

# 今後の医療政策の課題

中村 実



## CONTENTS

- I 相続税と医療保険
- II 再生医療への期待
- III 医師の適正配置
- IV リビングウイルと任意後見制度

### 要約

- 1 さまざまな社会保障の資金は主に保険料であると考えられているが、たとえば医療費の場合、国民医療費32兆円のうち10兆円は公費（税金）である。高齢化の進行に伴い、公費投入もさらに増大することが見込まれる。その医療費の資金調達には、応能の原則を取り入れるべきである。具体的には、相続税を医療保険の目的税とし、増収を図ることを提案する。
- 2 従来の医療改革は経済施策に重きが置かれ、医学への国家予算（科学技術振興費）配分はなかった。しかし、病気のメカニズムの解明と治療法の確立は、医療費削減につながる第一歩でもある。世界的な医学の発展を踏まえ、科学技術振興費をバイオテクノロジーの研究に重点的に配分すべきである。
- 3 地域ごとの医師の偏在、病院の機能別再編、医師と看護師の役割分担、医学教育、さらには医療訴訟への対応など、山積する医療問題の解決の基本原則は、責任に応じた報酬体系の確立と看護師などの裁量権の引き上げである。
- 4 無益な治療を忌避し尊厳死を望む人は少なくないが、尊厳死をかなえるには事前に本人の意思を確認する制度を整えなければなるまい。具体的には、リビングウイル（尊厳死容認のために必要となる“生前の意思”を明らかにした遺言書作成などの制度のあり方）の改正、任意後見人（認知症などのために将来、判断能力が不十分になってしまうことに備え、前もって定めておく後見人）に医療面での判断を認める法の改正とともに、尊厳死法の制定である。

医療制度改革は、これまでさまざまな施策が重ねられてきたが、その傾向は健康保険組合の財源問題や病院の収益性、薬価基準の見直しなど、経済問題に偏っていた。また、小泉政権下で本格化した財政再建は、公費（税金）と保険料より成り立つ医療保険の際限なき拡大を難しくし、医療制度改革の抜本的議論を改めて招来する状況となった。

現在の国民医療費の総額は32兆円に上る。政府の掲げる18年後の2025年時点での目標値は48兆円。高齢化の進行という逆風下にもかかわらず、増加幅は年間1兆円を下回る水準にとどめなければならない。

この目標の達成に、政府は社会的入院（医療よりも老人患者の介護を主目的とした入院）の低減や成人病の予防を提唱していたが、問題はそうした国民医療費の抑制だけではない。医療制度改革の本質は、信頼における医療制度の構築にある。本稿では、信頼に足る医療制度の構築に向け、

①医療保険の資金調達

②科学技術振興策との連携

③近年問題が表面化しつつある医師の偏在

④終末医療（具体的には終末治療の中止）

に関するルール作りについて論ずる。

## I 相続税と医療保険

### 1 相続税を医療費の目的税化する

自由主義社会では、誰もが自己決定権と財産権を持っている。競争に勝てば豊かな生活を送ることができるが、敗者にはそれなりの生活レベルしか与えられない。しかし、豊富な財産を相続したという理由だけで、最初から豊かな人生が保障されるような社会は公平

とはいえまい。

国家が果たすべきは、自由市場での効率的な経済活動の育成と支援に加えて、安定した社会を維持するための、勝者と敗者の格差を一定限度内に収める福祉政策であろう。

ここで着目したいのが相続税である。相続税とは一般に、富の集中を避け所得を再配分するための税制度だと理解されているが、その相続税を医療保険の目的税として徴収してはどうだろうか。格差の拡大が社会問題となりつつある今、相続税は、そのあり方が根本的に見直される時期にきていると考える。

## 2 格差是正のための3つの仕組み

格差を是正する手段は3つある。

第1の手段は、所得および相続財産に累進課税する方法である。累進課税により、所得や財産の多い人から多く税を徴収することで、公益サービスの対価支払いは、応益ではなく応能の原則に基づいたものとなる。

次ページの表1は、税の応能負担が格差是正をもたらす効果の一例を示したものである。A、B、Cから所得税合計300万円を徴収し、1人当たり100万円の義務教育費を各人の子供に給付すると、A、B、C各人の納税と給付の損益は表1の計算式のとおりとなる。累進課税を導入することで、収入の少ない人も標準的な公共サービスを受けられることがわかる。

所得（富）の多い人がより多くの税を払うことで、所得（富）の少ない人は支払い能力以上の公共サービスが享受できるようになる（社会的公正の達成）。

第2の手段は生活保護制度である。憲法第25条には、「すべて国民は、健康で文化的な

表1 税の応能負担の効果

| 累進課税の前提              |     | 累進課税による納税額 |     |     |       | (単位：万円) |                     |
|----------------------|-----|------------|-----|-----|-------|---------|---------------------|
| 所得                   | 税率  |            | 所得  | 所得税 | 実効税率  | 可処分所得   | 応能負担の効果<br>損益計算式 損益 |
| 300万円以下の部分について       | 10% | A          | 300 | 30  | 10.0% | 270     | 100－30＝70           |
| 300万円超600万円以下の部分について | 20% | B          | 600 | 90  | 15.0% | 510     | 100－90＝10           |
| 600万円超900万円以下の部分について | 30% | C          | 900 | 180 | 20.0% | 720     | 100－180＝－80         |

最低限度の生活を営む権利を有する」と記されており、就労の困難な人の救済がうたわれている。

現在、生活保護世帯はおよそ100万世帯を数えるが、その大半が高齢者、傷病障害者、母子家庭である。生活保護世帯への総額2.5兆円（2005年度）に上る給付のうち、1.3兆円を医療費（医療扶助）が占めていることから、生活保護の大きな原因が高齢化や傷病であることがうかがい知れる。

第3の手段は社会保障制度である。同じく憲法第25条には、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とある。

公的年金、失業保険、医療・介護保険などの社会保障制度は、加入者全員が保険料を支払う相互扶助のもとに成り立っている。医療保険の場合も同様で、健康な人も含め、加入者全員が保険料を支払うことで、被保険者は病気にかかっても、安価に治療を受けられる仕組みとなっている。

このように、所得税、相続税における累進税率の適用、および生活保護制度と社会保障制度を活用することで所得格差が是正され、国民すべてに義務教育、医療、年金などを安

価に提供することをも可能とし、ある程度、結果の平等を達成できることになる。

いうまでもなく、すべての国民に提供する教育、医療、介護、年金の額は、社会的連帯と自己責任との兼ね合いで決まる。

その兼ね合いは、北欧諸国の場合は結果の平等（社会的連帯）をより重視するため、税の累進度および保険料率を高めに設定している。一方、米国は機会の平等を重視し、何事も自己責任という精神に基づき、医療保険は民間保険が中心になるなど、政府の役割を最小限にとどめようとする傾向が強い。

北欧と米国を両極とすれば、わが国のその兼ね合いは、両者の中間にある。

### 3 収入格差、教育格差と 医療保険財政

非正規社員の増加は、1990年代の長期不況がもたらした格差の一つである。非正規社員の数は、2005年半ばに1650万人と被雇用者の3割（女性では5割）を占めるまでになった。

表2は、正規社員と非正規社員の月収格差を示したものである。男性で約13万円、女性で約7万円の差があり、共稼ぎ夫婦の場合、夫婦それぞれが正規社員であった場合と非正

規社員であった場合の収入の差は、月額20万円ほどになる。

収入格差の拡大は、機会の平等を脅かし始めている。一例として、近年、就学援助を受ける児童の増加が目立つようになってきたことがあげられよう。

学校教育法は各市町村に対し、経済的な理由で就学に支障がある子供の保護者への援助を義務づけており、2004年度は、東京では24.8%、大阪では27.9%と、児童のおよそ4人に1人が就学援助を受けた。ところがその一方で、2006年の春、東京では4人に1人が私立中学校を受験している。

就学援助を受ける子供の家庭では、子供の教育に対する保護者の熱意が一般の家庭よりも低いと思われる。子供の教育への熱意の差は、格差が教育にも及び、教育の機会均等を空文化してしまったことを示している。

このように、低所得世帯における教育についての配慮は必要だが、一方で、ここ15年間で児童数が400万人減少するなか、義務教育予算は逆に8.6兆円から9.5兆円へと増加したことの内容吟味が先決である。児童数が大幅に減る一方で予算は増えており、近年はいじめや自殺などの問題が手つかずのままである。教育予算の用途には疑問を持たざるをえない。

ちなみに、2000年のPISA（OECD〈経済協力開発機構〉生徒の学習到達度調査）によれば、わが国の小学校1クラス（国語）の平均人数は38.8人と、米国の24人、英国の25人、フィンランドの20人と比べてかなり多く、このことも、近年のわが国の児童の学力低下の大きな要因であろう。1クラスの児童数を減らすためにも、教育予算の中身を徹底

表2 正規社員と非正規社員の月額賃金格差

|    |      |       | (単位：万円) |
|----|------|-------|---------|
|    | 正規社員 | 非正規社員 | 差額      |
| 男性 | 34.8 | 22.1  | 12.7    |
| 女性 | 23.9 | 16.8  | 7.1     |

出所) 厚生労働省「賃金構造基本統計」2005年6月調査

出所) 厚生労働省「賃金構造基本統計」2005年6月調査

的に見直すべきである。

格差の拡大は、これまで述べてきた非正規社員や就学援助児童の増加以外にも、1990年代の不況による自営業の低迷の影響で、自営業の高齢者を中心に生活保護を受ける者が増加し続けるなど、さまざまなところで顕著になりつつある。

これらの格差を是正するために相続税のあり方を見直そうとの意見もあるが、若年層の所得格差は主に正規社員と非正規社員の賃金格差であり、労働法の範疇である。正規社員と非正規社員の問題については、まず両者の賃金格差を解消し、同一労働・同一賃金の原則を徹底すべきである。

相続税（ピーク時には3兆円ほどあったが、現在では国税収入のわずか3%の1.4兆円に過ぎない）は、格差是正や義務教育の充実ではなく、増大が予想される医療費のための目的税として課税基準を拡大し（めどは5兆円程度）、医療保険財政の健全化のために役立てるべきである。

## 4 医療・介護費用の公費と自己負担率

### (1) 2分の1が公費の医療・介護費用

社会保障制度は保険料のみで成り立っているわけではなく、多額の公費（税金）が投入されている。基礎年金、2008年から始まる後期高齢者医療（75歳以上が対象）、介護保険



(65歳以上が対象)はそれぞれ2分の1が公費で、生活保護費などと併せ、社会保障費として租税収入の約4割、およそ20兆円が政府予算に計上されている。また医療費の場合、国民医療費32兆円のうち約10兆円が税により賄われていることを確認しておきたい。

## (2) 高額医療の自己負担率

2008年から導入される後期高齢者医療制度は、前述したように5割を公費が負担し、4割を現役健康保険加入者が負担、残りの1割が高齢者自身の負担となる。これまで高齢者の保険料は家族単位だったが、このたびの改正で個人単位で決まることになった。また、現在の試算では、平均的な年金収入を得ている人の保険料は月額6200円だが、医療費の増加に伴い徐々に値上げされることも決まっている(75歳以上人口は現在1200万人、2025年には2000万人に達する見込みである)。

医療保険に限らず、社会保険料は原則として報酬比例であるため、所得格差に対して中立である。しかし、すべての人が安価に医療を受けられるようにするには、高額所得者の自己負担率を高め、本来は応能の原則を積極的に導入すべきだろう。

事実、今回の医療改革では高所得者の自己負担率は現役と同水準の3割に引き上げられ、応能の原則に一步近づいた。ただし高額医療の問題もあって、完全に取り入れるのは難しいのが現実だ。

高額医療の問題とは、人工心臓、生体間移

植などの先端医療に伴う月額500万円を超えるような医療費請求がある場合をさしており、2004年には2600件を数え、今後も増え続けるのは間違いない。月額500万円というと、単純に3割で150万円。この全額を自己負担することは、大半の家庭にとって深刻な問題を招く。

このため、高額医療費の自己負担額には上限額が定められている。表3にあるようにその上限額は低く、高額医療費の大半は公費および保険料で賄われることに変わりはない。

自己負担率を多少、調整したところで、小口医療における高所得者の負担率が上がるだけで、全体的に見れば医療費負担が応能の原則に従っているとはいえない。

## (3) 高所得者に有利な保険料制度

医療保険には「保険」と名前がついているものの、前述のとおり、高齢者医療制度の2分の1は公費(残り半分は保険料)で、納税者、保険料支払者の中心が30代~50代の現役世代であることを考えれば、医療保険は公的年金と同様に世代間扶養の原則のもとに成り立っているといえる。

全国国民医療費(2004年度、32兆円)の半分(16兆円)は、人口で2割弱の65歳以上の高齢者に対するものである。

保険料を支払っている側からすれば、低価格で医療が受けられることは当然との思いもあるが、高齢者医療費の半分は公費で賄われており、実態は世代間扶養に従って運営されていることを理解しておく必要がある。

こうした保険料はどれも報酬比例で徴収されているために、所得再分配機能はないが、それでは公費部分については応能の原則は成

表3 高額医療の自己負担上限額(月額)

|       | 現状    | 見直し案  |
|-------|-------|-------|
| 高所得者  | 8.4万円 | 9.2万円 |
| 一般所得者 | 4.0万円 | 6.2万円 |

注) 70 ~ 74歳で医療費150万円の場合

り立っているのだろうか。

医療保険、介護保険に関しては、拠出時は所得控除を受けられ、給付時は非課税となっている。公的年金のほうは、拠出時に所得控除を受け、給付時には課税されるものの、その控除額は高く、遺族年金に至っては非課税である。保険料見合いの所得の大半は事実上、課税されていない。

さらに、保険料が所得控除されているため、限界税率（累進課税や控除対象となる条件を上回ったなどのために、一定金額を超えた所得分に対して最も高率で適用される税率）の違いにより所得税額に大きな差が出てくる。

表4は、表1と同様のケース（同じ税率、同じ所得）で社会保険料率が10%と仮定した場合の社会保険の減税効果を計算したものである。結果は、A 3万円、B12万円、C27万円となり、高所得者ほど減税効果が大いことがわかる。

表5に示すように、主な社会保険料が所得控除となっていることは、所得税の減収要因となっているだけでなく、高額所得者にとって有利であり、累進課税の効果を弱める結果となっている。

## 5 応能の原則の導入

### (1) 応能の原則になっていない医療保険

ここまで述べてきたように、医療保険には以下の点で応能の原則が働いていない。

- ①保険料は報酬比例である。
- ②医療費の自己負担比率は、高額医療費については上限がある。
- ③社会保険料は所得控除されているため、高額所得者に有利である。

表4 社会保険の所得控除は富の再配分にマイナス

| 累進課税の前提              |     |  |  |  |  |
|----------------------|-----|--|--|--|--|
| 所得                   | 税率  |  |  |  |  |
| 300万円以下の部分について       | 10% |  |  |  |  |
| 300万円超600万円以下の部分について | 20% |  |  |  |  |
| 600万円超900万円以下の部分について | 30% |  |  |  |  |

| 所得と所得税 |      |      |      |     | (単位：万円) |
|--------|------|------|------|-----|---------|
| 所得     | 所得税① | 修正所得 | 所得税② | ①－② |         |
| A      | 300  | 30   | 270  | 27  | 3       |
| B      | 600  | 90   | 540  | 78  | 12      |
| C      | 900  | 180  | 810  | 153 | 27      |

注1) 社会保険料は収入の10%と仮定

2) 修正所得とは収入から社会保険料を除いた課税所得

3) ①－②は保険料控除による減税額

| 社会保険料の有無による所得税の差 |        |           |           | (単位：万円) |
|------------------|--------|-----------|-----------|---------|
| 所得               | 社会保険なし |           | 社会保険あり    |         |
| A                | 300    | 30 (100)  | 27 (100)  |         |
| B                | 600    | 90 (300)  | 78 (289)  |         |
| C                | 900    | 180 (600) | 153 (567) |         |

注) カッコ内はAを100としたときの値

表5 社会保険の所得税への影響

|      | 拠出          | 給付                             |
|------|-------------|--------------------------------|
| 公的年金 | 所得控除        | 120万円控除（年金額330万円以下）<br>遺族年金非課税 |
| 医療保険 | 所得控除        | 非課税                            |
| 介護保険 | 所得控除（40歳以上） | 非課税                            |

- ④高齢者医療保険制度に加入する高齢者の場合、地方税納付額が保険料、自己負担率の基準所得となるが、地方税の標準所得には、利子、配当、公開株式のキャピタルゲインは含まれておらず、結果として標準所得には資産額がほとんど反映されず、大半は年金収入のみが保険料、自己負担率の基準となっている。

これでは増大する一方の医療費に対して、安定的かつ公平で安価な医療サービスは提供できない。基本的な公共サービスの一環である医療を、国民に安価に提供するとともに、日々進歩する医療の恩恵をより多くの人が享受できるようにするために、医療保険は応益ではなく応能負担の原則に従って資金を調達し、豊かな人により多くの負担を求める必要がある。

## (2) 米国オレゴン州の試み

医療保険の資金調達が不十分であった場合、医療制度はどのような経過をたどるのか。1980年代の米国オレゴン州の試みでその問題点が明らかになった。

米国は国民皆医療保険の国ではないため、保険の未加入者が数多く存在する。オレゴン州では1980年代に、医療保険制度を大きく改革した。新税を設け貧しい人への医療給付を拡大する一方で、医療給付の合理化を進めた。すなわち、多くの人に基礎的医療給付を保障するとともに、同時に少数の高額医療を保険の対象外としたのである。

具体的には、同州の定めたヘルスプランで709の症状に優先順位をつけ、高価すぎる、あるいはあまり効果の認められない治療の優先順位は低くした。優先順位の低い治療には体外受精、心臓移植、肝臓移植、骨髄移植などが含まれていた。

こうした制度改革が進められるなか、1987年、コビー・ハワードという7歳の少年が白血病にかかった。しかし、上記のように、骨髄移植はオレゴン州の医療保険の対象ではなかったことから、金銭的にゆとりのない両親がコビーの骨髄移植のための医療費を支払え

ず、彼の命は救われなかった。

この事例は米国オレゴン州に特異なケースであるとはいえない。高齢化の進行、高額な先端医療の増加という状況下でありながら、医療費総額の抑制という問題に直面するわが国も同様の危惧を抱えている。現在、わが国は、豊かな人も貧しい人もほぼ一律の自己負担となっているが、今後はその制度を見直し、基礎的な医療に対する自己負担を低く抑える一方、先端的な高額医療への自己負担を引き上げる制度を採らざるをえなくなる可能性がある（医療給付二段階論）。この場合、オレゴン州の例のように、貧しい人は先端医療を受けることができなくなってしまう。

こうした事態を避け、多くの人々が先端的医療を安価に受けられるようにするには、より多くの資金が必要であり、そのために本稿の冒頭で示したような、相続税を医療保険の目的税とするとともに、課税標準を見直し、増収を図るべきだろう。

以下に、具体的な増収策を述べる。

## 6 基礎控除の物価スライド制

課税標準を引き下げること相続税の増収を図ることは可能である。

1980年代後半にバブルが始まったころ、相続税の基礎控除の水準は3600万円（相続人4人の場合）であった。その後、地価が急騰し、相続税負担も急増した。これに音を上げた都市近郊の農業関係者が、相続税対策として基礎控除を増やすために孫を養子にするなど、異常な事態さえ招いた。

こうした混乱を是正すべく、1994年に基礎控除が引き上げられた（相続人が4人の場合、基礎控除額は9000万円）。しかし現実に

は、このときすでに地価や株価は下落し始めており、結局、基礎控除は引き上げられたものの地価は下がり続け、2000年初めには地価はバブル期のおよそ3分の1（全国市街地）、株価は2分の1まで下落し、当然ながら相続税収も減少を続けた。

税制上の問題点は、控除額に物価スライド条項を組み込まなかったことである。

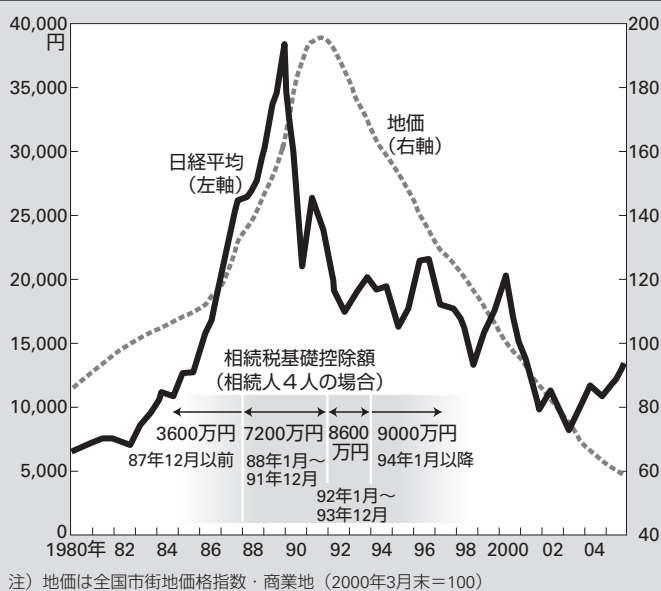
公的年金では、前年の消費者物価上昇率に合わせて翌年度からの年金額を改定する物価スライド制が導入されている。公的年金とは要するに親への仕送りの社会化で、現在の年金を負担しているのは現役世代である。年金額を物価下落（＝賃金下落）に合わせて減らさないと、しわ寄せはすべて現役世代がかかることになり、世代間の不平等を生む。同様に、相続税にも物価スライド制を適用すべきである。地価や株価など資産価値は変動するものであり（図1）、相続税収を安定させるには、基礎控除の額も機動的に変動させねばならない。

すでに述べたように、現在の医療費は公費と保険料により賄われているが、保険料や自己負担率の決定に各人の資産額はほとんど反映されていない。

高齢化の進行で医療費は今後もさらに増え続けると予想されている。現在、70歳以上の医療費は13兆円、65歳以上の介護費は6兆円と、20兆円近くが高齢者のために費やされ（その半分は公費により賄われている）、しかもその給付は、本人の財産の多寡にかかわらず一律である。

本人の死後に残された財産の一部を税金として徴収し、医療保険に利用することは、社会的公正という面で正当だろう。相続により

図1 株価・地価の変化と相続税基礎控除額



注）地価は全国市街地価格指数・商業地（2000年3月末＝100）

富を得た人はその一部を税金として納め、医療をはじめとする社会福祉に役立てるべきであり、そのために基礎控除額を地価、株価に連動させ大幅に引き下げる必要がある。

## 7 配偶者控除の見直し

基礎控除額の引き上げに加え、相続税における配偶者の優遇も見直すべきだろう。現在、配偶者の相続は、法定相続比率（50%）以下ならば金額に関係なく非課税であり、法定相続比率を超え、仮に100%相続した場合でも1億6000万円までは非課税である。

この制度は、もともとは専業主婦を前提にしており、その点で所得税の配偶者控除と似ている。高度成長期には、夫が働き、妻は専業主婦として家事や子育てに携わるというスタイルが中心であったため、妻の内助の功に対して配偶者控除が設けられた。しかし、時代が進み、夫婦共稼ぎが珍しくなくなった今、専業主婦を前提とした配偶者控除は正当



性を失いつつある。

現状の配偶者優遇税制は、名義上の夫の財産も夫婦の共有財産と見なし、妻に半額の財産権を認めていることから、財産の50%までの相続は非課税となっている。しかし、金額の多寡にかかわらず、法定相続比率以下の相続についてすべて非課税とすることは行き過ぎだろう。共稼ぎ夫婦の増加を考慮すれば、法定相続比率以下であっても非課税金額に上限を設けるなどの改正をすべきである。現在の相続税収は1.3兆円と、消費税1%（約3兆円）の半分程度にしか過ぎない。

基礎控除額を資産価値と連動させる、あるいは配偶者の優遇を見直すなどの増収策がもたらす効果に疑問を呈する声もあるかもしれない。しかし、増大する医療費を賄うための目的税とし、累進制を強め、相続税を増加させて、その相続税により多くの人に高度医療を提供する役割を持たせるべきだろう。

個人の所得や富の額にかかわらず誰にも一律な医療、介護サービスを国が提供しているということを考えれば、死後に財産のすべてを遺族だけが相続するということは公正ではない。相続税は医療保険のために使うとはつきりさせることで、大規模な増収に対する国民の理解が得られると思いたい。

## II 再生医療への期待

病気の治療の中心は投薬と外科手術である。公衆衛生の普及や抗生物質の発見により人の平均寿命は大幅に伸びた。だが、薬の開発には巨額の資金が必要とされるため、必然的に新薬は高価とならざるをえない。一方、薬の副作用は大きな問題であり、副作用を抑

えつつ最大の効果を生むための投薬技術には高度な専門知識が必要とされている。

このように、昔と比べて薬のコストパフォーマンスが低下するなか、外科的治療における最大の技術革新として、1980年代以降、臓器移植が注目されるようになった。しかし、臓器移植はドナー（提供者）不足や拒絶反応もあって、思ったほどの治療効果が上がっていない。それどころか、生体間移植に伴う臓器売買の問題や倫理問題が顕在化してきている。このため、最近では再生医療への期待が高まりつつある。

再生医療とは、失われた組織を文字どおり“再生”する医療技術だが、始まりは血液の再生からだった。その後、分子細胞学の進歩に伴い、機能が低下した細胞を新たな細胞に置き換える試みとして発展していく。

もっとも、現在の再生医療は、人の初期胚、あるいは中絶胎児を利用せざるをえないため、米国を中心に生命倫理面での批判も多い。しかし、再生医療は病気に苦しむ人にとっては大きな福音であるとともに、医療費の削減も期待できる。

国民医療費の抑制は今後の大きな課題であり、それを目的とした再生医療への科学技術振興予算の重点的配分は、将来の医療保険財政にも大きくかかわってくるであろう。

### 1 再生医療の誕生

受精卵は分化と増殖を繰り返しながらさまざまな組織へと変化し、やがてヒトとなる。

人間の細胞はおよそ60兆あり、皮膚、血液、骨は体内で恒常的に再生を繰り返している。胃や腸などの臓器の場合、肝臓だけは3分の2を切除しても約1カ月後には復元する

が、イモリの尾やロブスターのはさみに見られるような再生現象は、人間ではほぼ不可能だと長いあいだ考えられてきた。

ところが、分子生物学が進歩し、人間の細胞の中に再生を担う体性幹細胞の存在が明らかとなり、この発見から、衰えた体内組織を体性幹細胞を利用して再生する、再生医療が誕生したのである。

## (1) 骨髄移植による白血病治療

再生医療の典型が白血病での骨髄移植である。赤血球の寿命は平均120日、白血球の寿命は数時間から数日であり、血液は常に体内で生み出されているが、その機能を担っているのは骨髄中に存在する幹細胞である。1960年代にこの幹細胞が発見され、白血病の治療に革命をもたらした。

白血病とは血液のがんで、放射線を照射すればがん細胞を死滅させることはできる。ただこのとき、正常な血液も一緒に破壊してしまう。しかし、骨髄中の幹細胞を患者に移植できるようになったことで治療効果が劇的に上がり、白血病は不治の病ではなくなった(拒絶反応のない骨髄を選ぶための骨髄バンクには、現在25万人が登録している)。

## (2) 皮膚・骨の再生

体性幹細胞を体外で培養し増殖する技術も着実に進歩している。1974年、米国で初めて皮膚の体外培養に成功し、83年には皮膚の95%にやけどを負った少年の治療に成功した。

患者自身の細胞を人工的に培養して利用するため拒絶反応の心配がない再生医療は、こうして1980年代後半に本格化し、90年代後半

表6 血液幹細胞の可塑性

|        |                     |
|--------|---------------------|
| 脳に入ると  | → 神経細胞→神経幹細胞        |
| 皮膚に入ると | → 上皮幹細胞→粘膜上皮細胞、皮膚細胞 |
| 筋肉に入ると | → 筋細胞→筋肉幹細胞         |
| 骨に入ると  | → 造骨幹細胞→軟骨、骨細胞      |
| 骨髄に入ると | → 血小板、白血球、赤血球       |
| 肝臓に入ると | → 肝幹細胞→肝細胞          |

出所) 西川伸一「痛快! 人体再生学」集英社インターナショナル、2003年

には前述した血液、皮膚以外の組織の再生医療の研究も始まった。現在では関節や歯の再生まで可能となっている。

一方、1990年代後半になるまで体性幹細胞が分化する臓器は限られていると考えられていたが、その後、骨髄には多くの臓器へと変化する体性幹細胞が含まれていることが徐々に明らかになってきた。

骨髄中の血液幹細胞は、血液、皮膚、筋肉、骨、神経細胞などに変化する可能性がある(表6)。これらの研究が進み、血液幹細胞を特定の臓器に誘導できるようになれば、再生医療は飛躍的に進歩するだろう。日本では、費用の面から体性幹細胞を利用した医療行為は見送られてきたが、2003年には血管の再生を目的とした骨髄移植の一部に医療保険が認められることとなった。

## 2 再生医療の将来性

1980年代以降、臓器移植の数は増え続けているが、ドナーは常に不足したままである。また、移植には拒絶反応の問題もある。これに対し、患者自身の細胞を用いるため、ドナー不足や拒絶反応の心配のない再生医療は、今後ますます重要性を増すであろう。

再生医療は現在、血液、血管、皮膚、骨以外に、前述のとおりすでに関節や歯の再生も可能となり、角膜の再生も実用段階に入っている。胃や腸などの立体的な臓器を体外で再生し、それらを患者の体内に戻すことは夢の段階ではあるものの、膵臓、腎臓の機能、および神経細胞の再生には大きな期待がかかっている。

たとえば、膵臓でのインスリンの分泌や、腎臓でのネフロン分泌の再生が可能となれば、国内でそれぞれ740万人、25万人を数える先天性糖尿病患者、腎臓病患者にとって大きな救いとなる。インスリンの注射の費用は1人当たり年間18万円、患者全体では年間1.3兆円、腎機能不全に伴う人工透析の費用は全体で年間1.5兆円に上っており、膵臓、腎臓の再生医療の実現は、単に患者のためだけでなく、医療費の削減にとっても重要な意味を持つ。

また、長い間、脳の神経細胞は再生しないと考えられてきたが、1980年代後半、カナリアの脳に神経再生幹細胞が存在することがわかった。そして1990年代には人間の脳にも幹細胞があることが究明され、これにより失われた脳神経を回復する道が開かれた。

神経細胞の再生には、以下の3点から大きな期待が寄せられる。

- 国内に12万人の患者がいるパーキンソン病（ドーパミン神経細胞が変形・脱落し、硬直・歩行障害をもたらす）治療のためのドーパミン再生幹細胞の研究
- 脊髄損傷による運動能力障害を回復させるための神経細胞再生の研究
- アルツハイマー病（記憶に携わる脳内神経細胞が欠落する病気）の治療

今後、高齢化の進行に伴い認知症患者が増加することが予想され、2025年には65歳以上人口の1割に当たる300万人が認知症患者になると推定されている。その認知症患者の半数以上はアルツハイマー病といわれる。再生医療によってアルツハイマー病の治療が可能になれば、介護保険財政だけでなく、介護を担う家族にとっても朗報となる。

### 3 ES細胞

体性幹細胞とは別に、万能の生命力を持った細胞として受精卵がある。

ヒトは1つの受精卵が分裂を繰り返すことで生まれる。ヒトの細胞の中に再生を担う体性幹細胞が存在することはすでに述べたとおりだが、体性幹細胞の用途は限定されたものでしかない。これに対して胚細胞は、受精卵成立後1、2週間までならばあらゆる臓器への分化が可能である。

分子生物学の使命の一つは、体外で培養したこの期間中の胚細胞が特定の臓器へと分化していくメカニズムを解明することだが、その使命が達成されたとき、再生医療は飛躍的な発展を遂げるだろう。

その夢の実現への第一歩が1978年に英国で誕生した試験管ベビー、ルイズ・ブラウンであった。体外受精のために作られた受精卵のうち、子宮内に着床しなかったものは凍結保存される。両親の承諾を得られれば、万能細胞を利用した再生医療の研究のために使用できる。

受精卵の分裂開始後2週間までの胚性幹細胞を、体外で自己増殖を繰り返すよう培養した細胞を特にES細胞と呼ぶ。ES細胞は、あらゆる臓器へと変化する可能性がある万能細胞

胞として知られる。

歴史的に見ると、1981年、マウスのES細胞を培養することに、英国ケンブリッジ大学のマーティン・エバンス、マット・カウフマンらが成功した。ヒトでのES細胞培養は、1998年に米国で成功例があり、わが国では2003年に京都大学で成功している。

体外受精の余剰胚を利用してES細胞の培養に成功したことは、将来、体性幹細胞に頼ることなく臓器再生を可能にする道が開けたといえよう（表7）。しかし、受精卵の利用には生命倫理の問題がつきまう。たとえば、米国でのプロライフとプロチョイスの対立の再燃がある。

プロライフとは、受精の瞬間を生命の誕生ととらえ、妊娠中絶に反対する立場の人々で、彼らは「ES細胞の作成は命の破壊であり、またES細胞の利用は殺人であり許すことはできない」と主張する。

一方、女性は妊娠中絶の自己決定権を持つと考えるプロチョイスの人々は、ES細胞の利用を支持する立場から、「未使用のまま長い間冷凍保存され、いずれは廃棄されてしまう受精卵を、医学の進歩のために利用することには何ら問題はない」として、プロライフとは対立する。

保守的なキリスト教徒の支持を得て成立した共和党のレーガン、ブッシュ（父）政権下では、ES細胞の研究に対して国家の援助はなかった。続く民主党のクリントン政権下になると、ES細胞にかかわる規制が緩和される気配もあったが、現在の共和党・ブッシュ政権となってからは、ES細胞の研究は民間資金主導で行われているのが実情である。

表7 ES細胞の分化と治療可能性

| 分化元     | 再生部位        | 治療対象            |
|---------|-------------|-----------------|
| 神経幹細胞   | 神経細胞        | アルツハイマー病、末梢神経損傷 |
| 筋肉幹細胞   | 筋肉（心筋）      | 筋ジストロフィー、心筋梗塞   |
| 血管内皮幹細胞 | 血管内皮細胞      | 人工血管、血管障害       |
| 造骨幹細胞   | 軟骨、骨        | 人工骨、骨疾患         |
| 造血幹細胞   | 赤血球、白血球、血小板 | 輸血（人工血液）        |

出所）三宅淳監修、松井高広『図解 よくわかる再生医療ビジネス最前線』（日刊工業新聞社、2004年）より作成

## 4 中絶胎児の利用

前述したように、再生医療における受精卵の利用には常に賛否両論がかまびすしいこともあり、新たな研究対象として中絶胎児が注目されてきている。その背景には、現在、米国の人工中絶が年間150万件を数え、両親の許可を得たうえで中絶胎児を研究目的に利用するのは、生命倫理の問題はそれほどなかろうと予想されたことがあった。

中絶胎児の生殖細胞は、ES細胞より程度こそ劣るものの万能性を備え、成人に比べて体性幹細胞の数も多いという特徴を持つ。

ブッシュ（父）政権からクリントン政権に代わった際には、中絶胎児の組織研究に対する資金援助が認められ、中絶胎児の組織はパーキンソン病や若年糖尿病の治療に役立つ可能性を秘めていると報道された。

中絶胎児の組織をパーキンソン病の治療に利用する研究が盛んなのはスウェーデンである。拒絶反応の問題があり成功確率が高いとはいえないが、一度の神経幹細胞の移植で病気が完治したという報告もある。1998年には、中絶胎児から生殖細胞を分離して体外で培養することにも成功し、この細胞はEG細胞と呼ばれる。EG細胞はES細胞にこそ劣る



ものの、中絶胎児から万能性を備えた細胞を体外で培養できるようになったことで、再生医療はまた新たな段階に入った。

中絶胎児の生殖細胞だけが医療に役立つのではない。胎児を覆っている羊膜は角膜および鼓膜の再生に効果がある。

死者の角膜を患者に移植する角膜移植でも視力を回復させることは可能であるが、ドナーは不足している。わが国のアイバンクへの登録者は2万人を下回っており、移植を受けることができる人は年間1500～1700人に過ぎない。このため、羊膜を用いた角膜の再生には大きな期待が寄せられている。

さらに、臍帯（へその緒）血は造血幹細胞を大量に含むとともに拒絶反応があまり強くないことから、骨髄移植に代わる白血病の治療手段としても注目を集めている。

現在、年間に生まれる子供の数は約100万人、仮に2%に当たる2万人分の臍帯血を臍帯血バンクに保存することができれば、多くの人に骨髄移植することが可能となる。

わが国では中絶胎児の利用への抵抗が強く、合意形成への道は遠い。しかし、国内の脊髄損傷者は約10万人といわれ、毎年5000人ほど増えている。治療法は脊髄の神経細胞の再生しかなく、2004年、骨髄損傷のため身体障害者となった日本人が、中国で中絶胎児の神経幹細胞移植手術を受けていると報道されただけに、中絶胎児の研究利用に関する国内ルール策定のとりわけ急がれる。

再生医療を整理すると、以下のとおりである。

- 血液幹細胞、体性幹細胞を用いるもの  
→皮膚、軟骨、血管、角膜などの再生
- ES細胞、EG細胞を用いるもの

→各種臓器、神経の再生

- 中絶胎児を用いるもの

→パーキンソン病、脊髄損傷の治療

- 臍帯血、羊膜、角膜などの収集機関の新設・充実、啓蒙などが必要

米国では1984年に臓器移植法が成立し、対価を伴う臓器取引が禁止された（臓器の商業取引の禁止）。しかし、ドナーは恒常的に不足しており、腎臓の生体間移植など、実質的には商業取引が発生している（先進国の患者が貧しい発展途上国から腎臓を買うケースが多い）。臓器の供給を拡大するため、生体間移植で見られる臓器の商業取引にも脳死基準を適用すべきか、あるいは臓器の商業取引は無条件に一切禁止すべきかは意見の分かれるところである。

一方、臓器移植法成立時には想定していなかった臓器の使用も見られ始めている。政策論争は心臓、腎臓などの臓器を前提に行われてきたが、最近になって米国では、NPO（民間非営利組織）を通じ、死体の皮膚、骨、血管、角膜、心臓弁など人体の各部位の収集が急速な勢いで進んでいる。しかも、これらの臓器を治療に用いるべく商品化しているのは国ではなく、営利目的の企業である。卵子も商業取引に近い形で取引されている。臓器移植法の想定外である骨や心臓弁、卵子などの商業取引を認めるか認めないか、そうした選択が今、迫られている。日本もこの議論において蚊帳の外ではない。

## 5 クローン羊ドリーの誕生

1996年、哺乳動物のクローン第1号として羊のドリーが英国で誕生し、単性生殖は夢ではなくなった。人体の細胞の多くは分化が終

わった細胞であり、そこから細胞の万能増殖能力をよみがえらせることは不可能だと、それまでは考えられてきた。しかしドリーは、体細胞に特殊な処理を施すことで細胞の万能性を復活させ、万能性を復活させられた細胞からDNA（デオキシリボ核酸）が含まれている核を取り出し、それを核を取り除いた卵子に埋め込むことによって、受精卵と同様に分化、増殖させることができることを示した。

成功したとはいえ、ドリーは297回にも及ぶ実験を経ての誕生であり、その点では成功の確率は低い。ただし、技術の進歩は、今後、成功確率を上げるだろうし、霊長類での成功が現実のものとなれば、ヒトクローンの誕生もSF（サイエンスフィクション）の世界ではなくなるかもしれない。

人工的なヒトクローンには生命倫理上、2つの問題がある。男性がいなくとも子供が生まれるということと、同じDNAを備えた2人以上の人間が同時に存在することである。

男性なしで子供をつくることが可能になれば、家族の概念は大きく変わってしまうに違いない。米国ではAID（夫以外の男性の精子を利用した生殖）実施者の2割がシングルマザーであるという事実が示すように、結婚は望まなくとも子供は欲しいという女性が少なからず存在しているが、伝統的な親子関係に大きな影響を与えてはいない。

次の問題は、同じDNAを持つ人間の存在である。「同じDNAを持つ人間同士」という面では、すでに一卵性双生児という自然現象がある。一卵性双生児は同じDNAを備えており、外見はよく似ているが、性格は明らかに異なっていて、同じDNA＝同じ人格とは

いえない。

米国心理学会による「遺伝と環境」の結論によれば、①遺伝子は多くの面で遺伝されていく、②家庭環境が同じであることが人格に及ぼす影響力は小さい、③ヒトの人格形成には家庭外の環境が大きな影響を及ぼしている。

つまり、人間は環境に応じて個々の人格を形成していくのであり、たとえDNAが全く同じだからといって、同じクローン人間に同じ人格が形成されるわけではない。

クローン人間は成功確率が低いこともあって、当面、禁止の状態が続くであろうが、技術が確立すれば、それが不妊治療の切り札になるであろうことは想像に難くない。当面の課題は、ヒトクローン胚の再生医療への利用ということになる。

ヒトクローン胚は患者本人の細胞を使用しているため、拒絶反応のない再生医療が可能になるのは事実で、一定のルールを定めたいとてその利用を認めるべきであろう。先ごろ韓国で、ヒトクローン胚ES細胞の捏造騒ぎがあったが、米国ハーバード大学は、政府による資金援助がないため、民間資金を利用したヒトクローン胚の研究の本格化を表明し、わが国政府もヒトクローン胚研究にかかわるガイドラインを示している。このときのポイントは研究に必要となる卵子の調達方法で、このことは後で述べる。

## 6 再生医療と政策

### (1) 生命倫理上、議論となる再生医療

再生医療と生命倫理の議論をするなら、プロライフの中心的存在であるローマ・カトリックの総本山バチカンも体性幹細胞や骨髄

の利用については認めている。したがって、生命倫理上、問題となるのはヒトクローン、ES細胞、中絶胎児の利用の3つであろう。

キリスト教保守勢力を基盤に成立したレーガン、ブッシュ（父）政権下では、生殖医療、ヒトES細胞の研究に対して国家資金は拠出されていない。同様に、米国以外のプロライフとプロチョイスの対立が激しいキリスト教諸国では、ヒトの初期胚や中絶胎児を用いた研究については倫理面からの批判が根強い。また、米国、ドイツでの中絶反対派の考えのなかには、宗教上の理由のみならず、わが国には当てはまらないナチス・ドイツの人体実験の記憶を根拠とするものも多い。

しかし、わが国には事実上、妊娠中絶の是非をめぐる問題はないといってよい。したがって、ルールや手続きさえ定めれば、中絶胎児自体の利用に反対する研究者は少ないものの、中絶胎児の組織を医療目的で利用することへの社会的なハードルは高くないと思われる。

ES細胞の利用も、カトリック教徒を中心としたキリスト教国では、プロライフの反対という大きな問題が立ちふさがっているが、わが国では不妊治療の過程で生じる余剰胚を、両親の合意を得たうえで研究開発に利用することに大きな反対はなかろう。むしろわが国では、臓器移植法成立の過程で明らかになったように、死者の体を傷つけることに抵抗を感じる人が多い。

わが国の生命倫理学は、他の学問と同様、欧米からの輸入に始まり、科学技術の最先端を行く米国と、刑法、民法などの法制度を受け継ぐドイツからの影響を大きく受けている。とはいえ、彼らの考え方をそのまま継承

してきたわけではない。

生命に関する倫理観は国により大きく異なっている。生命倫理のルール作りをするうえでは、歴史や文化はそれぞれの国に固有であることを気にとめておく必要がある。

先に、わが国は、ES細胞研究に対し、宗教的な生命倫理上の問題は特にないと述べたが、その問題とは別に、ヒトクローン胚を利用したES細胞の研究には大量の卵子が必要になることも、忘れてはならない。医学研究の目的とはいえ、卵子の調達をボランティアに頼ることに無理がある。

最近、京都大学でマウスの皮膚細胞から万能細胞を培養することに成功した。これが本格化すれば、倫理問題の心配はなくなり、万能細胞の研究が別の手段を利用することによって進むであろう。

## （2）科学技術振興費を再生医療に

こうした最先端の医療を支える予算面では、米国は、基礎医学研究に多額の国家予算を計上している。病気のメカニズムを解明することは治療法発見への第一歩との考えである。基礎医学研究はNIH（国立衛生研究所）が中心で、その予算は東西冷戦終了後に急増し、2003年には270億ドルに達している（1984年は42億ドルであった）。

わが国では病院経営、健康保険組合財政が医療政策の中心であり、各種健康保険組合に対する中央政府の拠出金と、医学に関する科学技術振興費との合計を、医療政策予算ととらえることはなかった。

約5年半続いた小泉政権下で増額された予算は、社会保障費と科学技術振興費のみである。科学技術振興費は、わが国の国際競争力

を維持するために、成長が期待されるロボット、ナノテク、バイオテクノロジーなどへの研究開発予算が大幅に増額された。なかでも再生医療については、すでに文部科学省は幹細胞利用技術を実用化するために今後15年で800億円という予算を計上している。

医療費節約のために生活習慣病の予防が叫ばれているが、前述のようにバイオテクノロジーで大きな成果を上げ、インスリン生成細胞や人工透析を不要とする腎機能の再生に成功すれば、医療費の大幅削減が可能となる。また、アルツハイマー病治療のための神経幹細胞移植が現実となれば、高齢者介護の負担も大きく軽減されることになるだろう。生殖医療の進歩は、晩婚化が進む今、少子化対策としても有効かもしれない。

これまでの医療政策は財政面での少子高齢化対策が中心であり、科学技術政策との連携という観点が抜け落ちていた。医療政策予算には医療技術振興策を含めるべきであり、急展開が予想される再生医療に目を向け、倫理面で納得しうる手続きを早急に定めるべきである。

### Ⅲ 医師の適正配置

#### 1 各専門別の成長性

##### (1) 減少する小児科医、産婦人科医

地方での小児科医、産婦人科医不足は深刻化している。

毎年、約8000人の医師が誕生しているが、その多くは都市部で仕事に就く。また、彼らが自分の専門を決める場合に将来の需要を見込むことも理解できる。

わが国の65歳以上人口は2025年に3500万人

に達する見込みである（2000年は2200万人）。2003年度の65歳以上の1人当たりの年間医療費は65万円（64歳以下は15万円）であり、高齢者の増加を考えれば、彼らを主なターゲットとする内科（慢性疾患）、精神科（認知症）、眼科（白内障）などが、今後の成長が見込める分野といえる。

一方で、0～19歳人口は2025年に1950万人と大幅に減少することが予想されている（2000年は2600万人）。出生数も低下し続け、現在の107万人から、2025年には65万人程度にまで落ち込むとされ、こうした背景が小児科、産婦人科を選ぶ医師の減少を招いている。

##### (2) 先端医療に携わる医師の減少

医師不足という点では、心臓外科医や脳外科医も同様である。心臓疾患、脳卒中、がんは、わが国の3大死因であることは周知のとおりで、そこに高い需要があるのは間違いない。しかし近年、医療訴訟が増え、心臓外科医、脳外科医を目指す者は減りつつある。

死因の第1位であるがん治療に関しては、わが国ではいまだ外科中心だが、米国では、がんは外科医、抗がん剤専門医、放射線科医が共同で治療に当たることになっている。わが国でも、今後、本格的ながん対策が進んでいくなか、抗がん剤専門医、放射線科医に対する需要が増すだろう。

再生医療や遺伝子治療への期待もむろん高まっているが、現在のところ実用には至っていない。したがって、少子高齢化の進行、現行医学の着実な進歩、地方の過疎化の進行という状況下での、医師の配置と処遇の適正化を探っていかなければなるまい。



### (3) 1県1医大構想の果てに

医師の配置という点で、医療水準を欧米先進国並みの水準にまで引き上げるために、人口10万人に対する医師の数を127人から150人にすることが1970年に定められた。また、人口当たり医師数が地域ごとにばらつくことのないように1県1医大構想が練られ、1970年の秋田大学医学部に始まり、1981年の琉球大学医学部まで30の医科大学あるいは大学医学部が作られた。その成果は、前述のように医大・医学部を卒業する学生は3000人から8000人に増加し、人口10万人当たりの医師数は現在200人と、1970年時点の目標値を大きく上回ったことにも表れている。

にもかかわらず、地方では産婦人科医や小児科医が不足するなど、医師のアンバランスが目立ち始めているのはすでに指摘したとおりである。2つの具体例から地方と医師の関係を見ていく。

## 2 地方の医師不足が招いた

### 産婦人科医の逮捕

#### (1) 対立する医学会と法曹界

2004年12月、福島県で帝王切開手術を受けた女性が死亡した。病院側は医療ミスを認め謝罪したが(2005年3月)、1年後に産婦人科医は逮捕、業務上過失致死容疑で起訴された。これに対して日本産婦人科医学会は、故意や悪意のない医療に個人の刑事責任を問うのは疑問であるとして抗議した。

医師による手術は正当な治療行為であり、通常、傷害罪が適用されることはない。しかし、刑法学説では動機ではなく、結果(被害)をもって犯罪と定義するのが通説となっている。このため、結果が重大であったこの

ケースでは、適正な医療ではなかった、すなわち過失であったとして、業務上過失致死容疑で医師が起訴された。

しかし、これで問題が根本的に解決されるわけではない。手術結果を引き起こした要因を正確に分析しうるのは、警察や検察ではなく医師だけで、新たな医療事故を起こさないためには医師による原因の分析が必要である。犯罪防止を目的に刑法を適用することで医療の水準が上がるとは思えない。また、罪となる可能性が高ければ関係者が真実を語らないということは十分考えられ、事故の原因究明は望めない。

憲法第38条1項では、「何人も、自己に不利益な供述を強要されない」と定められている。裁判では事故原因の究明は不可能であり、こうした医療事故に関しては、航空機事故と同様に、専門委員会による調査が好ましいと思われる(欧米の航空機事故の際には、証言者は刑事免責とされている)。

米国はすでにそうした体制となっている。米国の医療事故は医師による専門委員会が判断する。事故の報告書は民事訴訟に使用できるが、事故を起こした医師などの当事者に対する処分は州ごとの医師専門委員会が下す(処分は免許取り消し、停止、戒告など)。原則として、医師が刑法犯とされることはきわめて少ない。

わが国でも米国方式を支持する意見が強くなっている。しかし法曹界は、医師だけを特別扱いし刑法の適用除外とする理由がないとして、医学界と対立しており、福島的事件もこの対立を反映したものである。

起訴された産婦人科医は、県立病院でただ1人の産婦人科医であり、年間約200件の出

産を手がけ、常勤医でもあったため、事実上24時間拘束されている状況にあった。

福島県には9つの県立病院がある。そのうち産婦人科が設けられているのは4病院だが、産婦人科医はすべて1人であった。

## (2) 需要減が進む産婦人科医

2005年の日本産婦人科学会の調査によると、産婦人科医が1人の病院は全国で14%に上っており、東北では20%以上もある（関東は6%）。

過去10年間で産婦人科医は1000人も減り、将来の需要の減少を見込んでか、医学生からの人気も低い。不人気の原因は、勤務時間が不規則であることに加え、事故になった場合、民事訴訟になる確率が高いためである（産婦人科医は医師の5%に過ぎないが、訴訟を受ける医師の12%を占めている）。

現在の産婦人科は勤務環境も厳しく、リスクの高い専門分野であり、また大都市での勤務、さらには出産ではなく更年期の女性を対象とする婦人科を希望する医師が多いため、東北や九州、離島などで出産を積極的に扱う産婦人科医はなおさら不足する。

1人の常勤医が年間に200件のお産を手がけ、しかも不規則な勤務時間という環境では、ミスが起きやすくなるのも当然といえよう。挙げ句の果てに逮捕されるという結果になれば、地方で産婦人科医のなり手はいなくなってしまう。しかも、今後、産婦人科医に対する需要は、間違いなく減少していく。しかしそのなかで、今必要なサービスを無理なく提供できるだけ医師を確保しなければならないのも事実である。

福島県では、上述の医療事故を受け、医師

の勤務条件を改善し、事故の再発を防ぐために担当産婦人科医が1人であった県立4病院すべてで医師2人体制としたが、このことは産婦人科医のいない地域を増やすことになってしまった。

## (3) 産婦人科を再起させるための提言

このような悪循環を断ち切るには、産婦人科医の報酬を引き上げるしかなかろう。小児科や産婦人科のように、将来成長の見込めない専門分野の医師を確保するには、報酬を上げるしかない。

助産師、訪問看護師を増員する必要もあろうし、効率的な医療体制とするために、妊婦の振り分けも考えられる。すなわち、特に問題のない出産は、開業医、助産師、訪問看護師で対応し、高齢出産や帝王切開など難易度の高い出産は、複数の産婦人科医が常勤する規模の大きい地域の拠点病院で対応する、などの振り分けである。

損害賠償への対応も必要であろう。新生児が脳性麻痺で生まれた場合、医師の損害賠償金額が1億円を超す例もあり、こうしたリスクも産科医不足の一因となっている。このため厚生労働省は、出産時の事故で脳性麻痺の新生児が生まれたケースでは、医師の過失の有無にかかわらず、一時金と障害年金を給付する無過失補償制度を検討している。

一方、地方では、以前は出産に大きく関わっていた助産師も不足している。助産師の増員を図ることももちろんだが、産婦人科医と同様、助産師は将来性が見込めない職業であることを考慮すれば、対策としては訪問看護師に助産師資格を持たせてはどうか。

わが国では医師の権限が強く、看護師の権

限は限られている。高齢化の進行に伴い、医師の指導に従って治療の一部を担う訪問看護師への需要はますます拡大する可能性が高いが、この訪問看護師に短期間の研修を経た後、助産師の資格を認めることは、出産問題解決の一助となろう。

最近、看護師による助産行為により横浜市の産婦人科病院が摘発された事件があったが、2002年に厚生労働省が「看護師による内診は違法である」という通達を出すまで、看護師の助産行為は認められていた。そこで、リスクの低い出産に際しては、助産師の活用とともに、看護師による助産行為を認めるべきだろう。

米国では、わが国に比べて国土が桁違いに広いという理由もあるだろうが、在宅ホスピス（終末期の緩和医療）の普及に伴い、薬の処方などについての権限を訪問看護師にも認める州が増えている。日本では、医療は医師のみが行うとの考え方がきわめて強く、他の医療従事者の裁量の範囲が制限され過ぎている。治療行為の権限委譲をスムーズに行うことが、医師不足に対する重要な対策である。

病院勤務の看護師の離職率は11.6%で、急性疾患対応病院ほど離職率が高い（2003年度、日本看護師協会調べ）。また、新人看護師の12人に1人は1年以内に離職するが、その理由は能力不足、医療事故への不安などである。しかし、地方で在宅医療を支援する訪問看護師と高機能専門病院で手術の補助などの業務に就く看護師では、そもそも看護師教育のあり方が異なろう。看護師としての専門ごとに、実践を重視した看護師教育を施すことにより、看護師の定着率引き上げを目指すべきである。

### 3 小児科医の不足

#### （1）小児科医特有の難しさ

子供の減少を反映し、小児科のある病院も減少している（この15年間で約22%減少）。小児科医にも、都市での勤務を望む医師の多さ、将来性の低さ、訴訟リスクといった産婦人科医と同様のことが当てはまるが、小児科特有の問題も4つあげられる。

- ① 共稼ぎ夫婦が増えているため、夜間診療へのニーズが高い。
- ② 核家族化の進行で、育児の知識に乏しい親が多くなった（容態が深刻でない場合にも病院に駆け込む親が多くなり、夜間診療を受け入れている大型病院の小児科の夜間救急はフル稼働状態である）。
- ③ 結婚、育児で医師を休業・廃業する女性の小児科医が多い（小児科医を目指す医師の半数は女性である）。
- ④ 虐待児童の早期発見と対応が求められている。

#### （2）医療にかかわる人が連携して 問題解決に当たる

核家族化の進行、共稼ぎの増加は今後も続くと考えられる。そこで、医師、看護師、保健師が協力し、各地域の小児医療体制の構築に取り組んでいく必要がある。小児科診療所でもある程度の夜間診療を交替で行う、あるいは休日、夜間にテレホンサービスを利用するといった対策が考えられる。小児救急の9割は軽傷であるともいわれており、子供の画像を同時に転送できるテレホンサービスはとりわけ有効であると思われる。

産婦人科と同様に、保健師、訪問看護師にある程度の治療を任せることも重要であろ

う。訪問看護師は日中、保育所や各家庭を訪問し、簡単な治療をする。以前は「おばあちゃんの知恵」が次世代に伝わり、育児の助けとなっていたが、核家族化の進行により、知恵は伝わらなくなってしまった。その「おばあちゃん」の代わりを訪問看護師が果たするのである。

また、虐待を受ける子供の半数は6歳以下の幼児であり、保健師、保育士、低学年児童を受け持つ教師は、小児科医と協力して虐待実態の早期発見と救出に当たる必要がある。このように、その医療にかかわる職業の人々が連携することによって問題解決に当たる、つまり、医療に関するすべての権限を医師に置く体制を見直すことは、医療の充実への第一歩につながっていくと考えられる。

医師の不足を補うために保健師、訪問看護師の増員、増強を図ることが重要だが、その際にはIT（情報技術）を利用した医師によるコーチングを前提としたうえで、助産師、保健師、訪問看護師の権限の拡大も認めるべきである。たとえば、カメラ付き携帯電話などITの進歩は、患者の状態を即時に遠方に知らせることを可能にした。これを活用すれば、従来は医師の補佐役であった看護師などが、離れた所にいる医師に支援を受けながら、速やかに治療に当たることも不可能ではなくなる。

### **（３）看護師の労働条件の改善と報酬の適正化**

地方での医師不足、高齢化の進行に伴う在宅医療充実といった問題の解決には、看護師の数を増やすとともに、その権限を拡大する必要がある。

現在、看護師として働く人は130万人、出産や育児などの理由で離職している女性の看護師は55万人に上ると推定されている。看護師は、定着率が低いばかりでなく就業人数も不足しており、不足数は全国で約5万人という。

現行の診療報酬は、看護師1人当たりの入院患者が少ないほど高くなるので、医療事故の防止の意味だけでなく、財政上の理由からも看護師の増員が必要である。そのためにも潜在看護師の社会復帰に向けての対策が望まれ、それには看護師の労働環境の改善が欠かせない。

看護師の労働環境の一端を見てみよう。全国保険医団体連合会が2002年12月に発行した『月刊保団連』通号770（臨時増刊）「医療保険と診療報酬」によれば、わが国の入院病床当たりの看護師数は米国の5分の1、ドイツの2分の1であり、なかでも急性疾患対応の高機能病院では過労状態にある看護師が多いという。

看護師に多大の負担がかかっているのは明らかで、疲労からミスを犯し、刑事罰を受けるケースが相次いでいる。

患者の安全のためには、医療設備だけでなく、看護師の労働条件の改善や報酬の適正化などに資金を投じ、その数を増やすといった対策が必要であろう。

### **（４）女性医師と育児・子育て、勤務体系**

医師国家試験合格者の3人に1人は女性である。しかし、女性医師にとって、育児と仕事の両立は困難である。東京都医師会の都内50病院の女性医師に対するアンケート調査（2002年）によると、およそ3割の医師の労



働時間が1週間当たり60時間を超えていた。こうした労働実態を知れば、出産、育児期を迎える30代になった女性医師に、休職や廃業が多いのもうなずける。

育児と仕事の両立を可能とするためには、82%の女性医師が保育所、託児所の整備、拡充が必要と回答している。また、休職中の女性医師の半数は、将来フルタイムで働きたいと望みながらも、7割は現実には不可能だとしている。

子育て支援の不足、勤務条件の過酷さはわが国全体の問題でもあるが、女性医師も例外ではない。女性医師に働きやすい環境を提供するには、フルタイムではない就労スタイルを広めることも重要で、病院側も柔軟な勤務体系を積極的に認めていく必要がある。

女性医師には小児科志望者が多い。しかし、専門分野の選択にカウンセリングも必要であろう。小児科医や産婦人科医の勤務環境が厳しいことを考えれば、女性医師には、育児と仕事の両立が可能な専門分野（たとえば高齢者向け内科医）への選択を促すほうがより現実的であろう。

## 4 外科医の適正規模

### （1）過剰な外科医の数

一方、外科医は過剰な状態にある。

外科医の実力は手術数に比例することが知られている。たとえば心臓外科である。大病院には必ず心臓外科があるが、日本胸外科学会の調査によると、2001年から2004年までの4年間に心臓の冠動脈バイパス手術の実施件数が年間15件以下の病院での死亡率は、年間49件以上の施設と比べ約2倍も高いという。他の心臓外科手術でも、手術件数の少な

い病院ほど治療成績が悪い傾向がある。

手術実績の多い病院は、数多くの経験を経て熟練した専門医が育つとともに、その技術の維持と継承のためにさらに数多くの手術をこなし、人材育成も順調である。先端技術の導入は、このような大病院で始めるべきだろう。ありていにいえば、年間に十数件の手術実績しかない病院は信頼性に乏しく、新たな人材育成も困難だということである。

わが国の1病院当たりの年間平均心臓血管外科手術数は96件である。200件以上の手術をこなす病院がある反面、多くの病院では10～20件に過ぎない。年間手術数の多い病院に優秀な医師を集中的に配置し、少ない病院の心臓外科は廃止することで患者のリスクを軽減する。その結果、能力や実績のない外科医は淘汰されることが予想されるが、わが国の心臓外科医は、国際的に見ても過剰であるのも事実で、淘汰は仕方がない面もある。

神戸大学の大北裕教授の報告によると、米国の1病院当たりの年間平均手術数は約500件、医師1人当たり190件に上っている。ドイツの場合は、年間平均手術数は171件、医師1人当たり60件と、両国とも1病院当たり年間手術数、医師1人当たり手術数のいずれもわが国（それぞれ96件、32件）を上回っている。

### （2）欧米流の少数精鋭主義を目指す

欧米では、限定された専門病院に専門医と機材などを集中させ、多くの手術をこなすことで技術の維持および先端技術の開発が行われている。一方、わが国では病院の実績開示もなく、また病院ごとに手術数に大きな偏りがあるため、病院の選択が患者の運命を分け

ることになる。実績開示ももちろんだが、それよりも各地域の大型病院に専門医と先端技術を集中させることが、治療の質を高めることにつながっていく。

すなわち、がんや心臓病、脳外科などの難度の高い手術、治療を行う病院を現在より大幅に減らし、能力の高い外科医を特定病院に配置するという少数精鋭主義への変革が必要であろう。

患者にとっては、一見するとさまざまな診療科を備える総合病院は便利だろうが、病院ごとの手術状況の開示がない状況下では、病院当たり、医師1人当たりの手術数が少ないがゆえに、技術力に劣る病院も生き残れることになってしまう。高度外科を担う病院および医師を制限し、その限られた病院および医師の技術を高める施策が望まれる。

同時に、高度外科に携わる医師には、その能力に見合った十分な報酬で報いる必要がある。医療の場にも、高い技術や能力に対しては高い報酬で報いるという体系を持ち込まねばなるまい。

## 5 病院の機能と医師の専門性

効率的で質の高い医療を維持するためには、高機能専門病院、ホームドクター、そしてその中間機能を果たす病院と3極化を目指すべきだろう。

高機能病院では先端的医療をつかさどり、がんなどの専門的治療に特化する。各地のホームドクターは内科を中心に症状の軽い病気の治療を担う。ホームドクターで手に余る患者については紹介状を書き、高機能病院に委ねることになる。中間機能病院のイメージを泌尿器科医のケースで説明すると、高機能

病院には全身麻酔による手術を年間50件以上行う医師を集結させる。一方、中間機能病には、泌尿器科医であるが内科的診療、一部内視鏡手術まで担当する専門医を配置する。

ホームドクターは内科医が中心となろうが、このほかに整形外科、眼科、耳鼻科、歯科、精神科のホームドクターへの需要も多いだろう。ただし、ホームドクターは単なる「紹介業」にとどまるのではなく、大型病院の施設などを利用し、できるだけの治療は自分のところで行うことが望ましい。

2003年発行の『日本の医療に未来はあるか』によれば、わが国では医療費上位1%の患者に医療費全体の26%がつぎ込まれ（上位10%の患者が64%の医療費を使用）、大多数の患者の医療費合計は2割に過ぎないという。この事実、医者通いの多くは深刻な病状ではなく、高度医療が必要とされるケースは少数であることを示している。優秀な総合医を各地に配置し、総合医の手に余る部分については、専門病院の専門医が担うことになれば、医療の充足度は高まると予想される。

専門病院は、①高機能専門病院、②高機能専門病院とホームドクターとの中間機能を持つ病院、③糖尿病、人工透析などの慢性疾患を専門とする病院——の3つに分けられよう。

このうち中間機能病院とは、高機能専門病院におけるような治療を行う能力には不足しているものの、ある程度の専門性を備える医師からなる病院である。現在、地方での医師の不足が社会問題となっているのは、専門病院の編成の不備（医師の配置に能力や患者数が反映されていない）が大きな要因であることを考えると、地方での医師不足のかたわ

ら、能力を維持していくのに必要なだけの手術を行わないまま存在する多くの専門医を、地域密着型総合医あるいは専門医として再生させることが重要である。

医師を能力と需要に応じて再編成し、ホームドクターから高機能病院までの各種病院は、役割に応じた設備を備え、その機能を果たすべきである。

一方、高機能病院の実績開示に加え、各専門学会では、それぞれの基本的な病気の治療方法や薬の副作用などについてインターネットなどで開示し、患者の意思決定、正しい医療機関選択のために役立てるべきである。

同時に、病院勤務医と開業医の報酬格差を是正すべきである。高血圧患者の医療費を見ると、開業医の収入は大型病院の3倍近い。日本医師会による戦後の開業医優遇政策が高度医療を担当する大病院の収益を圧迫した結果だといえる。単に病院の機能を分離するだけでなく、責任に応じた報酬とすることが重要である。開業医、老人病院の優遇を見直し、高機能専門病院で働く医師を厚遇するなど、診療報酬を責任に応じた報酬へと改善すべきである。

## 6 ホームドクターの役割

日本の医学は専門家の育成に力を入れ、臨床と研究を両立できる人材を育てようとしてきたが、今後は臨床と研究それぞれ独自の人材育成を目標とすべきだろう。すなわち、細胞学、遺伝学、生理学に大きくかかわる基礎医学、基礎医学を臨床の場に生かす開発医学に携わる医師、そして患者の治療を担ういわゆる医師の養成である。

基礎医学に携わる者には臨床の経験は必要

ない。また、開発医学、たとえば再生医療、遺伝子治療を専門とする場合にも、必ずしも臨床の経験を義務づける必要はなかろう。

一方で、患者の治療に携わる臨床医師には基礎医学の博士号や論文執筆などの必要性は低い。わが国でも米国流のメディカルスクール（4年制の医学専門職大学院）を導入し、実践に携わる医師の養成のみを目的とした医学教育を設けてもよいだろう。

加えて、現在、医学部は6年制であるが、現場研修を増やすとともに、卒業後3年間で専門科の研修に費やさせ、20代後半には新人だが本職の医師として実践に携わらせるほうが望ましかろう。そのうえで、実力ある者には高度医療を専門とする病院での就業を可能とする実力主義を導入すべきである。

地方での医師不足を考慮すれば、臨床医師のなかでは専門医よりも総合医、特にホームドクターの養成に努めるべきである。ホームドクターは主に内科および老人医療を専門とし、高齢者の慢性疾患に対応するとともに、自分の手に余る患者を適切な専門病院に紹介する能力が求められる。

高齢化の進行に伴い、これからのホームドクターには在宅ホスピス、在宅ケア、在宅介護サービス、および訪問看護師との協力も欠かせなくなるだろう。また、ホームドクターが一定のレベルの小児科、産婦人科の基本的な知識を備えれば、地方での小児科医、産婦人科医不足問題を解決する一助となろう。

## 7 再編が必要な医療サービス

医学の進歩に伴い病院での延命治療も進歩したため、病院で自然死を迎えることは困難になりつつある。死が避けられない状況とな

った場合、いたずらに病院で生命を長らえることは無益であり、在宅ホスピスの強化が必要とされている。

高齢者の慢性疾患の在宅治療、そして自宅での自然死を可能とするためには、ホームドクター、ヘルパー、訪問看護師の協力が不可欠である。前述のとおり、地方における小児科医、産婦人科医不足対策としても保健師、助産師、訪問看護師と医師の協力は不可欠である。また、わが国の死亡要因の半分以上を占める3大死因であるがん、心臓病、脳卒中への対策として、高機能専門病院を再編するとともに、ホームドクターは予防医学の普及にも努めるべきだろう。

患者が高機能専門病院での治療を終えて退院した後は、自宅でホームドクターの支援のもとで養生することになるため、両者の連携を密にする必要もある。

高機能専門病院の再編に当たっては、大型拠点を集約し、そこに専門医を集中配置することで、技術の維持、人材の育成が可能となる（日本全国ではほぼ同質な医療を受けることができる）。地方での医師不足対策（特に小児科医、産婦人科医）、在宅ホスピスの充実のためには、これまで医師の補助職であっても、医師ではないがゆえに治療を行うことに大幅な制限のあったヘルパー、訪問看護師、保健師、助産師、薬剤師の権限を拡大するとともに、その増員を図る必要がある。

また、医師の育成に当たっては、臨床と研究の双方を求める現在の方針を見直すべきだろう。すべての医師に研究と臨床の両方で一流であることを望むのは無理がある。早いうちに基礎研究に従事するか、あるいは臨床医師となるかを選択させ、臨床医師を目指すの

であれば、より実践的な研修を義務づけたうえで専門医になるか総合医になるかを決めさせる体制とすべきである。患者が求める医師とは、身近なホームドクターと高度な技術を備えた専門医であり、何事にも中途半端な医師は必要とされてはいない。

## Ⅳ リビングウイルと任意後見制度

### 1 リビングウイルという終末期の迎え方

医学の進歩により平均寿命が伸びるとともに、以前には見られなかった問題が発生してきている。成人病や老人病では、病状を悪化させないことはある程度可能になってきたが、根治は難しい。いきおい、慢性疾患の患者が増えることになる。

前述のように、70歳以上の高齢者の医療費は約13兆円、介護保険給付（65歳以上）は6兆円と、現在、20兆円近いお金が高齢者の医療や介護に費やされている。現在、65歳以上の人口は全人口の2割だが、2025年には3割に達すると予想されている。高齢化がさらに進めば、医療、介護給付が一層増えることは明らかである。

一方、医学というより延命治療の進歩により、昔であれば死亡していたはずの人が人工呼吸器などの助けを借りて生き続けることが可能となり、今では病院で自然に死を迎えることはほとんどない。それどころか、そこに投入される金額も莫大で、死亡前1カ月の医療給付は年間で約1兆円に上る。

平均寿命が約80年という人生の終末にさしかかり、誰もが避けられない死を迎えるに当



表8 治療中止のための要件

|                  | 判断力がある人                  | 植物人間、昏睡状態                 | 新生児、幼児     | 軽度認知症患者<br>ALS患者など | 重度認知症患者        |
|------------------|--------------------------|---------------------------|------------|--------------------|----------------|
| 本人の判断力           | ある                       | なし                        | なし         | ある                 | なし             |
| 本人の希望            | ある                       | なし                        | なし         | ある                 | なし             |
| 治療中止の条件          | 明確で合理的な本人の意思             | 本人の判断力があつたときの明確で合理的な本人の意思 | 親が代理人となる   | なし                 | 植物人間、昏睡状態の人と同様 |
| 必要な体制            | 在宅ホスピスを充実し、自宅での自然死を可能とする | リビングウィル、任意後見人、尊厳死法        | 障害者支援体制の強化 | 安楽死法               |                |
| 注) ALS：筋萎縮性側索硬化症 |                          |                           |            |                    |                |

たって、たくさんのチューブにつながり病院のベッドで横たわっていることは、はたして幸せなのだろうか。

自然な死を望むのであれば、治療をやめなければならない。ところが、治療をやめれば、医師は殺人罪に問われかねない。死が避けられない状況に陥った患者の延命治療を中止するには、明示的な決まりを設ける必要がある（表8）。

そうした患者本人が延命治療を望んでいないという証拠となるものがリビングウイール（尊厳死容認のために必要となる「生前の意思」を明らかにした遺言書作成などの制度のあり方）である。リビングウイールは日本尊厳死協会が扱っているが、その定型は内容があまり具体的ではなく、医師が延命中止を判断する助けとすべく、より細かな規定を加える必要に迫られている。

## 2 医療・介護まで含めた後見制度を

また、もう一つの終末期の問題として、高齢化の進行に伴い認知症患者の増加が予想されているが、認知症となり正常な判断ができ

なくなった場合の後見制度（任意後見制度）も充実させる必要があろう。

わが国の成年後見制度には、財産管理についての任意後見制度（認知症などのために将来、判断能力が不十分になってしまうことに備えて、前もって定めておく後見人の制度）があるが、介護や医療の決断についても後見が及ぶという明確な条文はない。後見人による治療中止の決定を可能にすると明文化すべきだろう。

現在、成年後見人の監督は家庭裁判所に委ねられている。しかし、国民の生命維持についての国家の態度を明らかにしておかなければ、後見人による延命治療の中止申請に対して家裁が判断に困ることになる。そこで、尊厳死法を制定する必要があるだろう。

## 3 インフォームドコンセント

インフォームドコンセントとは医師による治療の原点をなすものであり、その要件は「患者の資格、医師による情報開示、患者の同意」である。

医師が治療を行うに当たっては、病状と治療方法を患者に対してわかりやすく、必要な

範囲で提供する義務がある。患者がこの提案に対して自発的に同意したときに、医師は治療を行うことができ（伝染病、救急医療などの例外はあるが）、医師が自分の考えにのみ従い、患者の意思を無視して、自由に患者の治療をすることは許されないとされている。

インフォームドコンセントは、患者が判断力を持った成人なら問題はない。ところが、患者に判断力がない場合には、要件の一つである患者の資格という点が問題となる。

インフォームドコンセントが不可能な、判断力を持たない人の延命治療の中止についてはどのように考えればよいのだろうか。

記憶に新しいのは、2006年3月に明らかになった、富山県の射水市民病院で医師が末期患者7人の人工呼吸器を取り外し、7人全員が死亡した事件である。意識の回復が望めない人への延命治療の中止要件について、明確なルールを定める必要がある。

## 4 判断力のある成人の終末期

ジョン・スチュアート・ミルの『自由論』には、「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」（塩尻公明・木村健康訳、岩波文庫）とある。意識すれば、「文明社会の成員は、自分の身体、精神に関し、たとえ自身に不利であっても、他人に危害を与えないかぎり、自己のことは自己で決定する」ということになる。

つまり、判断力のある成人なら治療を拒否

する権利が認められるということになる。終末期のエイズ患者が肺炎を併発し強い痛みを伴ったとき、その意識が明確であれば、医師に治療の中止、緩和ケアへの移行を要請できるのである。患者が治療を拒否すれば医師はそれに従わなくてはならず、患者の治療拒否の特殊な例としては、キリスト教の一宗派「エホバの証人」の輸血拒否がある。

ただし、個人の自己決定がすべて認められるというのでもない。自己決定には一般的に「人間は長期的に合理的な意思決定に基づいて幸福を追求すべきである」という前提があり、この範囲内であれば認められるが、それに反する特異な自己決定、たとえば自殺未遂の患者が治療のための薬を飲むことを拒否する場合などは認められていない。

医師は、患者の意思を最大限に尊重すべきである。しかし、患者の終末期の自殺要請を幫助するような行為にはまだ議論がある。すなわち、安楽死を認めている国はわずかであり、治療の中止についてもほとんどが最終末期に限定されている。

## 5 脳性麻痺者の治療拒否裁判

グレゴリー・E・ペンス著、宮坂道夫・長岡成夫訳『医療倫理1——よりよい決定のための事例分析』（みすず書房、2000年）に、次の治療拒否の裁判例が紹介されている。

1980年代のことだが、米国のエリザベス・ボービアは脳性麻痺のため身体が不自由で、電動式の手椅子の操作や食事はなんとか可能であったものの、ほかには何もできる状態にはなかった。自殺傾向の疑いで任意入院した彼女は食事を絶つことによる自殺を宣言し、治療を拒絶した。しかし病院はそれを認め

ず、強制的な栄養補給を強行しようとしたことから裁判となった。

一審は、ボービアの治療拒否の要求を、他の身体障害者たちへの大きな悪影響、および病院の医師、看護者、さらには病院経営者への深刻な影響という点で拒否した。

これに対してジャーナリストは、「裁判所はボービアが人生というゲームに参加しないことを有罪であると考えた」と批判した。

1986年の二審では一転して、自殺は自己決定権の範囲である、すなわち自分の生命を終焉させようという欲求は、おそらくプライバシー権の究極的な行使であるという理由から、ボービアは治療を拒否できる、という判決が下った。判断力のある成人による治療を拒否する権利は、憲法によって保障されており、それを制限することはできないと判断されたのである。

もちろん、この判決に対する批判はある。重度障害を持つ歴史学者ポール・ロングモアは、「障害者の『合理的』あるいは『自発的』自殺について語るというのは、単にオーウェルの『一九八四年』に見られるニュースピーク的な言葉の粉飾でしかない。自殺幫助の支持者たちは存在もしない自律性を前提している。その人たちは、幻想にすぎない自己決定について語っているのである」(『医療倫理1』のロングモアの著作からの引用部分)と述べている。

つまり、「彼(ロングモア)の考えでは、ボービアの事例が示しているのは、偏見に満ちた制度が障害者の自立を損なっており、障害者が実は死にたくないのに、死ぬという名ばかりの自律的な決断をするような立場に追い込まれている」(前掲書)というのである。

障害者への社会的援助が十分でなければ、ボービアの例はいくらでも起こりえる。重度障害者の治療拒否を、判断力のある成人の決断と見なしてよいのかは議論の分かれるところだろう。

また、交通事故などで、治療をしても高度障害が予想される場合、救急治療を拒否する患者もあろう。医師は、強制的に治療する権利を持つのであろうか。これも判断が難しい問題である。

## 6 延命装置により昏睡状態が続く 2つのケース

延命装置で生命は維持されているが意識のない人(遷延性植物人間など)については、どう考えればよいのだろうか。米国の2つの判例が参考になる。

まず、家族による代行で治療中止の判断がなされ、人工呼吸器の取り外しが認められた1975年のカレン・クインランのケースである。

交通事故などで意識を失ったまま延命装置により生命を維持している人の延命治療の中止には、本人の意思、家族による代理、無益な治療の停止(公共の利益)の判断のうちのどれかが必要であろう。実際には、本人の意思が明確であるケースはごくまれであろうし、家族が本人の意思を確実に知っているという保証はないから、家族による代理にも無理がある。無益な治療の中止という意味では、昏睡が長期間に及ぶ場合には中止が望ましいと常識的には考えられているが、一步間違えると安易な治療中止が蔓延することにもなりかねない。

もう一つは、1983年のナンシー・クルーザンの例で、こちらは延命治療の中止には患者

の意思に関する確たる証拠が必要であるとの判決が下されたが、現実問題として証拠がある場合は多くない。

米国の医療倫理規定では、1986年に不可逆的昏睡の場合、医師が家族と相談して治療の中止を認めることができると定められたが、このままでは後々トラブルが生じやすい。それを避けるためには本人の事前の意思表示としてリビングウイルを用意しておくことが望ましく、1991年以降は病院に患者のリビングウイルの有無の確認を義務づけた。

医学の進歩により、意識を失ったまま回復の見込みがない場合でも、長期間生命を維持させることが可能となったが、それを無意味なことと考えるならば、本人の事前の意思決定に従って延命治療を拒否できる道があってもよからう。また、米国では判断力を失った場合に、自分に代わり、財産だけでなく治療方針の決定なども含む決断を下す後見人を委任する持続的委任状を制度化し、リビングウイルを補っている。

カリフォルニア州のリビングウイルの定義は、「末期状態に陥ったときに生命維持を拒否する意思を事前に示す文書」で、この文書が存在した場合には、死が避けられない状態、不可逆的昏睡状態、永続的植物人間状態の患者に対する治療の中止を認めている。

ただし、リビングウイルを記した時点で予測していた病状や意思と、実際（終末期を迎えたとき）が同じであるという保証はない。そのため、リビングウイルの作成に加え、自分が判断力を失った場合に、自分の代わりに判断を下す後見人が必要である。本人が記したリビングウイルの文書の存在だけでは、医師が昏睡状態にある患者の治療をやめるだけ

の根拠に乏しいと判断した場合、どうしても代理人の判断が重要になってくる。

現在のわが国の後見制度は、財産管理に関する後見は認めているが、治療の選択など医療についての後見には触れていない。高齢者後見制度においては、財産管理だけでなく、介護、医療に関しても忘れてはならない。専門家による議論を経て、早急に後見範囲を介護や医療にまで広げる制度を整備すべきである。

## 7 判断力を持たない人の終末期

町野朔ほか編著『安楽死・尊厳死・末期医療』（信山社出版、1997年）によれば、精神年齢が28歳で身寄りのないジョセフ・サイケヴィッツは67歳で白血病になった。

施設で暮らす知的障害者である彼の指定後見人は、裁判所に治療の中止を申請した。年齢的に白血病の根治は困難であり、治療による副作用が本人のためにならないと判断したからである。本人に判断能力が全くないこのケースの代理人による申請を、マサチューセッツ州最高裁判所は、本人にとっても社会にとっても最善であるとして、結局、この代理判断を支持した。

判断力を全く持つこともなく、身寄りもない知的障害者の治療については、公共の利益を基準として判断せざるをえないのだろうが、後見人が安易に治療の中止を要請することは、人権保護の観点から見て危険である。サイケヴィッツの事例は、判断力を失った人が病気になったときの対処の仕方、あるいは、今後、高齢化の進行に伴って増加が予想される認知症患者の延命治療にも大きくかわる問題である。



## 8 判断力を失ってからの終末治療

昔は、家で家族に看取られて死んでゆく人が多かった。病院は身寄りや行き場のない人が行くところであった。皮肉なことに、医学の進歩は自宅での自然死を困難なものとし、今では大半の人が病院で死を迎える。自宅で死を迎えたいと望む人は多いが、在宅ホスピス医療ネットワークが完備されていない日本では容易なことではない。在宅ホスピス医療ネットワークを整備していくべきである。

終末を迎えた際、病院での無益な延命治療を避けるためには、手遅れになる前にリビングウイルを残しておく必要があり、これには任意後見制度の見直しが欠かせないのはいうまでもない。

尊厳ある死は自己決定権の一部であり、終末を迎えた人が自然死を求め治療を拒否する権利やわずかな自殺補助を求めることを否定することはできない。

また、平均寿命を超えた患者が外科手術やさらなる治療を拒否する場合も増えつつある。自分の年齢を考え、家族など周囲とも相談したうえでの判断力ある成人の治療拒否は合理的な人生の選択であり、医師にとっても受け入れやすい。

今後、判断力を失ってしまった認知症高齢者が大病を患った際の治療方針などが問題になるケースも多くなると思われるが、元氣なうちにリビングウイルを残しておくとともに、介護や治療についての判断を任す任意後見人も定めておくべきである。

一方で、認知症高齢者（2025年には300万人を超えると予想されている）が重大疾患にかかった場合の治療のあり方について、いたずらに命を長引かせることを防ぐべく、多くの事例を踏まえてノウハウを蓄積していく必要もあろう。

後見人が自らの決定の正当化を求めた場合の最終決定権は、後見人を監督する立場にある家庭裁判所が有している。家裁の意思決定を容易にするために、カリフォルニア州の自然死法（尊厳死法）のような法律が必要であろう。

なお、今後の終末治療のポイントは以下の6点である。

- ①日本尊厳死協会のリビングウイルをもとに、医師の判断を容易なものとするための細かいリビングウイルの定型を作る（表9）。
- ②現行の任意後見制度を見直し、医療や介

表9 豪ピクトリア州自発的安楽死協会「死の選択と尊厳」より

|                                              |
|----------------------------------------------|
| A 局所あるいは播種性の悪性疾患の末期                          |
| B 重度の免疫不全                                    |
| C 神経系の変性疾患の末期                                |
| D 重度かつ持続的な脳損傷、脳幹卒中、3カ月を超える植物状態               |
| E アルツハイマー病、老人性痴呆                             |
| F 重度の心臓、肝臓、呼吸器、腎不全を含む深刻な状態                   |
| ① A～Fの1つ以上を患っている。                            |
| ② 治療方針などに関して有効な判断を下せない。                      |
| ③ 自立した状態へ回復する可能性はきわめて低いと、独立した2人の医師が判断する。     |
| 私は、①～③のすべてが成り立つ場合、以下を宣言します。                  |
| 私の生命を引き延ばす、あるいは維持する目的のいかなる医療（特に以下の項目）も拒否します。 |
| ● 人工的栄養、または水分補給                              |
| ● 抗生物質                                       |
| ● 人工呼吸器                                      |
| ● 外科手術                                       |
| ● いかなる有害物質についても異常血液濃度を適正化すること                |
| ● 輸血                                         |
| ● 血糖および血圧にかかわる薬の投与                           |
| ● 腎透析                                        |
| （中略）                                         |
| 私は【代理人の住所・氏名】を私の持続的委任権のある医療事項代理人に指名します。      |

出所）荒川迪生責任編集「世界のリビング・ウイル」（日本尊厳死協会、2005年）より作成

護への後見を明文化する。

- ③認知症高齢者の終末期に関する治療ノウハウを蓄積する。
- ④カリフォルニア州などの自然死法（尊厳死法）のように治療中断を法制化する。
- ⑤病院で延命治療を尽くした結果の死ではなく、自宅での自然死を迎えるために在宅ホスピス環境を整備する。
- ⑥誰もがいつか死を迎えることを認識する。高齢期になってからの外科手術などの決断に際しては、残された寿命と生活の質を考え、さらなる治療を拒否することは余生の生活の質を保つための一つの選択肢であろう。

#### 参考文献

- 1 西川伸一『痛快！人体再生学』集英社インターナショナル、2003年
- 2 三宅淳監修、松井高広『図解 よくわかる再生医療ビジネス最前線』日刊工業新聞社、2004年
- 3 米本昌平『バイオポリティクス——人体を管理するとはどういうことか』中公新書、2006年
- 4 マイケル・S・ガザニガ著、梶山あゆみ訳『脳のなかの倫理——脳倫理学序説』紀伊國屋書店、2006年
- 5 アン・B・パーソン著、渡会圭子訳、谷口英樹監修『幹細胞の謎を解く』みすず書房、2005年
- 6 J・S・ミル著、塩尻公明・木村健康訳『自由論』岩波文庫、1971年
- 7 グレゴリー・E・ベンス著、宮坂道夫・長岡成夫訳『医療倫理1——よりよい決定のための事例分析』みすず書房、2000年
- 8 マーク・A・ホール、アイラ・エルマン、ダニエル・ストラウス著、吉田邦彦訳『アメリカ医事法』木鐸社、2005年
- 9 荒川迪生責任編集『世界のリビング・ウイル』日本尊厳死協会、2005年
- 10 小松秀樹『医療崩壊——「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社、2006年
- 11 南淵明宏『いい医者・いい病院の見分け方——ブラックジャックを捜し出せ！』二見書房、2003年
- 12 鈴木厚『日本の医療に未来はあるか——間違いだらけの医療制度改革』ちくま新書、2003年
- 13 新井誠・赤沼康弘・大貫正男編『成年後見制度——法の理論と実務』有斐閣、2006年
- 14 町野朔ほか編著『安楽死・尊厳死・末期医療』信山社出版、1997年

#### 著者

中村 実（なかむらみのる）  
研究理事  
専門は社会保障制度論