迫真 HAKUSHIN

砂上の安心網～線引きに惑う 1

伴侶の延命 悩みながら

終末期は一般的に治る可能性がなく、間近に死が迫った状態を指す。記者（34）は大学生だった12年前、肝臓がんで父親を亡くした。享年55歳。がんが見つかった時は末期だった。過度な延命治療で医療費が膨らむのは反対だ。ただ、どこで線引きをすればいいのか。父の最期を思い返しながらある家族を取材した。

□　□

「胃ろうを選んだのは正しかったのか」。2014年、難病で妻を亡くした山口県岩国市在住の森山梭一さん（82）は今も悩む。胃に穴を開け、管で栄養を送り込む胃ろうによる延命治療を、妻の玉枝さんは死に至るまでの3年間、続けた。

玉枝さんは筋力が徐々に衰えていく病気だった。最初に気づいたのは1997年。病院で病気が見つかり、以来、17年にわたり訪問看護や介護を受けて在宅療養する生活が始まった。

時間がたつにつれ、手すり伝いに歩けた状態から車いすになり、自宅のベッドで過ごす時間がどんどん長くなった。

食事も困難になった。1日1リットルは水を飲まなければ水分不足になるのに、スプーン1杯に5分以上かかる。梭一さんは誤えんに注意しながら玉枝さんの口に毎日、水を運び続けた。それでも夏場には熱中症で2度、救急車で運ばれた。医師は胃ろうで水や栄養剤を与えるよう強く勧めた。

「医学は日進月歩だ。生きてさえいれば、難病を治せる薬が出るかもしれない」。梭一さんは可能性を信じた。「やりたくない」と首を振った玉枝さんを説得して、胃ろうの手術を受けさせた。

それから約3年間、自分で指1本、まぶたすら動かせない、呼吸が難しい状態になっても玉枝さんは生きた。見かねた娘の美知子さんが「胃ろうの管から入れる栄養剤を減らそう」と言ったことがある。

意思疎通ができなくなり、体も動かせなくなったら、苦痛の方が大きいと考えたからだ。「栄養を減らし最低限の水だけにして、水も受けつけなくなったらすべてやめた方がいい」と説明した。その時、梭一さんは「絶食は母さんが苦しむ」と受け入れなかった。

玉枝さんは最後、消化しきれなかった栄養剤が肺に入り、呼吸困難で亡くなった。76歳だった。梭一さんは「長年連れ添い、一心同体のような伴侶の延命治療はやめられなかった」という。

□　□

日本の医療費は年々増え続け、40兆円を超えた。厚生労働省の取材を担当してきた記者は、社会保障制度の持続性を高めるには、医療費の伸びを抑制するしかないと考えている。ただ、どこで死を受け入れるか一直線に線を引くのは難しい。

記者の父もがんが見つかってから半年、入院生活が続いた。末期の肝臓がんが分かったのは2004年12月。進行が速く、母は医師から「手術もできず、年を越せないかもしれない」と言われていた。この時点で終末期だったのだと思う。

母はあきらめなかった。評判のよい病院を探し手術を受けさせ、民間療法も試した。それでも05年4月、医師から余命1カ月の宣告を受けた。

かっぷくの良かった父はやせ細り、骨の浮き出た背中を見るのはつらかった。死の1週間前、人工呼吸器を付けるか判断を迫られた母は「よくなる可能性がないなら、やめてください」と言った。

「連れ添ってよかった。おまえを残していくのだけが心残りだ」と言い残した父。母は父の死後「どんな状態でも生きていてほしかった」と悲嘆に暮れたこともあった。

日本は今後、多死社会に直面する。いま約130万人の年間死亡数は、2040年には約168万人とピークに達する。

6割の人が家で死にたいと考えるが、8割が病院で亡くなる。そこでは患者や家族が望まぬ延命治療もある。成城大学の河口洋行教授は、終末期患者の3割が積極治療をしないデンマークになぞらえれば、日本も1兆円近い終末期医療費の3割程度を減らせるとみる。

今回、最期まで自宅でみとった森山さん一家への取材を終えて、母に改めて父の終末期を聞いてみた。母は「最後の半年間、一緒にいられてよかった」と言う。延命治療の葛藤を語った梭一さんの姿が重なった。

生きていて、と願う人のために生きる生。死にゆく本人が望む命とは別に、家族が望む命もある。その願いの数だけ投じられる医療費は、亡くなる人の数が増えれば増えるほど膨らんでいく。

財政があまりに逼迫すれば、最期の医療を線引きするのは、患者や家族ではなくなる可能性もある。そうなる前に、私たち自身で境界線を考えてみる必要があるのかもしれない。（奥田宏二）

森山梭一さん㊧は妻の玉枝さん（故人）を在宅介護で支え続けた（山口県岩国市）＝森山さん提供

「社会で介護」綻び

認定広がり費用増

「老いた親は家族で面倒を見るのが当然」。そんな日本型福祉政策を転換しようと2000年度に生まれた介護保険。在宅介護を支えるサービスは増え「介護の社会化」は進んだ。だが財政的な限界が見えている。

線引きの基準となる要介護認定。申請を受け、支援が必要な時間や認知症などの状態に応じて最終的に市町村が認定する。基準は「全国一律に客観的」(厚生労働省)だが、認定状況と1人当たりの利用度(介護給付費)は地域差がある。

地域差を比較するため日本経済新聞は要介護5から要支援1まで7段階ある認定結果を、介護(支援)の必要性が高い順に7~1点としてそれぞれの認定者数を掛け合わせ、合計した点数を全認定者数で割った「認定度」を算出して比較した。

14年度までで認定度が最も低くなったのは兵庫県。2000年度は4・24で要介護3(5点)と要介護2(4点)の間だったが、14年度は3・51で、ほぼ要介護度は1段階下がった計算になる。一人ひとりの要介護度が改善したわけではない。兵庫県の担当者は「制度が浸透し、症状が軽くても申請する人が増えているためでは」とみる。

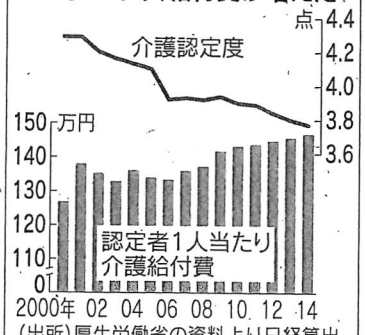
全国でみてもすべての都道府県で認定度は低下していた。要介護認定を受けた人は約250万人から、すでに600万人を超えており、裾野は広がった。

課題は財政だ。兵庫県の担当者は「認定だけ受けて利用していない人も多い」とするが、1人当たりの介護給付費は121万円から137万円と16万円増えている。全国的にも認定を受けた1人当たりの介護給付費は増えており、サービスを保険適用の上限近くまで利用する高齢者が増えているとみられる。

14年度で認定度が4・24で最も高かった山梨県。当初の126万円から172万円と46万円も増えている。認定度は当初の4・44からほとんど下がっていない。担当者は「できるだけ家庭や地域で面倒を見る文化がある。症状の軽い高齢者の申請が少ない」と分析。ただ給付費は高く、「申請する時には症状が悪化している人が多いようだ」と悩みを抱える。

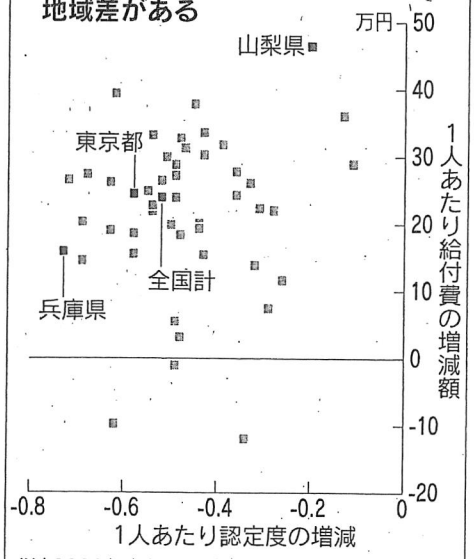
費用は利用者が多ければ増加する。だが介護予防で症状悪化を抑えれば減る可能性がある。「どこまで、どうやって支えるのか」。線引きは見えない。

要介護度の低い人も介護を受けるようになり、給付費が増えた



(出所)厚生労働省の資料より日経算出

要介護度の認定結果と給付費には地域差がある



(注)2000年度と14年度の厚労省統計から日経算出

「仕送り」不足の年金

支給遅らせれば安定

学校卒業後、働き始めてから60歳になるまで保険料を払い、65歳から満額の年金をもらい始める――。今の年金制度の骨格だ。保険料を納める年齢の上限や、年金を受給する時期の線引きを変えるとどうなるのか。

今の年金制度は現役世代の保険料を高齢者の年金に充てる「仕送り方式」。保険料を納める働き手が増えたり、受給者が働き手に回ったりすれば年金額は増え、財政の安定も増す。

厚生労働省は2014年の財政検証で、最長40年間となっている保険料の納付期間を延ばし、支給開始年齢も引き上げた時の年金額を試算している。

物差しは現役世代の所得のどれくらいをカバーするのかを示す「所得代替率」。14年時点は62・7%だが、このままでは標準的な経済状況で、所得代替率を50・6%にまで下げないと年金財政は安定しない。このため政府は経済情勢に応じて支給額を引き下げるマクロ経済スライドなどを導入した。

保険料を納める期間を5年間延ばし、支給開始を65歳まで上げると、所得代替率は57・1%で財政が安定する。今よりは下がるが、だいぶ緩和される。

ある人が70歳まで働き、保険料を50年納めて支給開始を70歳まで自主的に繰り下げたらどうなるか。この人の所得代替率は85・4%まで高まる。

学者や企業経営者ら約50人でつくるTM研究会が示した試算によると、15年時点では年金受給者を2・4倍の働き手が支えている。50年には高齢化で1・4倍まで減るという。70歳以上まで働くことも視野に支給開始年齢を自由化し、女性の労働参加率も上がると、50年時点でも働き手は2・9倍になる。

自民党の小泉進次郎氏らが昨年まとめた社会保障の改革案では、働く高齢者の年金を減らす在職老齢年金制度の廃止や、支給開始年齢を選べる仕組みを盛り込んだ。政界でも若手を中心に、年金制度の線引きを変える議論が盛り上がっている。

長く働き保険料を納めると、年金は増える

	現行	改革	さらに長く働くことを選んだ人は・・・				
年金の支給開始(保険料納付期間)	65歳まで引き上げ中(40年が上限)	一律65歳(45年)	66歳(46年)	67歳(47年)	68歳(48年)	69歳(49年)	70歳(50年)
所得代替率	50.6%	57.1%	62.6%	68.2%	73.8%	79.6%	85.4%

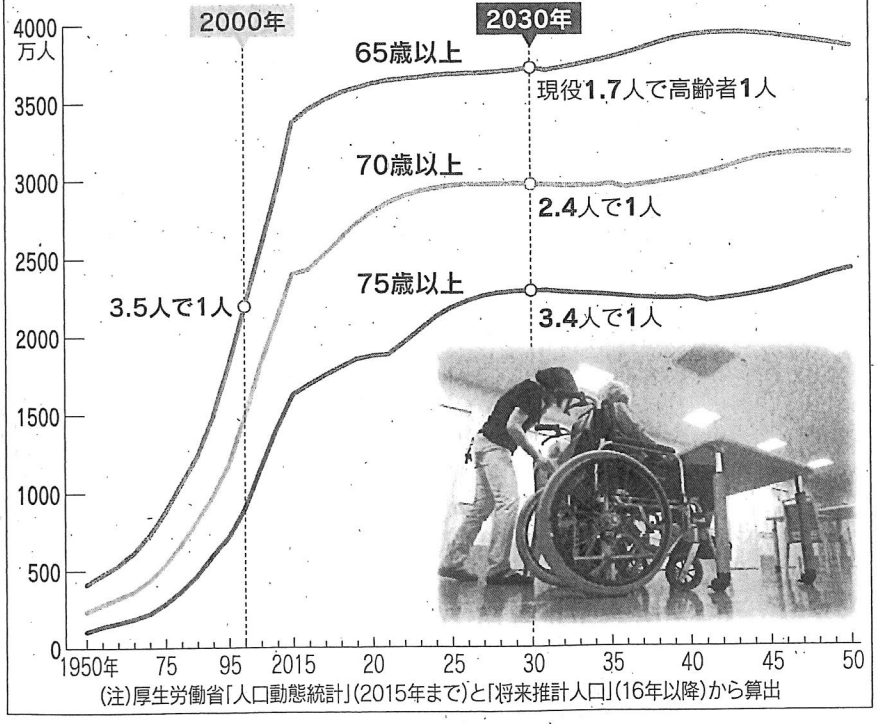
(出所)厚生労働省の2014年の年金財政検証。通常の経済想定のケースEの場合

ずれた境界 引き直す

自助・共助・公助 柔軟に

誰をどこまで支えるのか――。支え合いで成り立つ社会保障制度の根幹である「線引き」を見直すときに来ている。医療や介護、年金などに必要になるお金が膨らみ続け、これまで当たり前だった支え合いは続けられなくなる。様々な分野で公助は限界を超え、制度の維持のために共助の見直しや自助の重要性が一段と増していく。（1面参照）

「高齢者」の線引きで、支える現役の人数は大きく変わる



(注)厚生労働省「人口動態統計」(2015年まで)と「将来推計人口」(16年以降)から算出

「御社で高額医療専用の健康保険をつくってもらい、国がそれを経済的に支援する。ビジネスになりますか？」。ある大手損保幹部は最近、厚生労働省関係者からこんな〝仮定の質問〟を投げかけられた。準公的保険のようなこの話は具体論に至らず終わったが「高額薬や終末期医療を公的保険でカバーできなくなる日が来る」という危機感では一致したという。

国民皆保険が導入された1961年、兆円レベルの超高額な薬や医療は想定外だった。それが昨年、「年1兆7500億円に達する」という試算が注目を浴びた抗がん剤オプジーボの登場で現実になった。

オプジーボは特例で薬価を半減した。だが今後、遺伝子医療を含め技術革新で同様のケースが生じる可能性はある。学習院大の鈴木亘教授は「そうした技術が普及する前に公的保険でどこまでカバーするか議論が必要」と警鐘を鳴らす。

戦後、第1次ベビーブームで生まれた団塊の世代を中心に支え手は増え続けた。今や少子化で支え手は減少が続いている。

2000年には65歳以上の高齢者1人を65歳未満の「現役」が3・5人で支えていたが、厚労省が今月公表した将来推計人口によると、30年には1・7人で支える計算だ。高齢者の線引きを「70歳以上」にしても2・4人、「75歳以上」でも今より少ない3・4人で支える時代がすぐそこに来ている。

国の財政に余裕がない中、公的保険で何を守り、誰を救うのか。高齢者や回復の見込みのない患者にどこまで治療するのか。命や死に関わるつらい議論だが、目を背け、先送りするわけにはいかない。聖域なき議論をすべき時に来ている。

年金制度も今の線引きのままでいいわけがない。年金のもらい手・支え手の年齢、自営業と会社員で別建ての制度の扱いなど課題は山ほどある。

介護保険も要介護が低くても利用する高齢者が増えて裾野が広がる一方、「どこまで支えられるのか」は先が見えない。

「困っていない人が、本当に困っている人を支える」。一橋大の小塩隆士教授は社会保障の要諦をこう語る。そして、その線引きは時代によって少しずつ変化する。

ずれた線は正しく引き直さないといけない。確かに支えられる側だった人に「支え手に回ってくれ」「自分で頑張ってほしい」とは言いにくい。それでも自助・共助・公助のバランスを柔軟に見直せなければ、日本の安心網は維持できない。

砂上の安心網

支え合いの境界 ①

宿題

最期の医療 財政の

年に130万人近い人が亡くなる今の日本。最期に至るときをどう支えるのか。取材班はこの問題と向き合おうと思った。

厚生労働省で検討が進んでいる案件がある。2018年度に改定する医療サービスの公定価格で「終末期」に焦点を当てようとしているのだ。「多くの高齢者の生活の質（QOL）を高める」という看板の裏には医療費の抑制がある。

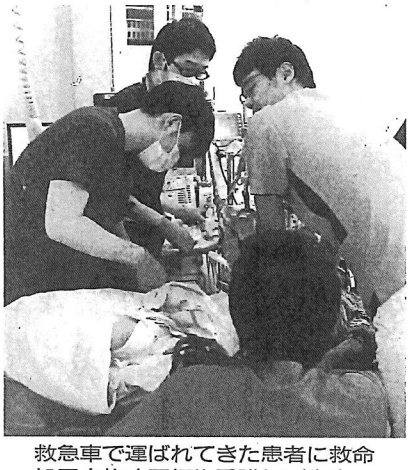
終末期に1.2兆円

厚労省には苦い記憶がある。08年に「終末期相談支援料」を導入したところ、「延命治療をやめたらお金がつくのか」と与野党から批判を浴び、3カ月で凍結した。復活の気配もあるが、「どこまでできるか分からない」（厚労官僚）。

レセプト（診療報酬明細書）情報に基づく鈴木亘学習院大教授の研究から取材班が試算したところ、65歳以上の死亡前3カ月にかかる医療費は1兆2千億円に上ることが分かった。

終末期医療を財政と絡めることを否定する声もある。二木立日本福祉大相談役・特任教授は「必要な救命ケアの差し控えにつながりかねない」と語る。命を守る現場は何を思うのか。

患者の意思に解を探す



救急車で運ばれてきた患者に救命処置を施す医師や看護師（東京ベイ・浦安市川医療センター）

4月中旬の午前6時40分。東京ベイ・浦安市川医療センター（千葉県浦安市）に80代女性が運び込まれた。

既に心肺は停止。医師や看護師ら10人が人工呼吸や心臓マッサージを進めた。

「脈が戻る可能性はゼロです」。現場統括の志賀隆医師が女性の娘に蘇生措置の中止を告げた。延命措置はどこまでするか。「家族が迷えばすべてやる」。救急専門の大高病院（東京・足立）の大高祐一院長が原則を教えてくれた。

家でみとる選択

ぎりぎりの判断が迷いを生む。「点滴で1～2カ月延命し、最期にQOLを下げるのが幸せなのか」。訪問診療で1千人をみとった三重県四日市市の石賀丈士医師は話す。病院でみとる割合は全国平均の約8割に対し、同市は68%と最低水準。本人の意思を尊重する現場に一つの解がある。

小林香代子さん（88）は1年ほど前、入院先で「もって1カ月」と言われオレンジホームケアクリニック（福井市）の在宅医療を選んだ。薬を控え家族で食卓を囲み、体重は5キロ増えた。

「長い間ありがとう。あとちょっと我慢してね」。家族に向ける小林さんの表情は穏やかだった。

3月下旬、東京・永田町の議員会館。石員の勉強会が開た。日本赤十字ターの国頭英夫費用対効果の議べきだと説いたにツケを回すの者を見捨てていスライドにはス家ゴヤの「我がサトゥルヌス」

◇

社会保障制度まで支えるのかを探っていく。

（関連記事2面に）

電子版 記者が見た夜間救急病院 ▼Web刊↓

揺れる終末期医療

財政論、倫理とせめぎ合い

終末期医療を見直すと医療費は節約できるのか――。人の死を語るだけでもタブーとされる中、この問いはそれとコストを結びつける究極の難題だ。

真正面から議論すれば「人の命に値段をつけるのか」といった批判を免れない。政府や関係者は医療費との関係を意識はしつつも「本人が望む人生の最期の実現」を前面に出して終末期医療の見直しを進めてきた。難題に対する見方は有識者の間でも揺れている。

そもそも「終末期医療」とは何なのか。実は明確な定義はない。一般的には回復の可能性がなく、数週間から数カ月で死に至る患者に対し、延命目的で治療を施すような例を指す。

その終末期医療の見直しといった場合、目的は主に2つの視点で語られる。一つは「本人が望む最期を迎える」という倫理面での視点。もう一つが過剰な延命治療を減らすことによる「医療費の抑制」の視点だ。

倫理面では議論が進んでいる。厚生労働省は医師と患者が終末期医療や最期の迎え方などについて事前に話し合うためのガイドラインを策定し、医療現場への普及を促している。

民間でも、どのような最期を迎えたいか「エンディングノート」を自主的に普及させる動きや、日本臨床救急医学会が心肺停止後の蘇生処置を望まないと書面で残っている場合、かかりつけ医に是非を確認した上で蘇生処置を中止するよう求める提言を出している。

一方、医療費との関係のアプローチは浮沈を繰り返す。

例えば、3カ月で凍結に追い込まれた2008年の「終末期相談支援料」。高齢者の終末期医療の方針を患者と相談し、書面に残したら医師に2千円の報酬がつく仕組みだった。同年の後期高齢者医療制度に合わせて導入されたが、「延命治療をやめたらお金がつくのか」といった批判に抗しきれなかった。

「さっさと死ねるようにしてもらわないと」。13年1月には、麻生太郎副総理・財務相が政府の会議で終末期医療について「いいかげんに死にたいと思っても生かされたらかなわない。政府の金でやってもらっていると思うとますます寝覚めが悪い」などと発言。「大事な問題だ」「議論から逃げるべきではない」といった擁護論もあったが批判が強く、すぐ撤回した。

厚労省も05年に終末期医療費を年間9千億円と試算し、在宅医療が進めばそれが20年間で5千億円減らせると試算したが、その後、更新も効果測定すらしていないままだ。

終末期の医療費を巡る議論の例
（カッコ内は公表時期）

終末期医療費の試算	削減効果の有無など
厚生労働省	
年9000億円（2005年）	在宅医療が進めば20年で5000億円削減
河口洋行・成城大教授	
厚労省試算を前提	3割は積極的な治療をしなければ約3000億円削減
医療経済研究機構	
7859億円（2000年）	国民医療費の3.5%で急性疾患の患者も含まれており、「社会保障財政の圧迫要因になっていない」
二木立・日本福祉大相談役（特任教授）	
―	高額医療費の大半が終末期の患者で、高齢者というのは誤解で、削減効果もない

渡辺康仁、武類祥子、前村聡、佐藤賢、清水崇史、高佐知宏、中島裕介、上杉素直、遠藤邦生、高田倫志、辻征弥、高畑公彦、井上孝之、小嶋誠治、菊池貴之、大酒丈典、岸田幸子、奥田宏二、大島有美子、寺井浩介、渡部加奈子が担当します。
ご意見を取材班（shaho-nk@nex.nikkei.co.jp）にお送りください。