

〔研究ノート〕

「財源としての高齢者医療？——「増田レポートの問題点」——」

田村 充代

序

研究されたことのない分野を研究する。そのようにして、ほとんど誰も着目しないような小さな法律の立法過程を調査してきた。それが、私の研究姿勢であった。しかし、2014年に発表された、いわゆる「増田レポート」⁽¹⁾を学生と共に精査するうちに、強烈な違和感を感じざるを得ず、ここに、その財源についての疑義を記すこととする。増田レポート自体は、「消滅可能自治体」という新語が着目され、新しい地方自治のあり方を示したものである。その発行元である地方創成会議の数々の提案は、時の安倍政権によって重用されるものである。コンパクト・シティや人口の移動についても意見はあるが、ここでは、そのレポートや刊行物の最後に示された「財源」である、高齢者医療、終末期医療の見直しについて、その意味するところを考え、問題点を明らかにしたいと考える。

増田レポートの財源の趣旨

その「増田レポート」から、財源に関する部分を抜き出してみよう。「新たな費用は高齢者世代から次世代への支援の方針の下、高齢者政策の見直し等によって対応する」⁽²⁾、「終末期ケアのあり方についても、フランスにおいて経口摂取困難になった高齢者に対する胃ろうなどの治療の対応が近年大きく変わってきているように、日本においても真剣に議論する時期にあると考えられる」⁽³⁾。

また、増田氏と日本創生会議が編集した本である『高齢者の終末期医療を考える——長寿時代の看取り——』⁽⁴⁾においては、「高齢者政策」の意味するところがより具体的である。2005年に発足した尊厳死法制化を考える議員連盟の法律案を引用し、「延命措置の不開始」、「延命措置の中止」の案を紹介している。また、国立長寿医療研究センター名誉総長大島伸一氏の文章を掲載し、「超高齢化社会では、人の生死に関わる医療のあり方についても、資源は限られているという共通理解のもとに公私の均衡をどうとっていくのか、という基本的な合意のもと、正面から向き合わねばならない」と紹介している。

これらは、たとえば日本尊厳死協会の宣言書の中のひとつである「私の傷病が、現代の

(1) 通称「増田レポート」：日本創成会議 人口減少問題検討分科会 「成長を続ける21世紀のために：ストップ少子化・地方元気戦略」2014年5月8日

(2) 「増田レポート」p.4.

(3) 「増田レポート」p.32.

(4) 日本生産性本部 2015年刊

医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすためだけの延命措置はお断りいたします」というステートメントにつながる。しかし、この宣言書は何の法的裏づけもなく、緩和ケアやホスピスの整った医療現場においては無視されることも多い。

医療費は、死ぬ直前がもっとも高額になることが常識であるが、そこにメスを入れようというのがこのレポートの趣旨である。財源を、高齢者の延命中止から得ようというものだ。

生きる価値のない生命はあるか

多くの学生と接してきて、「医療と社会」、「医療と地域社会」などの科目を担当し、終末期医療に関する意見を交わしてきた教師としては、若い学生の終末期医療への拒否感には驚かされる。たとえば、「介護されるくらいなら殺してくれ」、「ガンになったら自殺したい」などといった具合である。しかし、医療現場に少しでも携わると、年を経るにつれ、死期の近い患者の生きる努力、力に驚かされることも多い。末期がんを宣告された患者であって、「早く死にたい」と言う者は決して多くない。健康であるうちの「意思表示」に疑問をもつゆえんである。望まない事態を想定することは辛い。その時、若者や健康な者は少々想像力に欠けるのかもしれない。

世界的には、患者の自己決定が尊重される傾向にあるが、死期を早めること、すなわち、尊厳死、安楽死については、慎重であり、タブー視されてきた。オランダ、ベルギーなどの安楽死合法化の例外があるとはいえ、ナチスドイツの反省の上にたつドイツにおいては、いまだに死期を早めること、(ある程度)健康な者を安楽死させることの議論はタブーである。1980年代に、ピーター・シンガーがドイツにおいて、「障がい嬰兒殺」(産まれたばかりの障がいを持つ嬰兒は、両親の同意のみで殺してもよいとした)を提唱したときには、「シンガー事件」と呼ばれる、講演拒否運動が起こったほどである。どのようなコンテキストにおいても「生きる価値のない生命がある」ということを認めると、次々に対象が広がっていくことが歴史的に知られているからであろう。この、ひとつを認めると、際限なく対象が広がる懸念を、「滑りやすい坂理論、slippery slope argument」と呼び、哲学、倫理学の大きな問題である。つまり、ナチスの場合、はじめは重度の精神障がい者をガス殺していたが、それが障がい者全体に広がり、政治犯に、ユダヤ人に対象が広がっていったのである。⁽⁵⁾安楽死初期の有名なナチス制作のポスターに、健康な青年が、重度の障がい者の車椅子を押す写真を使ったものがある。健康な青年の労働力が無駄になっていることを示唆している。障がい者がいなくなれば、若者はより良い生産的な仕事に就けるというインプリケーションである。これは、右記の「財源」の捻出の思想につながらないだろうか。

尊厳死と安楽死の区別

ここで、簡潔に尊厳死と安楽死の区別を整理する。

尊厳死とは、死期の迫った患者の治療停止を意味し、医療的措置がなければ、自発的に

(5) フランツ・ルツィウス 山下公子翻訳『灰色のバスがやってきた—ドイツの隠された障害者「安楽死」措置』思草者 1991年 参照

は呼吸や栄養吸収ができない、などの状態の患者の治療をやめることである。その決定権については、患者の自己決定を貫くか、家族による意思の忖度等を認めるか、議論のあるところである。メリットとしては、苦しい（あるいは苦しそうに見える）治療を中止することができるところ、医療費が増えない点、デメリットとしては、回復可能である可能性が残る、また最期まで看取らなかったことの遺族の後悔などが挙げられる。

安楽死とは、まだ自発的に生きられる患者の命を積極的に絶つこと（積極的安楽死ともいわれる）である。メリットとしては、患者の意志がはっきりしている場合には、遺族にお別れを告げられること、進行性の病気の途中で尊厳のある死に方ができることなどである。一方、デメリットとしては、ほとんどの国では刑法の殺人罪であり、元気に見える患者を殺すことへの反対意見が多いこと、本人の意思の確認が難しいことなどが挙げられる。カトリックを含む多くのキリスト教会は、これに反対している。当然、日本では殺人である。

「増田レポート」は、安楽死を提唱していない。あくまでも末期患者の尊厳死について検討すべきとしている。しかし、滑りやすい坂理論については、十分に注視しなければならないだろう。

諸外国の延命中止の前提

延命中止の議論をすべきとの提言において、フランスに言及されることが多いが、忘れてはならないのは、フランスでは、ほとんどの医療が無料であるということである。つまり、終末期に本人や家族がどのような選択をしても、患者の関係者の医療費の負担が増減することはないのである。日本においては、1割から3割程度の医療費の負担に加え、差額ベッド代が非常に高いことを考慮すべきであろう。東京の大学病院に1ヶ月入院すると、その差額ベッド代は100万円を超える。この100万円は、公費ではないが、遺産が少なくなるとを意味する。

また、安楽死が法制化されているオランダでは、ホームドクターの制度が充実しており、プライマリ・ケアは、まずホームドクターに任される。まずかかりつけ医に行かなければならないのである。そのため、ホームドクターとの関係は、家族ぐるみで緊密であり、重要な医療的意思決定の際に参加する資格がある。当然、第3者や精神科医がチームになって、安楽死の判断を行うこととなる。しかし、そのオランダでも、安楽死を認める範囲が広くなりすぎていることに、国内からも批判が出ていることには注目すべきである。例えば、度重なる自殺未遂の末の安楽死、認知症患者の安楽死⁽⁶⁾、耳鳴りを理由とする安楽死などである。どこまで安楽死を認めるか、という問題は尽きない。

財源としての高齢者医療の危険性

死期の近い患者の治療停止や、100歳近い高齢者への医療提供を控えることは、財政的に言うならば、大きな額となるだろう。2007年の厚生労働省の調査によると、死亡1ヶ月前にかかる医療費は、死亡者98万人で、約9000億円であり、毎年2万人分（約224億円）ず

(6) オランダ医師会は、2011年に「人道的立場から」認知症の患者の安楽死を行う方向の見解を示した。

つ増えるとされている。⁽⁷⁾その額が、困窮する若い世代に資するのであれば、高齢者も本望であろうというのは、ひとつの見識ではある。しかし、人の死を早めることや死期が近い者の医療の質を変えることは、医学の目的ではない。国家の介入するところでもない。そのことを踏まえたうえで、高齢者の人権に配慮した政策を模索することが政治の使命ではないかと考える。

(2017.1.13受稿, 2017.1.30受理)

(7) www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0322-11a.pdf 「高齢者の受診動向等について」

[抄 録]

2014年に発表されたいわゆる「増田レポート」は、地方自治、分権などに関わるものであったが、その財源について、驚くべきソースが書かれていた。それが、高齢者医療、とりわけ、終末期医療の短縮による財源の確保であった。

その状況に違和感を覚え、国家と生命の観点から疑義を唱えることが、この研究ノートの主旨である。

‘The Masuda-Report’ which to presents the whole new style of local management seeks the source of the new policies on palliative care. The report became the key essence to the Shinzo Abe’s policies, we have to evaluate thoroughly.

There are debates regarding ethical issues of ending lives. Especially, expecting the money from early death of the dying has been taboo all over the world. The report also suggests the hospice care, but by reciting the French case, it argues that the Japanese medicine commits too much of the care of the incurable patients.

I strongly resist the idea of controlling the way of ending life by the government. This short report casts doubt on the ‘Masuda-Report’ on this matter.