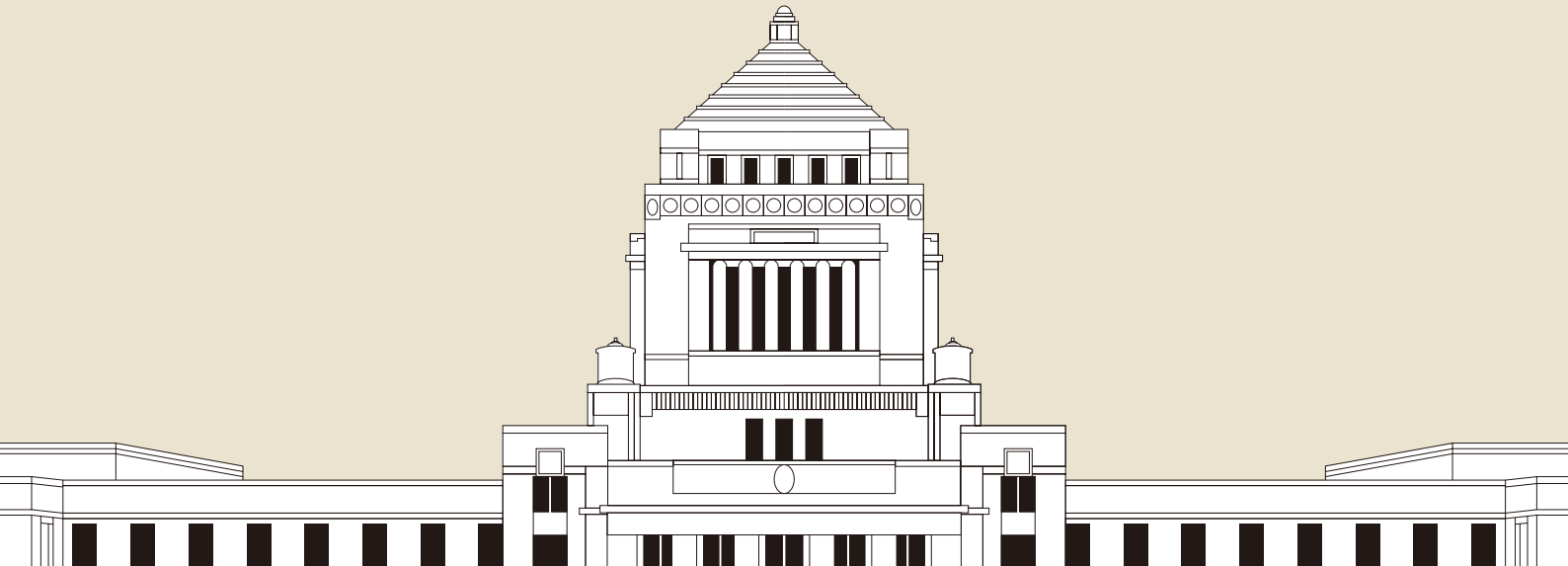
マニフェストで
問うべき
3つの重要課題

論点2009
医療政策

国民のための医療を実現する民間会議
医療政策国民フォーラム



What's
Health Policy Forum

医療政策国民フォーラムとは

このフォーラムは、近く行われる解散・総選挙を前に、「国民が創る、新しい医療」を掲げてスタートした民間会議です。医療提供者、政策立案者、市民・患者、ジャーナリストなど医療にかかわる多方面で活躍する委員約30名からなる政策委員会を組織し、世論調査やタウンミーティング、シンポジウムなどを通じて広く集めた声も踏まえて、委員が検討、立場や党派を超えて政策の選択肢を提示するとともに、開かれた議論により医療のあり方についての国民的議論を深めていくことをめざしています。

http://www.healthpolicy-institute.org/ja/kokuminforum/

医療再生で、日本を元気にするための

医療政策
3つの重要課題

Health Policy
Three key Agendas

1

安定財源を確保し、
急性期医療に集中投資する

2

自律的な
専門医制度を確立し、
医療の質と安全性を
向上させる

3

政策決定プロセスを
透明化し、
広く国民の声を
反映する
仕組みを制度化する

1

安定財源を確保し、急性期医療に集中投資する

医療現場は、医師、看護師を中心に深刻な人員不足に直面している。まずは、急性期医療への集中的な資源投入を通じて、医療現場の希望と元気を取り戻す。この際、単に医療費や医師数を一律に増やすのではなく、人員、資源が特に不足している診療科、地域に重点的に投資し、医療機関の拠点化、集中化など医療システムの根本課題を解決するための改革にも同時に取り組み、国民の信頼を取り戻す。そのためには安定財源の確保が欠かせない。予算配分の大幅な見直しや税、保険料の引き上げなど、現在の国民が助け合って負担するための改革を行う。これ以上、私たちの医療費のつけを将来世代に負わせることは許されない。

【重要論点[*1]】

総医療費の水準
対GDP（国内総生産）比でどの程度にしていくべきか?

公的医療費の規模と財源調達方法
どのように財源を確保するか?予算配分の見直し、
消費税その他の税、保険料、自己負担等の内訳はどのようにするか?

医療費の配分・重点投入分野
救急医療体制・周産期医療を含む病院医療に対して、
人や予算などの資源をどのようにして速やかにかつ重点的に配分していくか?

効率化
病院機能の拠点化・集約化、病床数の適正化、
レセプトオンライン化等の医療のIT化等をどのように進めていくか?

医療保険制度や世代間負担のあり方
後期高齢者医療制度の見直し問題を含め、
保険制度を持続的に安定させるために、そのあり方をどのようにしていくか?

2

自律的な専門医制度を確立し、医療の

質の高い医療を提供するためには、医師の高い専門性と技量が統一の基準に基づいて客観的に保証され、それが患者や国民に見える形で提示されていなければならない。専門医制度を整備し、医療の質に関する情報を開示する仕組みを整えるなど、まずは医師ら医療従事者自らが、改革に向けて行動を起こす。また、国民の視点に立った適切な医療のグランドデザインを描き、医療従事者の業務分担を見直し、新職種を創設するなどして医師不足を補う。政府は医療者と連携し、法改正や報酬設定を通じてこうした取り組みを支援する。

3

政策決定プロセスを透明化し、広く国民の声を反映する仕組みを制度化する

大多数の国民はわが国の医療政策決定プロセスの閉鎖性に極めて強い不満を持ち、政策に国民の声が反映されていないと感じている[*2]。また、医療に関する基本的な統計情報が整備されておらず、客観的データに基づいた政策の評価や決定ができていない。こうした状況は、国民の政治・行政に対する信頼を損ね、政府の政策立案・実行能力を低下させ、国民に負担や痛みを強いる改革の遂行を困難にしている。医療の質を高めるのに必要な抜本改革を進めるためには、国民への必要な情報の公開と政策プロセスの改革が不可欠である。

【重要論点[*1]】

医療政策決定プロセス

省庁を超えて指導力・実行力を発揮できる政策プロセスをどのように確立するか?
（例：患者、医療従事者、産業界、有識者、関係閣僚などで構成する
総理直轄の医療改革会議の設置など）

審議会・検討会のあり方

市民・患者の政策決定への参画や、国民の声が反映される仕組みをどのように制度化するか?
例えば、中医協を含む全ての審議会・検討会等のあり方をどうするか?

政策評価

政策の事前シミュレーションや事後評価をどのように徹底するか?
（例：政策事業費の予算の一定割合を政策評価に使うよう制度化するなど）

医療統計の整備

医療・介護の質、需要やコストなどに関する体系的な統計情報をどのように整備するか?
年金・医療・介護の情報を一元的に集約・管理するための制度をどのように導入するか?
（例：社会保障番号・カードなど）

医療に関する基本法

医療の基本理念やあるべき姿、患者の権利や責務などを規定する
「医療基本法」の制定について、どう考えるか?

質と安全性を向上させる

【重要論点[*1]】

専門医制度のあり方や制度設計

医療の質を担保する専門医を各専門領域で育成・認定する専門医制度をどのようにして整備するか?
診療科・診療圏ごとの専門医の配置等を含めた医療のグランドデザインをどのように設計するか?
総合的な臨床能力を持ち、プライマリケアを担当する「家庭医」ないし「総合医」を専門分野として確立することをどのように進めるか?

医療従事者の業務分担

喫緊の課題である医師不足対策の一環として、医療従事者間の業務分担の見直しや、
医師の業務を補助するような職種の新設をどのように進めるか?

医療の質の可視化

医療・介護の質の測定や評価を可能にするため、医療提供者ごとの医療の質を客観的に評価する基準を整備し、
公開する仕組みをどのようにつくるか?（例：レセプト情報、DPCデータ、その他の臨床指標などに基づく医療の質の評価の制度化）
医療事故情報をもれなく蓄積・分析し、事故の再発防止に活かす制度をどのように作るか?

医療の安全性の向上

医療事故について、真相を究明するための制度をどのように考えるか?
（例：中立的・専門的な事故調査委員会の設置など）

＊1　各論点中の質問項目や具体的施策の例は、検討の過程で挙げられたものですが、必ずしも全ての委員が同意したものではありません。
＊2　日本医療政策機構が2006年～2009年まで毎年行っている『日本の医療に関する世論調査』では、4年連続して8割近くの回答者が「制度決定プロセスの公正さ」「制度決定への市民参加の度合い」に不満と回答している。

私たちの役割

各政党に提言すると同時に、私たち自身も果たすべき役割を自覚し、
よりよい日本の医療を創るために主体的に取り組みます*。

医療提供者

●医療の現場がいかに大変か、患者さんに理解していただく努力。**負担増に対する理解をいただく努力。**

伊藤雅治／全国社会保険協会連合会理事長

●"**プロフェッショナル・オートノミー**(Professional Autonomy、職業的自律)"の確立。医師は国民にリスペクト(尊敬)される存在でなければいけない。そのためには、**組織自浄能力の確立**が必須である。

落合慈之／NTT東日本関東病院院長

●**家庭医を養成する。**臨床研修教育の充実。

河北博文／河北総合病院理事長

●スキルアップは医療従事者の当然の責務。数年に1度の国家免許の更新制を導入し、**自らの知識、技術の更新および国民への証明**をすべき。

齋藤訓子／日本看護協会常任理事

●自己の職務に埋没し現状を諦めていては、医療が崩壊してしまう。医療のグローバルスタンダードに遅れないように、正しい情報を渉猟し、自己改革に努める。さらに医療現場から情報発信し、**医療崩壊の深層を正しく伝える努力**こそが医療崩壊阻止の必要最低条件。

本田宏／済生会栗橋病院副院長

●医療の質の向上、安全確保の仕組みを**「見える化」**すること、人材育成と資格評価の仕組み、医療について国への説明責任の仕組み。

山本修三／日本病院会会長

＊各委員が考える「それぞれの責務」のうちの一部を抜粋したものです。
詳細は冊子後半の各委員のページをご参照ください

市民・患者

●自らの診療情報や、自らが支払った医療費などの**情報に積極的にアクセス**すべき。そして、それがスムーズになされない場合には、積極的に行政等に問題提起していくべき。

勝村久司／厚生労働省中央社会保険医療協議会委員

●医療政策立案への患者・市民の参加、医療は全ての人の問題であるという認識、**医療を守り、育てる**意識を持つ。

長谷川三枝子／日本リウマチ友の会会長

●それぞれの地域における医療の実情を知り、**コンビニ受診の抑制や、安易な救急車の利用抑制**など、市民が負うべき責任を果たす。

藤本晴枝／地域医療を育てる会理事長

●医療における主体者として権利と役割を自覚し、**医療者と協力関係づくり**をする努力。医療行為が適正に効果をあげるよう、医療内容を知る努力。医療政策・制度について改善のために関心を持ち発言する。自らの健康づくりについて、日々努力する。

宮脇正和／医療過誤原告の会会長

ジャーナリスト

●**時々の注目を集める事件と中長期的・構造的な問題の違いを見極め**、科学的根拠、新規技術等の費用効果、病気づくりに厳しい批判の目を大切にした報道をめざす。

秋元秀俊 編集ジャーナリスト

●**虫の目、鳥の目、歴史の目**：現場を知る／現場から答えを見つける。国際的な視野を持ち、失敗例、成功例から学ぶ。歴史的な視点を持つ。

大熊由紀子／国際医療福祉大学大学院教授

●**専門家と市民の間の橋渡し**をするのが、ジャーナリストの役目である。政治家や当局の尻馬に乗ることは厳に慎まねばならない。

大野善三／日本医学ジャーナリスト協会会長

保険者・産業界

●**将来の医療費を効率化する研究**などを促進させるための財源を捻出すること。

多田宏／国民健康保険中央会理事長

●レセプトのチェック機能は低下させず、効率化を図るべきである。**組合員や従業員の健康、疾病予防**への取り組みと、そのための意識向上策を講じるべき。

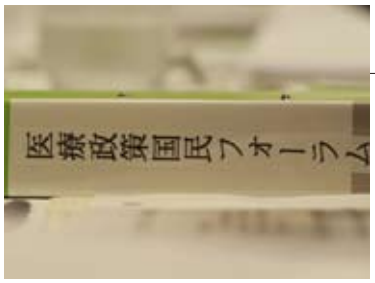
長谷川閑史／日本経済団体連合会評議員会副議長

医療政策
国民フォーラムとは

医療政策国民フォーラムは、民間非営利の超党派シンクタンクである
日本医療政策機構が運営する、
医療政策の検討や提言を行う民間会議です。

目的

- 党派や立場を超え、政局に左右されず、あるべき医療政策を形成する前提となる現状認識や選択肢を提示する
- 国民はじめ、あらゆる関係者がそれぞれの責務を認識し、自ら主体的に参画して医療政策を検討するプロセスを創造する
- 当面の目標として、2009年に実施される衆議院議員総選挙において各政党が国民に問うべき医療政策の重要論点と政策の選択肢を提示する



設立の背景

医療は国民がもっとも関心を持つ分野のひとつです。
また、産科・救急医療や医師不足などさまざまな課題が山積し、その対策は待ったなしの状況にある一方で、医療のあるべき姿や医療制度の選択肢、そして負担と給付に関する国民的議論は進んでいません。
政権選択選挙となる次期総選挙を前に、いままさに、あるべき医療政策について国民的議論を巻き起こし、わが国の医療政策に対するビジョンや選択肢を提示するときがきています。
このような中、日本医療政策機構では、党派や立場を超えたあらゆるステークホルダーが結集し、健全な議論「Healthy Debate」を展開する新たな医療政策検討のプロセスを創造することといたしました。

主な活動内容(例)

- 総選挙に向けて各党がマニフェスト(政権公約)に盛り込むべき医療政策の重要課題を提示する
- シンポジウムや勉強会などにより開かれた議論の場を提供する
- タウンミーティングやアンケート調査等により広く国民の声を集約する
- 医療を取り巻くステークホルダーが果たすべき役割と責務を提示する
- 新政権が取り組むべき医療政策を提言する

「マニフェスト・プロジェクト」委員

秋元 秀俊	編集ジャーナリスト／秋編集事務所代表取締役
井伊 雅子	一橋大学国際・公共政策大学院教授
伊藤 雅治	全国社会保険協会連合会理事長
岩瀬 大輔	ライフネット生命保険代表取締役副社長
海辺 陽子	癌と共に生きる会副会長
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
大野 善三	日本医学ジャーナリスト協会会長
大平 勝美	はばたき福祉事業団理事長
落合 慈之	NTT東日本関東病院院長
勝村 久司	厚生労働省中央社会保険医療協議会委員
神谷 惠子	神谷法律事務所弁護士
河北 博文	河北総合病院理事長
川渕 孝一	東京医科歯科大学大学院教授
齋藤 訓子	日本看護協会常任理事
清水 康之	自殺対策支援センターライフリンク代表
田中 滋	慶應義塾大学大学院教授
鳥集 徹	ジャーナリスト
中田 力	新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター長／カリフォルニア大学教授
西村 周三	京都大学副学長
長谷川 三枝子	日本リウマチ友の会会長
長谷川 閑史	日本経済団体連合会議員会副議長
広井 良典	千葉大学教授
藤本 晴枝	地域医療を育てる会理事長
本田 宏	済生会栗橋病院副院長
丸木 一成	国際医療福祉大学教授／院医療福祉学部長
三田村 真	日本造血細胞移植学会評議員
宮脇 正和	医療過誤原告の会会長
村上 正泰	評論家
柳原 三佳	ジャーナリスト／ノンフィクション作家
山本 修三	日本病院会会長
和田 努	医療ジャーナリスト
多田 宏	国民健康保険中央会理事長　（オブサーバー参加）

顧問

奥田 碩	トヨタ自動車株式会社相談役
金澤 一郎	日本学術会議会長
田原 総一朗	ジャーナリスト

運営メンバー

小野崎 耕平	日本医療政策機構事務局長補佐／当フォーラム・プログラムディレクター
坂野 嘉郎	日本医療政策機構医療政策担当マネージャー

医療政策国民フォーラム 事務局

特定非営利活動法人 日本医療政策機構内
〒100-0014東京都千代田区永田町1-11-28
Tel：03-5511-8521（代）　Fax：03-5511-8523
E-mail：info@healthpolicy-institute.org　Web：www.healthpolicy-institute.org/

各委員の提言：「マニフェストに盛り込むべき重要課題」と「それぞれの責務」

目次

落合 慈之（NTT東日本関東病院 院長）・・・・・「自分の国の医療を守り育てるのは国民一人一人。」

河北 博文（河北総合病院 理事長）・・・・・・・・・「恐れずに消費税の議論を」

齋藤 訓子（日本看護協会 常任理事）・・・・・・・「医療の財源確保と病院への重点配分、女性が働きつづけられる仕組みづくりを」

中田 力（カリフォルニア大 教授）・・・・・・・・・・・「学術会議『桐野要望』の実現を」

本田　宏（済生会栗橋病院 副院長）・・・・・・・・「医療崩壊は日本崩壊の氷山の一角」

山本 修三（日本病院会 会長）・・・・・・・・・・・・・「医療の『見える化』を進めよう」

井伊 雅子（一橋大学 教授）・・・・・・・・・・・・・・・「政治主導の医療政策実現には、医療統計の整備を」

伊藤 雅治（全社連　理事長）・・・・・・・・・・・・・・・「医療費の総額抑制策を転換する」

川渕 孝一（東京医科歯科大学大学院教授）・「いったい医療にいくら払えばいいのか！求められる『見える化』」

田中 滋（慶應義塾大学大学院 教授）・・・・・・・「急性期医療は社会的共通資本。地域包括ケアシステム構築戦略を」

西村 周三（京都大学 副学長）・・・・・・・・・・・・・「2015年の国民医療費の規模と、その財源を明らかに」

広井 良典（千葉大学 教授）・・・・・・・・・・・・・・・「医療費の配分見直しとケア的医療の充実で『医療福祉重点型の社会保障』を」

村上 正泰（評論家）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・「医療に対する資源投入増を、社会が共同して支え合う仕組みを構築せよ」

海辺 陽子（癌と共に生きる会 副会長）・・・・・・「医療はそれを必要とする人のためにある、ということを忘れないで」

大平 勝美（はばたき福祉事業団 理事長）・・・「医療を政策の大きな柱と位置づけ、財源確保を」

勝村 久司（厚労省中医協委員）・・・・・・・・・・・・「レセプト並み医療費明細書の全患者への無料発行を全医療機関に義務付け」

神谷 惠子（神谷法律事務所 弁護士）・・・・・・・「安全で質の高い医療を実現するための医療制度の整備」

清水 康之（ライフリンク 代表）・・・・・・・・・・・・・「自殺は社会構造的な問題である」

長谷川 三枝子（日本リウマチ友の会 会長）・・「『医療基本法』で医療政策決定プロセスに患者・市民の声を」

藤本 晴枝（地域医療を育てる会 理事長）・・・・「医療・くらしは、わたしたちが守る」

三田村 真（造血細胞移植学会 評議員）・・・・・「医療は、今の日本が抱える最大かつ喫緊の課題」

宮脇 正和（医療過誤原告の会 会長）・・・・・・・「信頼できる医療構築へ、真剣に向き合います」

秋元 秀俊（編集ジャーナリスト）・・・・・・・・・・・・「高齢社会が求めるケアの質を確保するヘルスケアのグランドデザインを示せ」

大熊 由紀子（国際医療福祉大学院教授）・・・・「高福祉高連帯への発想の転換を。医療福祉の充実こそが経済発展の基盤」

大野 善三（医学ジャーナリスト協会 会長）・・・・「国民皆保険堅持のための政策議論を」

鳥集 徹（ジャーナリスト）・・・・・・・・・・・・・・・・・・「政党であれ行政であれ、個人が責任をもって実行すること」

丸木 一成（国際医療福祉大学教授）・・・・・・・・「情報開示と真実説明で、患者と医療者の信頼関係構築を」

柳原 三佳（ジャーナリスト・作家）・・・・・・・・・・・「まずは医療者と市民が現状』を認識し合える環境作りを」

和田 努（医療ジャーナリスト）・・・・・・・・・・・・・・「医療は国民の生命と尊厳を守る『社会的共通資本』である」

岩瀬 大輔（ライフネット生命保険 副社長）・・・・「世代間の負担と受益のアンバランス解消を」

長谷川 閑史（経団連評議員会 副議長）・・・・・・「医療を産業の視点で捉え、高水準の日本の医療技術で貢献を」

※ここに記載されている内容は各委員個人の見解であり、委員が所属するいかなる組織・団体を代表するものでもありません。また、医療政策国民フォーラムや日本医療政策機構の見解を代表するものでもありません。

自分の国の医療を守り育てるのは国民一人一人。

落合 慈之　NTT東日本関東病院 院長

1944年生まれ。埼玉県出身。1971年東京大学医学部卒業。日本脳神経外科学会専門医。日本脳卒中学会専門医。東京大学講師、獨協医科大学助教授、JR東京総合病院脳神経外科部長、関東逓信病院脳神経外科部長を経て、2002年より現職。他に日本医療マネジメント学会理事、医療の質・安全学会評議員など。07年第7回日本医療マネジメント学会学術集会を主催。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 国民教育の充実

自国の医療制度、その正しい利用の仕方を、健康人も含め、自分の問題（自分や家族が死ぬときのことを含め）として考えられるような文化を育むべきである。そのためには幼少時からそのことについての教育が欠かせない。教育の担い手としては小学校教師と開業医(家庭医)が想定される。

2. 社会保障番号の導入

医療の無駄を省き、効率的な運用を考えるとき、国民総背番号制は必須の要件である。医療水準の維持・向上、劣悪医師の排除にも意味を持つ。個人情報の保護etcによる反論は大同の中の小異と言うべきである。

3. 医療財源の増額

消費税増による財源の確保はもはや避けて通れない。ただし、使い方について、全国一律でなく、地域の事情に応じた地域ごと、あるいは個人の事情に応じた個人ごとのの裁量が認められるべきである。

それぞれの責務

医療提供者	**Professional autonomyの確立** 医師は国民にrespectされる存在でなければいけない。そのためには、リピーターと呼ばれたり、金儲け主義と言われるような劣悪医師や、極めて狭い分野しか対応できない“専門家”を排除できる組織自浄能力の確立が必須である。
政治・行政	**脱朝令暮改** 国民皆保険という軛（全国一律の規制）からの脱却
市民・患者	**節約を胸に** 医療資源は無限ではない。自国の医療制度を守り育てるのも、破壊するのも結局は国民である。その利用に当たって、せめて自分だけは医療の無駄遣いはしないという覚悟が望まれる。
ジャーナリスト	**「最大多数の最大幸福」という視点で論を語るべき！** 新しい提案や施策を議論するときに、生活保護家庭とか一人暮らしの老人など、極端な弱者の例を取り上げてお涙頂戴式の揚げ足取りをするべきでない。それらについては別途にしかるべき施策を講じるべきなのであって、根幹部分については「最大多数の最大幸福」という原則で語るべし。
産業界・保険者	**国内にとどまらず市場を世界に求める視点を** 福祉施策と医療産業を日本のdriving forceの一つに。

恐れずに消費税の議論をすること

河北 博文　河北総合病院 理事長

1977年慶應義塾大学医学部卒業後、1983年シカゴ大学大学院ビジネススクール修了、1984年、慶應義塾大学医学部大学院博士課程修了（病理学）。1988年より医療法人財団河北総合病院理事長。社団法人日本病院会副会長、行政改革推進本部規制改革委員会委員、医療保険審議会委員、旧厚生省委員会委員などを歴任し、医療政策の推進に携わる。（財）日本医療機能評価機構専務理事、東京都病院協会会長。2006年渋沢栄一賞受賞。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 地域別、科別、業態別偏在を是正するため以下の5項目を実施する

① 医師養成数を20%増加する
② 臨床研修病院はこぞって初期、後期研修教育の水準を高める努力をする
③ 日本医学会を主体として後期臨床研修教育を含めて専門性教育とそれぞれの枠組みを確立する
④ 病院勤務医、特に臨床研修病院、地域中核病院などの勤務医の勤務環境を圧倒的に改善する　経済的、時間的にも環境改善が必要

【注釈】：医師は公務員ではないので、公が公務員的管理をするべきではない。そのためには、各臨床現場で自主的に改善できるよう診療報酬を大幅に引き上げる。原則として高度の2次、3次救急は医師の交代勤務制度を確立する。そのためには、医療機関の集中も必要である。勤務医が病院に定着すれば不必要な開業も減少し診療所にとっても無駄な競合が不要となる。

⑤ 診療所は家庭医機能の充実を図る

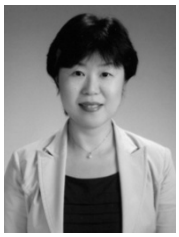
2. データに基づいた議論を行なう

①社会保障政策を一元管理できるよう税・社会保障番号の導入を行なう

それぞれの責務

医療提供者	• 家庭医を養成する • 臨床研修教育の充実
政治・行政	• 勤務医の勤務環境を格段に改善すること（病院・開業医双方にとって必要なこと） • 責任を持って消費税増税の議論をすること
市民・患者	• 自分の健康は自分の責任であるという意識をもつこと • 責任ある個人と機会の平等を保証する社会づくりが必要
ジャーナリスト	• 医療を一面的ではなく多面的に考えて欲しい
産業界・保険者	• 人を大切にすること

医療の財源確保と病院への重点配分、女性が働きつづけられる仕組みづくりを



齋藤 訓子　日本看護協会 常任理事

立教大学法学部卒、兵庫県立看護大学大学院看護研究科修士課程　修了
看護師として旭川医科大学医学部付属病院、順天堂大学医学部付属順天堂医院で勤務後、2001年4月、日本看護協会入職、2005年7月より政策企画部長、2009年6月より現職。保健医療福祉における日本看護協会の政策提言策定に従事。主な著書：保健・医療・福祉サービスの改善に寄与する団体の役割，看護組織論，（日本看護協会出版会）、診療報酬・介護報酬の手引き（日本看護協会出版会）など

マニフェストで問うべき重要課題

1. 医療・福祉への財源投入はどうすべきか

絶対的なマンパワー不足を要因とした現在の医療提供体制では、国民の望む安心で納得の医療は実現不可能。

2. 超高齢化社会における在宅療養の基盤整備

現在の急性期、慢性期、回復期といった医療の機能分化では不十分。独居の高齢者が増加してくるため、ひとりでも安心して暮らせるためには、長期的な在宅療養を支える仕組みや体の心配や不安にすぐにこたえられる仕組みが必要。住宅政策とリンクして、マンションに訪問看護ステーションの設置、地域の中に長期的な在宅療養を支えるための医療保険でのショートステイ等を考えるべき。

3. 医療の効果性・効率性を目指した役割分担

医療従事者間の専門性を尊重した役割分担は必要。特に専門看護師等、一定の高度な教育を受けた者の増員と有効な活用が必要。

それぞれの責務

医療提供者	• 従事者のスキルアップおよび国家免許の更新制 - 医療技術は日進月歩であり、また国民ニーズも多様化しているので、それに見合ったスキルアップは医療従事者の当然の責務。 - 数年に1度の国家免許の更新制を導入し、自らの知識・技術の更新および国民への証明をすべき。 • 離職しない職場づくり - 女性のライフステージに適応した職場環境づくりとしてワークシェアリング、短時間正規雇用の推進。
政治・行政	• 医療費抑制からの脱却と財源確保 • 行政の責任を明確にすべき
市民・患者	• 医療は公共サービスであるが、安くはないことの理解を深める • 積極的な健康管理で病院にかからない努力をする
ジャーナリスト	• 正確な報道をする
産業界・保険者	• 健康であることこそが産業発展の基盤という発想の転換が必要

学術会議 「桐野要望」の実現を

中田 力　新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター長/カリフォルニア大学教授

1976年東京大学医学部医学科卒業。78年渡米。カリフォルニア大学、スタンフォード大学にて臨床研修を受ける。92年カリフォルニア大学脳神経学教授に就任。96年帰国。新潟大学脳疾患解析センター長として「こころの科学的探究」を目指す文部科学省中核的研究拠点（COE）形成に取り組む。機能的磁気共鳴画像（ファンクショナルMRI）の世界的権威として国際的に知られており、新潟大学に横型および縦型の2台のヒト用磁気共鳴（MR）装置を有する世界で唯一の研究施設をつくった。著書に『脳の方程式　いちたすいち』(紀伊国屋書店)、『脳の方程式　ぷらすあるふぁ』（紀伊国屋書店）など。日本学術会議会員。

マニフェストで問うべき重要課題

日本学術会議は、医療に関係する諸団体の個別の立場を超えた学術的で中立的な見地から、医療崩壊という絶対に避けるべき緊急事態を回避するために、政府に対して、省庁の枠を超えた強力な「医療改革委員会」（仮称）を設置し、下記の三項目を審議することを強く要望した（桐野要望）。この要望の実現を強く求める。

1. 医療費抑制政策の転換

わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策を速やかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすること。

2. 病院医療の抜本的な改革

特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討を速やかに開始し、3年以内に実施すること。

3. 専門医制度認証委員会の設置

専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」（仮称）の設置を速やかに実現し、10 年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。

医療崩壊は日本崩壊の氷山の一角

本田　宏　済生会栗橋病院　副院長

1954年福島県生まれ。弘前大学医学部卒業後、東京女子医科大学第3外科にて腎移植、肝移植の研究に携わる。89年から済生会栗橋病院へ。現在、同病院副院長。また、現場で働く者の立場で国民のための医療を考える「NPO法人医療制度研究会」の副理事長を務めながら、日本の医療の現状を憂い、幅広く執筆活動や講演を行っている。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 医療費総額

日本の高齢化と経済力に見合って医療費総額を増加させる。この際、各政党は、「医療費総額を対GDP費〇〇%まで増やし、それにより、雇用を〇〇人増加させる」などと具体的な数値目標を設定すべきである。

2. 医療従事者の増員

病院における、医師、看護師、フィジシャン・アシスタント（PA）、医療秘書などの医療従事者の増員

3. 医療職の業務分担の見直し

当面の医師不足を打開するためにも、たとえば医師そのものの増員に加え、医師を支えるスタッフの拡充も不可欠である。たとえば医療秘書、専門ナース、PA制度導入などを行う。

それぞれの責務

医療提供者	自己の職務に埋没し現状を諦めていては、医療が崩壊してしまう。医療のグローバルスタンダートに遅れないように、正しい情報を渉猟し、自己改革に努める。さらに医療現場から情報発信し、一般国民、メディア、経済界、行政、政治家に医療崩壊の深層を正しく伝える努力ことが医療崩壊阻止の必要最低条件。
政治・行政	医療崩壊を解決するヒントは現場にある。いつまでも現場を無視した机上の空論で医療費や医療のあり方をコントロールしていただけでは医療崩壊は加速するばかり。地方分権の重要性と同様、21世紀の医療のあり方について、現場の医療者に責任と権限を与えるべきだ。
市民・患者	日本の医療崩壊の根底にある、先進国中最低の医療費と逆に高い国民自己負担率、さらに先進国最少の医師や看護師数があることを認識する。日本はすでに世界一の高齢化社会、今後世界未曾有の超高齢化社会を目前に控えている。医療は命の安全保障、税金の使い方の優先順位を決める責任と義務は国民にある。今のままでは医療へのアクセスはおろか、医療安全の確保も困難だ。
ジャーナリスト	記者クラブ発表から脱却し、足で稼いで現場の問題点を丹念に伝えてほしい。今のままの低医療費と医療スタッフ不足（日本の病院は医師・看護師だけでなく医療秘書や他職種まで絶対的に不足）では、医療崩壊が加速するばかり。医療崩壊は日本崩壊の氷山の一角、ピンチをチャンスに変える建設的報道を期待したい。
産業界・保険者	産業（経済）発展と医療・福祉・教育は車の両輪として現在の民主主義・資本主義社会を支えている、という事実を思い出してほしい。経済のみ発展しても国民が不幸なままでは、永続的な経済発展はありえない。経済の語源は「経世済民、経国済民」のはず、国民が不幸なままの国家を放置すれば、その国は没落するか戦争に突入するのが歴史的教訓である。

医療の「見える化」を進めよう

山本 修三　日本病院会 会長

1959年慶應義塾大学医学部卒業、64年同大学大学院医学研究科修了。同年、慶應義塾大学医学部外科学教室入局。67年から米国シンテックスリサーチセンター研究員。73年より済生会神奈川県病院外科医長、同院院長・名誉院長を歴任し、2004年より社団法人日本病院会会長。国際病院連盟理事、アジア病院連盟理事、慶應義塾大学医学部客員教授、慶應義塾大学評議員等を兼職。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 医療財源のあり方および国民の負担と給付について明確に政策を示し、その是非を問うべき

・保険料：保険組合の再編　たとえば道州制
・税金：医療介護目的税の創設（給付還元型消費税）
・個人負担（含む民間医療保険のあり方）
・社会貢献制度の推進（寄付行為など）
・診療報酬制度を改革：基本的な見直し（改定の時期、現出来高制からの脱却）
・医学・医療研究費の確保（経済効果と明日の医療への投資）

2. 医療の質と安全の確保のために、医学教育、研修医制度、専門医制度の整備をすべき

・医学教育・研修医制度・専門医制度(ACGME・JCAHOを作る）
・地域医療再生（地域医療ニーズに基づく医師等の適正配置）
　→地域医療再生モデル事業、医療機能集中と分化、連携
・医師の雇用・労働のあり方、効果的なチーム医療

3. 医療を専門的に検討する医療政策改革会議を内閣府に設置すべき

4. その他

・医療統計の見直し（退院サマリー（病歴）からの統計に）
・プラットフォームと電子カルテ、診療インディケーターと管理会計システム
・世界の高齢化社会への先導
・自立的に現場の状況、現場の機能がよくなってゆく環境を作る

それぞれの責務

医療提供者	• 医療の質の向上、安全確保の仕組みを見える化すること - 人材育成と資格評価の仕組み - 医療について国への説明責任の仕組み
政治・行政	• 医療現場の機能を重視した規制の見直し • 医療政策の決定・評価に必要な医療統計の構築 • 医療現場の声を反映する医療改革会議の設置
市民・患者	• 国民皆保険下における自分達の負担と給付のあり方を考える
ジャーナリスト	• 政治行政・国民・医療提供側の間にあって、適切な情報の提供
産業界・保険者	• 健康保険組合の再編・統合 • 保険者と被保険者の関係見直し • 経済界は医療へ社会貢献活動を

政治主導の医療政策実現には、医療統計の整備を

井伊 雅子　一橋大学国際・公共政策大学院 教授

1986年国際基督教大学教養学部卒業後、93年ウィスコンシン州立大学マディソン校経済学部博士課程修了、博士号取得 (Ph.D. in Economics)。90年米国ワシントンDC世界銀行調査局研究員、95年横浜国立大学経済学部助教授、2004年一橋大学大学院国際企業戦略研究科教授を務め、05年4月より現職。著書に『医療サービス需要の経済分析』（日本経済新聞社、02年）、編著書に『アジアの医療保障制度』（東大出版会、09年3月）、論文に「期待される医療統計のあり方」（『病院』09年2月号）。

マニフェストで問うべき重要課題

1.地方自治体が責任を持って医療提供体制の整備を担うための地方財政制度改革

地方自治体は、特に医療や福祉の分野において大きな役割を担っており、地域住民の声に応え、政策を機動的に展開する必要に迫られている。しかし、現状では、地方自治体に対し、権限と財源の両面において有形無形の縛りがかけられており、特に医療提供体制の整備については、地方自治体と国が責任の押し付け合いをするという構図が出来てしまっている。その大きな理由の一つが地方財政制度であり、「地方の一般財源を構成する一般補助金の中で国が義務付けた支出の裏負担を地方交付税で手当てする」といった手法が濫用されているが、これには3つの問題点がある。

(1)地方の一般財源の使途が、国により実質的に制限されている。
(2)財政支出・政策実施に関する国と地方の責任の所在が不明確になっている。
(3)財政移転の制度（交付金・交付税）と機能（財源保障と財政調整）が一致していない。

そのため、国が地方自治体に実施を実質的に義務付けている政策については交付金として国が財源を保障する責任（国民に対する説明責任）を明確化するとともに、地方交付税については地方自治体が裁量的に支出できる一般財源として地方自治体の住民に対する説明責任を明確化する必要がある。

2.適切な医療政策を立案するための統計・推計データの整備

本来、適切な医療政策とは、きちんとした実態把握に基づいたものであることが重要であるが、これまでの医療政策は、誰もが納得できる明確な根拠に基づいて立案・実施されてきたとは言い難く、実質的には、関係者から政治・行政への個別の要望を密室で処理し、それに理屈を後付けするというものであった。例えば、厚労省が発表する国民医療費は、その範囲を傷病の治療費に限っているため、実質的に公的保険がカバーしている医療費のみを推計したものであり、正常な妊娠や分娩等に要する費用、健康診断・予防接種等に要する費用、固定した身体障害のための義眼や義肢等の費用、入院時室料差額分の患者負担、歯科差額分等の費用は計上していない。これでは、厚生労働省の所管範囲の説明としては十分かもしれないが、国民が利用する医療の状況をきちんと把握するためには極めて不十分である。正常な妊娠や分娩に要する費用が高ければ少子化にもつながりうるし、健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種は、国民にとっては極めて関心が高い分野であろう。このような現状を打開するためには、行政が責任を持って統計調査を実施し、情報を公開することが重要であるが、これは政治による強いリーダーシップの発揮なくしては進まない。具体的には、保険外の医療費を推計したり、自治体病院の資本コストや一般会計からの繰入なども含めた日本の「本当の」医療費の総額を推計したりすることにより、日本の医療制度の何が問題なのかを誰もが納得できる形で把握することである。もし官僚主導でなく政治主導ということを真剣に考えるのであれば、医療政策に関する議論の前提を構築するという観点から、これは党派を超えて実現すべき重要な課題である。

3.医療分野において放置されている「不適切な市場原理主義」に対する規制

日本の医療分野においては、複雑な規制と制度が現場を縛っているというイメージがある一方で、規制改革の動きに対する場当たり的な対応により、「自由標ぼう制」が過当競争や患者の混乱を招いたり、「不適切な診療報酬の設定」が医療機関に高額な医療機器を導入する過度なインセンティブを与えそれが医療費の増大を助長したりするなど、「不適切な市場原理主義」によるアンバランスがあちこちで生じている。そのため、安心・安全のために規制をかけるべき領域と、効率性や創意工夫のために自由にすべき領域を明確に区別することが重要である。

それぞれの責務

医療提供者	患者と正面から向き合い、納得性の高い医療を提供すること。 医療現場で生じている問題を、率直に世間に公表すること。
政治・行政	特定の利益団体の意向に左右されないこと。 医療提供者や患者の声を、よく聞くこと。
市民・患者	医療提供者は「病気を治すためのパートナー」だと理解すること。
ジャーナリスト	完全に中立な立場での報道はありえないことを肝に銘じ、自らがどのような立場からどのような根拠に基づいて「報じる」のかを明確にすること。
産業界・保険者	国民生活・福祉の向上こそが、産業界・保険者の使命であり、医療やそのための負担は、その本来的な使命のために必要であることを理解すること。

医療費の総額抑制策を転換する

伊藤 雅治　全国社会保険協会連合会 理事長

1968年新潟大学医学部卒。新潟県庁勤務を経て、71年厚生省入省。大臣官房審議官（科学技術・児童家庭担当）、保健医療局長、健康政策局長、医政局長を経て2001年退官。医政局長として第4次医療法改正、卒後臨床研修必修化の制度改正等を担当。現在全国社会保険協会連合会理事長、社会保険健康事業財団理事長、骨髄移植推進財団副理事長、日本医療機能評価機構副理事長を兼務。

マニフェストで問うべき重要課題

1.わが国の医療の危機的な状況を打破するため、医療費の総額抑制策を転換し、医療の将来のあり方と負担と給付の関係について選択肢を示して、国民に問うこと。社会保険国民会議の報告をベースにしたものが参考になる。消費税か保険料か。負担増に蓋をしたままでは出口がない。

2.医師の地域的な偏在、診療科間の偏在を是正する仕組みの導入を検討する。医師不足の解消には医科大学の養成数の増加のみでは効果が期待できない。医療を公共財と捕えて、現在医師個人の自由選択に任せている診療科の選択、働く場所の選択について、診療科及び診療圏ごとに定数枠を設定する仕組みを導入する。併せて、臓器別の専門医のみではなく、総合医の養成に取り組む。

3.医療政策の決定プロセスへ患者・市民参加の仕組みを作る。国の医療政策、都道府県の医療計画及び公的病院の運営に患者・市民の声を反映させる仕組みづくりを法定化する。このことを柱として医療基本法を制定する。

それぞれの責務

医療提供者	医療の現場がいかに大変か、患者さんに理解していただく努力 負担増に対する理解をいただく努力
政治・行政	医療政策の基本方向を明確にすること
市民・患者	成熟した患者・市民となり、政策決定プロセスに参加する
ジャーナリスト	日本の医療の基本問題を明確にする報道と解説
産業界・保険者	保険料、税負担の増加に対する理解

いったい医療にいくら払えばいいのか！求められる「見える化」

川渕 孝一　東京医科歯科大学 教授

1983年一橋大学商学部商学科卒業。87年シカゴ大学経営大学院修了。民間企業、厚生省国立医療・病院管理研究所（現国立保健医療科学院）、国立社会保障・人口問題研究所などを経て98年日本福祉大学経済学部教授。2000年より東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療経済学分野教授。日本医療・病院管理学会評議員・監事、日本クリニカルパス学会理事ほか。著書『医療再生は可能か』(ちくま新書2008年)など多数。

マニフェストで問うべき重要課題

1.医師不足・医療崩壊を解決するための具体的施策

2.その具体的施策を実現するために必要な医療費の規模

3.その財源

それぞれの責務

医療提供者	• 「良質かつ効率的な医療」システムとは何かを定義する • 「医療の質の向上と効率化」の同時達成
政治・行政	「良質かつ効率的な医療」システムを実現するために必要な医療費の算出とその財源確保
市民・患者	一定の費用（コスト）負担と賢明な受診行動
ジャーナリスト	一定の事実データに基づく、客観的かつ中立的な報道
産業界・保険者	【産業界】医療界が責務とする「医療の質の向上と効率化」の同時達成を実現するためのサポート。 【保険者】市民・患者が責務とする「医療の費用負担と賢明な受診行動」を実現するためのサポート。

急性期医療は社会的共通資本です。その維持発展に加え、生活圏域ごとにそれぞれの地域包括ケアシステム構築戦略を図らなくてはなりません。

田中 滋　慶應義塾大学大学院 教授

慶應義塾大学商学部卒、同商学研究科修士課程、博士課程、およびノースウエスタン大MBA 課程修了。専門は経済学を基礎とする医療政策、高齢者ケア政策。日本ヘルスサポート学会理事長、日本介護経営学会会長、医療経済学会理事、日本ケアマネジメント学会理事を兼務。最近の主著に、『MBA の医療・介護経営』共編著（医学書院）、“ケア産業論”『ケアを実践する仕掛け』所収（ 岩波書店）、『医療経済学の基礎理論と論点』共編著（勁草書房）、『保健・医療提供体制』共編著(勁草書房)、『医療制度改革の国際比較』共編（勁草書房）ほか多数。

マニフェストで問うべき重要課題

1.社会保障財源政策としての社会保険料水準

2.社会保障財源政策としての消費税（およびタバコ税などの各種税）水準

3.医療にかかわる国・都道府県・市町村の役割分担

それぞれの責務

医療提供者	自分の利益、市場的配分、官のコントロールのいずれをも超越した公益的視点
政治・行政	同上
市民・患者	同上
ジャーナリスト	同上
産業界・保険者	同上

国民医療費の規模と財源を明らかに

西村 周三　京都大学 副学長

1969年京都大学経済学部卒業。72年同大学院経済学研究科修士課程修了。75年横浜国立大学経済学部助教授、78年～80年ハーバード大学非常勤研究員、81年に京都大学経済学部助教授、87年同教授等を経て、2006年より京都大学副学長。96～97年英国Center for Health Economics, The University of York客員教授として医療行政の日英比較研究を行う。日本経済政策学会理事を歴任。現在医療経済学会会長。

マニフェストで問うべき重要課題

1. **2015年に国民医療費の規模をどの程度にし、その財源を何をもってあてるべきか**

2. **家庭医と専門医のそれぞれをどのように養成すべきか**

3. **医療に関する情報を、幅広く国民に提供する必要があると思うが、その手段・工夫について意見を求めたい**

医療費の配分(特に診療所から病院へのシフト)を議論すべき。ケア的医療の充実や「医療・福祉重点型の社会保障」を

広井 良典　千葉大学 教授

東京大学教養学部卒業（科学史、科学哲学専攻）。厚生省勤務を経て1996年、千葉大学法経学部助教授。2001～2002年、マサチューセッツ工科大学客員研究員。2003年、現職。専攻は公共政策及び科学哲学。医療や社会保障に関する具体的な政策研究から時間論、ケア論などの科学哲学的考察まで著書多数。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 医療費の配分のあり方

・特に病院・診療所の配分のあり方
・重点的に配分すべき領域や項目(入院医療、高度医療、研究開発、看護や心理社会的サポートなどケア関係、予防など）
・なお、コミュニティの意義や労働時間のあり方など、健康・病気の背景にある社会的要因にも注目すべき。

2. 医療費の負担における公私の役割分担

・たとえば「できるだけ公的にカバーする」か「公的にカバーするのは基礎的部分にとどめ私的な領域を拡大する」かなど。(私見では前者が望ましい）
・社会保障全体の中における医療の位置づけ(社会保障のどの分野に重点配分するのか）

3. 医療政策の決定プロセスのあり方

・現在よりも幅広い層の声（例：病院勤務医、医師以外の従事者、患者、一般市民等）を反映させていくにはどのような改革や組織が必要か

それぞれの責務

医療提供者	• 現在のように開業医中心の意見ではなく、医療提供者全体の声を集約するような仕組みを作っていく。
政治・行政	• 行政の中に医療政策の専門的知見をもった人材を増やす。 • 医療費や医療保険主導の医療政策ではなく、医療の内容そのものにそくし、その望ましいあり方を追求するような医療政策を展開する。
市民・患者	• 患者会の活動はある程度広がってきているので、今後は特に政策提言能力（＆調査能力）を強化する。 • 個別の利害のみならず「公共性」の視点が重要。
ジャーナリスト	• たんなる「役所批判」に終わらず、より積極的な政策提言を行っていく。
産業界・保険者	• 「保険者機能の強化」という従来からの課題に本気で取り組む。この場合、患者や一般市民との連携が重要。

社会保障制度は市場経済の土台であり、医療に対する資源投入の増加を社会が共同して支え合う仕組みを構築せよ

村上 正泰　評論家

1997年東京大学経済学部卒業後、大蔵省（現財務省）入省。カリフォルニア大学サンディエゴ校留学。財務省国際局調査課課長補佐、内閣官房地域再生推進室参事官補佐、厚生労働省保険局総務課課長補佐などを経て、2006年退官。厚生労働省出向中に医療制度改革に携わり、医療費適正化計画の枠組みづくりを担当。共著に『高齢者医療難民』（PHP新書）など。論文に「消費税増税と医療・介護立て直しの安易で不誠実な関係」（『中央公論』2009年3月号）など。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 国民医療費（33兆円：2007年度）の対GDP比（6．5%：2007年度）を2015年度に8．5%（見込みでは約50兆円程度）へと引き上げることを目指し、医療費を毎年増加させる。これに必要となる新規の財源は、基本的に公費と保険料でおおむね半分ずつを賄う。そのうち公費による増加分については、おおむね半分を予算配分の見直しにより財源を捻出し、残りのおおむね半分を増税により賄う。

2. 職域・地域で分立している現行の医療保険制度の一元化を進め、制度を通じて給付と負担の公平性を確保するとともに、財政基盤の安定を図る。これに伴って、後期高齢者医療制度も廃止する。なお、完全な一元化を実現するまでの過程においては、保険料負担を公平なものとするため、各保険者間の財政調整を強化し、段階的に進めていく。

3. 医療保険と介護保険のそれぞれの機能について、必要な役割分担の明確化を進める一方、両者が連携の取れた形で国民の必要とするサービスを適切に提供できる体制を整備する。こうした観点から、2012年3月末での介護療養型医療施設の廃止は撤回する。

それぞれの責務

医療提供者	• 医療の質の向上や説明責任の確保に向けて、医療提供者が自ら努力できることは積極的に行い、信頼回復に努めること。
政治・行政	• これまでの医療費抑制一本槍の政策を放棄すること。 • わが国の医療を取り巻く現状に関する客観的なデータや現場の実態にもとづいた政策論議を行うこと。
市民・患者	• 医療の質の向上のためには負担増の必要性を受け入れること。 • 医療に対する理解を深めるとともに、そのあるべき姿について国民一人ひとりが何をなすべきか真摯に考え、自らの行動に反映させること。
ジャーナリスト	• 医療現場の抱える問題点とその原因について、一面的でセンセーショナルな議論に陥ることなく、正確かつ冷静な報道を行い、市民・患者に伝達すること。
産業界・保険者	• もっぱら負担（保険料であれ税金であれ）の軽減ばかりを主張するのではなく、負担増の必要性を受け入れること。

医療はそれを必要とする人のためにある、ということを忘れないでほしい。

海辺 陽子　癌と共に生きる会 副会長

2005年「癌と共に生きる会」に入会。同年9月事務局長。06年11月厚生労働省「がん対策の推進に関する意見交換会」委員。07年4月より厚生労働省「がん対策推進協議会」委員。同年9月より「患者の声を医療政策に反映させるあり方検討会（現「患者の声を医療政策に反映させるあり方協議会」）」世話人。07年11月より「癌と共に生きる会」副会長。08年10月より国立がんセンター運営評議会委員。同年11月より厚生労働省「看護の質の向上と確保に関する検討会」委員、12月エバー・スプリング設立。09年3月より厚生労働省「社会保障審議会医療部会」委員。厚生労働省「新人看護職員研修に関する検討会」委員。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 平成20年6月26日に発表された日本学術会議の要望「信頼に支えられた医療の実現―医療を崩壊させないために―」は、省庁の枠を超えた「医療改革委員会」（仮称）の設置および“医療費抑制政策の転換”“病院医療の抜本的な改革”“専門医制度認証委員会の設置”の審議を強く要望している。内容は国民にとって非常にわかりやすいものとなっており、この実現は、医療を享受する国民としても望むものであると思われる。現状の医療再生についての国の対応は、省庁ごとに行われ、危機感はほとんど感じられない。国民にこの要望に沿った改革の実現を約束してほしい。
2. 上記1のごとに行実現に向けた、現実的なプラン（財源論も含め）を提示し、机上の空論でないこと、ただの看板だけでないことを示してほしい。
3. 上記1.2は長期的な改革を国民に約束するものであるが、現状の医療は必要な所に十分な資源が行かないという問題があり、多分にそれは医療システムが複雑化され、国民にわかりにくく、審判がくだされないように出来上がっていることにも由来する。ヒト・モノ・カネの流れがきちんと見えるシステムにならなければ、結局は同じことの繰り返しになることは明らかである。

それぞれの責務

医療提供者	医療の質の保証。医療の透明性の保証。 学会の集約・再編成をしたうえで、専門医の育成、生涯教育、能力判定などを厳密に管理する組織を作る。報酬の配分についても、現場の負荷に応じた配分になることを医療界自体が真摯に受け止め決めるべきである。医師・病院の配置に関しても、同様である。
政治・行政	目先の対応に追われるばかりではなく、一貫した対応を取れるように。 例を挙げれば、本来であれば、水俣病や薬害HIV等の経験から、国民を守るための対応はおのずと決まっていたはずである。アスベストや薬害肝炎の対応を見る限り、その場しのぎで対応を先送りし、被害を拡大させる構図は変わっていない。被害者を出さないことが、その産業全体をも守るということを考えたうえでの一貫した対応、それができる体制の構築を望む。
市民・患者	医療・福祉において、行政や医療者は親、患者・市民は子、というような関係があり、市民や患者には、医療や福祉は与えられて当たり前という意識があったが、医療は自分たちの大切な財産でもあり、守る必要があるということを考え、どこまでを求めるのかを常に考える必要がある。マニュフェストを読み投票するのは国民の責務である。
ジャーナリスト	「事実をありのままに伝える」という、ジャーナリズムの根幹が揺らいでいると思う。自分たちが何を伝えたいか、どういう結論を導きたいか、というバイアスがかかったうえでの報道がまかり通っており、そのバイアスのない報道は、現在のところ皆無であると言ってもよい。現在の日本のジャーナリズムは、加工が入りすぎている。あり方を見直してほしい。また、根気強く同じことを伝えると言う努力も必要だと感じている。
産業界・保険者	大企業であろうとも、その構成員は個である。個人個人の幸福を考えるとき、医療や福祉はその国の国民の幸福に大きく関係する。企業に有利な税制などを求め、政治家に献金するのも良いかもしれないが、結局はそのいびつさが個人に跳ね返っていることを考えるべき。医療や福祉にももっと目を向けた資金提供や寄付、献金を考えるべき。

医療を政策の大きな柱と位置づけ、財源確保を

大平 勝美　はばたき福祉事業団 理事長

1949年生まれ。50年に血友病と診断される。68年、全国ヘモフィリア友の会（血友病患者会）結成に参加、81年東京ヘモフィリア友の会副会長、85年全国ヘモフィリア友の会・エイズ問題対策委員会委員を経て、89年に提訴された東京HIV訴訟に第1次原告として参加、93年より同原告団副代表を務める。97年、はばたき福祉事業団設立し、同事業団理事長に就任し、現在に至る。中央薬事審議会　企画・制度改正特別部会 臨時委員、エイズ予防財団「血液凝固異常症全国調査運営委員会」委員等を歴任。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 国民の命と健康を守る医療について、医療崩壊という現実がどんどん先行しているが、政策を見直し、医療を政策の大きな柱とするか。国民皆保険制度を恒久的政策と位置づけるか。削減でしぼんだ医療再構築に、医療に大きな財源を投入するなど抜本的見直しなど考えているか。もし、大きな医療財源を確保するとしたら、どのような財源確保をするか。

2. 医療従事者、特に医師の使命感・責任・自律について、細分化した学会ごとや勤務医団体・家庭医・医院等の団体などのルールと厚生労働省の懲罰的な管理でなされている点を見直し、弁護士会のように規範・責任・自立的管理ができる一本化した形で国民の医療の柱になってもらいたい。

3. 医療財源を恒久的に確保していくため、財源論で左右されないよう、消費税を明確に打ち出すべき。他の削減努力などいろいろな歪みを叩き直していく方針は既に根がないのではないかと考える。例えば、15%を目途にしていき、直接生活品目は5%とするなど。これにより、皆保険等、こどもから老後まで一貫した医療などの社会保障政策を日本の柱としていく。

それぞれの責務

医療提供者	• 公的な立場を自覚し、自律姿勢を個人・集団・機関が保持すること。このことを常に研鑽し、評価を受けていくシステムを構築する。 • 医療現場において、一人一人の患者を生活者としてみることや、個人が判断するのではなく携わる人が集団的に最善の医療の提供の確認を行うことこと。
政治・行政	• 国民の命・健康に対する医療福祉政策を大きな支柱とし、揺るぎのない基本法をつくり、国民に根無し草のような不安を常に抱かせる医療政策から決別できるものに。 • 常に市民が参加・意見が言える、隠し事のない、そして情報の提供が確保された政治を行なうことが、医療においても信頼を勝ち得る。
市民・患者	• 公共の医療福祉を低学年時から教育をしていき、相互扶助により日本の医療福祉は成り立っていることの理解を進め、空気のようなコンセンサスとしていく。また、患者も医療の基本的原則は（コスト・健康に関する基礎的理解・くすりについて等々）を消費者教育の中で学ぶ。病院など地域医療を自分たちの病院としてとらえ、運営・病院環境改善・美化・患者市民参加により育てていく。
ジャーナリスト	• スポット的な関心ごとで医療をとらえることも大切と思うが、世論や市民への影響力が強いことから、日替わりメニュー的な医療政策から、腰が据わった医療体制の考え方などを啓発していくことが重要。 • 独立行政法人化、病院の縮小化、公的病院の削減、医師の偏在化、儲かる医療へ走しり医師不足、政治・行政へのチェック機能も情報伝達の役割として重要。
産業界・保険者	• 産業の発展など国の財政の土壌育成には掛け替えのない存在だが、経済の柱に国民の命と健康を大切にした基本指針を位置付ける。医療財源を考えていく中で、医療を片隅にした経済姿勢は、社会的賛意を持った企業発展につながらない。社員・市民を大切にした姿勢が支持され、相互扶助をつくっていくものだ。

国立の医療機関のみが実施している「レセプト並みの詳細な医療費明細書の全患者への無料発行」を全医療機関に義務付けるべき。

勝村 久司　厚生労働省中央社会保険医療協議会 委員

京都教育大学理学科卒。1990年に長女を陣痛促進剤被害で亡くし、医療裁判や市民運動に取り組む。日本医療政策機構「市民医療協議会」共同議長、「医療情報の公開・開示を求める市民の会」代表世話人、「全国薬害被害者団体連絡協議会」副代表世話人、厚生労働省「医療安全対策検討ワーキンググループ」「中央社会保険医療協議会」の委員等をつとめる。著書多数。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 消費者保護法の中で消費者を保護する範囲に医療分野を明確に位置づけて、一部の悪質な問題がある医療機関に対して患者が一方的に被害に遭わないようにすべき。

2. 昨年4月1日より、全ての国立医療センターで実施され、その後、国立病院機構や大学附属病院などにも広がっている「自己負担分を支払う際の医療機関窓口でのレセプト並み明細書の全患者への無料発行」を全ての医療機関ですぐに実施すべき。

3. 診療報酬改定をはじめとするさまざまな制度改革によって、平日昼間の医療よりも休日夜間の医療の価値を相対的に高め、救急医療を担う医療機関や医療者を相対的に増やす対策をすぐに実施すべき。その一つとして、救急や専門性の高い医療を担う勤務医の収入の方がその他の業務を担う医師よりも相対的に低くならないようにするべき。また、地域ごとにそれぞれの疾病の専門病院を定め、そこに実力の伴った専門医らを集約するなどの健全なグランドデザインを描き、健全なチーム医療の実現と、医療の質の向上に寄与する対策をすぐに実施すべき。

4. 医療事故情報を蓄積し、その情報や再発防止策等が医師らにしっかりと伝えられるような医療安全研修を中心とした医師免許更新制を導入すべき。また、それと合わせて、医療事故情報の隠蔽や、カルテの改ざん等が明らかになった場合等のような犯罪的な行為に対しては、厳格な行政処分がなされるように法改正をするべき。

それぞれの責務

医療提供者	・それぞれの医療者の専門性を高め、救急医療のローテーションや高度医療等におけるチーム医療を実現するために、医療者の適切な集約化をはかるべき。 ・医療の質の底上げを実現し、医療の質の格差を是正するために、犯罪的な医療の再発防止に向けたピアレビューを実施すると共に、悪質な医療者の再教育制度等を厳格に創設すべき。
政治・行政	・市民・患者の信頼を得るために、まず、医療の質の底上げを実践すべき。そのためには、医療界全体を均質と見なして「拡大か、現状維持か」の議論をするのではなく、医療界内部の質の格差等、存在するさまざまな格差をしっかりと見据え、その是正に努めるべき。また、カルテ改ざんや医療事故の隠蔽などに対して、厳格な対応をすると共に、医道審議会などを通じて国民の納得と信頼が得られるような再教育制度を実現すべき。 ・消費者保護法の消費者保護の範囲に医療分野も明確に積極的に含めるべき。
市民・患者	・自らの診療情報や、自らが支払った医療費の情報などに積極的にアクセスすべき。そして、それがスムーズに開示なされない等の場合には、積極的に行政等に問題提起していくべき。 ・経済社会での消費者としての視点や、民主主義社会において市民に当然与えられるべき情報公開等の権利を求める視点を忘れずに、医療問題や医療政策の議論に関わっていくことが大切。
ジャーナリスト	「医師不足」などのように、主語を大きくし過ぎず、せめて「勤務医」「開業医」の区別を明確にして医療問題を提起すべき。根拠のないインターネット上のデマ等にまどわされないような報道に努めるべき。「産科医が減っている」と言った、一面的な報道ではなく、「少子化の中で出生数あたりの産科医数は減っていないが、女性の産科医が増えている」など健全なデータを提示した報道を心がけるべき。
産業界・保険者	・保険者は被保険者の代表として、医師会等と健全に対峙していく必要がある。レセプト開示をインターネットを通じて被保険者に開示するシステムを構築するべき。 ・世界の経済界の第一線に立つ産業界は、医師会等の団体が主張する意見や論理の中で、医療界の責任有る専門家集団であるにもかかわらず、その論理そのものが消費者の視点やグローバルスタンダードに合わないと思われる主張に対してはきちんとその旨を指摘し対峙していくべき。

安全で質の高い医療を実現するための医療制度の整備

神谷 惠子　神谷法律事務所 弁護士

慶應義塾大学法学部卒業。1985年司法試験合格、88年弁護士登録。東京弁護士会にて子供の人権委員会委員、住宅紛争審査会委員、高齢者・障害者の権利に関する特別委員会委員を歴任。東京大学大学院医学系研究科の生命・医療倫理人材養成ユニットおよび医療政策人材養成講座を修了。（財）生存科学研究所（元医師会会長武見太郎設立）監事および同医療政策研究会責任者を兼務。

マニフェストで問うべき重要課題

平成21年度厚労省では、「安心で質の高い医療の確保」をポイントとした。しかし、「安心」は、主観的なもので、人によって「安心」の尺度は異なる。そのため、「安心」には心地よい響きはあっても、政策決定の基準にはできない。医療現場の現状を観たとき、今求められるのは、客観的な「『安全』で質の高い医療の確保」である。しかし、前提となる医療が立ち行かなくなり、司法の場に持ち込まれている。以下1.は病院患者間、2.は病院医師間での問題で、立法による早急な対応が求められる。3.は、この「『安全』で質の高い医療の確保」のための財源の問題である。

1. 公正・中立な事故調査委員会の設立と、事故調査に基づく無過失補償制度の創設

病院に行って、予期しない死亡や重大な障害を負う事故（過失も含む）が起きているが、現状真相究明の手段は、民事、刑事の法的責任追及の場しかなく、事故が何故起きたのかを検証し、再発防止に繋げる場がない。医学的ピアレビューを中心にした再発防止のための公正・中立な事故調査委員会を早急に設立する必要がある。それとともに、患者家族への早期救済を図り、他方医療者の訴訟負担を軽減するために、事故調査の両輪として、交通事故の自賠責保険に匹敵する無過失補償制度を確立する。

2. 勤務医の労働条件（労働条件、労働時間、労働環境など）の大規模調査と、労働基準法の見直し

勤務医の労働は、労基法との間に大きな乖離があるが、これまで、十分な検討がなされずにいた。今年4月、勤務医の当直に対し、その実態を時間外労働と認定し、割増賃金（2人の原告医師に対し736万、802万）の支払いを病院に命ずる地裁判決が出た。今後同様のケースで病院が支払いに応ぜざるを得なくなることが予想される。また、某周産期医療センターでは、夜間当直医を確保するのが困難として周産期医療センターの返上を申し出た。
さらに労働環境を捉えても、病院の建物はきれいになっても、一人の医師の医局に占めるスペースは非常に僅かで、仮に一人の医師が新型インフルエンザに罹患したら、その病院の医師全体に拡大するおそれもある。このような労働条件のもとでは、医療安全の確保がさらに難しい。
そこで、勤務医の労働条件の適正化を図るために、全国規模での実態調査を行い、労基法の見直しを検討しなければならない。そこには、過去の当直勤務に対する割増賃金の不払い問題と現在から将来に向けての労働条件の適正化の問題の二方向からの検討を要する。割増賃金の支払い基準を早期に明らかにしなければ、これまでの勤務医の“立去り型サボタージュ”から、勤務医が訴訟等で病院に働きかけて立ち行かなくなる状況に進展し、国民の医療へのアクセス難を助長することになろう。また、現在論じられている医師とコメディカルの役割分担、医師が独占する医行為の見直し、救急医療の集約化、医師の三交替制確保のための増員などを、この勤務医の労働条件の改善策の一環として位置づけて見直しを図るべきである。決して医師の無計画な増員のみが必要とされるのではない。

3. 財源の確保に関し、増税の必要性を国民で共有するために、割り振られた予算が現実に何に支出されたのか検証する（過去3年分、またはこれから先3年分）。

予算として割り振られた金員が最終的に何に使われたのか、国民が把握できるシステムになっていない。先日文科省の調査で教材整備のために割り当てられた地方交付税が、多くの市町村で十分活用されず、ひどい所では、他の目的に流用されていた。21年度予算案を見ると「安心で質の高い医療の確保」を目的として各政策に割り振られている。しかし、「『安全』で質の高い医療の確保」のためにこの割り振りが適正か、検証されなければならない。そもそも、現実具体的な使途が適正かわかれば、前記目的の実現のために財源が必要十分であるか判明する。そこまで示さなければ、国民は増税に納得できないし、納得できずして長期的展望に立った政策実現は困難である。近年の政策が、国民を引き付けるキャッチコピーによって決定されているため、実行の段階で立ち行かないことからも、納得のいく議論が求められる。

自殺は、人の命にかかわる極めて個人的な問題であると同時に、生活苦や過重労働、介護疲れ等と通底する社会的な問題であり、セーフティーネットのあり方等とも関係する社会構造的な問題です。

清水 康之　自殺対策支援センターライフリンク 代表

1996年国際基督教大学（ICU）卒業。97年NHK入局、「クローズアップ現代」等を担当。01年、自死遺児たちを取材した「お父さん死なないで～親が自殺　遺された子どもたち～」を放送、大きな反響を呼ぶ。その後、推進役のいない日本の自殺対策に限界を感じ04年NHKを退職、ライフリンクを設立。「自殺対策とは『生きる支援』『いのちへの支援』である」として活動を展開、06年の「自殺対策基本法」成立に大きな役割を果たしたほか、「自死遺族支援全国キャラバン」、「自殺実態白書」発行等の活動を続ける。内閣府「自殺対策推進会議」、東京都「自殺総合対策東京会議」他　メンバー。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 自殺総合対策の推進についてどう考えるのか

11年連続「年間自殺者3万人」という事態をどう捉え、どのような戦略を持って対策に臨むのか

2. 景気が悪化すると自殺者が増える社会をどう考えるのか

経済的な環境の変化によって多くの「いのち」が危機にさらされるような社会のあり方についてどう考えるのか

3.「死から学ぶ」ことのできる制度の確立についてどう考えるのか

同じような死が、同じようにして繰り返されないようにするためには、社会が「死から学ぶ」ことのできる制度が必要である。「死」を生（私たちの暮らし）に還元できるようにするための制度の確立をどう考えるのか。

それぞれの責務

医療提供者	患部の治療ではなく、人間の回復を目的として、患者と向き合うこと
政治・行政	「物質的な豊かさ」よりも、「死別体験の豊かさ」を追求する社会へと方向転換すること
市民・患者	「自分たちの社会は自分たちで作る」という自覚と責任感を持って社会作りに主体的に関わること
ジャーナリスト	社会的な痛みを抱えた人たちの「声なき声」を広く社会に伝える
産業界・保険者	労働者一人ひとりを、かけがえのない人生を生きている存在として尊重すること

医療政策決定プロセス、患者・市民の参画を

長谷川 三枝子　日本リウマチ友の会 会長

1962年関節リウマチ発病、78年社団法人日本リウマチ友の会入会。同会神奈川支部長、理事、副理事長を歴任して会の運営にかかわり、療養生活上のアドバイス、リウマチ対策にかかわる提言や疾患理解のための啓発活動を行なう。99年理事長（現会長）に就任、現在に至る。

マニフェストで問うべき重要課題

1.国の医療政策の基本理念の再確認と医療基本法策定をどう考えるか

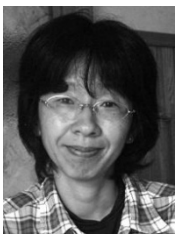
2.皆保険制度を基盤とした国民の助け合いの仕組みを重視するか

3. 医療政策決定プロセスに患者・市民の参画をどう考えるか

それぞれの責務

医療提供者	• 医師の意識改革（教育の見直し・医療界の体質改善） • 治療ガイドライン作成・普及（作成過程に患者参加） • 難病の研究推進 • 正確な情報発信
政治・行政	• 医療費の確保 • 医療の標準化 • 地域格差の是正
市民・患者	• 医療政策立案への患者・市民の参加 • 医療は総ての人の問題であるという認識 • 医療を守り、育てる意識をもつ
ジャーナリスト	• 医療情報の見直し（役割・内容） • 医療政策立案への参画
産業界・保険者	• 皆保険制度の推進 • 障害者・難病患者等の雇用推進

医療・くらしは、わたしたちが守る



藤本 晴枝　地域医療を育てる会 理事長

1987年東京学芸大学教育学部卒業。小松川幼稚園勤務の後、96年高齢者在宅介護サークル「ぶどうの木」を立ち上げ。04年山武地域医療センター構想策定委員会アドバイザー。05年4月行政、市民、医療関係者などが知恵と力を出し合う場として「地域医療を育てる会」を設立。08年10月、地域医療再生について親子で考える絵本「くまのせんせいSOS」を発刊、全国で話題を呼び半年で4000部が発行される。現在、千葉県立東金病院で治験審査委員会委員および同運営懇話会副会長。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 医療・介護の切れ目のないサービス提供のために何をするべきか

・財源をどう確保するのか
・切れ目のないサービスを提供するための制度改革は？

2.それぞれの地域のニーズにあった医療提供体制をどう作るのか

・経営主体が異なる医療機関の集約化を、国が責任を持って行うべき
・地域の医療ニーズを把握するための方策は何か？

3.コンビニ受診の抑制や、安易な救急車の利用の抑制、モンスターペイシェントといった受益者側の責務について、国はどのような啓発を行うのか。医療従事者の負担軽減措置としての医療クラークの導入や、看護師への権限委譲などを、財政面も含めて積極的に進めるべき

それぞれの責務

医療提供者	• 現場の実情や、その地域でめざすべき医療について、地域住民に分かるような説明と啓発を繰り返すこと。
政治・行政	• 財源の確保 • 制度の隙間をなくすための努力 • 場合によっては省庁再編（病院の勤務医不足問題は、総務省、厚労省、文科省の縦割りでは解決できない。横断的な組織が必要）
市民・患者	• それぞれの地域における医療の実情を知り、コンビニ受診の抑制や、安易な救急車の利用抑制など、市民が負うべき責任を果たす。 • 自分たちの医療ニーズを、主観的な見地からだけでなく、客観的なデータなどを根拠に専門機関に伝えられるよう努力をする。
ジャーナリスト	• 「医療者＝加害者」「住民・患者＝被害者」といった先入観を捨てて、事実を正確に取材、報道する • 医療制度について、視聴者・読者が理解できるような情報発信を心がけ、国民が制度設計に参画するための基礎的な知識を得られるようにする。
産業界・保険者	• 社会に、自分達の利益を還元する。

今、始めなければ、日本の医療制度は変えられない！
今の日本が抱える最大かつ喫緊の課題だ。

三田村 真　日本造血細胞移植学会 評議員

医療政策分野における自身のポリシーは、『患者支援の市民社会運動』。骨髄バンク創設運動に患者家族らと関わり、その後、ドナー募集の普及啓発、全国組織NPOにおいて患者支援運動を展開。その間2度の骨髄提供（ドナー）経験をする。患者の経済的負担軽減を目指し保険適用を実現する活動を展開。公正な医療政策決定に興味関心を持つ。医療関連産業のプロバイダを専門とするが、軸足はあくまで「社会保障」、「医療政策」を展開する市民運動家。

マニフェストで問うべき重要課題

1.医療を変革する時期について

様々な課題、難問を抱える現在の医療を変えるため、根源的医療制度改革を実施するとしたら、いつ実施するべきですか？今ですか、15年後次世代に積み残しをするのですか？

⇒ 現在の日本の医療制度が抱える様々な諸課題は、個別に対応することでは限界に達し、根源的改革が必要なのではないか。それを国民に問うべき。

2.助け合いの精神に基づく社会を構築するために

国民皆保険制度、公的年金制度、介護保険制度のいずれもが、今、まさに崩壊の危機に立たされています。立て直しのためには、国民一人一人に相互扶助の精神に基づく、『助け合い』の精神が求められているのです。皆で、痛みを分け合いながら、持続的発展　が可能となるような制度を設計しましょう。

⇒ まずは、国民に現状の課題、問題点を認識させる、啓蒙活動が喫緊の課題です。そのために、あらためて、相互扶助の精神論から入っていくことが肝要かと考える。

3.医療費を負担してください

国家という大きな巨人が重病に罹っています。この治療には、入院・手術・投薬治療費として、国民一人当たり、●●円の支出が必要になるのです。その支払いは、消費税の増額、医療費自己負担分の増額、住民税の増税、たばこ税の増額などで対応しなければならないことを、理解してください。あなたなら、この金額を、どの費目として支出しようと考えますか？

⇒ 具体的な試算として、現在の医療費総額と、2025年の医療費予測の差額、増大分を単純に国民一人当たりで換算した金額を、新たな自己負担として、例えば、向こう5年間で支払ってもらう、それは国民の義務であるというシミュレーションでイメージさせるのです。

それぞれの責務

医療提供者	医療提供者自身の手により、医療資源の適正配分に関する、自己評価を実施し、かつ是正のための方策を自ら、主体となって検討、提案する必要がある。しかし、その意味は、日本医師会が主導となって進めることだけを想定している訳ではない。勤務医含めて、医療従事者自身による改革のシナリオを策定することが何よりの責務である。
政治・行政	医療政策を決定する場に、従来の直接・間接の利害関係者以外のステークホルダーも更に加えて検証すべきである。その際、単にステークホルダーを会議に招集する証拠付けにするだけでは、改革に繋がらない。議論に参加させるための道筋をあらかじめ示すことと、政策を論じることができる人材を養成すること。
市民・患者	患者代表、市民代表という立場で、政策決定の場でどのような資質、発言が求められるかを明示し、自らのステークホルダーから、適材適所の人材を選任し、また恒常的に人材供給できる教育の仕組みを構築すること。同時に、患者および市民のニーズを把握すること。そして、サイエンスとしての科学技術、医学医療の基礎知識、素養を涵養すること。
ジャーナリスト	各ステークホルダーの主義主張を、客観的かつ公正に分析しながら、どの立場にも依存、偏らない言葉で、事実関係の整理、論点整理を行うこと。併せて、ジャーナリスト自身の言葉が、どのように伝えられ、また影響を与えたかを、検証する場を設けることで、自浄作用を維持することが肝要。同時に、社会保障全体における医療の位置づけを、他の制度設計を縦横に比較しながら明確に定義するバランス感覚も求められている。
産業界・保険者	健康保険組合の統合を図ることが何よりも先決かつ、重要課題と考える。国の制度設計に依存する、システムの根幹部分であるが、現状のように産業分野毎に乱立する必要性は全くない。また、全国一元化電子カルテ、レセプト完全オンライン化、患者情報の一元管理などのIT化を推進することで、保険者機能の集約を図り、患者の利便性向上、医療現場での効率化推進に寄与するアクションのイニシアティブを取るべき。

信頼できる医療構築へ、
真剣に向き合います

宮脇 正和　医療過誤原告の会 会長

1983年に民間の総合病院で次女が医療過誤で死亡。主治医と病院側の説明が余りに高圧的で納得いかず、3年にわたる死因調査、7年間の医療過誤裁判の後、93年に病院側が全面謝罪、第1審判決直前に和解。娘の医療被害、療過誤裁判10年間の体験を通じて、一般人が突然、医療過誤により死亡や重度障害などに遭遇した場合、社会的な救済手段がきわめて困難であることを痛感、再発防止、被害者救済を願って活動、2005年3月から当会々長。現職は、医療生協副専務理事。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 医療事故の原因調査を行う、公平性・透明性をもった公的第三者機関を創設する。

・原因調査のため医療者の刑事免責を前提とすべきか否か

2.患者の人権・患者の権利を主体にした「医の倫理」を再構築した、患者の権利憲章の立法化する。

・医療事故の場合、被害者に正直に真実を話すことを法で義務化すべきか否か

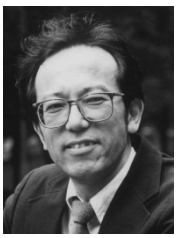
3.厚生労働省が医療事故の実態を把握し、国民に病院名・医師名を含む情報を公開する制度とする。

・2012年までに法制化すべきか否か

それぞれの責務

医療提供者	• 患者のために医療があることを明確にする。 • 患者人格を尊重し、主訴を謙虚に丁寧に受け止める。 • 患者・家族に対してすべて正直に伝える。 • 患者・家族がわかる言葉で説明を行う。
政治・行政	• 医療情報の公開を徹底する制度づくり。 • 医療者が安心して良質の医療が行える予算措置・制度づくり。 • 医療事故の把握と公開 • 医療機関と国民の信頼関係づくりの教育制度。
市民・患者	• 医療における主人公として自覚し、医療者と協力関係をつくる努力。 • 医療行為が適正に効果をあげるよう、医療者との共同を進める。 • 医療政策・制度について改善のために関心を持ち発言する。 • 自らの健康づくりについて、日々努力する。
ジャーナリスト	• 取材の前提として患者の権利確立・医療改善の歴史・現状を学ぶ。 • 正確な取材に基づいて、国民医療の向上の視点で報道。 • 医療改善問題を継続して報道。 • 国民（被害者）の視点で、医療者に共感を得られる報道。
産業界・保険者	• 保険者は国民の健康づくりに率先して力を発揮する。 • 保険者は保険財政の健全化について国の負担増を明確に主張する。 • 医療産業界は適正な経常利益に抑え、医療費削減の役割を担う。 • 産業界は労働者が心身ともに健康で働けるよう労働環境・制度整備。

高齢社会が求めるケアの質を確保する ヘルスケアのグランドデザインを示せ



秋元 秀俊　編集ジャーナリスト 秋編集事務所代表取締役

金沢大学法文学部卒、家具職人見習い、業界紙記者など多様な職業を経た後1981年、西独系出版社入社、歯科臨床系雑誌創刊、「患者の語り」への注目など様々な実験的問題提起を行う。90年編集者として独立し、会社経営の傍ら『毎日ライフ』などのコラムで医療ジャーナリストとして活動し、生命の医療とは異なる「生活の医療」モデルを提案。共著書に『＜歯科＞本音の治療がわかる本』（法研）、『医療事故の責任』（毎日コミュニケーションズ）など。医療崩壊関連論文に『たらい回し報道と救急医療の長すぎた蜜月』（医学のあゆみ、2008.8）。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 医療から介護・福祉に及ぶヘルスケアの提供体制を高齢社会型に転換するため、負担と給付に関する国民的議論を始める。

2. 医師独占業務の必要な部分を多様な医療専門職種に委譲し、あるいは診療補助を拡大し、多職種の連繋とチームケアの可能な体制を構築する。

【解説】病院医師不足解消のため、コメディカルの診療補助の拡大を提案する。医師不足、医師の過剰労働は、医師の業務独占と裏腹の関係にある。いわゆる絶対的医行為のうち、一定部分を医師の個別的判断に基づく一時的補助可能な行為に拡大する。保健師助産師看護師法および歯科衛生士法の「保健指導」の範囲を、慢性疾患の予防および再発防止にかかわるすべての行為に拡大し、医業同様に保健業として独立して営める業務とする。問診と診療録の記載は、医師の独占業務であるが、診療録の記載のほか数々の文書の作成業務を、医師の直接の指示のもとに他職種の補助可能な業務とする。

3. 広く薄くすべて病名のつくものを「療養の給付」対象とする現在の医療給付制度を改め、税負担で行うべき公共医療部分、負担と給付のバランス部分、さらに民間に委ねる部分を明確に線引きする。

【解説】現在、あらゆる傷病について幅広く療養給付の対象とされ、とくに慢性・軽症のものの給付内容は限りなく薄められている。そこで、税負担で行うべき公共医療部分、負担と給付のバランス部分、さらに民間に委ねる部分を明確に線引きする。たとえば、予防医療・保健部分には、民間に委ねるべき部分少なくないが、未成年の予防・保健は税負担とすべきである。ケアの質を高めるために、すべてのケアを医療モデルで進めるのではなく、医療と看護ケア、介護と生活のリハビリそして福祉の分担と有機的な連繋を再構築しなければならない。

それぞれの責務

医療提供者	医療提供者の連繋とチームケアを進めるため、医師独占業務の一部を見直すことに、自ら積極的な役割を果たす。 いわゆる絶対的医行為のうち、一定部分を医師の個別的判断に基づく一時的補助可能な行為に拡大する。また一定部分を他の医療専門職が独立して行いうる行為とする。このための見直し作業を始める
政治・行政	医療から介護・福祉に及ぶヘルスケアの提供体制を高齢社会型に転換するための国民的合意形成が政治の責務である。 ＜「医療崩壊」→消費税＞というようなミスリードでは、医師の既得権の拡大に終わるであろう。在宅療養システムの充実・整備、家庭医・プライマリケア医の育成など、高齢社会に適した提供体制に移行する必要がある。
市民・患者	負担と給付のあり方に発言力と責任をもつ市民が、それぞれの地域で誕生しなければならない。 患者団体は、ある場面で、個別利害を超えた政策提言を行わなければならない。
ジャーナリスト	時々の注目を集める事件と中長期的・構造的な問題の違いを見極め、科学的根拠、新規技術等の費用効果、病気づくりに厳しい批判の目を大切にした報道を目指す。「医療の不足→医療の拡充」という現在の報道トレンドは、スキャンダリズムの一方で、結果として既得権の拡大を生んでいる。
産業界・保険者	税負担で行うべき公共性の高い医療部分、負担と給付のバランスを考慮した給付部分、さらにある程度民間に委ねるべき保健部分について明確な線引きを経た後、市民の参加を得て高度な倫理コードを確立する。

「低福祉高負担」から「高福祉高連帯」への発想の転換

大熊 由紀子　国際医療福祉大学大学院 教授

東京大学教養学科で科学史・科学哲学を専攻。卒業後、朝日新聞社に入社。79年科学部次長、84年論説委員。医療、福祉、科学、技術分野の社説を担当し、政府の寝たきり老人ゼロ作戦、ホームヘルパー10万人作戦、身体拘束ゼロ作戦などのきっかけを作る。2001年朝日新聞社退職、大阪大学大学院ボランティア人間科学研究科教授を経て、04年より現職。医療審議会委員や中央社会福祉審議会委員などを歴任。『福祉が変わる医療が変わる～日本を変えようとした70の社説＋α』（ぶどう社）、『患者の声を医療に生かす』（医学書院）など著書多数。福祉と医療・現場と政策をつなぐ「えにし」のホームページhttp://www.yuki-enishi.com/でも発信中。

マニフェストで問うべき重要課題

1.「低福祉高負担」から「高福祉高連帯」への発想の転換

★「高負担」とは、医療者の過酷な長時間勤務、精神病院や老人病院、無届け老人ホームでの誇りをはぎ取られた老後、介護家族の精神的肉体的負担をなど指しています。

★「高連帯」とは、大蔵省が作り出した「国民負担率」という世界に通用しない用語から導き出された「高負担」という概念から脱却するための概念です。

2.医療・福祉の充実こそが、経済発展の基盤。年金へのこだわりより医療福祉に関心を

★「医療・福祉の予算が増えるとイギリス病・スウェーデン病になり、人々はなまけものになり、経済が傾く」という1970年代以来の根拠のないデマが、先進諸国に比べて少なすぎる予算を招きました。この呪縛からまず抜け出すこと。

★それによって、北欧・西欧なみの予算と人員配置、待遇を確保すること

ただし、いまの日本の医療、福祉予算には、削るべきものがあることに注意すること。

3.自宅、“自宅でない在宅”でのケアは、誇りと役割を膨らませ、無駄な出費を減らす

★なじみの風景、なじみの家、なじみの人間関係から切り離した医療機関・施設での日々は、ご本人のもっている力をなくしてしまいます。

★専門医としての「かかりつけ医」、訪問ナース、介護職、住宅への支援を政策のカナメに。それが、結果として医療が本来の医療の姿を取り戻すこと、無駄な医療費の削減につながります。

★真の意味のインフォームドコンセント、透明性の確保を。

それぞれの責務

医療提供者	患者・家族の立場への想像力／医療の質の確保への責任感 退院後の患者の生活への関心 福祉分野についての勉強、現場で起きている悲劇について社会に説得力をもって発信すること
政治・行政	「低福祉高負担」から、「高福祉高連帯」への発想の転換 年金への過度のこだわりからの脱却 「高福祉が経済の減速を招く」という「デマ」からの目覚め 「中福祉・中負担」というつくられた幻想を捨てる 行政関係者は、「前例は変えていくもの」という視点を
市民・患者	医療・福祉従事者のおかれている過酷な現状への想像力 医療「費」に関心をもつ以上に、医療に「質」に関心をもつこと 医療も福祉も、天から降ってくるもの、要求するものではなく、「一緒につくりあげていくもの」という発想への転換
ジャーナリスト	虫の目、鳥の目、歴史の目。具体的には、 ・現場を知る／現場から答えを見つける ・国際的な視野をもち、失敗例、成功例から学ぶ ・歴史的な視点をもつ
産業界・保険者	・「高福祉が経済の減速を招く」という「デマ」からの目覚め ・高連帯・高福祉こそが、安心をもたらし、経済を活性化させる、という視点に転換すること

国民皆保険は内容がかなり揺れている。それを整理して、時代の流れに合わせて欲しい。

大野 善三　日本医学ジャーナリスト協会 会長

1931年生まれ。兵庫県出身。1960年、早稲田大学第一法学部卒業後、NHK科学教育部入局（在局中は特に、科学、医学番組の制作に携わる。）1988年　NHKを定年退職以後、NHKエデュケーショナルの依頼により、NHKの医療番組の制作に携る。現在、フリーで医療番組制作、医療ジャーナリストとして医学・医療記事の解説執筆。

マニフェストで問うべき重要課題

1.医療政策が、将来を見据えて立てられているか？

医療崩壊や医師不足が叫ばれている。その多くは現在遭遇している問題だが、医師過剰は日本を滅ぼすと25年前に評価された結果が、現在現れているに過ぎない。1983年、「医療亡国論」以来、豊富な医療対応は国を困らせる要素だと考えられてきたが、その考え方こそ、国を滅ぼすことが判ってきた。だから、少なくとも20年後を見据えて、政策が立てられていなければマニフェストとは言えない。2006年に、厚生労働省が行った改正に沿って、将来のために計画を立てるべき。現在の医療制度が成立したのは、戦後復興期であった。その後は、いつもその場限りの解決策であった。最近の、研修制度の見直しや医学部の増員計画がその現れではないだろうか。少子高齢化が到来するだろうと言われたのは、40年以上も前であった。その頃は、医学技術の進歩にばかり注目が集まって、その成果による苦しみには目を向けられなかった。その結果、高齢者を多く抱える将来の混乱が見える。将来予測のない政策は、政策の意味をなさない。基本は、税金を医療にもっと回すことである。税金と保険料の比率をもっと税金に傾斜して集金すべきである。高税の始めは辛い。それは将来を担う人たちのためのいささかの辛抱である。

2. 2025年頃までに、医療費をGNPの13%近くまで上げられるか？

日本は、生活の基盤を外貨獲得に置いているために、生産を優先させてきたが、それも医療・福祉政策が確立していなければ、今後は前進しない。医療は生活に欠かせないものであり、生産の基盤である。日本が10%に満たないのに対して、ドイツ、フランスは10%を越え、イギリスもブレア政権によって10%を確保した。社会福祉国家の看板を懸けるべく懸命にならなければならない。経済力が昔ほどでなくなった今こそ、医療・福祉国家としての道を探るべきだと言える。医療はいまや日常生活に深く浸透している。にも拘らず、医療条件が先進国に追いつぃていないのは、本質的に人権感覚の遅れを感じる。

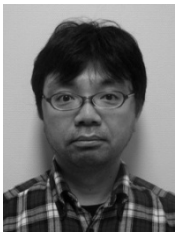
3. 国民皆保険制度を堅持するか？そのための基本的考えは何か？

国民皆保険は堅持すべきである。人類の義務であり、工業先進国の資格要件である。アメリカの自助優先主義は個人の経済力を前提にしており、個人の生命も競争に曝される。HMO制度は、当初は文字通り健康維持の組織であったが、時間が経つにしたがって、営利が他を退け、加入者の健康維持は二の次に追いやられた。個人の健康を個人の費用だけで保てなくなっているのが、現在の社会である。何でも民営化する時代は終わった。寧ろ、互助精神を基本にして、皆保険を堅持するべきである。国民皆保険制度は、生活支援のために1961年に施行されたが、現在は被保険者の生活は向上した。しかし、それは将来も続くとは限らない。保険料を支払われない人が出てきている。税金で病気を診るべきか、保険料で対処すべきかが検討されたが、税金は政権に左右されやすいので、保険方式が採用された。しかし、税金も保険も国民による負担金で成立していて、今はもう二者択一の時代ではない。どこまでを税金で賄い、何処からを保険にするかの現実的な対策をたてる必要がある。国民皆保険制度ではあるが、皆保険を支えている各保険集団の思いには、大きな隔たりがある。国保中央会では、国民の総てが最後には国保に加入することになるので、健康保険の一本化を叫んでおり、健保連は、高齢者の保健を若い人たちの犠牲で成り立たせるのに、激しく反対している。この現実を踏まえて、皆保険維持のために、どんな政策を立てるかを検討すべきである。

それぞれの責務

医療提供者	医師不足が叫ばれているが、実態は勤務医不足ではないか。病院を退職して、次々に開業医になって行く現状を見つめなおすべきである。医療・介護のネットワークを推進するために、開業医の果たすべき役割を整理して、ネットの中の位置付けを明確にすべきである。いわば、イギリスのGPのように、人頭割制にすべきである。そのために、医師免許の更新制度を確立する必要がある。日本医師会の責任である。
政治・行政	官僚攻撃が激しくなっているが、これは官僚を萎縮させて、責任逃れを助長するばかりである。民主主義の大きな欠点は、民衆迎合にあると、プラトンが言っている。寧ろ、官僚の知識をもっと活用するよう、政治家が勉強すべきである。その上で、民衆のための企画を提示して、議論をさせるようにして欲しい。
市民・患者	市民・患者こそ医療を受ける立場にいる。この人たちの意向が、医療政策に生かされなければならない。しかし、医療の受益者は一方の責任を持たねばならない。つまり、自由選択には結果責任も負うことを、自覚すべきである。身勝手は自由選択とは違うことを知っておくことが必要である。
ジャーナリスト	専門家と市民の間を橋渡しするのが、ジャーナリストの役目である。寧ろ、市民を擁護する立場にいる。ただ、ジャーナリストが伝える情報が絶対中庸だとするのは間違いである。情報を判断して、何らかの解釈を伴うのが情報の宿命である。情報が市民に辛いものでも、市民に必要であれば、その辛さを伝え耐える力になるのが、ジャーナリストの役目である。政治家や当局の尻馬に乗ることは厳に慎まねばならない。
産業界・保険者	組合健保設立の狙いは企業防衛にあった。その結果、労働者擁護が果たされた。少子高齢社会における医療保障の立場は、組合員の擁護だけではなく、医療機関にも目配りしなければならない。保健の狙いが拡大され、生活支援の時代から、被保険者の健康向上に変わりつつある。

政党であれ行政であれ、個人が責任をもって実行すること



鳥集 徹　ジャーナリスト

1966年神戸市生まれ。西宮市出身。同志社大学文学部社会学科新聞学専攻卒。同大学院文学研究科修士課程修了。出版社勤務などを経て、2004年からジャーナリストとして医療分野を中心に週刊誌や月刊誌に執筆。06年から08年にかけて月刊誌『論座』（朝日新聞社）に大野病院事件のルポを発表。著書に『ネットで暴走する医師たち』『広島の実力弁護士』。共著に『検証　免疫信仰は危ない』『手術数でわかるいい病院』『がんで「困った」ときに開く本』など多数。

マニフェストで問うべき重要課題

1. たらいまわしのない救急医療体制を最優先で整備すべき

救命救急、周産期、小児について、都道府県あるいは2次医療圏ごとに最終的に絶対に受け入れる拠点施設を指定し、行政が責任をもって集中的に人と予算をあて、整備する。軽症患者は輪番制を再構築し、地域医療機関が連携して拠点施設を後方支援。

2. 福祉と医療の連携を強化する

地域医療崩壊を防ぐ処方箋は、在宅療養を支える福祉と医療に十分な人と予算をあて、地域病院の負担を減らすこと。福祉の視点を欠いたまま医療政策を語ることはナンセンスであることを、医療者も行政も認識すべき。

3. 医療事故調を早期に実現する

医療と司法の分離を言うまえに、司法に介入されなくても、医療者を中心に公正中と評価できる事故調査・再発防止ができる実例を蓄積すること。

それぞれの責務

医療提供者	医療者（とくに医師）は、患者と医療者との認識のギャップを、患者やマスコミ、行政、司法など外部社会のせいにしがちである。しかし、患者が「医療は100％」と誤解しているとしたら、それは医療者と社会との共犯関係によってつくり出されたものである。医療不信の責任をだれかのせいにするのではなく、外部社会とのコミュニケーションの深化によって認識ギャップを埋める努力をすべき。
政治・行政	各党の医療政策が、医系議員に丸投げされている。そのため、医療事故調の議論が典型だが、各党の主張は医師側に寄り過ぎている（弱者の味方と思いたい党でさえ！）。市民感覚をもった一般の議員がもっと医療政策に関心をもち、各党は医系議員への丸投げをやめるべきである。行政は、具体的なだれが医療政策に責任をもつのか明確にすること。
市民・患者	医療に過度な期待をもつべきではない。医療に依存しすぎると、医療依存から抜け出せなくなる。それが、「医療者の負担」と「医療費の負担」を増大させていることを、市民・患者はもっと知るべき。ただし、医療思想を転換させるのは、医療の素人である市民・患者の「責務」というべきではなく、医療者や言論人の責務だろう。
ジャーナリスト	2006年の大野病院事件で、「医療崩壊」言説が強まって以降、医療界の、みならずマスコミにも医療批判をタブー視する空気が強まった。しかし、医療批判が強まったこの10年、20年、患者の視点から見ると医療の質はむしろよくなったとも言える。ジャーナリストは医療者の反発を恐れず、あるべき医療の姿を強く発信していくべき。
産業界・保険者	産業界が利益を追求することは資本の論理からして当然のことではある。ただし、医療関連企業は利益相反によって科学がゆがめられ、人命や社会に大きな損失をもたらすことがあることも自覚すべき。保険者は、経済状況の悪化で保険料の支払いが困難となる人がますます増えると予想されるが、社会的弱者を切り捨てるようなことは、絶対にしてはならない。

患者と医療者の信頼関係なくして、質の高い医療の実現は不可能。医療情報の開示と真実説明、患者も「医療の限界」を知る。不信を解消し、医療安全の確立のため、第三者機関としての医療事故調査委員会の早期設置を。

丸木 一成　国際医療福祉大学大学院 医療福祉学部長

1971年名古屋大学教育学部卒。同年、読売新聞社入社、社会部、経済部を経て97年医療情報部次長、2000年医療情報部長、04年生活情報部長。06年介護老人保健施設よみうりランドケアセンター法人事務局長、07年4月、国際医療福祉大学大学院・医療経営管理学科教授。09年4月、国際医療福祉大学医療福祉・マネジメント学科教授、医療福祉学部長。92年から始まった読売新聞社の長期連載企画「医療ルネサンス」のデスクを2000年まで務める。同企画は94年新聞協会賞、96年菊池寛賞を受賞。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 緊急課題の医師不足の対策。医療は公共財との観点から、公的な医師配置機関による配置も必要と思われるが、後期臨床制度のあり方、メディカルスクールも含めて、各党の医師不足の具体的な対策は？信頼される専門医の育成と家庭医の育成は急務と思われるが、日本学術会議が提言する「専門医認定委員会」をどう評価するか。国民から信頼される家庭医を育成するための具体策、関連の専門医学会や日本医師会の役割をどう考えるか？

2. 高齢者と若者対策。在宅療養を推進する上で最も重要と思われる対策は？後期高齢者の医療制度をどう変えたいのか？介護従事者のマンパワーを確保する方策は？1000万人といわれる年収200万円以下の非正規労働者対策は？医療保険もないセーフティネットの網からもれた若者への対策は？

3. 負担と給付の問題。読売新聞の医療提言では、必要財源を1兆6000億円と試算、消費税を社会保障税として10%にあげ、年金も社会保険方式を維持しながら最低年金を設け、医療と福祉の充実に安定財源を使うことを提言しているが、各党の社会保障の財源と医療制度の抜本改革の内容は？健康保険財政を破綻から救う具体策を聞きたい。

それぞれの責務

医療提供者	医療は公共財であるとの意識を持ち、医療の質の向上に努める。専門医の質を保証し、国民から信頼される専門医の養成に努める。患者の気持ちがわり、生活習慣病の予防、治療から看取りまで、幅広く在宅医療を支えることができる、質の高い家庭医の育成に努める。
政治・行政	病院崩壊、医師不足、消えた年金など、医療、介護、年金の問題は、縦割りの行政では解決できない問題ばかり。持続可能な社会保障制度の構築には、国民の英知を集める必要がある。読売新聞の提言にあるように、「医療臨調」を設け、診療報酬制度の抜本改革も含めて、1年間審議し、具体的な改革に着手すべき。
市民・患者	軽症でタクシー代わりの夜間の救急車利用など、医療を使う側にも考えを改めるべき点はある。医療資源は無限ではなく、国民皆保険制度を維持するため、患者の側も反省すべき点もある。「医療の限界」を理解し、行き過ぎた専門医志向に走らず、病気の予防にも気を配る「賢い患者」を目指す。
ジャーナリスト	病気の治療から医療制度や改革まで、医療に関する情報は、多岐に渡り、複雑で、情報の非対称性が生じやすい。まず、国民に分かりやすく、正確に伝える必要がある。その上で、医療改革提言など、事実報道だけでなく、各メディアがそれぞれの立場を明確にして、国民が選択できる情報を提供するのもジャーナリズムのひとつの役割と考える。
産業界・保険者	

日本は“地域”によって求められる医療政策も千差万別
まずは医療者と市民が「現状」を認識し合える環境作りを

柳原 三佳　ジャーナリスト・ノンフィクション作家

交通事故、司法問題等をテーマに執筆や講演活動を行う。04年からは日本の死因究明制度に関する記事を発表し続け、犯罪捜査の根幹に一石を投じてきた。著書に『死因究明～葬られた真実』（講談社）、『自動車保険の落とし穴』（朝日新書）など多数。 実父を医療過誤で失い、自らも医療過誤被害者という経験を持ちながら、現在は地域医療活性化のための活動にも力を入れている。

マニフェストで問うべき重要課題

1.医療制度・公衆衛生などについての教育カリキュラムの導入

2 .各地域の特性に目を向けたきめ細かな政策策定

3.真実究明、再発防止のための新しい死因究明制度の確立

それぞれの責務

医療提供者	• 現場から、医療崩壊の実体、医師たちの疲弊など、生々しい情報をもっと発信してほしい。そして、住民、患者との接点を、各地域の特性に合わせたかたちで積極的に作るべき
政治・行政	• 幼稚園や小学生のときから、医療や福祉制度、健康や予防医療についての知識を与える、国民の意識を教育の中から変えていく必要がある。 • 医療事故を犯罪発見の端緒として届け出るという考え方ではなく、全ての死因を科学的に究明し、社会に還元するという文化を生み出す必要がある。 →民主党が提出済みの「死因究明法案」にあるように、死因究明は、医療関連死か否かで分けるのではなく、諸外国の多くで見られるよう、一極化すべきである。
市民・患者	• 医療の問題は自分と家族の人生において最も身近で重要な問題であることを認識し、地域住民として、医師が働きたい、住みたいと思う街づくりを検討。また住民として医療費抑制にどう関わるべきかなど、身の丈に合った活動を模索すべき。
ジャーナリスト	• 一般市民にさまざまな問題を分かりやすく伝えるため、まずは医療者、行政などが発信する言葉を、一から翻訳するつもりで平易な言葉になおし、丁寧に綴っていくことを心がけるべき （たとえば、「一次救急」と「二次救急」の具体的な違い、 「レジデント」「自由診療」といった言葉を、一般市民の何パーセントが理解しているだろうか）。まずはその格差を認識し、その架け橋となるべく公平な立場での取材を心がける。
産業界・保険者	• 交通事故による重傷者や重度障害者が増加している。すでにNASVAが療護センターを開設しているが、車社会が生む被害という観点から、自動車業界も何らかの仕組みを作り、救急医療や介護施設の充実などに尽力できないものか。

医療は国民の生命と尊厳を守る「社会的共通資本」である

和田 努　医療ジャーナリスト

1936年広島市生れ。早稲田大学卒業後、NHKに入局。テレビのディレクター、プロデューサーとして多くの作品を制作。現在、フリーのジャーナリスト。医療、福祉の分野を得意としている。著書:『カルテは誰のものか』(丸善ライブラリー)、『医療事故自衛BOOK』(小学館)、『バイオエシックス・ハンドブック』(法研・共著)、『現場から変える日本の医療』(同友館)など多数。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 医療費の規模は、OECD 30カ国の平均値を上回る対GDP比10%程度に引き上げる必要がある。とりわけ急性期の医療費を重点的に引き上げるべきである。
2. 財源は、すぐに消費税率の引き上げというふうに短絡するが、消費税のみでなく、あらゆる財源を医療福祉の財源として考えることが必要。さらに医療は市場原理主義にはなじまないことを確認するべきである。
3. すでに60年余を経た医師法、保健師・助産師・看護師を時代に合わせて改正する。医療基本法も検討すべきである。患者・市民の声が政策に反映させることを明記する。

それぞれの責務

医療提供者	医師・看護師らを医療機関に定着させるように、努力する一方で、医療者の偏在を正すために、医療者は公的な存在であることを再確認し、医師供給のシステムを改善し、勤務地等を選ぶ自由をある程度制約をかける必要があろう。
政治・行政	官僚・政治家だけが医療政策をデザインするのではなく、患者・市民の声を政策に反映させるようなシステムをつくる。医療・福祉・環境・教育などは、ローカルの地平で考えられなくてはならないことが多い。医療を使う「ユーザー」を尊重するユーザー・デモクラシーを実現するために、地方自治体単位で「医療委員会」を構想する。
市民・患者	市民・患者も行政や医療機関に対して他責的に依存するのではなく、自らも何ができるのか——を問い、自らも汗をかくべきである。例えば、島根県のがん患者、家族らが、財政乏しい県のがん関連予算を補うために、県民を巻き込んで募金活動を行い、大型医療機器を購入するなど、活動している。
ジャーナリスト	医療者と患者・市民がミューチュアル・レスペクト(お互いに尊敬しあう)の関係ではなく、敵対していると一部の医療者はいう。医療事故報道など、ジャーナリストは公正さを保つために最大限の努力をするべきである。テレビの場合、視聴率を上げるために、興味本位、あるいは視聴者の情緒に訴える姿勢が目立ち、事実をゆがめる傾向が見られる。メディアにかかわる者の「職業倫理」を確立することが重要である。
産業界・保険者	医療は教育、福祉、環境などと同様「社会的共通資本」であることを認識、働く人たちの幸福に資するためのコストを負担し、強く安定したセーフティー・ネットの一翼を担っていただきたい。

世代間の受益と負担の
アンバランス解消を

岩瀬 大輔　ライフネット生命保険 代表取締役副社長

ボストンコンサルティンググループ、リップルウッド・ホールディングスなどを経て現職。東京大学法学部卒業（在学中に司法試験合格）、ハーバード大学経営学修士（MBA with High Distinction）著書に「金融資本主義を超えて」（文春文庫）、「超凡思考」（共著、幻冬舎）など。

マニフェストで問うべき重要課題

1. 医療費について、世代間の公正な負担を考える（低所得化する若年層と多くの金融資産を持つ高齢者との間の負担と受益のアンバランスを解消する）

2. 医療費のファイナンシング手段として、民間医療保険の戦略的な活用を考える（現在、年間保険料収入が4兆円、給付が1兆円）

3. 「医療立国」のコンセプトのもと、イノベーションや新技術に投資し、製薬、医療機器はもちろん、IT、予防、保険、運動などあらゆる分野において、産業を盛り上げ、日本の経済成長や雇用創出のドライバーとする。

医療を産業の視点で捉え、高水準の日本の医療技術をもって、日本だけでなくアジアの人々に貢献していくべきである

長谷川 閑史　日本経団連 評議員会副議長

1970年早稲田大学政治経済学部卒業。武田薬品工業入社。TAPファーマシューティカル・プロダクツ（米アボット・ラボラトリーズ社との米国合弁会社）社長、医薬国際本部長を歴任し、米国生活は延べ10年におよぶ。99年取締役。経営企画部長、事業戦略部長を経て、2003年6月に社長就任。（社）経済同友会副代表幹事、日本製薬工業協会副会長、内閣府知的財産戦略本部委員、日本経団連評議員会副議長などを務める。

マニフェストで問うべき重要課題

1.現在の負担水準のままでは日本の医療は崩壊する。GDP比10%程度の医療費を確保するべきである。

2.レセプトオンライン化、社会保障番号の導入等IT化を推進する。効率化だけでなく、統計データの整備により、医療および医療提供の実態が分析可能となることで、実態に即した対応が可能となる。

3.少子化対策の視点から、産科医療については特別なインセンティブをつける、あるいは外国人医師を受け入れるなど、産科医の確保策を講じるべきである。

4.医療を産業の視点で捉え、国際競争力ある医療産業を育成する。外貨を獲得すると同時に、アジア地域への国際貢献の手段としても活用する。

それぞれの責務

医療提供者	• 医療機関毎に役割やプレゼンスを明確化し、質の向上を図るべき。 • ITを駆使して、業務の効率化を図る。施設内に留まらず、医療情報のIT化については、積極的に受け入れるべきである。
政治・行政	• 医療費抑制政策の下、無理な抑制と財源の配分論に終始している。医療全体のビジョンを見据え、必要な財源を示すべきである。 • 医療従事者の質の向上のために、専門医制度と教育体制を見直すべき。 • 医師・コメディカルスタッフを外国からも受け入れるべき。
市民・患者	• 医療のリスク（不確実性）とコストに関して正しく理解し、コストを意識して受診すべきである。
ジャーナリスト	①見過ごされがちな点の話をクローズアップすることはメディアの大切な役割である。しかし、近年は点の話があたかも全体の話であるかのような表現で、批判に終始し、提言がない。②禁煙など健康や疾病予防、医療費効率化のための国民運動などをリードしてほしい。
産業界・保険者	• レセプトのチェック機能は低下させず、効率化を図るべきである。 • 組合員・従業員の健康・疾病予防への取り組みと、そのための意識向上策を講じるべき。

日本医療政策機構とは

医療政策国民フォーラムを運営する特定非営利活動法人日本医療政策機構は、「市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとする、超党派・民間・非営利の医療政策シンクタンクです。日本を代表する有識者、市民・患者代表、医療提供者、政策決定者、経済人などあらゆるステークホルダーが参画し、「市民・患者主体の医療」、「医療政策の重要課題」、「グローバルヘルス」といった活動分野において、調査・政策提言を行い、政策実現を支援しております。 当機構について、詳しくは http://www.healthpolicy-institute.orgをご参照ください。

日本医療政策機構のミッションと行動指針

ミッション

市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること

行動指針

- 特定の政党、団体の立場にとらわれず、中立性を堅持する
- 幅広いステークホルダーを結集し、フラットな議論の場を提供する
- 市民にとって、もっとも重要な課題を特定し、活発な議論を促す
- グローバルな視野を保ち、世界の医療政策分野のリーダーと協業する
- 政策提言のみならず、あらゆる活動において最高水準の質をめざす

日本医療政策機構
Health Policy Institute, Japan

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0014　東京都千代田区永田町1-11-28
Tel：03-5511-8521（代表）　Fax：03-5511-8523
E-mail：info@healthpolicy-institute.org
Web：http://www.healthpolicy-institute.org/

日本医療政策機構
Health Policy Institute, Japan

発行元
特定非営利活動法人 日本医療政策機構
〒100-0014　東京都千代田区永田町1-11-28
Tel：03-5511-8521（代表）
発行日：2009年6月24日