

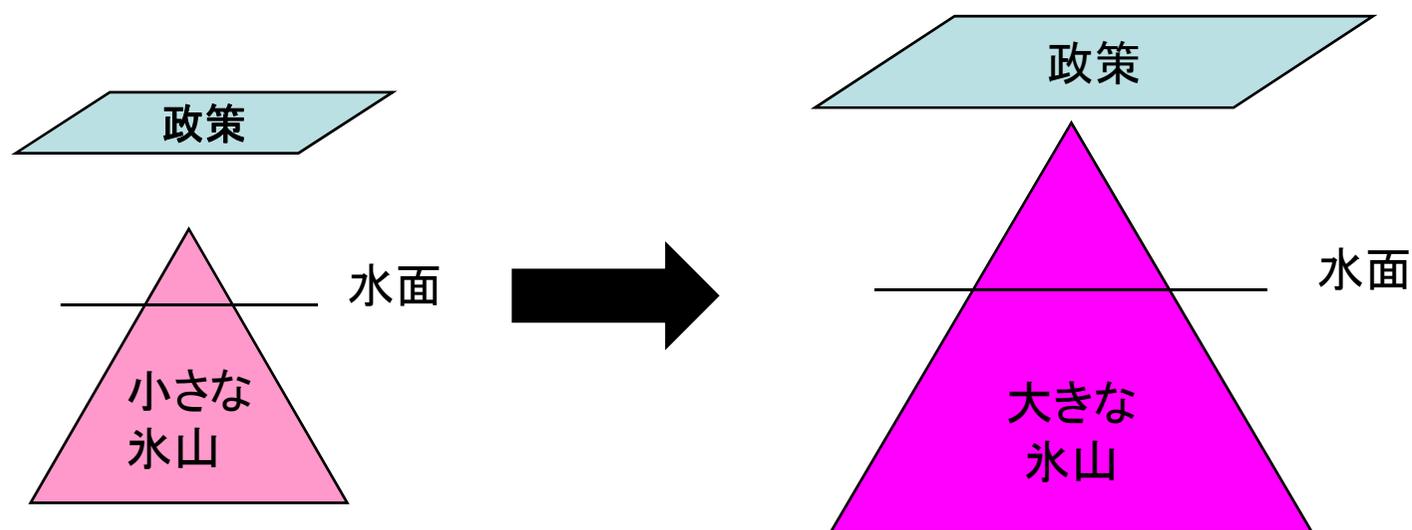
地域連携の諸相と課題

政策研究大学院大学 島崎謙治

プレゼンテーションの目的・内容

1. 社会経済の変容が根底にあって、社会保障が揺り動かされ、社会保障の一部として医療が存在する。⇒ 部分解は全体解を保証しない。
2. 抽象的に政策論を語っても、地域医療の問題が解決されるわけでもない。特にデリバリーの問題は、医療資源の分布、人口・地勢、住民意識等により規定される。⇒ 最適解は地域の数だけ存在する。
3. 政策(≡社会技術)を論じるためには、「全体と個」、「個と全体」の双方向の作業が必要。
4. 今日は、地域連携の問題を中心に述べる。

I . 構造問題と政策



1. 医療の問題は、様々な要因が絡み合う「構造問題」。
2. 「氷山」が大きくなれば、より大きな「政策」が必要になる。
※ 政策とは、ある価値観に基づき、現状をある方向に変える手段の総体
3. 現実に生じている「水面上の氷山」対策(対症療法)も必要。
4. しかし、「氷山」自体の拡大を阻止しない限り、政策の効果は限定的。
のみならず、本質を見誤り、状態はさらに悪化しかねない(本当の危機)。

医療現場で生じている問題(危機)

1. 医療の高度化、患者の医療への過剰期待(WANTS≠NEEDSの増大)・医療本体に加え、周辺業務(報告・会議・管理業務等々)も増大。
2. 病院の医師等の「負荷」が過大。これまでの自己犠牲のロール・モデルは通用しない(自分や家族の生活も大切・・・ごく当然のこと！)。
3. 患者や家族の「要望」に応え切れない。患者や家族も不満。トラブルも増加。訴訟リスクも存在。→「リスクをとるのは割に合わない」!
4. 医師等のモラル(士気)が低下。周りを見れば、もっと楽な仕事・生活スタイルが存在。元々、医療職は「流動性」が高い職業。
5. 誰かが辞める。「負荷」は限界状態にある他の医療職にのしかかる。当該病院の「ドミノ倒し」現象が生じる。cf. 国の公務員でも同じ現象。
6. 医療の質(医療安全も含む)が低下。モラルはさらに低下する。
7. 更に辞めていく。代替りの医師や看護師も集まらない。病院の機能麻痺。
8. 他の病院への「負荷」が高まる。当該地域の「ドミノ倒し」現象が生じる。
9. 地域医療が崩壊する。

医療をめぐるマクロ的な問題(危機)

1. 医療技術の革新、高齢化の進展等により、医療費の増大は不可避。
2. しかし、高齢化や人口減少は日本経済の潜在成長率を引き下げる要素。潜在成長率はせいぜい2%程度。 cf. 高度成長期は平均2桁の伸び。
3. 医療政策の目標(評価基準)は、①質、②アクセスの公平性、③コスト。この3つの同時達成は至難。“Cost, access, quality. Pick any two.”
4. 医療分野にもっと財源と人手を振り向けるべきだという意見が多い。私も基本的には賛成。しかし、現実には、その「ハードル」は低くはない。
5. (理由1) 日本は天然資源がない、金融もダメ、グローバル化の中でモノの生産も優位ではない。一体、どの分野で外貨を“稼ぐ”のだろうか？
6. (理由2) 国民の負担増に対する「忌避感」は非常に強い。その理由は何か。また、政治的にうまくハンドリングできるか？
7. (理由3) 現実に医療・介護の人手(特に若年労働力)の確保を図ることができるか。また、「量」だけでなく「質」の維持・確保が図れるか。
8. 政策の舵を切るためには、以上の認識をもつ必要がある。

(参考) 医療に関する国民の意識

1. 国民の医療に関する意識調査(2007. 10. 19毎日新聞)

(1) 医師数: A. 全国的に多い(2%)、B. 一部の地方・診療科では不足(34%)、C. 全国的に足りない(61%)

(2) 医療費規模: A. 高い(63%)、B. 安い(23%)

(3) 医療費負担: A. 税金負担重くなるのもやむなし(19%)、
B. 個人の自己負担額引上げもやむなし(9%)、C. 現状程度でよい(32%)、D. さらに医療費を削減すべき(29%)

⇒ A+B(28%)、C、Dが、ほぼ三分されている!

2. 医師を1人養成するのにどれほど「コスト」がかかることを国民は知っているのだろうか? また、世論が三分されている中で、医療政策の「舵」を大きく切るのは容易ではない。

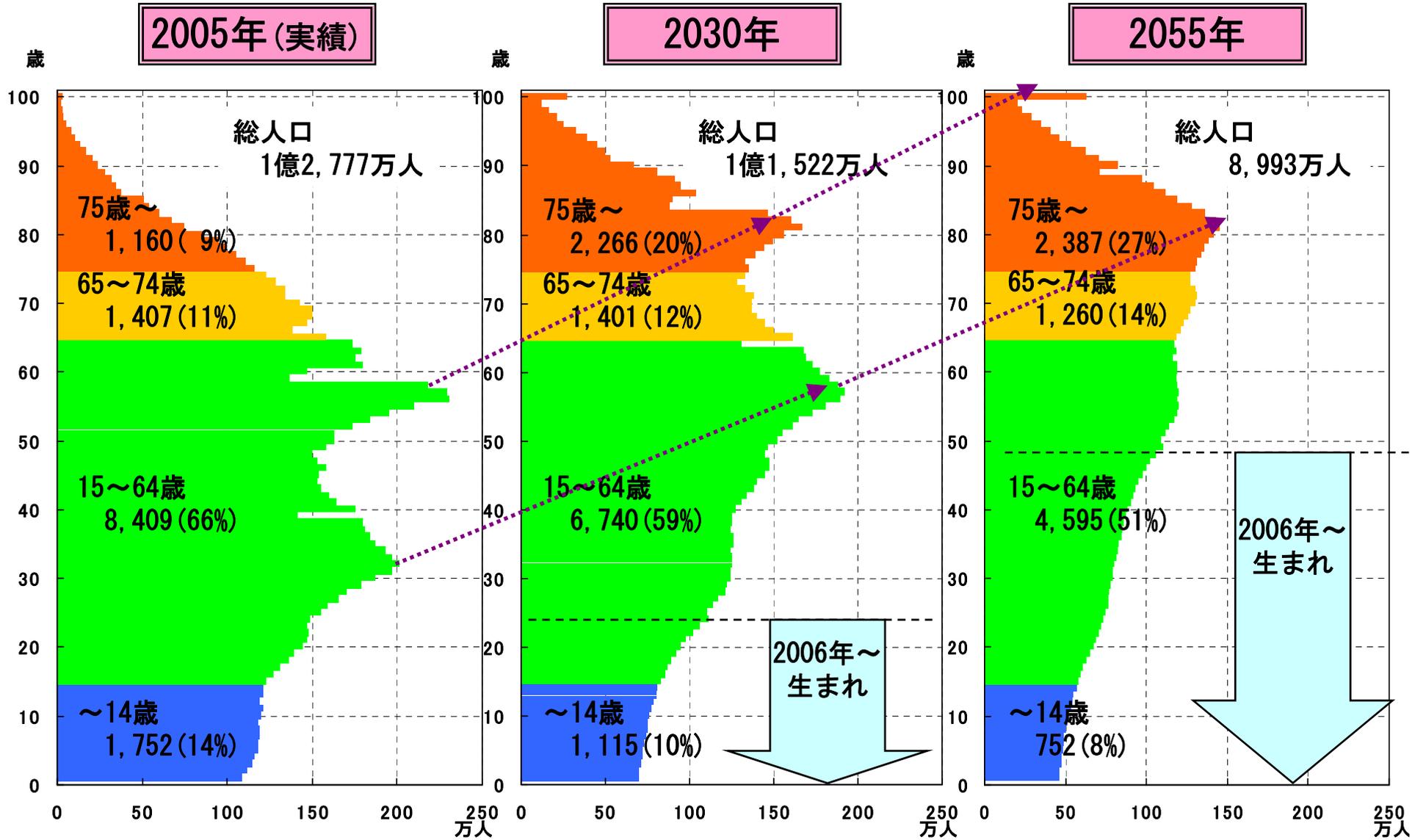
将来人口の基本指標(現在－未来)

年	総人口 (A) (万人)	人口3区分				高齢 化率 (D/A) (%)	老年従属 人口指数 (D/C) (%)	(参考)生産年 齢人口を20～ 69歳、老年人 口を70歳以上 とした場合の 老年従属人口 指数 (%)
		年少 人口(B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15～64 歳) (万人)	老年 人口(D) (65歳以 上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以 上) (万人)			
2005	12,777 (100)	1,759 (100)	8,442 (100)	2,576 (100)	1,164 (100)	20.2	30.5 (3.3人で 1人を支 える)	21.5 (4.7人で1人 を支える)
2030	11,522 (90.2)	1,115 (63.4)	6,740 (79.8)	3,667 (142.3)	2,266 (194.7)	31.8	54.4 (1.8人で 1人を支 える)	41.7 (2.4人で1人 を支える)
2055	8,993 (70.4)	752 (42.8)	4,595 (54.4)	3,646 (141.5)	2,387 (205.0)	40.5	79.4 (1.3人で 1人を支 える)	61.8 (1.6人で1人 を支える)

将来人口の基本指標(過去—現在)

年	総人口 (A) (万人)	人口3区分				高齢化率 (D/A) (%)	老年従属 人口指数 (D/C) (%)	(参考)生産年 齢人口を20～ 69歳、老年人 口を70歳以上 とした場合の 老年従属人口 指数 (%)
		年少 人口(B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15～64 歳) (万人)	老年 人口(D) (65歳以 上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以 上) (万人)			
1955	8,928 (69.9)	2,980 (169.5)	5,473 (64.8)	475 (18.4)	139 (11.9)	5.3	8.7 (12人で 1人を支 える)	5.8 (17人で1人 を支える)
1980	11,706 (91.6)	2,751 (156.4)	7,883 (93.4)	1,065 (41.3)	366 (31.4)	9.1	13.5 (7人で 1人を支 える)	9.0 (11人で1人 を支える)
2005	12,777 (100)	1,759 (100)	8,442 (100)	2,576 (100)	1,164 (100)	20.2	30.5 (3.3人で 1人を支 える)	21.5 (4.7人で1人 を支える)

人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) -平成18年中位推計-



注: 2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。

新卒看護師の20歳人口比の粗い試算

1. 前提・・・20歳の者の数

2008年 男:68万人、女:65万人 計133万人

2030年 男:49万人、女:47万人 計 95万人

2. 新卒看護師

2008年 約5万人 (全員女性だとすると13人に1人)

2030年(仮定1) 5万人 (全員女性だとすると 9人に1人)

(仮定2) 7万人 (全員女性だとすると 7人に1人)

(仮定3)10万人 (全員女性だとすると 5人に1人)

(参考)

1. 2005年:新卒医師 0.8万人、新卒介護職員 約7万人

2. 医療・福祉分野の就業者数は、579万人(就業者総数6,412万人の1割弱)

(参考) 医療に関する国民の意識

1. 国民の医療に関する意識調査(2007. 10. 19毎日新聞)

(1) 医師数: A. 全国的に多い(2%)、B. 一部の地方・診療科では不足(34%)、C. 全国的に足りない(61%)

(2) 医療費規模: A. 高い(63%)、B. 安い(23%)

(3) 医療費負担: A. 税金負担重くなるのもやむなし(19%)、
B. 個人の自己負担額引上げもやむなし(9%)、C. 現状程度
でよい(32%)、D. さらに医療費を削減すべき(29%)

⇒ A+B(28%)、C、Dが、ほぼ三分されている!

2. 医師を1人養成するのにどれほど「コスト」がかかることを国民は知っているのだろうか? また、世論が三分されている中で、医療政策の「舵」を大きく切るのは容易ではない。

Ⅱ．医療政策・医療制度改革とは何か

1. 医療政策の目標(評価基準)は、①質(quality)、②公平性(equity)、③効率性(efficiency: 端的にはcost)の3つ。
この3つを同時に達成することは至難。
2. 私見は、①は重視すべき。②のうち「誰でも」は維持すべき。「いつでも・どこでも」はその内容等による。③は国民のアレルギーは強いが、ある程度の負担増は覚悟せざるを得ない、というもの。
3. ただし、**現状の単純な「拡大」は困難かつ適切でもない。**
⇒ 日本の医療の何を守り、何を改めるのか、国民の合意形成が重要。その際、どういう医療が提供されるのか、国民がイメージを掴めるようにしなければ納得はえられない。

(続き) 医療政策・医療制度改革

- 医療制度改革は、医療供給(デリバリー)制度の改革＋医療保険(ファイナンス)制度の改革である。
cf. ファイナンス・オンリーの年金制度
- 医療制度改革は、従来、医療保険制度改革と同義のように考えられてきた。しかし、ファイナンスをいくら精緻にしても医療の質が向上するわけではない。
value for money(お金に見合う価値)が高まるわけでもない。
- **医療制度改革の「軸足」**は、**医療供給制度改革にシフト**する。ただし、これは「時間との勝負」となる。

厚生労働省の医療費適正化のイメージ

<慢性期>

<急性期>

長期入院高齢者の
病床の転換

在宅での
看取り推進

急性期→回復期→
療養期・在宅に至る
機能分化・連携

+

在宅(訪問)
医療の充実

退院時
連携

平均在院日数の短縮

自宅以外の
在宅・住まい
の充実

重症化防止による入院患者の増加率の減

生活習慣病予防
(医療保険者が実施する健診・保健指導などによる)

患者の増加率の減

重複頻回受診者
への訪問指導

入院医療費

入院外医療費

医療費の伸びの抑制

図： 医療提供体制の各国比較(2006年)

国名	平均在院日数	人口千人当 たり病床数	病床百床当 たり医師数	人口千人当 たり医師数	病床百床当 たり看護職員数	人口千人当 たり看護職員数
日本	34.7	14.0	14.9	2.1	66.8	9.3
ドイツ	10.1	8.3	41.6	3.5	117.8	9.8
フランス	13.2	7.2	46.7	3.4	105.8	7.6
イギリス	8.7	3.6	69.0	2.5	335.9	11.9
アメリカ	6.4	3.2	76.3	2.4	331.2	10.5

(出典) OECD Health Data 2008

※病床百床当たりの医師数、病床百床当たりの看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

※平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)。

フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床。 イギリス:NHS(National Health Service:国民保健サービス)の全病床(長期病床を除く)。 アメリカ:AHA(American Hospital Association:米国病院協会)に登録されている全病院の病床

医師不足問題に関する従来の厚生労働省の基本的認識と対応の構図

基本的認識

医師数全体は将来的に均衡する見込み

しかし…

産科・小児科といった診療科による偏在がある

【産科】

- 医師数及び分娩実施施設数は、減少傾向
- 各病院に1人ずつ配置されるなど、薄く広い配置等による厳しい勤務環境
- 産科による訴訟リスクの高まりに対する懸念

【小児科】

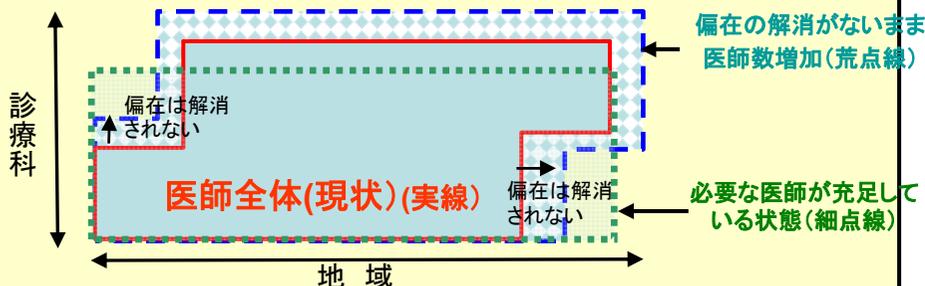
- 医師数は増加しているが、病院への夜間・休日患者の集中
※産科・小児科以外の診療科においても、急性期の病院において医師が不足する地域が生じている

地域による偏在がある

- 全国的な地域間の偏在と、同じ都道府県内でも県庁所在地とそうでないところとの偏在

仮に…

単純に医師総数を増やしても偏在の解消にはつながらない



必要なことは…

対応

短期的な対応

【地域における偏在への対応】

- 都道府県を中心にした新しい医師派遣機能の構築

【共通の対応】

- 医師が集まる拠点病院づくりや、拠点病院と医療機関相互のネットワークの構築(特に産科・小児科)
- 外来における開業医と病院の役割分担(住民の理解と協力が必要)
- 女性医師バンクの活用等、女性医師が働きやすい環境づくり

【産科の対応】

- 訴訟の増加により、産科医療が萎縮しないようにするため、死因究明制度や産科医療補償制度の検討
- 医師との協働による助産師外来、院内助産所の活用

【小児科の対応】

- 小児救急病院における医師等の夜間休日配置の充実
- 初期小児科救急の当番制による開業医等の活用
- 小児救急電話相談事業の普及・充実



「医師確保等支援チーム」による都道府県への具体的な支援

中長期的な対応

- 医師不足が深刻な県を主な対象に、大学医学部における暫定的な定員増や、地元出身者のための地域枠を設定
- 医師と関係職種との役割分担の在り方の検討

医師・看護師不足問題をどう考えるべきか

医師や看護師等の数は、絶対数が不足しているのか、地域・診療科偏在が主なのか？ 現在はどうか、将来はどうか？

→（仮に絶対数が不足しているならば）

国民は相応の負担増を覚悟しなければならない。また、若年性労働力が逼迫する中で、医療・介護・福祉分野に人材をどこまで「配分」するのか決めなければならない。マーケットで「自動調整」されるわけではない。cf. モノの生産

→（仮に地域・診療科偏在が主たる要因ならば）

医師・看護師等は「(自由な)労働市場」で供給。移動も自由。最適な「調整」は、誰が、どう決めればよいのだろうか？

⇒ どのように医療職がどれだけ必要なのかが不明確なままで、かつ、分配手段抜きに「社会的意思決定」はできない！

日本の医療供給制度の問題点は 一体何なのか？

【現象面からみた問題】

- ①. (重要) 医療機関間(例: 病院間、病診間)、医療と介護・福祉との「機能分化と連携」ができていない。
- ②. 患者の「選択」による「競争」が十分機能していない。医療設備や評判による「選択」。
- ③. 医療費の大きな地域格差の存在。
- ④. 医療の情報開示、標準化、IT化等の立ち遅れ。
- ⑤. 地域や特定診療科に顕著な「医師不足」。
- ⑥. 「医師と患者の関係」の悪化。

日本の医療供給制度の問題点は 一体何なのか？（続き）

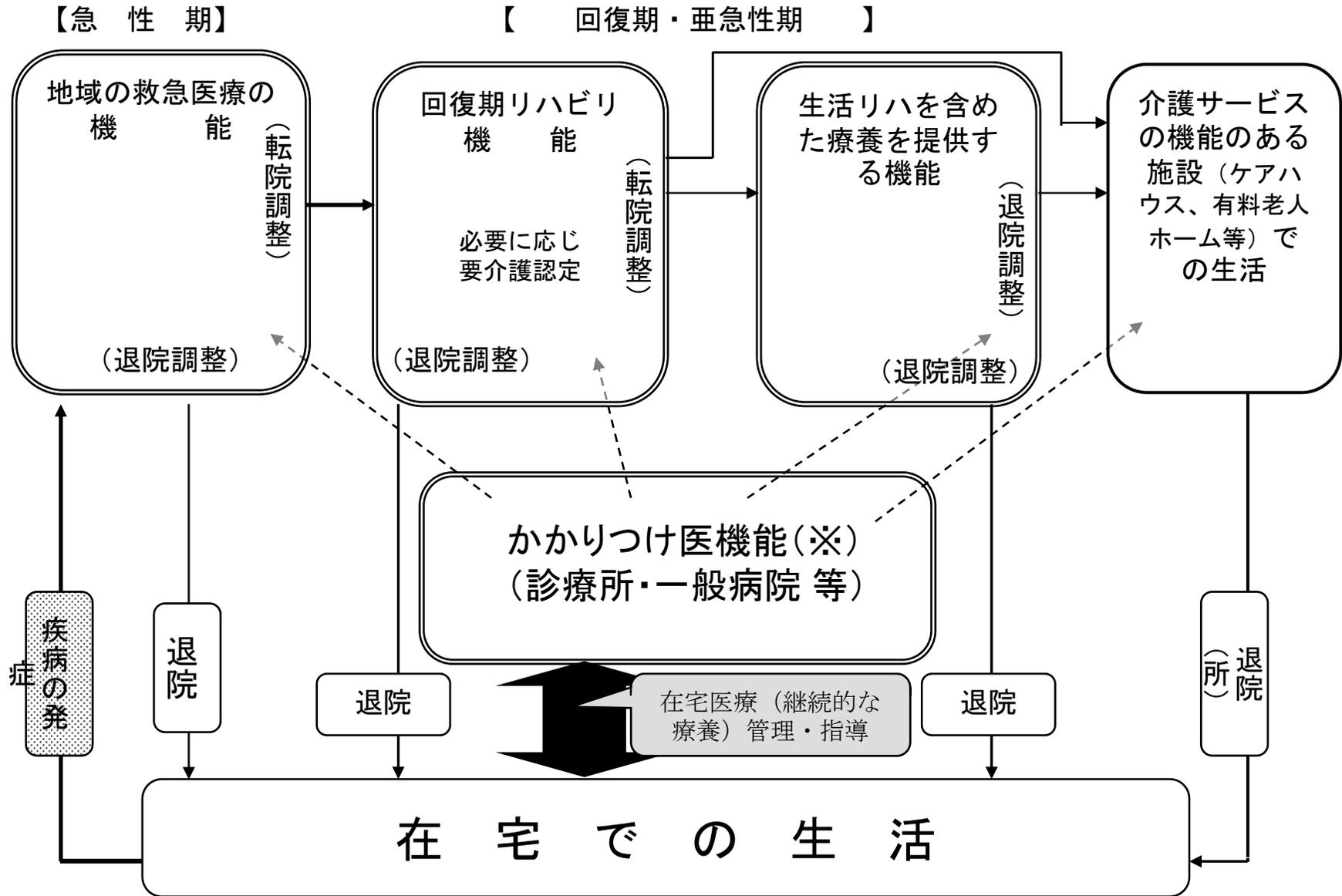
【対策との関連でみた問題】

- ・（関係者が意識しているかは別にして）医療機関と患者の間に「市場」が存在し、それが機能し、医療の質と効率性が向上するという前提。しかし、医療の特殊性から、「市場メカニズム」は十分にはうまく機能しない。
- ・手法の分類（その1）
A: サプライサイド VS. B: デイマンドサイド
- ・手法の分類（その2）
①地域医療計画等の計画経済的手法、②診療報酬による経済的誘導、③情報開示と選択（第三者評価を含む）
- ・いずれの対策も一長一短がある。ポリシー・ミックスとせざるを得ない。

Ⅲ. 機能分化と連携をどう考えるか

1. 日本の医療の向上を図るためには、「機能分化」は避けて通れない最重要課題である。（病院と診療所、急性期・慢性期etc.）
2. ただし、3つの留意点がある。
 - ① 「機能分化」はそれ自体が目的ではない。
 - ※ 医療政策の目標(=評価基準)は、1) 質(quality)、2) 公平性(equity)、3) 効率性(efficiency: cost) である。
 - ② 「機能分化」がワークするための条件は「連携」である。自分の“庭先”だけきれいにすればよいのではない。
 - ③ 競争は必要だが、悪貨が良貨を駆逐しないよう、適正な評価が重要である。（例）「連携」と「困り込み」は外形的には同じように見える。
3. 機能分化は、「情報伝達ロス」や「インターフェース・ロス」を発生させる。“切れ目のない連携”のためには、これらのロスの最小化が必要。“繋ぎ”の役割を誰が果たすのか、医療政策上明確にすることが必要。
4. 総合医(家庭医)の議論は「急所」。人頭払い等の議論と絡められ「迷走」気味なのは残念。

脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ



※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

インターフェース・ロス：職能と専門家

1. 職能・教育・言語体系等の違い→ 連携の困難性
 - 例えば、褥そうのある患者を、医師、看護師、保健師、ケアマネジャー、介護福祉士、生活保護のケースワーカーが別々に訪問した場合に、何を中心に「観察」するか？
 - 他職種との会話は、仏語とイタリア語程度の相違？

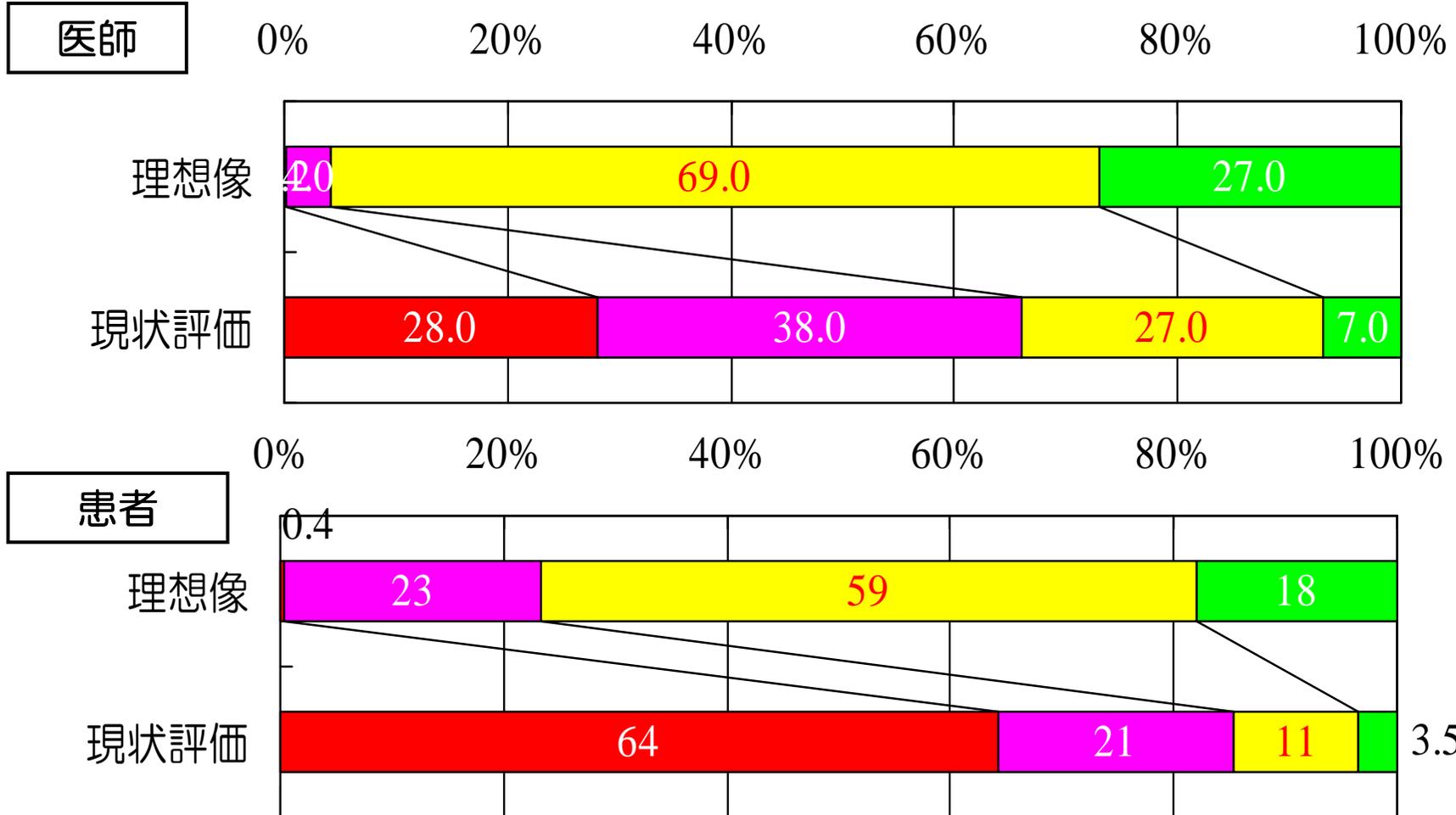
2. Charles H. Mayoの言葉

「“専門家とは、より少ないものについてさらに知識を増やしていく人のことである“という定義は適切であり真実です。このことから、専門家は仕事を効率よくこなすために、その専門分野に属する全体を象徴する人たちと何らかの関連を持っていなければなりません。」

(出典)フレディリック・ウィリウス(日野原重明訳)『メイヨー兄弟の格言集』

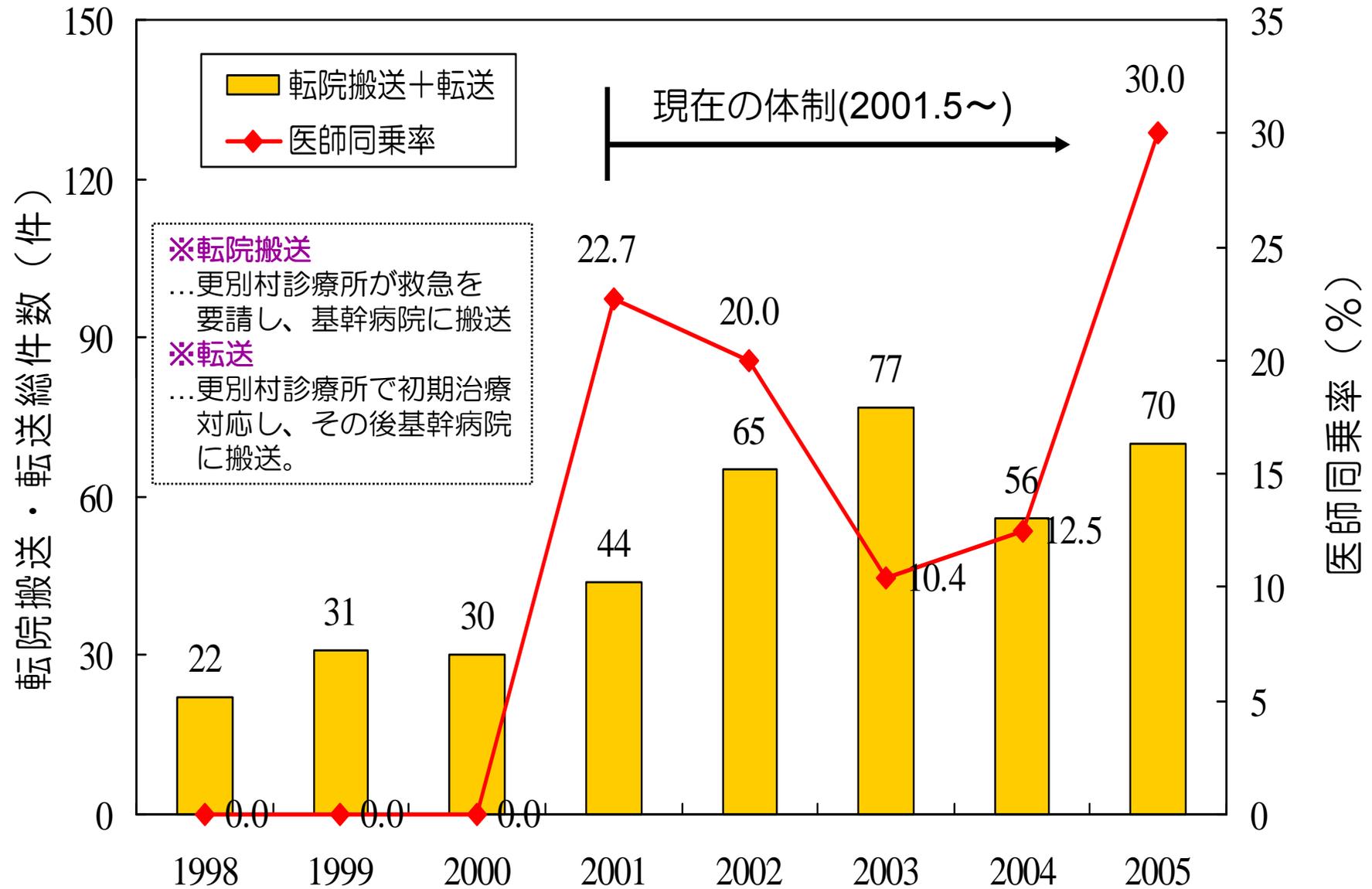
「医師と患者関係」の認識齟齬

—患者はパターンリスティックな医療だと思っている—

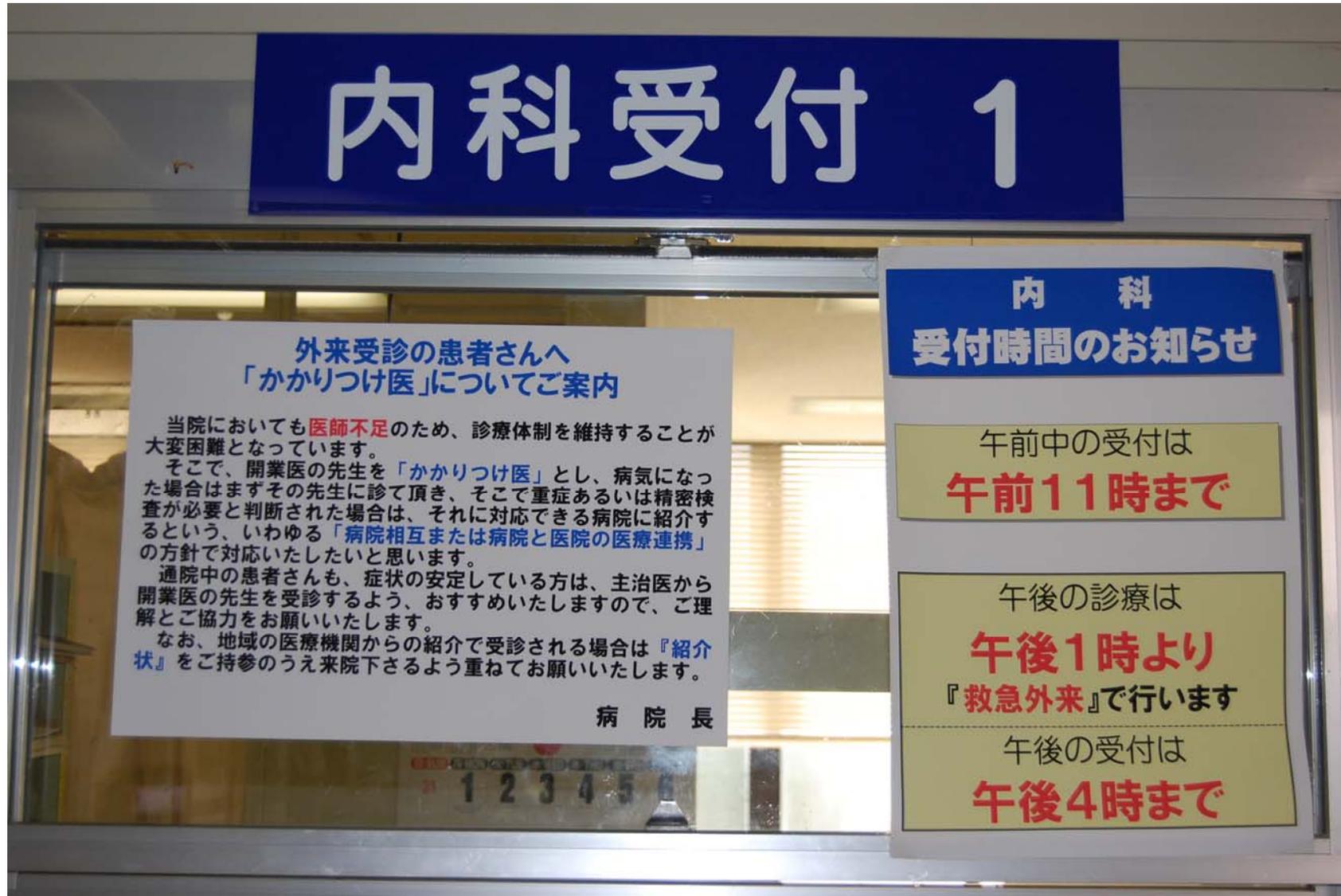


(出所) 樋口範雄『医療と法を考える』(有斐閣)

更別村診療所の家庭医の救急医療への関与



病診連携と医師負担の軽減のために (資料提供：国東市民病院 靱井眞二院長)



コンビニ受診対策

(資料提供：国東市民病院 靱井眞二院長)

救急外来を受診される方へ

救急外来は、あくまでも救急の患者さんに対応するもので、単に時間外も診療する場ではありません。

診察の順番は、状態によって決まりますので、重症度の高い患者さんが優先されます。そのため状況によっては待ち時間が長くなることがあります。

診察は当番の医師が行いますので、必ずしも専門医とは限りません。あくまで応急処置の診療となります。

お薬は、応急処置のため原則として1日分しか出ません。翌日の専門科の受診を勧められた方は必ず受診なさるようお願いいたします。

ご質問等があれば看護師にご確認下さい。

病院長

国東市民病院看護部基本理念

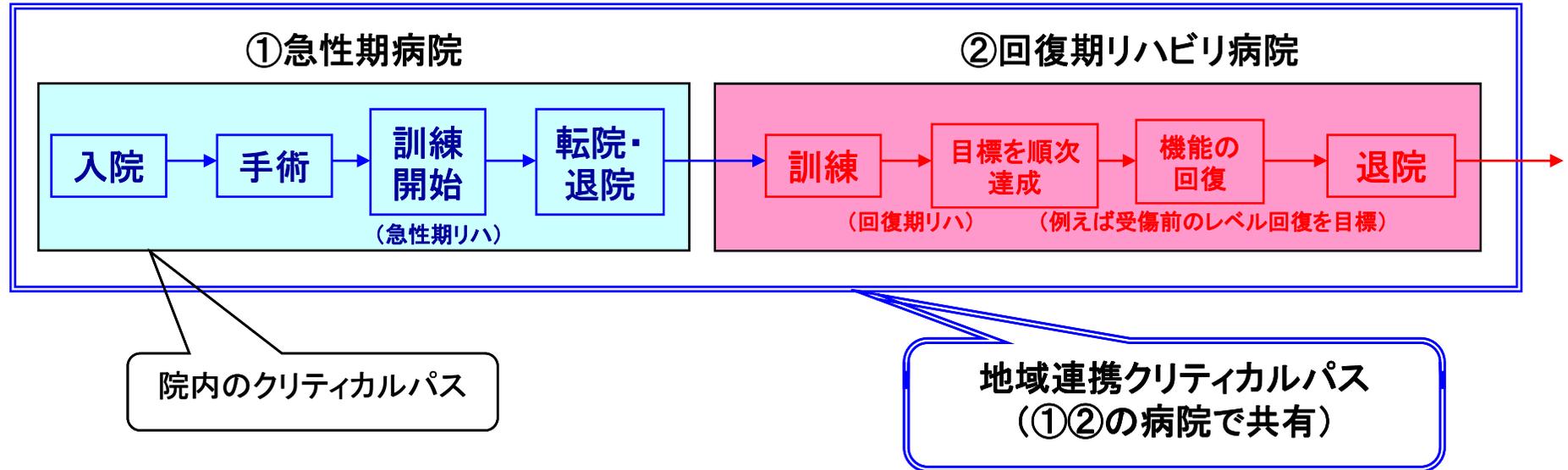
1. 患者及び地域住民に、安全で高水準の看護を提供する

泌尿器科外来よりお知らせ

一人ひとり救急のご案内

日替り案内

地域連携クリティカルパスのイメージ



熊本市での取組実績

①急性期病院における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
連携パス導入前 (H11.1~12)	72例	28.5日 (A)	—
連携パス導入後 (H13.1~8)	77例	19.6日	約31%減
連携パス導入後 (H15.1~H17.1)	423例	15.4日	約46%減

②連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(B)に対する減少率
連携パス導入前 (H15)	55例	90.8日 (B)	—
連携パス導入後 (H16)	53例	67.0日	約26%減

静岡市静岡医師会と市内の病院で行われている在宅医療の地域連携の例

○在宅患者相互連携システム(イエローカード・システム)

・制度の概要

ア 在宅の寝たきり患者が、病状の悪化に備えて、自分が診療を希望する病院を選択し、かかりつけ医は、当該患者の病状をあらかじめ病院に登録する。

→ 患者にイエローカードを配付

イ 家で寝たきりの患者の容態が急に悪くなったときは、まず、かかりつけ医に連絡するが、万一連絡がとれない場合は、イエローカードに登録してある病院に連絡し、当該病院で診療を受け、必要ならば入院もできる。

○在宅医療支援看取りシステム(グリーンカード・システム)

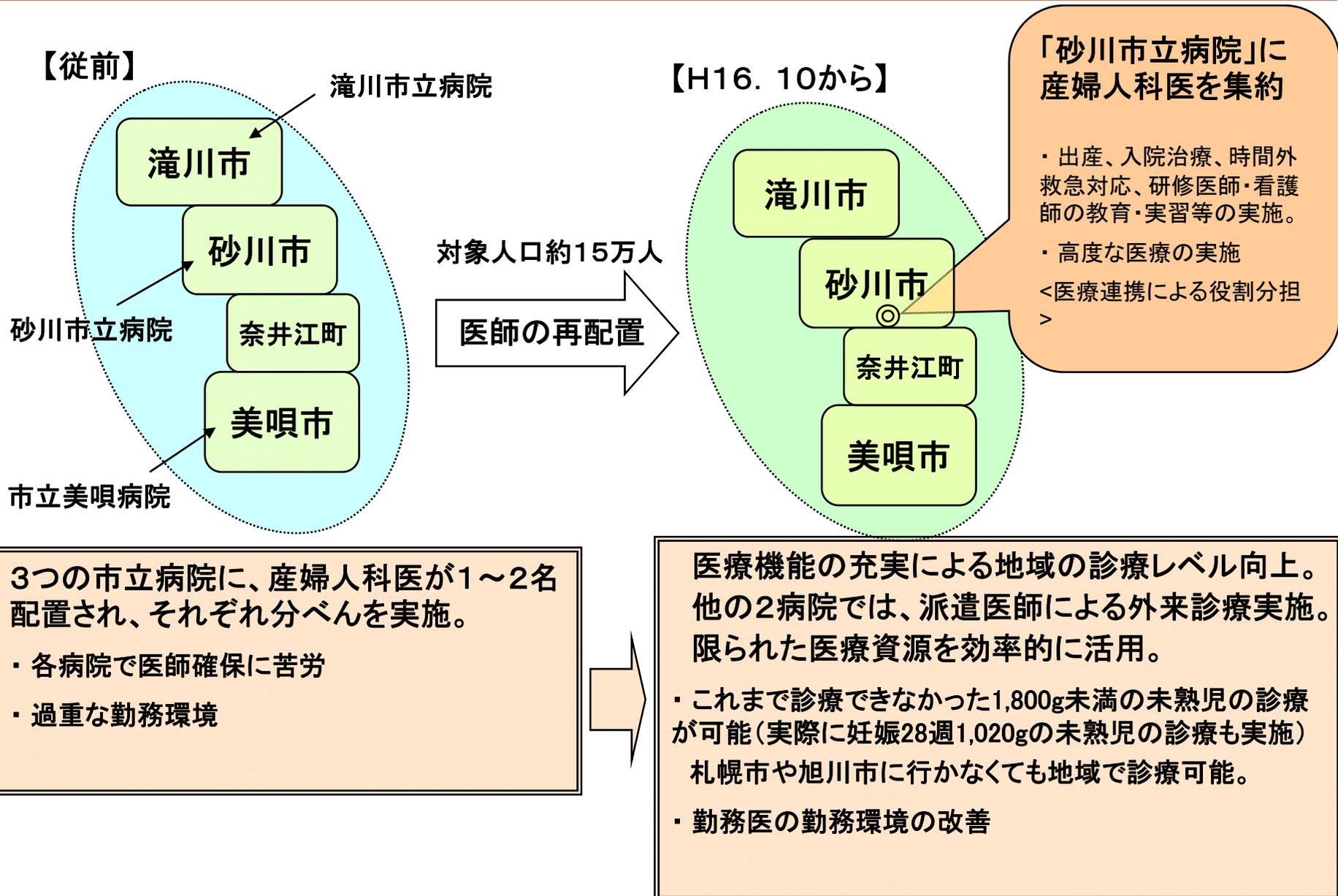
・制度の概要

ア 家族とともに在宅で最後を全うしたいと希望する患者について、かかりつけ医は患者の希望を受けて、あらかじめ病状を医師会に登録しておく。

→ 患者にグリーンカードを配付

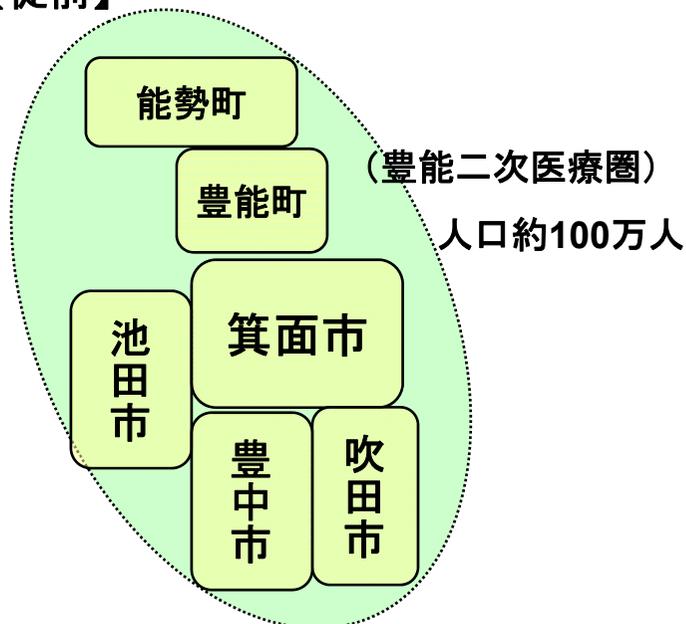
イ 在宅で看取りを希望される患者の容態が急変したときには、まず、かかりつけ医に連絡する。万一連絡がとれない場合は、救急隊に電話をし、グリーンカードを持っていることを伝えると、救急隊が当番の医師に連絡し、当該医師が駆けつけ、在宅患者の看取りを行う。

医療資源の集約化の例(北海道中空知地域)

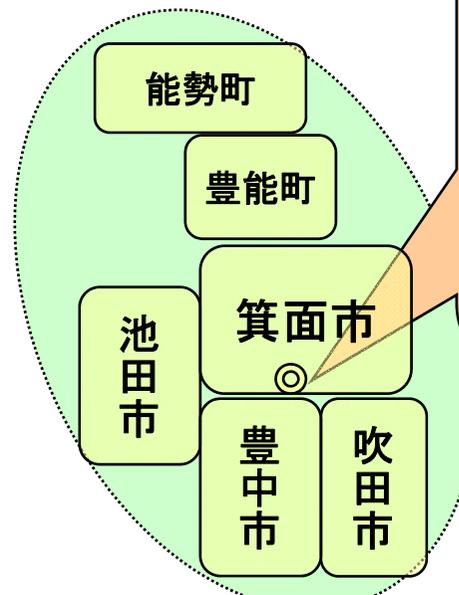


医療資源の集約化の例(大阪府豊能地域)

【従前】



【H16. 4から】



「豊能広域こども急病センター」を設置

- ・軽症を含む一次救急患者を診察し、入院機能はない。
- ・入院が必要な患者は、各地域の市立病院などで精密検査や入院治療を受ける。
- ・大学や国立病院からの派遣医師の他、地元の開業医も交代で出務し診療する。

4つの市の市立病院と、一つの民間病院が、それぞれで、24時間365日の小児救急診療を実施。

・風邪などの軽症患者も重症の患者も混在して受診

・各病院の夜間態勢は、小児科医1人ずつの配置であり、過重な労働環境

各病院の一次救急患者は減少。センターが担う一次救急と、各市立病院等が担う二次救急の役割分担が図られ、効率化の実現とともに小児科勤務医の労働条件も改善。

・センターを受診する患者の重症度は、軽症97.4%、重症2.6%(平成17年度)

・市立病院等への搬送はセンター全受診者の2.6%(同)

・市立病院等への一次救急患者は6~7割減少

地域包括ケアの取組が行われている 地域の分類と特徴

I. 基幹病院中心型

地域における基幹的病院が、高次の医療から介護・福祉系統の施設等を保有し、医療・介護・福祉の包括ケアシステムを指向・実践している地域 …… 御調町〔現尾道市〕（公立みつぎ総合病院）、茅野市（諏訪中央病院）、宮城県涌谷町（涌谷国民健康保険病院）

II. ネットワーク型

1. 在宅主治医と病院主治医が中心となり、他職種とともに、「退院時カンファレンス」等を行い、更に、これらをベースに福祉団体（民協・社協）を巻き込み、医療・介護・福祉の連携ネットワークを形成している地域…尾道市
2. 地域医師会・行政・市民団体が連携し、地域の医療体制（救急医療体制や重症心身障害児医療等を含む）の整備、医療機関連携に積極的に関わっている地域…市川市、松江市
3. 地域医師会等が中心となって医療・介護・福祉の連携を進めるとともに、地域医療の後方支援として必要な機能強化等を基幹的な病院に働きかけている地域…静岡市、京都府乙訓郡、横浜市（Wの会）
4. 急性期加算対象4病院が競争の中で機能を分け合い、4病院が主導し「患者の流れ」を形成している、さらには「連携クリティカルパス」の導入を図っている地域…熊本市

（注）これは例示である。それ以外にも先駆的な取組が行われている地域は数多くある。

なお、この分類は、武藤正樹（2001）『21世紀の地域医療連携』『健康保険』2001年2月・3月号の分類も参考にしている。

「機能分化と連携」の留意点（重要）

1. 医療機関の機能分化は「目的」ではない。医療政策の「手段」である。“必要十分条件”の吟味が重要。
2. 地域の人口集積・医療資源の分布等は異なる。
→ オールマイティの方式はない。地域の関係者の創意工夫が必要。
3. 連携の基盤がベースにあるからクリティカル・パス等が機能するのであって、「逆は必ずしも真ならず」である。
4. 「10年仕事」である。好循環になるまでが大変。明確なビジョンの下に丁寧に積み重ねないと失敗する。
5. 住民の医療に対する理解や参加がないと、地域医療は向上しない。
6. 紹介・逆紹介が重要になる。“ピア・レビュー”が厳しくなる。
7. 金融機関も、経営者のポジションを厳しく見ている。

IV. 関係者は、「今」何をすべきか

1. 基本的な状況認識

- 「超少子高齢化・人口減少」、「低経済成長基調」を背景に、医療制度改革の議論はエンドレス。経済界・財政当局と医療関係者の「溝」は深まる。
- 医療制度をめぐる厳しい“制約条件”は決して軽視すべきではない。また、国民の負担増に対する忌避感も非常に強いことに留意すべき。
- したがって、現状を「そのまま拡大」する医療費増大の選択肢は非常にハードルが高い。①医療の質、②アクセス、③効率性(コスト)、の3つのプライオリティをどうつけるか、「国民的合意」が必要。「時間との勝負」。

2. 「今」何をすべきか(総論)

- 医療は“非可逆性(非可塑性)”かつ“複雑系”であること、医療は完全技術ではないこと(限界性)、医療は高い“公共性”を有することの認識の共有化を図るべき。自覚と責任を欠けば医療は崩壊する。
- 医療関係者は“被害者意識”をもつのではなく、「できること、できないこと」を明確にして、世の中にアピールすることが重要。

IV. 関係者は、「今」何をすべきか(続き)

3. 今、何をすべきか—政策ビジョンを示すのは誰か?—
 - (国・自治体) 政策立案能力を向上させる。都道府県は責任が下ろされていることの自覚を持つ。
 - (政治家・マスコミ) 大衆に迎合しない。全体をみる。
 - (学者) “森”をみる。論理の美しさにおぼれない。
 - (財界) 皆保険の恩恵を享受しているという自覚を持つ。
 - (保険者) 被保険者の代理人の自覚を持つ。
 - (国民) 医療の本質や限界の理解。医療は一種の「公共財」であり、それを育てていくという意識を高める。
 - (医療関係者) 日々の実践に加えプロとしてのビジョンを示す。職能者の自律性・自浄力を高めることも必要。医療政策の基底をなす社会経済の変容をしっかりと捉える。

お断り

1. この資料を配布することとしたのは、講演時間が限られている中で、十分意を尽くせない部分を後ほど補っていただくためです。
2. この資料は、私が作成したもののほか、靱井眞二院長の資料など(ご本人の了解を得て)他人のスライドを借用したものが含まれています。
3. したがって、本日お配りした資料を無断で転用することは、何卒慎んでいただきますようお願いいたします。