

大学病院革命

医学博士 黒川 清

（政策研究大学院大学教授
日本医療政策機構代表理事）

言っていることを常に実践している

福澤諭吉の大ファン

私は福澤諭吉先生の大ファンで、先生のことを書いたものを紹介したりしています。福澤諭吉先生は言っていることを常に実践していたあの時代のことを考えると、来年は慶應義塾は百五十周年ということですが、教育ということ。それから、ビジネスということですが、そういう人たちの交流する交詢社をつくる。それが

ら、メディアとして発信するのが大事だと『時事新報』を出して毎日社説を書くということをされております。更にあの頃に『学問のすゝめ』、その他でも書いておられますけれども、近代国家になるときに「学」というのは、もちろんアカデミアとして政府から離れて独立していなくてはいけない。しかし日本が新しくなるのにいろんな立法府など社会の制度設計をするのがある程度官頼みになるのは仕方がないのだけど、「学」の世界でも官がやりたいなんて思っているのは情けない社会だということを言っておられます。そ



れでアカデミアということで今の学士院をご自分でお
つくりになって初代の会長になっておられます。言っ
ていることを常に実践している。今の世の中では言っ
ている人は多いのだけど実践する人が少ないという全
く情けない世の中だと思います。官に頼らず。役所の
人なんていうのはすぐに言うことをころろ変えるか
らとんでもないということも言っておられる。あの
時代にあれだけのことを言って、発信されて、実践し
て、次の世代の人を育ててきたというのは大変なこと
で、最近、北康利さんが福澤諭吉の本を書いておられ

ますけど、先生のような方が今何人いるのかなとい
うと、非常に寂しい気がするという話をしょっちゅうし
ています。実際こういふ所に呼んでいただけるとい
うのは本当にうれしく存じます。

お手元に、先月の『三田評論』に「イノベーション」
ということ、塾員であるトヨタ自動車の渡辺社長と
前の慶應大学理事をされていた黒田昌裕さん——今、
内閣府の同じ建物の七階と六階にいるのですが——
と、呼んでいただきまして、「今、イノベーションが
なぜ必要か」というのを池尾さんの司会でやりました。
あとでご参考に見ていただければと思っております。

一九六一年、国民皆保険制度が

入った年はどんな時代か

きょうは、イノベーションの話なのかと思ってい
らそうではなくて「大学病院革命」。医療だという話
で、それについて話させていたかどうかと思います。

さて、皆さん、病気になるたときにどこに行くでし
ょうか。主治医はおられますか。もちろんいろんな年

年齢はあると思いますが、普段かかっている主治医といわれるような、電話一本で、ちよつと先生困つただけど、どうしましょうという人。いない人、手を挙げてください——結構無責任ですね（笑）。それじゃあ、どうするんですか。何か夜中に心臓が痛いと思つたときにはどうしますか。どこかの病院、行く所が決まっていますか。決まっていない人——なるほど、かなり自信があるんですね（笑）。

という話をする、皆さんのお父さんの時代とか、お祖父さんの時代は多分誰かに近所のお医者さんがいたのです。

今の国民皆保険制度は一九六一年（昭和三十六年）です。それまでは全ての人が医療にかかれるというような保険はありませんでした。もちろん一部はあつた。その頃一九六一年というのはどんな時代かと言え、今日の皆さんはその頃、物心ついている以上の方のほうが多いと思いますけれども、自分が一九六一年にはどんな生活をして、ご両親はどんなことをしていて、もし仕事をしていたら、その頃の初任給は幾らぐらいだったのかということを考えてみれば、今はとんでも

ない時代が変わってしまったということです。

一九六一年、大体四十五年前、東京オリピックの三年前という時期がどんな時代かというと、大学卒の人の初任給は多分三〇ドル（三六〇円／ドル）にもなっていないでしょう。そういう時代です。その頃一番多かつた病気は何かと言えば結核です。たくさんの方が結核で死んでいたし、あの頃結核になっていない人というのはほとんどいないと思います。私も胸水が溜まって小学校のときに死にかけた。ストレプトマイシンなんて今はありませんけど、その頃はあまりありませんでした。戦後になって初めてペニシリンというのが日本にも入つてきたので肺炎なんかで死ぬ人はあまりいなくなつたわけです。うちも代々医者だからわかつていますが、父も新宿でクリニックをやっていたのです。近所のお巨匠さんが来ると診てあげる、おカネは、まっ、いいかなんて言っていると、そのうちトマトができたとか言つて持つてきてくれるような診療をしているというのが普通だったのです。ましてや大学病院に行くなんていうことはとてもとても遠くて、なかなか

かそんな所には敷居が高くて行くこともならないというような雰囲気でした。

一番大きな国民病は「結核」の時代

その頃の病気といえば結核が一番多くて、栄養状態も悪いということで、栄養調査をして、その頃のカルシウムの摂取量はせいぜい二〇〇ミリぐらいです。毎日、牛乳をたくさん飲むなんていう人はそんなにいません。そういう時代だったのです。その頃ようやくと大学進学率が一〇%になっていて、義務教育は中学校。中学校から高等学校へ行ける人は半分もいなくて、みんな集団就職ということで都会に出てきた頃です。金の卵です。

なぜかといえば、農業、それから蚕とかいろんなことがあるのですが、一次産業から二次産業、近代工業化に移行していたのでマンパワーがほしいということ。たくさん集団就職をしてきたという時代です。

したがってその頃の医療の一番の中心は、第一に結核予防のツベルクリン、BCG。それから栄養状態を

よくするために、せめて一日一つ卵が食べられればいいのかという時代でした。というわけで一番大事なことは保健所の機能です。学校で検診をし、保健所で皆、ツベルクリンをやってBCGをし、という話が一番大事な、医療全体を見ればプライオリティが高い話だったのです。栄養状態もよくなり、だんだんカルシウムが増えてきて、最近のカルシウム摂取量が六〇〇〜七〇〇ミリグラムぐらいになってきたということ。その頃二〇〇ミリグラムの頃にカルシウム摂取を五〇〇にしよう、もっと摂ろうといっても実際にほとんど摂れないということ。少しづつ実勢に合った政策を厚生省がやってきたわけです。したがって厚生省の役割も医療政策の中心はなんといっても結核撲滅ということが一番大事で、そういう意味では予防ということでは保健所機能が一番強いような疾病構造だったということ。です。

二番目ですが、医療のアクセスはしたがって開業の先生だけでもいいし、むしろ保健所と学校検診や何かをやっているのが大事で、そのほかに本来に病気になるといいうのでは、その頃の死亡の一番は脳溢血です。

なぜかという日本のは比較的食塩の摂取量が多くて、秋田県なんかでは二〇グラムぐらいいは摂っていますから脳溢血が非常に多い、半身不随の人というのは結構いたと思います。そのような時代なわけで、それはどうしようもない。しかも血圧が高いというのはわかっているけれども血圧を下げるようないい薬がほとんどない。その薬もあっても、入院するということもあります、むしろ入院施設も療養所型が多いわけです。結核が多くて東大病院でさえも結核病棟というのがちゃんと一つありまして、それが一番大きな国民病だった時代です。

“糖尿病”の人がいなかった時代

その頃は今のようには糖尿病なんていう人はほとんどいません。太っているなんていうことはあり得ません（笑）。太っているなんてよっぽど怠けているか豊かな家で仕事をしない人です。ということ、今のようには糖尿病、糖尿病、メタボ、メタボなんていうのは人をばかにするなというような時代でありまして、ほとん

どものが食えないということでした。その頃は、多分糖尿病と言われるような人の人口はどのくらいかという、正確にはわかりませんがせいぜい十万人くらいだろうと思われれます。今は七百万です。その頃糖尿病を研究しようなんていうお医者さんは極めて少ないということですが、今はみんな何かといえば糖尿病。糖尿病専門医が、糖尿病は大事だから、肥満も大事だから、研究をしましょうなんて言うから、そんなのはマツチポンプだ。専門医はむしろ皆さんに、「一日一万歩歩きましょう」ということを言うことが大事で、糖尿病とか、動脈硬化とか、コレステロールが高いなんていうことはごく最近のことです。そういう薬が今すぐく儲かっている。一回飲みだすとやめられないということですから、そんなことを保険でやるなんてとてもないと言うべきだけど、そうすると患者さんはおカネがかかるから大変だと言う。昔の池田総理ではありませんが、貧乏人は毎日歩け、と言えいいのだけど、そういうことはなかなか言えない。薬を飲みながら、好きなものを食べて、それで太った、太ったと心配しているおじさんやおばさんの顔を見ると、外から

見ると実にみつともないと思いませんか。そういうことなんです。太っている人なんかほとんどいなかった。糖尿病も少なかった。コレステロールが高いなんていう人もほとんどいなかった時代です。

社会的な背景の変化と“生活習慣病”

その頃のコストはどうかというと、国民皆保険が入って、自己負担がせいぜい一割か、結核や何かはほとんど払わなくていいという話だったのです。その時代から戦後の経済成長が急速に始まり、しかも第二次大戦まで戦争ばかりしていたのがようやくと落ち着いて、いろんな新しい診断の機器、例えば、今、エコーなんてありますが、その頃エコーなんてありません。せいぜいレントゲン、あと心電図ぐらいのもんですが、だんだん新しい医療の機械が入り科学が進歩してくと中央検査部。いろんな自動解析機器なんていうのがどんどん入ってくると便利になってきますが、その頃のお医者さんがやっているのは、患者さんを診て、診察をして何かわかったような顔しているけどやる手立

てがほとんどないということでした。しかし、それはお互いに満足している。普段からかかりつけと言っても近所のお医者さんが私の主治医だよという人がいまして、その人は家族も子供たちも小さいときから診ているから、小児科でなくてもみんな小児科の人も診れるという人ばかりだった。お医者さんも自分の家が診療所という人が多かったのです。夜中でもそこに行けば後ろにちゃんとそのお医者さんが家族と一緒にいるという場所だったので、今は都市化をしたものですからクリニックと自宅は全然別の所。

「主治医がいる」と言った人はどこにいるんですか。その先生、夜中に電話で届きますか。自宅とクリニック全然違うでしょう。大学病院の人とか大きな病院だったら、その主治医の人は別にそこに夜いるわけでもないです。それで皆さん、本当に安心していうことなんですな。

そういう時代でした。その頃から経済成長するエングインが都市化になってきましたから、どんどん皆さんが都会に来て、例の東京タワーができた頃の話。この間、映画観ましたけども、確かにああいう時代です。

ほとんどの労働人口、その頃減りだしたといっても三〇%ぐらいが一次産業、農業とかそういう人たちだと思うのですが、今はみんな工業化し、サラリーマンになり、都市化になりということ。労働人口はほとんどシフトしながら都市化の生活になって急速に変わりまして、今、日本全体の恐らく七五%ぐらいが都市に住んでいる。都市に住んでいるということは交通も便利になり、運動量も減り、タクシーもあり、地下鉄もできということだけれども、たまに自転車に乗るぐらいになってしまった。

にも関わらずお腹もすかないのに一日三回食べる。何で？。これがまたよくわからないんです。甘い生活をしていくとこれを直すのは難しいので、生活習慣病ということが中心になってきているわけです。ということが社会的な背景が変わってきたもう一つの理由。もう一つは、一九六一年というと、日本人の平均寿命、生まれたときの平均寿命がようやくと六十歳に達した頃です。それがこの四十年で八十になってしまった。それがみんなあたりまえだと思っっている。歳になればなるほどと生きたいと思う。これは人間の普

通の特性です。そういうふうな高齢者になり、五人に一人が六十五歳以上になってしまったという世界一の高齢社会になりました。だけど、自分たちの経験から医療というものを見ているから、皆さんが医療に求めるアクセスというのは何を求めているか。つまり、医療とか教育のような社会の基盤はまずアクセスが大事です。必要なときにいつでも行ける。

二番目には、受けるサービスのクオリティが大丈夫かということ。三番目は、誰がおカネを払うのかということ。つまり医療と義務教育のようなものは国がおカネを払うべきものだというふうには普通は認識されています、だからアクセスを保障しましょう。いつでも病氣になったときは行ける。いつでもクオリティはある程度いい。しかも自分でおカネを払わなくてもいいという話でないと国の力にならない。なぜかという教育と人の健康というのは国の力の源ですから。ということ。とで共通社会基盤というふうには考えなくてはいけない。

医療の進歩とともに大学病院指向に

ただ一九六一年は確かに国民病としては結核だ。健康を維持しなければならぬから予防だ。これは保健所の機能が大事だということをやっていましたし、アクセスは、その頃は限られたお医者さんというのがいたわけですが、大きな病院なんかほとんど行かない。だけど皆保険になってから医療技術も進み、レントゲン以外の技術がどんどん入り、オートメーションによるいろんな機械が出て、更にエコーができて、いまやCTができて、MRIが出て、ものすごい勢いで進歩しました。それは素晴らしいことです。だけどそのコストは誰が払うのかという話になってきたというのが現在の問題です。

もちろんその頃、普段の近所のお医者さんにかかっていたのが、国民皆保険でどこに行っても同じコストになったとたんにだんだん、大学病院や大きな病院のほうがたくさん機械があるからいいと皆さん思いだしたわけです。それは確かにそうだろうと思います。近

所のお医者さんは機器もないし、だんだんお歳を取って亡くなると、子供達は病院に勤務するようになってきますから、皆さんも、いろんな機器があるのがいいに違いないと思っているけど、今はだんだん生活習慣病が中心になり、高齢者がかかる病気が多くなる。なぜかというが高齢者が多いのだからしょうがないです。という話になり、新しい機器が入ればコストが増えてきた、しかし経済成長は、さあ医療をどうしようかというのが今の国民の不安の元です。

だけどよく考えてみれば、普通の病気がどうかかわらないけど、まず大学病院に行くのを公的な医療で許しているのは日本ぐらいです。これは甘えの構造だといふのは、たまたま日本は医療制度が入って国民皆保険から入って、疾病構造も変わって、都市化をして、生活習慣病が中心になり、高齢社会の病気が多くなつたのはしょうがないけれども、ただ六一年から経済成長を共にしていたからそのコストをそのままの保険のシステムでみんな賄えて困らなかつたから、実を言うと、今、困つたから困つたと言っているだけの話で、まずどういう医療システムをシステムティックにつく

るべきかという話を考えていなかったのです。つまり、おカネがどんどん増えるから、まあいいやということをやっていた。皆保険そのものは世界に冠たる素晴らしいものです。日本は長寿社会だし、健康も指標もWHOのデータでも一番だから間違いない。しかもGDP当たりの医療費が少くないということで一番高く評価を受けているのだけど、皆さんが更に変わってきたのは、情報が広がり、海外に行く人が多くなる。一九六一年なんて海外に行ける人なんてほとんどいませんでした。この頃は年間十五万人ぐらしかパスポートで外に行った人はいません。今は一千八百万です。外国に行ったことがない人なんていうのはここにはほとんどいないと思いますけど、一九六一年なんていうのは外国に行った人なんてみんなの怨嗟的のです。という時代でした。それだけ変わっているのです。

“生活習慣病”の医療費負担を考える

そこで何が問題かということ。つまり疾病構造が変わった。高齢社会になった。機器はどんどん進ん

でいる。だけど、みんながそんなに要るのかという話と、生活習慣病という自分で治そうと思えば治せる病気が主体になってきた。つまり、医療は昔はおカネがある人もない人もみんなかかる病気が結核だったわけです。栄養状態が悪かったのです。それをなんとかしなくてははいけないというのが医療の根本でした。今はそうではなくて、みんな贅沢をして太り過ぎた、メタボだ、メタボだと言って、さあ薬をくれ、検査をしてくれ、何かあったら医療保険で支払ってくれ、と言っても、実は自分たちのおカネなんです。

そうすると、例えば、太っている、コレステロールが高い、たばこをやめようと言って、わかっているんだけどやめないでわがままな生活をしている人が脳溢血になったときに、皆さんのお金で何でもやってくださいということ。皆さん納得しているわけです。

では、行ないのいい人は、じゃどうしてくれる。行ないの悪い人も同じような医療費の負担をするのかというのを一つ問いかけなくてはいけないのではないかと思います。

そうすると、日本ではまだタバコを喫う人が多いで

す。ニューヨークとかロンドンへ行くといパツクのたばこ、どれぐらいだと思えますか。大体一千円ぐらいだと思えます。日本はなぜかどこにでも自動販売機がある。子供もアクセスできる。三〇〇円ぐらいで一箱安い。それで、健康にはたばこがいけない、なんて言っているのは国としてはどこか矛盾しています。もちろん厚労省の「健康日本21」では、十年で喫煙者を半分にしましょう」というふうに出したら財務省のほうから反対があつて、それを削られているんです。なぜかという、もちろん葉たばこ業者のなんとかといういろいろあるのだけど。しかし、それはすぐにはそう思うかもしれないけど、例えば、五年先まで今のおカネは保障します。税金も保障します。それからだんだん減らしましょうということ、ある程度長期のビジョンを示さなければ常に利益集団がいてうまくいかないわけです。だけど、いつまでもそんなことが続くわけがないので、日本のたばこ行政については世界的には非常に評判が悪いことは悪いです。レイノルズのタバコを米国で売る権利を七千億ぐらいでJTIが買ったりにしています。そうすると世界中をたばこで中毒にさせ

るとい商売を日本はするつもりなのかという話をされてしまう。そういう意味では情報が広がって世界中がそれぞれの国が何をしているかということを知っていると、そういう国の品格の問題になつてくるということは確かにある。

長期ビジョンで民意を形成し、政策を動かす

そこで皆さん、どう思っているのか。それぞれの国が医療政策はものすごく困っています。先進国で一番うまくいっていないのは、多分アメリカだろうと思います。この間のようにハリケーン、カトリーナがくると、あつという間に。アメリカに長くおられた方は知っているとと思うけど、アメリカの医療政策は貧富の差が激しい。四千万の人が医療保険に入れない。何かあつてもお医者さんが何か治療しようとする、保険会社に電話しないと特別な医療行為が行えない。貧富の差にも何もやっていたいなかったので、例えばカトリーナがきたときにブッシュ大統領は、あれはタリバンのせいだと言えなかっただけの話です（笑）。そういう

ところがみんなわかってしまったので、今年十月、私もWHOのコミッションをやっていますが、ニューオーリンズで会議をするというのはそういう意味もあつて行くのですが。あれだけ豊かな国にも関わらず国内の貧富の差が激しいというのは、あくまでも国内政治の問題でこちらが言うことではありませんけども。

では日本はどうか。日本も経済成長して豊かになつたから医療政策に非常にチャレンジングなところがある。実は西室さんも経団連でそれをやっておりますので、私も医療政策機構といういろんな医療政策を出していく独立したシンクタンクをつくっています。政策等も皆さんにもいろいろ届けるようにして、役所もだんだん僕らがやっていることを知っていますので、そういうことを皆さんの意見を聞きながら少しずつ広げたいと思っています。

ですから公的保険ではあくまでもアクセスは例えば開業の先生。次にはちょっと大きな病院へ行く。例えば、皆さんがお腹が痛くて知っている先生に電話したら、いらっしゃいと言うから行きます。開業の先生に行つたとする。二日してもちつとも治らないから今度

近所の病院に行く。済生会中央病院とか行きます。そうすると、またそこでも同じ話をする少し検査をしてくれる。それでハッピーなんだけど、また三日してもよくないと、今度は慶應病院に行く。またそれでやつてもらおう。三つ行つて検査してもらつただけで、それぞれ担当のお医者さんは知らないから三つとも同じ薬をもらつてくる。その薬を見て半分捨てちゃうということをするわけです。公的医療のアクセスというのは常に用意して、いつでも来れるようにしなくてはいけません。患者さんがどこを選んでもいいなんていうことをやっているのは日本だけです。最初から慶應病院に行こうか、最初から東大病院に行こうか、あしたは慶應に行こうかなんていうことを自由にシヨツピングさせているなんていうのはとんでもない話で、その枠外で行くのだつたらお金は自分で払つてくれと言ふべきです。だからアクセスポイントを決める。そこから先は公的医療で保障しますけど、アクセスポイントは自由には選べないというふうにしておかない限り幾らでも医療費は上がつてしまふ。それをせつせとキャンペーンしなくてはならないわけで、それが公的

な部分で皆さんに絶対保障するというミニマムをまず構築しなくてはいけない。そこから次の病院に行くかどうかはお医者さん側の判断にしなくてはいけない。

では医療のクオリティはどうかという話になりま。あの先生は自分の所に抱え込んでしまうのではないかとということが心配です。そうすると大きな病院に行つたほうが安心かなというふうにも思いますが、それは今までの医療制度とお医者さんの収入と皆さんが思うサービスの満足度によつて決まりますから、今の医療制度のままでは、あなたは登録した開業の人しかだめですよと言われたときには非常に不満が出てくると思います。

なぜかという、今までは大学病院でもいいと思つていたからです。そういう意味で大学病院というのは近代日本はお医者さんをつくり供給するものでしたからどうしてもそれは社会価値的ヒエラルキーの上ということかも知れませんが、皆さんが普段病気になるときに本当に大学病院に行く必要があるかどうかという話が出てくる。そういう意味で、皆さんに考えてもらうためには『大学病院革命』に書いてあるように、

大学病院はそういう所じゃないんだよと言っても、慶應病院には一日五千人の人が外来診療に行きます。逆紹介して、あなたの主治医の所に行ってくださいと言っても、また患者さんが返ってきます。それはブランドになつていくからです。あそこだったらいいに違いないという信仰があるからです。だけど、今まで許していたから突然だめだよと言つてもうまくいかない、みんなが考えてもいないことです。『大学病院革命』で言っているのは、東大病院は内容はともかく、国民から見るとある種の信仰の対象です。しかも日本の国家として、東大病院がそんなことするんだつたら潰してしまおうということはとても起こしそうなないので、「東大病院は外来をやりません」とまず言うべきなんです。そうするとびっくりしてメディアが書きます。そうするとみんなが考えだす。つまり政策は皆さんの民意を形成していかなくてはいけないですから、形成して考えてもらうためには、例えば東大という今までのヒエラルキーの高い所が、外来やめた、と言つたとたんに、大学病院でそういう所じゃないんだと皆さんが考えだすと、その方向へ政策が誘導しやす

くなる。つまり政策というのは民意がある程度形成されないとは動かせません。

なぜかというところ、もし今のようなことを政治家が言つて参議院選挙に打つて出たら落ちます。落ちないためには、そういう政策がいいのだという話をみんなにつくつていかななくてはいけない。それが私どものようなシンクタンクが言つていたつてそんなに聞きません。メディアがカバーしてみんなにだんだん意見を伝えなくてはいけないわけで、そのインパクトから言えば、まず東大病院が「外来やめ」というようなことを言うべきだということを私は言っているわけです。そういう意味では今言っているように社会でいろんな歴史がありますけど地位が高ければ高いほど社会的責任がある。ノーブリスオブリージがある。そういう人は一体何を今発信し、行動しなくてはならないかということが問われている。そういう意味では病院については東大病院だというたまたまそういうヒエラルキー構造があるからこそ、「東大は外来はやめます」という話をすべきなんです。

どうしても東大でなくてはという外来なんていうの

ありますかとこの話を言うべきで、二十四時間救急はやりますけど、そのほかはやりませんぐらいの話を言わないと国民が考えてくれない、政策にならないということを言っているわけです。これはゴールに向かうプロセスの話になってしまっているわけですが、そういうことです。これがアクセスについての課題です。

お医者さんのクオリティは本当にいいか？

二番目、クオリティ。お医者さんのクオリティって本当にいいですか、という話が問題になっているわけです。もちろん今はハイテクの医療とかいろいろありますが、みんながそれを必要としているかというところ、必要なときは必要だけど、普段はそういう医療に皆さんが行く必要はないわけで、そんなことになっては困るわけです。そういう意味ではどこでそういうふうな事件が起こるのか。例えば、心臓カテーテルとか特殊な技術を要する所は全ての病院が持っている必要はないわけです。

例えば、具体的な例を挙げたほうがいいと思うのだ

けど、山梨県の甲府というのは二〇万弱の人口だと思
うのですが、何であそこに国立病院があつて、国立大
学付属病院があつて、県立中央病院があつて、市民病
院があつて、全てが同じ診療科を持っている必要があ
るんですか。甲府の市民、周りの市民から見ると四つ
のうちどこへ行こうかと思つていただけの話です。そ
の四つには、全部公的な資金が入っています。国立病
院、国立大学病院、県立中央病院、市民病院。その全
ての公的なおカネで建物もあるのであれば、二十四時
間の救急、心臓カテーテルみたいな重症、それから火
傷したような重症はどうするかといえ、一箇所では
ればいいのではないですか。今はしかもクルマがある
時代になっていますから、あそこに行けば二十四時間
どんな重症でも救急は受けるというふうにすればいい
わけです。そうすると何が起るかというのと、そうい
う人たちはみんなそこで仕事をすればいいわけです。
何で四つの病院で救急もやつて、救急のお医者さんが
少ない、少ないなんて言つてゐるわけですか。つまり、
そこで給料をもらつてゐる人たちしかその病院で働け
ないというのが常識だと思つてゐるからです。その常

識が通じていたのは右肩上がりの経済成長をしていた
からです。地域の住民のほうから見たときに、何が医
療提供側として必要なことかと考えれば、普段の診療
は、病院ですべての診療科をそろえるなどは、なぜ必
要なのかというと、別に要らないかもしれません。
住民のほうから見たときに公的なおカネで建物を建
て、公的なおカネで高価な機械を買うのであれば、皆
さんが使えばいいじゃないですか。一箇所でもいいじゃ
ないかという話にすべきだというのが、実は今までは
厚労省が中央で考えていたからうまくいかないんです。
実は一昨年、私が委員長をしたので今度——都道府
県によつて全部状況が違います。年齢層が違ふし、働
く層が違ふし、それから年齢構成が四〇％高齢者の所
もある。田舎は特にそうですが。そうなるのとそれぞ
れの都道府県でまず五年、十年の医療計画を立てなさい
と直しています。つまり、今言つたように山梨県全体
で見ると、それぞれの自治体に降ろしながら山梨県全
体としてどこに中央の機能を持つのかということをや
れるわけで、そうなると思ふ無駄な公費をつかわないで、
どうやつてその医療提供体制を段階的に再編してゐる

かということが出来るわけです。そういうことをやりましょうという話を出していますが、皆さんはそういうことをあまり考えたことがない。例えば小児科のお医者さんが足りない。確かにそうかもしれない。婦人科のお医者さんが足りないということもあるかもしれない。この間の奈良県の事件なんかそうです。十軒行って断られて、最後に患者さんが、実は脳溢血で亡くなったという非常に悲惨な事件がありました。あれだって病院へ行ってみて断られると言うけれども、普段から奈良県全体としてあそこがセンターになっていてお医者さんや看護師さんがいて常に二十四時間交代で一緒に仕事をしているべきです。複数の婦人科のお医者さんも二人、三人いて詰めているようにすれば、あるいは電話ですぐに呼べるようになっていけば。とにかく県民から見ても、あそこがセンターだというふうに、まずみんながわかるようにしなくてはいけない、と言っているわけです。つまり病院はホテルと同じで、みんなが使いましょう。必要なお医者さんも看護師さんもそこで働いて、さっき言った山梨県の甲府もそうですが、四つの病院がそれぞれの診療科を備え

ているわけではなくて、一箇所に資源を集めて、そこにいらっしやいよ、救急とか重症はみんなそこでやりますよというふうにより構築していくプロセスが、この医療計画を来年からやる。開業の先生とかそれぞれが反対しますから、五年、十年の計画を出して、段階的に進めていきましょうという話をしない限り、そういう政治的なネゴシエーションはできません。ということは今言っているわけで、そういうことが今少しずつ動こうとしています。なかなか動かない。

医療の進歩とコストの問題

三番目はコストの問題です。実は医療がどんどん進んでくると、例えば、皆さんCTスキャンとかMRIというのをご存じだと思います。あれは救急のときに非常に役に立ちます。脳溢血か、あるいは血管が詰まったのかとパツとわかりますから素晴らしい。だけど、あのCTスキャンが日本で診療報酬で入れたとたん一年間でヨーロッパ全体にあるより多くなったのです。なぜかという、皆さんもそうですが、それがある

病院がいいと思っちゃっているからです。新しい機器があるというと、必要がなくてもまた患者さんが来るんです。買えば使うに決まっていますから、それが医療費をどんどん上げてしまいます。むしろ、この間熊本の話もしたのですが、熊本市でも国立病院がある。素晴らしい病院です。熊本大学付属病院もある。素晴らしい病院です。日赤もある。済生会もある。何でもんなそれぞれ小児科を一生懸命やっているわけですか。二四時間を交代でいいからお医者さんが来ればいいじゃないですか。そういうことをやるとCTも一箇所か二箇所公費でやった所をみんなが使えばいいわけなので、その収入をどうやって分けるかという話とお医者さんや技師もそこに集まって交代でやるという話が大事で、常勤の人も必要だけど、みんながパートとして参加するべきではないかという話をしているわけです。

つまりコストも皆さんのおカネで出ていますから、今のように三割負担になるとかなり患者さん社会としては圧迫感が強いと思います。むしろそれは無駄がすごく多いわけなので、そういうことをどういうふう

国民の民意を形成して政治的に動かせるかというプロセスがすごく大事だと思います。

そういう意味では非常にラディカルな言い方かもしれないけど、まず、東大病院は外来をやめます、いろんな医師も使ってもいい、というふうにするべきで、使う医師については自分たちが審査すればいい。主治医も連れていらっしゃい。どうぞ東大病院の手術室使ってください、みんなお手伝いしますよと言うべきで、実際そういうことはできるんです。

天皇陛下が東大病院に入院しました。東大病院のあそここの部屋はすごくいい部屋なのだけでも、国民の税金でそんな高い個室の部屋をつくるなんてとんでもない話だと、私はその頃東大にいましたから言いました。でも、天皇陛下が入院する。私はすぐに主治医に電話しました。大丈夫？、あそこに入院してと聞いたんです。

なぜかというと、東大病院にその手術で一番腕がいい人がいるとは限らないからです。私は心配だから主治医に電話したんです。別に東大の先生が悪いというわけではなくて。そうしたら彼も知っていて、あつ、大丈夫、大丈夫、がんセンターから二人連れていくか

らと言っていましたから（笑）。そういうことができれば天皇陛下も安心ではないですか。もちろん中には人も参加するけど、そういう人が来て一緒にやることによって質が担保されるわけだし、天皇陛下の場合には室料も払ってくれたのだと思うのだけど、そういう人についてはやってもいいという話が実際に国立の病院でできるんだから何がおかしいんだと。それをやりたい人にはやってあげるし、私の主治医を連れてきて一緒に手術してもいいですかということを言えばいいわけです。

病院はあくまでもホテルと同じです。そこにスタッフがいいます。食事も出します。ベッドも使つて下さい。部屋も出します。いろんなサービスはします。だけれどもそこを使つてくださというのがもともとホスピタルの意味です。ホスピタルとホスピタリティとホテルですから。そういう意味ではそういう病院をお医者さんも来て使つてくださというふうにすれば、普段は私たちは入院に関する治療はやりましょう。だけれど外来の治療は大学病院ではやる必要ないというふうになれば、中のお医者さんもつばら入院患者さんに精

力を注ぐことができる。というわけで患者さんもハッピー、腕のいい医師も参加できると。今、病院をなくすととたんに雇用の問題がありますが、むしろ病院は非常にレイバーステンシブな所です。看護師さんが患者を間違えちゃったというのがあります。あれも何で看護師さんが一々患者さんを運ぶとかやらなくてはいけないんですか。看護師さんは看護業務に集中すべきなんです。そこに公共投資をして、今、建設業界の人もいるかもしれないけど、建設業界はレイバーステンシブです。やろうと思えばそういう人たちは病院でたくさん仕事があります。つまり公共投資と雇用のシフトです。患者さんをあそこに運んでくれなんていうのは何も看護師さんがやる必要はない。看護師さんはもつばら看護師さんの業務で、入院されたときに看護師さんがしょっちゅうそばにいるとハッピーでしょう。そういうふうにするべきなんです。看護師さんももっと増やせばいい。

五年、十年先のビジョンを繰り返し訴える

ということ、今のレイバーフォースのシフトと、どこに公的なおカネを出すのかということ、いかに無駄な公費を減らしていくかということ。例えば皆さんがこれから、ベトナムとは言わないけれど、開発途上国のプレジデントのアドバイザーかなにかになって、医療政策をつくってくださいと言われたらどうします。白紙の所に、ハイテク医療もあるのだけど、それほどおカネがない国に行つて、全く更地でオートバイはある、少ないけどクルマもある、ロードがある。

日本だと、全く白紙で高齢社会で七割の人が東京と神戸の大体東海道沿線にいて、過疎地がたくさんあって、お年寄りが多くて、疾病構造は生活習慣病が多くてという所にどういう医療提供制度をつくりますか。今みたいに過疎地にたくさん大きな病院、公的な病院なんて建てるはずがない。むしろそういう拠点病院をつくり、お医者さんや看護師さんを集中するけども、何もそこで、おカネをもらっている人しか働けないわ

けではない。その病院をつくりますと、そこでフルタイムで働く人もいるけど、循環器の先生もここにいますけど、開業の先生も週一日は外来をやっていますとか、もつとダイナミックな公的なサービスを再構築できるはずです。だけど今までのから新しくつくるというのは非常に難しいので、だからこそまず五年、十年先のビジョンを皆さんに訴える。そこに行くプロセスを示す、これをやらない限り、今までの社会で上がってきた利害関係者の衝突でうまくいかない。

今までの日本の政治で、五年、十年先のビジョンを出した政策がありましたか。こうなるから、そのためはどうしようということを国民に訴えていた人、いましたか。そこに日本の一番の問題があると私は思いました。つまり、二十年先がどうなる。なりたいというのはいいんだけど、例えば「イノベーション25」もそうだけど、日本は高齢社会になる、子供が減る、だから生産人口が減る。困った、困った。それはいいけど、世界を見てご覧。二〇二五年には世界の人口は今の六十五億から八十億になるんです。それは予測されている。その人口の六〇％は巨大なアジアです。しかもア

アジアは中国、インドを初めとしてどんどん経済成長してくるわけです。そういう中で日本は、大変、大変と言っているけど、何が大変かというところ、世界の状況がそうなるって、皆さんが生活をするエネルギーが必要だ。経済成長を支えるためにどんどん地球の温暖化が進む。環境の劣化が始まる。周りから人がどんどん動く。そこで日本のことばかり考えていてはイノベーションなんて起こりっこない。地球の温暖化にしても、環境の劣化にしても、南北の差にしてもそういう世界がきているときに日本はどういう国になりたいのかということ、それを訴えていたことがありますか。それがない限り、それを繰り返して、繰り返していいない限り政策は動きません。

というわけで、イノベーション25もそういう話でしているの、少しずつでもイノベーションが起こればいいと思います、医療もそうです。

みんな当事者はわかっているんです。だけどどうやって進めていったらいいのかがよくわからない。もう一つは、どうしても、今まではこうだったのだけでも、何で変わっちゃったのかということがよくわかってい

ない。「大学病院革命」というかなり刺激的な題名を付けさせていただいたのは、今まで日本はこういう社会でした。それでうまく成功してきました。だけど、本当にそれでいいのかというのは、実は状況が変わっているから。どうやって変えていくのかには、今の社会で成功していた、あるいは社会的に地位の高い人たちが、自分たちのためではなくてもっと発言をすべきではないか。そういう意味で「大学病院革命」。

何で大学病院が必要なのかということを考えてみれば、歴史的に、人間の歴史で病人は常にいますから病院というのは常にあります。もともと病院というのは感染症ですから、ホスピタルというのはホテルと同じで、まず患者さんを収容する所をつくる。それはおカネがありませんから、王室が面倒を見てあげるとか、教会が面倒を見てあげるといふことだったわけです。日本もその近代国家と同じ真似をしましたけども、お医者さんをつくる大学ができる。だけれども今の日本は百五十周年ですから、福澤諭吉先生が出てからせいぜい百五十年、あの頃は適塾です。そういうことから言うと、日本を変えるためには従来の社会組織で非常

に上だと思われているような、例えば大学で言うところの大ですが、これだというメッセージ性は、国民に訴える力としてはメディアがどれだけ取り上げるかということを考えれば当然すべきで、それがより社会的な地位の高い人、つまり今までの社会構造で地位の高い人の社会的責任であり、そういうメッセージを発信すべきではないだろうかということを私は言っているわけです。それをしない限り、マイナーな各論、各論ではなかなか事が済まない。これこそが社会的な地位の高い人の責任だということを言っているのです。

そういう意味では皆さん方も、よく考えてみればそうですね。メタボ、メタボなんて言って、男の人はウエストが八十五センチ。それより太かったら病気じゃないかなんて言っていますけど、そんなことは言われなくてわかっていきますよ。みんなお風呂から上がって鏡を見てみれば、何かみっともなくなつたなどということはおわかっていてるわけで（笑）、それができないだけでしょう。八十六センチならおかしくて八十四センチならいいわけですか。そんなことありっこないです。そういう話は自分でわかっているにも関わらず

できない。どうやったらそういう国民運動を推進できるかということのほうがよっぽど大事なわけで、これが病気か病気じゃないか、なんていうのはとんでもない話です。

そういうわけで、だんだん高齢になってくるといろんな内臓も調子が悪くなります。内臓が調子悪くなるのはお歳になつてくれば当たり前なんだから、何で心臓が悪いでしょうか、歳のせいでしょうかなんて皆さんおっしゃる。しかし頭を見たり、顔を見たりしたら、皆、自分は歳取つてきたなんていうのはわかっているわけです（笑）。つまり、毎日見ているから諦めているのだけど内臓は見えないから若い時と同じじゃないかと信じたいわけです（笑）。ということをちょっと考えると、このような社会での医療のあり方、医療の質はどうかというのも今までとずいぶん違っているのではないかということをお話をしていただけたら、もうちょっと政策的にはだんだん進んでいくのではないか。ということでお話を終わらせていただきます。どうもありがとうございます。（拍手）

烏居理事長

黒川先生、どうもありがとうございます。いきました。きょうは大変勉強にな

ます。

その一つが、東京大学の医学部というのは、黒川先生のご本にも書いてありますが、ベルツ先生を連れてきて、そしてドイツ医学を導入したんです。そのドイツ医学のお陰で、例えば講座制とかいろんなものができていったわけですけども、福澤先生のおやりになっていた明治七年の慶應義塾医学所は教科書は全て英語だったのです。その当時の英語の教科書、『エレメンツ・オブ・インタナルメディスン』とか、そういういろんな本が全部、慶應の医学図書館に保存されているのですけど、多分ドイツ医学ではなくて、英米医学が最初から日本の主流になったかもしれないのです。そうすると今の黒川先生、ご紹介くださったいろんな問題が違う角度から解かれていったのではないかという感じを私は持っています。そんなことをお話し伺いながら思いました。

それから、黒川先生のご本の、確か八十一ページ、今の医学生がいかにだめかということが書いてあるんです。これがとても大事なことが書いてありますので、お手元にあるご本を後ほどお読みいただけますとわか

りました。思い出してみますと、黒川先生のご本にも書いてありますが、東京大学の医学部のもとになる大学東校というのが最初に出来たのが明治七年。それが明治十年に東京大学になりました、それから明治十九年に帝国大学に変わっていったわけです。それに比べて、慶應の医学部というのは非常に年が若くて、何と大正九年に出来ています。なぜそういうことになったのかを福澤先生の歴史を振り返ってみますと、実は、明治七年、同じ年に三田に慶應義塾医学所というのが出来ていたんです。それをやっていた人たちの大部分が、今お話しした東京大学のほうに福澤先生が供給されて慶應義塾のほうの医学所は閉鎖になってしまった。そして大正九年まで医学部のない状態になった。日本には医学部のある大学は今七十九校あるのですが、その七十九校の中では若い学校になってしまったのは、今お話ししたように途中で一回やめているからなんです。もし今、福澤先生がおられたら、日本の大学の医学教育について違うことをおっしゃったと思います。

ります。知力とか体力とかと同時に人間愛が医者の一
番大事な要件だ。その人間愛を今の若い医者たちが欠
いているんだということを黒川先生が書いていらっし
やいますので、是非ご覧いただきたいと思います。き
ようは、本当にどうもありがとうございました。（拍
手）

なお、本稿は平成十九年七月六日（金）開催の当社常例
午餐会における講演要旨である。

〈講演者の紹介〉

黒川 清（くろかわ きよし）

政策研究大学院大学教授

日本医療政策機構代表理事

医学博士

昭和三十七年東京大学医学部卒業。同四十四〜五十
八年迄在米、UCLA医学部内科教授等を務む。帰国
後、東京大学医学部第一内科教授、東海大学医学部長
等を歴任。平成十五〜十八年日本学術会議会長を務
む。現在、内閣府特別顧問の他公職多数務む。著書
『大学病院革命』（日経B P社）他多数。



ザクロ