

第1回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場

1. 日時：令和元年10月4日（金）16：00～17：00

2. 場所：都道府県会館1階101大会議室

3. 出席者：

〔構成員〕平井伸治（鳥取県知事（全国知事会 社会保障常任委員長））、立谷秀清（福島県相馬市長（全国市長会会長））、椎木巧（山口県周防大島町長（全国町村会副会長））
橋本岳（厚生労働副大臣）、吉田学（厚生労働省医政局長）、長谷川岳（総務副大臣）
内藤尚志（総務省自治財政局長）

〔事務局〕沖部望（総務省大臣官房審議官（公営企業担当））、新田一郎（総務省自治財政局調整課長）

〔説明者〕迫井正深（厚生労働省大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当）（老健局、保険局併任））

4. 議題：地域医療構想等について

5. 議事概要

○新田課長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第1回の地域医療確保に関する国と地方の協議の場を開催いたします。総務省自治体財政局の調整課長の新田と申します。本日の司会進行を務めさせていただきたいと思っております。

まず、本会議の趣旨につきましては、お手元の資料1にお配りしているとおりでございます。

また、今後の会議運営につきましては、資料2の運営要領に基づいて行いたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

（「異議なし」の声あり）

○新田課長 ありがとうございます。それでは、会議の開催に当たりまして、ご挨拶をいただきたいと思います。まず長谷川総務副大臣、よろしく願いいたします。

○長谷川副大臣 全国知事会、全国市長会及び全国町村会の皆様方には、ご多忙の中お集まりいただき、また日ごろ地方行政にご尽力を賜り、この場をおかりして感謝を申し上げます。

この地域医療確保に関する国と地方の協議の場は、国と地方が地域医療構想や医師の地域偏在対策などに関して議論し、地域の実情を踏まえた取組となるよう、地方3団体、厚労省及び総務省により開催させていただくものであります。

地域医療構想の実現に向けた取組を行うに当たっては、地域の実情を十分に踏まえた議論が行われることが重要であり、そのためには、国と地方が共通の認識を持って取組を進めることが必要であります。さらにつけ加えるならば、何よりも、私たちはまず地域の実情というものを最大限把握する努力をしなければならないと考えております。

皆様から忌憚のないご意見をいただきまして、有意義な議論ができることを期待しておりますので、本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。ありがとうございます。

○新田課長 続きまして橋本厚生労働副大臣、よろしくお願いいたします。

○橋本副大臣 全国知事会、全国市長会、そして全国町村会の皆様方には、今日、こうしてお越しをいただきましたこと、また日ごろから医療行政の推進にご協力をいただいておりますことに、まず心から感謝を申し上げたいと思います。まことにありがとうございます。

そして、今日の協議事項にあります医療提供体制改革について、まず私のほうから一言申し上げたいと思います。

医療ニーズが増大する2025年、そして人口減少が進み高齢者人口が極大化する2040年、こうしたものを展望すれば、我が国の医療制度は、日本全体で見ると医療ニーズの変化と医療サービスの担い手減少という課題に直面をしております。

もとより、地域医療の最前線を担われている都道府県、市町村の皆様には、それぞれに人口構成の変化や流出入、さらには医師確保の困難さなど、それぞれの地域での実情に応じた課題に取り組まれておられることと承知をしております。

こうした課題への対応に向けて、厚生労働省としては、地域の医療ニーズに合致した効率的な医療機能の確保に向けた地域医療構想、その担い手を健全に確保するための医療従事者の働き方改革及び医師偏在対策について、一体的に取り組むとう方向性をお示ししております。

特に地域医療構想につきましては、先日、地域における議論の活性化を目的として、急性期機能を中心とするデータの分析結果をお示したところでございますが、さまざまな方面からご意見をいただいております。厚生労働省としては、今後、できるだけ全国各地域に私たちが足を運び、出向きまして、思いをお伝えするとともに、またお話ししっかり伺って、丁寧に議論を進めていきたいと思っております。

そうした観点からも、医療提供体制のさまざまな課題について、地方と国が協議を行う場が設置をされ、地方を代表される皆様のご意見を伺う機会が設けられたことは、私たちにとりましても大変ありがたいことでありますし、大変うれしく思っております。

本日いただいたご意見につきましては、真摯に承り、今後の厚生労働省の取組にぜひ生かしてまいりたいと思っております。

最後に、将来にわたり住民が安心できる医療を、地方と国でともに形づくっていくということが大事だと思います。本日は活発にご意見をいただき、また交わしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

以上でございます。

○新田課長 続きまして、地方3団体を代表しまして、全国知事会の平井知事より、よろしくお願いいたします。

○平井知事 皆様、こんにちは。本日は長谷川岳副大臣、また橋本岳副大臣、このようにお迎えをさせていただきながら、早速、国・地方の協議の場を開いてくださいましたこと、地方団体としてもまず感謝を申し上げるとともに、このたびのご就任、心からお祝いを申し上げたいと思います。

本日は、全国市長会、立谷会長様、さらには全国町村会の椎木副会長様、ともどもにこのように意見を申し述べる機会をいただきました。今、両副大臣のほうから、しっかりと地方の事情を聞いていきたい、あるいは地域にも丁寧な説明をしていきたいというお話があり、そうした政府の姿勢については評価をさせていただきたいと思います。

あら驚の吹きかへさるゝ野分哉。正岡子規の句でございます。野分、台風のような大風でございますが、荒ぶる驚が吹き返される、そんな今ごろの季節を詠んだ歌であります。

私たちは、地域の命と健康を守るために、それぞれの地域で頑張っています。県あるいは市町村、それぞれに自治体病院を抱えることもありますし、地域のさまざまな医療機関があります。もし、地域からこうした医療機関がなくなってしまうたら、命や健康は誰が守るのでしょうか。

私たちはそういう危機感の中で、自治体病院の改革をしたり、地域での地域医療構想の話し合いを始めたところであります。それはさまざまな話し合い、地域のそれぞれの病院の事情、例えばうちの病院は福祉と連携をやり、地域包括ケアと協力してやっていますよ、うちの病院は2階に老健を入れて、老健と病院と一緒に経営していますよ、そういういろいろな病院がある中で、1つのデータだけで424の病院がはじかれてしまう。その姿勢には、正直、疑問も持っています。これからお話もいただけるかと思いますが、それぞれの病院の事情に応じた処方箋を書かなければいけない。

また、424の病院以外にもいっぱい病院があります。私ども都道府県は、地域医療構想をまとめると、厚生労働省のほうからお話をいただいています。頑張っているんです。しかし、この自治体公的病院だけ改革をすれば、それで話は終わるのでしょうか。それ以外にも、例えば診療報酬の適正化の問題だとか、あるいは過剰診療の問題だとか、いろいろなことを含めて解決策を導いていかなければなりません。

今、橋本副大臣からもお話がありましたように、医師不足問題であるとか、あるいは働き方改革であるとか、その辺も地域の課題として我々やっていかなければなりません。ただ、今の状況の中では、信頼感を持って話し合い、ほんとうに地域で我々がそれぞれの病院と話し合う環境があるのでしょうか。非常に実は、今、それぞれ地方議会をやっていますが、反対決議が出たり、大変なんです。こうした状況を、やはり政府もよく認識をしていただかなければならないと思います。

そういう中で、今日、こうして協議が始まるわけではありますが、まだまだ先は見通せないわけで、ぜひ、何回かこうした機会をこれからしばしば持っていただかないと、論点の整理はできないのではないかと思いますし、今お話にもございましたように、国としても424をあぶり出した説明責任を果たしていただきたいと思います。

地域の住民も大変に不安になっていますし、例えば看護師さんが就職しようと思ったけれども、この病院はやめようかということを書き始めているんです。大変な影響が地方では生まれているわけがあります。

本当だったら、もうリストを返上していただきたい。そのリストを返上できないというのであれば、民間病院も含めて全てのリストを明らかにしていただきたい。そういう公平な環境がなければ、とても我々、ここから先に進むことができない。そんな危機感すら持っているわけでありませぬ。

ただ、私たちは今回、消費税の引き上げというタイミングもあります、社会保障の重要さというのはよく理解をしています。医療費負担は我々も分かち合わなければならないのが3団体でございます。

ですから、医療費のトータルを減らしていく社会保障の改革は大賛成です。それを進めていくためにも、現実の実を上げるためにも、こうした話し合い、あるいは現場現場でのさまざまな意見に耳を傾けていただき、我々も汗をかきますが、国のほうも歩み寄っていただきたい。そういう姿勢で始めなければ、私たちは意味がないのではないかと危惧もしています。

でも、今、両副大臣のお話、耳を傾ける姿勢をよく感じ取ることができました。ぜひ、これからしっかりと議論をしていきたいと思ひます。

今日、実はお手元のほうにおだんごを用意させていただきました。これは言問団子ではございません。よく似ていますが。別にパクったわけでもないわけでございますが、実は当県の自慢の打吹公園だんごというだんごなのですが、こちら、立谷会長の奥様のふるさとが倉吉という町でありまして、そこで一番有名なだんごであります。ぜひご賞味をいただきたいと思ひます。

国と市町村と都道府県、3玉を串で刺して、いい仕事をしたいと思ひますので、よろしくお願ひ申し上げます。

○新田課長 ありがとうございます。それでは、ここでプレスについてはご退席をお願いします。

(プレス退室)

○新田課長 それでは、議事に入りたいと思ひます。

まずは厚生労働省より、協議の場の協議事項となっております3点について、ご説明をお願いします。よろしくお願ひします。

○迫井審議官 それでは、資料を説明させていただきます。お手元の資料3-1から3-2、3-3、これは私ども厚生労働省からの資料でございます。3-3はご参考でございますので、資料3-1を主にご説明したいと思ひます。

今回ご協議申し上げる3つのテーマ、1枚でまとめて3つの改革といたしてございます。

I、II、IIIとございます。これは決してI、II、IIIの順番でという趣旨ではございませんで、全体的に、地域医療構想、医師の偏在、そして働き方改革、これらを一体的に進めさせていただくということでございます。

それぞれ具体的に、少しお時間をいただきましてご説明したいと思ひます。

まず最初に地域医療構想でございます。めくっていただきまして、ページで3、4、5、6

とありますが、まず、申しわけございません、少し飛ばしていただきまして5ページ、全体像を簡単にご説明したいと思います。

もともと、この地域医療構想と申し上げますのは、この5ページ、6ページを両方見ていただきたいと思いますが、まず5ページの上のほうでございます、もともと、医療機関、病院、病床を持ってございますが、かつては、例えば大学病院の高度な医療機関の1病床と、比較的高齢者の多いような1病床は、全く病床としては同じですが、中身的に見えにくかった部分がございます。

近年、そういったレセプトのデータでございますとか、さまざまなICTを活用いたしまして、やはり中をちゃんと見て、どんな機能を持っているのかということ議論しないと意味がないじゃないかと。そこで、これはイメージ図として4つの病棟がある病院、大体200床ぐらいの病院をイメージしておりますが、実際にはいろいろな患者さんが入院しています。そのいろいろな患者さんを、色で言うとイメージですが、高度急性期、例えばがんとかそういった高度な、集中的な治療をやっている。それからブルーもそうでございます。それから、そういったフェーズから少し回復している人、それからもう少し緩い診療をしている人、こういったことをデータ上明らかにしていって、どんな機能をどんな病床が担っているのかということ明らかにした上で、下の6の図を見ていただきたいのですが、病院・病床を全国でまとめまして、ブロック図にしております。

これは2015年からの取組というイメージで見ていただきますが、例えば2015年の時点で、全国の集計を先ほど見ていただいたように見える化をして集計をいたします。そうすると、急性期、高度急性期から始まりまして回復期、こんな病床の構成になっていますねということでございます。

この6ページの図、実は4つございますが、2015年からその後、これは2018でございますが、その後いろいろな全国の病院、都道府県経由でお願いをいたしまして、一番直近、例えば2018年の状況でこんな状況ですと。

次に、これが今回の1つのテーマの前提でございますが、近い将来、これは2025年というのは、団塊の世代が全員75歳を迎えますという話ですが、将来的に地域によって人口の構成が大きく変わってまいります。特に高齢化が進展いたしますと、必要となる医療の質が変わってまいります。

ご案内のとおり、人口の推計はかなり精度が高く当たります。その人口の構成に応じまして、例えば高齢者でありますと肺炎とか骨折とかそういったことが増えてまいります。若い世代、あるいは働く世代は、がん、あるいはさまざまな急性期の疾患が増えてまいります。そういった年齢構成に応じて必要な医療というのは変わってまいりますので、それをデータを活用して推計しようじゃないかということでございます。

この、6ページの一番右側、これが必要量でございます。つまり、医療の提供量は上の5ページの図で大体わかるようになりました。将来人口の推計をしますと、6ページの図のように、

一番右側であります、これぐらいの量が必要になるよねとわかりました。そうすると、なるべく、先ほど平井知事のお話もございましたが、より効率的で適切な供給量を確保するためには、この将来推計と現在の状況を比べて、当然でこぼこがありますので、なるべくそれを合わせていくことで、より効率的な社会保障体制をつくっていかう、これが地域医療構想でございます。

その上で、戻っていただきまして3ページでございますが、今回何をやったかと言いますと、3ページの一番上に書いてあるのは、今ご説明のとおりです。

そこで、将来にわたって安定的なという趣旨で、まず、民間病院もございまして、先ほど平井知事のお話にもございましたが、さまざまなセクターのさまざまな医療機関がございます。今回、全ての病院について、将来の絵姿を見ていただいた上で、将来どういった病床構成にしていくのか、どんな機能になっていくのかといったことを、基本的には計画を出していただくことをお願いしております。

さきの3月31日締めで、まずは、全国の病院にももちろんつくっていただくわけですが、公立病院・公的病院につきましては、特に病院の中でも救急医療を初め、がん医療を初め、なかなか採算がとれないとか、公立病院でなければ担えない機能について担っていただくことになっておりましたので、まずその点についてご確認をいただいて、計画を出していただきたいというふうに出していただきました。

その上で、2025年のあるべき姿、これはまた6ページに戻っていただきますが、6ページのブロック図を見ていただきますと、2018年、これは年度、すなわち2019年の3月末締めで、5月の時点で集計したものでございます。

6ページの図を見ていただきますと、2025年の見込み、これは各病院が申告いただいたものです。一番右側、これがデータに基づいて必要量を集計しています。ここで見ていただきますとわかりやすいのは、急性期の必要量と提供量にギャップがございまして、ここについていきますと、病院にそれぞれお考えはあるのでしょうか、やはりこのギャップについてどうお考えになるのかということをお改め確認をしていただきたいという趣旨でございまして、3ページに戻っていただきますが、今回、公立・公的の医療機関に対しまして、私どものデータをもう一度洗い出しをいたしまして、それぞれの医療機関が現時点で2025年でこういうふうにご考えておられるということをお改めデータに基づきまして戻させていただきます。

3ページの一番下の枠組みは、今のような対応を、この6月に出させていただきます骨太の方針に記載した内容でございます。

4ページが、今回行うことでございます。今、概略をお話いたしました、両方のデータを突き合わせながら、この4ページの下半分でございます、分析のイメージのところを書いてございますが、2つの指摘をさせていただこうと。すなわち、全国のデータを活用いたしまして、それぞれの病院の実績を比べまして、まずAという指摘ですが、これは9の領域というの

は、がん・心疾患等、公的病院・公立病院が期待されているであろう中心的な診療機能、これにつきまして実績を拝見して、この9つ全てについて、実績が少し少ないのではないかという病院、277について指摘をさせていただいております。

同様にBでございますが、9つの領域のうち、特に診療の内容について、6つでございますが、すなわち災害・へき地・医師派遣というのは、これはもちろん期待されているわけですが、派遣するしないについては地域の実情によって大きく違いますので、6領域について、エリアで、構想区域という近隣の施設も含めたエリアについて分析をさせていただいて、類似の機能が近隣にあるとか、あるいは相対的に診療機能がもう少し検討の余地があるとか、そういったものが該当するものについて、Aに該当するもの以外で147、合計424につきまして明らかにさせていただき、かつ、該当するエリアについて、104区域について、都道府県に対しましてご検討いただけないかということをお願いしましたということでございます。

このことに関連しまして、地域医療構想最後の資料3-2の1枚紙を見ていただきたいと思っております。

冒頭の話にもございましたが、私どもは今のようデータをお示いたしました。基本的にはマスメディアも含めて、検討会でも慎重な取り扱いをお願いしたいというふうにお話をさせていただきましたが、しかしながら、いろいろなご意見を先ほどもいただきました。そのとおりでございます。このことについては重く受けとめたいと思っておりますが、その翌日に、こういったことを改めて確認をさせていただいております。

全て読み上げることはいたしません、例えば3パラ目に書いてございますが、改めて考えていただくということでございますので、3行目、4行目にありますが、医療機関そのものの統廃合でございますとか、それは機械的に決めるものではないということは改めて、今日も確認をさせていただきますが、あくまで再検証をお願いしたいという趣旨でございます。

ここまでが地域医療構想のお話でございます。

次に資料3-1に戻っていただきまして、地域医療構想の次のお話をさせていただきます。医師偏在対策、7ページからでございます。

あわせて、当然、その医療機関の病床の扱い、あるいは機能を議論する際には、そこに実際に従事しております医師がどの程度確保できるのか、配置できるのかということになってまいります。

8ページに概略を書いてございますが、ご案内のとおり、実態といたしまして、地域によって医師の配置に大きく偏在があることは、もう紛れもない事実でございます。

8ページの左側に大きく枠囲みがございますが、そこで偏在の状況についてまとめてございます。それについて、簡単にまとめてございますが、基本的には地域枠を初めとして地域の偏在については解消するような策を打たせていただいておりますが、8ページの枠囲みの左側の下側でございます、しかしながら、残念ながら結果的には地域の偏在や診療科の偏在が解消するどころか、むしろ拡大する状況さえ起きているということでございます。

こういったことに、私どももちろん危機感を覚えておりました、8ページの矢印のほうでございますが、やはり対策をさらに強化する必要があると。①、②、③とございます、いろいろな施策を打たせていただいておりますが、その中で、都道府県のお力添えをいただきながら、医師確保計画というようなことをまず推進をしつつ、それから②のところにもう1つ書いてございますが、これは医師の養成課程に、強く一定の政策的な対応をさせていただく必要があるということで、法改正もさせていただいて、対応をしているということでございます。

9ページ、10ページ、あわせてでございますが、概略を簡単にご説明いたします。医師の養成課程について申し上げますと、ご案内のとおり、まず入学時点で地域枠を設定させていただいて、それからそれ以降、卒業するまでの間に、地域医療に対するさまざまな造詣を深めていただく。そして、卒業した後で、真ん中へんにございます臨床研修、それから専門研修でございますが、これらにつきましては定数の配置、さまざまなことについて手を打たせていただくということでございます。

特に10ページ、専門研修について、最近話題にもなっておりますので、特に1枚でお示しをしておりますが、専門医を育成する過程で、例えば大きな施設で研修をしないと大きな病院、都市部に特に集中しがちに、どうしてもなってしまう。しかしながら、地域医療を同時に担っている医師そのものが都市部に集中するというのは、やはり状況としてはよろしくないの、当然、専門医を育成していただくに当たっては、これは10ページのブロック図の真ん中あたりでございます、右と左に枠がございます、中立的な第三者機関とか左側に書いてございますが、右側に、地域医療との関係でございます、当然、医師の配置を直接、専門医を育成するに当たって、もしプログラムを動かせば、当然、地域医療において大きな影響がありますので、地域医療との関係をしっかり考えていただくことを基本的にはお願いしております。

11ページは、今お話をしましたとおり、医師の偏在が決して解決の方向に向かっていかないということを踏まえまして、先般、医師法を改正いたしまして、本来ですと、従来はプロフェSSIONALオートノミーを基盤としてということで、学会あるいは医師のコミュニティに、基本的にはある程度委ねて、医師の育成をお願いしてまいりましたが、やはり偏在が必ずしも解決しない場合につきましては、ここに記載のとおり、都道府県知事あるいは厚生労働大臣それぞれが、医師の育成に深くかかわっております専門機関や専門機構に意見を言わせていただいて、しっかり医師の偏在を解消する方向に対応していただきをお願いしているということでございます。

こういったお願いをするに当たりましては、12ページであります、やはり客観的な指標が必要です。単純に多い少ない、足りないでは、政策的な介入はできませんので、そこで従来は人口10万単位みたいな指標を導入してまいりましたが、やはりさまざまな実態に合わせて、できる限りの評価をさせていただく、こういった指標を用いて施策の対応をさせていただいているという概略でございます。

最後、医師の働き方改革でございますが、これも簡単にご説明いたしますと、働き方改革については、もう国を挙げて、あらゆる職種、あらゆる分野についてということでございますが、特に、14ページを見ていただきますと、ご案内のとおり、病院勤務医については、やはり長時間労働があまりに突出してひどいということでございます。

15ページ、16ページであります。特に15ページは、実際にどの程度の時間外労働をしているのかという分布を見ております。なだらかな分布になっておりますが、そもそも基本的に真ん中辺より左にあります時間外月80・年間960、これは俗に言う過労死ラインでございます。ここを超えている医師が、これは数字を足し上げるとわかるのですが、40%の勤務医、2,000時間弱を超えるところに10%、4割が既に過労死ラインを超えた働き方をしているというふうに、報道もされておりますが、こういう実態でございます。

ここを踏まえて、16ページの図にございますが、基本的には、この過労死ラインを下回るような、一般労働者と同じような水準を目指すということで、Aというカテゴリーを設けまして、基本的にはこういったことを目指すというのが16ページの図でございます。

ただ、一方で、一定程度、医師の働き方をあまりに短絡的に時間規制をいたしますと、必要な医療が提供できなくなる可能性がありますので、B、Cというカテゴリーをつくりまして、時限的な対応をしながら、地域医療を確保しつつ、医師の働き方を改革していこうということでございます。

17ページ、18ページ、最後でございますが、今後の進め方、ここに書いてございます、17ページにあります。制度的な対応、それから労働基準の関係、こういったことを段階的に実施をさせていただく。

18ページでございますが、さまざまな対応を医療機関の特性に応じて対応する必要がございますので、上から順番に書いてございますが、その医療機関の機能に応じまして、例えば比較的医師の働き方に十分対応できるようなAという水準の医療機関から始まりまして、Bという、地域の医療をどうしても守るためには一定の時限的な対応をする、あるいはC1、C2というような専門的な診療を行う、こういったことに応じまして、さまざまな施策を打つということにさせていただいております。

最後に一言だけ、地域医療構想の関係について付言をさせていただきますと、この取組と並行いたしまして、重点支援区域というものを設定させていただいて、私ども国も重点的に対応させていただくことにしております。

これにつきましては、現在、地方自治体の皆様から、国にどのような支援をどの程度必要とされているのかでございますとか、地域における議論がどの程度進んでいるか、こういったことにつきまして、地域医療の関係者からしっかりと話を伺う必要がございますので、そういった情報を収集させていただいているところでございます。

厚生労働省といたしましては、そういったことを踏まえて、速やかに結論を得たいと考えてございます。

簡単ではございますが、以上でございます。

○新田課長 続きまして総務省より、公立病院の経営状況についてご説明申し上げます。

○沖部審議官 それでは、公立病院の経営状況につきまして、概要を申し上げます。お手元の資料4の1ページでございます。

まず、経常損益の推移につきまして、右側の青いグラフをご覧ください。

総務省が公立病院改革ガイドラインをお示ししました平成19年度は、極めて厳しい経営状況にありまして、全体で2,003億円の経常損失が生じるとともに、データは次の2ページに記載してございますが、7割を超える病院が赤字でございました。

その後、経営改革等によりまして、平成22年度に経常損益が黒字に転換しまして、平成24年度には336億円の黒字でございます。また、この間、半数以上の病院が黒字となっております。

しかし、平成25年度以降は再び経常損益が赤字となりまして、30年度につきましては685億円の赤字でございます。また、赤字病院の割合も再び半数を超えて推移しておりまして、平成30年度は6割弱の病院が赤字になってございます。

なお、総務省におきましては、平成27年に新たに新公立病院改革ガイドラインをお示しまして、昨年までに全ての公立病院が新改革プランを策定していただいているところでございます。

次に、平成30年度の決算につきまして、左側の表をごらんください。

医業収益でございます。経常収益の内数ということで、上から4つ目の数字でございますが、対前年度で見まして831億円の増加となっております。他方、医業費用のほうを見ていただきますと、これも同程度、881億円の増加ということでございまして、表の一番下から2番目のところ、医業収支比率で見ますと、前年度と同じ91.1%となっております。

このほか、一番下の他会計繰入金の割合も12.2%ということで、横ばいではございますが、右側のピンクの累積欠損金、見ていただいたように多額の状況が続いておりまして、引き続き厳しい経営状況にあると認識してございます。

以上でございます。

○新田課長 それでは続きまして、地方3団体のご出席者、順番にご発言をいただきたいと思っております。

まず、平井知事よりお願いいたします。

○平井知事 先ほども話しましたが、お先に、ではご指名でございますので、お話を申し上げます。

今回、3つのテーマをいただいております、それぞれ、ぜひ、例えば回も考えながら、こうした論点をさらっていく必要があるのかなど。結構、それぞれ重たい課題でございます。ですから、ぜひ膝を交えた、こうした会議をこれからも尊重してやっていただけるとありがたいかなと思っております。

前もって申し上げますと、今、いろいろとお話がありました。迫井審議官や沖部審議官のほうからもお話をいただいたような状況について、我々としてもある程度理解はさせていただいているところでございますし、そういう意味で、地方も医療費負担をトータルで抑制していかなければ、せつかく消費税を引き上げて、またいつか上げなければいけないということになったりしかねませんし、また私どもも、国民健康保険を初めとして、負担を大きく背負い込んでいるという現実もございますので、総論として、こういう場を通じて適正化を図っていくことは推進をしたいということは、ぜひ申し上げておきたいと思っております。

ただ、その進め方なのですが、結局、一つ一つの病院、あるいは一つ一つの地域、そうしたことを念頭に置いて議論をしなければ、ほんとうの解決策は出てこないわけです。

例えば北海道だと大体半分ぐらい、今回424の中に入ったりしているわけではありますが、大変広い地域で、実は社会的入院ということまで言われるぐらい、冬はもうあっちの病院に行って、少し過ごすしかないやというぐらいの土地柄の中で、それを、東京の病院がひしめき合っているところと全部一律で論じて、ほんとうに答えが出るのだろうかということなんです。

最低限、地域それぞれで命と健康を守る活動はできなければいけないわけでありまして、それがたくさんあるような地域で、医療の現場を少しそれぞれ集約をしながらまとめていくという話と、地域が広大な中でまとめていくという話とは、決して一律には論じ得ないところだろうと思っております。

また、高齢化の比率もそれぞれ違うわけでありまして、高齢者が多いところには高齢者が多いような体制をつくったりということもあるわけです。

また、これはこの間も迫井さんにちょっと申し上げたのですが、私どもは地域医療構想を結構真面目にやっています、それで、中には診療の病床転換をして、急性期から回復期に変えるという計画をしたところが、今回名指しの中に入ってしまったんです。

こういうことは、一体、我々は努力しているのにという現場の声が出てきてしまうところでもありまして、やはり丁寧に物事を進めて、最終的には一つ一つの病院について、こういうふうにしたらいいのではないかというアドバイスなども含めて、納得をしながら、住民や議会への説明もしながら進めていかないと、我々は正直言って難しいです。

今、迫井さんのほうからお出しになられたペーパーの中で、3月までにまとめてくれという、答えを出せというのがありますが、これは今日も知事会の委員会を開いたのですが、各県がものすごい反発をしています。勝手に期限を切られても無理だと。

今、実情どうなっているかといいますと、私どもの県議会も来週閉会日を迎えるのですが、もう決議を用意して、超党派で議決しようという勢いです。これは与党だとか野党だとかいう問題でなくて、それが地方の現実でありまして、仲間の知事も、もううちの県議会は大変なことになっているというのが実情であります。

ですから、議論を正常化させるだけでも、ちょっと時間がかかりそうでありまして、今おっしゃるような、いやいや統廃合ではないんですよということを言っても、メディアにもああい

うふうに出て、住民の意識も根づいていますし、不信感が先に生まれてしまったものですから、そう簡単に期限を切られても困るというのは、今日、かなりご意見が各県から出たところであります。

また、お金の話も、やはり最後は出てくると思うんです。例えば病床を転換するとか、あるいは福祉に移行するだとか、いろいろなところで、これはそれ相応の必要な予算というものも出さなければいけないかもしれません。そういう意味で考えていただかなければいけないと思いますし、また、地方財政措置も、大都市も地方もみんな一律の基準で今はやっていますが、本来、それぞれの地域に応じた地方財政措置のあり方もあるかもしれません。丁寧な、そういう議論をしながら、予算関連の話も年末にはしていただく必要があるのではないかと思います。

専門医については、立谷会長がご専門でございますので、詳しいお話もあろうかと思いますが、プロフェッショナルオートノミー、なるほどと思います。しかし、リージョナルオートノミーはどうなるのでしょうか。それぞれの地域の中で、専門医が確保されないような状況になったら、何が医師不足解消なのかというふうに思います。

そういう意味で、今、例のシーリングについて、抜本的には1年、事実上先送りになっているというのは、考えていただいているのかなとは思いますが、ただ、相変わらず産科が足りない、小児科が足りない、耳鼻科が足りない、精神科が足りないと、そういうことが地域で言われています。しかし、医療過剰県だ、医師過剰県だと、厚生労働省からは分類されてしまっている。

やはり、それぞれの地域の事情や、病院の事情というのを考えて、こうした医師確保対策も進めていかないと、医師偏在というのはほんとうの意味で是正されないのではないかなと思います。

みんな大都市へ行ってしまいうんです。ほんとうの問題はそこなのに、それを全国47都道府県、全部同じ土俵でそろえて、ある一定の計算で、上3分の1は過剰で、下3分の1が不足だと。ほんとうに割り切れるんでしょうかということでもあります。

また、働き方改革も大賛成でありますし、NHKがキャンペーンを張っていて、こうしたことにはやはり心を砕かなければいけないことは痛切に理解もいたしているところではありますが、ただ、大学病院からの派遣で月曜日の耳鼻科を賄っているんですよなんていう病院は、地方ではざらにあります。働き方改革をやる一環で、そうした地域での診療窓口が閉ざされてしまうということにつながったら、本末転倒だと思うんです。

ですから、適正な、過渡期であるとか、先ほどABCの話もございましたが、そうしたことをぜひ盛り込んでいただきたいと思います。

○新田課長 続きまして、全国市長会の立谷会長、お願いいたします。

○立谷市長 1日に、国から全国市長会の地域医療確保対策会議でいろいろとご説明を受けました。その説明と、先ほどの資料の説明は大体同じようなものなのですが、そのときに市長たちからいろいろな意見が出てまいりまして、この資料としてお示ししてあります。

今、平井知事がおっしゃったことと、市長会の意見も大体似たものなのですが、一律で議論するというのが皆さんの一致したものです。

確かに、整理統廃合したほうがいい病院もあります。そういう方向性が、ある意味では必要だということは否定しませんが、ただ、地域によっては、その病院がゴールキーパーとして最後のとりでになっている公的病院もあるんです。そういうところが、例えば廃院ということになった場合、その地域の過疎化に拍車がかかるだけなんです。

ですから、そういう地域からは極めて強い異論があります。今、平井知事が言った、県議会で大きな問題になっているというのはそういうことだと思うんです。要するに、死活問題になるわけです。

医療というのは、これは生活のための基本的なインフラですから、電気や水道と似たようなものです。いざというときのための。それを全国一律に議論したところに、今回の問題があったのだらうと思うんです。

病院によっては、ダウンサイジングしたいところもあるんです。あるいは、統廃合したほうがいいようなところもあるんです。ですが、それは代替機能がはっきりしている場合であって、そうでない地域の最後のゴールキーパーとしての病院もなくなったほうがいいんだ、廃止されるんだという受け取り方がされたわけです。まあ、今回の発表の仕方が問題だったんですが。

厚労省のコメントで、必ずしもそういうことを言っているんじゃないよということなのですが、一旦流れてしまったものは、なかなかもとに戻らないです。もう、ケチがついてしまった。これをどうするかということを考えていけないといけない。

白紙に戻せという話もあるんです。そのことも含めて、これは考えないといけないです。その地域の人たちにとっては大問題になってしまったということなのですが、もう1つ、私は今回の議論の背景に、さっきの厚労省の説明資料の5ページと8ページ、両方に書いてあるのですが、地域医療構想という考え方が前提に立っているんです。

地域医療構想が平成28年に策定済みということを前提にしているのですが、少なくとも私は、福島県の地域医療構想に口を差し挟んだことはありません。ですから、地域医療構想としてどこまできちんとまとまっているのだらうかということを見ると、前提になっているところが甚だ不確実なものだと思わざるを得ないです。

というか、もうちょっと突っ込んだ言い方をすると、これは8ページなのですが、都道府県における医療体制をきちんと整備することが、果たしてできるのだらうかと。つまり、県はドクターの人事権を持っていないんです。それで、果たしてできるのだらうかというところに大きな疑念があります。我々市長に言わせれば、現実味が乏しいと言わざるを得ないです。

そういうことなので、繰り返しになりますが、要するに地域ごとの最後のとりでとしての医療機関としての事情を、もう一回再検証しないといけないです。そのためには、市町村長の話をよく聞いてください。この会議を何回か続けていく中で、方向性をまとめていくしかないのだらうと思うんです。

それと、平井知事の話にあったのですが、急性期病床が多過ぎるという指摘は、私は間違っていないと思う。ですが、それが慢性期病床に移行したところで、白眼視するようなことはやめてもらいたいです。どうもそういう感じがしてならないんです。

例えば7対1看護体制をとっている病床が多過ぎます。どう考えても多過ぎます。それは公的病院に多い。その分人件費もかかるし、果たしてそれだけ患者がいるのだろうか。

これはいつも思っていることではあるのですが、だからといって、それを是正するときはどうやったらいいのかというのは、やはり大変な問題なんです。

公的病院の場合は、今回一緒くたになりましたが、3つのパターンに分けないといけないんです。市町村立の病院と、農協系の病院と、それと特殊法人系の病院と。

市町村立の病院に関して言えば、これは内藤さんに私は申し上げたいのですが、もっとお金をつけてください。総務省の資料の1ページの左側のほうに、全体のトータルの数字がありますが、これは10%の赤字なんです。10%を地方交付税で見ているわけです。

ですが、病院によっては10%では済まない病院がいっぱいあるんです。ある市の話ですが、その地域にある一部事務組合で運営している病院に、16億円を繰り出ししています。その市の財政規模は150億円なんです。もう、財調もなく、会長何とかしてくれと、1週間前に泣きつかれました。そういうことがあります。

ですから、その病院の存在が果たして適切かどうかはわかりませんが、その病院は多分、ダウンサイジングしたほうが良いと思うのですが、ダウンサイジングしても職員は残るんです。そうすると、やはり状況に応じた交付税措置が必要だろうと思うんです。

ですから、都会にある公的病院と、地域を守っている公的病院の違いということもあるので、これはもうちょっとしっかり交付税措置をしてもらいたい。というか、これは市長会としての要望です。

それと先ほど平井知事がプロフェッショナルオートノミーが適当だったと言われましたが、あれは不適切な発言でしたよ。

○平井知事 いやいや、リージョナルオートノミーですよ。

○立谷市長 プロフェッショナルオートノミーに対し市長会は、今までさんざん反対してきたんです。

医師のあり方を学会が決めるということが間違っているんです。国民医療として考えないといけないんです。国民医療を専門家たちだけが議論して決めるというところに、大きな矛盾があるんです。

もう、走り出してしまいましたから、今さら文句を言っても仕方がないですが。「総合診療専門医」なんてふざけた言葉はないんですよ。初期研修が終わったら、みんな総合診療できなきゃいけないんです。そういう方向でやったはずなのですが、もう、全部専門にしなきゃいけないというので、プロフェッショナルオートノミーの上で、総合診療専門医というものをつくった。

これは市長会として反論して、厚労大臣からも、プロフェッショナルオートノミーではなくて、厚労省の立場でいろいろのを言いますよというふうに改善されたはずなんです。ですから、プロフェッショナルオートノミーということは大前提ではないです。これは明確に、私は申し上げておきたいと思うので、こんなところに書くのはやめてもらいたいです。プロフェッショナルオートノミーというのは、あれは学会主導で、この国民医療まで決めてくれるなというのが我々市長会の主張ですから、この点については明確にしておきたいと思います。

その上で、やはり一つ一つの病院について事細かに検証していく必要があります。統廃合を考えたほうがいい地域もあるし、そういう病院もあります。ただ、あのとおりにやられてしまうとどうにもならないところがあります。

リストにあがった農協立の病院の話ですが、そこは町でたった一つの病院なんです。近くの市の大病院まで10分あったら行けるんです。だから、そこに行ったらいいじゃないかといわれても仕方がないかもしれない。だけど、その病院がなくなることによって、その町の存続が難しくなる。

様々な議論もありますが、国民一人一人があまねく医療の恩恵を享受できなければいけない。保険料は全国一律ですからね。そういう議論もあるわけで、そういうことを考えたときに、私は、効率化だけで簡単に絞っていいのか。もっと言えば、その病院の常勤医は、4人しかいないんです。外科の医者が2人で、この2人が土日はかわりばんこに当直をやっているんです。働き方改革なんていうのは吹っ飛んでしまうくらい大変な重労働なんです。

だけど、それが現実なんです。ですから、統廃合や働き方改革をきちんとやるということは、その町にとっては消滅しろということに近いんです。

ですから、現実論で考えたときに、果たして働き方改革の理念どおりにいって、日本がもつのか、医療がもつのか。

医師会としては、5年後の960時間について、そんな簡単にいくわけじゃないよといっていますが、いろいろ是正しながらやっていかないといけない。例えば当直を勤務時間に数えないというふうに。

そうやって是正しながらやっていかなければいけないところは多々あるとは思っていますが、やはり細かく検証しながら。この会議が持たれるととてもいいことだと思うので。今まで、医者専門医部会の中で私はしゃべってきましたが、できたらこういう全体の中で、地域医療の細かい点についてまで、いろいろと意見の交換をさせていただければありがたいと思っています。

今日は後から記者会見等々あると思うのですが、1つは、今日の会議で済むことなく、これからは何回も繰り返す中で、地方の実情を踏まえた、地方の声を踏まえた適切な医療行政、あるいは総務省としての支援を、ぜひ実現していただきたいと思います。

私からは以上です。

○新田課長 続きまして、全国町村会の椎木町長、お願いいたします。

○椎木町長 全国町村会の副会長を務めております、山口県周防大島町長の椎木でございます。地域医療の確保に向けた、このような国と地方の協議の場が開催されますことに、心から感謝を申し上げたいと思います。

本日は、地域医療の現状や課題等につきまして、現場町村の立場から意見を述べさせていただきたいと思います。

初めに、地域医療構想についてであります。もう先ほどから知事さんや市長さんのほうからもお話がありましたように、厚生労働省のほうでは9月26日、地域医療構想に関するワーキンググループにおいて、再編・統合等の再検討を求める公立・公的医療機関の名称が公表されました。

このワーキンググループには、もちろん町村の代表は参加してはならず、あらかじめ十分な情報提供もないということでもございましたので、大変遺憾に思うところでございますし、また、この全国町村会では、資料6でつけておりますが、地域医療構想の進め方に関する意見ということを取りまとめまして、公表させていただいたところでございます。

医療機関の名称が公表されたことに関しまして、既に住民を初め自治体関係者や病院関係者から、大変大きな不安や不満の声が多数上がってきております。それぞれの地域における医療機関は、住民が安心して暮らし続けるために不可欠な存在でありまして、全国一律の基準により、機械的に分析したデータのみをもとに再編・統合の議論を進めるということは、地域住民と医療現場に大変大きな不安と混乱を招くものであると考えるものでございます。

例えば、統廃合によりまして、町村内または近隣の自治体から公立病院がなくなり、通院にかかる所要時間が大幅に増えるということで、住民が大きな負担を強いられることになったり、または救急患者の受け入れに大きな役割を担ってきた病院がなくなれば、もしものときの安心のとりでであります救急医療に深刻な影響を及ぼすという事態にもなるわけであります。

特に、私は周防大島町というところの町長でございますが、昨年は、皆さん方ご存じだと思うのですが、ご案内のように私たちの大島というのは、大島大橋という1,020メートルの橋でつながっているところの町でございますが、ここにドイツ船籍の大型の2万5,000トンもの船が激突いたしまして、大島大橋が通行どめになったり、40日間の断水というようなことも経験し、また島の特殊性ということで、今は橋が無料化されておりますので、半島のような気持ちでしたのですが、しかしながら改めて、島の特殊性ということを実感したところでございます。

住民の命と健康を守る病院の存在の大きさは、私自身、島の町立病院の開設者として、大変、日々実感をしているところでございますが、この40日間の断水のときに、一番大きな問題であったのは飲み水でございますが、しかしながら、病院の関係者も大変水には苦労しましたが、特に人工透析の水に、あと1時間で水がなくなるというようなことも経験しまして、大変難儀をしたところでございます。

また、中山間地域や離島等のへき地において、公立・公的病院は医療を中核に保健福祉にも

深くかかわっておりまして、かけがえのない地域社会の基盤となっているところでございます。

このような、公立・公的病院の存在価値をぜひともご理解いただき、地域医療構想の検討を進めるに当たっては、地域の実態を十分に考慮した上で、慎重な議論がなされることをお願いしたいと思います。

また、医師の偏在是正についても申し上げたいと思うのですが、地域医療にはいうまでもなく医師の存在が不可欠になりますが、医師偏在指標によりますと、全国的に医師の地域偏在・診療科偏在が大きく生じているところでございます。特に中山間地域や離島等のへき地において、医師不足は極めて深刻な状況となっております。

このような状況を改善するため、定員配置等の規制的手法の導入や、または過疎地域等における勤務を一定期間義務づけるなどの、医師の診療科偏在・地域偏在を抜本的に解消するような仕組みの早急な確立をお願いしたいと思います。その上で、地域の実情に合った、柔軟で実効ある需給調整の仕組みを構築していただきますよう、お願いをする次第でございます。

総合診療専門医について申し上げたいと思いますが、総合診療専門医が専門医の1つに加えられました。高齢者が多い町村においては、特定の診療科の専門医よりも、地域のかかりつけ医の存在が大変重要であります。疾病の治療はもとより、日ごろの予防医療や健康啓発といった面でも大変大きな役割を担っていただいているところでございます。

しかしながら、昨年度の専門医の採用数を見ておきますと、総合診療専門医が不足しているという実態が明らかになっております。この点については、全国の町村長はとても深刻に受けとめております。

新たな専門医制度の推進に当たっては、医師の偏在を助長することなく、へき地等で総合的な医療を提供する総合診療専門医の養成確保が図られる仕組みを、ぜひとも実現をしていただきますようお願いしたいと思います。

また、急速な高齢化に伴いまして、今後、町村におきましては、地域包括ケアシステムのさらなる推進が求められます。そのため、先ほど申し上げました総合診療専門医はもとより、看護師、助産師、保健師、栄養士、薬剤師等の専門職の確保がますます不可欠となってきております。

中山間地域・離島等へのへき地における医療が持続可能なものとするため、これらの人材確保・育成に関して、それぞれの地域の実情に合った支援策を講じていただく必要があると思っております。

医師の働き方改革についても申し上げたいと思いますが、中山間地域や離島等の町村におきましては、医療機関自体が限られている中で、医師派遣等で大変苦勞して医師を確保しておりますが、受け入れ条件も整え、やっとの思いで地域医療を維持しているという実態であります。そして、特に医師1人で診療所を運営しているというようなところもたくさんございます。その医師が休むと、即休診にせざるを得ないというような事例もあります。

医師の働き方改革については、医師の労働環境を改善していくことはもちろん大変大切なこ

とありますが、地域における医療提供体制といった視点からも考慮し、慎重な検討をお願いいたします。

最後になりますが、地域における医療の提供は、住民が住みなれた地域にいつまでも安心して暮らし続けることができるため、必要なものであります。特に、高齢化が進行し、一方で医療機関が限られた町村においては、身近な医療である地域医療の重要性はより一層増していくものと思われまます。

我々町村長は、地域における医療を確保するため、日々努力をいたしております。今後、地域医療の発展に向けた施策を展開するに当たっては、町村における医療の現場に思いを寄せていただきながら、町村の実態を十分に踏まえたものとなりますよう、特段のご配慮をお願いいたします。

最後に2点ほど要望させていただきたいのですが、これは私たちの町立病院の話なのですが、実はこの病院の改革、私たちのところは小さな病院も含めて3病院と2老健と、町立の看護専門学校も運営しているわけですが、それらの中で、当然ながら人口減少に合わせてダウンサイジングをしなければならないということで、もう来年の4月には1つの病院は有床診療所にしようというところまで進んでおりまして、そうしたときに、ダウンサイジングすることは当然やらなければならないとずっと考えてきていたのですが、なかなか進みにくいというのが、まず、先ほど市長さんからもお話がありました、まず職員が余剰が残ってしまいます。当然ながら、首を切るというわけにはまいりませんし、自主退職という手も、なかなかそう簡単にいくものではございません。

もう1つは、ダウンサイジングするだけならいいのですが、例えば、もうやめてしまおうじゃないかと。1つは、何かに転換しようじゃないかというようなことも当然起こります。そうしたときには当然、企業債は残ってしまうということになります。今までは、赤字ではあっても入るものは入って、出すものは出して、それでマイナスが出てくるということなのですが、入るものがゼロになって出るものだけは出てしまうということになると、ほんとうに、町のほうの存続が危ぶまれるというようなことにもなるわけでございます。こういうところの支援はぜひとも、ダウンサイジングとか、または形態を変えるといったときの支援は、ぜひともお願いしたいということでございます。

以上でございます。よろしくをお願いいたします。

○新田課長 ありがとうございます。

それでは、時間も残すところわずかでございますので、最後、まとめも含めまして、お三方からお話をいただきたいと思っております。

まず平井知事のほうからお願いいたします。

○平井知事 今、それぞれ申し上げましたことを、ぜひお汲み取りをいただき、ぜひともこういう協議を今後とも継続していただきたいと思っております。

3人、さっき話し合いまして、ペーパーとして意見を取りまとめたものを出していますし、

市長会さん、それから知事会、それぞれまとめた各自治体の意見も出させていただいています。町村会の取りまとめとあわせてご参照いただきたいと思います。

今日は長谷川岳副大臣、橋本岳副大臣でありますので、喧々諤々の議論となりましたが、ぜひ、これに懲りることなく、一緒に意を通じて、いい社会保障をつくっていきたいと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

○新田課長 ありがとうございます。

それでは立谷会長、お願いいたします。

○立谷市長 いや、言いたいことがいっぱいあって。さっきの、周防大島町長さんのダウンサイジングの話。36床の病院なんです。36床の病院だったら、老健が2階にあるので給食は出ますけれど、36床の病院に当直医を張りつけるって大変なんです。だから、これは19床の無床診療所にしたほうがいいんです。

だから、そういった意味では、今回の指摘は、必ずしも外れてはいないと思っているんです。ただ、発表の仕方が悪かった。出し方が悪かった。それはもう、重々考え直していただかないといけない。

それと、さっき総合診療医の話がありました。総合診療専門医という専門医はいないんです。そんなのは専門医でも何でもありません。総合診療専門医なんていう専門家はどこにもないんです。学会が無理してくっつけているだけです。

ですから、私は学生たちから相談を受けたときに、総合診療専門医になれとは決して言いません。そんな専門家はないんです。これは一つお考えいただきたいと思うんです。

それともう一つ、過労死の問題がありました。過労死の反面、働かない医者もいっぱいいるんです。ある市の公的病院には循環器の専門家が3人いるんです。その3人とも、自分は専門医だと言って誰も一般外来はやらないんです。それを院長がやれと言うと、教授に泣きついて、教授からは教室に引き上げますみたいなことを言われるので、強く言えないんです。これが現状なんです。

ですから、私は専門医制度というのが果たしてどこまで必要なのかという、極めて大きな疑問を持っているのですが、こういうところから、根底から直していかないといけない。働かない医者もいるんだと。特に、特殊法人立の病院にいっぱいいます。どこどこと言うと角が立つから言いませんが、そういうところの医者再配分みたいなことも、どこかに頭に入れておかないといけないと思います。

○新田課長 副会長、お願いいたします。

○椎木町長 市町村合併が進んだものですから、町村独自で病院とかをたくさん抱えているところというのは随分少なくなって、市のほうが抱えているということがたくさんになっております。

しかしながら、私のところはそうなのですが、町村で病院を抱えているという、経営しているということになりますと、大変苦勞していると思います。町村は全てが過疎地域だ、人口減

少だとは言いませんが、どうしてもそういうところがたくさんあります。そうした中の病院の経営は非常に厳しくなっていると思います。

私のところも、一般会計から相当な額を繰り入れながら、一般会計のほうも全然裕福なわけではありませんが、そういう中で、私のところが今回のこの発表の中に入っていなかったのはなぜかといいますと、当然ながら回復期とか慢性期を標榜しているものですから、今回にはなかったわけですが、しかしながら、独自の、先ほど言いましたが改革を進めているわけでございます。

多分、全国の町村の中で病院を抱えているところというのは、みんな独自の改革を進めていると思います。先ほど申し上げましたが、ぜひとも、こちらの改革の支援も、ぜひともよろしくお願いしたいと思います。

○新田課長 では橋本副大臣、まとめも含めまして、よろしく願いいたします。

○橋本副大臣 まず、大変活発なご意見をたくさんいただきまして、まことにありがとうございます。感謝を申し上げます。そして、ほんとうにそれぞれのお立場でということで、ちょっとプロフェッショナルオートノミーについての考え方とか、いろいろ、逆に言うとそれぞれのお考えがあるのだなということを、私たちはみんな受けとめて、その中でどうしていくかというのをしていかなければいけないのだなということを改めて感じたところでございます。

特に地域医療構想につきましては、まず出し方に問題があって、大変ハレーションを起こしたということは改めて感じたところでございますし、そこに対して特に椎木町長様からは情報提供がなくて遺憾だということまで言われました。このことについては、きちんと我々も反省をしなければならぬと思っておりますし、その上で、これも冒頭申しましたが、私たちの考えるところをきちんとお伝えする、それは出向いてお伝えをしていくということ、やはりもっとしっかりして、説明責任を果たすということをしていかなければいけないということだろうと思うとともに、やはりそれぞれの地域の地域医療構想調整会議というのがあるはずであって、そこでの議論というのをやっていただく材料というのが、今回の大きな意図でありますので、これだけで判断をして、機械的にするものではないということは、既にご了解いただいているとは思いますが、やはりそこに誤解を招いてしまっているということが大きいのだろうということを、改めて感じた次第でありますので、しっかりそのことを受けとめて、まずは、まさに先ほどお話があったような、議論を正常化する努力というところから、我々は出発しなければいけないのだなということを、改めて感じたところでございますので、そこはしっかり、これからも厚労省としても取り組んでまいりたいと思っております。

そのほか、時間外労働規制の働き方改革の話でありますとか、専門医についての話でありますとか、さまざまなお話もいただきました。こうしたことも、今日、やはりご意見をいただけたということはありがたかったなと感謝を申し上げたいと思っておりますし、そしてその上で、これは総務省さんともご相談とはなりますが、この会を、別にこの1回で終わらせるというつもりはないと思っておりますので、引き続き、また何回も回を重ねさせていただいて、特に平井知

事、あるいは立谷市長、そして椎木町長、それぞれに、医療政策の方向性ということについてのコンセンサス、ご理解はいただいているのだと思っています。その上で、それぞれの地域をあずかる立場としてのご意見を、今日は教えていただいたと思っていますので、向いている方向はそんなに違うわけではないということは、私たちも今日、感じることはできたことはありがたいことだと思っておりますし、その上で、今後も引き続きご議論を重ねさせていただければと思っておりますので、今後ともどうぞよろしくお願いを申し上げます。ありがとうございます。

○立谷市長 1ついいですか。1つだけ確認させてもらいたいのですが、今回の四百数十の発表は、その病院の統廃合を誘導するというものではないんですね。そう理解していいんですね。

○橋本副大臣 はい。今回の病院名を公表いたしましたことは、その病院の担うべき役割やダウンサイジングなど、機能分化等の方向性を機械的に決めるものではございません。

我々としての分析をし、公表させていただきましたが、それを材料にして、構想会議のほうでご議論をぜひいただいて、もちろん、これはちょっと、今日は説明が必ずしも十分ではございませんが、例えば、要するに2年ぐらい前のデータを使っておりますので、例えば今年こうしました、去年こうしましたということは必ずしも反映できていないような、調査というか検証の限界というものが正直あります。

ですから、そこはもう、最新の状況としてはこうなっているんだということであれば、その構想会議のほうでそういうご議論をいただければいいということでございます。

なので、それはそういうお答えをさせていただきます。

○新田課長 それでは最後に、長谷川副大臣からお願いいたします。

○長谷川副大臣 本日はまことにありがとうございました。本来なら、このような協議の場で、公表の仕方や公表前の各自治体への事前通知、それから改善点の洗い出しをする過程が必要だったと思いますが、今回、このようなことが起きた後に、この協議会が設立され、医療のエキスパートである橋本副大臣とともに、このようなしっかりと連携をして、まずは424の公表された病院の地理的な状況も含めた、しっかりとした実情というものを把握する努力が必要であると思っておりますし、場合によっては何度も回を重ねる中で、そういった地域の自治体病院に足を運んでいくということも、橋本副大臣とも相談をさせていただきながら、進めさせていただくことができればと思っておりますので、今後ともご指導いただき、地域の実情をしっかりと、よく理解したというところまで、協議体としては持っていきたいと思っておりますので、よろしくお願いを申し上げます。ありがとうございました。

○新田課長 それでは、時間を超過して大変申しわけございませんでした。

以上をもちまして、第1回協議の場を終了いたします。どうもありがとうございました。

(以上)