

言論NPOフォーラム「日本の医療制度をどう再設計するか」

去る 2005 年 12 月 19 日、言論フォーラム「日本の医療制度をどう再設計するか」を共催いたしました。

スピーカー：

吉川洋先生（経済財政諮問会議メンバー・東京大学教授）

黒川清（当機構代表理事）

近藤正晃ジェームス（同副代表理事）

コーディネーター：

工藤泰志氏（言論 NPO 代表）

議事録（部分）

工藤泰志氏（以下、工藤） 今日とは日本医療政策機構と共催というかたちなのです。隣にいる近藤さんというのはつい最近まで言論NPOで理事をやっていたのです。その先の先の黒川さんは言論NPOのアジア戦略会議のメンバーをお願いして、これからも色々な形で提携していこうということで、今日は共催というかたちになりました。

言論NPOがやる以上、こういうフォーラムをやる上での明確な意志を持っておりまして、僕たちの議論の方向はやっぱり有権者に向かうわけです。有権者のために政策を評価するという視点で今日の議論を構成したいと考えます。

そうやって考えてみますと、今回医療制度改革が提案されて、非常にタイミングがよい形で今日のフォーラムが開催されました。今日、診療報酬の問題が固まったというニュースが出ていました。実をいうと、前の医師会長の坪井さんと昔お話をしたときに、自民党の政治家とこの診療報酬などを巡って何通もの念書を持っているという話を聞いたことがあります。これまでの改革論理というのは水面下で、見えないところで色々なことが決まっていたと思います。

それから見れば、今回の医療改革という問題は非常にオープンになりました。逆に言えば、有権者と色々な人たちが政策決定のプロセスにおいてこういう改革をきちんと評価するような土俵が整い始めたなど。そういうことで、今日は非常にいいタイミングだなど思っております。

ゲストとしては、隣が近藤さんと言いまして、いま東大の助教授をされているのですが、日本医療政策機構を立ち上げまして、その副代表。隣がご存じのように吉川洋さんと経済

財政諮問会議で医療問題を担当されております。隣が黒川さんで日本学術会議会長なのですが、今回の医療制度構造改革でも、厚生省のなかの部会の委員長として、医療提供のところを担当されてました。

つまり、近藤さん以外の方はまさに今回の政策決定プロセスに一応参加されていたという方ということです。そういうことで、ちょっとこれから1時間半に渡って会場におられる皆さんの意見も含めて議論を行いたいと思います。

まず近藤さんに今回の改革、何が決められて、どういう論点があるのかということをお簡単に説明していただいて、それからお二方にお話を伺いたいと思います。

近藤正晃ジェームス（以下、近藤） 近藤です。よろしくお願ひいたします。今日は吉川先生、黒川先生という、今回の改革の当事者の方々がいらっしゃるの、私は最初の紹介と問題意識だけをお話したいと思ひます。医療制度改革大綱については、念のため、みなさまのお手元にこの11月30日付で決まったものの要旨が配ってございます。

この医療制度改革大綱についてメディアから焦点が当たったのは、自己負担率の、特に高齢者の自己負担率に関する議論でした。本日、吉川先にお話を伺えるかと存じますが、医療財政が非常に厳しくなっております。そのなかで、吉川先生のお言葉をお借りすると、「国民医療費」と「公的医療費」という二つの概念があり、国民医療費というのは高齢化が増えていき、技術革新が進んでいくなかで、どうしても増えざるを得ないであろう。そのなかで、その公的な部分というのをどこまでカバーするのかというのが、たぶん一番本質的な議論でして、その一つの手段として、自己負担率の議論もございまして、場合によっては、去年からずっと続いている混合診療の議論もその中に含まれますし、免責制という手段も議論されております。これらの議論は、どの部分をパブリックなお金でみんな支えあうべきなのか、そしてどの部分は自分でも負担すべきなのかという問題についての手段の議論です。給付と負担のバランスについての国民選択の議論を吉川先生がずっと進めてらっしゃるので、これについては後ほどお話を伺えればと存じます。

医療制度改革大綱のもう一つの内容であり、黒川先生と特に関係するのは、医療提供のあり方です。先ほどのヨシカワ先生のお話というのは、お金が入ってどれだけ出るのかというパブリックなお金の出し入れの側面です。しかし、医療というのは年金と違って、お金が入って出るだけではなくて、そのなかで実際に患者さんに医療提供が行われるため、この仕組みを今後どのように改善していくのかということが大きな焦点としてあるわけです。その医療提供のあり方を国1本の制度だけで設計すると、どうしても制度のきめ細かさが粗くなってしまふ。地域ごとにいろいろ事情が違ふだろうというようなことで、黒川先生が「地域主導での医療の制度設計のあり方に関する委員会」の座長をしていらっしやいました。中央1本ではない、地域のニーズに応じた、メリハリの効いた医療の制度設計というものを今回ご構成なされたということで、そのことのお話を医療の中身としてお伺いできればなというふうにお思ひしております。

資料の2枚目をご参照までにですが、今日の新聞記事でして、診療報酬3.16パーセント下げ、また本体部分、いわゆる医療の中身部分のところもマイナス改定になったということです。非常に衝撃的なニュースではあるわけですが、たぶん、最後に1点だけ申し上げると、今日、なぜ言論NPOと日本医療政策機構と一緒に会議をやるのがあるかということをお話しましたが、医療というのはこれまではかなりクローズドな政策のプロだけのあいだの、極端なことを言うと、医師会、厚生労働省と自民党の一部の方のみの議論であったという側面が、これまでは特にこの診療報酬改定に関しては色濃くあったわけですが、今回は官邸主導というかたちで様々な決定がなされ、そのプロセスのなかでオープンに政策を議論したり、評価する時代が来たように感じております。

言論NPOというのは、まさにそういった政策の評価を網羅的に行っている団体であり、日本医療政策機構というのはそういった政策のオプションというのをできるだけ国民に出していこうという団体ですので、本日、共同で会合を開催する意義があるのかなというように思われます。

以上は前振りでございますので、ご本人方に改革の内容を伺えればというふうに思います。

工藤 次は吉川先生にせつかくの機会ですから、今回の大綱のなかで何を実現したのかを、吉川先生のご持論も踏まえて、少しご説明していただければと思います。

吉川洋先生（以下、吉川） 私は経済学者ですが、今回の医療制度改革につきましては、政府の方で先ほどご紹介いただきましたけれども、経済財政諮問会議というのがございまして、そこで経済政策全般を議論するわけですが、私もそのメンバーですので、今回の改革にも相当関与をいたしました。新聞等で医療の問題、ずいぶんこの一ヶ月、二ヶ月ぐらいでしょうか。毎日のように報道されてきたわけですが、私の目から見るとずいぶん不本意などと言いますか、不正確な報道だなという気がしている点もございまして。

そういうことも含めて、機会があるごとにこの問題をいろんな方にご説明できればと思っております、そういう気持ちで今日もここに参った次第でございます。

それで、新聞報道等、どういうところが問題かと申しますと、とにかく医療費を抑えろと。医療費の抑制という言葉がよく出てまいります。それから、これからご説明するとおり、私どもはマクロ指標と背比べすべきだということをずいぶん言ってきたわけですが、医療費を経済の大きさとすぐに比べてどうのこうのというのは乱暴過ぎるのではないかと。つまり、早い話が経済がマイナス成長をしても、風邪を引くときは引く。それからインフルエンザが流行れば、医療費が膨らむではないかと。経済と医療費をダイレクトに結びつけるのは乱暴過ぎるとこういう議論がよくございました。

こういうあたりが私たちがやってきた議論とずいぶんずれていると思いますし、それか

ら医療費の改革という、これは新聞報道もそうですし、あるいは政治家の議論、国会での審議もそうだと思いますが、いわゆる自己負担、本人2割か3割かという議論が新聞紙上にも非常に大きく見出しとして出ますし、そこだけかなり注意が集中しているくらいがあると私は感じているのです。これからご説明するとおり、それは正しくない。

さらにもう一つ申しあげますと、新聞等の報道ぶりですと、経済財政諮問会議というのはとにかく経済効率性優先である。とにかく経済のことだけしか考えない。医療費でいえば、どんどん削ればいいという、そういう立場であって、しかも、そこまではっきり書いていなくても、諮問会議のメンバーというのは日本の皆保険制度というのはなくてもいいと、アメリカのような状況が理想だと考えている人たちが多いのだといったようなそういう雰囲気の記事をなされていることがあるのです。

これはたいへん不本意な報道だと私は考えております。どういうことかと申しますと、まず第1に私の個人の考えとしては、日本の国民皆保険制度はたいへん優れた制度だと思っております。もちろん、ご承知のようにさまざまな問題があると思っておりますけれども、大きく見れば、日本の国民皆保険制度は、たいへん優れた制度だと考えております。

先進国のなかでは、例えば日本、ヨーロッパ、アメリカとしますと、アメリカが医療制度については特殊な国です。医療制度に関心がある方はどなたもご存じでしょうけれども、アメリカの場合、メディケアとかメディケイドという公的な保険が一部にはありますけれども、包括的な公的医療保険制度はない。それは先進国のなかではむしろ特殊なケースであって、アメリカのように日本がなればいいと私は思っておりませんし、また経済財政諮問会議のメンバーのなかにもそのような考えを持っている人は私はいないと思います。

現在の日本政府では、日本の公的医療保険制度、これは優れた制度であって、これを維持する必要があるという考えという点においてはまったく疑問の余地はないということだと思います。問題はこれを維持可能なものにしたい。英語で言えばサステイナブルということでしょうか。できるだけ公的医療保険制度を維持したいという、こういうことであるわけです。

そこで、本日、私が訴えたい論点は、国民医療費、あるいは医療費そのものと、それから公的医療保険給付、これは公的医療費と呼んでもいいかもしれません。この二つを峻別したいと思うわけであります。

医療費の長い歴史をたどってみると、長い歴史というのは例えばここ30年、あるいは50年、先進国では医療費全体、これは国民医療費と呼びたいと思いますが、これを経済の規模と比べた比率はずっと上がってまいりました。

なぜ上がってきたのだろうか。いろんな議論があるわけですが、やはり私の一番説得的だと思える議論はやはり技術進歩だと思います。医学の進歩、それからそれに伴う医療技術の進歩、そうしたものを反映して、国民医療費が経済の規模、具体的に言いますとGDPとか国民所得ということですが、そういうものに対する比率が先進国で上がってきたということだと思います。

これを無理矢理に抑えつけて下げるのがいいかと言えば、決して私はそうは思いません。例えて言えば、家庭で食べ盛りの10代の子どもが何人もいる家庭で、食費が少し膨らむことをどう考えるか。それは合理的なことであって、食べ盛りの子どもが何人もいる家庭であれば、老人だけの家庭よりは食費の比率が膨らむというのは自然なことであるわけですから、それを無理矢理抑えるということは少しもいいことではないし、合理的なことでもない。同じように、国民医療費の対GDP費といったものもただ無理矢理に抑えればいいというものではないということだと思います。

しかしながら、公的医療費というのはこれは別物でございます。公的医療費というのは、公的な医療保険制度の保険料、それからいまの場合、税金もだいぶ投入されているわけですが、この税金を合わせた、結局は公的な医療給付に向かう部分、この大きさというのはこれは自ずからマネージしなければいけない。

もちろん理屈としては、公的な給付をもっと手厚くして欲しいから、保険料率も上げていいのだ、税金だってもう少し上がってもいいですよと国民的な合意ができれば、それは公的な医療費だって膨らんでいいという理屈になると思いますが、これは現実に関するジャッジメントと言いますか、現状に対する判断ですけれども、現実的ではない。現実には、社会保険料の未納が問題になっている。みんなが消費税をぜひとも10パーセントに上げてくださると、消費税10パーセント国民運動が起きているかといえ、そんなことないわけです。

やはり、保険料、年金ほどひどくないですが、未納の問題がありますし、それから消費税と言ったって、みんななかなか渋って、5パーセント上げるといって嫌な顔をするということですので、これは仕方がない。いまの財政の状況を見ると、公的な医療費のほうはある程度抑えなければいけない。公的な医療費は、私は財政論だと思います。

これは当たり前だという気がいたしております。公的なお金でやるわけですから。その場合には医療費も聖域ではないのです。医療というと命に関わるではないかといわれる。しかし、命に関わるといえば、防災はどうか。台風が来る。土砂崩れがある。命に関わる。防災をきちんとやらなければいけない。21世紀で一番大切なのは教育だろうと言われたらどうですか。それは反論できないですよ。そういうところに税金全部使っているわけですから。

現在、一般会計は、明日、財務省原案が出ますが、79兆円とかいってありますが、今年82兆円。そのうち、国債の利払いと地方交付税交付金とはご存じだと思いますが、国から地方へ配ってしまうお金。これを引いた裁量的な経費、一般歳出と呼びますが、47兆円でございます。そのうちの20何兆円が、いま社会保障は年金、医療、介護を全部合わせたものではございますが、シングルアイテムとしては、最大の項目でございます。教育、防衛、公共投資、そういうものを全部足し合わせたよりも、社会保障のほうが大きいわけです。伸びていく訳です。ですから、公的な医療費は財政論から、しかるべく抑えなければいけないだろうとこのように考えております。では、公的医療費とはいったい何か。ここでも

う1回原点に戻って考えますと、これは医療保険です。英語で言いますとインシュランスです。そこのお金がなくなっているわけです。どうしたらいいか。

どうでしょうか。私の考えからすれば、お金が潤沢にあるならすべて保険でみてくれるというのでいいかもしれませんが、お金がないのですから。では、賢く保険をみんなで設計しようということになるのではないのでしょうか。では、どういう保険が保険としていいのだろうか。私の考えでは保険ですから、大きなリスクはみんなでしっかり支える。しかし、小さなリスクはお金がないのだから、少し自分で面倒を見ると、こういうかたちになってもいいのではないのだろうか。こういうことになってくると思います。これも後ほどまた議論になると思います。

さて、医療保険は、全部みてくれるというのではない。自己負担というのがあるのはご存じです。これは、2割から3割に上るとか言って、必ず新聞に出てまいります。しかし、この2割負担、3割負担という言い方が医療保険ということからしますと、保険制度の説明、あるいはそれを説明する変数として、極めて一方的な1部分のものでございます。

医療費が1万円かかったときに、3千円自分で負担する。3割負担。これはもう明白でございます。だから3割負担だと言うのでしょ。ところが、100万円だったらどうでしょうか。これは意外とご存じない方がいるのです。100万円の3割負担だったら、自分で30万円出すのですか。もちろんそんなことはないわけです。

どうなっているのかと言いますと、制度の言葉で言いますと高額療養費制度という名前がついておりますが、要は月額上限があるわけです。要するにどれだけ医療費がかかっても、月単位で制度設計されておりますが、典型的なサラリーマンですと、月7万2千円ぐらいでしょうか、そこで頭打ちになるわけです。本当に細かいことを言いますと、それ以外の1パーセントが乗るのですが、いまは話を簡単にしますと、基本的には頭打ちになるわけでございます。

保険ということからすると、この高額医療費制度がいわゆる2割負担、3割負担よりはるかに大切だと言えないこともない。2割だ、3割だと言っているのは、初発の比較的小さな医療費に関わる入り口のところだけの率なのです。もちろん、それが大事ではないとは私は申しあげませんが、それだけ知っているというのはいかがなものかという感じを持っております。

ですから、去年、一昨年でしょうか。1月当たりの1件の最大の医療費が3千万円だったそうです。当然、入院でしょうし、それぐらいの難病ですと、1月で終わったとも思えない。仮に3ヶ月、それがかかればほぼ1億円ぐらいの医療費になるわけです。本当に3割負担でいってしまったら、かなりの大金持ちでもきついということでしょう。しかしながら、そのときの医療費負担というのは1パーセントぐらいになるのではないのでしょうか。100分の1ぐらいの負担になるわけです。

ちょっと重い入院ですと、自己負担率というのが5パーセントぐらいだと言われているわけです。これは保険制度として、当然のことであって、それこそが私たちが守らなければ

ばいけない皆保険制度ということです。繰り返しになりますが、公的医療費というのは、公的な保険インシュランスであって、そのインシュランスのところは公的であるが故に、財政論でやらざるを得ない。お金がないので少し抑えなければいけないと言っても、私はまだ潤沢なお金を持っていると思います。何十兆円というお金をわれわれ持っているわけでありますから。賢い設計をしようではないか。そのときに2割、3割負担というのは一つのインフォメーションではあるけれども、極めて限られた、制度全体の姿を描くときには不完全なインフォメーションにすぎないとこんなふうに思っております。ちょっと時間を越えたかもしれませんが、とりあえず私のほうからそれだけお話をいたします。

工藤 いまの話で一つお尋ねしてよろしいですか。いまの持論、つまり財政論で考えて「大きなリスクはみんな一緒と、そうではないのは個人である程度対応してもらおう」と。つまり、そういった話が今回の医療制度大綱のなかで、どういうふうを実現したのかということについて、少し言及していただけますか。

吉川 実現しなかったものをお話すると、先ほど私が申しあげたような立場から、保険免責制というものを提唱いたしました。これはどういうことかと言いますと、マイナーな医療費、特に通院みたいところで最初に1千円という一つの例でご説明しますと、1千円だけ脇に置くわけです。1万円、医療費がかかったときに、いわゆる3割負担ですと、もちろん3千円、自分で払っている。7千円は保険。1千円の保険免責というのを入れますと、1千円だけ脇に置きます。それで残りの9千円の3割負担プラスもとの免責1千円が乗っかる。ですから、どうでしょう。3割負担でやりますと、単純3割負担ですと、1万円で3千円。1千円の免責ですと、1千円を脇に置きますから、9千円の3割、2千700円。それに1千円を乗せますから、3千700円になるわけです。確かにかなりの値上げであります。

1万円の医療費の場合に、単純3割負担ですと3千円。いま確認しましたとおり、1千円の免責ですと、3千700円になるというそういう計算になります。もちろん、低所得の方々にはこれはきちんと手当をしなければいけない。これは現行制度でもあるのです。生活保護を受けられている方々というのは、自己負担率ゼロ。現在の制度でもです。

それから、住民税が払えないと言いますか、払っていない方の場合には特別の手当てがあると理解しています。いずれにしても、そういう所得水準が非常に低い方については特別な手当をしないではいけないというのはわれわれも当然そう思っているわけですが、標準的な中堅より上の人たちについては、風邪を引いたとか、たまに指を切ったというときには、それでわれわれの保険制度が安泰になるのであれば、免責制というものを入れてもいいのではないかと。これが私たちの提案であったわけです。

この提案はそんなに評判悪くないのですが、しかし、医師会には評判悪いです。それから、厚労省の方はどうなのですかね。本気で反対なのかどうか、ちょっとその辺よく分

からないところがありますけど、正式には反対ということです。私は個人的には悪くはないのではないかと、少なくとも検討に値するのではないかなとこんなふうに思っていますが、これは今回入りませんでした。

工藤 さっきの公的負担の上限をマクロ的に抑えるみたいな考えはその後どうなったのですか。

吉川 後ほどきちんと説明させていただいてもよいのですが、要は公的な医療給付、公的保険のところは財政論が必要ですよということで、これは先ほども言いましたけれど、皆保険を維持可能にするためには、やっぱり負担のほうから考えなくてはならない。そうすると、財政論で経済の規模とある程度背比べをしてもらわざるを得ない。なぜなら、保険料の元になるのはみんなの所得。それから、税金を突っ込むといっても、税金も所得に応じて税金は入ってくるものですから、結局は経済全体の所得ということは、経済の規模。これと背比べしないといけない。それで、私たちはマクロ指標ということを書いて、公的な医療費については、経済の規模と背比べしてくださいと。こういうことを書いてきたわけです。

これは今回の大綱に盛り込まれました。私たちは目標と書いていたのですが、大綱の言葉では、目安となる指標という表現で入ったと思います。しかし、目安となる指標というのをみなさん頭のなかで書いていただいて、最初の漢字と一番最後の漢字。目安となる指標の頭とお尻の漢字を二つ合わせると目標ということです。国語辞典でも目安となる指標、それこそが目標でしょう。私たちはそう思っているのですが、そう思っていない方もいるかもしれません。

とにかくそういうものを入れたわけです。これも思い出しましたが、私は新聞報道等で非常に不本意だったのは、諮問会議や何かでマクロ指標を提案している。それはそのとおりなのです。しかし、まず第1に国民医療費なのか、公的医療費なのか、そこがあいまいだ。

私たちが言っているのは公的医療費であって、国民医療費を頭から押さえつけるのは必ずしも良くないと先ほども申しあげた。プラス非常に機械的な、つまり経済の規模なんかをちょっとでも超えると、診療報酬をそれに応じて、機械的に一律カットするというような、キャップ制というような言葉も時々使われますが、あたかもそうした荒っぽいことを提案しているかのような報道をずいぶんなされたのです。

これはかなり意図的にされたかなという、私なんか邪推せざるを得ないところもあります。事実、そういう報道がずいぶんされました。しかし、そういうことは初めから1回も言ったことはない。むしろ私たちとしては丁寧に医療と年金は非常に違うものだと。年金というものは、ざっくり言えば、簡単なルールの下でお金を配るということなのです。ですから、これはかなり機械的にやっていいし、また機械的にやるものなのです。

簡単なルールの下でみなさんにお金を配るわけですから。

だけど、医療というのは、個々別々の医療行為があるわけですから、一律とかマクロということは本来なじまないのであって、医療の政策というのは基本的にミクロの積み上げしかあり得ないということを私たちは十分に理解していますし、そういうことを初めからずっと言ってきたわけです。

ただし、ミクロを積み上げた上で、公的な医療費のところは、これはマクロの数字が出てきます。これは何べんもお話ししているように、財政論があるわけですから、マクロの指標と背比べしてくださいと。結論的に5年に1度ぐらい背比べしてくださいということを書いてきたのが、大綱のなかにも盛り込まれたというふうに考えております。

工藤 はい、分かりました。何度か質問してすみませんでした。では次に黒川さんに今回の大綱の中では、医療をどのように設計しようとしたのかというところを話してもらいたいと思います。

黒川清（以下、黒川） よくいらっしやいました。吉川先生は説明のとおりだと思いますが、みなさんどうして日本の常識では国民医療費がほぼ公的医療費だと思っている常識がはびこっているのかという話をまず考えさせてもらいたいと思います。

医療は社会基盤というか、一番の問題は「アクセスと質とコスト」、この三つをどういうふうに均衡を取るのかというのが一番大事なことです。教育もそうです。つまり、社会基盤だから。「アクセスと質とコスト」です。

よく不満に思われているのは、日本はアクセスがいいのだけど、質が悪いのではないのという話を聞きます。コストは誰が払うのというと、自己負担が3割になってしまったから困ったなという話が出ています。

よく聞くのは、3時間待ちの3分診療が気に入らないというのが典型的です。では、何で。いまの国民皆保険制度は45年前からです。昭和36年だからほとんど45年前です。そのことの状況を考えてください。そのころの状況は、死因の一番は脳溢血です。下がってきたと言えども、二番目は結核です。三番目はだんだんふえてきた癌ですという話があった。

そのころの日本の労働人口のかなりな部分は農民であって、中学までの義務教育を終わったら、半分以上の人は集団就職して都会に来ていました。そのときからいったい何が起こったかということ、日本は常に右肩上がりの経済成長をしていました。その理由はなぜかと言えば、もちろん世界を囲む冷戦ということと、日米安保ということがあったという状況はあります。経済成長した。大量規格品生産、消費文化でした。生活は都市化になりました。

もちろん医療はどんどん進んできました。そのころに画期的な新薬といえば、なぜ脳溢血かといえば、血圧の薬なんてほとんどない。セルパシールとか、そういうぐらいでほと

んど薬がなくて、しかもほとんどの血液検査もできないというような時代だったのです。結核の治療は何かというと、いまではストレptomycinと言っているかもしれませんが、そんなものはほとんどありません。結核や何かの感染症に効くのはまず栄養状態を良くすることです。

だけど、昭和36年の栄養なんて、普通の人が卵、1日1個食べれたと思いますか。そんな時代ではないのです。卵一つだって、兄弟が5人もいて取り合いの時代なのだから、バターを食べられる人なんてよほどリッチな一部の人です。そのころの病気の予防は何かと言えば、栄養状態を良くすることと予防接種です。だから、保健所機能で結核のツベルクリン、BCGという話と、栄養調査をして、例えばカルシウムの摂取量が200ミリグラムだなどという、国としては300ミリグラムにしようと言って、ミルクを飲みましようなんて言って、毎日ミルク飲める人なんていない。それでいまになって、ようやく500ミリグラムになってきたから600ミリグラムにしましょうと目標をどんどん上げているわけです。

だけど、アメリカなんて1グラムというほどで、それだけミルク、乳製品をたくさん摂取していた。いままでの予防という話は栄養が悪いことと、いろんな予防接種とか感染症の対策をせっせと保健所機能としてやっていたのがそのころの予防です。それが医療で、だから公的なことをやっても、ちっとも差し支えなかった。

2番目には、医療へのアクセスも良くなったし、日本は全員が予防接種をし、ツベルクリンをやり、BCGをやりということでごっと健康も良くなったのだけど、それだけではなくて、栄養状態が良くなってきた。それは都市化と経済状況が良くなったということです。そのころの医療制度では、どんどん医療技術が進み、診断が進み、レントゲンだけだったのが、だんだんエコーが出てきたりすると、機械があるところはいいことだとみんな思い出しました。

そうなのだけれども、保険制度があるから、国民皆保険、素晴らしい制度なので、フリーアクセスになりました。そうすると、いままで一部の人しか行けなかった大学病院に誰でも行けるようになりました。自己負担は同じでしたとなれば、近所のお医者さんより、大学病院のほうがいいと思出すというのも無理のないことで、それで行くといろんな検査もしてくれそうだという話で、大学病院がブランド化していったということがあります。それが2番目の背景です。だけど、大学病院に行ったら、血圧の薬は同じですというだけの話だったのだけど、あそこのほうが良さそうだと。なぜかという、昭和36年までは、例えば東京にいる人が東大病院に行こうなんて思ったって、紹介状がなくてはなかなか行けない。いくら医療費がかかるか分からないということで行けなかったということでした。

3番目は、1番目はまず疾病構造がそういう栄養とか感染症が主だったし、血圧のような脳溢血も薬がない。そのころで出てきた画期的な血圧の新薬が利尿薬でした。そういう時代でした。ところが、日本がどんどん高度成長して、その基盤は何かというと、工業化、規格製品、大量生産、ポイ捨て、消費文化、どんどん都会化して、地方に住んでいた人がいまや80パーセントが都会に住んでいます。

都会に住んでいて、車に乗り、生活が便利になると何が起こってきたかという、いま100万人の人が死にますけど、3分の1が血管病です。その基本は生活習慣病です。みなさん、そのころは糖尿病なんて10万人ぐらいしかいませんでした。いま、800万とっているのです。なぜ、それは運動不足なのに、お腹もすいてないのに1日3回も食べているほうが悪いのではないか。

肥満が問題とみんな言っているでしょう。そんなことは教育程度に関わらず、何をすればいいか分かっている。なんでそんなことができなくて、お風呂上がりに自分の身体を見て嘆いているのか。そういうのが病気の大きな問題にも関わらず、相変わらず45年前の医療保険と同じように大学病院行きたい、行くのは勝手でしょうとアクセスをされていて、待たされる。3分だ、けしからんというほうがよっぽどおかしい。

つまり、公的な医療で、アクセスについては自分がどこでもいつでも勝手に行っているなんてやっているのは日本だけです。こんなのは本当にわがままだと思います。つまり、公的な医療へのアクセスは制限してもいいのです。つまり、生活習慣病であれば、2ヶ月に1回の血糖の検査については公的な医療費で見ますけれど、そのほか自分で勝手にお金を払ってやってくださいというぐらいの選択肢があってもいい。

40-50年前は栄養不足でしたから、ビタミン剤でも何でも保険でカバーしていましたけれど、いまは栄養過多なのです。そのころはたまに脚気もいました。だけど、そういう人がいないにも関わらず、何で公的医療でビタミン剤も保険で見なくてはいけないのか。処方箋は出しますから、薬局で買ってくださいでもいいし、自分で薬局へ行って買えばいい。それを所得税から控除するという話はある話かもしれません。

もう一つは都市化生活で便利になり、疾病構造が変わって、しかも日本の場合は高齢化社会になりました。100年前の平均寿命は43歳でした。いまや80歳になりました。高齢になればなりやすい病気とはあります。昔はそんなアルツハイマーなかったけど、歳を取れば調子悪くなるに決まっている。アルツハイマー、さらに癌が増えてくる。

さて生活習慣病は予防は何かと言えば、自分でまずやれることとやれないことがある。43年前はほとんどやれないことばかりです。運の悪い人が病気になっているのだけれど薬がない。だから、公的なところで見ましょうということで良かったわけです。典型的な例ですとCTスキャンというのがあります。あれが保険で採用になった途端に、1年間で日本のCTの機械はヨーロッパ全土のCTより多くなったのです。

なぜか分かりますか。自己負担は少ないのでCTがあるのがいい病院に違えたいなと思って、みんなが行くからです。急に経済の調子が悪くなった、財政的な問題が出ている、高齢化社会になった、少子化になった、疾病構造が変わり、栄養状態、つまり43年前の予防は栄養が悪いということと、感染症、結核とかいろんなものになる人が体力がなかったのを、いまは体力がありすぎて、みんな太っているという話です。

そこが一番問題になっている。つまり、病気の予防のパターンがすっかり変わったと。40年でこれだけ変わったにも関わらず、同じ医療ということをもみなさんが考えている。

3番目は高齢者になったので高齢者の医療をどうするかということです。たった35年前に、毎年100数十万の人が死んでいましたが、医療機関で死んでいた人は30パーセントです。ある程度大家族であるし、おじいさん、おばあさんは自宅で亡くなっている人もけっこういるし、みなさん看取っていました。そういう大家族でマンパワーもあったのかもしれないけれども、その病院で何でもやればよいというわけではなかったのに、いまは84パーセントの人が医療機関で死んでいます。

だから、子どもや孫たちが実際に死にゆくプロセスを見るということは、ほとんどないと思います。だから、入院すると何でもやってくださいとなって無責任になってしまうのです。そういう話があります。

もう一つは医療というのは、常にいつ何が起こるか分からない病気に対しての保険です。だから、そうなるといつでもアクセスできなければいけません。だけど、それが何で自分で、私は大学病院に行きたいのだから行かせて、なんて許しているのですか。日本以外の国ではそんなことは考えられません。だから、甘えの構造ではないのだけれど、そういうふうになったのかという歴史的な背景と自分たちの社会的な価値観をよく考えていただければと思います。医療へのアクセスというのはフリーアクセスで素晴らしいです。いつでもいいのです。だけど、どこにでも行っていいというなんてことはとんでもない話だと思います。

そうなるとかかりつけ医なんて言いますが、かかりつけ医はどこにいるのですか、どうしたらいい人探せますかという。病気になってから探すからいけないのです。健康なときに周りのみなさんでいろいろ噂を聞いていると、どの先生が良さそうだよと言っていると、軽い病気のとときに診療してもらえば、その医師も同じ地域に住んでいるのだから、子どもたちも同じ学校にいるかもしれないし、同じスーパーに行っているかもしれないし、家族ぐるみの付き合いができるようになる。いまはお医者さんのほとんどの人が病院勤務になり、43年前とは違って診療所と自宅が別になってしまいました。昔は診療所と自宅が一緒だった人が多かったのです。

だから、夜でも先生どうですかと言えたのだけれど、いまは言えなくなったので、普段から友達になっていないと電話がしにくい。普段から友達になって家族ぐるみで診てもらっていると、お医者さんのほうもその家の家族の構成とか、やっぱりその人たちの価値観とかいろんなことが分かりますから、何かあったときに病院に紹介するというような話で、一元化に自分の家のデータをあるお医者さんが常に持っていて、病院に行っても、また帰って判断をするというのを助けてくれます。インフォームド・コンセプト、セカンド・オピニオンと言っているけど、普段から主治医がいないのだから、誰に相談するのですかという問題が出ているわけです。そういう話があるわけです。

そうすると、都市化、高齢化社会、栄養が良すぎたという話で、さて医療のフリーアクセスとは何かということを考えて、どこまでが公的なのかという話をみなさんと議論することが大事だと思います。つまり、かなりな公的な部分がいま言ったように、無駄が多い

と思いませんか。つまり、開業の先生に行って、お腹が調子が悪いと言って薬をもらう。検査をしてくれないから、次の日になんとなく不満だからとよそのもうちょっと大きな病院へ行って、また診てもらおうとちょっと検査をして、また同じ薬をくれてのだなと黙って帰ってきます。3日してもまだ治らないから、今度は東大病院へ行ってみると、やたらと長く待たされて、若い医師が態度が悪くて来週、再来週の検査の予約をしましょうという話で、薬をもらうとまた同じ薬だということがいくらでもある。

これはさうとうな無駄ではありませんか。それでしかも3時間待たされて、なんて言う。あるテレビに出たときに、ある人がお腹が痛くてなんとかで、大病院に行ったら2時間待たされて、すぐに診察が終わって検査に回されて非常にけしからんと言うから、何でそんなときに大学病院に行ったのですか、それがだいたい間違っていると言いました。そういうことを指摘する人がいないのが問題なのです。

それをみなさんと考えてみようということです。さて、そこで医療の技術や何かは進んでいるのだけど、例えば今度出してきた問題は、もう一つ大きな問題は例えば国立病院が全部全国のネットワークで一つの独立法人になりました。公的な病院は例えば社会保険病院とかいろんなものがあります。

例えば人口20万人の県庁所在地を考えてごらん下さい。普通、だいたい国立病院がある、国立大学付属病院もあるような気がする、県立病院もあるような気がする、市民病院もあるところもある。だけど、それぞれが消化器内科、循環器内科、小児科、眼科、皮膚科とかみんなそろえている。何でそんなことが必要なのですか。地域全体で見れば、24時間の救急をするのであれば、みんなが資源を一箇所に集めて医師、看護師たちがみんなで参加すればいいわけ。パートでもいい。そこに人に集まればいい。病院で仕事をしている人はその病院でフルタイムの給料もらっている人しか働けないというのはおかしいと思いませんか。

来年からの各都道府県で医療計画を作ってくださいと言ったら、44都道府県が「できません、そんなことしたことがない」。何か補助金をもらって、はこものを建てる時しか費用をもらったことがないから分かりませんなんていうことを言う。厚生省がいろいろ言ったところで、地域によっては、かなり広い場所にお年寄りが40パーセントもいるということもあるし、そこに大きなきらきらした病院があって何をするのですか。

地域によって医療の必要性はかなり違うわけでしょう。中央でいくら言っても、なかなか地域の実情に合わない。だから、各都道府県で医療計画を策定してと。疾病構造が高齢化が多い、あるいは生活習慣病が多いと。地域から言うと、例えば三次救急なんて、少し離れていても1箇所にあればいいわけで、むしろ地域としては交通のネットワーク、例えばタクシーがなければ、救急車を地域で供給するということをすればいいわけで、24時間どんな病気になっても、大丈夫ということを保障すればいいわけです。

小児科の先生がいないということをみんな言います。だけど、地域にいる小児科の先生が、例えば週に1回は午後からは地域の基幹病院で交代で診療、当直をするとか、小児科

の救急はほとんどが時間外診療ですから、しかも骨折とかそういうこともあるので、内科、外科の当直と一緒に診てると、内科の先生でほとんど済んでしまうときもあるし、子どもが骨折することはいくらでもありますから、むしろ地域全体でどういう医療を提供するかということが大事だという話がいよいよ来年から始まります。

そうすると、厚生省にいろいろ教えてくれということで地方自治体の医療政策を担当する人がくるのです。私はそのとき委員会で言いました。厚生省に相談したって何も責任を取ってくれないし、いい知恵がないのだからやめろと言いました。むしろ、その委員会の下についている大学先生が中心なのだけど、医療政策をやっている人たちのワーキンググループがあるので、その先生たちがシンクタンクとして機能するようなコンサルテーションのグループを作りなさいと。そこに厚生省の研究費をつけてその人たちが相談に乗る、政策を作る、いろんな地方の状況が分かる。成果を論文でも公表できる。それから、役所にもいろんな政策の選択肢が提案できる。

もちろん、地方の人たちも厚生省と違って、多くいろんな意見が言えるわけです。そうすると、いろんな地域により適した政策というか、その再編を指示というか、提示することができる。

例えば、国立病院が全国のネットになると、国立病院は一生懸命全体として成績を上げようとします。これは当然のことです。だけれども、代表的な病院のヒアリングをしました。ある大都市の国立病院は非常によく機能していると、「骨髄移植もしています、小児救急に対して小児科の医者を7人にして夜10時までやっています」、非常に活性化しているとおっしゃる。しかし、「何を言っているの、あなたの町には大学付属病院もある、骨髄移植やっているとね。ほかの大きな公的病院もいくつかある。いろんな病院があるのに、救急は24時間、そこでみんなやりましょうと言って、お医者さんも看護婦さんも1箇所に集まってやればいいわけです。どうしてそうしないのか、と」。それを考えることが国立病院という、つまり公的な資金を出しているところの地域でのサービスは何かと。それぞれの地域によって役割が違うはずだから、例えば難病の子どもたちを介護するようなところはやっぱり国がやらなくてはならない仕事。それでなければ、そこでなくてもできるようなこととは、国立、公立病院の施設をみなさんが使うということをするのがすごく大事なことです。

もう一つ、大事なことは、例えば去年の5月の『日経メディカル』に書きましたけど、大学病院が独立法人になってどうするかという話で、東大病院はどうしたらいいでしょうかという話があったから、私は「東大病院がなくなって誰が困ると思うのだ」と書きました。明日からなくなったって、いくらでも病院があるのだから患者さんのほうは誰も困りません。困るのは東大病院で働いている人だからという話を書いたわけです。

大学病院がなくなってみると何が困るか、そこから初めて大学病院の役割は何かと見えてきませんか。必要だと言うのであれば、大学病院にそういう機能をさせればいいわ。例えば慶應大学病院に5千人毎日来て来て、患者さんも忙しいし、お医者さんも忙しくて

待ち時間が何とかと言っているほうがよっぽどおかしいわけです。ブランド志向なわけです。東大病院も独立法人になったら、いま1日外来が4千人来るなんて、とんでもない。逆の話ではないですか。そういうのは東大病院に言わなくてはならない。こんなのやっつけられないとあって、政策への圧力をかけるのが大事なのに、今日、東大病院のお医者さんに聞いたら、もうとんでもなく忙しくなってしまってひどいものだと言っていました。それはそうです。だから、外来4千人、何で来なくてはいけないのか。

そういうまったく今までの考え方と違った医療の根底から設計をして、公的な医療はどうするのか、大学病院はなにをするのか、と言えがいいのです。そういう時代が変わってきたというのを、ぜひみなさんに認識して、公的な医療はどこまでが必要か。例えばみなさんどこかに勤めると保険というのは1種類しかない。だけど、どうしてまだ独身で健康で元気なのに、どうして急病と外傷、事故だけでもいいかもしれない、保険の掛け金は安い。

私は24時間の救急とか骨折、外傷とかというのはカバーしたい、だけど、健康だからそれ以外はいりません。「では、結婚したらどうしますか」と言ったら、まだ当分子どもは作るつもりはないし、そうしたら子どもの分はいらないとか、いろんな選択肢が三つか四つあるはずですよ。さっきアメリカの話をしたけど、アメリカでは医療制度は最悪だと思うのだけど、保険制度ではメディカル、メディケアで50兆円の国費を出していますけど、ほとんどの人が保険はプライベートだからすごく大変なのです。けどいろんなオプションがあるから、例えば今年は1年間、私は元気だけど、外傷とか事故とか救急はカバーするけれども、そのほかはけっこうです。その代わりに、薬や何かについては年間500ドルまでは保険でもカバーしてもらわないで自分で払うとすると、また安くなるとかいろんな選択肢があるわけです。

保険者機能と言うわりには、そういう選択肢がないのはおかしいのではないかと、いろいろ選択肢があることも大事なのではないかと。つまり、公的な医療はどこまで診るのかということとは24時間、交通事故とか外傷とかいろんなときにあったときには、公的なところは地域のそこはみなさんが使うと。

大きな機械もそこでは公的な医療で買ってみんなで使いましょうと。すっかり考え方が変わってくると思います。それから、ビタミン剤なんかは何で保険でカバーしなくてはならないかというのは当然な話だし、慢性疾患であれば、例えば血圧とか糖尿病とかいろんな肥満もあります。そういうことに効く薬は、確かにいいのかもしれないけど、どうしてそういう人の負担も2割から3割が反対なのか。むしろ1日1万歩歩いた方がよっぽどいいのではないかと。どうしてタバコがこんなに安いのか。しかも自動販売機がどこにでもあるというこんなことは国家的犯罪だと言っていますが、最近の論文によると、タバコはたくさん吸ってもらって早く死んでいいのだという説もあります。そういうことを言うのであれば、それはタバコ上げない理由はみなさんに早く死んでもらうためですとはっきり言うべきです。

ニューヨークなんかタバコはだいたい1箱1千円だし、イギリスでもそうだと思うけど、見えないところにいくらでも自動販売機を置いておいて、医療費のことを議論しているなんていうのは、まったくナンセンスな無責任政府と思います。

工藤 黒川先生のお話を聞いていると、時間を忘れてしまうのですが、今のお話は制度設計の思想なり体系的に話していただいたのですが。では今回の大綱ではそれが実現したのですか。例えばフリーアクセスの問題から始まって、公的医療の問題を含めて、その医療計画は地方で立案すると言っていますが、地方が反発しているという状況もあります。またワーキンググループのコンサル機能は厚生省がそういうことやるというのは認めたのでしょうか。

黒川 そうです。いまの厚生省の医療計画では委員会のワーキンググループの大学の先生たちが窓口になるように、そこに研究をつけてくださいという話は、行政も喜んでいるみたいだから。だんだんシンクタンク機能というのが必要だなということはみなさん意識し始めたのではないかなと。それは厚労省のほうもいまそう思っているのだけど、本当にそれがいまの役所の利権とか、天下り先というところに隠されないかということはみんながウォッチする必要があると思います。

工藤 お二人のお話を聞いて財政面からの問題と大綱の裏側にある設計の思想を示していただいたのですが、それが大綱ではどこでどう実現しているかということがまだよく見えないというところがあります。例えば、生活習慣病25パーセント減少と言って、それが十分実現するための担保や手段が描かれているのか。また、さっきタバコの話がありましたが、タバコの増税論はそうショッキングではなく、本当に病気の予防というのであれば、かなり増税をすればタバコを止める人も出るかもしれない。それぐらいまで国民の意識を変えるぐらいの問いかけを含めて、なかなか見えないところがあります。近藤さん、ちょっと短くそれについてコメントしてくれませんか。

近藤 私自身はこの大綱というのは方向性としては、かなりラディカルに、いい方向に向かっていていると思っています。ただいま工藤さんがおっしゃったような意味でいうと、方向性は出ているものの担保されていない。例えば、この予防というのは、黒川先生もおっしゃっている一番重要なところで、例えば25パーセント削ると。いま、どの推計を見ても、慢性疾患とかというのは増えるという推計は沢山あるのですが、25パーセント減るなどという推計はどこにも見たことはないですし、逆にそれをやるために必要な手当てというのは、かなり大幅なものが必要になります。その意味では、少なくともタバコと肥満に関しては明確に生活習慣病に影響があり、特にタバコは手をつけやすいという意味では、そういうところが漏れているというのは確実にあると思います。それから、地域ごとの計画に

関しても、黒川先生が道を敷かれたのですが、地域はまだ逃げていると感じています。このように地域に任せるといった方向性や発想はこれまでなかったもので、その意味では非常に良いと思います。

まだ踏み込みが足りない部分としては、日本医師会についての議論があります。日本医師会に関して、まず情報を共有しますと、最近の選挙の得票数は、22万票から25万票程度です。会員数15万人ですから、会員1人あたりの得票数は2票以下になっています。つまり、会員と会員の家族も全員は投票していない状況を参議院選挙の結果は物語っています。1970年代には、日本医師会の得票数は100万票で、開業医1人当たり10票と言われていたので、これが2票以下になったということは、組織力の低下を物語っています。その背景としては、開業医というのが戦後は医師の7割であったものが、いま3割強になっており、これは構造的な問題です。小泉さんの影響だといった意見もありますが、日本医師会が医師全体、医療提供者全体を代表する状況になっていないということがあると思います。そういった観点から見たときに、踏み込みが足りないのは、特に配分の部分です。総枠のところは抑制したのですが、開業医対勤務医の点数の付け方、あるいはその勤務医の技術料の付け方といった問題には、まだ踏み込みきれていないと感じております。それからこの大綱の5の3のところ、中医協の見直しというのがあります。同じ東大先端研に御厨先生がいらっしゃるのですが、御厨先生と中医協のお話をした際に、このような価格形成をやっていたのは、最後は米価だとおっしゃっていました。要するに、生産者と需要者が直接怒鳴り合ったりしながら、スーツを引き裂かれながら会議から出てくるようなものは日本でなくなってきているわけです。しかし、中医協はその形を残している。今回の改革で、中医協の委員の構成について若干の変更はありましたが、基本的な構図としてやっぱりそういうものの影響力が残っているというところがあります。

なお、日本医師会のような職能団体については、二つの発想があると思います。一つの発想というのは、過去の過剰な影響力を減らしていこうというものです。いま一つの発想は、医師というのはプロフェッショナルなので、もうちょっと目線を高く、本来、医療がどうあるべきかということ専門的な立場から全員を代表して、やっぱり言うべきだということ。プロフェッショナルとしての責務を中立的に果たすということです。この後者の発想に立つと、いまの開業医の問題だとか、中医協の問題だとか、医療費の配分の問題などについて、より目線の高い活動が求められます。

吉川 中医協の問題が出ましたので、ご存じの方も多いかと思いますけれど、少し説明したい。中医協というのはもちろん厚労省のなかの審議会ですが、従来はそこで今日の新聞各紙1面トップになっているように、いわゆる診療報酬等を全部決めていたわけです。

そこでの委員で医師会の推薦委員、つまり医師会の代表の人たちが非常に大きな力を持っていたとこういうことなのです。これは今回の改革で抜本的に変わりました。抜本的に変わったという意味は、医療の診療報酬については、全体の水準はもう中医協で決めるこ

とではなくなったのです。これは私は正しいと思いますが、内閣が決めるのです。診療報酬をどういうレベルにするかという全体の率は内閣が決めるのです。ですから、今日の新聞のトップに載っている、みなさんお手元にもあるこの診療報酬全体 3.19 パーセント下げというのはこれは内閣として決めたわけです。

もちろん将来的に総理大臣のトップダウンがどれだけ効くかどうか。これは内閣の性格、総理大臣のパーソナリティ、リーダーシップ、その他いろいろあるわけでしょうが、しかし、いずれにしても中医協には権限がなくなったわけです。中医協は何を決めるかという、全体で 3.19 下げるのですけれども、配分の問題というのがありますから、点数の細かいこと、ミクロで、こういう診療のときにはこういう点数にするとかという内訳を決めるのが中医協です。いままでは内訳も全体も両方決めていて、とりわけ全体に関心があって、何パーセント上げるかというようなことをやっていたわけですが、繰り返しお話しするように、今後は全体は内閣が決める。内訳をテクニカルな面を中医協が決める。

中医協の委員については、開業医代表と病院代表というのがあるわけです。従来は、開業医のお医者さんの代表としての医師会がそっくりそのままだったのですが、今年の4月から5月ぐらいから、諮問会議なんかでもやって、病院代表というのがないのがおかしいではないかというのをわれわれがみんな言ったわけです。開業医のお医者さんの代表というのも必要だろうけど、病院代表というのがないというのはおかしいではないですかということ言って、最終的に5人のうち2人がある段階で病院代表になった。しかし、尾辻厚労省大臣の時代に、病院代表を2人にするのだけれども、病院団体が推薦したのをいっぺん医師会に届け出て、医師会がまとめて医師代表として、厚労省に届け出るという訳が分からないそういうことになったのです。それが9月11日の選挙の前ぐらいの状況です。それで変な話だなと思って、どうせやるのだったら、病院代表ということでやればいいのになど。医師会を一度経由するというのは変だというのはさんざん言っていたわけですが、今回の大綱をよく読んでいただくと、結局医師会からの推薦は全部ゼロにするとなった。これもそういうようなやり方を一切やめろというのは要するにトップダウンで決めた。結局今回の改正で、今後中医協のメンバーも医師会とかそういう団体代表の推薦を受けるといふ推薦制はやめるというのがお手元に配られている中医協の改革というところに書いてあると思います。ですから、風通しがよくなりました。私はこれが正しい姿ではないかと思います。全体の姿はこれは内閣の行政府の責任として決めればいいのです。

工藤 いまおっしゃったように、その政策決定の仕組みがやはりドラスティックに変わったと。変わったというか、本来のかたちにとっと小泉政権最後の年にできたという状況だと思います。こういう問題を1時間半ぐらいで議論するというのは時間が足りなさすぎるのですが、会場の質問の前に2つだけお伺いしたいと思います。吉川さんには財政論で考えるというのは分かるということでしたが、財政論で考えたつじつまはあったのですか。つまり、56兆円の医療のこれが減ったのが、42兆円、49兆円になったという話があったの

ですが、単純にこれをやればこうだというよりも、たぶん財政の問題を考えてこの数字を出したのだとすれば、こういうことの決着の仕方というのは、財政的な判断から見るとどうだったのでしょうか。これは医療だけではなくて、全体的に年金、介護などもあるわけです。政府が国民に約束しているのは、国民負担率の50パーセントに抑えたいということです。しかし、政府の試算でも、潜在的に55パーセントに上がるだろうと。それはそういう範囲に抑えるようなかたちの仕組みにできたのかということをお聞きしたいわけです。それから黒川さんには、黒川さんの思想は魅力的な問題提起になっているのですが。ある程度どういうふうに行うことができるのかということに関心があります。ただ厚生省は、地方で考えようと言っているようですが、それを実現させるために政府ももっとやれることはあるのではないかと。さっき冗談みたいに言ったタバコをもっと思い切って値上げをすれば、それは僕は1ヶ月前までは絶対嫌だったのですが、禁煙しましたから絶対にいいのですが、それぐらいドラスティックにやれば、えっという感じで本当に国民の意識が変わります。国ができることもまだあるのではないかと気がしているのですが、そこの辺りを聞いてみてから会場の質問に振りたいと思います。

吉川 私からいいですか。手短にお話します。要するに、まず第1に財政論も大事だ。財政再建が大切だとかいう話なのです。財政再建がなぜ大事かというのは、みなさんにご説明する必要はないと思います。要するに、ここ5年間の小泉政権下の経済政策運営というのは、最初のうち経済も悪かったわけですから、経済と財政と二兎を追うということだったわけです。金融の不良債権処理の問題とかもありましたが、おおかた経済のほうは片付いた。だいぶ良くなったとかいうことなのです。ですから、今度は財政再建のほうに軸足を移していかなければいけない。こういう話です。予算もいわゆる財務省原案が出ますけれども、財政は引き締めぎみに運営して、財政再建のほうに軸足を移し始めた。財政再建をしていこうと。これに尽きるわけです。そうしたときに、歳出、お金を使うほうで一つ大きな問題が社会保障なのです。先ほどお話したとおり、社会保障の内訳というのは、年金、医療保険、介護、その他となりますけれども、年金は去年改革をやりました。中途半端だとかと言っていますけど、けっこの改革で、去年の改革で年金のほうは出生率が今後どうなるかという、そのところにクエスチョンマークがありますけれども、それなりにサステイナブルな姿を描けたわけです。描けてないのが医療のほうなのです。

ですから、公的な医療費についてはきちっと将来像を財政的に大丈夫だという姿を描かなくてはならないというのが、われわれの問題意識です。その点について、今度の大綱はどうか。厚労省の案はどうかというと、ちょっと頼りないところは、2025年の、20年後の姿なのです。生活習慣病対策やなんかで、2025年の国民医療費56兆円を49兆円にするとかそういう話です。ファーストベストで、できればけっこうだと思います。その意味ではたいへんけっこうなのですけど、しかし、具体論がない。先ほどご指摘ありました。そのとおりだと思います。

20年後について、しかも、具体論がないのでは、それだけでは頼りないのではないかとそれが私たちの考えです。ですから、5年後で背比べをしてみてください。こういうことです。背比べは繰り返しお話をしているように、公的な医療費のところですよ。それは国民医療費を合理的に下げることによって、並行して、連動して公的医療費が下がるということもあるでしょう。それが一番いいかもしれない。無駄や何かが無くなって、国民医療費も自然なカタチで抑えられて、それにつれて公的医療費も身の丈が小さくなる。ある意味で一番いい姿かもしれない。それでうまくいくのならそれでけっこうだと私も思います。しかし、それでだめだったら、公的医療費そのものの範囲も少し考えてみる。医療保険の範囲を考えると、そんな工夫もしなくてははいけないだろう。とにかく、5年後にチェックしてみてください。20年後もとにかく5年後にやる必要があるでしょうと。こんな感じです。

工藤 分かりました。では、黒川さん、お短くお願いします。

黒川 この医療制度改革大綱もそうなのだけれど、やっぱりどこの政策もそうだけれど、大きなビジョンがなくて、差し当たりの話をしているから、出先が見えないのです。これはいま言ったように、2020年までの15年、5カ年の3回をかけるかどうかというベンチマークするかどうかという話がある程度提示しておかなくてはいけなくて、そういう意味ではなかなかすべての政策が基本的に同じ問題を抱えている、というのが一つです。

2番目は、医師会の話が出たのだけれども、確かにそういう問題はあるのだけれど、日本のプロフェッショナル・コミュニティというのは、本当に独立して、社会のためにやっているなんてところはありますか。例えば、銀行の不良債権もみんなそうだけれど、常に「生産官の鉄のトライアングル」だったわけ。つまり、業界と行政と政治がくっついていて、いまの姉歯事件だって似たようなところがあるなと思うけれど、そういう社会だったわけでしょう。だから、それに対して比較的政府にたて突いたのは医師会だけだったという話で、医師会にも独特なカルチャーがあるけれども、もうちょっとシビル・ソサエティというのであれば、みなさんが政府に対して声をあげなくてははいけない。

もちろん、官邸のほうに政策の力が出てくるのは当然です。けれど、みなさんは日本に独立したシンクタンクはないと言っていたでしょう。そこにいろんな政策の選択肢を提示しなくてははいけないわけです。いままで最大のシンクタンクは霞ヶ関だなんていうことを言っていた人はいったい誰ですか。そういうことがおかしいと思わないのですか。

吉川先生もそうだけれど、官邸側でいろいろな政策を出すインディペンデントのシンクタンク、例えば言論NPOもそうだし、私たちの医療政策機構もそうですが、いま政策を二つ出して、また二つ用意していますけど、そういう選択肢を国民に問いかける。それをどうというふうに政策を決断する人に知ってもらい、手渡すか。もう一つはそういうポリシーがあるということをどうやってメディアがより広いところに伝えていくかというのが、国民

に支持される政策の立案とデジションメイキングに非常に大事だと。

それは立法府で決まったことを執行するのが役所であるという三権分立した構造になっていないのです。だから、やっぱり官邸に、吉川先生のところにも政策がどんどん出てきて、今度もすごくいいのだけれど、そういう選択肢をもっと独立した複数の機構が出すということが大事で、それがやはりみんながサポートしてくれないと政府のお金でやっているようではだめになってしまうというのが一つです。

そういう意味から言うと、テレビとかいろんな話があって、ポピュリズムになってしまうということはどうしてもある。その辺をやっぴりもっとメディアがより中立的なことを報道しているかなという話をよく考えていただきたいと思います。そういう意味ではさっき言ったような思いきった一つの方向を踏み出すのが大事です。できない理由はたくさんあると思いますけど。

より多くの人たちが情報を共有することによって、これはいいではないの、という話がどんどん出てくるのはメディアの役割であり、それによって次の政策があり、それぞれが勉強したことを共有して、より地域社会がコミットして、医療制度なんて特にそうですけども、そういう社会を築いていくというプロセスが一番大事です。なかなか方向が見えないと言うけれど、自分たちでもっと考えてごらんという話をする。政策を提示するのが役所であるとしてもできない理由ばかり考えてしまうというところに問題があるなと思います。

そういう意味では年金もそうでしょう。国会で年金問題を決めた途端に 1.29 の特殊出生率だと厚生労働省はデータを後出ししたでしょう。役所がデータみんな持っているのです。政府の大事な公的一次データが全部それぞれの役所が持っていて、学術研究の対象に出さないというのは、先進国では極めて恥ずかしいことです。だから、本当の財政状況も分からない、人口状態も分からない。それぞれの役所が材料を持っていて、自分たちの思うような料理をして、今日はチャイニーズですよ、明日はイタリアンですよと出しているだけで、もっと学術研究の人たちなりがデータにアクセスして、個人情報とは別として、いろんな角度で分析をして、いろんな政策提案を出せるということになって初めてより民主的な社会になるのだと思います。

工藤 はい、ありがとうございます。少し時間がありますので、会場からご意見とご質問を受け付けたいと思います。積極的に手を挙げていただければと思います。

鈴木 遅れて来てしまいましたけれど、ウェルビーイングという予防医学のコンサルティングをしている代表取締役の鈴木と申します。医療政策のほうでは、近藤先生にいろいろご指導いただきましたけど、何回か聞いている近藤先生、黒川先生のお話なのですけれど、私、地方自治体とか健康保険組合を回らせていただいて、この新聞、資料のなかにもありました「あらたな責任、地方悲鳴」というのを一番下の行に書いてあるところで、実際回っ

て思ったのは、地方に任せればいいのではないかという話が黒川先生から出たのですけれども、実際には地方が逃げているのではなくて、地方にできる人がいない。

僕はスーパービジョンを持っている人がいないと、これは非常に調整が難しいと思いました。それともう一つはまた下に書いてありますけれども、縦割りの行政なので、私、中央区に住んでいるのですが、中央区の区役所に行って、いろんな話をさせていただいたときに、方針を3年間決めるのにかかっていると言うのです。つまり、行政政策というのはやって、属性がありますから、その現場にジャストフィットするかどうかは1回やってみないといけないわけです。それをやりもしないのに3年かかってしまって、そのあいだに時代の大きな変化があって、非常にそのミスマッチなもの、政策になってしまうという、陳腐化してしまうという、僕はそれの繰り返しではないかなというふうに思いました。

具体的に私、健康保険組合回らせていただいて、中央が期待をしたような単一健保組合だろうというふうに思います。そこで実はけっこううまくやっている事例があるのです。私、健康保険組合常務事務の知恵ということでまとめさせていただいたのですが、実際、やり方があるわけです。ただ、やれないところは何かと言ったら、スキルを持った人がいないのです。あともう一つ、決断をするスーパービジョンを持って、プロジェクト制で権限を与えられた人がいない。この二つだと私は思います。

ですから、もし、いまおっしゃられたように、各論がないのだということであれば、われわれはいくらでも各論を出したいと思って、いま健保をずっと回っているところです。具体的には11の提案を出させていただいているのですが、それはうまくいった事例を元にして出しているのです。ですからそういうようなものをコンペのようなかたちでどんどん吸い上げていただいたらいいなと思いますし、後は、黒川先生がおっしゃったように、シンクタンク構造というのは、僕は賛成です。これは管さんと話をさせていただいたときも、まったく彼も同じことでおっしゃっていましたが、自民党も民主党も受け皿を持ってはいるのですけれども、それをジャッジする人がどうかというのがこれは一つ思いません。

ですから、もう少し小さな政府にして、とりあえず分けるけれども、モデルケースをやってごらんと。うまくいったら広げると。うまくいかなかったらモデル●をするか、ぼつにすると。それをいかにスピーディにやっていくかではないかなと思います。施策はあります。ただ、いま一番大きな問題は予防医学という名称の下にお医者さんが権限を持ってしまっている。これは開業医もそうですし、産業医もそうです。ですけども、実際には行動変容というレベルにいったときに、これは医学ではなくて、私は本当にゲンガクロンであったり、コミュニケーションのスキルであったり、つまり、相手に感動を与えるというのはけっこうどろっとしたところに入らざるを得ない。

ここに対して医者は非常に無力です。だから、医療費制度の総論については賛成けれども、各論で自分たちが責任を負うのはかなわないと。これは実際の声だと思います。僕らはできるドクターは非常に少ないと思います。言うてはばからないです。やれるようにな

ったら、コンペを1回やらせてくれと。本当にそう思います。ですから、そういう各論に関して吸い上げる体制を作っていただきたいと思います。

工藤 非常によく主旨は伝わりました。吉川さんか、黒川さん、いかがですか。

黒川 いまのことはそうだと思います。だからこそ厚生省の委員会に下にくっついているワーキンググループの若手の大学の人たちが中心ですけれども、その人たちがコンサルタントのようなグループで、成功事例などを出して、こういうのはどうですかねという話を言う。行政ではないですから、比較的いろんな選択肢を議論できるし、あいてもいろんな相談を持ちかけやすいと思うのです。

それにそういう方たちが参加していただくとか、うちのNPO日本医療政策機構もそうだけど、そういう情報をお互いに共有して、どういうふうに政策提言を出すかというのは、メディア戦略も大事だと思います。そうすると例えば大分県の中津なんか国立病院がだめになってしまって、それを町が買い取って、それを全部オープンリソースにした。例えば開業の耳鼻科の先生も週1回はそこに行って、患者さんを連れていったりして一緒に手術すると。終わるとそこの看護婦さんが看ると。地域全体がうちの開業の先生はみんなあそこつながっているのだというほど、みんな認識しだすと、市長さんが次に選ばれるのはどういう人を選びたいのかという話もでてくるし、そういう機関病院にいる放射線科の人たちがいろんな病院へ行ってコンサルテーションをやったり、カンファレンスをやると。8万人の町で新しい医療制度がだんだん出てきます。

もちろん、不備もあるけど、一歩踏み出すとそれをみなさんが共有して、改革をすすめていく、これが答えになると思います。

工藤 コンペというのはどうですか。

黒川 コンペというのはいいけども、いろんなモデルを提示するというのは行政ではなくて、そういう独立したところがやるべきでしょうね。

工藤 ほかにありませんか。はい、どうぞ。

山田 山田と申します。東京大学の循環器内科の大学院生をやっておりますけれども、私は普段臨床と研究と両方携わっているのですが、現在医療費というのはやはり保険から賄われている。保険点数で分配されているものですから、どうしても医療収入というのは、結局、保険点数による分配が大きな分け方を占めていると思うのですが、どうしても現状では医療費がかかる内容としては入院治療なのですが、外来および開業医の先生方がなさることに対して、分配が集中的にされているような感じがありまして、私が属し

ております東大病院に関しましても、やはり独立行政法人になりまして、黒字化を個人で目指さなければいけないということになった場合、どうしても外来を増やさざるを得ないというような状況になっています。私個人の意見としては、それはいいことではないのですが、どうしても黒字を出さなければいけないというシステムでは、現状のシステムではこの方法しかないのかなと思うのですが、医療保険点数の分配につきまして、中医協や厚生省、あるいは今回大綱を決定したなかで分配を見直す。あるいはそういった案件につきまして、ご議論などございましたでしょうか。ありましたら教えてください。

吉川 どうもありがとうございました。保険点数の配分については診療科ごとの合理化と申すのでしょうか、小児科の問題ですとかがあるわけです。ただ、ご質問のあった東大病院とか大学の付属病院は、ある種特殊な問題を抱えているのです。少し細かいことになって恐縮なのですが、大学の付属病院というのは、あれは財政投融资なのです。これをご存じの方はほとんどいないのですが、××大学の経済学部の建物とか、理学部の研究室の建物とか、そういうのはいわゆる旧国立大学ですと、国のお金でできているわけです。国費でできているわけです。いっぺん建物が建てばそれでおしまいなわけです。ところが医学部の付属病院だけが財政投融资という借金で建ったことになっている。もちろん東大病院もそうなのです。何でそんなことになっていたかという、本体の国の予算のほうで金がない。本来ならば、研究・教育を目的とする大学の付属病院であれば、国のお金で理学部や経済学部と同じように病院も建てれば自然なのですが、無い袖は振れない。それでも付属病院については、財投、つまり郵貯の金が、財務省の資金運用部を通して、財投という出口のところに来た。その金を使えばいいではないかということになった。

いままで、国立大学時代は、それは全体の国の金で回っていましたから、借金といっても、借金の支払いのほうも、結局国が面倒をみてくれるということで回っていたのですが、独法化したために、そこが悪目立ちになってしまったのです。そのために、国立大学の付属病院というのはいま、エコノミストの目から見ても、気の毒な状況になっていると思います。おっしゃるとおり、大学の付属病院の使命は金儲けすることではないと思います。金のことなんて考えないで、教育・研究をやっていただければと思います。潰れることはないでしょうから大丈夫です。

工藤 本当ですか。手を挙げている方2人いますので、まずそちらのから。

三田村 三田村と申します。環境支援のNPOの事務長をやっておりますけれども、お3方に一言ずつちょっとお伺いしたいのですが、この医療制度改革はすなわち国民の意識改革そのものだと思うのです。やはり予防のことも含めて、あるいは公的な医療保険をどういうふうにするか国民1人が負担していくか。実在の社会に対して、自分たちがどのように医療設計をしていくかということも含めて、国民1人1人がどれだけ真剣に考えられ

るかということに尽きるかと思うのです。

これについては、改革の大綱を実施していくのは政府であるにしても、いわゆるどういったステイクホルダが実際に国民に対して、これを訴えていって、理解、納得、あるいは参加させていくかという部分で、それは例えば患者であるのか、あるいは政策立案者であるのか、あるいは●であるのか、あるいは保険者なのか。どこのステイクホルダが、いわゆるこの部分で、一番真剣になって、責任を持ってドライビングしていく必要があるかという部分を1人ずつお聞きしたいと思います。

工藤 はい。

黒川 私は1つはメディアの役割がすごく大きいと思います。先ほど吉川先生からのお話もあったのですが、やっぱりメディアの方と実際にお話をすると、「この医療部に移ってまだ2ヶ月で、ちょっとまだ分かっていないのです」とかという事情を話される方もいらっしゃるのです。でも、実際に書かれる記事のインパクトは巨大でして、今回の医療改革もやっぱりこれだけ項目があるのに、フォーカスが当たっているのはたぶん2個ぐらいしか。

ほとんど自己負担、高齢者、小児救急の話とか、自分に関係あるところしか、一般の国民の方は知らないのではないですか。ですから、かなり偏りもあるし、さっきおっしゃったような思想的な転換みたいな話がない。勤務医の方、先ほどメディカル・プロフェッションという話がありましたけれども、どの方とお会いしても、疲弊してたいへんで制度がひどいという話があるのです。まとまって政治運動というか、その意味では勤務医の方ほど、まとまる能力が低い、知的水準が高すぎて、もしかしたらお互いに相容れないのかもしれないのですが、やっぱり要望を出すとか、もっとポジティブに何か意見を言うということに関して、ちょっと声が足りなさすぎる。ある意味ではそこは乗り越えないと、そのメディアの声もやっぱりそういうところを拾いきれないという問題があると思うのです。

工藤 吉川先生は。

吉川 私も同意見です。メディアの役割というのは非常に大きいと思います。もちろん最終的には国民1人1人ということになりますけど、そうは言っても、どのように世論がまとまっていくのかという点でやはりメディアの影響というのが非常に大きいと思います。先ほど私自身、2割、3割負担のところ注目が集まりすぎているというお話をしましたけれど、今回の大綱でも負担増が目立つとか、そういう言い方があります。負担増といっても、医療費がかかっている以上、誰かが負担しているのです。負担なしということはないのです。したがって、負担増という言い方だって、ある意味ではミスリーディングなのです。つまり、Aという人の負担増かもしれないけれども、Aという人が負担していなかつ

たものがいままで空集合であったわけではないので、誰かほかの人が何らかのかたちで負担していた。

ですから、ある一定量の 100 なら 100 という医療行為があれば、経済全体、社会全体のなかでは、100 だけの負担が生じているのは間違いないのです。それだけのリソースを使っていることは間違いないのであって、それを誰がどういうかたちで負担するのが正義にかなうかという、そういう問題なわけです。そういう点に関して、メディアの議論というのはまだまだやや幼稚と言いますか、目先で負担増だというそれだけになっているので物足りない感じがする。

工藤 はい、黒川さん。

黒川 私もそう思います。一つはメディアの問題は大事なんだけど、テレビの場合は世界中そうで、ある程度限られた時間で何を言うかという話でかなりインフレンスが大きくなってしまったのだけど、新聞は相当に問題だと思います。読売 1 千万部、朝日 780 万部、日経だと 300 万部。ニューヨークタイムズがどのくらいか知っていますか。120 万部です。ワシントンポスト、70 万部です。そんなものです。つまり、違った情報を与えているかということです。

しかも、社会面と政治面と経済面は 80 パーセント、記者クラブ発ですからみんな同じことを報道している。つまり、日本中は 1 千万部、同じことしか聞いていないのだから。メディアはどちらかという和政府より担っている、そこにも問題があるわけで、多様な意見がどこにも出てこないということが一つの問題ですね。

それから、勤務医の話と医師会の話が出たのだけど、お医者さんは基本的に 1 人 1 人が独立して食べていけるからわがままなのです。つまり、土建業界とか銀行団体とかいろんな職業団体は内部ではけんかするかもしれないけど、外に向かっては権力とくっついて、自分たちの権益を守ります。そこが医師が一番弱いので、なかで足の引っ張り合いをしているだけの話で全体的としてどんどん弱くなって、最終的にみんなやられてしまう。一番不幸なのは患者さんたち、国民です。

工藤 はい。最後にどうぞ。

田中 東京大学の田中と申します。貴重なご意見ありがとうございました。実はいまの質問に関連することなのですが、いったい誰の立場に寄っていたのかということのかという議論で、これは民側とか国民とか言いましたけれど、サービス提供者なのか利用者なのかどちらへの立場にお立ちになっているのかということが第 1 番目で、それに関連した質問なのですが、これは国民の自立ということがたぶんキーワードになりますが、自立というのは受益と負担について明確な意志を持っていて、自分が採択したサービスに対し

て責任を持つということだと思のですが、介護保険サービスのようなものについては、ある程度自分の感覚で選択ができますけれども、医療技術のように専門家と素人のあいだの情報の非対象性が大きいものに対して、どこまで選択に対して責任が取れるのか、私ははなはだ疑問なのですけれども。以上です。

工藤 誰が答えますか。黒川さん。

黒川 そのとおりだと思います。社会というか国民というか、みんなにどういメッセージ、政策に投票するかというのは民主的なシステムでは、政治家を選ぶプロセス、立法府担当者を選んでいくのです。そうすると情報を常に出して行って、選択肢をあげていないのではないか。いまの新聞の話。そこにも問題があるわけで、やっぱり市民社会「シビル・ソサエティ」に日本はなっているのかということが基本的にいま問われていると思います。そのシビル・ソサエティになるためにはいろんなシンクタンクがいろんな政策選択しを出す、それをメディアがどういうふう国民に媒体として渡しているか。みんながそれを読むか。それが選挙で選ぶというプロセスがどうしてもデモクラシーの一番の基本ではないかと思えます。

工藤 はい、どうぞ。

吉川 情報の非対称性というのはたいへん大切な点ですが、しかしこれを話始めると、またもう一話やらなくてはいけないということになりますので、それはちょっと脇に置きますと、利用者か、あるいはサプライヤーかという問題は医療に限られた問題ではないわけです。どんなサービス、どんなものでもサプライヤーと利用者、あるいは購買者といってもいいかもしれませんが、需要と供給の両方があるわけで、おおまかに言いますと、よく言われるように、日本では制度としてサプライヤー重視という傾向が強かったわけです。使う方と言うのは、もの言わぬ大衆で極端に言えば忘れられているというそういう面が強かった。それがどんどん変わってきているというのが現状なのだろうと思えます。

もちろん、そのことはサプライヤーのほうが重要でないということではないわけで、医療制度が健全に発達するためには何よりもお医者さんにしっかりしていただく必要があるというのは論を待たないわけであって、お医者さんが一番ある意味では大切なのですが、ただ最終的には医療サービスを楽しむすべての患者さんとか、1人1人のわれわれ国民のウェルフェアというのが医療サービスの最終的な目的だというのは、これはまた明らかなのではないでしょうか。

工藤 最後です、最後。

近藤 いまの負担と給付の関係なのですが、パンフレットを配っている「日本の決断 国民が真に求める医療政策とは」というところで、世論調査をやっております。多くの医療の制度のアンケートというのは給付と負担を分けたアンケートが多く、減税して欲しいし、全て公的医療でやって欲しいというような無責任な結果が出てしまいます。今回は、ある程度、少なくとも負担の許容度に関しては調査結果が出ることを期待しています。イギリスがたぶん一番いい例なのですけれども、いったん負担率を減らし、給付を絞った結果、国民が負担と給付の関係について理解が深まると思います。それによって、国が国民を保護するという名目で管理するのではなく、国民が主体的に自らの負担と給付を決めていくようになると思います。今回の黒川先生による地方自治体ごとの医療制度設計の実験も、負担と給付の関係というものをダイナミックに考える機会になると期待しています。

最後に1点。サプライヤーか消費者かということで、明らかに患者のために医療はある訳です。ただ、情報の非対象性がある分野では、高い倫理性と専門性があるプロフェッショナルが、その倫理性と専門性にもとづいて目線が高い案を出していかないと、医師はどんどん苦しくなっていく、医療全体にとっても良くないことだと思います。よって、最終的には患者のためなのですけれども、プロフェッショナルの確立というのがものすごく大きい課題で、サプライヤーをこういう分野では、その意味で重視しないといけないなど。彼らが責任感を持たないといけないなどということを非常に痛感しています。

工藤 1時間30分以上にこれでなりました。まだまだ時間が足りないと思う方も多いと思いますが、これからが議論のスタートですから、今日はこれで議論を終わらせていただきます。本来こういう議論というのは、大綱のまとまる前にもっと大きな議論をつくるべきでしたがこれから、今度は法案になるという作業が始まります。今日の話を参考にしながら私たちももう少し監視というか、注意を払ってこういう議論を継続していきたいと思っています。今日はみなさんありがとうございました。3氏のパネラーの方もありがとうございました。