

○千正医療政策企画官 それでは、定刻となりましたので、ただいまより「第2回上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」を開催いたします。

本日も大変お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

初めに出欠について御報告いたします。小室構成員、村木構成員から所用により御欠席との連絡をいただいております。鈴木構成員、デーモン閣下構成員については少々おくれでの参加と御連絡をいただいております。また、裴構成員が所用により1時間程度で退席されると伺っております。

続きまして、資料の確認をいたします。お手元に、議事次第、座席表、資料の1～4、それから参考資料がございますけれども、前回、豊田構成員から医療機関内における患者の相談を受ける体制について御質問がございました。それから、小室構成員から医師のテレワークについての御発言もございましたので、現在の取り組み状況について参考資料をお出ししております。

さらに、本日、追加で鈴木構成員から資料の提出がございましたので配付しております。内容については、後ほど、鈴木構成員からお話があるかと思っております。

また、御欠席の村木構成員からも配付資料がございます。こちらは産婦人科の診療時、あるいは両親学級、乳児訪問、乳児検診などの際にどのような情報提供を現状行っているのか整理をいただきたいと御要望いただいております。こちらについては事務局のほうで検討したいと思っております。

さらに、資料はありませんが、本日欠席の小室構成員からメッセージがございます。昨晚、小室委員の5歳の次男がお風呂場で転んで椅子の足でお尻が切れて流血した事故があったそうです。そのときに#8000番に電話をしたと御報告いただいております。#8000番に電話をしたら、的確なアドバイスをいただいて御両親とも気持ちが落ちついて、朝まで様子を見て、落ちついて近くの小児科に今日行ったということで、小児科の先生からは明日にも傷は塞がるよと言っていていただいて大変安心したというお話がございまして、この番号は大変大事だというメッセージをいただきましたので御紹介させていただきます。

資料の確認は以上でございます。もし、不足等ございましたらお知らせください。よろしゅうございますか。

それでは、これ以降の議事運営については渋谷座長にお願いいたします。

○渋谷座長 皆さん、こんにちは。

早速、議事に入りたいと思うのですが、小室さんも含めメンバーみずからちゃんと上手なかかり方を実践しているのは非常にうれしく思いました。

まず、議題1は「前回の議論の整理」ということで、皆様からいろいろな御意見をいただいたのを事務局が非常に時間をかけながら一生懸命まとめてくれたと思うのですが、前回、議事録だけではなく、懇談の様子の映像も公開せよという御意見がありましたが、事務局のほうからこの件について整理されているので、少し説明していただけますでしょうか。

○千正医療政策企画官 それでは、事務局から資料1について簡単に御説明させていただきます。

前回の座長から御紹介があった御議論を踏まえまして、この懇談会の公開の取り扱いについて案として整理をさせていただきました。

まず、懇談会の趣旨・目的ですけれども、患者・国民の皆さんの医療のかかり方に関する理解を広めようと、まさにそういう趣旨に照らしまして懇談会の議論の様子そのものを広く国民の皆さんが視聴できるようにすることが望ましいのではないかと。

それから、懇談会という会議の性質上、そのような取り扱いにすることにより、率直な意見交換が阻害されるというおそれも低いのではないかと考えまして、資料1の下記のとおりとするというように整理をさせていただきました。

懇談会は公開として、議事の記録映像、今日カメラが入っていますけれども、この動画をインターネット上で公表する。そして、公表をした際にSNS上で周知をするとともに、ハッシュタグを設定し、懇談会の議論について広く皆さんが意見を表明できるようにしてはどうかと考えてございます。

以上です。

○渋谷座長 ありがとうございます。

皆様の御希望に沿ってオープンということで、ニコ動みたいにちらちら書かれるというのはないのですけれども、オープンにされるからといって別にポジショントークする必要はないので、今までのように御忌憚のない意見を積極的に発信していただければと思っています。

どうぞよろしくをお願いします。

○千正医療政策企画官 済みません。1つ申し忘れました。

本日御欠席の小室構成員、村木構成員、おくれて参加されるデーモン閣下構成員には事前に御説明をいたしまして御了解をいただいていることを申し添えます。

以上です。

○渋谷座長 ただいまの説明に関して、会議の運営についての御意見をいただければと思います。資料の1に関してです。

また、ハッシュタグについては「#上手な医療のかかり方」として御意見を募集してはどうかと事務局からの提案なのですが、これも、ださいとか、いまいちだとかあったら、コメントいただければと思います。特に佐藤構成員とか、SNSではだめだという方がいらっしゃると思うのですが、今回はとりあえずSNS上においてはどう出すとか、そういうのがあれば、御意見をいただければと思います。いかがでしょうか。

動画が出ているからと、黙る必要はないですよ。何か御意見ありますか。では、岩永さん。

○岩永構成員 私は既に前回からハッシュタグを使って勝手にやっていたのですけれども、わずかばかりしか集まらなかったの、厚労省が50万以上あるツイッターアカウントで流

していただければ、もっと国民から意見が求められると思って期待をしております。よろしくをお願いします。

○渋谷座長 ハッシュタグはこれでいいのですね。

○岩永構成員 それでいいと思います。私もこの言葉で使っております。

○渋谷座長 ほかに何か。大丈夫ですか。

では、特に御意見はないということで、資料1に関して運営の仕方、特に公開ということに関しては御了承いただけるということでよろしいでしょうか。大丈夫ですか。

(「はい」と声あり)

○渋谷座長 それでは、会議の運営については、構成員の取り決め事項ということで決定させていただきます。これは、厚労省の懇談会には非常に画期的だと思います。

続いて、事務局から資料2「前回の議論の整理」についての説明をお願いいたします。

○千正医療政策企画官 それでは、資料2をごらんください。

前回、第1回の会議で、自由討議ということで皆さんからたくさんの御意見をいただきました。今回も引き続きそれを深めていただければと思いますけれども、その議論の参考素材として前回いただいた御意見を同じような柱立て、項目ごとに少し整理をさせていただいたというのが資料2であります。

2ページの上の方は、どういうメッセージを発していくのかという基本的な考え方についての御意見、下の方は課題・イシューに関する御意見ということで、1つ目は懇談会の公開に関する内容でございます。下の方は国民の意識に関するもの。

3ページは、伝える情報、どのような内容をお伝えしていったらよいのかというコンテンツに関するものであります。

最後4ページですが、その内容をどのように伝えていくのかという伝え方、ツールに関する御意見をたくさんいただきました。そして、4ページの一番下ですけれども、病院内の相談体制に関する御意見もいただきました。

事務局としてはこのように整理をさせていただきましたが、さらに御議論を深めていただければと思います。

以上です。

○渋谷座長 ありがとうございます。

前回いろいろな意見を出していただいたのですが、通常の懇談会だと、事務局が自分たちがやりたいようなことを5つくらいピックアップして、それに合わせて議論するのですがけれども、今回はそれをやらないで、皆さんからいただいた議論をとにかく網羅的にイシューとして上げてもらったものを羅列するという感じで、まだ、まとまっていないのですがけれども、これからそれを取れんさせていくプロセスだと思います。

とりあえず、皆さんが言ったこと、自分の意見が反映されていないとか、これも言ったのに何だということがあれば、どんどん言ってもらえばいいのですが、きょうはヒアリングも多いので、議論に関しては後半に自由討議の時間もありますし、それまでさらっと読

んでいただいたりして、また、御意見をいただければいいのですが、特に基本的な考え方に関して、無駄な受診を抑制するとか、アクセス制限するとか、そういうイメージが広がっているところがあって、それは懸念するところなのですが、阿真さんが最初言っていたように、また、小室さんも言っていたように、あなたのお子さんの命を守れますかとか、ちゃんといい医療を提供しますかというのが多分本質的なところだと思うので、そこは皆さんと共有したいということで、この検討会のビジョンというか、ミッションというか、そこはきちんとしていたいなと思っております。

そういうことも含めて、前回の御意見を事務局がかなり頑張って1個1個拾っていただいたと思うのですが、皆さんの御意見が、これを言ったのに入っていないとか、そういうのがあれば、今でもいいし、また、後でもいいので出していただければと思います。

何かこの段階でこれだけは言っておきたいということがありますか。大丈夫ですか。

佐藤さん。

○佐藤構成員 この会議の後にグループをつくったではないですか。あそこでも皆さんは割と意見を言ったので、それは公開されていませんけれども、それもまとめて次回からは出しておいたほうがよくないですか。意見とかアイデアがあった。

○渋谷座長 グループ構成員が自発的にスレッドをつくって意見交換をしたのがあるので、それもいい意見があるので、それをぜひオープンにしたい。スレッドに載っている方がよければという気もしますけれども、そこは事務局と検討したいと思います。

デーモン閣下さん、忙しいのにありがとうございます。まだ、始まったばかりですのでよろしくお願いします。今、前回の議論の少し復習をして、まだ、始まったばかりなので大丈夫です。

では、進めますかね。

それでは議題の2。きょうはヒアリングが幾つかあるのですが、チーム医療の推進について、前回も豊田さんとか裴さんからそういう意見がかなりあったと思うのですが、裴構成員から10分程度でプレゼンいただければと思います。よろしくお願いします。

○裴構成員 改めまして、皆さん、こんにちは。

本日は貴重なお時間いただきましてありがとうございます。私のプレゼンテーションは資料3を見ながら進めさせていただきます。

まず、簡単な自己紹介でございますけれども、私は外科医、病理医をしております、もともと医者でございます。現在は、病院経営を専門にしています。勤務医時代はかなり厳しい労働環境に身を置いていたということがきっかけとなり、医療職が働く場を何とかしたいという思いから、病院経営の改善またサポートという形で進んでおります。当然ながらその病院にかかる、医療機関にかかる患者さんの幸せ、そして、それを支えるはずである医療職が笑顔で頑張っていけるような、そういう場づくりを仕事としております。その経営の視点からも含めて、皆様と一緒にいろいろな情報を共有したいと思います。

次のスライドを見ていただきますと、本日は上手に医療にかかるために知っておきたい

3つの視点という形で絞らせていただきました。恐らくほかの構成員の方々からたくさん
の視点があるかと思いますが、私は特に3つの視点に絞っております。

この懇談会では理想論や美談ではなく、やはり現実的な落としどころを探るとい
うのが大事なところと思っております。その現実的な落としどころ、つまり実現可能性を追求し
つつ、かつ、声が大きい人の意見だけではなくて、ファクトベースで本当にどこがイシュー
、問題なのかを掘り下げながら、冷静に分析しながら進めていけたらと思っております。

その3つの視点でございます。

まず、1番目、医療というものは医師だけが提供するわけではない。前回の懇談会でも
お話しさせていただきましたように、「何でも医師に」、「何でも主治医に」という気持
ちはわからなくもないのですが、実は医療機関の中には医師以外にも本当にたくさん
のエキスパート、プロフェッショナルがいることをぜひ知っていただきたいと思ってお
ります。それを一くりにしますと、「チーム医療」という言葉が適切と思っております。

2番目ですけれども、先ほど申しました「何でも医師に」から「これは医師に」という
形へ、医師が別に主人公ではございませんが、医師にしかできない仕事というものもござ
います。そういった形で切り分け、または分別をしっかりとしながら、その背景を理解し
ながら、国民の皆様は医療というものにかかっていたいただきたいと思っております。キーワ
ードはタスクシフティング、タスクシェアリング、そしてここに書いてございます特定行為
研修制度、複数主治医制等でございます。

3つ目でございます。「意外に多い“裏”仕事」と書いてございますけれども、実は医
療というのは、決して患者さんを診ることだけが仕事ではございません。その裏に膨大な
仕事がございます。それを皆様とシェアさせていただきたいと思っております。

4ページ目を見ていただきたいと思っております。まず、1つ目の視点でございますチーム医
療でございます。チーム医療という言葉は、恐らく皆様はかなり聞いていることがあると
思っております。こういう図示をしておりますけれども、たくさん職種、患者さん、御家族も
含めてですけれども、たくさんの方がかかわっている。決して医師一人で完結するもの
ではございません。本当に多くの医療職、医療職ではない方もおられます。医療機関で働く
人々、医療に関係する方々がかかわって、その患者さんをサポートしていくというのが
チーム医療の本質でございます。患者さんの状態に合わせて、さまざまな専門の職種
が対応していく。そのキーワードは、患者さんにとって最良の治療方針とは何か、一番す
べきことは何かというペイシェントファーストをしっかりと意識しながら我々やっているつ
もりでございます。

チーム医療のもう一つのいいところといいますか、一つのメリットが、異なる視点から
見るわけでございますので、ミスを防ぐ。医師だけがかかわっていると、視点が1つに
限られてしまいますので、どうしても抜け漏れがあったりする。そういった意味で、複数
の専門職が診ることで医療安全が向上するということです。

このように複数の専門職がいるから、逆に連携が取れないのではないかというお叱りが

あるかもしれません。実際にそういった場面があるかもしれませんが、チーム医療の一つの中核であるコミュニケーションもしっかり図りながら進めていくというのが、チーム医療の本質だと思っております。

専門職が集まっていますので、専門のことは専門に聞く、いわゆる餅は餅屋と思えますけれども、ただ、どこの餅がおいしいかわからないという患者さんの御意見も恐らくあると思います。そういった場合、医師が道案内という形になると思います。そういった形で、餅に例えるのがいいかわかりませんが、医師を道案内役としてチーム医療の中で適切に配分していく流れと思っております。繰り返しになりますけれども、決して医師が主人公ではないと念を押したいと思っております。

次のスライドを見ていただきます。これは医療機関、主に今回は病院を挙げております。当然ながらクリニック・診療所にもたくさんの職種がおられるわけですが、今回はわかりやすくするために病院だけをピックアップしております。「医療機関における職業マップ」と書いてございます。ここに列記するだけでも、かなりの職種があることがわかれると思っております。専門職がすべきこと、または得意分野がございまして、それぞれが密接に絡み合っているのを見てとれると思っております。

少し右側に行きますと、薬局というところがございすけれども、今、薬局はかかりつけ薬剤師等々で医療機関の外に出る場合もございす。そういった形で、医療資源というのは決して病院の中ではなくて、薬局であったり、または在宅だったり、そういった形で複合的、複層的、そして複眼的な視点で患者さんをサポートさせていただくといった流れかと思っております。

そして、先ほど申しましたクリニックの診療所のドクターたちは、かかりつけ医として地域でしっかりと患者さんをサポートいただけるという複層的な形に医療提供体制はなっているというのが現状でございます。これも繰り返しになりますけれども、決して医師だけが前面に立つというのではなく、複数の職種が前面に立つ体制があるということでございます。

次のスライドを見ていただきますと、そうは言いますが、理想と現実とは異なる部分がまだまだ多くございます。特に医師の働き方改革の検討会で何度も言われていますように、ドクターに過剰に負担がかかっているのが現状でございます。その過剰な負担をいかに適切なバトンパスをしていくのかということのキーワードが、タスクシフティング、タスクシェアリングでございます。

そこに書いてございますとおり、働き方改革に関する検討会の中間的な論点整理でもしっかり明記されております。タスクシフティングは業務の移管とも言われておりますけれども、医師が行うべき業務とそうでない業務をしっかりと線引き、または明確にしましょうということです。そして、医師の近くで働いていただいている看護師さん、看護職員の方々には、たくさんしていただける業務がございす。そういったものに対して適切に力を発揮していただく。そして、先ほど申しました本来業務ではない裏の仕事、これも非常に大

切なのですけれども、全てを医師がすべき、全てを看護師がすべきというものでございませぬ。医師事務作業補助者、クラークという名前と呼ばれることもございますけれども、そういった事務職の方々にもしっかりと業務をバトンパスできたらと思っております。

ここに書いてございますが、全ての病院ではございませぬけれども、先進的な病院でナースプラクティショナー、略してNPという形で、より専門度が向上した、より専門特化した看護師さんの活用も検討すべきだろうと思われております。

そして、2つ目のポツですけれども、タスクシェアリング。これは業務の共同化とも呼ばれております。1人が全てを抱えるのではなくて、1人よりも2人、2人よりも3人という形で、複数で患者さんを診ていこう。ここに一つキーワードは、複数主治医制でございませぬ。または医師が少ない地域で医師一人が全てを抱えますと、それだけでパンクしてしまうとなりますと、グループ診療や、大きな意味の複数主治医制といった形で、1つの事象を複数で支えていこうというイメージでございませぬ。このためには、当然ながら患者さん、国民の方々の理解、また、こういうタスクシェア、タスクシフトという考え方があるのだということもぜひ知っていただきたいと思ひまして、ここに挙げさせていただきませぬ。

次のページを見ていただきますと、タスクシフティング、タスクシェアリングに関して少し詳細に書かせていただきました。米国等ではナースプラクティショナーという制度が進んでおります。そういった形で、どんどん活躍する場があるというのが1つでございませぬ。

そして、実は日本でも既に進んでおりまして、特定行為を実施可能な看護師さんも一生懸命現場では頑張っておられます。まだまだ数が足りない、まだまだ必要数に足りていないという声もあるかもしれませんが、現実問題、そういったものが動いていることをぜひ知っていただきたいと思っております。

このタスクシェア、タスクシフトでございませぬけれども、言うのは簡単ではございませぬが、それを実行するのは思っている以上に難しいという現場の声を聞いております。タスクシフト、タスクシェアは、まさにリレーでいうバトンをパスするそんなイメージでございませぬ。そうなりますと、バトンをパスする際にパスする側とパスされる側はお互い当然息を合わせなくてははいけぬ。そしてお互い何が得意か、何が不得意かをしっかりとっておかなくてははいけぬ。お互いの技術を十分に理解してからバトンを渡さなくてははいけぬ。それが無い段階でバトンをパスされると、そのバトンがどこかに転げ落ちてしまう、またはバトンを受けた人が疲弊してしまう。そういったことがあってはならないと思っております。

このタスクシェア、タスクシフトに関しましても、発展途上と私は認識しております。その発展途上をより強く推し進めるためにも、患者の皆さん、国民の皆さんの理解は不可欠と思っておりますので、ここで挙げさせていただきませぬ。

次のスライドでございませぬ。本来業務ではない裏仕事と書いてございませぬけれども、こ

これは決して不要な仕事という意味ではございません。患者さんを診る、患者さんを診察する、治療するというものが仮に本来業務としますと、患者さんに直接接しない間接的な業務があるとまず知っていただきたい。

そのグラフは、働き方改革の検討会でも何度も出されております医師の時間外労働の理由でございます。上位の1番目、2番目、緊急対応、手術や外来対応等の延長、これは本来業務であるのは間違いない。これは患者さんのための業務です。

ただ、3つ目を見ていただきますと、記録・報告書作成等々の事務作業が結構あるのです。こういったものが、かなり医療職、特に医師の働き方を圧迫しているというデータがございます。医療職は当然本来業務に専念したいという気持ちは強く持ちながらも、こういう裏業務・間接業務もせざるを得ない、非常に挟まれた状況であるということをご皆さんに知っていただきたいと思えます。

そして、次のページを見ていただきますと、その代表として一つ事務作業を挙げてまいりましたけれども、ここに書いてございます「ますます多くなる事務作業」。

具体的に申しますと、例えば診断書だったり、保険関係の書類だったり、紹介状だったり、そういったものを実は医師は書いているわけがございます。そういったものを書く場合、ただ単に名前や病名だけではなくて、その経過だったり、その治療内容だったり、そういったものを書きます。今の医療現場では、患者さんの疾患が複雑化・高度化しておりまして、かなり丁寧に、または詳細に書かないと、上手にバトンパスできないわけです。そういった意味での事務作業は想像以上に膨大なものがございます。実は、この事務作業というのは、患者さんが目の前におるときにつくるわけではなくて、患者さんが帰られた後、バックオフィスでする形になります。

実はこの雛形とか様式が提出先によって微妙に異なることがございまして、その都度、頭を悩ませる経験もしております。患者さんが急いで保険の書類が欲しいと言われる気持ちもわかるのですけれども、優先順位をすぐに上げるのは別の患者さんのことを診ている状況では、なかなか難しいという現実も御理解いただけたらと思っております。

そういう現実がございますので、下に書いてございます医師事務作業補助者という制度が、今、走っております。これは医療クラークという別名でもございますけれども、医療職の事務作業をできるだけ軽減しようという形で、診療報酬の中でも加算がついて、そういうのを推し進めているところでございます。当然ながらこれも多くの病院に導入され始めている途上でございますので、そういった流れがあるということをご認識いただくと幸いです。

最後のスライドでございます。きょうはチーム医療に関してお話しさせていただきました。まとめという形でございます。

医療が提供する価値というのは決して単一のものではなくて、数多くの専門職が力を合わせて提供する総合価値であることをぜひ知っていただきたい。つまり、複数の専門職がかかわり合うこと、またはお互いがコミュニケーションをとることで、患者さんにとって

医療安全また医療の質の向上に直接的・間接的につながっていく仕組みでございます。

患者さんのほうも「何でも医師に」ではなくて「これは医師に」という形で、そういった使い分けを認識していただけると嬉しいと思っております。そうは言っても、チーム医療の中で連結・連絡が途切れ途切れだったら、それは患者さんにとって余り幸せなことではございません。だからこそ、チーム医療を回していく一つのキーワードであるタスクシェア、タスクシフティングの中でも、しっかり連携をとりながら進めていくというのが、医療現場で目指しているところでございます。

そういったことがつながっていきますと、医師がすべきこと、看護師がすべきこと、薬剤師がすべきことという形で、本来業務への選択と集中が行えます。そうなりますと、さらに質が高くなっていく正のスパイラルに入っていくと思っております。医療現場の患者さんとは直接接点がないお話が含まれていたかもしれませんが、実はそういう背景ではこういう流れが動いているということを知っていただいた上で、さらに上手なかかり方のためには何が必要かという議論がこれから深まっていくことを願っております。

以上、御清聴ありがとうございました。

○渋谷座長 裴さん、ありがとうございました。

「何でも医師に」から「これは医師に」と。医師免許がなければいけませんという『ドクターX』を思い出すのですけれども、本当にこれから医師とほかの職種との連携とか、それから国民の意識にしても、何でもお医者さんに診てもらわないと気が済まないということから変わっていく、ただ、その中にもいろいろ課題があることを的確にまとめていただいたと思います。

今のプレゼンに関して質問とか御意見があれば、自由に皆さんからいただきたいのですが、いかがでしょうか。

では、岩永さん、どうぞ。

○岩永構成員 どうもありがとうございました。

すごく貴重なお話だと思います。チーム医療を推進すべきというのはずっと前から言われている話で、まさに五、六前にチーム医療推進会議というのが厚労省でも開かれていまして、タスクシフティングとかタスクシェアリングをもっと広めるべきだということで、特定看護師をつくらうとしたのですが、どちらかという国民の理解がないというよりは、医師会さんとか薬剤師会さんの反対がすごく強くて、それで国家資格という話だったのが途中で認証制度に変わり、最終的に研修制度に変わってしまったという、だんだん骨抜きにされてしまった経緯がございます。それを私はずっと取材して、とても残念に思いました。それで今、結局、研修制度もほとんど国民に知られていない状況だと思います。

これは国民の理解ももちろんなのですけれども、まず、業界内でも意見を整理していただいて、このままでは医療がもたないのだというのを皆さんが一丸となって持っていただいた上で、国民に理解していただくという形をとらないと、国民には理解してもらえないと思いますし、タスクシェアリング、タスクシフティングをするには何より安全が大切

なので、どういう研修を受けて、どういう資格を得ている人だったら、かかっても大丈夫なのかと国民にわかりやすく伝えるようにするためには、そういった整理が事前に必要だと思います。

○渋谷座長 今のは御意見ですか。

○岩永委員 はい。

○渋谷座長 余りポジショントーク合戦になると嫌なのですけれども。

城守さん、どうぞ。

○城守構成員 岩永構成員からのお話で、特定看護師制度等に関しても医師会を含めてそれぞれの団体が反対をしているというお話でございましたが、誤解があると私は思います。

基本的には我々医療界というのは、治療、薬剤も含めて、学問的に有効であるのかどうか、それが患者さんにとって安全な行為であるのかどうかということが、それを医学から医療という、医学を社会的に適用するのに判断材料として、有効性と安全性というものを決めているわけなのです。

そして、医療行為を行ったときに、どなたが責任を持つのかということも非常に大事なことです。そういう観点から特定看護師の制度も含めて、そのほかの制度もそうなのですが、この制度がメディカルスタッフの方々に移行していても、患者さんにとって有効であって安全であって、そして責任の所在がどこにあるのかということが明確になっているかということを検証しながら、少しずつこの流れは進んでいると私は思います。ですので、決してそういう形ではないという認識で、そう目を細めずにお聞きしていただいたらということが1点。

それと、裴先生の補足といいますか、私も働き方改革の検討会に出ておまして、少し見せていただいて、このチーム医療は大変重要と私は思っております。ただ、先ほどお話があったように「何でも医者に」という時代でもございません。それもそのとおりだと思います。しかし、医療というのは、船であったり、飛行機というものによく例えられると思うのですが、それぞれに機関士がいたり、航海士がいたりと役割はあるわけですが、やはりリーダーというキャプテンは、先ほどの話ですが、最終的に責任を誰が持つのかということに関しては、それぞれ役割が明確になっております。飛行機、船に対してですね。やはり医療も一緒でして、それぞれの役割があって、それぞれの力がないと医療は進んでいけないわけですが、その中でリーダーというものは必要と思っております。

それと、タスクシェアリング、タスクシフティングは、先ほどの特定看護師のお話の続きとしても必要になってくるし、今後も進んでくると思います。ただ、現在の状況では看護師さん等も決して充足されているわけではない。これは働き方改革の会議でも、私、申しましたが、そのタスクをシフトされるほうは仕事量がふえるわけですから、そのタスクをシフトされるほうの働き方もしっかりと検討していきながら、皆さんに負担がふえない形でタスクシフトは考えていくべきと思いますし、現在の状況ではタスクシフト、タスクシェアリングをしても医師の労働時間は15分程度しか短縮しないという報告もございますの

で、これは岩永構成員がおっしゃるようにシフトの有効性・安全性を考えながら広げていくべきだと思っております。

もう1点だけ。書類です。これは特に勤務医の先生方にとってみては、これが私は一番大きなストレスになっておられるのではないかと思うのです。9ページにお書きになっておられるように、それぞれの書式の雛形が違う。例えば診断書とか、保険会社からいろいろな多くの診断書が来るわけですが、それが非常に書きづらく、書くところが多いことまございます。現在、国の検討会でこの書式が統一できないかと検討されておられますけれども、ここは何とかスリム化をしていただきたい。そして、医療事務作業補助者、いわゆるメディカルクラークさんですが、この人たちに対しての加算もついているわけですが、現在の財政のアシストではなかなか病院としてやっていけない、雇うことができないことまございますので、これは国のほうにしっかりと財源確保をしていただいて、医師の事務作業軽減に資する形にさせていただければと思います。少し補足をさせていただきました。

以上です。

○渋谷座長 ありがとうございます。

岩永さんが言ったことも一理あって、五、六年前はタスクシェアとか言うだけで炎上していたと思うのですが、今は働き方改革もかなり前向きな議論がされている。ただ、他方、岩永さんが言う部分もかなりあるのかなというので、双方、そういう意見があってもいいと思いますし、医師会側もかなり前向きに少しずつ変わっているところは認めてあげてもいいのかなと。他方、裴先生は何か言いたいこともあると思います。

私の質問なのですが、7ページ、アメリカは日本のナースプラクティショナーと少し違う、もう少しプロアクティブなNPがいると思うのです。私もアメリカに行ったときに、ワクチンを打ってもらった人からちょっとした処方されるとか、薬局にいる看護師さんがすぐやってくれて非常に便利だった記憶があるのですが、そこは法律上の違いということなのでしょうか。誰が責任とるのかと城守先生がおっしゃったけれども、それは結構本質的な話だと思うのですが、それはどうなっているかおわかりですか。

○裴構成員 座長がおっしゃるとおりで、法律的な要素と法律に担保された資格的な要素があると思うのです。そう考えますと、いきなり横滑りに米国式を全て持ってくるのは少し難しいかなと思っております。先ほど城守委員もおっしゃいましたように、これまで日本の医療が発展してきた中での位置づけもあると思いますので、そこら辺はできるだけ早目入れた方がいいと思うのですが、余り簡単に性急に入れすぎるのも私はどうかと思います。それが1点。

先ほど岩永構成員の御指摘はごもっともかなと思っております。特定行為研修制度も発展途上であるのは間違いない。その発展途上のスピードには実は2つあると思ひまして、1つは歩みの体感のスピードです。体感のスピードというのは、現場が考えるスピードと患者さんが考えるスピードのことです。もう一つはやはり実質のスピードです。どれくらいの数を養成しなくてはいけないのかとか、果たしてそれを養成することでどれくらい医

師の行為が削減されるのか、そういうシミュレーションを含めた実質のスピードに盛り込んでいかないと、このまま議論だけ進んでも、足踏みだけしていたら靴が減ってしまいますので、少しでも前に進んでいくスピード感を懇談会では共通認識として持ちたいと思います。恐らく岩永構成員はまだまだ遅いという指摘と思いますので、その共通認識を持つのが私の中ではスピードの律速を上げるところで必要な議論と思っております。

○渋谷座長 ありがとうございます。

岩永さんがおっしゃったように、まずは医療界側がまとまって、それから国民に問う。でも、それは全然進まないと思うので、もっと国民の声を合わせて両方からやっていくしかないかなという気もするのですが、今、聞いていると関係者ばかりの議論になっているので、本来いろいろな声を出していただけるほかのメンバーの方々の意見をお伺いしたいのです。このチーム医療、タスクシフトにこだわる必要はないのです。そこは、結構センシティブな 이슈なので、そこばかり深掘りしてもなかなか進まないということもあると思うのですけれども、これに関してかかる側目線とか受けて側目線から、何でも医者に頼っているとか、デーモン閣下さんも、前回、人間の体を借りているから病気になったときに総合病院に行くけれども反省しているとおっしゃっていましたが、普通のクリニックとかにも行かれるのですか。

○デーモン閣下構成員 普通のクリニックも行きますよ。だから、自分の体調のぐあいによって行くところが変わっているのが現状です。

○渋谷座長 やはり閣下もお医者さんに診てもらいたいという感じですか。

○デーモン閣下構成員 そうですね。この懇談会に出席が決まるまで我が輩は、前回は議題に上がった#8000の存在を知らなかったもので、また、もう一つ、全国的には行き渡ってないと言われるなかなか覚えにくい数字の#7119の存在も知らなかったもので、そういうのがちゃんと周知されることで、すぐにどこかの医者にはいよいよかかることはしなくてもいいのだと、このところ理解したことです。

前回の懇談会でも国民への周知が非常に大事だという話はたくさん出て、でも、インターネットだけに頼っていると意外とそうでもないという意見もあった中で、我が輩が実は前回終わったところで思ったことの一つは、具体的にどこまでの周知方法をこの会でみんなで決めようということに至るのか、それとも厚生労働省に具体的な周知はやったほうがいいよと言って（後はまかせた）で終わるのか、それは今後議論する必要があると実は前回思っていた次第です。

もう一つ、今の議題に関して申しますと、タスクシフティング、タスクシェアリングの重要性は、裴先生の御説明でよくわかったのです。前回も確か豊田さんがそれについて触れられたと思っていて、これは医師が働くという上でのいろいろな負担を軽減していく上で、とても重要な要素になっていくのだと思いながら、前回も今回も聞いていたのです。だから、どんどん進めればいいのに、それがなぜどんどん進まないのだろうなと思っているところで、先ほどの岩永さんと城守さんの会話を聞いて、少し温度が違うと思った

のです。「どんどん進めたほうがいいのではないの？」と何となく思ったのですが、城守先生はそれは進んでいるからこんなものでみたいな感じで、こんな言い方で済みませんが、そう受け取ったのです。

○渋谷座長 人間界の営みはレベルが低いところがあるのです。

○デーモン閣下 それに関しては、ここでどの程度進めようというのをまとめる必要もあると思うし、先ほど城守先生も国がもっとお金を出してくれないとスタッフをふやすこともできないのだと言われていたので、この懇談会でどこまでみんなと同じ方向を向いて、どこまで国に提案するのかを考える必要があると思いました。

○渋谷座長 デーモン閣下さん、本当に2点、いいポイントで、要はどう伝えるか、厚労省に丸投げするのか、我々として何か具体的なアクションプランを出すのか、それからタスクシフトなどのもろもろの 이슈に関してどこまで踏み込むのかと。

非常にいい点なので、我々としては、単に前回皆さんの意見としては、何となくふわっとした提案ではなくて、アクションに向けた提案をしていこうということで、これは今後数回で詰めていくことだと思います。きょうは、そうした意見も含めながら、いただければありがたいと思います。

ほかに、今の裴さんのプレゼンに関して、コメントがあれば。岩永さん、どうぞ。

○岩永構成員 1つだけ。先ほどの特定看護師のモデル事業を取材したときに、患者さんの反応ももちろん取材したのですが、患者さんは医師がすぐに来てもらえないときに看護師さんがきちんと診察をして、もちろん事前の指示の範囲で判断して薬を出したり、処置をしたりしてくれて待たずに済んでとても助かったとか、または、糖尿病の慢性期の医療の中で医師より説明がわかりやすくて、生活に即した説明をしてもらえたとか、すごくプラスの評価が多かったということだけ申し添えておきます。

○渋谷座長 ありがとうございます。

では、佐藤さん、お願いします。

○佐藤構成員 患者というか、かかる側なのですけれども、医師がいて、看護師とかそういった方が医師の下請に見えるのです。医師がリーダーなのですけれども、いろいろな方々がたくさん機能しているのが、中央集権的なイメージから離れられないので、4ページのサークルの丸の円の絵が非常にいいなど。

つまり、可視化のときに、こういうイメージをちゃんと医院とかのポスターで張ってあって、チーム医療も医療側の言い方なので、例えば治療チームのほうが患者側としてはわかりやすいのですけれども、実はチームでやっていますということ、ロジカルに言うのではなくて、絵とかでちゃんと周知しないと、患者側の意識が変わらないかなと。

そういう意味で4ページの絵は、もう少し雛形的にもできると思うのですけれども、こういうのがすごく必要だなと思いました。

○渋谷座長 すばらしいですね。その概念図だけではなくて、実際にデータを見ても、今、例えば一次、二次、三次とピラミッド型の医療というのは地域でもう変わっていて、実際

には紹介とか、いきなり急性期の大病院からクリニックに行ったり、クリニックから介護施設に行ったりという、ネットワーク型のシステムになっているので、まさに佐藤さんがおっしゃったようなネットワーク的な医療を実際現場で行っているのですが、いまだに一次、二次、三次という階段式、ピラミッド式で、その頂点に医者がいるみたいなイメージがあるのですが、現場では本当にそれがすごく変わっているところもあるので、まさにそれを可視化して、みんなに周知していくことが大事かなと。

○佐藤構成員 そういうときこそ、デザインの力とかを使ったほうがいいと思います。

○渋谷座長 ありがとうございます。

あと、ほかにありますか。阿真さん、どうぞ。

○阿真構成員 かかる側としてなのですけれども、これは本当にどんどん進んだらいいと前から思っていることで、実際かなり進んできているのは感じているのですが、この病院はこういった感じなのだ、こちらの病院は余りそうでもないのだという、それぞれの行った先によって結構違っているので、自分がかかったときにこの病院はこうですというのがある程度わかるという意味では、今、佐藤さんがおっしゃったようなデザインも大事ですし、あとは、看護師さんだったり、例えばリハの先生とかいろいろな先生方とか、薬剤師さんがいらっしゃいますけれども、それぞれの方がこの病院はこうですからねと、これがどんどん進んでいってほしいと思っているのですけれども、どんどん進んでいくときにきちんと説明がないとすごく混乱してしまうので、そこは見えるようにしてもらえると、説明が欲しいというのが2つお願いしたいことです。

○渋谷座長 それはどこから説明してほしいですか。

○阿真構成員 まず、病院にかかっている段階で迷わないようにという意味では、病院の中でも説明が欲しいのですけれども、全体像としてこういうものを目指しているのだよというところでは、国からでも私たちからも出していくことが大事だと思います。

○渋谷座長 ありがとうございます。

豊田さん。

○豊田構成員 阿真さんの意見が普通のお母さんの気持ちだと思うのですけれども、私も裴構成員と同じようにチーム医療がすごく大事だとずっと思っていますので、そういう意味も含めて、病院はこういう事情で医師がこれだけ疲弊しているのです。こういうかかり方をしてくださいというよりも、むしろ、医療の現場はこういう人たちがこういうお仕事をしていますという役割や機能などの説明を先にすることで、患者さんが病院にはこういう役割の人がいるから、この人に相談してもいいのだとか、これは直接医師ではなくてもいいのだと思えるのではないかと思います。

今悩みとして聞こえてくるのはむしろ医師に言いたいだけけれども、ちょっとしたことを医師に言うのは申しわけないので、受付の人に言ってみよう、でも、受付の人も、今、忙しいと言う感じで、そこでとめられてしまったり、気を使われて対応してくれているようで結局は遠回りされて答えてもらえないことがどうしてもあるので、そうではなくて、

医療職のチームにはどういう人たちがいて、どういう利用方法があるのかという現状を伝えるところからスタートしていただく方がいいのかなと思います。

このチームの中に、そろそろ医療安全の担当者なども入る必要が出てきたと思います。臨床の治療チームだけでは難しいことが、実は一般の皆さんが想像している以上にトラブルが多いわけです。疲弊してしまっていることもあると思います。そのため、医療安全の担当者とか、私が申し上げている相談窓口の人たちや、医師事務作業補助者など、そういう裏方で支えている大事な役割の人たちも実はこの中にそろそろ入れていただいてもいいのかなと思います。

示された輪は、患者さんが一緒に手を携えている感じなのですが、以前より中心のところに患者さんがいるというイメージ図を私はずっと見てきたのですが、どこの位置に患者さんがいたらいいのかというのは、今後は皆さん納得の上、イメージをつくっていただいたほうがいいのかと思いました。今まで私たちは患者さんは中央にいるつもりだったので。患者を囲んで大事にしてくださいという意味ではないのですけれども、医学的知識がなかったりと考えると、手を携える位置にいていいのかなと考えたりするので、そういうことも含めて皆さんで完成できたらいいなと思いました。そういった意味で、すごくいいたたき台をいただいた気がしました。ありがとうございました。

○渋谷座長 ありがとうございます。

豊田さん、すばらしいコメントありがとうございました。裴さん、すばらしいプレゼンをありがとうございました。裴さんのプレゼンに関して、もう大丈夫ですか。また、これはフォローアップします。

それでは、続いて議題3「勤務医の状況について」。

本日は、東京女子医大の東医療センターより赤星さん、若手の勤務医の状況をプレゼンお願いしたいのですけれども、よろしいでしょうか。お願いいたします。

○赤星参考人 御紹介ありがとうございます。東京女子医科大学東医療センター救命救急センターに勤務しています赤星と申します。きょうは貴重な機会をいただき、まことにありがとうございます。風邪を引いていまして声がかれておりますが、御容赦いただければと思います。

まず、資料の2ページ目から簡単な自己紹介をさせていただければと思います。

私は平成27年に東京医科歯科大学を卒業して、その後、初期研修1年目は市中病院、2年目は大学病院で研修をしました。現在、3年目に東京医科歯科大学の救命センターに入局して、その関連で、今、東京女子医科大学東医療センターの救命救急センターに勤務しております。

私からは、若手医師と救急医の現況に関して、リアルな声を皆様にお届けできればと思っています。

3ページ目ですが、厚生労働省の医政局で御作成いただいた、各年代の勤務時間が週60時間以上の病院常勤医師の割合です。ごらんのとおり、私と同じ20代男性は56.7%、女性

も48.3%、30代男性に関しては56.9%とさらに高く、ほかの世代と比較すると長時間勤務をされている方が多いことがわかつて、思います。

次のページに行きます。後期研修医ともなると、状況は実はもっと大変です。初期研修医は今ではマッチング制度が導入されましたし、初期研修先も研修医が選ぶ時代になっています。過労に関するさまざまな報道もあって、勤務時間はある程度守られているのが現状です。ただ、後期研修医はそうもいきません。初期研修で基本的な診療能力は身につけていますし、入局もしています。いわゆる実践力として起用されることから、病棟の重大な判断や専門性の高い処置以外は、基本的に全て任せられているというのが現状です。主体的に動いて責任を負うことで勉強になるのですが、一方で逆に仕事量もふえて必然的に勤務時間は長くなるというのが現状です。

次のページですが、これが若手医局員、大学院生ともなると状況はさらに大変です。これはとある病院の先週と今週の実際の勤務表です。例えば、医員A先生のところを見てもらえばわかりますが、14日から夜は外病院で働いて、その後、自分の病院の日勤、その後、外病院で24時間働いて、その後に日勤、日勤という形で続いています。医局の関連病院を中心にほかの病院での勤務に行くこともあるので、ほとんど休みがありません。さらに、この間の時間に研究とか、学生教育、そして自分の勉強をしているのが実際です。

そして、次のページです。救急医はとてとても大変です。救急医はこの勤務体制の中で、平時は集中治療室とか一般病棟の管理をやっていますが、それらのほかに予測のつかないタイミングで、救急搬送とか救急受診患者さんの対応をしています。その中で手術が必要とか、緊急の処置が必要となれば行っています。そうすると、平時の病棟業務とか書類の作成は、その後行うということになっています。

次のページです。今の日本のシステムでは、進みたい科は自分で選ぶことができます。なのに、なぜ救急医を選ぶ方がいるのでしょうか。それは、ひとえに人の命を救いたいとか、地域の救急医療に貢献したいという素直な気持ちで頑張っている方が多いのです。

では、実際の現場はどうかというのをリアルなエピソードと一緒に御紹介させていただければと思います。

私の勤務している救命救急センターは荒川区にあるのですが、区の東北部の足立区、葛飾区、荒川区で唯一の救命救急センターです。年間1800件以上重症患者が搬送されてきますし、集中治療室が20床です。あと、一般病棟の入院患者さんの管理もしないといけない。だけど、スタッフは全部で8名です。8名で、365日24時間年中無休で頑張っているのです。でも、これはまだいいほうなのです。地域の救命救急センターを見れば、スタッフが2名とか1名で頑張っている所もたくさんあるというのが現状です。

例えば、ちょっとしたエピソードを御紹介させてください。

7月下旬、非常に熱中症の搬送が多い時期なのですが、治療室がもう既に全部埋まってしまっているときに、頭痛の患者さんの要請を受けました。何とかベッドとかを調整して受け入れましたが、その直後に突然の胸痛を訴えて救急要請を受けました。ただ、さすが

に場所も人員も全て足りていなくて、責任ある医療が保てないと判断して、やむなく他院へ行ってもらうことにしました。その後わかったことなのですが、最初に受けた頭痛の患者さんは、実は1年前から頭痛があって、きょう暑くて熱中症が心配ということで救急要請をされていました。

我々は全員を助けたいと思っています。原則断らないです。本当は、どんな症状でも心配だったら来てくださいと言ってあげたいのです。でも、現実に対応できるスタッフの人数が少なく、受け入れる人数は限られてしまいます。その結果、緊急度の低い患者さんの受け入れが多くなると、緊急度の高い患者さんの受け入れができなくなるのがどうしても現状なのです。

次は、また違うエピソードになりますが、これは24時間勤務の日になります。日中50人ぐらいの外来で非常に忙しかった日ですが、夜間も結構な時間外受診に対応していました。そして、明け方4時半ごろだったと思いますが、交通事故で右腕の変形を伴って搬送されてきた方がいます。そのときに左右を間違えてレントゲンをオーダーしそうになりました。幸いにして、このときは看護師さんとか検査技師さんが気づいて何ごともありませんでした。でも、夜間に受診された11人中10人が風邪症状とか下痢の症状で、これは本当に夜間診療でなければならなかったのでしょうか。そして、左右をとり間違えてしまったのは、単なる凡ミスなのでしょうか。

もちろん、私もそして全国にいるドクターも診療は常に真剣だと思います。でも、実際には睡眠時間が一切とれないこともあるし、朝から一度も食事をとれないこともあります。その結果、無意識に集中力が低下していることもあるかもしれません。それでも、患者さんが来れば全力で診ています。

こういう状況で厚労省では、今、働き方改革の検討会が進められていて、上限規制を含めた議論がされています。上限規制を設けていただけるとは大変ありがたいのですが、必要だけど現実的には現状のままでは厳しいというのが私の印象です。

既に国民の皆様の医療ニーズに応えられるように、我々は必死に頑張っています。私だけではなくて、どこのドクターも医療へのフリーアクセスを実現するべく、人数もぎりぎり勤務の時間も長くして頑張っていると思います。それでも頑張り切れなくなって、地域の皆さんに御迷惑をおかけしていることもあるかと思うのです。そういう中で、時間が厳しい上限規制が課されれば、提供する医療の質を低下させざるを得ないのです。こういう労働時間の是正の話は必要不可欠だとは思いますが、時間の是正には国民の医療への考え方の転換とか医師への理解が必要不可欠なのです。

実際、時間外受診はお互いに損をします。お金が余分にかかるし、夜間は検査が実は完璧にはできません。お薬も数日分しか処方できないし、いずれにしろ、そのため、後日に日中受診してくださいと言わざるを得ないのです。そして、緊急疾患でなければ、細かい検査はできないこともあるし、何よりもその後よくなったのか、悪くなったのかという経過が追えないのです。そして、皆さんにとってデメリットになってしまうと思いますが、

疲弊した医師が対応する可能性もあります。それでも、緊急時は意味が十分あるのです。朝まで待てば命を失う状態の方が、救急車で来てくれたことで救えた命というのは実は物すごくたくさん私も経験しています。

では、皆さんの疑問は、どのように緊急が知れるかどうかというところになるのではないかと思います。自分なりに考えてみたことがこういうことです。18ページ。例えば、血圧とか、呼吸状態、脈拍、体温とか、そういうバイタルや意識状態の変化を参考にされるといいと思います。そう言っても難しい場合は、先ほども話題になっていたような#7119とか、そういう相談先を頼るのもいいかもしれません。そして、救急対応を行っている病院は、看護師さんが相談にのってくれることもありますから、迷ったらそういう電話でまず相談してみるのもありだと思います。

私は災害医療もやっているのですが、災害医療の考え方は、限られた資源をいかに活用するかなのです。これは平時も一緒に、最も必要とする医療を最も必要とする人にどうやって提供するかという国民の雰囲気づくりが大切だと思っています。

最後に、皆さんへのメッセージと2つ御提案をさせていただければと思います。

まずは安心してください。24時間365日、皆さんの緊急時にはいつも私たちが備えています。でも、私たちも長時間働き続けると疲れます。それでも私たちは常に本気なのです。限りなく少ない人数で地域の医療を支えるために毎日頑張ります。救急医療の維持はそれでもぎりぎりです。体制をより安全で堅実なものとするために、どうしても皆さんお一人お一人の御理解と御協力が必要です。

協力お願いしますと言うだけだと無責任な気もしたので、2点だけ御提案をさせていただこうと思います。

1つは、近隣で受診すべき医療機関を教えてくれるツールの開発はいかがでしょうか。我々若手医師は、不必要な時間外受診だけではなくて、専門分野とか医療機関の特性に合わない方の受診によるストレスも結構大きく感じます。例えば、内科医にとって外傷の受診だとか、眼科医ではないのに目の疾患による受診とか、それは医師にとってもストレスなのですが、患者さん皆さんにとっても、非専門分野の医師が対応するという点ではデメリットのはずです。それを今ある救急搬送のシステムのように端末上で示して、事前に防ぐことはできないでしょうか。

最後に、一番お願いしたいこと、御提案ですが、社会全体での雰囲気づくりです。ここにいる皆さんだけが時間外受診とか救急受診に御配慮いただいても、変わるのかもしれませんが、余り大きくは正直変わらないと思います。大切なことは、社会全体、世論全体がその方向に向かうことです。日本の救急車の現着の速さは世界有数なのですが、これは社会全体で優先しようという心遣いが働いているからです。救命士法によって救命士が医行為を行えるようになったのは、あるテレビ番組による世論形成のおかげです。だから、点滴を取ったりとか、挿管したりとか、救命士の方に早期にやっていただいて救える命が出てきているわけです。ここにいらっしゃらない方、強いてはこのような話題に興味は全く

ない方まで広げるためには、国の力だけではなくて、マスコミとかソーシャルネットワークを全体的に用いて、社会全体でその考え方を浸透させる必要があると私は考えています。

お聞き苦しい声で大変失礼いたしました。御清聴ありがとうございました。

○渋谷座長 赤星さん、本当に若手の率直な御意見と、現場の非常に困難な状況を含めて、すばらしいプレゼンをありがとうございました。

今の赤星さんのプレゼンに関して何かコメントいただけますか。裴さん。

○裴構成員 中座しますので、先にお願ひさせていただきます。

赤星構成員は働き過ぎて風邪を引かれたのかなと思っております。つらい状況で本当にありがとうございます。

赤星先生のお話を聞いていますと、まさに今回のミッションにも掲げてあります賢い選択のための情報とかツールがまだまだ足りていない。足りていないには、いろいろなことが含むのですけれども、なぜ情報やツールが足りていないのか、どこに広がるためのネットワークがあるのか、そもそも知られていないのか、知られているのだけれども使い勝手が悪いのか、またはその両方か、使ったはいいけれども、結局使えなかったのか。そういったところの恐らく#8000番等々の既に発しているツールがあると思うので、そこら辺の実際の成果的なものをたたき台にしてからそれに乗せていく。

新しいものをさらにつくるというのは、非常にクリエイティブで楽しいとは思いますが、既存のものの上につくっていくほうが手間も時間もある程度節約できると思っております。

ですから、赤星参考人が今お話しされた、救急がかなり疲弊しているというのは、まさにおっしゃるとおりだと思いますけれども、救急だけではなく、小児医療、産科医療等々、恐らくカテゴリをある程度絞られてくると思いますけれども、そこを優先的に切り込んでいくのがこの懇談会という感じを持ちました。

以上です。

○渋谷座長 ほかにありますか。阿真さん。

○阿真構成員 御発表ありがとうございました。

21ページのアプリの開発の話なのですが、大阪でやっているもので、御存じかもしれないのですが、最初、大阪市の消防局で#7119、電話相談を始めたところ、#7119のかなりの数が相談ではなくて医療機関案内の相談だった。今、こういった症状なのですがどこにかかればいいですかという内容だったことを踏まえて、#7119に電話がかかってきて、そこにいる看護師さんが調べて、今ここですよ、大阪だったらここが空いていますよと端末上で見て教えていたわけなのですけれども、そのシステム自体を一般の方が見られるようにして、自分の地域はここがあいているのだとわかるアプリができ上がっていて、とても効果が上がっていると聞いています。

それはもうどこの消防でもやっている。今、端末上にあるものをそのまま落として、そ

れ自体にはお金がかかったのかもしれないのですけれども、そういうシステムが動いて、電話相談のかなりの数が医療機関案内を聞いていることもわかっていることなので、ぜひ大阪消防を見習って、そういったやり方でどんどんできるところではないかなと思います。

○渋谷座長 ありがとうございます。

ほかに。吉田さん、お願いします。

○吉田構成員 赤星先生の話は、医者側からするとすごくわかりやすい話だったと思うのです。私たちも延岡市で、10年間、市民向けにかかりつけ医を持つとか、適正な受診の啓発をしていますけれども、患者さん側とお医者さん側、どちらかに過度に負担とか抑制がかかってしまうと、どうしてもなかなか長続きしないので。

私たちの市民団体で「地域医療を守る会」というところがあるのですが、この前、例会で医療のかかり方の意見交換をしたときに、この前、城守先生がおっしゃっていましたけれども、患者さん側とお医者さん側の相互理解というか、ちゃんとお互いが信頼関係を持つ。その前に、まずは住民とか国民の皆さんに、医療の現状という正しい理解と情報を流していく。そうやっていくと、患者さんも行きたいとか行きたくないとかそういうことではなくて、お医者さんも無理に頑張るとかではなくて、お互いがいい信頼関係、感謝の気持ちを持つと私たちは啓発しているのですけれども、そういう視点というか、そういうところからもやっていくといいのかなと感じたところです。

○渋谷座長 ありがとうございます。

ほかに。鈴木さん、お願いします。

○鈴木構成員 とても参考になる話をどうもありがとうございました。

最後の世論形成の点でなるほどなと思ったのですけれども、例えば救急車の話で、社会全体で優先しようという心遣いが働いているから、世界でも有数の速さで現着するという事で、ただ、国民目線から言うと、もしかしたら、自分たちが不要不急のときにかかることが、ほかの緊急の患者さんの邪魔をしているという認識すら持っていない方も多いのではないかと、その部分をどう伝えていくか。

もちろん患者さん側のメリットもあるのですけれども、人のためになるのだということも含めて、両輪から伝えていくことができればいいのだなとすごく思いました。多分、本人、それぞれ自分にとって得になることをアピールすることはいいことと思っていたのですけれども、その目線でみんなが譲り合えようという方法で、世論形成がしていける方法をどうにか探れたらいいなと思いました。ありがとうございました。

○渋谷座長 その視点は、最初の阿真さんの命を救うためにというところに収れんされると思うのですが、個人的には9ページのデータを見ただけでも、持続不可能な状況だなど。8名で3次が1855件、集中治療室20床、一般床10床を回しているでしょう。これは無理ですよ。リソースが全然足りていない。それは、かかりつけ医にするとか、賢く選択してというような状況以上に、自己犠牲でもう痛々しいというか、先生の現場で頑張っている

声をひしひしと感じたのですけれども、本当にぶっちゃけどんな感じなのですか。

○赤星参考人　しゃべりづらさもありますが、正直に言うとかかなり厳しいです。実際8人でやっているし、そうすると1年を8人で割るので、その病院にいる救命医は大体1人か2人ぐらいということになります。それでも、ほかの関連病院の支援も行かないといけな
いとなると、実質本当に休めるというのはなかなか厳しい、余りないというのが実情です。

今、私は20代なので頑張れるところもあるのですけれども、これを例えば50代までやれ
と言われると考えてしまうところがあるというのが現実です。

○渋谷座長　デーモン閣下、どうですか。

○デーモン閣下構成員　それを先ほど赤星先生はいいほうだとおっしゃったのです。全国
的にもほぼこういう状態なのですか。

○渋谷座長　赤星さん、どうぞ。

○赤星参考人　全てを正確に把握しているというわけではないのですが、当然搬送されて
くる患者さんの重症度合いだとか件数は地域によって全然違いますが、実際は田舎という
か、地方に行けば、1人とか2人でやっている救命センターは実在していますし、そこは
そういうところになりスタイルをいろいろな工夫をして持続していると思うのですが、
我々以上に大変なところは恐らくたくさんあるかなと思います。

○渋谷座長　どうぞ。

○デーモン閣下委員　それで思ったのは、赤星先生は、今、風邪を引かれているというこ
とで、プレゼンテーションもとてもつらそうというか、心に響く内容だったのです。この
状態は全国的なのだとすると、相当、日本の医療とは危機に瀕しているぞというものを如
実にあらわすプレゼンテーションだと思ったのです。これがもっとどうやって、それこそ、
今の赤星先生の画面がバン！と出てみんなが見られることになったら、これは大変だとみ
んなが思うはずなのですから、それをどうやって知らせるかということの重要性を非
常に感じました。

○渋谷座長　本当にまさにデーモン閣下さんがおっしゃるとおりで、5ページ、若手医局
員、全研修医というのは多分卒業二、三年の話で、その後の20代後半から30代、赤星先生
みたいとにかく本当に医療に携わりたいという世代の人々が置かれた状況は本当に悲惨
で、5ページを見てみると、外勤とは基本バイトでしょう。要は、大学病院からお金をも
らえないからバイトしているわけです。ほとんどの人が大学院に行っている名前をもとに
病棟に駆り出されて、ほぼ休みがないですよ。給料ももらっていない。実際、そういう状
況がある中で、これで本当に日本の医療を保てますか。

しかも30代、これから本当に日本の医療を託すような人々、彼ほど熱い人、こんなに人
が足りない中でわざわざこの日に来てくれて、風邪を引いているのに来てくれて本当に悪
いのですけれども、でも、彼に対して頼っている。本当に自己犠牲に頼っている医療、こ
れは本当に持続可能なのですかということ、不可能ですよ。だから、これは我々が全て変
えるわけにはいかないのですけれども、この構成員ができることをちゃんとやっていかな

いと本当にまずいなど。

きょう、本当にすばらしいプレゼンをいただいて、座長としてもメンバーとしてもここにいる皆さんとしても共有して、きちんとやっていかなくてはいけないと改めて思った次第であります。

コメントがほかにあれば、どうぞ。

○豊田構成員 赤星先生、ありがとうございました。

働き方改革のほうで出ている議論なのですけれども、今のまさにこういうお話の中でどうすればいいのかと言う話しでは、もっと病院を集約化しないとだめだという議論だったり、先ほども出ていましたけれども、医師をサポートする人材が必要だけれども、その人たちの予算が確保されていないとか、もっと言うと、そもそも平日に病院を受診することが難しい人が多いことや、家族に患者さんの状態を説明したりするといったときに、家族の方が勤務先の職場環境からして平日には行かれない、休日や土曜日や、夜でないと行かれない、それを医師が合わせざるを得ない現状もあります。ということは、実はこの医師の働き方だけではなくて、一般国民の働き方の中で、平日に休みをとって受診できるような環境をつくらなければ無理ではないかという話まで出てきたわけです。

まさに、そういうこともあると思うのですけれども、それを働き方改革の検討会やこの懇談会でどこまでできるのかというのは、わかりかねるところなのですが、ただ、こういうことが根底にはあるということ共有するのは大事で、その中からできることは何かということを考えていく必要があるということ、赤星先生のプレゼンで改めて感じた次第です。

救急がすごく大変なことは私も十分承知しているのですけれども、そういう問題だけではなく、日本の医療のよさである専門性が時々裏目に出てしまっているのではと感じるときがあります。専門性が高まったことで、救急のお話に合ったような状況まで過酷ではないという場合でも、ドクターが専門外だから診ることができなくなってしまいます。よほど過疎地だったら、そんなことは言っていられないと思うのですけれども、そういったことをもう少し整理して、医師同士で助け合うということも考えていただかないと、私はいつも、医師と看護師以外の職種の人たちも皆で頑張ることが大事だと言っているのですけれども、それでも医師にしかできないことはありますので、いま一度、専門性を邪魔しているわけではないのですけれども、現状が余りにも過酷すぎるお話だと思いますので、すべての診療科の先生方が一緒になってできる道を考えていただきたいと感じました。

交通安全の運動は物すごく進んで、事故が明らかに減っています。私はやはり医療安全の切り口からも、患者さんは安全の確保が一番ですから、いい治療をしていただいても、事故が起きてしまったら命がなくなってしまうわけですから、その部分を一緒に考えたいと思いました。

そういった意味で、赤星先生は提案もしてくださっていて、患者さんは不安ですから、

最初にバイタルをしっかり把握しましょうというものが前もってあったら、やはり違いますよね。小室構成員がおっしゃっていたみたいに、教えてもらったら安心して次の日まで待てたとか、そういう道しるべがないと、どんなに医師が大変だと言われても、命がかかっている患者さんは、わかりました、行きませんというわけにはいかないのです、できることから整理をしていくということをぜひやっていただきたいですし、私も携わらせていただきたいと思いました。

以上です。

○渋谷座長 ありがとうございます。

まさにそうした本当にここで取り上げるべきもの、今、幅広に広がりというところがあるのですけれども、むしろどんどん出していただいて、それから収れんさせていきたいと思うので、ぜひ、そうした御意見をいただければと思っております。

では、最初に城守さんと佐藤さん。

○城守構成員 赤星先生、本当に御苦労さまです。本当にもう大変なのはこのシフトを見てもわかりますし、我々も、少なくとも私は、今こんなになっていますけれども、若いとき、先生と同じぐらい働かされたというか、働いていたのですけれども、今、お話をお聞きしていると、我々のときよりさらに過酷になっているという印象がございます。

その中で、休日も含めて救急・夜間等で来られた中でやはり重症の方はおられるわけですが、そうでない方もいらっしゃいますし、そうでない方のほうが多いのが事実だと思うのです。その中で、実際問題、やはり病態が自分でわからなくて心配だということであられる方と、いわゆる便利使用的に、今診ておいてもらおうみたいな感じで来られる方と、そのあたりの割合というか、印象で結構なのですけれども。

○渋谷座長 大学病院とかによって違うかもしれないのですけれども、印象でいいのですね。

○城守構成員 印象です。

○渋谷座長 インプレッションで、もしあれば。正確な数字は施設によって違うと思うのですけれども、むしろ事務局に調べてもらうか。でも、インプレッションがいいか。

○城守構成員 インプレッションでいいです。

○赤星参考人 かなり難しいですが、私は、今、平均して3つか4つぐらいの救急対応病院で勤務しているというか、関連病院先も含めるとあるのですが、地域によって全然違います。むしろ地方のほうが、本当に緊急で来てくれる方が多いのです。都内の方は半々ぐらいというのが直感的な印象ですが、正確にどれぐらい事実に基づいているかはわかりません。

○城守構成員 ありがとうございます。

今、お聞きしたのはいわゆるちゃんとした情報がなくて、夜間・救急にも受診せざるを得ないという人に対する対応と、そうではない、もう一つのほうの人の対応とは分けて考えないと駄目だろうなというところがありますので、この懇談会そのものが何かコンテンツの内容を詳細に決めるという懇談会ではないと思うのですけれども、その中において

もコンテンツのアウトラインとしてこういうことは必要だということ、メスドロジー、方法論として、広報に関してのこをこういう形でまとめていけばいいのではないかということは、やはりこの会議ではアウトラインとしては、座長、そういうのはしてもいいことですよね。

○渋谷座長 私へのコメントですか。

○城守構成員 今、お聞きしているのです。

○渋谷座長 意見として、ぜひ、そうしていきたいと思っています。

○城守構成員 懇談会という位置づけなのですけれども、その中においても一定程度の、別に結論を出すということではなく、例えば働き方改革の会議に対して提言みたいなものを出せる形になればいいという。

○渋谷座長 そうですね。そういういろいろな有機的な、我々単体だけでは難しいと思いますし、使えるものはてこにして、いろいろなことをしていきたいなというのはもちろん多と思います。

ありがとうございます。では、佐藤さん。

○佐藤構成員 とても感動的なプレゼンをありがとうございます。もらい泣きしそうでした。

厚労省の方は、本当によく若手の方を呼んでいただいたなど。ここで上のほうの偉い人が出てくると全然共感できないのですけれども、若手の方を出していただいて本当によかったなと思っているのです。

やはり若い人たちの生の声は、私みたいなすれっからしでも相当心を動かされるという意味においては、先ほど閣下もおっしゃいましたけれども、例えば日本の100ぐらいの地域で全部動画に撮って行って、大した手間ではないし、大したお金でないと思うのですよね。全部総括して世論をつくるというのは、多分無理だと思うのです。きれいごとになってしまうとか、逆に恐怖訴求になってしまうかもしれない。ただ、一番びびったのは、今、これをもし聞いていたら、足立区とか墨田区の方はびびったと思うのですよね。やばいと。

そういう自分ごとのできるような動画をYouTubeに100ぐらい上げるというだけでもよくて、そのうちのいくつかがCMになっていくとか、番組に取り上げられるというように、具体的にすぐにでも動けることだと思うのです。iPhoneで撮ればいいと思うのです。iPhoneで撮って、ディレクター一人行けば数万円で多分撮れるというレベルなので、各地域医療で。

○渋谷座長 佐藤さん、言い出しっぺでやりますか。

○佐藤構成員 やってもいいのですけれども、できるはずなのですよ。キャラバンすればいいだけの話なので。そういうことはすぐにでもできるなと思いましたし、一番心を打つのは、こういう生の声。助けたいのだけれども、疲れていますみたいな。そこが非常に大きいなと思いました。

○渋谷座長 ありがとうございます。

赤星さんはまだ若いし、本当に熱意があって、これが燃え尽きたら日本にとっても損だし、私立場上、最近、医師の働き方改革で講演にたまに呼ばれて行くのですが、病院長だけではなくて若い人になるべく行くようにしているのですけれども、終わった後、みんな、とにかく何とかしてくださいというか、切実な声ばかり聞くのです。院長レベルはなるべく現状を変えないでくれというメッセージが多いのですけれども、若い人はとにかく窮状を訴えるのというのを、何とか届けたいといけないと思うのです。

ほかに赤星さんに。阿真さん、どうぞ。

○阿真構成員 私は16ページのこのスライドは本当にいいスライドだと思って、これを理解するということがすごく大事で、救急外来はお金が余分にかかります、検査は完璧にはできません、お薬も数日分しか処方できません、疲弊した医師が対応する可能性があります。これはとてもいいスライドで、これを強くわかってもらうことはメリットがあると思って、もちろん心配だったり、いろいろあるのですけれども、診てもらおうと思ったり、検査してもらおうとか、そういった気持ちで救急に行っているのです、これが待ち受けていることをちゃんと理解して行く人はほとんどいないので、こういうことだよということを知ってもらうのはすごく大事なことなので、この16ページを本当に張って歩きたいぐらいに思います。

○渋谷座長 ありがとうございます。

佐藤さんが提案したYouTubeにそれをかぶせれば、いい案件になると思うのですけれども、今いろいろな具体的な案が出つつありますが、前回、鈴木さんとか、佐藤さんとか、ほかの方からも提案いただいた議題4ですね。もし、赤星さんに関するコメントがなければ、次に行きたいのですけれども、前回、御提案いただいた医療のかかり方に関するサイト、発信していくサイトについて少し検討したいと思うのですが、資料をどなたか読んでいただけるのか。鈴木さん、読みますか。

前回、言い出しっぺで、確か鈴木さん、やろうよみたいなことがあって、そのバックで多分スレッドの中でいろいろな議論があったと思うので、それを含めて少し御議論いただきつつ、同時に、最初、事務局のほうでまとめていただいた資料の2、「前回の議論の整理」ということで、皆さんから出していただいた課題とか、イシューというか、何が問題なのかというのをかなり網羅的に皆さんの御意見を集めたところなのですけれども、何か抜けているところとか、これは大事だよとか、特に最初のこの懇談会の目指すべき基本的な考え方に関しても、御意見をいただければありがたいと思います。

まず、鈴木さんから医療情報云々に関しての考え方を、少しシェアしていただけるとありがたいと思います。

○鈴木構成員 先ほど世論形成が大事だとおっしゃっていたのですけれども、前回の会議の中で何か病気にかかって心配になったときに情報を検索したとしても、どこの何を見たらいいかそもそもわからないという中で、すぐにたどり着ける、これさえ見ればというのがあったらいいのではないかという話がすごく出ていたので、それについて、今回、

どんな話を進めていけば、そういうサイトができていくのかということでもまとめてくださいと言われたので、ペライチですが、書いてきました。

「“お墨付き”医療情報まとめサイト 創設に向けて考えなくてはならないこと」という紙をごらんいただければと思います。本当に玉石混交の医療情報があふれる中で、「まずここを見たら安心」という、国のお墨付きのサイトなり、場なりがあればいいと思っていて、先ほどのアプリみたいな話かもしれないのですけれども、まずは、ネット上でどんなコンテンツ、なおかつ、どんなタイトルでどんな対象に向けてサイトをつくれればいいのか話し合わなければならないと思っているのと、あとは、みんなが見たくなるような伝え方、みんなが見たくなるようなデザインであるべきということ、また、たくさんあるサイト上でここさえ見ればいいというリンク集があればいいのではないかみたいな話も出ました。

そして、この前、佐藤構成員がおっしゃっていましたが、ネットを見ない層がたくさんいるということで、ネットを見ない人たちにどうアプローチしたらいいのかということなども話し合わなければならないと思うのです。とにかく、テレビや新聞で発信していく、世論を形成するというのはすごく大事ですけれども、常にここを見ればいいという場があればいいのではないかなと思っていて、こちらを提案させていただきます。

○渋谷座長 ありがとうございます。

今、おっしゃった、サイトに盛り込むコンテンツの位置づけとか、あるいは、先ほど申し上げた資料2「前回の議論の整理」において抜けているものとか、ここはすごくやはり大事だとか、そうしたものも含めて残りの時間を自由討議にしたいと思えますけれども、いかがでしょうか。

どうぞ、岩永さん。

○岩永構成員 全ての病気というのは無理だと思うので、緊急性の高いもの、今の赤星先生がおっしゃっていただいたような救急とか、小さな子供をお持ちのお母さん、お父さんが子供が急病を発したときの小児救急の分野とか、本当に最初は絞って、そこを小さく産んで大きく育てるみたいな感じで、まずは緊急性が高いものからコンテンツを考えて、前回の阿真さんたちが御紹介いただいたように、もう既に、今までNPOさんとか、自治体さんがつくったようなコンテンツというものも、まず、総ざらいというか、厚労省さんか何かに調査していただいて、使えるものというのはどこにどのくらいあるかというのがわからないと、どれほど載せられるかというのわからないので、一からつくるというよりは、まず今どういう資源があるのかというのを調査して、優先すべき事項から調査して、次回あたりに出すのは難しいのかもしれないのですけれども、ちょっと見てみたいという気がしております。

○渋谷座長 その宿題は、事務局はいかがでしょう。

○千正医療政策企画官 頑張って集めたいと思います。

○渋谷座長 デーモン閣下さん。

○デーモン閣下構成員 今の岩永構成員の意見にほぼ賛成なのですけれども、最初から大

風呂敷を広げるのではなく、今、一番大事なことをとにかくがんと伝えるというのからやるのいいのかなと。

我が輩、前回と今回の話で思ったことは、何回も言いますが、#8000と#7119を世の中の人には多くは知らないのです。まず、それから始めないかと。とにかく、これの周知・徹底をどのくらい広められるのかというのをやり、かつ、先ほどの話を聞いていると、我が輩が厚労省の人から最初に説明を受けたときは、#7119は、#8000もそうですけれども、電話で今緊急に医者に行くべきかどうかを教えてください、あしたでいいのではないかと、いうことを教えてくださいという番号ですよと言われたのですが、先ほど、大阪の実態のお話を聞いたときに、今、あいている病院を紹介するだけで、行くべきかどうか、あしたでいいのではないかはちっとも教えてくれないような感じですよ。ちょっと、わからないですけれども。

それをもう少しちゃんとやらないかと。しかも、#7119は地域によっては全然できていないところもあるし、全国的にばらつきがある。だから、例えば、なるべくばらつかないように整備をすることができないのか、かつ、全国の人がみんなきっちり使えるようにということを手前に周知するというのから始めないかというのが我が輩の提案です。

何でそう思うかと言うと、前回あれだけのマスメディアが来ていまして、こういう会を開くというのがあるって、終わった後に我が輩が今日どんなことがあったのかということカメラの前でしゃべりましたけれども、「これしか世の中に報道されないのか」という結果だったのです。いかに興味を持たれていないか。こちらの発信の仕方も問題なのでしょうね。

消費税の話が、あれだけ毎日情報番組で何時間もかけてあだこうだ、あだこうだやっている。これは生活に物すごく関連する大事なことからということで、みんな食いついているから、民放も見ると人が食いつく、つまり、視聴率がとれるものを長く放送するわけですよ。

これは医療の話で、先ほどの赤星先生の話を知っていると、物すごい危機的な状態だと、あなた方、5年後、10年後に本当にお医者さんにちゃんとかけられなくなりますよという、生活に物すごく密着している危機なのだということをお知らせする必要があります。この顔で煽るといっても何ですけれども、あるのかなと思っていて、それでも#7119、#8000の整備と喧伝から始めるのいいのではないかと、我が輩は思っているところです。

○渋谷座長 ありがとうございます。

○デーモン閣下構成員 間違いがありました？（挙手する阿真構成員に）

○渋谷座長 コメントですか。

○阿真委員 済みません。私の言い方に問題があったと思うのですが、#7119にかけたときに、電話相談ですか、それとも医療機関案内ですかと聞かれます。医療機関案内ですと言う方が多いという話です。

○デーモン閣下構成員 それだと、今行くべきかどうかの人の判断よりも、みんな結局行

ってしまうのですよね。今、あいている医療機関を教えてもらったら、行くべきかどうかの判断はともかくとして、とりあえずみんな行ってしまうから、救急の人の忙しさは変わらないのです。

○渋谷座長 では、聞かなければいいではないですか。

○デーモン閣下構成員 そちらを教えなさい。

○渋谷座長 教えなければいい。

○デーモン閣下構成員 例えばですけどね。

○渋谷座長 うそです。

城守さん。

○城守構成員 今、岩永さんがおっしゃったとおりだと私も思うのですがけれども、今の阿真さんのお話をお聞きしていても、医療情報といっても医療機関の情報を知りたいのと病気の情報を知りたい、大きくこの2つに大別されますので、その2つをまず軸にして現在のものが多分つくられているはずなのです。

例えば、医療機関情報でしたら医療情報ネットですので、それを先ほどからいろいろお話があるように、ブラッシュアップをできるかどうかというところを提案したいなと思うのと、医療の現状の窮状に関しては、我々医療側が発信しても誰も見てくれませんし、ましてや、医師会などが発信した暁には何を言っているのだとバッシングを受けることは間違いありませんので、これこそメディアの方にしっかりと偏向なく報道していただければと思いますので、これは要望としてお願いしたいと思います。

○渋谷座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。鈴木さん。

○鈴木構成員 私も緊急ダイヤルからまずやるべきというのはすごく賛成で、全部、最初からできるわけではないという中でも、今、厚労省としては#7119と#8000番かもしれないのですが、各省庁でいろいろな緊急ダイヤルがあって、いろいろな緊急ダイヤルを報道してほしい。いろいろありますよね。

隣の省庁が何の緊急ダイヤルを発信してほしいと言っているかもわからないまま縦割りになっていると思うので、例えば、縦割りをどうみんなで横串を刺して一緒になれるかわからないのですが、国民みんなに知ってほしい緊急ダイヤルをちゃんとまとめた1つのリストにして、それは多分A4・1枚でできると思うのですが、それを物すごくおしゃれにデザインしてダウンロードできるようにするとか、マグネットにして配るとかして、国民みんなが冷蔵庫に張ってある状態にできればいいのではないかと考えています。そうでないと、覚えきれぬ緊急ダイヤルなんて限られているので、自分たちが発信したい番号だけではなくて、本当にみんなが必要なものが載っていたら、例えば、カレンダーとかを手帳に入れているみたいにそれを入れられるような形でもいいですけど、そういうことができれば、ネット層ではないところにも届き、緊急ダイヤルを今調べたら、ちゃんといろいろなものが載っているものは「NAVERまとめ」ぐらいしかないのです。それをち

やんとつくるのだったら、予算も数万円でできると思うのですけれども、そういうことがまずできれば。その中で、これは大事です、命にかかわるものですよというものを大きく出すとかできたりすればいいのではないかなと思いました。

○渋谷座長 そうですね。先ほど、鈴木さんも、岩永さんも、阿真さんも、デーモン閣下さんも言っていた、全部できないので、とりあえずこれは最も大事だと幾つか次回までに挙げてきていただく。

例えば、個人的には、そろそろインフルエンザが始まってきますけれど、インフルエンザになったらとにかく診断書をもらいにみんな外来に行って、意味もなくと言ってはいけませんのですけれども、リスクのある人以外は行かなくてもいいのに、とにかく発熱したらインフルの検査をして、外来でみんな待っているような状況も、また、クリニックレベルでは非常に負担がかかっている部分もある。だから、時間外受診はお互いに損みたいなの、そういうメッセージというか、国民目線でやはり賢い選択を我々はしましょうみたいなメッセージを我々は出すべきだと思うので、番号もそうだし、先ほど阿真さんが言った、赤星さんのスライドをそのまま使いたいみたいな、こういうメッセージとか、本当にシンプルなメッセージを幾つかプライオリティーとして出せば非常にいいし、そして、佐藤構成員がおっしゃったようなアクションに向くような仕掛けというか、打ち出しを出していればいいと思うのですが、そうしたものに関して、あるいは「前回の議論の整理」から今後こうしたいとか、何かスコープ的な話がもしあれば、終わる前に少し出していただければと思うのですが、いかがでしょうか。

阿真さん、どうぞ。

○阿真構成員 医療の情報の中でも、例えば子供が熱のときに熱でどうだったら救急へ行かなければいけないかというのは何年たっても変わらない情報で、例えば、今の風疹みたいにすごくはやっていて大変だということと、両方必要だと思うのです。

緊急性が高くて、今、本当に必要な情報というものと、ずっと内容自体は変わっていないけれども、ずっと載っていく情報と、それを分けて両方しっかり押さえておくということが。何が起きたとき、例えば新型インフルでパニックになったようなときに、そのサイトが更新されない状態だと嫌なので、そのときはちゃんと新型インフルのことがしっかり載っているという、ずっと同じ内容で変わらないけれども大事な情報と、今、本当に緊急性が高かったり必要だったという情報が両方押さえられているというものがいいなと思います。

○渋谷座長 それは誰がやるといいですか。

○阿真構成員 そのサイトの中で。

○渋谷座長 サイトを提案して1回つくられても、ずっとアップデートされなくてそのまま死んでしまうというのがたくさんあると思うのです。前回、城守さんがおっしゃっていましたが、専門家とか、佐藤構成員がおっしゃっていたプロボノ的なことで、すぐできるのですけれども、それを続けていく、維持して、アップデートして、常に最新というのは

なかなか難しいところがあるのですが、その辺は何かアイデアとか。それは後々、議論しますけれども、阿真さんがそうした活動をされてきて、とにかくばんと打ち出すのではなくて、地道に続けていくのが一番大事だと最初におっしゃっていましたが、サイトに関しても一緒だと思うのですよね。その辺で、何かもし。インプットで構わないので。

○阿真構成員 自分たち自身も継続的にお金を回して運営していく仕組みに対して非常に困難を感じているので、そこは私は皆さんからお知恵をいただきたいところで、サイトに関してもお金がないと動かないという状況だと困るので、とれたら、もちろん継続的にずっとお金が続いていくことが理想なのですが、お金がたとえ動かなかったとしても、かかわった責任として、継続的にある程度皆さんがかかわってくださって、自分もかかわっていただけたらと思います。

○渋谷座長 まさにこれは学者的に言うと悪いのですが、公共財の問題というか、みんなが使うけれども、誰もやるインセンティブがない。だから、パブリック的なサポートが必要だという、まさに根本的なものと思うのですが、そこは打ち出しとか、どう続けるかというのはまた議論していけばいいと思います。

それ以外で。岩永さん、どうぞ。

○岩永構成員 私はネットメディアにいるのですが、ネットメディアでもマスコミの皆さんでも、例えば、風疹がはやったら30代、50代の男性はワクチンを受けましょうとか、素早く出しているのですよね。それを専門家の方が見ていただいて、この記事だったら大丈夫だなというのは、例えば、風疹だったら風疹って、特集とか言ってリンクを張るのをやっていただければ、マスコミとしてもそこに出してもらったと言ったら、厚労省のお墨つきを得たとすごく嬉しいわけなのですよね。リンクを張って自分のところのサイトに飛んでいただけのだったら、それはPVにもつながりますし、そういうことをやれば、わざわざコンテンツを誰かが一からつくらなくても、マスコミと例えば協力関係を結ぶなどしてやったら、簡単に速報的なものが。

あとはデマ情報があったら、デマを打ち消すようなファクトチェックも我々はやっているのですが、例えば、キャベツを頭に乘せたら熱が下がるよというのを、それは全然効果がないよというのを書いたりしているのですが、本当に大真面目にというか、お母さんたちの口コミで信じられてつながってしまうので、マスコミと協力関係を結んだらいいのではないかと思いました。

○渋谷座長 確かにお金ではなくて、厚労省が持っている場をかりたまめサイトみたいとか、そういうのだったらお金かからないかもしれない。なかなか、セットアップはいろいろチャレンジがあると思いますけれども、すごくいいアイデアだと思います。

城守さん、佐藤さん。

○城守構成員 今は情報をいかに伝達するかという方法論の話が中心だと思うのですが、その前に前回の会議でも出た意見だと思うのですが、まず、病気に対する理解といいますか、特にお子さんの場合ですと、お母さん方での集団的な勉強会が功を奏

した市町村もあるわけなので、この会で直接議論する内容ではないのかもしれませんが、その取り組みというものは何らかの視点として入れておくべきであろうということが1点。

もう一点は、もし非常によいサイトができた、ないしはみんながコンセンサスを得るといったものができたということであれば、いろいろな情報伝達の方法はあると思うのですけれども、それとは別に例えば義務教育的に学校教育の中における保健の授業において、何か困ったときにはこのサイトを見ればいいのだよということをお子さんのころから刷り込んでおくとか、教育しておくとか、それは子供が大人になったときにも使えますし、子供がお母さんとかお父さんにこういうところがあるのだよということで周知を広げることでも可能なので、これは文部科学省の領域だと思いますので難しいかもしれませんが、そういう視点もどうかと思います。

○渋谷座長 佐藤さん。

○佐藤構成員 こういうところに集まっている方々は、皆さん、すごくリテラシーが高いのでいいのですけれども、まず、サイトを見に行くのがそんなにいないと思うのですね。相当リテラシー高い人だと思います。#7119とか#8000番に電話をかけるのも怖いという人たちがたくさんいると思うのです。いわゆるタクシーみたいに救急車を呼んでしまったりとか、とりあえず行ってしまうという方々は、かなり情報リテラシーが低い方がとても多いということを前提に言うと、#7119を啓蒙しようが、#8000番を啓蒙しようが、電話しない気がするのです。私は、どちらかという順番としては先に危機広報とか、すごい危機だという話を恐怖訴求にすると危ないのですが、ものすごい危機だということが先にあって、世論形成というのは今の時代はすごく難しいのですけれども、その世論形成をある程度先にして、次に#8000番や#7119があって、その上でサイトというふうにしていかないと、サイトをつくって安心しておしまいになってしまうし、#8000番とか#7119番もその重要性というのはわからない人もすごくたくさんいると思うのです。ばかにしているとか、そういうのではなくて、そういうリテラシーはすごく差があるということをおまず考えたほうがいいと思います。

サイトとか先に用意しておくのはいいと思うのですけれども、サイトをやるにしてもパブリックの税金を使うと速度が相当落ちると、助成金とかは打ち切られるのが普通だったりするので、ステークホルダーとか、一番困っている現場は医院だと思うのですけれども、そういうところの御寄附とかも含めて、民間で何かお金を集める方法はちゃんと旗を振ればあるのではないかという気は少しします。パブリックで税金を使うのは大変で、入札とかがありますから、3週間前公示とかしなくてはいけないではないですか。もう、大変なことになるので。

○渋谷座長 結構、使いにくいですよ。いろいろね。

○佐藤構成員 超使いにくいと思いますので、民間でやるほうがいいかなと思いました。

○渋谷座長 国民目線からのかかわり方ということなので、趣旨としては確かに民間ベ-

スで有志がやっていくというのはすごく方向性としていいと思います。

あと、危機をあおるといふか、ちゃんとファクトを伝える。きょうの赤星さんのまさに涙が出るというか、心を打たれる本当の現状、窮状というのはちゃんと伝えなくてはいけないし、そのやり方、先ほどおっしゃったDVDに関しては次回に意見をいただければというか、進めたいと思うので、また、佐藤さん、御意見をいただければと思います。

では、デーモン閣下さん、その後、豊田さん。

○デーモン閣下構成員 先ほど我が輩が言いました、#8000番と#7119より先に危機の喧伝、それは確かにそうだと思うのですが、意外と同時にもできるのかなという気もしています。それについては、#7119が先ほども我が輩が言ったように、どうも全国的に中身にばらつきがあるぞと。もう少し整理をちゃんとしてからのほうがより広まりやすいとも同時に思っています。

ウェブサイト及びそれ以外のものでどうやっていろいろなことを広めていくのかというのは、今後、もちろんみんなで話題にしていくことなのだと思うのですが、それ以外に我が輩が次への持ち越しで何となく思っていることの1つに、チーム医療の話が、きょう、裴先生のほうからいろいろな御説明をいただいて、とても中身はわかったのですが、では、こうしたほうがよさそうだと思いますが、速やかにはどんどん進んでいない感じも受けているのです。そこの理由は何だろうとか、あるいは全国の医療機関の中では必ずしもチーム医療の推進を快く思っていないところもあるのだろうかとか、その理由は何なのだろうかとか、そういうこともぜひ知りたく、知った上でこの懇談会ではどういうふうに意見をまとめていくとよいのかということが、今回でなく今後できるといいのかなときょう思いました。

○渋谷座長 ありがとうございます。

最後のチーム医療に関する宿題に関しては、今のタスクシフトとかその議論から。事務局から報告してもらえばいいのかな。あるいは誰か、適格な人をヒアリングに呼びますか。

○千正医療政策企画官 検討したいと思います。

○渋谷座長 非常に大事な点なので、濁すというよりは、現状を知ってどこまで行けるかということを考えてということだと理解します。よろしいでしょうか。

では、豊田さん、お願いします。

○豊田構成員 佐藤さんのお話も、デーモンさんのお話も、本当にまさにそのとおりだと思います。

私は患者の立場を代表する者として出させていただいている一方で、病院勤めが30年以上で、事務職の末端で働いてきたので感じてきたことなのですが、危機的な状況を国民に伝えるというのは本当に大賛成なのですが、一方で、実は医療者の人たちはこの過酷な事実を皆が知っていて、恐ろしいことにもう驚かないというか、みんなが耐えてきてしまっていて、新しい情報ではないのですよね。だからこそ、そこがある意味、医療者

の人たちだけで発信するのは新情報に見られず、麻痺している人たちが僕たち大変ですと言っても難しいかなというのがるので、何か歴史的な背景といいますか、いきなり大変なのですと言っても、前から説明してくれないということにもなりかねないので、そういう状況説明は少し工夫が必要かなと思いました。

それと、発信のプロである佐藤さんのような方が、逆に実は一般の人は余りそういう情報を見ていないのだよという、すごく貴重なお話が聞けていると思うのですが、これは私も東京の下町の病院にいるのでよくわかるのですが、本当にSNSなどを見ていない方がたくさんいるのですね。

私が病院の中の体制づくりを先にと一生懸命お伝えしているのは、やはり皆さん困ると病院に電話するのですね。医療者の皆さんがまずこの患者さんが悩んでいる問題について真剣に考えて、医療機関としても答えなくてはいけないという考えにならないと、どこに尋ねると言ったらやはり病院に電話をしてしまうのですね。そういう人が実は多いので、そのため病院には相談窓口があったり、対応できる場所が必要だと思っています。

それから、かかりつけ医をつくることはすごく大事だと思うのですが、体制をつくっていなかったら、開業医の皆さんはパンクしてしまうと思います。今は昔と違って病院の中では、地域医療連携の部屋や、さまざまなことをつなぐ役割の人たちがいるのですが、診療所にはそういう方がいませんので、限られた職員が、転院の手続きや起きうる問題に対応しなくてはならず、そういうことを対応したり判断するのは本当に大変なことだと思いますので、やはり体制づくりが必要です。デーモンさんがおっしゃっているように#8000番も体制ができていないとしたら、ただ、電話番号を勧めているだけではよくないから、その体制づくりが大事だとおっしゃっているのはまさにそのとおりなので、裴構成員もそういうことをたくさんおっしゃっていたと思います。

ただ、体制づくりからやるというのだと、いつになるのかという皆さんからの御意見もそのとおりなので、私は体制がそんなにできていなくても、小さい活動では、強行突破したことがあって、そうすると質がだんだん伴ってくるという経験もあるので、デーモンさんがおっしゃるように同時進行でできることから始めるということにも私は賛成します。

電話相談にしても、病院の体制にしても、ほかの地域の方たちの活動にしても、全国でばらつきがあるのは事実なので、現状を把握できるものから把握して、それらを踏まえて出せるものは出していくということで、ぜひ皆さんで打ち合わせを行いたいと思いました。

以上です。

○渋谷座長 ありがとうございます。

時間も限られてきましたけれど、何か言い残したことがあれば。

では、吉田さん、阿真さん。

○吉田構成員 啓発の仕方というのは、先ほど城守先生は学校教育という話をされましたけれども、私たちも実際現役世代に伝えたいときは小学校とかで子供向けに啓発をすることです。そうしたら、子供さんたちが家に帰って、それをお父さん、お母さんとかに話すこ

とによって、私たちが普段直接言えない世代の方々に対して、間接的にお話を子供さんから親のほうに上げてもらうというやり方は、延岡では実際やっていますので、できない話ではないのかということが1つ。

それと、先ほど裴先生の話で最初からチーム医療とありましたけれども、地方に行くとそれだけの医療資源というか、お医者さんもそうだし、タスクシフトとかシェアにしても、結局、看護師さんが充足しているのかといたら、そういうことではなくて、理想としてはすごくできればいいなというのがあるのですけれども、それは都市部のスタッフが充足しているところだったら、話としてはあるかもしれませんが、地方に行くとそこまでできればうらやましいなというところが実際のところですかね。

○渋谷座長 結構、日本の医療のお寒い状況はいろいろ聞かされるのですけれども。

阿真さん、どうぞ。

○阿真構成員 城守先生が今回も前回も触れてくださって、村木先生が意見提出してくださっている子供の病気についてのことなのですけれども、サイトの話とは別に子供の病気の話については、ほとんどの親が迷うことで、ほとんどの親が通過する話で、さらに母親学級とか、父親教室とか、乳児検診とかというのは、いまだに乳児検診に関してはかなり多くの数の親御さんが必ず参加されている自治体がほとんどですので、そこで情報提供があるというのはすごく大事なことだと思うので、この村木先生の意見にはとても賛成です。現状を整理していただけると、すごくありがたいと思います。

整理するとき、もし、していただけたら、パンフレットを配布しているだけの自治体も、やっていますと必ず皆さんおっしゃるので、パンフレット配布はやっているに入れてもいいのですけれども、パンフレット配布という枠にして、ちゃんと先生とか、保健師さんとか、看護師さんがきちんと親御さんに伝えているよというところをピックアップしていただけるといいかなと思います。

全国の自治体をきちんと調べるといって、かなりお金がかかってしまうと思うのですけれども、そうではなくて、自治体さんのほうから自分がやっているよというところは手を挙げてというような形でやってもいいのかなと思います。実際、私もいくつも知っている自治体さんでちゃんとやっているところがあるので、そういうところは結構喜んで手を挙げるのではないかなと思います。

以上です。

○渋谷座長 鈴木さん、どうぞ。

○鈴木構成員 先ほどのお医者さんたちは皆さん大変だという話なのですけれども、マスコミ視点で言うと、この懇談会が終わるときまでに何らかの取材をして出せないかと、今、後輩にいろいろリサーチをさせていると、病院側が過重労働の現場だったり、鬱で本当に自殺を考えているお医者さんの取材をさせてくれるか、テレビが入れるかというところ、なかなかそんなところはなくて、先ほどのオンラインで若い医師たちがどんどん出てくるようなものを撮れたらという話が実際にあったとしても、ペン取材レベルだったらできるので

すけれども、目に見える形で取材できないというのが長らくの問題だと思うので、なかなかテレビにも出てこない。

出てきたとしても、モザイクでどこの病院だか、誰だかもわからない形で出すと、結局そこには共感性を生まず、そういう人もいるよねということで終わってしまうので、自分の病院が過重労働させているだとか、鬱の医師を抱えているなんて誰も出たくないと思うのですけれども、その中でどう御協力を仰いで出していくのかはすごく問題だなと思っていて、マスコミ視点で言うと、その点ですごい、皆さんは多分各社やらなければと思いつながらできないところは、そこにあるのではないかとすごく思うところはあります。みんな、さぼっているわけではなくて、なかなかそれは協力を得られないというところは、長年記者をやっている思っていて、厚労省の方とか、ここだったら出してくれるみたいなどころがあったりすればいいのですけれども、これを一斉に報道したいとなったときに、協力してくださるところが必要だなと思うところです。

○渋谷座長 非常に大事で、前回、阿真さんが言った魔女狩りではなくて、やはりファクトを出していくというか、きょうも赤星さんが勇気を出して、別に何か告発したわけではなくて、現状を言っただけでも心を打つので、やり方は多分いろいろあるのではないかと思いますし、むしろ、ベストプラクティスとか、現場では試行錯誤をしていろいろな創意工夫しているところも多々あるので、いろいろな出しようはあると思うのです。危機をあおるというよりは、ファクトをちゃんと本当に冷静に伝えていただくというのはすごく大事だなと思いました。

ほかにコメントがなければ、赤星さんに拍手をしていただいで。ありがとうございます。

(一同拍手)

○渋谷座長 時間も来たので、本日はここまでにしたいと思いますけれども、きょうもいろいろ意見が出ましたし、宿題も出ましたし、具体的な提案がDVDを含め少し出たので、また次回までに整理して皆さんへお返ししたいと思います。

それでは、事務局から何かございますでしょうか。

○千正医療政策企画官 今日、いろいろとたくさん宿題をいただいたと思いますが、座長とも相談しながら整理をしていきたいと思ひます。

次回の日程については、調整の上、できるだけ早く御連絡をさせていただきたいと思ひます。ありがとうございます。

○渋谷座長 皆さん、本日はお忙しい中、ありがとうございます。それでは、きょうはこれにて終わりにしたいと思います。どうもお疲れさまでした。ありがとうございます。