

○千正医療政策企画官 皆さん、こんにちは。定刻となりましたので、ただいまより「第3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、本日の御出欠についてでございます。デーモン閣下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。そのほかの構成員の皆様には出席をいただいております。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。議事次第、座席表、資料が1から4、参考資料が1から4であります。また、本日、佐藤構成員から資料を提出していただきましたので、机上にお配りをしております。

参考資料1は、前回岩永構成員から医療のかかり方について周知をしている既存の取り組みを参考に集めてはどうかという御意見があったもので、まとめました。また、村木構成員、阿真構成員から母子保健分野における取り組みについても資料を出してほしいという御意見がございましたので、あわせてお出ししております。

参考資料2は、前回デーモン閣下構成員からタスクシフティングの進捗についてまとめた資料をという御意見があったものでございます。

参考資料3は、社会保障制度や救急業務体制について国際比較したものを、座長の御意見で出しております。

参考資料4は、前回の御議論を踏まえまして、動画の公開とあわせて「#上手な医療のかかり方」というものを設定して、SNS上での皆さんの御意見をまとめたものでございます。

なお、本日、デーモン閣下構成員は御欠席でございますが、土曜日から始まったデーモン閣下のコンサートツアーで#8000を周知するチラシを配布していただいている。そういう協力をしていただいているということをお紹介させていただきます。

それでは、これ以降の運営については渋谷座長にお願いいたします。

○渋谷座長 ありがとうございます。

デーモン閣下が自分のシンパにそういうチラシを配るのは一番効果的かどうかというのは、後で佐藤さんが提案してくれると思うのですけれども、効果がありますよね。まあ、いいや。

早速議事に入りたいと思います。第1回、第2回、いろいろな御意見を皆様からいただいて、次回第4回でまとめをしていきたいと思っております。この上手なかかり方というのは短期決戦というか、本当に素晴らしいメンバーが集まったので、その英知を集めて一気に施策に持っていきたいと思うのですけれども、今回の議論の方向性を出していきたいと思いますが、既に行われている取り組み、種々、まだ足りないところとか、ヒアリングをしなければいけないというところもあるので、今回はお三方からヒアリングして、それから議論したいと思っております。

最初に、医療の賢い選択、いわゆるチュージング・ワイズリーという運動が欧米とか、最近では日本でも医療提供者側から賢く選択しようというムーブメントが起こっております。

これは、最初に阿真さんのほうから賢い選択、上手な医療のかかり方というのは、アクセス制限ではなくて、本当に命を守るとかそういう方向性、正しい選択をしていこうと。医療提供者側のほうからもむしろそういう動きが起こっているということで、それは必ずしも対立するものではなくて、むしろ提供側も受ける側も一緒にやっっていこうという方向性だと思うのですが、チュージング・ワイズリー、賢い選択に関して、その第一人者の徳田先生からスカイプで。大体スカイプというのは途中で途切れることが多いのですが、特に厚労省のテクノロジーを信用していないので、うまくいくといいのですが。徳田先生、よろしくお願いいたします。

○徳田参考人 皆さん、こんにちは。徳田安春です。

渋谷先生、こんにちは。

○渋谷座長 こんにちは。ちゃんと映っているので、どうぞ。余り怖い顔をしないで、いつもの調子でお願いします。

○徳田参考人 わかりました。

(PP)

チュージング・ワイズリー、医療の賢い選択についてお話ししたいと思います。

(PP)

チュージング・ワイズリーは、世界的なキャンペーンが行われていますが、スタートしたのは2012年です。最初はアメリカ内科認定機構のプロフェッショナルリズム委員会が呼びかけました。その呼びかけに反応した各臨床系学会が自発的にリストを発表しています。

(PP)

例えばこういったものがリストです。この例はアメリカ救急医学会。こういう5リストと呼ばれているシンプルなセンテンスからなる5つのリストが、医師、そして患者、市民に発表されることになりました。

(PP)

そこからカナダ、ヨーロッパ、オーストラリア、ニュージーランド、そして日本、全部に広がりました。アメリカでは既に70を超える学会が自発的にリコメンデーションを発表し、そのトータルはもう400を超えています。患者さん用のパンフレットも90を超えています。2年おくれてスタートしたカナダでは45を超える臨床系学会が自発的にリストを発表し、その合計の数は100を超えるものになっています。患者さん用のパンフレットも25を超えるものになっています。

(PP)

今や世界20カ国に広がっています。アジアでは日本、韓国。

(PP)

これは、私たち総合診療指導医コンソーシアムが出したリコメンデーションです。5リストです。

(PP)

このチュージング・ワイズリーキャンペーンがどういうふうになっているか。チュージング・ワイズリー・インターナショナル・ラウンドテーブルから発表されています。医師向けには具体的な方略として学会による診療指針の作成。ガイドラインにもこういったリコメンデーションを取り入れるように活動しています。さまざまな本、雑誌、ウェブなどで医師向けに情報提供しています。患者さん向けにはパンフレットやビデオ、YouTubeなど、さまざまなe-ラーニングとして提供しています。医療機関に協力を要請して、受診時にさまざまな状況で情報を提供するように行われています。

医師・患者以外にメディアとステークホルダーも重要な対象者となっています。メディアとの協力体制の確立、さまざまな人物による統一メッセージの発信。ステークホルダーに対しましては、目標達成のためにステークホルダーの組織に協力を依頼しています。保険者や企業などです。

(PP)

これはインターナショナル・ラウンドテーブルでチュージング・ワイズリーがつくったDemand-side interventionsです。大きく3つ分けております。1つはPatient cost-sharing。2つ目がPatient education。3つ目がProvider report cards。我々のキャンペーンで赤でマークをしたPatient educationとProvider report cardsです。Patient educationの中にはShared decision making、そしてeducationといったものがコンセプトとなっています。Provider report cardsとしては、Quality indicators。数多くの情報をシェアすることによって、患者さんが選択をすることができるようにしています。

(PP)

患者さん・市民への教育、トレーニングです。ホームページ上、各国がセッティングしています。病院や医療機関などでもホームページの中にチュージング・ワイズリーのリコメンデーションがアップされるようになりました。そして、ソーシャルメディアにもチュージング・ワイズリーがどんどん情報をシェアされるようになりました。患者さん向けのパンフレットが医療機関に置かれるようになっていきます。

YouTubeなど動画サイトでは、チュージング・ワイズリーのメッセージが書き込まれた音楽あるいはダンスなど、エンターテインメントを交えた情報提供といったものが行われています。

(PP)

これはチュージング・ワイズリー・カナダのページです。こういったパンフレットなどがウェブ上あるいはプリントなどでカナダの国で広がっています。向かって左側は風邪を引いたときの抗菌薬です。真ん中は非特異的腰痛に対するMRI。3つ目は症状がない人に対する心電図運動負荷検査です。

(PP)

さまざまな研究がチュージング・ワイズリーのインパクト、分析という形で行われています。かかりつけ薬局による介入研究。カナダのケベック州で行われたRCT。30カ所のコミ

ユニティーファーマシーでランダムマイゼーションが行われる。ペイシエントエンパワーメントのインターベンションが行われました。その中身は、患者さんに対する教育。そしてチャンピオンストーリー。これは患者さんの中で成功をみんなでシェアするという事です。そして、チューズング・ワイズリーのリコメンデーション。こういった介入を行った後、いろいろ検証されるようになりました。ベンゾジアゼピン系の処方が減っている。(スカイプが切断された)

○渋谷座長 資料があるので、電話でもいいのですけれども。大体スカイプは切れるので。時間を無駄にしないためにも進めていいですか。

チューズング・ワイズリーというのは、先ほど徳田先生がおっしゃったように、5つの非常に単純なリストを発表して、これをやめていこうと。よくあるのですけれども、入院していると、トイレに行かせるのが面倒くさいから、尿カテをすぐ入れて、尿路感染して、老人の場合、だんだん悪くなるというパターンが昔あったのですが、彼らとはとにかく安易に尿道カテーテルを入れるのはやめましようとか、あるいはがんが疑われる患者でもないのに、がんマーカーでどんどん検査してスクリーニングをやるのをやめましようとか、頭がどうかという場合は、すぐMRIをやってしまうとか、CTをやってしまうとか、全身CTをやりがちですけれども、そういうのをやめましようと言っているのですけれども、そういう運動を提供者側から。

彼が言ったのは2つキーワードがあって、一つは自発的に、もう一つはオーガニックに、有機的に。だから、上からトップダウンの強制ではなくて、彼らがプロとしてこれが無駄というか、こうしたことをやっていかないと。そういうプロとしての矜持を見せている。ある意味では日本でよく聞いて、実際実行されているプロフェッショナル・オートノミーの一ついい例だと思っているのです。提供者側からこういう運動もありますということをもまず御紹介いただいたということでもあります。

だめなので、次に行きますか。また徳田先生とつながったら、1回戻りたいと思います。

ここまでの段階で御意見があれば。いかがでしょうか。どなたか。では、岩永さん、どうぞ。

○岩永構成員 徳田先生がやられている日本のホームページも見たのですが、日本での学会ではどれほど知られていて、どれぐらい参加しているものなのですか。

○渋谷座長 それは私に質問されているのですが、僕はファンですし、実際横倉医師会との対談をウェブサイトでどこかで見たこともありますし、かなりシンパが多いと思うのですが、ただ、恐らくプライマリ・ケア学会とか、総合診療医系の方々がやっているのではないと思うのですけれども、それは徳田先生、事務局から確認したほうがいいと思うので、それは後ほど対応したいと思います。堀岡さんはメッセージで彼に聞いてもらってもいいのですけれども。

城守先生、どうぞ。

○城守構成員 基本的にはこのチュージング・ワイズリー、無駄な診療、診断、治療、薬剤、そういうものを省いていくということにおいては、自由な考え方であることは間違いないと思うのですが、特に診断に関しては、一定のガイドラインなどを推奨にして、特異な症状以外は検査をしないということ等もうたわれているわけですね。でも、実は標準から外れた患者さんというのは10~40%ぐらいおられるわけですね。そうすると、そういう人たちをカバーするために今までは検査を広く行ってきたという事実もあるわけですよ。ですから、このガイドラインの有効性の信用性が上がるという担保をある程度つけないと、中心の人たちをレスキューするためだけのチュージング・ワイズリーということにもなりかねないので、そのあたりは十分に注意をして実行に移していくという考え方が必要かなと思います。

以上です。

○渋谷座長 ありがとうございます。

恐らくこれは最初に阿真さんが言ったポイントで、無駄を排除するというよりは、正しい選択をしようというメッセージなので、そこはちょっとニュアンスが違うのかなという気はするので、徳田さんたちのムーブメントも基本的には正しい、賢い選択をしていこうと。だから、「エンパワー」という言葉をすごく使っていると思うのですが、無駄を排除するとか、アウトライヤーを無視するとか、そういう話ではないですし、ガイドラインにおいてもあくまでもバリエーションというのはあると。ただ、標準的な治療はこうしていきましょうという方向性だと思うので、先生のおっしゃるところは確かなのですが、無駄を排除するというだけではないのかなと。恐らくこういうことをやっていくことで無駄が排除されると。結果としてはそうなのではけれども、そもそもの入り口は、無駄を排除しようということではないのではないかなと。あくまでも彼らはシステムチェックレビューとかそういうエビデンスに基づいてやっていますので、結果としては科学的にも正しく、臨床的にも妥当な選択を賢く選ぶことで、患者さんに最もベストな選択、価値ある選択は何なのかということを提供者側からやっていこうという理解で僕はいるのですが。

ごめんなさい。僕は結構ファンなので、勝手にしゃべって申しわけないのですが、11ページ、かかりつけ薬局による介入研究は、タスクシフトとも非常に関係するのですが、薬剤師さんが患者さんにきちんとエンパワーすることで、「教育」という言い方は余り好きでない。一緒に考える、デシジョンメイキングすることによって、実際にベンゾジアゼピンの正しい投与、改善したというわけですね。JAMAに出ているのだから。これはすばらしいと思うのです。

例えば2月になると、花粉症になって、みんなお医者さんに行くではないですか。何をやっているかという、アレグラを処方しているだけですね。と言っては悪いですが、そうではないのですが、では、アレグラは今、薬局で買えるではないですか。でも、みんな何でお医者さんに行くかという、むしろお医者さんで保険処方してもらおうと安いから行くわけです。そういう無駄もある中で、では、薬局で薬剤師さんがアレグラを処方

できるようになったら、それはだめなのですかという議論もあるわけですね。

だから、こういうのは一過性のものでなくて、いろんなものがつながっているということで、非常におもしろい事例だなと。もちろん、安全を担保しなければいけないのだけれども、こういうムーブメント、提供者というのは医者だけでもないし、前回裏先生とかいろんな方が言ってくださったチーム医療、さまざまなタスクシェアの話というのもつながってくるのかなと思います。

では、鈴木さんが言った後。徳田さん、出ているのですか。声が出ますか。

○千正医療政策企画官 声は出ないです。

○事務局 電話がつながらないので。

○渋谷座長 では、スピーカーモードにして。

○事務局 私のパソコンがもう固まって。

○渋谷座長 厚労省のテクノロジーはこういうものなので。まあ、いいのですけれども。

では、鈴木さん。

○鈴木構成員 チュージング・ワイズリーは、すごくいいと思うのですけれども、国民とかメディア目線で言うと、これでもまだ煩雑だなという感じがしています。チュージング・ワイズリー、5つのことみたいにまとまっているのはすごいとっていて、これを参考に、ここなのか、厚労省とかで、国民が知っておくべき5つのことと簡素にまとめて、例えば健診のし過ぎにはデメリットがあると知っておきましょうとか。それをみんな知らなくて、例えば遺伝子キットとかの検査でも、ベンチャーとか、すごいはやりまくっていたり、乳がんの検診は若い人たちでもやりましょうと呼びかけてしまったりとか、間違った検診のことがあると思う。例えば「デメリットがあることを知っておきましょう」。その中に例えば1枚でそれについて書いてある。また、「かかりつけ薬局・医師を持ちましょう」みたいなこととか、「救急のときにはすぐに救急車を呼ばずに、まず8000番をやりましょう」とか、5個大切なことをリストにして発信するということがあったら、メディアもやりやすいし、国民的にもわかりやすいと思って、これを参考につくっていくと、すごく有効なのではないかなと今、思いつきました。

○渋谷座長 そうですね。ですから、これはあくまでも提供側の自分たちが出したもので、先ほど申し上げたように、例えばこの検討会のアウトプットとして5つ覚えておくこととこのを出してもいいかもしれないですね。

○鈴木構成員 次、12月6日、例えばそういうことができたら、メディア的にも取り上げやすいかなと。国民的にも伝わりやすい。検診のやり過ぎがあるということをそもそも一般の国民はほぼ知らなくて。

○渋谷座長 そうですよ。僕は、過剰診断、過剰治療とぼろくそにたたかれましたからね。

○鈴木構成員 そうなのですね。私も乳がん検診を受けましたと若い人に言われるたびに、どうしようかと思うのですけれども、その点とかはすごくいいタイミングかなと思いました。

○渋谷座長 どうですか。徳田先生、最後の2つのスライドが終わっていませんでしたので。あと、岩永さんから質問で、今、日本の学会で。では、トランスレートしてもらって、電話をかけて、岩永さんから日本の学会で実際にチュージング・ワイズリーはどれくらい広まっているのですかと。一部の人ではないのかどうかという懸念があるみたいなのですか。ちょっと電話で聞いてみて。

その間に裴さん。

○裴構成員 チュージング・ワイズリーは本当にいい概念だと思うのですが、7ページを見たとしても、対象者が医師、患者、メディア、ステークホルダーと書いていますけれども、前回もお話しさせていただいたように、これからかかり方をうまく広めていくというのは総力戦だと思うのです。となると、先ほど座長がおっしゃったように、医師だけでなく、薬剤師さんとか看護師さんだったり、リハだったり、医療にかかわる職種がそれぞれの視点でチュージング・ワイズリーを広めていくことが大切だと思います。医師だけのものではないという形でどんどん広めていかないと、エンパワーする力というのは、どうしても1職種、2職種では弱過ぎると思うのです。総力戦という形でいろんな職種がこのキャンペーンを推し進めていくというムーブメントにしないと、なかなか突破口は開かないと思うのです。だからこそ医師の学会だけではなくて、医療職の学会が横断的にそういう形でキャンペーンを張っていくというのも非常におもしろいやり方かなと思っております。

○渋谷座長 その辺の話は後ほど佐藤さんが恐らく発表していただくので、前触れということ。

村木さん、お願いします。

○村木構成員 私が質問したかった趣旨もほぼ一緒で、いきなり学会別でということになると、この会を基点にやる活動にとっては、入り口がないということになるので、もう少し一般論、総論的なもので参考になるものがあるのか、あるいはこの国の中でそういうことをやっているところがあれば、教えていただくと、参考になると思いました。

○渋谷座長 今も徳田さんに質問してもらっていいですか。メッセージャーでもいいから聞いておいて。それで後で答えてもらっていいですか。

その間に質問とかコメントとかあれば。大丈夫ですか。

確かに学会が一方向的に言っても、大体お医者さんというのは、自分がやっているのと言えば、人に伝わると思っている人種なので、ほぼ伝わらないのかなという印象もすごくあるので、だから、先ほど鈴木さんが言ったように、この検討会を含め、国民目線で伝わるような一般的な話と横断型で、本当にこれは大事だというメッセージを5つぐらい出せると非常におもしろいかなとも思いますけれども。

吉田さん、そういうのをやりましたか。

○吉田構成員 延岡市は、1回目で発表させてもらった地域医療を守る条例というものに市民の責務を4つということで、かかりつけ医を持つ、時間内の受診、感謝の気持ち、健（検）診受診。私も多くを語ってもなかなか覚えてもらえないので、鈴木さんが言われた

ように、絞るということと、ここの資料にも書いていますけれども、統一的なメッセージでシンプルにわかりやすくというところは、啓発するときに重視していました。

○渋谷座長 実際にインパクトというのが発表にされたかもしれませんが、具体的に何か。数字で言うのは難しいかもしれませんが、印象でも構わないですが、実際にリストのインパクトというか、どんな感じだったのですか。

○吉田構成員 発表のときもやりましたけれども、県立延岡病院という中核病院があって、その時間外の患者数が半減したというのは、数字としては目に見える形での成果かなと思っています。

○渋谷座長 では、可能な限り。

○奥野地域医療計画課長補佐 今、徳田先生とお電話で話をさせていただいて、伝達でございますが、まず村木構成員、裏構成員からも御示唆ありました、伝える内容については、今のところ、資料にもありました総合診療医のコンソーシアム、5リストや、感染症についての5リストが日本では出てきているけれども、それをより一般化したような形というのはまだ出てきていないという状況で、ホームページを立ち上げて広報を開始したばかりだということで、これからの取り組みだということでございます。

○渋谷座長 まだ新しいということですね。

○奥野地域医療計画課長補佐 まだ始まったばかり。

○渋谷座長 プライマリ・ケア学会でもチューzing・ワイズリー検討委員会というのがことしの6月に立ち上がったばかりなので、まだこれからという感じだというのは調べている。

あと、大丈夫ですか。何かコメント、大丈夫ですか。

では、次に行きましょうか。テクノロジーの問題があって、済みません。ありがとうございました。本当に徳田先生にお礼を申し上げたいと思います。

続いては、「日本の医療の良さを知ったうえで今後も持続させるために」というテーマで、医師会の今村さんから10分程度でプレゼンをお願いしたいと思います。どうぞよろしくをお願いします。

○今村参考人 医師会の今村と申します。本日は、お招きいただきまして、ありがとうございます。

今、座長からお話があったように、大きな枠組みというか、日本の医療のよさを知った上で、課題もいろいろあるのですけれども、今後もこれを持続するためにもみんな考えていきたいと思います。こういうことをお話しさせていただきたいと思っています。

(PP)

済みません。これは実物よりずっとうまく描かれてしまっているのですが、これは私が描いたのでなくて、事務局が表紙にこれをどうぞと言ってつけてくれた。

○渋谷座長 いや、そっくりだと思いますけれども。

○今村参考人 医師会という組織を国民の皆さんに正しく理解していただくのに、なかなか

か苦勞してしまして、開業医の団体であるとか、開業医のみずからの利益を求めのために活動し、圧力をかける団体だというイメージがあって、そうではないということを国民に説明するために、読売新聞にこういうメッセージを出させていただきました。

(PP)

医学生や研修医に医師会を理解してもらうためにつくっている資料がこれで、北里柴三郎先生が初代の会長で、医師32万人のうち、半分以上が日本医師会に加入していて、会員の開業医と勤務医の割合はほぼ半分です。世界医師会で認められた、日本で唯一個人の資格で加入する団体です。2012年にノーベル医学・生理学賞を受賞した山中伸弥先生も、今年ノーベル医学・生理学賞を受賞された本庶佑先生も日本医師会の会員であるということ意外と知らない方がいるので、こういうことを御紹介しております。

(PP)

日本医師会は国のさまざまな政策を、以下の2つの基準で判断をしています。一つは「国民の安全な医療に資する政策か」。それから「公的な医療保険による国民皆保険を堅持できる政策か」です。皆さん、日本の医療保険制度はすごくいいということは漠然と理解されているかもしれないのですが、本当の意味で日本の医療保険制度が各国の状況とどう違うのかということを理解された上で思っているわけではないと思います。

1961年に国民皆保険制度ができて、既にもう50有余年たっていますけれども、水や空気のように当たり前のものとして皆さん、医療を受診されていると思うのです。

(PP)

我が国の医療というのは大変平等で、患者さんにとっても自由で、質が高いもの。世界一の高齢化率であるにもかかわらず、先進諸国の中でも非常に低いコストで提供されており、まさに国民皆保険は日本の宝です。これを今後どうやって国民のために守っていくのかということをおもひなで考えなければいけないと思っています。

(PP)

日本の公的医療保険の3つの特徴というのは、全ての国民の方を保険制度の対象としている。フリーアクセスといって、自由に全国の医療機関で保険証一枚あれば公的保険で医療を受けられる。病気になったときに自由に自分で医療機関を選んで受診できる国というのはそんなに多くなくて、結構アクセスが制限をされている国が非常に多いわけです。

また、現物給付という言い方をしていますけれども、病気になったら、お金ではなくて、必要な医療がしっかりと最後まで給付される。お金がないと、これ以上医療を受けられませんよということはない仕組みになっている。こういう3つの非常にすぐれた仕組みがあります。

(PP)

世界の五大医学誌と言われている「Lancet」という医学雑誌の中で、ちょうど日本の国民皆保険制度ができて50年たったときに、特集号を組まれて、この監修を座長の渋谷さんがされていました。短期間で長寿社会を実現した要因であるとか、国民皆保険制度の長所

と、今までは非常にすぐれた制度だったけれども、このまま続けるにはいろんな課題がたくさんありますねということがこの特集号では触れられています。

(PP)

これはOECD、経済協力開発機構が世界の医療の評価をしまして、それを基にして縦軸にOECDの国別、横軸にいろんな死亡率がありまして、通知表なのでA、B、C、Dで評価されているのですが、日本のところを見ていただくと、唯一Cが1つあって、これは呼吸器疾患による死亡率ということで、先進国の中では圧倒的に喫煙率が高いということが現実としてありますが、その他のアウトカムは非常に高い。

ちなみに、アメリカはほとんどCかDしかなくて、Aは、健康状態の自己評価だけです。つまり、国民が受けておられる医療のアウトカムは決して高くないのに、国民は自分はすごく健康だと。ある意味ポジティブで前向きな考えですが、日本はどうかというと、長年ずっとDになっていまして、日本人は幸せかと聞かれると、いや、不幸せだと答えてしまう国民なので、これもいたし方ないのかも知れませんが、なるべくこれだけの素晴らしい医療を受けられているのだから、もうちょっと前向きに考えてくださいねということをお私どもは申し上げます。

(PP)

費用について、虫垂炎を例にとると、これは東京海上日動が各国の状況を調べられているのですけれども、ニューヨークだと、虫垂炎で医療費は150~440万ぐらいかかり、入院日数は1~3日。各国、費用は違っていますけれども、日本は30万円ということで、この中で一番低いぐらいですし、なおかつ公的医療保険制度なので、通常3割負担の方は9万円で済み、非常に廉価になっている。

(PP)

もう一つは、日本には高額療養費制度があって、医療機関や薬局の窓口で支払った額が一カ月の中である一定の金額を超えたら、それ以上はもう払わなくてもいいですよという、日本独自の制度を持っているわけです。例えば70歳未満で年収が370~770万の方が、医療費が保険がきく前に100万かかりましたと。この人は比較的所得の高い高齢者なので、3割負担をします。そうすると、100万円の3割なので、30万円を御自分が払うことになるわけですが、高額療養費制度により、実際には御自分の負担額は8万7000円で済む。患者さんに負担をかけないような制度になっています。

こういうことは、実際に自分が医療を受けてお金を支払う段階になってみて、こういうことになっていたのか初めてわかるわけで、健康な若い方たちは日本の保険の仕組みは、多分ほとんど知らないと思います。

(PP)

私ども日本医師会は、全ての国民の方にかかりつけ医を持っていただいて、そのかかりつけ医を医師会が支援する、そして、医師会と行政、地域の中ではさまざまな多職種、かかりつけ医と専門医が連携することで、地域の中で切れ目のない医療・介護を提供して

いこうということを述べているところです。

我が国の医療は基本的には非常に高いパフォーマンスで提供されています。日本の医療のよさを十分に知った上で、課題もさまざまに出てきていますので、その課題をどうやって解決するのか、日本のすぐれた医療保険制度をどうやって持続させるかということをもっと皆さんで考えていただきたいと思っています。

(PP)

この検討会の主たるテーマですけれども、国民への広報ということで、これは本当に大事だと思っていて、日本医師会でもいろいろ取り組んでいるのですが、思うように周知するのはなかなか難しいと思っています。

(PP)

これは10年前に医療崩壊が叫ばれたときに日本医師会がつくったCMです。渋谷さんがうなずいていますが、ご覧になったことがあるのかもしれませんが、これは男性医師編と女性医師編があります。本当は今日ご覧頂きたかったのですが、著作権の問題でご覧頂けなかったのですが、ご覧になったことがある方、ちなみにいらっしゃいますか。(挙手)

お一人。局長。3人ですね。

一つは若い男性勤務医が医局で疲弊してひっくり返っているものです。「医師たちは闘っている。医師不足というもう一つの大きな病と」というテーマで、男性医師編としています。

女性医師編の方は産婦人科医で、御自分も妊娠をしているのだけれども、「頑張ってるね、そう励ます人が頑張りがすぎている」。こういうメッセージを送ったものですが、その当時は結構いい反応もいただいたのですが、全ての国民に見ていただけるわけでもない。

(PP)

ちょっとお恥ずかしい話ですが、細野真宏さんという経済学者さんが、個人的に知り合いで、もっと日本の人に医療や介護の話を理解してもらった方がいい。自分はこの女性誌の中に枠を持っているから出てくれないかと言われて、出たものですが、大病院は紹介状がないと5,000円増える。だけど、これはちゃんと理由があるのですよということを、この雑誌の読者は40～60歳ぐらいまでの女性がすごく多くて、将来自分たちが受ける医療や介護に非常に興味を持っている人たちが多く、そういう方たちに日本の医療はどういう仕組みなのか、介護はどういう仕組みなのかということを理解していただくために、掲載してもらいました。ほとんど反響がありませんが、こういう活動もしています。

(PP)

それぞれの個別の疾病対策としては、これは桂歌丸さんに出ていただいたCOPD、慢性閉塞性肺疾患の啓発ポスターです。桂歌丸さんもCOPDで亡くなりましたが、ニュースを見ると、「桂歌丸さん、死亡」としか出ないわけです。だけど、いかに喫煙は害があつて、こういう病気になるかというような疾病の啓発ということもさせていただいています。

(PP)

日本医師会だけではなくて、地域、都道府県の医師会がいろんな啓発をしています。これは京都府医師会の取り組みです。城守先生が出ているから京都府を取り上げているというわけでもないのですが、非常によい取り組みをしておられるということで、事例として挙げさせていただいています。住民向けの公開講座「実体験に学ぶ かしこい医療へのかかり方」というテーマで去年の春に実施されたものですが、いろんなところでこういうイベントをやっています。

(PP)

これは学校教育がいかに大事かということで、中央教育審議会の中でも日本医師会から児童生徒の健康支援のため、また実践的な健康教育を推進するためには学校医がどう対応するべきかという提案をさせていただいています。

(PP)

これをぜひ見ていただきたいのですが、これはスウェーデンの中学校の教科書です。見ていただくと、右側に知識のことが出ています。医療保険というのはこういう仕組みだと。かなり細かく、中学生にここまでの知識を教えるのかという内容なのです。例えば、日本で試験をやると、知識の確認だけをするようになると思うのです。一方、スウェーデンではこの教科書をどう使っているかと言うと、左側を見ていただきたいのですが、「あなたは病気になったとき、どこに連絡をとりますか。また、最も近くの病院はどこにありますか」。例えば#8000とか7119とか、そういうものの利用ということを多分こういうところで教えることになる。

「予防的健康ケアとはどういう意味ですか。オープン・ケア、終末期のケア、初期診療とはどういうことですか」。「医療施設にある、さまざまな職種についてリストをつくって理解をしましょう」。まさしくタスクシフト、あるいはチーム医療のことを教えている。

それから、「医療保険にはどんな内容が含まれていますか。どんな規則があり、補償金額はいくらかを調べましょう」。最後がすごく大事なことで、「『どんな医療を望むか』の節には、医療についてのさまざまな問題と主張がありました。あなたは、どの意見に賛成ですか。それは何故ですか。あなたは、どの意見に反対ですか。それは何故ですか。どの意見が、あなたのコミュニケーションの状況に当てはまりますか。ここに挙げられた問題を、比較しながら討議をしましょう」。まさしく知識があって、それを基に自分たちの地域の中で問題意識を持って考えるように教育が行われている。これは中学校2年生ぐらいを対象とした話です。

(PP)

日本でもようやくセンター試験の中で社会保障に対する国民の理解を求めるということで、社会保障、介護に関する問題が出ています。今はセンター試験も大分変わって、考えさせるような問題ができていると言っていますけれども、中身が簡単で、スウェーデンの中学校のレベルと比べると、とてつもなく易しい問題になっているのですが、学校教育の中で医療、介護、社会保障の基本的な知識を学んでいただく必要があると思っています。

(PP)

これは最後のスライドですけれども、国民の理解を得るために、国として厚生労働省と文部科学省は何をするべきか。これは日本全体の共通の話なので、共通の資材を用いて国民にメッセージを発信していただきたい。先ほど鈴木さんから5つのということがありました。、何でもいいと思うのです。、分かりやすく、医療提供者だけが分かる言葉でなくて、一般国民が理解できるようなものを国が国民に発信してほしい。そして、多くのステークホルダー、自治体であり、メディアの方であり、医師会であり、市民団体であり、それぞれの立場で発信したいことがあると思いますので、トップダウンとボトムアップ、両方で国民に向かって、今、日本の医療保険制度を守っていくために何をすべきかということ発信していく必要があるのではないかと考えています。

お時間を頂戴いたしました。どうも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。

今村さんから日本人の医療のよさというものを十分うたった上で、現状も踏まえながら、持続可能にするためにはどうしたらいいかということについてプレゼンをいただきました。日本医師会の紹介から始まり、日本医師会というのはそういうファンクションなのかと初めて知ったというの。これはうそですよ。あとは入院医療の特徴。それから国年への広報。3点について言いました。メインとしては2、3というところだと思いますけれども、今のプレゼンに関して御質問とか御意見とかあれば、ぜひお願いします。いかがでしょうか。山中先生とか本庶先生も入っている。僕も医師会に入ろうかなと思いました。済みません。

○今村参考人 ぜひ。

○渋谷座長 ほかの方、何かコメントありますか。では、どうぞ。

○小室構成員 参考までに教えていただきたいのですが、先ほどのCMは、幾らぐらいの費用をかけて、どれぐらいの期間、どこに流されたのか、教えてください。

○今村参考人 申しわけないです。私は担当ではないのですけれども、かなりのお金をかけて、大手の広告代理店を通して、30秒と60秒のバージョン2つをつくり、1年ぐらいテレビで放映しました。ですが、なかなか多くの方の目に触れていただくことは難しかったと思います。

○小室構成員 費用は医師会負担で出されたのですね。

○今村参考人 もちろんです。

○小室構成員 見ることができなかったの、どこで流れていたか。

○渋谷座長 結構中抜きされて使われているから、わかりません。

鈴木さん、どうぞ。

○鈴木構成員 このCMとか育成キャンペーンみたいなものはいいと思うのですけれども、私はことしまで日本テレビで12年間勤めている中で、代理店とかの中抜き料とか、これは問題というか、国が頼むのが代理店というのはそもそも違うのではないかと考えていて、私は12年間日本テレビで記者をやっている、プラスで社長室のCSRの中でやっていたりする

のですが、実は企業はCSR費が物すごい余っていたりして、今、その企業が出すところがわからなくて、ピンクリボンとかに出しています。そもそもピンクリボンのキャンペーンも曖昧なので、過剰な検診とかを勧めてしまっていたりして、問題だと思のです。

例えばこれに乗ってくれる企業を募集して、CSR費を一斉に集めてやるとか、仕事としてやるのでなくて、本当にこれはやるべきだというところで結成して、官民産連携で発信していくということができれば、物すごいキャンペーンになるのではないかと思っています。

それこそコレクティブインパクトという考えがありますが、アイソレーテッドでそれぞれが頑張るのでなくて、結集したものをやれば、国民的なムーブメントになるのではないかなと思って、ぜひそういうのをやっていきたいなと思いました。

○渋谷座長 10年前に外科医が倒れているという絵は、まさに前回赤星さんがプレゼンして、佐藤さんが涙した絵を今だったらYouTubeに100個ぐらい。当時かけたお金のはるか10分の1ぐらいでできると思うのですけれども、時代も変わったし、ただ、医師会がそこを問題意識として出していたというのはすばらしいことですし、それがツールとして、あるいは後で佐藤さんから出ると思いますが、セグメント的にどんどんやっていくキャンペーンというのは、まさに今に合ったやり方があると思うので、医師会のほうももう一回打つとか、それは今回の検討会からのアウトプットとして、国ももちろんしますけれども、そういうプロフェッショナルな方とか患者さんとか、いろんなところから打っていかなければいけないという鈴木さんのメッセージ、コレクティブインパクトというのは本当に大事かなと思いました。

ほかに。では、村木さん。

○村木構成員 おっしゃるように、日本の医療の水準がきちんとしているとか、お医者さんたちの非常に大変な状況というのは、お知らせをする事柄としてきちんとやりたいなと思いました。

それから、教育の話が出ました。済みません。私はOBだから言いにくいのですが、ちょっと反省も含めて。厚労省のホームページをずっと探していくと、社会保障教育の教材みたいなものがあります。年金と医療の高校・大学で使う動画があって、あと、紙で配布することを想定した教材があるのですけれども、その教材の方はちょっと悲しい状況です。医師会や厚労省が宣伝しても、手前みそで言っていると思われそうですが、少なくとも素材はもう少し提供できる場所があるかなと思います。特に制度は変わりやすいので、役所が提供する部分というのはちゃんとあると思います。

もう一つだけ。介護保険を考えると、新しい制度であるにもかかわらず、とにかく最初にケアマネのところへ行って相談すればいいのね、いろいろサービスがあるみたいだけど、何がどう使えるか、ケアマネと相談するのねという知識ぐらいは、中高年、介護がちょっと間近に迫った人はみんなありますね。そういう意味で、医療という分野では、多分かかりつけ医の役割になるのかもしれない。そういう、ここに相談すればいいのね、この人と相談するのいいのねというものを作ることがすごく大事になってくるのではないかと思

うのです。

介護保険よりずっと医療のほうが難しいでしょうけれども、そこは医師会のお力がかかなり大きいのではないかと思うので、お願いしたいなと思いました。

以上です。

○渋谷座長 ありがとうございます。

今村先生へのメッセージとしてはそうしたところだと思いますが、今のコメントに対して何かございますでしょうか。

○今村参考人 本当におっしゃるとおりだと思います。我々もかかりつけ医を国民の方に持っていただくということが第一だと思っています。そのためには、我々もかかりつけ医の機能を充実して、国民から信頼される医師として活躍できるようにしなければということで、今、かかりつけ医機能研修制度というのをやっていますけれども、多くの国民の方がいきなり風邪を引いて大病院に行ってしまうということは、御本人にとっても医療機関にとっても余り幸せなことではないので、そういうことを自然に国民の方に理解していただくようになるための啓発と、かかりつけ医機能の強化ということを医師会として行っていきたいと思っております。

○渋谷座長 ほかに。7ページ目に国民皆保険、フリーアクセス、現物給付という特徴をおっしゃっていましたが、1961年にできて、日本はまだ若くて、高度経済成長で、非常に政治も安定した時代にできたものと今、状況が全く逆になっている中で、国民皆保険制度というのも変わってこなければいけないし、フリーアクセスというのも、みんなが病気になっていく時代の中で、本当にそれでいいのか。現物給付ということも、先ほど高額医療の話もありましたが、データを見てみると、昔は貧しい方にやろうとしていた。今はむしろお金のある方に有利に働くような制度になりつつある。もともとのモチベーションと違う形になって、そして財政の問題もあるし、患者のかかり方もあるので、医療制度そのものも生き物のように変わってきている中で、医師会を初め、現場の先生方が四苦八苦ししていると思うのです。

ただ、全ての人がフリーアクセスというか、かかれるというのは日本しかないというところもあると思いますし、それを守るためにも、かかり方というのは非常に大事です。私は、事務局に言って参考資料3の中に各国の救急車の値段をわざと入れてもらったのですが、ともすると救急車のタクシー化から有料化という議論があるのですが、前回の赤星さんの議論を聞いていると、それもやむを得ないなと思っていたのですが、そうすると、本当に困った人とか重症な人はかかれないというリスクがあるし、ぎりぎりまで行くとそういう方向にならざるを得ないかもしれないですが、今の状況で、吉田さんがやったようなことで救急外来を減らすとか不要な受診を減らすとか、そういう行動変容というのは、個人でなくて、みんなでやればできるという部分もあるので、なるべくそこを押ししていくことで、いきなりアクセス制限という形にならないような方向性にできればということで、参考までに、救急車は幾らでしたか。余り無料なところはなかったですね。違いま

したか。資料で。どうぞ。

○奥野地域医療計画課長補佐 参考資料3のほうにお出しさせていただいていますが、限定的な調査ということでやられている調査については、各国は有料だったということで、ただ、各国の制度がそもそも違うということも前提に考え合わせないといけないということは留意する必要があると思います。

○渋谷座長 そうですね。

だから、今村先生の「日本の医療の良さを知ったうえで」というのがポイントだと思うのですけれども、ただ、知ったからといって、今のままでいたら持続不可能ですよということだと思いますので、そこは皆が英知を出さなければいけないということだと受けとめました。よろしいでしょうか。

ほかにコメントございますでしょうか。では、斐さん。

○斐構成員 今村先生、ありがとうございました。

先生の資料の22ページ「国民の理解を得るために」と。厚労省だけでなく、文科省、いわゆる教育のほうからのアプローチというのも本当に必要だなと思います。それに追加いたしまして、人間の成長過程の中で、どこかにそのゲートは通ると思うのです。教育というゲートだったり、例えば免許を取るとか結婚するとか、いろんなゲートがあると思います。そこにかかわる官庁だったりが関与するのはどうでしょうか？例えば免許証をとるときも、例えば交通事故を起こしたときの医療はこうだよ、だから、夜間は必要なときに行かなければいけない。でも、そうでないときは行かなくていいのだよ、というような適切なかかり方の情報を伝えるわけです。つまり、いろんなゲートのときを周知の機会にする。

後で佐藤さんから詳しいことをお話しただけだと思うのですけれども、誰もが目に触れる接点をできるだけ多く持つ。それも一時期だけでなく、成長の段階に合わせてその人たちが刺さるような文脈で出していくというの、先ほど総力戦と言いましたが、省庁も総力戦で考えていただかないと、厚労省だけでは限界に来ているのではないかと思います。

そうなりますと、一点突破ではなくて、複数接点をいかにコラボレーティブにつくっていくか。そういったことでたくさんの目に触れて、たくさんの接点で、たくさんの気づきがあるというような、量の勝負もある程度は必要かなと思います。

以上です。

○渋谷座長 ありがとうございます。

確かにスウェーデンの教科書の議論は非常におもしろくて、日本の医師国家試験とか、医療制度というのは本当に暗記ばかりで、公衆衛生は大嫌いと言ったのですが、今、教えていて言うのも失礼なのですけれども、本当につまらなくて、だから、実際の現場の声とかこうした議論というのがおもしろいのかなと思って、非常に感心したのですけれども。

ほかに何かございますか。大丈夫ですか。

では、今村先生、ありがとうございました。

続いて、健康保険組合が取り組む広報活動ということで、河本さんから5分程度でプレゼンテーションをお願いします。よろしくお願いします。

○河本参考人 健康保険組合連合会の河本と申します。本日はありがとうございます。

(PP)

本日は、健保組合が取り組む広報活動についてお話をさせていただきますけれども、その前に健保組合の現状とその前提となります我が国の医療保険制度についてお話をさせていただきますと思います。

(PP)

これが現在の我が国の医療保険制度の体系でございます。75歳以上が後期高齢者医療制度ということで、別立ての制度になっております。1750万人の方がおられて、給付費は約16兆円ということになっています。この16兆円の給付費の中の約1割を75歳以上の方の保険料で賄い、47%を公費、国の費用で賄い、43%が74歳以下の方からの支援金。拠出金という名前で後でも出てまいりますけれども、支援金で賄われている。そういう制度になっております。

74歳以下は、国保、協会けんぽ、健保組合、いろいろ分かれておりますが、ただ、その中でも65～74歳の前期高齢者と言われる方のところに着目をしまして、この前期高齢者が人数的に言うと、それぞれの保険者でばらついているということも踏まえて、財政調整、具体的には健保組合とか協会けんぽから前期高齢者の方が多く国保に納付金という形でかなりの金額を支援する形になっております。

国保が規模的に言うと10兆円。協会けんぽが6兆円。私どもの健保組合は約3000万人弱の加入者。健保組合は全国に約1,400ございます。こういった形で健保組合を運営しているということでございます。

1点だけ言わせていただきますと、健保組合のところに「大企業のサラリーマン」と書いてございますが、健保組合の中で約3分の1強は、いわゆる中小企業の方が業種単位で集まっている総合型の健保でございますので、健保組合というと、大企業のサラリーマンとよく言われるのですが、必ずしもそうではないということを一言申し上げたいと思います。

もう一点言わせていただきますと、例えば国保ですと、国からの支援金と都道府県からの公費の投入、さらに先ほど申しました前期高齢者に着目した被用者保険、健保組合、協会けんぽからの納付金等々がかなり入っております、保険料で言うと、10兆円を賄っているうち、実際に国保の方の保険料が占める比率は4分の1弱ぐらいでございます。協会けんぽは6兆円でございますが、約16%です。これも国の費用が入っております。私ども健保組合は、原則としては全て自分たちの保険料、自前でやっている。国や都道府県からの支援を受けていない。そこだけPRをさせていただきました。

(PP)

これが健保組合の財政状況ということで、平成29年度と10年前、現在の高齢者医療制度が入る前の平成19年度を比べたものでございます。ざっとお話をいたしますと、組合の数が120ぐらい減っている。財政が厳しくて解散する組合もそれなりにあって、減っている。一方、被保険者数は、ここへ来て景気の回復等の影響もあって70万人強ふえております。この間の保険料は7.3%から9.2%ということで、かなり上がっております。

一方、被保険者1人当たりの年収で見ますと、リーマンショック等の影響も大分回復はしてまいりましたが、その影響もあって、10年間で年収ベースで言うと4万円ほど減っております。それに対して、保険給付費、いわゆる医療費に対応する部分です。健保組合の加入者の方が窓口で払った3割、それ以外の7割部分を保険者が出すわけですが、これが被保険者1人当たりで見ますと3万4000円ぐらいふえている。

さらに、その下、先ほど申しました拠出金、75歳以上後期高齢者の方への拠出金、あるいは65～74歳の前期高齢者の方の財政調整のための納付金を合わせますと、総額で言うと1兆2000億ほどふえて3兆6000億ぐらいになっている。1人当たりでも6万6000円ぐらいふえている。その意味では、年収がふえない中で医療費の増と拠出金の増が大体35%、65%ぐらいの割合になっております。ということで、支出がふえるので、仕方なく保険料を上げる。この10年間で1人当たり11万ぐらい保険料がふえております。11万ふえて48万9000円。約50万まで1人当たりの健保組合の保険料額がふえているということでございます。年収がふえない中で、拠出金負担の重さ、医療費の増、それに対応するために保険料率を上げて、1人当たりが負担する保険料が10万強ふえて50万弱になっています。

一番下、参考に申しますと、健保組合に入ってくる収入の中で、先ほど申しました拠出金の比率が半分を超えている組合がどのぐらいあるか。要は、自分たちの保険料の中で、高齢者への仕送りのほうが自分たちのために使う分より多い組合が全体の中の35%ぐらいに急増してきているというところでございます。

(PP)

次のページは健保組合が実施する保健事業ということで、健保組合は、加入者の健康づくり、あるいは病気の予防といったことに取り組んでおります。どんな形でやっているのかということを書かせていただいております。人間ドックとかがん検診、あるいはフィットネスクラブとの契約等による各種運動イベントの開催、こういったことをやることによって健康度を上げ、医療費ができるだけかからないように、保健事業に取り組んでいる。

今、申し上げましたけれども、病気の予防を実行していくに当たって、特に健保組合、会社と従業員と労働組合、この三者が一体となっている運営をしているところもございませぬので、「健康経営」という言葉が最近ございますが、そういったことにコラボして取り組みながら、企業と健保組合、さらに労働組合が一体となって従業員、家族の健康づくりに取り組んでいるということでございます。

現在、人生100年時代という話がいろんなところで出ておりますけれども、いずれにしても、高齢になっても元気で過ごせるといった形にしていくために、引き続きこういった事

業を続けていきたいと考えているところでございます。

(PP)

これは先ほどもちょっと申しましたが、1人当たりの収入とか、あるいは医療費とか、あるいは拠出金が、平成19年を100としたときにどのぐらいの数値になっているのかというのをあらわしたグラフでございます。収入は、ほぼぎりぎり100ぐらいで、賞与が若干まだ届いていないということで、年収で言うと100を切るような状況になっております。

一方で、一番上ですけれども、高齢者がどんどんふえていくという中で、高齢者医療制度の拠出金は5割近くもふえている。医療費、保険給付費は20%から25%ぐらいふえている。その中で、今、申し上げました健康づくりのため、あるいは疾病予防のための保健事業費、財政が厳しい中でずっと100前後で推移してまいりましたけれども、これに力を入れて取り組むことで健康度を高め、ひいては疾病を予防していくということで、ここへ来てかなり力を入れて取り組んでいる。財政はむしろ厳しくなっているのですが、こういったところにもお金をきちんと使っていこうということで、直近ちょっとふえたような形になっております。

(PP)

ここからが本題になりますけれども、健保組合は、上手な医療のかかり方といったことに関して、広報誌ですとか、あるいはホームページとか、いろんなツールを使いまして周知をしているところでございます。主な項目を挙げますと、診療時間内の受診。不要不急な時間外、深夜、休日の受診をできるだけ抑制しよう。それから、先ほど今村先生のお話にもございましたが、かかりつけ医の推奨とか重複受診の防止。確かにフリーアクセスというのは日本のいいところではあるのですが、こちらの病院に行くと、それでも心配なので、またこちらに行くと、さらにまたこちらに行ってみたいな方も、数は多くないですが、おられます。そういう意味では、重複受診はかえって御自身の健康を害する危険性もあるわけですし、その辺については、逆にセカンドオピニオンの活用とか、あるいは健保組合が実施する健康相談といったものを利用していただくことによって、重複受診を防いでいく。そういった事業にも取り組んでおります。

そのほか、医療関連情報の提供ということで、小児救急電話相談とか救急相談センターの紹介といったこともやっているところでございます。

(PP)

その具体的な例でございます。これは愛知県のある健保組合の健保ニュースのコピーでございます。「“はしご受診”はやめましょう!」「かかりつけ医をもちましょう」。これは各健保組合、いろんな形でそれぞれ広報誌を持ってやっておりますので、その中でいろんな形でこういったPRを行っているというところでございます。

(PP)

これは健保連がつくって、全国の健保組合にお配りして、事業所等々にポスターを張っていただくということで用意したポスターのコピーでございます。「健康保険 できるこ

とからはじめよう！！」ということで、「コンビニ・時間外受診をやめよう！」とか、あるいは「はしご受診をやめよう！」とか、「かかりつけ医・薬局を探そう！」、こういったポスターによる啓発も行っているところでございます。

資料はここまででございますけれども、私も3月まで加入者17万人程度の某健保組合の常務理事をしておりました。先ほど来お話が出てきていますように、加入者にこういった情報を届けるというのなかなか大変でございます。どの健保でも年間3回とか4回広報誌を出しております。そこにいろんな特集を組んで載せる。こういったポスターを張る。あるいは健保でやっているいろんな事業の案内をホームページに載せるだけではなくて、検診の案内を自宅にお送りするというのもいろいろやっておりますが、なかなか届かない。そういうもどかしさを感じるころもございました。

一方で、それがだんだん定着してまいりますと、それなりの効果も出てくる。私がおりました健保でも、#8000ではございませんけれども、24時間365日の電話相談を業者と契約してやっておりましたが、17万人の健保で年間の相談件数2,000件。多いというのか、少ないというのかはございますが、でも、これは年々ふえてきておりました。

その中で4分の1ぐらいがお子さんに関する相談ということでございます。そういう意味では、私どもの健保組合の広報誌で#8000のPRをしたことはなかったのですけれども、しておけばよかったなど今、思っております。そういったことも含めて、いろんなところで加入者の方に届くように工夫をし、知恵を絞る必要があるなど。従来もやっておりましたけれども、さらにさらに知恵を絞る必要があるなど考えております。

先ほど節目での教育、PRというお話がございましたが、多くの健保組合が新入社員とか、入社されたときに会社の説明にあわせて健康保険の説明、健保組合の説明をされております。そういったことも新入社員だけではなくて、会社によって節目でいろんな研修を構えているケースもございます。そういうところにも紛れ込ませるといった工夫も必要かと思えます。

○渋谷座長 ありがとうございます。健保連、経営を見ているとすごいきついと思うのですけれども、そうした中でも四苦八苦されている様子がよくわかりました。

何かコメントございますか。健康経営に関してはいろいろ言いたいこともたくさんあると思えますけれども。では、小室さん、どうぞ。

○小室構成員 もしわかったら教えていただきたいのですが、よく言われるコンビニ・時間外受診というものは、企業によってそういう人が多い企業と多くない企業とか、差異があったり、それがわかたりするものですか。企業名はおっしゃらなくてもいいのですけれども、差があるのではないかなと思うのですが、どうでしょうか。

○河本参考人 そういう分析をしたことがございませんので、確たることは申し上げられないかと思うのですけれども、ただ、先ほど申しましたとおり、各健保はいろんな形でPRをしておりますが、時間外受診等のPRがうまくできているところとそうでないところである程度の差が出てくるということはあるのかと考えています。

○小室構成員 ありがとうございます。

企業をコンサルしていると、明らかに長時間労働の企業さんは、夜、体調が悪くなった方が、翌朝通院のために遅刻するということを出せない風土。はってでも来いという風土の中だと、翌朝通院すると、長い待ち時間があるだろう。であれば、勤務時間の始まる前に救急に行って薬をもらって、それを飲んで翌朝、何事もなかったかのように出勤せねばならないというプレッシャーが非常に強くて、コンサルをしていると、具体的に前日救急で薬をもらって、きょう来てしまいましたと。周りはずつされるので、本来は来ないでほしいのですが、そういう方が実際にそうやってでも来ましたという方がよくいらっしゃるの、そこは恐らく連動しているのではないかと。データを少し深く見ていけば、企業間でのその率の違いが見えるのではないかと思うので、もしわかれば、ぜひ後日教えていただきたいなと思いました。

○河本参考人 先ほどもコメントの中で触れさせていただきましたけれども、健康経営ということで、従業員の健康に配慮する企業というのは、最終的には収益も上がるということが今、だんだん確かめられてきて浸透してきております。

そういう意味では、今、構成員がおっしゃったような部分が徐々に改善をしていくのではないかと考えておりますけれども、そういったデータの分析が可能かどうかは考えたいと思います。

○小室構成員 ありがとうございます。

○渋谷座長 ほかに。大丈夫ですか。

今、ふと思ったのです。今、風邪を引いている人。今村先生も引いていますけれども、インフルエンザがふえてきて、外来に来て、大体検査をしてくれと。何で検査をするのかといったら、会社に出さなければいけないから。それだったら、風邪を引いたら、熱が出たらちょっと休めとか、そういうメッセージを出していただいたほうがよっぽど効果的なのかなと思うのです。

あと、広報。佐藤さんが言うとおつたたくことになると思うのですがけれども、やり方もたくさんあると思うので。実際見ていると、協会けんぽ、全部お金を持っていかれている状況で、真面目にやればやるほど大変な状況がある中で、自分たちの経営と広報と、そして加入者への行動変容ということで、まさに日本の医療が抱えている問題そのものが協会けんぽにも来ているのかなと思って、身にしみる思いで聞いていました。

ほかにコメントとかありますか。企業側がそういうことをやるというのはすばらしいと思います。城守さん。

○城守構成員 ありがとうございます。

健康経営が最近強く叫ばれている状況ですが、先ほどからお話が出ていますように、企業にとって職員さんの健康というのは、その企業の経営、業績を上げるという意味においても非常に相関があるというデータも出ているという中で、これは保険組合さんとのコラボの結果だろうと思うのですが、例えば特定健診の受診率は高い。ところが、特定

保健指導になりますと、市町村国保よりも低いというデータもございます。それは先ほどおっしゃられたように、仕事が忙しくてなかなか受診できないという状況にあっての結果だろうと思うのです。例えば健保組合さんから企業さんに疾病に対しての受診を勧奨する環境整備をするようにとか、事業体に対してのアドバイスみたいなことをされることがあるのかというのが1点。

これも委員長のほうからお話ございましたように、広報に関してですが、この問題は保険者さんが本来が一番取り組むべき問題であろうと我々は認識しているところもある。そういう中において、健保組合さんだけではなくて、ほかの保険組合さんとも共同してしっかりした広報をしようとか、そういう取り組みなどが果たしてあるのかどうか。その2点をお聞きしたいです。

○渋谷座長 では、河本さん、お願いします。

○河本参考人 1点目の話でございますが、確かに特定保健指導の実施率というのは、まだまだ望むべき水準に達しておりません。ただ、国保の場合は健診の受診率そのものが低いので、それに保健指導の実施率を掛けた本当の意味での実施率ということで言うと、健保組合のほうが高いのかなと思っておりますけれども、ただ、まだまだ十分でないところがあるのは事実でございます。

その中で、事業主との関係でどういう形で勧奨していくのかというのは、個人情報保護の話とかもあるので、一概に言えないところはございますが、例えば受診勧奨されたのに受診していないという方に対して、健保組合から受診してくださいと言っても言うことを聞いてくれないといったときに、事業主から受診を勧奨してもらおうと、かなり効果が高いというところはあるのですけれども、これはいろんな工夫をしないと、自分がメタボで受診しろと言われたことが会社に知られると嫌だとか、そういう部分も一部あるので、そういう意味では工夫をしながら、あるいはいろんな苦勞をしながら、でも、それは進めているところでございます。

○渋谷座長 支払いとか保険者はこれからすごくブレインであるべきだと思うし、まさにデータドリブンであるべきなのに、今おっしゃっていることは、やらない理由ばかり言っているような気がするのですけれども。先ほど小室さんがおっしゃったように、別に企業名を挙げる必要はないのですが、では、この企業はどうかとか、どの企業がこういうパターン、睡眠不足とか、健康が悪い企業ほど残業が多いとか、そういうデータは幾らでもできると思うのですが、何でそういう努力をされないのですか。

○河本参考人 そこは誤解のないように申し上げたいと思うのですけれども、そういう努力はしております。いわゆる見える化というのは、組合は1,400に分かれておりますので、そのデータをきちっと同じベースで並べて、同じ基準で見るというところに工夫が必要な部分がございますが、ただ、それは私どもとしてきちんとやっていくべき話と思っておりますので。済みません、そこは誤解がないように。

○渋谷座長 ありがとうございます。

ほかに大丈夫ですか。小室さん。

○小室構成員 これは提案なのですけれども、例えば健保さんが企業側に、通院をしやすいような指導を受けたら、ちゃんと病院に行きなさい、もしくは風邪であれば、深夜ではなくて平日に行けるようにということを経営者サイドにどんなに言っても、なかなかパワーバランスの問題で聞いていただけないということが健保と経営者の関係性だとあるかなと思うのですが、今、女性活躍推進法というのは厚生労働省さんの管轄でありますけれども、あの数値の中に女性の管理職の比率は何%というのを表示しなければいけないとなつてからは、CSRの部署の女性たち、今までずっと女性管理職比率を上げましようと言つても、はいはいと聞き流されていたのが、業界の中で全部見える化されて、でも、そこが今の女子学生の心理だと、女性管理職比率が2桁以上でないと言つても出さないと値しないという状態で、女子学生から選ばれる企業、選ばれない企業と分かれてきてしまうと、経営者もそれをやってきた部署は何をしているのだ、早くやれみたい、今度は急に推進しろと言ひ出すわけ。健保さん側からそういう提案をしていただきたいのですが、それを受け取る経営者のほうに、そのモチベーションをぐっと高める仕組みを厚労省側でつけれないかなと思います。

女性活躍推進法の指標にも入れたらいいと思うのです。育児する女性にとつても、子供の急な体調不良で休みやすいかどうかというのは物すごく重要な指標なので、子供の体調不良や自身の体調不良で平日に休みをとりやすいかどうかのアンケート結果、何%がとりやすいと答えているかを表示しなさいというふうに指標を一つ追加するだけで、企業サイドは毎年アンケートをとらなければいけなくなりますし、とつた数値を公開しなければいけなくなるので、それを推進ましようというふうにぐつとなる。今、私から見ると、女性活躍推進法の指標は、極めて経営者にも意識されている、とても有効に働いている指標なので、せつかく厚労省の管轄ですし、そういう両サイドからやられたらどうかなと思います。

○渋谷座長 すばらしい提案だと思います。おっしゃるように、今、ESG投資というのがありますけれども、Eというのはエンバイロメントで、Sがソーシャルで、Gがガバナンスだつたと思いますが、環境とかガバナンスにおいては、企業サイドが結構気にしているSの部分。Sの中にはヘルスケアが入っていると思うのですが、まさに健康経営と言うなら、ESGのインデックスみたいなものをちゃんとつくて、今おっしゃった女性の活用もそうですし、あるいは障害者に関してもそうですけれども、企業サイドが見える化することで緊張感を持って経営に生かす。そういうサイクルをつくていくというのは、保険者がそこまで行くかどうかは別として、見える化というのは何もかもオープンにするというわけではなくて、経営に資して、それが実際働いている人の健康に寄与して、そして経営もよくなる。そういうサイクルをつくるということだと僕は理解しているのですけれども、それで間違いはないですか。

○小室構成員 はい。ぜひぜひ。ありがとうございます。

○渋谷座長　そういう形で、このかかり方から少し離れますが、健康経営と言うと、どちらかというところと経産省マターという意識がありますけれども、でも、実際は企業がそうした健康に対してシリアスにならない限り、健保組合の財政状況もよくなるし、そうしたもののというのは、これから見える化も含めてデータドリブンでやっていければと期待しております。

大丈夫でしょうか。ほかに。では、裴さん、短くお願いします。

○裴構成員　健康保険組合の話が出てきましたので、前回のプレゼンテーションでもありましたように、医師の時間外労働を圧迫しているのは本来業務、つまり、患者さんを診る業務だけではなくて、意外に間接業務、裏仕事が多いのですね。つまり、書類仕事はかなり時間外労働を圧迫している。となりますと、企業、健保組合さんから例えば診断書を逐一求めるとか、生命保険の書式がばらばらだとか、またはインフォームド・コンセント、患者さんの家族の好きな時間に来て病状説明を聞きたいとか、働いている方はしようがないかもしれないのですが、ちょっと言葉は強いですが、ある意味わがままなところが時間外の作業を圧迫しているところが現場ではあります。できるだけそういったところもプロモーションをかけて啓発、または企業の中で徹底していただくということで現場の負担は変わっていくかなと思っております。適切なかかり方と、かかった後のもろもろのこともあわせて考えていただきたいなと思っております。

以上です。

○渋谷座長　ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

では、河本さん、ありがとうございます。お世話になりました。

続いて、時間も押していますので、今までヒアリングとか前回までの議論を踏まえてディスカッションしたいのですが、その前に伝え方という問題、コンテンツとかサイトはあるのにどうしてそれがワークしないとか、そういうのが繰り返し出ているのですが、伝え方に関して、佐藤さんから「より多くの人に『上手な医療のかかり方』を広めるために」というタイトルで資料を提出されております。それに基づいて佐藤さんから御説明いただいて、ちょっと議論して、そこから今まで出た議論のまとめに関して少し議論をして、次につなげられればと思います。

では、佐藤さん、お願いします。

○佐藤構成員　きょう急いでつくったので抜けがあるかもしれませんが、とにかく今、簡単に伝えると言っても本当に伝わらない時代なので、その部分をまず共有して、考え方としてこう考えたらいいのではないかということたたき台として出させていただきました。

2 ページ目。これは御存じの方も多いと思っておりますけれども、今、情報量がいっぱい流れている。10年前、15年前の常識で判断しては難しいと思っております。世界中の砂浜の砂の数が1 ZBで、来年、再来年にはそれが1年間に35ZBぐらい流れるという状況です。なので、サ

イトで出しても、CMに出しても目に触れない。見てもすぐに忘れる。情報にうんざりしているので、自分がほとんど関係ないと思っていることはすぐスルーする。しかも、多分すぐにコンビニ受診みたいにしてしまうタイプの方、情報リテラシーがそんなに高くない方は特にそういうふうにしてしまう、自分に関係ないと思ってしまうのではないかというのが今の状況です。人類が誰も経験したことの無いぐらいの情報量が今ある。

3 ページ目。こういうのは、では、ネットをつくりましょう、サイトをつくりましょうということで、ちゃんちゃんとなることが多いのですけれども、ただ、サイトをつくっても、見に来てくれるわけでもなくて、これは人口当たりの都道府県別の検索数を出していますが、東京の人しか検索していないに近いです。ですので、サイトをつくったからオーケーということでは全くない。特にサイトは検索したりしても、情報をとりに来ないといけないので、それが難しいですよというのが3 ページ目。

4 ページ目は、時代はSNSとソーシャルメディアと言うのですけれども、一番多く使っているツイッターで月間アクティブユーザー数、つまり、月に1回以上使う人は4500万人。ニールセンの発表によると、2割のヘビーユーザーが全体の8割の時間を占有してしまっているのです。なので、990万人がほぼツイッターの中で動いているということなので、残りの1億1690万人にはツイッター上の拡散された情報もなかなか届きにくい。なので、SNSを万能と思わないように注意しながら、伝え方を考えていったほうがいいのではないかというのが4 ページ目です。

5 ページ目、いいコンテンツをつくったり、お医者様がすごく苦しんでいるという真に迫る動画をつくったとしても、例えばYouTubeだけで毎分400時間分のコンテンツがアップされています。これを1日分見終わろうと思ったら、65年かかるというぐらいのコンテンツが毎日毎日アップされていくという中で、本当にそんな動画を見てくれるかという話です。なので、そこもちゃんと設計しないとイケないだろう。

6 ページ目です。テレビもネットも含めて出していくと、みんなが見てくれるのではないかと勘違いしがちですが、これだけ情報が多いと、一番信頼されるのは価値観に近い有人とか家族の言葉です。なので、本当にサイトを見に来るのか、#8000とか7119という取り組みは素晴らしいと思いますけれども、本当に困ったとき、人は家族や友人に行くのではないか。そうすると、その人たちから入ってくる情報というか、その方々をどうつくっていくか。ちょっと設計が必要になるのです。サイトを出してオーケーというわけではないと思います。

6 ページ目の図は、家族や友人が専門家よりも有名人よりもインフルエンサーよりもずっと信頼されるということをやっています。この図自体は信頼される情報源ではあります。

7 ページ目、これは国民全体に周知しましょうと考えがちです。こういう案件はみんなに伝えましょうと漠然と考えがちなのですが、この時代、そんなのではなかなか伝わらないので、ちゃんと絞り込んだほうがいいたろうということを言っています。伝えたい相手は誰なのか。パパなのか、ママなのか、もっと老人の人なのか、そういったところをちゃ

んと考えたほうがいいだろうなと思います。

一応、パパとママ、左右に置いてみて、いろんな伝え方があるのではないかということ。抜けはまだあるのですが、やってみました。厚労省、自治体、会社・健保、病院とか医師会の方々、マスメディア、これは全部プッシュ型で情報を出していくほうです。でも、ネットはとりに行くので、そこの出し方をちゃんと考えないといけないこと。

今、信頼されるのは、ネットワークとか両親とか友人。友人の言葉がネットに伝わってくるのはSNSです。そういったことがかなり信頼されますので、そちら側のこと。ここら辺を全部網羅的にある程度考えていって取捨選択する必要があるかなと思います。

8ページ目は、その前のページの図をもとに、メディアはどういうのがあり得るのかというのをちょっとだけ考えてみました。僕は、パパよりもママのほうを第一ターゲットにしたほうがいいのではないかと考えてきました。真ん中がネットです。リファレンスの信頼できる情報がまとまっているというのは必ずあったほうがいいだろうと思います。マスメディアは、こちらからプッシュするわけですが、意識のない方々にもすり込んでいく必要があるだろうということで、CMとか番組に取り上げられるというのはPRです。あとは新聞広告とか新聞記事で取り上げられる。

上になりますと、厚労省、自治体、会社・健保、病院とかは、ポスター、紙的なものがそれなりに効いてくると思います。なので、街頭用ポスターとか冊子、パンフレットみたいなものをやりましたが、一つ家庭用のポスターというか、緊急のものを。今の時代、みんなすぐ忘れてしまうので、冷蔵庫に張っておくぐらいのことをちゃんと提供するというのが必要だろうと思います。

右のほうに移ると、上で言うと、ママのネットワークがあるわけです。NPOの方々の活動もネットワークに入っていると思いますし、ママの中で意識が高い人、もしくは信頼できる人にいざというとき聞いたりするということも起こってくると思います。そこをどういうふうにして、そういうコミュニティーとかライブというのをどうつくっていくかというのが一つ大事なところかなと。あと、幼稚園、保育園、学校というのは、ママのネットワークの中心になってきますので、そこから流すということも効果的と思われる。あとは、本当に困ったときに両親に電話するとか、もしくは両親から大事な情報を。両親は割と時間のある方々が多いので、そこから入ってくるということもちゃんと考えたほうがいいだろうということで、高齢者方向の接点を考えていく。

友人とかSNSに関して言うと、意識が高い方とか医者とか、いろんなところがあると思いますが、ここら辺は簡単に回ってくるものではありません。コントロールできないので、その設計もちゃんと必要ですし、相当高度かなという気はしています。

9ページ目は優先順位。きょうの朝考えただけなのですけれども、優先順位をつけるとしても、このぐらいの丸は普通についてくるかなと思います。

10ページ目からは、例えばどこから考え始めるのかというのをブレストというか、アイデアフラッシュ的に少しずつぱっぱと出してみました。まず一番信頼できる情報源が家

族、友人であるならば、その周り、マスメディアとかそういうところから発信するだけでなく、友人たちにそういうのに詳しい人がいるというのをつくったほうがいいと思います。そういう意味で言うと、こういうのができるかどうか全くわからないで書いていますけれども、医療のかかり方検定とか、防災士があるように、医療情報士があるとか。これは消防団とか子ども110番の家とかありますけれども、自分たちと同じレベルの人たち、友人でそういうのに詳しい人がいるという状況をどうつくるかというのが大事かなということ。人は、多分誰かしら医療関係の友人がいたりすると思うので、その方々から伝わってくるというのが大事だと思うのです。我々はその方々に聞いたりしますから。なので、外に伝えるより、まず医療関係者がここへ周知徹底するという方法のほうが実は早いかもしれないというのが10ページ目に書いたことです。

11ページ目は、緊急時の電話番号、ほかにもいろんな省庁であると思いますが、A4なのか、B5なのか、小さいものでいいと思います。マグネットでも何でもいいと思うのですけれども、家庭用のそういったものをつくる。それをプロジェクト化して、例えばデザイナーたちが競作していろんなデザインのもので出てくる。それ自体が話題化するというだけでもいいかなとちょっと考えたりしました。

デザインが非常にいいものであれば、病院とかレストランとかカフェとか、公共施設でも張りたくなると思うのです。これはすごくデザインが大事で、余り厚労省さんのセンスは使わないほうがいいかなという気がしました。

その下は、ママのネットワークから情報が入るようにするということ、いろんなネットワークがあって、ママ友とかだけでなく、例えばママの中でも、若い人などは声優さんが大好きとか、ママタレが大好きとか、ゲームがすごく好きとか、刀剣乱舞をずっとやっているという人たちがいっぱいいるわけです。自分にとってすごく濃いつながりだけど、余り医療に関係ないところからどういうふうに入ってくるようにするかということ、アンバサダー的に取り上げる人をつくったりして、そこから入ってくる仕組みを考えないとちょっと難しいかなと思います。

CMとかネット動画は、見てくれるとは全く限りません。いわゆるゆるキャラとかそういうのに頼るのでなくて、ちゃんとインパクトある動画ということをしっかり考えていく必要があると思います。

あと、今、ママさんたちはすごく忙しいので、アレクサとかスマートスピーカー、AIスピーカーとかそういったものによく触れている場合もあると思います。この前聞いたのですが、がん情報センターはヤフーに頼んで、検索したら広告の上にごん情報センターのものが来るようにしたというのを聞いたのです。なので、これもグーグルさんとか、アマゾンとか、ヤフーとか、そういうところがどのぐらい協力してくれるかわかりませんが、本当に重要であるならば、そういったこともちゃんと使って、フルに力を尽くしたほうがいいのではないかと思います。これは本当にアイデアフラッシュです。

13ページは、討議しないといけないというか、これも抜けがいっぱいあるのですが、何

にするにせよ、発信母体はつくらないといけないだろう。これが官なのか、民なのか。官であれば、多分入札していったとか、いろんなことがあって大変だったりすると思います。民の場合は、先ほどあったコレクティブインパクトとか、いろんな形の連携があるかもしれませんが、これをサステナブル、持続可能にしていくために、しかもいかにインパクトを強く出していくために、官か民かということはちゃんと話し合ったほうがいいですし、官から出す場合でも、例えばボードメンバーにこういう懇談会の人たちが入ったり、民だったら、我々が中心になっていくのかどうかわかりませんが、何かしらそこら辺の覚悟を決めたほうがいいのかなと思います。

入札になるのであれば、どこまでそういう設計を。どこかの会社に考えてもらうというふうに任せずに、どこまで細かくオリエンテーションするかということは大事なかなと思いました。

あとは、今、活動しているNPOさんとか団体さんとどう連携をとるか。メディアとの連携も、お金を使うだけでなく、いろんな手が考えられるのではないかと思います。

ちょっと語弊がある言い方をしていますけれども、役所に任せておいて、サイトのつくり方というのは、最初から相当コントロールしておかないと、わかりにくいものが普通につくられてしまうと思います。今までもそういう経験がいろいろありますので、注意したほうがいいなと思います。

下はばらばら書いてだけです。

きょうのお話を聞いていて思うのは、ばらばらに努力しているというのは、すごくもったいないなと思いますので、本当は全部が協力して何かできるプラットフォームをつくるとか、そういうほうが大事なかなという気はしました。

駆け足でしたが、以上です。

○渋谷座長 佐藤さん、ありがとうございます。素晴らしいアイデアを出していただいたので、次回に向けてこうしたツールとか発信母体とか、どこにセグメントするとか、優先順位はどれかというのは議論していきたいと思います。

その前に発信するコンテンツをどうするかということがあると思うのですが、これまで2回、3回やって、いろいろ 이슈の御提案も出てきたと思いますので、まず今まで出てきた議論とかその辺に関して、事務局のほうから簡単に説明していただいてよろしいですか。

○奥野地域医療計画課長補佐 事務局でございます。

資料4について、これまでの議論を簡単にまとめさせていただきました。大きい柱は3つでございます、基本的な考え方、伝えるべき情報（コンテンツ）、最後に伝え方（ツール）の3つに分けて整理しております。

2ページ目に基本的な考え方を整理しましたが、これは改めてこれから将来にわたって安心して医療にかかれる社会をみんなで作るためにどうするかということを再度念押しのために書かせていただいています。

3 ページ目、コンテンツについていろいろ御意見。前回の赤星先生の勤務医の働き方とか、#8000などの取り組み、いろいろあります。

参考資料1のほうにいろいろ取り組みをつけましたが、3週間ぐらいでこれだけ集まったということで、今、本当にばらばらになされていることがわかりました。これをどう伝えていくか。コンテンツについては、それなりにあるものだと我々も認識しております。

最後に伝え方。ここは重要になってくるのかなと思ひまして、11ページ目以降、例えばサイトの創設とか、12ページ目、それだけでなく、直接的なツール、13ページ目、さらに多面的な広報ということで、特に13ページ目の多面的な広報、伝え方についてがまだ欠けているところかなと思ひますので、ここについて、今の佐藤構成員様の御意見を踏まえて御議論いただきたいと思ひております。

○渋谷座長 では、ここからは、事務局のほうで資料4にまとめていただいたこれまでの議論の整理と方向性。コンテンツに抜けがないとか、結構たくさんあるのですけれども、それからこれを集約してわかりやすい形で発信するという伝え方、まさに佐藤さんが言った多くの人に「上手な医療のかかり方」を広めるためにと。最後に議論しなければいけないポイントとかありましたが、これに関して残りの時間で皆さんから御意見をいただいて、次につなげたいと思ひます。では、阿真さん。

○阿真構成員 ありがとうございます。

議論の整理の資料の7ページに、時間外に医療にかかる層の分析というデータが出ています。これはすごく興味深いデータで、ぱっと見ていただいても、小児がとて多くて、次が高齢者。時間内の診療で言えば高齢者が多いというのが見てとれると思うのですが、小児、乳幼児、そして少年まで、ほかの成人に比べて時間外がすごく多いということがわかると思ひます。

一方で、きょうもお隣に消防庁の方がいらっしゃるのですが、私は消防庁の救急の委員も務めていますけれども、28年度の救急車の搬送で見ても、新生児が0.2、乳幼児が4.8、少年が3.6で、合わせても5%ぐらいです。その後、成人が34.1%、高齢者が57.2%です。これをどういうふうに見るかということ、つまり、救急車を呼ぶほどではないけれども、歩いて救急外来に行っている人がとても多い。子供と親はそういうことだということがすごくわかると思ひます。

例えば熱であれば、大人は熱だけで行かないですね。でも、病院の中で愁訴を調べていただいても、子供の発熱というのが多いのですが、子供だと、熱だけでも心配になります。佐藤さんの伝え方のプレゼンにも本当に同意で、それもそれで大事なものののですけれども、私が言いたいことは、もう一回1回目のことにさかのぼってしまうのですが、せっかく日本で健診とか母子保健の両親学級とか、集めて伝えられる場があるのです。いろんなツールがあって、なかなか行かない人がふえていると言っても、それでもかなりの人が健診には行きます。両親学級にも母親学級にもかなり数が行っている。集っていて、教えられる場がありますので、そこで医療のことを。医療まで行かなくても、例えば予防接種を

打っていて、お熱だけであれば、行かなくて大丈夫と。それを知っているだけでも、お熱だけだから大丈夫だなと夜待てると思うのです。

例えば泣きやまないで来るお子さんもたくさんいます。子供が泣くということ自体も、隣で子育てをしている人を見ていないと、こんなに泣いてしまって大丈夫かなと心配になってしまいます。なので、せつかく集う場があって、伝えられる人がいて、伝えるあれがあるので、母子保健とか健診の場とかで伝えるということがもっとあっていいと思っています。

全国的に母子保健の場とか健診の場で何を伝えていただいているかというところ、集めてお伝えする場でやっていることは、調べていただければわかりますけれども、子供の歯と離乳食に関しては全国の自治体で取り組んでいます。子供の歯も大事です。離乳食も大事です。でも、命を守ることのほうが大事だと思うので、命を守るそういった集う場でお話ししていただいている自治体は本当に少ないです。

参考資料1、自治体のところで調べていただいたのですが、パンフレットを渡しているところはたくさんありますけれども、そうでなくて、本当に自治体の場でお伝えしているところは限りなく少なく、両手で数えられるぐらいにしかありません。なので、前にもお話しして、厚労省とか東京都のあれでも提言として出していただいたりもしたことがあるのですが、提言を出しても全然変わらないので、どうしたら自治体がやらなければならないか、そこを厚労省からも何か。これは私にも知恵がなく、自治体でやろうやろうと言って、やっと1自治体を動かすとかそのぐらいのレベルしかできていないので、ぜひそれは当たり前になってほしいなど。そしたら、熱とか泣きやまないとか、そのくらいであれば家で待てる。それだけでかなりの数です。本当に。なので、そこは何かいい方法を。もちろん、佐藤さんが提案されることはもっともで、それも大事です。でも、自治体の活動に関してはすぐにできることだと思うので、ぜひこれはやっていただきたいと思います。

以上です。

○渋谷座長 幾つか論点があったと思うのです。集う場が歯科検診とか離乳食とか、そういう場があって、そこで有効なメッセージが伝わっていない。先ほどの佐藤さんのメッセージで、そういうトライブではないけれども、コミュニケーションみたいなところが実際ない中で、そういうつながりをちゃんと有効に使いましょうというメッセージがこのシステムだと思いますし、そうした自治体は、ともすると、ポスターをつくったり、広報誌をつくったりしてやった気になっているのは、意味がなくはないのですが、ほとんど効果がないというのはみんなわかっているので、だから、この検討会でもそうした提案はなるべくしないで、アクションオリエンテッドで、実際にインパクトのあるものやっというところは、最初からメンバー内で共有していると思いますので、広報誌とかPR活動でポスターを張って終わりというのは絶対やめたいと思っています。

それから、国にお願いしてと言うけれども、ここにいらっしゃる方が知恵を出して、国

もどちらかというやりました感を出したいので、ともすると、広報誌、PRとかウェブサイトになりがちなのですが、そうでない部分、皆さんの意見を伝えて、そして実際に施策としてやっていきたいと考えております。自治体にやれというのはすぐ打てる。本当に大事だと思いますし、ただ、ポスターとか広報誌にならないようにやっていかなければいけないかなと思っております。

ほかに。豊田さん、お願いします。

○豊田構成員 今、阿真さんがおっしゃったことをまさに言おうと思ってここに書いたことなのですが、人がどこを通過して情報を得るにしても、具体的にどうしたらいいのだろうとこの15年、いつも考えてきたことですが、義務教育までについては、まさに今、阿真さんがおっしゃったようなことに賛成で、保健所などを通じて、そういうところから伝えていくというのはかなりの効果があると思えました。自分自身もその影響を受けている一人なので、感じています。

私は相談業務をしていて思うのですが、結局は人と人が会って具体的な説明を受けたりしないと、なかなか得た情報を理解して行動するのは難しいと思っています。もちろん、人の説明だけでは追いつかないから、いろんな文書を使ったりはするのですが、やはり専門職の方の顔を見て安心するというのがあって、相談に乗ってもらえる期間であり、権利があるといえますか、義務教育の間というのは守られている時期だと思うのです。ですから、そこを使うのは本当に有効だなと思っていて、そういう方法でやっていくしかないのではないかと考えています。もちろん、そこからこぼれてしまう人もいますので、その方たちに対してはもう一つ対策を考える必要があると思うのですが、そういう意味で、保健所や学校、もう一つ、医療を提供する病院側もそういったことに対して協力する。地域的に貢献している病院はありますが、医療機関だけの努力では追いつきませんので、義務教育までの子どもたちに対してはそういう方法を取り入れてやっていくことが大事かなと思います。

一つは、交通安全の取り組みがすごくうまくいっているということを感じていて、私は毎日自転車以最寄り駅まで行ったりしていますが、小学校のそばを通るときも、徹底して子供たちを守るために、今は何と呼ばれているのかわかりませんが、私たちのころは緑のおばさんとかおじさんと言われていた方が笛を吹いて先導し、毎日必ず事故が起きないようにやってくれています。それから交通安全週間の時期になったら徹底してみんなが声をかけ合って指導してくれているから、私たち自転車に乗っている人も、はっと我に返るんですね。それがすごく徹底されていると思います。医療もこんなにみんなが心配しているところまで来たのだからこのような取り組みが必要ではないでしょうか、しかも今は交通事故よりも医療事故のほうが、ふえているというより減っていないという現状がわかっていますので、これは交通安全に見習う時期が来たのではないかと思います。

交通安全も事故に気をつけなさいよと言うだけではなくて、車を運転する側に対して、運転方法についても注意喚起していますし、逆に道路を渡る側の人たちに対しても、消防

庁や警視庁の皆さんが学校にまで来てくれて指導してくれているので、医療のかかり方も義務教育の間に一緒にやってもらえることもあると思うのです。消防署は両方の担当をされていますね。医療のほうも救急車を出してくださっているわけなので。

ですから、直接説明できること、直接見てもらうこと、触れてもらうということが出来るものに関しては、ぜひそういう形をつくっていただきたいと思いました。それ以外の、そこでは無理ということに関しては、他の方法を考え、いろんな媒体を使ってやっていただくのがいいのではないかと思います。

きょうも参考人の皆さんのお話で、医療現場がすごく努力されているということがよくわかったのですけれども、一方で、患者はぐあいが悪くなったその場、そのとき、その瞬間に困るので、事前にこういうものがあるのだというのをわかっていないと、行くところがなければ慌ててパニックになって、他の行かないでほしいほうに向かっていってしまうということになるので、医師が疲弊しているとか、診察を重複するのはやめてほしいという話はわかるのですけれども、では、どこに行けばいいのか、どういうふうにすればいいのかという次の段階のメッセージがそろそろ必要なのではないかと思います。

きょうの皆さんのいろんなお話を聞いて、私もアイデアが浮かんできたような気がしますので、引き続き意見を出し合えたらと思います。

ありがとうございます。

○渋谷座長 ありがとうございます。

では、鈴木さん。

○鈴木構成員 今の佐藤さんのプレゼンで目からうろこなことばかりで、またアイデアがあふれ出てくるのですけれども、第1回目の中で、ここで終わらないで、プラットフォーム、何らかのNPOなり社団なりをつくってやっていくのはどうかと言いましたが、それが今後必要だと思っていて、次回で終わりというのでは本当にだめだと思っています。

そうする中で、案ですが、勉強会など、コミュニティーの中で伝えるのが上手な人、また、メディア戦略とかこういう発信、どうやって伝えるかということが得意な人、また、行政側の人があるので、プラットフォームの中でチームをつくってやっていけばいいと思うのです。

コミュニティーの中でも、コミュニティーを運営している長が必ずいて、医療にかかわらない人も含めて、コミュニティーの長を集めた勉強会とか、マインフルエンサーを集めた勉強会とかをそのプラットフォームの中でやっていって、何を伝えたらいいのかというのを、皆さん、ぜひあなたのコミュニティーでこれを伝えてくださいということをやれば、一気に広がっていくのではないかと思います。

プラットフォームづくりになった段階でのアイデアはたくさんあるので、ちょっと長くなってしまふのであれですけれども、ここの中で何か発足して、官民連携で何らかやっていくというのがいいのだろうなど。佐藤さんの資料に描いてある図の一つ一つをチームごとに分かれて、もうちょっと多くの人を巻き込んでやっていくというのがいいのではない

かと思いました。

○渋谷座長 コンテンツ、イシューに関しては繰り返し出てきて、実際にいろんな場でいろんなことをやっているということは皆さんわかっているし、ただ、ばらばらなのと、適切なやり方で適切な人に届けていない。それから、医療の持続可能性、今、日本の医療は危ういということを今村先生が何度もおっしゃっていましたが、本当にそのとおりでと思いますし、ただ、今のままだとそうも言っていられない。ですから、あなたの命を守るためとか、個人、社会がエンパワーされる方向、そして自分で自分の人生を選択するような賢さをどう出すか。

他方、先ほど阿真さんが言ったことが残っているのですが、例えば消防庁の方に聞きたいのですけれども、交通事故死ががーんと減ったのは、シートベルト、エアバッグ、それから酒飲み一発免停というのはすごく大きいと思うのですが、そういう即効型の施策というのも、今、阿真さんが地方自治体でのそういう活動が足りないと言っていましたけれども、即効型というのが必要。ごめんなさい。消防庁に聞くつもりはなくて、メンバーに聞いているのですけれども、そういう即効型というのが何かないかなというのを考えていただければありがたいかなと思います。周知とか啓発活動というのは繰り返しやらなければいけないし、それが本質だと思うのですが、ただ、同時に短期的に打てるものもぜひ出したいなと思いますし、何よりも緑の方とか。僕は、女性に対して「おばさん」という言葉を余り使いたくないので、緑のお姉さん方とか、そういう方々もインセンティブというか、本当にドライブをかけるようなものがないと、なかなか動かない御時世でもあるので、佐藤さんの目からうろこのプレゼンを読みながら、もう少し考えなければいけないなと思いました。

そろそろ終わらなければいけないので、課題山積みの中で終わるのも心苦しいのですけれども、イシューはあるし、佐藤さんの宿題もあるし、医師会の支援も、恐らく当時はまだ早過ぎたのかなと。今、まさに打つべきなのかなという気もしますし、ゆるキャラとかでなくて、現状の問題点をダイレクトに伝えて。逆に、一般の方でなくて、医療提供者側にもっと伝えようとか、いろんな示唆があったので、もう一回考えたいなと思っております。

ほかに何か。では、小室さん、お願いします。

○小室構成員 佐藤さんのプレゼンの中でここがすごく共感というところがあったので、賛成票みたいなものを入れておきたいなと思ったのですが、医療のかかり方検定みたいなものをつくるというのが10ページにありました。ママ友の中でプチ資格を持っている人がいるらしいとなると、その人の周りのママ友で勉強会を開くというのはよくあるのですね。なので、ハードルの低い検定にして、たくさんつくっていくということがとても有効だと思います。何か勉強したいとママが思うときというのは育休のときが多くて、仕事をしていた自分が今は何にもしていない、毎日赤ちゃん語しかしゃべっていないとなると、何か勉強したいと思う方が多い。

今、育休MBAとかがとてもはやっているのですけれども、例えば育休MBAの方たちにプチコンテンツを追加してもらって、こういう資格が取れる。本当に短いe-ラーニングをつくってもらったり、e-ラーニングコンテンツをいろんなところに提供して、育休中のブラッシュアップ。自分が休んでいる間に能力が落ちてしまうという危機感を持っている方が多いので、そういうときに、私、一つこういう資格を取ったのですと言えると、自信を持って復帰できることにもなるし、会社はその資格の取得を推奨してくれたりすると、よりいいのかなと思って、こういうのは健保さんとか会社側からの推奨資格ですと出させていただくのもいいのかなと思うので、これがすごく私たちの生活にフィットするなと思ったので、一票という感じですよ。

以上です。

○渋谷座長 ありがとうございます。

できるだけ天下り団体みたいにならないような形になるといいなと思います。

今村さん、どうぞ。

○今村参考人 今の医療のかかり方検定ということに関しまして、個々人のヘルスリテラシーを高めるために、実は日本健康マスター検定というのが既にありまして、会社員や学生を中心に受験者数も増えています。

○豊田構成員 難しいのかな。

○今村参考人 比較的誰でもわかるようなベーシック・コースと、少し上級のエキスパート・コースの2つがあります。

○渋谷座長 それはどこがやっているのですか。

○今村参考人 日本健康生活推進協会と言う法人が実施しています。

○渋谷座長 怪しいにおいがする。

○今村参考人 テキストや問題の監修に当たっては、各分野の専門の先生方が関わっており、質の高いコンテンツをつくっているのです、怪しいということはありません。医療のかかり方ということに関してもカリキュラムに入れて、そういうものを利用していただくということが大事かなと思います。他の同様の検定の中では受験者数も多く、数万人単位の受検者はいるので、そういうものも周知をしていければと思っています。

○渋谷座長 誰も知らない。

○今村参考人 そうなのです。結局、いろんな取り組みをしても、誰も知らないということが多いため。実はお金が余りないからなのですからけれども。そういうものもぜひ利用していただきたい。

○渋谷座長 そうですね。

なるべくスクラッチからつくるのではなくて、できるものを使いたいのですけれども、誰も知らないというのはやばいなという気もするのです。

村木さん、どうぞ。

○村木構成員 誰も知らないということに絡んで、必要なときに情報が伝わってくると一

番いい。先ほどおっしゃったように、例えば妊娠したときだったら、子供の病気のことを物すごい必死で勉強します。きょう節目とかゲートという言葉が出てきましたが、中身と対象ごとに、そこをすごく意識してやると、いい形で伝わるのではないかなと思いました。

○渋谷座長 ほかに。では、最後、岩永さん。

○岩永構成員 ママタレとかインフルエンサーの人に広めてもらうというのはとても大事だと思うのですが、これまでの私の取材では、健康について意識の高い人ほどやばい情報をつかみがちというのがありまして、ですから、こういう検定みたいなかつちりとした知識を公的な機関が保証するということがないと、逆に危ないことになってしまう。何かスピリチュアルなものに誘導したりとか。

○渋谷座長 子宮頸がんワクチンとかね。

○岩永構成員 そうですね。

ですから、もし広めるのであれば、その前にきっちりとした情報を公的な機関、専門家が身につけてもらうということを前提にしないと、危ないことになると思います。

○渋谷座長 フェイクニュースも非常にチェックしているBuzzFeedならではの。本当に大事なポイントだと思います。だから、先ほど佐藤さんがおっしゃっていた母体とかその辺の話というのもすごく大事なので、次回、これをまとめてもう一回皆さんに返して、これからどうしていきたいかを議論したいと思います。

それでは、きょうはここでクローズしたいと思います。

事務局のほうできょういただいた御意見とか佐藤さんの提言とかをもう一回まとめて、次回までにレクという形ではないですけども、レクの最中もいろいろインタラクションしながら少しまとめていきたいと思いますので、次回初めて資料を見るというよりは、今回と次回の間に皆さんと意見、やりとりをしながら、少したたき台をつくりながら進めていきたいと思っています。そうした過程でアイデアとか何か言っておくことがありますか。大丈夫でしょうか。

では、次回の日程等について、事務局からお願いいたします。

○千正医療政策企画官 次回の懇談会は12月6日（木）10時からの予定であります。よろしくお願いいたします。

○渋谷座長 それでは、本日の会議は終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。