

平成 20 年 3 月 31 日

福岡県医師会
会長 横 倉 義 武 様

医政研究委員会
委員長 松 村 順

答 申

医政研究委員会では、貴職からの諮問「わが国のあるべき医療制度 福岡県における課題と対策」(平成 18 年 7 月 5 日付)について、鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を別紙のとおり取りまとめましたので答申いたします。

医政研究委員会

委員長 松村 順
副委員長 白石昌之
委員 津田恵次郎
牧 聡
有吉通泰
津村直平
舟谷文男
尾形裕也
松田晋哉
平田輝昭
野田健一
藤原 繁
山内 孝
山岡春夫
植田清一郎
秋田章二
堤 康博

平成 18 年度第 1 回医政研究委員会

7月5日(水)第1回医政研究委員会が開催された。冒頭、横倉会長は「この委員会は、次の世代の医師のため、また医師を育てるといふ非常に重要な意味を持っているので、十分な討議をお願いしたい」と挨拶した。また、委員長に松村順委員、副委員長に白石昌之委員を選出し、横倉会長より「わが国のあるべき医療制度～福岡県における課題と対策～」が今年度の諮問として松村委員長に渡された。

第1回目は「医療制度改革関連法案」をテーマに福岡県保健福祉部医監岡本浩二委員、附帯決議の内容について医政研究委員会担当理事山内孝委員より説明を受けた。

「医療制度改革関連法案」

福岡県保健福祉部医監 岡本 浩二

今回、医療法等の改正案、健康保険法等の改正案という2つの大きな法律案が提出された。厚労省から昨年来出されていた改革試案、政府・与党の医療制度改革大綱、それを具体化したものがこの両法案である。医政局を中心にまとめられたものが医療法等の一部を改正する法律案、保険局等を中心にまとめられたものが健康保険法等の一部を改正する法律案である。

医療法等改正案では、まず大きな柱立てとして、患者等への医療に関する情報提供の推進、いわゆる情報提供、医療計画制度の見直し、地域や診療科による医師不足問題、特に産科・小児科・麻酔科医師不足問題への対応として医療対策協議会の制度化、医療安全の確保の面から医療安全支援センターの法定化、行政処分等の見直し、再教育の問題、医療従事者の資質の向上、再教育、保助看法の名称独占の規定。臨床修練ということで、外国人の看護師、救急救命士等について医師と同じように臨床修練制度の対象とするということになる。医療法人制度改革。医業経営の非営利性というものの徹底ということから、解散時の残余財産の問題。また、新しく公益性の高い医療法人ということで、社会医療法人制度の創設ということが書かれている。関心の高いところは、この有床診療所に対する規制の見直しで、いわゆる48時間の制限の撤廃ということ。施行時期は、基本的には平成19年4月1日になっているが、有床診療所の見直しは平成19年1月1日、それから一部のものが平成20年の4月1日で、医療計画も実際に動き始めるのが平成20年4月1日になる。以上が医療法改正で目指すところである。

福岡県医師会担当理事 山内 孝

法案では抽象的表現で、真意が読み取れず、どういうふうに具体化されるのか不安があるが、今度の附帯決議を見ると、かなりの部分を明確にするように求めているため、期待が少し持てるのではないかと。ただ、本当にこのとおり政省令に盛り込まれ、実行されていくのか、今後検証し、政省令まで把握していく必要がある。附帯決議には、1番目に混合診療の問題が出ている。無制限に拡大されないように、評価療養と選定療養に分けてルールづくりをされるということだが、実際ルールがどうなるのか。解釈によっては、混合診療が具体的になっていく可能性もある。中医協で審議される中で、日医としての主張がどう具体化されていくか注目したい。

また後期高齢者医療制度も、広域連合という具体的な言葉が出たが、広域連合の範囲がどういうふう
に規定されていくのか。地域差、保険料の問題をどうするのか。診療報酬まで地域によって差が出てく
るということになれば、大きな問題であり、附帯決議ではうたわれてはいるが、実際どうなっていくの
か見守る必要がある。

その後の議論では...

医療法の中にあるように、都道府県がかなり情報を収集するという意味では、権限が明確化さ
れた。ここでは医療機関からの情報収集が強調されているが、法律の条文では、市町村あるいは
保険者からも必要な情報がとれることになり、都道府県というのは情報の集積場所として非常に
重要な役割を果たすことになるのではないかと。また、それを開示していく、提供していく、そう
いう意味で都道府県の役割というのは大きくなった気がする。

医療計画については、国がその基本方針を一応定めることになり、ようやく全体の中での位置付
けができるようになってくるのではないかと。

若干気になったのは、健康保険法で医療費適正化計画が出ているが、医療法で見ると、医療計画
をつくる時には、医療費適正化計画とか、他の計画と整合性をとるといようなことが書かれ
ているので、やはりその辺、医療計画、あるいは、ここでは何か健康増進計画との関係が出てい
るが、各計画間の整合性をどうとるのかというところが一つポイントなのかなという気がする。

健診の問題では、一部の患者さんがついでに健診を受けるというような構造だと問題が残る。そ
の仕分けをどうするかが重要になるのではないかと。

法改正では、療養型病床の取り扱いの問題は全部量的整備の方向になっており、質的な整備を福
岡県としてどうするのかを検討、県医師会として方向決めをする必要がある。委員会としては、量
的整備と質的整備をセットで議論すべきではないかと。

慢性期は、できるだけお年寄りが長くいられる場を確保する方向性が実現できるように持ってい
くことを我々は政策として訴えていくべきではないかと。

医療の提供の中に、患者さん側に立った視点、患者さん側から見た視点の提言というのにも必要に
なるのではないかと。

等の活発な議論が交わされた。

平成 18 年度第 2 回医政研究委員会

8 月 30 日（水）第 2 回医政研究委員会が「周産期医療」をテーマに開催された。

冒頭、横倉会長は「周産期の問題は今、社会的に一番注目を浴びている問題であり、各地区の様々な状況を聞き、どのような解決法があるかということについて検討いただきたい」と挨拶した。

今回は、各地域における周産期医療の状況について、北九州地区より北九州市立医療センターの高島健先生、福岡地区より福岡大学病院の吉里俊幸先生、筑後地区より筑豊地区の状況も含めて久留米大学の堀大蔵先生にお話いただいた。また、周産期医療の総括的問題を福岡県医師会理事の片瀬高先生にお話いただいた。

< 北九州地区 > 北九州市立医療センター

総合周産期母子医療センター主任部長 高 島 健

病院は北九州市の小倉駅近くにあり、病床数は 636 床で、産婦人科の病床は、産科と婦人科と合わせて 68 床、産科は、総合周産期母子医療センターの母体胎児集中治療管理室が 6 床と後方病床が 33 床あり、合わせて 39 床ある。また、NICU は 9 床ある。平成 13 年 12 月より福岡県の指定をいただき、総合周産期母子医療センターとして運営されている。平成 13 年当時、産婦人科の常勤医は 10 名だったが、退職、大学の人事異動で徐々に減り、現在は後任の充足がないまま、6 名での勤務態勢である。非常にきゅうきゅうとしているがその理由として、今年の 4 月に他の総合病院産科診療が中止、縮小する等で一遍に医師数が減少したことがあげられる。北九州市は、東西に長く、大まかに分けて小倉・戸畑・門司の医療圏と八幡東区・西区の医療圏に分かれる。後者は市立八幡病院の先生が 1 人減っただけで余り変わらないが、前者は国立病院機構小倉病院で勤務医が 2 名、九州労災病院で 1 人、北九州総合病院で 1 人減り、九州労災病院と北九州総合病院がそれぞれ産科の診療を中止している。平成 16 年度の分娩数は労災病院が 113、総合病院が 216 で合わせて約 300 名の分娩が周りの病院に流れざるを得ない状況になっている。もともと婦人科のがんを中心にハイリスクの産科も扱っていた小倉病院でも、定員 2 人が減ったため産科の病床約 20 床が約 5 床に減らし、分娩数も年間 100 ~ 200 程で、ハイリスク分娩だけを中心にされている。その結果合計 400 ~ 500 程の分娩が総合病院でできなくなっている。医療センターでは平成 16 年度の分娩数は 665 で、単純に言うと 1 人 100 人程だが婦人科のがんも扱っているため、産科をほとんどしていないか、全くしていない医師が 3 人おり、実質 3 ~ 4 人というのが現状である。また、救急搬送での「搬送分娩」は、医療センターへの搬送件数が増えている。

4 月を迎えるにあたり、対策を検討したが、即時に効き、実行できるような解決策はなかった。ただ、各基幹病院が今までは紹介状がない患者さんも受け入れていたが、北九州の中の基幹病院である、医療センター、小倉病院、年金病院、産業医大は産科、婦人科で、紹介のない方は、すべてお断りするシステムをとっている。医療センターでは、昨年 1 年間の入院患者数は減少していたが、産婦人科の医師も減っていたので、さらに外来等で患者さんを少しずつ制限しているが、今年の 4 月からは年間 900 と 4 年ぐらい前の数に戻っている。緊急の患者さんの搬送も見込みで 190 人で 4 年前の倍である。

分娩数も昨年からすると 140 ~ 150 程増える予定である。帝王切開の数も今年は非常に多く、290 程になる。

多胎分娩も今年のペースでいくと例年の倍になる予定である。医療センターでは北九州市が運営母体であるため、周りの病院の医師がどんどん減っていった状況で、どのようにしたら医師の数を確保できるかを市の当局にいろいろ働きかけているが、待遇の改善も難しく、粘り強く働きかけている。分娩の制限が進めば、診療所も分娩制限、受ける病院側もローリスクの患者さんをマンパワー不足で制限すると、「お産難民」という言葉のとおり、地域での産み場所がだんだんなくなってくるという状況になる。

言葉の上では集約化と言われるが、実際かなり過酷な勤務条件を自ら求めて行くかということ、総合病院同士での役割分担というのは進める方向ではいるが、非常に難しい問題ではないだろうか。

福岡県全体でも後期研修医は産婦人科で 3 人。3 人では福岡県内の産婦人科の病院を担えるものではない。後期研修医がふえなければ、北九州市だけの問題ではなく、あっと言う間に福岡県全体の問題になるのではないかと。

課題は山積しているが、国が言っている集約化は、今いる産婦人科の医師で、現状がうまくいくようにするための処方せんである。後期研修医の確保は、5 年 ~ 10 年のスパンで考えていかなければ、周産期医療の高度な医療というのはできなくなる。現状で持ちこたえるためには、マンパワーが必要で、それが将来的に安定して供給されるかどうかは、若い先生をどのようにして引き入れるかということにかかってくるのではないだろうか。構造的には新しい先生方が入ってくること、労働条件、環境の改善が地域で分娩ができなくなる状況を救う。

< 福岡地区 >

福岡大学病院総合周産期母子医療センター講師 吉里俊幸

福岡は、人口約 200 万、分娩数が約 2 万件ある。まず、総合周産期母子医療センターとして福岡大病院、総合には指定されていないが、ほぼ同等な機能を持つ九大病院、地域周産期母子医療センターとして九州医療センターと徳洲会病院、それ以外に、日赤病院、浜の町病院という 6 施設がある。こども病院は産婦人科がないため、小児科だけである。

北九州地区では先ほどの北九州市立医療センター、筑豊地区には総合はなく、地域に指定されている麻生飯塚病院、筑後地区では久留米大学と聖マリアが指定されている。

総合周産期というのは、おおむね人口 100 万に対して 1 カ所決められている。母体胎児治療管理室、M F I C U が 6 床以上、新生児集中管理室、N I C U が 9 床あり、それぞれ 24 時間体制で医者が常駐していることが必要であるというのが総合周産期母子医療センターの概略であり、地域周産期母子医療センターというのは総合を補完する施設のことである。

2005 年、福岡都市圏で妊婦さんあるいは赤ちゃんが何らかの異常があって、救急で治療を要する母体搬送症例が年間 400 名強あった。福大病院と九大病院と徳洲会病院と九州医療センターの 4 つで全体の約 9 割を対応しており、残りの約 1 割について日赤病院と浜の町病院が対応した。

母体搬送の救急症例は、福大、九大で全体の約 2 割 ~ 3 割、徳洲会では 4 割強、医療センターでは 1

割弱の患者さんが急患である。また、受け入れ時の週数が若い週数というのは、どうしてもNICUが備わっている施設に搬送されるため、基本的に22~27週の患者さんは、人口呼吸を必要とする赤ちゃんを診ることができる4つの施設でほとんど対応している。ほとんどが一次施設から送られてきているが、特に福大、九大は二次施設の徳洲会、医療センター等を含め他の病院からの患者さんも受け入れている。逆に、徳洲会あるいは医療センターは大学病院で受けられない患者さんを受けている。福岡都市圏の救急周産期医療体制（母体搬送）は、複数の高次施設がネットワークを形成することによって機能している都市型の施設である。主に福大と九大がいわゆる三次施設としての役割を果たし、徳洲会と医療センターはそれを補完する地域周産期医療センターという役割を果たしている。基本的にはその4つがネットワークを組み、送られてきた患者さんに対応できないときは、ネットワークの中で融通させるシステムが完成している。

ここからは問題点だが、母体搬送そのものにも問題点があり、搬送患者さんを受け入れないということがここ3~4年急増している。昨年は福大で52件、九大で49件、医療センターで46件ほどあった。主な理由としては、NICUが足りていないことが一番大きく、次に、産科の病床がいっぱいで受けられないということがあげられる。特筆すべきは、医師はいるが、例えば分娩に携わっている、急患が既に来ている等で、ベッドはあいていても受け入れられない状況が現実的に起こっていることである。福大の場合、NICUは29床が満床であるが、満床以上という日が全体の151日のうち60日あり、約3分の1強が既に満床となっている。つまりこの期間は、患者さんを受けたくても受け入れられない状況が既に起きている。また人工呼吸器についても、福大では同時に9人の赤ちゃんを診ることができるが、平均して8台が動いているため、新規で受ける患者さんは1人、あるいはゼロという状況が慢性的に発生している。それは、いわゆる未熟児と言われている赤ちゃんが少しずつ増えているところに原因がある。呼吸器を必要としたり、NICUを慢性的に占有したりする患者さんなので、施設は増えているけども、問題は解消されていない。

このように、福岡市の場合においても、搬送の医療体制が崩壊しつつある。その原因としては、NICU不足、マンパワー不足、都市圏以外からの患者さんがかなり流入してきていることがあげられる。

2003年の母体搬送の特徴は、全体の半分以上が切迫早産系の病気、1割強が胎児仮死で搬送されている。ただ、この中には多胎、前置胎盤等、必ずしも緊急を要するものではなく、もう少し早い段階で搬送していれば急患にならずに済んだというケースも含まれている。また福岡地区では、開業の先生が都市の中にかかなり集中しており、搬送の時間がかなり短いという特徴がある。なるべく多くの母体搬送を受けするためには、リスクがある患者さんは早目に送っていただく、早産を予防する何らかの方策を考える必要がある。

大事なことは、病診連携というのを今以上に推し進めていくということが必要なのではないかということである。ただし、その行き着く先がハイリスクは三次病院、ローリスクは一次病院というふうに完全に分かれてしまうと、高次施設の医師の数が多くなるため、それをバックアップする人的な資源の確保と診療報酬に対するバックアップがどうしても必要になるだろう。そうでなければ、三次施設はパンクし、最終的には一次施設も危なくなるということが起きてくるのではないかと危惧している。

< 筑豊・筑後地区 >

久留米大学総合周産期母子医療センター産科部門診療部長 堀 大 蔵

筑後地区は、甘木朝倉～大牟田までを医療圏としている。分娩数は、県が10月から9月までの分娩統計を出しているため、実際に年をあらわしているかという点と違う可能性はあるが、平成11年に8,019あった分娩数が平成17年は7,070と、約1,000分娩減少している。久留米市内は横ばいとなっているが、大牟田、甘木朝倉などは分娩数が減少している。また、筑後地域は鳥栖、大分県日田が医療圏となる。また、三養基郡、一部荒尾市も患者さんを送ってることがあり、分娩数は約1万である。

M F I C Uは100万都市に1カ所だが、筑豊地域も一緒に診るため、筑後地域にはM F I C Uを2カ所認可していただいている。また、筑後地域で分娩を取り扱っているのは、公立八女総合病院と大牟田市立病院。筑後市立病院も取り扱っているが、数はかなり少ない。また、分娩取り扱いをやめるなど、二次病院が減ってきたというのが現実である。二次病院には八女総合病院と大牟田市立病院があるが、小児科の新生児専門医がいないこともあり、35週以降の2,200g以上だったら扱うことができる。新生児関連に関して筑後地区はほとんど扱えないため、その他の部分は大学と聖マリア病院で扱っているというのが現状である。2つの病院でM F I C Uが21床、それからN I C Uが39床と、分娩数に対しては恵まれた地域である。大学では、産科専門の医師9人と新生児専門医師6人で対応している。聖マリアは、産科専門医師6人と新生児専門医師7人で周産期の医療に当たっている。

ところが、大学の分娩数は、M F I C Uができてからはほとんど満床の状態、年間ベッド稼働率が110%～120%である。これは4床ある分娩待機ベッドをうまく使いながらの数値である。紹介率が80.8%、緊急搬送が96件。ベッドがあいている限り患者さんを受け入れるという形をとっている。また筑後地区では約8割は大学に電話があり、それでもあいていないときに聖マリアに紹介している。

筑後地域には分娩を行っている診療施設が28施設ある。二次病院としての公立八女総合病院と大牟田市立病院があり、さらに聖マリア、久留米大学間で連絡をとり合いながら受け入れ可能な患者さんを送っている。受け入れ不可能なときは、県内の福岡地域、佐賀国立病院、熊本市立病院など県外に送ることもある。また逆に県外から患者さんが来ることも多い。

久留米大学では、平成16年度に受け入れが不能であった症例は、99例。産科が満床だったものが67例、N I C Uが満床であったものが32例。その症例は、聖マリアが68例とり、福岡市内に17例、佐賀国立病院に4例、熊本市立病院に1例送っている。他に本人が県外に行くことを拒否し、二次病院でお産になる等が9例である。

筑豊地区では、分娩数は約3,700で、ほぼ横ばいか、100～200程減っているのが現状。

問題点としては、診療所がかなり少ないことである。直方地区には2施設、田川地区には診療所で分娩ができるところはなく、飯塚地区では、麻生飯塚病院と数施設の分娩施設がある。問題なのは田川市で、久留米大学と長崎大学が医師を派遣しているところもあるが、長崎大学もかなり少なくなってきた。今後大学からの派遣を中止せざるを得ない状況になれば、筑豊地区はかなり状況が厳しくなり、患者さんは北九州、福岡に流れていくという現象が起こるだろう。筑豊地区からM F I C Uに送られた数字は、久留米が1例、聖マリアが15例、北九州が1例で、普通の地域医療センターなどに送られた

数字はわからないが、このような流れがある。

2005年に久留米大学総合周産期医療センター産科部門の講師以下のドクターに調査したところ、勤務時間平均12時間以上が78.5%、月11回以上の拘束をしているが45.2%、当直したときの平均睡眠時間が4.8時間となっている。また、1カ月の平均休日数約2.5日となっているが、この間に学会等があるとほとんど土日が1回とれるかどうかというのが現状。

筑後地域の周産期の現状をまとめてみると、分娩数は減少しているが年間約20症例が地域外の周産期施設に搬送されている。熊本県、大分県、佐賀県からの母体搬送も増加している。ベッドがあいている限り受け入れるため、久留米大学の医局員、産科で午後10時ぐらいに帰るのが当たり前というのが現状である。また、久留米市で二次病院が減少しており、二次救急も三次病院に運ばれるという状態で、三次病院はかなり仕事が多くなっている。

周産期医療の問題点は、産婦人科の勤務医がかなり減少してきていることである。この原因は、入局者が少ないということと、早期開業が多くなってきていることにある。さらに、女性医師が増加しており、産休等で人数が少なくなり、過重労働になっている上、最近、雑用なども増えているのも現実である。仕事が増えてくれば、医療訴訟の増加も問題に上がる。また低収入であり、大学に勤務している5年目の医師を見ると、内科、外科医師の約3分の2の収入である。これは過重労働のためにバイトにも、当直にも行けないといったことが起こっているためである。若い医師は、仕事の内容を見て、あんなきついところはやめたいと等の理由で入らなくなった。もう一つは、大学で研修する医師が昔はほぼ100%近かったのが、現状では、約40%~50%が大学で研修し、あとは外の研修病院に行っていることから、入局者が減少し、産婦人科の勤務医はどんどん減少している。その結果、大学の人数はある程度確保しなければならないため、派遣医師の削減や、派遣病院を中止している。また待遇の悪い病院、5~6年目になってもレジデントの給料で、官舎はかなり汚く、そこに入るよう言われるような病院がまだある。そのようなところは行き手がおらず、引き揚げるようになってしまった。削減されることで、二次病院が減少し、逆に三次病院の負担が増えてきている。育児休暇を取っている数人の女性医師は、保育所の完備を希望しているがすぐにはできることではなく、女性医師の待遇改善はなかなかうまくいかない。また産婦人科医師の集約化をよく言われるが、様々な経営母体があり、それを集約化するというのはかなり厳しく、行っている部長も年齢的にも高くなっているため、退職金の問題、年金の問題などもあり、そう簡単には集約化はうまくいかないのではないだろうか。

< 周産期医療総括 >

福岡県医師会母子保健・母体保護担当理事 片瀬 高

「分娩は安全」という安全神話が国民に広く行き渡っており、お産は安全だから少しでも何かあったら大変で、精神的に非常に負担を強いられ医療過誤、医療紛争のもとになっている。

産科開業医の減少と同様に病院産婦人科勤務医も減少しており、疲弊して産科の標榜を取り下げる病院が激増している。このことが患者搬送の依頼元である産科開業医への打撃となり、産科診療所の減少を招くといった悪循環に陥っている。開業医の減少の原因の一つは高齢化。次に医業（経営）上の問題があげられる。その上に大きくのしかかっているのは、看護師内診問題である。「なぜ助産師を雇わな

いのか」「募集しても来ない」ということもあるが、看護師と医師とタッグを組んで今まで診療していたという形態があり、新しく助産師と一緒に仕事といってもなかなかできない。どうしてもなくなり、内診がだめなら、廃院しようというような考えになるのも不思議ではない。さらに、新規の医者が入ってこないため代がわり不足、スーパーローテートも一因となっており、中核病院がどんどん閉鎖している。先ほど申し上げた訴訟も大きな負担である。

周産期ネットワークについて、開業医の立場から見ると「搬送先探しに苦労する」「搬送先が決まらずヒヤヒヤする」などで非常に効率が悪いようである。それは、搬送の選別を主導する機関がないことが原因の一つである。また、一次病院と三次病院が幾ら頑張っても中核の病院がしっかりしていなければ、周産期システムは崩れていく。

集約化については、小児科と一緒にしないと意味がなく、また医療圏や大学の境にこだわっていても集約化はできない。

内診問題については、問題となっていることがある。内診が助産行為となると違法で、医師の補助行為だと正当化されることである。厚生労働省のホームページでは、日医の検討委員会の諮問も結局、答申が両論併記で出たという結果が出されていた。また、見直し論として、「助産と診療の補助行為の違いが明確ではない」、擁護論として「分娩進行の把握には重要な役割を果たしている」、反対論として「内診は頭の下降と子宮口だけをはかるのではなく、全体の流れを判断する一つ的手段なので、助産業務の一環である」とある。さらに「診療の補助行為ではない」と断定している。それから、「診療所の助産師を増やすことを積極的に行う」とあるが、そのとおりで、これをせずして看護師内診の中止だけを言うことは納得のいくものではない。まず、助産師増加を実行してほしい。

その後、各委員より以下の意見が出された。

福岡の都市圏に関しては、既にベッドそのものがいっぱいになっており、コントロールしようにもコントロールできない。また、コントロールの悪さの一因に、本来、三次病院で診なくてもよい、急患の患者さんも三次病院で診ているということもあげられる。様々な要因があり、どこか一つを改善して、きちんと解決するというふうな単純な問題ではない。総合的に物事を考え、もっと広い視野でどうするか考えなければ、解決にならない。

小児科の立場から、産科の集約という問題はそのまま産科の撤退ということが地域で起こり、産科が撤退した地域は小児科医の縮小にそのままつながっている。それはそのまま地域の小児救急の問題にかかってくる。そういったことを考えると、大学間等で産科の集約あるいは撤退を考えると、小児科サイドと連携し、そういったことを考えながら動いてほしい。

集約化の問題については、国は国として工夫し、産科、婦人科、医者を増やす、裁判の問題も含めて基盤整備を同時並行でしなければ、結局はまた減っていくのではないかという気がしている。

重たいものを抱えている人ほど、環境が整っておらず、疲労困憊の日々を送っている状況にある。国の方針が、一方では自由を選び過ぎた割には、責任や安全を守るための部分への投資が少ないのではないかという印象がある。

福岡県における、各地域の周産期医療の問題点や現場の先生方がおかれている厳しい状況について、これまで十分把握されているとは言えず、その点、今回の報告は非常に有意義であった。今後もテーマに沿って、各地域の現状と問題点を把握し、その上で県医師会として、国民にとって安心、安全な医療を守るため、その対応、対策を検討していかねばならない。

平成 18 年度第 3 回医政研究委員会

10 月 18 日（水）「小児救急医療」をテーマに第 3 回医政研究委員会を開催した。

冒頭、横倉会長は「現状について議論いただき、福岡県全体の小児救急医療がどうあるべきか、将来へ向けた良い案が委員会から発信できれば幸いに思う」と挨拶した。

<北九州地区>

北九州市立八幡病院副院長・小児救急センター長

日本小児科学会福岡地方会小児医療提供モデル事業策定委員会委員長

市 川 光太郎

おおよそ人口 100 万、周辺人口が 30 万ほどの人口が大体 20 万弱の形で第一急患センター、それから平成 7 年にオープンしました我々の第二急患センターでやってきた。少子化と言われるが、ここ 10 年程は変わらず、年間 6 万人ぐらいの子供が受診している。

小児科学会のグランドデザインと呼ばれる、中核地域小児科センター病院構想では、中核病院として産業医科大学、地域小児科センターとして、国立病院機構小倉病院、北九州総合病院、九州厚生年金病院、市立八幡病院が入っている。ネットワーク参加施設には牧山中央病院がただひとつ入っているが、この 4 月から、産業医科大学が小児科医を派遣できなくなり、小児科自体は存続しているが、入院と救急をおりられた。いわゆるこのネットワークからはおりたという状態にある。そういう意味では、北九州独自のネットワークと小児科学会のデザインとの整合性で見た場合、中核病院として産業医大はそういう救急がどこまでやれるかという問題、また市立医療センター、昔の国立病院機構小倉病院が小児医療に関して救急はほとんどできないという状態がいいのかという問題がある。今後整理していかなければいけないと思うが、ネットワークができて、第一夜間休日急患センターが準夜帯だけになり、受診者数はどんどん減っているという現状がある。国立病院機構小倉病院、厚生年金病院では数は増えてきているが、その分、北九州総合病院は若干減っている。全体的には 6 万 7,000 人程で、総数は余り変わらないが、少しばらけてきた、いわゆるネットワークという形が実際、形をなしてきていると言えると思う。

北九州市の小児救急ネットワークには、ネットワーク体制の周知により、ネットワーク機関への患者増加が見られ、並行して、第一急患センターの患者減が生じていることから、将来的にも第一急患センターが患児家族へのニーズを担えるのか、ネットワーク参加病院（市立八幡病院を除く）勤務医師が第一急患センターに勤務医部会としての出務を余儀なくされ、かつ、久留米大学の撤退によりその負担が増えているといった問題が生じている。そういう意味で、独立型の第一急患センターを維持すべきなのか、閉鎖すべきなのか。また、ネットワーク病院同士の統廃合によって勤務医の労働条件を改善できないかということ。特に、産業医科大学の機能不足、小児科医不足から、中核病院としてもなかなか難しいところがあるため、厚生年金病院もしくは市立八幡病院小児救急医療センターでその役割を担えないだろうか。

将来像と現実的な課題として、急患センターの継続は可能か、地域小児科センターに開業の先生が出務ができるか、いろんな病院の経営母体の背景があるし、大学病院をどう中核病院として有機的に連携していくかということがある。市立医療センターをどう利用していくかということがある。

最後に、現実的に東西2極化の可能性を考えると、東地区は、国と県と自治体と3分の1ずつ補助を出す輪番制を取りながらということも考え、西地区は、産業医科大学をキーステーションにして、厚生年金病院と市立八幡病院が合体もしくは輪番で、大きいセンターへの方向性を考えている。大きな流れとして北九州の小児救急医療はうまくいっていたが、第一急患センターの出務をすべて大学が担い、当初は九州大学、久留米大学、産業医科大学だったが、最初に九州大学が出務をやめて、昨年4月からは久留米大学もやめ、維持が非常に困難になってきた。それとともに、自前で手挙げして小児救急医療を担ってきた厚生年金病院あるいは国立病院機構小倉病院、北九州総合病院から勤務医の過重労働問題がまた新たに浮き彫りになったというのが今の現状である。

<福岡地区>

下村小児科医院院長

福岡市医師会理事 下村 国寿

福岡ブロックには宗像、粕屋、福岡、糸島、筑紫の5つの医師会があり、それぞれ小児医療、小児救急を独自に立ち上げている。3年前、各医師会で集まって集約化を検討したが、集約化できずに今日まで至っている。

福岡市は、医師会の1階にセンターがあり、いろいろな科があり、小児科医もでており、すべて専門医で診ている。中央区と早良区以外の5つの保健福祉センターは、小児科と内科があるが、ここは小児科医は出ておらず、中心的には、内科、小児科を標榜している内科の先生が出務している。百道の急患センターは、いろいろな状況があっても対応できるように、すべて2人体制になっている。年末年始、ゴールデンウィークは患者増で4人が日勤、準夜体制で、病院があいていない時間帯をカバーしているが、土曜日は19時になっている。小児科の勤務医の負担はどこの病院でもふえている。急患センターに出務する医者数は、九大が460、福大が130で、延べ1,159人出ており、半分を大学で負担してもらっている。開業医は65人程で290回出る(1人年4回)。九大の先生方は年に12回、毎月出ている状況にある。最近の6年間の子供の受診者数は、昼間、準夜帯、深夜ともにふえていない。

糸島地区では、平日、土曜、日曜・祝日、ゴールデンウィークなど診療所があいていないときに、ほぼカバーする体制をとっているが年末年始等は1人体制となる。

ここも大学に多くを依存している。特に九大からは350で、月に1回ずつ出ている。糸島は、開業医が6人しかおらず、そのうち出務しているのは2人だけで、実は、多くは福岡市及び福岡市周辺の勤務医の先生が出ている。

粕屋は、小児救急は専門ではやっていない。内科、小児科の合同で行っており、この1人は内科系の先生が出ている。小児科の先生は北部が4人、中南部が7人であるため、小児科がないときが多々ある。粕屋地区の子供は、北部は宗像の急患センター、中南部は福岡及び筑紫の急患センターに行っているため、3年前から宗像医師会の急患センターと福岡市の急患センターに年2回ずつ小児科の先生が出務してもらっている。

宗像地区も、糸島と同じように、診療所があいていないときは、365日、24時間やっている。ここも九大143人、久留米189人。開業医が出ているのは日曜日の日勤と火曜日の準夜の隔週だけで、火、金の深夜は全部医師会病院の勤務医である。2人しかいない勤務医で行っており、勤務医が疲弊しそうな状況。

筑紫医師会では、拠点病院をつかって、そこに開業医が出務している。月、水、金は福岡大学筑紫病院、火、木、土、日が徳洲会、ゴールデンウィークも年末年始も同じシステムで回る。かなり病院の先生方に多くを依存しており、開業医は若干楽をしているというような状況にある。筑紫病院で小児科が6人前後、徳洲会10人前後で、やはりかなりきつい状況にある。小児科の医師の疲弊を考えると、宗像、糸島と百道は集約化できないかと思っているが実現にはいたっていない。

二次病院は、福岡市はこども病院、福大病院、九大病院の3つの病院にお願いしており、こども病院と福大病院には毎日1床、九大病院は日曜・祝日に1床、平日は2床、祝日・日曜日は3床、確保してもらい、年間に3つ合わせて5,000万円近い補助金を出している。糸島もほとんどこども病院、福大病院、九大病院に送っているようだが、特に契約等は結んでいない。糸島医師会病院、粕屋地区には小児科はない。宗像医師会病院には小児科があるが、手に負えないときは、やはり同じような状況で行っている。筑紫医師会は、病院の中で一次があるため、二次においては、そのまま福大筑紫病院及び徳洲会病院に入院しているという状況である。

現状は、大学の勤務医と病院の勤務医におんぶにだっこの体制である。新医師臨床研修制度が始まって、小児科入局が減っている。宗像もかなり厳しい状況で、結局、宗像医師会病院の勤務医に負担が回ってきている。やはり集約化と、患者のほとんどが開業医の患者さんですので、もうちょっと開業医が負担しようという気持ちを持っていかないと、このままでは勤務医はますます疲弊する。最近、小児科勤務医はどんどん開業へ向かっている。自分の首を自分で締めるような状況が起こっており、勤務医が勤務医として生きがいを持つと同時に、余裕を持って働いてもらえるように開業医も考えていかなければいけないと思っている。全県的なご議論をちょうだいしながら、福岡ブロックにおいても集約化を進めていきたい。

< 筑豊地区 >

こどもクリニックもりた院長

飯塚医師会理事

森田 潤

飯塚市内に小児科医は7人いるが、平均年齢が61歳。飯塚病院の診療圏人口は大体45万人である。

筑豊地区の小児救急体制は、3カ所の休日夜間急患センターがあり、土・日・祭日の準夜帯、直鞍は第2土曜日、田川地区は準夜と日祭日の昼、準夜に診療があるため、平日の準夜、深夜に関しては特にカバーはしていない。二次、三次には飯塚病院の救命救急センターがある。飯塚病院でのH15年～H17年の昼間の患者数、急患センター、救命センターの数を見るとふえており、昼の比率をはるかに上回る形で夜間の受診がふえている。全体的にも病院の受診者数はふえている。では、我々開業医は何ができるかといえば、学会の案では、小児科医がいわゆる当番に参加するしかないのではないかと考えている。

来月からスタート予定の地域連携では、今のところ、直方、田川、飯塚、3医師会の開業医17名が参加を表明している。週に1日（火曜日）19時～22時、11月からはフレキシブルに（6時から23時

でもよいということ)一次医療をして、それに研修医がつき、研修医の指導も開業医が行いながら飯塚病院に出務するというシステムを開始する予定にしている。これができると、少しは開業医の指導、一次救急に参加しやすくなるのではないかと考えている。

また私の私見だが、中長期的には、一つは、救急の治療の標準化を行ってリスクを減らす。それから、救急のエキスパートが実際の診療ではなく、指導を各地区で行って、小児救急に興味のある人たちを育ててほしい。小児科医をふやすということでは、私たちも指導、教育に参加できるチャンスをつくっていただき、今度の飯塚病院の地域連携には非常に期待している。

< 筑後地区 >

医政研究委員会委員

つむら診療所院長

久留米医師会副会長 津 村 直 平

筑後ブロックには8医師会あり、一般的には、休日当番医制(休日の昼間の時間帯を、例えば、内科系、外科系)で当番医制をひいていた。大牟田医師会が平成14年から、在宅当番医制で平日の準夜を診ている。平日の準夜19時~22時、17医療機関、休祭日6時~翌朝6時まで24時間が26医療機関で現在実施中。私は非常にいいやり方だと思うが、開業医の先生方にもかなり負担が出てきているのではないかと考えている。

八女筑後医師会が平成16年の4月から2センター方式で、月曜日~金曜日の準夜帯。八女筑後医師会には八女市と筑後市の2つがあり、そこにそれぞれ公立病院と市立病院がある。月、水、金が八女総合病院、筑後市立病院が火、木で医師会から医師を派遣し、病院の臨時職員扱いということで診療を行っている。土曜日はなく、日曜日は在宅当番医制。

久留米広域小児救急医療支援事業というのが今年の4月から開始された。夜間の小児救急を行う目的で、平成18年4月1日から、久留米市だけではなく、4市2町久留米広域市町村圏事務組合が事業主体になり、久留米大学、聖マリア病院、筑後地区及び鳥栖三養基地区の小児科医、久留米医師会の協力で始まっている。実施時間は19時~23時の準夜帯で、365日。聖マリア病院の救急医療センターで行っている。協力医に関しては、久留米大学が21名、小児科専門医を聖マリア病院が20名、あと鳥栖三養基、浮羽それぞれから計72名となっている。72名のうちの31名が開業医。出務に関しては、大学が月、金、日・祭日、聖マリア病院が火、土、医師会が、水、木、ただし、この日が休みのときには省いている。診療体制は、あくまでも初期の救急の患者さんということで、聖マリア病院は、従来の時間外診療体制を維持して、2診体制、2人体制を原則としているが、現在のところ、まだ余り外来数が多くないため、今は1人で診療しているという状況になっている。救急車での来院とか、重症患者については聖マリア病院の医師が対応する、それから受付でのトリアージは、聖マリアの師長さんが行うことになっている。受診の患者数は、1ヵ月大体600人前後、4月~8月までの5ヵ月間で3,400人となっている。そのうち入院が85人程度。

年齢別の受診者数は、0歳から2歳が圧倒的に多く、曜日別の受診者数は、土曜、日曜が多くなっている。

一般的な今後の課題は、現在深夜帯について、聖マリア病院にいわゆるおんぶにだっこの形で、行政

も我々も今は何もしておらず、この深夜帯を今後どうするかということだと思われる。やはり公的急患センターの設置、これは小児科単独でもよいかと思うのですが、今後、検討が必要だろう。それから、小児科医は今後も過酷な労働を笑顔で続けなければならないのか。行政やマスコミ、住民は救急医療を理解していないと私は思う。理解させるために医師会は何をすればよいのか。また、小児科医のエネルギーはいつまでもつのか。現在、マンパワーはどうか保たれているとは思いますが、無限ではない。これは私の考え方であるが、スタッフをふやす、場所をふやすということは我々が考えればできることではあるが、もう一つは、準夜、深夜の受診者を減らすためにはどうしたらいいかということも考えるべきではないかと思う。負担をふやすことも一つの方法ではないだろうか。それから、今、救急車を余りにも気軽に利用する風潮があるが、これをどうしたらいいのか。また、昼間に小児科の先生方に受診して、夜慌てなくていいようにしたらどうだろうか、つまり病児保育を充実するということである。それから、仕事を持っていると、自分が仕事中には受診ができない、では、その時間帯に受診できるようにする方策はないのか。私は、これは国が何か手当てをすればできるのではないかと思う。そして、もう少し小児救急電話相談というものがあるということをお我々が周知しなければならない。そのようなことが今後の準夜帯、深夜帯の患者さんを減らす一つの方策ではないかと思っている。

福岡県医師会小児医療担当理事 細山田 隆

とにかく共働き世帯が増加して、どこの病院でもコンビニ状態となっている。また、小児医療の不採算性というのがあり、点数を上げると、病院の小児科医はますます働け働けということになり、決していいことではない。それから、小児科医の高齢化。大学の入局者がとにかく少ない。九大が4名、福大が2名、久留米が10数名という状態である。

福岡県の医療圏の人口と小児の割合を見てみると、北九州市は100万人を切っており、福岡市は140万人。15歳以下を小児としているが、小児の割合は13%前後になる。小児科医が2人以上いるところをまとめてみると、拠点病院は人数が多い。大学病院、こども病院、聖マリア、久留米、飯塚病院。このようなところが深夜までやっている。

福岡では要するに、休日急患センターというよりも、休日診療所という感じが強くなっている。電話相談事業はだんだん軌道に乗ってきている。90%は納得している。それから、救急車で搬送するのは5、8、1等で、受診を勧めたというのが20%弱。このように、電話相談も結構役には立っているようだ。

県医師会、郡市医師会が指導力を発揮し、行政と協力して、それぞれの地域の実情に即した体制づくりや、それぞれの地域のニーズに合った小児救急医療、喫緊に行わなければならない。拠点病院をつくることは、ビジョンがいろいろ出ており、電話相談事業についても携帯電話からかかるようにしようという委員会もつくっている。

先ほど下村先生が言われたが、筑紫野市は、徳洲会病院、福大筑紫病院があり、準夜11時まで開業医の先生20人で回っている。お金は行政が出している。福岡市の急患センターも深夜専門が4人おり、そんなふうにお金を出せば片のつく問題は結構あるが、人的資源をいかに有効に活用するか、これは一つのいい例だと思う。

その後の議論では・・・

小児救急をやるぞという形でやっているところは、スタンスが違うため、楽しくやっている。それを見せると、やっぱり全国から集まる。小児科医になり手が少ないといえども、その中でも小児救急をやりたい人がたくさんいる。楽しいというのは、病院の機能を特化させて、それを自分たちがやりがいにできること。本質的に楽しく仕事をしているため、それが魅力となっている。また、Nとの兼ね合いもそうだが、ほとんどNも新生児も小児科医がかかわる。どちらかを選ぶという形を病院もとっていかないといけないと思う。

小児救急の専門家が教育と指導を行うべきだと思う。

準夜帯や夜間が便利と考えてくる人がいるためにマンパワーがそがれたり、意欲がそがれるようなことが問題点である気がする。しかし、その2つのことを同時に問題にするのは違うのではないか。勤務医をどうやって育て、守っていくかがとても大事なのではないか。現在ものすごく大変な状況で、この先すぐよくなるという見込みがまるでない。その中で、勤務医になりたい人が減っているという状況なので、やはり何か若い先生方にもメリットがあるような仕組みを作らなければならないのではないか。集約化なり、行政域を越えたものがないと勤務医が本当に少なくなっていくのではないかと恐怖感を覚えた。

等の活発な議論が行われた。

前回の周産期医療でも同じように、マンパワー不足、集約化などが問題点として挙げられていた。周産期医療を小児の新生児救急医療はどのように重ね合わせればシステムとしてうまくいくのか、県、医師会、専門家、現場の医師、それぞれの立場で知恵を出し合いながら、何らかの対策を示していく必要があるのではないかと感じた。

平成 18 年度第 4 回医政研究委員会

1 月 23 日（火）第 4 回医政研究委員会が「医師不足、医師偏在の現状について」をテーマに開催された。冒頭、横倉会長は「福岡県は医師数、医療機関数ともに非常に恵まれた県ではあるが、地域また診療科別によっていろいろな問題がある。その中で今後の対策としての貴重なご意見を賜ればと思っている」と挨拶した。また今回は、大河内二郎先生（原土井病院）、神谷健一氏（総合メディカル株式会社 D to D 事業統括部長）、家守千鶴子県医師会理事にお話いただいた。

「医師偏在、医師不足の現状について」

原土井病院 大河内 二 郎

東京と大阪の公立病院の多くの診療科で廃止が起きている。さらに驚くべきことは、その東京都、大阪府で不足している常勤医師は小児科でも産婦人科でもない、内科であるということ。原因は、明らかに新臨床研修制度にある。福岡県の場合も、全病院に勤務する医者のうち 44% が医局からの派遣だった。病院の数で言えば、約 75% に大学から派遣されている医師、つまり大学医局に戻る医師がいた。研修医がいる病院は、福岡県内の病院のうち 37% だった。この新臨床研修が始まった 1 年で上げがいかにか多かったかということがわかる。上げがあった病院は全体の 20% に当たる。病院当たりの医師上げ比率（何%の医師を上げたか）というと、平均 10~20%。上げの理由は、明確に、新臨床研修制度が始まったため。また、診療科間の変動も激化する。魅力のない診療科、地域はどこかということをも今の医学生はとても敏感に察している。

医師数政策については、マクロの医師数政策はほとんど意味をなさず、個々の医師の労働時間まで含めたデータをとらない限りはこの問題は解決しない。日本医師会が行っていて、これはいいなと思ったのは、日本医師会の専門医制度案。「学会が独自に認定する現行制度をやめ、第三者機関が認定する制度とし、認定する医師数を制限する。資格取得者や専門医が勤務する医療機関に対し、診療報酬の優遇なども検討するとしている。」という専門医の育成案を出している。国が正確なデータはとれないというのであれば、日本医師会あるいは地方医師会が正確なデータをとって、そこで医師の育成も含めてやるというの、大転換ではあるが、一つの方法なのではないだろうか。

総合メディカル株式会社 D to D 事業統括部長 神 谷 健 一

病院からの求人は、全国で約 9,000 中 5,000 の病院、それで 1 病院当たり 3 名、求人数は 1 万 2,000 ある。それに対し、大体 35 歳~50 歳ぐらいまでの勤務医の先生を対象としているが、1 月の段階で 5,100 名、大体毎月 150~200 名の方が働く意志があり、また開業ニーズもとても高まっている。恐らく今年も来年もこの何十年かの中で開業件数が一番多いと予想される。開業を視野に入れた転職、もしくは専門医、資格等を取りたいから転職したいという様々な形のいわゆる開業ラッシュという状況。今までは特に大きな病院、公的病院なんかは、ほっておいても先生が来た。経営者の方は何をやってたかということ、言い方は悪いが、根回し等のつながりを強くしていた。ところが、研修制度でガラッと変

わり、勤務医の確保に関しては、とにかくニーズを吸い上げて登録という形で集めていくようになった。また経営者は、経営的な話や数字的な話、地域の話など難しい話ばかりするが、働きたい先生はそんなことはどうでもよく、要は、自分がここに行ったら何ができるかということしか考えていない。

全国の第一線で活躍している勤務医の先生（35歳～49歳）を対象に、昨年実施したアンケート調査（回答数：1,817）では転職を検討している、考えている、もしくはこの2～3年後に考えている、いつかしたいが78%。開業に関しては、転職よりは多くないが、半数以上の方が考えている。また、現職場に関して満足しているという先生は2%、おおむね満足しているが49%だった。現在の職場に対し、不満だと思っている人は5割いる。しかし、そういう先生たちに合う病院はたくさんあるだろう。この病院がいいとか、そういうレベルではなくて、もっと根本的な問題、例えば自分は何をしたいのかとか、そういうことを考えるきっかけをまず勤務医の先生たちには情報提供しなければならないのではないのか。そしてこれからは、経営者自身で確保しなければならない。そのためには戦略を立て、いろいろなものを整備していかなければならないと思っている。

福岡県医師会勤務医部会・男女共同参画部会担当理事 家守 千鶴子

男性医師と女性医師の割合を見てみると、男性医師と共に女性医師は増えている。20歳代の年齢に限って性別の推移図を見ると、女性医師が昭和50年からの増え続けているのに対し、男性医師は逆に減少してきている。現在では医師国家試験の合格者の3分の1が女性医師である。こうしたことによってどのような状況が起きたかということ、先程大河内先生が言われたように、統計での偏り、医師実数の減少。それから、常勤医師が減ってきているということ。診療科の偏在に関しても、これは女性医師が増えたことが影響しているのではないだろうか。平成6年～平成14年の科別の男女の医師数を見てみると、医師数全体が増えているのにもかかわらず、外科と産婦人科は減っている。割合的に20%以上ふえているのは精神科、眼科、麻酔科、放射線科、皮膚科等で、時間的な制約がなく、割合女性医師でも一生勤められると考えられる科がふえている。平成16年度の男女別の調査で女性の割合を見たときに、小児科、産婦人科、眼科、皮膚科、麻酔科は特に女性医師の割合が多く、小児科では、新しく小児科医になる医師の5割、産婦人科では7割方が女性医師と言われている。小児科学会の調査では、50歳未満の勤務医の年代では小児科の医師の総数自体がまず減っている。小児科医の男女別の就労数で見たとき、子育てにかかわっている40歳未満、男性医師では就労していない人というのはほとんどいないが、女性医師では120人、約1割方が休業している。ある程度育児の手が離れる40歳～59歳になると未就労者数は男性医師11人、女性医師25人と未就労の数はかなり減り、就労に変わってくる医師も多い。では、勤務の形態がどのようなものか。40歳未満の未就労を除いた「就労している」と答えた医師の中で、実は女性医師の場合は非常勤の勤務医の割合が非常に多い。男性医師の開業も多いが、40歳～59歳になると女性医師もかなりの数が開業している。先程のデータから11%が未就労、さらに16%が非常勤ということ言えば27%、小児科の場合は大体4分の1が常勤を外れてしまっているといえる。

次に産婦人科。入局者数全体が3分の1程減っている。常勤、非常勤で見ると、非常勤あるいは転職した医師が非常に多かった。平成4年から8年に医局に入局した医師、35歳～40歳の働き盛りの層では、半数の女性医師が非常勤などを選んでいく。医師という職業をやめてしまった女性医師は数人。結

果として見たときには、10年たった時点で常勤医師が半減してしまっている。産婦人科は非常に特殊な状況のようで、男性医師についても皮膚科に転局したり、医局が変わるという状況が生じている。2003年、産婦人科学会が厚労省の委託で女性医師へ行ったアンケート調査では、まず過剰勤務の実態は、女性であっても1カ月の休日日数は4日以下が半数。1カ月の当直日数8日以上が半数。翌日は通常勤務ということがほとんど。妊娠・出産後の勤務希望については、このような過剰勤務の実態にもかかわらず、続けて勤務をしたいという回答が7割～8割近くあった。しかし、現実にはそれは難しいだろうなとあきらめ、実際、妊娠・出産したら勤務をやめてしまっている医師が、福岡県下で見た限りでも半数いる。こういった女性の医師たちに、仕事の充実のためにどのようなことがあったらいいのか尋ねると、まず、産休・育休の明確化。10年前、20年前の医師は、産休や育休があることすら気にしていなかった。それはそれで成り立っていたが、女性医師の数が3分の1になってきている今、病院の医師が産婦人科なり内科なりに大体3人から6人が必要だが、そのうちの1人は確実に女性がやってくる。特に産婦人科では7割、3人のうち2人が女性医師となるとこういった産休・育休とかを考えないわけにはいかない。

次に、労働条件の明確化。8時間労働というのは名ばかりで、非常にきつい、当直明けも休みを満足にとらせてもらえない、そういった状況について、きちんと明確にしてもらえるとありがたいということ。また、育児施設などの充実、休暇中の代替医師の派遣制度の設置等も挙げられた。休暇中の代替医師派遣制度というのは、産休・育休などをきちんととれるようにしてほしいということにつながる。女性医師の勤務と育児・出産の両立のためには、勤務の明確化、勤務形態の多様化、育児環境の充実が必要である。勤務の多様化というのは、フレックスタイムやワークシェアリングなどを広報して、何とかその制度を広めていかなければいけないのではないかなど。また、当直の配慮をしなければいけない。育児環境の充実、院内保育所の活用についてはこの数年間で急速に進みつつあるが、病児保育への対応はまだ不完全である。それから、残業時などの保育延長への対応。平成18年に厚労省が支援策として院内保育所の利用の促進を打ち出した。院内保育所というのは、大きな病院では既に設置されていたが、女性医師が利用する場合には補助がおりないため、数年前までは預かっていなかったのを撤廃した。

日本医師会女性医師バンクの創設については、医師再就業支援事業の一環として行われる。創設・運営に関しては、まず求職者並びに求人施設の登録、それから女性医師の就業相談と希望条件に見合う求人施設の紹介。求められていることは、求人施設の採用に関する相談と求職者の紹介。求人施設に対し、できる範囲で積極的に働きかける。また、女性医師の就業後の相談受付。再就業支援事業の2番目の事業としては、再研修についての支援。これは就業が決定した方で希望される方がいれば、病院側へ積極的に依頼していくというもの。あるいは、就業決定前に行う研修に関する受け入れ施設やプログラムの紹介。3番目は、女性医師の勤務環境整備についての啓発活動ということで、女性医師が長く働ける環境、勤務形態についての講演会等を行っていきいたいと思う。

まとめ

医師不足、医師偏在の問題については、喫緊の課題となっている。特に産婦人科、小児科については深刻を極めている。また勤務医の先生が、過重労働に耐えかね、現場を離れてしまう状況も後を絶たな

い。女性医師が増加の一途を辿っている現在、やはり、女性医師が働きやすく、また休職している女性医師が現場に復帰できるような環境を整えることがこの問題を良い方向へ動かすきっかけにならないだろうか。国民の医療に対するニーズが多様化している今、現場で働いている医師だけでは、それにこたえることはできない。双方が不幸にならないよう、国はしっかり現場を把握してもらわなければならないし、本会としてもでき得る限りの活動は行っていかなければならないと改めて感じている。

平成 18 年度第 5 回医政研究委員会

3月7日(水)、「かかりつけ医」をテーマに平成 18 年度第 5 回医政研究委員会が開催された。冒頭、担当の山内常任理事は、「かかりつけ医の制度化について、いろいろ議論がされており、日医が考えている指針の内容と厚労省の考えているかかりつけ医の登録制、制度化というものに少しずれがある。今後は認知症、一般高齢者の終末という非常に幅広い終末期を我々かかりつけ医がかかわっていくということになる」と挨拶した。

「かかりつけ医について」

矢津内科消化器科クリニック

京都医師会理事

矢津 剛

福岡県のかかりつけ医の定義の中で、ターミナルケアに関するものは、診診連携とか、介護・福祉との連携、在宅医療、それと地域住民のニーズに対して、できるだけ最善の解決策というところ、地域ネットワーク等々関係してくる。ホスピス・緩和ケア研究振興財団のアンケート調査では、約 80%が自宅で過ごすことを望んでいるが、約 6 割は実現不可能、約 20%が実現可能と考えている。自宅で過ごせない理由としては、家族に迷惑をかける、入院した方がい医療が受けられるのではないかと、急変したときに、すぐ手当ができないのではないかと、往診してくれる医者や看護師がいないのではないかとということが挙げられた。在宅緩和ケアに流れている背景としては、施設重視医療福祉から在宅生活重視の医療福祉。医療の面あるいは障害者さんのノーマライゼーションという意味で、そちらの方に動いているということと、緩和ケア自体、施設緩和ケアから地域緩和ケアに移行しているということ。また、財政面からの圧力もあると思われる。患者・家族からのニーズだが、家では見れないという反対意見も結構あるようだ。また、昨年できた在宅療養支援診療所の意義と課題について。今のところ、1割近く、かなりの数の診療所が申請されており、福岡県では、6,000 のうち 600 以上の診療所が登録されており、看取りを前提とした制度ではあるが、まだ機能がうまくいっていない。一番問題なのはグループ連携、バックアップ体制ができていないということで、とても 24 時間は無理だということが現実ではないだろうか。それから、ドクター自身の緩和ケア技術をスキルアップする場所がなかなかなく、経験も少ないということにも問題がある。

では、かかりつけ医がどのくらい負担があるか。訪問看護ステーションの夜間 18 時～24 時まで、24 時～8 時までの電話対応は約 60 件あり、内訳はドクターコールが 3 分の 1、看護師が 4 分の 1 出勤しており、往診まで行かなければいけなかったものが約 10 分の 1。結構電話で対応できており、特に訪問看護ステーションでファーストコールをどのくらいできるかということがポイントではないか。オーストラリアやニュージーランドでよく言われている緩和ケアの連携トライアングルがありそれは、在宅と一般病院と緩和ケア病棟を行き来するというもの。日本では、がんの患者さんは 90%が一般病院、3%が緩和ケア、約 6%が在宅で亡くなっている。意外と緩和ケア病棟にはかかっていないという実態があり、今後は療養病床の廃止等もあるので、在宅に流れてくると思うが、在宅だけでは多分見られな

いだろう。やはりデイホスピス制度、ケアホームアパートのような福祉施設での看取りをもう少し進めていかなければならない。今までは終末ケアだけだったが、今後は特に、後期高齢者医療を見据えて、早期から緩和ケアを取り入れ、在宅、福祉施設も視野に入れて見ていく必要がある。高齢者施設、アパート型、デイホスピスでの看取り、小規模多機能、難病等の看取りが問題になってくる。療養通所介護制度は、昨年介護保険制度ができ、神経難病やがんの末期の患者さんをデイサービス等で見るという制度であり、欧米のデイホスピスに近く、患者家族の介護負担を軽減し、在宅の療養を支援する制度だと思うが、福岡県はほかの県に比べるとハードルが高い。やはりこれからはこのデイホスピス等が機能していく必要がある。

今後、在宅の緩和ケアを進める上の課題として、在宅のかかりつけ医、在宅の緩和ケアを行うドクターがいらないという現実があり、24時間任せられるような訪問看護ステーションがまだたくさんない、ファーストコールをしっかりと受けてくれるようなところも少なく、情報がない。どこにどういった社会資源、受け皿があるかという情報がないため、情報網が必要になってくる。最も重要なことは、大学などの教育レベルでこれから地域医療を支えるプライマリドクターをきちんと教育すること。開業医が平均すると60歳以上になっており、開業医自体、パワーが落ちているのでこれから若い世代の先生方にどんどん興味を持ってもらって進めていかないと話が進まない。それと役目ということで、私はあくまでも普通の開業医の医療の延長上に看取りがあればいいと考えている。あと問題は24時間連携。これが非常に難しい。それから難病の問題。地域住民への啓発活動が大事である。

今後の課題は、とにかく24時間体制をどうするかということ。グループ連携の強化、あるいは在宅専門の診療所の推奨。あとは、医師会ごとに在宅療養支援診療所の連絡協議会のようなつながりをぜひ持ってほしい。

池園医院

戸畑区医師会会長 池 園 洋

現在一番問題になっているのは、例えば在宅ターミナルとか、在宅ホスピスという言葉はよく出てくるが、基本的には在宅死を目指すものではないとされ、地域で実際の在宅医療が伸びていないこと。国が在宅ターミナル、在宅ハイケア等いろんな言葉を言って在宅専門の診療所ができたり、在宅往診医募集やチェーン化した在宅専門の診療所の進出が最近一つの時代の流れになっている。しかし、基本的に在宅医療というのは1990年ぐらいのいわゆる高齢社会が出てきたとき、慢性疾患を持ちながら、地域に介護力や在宅の力がないため、ほとんど急性期の病院に入院して、急性期の病院がお年寄りでいっぱいになる、医療費も上がる、そういったことをやめて、早く自宅や地域でその人たちを受け付ける受け皿をかかりつけ医を中心に持とうじゃないかということで運動が始まったのが在宅医療であるはずなのだが、最近はハイケアやターミナルばかりに重きが置かれている。私たちが年をとって疾病や障害を持って衰えていくことは、人間としてある程度自然の形でその最後のターミナルに特化したいろんな制度ばかりが出てきている。特に、最たるものが在宅療養支援診療所である。

基本検診、介護予防検診、情報提供、主治医意見書、行政が新しいことをやるたびに、仕組みをつくってくれるが、ほとんどが書類主義だ。かかりつけ医に比べて病棟医が非常に忙しいということが今新

聞等で言われているが、病棟医で一番忙しいのは、病診連携が進んだ中で退院のまとめ、情報提供書。昼間にできないため、夜は書類ばかり書いている。アメリカはしっかり医療費を取っているため、専門の医療秘書などが書類はどんどんつくってくれるが、日本ではほとんど医者のかかっている。その労力は並大抵のものではない。いろいろな日本のシステムがあり、国も医師会もいろいろ要求してくるが、私たちの仕事というのは、診療以外に例えば産業医、かかりつけ医の意見書を書く、地域のがんの検診、介護保険の研修、医療の進歩に伴う自己研修等がある。また日本の今の専門医の制度では学会専門医は認定制でそれぞれ単位が必要となり、一般のかかりつけ医でも、出事が非常に多くなっている。今、日本の低医療費政策の中で、薄利多売で仕事をさせられているのが現実だ。患者さんの立場で言えば、在宅を申し込んでくる方が減ってきているのは、一つは患者さんの負担の問題がある。国は在宅医療を進めようとして、私たちかかりつけ医や在宅医に対して高い保険の点数を与えるからもっとそれに力を入れなさいと。ところが今の保険制度は定率になっている。1割あるいは3割負担になり、点数が高ければ高いだけ患者さんの負担は増える。特に気になったのが、現在、在宅医療では2本立ての二重価格制になっていること。在宅療養支援診療所を取っている診療所と取っていない診療所では、請求に点数の違いがある。ただ慢性疾患で月に1回、2回お顔を見に行ったり、血圧をはかっただけでも、在宅療養支援診療所ということを手挙げすると大分高い点数が取れる。この価格の二重制というのは制度的には非常に悪い制度で低い方に収められてしまいか、混乱を及ぼすのは目に見えており、特に診療所で自由選択制度となるととても困る。この高い診療料を国が掲げたために、チェーン化した在宅専門の診療所等が全国に広がっている。特にハイケアに関しては、在宅の腹膜灌流、血液透析など、いろんな点数があり、必要なケースもあるだろうが、超高齢者の場合には必要なケースは少ないのではないかと考えている。1月に日本医師会で在宅研修会があり、参加した。「地域を病棟へ」というスライドがあり、24時間体制というのは24時間、いつでも何かあったら往診に行かなければいけないという話。入院した患者さんがベルを押すと看護師が訪問して、必要があれば医者に連絡して当直医が診察する。このシステムをそのまま自宅に持っていくと患者さんの安心が保てるから、患者さんが悪いときは、そのシステムを利用するという。しかし、そんなときのために救急病院があるのではないかと思う。これが一般化するのには、私たちかかりつけ医にしては負担が多過ぎる。かかりつけ医と患者さんとの信頼関係があるとこんなことで呼ばれたりほしくないが、用のない患者さんに呼ばれることなど、病院では日常茶飯事。こういうことが一般の地域に広がるのはとんでもない話だ。よく使われる在宅支援診療所のイメージがあるが、この中で一番問題になっているのが、果たして在宅専門の診療所がかかりつけ医の中にあって、地域の連携図がかけられるのか。今の在宅専門の診療所は、病院と横に並んでしまい、別の位置に出てくるのではないか。地域医療の連携にはなじまなくなるようなものがあって地域にふえてしまうのではないかということに危惧している。本来あるべき在宅医療、そこから発展したターミナルの本来の姿を追求し、患者さんの家族介護、経済的な負担の軽減をもっと考えるべきで、現在の24時間365日を一般のかかりつけ医に押しつけるのは、かなり無理な注文ではないかと考えている。

福岡県医師会常任理事 山岡 春夫

5年前の地域医療計画で、かかりつけ医の機能や役割を医療計画に盛り込んでほしいと県にお願いし、

地域医療計画の中に盛り込まれた。ところが、かかりつけ医という定義づけも何もなく役割もはっきりしないままの医療計画で、つくってしまえばそれで安心したような感じの医療計画であった。

かかりつけ医推進の目的としては、医師と患者の信頼関係の再構築、時代に対応した患者ニーズの把握、開業医制度の活性化を図る、包括医療の実現、ライフサイクルを通じての全人的な対応が挙げられている。本会のかかりつけ医の定義は、患者サイドから選ばれるものであって主に地域の診療所、中小病院の医師、それから地域の一員として社会活動に積極的に参加すること。日常診療に当たっては、みずからの守備範囲を医師側の都合で決定するものではなく、患者中心で医療、介護、福祉の問題にまで広げ、その患者にとって最良の解決策を直接あるいは間接的に提供するもの。また努力目標として「かかりつけ医の努め」8項目を定めた。以上のような経過があり、平成18年の4月からスタートするという意味で新かかりつけ医を目指す医師を3月中旬から募集し、資格としては本会会員であり、県内で診療活動を行っていること、「かかりつけ医の努め」を目標に診療に従事すること、ポスターの掲載、日医の生涯教育を修了することを挙げ、募集要項をかけた。また、研修会にはぜひ出ていただきたいということで、研修会の内容も学校医、予防接種、病診連携を含め地域医師会をお願いしたいということであった。このようなことで、かかりつけ医の登録に手を挙げていただいたドクターは本会、会員数8,965名で、A会員が3,878名、うち登録していただいた方が1,589名、会員数に対する割合が17.7%、A会員に対する割合が41.0%だった。このように、かかりつけ医の定義づけをさせていただいたことが、改めて会員の先生方にかかりつけ医というものの重要性をお考えいただくことになり、今後地域医療計画の中で、かかりつけ医の役割、機能をどう盛り込んでいくか、また在宅療養支援診療所も医療計画の中の重要な課題であるので、どう位置づけるかということが今度の医療計画の中の問題点になるであろう。

報告終了後、

医師が全部背負うようなシステムはまずできない。チーム医療福祉をいかに機能させるかというところが問題であり、我々はあくまでも監督役で実際現場でメインに働くのは看護師や福祉で言えばヘルパーの方ではないかと。何もかもドクターに連絡が必ず行くななんていうシステムは機能的に無理だと思う。

国民が終末期をどう考えるかというところが一番重要な問題ではないだろうか。

在宅死イコールという話のターミナルではなく、もう少し死の形を選べる話をつくっていかねばいけなと思う。

制度自体が現場を無視したような形で進んでいるというのを感じた。

余り厳しいものは求められないが、少しでも仲間、地域のかかりつけ医の在宅医療に協力してくれる先生を増やすシステムは努力してつくらなければならない。

のような意見が出た。問題は山積しており、本会としても現場状況や先生方のご意見を伺いながら進めていかねばならない。現場の先生方のご理解とご協力なくしては、とてもシステムとしては機能しない。地域医療は、患者、医師双方にとってよりよいものでなければならないと考える。

平成 19 年度第 1 回医政研究委員会

本年度第 1 回医政研究委員会を 7 月 5 日（木）、日本医師会中川常任理事をお招きし、開催した。今回は日医が作成した「グランドデザイン 2007 - 国民が安心できる最善の医療を目指して - 」について説明を伺い、その後、意見交換を行った。

「グランドデザイン 2007 - 国民が安心できる最善の医療を目指して - 」

日本医師会常任理事 中 川 俊 男

総論の章立ては、あるべき医療、国民のニーズにこたえる医療提供体制、医療保険制度のあり方、社会保障の財源の 4 つ。主なものとしては、特に後期高齢者医療制度と社会保障全体の中の医療の 2 本柱で、国家として社会保障の財源を位置づけるのかということを目指した。

医療保険のあり方については、混合診療の解禁の議論時、医師の中にもこれは賛成だという意見が相当数あった。これは今の公的医療保険制度でできない医療が余りにも多いということの苦悩の表れであり、決して所得の差で提供する医療が異なってもいいということではないと解釈している。したがって、公的医療保険で十分な医療を行えるよう範囲を拡大する努力をこれからも続けていきたい。

医療の質のマネジメントという項目では、例えば「十分な意思疎通は、良好な患者医師関係の構築にとって不可欠である。患者は可能な限り医師に対して正直であり、自分の心配事を明解に説明する責任を負う。」といったことが 10 数項目書かれている。

次に国の経済力と医療について。日本の医療費が高いということはよく言われるが、今回改めてこのグランドデザインに「国民は、その国の経済力に見合った社会保障・医療サービスを受ける権利がある」ということを明確にした。その中で、総医療費という概念、これは国民医療費、介護サービス費、予防・公衆衛生費に管理コストを加えたもの、これが一体経済力に見合っているかどうかを示している。

医療保険制度のあり方について。1 人当たりの医療保険医療費の伸び率というのは、診療報酬の本体が引き下げられた 2002 年度と 2006 年度を除いても、一般 0.9%、高齢者 1%にとどまっている。国は 3 ~ 4 %伸びると言っているが、そんなことは決してない。

あるべき医療費は 2015 年で 43 兆円、2025 年で 52 兆円となった。その中には、安全・安心のために追加すべきコストを必要医療の中に入れるべきだということを推計している。

日本医師会としては、給付割合を一般 8 割、後期高齢者 9.5 割にすることを改めて提案した。この場合でも 2015 年の給付費推計は、厚労省の推計値とほぼ同じ 37 兆円、給付費は国民医療費の約 85%に当たる。2025 年になると厚労省の今の推計を下回る。

後期高齢者医療制度について。高齢者は疾病が発生するリスクが高く、保険原理が働きにくいということはわかっているが、その上での保険料患者負担というのは、後期高齢者にとって大きな負担となる。所得格差の不安なく過ごせるように、国は「保障」という理念のもとに運営すべきだと考える。日本医師会案は、国の改正法と同じく 75 歳以上だが、保険料を都道府県単位にしたのは、国の改正法の全市町村が加入する都道府県単位の広域連合では、加入する市町村に保険料や財源的な負担が非常にかか

るだろうということ考えたため。さらに、都道府県間にも財政の格差がある。都道府県間の財政を調整する新たな仕組みもつくるべきだというふうに同時に提案したい。財源は、医療費に対し公費9割、国の方は給付費に対し公費5割。改正法では、給付費の5割が公費で、あとは後期高齢者支援金が4割。日本医師会の考え方としては、後期高齢者に公費を重点的に投入して、そのかわり一般は公費はないという、純粋に保険の原理でやっ払いこうと考えている。今までは公費が一般にも入るが、この公費が入って後期高齢者支援金もなくなると旧老健の拠出金に当たるものが高齢者に回るということもなくなる。公費も後期高齢者支援金もなくなるが、非常にピュアな保険原理で一般をやるべきだろうと。ただし、一般の医療保険、政管健保、国保、組合健保は、財政状況が違うためその中で財政調整をする新たな仕組みも当然つくらなければならない。

社会保障財源の検討について。単年度ごとの借金の増加額と社会保障関係費の増加額の間を見ると、一番多い2004年度は、78.4兆円も債務残高が増えているが、社会保障関係費の増加額は6,000億円にとどまっている。最近の全国紙でも、相変わらず、借金がふえ続けて社会保障費を何とかしなければならぬ、医療を何とかしなければならぬという論調が見える。もう一つ、連結の会計（一般会計＋特別会計）についても考えた。まず、谷垣財務大臣のときに、社会保障費は一般歳出の4割を占め、特に医療は人件費に5割以上も使っており、抑制しなければならないと言われた。労働集約型分野である医療に、人件費が多いから人件費を削減しろ、抑制するべきだと言うのは全くの暴論か無知である。連結の国家財政2005年度決算における国民への給付は232.5兆円のうち60.8兆円で26.4%、果たしてこれが多いのか。確かに連結社会保障費の中で、年金は2002年度から33.8兆円～37.2兆円と増えている。しかし医療分野、医療給付は13.1兆円で固定されている。このことは高齢化が進み、医療技術が進歩する中で実は今医療が苦しい主たる原因の一つだと考えられる。もう一つ、一般の医療保険は、我々の後期高齢者医療制度の提案の中で公費を入れないということも申し上げたが、そのときに多少、公費分の中の1兆円弱の財源が今の時点では不足する。そこで提案として、被用者保険の保険料を公平にしてはどうかと考える。政管健保の保険料率は1,000分の82。保険料収入の中では低い層だと思いが、収入が高い組合健保は1,000分の74にとどまっている。国家公務員共済、地方公務員共済、それから私学教職員共済はさらに低い。これはどう考えても公平でない。まずは1,000分の82に公平化するということで生まれる新たな財源が1兆円弱。この財源をもとに、被用者一般医療保険間の財政調整をする仕組みをつくらうという提案もしている。もちろん財界、企業側、いろいろなところから猛反発が来ると思うが、乗り越えなければ日本の医療制度はうまくいかないだろうと思っている。産業構造が変わり、家族構造、いわゆる老々世帯、後期高齢者の独居というお話もさせていただいた。家庭内介護や家庭内看護、いわゆる無償の看護・介護が期待できない現実がある。歳出改革は、社会保障費、国の平時の国家の安全保障である社会保障費の財源を捻出するための改革でなければならないと考えている。その結果として、国民の安心が持続する社会保障、不安のない社会が生まれるのだと思っている。

日本の今の医療現場の実態の最大のものは医師不足である。我々は偏在と言ってきたけれども、実は人口1,000人当たりの絶対数も少ない。それで偏在と絶対数の不足の中の、偏在の原因の主たるものは刑事訴追の不安。小児科は10年間で6ポイント減り、分娩をできる産科が10年間で27%も減った。勤務医は週77時間勤務と激務だが、その一方で開業医がサボっているということは全くの誤解であり、

間違いだということも申し上げてきた。偏在のきっかけ医師不足のきっかけは、間違いなく新医師臨床研修制度。また、応募が 8,400 人に対して募集が 1 万 1,000 人もあれば報酬の高いところや都市部へ行く。その結果、大学の医師派遣機能が完全になくなってしまったことも原因のひとつ。特定機能病院が民間病院と同じ土俵に上がってきた。7 対 1 をとるんだとあって、北海道から沖縄まで看護学校に行って新卒の看護師をかき集めるということをしてすべての特定機能病院がやり出した。その結果、看護師が地方からいなくなり、民間、特に中小病院は破綻寸前、破綻したところもたくさんある。また、高齢者のみの世帯数が増え、その状況の中で「在宅、在宅」と言って療養病床を削ると医療難民、介護難民が発生する。しかし、本当の原因は長期にわたる医療費抑制。財源手当を伴わない制度変更、いわゆる財政中立。どこかを厚くしようと思えば、どこかを薄くすること。平均在院日数の短縮化というのは勤務医の疲弊を招いた。7 対 1 で看護師がいなくなった病院の勤務医の負担はさらに激しくなった。患者、家族の要求水準も高まり、書類その他の雑用も増えた。その中で医療費が抑制されているため勤務医の低待遇が続いている。日本医師会の医師不足対策として緊急、短期的、中期的対策を挙げた。勤務医の勤務時間は、20 代 77.3 時間を筆頭に 50 歳近くになっても 64.9 時間も働いている。もう一つ、勤務医が疲弊しているのは開業医が楽をしているからで、開業医の財源をはがしてきて勤務医に当てようという議論があった。しかし、開業医は診療時間が終わってから第 2 の仕事が始まる。特に医師会員の開業医の先生は、例えば急患センターに出務する他、休日診療、夜間診療、学校医、産業医、警察医、予防接種、感染症対策等。ほとんどボランティア活動ですよ、このことをご存じでしょうかと言うと、皆納得する。今回の「骨太の方針 2007」で最大限努力したのは「骨太の方針 2006」に書き込まれている、過去 5 年間に国レベルで公費を 1.1 兆円削減、地方を合わせて 1.6 兆円削減できたから、今後 5 年間も同じように削減しようという提案。幸いにも、この「1.1」、「1.6」という数値は基本方針 2007 から消えた。しかし、2007 の中には「引き続き骨太の方針 2006 にのっとり」という文言があり、改革を進めていくということが残されている。

あるべき医療費というのは、2015 年には 44 兆円になると厚労省は言っているが、実際今のままでいくと、37.8 兆円になる。我々は、この安心のためのコスト、医療従事者がほかの産業並みに賃金を上げること、医療のための再生産のコスト、医療安全従事者といった安全のためのコストを認めるべきで、それを含めて 44.6 兆円になり、厚労省の今の推計は過大だということも申し上げている。

先ほども申し上げたように、特会の剰余金を国民にわかりやすく説明する責任があるのではないかと。さすがに今回は特別会計法の改正で、特別会計の剰余金の中から 1.8 兆円を一般会計に繰り入れることになったが、これすらも行き先が決まっていると言われている。ただ、こういう努力をしているんな財源を見つけて、社会保障、特に医療に当てるべきではないかということもおおむね賛同を得ているが、財務省出身の政治家はなかなかうんとは言わない。

最後に、いろんな無駄、例えば独立行政法人に運営費交付金というのは 4 兆円も入っている。中には運営費交付金だけで運営している独立行政法人もたくさんあると言われている。これでは何のために独立行政法人化したのかもわからない。そういうのは完全に民営化してなくしてしまえということも主張すべきで、そんなようなことも全部含めてすべてやった上で消費税の引き上げだと我々は考えている。日本医師会が安易に消費税を引き上げて医療費財源に当てようなどと言うことはない。しかし結果とし

で消費税が上がった場合には、全力を尽くし、社会保障にいくということは消費税法で決まっているのでその中で、全力をあげて医療に財源を持ってくる努力をする準備はしている。

報告後、

ドーナツ現象が起きているような気がしている。医療・福祉の周辺部分は潤っていて、中心部分で直接サービスを提供している人たちが渴ききっており。見直さなければ、崩れた後ではもっと金銭的なものがかかるのでは。これは本気で自分たちが立ち上がらなければ将来はないのではないかと思う。

今はグランドデザインの戦略が国民に一番理解してもらえるチャンスではないか。現象としていろんなところで医療のひずみが目に見えている。このグランドデザインの本当の中身が国民に伝わるような方法論が必要ではないかと思う。

ロビー活動は当然重要だが、患者さんとの接点の中で啓蒙するようなものが何を考えていかなければならない。

医療費を上げてほしいという我々の本質的な考え方があると思うが、患者さんの負担を減らそうというキャンペーンをしてほしい。

医療提供体制が非常に困難になっている。特定機能病院があり、地域医療支援病院があり、在宅療養支援診療所があって内部から格差がついてしまっているような状況があるのではないか。

どれだけの医療スタッフがいれば安全な医療ができるのか、そして財政的にもそんなに困窮しないような医療ができるのか、それを政府に対してデータを出す時期に来ているのではないか。

以上のような意見が出され、活発な議論が交わされた。

平成 19 年度第 2 回医政研究委員会

9月26日(水)「地域医療計画」をテーマに第2回医政研究委員会が開催された。

医療科学の専門家、行政、県医師会の、それぞれの立場からの視点で「地域医療計画」についてご説明いただいた。

医政研究委員会委員 舟谷文男

医療制度改革と医療計画の関係、医療計画を取り巻く環境変化、地域医療計画、医療計画に関連する政策変化、またその将来展望の5つが福岡県の医療計画を再考する上での要点であると考えている。

今回の計画の中で「地域ごと」「独自の」とうたわれている一方で、これが全国一律の評価指標というような流れがある。都道府県が自主性・裁量性を発揮するとはいえ、今までの医療計画と同様に、地域の医療圏の地図と人口数、医療施設数が違っているぐらいで、どこも同じような内容になりうるのではという懸念がある。

福岡県の医療計画であるが、福岡県地域医療計画の基本理念として、「自主性の原則」「包括サービスの原則」「人間関係尊重の原則」「効率性・効果性の原則」「地域特性準拠の原則」「需要即応、機会均等の原則」の6つが提示された。

それから、福岡には13の医療圏があるが、県医師会は広域救急や精神科医療など、特定の医療に関連した形で4ブロック体制が続いてきている。当然、こういう既存の体制をうまく活用し、それぞれでできることを再整備しながら今後も医療計画を考えていくべきであろうと思う。

よその圏域に依存している医療圏もあるが、それはつまりその圏域の中に欠損する医療機能があるということである。そこで、何が足りず、どうすれば補えるのかといった整理をしていく、これが医療計画の中身ということになる。

基本に立ち返ると、福岡県は他県に比べて地域医療資源がある一定水準のレベルにあって、それがまた比較的豊富にあるという状況であり、これをうまく生かしていく事こそ、県民の安心と納得を得ることにつながるのではないかと。

福岡県保健福祉部医療指導課課長補佐 小池義和

今回の医療計画の全体構成は、第1章から第5章までの章立てとし、期間は平成20年度から24年度の5年計画である。

今回の医療計画の中で特に変更のあった部分で、基準病床数は、今まで一般病床という形で、5歳階級別の人口に受療率を掛け、流入・流出を足し引きして、病床利用率で割り戻すといった形で算定されていたが、今回は、療養病床と一般病床に分け、特に、療養病床については、介護で対応可能な数という部分を引いて算定するといったところが新しい算定方式となっている。同じく精神についても、自立支援可能な数を差し引く措置がとられるところが今までの計算方式と異なっている。

それから、第2節「事業ごとの医療連携体制の構築について」は、今年度の医療計画の新しい部分で、

4 疾病 5 事業の連携体制を記載することになる。今、課題となっているのは、二次医療圏の中での完結というのが難しい状況にあることである。それで、今回の計画策定の中でも示されているが、医療機関を超えた連携体制というのが重要となる。5 事業については、別途の医療圏を設定していくというのも一つの考えではないか。新たな圏域の設定については、今回の医療計画の中で、ある程度整理していくべきものだと考えている。

医政研究委員会委員 山岡 春夫

第2回の医療計画部会の内容から、問題点などについてお話をさせていただく。

「4 疾病の医療計画への記載について」の中では、がん・脳卒中の医療連携について、早期から末期、軽度から重症までいろいろな段階があり、これにどう取り組んでいったらいいのか考える必要がある。

それから、維持期のリハビリの中で、介護老人保健施設とか、介護保険によるリハビリテーションを行う病院等が果たしてどの程度機能するのか、脳卒中の医療体制で、回復期・維持期に医療連携室は必要か、急性心筋梗塞で救急体制の記載は必要ないか、といったところが問題点である。

それから、糖尿病だが、やはりかかりつけ医が常に連携をとりながらやっていくことが必要である。また、糖尿病、生活習慣病というのは幼少時からの取り組みも必要になってくるので、それについても盛り込んでいく必要があるのではないかと考えている。

次に、「5 事業の医療計画への記載について」であるが、救急医療、災害医療、へき地医療、小児医療などは、ある程度の体制が整ってきているのではないかと考えている。それから、周産期医療については、産婦人科医の高齢化もあり、今後、どういう形で持っていくのかということが問題点になってくると思う。

委員会の中では、予防に関して、特定健診・特定保健指導に伴って、健診を行った医療機関が予防を進めていく必要があるのではないかとのご意見が出た。それから、感染症の病床が福岡市に22床しかないが、もしSARSや新型のインフルエンザが蔓延したときにはどんな対応をするのかというご意見や、かかりつけ医の位置づけについて、すべての患者はかかりつけ医を持つべきだというご意見もあった。

報告終了後、

圏域については、基本域という位置づけにして、柔軟に対応できるようにしたほうがよいのではないかと。

4 疾病については、早期発見という視点から見ると健診の受診率を上げない限り早期発見もできないので、受診率の向上というのが一義的に問題になるのではないかと。

県の方には、経済の話と保健指導の強化について頑張った成果というものをごちゃまぜに議論しないで評価するというスタンスで考えていただきたい。

福岡県は脳卒中も心筋梗塞も発症率は高いけれど死亡率は低い。福岡県の実情に合った数値目標を設定することが大事ではないかと。

5 事業の中で小児救急医療については、24 時間体制が取れていない地区も多く、現実には非常に厳しい

のではないかと感じている。

今回の地域医療計画は一般の地域の医療体制に最も重大な影響を及ぼす内容なので、こういう議論がもっと地域の医師会のレベルからでてきてほしい。

といった意見が出た。かかりつけ医機能と病診連携がきちんと機能すれば、今回の計画はかなり実効性のある話ではないかと考えている。一般の会員の方々にも地域の医療計画の窓口という意識を持って考えていただきたい。

平成 19 年度第 3 回医政研究委員会

11 月 7 日（水）「地域ケア整備構想」について福岡県保健福祉部定松氏、療養病床協会有吉氏、福岡県医師会山内より各立場からの視点で意見を述べ、その後各委員を交え議論した。

福岡県保健福祉部高齢者福祉課課長 定松 照 夫

療養病床再編について三つの視点がある。第一は利用者の視点で、高齢者の状態に即した適切なサービスを提供すること。第二は費用負担者の視点ということで、国民の負担を効率化すること。第三は医療提供体制の視点で、貴重な医療資源を効果的に活用すること。

次に地域ケア体制整備構想策定の趣旨としては、地域差が大きい中で、地域ごとの対応方針を整理し、単なる転換にとどまらず、地域におけるケア体制全般について、地域での将来的なニーズとか社会資源の状況等に即して計画的に整備することになっている。また療養病床転換推進に伴い、住民や医療機関の方々の不安に応えるよう受け皿や整備枠について将来の姿を示すことが必要である。

療養病床数について、国の参酌標準では 15 万床にしているが、県としては、国の参酌標準どおりにはしない、県独自の目標を設定する考えである。

療養病床から介護施設への転換について今期は介護療養病床からの転換については認めているが、医療療養病床については枠がないので認めていない。しかし、国としては、次期計画の中では療養病床から老人保健施設等への転換については、定員枠を設けず全て受け入れることにしているが、県としては、定員枠を設けて計画的に転換を図るべきではないかと国に要望している。

医政研究委員会委員 有 吉 通 泰

私は療養病床にずっと携わってきており、今まさに決断を迫られている立場である。個人的には慢性期医療はやはり生活の場、住まいが中心で、その中に必要な医療、看護、リハビリ等が提供できるような、そういうあり方が示されれば一番いいのかなと思っている。急遽、医療機能強化型老人保健施設という案がなくなり、従来型老健と同じ基準で、それに加算する形で決まったと聞いて、驚いている。療養病床を老健に転換すると 1 ベッド当たり約 10 万円減収になり、これを医師や看護師を減らすなどで埋めることは絶対に出来ない。

今後は在宅医療と「住まい」の場を組み合わせたサービス提供体制の構築がわかりやすいと思う。例えば無床診療所と居住型施設とか。問題はターミナルのあり方で、今グループホームとか特別養護老人ホーム等で、最期までみていくために、いろんな外部サービスを導入する試みがされているが、果たしてそれで本当に幸せな最期を迎えることが出来るのか心配である。やはり 24 時間医療機能を持った療養病床の意義がもっと評価され活用されてよいのではないかとと思っている。

医政研究委員会委員 山 内 孝

厚生労働省が、2005 年時点での療養病床 38 万床（医療療養病床 25 万床、介護療養病床 13 万床）を

2012年には、いきなり医療療養病床15万床に減らすという療養病床再編案を示し、大変驚いた。これから高齢者はますます増えるにもかかわらず、高齢者特有の慢性期医療を担う病床が一気に6割カットされるなど信じられない話である。

そこで現場の状況を調査し、日本医師会が逆に必要な療養病床数を試算した。その結果2007年の時点においても医療療養病床は22万床必要、2012年では26万床、今後高齢化が進むにつれ2025年には医療療養病床33万5000床、新たな介護施設として17万8000床、トータル51万3000床が必要であることを示した。

福岡県における必要な療養病床を日本医師会の試算に沿って計算すると、2007年において1万1681床は最低必要であることが明らかとなった。財政負担においても療養病床が介護施設に転換されると国の財政負担は軽減されるが県および市町村の負担はむしろ増えることになる。福岡県としても医療療養病床から老人保健施設など介護施設への転換については財政負担の増加を伴うもので慎重にならざるをえない。

療養病床から退院した患者さんの調査を福岡県医師会、看護協会、医療社会事業協会と共同で行った。有効調査数は421名と少数であったが、一定の傾向を知ることが出来た。退院患者の約4割は単身もしくは高齢者だけの所帯であった。また介護者については、日中、夜間とも介護できる人がいない方が45.2%と介護力の脆弱な背景が明らかとなった。最後に2007年6月福岡県医師会が行った療養病床転換意向調査では医療療養病床の48.6%、介護療養病床の67.2%が未定であり、転換型老人保健施設などの施設基準や報酬が明らかにならないと転換先を決められない状況である。

各委員よりの意見

福岡県全体としても2025年から2030年が後期高齢者のピークを迎える。それを見据えて量的整備を考えていく長期ビジョンが必要。

今病院が持っている高齢者を支える機能をうまく地域に出していかないといけない。

療養病床を15万床にするというのはけしからんという話ではあるが、それはそれとして効率的なものを求めるとか、適材適所に患者さんや住民がケアを受ける場所をつくっていく努力も必要。

制度の国際比較をしてみると、実は日本ほど医療の給付が充実している国もないし、日本ほど介護給付の充実している国はない。また日本ほど患者さんの自己負担が安い国はない。

「今後も一層の高齢化の進展を念頭に」と言いながら、どれだけ増やしたらいいかという議論をするのならわかるが、増えてくるのを減らすというのはおかしい話。将来を見越した療養病床のあり方というのをどこかで検討しないといけない。

平成 19 年度第 4 回医政研究委員会

1 月 29 日（火）「医療費適正化計画」をテーマに第 4 回医政研究委員会が開催された。本委員会委員、福岡県保健福祉部国保・援護課企画監、本会理事より各立場からの視点でご説明をいただいた。

医政研究委員会委員 松田 晋 哉

都道府県における 3 計画の中で、医療費適正化計画に最も関係してくるのは医療計画である。基本的には、平均在院日数をいかに短くするか、地域の病床数をいかに適正化していくか、そして在宅ケアをいかに進めていくか、この 3 点が医療費適正化計画のポイントである。

病床削減を一方的に行うと地域の安心水準は確実に低下するので在宅ケアの推進が必要なわけだが、そのためにはその地域の中で看護が展開できるような仕組みと、入院医療の継続としての在宅ケアというのを考えなければいけない。また、医療機関が持っている地域の安心を保障するという機能を外に展開していかなければいけない。

医療介護費の適正化と質の向上、この二つが今求められているわけだが、いずれも可視化が必要である。医療費にしても介護費にしても適正化、安くしなければいけないということが前提となっているが、本当に必要な医療・介護を提供するのに十分なファイナンスが行われているのかという議論がほとんどされていない。情報がなく適切なファイナンスの要求はできないが、DPC を活用することで地域の傷病構造や必要な医療機能の推計ができる。

介護や医療など、全部トータルで考えると、実は施設ケアのほうが費用効果的である。そうすると、この新しい在宅をどういうふうに作り込んでいくかということについて、やはり医療界、介護界からのあるべき姿に関する問題提起が必要である。

福岡県保健福祉部国保・援護課企画監 川上 瑞穂

医療費適正化計画は 5 章立てで、計画策定の趣旨、医療費を取り巻く現状と課題、達成すべき政策目標、それから目標の達成に向けた施策という形で構成される。医療費の見直しについては、目標の達成に向けた施策を掲げ、それを実施したときに医療費にどの程度効果が出るのかという構成にする予定。

第 2 章は医療費の動向。単身率と在宅等の死亡率などから本県の特徴を整理し、健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進の中で、生活習慣病の予防対策と平均在院日数の短縮対策という 2 本柱を出して、第 3 章の達成すべき政策目標につなげる。

第 4 章は行政施策で県あるいは市町村、保険者等が何をしていくか整理する。また、レセプト点検あるいはジェネリック等についても一定の医療費適正化の効果を見込み、施策の整理をしている。

最後に、関係者の役割だが、計画をつくる、チェックする、それから医療費適正化の取り組みを実践する上でお互い共通認識を持って取り組まないと医療費の適正化は進まないと考えている。

今年度末を目途に医療費適正化計画を整理し、来年 4 月 1 日、高齢者医療確保法が施行されるので、それに合わせて医療費適正化計画が動き出すという手続きをしていこうと考えている。

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針は、国民の生活の質の維持及び向上を確保しながら、今後医療に要する費用が過度にならないようにしていくこと。国民の健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進に関する目標をそれぞれ定め、その達成を通じて結果として医療費の伸びの抑制が図られるという流れとなっている。

医療費適正化施策の方向性として7項目の施策が挙げられている。平均在院日数の短縮ということで、療養病床の転換、精神入院患者の退院の促進、在宅医療の推進、地域連携クリティカルパスの推進。それから、患者増加率の減ということで、糖尿病等患者・予備群の減少。またその他にジェネリック医薬品の普及とレセプト点検の強化。

まず精神病床入院患者社会復帰促進については在院日数を減らすための一つの手だてであると思うが、地域移行計画について、精神科の患者は非常に不安が多く、偏見もあるため、退院に結びつけるのは難しく、医療費適正化のラインに乗らないのではないかという意見もある。

また、ジェネリック医薬品の促進については県から呼びかけがあっているが、後発医薬品の積極的採用の最大の理由には、患者負担の軽減につながる、病院経営の向上につながるという意見がある。また、逆に、積極的には後発医薬品を使用しない理由としては、品質に信頼が置けない、医薬品情報が少ない、安定供給について危惧されるとある。

最後に地域連携クリティカルパスについて、福岡県は医療提供体制が非常に多い状態で、勤務医も非常に疲弊しているわけだが、そこでパスを導入するということは、在院日数を縮めていくという方向に働き、かえってドクターの疲弊が進むのではないか。患者にとって本当にそれが幸福かという意見もあった。

報告終了後、

- * 在宅の環境が整わないうちに在宅にすると、患者はある程度満足しても、家族の不満が強くなる。
 - * 4月からスタートする後期高齢者医療制度なども含めて、パブリックコメントを求めるだけでなく、県民にどう説明するかを考えなければならない。
 - * 地域包括支援センターを本来の緊急対応や地域のリスクマネジメントができるような形に変えなくてはいけない。
 - * 高齢者には住まいが一番の問題。1ヵ所であらゆる症状に応じたサービスを受けられるようなシステムがいい。
 - * 療養病床を持っている中小病院が在宅の高齢者を診られるような仕組みを作るべき。
- といったご意見をいただいた。

「適正化」という言葉の持つ意味が、「ただ抑える」「安く上げる」ということではないということが今回の共通認識である。今ある社会資源や医療資源を効率的に活用することを考え、医療現場のほうからきちんとしたモデルを提案していくことも必要であると考えます。

平成 19 年度第 5 回医政研究委員会

3月4日(火)「特定健診・特定保健指導」をテーマに第5回医政研究委員会が開催された。北九州モデル、小郡三井モデルについてそれぞれどのような内容であったのか、また、福岡県医師会としての立場からは医師国保のモデル事業や集合契約などについてご説明をいただいた。

田中クリニック院長

北九州市医師会理事 田 中 裕

北九州モデルの特徴は、医師会委託で、会員医療機関にて個別方式で実施し、かかりつけ医が関与するという点である。北九州市においては、基本健康診査は市より市医師会に対して全面委託されており、この特定健診・特定保健指導の北九州モデルというのは、今やっている基本健康診査に保健指導が多少加わるという位置づけである。

今回の北九州モデル事業は、会員医療機関での個別方式と市内4健診センターによる集団方式の2方式により実施した。両方式において、4健診機関がデータを電子化・階層化して市へ送り、市は経年データを加えて各健診機関に戻し、個別方式の場合ではさらにそれを各医療機関へ報告して保健指導を行なうという流れであった。個別方式では、保健指導開始後約3ヵ月の中間評価ではあるが、約半数の参加者に改善傾向が認められた。新健診対応の北九州モデルは有効な保健指導を継続して実施できるモデルとなり得ることが示唆された。

保健指導の初回面接で身近な医師、かかりつけ医が関わっている為、普段から会う機会があり、支援を継続して続けられることから、今回の保健指導の一番の目的である行動変容、動機づけが立派にできたと思う。

今後、この保健指導をディジーズ・マネジメント(疾患管理)につなげていくことと、保健指導により、会員の先生方が患者と話をする機会が増えると思うので、病気の話だけでなく、医療制度、選挙の話が出来るような会員が一人でも増えることを願っている。

蒲池医院院長

小郡三井医師会副会長 蒲 池 壽

まず、全員参加型の可能性を持たせた特定健診・特定保健指導を小郡三井医師会で行う。65歳以上の健診については、医師会単独で実施する。また、40歳から64歳までの特定健診は健診事業者に委託をするが、特定保健指導については当医師会管内の保健師、管理栄養士、看護師ですということがポイントである。

65歳から74歳の特定健診・特定保健指導では、基本チェックリスト等は市町村が最初に市民の皆さんに配布し、我々が受診結果を説明する時に判定結果を入力すると、各医療機関のコンピュータで階層化ができるようになっている。健診を受けられる方の利便性を考慮して、受診結果の説明時に保健指導を出すことにした。

受診結果説明時には階層化ができていますので、対象者個人に合わせた説明と情報提供グッズを差し上げたいと思っています。動機づけの方は、6ヵ月後の評価のための受診をしてもらうことを伝え、6ヵ月後には腹囲測定、体重測定、行動変容ができていないかの確認を行う。つまりこの時にも個別に受診していただくことになる。

次に40～64歳の特定健診・特定保健指導では、厚労省が出した標準的な健診・保健指導プログラムに基づいてマニュアルを作成して実施する。我々の医師会は、会員数も少なく、健診センターも医師会病院も持っていないので、1グループあたり6名のグループ支援を予定している。

受託要件は、保健師、管理栄養士、看護師のいずれかの職員を派遣して実施するというので、スタッフは市保健師または管理栄養士2名、協力医療機関スタッフ最低4名の計6名で実施することになっている。

積極的支援の実施形態は個別支援で、生活環境等を見るために、初回のみ自宅に市町村の看護師と我々会員医療機関の看護師または管理栄養士、保健師が同行して行う。その後2週間、1ヵ月、3ヵ月、6ヵ月の支援をする。

会員の先生方には4回説明会を開いているが、問題なのは積極的支援のスタッフ研修会を実施するというので、4月から6月に保健指導スタッフの研修会を実施して、その指導内容について平準化を目指すということである。

福岡県医師会理事 相良 鞆彦

まずは医師国保のモデル事業について。

昨年9月、10月の間に受診をしていただき、県医師会に結果を報告。県医師会で11月末までに階層化を済ませて、それを会員の先生方に報告、その後積極的支援あるいは動機づけ支援については会員の方でやっていただくという計画をした。

期間は非常に短かったが、最初これを行うにあたり、手挙げ方式で募ったところ、特定健診の登録が1,501医療機関、特定保健指導もするというのが1,234医療機関となった。結果、40歳から74歳までの対象者が7,049名で、そのうち受診されたのが1,790名、25.4%と残念ながら低い数字に終わった。

その階層化の結果、1,790名のうち情報提供が1,478名、82.6%、動機づけ支援が146名、8.2%、積極的支援が166名、9.3%であった。積極的支援や動機づけ支援の割合が少なかったように感じる。特定保健指導については、今現在やっておられるところもあると思うが、時間もなく、満足した結果は出ないと思う。

次に、県では、やはり質の担保をする必要があるということで実践者の育成研修を企画した。県と何度か折衝して、厚労省の育成プログラムにのっとってすることになった。まず7月に県内4ブロックで基礎編の研修を開催。合計1,229名の参加があった。その後、技術編の研修を開催したが、基礎編を受けていないという方もかなりいたため、北九州、福岡、筑後の3地区で急遽追加で開催した。

最後に、集合契約についてだが、昨年10月ぐらいから保険者協議会の代表保険者と集合契約について協議を続けてきた。当初向こうの提示は4,000円台、私どもは日医の方針にもあったように、保険点

数に準じた点数ということで8,500円程度を提示して交渉を始めた。しかし結局妥結には至らなかった。

市町村国保は独自に契約したいという話であったので、8,000円で合意に至り、契約を結んだ。残りの健康保険に関する協議は、若干今までと違うような申し出があるので、市町村国保との契約内容をベースに他の保険者とも契約を結びたいと考えている。

報告終了後、

- * 保健指導では、初回面接を医師が行うことが重要である。
- * 健診をして、保健指導につなげることが一番の成功の秘訣のように感じるので、会員の先生方にも積極的に保健指導まで参加していただきたい。
- * 行政との協調関係を大切にすることが、結局市民の利益につながる。
- * 保健指導で医師が患者とじっくり話すことによって、患者・医師関係も良くなり、医師の、住民の健康に対する理解も深まるのではないかと期待している。
- * 動機づけがうまくいけば効果的。行動変容を希望する人にとっては期待できるが、元来希望しない人にとっては効果の期待は難しい。

といったご意見をいただいた。