

● 対 談 生活習慣病の現状と未来 (16)

日本の医療と生活習慣病対策

黒川 清*

聞き手 香川 靖雄**



香川 連載対談シリーズ「生活習慣病の現状と未来」, 第 16 回目は日本学術会議会長 黒川清先生にお越しいただき, 「日本の医療と生活習慣病対策」というテーマでお話をお伺いします。読者の皆様にご説明するまでもなく, 黒川先生は日本の医学, 医療界の中枢におられ, 日本医療政策機構の代表理事をされるなど, 日本の医療政策にかかわっておられます。本日は, 日本の医療と生活習慣病対策のあり方, 方向性などのお話を中心にお伺いしたいと思います。黒川先生, 本日は大変お忙しい中お越しいただき, ありがとうございます。

黒川 どういたしまして, こちらこそよろしくお願いたします。

—日本の医療の 40 年前は—

香川 先生は東京大学の第一内科におられま

したが, 私の父も第一内科にいまして, 当時の第一内科の三浦謹之助教授は天皇陛下の侍医をされていましてので, 患者さんが三浦教授に診てもらっただけで「天子さまに触れた手で私を診てくださった」と言って, 泣いて感激したという話が残っています。以前黒川先生と高久史磨先生と私とでお会いした時にその話が出て, 「今の教授の権威は落ちましたね」というような話をしたことがありましたね。

黒川 ええ, 私も内科学会でその話をしたことがあります。当時の帝国大学の内科教授は 3, 4 人しかいなかったもので, 周りの人は皆言うことを聞いてくれたと思いますね。今は教授の数も増えているのでなかなか… (笑)

香川 黒川先生のご専門は高血圧…

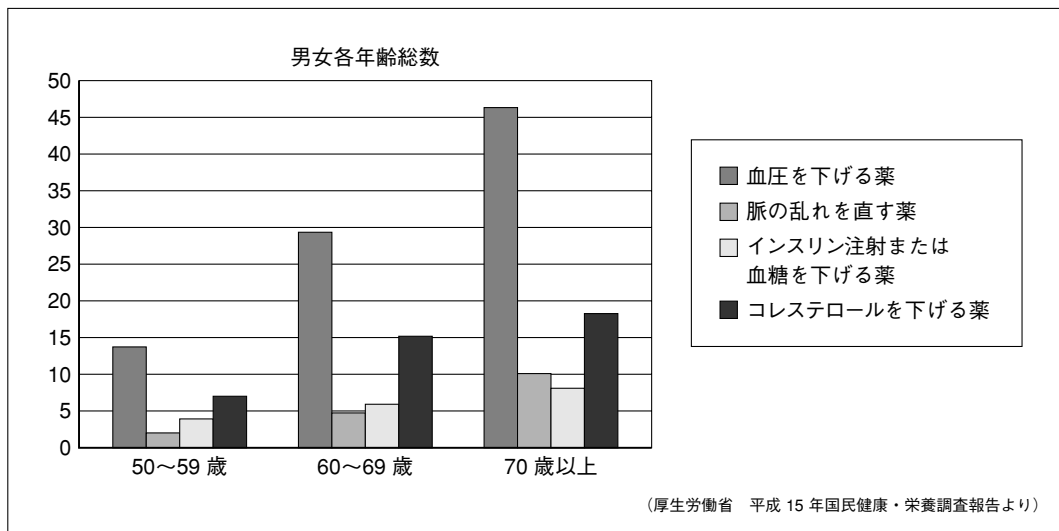
黒川 いいえ, 内科です。もっと広いです。

香川 医療政策まで含めての話ですが, とにかく日本ぐらい高血圧の割合の多い国はなく, 昔からダールの統計からも桁違いに日本は多いですね。アンジオテンシノーゲンの遺伝子も確

* 日本学術会議 会長

** 女子栄養大学 副学長

図1 服薬者の割合（全国、年齢階級別）



かに黒人ほどではないけれども…

黒川 T235M ですね。235T は白人で 40~50%, 黒人で 90%, 日本人で 80% ぐらいでしょうか。

香川 日本はこの多い高血圧を薬で解決しています。黒川先生は、東北地方と関西地方では降圧薬の使用頻度が違うということを明らかにした大変有名なお仕事をなさっています。

黒川 どうやって降圧薬の頻度の違いを証明しようかなと思い、いろいろ考えたのですが、「そうだ、薬の売り上げの地域差を調べるといい」と気がつきまして、それで調べたら…

香川 いろいろな種類の降圧薬を、いろいろな量で、めちゃめちゃにのんでいるというのが現状ですね。国民栄養調査で服薬者の割合の一番新しい統計でも、男女とも 70 歳以上の人は 45%, 60 歳代でも 30% の人たちが併せてのんでいます (図 1)。

今の日本で降圧薬を服用すると、病院窓口の支払いが平均して 1 人 3 千円かかるとしますと、健康保険は 3 割負担ですので 1 人の医療費として 1 万円になります。そういう人はそのほかに抗コレステロール薬をのんでいるとかいろいろありますので、1 万円ではきかないですね。60 歳、70 歳の人の何割かがそういう状態です

ので、国の医療制度は持ちません。諸外国でこういう国があるとは思えません。

黒川 ここ 100 年間の医学の進歩というのは想像を絶するほど大きいわけですが、それまでは、ご存じのように医療政策の根本は栄養状態を良くすることと感染症でした。しかし、結核にしる小児麻痺にしる、100 年前は診断できたのですが、治療するにしても薬はありませんでした。結核が一番減ったのはストレプトマイシンが出たからではなくて、戦後しばらくして私たちの栄養状態が良くなったからです。栄養改善と公衆衛生の進歩です。例えば小児麻痺は、戦後の 1960 年まで米国でさえも結構流行があって、第 1 次大戦、第 2 次大戦と米国だけが豊かだったのですが、米国のルーズベルト大統領も小児麻痺に罹っています。先生も覚えておられると思うのですが、私たちが学生の頃もすごく怖い病気でした。

香川 そうですね。

黒川 1960 年までワクチンがありませんでした。米国の小児麻痺の 80% 減少がワクチン以前に見られています。皆、栄養状態と公衆衛生の問題なのです。ワクチンができ、最後の米国の大流行があって、大規模試験が行われ、全員がワクチンを接種するようになったのは米国

でも 1965 年ぐらい、たった 40 年ほど前のことです。でも、罹患すれば 10% は亡くなるのです。だからやはり常に公衆衛生と栄養状態を良くすることが、すべて今までの健康な世界をつくっていると思います。今も問題になっているように、「薬! 薬!」と言うようになったのは本当にごく最近のことです。現在を見てみますと、大きな製薬会社の主力の薬は生活習慣病用の薬剤です。高血圧の薬、抗肥満とか、糖尿病、それに抗コレステロールの薬などです。こういう薬は一度のみだすといつまでものんでいる薬ですので、言い方が悪いのですが、すごく売れます。でもそういうのは、見方を変えれば生活が豊かになったせいですね。豊かになった理由は何かと言うと、20 世紀後半のパラダイムは産業革命以降の必然とでも言いますか、大量生産、規格品、消費文化ということで、1 次産業から 2 次産業に移ってしまっただけの話です。そして今は、すごいスピードで第 3 次産業へと移り変わっています。

私たちの時代は、香川先生も同じだと思いますが、中学校までは義務教育ですので学校へ行きましたが、クラスの半分以上は集団就職で都会に働きに出て、高等学校へは行きませんでした。それは社会の需要があったわけです。それ以前は集団就職ということもなく、かなりの人たちは中学校を終わると労働力として地元で主に農業に従事しました。50 年前は日本の労働人口の 50% が農業、水産業などの 1 次産業でした。ところが今の日本では、1 次産業の労働人口はわずか 4% 以下になっています。それがわずかこの 50 年で変わっているということを皆、自覚していないということなのです。

医療政策を作る人たちも自分たちの過去の経験でいろいろ考えていると思いますが、50 年前は日本の糖尿病患者はせいぜい 10 万人しかいませんでした。ところが今は 840 万人とも、1,000 万人とも、国民病とも言われるようなことになっています。しかし原因はと言うと、日本中が都市化して、車に乗り、電車に乗り、歩かず、エレベーターやエスカレーターに乗り、

階段も上がらず、栄養分たっぷりの食事をし、昔のように水くみにも行かず、まきを取りにも行かない、そういう生活です(笑)。それで太ったとか、メタボリックシンドロームとか、高血圧とか、それをすべて公的な医療費で持っていること自体がとんでもない話です。

香川 本当にそうですね。1961 年に比べて 1988 年までに肥満、高脂血症、耐糖能異常が激増しました(図 2)。

—医療の根本はクオリティ、

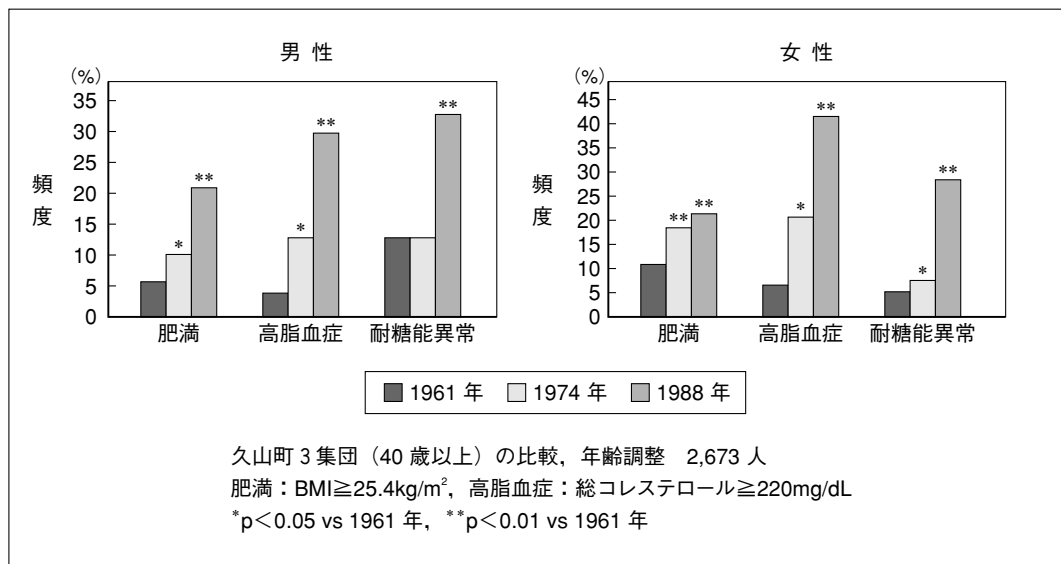
アクセス、コスト—

黒川 医療の根本はクオリティとアクセスとコストです。この 3 つがどのようにバランスをとるかということなのです。先日、国連大学でも、「医療で最も大事なことは、アクセスとクオリティとコスト」という話をしました。日本の医療で大きな問題はアクセスだと思います。「公的サービスの医療の中で、1 人の患者さんが、まず 1 日目に開業医に行き、翌日にはよその病院に行き、そして 3 日目は大学病院に行くなんていうことを許しているのは日本だけですよ」と私は言っています。これは現在の医療制度の甘えの構造だと思います。その背景は何かということをはっきりさせないといけないと思います。日本はアクセスとコストがいいと言われていますが、患者の皆さんが不安に思っているのは、クオリティが本当かどうか分からないということなのです。

香川 そうですね。日本には医者を評価するシステムはありませんね。

黒川 日本人にとってみれば、「東大病院が一番いい病院」という信仰のようなものがあるのです(笑)。ですから、昨年 5 月の日経メディカルに私が、「東大病院がなくなって誰が困るのか」と書きました(笑)。そこから初めて、「大学病院はどういう役割か」ということが広く理解されてくるわけです。東大病院が「もう外来はやりません」と言えば、皆さん考えなくてはならなくなります。ですから、そうなる前に私が「東大病院なんてなくしてだれが困る」

図2 代謝性疾患の頻度の時代的变化



と書いたのです (笑)。しかしそうは言っても、日本の場合クオリティは悪くはないと思います。確かにいい医者も多くいます。

香川 現在国会で進められている医療改革法案では病床数をもっと減らしていくという…

黒川 病床数を減らすという話ですが、一方では医者の数が少なすぎるのです。

先ほどのアクセスの話ですが、国民皆保険が1961年に導入されてから医学が猛烈に進みました。当時、香川先生や私がいた頃は心電図とレントゲンしかありませんでした。それに自分たちで検査をしていました。昭和40年代に入ってから中央検査部ができ、エコーが出てきて、それが2次元から3次元になり、そしてCTが普及してきました。先生や私がインターンをしていた頃は、血圧の高い患者さんがいてもセルパシールとアプロゾンしかありませんでした。そういう時代がつい最近まであったということをおもって忘れていて、40年ほど前、東京オリンピックの頃を考えてみれば今とかなり違って、大学を卒業した人の初任給が1ドル360円で40ドルでした。その頃一番大事だったのは結核のツベルクリンで、保健所の機能でした。それともう1つは、栄養調査をして栄養

状態を良くしようとしていました。当時、先生も米国に行くときに、日本人は胸のレントゲン写真を必ず持って行って、入国審査で結核に感染していないということがはっきりしなければ、米国内には入れてくれませんでした。

香川 そうです。

黒川 それがたったの40年前のことです。それまでは皆保険制度もないですから、東大病院で診てもらうなんて難しい。その後国民皆保険になってからアクセスが突然良くなり、どの病院でも行けるということになったのです。今のように公的な医療制度で、患者が自分の意志で好きな病院へどこにでもいつでも行けるようになりました。そういうことを認めているのは日本だけで、それを許していた背景は右肩上がりに経済成長をしていたからです。高度成長期にどんどん病院が増え、当時の最新鋭の器械もどんどん導入され、CTスキャンが保険に収載された途端に、1年間で全ヨーロッパのCTスキャンの数よりも日本のほうが多くなったのです。そういう都合の良いところを医療者も言わないし、患者もそういうことが当たり前だと思っています。私がテレビに出たときに、視聴者からの投書がありました。「お腹が痛くなっ

て調子が悪いなと思ったので大学病院に行ったら、2時間も待たされて検査ばかりで、診察は5分で終わってしまった。けしからん」ということでした。まず私は「なぜ、そのようなことで大学病院へ行ったのですか」と言いました。「ふだんからかかりつけの医者に行っていないからいけないんですよ」と言いますと、必ず「かかりつけの医者はどうしたらいいのですか」という質問になります。「大体具合が悪くなってから探しているのではありませんか。あなたの住んでいる町に必ず医者がいるでしょうから、ふだんから皆さんともっと情報交換して、あの医者は良いとか、親切だとか、すぐにほかの専門医を紹介してくれるとかという話もしないで、病気になってから誰かかかりつけの医者をなどと甘えたことを言っただけいけない」と言いました。そういうことを言わないで、だんだん情報が広がって、「前はよかったはずなのにおかしい」と皆さんに言われると、医者は一生懸命言いわげばかりしている（笑）。ふだんから言わないのがいけないのです。それがアクセスの問題です。それでも自分から大学病院に行くというのであれば、「そのかかった費用は自分自身で払ってください」ということにならないといけないと思います。

香川 そのとおりです。

黒川 3番目のコストについてですが、日本はGDP当たりで見ると医療費は世界の「先進国」で一番低いのですが、千人当たりの医者の数でいくと、日本はOECDの平均値よりもかなり低いのです。一番医者が多いと言われる東京でも、OECDのかなり下の国とようやく同じくらいです。ですから医者は本当に少ないのです。

しかも40年前には結核と栄養不足という国が、突然、国中が経済成長して都市化し、それで皆が豊かな生活のうえに運動もしなくなると、生活習慣病で肥満が問題だと言うけれど、肥満などを改善するには何をすれば良いのかはすぐ分かることです。しかし、分かっているでもそれがなかなかできないから、どうしたらそれ

ができるようになるかということを考え、そして本当に実行することが大事だと思います。食べ過ぎてコレステロールが高くなったり、肥満になったりして、その治療のための薬を公的に面倒みるなどというのは、おかしいかもしれませんね。

香川 そうです。私はそこを言いたいのです。国は「健康日本21」という政策で予防すれば良いと思い、これを始めたのですが、ご存じのように、肥満を15%に減らそうとしたのですが、20歳から60歳の男性で年率1%ずつ肥満が増えています。歩行数も千歩増やす予定でしたが、男女とも逆に数百歩ずつ減っています。こういう状態では医療費はいくらあっても足りないですよ。しかし、米国の“Healthy People 2000”は62%目標を達成しているのです。例えば全部の癌を減らすという目標は、なんと250%達成しています。

黒川 それはすごいですね。

香川 でも、米国人は遺伝子が日本人と違いますから、少しぐらいの肥満では糖尿病になりません。

黒川 そうですね。しかし日系の人も、3代目ぐらいになると米国人と同じパターンになり、心筋梗塞が急激に増えてきますね。

香川 私は先生よりもっと年齢が上で、日本が貧しかった時代でしたので、同級生のほぼ1割が米国に行っています。その中で結構、医学部の教授になっています。もう亡くなった人や、心筋梗塞で手術した人とか、随分います。その同級生の奥さま方はほとんどが米国人の人です。そうすると、奥さまが作った食事を食べないわけにはいかないのです。心筋梗塞が多いのです。米国の教授と日本の教授では、糖尿病と心筋梗塞と動脈硬化の発生率は米国人が有意に日本人の3倍多いということです。

黒川 糖尿病については、欧州や米国で大規模臨床試験やアウトカム研究を、いろいろやっています。米国では糖尿病の死因の60~70%は心筋梗塞です。一方日本は、2型糖尿病のある人とない人の死因を見てみると、どちらも



黒川 先生

黒川 清 (くろかわ きよし)
 1936年 東京都生まれ
 1962年 東京大学医学部 卒業
 1967年 東京大学大学院医学研究科 修了
 1968年 東京大学医学部第一内科 助手
 1969年 ペンシルバニア大学医学部生化学 助手
 1971年 カリフォルニア大学ロサンゼルス校
 医学部内科 上級研究員
 1973年 同 助教授
 1974年 南カリフォルニア大学医学部内科 準教授
 1977年 カリフォルニア大学ロサンゼルス校
 医学部内科 準教授
 1979年 同 教授
 1983年 東京大学医学部第四内科 助教授
 1989年 同 教授
 1996年 東海大学 教授・医学部長
 1997年 東京大学 名誉教授
 2002年 東海大学 教授
 東海大学総合医学研究所 所長
 2003年～日本学術会議 会長
 内閣府総合科学技術会議議員
 2004年～東京大学先端科学技術研究センター
 客員教授
 東海大学総合科学技術研究所 教授

専門分野：内科学，腎臓学，医学教育，医療政策

受賞歴：

1999年 紫綬褒章 受章
 2000年 (財) 腎研究会特別功労賞 受賞

1/3 は癌です。脳と心臓が 15% ずつで 1/3、これも変わりません。残りの 1/3 は感染症とか自殺とかいろいろなものです。両者で唯一違うところは腎疾患で、糖尿病がない人は 2%，糖尿病は 11% が腎死で、それだけが大きく違う

のです。ですから外国のデータを見て、臨床の現場で「やれ心筋梗塞だ」，「コレステロール値だ」というのは少し違うのではないかと思うのです。要するに、糖尿病そのものの研究者が「遺伝子が違う」とか言うことは良いけれども、患者に対しては「1日1万歩歩こう」ということをせっせとキャンペーンするのが糖尿病の専門家の役割だと思います。

香川 そうですね。糖尿病は以前は日本中に 10 万人しかいなかったわけですからね。

黒川 そうなのです。遺伝子だとか何とかいろいろ結構ですが、まず医者としてやることは「皆さん、1日1万歩歩きましょう」と言うことですね。

香川 ただ、日本の医療には予防に対してのインセンティブがないわけです。

黒川 そう、コレステロールもそうですね。

一禁煙は国家ビジョンで

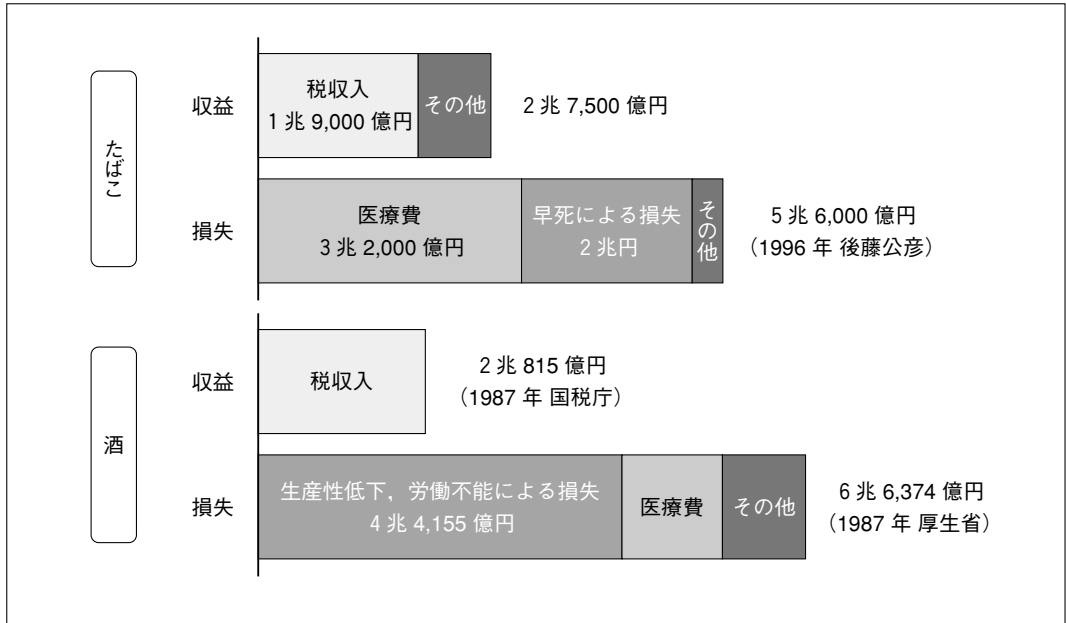
香川 結局は健康に気をつけて元気な人が全部面倒を見ているわけです。例えばたばこ1つをとっても、米国では州によって違いますが、1箱千円というところもあります。日本は 200 円ちょっとですね。

黒川 そう、一番安いですね。国家的犯罪だと私は言っています。自動販売機がどこにでも置いてありますしね。

香川 先進国では喫煙者も一番多いし、それだけで 5 兆 6,000 億円の損失が出ています。ところが税金や産業で上がってくるのは 2 兆 7,500 億円しかないわけですから、残る 3 兆円余りはたばこを吸わない人が支払っている計算になります。最近増加している多量飲酒の損失も 6 兆 6,374 億円です (図 3)。

黒川 「たばこの値段を高くするとどうなるか」という話は、私は機会があるたびにいつも言っています。去年の 11 月に引き上げがありました。1本1円でした。これは病気のことを考えての値上げではありません。たばここと生活習慣病の関係は血管への影響です。しかもそれは長い時間をかけて進んでいくものです。癌

図3 たばこ酒の収益と損失



もそうです。ただ肥満だからといって5年で死ぬわけでも何でもないので、高血圧もそうです。たばこというのはそういう病気に共通の危険因子なわけです。ですから、「たばこの自動販売機がどこにでもあって、たばこの値段を世界の先進国の中で一番安くしているのは、国家的犯罪だ」と言ったわけです。「たばこは1箱千円にしる」、「人の見えるところにしか自動販売機を置いてはいけない」ということを言い続けて、やっと1本1円上がるのです。政策者会議でもやはりいろいろな立場で意見が異なります。「1箱10円までの値上げで」とか、「一気に値上げすると売れなくなり、たばこ生産者が困る」とか…。それなら葉たばこ業者から10年間は国が全部買い上げるということもあるわけです。もう1つ問題は、たばこの売り上げにより地方自治体に入る税収が減るから困るということです。しかし、1箱千円にすると何が起こるかと言うと、今と同じように売れたとすると税収は大体5兆円増えることになります。しかし、さすがに1箱千円となると、販売量は数年で半分以下になるでしょう。でも、それはたば

こを減らすことが目的ですので、目論見どおりですが、それでもしつこくたばこを吸う人が半分いるとすると余剰税収はまだあります。今後5年あるいは10年は葉たばこ業者の補償をして、また地方自治体にも補償するわけです。その後は補償額はだんだん減らしていくというような方法もあります。

香川 高く売ればそれだけ税収が増えますからね。

黒川 「そういうことをすればたばこの総数は減る」ということをまず言っています。そこにある大きな障害は収入がなくなる葉たばこ業者と地方自治体の税収ですので、それを一定期間保証すればいいのです。要するに国家ビジョンの問題です。この問題ばかりではありませんが、何か問題を解決しようとするとその都度、もっともらしくそれぞれの利益を代弁する人がいるので、本当にろくなことが起こらないですね。つまり、国家ビジョンを誰が示すかということなのです。ここでひとつ耳の痛い話をしますが、日本で一番知的レベルが高いと言われていた大学教授たちは、何を国民に問いかけ、国

家ビジョンとしてどのような発言しているのでしょうか。

香川 内閣府の有識者会議でもそういう話が出ていましたね。

黒川 偉い大学の教授に限って言わないですよ。大学人が言わないということは問題です。私は20年間言い続けていますけどね、だからいじめられています(笑)。社会的に地位の高い人が皆評論家になってしまって、当事者意識が欠落しているのです。

一医師の役割一

香川 米国の保険はご存じのように、高齢者と極貧者を除けば民間保険ですね。そしてたばこを吸い出すとか、血圧が上がってくる、肥満になってくると保険料を上げるとか、契約は中止してもらいますというようなことになります。日本にはそれがありません。その点についてはいかがお考えですか。

黒川 米国の医者をつくるプロセスは最高ですが、医療制度は最悪だということは言っています(笑)。

香川 米国でいいのはドクターチャージが自由にとれることです。腕のいい医者は高いですね。しかし日本では、黒川先生のような東大教授が診ても、卒業したての医者が診ても全く同じ金額ですよ。

黒川 ですから私は東大教授になったとき、私でなければできない仕事をするのは私だから「私は外来はやらない」としませんでした。誰が診ても同じ値段だなんておかしいでしょう。そういうことははっきり言わないからいけないのです。誰か言うと、「ああ、そうかな」とみんな考えるようになります。そういうことを外に向かって言わないから、いつまでも誰も疑問を持たないのです。そこに問題があると思います。

香川 そうですね。

黒川 それを言わないといけないのは社会的地位の高い人。人間の社会にはそれぞれ責任を伴うポストというのがあられるわけですので、そう

いうポストの人たちは社会に対してきちっと物を言って責任を果たすべきだと思います。今の常識は世界の非常識も数多くあるのに、それが当たり前だと思っている社会的地位の高い人たちが…

香川 そうですね。インセンティブもさっき言ったように、高血圧の人が血圧が下がり、高コレステロールの人がコレステロール値が下がってきたら、負担している保険料を安くすればいいわけですよ。

黒川 100年前の寿命は先進国でも40歳、さらに昔に遡り、ローマ帝国のときは25歳でした。2千年の時と知恵をかけて、20世紀の始まりまでに寿命を15年稼いだわけですよ。日本・ヨーロッパ・米国は、この100年で寿命を40年稼ぎ、80歳になりました。これが当たり前だと思っているからおかしいのです。当時は防ぎようがなかった感染症は、先ほども言いましたようにジェンナー以来いろいろなことがあって、ペニシリン、ストレプトマイシンというような薬も役に立ったのですが、それ以上に公衆衛生と医療自体が良くなったということが大事な要素だと思います。そのうえで、ほんのわずか20年の間に生活習慣病になってきました。そう考えると、今までの医療と違ったことを考え、していかなければいけないと思います。公的な医療はすごく大事で、これについては安全と言いますか、きちんとしておかないといけない。

世界一とも言われる長寿国になった日本で、もう1つの大きな問題は高齢者医療です。どのようにして高齢者医療を進めていくのか、看取りをどのようにしていくのか…。実際に医療費の30%程度は人生の最後に使われます。若い人たちを全力を尽くして助けるのは医療の使命です。しかし終末期医療と言っても、40年前の日本では医療機関で死んでいる人は30%でした。今は都市化、核家族化が進んで、おじいさん、おばあさんがいなくて、子どもたちは身内が死んでいくプロセスを見ていません。85%が医療機関で亡くなっている。それが当たり前

だと思っている。死に場所をどうするかは結構…

香川 私はやはり在宅が良いと思いますが…

黒川 日本人の終末期を迎えるスピリチュアリティ、これは千葉大学の広井良典先生たちがやっています、「それは何だと思えますか」という話をしています。中学校が日本に約1万校あり、言い換えれば義務教育の中学生が通える範囲の1万ヵ所に学校があるということです。それでは神社はどのくらいあるかと言うと、日本中に約8万数千の神社があります。さらにお寺が同じく8万数千あって、両方の神社仏閣を併せると17万ヵ所あるのです。「社」というのは木へんに土と書きますが、日本人のスピリチュアリティと深い関係があります。昔から地域のコミュニティセンターとして、神社やお寺というのは大事な要素でした。それをまた生かすことができないか。これからの日本は5人に1人が65歳以上になるわけで、そこに世代を越えて皆が集まり、コミュニティセンターになりながら、ナーシングホームもそうですが、そういうところをうまく使いながら、地域社会が世代にまたがって長寿社会を共有するというようなことを考えてみる。実はそういうことをやり始めている神社もありまして、そういう社会の動きが意外に出始めています。そこに医者がどのようにかわるかということですが、私が言っているのは、医者が最後まで捨ててはいけない権利と言いますか、医者の社会的責任は「死にました」という診断をすることで、これは医者にはしかできません。もう1点は死亡診断書を書くことです。これは失ってはいけません。それをするためにはコミュニティに行って、看取る。これは医者でなくても看護師でもいいのですが、皆と一緒に医者がいて最後を看取るという宗教的な役割もあると考えています。突然、急患が来たときに20%は医者がいてもいなくても死にます。20%は医者がいなくても助かります。そして、60%が最初の診立てでどっちになるかということです。そういう意味から、今度の医療政策でも私が言っている1つの基



香川 先生

本は、例えばいま東京・千葉・神奈川・埼玉で3千5百万人が住んでいます。また、日本の人口の70%が東海道の東京と神戸の間に住んでいます。1つの県、例えば富山県で130万人ぐらい、鳥根県だと70万人ぐらいで、平均すると大体1県で100万人前後でしょうか。その県でも県庁所在地には大体20~30万人ぐらい住んでいると思いますね。こういう高齢社会で、またこれだけ経済活動が行き渡り、道路網があれば、どのような医療設備、医療提供ネットワークを作っていくかと考えれば、おのずと答えは出てきます。大きな中心となる都市に1つ総合病院を造り、そこは24時間の救急対応をする。そこに癌センターを造り、病院はそのfacility、施設、設備、便宜などすべてを提供して、その地域のお医者さん全員が一緒に協力して使えばいいのです。

香川 オープンシステムですね。

黒川 そうそう。歴史的に施療院とか言われていた病院は医者ができる前からあります。ですから、いま言われている「医者」はごく最近出たことで、特に日本は急に西洋化したので、「医者が働くところ」と「病院」が一緒だと思っているのですが、病院はもともとfacilityで、サービスを共有して使っていたのです。ですから、基幹病院は必ずありますが、そこを皆が使うということが良いのです。例えば大分県の中

津市はその方向で進んでいます。CT でも皆で24 時間使えば良いわけです。このような考え方を分かってもらえれば方向は見えてきます。今年から都道府県が医療計画を策定しますが、皆さん、医療政策を作ったことがないので、厚生労働省へ行ってお伺いを立てるのです。ですから私は「それではだめです。むしろパブリックヘルスなどの研究者や医療経済を研究しているワーキンググループがあるので、その人たちをコンサルトにしてやって行きましょう」ということで、そのように動きました。ですからやはりお役人ではなく私たちが言わないといけないのです。そうすると議論が結構前向きになってきましたね。

香川 それはいいですね。

黒川 ですから、大学の人とか、医者とか、そういう人たちはきちっと長期のビジョン示すべきです。「5 年先こうしましょう」と言えば、ステークホルダーも動けるのです。

香川 日本では肥満が年に1% の率で増えています。手が打てないかと言うと、私たちの大学の小さいクリニックですが、メタボリックシンドロームでも何でも治ります。結局、無投薬で治ってしまいます。

黒川 そう、治ります。体重をまず減らさなければ…

香川 高血圧でも治ります。

黒川 メタボリックシンドロームもそうですが、片仮名になった途端に何か新しい病気のような気がしてしまうのではないですか(笑)。「モラルハザードなんて言わないで、倫理観の欠除とはっきり言いなさい」と私はいつも注意しています(笑)。

香川 結局、薬を使わなくても治ってしまいますよ。ウエストでも体重でも簡単に測れます。

黒川 先生は、こういう努力をして病気の予防をした人へのインセンティブのことをおっしゃっていたのですよね。

香川 そうそう。

黒川 医療費を1 年間使わなかったら、次の年の医療保険の掛け金を安くするとか、そうい

うことも出すべきです。

それに先ほどから言っていますように、公的サービス、公的医療費についてもそうです。今だと、例えば人口 20 万人の都市に国立病院があり、国立大学の付属病院があり、県立中央病院があり、それから市民病院があり、それらがすべての診療科をやっています。そういうことを考えると無駄だと思いませんか。だから1 ヶ所にまとめて医療人も共有して使えば良いわけで、それが公的な医療だと思うのです。そこは24 時間いつでも行くことができ、当然医療費も無料です。そのうえ血糖値やコレステロール値などの必要な測定は3 ヶ月に一度はどこの病院でも無料で測ってもらえる、その代わりデータは必ずかかりつけの病院に持って行かせる、もしそのほかに測る場合は全額有料にする、あるいは私的保険も選択できる、というような決め事が必要だと思えますね。

香川 私もそう思います。

黒川 40 年前は結核でさえ薬がなかったことを、皆さんが忘れていてのです。それはやはりお役所も医師会も、すべてのステークホルダーが、そういうことが変わったという認識が少ないところに根があると思います。特に大学の先生は自由な立場でもっと、意見は違っていいからどんどん言うべきです。それが彼らの本当の役目だと思うのです。

—日本の医療の将来—

香川 もう1つ、食が随分変わってきて、今やかなりの部分が加工食品になっています。ですから食塩の量は調味料で決まるわけで、外見で決まらないのです。

黒川 食塩の量は多いですか。

香川 おにぎりなどはもし食塩を減らしたとしたり売れなくなるでしょうね。こういうものは中小企業が作っているのです。買ってもらえなかったら会社がつぶれてしまいますね。ですからめったに減らせないのです。いまスーパーやコンビニで売られているものは、全部バーコードで一括管理されているので、一度本社を通るわ

けです。だから、減塩してもインセンティブがつかないので、減らせばいいと言ってもなかなか減らせないのが現状です。

黒川 そのことに関してもう1つ問題があるのです。いまファーストフードになっていて、日本はぜいたくになっているから、作ってなるべく温かいうちに売るということが中心になっています。そうすると、作ってから数時間で売れ残りは捨ててしまいます。全国展開している大手のコンビニで捨てるお米は1ヵ月にどれくらいか知っていますか。貧しい小さな国の国民を1年間も養える量に匹敵するのです。そういうことを皆さんご存じでしょうか。こういうことは言わない限り、日本人の民意はそこへ向かないのです。世界中では年間に1,600万人の人が餓死しています。そういう話をふだんからいつも言っていないから、急に言っても聞いてはもらえないです。そういう話がしみ込むようにいつも言っていないと、急には受け入れられません。ですから、そういうことをきちっと言いながら、日本の存在価値を上げていくということがすごく大切なことだと思います。食塩はファーストフードを販売している企業が利潤を出すために大事な要素ですが、そういう企業が1ヵ月に捨てる食料でソマリアの人が何ヵ月飢えをしのげるというようなことをどんどん出して、少しずつでも皆に理解されるようにしなくてはいけないと思います。それもそうですが、もっと驚くのはミネラルウォーター。たかが水ですが高いですね。何で船で運んできた水にあれだけ払うのか、貧困の社会から見ただけかかげて見えるのではないのでしょうか。

香川 そう、石油よりもミネラルウォーターのほうが高いですね。

黒川 先日北京に行ったときも、ミネラルウォーターのボトルを手にして、「このボトルを見てください。これと同じボリュームのガソリンは原油が1バレル70ドルですが、こっちのほうがはるかに高いです。笑い話にもなりません」と話しました。日本でこの話をするときには、「これが本当の水商売」と言って笑いをと

るのですが、外国では「ウォータービジネス」と言っても、全く笑ってくれません(笑)。

日本の経済成長の中で、食塩をどこまで減らすか、どのようにしてたばこを減らすか、歩く歩数を増やすか、もっと言えば、医療の研究にどこまでお金をいくらつぎ込むのか、さらに公的医療費でこのようにすれば24時間安心できる、というような話をきちっと将来を見越した国の政策として政府が示していないから、ますます国民は疑心暗鬼になるのです。

日本の医療全体がジャンボジェット機と考えてください。ジャンボジェット機というのは、同じときに乗れば必ず同じときに目的地に着きます。しかし、そのときにファーストクラスやビジネスクラスに乗っている人がいるのです。今や日本の医療という満身創痍の機体は、何とか整備して落ちないで済んでいる状況なのに、同じところに行くのに皆がエコノミーでなくてはならない、ファーストクラスやビジネスクラスで行っているのはいけないと言っているようなものです。結局はどこで差をつけるかということになるのですが、「コレステロールを下げる薬は半分は自分で払う」、「ビタミン剤などは全額自分で払う」ということもあるのです。ビタミンはどのようなものを食べればいいのかという話をすべきだし、コレステロールを下げる薬はもう5割負担だと言ってもいいわけです。「日本食にして、歩いて体重を減らせばいい」ときちっと言えばいいのです。そして、公的な保険と私的な保険を組み合わせることですね。そうすると、私的保険は今度は保険会社がいろいろ考えて、「1年間薬代を使わなければ翌年の保険料は安くします」とか、いろいろな選択肢を出せばいいのです。

香川 禁煙の場合もそうですね。

黒川 禁煙は生命保険と同じです。禁煙のことを言うと必ず、たばこもそうだけれども、酒もそうだ、塩もそうだ、あげくの果てに砂糖もそうだと屁理屈を言う人もいるのですが、最も人間の健康、もっと言えば死に関係があるのはたばこということが科学的に証明されてい

ますから、「たばこはいけない」と言うべきです。

香川 そうですね。

黒川 「健康日本 21」はそういう意味だと思います。健康になるためにやれることはいくらでもあります。今はグローバル時代ですので、日本がどういう国になろうとしているのかということを見えています。日本という国は言うまでもなく、資源もなく、エネルギーや農産物の自給率も大変低くなっています。昔から「もったいない」という文化の国なのです。「もったいない」はけだし名言で、リサイクル、リユース、リデュース…。しかしそれだけでは環境は良くなりません。むしろ同じものを長く使うということが大切なのです。「それでは日本経済のエンジンにならない」というのは、経営能力のない経営者が言うことで、新しく出てくるマーケットはあります。環境というキーワードです。

香川 この『最新医学』は勤務医や開業医の方々が多く読まれているので、一言お願い致します。

黒川 私は医者は素晴らしい仕事だと思うのは、黙っていても向こうから困った人たちが来てくれるからです。こちらがマーケットに出向いて行くわけではありません。ですから今国会に出されようとしている医療制度改革に「反対」と言っているのですが、少なくとも患者として来てくれる人たちに、待合室で待ってもらっている間にも読んでもらえるようなパンフレットを用意して、「なぜ医師会はこのことをやっているのか」、「こういう理由で反対している」と、きちっと分かってもらえるような努力をしなくてははいけません。しかし、ただ書けば良いというものではなく、「混合診療になぜ反対か」などについて、今の制度は、と長々と書いてくれています。実際に読んでみると、「私が読んでこれでは分からない」。中学生からおじいさん、おばあさんまでが読んで「なるほど」と思うような文章で、1, 2 ページにしなければいけません。医師会の執行部は開業医

が多くて、勤務医が少ないです。医者は医師会という組織がなくても自分で食べていけると思うから、ついつい医師会から医学会を独立させ、勤務医は医師会から離れてしまっています。離れると個々の組織が弱くなる。途端にほかから各個撃破されます。つまり医師会もだめかもしれないけれども、それでは医学会は良いかというところはいきません。大学の医者も勤務医も、それに開業医も、医師会の中に皆が力を結集し、交渉すべきです。でも今はばらばらです。日本の歴史の中で政府にたてついて主張していた業界団体は医師会だけです。医療費が年間 30 兆円、ところがパチンコ業界も 30 兆円産業ですし、葬儀業界も 15 兆円とも言われています。葬式代は日本の平均が米国や英国の 10 倍ですよ。それなのに、医療費の 30 兆円をまだカットしようなんて、「とんでもない」と言わなければだめですよ。

香川 そうですね。

黒川 特に大学の先生はもっとしっかりとやらないとだめです。

香川 今から 15 年前は北欧の国は医療・介護費で破産状態になっていたのですが、今は完全に立ち直って繁栄しています。日本でも何とかできると思うのですが…

黒川 厚生労働省はスウェーデンモデルとか言い出すのですね。

香川 税金が高いけれども…

黒川 私は「冗談じゃない」と思います。スウェーデンと日本とは違います。スウェーデンの政府ほどには、日本の政府は国民から信頼されているとは思いません。向こうはきちっとビジョンを示し、実行しているのです。ずっと信頼されています。しかもスウェーデンは 900 万人の人口で、中央官庁の 1 つの役所は 100 人から 400 人程度です。自主コンミュンというので、ほとんど全部の行政を地方に任せています。日本は政策も 95% は役所が作っています。ですからそういう発想はあり得ません。でも、そうばかりは言っているわけにいかないの、皆が声を出して政策を、国の将来を作って

いかないと…

香川 今日には本当にいろいろなご助言を含め、お話をありがとうございました。私たちもこれからぜひ、先生の協力をいただきながらや

っていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。本日はありがとうございました。

(とき：平成18年3月13日 ところ：東京 山の上ホテル)