

健康の不平等と自己責任化

石村 久美子

要旨 健康増進法第2条によって自らの健康増進が国民の責務となった今、人々の生命・健康を守るとは、どのようなことだろうか。健康に価値を置く一方、不健康には不利益を容認することは健康を強いることであって、主体的な健康を涵養することにはつながらない。ところが、医療費抑制を主眼とする昨今の医療制度改革によって、所得による生活格差が生命・健康の領域にまで格差を及ぼしている。無保険者の増加やいのちの経済化は、根源的な平等感の喪失と将来の懸念を増すばかりである。今、多くの国民が望んでいることは、だれもが必要なときによりよい医療を受けられる安心である。そのためには、貧富の差による「健康の不平等」を容認せず、健康阻害を招くような医療費抑制ではなく、平等・公正・質の高い医療を提供するために、公的責任に値する財源の投入をしなければ解決できない問題であると考えます。

キーワード：健康、権利、自己責任、不平等、医療費抑制、医療制度改革

はじめに

今日、健康が人間の「権利」であること、つまり「健康権」¹がWHOや国際人権法などの国際法や国際的慣行では承認されている。しかしながら、国内法においては、いずれの法領域においても実定法上の権利として承認されているとは言い難い状況にとどまっている。

同時に、国内では健康増進は、国民の「責務」として健康増進対策が行われている。健康増進法第2条（国民の責務）「国民は、・・・生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」。その健康とは何を意味するのだろうか。

人間の客観的な健康状態は多様かつ広範に及ぶ。また主観的な健康も同様にさまざまである。客観的と主観的健康が常に相関するとは限らない。しかし、希望や生きがいという精神的な支えが身体的によい影響を与えることもまた事実である。生来、無病な人もいれば、病院と縁の切れない人もいる。すなわち、健康とは、主観と不平等が織り込まれた不可思議な領域である。

一般に、健康とは医・食・職・住・環境などの生活全般から影響を受け、人間関係や生きがい・幸福

感などの主観的要素にも関連する。UCL (University College London) の疫学・公衆衛生学医であるM・マーモット (Michael Marmot) は、人の心に影響を与える環境のあり方が健康に影響することを指摘している。また「全米科学アカデミー紀要」に掲載された彼らの最近の研究によれば、健康に関する生物学的な要因はそれぞれの幸福感と関係することが明らかにされている。たとえば、同じ環境で育った一卵性双生児がその後、同じように不遇な状況にあっても、それをどのように受けとめるかという個人の認識の差によって、客観的健康に差が生じる結果を示している²。

つまり、人々の客観的健康に不可欠な要因とは、安心や信頼感が得られる社会環境と、人間関係及び多様な幸福観や価値観の共存する暮らしである。他方、緊張を強いる社会や安心して暮らせない社会、富や学歴などに偏在した価値観や幸福観は人々に不健康を強いる。つまり、健康とはどのような社会や法制度の下に暮らすのか、自由や競争に基盤をおくのか、それとも平等や安心に基盤をおくのか、そのような社会の価値規範にも影響される。貧富の格差の大きいアメリカ人の平均寿命よりも、一億総中流といわれた（すでに過去の話となったが）日本人が

長寿であるのもそれらを反映したひとつの成果である。従って、健康決定要因とは個人努力だけでは獲得しえない、共同社会の中に存在する極めて公共性の強いものである。

人間には寿命があり、避けられない死がある。その死が早いか遅いか、また生存期間中、健康に恵まれるか否か、またそれをどのように受容するのか、まさに人間は多様である。不条理な病や事故に遭遇することもあれば、生きることや健康に無気力になることもあるだろう。異なる人生の中で、生命と健康を守る機会と動機付けが平等とは言い難い今日、生活習慣病や成人の齲歯など自己責任を追求しやすい疾患に対し、保険料や保険適用などの差別化導入の危惧と自己責任の強化は何をもたらすだろうか。それよりも、まずはあらゆる人々の生命を尊重し、生存権保障の延長としての健康権の権利性の促進と国民皆保険制度の堅持を行ない、権利の行使を可能にするような機会を保障することが緊要ではないだろうか。

1、健康の人格化と規範化

1) 健康という概念

現代社会において、人々のライフスタイルは多種多様である。好むと好まざるにかかわらず、勤務形態や労働時間も異なる。生きるためには、健康的な生活習慣と乖離せざるを得ない人々や、健康を犠牲にせざるを得ない人々もいる。自己責任原理は徐々に拡大する一方で、健康生活はライフスタイルの選択余地のある人々や意思の強い人々のステイタスやシンボルとなる危惧がある。つまり、健康状態が人間の価値を規定する健康の人格化である。

従って、はじめに自己責任ありき論では、その本質と解決策を違え、健康や健康生活からおきざりにされた人々を増やすだけになりかねない。健康ではない人々に対して、医療費高騰の主要因として非難する風潮と健康格差を拡大するだけになる恐れもある。健康とは何か、何が決定要因や阻害要因となっているのか、その公的責任と自己責任との境界は、決して単純な線引きではないはずである。

健康を強調する社会では、健康ではない人々に居心地の悪さを与え、敗者として位置づける。健康という基準によって人間は二分されるかも知れない。法文の中にも健康はすでに規範化され、人々の心にも健康の価値は内面化されている。しかし、社会には多様な人間が共存するように、健康もまた常に多様である。まずはこの事実を受けとめ、連帯と共感に基づいた、すべての人々のそれぞれの健康を受容

するべきではないだろうか。

人々を排除するのではなく、包摂する健康とは、どのように考えればよいのだろうか。基準化した健康や健康増進よりも、本来の個々の生きる上での健康という価値や意味を取り戻し、障がいや病気を否定しない健康のあり方を模索するために、一元的な健康の価値制覇を押しとどめる必要があると思われる。健康が人間を拘束するような人格化、あるいは規範化するような健康の凌駕を阻止する必要性をバイオエシックスの権威であるピーチャム (Tom L. Beauchamp) と哲学者・医療倫理学者であるキャラハン (Daniel Callahan) の議論を参考に確認しておきたい。

ピーチャムによれば、「健康の定義に関するアプローチ」を以下のように分類する。それは、健康という表現がどのくらいの領域に及んでいるのか、つまり、①単に身体の治療のみを含む、②精神も含む、③社会的順応性も含む、という3分類である。最も認知されているWHOの健康の定義は、包括的な定義である分類、つまり③の身体・精神・社会的を含む「総体的概念(holistic concepts)」である。ピーチャムによれば、このWHOの定義は、「単に医師の役割に関する我々の理解のためだけでなく、公共政策にも重要な影響を与える。もし医学の目的が健康の維持と回復であり、そして健康が完全に良好な状態であるとして広く理解されているのであれば、医療の範囲に、たとえば、社会的逸脱や新しい環境に適応することが困難なすべての人々の問題さえも含まれる」³と述べている。

WHOの健康の定義のように、健康がすべての生活と関係づけられる政策には利点と欠点がある。その利点には、広範に影響を受ける健康被害に対する抜本策として、労働・住宅・食物・環境など総合的対策へと広がる事が挙げられる。他方、欠点としては、すべての事象を医学的対象と見なすことや、人々の意識や行動さえもそれを基準として単一の価値へと人々を規範化することなどである。

ピーチャムは、定義の表現として4分類し、次のように説明する⁴。

①記述的定義(Descriptive definitions)とは、人々が通常用いる表現を使って公表できるように試みることである。たとえば、プラトンは健康を妨げられない身体の自然な機能の表現であると定義をし、一般的表現に努めたのである。

②規定的定義(Stipulative definitions)とは、実際の使用法を報告する代わりに、通常の意味が曖昧である場合には、明瞭化を目的として表現の意味を

規定することである。たとえば、健康という表現は、「都市生活の苦難にうまく適合した状態」と定義付けたのであれば、そのような定義が規定されているということである。規定的定義は真でも偽でもなく、単に用法の提言及び告知をしているにとどまる。

③改革的定義(Reforming definitions)とは、以前の使用法を盛り込まずに新しい見解を示唆することで、古い表現に対し、新しい意味を提供するものである。キャラハンは、健康を定義する課題は、記述的のみならず、(WHOの定義の例として)「何を評価すべきか、生命がどのように理解されており、個人的、社会的行為を導くべき原理が何かを決定する手段に他ならない」と論じる。ピーチャムは、キャラハンの指摘がもし正しいとすれば、WHOの「改革的定義が重要な基本要素となり、計画的に我々の行動や考え方を変えようとする試みにさえなるであろう。そのような定義は、一般的には理論からの生成物—おそらく社会的理論または科学的理論であるが、定義の妥当性を評価することは、それを生成する理論の妥当性を評価する必要がある」と論じる。

④「実体の定義(Real definition)とは、あるものの真の属性は何であるかということを示唆しようとすることである」。たとえば、一般的な使用方法として「人(man)」という表現は、「理性的動物(rational animal)」であるというアリストテレスの信念を反映することになるかも知れない。しかし、恐らく子どもは理性がないことから、人は理性があるということは正確ではない。単にその表現が何を意味するかではなく、「人(man)」の真の意味は何であるかを知りたいのであり、単にその表現の一般的な意味を知りたいのではない。

ピーチャムはいずれにせよ、健康の定義が、どのタイプなのか、どの定義の混合が提供されているのかを分析することが重要であると示唆する⁵。

キャラハンは、WHOの健康の定義に対して、1980年代に、「それは過剰栄養にありながら、理解されるにはまだ消化不良の健康の概念を考え出すことは到底不可能のように思える。WHOの定義に関する異議は、非常に一般的な概念の意味を明記しようとするあらゆる試みを非難することである。『平和』『正義』『幸福』のような多義的な概念をあえて定義を試みるのと同様に無分別で危険な冒険であって、曖昧な『健康』の用語を誰が定義可能だろうか⁶と批判している。

キャラハンは、計画的に我々の行動や考え方を変え、人間社会を覆い尽くそうとする健康概念と医学

の役割を限定的にしようと試みる。

- (1) 健康とは生命という部分についてのみであり、健康の達成は、幸福の達成のすべてではなく、あくまでも一部分である。
- (2) 医学の役割は重要ではあるが、社会や人生のすべてではなく、極限られたものである。
- (3) 人間各人の自由と責任は承認されなければならない。たとえ社会的逸脱者、非道な人間が責任を免除される罪のない病人の役割に置かれる傾向があろうともそれに抵抗しなければならない。
- (4) 人間にとって健康なことはよいが、一方で医学は道徳(morality)ではない。医学的判断が道徳的判断であると認めるべきではない。健康になることが道理にかなうということではない。
- (5) 医学の役割を明白に制限し、医学が適切に貢献する部分においての生命の範囲を制限すること、異なる専門での異なる役割を明白に区別することが重要である。医学は生命のある部分を救うことはできるが、社会の生命を救うことはできない⁷。

健康という表現は、美德・社会的平穏(social tranquility)、そして究極の幸福などと同義語になった場合に濫用(abuse)されるのである⁸、というキャラハンの指摘は現代社会の一面を鋭く看破している。キャラハンが、いかに健康は適切に理解されなくてはならないかという懸念を抱いて早4半世紀になろうとしている。今、私たちはどのあたりの危機に瀕しているのだろうか。徐々に進行するソフトな危機に対して、人間は防衛本能を失いがちである。人間の生活の一部であろう健康は、どの辺りまで、私たちの意識や生活を凌駕しているのだろうか。その妥当性は、真の目的—たとえば人間の要件としての健康や生命と比して経済の優位性など—の相当性によって評価されるべきである。

2) 日本における一元的な健康概念

私たちの生活を規定する法文の中には、「健康」「健やか」「健全」という用語が少なからずある。たとえば、児童福祉法(1947年12月12日成立)第1条には、「すべて国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、かつ、育成されるよう努めなければならない」。母子保健法(1965年8月18日成立)には、第2~4条にかけてそれらが5箇所上る。「すべての児童がすこやかに生まれ」(2条)、「心身ともに健全な人」「健康が保持され」(3条)、「母性は……その健康の保持及び増進に努めなければならない」「保護者は

……乳児又は幼児の健康の保持及び増進に努めなければならない」(3条)。

新しくは、2001年から2010年までの国民運動計画である母子保健の「健やか親子21」がある。ときの厚生大臣津島雄二が「母子保健は、生涯を通じた健康の出発点であると同時に、次の世代を健やかに生み育てるための基礎であることから、極めて重要なもの⁹と述べている。検討会報告書の概要によれば、関係者などへの取組の内容の明確化として、「子どもの健康が重視され、思春期の子どもに対する適切な応援や妊産婦や不妊の夫婦に対する優しい配慮がなされ、健康な子どもと障害や疾病を持つ子どもの育ちやその親を支援できる地域社会の実現のための取組を国民一人一人が行えるようにすることが重要¹⁰であると認識を示している。ようやく障がいや疾病を持つ子どもという文言が出てくるが、そのような社会へ改革することはまず国民の課題とされている。次いで、「このような取組がなされるよう、関係者、関係機関・団体として国民、地方公共団体、国、専門団体、民間団体の順にその寄与する取組内容を各課題ごとに記述¹¹するが、国民に意識変革を求める前に国家がまずなすべきことがあるのではないだろうか。

少子化社会対策基本法(2003年7月30日成立)の目的は、前文によれば、「子育てに夢を持ち、かつ、次代の社会を担う子どもを安心して生み、育てることができる環境を整備し、子どもがひとしく心身ともに健やかに育ち、子どもを生み、育てる者が真に誇りと喜びを感じることでできる社会を実現し、少子化の進展に歯止めをかけること¹²である。

今、健康は、人間の能力としての質の視点と医療費適正化としての経済的な量の問題として捉えられている。人々の健康水準を高めることは、医療費抑制が期待されるだけでなく、効率的な労働力の確保の面からも重要課題とされる。医療費適正化によって無駄を省き、国民負担率を適正に維持し、経済発展の足かせとならない社会保障制度の維持と、患者の自己負担を増加させることによって、各自の健康維持努力への動機づけを強化している。健康は個々人の問題を越え、国家の重大な関心事と重要政策として、個人の幸福との同一化が促進されている。

現在の少子高齢社会における人々の健康は、岐路に立つ医療制度とあいまって、税や社会保険料を担える負担者となるべき社会の支え手の増加、つまりプラス要因の増加となる健康増進策が行われている。他方では、高額医療費消費者とされる終末期患者の切り捨てや自己負担増加による受診抑制、つま

りマイナス要因の減少という二つの側面から、健康者を標準とする医療制度が構築されようとしている。以下、その不健康者の切り捨てについて検討する。

2、不健康者の排除

1) 受診困難者の存在

健康を強いられる社会にあって、その健康といのちを支える医療保障さえも個人の経済力や社会的地位によって格差が拡大している。政府・与党社会保障改革協議会が2001年11月29日に取りまとめた「医療制度改革大綱」¹³を踏まえ、健康保険法などの改正及び健康増進法¹⁴が2002年7月26日成立をした。改正健康保険法の実施によって、同年10月からは70歳以上の高齢者の患者負担が診療所における定額負担制などから定率1割負担(一定以上の所得者は2割負担)の増加となった。また2003年4月からは、反対意見の多かったサラリーマンなどの健康保険本人及び家族入院の患者負担が2割から3割へと1.5倍の負担増となった。更に賞与も新たに保険料賦課の対象¹⁵とし、国民負担を増額した。今回の受診者への直接的負担増は、受益者負担と「過剰な受診抑制が主目的である。

その改革に直接影響を受けた国民数は、総人口の74%(老人医療受給対象者数約1,500万人+被用者保険本人及び家族数約7,900万人¹⁶)にも及び、庶民の日常生活にさまざまな影響を与えた。月額数万円の年金暮らしの中で、継続的な受診と治療を行うには、食費を切りつめる高齢者も増えている。このような自己負担増の改革の成果として2007年度の医療費見通しは、改革以前の制度で推移した場合と比べて7,000億円¹⁷の縮減が可能であると推測されている。急激ともいえる国民負担増の結果、国民の間にはどのような受診行動の変化が生じているのであろうか。

全国保険医団体連合会の調査¹⁸によると、すでに4割を超える医療機関が、患者負担増が原因と思われる受診や治療の中断が「あった」、6割を超える医療機関が、患者数が「減った」と回答している。つまり、公的負担増を回避する目的のために、国民の負担増への転化は、患者に必要な受診さえも抑制を余儀なくしている。定期的収入のあるサラリーマンでさえ、2003年4月からの3割自己負担以降、健康悪化につながる受診抑制や治療中断が増えている。

2006年10月からは現役並み所得のある70歳以上の自己負担が、現行の2割から3割に引き上げられ、

一般の高齢者については、新しい高齢者医療制度が創設される2008年4月から、70～74歳で原則1割負担が2割へと倍増する予定である¹⁹。つまり高齢者の自己負担を大幅に引き上げる医療費抑制策である。つましい年金暮らしの高齢者には、食費を削って医療費を工面するか、受診をあきらめるか・薬を減らすしかない。このような負担増は、約3割と目される過剰医療と同時に、適正かつ必要な医療さえも抑制し、国民の健康といのちを犠牲にしての公的医療費の抑制策ともいえる。

2) 患者になれない無保険者の存在

更に深刻な問題として、国民皆保険制度が崩壊していることがあげられる。低所得者が国民健康保険料（国保料）を払えず、そのペナルティーとして国民健康保険証が交付されない、いわゆる無保険者が増加している。たとえば、2年ほど前から年間約20万円の国保料が支払えなくなり、市から届いた1枚の「資格証明書」で、保険証を取り上げられたことを知らされた60歳代の男性は、「死のうが生きようがご自由にと宣言に思えた。それも自分のせいですけど²⁰」という。この男性は、医療費が怖くて激痛になるまで我慢し、所持金のすべてをもって受診した病院において手遅れのがんを宣告されている²¹。

2004年現在、国民健康保険（国保）の加入世帯の内、130万世帯が保険料滞納によって保険証の返還を強いられている。国保の滞納世帯は近年急増しており、厚生労働省（以下、厚労省）によると、2006年の滞納世帯は約480万世帯（国保世帯全体の19%）にも及ぶ。1年以上保険料を滞納した人に保険証の代わりに各自治体が発行する「被保険者資格証明書」は、2006年6月現在、約35万世帯に上っている²²。その結果、「病人」になっても、受診のできる「患者」にはなれず、手遅れになる痛ましいケースが増えている。

「被保険者資格証明書」とは受診の際、一度窓口で10割の全額自己負担のため、少なからぬ現金を用意しなければ受診することができない。そのために病状が悪化し、死亡したとみられる患者が2005年までの6年間に少なくとも11人²³、2005年1月～2007年2月の間に29人²⁴にも上ることが判明している。また手遅れによる死亡だけではなく、“病院にも行けない私は一体人間なのだろうか”という悲痛な叫び声を遺書に認め、自死を選んだ北九州市の32歳の女性もいる²⁵。

ところが、政府は経済的困窮者であっても保険料

を払えない人には公平性の点から保険証を交付しないように指導している。その代わりとなる「資格証明書」は、国保料の滞納対策として2000年度から国民健康保険法第9条において交付が義務づけられた制度である。同法第9条3項において、「当該保険料の滞納につき災害その他の政令で定める特別の事情があると認められる場合を除き」、被保険者証の返還を求めるものとする。同6号において、被保険者証の返還がされた場合に、当該被保険者資格証明書を交付する、と規定している。滞納世帯数が増加する状況にあつて、それを抑止する目的として義務づけられたが、滞納世帯数増加の歯止めにはならず、その交付数は2000年度の3倍に急増している。

つまり、保険証の返還という代償にもよらず保険料を払える人は少なかったということである。従って、資格証明書の交付が滞納抑止に効果があるのか疑問視する自治体もあり、市民のいのちを奪うことになりかねない資格証明書の交付数は国保財政が悪化する中、自治体によって格差がある。厚労省国民健康保険課は「資格証明書の交付は滞納を抑制するという一定の効果は得られている。（交付基準の自治体間格差は）自治体が個々の事情に応じて対応しているだけで問題はない²⁶と説明する。

しかし、滞納の抑制効果は支払い可能者のみに発生する。払いたくとも払えない人々には、医療との縁切り通告という厳しい罰則でしかない。国保の無保険者数の急増は、国保制度そのものに支払いを困難にさせる問題の内在性と、それを防止する工夫の欠如がある。たとえば、被雇用者のように1/2の使用負担がなく、保険料が所得に比べて割高になる、リストラなどで失業し、無収入になったところに前年度の年収によって保険料額が定まる、など不安定な要素の上に成り立った制度である。被保険者の申告による減免制度はあるものの周知されていない。

国保だけでなく、医療保険制度の給付や負担は、居住地や職業による不平等の問題がある。年金問題同様に、開始当時の官民尊卑の思想が解消されていない。最早、一元化しなければ国民皆保険制度の崩壊はとめられないだろう。滞納者とは、支払い能力のある人に一定限定すべきである。支払い能力のない人にまで保険証を返還させることは、負担の公平性ではなく、単に制裁であつて、政府の意思と責任と工夫の欠如に他ならない。

通常、貧困と疾病の間には相関関係がある。低所得となった原因には、世帯主や家族の病気と失業が多い。従って、低所得の滞納者を無保険者にさせる行為は、医療必要度の高い人々に対し、生きる値打

ちと人間の尊厳の否定であり、いのちと生きる意欲を危機に貶めることである。

資格証明書を交付される彼らは、ホームレスのように完全な無保険者ではない。しかし、10割自己負担で躊躇なく受診できる人は、おそらく保険証不交付の憂き目にはあわない。従って、資格証明書を交付されても、実質的には無保険者と何ら変わりがない。つまり、患者にもなれない実質的無保険者が今の日本には推定約百万人は存在すると考えられる。更に無保険者となる不安を抱く人々の数は相当数に及ぶであろう。今や日本の医療保障は、効率と公平な負担の強化の結果として、国民のユニバーサルアクセスを「自己責任」によって放棄している。無保険者は、保険料滞納者としてのラベリングと、国民としての責務放棄の結果、社会連帯の枠組から排除され、自己責任として生命の危機に立たされている。

他にも無保険者と呼ぶべき人々が存在する。2000年「大阪市におけるホームレス者の死亡調査」²⁷によれば、死亡平均年齢は56.2歳という若さで、肺炎、餓死、凍死をはじめ、総じて回避可能な死因による死亡が極めて多く、必要な医療や生命を維持するための必要最低限の食・住が保障されていない中での死亡であることを示唆している。経済大国において、生存と健康からおきざりにされた医療疎外者とも呼ぶべき人々は、一体どの位、存在するのだろうか。

このような人々へ国境なき医師団（MSF）が、大阪市内のホームレスを対象に「移動診療」を開始した²⁸。先進国での診療所開設は前例がなく、日本での活動がはじめてである。MSFは、日本を本格的な「支援対象国」に認定している。日本のODA拠出金は世界第2位にありながら、国内にも支援を必要とする医療疎外者が増加している。これも日本の現状の一つである。

国内には、医療保険の有無や国籍にかかわらず、経済的困窮者のために無料又は低額で治療を受けられる無料低額診療制度がある。この制度は、1951年、社会福祉法第2条3項9号に「生計困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業」を第2種社会福祉事業のひとつに規定した制度である。しかしながら、周知不足のうえに利用できる医療機関の数が少ない。2004年現在、37都道府県に236施設が無料低額診療制度の認可を受けているが、空白県が10に上るうえ、東京(42施設)、京都(33施設)、大阪(26施設)など都市部に集中偏在している²⁹。

また、この制度の主旨は、公的医療保険や生活保

護制度が未整備だった頃の緊急避難的なものと考えられていたため、厚労省はすでに必要性は薄らいでいるとして、2001年に新たな施設の認可をしないよう都道府県へ求め、制度活用の抑制を図る方針を打ち出している。しかし、この制度は保険料や医療費を負担できない貧困層に加え、保険証をもたない外国人やDV(domestic violence: 配偶者やパートナーによる暴力)被害者が何もたず家を飛び出した場合、治療を受けられる最後の生命線となっている。医療を緊急に必要とする人々が、常に保険証や現金あるいはカードの保持者とは限らない。そのような人々の回避可能な死を抑止するためにも、この制度の積極的な周知が必要であろう。

日本の法制度では、経済状況によらず、いつでもどこでも必要な医療へのアクセスは、国民の憲法上の生存権を中核に保障されている権利である。しかしながら、国民皆保険を堅持してきた公的医療保険は、財政逼迫を理由に保険料滞納者には、社会保険の排除原理によって無保険者を生み出し、医療へのアクセスの機会を縮小あるいは剥奪している。すなわち、国民の生命・健康確保のための権利である医療へのアクセスの機会保障は経済状況に依拠されるに過ぎない。今や無保険者の存在はアメリカの問題だけではなく、国内の緊要問題である。所得格差から生じる生活の格差だけではなく、いのちと健康に関わる医療格差もアメリカに準じている。

2006年1月、厚労省と社会保険庁は、国民年金の長期未納者と長期未加入者についても、国保を使えなくする措置を導入する方向で検討に入った³⁰。低所得者層にとっては、医療が高嶺の花であった国民皆保険制度以前の時代へと逆行しようとしている。2006年、GDP（国内総生産）がOECD加盟国中18位に後退したとはいえ、日本国内で、医療さえも受けられず、不安と恐怖と痛みを抱え、手遅れによる死を個人の自己責任として放置する社会となるのだろうか。

3) 終末期医療

公的医療保険の費用を縮減させるために、その保障範囲の縮小が議論されている。その対象のひとつには終末期医療がある。なぜなら、その特徴は費用が高額になるにもかかわらず、救命ではなく、延命目的の治療をすることにある。つまり、費用対効果の評価からすれば、優先順位の決して高くない医療として位置付けられる。そのため公的費用の上限額の設定、公的保険の適用と除外の線引き論、一部費用の自己負担の導入などの議論が開始された。更に、

終末期患者のケアを医療機関から在宅ケアへと比重を移そうとしている。その意図は、まさに公的医療費の軽減である。

2005年、自民党の丹羽雄哉社会保障制度調査会長は、増大する医療費について「無駄や過剰診療といわれるものに思い切ってメスを入れないといけない」と述べ、具体的な抑制策に関しては「タブーとされてきた終末期医療の在り方、一人の人間に保険料を集中的に活用するような、たとえば人工透析といった問題について、年末には思い切った政策を打ち出していきたい」と述べた³¹。また財務省主計局の向井治紀法規課長は、財政講演会の中で、終末期医療を望む人は自由に行えばいいが、そこまで公的保険で保障すべきなのか検討する必要がある、どこまで延命治療など医療サービスを提供すべきか、国民的コンセンサスを得なければならないと主張している³²。

各個人が終末期をどのように過ごすのか、best interest の観点からではなく、財政問題として議論されるに到った。終末期医療は個人の資金力を要件とする時代となる可能性も否定できない。「無駄と過剰診療」の代表とされる終末期医療は、医療費削減の切り札と目されている。現在、死亡前1ヵ月の終末期医療費は総額約9000億円（1人当たり平均112万円）、総医療費の約20%（アメリカ40%）を占めている。そこで厚労省は終末期医療費を抑えるため、自宅で死亡する人の割合を2割から4割へ増やす³³ことで、2025年度の終末期医療給付費を5000億円削減できると見込んでいる³⁴。しかし、在宅ケアを担う人材不足の問題は早急には解決できない。行き場のない終末期患者と家族が途方に暮れるのであれば、それは終末期患者への切り捨てである。

私的保障が可能な富裕層であれば、終末期を医療機関であろうが、ケアハウスや自宅であろうが、オプションを組み合わせ、QOLと満足度の高い医療とケアを受けられる選択肢が広がる。しかし、一般の人々は懐具合と相談しながら医療とケアを受けるようになるだろう。それは、人間の尊厳と寿命も支払い金額に相応させることになる。経済力を反映させる人生の最期に、ケアを担う専門職は責務を果たせるだろうか。

政府の理解では、すでに終末期（一般的に余命半年以内）に至っての医療ケアは、自己責任の許容範囲であって、公的資金の投入に値しないということである。2005年12月1日、政府・与党医療改革協議会が発表した「医療制度改革大綱」には、「公的

保険給付の範囲・内容の見直し」が明記されている。今後、高齢者・長期療養患者・高額療養患者などへの給付見直しにも着手される見込みである³⁵。

3、国民の健康不安

国民は、公的保障から私的保障へと比重を移している自己責任型の医療制度改革に納得しているのだろうか。内閣府が発表（2005年9月24日）した「国民生活に関する世論調査」で日ごろの悩み・不安を聞いたところ「老後の生活設計」（48.3%）と「自分の健康」（47.6%）が上位を占めた。特に「自分の健康」をあげた人は昨年比に比べ3.5ポイント上昇し、1981年以降の最高となった。それを示すように、2004年の人間ドック受診者では、健康な人が過去最低の12%となった。その背景には、検査技術の向上が異変の早期発見を容易にしていることも一因ではあるが、日本人間ドック学会副理事長はストレスの増大との関係を指摘している³⁶。

このような結果は、高齢化に伴う不安と日本人の置かれた苛酷な状況を浮き彫りにしている。安心を与える制度として医療・社会保障が機能していないために、健康と老後の不安が増えるという悪循環に陥っている。それを回避する最大かつ最少の必要条件が個々の健康であると多くの国民は認識させられている。しかしながら、国民が政府に求める政策のトップは「社会保障改革」（61.3%）である³⁷。国民は自己責任強調型ではなく、不安のない老後と安心のできる医療の充実を求めているという点をおろそかにしてはならない。

人間は、健康状態やどの社会階級に生まれるかを選択することはできない。国民皆保険制度があるにもかかわらず、自己負担と自己責任領域は増える一方で、公的医療保障範囲は不透明さを増している。このような制度の下で、人々は人生の不確実性と人生のスタート地点から不平等を甘受しつつ、個人の私的な努力によって健康と医療保障を求めるのか、あるいは適切な医療も受けられず消滅するのか、その二者択一の社会に生きる不安にさらされている。

おわりに

WHO憲章が「健康は基本的権利」であり、それを保障するのは「各国政府の責任」であると宣言したことを受け、アメリカ以外の先進諸国は憲法の改正など法的手続きをとり、その権利を保障するために医療保障制度を充実させてきた経緯がある。日本はドイツ・フランス同様に社会保険型を採用しているが、昨今の医療制度改革は、私的保障を主とする

自立自助型であるアメリカ型医療制度へと転換している。従って、医療の世界にも市場原理や規制緩和などが導入され、公的医療保険の「効率」「負担の公平性」などが強化されている。

その結果、富裕層が長寿と健康を享受する一方で、無保険者が国民の7人に1人の割合で存在するアメリカに類似してきた。すなわち、「いのちの経済化」である。

政府はほころびかけた国保の広域化を打ち出しているが、平等・公平原則の下、職域や地域に分かれる現行の医療保険制度をカナダのように一元化するべきである。世界最大の医療費を占めるアメリカでは多種多様な医療保険による事務管理費（含人件費）がその25%を占める。従って、日本でも医療保険制度を一元化すれば、かなりの事務管理費が節約できるであろう。

貧富の差による「健康の不平等」を容認せず、平等・公正・質の高い医療を提供するためには、国民の健康阻害と医療危機を招くような医療費抑制策ではなく、適切かつ必要な公的財源の投入が不可欠である。「あるべき医療費」とは、少なくとも総医療費（対GDP比）をOECD加盟国平均並みの8.8%（2003年日本8%）とすべきであると日本医師会は主張している³⁸。

「あるべき医療費」は、国民の受けた安心・安全・満足度の高い医療と、医療者が提供したい理想の医療へと近づけることが可能になると思われる。患者の満足度の高い医療は、その治療にもよい効果をもたらし、不安からの多重受診が減少するなど長期的に見れば国民の健康水準の向上と医療費の適正化につながると考える。不健康の不利益によって健康願望を抱かせるのではなく、同じ固有の価値をもつ人間のいのちを守るという意思を示す政策こそが、国民の安心感と連帯感を生みだし、抑圧ではない真の健康を育むことになるのではないだろうか。

最長寿国である日本では、だれもが障がいや病気をもちつつ、それぞれの健康を生きる多様な共生社会となるために、医療をいかに分配し、支え合うのかという世界に先駆けた挑戦の機会を手にしている。今、私たちは、人間の生命と健康を守ることに對して経済発展をどこまで重視するのか、あるいは調和点を見つけられるのか、成熟した高齢社会の有り様を見本を世界に示しうる分岐点に立っている。

ともに安心と信頼を築ける社会に暮らすという選択は、人々の過緊張やストレスを緩和させうる。健康を生きるうえでの条件づけにしない多様かつ寛容な社会になれば、たとえ、どんな状態になろうとも

すべての人々にとって生きやすい社会になると思われる。医療とは、単に傷ついた心身と魂を癒やすだけではなく、人間の尊厳を保つための不可欠な営為である、という原点を私たちは忘れてはならない。

注

¹ 健康権 (right to health) に関しては、WHOの世界保健憲章前文（1946年7月）、「到達しうる最高水準の健康を享受することは、すべての人間の基本的権利のひとつであり、人種・宗教・政治的信条・経済的または社会的条件による差別があってはならない」をはじめ、世界人権宣言（1948年）第25条第1項や、国際人権規約（1966年）の社会権規約（A規約）第12条に、健康を享受する権利が規定されている。国内法では、健康権の根拠規定として、憲法第25条の社会権の原則的規定である生存権が主張されている。また、明文規定を欠く人権として、憲法第13条の幸福追求権「生命・自由及び幸福追求に対する権利」による個人が人格的に生存するために不可欠な基本的権利・自由として保護されるに値する新しい権利としての健康権が解釈されうる。しかしながら、実定法上の権利としての議論はまだはじまってもいない状況にとどまっている。

² 「幸福は最良の薬」を裏付ける研究成果：WIRED NEWS 2005年4月18日

<http://hotwired.goo.ne.jp/news/technology/story/20050421304.html> (2005/4/20)。『全米科学アカデミー紀要』（PNAS）の2005年4月19日号に発表されている。Andrew Steptoe, Jane Wardle and Michael Marmot, Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. http://www.pnas.org/cgi/content/abstract/102/18/6508?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Michael+Marmot+&searchid=1132157183682_5576&stored_search=&FIRSTINDEX=0&journalcode=pnas (2005/11/17)。

³ Tom L. Beauchamp, Concepts of Health and Disease, *CONTEMPORARY ISSUES IN BIOETHICS* second ed. by Tom L. Beauchamp & Le Roy Walters, Wadsworth, 1982, p. 44.

⁴ Ibid., pp. 45-46.

⁵ Ibid., p. 46.

⁶ Daniel Callahan, The WHO Definition of

Health, *CONTEMPORARY ISSUES IN BIOETHICS* second ed. by Tom L. Beauchamp & Le Roy Walters, Wadsworth, 1982, pp.49.

⁷ Ibid., p. 52.

⁸ Ibid., p. 53.

⁹ 2000年11月17日「健やか親子21」によせて
http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1_d_18.html (2005/3/26)。

¹⁰ 2000年11月17日「健やか親子21」によせて、健やか親子21検討会報告書の概要
http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1_b_18.html (2005/3/26)。

¹¹ 前掲注 (10)

¹² 少子化社会対策基本法前文。

¹³ 医療制度改革大綱

<http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/1129syakai.html> (2003/8/22)。

¹⁴ 健康増進法は、2000年にスタートした国民健康づくり運動「健康日本21」の根拠法として、2002年8月2日公布、翌2003年5月1日に施行した。その立法目的は、国民の健康増進の総合的な推進に関して基本的な事項を定めるとともに、国民の健康増進を図るための措置を講じ、国民保健の向上を図ることであるが、基本的には疾病の予防による医療費の抑制にある。

¹⁵ 『目で見える医療保険白書 平成15年版』(医療保険制度研究会編、2003年) 187～191頁参照。

¹⁶ 『国民衛生の動向2003年』(厚生統計協会編、2003年) 213～219頁参照。

¹⁷ 『平成14年版 厚生労働白書』(厚生労働省監修、2003年) 116頁参照。

¹⁸ 全国保険医団体連合会2003年4月実施調査結果

http://hodanren.doc-net.or.jp/hdr_move/03_kaitei/kenpo3wari0620.html (2003/9/20)。2003年8月5日付朝日新聞朝刊参照。

¹⁹ 自民・公明の与党プロジェクトチームは2007年10月30日、70～74歳の医療費自己負担増を2008年4月から1年間凍結することや、75歳以上の一部の高齢者が新たに支払う保険料の徴収について同年4月から半年凍結し、続く半年について9割軽減することなどで合意した。

²⁰ 2006年1月3日付毎日新聞「縦並び社会・格差の現場から 患者になれない」参照。

²¹ 近年、全国の医療機関で患者の医療費滞納が問題化(146国立病院機構で治療費不払い46億円)しているが、滞納理由の92.3%が「生活困窮」、4.7%「保険未加入」で、同機構では「経済格差拡大の影

響が大きい」と分析している(2007年8月10日付読売新聞)。

²² 2007年3月15日付毎日新聞「国民健康保険：受診遅れなどで29人が死亡 民医連調査」参照。

²³ 2005年12月29日付共同通信「国保停止の11人死亡 保険料払えず、受診遅れ」参照。

²⁴ 前掲注 (23)

²⁵ 2001年4月、北九州市で起こった32歳の女性の自殺や静岡、金沢、北海道の手遅れによる死亡がある。他にも大阪府摂津市での一部負担金減免の適用が遅れ、受診抑制から死亡に至ったような事例について『社会保障』(中央社会保障推進協議、No.380・384・389号)に詳しい。

²⁶ 2006年1月3日付毎日新聞参照。

²⁷ 逢坂隆子・の場梁次他「大阪市におけるホームレス者の死亡調査」(『日本公衆衛生雑誌』50巻8号、2003年)686頁参照。

²⁸ 2004年10月4日付朝日新聞参照。

²⁹ 2006年6月7日付朝日新聞参照。

³⁰ 2006年1月4日付 読売新聞「年金未納なら医療費は全額自己負担に、厚労省が検討」参照。

³¹ 2005年6月24日付共同通信参照。2005年10月26日開催「第13回社会保障の在り方に関する懇談会」の中でも西室泰三委員から、「ターミナルケア、終末医療の問題を正面から取り上げざるを得ないと考えている」と医療費削減の焦点と目されている。

³² 2005年8月5日奈良市で行われた財政講演会において、伸び続ける医療費を抑制する観点から、終末期医療について、「どこまで保険で保障すべきなのか、国民的議論を重ね、コンセンサスを得た上で、公的保険から外すべき」との私見を披露した。「国民的コンセンサスが前提 終末期医療、保険から外すべき(財務省 向井法規課長)」参照。

http://dr.carennet.co.jp/ed/dr?xcd=CBuFB0314&url=%2Fnews%2Fjm%2F2005%2F08%2F0808_02.aspx&arg2=3701-3 (2005/8/18)。

³³ 自宅と病院での死亡割合は1975年を境にX字型を示し、病院での死亡が多くなった。今や病院での死亡は全年齢の8割を占め、70歳台後半から80歳台の後期高齢者が多い。死因の1/3は悪性新生物(がん)で、1ヶ月の医療費は医療機関の場合115万円、在宅の場合57.7万円と試算されており、在宅の場合、約半額に抑制できると見込んでいる(2005年8月社会保障審議会医療保険部会)。しかし、在宅に切り換えても医療費削減とならない研究結果もある。

³⁴ 2005年10月13日付毎日新聞東京朝刊参照。

³⁵ 医療制度改革大綱 政府・与党医療改革協議会
2005年12月1日

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou/dai14/14siryou4.pdf> (2005/12/7).

³⁶ 2005年8月19日付読売新聞「人間ドック受診者88%に異常」参照。

³⁷ 2005年9月24日付日経新聞参照。

³⁸ 日医ニュース 第1102号(平成19年8月5日)参照。

Inequity in and Self-Responsibility for Health

KUMIKO ISHIMURA

*Department nursing, Faculty of Health and Welfare Science,
Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-1112, Japan*

Abstract

What is necessary for the protection of life and health? While value is put on the health, accepting an unhealthy situation is to create a disadvantage. However, a gap between life and income creates a gap between life and health by a recent reform of the system in controlling medical expenses as the principal object. An increase in the uninsured only causes a loss of equality and creates future worries. What many people are hoping for is to feel confident about better medical treatment when it is necessary. Medical expenses controlling measures only expands a feeling of "the inequality of health" caused by the gap between rich and poor. It is a problem which makes an investment in official resources difficult for expensive medical treatment and thus difficult for equality or justice.

Keywords : health, right, self-responsibility, inequity, medical expense control, medical system reform