

# 医療・介護保険改革の今後

中村 実



## CONTENTS

2004年の介護保険の見直し

医療費の配分の再検討

2005年の高齢者医療制度改革

自己決定の尊重と医療

国民健康保険の再編

### 要約

- 1 1人当たり月間500万円を超える医療費の請求件数は、2004年に2500件余りに上っている。医療制度改革を考えるに当たって、技術の進歩に伴う医療費高騰の問題を無視することはできず、医療の無駄は徹底的に取り除かなくてはならない。予防医学を推進し、医療制度を抜本的に見直したうえで、介護保険制度ともつながるホームドクター制を導入すべきである。
- 2 高齢者の医療費負担率を引き上げることが決まった。限られた保険料収入を有効に利用するため、低額医療は全額自己負担とし、高額医療を保険の対象とする「保険免責制」の導入を考えてもよいだろう。
- 3 地域健康保険加入者には低収入の人が増えているが、負担率が高い。地域健康保険と職域健康保険を統合し、保険料負担の平等化を図るべきだろう。介護保険に関しては、20～39歳層からも保険料を徴収する必要がある。
- 4 高齢者の医療、介護を考えるうえでは、「生活の質」を優先すべきである。可能な限り自宅で暮らし、無理なく終末を迎えるためには、在宅ホスピスネットワークを整備していかななくてはならない。医療保険と介護保険とは密接にかかわり合っている。
- 5 インフォームド・コンセント、生殖医療、臓器移植、尊厳死など、医療技術の進歩に伴い、旧来の道徳観では解決できない問題が次々に発生している。個人の自己決定権を重視することを前提に問題解決を図るべきである。

## 2004年の介護保険の見直し

2004年後半から2005年末までの間に介護保険が見直されると同時に、高齢者医療保険制度の導入が検討された。これらの内容を整理し、今後の見直しについて述べる。

### 1 20～39歳層からの保険料徴収

2004年後半の介護保険の見直しでは、20～39歳層からの介護保険料の徴収が主な論点となった。介護保険の現在の給付額は6兆円、2025年には20兆円に達すると予想されているが、この資金源を何に求めるかが介護保険財政の最大の課題である。現在は、半額を公費で、残りの50%を保険料で賄っているが、保険料については18%を65歳以上、32%を40～64歳の人々が負担している。

介護保険の導入期には、20～39歳の若年層からの保険料徴収には反発が予想されたため、この世代からの徴収が見送られた。ただ、財政再建が国の重要課題となっているなか、介護保険に多額の公費をつぎ込むことには無理があり、保険料で賄う部分を増やすことは避けられない。

65歳以上の多くは年金生活者であり、この世代の保険料値上げには限度があるため、保険料徴収の範囲を20～39歳にまで拡大しない場合、40～64歳層にかかる負担は過大なものとなる。20～39歳層からの保険料徴収が必要とされるゆえんである。

保険料徴収の範囲を20～39歳にまで広げるに当たっては、その見返りとして介護給付のユニバーサル化が提唱された。介護保険の給付対象の規定から、年齢制限を撤廃するというものである。現在の介護保険の給付対象

は、原則、65歳以上の高齢者だが、保険の対象に年齢制限を設けることに妥当性は見出しづらい。事故や病気のため、介護給付を求めている人は、どの世代にも幅広く存在している。こうして、今回の見直しでは、給付における年齢制限を撤廃する見返りとして、保険料徴収の範囲を拡大する案が提示された。

### 2 実現しなかった保険料徴収の範囲拡大

ところが、蓋を開けてみると、保険料徴収の範囲を20～39歳にまで拡大することには、反対が多かった。一般企業に勤める従業員の保険料は労使折半であるため、企業にとってはコスト増加につながる。また、保険者（保険の事業主体）である市町村は、若年層からの合意が得られないとして反対した。20代の国民年金保険料、国民健康保険料の未納率はそれぞれ50%、25%前後に達しており、新たに介護保険料を徴収することは現実的には困難であることが、その背景にある。

結果として、介護保険料の徴収範囲を20～39歳にまで拡大する案は見送られ、次の見直し（2009年）まで先送りされることになった。

国民年金保険料は源泉徴収ではなく、自発的な納付となっており、学生、フリーター、若年層、パート社員など、収入の少ない人の保険料支払いが滞りがちであることが、未納率上昇の大きな原因である。

保険料の徴収を確実にを行うためにパート社員を厚生年金保険加入者とするのは、次の公的年金改革（2009年）の大きな争点であるが、医療保険でも同様で、パート社員を企業健康保険組合の被保険者とするのが、医

療保険改革の争点の1つになっている。公的年金、医療保険でパート社員からの保険料の源泉徴収が可能となれば、次回の介護保険見直し時に、介護保険料徴収の範囲を20～39歳にまで拡大することにとっては追い風になると思われる。

### 3 予防介護の導入

介護保険の給付対象者は2004年3月末で384万人、そのうち症状の重い要介護3以上の要介護者は141万人であった。多くの対象者は、それほど重い症状ではないのである。高齢化の進行で、前述したように2025年には介護給付総額は20兆円にも達する見込みだが、資金調達の目処は立っていない。

介護給付を少しでも減らすために、予防介護に重点が置かれつつある。今回の見直しでは、要支援、要介護1などの軽い症状の人々には筋力トレーニングを取り入れることが決まった。正しい食生活、適切な運動、リハビリテーションを通じて、重介護度とならないような体制を整備していくこととなったのである。

一方、介護保険の公費負担には限度がある。財務省は今回の見直しで、介護保険財政を安定的に保つために、介護保険の自己負担率を現行の1割から2割に引き上げることを提唱した。結果的にこの案は実現には至らなかったが、長期的には自己負担率の引き上げを考えざるを得なくなろう。

また保険料についても、引き上げは避けられまい。65歳以上の介護保険料は現在月3300円（平均）だが、10年後には6000円ほどになる見込みである。

### 4 高齢者の居住空間

高齢者介護を考えるうえで、居住空間の問題は重要である。要介護となる要因は、脳卒中、アルツハイマーなどさまざまだが、自宅での転倒も無視できない。

2003年に転倒など家の中での不慮の事故で亡くなった人は1万1000人余り（厚生労働省「平成15年人口動態調査」）と、交通事故死者の1万913人を上回っている。家の中での事故による1万1000人超の死者のうち、8654人は高齢者である。骨折などのけが人は死亡者の数倍発生しているはずであり、運動能力の衰えた高齢者が家の中での転倒を原因として要介護状態となるケースは数多いと思われる。こうした事故を防止するためには、筋力を保つことに加えて、60代のうちに自宅をバリアフリー化しておくことが望ましい。

在宅介護が不可能になれば介護施設に入所することになるが、介護施設は不足している。また、介護施設には4人部屋、6人部屋が多く、プライバシーを保つことが困難である。今回の見直しでは、介護施設の個室化が推進されることになった。個室化に伴う費用増に対して、介護施設では居住費と食費を保険給付対象から外し、自己負担にすることとした。

要介護5の高齢者が特別養護老人ホームの個室で生活する場合、26万円の介護給付を受けたとすると、自己負担は給付の1割の2.6万円、居住費が月6万円、食費が月4.2万円で、合計12.8万円ほどである。月に約25万円の公的年金給付を受けていた夫婦の夫が死亡した場合の、妻の遺族年金給付が約14万円であることを考えると、妥当なコスト水準であろう。

介護施設は、居住費の徴収を通じて建築費を回収することができるようになるため、採算性が上がり、増設が進むと思われる。個室化の推進により、要介護者のQOL（生活の質）は大幅に上がるとともに、無理な在宅介護を強いられていた家族の負担も大幅に減るに違いない。今回の個室料金に関する公式決定を機に、介護施設の増設と個室化が推進されることを期待する。

## 5 入院の短期化

介護保険に関連して、増大する高齢者医療費の問題を解決するために、高齢者医療特別会計の導入が取り沙汰されているが、特別会計を導入したところで医療費自体が削減されるわけではない。

年間1人当たり医療費は、65歳未満の15.3万円に対して、70～74歳では61万円、80～84歳では87.1万円と、年齢が上がると急激に増加する（すべて2001年の数値）。2025年には65歳以上人口は全人口の3割に達すると予想されており、高齢者医療費の増加が懸念されている。高齢者の1人当たり医療費を何としても引き下げなければならない。

平均入院日数を見ると、わが国は28.3日とアメリカ（6.6日）の4倍である（19ページの表7を参照）。入院期間が長いことが、高齢者医療費をつり上げる結果につながっている。入院を短期化するためには、手術後などに必要最低限の治療のみを病院で行い、その後は自宅での療養を促す体制を作り上げる必要がある。

今後は、高度医療を行う高機能大型病院では手術とある程度のリハビリテーションのみを行い、治療後は速やかに退院し、退院後は

ホームドクターにかかるという体制が急速に広まっていくと思われる。退院後は、在宅、あるいは介護施設で介護を受けながら生活することになるため、入院期間の短縮に伴って介護サービスを充実させていかねばならないだろう。

在宅介護では、夜間と緊急時の対応が介護を担う家族にとって大きな不安点である。高齢化の進行で在宅介護は増加していくと思われるが、今回の介護保険の見直しでは、在宅介護を支える地域拠点として、ショートステイ、デイケア、ヘルパーセンターなどさまざまな機能を備えた小規模多機能拠点の増設が決まった（2006年4月から実施）。

## 6 小規模多機能拠点の展開

介護保険の導入時には、主に寝たきり老人が想定されていた。ところが、導入後5年が経過し、認知症高齢者が予想外に多いことが判明してきた。2030年には認知症高齢者は300万人、65歳以上人口の1割を占めると予想されている。

2005年、徘徊高齢者の捜索願として全国の警察に寄せられた110番通報は2万4000件を数えた。うち1万8000件は無事に発見され帰宅、5000件は自力で帰宅、残りの約1000件は死亡、不明だった。各地で認知症高齢者への対応策を整備する必要があり、ヘルパーには身体介護よりも精神面での介護が求められるようになっている。

要介護3以上の認知症高齢者を在宅で介護するには、大きな困難が伴う。認知症高齢者の受け入れ先としてはグループホームが望ましいと考えられており、グループホームの増設が進んでいる。

表1 家族形態の変化

	(単位：%)		
	2000年	2025年	差
単独世帯	27.6	34.6	7.0
夫婦のみ	18.9	20.7	1.8
1人親と子供	7.6	9.7	2.1
夫婦と子供	31.9	24.2	-7.7
その他	14.0	10.9	-3.1

出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」2003年10月推計

グループホームとは、大型住宅に10人前後の要介護者がヘルパーと共に生活する場所で、2005年3月末現在で約7000カ所ある。在宅介護が困難になった認知症高齢者にとっては、通い慣れた場所がグループホームであることが望ましく、ここにデイケア、ショートステイ、ヘルパーセンターの機能を付け加えるべきだといわれてきた。しかし、小規模多機能拠点は認知症高齢者向けだけに限定すべきではなからう。

2025年の世帯数の内訳は、単独(1人暮らし)世帯34.6%、夫婦と子供の世帯24.2%、夫婦のみの世帯20.7%、1人親と子供の世帯9.7%と推計されている(表1)。1人暮らし世帯が夫婦と子供の世帯を大きく上回るようになるが、1人暮らし世帯の中でも75歳以上の高齢者女性(全世帯の約15%に当たる300万世帯を占めると予想されている)に注意しなくてはなるまい。

介護施設、老人ホームなどで生活する高齢者の女性も急速に数を増すと思われるが、1人暮らし高齢者の在宅介護の問題は看過できない。在宅介護を必要とする1人暮らしの高齢者のための支援拠点が必要である。そこで、小型の特別養護老人ホームではあるが、デイケア、ショートステイ、ヘルパーセンター、

訪問看護師ステーションなどの機能を備えた小規模多機能拠点を増設することが考えられる。この拠点は、在宅介護を支えるために、夜間のパトロールや緊急時の医師の派遣業務を担うことも期待されている。

現在は、地域との接点が少ない特別養護老人ホームと在宅介護が、介護サービスの中心である。在宅介護に欠かせない訪問ヘルパーは、1人の患者に対して同一人物が担当しているわけではない。このため、信頼の置ける在宅介護サービス拠点が求められている。小規模多機能拠点は、ヘルパーセンターと介護施設の機能を併せ持ち、各地域での介護拠点となることを期待されている。

その一方で、介護保険費用は、地域の介護需要を前提に地方自治体が25%を、高齢者が18%を負担しているが、介護施設の増設は地方自治体と高齢者の負担増につながるため、地方自治体は近年、グループホームなどの増加に消極的といった課題もある。小規模多機能拠点の増設とともに、各地の介護施設の再編も図るべきだろう。特別養護老人ホームにデイケア、ショートステイ、ヘルパーの夜間パトロールセンター機能を付加し、地域密着型介護拠点としたい。

## 7 2009年の見直し時の課題

今後の介護保険改革については、今回決まった、予防介護のノウハウの蓄積、介護施設の個室化の推進、小規模多機能拠点の増設、認知症高齢者の介護技術の向上と支援拠点の構築 が着実に行われているかの検証が第1の課題である。

また、介護のユニバーサル化の観点からも介護保険料の徴収範囲の拡大(20~39歳層も

対象とする)が重要な課題だが、ヘルパーの報酬の見直しも重要である。

高齢化の進行とともに、地方では今後20～30年にわたって過疎化が進んでいくといわれている。たとえば、高知県全体の人口は2000年までの10年で1万人減少したが、逆に高知市の人口は1万人増えた。県人口の41%が高知市に集中している。生活基盤が失われつつある農村部から都市部への人の移動には、十分な介護体制の整っていない農村部から都市部への高齢者の移動が含まれている。高知市周辺の医療施設の多くは、高齢者向け福祉施設としての色彩を強めつつある。

将来は全世帯の3分の1が高齢者世帯になると予想されているが、都道府県別に見れば、20を超える都道府県で高齢者世帯は4割を超えともいわれている。地方の介護体制の整備が急務であるゆえんである。

ヘルパーの報酬を見直し、ヘルパーだけである程度の生活が維持できる水準にまで引き上げる必要がある。現在、訪問介護ヘルパーの移動時間は報酬に含まれない。また、大半のヘルパーは正社員ではなく登録社員であり、安定した収入を得られない。高齢化、過疎化が進行する地方で在宅介護を可能とするためには、これらの点を改善し、ヘルパーで生計を営むことが可能な環境を整備するほかない。

その他の課題としては、介護保険と障害者支援制度の統合がある。今回の見直しでも統合について議論はされたものの、合意には至らなかった。ノーマライゼーションの推進は時代の流れでもある。障害者も健常者と同じように生活できる環境を整えるというノーマライゼーションの考え方は、第二次世界大戦

後のデンマークに始まったが、わが国では障害者の脱施設化が具体的な目標となろう。

現在の障害者総数は656万人(身体障害352万人、知的障害46万人、精神障害258万人)である。知的障害者のうち13万人は施設に入所、精神障害者のうち34万人は長期入院しているが、長期入院のうち7万人は社会的入院と推定されている。

ヘルパーによる介護、デイケア、ショートステイを前提とした在宅介護体制の整備や、グループホームの設置は、障害者の脱施設化にも大きな助けとなる。グループホームは認知症高齢者のためだけでなく、障害者の社会復帰を支援する場としても大きな役割を果たすと期待される。

以上、次回2009年の介護保険改革時には、介護保険と障害者支援制度の統合を含めた介護のユニバーサル化、保険料徴収範囲の拡大、地方の過疎化をにらんだ人的資源維持政策を推進することが大きな課題となろう。

## 2005年の高齢者医療制度改革

医療保険制度とは、加入者がお金を出し合っていて、病気になったときの金銭的負担を軽減する相互扶助の制度である。ただし、仮に医療費の自己負担をゼロにする(負担率を低くする)と、患者にコスト意識がなくなるため通院回数が増える、また過剰な医療を施す病院が現れるなど、医療費が際限なく膨張することになってしまい、結果として保険料が高騰する。このため、現在の自己負担率は現役世代3割、高齢者1割と設定されている。

一般的に高齢になると医療負担が増えるが、高齢者は大半が年金生活者であり金銭的

表2 厚生労働省による高齢者医療費自己負担率の2008年度改革試案

	中低所得者	高所得者
69歳以下	3割	3割
70～74歳	2割	3割
75歳以上	1割	3割

注) 高所得者：世帯年収520万円以上

なゆとりがないことに配慮し、高齢者の自己負担率は現役世代より低く設定されている。しかし、少子高齢化の進行で現役にかかる負担が過剰になりつつあり、高齢者にも応分の負担を求める声が強まっている。

2003年度の国民医療費31.5兆円の5割に当たる16兆円が、人口では2割にすぎない65歳以上の高齢者に対するものである。2003年度の1人当たり医療費を見ても、64歳以下では15万円にすぎないが、65歳以上は65万円と4倍以上に上っている。高齢者の受益と負担は非常にアンバランスで、2005年に始まった高齢者医療制度改革（75歳以上の高齢者を対象）では、厚生労働省が表2のような高齢者の自己負担率改正案を示すなど、高齢者を弱者とみなして優遇する政策は見直される傾向にある。

## 1 職域健保と地域健保

医療保険制度自体も見直されつつある。現在、大企業は自ら企業健康保険組合を設立している。一方、企業健康保険組合を設立することのできない中小企業の従業員は政府管掌健康保険に加入する。また、公務員が加入する国家公務員、地方公務員共済組合がある。企業健保、政管健保、共済組合は3大職域健康保険と呼ばれている（加入者8000万人）。職域健保では労使がほぼ折半で保険料を拠出

しており（従業員は源泉徴収）、政管健保の保険料率は現在、報酬の8.2%である。

職域健康保険に加入していない農林漁業者、自営業者、零細企業従業員（飲食店の従業員など）等は、市町村の運営する国民健康保険に加入する（このほかに、国民健康保険の中には医師、弁護士など同業の人々が組成した同業種健康保険が一部含まれている）。いわゆる地域健保である（加入者3000万人）。職域健保の場合、保険料の拠出は労使折半がほとんどだが、地域健保の場合には企業拠出に当たる部分がないため、医療費の半額は国費により賄われる。このほか、老人保健制度または退職者医療制度（後述）に加入している高齢者が2000万人いる。

## 2 高齢者医療の財源

定年を迎えた職域健保加入者は、職域健保からは離脱しなければならず、定年後は地域健保加入者とならざるを得ない。しかし、地域健保にしてみれば、職域健保を離脱して加入してくる定年退職者は所得が低く、多くの保険料収入は期待できない。一方、現役に比べて医療費はかさむため、財政収支を悪化させる要因になり、職域健保から流入してくる定年退職者は悩みの種であった。このため、図1のような制度設計がなされてきた。

すなわち、70歳以上の高齢者は老人保健制度の対象として別扱いし、自己負担率は1割と定めた（老人保健制度加入者1200万人）。自己負担と保険料で賄えない部分については、公費と地域健保、職域健保からの拠出金で賄う。これは、高齢者の医療費の大半を、現役世代の支払う税金と保険料で賄うことにほかならない。



老人保健制度が適用されるのは70歳からだが、現在の定年はほとんどが60歳であり、地域健保に属する60歳から70歳までの高齢者医療費の財源をどこに求めるかも課題の1つであった。職域健保が定年後も70歳までの高齢者を受け入れるのであれば問題はないが、多くの職域健保は62歳、63歳を限度としていた。定年退職者がすべて地域健保に加入すれば、地域健保の財政は破綻してしまう。

そこで、地域健保に退職者医療制度（加入者700万人）を設け、定年で地域健保の加入者となった人の医療費については、本人の保険料と自己負担で賄いきれない部分を、退職前の職域健保が負担することにした。

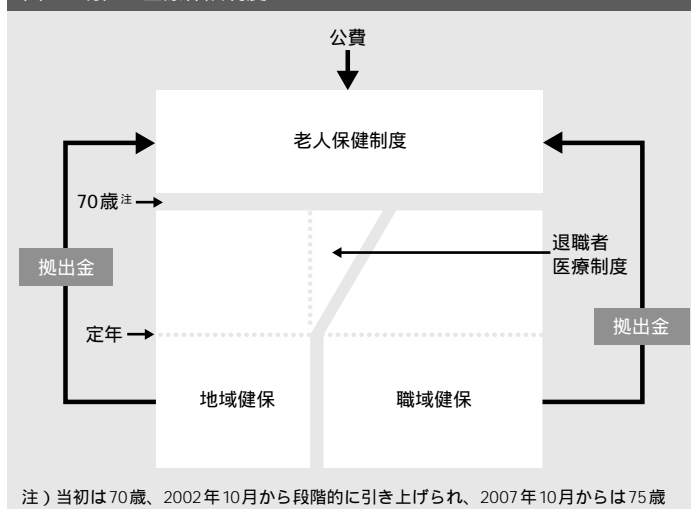
こうして、事実上、70歳までの医療費は、職域健保加入者については職域健保が、地域健保加入者については地域健保が負担することとなった。

### 3 高齢者医療制度改革

高齢化の進行で高齢者の数が急速に増加することは確実なため、2004年度に13兆円の高齢者医療費（70歳以上）は、抜本的改革を行わない場合、2025年には40兆円近くに達する見込みであり、老人保健制度の資金調達の再検討を迫られている。折しも、70歳以上だった老人保健制度の対象年齢は、財政難のため2002年10月から徐々に引き上げられ、2007年10月からは75歳以上ということになった。

そこで、今回の高齢者医療制度改革では、厚生労働省は、高齢者医療保険制度（75歳以上）を創設し、半額を公費負担とする一方、高齢者からも1割分の保険料を徴収し、豊かな高齢者の自己負担率を引き上げようとした。公費と高齢者負担を増やすことで現役の

図1 現在の医療保険制度



負担（地域健保、職域健保からの拠出）をわずかでも軽くする意図である。

一方、日本経団連は、職域健保の負担を減らす（企業負担も低下する）ために、厚生労働省案を上回る公費負担と高齢者の自己負担を求め、公費負担を5割以上にするとともに、定年が65歳以上となることを前提に、65歳以上のすべてを高齢者医療保険制度の対象とし、自己負担率を通院3割、入院2割に引き上げるべきだと提案した。

結局、現状追認型ともいえる75歳以上の後期高齢者医療制度の別枠化を目的とする医療制度改革大綱が決定した。

2008年の高齢者医療制度改革を終えるまでには、以下の4点が争点となろう。

現在、職域健保では保険料率は労使折半となっているため、高齢者医療費を職域健保がどの程度負担するかは企業収益にとって大きな問題である。高齢者医療保険に関する企業拠出の増加は、企業の広義人件費負担の増加を意味している。これは、相対的に人件費の低い海外への企



表3 70～74歳の高額医療自己負担上限額（月額）

	（単位：万円）	
	現状	見直し案
高所得者	8.4	9.2
一般所得者	4.0	6.2

注）月間医療費150万円の場合

業の直接投資を加速し、国内の雇用環境を悪化させることにもつながりかねない。

企業負担を最小限に抑える（職域健保からの拠出を最小限にとどめる）ためには、今後急増が予想される高齢者医療費の公費負担分を個人が負担する消費税に求めることになろう。消費税を福祉目的税と位置づけ、増加する高齢者医療費の主な財源とすることができるかどうかのポイントである。

高齢者医療費上昇対策として、政府は生活習慣病予防への取り組みを強化している。糖尿病など生活習慣が原因と考えられる病気の医療費はばかにならない。生活習慣病の予防に加え、各自が医療費の節約に努めることで医療費の増加を少しでも抑制すべきであり、国民的な運動を盛り上げる必要がある。

高齢者医療制度改革案では、当初、高齢者の平均保険料を年5万5000円程度と試算していたが、最新公表された数値は7万円を超えている。さらに、高額医療の自己負担上限を引き上げる動きもある。2004年に健康保険組合が病院から受けた1人あたり月500万円以上の請求は2500件と、高額請求が増えている。これは生体間移植、人工心臓などの高度医療にも保険が適用されるようになったことが影

響している。平均的世帯の月当たり保険料は4万円であり、500万円の治療には125世帯分の保険料が使われていることになる。

高度医療は今後も増えると予想されており、対策の一環として医療費個人負担の上限を引き上げる提案がなされている（表3）。しかし、その引き上げ額はわずかであり（高所得者が月150万円の高額医療を受けた場合の自己負担額は現在の8.4万円から9.2万円へ）、費用の大半を健康保険で賄うことに変わりはない。医療費予算は限られており、高度医療費の上昇は一般医療費の不足につながりかねない。医療費総額にのみ気をとられるのではなく、配分の内容にも目を向ける必要がある。

解決策の一環として、混合医療を認める必要もあろう。保険医療と非保険医療（または自己負担率の高い保険医療）を併用する方法である。

科学は日々進歩し、先端医療の開発や新薬の登場には目覚ましいものがあるものの、高度医療のすべてを医療保険で賄おうとすれば、保険料を上げ続けなくてはならない。現役世代はその負担には耐えきれないだろう。今後は、国民の生活を保障する基礎的医療は保険で賄い（低い自己負担率）、それ以上の先端医療や新薬については自己負担の比率を高める混合医療が徐々に普及していく可能性がある（医療費負担の2段階論）。

少子高齢化の進行に伴い、誰もが最低のコストで最高の医療を受けられるという従来の前提を維持することは困難となっ

ている。先端医療の自己負担率が上がれば、各種公的保険以外に、個人的にがん保険などの民間医療保険に加入する必要性が高まる。これは、民間の医療保険に加入するだけの経済力のない人は、必要な医療を受けられないことにほかならない。このような事態をどの程度許容するかは、今後の医療制度改革の大きな争点となろう。

## 国民健康保険の再編

### 1 地域健保の5つの問題

高齢者医療費対策に加えて、市町村が運営する国民健康保険（地域健保）も医療制度改革の重要な論点の1つである。これまで、地域健保の主な加入者は農林漁業従事者や自営業者であった。しかし、産業構造の変化、自営業の衰退の影響で、農林漁業従事者、自営業者の加入が減少し、加入者の高齢化が進んだ（1965年には農林漁業、自営業者が6割を占めていたが、2002年には2割弱まで減少している）。

1990年代以降は、リストラによる失業者や職域健保参加資格のない非正規社員、フリーターなど、新たな地域健保加入者が急増した。加入者の高齢化が進んで医療給付が増えているにもかかわらず、地域健保に新たに加入したフリーターなどの年収は少なく、地域健保の財政は大幅に悪化した。

地域健保の場合、医療費の半額は中央政府負担であるが、加入者の収入が少ないため（2001年度の1世帯当たり平均所得は150万円）十分な保険料収入が得られずに赤字が続いている。その結果、2003年度には3800億

円の公費が地方政府の一般会計からつぎ込まれた。

問題は以下のように5点ある。

上述したように、産業構造の変化、自営業の衰退、パート社員・フリーターの増加で、地域健保は事実上職域健保に加入できない貧しい人の健康保険となっているため（医師、弁護士などの高収入自営業者は同業者健康保険を結成しており、地域健保に入っていない）、中央・地方政府の財政再建が必要とされるなかで、多額の公費を投入せざるを得ない状況となっている。

現在、高齢者医療制度をめくり論争が続いているが、国の医療費拠出金に占める地域健保への拠出金（3.8兆円）は老人医療費（2.5兆円）を上回っていることを認識すべきである（表4）。さらに、生活保護分医療費などもあり、国の医療支出はフリーター、高齢の自営業者、生活保護対象者などの貧しい人に費やされている。

地域健保の赤字は地方政府の一般会計から補填されているが、地域の住民で職域健保に加入している人にとっては、納めた地方税の一部が自分は加入していない健康保険のために使われていることになるが（事実上の保険料の二重払い）、不当ではないのか。

表4 国の医療費（予算）の内訳（2004年度）

予算項目	（単位：兆円）	
	金額	
地域健保への拠出	3.8	
政管健保などへの拠出	0.8	
老人医療制度への拠出	2.5	
生活保護世帯医療費	0.9	
その他とも合計	8.1	

収入の少ない加入者が多いが、財源を確保するためには保険料率を上げるしかなく（全国市長会資料によれば、年間所得に対する個人負担は平均で10.8%と、政管健保の4.2%を大幅に上回る）、結果的に貧しい人の保険料はますます高くなっている。

医療保険とは、加入者が保険料を支払うことで、病気になったときの個人の医療費負担を軽くする仕組みであり、保険料の未納、滞納は許されない。収入があるにもかかわらず保険料の未払いを続ける人には、何らかの方法で保険料支払いを求めねばならない。保険料の滞納が続くと医療費を全額自己負担とする資格証明書が発行されるが、1998年には5万件にすぎなかった資格証明書の発行が、2004年には30万件に達している。

収入がありながら滞納する人には、この資格証明書の発行は有効であろう。しかし、仕事がないため収入を得られない長期滞納者に対して、機械的に資格証明書を発行し続けると、事実上医療を受けられないことになる。生活保護対象者になった場合は医療費は全額が公費で賄われるため、生活保護を受けずに自分で生きていこうとしているにもかかわらず、収入のない人々が一番つらい状況にある。何らかの救済措置が必要であろう。

地域健保の滞納率は、2004年に9.8%に達した（1994年は5.5%）。なかでもフリーターを中心とする20代の滞納率は30%近いと推定されるが、病気になる可能性が低く、保険料を支払う必要がないとして滞納する人が増えると、保険料を支払

っている人の負担はなおさら重くなる。フリーターなどの非正規社員を勤務先企業の職域健保に加入させ、保険料を源泉徴収すべきである。

## 2 地域健保の負担率

地域健保の保険料率の実際を見てみよう。

地域健保の年間保険料は、下記の～の合計である（千葉市の場合）。

報酬比例：（給与所得 - 33万円）× 7.1%

世帯人数比例：1万6680円 × 世帯人数

定額：1世帯当たり2万1600円

したがって、世帯の人数が多いと、収入が少なくても保険料は高くなる。報酬比例部分は5割程度しかなく、固定部分の割合が高いため、収入の低い世帯には大きな負担となっている（地域健保の立場からすれば、加入者世帯の年収に関係なく一定額の保険料を確保できる）。

母親がパート社員の母子家庭（子供2人）のケースを例にとる。年収を249万円（2003年の母子家庭の平均年収212万円に児童扶養手当37万円を加えた額）とすると、地域健保の保険料は14万円である（千葉市の場合）。同じ年収で職域健保（政管健保）の場合、自己負担率は4.2%であり、しかも扶養家族の人数は関係ないため8万9000円と、母子家庭に比べて5万円も安い。

地域健保の保険料は、所得の低い場合には割引かれる（現在、前年度の総所得が33万円以下の場合、保険料は6割軽減される）。ここで、所得とは税法上の所得を指す。夫婦それぞれにつき年間79万円の満額給付基礎年金で生活をする夫婦の場合、年金所得控除はそれぞれ120万円（2005年）なので、税法上

の所得はない。地域健保保険料は、課税所得がゼロなので報酬比例部分はなく、固定部分は6割引きとなる。千葉市の場合、 $(1万6680 \times 2 + 2万1600) \times 0.4 = 2万1984$ 円で、母子家庭(14万円)に比べるとはるかに優遇されている。

税法上で、年金所得控除は120万円、給与所得控除は65万円と、55万円もの開きがあるため、年金生活者と母子家庭では保険料にも大きな差が生じてしまう。年金生活者への優遇が、現役世代の負担を重くしているともいえる。地域健保は職域健保に比べ高齢化が進んでおり、医療給付が多い。病気になる人には、保険料軽減対象者が多い。その結果、現役世代にかかる負担が大きくなるが、加入者の平均所得は150万円と、職域健保(企業健保400万円、2003年)に比べて低く、給付を賄うために負担率が高くなり、滞納する人が多くなるという悪循環に陥っている。

### 3 職域健保と地域健保の統合

この状況を是正するためには、政管健保と地域健保を統合するしかあるまい。地域健保に貧しい人が集中している現状は公正といえず、望ましくない。現在、社会保険庁改革の一環として、中小企業を対象とした政管健保を都道府県別に分割する計画が進んでいる。地域分割が実現すれば、地域の実情に応じた保険料率が設定されることになる。それに合わせて、地域健保を都道府県別政管健保と統合すればよからう。

地域健保の実態は、すでに自営業者ではなく非正規社員を中心とした健康保険となっている。正社員に比べて賃金は低いうえ、保険料負担も割高な現状は、公正とはいえない。

地域健保は市町村を保険者としているため、全国に3500もの多数に及ぶ。これらを各都道府県に1つにまとめるとともに、政管健保と統合し、都道府県ごとに1つの健康保険とすべきである(いずれは企業健保と公務員共済もこの都道府県別健保に組み入れる)。

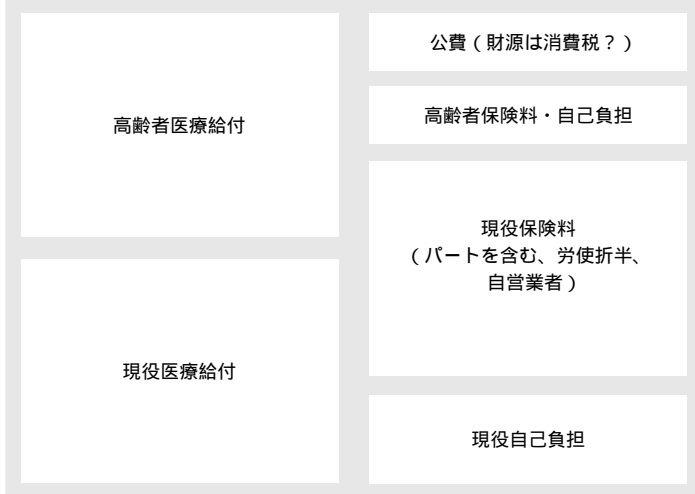
そのうえで新たに保険料を設定すれば、職域健保と地域健保の保険料格差は解消でき、貧しく保険料を支払えないために資格証明書が発行されるケースも減ると思われる。

地域健保に属する現役世代の大半はフリーターなどの勤め人であり、職域健保と同様に保険料を源泉徴収することができる。一方、自営業者については、その世帯の総所得の一定比率を保険料として国税庁が代理徴収すればよい。仕事がないなど無収入の人に対しては、事実上医療を受けることのできない資格証明書の発行は避け、計画的滞納期間を認め、再び収入を得られたときに保険料を徴収するといった対策が望ましい。

職域健保と地域健保の合併の目的は、地域健保加入者の負担を減らすことである。貧しい人の負担率が医療面で高くなっているのは妥当ではなく、合併により職域健保の保険料率を引き上げることになる。万人が同じ負担率のもとで、容易に医療を受けることのできる体制が望ましく、職域健保加入者は合併による保険料引き上げを受け入れるべきである。

地域健保と職域健保の保険料徴収方法には違いがもう1つある。地域健保の保険料は家族の人数を考慮しているが、職域健保の保険料は世帯主の年収によってのみ決定される。職域健保では報酬比例でのみ保険料を徴収しており、妻が専業主婦の場合、夫が職域健保

図2 今後の医療保険制度



に保険料を支払えば、妻も子も医療給付を得られる。一方、前述したように、地域健保の保険料は報酬比例部分に加えて、世帯当たりにかかる部分と世帯の人数にかかる部分があり、家族数に応じた部分の比率が高い。

今後の保険料決定に際しては、家族の人数を考慮する方が常識的であり、統合後の保険料には家族の人数も反映すべきだろう。

今後5年の医療保険制度改革では、高齢者医療保険の資金調達方法、および政管健保と地域健保の統合が大きな論点となる。この問

題を解決できれば、地方分権を前提に、医療保険制度は図2のようになろう。

高齢化の度合いが都道府県ごとに異なるため、高齢者医療費の一定の割合を国が負担するうえでは、各都道府県の高齢化比率を反映させる必要がある。そして、高齢者の保険料と自己負担率が決まれば、残りは現役世代の負担となる。

また、各都道府県に1つずつの医療保険組合という体制が確立し、各都道府県の大学の医学部付属病院または公立大病院の運営を各都道府県議会が監督することになれば、都道府県内の医療費と保険料収入の動向に従って、翌年の医療保険料と医療給付の内容を決定する権利を、各都道府県議会が握ることになる。分権型医療制度の完成である。

## 医療費の配分の再検討

### 1 医療費聖域説の崩壊

増大を続ける医療費をめぐっては、費用のすべてを保険で賄うべきであるとする医師会と、支払い能力に見合った額のみを賄うべき（賃金上昇率を大幅に超える医療費は認められない）という健康保険組合の対立が続いてきたが、2005年の衆議院選挙で小泉政権が大勝したことを受け、2006年度予算編成で一応の決着がついたようである。財政赤字の削減は重要な政策課題であり（2005年度の国債発行額は当初予算で34.4兆円だったが、2006年度当初予算では30兆円に減額された）、医療費を聖域とする医師会の立場は事実上否定された。

2006年度当初予算を見ると、46兆円の税収に対して、国債発行額は、減額されたものの

表5 国の予算（2006年度）

（単位：兆円）		
歳入 <span style="float:right">（前年度当初予算比伸び率）</span>		
税収	46	4.3%
国債発行	30	-12.8%
その他収入	4	1.3%
歳入合計	80	-3.0%
歳出 <span style="float:right">（前年度当初予算比伸び率）</span>		
社会保障費	20.5	0.9%
国債費	18.8	1.7%
地方交付税交付金	14.6	-8.7%
公共事業費	7.2	-4.4%
文教・科学振興費	5.2	-8.7%
防衛費	4.8	-0.9%
その他	8.9	
歳出合計	80	

30兆円に上っており、歳入の37.5%に当たる（表5）。歳出では、社会保障費20.5兆円、地方交付税交付金14.6兆円、公共事業費7.2兆円の合計が42.3兆円とほぼ税収に匹敵しており、それら以外の歳出はすべて借金（国債）で賄われていることになる。

## 2 歳出削減が先

財政再建を達成するためには、増税または歳出削減しかない。表6は年収600万円のサラリーマン一家（妻は専業主婦、子供2人）の税と社会保険負担を示したものである（サラリーマンの2004年の平均給与は540万円だが、介護保険料を支払っている40代のサラリーマンを想定しているため、年収は600万円と仮定）。

表6によると、年間の社会保険料支払額は72.8万円、税金は61万円で、年収に対する負担率は22.3%である。増税や社会保険料の引き上げで負担率が上がれば、個人消費が冷え込んで成長率も低下し、税収が落ち込むことになりかねないため、税、社会保険料の引き上げには慎重に臨み、一方で歳出削減に努めなくてはならない。

社会保障については、厚生年金保険料などの社会保険料によって賄われていると思う人が多いが、実際には20兆円もの公費が投入されている。しかも、公費は給付の一定割合と定められているため、給付総額が減らない限り、公費投入額も減らない。少子高齢化の進行で社会保障費を減らすことは事実上不可能であり、財政再建のためには社会保障費の伸び率をできる限り低く抑えると同時に、それ以外の歳出を大幅に削減しなければならない。

表6 平均世帯（年収600万円）の税・社会保険料

(単位：万円)			
厚生年金保険料	40.7	所得税	19
政管健康保険料	24.6	消費税	20
介護保険料	3.3	地方住民税	10
雇用保険料	4.2	固定資産税など	12
社会保険合計	72.8	税合計	61

注1) 所得税は定率減税を考慮していない  
注2) 消費性向65%として消費税を計算

主な社会保障費として、国は、基礎年金給付の半額、地域健保の医療給付の半額、老人医療費の4割、介護給付の25%を負担している。財政再建と社会保障制度改革を切り離して考えることはできない。

社会保障費のうち医療保険には約8兆円（46兆円の税収の2割弱に当たる）の国費が費やされている。今回の高齢者医療制度改革では、医療費伸び率の引き下げによって公費の投入を抑制し、長期的な財政赤字を削減することを目指している。

厚生労働省は、2004年時点では2025年の国民医療費を60兆円（現在32兆円で、その半額は65歳以上の医療費）と予測していたが、今回の改革によって伸び率2%、50兆円弱に下方修正された。高齢化は今後も進行するが、医療費の伸び率を名目賃金上昇率の範囲内に抑えることが大目標となり、医療費の際限のない増大は制約されることになった。また、国民医療費については5年に1度見直しを行い、合理化を図ることになった。

## 3 高齢者負担率の引き上げ

社会保障制度の変更は国会で定められるが、現役世代の望む所得の配分方法を国会が後追いしているともいえる。税、社会保険料を支払っている中心世代は30代から50代まで

の現役世代である。税、社会保険料を支払うということは、自らの労働の果実を、子供の教育、親の医療、介護などのために配分することにほかならない。

教育のための支払いは、親の生活のための支払い以上に大切である可能性も高い。人口は2割にすぎないにもかかわらず、国民医療費の半額を占めている高齢者の医療費が、際限なく増大し続け、現役世代の負担となることへの理解は得がたいだろう。70～74歳の高額所得者ではない高齢者の自己負担率を1割から2割へ引き上げるなど、高齢者負担率を引き上げることもやむを得まい。今回の高齢者医療制度改革では、高齢者を弱者と捉えるのではなく、応分の負担を求めるとの立場から、高齢者自己負担率が引き上げられることとなった。

国民医療費総額の上限設定、高齢者負担率の引き上げに引き続いては、限られた医療費の配分方法が重要になってくる。その場合、貧しさから適切な医療を受けられない人が発生することが、一番の懸念材料である。

#### 4 医療費総額の制限

医療は、風邪などの低額医療、中額医療、高額医療（生体間移植など）の3つに分類できる。医療費総額には制限があることを前提とすれば、高額医療の自己負担率を高め、低・中額医療（基礎的医療）についてはすべての人が安価で受けられるものとするのが常識的であろう（基礎的医療の負担率を低く抑える一方で、先端医療の負担率を高くするという医療費負担の2段階論）。

もちろん、多くの人は高額な先端医療についてもできるだけ自己負担を少なくし、保険

で賄うことができるよう望むだろうが、医療費総額に制限がある以上、すべてを保険で賄うことはできない。しかし、このような医療提供範囲の差別化が広がり、命も金次第ということになれば、深刻な社会問題ともなりかねず、予防医学の徹底などさまざまな措置を講じておく必要がある。

#### 5 予防医学の推進

糖尿病などの生活習慣病には多大なコストがかかる（現在の糖尿病患者数は740万人、1人年間18万円のインシュリン注射に総額1.3兆円が費やされている）。煙草、肥満、高血圧、コレステロールなどに注意し、正しい食事、適度な運動を心がけることで、生活習慣病はある程度防ぐことができ、結果として医療費も抑制できる。

社会保険庁が、1993年と2003年の三重県のデータを調べたところ、健康診断で肥満、高血圧、高コレステロール、高血糖を指摘された人の10年後の1人当たり医療費は45万円と、問題を指摘されなかった人（14万円）の約3倍になっている。

厚生労働省「国民栄養調査」の結果（1997年、2004年）からは、この数年で1日の歩行数は低下し、肥満者の比率が増えていることがわかる。野菜摂取量も減っている。アメリカで「1日5皿の野菜」というキャンペーンが成功したように、わが国でも野菜摂取の促進など、予防医学の推進に努める必要がある。

近年、ジェネリック医薬品（特許期間が切れ、後発メーカーが低コストで生産する医薬品）が目立つようになってきたが、ジェネリック医薬品のさらなる普及と予防医学の



推進は、医療費抑制のために緊急に取り組むべき課題である。

## 6 保険免責制の導入

前立腺がん、肝臓がんなどに有効な治療法に陽子線治療があるが、これには多大な費用がかかる。にもかかわらず、保険の対象となっていないため、お金のない人は治療を受けられない。高額な自己負担が必要となる治療を可能な限り減らすための方策として、一定限度までの医療費は保険の対象にしない保険免責制がある。すなわち、低額医療は全額自己負担とし、それで浮いた保険料を中額医療、高額医療に費やす方法である。このことにより中・高額医療ファンドが増加し、高度医療の自己負担比率をあまり上げずに済むかもしれない。

この制度は2005年12月の医療改革時に議題とされたものの、与党は個人負担の増加を招くとして導入を拒否した。ただ、医療保険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の制度である。人命に直結する高額医療、中額医療への負担を軽減するために保険料を用い（自己負担を少なくする）、低額医療費を全額自己負担にすることは合理的と思われる。将来的には、保険免責制を導入すべきだろう。

## 7 医療供給体制の見直し

先進諸国に比べて格段に長い入院日数も、今回の医療改革における検討課題の1つだった（表7）。また、ベッド数の多さも問題視されている。

ベッド数が多いことから、稼働率を上げるために入院者が増え、入院日数も長期化して

いる。今回の改革で財務省は、高齢になるにつれ1人当たり医療費が増加することは避けられないが、他の先進国では1週間前後の入院日数が、わが国では4週間と突出していることは問題であり、治療終了後に意味のない入院を続けることはやめるべきだとしている。

医療保険の目的は、基礎的医療およびある程度の高度医療をすべての国民に安価に提供することである。入院時の部屋代や食費は、保険の適用から外し、保険の予算外とすべきだろう。

特に療養型病床（38万床）について、厚生労働省は、実態は社会的入院であって治療の必要は少ないと見ており、重症で長期の入院を必要とする患者用の病床以外は、有料老人ホーム、老人保健施設への転換を促し、最終的に15万床程度にまで減らす方針を示した。現在の療養型病床には月45万円かかるが、患者の自己負担は6万円程度といわれており、15万床にまで減らすことができれば年間1兆円のコスト削減効果がある。とはいえ、急激な変化は混乱をもたらす恐れがあり、在宅介護サービスの着実な能力増強が必要となる。

社会的入院をなくした後は、医療での分業が進み、これまでの医療体制は徐々に再編されていくと思われる。各人の最も身近にはホームドクターが接し、健康管理と低額医療、

表7 ベッド数と入院日数の国際比較（2000年）

	千人当たりベッド数（床）	平均入院日数（日）
日本	12.8	28.3
アメリカ	3.6	6.6（2002年）
ドイツ	9.1	11.6（2001年）
イギリス	4.1	8.1（2002年）
スウェーデン	3.6	6.2（2002年）

出所）財政制度等審議会「平成18年度予算編成の基本的考え方について」2005年6月

高額医療の一部を受け持つ。ホームドクターは、その守備範囲を超える病気の患者に対しては、高機能大型病院への紹介状を出す。高機能大型病院で対処困難な場合は、高機能専門病院に行くことになる。

「ホームドクター 一般専門医 特殊専門医」という医療分業体制が確立すれば、現在のように大型病院の外来が風邪引きで混み合うような事態は解消されるだろう。専門家が自分の役割を着実に果たすことが、医療の品質の維持、ひいてはコストの削減にもつながる。

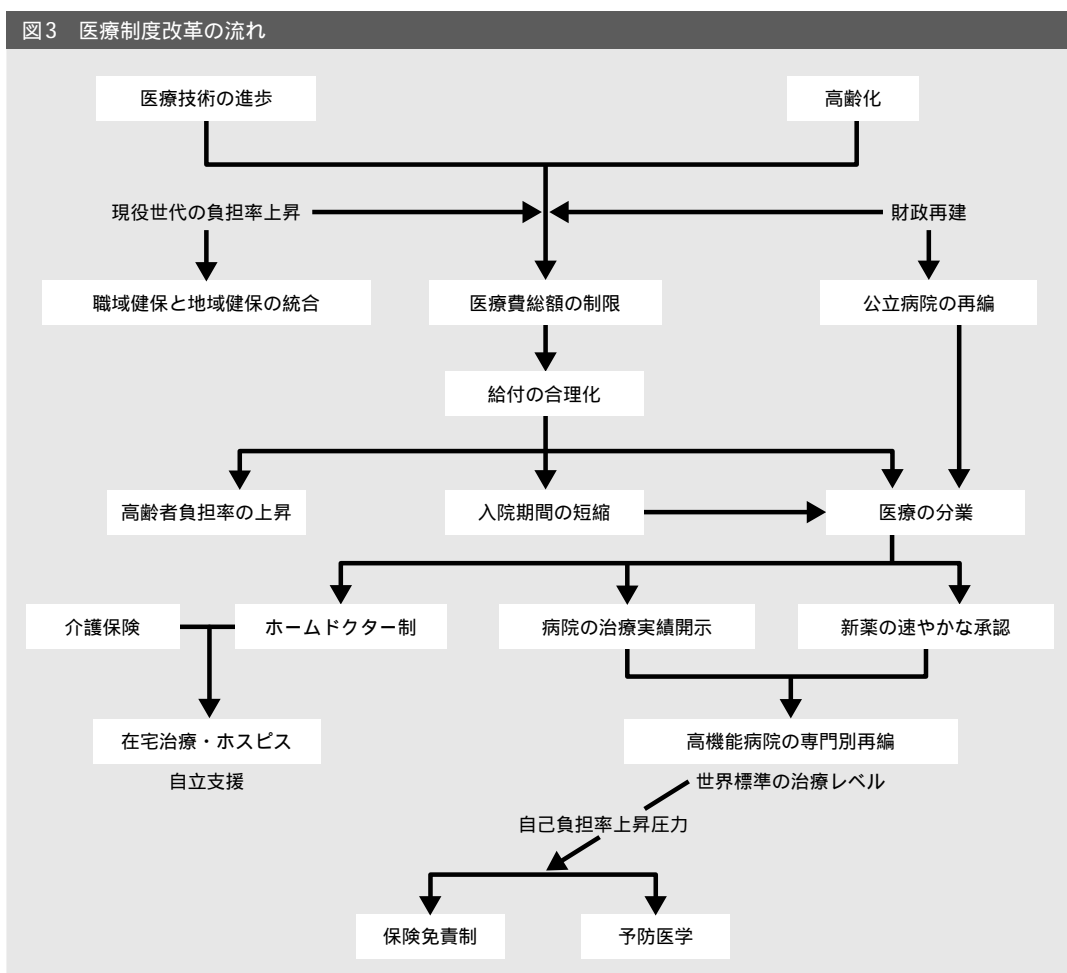
今回の改革でも、高機能専門病院の初診料は再度引き上げられる見込みであり、まずはホームドクターにかかるという体制が徐々に

広まっていくだろう。また、～のそれぞれで検査を繰り返すことは無駄であり、レントゲン写真などの情報を共有するためのネットワークの構築も併せて進める必要がある。さらに、高機能病院間で可能な限り治療手順を共有するなど、高額医療のコスト削減を図るべきである。

## 8 介護と医療

入院期間を短くするために、高機能病院での治療終了後は速やかに在宅で養生することが推奨されており、ホームドクター制が関心を集めている。ホームドクター制は、医療分業体制整備の一環であるだけでなく、終末医療にも大きくかかわる問題である。

図3 医療制度改革の流れ



アメリカの老人医療給付の4分の1は終末期の延命治療といわれている。わが国でも、延命治療には1日10万円程度かかり、1カ月で300万円ほどの医療給付がなされる。しかし、その医療給付は現役世代の支払う保険料で賄われており、4～6カ月の高額な延命治療のためにそのお金を使うことに疑問を感じない人はそう多くはなからう。病院での意味のない延命治療を続けることを望まない患者も多いと思われる。

病院で終末を迎えるのではなく、在宅で終末を迎えるためには、在宅ホスピスネットワークの整備、ホームドクター制の導入が欠かせない。

社会保障費が増大するなか、今後も高齢化は進む見込みであり、介護と医療のどちらをより充実させるか、選択を迫られるときが訪れるかもしれない。38万床を超える療養型病床を速やかに減らすためには、在宅介護ネットワークの強化が不可欠である。重要なのは各人の生活の質を高めることであり、若いうちから生活習慣病予防のための食生活、運動を心がけるべきだろう。

加齢に伴い自立した生活が困難になることは避けられないが、ヘルパーや訪問看護師、そしてホームドクターの支援があれば、慢性的な病気を抱えていても、自宅で生活することはある程度可能になる。病院での延命治療よりも、可能な限り自宅で生活するために、介護、ホームドクター、在宅ホスピスの整備に力を注ぐべきだろう。

高齢化に伴う医療費の増加問題については、医療費総額の伸び率を名目賃金上昇率の範囲内にとどめる、そして高齢者の負担率を高めるといった対策で一応決着した。

次の課題は、限られた医療財源のもとでの医療の充実である。保険免責制を取り入れることで、保険料を中額医療、高額医療に費やし、貧しいために先端医療が受けられないという事態を減らすことができる。また、高齢期の生活の質を高めるために、意味のない延命治療に予算の多くを費やすのではなく、高齢者の自立、そして在宅での終末医療の推進に欠かせないホームドクター制、介護ネットワークの整備に充てるべきである。

よい終末を迎えるために、限られた予算の中で医療、介護のネットワークを整備するとともに、高機能病院が担う医療技術の向上を図ることが、今後の医療・介護保険改革に求められている。

## 9 がん治療体制の確立

わが国の外科技術は世界最高水準を誇ってきたが、皮肉にもそのために、抗がん剤や放射線治療によるがん治療は欧米に後れをとることになってしまった。

欧米では、外科医だけでなく、放射線医、抗がん剤治療医、ペインクリニック医（苦痛を取り除くことを専門に行う医師）が共同でがん治療に当たることが一般的である。ところが、わが国では抗がん剤治療医、放射線医が極端に不足しているため、これができない。また、アメリカでは標準的に使用されている抗がん剤111種のうち、35種はわが国で使用が認められておらず、抗がん剤による治療に精通した医師もまだ少ない（抗がん剤治療のプロ「がん薬物療法専門医」のテストが初めて実施され、47人が2006年3月に認定された）。

今後、大病院の治療成績が開示されるよう

になれば、患者が病院を選択することも可能になる。しかし、抗がん剤、放射線治療、あるいはペインクリニックの専門医の育成なしでは、欧米並みのがん治療は望めない。死亡の原因の多くを占めるがん対策が、欧米に大きく後れをとっている事態を放置してはならないだろう。

わが国の医療は、医療費は健康保険が負担し、医師などの医療関係者の育成は主に公費で賄っているにもかかわらず、病院経営の中心は民間である。がん治療については、大学での人材育成に先見性がないことに加え、病院経営では目先の収益にとらわれると同時に治療成績の開示もないなど、競争抑制政策が続き、増え続けるがん患者とは裏腹に、本格的な対策が施されてこなかった。

ようやく、2005年の10月にがん患者への情報提供を一元化するために、全国135カ所の地域がん診療拠点病院に対して、国立がんセンターが、がん治療に関する基本情報の提供を行うことが定められた。

アメリカでは、アメリカがん研究所がインターネットによる情報提供を行っており、日進月歩で開発される抗がん剤やペインクリニックの充実もあって、治療を受けながら日常生活を送るがん患者も多い。終末期はもちろん、通院による抗がん剤治療など、生活の質を重視するがん治療体制の確立が望まれる。

## 自己決定の尊重と医療

これまで、医療ミス事故などを除き、法律や倫理と医学はあまりかわりがなかった。しかし、ここにきて状況は変わりつつある。人間は、自分のことを自分で決める権利を持

っている。

「人類がその成員のいずれか一人の行動の自由に、個人的にせよ集团的にせよ、干渉することが、むしろ正当な根拠をもつとされる唯一の目的は、自己防衛 (self-protection) であるというにある。また、文明社会のどの成員に対してにせよ、彼の意志に反して権力を行使しても正当とされるための唯一の目的は、他の成員に及ぶ害の防止にあるというにある。(中略) 個人は彼自身に対して、すなわち彼自身の肉体と精神とに対しては、その主権者なのである」(ジョン・スチュアート・ミル『自由論』塩尻公明・木村健康訳、岩波文庫)

ミルが述べたことを要約すると、「判断力のある成員は、自分の生命、身体、財産に関して、他人に危害を及ぼさない限り、たとえその決定が本人に不利なことでも自己決定できる」ということである。

日本国憲法第13条にも、「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」とある。

しかし、個人の自己決定権は、医療面では解決が困難な多くの課題を抱えている。高齢化の進行による医療費の増加を最小限にとどめることが政策上の重要課題となっている今こそ、生命倫理のあり方について、国民全体の合意形成を図っていくことが求められる。

## 1 インフォームド・コンセントの必要性

ナチスドイツによる残虐な人体実験への反省から、1964年、ヘルシンキで行われた世界

医師会総会において「ヘルシンキ宣言」が採択された。医学の進歩のためには人体実験が不可欠であることを認めたとえ、その適正な手順を定めたもので、医学の進歩よりも被験者の個人の利益と福祉を優先することを原則としている。具体的には、以下の3つが必要とされた。

- 真に必要な不可欠な人体実験である
- 患者に対して予想される事態を正確に伝える
- 患者に理性に基づく自発的な同意を求める

このうち患者に対する説明と同意の部分は、1960年代のアメリカで患者の権利として受け止められるようになり、73年にはアメリカ病院協会が「患者の権利章典」を定めることとなった。治療の過程で、医師は患者に対して正しい情報を伝えたとえで同意を求める、すなわちインフォームド・コンセントの必要性を定めたのである。

当初、インフォームド・コンセントは、医師のパターナリズム（医師が知識面で圧倒的優位に立っていることを前提に、患者の意思を考慮せずに、医師が治療方針を決定する傾向）に対して、患者が自己決定権を求めたことから始まった。正確なインフォームド・コンセントがなかった場合、医療訴訟で医師が敗訴となる判例が相次ぎ、次第にインフォームド・コンセントは定着していった。

しかし、医療技術の急速な進歩に伴い、その意味合いは、治療法がいくつかある場合などに医師がそれぞれの利点、欠点を患者に対して正確に示したうえで、患者の自己決定を尊重することへと変化している。

ところが、この当然ともいえるインフォー

ムド・コンセントは、わが国では徹底されるに至っていない。余命半年を下回る患者への告知率は46%にすぎず（家族に対しては96%）、終末期を迎えた患者本人への告知は控えられ傾向が明らかである。むしろ、告知による患者の落胆が病状悪化につながる場合もあるが、いってみれば本人を無視しているこの状況を続けることには、大きな疑問を感じる。

医療技術は進歩しており、治療法も多様になってきているが、治療法にいくつかの選択肢がある場合、医師はそれぞれの利点と欠点を患者に説明する責任がある（患者はその説明をもとに治療法を自ら選択することになる）。死因の3分の1を占めるがんの場合、従来は外科手術が中心だったが、抗がん剤や放射線による治療の有効性が高まっており、患者本人に告知をしないということは治療を行えないことを意味する。

新薬についても課題がある。新薬は動物実験、人体実験を経た後、認可される。わが国では、新薬認可までの期間がアメリカに比べてかなり長い。アメリカで認可までの期間が短いのは、リスクを踏まえ、新薬の人体実験に臨む覚悟のある多くの患者が存在しているからである。新薬の危険性を踏まえたうえで、患者自らがその使用を選択することが可能ならば、新薬開発が進むことは確かである。

アメリカで使用が認められている新薬の国内での承認を得るには、国内で数年にわたる治療実験が必要である。このため、アメリカでは普通に用いられる抗がん剤のうちの約3分の1は、国内で使うことができない。アメリカでの実験データを参考に、実験期間を短

縮すべきだろう。

国内では試験期間中でも、欧米で使用が認められている薬については、患者に使用を認めてよからう。試験期間中の新薬には危険が伴うが、他に治療法のない患者に対して、危険性を十分に説明したうえで新薬を試す提案をすることは、患者の自己決定権にかかわることであり、そのためのインフォームド・コンセントである。

## 2 晩婚化と不妊治療の増加

わが国の晩婚化が進んでいる。1970年以降、女性の平均初婚年齢は3歳上がり、第1子平均出産年齢も上がった（現在、29歳）。2003年に出産した女性の半数は30歳以上であった。

晩婚化に伴って高齢出産が増えているが、一方で約50万組の夫婦が不妊に悩んでいると推定されている。生殖医療の中心ともいえる体外受精で生まれた子供は、2003年には1.7万人（65人に1人）、累計で約12万人に及んでいる。晩婚化の進行につれて、体外受精で生まれる子供は増え続けるだろう。

体外受精の成功率は25%余りといわれる。これには20代の若い母親も含まれている。加齢に伴って着床率が下がると同時に流産の確率も高くなるため、30代後半以降の体外受精の成功率はかなり低い。流産の3分の2は受精卵の染色体異常によるものと考えられているが、卵子、精子、受精卵の染色体異常の確率は年齢とともに高くなる。

体外受精の結果が流産に終わることを防ぐため、着床前診断という手段がある。受精卵のうち染色体異常のないものだけを着床させるのである。

2004年に神戸市の産婦人科医が着床前診断を行い、習慣流産の女性が出産したことを公表したが、命の選択であると批判された。妊娠中絶に対する批判と同種の批判である。

そもそも、子供を産むか産まないかは女性の自己決定権に委ねられているといえよう。公共の福祉を妨げるものでない限り、個人は自分の幸福を追求する権利を有しており、女性が出産後の生活環境などを考慮した結果、妊娠中絶を選択することを否定はできまい。実際、母胎に危険を及ぼす恐れがある、または経済的に困難であるなどの場合は、妊娠中絶は合法である。近年の中絶件数は年間30万件強と、出生数の約3割に相当している。

着床から出生前までを胎児と呼ぶが、命の選択という批判を受けた受精卵は着床前の状態であり、出生に至る確率は胎児の確率を大きく下回るため、法による保護の度合いも胎児を下回って当然である。事実上、妊娠中絶が合法である状況下において、習慣流産を防ぐための着床前診断に目くじらを立てる必要はなかろう。そもそも廃棄された受精卵は、染色体異常のためほとんど着床には至らないのである。

誰でも健康で元気な子供を望んでいる。着床前診断を中心とする生殖医療をより広範囲に認めていく必要があるだろう。

また、男女の産み分けについては自然の摂理に反するとの批判が根強いが、現実には産み分けを選択した結果の男女比は55%対45%と、自然出生の比率とほぼ同じという調査結果もある。男女の産み分けが公共の福祉に反するとも思えず、産み分けを否定する根拠は薄い。憲法第13条にある幸福追求権はもっと尊重されてよい。

今後は、卵子のセルフバンクが新たな問題となろう。これは、若いうちに自分の卵子を採取し、凍結保存しておく施設である。首都圏では、30代前半の女性の2人に1人は独身といわれている。30代後半になって結婚し、不妊に悩む女性も増えてくるに違いない。アメリカでは、若い女性の卵子提供による体外受精の成功確率は約50%といわれている。女性のライフスタイルの自由度を上げるためにも、30代前半までの卵子を凍結保存しておくセルフバンクを認めるべきである。

### 3 臓器移植法の課題

臓器移植法は成立したものの、表8に示すように、年間の心臓移植件数はアメリカの2155件、ドイツの380件と比べ、わが国ではわずか5件と進んでいない（脳死臓器提供の累計は36件）。ドイツでは、腎臓移植は2249件（2001年）、移植を待つ患者は1万200人を数えるが、移植までの待機期間（現在、平均6年）を短縮化する議論がすでに始まっており、臓器売買にすら言及されている。わが国の臓器移植は、アメリカ、ドイツ、イギリスに比べてはるかに遅れている。

欧米では日常化している臓器移植が、わが国で進まない第1の理由は、脳死は人の死であるということに対して、完全な合意形成がなされていないことである（人工心臓の利用も増えるなか、依然として心臓死を人の死と考える人が多い）。臓器移植に対する躊躇をなくするためには、たとえ心臓が動いていても、脳死とは人格がもはや不可逆的に失われていく状態であり、人の死を意味するということについて、社会的な合意が必要である。

かつては心臓死を人の死と定義していた

が、人工呼吸器の登場で、脳が機能を失っても心臓は機能し続けることが可能となった。科学技術の進歩に加え、脳死を人の死と定義することで、臓器移植が可能になったのである。欧米と同様に、わが国でも脳死を死と認める合意を形成するための啓蒙活動に努め、ドナーカード（脳死後に自分の臓器を提供する意思表示する印）の普及を図るべきである。死んでしまった人の臓器を生きている人のために提供することは、共同体構成員の利他の行動そのものである。

第2の理由は、臓器提供について、本人よりも家族の意向がより強く反映されるという法のあり方である。現在は、本人が臓器提供を望んでいても、家族が反対すれば臓器提供はできない。ドナーカードを有し、臓器提供に対する意思が明示されているのならば、家族の意向には関係なく、本人の希望を優先すべきである。

多くの場合、医師が患者本人ではなく家族を告知の相手とみなしていることから、本人よりも家族の意向を優先させる傾向は明らかである。しかし、自己決定を尊重する立場から、臓器移植法の改正では本人の意思を最優先すべきである。

また、臓器移植を促すために、本人の意思

表8 主要国の脳死・生体臓器移植数（2002年）

		心臓	肺	肝臓
日本	脳死	5	4	7
	生体		12	433
アメリカ	脳死	2,155	1,029	4,964
	生体			361
ドイツ	脳死	380	183	671
	生体			85
イギリス	脳死	158	112	695
	生体			2

注）各国の移植関係機関の調査による



が明らかでない場合の処理が問題となる。本人の意思表示がない場合、摘出に同意したものとみなす拒否表示方式は、臓器供給の増加を目的に、ヨーロッパのいくつかの国で実施されている。わが国では少なくとも、本人の意思表示がない場合、家族の同意により移植を可能とすべきだろう。

多くの人を救うべく、制度改革を進めるべきであり、ドナーカードを有する人に対しては優先的に臓器提供を行うルールの導入も考慮に値しよう。

臓器移植だけでなく、中絶後の胎児の研究面での利用についても、長期間論議の対象となっているにもかかわらず、なかなか決着がつかない。中絶後の胎児の神経幹細胞は、パーキンソン病などの治療に有効ではないかと考えられている。脳死を前提とした臓器移植が認められている以上、倫理に配慮した研究目的の利用である限り、中絶胎児の利用を認めないことの根拠は乏しい。母親の理性的な判断に基づいた承諾を得たうえで、研究目的の利用を認めるべきである。

着床前診断、中絶胎児の利用、卵子セルフバンク、臓器移植については、家族や社会による伝統規範ではなく、本人の自己決定権を重視すべきだろう。

#### 4 尊厳死要件の規定

年間の自殺者数は1998年以降、3万人台を維持している（2004年は3.2万人）。自殺率は先進国中で最も高い水準にある一方、安楽死に対する制限は厳しい。安楽死が認められる要件は、以下の4点がすべて満たされた場合とされている（1995年の横浜地裁判決）

- 耐えがたい苦痛がある

- 死期が迫っている
- 他に代替手段がない
- 本人の明確な意思表示がある

しかし、終末期の患者に明確な意思を求めることは困難であり、事実上、安楽死を幫助した医師は有罪である。一方、本人の意思に従って筋萎縮性側索硬化症である息子の人工呼吸器のスイッチを切った母親は有罪となった。裁判所は、尊厳ある死を求める患者の意思に従い、それを幫助した母親の違法性阻却の可能性にすら言及しなかったのである。現状では、尊厳ある死を望む終末期患者にはなすすべがない。

オランダでは、安楽死は本人自らの理性に基づく意思表示であることを明示し、自分が望む安楽死の方法を記した「命のパスポート」を所持することで、終末期に意思表示ができなくとも安楽死は可能である。

オランダの安楽死の特色は、要件を終末期の肉体的苦痛に限定していないことである。認知症に耐えきれない人の（発症前の意思に基づく）安楽死も認められる。また、12歳以上16歳までの未成年についても、親の承認により安楽死が認められる。現在、75歳以上の高齢者が自殺のための薬を持つ権利を認める運動も続いているが、さすがに合意形成には至っていない。

オランダでは、他者に損害を与えない行為については刑法上の罪に問うべきではないとの考え方のもと、売春や麻薬を合法化した。合法化の背景には、合法化によって非合法行為・取引の拡大を阻止する意味もある。そして、個人は死を含めて自分の人生を自由に決める権利を有しているという観点から、安楽死を合法化するに至った。

今のところ、安楽死はオランダとベルギーで合法化されている。また、アメリカのオレゴン州とスイスでは、一定の手続きを経たうえで、医師の処方した致死量の薬剤を終末期の患者に渡し、患者が自らの意思で服用する制度を認めている。わが国でも、少なくともオレゴン州型の尊厳死については、医師の行為が違法性阻却となる要件を明確に規定し、尊厳ある死を望む人の希望をかなえるべきである。

## 5 自己決定と利他の精神

個人は、公共の福祉に反しない限り、幸福を追求する権利を有している。生死の問題も個人の裁量の範囲にあると思われるが、安楽死、生殖医療、臓器移植に関して合意形成には至っていない。脳死の定義への合意形成の遅れもあって、臓器移植の実施例は累計でも50件に満たない。

国会議員が親子間で腎臓の生体移植を行ったことは記憶に新しいが、生命のリスクを伴う腎臓の生体移植の件数は直近7年間で1000件を上回る。生体移植は危険であり、脳死を

前提とする臓器移植が望ましいにもかかわらず、脳死者からの臓器移植が進まない現状を放置してもよいのだろうか。少しでも多くの人を救うために、制度を改正すべきである。

時代の変化につれ、利他の精神が薄れているようである。およそ10年前には660万人を数えていた献血者は、2003年度には560万人へと100万人も減少した。また、親と暮らせない子供のための里親制度も、ピーク時には6000件を数えていたが、虐待児童が増え、里親制度が望まれているにもかかわらず、現在では2000件を下回っている。

脳死移植が順調でない理由の1つとして、利他の精神の衰えがあげられよう。尊厳死の是認を含め、自己決定権を尊重した法整備を進める一方で、社会的連帯を意識し、病気などさまざまな困難に直面する人を支援する社会としていきたい。

著者

中村 実（なかむらみのる）

研究理事

専門は社会保障論