

医療制度研究会通信(2009年5月)

<http://www.iryoseido.com/>

未曾有の景気の悪化、政府の景気刺激策、追い討ちするインフルエンザなど、世の中の動きはめまぐるしくなっています。国の政策は、今までの失敗の徹から抜け出しておらず、見せかけの景気浮上感に浮かれている国の様子に危機感を感じます。

感染者が出ている国に観光旅行を許可する危機管理、私たちは連休後の備えをしなければなりません。またインフルエンザによる災害は確実に医療機関の損失として跳ね返ってきます。アメリカは今の時点で1450億円の財政出動を表明しました。あの2兆円のほんの一部でもまわしておいてくれば、大胆な予防策も災害後の補償の財源にも使えたでしょう。いまは自然終息を願っています。

高齢化による医療費の増加はすでに8合目まで来ているという説もありますが、多くの国民が死を向かえ人の支えが必要な、いわば終末期の国民問題は消えたわけではありません。独居老人支援で、住環境の確保、介護職員の確保など、今からやらなければならない危機管理に、高速道路の賑わい、国民一人一人へ2万円の贅沢保証、悪夢の道路建設が役立つわけではありません。返す当てのない借金を勝手にされて、人手不足の一方では職も無い人があふれる。原因は政府がほんとに必要なところに金を回さない、ガバナンスの質の悪さによるもので、日本の将来が心配です。

今回の通信は、5月9日に行われる第55回講演会「医療事故報告制度4つの視点から民主党案を検証する」のご案内と、酒井シヅ先生のご講演のサマリーをお届けします。私たちは、医療事故調問題はもうひとつの医療危機と位置づけています。

■ 第55回医療制度研究会講演会(5月9日午後2時~午後4時30分)のお知らせ

「医療事故報告制度4つの視点から民主党案を検証する」井上清成弁護士



医療は命の安全保障、医療崩壊を食い止めよう!

本部 栃木県宇都宮市竹林町9-1-1 栃木県済生会宇都宮病院 内

東京事務所 東京都千代田区神田駿河台2-1-19 アルベルゴ御茶ノ水2F

海外文献サービス株式会社 内

東北事務所: 宮城県角田市角田字牛館16 医療法人仙南病院 内

仙台office 仙台市青葉区貝ヶ森1-2-6 ☎080-1808-3241 (事務局 坂詰 清)

なお、本件に関するご質問は、上記の仙台オフィスまでご連絡ください。zumechan@aol.com

場所: JR市ヶ谷駅徒歩1分、アルカディア私学会館5階「穂高」

医療事故死の場合、解決しなければならない問題は、遺族の精神的納得、経済的補償、再発防止、医師の処分であるといわれます。それぞれが事故の真相究明を必要としています。微妙にやり方が違います。

医制通信 2

厚生省の医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案は、その問題にかこつけて、全く次元が異なる故意の殺人や異常死体の検案、さらにカルテ改竄や隠蔽まで入れて、幅広く医師の不祥事として捕らえ、懲罰的な第三者事故調査機関による解決をもくろんでいます。これは世界中が躍起になって取り組んでいる安全対策に全く逆な立場です。

一方、医師団体の上層部が反対意見を無視して押し切るつもりなのは、厚労省の支援を受けて専門権威として現場に介入し、家族と司法に発言権を得て有利に問題を解決しようとする古臭い権威主義によるもので、最初から医療事故の問題解決という本質的な議論から外れています。

後から出された民主党案は、厚労省も学会や医師会も最初から検討する気がないので、医療制度研究会で民主党案と大綱案の対比を行い、どこに対立構造があるかを明確にしたいと思います。演者の井上清成弁護士はご自分の私見を交え両案の対比をすでに公表されており、民主党からも足立、鈴木両議員のご出席もいただくことになっています。

■ 第 53 回医療制度研究会講演会抄録

「ゆれる在宅医療」酒井シヅ先生 順天堂大学名誉教授、日本医史学会理事長
ご講演サマリーをお届けします。

要訳：日本の医療は奈良時代より、施薬院や施療院という形を取り、加持祈祷が主流だった。江戸時代に医術がわが国特有の形で進化し、明治以後は西洋医学の影響が強くなったが、一貫して上から下へという形は維持され、上層階級の医療という色彩が主流だった。この傾向は戦後まで続き GHQ からは異質な医療として非難されたいきさつがある。

昭和 36 年国民皆保険以後、病院が増え一時医療は病院化の流れをとったが、終末期を迎える人が増加し、国が医療費の抑制を図るようになり、近代における在宅医療に繋がっていく。

在宅医療には二つの流れがあり、一つは佐藤智氏の、病院で得られない終末医療の質を在宅に求める動きで、もう一つは柳原診療所の訪問看護師による、病院にたどり着けない病人の救済という流れがある。これらの流れは医療費抑制の流れとともに、政府の方針に取り入れられ、在院日数の短縮と医療費の適正化という言葉を使いながら推進されている。

厚生労働省が描く高齢社会の介護医療システムは、医療介護福祉の連携、医師会、大学、病院、行政の連携によって、かかりつけ医から専門医まで切れ目無く、病人を中心にといった医療を提供するとし、在宅療養支援拠点を中心に、居宅系サービスと病院・老健・特養を周りに配置する構想で進んでいる。これが実現するには予算が無く、達成は難しい。今後は少子化対策なども含めて更なる検討が求められている。

<講演会サマリー全文>

第 53 回医療制度研究会講演会

「ゆれる在宅医療」

酒井シヅ先生

日本医史学会理事長 順天堂大学名誉教授

■ 絵巻物で見る日本の医療の原点

日本の医療の原点は朝鮮半島から来た渡来人が伝えたことに始まる。それまでは医療という形が日本には無かったがこれが新しいパラダイムになった。大宝律令は唐の法律をまねたものだが、その中に江戸時代までも使われた医師の呼称などが見える。創腫、小児科、耳鼻咽喉科などに相当する言葉も使われている。しかし実際は施薬院による施薬という形をとっていたと思われる。医師という職業があったかどうかは不明で、おそらく口伝による医師のような人が近所の人を治すような形だったと思われる。また、往診による医療が主体で治療法は本道、外科、まじないが大きな意味を持っていた。まじないは明治以後禁止されているがそれまでの日本では大きな意味を持っていた。

「病の草紙」という国宝の絵巻物があり、それには医者とおぼしき人が描かれ、民家に呼ばれて家の中で目の悪い人を診ているところが描かれている。詞書がついていて、治療のあと目がつぶれたとかいてある。医師はこのころから目立ってくる。

奈良、平安、鎌倉までの様子は有名な絵巻物「一遍上人絵図」に描かれており、「病の草紙」は地獄を描く六道絵と対を成すものとして描かれている。その後「異本・病の草紙」などが描かれているが、基調をなすものは因果応報である。祈祷、慈善が基本になり、「新選・病の草紙」という江戸時代の絵巻につながっている。平安時代、病気は因果応報で起こり看病が汚らわしいもの思われた。流行病は一気に広がり多くの人が病気になるが医者はいない。「春日権現霊験記」には、病気の原因は鬼であるとされ、それが病理観になっている。すべて祈祷で霊験が顕れることを願っている。この絵巻は鎌倉時代のものだが、人は平安の服装で描かれている。

■ 僧や陰陽師による祈祷が医療の中心だった

一遍上人は慈悲深い人で全国を回った。京都の堀川のほとりにこじき小屋があった。こじきの記事はたくさんある。その頃施療院が作られた。施療は上から下に恵むという伝統的な医療の形態で、ハンセン病でも大正天皇の皇太后が象徴的、皇室の恩恵が日本の医療の形だった。陰陽師安部清明は病気の原因を占い、祈祷を行った。「石山寺縁起絵巻」は皇太子が病になり、石山寺の僧が皇居に行き読経をするところが描かれている。祈祷は国の政治にも、病気を追い払う意味でも重要だった。上層部は僧により、下層部は加持祈祷を個人的に頼んだ。「東鏡」では大山信仰が書かれていて、頼朝の病気に京都から医師が呼ばれ、だめなのを確認するとすぐに帰った。当時は朝廷の医師の報酬は無かったが、政子はお礼に砂金を出した。最終的には大山から坊さんと呼んで最後を看取ったといわれる。

■ 江戸時代に起きた医療の変化

江戸時代になって変化が起きた。祈祷師はいないわけではないが、外科医が外科の治療をし、がま腫は取って治す、難病の耳下腺炎は祈祷で治すというすみわけが始まっている。臨終になると医師は去り、祈祷師が最後を看取った。医者関わりの限度がわかまられている。明治になってはじめて医政が出来て死亡診断書を医師が書くことが決まった。山奥では死亡診断書が無いと埋葬が出来ず、おくらせて医師が行くから、医者は死んでからくるものとされるようになった。最後までその場に医師がいることは当時は無かった。

江戸時代に麻疹が大流行し、今日のように大人がかかったが、医者が麻疹を診るのが普通だ

った。流行は10年以上おいて繰り返されたので、はしかにかからないひとは年齢が分った。傾城がはしかにかからないので年齢がばれた話もある。町医者や往診しながら診るのが一般的だが、歯、外科、刀傷を専門とする金創医もでてきた。出来物、腫れ物は外科医、歯医者は独立し往診先で治療をする。外来の形は無く今日のように医院につれてくることは無かった。例外は中条流産科で、墮胎医者といわれたが、往診はしないで施設で治療した。小石川養生所は小川笙船の提言できた。江戸は大人口だが独身男性が多い。煎じ薬が主流の当時は煎じて飲ませる人が必要だが、自分で作れないので飲むことが出来ない。そのために小石川養生所が出来て病院の始まりとなった。

この頃までは病人の世話は自宅で行われ、灸をしたり腹帯を巻いているところが描いてある。祝い事出産も自宅だった。眠れない病人の看護に水音を立てて眠らせたことなども書かれている。注目すべきは、医者三部看病七部といわれるように医者より看病するほうが重要な存在だった。小石川養生所はこのような看病する人がいない人を収容して救済する役割を果たした。

■ 病院は施療から始まったが後に上流階級が利用した。

病院の歴史は鎌倉時代、鎌倉極楽寺に忍性が貧窮民のために施療院や浴室などを開設したことに始まる。奈良には施療施設が北山十八間戸を作りそれが今も残っている。日本で現代につながる病院が出来たのは長崎養生所が始まりである。1857年オランダの海軍医ポンペが医学教育を始めて、西洋式の病院を開設し、生徒は松本良順が中心になった。ヨーロッパの病院は施療院なので気の毒な人たちを入れることがキリストに対する忠誠心を現すとされた。したがって入院対象者は家の無い人、貧困の人、命もどうかという人達で、金持ちは病院に入ることは無かった。日本では長崎が一番レベルが高かったこともあって、長崎奉行や長崎商人が家財道具を持って入ってきた。ポンペは自分の思いと異なる病人が入ってくることに当惑した。その後高度の医療を享受できる金持ちが入るのが病院というイメージが作られ、病院にはいることが自慢の種になった。

■ 明治以後急がれた西欧化。

明治になると形態は変わり、医師の免許制度ができた。開業医、大学、一般病院、施療院、日赤などに医療形態が変わってきた。開業医は江戸時代からの医者だが、明治8年に医術開業試験制度が出来、試験に合格しなければならないことになる。江戸時代までは誰かに雇われる医師が一般的だったが、以後は自分の店にくる人を見るか、各地を数日かけて回っていく医師ができた。来院の目的は診てもらうのではなく薬をもらうことだった。当時の医師の家にはカルテは無く、薬を出した人の名簿が残っている。お金を払った人には押印があるが、押印が無い人も多かった。明治の医者は経済的に大変だった。医者が裕福になるのはもっと後、開業医はお客の顔をうかがいながら家で薬を作って売っていた。その後開業医は差別をつけるために良い学校を出ることになり、学歴による階層が登場した。大学病院に権威ができ、外来、教育、研究が行われた。大学は長崎の養生所のようにトップクラスの人が入院することが一般化した。大学病院は患者を診るよりは研究主体になり、学用の病人を診ることが行われ、診療は上流階級のためという性格が出来上がった。そのほかに一般病院があり私立と公立病院があった。その他に施療病院があり、梅毒病院など娼婦のための病院ができた。明治18年以後日本赤十字社ができ日本赤十字病院になった。これはいわゆる陸軍病院の趣を見せる。ここでもレベルの高さがハイソサイエティの人気になった。明治30年の終わり頃、済生会病院ができた。恩師財団なので天皇から出されたお金をも

とに作られた。当時社会主義の運動が活発になり、これに対抗するために出きたと言われる。

■ 近代における医師の歴史

医療者は、医師を頂点に、入れ歯歯ぬき、鍼灸、産婆、看護師などがあり階級化された。看護師は最下級で女中と同じだった。大学では東大がピラミッドの頂点になった。東京大学は安政5年に出来、その後明治10年、他学部と一緒に帝国大学に発展していった。付属病院も出来たが研究と教育が主体だった。

明治初期の医師の数は驚くほど少ない。卒業は大学卒試験、免許は開業試験に合格した人が医師になり、漢医、洋医は試験を受けなくても従来開業医として開業できた。明治15年医学校制度ができて、医学校が甲乙に分かれ、甲医学校の卒業生は無試験で免許をもらえるようになった。免許試験として医術開業試験があったが、特定の医学校では試験はいらなかった。日本の医療制度は階層的になってゆき、東大を中心に帝国大学、医科大学、医学校、医学専門学校、というような階層ができた。明治の半ばには質の違いに批判が出たが、ルーズでも早く西洋医学に追いつくことが当時の方針だった。

■ 施療病院が出来たのは隔離が目的だった。

西洋医学になったことにより、入院が重要な意味を持つようになり、高度な医療、優秀な医師、医療器械、看護人がそろっていることが入院の魅力だった。医療費は自己負担だったから医療の対象は自分で負担できる人が学用患者だけだった。施療病院として問題になったのは精神病院で、路上にいては困るということで収容する病院が出来てきた。キリスト教や仏教がやるように救済という意味ではなく、社会の中で目に余る人を除外し収容するという形の施療病院となっていた。ハンセン病の人は家を追われこじきのように全国を回り、草津の部落や熊本のお寺に集まった。その人達のためにイギリス人が来日しハンセン病の療養所を作った。これはある意味で施療病院となった。特殊な病院として脚気病院が東京にできた。宮中でも患者が多く、脚気病を研究する病院として作られ、コレラが流行したときから全国に隔離の目的で避病院がいくつも作られていった。

■ 名医の病院は私立病院

私立病院には名医の病院というのがある。順天堂は世論的には名医といわれた東大の医師が、ドイツ人医師が着任で居場所が無くなり病院を開いた。順天堂は126床で始まったがすぐ満床になり、湯島に移転し急成長をした。腕のある医師が開業し金持ちのために病室を準備し看護した。順天堂の入院規則をみると、一日入院料55円、10日で550円。等級が下がるごとにサービスが下がってゆく。3等は広間に雑居、4等はベッドが無い。1等は個室で、看護師は病気が重ければ雇いきりに出来た。お金がかかったがこのような病院が日本中に浸透した。順天堂の院長が金沢の殿様から借りた2万円で病院を新築し、その後利子までつけて完済ができた。私立で儲けるための病院が日本の病院でこれは今に続いている。畳敷きは汚いために順天堂が糾弾されたことがあり、看護師も医師も態度が悪いといわれた。写真を見ると廊下にはいろいろなものが置かれている。当時の病院では身の回り品は持込だった。40年にきれいになり鉄製のベッドになった。スチームも入った。これが日本の病院の典型である。看護婦、産婆、医師に対する世間の見方は、医者はええ、助産師、看護師は天使のイメージである。これはつい最近まで続いている。

■ 自宅療養で派出看護師が活躍、看護学校が始まる。

戦前までの医療は自宅療養が主体である。これは江戸時代から続いており、裕福な家では派

出看護婦により看護が行われていた。外国人が自国から看護師を呼びよび寄せることもあり、看護婦の養成が求められ、看護学校が設立された。高木兼弘がナイチンゲールにゆかりの深いセントマス病院の医学校に留学していた経験から看護学校を始めた。彼は東京病院を作り富裕な人を対象に看護師を派遣し育てた。言葉使いを丁寧に上流階級にあわせた教育をした。経済的に余裕のある家庭では看護師を雇い、医師が往診し治療するという仕組みが現在にも残っている。

医師が増えたのは昭和 15 年からで、大学、医専卒が増加した。とくに医専卒が増えたのは軍医の速成教育の要望によるもので粗製乱造だった。昭和 15 年の病院数は一般病院が多いが、精神病院、結核病院、施療病院、らい病院、梅毒、伝染病院が定着していった。一般病院には私立と公立とがあった。

■ 看護の歴史は明治に始まり終戦後に大きく発展した

看護の歴史は、戊辰戦争で職業看護婦として女性が傷病兵のケアにあたったことに始まる。明治 14 年教育された看護師が生まれ、大関チカは自分たちの組織を作って派遣看護師の会を立ち上げた。大正時代に公衆衛生の看護婦、昭和になって保健婦の活動と発展した。訪問看護師の活動は明治からで、派遣看護師が母体になった。これを朝日新聞社が社会運動とともに取り上げ訪問看護婦が始まったことを報道している。

■ 占領軍が見た日本の医療

医療は終戦後大きく変わった。占領軍が日本の医療に持った印象は厳しいものだった。大学は研究至上主義で、研究は個人の名誉をあげるために行われている。開業医は儲かることに重点を置き、自分の知識技能の向上を図ろうとする気概が無く、本来医師の持つべき社会的指導的地位を失っている、と視察団は断じている。GHQ は覚書を出して改革を行い、命令を出し大学人は抵抗した。東京大学の医学部はドイツ語が得意だったが英語が問題だった。アメリカで医学教育を受けた草間が重用され改革を始めた。医師法、歯科医師法、医療法、補助看護などが次々に制定された。昭和 29 年抗生物質の発見、抗結核剤、放射線医学、麻酔学の導入があった。また手術の範囲が広がった。

看護学の進歩も見られた。アメリカに優秀な看護師が留学し看護学を学び、それが現代看護教育の基盤を培った。当時、看護課長は男性だったが、病院看護も女性が指導権をにぎり発展した。今の医療センター、第一陸軍病院がモデルになって病院管理学が導入され新しい病院づくりが始まった。医薬分業も強く勧められたが医師会の反対にあって最近まで行われなかった。

■ 病院の数は増加し医療の病院化が進む

病院の数は昭和 25 年から増え、昭和 35 年に一気に増加した。昭和 45 年には大変増えている。外科手術が行われ外科病院が一気に増加した。C 型肝炎もそのころで、日本の盲腸炎は作られた病気だといわれるくらい簡単に虫垂切除が行われた。外科医がもうかり外科病院が増加し、遠い存在だった病院が身近になった。特に国民健康保険で皆保険になった昭和 36 年以後の増加が著しい。

自宅療養はその時代から入院医療と対比されるようになった。家族が大きく変わり家の事情も変わり、社会的入院も膨らんだ。昭和 40 年代以後在宅医療が再び話題になってきた。当時、病院で死ぬことが幸せという考えが多かったが、長期入院が増加し量の上で死にたいという考え方が出てきた。

1970 年頃になると疾病構造が変わった。脳血管疾患が増加し、結核が激減、がんが徐々に増えて長期入院の病院も増加してきた。病床の総数を押し上げたのは一般病床だった。入院治療は当たり前になり入院が長期化し在院日数も長くなった。病床数が増加すると老人医療費が増加した。高知県などでは人口 10 万人当たりの病床数に比例するように一人当たりの医療費も上がっていった。

■ 終末期医療が見直され在宅医療の流れが出来る

医学の変化に伴い医療の考え方も変わった。終末期医療の考え方や死生観も変わり、国は医療費の抑制を図るようになった。終末期医療は、心臓マッサージだけだったものが人工呼吸器に変わり、救急医療が進歩し、濃厚な治療を行った。医療側に大きな責任があるものだが、このころから病院では死にたく無いという声が出てきて、ターミナルケアの考えに変化が起きた。これが在宅医療に変わっていく。

■ 在宅医療二つの流れ

佐藤智氏のライフケアシステムが出てくる下地となる終末期医療に関するもやもやしたものは当時から既にあった。彼はライフケアシステムを作り新しい在宅医療を展開し、現在の在宅医療は「病院化」を経て、病院で要られなかった自由と満足を得るために「在宅」に戻ったというべきであると述べている。これは日本の医療における在宅の歴史の一つである。死を迎えることに対する不安と不満が佐藤さんの新しい在宅医療になっている。1970 年東村山の白十字病院で在宅医療の往診を行い、このときに初めて訪問看護師や機能訓練士が定期訪問を行った。自宅で終末を迎える患者のために病院をやめてライフケアシステムを作った。これが日本における在宅ケアの変化である。

もう一つの在宅医療の歴史は自宅医療からずるずるそのままきている流れがある。それが施療的な形になる。病院にたどり着くのは社会的に安定した人々であり、保険料を払えるというところまで豊かでないと達成されない。病院にたどり着けない病人たちのためにはっきりした形を見せたのが柳原病院だった。1977 年訪問看護師を作ってそのような病人を診た。1951 年柳原診療所から始まり、民生の人たちが主体となって、有床診療所となり地域看護科を発足させて今は三郷健和病院となっている。

これらの在宅医療はいずれも前例の無い形で始まっている。著書がそれぞれにあり、佐藤さんは「生きる、死ぬ」、柳原病院では「家で死ぬ」と題して発売されている。「生きる、死ぬ」のほうは、その仕組みをお金を払って維持する必要があるから有産階級が対象であり、「家で死ぬ」の方は生活困窮者を対象に最後を静かに迎えさせることを目的にしている。その他に自主的に家庭で死にたいということがある。

■ 政府が主導する在宅は医療費削減

訪問医療の成果を見て、1983 年行政が老人保健法を改正し訪問看護を認めた。今見れば出来たかどうかはあやしいが、1994 年には全国に 5000 箇所作ることを目標にした。

1997 年介護保険法が制定され、介護にお金がまわるといった企業が参入し混乱が起きた。政府が真剣になる理由は医療費の高騰で、一人当たり老人医療費と在宅死亡率の相関関係を見ると、在宅で死んだほうが医療費が少ない、今後も医療費の節約をするためにそのような政策を取ると思う。一人当たり老人医療費と在院日数の関係を調べると、入院日数が長ければ長いほどお金がかかる。医療費の適正化という言葉を使いながら、行政の在宅医療の推進が行われてきた。

検診の受診率を高め生活習慣病を予防すると共に、在宅医療を推進し在院日数を短縮することが医療費を適正化に寄与する可能性があるとはっきりうたっている。

■ 在宅診療の診療報酬が保険上認められる。

1989年悪性腫瘍の人の在宅診療に指導料が取れることになった。医療法が改正され、疾病構造の変化に応じて、心身の状況に対応した良質で適正な医療を確保すること、また居宅において施設の機能に応じた効率的な適用を求めた。このことが在宅医療を重視する国の方向性になっている。

介護保険制度が平成12年に出て在宅医療が広く行われるようになった。医療費削減のために、病院に順ずる医療を自宅で受けること、入院期間を短縮するために社会的入院から社会復帰にすることが在宅医療の二つの方向性であるが、後者のほうが病人にとって負担が大きい。

平成5年にもと健康局長の高原氏が、団塊世代が老人になったらどのような生活を望むかを考えて書いたものがある。現在のお年寄りには病院に入院することが安心としているが、団塊世代はわがままで、自己決定的な要素が強い。自分のことは自分で決めたいと思い、自分たちのライフスタイル、価値観を持っている。集団的に規制されることを好まない人たちなので、年寄りになったときには医療に対する考え方が変わり在宅医療になるといっていたが、今すでにその時代が来ていろいろな問題が起きている。

■ 厚生労働省が描く高齢社会の介護医療システム

2007年厚生労働省は医療介護福祉の連携、医師会、大学、病院、行政の連携によって、かかりつけ医から専門医まで切れ目無く、病人を中心に置いた医療を提供すると公表し、厚生労働白書でも在宅重視の絵が描かれている。在宅支援診療所、デイケアセンター、訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、在宅支援事業所などからなる在宅療養支援拠点を中心に、自宅や有料老人ホームなどの居宅系サービスと病院や老健や特養を周りに配置する絵もある。また、看取りの構造も図示しており、急変時に救急車を呼ばないで在宅支援医師が看取る経路を、救急やICUに運ばれて治療を受けるルートとともに示している。これが実現するにははっきりいって予算が無いとできないことだと思う。

■ 少子化が大きな問題

日本が少子化になっていることは大きな問題である。いつからこのようになったのだろうか、1950年以前は子供が多かった。その後医療が進んで妊娠するときに子供が死ななくなり、生まれて当たり前の少産少死になった。家族計画が出来るようになり、昭和25年から墮胎、産児制限が出来るようになった。結婚している家族は2人以上子供を生まなくなり、2.13だった出生率は今1.53になった。独身者が増えることが問題。意識的変革をしないといけない。私は子供がいなくても、生まなくて悪いことをしたと思う。雰囲気づくりを行っていかないといけない。

■ 終わりに

これはポルトガルの家族の写真だが、彼らはこんなに大家族である。日本は親に寄生し独身者が家から出て行かない状況にある。最後に、伝統の継承と子孫繁栄というのがふるくて新しい課題だということをお伝えして私の話を終わる。



医療制度研究会

医療は命の安全保障、医療崩壊を食い止めよう！

本部：栃木県宇都宮市竹林町9-1-1 栃木県済生会宇都宮病院 内

東京事務所：東京都千代田区神田駿河台2-1-19 アルベルゴ御茶ノ水2F

海外文献サービス株式会社 内

東北事務所：宮城県角田市角田字牛館16 医療法人本多友愛会仙南病院 内

仙台office 仙台市青葉区貝ヶ森1-2-6 ☎080-1808-3241 (事務局 坂詰 清)

なお、本件に関するご質問は上記の仙台オフィスまでご連絡ください。zumechan@aol.com