

公立病院に関する財政措置のあり方等検討会（第5回）議事概要

1. 開催日時等

開催日時：平成20年10月28日（火）13:30～15:30

場 所：総務省11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、伊関友伸委員、星野菜穂子委員、山重慎二委員、横田順一郎委員、中野撃司委員、中川正久委員、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

- ・ 検討会報告へ向けた論点整理（各論的部分）
- ・ その他

3. 概要

「論点整理メモ」による事務局からの資料説明の後、質疑応答及び委員間の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。

○ 「検討会報告へ向けた論点整理メモ（各論的部分）」について事務局説明

1 過疎地等に関する財政措置の充実について

（1）「不採算地区病院」の運営費に係る措置

- ・ 論点として、市町村合併が進む中で「不採算地区病院」の要件見直しが必要になっているがどう考えるか。生活・地域の実態の変化がないのに、行政区域の変更で要件から外れてしまうという状況が起こってくる。現在、合併後5年間は経過措置を講じているが、今年度でこの経過措置が切れるところもあり、要件の見直しが必要ではないか、という状況。
- ・ 一定規模以上の病床数になると、立地場所に関わらず、一般に採算性が確保されることが期待されるのではないかと考えれば引き続き一定の規模以下の病院である、という要件を課する方向で考えた方がよいのではないかと。

- ・ただ、今の病床数100床未満、あるいは外来患者1日200人未満という要件について、財政措置の充実を図っていくという観点からすると少し緩和をしてもよいのではないかという意見があるが、どうか。
- ・また、現行の措置は、70万円弱の単価とベッド数を掛けるという計算をしているが、診療所は19床以下で全く措置の対象になっていない。一方で、病院は99床までは対象になっているが、100床以上になった途端に措置額ゼロになってしまう。こうした連続的でない仕掛けを連続的な措置にしていくこともあわせて考えてもよいのではないか。
- ・一方で、地域要件の問題がある。合併の進展により、現行の「市町村内唯一の病院である」という要件に該当しなくなる病院が半分近くあるので、これにかわる要件をどのように考えられるか。
- ・選択肢として、いくつか候補をお示ししている。1つは、今の「不採算地区病院」が地域の中で唯一という考え方に立っているという理解の下で、近隣の一般病院までの移動距離（時間）に着目してみてもどうか。例えば、近隣の一番近い一般病院まで自動車等でおおむね30分以上かかる距離にある病院という考えはどうか。あるいは、過疎法とか、山村法、離島振興法等の条件不利地域の指定状況に着目をしてみるかどうか。さらに、国勢調査の人口集中地区とそれ以外の地区の区分を使うことも考えられるのではないかと、など。
- ・単価についても充実を図っていくという方向で考えてよろしいかという確認もさせていただきたい。

(2) 過疎地等における施設整備費に係る財政措置

- ・過疎地の施設整備に係る財政措置に関連して、施設整備の経費のうち、現在、一般会計負担は建設改良経費の2分の1という基準。地域とか病床の規模に関わらず一律2分の1となっている。以前はこの一般会計の負担分が全体の3分の2であったが、平成15年度から2分の1に引き下げた経緯がある。
- ・不採算地区病院は、この一般会計繰入の比率を高くしてもいいのではないかと、また、逆に病床規模が非常に大きい病院は引き下げる方向でもいいのではないかとといった議論もあり得ると思われるが、どうか。
- ・もうひとつの問題として、過疎対策事業債は過疎地域の病院の施設整備の

2分の1に対して使えるが、今年度からその範囲を拡大。この拡大をしていった過程で、地方団体から、償還期限12年が上限となっているが、病院事業債の場合、建物については30年まで認められるので、過疎債の償還期限も病院建物については、長くできないかというご要望がある。我々も財務省に対して要求をしている状況。

2 産科、小児、救急医療等に関する財政措置の充実について

- ・ 前回までのご議論で、産科、小児科について財政措置の充実を考えるべきということでおおむね委員間のご了解をいただいたと認識。
- ・ 一般会計からの繰出額に比べ特別交付税で措置した額が半分に満たない状況。こういう状況を踏まえ、もう少し交付税措置額の水準を引き上げていくべきではないか。
- ・ 他方で、厚生労働省予算要求の補助制度や、医師給与の引上げを内容とした人事院勧告なども踏まえながら充実を図るべきではないか。
- ・ 救急医療についても充実を図っていくということについては委員間でコンセンサスが得られていると思う。救急医療については一般会計繰出実績に対する交付税措置がさらに低い3割前後という状況であり、引上げを図るべきではないか。

3 公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置

(1) 公立病院と同等の医療機能を担う公的病院等に対する助成に関する財政措置

- ・ 公立病院の経営形態の見直しが進み、公設民営化や民間譲渡が進んでいる中で、医療機能の面では公立病院と同じような機能を果たしている公的病院、あるいは民間医療機関に対して、地方公共団体が補助金を支出している事例がある。これについて地方交付税措置の対象とすることについてどう考えるか、という問題がある。
- ・ 現行では、公設民営形態、あるいは独法形態であれば、公立病院と同等の地方交付税等の措置を講じている。民間譲渡後は地方交付税措置の対象外となる。
- ・ 一方、例外的に、本年度から日赤等の公的病院の「不採算地区病院」について、市町村が運営費助成を行う場合には、公立病院に準じて特別交付税

措置を講じることとしている。

- ・ 今後の方向性について、公立病院を設置していない地方団体からは、今年度から措置している不採算地区病院の要件には該当しないが、それ以外の面で、公立病院と同じような機能を果たしている病院への市町村からの補助金に対して、地方交付税措置を考えてもらえないだろうかというご要望がある。この助成をすることによって、公立病院の医療機能と同等のものを確保していると評価できるような場合には、一定の線引きをして交付税措置の対象とするということを検討してはどうか。
- ・ その場合、一つは対象となる病院設置法人の範囲をどう考えるか。もう少し対象を広げるとすれば、例えば財団法人、社団法人、社会福祉法人、学校法人といったいわゆる公益法人の範囲までは広げてもいいという選択肢が考えられるのではないか。あるいは、一般の医療法人まで拡大してもよいか。
- ・ 財政措置の対象となる医療機能の範囲もある程度拡大するとすれば、救急、小児、周産期といった、特別交付税でそれぞれの団体の財政事情を勘案して措置しているものについては対象としても良いのではないか。さらに広げれば、普通交付税や地方債など、地方財政措置全般の拡大というところまで検討してもいいのではないかという議論もあり得る。一方で、常識論としては地方団体が自らの責任で運営している場合と全く一緒というところまでは行き過ぎではないかとの意見もあり得ようが、どうか。

(2) 有床診療所への財政措置

- ・ 公立病院改革ガイドラインの中で、病院から診療所に移行する場合、引き続き救急告示を受けているとか、不採算地区での要件を満たすという場合であれば、特別交付税の措置の対象とする方針を明らかにしたところ。
- ・ 一方で、それならば、「ガイドライン」ができる前から既に診療所化したものや、もともと有床の診療所でやってきているというところについて、果たしている医療機能を考えれば、同じように手当てしてもいいのではないかというご議論があり得ようと思う。
- ・ また、公的医療機関とか公益法人といったところが有床の診療所を設置している場合には、準ずる手当ても考えていいのではないか、という論点もあろう。

4 公立病院改革推進に係る措置について

(1) 病院建物に係る財政措置における建築単価の上限設定

- ・ 上限設定の具体的な水準を考える場合、民間病院並みとすれば、福祉医療機構の融資単価が参考になろうが、民間病院と全く同じということも難しいと考えれば、国立病院機構の指針として公表されている一平方メートル当たり25万円から30万円が目安になり得るのではないか。公立病院の実績平均はもう少し高い傾向。
- ・ 地方団体からは、最近原油の高騰等があつて、建築物価もかなり上昇しているということをしつかり考えてほしいというご意見や離島、山間地等ではこの建築物価も割高になるだろうというご意見など、消極論、あるいは慎重論がある。こういった点をどう考えていくか。

(2) 財政措置に係る「病床数」への病床利用率の反映

- ・ 基本問題として、普通交付税措置の算定方法を現行の許可病床数を用いる方法から病床利用率を反映させる方法に変更することについてどのようなメリット、デメリット（利点、問題点）があるか、という点がある。
- ・ メリットとしては、病床利用率を上げていけば交付税の措置額も増えていくということで、より経営をよくしていこうという取組を後押しできるメリットがあろう。実態としても、入院患者の実数から見れば、診療所でも足りるような小規模な病院が、交付税措置との関係で過剰な病床を抱えているというケースについて、見直しを促すような効果は期待できよう。
- ・ デメリットとしては、交付税が政策誘導的な効果を持つていくということについては、かなり慎重に考えなくてはならないというご意見があつた。特に過疎地や医師不足で、いわば一時的に医師がいなくて病床利用率が落ちている、やむなく入院制限をしているような場合にも財政措置が減るといった問題がある。
- ・ 過疎地は概して病床利用率が低いということがあるので、都会地と同じに考えてもらっては困るということが、各地の論者から指摘されている。病床利用率の反映に踏み切る場合に、あわせて過疎地の病院についてどういう手当てを講じるか。
- ・ 大学の医局等から医師派遣が受けられなくなった結果、人手が足りなくてベッドが稼働できていないことにより急激に病床利用率が落ちているとこ

ろがあり、そういうところに病床利用率を反映させると、財政措置額も急減するということになる。この点をどう考えるか。

(3) 再編・ネットワーク化、経営形態見直しに係る一時的財政負担に係る措置

- ・「ガイドライン」において、再編・ネットワーク化に伴い、単純な更新より割高となる経費については、通常の交付税措置よりも手厚い財政措置を講じることとしている。また、再編の対象となっているような病院が、過去の債務や施設の除却経費、地方債の繰上償還、職員の退職手当等、負債の清算や後始末ができないため、なかなか再編が進まないという側面もあると伺っている。これらについても、財政的にこれを緩和していくような手当てを講じることとしているが、さらなる手当を求める意見についてどう考えるか。

5 その他

- ・特別交付税の「不採算地区病院」や「救急病院」の単価について、県分と市町村分で差があり、県側から、市町村並みに引き上げてほしいというご意見が出ているが、どう考えるか。

○ 主な質疑応答及び委員間の意見交換

「1 過疎地等に関する財政措置の充実」の部分

<不採算地区病院関係>

- ・(委員) 規模要件については、入院や外来患者数は変動がある。100床あるいは外来患者200人と決めたときと今は状況が違っているので別の要件を考えないと、不採算地区にある病院の存続が非常に難しくなる。
- ・(委員) 地域要件については、「人口集中地区以外の地域」あたりが一番無難な線ではないか。不採算地区病院については手厚く措置すべきで、単価が現行の3倍でも構わないと思う。
- ・(委員) 地域要件として、車で30分以上の移動距離という提案があったが、各団体で適用する段階では、車の時速が何キロで走れば30分だとか、雪が降っているときにはどうするのだとか、必ずそういう話になり恣意性が入ってしまう。ここは道路距離なのだろうと考える。恣意性は極力排除していったほうがよい。

- ・（委員）不採算地区病院は、ベッド数を要件とするとそれが非効率な病床を残すという行為にもつながるのでよくない。対象とする地域の住民数で考えるほうが自然ではないか。その場合、自治体の境界ではなく、例えば隣の病院まで30分ぐらいの地域にどれぐらいの人口が住んでいるかということによって定義してはどうか。

<過疎地の施設整備関係>

- ・（委員）不採算地区病院の施設整備の繰入率を3分の2に上げると、引上げにより過剰な建設に向かってしまう懸念があるので、施設整備については繰入率をできるだけ低くして、別の形で助成すべき。
- ・（委員）15年度に一般会計繰出基準を3分の2から2分の1に引下げたというのは、事業費補正の見直しや、景気対策的な投資的経費の見直しに準じた形で減らしたものと思う。そうしたものと、公立病院のようにナショナルミニマム的なものとを、同一視するのはどうか。現状で不採算地区病院が2分の1では非常に厳しいのだということであれば、その実態に応じてこれを3分の2に引き上げて、補助をしていくということについては、実態がそうであれば問題ではないと考える。
- ・（委員）全国的に老朽化している病院は多い。これがいざ建設となると豪華な建物を建設している。建替を必要とする病院・診療所は多いので、財政力が弱いところには支援すべき。一方で、建設時の支援を厚くすると公共投資誘導という問題も生じるので、建築単価の上限を示す、外部のチェックを受けるなど、条件を付すべき。
- ・（委員）公立病院は、耐震性が必ずしも確保されていない状況。耐震性を確保する工事を含む改良に限って3分の2にして補助するというのであれば、誘導していくという意味もあり正当化できる。
- ・（委員）財政措置があるので建築単価の実勢が高くなったという側面は確かにある。過去に繰出基準を2分の1に引下げたことで、少しブレーキがかかったことは念頭に置くべき。繰出基準が2分の1になったことで、建替を躊躇していた過疎地の病院は、3分の2に上げられれば少し前向きに建替の検討ができる。ただ、3分の2に戻すにしても、ある程度条件をつけるようなことは必要。
- ・（委員）首長の心理からすると、自分の任期中に立派な病院を建てたいという部分もあるので、外部からブレーキをかけることも必要。

<過疎地の充実と病床利用率反映の関係>

- ・（委員）基本的には病床利用率に合わせた交付税措置とすべき。交付税をもらうためにあえて病床を抱え、社会的入院で埋めている結果、ドクターがやる気を失い、過疎地域から去っている。その分不採算地区には手厚い措置を講じ、総額は変えない配慮をすべき。
- ・（委員）財政措置の総額はある程度確保しなくてはならない。病床利用率で措置する手法が良いが、それにより大幅に交付税が減るようだと完全に地方は破綻してしまう。
- ・（委員）補助の手法については、サービス提供量に応じて見返りがあるという構造にすることが大事であり、入院も、前年度、あるいは急激な変化がある場合は過去3年ぐらいの実績に従って補助が決まっていくという形にすべき。

「2産科、小児科、救急医療等に関する財政措置の充実」の部分

- ・（委員）小児、産科、救急に関する交付税措置の充実が必要だが、交付税措置分が実際に病院事業会計に繰入れられるよう求めていくことも必要ではないか。
- ・（委員）繰入基準が今までとあまり変わらないような形で、財政措置のあり方を変えても、結局病院には一般会計からうまく流れない。しっかり繰入れるべきものは繰入るという仕掛けを考えてもらいたい。
- ・（委員）地方交付税は一般財源で用途の制約がないため財政当局も基準どおりの繰入を渋るケースがある。
- ・（委員）補助金か、交付税かの問題は、財政措置の特性に応じて判断すべき。例えば、施設建設などは交付税でモデル的な手当てにして、各団体が節約して残りを他の用途に使うこともできるようにした方がよいのではないか。
- ・（委員）補助の手法については、サービス提供量に応じて見返りがあるという構造にすることが大事であり、産科、小児科、救急とも、前年度、あるいは急激な変化がある場合は過去3年ぐらいの実績に従って補助が決まっていくという形にすべき。
- ・（委員）実績に応じて財政措置を行うことは、救急患者の受入という局面

においても、行った診療行為にインセンティブを与える意味でも有効である。しかしそこまでのステップで、受入れたくても医師・看護師不足で受入れられない、医療機器の整備が不十分等の課題があるケースもあり、これらの条件整備にも配慮してもらいたい。

- ・（委員）救急の受入実績を反映するという場合には、本来は、不応需率なり拒否率なりも把握して、救急車の搬送依頼に応じてくれているかどうかを加味するのが基本的には好ましい。ただ、実績に応じた交付税の配分というのは、限りなく補助金に近くなる。交付税のあるべき姿としてどうなのか。
- ・（事務局）大きな方向性としては、交付税の算定そのものを簡素化する方向。お金を配る以上はある程度政策誘導的な効果が出ることはやむを得ない面があるが、一時期そちらの方向にシフトし過ぎたのではないかとの反省や分権委員会等からのご指摘もあり、算定の簡素化を進め、補助金化というお叱りを受けないように努力しよう、というのが近年の大きな流れ。
ただ、政策誘導的ということではないが、地方団体側からは、現にどの程度財政需要があるかというところを的確に捕捉して算定してもらいたいとの御注文があり、算定が複雑にならない形でそうした要請に応じていこうとすると、両者のバランスが難しい。
- ・（委員）救命救急センターと救急告示病院とのバランスが崩れ、救急告示病院の医療機能が落ちて、本来3次救急を担うべき救命救急センターのほうに負荷がかかっている。今の救命救急センターに対する交付税措置と、告示病院に対する措置のバランスを少し考えないと、救命救急センターは早晚つぶれてしまうのではないか。
- ・（委員）救急告示病院を今のまま一般診療と併行してやっていくことに無理があり、救急部門に特化していくような取組を財政措置や診療報酬体系の上でサポートしていく必要がある。
- ・（委員）小児や産科の単価をどうするかについては、厚生労働省の補助金とも平仄をとりながら対応することも検討すべき。

「3 公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置」の部分

〈公的病院等への助成〉

- ・（委員）民営化も視野に入れて政策を立てるべき。補助の対象は公立病院だけではなくて、公的病院に関しても広く補助を与えるべき。そのときの

範囲は、社会性・公共性の高い病院とすべき。

今回社会医療法人という仕組みができたので、そこで線引きをしてそれ以上に公共性が高いものについては補助を与えるというのがいいのではないか。

- ・（委員）財政措置の設置主体の対象としては、できるだけ広い範囲で認めてよいのではないか。具体的には、公益法人の範囲まで拡大してもいいのではないか。
- ・（委員）法人の範囲については、民間法人一般まで拡大するのは広がりすぎる感があり、慎重に考えるべき。
- ・（委員）社会医療法人を対象にするかしないかというのは大きな区切り。一般の医療法人まで広げるとするのは、おそらく持ち分の定めのあるなしとかという問題があり広げ過ぎ。社会医療法人というのは公立病院改革の受け皿として議論されてきた経緯がある。公立病院の改革ガイドラインの策定時には、税制上の細部のところは決まっていなかったこともあり、現実実績がその時点ではなく、様子を見ることにした経緯がある。税制の骨格も決まったので、社会医療法人までは公益性の高さからみて認めるべき。
- ・（委員）対象となる財政措置の範囲については、不採算地区以外に救急、小児、周産期については公的な病院等でも頑張っているところがあるので、そこへの支援は行うべき。

〈有償診療所への財政措置〉

- ・（委員）有床診療所でも病院と同じような機能を果たしているところに対しては、実績に応じて補助すべき。
- ・（委員）最初の不採算地区の要件等とも関連するが、ベッドを減らして病院から診療所にしようとしているような病院でも、診療所になってからも実質的には以前と同じ機能を果たすところもある。その医療機関がどういう機能を発揮しているのかということに関して条件を入れて、財政措置を行う形にするのがよいのではないか。
- ・（委員）中途半端な社会的入院を抱えているような病院を維持するよりは、地域包括ケアで、医療と福祉と健康づくりを一体として、モデル的に運営しているような自治体の有床診療所も沢山あり、そうしたところにもっと積極的な支援をするべき。

「4 公立病院改革推進に係る措置」の部分

〈建築単価の上限設定〉

- ・（委員）建築単価の上限を決めるということは必要。しかし、自治体病院には耐震構造に関して、あるいは災害拠点病院等、いろいろな形での制約があり、一般病院に比べると高くなるので、少し高いところでの上限としないと無理が生じる。資料にある「公立病院実績単価」でも苦しい。
- ・（委員）レジデントが多く集まる病院は会議室が多く必要。医療機能が地域の中核病院となる県立中央病院クラス、政令市クラスの拠点病院は、相当費用がかかり、それなりの単価になってしまう。一方で中堅クラスの病院は豪華になりすぎる傾向があり、単純な基準でなく、類型に応じた適切な水準を具体的に示していくべき。
- ・（委員）災害拠点、周産期などの機能ごとに一般病院よりも割高になる目安があるはずで、それを参考に決めていけないのではないか。
- ・（委員）病院の規模や機能に応じた基準のようなものを、総務省あるいは厚労省で示すということが必要。
- ・（委員）建築単価の上限設定はやむを得ないが、必ずしも賛成しない。本来、それぞれの住民がきちんとガバナンスを発揮していくことかと思う。むしろ情報開示をきちんとして、例えば建設単価の一応の目安は示すなどのほうが、長期的には好ましい。

〈病床利用率の反映〉

- ・（委員）救急医療の確保という意味において、例えば病院の立場で効率化に向けて病床利用率を向上させようとする、必ずその裏返しで、救急用の空きベッドの確保が難しくなる。財政措置に病床利用率を活用するのは結構だが、不応需率を低くして地域の救急を守るためにはどのように手当てをすればよいのかという問題に配慮が必要。
- ・（委員）病床利用率の反映については、入院患者の実績をそのまま使うのではなく、救急対応等のためベッド数に一定の余裕が必要となることを考慮すべき。85%なら一定余裕があるが、95%ではベッドが回らなくなる。
- ・（委員）現状では病床利用率が90%を超えると、特に急性期の病院は、患者さん側からは追い出されるという感覚でクレームがでる。したがって、90%というのがまさに一般の救急病院、急性期病院では実質的に満床に

近い状態といえるのではないか。

- ・（委員）許可病床数1床当たりという交付税のあり方は、ぜひ変えてもらいたい。許可病床を守ろうとして、病床利用率70%確保のために無理に入院患者を入れようというような形になりがちである。また、地方公共団体には、ベッドを減らすと交付税が減るという思いがかなり強く、地域での適正な病床数への検討がされない。
- ・（委員）自治体病院関係の地方財政措置の総額が決まっている中での配分をいかに合理的にするかという話だと考えれば、例えば同じ許可病床が200床だとしても、実際の稼働率は全然違っていた場合、片方は100床稼働し、片方は180床稼働しているときに、許可病床数に着目し同じ配分をするのは不合理。実稼働病床数で配分する方が合理的である。
- ・（委員）現行の交付税の配り方が、許可病床当たり幾らということになっているので、 X が許可病床で Y が交付税とすると $Y = AX$ という算式になっている。どんな病床数でも、固定費がある程度かかるので、固定費 B を加算して $Y = AX + B$ という式で計算すべきではないか。その上でなおかつ不採算地区には、不採算地区加算、さらには産科とか救急とかの特性に応じた加算を構築していったほうが合理的ではないか。
- ・（事務局）小規模なところは割高になる部分、固定費的な部分を反映させるという考えは、今の不採算地区病院の算定も、一種そういう発想に基づくものである。そうした発想を踏まえて、交付税の体系全体の中で具体的な算式としてどう組み立てていったらいいかという技術的問題もある。
- ・（委員）今の診療報酬体系の流れでは、一定規模以上の病床数を持っていないと、経営的に厳しい状況になる。
- ・（委員）1つの指標だけでは変動が大きい。固定費部分に病院の機能の変数を反映させる方法もあるのではないか。病床利用率を反映させる場合も3～5年平均を使う等安定化のための工夫が必要。
- ・（委員）病床利用率というよりは、入院患者数の実績に応じた補助が受け取れるシステムをつくるべきだが、変更によるショックを緩和する意味でも、経過措置や3年程度の実績を採用する方式を考えるべき。
- ・（委員）交付税は実績そのものということではなく、あるべき財政需要を見込むべき。反対論もある中で病床利用率に移行するには、効率性追求のためでなく、適正な配分という観点に立って、もう少し、実態に応じた論

拠というものが必要ではないか。データの形で固定費の問題も踏まえた上で、なぜ病床利用率にするのかということをはっきりとすべき。

〈再編・ネットワーク化等〉

- ・（委員）病院機能の再編成を進める際の財政負担について、更なる配慮を要望しておきたい。

「5その他」の部分

- ・（委員）特別交付税の単価について、都道府県分と市町村分の単価の違いは差を設けないほうがいい。今後、病院事業は市町村から都道府県にある程度集約化することが望ましく、その場合、都道府県立にすると補助が小さくなるという仕組みは障害になる。
- ・（委員）自治体病院を運営するのは単独の市町村では難しく、広域で支えていくことが必要。現在は、自治体病院を持っている自治体が損をするという状態にある。これからは広域連合で県と市町村が一体となって運営していくような形にしていかなければいけない。
1つの自治体病院で1つの市町村の住民が100%使うという例はあまりない。複数の自治体を利用している実態を配慮して、ルールに基づく繰入がしやすいような手当ても行っていかなくてはならない。
- ・（委員）都道府県の役割の話に関して、多くの地域医療計画では、むしろ県は中核的な役割を担って、地域の医療はそれぞれ地元市町村が担うという形になっている。ただし、都道府県が市町村に押しつけていけばいいというわけではない。特に医師の配置の問題では、医者が引き揚げられていく傾向は、当否の問題は別にすれば避けられないが、県は、広域的自治体の役割として、ある程度の医者を集積してそこから派遣していくようなことを、考えていかなければならないだろうし、交付税や補助金でそうした役割を評価していくべき。