

基礎研 レポート

「上手な医療のかかり方」はどこまで可能か

医療サービスの特性を踏まえて効果と限界を考える

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1——はじめに～「上手な医療のかかり方」は可能か～

上手に医療にかかりましょう——。厚生労働省は2019年度から国民などに対し、「上手な医療のかかり方」の必要性を促している。上手な医療のかかり方とは、夜間・休日よりも日中に受診したり、いきなり救急車を呼んだりしない受療行動を指しており、厚生労働省は毎年11月を「医療のかかり方考える月間」に指定。著名アーティストらを大使に任命することで、国民に対する啓発活動を展開している。

こうした活動を通じて、医療に対する国民の注意を惹き付けることは極めて重要である。例えば緊急性を考えずに救急車を呼ぶような受療行動が減り、患者が状態に応じて適切に受診できるようになれば、医療提供者の負担を軽減できる。

しかし、医療サービスでは患者—医師の情報格差が大きいため、患者の自己決定に多くを期待するのは難しく、国民の意識啓発だけでは限界があると考えている。本レポートでは、上手な医療のかかり方を巡る議論を考察するとともに、運動論としての必要性を考察する。一方、医療サービスの特性や行動経済学の知見を踏まえつつ、その限界も指摘した上で、プライマリ・ケアの制度化など必要な施策を論じる。

2——上手な医療のかかり方とは何か～示された5つのプロジェクト～

この議論は2018年10月に発足した「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」（以下、懇談会）にさかのぼる。懇談会には有識者や日本医師会役員に加え、小児医療に関するNPOの代表、がんサバイバー、民間企業役員、アーティスト、自治体職員など12人で構成し、同年末までに会合を重ね、「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト宣言」（以下、宣言）を公表した。

その内容は表1の通り、「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクトとして、①患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること、②医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること、③緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること、④信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること、⑤チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること——の5つである。

さらに、懇談会の宣言は『医療危機』は国民全員が考え、取り組むべき重要な問題』としつつ、医療危機の要因として、厳しい財政状況、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、予防に向けた努力が評価されない制度などの社会経済状況を列挙した。

その上で、「市民」「行政」「医師／医療提供者」「民間企業」の主体ごとに、医療危機を引き起こしている要因と、望ましい

アクションの事例を示している。詳細は末尾に【参考資料】として掲載しているので、ここでは市民の部分だけ述べると、要

表1：上手な医療のかかり方を広めるための懇談会が取りまとめた5つの方策

- ①患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
- ②医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
- ③緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
- ④信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
- ⑤チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること

出典：厚生労働省ウェブサイト上の資料を基に作成

因として「医師の意見だけを信頼し、些細なことでも『とにかく医師に聞こう』 と思ってしまう」「軽症重症に関わらず、大病院で受診して安心を得ようとしてしまう」「緊急かどうか判断せずに、救急車を利用してしまおう」といった受療行動を掲げた。

さらにアクションの事例として、▽患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」¹を活用し、まずは状態を把握する、▽夜間・休日に受診を迷ったら、子どもの異変について保護者から相談を受け付ける「子ども医療電話相談」(#8000)、突然の病気やケガで困った際、救急医療相談を受け付ける「救急電話相談」 #7119 を利用する、▽夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する、▽日中であれば院内の患者・家族支援窓口（相談窓口）も活用できる、▽夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短いなど、医療を受ける側にもデメリットがあることを認識する、▽抗生物質をもらうための受診は控える、▽日頃の体調管理は看護師に、薬は薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らず、上手に「チーム医療」のサポートを受ける——などを例示している。

こうした懇談会の宣言に沿って、厚生労働省は国民に医療のかかり方を考えてもらうため、11月を「みんなで医療を考える月間」と命名。アーティストのデーモン小暮閣下など5人を「上手な医療のかかり方大使」に任命することで、国民運動を展開している。さらに2020年2～3月には優れた事例の表彰式を計画しており、自治体などから事例を募っている。

では、「上手な医療のかかり方」に関する議論がなぜ浮上したのだろうか。懇談会の資料や近年の制度改革の動向を踏まえて、その背景を少し考えてみよう。

3——上手な医療のかかり方が浮上した背景

1 | 医療現場の疲弊

懇談会の宣言が「危機」として強調しているのは医療現場の疲弊である。具体的な事例としては、▽週60時間以上労働の医師の割合が40%を超えているという調査結果がある、▽勤務医1万人アンケートで「3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える」「6.5%が抑うつ中度以上」という結果が示されている、▽76.9%の勤務医が重大事故に繋がるヒヤリ・ハットを経験している——など現状を示すデ

¹ 懇談会の宣言では、国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作る必要性に言及している。

一タを紹介²しており、医師に多くの負担を強いつつ、医療現場が綱渡りの運営を強いられている点を強調している。

2 | 病床機能再編などの政策動向

宣言では直接的に触れられていないが、病床機能再編も影響する。日本の医療提供体制では、患者は自由に医療機関を選べる「フリーアクセス」を採用しているため、本来は高度な医療を提供する大学病院が外来を担うなど、医療機関の役割や機能が明確とは言えない。そこで、政府はいくつかの提供体制改革を進めている。

第1に、各都道府県に「地域医療構想」を策定させることで、人口的にボリュームが大きい団塊世代が75歳以上となる2025年に向けて、医療機関が高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能を自主的に判断・選択する仕組みがスタートしている³。

第2に、2016年度診療報酬改定に際して、中小病院や診療所の紹介状を持た

図1：紹介状なしに大病院に行った場合の追加負担のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：救急は対象外。

注2：紹介状がない場合、歯科の追加負担は3,000円。

注3：他の医療機関で紹介を受けた後、再び同じ大病院を受診すると、2,500円（歯科は1,500円）を追加負担。

ず、いきなり大病院に行った場合、5,000円を追加で徴収する措置が創設された。そのイメージは図1の通りであり、大病院と中小病院・診療所の役割を分けることが意識されている。

この措置は当初、「特定機能病院⁴及び500床以上の地域医療支援病院⁵」だったが、2018年度改定で「特定機能病院及び400床以上の地域医療支援病院」に対象が拡大した。2020年度報酬改定では対象が200床以上の一般病院にまでに拡大する是非が論じられている⁶。

第3に、2014年の医療法改正では国民の努力義務として、「良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない」という規定が盛り込まれた。「上手な医療のかかり方」とは、この考え方の実践を促しているといえる。

では、こうした上手な医療のかかり方を通じて、どんな効果が期待できるのだろうか。懇談会の宣

² 出典は総務省統計局2012年度「就業構造基本調査」、2016年3月公表の日本医師会「勤務医の健康支援に関する検討委員会答申」、2012年9月公表の労働政策研究・研修機構「勤務医の就労実態と意識に関する調査」。

³ 地域医療構想については、2017年11～12月の4回連載の拙稿レポート「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」、2019年5～6月に2回連載した拙稿レポート「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」。(いずれもリンク先は第1回)を参照。

⁴ 高度医療の提供、技術開発、研修を実施する能力などを備えた病院。1993年の医療法改正で創設された。

⁵ 中小病院や診療所からの紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用などを通じて、地域医療の確保を図る病院。1997年の医療法改正で創設された。

⁶ 例えば、2019年12月19日に取りまとめられた政府の「全世代型社会保障検討会議」では、200床以上の一般病院に拡大するという方針が盛り込まれている。さらに、患者が支払う追加負担分については、医療機関の収入になっているが、これを「公的医療保険の負担軽減」、つまり保険財政の収入にするよう改めるとしている。

言に加えて、私見を交えつつ、その効果を考えることとしたい。

4——上手な医療のかかり方で期待される効果

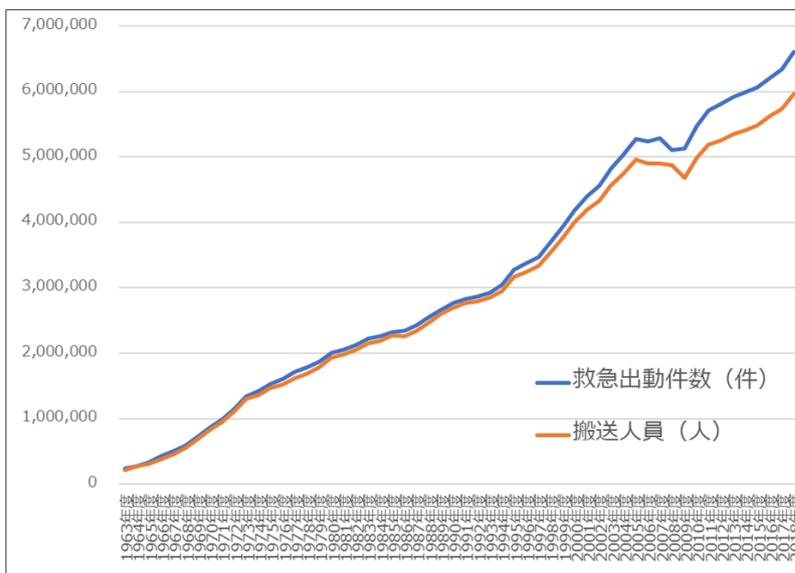
1 | 医療現場の負担軽減

医療現場の負担軽減は懇談会の宣言で盛んに強調されている点であり、ここでは別の視点やデータを加味したい。例えば、総務省消防庁の統計によると、図2の通りに救急出動の件数や搬送人員はほぼ右肩上がりが増えており、医療現場に負荷が掛かっている様子を見て取れる。

この点は近年、議論が進んでいる「医師の働き方改革」とも関連する。具体的には、厚生労働省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を中心に議論が進み、労働時間管理の適正化などに取り組むとしている。

実際、医師の働き方改革の推進に関する検討会が2019年3月にまとめた報告書では、上手な医療のかかり方に言及している部分がある。つまり、患者が「軽症でも救急車を呼ぶ」といった受療行動を変えれば、医師の超過勤務の削減など医療現場の負担軽減や働き方改革に繋がる可能性がある。

図2：救急出動件数及び搬送人員の推移



出典：総務省消防庁「救急救助の現況」を基に作成
注：1998年度以降はヘリコプター出動を含む。

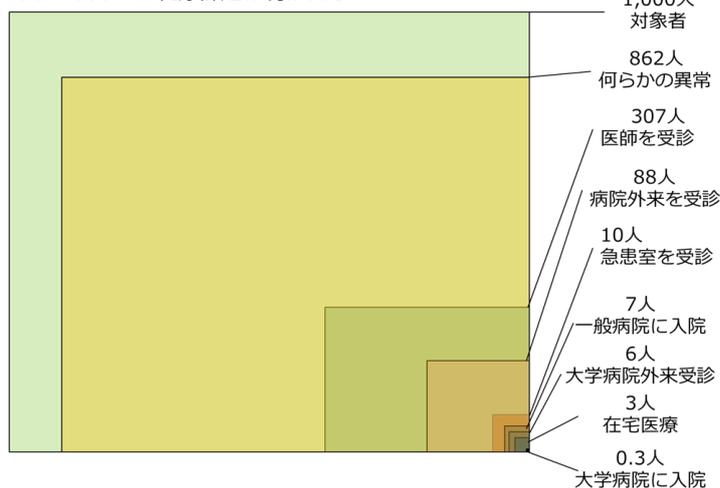
2 | 患者のメリット

患者のメリットも期待できる。第1に、金銭面のメリットである。先に触れた通り、紹介状なしに大病院に行った場合、患者は5,000円を余計に取られる。さらに、夜間や休日は診療報酬上、加算を設定しているため、自己負担が増える仕組みになっている。つまり、こうした受療行動を控えれば、患者は余計な出費を抑えられる。

第2に、病状に応じた医療機能を選べれば、適切な医療を受けられる可能性が高まる。

患者の医療ニーズは通常、日常的な疾病やケガに対応するプライマリ・ケアと呼ばれる1次医療に始まり、一般的な入院である2次医療、専門性の高い救急医療などを提供する3次医療に分類され、1次医療の部分で7~8割程度の医療需要に対応で

図3：日本人の健康課題の現われ方



出典：Tsuguya Fukui, et al "The Ecology of Medical Care in Japan" JMA Vol.48を基に作成

きることが示されている。例えば、1961年に公表されたイギリスの研究⁷では、1,000人のうち、750人が1カ月間で何らかの病気やケガを訴え、250人が医師のカウンセリングを受けたが、高度な医療機関に紹介された患者は5人に過ぎなかった。日本の2000年代にも類似の研究があり、図3の通り、人口1,000人に対して862人が心身に異常を感じたが、一般病院に入院した人は7人とどまった⁸。

つまり、必ずしも大学病院などの大病院で適切な医療を受けられるとは限らず、むしろ医学で対応せずに済む問題を医学で解決しようとする「医療化」や、不要な検査や診断、投薬などが新しい不具合を作り出す「医原病」を招くマイナス面も想定される⁹。

3 | トータルの医療費の抑制

医療費を抑制できるメリットも想定できる。一般的に救急医療機関や2次医療、3次医療を担う病院は難しい手術や検査に対応するため、高度な検査機器などを装備しているほか、多くの医師など専門職を配置している。このため、軽度な患者が大病院や救急医療を受けると、その分だけ医療費の無駄使いに繋がる可能性がある。逆に患者の状態などに応じて適切に受療できれば、コストは最適化され、医療費の抑制を期待できる。

例えば、厚生労働省の資料¹⁰では、救急医療相談を受け付ける「救急電話相談」#7119の周知を通じて、相談件数や時間外受付が減少した事例があると紹介。その一例として、横浜市の救急相談センターへの相談件数（年間約11万5,000件）のうち、約73%が救急車以外での受診を勧奨、23%の約2万6,000件が翌日受診などを勧奨したとし、その分だけ医療費が節約できた可能性を論じている。

4 | 期待される効果

以上の議論を踏まえると、「上手な医療のかかり方」は医療現場の負担軽減などに繋がり、医療従事者や患者の双方にメリットがある。さらに、医療費の抑制も期待できる点で言えば、批判すべき点は全く見当たらない。実際、筆者を含めて、懇談会が示した論点や方策に異論を持つ向きは少ないだろうし、国民や患者サイドに働き掛けることで、国民全体で医療の問題を考える意義は大きい。末尾の【参考資料】で掲げている通り、患者・国民だけでなく、医師／医療機関や民間企業、行政が取り組めることは多く、国が運動論として問題提起することは極めて重要である。

だが、筆者は先行きを楽観視していない。以下、「上手な医療のかかり方」の論点を抽出するため、敢えて「下手な医療のかかり方」を考察することで、上手な医療のかかり方が難しい理由を考える。

5——「下手な医療のかかり方」が生まれる理由の考察①～国民の無知が原因？～

1 | 「下手な医療のかかり方」の事例

こんな事例を想像して頂きたい。いずれも国が言う「上手な医療のかかり方」ではない受療方法、

⁷ White K L et.al (1961) “The Ecology of Medical Care” *The New England Journal of Medicine*, 265, pp885-892.

⁸ Tsuguya Fukui et al. (2005) “The Ecology of Medical Care in Japan” *Japan Medical Association Journal Vol. 48 No. 4*, pp163-167.

⁹ 医療化の危険性については医療社会学で論じられてきた。典型的な議論は Ivan Illich (1976) “Limits to Medicine” [金子嗣郎訳 (1979) 『脱病院化社会』 晶文社] など。

¹⁰ 2019年6月7日、医療政策研修会・地域医療構想アドバイザー会議資料を参照。

つまり「下手な医療のかかり方」である。

(A)ある日の昼間、60 歳代男性が家でくつろいでいると、急に頭痛を感じた。最初は「ストレスか、肩凝りぐらいかな」と思ったが、今までに経験したことがない痛みが続き、かなり不安になってくる。インターネットを見ても原因が分からないし、真偽のほどが分からない多くの情報がネット上にあふれており、むしろ情報を見れば見るほど、深刻な症状に思えて来る。不安が募るうち、自分の叔父が数年前、くも膜下出血で急逝したことを思い出し、自分も同じ病気ではないかと疑い始めた。しかも、どの医療機関、どの診療科に行っているのか分からないので、取り敢えず大病院に行った。

(B)ある日の夕方、共働きの 30 歳代女性が保育所から「娘さんが熱を出した」と連絡を受けたので、慌てて仕事を切り上げて保育所で娘を引き取り、家に帰った。その後、暫らく様子を見たが、かなり子どもは苦しそうにしている。夫に電話したら「接待で帰れそうにない」と言うし、明日の仕事への影響とか、娘の健康状態を考えると矢も楯もたまず、娘を連れて 19 時頃、病院の夜間外来に駆け込んだ。

いずれも筆者が作ったフィクションだが、厚生労働省の考え方に沿うと、(A) いきなり大病院に行く、(B) 夜間外来に駆け込む——という点で「上手な医療のかかり方」とは言えない。しかし、上のような事例を「下手な医療のかかり方」と非難できるだろうか。多くの人が多かれ少なかれ似たような経験を持っているはずである。

では、なぜ「下手な医療のかかり方」が生まれてしまうのだろうか。考えられる一つの理由としては、国民の無知が挙げられる。つまり、いきなり大病院に行ったり、夜間・休日に駆け込んだりすると、医師の疲弊を招くだけでなく、自らも余計にコストを支払っていることを知らない可能性である。次に、国が実施した 2 つの調査を基に、「下手な医療のかかり方」を選んでしまう理由が国民の無知にあるのかどうか検証する。

2 | 国民の無知が原因とは言えない？

2 つの調査とは、内閣府が 2019 年 11 月に公表した世論調査（以下、「内閣府世論調査」と表記）¹¹と、2020 年度診療報酬改定に向けて、厚生労働省による「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」（以下、検証調査）¹²である。

まず、内閣府世論調査では「平日の日中に医療機関を受診するより、診療時間外（主に休日・夜間）に受診する方が医療費は高いということを知っていたか」という設問があり、表 2 の通りに「知っていた」と答

表 2：診療時間外（主に休日・夜間）に受診する場合、医療費は高くなることに対する認知度

	知っていた (%)	知らなかった (%)	無回答 (%)	回答者数 (人)
合計	77.0	21.3	1.7	2,803
18～29歳	65.8	32.2	2.0	304
30～39歳	83.4	16.3	0.3	349
40～49歳	81.8	17.6	0.6	483
50～59歳	80.1	18.4	1.5	463
60～69歳	81.1	16.7	2.2	503
70歳以上	70.3	26.8	2.9	701

出典：内閣府世論調査「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」（2019年11月）を基に作成

¹¹ 内閣府 2019 年 11 月 22 日公表「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」。調査は郵送を通じて、2019 年 7～9 月に実施。有効回答 2,803 人。

¹² 2019 年 3 月 27 日、中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会資料。有効回答は初診 112 人、再診 31 人。

えた者の割合が77.0%、「知らなかった」と答えた者の割合が21.3%だった。年齢別に見ると、18～29歳の認知度が65.8%と低かったが、30歳代、40歳代、50歳代、60歳代は全て80%を超えており、75歳以上も70.3%だった。つまり、診療時間外で受診すれば、患者自身が余計に負担することについては、国民の幅広い年齢層で浸透していると言える。

国民の無知が原因ではない可能性については、検証調査でも裏付けられる。この調査では、2018年度から定額の上乗せ負担を取るようになった病院にかかった患者または家族に対し、「大病院受診時定額負担の認知度」を聞いており、表3の通り、初診患者の計66.1%、再診患者の計74.2%が「仕組みがあることも、仕組みが設けられている理由も知っていた」「仕組みがあることは知っていたが、仕組みが設けられている理由は知らなかった」と答えていた。内閣府世論調査に比べると、回答者数が少ないため、一定の留保が必要だが、この結果を見る限り、国民は十分に情報を持っていることになる。

表3：大病院受診時定額負担の認知度

	初診 (%) n=112	再診 (%) n=31
仕組みがあることも、仕組みが設けられた理由も知っていた	36.6	45.2
仕組みがあることは知っていたが、仕組みが設けられている理由は知らなかった	29.5	29.0
仕組みがあることを知らなかった	32.1	25.8
無回答	1.8	0

出典：厚生労働省「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」を基に作成

3 | 受診した理由は緊急性

では、「下手な医療のかかり方」を選んでしまう理由が国民の無知ではないと仮定した場合、どんな可能性を2つの調査結果から論じられるだろうか。まず、内閣府世論調査では、「あなたや家族が休日・夜間に病気やけがをした時、どのような場合に、休日・夜間に医療機関を受診しようと思うか」という質問を設定している（複数回答可、有効回答は2,803人）。その結果は表4の通りであり、「症状から緊急性が高いと思った場合」を挙げた者の割合が90.7%と最も高く、「症状から緊急性が判断できない場合」が43.0%で続く。

つまり、「症状」「緊急性」を主な原因とし、患者は診療時間外に診察していることになる。これは「下手な医療のかかり方」として例示した(A)(B)の架空ケースと符合しており、医療の専門家ではない患者が事前に症状を把握し、その症状が軽いのか、重いのか判断するのは困難である。

実際、検証調査を見ると、患者の迷いが如実に表れている。2018年度から定額負担が始まった病院を受診した初診の患者に対し、その理由を聞いたところ、「どの診療科に行けばよいか分からないが、この病院は診療科の種類が多く、様々な病気に対応してくれるから」と答えた人が42.0%と最多だった（複数回答可）。実際には多くの診療科を持っていても、全ての病気を全人的に診られるとは限らないため、「どの診療科に行けば分からないので、取り敢えず大病院に行く」という(A)の事例のような受療行動は行政職員や医師などの専門家から見れば不合理である。ただ、不確実な意思決定を強いられる患者にとっては一定の合理性を有しているし、それなりに情報が国民に行き渡っている可能性を考えると、「下手な医療のかかり方」が起きる理由を別に探る必要がある。

以下、①情報の非対称性、②不確実性が大きい——という医療サービスの特性に着目しつつ、「下手な医療のかかり方」が起きる理由を考察する。

表4：あなたや家族が休日・夜間に病気やけがをした時、休日・夜間に医療機関を受診しようと思うケース



出典：内閣府「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」（2019年11月公表）を基に作成

注1：複数回答可。回答者数は2,803人。

注2：意味が変わらない範囲で、選択肢の文章を修正した。

6—「下手な医療のかかり方」が起きる理由の考察②～医療サービスの特性からの視点～

1 | 情報の非対称性

通常の財やサービスでは、個々人の選好に合わせて、資源を効率的に分配できるため、その多くが市場に委ねられるが、医療サービスでは市場が機能しにくい。

まず、患者—医師の情報の非対称性である。先の(A)の事例では、頭痛に見舞われた患者が「下手な医療のかかり方」を選んだストーリーにしたが、「頭痛の原因は何か」「これは重症か、軽症か」「どうやったら頭痛が取り除けるのか」「頭痛の解消に要するコストや手間暇はどの程度なのか」などを知っているのは患者自身ではなく、医師などの専門職である。どんなに上手な医療のかかり方を患者が学んだとしても、これらの知識を患者が習得し、症状や緊急性を100%、事前に把握することは困難である。

このため、異変の原因を理解できない患者が「救急に行くべきか」「どの診療科が適切なのか」といった形で、必要な医療の機能や診療科を適切に選ぶのは相当、困難である。医療法で言う「(筆者注：国民が)医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受ける」ことは理想として正しくても、実行するのは相当難しい。

さらに医療機関で受診する時も、情報格差の問題が付きまとう。確かに頭痛の原因などについて、患者は分からない点や不安な点などを医師に確認できるし、仕事や生活などへの影響を少なくするように、診断や治療、手術に際して自らの希望を医師に伝えられる。こうした医療のかかり方を患者自身が学ぶことは極めて重要であり、医師も患者の意思決定を支援することが求められる。

しかし、情報や知識、経験の面で、患者が専門職に匹敵する情報を持つことは不可能であり、患者は医師の提案の是非、その後の健康や生活に与える影響などを予測し切れない。この結果、最終的に素人である患者はプロである医師の判断を信任するしかない。医療サービスの基本として、患者—医

師の信頼関係を構築しなければならない理由は正にここにある。

2 | 不確実性が大きい

第2に、医療サービスの特性として、ニーズの発生が不確実である点も指摘したい。先に取り上げた2つの事例は急なニーズの発生に見舞われた中での意思決定である。持病や既往症など事前に予想できる病気であれば、患者も一定程度は予想できるが、事前に予測できない医療ニーズへの対応を迫られた時など、不確実な意思決定を強いられた患者が「下手な医療のかかり方」を選ぶのは止むを得ない面がある。

7——「下手な医療のかかり方」が起きる理由の考察③～行動経済学的な視点¹³～

1 | 利用可能性ヒューリスティック

不確実な意思決定の下で、専門家から見ると非合理的な行動が選ばれる理由として、行動経済学の知見も参考になるかもしれない。最初に、「利用可能性ヒューリスティック」を取り上げる。これは不確実な意思決定を強いられる中、手っ取り早く入手しやすい情報に飛び付く行動を説明する考え方であり、先に触れた最初の(A)のケースに当てはまる。つまり、経験したことがない激しい頭痛に見舞われ、しかも頭痛の深刻度を見通せない中、男性はくも膜下出血で急逝した親戚の経験に頼っている。

もちろん、(A)は筆者が作った架空ケースだが、急な医療ニーズに対して、こうした身内の経験だけでなく、テレビや雑誌で見聞きした情報を参照しつつ、受療行動を決めている人も多いのではないか。「下手な医療のかかり方」が起きるのは、患者が不確実な意思決定を迫られているためである。

2 | システム1とシステム2

社会心理学や行動経済学の本を読むと、「システム1」「システム2」という考え方も紹介されている。これは脳の動きや思考のプロセスを表す考え方であり、前者は自動的かつ高速で働き、努力が要らない。さらに、自分自身がコントロールしている感覚を一切、持っておらず、論理性よりも直感で動く思考システムと言える。

一方、システム2は複雑な計算など頭を使わなければならない時に登場し、選択、集中など主観的な経験に関連付けられるという。両者の違いを分かりやすく比較するため、社会心理学の書籍から引用したのが表5である。言わば「直感」をベースとした「システム1」と、「熟慮」を基にした「シ

表5：システム1とシステム2の違い

	システム1	システム2
脳の処理速度	速い	遅い
意識との関係	自動的・無意識的	制御的・意識的
情動との関係	情動的、直感的	合理的、論理的
言語との関係	非言語的	言語的
努力との関係	努力を必要としない	努力を必要とする
知識との関係	一般的知能とは無関係	一般的知能と密接に関係
脳の処理能力との関係	処理能力に影響されない	処理能力の制約を受ける
利益追求の時間軸	主に短期的な利益を追求	長期的な利益を勘案
進化との関係	進化的に古い	進化的に新しい

出典：阿部修士（2017）『意思決定の心理学』講談社選書メチエp16を改変

¹³ 行動経済学の部分については、大竹文雄・平井啓編著（2018）『医療現場の行動経済学』東洋経済新報社、阿部修士（2017）『意思決定の心理学』講談社選書メチエ、Daniel Kahneman（2011）“Thinking, Fast and Slow”〔村井章子訳（2014）『ファスト&スロー』ハヤカワ文庫〕などを参照した。

テム2」と評すれば分かりやすいかもしれない。

この考え方を先の2つの事例に当てはめてみよう。急に未経験の頭痛に見舞われたり、不意の娘の熱に直面したりした場合、どちらのシステムが稼働するだろうか。もちろん、直感に基づくシステム1である。先の2つの事例では一応、システム2が作動している場面を盛り込んだが、人命に関わるかもしれない、より正確に言えば人命に関わるかどうか分からない不確実な意思決定を強いられる重大な場面で、全ての人がシステム2を作動できるとは限らない。

8——救急搬送の軽症者は「下手な医療のかかり方」と言い切れるか

こうした「下手な医療のかかり方」の内実を考える上で、総務省消防庁の「救急救助の現況」に興味深いデータがある。表6は救急自動車搬送された人員を傷病程度別と年齢区分で見た結果である。これを見ると分かる通り、全体の48.8%は「軽症（入院加療を必要としない程度の症状）」であり、「傷病程度が重症または軽症以外」の状況である「中等症（入院診療）」の41.6%を上回り、トップのシェアとなっている。

しかし、先の事例で取り上げた通り、患者が急な不具合に見舞われた際、自らの状態が「死亡」「重症（長期入院）」「中等症（入院診療）」「軽症（外来診療）」なのか、事前に予想するのは困難である。このため、「重症（長期入院）だと思ったら軽症」「軽症と甘く見ていたら重症（長期入院）」といった形で、事前の予想と結果が食い違うことは往々にして有り得る。

言い換えると、患者が救急車を呼んだ際、そのかかり方が上手なのか、下手なのか、事前に想像するのは極めて難しく、病院に駆け込んだ後、軽症であれば「下手」と類型化され、重症であれば「上手」と判断されることになる。誤解を恐れずに言えば、結果に左右される点で言えば、後知恵か、結果論である。

もちろん、タクシー代わりに救急車を使うようなケースは言語道断だし、#7119の利用を促す意味を否定するわけではないが、「上手」「下手」の判断が結果で左右される状況では、どんなに公共心の高い人でも結果論として、「下手な医療のかかり方」を選んでしまう可能性があると言える。言い換えると、「上手に医療にかかりましょう」という意識啓発の必要性を理解しつつも、それだけで「下手な医療のかかり方」を減らせるとは考えにくい。

もちろん、タクシー代わりに救急車を使うようなケースは言語道断だし、#7119の利用を促す意味を否定するわけではないが、「上手」「下手」の判断が結果で左右される状況では、どんなに公共心の高い人でも結果論として、「下手な医療のかかり方」を選んでしまう可能性があると言える。言い換えると、「上手に医療にかかりましょう」という意識啓発の必要性を理解しつつも、それだけで「下手な医療のかかり方」を減らせるとは考えにくい。

もちろん、タクシー代わりに救急車を使うようなケースは言語道断だし、#7119の利用を促す意味を否定するわけではないが、「上手」「下手」の判断が結果で左右される状況では、どんなに公共心の高い人でも結果論として、「下手な医療のかかり方」を選んでしまう可能性があると言える。言い換えると、「上手に医療にかかりましょう」という意識啓発の必要性を理解しつつも、それだけで「下手な医療のかかり方」を減らせるとは考えにくい。

9——上手な医療のかかり方を実現する上で必要なことは何か

1 | 意思決定に向けた代理人機能の充実

では、不確実な意思決定を強いられる医療分野で、どのような意思決定支援が求められるだろうか。あるいは今後こういった対応策が求められるだろうか。

表6：救急自動車搬送された人の傷病程度別と年齢区分

単位：%	新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
死亡	0.0	0.0	0.0	0.2	1.1	1.3
重症（長期入院）	0.0	0.1	0.1	1.8	6.2	8.2
中等症（入院診療）	0.2	1.0	0.8	10.5	29.1	41.6
軽症（外来診療）	0.0	3.4	2.6	19.9	22.9	48.8
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
合計	0.2	4.5	3.5	32.5	59.4	100.0

出典：総務省消防庁「救急救助の現況」を基に作成

注：2018年度現在の数字。「死亡」は初診時死亡を確認、「重症」は3週間以上の入院加療、「中等症」は傷病程度が重症または軽症以外、「軽症」は傷病程度が入院加療を必要としない程度として分類。

以下、懇談会の宣言で書かれている内容と重複する部分も含まれるが、(1) 意思決定に向けた代理人機能の充実、(2) 医療の「入口」を絞り込む選択肢、(3) 標準的な医療情報の開示、(4) 患者団体・住民団体による相互の学び、(5) 自治体の主体的な取り組み——といった対応策を考えてみる。

第1に、意思決定に向けた代理人機能の充実である。先に触れた通り、患者は不確実な意思決定を強いられており、最後は医師を信任することになる。さらに医療の場合は個体差による影響を無視できず、症状や緊急性に関する将来予測は極めて困難であり、患者だけでなく、医師などの専門職も不確実な意思決定を強いられている。こうした医療サービス特有の不確実性を踏まえると、患者と医師の信頼関係が最も重要であり、患者から見ると信頼できる医師や専門職の存在が重要となる。

実際、もし患者が「何でも相談できる専門職」を身近に持ち、「救急を呼ぶ前に相談できる」「専門職との対話を通じて、ある程度は身体の変化を事前に予想できる」といった安心感を持てれば、「下手な医療のかかり方」が止まるかもしれない。

つまり、専門職が患者の立場に立って、生活上の不安なども含めて患者の希望や意思を引き出すことが重要であり、この点については、表1の5つのプロジェクトの第1番目として掲げられている「患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施」と一致している。さらに、患者と医師による「意思決定の共有」(shared decision making) という方法が重視されている点や、患者の経験を引き出す物語(ナラティブ)の必要性が論じられている医療人類学の議論¹⁴とも符合する。

患者—医師の信頼関係の重要性については、「プリンシパル・エージェント理論」で説明できる¹⁵。この理論は医療に限らず、広範に使われており、何らかの労務を「依頼人」(principal)が「代理人」(agent)に委託する関係性を重視する。例えば、選挙であれば「国民が依頼人、政治家が代理人」、企業経営で言えば「株主が依頼人、経営者が代理人」という関係性になり、これを医療サービスに当てはめると、患者が依頼人、患者から委託を受ける医師や専門職が代理人になる。

つまり、医師などの専門職は患者の意思に沿って、幅広く健康問題に対応する代理人としての機能が求められる。こうした代理人機能を充実させることで、患者の不安が解消されれば、「下手な医療のかかり方」を抑制できるのではないかと考えられる。

実際、海外の医療制度改革では幅広い健康問題に解決するプライマリ・ケアが重視されており、イギリスでは家庭医(GP、General Practitioner)と呼ばれるプライマリ・ケアの専門医が患者との間で信頼関係を構築し、単に病気だけを治すのではなく、生活全般を継続的に支えることで、代理人としての機能を果たしている¹⁶。日本でも代理人機能を果たせる専門職の育成が必要であり、GPに相当する総合診療医の育成がスタートしたことはプラス材料と言える。このほか、訪問看護師や社会福祉士、かかりつけ機能が強化されている薬剤師¹⁷、保健師、ケアマネジャー(介護支援専門員)などの

¹⁴ Arthur Kleinman、江口重幸、皆藤章編監訳(2015)『ケアすることの意味』誠信書房などを参照。

¹⁵ 医療分野におけるプリンシパル・エージェント理論については、真野俊樹(2006)『入門 医療経済学』中公新書、郡司篤晃(1998)『医療システム研究ノート』丸善プラネットなどを参照。

¹⁶ イギリスのGPに関してはGraham Easton(2016)“The Appointment”[葛西龍樹・栗木さつき訳(2017)『医者とは患者をこう診ている』河出書房新社]、澤憲明(2012)「これからの日本の医療制度と家庭医療」『社会保険旬報』No. 2489・2491・2494・2497・2500・2513などに詳しい。

¹⁷ 2016年度の診療報酬改定で、かかりつけ薬剤師が創設された。一定の要件を満たした薬剤師が患者の同意を得て、薬歴管理や服薬指導、24時間で相談を受け付けられる体制整備などに取り組んだ場合、薬剤師や薬局が報酬上の加算を受けられる仕組み。

専門職も代理人機能を果たせる可能性がある。一部地域で育成が進んでいる「コミュニティ・ナース」も一つの候補になり得るかもしれない¹⁸。こうした専門職の育成が宣言の1番目に掲げている「患者・家族の不安を解消する取組」ではないだろうか。

2 | 医療の「入口」を絞り込む制度改正

患者にとっての医療の「入口」を1カ所に絞る制度改正、つまりフリーアクセスの修正である。先に触れた通り、情報の非対称性が大きい医療分野で、国民は医療の質を評価しにくいいため、通常のサービスや財のように、医療機関や医師を主体的に選ぶことは難しい。

さらに、「幅広い選択肢には、たしかに良い面がある。だがそれでもわたしたちは混乱し、圧倒されて、お手上げ状態になる」という指摘¹⁹に代表される通り、社会心理学や行動経済学では選択肢の多さが合理的な選好に繋がるとは限らない点に着目しており、医療機関を自由に選べるフリーアクセスは患者の適切な決定を導くとは限らない。

このため、医療の「入口」を1カ所に絞るとともに、患者の状態に応じて2次医療、3次医療を紹介する「ゲートキーパー (gatekeeper) 機能」の導入が選択肢に入ってくる。つまり、入口を担う医師、具体的にはプライマリ・ケア専門医が患者の代理人となって門番 (ゲートキーパー) のような役割を果たし、「風邪に伴う頭痛なので、詳しい診断は不要」「詳細な検査、場合によっては手術が必要なので、2次医療機関を紹介する」と判断することを指す。

こうした考え方については、日本の医療制度に関する OECD (経済協力開発機構) の報告書²⁰と符合している。OECD 報告書では、病院や救急医療施設に直接アクセスする現在の患者の好みを考えると、プライマリ・ケアと2次医療の間の紹介を強化したり、非急性期の患者を病院以外の環境に移行させたりすることが重要とし、患者が医師を指名する制度の導入などを通じて、「構造的な医療制度」に機能分化を進めるべきとしている。

さらに、2013年8月に公表された政府の社会保障制度改革国民会議報告書でも、『「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも『必要な時に必要な医療にアクセスできる』という意味に理解していく必要がある』とし、緩やかな「ゲートキーパー機能」が必要としている。これらの指摘を踏まえると、「いつでもどこでも」という意味のフリーアクセスを修正する必要性は関係者の間でも共有されつつある。

ただ、上記で述べたイギリスの事例や、フリーアクセスを修正したフランス²¹のように必ずかかる医師や医療機関を事前に登録するよう義務付ける「登録制」については、国民の権利義務に関わる部分なので、「こういった形で医療の入口を絞るか」という方法論については議論の余地がある。

¹⁸ コミュニティ・ナースについては、矢田明子 (2019) 『コミュニティナース』木楽舎などを参照した。

¹⁹ Sheena Iyengar (2010) “The Art of Choosing” [櫻井祐子訳 (2010) 『選択の科学』文藝春秋 p220]。

²⁰ OECD (2014) “OECD Reviews of Health Care Quality JAPAN RAISING STANDARDS ASSESSMENT AND RECOMMENDATIONS” 『OECD 医療の質レビュー 日本 スタンドアードの引き上げ 評価と提言』。

²¹ フランスは日本と同じフリーアクセスだったが、2005年から「かかりつけ医 (Médecin Traitant) 制度を導入し、かかりつけ医への登録を国民に義務付けた。しかし、GP が働く診療所への登録を義務付けているイギリスと異なり、フランスの場合、大学病院の勤務医なども指名できるほか、かかりつけ医を経由しない場合、患者の負担が増える。フランスの事例については、松本由美 (2018) 「フランスとドイツにおける疾病管理・予防の取組み」『健保連海外医療保障』No. 117などを参照。イギリスとフランスと対比させた制度改革の選択肢については、2018年5月2日拙稿レポート「[2018年度診療報酬改定を読み解く\(下\)](#)」を参照。

例えば、登録を義務ではなく任意として、登録した患者の自己負担を減らしたり、患者の状態に応じて医療費を包括的に支払ったりするなどのインセンティブ設計は選択肢の一つとして有り得るだろう。こうしたプライマリ・ケアの制度化に関する議論は「上手な医療のかかり方」をバックアップする制度として不可欠である。

3 | 標準的な医療情報の開示

第3に、表1の5つのプロジェクトにも出ていた通り、標準的な医療情報の開示である。インターネットやメディアでは現在、虚実入り混じった健康情報が拡散しており、何らかの理由で不安に駆られた患者が参考にできる情報が開示されているとは言えない。そこで、政府あるいは政府系の機関がデータの蓄積を通じて、「●●という症状の場合は××が疑われる」といった情報を開示することが不安解消に繋がると考えられる。実際、懇談会の宣言でも、国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要性に言及している。

その際にもイギリスのNHSによる取り組みが参考になるかもしれない。NHSのウェブサイト上では、病名や症状、薬などのキーワードを検索すれば、基本的な情報やリスクなどを総覧できるようになっており、こうした標準的な医療情報を開示するウェブサイトを開設すれば、国民の適切な受療を後押しできる可能性がある。さらに、先に触れた代理人が患者の意思決定を支援する際も、こうした情報を基に説明すれば、患者の納得感を増すことが期待される。

4 | 患者団体・住民団体による相互の学び

第4に、患者団体・住民団体がフラットな関係性の下、医療のかかり方や医療制度の仕組みを相互に学べる場を提供することも重要である。特に、患者が自らの経験を話したり、患者同士で経験を共有したりできれば、「上手な医療のかかり方」が一種の社会規範となり、国民の医療に対する関心が高まることにも繋がる。行動経済学で言えば、利用可能性ヒューリスティックで用いられる情報が「病気の経験がある近所の人のお話」「講演会で聞いた患者団体の話」といった形で、より身近かつ正確になれば、適切な受療行動に繋がる可能性がある。

実際、こうした活動は草の根で広がっている。例えば、医師不足に対応する一環として、医療のかかり方などを住民が学んだり、地域医療を支えたりした活動として、「県立柏原病院の小児科を守る会」「宮崎県北の地域医療を守る会」が有名である²²。こうした活動に取り組んでいる住民の相互交流に向けて、自治医科大学の関連組織である地域社会振興財団は毎年、「地域医療を守り育てる住民活動全国シンポジウム」を開催している²³。

さらに、1990年に活動を開始した「ささえあい医療人権センター（COML）」は患者の電話相談を受け付けているほか、「いのちとからだの10か条」「新・医者にかかる10箇条」を作成し、患者として医療職に関わる際の心構えや留意点などを示している²⁴。このほか、子育て中の母親達を中心とした

²² 「県立柏原病院の小児科を守る会」の事例については、2019年5月29日、同6月5日『m3.com』配信記事、「宮崎県北地域医療を守る会」の事例はFacebook、宮崎県延岡市ウェブサイトなどを参照。

²³ 地域社会振興財団ウェブサイトなどを参照。筆者も過去、数回参加したことがある。

²⁴ COMLの事例については、山口育子（2018）『賢い患者』岩波新書などを参照。

「知ろう小児医療守ろう子ども達の会」という NPO が小児医療を学ぶ活動などを展開してきた²⁵ほか、「患者協働の医療」を掲げる「患医ねっと」という団体は患者同士の学びの場や専門職を交えた勉強会や交流会などを定期的に開催している²⁶。

5 | 自治体による主体的な取り組み

第5に、自治体が音頭を取り、主体的に取り組む重要性である。例えば、宮崎県延岡市は2009年9月、全国の市町村では初めてとなる「延岡市の地域医療を守る条例」を制定した。条例は基本理念として、「持続可能な地域医療体制」の構築を掲げ、地域医療の充実・健康長寿の推進に向けて関係者の責務を明示している。このうち、市民の責務では、▽かかりつけ医を持つ、▽診療時間内にかかりつけ医を受診し、安易な夜間・休日の受診を控えるよう努める、▽医師など医療の担い手が市民の命と健康を守る立場にあることを理解し、信頼と感謝の気持ちを持って受診する、▽検診の受診、日頃からの健康管理に努める——といった点を掲げている。

実際、条例制定後、夜間・休日に県立病院を訪れた患者の数はピーク時から半減したといい、同様の条例は北海道根室市や福島県いわき市、栃木県小山市、新潟県阿賀野市、石川県加賀市、山口県周南市などでも制定されている。

さらに、福井県高浜町は住民、行政、専門職が連携した地域づくりを進めており、住民の有志団体「たかはま地域医療サポーターの会」は「地域医療を守り育てる5カ条」として、①かんしん（関心）を持とう、②かかりつけを持とう、③からだづくりに取り組もう、④がくせい（学生）教育に協力しよう、⑤かんしゃ（感謝）の気持ちを伝えよう——の5つを合言葉に、地域の医療体制づくりを進めている²⁷。以上のように住民に学びの場を提供したり、住民の主体性を引き出したりする活動は住民の生活に身近な基礎自治体の取り組みとして、非常に重要と考えられる。

基礎自治体を包摂する広域自治体として、都道府県の役割も挙げられる。例えば、市町村の境界線をまたがることが多い救命救急に関して都道府県の役割は大きく、東京都では救急安心センター「#7119」での電話相談を通じて、救急車に搬送された軽症者の割合が半減したという。さらに、栃木県でも「救急医療相談」の相談件数が3年間で3割増えたと伝えられている²⁸。

さらに、草の根レベルの情報を取りまとめることも都道府県の役割の一つである。その一例として、北海道は毎年、「住民等による地域の医療機関等を支えるための取組」を調べており、2019年3月現在では179市町村のうち、約2割に相当する36市町村が「住民による地域の医療機関等を支える取組あり」と答えている。静岡県も県内で11団体が活動していると広報しており、こうした現場レベルの情報を都道府県が定期的に取りまとめる価値は大きいと思われる²⁹。

²⁵ 「知ろう小児医療守ろう子ども達の会」の事例については、ウェブサイトやメールマガジンを参照。

²⁶ 患医ねっとの事例については、ウェブサイト参照。筆者自身もイベントに参加したり、運営を企画したりしている。

²⁷ 高浜町の事例については、たかはま地域医療サポーターの会 Facebook、井階友貴（2012）「地域医療たかはまモデル」『週刊医学界新聞』第3006号などを参照。

²⁸ 救急相談の事例のうち、東京都は2019年4月22日『週刊社会保障』No. 3019、栃木県は2019年11月6日『下野新聞』を参照。

²⁹ 北海道の事例は「市町村における地域医療の確保に関する事業等調査結果」、静岡県はウェブサイト「静岡県内に広がる地域の医療を育む住民活動」を参照。

10—おわりに

以上、医療サービスの特性を踏まえ、「上手な医療のかかり方」の効果と限界を論じてきた。上手な医療のかかり方に向けて、医療サービスを利用する際の心構えを国民に働き掛ける運動論は非常に重要であり、中でも草の根レベルで患者や市民同士の学びを積み上げて行くことは非常に有益と考えられる。さらに、医療現場の疲弊ぶりについての情報を国民に共有し、社会規範を作っていくことも重要であり、国民への普及・啓発という方向性は正しいと考えられる。

ただ、患者—医師の情報格差は大きく、「上手に医療にかかりましょう！」「賢い患者になりましょう！」と働き掛けるだけでは、不確実な意思決定を強いられる患者に多くを期待できないことも事実である。そもそもの問題として、完全な安全性が求められる自動車などと違い、医療は最終的に100%の確率で命を落とす人間を相手にしている分、不確実性を取り除くことは不可能である。このため、医療は永遠に「不完全な技術」にならざるを得ず、こうした100%の安全性を確保しにくい状況では、患者と医師が十分なコミュニケーションを取る必要がある。そして、不確実な情報の下で意思決定を支援するのは本来、医師など専門職の仕事である³⁰。

国としては、国民運動を展開するだけでなく、別の手立ても考える必要がある。具体的には、表1で示した宣言の1番目に出ている通り、患者・家族の不安を取り除く努力である。これを伴わない限り、「下手な医療のかかり方」は止まらない。患者の立場で自己決定を支援する代理人機能の充実など、上手な医療のかかり方を支える制度論も別に議論することが求められる。

³⁰ 郡司篤晃 (2015) 『安全という幻想』 聖学院大学出版会 pp185-186、p202 を参照。なお、エール大学医学部長だったルイス・トーマスは「途上技術 (halfway technology)」と呼んだ。Lewis Thomas (1972) "Aspects of Biomedical Science Policy" *An Occasional Paper of IOM, National Academy of Science* を参照。

【参考資料】懇談会の宣言で示された関係者ごとの「要因」と「アクションの例」

市民	<p>医療危機を生み出している要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医師の意見だけを信頼し、些細なことでも「とにかく医師に聞こう」と思ってしまう ● 軽症重症に関わらず、大病院で受診して安心を得ようとしてしまう ● 緊急かどうか判断せずに、救急車を利用してしまう 	医師・医療従事者	<p>医療危機を生み出している要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「医師が一番」という構造・意識が蔓延している ● 医師が全てを担うべきと、医師自身が思い込んでいる ● 男性を中心とした働き方や慣習がばびこり、限られた人材で業務を回さざるを得なくなっている
	<p>アクションの例</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」を活用し、まずは状態を把握する ➢ 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する ➢ 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する ➢ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口（相談窓口）も活用できる ➢ 抗生物質をもらうための受診は控える ➢ 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない 		<p>アクションの例</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する（待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座） ➢ 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ ➢ かかりつけ医として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める ➢ タスクシフト・タスクシェア（業務の移管・共同化）を推進する ➢ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつなげる ➢ どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制を整える ➢ 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する ➢ 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる
行政	<p>医療危機を生み出している要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 国民や現場医師の声が反映されにくい診療報酬・政策決定プロセス やメンバー構成などの問題を放置している ● 必要な情報が必要な人に提供・伝達できていない ● 形式的でインパクトに乏しい施策を執行している 	民間企業	<p>医療危機を生み出している要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 従業員が体調が悪い時に休んでいない（休めない）ことが、緊急でない夜間・休日受診の一因になっていることを理解していない ● 健診のデータが効果的に活用されていない ● 健康投資はコストにすぎないという意識がある
	<p>アクションの例</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく ➢ 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく ➢ 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする ➢ #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する ➢ 上手な医療のかかり方を直接伝えていく ● 保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング（両親学級や乳幼児健診など）での直接講座等の実施を全国の自治体に促す ● 「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける ● 学校教育等で若いうちに理解を促す ➢ 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む ➢ 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍するための制度・仕組みを整える ➢ 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める <ul style="list-style-type: none"> ・フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する ・企業独自の休暇制度を横展開により普及させる ➢ 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む 		<p>アクションの例</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 従業員の健康を守ることを経営の柱とする ➢ 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす ➢ 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする ➢ 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする ➢ インフルエンザなどの診断書を強制しない ➢ AIを活用した相談アプリの開発を進める ➢ ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

出典：厚生労働省「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト宣言」を基に作成