額自己負担 6,440ドル/年～：5% |
| | <ul style="list-style-type: none"> 医療保険料としての負担はないが、National Insuranceに拠出 | <ul style="list-style-type: none"> 税方式 | <ul style="list-style-type: none"> 原則一般と同様 高齢者、低所得者等：免除あり 薬剤サービス：負担免除 【一般】 入院・外来：一部負担なし 薬剤処方箋1枚につき6.20ポンド(2002) 歯科治療3種類の定額負担 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 15.5% ※全国一律の統一保険料率(2009年) ※14.6%は労使折半、0.9%は傷病手当金の請求権のある被保険者が負担 ※月収が一定額以下の被用者：使用者の全額負担 | <ul style="list-style-type: none"> 保険料による賦課方式 収支相償方式 農業者疾病金庫：年金受給者給付費の約85% | <ul style="list-style-type: none"> 一般と同様 外来及び歯科治療 四半期ごとに10ユーロ 入院一定期間以降は10ユーロ/日(最高28日まで) 薬剤：薬剤価格の10% |
| | <ul style="list-style-type: none"> 13.85% ※被用者：0.75%、使用者：13.1% ※別途、年金・医療・介護・家族手当を目的とした「一般社会拠出金(CSG)」として、労働所得に7.5%賦課(うち医療分：5.29%) | <ul style="list-style-type: none"> 保険料と目的税による社会保険方式 CSG、国庫補助、目的税の収等を充当 | <ul style="list-style-type: none"> 原則一般と同様 【一般】 外来 30% 入院 20%+10.67ユーロ/日 薬剤 35% 診察ごとに1ユーロ |

参考資料：厚生労働省(2009)「世界の厚生労働 2009 2007～2008年 海外情勢報告」/厚生労働省ホームページ/小林一久(2006)「ドイツにおける社会保障制度改革の現状」フィナンシャル・レビュー

刊行にあたっては下記の方々の協力を得た。お名前を記して謝意を表したい(50音順・敬称略)

大迫政子 奥田七峰子 小田泰宏 小野庄一 小野太一
武内和久 津曲共和 鳥井陽一 福祉未来研究所
水田邦雄 矢部久美子 山内孝一郎 山田嘉子

データの出典と年次

■ P60 各国の現状

- 総人口: UN, *World Population Prospects: The 2008 Revision, Medium variant* (2010年)
- 平均寿命: UN, *Demographic Yearbook 2008* (2008年)
- 高齢化率: UN, *World Population Prospects: The 2008 Revision, Medium variant* (2010年)
- 合計特殊出生率: (2008-2009)
英国: *Office for National Statistics of UK* (2008-2009)
米国: *NCHS, National Vital Statistics Reports of USA* (2008-2009)
フランス: *World Bank, World Development Indicators* (2008-2009)

■ P113 各国の70歳比較

- 婚姻関係 UN, *World Marriage Data 2008*
- 1か月あたりの保健・医療費支出
独立行政法人労働政策研究・研修機構『データブック国際労働比較』
2010、Insee, *enquête budget de famille 2006* より作成 (1\$=100円、
1£=135円、11€=111円として計算)
- 収入に占める公的年金の割合
日本: 全国消費実態調査 2010
イギリス: *Office for National Statistics, Family Spending 2008*
フランス: *Insee, DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2007*

高齢社会を生きる Aging—Our Global Relations

2011年3月18日発行

発行 国際長寿センター (ILC-Japan)
〒105-8446
東京都港区虎ノ門3-8-21 虎ノ門33森ビル8F
TEL 03-5470-6767 FAX 03-5470-6768
URL <http://www.ilc-japan.org>
編集 株式会社青丹社
写真 小野庄一
印刷 大日本印刷株式会社

ILC Global Alliance

URL: <http://www.ilc-alliance.org>

ILC グローバル・アライアンスは、
プロダクティブ・エイジングの理念のもと、
豊かな高齢社会の実現を目指して、国際的、学際的な活動を行う組織です。



私たちは、すべての人に人種と尊厳が保障される社会、長生きを尊び、
プロダクティブで生きがいのある人生を全うできる社会の確立を目指します。

元気な高齢者には社会参加の機会を保障し、
積極的に家族や社会と関わることの重要性を啓発し広報します。

良質な医療と介護が平等に提供されることを、
高齢者のニーズと権利を代表して主張します。

全年齢を通じて、健康で活動的な生活を送るためにはどのようなことが必要か、
教育・研究・政策提言を通じて明らかにします。

