

医療保険制度の改革を考える

李 静淑

— 目 次 —

1. はじめに
2. 「改革推進法」と国民健康保険
3. 地域医療と「西高東低」
4. 日韓の「国家戦略特区」とTPP
5. 「薬」の諸問題
6. 負担と給付の安心と安全
7. おわりに

キーワード：国民健康保険、TPP（環太平洋経済連携協定）、ジェネリック医薬品

1. はじめに

2015年になってから、国会や自治体、医療機関、民間団体などで、医療と医療保険制度をめぐる審議や論議が活発に繰り広げられている。民主党政権下の「社会保障制度改革国民会議」がまとめた報告書⁽¹⁾をもとに始まったもので、2006年以來の大規模な改革をめざしている。国会では特に国民健康保険（以下、国保と略す）制度の改革と高齢者医療の対応について医療提供体制と財政運営の両面で充実した議論を進めるよう望まれている。

LEE, Jung-Sook 本学社会福祉学部教授

4月1日には「日本医療研究開発機構」が発足、治療薬や医療機器の研究、開発をめざすことになった。11日から3日間は、第29回日本医学会総会が関西で開かれた。メインテーマ「医学と医療の革新を目指して」を中心に、再生医療やIT（情報技術）導入など、超高齢化社会に対応する医学・医療のあり方をめぐって発表や議論が行われた。

また、4月からスタートした都道府県による「地域医療構想（ビジョン）」づくりは、地域ではどの機能を持った医療機関が、どれくらい必要かを定めるもので、健康保険組合（以下、建保組合と略す）側は医療機関に対し発言力を強化できそうになると歓迎している。しかし制度改革の合意には、公平性、適正化、効率化という視点と実践が必要であることから、なによりも患者の負担と願いや思いをきちんと受け止めてほしいという声が強くあがっているのである。

さらに6月10日、政府は「経済財政諮問会議」を開き、2020年度に国と地方の基礎的財政収支を黒字化することを目標にした「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）」の骨子案を示した。そこでまず「医療保険制度」の本質と役割、仕組みなどから現状を考えてみたい。

医療保険制度とは「加入者がお金を出し合って、病気になったときの金銭的負担を軽減する相互扶助システムである。ただし、際限ない通院や過剰な医療などを防止するため、現在、自己負担は現役世代3割、高齢者1割と設定されている。高齢者は、加齢による医療負担の増加は当然のことであり、また金銭的なゆとりがなくなることから現役世代より低く設定されているが、高齢者の優遇は正は見直される傾向にある⁽²⁾」と述べられている。

医療制度の指針が示されたのは、1950年、社会保障制度審議会（大内兵衛会長）が発表した「社会保障制度に関する50年勧告」である。そこでは「憲法第25条、これは国民には生存権があり、国家には生活保障の義務があるという意である」と述べた。そして1958年に新しい「国民健康保険法」を制定し、1961年には、すべての国民が加入する公的医療保険制度である国民皆保険が開始された。

医療制度の基本がなぜ公的な社会保険制度になったかについて、日野秀逸（東北大・名誉教授）は、医療要求（医療に関する人間の要求）の特徴から次の7点を挙げている。①全体性（1人の人間全体として病状や要求が出てくる）、②個別性（同じ病名でも千差万別、治療内容も一律にはいかない）、③包括性、連続

性（予防からリハビリ、ターミナルまで）、④時間的、場所的不安性（いつ、どこで発症するか不安）、⑤非経済性（病気は、支払い能力とはかかわりなく生じる）、⑥自己判定困難性（専門家を介さないと判断できない要求が圧倒的）、⑦尊厳性（生命と直結するかけがえのないもの⁽³⁾）である。いずれの要求を見ても、患者・住民が主体となって、専門家の力を借りながら国家的にその基盤を準備・整備し、公共サービスとして提供しなければ実現できないことがわかる。

2003年度に31.5兆円だった国民医療費は、2015年度現在約40兆円に増加している。2005年に始まった厚生労働省の高齢者医療改革（75歳以上対象）は再三の手直しにもかかわらず成果はあまり上がっていない。2006年の医療保険制度改革では、特に高齢者の医療制度について前期、後期に分ける制度として新しい高齢者医療のあり方が示された。しかし制度の全体の構造については、①市町村国民健康保険の財政基盤のもらさ、弱さと再編成の可能性、②拡大する高齢者医療費の負担を、次世代の加入する保険者の間でどのように分担すべきか——の2点について議論が残ったものの、①については都道府県単位の保険者再編に方向が向けられた。

このあと、2013年末に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（以下、改革推進法と略す）は、2012年の社会保障制度改革推進法、さらにこれを受けた2013年の社会保障制度改革国民会議報告書、同年閣議決定した「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」（2013年8月21日）を受け、各種の社会保障制度について、消費税引き上げを見据えた改革の具体的な道筋を示した⁽⁴⁾。

2. 「改革推進法」と国民健康保険

改革推進法は、都道府県が財政運営など保険運営を担う制度への変更することを求め、被用者保険については加入者の報酬に応じた後期高齢者支援金の負担を全面化することなどとしており、改革国民会議報告書を基礎に法改正することになる。2015年3月3日、政府は「医療保険制度改革法案」（正式名は、持続可能な医療保険制度を構築するため、国民健康保険法等の一部を改正する法律案）を国会に提出した。4月17日から審議し、衆参両院での議論を経て5月27日に成立

した（自民、公明、維新、次世代の賛成多数）。2018年度には建保組合全体で約600億円の負担増となる。

今回の改革は「国保財政を安定させるため、2018年度以降、運営主体を市町村から都道府県に移す。2015年度から年1,700億円の公費を追加投入し、2018年度以降は年3,400億円に増やす。安価な後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及に努める自治体に、優先的に公費を配分する。『保険者努力支援制度』を創設し、医療費を抑える」（『読売新聞』、2015年3月4日）と報じられている。

年度別に見る主な内容は、①2015年度＝大企業の健保組合の後期高齢者医療制度への拠出金を、2017年まで段階的に増やす。協会けんぽへの国庫補助率を16.4％で据え置く、②2016年度＝紹介状なしで大病院を受診する場合は定額負担。入院時の食事代（1食あたり）を100円引き上げて360円に。混合診療の大幅な拡大、③2017年度＝75歳以上の保険料を軽減する特例を原則廃止、④2018年度＝入院時の食事代をさらに100円引き上げ460円に。国保の運営を都道府県に移管する、とされた。塩崎厚生労働相は3日の記者会見で「負担能力に応じて負担してもらうことによって、保険制度の持続可能性を追求する」と強調している。

しかし、4月1日の参院予算委員会では「安倍政権の社会保障予算削減が2015年度には3,900億円になり、70歳、71歳の医療費窓口負担は2倍となって総額465億円である。後期高齢者医療の加入者の半数以上が保険料の特別軽減を受けており、廃止すれば保険料が2～10倍も跳ね上がる」と野党側は反対、「これでは社会保障は貧しくなるばかり。低所得者や高齢者を狙い打ちした大負担増のご都合主義で、政治の方向が間違っている」（『しんぶん赤旗』、2015年4月2日）と強く非難した。

医療保険制度改革の第1弾は国保に向けられたが、2015年1月に決定した政府の「改革骨子」を見ると、目玉の「国保の都道府県移行」ばかりが目され、現在の仕組みの手直しで十分対応できるのに目をそむけている、といった批判や直言が主論となった。

江口隆裕（神奈川大）は「何のための国保改革か」と鋭く切り込んだ論評を寄せている。すなわち「骨子では、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保などの国保運営について具体的な内容は明確でない」「第1に、都道府県と市町村の役割分担がはっきりしない。例えば、

保険給付に関して、県は保険給付に要する費用の支払いを行い、市町村は資格管理・保険給付の決定を行うとされている。なぜこのような面倒な仕組みにする必要があるのか」「第2に、都道府県は、財政運営の責任主体となるというが、何に責任を負うというのだろうか。保険料の収納率についても、市町村が目標よりも低い収納率しか上げられなかった場合、どこが負担するのか。現在の仕組みを拡充することによっても、国保の構造的問題には十分対応できる。無駄なコストと手間をかけるのは止め、真に必要な改革を検討し直すべきではなかろうか」⁽⁵⁾。至言である。

改革法案は「後期高齢者支援金の全面総報酬制の導入」では、被用者保険の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬制を実施するとしており、現行の3分の1総報酬を2027年度に2分の1、2028年度に3分の2、2029年度に全面総報酬となる。前述の医療制度改革骨子では、「提出金負担の重い被用者保険者への支援を実施する」ため、2027年度は約110億円、2029年度は約700億円の支出を想定している。具体的には、2029年度から拠出金負担が重い保険者への負担軽減の対象を拡大し、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減するとともに、2027年度からは高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充し、前期高齢者納付金の負担軽減に重点を置くことになる、と説明されている。

このほか厚生労働省では、2026年度末で特例措置が切れる「協会けんぽ」の国庫補助率を、付則において「当分の間16.4%」（期間を決めず）として安定化させる。被保険者の所得水準の高い「国保組合」については、所得水準に応じた補助金に見直す、とした。

また、医療費適正化計画について、都道府県が地域医療構想と総合的な目標（医療費の水準、医療の効率的な提供の推進）を計画の中に設定し、国において必要な指標などを定める。改革骨子では、現行の指標について必要な見直しをし、後発医薬品の使用割合などを追加すると明記した。さらに、保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援をガイドラインの中で明記するとした。施行期日は2018年4月1日としているが、協会けんぽの国庫補助と後期高齢者支援金の全面総報酬制は2015年4月1日と2017年4月1日、負担の公平化等と国保組合の国庫補助見直し、医療費適正化計画の見直し、予防・

健康づくりの促進、患者申出療養は2016年4月1日とされた。⁽⁶⁾

国の財政改革の課題となった「社会保障と税の一体改革」は、消費税を上げて社会保障を改革するということが基本であったが、2014年4月に3%上がった消費税に対し、社会保障の改革は全く手をつけられていない。次の参院選を考慮した与党、野党が共に足踏みしているのが実情である。

2015年度予算案では、社会保障費は、一般会計96兆3,420億円のうち32.7%の31兆5,297億円となった。地方交付税交付金は16.1%で、国債費を除いて約3分の2が社会保障費と地方交付税交付金である。だが4月1日の参院予算委員会では、介護報酬の引き下げ（1,130億円）、協会けんぽの国庫補助引き下げ（460億円）、生活保護の削減（260億円）など約3,900億円の社会保障費が削減されている、として野党から追求されたが、安倍総理は「給付と負担のバランスのため」としか答えていない。

3. 地域医療と「西高東低」

医療や介護、子育てなど社会保障の大部分は公的な基盤のうえでサービスが提供されている。だから効率的に工夫、運営して財政の抑制、維持に努めなければならない。しかし現状には大きな無駄がある、と新浪剛史（経済財政諮問会議議員）は、次のように指摘する。

「例えば、医療費の地域差である。都道府県別に1人当たりの実績医療費（入院、入院外＋調剤、歯科の合計）を見ると、最高の高知県は62.5万円で、最低の千葉県は40.1万円と比べ、1.6倍である。高知県民は千葉県民より1人当たり22.4万円も多く医療費を使っている。なぜそうなるかというと、1人の患者が入院する在院日数が、高知県は49.7日で、最低の東京、神奈川県の23.5日に比べ倍以上、長く入院している。それは、人口10万対病床数が、高知の2473.4床に対し神奈川では815.8床と3倍も差があるからで、高知県の医療費が高いのは、入院偏重の医療体制に起因している⁽⁷⁾」。

さらに新浪剛史は、「高知県は大都会圏に比べて山間部が多く、病院は少なく、医療状況がすぐれていない。しかも同じ山間部の多い長野県では、平均在院日数は24.9日で、人口10万対病床数は1141.9床。長野県は地域密着型のくかかりつけ

医＞体制が整っており、平均在院日数は全国で3番目に短く、高齢者の有業率も男38.5%、女19.7%と男女とも全国1位である」と説明する。⁽⁸⁾

2014年の9月に厚生労働省が発表した「医療施設動態調査・病院報告2013年度版」によると、日本全国にある医療施設は17万7,769施設で、前年よりも578施設増えている。入院用ベッドが20床以上あると「病院」、それ以外は「診療所」と呼ばれる。病院は1990年度をピークに減り、診療所は増えている。今回の調査では、病院は全国で8,540、前年より25減った。診療所は10万528で、前年より376増えている。歯科の診療所は6万8,701で、前年より227増加している。精神科病院と結核療養所を除く一般病院（7,474施設）では、小児科と産婦人科・産科が減っている。小児科のある一般病院は1990年度に4,119だったが、2013年度には2,680、産婦人科・産科は2,456から1,375になった。厚生労働省は、少子化や各科で医師不足に陥っていること、小児科では専門病院が地域で集約されつつあることなどが減少の要因とみているが、この傾向はこれからも広がって続いていくと思われる。

少子高齢化を伴う人口減少社会。団塊の世代が75歳以上となる2025年は、政府が目標とする医療制度改革のゴール時点である。それまであと10年を切った。その流れの中で、地域の医療需要は大きく変わりつつある。治す医療から生活を支える医療への転換である。

今年3月10日、二川一男（厚生労働省・医療局長）は全国医政関係主管課長会議で、2015年4月から各都道府県で「地域医療構想（ビジョン）」の策定に着手すると発言、医療提供体制の整備・充実を求めた。同省はすでに「地域医療構想」策定ガイドラインをまとめており、各都道府県でも医療計画の一環として地域医療構想を作ってほしいと要請した。

この構想は、2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」で示された急性期から回復期、在宅医療、介護などについて、住民が良質で適切な医療・介護を受けられるようにするため、地域包括システムを各地域で作りに上げていくというものである。同時に、今年10月施行される医療事故調査、看護師の研修の2制度についても説明があり、国民への周知を要請されている。⁽⁹⁾

地域医療の充実は厚生労働省の重点課題となり、地域医療介護統合確保基金として医療分は2014年度に904億円を確保、2015年度予算案でも同額を得ている。

さらに、各医療法人が参加する地域医療連携推進法人を活用して地域医療構想の実現に努めることなども決まっている。

地域医療構想は都道府県が中・長期化に目指すべき効率的な医療提供体制と評価されているが、厚生労働省の目標は、2025年時点の将来像づくりのデータ収集にもあるようである。2006年の医療法改正時には医療計画制度が大幅に見直され、医療機関の機能分化を連携が促がされた。2008年度からの第5次医療計画では、各都道府県は癌、脳卒中など4疾病と救急などの5事業について、圏域ごとに必要となる医療機能を明らかにし、その医療機関の名称や、計画遂行の際の数値目標などを明示させられている。今回の地域構想でも、2025年時点の医療需要の将来推計や、目指すべき提供体制（必要病床数など医療機能の整備目標）、その実施のための施策、医療需要や必要病床数などを算出、提供する。特に目指す将来像は都道府県単位ではなく、原則、2次医療圏⁽¹⁰⁾を単位とする構想区域ごとにする点である。これは地域医療構想が地域の実情に合った〈ご当地医療〉を志向しているためだというのである。医療資源や人口動態など地域によってさまざま異なる現状をとらえるためであろう。また、地域ごとの医療資源（病棟機能や設備、人員配置の状況、医療内容）などは毎年、報告することを求めている。

国は、これらの情報をもとに地域医療構想を策定させ、「地域医療構想調整会議」を都道府県で運営させて病院間の協議を進める目的である。だが、国の本当の狙いは、病床機能の再編を都道府県単位で進めるのとセットで、国保制度の保険者を、市町村から都道府県に移行する国保改革にある。そのための改正法案を2015年に提出し、2017年度中の実施を目指していると伝えられている⁽¹¹⁾。

ところで厚生労働省の調査では、周辺に医療機関のない「無医地区」は2014年10月末現在、全国で635か所あり、この地区に住む実行が計約13万3,000人に上ることが分かっている。「無医地区」は、半径約4キロの範囲に50人以上が暮らす地区のうち、車などを使っても1時間以内に医療機関で受診できない地域である。この調査は5年ごとに行われており、前回は2009年10月だった。この時よりも無医地区は70地区、約1万3,000人減っていたが、厚生労働省は、必ずしも改善されたとは言えないと説明している。

都道府県別では、無医地区の最多は北海道の69地区で、次が広島県の56地区である。ともに山間部の面積が広い。無医地区が減ったのは28道県で、首都圏4道県

と大阪、佐賀、山形、長崎が無医地区ゼロである。逆に増えたのは和歌山、栃木など7県となっている。無医地区には、へき地医療拠点病院からの巡回診療などが行われている。なお、歯科医がいない地区は、2009年より72減って858地区だった。

また、人口10万人当たり、医師数（2012年調査）は、京都府が全国1位で2,964人である。しかし医師は、京都市と隣接の乙訓郡（大山崎町）の医療圏に集中しており386.3人と突出（平均の1.7倍）している。北部の丹後圏は130.1人で、他の5医療圏も平均より下である。京都市には京都大、府立医科大があり、病院、診療所は多く、〈医者の町〉と呼ばれている。医師の数は、京都に次いで徳島が2位であり、3位の東京のあと高知、福岡、鳥取、岡山、長崎、和歌山と続く〈西高東低〉で、奈良と滋賀以外は全国平均を上回っている。関東では、東京以外は平均以下で、千葉、埼玉などの県は人口増に追いつかない医師不足である（『日経新聞』、2015年3月24日）。

どこの医療圏でも住民は個人開業医よりも総合医療体制の大きな病院にかけつける傾向が強く、〈待ち3時間、診察3分〉と患者の不満が収まる見込みはなくなっているのが現実である。

4. 日韓の「国家戦略特区」とTPP

「医」は、医療と研究の歴史の中で、さまざまな病気の原因をつきとめ、次々と新しい治療法と薬理によって人々を救い、育ててきた。人間の生存権と健康権は人権として尊重され、その権利と義務の1つの現われとして、医療技術の発達と医療体制の進展をもたらした。近年では大きな医療産業として営利市場を形成、経済活動の競争は、アベノミクスと呼ばれる政策パッケージによってTPP（環太平洋経済連携協定）⁽¹²⁾と国家戦略特区を生んだ。⁽¹³⁾

TPP参加12か国による合意は6月までに大筋でまとまると報道されている（『読売新聞』、2015年3月11日）が、内田聖子（アジア太平洋資料センター事務局長）は「医療分野へは、まず混合診療が導入され、最終的には国民皆保険が解体される危険がある。大手製薬会社の知的所有権の一層の保護強化が目指されているため、薬の値段も上がる可能性が高い。アメリカ社会の実態は凄まじい。虫

歯1本治すのに数十万円の治療費がかかる。手術して長期入院ともなれば、費用捻出のため自宅を売り払うことも珍しくない⁽¹⁴⁾」と述べている。

「国家戦略特区」と呼ばれるものは世界90か国3,000か所以上あると言われる。しかも殆どは開発途上国にあり、外資の力を借りて経済発展をはかろうとする意図である。韓国では経済自由区域での規制緩和が該当するとみられ、日本の国家戦略特区構想も韓国を模倣したという論者がいる。

郭洋春（立教大）によれば、米韓FTA（自由貿易協定）は2012年3月に発効、医療については、自由診療だけでなく、営利目的の外国資本の設立が許可されている。2014年8月には、外国籍医師の雇用が緩和され、2017年には4年前の2.5倍にあたる150万人の外国人患者を呼び込むことができる計画というのである。それに対して、医師協会などからは、海外の巨大資本に国内医療市場が飲み込まれると不安の声が高まっている。

韓国の経済自由区域は2003年にでき、済州島を除く全国各道に1か所ずつ、8区域93地区で構成されている。韓国の教育界で問題化しているのは、欧米の大学を誘致したものの高い学費に悩まされている父母、学生である。例えば仁川市に開校したアメリカのユタ大学は、年間約200万円の授業料に対し、韓国国立のソウル大学は60万円と3分の1以下である。富裕層でなければ外国系の大学に入学できないという所得格差が教育格差を生んでいるのである。経済自由区域の建設に約13兆円もかけた韓国だが、計画通り外国資本の誘致ができず、特区としての役割も果していない、と郭洋春は分析している。アベノミクスが進める国家戦略特区構想も韓国と同じような格差を生まないという保障はない。なによりも、TPP協定が発効すれば格差は現実化して拡大していくことは疑いのないことである。さらにこの格差は、医療についても全く同じ様相で広がっていくだろうと懸念される。

ここで、米韓FTAを再考してみたい。日本が苦悩するTPPのミニモデルと言われる米韓FTAは2012年3月に発効した。当初は、韓国の対米輸出は増加したが、その後減少と増加の月を繰り返しており、長期停滞状況に陥りつつある。米韓FTAの効果は国内では疑問視されており、韓国政府も再交渉する気配をみせていない。しかしアメリカ側は農産生産物や車、牛肉の輸入などについて透明性を求めている。また、金融、製薬、医療機器など非関税分野でも障壁の撤去を迫

ている。はっきり言えば、アメリカは、米韓FTAで自国の産業に利益が出なければ、韓国に一層の自由化を強く求めていくというのが譲れぬ基本姿勢と感じられるのである。

米韓FTAは決して対等な締結ではない。米国は自由企業の経済活動のためにはあらゆる知恵をめぐらし、強引とすら思える手法で相手国の法律や制度、習慣などを変えさせている。韓国は米韓FTA発効に向けて60以上の法律、施行令、施行規則、告示、例規を改正している。多くが与党有力議員と政府高官、担当官僚間での話し合い、取引で国民の目をごまかしているようであるが、対等工作の同じ外交手法は日本も同様ではないだろうか、と対米従属姿勢を問いたいのである。

2015年5月15日、元日本医師会長・原中勝征を代表に、国会議員7人、医師、農業、酪農、消費者団体の関係者ら1,000人を超える人たちが原告となって国を相手に「TPP交渉の差し止めや憲法違反であることの確認を求める」訴訟を東京地裁に起こした。

訴訟によると「TPPは、食糧の安定供給や安全、農業や酪農従事者の生活を脅かす」「TPPが締結されれば、国民生活の広範囲に深刻な影響が出て生存権などが侵害される。内容が公開されないまま交渉が進んでいることは、国民の知る権利を侵害し、違憲である」としている。代理人の弁護人は元農林水産相をした山田正彦である。多くの関係団体や組織の代表者らが訴訟に加わっており、同法の判断の行方に関心が集まっている。

今年4月からの日米首脳会談では安倍晋三首相が早期妥結を約束したと報道されたTPPであるが、TPP交渉は米国が参加して5年、日本が参加して2年近くになっている。交渉に加わっているマレーシア政府は4月の国内説明会で既に3分の1が終了したと発表した、中身は明らかにされておらず、他の国の協議も秘密保持を盾にしており、日本政府も同じように公表を拒んでいる。

日米のTPP協議では、米国がコメ21万5,000トンの特別輸入枠を要求した。コメを「聖域」とする日本側は主食米5万トンの輸入案を出したが妥結していない。米国では来年投票の大統領選挙があり、既に全国会議員に、TPP交渉文書の閲覧を認めている。コメや車や肉だけでなく、知的財産・情報の「医」についても日本国民に情報公開（提供）することが必要なことは当然であろう。

TPP交渉が国民の目の届かない所で進むのは国民にとって不愉快、不幸なことだが、アベノミクスが米国追従の姿勢である限り、それは是正されないであろう。しかも「安倍政府は企業減税に非常に固執しているが、企業減税の恩恵を受けるのは3割弱の黒字企業であり、その殆どが大企業である。そうした大企業を優遇することが富国強兵に役に立つ。彼らはそのように考えているのだと思う」⁽¹⁶⁾と浜矩子（同志社大）は指摘している。

TPPは国家間の自由貿易協定が目的の多角的な経済連携協定である。あらゆるモノやサービスの関税撤廃を原則とし、徹底した自由貿易を目指している。対象分野は幅広く巨大である。農産物や工業品などのほか、環境、労働、保険、知的財産、国有企業など国民的な経済活動のほぼ全てを含んでいる。多くの物がかなり安い値段で海外から入ってくるが、同時に低価格競争で市場を混乱、困惑させることも事実となる。国内外のグローバルな大企業による利潤追求のためのツールだというのが実体であろう。さらに、日本の安全、安心な農産物は、遺伝子組み換えや薬漬けの種や実による米国産などの安くて多量の農産物に駆逐される恐れが多々なのである。

「医」にとっても同じである。いや、既に医療分野では「ジェネリック医薬品」⁽¹⁷⁾による浸透がどんどん進んでいるのである。直接、国民の生命にかかわる医薬品だから、見逃してはいけない重大関心事なのである。

日本医師会によれば、日本がTPP協議に参加した2013年7月以前に、厚生労働省などに対し「公的な医療給付範囲を将来にわたって維持すること」「混合診療を全面解禁しないこと」「営利企業（株式会社）を医療機関経営に参加させないこと」の3点を堅持することを求めている（日本医師会「TPP交渉参加について」、2013年3月15日）。その後も要望は数回にわたって出されている。

また開業医の団体である全国保険医団体連合会（保団連）は2012年7月に『TPPが医療を壊す』のパンフレットを作り「国民の命を預かる医療分野を市場化し、外国企業の参入も狙われている。憲法第25条の生存権に基づき、保険証1枚でいつでも、どこでも安心して医療を受けられる〈国民皆保険制度〉を壊して、⁽¹⁸⁾営利企業の儲けにして良いだろうか」と訴えた。2つの医療団体は、TPP加盟で日本の医療制度が、混合診療の解禁、株式会社による病院参入、薬代が高くなるなどで破壊される、と危惧したのである。

その心配は既に韓国では事実となっており、日韓医師団体の間で情報交換して警戒しているが、日本への飛び火はないとは言えない。韓国の場合は、米韓FTA協定によって、経済自由区域における健康保険適用指定制例外の許可と営利病院の許可を明文化した。そこで、仁川経済自由区域に600床のニューヨーク基督長老会病院（株式会社病院）が建設されたのである。このときから韓国の公的医療制度の基本構造が崩れ始めてきたと言われている。医療と宗教と政治は三位一体なのであろうか。

5. 「薬」の諸問題

『朝日新聞』（2015年4月1日）は、医師と薬業界の関わり合いを示す記事を下記のように、大きく報じた。1つは、病気ごとの推奨薬が示された「診療指針」⁽¹⁹⁾の作成医が、製薬会社から多額の「講師謝礼金」などを受け取っていたことである。もう1つも、184人の医師、大学教授が製薬会社から1年間に1,000万円以上の講演料などをもらっていたというものである。

「診療指針」は病気ごとに診断基準や治療法が示されており、多くの医師が治療法を判断する際に参考にしている。糖尿病、がん、認知症など、指針は病気ごとに作られている。主な123指針の作成医の約2,290人のうち3割の690人が100万円以上の謝礼を得ていた。中でも治療の競合薬が多い糖尿病の指針作成医には1人平均852万円、患者数の多い高血圧医には平均802万円で、特に10人には製薬20社が、合計約1億1,480万円と高額を支払っていた。また製薬会社からの講演料などの副収入を得ていた医師については、順天堂大A教授は4,747万円、東京医大B教授は3,971万円、川崎医大C教授は3,719万円が上位3人（いずれも糖尿病専門）で、支払った業者上位3社は武田薬品社（1,423万円）、ノルバディス社（836万円）、サノフィ社（655万円）である。医師の半数は糖尿病や高血圧症など生活習慣病の専門医であった。

製薬会社による医師の接待旅行や宴会、金品贈与は目に余るものがあると言われているが、患者側には事実をうかがい知ることはできない。いのちを預かる聖職の医師にとって、名誉と誇りを傷つけるような医師はごく少数だろうと信じたのである。常識的な謝礼や接遇でと願ひ、医師の世話になりたいと念じている

のが一般人である。

医療用の薬は、医師の診断と処方箋によって購入する薬で、公的保険の適用を受けた公定価額である。一般人が自分の判断によって薬局などで購入する大衆薬は保険外で、価額も自由である。ただ大衆薬の生産は6,000億円台で推移しており、医薬品全体の1割を超えておらず、伸び悩んでいる。

日本医学会も日本製薬工業協会も不法、不当な金銭の提示や授受はさらに戒め、薬の評価に影響がないよう留意しているというが、反省と精進にも努めてほしいのである。医の倫理は、医師と患者の相互信頼によって生かされ、果たされていくものであるからだ。

いま、薬の過剰処方や投与が社会問題になっている。それは「薬漬け」につながり、促しているからである。過剰処方や多剤処方は、殆どの病院や医院、診療所、薬局などから手渡される「お薬手帳」で防がれているかのようにみられているが、実情はかなり違い、深刻な事態ではないのか、と心配する人が多い。

過剰処方は、提供側のメリットよりも、患者側が自己知識や特定情報によって薬を強く求め、それに応じる医師、薬剤師が少なくなく、服用の責任が分散されている。このような薬を増やして状態を悪化させる「パニック処方」⁽²⁰⁾は、医療責任と営利につながっているだけに、関係者の口は重くて、はっきりした説明は殆ど無く、状況は明確にされていないが、その被害者は病人、患者であることは言うまでもないであろう。「クスリ天国・ニッポン」とよく言われているが、薬の効き目、値段、入手法、量、質ともに世界のトップクラスにあることは多言を要しないが、「クスリ地獄」に転落する危うさをも持ち合わせていることに、日本国民は気付き、薬と付き合うことである。

同じ病でも、薬の処方量は人によって違うのは当然である。同じ成人でも30代と60代では薬の量も質も異なるだろう。さらに薬の吸収、代謝、排泄能力も個人によって差がある。そこに薬を選別し調合し投与する医師、薬剤師らの責任が強く求められるのである。まして薬歴管理に手を抜き、保険点数稼ぎをする医院や薬局があることも一般人はひそかに知っており、監督官庁は熟知だと伝わっている。良心的というよりも使命感を持つ一般薬局では「購入者の薬歴ノートや薬歴カード」を支給している店も少なくないような現状に育っているが、厚生労働省や日本医師会など関係機関は、協力して一日も早く「全国統一の薬歴カード」を

作るのが義務ではないだろうか、と考えている。

国内の薬局はざっと5万6,000店（2012年、厚生労働省調べ）。2009年の薬事法改正でスーパーやコンビニでも薬の販売ができるようになった。さらに2014年6月に、市販薬のネット販売が解禁され、「クスリ王国」は戦国時代に入ったと表現されている。生き残りをかけて競う薬局と系列化を狙う製薬メーカーをはじめ、24時間年中無休の調剤薬局チェーン店も登場している。国は2014年4月の医療報酬改定で、大病院や診療所の役割分担を明確にし、入院患者を在宅医療に導くことをすすめている。だが人口の少ない地方や地域での薬局では、利用客の減少で閉店するところが増えている。しかも薬局だけで、年間100億円以上の薬が期限切れで廃棄されている。薬は卸売業者から箱買いが原則だが、通常3年の使用期限が過ぎると、廃棄処分しなければならない。1店舗の薬局が廃棄する薬は年平均20万円分ほどだが、全国的にみればもったいない話である。

ところで、日本薬剤師会の調査（2007年）によると、薬剤師が処方続ける在宅患者812人の40%超に「飲み残し」「飲み忘れ」があり、1人平均1か月に3,220円が服用されていなかった。処方された薬全体の24%にあたるという、厚生労働省の推計では、75歳以上高齢者患者の残薬の年総額は475億円になっている。

処方された薬の多さ、飲み忘れ、自己判断で拒否など患者自身の責任が殆どだが、医師の処方による薬の多さ、薬局の不要な薬の追加なども原因の1つになっているようである。厚生労働省では残薬を減らすために2014年、薬剤師に「飲み残しがないか確かめること」を指示しているが、口頭だけに終わっている薬局が多く「1人暮らしの高齢者などには、家まで行って在宅指導すること」⁽²¹⁾を望んでいる。

「薬」について、特に高齢者に出やすい副作用を防ぐための対応は学会でも取り組まれている。日本老年医学会は、医療者向けの「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン（指針）を10年ぶりに見直すことになり、6月までに正式決定することになった。これは、高齢者が中止を考えるべき薬を約50種類選んで「ストップ」という一覧表で紹介する。商品名、対象となる患者、主な副作用などを挙げ、かわりとなる薬の紹介もしている。対象は75歳以上の高齢者で、医師による処方薬だけでなく、睡眠改善薬や胃腸薬など市販の薬も含まれている。例えば、抗血小板薬のアスピリンは、上部消化管出血の既往のある患者には、できるだけ使用を

控えると告知、抗精神病薬全般では認知症の人に、可能な限り使用を控える、などと求めている。さらに、使用を強くすすめる「スタート」という一覧表には約20種類の薬を記載、推奨される理由や使用法、注意点などを説明している。⁽²²⁾ただ、できるだけ主治医に相談することをすすめている。

今年5月27日、国会（参議院本会議）で「医療保険制度改革関連法」が可決され、成立した。国民健康保険の財政基盤強化を柱としたもので、75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度のさらなる充実が実現することとなる。

今回の制度改革は、財政が厳しい国保の救済のためにとられた苦肉の策とみられている。救済資金の一部は大手企業の従業員が加入する健保組合の負担を増やすことで賄われることになるが、それにも限界がある。なによりも、増え続ける医療費自体を検討し改革することが第一であり、緊急であろう。医療報酬（医師、看護師、介護士など）、病院や付属機関の施設、何よりも薬（薬品）代など抑制の努力が十分なされているか、厚生労働省の検討が肝心である。

国保には定年高齢者のほか、非正規労働者らも数多く加入している。会社から独立、起業した人の加入もまた多い。そして企業の健保組合からの国保援助、さらに保険料の引き上げがこれから続くならば、健保組合の悲鳴は、大きく広がるばかりとなるであろう。国保の改革による安定運営は、国民の健康維持とそれを約束する総合医療政策が望まれるのである。国と地方と企業と住民の協力なしには、それは実現しないことだけは明確である。

厚生労働省によると、2013年度、国保に3兆円を超える国費を投入したが、全国で合計約3,100億円の赤字が出ており、赤字の国保は全体の52.7%、905自治体に達している。

国保は、自営業者や無職、非正規労働者ら約3,000万人が加入しており、運営を2018年度に市町村から都道府県に移す。国からの支援金は2015年度から1,700億円の税金を投入し、2017年度から年間3,400億円上積みして財政の立て直しを図る。そのため、保険料率の引き上げを求められる健保組合が増え、会社員の手取り収入に影響が出てくるが、保険料率は当面、ほぼ変わらない、と説明されている。

関連法には、国保に医療費削減の努力を促す仕組みも盛り込まれている。安価な後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及などに積極的に取り組む自治体に、

優先的に公費配分する「保険者努力支援制度」の創設である。その1つは、国保加入者の診療報酬明細書（レセプト）などのデータを活用して医療の無駄を無くすることに努める。

また、2016年度からは、かかりつけ医の紹介状なしに大病院で受診する際には、5,000円から1万円の自己負担が新たに義務化される。また入院時の食事代の自己負担が、低所得者を除き、現在の1食260円を、2016年度と2018年度に100円ずつ引き上げ、1食460円となる。2017年度からは、75歳以上の保険料も軽減する特例が廃止される。さらに「患者申し出療養」制度が2016年度に新設される。これは未承認の新薬や医療機器による保険外の自由診療と、公的な保険が使える診療とを組み合わせる「混合診療」がより易く受けやすくする狙いだが、裕福な患者に偏らないようにする責務が医療関係者に望まれるであろう。

6. 負担と給付の安心と安全

確かな社会保障制度は、年金、医療、介護などを通じて、国民に安心と安全を給付する人間尊重の重要な政策である。特に70歳以上の高齢者にとって医療保障は、生きてきた誇りと余生への喜びを支える政治の賜物であろう。しかし、世代を問わず、豊かな人もいれば生活の苦しい人もいる。それが現実だから、その格差をきっちり受け止めて、負担と給付の手直しを急ぐことが、いま社会保障改正の大前提となっているのではなからうか。つまり、社会保障の恩恵の配分の是正である。

安倍内閣は一足早く、大企業の法人実効税率を引き下げ、防衛予算や対外援助費などは2015年度予算で増額したが、社会保障費については、2020年までの財政健全化計画に絡めて支出抑制の方向である。2014年度の社会保障費は総額約115兆円であった。その内訳は、年金56兆円、医療37兆円、介護・福祉・子育て支援など22兆円となっている。

また「国の借金が14兆円を超え、2015年度予算でも新規国債の発行が36兆円を上回った。その原因として最大のものは、国の一般会計の3分の1を占め、高齢化などで増え続ける社会保障費である」（『朝日新聞』、2015年5月25日）と取り上げ、年金や医療、介護の給付の見直しを主張している。これにも異議がある。

もっと高額な他の公共投、融資に触れていないのには納得がいかないからである。

社会保障は国の骨格であり、背骨である。あるいは国の進路や行方を示すものである。4月の参議院予算委員会（9日）で安倍総理は「医療制度は、国民皆保険の下、病気となった者を治療し、社会復帰につなげるなど、国民生活の安定と向上を図り、経済成長を支える重要な役割を狙っている」と明言している。しかし同委員会の論議で、国民1人当たりの国保保険料が2025年度には11.2万円（2012年度は9.1万円）に上がる見通しが示され、全国知事会は「せめて協会けんぽ並みの負担率に引き下げ」を要望していることが明らかにされている。

戦後の医療政策の中でもっとも大きな出来事は1961年の国民皆保険制度の誕生である。それによって、それまでの職域中心の医療保険が各地の地域を含めた日本全体の医療保険制度へと広がり、定着していった。「だれでも、どこでも、いつでも」医者にかかり、薬をもらって、きちんとした医療が受けられるようになり、高齢者の死亡率が減って長寿化が進むようになった。

高齢社会の到来は歴史の転換点でもある——と言われたが、同時に少子化していった。韓国でも、高齢化率は1990年に7.2%、2010年11.0%だが、2030年は24.3%となり、少子化傾向も著しくなる。これは経済と文化の発達をもたらした、と説く医学者もいるが、社会保障、福祉制度にとっては大きな転換期ではある。日本では、10か年戦略の「ゴールドプラン」（高齢者保健福祉推進）が1990年にスタートした。このあと1995年には、大幅に充実、修正された「新ゴールドプラン」が成立した。

さらに1997年、公的介護保険法が成立した。審議会は「高齢に達した親の平安な老後を看取り、人生の最後まで人間としての尊厳を全うできる介護をしたいと願うのは、誰しも同じである。しかし現実には、高齢者の介護はそれを負担する家族に肉体的、精神的、経済的重圧となり、心で想う介護が全うできず家族の崩壊や離職をはじめ、様々な家庭的悲劇の原因となる」とアピール、国民に訴えた。

そして審議会の委員を務めた医学者の岡本祐三は「厚生労働省や審議会が苦慮したのは、サービス提供と費用負担（応能負担）のあり方であった。いろいろと論議した結果、1997年12月、介護保険制度として法案が成立した。40歳以上の市民を対象に、新たな保険収入と、それと同額の租税を加え、さらに利用料とで財源を作り、市町村を主体として、必要時に各種の介護サービスを提供できるよう

にする社会的連帯システムである」⁽²³⁾と、著している。

世界でも最上級の医療制度を誇る日本であるが、高齢化が進むなか、高齢者の医療対策は遺族にとっても、国・自治体にとっても、人間の尊厳と福祉のあり方、成熟度を問われる正念場を迎えている。在宅医療、長期医療、いずれもターミナルケアの大きなテーマである。医療制度のさらなる進歩、改善、改革のためには、知恵も金銭も努力も惜しんではならない。なによりもそれは国と地域の立法・行政責任である。そして「医療保険制度」は、国民が加わり、自助努力できる唯一の〈いのち保険〉であり、行政と医療機関と住民の三位一体医療保険ではないだろうか。

だが、医療・介護における国民の負担は年々増えてきている。給付は高齢者世代中心、負担は現役世代中心という現在の構造を見直して、「給付・負担の世代間、世代内の公平の確保」（2013年度国民会議報告書）を実現しようという狙いだからであろう。

しかし、国民に信頼される高齢者のための持続可能な医療保険を育てていくなれば、十分に検討された社会保障制度を確立してスタートさせなければならない。現行制度の欠陥や不十分さを、国民に確かめ、意見を取り入れ、親と子の世代の話し合い、理解と手を差しのべることによって実践することである。

7. おわりに

いま、高齢者医療の大きな課題として「再生医療」と「先制医療」が注目されている。再生医療は、IPS細胞やES細胞を使って心臓病や糖尿病、パーキンソン病、がんなどを治すと期待されている。先制医療は、病気を早い段階で診断して悪化しないようにし、できるだけ病気にならないよう予防する医療である。アルツハイマー病や骨粗鬆症による骨折、動脈硬化などをいち早く見つけて治療するのである。これらの病の予防や治療法は、超高齢化社会での緊急かつ中心的医療として研究と医療行為が求められている。それに応える医師と看護師、薬剤師は、患者、家族にとっては心と体を委ねる〈神の手〉ともいうべき「医の人」なのである。

医療・医療機関は巨大産業となった。グローバルな情報と薬品によって世界の

苦しみ、病む人たちを救済、看護することは崇高な献身的実践愛である。だからこそ、より自覚し、より誇り、より振る舞ってほしいのである。

「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）として示された政府諮問会議の〈社会保障の歳出減計画〉では、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及率を2020年度から80％以上に引き上げる」「湿布や漢方薬などを保険対象から除外する」というもので、さらに「所得や資産に応じた医療費・介護の自己負担割合を見直す」ことを提案している（『朝日新聞』、2015年6月11日）。また、2016年度から3年間でテスト期間とし、さらに今後、薬の自己負担額や薬価の毎年改定なども調整していくと報じている。高齢化に伴う社会保障費の伸びを年間5,000億円程度にしたい、という財務省の意向に沿ったもののようだが、国と地方の基礎的財政収支を社会保障に位置づけようとするもので、他の公共投融资には触れていない。安倍政権は「歳出改革は聖域なく進める。社会保障にも重点を置き、医療、薬も同じである」と表明しており、社会保障制度の後退を心配する声は、これからもさらに高まるだろう。

医療保険制度全般に関して、高齢者医療・後期高齢者医療制度の見直しを求める意見は医師会、関連学界の識者の間では強く、高い。赤字で困窮する国保や負担の限界にある協会けんぽ、健保組合などからの支援金でなんとか存続している後期高齢者医療制度だが、もはや保険として成り立っているとは言えない状況のようである。

「この際、後期高齢者の現行程度の保険料と、あとは公費負担で賄う制度に転換すべきではなかろうか」⁽²⁴⁾と石田重森（福岡大・名誉学長）は主張している。さらに石田は「医療保険改革は、保険的側面だけの改革ではなく、医療の効率化と共に進める必要がある。医療の質の改革にまで踏み込まないと、真の医療費適正・医療費抑制、本当の医療保険改革には結びつかない」⁽²⁵⁾と述べている。国保改革と保険者機能の強化を求める願いは、高齢者だけでなく、その人たちを支え、長寿と健康を願う家族、地域住民、いや世代を超えた多くの人たちの思いであろう。

高齢化社会を示す指標は平均寿命の伸びである。日本は戦後70年間で平均寿命が30年以上伸び、1980年代前半からは世界一を保っている。それを支えたのは、経済成長に伴う母子保健や結核対策、地域の衛生状態の改善など公衆衛生の活動と普及が指摘されているが、1961年に施行された皆保険制度による「ユニバーサ

ル・ヘルス・カバレッジ」の役割が最も大きいのである。この制度により、降圧剤が普及されて当時最大の死因だった脳卒中が激減した。誰でも、どこでも、いつでも医療を受けられる皆保険制度は、医療体制を国民にとって平等・安心・安定なものに大きく変えた。だが同時に、現在の公的医療保険の制度疲労を招き、深刻化が心配されている。

その制度疲労とは、機能と役割ではなく、給付と負担にかかわる財源問題である。患者に最適な医療を施し、その質の向上を絶えず図ることは、医師や医療機関だけでなく、国と各自治体を含めた共同義務、責任であるが、医療制度、保健医療への財政投融资、援助、補助もまた重要な「健康の社会的規定要因」として行き届いた考慮が求められるのである。高齢化、生活習慣病の蔓延化がみられる現在、その対応と対策は急務である。

20年後の保健医療のあり方を検討してきた厚生労働省の「保健医療2035」策定懇談会（座長、渋谷健司（東京大））は6月9日、最終報告書を公表、次のように述べている。「保健医療2035全体像」は、①目標「人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、日本および世界の繁栄に貢献する」、②基本理念「公平・公正、自律に基づく連帯、日本と世界の繁栄と共生」である。

また、保健医療制度を規定してきたパラダイム（枠組み）の転換を提唱している。具体的には①量の拡大から質の改善へ、②インプット（資源投入）中心から患者にとっての価値中心へ、③行政による規制から当事者による規律へ、④キュア（治療）からケア（介護）へ、⑤発散から統合へ、である。

さらに同報告書は、保健医療のパラダイムが大きく変わる中で、日本がとるべき道を次の3つをあげている。第1は、保健医療の価値を高めること、第2は、個人の主体的選択を社会で支えること、第3は、日本が世界の保健医療を牽引すること、である（『日経新聞』、2015年6月26日）。

高齢化社会の先進国である日本が、優れた医療保険制度を持つ健康先進国として、その英知をみせ、人々のさまざまな生き方、暮らし方、働き方を励まし、支えてほしいことを望んで結びとする。

注

- (1) 「社会保障制度改革国民会議報告書——確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」(2013年8月6日)。
- (2) 中村実『2015年の社会保障制度入門——社会的連帯の強化と自己決定の尊重』野村総合研究所、2008年、54頁。
- (3) 藤末衛「医療に市場原理はなじまない」『国家戦略特区』コモンズ、2014年、83頁。
- (4) 笠木映里「医療制度・医療保険制度改革——高齢者医療・国民健康保険を中心に」『ジュリスト』秋号、2014年、10頁。
- (5) 江口隆裕「何のための国保改革か」『週刊社会保障』2月9日号、2015年、34頁。
- (6) (特集1)「医療保険制度改革法案は3月上旬に国会提出予定」『週刊社会保障』2月16日号、2015年、8-9頁。
- (7) 新浪剛史「医療費の地域間格差に切り込め」『中央公論』3月号、2015年、82-83頁。
- (8) 同上、83-84頁。
- (9) (特集)「各都道府県は4月以降に＜地域医療構想＞の策定を」『週刊社会保障』3月23日、2015年、44頁。
- (10) 入院ベッドが地域ごとにどれだけ必要かを考慮して、決められる医療の地域圏。手術や救急などの一般的な医療を地域で完結することを目指す。厚生労働省が、医療法にもとづいて、地理的なつながりや交通事情などを考慮して、一定のエリアごとに定める。複数の市町村を1つの単位とし、都道府県内を3-20程度に分ける。一般的に1次医療圏は市町村、3次医療圏は都道府県全域をさす。
- (11) 「都道府県の役割・権限が大幅拡大、保険者機能の充実・強化も進む」『日程ヘルスケア』、2015年、31頁。
- (12) 2006年5月、シンガポール、ブルネイ、チリ、ニュージーランドの4か国間で発効した自由貿易協定である。その後、11か国の参加となり、日本は2013年の協議から参加している。TPPの基本原則は、あらゆるモノやサービスの関税・非関税障壁の撤廃である。
- (13) 2013年12月に「国家戦略特区法」が成立し、2014年4月には全国6地域が指定された。「世界で一番ビジネスのしやすい環境をつくるため、大胆な規則改革と税制措置、新しい技術やシステムによるイノベーションを駆使する」プランといわれたが、アメリカの意向を及んでアベノミクスが取り入れた。TPPも国家戦略特区も同時並行的に進められ、新自由主義を推進す

- る経済人や学者が賛同しているが、利益を得るために国境を越えた大企業側の戦略と言われている。
- (14) 内田聖子「TPPと国家戦略特区は新自由主義の双子」『国家戦略特区』コモンズ、2014年、16頁、18頁、76－77頁、133－135頁、138－139頁。
- (15) 郭洋春「米韓FTAで起きたこと」『国家戦略特区』コモンズ、2014年、109－110頁、112－113頁、117頁、124頁。
- (16) 浜矩子「私たちの暮らしはどうなる？」『国家戦略特区』コモンズ、2014年、10頁。
- (17) 20年の特許期間が切れ、先行医薬品の特許成分を利用し、効果が同等で、より安価で供給できる後発医薬品のことである。
- (18) 芝田英昭「TPP参加交渉と公的医療」『住民と自治』605号、2013年、17－21頁。
- (19) 病気ごとに作られている診断基準や治療法で、治療法が競合する「がん」や「糖尿病」「高血圧」などは種類が多い。
- (20) 病気を治すための薬が、多剤、大量の処方によって逆に患者を苦しめている。薬には依存性があるから、減らすのは厳しく、医師の「さじ加減」が問われている。
- (21) 飲み残しのリスクについては、福岡や高知県の薬剤師会が「残薬を減らす運動」を初めており、検討をしている地域薬剤師も増えているようである。
- (22) 老年医学会と厚生労働省が協力して、15学会などのチェックを得て作った医療者向けの指針となる。高齢者が中止を考えるべき「ストップ」50種類は、抗精神病薬、睡眠薬、抗不安薬、糖尿病薬の一部や全部などである。また使用を勧める「スタート」も新設され、利用をのぞんでいる。
- (23) 岡本祐三『高齢者医療と福祉』岩波新書、2002年、147－148頁、158頁。
- (24) 石田重森「国保改革と保険者機能の強化」『週刊社会保障』6月8日号、2015年、35頁。
- (25) 同上。
- (26) すべての人が基本的医療サービスを支払い可能な費用で受けられることである。

参考文献

- 明里帷大『社会保障の財政改革』中央経済社、2005年。
- 石田重森『改革期の社会保障』法研、2006年。
- 一圓光彌・林宏昭編著『社会保障制度改革を考える』中央経済社、2014年。

井村祐夫『医と人間』岩波書店、2015年。

大沢真理『現代日本の生活保障システム』岩波書店、2007年。

岡本裕三『高齢者医療と福祉』岩波新書、1999年。

小塩隆土・府川哲夫・田近栄治『日本の社会保障政策課題と改革』東京大学出版社、2014年。

貝塚啓明『社会保障制度改革の研究』財務省財務総合政策研究所、2008年。

『隔月刊社会保障』あけび書房、2014年秋号。

『経済』新日本出版社、2014年9月号、2015年2月号。

権丈善一『医療・年金問題の考え方―再分配政策の政治経済学Ⅲ』慶應義塾大学出版会、2006年。

芝田英昭『新しい社会保障の設計』文理閣、2006年。

社会政策学会編『高齢社会と社会政策』ミネルヴァ書房、1999年。

『週刊社会保障』法研、2015年1月2日号、1月19日号、2月9日号、2月16日号、3月2日号、
3月9日号、3月23日号、3月30日号、4月27日号、6月8日号。

『世界』岩波書店、2014年8月号・11月号、2015年3月号・4月号。

橘木俊詔編『リスク社会を生きる』岩波書店、2004年。

田中きよむ『少子高齢社会の社会保障論』中央法規、2014年。

中村実『2015年の社会保障制度入門』野村総合研究所、2008年。

浜矩子・郭洋春編『国家戦略特区』コモンズ、2014年。

二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書店、2014年。

星野一正『医療の倫理』岩波新書、2012年。

堀勝洋『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』ミネルヴァ書房、2009年。

横山寿一『社会保障の再構築』新日本出版社、2009年。