

1.3 特別講演

「これからの医療と医療政策： 国際化、情報化、高齢化と生命科学の時代を迎えて」

－21世紀：日本医療制度への提言－

日本学術会議会長・東海大学教授
黒川 清



お招きいただきまして、ありがとうございます。今日はお手元にいろいろ資料がありますが、この資料の最初を開けていただいた所に、レジュメを作っておりますので、これに沿ってお話をさせていただきます。そのほかに添付資料がたくさんありますが、これは、いろいろな所でしゃべっています一部を今日お持ちしました。明日、明後日、土・日ですので、見ていただければと思いますが、私のホームページ<<http://www.KiyoshiKurokawa.com>>で見ることができます。私の略歴につきましては、司会の方がおっしゃったように、私はいろいろな所を動き回っている。私は大学を出てから、いまの職が8つ目ですが、アメリカに15年いて、日本に帰って20年になります。

大航海の時代

レジュメの1枚目からいきます。いま何でこんな問題になっているかということです。つまり、「これからの医療と医療政策：国際化、情報化、高齢社会と生命科学の時代を迎えて」というタイトルを付けましたけれども、それでは思い出してもらいましょう。去年はいろいろな意味で大きな意味のあった年で、ちょうど400年前には、徳川が日本を統一し、江戸に首都を移しました。そのころはどういう世の中だったかというと、ご存じのように、1549年だと思いますが、フランシスコ・ザビエルが日本に来た。初めてのヨーロッパ人が来た。なぜ来たんでしょうか。シベリア経由ではありません。つまり、大航海の時代に入ったという時代だったのです。1492年にコロンブスがアメリカ大陸を見つけた。最近では鄭和が1421年に見つけているという説があります。つまり、海に出て行こうという冒

険心のある人が、出ることができるようになった時代が15～16世紀だったわけです。

それで、外国人が来て嫌だな、と言って鎖国した。もちろんそれまでは日本はバラバラで、いろいろあったわけですが、戦国時代を経て、全国を統一する。どこでもそういう人はいるわけですが、統一して鎖国という制度を取ったのは徳川家康で非常に賢いと言わざるを得ない。二度と織田信長や豊臣秀吉みたいなものは出すものか、徳川家を守るのがいちばんということでは、鎖国するのがいちばんいい政策と言える。国民に何も知らせないというのは、権力を持った人のいちばんの手段です。

鎖国をしたときに、ちょうど世界中が大航海の時代に入る。日本は地理的な条件がありますから、どうしたって日本の文化は、中国、朝鮮半島から来ているという歴史的な背景がある。にもかかわらず、大航海の時代に入ったときに鎖国をしたというのが、振り返って見れば、いまの我々の常識というものを形成した基本にあるということです。つまり、鎖国をして、更に参勤交代その他を入れて、生まれたときの身分のままではそを見せないと。これは非常に重大な政策です。会社でもそうです。よそのことは一切見せないというのは、社長としてはカンファタブルなわけですが、いまは国際的にビジネスとしてやらなくてはならないから辛い所もあるというのが、情報化時代の恐ろしいところです。

黒船の来訪

そんなことをやっているうちに、150年、200年と経ち、ちょうど150年前、ペリーがやってきた。つまり、

これによって日本が、世界が動いているにもかかわらず、鎖国の間で、豊かというか、静かな眠りをむさぼっているときに、黒船の来訪でガサガサガサときた。それがちょうど150年前ですが、ちょうどその年に北里柴三郎が生まれています。日本が産んだ大医学者で、いまでも世界的に名前が残っています。それで、いろいろな動乱が起きてその十数年後に明治維新になる、という時代があったわけです。

感染症の発見

100年前は何があったかという、ようやく感染症の原因がわかり始めて、結核菌とか破傷風菌とかいうのが見つかるようになり、パスツールとかコッホが世界中の医学研究の中心だったわけです。そこでコッホと北里柴三郎は、破傷風菌を見つけ、その培養に成功し、それがトキシンをつくり、それに対する抗体みたいなものができるという、大発見をします。

それで同じことをやったのがベーリングで、ジフテリアで同じことを証明して、第1回のノーベル賞を1901年にもらう。もちろんベーリングの仕事は、北里柴三郎の仕事に極めて近い。だから、北里柴三郎が第1回のノーベル賞を一緒にもらってもいいじゃないですか。最初に、本当に2人で一緒に論文を出しているのですから。論文のコンセプトは書いているのだけれど、実際のデータは北里の破傷風菌のデータです。

当時までは、人間を襲っていた一番の恐怖は、感染症です。何だかわからないけれど、バタバタ死んでいるということで、それについて、医学研究というか、お医者さんが仕事をしていた。例えば15世紀のヨーロッパでは、5年間であつという間に3分の1の人が死んでしまいます。黒死病（ペスト）です。何だかわからないけれど、恐れていた。それが19世紀の終わりから20世紀にかけて、顕微鏡ができ、染色をするとか、いろいろな話で、コッホの四原則とか、いろいろな感染症の原因がわかってくる。わかってくるけれど、治りません。

だけど、最初に予防法を見つけたのは、ジェンナーの種痘です。天然痘は、ご存じのように、1回なれば二度とならない。1回子供のときになって、大体死亡率が40%ぐらいです。それで生き残れば、二度とないのですが、だけど、痘痕が残る。だから、やはり大変なことです。ジェンナーが初めて種痘に成功したのは1795年ぐらいですから、200年前の話ですが、何で、サイエンスもわからないのにやったというのはす

ごいことです。

それはなぜかという、乳搾りの女性たちは、軽い牛痘にはなるんだけど、周りの人と違って、人間の天然痘にはならないということを見ていたので、牛痘の膿を子供に刺せば、人間の天然痘にはならないと。また、そういうことを見る、考える、やってみる。それが大事です。そういうことをやりながら、100年前は、世界中で死んでいる人、飢餓の人も多いですよ、栄養状態がいいわけじゃないのだから。しかし死んでいる7人のうちの1人は結核で死んでいます。結核は大きな問題だったのです。

実際にコレラも大変な問題です。100年前の日本なんていったら、今年はちょうど日露戦争が始まってから100年目ですが、そのころの日本でも、検疫とかいろいろなことも始まりで、北里がいろいろやりましたけど、長崎でちょっとした人が来て、コレラが出ると、あつという間に1,000人死んでしまうというような状態でした。上水道と下水道が分かれるというような話でも、江戸の一部であったかもしれないけど、ごく最近まで、水洗便所じゃありません。上水も下水も混ざっているし、川もあるというような世の中だったのです。

100年前で、記録に残るようなことと言え、ちょうど去年の12月17日の100年前、ライト兄弟が初めて動力を使って飛んで見せた。たった12秒間、40メートル程度です。だけど、その66年後に、人が月に行くなんて誰が思ったでしょうか、というような時代です。100年前には、そのほかに何があったかという、いろいろなことがあります。日露戦争が始まって、1905年には、日本海海戦で、劇的な勝利を収めて、日本は欧州以外で初めての近代国として認知されるということが起こります。だけど、その後はご存じのように、満州へ行っておかしくなって、負けるということになります。

余談ですが、いまJR東海に乗られると、『ウェッジ』という車内誌ありますが、2月号に私の「読書漫遊」が出ていますので、読んでいただければと思います。それは私のホームページにも出ています。リーダーシップの問題を書いてありますが、そういう時代だったのです。

もちろん私の世代を含めて、私の世代は、ほとんどの人が結核になっているはず。戦後なんて栄養状態はよくないのだから。バターなんてほとんどなかった、ましてやアイスクリームなんかほとんどなかったということです。

DNAの二重らせん構造発見

50年前に、初めてDNAの二重らせん構造が見つかった。その50年後には、何とヒトの塩基配列まで読まれてしまった。それはなぜ。それは、その間にサイエンスがものすごく進んで、それと、分析可能にするような技術がどんどん進んで、コンピュータとオートメーションとマイクロ化が、どんどん進むからです。だけど、50年前には、DNAはどんな構造をしているかさえも知らなかったのです。その間に、例えばペニシリンができ、ストレプトマイシンができた。1900年には野口英世がアメリカに行き、1904年には、アメリカのロックフェラーが初めて研究所をつくり、初代所長のフレックスナーが、自分のラボから唯一人だけ野口英世を連れて行って、野口英世が、世界で初めて、脳梅毒はスピロヘータのせいであるということを証明して、世界をあっと言わせたわけです。ロックフェラーの名を、ベルリンのコッホ研究所、フランスのパスツール研究所に対抗して、新興国アメリカここにあり、と言わせたのは野口英世なのです。そういう人たちがいたということです。

そんなに研究費もない日本なのに、そのころ、20世紀初めの10年には、いまでも名前が残るような大発見をしたお医者さんが何人もいます。甲状腺の橋本先生もいまでも教科書に書いてあります。高安の大動脈炎もそう、田原の結節もそう、田原先生は、心臓の伝導系も自分で解析しました。という人が100年前です。だから、いまこんなに研究費を使って、100年後にどれだけ名前が残っているのか、ということです。

従来の日本の医療制度

国民皆保険制度

そんなことをやりながら、日本は戦争に負けて、60年前、非常に貧乏。ほとんど結核で死んでいます。私の上の世代の人たちは、もうかなり若いときに、随分結核で死んでいるはず。そこで、昭和36年に、画期的な、誰でもどこでもほとんど自己負担なくてかかれるようにという国民皆保険制度が入ったわけです。低コストで素晴らしい。1900年には、日本人の生まれたときの平均寿命は40歳。100年後には80歳という社会になってしまったということです。

もちろんこれは医療の進歩もあるけれども、公衆衛生とかいろいろなファクターがあったということは、もちろんそのとおりです。そしてフリーアクセス、ほ

とんどどの医院、病院でも行けるということで素晴らしい。でも、診療報酬は全部役所が決めている。それなのに、誰も文句を言わなかったのはなぜですか。そのころからどんどん医療器具は進歩し、検査は進歩し、ちょうどそのころは私も医者になったばかりですけれども、中央検査部なんてありませんでした。私は、内科をやっていて、患者さんが糖尿病だと、「毎日血糖測って、大変だな」と思うし、血算、クレアチニン、BUN検査、全部自分でやらなくてはならないわけです。

だから、患者さんを10人ぐらい受け持っていると、今日はどういう検査をするかなって順番を考えておかないと時間がない。いまみたいに伝票チェックしてから結果を待つ、なんていう、頭をあまり使わないような医療じゃなかったの、自分でやらなくてはならない。たった40年前です。その後、中央検査部ができて、伝票になって、だんだん何もしないで、「伝票チェックするだけが医者の仕事か」なんて私は言っていますけれども、「もっと患者を診ろ」、「ちゃんと触れ」、「話をしろ」と言っているのです。

患者さんもそうです。たくさん機械があって、たくさん検査してくれる病院がいいと思っていたのではないですか。それはそちらにも問題があるということです。なぜかと言えば、自己負担が少ないから、勝手なことをやっていたじゃないですか。ちょっとお腹が痛いといって近所のお医者さんに行くと、何か話だけして、薬くれて、「また変わらなかったら明日いらっしゃい」なんて。

どこも触りもしないし、検査もしないし、採血もしないし、レントゲンも撮らないなんていうのは藪じゃないのなんていうことで、次の日になると、どこか、近くのもうちょっと大きな病院に行き、そこでまた話をする、いろいろ採血をして、レントゲンを撮り、エコーもやってくれて、どうせ自己負担は大したことないからいいかななんて思って、薬をもらって帰る。だけど、3日ぐらいしても少しも良くならないから、いよいよ「東大病院に行ってみるとありがたいに違いない」なんて思って行くと、外来は若い医者で、何だか訳わからんから、CTから何からみんなオーダーして、「また1週間後に来なさい」なんて言われて、帰ってみると、みんな同じ薬が出ていた。しょうがないから捨てるか、なんてことになっていたわけです。

最近では、もちろん皆さんも教育を受けているし、それで、高齢者は医療費がただだったから、みんな今や、胃が悪ければガスターだなんていうふうになっている

ので、「ちょっと、おばあちゃん、お医者さんの所へ行って、ガスターもらってきてよ」なんて言って、みんなが「ちょっと飲みすぎたからガスターだ」なんていう話になっている。これはどうするの？これは、かなり医療費高騰もいい加減なんじゃないですか、という話もあるわけです。

それを誰も疑問を持たないでいたのは、右肩上がりの経済成長があったからです。今までは問題はあるかもしれないけど、誰も文句は言わなかったし、比較的低い高齢化率だったから、別に高齢者のほうがどうしたって全体グループとしては医療費がかかるけれど、まあいいかと。それから、医療に対する情報の障壁というか、お医者さんが、「私が手術をするのだから、任せなさい」なんて。いまだったらとんでもない話の時代があったことですが、医療訴訟が少ないとか、そういう社会構造で済んでいたわけです。

昭和36年の日本の死因の1番は脳溢血です。そのころは、血圧が高いのはわかっているのだけど、いい血圧の薬がない。当時私たちが医者になったころですが、血圧の薬というと、セルバシールとかハイドララジン

ぐらいです。そのころサイアザイド系利尿剤なんていうのが、「へえーっすごい、新しい薬が出てきたんだな」なんていう話になっていた時代の医療制度。死因の2番目は、減ってきたといえども、結核です。

私が何を言いたいかというと、昭和36年は、病院にかかる人も、病気の薬も少ないです。日常の行いがよくても悪くてもなるといふ病気だったから、この制度はいいということでした。それから日本は、経済成長を遂げ、長生きをするようになり、いまや5人に1人が65歳以上になり、平均体重は増え、糖尿病は、50年前はたった10万人だったのに、いまや700万もいる。医療制度のせいですか。冗談じゃない。大体運動量が減ったでしょう。車に乗るでしょう。エスカレーター、エレベーター、電車。全然歩かなくなったでしょう。

奥さん達はどうですか。専業主婦だと、うちにいて、ご飯炊くのはどうするの。薪を取りに行っていますか。水汲みに行っていますか。掃除していますか。運動量が圧倒的に減っているにもかかわらず、何で1日3回も食事しているのか。それで、体重が増えたとか言ってます。どうすればいいかわかっているでしょう。どうして体重を減らせないの。それで医療費の3割負担はとんでもないなんていうけど、いまや、自分で治そうと思えば治せる病気という生活習慣病が圧倒的になってきたわけです。それでも同じ医療制度でいいわけですか。

例えば糖尿病というと、別にすぐに糖尿病で死んじゃうわけじゃないけれど、「10年か15年すると、脳溢血とか、そういうものになりやすい。だから気をつけましょう」なんて言ったって、相変わらず煙草は吸う、体重は減らさない、運動もしない、暴飲暴食をする。それで、突然脳溢血になって、「さあ、みんなでためた医療費はどんどん使っていいから出来るだけのことをしてちょうだい」。それでいいわけですか。そうすると、そういう病気が圧倒的に多くなってきたときには、行いのいい人にはご褒美をあげるのか。悪い人にはペナルティーをとるのか。生命保険は煙草吸っていれば高くなるのに、どうして医療費はそういうふうにならないのか。つまり、正確な情報をあげてないんです。そこに問題があるということです。

ある程度自己責任を入れるとなれば、どういう所に自己責任を入れるかというのが大事で、例えば2年前の医療費の決着で何パーセントマイナスというときに、「三方一両損」なんて、簡単なことを言う。三方一両損で誰が損したの。大体、保険料上げたというわけでしょう。それは国民が損する。患者さんは、2割

従来の日本の医療制度

一国民皆保険制度（昭和36年）のもと
低コストで比較的質の高い医療を実現一

●特徴

- ・国民皆保険制度／フリーアクセス／
現物給付方式／点数制出来高払い方式
一誰でもどこでも、自己負担費用が少なく、
しかも制限を受けることなく医療の受診が
可能一
- ・診療報酬点数制度による規制
一統一的な一律の報酬体系により医療費支出を管理一

●従来の仕組みを支えた社会・経済的背景

- ・右肩上がりの経済成長
- ・比較的低い高齢化率
- ・医療に関する情報障壁の高さ、医療訴訟が少ない社会情勢
- ・感染症・急性疾患等の普遍的医療中心の疾病構造

から3割負担。患者さんが損する。それから、医療費で、お医者さんが損する。国は何も損しない。保険会社も別に損しない。正確な情報の障壁があるなんて、それは医者の問題だけじゃないということです。

医療を取り巻く環境の急激な変化

いま、医療を取り巻く環境がグーッと変わってきた。というのは、いままでの医療制度を支えていた社会経済環境が多く変わって、まず高齢化社会になってきた。みんな豊か。しかも、1989年（平成元年）の日経の3万9,000円をピークにして、翌年には2万円台になった。バブルが破壊しているにもかかわらず、何もできない。というか、何もしない。責任者が責任取りたくないから、先延ばし先延ばしで、若い人につけ回しているだけ。誰も何もしない。どうして？

高齢者が多くなれば、医療費の負担は増える。社会保障も同じ問題が起こっている。しかも、それまで誰も疑問を持たなかった、「何でも検査をしてください」というカルチャーになっているから、「いらない検査はしないよ」なんてことは誰も言わない、というわけです。しかも、始末の悪いことに、日本はいまや1,800万人の人が毎年外国に行きます。500万人の人が外国から来ます。日本は借金まみれとはいえ、世界で2番目の大きなGDPだから、先進国と思っています。たくさんの人が来る。たくさんの人が出て行く。

そうすると、海外で病気になって病院にかかる人もいるかもしれないけど、日本は確かにアクセスがいいなど。だけど、外国人も日本で病院へ入ってみると、看護師さんもお医者さんも来てくれないなと思っているかもしれない。けれども、向こうへ行くと、やたらと医療費の高い国もある。アメリカ。だけど、イギリスは高くもないし、誰でも安くやってくれるが、待たせる。不便だ。いろいろなことがある。

医療制度というのは、社会のカルチャー、社会システムの一部で、基本的な社会基盤です。宇沢弘文先生が言うように、社会の基盤は何かというと、教育です。当たり前です。誰でも教育を受けないといけないのだから。そして医療です。好きで病気になるわけじゃない。

3番目は農村です。食糧ないと困る。それから、都市です。つまり、行政とか、いろいろなことをやらなければいけない。それから、金融です。これがないと、社会が成り立たない。これらは基盤です。産業は時代

によって変わるから。例えば100年前の日本はほとんどが農民でしょう。それが近代工業化して、この国民皆保険制度が入ったころは、中学校を卒業すると、半分は田舎から集団就職してきました。右肩上がりの工業化です。という時代だったのです。農業人口はいま、少なくなっています。

それによって、情報化になってくると、患者さんも外に行く。更に始末の悪いことには、冷戦が終わって、インターネットなんていうのが出てくる。1992年にはwwwが出て、1994年にはネットスケープというソフトウェアが出てきて、誰でも簡単に見られるようになった。ごく最近まではNTTの接続料が高かったから、日本では、インターネットは普及しなかったけれど、ちょっと規制が緩和されると、Yahooのように安くて、つけっ放しでも月に3,000円と。こうなったので、みんな使うようになって、いまや日本では8,000万の人がインターネットを使っています。

医療を取り巻く環境の急激な変化

— 従来を支えた社会・経済環境が大きく変化 —

● 少子高齢化の進展

（世界に類を見ないスピードで進展）

→ 国民医療費の増大、医療の受益者と費用の負担者の不公平が拡大

● 長引く経済環境の低迷

（右肩上がり経済成長から低率安定成長経済へ）

→ 医療費の国民負担率の増大、従来の産業構造の限界

● 国際化・情報化の進展

（交通と情報技術発達による国際化の圧力拡大）

→ 医療の質および患者の権利に対する国民の意識の向上

● 医療技術の進歩

（高度先進的医療技術の発達と生命科学研究の進歩）

→ 医療に対する患者の選択肢の拡大、医療・生命倫理に関する新たな問題の発生

● 疾病構造の変化

（感染症中心から生活習慣病等慢性疾患中心の疾病構造へ）

→ 生活習慣病に対応する新たな治療や教育体制の必要性の増大

それまでインターネットが使いにくいのは、単に接続料が高いからです。ということで、どんどんみんながアクセスできるようになると、何かいままでと違う。患者さんや社会は一般に「安心がほしい。いまのままでは不安だ」と言うけど、何が問題なのかの根本については何にも知らないのだから。それを言うのは誰の責任かということになります。

だから、お医者さんや「医療ミス」とかいろいろ聞くけれど、医療制度は社会の制度の1つであって、最終的にみんな病気になったとき、お医者さんと1対1で対応するから、事故が起きたっていうと、「あのお医者さん、けしからん」と、自分で相手の顔が見えるわけです。

だけど、銀行はどうですか。いまどのぐらい不良債権があるかみんな知っています。政府の公式発言では50兆。外国の報告で見ると、大体200兆。誰も言わないのはなぜ。というようなことを皆さん知っていると思いますが、いわゆる日本の大新聞の政治面、経済面、社会面は70%の記事が記者クラブ発です。だけど、誰も言わない。なぜか、ということです。

21世紀の医療のあり方を考える視点

医療技術も進んでくれば、「私もこれをやってほしい」と言うけど、誰が払うの、ということになってくる。だから、例えば極端な話、「移植してほしい」。だけど、いま日本では子供は駄目だから、「何ちゃんを助ける会」なんていって、1億円ぐらい集まります。そして心臓移植でオーストラリア行った、アメリカ行ったなんて言う。そういう国にしてみれば、「日本は経済大国なのに、やらないのだったら、もう外国人の人はいや」と、だんだん制限を加えてきています。だけど、「お金持ってくるからいいお客さん」という見方もあるわけです。移植をする人たちは、「子供はやらないのはけしからん」と。「15歳以下の脳死を認める」と、いいますが。

それはわかるけど、それを決めるのは国民です。それをやりたいか、やりたくないかというのは皆さんがやってほしければやる。だけど、「もし万一ということがあったらどうするのですか」と言われるから、みんな腰が引けている。

つまり、自分のことと思って考えているのかという話を私は聞いているわけです。人に「やれ」と言っている分には結構だけど、自分のことになったらどうす

21世紀の医療のあり方を考える視点

21世紀の医療のあり方を考えるにあたっては、以下の制度設定の視点からの検証が不可欠。

社会からは、この「5つのM」は国際的標準との整合性が求められる。

- Market** 医療制度への市場機能の導入による医療の質および効率性の向上
- Manegement** コスト・エフェクティブな医療提供体制の構築
- Molecular Biology** 分子生物学の発達による生命科学、医学の進歩
- Microchip/Media** Internet 等による医療情報に関する障壁の低下による患者の選択の拡大
- Moral** 社会性の視点から医療の是非を判断（脳死問題、生殖医療、遺伝子診断など）
- 自助努力** 生活習慣病の増大に対応した予防医療等の医療インフラの整備と経済的と公的支援、その上での自由診療部分の導入。

るのか。そういう個人の選択と社会での意識というのはあまりなかったじゃないの、いままで。ということです。技術が進んで、あれもやってほしい、これもやってほしい。それはいいけども、誰がコストを払うの、ということです。疾病構造はさっき言ったように生活習慣病にシフトしています。

公的医療のインフラ整備

医療の社会性

いままでは、右肩上がりの経済成長をしていて、官主導の社会でできたわけですが、これからは、もちろん無駄を省く必要はあるけれど、医療というのは社会システムで、それを作ってきたその国の文化とか価値観とか、国の形によって随分違うわけです。なぜか、みなさん「アメリカでは」とおっしゃるけれども、私はアメリカに15年いて、お医者さんもやっていたし、大学でも教えたからよくわかりますが、アメリカは日本のモデルになりません。

なぜかと言うと、いま言ったようにビジネスと違う

から、日本の医療はより社会の基本的な構造に密着している価値観の問題がある。もっとヨーロッパの医療制度がどうなっているかということを勉強すべきです、国によって違うけど。そういうことも知らないで、「アメリカでは」と言うけれども、それはペリーが来てから、何でもアメリカだというのは、気持はわかるけど、もうちょっとリーダーは広く社会的、歴史的、あるいは国際的な背景をもっと考えて発言しなくてはいけないということを言っているのです。

例えば「病院の株式会社化」なんていうキーワードがあるでしょう。それはいいけれど、そんなのあるのはアメリカだけです。アメリカでもごく一部です。こんなことやってらひどい目に遭います。だけど、アメリカでは、公的な医療が何とかと言って、保険に入っていない人が4,000万いる。これは非常に大きな問題だけれど、アメリカでは、高齢者と低所得者に、メディケアとメディケードというプログラムあります。それから、退役軍人のための病院があります。メディケアとメディケードという、高齢者と低所得者のために国と州の税金が、年間どれだけ使われているか知っていますか。大体50兆です。タックスマネーから50兆です。これは赤字を出しちゃいけないということになっていますが、50兆というのは、アメリカのGDP1,000兆の5%です。

日本の医療制度は、いま大体32兆というけれども、公的なお金が年間いくら出ていますか。この32兆円を分けてみると、国から出ているお金は10兆円です。GDPの2%。3分の1は自分たちが強制的に入っている保険です。それは会社と自分が払っている。残りの3分の1が、アウト・オブ・ポケットです。つまり、自己負担です。「アメリカは」と言うのだったら、アメリカは公的なお金をGDPの5%つぎ込んでいるよということをもっと言うべきです。「アメリカは」と言うけれども、それをやる前に日本でできることがいくつかある。1つは、公的セクターをもっと整備することです。無駄が多かったらやめる。それも結構です。しかし…。

医療の緊急性

県庁所在地へ行くと、大きな病院がある。大体平均すると、富山だと人口30万ぐらいだと思うけれど、山梨県の県庁所在地の甲府だと、人口は20万ぐらいです。国立病院があります、大体600床ぐらい。国立大学の山梨医科大学附属病院があります。県立中央病院があ

ります。市民病院があります。みんなそれぞれ消化器内科、循環器内科、皮膚科、眼科、消化器外科、みんな自己完結型でメニューをそろえている。何でそんなに必要なの。むしろそれを地域として1つのシステムにまとめて、公的なセクターは24時間1カ所で、みんなお医者さんも看護師さんも小児科も集めて、24時間救急をまずやるべきです。

そういう所は公的保険で自己負担はいらない、とすればみんな安心する。そこは24時間やっています。三交代でも何でもいいから。皮膚科は待ってもいいじゃないですか。皮膚科の先生には申し訳ないけど。その代わり、入院には個室はありません。何か悪いですか？つまり、公的なインフラは医療費の自己負担はいらない。ちょっと不便かもしれないけど、24時間、エマージェンシーはやる、としていい。個室はないけれど。それで、何か問題ですか？

例えば、消化器外科といえば、救急ということは少ない。救急はいつもやっているわけだから。だから、そこで手術してもらえばいい。少し待ったっていいし。ちょっと遠いけれど、同じ町の中だから。それでダブリをなくして、ベッドは少し減らしてもいいから資源をみんな集中して、「そこは、ちょっと不便かもしれないけど、ただです」、「24時間の急患もいつでもいっしょい」と言えればいいんです。パリなんかそうです。お金一銭もかからない。電話をすれば、24時間いつでも来てくれます。必要だとなったら、パッと連れて行ってくれます。パリの中で4カ所エマージェンシーをやっている公的な病院があって、お金はいりません。そういう所では、もちろん糖尿病とかそういう検査はしてくれますが、そんなのは慢性の病気でしょう。2カ月に1回の検査はただだけど、あとは、お金を取ればいいんです。ということです。

薬もそうでしょう。例えばビタミン剤なんてどうしてお金を保険でカバーするの。いまごろビタミン不足なんかない。食べすぎているのだから。私たちも医者になりたてのころそうだけど、「昨日、先生、飲みすぎちゃって。アリナミンの注射してくれない」なんていう人、結構いたのです。保険でカバーしているから、そんなことやってた。それはどうするのですか？

特に外来では、命に別状あるような薬は保険でカバーしてもいいけど、風邪薬とかはいいじゃないの。その代わり、医療費自己負担は、税金の控除にしたっていいし。つまり、自分たちで何か考え、選べるのが大事です。では、煙草吸っている人はどうするの。どう

して町のいろいろな所に煙草の自動販売機があるわけ。そっちのほうがよっぽど問題じゃないですか。これは癌になるいちばんのリスクだってわかっているのだから。だったら、値段上げればいい。いまアメリカ行ったら、煙草1箱、大体6ドルとか8ドルでしょう。だから、税収が減るっていうのだったら、価格を上げればいい。どうしてしないの。それで、「健康日本21」なんて言って、「煙草吸う人半分に減らしましょう」なんて言ったら、どこかで消されたでしょう。どうするの、それは？

医療費

どうしてそういう声を上げないのか。そこに問題があるということです。問題は、国民は何を言いたいのか。その声はどこに出てくるのか。役所に陳情していれば何かしてくれるなんて思っているのはそもそも勘違いということでしょう。その声を上げさせるのは誰かと言えば、さっき言ったように情報でしょう。1,000万部も出している新聞の書くことは大事。だけど、そこで書く人はどうですか。経済、社会、政治面は、7割が記者クラブ発です。先々週の「エコノミスト」にも書いてあります。あれだけ言われて、まだ記者クラブなんて、とんでもない国だと「メンバーズ・オンリー」というタイトルで出ています。もう世界にみんな知れ渡っているのです。だけど、英語をあまり読まないから。だけど、そういうふうに世界ではみんなバレバレ、ということです。だから、まず公的な所の無駄を省き、手当てをしたその上で、皆さんある程度お金があるのであれば、「混合診療」もいいです。だけど、チョイスをあげることです。

最近ときどきニュースであるでしょう。80歳のおじいさんが突然死んだら、筆筒から3,000万出てきたなんて。何で使わないの。使うものがないというのも1つあります。何かほしいもの、買いたいものありますか。ないでしょう。30年前は、みんな冷蔵庫ほしかった。エアコンほしかった、テレビがほしかった、いまないじゃない。だから、メーカーは、マーケットがほしいものを作らなくちゃいけないのに、アイディアがない。同じものを作っているから、これは負けます。いまほしいものは、もっと満足できるソフトウェアです。

いま日本が、世界を席巻しているものがいくつもあります。30年前はテレビとかカメラとかね、いろいろ。いま、デジカメなんていったら、日本が圧倒的です。だから、技術の集積した所をブランド化することが大

事です。オンリー・ワンになることが会社では大事です。マーケットで何がほしいかといえば、満足感です。世界をいま席巻している日本の物が3つあります。それを考えれば、一体どういうふうにな日本の産業というのがあるかが、1つわかるような気もするのです。

1つは、アニメです。パリでもニューヨークでも、みんな日本のアニメを見ている。「日本では大人もマンガを読んでいる」なんて言っていたら、今は外国の大人も読み始めた。ゲームソフト。これも日本。3番目はカラオケです。つまり、日本のソフトパワーというのはすごいです。だから、日本は、グロス・ナショナル・プロダクトはいままで1番だけだけれど、いまや、グロス・ナショナル・クールというのが日本は圧倒的に、という世の中になってきて、こういうことをやっている人は、いままでのメジャーな大企業じゃありません。だからそこにソフト産業がかかわってくるのだということがあります。

さてそこで、公的なセクターで、お年寄りが何で、80歳で、心配で3,000万もためているのか。それは、いざ病気になったりして、動けなくなったらどうしようと、心配だからです。最近政府は、生前に遺産相続をすれば、2,500万までは免税になるなんてこと言ったでしょう。これは全然駄目。だって、そんなことやってから、子供や孫が来ると思いませんか。いまはそうじゃなくなっちゃったのだから、残念ながら。お金があるから、「おじいちゃん」なんて来るのだから、この税制は全く逆です。

シンガポールの医療制度は、なかなかそういう意味で参考になる。つまり、強制的に収入の何パーセントかは自分の名前の口座に政府が取って、保証している。それが医療費になっている。その誰かの医療費をくずしたら、その次は家族でおじいさん、おばあさん。だから、家族で責任を持つということをまずやるというふうになっています。だから、おじいさんが、いつまでも酒を飲んでいたり煙草を吸っていたら、病気になるので「もうやめてよ、自分たちが貯めたものを取られてしまうのは冗談じゃない」というような話です。

混合診療、株式会社

そんなことで、混合診療は是か非かとか、株式会社は是か非か、外国人医師は是か非かとかなんて言っていますが、それも全部問題がすり替わっている。医療は、好きでも好きじゃなくても病気になるのだから、少なくとも、チョイスとしては公的なセクターはまず

安心を構築する。少し不便だけど、まずそれをすべきです。

セーフティネット

みんなが心配しているのは、小児科の救急もそうだけど、夜とか夜中になったらどうしようと思っているわけです。だから、いつでも呼んでくれれば行きますというふうにすればいいんです。もうパリなんかすごいんです。電話を受けたら、オートバイでサッと来て、その間に、これは重症だと思えば、救急車がくっついてきます。すごい勢いで来ます。必要であればすぐ4つの公的な救急センターの1つに送り込む。勿論医療費は無料です。そういうことをやった上でなら、混合診療もいい。つまり、命にすぐかかわることは、絶対大丈夫と言っておくのが大事。あとは、不便でも安いほうに行くのか、ちょっと便利だけど、絨毯も張っている所だけど、そこは少し高くてもいいかなということのチョイスをあげる。

だから、選択肢を増やそうと言うけれど、選択肢を増やすためには、まずセーフティーネットは大丈夫だという上でなければ、益々不安になってしまいます。三方一両損なんていったら、益々お金使わなくなってしまう。おっかないから、ということです。

だから、それがまずは最初であり、その上で、株式会社をやるのだったら、やってくれということです。その代わり、公的保険は一切使わないというのが、経営者としての見識であり、社会的責任です。それを公的なシステムのいい所だけとって儲けようなんて、とんでもない話で、経営者として無能な証拠です。

外国人医師

外国人医師は、すごいハイテクをやっているから、是非呼んできて医療をやってもらおう、なんて言う。では、言いますけど、私はカリフォルニア州の免許を持っています。アメリカの内科専門医の資格を持っています。アメリカの腎臓専門医の資格も持っています。日本でいうとすごくありがたそうな感じでしょう。そういう人って日本でも何人もいます。外科医でものすごくうまい人とか、たくさん向こうでやってきた人がいる。だけど、その人がなぜできないかというと、例えば某国立大学の教授なんていうと、アルバイトできない。報酬をもらっちゃいけないということです。

つまり、これまでみんなサラリーマンで、腕が良くても悪くても同じであって、それを文句言わなかった

のは、国の経済が右肩上がりだったからです。患者さんもそうだけど、医者もそうで、同じ給料だったら、肩書きのほうが偉いかなんてことで、みんな一生懸命教授になろうと思って、つまらんことたくさんやるわけです。すごい手術をたくさんやっている人たちが、国立大学で手術しましょうといったときにどうなるかと言えば、サラリーマンでしょう。それだったら、なるべく仕事を避けているほうが楽になってくる、ということです。

私も何となく日本の人が有難がってくれる東大の内科教授もさせてもらった。これは私じゃなくて、教授会を選んだだけの話です。そうすると、「先生、外来やらないのですか」って言うから、「やらないよ」と。「何ですか」と言うから、「だって、若い人がやって、私がやって、初診料は同じでしょう。私でなければやれない仕事をやるのが私の本来の仕事でしょう」ということを言わなきゃいけないのです。

それじゃ、外国の公務員はどうしているかという、公的な病院で働いているお医者さんもいます。だけど、チョイスがあって、私、向こうでもやったことあるから知っていますけれども、100%公務員なのか、例えば週40時間だと、8分の7の公務員なのか、8分の6の公務員なのかとか、いろいろなチョイスがあって、8分の6だと、週32時間働くわけですから、その病院ではどういうスケジュールで働くよということをそのチーフに言っておけばいいわけです。その分の給料をもらう。そのほかの所での仕事はちゃんと届けておきます。そこで何をするって、デューティーはします。だけど、定員が削減なんてなると、そういう人は先に首になる可能性があるのだけれど。フルタイムのほう

公的医療のインフラ整備

- ・医療の社会性：社会基盤資本
- ・医療の緊急性：いつ発生するかわからない
- ・地域で考える：必要性、緊急性、利便性、専門性、コスト

日本の場合と外国の場合、後進国の場合

●話題のキーワード

- ・混合診療、自由診療、病院の株式会社化、外国人医師の問題
- ・薬価の問題：産業としての医薬企業そして「国内産業」としての医療

が、それは身分は安定している。その代わり、フルタイムではものすごくうるさいですよ、向こうの公務員は。フルタイムなんかになったら、もうどこかで講演して100ドルなんていったら、いちいち書かなくてはならないし、帰ってきて、また書類を書かなくてはならないし、その行っている間はどうするのだからってことで、もうスケジュールを書いて、「こうです」なんて報告しなくてはならないので、とてもやってられない。だから、そうやって日本はみんなフルタイムだったらどうのというので、おかしいです。だから、そういう先生は、1カ月3週間は、例えば東大で仕事をします。1週間は外でやります。そこは株式会社ですというのだったら、患者さんもチョイスがあるから、「私はそれじゃお待たせしません。すごく気持ちのいいクリニックで1時間10万円いただきます」と言って何か悪いですか？今の時代、わざわざ外国の医者呼んでこなくちゃならないなんていうのは、臨床に自信のない医者の発想です。

つまり、明治時代じゃあるまいし、日本にそんな医者がないわけじゃない。だけど、そういうわけで、できないだけにしているのです。だから、できる人には選ばせれば良いという世の中にきているにもかかわらず、訳もわからず、株式会社だとか、公的医療のいい所やって儲けようとか、外国人の医師なんて言っているのはね、いまのような近代日本と言われている国としては、実にみっともない、ということを私は言っているわけです。皆さんもそう言って下さい。

21世紀への提言

医療制度

そこで、情報。患者さんは、不安だ、不安だと言って、情報、情報と言うけれども、「そういうことは知りませんでした」という患者さんが結構いるのです。「そういうこともあるのだけど、知ってますか」と聞くと、「そういうことは教えてくれなかった。厚生省が言ってくれない」と。そういう気持ち自身がいけない。自分で情報がほしかったら、いまはインターネットつけっ放しだって月に3,000円でしょう。自分でどうしてアクセスしないの。何でも「与えてくれなかったから」なんていうのは民度が低い。自分が病気になったら、自分で探すじゃないですか。わからなかったら、人に相談する。努力もしないで「教えてくれなかったから、これはとんでもない」なんていうのがとんでもない話

です。それほど情報が隠されているならいいけど。

情報は何かというと、いまはインターネットが安くなったから、どういう良質な情報を提供するかというのも大事になって、これは日本だけじゃなくて、世界中で見られるような情報になっているということが大事です。その情報を提供するメカニズムというか、プラットフォームというか、OSをつくるのがそちらなのかもしれないけど。

そうすると、医療のカルテが何とかって。カルテなんてごく一部、その医療情報のマーケットのニーズがある所は。みんながほしいのはカルテだけではない。「カルテは医者のメモ帳だから。レントゲンの検査の結果とかは、患者さんのものです。みんなあげますよ」と。フランスなんかそうです。みんなあげてしまいます。だから患者さんが自分で持っています。どこのお医者さんに行っても、自分の情報を持っている。病院は、カルテは自分のメモだから、そのコピーを持っていればいい。「オリジナルは患者さんにあげます」。そうしたらどうしますか。そのほうがいいじゃないですか。患者さんも自分でメモをとっている。データは自分で持っている。だから、どこにでも行ってらっしゃい、ということにしてみてもいい。

つまり、自分は何をできるのかということをもっと考えるべきです。国に与えてもらおうなんていうのは、それは明治時代の話です。だから、どんどん一緒にやりましょうと言ったら、そっちもできることはどんどんやってねと言わなくてははいけない。なかなかそこまではまだ変わってきていないなということがあります。

患者さんもそうです。先週は原子力の安全の基調講演をしたときに、「原子力、絶対安全」。絶対安全って何の話。絶対なんてあるのですか。医療では、絶対安心な医療。そんなものないです。だけど、普段からそういうこと言っていないからね、いかにもそういうことがあるように思っていて、「ほれ、見ろ。絶対安全だと言ったのに、とんでもない」と。情報の公開というのはそういう意味です。そういうことを国民と、消費者というか納税者と社会全体が共有する。それが正確な情報を提供すること。それによって、どういう判断をしようかと。

インフォームド・コンセントだ、セカンド・オピニオンだ言うけど、どっちにしろといったって困るじゃない。だから、「普段からかかりつけ医を」なんて言うと、「どうやったら良いかかりつけ医がさがせるの

でしょう」なんて、みんな言うわけです。でもそれは、自分が何か病気になって初めて探すからそういうことになるわけです。どこにでもお医者さんはいる。近所に、どういうお医者さんがいるか、健康なときにみんな情報で交換していれば、お医者さんも変なことはできません。元気なときに探しておけばいい。そこに住んでいるのだから、同じショッピングセンターに来るのだから。だから、その人たちと付き合っていると、どんな奥さんがいるのかな、どんな子供がいるのかな、子供はどこへ行っているのかなって友達になれば、変なことはできません。

だから、東海大学へ行ったときもそうですけれど、市長さんの所へ行きました。いま高齢社会で時間のあてがう人がたくさんいるんだけど、その人たちは、社会的に何かしたいという気持はあるのです。だから、そういう人たちは、時間あるときに、病院にボランティアで働きに来なさいと。病院でみんながどんなことをしているのかわかってくる。そのとき話したのは、あなたたちが病院に来るといのは、誰かのお見舞いに来るか、自分が外来で通っているときしか知らない。だから、もっと中に入ってボランティアで働いてみましょう。そうすると、お医者さんがどんな仕事をして、どんな生活をしていて、看護師さんがどんなことをしているかがわかる。これだったら私たちができることはある、というふうになってくればいいのです。まず地域社会からの意識を育てない限り、良い医療なんか育たない。

主治医もそうです。「どうやったら良いかかりつけ医が」なんて言うけど、お任せの気持が見え見えじゃないですか。だから、病気になる前にいろいろな所で話してみるとね、「あの先生はいいよ。やさしいよ」なんてわかるし、何でもないときから普段から付き合っていると、「ああ、確かにこのお医者さんは見立てもいいし、きちんとしているな」なんてわかる。自分でも、あとでこんな薬くれたからって調べる。いろいろ調べて、あの先生はちゃんとやっているなとかわかるし、そういうことになると、お医者さんとも友達になるから、だからこそ夜中でも電話できるわけ。

そういう関係を築きもしないで、国民皆保険はどこでも同じになっちゃったから、いままではかかりつけのお医者さんがいたのに、だんだんだんだん医療器具がある大学病院がいいと思って、みんな行ってしまう。何で慶應大学病院に毎日5,000人も外来に来るの。慶應も、「たまらん。こんな仕事が多くて」なん

て。だから、一生懸命逆紹介状やって、また返すけれど、また患者さんが来ちゃうわけです。患者さんのブランド指向はどこにあるの。大学病院では若いお医者さんが診て、毎回変わる。それでもそのほうがハッピーだと思っているのだから、どうします？患者さんも社会も、あれしろ、これしろと言うけど、自分でできることは、何かあって、いくらでもある。そういう情報を共有することによって、より良い社会を、医療を築いていけるわけです。それをしないところに問題があるわけです。

医学教育、医学研究体制

もちろん私たちは医療関係者だから、私どもは私でできることをしていかななくてはいけない責任がある。それは医者としての質。トレーニングをすることです。だから、私は日本に帰ってきていちばんおかしいのは、どこの大学を卒業して、どこの医局にいるといのは、みんな大学に入ったときに決まっているわけ。だって、卒業したらどこに行くかという、例えば、日本でどうやって脳外科医になるのかといのはある大学医学部に入り、6年生ぐらいになると、脳外科の医局長か何か来て、「ちょっと一杯飲みに行くか」とか言ってそこで飲んでいううちに、「うちへ入局しろ」なんて言われて、「はい」なんて言うと、入局して6年ぐらいうると腕と関係なく脳外科専門医になっているわけです。それでいいのか。そういう意味です。

では、アメリカはどうなっている。脳外科医は、アメリカ全国で1万6,000人の学生が毎年卒業します。もちろん4年の大学出てから4年の医学部に行くけれど、8年。その間、必ず混ぜます。つまり医学部は、いろいろな大学を出た人を集める。自分の大学出た人なんて、25%以下です。それをするによって、全国の大学が、どんな人をつくって卒業させているかの評価を、みんなで共有できる。医学部を卒業したら、みんなよそで研修するわけ。脳外科やりたかったら、アメリカ中で1年に70人しか採りません。相当な競争です、なろうと思ったら。それで、70人だけど、7年間やる。外科だって5年間です。5年間やるけれど、ミニマム500例の手術をしなくちゃいけないわけです。指導医と一緒にやって。

それで、何でも500例じゃない。盲腸だけ500例やっただけしょうがない。盲腸の名人なんて言っただけね。そうじゃないのです。インデックス・ケースっていうのは、これが何例で、これが何例で、これが何例とミ

ニマムが決まっています、2人の研修医じゃ駄目で1人が何例。だから、それだけの症例が集まる病院でなければ、外科の研修医はとれない。それだけ症例がなければ、それをちゃんとレジスターしていますから、ダブルブッキングなんかやると、すごいペナルティーとなります。それで、ミネソタ大学附属病院なんかつづれました。それができなければ、症例をこなさない限り、研修に6年かかる。7年かかるって言ったら、そんな所、研修医は誰も来なくなります。

医療制度も違うけど、アメリカのすごいところは、卒業生と医師も私達が作った卒業生、研修医はこれだということを保証する社会的責任の認識が強いわけです。つまり、政府が小さいほうがいいということは、プロフェッショナル・コミュニティは、それだけ社会に対してアカウンタブルなシステムをつくってきた歴史があるわけです。日本はそうじゃない。省庁の顔色を窺って、業界の団体が出来て、みんな陳情するという格好になって、日本はやってきた。それを誰も不思議だと思わなかったのは、たまたま右肩上がりの成長をしてきたからです。右肩上がりの成長をした理由はなぜかと言えば、戦争に負けた後、たまたまアメリカが占領軍になったという話で、これは日本のチョイスじゃありません。

もう1つは冷戦構造になったから、日本は右肩上がりの成長ができたわけです。だって、日本人はみんな真面目、よく仕事する、よく言うこと聞く。徳川時代からね。だから、そういう枠組みでグーッと成長したのです。だけど、日本人が自分で考えてこういう国にしてきたわけじゃないのです。大きな政策はアメリカが決めていた。

というわけで、いろんな問題がある。どうやって情報を提供するかというのは、患者さんにサービスしているわけじゃなくて、社会と共有した価値観をつくりながら、それじゃ何をしようかという選択肢をお互いにつくっているわけです。今年から、卒後臨床研修、2年間必修になりました。私はずっと、帰国してから言ったのは何かというと、学生をみんな自分の大学で抱え込んで、自分のところに入局させようなんて考えていることに問題がある。私たちのときもそうです。とにかく国家試験に受かりさえすれば、うちで面倒みてやるから入局しろと言ってもらっていたのだから。それで入局して5年もすれば、内科の専門医だなんて顔をしている。外科なんて益々大変です。手術もうまくないのに、外科で専門医になってしまったりしても、

しょうがない。

だから、卒後研修を必修にさせるのは結構。だけど、その代わり、自分の出身校じゃなくて、よそに出せ。混ぜる。そうしたらコンピュータでマッチングということになったので、それでやっていますけれど。そうすることで、学生さんが、自分はどこで研修受けようか、いろんな所を夏休みに訪問するようになってきたのです。そうすると、評判と訪問で、自分で選ぶ、そこへ行った人たちが、またいろいろ情報を交換できるような場を作ることとなる。

それは何も国がやることはない。そうやって意見を交換している場が複数あればいいわけです。そうすると病院も、それを見ると、ああ、そうかと。病院だって、自分のことしか知らないお医者さんばかりです。混ぜるようになれば、必ずよくなってきます。学生さんたちも、自分でどこ行きたいと言い出すと、病院も、どういう教育をしようかという話になって、必ずよくなってきます。

医療健康情報に関する認証

私たちの責任は、いかに質のいいお医者さんを育てていくかということが義務の一つだけれど、医療制度そのものは、社会と一緒に構築していくものです。それは決して厚生省とか中医協がやるわけじゃなくて、基本的な問題は、先進G7で日本ぐらい医療費がGDPに対して低い国はないのだから。7.5%でしょう。

ヨーロッパの国でも、ドイツでも、フランスでも、GDP10%ちょっとの医療費です。イギリスだって7.5%ぐらいで、日本と同じぐらいだったけれど、これはあまりにもひどいということで、ブレアさんは、毎年、医療費の投入を増やしている。それが国民の声です。だから、そういうふうにしていくのが、より健全な社会で、そのためには、国民がどういう政策を選びたいかということです。

その政策を選ぶためには、情報を提供してなくちゃいけない。その情報を提供する選択肢は、何もマニフェストなんて、選挙のときだけじゃなくて、普段から、メディアとか、ネットとか、いろんな所でどういうものが欲しいのかというのを提供しなくてはいけない。

それでは、その情報はどれだけ正確かという話になると、今日の私の「インターネットにおけるウェブサイト上の医療健康情報に関する認証について」というのがありますが、これは皆さんの業界でもいろんなことをやっていると思いますが、インターネットをアク

セスしている日本の人口は、いま8,000万人です。インターネットはみんな使いやすくなっているわけです。これはみんながラップトップを買ったからじゃないのです。これは接続料が安くなったからです。そうすると、みんな使いやすくなるのです。使うようになってみると、この医療関係サイト、Yahooベースで、1万6,000もあるのです。でも、いろんな人が勝手につくっている。誰がモニターするのか。この医療認証機構というのは、ウェブサイトをいろいろサーベイランスするNPOも必要じゃないかなと、これをやろうと思っているわけです。

そこで、「医療健康情報の評価基準」というのがありまして、それには、ディスクロジャーとかヘルスコンテンツとか、それから、プライバシーの問題、セキュリティの問題、マネジメントポリシーとか、誰が書いているのかというオーナーシップとか、いろんな問題があるので、これは日本だけでやると、変な横槍が入ってくるといけない。

そこで、「URAC」というのがあり、アメリカとか、国際的にもこういうのがいま問題になって、ネットワークがありますから、そこのプロトコルとかプロセスの上に載っける。そうすると、この情報の評価も全部国際的に広がって、流れますから、そういう方法でやるというのが非常に大事です。

つまり、それによって、私たちのやっているNPOの活動の質も、いわゆるグローバル・スタンダードといっても、その価値判断は、社会的、歴史的に自分たちの好みというのがあるわけですが、やっているプロセスが極めて公開性が高いというシステムを使わない限り、国民の満足度は得られない。こういうことをこれから企画していかなくはいけないと思う。

つまり、医療の情報の公開性と透明性。国民に情報を提供するというのは非常に大事だけれど、その情報のクオリティーを、それじゃ誰が保証するのかということで、複数のそういうサーベイランスをするようなサービスが必要だし、それがまた、新しいビジネスになってくる。だけど、その基準は、やっぱりいまのようなネットとか情報化の時代では、少なくともグローバルなネットワークの中に載っているものでないと、すごくまずいということで、我々そして皆さん方の、企業人、あるいは自分たちの職業人としての社会的な責任を感じて、事業をしていかなくはいけないと思います。それでなければ、長期的には株式会社という営利団体も必ずうまくいかなくなくなると思います。

パブリックセクター、NPO

これから、日本のように成熟してきた社会では何が起こるかという、アメリカに20年ぐらい遅れて動いていくのだけれど、こういうことになると思います。つまり、どの国でも、政府がやるパブリックセクターと、プライベートセクターというのが、必ずあります。プライベートセクターは、企業です。これは、いろんなものを作って、サービスを売って、儲けて、社会の質を良くするわけだけど、パブリックセクターと言われるのは、政府がやる仕事です。これにどういうものがあるかという、典型的には、医療とか教育とか介護とか保安とか国防とか、そういうのがパブリックセクターです。それは税金で賄うということになります。しかし、ご存じのように、開発途上国では、企業とパブリックセクターもべったりくっついているし、しかも、パブリックセクターも、税金でみている。けれども社会が成熟してくると、そうでなくなってくる。つまり、税金の使い方に国民がもっとうるさくなくなってくるということです。

しかも、特に高齢社会になってきて、高学歴社会になると、自分たちの社会的な何か人生の達成度っていうのがある。何か満足感、これをいまみんな探し始めているのです。つまりいままでは、大きな会社に入って、会社に忠誠を誓ってずっといれば、面倒をみてくれる。それが生き甲斐だったわけ。でも、そうじゃないのです。もうそんなこと信用できなくなっちゃったと、初めて目が覚めた。そのほかに、自分は人生で何したいのか、ということ、みんな摸索し始めた。特に、会社を辞めてから、まだ10年もあるのに、毎日うちじゃ粗大ゴミだなんて言われても、情けないじゃないですか。

そうすると、ボランティアとかいろんなことがあるだけれど、そのやりたいことというのをつくるメカニズムがNPOになってくるわけです。ボランティア活動であり、NPOで、また雇用が増えてくるところももちろんあるけれど、そのNPOがすることは、例えば介護とか、医療とか、教育とか。今度は政府が直接やるわけじゃなくて、NPOに委託してやるような格好になってくる。そうすると、NPOも、いかに透明で、コストエフェクティブなNPOにならなくちゃいけないか、ということが、だんだん情報公開されてくるということで、これがいま、世の中の動きになっています。

アメリカはもともと「NPOアメリカ」というぐらい

21世紀への提言

(1) 医療制度について

ーグローバルスタンダードの医療制度へー

●医療産業への重点投資を推進（国内経済活性化・雇用吸収の面からも効果的な投資）

- ・「健康関連国内経済」の対GDP比10ー15%を目指して

例えば、土木建設産業重視から医療・福祉産業重視への投資政策ヘシフトし、国民負担率への影響を極力抑えた産業転換推進

●疾病構造の変化に対応した医療提供体制の再構築（コスト・エフェクティブな医療提供体制へ）

- ・外来における診療所・病院の役割の明確化
- ・かかりつけ医と専門医の機能分化の推進
- ・急性疾患・慢性疾患等の疾病の特性に応じた病床の機能分化の推進
- ・国民への疾病教育等を含めた予防医療の充実

●患者ニーズの多様化に対応した保障制度の整備（ナショナルミニマムとして健康保険制度）

- ・公的医療提供の効率化へ向けた再編
- ・保険制度の選択肢の複数化
- ・民間医療保険の活用により患者の自助努力と医療の選択肢の拡大を支援

●医療の質の向上を目指した医療制度へのMarket原理を導入（資源配分効率化）

- ・公的セクター整備再編、
- ・医療人の雇用形態
- ・専門医の質と量、そして技術の評価＝技術科の一部自由化
- ・自由診療部分の導入の推進
- ・病院等への規制緩和（経営形態の多様化、病院評価の推進）

(2) 医学教育、医学研究体制について

ー医療制度の根幹をなす医療の質＝医師の能力の向上へー

●専門的技術と幅広い知見をもつ医師の育成

- ・医学部教育は学士入学制度の導入により4年生の「Medical School」方式へ移行。学位制度は廃止
- ・卒後の臨床研修の必修化に加え、全国共通カリキュラムの導入により、全国規模での研修のマッチング化（「混ざる方式」）を推進
- ・専門医への資格の強化。社会への責任を示す
- ・臨床研修への公費投入。社会的責任を明示する
- ・自発的な医師免許更新制度の導入

●コスト・エフェクティブな研究体制の再構築

- ・国立大学・研究所の独立法人化の推進
- ・研究、診療へのインセンティブ付与と教育との分離
- ・社会保障制度の改革（年金、雇用、退職金制度等）

で、多くのNPOが出来ています。NPOの平均したインカムは、政府からの委託。グラントとか契約とか、いろんな格好で、インカム100%のうちの45%が政府からきて、次の45%がフィーとか、いろんなサービスフィーとかのインカムで出来ていて、10%ぐらいがドネーションとかそういうものになっている。世界的な調査もあるけれどもやっぱり日本もそういう世の中に変わってくると思います。

いま、たまたま国立大学とか国立病院が独立法人になっていますけど、法人化になってきたのは、そういう社会的ミッションでなったわけじゃないのです。つまり、行政改革で「定員を減らせ」と言ったから、役所がやっただけの話で本来の理念がどこにもない。これは税収が減ってきたからやられただけの話。これではちょっと危ないなと私は感じています。

つまり、もっと社会の1人ひとりが何をしたいのか、どういう社会的なコミットメントをしたいのかということへの意識が、だんだん広がってくるだろうと思います。それがこの新しい日本の活性化の1つの方向ではないか。つまりNPOが、従来のパブリックセクターということをかなりやっていくという社会になっていくだろうと思います。

医療も、一部はそうですけども、さっき言ったように、医療はどんなことがあってもパブリックセクターとしての公的な部分のセイフティーネットを必要なだけきちっとやった上でいろんな話をしないと、非常に恐ろしいことになるということをお話して、私の講演とさせていただきます。どうもありがとうございます。



編集委員
総務会 小澤 泰幸
(株式会社NTTデータ)



編集委員
総務会 小原 孝子
(日本ユニシス株式会社)

■表1.3-1

1人当り医療費および医療費対GDP比（1997年）

	1人当り医療費（円）	医療費対GDP比（％）
カナダ	235,812	9.0
フランス	289,366	9.4
ドイツ	344,322	10.5
イタリア	199,708	7.7
日本	298,481	7.4
イギリス	195,773	6.7
アメリカ	481,327	13.0

*現地通貨で発表されている統計数値を、1997年の年間為替レートで変換したもの。

*本資料における医療費の概念は、厚生労働省試算の国民医療費の概念と異なる。

出典：OECD HEALTHDATA2001

■表1.3-2

日本の医療と外国の医療の比較
健康寿命と医療費

高い評価	世界保健機関 (WHO)			経済協力開発機構 (OECD)	
	健康達成			1人当り国内総 生産（GDP） 1998年	総医療費と国内 総生産との比 1998年
	健康		健康達成度 の総合評価		
	健康寿命	平等性			
日 本	1位	3位	1位	5位	18位
オーストラリア	2	17	12	17	7
フ ラ ンス	3	12	6	12	5
イ タ リ ア	6	14	11	16	14
カ ナ ダ	12	18	7	18	6
イ ギ リ ス	14	2	9	14	21
ド イ ツ	22	20	14	8	3
ア メ リ カ	24	32	15	4	1

低い医療費

出典：WHO（世界保健機関）World Health Report 2000、

OECD（経済協力開発機構）OECD HEALTHDATA2000

注：WHO・OECD加盟国のうち、主要8カ国のランキングを示したものである。

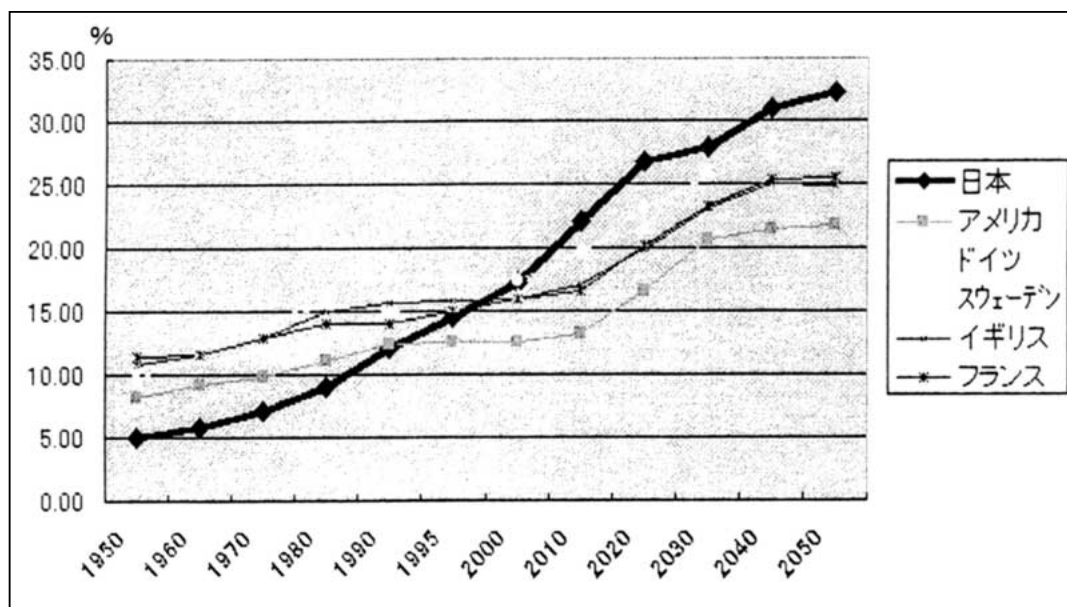
●健康寿命とは、健康で自立して生活できる年齢をいう。

●平等性とは、年齢や地域間の格差がないことを示す指標。

●国内総生産（GDP）とは、国の経済力の指標

■図1.3-1

主要国の高齢化率の推移



出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

■表1.3-3

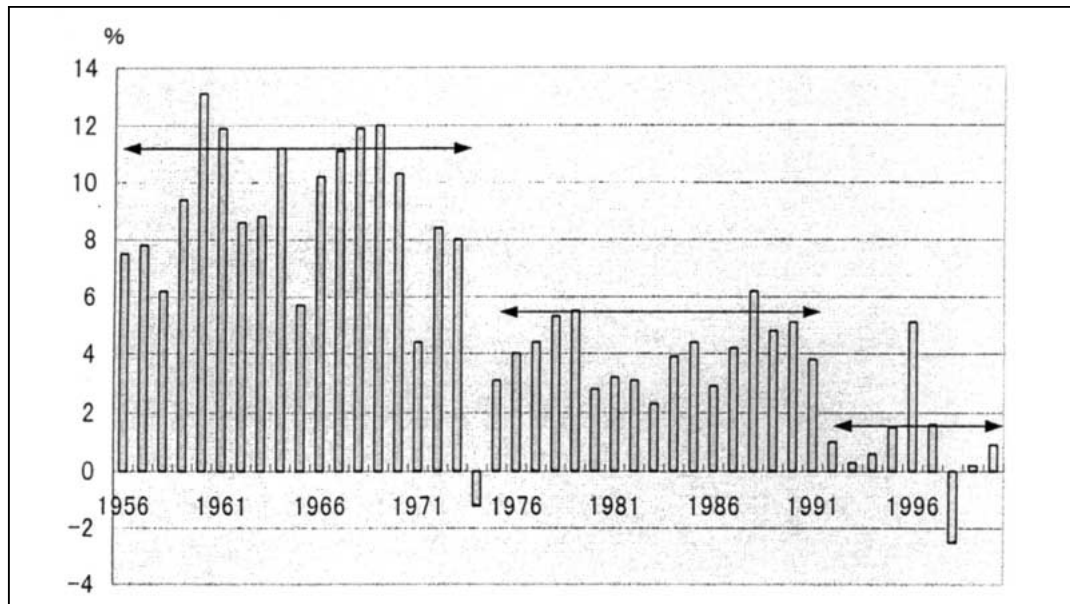
年齢階層別国民医療費（1998年度）

	国民医療費推計額 (億円)	構成割合 (%)	1人当り 医療費 (千円)
総 数	298,251	100	235.8
65歳未満	155,103	52	146.3
0～14歳	19,000	6.4	99.7
15～44歳	48,627	16.3	95.1
45～64歳	87,476	29.3	244.4
65歳以上	143,147	48	698.0
70歳以上 (再掲)	111,243	37.3	814.9
75歳以上 (再掲)	76,827	25.8	944.3

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成10年度国民医療費」

■図1.3-2

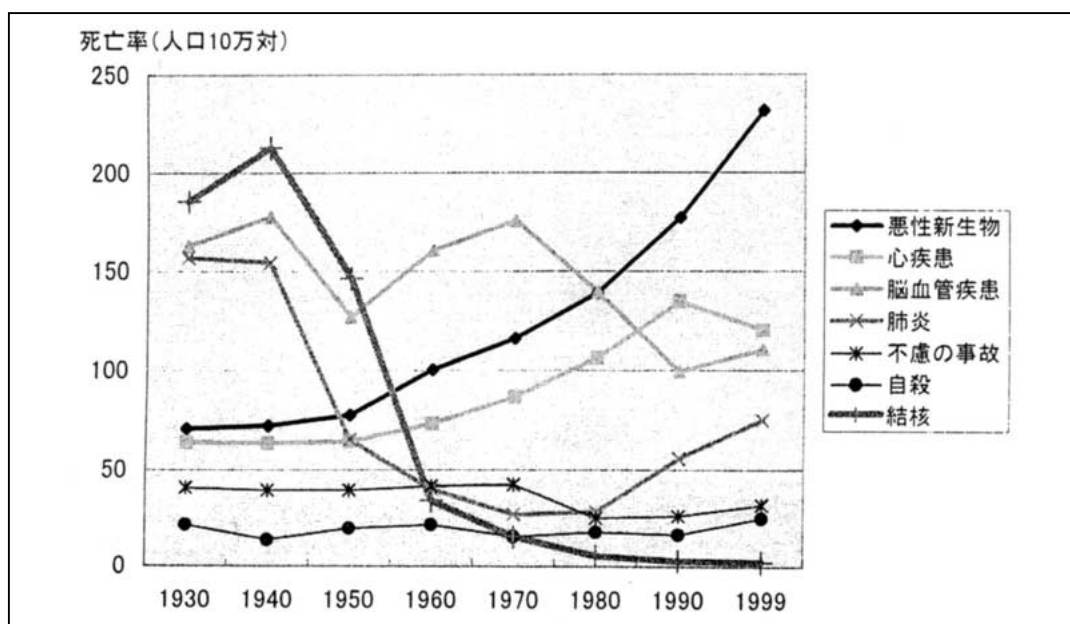
実質GDP成長率（1956－2000年（暦年））



出典：経済社会総合研究所「需要項目別時系列表（68SNA）」

■図1.3-3

主要死因別死亡率（人口10万対）の年次推移



出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

■表1.3-4

生活習慣病 推計患者数

(単位：千人)

年	悪性新生物	脳血管疾患	心臓疾患	糖尿病	高血圧性疾患
昭和54年	100.9	231.0	201.2	116.4	549.1
昭和55年	105.2	258.9	211.5	120.3	554.0
昭和56年	104.5	242.6	227.9	123.4	592.8
昭和57年	113.7	280.9	209.7	125.3	514.7
昭和58年	122.5	299.6	247.3	147.6	625.9
昭和59年	131.9	272.1	213.8	143.1	658.8
昭和62年	152.6	334.7	216.3	156.2	642.7
平成2年	185.4	337.5	240.2	198.6	685.2
平成5年	206.1	368.5	228.2	198.6	699.9
平成8年	261.4	389.8	250.2	237.4	739.4
平成11年	256.7	364.9	228.7	226.0	672.6

出典：厚生労働省「患者調査」

■表1.3-5

建設投資対GDP比（1996年）

	建設投資額（兆円）	対GDP比（％）
フランス	7.9	4.7
ドイツ	22.1	8.6
日本	81.4	16.2
イギリス	5.5	4.4
アメリカ	59.5	7.2

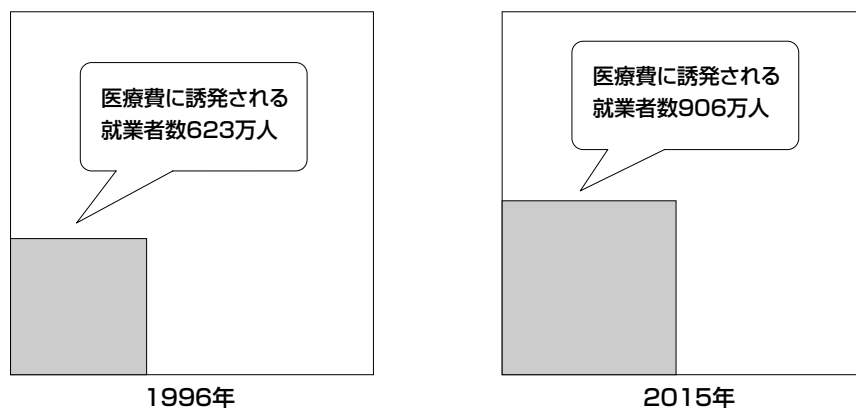
出典：日建連ハンドブックユ'98

■図1.3-4

医療費に誘発される雇用数
(1996年30.3兆円/2015年60.2兆円を前提)

全国の就業者数6,486万人

全国の就業者数6,162万人



出典：日本医師会「国民が安心できる医療制度を作るために」（2001年4月）

■表1.3-6

医師数・専門医等国際比較（1996年）

	医師数（人）	人口1万人当たり（人）	専門医数（人）	比率
日 本	230,297	18.3	—	—
フランス	171,807	29.6	85,140	49.6%
ド イ ツ	279,335	34.1	174,784	62.6%
イギリス	94,466	16.1	62,176	65.8%

*フランスの専門医は医学部卒業後アンテルヌ試験に合格後4—5年の専門教育を受けて認定

*ドイツの専門医は、医師免許取得後、連邦医師会による4—6年の専門教育を受けて認定

*イギリスの専門医は病院勤務医を表示

*日本では、各学会が個別に専門医認定を行っているが、統一の統計データはない。

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」、
医療経済研究機構「医療関連データ集（2000年版）」

■表1.3-7

民間医療保険（財源として）国際比較

	位置付け	具体的な商品	支払規模等
日 本	●入院・手術等に対して自己負担部分および付加サービス費用を一定額カバーする目的から給付を行う商品や、先進的な治療の選択肢を広げる目的から特定疾病に対して給付を行う商品を発売。	●医療保障保険 —入院や手術等の保険事故に対して入院日数や疾病の種類に応じ定額給付 ●特定疾病保障保険 —がん保険／三大疾病保障等特定疾病罹患時に定額給付	●1999年における入院・手術等給付金支払額は約8,180億円。
フランス	●公的医療費の自己負担部分（とくに、義歯・眼鏡・診療費・薬剤費）を保障する商品が中心。また、個室ベット等に対して給付するなど、入院時の付加的給付を行う保険も発売。加入者の約60%が団体契約によってカバー。	●診療・医療費自己負担保障保険—当該費用の自己負担分のみ補填 ●公的医療対象外費用保障保険—眼鏡・義歯等の費用を補填 ●入院費用保障保険—個室ベット利用等の付加的サービスの費用を補填	●1998年において、フランスの総医療費の13%を民間医療保険がカバー。
ド イ ツ	●公的保険に加入義務のない高所得者層に対する私的医療保険、および公的保険加入層への自己負担・付加的サービス費用を保障する商品を発売。	●完全医療保険—任意加入者層に対し、公的医療保険の代替商品として、公的医療保険の給付内容と同等以上の保障を提供 ●追加型医療保険—入院費用や歯科外来費用を補填	●1998年末における完全医療保険の加入者は約720万人（国民の約10%） ●民間医療保険の年間収入保険料は、約2.0兆円。
ア メ リ カ	●医療保障の財源自体が私的保険をベースとしており、原則として民間医療保険が医療に関する費用全体を保障。わが国における健康保険等に相当するイメージ。ただし、従業員の負担割合は企業ごとに相違。	●出来高払い型保険—費用の発生の都度当該医療処置の料金を支払う ●PPO型保険—あらかじめ決められた価格で包括的医療サービスの提供を契約 ●HMO型保険—個別支払ではなく前払いで包括的医療を提供	●1997年における民間医療保険のカバー率は人口の約70% ●また、1996年における民間医療保険の医療費支出額は約2,900億ドルで、医療費の33%をカバー。
イギリス	●高所得者層向けの民間病院における付加的サービス部分を保障する保険と、入院・手術等の見舞金的な位置付けの保険が普及。	●PM1—民間病院における入院費用、外来診療費用を保障 ●HCP—入院・手術に対して一定の見舞金を支払う	●1998年におけるPM1の年間収入保険料は約20億ポンド、HCPは約3億ポンド。

出典：明治生命保険（相）にて独自に作成

■表1.3-8

研究投資効率の国際比較

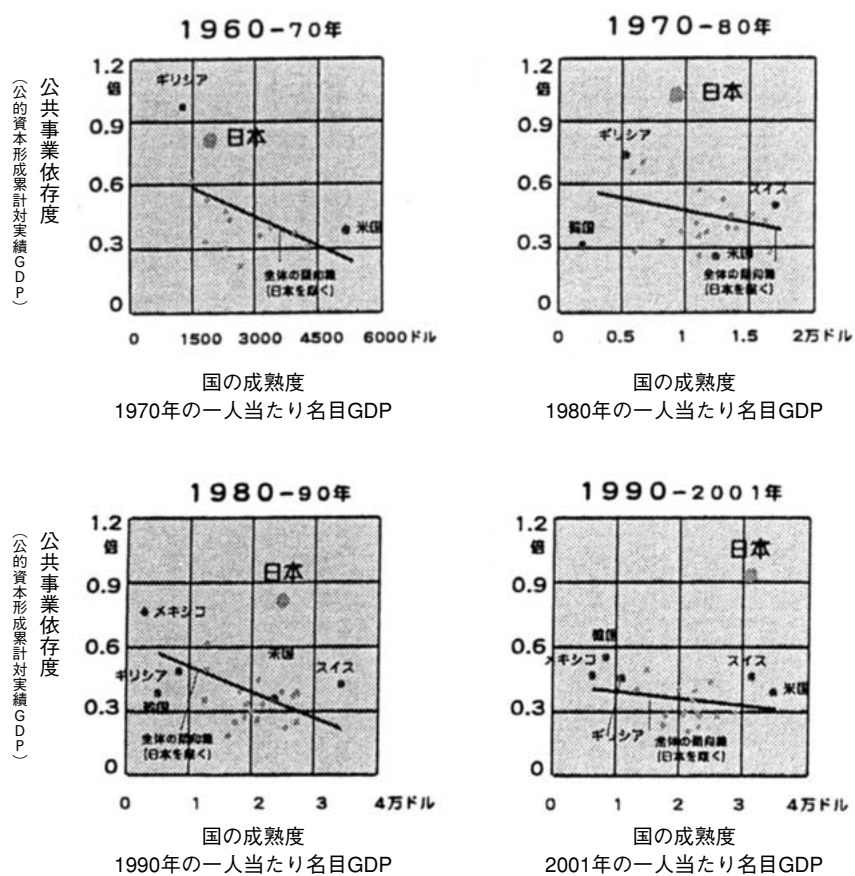
	科学論文数 (対研究投資百万USドル)	論文引用数 (対公的研究投資百万USドル)
カナダ	22.3	194
フランス	14.2	63
ドイツ	13.0	62
イタリア	14.0	38
日本	6.8	74
イギリス	30.1	269
アメリカ	16.2	238

出典：黒川清「日本の研究の評価」臨床と研究、77巻1号（平成12年1月）

（May, R. M.: The Scientific Investments of Nations. Science, 281:49,-51,1998(July 3)より、黒川により改変・引用）

■図1.3-5

公共事業の国際比較



土木大国ニッポン 日経ビジネス 2002.9.2

経 歴

2004年4月現在

黒川 清（くろかわ きよし）：昭和11年、東京生まれ

昭和30年 成蹊高等学校卒業

昭和37年3月 東京大学医学部卒業

37－38年 東京大学医学部附属病院インターン

38－42年 東京大学医学部第一内科／医学研究科大学院（医学博士）

43年 東京大学医学部第一内科助手

44年 ペンシルバニア大学医学部生化学助手

46年 U C L A（University of California at Los Angeles）医学部内科上級研究員

48年 U C L A医学部内科 助教授Assistant Professor of Medicine

49年 University of Southern California医学部内科 準教授Associate Professor of Medicine

52年 U C L A医学部内科 準教授Associate Professor of Medicine

54年 U C L A医学部内科 教授Professor of Medicine

58年 東京大学医学部第四内科 助教授

平成元年 東京大学医学部第一内科 教授

平成8年 東海大学 教授、医学部長

平成9年 東京大学 名誉教授

平成14年 東海大学 教授、総合医学研究所長

平成15年 日本学術会議会長、総合科学技術会議議員

東京大学先端科学技術研究センター客員教授

平成16年 東海大学教授

【主な学会、委員活動歴】

日本学術会議：会長（平成15年－）、同 副会長（平成12－15年）

日本内科学会：理事長（平成2年度－平成4年）、会頭（平成7年度）、監事（平成8年度）

日本腎臓学会：理事（昭和63年－）、会長（平成5年）、理事長（平成9－14年）

日本臨床代謝学会（日本分子医学会）：理事（平成元年－12年）、会長（平成8年）、理事長（平成10－12年）

日本透析医学会：理事（平成5－10年）、会長（平成10年度）

日本骨代謝学会：理事（平成3－10年）

国際腎臓学会：理事（平成2－7年）、副理事長（平成7－9年）、理事長（平成9－11年）

国際内科学会議会長（平成14年度）

米国内科学会（ACP）日本支部長（平成15年－）

日本学術振興会評議員（平成14年－）、同特別研究員等事業委員会委員（平成15年－）

カリフォルニア州医師免許；米国内科専門医、米国内科腎臓専門医；American Society for Clinical Investigation；Association of American Physicians；Master, American College of Physicians（1996－）；Institute of Medicine of the National Academies of the USA（1997－）；Member of the Inter Academy Council（2000－）；Member of Committee for Science Policy and Review of the International Council of Science（ICSU:2002－）；President of Pacific Science Association（2003－）

【受賞】 紫綬褒章（平成11年）

財団法人腎研究会 特別功労賞（平成12年度）ほか

【主な著書】

「医学生のお勉強」芳賀書店（平成14年）
「日本の医療風土への挑戦」宮城征四郎、黒川清 共著：医療文化社（平成15年）
「EBM現代内科学」金芳堂（平成9年）
「水・電解質と酸塩基平衡」南江堂（平成8年）
「医を語る」黒川清、田辺功 共著：西村書店（平成7年）
「黄金のDNAらせん」日本経済新聞社（平成10年）

【主な監修】

「新しい透析骨症」日本メディカルセンター（平成15年）
「腎疾患治療のエビデンス」文光堂（平成15年）
「ハリソン内科学 第15版」メディカル・サイエンス・インターナショナル（平成15年）

【主な公的委員会】

内閣府

- ・ 沖縄新大学院大学構想検討会委員（平成14年）
- ・ 沖縄新大学院大学構想検討会委員（平成14年－）
- ・ 沖縄新大学院大学学長諮問委員（平成16年－）
- ・ 沖縄振興審議会委員（平成15年－）
- ・ 総合科学技術会議議員（平成15年－）

文部科学省

- ・ 宇宙開発委員会特別委員（平成13年－）
- ・ 文部省科学官（平成5－8年）
- ・ 文学科学私的諮問会議「これからの教育を語る懇談会」メンバー（平成16年－）

厚生労働省

- ・ 医薬局薬事・食品衛生審議会委員（平成13年－）
- ・ 独立行政法人評価委員会委員長（平成13年－）
- ・ 社会保障審議会医療分科会臨時委員（平成13年－）
- ・ 医師国家試験改善検討委員会委員長（平成14年－）
- ・ 基礎研究成果の臨床応用推進研究中間・事後評価委員会委員（平成15年－）
- ・ 厚生科学審議会委員（平成15年－）
- ・ 特定疾患対策懇談会委員長（平成15年－）
- ・ ヒトゲノム・再生医療等研究事業事前評価委員会/中間・事後評価委員会委員（平成15年－）

医療審議会委員（平成9－13年）

中央薬事審議会常任部会委員（平成9－13年）

中央薬事審議会特別部会会長（平成10－13年）

公衆衛生審議会（平成11－13年）

経済産業省

- ・ 産業構造審議会臨時委員（平成13年－）

環境省

- ・ 中央環境審議会臨時委員（平成13－15年）

日本医師会

- ・ 自浄作用活性化委員会委員（平成14－16年）
- ・ 医療政策会議委員（平成14－16年）
- ・ 学術企画委員会委員（平成14－16年）