

第４回救急業務高度化推進検討会 議事次第

日時：平成２０年１１月２８日（金）

１０時００分～１２時００分

場所：三田共用会議所 大会議室

１ 報告事項

第３回救急業務高度化推進検討会議事録

２ 議 題

（１） メディカルコントロール作業部会関連事項

（２） その他

３ 閉 会

【配布資料】

資 料 １

 救急業務高度化推進検討会資料

添付資料 第３回救急業務高度化推進検討会議事録

参考資料 公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書

平成20年度救急業務高度化推進検討会 構成員

- 石 井 正 三 （日本医師会常任理事）
- 川 手 晃 （救急振興財団副理事長）
- 小 出 茂 樹 （愛知県防災局長）
- 坂 本 哲 也 （帝京大学医学部救命救急センター教授）
- 島 崎 修 次 （杏林大学医学部救急医学教授）
- 中 川 和 之 （時事通信社編集委員）
- 野 口 英 一 （東京消防庁救急部長）
- 樋 口 範 雄 （東京大学大学院法学政治学研究科教授）
- 平 島 昭 （大阪市消防局救急・情報通信担当部長）
- 前 田 實 （札幌市消防局警防部長）
- 南 砂 （読売新聞東京本社編集委員）
- 山 口 やちゑ （茨城県保健福祉部長）
- 山 本 保 博 （東京臨海病院院長）
- 米 村 滋 人 （東北大学大学院法学研究科准教授）

オブザーバー

- 三 浦 公 嗣 （厚生労働省医政局指導課長）

第4回救急業務高度化推進検討会資料

平成20年11月28日
総務省消防庁

第3回救急業務高度化推進検討会での主な意見(1)

【メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大について】

- 現状のメディカルコントロール体制の中で行っている、救急救命士の活動の医学的検証だけでは、病院前救護の質全体を上げることができないため、所掌事務を拡大し、救急搬送における緊急度・重症度の判断や病院選定のあり方等も対象とすべき。
- 地域の救急医療における搬送をどのように行うかを踏まえ、救急活動を考えていく必要がある。そのためには、救急搬送基準を定めることや、救急医療の問題を地域で議論することが必要。
- 消防法2条9項の救急業務を保障するため、救急隊の搬送基準、応急手当の基準及びその検証方法も含めて、法制化すべき。

【メディカルコントロール協議会の法制化について】

- メディカルコントロール協議会の法制化が組織の継続性と財政支援に繋がるのであれば意義がある。
- 法制化においては、1つ1つの処置基準を法律に位置づけるのではなく、協議会を中心に各都道府県で処置基準を作成する仕組みを法制化するということではないか。そうであれば、従来通知においてメディカルコントロール協議会で処置基準を策定するよう求めてきた流れに合致するのではないか。
- 協議会は行政の下部組織ではなく、独立した協議会であり、救急隊員の活動の質の向上を図り、社会に情報を提供していく場であるべき。
- メディカルコントロール協議会と救急業務協議会(仮称)のそれぞれの役割は何か。将来的には、メディカルコントロール協議会が救急業務協議会に含まれることになるのか。
- 救急行政を整備すれば、救急業務が全国で上手くいくというのは幻想である。地域ごとに何が問題なのかを議論する場である現状のメディカルコントロール協議会が必要である。

第3回救急業務高度化推進検討会での主な意見(2)

【市町村消防との関係について】

- 消防の業務は市町村単位で行うのに適しているが、救急業務については、市町村の枠に収まりきらない面もあり、従来の枠組みと合致しない部分が出てきた。これの解決方法として、メディカルコントロール協議会を通じて市町村が都道府県や医療機関と救急業務について議論することはメリットがある。
- 消防が市町村単位でばらばらに実施されていることをどうするかというベーシックな問題を念頭に置いて、まず法制化を考えるべき。
- 消防の広域化の話が進んでいる中で、今後消防の組織が大きくなると、議論が違ってくるので、広域化と救急業務協議会のかかわりが見える形での説明が必要。

【消防と医療に関する法的な体制の関係について】

- 消防組織の中にいる救急救命士、救急隊員の行為であっても、医療の質を保障するという意味においては、救急業務・医療業務の区切りが邪魔である。救急救命士、メディカルコントロールに係る医師がどちらに軸足を置いて活動してよいか分からないので、行政的位置づけ、あるいは法的な位置づけが必要である。
- メディカルコントロール協議会を法制化し、行政上の組織にすると、現状の救急対策協議会と法制化後のメディカルコントロール協議会との違いは何処にあるのか。救急対策協議会、救急業務協議会(仮称)の役割分担を示すべき。
- 救急業務と医療業務は1つになるべき。そのためには将来的に法制化が必要である。
- 救急業務・医療業務の区切りが消えるような協議会の名称を考えるべき。
- 救急対策協議会が機能しているかを議論しないで、メディカルコントロール協議会を法制化するというのは単純である。

メディカルコントロール協議会が対応している範囲について(1)

↑
救急救命士のみ
が実施可能

<特定行為>

- ・ 静脈路確保
- ・ 気管内チューブによる気道確保
- ・ 薬剤投与(アドレナリン)

- ・ 半自動除細動器による除細動

- ・ 精神科・小児科・産婦人科領域の処置

<拡大9項目>

- ・ 聴診器による心音・呼吸音の聴取
- ・ 血圧計による血圧の測定
- ・ 心電計による心拍動の観察及び心電図伝送
- ・ 鉗子・吸引器による咽頭・声門上部の異物除去
- ・ 経鼻エアウェイによる気道確保
- ・ パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度測定
- ・ ショックパンツによる血圧の保持及び下肢の固定
- ・ 自動式心マッサージ器による体外式胸骨圧迫心マッサージ
- ・ 特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持

- ・ 口腔内の吸引
- ・ 経口エアウェイによる気道確保
- ・ バッグマスクによる人工呼吸
- ・ 酸素吸入器による酸素投与

<応急手当>

- ・ 自動式除細動器による除細動 ・用手法による気道確保
- ・ 胸骨圧迫心マッサージ ・呼気吹き込み法による人工呼吸
- ・ 圧迫止血 ・骨折の固定
- ・ ハイムリック法及び背部叩打法による異物除去
- ・ 体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察
- ・ 必要な体位の維持、安静の維持、保温 等

救急隊員が実施可能

メディカルコントロール体制は
救急救命士の処置範囲拡大の
前提として整備が進んできた。

救急隊員の行う応急処置に
してもメディカルコントロール
体制が必要ではないか。

メディカルコントロール協議会が対応している範囲について(2)

	救急隊員	救急救命士
応急処置		現在、メディカルコントロール体制が実質的にカバーできている部分
救急搬送		

今後、メディカルコントロール体制の整備が必要と考えられる部分

救急業務全体に、医学的な観点から、質の保障及び質の向上が求められることから、メディカルコントロール体制の拡充を図ってはどうか。

メディカルコントロール体制の現状

【協議会構成員】

- ・ 消防機関
 - ・ 医療機関
 - ・ 行政関係者
 - ・ 学識経験者
- 等

医学的観点から救急活動の質を保障する役割

プロトコルの策定

- ・ 応急処置
- ・ 救急救命処置
- ・ 緊急度・重症度判断

医師の指示、指導・助言体制

- ・ 特定行為の指示
- ・ 処置の指導・助言
- ・ 病院選定への助言

再教育体制の整備

- ・ 病院実習の実施
- ・ 救急救命士の再教育の実施
- ・ マニュアルの策定

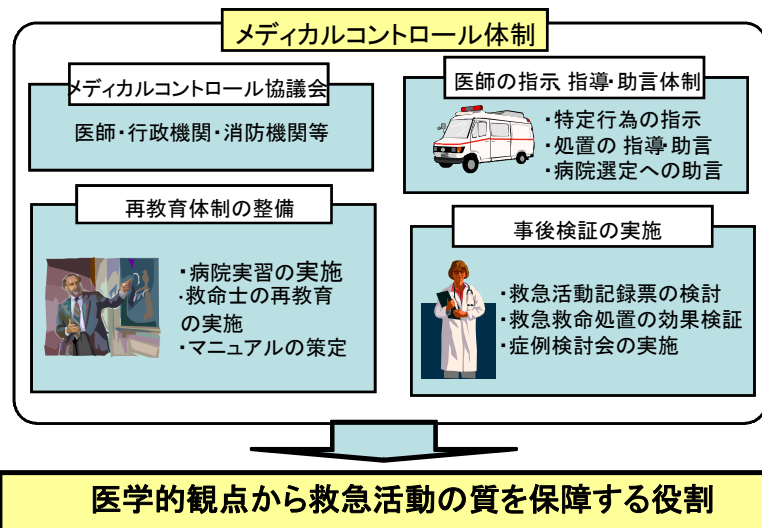
事後検証の実施

- ・ 救急活動記録表の検討
- ・ 救急救命処置の効果検証
- ・ 症例検討会の実施

メディカルコントロール協議会の所掌事務の拡大、位置付けの強化

現在のメディカルコントロール体制

救急救命士が実施する救急救命処置について、医師の指示、指導・助言
事後検証、再教育体制を整備し、救急活動の質を保障する体制



追加的な協議事項

- 1 傷病者の症状、傷病程度に応じた適切な病院選定等救急搬送のあり方
(救急搬送のあり方、救急医療情報システムの改善、救急患者受入コーディネーターの活用、に関する検証・協議)
- 2 円滑な救急搬送体制を確保するための受入医療体制の整備に対する提言

円滑な救急搬送体制を確保するための役割

※ 現在、都道府県単位及び地域単位に287の
メディカルコントロール協議会が設置されている。

両者を含めた救急業務全体の高度化を推進する機能を果たすためには

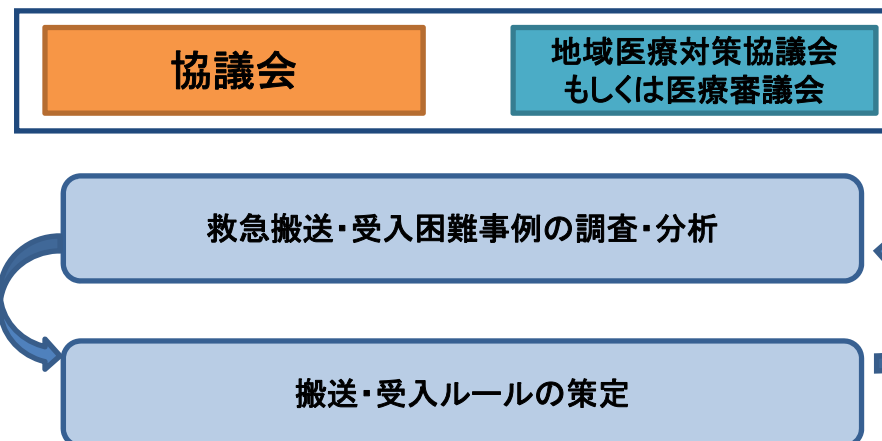
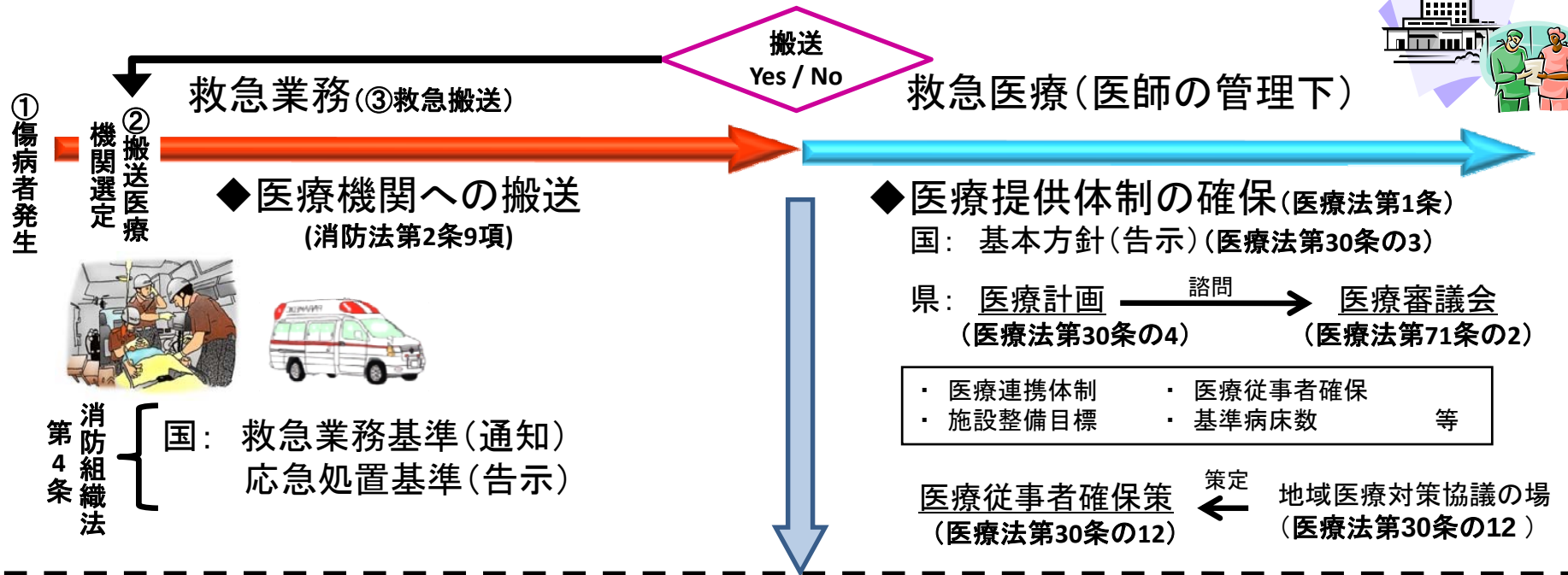
- MC協議会の所掌事務の拡大
- MC協議会の法的、行政的な位置づけの明確化が必要ではないか。

(参考)平成19年度救急業務高度化推進検討会資料

円滑な救急搬送を確保するために必要な対策について

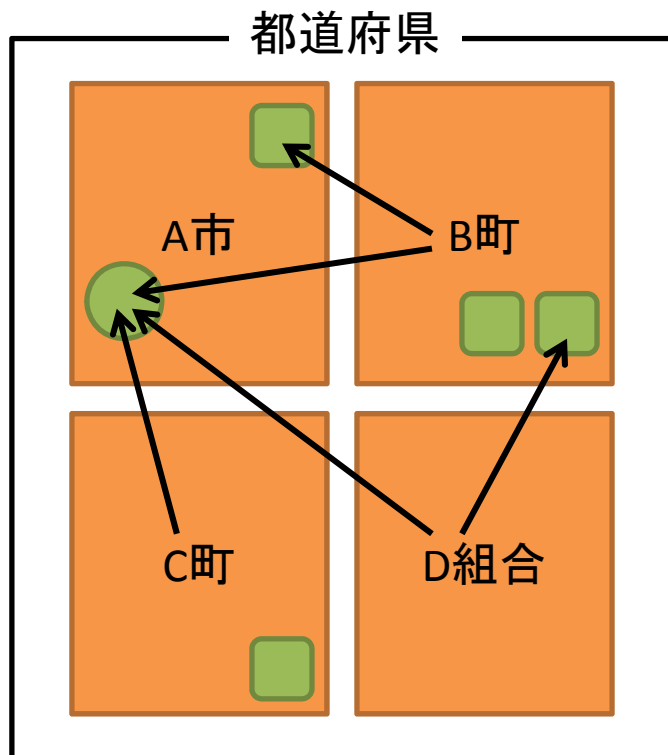
消 防

医 療



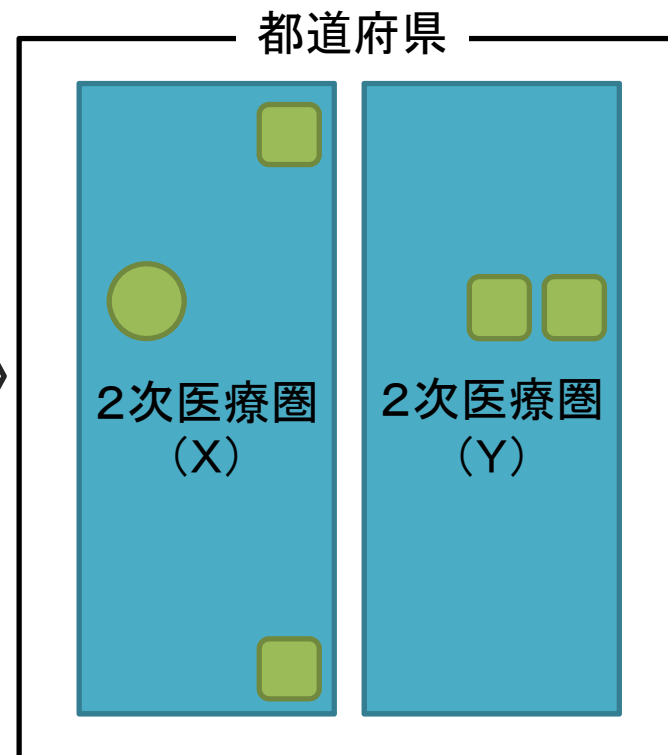
都道府県の役割について

消 防



都道府県レベルでのルール
の策定が必要

医 療



● 救命救急センター

■ 2次救急医療機関

消防業務は市町村単位で実施され、市町村を越えた救急搬送が日常的に行われている。

医療提供体制は都道府県が医療計画に基づき医療圏ごとに整備している。

消防機関と医療機関が連携する協議会について

【協議会構成員】

- ・ 消防機関
- ・ 医療機関
- ・ 行政関係者
- ・ 学識経験者 等

消防機関と医療機関が連携する協議会

- 救急救命士以外の救急隊員が行う活動の医学的質の保障
- 搬送に関する医学的質の保障（搬送ルールの策定を含む）

地域医療対策協議会 や 医療審議会

※ 消防機関と医療機関の連携にあたっては、地域の実情に応じて、既存の協議会等を活用することも可能。

現在のメディカルコントロール協議会

拡充

プロトコルの策定

- ・ 応急処置
- ・ 救急救命処置
- ・ 緊急度・重症度判断

医師の指示、指導・助言体制

- ・ 特定行為の指示
- ・ 処置の指導・助言
- ・ 病院選定への助言

再教育体制の整備

- ・ 病院実習の実施
- ・ 救急救命士の再教育の実施
- ・ マニュアルの策定

事後検証の実施

- ・ 救急活動記録表の検討
- ・ 救急救命処置の効果検証
- ・ 症例検討会の実施

搬送・受入ルールのイメージ

- 消防機関が傷病者の症状(緊急度・重症度)を判断するためのルール
- 消防機関が搬送先医療機関を選定するためのルール
- 消防機関が医療機関に対し傷病者の症状を伝達するためのルール
- 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において、最終的に傷病者を搬送する医療機関を確保するためのルール

等

参考:救急業務に関する法令等の制定状況

	法令関係	告示・通知等
昭和38年	○ 消防法 改正 ・ 救急業務 制定(消防法第2条第9項)	○ 救急業務実施基準 制定(消防庁長官通知) ・ 救急隊の編成 ・ 救急自動車に備える器具等
昭和39年		
昭和53年		○ 救急隊員の行う応急処置等の基準 制定(消防庁告示) ・ 応急処置の原則 ・ 応急処置の観察、方法等
昭和61年	○ 消防法 改正 ① 事故以外の急病人への拡大 ② 応急手当の明文化	
平成 3年	○ 救急救命士法 制定	○ 救急隊員の行う応急処置等の基準 改正 ・ 9項目を拡大(①自動心マッサージ器 ②在宅療法の継続 ③ショックパンツ ④血圧測定 ⑤心音呼吸音聴取 ⑥血中酸素飽和度測定 ⑦心電図伝送等 ⑧経鼻エアウェイ ⑨喉頭鏡・マギール鉗子)
平成13年		○ 救急業務の高度化の推進について(救急救助課長通知) ・ メディカルコントロール体制の構築 ○ 病院前救護体制の確立について(厚生労働省医政局指導課長通知) ・ 二次医療圏単位の協議会とメディカルコントロール協議会との一体的な運用
平成15年		○ 救急救命士法施行規則 改正 ・ 包括的指示下での除細動が実施可能に
平成16年		○ 救急救命士法施行規則第21条第3号に基づき厚生労働大臣の指示する器具(厚生労働省告示) ・ 気管挿管が実施可能に
平成18年		○ 救急救命士法施行規則 改正 ・ 薬剤投与が実施可能に

同時に、消防庁救急救助課長も発出。

- 都道府県単位の協議会及びメディカルコントロール協議会の早期設置
 - ・ メディカルコントロール協議会の担当範囲については、必ずしも二次医療圏とする必要はないこと
 - ・ 地域の実情に応じて都道府県単位の協議会がメディカルコントロール協議会を兼ねることも差し支えないこと
- 常時指示体制の整備
救急救命士を運用する際に必要不可欠な特定行為の具体的な常時指示体制の整備
- 事後検証体制の充実
医学的観点からの事後検証を実施する体制の整備
- 再教育体制の充実
病院実習及び症例研究等の再教育体制の充実を図ること

→ 平成15年4月:救急救命士法施行規則改正により、メディカルコントロール体制の整備を前提として、救急救命士が包括的指示下で除細動を実施可能に

- 包括的指示下での除細動の早期実現
「包括的指示下での除細動」を実施できていない地域においては、早期実施を目指し、事後検証体制を確立するなどメディカルコントロール体制の整備を図ること
 - 救急医の養成・確保
メディカルコントロール体制の整備・充実にあたっては、救急医の養成・確保を図ることが必要であり、関係部局等で十分に連携を図りながら取組みを推進すること
 - 気管挿管の講習実施体制の確保
気管挿管について、追加講習カリキュラム等の作業を進めているところであり、平成15年度末から救急救命士の既資格者に対する所要の講習の実施が可能となる見込み。
 - 薬剤投与の研究・検証
救急救命士が行うとした場合の薬剤の有効性と安全性について、研究・検証を行っているところであり、今年中を目処にこれらの研究・検証の結果をできるだけ早く得ることとしているので、その動向を注視すること。
- 平成16年3月:厚生省告示改正により、メディカルコントロール体制の整備を前提に、救急救命士が気管内チューブによる気道確保が可能に
- 平成16年3月:「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について」(消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長連名通知)により、救急救命士の気管内チューブによる気道確保は、メディカルコントロール協議会が設定され、事後検証体制等が確保されていることが前提とされた
- 平成17年3月:救急救命士法施行規則改正により平成18年4月より救急救命士が薬剤(エピネフリン)投与による救命処置が実施可能に。メディカルコントロール協議会が実習施設を選定

参考：メディカルコントロール協議会における事後検証の状況（１）

都道府県	都道府県MC		地域MC		全心肺停止 症例数
	事後検証数	うち心肺停止 症例数	事後検証数	うち心肺停止 症例数	
北海道	5	4	106	88	4,724
青森県	0	0	1,399	1,376	1,537
岩手県	0	0	814	799	1,534
宮城県	0	0	1,990	1,613	2,375
秋田県	0	0	1,400	1,370	1,819
山形県	50	50	209	173	1,360
福島県	0	0	394	394	2,072
茨城県	0	0	2,593	2,175	3,628
栃木県	82	82	862	768	1,896
群馬県	0	0	4,880	1,312	1,801
埼玉県	0	0	70,611	2,615	5,287
千葉県	0	0	4,526	3,042	4,626
東京都※	7,238	3,836	—	—	11,716
神奈川県	0	0	90,644	6,212	7,254
新潟県	3	3	49	40	2,610
富山県	0	0	723	549	904
石川県※	1,157	858	—	—	858
福井県	6	6	10	9	656
山梨県※	1,508	995	—	—	769
長野県	0	0	1,539	1,522	2,220
岐阜県	0	0	568	166	574
静岡県	0	0	2,339	2,336	4,591
愛知県	0	0	6,026	5,979	5,982
三重県	0	0	837	523	1,474

※印は地域MCを組織しない都道府県
※平成19年のデータ

都道府県	都道府県MC		地域MC		全心肺停止 症例数
	事後検証数	うち心肺停止 症例数	事後検証数	うち心肺停止 症例数	
滋賀県	0	0	1,312	1,066	1,111
京都府	0	0	1,903	2,175	2,176
大阪府	調査中				
兵庫県	0	0	3,277	2,984	4,160
奈良県※	814	814	—	—	1,065
和歌山県※	1,100	829	—	—	1,068
鳥取県	0	0	678	382	586
島根県	0	0	1,569	701	958
岡山県	0	0	1,342	1,332	1,575
広島県	0	0	3,285	2,165	2,433
山口県	0	0	0	0	調査中
徳島県※	3,912	599	—	—	599
香川県※	4,852	848	—	—	848
愛媛県	3	2	1,189	1,135	1,492
高知県※	721	719	—	—	731
福岡県	0	0	9,957	3,538	3,927
佐賀県	451	215	439	210	703
長崎県	0	0	1,180	993	1,192
熊本県	7	3	867	742	2,023
大分県	0	0	44	44	900
宮崎県	0	0	618	560	1,011
鹿児島県	0	0	68	62	1,826
沖縄県	0	0	235	205	1,241
合 計	21,909	9,863	220,482	51,355	103,892

参考：メディカルコントロール協議会における事後検証の状況（２）

		事後検証数		全心肺停止 症例数	事後検証対象症例
			うち心肺停止症例数		
A県	都道府県	0	0	4,626	特になし
	地域 1	272	272	679	・目撃ありかつバイスタンダー処置（胸骨圧迫又は人工呼吸）があった症例 ・除細動、薬剤投与、気管挿管施行症例 ・外傷症例で意識レベルがJCS100以上、又はショックの症例 ・医師が要検証と判定した症例 ・救急隊員が要検証と判断した症例
	地域 2	150	103	228	重症以上、特異事案及び医師の検証が必要であると判断される症例
	地域 3	1,728	680	1,053	・ホットライン使用症例（特定行為・ドクターヘリ要請等）・現場滞在時間が外因性20分以上、内因性30分以上を要した症例 ・二次病院へ搬送されたアンダートリージ症例 ・検証医、若しくはMC担当者が必要と判断した症例 ・現場活動プロトコルから逸脱しているもの
	地域 4	469	278	278	・心肺停止・ロード＆ゴー症例、その他参考となる症例 ・指導医から検証票提出の指示
	地域 5	217	217	217	全心肺停止症例
	地域 6	738	734	795	心肺停止傷病者の搬送事例、救急隊員が事後に医師に対し指導・助言を要請した事例。
	地域 7	441	417	856	・接触～収容10分以上 ・収容～現発10分以上 ・接触～心電図測定5分以上 ・初診医が必要と認めた症例 ・除細動実施 ・気管挿管実施 ・薬剤投与実施 ・心拍再開 ・救急隊等目撃CPA
	地域 8	511	341	520	死亡患者、死亡に準じる重症患者 ・重症外傷患者 ・その他特に検証を必要と救急隊員が判断した場合
B県	都道府県	0	0	1,111	特になし
	地域 1	242	241	241	心肺停止症例と救急隊または一次検証者が医師の検証を依頼した症例
	地域 2	392	185	185	心肺停止症例 ・プロトコルから逸脱した活動を行った症例 ・初診医師が必要と判断した症例
	地域 3	112	112	112	心肺停止症例
	地域 4	185	162	162	心肺停止症例 ・重篤症例のうち特に必要と判断したもの
	地域 5	138	138	138	心肺停止症例
	地域 6	170	170	215	医師の指示を受け病院搬送した心肺停止症例
	地域 7	73	58	58	心肺停止症例 ・重症症例並びに救急隊が医師に指導、助言を要請した症例
C県	都道府県	3	2	1,492	各地域MCから症例を1例ずつ選出し事後検証を実施
	地域 1	414	374	528	心肺停止症例（救命士搭乗なしを除く）・一般市民のAED使用症例 ・救急隊及び医師が必要であると判断した症例
	地域 2	428	415	535	心肺停止症例 ・ACS症例
	地域 3	347	346	429	心肺停止症例 ・重症外傷

参考：メディカルコントロール協議会における事後検証の状況（3）

		事後検証数		全心肺停止 症例数	事後検証対象症例
			うち心肺停止症例数		
D県	都道府県	0	0	2,072	心肺停止症例
	地域 1	3	3	485	心肺停止症例
	地域 2	0	0	652	
	地域 3	391	391	391	
	地域 4	0	0	544	

		事後検証数		全心肺停止 症例数	事後検証対象症例
			うち心肺停止症例数		
E県	都道府県	6	6	656	心肺停止事例、特定行為を実施した事例、現場での救命処置や、搬送が特異な事例で、地域MC協議会で県MC協議会での検証が適当と認められた事例。
	地域 1	4	3	279	心肺停止事例、特定行為を実施した事例、現場での救命処置や、搬送が特異な事例
	地域 2	2	2	80	
	地域 3	2	2	143	
	地域 4	2	2	154	

		事後検証数		全心肺停止 症例数	事後検証対象症例
			うち心肺停止症例数		
F県	都道府県	0	0	調査中	事後検証は地域メディカルコントロール協議会の役割であると考えている
	地域 1	0	0	調査中	消防本部ごとに各地域の検証医（医療機関）からの事後検証を受けている
	地域 2	0	0	調査中	
	地域 3	0	0	調査中	
	地域 4	0	0	調査中	

※ 救急搬送の側面についても検証している団体は少数にとどまっている（搬送時間（現場滞在時間を含む）について検証対象としているのは3団体、アンダートリアージについて検証対象としているのは2団体）。

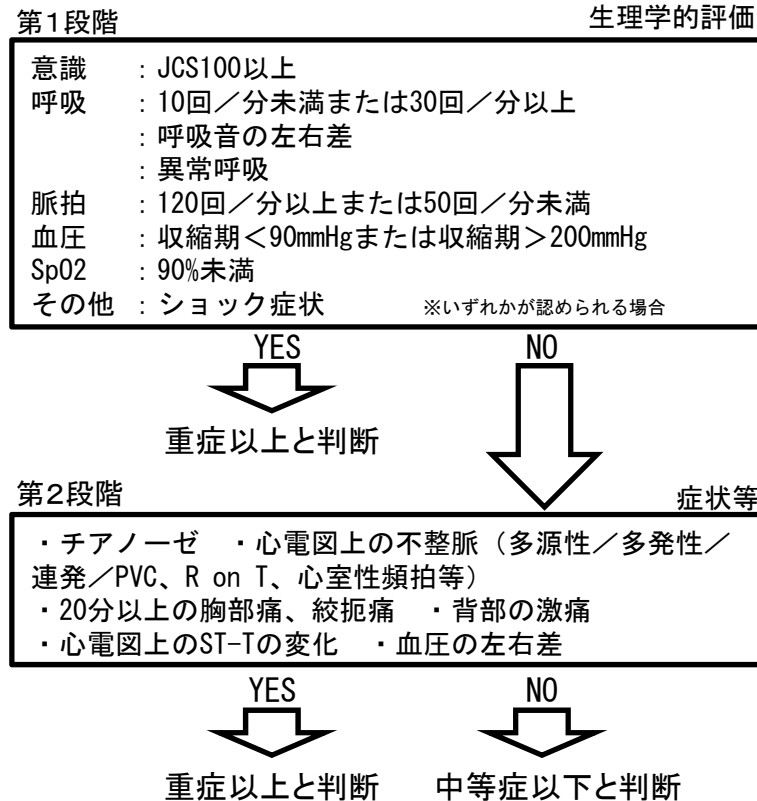
参考：救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書

【目的】 救急隊員の「病院選定の適正化」、「観察判断の資質の向上」、「応急処置の適正化」

【傷病別のプロトコール】

・ 重症度・緊急度判断基準

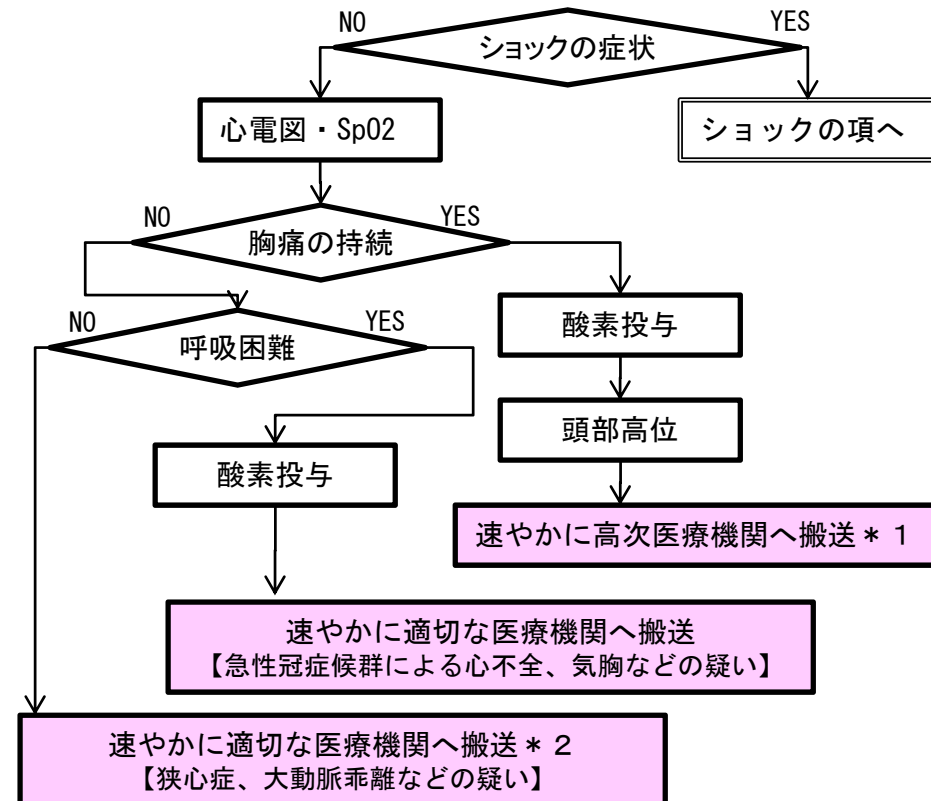
例：胸痛



・重症以上と判断した場合の医療機関選定は、救命救急センター等の三次救急医療機関、あるいはこれに準ずる二次救急医療機関及び地域の機関病院とすること。

・ 処置に関するプロトコール

例：胸痛



* 1 急性心筋梗塞などによる心原性ショック、大動脈解離、肺血栓塞栓症などを疑い救命救急センターまたは循環器専門医のいる医療機関へ。

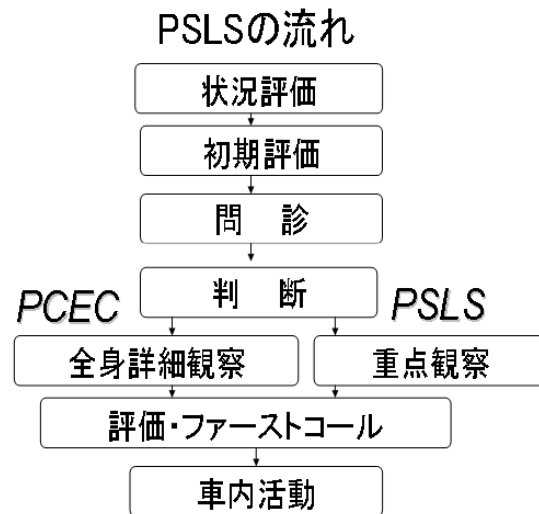
* 2 狭心症、大動脈解離などの鑑別可能な医療機関へ搬送。

（平成16年3月（財）救急振興財団 委員会座長：島崎修次杏林大学教授）

参考:PSLSコースガイドブック

PSLS(Prehospital Stroke Life Support)の概念

・病院前救護においては「脳卒中の可能性の徴候」を現場で迅速に行い、適切な治療が行える医療機関へ迅速に搬送することが必要。



・ゴールデン・タイム(3時間)

脳梗塞が発症した場合、3時間以内に血栓溶解薬t-PAを静注することによって、良好な予後が期待できることが確認されている。したがって、発症から3時間がゴールデン・タイムとなる。一方、医療機関到着後、t-PAの静注開始までの時間は最低1時間を要する。すなわち、発症から医療機関到着までに許された時間は2時間である。

・プラチナ・タイム(10分)

救急車要請(119番通報)から病院到着までの目標時間を1時間とすると、観察に与えられた時間はわずか10分である。すなわち、初期評価を10分以内に完了するように日頃からトレーニングをしておく必要がある。

(監修:日本臨床救急医学会)

参考：救急隊員が行う応急手当と医師法との法的整理

- (1) 昭和61年の消防法改正前は、救急隊員が行う危険性の低い一定の応急手当については、刑法第35条の正当行為に当たるものとして医師法第17条についての違法性はないものとなっていた。この場合に違法性がないものとして認められる範囲に限界があることから、具体的な範囲については厚生省・消防庁協議の上、消防庁告示（昭和53年告示）の形で示されていた。
- (2) 昭和61年の消防法改正により、救急隊員の応急手当についての規定が法令上盛り込まれ、また平成3年8月に、消防庁告示が改正され応急手当の範囲が拡大されたが、これは、従来医師法上違法性がないものとして扱われていた部分について、確認的に救急隊員の業務として定めたものであり、新たに医師法第17条について特例を定めたものではない。
- (3) 救急救命士法の制定で、「救急救命処置」が定義されたが、救急隊員が消防法に基づいて、救急救命処置に含まれる応急手当を行った場合の医師法上の扱いは従来と変わっていない。仮に当該救急隊員が救急救命士の資格を持ち、合法的に救急救命処置を行ったとしても、それはあくまでも救急救命士の行為として捉えられるものである。

「第一法規 詳解・救急救命士法」 救急救命士教育研究会編より抜粋

参考：産科・周産期傷病者搬送の状況（１）

総務省消防庁において平成19年の救急搬送における医療機関の受入状況について調査したもの（平成20年3月11日公表）から、産科・周産期傷病者について抜粋したもの。

平成19年の産科・周産期傷病者搬送の状況

	搬送人員	各搬送人員の 全体に対する割合
	うち転院搬送人員（割合）	
総救急搬送人員	4,918,479人	
	454,477人（9.2％）	
産科・周産期傷病者	46,978 人	1.0%
	22,805人（48.5％）	

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

		1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回～	計	最大照会 回数
産科・周産期傷病者	件数	18,500	2,944	721	310	53	22,528	43
	割合	82.1%	13.1%	3.2%	1.4%	0.2%	100.0%	

参考：産科・周産期傷病者搬送の状況（２）

現場滞在時間区分ごとの件数

		30分未満	30分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	計
産科・周産期傷病者	件数	22,159	1,224	83	16	9	3	23,494
	割合	94.3%	5.2%	0.4%	0.1%	0.04%	0.01%	100.0%

受入に至らなかった理由ごとの件数

		手術中・患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診（かかりつけ医なし）	理由不明その他	計
産科・周産期傷病者	件数	1,348	713	1,520	958	510	135	1,895	7,079
	割合	19.0%	10.1%	21.5%	13.5%	7.2%	1.9%	26.8%	100.0%

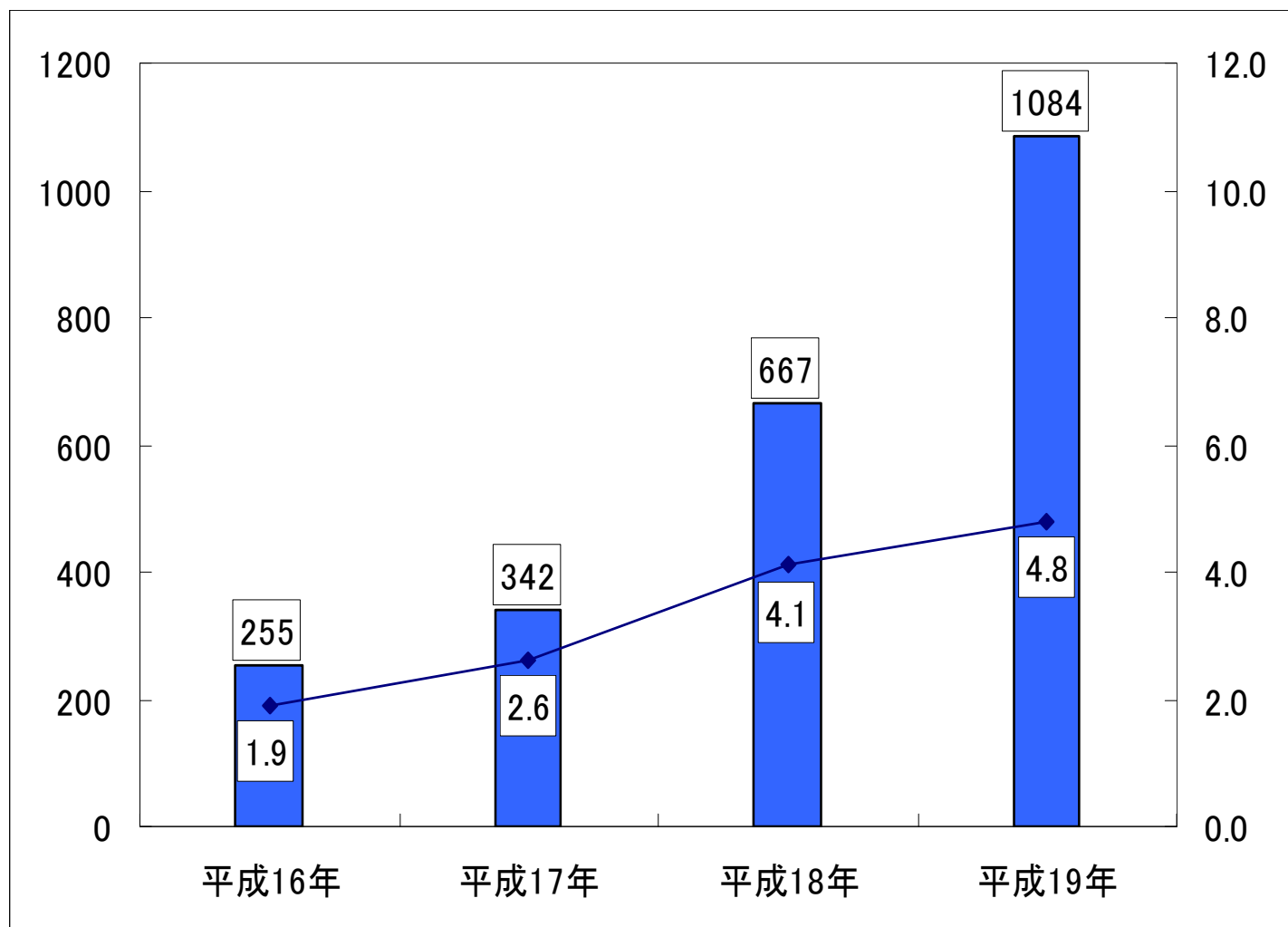
照会回数１１回以上の事案における受入に至らなかった理由ごとの件数

		手術中・患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診（かかりつけ医なし）	理由不明その他	合計
産科・周産期傷病者	件数	85	117	267	49	19	45	108	690
	割合	12.3%	17.0%	38.7%	7.1%	2.8%	6.5%	15.7%	100.0%

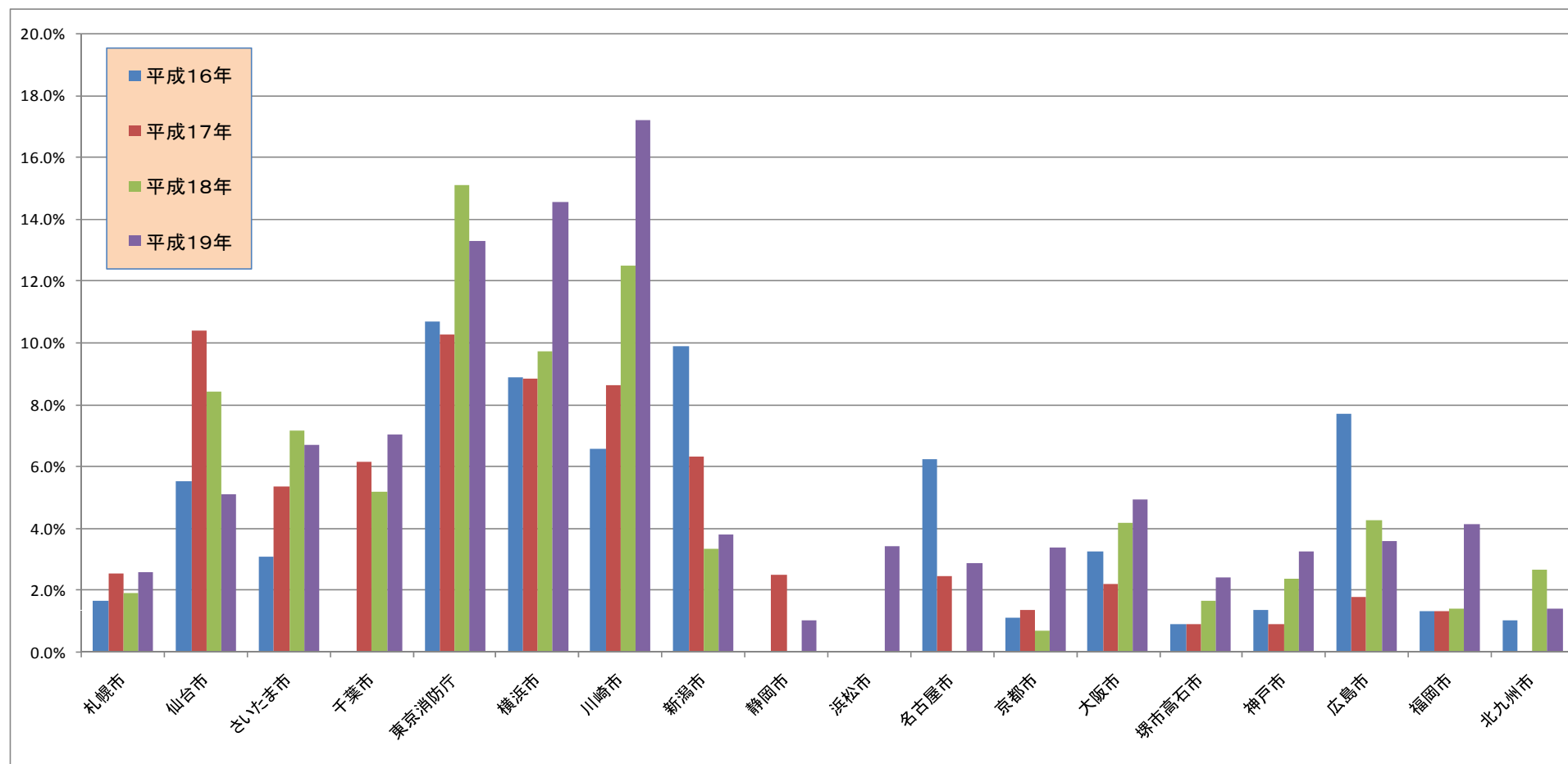
※「処置困難」とは、医療機関が、傷病者の症状に対処する設備・資器材がない、手術スタッフが不足している、傷病者の症状が手に負えないことを理由に受入できないと回答したものをいう。

参考：産科・周産期傷病者搬送の状況（3）

照会回数4回以上の産科・周産期傷病者搬送事案の推移（件数及び割合）



大都市の産科・周産期傷病者搬送事案における現場滞在時間30分以上の事案が占める割合



	札幌市	仙台市	さいたま市	千葉市	東京消防庁	横浜市	川崎市	新潟市	静岡市	浜松市	名古屋市	京都市	大阪市	堺市高石市	神戸市	広島市	福岡市	北九州市	平均
平成16年	1.6%	5.5%	3.1%	—	10.7%	8.9%	6.5%	9.9%	0.0%	0.0%	6.2%	1.1%	3.2%	0.9%	1.3%	7.7%	1.3%	1.0%	5.7%
平成17年	2.5%	10.4%	5.3%	6.1%	10.2%	8.8%	8.6%	6.3%	2.5%	0.0%	2.5%	1.3%	2.2%	0.9%	0.9%	1.8%	1.3%	0.0%	6.2%
平成18年	1.9%	8.4%	7.1%	5.2%	15.1%	9.7%	12.5%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	4.2%	1.6%	2.3%	4.3%	1.4%	2.7%	8.5%
平成19年	2.5%	5.1%	6.7%	7.0%	13.3%	14.5%	17.2%	3.8%	1.0%	3.4%	2.9%	3.4%	4.9%	2.4%	3.2%	3.6%	4.1%	1.4%	8.0%

産科・周産期傷病者搬送事案における医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(平成19年)

	政令市		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21以上	計	4回以上	6回以上	11回以上	集計不能
1	札幌市	件数	610	61	18	10	2	4		1							1							707	18	6	1	
		割合	86.3%	8.6%	2.5%	1.4%	0.3%	0.6%		0.1%							0.1%							100.0%	2.5%	0.8%	0.1%	
2	仙台市	件数	68	19	4	3	3			1														98	7	1	0	
		割合	69.4%	19.4%	4.1%	3.1%	3.1%			1.0%														100.0%	7.1%	1.0%	0.0%	
3	さいたま市	件数	403	68	22	9	4	2	1			1												510	17	4	0	
		割合	79.0%	13.3%	4.3%	1.8%	0.8%	0.4%	0.2%			0.2%												100.0%	3.3%	0.8%	0.0%	
4	千葉市	件数	152	16	20	5	2	2	1			1		1										200	12	5	1	
		割合	76.0%	8.0%	10.0%	2.5%	1.0%	1.0%	0.5%			0.5%		0.5%										100.0%	6.0%	2.5%	0.5%	
5	東京消防庁	件数	1,651	205	120	71	45	21	15	21	18	5	7	6	1	3	2	1	3	2	6		2	2,205	229	113	33	
		割合	74.9%	9.3%	5.4%	3.2%	2.0%	1.0%	0.7%	1.0%	0.8%	0.2%	0.3%	0.3%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.3%		0.1%	100.0%	10.4%	5.1%	1.5%	
6	横浜市	件数	377	57	28	27	61																	550	88	0	0	●
		割合	68.5%	10.4%	5.1%	4.9%	11.1%																	100.0%	16.0%	0.0%	0.0%	
7	川崎市	件数	507	74	41	23	10	3	3	1	1			1										664	42	9	1	
		割合	76.4%	11.1%	6.2%	3.5%	1.5%	0.5%	0.5%	0.2%	0.2%			0.2%										100.0%	6.3%	1.4%	0.2%	
8	新潟市	件数	138	14	5		1	1																159	2	1	0	
		割合	86.8%	8.8%	3.1%		0.6%	0.6%																100.0%	1.3%	0.6%	0.0%	
9	静岡市	件数	94	2	1		1			1														99	2	1	0	
		割合	94.9%	2.0%	1.0%		1.0%			1.0%														100.0%	2.0%	1.0%	0.0%	
10	浜松市	件数	81	4	3																			88	0	0	0	
		割合	92.0%	4.5%	3.4%																			100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
11	名古屋市	件数	202	5	3																			210	0	0	0	
		割合	96.2%	2.4%	1.4%																			100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
12	京都市	件数	129	16	1	2	1																	149	3	0	0	
		割合	86.6%	10.7%	0.7%	1.3%	0.7%																	100.0%	2.0%	0.0%	0.0%	
13	大阪市	件数	1,592	266	129	49	30	14	16	10	4	4	2			2								2,118	131	52	4	
		割合	75.2%	12.6%	6.1%	2.3%	1.4%	0.7%	0.8%	0.5%	0.2%	0.2%	0.1%			0.1%								100.0%	6.2%	2.5%	0.2%	
14	堺市高石市	件数	90	16	9	2	4			1	1	2												125	10	4	0	
		割合	72.0%	12.8%	7.2%	1.6%	3.2%			0.8%	0.8%	1.6%												100.0%	8.0%	3.2%	0.0%	
15	神戸市	件数	446	70	21	8	5	1																551	14	1	0	
		割合	80.9%	12.7%	3.8%	1.5%	0.9%	0.2%																100.0%	2.5%	0.2%	0.0%	
16	広島市	件数	132	6	2																			140	0	0	0	
		割合	94.3%	4.3%	1.4%																			100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
17	福岡市	件数	77	11	2	5	2																	97	7	0	0	
		割合	79.4%	11.3%	2.1%	5.2%	2.1%																	100.0%	7.2%	0.0%	0.0%	
18	北九州市	件数	250	21	11	3			1		1													287	5	2	0	
		割合	87.1%	7.3%	3.8%	1.0%			0.3%		0.3%													100.0%	1.7%	0.7%	0.0%	
	合計	件数	6,999	931	440	217	171	48	37	36	25	13	9	8	1	5	3	1	3	2	6	0	2	8,957	587	199	40	1
		割合	78.1%	10.4%	4.9%	2.4%	1.9%	0.5%	0.4%	0.4%	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	100.0%	6.6%	2.2%	0.4%	

産科・周産期傷病者搬送事案における照会するも受入に至らなかった理由とその件数(平成19年)

	政令市		手術中・患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他	計	集計不能
1	札幌市	人員	29	15	32	14	31	23	32	176	
		割合	16.5%	8.5%	18.2%	8.0%	17.6%	13.1%	18.2%	100.0%	
2	仙台市	人員	4	5	16	1	1	0	28	55	
		割合	7.3%	9.1%	29.1%	1.8%	1.8%	0.0%	50.9%	100.0%	
3	さいたま市	人員	44	15	25	46	7	0	59	196	
		割合	22.4%	7.7%	12.8%	23.5%	3.6%	0.0%	30.1%	100.0%	
4	千葉市	人員	0	0	0	0	0	0	115	115	
		割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	
5	東京消防庁	人員	421	297	687	58	36	32	258	1,789	
		割合	23.5%	16.6%	38.4%	3.2%	2.0%	1.8%	14.4%	100.0%	
6	横浜市	人員	141	53	79	29	48		93	443	●*
		割合	31.8%	12.0%	17.8%	6.5%	10.8%		21.0%	100.0%	
7	川崎市	人員	138	51	52	18	10	0	55	324	
		割合	42.6%	15.7%	16.0%	5.6%	3.1%	0.0%	17.0%	100.0%	
8	新潟市	人員	1	0	0	6	1	0	25	33	
		割合	3.0%	0.0%	0.0%	18.2%	3.0%	0.0%	75.8%	100.0%	
9	静岡市	人員	0	0	2	0	4	0	9	15	
		割合	0.0%	0.0%	13.3%	0.0%	26.7%	0.0%	60.0%	100.0%	
10	浜松市	人員	0	3	2	1	0	0	4	10	
		割合	0.0%	30.0%	20.0%	10.0%	0.0%	0.0%	40.0%	100.0%	
11	名古屋市	人員	1	2	0	2	2	0	4	11	
		割合	9.1%	18.2%	0.0%	18.2%	18.2%	0.0%	36.4%	100.0%	
12	京都市	人員	10	2	0	3	0	0	13	28	
		割合	35.7%	7.1%	0.0%	10.7%	0.0%	0.0%	46.4%	100.0%	
13	大阪市	人員								0	●
		割合								0.0%	
14	堺市高石市	人員	4	8	13	11	9	0	44	89	
		割合	4.5%	9.0%	14.6%	12.4%	10.1%	0.0%	49.4%	100.0%	
15	神戸市	人員	9	10	12	60	11	0	59	161	
		割合	5.6%	6.2%	7.5%	37.3%	6.8%	0.0%	36.6%	100.0%	
16	広島市	人員	3	2	6	0	3	0	3	17	
		割合	17.6%	11.8%	35.3%	0.0%	17.6%	0.0%	17.6%	100.0%	
17	福岡市	人員	2	7	4	5	3	0	17	38	
		割合	5.3%	18.4%	10.5%	13.2%	7.9%	0.0%	44.7%	100.0%	
18	北九州市	人員	6	7	3	13	10	11	16	66	
		割合	9.1%	10.6%	4.5%	19.7%	15.2%	16.7%	24.2%	100.0%	
合計		人員	813	477	933	267	176	66	834	3,566	
		割合	22.8%	13.4%	26.2%	7.5%	4.9%	1.9%	23.4%	100.0%	

* 医療機関に受入の照会を行うも、実際に受入に至らなかった回数とその件数も集計不能

公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告のポイント

(平成20年11月25日)

今後の財政措置のあり方＜総論＞

- 過疎地の医療、産科・小児科・救急など、いわゆる不採算医療については、診療報酬上の措置及び財政上の措置(地方交付税、国庫補助金等)の適切な組み合わせにより、医療提供体制を確保すべき
- 地域医療の確保の観点から、過疎地における医療、産科・小児科・救急医療に関する財政措置は充実の方向で対処すべき
- 医師確保対策、医療機関相互・保健福祉介護との連携、公立病院等の広域的な経営統合等を推進する視点も必要
- 必要な医療を効率的に提供するため、公立病院改革推進の視点も必要
- 各地方公共団体においては、所定の経費負担区分ルールに従い、一般会計等から適切な繰入が必要

具体的財政措置に関する提言＜各論・平成21年度以降適用＞

1 過疎地に関する財政措置の充実

- 「不採算地区病院」に関する特別交付税措置等を改正すべき
 - ・ 「病床数100床未満」等の規模要件は緩和すべき
 - ・ 「市町村内唯一」等の地域要件は、合併進展を踏まえ、①直近の一般病院まで自動車等で30分以上に相当する距離など、生活圏内で唯一の病院、又は、②国勢調査の「人口集中地区」以外に所在など、地域の人口集積が希薄、に置き換えるべき

2 産科、小児科、救急医療等に関する財政措置の充実

- 新たな国庫補助制度、国家公務員である医師の給与改善の動向等を踏まえ、公立病院の医師給与についても所要の地方財政措置を講じるべき
- 周産期医療、小児医療、救急医療に係る特別交付税措置について、地方団体の一般会計負担の実態を踏まえ、措置水準を充実すべき

3 公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置

- 公立病院設置市町村以外の市町村が、公立病院と同等の医療機能を提供する公的病院、公益法人立の病院等に対し助成している場合、現行の「不採算地区病院」機能に加え、救急、周産期、小児医療等の特別交付税措置も準じて適用すべき
- 有床診療所について、不採算地区病院等の特別交付税措置を準用すべき

4 公立病院改革推進に係る措置

- 病院建物整備に係る交付税措置において、建築単価に上限を設定すべき
- 病床数に応じた交付税措置において、平成21年度以降の病床利用率の状況の反映について検討。方法・時期等について慎重に検討の上、結論を得るべき

公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書

平成20年11月25日

公立病院に関する財政措置のあり方等検討会

公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告

はじめに

全国に約1,000施設が所在する公立病院は、各地域における医療提供体制確保の上で極めて重要な役割を果たしているが、近年、過疎地や産科・小児科・救急医療等の診療分野における医師不足の深刻化、診療報酬のマイナス改定、地方財政の悪化など、公立病院をめぐる経営環境は非常に厳しい状況にある。

このような状況を踏まえ、総務省は、平成19年12月に「公立病院改革ガイドライン」を策定し、各地方公共団体において、①経営の効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しの3つの視点に立った「公立病院改革プラン」を平成20年度内に策定し、公・民の適切な役割分担の下で、地域において必要な医療提供体制の確保を図ることを要請した。

公立病院改革プランにおいては、不採算であっても地域医療確保の観点から公立病院が担うべき医療機能については、各地方公共団体の一般会計において明確な基準の下で必要な経費負担を行うことが期待される。当検討会は、こうした一般会計負担に関し地方交付税、地方債等により講じられる地方財政措置について、「地域医療の確保」及び「公立病院改革の推進」の観点からどのような手当が講じられるべきかを主たる検討課題として、本年7月に設置された。その後6回の会合を重ね、公立病院・地方公共団体関係者からのヒアリング、地方公共団体からの意見募集等を経て論点の整理を行い、公立病院に関する財政措置のあり方等について、以下のとおり結論を得たところである。

公立病院経営をめぐる極めて厳しい現状を打開するためには、まずは各病院自らが、効率化に向けた各種の経費削減・抑制対策や再編・ネットワーク化による機能分担など、公立病院改革に真摯に取り組むべきことは言うまでもない。一方で、公立病院改革の目的は、あくまでも、地域において必要な医療の提供体制の確保にあるのであり、当検討会としては、各病院における自助努力とあいまって、総務省をはじめとする国の関係省庁が本報告を踏まえ適切な財政措置を講じることを通じ、各地域で住民に対し良質の医療を継続的に提供できる体制の再構築を図ることができるよう、念願してやまない。

1. 公立病院の経営及び財政措置の現状

(1) 公立病院経営の現状

公立病院の経営状況は近年、急激に悪化しており、平成19年度決算における損益収支では全事業体(667団体)の 3/4 が赤字であり、全体として約2千億円の経常損失を生じ、累積欠損金も2兆円を超えるなど、極めて厳しい状況となっている(別表1参照)。

これは、公立病院が元来、へき地医療、救急医療、高度・先進医療など、採算性確保の上で難しい医療を担っていることに加え、特に近年においては、医師不足による診療体制の縮小や、診療報酬のマイナス改定等に伴い収入が減少する一方、これに対応した医療提供体制の見直しや歳出の削減合理化の努力が未だ十分には進捗していないこと等により、経営悪化が進んでいるものと考えられる。

また、公立病院経営に係る不採算部分については、本来、地方公営企業法等の規定に基づき、一般会計等から適切な繰入が行われるべきところであるが、一部の地方公共団体においては、一般会計の財政状況の悪化等により、自ら設定した基準に基づく繰入が行われないなど、必ずしも病院事業会計側の責に帰さない事情により赤字が拡大するケースも見受けられる。

(2) 財政措置の現状

地方公共団体が行う病院事業に要する経費については、地方公営企業法の規定により、例えば集団検診、医療相談等の保健衛生に関する行政として行うべき事務に要する経費など、「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」や、へき地医療、高度・特殊医療に要する経費など「性質上能率的な経営を行なってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費」は、各地方公共団体の一般会計等が負担することとされている。

こうした一般会計等からの繰出しに必要な経費については、国において、毎年度の地方公共団体の普通会計全体の収支見込を示す「地方財政計画」に計上し、総務省がその内容をいわゆる「繰出基準」として地方公共団体に示すとともに、その一部について地方交付税措置を講じている。

「地方交付税」は、国税五税(所得税、法人税、酒税、消費税、たばこ税)の一定割合を原資としており、地方公共団体間の財源の不均衡を調整し、どの地域に住む国民にも一定の行政

別表1

公立病院の損益収支の状況

項目	年度	15	16	17	18	19	(B)-(A) (A)
総収益 (うち他会計繰入金)		41,978	41,586	41,544	40,090	40,272	△ 4.1
経常収益		5,509	5,370	5,246	5,254	5,290	△ 4.0
うち医業収益		41,843	41,281	41,364	39,791	39,954	△ 4.5
		36,668	36,256	36,410	34,948	35,008	△ 4.5
総費用		42,991	42,847	43,021	42,075	42,219	△ 1.8
経常費用		42,775	42,598	42,794	41,788	41,960	△ 1.9
うち医業費用		40,283	40,128	40,319	39,353	39,517	△ 1.9
純損益 A		△ 1,013	△ 1,261	△ 1,476	△ 1,985	△ 1,947	—
純利益		(302)	319	(226)	(152)	(176)	△ 35.3
純損失		(450)	1,580	(448)	(516)	(491)	59.5
経常損益		△ 932	△ 1,317	△ 1,430	△ 1,997	△ 2,006	—
経常利益		(295)	258	(211)	(141)	(166)	△ 70.1
経常損失		(457)	1,575	(463)	(527)	(501)	64.1
累積欠損金		(569)	16,826	(529)	(553)	(558)	23.6
不良債務		(95)	761	(98)	(104)	(114)	59.8
減価償却額 B		2,741	2,738	2,777	2,762	2,786	1.6
償却前収支 A+B		1,728	1,477	1,301	777	839	△ 51.4
総事業数		754	728	674	669	667	△ 11.5
総病院数		1,003	1,000	982	973	957	△ 4.6
総事業数に対する純損失を発生した数		59.8	64.8	66.5	77.2	73.6	—
総事業数に対する経常損失を発生した数		60.8	66.2	68.7	78.9	75.1	—
総収支比率		97.6	97.1	96.6	95.3	95.4	—
経常収支比率		97.8	96.9	96.7	95.2	95.2	—
総収益に占める他会計繰入金の割合		13.1	12.9	12.6	13.1	13.1	—

(注) ()内は事業数である。

サービスを提供できるよう財源を保障するためのもので、地方税にかわる地方の固有財源としての性格を有することから、用途を限定しない一般財源として交付されている。

地方交付税には、各団体の標準的な財政需要に対する財源不足額に応じて交付される「普通交付税」と普通交付税で捕捉されない特殊、緊急の財政需要等に対し交付される「特別交付税」があり、病院事業については建設改良費やその元利償還金、保健衛生行政事務費等のほとんどの病院で共通する性格のものについては普通交付税により、過疎地に立地する不採算地区病院、周産期医療・小児医療や救急医療等の特殊医療など、不採算部門に関する経費で地域や病院により偏在するものについては特別交付税により措置されている（別表2参照）。

また、「公立病院改革ガイドライン」では、改革の円滑な実施を支援するため、近年医師不足等により急増した不良債務（資金不足）を長期債務に振り替えて、その計画的な解消を図ることができるよう、平成20年度に限り、「公立病院特例債」を発行できることとしたほか、病院の再編に伴う新たな医療機能の整備に要する経費（例えば遠隔医療設備、患者輸送車等の整備費）について、新たに一般会計出資債を措置するなど、改革実施に伴い必要な経費について、所要の財政措置を講じることとしている。

2. 今後の財政措置のあり方

(1) 財政措置の基本的枠組に関する問題

① 診療報酬上の措置と財政上の措置との関係

地方公共団体が設置・運営する病院事業は、現行制度上、地方公営企業と位置づけられる。したがって、公立病院の運営に要する経費は、主として病院事業の経営に伴う収入をもって充てることが基本となるが、病院の事業収入の大部分を占めるのは社会保険診療報酬である。このため、公立病院に関する今後の財政措置のあり方を検討するための前提として、まず、一般的に採算性の確保が難しいとされる医療の提供に要する経費に対する、診療報酬における措置と財政上の措置との関係について整理しておく必要があろう。

現在、過疎地、救急等の医療提供体制確保に係る費用で、診療報酬で賄いきれない不採算部分等については、国庫補助金、地方交付税等の財政上の措置で手当とする枠組が採用されている。また、必ずしも不採算分野に限らず、政策目的に照らして、地域において必要な医療提供体制の構築を促す観点からも奨励的な国庫補助金が交付されている。

病院事業等に係る地方交付税措置（主なもの）

（市町村分・平成19年度）

【普通交付税】

- ・ 病床 1 床当たり 495 千円×病床数
- ・ 建設改良費に係る元利償還金×1／2×0.45
- （参考）診療所 1 カ所当たり 7,100 千円
- 看護師養成所実生徒数 1 人当たり 777 千円

【特別交付税】

- ・ 病床数に下表の額を乗じて得た額

病院（床）区分	1 床当たり金額
不採算地区病院（過疎地等）	680 千円
リハビリテーション専門病院	445 千円
精神病床	445 千円
結核病床	445 千円
周産期医療病床	2,438 千円
小児医療病床	958 千円

- ・ 救急救命センター1 床当たり 2,384 千円×病床数
（ただし、上限 66,400 千円）

- ・ 救急告示病院

区 分	1 病院当たり金額
Aランク	44,200 千円
Bランク	25,300 千円
B' ランク	20,900 千円
Cランク	17,300 千円
小児救急医療提供病院	5,460 千円

- ・ ヘき地医療

①巡回診療車、患者輸送車等を備えて行う巡回診療経費

②ヘき地診療所の応援・代診医師の派遣要請経費

等

これに対し、当検討会においては、委員から、一般に不採算医療とされる過疎地における医療や救急医療等についても、必要最低限の医療が遍く公平に提供されるよう、地方公共団体の財政負担や国庫補助金・地方交付税等の財政上の措置ではなく、本来、必要な平均費用に見合う診療報酬が付与されるように診療報酬体系が構築されるべきではないかとの問題提起があった。この観点からすれば、例えば近年では産科医療や救急医療等など、その時々々の医療政策上の課題を踏まえて充実が求められる分野については、定期的な診療報酬改定において手厚い評価が行われている。その一方で、診療報酬が全国一律に設定されている結果、一般に診療取扱件数が少なく規模の経済性が働きにくい過疎地の小規模病院等は、構造的な不採算性を抱えることになっている。このため、診療報酬を地域別に設定し、こうした過疎地の小規模病院等においても合理的な経営努力を行えば収支相償が期待できるような措置が講じられるべきではないかとの意見があった。

これに対し、他の委員からは、①診療報酬は保険料や医療機関で支払う患者の自己負担に影響を与えるものであり、被保険者間の公平を図る観点から、「同一の診療行為については同一の診療報酬で価格を設定する」という原則が重視されるべきである。不採算医療に対しては国庫補助金、地方交付税等で手当てし、患者負担が増加しないように措置する方が適切ではないか、②医療の供給構造が分散している状況で、診療報酬体系を医療機関の費用構造に個別に対応させていくことは無理であり、財政措置もあわせた混合的な形で考えざるを得ないのではないか、との指摘があった。

一方で、他の委員からは、近年、診療報酬のマイナス改定が続いた結果、不採算医療を支えてきた病院の経営体力が失われてきており、診療報酬全体を病院が一定の余裕を持って医療提供できる水準にすることを考えないと、必要な地域医療の確保は期待できないとの指摘もあった。

当検討会としては、以上のような議論を踏まえ、今後の診療報酬体系の定期的な改定作業において、公立病院が担う不採算医療等に係る費用の評価について最大限の配慮が払われ、もって地方公共団体の財政負担の軽減に資することを求めたい。本来、各公立病院が合理的な経営努力を行った上で、その設置・運営のために必要な最小限の経費については、不採算医療等に要する経費を含め、社会保険診療報酬を以て賄うことができるのが理想的な姿であることは論を待たないが、当面の現実的な対応としては、不採算であっても地域において不可欠な医療の提供体制確保に向け、診療報酬による手当とあわせて、国庫補助金、地方交付税等による適切な財政措置が講じられるよう、関係省庁における一層の取組を強く期待する。

② 財政上の措置のあり方

過疎地の不採算医療、産科、小児科、救急医療などの不採算部門等に関する財政上の措置は、主として国庫補助金及び地方交付税により講じられている。このうち、公立病院に対する財政措置は、現在、主として地方交付税等の地方財政措置により講じられており、国庫補助金は、へき地医療関係等限定的なものにとどまっている。とりわけ、いわゆる三位一体の改革においては、地方公共団体の財政運営の自由度を高める観点から、公立病院向けの国庫補助金（特定財源）の多くを使途の制約を受けない一般財源による措置に移行することとされ、地方交付税等による地方財政措置の比重がさらに高められた経緯がある。

これに対し、委員及び公立病院関係者等から、地方交付税は使途の制約のない一般財源であり、地方公共団体の判断により別の目的に使われることも考えられるので、公立病院に対して確実に財政的な手当を講じるという観点からすれば、地方公共団体の一般会計を経由することなく、病院事業会計に対して直接に国庫補助金の形で財政資金を交付することが望ましいのではないかとの問題提起があった。

この点については、当検討会として、以下のとおり整理すべきものとする。

公立病院の設置・運営に要する経費については、不採算医療の提供等に要するものを含め、地方財政法の規定の考え方に沿えば、病院の設置・運営主体である地方公共団体において負担することが原則となる。したがって、これらの経費に関して生じる財政負担について手当が必要な場合には、一義的には地方公共団体において必要な一般財源の総額の確保を図った上で、各地方公共団体に対しては、一般会計で負担すべき経費の一定部分について、一般財源である地方交付税等による地方財政措置を講じることが想定されるべきであろう。

一方、地方財政法は、「国は、その施策を行うため特別の必要があると認めるとき又は地方公共団体の財政上特別の必要があると認めるとき」に限り、当該地方公共団体に対して補助金を交付することができる旨規定しており、公立病院の設置・運営に要する経費についても、「特別の必要があると認められる」場合には、国庫補助金等による措置を講じることが妨げられないものと考えられる。

以上のような制度的な枠組を前提とすれば、公立病院が行う不採算医療等に対する財政措置が必要な場合には、一般財源である地方交付税等による手当を基本としつつ、国として特に必要性が高いと認められる施策に関し、財政面からも確実に履行を担保する必要がある場合には、特定財源である国庫補助金による手当が講じられるものと整理されよう。

当検討会としては、こうした国庫補助金及び地方交付税等各々の特性を踏まえた上で、関

係省庁が連携・協力のうえ、全体として整合性のある財政措置が講じられるよう配意するとともに、各地方公共団体においても、公立病院に対する地方交付税措置の状況等も踏まえながら、各団体において定めた経費負担区分のルールに従って、一般会計等から病院事業会計に対して適切な繰入が確保されるよう、特に注意を喚起しておきたい。

(2) 今後の財政措置のあり方検討のための視点

当検討会においては、公立病院に関する今後の具体的な財政措置のあり方を検討するに先立って、公立病院が今日置かれている状況を踏まえ、どのような方向性によって、また、特にどのような点に留意して、検討作業を行う必要があるかについて議論を行った。これらの議論は大別して、①地域において必要な医療を確保するためには、どのような視点に立って財政措置を考える必要があるか、②必要な地域医療を効率的に提供できる体制を構築する観点から、公立病院改革の推進に資する財政措置としてはどのようなものが求められるか、という二つの問題意識を踏まえて行われたところであり、その概要は以下のとおりである。

① 地域医療の確保

ア 過疎地における医療確保の視点

当検討会では、過疎地における医療確保に関し、中野・中川両委員からそれぞれ地元青森県、島根県の状況について聴取したほか、全国国民健康保険診療施設協議会・山口常任顧問、北海道・河合地域行政局長、北海道むかわ町国民健康保険穂別診療所・一木所長を招いてヒアリングし、意見等を聴取した。

離島や山間へき地をはじめとした過疎地の公立病院においては、初期救急対応をはじめとして地域で一定の完結した医療を行うための割高費用、立地の悪さによる費用高要因など、構造的な不採算要因を抱え、一般的に民間医療機関による代替が困難な中で、近年医師不足等により経営状況やスタッフの勤務環境の悪化が顕著な傾向にある。加えて、開設者である過疎地の市町村の財政力も脆弱な傾向にあり、財政状況の悪化も相まって、多くの団体で公立病院運営に対する一般会計負担の財源確保に苦慮しているケースが目立っている。このような状況を踏まえ、当検討会としては、過疎地における医療確保に係る財政措置は、全体として充実を図る方向で対処すべきであるという点で見解の一致を見た。

あわせて、とりわけ過疎地においては、多くの公立病院が保健・医療・介護・福祉の連携による「地域包括ケア」推進の中心的役割を果たしてきた実績があることを踏まえ、在宅・予防医

療や総合診療を中心とした地域医療の展開及び保健・介護・福祉との連携を図る拠点的な施設として、病院に準じた検査や入院治療が行える有床診療所に対しても、財政措置の充実を図ることが必要であるとの指摘があった。

なお、これらに関連して、過疎地における施設整備費に係る財政措置について、一般会計における負担比率を現行の2分の1から引上げることの是非についても議論の対象とした。委員からは、建物の耐震化等特別の政策目的が認められる場合等を除いて、施設整備のコストを実質的に引下げる手法は、過剰な投資を招く恐れがあることから慎重に検討すべきであるとの意見が出されたが、他の委員からは、過疎地では財源難から必要な施設の更新もままならず、老朽化が進んでいる事例も少なからず見られるため、一般会計負担比率の引上げが必要な場合もあるのではないかと指摘もあった。当検討会としては、この問題については、いわゆる不採算地区病院の運営費助成の充実との関係や一般会計負担比率を上げた場合懸念される過剰な施設整備の防止策等、さらには大規模病院に係る一般会計負担比率の引下げの問題とあわせて引き続き慎重に検討すべき課題であるとする。

イ 不採算部門における医療確保の視点

i 産科・小児科

産科・小児科は近年、診療科別に見て医師不足が最も深刻な分野の一つであり、各地の公立病院でも医師不足等により産婦人科の標榜をとりやめる事例が相次いでいるほか、比較的医療資源が豊富とされる都市部においても、地域における周産期医療に係る体制の整備・充実の必要性が指摘される事案が発生している。当検討会では、新たに地域周産期母子医療センターの整備を進めている大阪府泉大津市・神谷市長から同市の取組について説明を受け、同市長からは周産期医療センターの整備・運営に関する財政措置の充実等を求める意見が述べられた。

以上のような状況を踏まえ、当検討会としては、産科・小児科の分野において、必要な医療提供体制の確保を図るためには、この分野に係る財政措置についても充実する方向で対処すべきであるという点で見解の一致を見た。

ii 救急医療

救急医療は、近年ほぼ一貫して、全国的に救急車の搬送件数が増加傾向をたどる中で、各公立病院においてもこれに対応する体制整備が迫られ、救急医療に係る一般会計負担も

増加してきているが、一方では、多数発生する救急搬送において、受入先医療機関の決定までに時間を要する事案の発生が相次いでいるほか、重症患者と軽症患者の「振り分け」が適切に行われていないことや診療科の偏在・病院勤務医の離職に伴う医師不足の影響等により、地域によっては救急医療体制の確保に支障が生じている。当検討会では、日本救急医学会理事を務める横田委員（市立堺病院副院長）から、地元大阪府の状況も含め、救急医療の現状及び課題について説明を聴取し、救急医療施設の整備促進と診療報酬のみで賄えない救急医療コストに対しての財政措置の必要性について提言を受けた。

以上のような状況を踏まえ、当検討会としては、救急医療の分野に係る財政措置についても、地域医療提供体制確保の観点から充実の方向で対処すべきであるという点で合意に至った。

ウ 医師確保対策推進の視点

多くの公立病院において、良質な医療の提供及び病院の健全経営の両面から、現在最も重要な課題となっているのは医師不足問題への対応であろう。昨今の医師不足問題は、多くの要因が複合して発生したものとされており、その対策も、国の関係省庁が連携して、医師の養成・研修体制の見直し、医師派遣システムの構築、病院勤務医の勤務環境整備等について各般の措置を総合的に講じていくことが求められる。地方財政措置についても、例えば地域で勤務する医師の養成のための奨学金制度等に係る財政措置はもとより、公立病院に関する財政措置を検討するに際しても、医師確保対策に資する取組を促していく視点が必要であると考えられる。例えば、①女性医師が働きやすい職場づくりの観点に立って、院内保育所を設置・運営する場合や、②医師の配置を広域的に集約し、その勤務負担を軽減すると同時に、基幹病院に新たな医師派遣機能を整備することを目指して、公立病院の再編・ネットワーク化を進めようとする場合には、既に関連経費が地方財政措置の対象とされているが、こうした医師確保対策に資する取組を後押しする財政措置については、例えばいわゆるマグネット・ホスピタルが果たす医師の派遣機能の評価等の課題も含め、国庫補助制度の動向等にも十分留意しながら、今後さらにその充実を図っていくことが適当であろう。

なお、公立病院における医師確保という観点からすれば、病院の開設者である地方公共団体の首長、議会及び行政関係者や住民の側においても、医療や病院経営に関する理解を深めるとともに医師らの厳しい勤務実態等にも配慮し、専門職である医師らが働きやすい環境を形成することに配慮すべきである、との意見があった。

エ 医療機関相互及び保健・福祉・介護との連携推進の視点

今日の地域医療においては、従来からの急性期医療や感染症対策等に加えて、高齢化の進展を踏まえた生活習慣病対策の充実や在宅療養体制の整備等の重要性が高まっている。あわせて、公立病院の経営状況の悪化や医師不足の深刻化が進む昨今の環境下では、これまで以上に、各公立病院が近隣の病院・診療所や介護・福祉施設などの保健福祉施設との連携や機能分担を進め、より広域的に、また地域全体で、住民の健康保持に係るニーズに総合的に応えていく体制づくりが望まれる。このため、前述のように、公立病院の再編・ネットワーク化に当たり、新たな医療機能の整備のために生じる割高経費や過去の負債等の清算経費などについて、すでに地方財政措置の対象とすることとされているが、今後さらに、とりわけ過疎地において保健・介護・福祉との連携を図る拠点的な施設として、病院に準じた機能を有する有床診療所の設置・運営に対しても、財政措置の面でこれを後押しできるような手当を講じていくことが適当であると考えられる。

なお、当検討会としては、年度ごとの短期的な視点のみならず、中・長期的な視点に立って、住民が安心して健康に暮らせるような地域医療のあり方を確保するために、各医療機関、地方公共団体など地域医療の関係者が、引き続き、医療提供システムの再検討を行い、その再編成の計画の策定及び実施に積極的に取り組むことを望むものである。

オ 公立病院の経営主体のあり方

前述のように、今日の公立病院は、近隣の病院・診療所等との間で適切な機能分担を図り、広域的なネットワークを構築して地域医療の提供に当たることが望まれている。この点に関連して、委員から、医療計画との整合を図りながら広域的に必要な医療提供体制を整備していくためには、特に経営の継続が難しい市町村立病院については、経営主体を医療計画の策定者でもある都道府県に統合していくことが望ましいのではないかとの問題提起があった。

また、他の委員から、現在の市町村立病院には、周辺市町村からの患者の受け入れが半数近くに達しているようなものもあり、市町村単位で病院を支えていくことは財政的にも非常に厳しい状況であるので、市町村だけでなく都道府県も参加する形で一部事務組合等を組織し、公立病院を広域的に支えるようなシステムも考える必要があるのではないかと意見があった。

この問題については、委員間で活発な意見交換が行われたが、検討会として概ねのコンセンサスに達したところは次のとおりであり、今後の財政措置のあり方の検討においても、このような視点を踏まえつつ経営主体の統合が推進されるよう留意すべきである。

- i 一般的に、市町村を超えた地域で病院を支えていくという考え方が必要であるが、都道府県域を単位としてすべての公立病院の経営主体を都道府県に統一するという方法は、あまりに多数の病院の収支を一本化することでいわゆるモラルハザードを生じる懸念もあり、必ずしも適切ではない。
- ii 広域化を目指す範囲は、疾患の特性や医療機能、地域特性によっても異なるので、一律の線引きは難しいが、入院を要する一般的な医療については、基本的には二次医療圏を単位として整備するという医療計画の基本的な考え方との整合性を図るのが一般的、標準的なイメージとなるのではないか。
- iii 複数の市町村が一部事務組合、地方独立行政法人等を共同で設立し、ここに経営主体を統合していくことを基本に、離島等の地域事情や医療機能等に応じ、当該経営主体に都道府県も参加するという形も想定される。
- iv 経営主体の統合を考える場合、公立病院だけではなく、日赤等の公的病院も含めたネットワーク形成や老人保健施設等との組み合わせといった視点も必要である。
- v いずれにしても、各地域における具体的な再編・経営統合等のあり方については、広域的な地方公共団体である都道府県が、地域の実情を踏まえつつ、関係する部局間の緊密な連携の下で積極的に連絡・調整の任に当たるとともに、広域化された病院の提供するサービス及び経営について関心を持ち、一定の関与を行うことが期待される。

② 公立病院改革の推進

ア 公立病院の存在意義

「公立病院改革ガイドライン」においては、公立病院の果たすべき役割について、「端的に言えば、地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある」とされている。一方で、当検討会においては、一部の民間医療機関が公立病院をはじめとする公的医療機関と同等の医療提供機能を有している場合で、これに着目して地方公共団体から民間医療機関に助成が行われている際に、これを地方財政措置の対象とすべきか否かを検討課題としたが、その議論の前提として、そもそも公立病院の果たすべき役割ないし存在意義とは何か、について意見を交換した。

この問題は、言い換えれば、「適切な診療報酬や補助金があれば民間病院でも公立病院の役割を担えるのではないか」という問題提起でもあり、かなり根本的な命題であるが、この点について、委員から、我が国のように医療の提供を民間主導型で行う方式をとる一方で、提

供される医療について一定の質を保ち、またその向上を図っていくためには、いわば地域における民間医療機関の競争相手として、公立病院をはじめとする公的医療機関が存在する意義があるのではないかと意見が述べられた。また、純理論的には、公立病院に期待される不採算医療を提供する機能について、補助金の給付により民間医療機関が代替することが可能であるとの議論が成り立ちうるとしても、例えば著しい不採算が想定される過疎地への新たな医療機関の設置等の場면을具体的に想起した場合には、経営上相当程度のリスクを伴う医療の提供を補助金受給と引き替えに安定的かつ継続的に実施する民間医療機関の存在を、いつ、いかなる地域、いかなる場面でも予定できるか否かについては、現実問題として疑問なしとせざるをえないであろう。その観点からは、民間医療機関での代替可能性について、社会経済情勢の変化に応じて不断のチェックを行うべきことは留保しつつも、地域の実情及び期待される医療機能の性格等に応じて、公立病院をはじめとする公的医療機関がいわゆるセーフティ・ネットとして、一定の経営上のリスクを引受けながら医療提供に当たる役割を期待される場面が実際問題としてはありうることを前提に、議論を進めていくことが適当であると考えられる。

イ 公立病院のガバナンス強化

「公立病院改革ガイドライン」においては、安定的かつ自律的な経営の下で、良質な医療を継続して提供できる体制を構築することを目指して、経営形態の見直し等を通じた民間的経営手法の導入を図ることを促している。当検討会における議論の中でも、①公立病院は制度的に可能な限り地方公共団体からの独立性が高い組織となり、例えば住民代表、経営専門家、法律専門家等も含めた経営を監督する仕組みを構築した上で、独立性を確保しつつ、公共的な役割もしっかり果たすガバナンスの仕組みを目指すべきであるといった意見、②経営環境の悪さを言い訳にせず、質の高い医療を安定的に継続するための病院マネジメント力の向上を図る必要があるといった意見、③費用の削減一方ではなく、地域医療の確保に必要な人的・物的資源については所要の投資を行うべきであり、職員定数の管理の局面を含め、地方公共団体の財政部門や人事部門の過度の関与を受けずに、自律的な経営判断が行える仕組みとする必要があるといった意見が述べられた。また、赤字や一般会計からの繰出額の大きさもさることながら、赤字を出していることに対して納税者があまり自分の問題として感じていないところに問題があり、自分たちの税金の使われ方について意識を持ってもらうための情報開示の充実が重要であるとの指摘もあった。

以上のような議論を踏まえつつ、今後の財政措置のあり方の検討の中では、例えば経営形

態の見直しを通じ、経営の自律性向上や権限と責任の明確化を目指す取組が加速するよう財政面での後押しを行うなど、公立病院のガバナンス強化の視点を踏まえた検討が行われることが期待される。

ウ 経営形態多様化への対応

近年、公立病院経営に民間的経営手法を導入し、その効率化を目指すための一環として、公立病院への指定管理者制度の導入（いわゆる公設民営化）、民間譲渡等の動きが活発化している。こうした中で、一方では、公立病院と同等の医療機能を担う公的病院や民間医療機関に対し、地方公共団体が助成を行っている例があり、当検討会においてはこうした公的医療機関等への助成を地方財政措置の対象とすることの是非についても議論の対象とした。

現在、公立病院の経営形態変更のうち、指定管理者制度（いわゆる公設民営方式）の導入を行った場合及び地方独立行政法人に移行した場合については、地方公共団体の関与の権限・責任等を考慮して、引き続き地方公共団体直営の公立病院と同様の地方財政措置が講じられる一方、民間の医療法人等に事業が譲渡された場合には、地方財政措置の対象外とされている。他方で、いわゆる公設民営方式・地方独立行政法人方式で運営される場合以外でも、日本赤十字社、済生会、厚生連等の医療法第31条に規定する「公的医療機関」が過疎地のいわゆる「不採算地区病院」を設置・運営し、市町村がこれに対して運営費助成を行っている場合には、平成20年度から新たに公立病院に準じた財政措置（特別交付税措置）を講じることとされており、具体的には、こうした措置の対象を拡大することの是非が議論の対象とされたところである。

委員からは、本来、各種の不採算医療についても診療報酬で賄え、民間病院でも提供できるような医療制度を目指すべきだが、経過的（あるいは代替的）な措置として、地方財政措置について、公立病院のみを対象とする仕組みとせず、一定の基準を満たす民間医療機関なども対象とする仕組みとすることが望ましいのではないかとの問題提起もあった。これを受けて、当検討会において議論を行った結果、公立病院と同等の医療機能を果たしていると評価される公的病院、民間医療機関等に対し地方公共団体から助成が行われている場合、そのすべてについて、地方公共団体が自らの責任で設置・運営している場合と同じ措置を講じることとは必ずしも適切ではないが、次章において詳述するように、一定の要件を満たすものについては、地方財政措置の対象とする方向で対処すべきであるという点で意見の一致を見た。

エ 健全経営に資する財政措置の重点化

「公立病院改革ガイドライン」においては、公立病院に関する既存の地方財政措置の見直しの一環として、財政措置の重点化を図る趣旨から、①今後の病院施設等の整備費について病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外すること、②病床数に応じた普通交付税措置に際して、今後の各病院における病床利用率の状況を反映することを検討する旨（これらとあわせて、過疎地等における病院及び診療所に係る地方交付税措置を充実することを検討する旨）が明記され、当検討会においてもこれらの問題を検討課題とするよう要請された。

当検討会としても、近年悪化が著しい公立病院の経営状況や医師の厳しい勤務環境等を考えれば、関係省庁において公立病院に関する地方財政措置の総額について、その規模を拡大する方向で努力されるよう期待することはもとよりであるが、現在、国・地方を通じて極めて厳しい財政状況にあることを考えれば、まずは公立病院に関する既存の財政措置の範囲内でも見直しを行い、より必要性の高い分野に財源の重点配分を図ることが求められよう。

この観点から、病院建物に係る財政措置において、対象とする建築単価に上限を設定する点については、委員から、公立病院の経営悪化の一因として、高い費用をかけて豪華な病院建物を建てることがあり、他の経営主体に比べて、公立病院の建築費コストは高い傾向があるとの指摘があった。これに対し、他の委員からは、公立病院の建物建築は、公共工事の品質確保に関する法的規制や災害拠点病院等としての機能整備の必要性等から民間病院に比して建築単価が割高になることが避けがたいとの意見も述べられた。検討会としては、この問題に関し、①財政措置の建築単価については、公立病院と民間病院の経営環境の相違点を踏まえつつ、一定の上限を設けることが適当、②総務省等において、近年の公立病院における施設整備の実態について情報を集積し、病院の規模や機能ごとに、建築単価や面積の目安とすべき水準が明らかになるよう、地方公共団体向けに情報提供を行うべき、③その際には、あわせて、施設整備の前提として、提供すべき医療機能の明確化について医療スタッフも含めて議論を尽くすとともに、病院建設に伴う将来的な財政負担の状況についても住民に対してわかりやすく情報開示するよう促すべき、との3点で意見が集約された。

一方、財政措置に際し、現在許可病床数を指標として用いている「病床数」に病床利用率を反映する点については、委員から、①行政的に許可されている病床数よりは、現実の入院患者受入数、外来患者数等のサービス提供量（現に果たしている医療機能）の方を財政措置の指標とする方が理論的に望ましいのではないかと、②実態として病床利用率が著しく低下してい

る病院について、許可病床数の返上等の医療提供体制の見直しを阻害しないよう、許可病床数よりは実態としての入院患者数に着目した措置に移行すべきではないか、との積極論が述べられた。これに対し、他の委員から、総務省がガイドラインとして病床利用率の向上や公立病院の再編等を促している中で、病床利用率の反映を行うことは地方交付税の算定を特定の政策目的への誘導に利用する形となり、好ましくないのではないかと、反映を行うとすれば、「あるべき財政需要」の捕捉の上で、病床利用率を用いることがより適切との積極的な論拠が必要なのではないかと、との慎重論が述べられた。さらに、現実には病床利用率を反映した場合の個別団体への影響として、①慢性的な医師不足等により病床利用率が低い傾向にある過疎地の小規模病院の財政措置額が相対的に減少するのではないかと、②近年の医師不足により医師確保に支障を生じ、結果として病床利用率が一時的かつ急激に減少した場合に、財政措置額も急減するのは酷ではないかと、との懸念も明らかにされた。以上の議論を踏まえ、当検討会としては、①財政需要の的確な把握という観点からしても、少なくとも一定程度は病床利用率を反映する方向で対処すべき、②ただし、検討会における上記の議論を踏まえ、過疎地の不採算地区病院に係る財政措置について全体として必要な配慮を払うほか、病床利用率の反映の内容・程度（単年度の状況ではなく複数年度の状況を用いる手法を含む。）、実施時期、移行措置等について、慎重に検討の上で結論を得るべきである、という2点で意見が集約された。

上記の2点については、個別団体の財政措置において減額の影響も予想される見直しとなる。当検討会としての具体的提言は次章において詳述するが、総務省においては、各地方公共団体の意見もよく聴きながら、適切に対応されることを特に求めるものである。

3. 具体的財政措置に関する提言

当検討会においては、上記のような議論を経て、平成21年度以降の公立病院に関する具体的な地方財政措置について、以下のとおり改正を行うべきであるとの結論に達した。総務省をはじめとする関係省庁においては本提言を真摯に受け止め、その実現に向けて取り組まれるよう強く要請する。

(1) 過疎地に関する財政措置の充実

① 「不採算地区病院」の運営費に係る財政措置

市町村合併の進展を踏まえ、いわゆる不採算地区病院に係る特別交付税の適用要件等に

ついて、次のとおり改正すべきである。

- i 規模要件については、現行の「病床数100床未満かつ一日平均外来患者数200人未満」等の要件を緩和し、財政措置の対象となる病院の範囲の拡大を図ること。
- ii 地域要件については、現行の「当該市町村内に他の一般病院が所在しないこと」等に代えて、下記の要件のうちいずれかを満たす病院を対象とする方向で改正すること。
 - ア 例えば直近の一般病院までの移動距離が自動車等でおおむね30分以上を要する距離に相当するキロ数となる位置に所在するなど、生活圏において唯一の一般病院であると認められること
 - イ 例えば直近の国勢調査における「人口集中地区」以外の区域に所在するなど、周辺の居住人口の集積が希薄で病床規模拡大による採算性の確保が困難と認められる地域に所在すること
- iii 財政措置額の算定方法については、現行の病床数20床から99床までの間について単価に病床数を乗じて算定する方法から、前後の規模の病床数の病院及び診療所に関する財政措置額との連続性の確保を含め、一定の病床数までは措置額が増加し、一定の病床数を超えた段階から措置額が減少する方式に改正すること。

② 過疎地における施設整備費に係る財政措置

過疎地における施設整備費に係る財政措置の充実を図るべく、「過疎地域自立促進特別措置法」に基づく過疎地域において行われる病院施設の整備に充当される過疎対策事業債の償還年限（現行最長12年）及び「辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律」に基づく辺地において行われる病院施設の整備に充当される辺地対策事業債の償還年限（現行最長10年）については、その延長を図るべきである。

(2) 産科、小児科、救急医療等に関する財政措置の充実

① 公立病院に勤務する医師の人件費に関する財政措置

平成21年度以降、新たな国庫補助制度に基づき勤務医について講じられる措置及び国家公務員である医師について講じられる給与改善措置の動向を踏まえ、公立病院に勤務する医師についても地方公共団体において適切に対応できるよう、所要の地方財政措置を講じるべきである。

② 産科・小児科に関する財政措置

周産期医療及び小児医療病床に係る特別交付税措置について、地方公共団体における一般会計等からの繰出金の実態を踏まえ、措置の水準の充実を図るべきである。

③ 救急医療に関する財政措置

平成21年度以降の救急医療に係る国庫補助制度の動向を踏まえ、公立病院についても必要な措置を講じるとともに、救命救急センター及び救急告示病院に係る特別交付税措置について、地方公共団体における一般会計等からの繰出金の実態を踏まえ、措置の水準の充実を図るべきである。

(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

自ら公立病院を設置している市町村以外の市町村が公立病院と同等の医療機能を提供している公的病院等に対して行っている助成に対し、公立病院に準じて、次のとおり特別交付税の措置の対象に加えることとすべきである。

- i 病院の設置主体については、従来対象としてきた医療法第31条に規定する「公的医療機関」の設置主体（日本赤十字社、済生会、厚生連等）に加え、民法法人（財団法人及び社団法人）、社会福祉法人、学校法人等が設置する病院も対象とすべきである。
- ii 公立病院に準じて財政措置の対象とする医療機能については、従来対象としてきた「不採算地区病院」の機能に加え、特別交付税措置の対象となる救急医療、周産期医療、小児医療等の機能も対象とすべきである。

② 有床診療所への財政措置

不採算地区病院及び救急告示病院と同等の機能を有する有床診療所で、地方公共団体又は上記① i に掲げる団体が設置したものについて、公立病院に準じ、これらの機能に係る特別交付税措置の対象とすることとすべきである。

(4) 公立病院改革推進に係る措置

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

今後の病院施設等の整備費について、国立病院機構の「病院建築標準仕様指針」、公立病院の施設整備の実態等を踏まえつつ、病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を、普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外することとし、当該見直しにより生じる財源については、過疎地の医療、救急医療等に係る財政措置の充実に充てることとすべきである。

② 財政措置に係る「病床数」への病床利用率の反映

病床数に応じた普通交付税措置に際して、平成21年度以降の各病院における病床利用率の状況を反映することについて検討を進めるものとし、平成23年度以降の普通交付税算定における反映に向け、その内容・程度、具体的な実施時期、移行措置等について、慎重に検討の上結論を得るべきである。

その際には、例えば病床利用率90%を超える部分については反映の対象外とするなど、救急患者の受入等に備えた政策的空床保持の必要性に配慮する措置を検討するとともに、小規模病院においては必ずしも病床規模に比例しない固定経費的な財政需要が相対的に多額に上ることを踏まえつつ、過疎地の不採算地区病院に係る財政措置について全体として必要な配慮を払うべきである。

また、特別交付税措置における「不採算地区病院」の算定に係る病床数についても、平成22年度以降の特別交付税算定において、これに準じて所要の措置を講じるべきである。

③ 再編・ネットワーク化及び経営形態見直しに係る一時的財政負担に係る措置

再編・ネットワーク化及び経営形態見直しに係る一時的財政負担に係る財政措置については、「公立病院改革ガイドライン」において一定の措置が講じられることとされたところであるが、「債務調整等に関する調査研究会」の報告等も踏まえ、さらなる手当ての必要性について検討し、その結果に基づいて所要の財政措置を講じるべきである。

(5) その他

① 都道府県設置の公立病院に係る特別交付税措置のあり方

都道府県設置の公立病院に係る特別交付税措置のあり方について、市町村設置の公立病院における措置との整合性の観点から見直しを検討し、その結果に基づいて所要の措置を講じるべきである。

② 公立病院の耐震化に係る財政措置の充実

公立病院の施設設備の耐震化に関する地方財政措置について、民間医療機関に対する国庫補助制度の動向等を踏まえつつ、その充実を検討すべきである。

おわりに

当検討会は、上記のとおり、平成21年度以降の公立病院に関する具体的な地方財政措置のあり方について提言をとりまとめるとともに、その前提として、地域医療の確保及び公立病院改革の推進という観点から、当面の公立病院のあり方に関して委員間で議論を重ね、今後国が講ずべき施策の方向性について、検討会としての見解を明らかにした。

検討会としては、とりわけ、公立病院における医師の不足や厳しい勤務実態、一部地域における産科・小児科や救急医療の逼迫した状況を憂慮しており、これらに関する財政措置の改正については、可及的速やかに措置されることを特に求めたい。

総務省をはじめとする関係省庁においては、本報告を踏まえ、公立病院に關し的確な財政措置を講じるとともに、医師確保対策その他の諸施策を総合的に展開し、もって地域において必要な医療提供体制の安定的かつ継続的な確保に資するよう、強く要請する。

公立病院に関する財政措置のあり方等検討会構成員名簿

(五十音順・敬称略)

座 長 東京大学大学院経済学研究科教授

もちだ のぶき
持田 信樹

城西大学経営学部准教授

いせき ともし
伊関 友伸

お茶の水女子大学大学院准教授

おおもり まさひろ
大森 正博

自治医科大学教授

かじい えいじ
梶井 英治

政策研究大学院大学教授

しまぎき けんじ
島崎 謙治

大和総研主任研究員

ほしの なほこ
星野 菜穂子

一橋大学国際・公共政策大学院准教授

やましげ しんじ
山重 慎二

市立堺病院副院長

よこた じゅんいちろう
横田 順一郎

全国自治体病院開設者協議会副会長、青森県鶴田町長

なかの けんじ
中野 堅司

全国自治体病院協議会常務理事、島根県病院事業管理者

なかがわ まさひさ
中川 正久

(オブザーバー) 厚生労働省医政局指導課長

公立病院に関する財政措置のあり方等検討会の開催状況

第1回（7月1日）

- ・事務局（総務省自治財政局）からの概要説明、委員間フリーディスカッション

第2回（7月28日）

- ・公立病院関係者等からのヒアリング・意見交換
中野撃司 委員（青森県鶴田町長・全国自治体病院開設者協議会副会長）
中川正久 委員（島根県病院事業管理者・全国自治体病院協議会常務理事）
山口昇 尾道市公立みつぎ総合病院事業管理者（全国国民健康保険診療施設協議会常任顧問）
- ・厚生労働省保険局からのヒアリング・意見交換
小野太一 厚生労働省保険局医療課保険医療企画調査室長

第3回（8月22日）

- ・公立病院関係者等からのヒアリング・意見交換
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
横田順一郎 委員（市立堺病院副院長・日本救急医学会理事）
神谷昇 大阪府泉大津市長
- ・地方公共団体に対する意見照会の結果について（事務局から報告）

第4回（10月1日）

- ・検討会委員からの補足的意見表明
伊関友伸 委員（城西大学経営学部准教授）
大森正博 委員（お茶の水女子大学大学院准教授）
山重慎二 委員（一橋大学国際・公共政策大学院准教授）
- ・検討会報告へ向けた論点整理（総論的部分）
- ・厚生労働省医政局における平成21年度予算概算要求について
三浦公嗣 厚生労働省医政局指導課長

第5回（10月28日）

- ・検討会報告へ向けた論点整理（各論的部分）

第6回（11月25日）

- ・「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書」の取りまとめ

第3回救急業務高度化推進検討会議事録

I 日 時 平成20年10月23日(木) 10時00分～12時00分

II 場 所 三番町共用会議所 大会議室

III 出席者 石井委員、川手委員、岩佐氏(小出委員代理)、坂本委員、
島崎委員、中川委員、野口委員、樋口委員、平島委員、
前田委員、南委員、染谷氏(山口委員代理)、山本委員
横田氏(メディカルコントロール作業部会代表)
有賀氏(消防機関と医療機関の連携に関する作業部会代表)

IV 次 第

1 開会

2 報告事項 第2回救急業務高度化推進検討会議事録

3 議題

- (1) メディカルコントロール作業部会関連事項
- (2) 消防機関と医療機関の連携に関する作業部会関連事項
- (3) その他

4 閉会

V 会議経過

事務局 定刻となりましたので、ただいまから第3回救急業務高度化推進検討会を開催いたします。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事進行につきまして、座長に本日もお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

座 長 ありがとうございます。

それでは、議事を進めていきたいと思いますが、まず資料の確認からお願いしたいと思います。

事務局 資料の確認をさせていただきます。お手元に資料をご準備ください。

議事次第まで含めると6セットの構成になっております。

まず1枚目、議事次第がございまして、その裏に委員の構成員の名簿をつけさせていただいております。その後ろに、委員の座席表、席次表をつけさせていただいております。そして、資料1、資料2、資料3がございまして、最後に添付資料という形で、第2回の議事録をつけさせていただいております。議事録につきましては、訂正、事実誤認等ございましたら、今週中に事務局のほうにご連絡をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

この時点で資料の不足がございましたら、事務局にお申しつけいただければと思います。よろしくお願いいたします。よろしいでしょうか。

本日、マスコミの方も多数いらっしゃっていただいておりますが、撮影等はここまでということにさせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

座 長 この委員会には3つの作業部会があるということをご承知のとおりでして、その中で、前回、MC作業部会の中で、法的位置づけ等で相当活発なご議論がありました。その続きと申しましょうか、その延長線上で、今日、そのところを少し議論いただければと思います。もちろん、そのMCの中のいろんなところがありますけれども、それをもんでもらいまして、もう一つは、消防機関と医療機関との連携に関する作業部会、そしてトリアージ作業部会というふうに進めていきたいと思いますので、ぜひよろしくお願いいたしますと思っております。

まず、MC作業部会について、事務局からお話をいただくということにさせていただきますと思います。

事務局 第1点目のメディカルコントロール作業部会の関連事項ということで、メディカルコントロールの位置づけについて、前回、この検討会でご議論いただきました。いろいろなご意見をいただいたわけございまして、今回、また引き続きということでございますが、MCの作業部会については、前回と今回の間に開いておりません。いろいろ大きな方向のご議論をいただいたので、引き続き検討会のほうで、そのあたりの方向を出していただければということでございますが、事務局のほうで用意いたしました資料、座長とメディカルコントロール作業部会会長に、一応、ごらんのような形で用意させていただきましたが、事務局のほうで作成した資料ですので、事務局からご説明させていただきたいと思います。

座 長 よろしくお願ひします。

事務局 資料の2ページ目に、第2回救急業務高度化推進検討会の主な意見ということで、(1)(2)とございます。

前回のご議論の要約ということでございますが、1つはメディカルコントロール協議会を法的に位置づけることについてどう考えるかという点につきましては、いろいろなご意見がありまして、メディカルコントロール協議会が機能していない地域がある以上、底上げを図るためには法制化という手段も有効ではないかというご意見。救急業務について法的に位置づけがされている以上、検証等についてもしっかりやる必要があるのではないかという意見。あるいは、3番目でございますけれども、特に医師法との関係というお話の文脈だったと思いますが、組織をどうするかということとは別に、役割や行うことができる範囲を明らかにすることに意味があるのではないかというようなご意見があったかと思ひます。4番目でございますけれども、メディカルコントロール体制、非常にいい

システムで機能しているということでありますが、法制化によらない第三者機関としての位置づけ、独自の運営で行ったほうがいいのではないかというご意見。行政の下部組織ということで、芽を摘んでしまってはならないというご意見もいただきました。

次の趣旨も、法的に規定されたものでないから発展してきた面があるのではないかと、法制化で何か落ちてしまうような気がするというようなご意見もいただきました。

あと、名称の変更。救急業務協議会というようなことで、前回、お話をさせていただきましたので、中身が変わるという点についても、しっかり考える必要があるというご意見もいただきました。

位置づけについては、このようなご意見があったのではないかと考えております。

3ページでございますけれども、もう一つ大きく議論がありましたのは、消防と医療の役割分担をどう考えるかということで、非常に幅広いご提案の形でご議論いただいたので、どこまでの守備範囲を、お互いどう考えるかという点についてもご議論いただいたということだと思います。

1番目でございますけれども、地域で救急医療の受け入れ困難という状況が生じているという背景の中で、メディカルコントロール体制がかかわることによって、事後検証等をしていくことは重要ではないかということです。救急医療対策協議会、これは衛生行政になると思いますけれども、そちらにもメディカルコントロール協議会の考え方を提示していただきたいというご意見がございました。

2番目でございますけれども、病院前救護をよくしていこうという中で、医療体制について言及しないと解決できない話も出てくるということで、メディカルコントロール協議会がどういにかかわり、位置づけになるのかということが現場のサイドから議論が出てきたというような背景についてのご意見もあったと思います。

3番目でございますけれども、メディカルコントロール協議会がどこまで医療体制についてカバーするのかということで、医療体制そのもののあり方について、メディカルコントロール協議会で全部カバーするということは困難ではないかというご意見をいただきました。主にそういった医療との関係についての言及があったところですが、最後も同様なご意見でして、医療提供体制そのものということを決めるということではなくて、救急業務はその接点ですので、医療とのかかわりで、協議会がどういうことができるかということが論点になったのではないかとご指摘もいただいたと思います。

あと、救急医療全体について、政策医療ということですので、行政が主体を持って、とる責任、主体は行政にあるべきじゃないかというようなご意見もいただ

いたところでございます。

前回の主なご意見、このような状況だったと思いますが、それを踏まえて、事務局のほうで整理し、資料を用意させていただいております。

4 ページ、5 ページは、今回、検討の背景にあります問題意識ということを再度整理したものでございます。

4 ページは、左に一般人でも可能な応急手当の部分から、救急隊員が一定の講習修了という資格でできるもの、拡大9項目までございます。あと救急救命士が行う特定行為を含めた救急救命処置という図が下から上にずっと伸びているということでございますが、メディカルコントロール体制がこれだけ整備されてまいりましたのは、救急救命士の処置範囲の拡大の前提として、こういった体制をとるべきだという国の通知に基づきまして発展してきたということでございますので、後にご説明しますが、やはり救命士の特定行為を主な核として、現在の取り組みが行われているという背景があると思いますが、救急隊員が広く応急処置を行っておりますので、その下の部分もカバーする必要があるのではないかとという問題認識で議論がスタートしているのではないかと考えております。

それと、5 ページでございますが、4 ページは主に応急処置についての概念整理ということでございますが、この図でいきますと、現在、グリーンのところ为中心的に実質的にカバーしている部分ということですが、これをもう少し左に拡充する必要があるのではないかとという概念図でございますが、さらに処置ということではなくて、救急搬送のあり方そのものについても医学的な判断が必要とされるものが出てまいりますので、その質を保障するという、こちらの救急搬送についても、救命士、救急隊員問わず広げていくことが望まれるのではないかとというような問題意識を概念づけした図ということになってございます。

6 ページでございますけれども、現在のメディカルコントロール協議会がどういう活動実態を持っているかということの、消防庁として調査をいたしておりますが、いろいろな数値の出し方があると思います。開催回数でありますとか、予算措置額であるとかあると思いますけれども、事後検証の実施状況ということでまとめたのが6 ページでございます。

これは都道府県MCの単位でやっておられる地域と、地域MCが主体になっているところがございますので、数値がどちらかに偏っているところがある表になっております。特に※の団体につきましては、地域MCを組織しないで、都道府県MCが地域MCの役目も代替しているということで、例えば、東京都については地域MCがバーになっておりますけれども、それはそういう意味でございます。

右下に合計値がありまして、都道府県MCでは事後検証数が2万1,000、うち心肺停止症例が9,800ということでございますが、地域MCにおきましては

事後検証数が22万件、心肺停止症例が5万ということで、心肺停止以外にも症例を検証されているというところが、比較でいいますと、地域のほうが多いということです。全国の様子は、こういう状況でございます。

7ページ、8ページが、個々の都道府県の状況ということでございます。A、B、Cというのが比較的盛んな地域ということですが、A県におきましては特定行為をベースにしながらも、例えば、地域1におきましては、目撃あり、バイスタンダー処置があった症例であるとか、外傷症例で意識レベルが一定の数値以上、医師が要検証と判定した症例も対象にするというところでありまして、地域3のように、現場滞在時間が一定の時間以上のものについても検証対象にするというようなもの、地域7も同じように時間的な要素も入れておりますけれども、幅広く検証対象とされている地域と、B県、C県は、基本的には心肺停止症例を中心に、医師が必要と判断した症例も含めるというようなところもございます。

一方で、8ページでございますが、心肺停止症例や特異事案を対象とするとしておりますが、実際の検証例は非常に少ないという地域もございまして、現在の体制の中では、事後検証で見た場合の差が相当あるということになるのではないかと思います。

ちなみに※の下にございます搬送面について検証しているとお答えになった団体は、今のところ少数でございまして、時間であるとかアンダートリアージについて対象としているのは、それぞれ3団体、2団体ということになってございます。

以上がMCの活動実態ということでございます。

9ページからは、救急搬送・応急処置に関し訴訟となった事例ということで、これも事務局で全国の消防本部の平成15年以降の5年間の訴訟事例についてご報告をいただいたものをまとめたものでございます。中には、ストレッチャーから落として、けがをさせてしまったとか、そういった事案もあるのですが、そういったものは除きまして、処置、あるいは搬送の判断が争いになった事例を取り上げましたところ10件ほどあるんですが、中には搬送の、現在、消防が直面しております受け入れとの問題について、訴訟となった事案があるということでございます。

例えば、2番の千葉県の事案でございますが、これは単独の交通事故ということでございますが、飲酒にかかわる事故ということでして、消防側としますと、病院側の受け入れが難しい可能性がある中で、家族の到着を待って搬送したところ、ご家族の方から、後にお亡くなりになったわけですが、速やかに搬送に着手すべきであったということで、損害賠償の訴えが提起されたということでございます。これは裁判所のほうで和解勧告がありまして、和解金の支払いと和

解事項ということで、遺憾の意の表明ということと、今後、要救護状態の者を医療体制が整った施設に速やかに搬送することに努め、救急業務体制の整備に努めるということを約束するという和解となっております。

3番の大阪府の事案でございますが、3歳の男の子の熱性痙攣による救急出動ということで、これはご家族が3次医療機関相当のB総合医療センターへの搬送を希望されたわけですが、医療圏の輪番制により、当日は2次医療機関であるA総合病院が小児科受け入れ可能だということで、その旨をご家族に説明し、了解の上、搬送したということですが、A病院では症状が改善しなかったということで、B総合医療センターに転院ということでございますが、障害を負うことになったということで損害賠償請求が提起されました。一番は棄却ということですが、大阪高裁のほうで和解勧告がなされまして、被告C市は、特定の医療機関への搬送依頼があったときには、その症状や緊急性、通院歴の有無、受け入れ可能であるかどうかということ、医療機関相互の救急医療体制の受け入れ整備状況等を総合考慮の上、可能な限り依頼された医療機関に搬送するよう努力することが和解の条項となっております。

もう1点、10ページでございますけれども、同じ大阪府ですが、50歳女性が息苦しさを訴えているという通報で出場した事案でございます。救急隊のほうで、現場到着後、観察、応急手当の後、2次医療機関であるA病院に搬送し、処置が行われたわけですが、専門外ということで、循環器対応が可能なB病院へ搬送したということですが、その途上、心肺停止となり、10日後にお亡くなりになりました。これは速やかに専門治療を受けられる病院への搬送を怠った救急隊員に職務上の過失があるということで、損害賠償請求が提起されまして、現在係争中ということでございます。

その他、搬送をめぐる事案も、昔はあまり聞かなかった側面ですけれども、最近、訴訟が提起される事案があるということで、こういった法的リスクも考えなければいけないのではないかとございまして、いずれも消防のみでは解決不可能な受け入れ医療体制も含めた全体を問うておる訴訟形態ということでございまして、こういった点についても考える必要があるのではないかと考えております。

次に、前回のご議論で大きなテーマになりました消防と医療の関係をどう整理にするのかということでございまして、12ページに簡単な資料を用意させていただいております。左側が救急業務ということで、消防法によって規定されている事務ということでございまして、右側が救急医療ということで、これはおそらくいろいろな医療、医事関係の法律あると思いますけれども、医療提供体制については医療法が規定するというところでございます。

前回、MC作業部会のほうから5点いただきました中の都道府県を基本とし

て、救急業務基準を、今までの応急処置等だけでなく、搬送についても一定の基準というものをつくったらどうかということを含め救急業務基準を都道府県が策定すると仮にした場合に、MC協議会は名称的には法令用語ということで救急業務協議会ということになっておりますけれども、救急業務の関係者からなる今のMC協議会を引き続き引き継ぐことを事務局としては考えておりますけれども、その協議会の意見を十分専門的な観点からご検討を踏まえて策定していくということになりますと、ちょうど対になる受け入れ医療体制につきましては、右側でございますが、医療法の規定によりまして、都道府県が医療計画を策定する。4疾病5事業ということで、中に救急医療があるということでございますけれども、医療審議会の意見を聞いて策定するということに、現行法上なっているということでございます。

ちなみに、医療計画を定める場合に、救急医療の分野もございますので、医療法の規定によりまして、医療計画を策定する場合には、医療審議会、左側にありますけれども、市町村の意見を聞くということになっておりまして、救急業務を処理する一部事務組合も含むということで、救急業務実施主体が関係ありますので、その意見を反映するという仕組みになっているということでございます。

前回、新しい救急業務協議会が、医療体制そのものまで議論することは、役割の限界を超えているのではないかなという意見が提起されたと思いますけれども、そこまで広げるということは、やはり論理的にもできないわけですので、この医療計画の策定に際するかかわり、現在、市町村、消防の救急業務実施主体がその位置づけにあるわけですが、そことの関係で、どういった仕組みが必要なのかということ、今後、厚生労働省と協議していかなければならないということでございますが、そのうまい連携が図られるような仕組みがあれば、相互交流という形になる可能性もあるのではないかなというふうに考えております。以上がMC体制の位置づけの話でございます。

それで、前回、論点になかったもので恐縮ですが、13ページに資料があるわけですが、前回の救急隊員の応急処置の位置づけ、法的な理解、位置づけについてもご議論があったわけですが、一連の検討の中で、PA連携というものが最近行われておるわけですが、ポンプ車に乗車している救急科講習修了者が応急処置を行うことは、非常に救命率の向上に重要ということでございますけれども、現在の消防法の規定の中では、救急業務とは、救急隊によって医療機関その他の場所に搬送することであると、救急業務の中に救急隊による応急手当の位置づけがあるのですが、ポンプ車等に乗っている有資格者の処置については法的位置づけがないという、実態は先行しているんですが、法律が後追いということもございますので、今回、一連の法的な検討の中で、救急業務への位置づけというものも必要ではないかなということで、新たに論点としてご提示した資料でござい

ます。

15ページの資料は前回の検討会でも、応急手当の正当業務行為であるということ整理した経過を出させていただきましたが、14ページが、その一連の考え方の基礎になる検討会の報告書ということでございます。昭和53年に消防庁に設置された検討会におきまして、医学関係の学識経験の先生、日本医師会副会長、厚生省の医務局長、当庁の次長という関係者が集まりまして、応急処置のあり方についてご検討いただきました。1が応急処置の必要性ということで、これは搬送に尽きることなく、必要な応急処置は当然に含まれると解すべきであることが次の理由から医学的にも意味、必要があるとされました。広い意味での救急医療体制の一環をなしている行為ではないか、さらに社会的な意義として、国民生活の中に定着している事務であるという背景から、応急処置は必要であるということが導き出されております。2でございますけれども、基準を作成する必要があると報告されています。当時の状況では、訓練にも統一的な方向が見出せない、また、地域による不統一があるということが、広い意味での救急医療体制の障害になっているということで、一定の基準を示す必要があるということで、医師法との関係も含めまして検討がなされた結果が基本的に昭和53年の応急処置の基準、消防庁告示の中に入っているわけで、それが現在まで、拡大9項目についてはつけ加えるという形で整理されてきたということでございます。1ページ目にお戻りいただきますと、この黒字の部分が前回の検討会にMC作業部会の報告ということで、メディカルコントロール作業部会の作業部会長からご報告いただきましたものを黒字で表示しております。今回、事務局のほうで、※書きの2点、基準の策定と協議会の設置ということを入れさせていただきましたが、幅広くご議論いただくことはもとよりでございますけれども、今後の大きな方向を決める上で、この2点について、特に中心的にご議論いただければと思ひ入れさせていただきます。

事務局の説明は以上でございます。

座 長 ありがとうございます。前回のMCの作業部会の報告をまとめていただきまして、ありがとうございます。

今、1ページの3にメディカルコントロール協議会の役割がありますね。これと12ページの図で、メディカルコントロール協議会というのがありまして、その下に救急業務協議会というのが、新しいメディカルコントロールを救急業務協議会というふうに、これから考えていくというような流れで、救急業務協議会という名前が出たのかと思いますが、それでよろしいですか。

事務局 はい。

座 長 そうすると、この1ページ目の救急業務協議会（メディカルコントロール協議会）というのは、12ページとのずれが多少あるのではないかという気がします

が、いかがでしょうか。

事務局 このメディカルコントロール体制、メディカルコントロール協議会の概念が、おそらく人によって、かなり広がったり狭かったりすると思いますが、実効的に今行われている、都道府県の平均的な形をいうと、5ページのグリーンの部分がメディカルコントロール体制でカバーされている部分であると考えています。そこを起点に考えると、今回は救急隊員、搬送について拡大するというような感じです。

座 長 なるほど。12ページのメディカルコントロール協議会から出ている矢印は、メディカルコントロール協議会を救急業務協議会という名前にしたらいかがだろうかというような意味ですか。

事務局 はい。救急業務全般をカバーするという意味です。

座 長 そういいますか。

事務局 はい。

座 長 わかりました。

総論的なところは、私、そこが難しかったところでございまして、いかがでしょうか。これからご議論をいただきたいと思います。フリーディスカッションで行いたいと思いますので、どちらからでも結構でございます。あるいは、この作業部会の作業部会長から、まずコメントをいただいて、それから行きましょうか。

報告者 先般もお話をさせていただきましたが、現状のメディカルコントロール業務である救急救命士個人の行為を検証するとか、あるいは、その結果、医学的にどのように再教育するとかだけでは病院前救護の質を上げられないのではないかと、ということで、もう少し業務の拡大を図って、病院前救護の全体を整理していく必要があるというのが作業部会の主旨だったのです。だけど、あまり広がり過ぎますと的が絞れないのでということで、本来の救急業務の中の搬送の部分について、緊急度、重症度の判定とか、あるいは病院の選定とかいったところをどうするかに焦点を絞るのがよいだろうということになりました。その際、法的に明確にしたほうがいいのかというご意見と、いやいや、そういうのは今のメディカルコントロール協議会の活動の実態を生かしながら拡大していけばいいのではないかと、意見が分かれたということも事実です。そういうところで、先ほど事務局のほうから説明のあったように、わかりやすくするために業務全体を5ページのような形にしていっていただろうかというのが趣旨だとご理解いただきたいと思います。

座 長 ありがとうございます。

事務局で非常にわかりやすく作成いただいたということでございます。委員どうぞ。

委 員 私は横浜市に住んでいるので、前回のこちらの委員会に参加したのをきっかけ

に、実は横浜市の救急業務委員会というのがございまして、そこにメンバーとして参加しております。

ここに書いてあるMC協議会はMC協議会って横浜市はございまして、まさに医療の分野、救急医療の分野に特化した議論をされているのだと思います。そこには私は参画しておりませんが、MCはMCできちんと行われていると聞いておりまして、その上で、今回のコールトリアージの実施とか条例化のこと、別に今回のコールトリアージ以前からずっと、救急業務に関する議論を、その業務委員会がされてきたようで、ずっと報告書が出ておりますが、何となく、そうか、横浜でやっているMC協議会の部分と、それから救急業務委員会というものが両方一緒になったような場が、ここで言うところの救急業務協議会なのかなというような感じを持ったんですが。たしか横浜の場合は、救急業務委員会というのは設置要綱になっていて、そういう位置づけで、たしか諮問機関だったと思いますが。多分、事務局のほうで、その位置づけとか、私も委員のメンバーでありながら、あまり詳しくないので、その設置の位置づけとか経過とか、もしご存じでしたら、その辺のところを少し補足していただければと思います。あとは、横浜でこういうことをやっているということ、ご紹介等を込めてコメントさせていただきました。もし、何かそのことについての補足事項とか、そういう救急業務の別の委員会みたいなものを持っている、ほかに自治体とかがございましたら、参考までにご紹介していただければと思いますが、いかがでしょうか。

事務局 私横浜市のことを正確にご説明できないのですけれども、救急業務に関して条例を持っている団体が幾つかあります。その中で委員会を、今まで言及しているものがあるかどうか、わかりませんけれども、可能性とすれば位置づけるということはあるとは思いますが。ただ、実際には、いろいろな要綱なり、その消防部局の業務の実施の基本を決めていただく諮問機関みたいな形だと思いますので、要綱等を設置するところもあると思います。

条例は東京都のほうでお持ちだと思いますので、委員会の設置等について、ご説明いただければと思います。

座 長 委員、どうぞ。

委 員 確かに、今おっしゃられたように、東京の場合は救急業務に関する条例というのを持っています、ただ、我々が持っている委員会というのは、救急業務懇話会というものがあります。これは救急の地域における東京の制度自体を、各般にわたって審議していただいているわけで、今、委員にやっていただいております。

ここの12ページの中で出ている、もともとMCというのが応急処置、特に救命士の行為に対する質の確保というところから始まったMCが、発展的にいろいろ議論していくと、救急隊という、つまり救命士も1つの構成メンバーとなっている救急隊と地域の医療という問題との接点を、どういうふうに結合していく

か。これに対して、いろいろ意見を言う形で、救急業務協議会というように発展していくと思います。名称的にね。というようなこととは東京の懇話会はちょっと違うというふうに私は思います。

それで、次に発言させていただきたいと思っていたのですが、よろしいでしょうか。

座 長
委 員

委員、どうぞ。

これは、ある面では消防機関側から、この12ページですけれども、MCが、すなわち既存の今やっていることを素直に考えれば、結果的には、どういうふうにつくるかは別として、地域の救急医療における搬送をどのようにするかというようなことを踏まえながら、救急の活動というのを考えていく必要があるというのが私の結論です。

どういうことかということ、東京のメディカルコントロール委員会については、少なくとも事後検証という中で、日々救急隊が行っている活動というのを検証していただいております。その結論というのを考えてみると、結果的に、それは東京の地域における救急医療というものの目的であります患者さんというものに対して、いかに社会復帰まで含めた質のいい医療をどう提供するかということの中で、ある瞬間に、病院に行くまでに、救急隊というのは、どんな活動をすべきなのかということに尽きるのです。そうすると、話の内容は、救急の活動を議論していただいているようでありながら、実は地域の救急医療、場合によっては隘路とか、または充実しているということを踏まえた議論をしています。それが結果的には事後検証というところで議論されて、地域の救急医療とのマッチングとを考えた上で、この救急隊の活動の全般にわたる基準になります処置基準という問題に、多分、発展しているんです。

ここで皆さんに言いたかったのは、いろんな地域の中で、多分、MCという中で議論されているとは思いますが、その内容というのは、多分、地域の救急医療とどのように適合するかというところの視点がなければ、なかなか具体的な話が出てこないだろうということです。そうすると、東京の場合について一例を挙げますと、今、お子さんの在宅医療というのが結構多いんです。しかしながら、日常的な活動としては、なかなか見られないわけです。多いのですけれども、活動としては見られない。ところが救急隊は、行ったときに、その医療器具というのが何なのかわからないということで事後検証に上がってきたケースが実はあります。これをいろいろと考えてみますと、当然、これからは知るようにしようという結論が事後検証に上がってくれば処置基準はそうなりますが、じゃあ、地域の救急医療の中で、ここが大事なんですけれども、当然、病院にいるという前提の方が、いろんな理由の中で在宅をしているというところがあるわけであって、そうすると、その方たちに何らかの緊急性があったときには、もともとかかって

いる病院との連絡をどうしたらいいのかとか、こういったことが必ず出てくると思います。そうすると、これは地域の救急医療というものをどうつくっていくかという提言にもなるし、意見にもなるはずです。ところが、現実にはそういうふうにはやっているはずですが、いまだかつてMCというものについては、通知というものがあって、MCって一体何をやるのと言われたときには、救急隊の、しかも救命士の特定行為に絡む問題について議論していますと言うに終わってしまうというのは非常にもったいないのではないかという気がするわけです。

もう一つは、そういうような認識の中で、大変残念ながら、全国を見ると、活発にMCが、先ほど言ったような、本来は地域の救急医療とのマッチングとか、適当だとか、場合によっては隘路の中でお互いがどう助け合うとか、役割分担をするかということをはなしながら、それに対して、表に向かって持っていく方向性が出てこぬというようなことも、実はあるのではないかと。であるならば、この12ページに書かれているように、現実の姿を見ていけば、メディカルコントロール協議会という名称はちょっと置くとしても、機能としては、この点線で書かれている救急搬送基準というものに対して、救急隊が行うべき基準というのも、もちろん定めることも出てくるでしょうし、場合によっては、右側にある救急医療という問題の中の地域との意見を述べていくというようなことも、私は必要なのではないかと考えるわけです。

それから、ちょっと言い過ぎるかもしれませんが、2つだけ言わせていただきますと、東京都のメディカルコントロールは、今日、おおむね来られている先生方は、皆さん、東京都のMCなんです。これだけの陣容がそろえられるというのは、東京都以外はないと思っています。地域の消防に聞きますと、ある先生が非常に熱心にやっているときはMCが活発なんです。しかしながら、その先生がいらっしゃらなくなると、組織上の、よく言う組織的継続性というのがなかなか難しいというようなことが、実はあるんです。これが現実の消防の悩みだと私は思います。そうすると、前回も言わせていただきましたけれども、このMCの法制化が、実はそういう、本来、MCが持っている機能の継続というものにつながるものであるならば、私はそのようにしていただきたいというように思います。

ちょっと最後のやつは言い過ぎたんですけれども、そのように思います。

以上であります。

座 長

ありがとうございます。

そこまで踏み込まれると非常に難しくなってくところもありますが、12ページの搬送基準というところが点々になっております。その仮称の中が点々になっています。それから、真ん中のところにも細かい点々が、線があります。そして、この救急業務協議会という新しいMCの協議会的なところは、搬送までということになると、先ほど事務局から、医療計画の策定まで、ある程度考えないと、搬

送というところまでは行かないということになるのは、今、委員からのご指摘も含めて考えていきますと、この縦の線というのが、なくなってくる傾向に当然あるということ、委員の先生方が思われるのは当然だと思いますが、ここに点々とあるのは、やはり厚生行政と消防行政との流れのところで、ここにあるのではないのかなと思いますけれども、これについては、どなたからコメントをいただいたほうがいいと思いますが、委員、どうでしょうか。

委 員 将来的な話ですか。

座 長 そうですね。将来的なところですよ。

委 員 この意見聴取と書いてある点線がなくなって、1つになるのではないかということですか。

座 長 いいえ、今、委員は、ここまで来ると、搬送のところまで考えたり、もう少し大きく、新しい救急業務協議会というのを考えないといけないのではないだろうかという意味ですね。

委 員 名前はどうか、業務内容としては、基本的には、これ全体が1つになるほうが動きはいいですし、やっぱり、そのベースには、ちょっとおっしゃったような法制化がないと、いろんな意味で、現場は動いたとしても、組織の持続性とかを含めて、意味がないと思うんですよ。だから、そういうものをひっくるめて、経済的なもの、あるいは行政の補助等をひっくるめて、1つの形にして、何らかのシステム化を図るというのは、将来はそうなるのでしょうか。

メディカルコントロール協議会の機能と救急業務協議会の機能が、名前はどうか、この両者がきっちりすみ分けできるのか、あるいは将来的に救急業務協議会というようなものに1つになるのか、その辺のところ、どうもちょっとあいまいで、はっきりしないのが1つ。

もう一つは、救急救命士のこの5ページの緑のところ、現在、MCを中心に、東京都は別ですけどね。東京都は、実はピンクのところもひっくるめて全部やっているわけですね、先生中心になって。だけど、全国的に見ると、確かにこの緑のところを中心だろうと。それには法的な位置づけが全くないということがあって、それがずっと問題になっているわけですけども、今度、このピンクを入れた、緑も入れた全体を救急業務協議会という名前にして、それを法制化していくということなんですかね。そうすると、中の緑の部分が法制化していないのに、全体が法制化あるということになると、そちらに変わってしまうということになるんですか。その辺、ちょっと、僕は頭の中で整理がつかないんですけど。

委 員 おそらく一つ一つの処置の基準が法律というわけではなくて、このような協議会を中心として、各都道府県で処置基準をつくるということ自体に対する法制化だと思います。今までの歴史を見ても、例えば、処置基準のうちのごく一部の特定行為にかかわるものとして、具体的な基準というのが国から出てきてい

るわけですが、当初は国から全国にこれでやれと出ていたのが、気管挿管の際には、医政局の指導課長と救急企画室長の両方からの通知という、たしかレベルで、各地域のMC協議会で、これを適宜変更して使うこととされたはずです。最終的に薬剤投与のときの処置基準については、やはりその両者から通知で、これを参考に、各地域MC協議会で策定することというような形で、たしか通知が出ていたと思います。そういう面では、今までは通知。法律と通知の関係はよくわかりませんが、そういう通知のレベルでは、少なくともMC協議会で、それを策定することというふうに言っているから、それをさらにきちっと広く、その他のものまで含めて拡大してやりましょうということであれば、今までの方向に合っているのではないかと私は思います。

座 長 今の通知と法律というのは、法律をいじるというのはなかなか難しいもので、どういうふうに運用でここを動かせるかということを考えると通知になるんですよね。だから、その辺のところは法律の中でやっているということではないのかなと思います。

委員、どうぞ。

委 員 MCが今何をやっているかという話は、前回の委員のチャートが非常によく表現されていたと思います。あのチャートに盛り込まれた多彩な内容と、ここで議論している内容というのが、既にもう違っているような気がするんです。

もう一つは、行政の会議で、東京中心のご意見で、じゃあ、日本全体をくくるという話に、そのまま移行できるのかという議論が、もう一つ抜けている気がします。

私は地方の人間として、話しますと、地域で見れば、いわゆる行政が主導する救急対策協議会（救対協）で、その地域医療、特に救急医療に関してどうするかという会議の議論と、それからメディカルコントロールと言って、救急医療に関連する医療側、それから搬送業務に関連する方々、それから行政、そういうところで話されている議論の中身というのは、重なっていてもいますが、かなり違うと思うんです。もう一つは、どこがプライオリティーをとるかという意味で、MCというのは、もっと自由な場だと思っているのです。だから、MCを救対協のように行政主導にするということは、要するに、救対協はどこに行ったのかなと。救対協とこれと2つ、二本立てにすると、何かいいことがあるのだろうかという、幾つかの議論の質、中身に関して整理が必要なものが残っていて、それを、ここで法制化しましょうと、よって、自動的にMCは発展的解消という議論まで行ってしまうと、どうも議論の多くが抜け落ちるような気がするんです。

救対協でも行政が主導して集めたときに何が起きてくるかということ、結局、地域医療という面の医療をどうするかといった場合には、必ず公立の医療機関と民間の医療機関なりと、その間をつなぐ搬送業務の媒体としての救急隊なり救急救

命士と、どう連携するかという話になるのです。その中身は地域によってかなり違うのです。過疎地に行くと、公立医療機関しかないところもあります。公立医療機関すら存続できないところもあります。そうすると、隣接地域とどうやって連携するかとか、ドクターヘリコプターを含めたほかの媒体もありますが、そういう連携をどの場でやるのかと、それが救対協というものがちゃんと機能しているのであれば、逆に言えば、今言っている議論は要らないわけですね。そういう言い方もできるのではないかと思います。

だから、この方向性、目標、その辺の整理を、もうちょっと詰めていく必要がありますが、詰めながら多彩なところを切り落とさない議論と、この2つのお話が必要じゃないかなと、とりあえずはそこまでにします。

座 長 ありがとうございます。

救対協と、これから新しくなってくるでしょう救急業務協議会というような、あるいは医療審議会等も入ってくるのかもしれませんが、役割をもう少しある程度示していただいて、そこで、どこまでが一緒になったら、あるいはどこまで役割分担をしたら、その辺のところを少し明確にさせていただいて、次のところで、その話の続きを少しさせていただきたいというふうに、思います。これはどこが一緒になって、そして大きくなればいいというだけでは、オールジャパンでいったときには、なかなか難しい問題があるだろうという指摘は私も全く同感でございますので、事務局に宿題をお願いしたいと思います。

委員、どうぞ。

委 員 救急業務の現場を預かる者として一言申し上げたいのですけれども。

済みません。その前に、この資料の6ページに、メディカルコントロール協議会における事後検証の状況ってあるんですけども、全都道府県あるんですけども、大阪府だけございませんので、私どもの大阪市の部分だけですけども、大阪市域のMCになりますけれども、事後検証数が1,494でございます。うち心肺停止の症例数が1,271、それから全心肺停止症例が2,392、大阪市域のMCだけの数字ですけども、一応、ご報告させていただきます。

それから、もとに戻りまして、現場を預かる人間としては、根本はやはり消防法になると思うんです。消防法の2条の第9項ですけども、これが我々の業務の、いわゆる憲法になるわけです。1つは、やはり患者さんを救急隊によって医療機関へ運ぶというのが1つの使命です。それから、これは追加されましたけれども、傷病者が医師の管理下に置かれるまで、緊急やむないと認める場合は応急手当をすると、この2つが我々の大きな使命だと思っています。

そんな中で、これを担保するような、医療機関へ搬送するというようなことであれば、救急の搬送の基準とか、あるいは医師の管理下に置かれるまでの応急の手当をするだとかいうのであれば、その基準、あるいはその検証をどうして

いくかというようなことも含めて、何らかの法制化が必要じゃないかなと考えております。

それがメディカルコントロール協議会となるのか、救急業務協議会となるのか分からないのですが、範囲が拡大しますと、救急業務協議会的な名前で起こしていけばどうかと思います。これはあくまでも行政の下部組織じゃなくて、独立した協議会だというふうなことで、現場の救急隊員の質を上げる、あるいは行為が正当かどうかというのも判断する、そして社会にこの協議会を通じて情報を提供していくというふうなことも必要じゃないかなと考えております。

以上です。

座 長 ありがとうございました。そのとおりだと思います。ぜひぜひ、そのようなところもノートしておいていただきたいと思います。ありがとうございました。

委員、どうぞ。

委 員 法制化の流れというのは、基本的には、私どももそのように流れるのが非常にありがたい方向だなというふうに思います。北海道の状況で言いますと、実は先般、医療計画の中の4疾病5事業の部分とは違う疾病での会があって、その中で話をしたときに、いろいろ議論をしている中で、搬送というものが議題になりまして、北海道を地域的に見ると、1医療圏で、医療圏というか、1つの医療機関が持っている圏域が四国全県よりも広い地域を持っているという状況で、こういう議論はいかなものかという話が出まして、私どももその中で、搬送していく医療機関もそうですけれども、搬送側もこういう状況の中できると、両方が疲弊してしまうのかなというような感じがしています。地域のために頑張ろうと思っても、やはり非常に難しい問題が出てくるものですから、そういう面に真っ向からやろうとすれば、法制化の中で議論していただいて、絡めていくことが我々にとっては非常に早い動きになっていけるのではないかなと思うものですから、ぜひ、この議論の中では、法制化という部分が、北海道のような非常に市域というよりも、市町村同士離れているところの中では非常にこの動き。平成13年に出た通知から、救命士を主体に、メディカルコントロールの強化が図られてはいるんですけども、なかなかそれが札幌を離れていくと、非常にそれも一緒になって薄くなっていくというのが現実な部分もありますので、ぜひ、この部分を、この議論をもっと進めていただければありがたいなと思います。

座 長 委員、ありがとうございます。北海道という、特殊な広い範囲をカバーしなければいけないというところからのご意見をいただきました。

委 員 今のような意見が出ると、お聞きしたいのですが、北海道の救対協は何をしているのでしょうか。

委 員 申しわけありません。その辺については、詳しく理解していません。

委 員 だから、行政的な救急業務に関する会議が何を機能しているかを議論しない

で、メディカルコントロールを行政の下に置けば何かがよくなるという議論はあまり単純過ぎると思うのです。

入りの問題、出口の問題が、救急で今、非常に大きな問題になっていますね。昨日、今日も話題をにぎわせています。これをどうするかということを使う。それから質の問題、こういうことを考える場合に、これは我々日本医師会を含めて、地域医療で声を上げているのは、予算を削って質を云々するというのは無理だということを申し上げているわけです。診療報酬改定では今回救急医療に手厚くしていただいたわけです。その分、ほかの医療の部分には泣いてもらったわけです。そういうことを中医協の場で、やむを得ずお認めしたのですが、その結果、何もよくなっていないとの評価です。ということは、医療、社会保障全般と言ってもいいですが、そのコストは質に見合う予算になっていない証左ではないかなと。こういうものを国民的に見ていただかないと、救急の行政の細かなところを整備すれば救急業務が日本中うまくいくというのは一種の幻想ではないかと思うのです。地区で今何が問題なのか、そういうことを議論する場も、それも医療をベースというか、メディカルな議論を集約する場というのも必要だと僕は思うんです。その上で議論しないと、さっきのような、事後検証云々のことだけで下部組織化すれば、地域医療の救急業務はうまくいくというのは、ちょっとロマンチック過ぎるのではないかなと思います。

座 長 この問題については、議論は尽きなくなってくるだろうと思いますので、このぐらいにさせていただきたいと思いますが。

委 員 今の委員のお話、よくわかるのですが、僕、1つだけわからないのは、法制化という問題と行政の下部組織化ということがイコールなのか、法的にきちんと位置づけられていて、行政とは別個の専門家集団として、きちんと意見を言うようなものを、きちんと法律でつくればいいのかというところがいま一つわからなくて、結局、法律でつくれば、監督官庁の下で言うこと聞かなきゃいけないものしかつくれないということが前提でよろしいのでしょうか。

座 長 それは先生ですか。

委 員 これは前回お話したことにつながるんですが、もう一つ、事後検証という問題と、いわゆる事故調と呼ばれている第三者機関の立ち上げの法制化と、これはある程度、やっぱり関連はせざるを得ないんです。救急の場合には、搬送業務プラス医療というところで非常に特殊性があるということを、この間も指摘させていただきましたけど、事故調の今の形を見ると、そういうところは考慮されず、医療機関内での事象について検証するということになっていますね。ただ、これが今のところ今回の国会でも提出されないということで、サスペンドになっています。となると、その入りのところの議論としてこちらだけ先に法制化すれば、これはフライングにもなるんじゃないかと危惧しています。最終的に、救急医療

にとっては、こういう姿が好ましいという形にしないと、救急の先生方は2回事
故調査を受けるような、一番悪い場合を考えればですよ、いろんなことが、まだ
想定されるわけです。そうなってしまったら、業務が苦しい、大変だと言ってい
るところで、もう一つ、また業務を増やすことになりますよね。そういうことを
含めて、これはやっぱり大人の議論をやっていく必要があると思うんです。

座 長 ありがとうございます。このぐらいに、そこはさせていただきたいと思いま
すが。

委 員 例えば、救急業務協議会としましても、別に法律で定めたからといいまして、
行政の下部組織になるということでは、すぐそういうふうを考えなくてもいいと
思うんです。協議会として独立した、法律では定められていますけれども、独立
した機関ってたくさんあるわけですから、むしろ独立した機関として物が言え
る、業務ができるというふうな協議会に僕はすべきだと思いますし、先ほど検証
だけの話がありましたけれども、再教育の問題。これは救急救命士の再教育だけ
じゃなくて、やはり救急隊員、250時間以上のいわゆる応急手当をやります救
急隊員の再教育のことも考えなきゃいかんでしょうし、あるいは医師の指示、指
導、その辺のところも考えていかなきゃならん。大きな範囲の業務になるんでは
ないかなと思っております。

座 長 ありがとうございます。どうぞ。

委 員 議論が大分大きくなってきたんですけれども、現場サイドからこの問題を考え
ていったときに、救急業務協議会の具体的なイメージというのが、まだ1つはつ
きりしない部分があるので、お互いとり方がいろいろあるものですから、いろん
な議論が出てくるのかなという感じがしました。

座 長 ごめんなさい。そのところは確かにあるんです。一番先に委員が、MC作業
部会で、今の3本柱のMCの協議会というのは、こういう役割だと。これからも
う少し広げてくるとこうなるぞという、あの資料があると、もっとわかりやすい
ですよ。今度、あれを資料としてつけていただくとありがたいと思いますね。

委 員 それともう一つ、仮に協議会を各都道府県で回していく。実際に回していくと
き、委員のいらっしゃる東京都とか、そういうところと、そうでない地方と、か
なり格差が出てくるのは、そのとおりだと思うんです。そうなったときに、扱っ
ている事案というのが、ほんとうに医学的な分野から地域医療体制全体までの議
論が当然出てくるはずですよ。そうなったとき、1つの協議会のメンバーで、
実際問題、うまく回っていくのかどうかというのが、なかなか難しい面が、技術
的な面があるのではないかなというような率直な感じがするんです。かなり医学的
な細かい議論から始まって、地域医療とは何かと、そういったところまで議論し
ていくとなってくると、実際、これを運用していくに当たっては、そのメンバー

だとか、内容とか、どういうことをやるのかと、きっちり整理していかないと、またことと同じような議論が都道府県版で出てくるのではないかと、そこをちょっと危惧するんですけどね。

座 長 ありがとうございます。
 どうぞ。

報告者 もともとMC協議会の議論の中から法律の話が多少入ってきたというのは、事
(消防機関 の流れとしては、私は理解しているんです。ただ、委員がおっしゃるように、M
と医療機 C協議会そのものの話を直に法律云々ということになると、何となく地域地域に
関の連携 よって行われているMCの景色が違うので、法律によって枠を決めると、あたかも
に関する もその役人に何かされるような、そういうふうな話になってくるのかもしれない
作業部会) ん。

以下、消 そもそも、この12ページの表で示されているのは、消防法という火消しの一
医報告者 部の救急隊が運ぶ話があって、強いて言えば運び屋ですよ。その運び屋のルー
 ルが、今や医療を担うというふうな話になっているわけですよ。だから、そうい
 う意味では、もともとの消防組織法というんですか、昭和23年だかにできた、
 あの市町村が面倒見ますよというふうな、基本的なフレームワークそのものが、
 もう既にそうっていないわけですよ。隣の町へ運ぶわけだし、隣の隣へ運ぶ
 わけで、北海道でいえば、四国の端から端まで運んでいると、今、話が合ったわ
 けですね。だから、そういう意味では、まずMC協議会の議論そのものを、どう
 いうふうに法的に位置づけるかという話は、確かに話としてはおもしろいと思
 いますし、それがうまくいくのであれば、きちんと組織的な継続性が保障されて、
 なおかつ、それを後ろから支えるお金の話がきちんとできるというのであれば、
 まさにそれは法的な形をとるいいことだと思います。なぜいいことかといえば、
 患者さんにとっていいことだから。だから、そういうふうな話はあるにしても、
 やはり地域地域の消防が分断されているような現状の組織のフレームワークそ
 のものをどういうふうにしていくかと。つまり警察だって、県警を超えると、多
 少何となく調子悪いという話がありますね。消防なんか、一部事務組合といた
 って、北海道の一部事務組合なんて、形だけ一部事務組合みたいなのところはい
 くつもありますよね。そうですね。だから、一部事務組合、昔の消防の地域だ
 けで救急車が走っていて、こっちからこっちに行かんという、そういうふうなと
 ころだってあるわけですよ。だから、そういう意味では、消防組織法と言うのが
 正しい名称かどうかわかりませんが、とにかく市町村消防を何とかすると、そ
 こら辺からきちっと積み上げて、それでもってMC体制へと論ずるのが良い
 と思います。僕はMC体制については、メディカルコントロールですので、医
 師または医療による統括体制というふうに訳するのが一番いいのではと心の中
 で思っています。去年の救急隊シンポジウムのときに聞いたら、まだいい日本語が

ないと言っていましたから、いい日本語がないということは、何を言っているかという、これはあちらこちらでやられることが、きちっとした日本語として表現できないということですよね。何で言っているかという、概念が決まっていないからです。概念が決まっていないから、いつまでたっても外国の言葉を使っているわけですよね。だから、そういうふうなときに、これを法律化しようという話は、ちょっと横に置いておいて、もっとベーシックな部分の法律のところを先にして、それからMCの話へ持っていくというような順番が多分いいのではないかなと思います。

座 長 ありがとうございます。先生のご意見、拝聴させていただいております。これもまた、なかなか難しいところがあります。

委員、どうぞ。

委 員 先生が都道府県消防か市町村消防かという話にちょっと触れちゃいましたので、現実と考えてみると、確かにおっしゃるように、救急業務というのは、我々も認識していますけれども、市町村という枠でおさまり切れないというのは十分わかっておりますし、一方で、間違っていたら訂正してほしいんですけど、医療というのは、どちらかというと都道府県というもので全体を統括しているような気がするんです。

委員がおっしゃったように、いろんな議論はしなければいけないわけで、それを私はあえて云々とやりませんが、特にMCの私は法制化に期待していることということを最後に言わせていただくのは、現実的に市町村というもので消防が成り立っているというメリットはあるわけです。それは言うなれば、特に救助だとか、こういったようなものを活動する場合についての戦略上考えた場合には、都道府県では、なかなか円滑な活動ができないという一面はあるんです。つまり消防が担っているいろんな業務の中の幾つかを考えてみると、市町村で合致するものと、しかし、それで始めた救急というのが、どうも市町村では合致しないという部分が出てきたわけで、その中で、このMCというのが、広く都道府県なり、場合によっては医療という全体の情勢の中で救急をどうしていくかということを経営していただくのは非常に私はメリットがあるし、もっと言うと、これはまた、今日は少し言い過ぎるかもしれませんが、市町村という枠で我々やっている消防というのは、なかなか都道府県とか、そういったものに対する接点というのが、やっぱりあるようではないわけです。そうしたときに、この会議というのが、それをすくい上げていくということも、大事なことはないかなと思います。そういった意味で、私はこの法制化というものに期待する部分があるということです。

座 長 ありがとうございます。

今日、まだお話を伺っていない先生方がおられると思いますので、委員、どう

ぞ。

委 員 1点だけ。今の市町村消防の話が、今、消防の広域化の話が進んでいる中で、圏域消防なんかがどんどん増えていきそうだという話があって、どこまで進んでいるのかとか、その辺のことを含めて、消防の組織が東京消防庁に近いようなものになっていくとすれば、多分、ちょっと議論がまた違うのかなと。その辺のことも含めて、もし何か次に議論、資料整理したり、先ほどの対策協議会とのかかわりとか、見えるような格好で説明していただけるとありがたいなと思います。

座 長 じゃあ、ここのところも、事務局、次回までに整理をしていただければと思います。ありがとうございます。

MC 報告者 最後にちょっと。

座 長 最後じゃありません。まだまだ、まだ大丈夫です。どうぞ。

MC 報告者 最後、この部会の作業部長としては、そもそも論のところを聞いていただきたく思います。12ページの図を見ていただいて、先ほど座長がおっしゃったように、真ん中に入っている線がどうなんだろうという点です。そもそもメディカルコントロールは、医師が医行為の一部を委託し、その行為をいわゆるコントロールすることから始まっているという原点を考えますと、その担い手が消防の組織の中にいる救急救命士、あるいは隊員であるため、あくまでも医療の質の保証をするという意味においては、この線が邪魔なんです。その線を挟んで救急隊員、あるいは救急救命士、そしてメディカルコントロールに係る医師たちが軸足をどこに置いて活動していいかわからないということがありますので、その辺のところを行政的な位置づけ、あるいは法的な位置づけで、この部分を明確にしていきたいと思いますというのが議論の発端であるということを、最後に申し添えておきたいと思います。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。先生のご意見、よくわかりました。ありがとうございます。

手が挙がっておりましたが、委員ですか。違いますか。いかがでしょうか。委員、何かありましたら、どうぞ。

委 員 私ども県の保健福祉部ということで、12ページの図で申しますと、右側の部分で、救急医療の体制整備を担当しております。

現在、茨城県におきましても、特に、2次の救急医療について問題になっておりまして、県としても、地域の救急医療体制の確保について、主に右側の体系のもとで、今、議論を進めているところでございます。

MC協議会については、当県の中でも、地域によって、活発なところ、そうないところは、ございますが、それぞれ救急の専門の先生方と、消防の方々がご努力いただいていると思っております。

今までのきょうのご議論、代理でございますので、これまでの議論を十分承知しておりませんが、実際に都道府県における救急の医療体制については、基本的に、右側の体系のもとで、これまで取り組まれてきております。これから、今のMC業務の発展として、搬送業務、病院前救護というところをよりよくしていく、そこに救急医療、もしくは救急の専門医とのかかわりがさらに必要であるということについては、まさにメディカルコントロール協議会、もしくは救急医療協議会の発展がとても期待される場所であると思います。しかしながら、先ほどもご指摘ございましたように、さらに議論を進めていくためには、新たな方向性の協議会などについて、具体的なイメージが、もう少し整理されることが望ましいと思いますので、その辺、事務局には、恐縮ですが、お願いしたいと思います。

座 長 確かに。ありがとうございます。

ここは大事なところですが、実は代理で来られる委員の先生方は、前のところが少しディスカッションがわからないところがありますので、その辺のところも少し我々工夫をこれからしていきますので、よろしくをお願いしたいと思います。

委員、手が挙がっています。どうぞ。

委 員 今までの議論と、ちょっと方向を変えたいのですが。

座 長 どうぞ。

委 員 世界医師会の会議に出てきますと、この間、WHOに行ってきました。グローバルヘルスという、世界的なボーダーを超えたヘルスマネジメントという概念に対立する概念としては、コミュニティヘルスなんですね。コミュニティヘルスの集合体が、だんだんグローバルなものになっていくということです。また、もう一つは、タスクシフトという概念があるんです。これをどういうふうな体系に組み上げるかというのは、各国で今、いろんな問題というか、問題提起が起きているんです。

日本も含む先進国医療業務分担の調整の話題になりますが、もう一つ、日本でも起きているような、もう医療のリソースが完全に足りないところは、別な職種の人にとどこまで分担するかしないかという議論を含めて、大きな世界中の話題なのです。

これは、答えはまだありませんので、情報提供ということで、タスクシフトという概念が非常に大きな 이슈 になってきているということだけご理解いただければと思います。

座 長 委員、具体的には、タスクシフトというと、違う領域の、焦点が違うところから連れてくるなり、そこに行って物事を行うということなのですか。

委 員 そういう意味ではなくて、さまざまな資格の方々に、どのぐらいの権限、業務が妥当であるかという意味です。

例えば、ドクターが全くいないところで死亡診断書をだれが書くという話とか、薬剤とか、いろいろなもの。だから救急業務も同じなのです。救命士と救急隊と、その間の持ち合いをどうするかというのは、まさに医療の一端をどうやって分担するかというタスクシフトの概念の中で考えていかなきゃいけないことなのだと思います。それはニーズと、それからリソースと、法令と、その中で考える話になると思います。

座 長 なるほど。ありがとうございます。

今日、まだお話を聞きしていない先生方、まだおられますが、委員、どうぞ。何かありましたら。よろしゅうございますか。

先生方、よろしゅうございますか。オブザーバーの先生方、よろしいですか。委員、よろしいですか。どうぞ。

委 員 私も何も建設的なことは申し上げられないのですが、やはり議論を聞いていますと、鶏が先か卵が先かみたいな部分がありまして、私もこういう幾つかの省庁にまたがるような会議に出ていますと、ほんとうに最終的に私たちメディアも、役割分担、ネットワーク、パートナーシップとかというのがキーワードになるんですね。じゃあ、それで何するのかというところが、結局、現場の方はそういうことを言われても、法的な裏づけがないと動けないとか、そういう話がほんとうに多いので、先ほど先生が言われたような、本来の法律の出発点と今の社会の違いというようなところが一番根源的な問題だとは思いますが、そこから議論をしていきますと、もう国民は待てないという状況だと思います。ですから、やはりここは、どうしたらいいか、どうやったら具体的に事が動いていけるのかというようなことを先に考えつつ、根源的なところの検討をしていくと、同時並行で異次元の議論を進める以外にはないという印象を、きょうの議論を聞いていても強く持ちます。

もうほんとうにいろんな問題が起こっていて、東京都できのう起こっていたことも、ほんとうにいろいろ考えさせられる、問題の所在が非常によくわかる事例だと思いましたので、ぜひ、今すぐできることと根源的なこととを同時に議論していただきたいと思います。

座 長 ありがとうございます。

他にいかがでございましょうか。このぐらいでよろしゅうございますか。あるいは事務局のほう、何か追加することがありましたら、よろしゅうございますか、皆さん。どうぞ。

消医報告者 メディカルコントロール協議会を救急業務協議会というふうに読みかえるというのは、これはどなたがどこで決めたのですか。

座 長 いやいや。これはもう既にMC作業部会の資料にも書いてありましたよね。この新しい、大きくなったときには、今のMCじゃなくて、何か協議会なり何なり

消医報告者

座 長

消医報告者

事務局

座長

事務局

消医報告者

事務局

座長

消医報告者

24

この点々の右側から真ん中の問題を議論するわけです。MC協議会は、左側から真ん中の問題を議論しているわけですね。だから、真ん中に問題があるんですよ。だから、そういうふうな真ん中を意識したような、そういうふうな。だから、救急医療対策協議会は、昔からある名前ですけども、MC協議会は最近できた名前ですから、ぜひ真ん中の一番大事なところに向かっていくような、そういう名前にしていただいたほうがいいと思います。ぜひ考えてください。

座 長 先生は何と言ったらいいと。

消医報告者 私は、だから医師による統括体制というふうに説明するのが一番いいよと言っているだけで、MC協議会をそのまま訳したことはないです。

座 長 わかりました。それは説明であって、何かいいネーミングがあるといいですね。このぐらいにしましょう。よろしいですか。

それでは、あと30分になってしまいましたので、他の、2つの作業部会のほうに移りたいと思います。消防機関と医療機関の連携に関する作業部会について、まず事務局からお願いしたいと思います。いやいや、それよりも、これは作業部会会長から行きましょう。

消医報告者 それでは、資料2についてです。資料は事務局の方がつくってくださいましたので、簡便にまとめられていると思います。

この消防と医療の連携に関する作業部会については、具体的に消防機関が患者さんを運ぶに当たり、なかなか円滑に運ぶことができないと。そういうふうな景色を、どういうふうに定量的に評価するかというようなことを含めて、ずっと議論してきました。その議論の最初の前段の部分で、これは委員もしばしば触れておられますけれども、最初の1ページの真ん中にありますように、問題の根本的な解決のためには、救急医療体制そのものが太くならないとどうにもならないだろうと、どんどんやせていってしまってはどうにもならないだろう。そんなことがあって、そういうようなことに関する強化策はどうしたらいいかというようなことの議論をしたものであります。そのために、2ページにありますように、救命救急センターに対する支援はどのようなものがあるのだろうかとか、2次救急医療機関に対する支援はどのようなものがあるのだろうかという議論であります。

あとは事務局から説明していただきたいと思うのですが、基本的に救急医療といった場合には、救命救急センターは確かに大事ではありますが、ほとんどの患者さんたちは2次救急医療機関に行くわけです。東京でいえば100台走ったとしても3台か4台が救命救急センターで、あとの90何台は2次医療機関に行っている。ですから、2次医療機関がきちっと元気でないと、3次救急医療のほうへ、沢山運んだとすると、3次救急医療もパンクして、すべてがパンクする。ですから、ぜひ2次救急医療機関において元気が出るような、そういうふう

なことがないと困るよねというようなことで、この２ページの下にありますように、公立の医療機関が大きな役割を担っている、その地域においては、こういうようなことがあるだろうし、民間が一生懸命やっているようなところについては、役割についてどうあるべきかというふうなことについての議論がございました。

４ページ以降はたくさんの資料がありますが、ここら辺の資料を見ながらの話は事務局に補足していただきたいと思います。お願いします。

座 長 わかりました。事務局よろしくお願いします。

事務局 我々のもともとの問題意識というか、考え方の、この資料の５ページにございますが、救急隊から見たパートナーである医療機関の受け入れが難しいという理由にどういうものがあるのかということを調べた中で、手術中・患者対応中、ベッド満床というのは、ある意味で人の体制が不足している、あるいはベッドに問題があるということであるとすれば、それに対するいろいろな措置、いろいろなものがあると思います。診療報酬の話もあると思いますし、行政からの公的な支援のツールの話もあると思いますが、そこを考えなければ問題解決につながらないということでございます。そこを何とかいい方策が見出せないかと。

その中で、７ページにございますが、行政的な補助金なりの関係でいきますと、これは分権改革の中で、三位一体改革ということで、従来、国のほうで持っておりました運営補助がかなりあったわけですがけれども、順次一般財源化されて、地方の歳出で対応するというのを地方財政措置でやることになっておるわけですがけれども、その分野でいきますと、私ども消防庁ですが、同じ総務省の中で自治財政局というところもありまして、そこが所管しておりますので、我々のほうからその現場の実態を踏まえて、いい提案ができれば、こちらの問題も解決につながるものがあれば非常にいいのではないかとということでございます。

作業部会のご議論では、現在の地方財政措置の状況の９ページなんかにあるんですがけれども、交付税の中で、３次の救命センターであるとか国立病院に対して、一定の算定指数があるわけですがけれども、これが実態に即して妥当な水準であるのかどうかということでもありますとか、あるいは２次の民間病院において、市町村、地方団体から定額で補助を出すとかいうこともかなり多いわけですがけれども、実際の受け入れ実態はどうなのかと、みんな同じように受け入れているのかということもございます。この資料でいきますと１７ページになりますけれども、ある県におきます２次救急の常勤医師１人当たりの受け入れ人員というものも、かなりばらつきがあるという状況の中で、一律の財政的な措置が妥当なのか、ある程度、このあたりを考慮した手法が必要なのかということも委員の中からご指摘がありましたので、私ども、資料を用意させていただいて、ご議論いただきました。

これは総務省として答えが出せる範囲は、地方団体が救急医療機関に対して財政的な形で支援しているものについての国としての交付税等の地方財政措置ということになると思いますけれども、ご議論いただいた結果を、今、庁内で自治財政局のほうに我々としても要望しているところでして、こういった前向きの支援等にも救急現場のご意見をしっかり反映させていくような取り組みについても進めていきたいと思っております。

以上でございます。

座 長 ありがとうございます。

委員、どうぞ。

委 員 先ほど、ちょっと耳に痛い話も言っているんだというお許しをいただいたような気がするのですが、あえて質問したいのですが、7ページ。

この行財政改革によって……。

座 長 すいません。それでは、もうフリーディスカッションが始まったということでよろしゅうございますね。どうぞ。

委 員 いいですか。すいません。

こういうふうになりましたというご説明はわかるんです。問題は、これが国民にとっていい方向なのかどうなのかということが、改革という目標が達成されたということは書いてありますけど、それによって何が起きたかという検証がないと別の方向に行ってしまう。

それで、例えば、一般財源化したことによって、地域において、救急の担い手に、財政措置として十二分な手当として、ここに書いてある最初の14年度、15年度以上の予算が支給されているということは言えるのでしょうか。僕の聞いている話はその逆で、地方自治体もそれぞれ苦しいので、ちょっと減額してみたとか、そういう悲鳴のような話がいっぱい聞こえてきていて、国民のニーズというのは対応されないことになるのではないかと思いますので、ちょっとお聞きします。

座 長 ちょっと待ってください。この質問に、事務局が答えられるのかどうか、ちょっとわかりませんが、よろしいですか。

事務局 資料の11ページにございますが、我々、実際、財政制度の変更は、どういう地方の現場に影響があるのかというのを押さえないといけない。これはいろんな各方面からご指摘いただいているところですが、今回、要するに、地方公共団体が救急医療機関に対してどういう、公立病院に対する繰出金とか、民間病院に対する補助金とか含めてですけれども、推移なのかということで調べましたら、ここのあたりは、地方団体苦しい中でも、救急医療については、少なくともカットしたりという対応は行っていないと。むしろ、若干ではありますけれども、微増という形で確保されているという実態があるということは申し上げたいと

思います。

ただ、中身的に、市町村、県のそれぞれのちょっと細かい話になりますけれども、補助金が国の方から市町村に移管したことによっての影響部分というのはあるようですので、そこはしっかり地方財政措置の中でカバーしていくということが必要ですので、我々はそこを頑張っていきたいということでございます。

委 員 13ページを見ると、公立病院には増加したと、民間病院に対しては減少したというデータがありますね。

委 員 17年以前がないと、まだ言えない。一般財源化したらどうなったかということだから、一般財源化した後の動きだけをいくら見ても意味ないんで、一般財源化の14年、15年からどうなったかというデータがこれになかったら、これは全然、今の話です。

事務局 そこは、できればそこまできっちり調べるというのが。

委 員 いやいや、きっちり調べなくても、1つの点でいいですよ。17年以前の。少なくとも。

委 員 よろしいですか。やはり一般財源化による影響を見るというところが結構大事だと思うので、この中で唯一で数字が出ているのは、おそらく17年から18年にかけて救命救急センターが公立分を一般財源化としたことで、25億円ほどが一般財源化されたと。それに対して15ページの地方公共団体のところで、例えば、この3次というところが確かに17年から18年にかけて地方の分担分が増えているとは思いますが、これが、要するに、総額として地方に一般財源化したらやせ細っていないかどうかは、そういうことを、きっと見ないといけないのではないかと思います。

事務局 一般財源化前後の数字は、私どもの今回の調査は、これもかなり膨大なもので間に合わなかったのですが、厚生労働省さんが、たしかその前後をとらえていたと思いますけれども、ほとんど変更がないというか、一般財源化で減ったということは言えないのではないかなというものはございます。もし、ただけなのであれば、次回以降、いただければと思いますけれども。

委 員 地方自治体にいた立場から申し上げますと、一般財源化されたということは、地方公共団体の自由意思で物ができるということになるわけで、これは突き詰めるところは、各都道府県、あるいは市町村の救急医療に対するプライオリティーがどれぐらいだと、こういう議論になってくるわけなんです。もちろん、財政難だとか、そういうのはあるわけですが、その中で、一般財源化された分とそうでないのと比較して、補助金額が減ったからといって、それがどういうことかということ、結局、その自治体が、そこに対してプライオリティーをどういうふうに見たかということにつながってくるんで、その辺、別な言い方をすると、ちょっと正面切った議論にはなりませんけれども、やっぱりこういう救急医療とい

うのは非常に大切だと。委員が言うように、国民の生命、財産を守る基本的な部分だということを首長さんたちに理解させ、プライオリティーを高めるような施策というのをバックアップしていくことをあわせて考えないと、補助金が多いか少ないかという議論だけではなかなか難しいのかなと、背景がそこにあるものですから、そんな感じがしました。

座 長 ありがとうございます。

ただ、この作業部会の中で、そこまで踏み込んでやっていったほうがいいのかどうかというのは、これまた難しい問題で。

消医報告者 手練手管だけ議論している話は手練手管としてはおもしろいんです。ただ、本質論的なものを議論しないと、手練手管は終始ずっと手練手管なんですよ。ですから本質的な議論もするんですよ。

座 長 だから、こういうのをしなきゃいけない。いや、こういうのをすると、先生、厚生労働省の医政局のmatterじゃないですか。

消医報告者 だから、そういうことを言っているから、いつまでたっても整わない、先生。座長がそれじゃ、どうにもならないですよ。

座 長 違います。答える人が、ここにいなきゃいけないので言っているんです。

消医報告者 いや、いなくても問題を提起するのは、先生、座長の仕事ですよ。

座 長 わかりました。そこのところはわかりましたけれども、それは答えが出ないで終わりますよ。

消医報告者 座長、何だって答えが出るなんて最初から思うほうがおかしいんです、こんなものは。お金がなきゃ、どうにもならないことだって、いくらだってあるわけですよ。

座 長 分かりました。どうぞ。言ってください。

消医報告者 だから、場合によっては、先生、消費税の話をしたっていいですよ。解決策の1つとして。そうでしょう。だって、事の本質は本質として存在するらしいから。だから、もし逆に言えば、さっき先生、僕、真ん中の点々と言いましたが、今の厚生省じゃだめだと思えば、違う省庁に移してもいいんですよ、こんなものは。だって、そのほうが国民のためになると思えば、そういうふう言う。それはマスメディアの仕事かもしれません。そこに時事通信社と読売新聞社がいらっしゃいますけれども、一体マスメディアは何をしているのかということにもなる。国民が今、困っているんですよ。だから本質的な議論をしようとしているのに、何かおかしいですか。

座 長 いやいや、おかしくはないけれども。

消医報告者 答えが出なきゃおかしいのですか、先生。年次年次で答えが出なきゃいけないなんて、そんな話じゃないでしょう。次の世代、また次の世代に何を残すかっていうことを、僕らはどうしてまじめに議論できないんですか。

座 長 いやいや、その議論というのはとても大事なんですけれども、この連携のところでこれが出てきて、これですっと行くわけにはいかないんですよ。

消医報告者 もちろん言っていないません。だから、この間の話をここに出しているだけです。

座 長 わかりました。

委員、どうぞ。

委 員 ここで何を言うのか、ちょっとあれなんですけど。ずっと、この委員会の中で、こういう議論になってきたのは、私は個人的に、問題にきちんと向き合うべきですし、まさに先生がおっしゃるように、これから長期的に私たちがどこに向かわなきゃいけないかということだと思いますし、委員がおっしゃるように、逆に資格者の問題だけじゃなくて、いろいろ広くどうやっていくかとか、私も何度か申し上げているバイスタンダーの問題とかも含めて、国民とともに、どうやって救えるやつを増やしていくかということを取り組まなきゃいけないわけで、その中に消防機関と連携をどうするかというのは、ここまで視野に入れておく。それをここにこういう問題があるとか、こういうことについても、きちんと長期的に見据えていかなきゃいけないということは、やはり言っていかなきゃいけないことだと思いますが、現実的に、それを一個一個どうしていくかという話とは多分別ですし、それから、ここに一般財源化しても減っていないというのは、ある意味でも厳しい中で、一定の理解は得られているのだらうと思ったほうがいいのかなと思うんですが、多分、また、今朝の新聞じゃないですけども、こういうような問題が一個一個出てくると、多分、また自治体がやらなきゃいけない。だから、そこに向けて、手練手管とおっしゃるかもしれないですけど、こういうやり方がある、こういうやり方がある、こういうやり方があるというようなことの具体的ないろんな、多分、MCが多様にあるように、こういう連携のあり方も多様にあるんだと思うので、そういうのを、やっぱり先ほど先生がおっしゃったように、元気になる。こういうやり方をすると、こういう元気になるんだぞみたいなことを示していただく、具体的な、多分、それが委員がおっしゃる、すぐ役に立つようなことじゃないかと思いますから、そんなのも、ぜひ、本質論は絶対長期的に見ておかなきゃいけないことなんですけれども、示していただけると、今すぐと言うとおかしいですけど、比較的、わりとすぐにできることがあるじゃないかとかいうふうに言って元気になるのかな。

多分、一個一個の現場の工夫というのは、それを聞けば、なるほどということがあり得ると思うので、ぜひ、そういうようなものが集まってきて報告になっていただけるとうれしいなと、個人的には思っております。

座 長 ありがとうございます。

委員、何か追加ありましたら、これで最後にさせていただきたいと思います。

委 員 これもまさに先ほど申し上げたのとは、また別の次元で、本質的なことと、何

をするかということと同時に議論しないといけないということでもあると思いますけれども、国民から見ましたら、結局、生まれた場所によって助かる助からないが分かれるとか、そういうことが非常に不平等感みたいなものに通じるんだと思います。ですから、やはり全国、国として論じることと、それから地方として論じることというのは当然違っていいんだと思いますけれども、そこで提供されるものの質が違わないものであるということが必要なわけで、長期的には、やはり広域的というんでしょうか、地域での議論をしていく必要があるんだと思います。ですけども、非常に問題になってきているのは、地域によって力も財力も違うという、そこに考慮した結果として、一緒になるような方向を、やはり急いでいかないといけない。

私たちもいろいろなことで議論している中で、明らかに改革によって、医療及びこういった救急などのセーフティーネットの部分に対するお金が決定的に足りなくなったということは、これはだれも否定する人は、もう今はいないと思います。ですけども、だからといって、増やせばどうにかなるという話ではないということも片側にはありまして、きちんとすべきことをせずにお金だけ増やしても、結果は変わらないということも明記しないといけないという、そういうことだと思います。

座 長 ありがとうございます。

地域地域、地方地方によって、救急医療をどのぐらいの重点項目にしているのかというところで、一般財源化で随分変わってくるというのが、今おわかりのとおりでございます。読売新聞で、今、医療のキャンペーンしておられるのですから、特に救急医療は大事なんだというのを、ぜひぜひお願いできればありがたいと思います。

委 員 数字の確認ですけど。先ほどの論点ですけども、7ページで見ていただいて、救命救急センターへの国庫補助金が、17年度が55億5,000万、それから18年度が29億9,300万で、一般財源化によって減ったのが25億5,700万だと思います。25億ですよ。100万単位ですから、それでよろしいですね。

それに対して、14ページを見ていただいて、14ページの左側が3次医療機関に対する地方公共団体からの繰出金・補助金の支出状況で、17年度の縦を全部足しますと、国と一緒にやっていたときは365億1,400万、18年度が、地方公共団体に移管された後が372億4,900万で、確かに7億3,500万増えているんですけども、国から25億5,000万減って、地方公共団体から7億増えたということは、正味18億が救急医療のプライオリティーを落として、別のことに地方公共団体がお金を回したというふうに、ここからは読み取れるんですけども、その理解でよろしいでしょうか。

事務局 それは違います。この１４ページは、国庫補助金財源も含めた最終的な歳出ベースなので、国が減らしても、むしろ地方は手厚くということになります。

座 長 そのぐらいでよろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、トリアージ作業部会から、作業部会長お願いいたします。

報告者 資料３にお示しさせていただいたのは、トリアージ作業部会からの報告の中の
(トリアージ作業部会)以下、トリアージ報告者 １つで、１１月に施行予定の実施検証における通信指令員のマニュアルでございます。

トリアージ作業部会では、実際にトリアージを行うための現場での体制をどうしたらいいかということと、それから、このトリアージの制度に関する検証、それから法的問題という３本柱で検討してございますけれども、その中での、これは１１月の検証についてです。

平成１８年ですかね。２年前に１度、同じようなことをやっているんですけども、当時、十分な準備をせずに、各消防本部に突然やっていただいたというような経緯がございましたので、今回はより各消防本部に詳細な、特に通信指令と救急の方に、この中の趣旨を十分説明するということで、私も事前に、札幌、仙台、川崎、それぞれの消防本部とメディカルコントロール協議会のほうにお邪魔させていただいて、そこでいろいろ内容を詰めた上で、さらに表現があいまいで誤解を招くようなところは全部修正をして、今この最終版になっております。

１１月、１カ月間、４消防本部、それに京都を加えた４消防本部でデータをとらせていただいて、主として一番見たいのは、先ほどのＰＡ連携の効果ということもございましたけれども、心停止、あるいは重篤な症例に関して、必ずしも指令段階でそれを認知していないことが今まで多いというようなこともございますので、それをまず、どのぐらい出るかということ、それを中心にして検証していく予定でございます。

実際、運用体制に関しては、今日、資料はございませんけれども、既に１０月１日から、横浜市で、特区で運用が始まっておりますし、それ以外に、そのような２名乗車の救急隊というようなものが運用できない従来のところでも、やはり、特に都市部では、出払っているときには、心停止等の非常に重症の患者が発生したときだけのために１台取っておくというふうな体制で運用すると、一体どのようなことになるかというようなシミュレーションをして、実際、シミュレーションの中で、今後、より計算を進めて、そういうような体制をすることによって、最終的に心停止の方が、何人救える命が増えるかというようなことを試算しようということで、今現在、作業を進めております。

以上です。

座 長 ありがとうございます。

これはもう11月からパイロットプロジェクトが始まるわけでございますので、今から確認というわけにはいかないかもしれませんが、どうぞ、委員の先生方、何かここはこういうふうにしたらどうかというご意見がありましたら、事務局なり作業部会長に伝えてください。

手が挙がっています。委員、どうぞ。

委員 作業部会会長のお話でPA連携という言葉が出てきたので、それから、きょう、私もせっかく出てきたので、議事録に残すために一言だけ申し上げます。

今の話と直接の件ではなくなるかもしれませんが、資料1の13ページのところへ戻っていただいて、できることから1つずつ解決していこうという趣旨で申し上げます。このファーストレスポンスによる救命率の向上、PA連携に関する記述の中で、この2つ目の丸の部分ですけれども、ポンプ車に乗っている救急隊員ですね。救急科講習修了者等が行ってみて、応急処置をやっているかどうかについて、救急業務として法的に位置づけられていないじゃないかという議論があり得るという話ですが、私も法学部にいて、しかし、私が法律を代表するわけではないですけれども、普通に考えて、消防法第2条第9項の「救急隊によって」というのに、ポンプ車で行ったから救急隊ではないという形式的な理解をする法律家がいるとはとても思えない。これは法解釈としても大丈夫ですよと、救急業務として位置づけられているというふうに、少なくとも私は考えるということを議事録に残しておきたいと思います。せっかく来たので。

座長 そのとおりですね。これはPAの生みの親であります委員、何かありましたら。
委員 大変ありがとうございます。大いに、またうちに帰って、先生の言葉をそのままお伝えさせていただきたいというぐらいでありますけれども。

現実的に、現場では質だけは確保しているんです。現実には、おかげさまで救命士も数が増えまして、一定の労務管理という問題もあるので、ある基準で乗りかえをさせたりなんかしていますと、必然的に、その方たちは、そこで休むのではなくて、現実的にはポンプ車というのに乗りまして、任務として、救急車が遠いところから行くような場合に、特に心肺停止の患者さんなんかについては、このポンプ車を先に出して応急手当をさせるといのが、今の作戦なんです。そのときに、救急業務云々という問題をちょっと置くとしても、現場としては、これは多分、大阪も札幌もそうだと思うんですが、基本的に、やることというものに対して責任を持たなきゃいけないので、まがいのにやれるというのではなくて、やれるということを前提にしてやらせていると。つまり、そういうような教育をして、実務的にも確保している人をやらせているというのが現状だということを申し添えさせていただきます。

座長 どうぞ。

事務局 その点で、この条文2条のところだけ持ってきましたので、何かあれなんです

けど。

今の消防法の体系、救急業務のところ、35条の何とかがあってあるんですけども、基本的に消防全体なんですけど、隊を中心に規定していると。救急隊はちゃんとした設備を持った救急車1台と隊員3人ということになっているんですけども、そこと連動して体系ができていますので、隊がベースになって消防法の規定がなっているということです。

委員おっしゃったように、リーガルマインドをもって解釈すれば、それは救急隊じゃないかということだと思えるんですけども、思想はそういうことで、世の中が変わってきたんで、そうやって読むべきだと思いますが、現状では、直接読むのは難しいかなということですので、そこはきっちり、現実に追っていききたいということです。

座 長 ありがとうございます。

これは、私の理解では、ポンプ車が火事でないのに、そんなものキンキン鳴らして行っちゃいけないと言っているのではないんですか。緊急自動車が、ポンプ車が出るときは火事じゃないと緊急にはできないんで、そこに隘路があると言っているのではないですか。

事務局 緊急走行の話と、またその問題もありまして、そこも道交法との関係であるんですけども。

座 長 だから、この人ではいいんだけど、ポンプ車が、火事でないのに、緊急走行で行くなよと言っているのかと思っておりましたが。

どうぞ、作業部会会長。

トリアージ
報告者 おそらく、行政の中の位置づけで、先ほどの緊急自動車の話も、病院の持っている救急自動車ですね。人が乗る予定のないベッドを中に入れておかないと、いわゆる救急車として認可されないんで、医者が現場に駆けつけるための車なんですけど、形式的に人の乗るスペースをつくっているというふうな、そうするようなところが、やはりまだあるということで、人を運ぶ施設がなくても、現場に駆けつけて、そこで応急手当するんだということは、これはもう救急業務そのものなので、これをきちっと。ですから、今までの内閣法制局とか、今までの条文解釈ではなくて、それも救急業務にしてあげないと、いくらPA連携やっても、年間のいわゆる救急業務何件やったという統計にも入ってこないというようでは、士気にかかわるのではないかなと思うので、ぜひ、そういうふうにしていただければと思います。

消医報告者 統計とっていますよね。

座 長 とっています。

トリアージ
報告者 ただ、救急業務には入れていない。

消医報告者

そのページに載っているよね。救急業務のページ。

委 員

新しい質問が集中したので、よろしいですか。

座 長

これを最後の質問にさせていただきたいと思います。どうぞ。

委 員

まず、現場ですから、これは国の方とは関係なくしゃべりますけれども。

警視庁に相談すると、やっぱり今、作業部会長が言ったように、ポンプ車で救急業務をやってはいけないと言うんですよ。それはもう事実です。けども、これはやっぱり現場のところの解釈として、いや、救助業務をやっているんだと。要するに、人を助けに行くんだというようなところで折り合いをとっているということが現実にあるということだけ申し添えます。

それから、先ほど作業部会長がおっしゃったように、確かにそういうようなベースで積み上げてくると、ポンプ車でやっている活動って救助活動なのっていう部分が、まだまだあるんです。そういう認識で行っちゃったもので。しかしながら、統計的には、我々としては、これは心肺蘇生の蘇生率の問題なんかもありますので、きちんと統計はとらせていただいて、分析はさせていただいているし、必要な教育とか資機材なんかについても、ほぼ救急車に近いぐらいにですね。今、多分そうですよね。ほかのところも。そのぐらいのような配置は、今、着々と進めている。これは現場の話です。終わりです。

座 長

このぐらいで、委員、よろしゅうございますか。

ほかに、作業部会長の、ぜひぜひ、まだ少し確認をいただいて、何かありましたら、どうぞ、作業部会長、あるいは事務局のほうにお願いしたいと思います。それはよろしゅうございますね。少しぐらいは大丈夫ですね。ありがとうございます。

全体を通じていかがでございましょうか。

ないようでございます。

今日はほんとうにありがとうございました。事務局のほうにお返ししたいと思います。

事務局

本日も非常に活発なご意見、ご審議をいただき、ほんとうにありがとうございました。非常に広い話から、非常に現場に即した話から。ただ、現場でも、今、答えがあるようでないと申しますか、どこに運ばれたか、どこに運ばれなかったか、どうしてこの処置がされたのか、されなかったのか、そういったところには近々に答えていかないといけないのではないかなということを、行政担当者として感じながら、全体の広いご議論を伺っております。

次回、第4回の検討会につきましては、先日、日程調整させていただきましたが、11月28日、金曜日に予定しております。詳細につきましては、またメール等でお知らせしたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

以上で第3回救急業務高度化推進検討会を終了いたします。本日もありがとう

座 長 ございました。
 ありがとうございました。

— 了 —