

2009/06/11 医療政策国民フォーラム第2回検討会

議事録

小野崎耕平 今日グループワークということで丸テーブルで議論できたらと思います。前回は全体で顔合わせとディスカッションを行いました。その後、たくさんの皆さんから、せっかくなのでいろいろな、お立場の違う方とディスカッションがしたいというご要望をいただきました。いろいろな方がバランスよく分かれるようにランダムに座席を振っていますので、このグループで作業をしていただきたいと思います。

では、まずお手元の「医療政策国民フォーラム第2回検討会」というA4判の紙をご覧ください。まず1枚目、スケジュールの再確認です。今日が第2回ですが、皆さんからのご意見・案をかなりざっくり絞り込みたいというのが今日の趣旨でございます。そして来週の水曜日にとりまとめるという、かなりの強行スケジュールなのですが、その理由はこのあとでご説明させていただきます。

前回からのアップデートですと、ステークホルダーごとのグループの座長さんからのご推薦等でお三方、新しい方にお越しいただきました。まず到着早々で申し訳ないのですが、済生会栗橋病院副院長の本田宏先生にお越しいただきました。ありがとうございます。

本田宏 よろしくお願ひします。

小野崎 それからジャーナリストで秋元さん。

秋元秀俊 よろしくお願ひします。

小野崎 それと、鳥集さん、今日ご欠席です。合計3名の方に新たに加わっていただきました。総数としては、これぐらいの数が最大なのかなというところですが、もしご提案があれば基本的には各ステークホルダーの座長の方にお任せしたいと思っております。

それから、このフォーラムの意義をもう一回整理します。これまで職能団体とか学術団体とか、いろいろな団体が提言は出してきたのですが、例えば学者の先生だけが消費税を言ってもなかなか通らなかつたり、お医者さんだけが医師を増やせと言ってもなかなか理解が得られなかつたり、患者さんだけが患者の権利と言ってもだめだと。なので、やはりいろいろなお立場、いろいろなお考えの方がそれぞれ一堂に会して、みんなでこれが国民の声だというふうにとりまとめるというのも、一つ大事なのだと思います。我々がよく言っているのですが、「お立場トークの各論地獄」、いろいろな立場の方がそれぞれ各論ばかり出しているというのが今までの医療政策の世界でした。ましてや、今年は選挙の年です。ぜひこのご議論を活発にしたいと思います。

またプロセスも重要です。このグループワークの意味でもあるんですけども、こうやっているいろいろな立場、バックグラウンドの方が議論をやるということ自体にも非常に意味があります。ここにいらっしゃる方は皆さん日本の医療政策のリーダー層の方ばかりですから、相当やはりこれはインパクトがあるのではないかと思います。

では、また先ほどのパワーポイントのほうに戻りまして、お手数ですが一番最後を見ていただきたいと思います。最終成果物のイメージという紙があります。今日、来週とまとめて6月中にやはり紙にきちんと落としたいと思っております。そのイメージは、1枚目に各党のマニフェストにこんなことを盛り込んでくださいという重要論点を3つぐらいに絞り込んだもの。その後ろに、皆さんにも書いていただいた各ステークホルダー、国民なり医療提供者なりの責務というものが1枚。その後ろに、皆さんのそれぞれのご意見を付ける。3つ目の各委員の皆様の提言というのは、一つは非常にこれに需要がある。特に政党・国会議員の皆さんは、いい政策を皆さん探し求めている。「3つの重要課題」として、みんなの総意には載らなかったけれども、でもそれでもいい政策のアイデアがたくさんあるということで、これは皆さんのお名前ここに添付していきたいと思っております。これは非常に有用なものになるだろうと思っております。

こんなイメージですので、もし仮にここで重要項目を3つか5つか幾つか絞りこんだ中に仮にご自身の意見が入らなくても、最終のアウトプットのほうには皆さんのご意見がきちり反映されるということにしたいと思っております。

また戻りますけれども、パワーポイントの紙の2という数字が振ってある「各党のマニフェストへの取り組み例および提言提出先」という紙をご覧ください。左側が各党の取り組みでございます。自民党は通常、解散してからマニフェストをまとめるというのが通例でございました。各部会ごとに紙を集めて、それをパチンと留めるという。我々「ホチキス」と呼んでいるんですけども、このプロセスで決まっていくことが多かった。ニュース等で報道もありましたけれども、菅衆議院議員がマニフェストのプロジェクトチームの座長ということで、同じように石原さんとか園田さんといったような方々が何人が付いており、とりまとめはおそらく7月中旬ぐらいになるのではないかと思います。これはまだわかりません。

その下、公明党です。既に骨子は固まっていると思いますが、地域医療とか産科救急医療の強化、あとは医療基本法といったようなアジェンダが既に上がっているということでございます。

そして民主党のほうは、衆院選マニフェスト検討準備委員長に直嶋政調会長が決まっているとのことです。昨年10月頃の解散騒動の時に一度まとめきったマニフェストがもうできていると。もう一度鳩山カラーを少し入れて変え、6月中にやりきりたいということ聞いております。

そして、右側のほうの、ではそんな党の動きを受けて我々がどういうアクションを採るかということなんですけれども、6月中をめどにまとめたあとに各党の厚生労働部会長、民主党の次の厚生労働大臣、あるいは党幹部等に提出するというので、これは既に我々もアポ入れを始めております。それから、やはり政党代表との公開討論やシンポジウムをやったらどうかというご提案をいただいておりますので、そんなこともこの辺で7月早々にでもできればと検討しております。

その次のカレンダーをご覧ください。6月、7月、8月と書いたカレンダーの表がございます。まず6月。これはどれくらい時間がないかということを示したカレンダーです。6月11日が今日です。今日でだいたいできれば3つぐらいに絞りたいなということです。そして6月22日の週にはメール等も使って最終的にかなり文章をまとめておこうと。そして6月30日と7月1日、2日に網掛けが入っていますが、この辺りにもし公開の政党討論をやるのであれば、これぐらいがラストチャンスと思います。7月第1週からサミットが始まります。それから12日は東京都議選であります。

次の紙で、本日のゴールということがございます。どれが重要課題かということ、あたりをぜひ付けていただきたい。理想的には3つぐらいまで絞っていただけたら最高ということで、それを1時間ちょっと議論します。ホワイトボードを用意していますので、各グループごとに皆さんで共有できればと思います。そして全体で議論して今日終わりますということがございます。

作業に入る前に、この提言の分類という紙を見ていただきたいのですが、ツリーのようなA3の大きな紙でございます。おそらく最初、我々がメールで「こんな意見が来ました」というのを送らせていただいた時には、見た瞬間に「こんなまとまるわけがないだろう」と。「こんなバラバラなのをどうするんだ」という印象があったかもしれません。大きく分類しますと、医療の基本理念を明らかにせよという話とか、医療政策の中身、コンテンツの話とか、あるいはプロセスの話。大きく3つぐらいかなと。その中でステークホルダーを通じて皆さんがこれは大事だと多く言っているのが、医療費の規模、総額、負担すべきだという医療のファイナンスです。

それから、医療提供体制。例えば病院に集中的に投資すべきだとか、産科救急をやるべきだとか、あるいは専門医制度とか、医療提供体制のところもかなり幅広く皆さんが重要性を訴えていらっしゃる。この2つというのが相当有力なのではないかと。これはパッと見てすぐわかるような項目でございます。

ではもう1つぐらいをどうするかというと、例えば医療情報ですね。そもそも国民医療費というのも怪しいのではないかと、そもそも患者の個票データがないからとか、医療の情報、統計に関するようなご意見もありました。これは実は我々医療政策機構にも非常に

数多く寄せられるご意見の一つです。それから、医療基本法のような基本的な立法をするべきだというご意見も、これも3ステークホルダーから出ていますし、よく我々のところにも来るご意見であります。

各政党のマニフェスト、過去のものを見ますと、例えば、よく自民党で多いのですが、「医療提供体制を整備します」みたいな。たぶんあまりインパクトがない。もう1つブレークダウンして、皆さんに書いていただいたような医療費の規模。例えば、病院医療に資源を投入するとか、例えば GDP 比で何%にするとか、そこまで落ちるとかなり具体的に思ってくると思うんです。ちなみに、政治家の人が好むのはもっと細かい話なんですね。「フィジシャンアシスタント」いいじゃないか、「家庭医」いいじゃないかとか。そういう各論に入ってくると、「あのタマはおもしろい」ということでバツと飛びつく傾向があるということもあります。なので、我々は別に政治を気にしてやり過ぎる必要は全然ないんですけども、そういうことでどんな抽象のレベルか、どういうレベルで打ち出すかということもぜひ皆さんご議論いただければいいと思っております。

あと、このプロセスで何人かの国会議員の方から助言があったのが、役所というのはどうしても現実論でくると。つまり、現状では難しいということを言いがちで、これは仕方がない。だけど、こういう民間の何のしがらみの会議というのは、もう理想論、べき論をどんどんぶち上げるべきなんじゃないかと。政治というのはその間を取り持って現実的に落としていくんだけど、あんまり「現実では難しい」ということを言っているとほとんど現実と変わらないことになってしまうので、ぜひ理想論、べき論でどんどん是々非々でやってくれたらいいんじゃないかというご意見をいただきました。そんなことも一応ご参考でございますので、よろしく願いいたします。

最後に、真っぴたつにここで意見が割れるようなことは、それこそ国民に問うべき選択肢なのだろうと思います。逆にここでみんなが「これだ」ということは、おそらくそれはコンセンサスなんだと思います。そんなことも議論の中で念頭に置いていただければと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、今日のゴールとして、できればこれを3つぐらいに絞ってくださいということだけお願いして、各グループにお任せしたいと思います。こちらのテーブルは中田さん、こちらが長谷川さん、それから大熊由紀子さん、進行の役をお願い申し上げます。1 時間少し、よろしく願いします。

< 約 1 時間にわたりグループワーク >

小野崎 そろそろ一旦皆さんでここまでを共有したいと思います。ありがとうございます。だ

いぶ白熱してきたところなのですが、ではこちらから。司会をいただいた大熊さんから今の論点を話していただければと思います。

大熊由紀子 無理矢理3つに絞りました。ここに今、医療費の規模と負担というのが挙がっていますけれども、医療福祉を足したものをOECDの平均以上にするというこのことについて、おたくの政党はどう思っているか。その場合、負担をどのようにするか、費用調達をどう考えているかということです。2番目が、その医療福祉政策に市民や患者が必ず政策決定に参画できるようなルールづくりにつながる医療基本法というものを作るべきであると思うけれども、あなたの政党はどう思いますかと。この医療基本法の話の中には、情報開示とかそういうものも盛り込むということです。3つ目は、医療事故の原因究明、再発防止のための法律を作るということについて、仕組みを作るということについてどう思いますか。医療事故の再発防止、原因究明のための仕組みを作るということについて。ということに、無理矢理3つに絞りました。

小野崎 ディスカッションの所感も含めて、もしコメントが補足的にあればお聞きしたいと思います。

大熊 どうでしょうか。いいですか、皆さん。

宮脇正和 標題として、その国民の命を守って安全な医療を作る。

小野崎 安全な医療を作る。

本田宏 まあ、安全な社会というか、医療というか、国民の命を守る。あと、ちょっと長くなりますが、私的には当然やはり2番目が医療にかかわる各自の自立性とか、そういうことも含まれているわけですね。患者さんだけじゃなくて各人の自立性。あと一番の先には当然医療機関の決定的なマンパワー不足を補充するという観点の施策。医師、看護師、医療秘書、ナース・プラクティショナー、やはりそれもしないとお金を入れるだけじゃだめですから。

小野崎 最終的に紙に出す時にその大項目にサブ項目をつけるというのは、十分できますので。一旦では大きな括りではこんな感じと。

大熊 それから、その数を増やすよりも辞めないようにする仕組みが大事という意見も出ておきます。

本田 そこで私は、辞めないためには、人が必要なんですよ。何回もしつこくしつこく繰り返しているわけです。

小野崎 途中から来た方もいらっしゃると思いますが、繰り返しなんですけれども、これはまとめと責務と、全員の意見が各論として入りますので、それはご安心ください。その上で優先順位をつけているということでございます。では長谷川さんのグループ、お願いします。

長谷川三枝子 うちも大変な議論の結果、3つに絞りました。1つは具体的に政策に裏付けのある負担と給付ということです。それから2つ目は、国民に見えるような医療の品質管理の仕組みを作ること。それから3つ目としましては、やはり医療基本法の制定ですけれども、憲法に保障された生存権に保障された医療基本法の制定ということです。これには当然、国民の声が反映されるようなきちんとした形を採るということで、それ以外にはたくさんいろいろあったんですけれども、不足があったらお願いします。

小野崎 例えば、医療基本法の議論の中には、医療政策の決定プロセスとか、そういうことも当然入っていくようなイメージになるんですね。

長谷川三枝子 はい、そうです。それが今までなかったことなので、一番大きなところですね。

小野崎 そうすると、さっきのグループの2にもかなり近い、重なってきますね。わかりました。では中田さんのグループはいかがでしょうか。

中田力 3つにはまとまっていないんです。基本的にコンセンサスとしてまとまっているうちの1つというか、問題点に関しては非常に皆さん共通してしまっていて、1つ目が、とにかく何か自分たちで意見をまとめたときに、それがきちんと政治に反映されるような組織を創らなきゃいけない。まずそれを表現的には秋元先生が「みんなでケンカができる場」を作ってほしいと仰っています。そのケンカをする場所、実際に政策に反映される場にしてほしい。具体的には、内閣府にそういうみんながケンカができる、そのケンカの内容が実際に政治に反映される委員会か、もしくはそういう集団を作ってほしいというのが1つ。

それから2つ目が、あまりにも現在は金を使わなさすぎているから、とにかく現状のままではダメだと。おそらく病院中心でしょうけれども金を使って、最初にあげた項目でディスカッションができ、かつ、またそれが何らかの方策が見つけれられるようになるまで、医療自体がきちんと保てるようにお金を使ってほしい。この2つはコンセンサスとして出て来たと思うんです。よろしいですか。もう1つぐらい？

海辺陽子 バラバラに、だから要するにここで6人同意みたいなのはほとんどない感じなんですよ(笑)。だからここは2人のみとか、そういう感じ。もう1つ2人同意だったのは見える化みたいなお話はありました。

秋元秀俊 医療の見える化のために、国民に対してきちんと説明責任を果たすということと、あとは患者自身、あるいは国民自身をちゃんと見るための努力ということを含めて。また、

それは翻って言えばジャーナリストもそういった形できちんと伝えるという責任ということ。見える化ということは。

小野崎 おそらくこれは、この議論と責務の議論が重なったところが多いと思うんですけども、責務というのは皆さんいただいたのかなり近いので、我々まずえいやってまとめて次回お持ちします。そうすると、この内閣府の政策検討委員会というのは、ここに出て来た医療政策の決定プロセスとか、こういうこととかなり近い議論ということですか。ちょっと違う？

海辺 いえ、そうなんですけど、ただその私とかも皆先生方もいっぱいいろいろな検討会とかに参加されていると思うんです。例えば厚生労働省の一つの検討会に参加して何か作っても、それがどのようにきちんと反映されているか。あるいは病院の再生みたいなことを総務省が検討会をやっていたり、じゃあ医学部教育となると文部科学省だったりとか、いろいろばらけているので、これをもっとちゃんと省庁横断的にやらないことにはだめなんじゃないかという話がありました。要するに、プロセスに参加するというのももちろんそうなんですけど、これはもっと根幹になって、そこで決まった話は絶対ちゃんと反映されるという、そういう約束が果たされた上での会議だという位置づけですね。

小野崎 ありがとうございます。だいたいざっと出そろったのですが、ちょっと簡単にここでざっと見てみると、まずやはり医療の負担と給付の話、医療財源を含めた医療費投入増みたいな話がほぼ皆さん揃うでしょうか。2つはプロセスの話で、医療基本法も関連し、政策検討委員会、これも決定プロセスの話だと思います。ちなみに、我々が4年間やっている世論調査でも4年連続で国民の不満のトップなのが決定プロセスが不透明だということ。毎回変わらないんですね。そういうことで、どういうプロセスでこれをやっていくのか。委員会をどこに置くのか、またこれもいろいろ議論があると思うんですが、とにかく医療費とプロセス。

参考情報で私、調べて来ましたが、民主党では対GDP比で9.4%ぐらいは約束したいと言っている方もいらっしゃる。自民党は報道にもありましたとおり、園田政調会長代理が診療報酬を上げるという話をされていますね。それが何%とはやはり言っていないので、そういう迫り方もたぶんあるのだらうと思います。与野党ともに医療費を上げるということについては、コンセンサスが得られる可能性があるのだらうと思うのですが、幅がどうか。それとあとは財源論も議論になるのかなと思います。財源という話は出なかったでしょうか。

村上正泰 だいたい医療費を増やしていかざるを得ないというのはコンセンサスになるんだらうと思うんですけども、それを具体的に、じゃあ税金なり保険料で、保険料でもそれぞれ被用者が払っていく部分、また企業が払っていく部分、いろいろ財源構成はあると思うんですね。ですから具体的にじゃあどういう形で医療費の増加というのを実現していくん

だということ、やっぱり議論していかないと。それが結局、国民皆保険制度というものをどういうふうにするのかという問題にもつながってきて、一方で今、市町村国保などでは保険料すら払えない人がどんどん増えている。その一方で、国際的に見れば企業の負担している保険料というのは、割合から相対的に見れば低いというような、非常にアンバランスな構造もあります。そういうところで医療費を増やしていく、その財源の内訳です。そういったところの方向性というものをマニフェストの中では示していく必要があるのではないかと、個人的には思っております。

ここのテーブルの場合は、それは各政党の個性をそれぞれ出してもらいましょうと。この中では保険料がどうか、無駄がとかいろいろありまして、それぞれの政党が増やすということを前提にどういうふうにするかを提案してほしい、というふうに言ってまいりましょうということになりました。

小野崎 わかりました。では違うアングルから、岩瀬さん。

岩瀬大輔 ライフネット生命の岩瀬と申します。村上さんと同じ意見でして、たぶん総論で医療費を増やさなきゃいけないということは、皆さん一致するところだと思いますが、ではどこからその資金をファイナンスするかというのについて、小野崎さんの言葉で言うと「タマ」みたいなものを提示しないと、なかなか実現に移らないのかなと思っています。私の業界から一つ、参考になるかもしれないお話をさせていただきます。我々生命保険業界は、年間約 30 兆円の保険料をいただいております。そのうち、第 3 分野と言われる医療保険が 4.5 兆円です。この保険料から、その年に被保険者に支払われている給付金などが約 9,000 億円なんですね。残りは何かと言いますと、一つは制度を運営するための事業費がだいたい 2~3 割ぐらい。あとは将来の支払いに向けた積み立てが、おそらくその 4.5 のうち 1.7 兆ぐらいではないかと思っています。これも推定ですが、2~3 割近くが保険業界の利益になっていると考えています。

民間医療保険の方にいる私は逆に 2200 億円の医療費の削減という話を聞いて驚いたのですが、国民の皆さんは「増税」というと嫌がるんですが、なぜだか生命保険の保険料を払うのはあまり躊躇せずにお支払いいただいているように思います。生命保険会社の 1 兆円近い利益の部分というのは、保険料をいただく時に計算する前提となる発生率の差、我々の業界では危険差益というんですが、そこから得られています。

申し上げたいポイントとしては、我々の業界は外部から見てブラックボックスとなっていることが多くありまして、4.5 兆円がどのように使われているのか、それは適正な利益水準なのか、そういったことに対するけん制があまりないように思います。ちなみに、我々は新しい保険会社を作って、その「保険の原価」を開示したりしています。それだけではないと思うのですが、財源として 4.5 兆円ある民間医療保険の保険料、その使われ方が適切なのかどうかというのを問題意識としては持っております。

小野崎 ありがとうございます。おもしろい話でした。

本田 すごい、私、今日来てよかったと思います(笑)。前からそこら辺は絶対いろいろあるなと思ってたんです。というのは、うちの弟が一時生命保険会社に入ったんですけど、「お兄ちゃん、生命保険なんか絶対入っちゃだめだ」って言ってたんです。つまり、その利益率を考えてやっているわけですね。企業は。ところが病院は赤字でも 365 日 24 時間過重労働で働いてきたんですよ。だから本当にここに今、4.5 兆で 9,000 億円だけしか戻っていないというすばらしいお話を聞いて、逆に言えばそれも国民の医療費負担に入っているということなんです。日本はね。将来が不安になっていると、生命保険まで入っているという現状。だから私はせっかくだいいいこと教えてもらって言うのもなんですけど、やっぱりそういうのを公的に負担したほうが、結果的に安くつくんですよ。国民もおそらく。ということ、すみません、いいこと教えていただいてそういう逆のことを言って申し訳ないです(笑)。私もちゃんと入ってますので、医療保険。ありがとうございました。今日は来てよかったです。

小野崎 ファイナンスの方法はいろいろ選択肢がかなりあって、その選択肢ごとにいくらくらい入りそうか、我々が実は詳細に分析したものがあります。もう少しまとめてまた共有してもいいかなと思います。税で何%いくら、その時の世論の支持は何%というかけ算でやると、実は消費税 5% 上げは 6 割ぐらいの支持なんですね。12.5 兆円あります。例えばたばこ税は 64% 支持されているんだけど、あまり額は大きくないとか。いろいろマトリックスがありますので、少し整理したら提示できると思います。そういうものを政党に突きつけてもいいかもしれませんね。まだお時間がありますので、コメントを、これを機会に。例えば医療の品質管理という少し違う視点であそこだけ入っているのですが、どなたかそれについてコメントがありましたら。

山本修三 日本病院会の山本でございます。医療の品質管理というのは私が使った言葉で、今日の資料にも 1 枚入っておりますけれども、基本的には今の医療崩壊と言われる、病院医療崩壊です。そういう中でこれは中田先生の専門分野に属するんですけども、一つ一つの要素を直していこうという一つの組織がやはり違った方向に行ってしまう。これを直したつもりが、実はまったく違ったことが起こってしまうということで、では何をしたらいいか。一番大事なところに手を付けましょうというふうなことで言うと、医療側が何ができるかと言えば、やはりいい医者をつくるということが一番大事なことじゃないかと思えます。そうすると、例えば医学教育から研修医制度から専門医制度まで、きちんと国民の人から見て見えるような形の専門医制度にしましょうとか、それからそういうことによって今度は地域に人がいないということも、地域の医療ニーズをきっちり把握してこれだけの人が必要だといったら、それが適正に配置できるような仕組みがやはり必要でしょう。そういうふうなことを全部含めて、医療の品質を管理するような仕組みが必要だということで、専門医制度だけに限ってしまうとちょっといろいろな人がいる中では言葉が狭

くなってしまうかなということで、医療の品質管理という言葉を使っていただきました。

伊藤雅治 実はこちらのテーブルでも、医師の偏在の是正ですとか診療とか、そういう問題があるという議論をしました。しかし、山本先生がおっしゃったようなそれは、基本的には医療提供者みずからが取り組むべき課題であって、本当にこの選挙の争点としてマニフェストとして問わなければいけないのかどうかというところが、いかななものかということだったと思います。

それから、例えばまったく医師個人に任されている診療科の選択ですとか働く場所の問題、専門医制度で上限を設定したらどうかとか、地域で上限を作ったらどうか。おそらくこれを想定すると、病院団体、医師会、みんな反対するかなと。おそらく選挙の争点にはなり得ないんじゃないかということを見ると、その辺のところをやはり具体的に考えた上で考えなければいけないんじゃないかと思ったんです。

神谷恵子 私のほうのグループも、すべてそれがマニフェストで何かをするというわけではないだろうという話は実は出ていました。むしろ専門医制度の内容、内実をどういうふうにしていくかというのは、やはりプロフェッショナル・オートノミーということで、その業界の中できちんとやっていくという方針ではないか。ただ、その枠組み、大枠としてどうあるべきかというところの位置づけをきちんとするというところは必要ではないか。その中で一つ、ちょっと私が言ったことなんですけれども、先ほど出ていた事故調の問題。事故が起こった時にどうするのか。きちんと公正中立なところで調べるような機関を作る、そういうことも各論の部分で医療の品質管理という中に入ってくるのではないかというふうに考えておりました。一応我々のグループも伊藤先生の先ほどのお話を受けた議論は出ておりましたので、ご報告いたします。

藤本晴枝 その医療の品質管理の中のことなのですが、実はその各地域での医療のニーズの実態を把握できるような基礎的なデータがないということで、そういったデータの構築もここの中に入れていただけたらという思いを込めております。

本田 そのとおりですね。そういう基礎的なデータがないんですよ。

中田 おっしゃっていることは全部そのとおりだと思うんですけれども、ただちょっと違った観点から言わせていただきますと、医療に対して信頼性を増そうというのは、基本的にはグローバル・コレクト・ステートメントなんですね。つまり、日本人だったら誰もそれに反対する人はいないと思うんです。ですから、そういう意味では政策になり得ない。つまり、基本的に日本は、憲法には、人権を守ろうということが書いてありますね。そういう法律があるのに、この国家が必ずしも人権を守っていないということも事実ですね。それは個々のことに対して、例えば基本法を作るとかそういうような表現をすることでは、絶対に変わらないことですね。ですから、あんまりそういう手続き論というものを、こう

いう委員会で出してしまっていて、またそのタマを使うことによって、さも政策をやっている側が実際にそういうものに自分たちが「やっているんだよ」というエクスキューズを渡すのは、僕は基本的には反対なんです。ですからそのおっしゃったことはそのとおりだと思います。反対はいたしません。でも、それをやっていくという具体策を議論する場を作るほうが、やっぱり先なのではないか。その目標に関しては、おそらく日本国民はみんなが同じことを。だからあまり法律だとかこうするとか、何かの枠組みを作れというような具体案というのは、票を取るにはいいかもしれないけれども、おそらくできるならばこういう政策からは少し考え方を変えて。あまりそういうタマみたいなものをパッと出して、向こうがそれをうまく使えるというのではなくて、逆に出すタマを少なくして、本当に議論ができて本当に進んでいくということを考えるべきなんじゃないかなと、ちょっと感じるんですがいかがでしょうか。

小野崎 今の意見について、どうでしょうか。

本田 私もいろいろな意味で賛成かなと思うんです。ただ、ここから正直に言うと、じゃあどういうふうな形にすれば政治家の方は喜んで実際に伝わるかということ、正直私は医療現場には詳しいんですがそれはわかりませんので。やはり政策の方も含めて、どういう形で出すと彼らが採り入れやすくて、なおかつ、もしそういうご意見なりお考えがあったらお聞きしたいなという気がします。

マニフェストを作るための材料として提供するという方法もありますけれども、公開質問状のような形で、「このことについて、そちらはどうお考えですか」という提示の仕方もありかなという気はいたします。そうすると同じ項目について、各政党の出してきたものを国民が比較することができるので、そういう方法もいいんじゃないかと思いました。

小野崎 ありがとうございます。

大熊 こちらはそういう形に作ってあります。これについて、あなたの党はどう考えるかというふうに作ってあります。それからここは医療政策機構ですけれども、あえて福祉という言葉を入れた。それが実際に病気をされた方たちから重要性が指摘されたということで、わざとそういうのが入ったほうが具体性が入っていいかなということで入れました。

秋元 その話と一緒になんですけれども、医療政策であり主語を「医療」というふうに持ってくるのかね。医療・介護・福祉というふうに持ってくるのかということは、決定的に違うんじゃないかというので。この調子で中田先生は非常に強い日本学術会議で、ほとんど医療として話をした時にも論争をふっかけていたんですけれども。基本的には短期的には、カンフル剤としては医療が壊れそうだから医療だと、こうおっしゃる。だから中長期的に見ると病院中心なんかであっちゃいけないと。むしろ病院自体は集中・解体・構造を変えていかなきゃいけないだろうし、なのですが、今は短期だから医療だとかいうふう

に言われて、ここで膠着状態なわけです（笑）。例えば、学術会議で医療崩壊なんていうこういう訳のわからない言葉から出発して、わからないと思って言われているんですが、短期的にはどういいうい加減な言葉でもいいからのんでしまって、まず壊れそうな医療に、病院に金をというふうにだいたいちょっと説得されていたんです。ちょっと皆さんの合意がほしいですね。

小野崎 今のお話なんですけれども、まず本田さんからありました過去の例ですと、2005年の郵政解散選挙の時は小泉政権のマニフェストは、自民党120の約束というのを出して、医療の大項目は3つぐらいでした。そのぐらい幅が広いのと、やはりかなり絞り込まれる。前回の2007年の参議院選挙の時は大項目で3つぐらいしかないんですけれども、そのうち「医師不足問題の早急な対応・地域医療の再構築」というマニフェスト。その下に各論でいくつかついているんですけれども、例えば女性医師などが働きやすい職場環境の整備を促進するとか。自民党のマニフェストはご存じのとおり、霞ヶ関が作っていますから、それを持って来て部会でパチンとやる。

今日ざっと聞いているとやはり数値目標を入れるとか検証しようという話が出ているので、おそらくもう少し踏み込む、あるいは数値を入れないと。そこを入れただけでもかなり変わるんだろうなというのはあると思います。

あと、政党に受けるという意味で言うと、やはりさっきのタマ論が出ましたが、何とか制度、「フィジシャンアシスタント」とか「ナース・プラクティショナー」とか、そういう制度ものはやはり受けますが、もちろんエクスキューズになる可能性もあると思います。

あと今、秋元さんがいい視点で仰ったタイミング。今このタイミングで早ければもう8月2日には選挙をやっているかもという時に、今このタイミングで国民に問うべきことは何かというの、一つあり得る選択肢です。選挙が終わって、政権が代わったりしたら、また全然新しい展開が出てくるわけで。この会議は、まだまだ続くプロセスですから、今のタイミングというのも大事な視点かなと思います。伊藤さん、いかがでしょうか。

伊藤 大熊さんのほうから1番の医療費、これは少し中期的な目標になると思うんですね。私は今の病院の現場を預かる者としては、来年4月の診療報酬改定に対して、やはり少なくとも診療報酬2%とか3%は最低限上げてくれという。そういう喫緊の課題に対してどうするかということ突きつけていかないと。ですから、8月に選挙が終わって来年4月に診療報酬改定があって、その2年後に介護保険と医療保険の同時改定があったら、そういう少しいつまでということを入れて、少し具体的に数字を入れるという方向で検討していくべきじゃないかと。

本田 そういう意味では、ここは例えばOECD平均以上ですけれども、これはイチノサンでできないですから。例えば10年後をめどに平均以上で診療報酬点数は何%ずつ上げていく

と。確かにこれだと 50 年後でもいいわけですよ。年限を決めていないですから。そういう期限と、もし具体的に診療報酬を何%、段階的にとか。

中田 医療費に、全体に金がいくら使われるかに関しては、僕は OECD の平均値は出さないほうがいいと思うんですね。この国家は先進国ですから。ですから基本的に金をたくさん使えという時は G8 で十分。G8 で今、一番日本はダントツの最下位ですけども、ちょっと上のやつがイギリスですね。それでもブレアが 2 倍にしたわけですね。それでも 10% です。ですから、もし数字を出すとすれば、どんなことがあっても最低イギリスぐらいには負けるなという表現で、少なくともそれ以上でないためですよ。GDP で。もうパーキャピタ（註：1 人当たり）にしちゃうとアメリカと日本では一人一人に出している金が 3 分の 1 ですからね。ですからその辺の自覚で、もし数字を出すのだとすれば、OECD でやってしまうとかなり低めに抑えられちゃうんですね。ですから G8 でやって、先進国としては最低条件どれぐらいいるんだよというのが必要だと思いますね。

本田 それはそれがいいと思います。ちょっと遠慮し過ぎました（笑）。もともとちょっと奥ゆかしくて。

小野崎 本田さんらしくないですね（笑）。だいたい時間がきました。思った以上にかなり項目がまとまっていますので、例えば仮でざっとまとめて、今日いらっしゃらない方、学者の方はきょう少ないので、ざっと仮案をつくってメール等で回覧したりしながら進めたいと思います。おそらくさっき言った専門医制度の話とか医療提供体制の整理とか負担の話というのは、「責務」のほうに相当皆さん書いていただいているので、対になると思うんですね。それも含めてバランスよく入れてみたいと思います。報道関係の皆様も、お忙しいところ本当にありがとうございました。