

パネルディスカッション

高齢社会と医療の未来を考える



●パネリスト

関岡 英之 (ノンフィクション作家・評論家)
土居 丈朗 (慶應義塾大学教授)
中村 秀一 (内閣官房社会保障改革担当室長)
横倉 義武 (日本医師会会長)

●司会・座長

中川 俊男 (日本医師会副会長)
石川 広己 (日本医師会常任理事)

中川 ただ今から17時までの予定で、パネルディスカッションを行います。ご講演を賜りました先生方に、日本医師会の横倉義武会長が加わります。なお、時間の関係で会場の皆さんからの質問を受け付けることはできませんのでご了解ください。

それでは、最初に日本医師会・横倉会長から10分程度コメントをお願いしたいと思います。

国民皆保険の堅持と 地域医療の充実に向けて

横倉 今日、先生方のお話を伺って改めて思ったのは、国民皆保険を堅持することがわが国にとっていかに大事かということです。



■横倉 義武（日本医師会会長）

私ども医療を提供する側は、国民皆保険制度の下、診療報酬という公的な財源で経営をある程度賄っています。つまり、診療報酬は医療機関にとって経営の原資であり、医療の進歩に伴う設備投資など、国民に医療を提供するためには不可欠なコストをそこから捻出しているわけです。いわば、地域医療を確保していくための経費といえます。

ご案内の通り、診療報酬改定は、物価・賃金の動向や医療の高度化などを反映させるために2年ごとに行われます。また、医療機関は国民生活のセーフティーネット機能を果たしており、当然、改定の時には、そうした社会的使命感から、国民の求める質の高い医療に応えるために必要な財源のお願いをさまざまところで行うわけです。

しかし、今日お話があったように、厳しい国家財政の中で、国民負担の増加ということに対して慎重な態度をとらざるを得ないというせめぎ合いも出てくるわけですが、国としては、やはり国民皆保険を継続すること、そして国民に適切な医療を提供するための財源を確保していただくことは非常に重要であると思います。

そういう意味で、先ほどの中村先生のご発言にありましたように、社会保障・税の一体改革によって、医療の財源に消費税を充てるという目安がつき、まさに医療提供体制が改革の第一歩を踏み出しました。

これからは、地域医療をどうつくり上げ、行政にどう提案していくのかという課題が医療の現場に下りてまいります。その一方で、

先ほどの関岡先生のお話にありましたように、規制改革会議、産業競争力会議といった内閣に設置された会議から、医療の規制改革についてさまざまな意見が差し挟まれてきてています。

私どもは、医療規制は医療機関を守る規制ではなく、国民の健康を守るための規制であると思っています。国民の命と健康を守る規制に対してはしっかりと主張していくことが重要ですし、政府には、医療周辺のイノベーションを進めていくための規制改革とは分けて考えていただきたいと強く思っています。

規制緩和を声高に唱えさえすれば正しいという風潮が一時あり、さまざまな報道がなされました。そういうブームで健康や生命を語ってほしくはありません。安全で平等な医療提供体制を守れるかどうか、国民は今、冷静に事態を見ています。これからきちんととした方向性を定めて大きく動いていこうという時に、国民が望んでいない方向に引っ張られないよう、しっかりと注視していかなければならぬと思っています。

やはり国民の幸福の原点は「健康」です。病に苦しむ人がいれば何としても助けたいというのが医療人の願いですし、そのためにも「必要とする医療が過不足なく受けられる社会づくり」を全国に展開していくことが重要だと思っています。

全国展開する上で、地域の医療提供体制や医療を必要とする人たちの状況を一番よくご存じなのは、やはりそれぞれの地域の医師会

であり行政です。この両者が協力して、それぞれの地域で本当に必要な医療提供、介護提供をどうつくり上げていくかが今まさに問われています。

冒頭の挨拶でも申し上げましたように、いわゆる高齢社会の一つのピークと言われる2025年まで、あと10年余りしかございません。その間にしっかりと準備をしていくことが、今、私どもに課せられた一番の課題ではないかと思っています。

そういう中で、従来、医療政策では国の方針を都道府県に落とし込んできたわけですが、昨年の国民会議で意見陳述を求められた時にも、そういう方策ではなく、都道府県から国へさまざまな計画を上げていく現場の実態に基づいた改革をしてほしいと一貫して主張してまいりました。

やはりそれぞれの地方で必要とされる医療を適切に提供していくという仕組みが必要です。やはりそのためには、かかりつけ医を中心とする地域の身近な通院先、そして急性期から慢性期、在宅医療まで切れ目のない医療介護を提供することによって、国民にとっても医療提供者にとっても望ましい医療体制の構築が行われるのではないかと思っています。

こうしたことを感じながら先生方のご講演を聞かせていただきましたので、冒頭の皮切りにお話しさせていただきました。ありがとうございました。

中川 それでは、これからパネルディスカッションを始めたいと思います。



■中川 俊男（日本医師会副会長）

わが国もある意味、医療の周辺産業を成長戦略の一環として、結果的には公的な財源が民間のほうに流れていく傾向があるのかなと思います。

パネリストの先生方で、ご意見、ご感想があればお願いします。どうぞ、中村先生。

日本の社会保障行政は アメリカを追随していない

中村 やはり基本は、営利企業を保険者に置いているところが根本的な問題ではないかと思います。わが国は皆保険の下、保険者はパブリックな存在で、医療費が増えれば保険者が儲かるというシステムになっていない。そこが同じ民間保険を中心にしているアメリカ

とわが国の差ではないかと思いました。

それから日本はアメリカの医療の後を追っているというようなご意見もあります。日本の中でもいろんな意見がありますし、行政の中でもいろんな省庁がありますからそういう動きが皆無だとは言いません。けれども、少なくとも社会保障政策を担っている人間は皆、アメリカの医療というのは最悪であり、医療政策の中で模範とする国ではないことは知っていますので、少なくとも社会保障行政を所管している集団は、決してアメリカの後は追っていないということは申し上げておきます。以上です。

中川 ありがとうございました。今のことに関連して他に何かございますか。はい、横倉会長、どうぞ。

富裕層のみが優遇される アメリカの医療体制

横倉 今の中村先生のお話を聞いていて思ったのですが、日本の国民皆保険の体制ができたのが昭和36年ですね。その時は、まだ国保の家族の支給率が50%で、残りの半分は自己負担でした。今のような高額医療費の控除もない時代でしたので、非常に高い負担を国民は受けしていました。一方、医療提供側は、保険診療は制限診療であるということで、当時の医師会が、医師が必要とする医療を提供できる体制を保険でカバーしてほしいという闘争を長いことやってきた。そういうことで、だんだんと熟成してきた皆保険制度ではない

かと思うわけですが、民間医療保険会社を保険者としたアメリカのシステムで、より良い医療提供体制に改善する可能性が今の状況であるのかどうか。

中川 ありがとうございます。

日本医師会は、国民皆保険を守る3つの最低条件を掲げています。①公的医療給付範囲をこれ以上縮小しないこと ②混合診療の全面解禁をしないこと ③営利企業の医療機関経営を参入させないこと、の3つです。

関岡先生が先ほど、混合診療の全面解禁を主張している患者団体はないのだというお話をされました。まったくその通りだと思いますが、去年あたりから、内閣府の産業競争力会議や経済財政諮問会議、規制改革会議、日本経済再生本部で、同じように保険外併用療養の対象拡大ということが主張され始めました。それまでは混合診療の全面解禁と言っていたんです。

それで、どうもその真意を測りかねていまして、本音は混合診療の全面解禁を求めているのか、もしくは保険外併用療養のうちの評価療養の拡大を求めているのか、もしくは評価療養の選定療養化なのか、いろいろ考えるのです。これについて関岡先生、それから他の先生方にもご意見を伺いたいと思います。よろしくお願いします。

混合診療の全面解禁には 慎重な吟味が必要

関岡 ありがとうございます。私も、世界に



■中村 秀一 (内閣官房社会保障改革担当室長)

冠たる日本のこの優れた国民皆保険制度を、厚生労働省があえて世界最悪のアメリカ型の保険制度に改悪しようとしているとは全然思っておりません。しかし、先ほどから出ている産業競争力会議や規制改革会議といった政府の部内で、事実上そういうことを推進しようとしている方がいるというのもやはり事実だと思うのです。

規制改革会議や産業競争力会議には、日本医師会や医療従事者はほとんど入っていません。規制改革会議の座長は商社の代表ですし、どちらかというと新自由主義的な経済学者や一部の業界、例えばインターネット販売を手掛ける企業の代表などが民間議員として参画していますが、それが日本の政府の一部であることはやはり紛れもない

事実です。

保険外併用療養費制度がこれからどのように改革されていくのかというご質問ですが、まさに今、6月の答申に向けて規制改革会議で審議されているところです。その議事録もインターネット上で公表されていますけれども、まだ具体的には見えてきていません。P91（注）参照

ただ、私が講演の中でお示したように、今年1月の規制改革会議の後の記者会見で、座長の住友商事の岡相談役が「この保険外併用療養費制度に関しては量的な拡大、つまり項目の追加や対象範囲の拡大だけではなく、質的な改革をやりたい」と断言しているわけですね。

私が今日の講演で明らかにしたように、こ

れはもう昨日今日出てきた話ではなくて、古くは小泉政権時代から連続と続いているわけです。非常に執拗というか、攻める側も執念深いものがありまして、私はやはり最終的には混合診療を全面解禁して、要するに自由診療を拡大したいということが本音だと思うんですね。

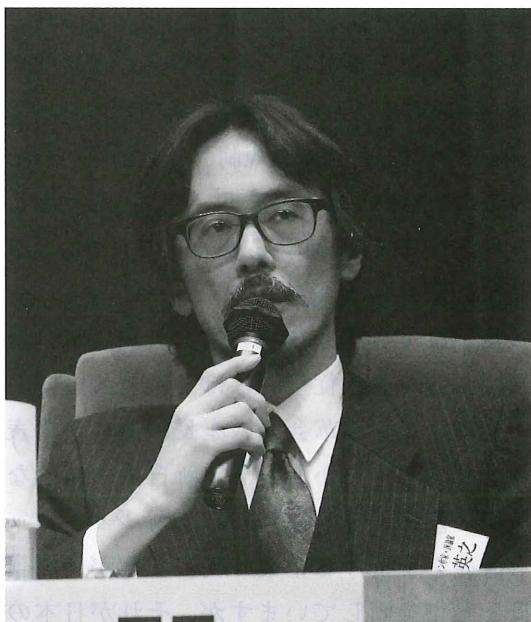
自由診療と一口に言っても、それこそインチキまがいの商法から、極めて学術的に真面目に取り組んでおられるものまで、本当にピンからキリまであるわけです。例えば免疫細胞療法などはまだエビデンスが確立していないために保険収載されていないわけですが、ランダム化比較試験に取り組もうとしている真面目な医療機関もありますから、自由診療そのものを全面否定するつもりはありません。

がんという病に関しては標準治療、三大療法だけでは決定的な限界がある以上、代替医療の模索というのは私はあるべきだと思うんですけども、とは言え、医療保険制度の根幹を変えてしまうことは非常に社会的な影響が大きいですから、やはり慎重な吟味が必要じゃないかと考えております。

中川 ありがとうございます。土居先生と中村先生、お願いします。

厚労相認可の“関所”を取り扱いたい推進派

土居 私は特に産業競争力会議とか規制改革



■岡 英之（ノンフィクション作家・評論家）

会議に関係する経済学者ではないんですが、関係する経済学者と会話することはあるという位置付けになろうかと思います（笑）。

先ほど中川副会長がおっしゃったことの関連で言うと、なぜ言葉が変わったのかというのは、明らかに「解禁」と言ったら門前払い式に駄目だと言われるということと、もう一つは、保険外併用療養費制度は厚生労働大臣の認可があれば認められるので、極端にいえば、大臣さえ首を縊に振れば拡大できるというところに一つの狙いがあると思っています。以前から言っていた彼らの主張は、「大臣が『これはいい、これはだめ』とやるのがけしからん、だから解禁なんだ」という言い方を常々していたわけですね。そこがポイントだと思うのです。

つまり、大臣の認可という“関所”があるからこそ歯止めが利いて、併用療養はあるけれどもやみくもに拡大するわけじゃないというところがあったわけです。しかし、その関所を緩くする、ないしはそれ自体を事実上ないものにするということになると、ほぼ全面解禁と言っているのと同じことが今の仕組みの延長線上にあるんじゃないかな。それがおそらく彼らの考えなのではないかと私は推論するわけです。

私自身も混合診療の全面解禁は反対ですが、じゃあ、今までやっている自由診療も何もかも混合していいという話になって、本当に国民にとってより少ない負担でより良い医療が受けられることになるかというと、これは関岡先生もご説明されたように決してそ

はならない。財務省あたりもそこに気がついて、さすがに全面解禁では公費投入が増大しかねないとの懸念があります。財務省側からも政府部内で「ちょっと全面解禁まではいかがなものか」と言ってくれれば、かなり議論も歯止めが利く。皆様の中にはあまり快く思っておられない方もおられるかもしれません、昨日の敵は今日の友ではないけれども、全面解禁という話にならないように持っていくことは少なくとも患者側にとっても意味があることなので、そのあたりでうまく連携を取っていくということが必要ではないかと思います。

中川 中村先生、お願いします。



■土居 丈朗（慶應義塾大学教授）

抽象的で実体がない 混合診療解禁をめぐる議論

中村 私が最初に申し上げたいのは、関岡さんのご講演がありましたけれども、全面的に彼の論旨には賛成です。非常に素晴らしいと思いました。いくつか私がこの問題についてかかわってきたことをご説明して賛意を表したいと思います。

まず、1984年の健康保険法の改正で特定療養費制度というものができます、高度先進医療や、今でいう特別室の提供、歯科差額を制度化しました。ある意味での制度化された混合診療というのは、その時に導入されました。当時、担当者として政省令を作りました。

たので、以来、混合診療の問題には注目しておりました。

ただ、ご承知の通り、高度先進医療を入れても金額的にはほとんど大きくないんですね。それから保険外併用療養費制度に変わって、制度的にはますます管理された混合診療制度が確立したと思っておりますので、制度論としては、私はもうこの中でちゃんと処理できると考えています。運用問題といったようなことがいろんな会議で出ていますけれども、抽象的な議論をしているだけで実体がないんじゃないかなと思います。議論するなら、どういう実体で何をしてほしいのかを問うべきではないかと思います。

昨年、横倉会長に社会保障制度改革国民会



議にご出席いただき、お話を伺いました。その時には経済4団体からもディスカッションに来ていただきましたが、逆に国民会議の委員のほうから医療の問題に切り込まれた時に、ほとんど実のある回答が経済団体側からないんですね。だから、何か具体的なニーズや、あるいはこれを変えなきやならないというものがあるのではなく、非常に思い込みというか、間違った前提で提案をしていると思います。関岡さんの図表8のスライドにあつたように、混合診療が患者にメリットがあると過大に思い込んでいるということがあると思いますので、議論の土俵をもう少し現実的なものにして進めていく必要があるのではないかと思います。

関岡さんがさっきのご発言で、混合診療解禁の動きは2004年的小泉政権からとおっしゃいましたけれども、実は、小泉さんの時代よりもっと古いのです。私が保険局の課長をしていた90年代の半ば、村山政権時代からこの規制改革は始まりまして、その時からずっと混合診療については議論しているのですけれども、それをやることで何が得られるのか、ずっとはっきりしないんですね。ですから一種の幽霊じゃないかと私は思っております。以上です。

市民に混乱と災厄をもたらす 事後調整型社会への転換

関岡 私も混合診療の推進派をゾンビと呼んでいますが、これは日本福祉大学の二木 立

学長の命名です。本当に中村先生のおっしゃる通り、国民的ニーズがないにもかかわらず推進派はどんな動機で長年執着しているのか非常に理解しがたいところがあります。

私の推測では、一つはイデオロギーだと思うのです。アメリカ共和党流の「小さな政府」に対する一種の信仰のようなものがあり、とにかく公的分野を縮小して民間企業の自由な活動に委ねるべきだ、というイデオロギーに捉われていると私は思います。

もう一つは、「レントシーキング」というのですが、規制緩和を推進する勢力というのは、「既得権を打破するんだ、岩盤規制にドリルで穴を開けるんだ」とおっしゃるけれども、その当人たちが実はインターネットで医薬品を販売する企業だったり、医療保険を販売する生命保険会社を傘下に持つリース会社だったりするわけですね。ですから、イデオロギーに加えてそうした経済的な利権というものが背景にあるのだろうと思います。

具体的に、6月に答申される成長戦略において、保険外併用療養費制度をどう改革したいかという方向性ですけれども、これは土居先生のおっしゃる通りで、今、厚生労働大臣が持っている認可権を民間に解放しろということだろうと思うのです。彼らが作ったペーパーの中には、「医師の裁量権の尊重と患者の自己選択権の拡大」と書いてあるんですね。対象となる療養は、医師と患者が同意すれば政府の介入なしに現場で決めていいんじゃないかということです。

お上から現場に権限が移されるということで、先生方にとっても患者にとっても非常に聞こえがよく、麗しく聞こえるわけですが、例えはその結果、有害な副作用が出て患者が重篤な事態に陥ったりした場合、誰が責任をとるのかということになるわけですね。

これはやはり、先ほどの「小さな政府」論と関係してきますが、規制というものに対する考え方の違いが背景にあると思うのです。横倉会長が冒頭の講演でおっしゃいましたけれども、この根底には、日本が事前規制型の社会を維持していくのか、事後調整型の社会に変革していくのかという大きなイデオロギー的葛藤があるわけですね。

現在、日本はさまざまな規制によって、国民が守られている部分があると思うんです。規制というのは、さまざまな社会的な紛争が起きる前に、一部の不心得な業者や能力的に劣った業者が消費者に不利益を与える前にその芽を摘み取る側面があります。それについては、私は合理的必然性があると考えております。

ところが、「小さな政府」というイデオロギーで捉える人たちは、その規制そのものを撤廃すべきで、自由な経済活動に委ねて消費者が——医療の場合は患者が——何か不利益を被った場合には事後的に解決、調整すればいいと考えるわけです。どうやって解決するのかというと、司法的手段です。裁判で争つ



て解決すればいいのだという考え方なんですね。

ですから小泉政権時代に司法制度改革が行われたわけですが、その提言を行ったのがオリックスの宮内義彦会長で、その報告書のタイトルがまさに「事前規制型社会から事後調整型社会へ」というものでした。行政の規制ではなく司法的な手段、裁判によって、世の中に紛争が起こった後で解決していくべきいいという発想が根底にあるわけですね。

では、こうした事後調整型の社会というものが本当に機能しているのかというと、アメリカでは、薬害で患者が訴えようと思っても、豊富な資金力で巨大法律事務所をバックに付けた巨大製薬会社などを相手に訴訟で闘わなければいけない。弁護士費用も莫大ですから、なかなか一般庶民には長期の訴訟戦に耐える余裕はないわけです。要するに泣き寝入りするしかない。

アメリカでさえこうした状況なのに、司法というものに一般市民がまだ慣れていない日本で、いきなりこうした社会転換を持ち込んで果たしてうまくいくのか。むしろ生み出される混乱や災厄のほうが多いのではないかと考えております。

中川 ありがとうございます。

土居先生が先ほどのお話の中で、今の社会保障・税一体改革は小泉改革のそれとは違うんだとおっしゃったと思います。小泉改革の時には、社会保障給付費の国庫負担を2200億円削減することでプライマリバランスの黒字目標を達成しようとしました。

今後の日本の医療において、われわれが国民皆保険を守る3条件の一番目に挙げているのが「公的医療給付範囲をこれ以上縮小しない」です。これは公的医療保険制度を形骸化させないという意味で申し上げています。

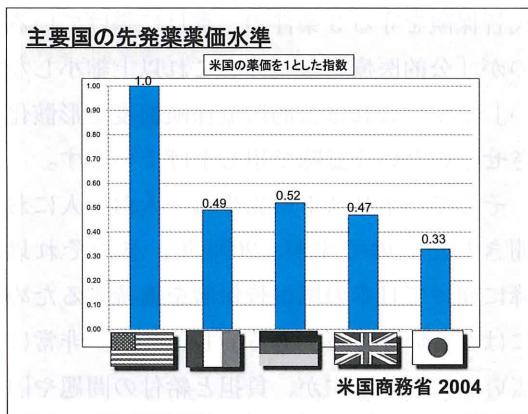
そこでパネリストの先生お一人お一人にお聞きしたいのですが、2025年、またそれ以降に向けて日本の国民皆保険を維持するためにはどういう方策があるでしょうか。非常に広い話になりますが、負担と給付の問題や国民皆保険そのものを維持できるかどうかを含めて、先生方にご意見を伺いたいと思います。関岡先生、よろしくお願いします。

薬価の補正加算率引き上げで 医薬品の貿易赤字額が急増

関岡 まず、負担と給付に分けて話をさせていただきますと、負担に関しては、やはり日本の医療費が少なすぎると思います。今年度は40兆円といつても、日本は世界に先駆けて高齢化が進んでいく国ですし、日本の医療費は絶対額から見ても対GDP比から見ても先進国中最も少ない中で、世界で最も高いパフォーマンスを上げています。これはひとえに現場の先生方や看護師さんたちの献身的努力によって支えられている。ある意味、精神論的なものに頼っている部分があると思うのですが、私は絶対このままではいけないと思うし、やはり財政的な裏付けというものが必要だと思います。

ですから医療費をもっと増やすべきだし、

図表 23



図表 25

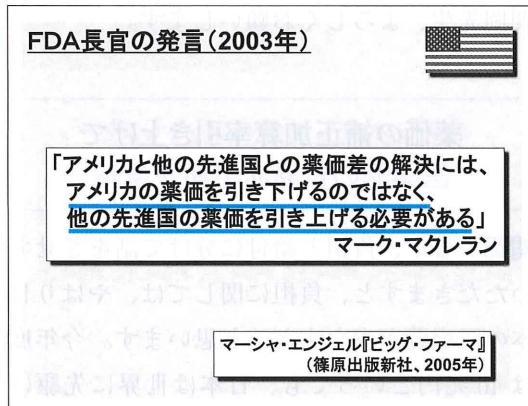
米国研究製薬工業協会(PhRMA)



「日本の薬価制度に関する意見書」(2005年)

メー
カニ希望価格を導入せよ。
補正加算率を引き上げよ。
外國平均価格調整を重視せよ。
薬価決定時に製薬企業の意見陳述を認めよ。
市場拡大再算定(強制引き下げ)を廃止せよ。
特許有効期間中は薬価を維持せよ。
etc...

図表 24



その財源については、私は土居先生に非常に近い立場です。法人税や所得税といった直接税は景気の変動の影響を受けますが、医療費は高齢化やイノベーションといった景気変動以外の要因によって増えますから、私はある程度、安定財源として消費税を重視していくかざるを得ないと思います。もちろん、逆進性に対するいろいろな配慮は必要です。戦前はむしろ間接税比率のほうが高く、戦後は間接税の逆進性が高いということで直間比率を調

図表 26

米国政府『年次改革要望書』

◆薬価算定時の補正加算率の引き上げ

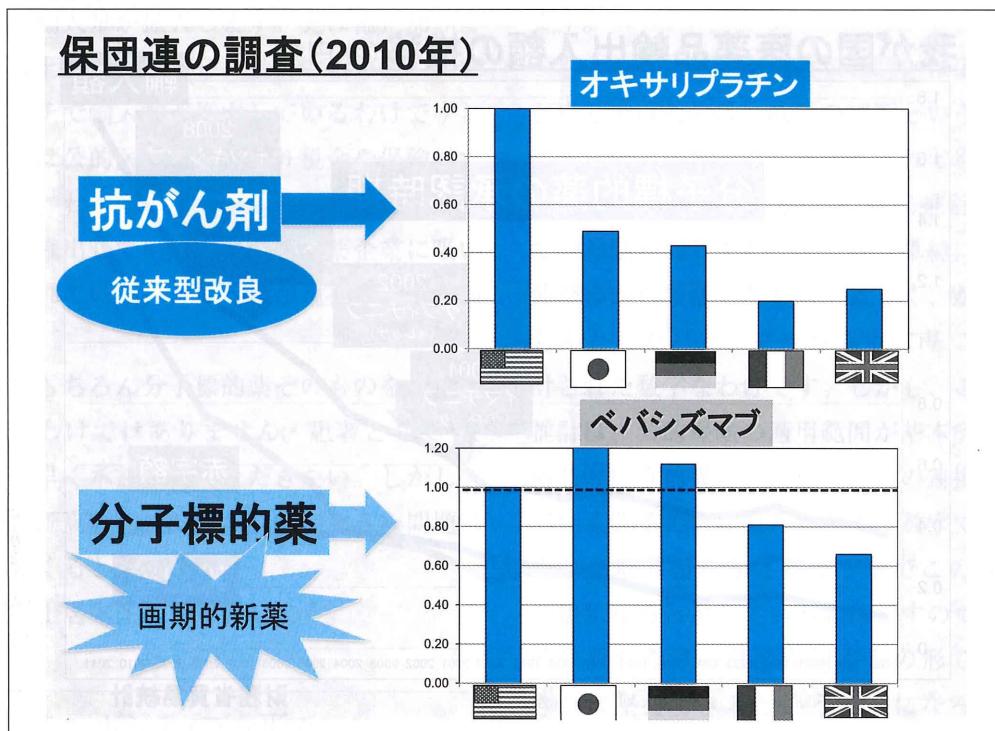
	2002年	2006年	2008年
画期性加算	40~100%	50~100%	70~120%
有用性加算(I)	15~ 30%	25~ 40%	35~ 60%
有用性加算(II)	5~ 10%	5~ 20%	5~ 30%

整し、直接税の比率を上げてきたわけですが、それは経済成長という背景があったから可能だったわけで、成熟期に入った日本としては、やはりある程度間接税を重視していくのが妥当だと考えております。

それから給付についてですが、今日、中村先生から医療費の見通しのお話を詳しくご説明いただき、大変勉強になりました。

それに関連して、前半の講演で私が触れられなかったところをちょっと補足させていた

図表■27



だと、高齢化要因以外に、医療のイノベーションという要因が非常に今、医療費の中で大きくなっていると思うんですね。

資料の図表23をご覧ください。これはアメリカの商務省が、主要国の薬価水準を国際比較したと称する資料です。2004年当時の主要国の先発薬薬価水準を見ますと、アメリカの新薬の薬価を1.0とした場合、EUがその半分ぐらいの水準で、日本が3分の1ぐらいです。

では、それにどう対応するのかというのが図表24です。「アメリカの薬価を引き下げるのではなく、他の先進国の薬価が低いのが問題であるから、それを引き上げる必要がある」という発言をFDAの長官がしているん

ですね。これは、医学雑誌『The New England Journal of Medicine』の編集長だったマーシャ・エンジェルさんが『ビッグ・ファーマ』という著書の中で引用している発言です。要するに、自由価格制度にした結果、薬価が青天井で高騰しているのを、自国が改革するのではなく他の先進国に改革させることで帳尻を合わせようという発想なんですね。

図表25は、PhRMAが日本政府に提出した薬価制度に対する意見書です。2行目の「補正加算率を引き上げよ」という要求は、現実に日本で実施されています。

図表26にあるように、2006年、2008年

もちろん、医療でそれをやれと言いたいわけではありませんが、医療機関ないしは医療法人、社会福祉法人のガバナンスがきちんと内部統制できていますよ、そういう仕組みにどんどん改めていっていますよというメッセージがもっと出てくると、医療界に株式会社を入れるか入れないかが決定的な問題ではないというような話にもなってくるのではないかでしょう。

私自身も学校法人という非営利法人に属している一人ですが、学校法人も規律ある経営ができているか問われているわけで、それを自ら証明してみせることで「別に株式会社に学校経営をさせなくてもいいじゃないですか」と言うことができる。それとまったく同じようなポジティブな形で、国民皆保険の深化が今後うまくできていってほしいと思います。以上です。

医療の進歩にどう対応していくかが 国民皆保険の今後の課題

中村 2025年に国民皆保険が維持できるか、維持するためにはどうすればよいかというご下問については、2025年の医療介護提供体制の姿が示されておりますので、私の立場からは、その方向を実現していただくことが一番大事ではないかということは申し上げます。また、土居先生の資料にもありましたように、2025年時点での保険料等の水準がどの程度になるかはもうお示ししてあるので、むしろ、こうした保険料を支払う患者さ

ん、利用者が医療機関から満足されるサービスを受けられるかどうかというのがポイントになると思います。高齢化の進展は、特に首都圏、大都市部でこれから激しいわけですが、そういった中でより良い医療・介護提供体制を地域で組んでいただけるかどうかが大きな課題ではないかと思っております。

それから2025年ではありませんが、もう一言だけ言わせていただくと、先ほどから話に出ていますように、医療技術は日進月歩ですし、イノベーションが進んで高価な薬も出てきている中で、2025年から2050年の医療の姿はどうなっているか。そう考えた時に、そういう医療の姿の中で皆保険を維持するという、私は中川先生のおっしゃっていることはその通りだと思っています。別に今の保険診療の範囲を狭めようという議論ではなく、どんどん医療が進歩する中で、皆保険はそれにどういう形で追い付いていかなくてはいけないのか。こここのところは中央官庁の人間も誰もわからないところだと思いますので、そういったところをむしろ医療界の先生方や国民の皆さんと対話しながら進めていく必要があるのではないかでしょうか。大きな課題だと思いますが、将来出てくる課題だと思いますので、日本医師会と厚生労働省、あと財務省か分かりませんが、つまり政府と医療関係者と国民の皆さんとが常に対話していかねばならない問題ではないかと思います。

中川 ありがとうございます。会長、お願いします。

2050年問題をも踏まえた 地域医療提供体制の構築を

横倉 本当に先生方、いろいろとありがとうございました。

2025年は一つのターゲットですが、実は今、2050年の問題も出てきています。2030年から50年にかけて、人口がほぼなくなる市が相当出てくる。それだけ人口の偏在が日本で起きてくるわけです。

私は、医療のないところにコミュニティはできない、コミュニティの中心には必ず医療が必要だ、という主張をしているのですが、2050年問題も踏まえた上で、その主張をしっかりと実現するように頑張っていかなければいけないと思います。そして、やはりそのためにはそれぞれの地域で必要とされる医療をしっかりと把握し、提供する体制をつくっていくことに尽きると思っています。

今日、先生方からは、医療費は低いからもと上げるべきだというお話があり、また一方では、国家財政を考えるときりぎりのところで何とか調整をしてほしいという意見もありました。その両方ともが真実だと思います。

その中でわれわれがどのような主張をし、実行していくかが、今から問われてくると思います。

中川 まだまだ議論をしていきたいのですが、司会の不手際で時間になってしましました。

本日の医療政策シンポジウムで、わが国が公的医療保険下の国民皆保険であるということがいかに素晴らしいかということを再認識できたのではないかと思います。この制度をさらに持続可能性の高い制度に成熟させるために、先頭になって取り組んでいく責務があると思いました。

それから、先ほど会長からも申し上げましたが、全国の医療提供体制の改革を国から押し付けられた政策で進めていくのではなく、各都道府県、さらには二次医療圏ごとに地域医療ビジョンをつくり、さらに地域包括ケアシステムの構築を自ら進めることによって成し遂げていくということも、ぜひ共通認識として持ちたいと思います。

以上をもちまして、平成25年度の医療政策シンポジウムを終了させていただきます。ご協力ありがとうございました。

(注) その後、3月27日に規制改革会議が「選択療養制度（仮称）」の創設を提言。

<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/committee2/140327/item1-1.pdf>

「選択療養（仮称）」とは、患者と医師の合意を前提に保険診療と保険外診療の併用を包括的に容認するもの。対象となる療法や薬剤は事前に限定されず、患者と医師の合意に委ねられる（但し、ネガティブリストを導入すべきという議論もある）。保険外で使用される療法や薬剤の将来の保険取扱については、その可能性は閉ざされていないものの、制度の前提とはされていない。

更に4月16日、安倍総理は首相官邸で開いた経済財政諮問会議と産業競争力会議の合同会議で、保険診療と保険外診療を併用する「混合診療」の大幅な拡大を検討するよう関係閣僚に指示した。

(4月17日、日本経済新聞「混合診療拡充を指示 首相、成長戦略の柱に」)