

地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究会

報告書

平成20年3月

国民健康保険中央会

目 次

1. 提言	1
2. 調査研究の経緯	5
3. 調査研究の全体像	6
4. 調査研究の結果まとめ	8
地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究会委員名簿	47

(付属資料1) 地域住民が期待するかかりつけ医師像に関するアンケートの結果

(付属資料2) 地域住民が期待するかかりつけ医師像に関するヒアリングの結果

はじめに

近年、わが国では少子高齢化の急速な進展に伴い、後期高齢者（75歳以上）の人口・構成比が増加をつづけており、2025年には人口の5人に1人が後期高齢者になると予測されている。一方で、平成20年度から後期高齢者医療制度が始まるとともに、次回診療報酬改定において病院勤務医の負担軽減や在宅医療重視の動きがみられるなど医療制度は転換点に至っている。すなわち、いわゆる臓器別の専門医療だけでなく、地域医療において全人的な医療の普及が求められるようになっており、その担い手として地域の開業医・診療所の役割・位置づけが大きくなりつつある。

このような状況を踏まえ、地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究会では、地域住民が求めるかかりつけ医師の具体像を明らかにするために、地域医療に積極的に取り組んでいる医師を対象に、アンケート調査と訪問ヒアリング調査を実施した。その結果得られた知見や、研究会での検討・議論を踏まえ、提言をとりまとめた。

<アンケート調査・訪問ヒアリング調査の概要>

アンケート調査は研究会委員からの推薦、ならびに、関連する団体（国民健康保険診療施設協議会、日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療医学会、日本臨床内科医会）の推薦に基づいて、選定した医師266人を対象として実施して156人から回答を得た。地域分布を見ると、人口10万人以上の市が74票、人口10万人未満の市が33票、町が34票、村が7票、島嶼部が8票。勤務先の種類は、有床診療所が29票、無床診療所が104票、病院が21票。

ご回答頂いた中でも特に積極的に地域医療に取り組んでいると考えられる医師17人に対して訪問ヒアリングを実施。アンケート、訪問ヒアリングともに、地域的な偏りが少なくなるよう配慮した。

1. 提言（社会全体で「総合医」を作っていくために）

（1）地域医療を担う「総合医」像

アンケートやヒアリングの回答結果から、今回調査の対象となった医師は以下のような6つの点で共通の傾向を持っていることが明らかとなった。（6つの点の具体的な状況は、「4. 調査研究の結果まとめ」を参照）

- 日常的な疾患（コモン・ディジーズ）に対応し、プライマリ・ケアを実践している
- 他の専門的な医療機関等を適切に紹介することができる
- 地域において疾病予防や健康相談を含めた健康づくりを行っている
- 患者や地域住民の生活状況をよく把握している
- 時間外・夜間の対応を積極的にしている
- 往診や在宅医療に積極的に取り組んでいる

以上の6つの点は、地域特性を超えて共通しており、地域住民が期待する「かかりつけ医」像のポイントを示していると考えられる。そのような、「かかりつけ医」の活動の特徴は、専門分野に偏らずほとんど全ての日常的な疾患（コモン・ディジーズ）に対応していること、患者の状況を総合的に判断して適切な医療（紹介も含めて）を行っていること、患者家族や地域住民の生活を支えていること、である。この条件を満たす医師を表現するには、「かかりつけ医」という言葉に代えて、「総合医」と呼ぶことがふさわしい。

（2）「総合医」の確立

現在、諸外国に比べてわが国では、「総合医」の位置づけが弱い状況であり、早急に「総合医」が社会的に確立されたものとなり、全国に普及していくことが求められる。そのためには、「総合医」としての能力があると認められる医師を認定し、認定された総合医に報酬上の評価を与えることが考えられる。認定の条件等の詳細については、国、日本医師会、関係学会等が協議して決めていくことが妥当と思われる。

「総合医」になるための条件として、以下の2つのコースが考えられる。

- これから医師になる人で、一定の教育・研修を経て、「総合医」の認定を受けるコース
- すでに医師として活動しており、しかるべき臨床経験のある医師が認定を受け「総合医」に転換するコース

(3)「総合医」を育てる教育・研修・学習のあり方

①学部教育

「総合医」に求められる要素（人間性、社会的な常識、国語力、コミュニケーションやチームワークの能力など）を高めるための教育が浸透していくことが望ましい。それは教育のあり方全体に関わる問題であるが、医学部も「総合医」を育成するという意識を持ち、カリキュラム構成の見直しを図っていくことが求められる。

また、学部教育の中で、医学部の全ての学生が「総合医」の活動に触れる機会を設定することも望まれる。

②卒業研修

現在行われている卒業初期研修のカリキュラムの中で、「総合医」として求められる技術・能力などを習得するための実践的な研修の機会を拡充することが望ましい。例えば、地域医療の研修期間を長くして、一定期間泊まり込みの研修を行う等、すぐれた「総合医」との接点を増やしたり、在宅医療や終末期医療を含めて地域住民の生活と触れあう機会を設けること、等が考えられる。卒業初期研修の受入窓口を地域医師会が担当することも考えられる。

③生涯学習

地域住民に信頼される医療技術を保つために、生涯学習の機会を拡充していくことが求められる。国、日本医師会、関係学会等が協力して、「総合医」の生涯学習プログラムを作成・更新して、「総合医」や「総合医を目指す医師」がいつでも受講できるようにすること（インターネットの活用も含む）や、地域の医師会が中心となって、きめ細かい研修会を開催すること等が考えられる。また、そうしたプログラムや研修会、関係する学会に随時参加することができるよう、バックアップの体制（参加期間の代理医師の派遣や収入の保障など）を整備することも望まれる。

また、「総合医」の育成には、卒業長期に渡る実務経験が必要であり、後期研修その他必要な研修体制を整備していくことも求められる。

(4)「総合医」を支える環境整備

①人材

「総合医」の活動は、他の医療機関・関係機関との連携、在宅医療、時間外対応など多岐に渡っており、「総合医」と協力して活動する様々な職種との連携が必要となる。今後、「総合医」を支える様々な職種を育成・確保していくことが求められる。例えば、総合医とともに入院患者の退院支援を行ったり、在宅生活支援を行ったりする人材や、「総合医」の指示のもとで在宅医療や時間外対応を行う人材、「総合医」と協力して介護・福祉の活動を担う人材などの育成を進めていくことが求められる。

②関連する機関の連携

診療所はプライマリ・ケア、病院は専門医療という機能分担が徹底されることが、原則として求められる。その上で、診療所と病院間で連携クリニカルパスを構築したり、地域医師会が中心となって医療機関間の機能連携の体制を作るなどの取り組みを行って、「総合医」が患者に適切な専門医を円滑に紹介できるようになっていくことが望まれる。「総合医」同士の協力・連携を進めて、お互いに支え合う関係が構築され、「総合医」が不在となる時の代診や、時間外・休日夜間などの組織的な対応が円滑に進むようになることも重要である。

また、「総合医」が適切な関係先と協力しながら地域住民の生活を支援していけるよう、地域の医療・保健・介護の協力・連携を行政が後押ししていくことも求められる。

③情報インフラの整備

へき地や離島においては地域内で完結した医療を行うことが必要となり、「総合医」がある程度の専門医療の提供を求められることもある。そうしたケースを支援するために、情報システムやIT機器等のインフラ整備も望まれる。例えば、「総合医」が専門医と同じ画像を見て診断・処置を行ったり、専門医と電子カルテを共有してアドバイスを受けたりすること、等が考えられる。

④「総合医」の活動に合わせた報酬の検討

「総合医」の活動内容に合わせた報酬のあり方が検討されることが求められる。具体的には、(1)で述べたような、

- 日常的な疾患（コモン・ディゼーズ）への対応とプライマリ・ケアの実践
- 他の専門的な医療機関等への紹介
- 疾病予防や健康相談を含めた健康づくりの取り組み
- 患者や地域住民の生活状況の把握
- 時間外・夜間の対応
- 往診・在宅医療

について「総合医」の特性が十分評価され、その活動が助長されるような報酬のあり方を検討していくことが必要である。

(注)「総合医」の担い手としては、原則として開業医・診療所を念頭に置いているが、地域特性によって、中小病院が担うことも考えられる。

2. 調査研究の経緯

国民健康保険中央会（以下「国保中央会」という。）では、前述の「はじめに」で示されたような状況を踏まえて、予防や健康づくりを含めた包括的な保健・医療の取り組みのあり方を検討するため、平成13年度に「地域における包括的な保健・医療のあり方に関する研究会」を設置して調査研究を行い、取り組みの鍵はかかりつけ医機能（家庭医的機能）であるとの結論を得た。そして、その結論を受け、平成15年度から3つの地域で3か年にわたるモデル事業を展開し、その成果を「21世紀地域社会における包括的医療体制推進委員会」において検討し、包括的な保健・医療の具体像の明確化を図った。

また、平成20年度から後期高齢者医療制度が創設されることを踏まえ、平成18年4月に「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会」を設置し、後期高齢者の医療にふさわしい報酬体系のあり方について種々の専門的な検討を行い、同年12月に、かかりつけ医体制の強化を中心に据えた新たな報酬体系を提言した。

本調査研究は、こうした一連の研究の成果に基づき、地域住民が真に必要とする医師の具体像を多角的に調査・分析して明らかにするとともに、そのような医師を普及・浸透していくための方策について幅広く検討を行い、提言することを目的として実施されたものである。

3. 調査研究の全体像

(1) 調査研究実施体制

本調査研究は、地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究会（以下「研究会」という。）を設置し、国保中央会調査企画課が事務局として研究会を支援する体制で実施した。

(2) 調査研究の概要

本調査研究では、地域住民が期待するかかりつけ医師像を探るために、研究会委員からの推薦、ならびに、関連する団体（国民健康保険診療施設協議会、日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療医学会、日本臨床内科医会）の推薦に基づいて選定した266人の医師に対して、アンケート調査を実施した。

〔地域住民が期待するかかりつけ医師像に関するアンケート調査の概要〕

対象：地域医療に積極的に取り組んでいる医師として、研究会委員、関連する団体（国民健康保険診療施設協議会、日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療医学会、日本臨床内科医会）よりご推薦頂いた医師266人

方法：郵送により発送、郵送により回収

回収：有効回収数156票（有効回収率58.6%）

さらに、アンケート調査の回収票を検討して、特に積極的に地域医療の活動を展開していると考えられる医師（ただし、病院の医師は対象外とした）を選定して、訪問ヒアリング調査を実施した。

〔地域住民が期待するかかりつけ医師像に関するヒアリングの概要〕

ヒアリング対象先	訪問委員
北海道・更別村 更別村国民健康保険診療所 山田 康介所長	川越 厚委員
宮城県・七ヶ宿町 七ヶ宿国民健康保険診療所 長島 高宏所長	水野 肇委員長
福島県・福島市 鈴木医院 鈴木 信行院長	水野 肇委員長
茨城県・つくば市 飯村医院 飯村 康夫院長	水野 肇委員長
栃木県・宇都宮市 ひばりクリニック 高橋 昭彦院長	高久 史磨委員
東京都・江東区 亀戸大島クリニック 飯島 治院長	(事務局にてヒアリング)
東京都・日野市 小松医院 小松 真院長	近藤 純五郎委員
神奈川県・伊勢原市 坂間医院 坂間 晃院長	水野 肇委員長
石川県・白山市 吉野谷診療所 橋本 宏樹所長	渡辺 俊介委員
福井県・おおい町 おおい町国保名田庄診療所 中村 伸一所長	渡辺 俊介委員
岐阜県・揖斐川町 山びこの郷 吉村 学センター長	水野 肇委員長
滋賀県・米原市 ケアセンターいぶき 畑野 秀樹センター長	鎌田 實委員 一圓 光彌委員
兵庫県・宝塚市 いまい内科クリニック 今井 信行院長	一圓 光彌委員
山口県・柳井市 最所クリニック 最所 賢一郎院長	河内山 哲朗委員
鹿児島県・薩摩川内市 手打診療所 瀬戸上 健二郎所長	渡辺 俊介委員 田中 一哉委員
鹿児島県・与論町 パナウル診療所 古川 誠二理事長	田中 一哉委員
沖縄県・北中城村 ファミリークリニックきたなかぐすく 涌波 満院長	田中 一哉委員

上記のアンケート、ヒアリングで得られた知見を基に、研究会で提言をまとめた。

4. 調査研究の結果まとめ

4-1. かかりつけ医の活動状況

(1) 日常的な疾患（コモン・ディジーズ）に対応し、プライマリ・ケアを実践している

① 地域でよく見られる疾患に対応する能力を持っている

ヒアリングから

「プライマリ・ケア医として、患者さんの病気を診断できる知識と技術が必要。専門外は診られないという医師はダメ。オール・ラウンドにこなせないと難しい」

「基本的な診察ができればよいが、簡単な縫合、切開は行えるようにする」

「地域でよくみられる疾患コモンディジーズやコモンプロブレムに対応する能力が必要である。これは地域や外来診療でよくみられる疾患や問題について対処する能力。具体的にはよくみられる愁訴や疾患の学習経験、例えば咳、のどいた、発熱、膝の痛み、かぜ、高血圧、糖尿病、喘息、腰痛症、うつ病、心不全などである」

「自分は元は内科であったが、外科は●●の外科病院で勉強した。産科については友人に頼んで、帝王切開の経験を積むなどして技術を習得した（このようにすれば、総合診療能力は身につく）」

② 地域において、総合医としてプライマリ・ケアの活動を実践している

ヒアリングから

「プライマリ・ケアに尽きる」

「これくらいは現場で診てほしいと思われるものに対応すること。分野に偏りなく、赤ん坊から高齢者まで診られること」

③ 専門分野にこだわらず対応している

ヒアリングから

「大学や大病院で学んだ技術を振り回さず、全人的に診ることが必要」

「柔軟な思考力は絶対に必要であり、石頭（＝医師アタマ？）はかかりつけ医に向かない」

患者ヒアリングから

「先生は、『今日は誕生日ですね』とか『明日はお父さんの命日ですね』といった、心に響く会話が上手。自分（医師）にしか分からない患者のことを、会話に入れ込んでいくと、親しみがわくのではないか」

「医療以外のことを気軽に話すことのできる先生がよい。例えば、オランダで暮らしていた女の子が母親が死亡して、日本に帰ってきたケース。母親の死亡をきっかけに精神が不安定になってしまったが、近くの開業医をかかりつけにするようになって、先生から『好きな子はできたか?』とか『学校は楽しい?』などと声をかけてもらっているうちに、状況が良くなった。この女の子は修学旅行のお土産を、かかりつけ医に買ってきた。これが、かかりつけ医と患者の理想的な関係ではないか」

「かかりつけ医と患者の人間的なつながりは重要」

④ 患者のこころの問題に対応している

ヒアリングから

「（患者さんの）全身管理を行う中で、患者さんとメンタルな面に関わることが多くなった。当時は、メンタルな部分については精神科の医師を紹介して終わりという形が多かったが、それではいけないと思うようになった。そのきっかけは、自分が手術した患者が、ある晩うめきながら寝ていて、家族が体をさすっている姿を見た時に、自分の居場所がない（何もしてあげられない）と感じたから。その時は本当に、患者さんや家族とどのように関わればよいか分からず、何もできなかった」

⑤ 初期救急に対応している

ヒアリングから

「自分は救急センターに2年いて、非常に勉強になった。救急対応も必要なのではないかと思う」

⑥ 終末期の看取りにも取り組んでいる医師が多い

ヒアリングから

「プライマリ・ケアとターミナルケアは必須と思う」

⑦ ①～⑥に加えて、医師の専門分野を生かしている

ヒアリングから

「総合医的な役割だけでなく、サブスペシャリティとして、内視鏡・外科・整形外科・循環器内科・呼吸器内科などの技術を持っていることも、地域においては役立つことが多い。

自分の場合は、「総合医+内視鏡医・外科医」であり、内視鏡に関しては、年間で上部（胃カメラ）約400件、下部（全大腸内視鏡）60件程度の数をこなしている。無床診療所ではあるが、これまでに早期胃癌1例、大腸癌2例の内視鏡治療を外来で行った。また、医師2名体制であった時期（平成11～16年度）には、自分でみつけた癌患者の手術を、近くの病院で執刀していた」

「一般的な診療ができて、かつ、専門分野で強みを持っていれば、なおよい」

⑧ コミュニケーション能力が高い

ヒアリングから

「チームワーク、情報の共有、連携する態度やノウハウがかりつけ医には不可欠である。これは今後ますます大きくなる要素の一つであるといえる」

「コミュニケーション能力、技術については取得が必要。コミュニケーション能力は医療を円滑に進めていく上で必須」

「コミュニケーションを大切にする。聞き上手であること」

⑨ 多岐に渡る職種とのチームワークや連携能力が高い

ヒアリングから

「チーム医療での他職種との連携においても『医師は常にリーダーとして他の連携するスタッフを引っ張らなければならない』と考えていると、必ず失敗する」

- ⑩ 原則として、医療設備は最低限でよい。レントゲン、心電図、エコーくらい。血液検査はラボが利用できればよい。

ヒアリングから

「レントゲン、心電図、エコーくらいでよい。血液検査はラボが利用できればよい」

「レントゲン、心電図、血液検査は必要と思う。内視鏡もあっても良いかもしれない(当診療所には内視鏡はない。)」

「検査をする場合でも、患者の生活のために行うのであって、医師のために行うのではない、ということをおぼえてはいけない」

「高額な機器を入れても、読影できないのでは無意味。病院の機器が活用できればそれでよい」

「高度なものはほとんどいらぬ。最低限のもの、すなわち、レントゲンと心電図でよい」

「周囲の医療資源の有効利用がむしろ大切。過剰な設備はかえって無駄かと思う。ちなみに我々の施設ではレントゲン、エコー、消化管内視鏡検査などがある。血液検査は外部業者委託である」

- ⑪ へき地・離島で、その地域で完結した医療を提供することが求められる場合には、高次医療を行う機器・設備が必要となる。IT の活用や遠隔医療の対応などで、地域の医師をバックアップするシステムも必要となる。

ヒアリングから

「離島医療では、あらゆる患者が来て、それに対応していく必要がある。極力、離島内で完結した医療を行う必要がある。なお、へき地と離島は分けて考えるべき。離島(特に外海離島)は、本土と4~5日隔離されることもあり、状況が非常に厳しい」

「一般的に言って、離島診療所は2つのタイプに分けられる。一つは、入院がなく外来中心の軽装備の診療所で、そこには心電図、胸部斜視、超音波など必要最小限の医療機器があればよい。もう一つは、ある程度の専門的検査や、いざという時には入院までできる有床診療所で、当診療所はそれに該当する。特に救急医療対策は重要で、医師も複数医師制で、CTも必要不可欠になっている。救急までできれば、かなり強い医師となる」

「診療所でも最先端の医療ができる。手術は1部屋あればよい。いまの大病院はかえって非効率である。ここでは、人工透析も行っている」

「インターネットは必須。本土の病院とつないで、同じ画像を見ながら、病院の医師とディスカッションすることができる」

「ITカルテも●●大学とつながっており、電子カルテを共有することができる。医療でも、IT機器の導入は重要である」

「離島では、あらゆる疾患に診療所の医師が対応しないと行けないため、より高い総合診療的能力が求められる」

「離島医療というのは本来厳しく、辛く、時には泣きたくともある。しかし、それを乗り越えたところに離島医療の面白さややり甲斐があると思っている」

⑫ 大学・大学院での専攻は多様である

アンケートから

- 大学・大学院での専攻を見ると、内科系 6 割、外科系 2 割、その他 1 割となっており、その内訳も多種多様である。

(2) 他の専門的な医療機関等を適切に紹介することができる

① ゲートキーパーとして機能している

ヒアリングから

- 「かかりつけ医は、ゲートキーパーとしての役割が大切。診すぎず、診なさすぎず」
- 「一般的な総合医は、周囲に専門医が存在するので、振り分ける機能がメインとなる」

② 何でも自分で抱え込むのではなく、積極的に病院など他の医療機関、コメディカル、保健・福祉サービスなどと連携している

ヒアリングから

「病院の情報を見きわめるのも、かかりつけ医の仕事。最初は全く情報がないので、紹介状の返事の内容を見ながら、情報を得ている」

「来てくれる患者はそれぞれが心配事を持っている。自分が直接関わることができる場合には対応するが、紹介する方が良い場合には紹介している。患者さんが行き場を失うようなことにはしない」

「患者は必ずしもネームバリューを求めてはいない。医療費は同じなので、ある一定水準の医療機関が良いが、それよりも医師と患者の信頼関係の方が大事」

「大きな病院と画像のやりとりもできるので、設備の面で不便は感じない(いろいろな病院から、「うちのシステムを利用してほしい」と案内が来るので、便利になった)」

「何でもかんでも、当診療所で抱え込む必要はない。慢性疾患は当診療所で診るが、急性疾患は積極的に紹介している」

「(連携は) かかりつけ医の機能として最も重要な機能の一つである。自分の能力をきちんとわきまえること。謙虚になること。患者さんの意向をよく汲み取ること。紹介先に関する情報収集につとめること。病院や専門医との顔の見える関係、コミュニケーション作りにつとめることが重要」

「ただ紹介先の選択に困ることがある。例えば近隣の病院の不整脈 WPW 症候群(ウォルフ・パーキンソン・ホワイト症候群)のアブレーション治療の成績は公表されていない。結果的に、ある大きな病院に 2 例送って失敗、小さな病院に 1 例送って成功とかある。また、腹部大動脈瘤(AAA)の最新治療についての相談をもちかけられて調べたが、やはり病院施設ごとの成績はどこにもない。紹介に苦慮することは多い」

患者ヒアリングから

「紹介してくれることは重要。紹介先の多くは、▲▲病院である。自分勝手に病院へ行く住民は少ないと思う。まずは先生にかかってから、病院を紹介してもらおうケースがほとんど」

「小さな診療所なので、設備面では足りないところはあるかもしれないが、対応が難しい場合には、きちんと紹介してくれるので有難い」

「かかりつけ医は病気の仕分けをしてくれることが必要。適切な病院を紹介してくれることは必須条件」

アンケートから

- 現在の協力・連携先を見ると、以下のような機関・職種との協力・連携が多い。
 - 地域の病院（指摘率 87.8%）
 - 地域の在宅介護サービス（指摘率 72.4%）
 - 地域の介護施設（指摘率 68.6%）
 - 地域の診療所・開業医（指摘率 68.6%）
 - 行政（保健師）（指摘率 59.0%）

③ 自分がどこまでできるか、どこまで対応するかをよく把握している

ヒアリングから

「自分の能力（診断および治療）の限界を常に考え、限界を超えているようだったら病院に紹介し、診断および治療をしてもらう。どこまでが自分の限界かを知っていることは大切」

「自分の能力を知っていて、自分にできることは自分で行い、できないことは専門の医師に紹介できること」

④ 地域的なネットワークを独自に構築して、患者に的確な情報提供を行っている

ヒアリングから

「ドクターとの個人的なつながりが有用なことも多い（同窓、医局のつながりなど）。自分自身も独自のルートを持っている」

⑤ 病院等の専門医ともネットワークを構築している

ヒアリングから

「医師同士の面識があるかどうかで、連携の深さはかなり変わってくると思う」

「疾患により『どの医師』に紹介すればいいか知っていること（どの科というより、どの医師というところが重要かと思いますが）」

「安心して任せることのできる医師をリストアップできるようになってくる」

⑥ へき地・離島（特に外海離島）では、協力・連携できる病院が近くにないことも多く、協力・連携に積極的に取り組むことが必須。

ヒアリングから

「島の中でできないことは本土の病院へ送らざるを得ない。その場合、疾患により送り先はほぼ決まっている。問題になるのは心筋梗塞などのヘリ搬送だが、何時でも受け入れてくれる病院が複数あり、困ることはない。

眼科や産婦人科の専門医も定期的に来てくれる」

（3）地域において疾病予防や健康相談を含めた健康づくりを行っている

① 医療によって住民の生活を支えるという姿勢

ヒアリングから

「自分が手術を行う予定だった患者の自宅をたまたま通りかかった時に、入院中の患者（その家族にとっては一家の大黒柱）の退院を心待ちにしている家族の姿を見て、「漫然と医療をしていたらダメだ。患者さんと家族の生活を守らなければいけない」と痛感した。自分の都合で手術の予定日を延ばしたりしていたことを非常に反省した」

「病院から診療所へ来ると『生活の中で医療が占める部分は小さい』ことが実感できる。普段の生活の中の医療は一部にすぎない」

「この地域の主治医でありたい。この地域の専門医でありたいと思う」

② 常に住民の健康に気配りし、住民からの相談に応じている

ヒアリングから

「志は高くないと困る。患者と生活をともにしていこうという心意気が必要」

「▲▲町 6000 人のかかりつけ医をしていると思っている。自分の気持ちの中での専門は▲▲である」

「一家全員の相談相手となることが重要であり、自分の経験では3年で名前と顔が一致し、5年で地域医療の面白さがわかってきた。14年経つと家族関係までわかっている」

患者ヒアリングから

「信頼の中心は、相談に乗ってくれること。先生・スタッフの方々が相談にのってくれるので、安心であり、心の拠り所となっている。気軽に相談に応じてくれる。

もちろん、患者は自分だけではないので、手短かに要件だけ聞くように心がけている」

「相談に乗ってくれる先生がよい」

「病院の勤務医は忙しくて、質問しても答えてくれない。待っている患者も多いので、時間を使うと気がつかう。はっきりと『質問するな』と言う勤務医もいる」

「やはり、かかりつけ医に相談したい」

③ 疾病予防を重視している

ヒアリングから

「患者の目線に立って『病気を診る』のではなく『病人を診る』ことを心がけている。保健、福祉との連携を密にし、疾病予防、介護予防を重視する」

「予防医学は大きな柱である」

④ 住民との間に信頼関係を築いている

ヒアリングから

「信頼関係の構築。そのために日々最善を尽くすことしかない。そして、島に学び、島を楽しむといった姿勢でありたいし、地域づくりにも貢献できたらと願っている」

患者ヒアリングから

「多数の住民は先生のことを慕っている。医師と患者が信頼関係を結べるようになることが重要。先生は診療所の医師というだけでなく、福祉のリーダーとしても住民の中に入ってきて頂いているので、住民からの信頼が厚い」

「診療所全体を信頼している。先生はもちろん、スタッフも信頼している」

「安心や信頼は、医療技術や医療設備を超えたところにある」

⑤ 医師と住民がお互いのことをよく知っている（隠し事をしない）

ヒアリングから

「住民が先生に合わせていくことも必要。お互いに信頼し合うことが重要。そのためには、お互いに腹を割って話し合うこと、隠し事をしないことが必要」

⑥ 病気を診る、患者を観る、地域を視る

ヒアリングから

「倍率の違う3つのレンズをたえず持ち歩いて診療をすることを心がけている。

400倍のレンズで、病気の原因等をみる

40倍のレンズで、高齢者の体全体のことをみる

4倍のレンズで、家族や地域全体をみる」

⑦ 医療によって地域に貢献しようとする姿勢

ヒアリングから

「多くの医師は、地域医療をやりたいと思っても、失敗するケースはある。地域よりも医療に比重が大きいと失敗するのではないかと思う。地域の方が比重が大きい。自分自身、専門はこの地域であると思っている」

⑧ 地域住民も医師に対して温かい

ヒアリングから

「地域が全体で、かかりつけ医を育てていくことが重要である」

「地域が医師に対して温かく接することも重要である」

「地域住民は人柄がよく協力的で、仕事をしていく上で非常にやりやすい」

(4) 患者や地域住民の生活状況をよく把握している

① 人の話し、患者の話しをよく聞く

ヒアリングから

「かかりつけ医は、患者さんとコミュニケーションを取れる人でないとダメと思われる」

「話すことよりも聴くことが必要。自分も8割は聴いている感じ」

「人の話を聞く修練を積むこと、人の話を聞き出すコツを得ることが大事。人間関係が良くなれば話を引き出せる。患者に興味を持つことが大事」

「謙虚であることも重要な要素である。自分の不得意な領域を明らかにして、生涯を通じて自己研鑽を続けていく自己学習能力が不可欠である」

「人柄と表現すると、もう変更できないようなイメージがあるが、これもしっかりと成長する努力が求められている領域である」

「人柄については、周囲から情報をフィードバックしてもらいながら、努力して変えていくことはできる」

患者ヒアリングから

「患者の話を聞くことから、かかりつけ医の仕事は始まるのではないか。患者の話を聞いてくれない医師は、それだけで敬遠してしまう。患者の苦しみを聞いてくれる先生がよい」

「先生も話しをしているようで、聞いている時間が長い。短時間で、かゆいところに手の届くように聞く必要がある」

「こちらの立場で話を聞いてくれる先生がよい」

② 自分の意見を押し付けない

ヒアリングから

「患者さんの話をよく聞いて、こちらの考えを押し付けないこと。(医師は)教育者でなく、共同行動者」

患者ヒアリングから

「医師が『俺の言うことを聞け』と押し付けるのはよくない」

「パターンリズム（押し付け）を行う医師はいや。自分の意見を押し付けない先生ならよい。家庭のことに口出ししてくる先生もいや。頭ごなしに『質問するな』という先生もいや」

③ 地域に育ててもらっているという姿勢

ヒアリングから

「自分自身がこの地域で医師として1人前に育てていただいたという思いが強い。長く無医村で苦労した歴史があるからこそ、いい意味で医師を大切にしてくれる」

「若い頃は、この地域を自分一人で支えていると勘違いしていた。今になって、私自身がこの地域に支えられていることを知った」

「自分自身は必要なことを独自に学んできた。患者から教えられてきた」

④ 現場や患者から発想している

ヒアリングから

「患者の生活を見なければ医療はできないと思う。病院でも全人医療を行っているが、生活を断ち切った場面での話しであり、やはり生活を把握する必要がある」

「東北では冬でも部屋全体を暖めるのではなく、こたつなど一部だけ暖かくするというケースがある。低体温の患者に空気循環型のエアマットを使っていたら、使用中に死亡するケースがあった。エアマットを使わないようにしたら、そうしたケースはなくなった。絶対にそうだとは言い切れないが、エアマットの空気循環が患者の体温を奪ってしまっていたものと思われる。そうしたことも、現場での体験がないと分からないことである」

「患者（利用者）の価値観の解釈で、医師の考え方が間違っていることも少なくない。リーダー・コーディネーター・ゴールキーパー（＝最後の砦）と、場面場面に応じて役割を変化させる柔軟さが求められる」

「医療機関や医療の視点だけから患者の問題を捉えるのではなく、日々の生活を営む生活者の視点に立って物事を考える力。具体的には以下の通りである。

- 患者さんの生活の場に身をおいてみたことがある
- 医療機関に来るまでのことが想像できる
- 高齢者の生活の実際をみたことがある
- へき地の実際をみたことがある
- いろいろなことを想像できる
- 世間話ができる

こうした点は、特に若い医師には欠落していると思う」

(5) 時間外・夜間の対応を積極的にしている

① 時間外・夜間の対応を積極的に行っている

アンケートから

- 24時間対応を「している」とする割合が75%。(病院勤務医を含めた回答)
- 24時間対応を円滑にするための工夫としては、「近隣の医療機関との連携」を挙げる回答が多い。
- 24時間対応の課題としては、「患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと」(4割が指摘)、「診療報酬上の措置」(3割強が指摘)、「コ・メディカルの確保」(3割が指摘) などとなっている。

ヒアリングから

「24時間対応をしている。夜間は、看護師の電話に連絡が入り、看護師の対応で済んでしまうこともある。看護師だけで済まない場合には、自分の携帯が鳴り、自分が対応することになる」

「家族の不安が高じて連絡してくるケースが多いが、自分が対応しなければならないケースはほとんどない」

「夜間対応をするために、酒は飲まなくなった」

「対応可能なら、とりあえず診ることが大切である。当診療所の場合、夜間・休日でも診療所に電話をかければ、私の携帯電話に転送されるようになっている。医師個人の事情(体調不良・遠方に外出など)で診察できなくても、アドバイスや診療所看護師での対応ですむ場合も少なくない」

「緊急対応が必要な患者については、事前に対応を予測しているし、できるようになる」

「開業医が昼間だけ診る、というのはいけない。24時間対応を全ての開業医がすべきとは言わないが、ある程度は夜も診療することが求められる」

「専門医を疲れさせないことも必要」

② 患者に緊急の連絡先を教えて、時間外・夜間の対応を行っている

ヒアリングから

「患者から、診療所に電話がかかってきた時に、時間外や休日の場合には、携帯電話の番号を流して、そちらに電話してもらおうようにしている。その携帯電話は診療所看護師が出て、対応することになっている。自分が直接出ていく必要があるケースは、週1回ぐらい」

③ 看護師を活用している。看護師の対応のみで済んでしまうこともある

ヒアリングから

「24時間対応をしている。夜間は、看護師の電話に連絡が入り、看護師の対応で済んでしまうこともある」

「緊急時には、まず訪問看護ステーションの看護師が対応し、それでも難しい場合には、医師が対応することになる」

④ 患者・家族の安心感が向上し、連絡を控えてくれるようになる。地域住民が医師を大切にようになる

ヒアリングから

「患者とは良い人間関係ができているので、気を遣ってあまりかかってこない（先生が仕事を始めるであろう8時半以降にかかってくる、など）」

「平成14年度の時間外・夜間件数は年間1,100件くらいあった。平成15年度に頭部の手術をしたら、（そのことを住民にはお知らせしていなかったにも関わらず）時間外・夜間件数が年間150件くらいに減少した。住民の間に「医師を守ろう」という意識は働いているのではないか。住民が医師のことに無関心ではない、ということは重要」

「1月に1回程度は夜間に突然呼び出されるケースがあるが、当初に比べて非常に少なくなった。住民との間で信頼関係ができてくると、呼び出される回数も減少するようだ。住民の側でセーブしてくれるようになったと実感している」

（6）往診や在宅医療に積極的に取り組んでいる

① 往診や在宅医療を積極的に行っている

アンケートから

- 往診や訪問診療を「している」とする割合が9割。
- 1週間で往診や訪問診療に行く患者の数は、平均11.3人
- 1週間で往診や訪問診療にかける時間は、平均9.5時間
- 往診や訪問診療の課題としては、「患者の状況を予見して、計画的に実施すること」を挙げる割合が多い。

ヒアリングから

「開業医は往診や在宅診療を行うことが必ず必要と考える」

「往診や在宅診療は必要。それを行うと、住民の意識も高まる」

「我々の主たる業務の一つである。当診療所は在宅支援診療所になっており、積極的に活動をしている。在宅でのターミナルケアも対応している。往診要請にも基本的にすべて対応している」

「(往診には) 依頼があれば対応する。教育・研修の時から、依頼があれば断らないよう指導されてきた」

「往診自体は国民のニーズであるのだから継続した方がいい。高齢者が多い診療所などは、午前中は外来をやり、午後は往診をする、というモデルを進めれば、『診てもらえない』などの不満はでないのではないか」

「私たちがもっとも力を入れている部分かと思う。地域全体が病院と考えれば、ベッドは自宅であり、ナースコールは電話である。医師の回診が訪問診療となっている」

「進んで行うことが望ましい。その意味で、少し高めの診療費設定はインセンティブとして有効！しかし、高くし過ぎると、患者の自己負担が増えてしまう」

「島全体が診療所だとは言わないが、少なくとも、家庭の一部が診療所だと思っている。だから、いつでも往診してあげる。365日いつでもである」

「離島における医療では 100%必要である」

患者ヒアリングから

「在宅にも来てくれるのでとてもよい」

「病院の医師は往診に来てくれない。めまいがあった時に、先生に連絡したら、往診してくれて、▲▲病院を紹介してもらい、しかも先生が▲▲病院まで一緒に行ってくれた」

「ある晩、具合が悪くなって、診療所に電話したら、先生も奥さんも留守で、お子さんが出た。おそらく、お子さんから話しが行ったと思うが、先生が帰られてから、すぐに往診に来てくれた。まさか、来てくれるとは思わなかったので、有難かった」

「往診してくれるということは、自宅に来てくれるということであり、暮らしの姿、生活の場を見ながらケアしてくれるということ。それが、かかりつけ医に対する信頼の基盤である」

- ② 在宅での生活や家族全体の健康を支えるという意識が強く、患者の生活場면을把握することを重視している

ヒアリングから

「在宅で患者の面倒を見ている家族のためにはレスパイトケアも必要であり、そのために検査入院を行ったりしている。家族を休ませてあげる機会をつくることは在宅医療を続けていくためのコツである」

「患者さんはもとより家族の不安をできるだけ除いてあげることで、在宅での医療ができるのではないかと思う」

- ③ 医師だけでなく、訪問看護・訪問介護などと連携して、チームで対応している

ヒアリングから

「訪問看護師・ケアマネジャー・ホームヘルパー・デイサービス職員などと情報を共有し、連携すればするほど、在宅ケアは楽になる。カンファレンスを行う手間や時間を大きくカバーするメリットがある」

「病院からの退院が早くなっているので、往診の度合いが高く（重く）なっている。1週間に10人ちょっとの患者に往診している。訪問看護を上手に活用しながら在宅診療を行っている」

- ④ 多岐に渡る職種とのチームワークや連携能力が高い（医師が横柄な態度をとると、うまくいかない）

ヒアリングから

「医療も生活支援であり、医療職のみではできない。医療と福祉の協力が必要。介護保険のケアマネジャーよりももっと幅広く対応できる専門職が必要。そのためには、もっとMSW（医療ソーシャルワーカー）を増やして地域に配置できるようにしてほしい。現在は、MSW（医療ソーシャルワーカー）は病院の事務職として勤務しているケースがほとんどであり、その病院の退院支援しかしていないのが実情」

「医師だけではなく、訪問看護や訪問リハビリ、訪問介護などとも連携してサービスを提供している」

（7）その他

- ① 外来患者数等の状況

アンケートから

- 通常時間内の外来患者数（1日当たり）の平均値は52人。うち、新患数は5人。
- 通常時間外の外来患者数（1日当たり）の平均値は1.7人。うち、新患数は0.8人。

② 診療以外の活動

アンケートから

- 診療以外の活動としては、以下が多い。
 - 講演（指摘率 69.9%）
 - 健康教育（指摘率 63.5%）
 - 卒後研修の受け入れ（指摘率 51.3%）

③ 実践している活動の効果

アンケートから

- 実践している活動の効果としては、以下を挙げる割合が高い。
 - 患者さんの安心感が高まる（指摘率 89.1%）
 - 患者さんの在宅生活におけるQOLが高まる（指摘率 72.4%）
 - 不必要な受診が抑制され、社会全体の医療費が効率化する（指摘率 50.6%）

4-2. かかりつけ医の育成・養成に必要なこと

アンケートから

- 大学の医学教育において必要なこととしては、以下を挙げる割合が高い。
 - 患者さんとのコミュニケーションについての教育（指摘率 75.6%）
 - 福祉・介護についての教育（指摘率 75.6%）
 - 総合診断についての教育（指摘率 71.8%）
- 卒後研修において必要なこととしては、以下を挙げる割合が高い。
 - 患者さんとのコミュニケーションについての研修（指摘率 76.3%）
 - ターミナルケアについての研修（指摘率 75.0%）
 - 福祉・介護についての研修（指摘率 73.1%）
 - 総合診断についての研修（指摘率 70.5%）

(1) 大学における教育で求められるもの

① かかりつけ医の活動に求められる基本的な能力に関する教育

ヒアリングから

「(自分が学生だった当時は)大学の医学教育では、診療所の医師になるための教育はなかった。偶然、●●記念病院で家庭医療の研修がスタートするというポスターを見て、その研修を受けようと思った」

「総合診療科での教育。総合医としての目を養う必要。病院の医師と診療所の医師は違う」

「全人的、かつ、総合的に診ていく能力の育成が欠けている。そこが、最も求められている。人間を人間としてみる教育は必須。もっと踏み込んだ教育・研修が必要ではないか」

② 人間性の教育

ヒアリングから

「マスとして若い先生方の行動パターンを見ていると、『先生』と呼ばれるにふさわしくないことが多い。プロフェッショナリズムの部分の教育が欠けている」

③ 社会的な常識

ヒアリングから

「医師になる以前の一般的な能力(挨拶や社会的常識など)の不十分な学生さんが多い」

④ コミュニケーション能力

ヒアリングから

「患者とのコミュニケーション能力向上のための教育」

「医師と患者がどのような関わりを持つか教える場が必要」

⑤ 人間関係の作り方

ヒアリングから

「人間に対する接し方についての教育が欠落している」

⑥ チームワークの能力

ヒアリングから

「チーム力も必要。今はチームケアができないと仕事が進まない。医師が『自分が一番えらい』などと考えているとチーム力は発揮できない」

⑦ 開業医・かかりつけ医の活動に触れること

ヒアリングから

「若いうちから、現場を見てほしい」

「多職種の人が参加する医療・福祉事例検討会への参加。他職種の方の意見や見方に触れることは必要。医療は医師だけがやっているのではない。特に福祉との連携が重要であることを早い段階で知るべき」

「学生が現場を体験する機会も増えている。しかし、医学とは全く関係ないもう少し幅の広い実習の必要性も感じる」

「●●医大でも行っているが、地域の医師会とタイアップして臨床の現場に出る機会を持つことは必要ではないか。●●大学では、特養・老健などへ1週間見学する学生実習を導入している」

「『地域医療』の科目を必須とし、地域に出かけるカリキュラムを立てる。卒前でも診療所・開業医の所に出ることが必要。ポリクリ（臨床実習）も現場で行うのがよい（すでにそうしているケースもあるが）。学生の時に、地域医療の現場を見ておく必要がある」

「早期に地域医療（都市部の開業医・へき地医療など）を体験する教育が必要であろう。●●医科大学では、1年時の夏休みに地域医療を実践する先輩医師を訪問し見学する早期体験学習が行われている。同様のカリキュラムを他大学でも組んでいただき、大学病院以外のプライマリ・ケアを早い段階で体験するとよい」

「卒前医学教育で『かかりつけ医』に接する機会がとても乏しいと思われる」

「現状で、若いジュニアの先生を1週間～1ヶ月単位で受け入れているが、若い先生ほど柔軟ようだ。経験を積めば積むほど医師のイメージ（特に大病院の医師）が強く、『地域包括ケア』に対しての受け入れが難しいように思う」

(2) 卒後研修

① 開業医・かかりつけ医（特に地方部の）との関わりをもっと増やすこと

ヒアリングから

「現場を見る機会を増やし、『自分もあなりたい』という先生に出会うことが必要」

「病院の研修でも在宅医療の研修はあるが、病院が持っている訪問看護ステーションの看護師について体験するケースが多い。しかし、看護師と医師の動き方はやはり違っており、開業医の動きを見る機会を増やしてほしい」

「うちで研修を受けた実習生の中からは、『病院との違いを感じた』『在宅は本人と家族の生活を考えることが大切だと分かった』という声が出ている」

「研修を通して、家族への気配りや介護者の健康管理の大切さを学んでほしいと思っている」

「診療所研修。患者さんの自宅での生活に触れる機会」

「多職種の人が参加する医療・福祉事例検討会への参加。QOL（クオリティー・オブ・ライフ＝生活の質）の向上のためにどうすればよいか、体験する必要がある」

「2年間の卒後研修のうち、2ヶ月間は開業医等で行ってもよいことになった。それは前進であるが、2ヵ月では見学程度に終わってしまうので、もっと期間を長くしてほしい」

「病診連携を理解する観点からも専門医を目指す研修医にも必ず「地域医療」を必修科目として今後も継続すべき。後期研修にも『かかりつけ医』の専門コースが必要。そこで、いろいろな研修を行う必要がある。しかし、『かかりつけ医』を目指さない医師の研修からは、『地域医療』は除いても良いのではないか。単位を取るためだけに来る研修生に研修しても時間の無駄である（お互いに）」

「かかりつけ医と自他ともに認める医師とマンツーマンで診療する機会を増やさなければならぬ。当診療所では、新医師臨床研修制度の開始から、2年目の研修医を受け入れている」

② かかりつけ医としての役割を遂行するための実践的な研修

ヒアリングから

「基本的診察法の研修。内科、外科以外に小児、整形、皮膚、救急、耳鼻の知識の向上。超音波、内視鏡の研修。画像読影の研修」

「総合診療科での研修」

「今から思うと、もっとホスピスケアの勉強をしておけば良かったと思う。これは学生の時からもっと勉強すべき」

「心療内科の勉強も重要だと（今となって）感じる。この地域でも、不登校や虐待、ドメスティックバイオレンス、パニック障害などの症状を持つ人も増えており、開業医としては、対応できる必要がある」

③ 在宅医療の状況に触れること

ヒアリングから

「自分は今、▲▲医大で講義を行っているが、在宅という医療の現場を学生の時に知ってほしい。病院の医療といかに違っているかを体験しておくことは重要である」

「自分自身、学生の時に在宅医療やターミナルケアの勉強をする機会はほとんどなかった」

「卒後研修では、ぜひ在宅の状況を見てほしい。さらに、開業医にどういう情報を流せば動きやすいか、把握してもらうことが必要。研修の後、病院勤務医になるとしても、そうしたことを知っておいてほしい」

④ 地域の状況を読みとる力（「まず市町村の歴史を読むこと」）

ヒアリングから

「若い医師には、かかりつけ医を目指すなら、『町史を読み、医療だけでなく、暮らしから入れ』と指導している」

⑤ 自己評価・他者評価を繰り返すこと

ヒアリングから

「ここでは研修開始前に自己評価してもらい、様々な研修を一ヶ月ほど提供して最終日に評価を行い、その変化を見ている。最も成長したのは患者マネジメント能力や生活者の視点が伸びた」

⑥ 研修生の受け入れ体制を整備すること

ヒアリングから

「勉強したいと思っている人には機会を与えてあげることも心がけている。研修生の受け入れは原則として行っていないが、どうしてもここに来たいという研修生がいれば受け入れている。以前、●●大学の学生から、『キャンプ場に泊まるから、ここで実習を受けたい』と言われたので、ホテルの宿泊費や食費をこちらで負担した。その学生には、『費用は返さなくて良いから、自分が医者になったら、若い人に同じようにしてあげてほしい』と言った」

「研修生の受け入れの体制づくりは難しい。今年、●●大学の5年生が1週間この地域にいて、1日は当診療所にも来た。1週間民宿を借りて、当診療所にはレンタカーで来ていたようだ。学生からすると、受入をしてくれるところに行きたくなるだろう。有名なところばかりに研修生が集中してしまうのも困るし、受け入れ体制は難しい問題である」

(3) 生涯学習

- ① 地域医師会・関係学会が行うものが基本だが、日々患者・住民から教えてもらう姿勢が重要

ヒアリングから

「医師会を中心とした勉強会、情報交換の機会が望まれる（当県内には国保直診が少ない現状がある）」

「医療は日々進歩しているので、常に学習する姿勢が必要。特に、患者や住民から学ぶ姿勢は必要」

「毎日が勉強。患者さんの必要に応じて、勉強していく必要がある」

「診察以外のことを学ぶ必要。健康教育のやり方一つとっても、経験していかないと体得できない」

「疑問や苦手な部分をとらえて自ら学び成長し続けるようなことをやらないといけない。いわゆる従来の生涯教育の手法だけでは十分に機能しているとは言いがたい」

- ② 技術水準を保つための研修は必要

ヒアリングから

「スキルや技術がアップする機会はほしいと思う」

「検査技能維持のための研修会」

「生涯学習の機会が増えており、医師本人ひいては患者さんに本当に役に立つのかという視点で取捨選択していくべきであろう」

「臨床上の疑問の解決のために、問題を定式化し、様々な情報源から情報収集・検索を実施し、得られた情報を批判的に吟味、目の前の患者への適用を検討して評価する能力も大切」

「離島にいと、自分だけ時代の流れに取り残されているのではないかという不安や恐怖が募ってくる。それを解消するためには、定期的に研修でき、学会などにも安心して参加できるような支援体制づくりが必要である」

③ インターネットをはじめとする情報インフラを整備すること

ヒアリングから

「離島にいと医師会等の勉強会に参加することも難しい。日本のインターネットは、米国のE-medicine等と比べると情報の質、量ともよくない。このような情報は国家レベルで整備して欲しい」

「臨床医は日々の仕事自体が学習であり、その日の疑問をしっかりと言語化して、できるだけ早期に解決していく姿勢が必要である。文献検索やEBM的手法も取り組んだ方が望ましい。私の場合、それを非常に面倒に感じるタイプなので、自分ではなかなか検索しないが、3人の優れたEBMアドバイザーと日頃から交流している。このように自分で検索しなくとも、人的ネットワークで物事を解決していくのも生涯学習にとっては重要である。学会参加や研修会出席だけが学習ではない」

④ 研修生の受け入れが医師本人の勉強としても重要

ヒアリングから

「学生実習の受け入れも行っているが、教えることで教えられることが多いと感じる」

⑤ 1人前のかかりつけ医になるには5～10年は必要

ヒアリングから

「開業後5年くらいかかって、1人前の開業医になるのではないか」

「医師になってから5年くらいは何でもスポンジのように吸収して、どんどん成長する。何でも治せるように思えてくる。しかし、5年目くらいに自信をうち砕くような経験をして、そこから謙虚になる。本物の家庭医になるのはそこから」

「1人前の開業医になるには、卒後10年かかる。自分自身そうだった。10年経つと、得手・不得手がなくなって、幅広い患者に対応できるようになる」

⑥ 経歴は多様である

アンケートから

● 経歴は多様であり、「医師になったときに、どのような医師になろうと思ったか」を見ると、はじめから「総合的な開業医」を目指した人は4割弱である。

- 総合的な開業医になろうと思った（指摘率 37.2%）
- 病院の勤務医になろうと思った（指摘率 29.5%）
- 大学等における研究者になろうと思った（指摘率 8.3%）
- 専門の開業医になろうと思った（指摘率 2.6%）
- その他（指摘率 21.2%）

4-3. かかりつけ医の活動を円滑にするための制度のあり方

アンケートから

- 求められる医療制度改革についての自由回答を見ると、以下のような指摘が多い。
 - 医療提供体制についての改革（指摘率 34.0%）
 - 診療報酬についての改革（指摘率 25.6%）
 - 医学教育・医師育成についての改革（指摘率 20.5%）

- 医療提供体制についての改革に関する代表的な自由回答は以下の通り。

「医療供給システムを根幹的に見直す必要がある。特に外来診療と入院医療を明確に区別するシステムが必要。日常診療の自由アクセスについては、国民の理解を求めながら、日常病や一般的な健診等は総合医（プライマリ・ケアを担う専門的な医師）が担当し、グループ診療を制度化すべきであろう」

「地方で開業医を 30 年近くやっていますが、最近の社会構造の変化に医療制度が追いついていないと感じます。

（例）農家は専業が少なく、殆ど第二次兼業農家で夫婦共働きの家庭が多く、そこに取り残された老人が留守番をするというのが典型的です。留守番の老人が倒れたら、在宅医療は不可能で、どうしても入院又は施設介護となります。従って、療養病床の減少は、大量の介護難民を生むことになりました」

「地域の医療が円滑に行われることが前提で、それを支える一般病院の勤務医の労働条件の緩和が必要である。それらを勘案し、医師の必要数を考えることが必要である」

- 診療報酬についての改革に関する代表的な自由回答は以下の通り。

「病院、診療所など役割分担を明確に。病院での入院診療費を手厚く、また包括化が必要と思う」

「終末期のあり方についても、出来高でなく、包括化が必要ではないか」

「必要などころには診療報酬を適切に配分していただきたい」

- 医学教育・医師育成についての改革に関する代表的な自由回答は以下の通り。

「プライマリ・ケアに関しては、教育でいう義務教育にあたるものとして、医師に対しきちんと身分保障・研修保障をした上で、有期限派遣の形で、へき地においても維持すべきだと考える。後期研修医を送り込んで数合わせをしてはいけない」

「医師数が絶対的に不足している。小手先の地域派遣では、長期的に地域医療を維持できない。医療過疎が進むことで、かえって医療費が上昇することを危惧する」

「わが国では専門医だった医師が開業で一般医になるが、その研修は個人に任されている。現実には失敗を重ねながら一般医に成長するが、たとえば褥瘡や創傷処置の変化を全く知らず、消毒とガーゼ処置をしている一般医がまだ多数存在する。どのような技術や知識を一般医が習得すべきかをプログラム化することが必要」

(1) 医療提供体制

① かかりつけ医の役割の明確化

ヒアリングから

「家庭医としての専門性を保証し、3学会が合同して、専門医としての家庭医を作っていってほしい」

「できればイギリスやカナダのような形での家庭医をまず自分で選んで登録する。すべての健康問題相談先は、まず家庭医としたほうがずいぶんスッキリとすると個人的には思う。これをやると、現状では大きな混乱を生じる可能性が高い。でも、いずれはこの方向がベターと考えている。現在議論されている「総合医」もこれに近い形なのかもしれない」

② 病院と診療所の役割分担を明確化

ヒアリングから

「病院と診療所の役割分担は必要であり、主張し続けていくべき。例えば、病院の外来診療（初診料）を5倍にしてよいのでは。その上で、かかりつけ医からの紹介状を持っていけば安くするようにすれば、かかりつけ医を持つインセンティブが生まれる」

「医療機関の役割分担をきちりと行い、1次医療、2次医療、3次医療の割り振りを行っていくことが必要。しかし、フリーアクセスとはどうしても矛盾が生じてしまうのが問題」

「治療の必要のない高齢者を抑制するのは必要。国の方向性は間違っていない。

ただし、ケアハウス、老人保健施設など受け皿になる施設に、それぞれの施設の要介護度に見合った患者を移す必要がある」

「病院間・病診の連携は必要である。そこに行政も参加して、地域全体で連携のシステムを作っていくことが必要である」

「地域の介護を充実していくためには、急性期病床→回復期病床→老健施設という流れを作っていくべきである。急性疾患が発生した場合、急性期病床に2週間入り、その後回復期病床に3ヵ月入ってリハを行う。その後、半年程度老健施設にいて、在宅に戻っていく、という流れをシステム化する必要がある。日本では、特に回復期病床、老健施設をもっと増やしていく必要がある」

③ 診療所と診療所の連携の進展（グループ診療も含む）

ヒアリングから

「当市は開業医間の連携もできており、医師同士が協力的である」

④ 医師を増やす

ヒアリングから

「医師の不足による精神的疲弊が蓄積しているため、給与はもう少し安くてもよいので、医師の絶対数を増やしてほしい」

⑤ 地域への医師の派遣は公的な機関が責任を持って行う

ヒアリングから

「医師や看護師などの医療職も学校の教員のように、公務員ないしは準公務員と位置付けて、へき地や医療過疎地への人材派遣を行い、地域格差の是正を図る。誰かが責任を持って、医師を派遣することが重要である。

派遣は1年くらいでは短い。1年くらいだと、責任を持って地域をみることにならないのではないか。カルテでは分からない地域の状況を把握するには数年かかる」

⑥ 医師を支える人材（医療ソーシャルワーカーや訪問看護師、ケアマネジャーなど）の養成

ヒアリングから

「地域医療連携にかかわるMSW（医療ソーシャルワーカー）の人数が圧倒的に少ないので、MSW（医療ソーシャルワーカー）への報酬を設定してほしい。もっと増やしていくと、医療を充実することができる。例えば、●●医科大学からの退院予定患者について、MSW（医療ソーシャルワーカー）から連絡が入って訪問すると、もうMSW（医療ソーシャルワーカー）が退院後まで見通したケアチームを構築しており、開業医として非常に受け入れやすい。退院前から開業医がケアカンファレンスに入れるとスムーズに在宅復帰できる。

病院によっては、退院時に患者に『主治医宛ての情報提供書をお渡しするので、退院後に在宅主治医を捜して渡してください』と言って、何もフォローしないまま退院させているケースもある。これではスムーズな在宅復帰は難しい」

「在宅医療を充実させるには、訪問看護を整備する必要が急務。看護師に権限と責任を負わせるべき。それで看取りも視野に入れて対応できるように、行動させるべき」

「在宅医療の充実には、それを支える医療スタッフ・介護スタッフの存在が必要かと思う」

「訪問看護師・ケアマネジャー・ホームヘルパー・デイサービス職員などと情報を共有し、連携すればするほど、在宅ケアは楽になる。カンファレンスを行う手間や時間を大きくカバーするメリットがある」

⑦ 効率的な物流体制作り

ヒアリングから

「在宅医療物流センター（インフラ）の整備は急務（改正薬事法！）。例えばガンの患者が在宅医療を受ける際に、点滴に付随していろいろな機材が必要になるが、そうしたものを小分けで売ってくれるところがない。卸に言うと、『1箱分からしか売ることができない』などと言われ、結局無駄になることが多い。在宅医療は多品種少量サービス（一人一人状況が違い、必要な機材等も違う）なのに、今の提供体制はそれに対応していない」

⑧ 介護と医療と一緒に活動できる環境作り

ヒアリングから

「介護サービスとの連携も重要」

「介護と医療と一緒に仕事をしやすい環境を作っていく必要がある」

「積極的な保健医療福祉連携：地域ケア会議を毎月開催、関係する職種（診療所医師、看護師、ヘルパー、理学療法士、行政関係者、地域包括ケアセンター、民生委員、駐在所、郵便局など）で意見交換、情報交換を実施している。また旧 4 村での在宅患者などの情報交換を行い、お互いの診療や時間外の対応のカバーを心がけている」

⑨ 検査結果等の一元的な利用

ヒアリングから

「日常的な検査の結果は保健所に蓄積するなどして、医師が共同で利用できるようなすれば、無駄を省いて効率化できる。無駄な検査をしなくて済むようなシステムを作っていく必要。薬の情報も共有できれば、無駄は少なくなる。医師が、患者の情報を迅速にコンタクトできるような仕組みが望まれる」

(2) 診療報酬

① かかりつけ医の活動に合った報酬体系

ヒアリングから

「患者さんを多数さばかないと収入が増えない制度は改善してほしい。当診療所でも、外来の診察は1人当たり、5～6分くらい。これでは短い。薬を出して終わり、という感じになってしまう。もっと生活場面まで見たい」

「75歳以上なら、かかりつけ医を特定することはできるのではないか。当町内でも、70代になると、当診療所をかかりつけにする割合が多いと思う。受診行動も70代を境に変化するような気がする」

「活動に見合った報酬制度を作してほしい」

「かかりつけ医はプライマリ・ケア学会等で認めた専門医制にして、患者さんや家族から相談を受けた場合には、相談時間を決めて、相談に当たった場合に特別な診療報酬を支払う制度があっても良いのではないか。5分の診察時間の中で相談に乗るのは難しい」

「全てを定額の登録報酬にしてしまうのは、少し問題があるのではないか」

「特定のエリアの中で、患者がかかりつけ医を選ぶようにすればよい。患者が集まる診療所と集まらない診療所が明確に分かれるだろう」

「話しの長い高齢者や鬱病の患者などははるかに長い診察時間となるのに、固定的な点数しかつかない。要するに、診察に時間をかけてもかけなくても点数は固定的である。これでは、心療内科などは割が合わないのではないか（これからの日本では、ますます心療内科が求められている）」

「診察時間の計測は難しい面があるかもしれないが、もっと診察時間を報酬に反映してほしい。コンサルテーション・フィーを増やしていくことが求められている」

「後期高齢者の医療制度について、75歳以上の医療費が膨大になるのは目に見えている。何らかの歯止めは必要。後期高齢者の検査は無駄が多い。画像診断が多すぎる。月に2回もMRIをやっている患者もいる」

「定額払いの上に他の専門性が上乘せされるようにしていただきたい。つまり、以下の3つの枠組みの診療報酬になってほしい。

(1) かかりつけ医（狭義のかかりつけ医）… GP 機能のみ

(2) サブスペシャリティーを持ったかかりつけ医 …GP 機能+ α

(3) (従来の狭義の) 専門医 … かかりつけ医ではない」

② 登録報酬の導入について

ヒアリングから

「(国民健康保険中央会の昨年度の提言は) 全くその通りであると考えている。まさに、これまで我々が目指し実践してきたことと合致している。提言の内容が制度化されることを大いに期待する」

「フリーアクセスをある程度制限しない限り、かかりつけ医制度は絵に描いた餅になってしまうであろう」

「ある程度登録制にして人頭払いもいいかもしれない。イギリスのように。そうすると無駄な検査をしない方向に働き、プラスアルファで特定の指標(例えば在宅死亡率、HbA1Cの達成%、喘息発作の頻度、心不全悪化率、インフルエンザワクチン接種率など)でよい成績を示せば余計に報酬などもいいかもしれない。でも現状では大変かも。ただ人数で単純に計算されると我々のようなへき地で、しかも過疎化がすすんでいる地域では成り立たなくなる可能性があり、それは困るかもしれない」

③ かかりつけ医からの紹介状を持たずに病院を受診する場合の初診料の増額(病院と診療所の役割分担を報酬面で制度化)

ヒアリングから

「病院と診療所の役割分担は必要であり、主張し続けていくべき。例えば、病院の外来診療(初診料)を5倍にしてよいのでは。その上で、かかりつけ医からの紹介状を持っていけば安くするようにすれば、かかりつけ医を持つインセンティブが生まれる」

「後期高齢者については、フリーアクセスの制限もするべき」

「病院に来る必要がない患者を、初診料を上げるなどして(1万円程度)、制限する必要はある」

「かかりつけ医による診療報酬を優遇する。かかりつけ医からの紹介がない場合には、病院での保険診療が制限されるなどの措置も必要か」

④ 病院の経営が安定するような報酬の設定が求められる

ヒアリングから

「病院が病院としての機能を十分に発揮するためには、外来収入を当てにせず、入院収入だけで運営できるような制度改革と財政支援が必要である」

「病院が軒並み赤字に陥っており、医師離れも進み、診療所から病院に安心して患者さんを送ることが難しくなった。病院の医師も専門化してしまい、例えば、高齢者の肺炎の治療目的で入院してもらった人が、肺炎は治ったけれど偽膜性腸炎になって帰ってきたこともある。どの医師が安心か吟味して送らなければならなくなった。病院の報酬がもう少し高くなって、病院が元気になるような診療報酬が必要かと思う」

⑤ 往診・在宅医療の報酬を厚くする（ただし、自己負担は下げる）

ヒアリングから

「診療報酬面では、在宅医療関連の点数だけを上げてもらっても、患者さんの個人負担が増大して、実際には利用できない制度になっている。在宅医療では、個人負担の軽減措置を考えてほしい」

「在宅医療にシフトしていく必要がある。現在、在宅医療は、開業医の中でも一握りの人たちしか行っていない。在宅支援診療所の届け出は1万件あるが、おそらくきちんと在宅医療を行っているのは、3割くらいではないか」

「高齢者医療については、以前は月に何度往診に行っても無料とか1000円とかいう時代があったが、今は1割～3割となり、在宅療養支援診療所となっているので、月に6000円とか1万5千円とかになっていて、なかなか行けない現状がある。往診や訪問診療については、外来にかかることができない人ばかりなので、月5000円程度の定額であれば、計画的な訪問診療ができると思う。患者さんの中には『月2回来てくれるな』という方もいる」

⑥ 時間外・夜間対応の報酬を厚くする（グループで対応できることを想定）

ヒアリングから

「夜間でも患者がそこそこ来るので、厚めの報酬を付けても良いのではないかと」

⑦ 初診料の弾力化

ヒアリングから

「自分自身は、もともと自由化論者なので、初診料は自由化しても良いのではないかと考えている。心臓や脳神経の医師のドクターフィーをもう少し上げて良いのではないかと。手術の成功率の高い先生には、高い報酬が与えられて当然と思う。診療所においても、初診料を自由化した方がよいのではないかと。医師の自由度が確保されないといけな

⑧ 医療機関が研修生の教育・研修を行うことを報酬化

ヒアリングから

「地域での教育はとても重要であり、それに関する報酬は驚くほど少ないのが現状である。もっとこの点についても財源というか投資をしていかないと医師不足、特に地域での医師不足は解決しないのではないかと。10年～15年の長期的視野に立って、人材育成を行う必要がある」

⑨ アンケートの結果から見る、診療報酬に関する意見

アンケートから

- 診療報酬についての自由回答を見ると、以下のような指摘が多い。
 - 診療報酬を上げてほしい（指摘率 19.2%）
 - 技術料を適正化してほしい（指摘率 17.9%）
 - 往診・在宅医療の報酬を高くしてほしい（指摘率 16.0%）
 - 患者の自己負担の軽減措置を導入してほしい（指摘率 13.5%）
- 「診療報酬を上げてほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

「診療所（特に有床）の診療報酬は、20年前に比べて、約60%に低下している。よって、眼科や整形外科をのぞく、一般の内科・外科の有床診療所は、ほとんどが無床化した。この是非を言うわけではないが、本来の『かかりつけ医』『いつでもみてる医者』であった町の開業医が、かわってしまった（かわらざるを得なかった）原因が、診療報酬の低下である。日本は、まだまだ国民医療費が低い。（G7中、最下位。）『かかりつけ医』の診療報酬を上げることが『患者の期待するかかりつけ医』をつくり出す」

「医療費抑制政策を見直し、欧米並みの診療報酬へ。その内で、不採算部門とされてきた小児医療・救急医療等への重点的配分が大切と考えます。又、勤務医の過重労働や、医師・看護師不足に対応するための病院に、厚く診療報酬を配分することも必要かと考えます」
- 「技術料を適正化してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

「現在の出来高払い制度では、検査や薬が多く出されるため、技術の評価に対する報酬が正當に評価されない」

「医師の技術料（Doctor's fee）、医師以外の専門職と病院機能（設備その他）を維持、向上発展させるための Hospital fee についての配慮が全くない。これらの費用を適正に評価すべきである。そうでなければ良い医師、よい病院は残らない」
- 「往診・在宅医療の報酬を高くしてほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

「往診など不採算になりやすいものへの対応が無い」

「へき地での訪問診療は移動距離が長く、1件あたりの時間がかかる。車代として患者負担を求めているので、診療報酬で対応してもらえるとありがたい」
- 「患者の自己負担の軽減措置を導入してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

「在宅療養支援診療所を届け出れば、報酬上はやや有利となるが、同時に患者負担も増えることになる。施設入所→在宅を促進するなら、患者負担の軽減も同時に考える必要がある」

(3) 行政や社会への要望

- ① かかりつけ医の活動状況を知ってほしい(政策にかかりつけ医の活動を反映してほしい)

ヒアリングから

「病院の医師も在宅の状況を知ってほしい。病院の医師が在宅の現場を知らなかったら、退院(=在宅への復帰)を提示できないのではないか」

「県については、現場を分からない人がプランを書いていることが問題。今現場でどのような状況になっており、どのようなネットワークが存在しているのか知ってほしい。地域の情報を把握してほしい」

- ② 患者側・住民側にも、医療のあり方を考えてほしい

ヒアリングから

「患者側(住民側)への診療マナー教育を徹底する」

- ③ 必要な予算は付けてほしい

ヒアリングから

「国は施策に予算を付けても、3年で終わってしまうというケースが多い気がする。必要なことや大切なことは、きちんと継続してほしい」

「とにかくお金が必要。特に時間外の対応は複数の医師で関わるが必要になり、費用がかかる」

「医療費の抑制ばかりが目論まれているが、一律に抑制するのではなく、充填すべき分野については優遇する政策(昨年の在宅医療の重視は画期的であるが、いつまで続けられるのかの懸念も感じる)」

- ④ 医療にはリスクが付随することを理解してほしい

ヒアリングから

「医療は不確実である。かつ高齢化の進展に伴い、治りづらい病気のみ残っている。医療訴訟が多くなると医療行為が萎縮する。そのことによって患者との壁が生じる。何かあったら訴えるという風潮をなくすべき。医療は水や空気のような自然のものではなく、工夫して作ってきたもの」

⑤ アンケートの結果から見る、行政や社会に対する要望

アンケートから

- 行政や社会に対する要望についての自由回答を見ると、以下のような指摘が多い。
 - 必要な予算は付けてほしい（指摘率 18.6%）
 - 医療のグランドデザインを構築してほしい（指摘率 13.5%）
 - かかりつけ医の活動状況を知ってほしい（指摘率 11.5%）
 - かかりつけ医の活動・実態を政策に反映してほしい（指摘率 9.6%）
 - 地域全体でより良い医療を作っていくべき（指摘率 9.6%）
 - 患者側・住民側にも医療のあり方を考えてほしい（指摘率 9.0%）
- 「必要な予算は付けてほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

「現在、行政が医療に関して無策すぎる。医療は金がかかるので、応分の公金の投入が必要」

「診療報酬体系以外の医療行為に報いる方法を検討して下さい」

「医療費の抑制だけでなく、まともな医療を行うための人の配置設備をふまえた、病院・開業医・地域医療のコストを積算してみてください。医師の労働時は過重労働そのものです。三交代の医師勤務の体制での病院コスト、更には社会的にみた専門医の配置をした場合のコストをいま一度、考えてみてください」
- 「医療のグランドデザインを構築してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

「医師の増員（どの科の Dr.が、どの地域で、どの位必要なのかのグランドデザインの作成）」

「医師が過労でたおれない程度に医師の定員を増やす。つまり医学部の定員を増やす」

「卒業後 10 年以内の医師に対してこの間の 2 年間で救急医療、へき地医療にそれぞれ 1 年間勤務する制度を早く実現してほしい」
- 「かかりつけ医の活動状況を知ってほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

「医療活動の基本は、患者さんとのコミュニケーションにある。心温かい『人間の医学』が基本にならないといけない。研修医実習での病院研修は、往診もしない病院では本当のプライマリ・ケアは体験できない。開業医の実の姿を見せ、体験させるチャンスが殆ど考慮されていない」

「どうか医師の仕事に理解をもってほしいです。不必要なバッシングは、ただでさえ疲れ切っている医師を追い込むことになってしまうと思います。私自身、現在 2 人体制のところを、殆ど 1 人でやっているのに、疲れ果てていて、あまり前向きな意見が書けません」
- 「かかりつけ医の活動・実態を政策に反映してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

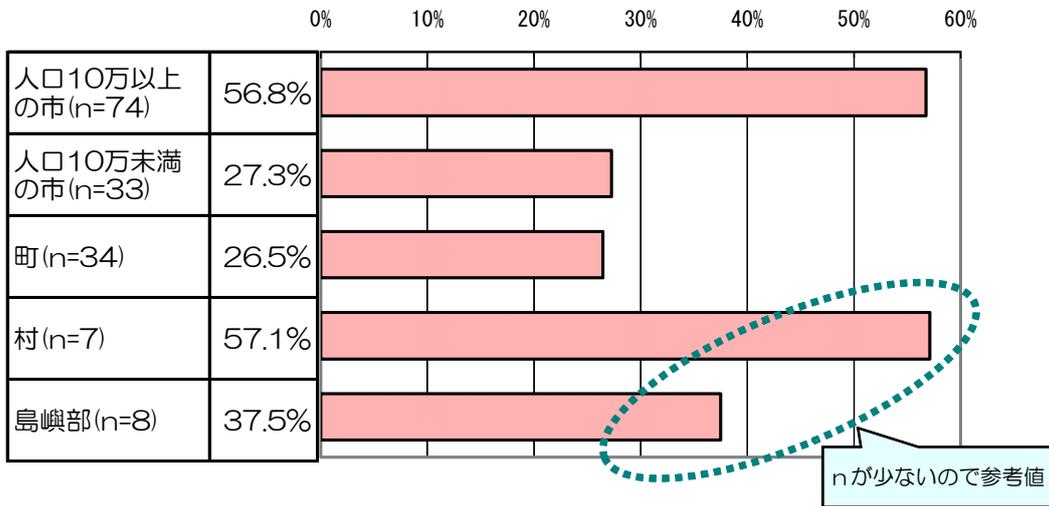
「現場の声を誠実に聞いて、施策をたてて欲しい。現在は机上の空論が多すぎる」

「現場の意見を聞いてほしい。方向性が全てみえない（財源不足、支出抑制を医療で行う方針は分からない。医療を良くしたいのか・・・？疑問大！！）」

4-4. アンケートから見た地域特性

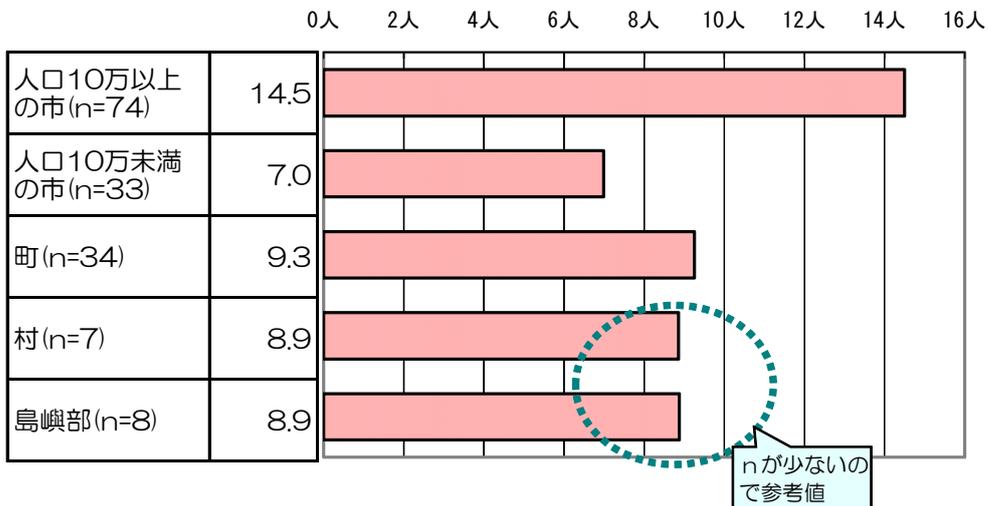
- ① 在宅療養支援診療所の届け出をしている割合は、大都市部の方が多い。

届け出されている施設基準（在宅療養支援診療所）



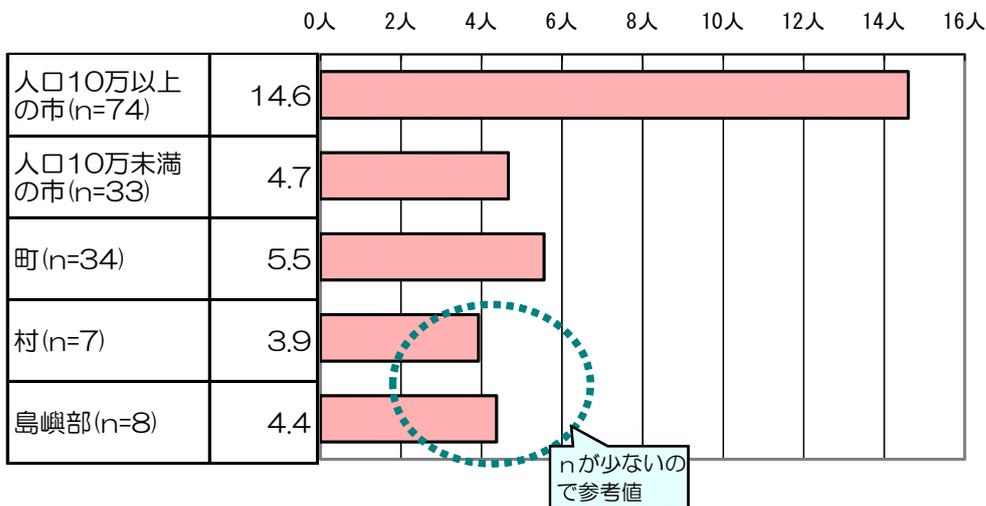
- ② 1週間で往診や訪問診療に行く患者の数は、大都市部で多い。

1週間で往診や訪問診療に行く患者さんの数



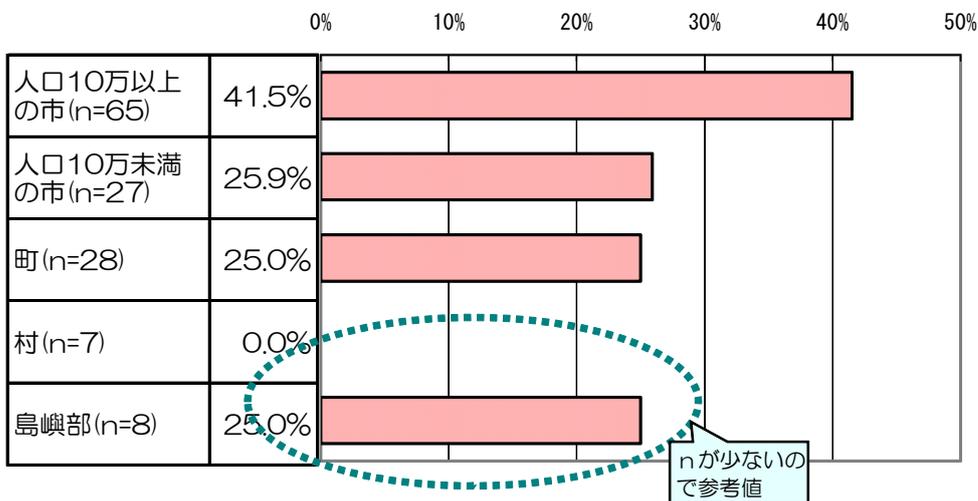
③ 往診や訪問診療にかかる時間は、大都市部の方が多い。

往診や訪問診療の1週間の投入時間



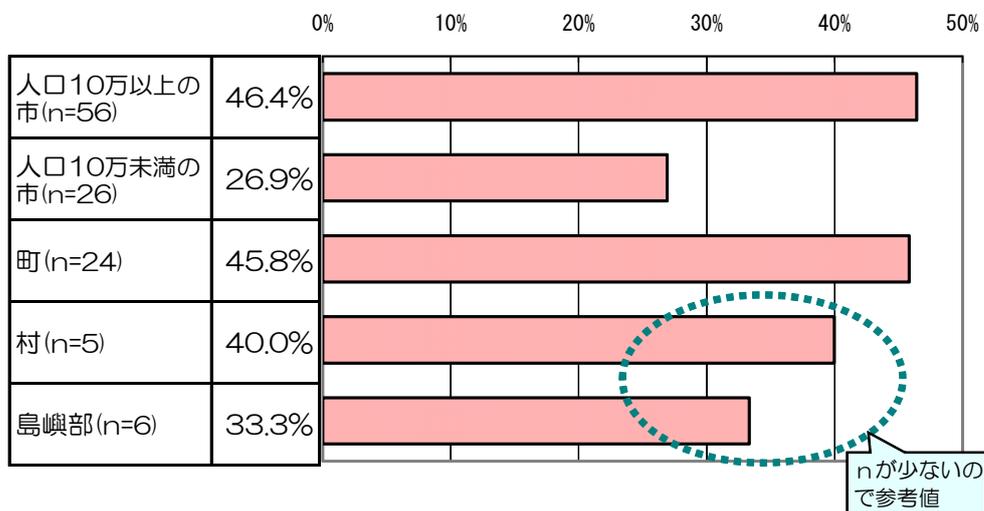
④ 往診や訪問診療を行う上での課題として「コ・メディカルの確保」を挙げる割合は、大都市部の方が多い。

往診や訪問診療を行う上での課題について、「コ・メディカルの確保」を挙げる割合



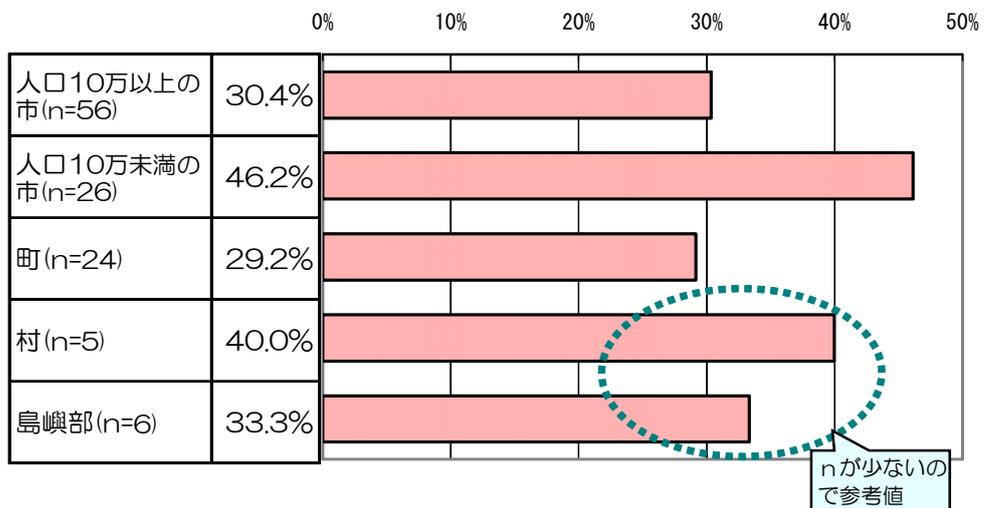
- ⑤ 24時間対応を行う上での課題として「患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと」を挙げる割合は、大都市部と町部が多い。

24時間対応を行う上での課題について、「患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと」を挙げる割合



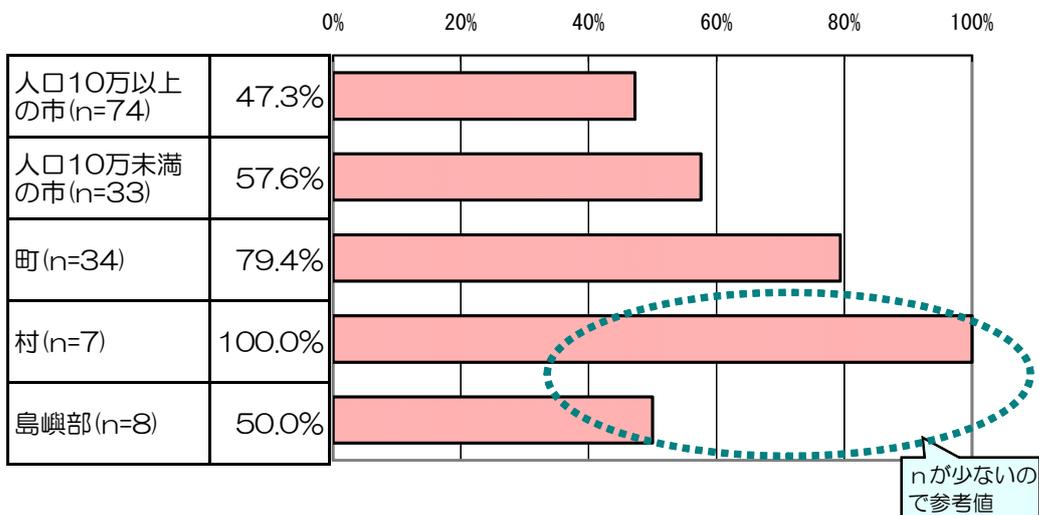
- ⑥ 24時間対応を行う上での課題として「診療報酬上の措置」を挙げる割合は、人口10万未満の市部が多い。

24時間対応を行う上での課題について、「診療報酬上の措置」を挙げる割合



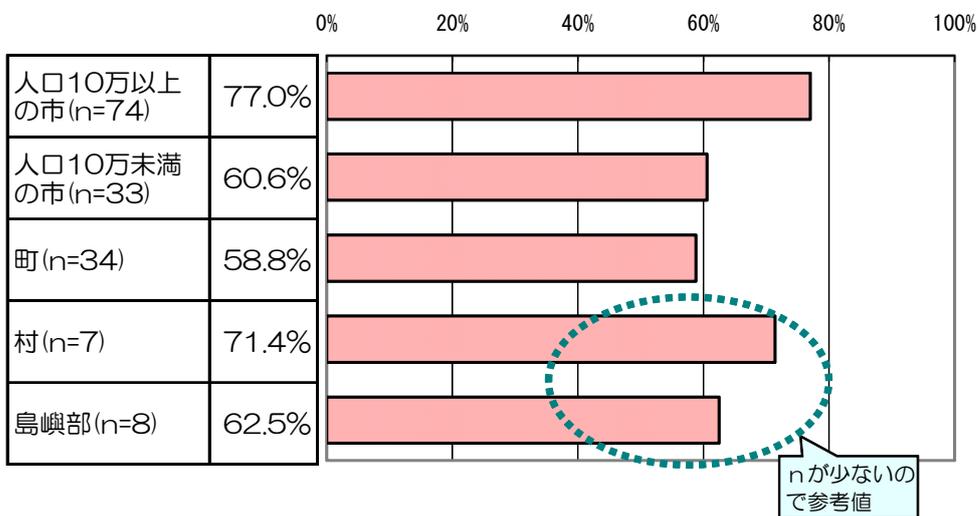
⑦ 行政（保健師）と協力・連携している割合は、町村部が多い。

行政（保健師）と協力・連携している割合



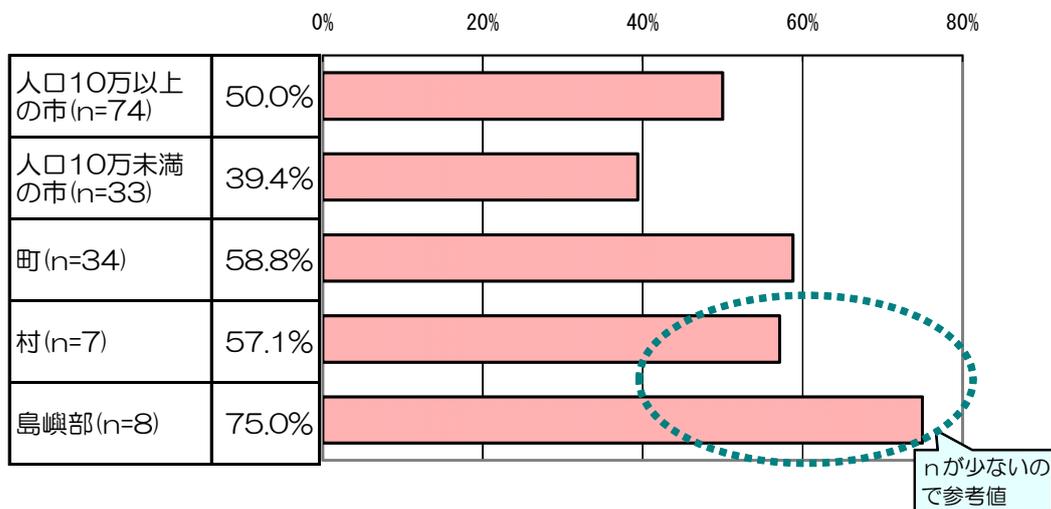
⑧ 地域の診療所・開業医と協力・連携している割合は、大都市部が多い。

地域の診療所・開業医と協力・連携している割合



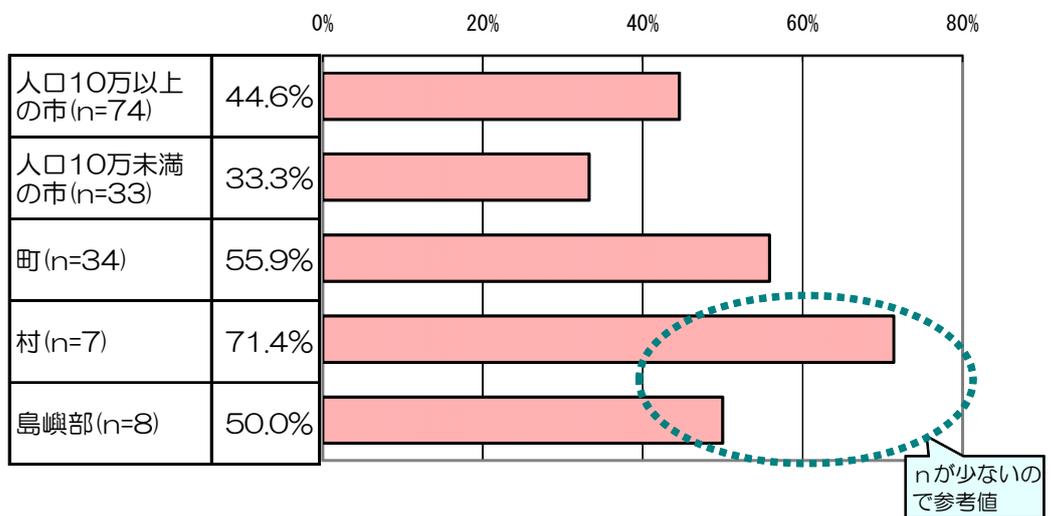
⑨ 卒後研修の受け入れを行っている割合は、人口10万未満の市部で少ない。

診療以外の活動（卒後研修の受け入れ）



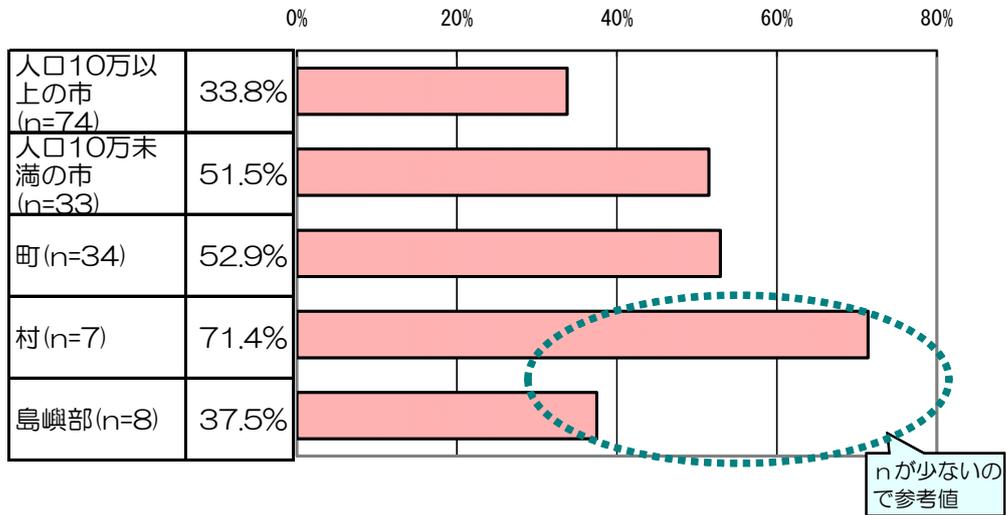
⑩ 視察や見学の受け入れを行っている割合は、人口10万未満の市部で少ない。

診療以外の活動（視察や見学の受け入れ）



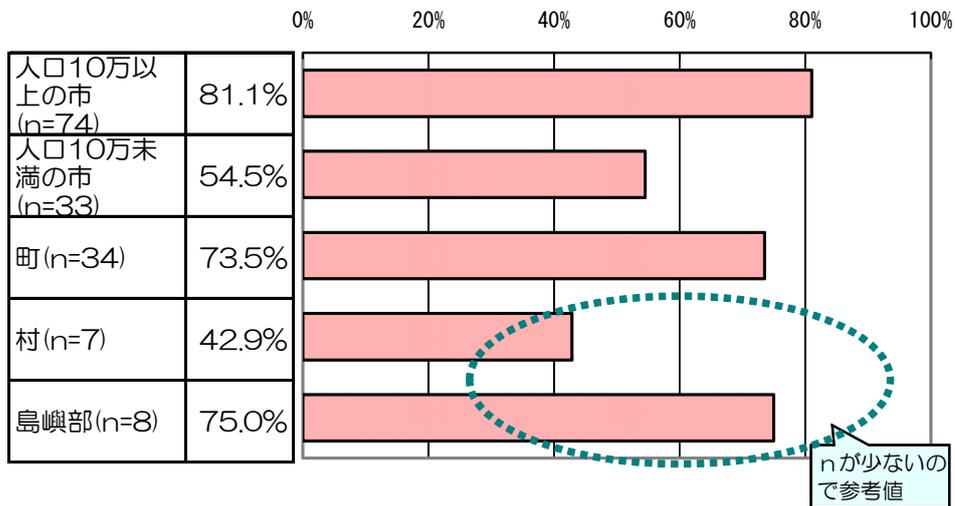
- ⑪ かかりつけ医の活動で「患者さんの経済的なコストが逡減される」とする割合は、大都市部と島嶼部以外で多い。

実践している医療の効果として「患者さんの経済的なコストが逡減される」を挙げる割合



- ⑫ 大学の医学教育でターミナルケアが必要とする割合は、大都市部で多い。

大学の医学教育に必要なこととして「ターミナルケア」を挙げる割合



地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究会

委員名簿

- 一 圓 光 彌（関西大学政策創造学部教授）
鎌 田 實（諏訪中央病院名誉院長）
川 越 厚（ホームケアクリニック川越院長）
河内山 哲 朗（山口県柳井市長）
近 藤 純五郎（弁護士、元・厚生労働事務次官）
高 久 史 磨（自治医科大学学長）
田 中 一 哉（国民健康保険中央会理事）
西 村 昭 男（医療法人社団カレスサポート理事長）
○ 西 村 周 三（京都大学副学長）
◎ 水 野 肇（医事評論家）
渡 辺 俊 介（日本経済新聞社論説委員）

(注) ◎は委員長、○は副委員長

(オブザーバー)

- 神 田 裕 二（厚生労働省保険局国民健康保険課長）
栗 山 雅 秀（厚生労働省医政局医事課長）

(敬称略、五十音順)

