

公立病院に関する財政措置のあり方等検討会(第3回)議事概要

1. 開催日時等

開催日時：平成20年8月22日(金)15:30～17:30

場 所：総務省地下1階会議室

出席者：持田信樹座長、島崎謙治副座長、大森正博委員、梶井英治委員、星野菜穂子委員、横田順一郎委員、中野撃司委員、中川正久委員、河合正月北海道企画振興部地域行政局長、一木崇宏北海道むかわ町国民健康保険穂別診療所長、神谷昇大阪府泉大津市長、久保信保総務省自治財政局長、細田隆大臣官房審議官、佐々木克樹公営企業課長、濱田省司地域企業経営企画室長 他

2. 議題

- ・ 公立病院関係者からのヒアリング及び意見交換
- ・ 地方公共団体に対する意見照会の結果について報告
- ・ その他

3. 概要

(1)地方公共団体、公立病院等の関係者からの説明の後、委員との間で質疑応答、意見交換が行われた。

説明者の主な説明内容及び質疑応答、意見交換の概要は次のとおりである。

①過疎地における医療確保等について

○ 河合北海道企画振興部地域行政局長 説明

- ・ 北海道内の市町村立病院のほとんどが過疎地に所在しており、平成18年度決算で札幌市を除く91病院の7割強の68病院が赤字経営。また、不良債務も24団体で発生しており、総額が220億円と非常に多額である。
- ・ 不採算地区病院は62病院で、91病院の約7割を占めており、この7割の45病院が赤字経営。不良債務も7団体で発生している。
- ・ 北海道は人口10万人対医師数が219.7人と全国平均を若干上回っているものの、都市部に集中しており、過疎地は深刻な医師不足に陥っている。
- ・ 不良債務は年々増加しており、平成18年度で220億円が平成19年度では73億円増の293億円と見込まれる。特に平成18年度の診療報酬の減額改定、

医師不足の深刻化等により、経営悪化は一層深刻な状況になっている。

- ・ 道内の医師の地域偏在は顕著であり、全道21の2次医療圏のうち10の医療圏では全道平均219.7人の70%以下の医師数で医療を支えている。最高の上川中央圏306.3人と最低の根室圏89.3人では3倍の差がある。高度医療を担う医療機関が都市部に多く、また、多数の医師が勤務する医科大学の存在などが理由である。
- ・ 市町村立病院は民間病院が少ない地域や全くない地域にまんべんなく設置され、地域医療確保に重要な役割を果たしている。道内市町村の78%、141市町村が過疎指定を受けており、91の市町村立病院の71病院、約8割近い病院が所在。不採算地区病院の約9割、54病院が過疎地域に所在している。
- ・ 道内の病院は200床未満の規模のものが多く、市町村立病院では特に100床未満の小規模病院の比率が67%と高い状況。
- ・ 病院事業経営が悪い要因として6点ほどある。1つは医師の地域偏在で、医師不足による診療科目の休止や入院制限などにより思うように収益が上げられない。昨年8月に全道の自治体病院等を調査したところ、54病院で152名の医師を緊急に必要としているとの調査結果が出ている。
- ・ 2つ目に診療報酬改定である。診療報酬体系が大規模病院に有利であり、小規模病院が多い北海道では病院経営に大きな影響を与えている。また、過疎地域では高齢化率が高いため、長期入院患者を受け取るケースが多く、病床利用率が高くても入院単価が低いといった事例もある。過疎地の小規模病院はコストがかかってしまう点を理解してもらいたい。
- ・ 3つ目に医師の確保に多くの費用がかかっている。小規模病院の医師の給与は平均に比べ高く、全道50床未満の小規模病院は全国平均の1.4倍と高い。
 - 4つ目は代診医師の派遣受入のための経費が収支に大きな影響を与えている。この経費が年間7,000万円もかかっている病院もある。
 - 5つ目は経営規模が小さくても、救急医療等の不採算医療を担っていることが経営悪化の要因。
 - 6つ目は経営感覚、経営効率化の取組が不十分な面があることも否定できないことである。
- ・ 北海道の地域医療を確保するためには何といても地方交付税措置の拡充が必要不可欠。特に3点について要望したい。1つ目は不採算地区病院への財政支援の拡充と基準の緩和。具体的には1床当たり単価を現行の3倍に増額してほしい。これは、1床あたりの収支不足額について、自助努力を3割として、残り7割相当額の措置を要望するもの。次に基準の緩和は患者数の要件

を撤廃してほしい。患者数が増えれば要件から外れ、交付税措置が受けられなくなると経営に大きな影響が出る。

- ・ 2つ目は救急医療に対する財政支援措置の拡充。現行制度の2倍の増額を要望する。不採算である救急医療については特別交付税で措置されているが、収支不足額の7割相当について交付税で措置してもらいたい。
- ・ 3つ目は基幹的な病院から医師を派遣した場合に、それに要する経費について地方交付税により措置する制度の創設。過疎地域への医師派遣を行うことにより医師不足の解消効果が期待されるが、医師を派遣する場合、事務経費、逸失利益相当分として1病院当たり約2,500万円の地方交付税措置を要望する。
- ・ 北海道としては、平成20年2月に自治体病院等広域化・連携構想を策定。改革ガイドラインの3つの視点の1つの再編・ネットワーク化と同じ目的で、広域連携について、現在、9月頃までには全道各地域で検討会議の設置が完了し、検討を進めることとしている。

○ 一木崇宏北海道むかわ町国民健康保険穂別診療所長 説明

- ・ むかわ町は平成18年に穂別町と鷓川町が合併して誕生した人口1万人、高齢化率は現在30%の町。鷓川には公設民営の厚生連が経営する40床の病院があるが、穂別と40km程度離れている。穂別診療所を中心に鷓川の本庁が直線距離で40km、救急搬送をしている苫小牧とは道なりで行くと70km程度の距離。救急車で夏場では1時間10分程度の距離。東京と比べると東京駅を中心にむかわ町本庁までが横浜ぐらい、苫小牧市まではつくば市ぐらいの距離。
- ・ 北海道の過疎地医療の特徴は医師を含むスタッフ不足とそれに伴う厳しい勤務環境がある。広大な地域ゆえ、各地で初期救急対応が求められ、非効率である。
- ・ むかわ町穂別診療所は、平成17年5月に63床の町立病院を19床の有床診療所に転換した。現在医師が総合医3名体制でプライマリーケアを意識した診療を行っている。救急告示を受けていないが、町立病院時代の救急体制を維持している。
- ・ 診療所化により町民は医療機能が低下すると不安も強かったが、そのあたりを意識して、また、診療所化により赤字を減少させるためいろいろな改革を行ってきた。医師は総合医3名体制で、出張医による整形外科の外来や在宅療養支援診療所の届出、患者送迎の開始、電子カルテの導入やCT画像伝送システムの導入、出前講座や診療所祭りを開催。コスト削減するための委託の見直

しや人員整理も行ってきた。

- ・ へき地医療に関心を持ってもらうために、医学生や研修医を積極的に受け入れている。初期研修医についても研修病院に働きかけ、1ヶ月以上義務付けられている地域保健・医療研修の場として年間10名弱の研修医を1ヶ月から2ヶ月交代で受け入れている。地域の現状をよく知ることができると研修医にも喜ばれている。今年から理学療法士、作業療法士を1名ずつ雇用し、リハビリに力を入れている。
- ・ 診療所化にあたり、医師を2名にするとの町の方針に対して救急体制の維持を考えると2名では無理であるとの主張を議会でも説明し、2名分の給料で3名を雇用する体制となった。給与は減ったが、週に1回研修日として、札幌の病院に勉強しに行けるようにしたり、土日の当直をした後は1日代休をとれるようにして、少しでも働きやすい環境を整えることを目標としている。
- ・ 患者の推移では、平成17年5月に診療所化してから外来患者数、入院患者数が減少している。外来患者数の減少は長期投薬や人口減による影響が大きいと考えられる。入院数の減は在院日数が減ったということと、社会的入院を入れなくなった影響が考えられる。平均在院日数は病院時代の23日から半分ぐらいになり、1日平均入院患者数は7.3人まで落ちた。
- ・ 医療内容は、病院時代と比べて訪問診療は増加している。訪問看護は減っているが、訪問リハビリが増加してきている。救急搬入については、救急告示を受けていないが、全て受け入れているので、病院時代と同じ数の患者が来ている。時間外診療も24時間受け付けているので年間1,000人の患者が診療所に来ている。

一次救急の軽症の患者も受け入れ、苫小牧市の2次医療機関と連携し、救急ヘリも年間2件から5件活用している。平日の当直は現在勤務医が対応し、週末は月3回程度出張医に依頼している。
- ・ 我々はプライマリーケアに取り組んでいる。その概念は近接性、包括性、継続性、協調性、責任性ということであり、かかりつけ医として身近でどんな問題にもまず対処して継続性をもってその方に責任を持ってやっていくこと。1,000人の住民がいると、入院が必要な方は10名程度、されに専門医への紹介が必要な方は1名という有名な研究がある。何かしらの疾病がある方の多くを総合医とかプライマリーケアの医師で対応できると考えている。また我々プライマリケア医は健康な人も対象として予防活動などにも取り組んでいる。
- ・ 一般会計からの繰入金は以前の病院時代には2億円から2億4,000万円程度であったが、診療所に転換した現在も1億円以上の繰入金がある。転換後のコスト削減はかなり進んでいると思うが、もっと早くやるべきだったのではないかと思う。平成18年度のへき地病院を震撼させた診療報酬改定のことを考え

ると診療所にしてよかったと、病院のままだとあと1億円程度赤字が増えたと思う。

- ・ 診療所としてどこまで赤字を減らせるかいろいろと努力をしているが、診療報酬のことを考えると限界なのかもしれない。削減が無理なら無床化するか救急を受けないとか機能を減らして生き残っていくしかない。はたして、それで町民の理解は得られるのか。公設民営方式を導入して現在の機能を維持していくことも1つの選択肢かもしれないが、必ずしもうまくいくとは限らない。
- ・ もう1つある町内の公設民営の病院も1億円以上の赤字なので、赤字の病院は2つも要らないという声も聞こえるが、地域インフラの1つとして支えていくことができるかが課題である。町からは財政のことばかり言われる。職員の増員、補充についてなかなか理解してもらえない。当直の負担も大きく、コンビニ受診で夜呼ばれるたびにもう辞めたいと思ってしまう。このまま長くは働けないと疲弊しながら何とか頑張っている状態。行政の理解がなければ現場の疲弊は進む一方。何よりも地域の住民や行政からどうしても必要だと認めてくれる、評価してくれることが医療者として大きな喜び。
- ・ 住民の理解があればまだ救われる部分がある。コンビニ受診の啓発や健康づくりのこととか住民が自ら考えて行動するようになってくれればうれしいし、やりがいを感じる。昨年立ち上がった住民組織「診療所友の会」は心強い応援団と思っている。
- ・ 診療報酬について、小さな医療機関は頑張れば頑張るだけ赤字が増えてしまう感じである。何か矛盾を感じながらいつもやっている。診療所になると公営企業でなくなるのでお金の出し入れも分からなくなるし、公営企業全部適用という選択肢はもちろん消える。地域の病院再編にも診療所は名前が出てこないので何となく無視されているような感じがする。

○説明者と委員との間の主な質疑応答、意見交換

- ・(委員) 医者確保のために給料を上げなくてはならない、そのための財政措置を講じてほしいというのは1つの考えだと思うが、給料を上げたとしても医者が来てくれるのか。
- ・(説明者) 医師の給与の話は先ほど1.4倍という説明をしたが、これまでは、かなりの金額を積みなければ医者と呼ばなかった地域事情はある。今の若い医師は専門医指向で給与水準が高くてもなかなか来てくれない。地域医療を担ってくれる医師の育成のために札幌医科大学では地域枠を確保し定数を増やしてもらおう要望をしているが、志をもった医者をどんどん増やして

いく必要がある。広域化連携を進めるために、国の交付税措置など、幅広い支援が必要である。

- ・(委員)むかわ町の二次救急を受け入れてくれる苦小牧市の医療機関の実情、実態あるいは連携はここ数年変化があるか。二次病院が疲弊している実態もあるのでその点お聞きしたい。
- ・(説明者)苦小牧市立病院と王子総合病院で400床の病院が2つあり、偶数日、奇数日で救急当番をされていて、基本的には100%近く受け入れ可能な状態である。いまのところ二次救急の崩壊は起きていない。
- ・(委員)一木医師はプライマリーケアの教育をどのように受けられたのか。また、プライマリーケアをどのように普及させていくべきと考えているか。
- ・(説明者)もともと小児科医として6年間従事し、地域医療がしたくて大きな研修病院を各科回って研修した。プライマリーケアに特化した研修を受けたわけではない。足りないところは途中で勉強し、絶えず足りないところを補っている。初期研修がしっかりと2年間行われるようになってくると、かなりの部分でできるようになるのではないか。
- ・(委員)プライマリーケアの取組の結果、町民一人当たり医療費はどう変化したか。
- ・(説明者)一番高いときには全道平均を超えて110万円であったが、最近は80万円と全道平均程度に下がっている。鶴川町と合併したため、18年度、19年度の旧町単位の数字は分からないが、全体としては下がっているが、全国平均からすると高いと思う。
- ・(委員)診療所における介護との連携はどのようにしているのか。
- ・(説明者)入院患者数が減少しているのは療養型の患者がほとんどいなくなったことも理由の1つとしてある。ほとんどが特別養護老人ホームに移ってる。穂別に関しては100床の特養があり、そのうち60床は町のベッドとして使えるので、3ヶ月程度待つと大体介護度3を超えると入所ができる。我々も週に2回回診を行っているので連携もとれている。

②救急医療・周産期医療等について

○ 横田委員(市立堺病院副院長) 説明

- ・平成17年患者調査では、新入院として入ってくる全国1日当たりの総数を見ると、予定入院は39,600人に対して救急患者は20%の7,500人ぐらい。一方、救急車による搬送の1/4が入院対象、時間外では外来10人のうち1人程度が入院対象。

- ・ 救急自動車による搬送数は右肩上がりで増加している。内容として高齢者の増加と軽症の患者が救急車を使ったりしているのが要因。
- ・ 救急医療の体系として、初期救急医療として休日夜間急患センターを中心に、まずスクリーニングして、入院治療が必要だということになると、多くは救急告示病院、初めから重症で二次で対応できないと三次の救命救急センターでの対応となる。
- ・ 二次医療機関・三次医療機関における受け入れに至らなかった理由については、三次病院はベッドが満床、手術中・患者対応中が主な理由で、二次病院は患者に対して処置困難、専門外といった理由で救急車を受け入れないのが実態。救急でなかなか受け入れてくれない実態は都会の方が多し。件数で多いのは東京が多く、割合で見ると奈良、東京、大阪、埼玉、千葉といったところが多い。都会は高度医療、あるいは医療が分化しており、初期、二次、三次という役割分担も決めていることでかえってその隙間にいろいろと問題が起こっている。
- ・ 三次の救命救急センターは外来はやらないで救急車もしくは医療機関からの紹介のみに対応する。24時間ほとんどの診療科目に対応できる体制を作っている。救急医療に特化し、救急科専門医も可能な限り配置している。欠点として重症患者主体に診るので一度に1、2名程度の患者を診るのが精一杯。二次の救命救急医療機関は、通常の一般診療を行っている病院にプラスαの機能で救急医療を担っている実態がある。外来をこなす一方で時間外診療や救急患者を診ていることになる。救急に専従したスタッフを確保できる二次医療機関はさほど多くない。ほとんどが一般診療に従事しながら当直体制の中で対応しているのが実態。したがって、専門外なのでお断りすることも当然出てくる。二次救急の方がかなりの負担になっているのが実態。
- ・ 大阪府の救命救急医療対策審議会において、最近の傾向としてあげられているのは、救急車不応需、二次救命救急医療機関も減少、三次救命救急医療機関の負担増加である。対策は、三次救命救急医療機関の連携強化、二次病院は通年固定制ができなければそれぞれ疾病別に輪番制を敷く。将来的にはその疾患群で拠点化をしてはとの案が出された。
- ・ 人口83万人を抱える堺市の二次医療圏を見ると、救命救急センターがない。二次救命救急医療機関は形の上では23機関あるが、実態としては5つの病院で受けているのが実態。初期診療は急病センター2カ所を用意しているが、平日は診療せず土曜準夜、休日昼間、準夜まで。小児科は深夜もやるということで確保している。堺市の時間外診療患者数の推定は1日370名、堺市の救急車来院数は1日120名。この堺医療圏でどのように

連携していくかが堺市の問題となっているところ。

- ・ 市立堺病院の医師の救急体制では、平日の昼間帯、一般診療をしているときは後期研修医を主体として各科の指導医が入って診療に当たっているが、休日・夜間は研修医2名、内科医1名、外科医1名、産婦人科1名、ICU1名、CCU1名、小児科1名がほとんど交代でやっている。
- ・ 市立堺病院は年間救急車で6,050台、ウォークインとして時間外を含め、休日に診てほしいと来る患者が15,568人。最近の傾向として救急搬送がどんどん増加している。診療体制は従来と同じなので医師、看護師等が疲弊する状況になっている。
- ・ 麻酔科医がいなくなって、緊急手術ができなくなる。病院の経営を考えると予定手術は対応しなければならないので最初に切り落とすのは救急手術である。連鎖反応で内科の消化器の疾患を受け入れ難いという問題が起こる。救急も増え続けるので救急科専門医が退職する。小児科医も不足してNICUを閉じて、今後は、産科医は未熟児出産が危険だとこれまた連鎖が起こる。救急集中治療部長がこの9月に退職予定であり、人材確保に奔走しているのが実態。
- ・ 退職とか大学派遣からの拒否の理由であるが、救急業務は激務であってそのわりに給料は安い。転院搬送交渉などの雑用もほとんどを医者がやらなければならない。時間外診療が多い。救急車の患者でも4分の1しか入院をしないけど、深夜でも診てほしいと来る患者が多い。特に小児救急についてそのあたりが大変問題となっている。クレマーが多く、暴力沙汰も、救急外来では大変多くて危険を感じる。医療訴訟への不安や医師にとっては専門分野に専念したいとの考えがある。公立病院特有なのは医療機器の更新がされない。一方、救急科を志す医師は救命救急センターで働く方が、基盤がしっかりしているということでそちらに流れる。
- ・ 救急医は「救急科専門医」、「救急科専門医指定施設」という資格や養成施設の指定の基準によって質の担保をしているが、専門医は救命救急センターには3分の1しか勤務していない。大半が救急の専門医でありながら一般診療に従事している。また、救急科専門医を養成する指定施設の動向を見ても、救急医の確保ができないため認定更新を辞退、新たな施設指定も数が少なくなっている。
- ・ 救急救命センターは空床を確保しており、ICUの病床利用率はそんなに高くない。医師は専任医師が9名、深夜帯が8名ほどで頑張っている。それでも一人当たりの診療報酬はそんなに高くなく、診療報酬だけではやっていけない。

- ・ まとめとして、二次救急医療施設の機能低下、これはもう崩壊に近い状況にきている。三次救急医療施設への患者が増加している。一般診療医に救急離れが起きていて、救急科専門医ですら一般診療へ移籍する傾向がある。救急科専門医指定施設の更新辞退が増加することによる診療の質確保の問題もある。救急医療部門において、医業収益比率が非常に低いのが実態。
- ・ 提言として、三次救急医療施設の病床数増加とその強化を図っていくこと。この場合、へき地のことを考えれば、広域搬送といった他の補助手段を充実させなければならない。二次医療機関の拠点化として人員・施設基準等を救命救急センターに準じる程度の施設整備と人の確保が急務。初期救急医療施設については、できる限りかかりつけ医の方、あるいは開業医の時間外診療等でスクリーニングをやってほしい。診療報酬のみで賄えない無責任赤字分を補充してもらえ何らかの措置が必要。

○ 神谷 昇大阪府泉大津市長 説明

- ・ 泉大津市立病院は約80年の歴史があり、なかでも産科に特化してきた。しかし、平成15年に大阪大学から7名の派遣医師引き揚げにより大きく経営が落ち込んだ。それを大阪市立大学から産科医5名を派遣してもらい何とか持ちこたえてきた。病院の経営は市の財政にとっても最重要課題である。市長と事務局長の2人で平均月3回から5回、多いときは11回ぐらい大学を回っている。そのおかげで11名の医師を獲得することができた。そして1年間の赤字も当初に比べ2億円減少。医師の集約化が始まっていることもあり、現体制の医師派遣を継続するのは、非常に厳しいことは承知していたが、その中でも前向きに行くしかない、という考えで母子医療センター構想を築き上げた。
- ・ 泉大津市立病院地域周産期母子医療センターは地上4階、延べ面積1,887.54㎡。1階は小児科救急対応可能な小児科外来、2階は産科救急対応可能な産科外来、3階は新生児集中治療室、4階は医療スタッフ用。先日入札により本体工事はうまくいったが、機械設備工事は不調であった。来年6月には運用開始ができる予定である。
- ・ 大阪府の周産期医療の現況は、産科医師数は一貫して減少傾向で、府内5大学の産婦人科医局に在籍する産婦人科医師数も減少。分娩を取扱う医療機関も減少しており、病院だけだと現在78病院となっている。
- ・ 病院の分娩数は減少傾向にあるが、診療所は増加傾向にある。医師一人当たりの分娩数は地域格差が大きく、大阪府の二次医療圏別では、中河内地区や泉州地区において負担が大きくなっている。

- 大阪府のハイリスク分娩への対応は、昭和62年度に産婦人科診療相互援助システムがスタートし、現在43医療機関が参加している。また、昭和52年度に新生児診療相互援助システムがスタートし、現在28医療機関が参加している。母体・胎児集中治療管理室は6施設34床、新生児集中治療管理室は26施設208床、総合周産期母子センターが5施設。
- 高度医療により救命率が向上する一方で長期入院児により実質的な稼働率が低下し、新たなハイリスク新生児の入院に支障を来す状況。大阪府母子周産期医療センターは満床の状況なので私どもの病院からはほとんど利用できない状態。
- 泉州二次医療圏の周産期医療の現状としては、分娩ができる病院は10カ所、診療所は6カ所となっており、産科のオープン施設を導入している医療機関は泉大津市立病院を含めて3カ所、助産師外来を実施している医療機関は5カ所であり、泉佐野市立病院は地域の医療機関と連携して効率的かつ円滑な医療の提供を行っている。この地域の分娩は診療所より病院に依存している状況。そのため、病院は通常分娩からハイリスク分娩まで対応しなくてはならず、病院産科医の負担につながっている。
- 大阪府は医療対策協議会産科・周産期医療専門分科会において、当面の対応策として、次の方向を示している。1つに産科機能の集約化・重点化を進める必要がある。2つに集約化・重点化は新生児、麻酔科を含めたハイリスク分娩に対応する視点により進める。3つにNICUの設置は産科医療機関の集約化と合わせて整備する。
- 大阪府保健医療計画において周産期救急医療体制を確保する病院として泉大津市立病院を認定。泉州南部地域では貝塚市立病院から産科を泉佐野病院へ移し、北部地域では泉大津市民病院に産科を集約化・重点化する。
- 泉大津市立病院での分娩については、産婦人科は現在常勤医師8人、後期研修生2名を加えた10名体制。基本的には2名で当直オンコール体制を構築。今までもハイリスク分娩に対応してきたが、地域周産期母子医療センター（NICU6床、GCU9床）を開設することにより充実したハイリスク分娩の対応が可能となり、地域医療の質が向上する。
- 本市周産期母子医療センターの総事業費は9億3千万円を超える額。償還金のうち22.5%の普通交付税措置を含め50%を一般会計から繰出する必要があり、既に7億円のうち3億円を市単費として負担している。周産期医療は特別交付税措置がされており、単年度で6,500万円の赤字が生じているなかで、約1,500万円しか措置されていない。現行の特別交付税措置の大幅な引き上げが切なる願いである。

- ・ 人材の確保が苦しい悩み。医師の確保に奔走中。平成20年度から産婦人科医、新生児医を含む小児科医の処遇を一人当たり年間120万円引き上げた。
- ・ 地域で安心して出産し、子育てができる環境の構築は行政の責務である。一昨年の不幸な事例を繰り返すことがないように、治療の必要な新生児が地域を越え運ばれることがないように国、府、市は最大限援助しなければならない。本市は安心して子供を産み育てることができる医療環境を創造したい。これを継続的に進めていくためにも現行の地方交付税措置の大幅な増額が必要。
- ・ 要望として、①周産期センターの施設整備に係る費用に対する補助制度を設けられたい、②周産期センター開設後の運営に係る費用に対する特別交付税を大幅に増額されたい、③医師確保に係る諸経費に対する補助制度を設けられたい、④平成20年度に発行される公立病院特例債に対する財政措置を利息の一部だけではなく元金に対しても特別交付税措置を講じていただきたい。

○説明者と委員との間の主な質疑応答、意見交換

- ・(委員)今の救急体制は昭和40年代の交通事故を想定して構築された部分があるが、交通事故死亡者数はかなり減って、一方、高齢化に伴う疾病構造も変化している。救急の対象の変化に対応してそもそも抜本的に見直すべきと考えるのか。
- ・(説明者)救急学会でも意見が分かれるところ。救急の疾病構造が変わってきているのも一例。また治療方針も大きく変わってきている。グロスで救急患者を診る救命救急センターではなかなか厳しい。例えば、循環器の救急、脳血管障害の救急と高度化しているため、分けても良いのではないかと。二次病院でも例えば、循環器なら循環器救急に強い病院というように専門性をもって対応するために救命救急センターのような施設基準とか運営費を手厚くする必要があるのでないか。
- ・(委員)救急車の使用者のモラルが問題となっているがその点どのように考えるか。
- ・(説明者)2つの論点がある。1つ目は、救急医療は医療法で定められた箱ものの中からスタートします、という時代から、救急救命士等が単なる搬送に留まらず一見医療行為を行っているように見えるようになってきているが、実態は中途半端なところが問題。2つ目は日本の場合、救急医療の情報源が乏しい。病院にかかる前にいろいろな相談窓口があれば、おそらくかなりの量をさばくことができる。今東京都が電話相談を東京消防庁と一緒にやっているが、このような事業を全国的にしっかりしていけば安易な使用も少なくなるのではないかと。

- ・(委員)救急医療について診療報酬のみで賄えない、いわゆる「無責任赤字」の考え方について教えてほしい。
- ・(説明者)救急医療を展開するには最低必要な人員とパワーを投入するが、患者が来ない時間、待機時間がある。一定の集約化も必要であるとの意見もあるが、空間的距離も重要になる。一生懸命努力をして赤字をなくそうとしても一定以上は無理がある。それをどのように計算して交付するかについての具体的な方法は別として、そういう部分があることを訴えたいという趣旨。
- ・(委員)泉大津市から大阪府に対してはどのような支援を求めているのか。
- ・(説明者)大阪府からは設備費について5,000万円程度の支援が予定されているが、人的な支援、ランニングコストについても支援をお願いしている。
- ・(委員)泉大津市の周産期母子医療センターについては財政負担が苦しいと説明されたが、経営計画は策定しているのか。
- ・(説明者)経営再建計画は策定している。周産期医療だけでは赤字になるが、病院の質の向上により出産件数や、入院患者・入院単価を増加させ、収入増を図ることで収支均衡を達成したいという考え方。

(2) 本年7月に行った地方公共団体に対する意見照会の結果についてとりまとめた資料を配布し、検討会における今後の議論の参考に供することとした。