

伊藤理事長対談シリーズ

VOL. 3

# 日本の医療制度の課題

ゲスト 日本学術会議 会長 黒川 清 氏  
聞き手 総合研究開発機構 理事長 伊藤元重

## 中長期的な観点から見た医療制度

伊藤 今日日本学術会議の議長というよりも、日本を代表する医学分野の専門家の黒川先生に、長期的な視点で日本の医療制度についてお話をお聞きしたいと思います。

黒川 医療は、教育と同じようにどこの国でも国の基盤です。これらを東大名誉教授の宇沢先生は「コモンスーシャルキャピタル」とおっしゃっています。だれでも、いつ病気になるか分からない、そのセーフティネットをきちんと整備しなくてはいけないのです。

医学はこの50年で急速に進歩しました。例えば100年前までは、感染症が一番の課題だった。日本では1961年から国民皆保険制度ができましたが、そのころの日本の死亡の第1位は脳溢血でした。脳溢血の理由は、高血圧と食塩の摂取量が多いからだというのが、だんだん分かってきた。しかし、当時はいい薬はほとんどなく、画期的な新薬が利尿薬という時代でした。そのすぐ後に、ベータブロッカーという画期的な薬が出てきました。しかし、当時は、高血圧の

理由が食塩のせいだということもよく分かってなかった。当時、何か検査機器というと、東京大学病院でも心電図とレントゲンぐらいでした。

健康対策の1番目は予防。2番目が、病気になったときの診断と治療。3番目は、慢性の病気にどう対処して、死ぬときはどうするかです。高度経済成長が始まった当時まで、健康対策で一番重要な対象は結核でした。栄養が悪いから、私たちの子供時代は結核にかかる人は多かった。私の父親の世代までは、若いときにたくさん結核で死んでいます。ストレプトマイシンもない時代でした。薬もないから、栄養価の高い貴重品である生卵、バターなどを食べることでしたね。もっとも重視されたのが、結核があるかないかを検査するツベルクリンテストを実施することでした。陰性だったらBCGをやっていたわけです。さらに療養所機能が大事でした。

今では「もっとカルシウムを摂りましょう」なんて言っていますが、当時の国民栄養調査だとカルシウムの摂取量は1日200mgぐらいでした。現在に比べれば非常に少ない。1961年当時では、大体ミルクを

毎日飲めるなんていう人は多くはないし、バターとかヨーグルト(そのころは存在してない)、アイスクリームなどは贅沢品ということで多くの人食べるわけでもない。栄養状態は悪かったのですね。患者数が一番多い病気が結核でしたが、死亡原因の一番は脳溢血でした。死亡原因の2番目には徐々に減ってきていましたが結核で、3番目がだんだん増えてきた胃ガンでしたね。1960年代だと平均寿命もまだ60歳ちょっとでした。今では当たり前になった80歳ということが、異常に長寿ということですね(笑)。100年前は、アメリカ、ヨーロッパ、日本でも寿命は42歳ぐらいでした。感染症対策ということで、いかに国民の栄養をよくする、公衆衛生、予防接種が当時の中心的健康政策ですね。

2番目の病気の診断と治療ですが、そうはいっても、これについてあまりできることがありませんでした。そのころようやく脳外科の手術が少しずつできるかな、という状況になって、東大でも初めて「脳外科」ができました。車が増加するに従って交通事故も増え、それによる硬膜下出血や血腫の手術ができるようになってきた。ようやく麻酔科が独立してできてきた。それまでは、麻酔は外科医がやっていたのが実情でした。

伊藤 1960年代に日本の保険制度ができましたよね。

黒川 61年ですね。高度経済成長が始まり所得が上昇し始めました。しかし、病気は結核が1番多くて、栄養をよくしようという時代で、東大病院に行ける人は少なかった。患者も行こうともしないし、費用がい

くらかかるか分からない。東大でも、学用患者という予算枠があり、研究用だと患者さんは費用負担をしなくてもいいようになっていた。東大病院には、虎の門病院とかいろいろな病院から、東大病院でしか検査できない、手術ができないということで、珍しい病気の患者さんが集まってきました。大学の病院というのは、他の病院にない専門性をたくさん持っていたのです。

60年の後半までにだんだん情勢が変わり、中央検査部が作られる、自分たちで検査する必要が少なくなってきました。私たちは、患者さんがくると血液や尿の検査、血糖も、全部自分でやっていました。自分の患者さんの診察のほかに検査にも時間が必要で、どう一日を進めるか、手順を常に考えるわけで、ものすごく頭を使いました。今は伝票をチェックするだけで頭は余り使わないですみます(笑)。

ですから、今は、特殊な検査とか、何かを疑って検査するということがない。かつては大学病院になかなか難しい患者さんがたくさん集まってきたのです、ほかの病院ではできない検査や手術がたくさんありましたからね。しかし、中央検査部ができ、病院も急速に増えて、大幅に予算がつき、新しい医療機器が入るようになった一方で、患者さんは相変わらず1割負担だから、どこに行っても負担は同じですから近所の開業医から、新しい機器があるからいい病院だろうと、大病院へ行くようになるわけです。

医療制度で一番大事なのは、アクセスとクオリティとコストの三つです。日本は、アクセスはすごくいい。しかし、公的な医療へのアクセス、入り口は、イギリスやアメリカなど他の先進国でも限定されたもの

になっています。日本では、患者さんが自分で東大病院でも虎の門病院でも、開業の先生にでも、どこにでもいつでも行ける。しかも、自己負担はどこでもほぼ同じ。公的医療へのアクセスを自分で自由に選んでいいのは日本だけです。今までこうした状況で何も感じてなかったのは、右肩上がりの経済成長と病院数の増加、医療機械が導入、中央検査部ができ、お医者さんの腕以外はどここの病院でも同じ医療が受けられたという背景があったからこそなのです。

伊藤 大学病院などへの自由なアクセスは日本だけとおっしゃったわけですが、ヨーロッパもアメリカもまったくないということですか。

黒川 ないですよ。ヨーロッパはどこでも医療はソーシャルキャピタルとっているから、イギリスは全部税金で、ナショナルヘルスサービスで見えています。しかし、アクセスポイントは自分の主治医しかない。それ以外を選べば自分でコストを払わなくては行けない。

伊藤 自分の主治医以外は公的な保障にならないわけですね。

黒川 公的な保険で見ているところは、自分の主治医というのを登録するわけです。その先生が常時診ていて、何かあったときには、その人が紹介してくれれば行くけど、自分で行ったら「お金を払いなさい」ということになります。日本だと、おなかの調子が悪いというと近所のお医者さんへ行って薬をもらったとします。2日たっても変わらないと、検査をしてないからと自分で

判断して大きい病院へ行く。しかし、また同じ薬もらって帰ってくる。その後2、3日して東大病院へ行くと、若いお医者さんが出てきて、たくさん検査をオーダーしてくれるでしょう。また薬をもらって帰ることになりますが、なぜかまた同じ薬ということになる。これを今までおかしくないと思っていたから、今変えるのが大変なのです。

公的医療インフラのセーフティネットは保証する必要がありますが、東大病院でもどこかの大病院でも勝手にいつでも行ってくださいという状況はおかしい。それで、3時間待って5分診療なんてとんでもない、と言うほうがおかしいのです。

医者の立場からそういうことをいう人がいないと、何が問題かってなかなか分かってもらえない。私は今NPOの医療政策機構をつくって、いろいろ政策提言などを出すが、役所が政策をつくっている限りは無理があると思います。

たとえば「東大病院は外来はやらない」と言えばいいのですが、なかなか言えない。しかし、言わなければ誰も問題の本質を考えない。誰かが、そうしたことを言う必要があります。社会的に地位の高い人が言わないと、誰も聞いてくれません。もっとも、大多数の人たちが日本のことしか知らないからそのような発想さえも出てこないところにも問題があるのですけどね。

伊藤 大学病院のような専門性の高い大型病院から、一般の日常の健康を診るようなものを分けていくと、日本の医療費というのは随分安くなる可能性はありますか。

黒川 安くなります。公的な医療のスリム

化はまだまだできます。さっき言ったように医療で大切なことはクオリティとアクセスとコストです。コストは、パブリックのコストで、みんなで負担してきたわけです。それが、自己負担が増えてくるから嫌だと言っているわけですね。

年齢構成が高齢化していく、この 30-40 年で都市化生活と経済成長で疾病構造が生活習慣病と加齢に関係する慢性疾患が増えます。40 年前は栄養不足と結核などが問題でしたが、今は栄養過多が問題なのです。40 年前とは大きく状況が変化しているのですが、それにもかかわらず同じ医療制度と、そうであるべきだという国民と社会の認識が、問題の一つです。もう一つは、その間に経済構造が大きく変わっています。当時は日本の労働人口の 40% 近くが 1 次産業だと思いますが、経済のドライビングフォースが急速な工業化でした。その結果、人口の都市流入が続いたわけですね。今は、その結果人口の 80% 近くが都市に住んでいます。都市に住めば運動量が減少しますが、従来どおり食事を 3 回採っている。そこにも問題があります。今の予防は、生活習慣病、太り過ぎ、食べ過ぎ、ということですが、これは病気ではない。たとえばみんな 1 日 1 万歩歩けという国民運動しなくてはだめですね。クールビズのような画期的広報戦略が必要でしょう。

今では、生活習慣病に対する私的保険がでています。昔はお医者さんに行っても、ビタミン剤も健康保険でみていたわけです。今ビタミンが足りない人はほとんどいませんからビタミン剤は自分で払うことも考えるべきですね。例えば高脂血症とか生活習慣病になると、そのための薬は 5 割負担ぐらいしてもらってもいい。池田元首相の「貧

乏人は麦を食え」ではないですが、太り過ぎは少しは自分で払えという意味ですよ（笑）。今は全然違う状況になっているのに従来の価値観のままで公的医療を見ているのです。

伊藤 何か改善する方法はありますか。例えば国レベルでやろうとするといろいろな議論が出て難しくても、地域レベルでやるとやりやすいというようなことはありませんか。

黒川 革新的な新薬が開発されてもそれなりの薬価がつかないとよく言われます。しかし、ビタミン剤なんか自己負担してもいいわけですね。

また、慢性疾患である生活習慣病が急速に増えていますが、血圧、肥満、コレステロール、糖尿でも何でもまず運動して痩せれば必ずよくなります。それを実践しない人はその薬代 5 割負担となるというのも考えて見る価値はあるでしょう。1 カ月に薬の代金が 2 万円もかかるとなると、家族が「お父さん、家に帰る前にそこら一回りしてきてちょうだい」と言うようになるかもしれない。重要なのは生活習慣を変えることで国民に病気予防をするインセンティブを持ってもらうことです、自分の健康なのに。

生活習慣病、そしてがんという点では、一番の問題はたばこです。日本は喫煙者が多い。女性の喫煙も増えてきている。日本ぐらいたばこが安い国はないですね。OECD 加盟の先進国の中では日本は圧倒的に高い。自動販売機もどこにでもありますし、ようやく今度 1 本 1 円上げましたが、今のタバコの値段は安すぎます。それで医療費なん

ていっているのは何か変だと思いませんか？

## 疾病構造の変化と問題点

伊藤 今のお話だと、1961年に、当時の日本の状況の中で医療を何とかすべての国民へというのでできた仕組みが今まで続いて、いろんな問題が発生している。過去のしがらみは忘れて、今の時点でやるべきことの第一は、生活習慣病的なものが多いから、そのインセンティブになるような薬価とか、保険が必要だということによろしいですか。そのほかにどういう論点がありますか。

黒川 なかなか甘い生活は変えられないものです(笑)。一つは、自分で選べるビタミンなどは薬局で買うことです。二つ目は、生活習慣病対策は、まずその薬や検査は5割ぐらい負担してもらうなどです。生活習慣を改めても直らない状態では、1~2割負担でもやむを得ないなど、いろいろなやり方があると思います。普段から、周知への努力をしておかなくてははいけません。クールビズのようにいけば世界的にも注目されるでしょうね。どこでも生活習慣病が問題になっているのですから。

医師会も、現行の医療制度ではそういう患者さんを診ることで収入を得ているので、制度を変えるとすると反対と考えがちですが、少なくとも5年、10年かけて制度も変えていこうとしていけば、みんながそれに対応して考えていくはずですよ。だから政策は中長期のビジョンと方向、立案と選択肢を普段からどう提示し、説明しているかが重要なのです。しかし、中長期的な国家ビ

ジョンがないのですね。

政治のプロセスでも経済財政諮問会議にしてからも、橋本行革から10年かかったわけですよ。言うは易く行うは難しで、いろんな利害関係者がいる。特に日本の場合は役所がほとんど政策をつくっているから、既得権益やイナーシャがすごく強くて変えられない。学の世界も普段からいろいろ発言していないところにも問題があると思っています。教育もそうだし、医療もそうだし、大きなビジョンと、そのフレームがどう変わっているのかということと言わないといけません。いっても近視眼的なものが多すぎますね。

例えばCTスキャンが保険収載されたときに何が起きたかご存知ですか？ この病院でもいっせいに購入するわけですよ。1年間でヨーロッパ全部にあるCTより日本の方が多くなった。どの病院にでも行ける制度ですから、患者さんはCTがある病院がいいと思っているわけです。

こうした状態で今まで来たわけで、国民も甘やかされているけど、甘やかしていたのは政府です。「あなたたち、自分でできることをまずやってみませんか」という話もなかった。いい悪いは別としてね、大きなビジョンを持ってやるという人がいないといけません。小泉政権で、去年の12月に医療費を3.16%下げたわけですが、従来は族議員が動けなかったわけですよ。

かつての社会の状況では、国民医療費と公的医療費とほとんど同じなのですよ。今は疾病構造も大きく変わり、選択の幅も変わっているから、国民医療費と公的医療費のあいだにかなり開きができています。公的医療は救急、やむをえない病気等24時間セーフティネットをつくる、そこでは

自己は少なくてもいい、ただでも診てもらえるという安心を築いた上で、選択肢をいろいろ出せるということです。

例えば医療全体をジャンボジェットに例えると、日本人はみな同じエコノミーでないかと嫌だと言っているということです。しかし、ビジネスとファーストクラスがあるから、ジャンボジェット機の収益もあって、機体を整備できる、墜落しない。しかしジャンボジェット機は、同じに乗れば、みな同じ時間に着く、というのが大事です。こう考えると医療での差額は何かというと、部屋とかいろいろなことがあります。そのほかに自分のインセンティブです、生活習慣とか予防とか。また、急いでニューヨークに行くのではなく、船で行ってもいいという話もあるでしょう。慢性疾患が多いから、そういうキャンペーンをふだんからする必要があるのです。結局、政策は国民が決めるのですからね。

だから、ハイテク医療へのアクセスは必要だけど、全部の病院にある必要はない。例えば公的な病院では、公的な資金でハイテクのCTを入れる。そのかわり、24時間動かしたほうがいい、技師もナースもそこに集中する、例えば10万人に1カ所あればいいわけです。10万人に1カ所で、お医者さんも開業している人も使う、とかね。平成18年度から各都道府県で医療計画を作るようになった。過疎地も多いですが、今は車があるから少なくとも距離はあまり問題でなくなってきた。市町村も合併も進んで状況が変わった。今までは経済成長もあって市町村立病院をたくさん作りました。そして、すべての病院が全部の診療科を持つといった事が起こっていました。公費の無駄です。

例えば人口20万程度の県庁所在地だと国立病院や国立大学附属病院がある、県立病院があり、市民病院もあることがある。その規模の人口だと、24時間の救急とか、集中治療とか、脳外科とか、高度医療などは1カ所にして、医師も含めてみんなそこを使えば効率的でしょう。基幹病院はそうした医療を提供するところで、そこで働く医師はその常勤に限ることなどないのです。地域の開業医もいろいろな形で地域医療に参加できるのです。患者さんと一緒にそこに行けばいいのです。公的医療資源の集中ですね。元来、病院というのはそうした機能を提供する場所なのです。日本の常識ばかりで考えているからおかしいのです。

小児科の問題も同じで、小児科の人はどこにでもある程度いますし、しかも開業している人も多い。都市化社会では開業している人の自宅と診療所は、昔と違って多くは別のところ。夜には医師がいないと言うけど、地域の基幹病院に夕方からみんなが交替で勤務する、「あそこに行けば夜でも診てもらえる」とすべきなのです。発想を変えなくてははいけません。「オープンシステム」の病院です。これが本来の病院のあり方なのです。

実際、いろいろなモデルケースができています。たとえば人口10万の地域ではその中心の公的病院があります。耳鼻科では開業していて手術の必要がある場合、患者さんを連れて行ってその病院で手術をする。病院ではスタッフもいるし、医者もスキルを維持できる、医師の人事交流もふえて、病院でも開かれたカンファレンスをやるようになる。地域全体で「お医者さんもみんなが一緒に医療を提供している」と認識する。

伊藤 要するに設備と人材を流動化させていくわけですね。

黒川 病院ホスピタルはもともとホテル、サービスを提供するところだから、そこをお医者さんと患者さんが使えばいいのです。

伊藤 最初におっしゃったように、医療とか教育というのは社会の根幹ですが、聖域だと言われてきて、大きなビジョンだとか戦略性が一番ないところですね。

黒川 聖域ではないというのは、ソーシャルコモンキャピタルの部分ですし、そこは国の責任です。

伊藤 いろいろゆがみがあるので、外資系の金融機関とかコンサルティング会社とかが医療の改革などをビジネスにしてやろうとする動きがあると聞いています。

黒川 これは違うと思います。僕はアメリカに15年いたから、アメリカの医者の方育ても分かっていますが、アメリカは職業教育システムは医学教育、研修にしても質も量も最高です。日本の医学部を出た人が向こうに研修医として来て臨床トレーニングを正規にやると、その出口ではほとんど同じレベルになります。すばらしいです。しかし、医療制度そのものは、アメリカの一番参考になりません。

アメリカは人を育てるのは優れているけど医療制度はひどいと思います。日本はもっとヨーロッパ各国、あるいはカナダ、豪州などの医療制度を参考にしたいほうがいい。

この30~40年に医療が急速に進歩したこと、疾病構造が変わったという認識が

ら始めないといけない。今までの各国の医療制度はそれぞれの社会的、歴史背景があるから変えるのは難しい。その対比をつくってみると面白いと思います。高齢社会になって慢性疾患が多くなり、しかしいずれはみんな死ぬ。1964年ごろは、医療機関で死んでいる人は全体の30%しかいなかった。

### 精神的な場の創設

伊藤 みんな自宅で死ぬわけですね。

黒川 開業のお医者さんが看護婦さんを連れて往診して、注射をし、点滴をして、そのうちみんなで見取りながら亡くなるわけですね。現在は、85%の人が医療機関で亡くなっています。高齢社会になり、慢性疾患が多いにもかかわらずですよ。今では子どもたちは、おじいさんやおばあさん、家族が死んでいくプロセスを身近に見てない。病院に毎日お見舞いに行くわけにも行かない、そのうち電話がかかって、みんなで行くのは最後の状況ということが多い。だから死というものに対する実感がない。身近に死んでいくリアリティがない。最近では、よく知っている子だけど、つい殺してしまったとか、なぜ殺したのか全然覚えてないなどといったへんなことが起きています。子供のときから死ぬことに対するリアリティがないことも関係していると思います。養老孟司さんの言葉で言うと「脳化」ということです。

日本のように高齢社会では、どこで死ぬかという問題が、病院で死ぬというのはちょっとおかしいですね。しかし、自宅ですらいても住宅状況はよくないですね。経済

成長の間に社会的資産ソーシャルキャピタルをつくらなかったのでしょうか。ある意味ではキャッシュフローで今までできたのでしょうかね。老人ホームもいいと思いますが、どう死んでいくか、はすごく大事な問題です。

日本人の精神的なより所はどこにあるのか、という問題点を千葉大学の広井教授が指摘しています。西欧社会、特にアメリカではキリスト教、ユダヤ教であれ、またイスラム教であれ、病院の中に教会のような施設があって、呼べば牧師さんが来てくれて、意識が朦朧としかける所で、「神に召されます」とか言ってくれますね。日本人はどうすると思われませんか？ 病院で死ぬことが日本人の精神的なところと思えない。広井さんは、日本人の精神的なよりどころは、お寺か神社ではないかと言っています。「杜」(モリ)ですね。杜というのは土着の日本の宗教そのものですね。もともと日本の精神的な場所の根源だと思います。

広井さんのお話で面白いのは、次のような点です。日本全体で中学校は1万校ありますが、義務教育だから1万カ所でその年齢層の子どもたちが通える範囲にあるわけです。お寺とか神社は、大体各8万数千箇所、合計で17万あるそうです。中学校の17倍の多さです。そうした場所が、地域のセンターとして、お年寄りやいろいろな世代が交流する。コミュニティセンターになるべきだということです。そこに集まると、お医者さんも看護婦さんもそうだけど、世代を超えて、そのうち誰かいなくなるという話題ができる、これが彼の意見ですが、すごくいい意見だと思います。精神的なセンターが、高齢社会の看取りの場を提供するようなコミュニティセンターにもなるべ

きだというわけです。都市化、少子化、核家族化で家族も離散している。そういうセンターが、世代を超えて交流する場所へ変わっていく。ハコものではありませんよ、決して。そんなバカなことだけはしてほしくないです。

ある神社のチェーンがNPOをつくったりしています。神社は、日本人の精神的な場ですね。そこに毎日集まるような場所をつくって、「あのおじいちゃんが出来なくなっちゃったな。どうしたのかな、お見舞いに行ってみようか」というような話のできるコミュニティづくりをするべきですね。

伊藤 今日のお話をうかがっていると、いろんなことを今の環境に合わせて変えていくと、随分よくなるというのが分かります。ただ、このままではひどい状態になるでしょうね。まずどういう面から問題が出てきそうですか。

黒川 もう医療はボロボロじゃないでしょうか。日本は、OECDの中で人口当たりお医者さんは一番少ないのですね。

伊藤 女医の方で辞める方が随分多いという問題もあるようですね。

黒川 ハードワークです。しかし、医師という職業は、割合に独立した職業ですから、子どもができて、週一回の勤務ということもできます。医者という職業は、女性には非常に向いています。今は医学部の学生の35%が女性ですし、お医者全体の15%ぐらいが女性です。女性がやりたいお医者さんはある程度限定的になってきています、例えば外科系は少ないとかね。それ



が問題だと外科の人はいいがちですが、たくさん外科医が必要という社会でもないでしょうね。医療提供体制の問題です。そういう意味では私は、アメリカやカナダの高等教育、医学教育や研修制度には見習うべき点が多いと思うし、きちんとした技術を持った専門医を必要な数だけ育成することが必要ですし、そのための制度はぜひ入れべきだと思うし、その資金はやっぱり公費で賄うべきです。公費を出す代わりに、医師は義務を果たさなければいけない。

お医者さんはどの社会にも、どの時代にも必要ですから、途上国でも、まず国立大学でお医者さんを育成します。税金を使っているわけですから過疎地に5年ぐらい行くといった義務を与えます。日本もそうすべきだと思います。

### 病院の地域統合と無駄

伊藤 例えば自治医大なんてそういうことをやっていました。

黒川 自治医大をつくったとき、いわゆる無医村という地域が2,500カ所程度ありました。しかし、今でも無医村は900程度でこれ以上は減っていません。この制度では、毎年2人程度の学生が、各自治体が費用を負担する形で自治医科大学へ行くことができます。そのかわり卒業すると7年間、その費用負担をした自治体の無医村で勤務する義務を伴います。問題は、自治体に無医村があってもなくてもみんな参加しなくちゃいけない。この制度ができた頃は税収があったからできたわけです。しかし、今は自治体も赤字だから、やめたいとしてもやめられない。例えば、神奈川県は財政状況

は赤字です。神奈川県には横浜市立大学など4つ大学がありますから、そこに依託学生、奨学生を出せばいいわけですね。

でも自治医大は当然にならない。すぐやめるとするのは難しいでしょうが、10年先にはなくなるとか、とすべきです。必要な自治体が依託学生や奨学生を出せばいいんです。防衛医大もありますね。防衛医大は防衛医官をつくるわけですから、全部丸抱えでやっています。そのかわり卒業したら9年間防衛医官で勤務することが義務ですから、サマワでも何でも行きます。それはいいとしても防衛医大が必要かということです。防衛医大をつくと、教授や教官がいて、普通に診療をする病院もある。自治医大もそうですが、そこが無駄です。ほかの病院と競合しているわけですかね。無駄を省くという意味からも委託学生を出すべきだと思います。どこの国でも軍務に着く医師は必要です。奨学金を海軍からもらってくれば、卒業したら海軍の将校として何年か働くという義務があります。今は防衛医官を9年勤めてからどのぐらい防衛医官として就職するポストがあると思います？90%以上が充足されていますから、空きはほとんどありません。どこがおかしいと思いませんか？

他にも、労働省がつくった産業医科大学というものもあります。労災病院と同じで、そのころは必要だといってつくったわけですね、産業には労災病院が必要ということで、労災病院を方々につくったわけですが、いまや産業関係の病気や障害で来ている人は患者の5%程度しかいなくて、普通の診療をしているのが現状です。普通の病院と競合しているわけでまったく無駄ですね。だから繰り返しになりますが、すべての公

費の病院を一つにまとめて、地域ごとにサービスを提供する、そこをみんなで使いなさいといっているのです。もちろん常勤の人も必要だけど、救急とか小児科をオープンシステムにすればいいわけです。

伊藤 そういう無駄をしっかりと評価分析しているところはないのでしょうか。

黒川 みんな知っているけど、役人の天下り先だから言わないだけです。防衛医大も要らないし、自治医大も要らないし、産業医大なんてもっと要らない、しかも厚生省と労働省が一緒になったから早くやめると言っているのです。私は国立病院の評価委員長もしていますが、評価の対象を労災病院も一緒にしると、厚生年金病院、社会保険基金病院等、公的資金の入っている病院は一緒にして地域ごとの役割も考える。公的な資金を入れている病院は、地域ごとに見て整理する。しかし、働いている人はすぐには首を切れないから、みんな一緒に働くようにする。そうするとスタッフが多いから、患者さんもハッピーになれるわけです。そこに医療機器も一元化して技師も看護師も増えるし24時間診療が可能になる。その地域の開業医も患者を送る、自分でも手術もできる、診療できる。その代わり大病院では基本的には外来はやらない、救急に力を入れる。地域ごとに見ればはるかにいい制度になりますね。これが歴史的に病院の機能なのです。

パリもそうですね。24時間、救急は電話をすればいつでも来てくれます。お医者さんと看護婦さんの2人で、オートバイで来ます。病院へ連れていかないとまずい、という判断のときは、救急車が追っかれます。

医師の判断で必要ならすぐに4カ所の病院のどこかに運びます。24時間対応するけれども、ただです。これが公的医療制度というものです。

糖尿病や何かの検査も、公的なところで3カ月に1回はただでやってくれる。それ以外であれば自分で払わなければならない。公的医療のセーフティネットはどこまで見るかということがきちんとしている。参考になる。

伊藤 放っておくと医療が疲弊するというのですが、そうするとどうなりますか。

黒川 最終的には、教育と同じで、国民が「これはひどいや」と思ったときに、ようやく動いていくのだと思います。そこまで行くと回復するのに10~20年かかりますよ。壊すのは簡単だけど、壊れたものをつくり直すのは大変です。会社再建よりもっと大変ですよ。

伊藤 しかし、今起きていることは、財政問題もあるから、医療費を削るとか、保険の自己負担を増やすというのは、やむを得ない部分はありますが、それでますます医療の現場が疲弊して、悪循環ですね。

黒川 そうです。公的な医療のサービスはこれだということを、はっきり描き出すことが必要です。救急とか、夜とか、それは1割負担でもいいわけです。まず地域ごとに、例えば20万の都市だと公的資源を一緒にすることで3次救急まで提供する基幹病院は1~2カ所でいいと思います。皮膚科とか耳鼻科とか、コンタクトレンズとか、そうした病院の中で日常的に提供する必要

はないわけです。だから、病院は常に 24 時間対応して、そこで勤務している人もいるけど、病院外でパートで病院勤務の人もいるという状態でのことです。そうすると、私のアメリカでの経験でも明確ですが、医療人は一人一人がプロフェッショナルじゃないといけない、いつでも、どこに行っても誰と組んでも同じ仕事ができなくちゃいけない、ということです。

看護師さんでも、独身の人、小さい子どもがいる人、子育てが終わった人とか、いろんな人がいる。週 40 時間仕事するのであれば、例えば、子どもが昼間は学校でいないから日勤で週 40 時間勤務します、子どもがもうちょっと大きくなり、自分が勉強に行きたいとき、昼間勉強するから夕方だけの勤務とか、深夜だけやりたいとか、いろんな勤務形態の選択が可能な状態が望ましい。今まで終身雇用で大きな退職金が当然という雇用でしたから、難しく考えがちですが、見方を変えてみれば、いろいろな可能性が考えられますね。こうした勤務形態で働きやすくできます、少子化、女性の社会進出等にもいいことだと思います。

そうすると、腕もプロだから、どこの病院へ行っても同じことができるわけです。そうすると、ある人は、私は 40 時間だから夜勤を 10 時間やります、週 4 日、ということも可能になる。みんな違った時間で勤務が可能となり、病棟での看護師の勤務も切れ目をなくすことができます。切れ目なく看護師さんも誰かいて、同じ病棟に配属ではない「フローティング」している看護師さんが必ず毎日、たとえば東大病院あたりだと、おそらく 20 人ぐらいできてきます。それを、婦長さんが患者さんの状況で割り当てることが可能になります。そういう看

護師さんの技術も、プロとしてそこまでできている人たちになる必要があるということです。

伊藤 お医者さん看護師さん以外に、医者ではないが簡単な治療や診断が専門職を導入するという事などはどうなのでしょう。アメリカなどではそうした人が多数活躍していると聞きましたが。

黒川 日本はそれができてなかったというのは、主として今までの既得権益の問題だと思います。その辺はだんだん変わってくると思います。どこの業界でも基本的には同じ問題です。

伊藤 弁護士さんのほうは、ロースクールができて、随分供給システムが変わりますよね。それによって人は増えるけど、中の競争が激しくなる。医療の方はなかなか難しいんですかね。

黒川 日本の社会構造に共通した基本的な問題ですね。今は社会全体が転換期で、既得権のある抵抗勢力と改革勢力の対立構造というようなことでしょうか。医師会と看護師会の対立もあるでしょうね。今の医療体制は基本的に西洋文化の伝統です。もともと病院というのは、ホスピタルじゃなくてホテルだから、王家とか教会が、施療施設としてできたものです。施療病院にはお医者さんがいるわけではなく、あのころはみんな結核や栄養失調だからあくまでも病床、看護師さん、食事を提供する、お医者さんは必要があればそこに自分の患者さんを連れて行って診療をする。病院というのはあくまでも看護婦さんとかが、医療サー

ビスを提供する場所だから、もともとはオープンシステムですね。日本は急に西洋化したときに、医者も漢方医学でしたから、そこで医者をつくる、病院をつくる、医者を大学から病院に派遣するとか、大学に医者がないから、今のような形が出来たわけです。

ヨーロッパはもともと病院が先にできました。お医者さんをシステムティックにつくったのはもっと後の話です。病院はサービスを提供するところだから、看護婦さんはいるけど、お医者さんは外から、患者さんを連れてくるお客さんです。そのような社会の認識の違いが社会制度に反映されるという点はあるでしょうね。

## 医療費の公的負担と保険

伊藤 整理します、昔は栄養が非常に悪くて感染症が非常に多く、あるいは脳溢血が多いという状況で、医療制度ができた。それが今まで続いていて、いろいろな問題が生じている。非常に楽観的に考えると、現在は栄養状態が非常によくなっていますし、いろいろな機器も発達してきた。だから逆にインセンティブをうまく作ることで、しかもどこまでを公的でやるかということをもう一回仕分けすることで、日本の医療というのは相当よくなる、ということではないですか。

黒川 OECD 各国で日本が一番長寿で一番健康です。それをアクセスがいいからだといいますが、アクセスは誰でも勝手に行けるというのではなく、公的医療へのアクセスは保証しますが、アクセスポイントは限定していいのです。公的なアクセスは

100%、24 時間保障します。自分で選んで行くような場合には、費用は自己負担でということです。その部分には私的保険が出てきますね。その私的保険ではカバーされる範囲も異なってくると思います。例えば若い、独身でどこかへ就職したとして、日本で医療保険を選べますか？独身で、健康だったら医療保険で必要なのは、怪我、事故、急病、訳の分からない病気になったとか、骨折とかで病院に行くときです。それなのに保健は選べないでみんな同じ保険になっています。

結婚したとすると、今度は子どもができる予定としたときに、お産の保険も加入するかどうか選択ができればいい。それを私的か公的な保険でカバーするかどうかも選択できていい。公的保険では公的アクセスを保証する。生活習慣病もパッケージにどこまで入れるか、いろいろ議論しなくちゃいけない。アメリカでは、どこに就職しても、ブルークロス・ブルーシールドのほかに、いくつかの保険を選ぶことができます。1 年間全然医療費を使わなければ、次の年から掛け金が安くなるものもあります。ちょっとした風邪なら保険を使わないで、その辺で薬を買っておくかなという選択もあるわけです。日本ではそういう選択がまったくできないから、今の社会保険庁とかの問題が生じる。

アメリカでは医療保険に入っていない人が 4,000 万いるけど、学生だと急な病気になったとき以外は要らないとかミニマムの保険でいいわけです。現在のような社会背景、疾病構造では「公的」医療費と「国民」医療費との間の乖離が大きくなってきてもいいところもあるのです。それがすぐに混合診療となると、今のままの医療制度での混

合診療だと思っから、誤解して「反対」と言うわけです。「公的」医療費と「国民」医療費は今では違うところがかかなりある。

伊藤 今おっしゃったようなことは、もうかなり発信されていらっしやるのですか。

黒川 やっています。

([www.healthcare-policy.org](http://www.healthcare-policy.org))を見て下さい。)政策担当者、政治家もお呼びしていますが、そういうことを頻繁にやっていく、霞ヶ関ではないところからの政策を提供することが大事です。少子化問題、ガン患者

のこと、この間も国連大学で「国民の選択」という会議をやりました。それらの報告書、資料なども出しています。医療関係者、患者さん団体、政治家、厚生労働省、マスコミ関係者、企業等々をお呼びしてフラットな議論、討論ができる場所を提供しています。これは市民社会の必要条件なのです。

伊藤 どうもありがとうございました。

2006年5月31日実施

(編集主幹：加藤裕己 NIRA 客員研究員)

**黒川 清(くろかわ きよし)氏 略歴**

東京大学医学部卒業。同大学院医学研究科修了(医学博士)。1969～84年在米、ペンシルバニア大学医学部生化学助手、カリフォルニア大学ロサンゼルス校(UCLA)医学部内科助教授等を経て、79年UCLA医学部内科教授。89年東京大学医学部第一内科教授、96年東海大学教授、医学部長。その後、総合医学研究所長。97年東京大学名誉教授。

現在、東京大学先端科学技術研究センター客員教授、WHO Commissioner of the Commission for Social Determinants of Health, 2003年より日本学術会議会長、内閣府総合科学技術会議議員。内閣府、文部科学省、厚生科学省、経済産業省等の委員を多数歴任。

専門は内科学、医学教育、医療政策。