

◆開業医の働き方改革・提言(案)

神奈川県保険医協会
2020. 1. 29

はじめに

当協会が昨年(2019年)1月18日に厚労省で発表した、「開業医の働き方」調査(実施2018年10月15日～31日)での「4人に1人が過労死ライン超」との結果は、反響が大きく、東京新聞、日経新聞、産経新聞、共同通信配信による地方32紙で報道され、専門紙も日本医事新報、日本歯科新聞で大きく紙面を割いた。

この調査は、19年3月にとりまとめた厚労省の「医師の働き方に関する検討会」が、開業医の働き方を一顧だにしておらず、開業医、開業歯科医の労働実態を顕在化することで議論に一石を投じることを目的におこなった。

この調査結果は、関係方面へも少なからず影響を与えたとみられ、日本医学会連合は19年2月14日に医師の働き方に関する声明で「今般の医師の働き方改革では、専ら病院勤務医の働き方について検討されているが、わが国の病院勤務医は約20万人、診療所勤務医は約10万人で、この両者を併せてわが国の医療提供体制全体について具体的な解決策の検討が必要と考える」と指摘。同日の同連合会発表の提言「日本医学会連合労働環境検討委員会報告書」は、「日本には約10万人の診療所勤務の開業医と20万人余りの病院勤務医が存在するが、世界各国の医療提供体制を参考にしながら病院勤務医の過重労働を防ぐため、今後、広範な医師と国民が参加する議論の場が継続的に必要になる。」「特に今般の医師の働き方改革では、専ら病院勤務医の働き方について検討されているが、わが国の場合、病院勤務医は約20万人、診療所勤務医は約10万人である。今後はこの両者を併せて対象とした上で、現在および今後のわが国の医療提供体制の全体について具体的な解決策の検討が必要と考えられる。」と踏み込んでいる。

この結果、19年3月29日に公表された厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」報告書では、脚注でここでいう医師は勤務医とのことわりが冒頭に盛り込まれることとなった。脚注は「本検討会においては、医師の時間外労働規制の具体的な在り方等を検討する観点から、労働者として労働基準法(昭和22年法律第49号)等が適用される勤務医を対象に議論を行った。そのため、本報告書における「医師」との表記は、基本的には勤務医を念頭に置いている。ただし、1.(2)において医師の診療業務の特殊性を整理した部分を中心に、勤務医に限らず医師全般に共通する内容を念頭に置いた記述もある」となっている。

これは、3月28日の最終回(第22回)での報告案で初めて登場したものであり、直前の3月15日の第21回の報告案に存在していなかったものである。

厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」報告書では、勤務医の働き方に焦点をあて、時間外労働の上限を原則年960時間(ただし一部は特例で1860時間)とする指標のもと、2024年度までの5年間をかけた計画的に労働時間短縮へ向け関係者が努力するための方策が示され、勤務医の健康確保と医療安全、質の担保に向け取り組みが緒についたところである。

日本医師会の今村副会長は「これからの医療は大きく変わる。医療の総量を減らしていくためには、患者の受療行動の変化や、イノベーションの活用も必要となる」とし、厚労省の迫井官房審議官は「これまでにない意識改革が現場には求められる。全ての勤務医が変わらなければならない」としたが、厚労省の医師需給推計は2028年に均衡点に達するとするものの、「医師数=勤務医数+開業医数」であり、「開業医の働き方改革」を抜きには成り立たない。

その認識のもと、当協会は試論として、ここに「開業医の働き方改革」に関する提言を発表し、今後の医療界の議論に一石を投じたいと考える。積極的ご意見、ご批判を期待する。

1、「開業医の働き方調査」結果の概要

◆開業医の労働実態の概況—4人に1人が過労死ライン超

当協会の「開業医の働き方調査」結果で明らかとなった労働実態の概要は次のとおりである。

①開業医、開業歯科医ともに、4人に1人が「過労死ライン超」（週60時間労働、月80時間「時間外」労働）の状態にあり、しかも時間外労働が月100時間超が医科では1割、歯科は6%もある。

また②開業医は3割が週の休日が1日以下であり、開業歯科医は6%が週の休日が1日未満と、最低限の休日もままならず、両者とも「労働時間が過重」、「ストレスが強い」が、「過半数」を占めていた。

しかし③このような労働状況や、諸施策の下での患者減少がありながらも、仕事への士気・意欲は高く維持されており、医療を支える気概と高い倫理性が示されている。連綿と綴られた記述欄からは、

④医療政策に翻弄される開業医、歴史的な歯科医軽視政策の下での窮状放置の姿が浮き彫りとなっており、高い士気、堅忍不拔の矜持の一方で、開業医、開業歯科医とも2割が士気減退と示されており、限界点の綻びも見え始めている。（調査結果の仔細は神奈川県保険医協会HPの該当ページ <http://www.hoken-i.co.jp/outline/h/2019118.html>）

ちなみに、厚労省調査で勤務医は2万人が年1,920時間超（過労死ラインの倍）、6万人が960時間超（過労死ライン）で勤務医20万人の4割が過労死ライン超となっている。

◆開業医労働の問題点・特徴点—診療と経営が双肩にかかり長時間化は構造的課題

また、調査により明らかとなった「問題点・特徴点」は次のとおりである。

①医療の特性により、患者を診る「実診療」だけで、診療労働は完結はしないため、画像診断や歯科模型作製などの診療関連労働と、経営者としての経営関連労働やその他がオンされる構造となっている。

よって、被雇用労働者の法定労働時間週40時間を指標で考えると、i) 開業医は実診療で40時間超が2割ほどあり、これに加わる診療関連ならびに診療関連外労働が10時間超が過半数を占め、ii) 開業歯科医は実診療で40時間超が4割あり、診療関連外労働が10時間超が4割弱となっており、長時間化は構造的な課題となっている。

また②地域密着型で地域医療に対応しているため、患者ニーズへの臨機応変、恒常的な応需と、経営的観点ならびに医療拠点としての存立・維持のため、労働の長時間傾向、休日の短縮化がみられている。

更には、③診療報酬の点数算定や介護保険に伴う書類作成、生命保険の診断書作成など夥しい書類作成に手を取られており、④小規模経営のため多人数の雇用や他職種との業務分担が難しく、⑤とりわけ看護師や衛生士の雇用が厳しいことが指摘されている。

◆調査結果の示すもの—第一線医療も危ない

今回の調査結果では、過労死ラインに1/4の開業医があり、夜間診療に6割が対応し、強いストレスを5割の開業医が抱え診療にあたっている姿が顕在化した。裏返すと第一線医療が開業医の職業意識の高さでギリギリ支えられていることを意味している。このガラス細工の現状は、いつでも決壊する瀬戸際にあることを示唆している。実際、一般の労働環境や雇用の流動化などの影響で、患者の平日受診が難しく、標榜時間超えの夜間診療などで医療需要に応えている。休日の短さは象徴的でもある。

その一方で、経営の原資、診療報酬は過去20年、実質、大幅な減少にある。直近の厚労省調査（中協医療経済実態調査）で医科診療所で約3割、歯科診療所で約2割が損益率（＝損益差額／（医業収益＋介護収益））がマイナス（赤字）と示され、双方とも5割超で「損益率」の「対前年度増減」が「マイナス」（経営悪化）と経営基盤が弱体化し、これに患者負担の増加政策による、受診抑制・

治療中断による患者減少も重なっている。ただ、その中でも、看護師等とは別に、視能訓練士や臨床検査技師、薬剤師、介護福祉士など「そのほかの職種」を4割弱の開業医が雇用して、医療の質の担保・向上を図る経営努力をしている。先にも触れたが、患者数が「減少」しても、「やりがい」や「満足度」は変わらない層が半数程度を占め、逆に増加しているも1/4程度ある一方、過酷な状況を反映し、「やりがい」や「満足度」が減少しているが2割いることは、将来への警鐘がすでに鳴りだしていると考えるべきである。

◆各地域での調査の概況

当協会の調査に刺激を受け、千葉、大阪、大阪歯科、東京、長崎などいくつかの地域の保険医協会でも開業医の労働実態に関する調査が行われ、また検討が始まっている。東日本と違い、西日本は午後に休憩をとり、夜間に診療を行う「夜診」という診療スタイルが根付いており、医療文化が異なっている。各地域の実態が明らかになることで、より多角的に内実が顕在化することが期待される。

大阪府保険医協会の調査では「5人に1人が過労死ライン超」となっており、傾向的な特徴は当協会のものと同様となっている。

2、開業医医療をとりまく現状と問題点

◆開業医労働の改善は棚上げしての、医師需給の均衡

開業医、開業歯科医の労働実態に迫る、厚労省調査等にはわかにはない。当協会の調査はその嚆矢であり、開業医の労働実態は先に触れた通りである。各地のいくつかの保険医協会での実施分の調査結果により、全国の全体像により接近することとなることを期待したい。

ただ、医師の過密・過重労働について、病院勤務医に関しては社会的には多くの知るところとなっており、厚労省の、医師需給推計は週の労働時間を60時間程度に制限した場合に2028年に均衡するとしている。これは過労死ラインぎりぎりの水準であるが、この仮定は勤務医についてのものであり、開業医については、現状をほぼそのまま投影したものとなっている。

(参考：次のP12：<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000467712.pdf>)

勤務医は、厚労省の「医師の働き方に関する検討会」報告書に基づき、2024年に向け原則年960時間に時間外労働を抑制することとし、取り組みが始まる一方、開業医は埒外であるが、ここの960時間が当座の「目標」であり、開業医を含む医師は、過密・過重労働の状況の中にある。

◆厚労省の研究事業調査でも歯科開業医の過重労働を裏打ち

開業歯科医については、厚労省の補助金事業「歯科医師の勤務実態等の調査研究」(H31年3月)で、歯科診療所の管理歯科医師の労働時間—診療(院内・訪問)+診療外(教育、研究・自己研修、会議・管理業務)—、が過労死ラインの週60時間以上の割合が、男性で10.9%、女性で9.4%となっており、現実には保険請求業務や経營業務がさらに乗るため、より割合は増加する。

ちなみにこの調査は、当会調査よりひと月ほど後に実施された全国調査で回収率22.2%、回答者の7割が診療所の管理者で、回答数は実に3,782名というものであるが、当協会の調査結果をある意味、裏打ちしている感がある。開業歯科医も過密・過重労働となっている。

◆患者数では測れない、労働密度 長時間化する診療

実際の労働量は患者数に左右されるが、機械平均で開業医は1日40人弱、開業歯科医は1日15人前後(or20人弱)が基本とみられる。

<参考>

内科：1診療所受診延べ日数14,641日÷診療所外来レセプト1件当たり日数1.58日÷(12か月×20日)＝38.6人

歯科：1診療所受診延べ日数5,900日÷レセプト1件当たり日数1.82日÷(12か月×20日)＝13.5人

* 「社会医療診療行為別統計」 「医療費の動向」 より算出

この患者数を1日8時間労働で単純計算すると、開業医は患者1人12分、開業歯科医は患者1人32分で診ている計算となるが、実施はそんな単純な話とはならない。

患者の疾病や病状・病態の軽重、医療内容・治療内容の理解度・受容度、小児や認知症など患者対応の差、検査・レントゲンの有無、歯科補綴・歯科技工の有無などによって、治療時間の長短と治療密度の濃淡があり、医療医学の技術進歩とインフォームド・コンセントの重視、保険請求上で提供が必要な文書作成の増加を反映し、治療がより丁寧で長時間化している。社会環境に応じ、退勤後に診療に応じられるよう体制を組むなどもあり、患者の数では診療内容の実相はうかがい知れないのである。

◆健康の悪化、無理を重ねての早逝 士気を維持するも綻びも

医師の健康問題についても具体的な公的調査は見当たらない。開業医・開業歯科医については、病気休業や死亡に関する当協会の共済制度の給付状況からみて、働き盛りの50歳代での精神疾患、循環器疾患が多く、死亡率は多職種より高い傾向にある。当協会調査で健診を3割が未受診であり、自身の健康管理すらままならない状況にもある。

その中でも、士気は7割が維持しており、満足度も6割近くで維持されているが、3割近くが士気減退し、満足度を落としている。とりわけ労働実態の過酷さを反映し、開業歯科医の方が幾分その比率が高くなっている、

提供する医療の質・量についても、後述の問題点と裏腹の関係で、技量・技術の発揮や人材雇用による質の担保・向上が難しくなっている。

◆終息しない経営の悪化傾向と人材確保難、職掌の移譲議論 背景にある問題点

医療費はこの20年、高齢化を反映し増加しているものの、診療報酬は累積で▲15%となっている。これは患者の一人当たりの治療単価が値切られ▲15%となったということに等しい。開業医・開業歯科医は、診療所の医療人材の確保のため昇給など賃金増の対応に苦慮し、医業費用の無理な圧縮や、院長給与の削減、場合によっては人員減を強いられる形となっている。第22回中医協医療経済実態調査で、医科診療所の3割、歯科診療所の2割が赤字であり、保険診療収入の比率が下落していることは、その証左である。

皆保険制度の下、診療の対価は公的保険からの診療報酬を基本的な原資として開業医、開業歯科医は診療所運営を行っている。ただ、公的価格として支払われる診療報酬は、診療行為や医薬品など8万項目にわたり細分化し設定されているが、モノ・技術・労働・医療管理などの経済評価が、薬価を除けば混然一体化したものが多く、しかも診療報酬のみを原資とするためキャピタルコストとランニングコストが一体化された形となっている。よって、医療機関経営の状況診断による診療報酬改定にあたり、経営改善への影響度、寄与度が不明瞭となりやすく、医療現場の要求も合理的の論理立てがしにくい構造となっている。このそもそもの限界性に重ね、先述のとおりマイナス改定が連続、恒常化し、経営浮上の兆しが無い。

また、看護師や歯科衛生士をはじめとする、医療人材が先進国比較で少ないのに加え、待遇や医療技術の集積の面で大病院等に偏在しているきらいがあり、経営面の難しさと相まって診療所での医療人材の確保が容易ではない状況にある。

診療所間、診療所一病院間、診療所一歯科診療所間の、診療連携は一部で地域的取組もあるが、多くは各自の責任での自己努力によっており、自由開業医制のもと、場合によっては他所と競合する矛盾も了解しながら、診療にあたっている。

昨今、働き方改革が重視されているものの、労働環境の改善の歩みは遅く、それへ対応するため標準時間の延長や夜間診療、時間外診療を行い、地域社会に寄り添い、その一員としての役割を務めて

いる面もある。

医師と看護師、並びに歯科医師と歯科衛生士の職掌、職務範囲に関し移譲可能な領域の不明瞭さや、身分法と業務範囲の明示化が十分になされていない面もあり、厚労省のタスクシフト・タスクシェアに関する検討会での、医学的合理性を踏まえた、議論、腑分けに注目している。

3、開業医の性格と位置づけ、役割

日本は欧州とは違い、医師、歯科医師の多くは公務員ではなく民間である。これは日本で国公立の医療施設が1割強（歯科は全体の0.38%で殆どない）しかないことや、戦後復興を辿る中で医療施設が整備されていったことに由来している。また多くの医師、歯科医師は、皆保険制度下で保険医登録をし、公的医療の担い手となっている。この点は、勤務医、開業医とも同様である。

開業医、開業歯科医は被雇用者の勤務医とは違い、診療とともに経営を担い責任を負っているが、その多くは1人医師、1人歯科医師であり、施設形態は「民設民営」であり、私的な資金で開業し、公的価格で制約のある診療報酬を主たる原資として施設運営を行っている。また、診療形態は外来医療が中心であり、その延長線上での在宅医療や一部で有床診療所開設を行っている。これらを通じ、いわゆるプライマリケア、第一線医療を担っている。実際、全国の外来患者の7割、初診患者の8割、再診患者の7割は開業医が診ており、歯科は殆どが開業歯科医が診ている。

また、保険診療に限定せずに、健診・検診や予防接種、保健事業、学校検診、公衆衛生と、幅広い医療活動を行っている。

現在、団塊世代が高齢化する2025年や、団塊ジュニアが高齢者入りする2035年を目標年に据えた地域包括ケアシステムの構築、地域共生社会の形成に向け、病診の一層の機能分担や、「病院完結型」から「地域完結型」への医療・介護連携が期待される中、地域への患者シフトと連動し、開業医、開業歯科医の役割や期待、位置づけが大きくなってきている。

そもそも第一線医療は開業医、開業歯科医の診察・診療がなければ成立しない。医療は医師、歯科医師を「起点」に、医師、歯科医師の指示の下、看護師、検査技師、歯科衛生士などによりチーム医療が展開されている。また、医療機関として、受付、保険請求事務など、医療専門職以外の職員も配置し、事業体として運営されている。皆保険制度のわが国では、保険診療収入を主たる医療機関運営の財源基盤とし、適切な医療の提供に努めている。

また「診療」と「経営」が、開業医の双肩にのしかかる「構図」で、医療の「再生産」が続けられている。いわば「ひとり親方」的な組織経営という特殊性を帯び、経営者の開業医、開業歯科医の診療（＝労働）が存在しないと、医療機関の存立はなく、地域医療の継続・保障もないという関係にある。

つまり、第一線医療の働き方の帰趨は、日本の医療体制を左右するといっても過言ではなく、今回の当協会の実態調査結果に照らせば、開業医、開業歯科医の働き方改革の成否は、日本医療の将来を握るほどの重要な課題なのである。

4、望ましい開業医の働き方(医療提供とも併せて)

被雇用者であれ、自営業者であれ、「働くもの」の適正な時間での労働と休暇、休日は、健全な労働力の「再生産」には欠かせない。経営者として人間であり、経営責任があるからといって四六時中休みもなく働いて当然などという論調は、暴論である。

現状を立脚点に、改善方向と希望する働き方の在り方を、ここに示す。

【①労働時間】

週60時間の過労死ライン以下に収まるようにする。診療実態や患者ニーズ、患者・家族の労働環境

による通院時間帯の制約や、夜間の在宅診療もあり、開業医の「許容範囲」と「限度」により様とはならない。①実診療と診療関連（読影・技工など）②経営労働、③多職種連携・地域医療関連会議など、診療形態、診療実態に左右される要因も大きい。

【②休日】

週休ゼロ日や1日未満の実態を解消するため、週休完全1日を努力義務化とする。実診療や診療関連労働以外の介護保険の主治医意見書作成、保険請求関連業務などで休日が形骸化せざるを得ない開業医もいるが、医療安全の観点からも完全休日の取得を制度的、社会的に担保する。

【③夜間診療】

在宅診療の夜間対応に関し、頻度、時間の「限度」指標を設定する。また、18時以降の常態としての「夜間診療」について開業医の健康管理の観点から指標を定めることとする。

【④経営】

公務員水準の職員給与と経常利益率3%が確保できる、事業収入水準の担保が必要。

<参考>製造業7.7%、卸業3.3%、小売業3.0%、IT系8.3%、飲食業4.1%、サービス業6.9%

経産省「平成30年企業活動基本調査確報—平成29年度実績」

【⑤院長報酬】

専門性、責任性の高さから、時給1万円計算で、1日8時間月25日12か月で収入2,400万円程度を「指標」とし、それを保障する制度的担保が必要。

【⑥満足度】

指標は患者、家族の納得や信頼が基本であり、そこへの専門性の発揮による献身が職務の基盤となっており、そのうえで個々の開業医にとっては千差万別である。社会的な開業医、開業歯科医の働き方への理解が醸成されることが大切である。

【⑦医療内容】

自身の専門性、技量、裁量権が存分に発揮でき、自己研鑽により医療水準の維持・向上が能動的に図れる環境整備が必要。

【⑧健康管理】

地域医療の再生産、医療拠点の維持の点で、開業医、開業歯科医の最低年1回の健診を義務づける。

5、働き方改革の具体的提言(解決に向けた処方箋)

以上、当協会の調査結果や各資料、目指すべき働き方を踏まえた、開業医、開業歯科医の働き方改革の具体的な提言について提案する。

提言策定にあたっては、改善・改革の「方向性」と「必要施策」を以下の点について検討したが、正直、具体策までたどり着かないものもあった。

①労働時間については、「医療」の特殊性や開業形態により一律に線引きは難しいが、「許容範囲」と「限度」について検討した。また、②労働時間の縮減は患者数の制限やICTの利活用とも連動するため、診療内容の改変の「範囲」や「限度」について検討した。更には、③医療制度、医療法制で可能なこと&必要なこと、④労働法制、社会保障制度等での対応が必要なこと(ex 就業時間内通院、受診方法についての学校教育)、⑤各医療機関で自ら実践できること一なども、検討した。

1.) 診療報酬の引き上げによる経営の安定化と質の向上

物価・人件費の引き上げに見合う診療報酬のプラス改定を行ない、①医薬品・医療材料、物品費、委託・損耗料など、医業費用の合理的な適正化・効率化を超える過度な費用削減をもたらさない構造とし、②職員の安定的な昇給と質の高い医療人材の確保拡充や、③開業医（院長）を中心とした医療職の技術・労働の適正評価により士気の維持・向上を図ることとする。当座、ネットプラス 2%とする。

これにより、経営的理由による過度な診療時間の長時間化を防ぐ。

【診療所と歯科診療所の該当分】（該当比率 11.5 兆円／42.6 兆円＝27.0%＜*「医療費の動向」より試算＞：必要財源 2,200 億円相当×27.0%＝594 億円≒消費税増税分総額 5.6 兆円の 1%程度）

2.) 診療報酬の在宅診療関連点数の改良による参画医療機関の増加

団塊世代の高齢化に対応した地域包括ケア、在宅医療への参画医療機関の増加を促す仕組みを診療報酬に組み込み、在宅医療、在宅看取りの分散化を図る。

3.) 診断書など医師作成が必須な書類とそれ以外の再整理を制度的に図る

政府の「過労死等防止対策白書」（2018 年版）によると、病院勤務医の約 6 割が、時間外労働の増加の要因として「診断書やカルテ等の書類作成」を挙げている。書類に追い立てられているのは開業医も同様だ。作成を求められる書類は、要介護認定の主治医意見書、訪問看護指示書、療養費関連の同意書・診断書、生活保護の医療要否意見書など多岐にわたる。

しかし、看護師と医療事務がそれぞれ 1～2 人程度という“平均的な診療所”ではなかなか書類作成のタスクシフティングを進めにくい状況にある。

それを踏まえ、介護保険の「主治医意見書」については、介護認定審査委員会のあり方を含めて見直しをする。

生命保険用の診断書、自賠責の診断書、年金給付申請に関する診断書、渡航用の診断書など、公的・私的にわたる保険給付（扶助）制度に係る診断書作成が多いことと書式不統一の現状を踏まえ、同一患者の同一時期の同内容のものについて、簡素化・柔軟化を図る。

アレルギー除去食の主治医意見書（診断書）など、日常生活（学校・職場）に関し、病態・身体特性の変動が少ないものについては、経年的な定時提出にあたり簡易版とするなど簡素化を図る。

また、歯科衛生実施指導料など保険請求上の算定に係る提供文書の簡素化・合理化を図る。

なお、診療情報提供書など医師以外に任せられない書類とは異なる医療費控除に要する「オムツ使用証明書」など医師が書く必要性がないものは合理化を制度的に図る。

4.) 職務・業務範囲の再整理・見直し

長期的観点で、看護業務の法的範囲の拡大を図り医師業務の移譲、医師との協業が可能となるようにし、過渡的に省令・通知対応をする。また同様に、看護師と介護福祉士との業務関係も同様に弾力的な業務移譲・分担が可能となるようにする。

5.) 患者数・労働時間の指針明示と国民理解を促す

現在の平均的な患者数や労働時間を踏まえた、開業医の労働時間に関し診療形態や規模に応じ、政府が「指針」の形で示すとともに、そのことへの国民的な理解を促す。フリーアクセスが保障されている下でも、8割超が「かかりつけ医」を持ち、病診連携、機能分担が進んでいる中、「1対1」の関係の登録医制の鋳型にはめ医師—患者関係を変えることによる患者数制限での労働時間縮減などには、与しない。外来患者の 7 割、初診患者の 8 割、歯科は殆どを診療所が診ている、日本医療の特徴を踏まえれば、実効性も実際性もなく、国民理解を通じた弾力的な調整での適正化への収斂を方向性とする。

6.)労働法制の改定

健康は優良な労働力の基盤であることから、就業時間中の通院、歯科受診を認め、労働者に不利益が生じない措置を法的に義務付ける。

また開業医、開業歯科医について、年1回の健康診断、がん検診の受診を義務付ける。

7.)医療実態の理解、受診方法などについて学校教育に位置付ける

大病院志向の是正など、受診方法や医学的基礎知識の教育を学校教育に位置付けるとともに、皆保険制度や日本の医療提供体制、社会保障制度の教育を位置付ける。その際に現代の医療の実態の説明や、医療の利用の仕方、医療の限界について触れることとし、また現場任せにせず、政府が国民理解を促す役割を果たすことを明確にし、義務教育のときから知識の普及につとめる。

以上