



第5回 江戸川区長期計画審議会 議事録

日時:平成13年9月13日(木)午後1時30分～3時30分

会場:江戸川区総合区民ホール「蓬莱の間」

< 議事内容 >

【松下会長】

それでは、第5回江戸川区長期計画審議会をただいまから開会いたします。

本日の欠席でございますけれども、太田副会長、白木委員、須賀委員、間瀬委員、平田委員から欠席の届けが出ておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、基本構想の素案の内容につきまして、長期計画立案委員会委員からご説明をいただき、これについて意見交換を行いたいと思います。

本日は、第4章第3節「いきいきとした生活のための健康・福祉づくり」の健康部分の立案を担当された静岡県立大学教授の西垣先生にご出席いただいております。

長期計画立案委員会の西垣先生をご紹介します。

【西垣委員】

西垣でございます。

【松下会長】

それでは、これより議事に入ります。

では、西垣先生からご説明をお願いいたします。

【西垣委員】

それでは、今、基本資料としてお配り申し上げておりますのは、我が国の政府が2000年に決定いたしました「健康日本21」の資料でございますが、私どもはかなりの頻度で部会を開催いたしまして、保健所の皆様方や区の皆様方と一緒にいろいろ協議をさせていただきました。今回、長期計画を立てるに当たっての基本的な考え方ということできょうご説明したいと思いますので、よろしくお願いいたします。

今、ここの基本構想案として文言化されているものの背景を少しOHPを使ってご説明したいと思いますので、よろしくお願いいたします。

私どもの部会というのは健康に関係するというふうに考えられますけれども、ある意味では人間が生きていく上では、健康というのは基本的な条件になるかと思います。

そういう意味で少しおさらいをさせていただきたいわけでございますけれども、今お見せしておりますのは、WHOが第二次世界大戦間もなく、翌年の1946年に健康憲章ということで世界中に公表したものでございます。昨今、これが50年たちましたので、見直しという議論も出ておまして、それはどういう形で変わるかということでありまして、一番大きな問題は、昨日から世界を震撼させた出来事に

関連するわけですが、発展途上国や主にイスラム教の分野からの専門家から提案がされてきて、スピリチュアルという概念を入れるというんです。それに関しては、日本も含めた先進国側は少し拒否反応をしているんですが、今回のような出来事が起こりますと、そのファクターというのは無視できないことになろうかと思えます。

通常これが一般的に説明されておるんですが、この時代背景という制約性がございまして、あのときは世界大戦が終わった後ですので、非常に斬新な感じがいたしました。現在の私どもの生活ということをお考えすると、少しこれを手直ししていく必要性もあろうかと思えます。

その憲章の一番画期的だと言われたところは、身体的なものだけではなく、精神的、社会的にも健全でなければいけないという問題提起をしたことでもあります。この辺が非常に難しいところなんです。完全に良好な状態、コンプリート・ウェルビーイングと書いてありますけれども、コンプリート、完璧にということはありません。現代の医学で考えられておりますので、これはある意味では理想というふうにお考えいただければと思います。

それと、大体今まで高校の教科書ではこの前段だけの訳が載っております。実はこの前段といえますか、前書きのところの後半に非常に重要なことが書いてありまして、人種、宗教、政治的信念、経済的ないし社会的地位のいかんにかかわらず何人もが有する基本的権利であるということがうたわれております。今日、高齢化社会を迎えまして、今、我が国でも老人施設等で抑制ということをやめよう。というのは、徘徊の方とか転落事故等ございまして、平たくなりますと、ベッドに縛りつけているという状況がないとは言えない状況が間々見受けられるわけでありまして、そういう意味では基本的な人権として、それぞれの生きる生き方を支援していこうという考え方に変わってきております。それと同時に、近年ではすべての人に対する生きていく上での基本的な権利であるというふうな考え方が我が国でも強調されておるところでありまして、これは私どものほうもこの辺は踏襲してありまして、江戸川区民すべての方々の基本的な一番大きい重要な生きる上での最も基本的な条件として、やはり健康というのを考えていこうと。

それで、1つは政策的なことになりますが、生まれてから亡くなるまで、それぞれの人生のライフステージに応じた健康をどう実現していったらいいんだろうかということが1つ課題になってまいりますし、先ほど申し上げましたように、コンプリートなウェルビーイングというよりは、ある意味では絶対的な健康観という問題から、相対的にそれなりのその人なりの健康という、ある意味ではいい生き方ということになろうかと思えますが、そういうようなことを模索して、私たちの基本構想を構成いたしました。

1つこれは言葉の遊びにもなりかねないんですが、健康とはということで一応お考えいただいた後、今まで私どもが学生のころ健康というのを習ったときは、病気でないことというふうに習ったわけです。それでは病気とは何ぞやというふうになって、今度、病気というのを辞書で引きますと、健康が破壊されたことと書いてありまして、行ったり来たりするわけでありまして、病気というものはある意味では非日常とも考えられましたので、通常でない状態というほうが定義がしやすかったわけがあります。

ところが、現在は病気というものも、また我々が学生のころ習ったレベルから大分変わってまいりましたので、ほんとうに病気と健康というのをきれいに分けられるのかということ、なかなかこれは分けにくいということになってまいりました。

病気のほうからいいますと、半病人とか我々は日常語でも使いますが、今度こちらからは半健康人というような言い方もされます。そういう意味では不健康な状態というのはどういうものであるかということで、これはWHOが1980年に追加で提案をしたものでありまして、不健康の概念は病気であることと精神的、肉体的、この辺が少し日本語の訳としてはなじまないんですが、解剖学的構造や機能が損なわれたり、いささかでも失われたりした状態の両面を持っている。これは平たくなりますとどういうことであ

るかという、解剖学的というのは、例えば足が動かなくなってしまうたり、欠損をすとか、失うということが考えられるわけですが、非常に有名な話としては、今回の出来事のようなある事故に遭遇して片足をなくしてしまう。物理的にいいますと、右足が例えば私がなくなったとしますと、本来ない右足の痛みなんていうのはないはずなんです。ところが、その心理的な圧迫ないしはいわゆる後遺症的なものとして仮想痛というのがございます。ないはずの右足が痛むという現象が存在しておるわけでありまして、

そういう意味では、これは私の専門外ではありますが、私も実はきょうは不健康な状態でありました。なぜ不健康かという、猛烈なる睡眠不足というのが後ろにありまして、実は月曜日から火曜日にかけては台風が我が家の真横を通ったという経緯がございまして、火曜日には学生の実習で学外に東名を使って出かきなさいいけない。その責任者をしておりますので、最終的な判断をどうするかということで、3時まで台風情報を見ていまして、また朝6時から起きて天気予報を見ているという生活をこのころしております。おとといはゆっくり休もうと思いましたが、静岡放送局から電話がかかってきて、大変なことが起きているからテレビを見るというのでつけた途端に、また3時までずっと起きておりまして、そういう意味では大変睡眠不足ということになります。

そういう意味では、その後評論家の人たちがいろいろ話されていますけれども、どうやら20世紀という成長とか、効率という言葉キーワードにしてきた我々の考え方というのは、改めなさいいけないかもしれないと言っているわけです。これは経済的な話ですが、逆にいいますと、我々の医療・保健の分野でも同じことが言えるのかもしれないというふうにも言えるわけです。効率という概念は非常に危険な概念で、ある尺度だけで見ますと非常にあらわしやすいです。ところが、それ以外のファクターは切り捨ててしまうという欠点があります。

ですから、これを日本の状況に置きかえますと、平成2年から我が国は世界一の長寿国家なわけでありまして。これはそれまでの長寿国家と言われたアイルランドとかアイスランドとか、そういうところというのはせいぜい300万人ぐらいの人口しかいない。1億を超える国家で世界的な平均寿命を誇っているというのは、人類有史以来初めてのことであります。そういう意味では平成2年から断トツのトップなのでありますけれども、ここでただ長生きすればいいのかという疑問が少なからず出てまいるわけでありまして、人間らしい生活とは一体何であるのかということが問われているわけでありまして。

現在は健康平均寿命という考え方をしようというふうに提案されておりました、この概念を当てはめますと、我が国の女性の場合、約84歳でいらっしゃいますけれども、健康平均寿命、これはADLといいますが、日常の生活に支障がない、寝たきりでないという変数で、床に伏せている日数等を引き算いたしまして、普通の社会生活が行えるというような年数で考えますと74歳になるわけでありまして。ということは、残りの10歳はほとんどベッドの上で生活している状態である。それは生き長らえているという言葉ではあらわせますけれども、ほんとうに健康であると胸を張って言えるのかということ、これは少なからず疑問に思うところであります。

そういう意味では私どもは、健康の考え方というのを非常に不健康な状態から、ないしは病気の前段階ぐらいまでを包含したものとして考えたほうがいいのではないかと今考えております。

先ほど申し上げましたように、その裏返しでございまして、疾病というのをどうするかということで、英語でいいますと、ディーズというのとイルネスという両方の考え方がございます。基本的には疾病というのは、肉体が何らかの要因により細胞や組織が壊されるとか異常な反応を示す状態でありまして、これは機能的なものが失われる。私なんかも部屋の助手の人たちに常にばかにされておりました、よく嫌なアポインは忘れるという傾向がありまして、だんだん忘却のあなたにいくということになります。そうすると、昔に比べると脳の機能が落ちていくんじゃないかとかかわれますけれども、それから客観的な症状として、例えば胃のぐあいが悪いとかいう方はなぜかおなかを守るような、うつむいたような感じで

歩かれるということもありますし、いろいろ形態的な変化というのもあります。ふだんさぼっておまして、いつも出版社から電話がかかってくると逃げまくってしまっていて、五枚舌ぐらい使ってごまかしているんですが、往生際が悪くて、こういう江戸川の仕事なんかでも、関係ない本までカバンの中に詰めて持って歩いているんです。今、実はひじの、これは持病でございまして、不勉強の象徴みたいなものなんです。年中痛みがあるんです。これがまたワープロを打ち過ぎますとしびれ感があるとか、これは職業病みたいなものなんです。そういう客観的な異常所見がある。

イルネスという考え方は文化的な状態で、これは後でお話し申し上げますが、心の問題ということになるかと思えます。これが現代の日本では非常に問題がございまして、ほんとうに健全であろうかと。例えばい児殺しというのは、日本でも実は『古事記』のころから記載がありますから、昔からあったことはあったんですが、アメリカのように幼児虐待が年間50万件もあるというのに比べますと、まだ我が国は5,000件ぐらいですけれども、少ないと言って、ほんとうにそれで胸を張れるのかということとか育児も含めた子育てというのを、どこか日本人は本質的なところを忘れ去ってきたのかもしれないという思いがあるわけですが、そういう心の病んでいる状態、これは普通の身体的な病気に比べますともっと発見が難しゅうございまして、判断が非常に難しいところがありますけれども、今、地球は健康かということ、このような事件が起こった限りでは極めて不健康と言わざるを得ないと思えますし、「キレる17歳」という言葉がはやりましたけれども、日本の今の精神文化とか、私どもがつくっている文化がほんとうに人間の心を豊かにしている文化であるかどうかというのは、もう一度考えなければいけないだろうと思っています。

それで一番問題になりますのは、疾病に比べますと、健康の尺度という判断をする材料がまだまだ開発途上でございまして、なかなかこれが判断しにくいわけでありまして。

例えば検査値の異常ということが起こったといたしましても、私も昔、学生のころ長野県の山奥のほうに検診のアルバイトで行ったことがあるんです。そうしましたときに、頭ではわかっているんです。おばあちゃんなんかは血圧が高いという先入観があるんです。それで、蚕をつくっている小屋で検診をやっていたんです。やかましいんです。あるおばあちゃんを僕の番になって計ったですけれども、音が聞こえないんです。このおばあさん、ゆうれいじゃないだろうかと思ったわけですが、ちゃんと生きている、会話も成り立っているわけです。3回はかったんですけれども、聞こえないんです。向こうのおばあちゃんは、不安そうな顔をして人の顔を見るわけです。何にもお言葉がありませんから。そうしましたところ、僕もこれはまずいなと思って、ゆっくり、ゆっくり、ゆっくり下げていったんです。そうしたら、そのおばあちゃんは血圧が30と60だったんです。東大に戻りまして、内科の恩師にそういう人がいたんですよと言ったら、おまえ、そんなびっくりすることない、ざらにいるんだよとか言ってたしなめられまして、おまえの不勉強だとして怒られましたけれども、そのときに固定概念というのはまずいなと。そうすると、集団で決めている尺度を個に当てはめるといときには非常に危険が出てまいります。

それとか、保健所なんかで母親学級とか両親学級をやったときに、お子さんの体重を毎日朝晩はかっていらっしゃるお母さんがいまして、ジクザグのグラフになるんです。我が国が発行しています母子手帳には成長曲線というのがなぜか引かれておまして、これは滑らかな曲線で増加するようになっています。この線の上に乗らないから、異常じゃないかという質問が来るわけです。頭にきましたからばか言うなと怒りましたけれども、逆にいうと、子供がどういうふう成長していつているかというのを少し離れてごらんいただかないと、プロイラーを育てているようなつもりでお子さんを育てられていると、1日増えたと喜んで、減っているとがっかり来て子供に当たるとかいうと、子供は切ないですね、これは。その辺がどこか我々がやってきたことも含めて問題があったなというふうに思いますけれども、その人なりの状態をどう科学的にチェックしていったらいいかというのはまだ完全なツールがないんです。そこが非常

に欠点なわけです。

集団の健康状態をはかるというのは、後でお見せしますけれども、罹患率とか死亡率、平均寿命、乳児死亡率というものではかっておりますけれども、これもある意味では相対的な目安にすぎないということでありまして、絶対的な問題ではないということになります。そういう意味では、21世紀はより健康を示す尺度をはかっていく必要があるだろうと思います。

今、縷々申し上げてまいりましたけれども、果たしてそれでは今の日本人は健康と言えるのかという課題が出てまいります。

今お示しましたような健康というものを考える尺度から当てはめると、相矛盾した結果が出てまいります。先ほど申し上げましたように、健康というのはあくまでも病気でないというふうに考えますと、病気を抱いていらっしゃる方の数が非常に増えておることから考えると、日本人はあまり健康ではないということになりますし、平均寿命は世界一だということになりますと健康だということになります。

そういう意味でまとめますと、平均寿命は伸びたけれども、結果的には病人が増えているのではないかとということになりまして、今までの健康とは違う新しい健康という像を我々が努力してつくっていかねばいけませんし、結論的に申し上げますと、私は常に考えておりますのは、その人が充実した人生を送っていただくための基本的な条件として健康が保障されればよいのでありまして、我が国はどちらかといいますと、どう生きるかということよりも、ただただ健康でありたいという願望にいわば走り過ぎているのではないかと。ちなみに流布しておりますような健康食品や、毎日アスレチックに通っていらっしゃる方も含めて、ものすごい健康に対しては気を使っていますし、投資もしていただいているわけです。総務庁が行いました全国調査では、国民の85%が健康というのに関心がある、ないしは裏返せば不安を持っているということは、あまり胸を張っていい国家とは言えないのかもしれないということが裏側にあります。

現在は、これは昭和59年の出来事ではありますが、厚生大臣の私的諮問機関の中で方針が出されまして、今までのように健康というのを全く病気でないことというふうにして、我々平均的な日本人はお正月になりますと神社にお参りをいたしまして、無病息災をお願いするわけでありまして、この段階から昭和59年に厚生省が提案したことは、一病息災であるよと。もっと平たくなりますと、だんだん年をとってまいりますと、たたくほこりが出るように病名がつくことが可能であります。そういう意味では一病だけではないんですが、病気というものも身の内であろうと。生き物としての人間ということを考えますと、いわば当然のことかもしれないということで、病気と共生する健康というものを考えていったらいいのではないかと。医師会長にきょうお見えいただいておりますけれども、医師会の先生方のご努力も含めて、病気と健康というのをすっぱり線を引くのではなくて、慢性疾患とかそういうものがあっても上手にコントロールしながら、その人の生きがいを持って最後の終末期まで健康でいていただきたいというのが、私どもの基本的な構想の骨子でございます。

もう少し病気の状況を詳しくご説明申し上げますと、日本人で最も多い病気というのは高血圧症でありまして、血圧が高いということに対しては非常に日本人は関心が高うございまして、これも余談でありますけれども、日本人の好きな病気と嫌いな病気というのがありまして、胃の病気、血圧の病気はわりと好きだと思います、私の感想では。なぜかがんというのは極めて嫌がられるところがありまして、私どもは学生にもよく言うんですが、病院の外来でお待ちの患者様方がいろいろ会話をされていますね。非常に重要なことは、同じ高血圧といってもいろいろ原因が違いますので、症状も人それぞれ異なってくるわけです。患者さんの話を聞いていると非常におもしろいんです。いや、あなた、病名は何ですか。大体2週間に1回ぐらい顔を見ますとから親しくなるわけです、主治医と一緒にですと。私は頭が痛いんです。そうですか、気の毒ですな、私は何ともないですわ、ただ血圧が高いだけでと威張っている人が

いるわけです。

それと、血圧の薬だけでも今許可されているやつで三十数品目あるんです。よく地方にまいてお年寄り相手にお話をする機会がありますと、おばあちゃんが特に問題なんですね。うちのじいさまは若いころ血圧が高い。年中血圧の薬を飲んでいる。あるとき検診で保健婦さんから、おばあちゃんも血圧が高くなったから、気いつけなって言われるわけです。そうなりますと、どっかと腰を据えておりますから、じいさんの持ち物はみんな自分の持ち物だとみんなおばあちゃんは思っていますから、どうもうちのじいさんは血圧の薬を持っていたから、あれをもらって飲んじゃおうというふうなケースが出てくるわけです。

ところが、現在は血圧の薬というふうに一般的に言われていても、薬理効果によって種類が違いますので、おじいさんの血圧の薬がおばあちゃんに合うという保証はどこにもないんです。そういう意味では開業の先生方のアドバイスとか、薬剤師の方々のアドバイスを守っていただかないと、昔の薬とは根本的に構造が変わってまいりましたので、オーダーメイド医療というのが今厚生労働省から提案されていますけれども、お1人お1人健康のつくり方、病気の治し方はみんな違うということです。ですから、そういう意味では自己判断というのは非常に危険なのでありますけれども、高血圧症が我が国では一番多い。

急激に増えておりますのは糖尿病でございまして、これは大変厄介でございまして、後でお話し申し上げます生活習慣病と言われるもののすべての大もとが糖尿病になると言っても過言ではございません。これが今どんどん増え続けておまして、将来的にいうと、3,000万人を超えるだろうという患者さんの数になっています。ただ、昔のように糖尿病ですぐ命を落とすということはなくなりまして、うまく食事や運動をしていただければ、これはそれが原因で亡くなるということは非常にまれなことだと思います。ただ、これが下敷きになって、いろんな心臓の疾患とか、血圧の疾患につながっていくというところに問題があるということでございます。そういう意味では恐れることはないということだと思います。それぞれの生き方の問題になろうかと思えます。

あと、先ほど申し上げましたように、これを見ていただく理由は、今、高血圧とか糖尿病というのが実は非常に重要な問題なわけでありましてけれども、日本の国民の方々が病気になったときにどういうところに通院していらっしゃるかということで、我々としたら今申し上げましたように、高血圧とか糖尿病でしっかり開業の先生方のお世話になっているというのは非常にいいことなのでありますけれども、残念ながら我が国の国民が病気になって医師に診てもらうときに一番多い割合というのは、診療所の場合ですと風邪なんです。ですから、長期的な問題じゃないんです。非常にぐあいが悪い、ちょっと熱があつてのどが痛いというときには駆け込むけれども、ふだんの毎日の生活の中でのヘルスチェックはやってないというところに非常に問題が出ています。それから、昨今、増えておりますアレルギー性鼻炎ですね。それから、がんになりますと、これはやはり大きい病院にかかっているということです。それから腎臓。

こういうような形で受診されているわけですが、これを見ていただいた理由は、今、医師会の先生方もご相談申し上げますけれども、江戸川で今もう1つの問題としては、我が国全体の医療費という問題をどう適正に使っていくか、限りのある資源をどう使っていくかということで我々は今頭を悩ませておまして、現在、平成11年の推定医療費は総額30兆円でございます。大体その3分の1を高齢の方々がご使用になっています。約10兆円でありまして、平均的にこの何年かは医療費が毎年1兆円ずつ増えております。今回は国家予算も大分緊縮体制になろうかと思えますけれども、今、社会保障費と国家予算がほとんど同じ金額であります。家計でいいますと、入ってきた分がすべて社会保障費に出ていくと言っても過言ではありません。国民負担率という指数で見ましても約半分でございます。

ただ、これは余談ではありますが、北欧の高齢先進国というのは、この前もスウェーデンの人と

話ししましたら、国民負担率が75%です。ということは、所得の75%を税金と社会保障費で持っていかれる。そのかわり教育と医療に関しては全部国家が見るというシステムであります。我が国はそういう公的社会保障制度ではありませんで、どちらかといえば税金とはいっていますが、保険料といったほうがいい支払い形態をとっております。

ところが、現在、この社会保障制度が1961年以来我が国は世界の中でも有数な国民皆保険、国民だれでも医療保険サービスが受けられるのと、皆年金制度という全員に年金が行き渡るといって守ってまいったわけでありまして、現段階の経済状態が続きますと、これが根本的に壊れてしまう、払い切れないという問題があります。

そういう意味では高齢者が増えますと、病的状態が増えてまいりますのは当然なんです。私どもが今考えておりますことは、寝たきり老人のケアも必要なんです。いかにして江戸川区の皆さん方が健康なお年寄りで維持していただけるか。寝たきりのお年寄りをゼロにはできませんが、理想としたら限りなくゼロにしていきたい、ないしはおしめをつけていらっしゃるお年寄りをゼロにしたいというのが私どもの、これは福祉の部会とも連携して話をしておることではあります。より健康を守った形の高齢期の生活をつくりたいと考えております。

もう一つは、検診ということをお我が国は世界でも非常に熱心にやっておる国家でした。現在、3大死因と言われているのががん、脳血管疾患、平たぐいいますと脳卒中でありまして、その次が心臓疾患であります。昨今は脳血管疾患は少し減ってまいりましたが、心臓病がそれにかわっておりまして、ヨーロッパ型、アメリカ型の死因構造に変わってまいりました。

ここで私どももきょうご検討いただきました基本構想等をもとにして具体的な実施計画等を検討したいわけですが、私の夢は、江戸川区民の20歳から上の人は、みんな応急処置ができるというような区民になっていただきたいと思っております。この理由はどういうことであるかということ、アメリカの論文で発表されたわけですが、心臓の発作が起こったときに周りにいる人のだれかが応急処置をすることによって、死亡率が半分以下に減っているんです。アメリカは死亡率が非常に高いです、心疾患の。適切なかかりつけの先生のところへ速やかに運び、専門医療機関に運ぶということがリハビリテーション、その予後の改善も含めて救命率を極めて高く維持することができる。ただ、救急車だけを呼ぶのではなくて、江戸川区民が誇れること、日本一の区にしたいと私は考えていますけれども、それはただ絵にかいたもちのような日本一健康区というのを目指すのではなくて、どうしたら具体的にそれが維持できるかということで、江戸川区民は成人式の際には誇りを持って応急処置の修了証書を全部持っているんだよというようなことをぜひ達成したいと思っております。夢のようなことかもしれませんが、そういうことが必要なんだろうと私は考えます。

それと、医師会長の先生ともこの前からお相談申し上げているわけですが、検診も集団でやるというよりは個別の受診体制がいいので、江戸川区の医師会の先生方は日常的な地域医療を熱心にしていただいておりますので、全国の医師会の中でもモデル事業として今まで何度も実際的な活動をお願いした経緯がございます。

そういう意味では、ぜひ江戸川区民の皆さん方にかかりつけ医というものを持っていただきたいということです。それでぐあいが悪くなったときだけ医者にかかるということではなくて、医師という職業を日常のいい健康状態がより長く続くための専門家として、活用すると言うと語弊がある言葉でありますけれども、少なくとも半年に1回くらいヘルスチェックといいますが、井戸端会議と言うとおかしいんですが、どうだっていうくらいで診てもらおう感じでおつき合いができればいいなと。そうすることが、結果的には重症化して医療費をたくさん使うという構造から脱することができるのではないかと考えておまして、日常の健康管理の専門家として開業の先生方のお力をぜひ得たいと思っております。

現在、がんがトップでありますけれども、今、最新の治療方法なんかを見ますと、治癒率が非常によくなりまして、胃がんなんかの場合ですと5年生存率が80%ぐらいです。そういう意味ではただ不用意に恐れたり、検診を受けないで何となくごまかしているということよりは、早めに自分の健康状態をチェックして、自分の人生を決めていくという人生に切りかえたほうが賢い。また、それが親、子供全部にお金の負担もかけなくて済むことではないかと考えられます。

それから、さっき申し上げましたように、生活習慣病ということですが、かつて結核が我が国の死亡の第1位でありましたけれども、昭和26年に脳卒中、脳血管疾患が死亡の第1位になってからは、感染症の脅威というのは薄れてしまったわけです。ただ、今、リバイバルでまた結核という問題や、O-157とかウイルス性の出血熱という非常に致命率の高い新しい感染症が出てまいりましたけれども、我が国の疾病構造からいきますと、3大成人病と言われるものが現在は生活習慣病でございます。

これはある意味では20歳ぐらいから始まっているというふうにお考えいただければよろしいのでございまして、60歳になってから症状が出てくるということは、それまで体の向上性といいますが、機能を維持するパワーで抑えていたということです。その病気というのは、40年がかりで皆様方が大切に育てた病気なんです。注射1本ではなかなか治らない。治すには40年ぐらいかかるんです。ですから、60で発病しますと、100歳まで生きていただかないとなかなか治らないんですが、その前に大体お亡くなりになってしまうというのが解決方法になっておるわけですが、現在は生活習慣病と。皆様方の毎日の生活の積み上げから、人間が生き物としての病気が出てくるという考え方になっています。

これは昨年総務庁がやりました世論調査で、この新しい言葉としての生活習慣病というのを知っているかということを探ったものであります。約70%の人が生活習慣病という言葉にはなじんでいらっしゃるんです。ただ、30%の人が聞いたこともないというふうに答えているというのは非常に問題でありまして、感染症の場合は病気になる原因が外にあったんです。外因性といえますけれども、要するに赤痢菌を飲まない限り赤痢にはならない。当たり前のことでございまして、ところが、生活習慣病というのは、皆様方お一人お一人の毎日の日常生活の積み上げた結果として病気が出てくるということが厄介でございまして、また今度は逆に考え方を変えれば、生活の仕方を変えていただくということが重要だろうと思います。この中で生涯学習という言葉がありますけれども、江戸川区民の皆様方には自分の病気を避けたり逃げるのではなくて、しっかりつかまえてそれを勉強しながら、身の内として克服していただくという生活に切りかえていただければと考えておるわけでありまして。

これは申し上げましたように、肥満、高血圧、高脂血症、糖尿病、骨密度の低下等々いろんな問題が出てきます。そういう意味ではそういうものが起こってくる一番の大もとは何であるかということ、不適切な食生活。塩分を取り過ぎている、高脂肪のもの、それからエネルギーを取り過ぎている。過食でございます。

これも今おもしろい研究の結果が発表されておまして、今、日本でも一番問題は、お子さんでもそうなんです。朝、欠食をされる方が多い。私も今、単身赴任でやっておりますので、板前なしなんです。自前でやっておるんですが、朝どうしても早いときは果物とヨーグルトぐらいになってしまうんです。そのかわり昼しっかり食べているんですけども、例えば夜、飲みますと、どうしてもお茶漬けかうどんが食べたいというのが私の病気でございます。ついついそれに手がってしまうんですが、そこは今ぐっと我慢して、お茶だけ飲んで寝ているんですけども、2,000キロカロリーの栄養摂取をとったとします、エネルギー摂取をとったときに、朝御飯に2,000キロカロリーとった場合は、その人の1日の活動のもとになる。ですから、たまらないんです。ところが、夜2,000キロカロリーとりますと、お休みになるまでせいぜい四、五百キロカロリーぐらいしか使いませんから、1,500キロカロリーは積み残されてしまうんです。ですから、夜たくさん食べるということはまさに肥満の元凶でございまして、そういうことでは朝型に

切りかえていくということが重要だろうと思いますし、江戸川のおばさんたちが朝御飯を食べてないとか、お昼御飯も食べてない、ポッキーばかり食べているという状態は江戸川という文化が貧困であるし、不健康だということになるだろうかと思います。

そういう意味で病気が起こってから、いろいろ片マヒが起こってまいりましたり、痴呆が起こってまいりまったりします。そういう段階ではいろんなレベルに1次予防から3次予防までするわけですが、一番経済的にも効率がいいのは1次予防、早めに問題を解決していただくということになるだろうかと思います。

少し急ぎますが、先ほど申し上げましたように、日本人で今非常に問題が多いというのは心の問題であります。ちょっと暗くて恐縮ですが、ここで私どもが非常に気にしておりますのは、55歳ぐらいから上になりますと、さっき申し上げましたように、ご自身の健康とか病気が悩みのもとであるということが一番大きい問題になるだろうかと思います。これに関しまして、現在、保健所の皆さん方やいろんな方々と協議をしておりますが、できれば将来的には心の元気を取り戻すようなセンターをつかって、何か悩みがあったりしたら、昔は地域で物知りのおばあちゃんとか、そういう方々が受け皿になっていたと思うんですが、この現代の社会ではそういう専門家を擁したような、気安く入れるような場所があったらいいなと思っております。

それで、現在、心の病気が増加傾向にございまして、きょうそのお話をする余裕は全くありませんが、基本的には我が国の医療制度は明治7年から近代的な医療制度に切りかわったわけでありまして、残念なことに精神科領域の医療に対して国家的政策が全くとられなかったと言ってもいい国家でありまして、これは近代国家としては大変問題があります。その辺は日本人のどちらかといえば民族意識、日本人は均一であるという錯覚があって、細かいところで差別化をするのが好きなんです。ですから、精神病というと、何かとんでもない別なものを見ているような判断をしてしまいがちなんです。これは人間が脳というものを持っている以上、だれでも悩みを持っていたり、病的な状態を持っていたりするのが当たり前だというふうに考えていくべきことが、あれは精神病だということでレッテルを貼って、隔離して、差別をしてしまったというのが、この100年の医療制度上の最大な問題点であります。

そういう意味では心が病んでいるときに、周りの人々の協力で励まして、助け合っていく社会を早急につくっていかない限り、あれは異常だということではなてまいりますと、最後にはだれも残らない状態になってしまうんです。我々はみんな少なからず異常性を持っているということです。ですから、正常か異常かということで判断してはいけないだろうと考えています。

そういう意味で、昨今、この21世紀に関しましては、ゆとりということが話されるわけですが、これは男性と女性の区別で、年齢別に心の悩みを伺ったものでありますけれども、男性の場合は仕事上のことが一番の悩みになります。これは海外に比べますと異常な高さです。ということは、日本の男性というのは家族や地域社会を顧みず、まさに企業戦士として散っていくわけでありまして、これは日本の今の社会構造上、大変な問題だと私は考えております。

特に私が強く提案していることは、この江戸川で60歳以後の方々にもう一度勉強していただく退職者大学というようなものをつかって、もう1回リフレッシュしていただくというふうに考えます。さっき申し上げましたように、悶々と家にいるという状態を脱していただいて、ボケ老人を減らすということも含めて、平たくいえば、60歳まではしっかり働いていただいて、企業戦士でおられても結構なんです。それから先の人生は地域社会を守る防人になっていただきたい。地域社会を守る防人としてもう一度リフレッシュコースをやっていただいて、今いろんないいかげんなカリキュラムを提案して笑われているんですけども。

例えば僕なんかでも中央線の武蔵小金井に長年住んでいるわけですが、自慢じゃないですけども、40年近く武蔵小金井の飲み屋なんて行ったことがないんです。だから、うちの女房のほうが顔

なんですね、地域では、やれPTAだの何だのといって、あそこのカラオケがいいとかいろいろ言っているわけです。だから、銀座、新宿は任せなさいというくらいよく知っているんですけども、武蔵小金井の飲み屋街なんて行ったことがないです。そうすると、多分、私と同じような企業戦士の方々は同じだと思うんです。新橋、銀座は任せておけと。だけど、新小岩は知っている店がないよというのが現状だと思うんです。

そういう意味では地域になじんでいただくということで、新小岩の駅前の焼鳥屋のおやじを教授にして、新小岩飲み屋学とかいうのをやりたいなというような感じがしております、まず地域社会をよく見ていただくというところから、そういう新しい大学のようなものができればいいなと。それで、もう一度地域社会を活性化するための大きい親柱として、60歳以上の人生を過ごしていただければなというふうにも思っていますし、その方々のお力がなければ、多分、今の行政の予算とか、人材では達成していかないだろうと思っています。

そういう意味で仕事のことというのは、建前のにいうと悩みなんですけれども、これをとられたときにはもっと悩みが大きいということです。よく今リストラで話題が出ますけれども、おれがいないとこの会社はだめなんだと言うけれども、ほとんど休んでも何の影響もないというのが現状でございます、思っているのは本人だけなんです。よく私も企業の幹部研修とかで頼まれるんですけども、日本の男性というのは玉突き人生だといつも言うんです。学生時代はパチンコをやって、サラリーマンのときにはゴルフをやって、老人会に入ってゲートボールをやると、玉ばっかり突いているんです。それであんたたちいいんですかという話をいつもするわけですけども、実は仕事のことだけしか考えてない人生というのは非常に不健康だということです。もっと人生、趣味なり教養なり豊かなものを求めていただかないと、仕事だけに逃げてはいけないうらうと思えます。

もう1つ、今度、女性のほうは、若い方が中心なんですけれども、育児、出産、子供の教育というのが一番のストレスである。こんな日本にだれがしたと言いたくなりますけれども、なぜこうなってしまったのかというのを真剣に考えないとまずいことだと思うんです。ですから、子供さんにとっても受難ですよ。虐待もあればコインロッカーに捨てられる人もいますし、今度、子供のほうもまた、親の顔よりコンビニのお兄ちゃんのほうが親しいとかという時代になっているわけです。それで、知らぬは親ばかり。うちの子に限ってなんていうことを言っている状態じゃないですよ。

そうすると、2007年からは、推定では我が国の人口が有史以来初めて減るという現象になります。このままいきますと、2200年には江戸時代並みの人口で、4,000万人ぐらいにしかならんらうというふうに推定されます。ですから、次の世代を託する子供たちがなぜそういう運命になっていくか、また子供たちをなぜ我々の宝として考えられなくなったのかということが一番重要なことでありまして、ただお母さんだけの仕事ではなくて、地域社会全体で子供を育てていくという発想に変えない限り、1人のお母さんだけの負担ではカバーし切れないというところに、今、問題があるのではないかという感じがいたします。

僕なんかは実は自慢じゃないんですけども、小学校のころから問題児の悪ガキでございまして、悪さばかりしていたものですから、最後は、あれはショックだったですね。ずうっと後ろにいたのがどんどん悪さするので、前に机が移動したんです。あるとき、学校へ行ったら、突然、教壇の横に僕の机がありましたね。それでも懲りずに悪さをしとったんですけども、そういう時代が懐かしいといえば懐かしいんですけども、よく怒られました。懲罰はみんなやりました。廊下に座らせるなんて日常茶飯事でしたけれども、そういう結果がこういう大人になったわけでございますけれども、そういう意味では、今までの育児論とか育児の考え方というのをもうちょっと考えなきゃいけない。

それともう1つ、これは福祉のことでいつも我々がおしかりを受けるのは、日本の福祉をだれが担うか

という質問をしますと、男性は大体自分の奥様、それから娘さん、お嫁さんと、女性ばかり名前が出てくるんです。それで、日本の男は何だと、女ばかり頼ってと女性にしかられているんです。

そういう意味ではここが最後のメッセージになりますけれども、睡眠不足とかほんとうに仕事ばかりでごまかした人生じゃなくて、豊かな人生を送っているかということになりますけれども、休日の過ごし方でこれが問題なんです。日本人の一番問題です。アメリカでも今教会に行く人は30%だというふうに変わってきたとは言えますけれども、普通の休日の過ごし方、要はテレビを見てゴロゴロしているというのが日本人なんです。もし1週間がそこまでしなければ体力が回復しないくらい過激な労働をしているとしたら、これはかなり不健康な国家ですよ。だから、休みのとき何もすることがなくて、ゴロゴロテレビばかり見ている。これでいいんですかというのが私のメッセージでありまして、もう少し健全に、ゴロゴロしているエネルギーを、例えば病院にボランティアでサポートに行っていたとか、福祉施設のお年寄りのお世話をするとか、何かやることはないんですかということが一番の問題だと思っています。ゴロゴロしたあげく検診で引っかかって入院するとか、これは国賊、非国民と言ってもいいです、我々の側からいくと。ゴロゴロしている人たちをゴロゴロしないで、元気はつらつに変えたいというのが私の希望でありまして、この方々が区民の健康や豊かな地域社会を守るための人材に変わっていただく。そのためにはどうしたらいいかというのが、今これからの最大の課題だと思います。

大変雑駁なお話で恐縮でございましたが、今、私どもがいろいろ現在の保健所の皆様方とか江戸川区の衛生状態の資料等を見まして、いろいろディスカッションをしてきた中で、今、皆様方のお手元に渡してありますような基本構想でいかがかというのが我々の今の到達点でございまして、また後の時間に委員の皆様方からいろいろご質問等をちょうだいしながら、よりいい構想にしていただければということとで私のご報告を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

【松下会長】

ありがとうございました。もと悪ガキだった西垣先生のお話を拝聴させていただきました。

それでは、ただいまのご説明につきまして、ご論議をいただきたいと思います。意見並びにご提案がございましたら、お願いをいたしたいと思います。

【竹内委員】

区民主役の生活習慣病対策の推進という中で、今、先生のほうからご説明がありましたけれども、かかりつけ医制度を導入するとともにということなんですけれども、今後、当然、医療におけるITの推進が今後非常に大事な観点だと思うんです。要するに電子カルテの普及推進を図って、結局、かかりつけ医の先生と専門病院をネットワークで結んで、画像診断とか病理診断等を行う、そういう遠隔医療の充実ということの中で区内の高度医療施設とも連携しようというような、地域保健医療ネットワークをつくっていきますという中に、今、私が言ったようなITの医療化といいますか、そういうものが含まれているのかというのが1点です。

それと、その下に中高年の脳血管疾患と心臓発作を大幅に減らしていくという文章が載っていますけれども、1つは江戸川区で行っている区民検診の中に、今、たしか脳ドックの検診が入っていないと思うんですけれども、こういったところで今後そういった脳ドックの検診を受けるような議論が審議会の中であったのかどうか、それをちょっとお聞かせいただきたいと思います。

【西垣委員】

お答えを申し上げます。

今のご質問の件でございますが、日本の今の社会構造からいきますと、将来的にはIT化は推進せざるを得ないと思っています。しかしながら、今すぐかという、もう少しゆっくりやってもいいのではないかというのが私の考え方であります。

といいますのは、基本的にはプライバシーの保護をどうするか、ないしは今私どもの大学もハッカーに年中ねらわれておりまして、インターネットセキュリティをどう担保にとるかというので、ほんとうにゲリラ戦でやられておりまして、個々の1方ずつのいろんな生体情報が今までのような状況で突破されますと、これは少なからず重大なことになると思います。そういう意味ではサービスを提供する側の効率性だけというよりは、区民の皆様方の利用者優位の便益性というのを最優先で考えるべきだと思っています。したがって、最小限度のネットワーク化をまずやるべきではなかろうかと思っています。

ただ、個人的には、皆様方今お持ちの国民健康保険証がございますよね。あれをごらんになってどのようなご印象を持たれているかわかりませんが、戦後の米穀台帳と同じで、先進国である日本が何であんな半ピラの紙切れを持って病院に行かなきゃいけないかというのは甚だ疑問に思っているわけです。そういう意味では少なくともITカード化したもので保険証にかえる。特にこれは医療費の問題からいきますと、この前もある雑誌に書いたんですが、我が国の医療費の請求というのは飲み屋の請求以下なんです。要するに算定根拠がないままの請求額を払っているわけです。

もっときょう裏話をしますと、悪い医療施設が減額査定を審査会で受けますよね。そうすると、1万円の医療費の3割負担ですから、3,000円皆さんがお支払いになっているわけです。ところが、審査会でこれは不適切な医療だったということで、9,000円に下げられたとします、極端な例で。ということは、9,000円の3割ですから、2,700円ほんとうは払っていただければいいわけです。そうすると、300円戻ってこなきゃ困るわけです。ところが、今まで日本の医療機関、これは厚生労働省も言っていますけれども、戻した形跡はないんです。ということはどういうことをやらなきゃいけないかという、悪い医療機関を淘汰する知恵を区民が持たなきゃだめだということです。だから、どの医療機関がいい医療機関かを判別する目を持たない限り、幾ら制度を変えても変わらないということであります。そういう意味ではお互いが自分の体のことも冷静に明確に自覚すると同時に、いいサービスというものの判断能力を上げるということが情報化の以前にやるべきことだろうと。

きょう医師会長の小暮先生がお見えでいらっしゃいますから。先ほど申し上げましたように、私がぜひやりたいことは、日本の医療法上病院と診療所の区別というのは、極めてハード的な区別しかないということです。要するにサービスとしての連続性が担保にとれてないんです。法的な未整備がある。これは世界中どこでも、ファミリードクターと呼ぶか、かかりつけ医と呼ぶかは別として、身近でお世話をいただく先生から紹介されて病院に行く。

ですから、東大病院にダイレクトに風邪引きの患者が来ること自身が迷惑だったんです、我々の側からいくと。要するに飲み屋の経済学じゃないんですけれども、1人当たりの売り上げが安いわけですよ。ところが、東大の設備投資の金額では、とてもあんな3,800円の風邪引きの患者を診ている暇はないんです。それ以上に山谷の皆さん方もよくおいでになりますので、あの方々が来ると不採算で、毛布からスリッパからみんな持っていかれちゃうという、国有財産がなくなっているということもございまして、そういう意味では大病院がいい病院だという迷信、錯覚を取り去らなければいけない。ほんとうに病院という具備した設備が必要な患者さんに、そこを使っただけの一番いい使い方で、日常的な、さっきご紹介しましたように風邪とか何かで東大病院へ来てもらっちゃ困るんです。

医師会の先生方はそれなりのご経験とかノウハウを持たれていますし、地域に住んでいらっしゃるわけです。そういう意味では、これはどこまで実現できるかわかりませんが、強制権はもちろんありませんけれども、江戸川区民は全員かかりつけ医を地域の開業の先生で持っているという区にしたい

なというのが僕の本音です。

それと、あともう1つ、ボケ老人のことに関連するだろうと思いますが、要は脳卒中になったり、これは脳梗塞なりの出血でもいいんですけども、なってからではまだ現在の医療ではなかなか治せないということと、私もほかの地域で、これは東北のある町ですけども、脳ドック検診を入れたんですけども、経済効率が極めて悪いです。今、大体原価が6万5,000円から9万円なんです、1人。それでほんとうに発見できているかという、発見できてないんです。というのはどういうことかという、マニアックな人だけが受けているんです。大体マニアックで受けた方というのはほとんど異常はないんです。それより問題がある人に受けてもらわなきゃいけないので、これは行政のお金を使っていますので、9万円単価ということになりますと支払い切れないので、自己負担を導入しまして、自己負担3万5,000円という金額が問題なのかもしれませんが、年間予算はみんな未消費です。

ですから、そういうお金とかそういう体制をとるよりも、もっと初期の段階の予防とか検診といいますか、それとか開業の先生のチェックを重視して、そっちのほうに予算を回していただいたほうがいいと思っております。単なる脳の像映をしたところで解決はしないし、まだ診断精度がそれほど高いと思っておりますので、脳外科とか、そういう専門家がいます病院では今宣伝していますけれども、必ずしも今までの検診のようなレベルではまだ扱う必要はないのではないかと考えております。

【小暮委員】

きょう西垣先生から非常に楽しい基本構想をお聞きしたんですけども、さっきの質問ですけども、江戸川区の場合は、地域医療につきましてITの面で通産省と郵政省に申請しましたところ、2億円の補助金が出ました。2億円の補助金が出たということは、4億円の仕事をしてもいいということで、医師会は今現在477人の会員がいるんですけども、とりあえず150台のパソコンを買いまして、150の医療機関に1台ずつ配りました。それが今センターとつながっておりまして、患者さんの情報はすぐ出るんですけども、今、西垣先生がおっしゃったように、プライバシーの面がまだ解決されておられませんので、その辺を何とかきちんとできれば、江戸川区におきましては日本でトップクラスの情報を処理できるものですから、西垣先生が話していたとおり、ほかの地区ではできないような構想を今考えておまして、着々と進んでおります。

それから、さっき脳ドックの件はどうかということで、私たちは毎年1回医師会のほうから区に要望を出すんですけども、その中に最初は脳ドックを入れました。それは前の区長さんから脳ドックをやるためにセンターを充実したらどうかという話がありまして、新しい立派なセンターを貸していただいているんですけども、そこにはMRI、CTを入れました。しかし、9万円と先生はおっしゃいましたけれども、そのような費用がかかりまして、それほどの効果は上がってないことと、当然、区のほうにもその予算はないということで、これはやりたいけれども、将来の問題として検討事項といたしました。

というふうに私たちは今考えておまして、これからも交渉はしていくつもりです。あるいは場合によっては、もしそれが効果があるんでしたら、全額負担じゃなくても、何割か負担してもらえればということまで話し合いは進んでおりますけれども、何しろ経済情勢が厳しいものですから、それ以上は今のところ進んでおりません。

それからもう1つ、さっき西垣先生ができれば検診は個別検診がいいとおっしゃってございましたけれども、今、江戸川区の場合は集団検診です。確かに集団検診というのは発展途上国の検診方法で、決して理想的なものじゃないんですけども、江戸川区の場合はかつて東京都内では医療レベルが少し低かったんです。それで何とか検査センターをつくって、地域の医療のレベルアップを考えようということでスタートしたものですから、集団検診方式でいかないとなかなか皆さん乗ってこないということでスタート

したことと、もう1つは、早く個別にしたいんですけれども、個別にするとデータが散乱しちゃうんです。というのは、江戸川区には医師会のセンターと同時に、民間の生活が約6社入ってきております。その6社がどんどん検査の値段を下げるものですから、そちらに行く医療機関が半分以上あるんです。そうすると、医師会でやっているデータはすぐそろうんですけれども、一般のセンターに散らばったデータはなかなかそろわないんです。

それで、江戸川区の区民の健康状態を知るためには、どうしても統一したデータでないと正しい結果が出ないので、こういう集団検診方式にしたんですけれども、今はやっとどここのセンターでも検査機器はほとんど同じになりました。みんな一流の検査機器を持っているものですから、これからは西垣先生が理想としている個別検診に持っていきけるんじゃないかと考えておりました、この点はきのうも区のほうと要望事項を交換する会があったんですけれども、そういう会でも話が出ております。ですから、この辺は着々と進んでいくと思います。

それからもう1つ、かかりつけ医の問題がありまして、実は夕べ墨東病院の院長、副院長、各科の部長と地域の医師会との話がありました。そのときに、かつてはなかった話ですけれども、今、大学病院の院長、副院長あるいは診療担当部長、それから墨東病院にしても、都立病院ですけれども、責任ある方が年に二、三回、あるいは多ければ四、五回は各地域の医師会に行きまして、病診連携の話をいたします。

大きな病院は高度レベルの医療をしたいんですけれども、とにかく風邪引き、腹痛がどっと押しかけられたのでは何もそれができない。できたら、1次医療、救急医療も含めて何とか地域の医師会、地域医療で賄ってもらえないか。2次救急医療は大病院、都立病院、大学病院がみんな引き受けるけれども、とにかく大病院志向といって病院に集まってこられたのでは、ほんとうに機能が発揮できないというふうに何回も要望されまして、それは全くそのとおりだと思いますけれども、大病院志向ということは地域の医療機関が信用ないからそっちへ回るので、私たちの大きな責任を感じているんですけれども、これは何とかかかりつけ医の問題を解決すればその問題も着々解決できるだろうと。

病気の10のうち大体地域で9つぐらいはカバーできる。ほんとうに専門病院でなければならぬというのは1割しかいないと思うんです。だから、もし1割の患者さんだったら、大病院ではほんとうにきちんとした治療がしてもらえenと思いますので、何とか地域医療を確立するためには私たちも頑張らなくちゃいけないし、その一環としてぜひ私は西垣先生に頼みまして、この中に区民の健康教育を入れていただきたい。

これは夜間診療の例なんですけれども、子供さんが熱を出してきます。そうすると、お母さんが一緒についてきて、きょう熱が出たのにこれは風邪ですねと言うと、無菌性髄膜炎はどうでしょうか、MRI、CTを撮らなくていいんでしょうかと言われた場合に、医者として常識的には要りませんよと言うんですけれども、お母さんは頭でっかちになっておりますから、いろんな家庭医学書なんかを読んでいて、もしこの子が無菌性髄膜炎とかそういうものだったら、すぐ入院させなくていいんですかという質問が次から次へと出てくるんです。それを幾ら私たち医者でも、いや、大丈夫です、大丈夫ですとそこではっきり言える医者ばかりではないわけです。ですから、そういう点でも区民教育がいかに大事かという点で、ぜひ西垣先生にはこの構想の中にそれを強く入れていただきたいと思っております。

そういういろんな検査をするのはいいんですけれども、医療費は何万円とかかります。ですから、皆さんが要望しているようなかかりつけ医がいかに大事かというのはわかりますので、その辺は私たちもみずから反省しながら、いいかかりつけ医になろうというふうに医師会全体で今努力しております。

【杉委員】

楽しくお話を聞かせていただきましてありがとうございました。

先生のお話の中でちょっと気になったのが1点だけあったものですからお伺いしたいんですが、おくらしている精神医療というお話がありました。また、どうもそれが差別化をしてきたのではないだろうかという部分なんですけれども、「キレる17歳」から始まって痴呆性のお年寄り、リストラ等でうつ的な方々、精神医療に関して今後どうあるべきなのか、そして江戸川区はどう考えていらっしゃるのか、それをお聞きしたいんですが。

【西垣委員】

精神医療がおくらてきたというのは世界的な傾向なんですけど、ただヨーロッパ、アメリカで見ますと、18世紀の初頭ぐらいにフランスの精神科の医師のフィネーという人が、それまでは日本と同じと言ったら語弊があるかもしれませんが、精神科の患者さんはみんな鎖につながれて、おりの中に入っていた。甚だしく人権を侵害していたということで、精神科医の父と言われている先生は患者から鎖をとって、おもしろい奴隷の足かせと同じようなものをつけていたのを、人間の病気の1つとして位置づけたという経緯がございまして、その辺が日本では、先ほど申し上げましたように、1つは文化的な国家的な特性で、過去の場合では座敷牢に入れるなりお寺さんに預けるなりということで、普通の社会から排除する形でしか見てこなかったという経緯があります。

もう1つは、各医療サービスに対して、どういうシステムやハードを整備していけばいいかという中で明治維新政府以来やってまいりましたのは富国強兵策のあおりでございましたので、感染症対策というのが中心にならざるを得なかった。現在、国立病院の統廃合が起こっておりますけれども、これは平たくいえば、国立病院というのは基本的には陸軍病院、海軍病院の結果なわけです。そういうところからいきますと、都立松沢病院は日本の精神医学の出発点と言われておるところでありますけれども、そこも必ずしも理想のものとは言えなくなっている。

そういう意味では医療制度上今まで乗せる場所がなかったというのが正直なところでありまして、一番困っているのは、精神障害を持たれている家族の方々がひとえにご苦労されたというのが長い歴史だったと思います。そういう意味では今私どもが考えていますのは、さっき申し上げましたように、心の持ちようというの、人間という生き物の当然属している属性の1つでございまして、心の病気として精神疾患は特殊なもの、または遺伝的な特別なものという認識ではなくて、だれでもがかかり得るものだろうというふうに考えを改めていく必要があるだろうと思っています。

そういう意味ではまず重篤な方々よりも、地域社会で、昔の浮世床ではありませんけれども、隣近所で何となくサポートしてきたと思うんです。日本の社会というのはいわゆる村社会だったと思うんです。ところが、それが今核家族化になりまして、私の家なんかは今核分裂家族でございまして、核家族からもう1つ進んだ状態で、家族が3カ所で分かれて暮らしているという状況になっていきますから、結局、食事もそうですが、個食といたしまして1人ぼっちになっているんです。ですから、その部分もうまく公的なサービスとして気楽に相談にいける。いつも問題が起こったときに、行政は何しているというおしかりを受けるのは、結局そのところが谷間になっているからだろうと思うんです。ですから、そういう意味では行政がつくったとしても、これは区民の皆さん方のボランティアなり地域住民として支え合っていくという仕掛けをつくるのが一番重要で、収容施設をつくるのが重要ではないと私は考えています。

これは心身疾患も含めて、心療内科とか神経内科、更年期障害も含めて、今までボーダーラインのところは受け皿がなかったわけなんですけれども、現在その辺が診療体制としても整ってまいりましたので、なるべくそういうところに振り分けて適切な治療を受ける、ないしは支援体制を組んでいくという体制を、今、地域精神衛生活動というのが提案されておりますけれども、申し上げたいことは、江戸川区全体で

それを見守っていく体制をつくりたいと思っているわけですし、決して収容施設である精神病院をつくれれば解決するという問題ではないということだけ強調して、お願い申し上げたいと思います。

【藤居委員】

健康ということに関して私は、先生の話にもありました食生活の関連というところで、とても気になっていたりすることがあるんですけども、この中にも書かれていますけれども、遺伝子組み換え食品のようなさまざまな食品が今出回ってくるようになっていまして、子供たちが朝食をして学校に行かないということもおっしゃいましたが、この遺伝子組み換え食品をはじめとして、どういったものを私たちが日常食べているのかという認識があまりなくて、女性が社会に出て働くようになって、忙しい方が増えたということもあるのか。子供たちも朝食べないし、例えば学校から帰ってきて食べているおやつの状況も、昔とは随分違っているのではないかと思います。

その食生活というものが、私たちの年代になれば平均寿命もずっと下がるということを一時非常に深刻な問題として報道されましたけれども、そういう健康との因果関係というか、そういうことをもっと子育てをしている人たちがとても大切なことだということで認識をする必要があるのかなというふうに感じています。学校の例えば調理時間などでも、子供たちがお魚の形を見たことがないとか、おみそ汁なんかをつくるときに、要するにだしをとっている様子を家で見ることもないものですから、学校の先生も化学調味料を使って料理をつくるということが学校の中でもあるらしいんですが、そういった食生活と親や子供たちへの教育ということがとても大事なことはないのかと私は思うんですが、そのあたりのことについてもぜひ先生のお考えをもう少し詳しく伺いたいと思いますし、この中にもぜひ入れていただきたいと思います。

それから、あともう1点、先ほど最後のグラフがとても興味深かったんですけども、男性と女性のストレスを感じている中身と年代別のグラフだったんですが、男性では仕事に非常にストレスを感じる年代が急激にカーブが上がっていて、あと山型で下がってきていて、そのほかの点についてはほとんどストレスが感じられていないというか、わりと下のほうでグラフが推移していました。女性に関しては、子育ての悩みというのがとても高かったように思いますけれども、今、言われている児童虐待の問題については非常に深刻な問題で、表面にあらわれてきていないことがたくさん起こっているのではないかとということで、これは今後減っていくことはなくて、かなり増えていくんだと思います。

そういったストレスを感じているとか、例えば悩みがあるというときに発見というのはなかなか難しいですよ、ずっと封じ込められていくという点では、そういった中で、1つは、ちゃんとカウンセリングできるような専門家の育成とか、行政の中ではそういった方をきちんと適材適所で配置していくとか、そういうことをほんとうに最優先にして進めていかなければ、虐待を1つの例に出しましたけれども、さまざまな心の障害というか、精神的な病が減っていかないというふうに私は思うんですけども、そんなあたりも今後のこの長期構想の中ではどのような形で位置づけられていられるのかということについてお尋ねしたいと思います。

【西垣委員】

大変難しい問題なんですけれども、これは部会の中でも私はこういうことはできないのかという話を申し上げたことが1つあるんですけども、区の行政権限で、江戸川区のコンビニとかスーパーに入ってくるやつ安全基準を国のレベルよりもう1個上げると。これは多分、メーカーとか、いろいろ物議をかもし出すことは必定なのでありますけれども、ただ問題は、区民が味方になってさえくれれば、それは可能性はあると思うんです。そういう意味ではこれは大丈夫なのかという心配をしながら、今、我々は食生活

をやっているというのが現状だろうと思います。

実は私の経験なんですけれども、静岡に5年前に赴任しまして、単身赴任になったわけです。僕は料理をつくるのが大好きで、自前でつくっているんですけれども、ちょうど今の時期で、アユがおなかに子供を抱えて川からおりてくる落ちアユの時期だったので、一山安かったので14匹買ったんです。夜なべ仕事の気分転換で、はらを開いて一夜干しをつくったわけです。そうしたら、愕然としまして、そのうちの大体5匹ぐらいが卵巣が全く未発達なんです。あと3分の1ぐらいがひものような状態で、何とか卵巣らしいという状態が3分の1しかなかったんです。次の日、大学へ行く前にその店に行っておやじに、別におまえを責めているわけじゃないから、内緒で仕入れたところを教えろと言って脅したんです。そうしましたら、実は琵琶湖の稚魚を使っているんです。静岡というのは結構アユが盛んなところで、狩野川水系もアベ川水系も非常にアユの釣りの名所なんです。

それで、僕が愕然としたのは今の環境ホルモンです。私が大学におりましたころは、まだ水俣病とかイタイタイ病とかいう公害病が盛んなときですから、動物実験とかそういうことばかりやっていたんですけれども、あのオーダーに比べると、10のマイナス3乗から6乗、環境ホルモンは分子が小さいんです。ということは、ほとんど発見不能なんです。ただ、問題は、これだけは言えるんです。例えば生物学的濃縮という現象化なんですけれども、海水に一夜入っていると、それを食べているプランクトンで10倍に濃度が上がるんです。小魚で上がって、ずっと上がっていくんです。

ですから、人間というのは食べ物のフードピラミッドという食物連鎖の一番上にいますので、濃度公害からいくと、海が1だった場合に、人間が食べる時には10の6乗ぐらいになっているんです。これは害がないと胸を張って言える人は多分1人もいないと思うんです。それともう一つは、単品で今食品衛生法で制御がかかっていますから構わないんですけれども、同じ防腐剤とか、複数そればかり食べていたら、重なったときにどうなるかというのは実はデータがないんです。というのは、1個の商品では安全性は担保にとられていますけれども、それが全部固まったり、赤ちゃんのときから大人になるまで食べ続けたらどうなるかなんていうデータはどこにもないんです。

ですから、そういう意味では何となくこれで大丈夫かという、うっすらぼんやりした不安を今国民の皆さんはお持ちなんだろうと思います。そういう意味で、婦人会という言い方は古いのかもかもしれませんが、区民の皆さん方がそれぞれ社会活動で製造メーカーのところへ直接出かけるとか、自分たちの健康を自分たちでチェックするということが非常に必要なんじゃないかと思います。

それと、僕が個人的に家でやっていることは、何せ出稼ぎ亭主みたいなものですから、年中行方知れずになっていますよね。ところが、うちの嫁さんはほとんどあきらめているんですけれども、なんぼ教えても忘れるもので、僕なんか、山田風太郎じゃないんですけれども、あと何回の晩飯ってカウントダウンできる年になりましたので、いかにもうまいものを食うかということで情熱をかけているんです。東京におりましたころから、大体土日は僕が調理をするんです。

これはきょう強めて申し上げたいんですが、日本の男性は自立能力が低いんです。逆に言うと、女性が甘やかし過ぎなんです、子供のころから。もっと炊事、洗濯何でもできる男性にしてもらわないと、これからの時代生きていけないと思うんです。女性がカバーし過ぎているので、日本の男性というのは食事なんかあてがいぶちでしょ。だから、逆に言うと、うちは子供と一緒に買い物に行って、自分でつくるわけです。魚もみんな1匹ずつ買ってきますから、魚をあけると何を食べているかわかるし、どういう環境で育てられたかわかるんです。養殖の魚はすぐわかります。それこそ皮下脂肪がいっぱいついていて、腸管の色が違いますから。

そういうことで、自分が口に入れているものを発生場所から点検するというのが一番重要なんじゃないかと思いますし、逆にいえば、お祭りもそうですけれども、みんなで寄り合って食べるというのが一番

家族でもいいことだと思うんです。今、食生活ではなくて、えさの補給という形に変わっているのが今の日本人なんじゃないでしょうか。その見返りが女性のグルメブームで、結局、現実の不安の逃避だと思えますけれども、銀座のレカンに行っても果たしてそれで毎日もつのかという話が出てまいりますけれども、そういう意味ではこれは女性だけの役割ではなくて、男性の皆様方も、江戸川区に入っている食品がほんとうに安全かどうかというのはものすごく重要なことだと思います。

それともう1つ、今度、子育ての問題なんですけど、これはサル学といひまして、人間をサルと比較すると怒られそうですけれども、日本ザルとかチンパンジーの研究が進んだ結果、女性だから母親になれるというのは間違いだったというのがわかっているんです。というのは、母性というのは学習なんです。ということは、我々が子供のころは、おっばい丸出しで赤ちゃんにお乳をあげている母親というのは当たり前でしたよね、日本では。おばあちゃんが育てたりとか、子供のころに子供の育て方というのが目の前で展開されたわけです。ところが、今それがみんなシールドされていますから、赤ちゃんがどうやって育っていくかだれも学んでないんです。だから、子供が子供を産んでいるような形になります。

看護学部の学生にはこういう実験をやるんですね。おしめをつけさせて、麦茶をがばがば飲ませるんです。おしめで1回おしっこをしてもらいます。大体年ごろの娘さんばかりですから、猛烈な拒否反応と嫌がりがあるんです。ところが、吐く位まで我慢するのがいるんですけれども、3時間ぐらい飲ませ続けると絶対おしめをぬらすんです。その後レポートを書かせるんです。そうすると、結構おもしろいレポートを書いているんです。それは何でやっているかという、おしめをかえるというのは屈辱感がありますよね。特に大人になってからだとあわれに思いますから。そういう人たちにいたわりの心を持つためにそういう実験をやるわけです。レポートを書かせるとおもしろいんです。赤ちゃんのころを思い出したって書いてくるやつが半分ぐらいいるんです。

そういう意味で今僕なんか提案しているのは、学校で小学校、中学校の子が保育園のお世話をするとか、子育てを人生が進んでいく中で学習させない限り、コインロッカーに捨てるとか、親がパチンコをやっている子供が脱水で死んでしまうとか、我々の常識からは考えられないことが起こるので、逆にいうと、1つの提案は、さっき申し上げましたように、子育てをお母さん1人で悩むんじゃなくて、悩みを地域に振り分けてしまえばいいんじゃないか。逆にいうと、隣のおばさんでも何でもいいから、預かっていてよっていうぐらいのことができるまちにしたいなと。毎年冬になりますと、お子さんが3人ぐらいいて、スーパーへ行っている間に子供がマッチで火遊びして、子供がみんな死んじやったとか、そういう痛ましいというか、何を我々はやっているのかなと思うことがあります。だから、検診だけが重要じゃなくて、我々が次の世代をみんなで育てていくという意識改革を区民の皆様方にさせていただくことが一番重要なんじゃないでしょうか。

みんな無関心で、関わり合いを持たないというのが今の現代生活になっていますけれども、それをお祭りにして、何らかの毎日の区の生活の中で、人が生まれ死んでいくことが日常的だというまちなしければ、ベイエリアに幾ら高層アパートができて、ハイカラな江戸川区になっても、ほんとうにいい豊かな江戸川区にはならないんだらうという気がしています。

ですから、いかにしてお子さんたちをサポートしていくかということで、お母さんの負担を減らすためのお父さん学をやらなきゃいけないんじゃないかという感じがします。ですから、皆さん方が全部日常におしめを替えたりとか、おんぶしてまちへ連れて行くとかいうようなことをやっていただいたらいいんじゃないかという感じがします。これは夢みたいなことを言っていますけれども、僕はやりたいですね。はっきり言えば、そういうことをやらないと間に合わないし、ほっといても母親になれる女性は30%しかいないということです。あとの60から70%はかなり教育をしないと母親にはなれない。これはチンパンジーよりも我々の社会が劣っていることなんです。チンパンジーの社会は、セックスからお産から目の前で展

開するわけです。ですから、子供が自然に学習していける。ところが、人間の今の社会は全部隠していますから、子供が子供を育てるといふミスが起こってくる。それが戦後50年で、子供が子供を育てるのが2世代分蓄積されてきたわけです。だから、ますます希薄になっているという感じがします。

【吉越委員】

先生の話聞いておりましたら大変楽しくて、自分の立場を忘れてすっかり聞き入ったわけですが、健康という面から考えていくと、我々が大切に、日ごろ議論をしている区の主要な施策がみんなカバーできるんじゃないかと思われるほどの内容につながってくるんだということを感じました。

端的に言えば、高齢化してからリフレッシュする必要があるとすれば福祉対策ですよ。それから、さっきも話がありましたけれども、男性や女性の子育て支援策、休日の過ごし方、ゴロゴロしている人をボランティアで駆り出せといえ、これはボランティア対策と。いろいろそういう問題点で、なるほど健康とこの施策は一体化しているものだなとつくづく感じたわけですが、現実には私どももそうなんですけれども、体を動かすこと、スポーツすることは大変大切だということも頭のどこかに持っているわけです。

ところが、なかなかそういう機会に恵まれなかったり、あるいはそれに興味がないとなかなか参加できないということがありまして、私もゴルフを多少趣味にしているわけですが、あれならば1日10キロぐらい歩けるんですが、毎日ウォーキングロードを歩けて言われたら、これがなかなか続かないわけです。

そこで、ここに健康増進への支援ということが書いてあって、思わず運動をしたくなるような仕組みをつくりたいというふうに書いてあるわけでありまして、それからそこから3番目の健康スポーツ都市の形成というところに、私が思っているようなことが書いてあるわけですが、例えばプールをいろんな地域でつるとか、ジムをつるとかというようなことになると、それを商売としているところもあるわけで、それとの関連性があつたりしてなかなか難しいということなんです。各年代、各層が趣味を持って参加するには、今までの行政の常識を乗り越えた形で、興味を持つようなシステムづくりをしなければならないと思うんですが、そんなことが起草する段階で話し合われたのかどうか。これは先生の分野でなくて、執行部の分野なのかもわかりませんが、そういう話し合いがあったかどうかということをお聞かせいただきたい。

【西垣委員】

幾つか検討をいたしました。ただ、基本的な私の考え方で、行政が主導して何かをやる時代は終わったと思っています。といいますのは、補助金行政で箱ものをつくって、体育館をつくっても、ほとんど年間使われてないところがいっぱいあるわけです。ですから、行政はあくまでも支援に回るべきだと考えておまして、今のこの江戸川区という資源をいかに有効に生かし切るかというところに主眼を置いて議論をいたしました。

全く今のご指摘のとおりで、私なんかも講釈はするんですが、実際おまえはやっているかというところややる暇もないというか、運動をやるエネルギーがもう残っていないというのが現状でありまして、私の主治医から年中怒られている立場なんです。問題は、結局ジョギングなんかの場合も、あれを開発したアメリカの先生はニューヨークのセントラルパークで急性心不全で56歳で亡くなっている。

そういう理屈ばかり我々は言っているものですからあれなんです。一番私どもが今進めているのはやっぱり歩くことなんです。どれぐらい歩けばいいかという、今、座っていらっしゃるときの脈拍の大体20%アップぐらい。これぐらいのスピードで歩いていただければよくて、三日坊主で走り回ってもひざを痛めるぐらいで、いいことは何もないんです。それとか若気の至りで、テニスとかやってもアキレス腱を

切るぐらいで、また医療費がかかるぐらいで、もうやめてくれと言いたくなるんですけれども。

そういう意味では私が提案したいのは、行政で今できることは散歩したくなるようなまちをつくりたいということです。仰々しくグラウンドをつくるとか、プールをつくるということじゃないんです。日常生活の中で体を動かすことは楽しいんだというのが伝わってくるようなまちにしたい。例えば絵心があれば、絵筆を持って歩くとか、野立てでお茶をしている人は、ここでお茶を飲もうというような場所がつかれないかというのが私の提案であります。

私もロシアに中山太郎さんと一緒に、日本海を挟んで仲よくしなきゃいけないというので、ソ連邦が崩壊したときから行っておまして、今年は日本側だったので、この前、金沢でシンポジウムをやったんですけれども、ロシアの人に教えられたスポーツで、僕もあれはやりたいなと思ったんですが、ノルディックがいいですね。あれは貴族のスポーツで、ジェントルで、ノーブルだと思いましたね。マイナス45度なんですけれども、あんまり寒くないんです。東北のほうが寒いんじゃないかという感じがするんですけれども、ノルディックのスキーで後ろにウォッカを積んでというか、リュックサックの中へ入れて、双眼鏡を持ってバードウォッチングしたり、いろいろやると結構あれはいいですね。日本の神風スキーで上からただぶっ飛んでくるというんじゃなくて、スポーツの中にインテリジェンスがあります。やっぱり鳥の名前、木の名前、自然の景観を呼べるかということですよ。

ですから、そこが日本の今の運動のむなしいうところで、これを僕らは何と言っているかということ、チャンピオンシップスポーツトレーニングなんです。要するにオリンピック精神です。より高く、より強く、より速くなんです。ところが、我々の年になってそんなことをやったら、体がガタガタになるのは決まっていますよね。ですから、さっき申し上げたように、日本人ふうこれを解釈すれば、野立てでお茶を立てる場所とか、写生ができるような場所をつけた上で、ただゴルフも今おっしゃったように1つの案でしょうけれども、何かそういうような形でやれるまちができればいいなというのが1つの提案でありますし、長続きすることが重要なんです。

運動はやっていただいても、大体筋肉組織が変わるのに1カ月から3カ月かかるんです。これをやめると1週間で脂肪に変わっちゃうんです。だから、努力はものすごいんですけれども、結果がむなしいうのがありますから、レオタードを着て飛んだりねたり3カ月やっても、1週間でまたもとのもくあみになるというところがあります。ですから、そういう意味ではこれはさっきの精神医療と同じで、スポーツドクターとか、これは医師会の先生方で資格を持っている先生が何名もおられますし、運動療法士とか、そういうような専門家をなるべくなら区のいろんなところに設置して、どういう運動がその人に向いているかとか、長続きするか。一番重要なのは長続きです。

これはストレス解消もそうなんですけれども、僕の提案は心地よい汗をかく活動をいっぱいつくりたいなというふうに思っています。ですから、ボランティアでも、ボランティアをやらなきゃという脅迫神経でやっても困るし、つらかったけれども、さわやかでねという風が江戸川に吹いてほしいと思っているわけです。ですから、東京都健康プラザ「ハイジア」みたいに東京都は金があったときにあんなばかな建物をつくりましたけれども、ほとんど無用の長物ですよ。あの久保というロケーションを考えて、何であんなばかなものをつかったんだと僕なんかは思っていますけれども、そういう意味ではここで行政に主導権を渡すんじゃなくて、まさに区民のアイデアで、今、申し上げたような24時間安全に歩ける道をつくるほうがよっぽど僕はとういと思っています。そういうまちにするにはどうしたらいいかということが一番問題で、このごろは危なくて、早朝ジョギングで襲われたりとか、いろいろありますから、やっぱり安全というのと運動が並立するような。1人ではなかなかこれもやりにくいですから、いい仲間をつくるということですよ。それぞれ年齢とか体力に応じたグループを育成していく、またはそこに専門家がアドバイスをするということができればいいなと私は考えています。

【小泉委員】

江戸川区を全国一の健康区という理想像を目指しての素案のご説明、ほんとうに敬意を表しながら楽しく聞かせていただきました。

だんだん高齢化社会を迎えていきますと、当然そのままですと疾病率は高くなっていくと思います。そういう中で、江戸川区もご案内のとおり、寝たきりをなくすという大きな目標を掲げて、隣に小暮先生がいらっしゃいますけれども、医師会との大変な連携の中で、健康部が中心になって今きめ細かな施策を展開しているんですが、その中でも特に自分の現在位置を知るといいますか、検診制度ですね。これは先ほど集団から個別へという、将来に向けてそういう話も伺いまして、すばらしいことだなというふうに思いました。

問題は、どうやってそういうような健康社会と区民の健康意識を高めていくかということになると思います。江戸川区の場合には毎月1日、10日、20日、3回区の広報がありまして、これはほとんど健康の問題を毎回区民にPRしているわけでありまして、これも私は大変大事なことだと思っています。

問題は、これから20年後を目指しての理想像を掲げているわけですが、例えば生活習慣に深いかわりのある疾病を予防するために、検診を中心にして栄養とか、運動とか、休養とか、こういうものを区民の方々の努力によって疾病率とか罹患率が低くなっていく。この努力の成果というんでしょうか、区民にわかりやすく、例えば江戸川区というのは他の自治体と比較してこうした健康社会が今築かれているという、その成果を示す尺度とか、そういうものがあって初めてまた区民もさらに健康社会に対する誇りとかを持ちながら、また健康づくりのための努力とか、そういうものがない循環になっていくんじゃないかと思うんですが、そういうものの示し方をどういうふうにお考えになっているか。それがないと、一生懸命努力しているんですけども、どこまで今健康な状態の社会になっているのか、他の自治体と比較してどうなのかとか、その辺の具体的な示す方法等々につきまして教えていただければありがたいと思います。

【西垣委員】

ありがとうございます。大変重要なお指摘だと思います。

先ほど健康尺度というものを示したわけでありまして、これは基本的にはある集団を母体にした形の評価軸だと思います。これは集団の大きさによってかなりデータが振れるということがありますけれども、これは部会の中でもきょうお配りしました「健康日本21」というので、厚生省のほうからそれぞれの目標値が提示されております。しかしながら、これは現在、行政で持っております情報チャンネルとか活動では必ずしも数値が得られないものが多々ございまして、これをどうするかというのが非常に問題になっております。そこには今までの生きているか死んでいるかというデータよりは、日常的な到達目標が載せられておりますので、今ご指摘の点に関しましては、とりあえず行政としても、また区としても「健康日本21」のデータの目標値にいかに近づけるかということで、1つは具体化できるのではないかと考えております。

しかしながら、さっき申し上げましたように、検診なんか検診率が高ければほんとうにいいのかという問題が出てまいります。といいますのは、検診率は高いけれども、がん死亡者は多いとか、指標ごとに並べますと、相矛盾した結果が出てくるようなことが起こり得るんです。そういう意味ではぜひこれから皆様方も含めて、到達可能な目標、また優先順位として、江戸川としてはこれを最初につぶさなければいけないというものを決めて、それに向かって努力するというのが一番よろしいのではないかと思います。

それともう1つは、最も重要なことで、さっき小暮先生もご指摘になったことですが、健康教育という言葉でひとまとめにしていいかどうかは大問題なんです。私どもは今までやってまいりまして、1つの反省としては、どうも知識過剰の教育に偏り過ぎたのではないかという思いがしております。教育というのは必ずしも知識だけを伝達する場ではないわけでありまして、考え方が変わるといのもありましようし、行動が変わるといレベルもあろうかと思ひます。そういう意味では私が目標としておりますことは、江戸川に生きてよかつたな、ここで生まれて死んでよかつたなという区にしたいというのが、極めて抽象的な言い方もしれませんが、ゴールだと私は考えています。そういう意味では健康教育の目標というのは、生きる知恵をお互いが学び合える場所にすればいいのではないか。今、ご指摘のように、広報に載せておりますけれども、あんなものだれも見ないんです、はっきり言えば、あれは行政の単なる自己満足で、やらにゃいかんからやっているだけの話で、あれを見て生きている人はだれもないと思ひます。だから、それはむだなお金の使い方だと思ひます。

私が提案したいことは、119番とか110番とか、これは3けたの番号をとられていますが、123でも何でもいと思ひます。区長に強くお願いして、江戸川区の区民が健康から医療、福祉に関する何か問題があつたら、短縮番号で123にかけたら、だれかが出てくれるというシステムをつくるほうが賢いと思ひているんです。そこで何かがあつたときに、こうしたらいいんじゃないかというサービスをやるほうが賢くて、あんなだれも読みもしない環境汚染のもとみたいな広報は行政のただ自己満足でやっていることで、僕は意味を認めないです。あれは区民に対して何のサービスにもなっていない。ただ、行政の何かやっているというふりだけです。これはフリーターなんです。こういう行政はやめたほうがいい、それよりはほんとうに相談できる。

だから、もう1つ問題は、さっきの心の問題としてぜひやりたいことは、自殺の数が多くなつていっているんです。特に日本の自殺は壮年から初老期が多いという、これは世界的に非常に特異なパターンなんです。それは何でかという、仕事で今リストラになります。男性は生きる目標がなくなるんです。

今、青森で僕は仕事をしていますけれども、ここは最後の子供さんが高校を出た段階でご婦人が自殺するケースが多いんです。これはよくわかるんです。なぜかという、子育てで自分の生きがいをそっちに集中しています。最後の子供がいなくなつて、はっと目の前を見たら、ヨレヨレの亭主とボロボロのじいさん、ばあさんがいるわけですよ。そうすると、自分の後の余生は何だといつたら、この3人のおしめをかえることで終わるのかと思ひと明るくないです。生きがいなんてどこからも出てこないです。

それを何とかしなきゃいけないというので、今、僕らは国のモデル事業の予算もいただきましたので、慶応の精神科の先生方と、夢だと言えは怒られるんですけれども、自殺ゼロにするまちづくりをやっている最中なんです。これははっきり申し上げて、今現在3万人を突破しています。これからまたリストラが始まったらもっと増えるかもしれない。ということは、検診を幾らやっても、がんでは死なないけれども、自分で死んでしまうというんなら、これは不健康な世の中だと私は思ひています。

そういう意味では、広報とか何とか相談室とかい看板を上げることが重要じゃない。123、そこに電話をしたらだれかがいるという社会をつくりたい。そういう意味では保健所という建物が必要なのではなくて、保健所の持っている機能をどうやったら区民の皆さん方の手の届く場所の機能にするかというのが課題だと思ひています。そういう意味ではコミュニティライフサポートセンターって勝手に僕は名づけているんですけれども、地域社会で暮らすための支援組織、支援センターをつくるべきだろうと。ですから、そこに運動でも栄養でも必要な専門家がいて、区全体としたら24時間だれかが責任を持っている。この責任こそが、行政としての区の役割だと私は考えていて、区の役場があつたり職員がいることじゃないんです。区の人が24時間365日命を託せる場所としてのレスポンスビリティをどうやって確立するかというのが重要だと思ひますので、さっきのITよりも重要なのは、何でもいい、1、2の3でつな

がるところをつくってくれというのが僕の希望で、そんなの簡単じゃないですか。3人ずつ配置して、365日でしょ。それで、広報をつくっている人はみんなリストラかければ、ちょっと部長が横にいて分が悪いんですけども、怒られそうですけれども、勝手なことを言っていますけれども、そういう工夫が必要だと思うんです。

青森で僕が行っていた、今も行っているんですが、その保健推進協議会の会長をやらされているんですけども、最初、呼ばれたときには町立病院の経営の立て直しで行ったんですけども、代々町長の家庭教師をやらされているもので、町へ帰ってきたんです。僕の方針は箱ものをつくらない、イベントはやらない。やっぱり10年かかりましたね。5年ぐらいで町民がちょっと変わったかなという感じです。何せ僕がやったことは、町長を引き連れて夜部落回りばかりやっていたんです。だから、福祉計画をつくるとき、介護計画をつくるとき、障害者計画をつくるとき、医療計画を今やっていますけれども、一番原始的ですよ。だから、ハイテクじゃないです。ローテク、オールドテクで、ひざ詰め談判しかないんです。夜集まってもらって、介護保険のやつも全部相談して。

そうすると僕はうれしいなと思ったのは、今、結局こういう財政状態になったから、その町は医療費が青森一高くて、平均寿命が青森一低かったんです。どこにも褒めるところがなかったんです。それで変えようというので、いろんな提案をしたんです。現在は、結局、そこが青森の一番のモデルの町になって、県下はみんなそれを見習えという町になって、10年間で4回厚生大臣表彰をもらったんです。やっぱりその力は住民ですよ。僕なんかは単なる助っ人ですから、アドバイザーですから、主役は住民です。住民が誇りを持つ町にしない限り何も救いは出てこないんじゃないですか。

ですから、僕はゴールとしたら、江戸川区で自殺する人をゼロにしたい。それとか、さっき言ったように脳卒中の救命率を上げたい。そのためには、まず僕がやりたいのは区議の皆さん方ね。議会に行ってまずこの人たちに応急処置を学ばせたい、はっきり言えば、その地域の一番のリーダーなんですから、範を垂れてもらわなきゃいけない。それとか、車いすで地域を回ってもらいたいとか、まず区議の皆さん方に率先努力してもらいたい。そうしたら、車いすで行けば、運動をやらなくても十分運動にはなりますよね、あれは。

ですから、そういうようなお金とか何かじゃないんです。我々が今必要なのは知恵なんです。生きる知恵をどうやって共有化するかということが一番重要なんだと思うんです。だから、検診率が上がるのが目標じゃないんです。というのが僕の目標で、横並びでいけば「健康日本21」で厚生省が言っています指標も出さなきゃいかんから、それも1つのゴールにはなるけれども、デジタルじゃない、アナログ的なゴールでもいいのかなというつもりはありますけれども、これは区長から怒られそうですけれども、そういうまちにできたらなという気はします。

【瀬端委員】

大変示唆に富んだいろんなお話で、私たち議員にも耳が痛いというか、学ばされる点が多いと思うんですけども、いろいろお話の中で伺って感じた点の1つは、精神的な疾患というか、心の健康づくりで、この基本構想の素案でも大分強調されていて、具体的には心の元気回復センター(仮称)とか、そういうものもどうかと。今お話にあったコミュニティライフサポートセンター、こういうことも含めてよりどころになるようなものを設けてというお話だと思うんですけども、これから20年の長期計画というと、この問題は先ほどの先生のお話のように、いろんな国家的な取り組みのおくれという話もありましたけれども、差別、私たち国民の中にある意識の問題として非常にいろんな障害というものが大きいと思うんです。

ただ、これはストレス社会が進んでいくという中で、かなり深刻に増えていくんじゃないのかなという実

感を持っているんですけれども、かつて江戸川区でも保健所、保健相談所に精神保健相談員とか、こういった心の健康方面の専門的な取り組み方といいますか、そういう方がいらしたり、それは保健婦さんも兼ねてできるということもお話があったわけなんですけれども、そういう専門的な人を配置するのがいいのかどうかよくわからないんですが、心の元気回復センターというもので対応していかれるということなんですけれども、もっとこの面で考えていく必要があることはないのかどうか。社会的な差別意識というのが一番大きいバリアかなという感じがしますので、ハンセン病患者さんたちの例を見ても、そこをどう克服していけるかということが一番大きな課題かなという感じがしますが、そういう点のお考え方があるかどうかということをもつて伺いたいと思います。

それから、事前にいただいた、きょう大体それに即してお話があったんだと思うんですけれども、旧厚生省の「健康日本21」、これは相当分量があるやつなので、ちょっと勉強しようかと思ったんですけれども、ほとんど走り飛ばして、そんなによく読めなかったんですけれども、その中に厚生省の方が書いたのかどうかわからないんですけれども、専門的な知識がかなり豊富に盛り込まれておりまして、非常に勉強になるなど、詳しく読んで勉強したいなと改めて思ったわけです。

その中に先生の先ほどのお話にもありましたけれども、社会保障の問題というか、今後の日本の経済、財政というか、そういうこととの連動は非常に大きな分野なので、しかも江戸川区でどうこうできる江戸川区だけの問題ではもちろんないんですけれども、ただこの文章の中にも先ほどお話のあった国民皆保険が今日本の基盤になっているということとか、それから江戸川区もそうですけれども、保健所、保健相談所の保健事業が人々の健康を支えているという評価もあります。それから、高齢者の問題で保健サービスということで、高齢者が大きな自己負担なく医療を受けられることが高齢者の医療のアクセスを容易にして、高齢者の医療を充実させる上で極めて大きな役割を果たしているとか、そういうこれまで我が国がとってきた社会保障制度の重要性ということも、非常に「健康日本21」は評価しているのかなという感じを受けているわけです。

ただ、それにしてもこれから始まるというか、今、検討されている医療改革といいますか、社会保障改革といいますか、こういう方向性がここでうたわれている内容とはかなり乖離しているといいますか、逆の方向じゃないのかなという心配が私個人はしています。例えば医療費の総額抑制方式とか、一部負担を重くしていく問題とか、高齢者の方々の医療費負担の問題とか、これから医療に対してそういう経済的な負担の不安から遠ざけてしまうのではないかという心配も感覚としてはちょっと持っているんですけれども、これは国の制度、政策上の問題ということにもなると思うんですが、江戸川区だけの問題ではありませんけれども、江戸川区の健康行政にも非常に重要な影響が及ぼされるというか、今後のこの20年間の長期計画を考えていく場合に非常に重要なファクターになるんじゃないかと思うんですけれども、そういう点でどういったお考えをお持ちいらっしゃるか。先ほども一部お話がありましたけれども、先生のお考えをお聞きしておきたいと思います。

【西垣委員】

大変大きい問題で、あと2時間ぐらいいただかないと制度論の話はできないんですが、一言で言いますと、結局、20世紀とは何だったかという問いかけと一緒に一緒だと思うんです。結局、我が国がほかの国に比べて非常に潤沢な社会保障制度がつくれたというのはひとえに経済力でありまして、現在、我々が持っております近代的な社会保障制度というのは、2世代間保障という考え方に立脚しております。

これはワイマール憲法も含めて、実はソーシャリーセクレタリーアクトという社会保障の初めての法律ができたのは、1934年にアメリカが第一次世界恐慌のニューディール政策の中で法律ができます。ただ、仕掛けはドイツで最初に動き出すわけです。これは2世代間保障ということで、あくまでも子供の世

代のほうが経済成長率が高い、可処分所得が多いという前提に立っております。平たくいいますと、親の因果が子に報うという制度であります。これは私どもがどんな理論値で計算いたしましても、現在の経済成長率のもとでは破綻を来すのは当たり前でございます。要するに経済成長率が1%いくかいかないかのところで、子供の教育と親の世話をやるということはほとんど不可能であります。

現在、私どもが提案していますことは1世代間保障。古い言葉で言いますと、死んで美田を残さずと。それぞれ自分が稼いだお金をプールしておいて、最後の1人が死んだときにゼロ円になるという形で考えなければいけない。ないしは右肩上がりでずうっといくという発想を捨てなければいけない。これは環境問題も資源問題も含めて、仏の教えではありませんけれども、21世紀は輪廻で、リサイクルでやるしかないということでもあります。そういう意味では今までの日本の状態を理想とするのは、あながち将来的には当てはまらない。逆にいうと、どうソフトランディングしたりリサイクル型に変えるかということでもあります。

ですから、先ほど申し上げましたように、公的社会保障制度をとっております北欧のスウェーデンとかデンマークの場合ですと、タックス、社会保障税をあわせまして75%になります。このような政策をほんとうに日本でとれるかということになりますと、我が家で考えますと老後はないですね。あしたから生活保護申請をやるしかないということになります。そういう意味では、今、我が国はアメリカのように全く公的なサポートがない、一部メディケアとメディケイドしかないということと、スウェーデンなんかのちょうど真ん中に位置しているわけでありまして、そういう意味では国民主権で今やってきているわけですから、先ほど申し上げましたように、いい制度をつくることにノウハウがあるのではなくて、いい使い方をする国民が1人でも増えることが制度を維持することになるだろうと思っております。

したがいまして、30兆円という医療費が高いか安いという議論があるわけですがけれども、これはGNP比較で見ますと大体今8%弱でございます、アメリカの場合は医療サービスから見放されている層が20%いるということを勘案しますと、大体GNP換算で18%ぐらいのオーダーになります。イギリスと日本だけが皆保険制度で、これが大体7から8%ですから、極めて経済効率がいいということです。フランスとかドイツは大体日本の倍ぐらいのスコアになっています。ただ、それをどう知恵を出して運用していくかということが今我々に問われているわけでありまして、それはユーザーである国民の1人1人の使い方だと思います。ですから、国家が全部背負えるものではないということになります。

そういうことから考えますと、私は皆保険はぜひとも死守したい。これはアメリカのようなフリーマーケットにすることはとんでもないと思うんです。ただ、だけど丸々何でもかんでも国が面倒を見る、行政が面倒を見るという発想は捨てなければいけないと思いますし、要するにどだい無理があるわけです。結局アメニティとか、いろんなことが求められてきますと、今は下町の大衆食堂みたいな定食メニューで医療をやっているわけです。ところが、個別制ということになりますと、これは平均値でははかれないということになります。その部分は各自が入っていただく傷病保険なり自己負担というので、大体最終的には半分ぐらいカバーしていただかないと結果的にはうまくないだろうと思っております。しかしながら、基本的には生活保護につながることでありますけれども、社会的に経済的な不利益性を甘んじて受けている層があるということも事実でありますから、そういう層に関しては当然公的な減免措置をとるべきだろうと。

例えば私どもが今一緒に仕事していますフィリピンなんかの場合は、MSWというソーシャルワーカーが病院の一番最初の玄関のところに座っているんです。彼の役割は何だというと、来た患者さんのランキングをつけることなんです。どういうことかということ、所得案分をします。A、B、C、Dの4段階あります。Dというのは医療費フリーチャージです。医療費全面免除。Cの人というのは25%サポート。自分で払ってくれ。Bの人は50%払ってくれ。Aの人は、おまえは金持ちだから、100%医療費全部払えというふうな、これは国立病院、大学病院みんな同じなんです。そういうメリハリというのが必要なんだろうと思

うんです。

いわゆる公的保険による医療費ただ乗り論というのは、ただだという発想がまずいのでありまして、今ある限りある資源をどうやったら有効に使えるか。これは非常に難しい問題で、消防署の救急車も僕なんかは厚生労働省の委員会で100円とれとか、いろいろ言うんですけれども、これも逆にいうと、今フリーチャージでやっていますよね。ですから、その辺もやっぱり考えていかなければいけない。無限にうちでのこづちがあって、だれかがお金をくれるわけではないということです。

さっき申し上げましたように、1993年にソ連邦が崩壊した後、中山先生なんかを中心に、確かに日本海を挟んだ隣の国ですから、ロシアの医療協力、医療援助をどうするかというので、200億円分の医薬品とか衛生材料を持っていったんですけれども、私は戦中に生まれたものですから、戦後は子供で、赤ちゃんで、GHQの人からチョコレートもらったぐらいの記憶しかなかった。今この年になってソ連邦に行くと、国家が崩壊するということは何を意味しているかというのを日常的に見まして、ほんとうに教育と医療はめちゃくちゃになりました。昨年アムール州に行きましたけれども、この10年でやっと落ち着きを戻しています。ですから、彼らの経済構造というのは、お父さんが1人で子供ばかりみたいな状態で、税金という概念がないんです。だから、金融という概念もなかったわけです。だから、当然、市場という概念もなかったんです。要するにソ連邦という1個の大きな家庭があったようなものなんです。お父さんのクレムリンの意向だけで、小遣いが来たり来なかったりするという感じだったんです。

それで、地方自治制度も低迷しておりますし、ただこの前、向こうのロシアの学長たち13人と会議をやりましたら、シベリアが今15州あるんですけれども、これを8州に圧縮すると言っていました。要するにローカルガバメントの権限の強化と自立性の向上というのが今のプーチン政権の政策だということを聞きまして、私も東大におりましたときに国際保健というところに籍を置いていましたので、主にODAとか、途上国の社会保障制度のインフラをどうしたらいいかというので、一番ひどいとき1年間で22カ国ぐらい回りましたけれども、上を見てはもちろん切りがないんですけれども、もうちょっと日本は有利な条件をもっと賢く使うべきだなというのが私の総論的な結論であります。

そういう意味ではだれが負担すべきかということと、どこに手を差し延べるべきかという議論をすることで、国家制度全体ということでいくと、今の状態はどうしても無理がある。ある段階で1世代間保障という制度に大きく変えざるを得ないでしょうし、年金制度も単にアメリカの真似をして、401Kでいいかどうかは別ですよ。やっぱり日本の歴史とか文化、社会制度に応じたシステムをつくるべきである。

そういう意味では大きい国家の枠がありますけれども、今、分権推進の中では区というもののイニシアチブというのは非常に大きいと思うんです。そういう意味では1つのさっきご指摘があったような目的でいけば、江戸川区の国民健康保険は全国一安い、健康平均寿命が全国一長いまちにしたいということであろうかと思えます。その中でほかにできないオプションのサービスの余力ができれば、もちろんそれはやっていけばいいし、障害者を持たれている方、精神疾患の方々をサポートしていく体制が、よそでやってないものが区で勝手にやれるわけです。今はそういう意味では国の権限が全部、保健医療サービスに関しては移譲されているわけですから、赤ちゃんとか子育ての支援で独自のものをやっていけばいいわけです。そういう意味では、今、子育て真っ最中の人々がどういうサポートが要るかというところをどうやって政策としていき、具体的なプロジェクトとして動かしていくかということを検討していただければ一番意味があると思えます。

【真田委員】

私は区のスポーツの団体のほうにかかわっている関係で、きょうは健康ということで先生のお話を大変楽しく、また有益に聞かせていただきました。

私自身もかなりの年になっていますので、元気でいられる間は楽しくスポーツをやりたい、だめになったらお医者さんにお世話になってということで考えているんですが、健康ということになったときに、生涯スポーツという観点から考えてみまして、現在、江戸川区には36のスポーツ団体が加盟しております。それぞれ小学生から成人まで、あるいは老年までかなりの種目を毎月活発にやっている。そこによる個人の種目もそうですし、団体競技におきましては仲間づくりという面でも、それから子供の育成ということでもかなたの役割を果たしてきたんじゃないかと思えるところがあります。

そういう中で政治は人づくりということがテーマになっていまして、スポーツによる人づくり、先輩、後輩とか、礼儀足りるかという、ほかで学べないことを地域社会で学ぶということが随分役に立っているし、これはいつまでも続けなければいけないという使命感を持ちながら、いろんな指導者がやっているという光景を目の当たりにしますし、その効果も相当上がっていると考えております。

江戸川区の場合には、施設におきましてはかなり恵まれておりますし、野球場がかなり面数が多いし、テニスコースもかなりありますし、アイススケートとかプールとか、そういうところもかなりあります。ただ、総合体育館が2つあるんですが、1つ目の総合体育館ができましたのは約30年前で、実際はかなり老朽化してきております。それから10年たって、20年前に2つ目ができました。それがバスケットができますと2面とれるコートがあるということで、その広さを有しているの、それが年間フルに、ふだんの日にはなかなかそうはいきませんけれども、かなり利用度は高いと思っております。だんだん老朽化してくるために、もっといろんな行事をやりたいもなかなかそういうのができないというのが現状なので、20年間考えた場合に、あまり箱ものは基本的には考えないという、そういう行き方が本来だろうと思えますけれども、足りるものどうしても考えなければいけないものの中で、体育館はどうしても必要なものだろうと思えます。

今あるものをどう改修するかということと、それからこれからどう考えていくかという、これから福祉ということになりますと、例えば車いすの人たちが楽しめるということも含めた、今は全く車が入れないような体育館だと思うんですが、先を見越した場合にはそういうことをかなり活発に調べた上で、有効な効果のあるようなことを考えていかなければいけないなど。まだ回数もこれからありますので、そんなことも考えておりますので、きょうは端緒だけということでお聞きいただきたいと思います。

以上です。先生、どうもありがとうございました。

【松下会長】

ほかにございませんか。大変有益な議論をありがとうございます。

それでは、第9回以降について事務局から提案がありますか。お願いします。

【白井副主幹】

それでは、第9回以降でございますが、まず次回でございますが、皆様のお手元にきょうご通知を出させていただきました。9月28日、今度は6時からになりますので、よろしく願いいたします。きょうに続きまして、今度は「いきいきとした生活のための健康福祉づくり」の福祉の分野を、京極先生を講師としてお招きして説明したいと思っております。お願いいたします。

それから、7回、8回でございますが、先日既にお渡ししましたとおり、7回目は10月11日1時半から「学びと協働による区民文化づくり」、8回目は10月25日1時半から「区民参加による環境」ということでございますので、よろしく願いいたします。

それから、あと産業とまちづくりというところが残ります。9回目が産業、10回目がまちづくりということで今考えておりますが、実は産業の黒瀬先生が今外国へ長期にわたって行かれておりまして、この15

日にお帰りになります。11月の前半を予定しておりますので、黒瀬先生と連絡がとれ次第、次回にはお話しできると思います。11月の前半を予定しておりますので、またよろしく願いいたします。なお、まちづくりにつきましては11月の後半を予定していますので、よろしく願いいたします。

8回までそういうことで、今後ともよろしく願いいたします。

【松下会長】

それでは、今、8回までは日程がはっきりいたしておりますので、9回以後はまた次回にでもはっきりいたしましたらご報告いたしますので、よろしく願いいたしたいと思います。

それでは、その他につきまして何かございますか。ないようでしたら、本日はこれをもちまして閉会とさせていただきます。

どうもありがとうございました。

了