



情報ボックス

医師数増加へ方針転換 地域で支える医療を推進へ

「安心と希望の医療確保ビジョン」とりまとめ

少子高齢化の進展や医療技術の高度化といった医療環境の変化、またそれに伴う医療の質と量の向上を求める国民の声の高まりを受け、舛添要一厚生労働大臣をはじめ、厚生労働副大臣、厚生労働大臣政務官などが構成員となり、平成20年1月より専門家を招いてのヒヤリングや議論等の会議が重ねられてきた「安心と希望の医療確保ビジョン」会議が、このたび、「安心と希望の医療確保ビジョン」についてとりまとめ公表した（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf#search=> “安心と希望の医療確保ビジョン”）。

ビジョンのなかでは、将来にわたり質の高い医療サービスを確保するためには、医療従事者を含めた国民の声に耳を傾け、政策に反映するという現場重視の姿勢を貫きつつ、医療制度改革を引き続き行っていくと強調。そのうえで、『「安全と希望の医療確保」のための3本柱』として、「1. 医療従事者等の数と役割」「2. 地域で支える医療の推進」「3. 医療従事者と患者・家族の協働の推進」に取り組むべき課題として掲げた。

具体的な政策として「1. 医療従事者等の数と役割」については、医師不足問題と、また医師が過重勤務に陥っている状況から、平成9年6月の閣議決定「財政構造改革の推進について」における「医学部定員の削減に取り組む」とした内容を見直し、現在平成18年「新医師確保総合対策」、平成19年「緊急医師確保対策」において養成の増員が前倒しで行われているが、さらに従来の閣議決定に代えて、「医師養成数を増加させる」と方針転換を示した。また、医師の専門分化が進むなか、総合的に患者を診る能力を有する医師の育成支援のほか、医師臨床研修制度を見直し、研修医の受け入れ数の適正化を図るとした。さらに、産科医療補償制度の早期実現や、医療事故の原因究明・再発防止を図る仕組みの構築など、医療リスクに対する支援体制の整備を進め、医療の透明性を確保することで国民の医療への信頼を回復し、一方で医師が萎縮することなく医療が行える環境の整備を進めることが重要であるとした。

そして、医師数の診療科間のバランスを確保するため、医師の職業選択の自由に配慮しつつも、産科、小児科、救急科、外科等医師不足が深刻な診療科において、増員のための方策を自治体とともに検討する必要性を示した。患者・家族、医療従事者ともに安全と安心が得られ、納得がいく医療サービスの提供という観点から、また病院勤務医の過重労働の解消を図るという視点からも、医師と看護職、医師と歯科医師・薬剤師等、医師とコメディカル、医師・看護職と看護補助者・メディカルクラーク等との協働の充実を掲げた。

「2. 地域で支える医療の推進」については、救急医療の改善策の推進として、現行の初期救急、2次救急、3次救急といった3段階を維持し、さらなる量的・質的充実を図り、地域全体で患者に対するトリアージを行うとともに、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関または院内の診療科へ効率的に振り分ける体制の整備を掲げた。そのためには、平時から管制塔機能を担う医療機関の整備、人材の育成を図るとともに、地域全体で各医療機関の専門性について情報共有し、その情報を住民に対して開示し、救急患者の効率的な振り分け方策について議論しておく必要があるとした。

医療機関がそれぞれの得意分野を活かし、地域全体で完結する「地域完結型医療」の推進を図るため、地域連携クリティカルパス等を利用した情報の共有化や円滑なネットワークを構築し、介護施設等とも連携に努めるとした。そこで行政においては、4疾患5事業（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）に係る医療連携体制を推進するとともに、地域住民のニーズを把握し、医療機関に対して情報提供を行うとともに、また住民に対しても情報開示を行い、地域住民がネットワークを踏まえて行動するよう普及啓発を進めるとした。併せて、「地域完結型医療」の普及に向け、モデルとなる成功例を示すことの必要性も盛り込んだ。

在宅医療の推進では、国および地方公共団体は、地域ごとの住民ニーズを把握したうえで、医療サービスと介護サービスとの連携、ボランティア等の活動との連携を進めるとともに、住民への医療、介護、福祉に関する情報開示を行うとした。その際は、予防や社会資源の開発、連携体制の構築等についての医療、介護、福祉の現場における保健師の専門性の活用が必要であり、さらに、訪問看護ステーションの規模拡大を図るとともに、訪問看護ステーションや在宅医療を提供する医療機関においては、末期がんや精神・神経疾患等の専門性の高い分野にも対応

できるよう、専門性の深化に努めるとした。

「3. 医療従事者と患者・家族の協働の推進」では、医療従事者は専門的な疾患や治療に関しても、患者・家族が理解できるように丁寧な説明を行い、不安等を傾聴し、相談機能を有するとともに、一方患者側も、リスクや不確実性が伴うといった医療の限界への理解、疾病や治療についての理解に努め、医療従事者と協働する姿勢が必要であるとした。そうした基盤の上でのコミュニケーションの成立が、医療従事者のモチベーションを維持・向上させ、また患者・家族の満足度を高めるという好循環を生むとした。

さらに患者側においては、自らの地域の医療資源が公共のものであり、有限の資源であると理解する必要がある、このため、地域の医療機関等の協力や市民活動を通じて受診行動等について積極的な普及啓発を行うとともに、とくに産科においては、母子保健活動の充実等により、妊婦健診の適切な受診、分娩に伴うリスクに関する正しい認識、周産期母子医療センターと緊急時のアクセス方法等に関する普及を行うこととした。また、患者や家族の医療に関する理解の支援として、自立的に療養生活を構築していけるよう、メディカルソーシャルワーカーや医師等と患者側とのコミュニケーションの仲立ちをするボランティア等を活用するといった、そうした職種の普及を進める必要性を説いた。

最後に医療のこれからの方向性として、従来の「治す医療」だけではなく、今後は「支える医療」という発想が一層求められ、「治し支える医療」を実現させるためには、医療従事者と患者・家族の双方に、医療とは両者の協働作業であるという視点が必要であり、本ビジョンの各施策はそれに資するものであるとして締めくくった。

女性の健康を守るために 健保組合は環境整備の支援を！

「保険者機能を推進する会」保健事業部会が基礎知識研修会を開催

およそ100の健保組合で構成される「保険者機能を推進する会」保健事業部会は6月4日、第2回基礎知識研修会を開催した。健保組合常務理事などの基礎知識向上を狙い、2か月に1度行われている。今回のテーマは、働く女性の健康を守るには――。

この日の講師は、ウィミンズ・ウェルネス銀座クリニック院長の対馬ルリ子氏。戦後、女性のライフスタイルが変化したことに加えて、女性本来の性ホルモンの急激な増減により、女性の健康が影響を受けているとした対馬氏は、「妊娠中は無月経になる

ため、昔は生涯の月経回数が50回程度だったが、いまは子どもを1人しか産まないで閉経までに450～500回もの月経を経験している」とした上で、女性ホルモンはストレスや体重変化に影響されやすく、その働きが不安定になると、自律神経失調症、うつや情緒不安定、免疫異常などが起こりやすくなるとした。そして厚生労働省の患者調査から、受療率に性差を認める疾患（女性の受療率が高い疾患）として、本態性高血圧、白内障、高脂血症、骨粗しょう症、関節リウマチ、アルツハイマー病、精神神経病、大腿骨頸部骨折、鉄欠乏性貧血、くも膜下出血、膀胱炎、バセドウ病などを挙げ、「最近では、ホルモン変動により気分の変化が大きくなるため、精神神経病が増えている」などと解説。その上で対馬氏は、これまでの医療は男性を対象に研究され発展してきたが、最近では男女では生物学的に、内分泌的に、社会・文化的に、性差があることがわかってきたとして、生物学的性差（セックス）と社会的性差（ジェンダー）を踏まえた対策、またとくに女性には閉経前と後で異なった対策、すなわち性差医療・保健システムが必要と訴えた。

そして、性差がある疾患として、まず月経関連の障害のうち、月経と直接関連する月経困難症、鉄欠乏性貧血、月経時に悪化する偏頭痛、ぜんそく、過敏性腸症候群、月経周期数と比例する卵巣がん、子宮内膜症などを挙げ、とくに月経困難症については、6か月間の疼痛による労働損失日数0.40～1.44日、労働損失金額763億円、1年間の月経痛の診断や治療にかかる医薬品および医療コスト5,550億円、月経痛などによる休業や仕事量の低下による労働損3,800億円など合わせて年間1兆円に上る経済損失があるとする、平成12年度厚生科学研究「リプロダクティブヘルスからみた子宮内膜症等の予防、診断、治療に関する研究」の成果を示した。

また、がんに関しては、乳房、子宮、卵巣のがんが生涯の排卵回数増加と関係して増加していると指摘し、子宮頸がんについては、これまで細胞診が勧められてきたが、「世界的には、原因とされるヒトパピロマウイルスのワクチンが開発され、予防の時代に入った」とした。10～20歳の間に半年に3回打つが、「日本では親ががん検診を受診しておらず、浸透するか不安もある」との懸念を示した。30歳代から罹患が増えるが、その受診率は30%程度で、30～65歳女性人口約3,000万人のうちおよそ2,100万人が検診未受診であることから、「まず検診を受ける習慣をつける必要がある」と強調した。細胞診で見つけられず不正出血や超音波検査で発見されることが多い子宮体がんについては、月経不順になること

が多い女性や、子どもを産まない女性に多いとし、「月経で古い内膜がとれるのだが、月経不順などでとれにくくなっている。子どもを1人産むと、4～5年くらいの予防効果があると言われている。また黄体ホルモンを打つと、ホルモンの高低が起こり、それによって子宮内がきれいになり、予防効果がある」などと説明した。

一方、乳がんについては、「発見が遅いと転移があり、コストがかかる。(転移性乳がんの効果がある薬剤)ハーセプチンが保険適用になったが、(副作用で脱毛し)かつらが必要になる上、医療費もかかる。また、会社などに知られると出世に不利になるとして、乳がんであることを言えない女性もいる」などとし、女性自身と社会が意識を変え、きちんと乳がん検診を受ける習慣、環境をつくる必要があるとした。

なお、子宮内膜症については、月経のたびに一斉に出血しそれがその都度溜まっていき、10人に1人程度発症していると解説するとともに、「卵巣チョコレートのお胞から、ひどい人は卵巣が破裂し、腹膜炎になる人がある。ぜひホルモン療法を活用してほしい」と言及した。

低容量ピルは更年期障害や 月経前症候群にも有効

このほか更年期障害に関し、急性症状として血管運動性障害(のぼせ、熱感、発汗亢進、動悸など)、精神神経障害(不安、不眠、記憶力減退、頭痛など)、亜急性症状として膣・尿道粘膜の萎縮(膣炎、膀胱炎、頻尿、尿失禁など)、皮膚障害(乾燥、知覚異常、疼痛、しびれなど)、慢性障害として骨粗しょう症、心血管系疾患のリスク拡大などを挙げるとともに、エストロゲンの血中濃度が四〇歳代くらいから減少するのと比例し、コレステロール値上昇、肝機能異常、肥満、高血圧などが増えることにも触れた。とくに、コレステロールについては、「女性の場合、ほかにリスクがなければ、275～280mg/dlまでは生命リスクが高まらないと言われている」とし、特定健診・保健指導に疑問を呈した。その上で、メタボリックシンドロームに関しては、「肥満はターゲットではない。最近では痩せすぎが深刻だが、多くの女性がそれに関心がなく、そちらのほうが重要な問題だ」などとした。

また、特定健診では禁煙指導も強化すべきと述べ、「たばこを吸うと卵巣の血流が5分程度止まる。妊娠時のトラブルも増え、子どものIQを10落とすとされるなど、悪影響を与える。卵巣の寿命が縮み、更

年期も早く来る。指導の際には、子どもを産めなくなると伝えるより、肌によくないなどと教えるほうが効果的だ」とした。

こうした解説の後に対馬氏は、女性の健康維持のためには、「女性ホルモンの働きを知ることが大切。したがって、女性には年代別の健康指導と健康診断、検診が重要」と強調。「子宮がんと乳がんの検診、そして多くの女性が月経問題と子宮筋腫・子宮内膜症に悩んでいることから、内膜症等のリスクを発見でき、ホルモン療法などの痛みのない治療に結びつけられる婦人科超音波検査(経膈超音波検査)が必要だ。某社の社員検診では、自己負担で実施している経膈超音波検査の結果、40%以上に異常が見られた。また特定健診では、貧血検査と婦人科検査をプラスしてほしい。とくに20、30歳代は月経痛で困っている。健保組合は、このような環境整備の支援をぜひしてほしい」と訴えた。

対馬氏のクリニックでは、食習慣や運動習慣の改善、禁煙・禁酒、健康相談のほか、女性ホルモン薬の利用を1次予防として推奨していることから、会場から低用量ピルについての質問が投げかけられた。これに対し対馬氏は、「月経痛やPMS(月経前症候群)などに有効。40歳代の原因がよくわからない体調不良にも劇的に効く。ホルモンの抗体が減るため、モノが片付けられなかったのが改善したり、子どもから“お母さん、明るくなったね”と言われるようになる。また、卵巣チョコレートのお胞にも効くし、卵巣がんや子宮がんの抑制効果があるというデータもある」などと説明した。

自殺に至るまでの危険要因と その段階を分析

自殺実態解析プロジェクトチーム「自殺実態白書2008」

平成19年7月に発足した民間の自殺実態解析プロジェクトチーム(リーダー=NPO法人ライフリンク代表・清水康之氏)がこのたび、「自殺実態白書2008」をまとめ公表した(<http://www.lifelink.or.jp/hp/whitepaper.html>)。同プロジェクトチームでは、305人の自殺者の遺族(故人の親、子ども、夫・妻、兄弟・姉妹、親類など)から聞き取り調査を行い(「自殺実態1000人調査」)、本人が自殺に至るまでの経緯や、遺族が直面している状況などについて聞き取り調査を行った。

調査によると、自殺に至る背景には、「家庭問題(親子の不和、夫婦の不和、家族の死亡など)」「健康問題(身体疾患、精神疾患、アルコール問題など)」「経済・生活問題(倒産、事業不振、失業、就職失

敗など)」「勤務問題(仕事の失敗, 職場の人間関係, 職場環境の変化など)」等の68項目の「危機要因」が確認され, 1人あたり自殺時に抱えていた「危機要因」数は平均4つと, 自殺に至るまでに, さまざまな理由が複雑に絡んでいることがわかった。

350人が抱えていた「危機要因」のなかでいちばん多かったのは, 「うつ病」の139, 次いで「家族の不和」が134, 「負債」が107, 「身体疾患」72, 「生活苦」69などで, そのほか「職場の人間関係」「職場環境の変化」「失業」「事業不振」「過労」が10大要因としてあがった。そして自殺に至るまでには, そうした10大要因が連鎖しながら「自殺危機経路」を形成しており, たとえば被雇用者では, 「(例) 配置転換→過労+職場の人間関係→自殺」, 自営者では「(例) 事業不振→生活苦→多重債務→うつ病→自殺」, 無職者(就業経験あり)では「(例) 身体疾患→休職→失業→生活苦→多重債務→うつ病→自殺」などの経路を辿っており, 自殺に至るケースが最も多いのが「うつ病→自殺」という構図だった。

そして自殺に追い込まれる危機の進行段階には, 3段階あると分析。第1の段階は「自殺のきっかけとなる最初の危機要因が発生した段階」で, 主に「事業不振」「職場環境の変化」「過労」などが挙げられ, そこへ第2の段階の要因「身体疾患」「職場の人間関係」「失業」「負債」といった「最初の危機要因から問題が連鎖を起し始めた段階」に進み, 第3の段階の「危機要因の連鎖が複合的に起こり, 事態が深刻化した段階」に至ると, 「うつ病」「生活苦」「家庭の不和」といった自殺に直結しやすい状態になる。プロジェクトでは, 「第一の段階の時点で要因にターゲットを絞り, 集中的に対策を講じて危機の目を摘むことが重要。第2の段階では, 多分野の専門家が連携して問題解決にあたることが重要であり, 第3の段階においては, かなり自殺のリスクが高まっているという認識のもと, 背景にある危機要因に対して重層的な対策が重要である」との見解を示している。なお, 自殺者の約6割は, 亡くなるまでの1か月以内に何らかの相談機関に足を運んでおり, そのうち相談先は精神科が53%, その他の医療機関が23%だった。

また, 「自殺実態1000人調査」では, 自死遺族の実状についても聞き取り調査を行っており, 「故人の死に関して, 周りから(偏見や中傷等)気になる言動があったか」との問いに, 半数以上が「あった」と答えており, 遺族のうち4人に1人が「自分も死にたい」と考えていた。「故人が自殺のサインを出していたと思うか」では, 「思う」とした人が141人と, 46.2%にのぼったが, 自殺前にそれがサインだ

と感じた人はそのうちの約5分の1の29人にとどまった。また, 「自殺は自分のせい」と思う人が, 自殺直後には145人, 47.5%であったのに対し, 平均8年10か月たった現在においても, 「自分のせい」と考えている人は, 119人, 39.0%であった。そして, 身内の自殺から平均8年10か月が経った現在においても, 遺族の約4割が抑うつ感があると答えており, 1年以上3年以下を経過した遺族の半数以上, また10年以上が経過した遺族の約3割についても, 自身の体, 心に悩みがあると答えた。また, 子どもの成長に伴う進学費用などの経済的問題が時間が経つにしたがって深刻化しており, 自殺から10年以上経過した遺族の4人に1人は, 家計の悩みを抱えていることもわかった。

「自殺実態白書2008」では, 警察庁が毎年, 都道府県別に公表している平成16年から18年の警察署単位の自殺者数データについても分析しており, いちばん多かったのが, 青木ヶ原樹海のある山梨県警富士吉田署(富士吉田市)の389人, 次いで福岡県警早良署(福岡市早良区)の330人, 青森県警青森署(青森市)の291人, 福岡県警筑紫野署(筑紫野市)で280人, 茨城県警水戸署(水戸市)277人, 愛知県警豊田署(豊田市)269人などだった。プロジェクトでは, 自殺数が多かった上位50署の共通点として, 所轄あるいは所轄の近接した地域に工業地域を抱える警察署が多く, 工業地域には元請けである企業の工場のみならず, 下請け企業(工場), 孫請け企業(工場)も多く存在し, 雇用形態も正社員のほか派遣労働者等, 多種多様であると推測され, 「長時間労働」「24時間交替制勤務」「人員整理」「派遣社員などの不安定な地位」といった要因から, 自殺への危険性を分析している。

都道府県別では平成18年と19年を比較して, 対前年自殺者数において増加率が高かったのは, 大阪府, 東京都, 鳥取県, 神奈川県, 高知県で, マイナスとなったのは, 秋田県, 山梨県, 沖縄県, 三重県, 山梨県などだった。

また, 市町村別においても自殺の実態を分析。埼玉県さいたま市浦和区では, 自殺者数の2~5位まで20~49歳, 60歳以上のいずれも女性・無職者が占め, 東京都東久留米市では, 1~6位まで60歳以上の男女無職者, 50~59歳の男女・無職者, 30~49歳の女性・無職者, 大阪府大阪市西区の1, 2位は, 40~49歳, 50~59歳のいずれも男性・自営者が占めるなど, 地域特性も現れている。

白書ではこのほかにも, 自殺の社会的背景, 自殺による経済損失などについても分析を行っている。

(記事提供=株式会社ライフ出版社)

