

甲友会講演会 2019.11.24 (日)

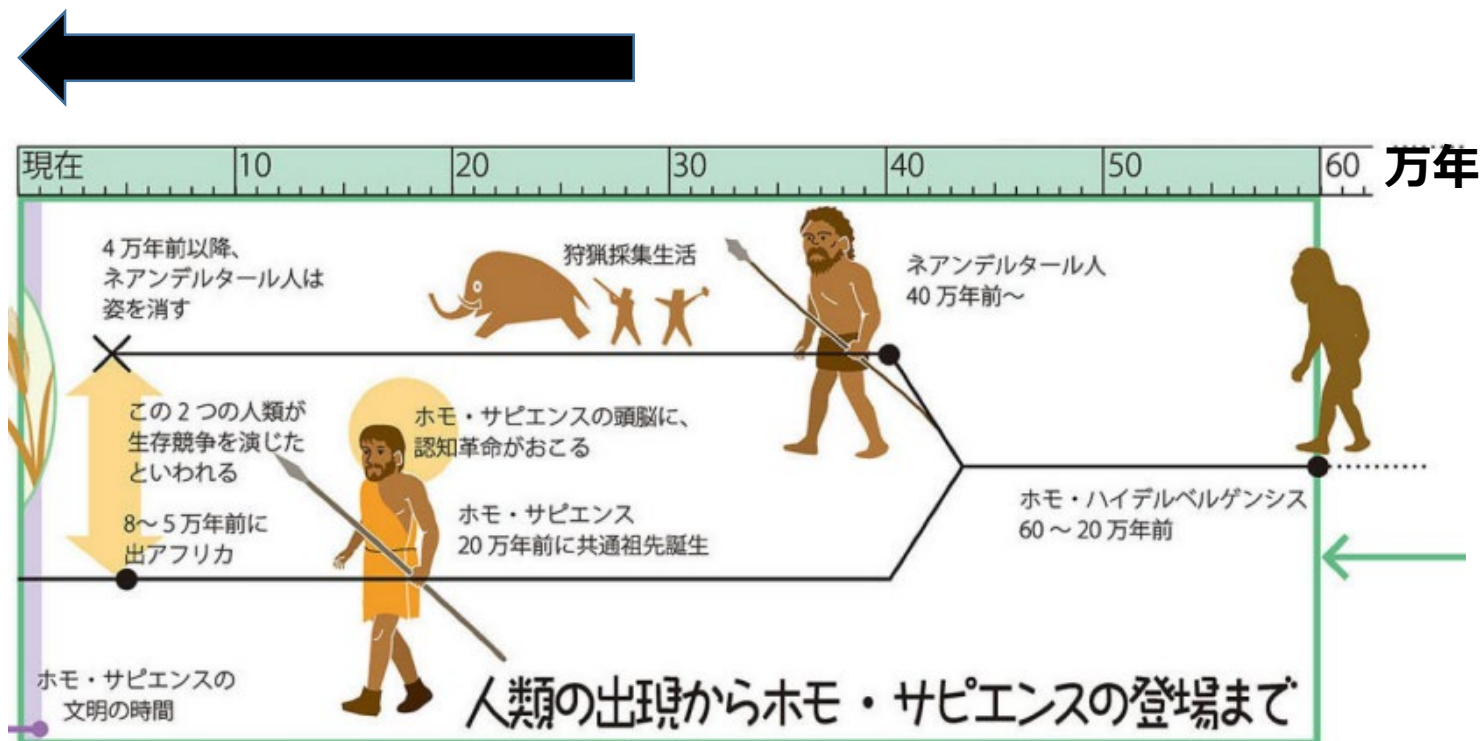
# 高齢化社会の社会保障と 医療倫理

燕市吉田3748

医) 甲田内科クリニック 甲田豊

ホモサピエンスとして俯瞰するといま、  
私たちが生きている  
世界は. . .

# ホモ・サピエンス（人類）の誕生



文字  
国家, 宗教, 身分制度, 貨幣,  
法典  
産業革命, 世界大戦, グローバル  
経済  
人工知能, 遺伝子編集



ネアンデルタール人

ホモ・サピエンス

つまりとても大きな脳を  
持っていたのです

NHK人類誕生、『サピエンス全史』(ユヴァル・ノア・ハラリ)



ネアンデルタール人



ホモ・サピエンス

NHK人類誕生『サピエンス全史』より引用  
(ユヴァル・ノア・ハラリ)



彼らは死後の世界を想像する力を  
持ち始めたのです

# 認知革命

「何々のようだ」

- 言語による共通認識の獲得
- ホモ・サピエンスだけが持つ「虚構を信じる」という特殊な能力

共同体

秩序  
道徳  
善の観念

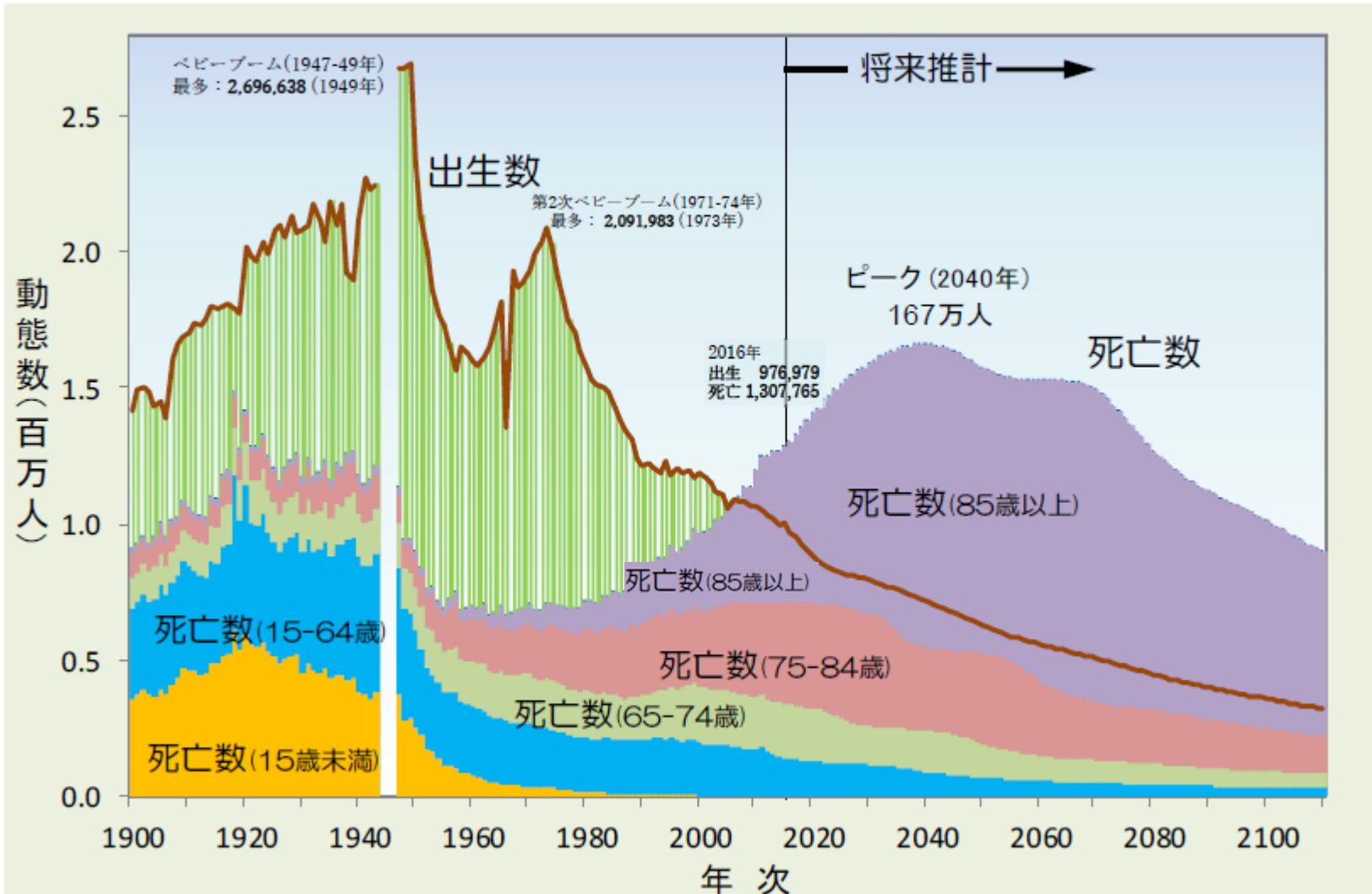
NHK人類誕生『サピエンス全史』  
(ユヴァル・ノア・ハラリ)



人類誕生  
未来編

400人の大集団  
社会の始まり

# 出生数と死亡数の長期推移

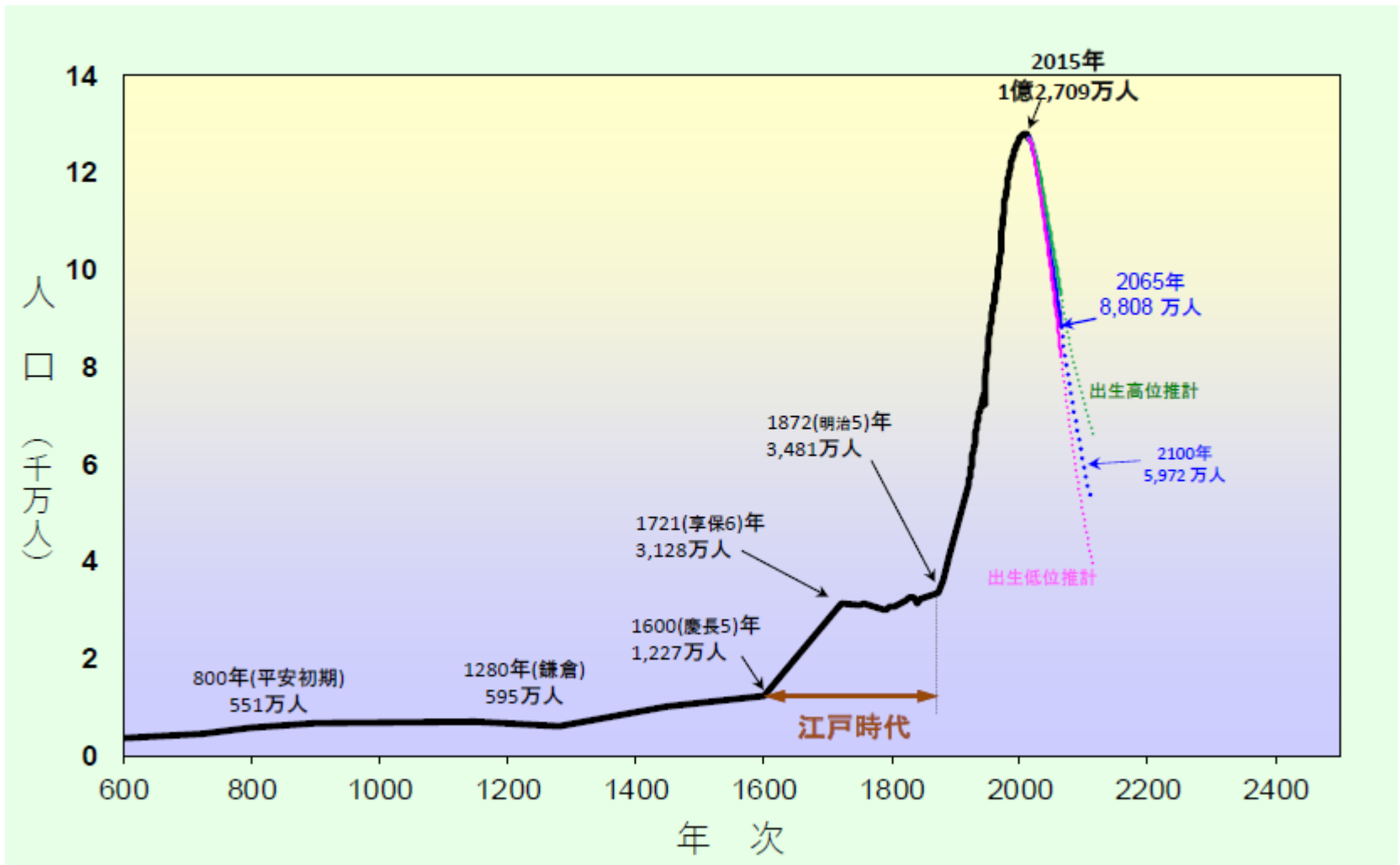


日本学術会議「人口縮小社会における問題解決のための検討委員会」

第2回資料より引用 2018年10月30日(火)

金子隆一 「人口減少社会の実相」 明治大学政経学部

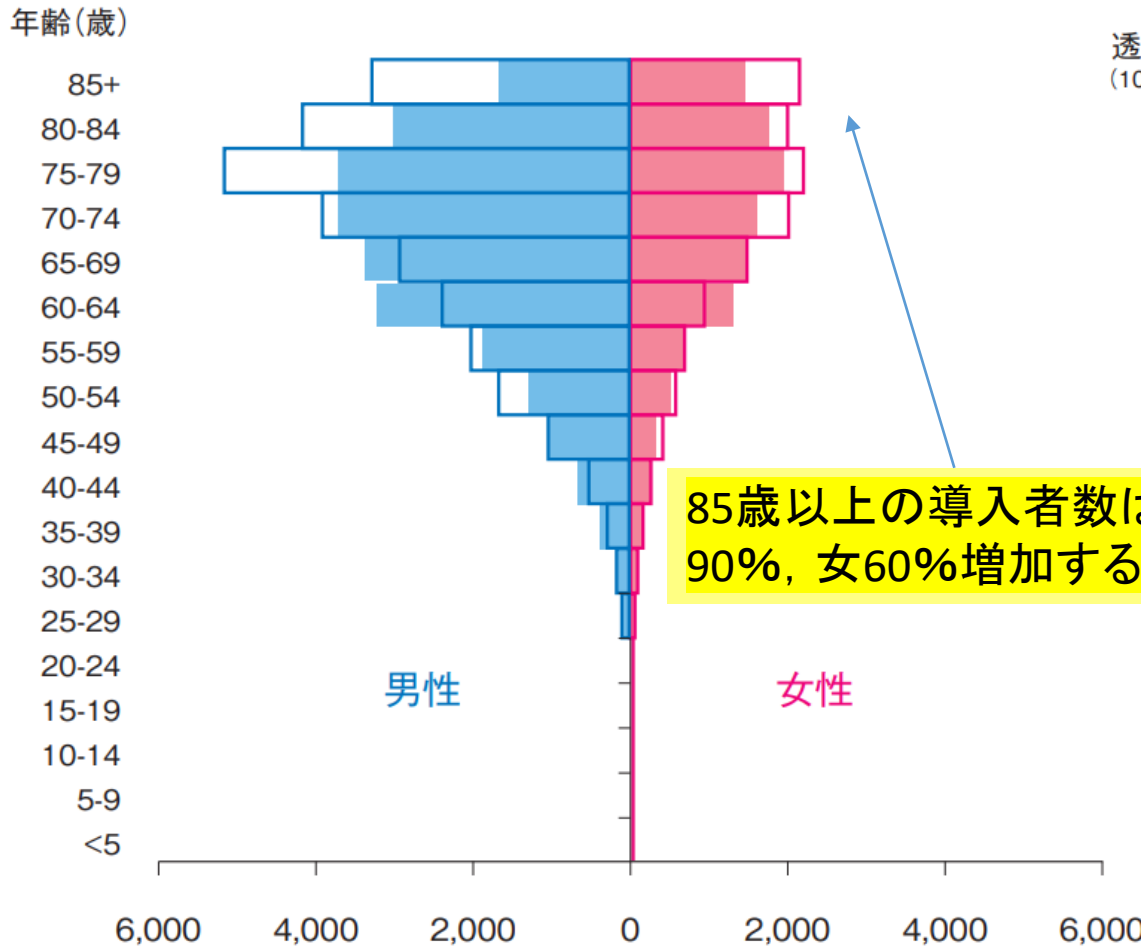
# 日本人口の歴史的推移



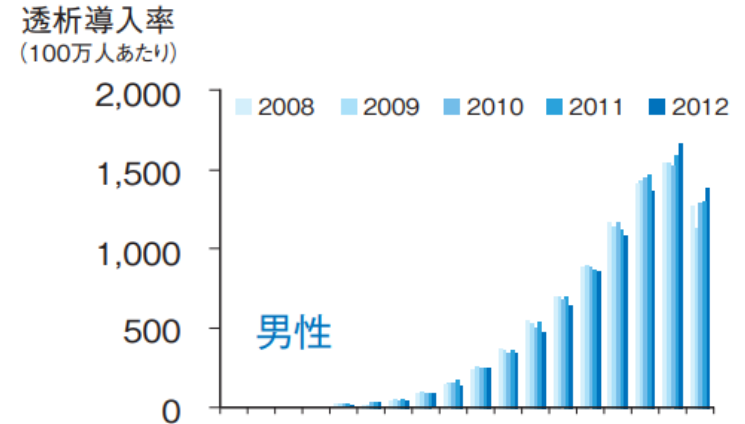
日本学術会議「人口縮小社会における問題解決のための検討委員会」  
第2回資料2018年10月30日(火)  
金子隆一 「人口減少社会の実相」 明治大学政経学部

日本の透析導入患者数, 2012年 (■ ■) と2025年 (□ □)

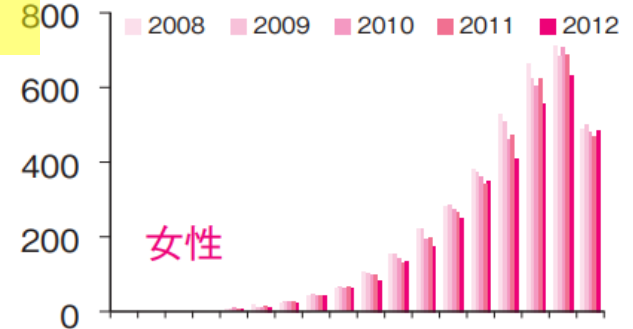
性年齢階級別透析導入率の推移 (2008~2012年)



85歳以上の導入者数は男90%, 女60%増加する.



15 5-9 10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85+



15 5-9 10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85+

出生中位 (死亡中位) 推計を用いた人数。論文のTableデータより作成した。

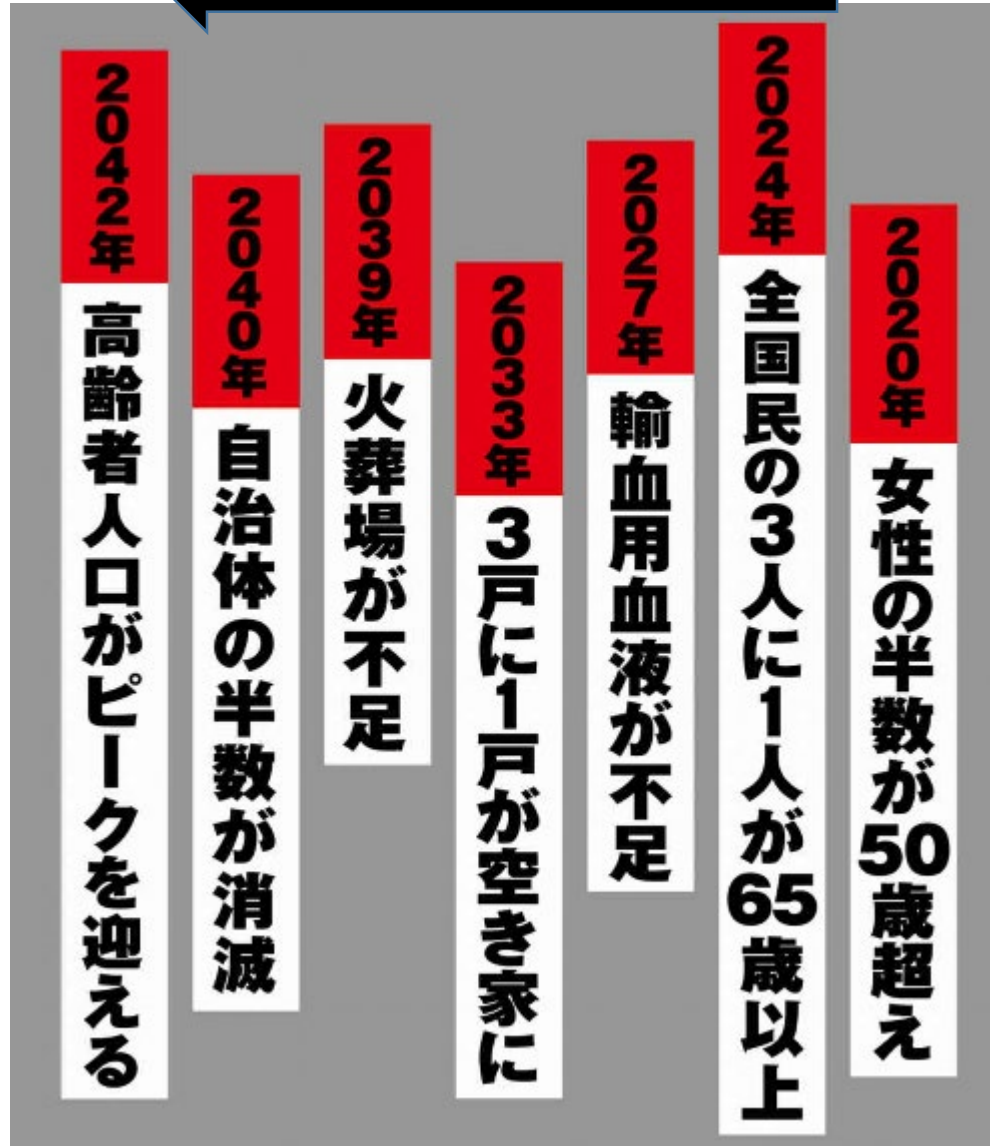
(人)

年齢(歳)

先行的腎移植  
透析非導入, などは  
考慮されていない



# 人口減少日本でこれから起きること



戦争や病気によらない  
人口減少



われわれは、長い歴史に  
あって、実に特異な時代を  
生きている

# 高齢化社会に社会保障の持続のために 本日の内容

- 医療費

- 医学の進歩は止まらない → 高価格

1. 医療の質

2. 受診しやすさ

3. コスト

} このうち2つしか選べない

- 医療費決定の主役の変化

医者・患者 → 厚労省

→ 経済財政諮問委員会 → 国民全体で

- 年金

- 公的年金は、「長生き保険」



WEB  
特集

# 花粉症の薬は自腹で！なぜ 戦慄の未来予想図とは

「もう止めた」 検査ばかりで  
病気増え

症状を 言えば言う程 薬増え

# 財政危機で生ずる医療の悲劇

- 患者負担の増加
  - 現在は30%を上限とする
- 保険免責制
  - 一定金額を超えないと保険非適応
- 薬の参照価格制度
  - 薬を効能で価格設定、それより高価な薬は患者自己負担
- 医療費総額管理、伸び率管理
  - 経済指標と合わせる、目標値を超過したら次年度で調整される
- 混合診療の解禁
  - 保険診療の水準低下、評価療養、選定療養

# 医療は 税方式か、社会保険方式かの選択

・・・日本は社会保険方式を選択

- 国民皆保険（国民健康保険，被用者保険，他）
  - 「共同の力と平素の用意」「国民の自主的責任の観念を害してはならない」 → 日本は社会保険方式を選択した
  - 1. 自ら保険料を納めることにより将来のリスクに備える（自律・自助）
  - 2. 給付と負担が結びつく
  - 3. 税方式よりも権利性が高まる
- 内在する問題 国保の滞納率15.9%  
フリーアクセスでよいか
- 人的範囲の違い
  - 税方式（国籍，市民権で差，地位のあるものに受給権，受診格差，待ち時間長い）
  - 社会保険（拠出義務の遂行，地位のないものにも受給権，日本は加入期間も問わない，医師の過剰労働）

簡単にいえば  
 米国 自助  
 日本 = 共助  
 スウェーデン = 公助

# 日本、アメリカ、スウェーデンの社会保障制度 (年金・医療・介護)の比較

				アメリカ	日本	スウェーデン
				低福祉・低負担 所得比例のみ	中福祉・中負担 基礎年金/所得比例	高福祉・高負担 最低保証年金+所得比例
年金	タイプ 給付	給付の対象	皆年金?	× (一定収入以下の自営、無業者)	○? (未納者の増加)	○ (所得比例適用外、低額の者は最低保証年金)
		給付の水準	給付開始年齢	65.5→67へ引上げ中	60→65へ引上げ中	65
		所得代替率	51.0%(OECDで低)	最終的に50.8%(OECDで低)	68.2%(OECDで高)	
	負担	自助=個人年金		8割近くが私的年金に加入(特に401Kなどの確定拠出型の伸びが高い)		
	共助=社会保険	皆保険?	× (一定収入以下の自営、無業者)	○? (未納者の増加)	× (無業者)	
		保険料率	12.4%(折半)	毎年0.354%引上げ→18.3%(折半)	17.21%(折半)	
		必要年数	10年(給付額は加入期間とは無関係)	基礎年金受給必要年数25年、40年で満額支給	最低保証年金の受給資格:3年の居住、満額40年	
	公助=税負担	公助の対象	×	基礎年金:1/3→1/2	最低保証年金は全額税方式	
医療	自助=自己負担、民間保険		メディケイド(低所得者医療):無料 メディケア(高齢者医療):一定額まで自己負担、その後2(~5)割負担 全人口の2/3はその雇用主を通じて民間保険加入	3割(2割、1割)負担	一定の自己負担	
	共助=社会保険	皆保険?	×	○ 市町村国保、政管健保、組合健保、共済、後期高齢者医療	-(税方式)	
	公助=税負担		メディケア メディケイド	市町村国保:43% 政管健保:13.0% 組合健保:定額	医療は県(ランスタング)による公営(自己負担以外は税負担)	
介護	自助=自己負担		○ 公的制度は基本的にない 一部メディケアで対応	1割負担	1割程度負担	
	共助=社会保険		×	65歳以上すべてをカバー 40~64歳保険料負担、平均4000円	-(税方式)	
	公助=税負担		×	税負担50%(保険料負担50%)	介護は市(コミュニティ)による公営(自己負担以外は税負担)	

# 公的年金について

人生は 見えない 段差多すぎる

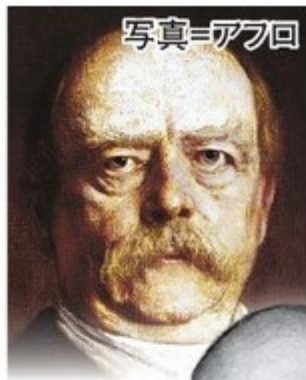
- 人生平穩無事ではない。傷病、障害、老齡、死亡、失業等で生活が苦しくなることがある。
- 何年生きるかわからない（長生きリスク）



# 公的年金の歩み

1889年

ドイツで  
ビスマルクが  
公的年金を  
スタート



文字

低賃金労働, 重労働→社会主義思想・労働運動の激化

救貧 (税金) → 防貧 (保険料)

1942

日本で  
東条英機内閣が厚生  
年金の原型を始める



勤労意欲を高め、国家総動員

61

国民年金が  
本格的に始まる



国の発展, 働くことが将来の安心  
社会を安定させる仕組み

73

田中角栄首相  
「福祉元年」。  
給付水準を  
大幅引き上げ



収入の6割の年金を保障

保険料率引き上げや年金水準  
の抑制

2004

小泉政権で、  
負担を上げ給付を  
抑える改革

法改正なしに年金水準を自動  
的に抑制する「マクロ経済スライ  
ド」

# 公的年金 3つの保障がセット

所定の年齢になった時に受け取れる年金

**老齢基礎年金**

**老齢厚生年金**

病気やけがによって生活や仕事が制限されるようになった時の年金

**障害年金**

一家の働き手や年金を受け取っている人などが亡くなった時の年金

**遺族年金**

# 年金の仕組み

半分は国や企業が負担

2  
階

老  
齢  
厚  
生  
年  
金

半分 会社が負担

加入者負担

1  
階

老  
齢  
基  
礎  
年  
金

半分 国が負担(税金)

加入者負担

国民年金

自営業・専業主婦など

第1号  
被保険者

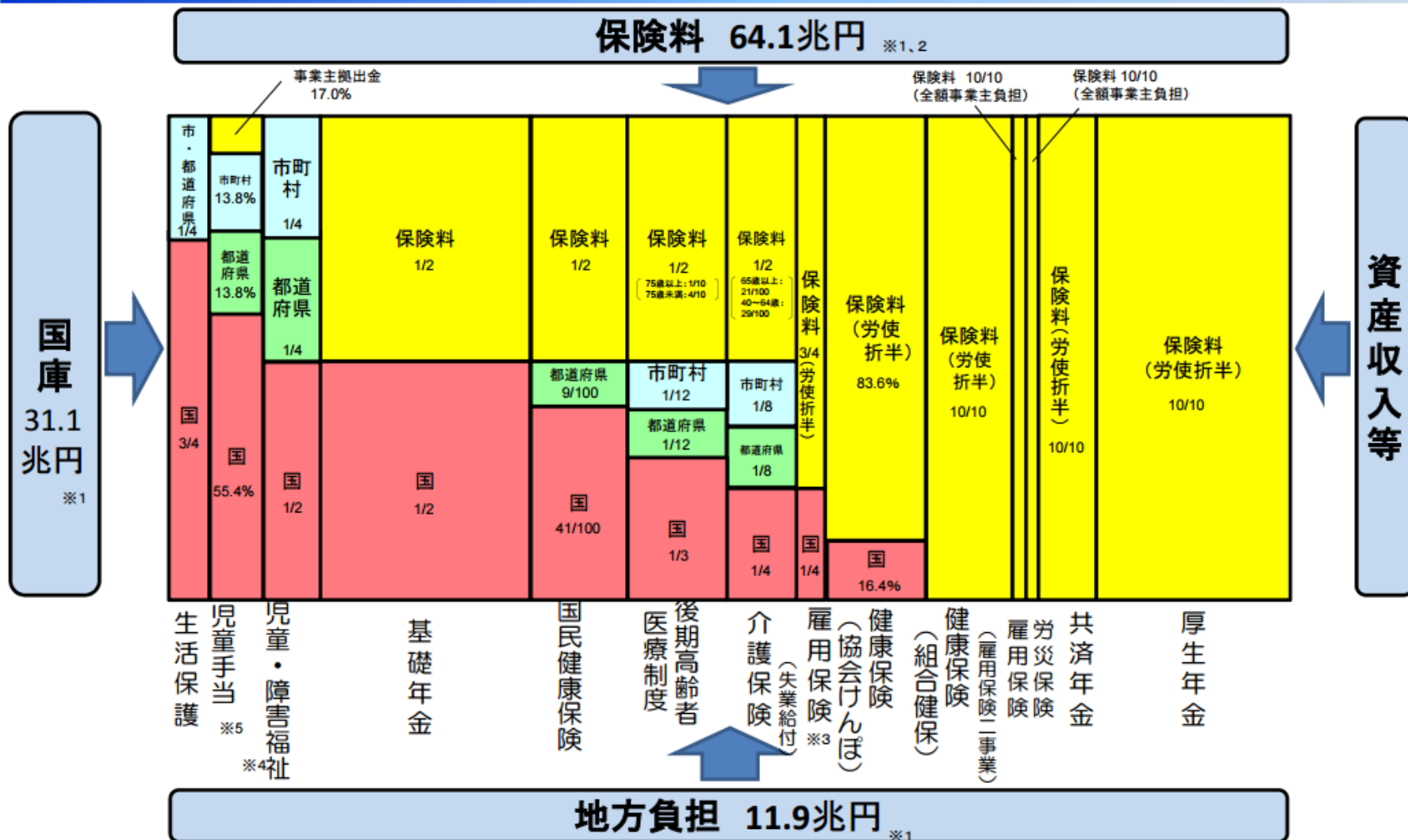
第3号  
被保険者

厚生年金

会社員・公務員など

第2号  
被保険者

# 社会保障財源の全体像（イメージ）



※1 保険料、国庫、地方負担の額は平成26年当初予算ベース。※2 保険料は事業主拠出金を含む。※3 雇用保険(失業給付)については、当分の間、国庫負担額(1/4)の55%に相当する額を負担。※4 児童・障害福祉のうち、児童入所施設等の措置費の負担割合は、原則として、国1/2、都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市1/2等となっている。※5 児童手当については、平成26年度当初予算ベースの割合を示したもの。

# 生保で国民年金と同じような保障を得ようとしたら？

- 国民年金（基礎年金）

1. 老後の生活保障，終身年金（老齢基礎年金）
2. 障害状態になったときの障害保障（障害基礎年金）
3. 被保険者が死亡した後の家族の生活を支える遺族保障（遺族基礎年金）

国民年金は、年齢・性別に関係なく保険料は

一律1万6340円 ←→ 3万9000円

類似の民間保険 30歳加入

- 未納率 30%
- 基礎年金には税金が50%投入

# 厚生年金や国民年金の平均支給月額は何?

- 厚生年金
  - 男性：165,668円、女性：103,026円
  - 全体の平均では147,051円
- 国民年金
  - 国民年金(老齢基礎年金)：55,615円
  - 満額：64,941円
- 夫婦の標準的な老後生活費用：月に26万円

# 私的年金との混同, 「老後の資金 2 千万円不足問題」

- 公的年金は「豊かさの分配」から「痛みの分配」へと、その性格を変えた。世代間格差は受け入れざるをえない。
- 「現役世代の給与から天引きした保険料をそのまま高齢者に年金として配る」という単純な仕組みで、民間の保険のように破綻（はたん）はありえない。
- 『その時々で生きている人どうしの格差を縮め、社会全体で高齢者を養う』

# 「年金は大丈夫か？見直し改善せず」 「年金破綻」 「老後2000万円不足」

- それでも、生きている限り受け取る権利が保障されたお金の存在が、いかに「頼もしい」ことか。
- 年金が「ある」ことの大切さが初めて「腹落ち」した感覚があった。私は心の底から、公的年金制度の安定と強化、信頼の回復を願うようになった。
- 年金は最重要な「生活インフラ」



# 「公的年金は守る時代」 年金の最重要3要素とは

## 1. 保険

- 老後に備えて貯蓄をしても、何歳まで生きるかわからない。
- いつ障害を被るかわからない。
- 小さな子供がいるときに配偶者を亡くすかわからない。

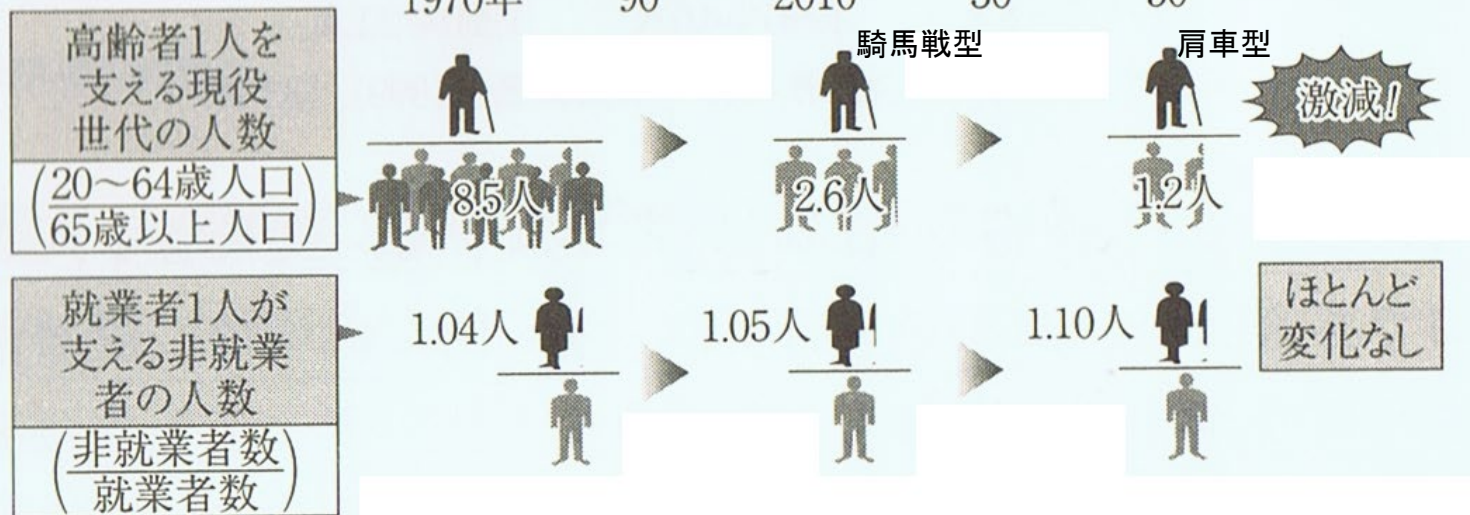
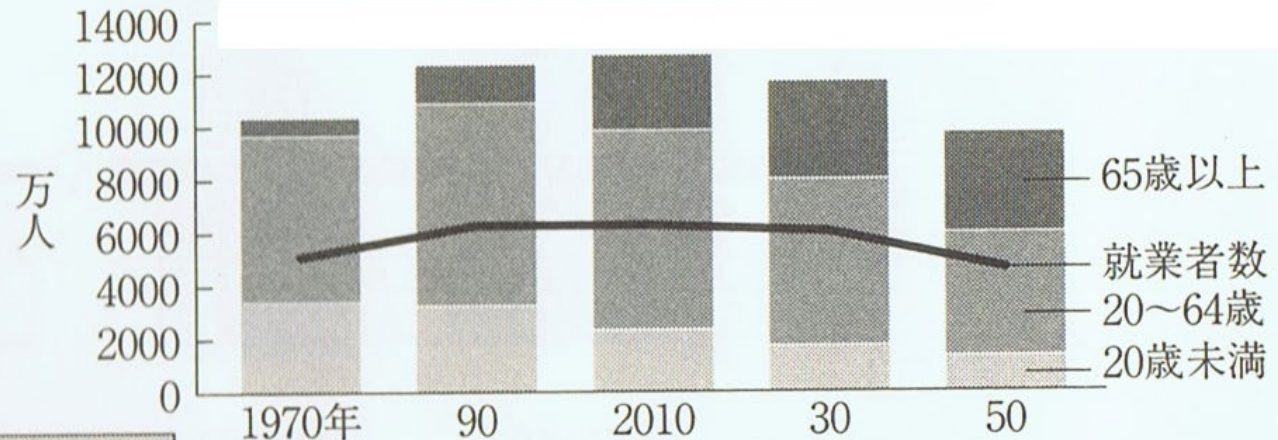
## 2. 賦課方式

- 子供が老いた親に送る仕送り，世代間扶養
- 老後の物価や賃金の変動が予測できない。

## 3. マクロ経済スライド

- 2004年に導入
- 政治プロセスを経ず自動的に調整
- すでに受給している年金も対象

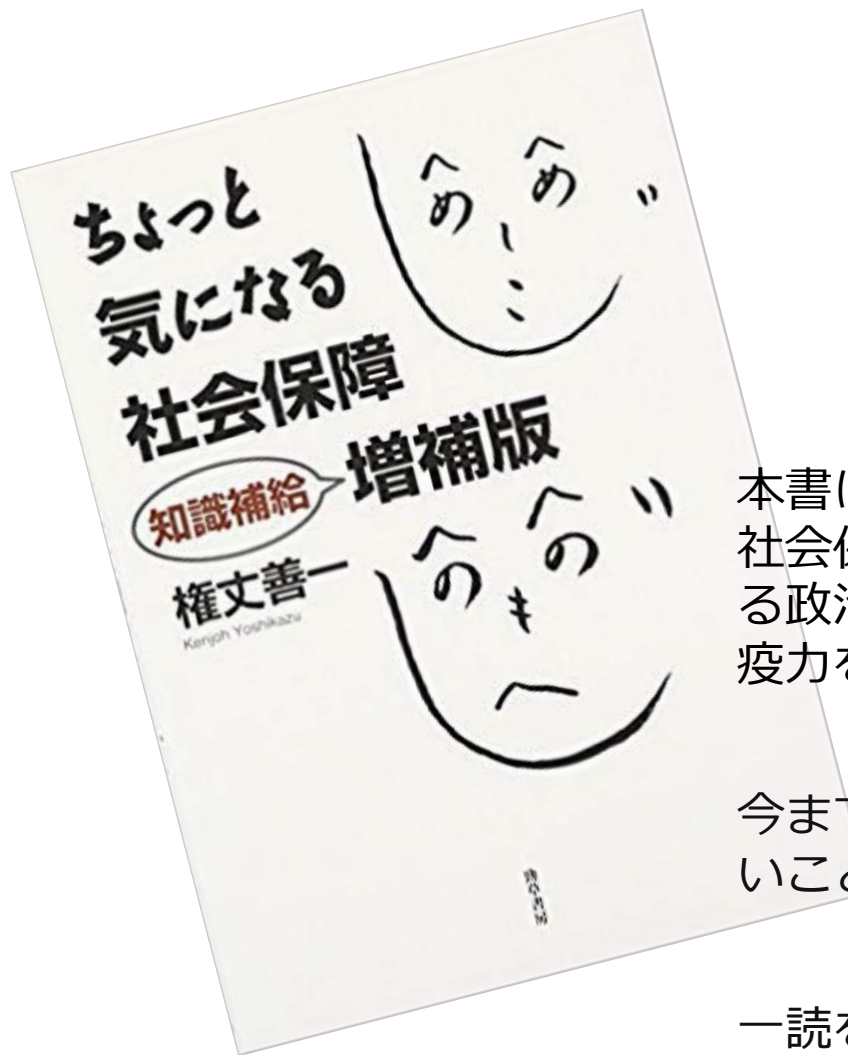
# 人口構成の変化と就業者数の推移



注：人口は国立社会保障・人口問題研究所資料より。2010年まで実績値，その後は推計値。就業者数・就業率は労働力調査（実績値），2030年は労働政策研究・研修機構の推計値，2050年は2030年推計値を基に権丈教授試算。

出所：「少子高齢化への対策 就業者増やし支え手確保 女性・高齢者に働きやすい環境を」『読売新聞』2012年4月23日朝刊。

# 「ちょっと気になる社会保障」



権丈 善一(けんじょう よしかず)  
慶應義塾大学商学部教授. 博士(商学)  
(戦闘的社会保障年金研究者)

本書に挑戦しておけば、今後も続く税金制度や社会保障、年金制度をめぐるニュースに登場する政治家や頓珍漢な学者の言説に騙されない免疫力を獲得できるかもしれません。。

今までのマスコミやメディアの報道は正しいことばかりでない

一読をお勧め。社会保障に覚醒します。

人間の死亡率は100%. 必ずあるもの,  
それを遠ざけるのは不自然. (養老孟司)

一人称の死

二人称の死

三人称の死

# 先駆的決意性

マルティン・ハイデガー「存在と時間」



- 人間は生まれるやいなや、もう死んでおかしくない歳に十分なっている「**死への存在**」

- ① 非本来的（死を隠蔽し忘却，お気楽に生きる，「**存在忘却**」）
- ② 本来的（死を自分の問題とし直視，「**先駆**」）  
→ 内奥からの良心の声を聞く，大事なことは何であり，何をしなければならないか。「**決意性**」

- 「**瞬間**」・・・不治の病，脱出困難な危機，癒やしがたき挫折や別離，取り消せない負い目，一冊の本

# 安楽死，尊厳死，自然死，・・・

- 安楽死
  - 積極的 致死薬，刑法により殺人罪となる
  - 間接的 緩和医療，終末期鎮静
  - 消極的 治療の差し控え，中止
- 尊厳死\*（間接的または消極的安楽死）
- 自然死\*（消極的安楽死）
- 平穏死\*（消極的安楽死）
- 事故死，災害死，自死

これらの言葉は注意しないと人により様々に解釈され誤解を生じます。特に\*。  
また，平穏な死に至るまでは自然に任せても平穏でない期間があります。

ヌーランド「人間らしい死に方」，1995

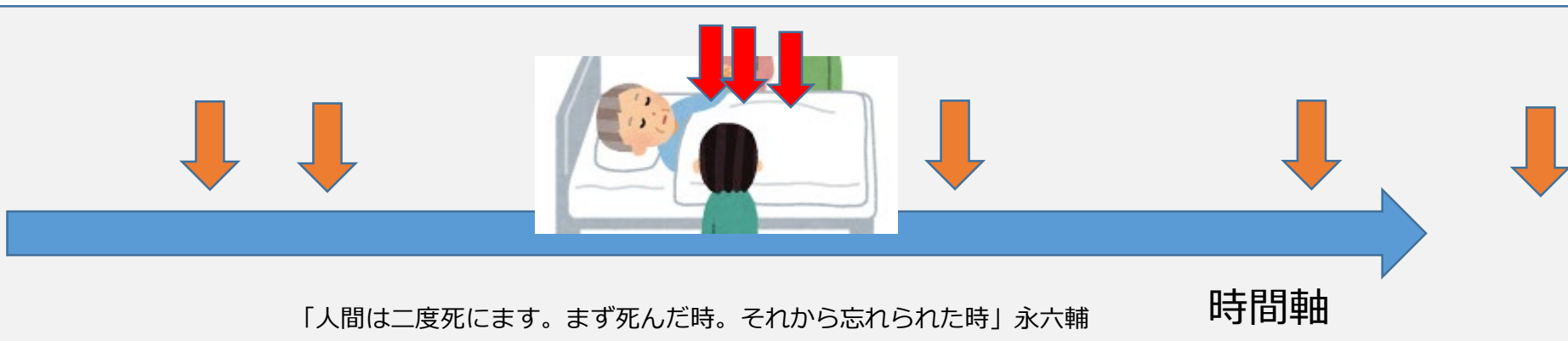
不治の病で安楽死のためにスイスへ渡航した日本人  
皆様の感想は如何でしたでしょうか。



じゃあ開けます

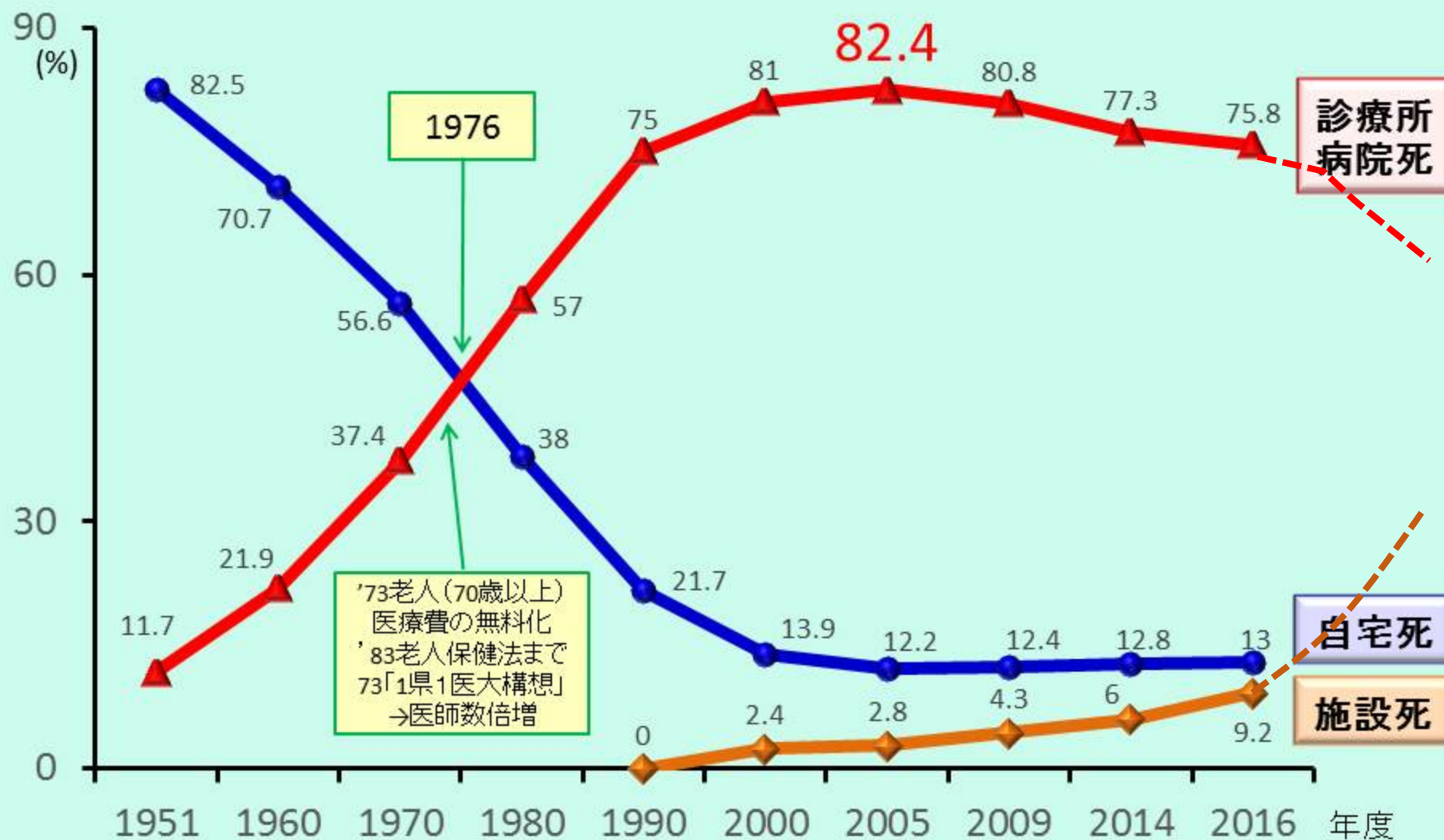
# 死の多様性

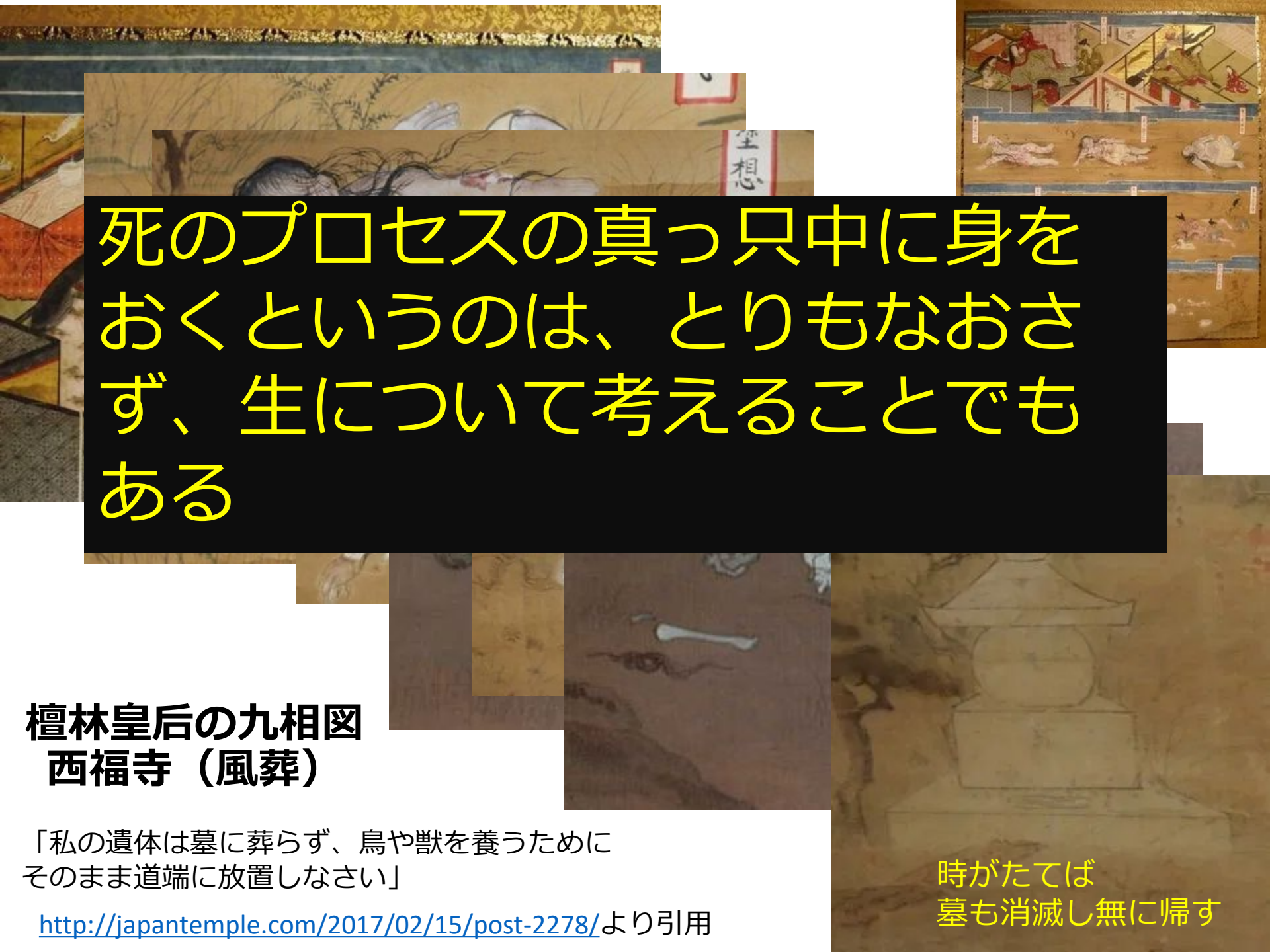
- 臨床的死 死の兆候が現れている, 脳死
- 生物学的死 臓器の活動停止, 細胞の活動停止
- 法的死 死亡診断書の時刻
- 儀礼的死 二重葬儀
- 社会的死 故人の置かれた状況, プロセス  
召使い, 奴隷, 失職, 定年・・・  
(共同体から除かれたとき)  
ある人間の存在が意識・記憶から決定的に消え去ったとき.





# 施設死が増え、病院死が減少へ





死のプロセスの真っ只中に身をおくとするのは、とりもなおさず、生について考えることでもある

## 檀林皇后の九相図 西福寺（風葬）

「私の遺体は墓に葬らず、鳥や獣を養うためにそのまま道端に放置しなさい」

<http://japantemple.com/2017/02/15/post-2278/>より引用

時がたてば  
墓も消滅し無に帰す

裏を見せ 表を見せて 散るもみぢ  
(良寛, 貞心尼)

紙おむつ 地位も名譽も 吸いとられ  
(シルバー川柳)

死の尊厳は神話 **自然死 ≠ 平穩死**

死にゆく者の人間性が損われ、死の尊厳に到達しようとする望みは、肉体が滅んでいくときに、潰えてしまう。

人間の精神が最後の力を振り絞って肉体を離れる際の、きわめて多様かつ無限のあり方を十分に知っている人は極めて少ない

ヌーランド「人間らしい死に方」, 1995

# 高齢化社会の医療倫理

- 道徳      新自由主義（リバタリアニズム）
  
- 倫理      平等主義（リベラリズム）

# 生命倫理学の原則

1. 自律原則
  2. 善行原則
  3. 無危害原則
  4. 社会的正義原則
- (ビーチャム, チルドレス, 1979)

1. 人間尊重
  2. 与益
  3. 社会的適切さ
- (清水哲郎)

意見の異なる人の中で共有可能, なおかつ多種多様な倫理的問題に汎用可能な方法論

不寛容の時代に見解の不一致を克服しようとする試み

# 医療資源の公正配分（1）

医療持続のためには切実であり、この問題から逃げることはできない

## • 倫理的配給

1. 誰が最も恩恵を受けるのか、
2. 誰が最も必要としているのか、
3. 誰が仕事に戻ることができるのか、
4. 誰が最も長く待っていたのか、

## • 正義（justice）：医師は自分の患者だけでなく他者に対してもある程度の責任を負う

- 供給の限られた特定の治療について選定しなければならない場合、差別なく公平な選択手続きを行う
- しかし、たとえ患者からの求めであっても、無駄で効果のない治療は断る

## • トリアージ、救急車の正義

- できるだけ多くの人を助ける、重傷者を優先する

# 医療資源の公正配分（2）

## 分配的正義

### 1. 功利主義

- 最大多数の最大幸福で分配されるべき

### 2. 自由平等主義（リベラリズム）

- 厳密にニーズに従って分配されるべき

### 3. 自由至上主義（リバタリアニズム）

- 市場原理。個人の支払い能力と意欲によるべき。  
貧困者には慈善で。

### 4. 修復主義

- 歴史的に不利に扱われた人に有利に分配されるべき

# 意思決定法の変遷

パターンナリズム（父権主義）



個人の自律（自己決定）



共同意思決定



# 人生の最終段階の決定プロセスに 関するガイドライン (厚生労働省)

- 平成19年「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
- 平成30年「人生の最終段階の決定プロセスに関するガイドライン」

# 人生の最終段階の決定プロセス に関するガイドライン(2018)

## 人生の最終段階における医療・ケア行為の 開始・不開始, 継続・終了

1. 十分な情報と説明を得たうえで, 本人の意思, 考えを尊重する.
  - ACPを重視.
  - 家族等 (友人も含む) , 医療代諾人を決めておく
  - 本人の意思は変化する繰り返し
2. 医療・ケアチーム (介護従事者も含む) の判断
  - 合意に至らない場合は複数の専門家からなる話し合いの場を設置し合意形成に務める.
3. 緩和医療, 社会的援助を充実させる.
4. 積極的安楽死は対象としない

# 人生の最終段階の決定プロセス に関するガイドライン(2018)

- 終末期は誰にもあり得るが、その有りようは人それぞれ。
- 病気も医療機関も家族も有りようは一様でない。
- 明確に画一的に適用されるルール作りは困難。

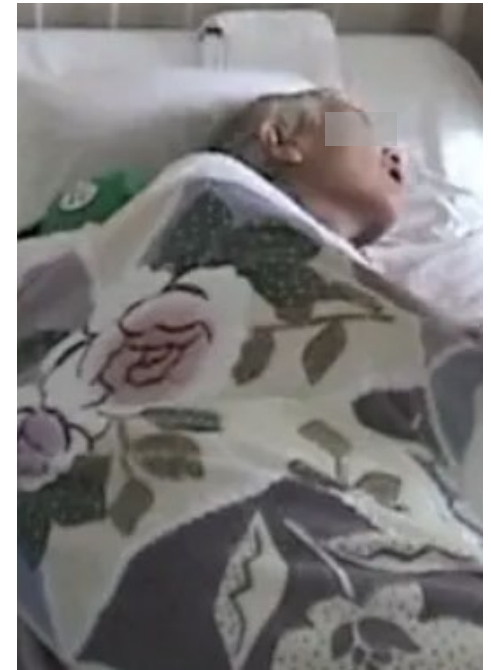
## 【ガイドラインへの批判】

- (1) (医療提供者から) **何をすれば法的責任を免れ得るか**
  - 刑法の適用に関わることを法的効力を持たないガイドラインで規定することはできない。
  - 硬直的解釈(警察を気にする)よりも最善のの道を探すべき。
  - 法的免責を明らかにするものではない。
- (2) (患者団体から) **ガイドラインが不本意な安楽死への道を開かないか**
  - 緩和ケアの充実を提言。それが充実すれば積極的安楽死はなくなる。
  - 本人の意志を尊重している
  - チーム医療で不当な治療中止はさけられる。

# 人生の物語りを尊重する意思決定プロセス

意思疎通も摂取嚥下も困難な，高齢の認知症・胃ろう・腎不全

- 何を目指すのか
  - 生存期間の延長
  - 豊かで快適な日々
- これらが両立しないとき
  - 「生存期間至上主義」からの脱皮
  - 治療を行わないという選択肢の意味



# 終末期医療（延命医療） 延命は誰のためか？

## 【よく遭遇する事情】

- 何もしないで死なせたくない「遠くの親戚問題」
- 家族は、年金がもらえるから
- 殺人罪，保護責任者遺棄致死罪になるか懸念
  
- 心臓マッサージは、患者のため？家族のため？

# 尊厳死（延命医療中止）の 立法化は可能か

高齢者も家族もさまざまである，病状も，死生観も，簡単に答えはでない難問。日々刻々と変わる。

- 法で細かく厳格に定めれば，決められた状況以外は違法となる。
- 必要な条文は  
「患者と医療ケアチームは，必要なら家族を含めて，終末期のありかたについて，繰り返し協議を行う」
- 本来の医療の問題は，仮に警察も検察もない世界を想定し，何が患者のためになるかを考える医療である。

# リビング・ウィルの法制化への懸念 患者側の視点

- 「最期をコントロールする権利」 →  
「最期をコントロールする義務」  
にすりかわる.
- 「死への自由」への制度化 →  
社会的弱者には「社会の負担にならないよう  
に、早く自分で始末をつけてくれ」に聞こえる

→ リビング・ウィルも簡単には法制化できない

# 高齢者と法

- 自分で自分を保護しにくくなっている
- 保護を必要とする状況
  
- どう調和をとるか
  - 告知
  - 終末期医療の終了や差し控え
  - インフォームド・コンセント（説明に基づく同意）



# ③の共同意思決定 (Shared-Decision Making)へ進化中

臨床医

患者

① 父権主義

情報と推奨

② 説明と同意

患者の自己決定, 個人の権利至上主義

③ 共同意思決定

情報と推奨

価値観, 思想, 信条, 選好

# ACP

## アドバンス ケア プランニング (事前ケア計画, **人生会議**, 2018.10命名)



- 誰でも, いつでも, 病気やケガに.
- 70%の人が自分で決められなくなる.
- 対話プロセス
- 現在の病気だけでなく、意思決定能力が低下する場合に備えて、あらかじめ、終末期を含めた今後の医療や介護について話し合うこと、意思決定が出来なくなったときに備えて、本人に代わって医療代諾人を決めておくプロセス
- 意思は変化することを前提
- 繰り返し, 共有



# いのちは誰のものか. ダックス・コワートの場合

- 1973年7月ダックス・コワート(当時25歳)は, ガス爆発で大熱傷を負った
- 治療同意書にはダックスに代わって母親がサインし、過酷な治療が始まった。激痛のある毎日の治療中止を望んだが治療は続行された。
- 退院時, 指全部, 両眼を失い, 無数の傷跡, 一人では何もできない身体になった。
- うつ状態になったが, なんと弁護士となり結婚もした。しかし、ダックスは語る...

「明日もし、同じような事故に遭っても、あの時と同じ痛みと苦しみを強いられてまで生きようとは思いません。たとえ今のような素晴らしい日々が約束されていたとしてもです。苦痛に耐えるか否か、それを決めるのはあくまでも私自身であって、私以外の誰でもないのです」

# 家に帰ったら、もう一度考えていただければと思います

1. 人は助けあう存在  
「医療保険」「公的年金」の持続性を守る意味
2. 「人間は死に向かう存在」
3. そのときどうするか。「人生会議」で身近な人に自分の考えを伝えておく