

第17回日本心血管インターベンション学会
NPO 法人東海循環器病診連携フォーラム共催市民公開講座

平成20年7月6日（日）14:00-15:00

於：名古屋国際会議場 白鳥ホール

「医療崩壊の危機 展望はあるか？」

中澤堅次先生

ご紹介いただきました中澤です。みなさんにまず最初におみせするのは、江戸時代の画家伊藤若冲という人が書いた日本画です。若冲は丸山応挙と同じ江戸時代の画家で、私はこのところ彼の絵にはまっています。この絵は「向日葵雄鶏図」といいますが、背景のひまわりの葉っぱにはどれも虫食いが描いてあり、これを私は気に入っています。彼は画家ですが、「私はモノ描きだ、絵を描くのではなく物を書く、モノを描くときは、モノをみて、みてみて、一生懸命みて、一生懸命みて」と物の中に神様が見えてくる、神様が見えてくると自然に筆が動いて絵が描ける」といっています。

もうひとつ絵をご紹介しますが、「牡丹小禽図」という絵です。ぼたんの花がびっしり描かれています。ぼたんの花を見ていただくと、ちょっと奇異なことにお気づきだと思います。まるまる花が描いてあるのがほとんどないんです。ぜんぶどこかしら葉っぱに隠れています。彼はものをみているうちに、やっぱり花ばかりじゃなくて、葉もあるんだということを考えて描いたのかなあとと思います。この葉にはもちろん虫食いがいっぱい描かれています。ここでご注目は、二羽の小鳥が描かれていることで、二羽の小鳥が同じ方向を向いている、なにをみてるんだろう思ってよくみると、見ている先に小さい虫が飛んでいる。この絵はとても大きい絵なんですけど、この絵を全部虫眼鏡を使ってみても虫はこの一角に一匹だけしか描いてありません。これは彼の世界観だと思うんです。こういう花園があつて、葉に隠れた花があり、小鳥が戯れて、その先に一匹の虫がいる、虫一匹がかかっているだけでこの絵の雰囲気はまるで違ってしまいます。

同じようなことがこの、「紅葉小禽図」についてもいえます。このもみじをみて、私はちょっとおかしいなと思いました。もみじが全部枝にくっついているんですね。もみじというのはそろそろ終わりのころなのでひとつや二つ落ち葉があつてもいいんじゃないかって思うんですが、変だなあと思いながら一つとみていきますと、一枚、あつたんですね、これが。これがまさに落ちてる葉っぱ一枚ということで、いかに若冲さんがものをみて表現しようとしている人なんだと思い、いい絵だなあと感心しております。

きょう、みなさんにお話ししようと思うのは、医療の世界に限らず政治の世界もなかなか先が見えない状況になってきています。先が見えないときに、私はよく病院の職員に言うのは「葉っぱの虫食いまでみて考えよう」ということ、わけがわかんなくなつたときに「葉っぱの虫食いまでみて、一生懸命みて、そうするとなんか、解決が浮かぶかもしれない」。私たちの病院は、急性期病院ですので、

救急もやっておりますので、医療事故というのはゼロではありません。医療事故という世界も先がよめない世界です。それを前もって予知するというのはすごく難しいんですね。だけど、おきちゃったあとよく見てみますと事故の本質が見えてきて自然に対策がうかぶということです。勝手に入れちゃってる部分もありますが、これを病院のモットーにしています。名古屋はトヨタ自動車ですが、トヨタがやってるカイゼン活動の形もやはり現地現物、見える化、というのがあり、要するにものをしっかり見ようということが似ています。きょうみなさんにご紹介するのは済生会宇都宮病院に入院してる人をみたときに何がわかるだろう、まあ済生会宇都宮病院の現地現物をみてみようということでお示ししようと思います。

これは済生会宇都宮病院に入院している患者さんを一年間、全部の方の入院日数を足しこみまして、それを年齢別にならべ、どの年代の人が何泊しているかということをプロットしています。私たちの病院はお産が一年間に1000人おられます。当時は6日間入院しておりましたので、ゼロ歳児は6000泊になります。ちょっとトラブルた人がいると7000泊になりますが、これは一年もしないうちにほとんどゼロに近くなってきてしまいます。その後は若い人たちの年代です。ほとんど入院している人たちはいません。30台前半にぼつと山ができるんですが、どうもこれは新生児のお母さんが関係してるようです。それからいったん下がって、またあがって56歳のところに山が出来て、その後それがどんどんあがって75歳でピークに達しますが、あとは急激に下がってきてもう再びあがってくることはないということです。

なぜこういう山があるのか、たまたま日本人の人口構成をこの上にのせてみました。そうするとこの30歳前半の山は第二次ベビーブームにあたり、56歳の山は団塊世代、これは4年前のデータなので当時は56歳が団塊の世代でした。つまり、年齢が多いところはやはり入院する人も多い。問題の75歳の年齢は人口が多くないのに高いピークになる、75歳という年齢を考えますとこの年代からは死の影がちらついてきます。つまり寿命に関係しているところなので75歳の山はなかなか動かないかもしれない。そんな考えを持つわけでございます。

もうひとつ重要なことは、若い世代の人たちはほとんど入院することがない、とにかく病気をする人はあまりいない、そして50才以後になりますと病気をする人が増えてくる。これがどんどんあがって行ってしまって、あとは亡くなる人が増えて下がってくる、もし120歳まで見れば入院日数はこの年代でゼロになるということです。

そしてもうひとつ考えなくてはならないのは健康保険制度です。国民皆保険というのを日本はやっています。私たちの若いころは健康保険の負担というのを一生懸命してきました。ところが実際はほとんど使っていないんです。ほんとはずっと貯めこんでいて、私たちが老年世代になり必要となったときに使えばよかったんですが、実際はどうもいろいろのところにつかっちゃったのか、あるいはどういう風に消えたのか、今は無くなってしまっているわけです。知っていただきたいのは健康保険という構造は若いときに貯めて、年寄りになって使う、あるいは若い世代が年寄りの費用を負担するという構造だったのですが、私たちはだれもこの現実には気がつかないのです。

今のようなお話はどうも存在感のない田舎の話だと思われるといけなないので、全国の年齢別患者さんの数を見ますとやはりほとんど同じような傾向を辿ることがお分かりいただけると思います。お

そらく今日ご出席の平山先生をはじめとした名古屋の病院さんでも同じような傾向があるんじゃないかと私は考えております。

今のは四年前のデータですが、三年後にどう変わったかをみてみます。3年前の32歳の山は団塊二世と母親の山がずれて二つに割れ、団塊世代の山はちょっと右にずれて高くなっている。75歳の山も右にずれて大きくなっている。変わらないのが100歳くらいでゼロになること、つまり人間の一生というのが全部この範囲に入ってきてしまうということがお分かりいただけると思います。私たちの病院データからみても、入院者の動きは「生、老、病、死」というサイクルの中で行われているということで、私はこれを見て人の宿命を感じるわけでございます。

もうひとつ問題は、この年齢構成は一年一年右の方にずれます。おそらく75歳の山はちょっとは右にずれるかもしれませんが、そう大きくは動かない。団塊世代の人口がどんどん右の方にずれて70後半の山と重なったときに、ものすごい数になるんだらうということを私たちは当時考えていて、これはえらいことになるんじゃないかといっておりました。ところがおとし2006年、予期せぬことがおきました。それはこの歳、全国で救急車の出動数が減ったのです。もちろん私たち地方も同じです。グラフでお話したようにこれからどんどん高齢者が増え続けると考えていたんで、なぜこれが減ったのかよくわからない。考えた末、ちょっと思い当たるふしがあったんで考え直してみたことをお話しします。

これは総務庁の2006年のデータですが、どんどん増え続けてきた救急車はここでちょっと下がっている状況と、内容をみると急病が減っている、事故ももちろん減っているんですけど急病のところでは減っているのです。さっきの図、人口構成のところでは団塊世代が生まれる前、戦争で子供が生まれなかったときがあり、これが救急車の伸びにどう関係するかということを考えていなかったんで、気をとりなおして50才以上の人口がこの数年間どういう動きをしていたのか、あるいは、80歳以上の人は私たちの病院では少ないので、急性期病院として80歳できて、50-80歳の人口の動きがどうなっているかを調べてみたのが次のスライドです。

50才以上人口は2006年までの実績で確実に伸びましたが、厚生労働省の人口の将来予測から50才以上の方が今後どう動くかを見ますと、なんとなく2006年は曲がり角にあるように感じます。そのあと2030年にピークに達し、今度は下がってくるということを見て知ったわけです。急性期病院の需要と関係する50から80という線を引いて、この間の人口を総計して動きを見ると、2006年を契機に伸びが止まり、横にならぶようになりまして、丙午の歳に切れ込みが入りその後ちょっとあがるんですが、20年後にはまた下がってくるという状況で、政府がいつております高齢者は増え続けるという説は、やはり上限があるということも知りましたし、急性期需要からいいますと2006年はすでに8割くらいのところに来ているということがわかります。

次に65歳以上の方々、あるいは後期高齢者に関係する75歳以上の方がどういう動きをしているかを見てみますと、2006年はまだ半分、五合目くらいというところですね、75歳以上の方々も五合目くらいということで今後も増えるということは確かであると考えられます。

50才より若い人口はどう動くかについてですが、これはちょっとショッキングなデータで、2052年まではずっと減って、へたをすると今の半分くらいになってしまう、実際にどうなるか50年後のことは

よくわかりませんが、もしこれが本当だとしたら、新幹線に乗っている人も半分くらいになっちゃうということです。これが事実となれば非常にこわいと感じるわけです。

以上が私どもの病院から出ていたデータを見て判ったことですが、これは医療の問題として根本から抑えておかないといけない問題なのでまとめてみます。

医療は生・老・病・死と深い関係がある。また人の一生も生老病死の定めの中にある、人の努力と技術にはやはり限界があってこの枠から出ることはおそらくできない、出生と出産を除くと病気は50歳以上に集中する、75歳は人間にとって契機となる年、それ以上になりますと死という新たな現実が見えてくるということでございます。これから高齢者医療を75歳以上と考えますと、これからは医療よりは介護のほうが問題になるかもしれないと感じます。それから50歳より若い人口が減るのが気がかり、といえるのでございます。

このことを踏まえまして、現在医療について起こっている問題を考えてみます。これはみなさんよく報道でも知ってらっしゃると思いますが、医師不足、医者がいないんです。この傾向は医者だけではありませんで、看護師さん、介護士さんもやっぱり不足しております。またベッドが足りない。高齢者になって自立が出来なくなったとき介護難民というような状況が現実的には起きていると思われる。それから、最近起こってきた後期高齢者医療制度の問題もあります。そして最後は医療事故の問題です。全部あたりますと時間が長くなってしまうので、後ろはちょっとはしよらせていただき、上の方から片付けていきたいと思っております。

なぜ医者が足りないのか、これは新臨床研修医制度とか、いろいろ言われておりますが、医師の養成を抑制したことが一番大きい要因となっていると私たちは考えております。政府も少し考え直して、少し増員体制になっておりますが、残念ながらあと10年、下手をすると20年医者不足は解消しないという問題があります。医師の場合は自然増というのがありまして、毎年4千人、10年間では4万人くらいだまっけていても増えるということになります。いたずらに具合の悪い状況が10年続くというわけではありませんが、やはりかなりの数の医師の不足が見られているということです。

なぜ医師を削減することになったかをお示します。日本の総人口は1990年には一億二千二百万人いたわけですが、これが2004年になると一億二千六百万人で増加率は2.8%ですね。医師の数は二十一万人から二十七万人になったんで、三十パーセント増えている。人口はこれしか増えないのに医者はこんなに増えているから医師は過剰だという計算がされたんじゃないかと思っております。

さきほどお話のように医療需要は50歳以上に限られるということを考えますと、50歳以上の人口は1990年には三千七百三十九万人、それが五千二百二十万人まで増えたんです。つまり40%の伸びがあった、これに対して医者の方は30%しか伸びなかったということで、この差がギャップになっていた。差が開いたところに新臨床研修医制度が導入されたおかげで二年間、新人の医師が現場に出なくなった。ただでさえ開いていたところをもっと開いちゃったというのが今度の医師不足だったのです。

じゃなぜ医師の増員をしないで減らしちゃったのか、その理由は「医者を増やすと医療費がかさむ」という考え方がありまして、医療費を抑制するためには医者を増やしてはならないということが聞

議決定されて、それで医師の増員が行われなかった。

つぎに医療費がかさむのはほんとに医者が問題なのか、先ほどの図から考えて、高齢者が多くなって患者さんの数が増えるのだから医療費がかさむのは根拠があるし当然だと私たちは考えるのですが、お金を払いたくない政府や財界はなんかケチをつけたくるんですね、医療費が高くなるのは無駄使いをしているんじゃないか、という意見が必ず出てきます。これと同じことは、高齢の方々が増えるから医療費の増加につながるということなのに、高齢者が無駄使いをするという考え方になってくる。そしてこれが後期高齢者医療制度につながっているからおもしろくない状態ができていくというわけです。最終的にはなぜ医療費がかかっちゃいけないのかとなりますが、その答は経済財政諮問会議が出しています。「医療費がかかると国がつぶれる」というのがだいたいの意見になってしまったのです。

そういうことで今の医療費は本当に高いのかを調べますと、国民の医療の総額を、人口を同じ人口と考え比較すると、日本はアメリカの二分の一、これは嘘みたいな話ですが本当のことです。単価は下手をすると十分の一くらい、これもほんとの話です。実は私の部下がアメリカに行くついでに、入院した患者さんから請求書をもってきてくれと行って送り出し、もってきたものをこっちで計算すると、10日入院でやはり日本の医療費は十分の一だった。あとは国民の総所得に対する比率、これはよく言われるんですけども、19位だったものが最近では21位まで下がっちゃった。ちょっと変わったことといえば国民の受療率、国民が医療を使う率ですが、これはアメリカの4倍あるということで、患者さんからはすごく利用されていて、医療費は安い、費用対効果からみると非常にいい効率だと思いますが絶対にお上はそうとは言わない。ちなみにWHOが効率は世界一という認定をしております。これが日本の医療です。だから「お金、かかってないんじゃないの？」ということが言えますが、一方で「やっぱりお金高いよ」といっているのはここです。保険料が年々上がる、健康国民保険が赤字に転落したじゃないか、とかいうことになるんですが、これはさきほどお話したように、若者が負担して高齢者は使う、というまぎれもない事実からすると、今までそういう風に考えて設計してこなかったんで赤字は当然ということがわかります。そうすると日本の医療の特徴というのは「効率は世界一、だけれども医療費は安い、でも満足度はすごい低いじゃないか」ということになります。

日本は国民医療費の総額が低い、でも政府の方針は、将来高齢者がどんどん増えるし医療費もどんどん増えるから、とにかく抑えようということが何年も続いております。結局やり方は医療費の単価を削減するということになります。医療の単価は人件費と薬代と材料費からなっていますが、日本では薬代が欧米に比べると結構高い、薬そのものの値段が高いというふうに言われます。それから材料費が高い、これは今回のインターベンション学会の先生方が使う心臓の血管を拡張するカテーテルなんかは、一本30万くらいするんですが、欧米だと数万という単位だということになるので、これはやっぱり高い。この状況で単価を下げられると人件費を詰めるしかないんです。医師とか看護師というのはそんなには抑えられませんでしたけれども、全体の医療にかかわる人たちとすればやはり、人材にかけられる値段は介護に見られるようにすごく下げられている。結果は忙しくてお金の入らないところには行きたくないということにつながって、少ない人材ということになってくるのが

今の特徴、これが医療、介護で言えることではないかと思います。それから高齢化が進みますので受診回数は当然多くなり、人が十分いないから現場に負担は多くなってきて、満足度が低くなってしまいうんですが、ただ医療の場合は命が関わってくるので 満足度の減少が極度になるとこれが医療崩壊ということになるんです。わたしたちに言わせれば、医療がだめになると、国がつぶれるということにならないのか、という疑問になるんです。

医療費がかさむと国がつぶれるという考え方は、状況が悪いとすぐ効率が悪いと決め付ける、効率至上主義という日本のどこでも行われている考えによります。トヨタ自動車さんが効率を上げて世界一の業績を上げたことの反対のことになるんですが、効率が良くても絞りすぎると状況が悪いことは絶対にあるのですが、それは葉っぱの虫食いを見ないので、効率が悪いと決め付けて物事が進んで行く、そういう見方が医療費亡国論というものになるわけで、効率の悪い医療がどんどんお金を使うから、これはえらいことだとなっていきます。

明治時代は富国強兵ということばがあり、外から敵が攻めてくるので兵を強くしなければいけない、そのために国の富を作るという形で富国強兵でした。ところが、近年になって経済がグローバル化して、やはり競争原理で厳しくなった。経済を強化しないと国がおかしくなるぞ、という考え方がでてきたんですね。そこで日本がやってしまったのは人件費をリストラする政策をとってしまったんです。その一貫として医療費も抑えるということができてきて、結局は民が消耗してしまった、これにあった言い方をすれば経済亡国論みたいな話があってもいいんじゃないかなと思います。これがあまり言われることはないですね。ひらたくいってみれば、道路を作って橋を作って経済を強化し、人件費を切り詰めて競争力をつけようとしたら国がしぼんじやった、というのがうちの状況かもしれないと思います。いずれにしても民の富を使ってリストラを行い、民を消耗させて経済を強化してもこれははじまらないということです。

国が潰れるということは本当かということを少し詳しく見てみましょう。平成 17 年ですから、つい最近の厚生労働省白書からとってきた図ですが、このように国民の医療費はどんどんどんどん増えてますよと、それから所得に対する割合もどんどんどんどん増えてますよ。要は医療費がかかるから何とかした方がいいよと国民に訴えているわけですね。

これをよくみますとおかしいところがあるんです。どこがおかしいかというと、医療費は「兆円」といって金額になっているんですね。で、国民所得は「パーセンテージ」で比率になっているんです。比率と金額をいっしょのグラフにして何をいつてるのかわかりにくいので、やるんだったら国民所得の方も金額で表して、国民医療費の方も金額で表した方がいいと思ひまして、まったく同じデータを使って校正してみました。つまり、国民所得というのはかなりのスピードで増加しずいぶん上がったんですね。近頃は景気もいろいろあって低迷しておりますが、ただ、国民医療費は一貫して低い水準に抑えられてきて、政府が言うように、高齢化が進んでどんどん医療費が上がるかと思ったら、ずいぶん健闘してるねといえるんじゃないかと思います。

この国民所得と国民医療費の差は何かといったら、これがやっぱり、車であり、道路であり、住宅である。こういうことにずいぶんお金を使ってきたけれど、医療や介護にはお

金を使ってこなかったねといえるのであって、ま、高齢化が進んできたとしても、なんとなくこれが抑えられてきている状況にあると思います。やはり道路とか、橋とか車とか自転車とか、北朝鮮に輸出するくらい作っているわけですけれども、コンビニで捨てる食料品のことも考えると結構むだもあるね、無駄が多いという点では医療とか介護どころじゃないんじゃないかと思います。

実際道路とか車とか橋とか、それを使う人がいなければ、持ち腐れになってしまう、ところが、医療費というのはほとんどが人件費、人のためにかけたお金は働く人に直接落ちる。道路や橋は、多額のお金を掛けても、だれが得をしたのかよくわからないのに比べれば、医療・介護はわかりやすい。効率の良いのがどちらかすぐわかると思います。

実際に国際比較をしてみるとどうなるか、日本の医療費はGDPに対して8%、32兆円といわれます。20年後になりますとこれが11.3%に増えまして、医療費が45兆円になるといわれて、これは国が減じる前兆だというのが厚生労働省をはじめ、財務省、経済財政諮問会議がいつている数字です。じゃあ実際に今の数字を人口の規模別に合わせてみますと、日本が32兆円なんですけど、アメリカが60兆円、ほぼ2倍ですね。スイスが46兆円、ドイツが43兆円ということになり、スイス、ドイツは40兆円を越えている。だったらもうつぶれていないとおかしいんです。でもつぶれていないですよ。どっちがつぶれているかという日本の方があぶないっていうぐらいの話なんで、社会保障にお金をかけると国が潰れるという説は、それは違うよという感じがいたします。つまり、社会保障がしっかりしている国では格差が生じません。たとえばお金は税金、消費税とかで吸い上げられたとしても、それが全体の国民に等しく、困ったところに正確におちてくるとしたら、これは富の再配分というんですけれども、お金のある人とない人でもあまり格差なくおきてきますし、それから都会と地方という格差もなくおける。まあ、残念ながら日本の場合はそれを地方分権にするという話の中で、社会保障という話とは全然別の方向に動いているので、これはちょっと気がかりな点でございます。

次に問題点として介護難民とかがよく言われます。東北のある医者と学会で会って聞いた話になりますが、患者さんが入院して、一応よくなって元気になったんで、長くいてもしょうがないんでうちに帰って下さいってお返しするわけですよ。そうするとまたくるはずの再診のときに来ないんですよ。変だなあと思って電話をかけてみると実はこの方は自殺しましたという話、これはそんなに稀なケースではないということを知りまして、やっぱりこれは大変な問題だなあと思えるようになっております。

なぜ介護難民というのが発生するかというと、やはり、国民が医療に頼りすぎて、ということがあると思うんです。これは国民が悪いのではなくて、社会保障という形で問題が定義されていませんで、社会保障をやるところが医療だけなんです。医療にばかり重点を置かれてしまって、ほんとうは介護もがんばってもらったほうが患者さんのためになるんだけど、医療も足りないのですが、医療だけにばかり目がいつてしまっているのも困ると思います。つまり、お年寄りに必要なもの、これは元気なお年寄りということでは

なくて、一人暮らしのお年寄りをイメージしたのですが、やはり一番必要なものは、住む場所、そして食べるもので、この二つが満たされることが社会保障の条件なんですね。欧米ではこういう共通観念をもっています。それで究極的には死ぬ場所が確保されていることになると思います。日本の場合は病院がその役割をしてきたわけです。ところがお金が足りなくなってきたから政府は病院の方を絞り出しつづすことも視野においている。あと医師不足で病院がどんどんつぶれてくるということを考えますと、支えとなってきたものが一気に崩壊する危険がでてきたわけで、そうすると医療に頼りすぎたせいで、大きな問題が出るという風に危惧されます。

最後に「日本になくてアメリカにあるもの」というタイトルを出しましたが、アメリカの医療制度、日本の医療制度を比べた場合に、日本になくてアメリカにあるものがあります。それは大規模な訪問看護を中心とするポストホスピタルケアがあることでした。写真はかなり前の服装をした看護師さんが、ニューヨークの屋上に住んでた病人さんのところをかばんをもって訪ねていくという図です。これは訪問看護といいまして、日本でもやられているんですが、アメリカではものすごく発達しており大規模で100年の歴史がある、この間ツアがあるので見学に言って知りました。

次の写真はニューヨークの郊外にある共同住宅です。非常に大きなものがたくさん林立しているような状況で、よくいわれる高島平団地みたいなもので、お年寄りだけになっちゃった住宅というような感じで考えていただければいいと思うんです。お断りしておきますが、アメリカの通りにしろといっているわけではないんですね。やっぱりアメリカにはアメリカの国力というのがあって、日本の国力もあるんですが、まあアメリカの一例としてお見せするということにはなりますが……。一昔前はここでお子さんが育っていったわけで、成人してここを出て行き、結局は高齢のご夫婦、あるいは片方だけ残ってしまった場合もあるわけで空家もけっこうでてくるような状況になってきたわけですね。そしたら、ニューヨーク市はどうするかといいますと、そうした空き部屋に一人だけになったお年寄りや障害を抱えたお年寄りを移住させることをやっています。そのようなところに図のようなかわいい、訪問看護師さんが訪問していきます。一緒についていったんですが、こういう方が2週間に一度くらいまわっていきます。そのマンションの中にはリハビリ施設もあって、ちょっとこれにはでていませんが、食堂もあります。朝食だけですけれども、ご本人は作らなくても食堂にいけば食べられるようになっている。1か月11万円くらいの負担でできるそうです。所得に応じた払いができておりまして、全然お金がない方の場合にはまったくただで生活できるようなスペースになっております。もちろんホームケアも受けられます。これらにかかるお金は、メディケア、メディケイドといって、あまり知られていないんですけどもアメリカの公的保険です。私的保険ばかりだといわれているアメリカでも公的保険がありまして、ひとつは高齢者向け、ひとつは経済困窮者向け、というような形でサポートしてくれて、金額でいいますと、この二つの保険でだいたい日本の医療費総額にあたるくらい。アメリカは自由競争だというなかで、セーフティネットがしっかり

できているということが行ってびっくりしたことでございました。

この図は病院など医療提供体制の日本とアメリカの違いなんですけど、日本はほとんどが急性期から一般、そして療養病床まで病院が担っております。アメリカの病院が担っているのは、ごく一部の急性期だけが病床で、この部分だけ、それ以外はナーシングホームといって医者のない施設です。問題は療養病床とナーシングホームのお後ろの支援体制の違いでして、日本はもろに家庭で、病院の次は家庭しかないというかんじですが、アメリカの場合はナーシングホームの後ろには訪問看護システムがあります。さきほど訪問看護のおねえさんの話をしましたが、そこの会社はびっくりしたことに、非営利法人なんですけど、6000人の看護師さんがそこで働いている、ほかにもリハビリの人も入れて12000人の職員を抱えるようなシステムが動いている、ですからこれが日本にはなくて、アメリカにあるもの、これが土台になってますから、多少病床の部分が揺らいでもそんなに難民が発生するわけではないんですが、日本はこのところで療養病床削減という政策がでて、病院の一番介護に近いところが白塗りになっちゃうんですね。ここが白塗りになっちゃうと、ここにいた人はどこに行くの？いくとこがなくなっちゃう。これが一つ大きな問題であるかと思います。ここで後期高齢者の話が出てきたんですが、今日ちょっと時間がないので、飛ばします、もし質問でもあればお話できることもあると思います。

まとめますと、私たちは医療を人生の危機管理と考えるべきであって、快適さのために使われるべきではない。医療が一時期関与して危機を乗り切ったあと、回復するのは自然の力で良くなるのですね。これは免疫や細胞の再生という機能があって、確かに医療も関わるんですが、関わったあとはこういう自然に生きられるしくみに守られていくということなのです。何でもかんでも医療がやらねばならないということは無い、危機だけに対応することであとは自然に任せるといった感覚が必要であること。

それから、延命医療は、究極的には必ず訪れる死という考えの中で行われる、ただ長生きだけを目的にしているのではない、人生の最終章として死を意識し、その瞬間までを有意義に生きることを大切にすることが必要だと思います。

次は国民の富は社会保障に使うべきだと思う。道路や橋で車は走っても医者がないのでは何にもならない。

それから、過度の安全を志向するというのはちょっと問題かと思います。わたくしは実は赤福がずいぶん好きでございまして、これが賞味期限の問題で大騒ぎになっちゃったんですけども、そんなにうるさく言わなくてもいいんじゃない、という気もいたします。というのは再利用のあんこの赤福を食べた人が食中毒になったかということ、そんなでもないんですね。透明性とかそういうことは必要だと思いますが、まああんまり過度の安全を追求しましても、お金ももたないし、やっぱり、すてちゃえ、もったいない、ということも出てきますので、これの保障は誰もが生まれながらに持っている、免疫とか細胞再生とかやってくれますんで、鷹揚に考えるという姿勢も必要なんではないかと思います。

もうひとつの問題は、私はこれが重要だと考えておるんですが、やはり、人は死ぬんだ、

ということ容認の方が楽な生活ができると思います。死を避けようとするとも医療費、医療技術、医療施設がものすごくたくさん必要になる。高齢で苦しい死はごめんですけれども、安らかな死を迎えようと思うのであれば、やはり死を容認する必要があるのではないかと思います。これはちょっと極端な言い方になるのかもしれませんが、死は次世代が生きるためにあるという考えをもっていく必要があるのではないかと思います。高齢になった場合は私たちも含めてですけれども、やはり、その死が訪れるまでいかに生きるか、保険に頼るとしても、次世代の世話になるという運命を抱えておりますので、これもやはり死を容認するという考え方が必要なんではないかと思います。

また、高齢になったときに医療にだけ頼るのは見当がちょっとちがうかな、やはり介護とか福祉とか、包括して国民の危機に備える必要があると思ひまして、それもやはり急ぐべきことだと考えます。

最後にひとつのスライドをお見せいたします。これは伊藤若冲の「池辺図（ちへんず）」といって、池の端の図を描いております。トンボもいますし、ゲジゲジもいますし、バッタも蛇も、それからクモの巣が張っております、それにひっかかっている蛾もいます。ここには葉っぱの虫食いを食ってるケムシまでいます。まあ、いろんなものが昔の池の中にはたくさん生息しているということが、この絵をみればわかるわけなんです、今の世界というのはどういうものかという、このひとつの葉っぱの虫食いが気に入らないと農薬をぱっと撒くんですね。そうするとおそらくこうしたいろんな命が死に絶えて、きれいな葉っぱだけが残るというような状況があるし、私たちはそうした人工的にいろいろなことができる力を持った、あるいは持ってしまったといひますか、その力の使い方を間違えてしまいますと、なんとなく単色彩的な、モノトーンといひますか、殺伐な世界になってきて、それはやはり生命が育まれるものではないだろうと。まあ社会保障とかそういうものは池に流れ込む水のようなものであって、命のひとつひとつがどういう風に育つかなどと考えなくても、水だけ流しておいてあげればいろんな育ち方ができるということがいえるんじゃないかと思います。

最後に、また伊藤若冲の話になるんですが、話の中に出てきた図は、仏さんに捧げる図なんですね。伊藤若冲は彼が描いた**釈迦三尊**という非常に大きな絵がありまして、これが京都の**相国寺**にあるんですけど、そのお釈迦さんの絵のまわりを飾るために24枚の絵を描いたんですが、その一部が今お見せした絵になっています。伊藤若冲はこういうゲジゲジを描いたり、花の絵の中に鳥や虫を書いたりしていますが、これは私たちの時代の人が見て面白がらせるためではないんです。おそらく仏さんが見ている世界、若冲さんが感じる仏の世界観ということを描いたんだと思うんです。要するに仏さんから見るとこんなふうになってるよ、と。仏を賛美する気持ちで描いた絵なのだということを最後にお伝えいたしまして、つたない話で申し訳なかったんですが、終わりとさせていただきます。どうもありがとうございました。

座長

中澤先生、今回は医療危機というテーマだけではなく、深い人生観に基づく生老病死、まで広い内容のすばらしい講演であったと思います。私も感銘を受けました。いろいろな面でたくさんのお話になりまして、今の日本の現状のお話から始まって、それをどうすればいいのか、社会保障がしっかりしていないといけないぞというお話もあった、それからアメリカのすばらしいシステムを紹介していただいたり、最後には伊藤若冲の自然、これがいちばんいいのではないかと、必要なものは医療だけではなく、介護や福祉も非常に大切であろうというお話、非常によかったと思います。貴重な示唆もあったと思いますが、現状ではやはり、十分な医療、社会保障ができないことの一番のネックになっている問題は何なんでしょうか？たぶんおっしゃったのかもしれませんが。

中澤

私たちが10年かかっているいろいろな勉強してきて感じるのは、こういうことを厚生労働省や国に言ってもほとんど変わらないんですね、長い目でみれば少しは変わってきているのかもしれませんが、ほとんど無視という形になっている。高齢者、国民の危機を国家が支えるぞというメッセージがあると全部やり方が変わるんですが今はそれが無い。お金儲けのために国民のお金をどんどんどんどん使うということが問題を解決すると思ってしまう。もし国が本気で取り組むぞとメッセージを発してかかれば、華やかな生活は出来なくても、高齢者が自分ひとりで生きられなくなったときに、危機とかを意識せずに暮らせるようにすることは出来る。必要なお金だけを引き出して、使い道を変えるというようなことの中で実現する可能性はあると思うんです。

また人間が生まれて死ぬまでの間、元気な時代とそうでない時代の二つに分かれる。そうしたときに負担をどうするかということになるんですが、後期高齢者医療制度のように、高齢自己責任という誤った考えで、死の前段階になっても高齢者に均等に負担させることが果たして正しいのか、負担感を増大させるのはこの辺に制度の欠陥があるのかと思うんです。わたしの考えとしてはやはり消費税というもので、ある一定のところは全国民のために国民の税金を使うという形の中で、企業とかで生じた富を、年齢に限らず生命の危機を感じているようなところに均等に配分できるような仕組みがもし組めれば、それが一番いいと思っています。しかし、これは国が腹を決めなければ始まらない。国に腹を決めさせるのに、私たちができることは投票しかないんですね。ですから投票のときにぜひ、この政党はみなさんにとってあるいは社会にとってふさわしい決定をしてくれる政党なのか、そうじゃないのかを良く考えて、こうあってほしいという願いを込めて投票していただくことしかありません。今の日本の社会を変える手段はこれしかないので、是非投票を大切にしていきたいと考えております。

座長

どうもありがとうございました。