第３回消防機関と医療機関の連携に関する作業部会議事録

Ⅰ　日　時　　**平成２０年１０月６日(月)　１４時００分～１６時００分**

Ⅱ　場　所　　**三番町共用会議所　大会議室**

Ⅲ　出席者　　**相澤委員、浅見委員、有賀委員、石友委員、伊藤（博）委員、伊藤（裕）委員（代　金森氏）、岡村委員（代　渡邉氏）、安田委員、渡邉委員**
オブザーバー田邉氏

Ⅳ　次　第
１　開会
２　挨拶
３　議事
(1)　救急医療機関に対する支援のあり方について
(2)　その他
４　閉会

Ⅴ　会議経過

事務局　それでは、定刻となりましたので、ただいまから第３回消防機関と医療機関の連携に関する作業部会を開催いたします。本日、司会は救急企画室、溝口で対応させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは議事の進行につきまして、座長、どうぞよろしくお願いいたします。

座　長　お忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。早速、第３回ですか……、第２回の添付の議事録は、もうフィックスしたものなのですね。

事務局　フィックスといいますか、委員方に一度ご確認のご連絡はさせていただいておりますが、何かこちらの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っています。

座　長　ありがとうございます。ということで、今日は第３回の消防機関と医療機関の連携に関する作業部会ということで、議事については、支援のあり方とその他と２つあるようです。最初に資料の確認等をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

事務局　では、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。議事次第が１枚、そして席次表が１枚ございます。それを除きまして配付資料という形で、３セットご準備をさせていただいております。横のものになりますが、配付資料名は「救急医療機関に対する支援のあり方について」となっております。

資料１、平成２０度第３回消防機関と医療機関の連携に関する作業部会資料ということでございます。

そして資料２は前回も配付させていただいたものになりますが、平成２０年度医療提供体制推進事業費補助金交付要綱（抜粋）という形で、厚生労働省より資料をご提供いただいております。

そして、添付でございます。こちらの添付は先ほど有賀座長のほうよりもございましたが、第２回の作業部会の議事録になります。本日の参考にしていただくとともに、事務局の事実誤認等ございましたら、今週中にご連絡をお願いしたいと思います。

以上、資料といたしましては資料１と２、そして添付という３セットになっております。不足がございましたら、この時点で事務局のほうにお申しつけいただければと思います。なお、取材の方もいらっしゃっておりますが、撮影はここまでとさせていただきますので、ご了承ください。

以上でございます。座長、よろしくお願いいたします。

座　長　では早速、資料に従って議事に入りたいと思います。今日の議事は専ら資料１の救急医療機関に対する支援のあり方となるようです。これは資料の中でも説明くださるとは思いますが、消防機関と医療機関の連携というテーマで、去年、今年と議論をして来ました。しかし、私たちの地面というのですか、家を建てようと思っても、地盤が緩んでいたのではいつまでたってもピサの斜塔がずっと傾くという話があって、経済的にかなり厳しい中でどう議論をするのだという、今年よりも去年のほうが厳しかったような気もしますけれども、そのような議論がございました。それを受けての総務省消防庁からのご報告等になるとは思いますが、よろしくご説明ください。その後に、この件についていろいろディスカッションがあればと思いますので、よろしくお願いします。

事務局　それでは事務局より説明をさせていただきます。お手元に資料１をご準備ください。１枚おめくりいただきまして、ページ１でございます。救急医療機関に対する支援のあり方について（検討の背景）でございます。１つ目のポツより、昨年度の当作業部会中間報告におきまして、円滑な救急搬送・受け入れ医療体制を確保するということで、ご議論をいただいてきたわけでございますが、早急に講ずるべき対策ということで、昨年３つ例を挙げておりますけれども、救急医療情報システムの改善、救急患者受け入れコーディネーターの配置、救急搬送に関する検証・協議の場の設置といった早急に講ずるべき対策ということをご提言いただいております。そして、これにどう対応していくかというのがこれまでの流れだったと認識しております。

一方で、昨年度の中間報告の中には、それだけではなく、問題の根本的な解決のためには、救急医療体制の充実・強化、救急医療に携わる医師の勤務条件等の

改善といったことも、今後の検討課題として指摘したいということが明文化されておりました。

そして、最後のポツでございますけれども、今年度、当作業部会において救急搬送における医療機関の受け入れ状況に関する詳細調査を実施する予定。このことについてこれまでご議論いただいたわけでございますけれども、実際に調査を行った、そしてその調査結果を今後の対策に生かすことを考えるに当たっては、そのツールとしても救急医療機関に対する財政的な支援のあり方を検討しておく必要があるのではないかというのが、検討の背景でございます。

２ページ目をお願いいたします。２ページ目と３ページ目が本日ご議論をいただく中での、最終的にここに載っている、文言化しておりますものをご検討いただく、ブラッシュアップしていただくという形になろうかと思っております。救急医療機関に対する具体的な支援のあり方ということで題しまして、３次救急医療機関と２次救急医療機関という２つに分けて、記載をさせていただいております。

１つ目、３次救急医療機関、いわゆる救命救急センターに該当いたしますが、そこに対する支援ということでございます。昨年度消防庁で実施いたしました救急搬送における医療機関の受け入れ状況等実態調査におきまして、３次救急医療機関の受け入れに至らなかった主な理由は、ベッド満床や手術中・患者対応中ということが、データで明らかになったところでございます。この点につきましては、後ほどご説明をさせていただきたいと思います。

３次救急医療機関につきましては、救急患者を受け入れるために、ベッドやスタッフを常に一定水準以上確保する必要がございます。そのための経費が追加的に必要となるということで、これらの経費につきましては診療報酬の算定上できる限り考慮することが望まれるところですけれども、消防側から見ると診療報酬上きちんと算定されていることが望まれるわけですが、一方で３次救急医療機関の実際の収支差額に対応した支援もまた、考慮することが必要ではないか。実際どの程度の収支差が発生しているのかということにつきましても、後ほど追加的にご説明をさせていただきたいと思います。

そして２つ目は、２次救急医療機関ということでまとめております。（１）２次救急医療において公立医療機関は大きな役割を担っており、地方公共団体が公立２次救急医療機関について支出している繰出金額の水準に対応しまして、地方財政措置について検討することとしてはどうか。この詳細な説明につきましても、後ほどさせていただきたいと思います。

（２）民間の救急医療機関数は、公立の救急医療機関数を大きく上回っている。これは数の上でということになります。機能ということではなく、あくまで数の上でございます。その役割に応じた支援ということも、公立だけではなく民間に

ついてもどう考えるべきかを課題として挙げております。

おめくりいただきまして、（３）２次救急医療機関については、救急患者の受け入れ実績等にかなりのばらつきがあり、公平の観点からもそうした実績等に応じた支援内容とすることが受け入れ体制の強化につながるという意見もあり、これをどう考えるかということでございます。頑張っているところに非常につけるという話なのか、それとも、あけておくのが大事なのだという話なのか。その辺はいろいろな議論があるのではないかということでの課題設定でございます。委員方よりご指摘をいただければと思っております。

では、次のページより、今の内容を補足する意味でも資料を提示しておりますので、説明させていただきたいと思います。

４ページ目から６ページ目は、救急医療体系の全体像ということでございます。４ページ目ですが、救急医療体系図、救命救急センターが、平成２０年７月１日現在という形で、２１０カ所ございます。これは右のほうに説明がございますが、重篤な救急患者を２４時間体制で受け入れることになっております。

そして真ん中の欄に２次救急医療ということになっておりますが、入院を要する救急医療という形で、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるということで、入院治療を必要とする重症救急患者さんに対応するということで、病院群輪番制病院ということでは３,１４３カ所、共同利用型病院ということでは１０カ所が挙げられていることになります。

そしていわゆる開業医さんたちが該当する部分ということにもなりますけれども、初期救急医療というもの、この３層構造によって救急医療が体系づけられていることになります。これは消防ということではなく、医療計画といった医療法の世界に基づいた中で、医療計画の中でこういう体制組みがなされているということになります。

そして５ページ目をお願いいたします。先ほど説明をさせていただきましたが、消防庁で昨年分につきまして調査をいたしました救急搬送における医療機関の受け入れ状況等実態調査の結果でございます。一番下の表、２次以下をごらんいただければと思いますが、２次以下のところは処置困難が３９.０％、そして３次をごらんいただきますと、ベッド満床が３７.８％、そして手術中・患者対応中が３４.５％という割合で出てまいります。

これをまとめたのが中段の右の表になりますが、それぞれ３次と２次では、患者さんを仮に今受けとれませんということで断るにしても、断る理由が違うことが明らかになったところです。２次以下の医療機関では、全くうちでは処置が困難ですということでお断りしている例が、調査の中では４割近くあり、そして３次医療機関においてはベッド満床、手術中・患者対応中、押しなべてみますと、患者さんに応対しているところなので対応できないということがそれぞれ３割

から４割近くを占めたという結果が出たところでございます。

そして６ページ目でございます。開設者別の救急医療機関数です。こちらは厚生労働省の平成１７年医療施設調査になります。３年おきの全数調査で、現在は平成２０年を調査中ということで若干古いものにはなりますので、３次救急のところは１８８しかカウントが挙がっておりませんけれども、公表されている中では一番新しい大型調査年ということになります。

この大型調査年の医療施設調査を見ていきますと、それぞれ開設者別という値が出てきます。開設者別に見たものの表を一覧にしておりますが、表が２段に分かれておりまして、２段目のほうをごらんいただければと思いますけれども、都道府県立、そして市町村立を抜き書きしております。都道府県プラス市町村立というもの、表の一番下をごらんいただければと思いますが、いわゆる自治体立に当たるかと思います。

この部分をごらんいただければと思いますけれども、３次救急のところをごらんいただきますと、３次救急が平成１７年時点では１８８あった。そのうち７３、約４割をこの自治体立が占めている。そして一番右にいきまして、救急告示というくくりでいきますと、大体２割近くが自治体立の医療機関が占めているということになります。２割ということになりますと非常に大きな値になりますが、その一方で、８割近くは、逆に自治体立ではない医療機関で対応をしていることになります。この辺は３次、２次、初期、総数の値、そして医療機関上の位置づけとまた別に救急告示という告示ベースのところがございますが、それぞれでどういった開設者がどういった割合でいるのかということを、認識いただくためにこの資料を提示させていただいております。この辺、自治体か民間かということにつきましては、後の財政支援の資料のほうとリンクしてまいりますので、こういう形で表を作成させていただいております。

そして７ページ目をお願いいたします。ここから、実際の財政支援の状況を７ページ、８ページ、９ページでご説明させていただきたいと思います。７ページ目は三位一体改革等により一般財源化された救急医療対策関係事業の国庫補助額の推移でございます。これは単位１００万円となっておりますが、例えば平成１５年度の合計をごらんいただければと思います。これが大体１００億円という値にあります。１０３億円ということになります。１００億円強ということになりますが、この１００億円というのが国からのお金ということで、厚生労働省さんの補助金という形であった金額でございます。そのうち平成１６年度には在宅当番医部分、そして平成１７年度には病院群輪番制等病院という補助金部分、そして平成１８年には公立分を一般財源化という形に推移をしていっております。一般財源化という形ですので、自治体、都道府県、市町村が自由裁量で使う。完全に自由というわけではございませんけれども、裁量で使うという形に移行して

いったと。逆にいうと、補助金は１００億円ベースであったものが、現時点では３０億円ベースになっているのが現状ということになります。

そして、８ページ目でございますが、公立救急医療機関に対する財政措置（１）ということで、公立救急医療機関に対する行政からの財政措置の整理につきまして、ご紹介させていただきたいと思います。地方公営企業法というのがございます。第１７条の２と最初に出てまいりますが、１行目でございますけれども、次に掲げる地方公営企業の経費で、政令で定めるものは、地方公共団体のその他の方法により負担するものとするということで、次に掲げるもののうち政令で定めるものについては負担ができますよという形で、法律上はなっております。

次に掲げるものということで挙げられているものの１つが、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というのがあります。こ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というものに、何が該当するのかというのを、政令でより細かく具体的に挙げているというのがその下の段、地方公営企業法施行令でございます。この施行令を見ますと、下から３行目からになりますが、病院事業というのが挙げられておりまして、特に救急の医療を確保するために要する経費が該当するのだと。ここには経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費という形で、地方負担してよいという枠組みになっております。

９ページ目をお願いいたします。では、公立救急医療機関に対する財政措置ということの１つの目安といたしまして、特別交付税措置というのを挙げております。国が交付する財政の調整資金ということになります。基準財政収入が基準財政需要に満たない、足りないというところに、財政的な調整という形で国が交付するお金ということになりますが、この積み上げる内訳を見てみますと、救命救急センターにつきましては、都道府県立については上限を４,８００万という形にして、交付税措置を行っている。市町村立の救命救急センターについては、６,６００万を上限として、国として特別交付税措置を行っているということになります。

では２次救急はどうかということになりますが、救急告示病院というくくりで、特別交付税措置を行っております。特別交付税措置を行うに当たりしては、各病院をそれぞれランク分けしてお金を出しております。財政措置をしております。このランクはＡ、Ｂ、Ｂ′、Ｃに分かれておりますが、Ａランクをごらんいただきますと、都道府県でＡランクの病院があれば、１,５００万程度。そして市町村立でＡランクの医療機関があれば、４,４００万程度の財政支援措置を行っているということになります。このＡランク、Ｂランク、Ｂ′、Ｃランクという区分については、この米印、下のほうに資料として載せておりますけれども、次の３項目の合計点数によるということで、専用病床数、そして待機体制、施設・設

備ということで、それぞれ点数をつけまして、ランク分けをしてお金の支援を行っております。

この支援方法につきましても、いろいろな区分の仕方があるかと思います。例えば患者搬送の数ですとか、ほかにも考えられるようなものがあるのかもしれませんが、現時点では専用病床数、待機体制、施設・設備という形での点数づけによりまして、財政措置を行っております。

１０ページ目をお願いいたします。１０ページ目は、実際の医療機関の収支差はどういうものかということにつきまして、資料を提出させていただいております。これは救命救急センターにおける収支差額になります。逆に申しますと、２次救急医療機関については、収支差額がきちんとしたものは、現時点では我々が探す範囲に限りにおいては把握できていないということになります。救急ということに限定をしたものについては、わからないということになります。

この救命救急センターにおいて救急ということをとらえて収支差額を出しますとどういう風景になるのかということですが、一番左上に、平成１８年度１病院当たりの収支差額という形で出しています。これは各病院単位でどのくらい収支差額がありますかということを見たものになります。マイナス２億円からマイナス１億円というところが、病院数としては突出した表になっているのがわかるかと思います。この一番突出したところに平均の値がございまして、収支差額としましてはマイナスの１億７,０００万程度、１億６,８９２万円というのが、全医療機関を入れた平均値として出てまいります。

一応、非常に外れ値があった場合に、あまりにもこの平均が影響を受けているということを除くために、中央値というのも出しております。一番高いほう、一番低いほうからずっと見ていったとき、一番真ん中にくる病院の収支差額はどうですかというのを見たときには、マイナス１億６,０００万ということですので、平均値と中央値もほぼ近いところにございまして、大体１億６,０００万程度が１病院当たりの収支差額が平均的、１億６,０００万赤が出ているということになります。

そして下の図、平成１８年度１病床当たりの収支差額では、救急に使っている病床で、病床当たりに見てみるとどうなるのですかということを見てみたものが、左下の表になります。ずっと見ていきますと、ちょうどマイナス１,０００万からマイナス５００万のところ、そしてマイナス５００万からゼロというところで病院数が高くなっております。ちょうど１病床当たりの収支差額を見た場合には、１病床当たり平均で大体４９４万円、中央値でいきますと５００万円ということで、５００万前後の赤字が一般的な、平均的な風景ということになります。

同様のものを平成１９年度で見てみますと、右上の図になりますが、１病院当たりの収支差額が１億４,０００万前後ということになります。若干、１８年度か

ら見ますと回復をしていることになるかと思います。そして１病床当たりの収支差額が、同じく右下のものになりますが、平均値でいきますと４２６万円、そして中央値でいきますと５００万円。４００万円から５００万円前後赤字ということになるというのが現状でございます。この値そのものは、厚生労働省の医政局指導課調べを消防庁において再集計したものになります。

では、１１ページ目をお願いいたします。１１ページ、１２ページ、１３ページ、１４ページ、１５ページ目までは、実際に地方公共団体、都道府県、そして市町村からどの程度救急医療機関ということでお金が出ていますかというものを、消防庁で調べたものになります。１１ページ目をお願いいたします。これは右肩上がりで平成１７年、１８年、１９年で伸びておりますが、平成１９年で大体１,４００億円程度ということになります。この１,４００億円というのはどういう値かと申し上げますと、地方公共団体、都道府県と市町村の合計金額として救急医療機関へ支出している金額になります。

下の枠囲みの説明にありますけれども、支出額と言われる中に何が含まれるのかといいますと、公立病院に対する一般会計からの繰出金、民間病院等に対する補助金等の額ということになります。この資料以降、繰出金と補助金というそれぞれ名称が出てまいりますが、繰出金というのがいわゆる公立病院、自治体立病院だなというイメージで持っていただきまして、補助金と言われるものが地方公共団体から民間へ出ているお金だという認識でとらえていただければいいかと思います。そしてこのすべての合計金額が１７年、１８年、１９年でどういう推移をしているかということになりますと、大体３７億円の増加というのが値として出ております。

１２ページ目をお願いいたします。今申し上げました１,４００億円程度の内訳を、こちらにつきましては市町村と都道府県ということで、分解してみたものになります。上の赤い線、四角のプロットの線が市町村ということになります。平成１９年で見ますと、９５６億円ということになりますが、この９５６億円というのが平成１７年を基準にしてみますと、大体４１億円増加している金額になります。

そして一方、青で書かれたものが都道府県の合計になります。都道府県の財政支援の合計ですが、平成１９年時点で４３０億円ということになりますけれども、これは非常に微減という形で４億円が減していることになります。グラフの縮尺の関係上、青の都道府県の分が非常に落ち込んでいるように、あるいは市町村の伸びと同等程度落ち込んでいるかのように見えますが、赤の四角のプロットの市町村の合計分は、平成１７年から比べると４１億円の差がございまして、そして青、ひし形のプロットの都道府県分は４億円の減ということですので、この縮尺を変えますと都道府県分は４億円でほとんど変わらないといっていいかど

うかは別ですけれども、ほとんど変わっていないという形になるかと思います。

では、１３ページ目をお願いいたします。１２ページ目では市町村と都道府県という切り口で、それぞれの地方公共団体の救急医療機関に対する財政措置を見てきたわけでございますが、１３ページ目は繰出金、そして補助金というくくりで見ております。青、ひし形のプロットが繰出金ということになります。これが公立病院に対する財政支援ということになりますが、平成１９年時点で９８９億円、繰出金は９９０億円程度になりますが、平成１７年から見ると、４３億円程度増加しているということになります。

そして民間病院に対する補助金額ということになりますけれども、平成１９年は４０４億円ということで、平成１７年から見ますと約６億円減ということになります。ただしこの補助金額のところをどう見るかは、平成１８年で１回落ち込んだ後、また平成１９年に上っていることになりますので、最初に補助金の説明をさせていただきましたけれども、７ページになりますが、もともとあった補助金がどんどん一般財源化をしていくという流れが終わったのが平成１８年でございますので、平成１７年以前の補助金の合計額がどういう値だったかはきちんと把握できていないわけでございますけれども、平成１８年までで、補助金の一般財源化が一区切りついた。その後、平成１８年から１９年で、若干増加しているのかなというふうにも見える図ということになります。ただ、このグラフだけで何かを言うというのはわかりませんので、現時点では４０４億円あるということでございます。

１４ページ目をお願いいたします。今度の切り口は、では３次医療機関、そして２次医療機関ではどうでしょうということをまとめたものになります。３次医療機関側に対する支出ということで、左側のグラフをごらんいただければと思います。一番上、１２３億円程度、ブルーの値でございますのが、都道府県の繰出金です。都道府県から公立の３次救急医療機関に１２３億円程度を出ている。そして２番目、三角のプロット、緑のものになっていますのが市町村の繰出金額、１１６億円程度が自治体立の３次医療機関のほうに出ているということになります。一方、民間に対する補助金はどういう値かということになりますと、都道府県の補助金が９０億円程度、そして市町村からの補助金が４１億円程度ということになっております。

では、右の２次医療機関に対する支援と支出をごらんいただければと思いますが、これは病院数の関係もあるかと思いますけれども、市の繰出金、緑の三角形のプロットが一番上にまいりまして４５５億円程度ということで、非常に高い金額になっております。そして続きますのが、都道府県の繰出金が１４９億円程度、そして市の補助金、都の補助金という形で金額がございます。市町村の繰出金額の値が非常に大きいということがごらんいただけるかと思います。

１５ページ目をお願いいたします。１５ページ目はそれぞれの値を一覧表にした値になります。見方といたましては、これまでの説明を表にしたものになりますが、例えば平成１９年の欄をごらんいただければと思いますけれども、平成１９年が都道府県の繰出分、補助金分、そして市町村の繰出分、補助金分という４つの欄があるわけでございますけれども、例えば３次について見ますと、都道府県の平成１９年分の１２３億円程度というのが、３次のこういう区切りの中では一番高い金額が出ている。そして２次救急を見ますと、市町村の繰出金額４５５億円というのが、一番高い値として出てくることになります。

合計金額はどういう形になっているかを平成１９年で見ていきますと、都道府県の繰出金額の合計金額は２８５億円、補助金額は１５１億円、そして市町村の繰出金額は７０３億円、補助金額は２５３億円という値になっております。この辺の繰り出しという自治体立医療機関に対するお金の支援、そして補助金という民間に対するお金の支援が、消防庁調べでは現時点であるということになります。

では１枚おめくりいただきまして、１６ページから１７ページになります。こちらは少しお金のことを離れまして、２次救急の中でもいろいろありますよねということでの資料になります。１６ページでございますが、平成１９年度の救急自動車による搬送での受け入れ人員数を、その医療機関の常勤医師数で除したものになります。この１つ１つのバーが、１つ１つ医療機関を示しております。１つの棒が医療機関Ａ、医療機関Ｂ、医療機関Ｃ、Ｄといった形で医療機関が置かれておりますが、これはある都道府県について調べたものでございますけれども、常勤医師数が一番高いところでいきますと、一番左の欄になりますが、仮にＡ医療機関としますけれども、Ａ医療機関では常勤医師数、１人の医師当たり、年間どの程度、救急自動車による搬送での患者さんを受け入れているのですかということになりますと、あくまで常勤医師数で割った値になりますが、常勤医師１人当たり１６０弱受け入れている。

当然これは非常勤の値ですとか、あくまで常勤といっても救急にどれだけの方が対応しているかということは全部除いたことにはなりますけれども、１人で年間１６０弱対応ということに、計算上、スケールの比較という意味ではなるということになります。一方で、２０にも満たないという２次救急医療機関、２次救急と言っておきながらその程度しか診ていない医療機関もあるということになります。

１７ページ目をお願いいたします。これは先ほどのグラフを散布図という形で置いたものになります。常勤医師数当たりにそれぞれ救急自動車による搬送での受け入れ人員数が、年間どのくらいあるかということを、散布図という形でプロットいたました。一番下、常勤医師数と書いておりますが、これがゼロから始ま

って、２５近くのものまでを取り上げておりますけれども、５、１０、１５、２０、２５と医師数が上がるにつれて、大体受け入れ人員数も上がっていくかなという形での図にはなっておりますが、常勤医師数が２０名強、２５弱のところでも、まだまだ６００いかないところもありますし、逆に常勤医師数が１３名、１４名程度のところでも８００を超えてくるところがあるという、非常にばらつきがあるんだということをご提示させていただきました。このばらつきをどう見るかということは、いろいろご意見があるかと思いますが、状況としてこういう状況があるということを、データとしても提示させていただいたところでございます。

以上が資料の説明でございます。

座　長　どうもありがとうございました。３けたずつのお金の見方という話は、私、副院長ですので、全く知らないとは言いませんけれども、むずかしい。いずれにせよ、確認的な質問を最初に受けつけて、その後、このあり方の肝になるような基本的な考え方について、少しディスカッションするというようなことがいいのではないかなと思います。質問等ございますか。

ベーシックの話なのですが、補助金というのと繰り出し金ということについて。僕が前に働いていたのは一部事務組合立ですから分類上は市町村ですけれども、その市町村病院に、例えば小平市だとか市の一般会計からお金が入ってくるときは繰出金と言っているのですよね。一般の公立病院には、補助金という言葉は使わないのですか。

事務局　公立病院があるときには母体の市町村があるので、そこの一般会計からお金を補てんといいますか、支出しているのは繰出金。公立病院の場合に、単体といいますか、Ａ市がつくった公立病院で、Ａ市だけ一般会計から出している場合は繰出金なのですけれども、今回の調査で例えばある市立病院があって、周りの市町村がお金を出すという場合もあるようでして、それは補助金に入ってきます。

座　長　なるほど。

事務局　だからそういうようなものがまざってしまっているのですけど、大まかに言って、繰出金というのは公立病院のほうで、一般会計からの繰出金。補助金というのは日赤とかそういうもの、公的なやつも入りますけれども、いわゆる民間セクターに対して自治体が補助金を出しているのがメインだと思いますけれども、一部ほかの市が建てた公立病院に補助金で出しているというのも、今回はそちらにカウントしていますので、そこがまざっているということですけれども、基本的には繰出金が公立病院、補助金が民間病院ということでご理解いただければいいと思います。

座　長　そうですか。そうすると例えば、僕が前いた一部事務組合立の病院に、東京都からお金が３次救急医療として回ってくるといったときには、補助金がもらえる

のかしらという一般的な会話があるのですけれども、あれは補助金なのでしょうか、それとも繰出金なのですか。補助金でいいのですよね。東京都が、市町村病院に。

事務局　それは組合立に都からお金が流れていくと。

座　長　はい。

事務局　それは補助金ということではないでしょうか。

座　長　わかりました。そこら辺の基礎的な知識が乏しいので。多分、行政の方たちにはそれはわかっていただけているとは思うのですが。

最後の２つのページはそれぞれ常勤医師数が横軸にあったり、１人当たりとかではありますけれども、これは単純に入った救急車の数と常勤医師数を見ただけですよね。それでいいのですよね。

事務局　はい、それだけです。

座　長　常勤医に換算するという言葉があるではないですか。例えば医療機能評価機構ですと、半日いると０.１。だから月、火、水、木、金と半日ずつ午前・午後と毎日医者が来ると、結局「月、火、水、木、金」で、ちょうど１.０となるという大ざっぱな計算をするのですけれども、そういう意味では当直医を、月曜日の夜は当直医が大学から１人来ているという話があったときに、どういうように常勤換算するかということはしていないわけですよね。

事務局　していません。あくまでスケールを比較するという意味のみで、単純に置いた値になります。

座　長　なるほどね。だからそういう意味では夜のバイトの医者の数は、この手の話をするときにおそらくリスク調整に入ってきますよね。特にこの右側の常勤医師数と、受けた患者さんの救急車の数なんて話でいきますと、おそらく、ね。

事務局　はい。

座　長　わかりました。

あとそれから、救命救急センターのお金、１０ページですか、これは４億とか５億の赤字や黒字のところがありますが、救命救急センターには、病院全体が救命救急センターだといういわゆる、独立型のところと、昭和大学のように病院全体に併設させた救命救急センターだというのと、大きく２つありますよね。私の病院は全部救命救急センターだというようなところは、何となく収支は、赤だ黒だという話はわかりますよね。そうではないほうは厚生労働省に届けている、あれですよね。

事務局　はい。

座　長　これはそういうのも入れて、４億なり５億黒だというところがあるということですか。

事務局　あるということになります。

座　長　ですか。

委　員　信じられないですね。

座　長　信じられない。（笑）

事務局　今、座長があれと言ったのがほかの委員はわからないかもしれない。このデータは、私どもが厚労省さんからいただいたものですけれども、問題になるのは座長がおっしゃったように、大きなバックというか大学病院とかあって、救命センターということだと思いますけれども、そこの人件費だとか光熱水費だとか、かかった経費の按分を救命センター分だけして、診療報酬の収入のほうも、救急の部分だけ一応分ける計算式というか、それが示されているみたいでして、基本的には２００近くの救命センターで全部出されているということのデータをそのまま持ってきていますので、あれというのはそれですけれども、その中でこうなっていたということで、これは端的な、客観的な事実というか数字の話を入れてこういうことだったということでございます。

座　長　４億、５億は黒字ですか。

委　員　いや、信じられないです。どう計算してもそんなようにならないと思います。

事務局　一応、私個人も、こんなに黒のところがあるのかということで問い合わせましたけれども、これは厚生労働省の正式見解ではないのですけれども、病院が救急部門ですということで、どこまで人件費とかを考えるかによって、どうも差があるのではないかなという話はございました。

ですので、逆にいうと病院全体の収支差ではないので、あくまで救急という部門をどう見るかという、例えば研修医さんたちの人件費なりをどういうようにここに換算するかということにはなるのですが、少なくともただ５億以上の黒ですといって報告をしてきているところも、どうもあるようだということにはなります。逆に言うとその辺が外れ値といいますか、認識が非常に偏ったところということにはなるかもしれませんけれども、統計的には逆にいうと、ものすごく極端に赤ですと持ってきているところも、どうもあるのではないかなと、この分布を見ますとございますので、中央値がそこまで平均とずれていないところから考えますと、両端のところは除いて考えていいのかなとは思っております。

委　員　救命救急センターはいろいろありますけど、私は日本医科大学というところでやっていましたけれども、ああいう独立型だと重症患者さんが入ってきたときに、ほとんどそこで処理しますから、１人の患者さんで月の医療費が１億近く、何千万といく患者さんもいますから、それをそこでやるわけですけれども、今の多くの救命救急センターは各科方式が多いですから、救急センターに入ってきても、これは心臓外科がいいと思ったならば心臓外科に回すとか、これは脳外科がいいというならば脳外科に回して、そちらで手術をしますから、救命救急センターによって全然話が違うので、それを一緒くたにしたこのデータは、あまり意味

がないのではないかという気がします。

事務局　まさにそういうご議論をいただきたいと思っておりまして、結局財政支援などを考えていくに当たっては、どういうアプローチがいいのかが非常にキーポイントになりますので、意味がないのではないかという値になりますと、お金が出せないではないかという話になってきますので、どういう形で財政支援を考えるときに、どういう値があるのかなという話にはなってくるのではないかと思います。

委　員　ついでに、救命救急センターをやっていて、きちんと３次救急の患者さんを受け入れていたときに、病院は全体として考えれば黒字だと思います。よっぽど機能していない病院を考えたならばです。そこで、救命救急センターで夜間も休日も一生懸命働いている医師を中心とした医療従事者は、薄給でやっています。非常に少ない給料で、待遇悪くやっています。そこを改善することを考えなければいけないと思います。やっぱり重症患者さんを受け入れていますと、病院としての医療収入はかなり増えます。

座　長　委員のところも比較的最近救命救急センターになっていますよね。救命救急センターになると、なぜか、これはひと昔前の話だとは思いますけど、多分今も同じ傾向なのだと思いますが、いわゆる外来患者が増えるとか、入院患者さんが少し増えるとか、それからヘリポートができただけで、月に１回しか飛んでこないヘリポートでも外来患者さんが増えるという話は聞いたことがあります。ですから、おそらく波及的な効果まで入れますと、いろいろなことが起こっているのだと思うのです。

なおかつ今お話があったみたいに、救命救急センターのスタッフで、９割方やってしまうというところと、それから病院全体を動員するような形など、かなり幅があります。昭和大学は、どちらかというと動員型なのですけれども。だから先生のところの救命救急センターも、救命救急センターとは言いながら、実は初期のいわゆるＥＲ的な景色から、全部包括している形になりますよね。ですから、救命救急センターは赤ですか、黒ですかと言われたときに、こういう絵が出てきてもどう考えるかというのはむずかしい。そこで、交通整理的なご意見を、先生、お聞かせいただけますか。３次救急というくくりだけでほんとにいけるのかどうか、よくわからんのです。

委　員　私たちのところはＥＲもあるものですから、救命救急センターの収入としてＥＲの外来分も一緒にしましたところ、ほかの県内の救命救急センターと比べると、赤字額が少な過ぎるので、外来ＥＲの収入を外して計算してほしいと依頼されました。今私たちのところは新型救命救急センターですから、１０床だけベッドがあるのですがその１０床に入院した患者さんの外来分と救命救急センターに入院してからの収入だけを上げてほしいということでした。その計算をすると

どう計算しても赤字なのですが、その、赤字幅がずっと広がるわけです。ＥＲの収入を入れるとずっと縮まってくる。救命救急センターの収入は何をもって提出したらいいのか不透明な部分もあると思います。

それから委員がおっしゃっておられたように、例えば急性大動脈解離が来ますと、来た時点から心臓血管外科がかかわってしまってその科で入院するものですから、ＣＣＵに入院しても救急部の扱いではなくて、心臓血管外科の扱いになる。そうすると、その収入は救急部には一切計算されません。でもそれは３次救急ですから一体どこまでを収入に入れてどうやったらいいのか、計算が非常に困難だということになるかと思います。

県内の救命救急センターでも収入をどこまでをどうとるかというのは、救命救急センターによってとり方がばらばらなんです。各救命救急センターの実情を調べて調整をかけますとかなりの差が出てきてしまうということが起こりまして、救命救急センターの収入をどう考えるかということで非常に困惑したことがございます。ですから今の資料をそのままで議論してもいいのかどうかというのは、僕は疑問があるのですが、ただ補助金がもらえなくなると困りますので。(笑)

委　員　大阪府は、単独型の府立の救命センターを持っておりまして、今のご議論の中でご参考になるかどうかわからないのですけれども、大赤字状態です。橋下改革で見直しの議論がございました。２つの救命センターはそれぞれ常勤医師を１５名、それから入っていないところもございますが、レジデントを五、六名、看護師が６５名から６８名ぐらいの体制です。

一部定数が埋まっていない状況なのですが、その場合、大阪府から赤字補てんというか、委託料という形で支払って、医業収益を差し引いて、収支差は６億から７億ございまして、今日この資料を見てショックを受けているというか、我々が経営改善をしなさ過ぎているのかというと、この間、かなり削減努力をしてまいりました。ですので、完全に単独型で救命救急センターとして独立してやりますと、年間約１,０００人の患者さんが来て、８００名ぐらいは、確実に３次救命の適用の患者さん、それから１日当たりお一人の患者さんの平均診療報酬の点数も１万１,０００点前後ということで、おそらく平均的に非常にまじめに救命救急センターとしての機能を果たせている救命センターではないかなと思うのですが、そういったところでいきますと、併設型の効率性というところが、人件費の部分で追求できない部分がありますが、六、七億の赤字ですので、おそらく併設でもいろいろな按分比率がありますけれども、もうけが出ることはほとんど考えられないのではないかなと我々は考えております。

座　長　１０ページの表でいくと、６億とか７億のところに２とか３とか４とか、そこら辺がきっと今委員がおっしゃったあたりかもしれませんね。いや、個票はわからないので、わからないけど。

委　員　はい。

座　長　だから、病院全体としては何とかぐっと地盤固め的にいけるということはあり得るのですよね。だけど単体的にそこだけくり抜くと、今の話がかなり本当の話ではないかなという気もします。

委　員　大阪府の千里救急センターのように、きちんとした常勤スタッフをそろえて、その人たちがほとんどのことをやるようにしたら、かなり赤字が出ると思います。私が日本医大でやっていたときには、非常に安い給料の研修医を労働力として使うわけです。それから各科からローテーションで救急を学びに来る医者を有効に使って、その人たちに目いっぱい働いてもらって、実際救急センターのスタッフとしてはそんなに数を多くなくてやるから、私がやっていたときには３５ベッドで月の医療収入は１億２,０００万ぐらいいくような世界だったのです。もう１０年ぐらい前で、今はちょっとわかりませんけれども。研修医とかローテーションの医者にまともに給料を出していたら、やはり相当赤字になると思います。

座　長　救命救急センターという３次救急の部分の歴史はそこそこ長いわけで、そういう意味では松本の委員のお話にありましたように、相場に合わせて補助金をもらうみたいな、平たく言えば〝そのような癖〟に陥っているわけですよね。だからそのことと、それから今委員や大阪の委員から出たような本気の話と、どこら辺できちんと整理するかという話は、かなり重要だと思うのです。特に救命救急センターは病院の中の３次救急ということで、僕の言葉でいえば、くり抜いて話をしてもいいのではないかということはありますけれども、２次救急病院になると病院そのものと考えてもいいわけです。

だけど、では全部が全部救急に対応しているかというと、２次救急病院はやっぱり得意わざがあって、外来でかなり患者さんをそれなりに流しながらやっている部分があるわけですから、くり抜くという部分で整理の方法は考えられるかと。さっきの常勤医の数という意味で、ものすごくばらついていますよね。このばらつきというのは、さっきちょっとバイトの数と言っていますけれども、おそらくそれ以外に相当程度あるのではないでしょうか。例えば、東京に板橋中央病院というのがありますね。あれは帝京大学のすぐそばにありますから、いわゆるわかりやすい患者さんはばんばんとりますよね。つまり心臓だとか脳だとか、流れるように仕事をする。だけれども、ちょっと複雑な多部位損傷とか、よくわからない意識傷害とか、精神科もどきとか、そういうものは多くが帝京大学に運ばれるわけですね。だから、数はどんどんこなせていいのですけれども、手の込んだものについてはどうかということになると、こんなやり方でいいのだろうかということも時に感じることがあります。

だから、二次救急の補助といっても、公立病院の一般会計のお金の流れそのもののどれぐらいが救急医療に使われているかなんていう話も特別な意味での社

会学者か何かに入ってもらわないとどうにもならないような気もするのです。

委　員　二次救急の話をするときは、最初にどういう病院を想定しているかということが大きい問題で、地方はやはり公的な病院のような、２００床を超えた大きな病院が各科で対応、当直はだれを置いているかわかりませんけれども、外科系１人、内科系１人当直を置いて、困ったらその専門家を呼ぶか、呼ばないかわかりませんけれども、そういうふうに対応している病院を想定しているのかなと思いますけれども、東京なんかはやはりもう少し小さい、２００床未満の１００床前後の民間病院がかなりたくさんとって、補助金をもらっているのは年間４００台ぐらいとっているところから８,０００台ぐらいとっている病院までは民間の２００床未満の病院でやっていますから、常勤医の数から言ったら、常勤数人で何千台ととっている病院は結構あるわけですから、１人当たり１,０００人とか、そういう数も出てきますけれども、それが東京なんかでは相当ありますから、私なんかの病院もそうですけれども、そちらを想定しますけれども、どちらかというと、これは地方型の地方の少し大きい病院の公的な病院を中心とした二次救急を考えているのかなと思うのですけれども、その辺をある程度分けて話をしなければ、かなり違う問題ではないかと思います。

事務局　お金の話もですけれども、委員がおっしゃるように、そういうものを分けて見たほうがいいのではないかとか、こういうところが評価できるのではないか、あるいはこういう評価はおかしいのではないかということがまさに大事なことなのだと思います。その辺を詰めていかないと、非常に大変だ、大変だという話、では、どこが大変なのですかというのを打ち出していくというのが大事かなと思っておりまして、ここは消防における検討会ですので、消防から見てということでの援護射撃という形になるのだと思いますけれども、委員がおっしゃるように、地方と都会で分けたほうがいいのでないかとか、いろいろな視点をご示唆いただければと思います。

座　長　日本医大の救命センターのサポーター的な江戸川区の松江病院などは、レスピレーターがついている患者さんでも、場合によっては下り搬送で受け入れてもらっていますよね。そのような事例は東京消防庁から言えばかつて救急車が連れていった患者であることは間違いないのですけれども、その後の景色ですから、この場ではおそらく消去されてしまうのでしょう。松江病院のそのようなアクティビティーがあの地域の救急医療を支えているということも言えるわけですよね。

だから、何をどう総務省消防庁が支えてくれるかといったときに、今言ったみたいにくり抜くような形での議論は確かにある。そして、この池の中にちゃぽちゃぽと入れれば薄まるわけですけれども、このちゃぽちゃぽの薄まりが全体として栄養をつけているという話だってあるわけですよね。だから、そこら辺のものの考え方というか、整理の仕方というところがむずかしい。委員のみんなに言っ

てもらえばそれでいいというようにお思いだとは思いませんけれども、わーわー言ったあかつきに産物ができないとどうにもなりません。ですから、そこのところをどういうように考えるかですよね。

委　員　よろしいですか。やはり共通して言えることは、第一線の現場でやっている医師が長時間労働で、時間のわりに薄給で苦しんでいるのです。それは救命救急センターの医者もそうですし、地方の二次救急をやっている病院の医師もそうですし、我々２００床に満たない１００床前後の救急病院で働いている医師もそうです。それで、私は５６床という小さな病院で年間１,６００台から２,０００台の間ぐらいの救急車をとっていますけれども、やはりそういうようにやったときに、こういう病院は一晩に何台か救急車が来るのを何でもかんでもとってくださいよということで当直医を募集するわけですけれども、ほとんど来ないですよね。私の過去の関係で、日本医大とか帝京大学とか、いろいろなところに頼んで来てもらっていますけれども、ほかはもう「いやいや」というので、相当高い給料を出してもなかなか。昼間は来てもらえますけれども、夜は募集しても全く来ない状況です。

それは、やはり待遇が悪いですよね。まだ看護師不足で悩んではいますけれども、看護師はある程度のお金を出せば人は来ますけれども、医師はもうよほどのことがないと、何でもとってくれるような救急医は来てもらえないですね。

委　員　よろしいでしょうか。１つは、今、どういう体制で救急患者さんを医療機関は見ているかというのは調査をする必要性があると思うのです。特に二次救急医療機関は、委員がおっしゃったように、ほんとうに当直医の人で何とかカバーしているというところが、地方でもほとんどだと思います。どういう体制でやっているかというのは、この資料には全然載ってきていないので、そこの大変さというのを少し日本国民にわかってほしいなというのが１つあります。

それは医師だけではなくて、多分コメディカルのスタッフに関してもそうだと思うのです。どういう体制でやっているのかは、医療機関によって差が非常に大きいような気がするのです。それなくしては、やはりどうしてもお金がどれくらいかかって、そういうところにどれくらい援助していいのかわからないと思いますので、そこが１つこれだと抜けてしまっているのではないかということがあります。

もう１つよろしいでしょうか。

座　長　はい。

委　員　この繰入金というのがどうしてもよくわかりません。総務省の公立病院改革懇談会ですごい議論になったのですが、国から交付金をもらうと。もらったお金をそのまま救急の補助金として出すのではなくて、自治体によってはそれにプラスアルファのお金を出しているところがありました。僕もびっくりしたのですが、

これは救急とは関係ないのですけれども、病院によっては１床当たり２,０００万くらいのお金を出している病院から、１床当たり５００万くらいしか出していない病院まであって、非常に繰出金というのが不明瞭というか、不明確なのですね。ですから、おそらくこれは交付金として国は計算基準に基づいてそこにはどれぐらい出しましたよということであって、自治体が実際にどれぐらいお金を出しているかというと、おそらく現実にその目的の行為に交付されたお金以上にお金を出してやっている可能性があると思うのです。

救急のところだけではなくて、救急も含めた中で病院の繰出金という形でやっているので、実際はかなり多額のお金を投与しないと、救急をやっているところは病院全体としては賄えていないような気がするんですけれども、その点はどうなのでしょうか。

事務局　今、お話のあったものは、９ページが公立病院にどういう交付税措置をするかという話で、病院は基本的に料金収入ということですけれども、救急医療等の政策医療の部分は一般会計から税金を投入していいと。全国の標準単価みたいなものが９ページということですが、これは特別交付税ということですけれども、地方交付税ということなので、補助金と違ってこのとおりに出さなければいけないというわけではないので、これに足したり引いたりは実際にあると思います。それは個々の自治体の財政状況とか、病院全体の経営を見てやっていることだと思うのですけれども、どうしてもプラスマイナスはあると思いますが、後ろのほうの数字は決算額でとっていますので、実際に一般会計のほうから繰り出した額です。

これが実績額ということですけれども、要は９ページを個々の病院ごとにこの計算で積み足していっても、後ろの決算額に合わないというでこぼこがあるということだと思いますけれども、どうしても性質上、地方交付税の一般財源で使途に限定がないということになると思いますけれども、ただ、私どもは９ページのような単価というのは、例えば二次病院というのは救急告示病院というくくりに当たると思うのですけれども、病床の確保とか、医師、看護師の当直体制ということでランク分けしているのですけれども、結局、これに当たればどの地方でも同じなのです。東京の町中でも、地方の基幹病院でも同じということなので、このあたりが実際にどういうクラス分けをしたほうがいいのかとか、ちょっと知見がございませんので、アドバイスをいただければということなのですけれども、この区分けも２０年かそれ以上前に決まったままで来ていますので、見直しは必要があればすべきだと思うのですけれども、その辺のアイデアが思い浮かばなかったもので、アドバイスをいただければという趣旨でございます。

座　長　わかりました。２０年ぐらい前に決まったらしい話は、どうやって決めたのですか。

事務局　ちょっとわからないのですけれども、当時は二次についても国の補助金の対象にはなっていたと思います。国の補助制度を参考に持ってきたのではないかと思うのですけれども、でないと、こういう組み立てを旧自治省のほうで独自に考えるということはないと思うので、おそらく医療の関係の補助金をベースに持ってきたと思うのですけれども、施設なんかも救急専用入口があることとか、かなり古い概念で評価していますので、必要に応じて理屈がつけば見直しが必要なのではないかと思っております。

座　長　今、せっかく９ページが出たので、その前の８ページの赤いところで、「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」、経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費として、救急医療を確保されるための経費が入っていますよという説明ですよね。これ、例えば私的な医療機関については経営に伴う収入をもって救急医療を確保するために必要経費を充てていますよね。

委　員　はい、もちろん。

座　長　充てていますよね。

委　員　はい。

座　長　これは経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費の中に救急医療を入れるという話が、私的医療機関は入れてよくて、公的な医療機関はそうではないという、この理屈はどういうことなのですか。

事務局　これも公的な医療機関について書いてあるのですけれども、公的医療機関でも収入を一切充ててはいけないという意味ではなくて、どうしても政策医療ということで、収支差が出ると。例えば、救急だったら必要以上にベッドをあけて、人員体制を投入しなければいけないと思いますので、通常の収入で賄い切れない、はみ出し部分があるでしょうということで、その部分は税金を充てていいということですので、救急医療を確保するために要する経費というのも、全部かかったものを税金で補てんということではなくて、その中の収入があるものは充てた後、どうしても赤字になる部分という意味だと思います。

座　長　救急医療を確保するために要する経費は、経営に伴う収入をあって充てることが適当でないというようにもし言ったとしますよね。そうしたら、私的な医療機関や委員のところも税金でもって充てろという理屈が……。非現実かどうかはさておいて、この財政措置をするための理屈からすると、私的医療機関の救急医療も、委員のところの救急医療も、僕が前にいた病院も都立病院も、患者さんから見れば同じ救急医療をやっているわけですよね。そういう意味では、どちらも同じぐらい公的な資源をそちらに投入するという理屈はありますよね。

事務局　今のお話は８ページのところで、細かいあれですけれども、施行令というのが下にあって、八条の五というところに括弧で、当該経費に係る特定の収入がある

場合には、それを超える部分ということで、おそらく普通入ってくる収入は充てなきゃいけないと。ただ、それを超える部分については、どうしても収支差が生じるだろうから、救急医療を確保するために、その部分には一般会計を充てていいと。それは民間病院の場合も基本的には同じだと思うのですけれども、通常の経営以上に係る経費があるとすれば、そこの部分は何らかの形で、それは診療報酬でやるかもしれませんし、行政からの公的支援が入るかもしれませんけれども、その部分の特別交付税で告示病院についてこういうランクごとにこれだけ入れましょうというのは、そのどうしてもカバーできない部分について入れるのだと。それは民間病院に対する補助金についても同じような考えだと思いますので、そこはロジックとすれば同じではないかと思います。

座　長　ロジックとして同じだということであれば、これからいろいろ考えていく上でも、ベーシックにそういうものなのだというように思っていることは悪いことではないですよね。

事務局　よろしいのではないかと思います。

座　長　例えば、僕が江戸川区に引っ越してきたときにびっくりしたのは、子供が幼稚園に行っていたのですけれども、公立幼稚園も私立幼稚園も親の負担は一緒なのですよ。要するに、江戸川区から私立幼稚園にその分行っているわけですよ。言っていることわかりますよね。だから、親から見れば公立幼稚園に入れようが、私立幼稚園に入れようが、お金という額の負担は同じなのですよ。だから、どこにしようかなといって、結局一番あいているところに入れただけですから何も考えませんでしたけれども、後からわかったのですが、そういう意味では、私的なものであれ、公的なものであれ、住民から見れば全く同じように扱われているという話になるのですよね。子供が確保できなければ私的な幼稚園は自然に消滅するし。

だから、逆に言うと、公立のものはなかなか消滅させにくいということになるのかもしれません。だって、幼稚園をやっているよりホテルをやったほうがいいと思えばぱっと変わればいいわけですから、そういう意味では、私的な部分を上手に使っているなというのがよくわかるのですけれども、この救急医療に関して言うと、私的な部分が一生懸命頑張ってやって、何かひいひい言っていて、公立の部分はどうせ一般会計から入ってくるから、まあ、いいかみたいなところがあって、何かいま一つ釈然としなかったというのが今まで心の中にあったのです。

だから、社会的に行き場を失っている……、例えば痴呆の老人でアルコール中毒みたいな人をほんとうに公的な救急医療機関が積極的に受けてくれているかというと、全然受けてくれているわけではないのですね。比較的所得の低い生活困難者が多いところで一生懸命やってくれたのは、委員、三ノ輪病院ですよね。

委　員　ええ。

座　長　　都立病院とかでは全然ないですよね。そういう意味で、この間ずっと釈然としなかった話が、お金の面から見ると、今、室長さんが基本的にはそういうように思っていいと言ってくださったので、何となく正しい考えはそれでいいのだと思って。

事務局　　我々も正確なデータを持ち合わせていないのが事実なのですけれども、例えば６ページで救急医療体制上の二次救急の位置づけということで、公立病院というのは、県、市を足して１６.７％で、６００ほどあると。民間が残りの３,０００ぐらいということで、公立に対する民間の比率が５倍あるという計算になると思います。

それに対して、先ほどの繰出金と補助金ということで、１４ページの右側に二次救急に対する支出額ということで、地方の決算で見ますと、市町村の繰出金というと、公立病院繰出金というのが４５０億ぐらいあって、市町村の補助金というのが１３０億ぐらいということで、３分の１ぐらいなのです。

ですから、数が５倍なのにお金は３分の１ということなので、このあたり、もう少し民間が二次の世界でかなり受けていただいているということなので、方向的にはもう少し充実ということも考えられるのかという感じをいたしているのですけれども、ただ、民間の二次救急といってもいろいろなものがあると思いますし、その評価も非常に難しい。三次救命センターでさえ、先ほどのような話で難しいということなので、このあたり、方向的な漠としたことは何となくわかるのですけれども、実際にどうやって計算していくんだというところは難しい話ですので、そのあたりもちょっときょうはフリーのようなディスカッションで大変申しわけないのですけれども、ご意見をいただければということです。

委　員　　よろしいですか。経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費として、あまり社会的レベルの高くない患者さんをとっていますと、払わないで逃げるのです。病院から言うと未収と言って、患者さんから言うと未払いなのでしょうけれども、それがどこも受けてくれないような浮浪者とか、それに近いような患者さんをとって、ある程度治療したときに翌朝逃げてみたり、しばらく治療した後にいなくなったり、どう請求しても払わなかったり、そういう金額が相当ありまして、大体民間の病院だと、その取り立てに１人雇ってもいいなと思うぐらいの未収があるのです。それはやっぱりこれに当たるのではないかと思います。だから、救急車を断るときに、この患者さんをとってもちゃんと払ってくれるのかなと心配になる患者さんが結構いるのです。それが少なくとも東京の救急医療の現場の声です。

委　員　　今、一般財源化している病院群輪番等への補助金も、おそらくここに書いてある公的病院へのお金の出し方も、多分ほぼ同じルールでやっていると思うのですが、そうだとすると、このルールはあまりに構造部分だけを見ているように思い

ます。一生懸命やっていても、構造だけで判断されるのだとある一定のお金しか入ってきません。そうすると、一生懸命やっている病院と、一生懸命やっていない病院の差が出ています。私たちの地域も輪番制でやっているのですが、いろいろな病院から不満が上がってくるのは、あの病院は一生懸命やって、たくさん救急をとっている。あの病院はあまりやっていないのに同じ補助金が来る。おかしいのではないのかという議論のがあります。この構造だけを見て補助金を出していくというのは、僕はすごく違和感があるのです。一生懸命救急車をとって大変な思いをしているところへまず補助金が行くというシステムをつくらなければいけないということと、それとは全く別に救急で来た患者さんで、安田委員がおっしゃったようにお金がとれない人に対して補てんする公的なシステムとの２つがないと、有賀座長が前から言っているように、二次の病院がつぶれたら三次もつぶれるのだということが起こりえる。まさにそのとおりだと思うのです。

だから、二次をきちんとするためには、補助金システムでどういうものに対してお金を出していくのだということを明確にしておかないと、日本の救急体制は崩壊するのではないかなと思います。ぜひその辺の検討をしていただければと思います。

座　長　当直医の数とか、ナースの数とか、ＣＴスキャンがあるとかというのは、今の話でいけば、みんな″構造″ですよね。だから、少なくとも構造でとやかく言う時代は多分もう過ぎているのだと思うのです。多くの救急車が行く病院で、今はもうほとんどＭＲＩをとるかどうかという話になっているぐらいですから。そういう意味では、何ページかにあるみたいな２０年前の救急車の搬入口があるとか、そういう話はちょっと何とも。今どき救急車の搬入口をつくるときには雨にぬれないためにどれぐらいひさしを高く長くするかというぐらいの話になっていますから、ストラクチャーの話はここですると昔と同じことを繰り返すだろうと。ただ、救急医療に関する救急車の搬入台数とか、それから未収の額ですよね。これだって、額が多いほどいいとは言いませんけれども、一定の水準以上の未収があるという話は、かなりリスキーな患者を受けているという話になりますから。逆に言うと、未収がほとんどないというほうがむしろ不思議なぐらいですよね。

例えば僕が病院に行って、病院の事務の水準を聞こうと思ったら、ぱっと聞くのですよね。今、あなたのところの未払い金はどのぐらいありますかと聞いて、しゃきっと答えて、どうしますって言えれば事務としては上の上だと。何のことを聞かれたかわからないというのは下の下なのですよね。この未収の額というのも結構病院の一定の水準を示すのですよね。

だから、救急車を何台以上受けていて、未収の額がこれぐらいあるという話がある程度わかる……、このようなデータは多くの病院は出しません。従って、得

られるアウトカムになるような指標を出しておいていただいて、新たな計算のルールを考えるというあたりが、多分一番近道かもしれませんね。

委　員　やはり社会的なレベルの高い患者さんをとっていれば、その未収、未払いはないので、それでも一生懸命やっている救急病院はあると思うので、一概にそれでは言えないと思うのですけれども、東京都の例は委員のほうからお話ししてもよろしいかと思いますけれども、年間１,５００万補助金を出している病院と、１,０００万ぐらい出しているのはどういうようにしているかというと、施設ではなくて、夕方５時の時点で専用病床ではなくて、病院のどこかに３床救急車の患者さんをとるところで大体１,５００万ちょっと出していて、内科単科とか、整形科単科とか、そういうところだと２ベッドだと１,０００万の補助金を出すというような形をしていて、それ以外のことはあまり何も言わないです。相当検討したのだと思うのですけれども、やはり構造で分けることはやっぱり無理だということになって、そうなったのではないかと思うんです。

それと、年間１日に救急車最低１台ぐらいとっているというのが最初だったのです。今は夜間休日の台数でやっていますけれども、最初始まったときは年間１日に１台という形で、年間３６５台以上救急車をとっているのが必要条件だという形で始めたわけですけれども、今も夜間休日でどれだけとったかですけれども、それに近いような必要条件だと思いますけれども、それ以上のいろいろな細かいことは難しいのではないかと思います。

座　長　今言った栄養を救急医療施設に注入するに当たって、受け入れてくれている救急車の台数というのは１つのパラメータに十分なるだろうと。これはいいですよね。ならないわけもないですよね。ただ、あれはベッドをあけているだけの話ですから、とことこ歩いてくる人が３人いたらそれで終わりですよね。

委　員　そうですね。きょう、福祉保健局さんがオブザーバーで見えていますけれども、実際に１０年前にこの制度を迎えたときの算定の数とほとんど同じなのですけれども、やはり数字を見ていくと３床分の補助金なのですけれども、もっと何千人もとっていただいているところ、それから百何十人とか、そういう少ないレベルで数がおさまっているところと、上から下まで非常に幅があるのは確かです。

あとは、数は多いのですけれども、非常に軽い人はどんどん受け入れようと。重い人とか、あと選定が困難になってしまうような方については勘弁してねというところもありまして、数だけで評価できるのか、そこら辺も１つ検討しなければいけないのかなというようには思います。

座　長　そういう意味では、重みづけですね。

委　員　はい。

座　長　だから、これはここで前に委員が盛んに言っておられた、文字で残すなら社会的な弱者ということになるんでしょうけれども、要は、場合によっては社会の吹

きだまり的な患者さんを受ければ３台分ということでしょう。

委　員　いろいろなファクターがあると思うのです。その救急病院がどれだけ社会的貢献をしているかということは、高度な医療を提供しているのも１つでしょうし、社会的弱者をたくさんとっているのも、いろいろなファクターで点数を超えて総合的に評価しなければいけないので、ある程度有識者というか、何人かで審議会を開いて決めなければ難しいかもしれないですね。

座　長　だから、そこら辺はよくわかりませんけれども、委員、さっきのリスクアジャストメントではございませんけれども、重みづけをどうつけるかなんていう話をもしやっていこうとすれば、こんなことをすればこんなふうになるのではないかという話になるのだろう。そのような作戦は多分みんなで議論すればだんだん決まってくるのではないかという気はしないでもないですけれども。

委　員　そうですね。

座　長　つまりその患者さんがどれぐらいの……、すぐ亡くなった患者さんかどうかということがまずあるのかもしれませんけれども、例えばその患者さんが支払った医療費とか、結構あると思うのですよ。軽い患者さんであればおそらくそれほど支払わずに病院を出るでしょうけれども、重たい患者さんはかなり支払って帰るわけですよね。そうなると、支払ったお金の額というのは一定の１つの重みづけにはなりますよね。ケースワーカーがどれぐらい時間を割いているかという話ももしとれれば、今言った社会的弱者のサポーティングでどれぐらい人件費を使っているかという話になりますから。

委　員　ですから、現実的にどこまで個々のデータを的確に集められるかというところの現実性にかかっているかなというように思います。

座　長　総務省消防庁から救急医療機関への栄養を注入していただくという話がきょうのようにあったと仮定して、今の救急車の台数や救急車１例１例の重みづけに関するお話がありましたけれども、委員には何かふだんのご経験か何かはありますか。やっぱり当直医の数というのは、１人２人というのと３人、４人というあたりからかなり質的に違ってくるのではないかと漠然とは思っているんですけれども。

委　員　１人２人だと精神的プレッシャーははるかに大きいですし、三、四人で分担するのとは全然違うとは思います。

座　長　委員は、当直医は何人ですか。

委　員　うちはやっと１人確保して、ただ救急を専門としている救急センターの医者をずっと配置しています。そうでないと、みんな自分の専門外は全部断るんです。私は脳外科だから整形は診ないとか、内科は診ないと言うのです。そういうことのないように、救急の医者は１人です。

座　長　すごく原始的な話ですけれども、内科系１人と外科系１人がいたとするではな

いですか。今みたいにわがままを言い始めると切りがありませんけれども、大体外科系と内科系が１人ずついれば、そこそこいけますよね。東京みたいにクレームの多いところとか、「先生は内科ですか。では、うちの子は診てもらわなくて結構です」とかって帰ってしまう親とか、そういうのを入れるとわけがわからなくなりますが・・・。

委　員　力関係で、どちらかが忙しくて、１人は休んでいるのです。

座　長　だから、３人いますと、その３人目が医学ではないことを面倒見れると。だから、入院した後に家族に話ができるとか、そのようなことがあるので、２と３は随分差があるのではないかなと前々から思っているんです。

委　員　何かトラブルがあったときとかに、２人ぎりぎりで回っているのと、少し余力を持って回っているのでは、特に夜とかは違うのではないかと思います。

座　長　そうですよね。だから、いわゆる二次救急医療機関に関して言うと、３人目がいるかいないかというのは、相当程度きいてくるのではないかと。救急隊の方たちも、そんな気がしませんか。

委　員　姫路市の場合、先ほど先生が言われたように、ほんとうにドクターの数によってかなり受け入れ状態が変わってくると思います。それと、夜間の当直医を確保するために、いろいろなアルバイトの先生も確保されていますが、やはりその先生方が入られたときには、救急の受け入れができない場合もよくあるし、先ほど委員も言われていましたけれども、そういう先生はもし救急の輪番の日であれば当直に行かないというのも出ていますので、輪番体制も後退しますし、救急告示病院も減ってきているというのが現状です。

座　長　厚生労働省にしろ、総務省にしろ、当直体制というか、そこら辺をサーベイするようなことは今まであったのですか。さっきの常勤職員の数ではあったりしますけれども、病院の当直体制みたいなものは。

事務局　指導課の調査はよくわからないというのが正しい回答になりますが、厚生労働省の統計情報部の中では、例えば脳外なら脳外、神外なら神外で夜中どの程度対応できますかと。毎日できますか、あるいは１週間に何日かとか、そういうデータ自体はあるのですが、ただ、これは個票データではないので、どうしても全部の平均の値になってしまうのです。ですので、使い勝手があるような、ないようなという話は出ているときはあります。ですので、二次医療圏単位なんかで見ていったときに、脳神経外科を１週間ずっと診れる医療機関がどのくらいとか、そういうデータそのものは厚生労働省のほうにあります。

座　長　そうですか。

ｵﾌﾞｻﾞｰﾊﾞｰ　二次救急医療機関のこれまで補助金の対象になっていたようなところについては、おおむね夜間の体制は何人でやっているかというのは調べてきたところでございますけれども、なかなかしっかりとしたデータになっていないと。今年度

は、すべての二次救急医療機関の夜間休日のお医者さんの体制について、今、調査をしているところでございます。その結果が出ればご報告できると思っております。

座　長　それはざっくり言って、どういう観点で体制を把握しようとしているのですか。

ｵﾌﾞｻﾞｰﾊﾞｰ　これまで三次救急医療機関についてはそれなりにデータとしてすべての施設から集めて、それでも不十分だというご意見はあるかと思いますけれども、状況は把握してきています。一方で、二次救急医療機関については、これまで十分にデータとしてとっていなかった中で、最近救急医療のお医者さんの勤務状況は非常に厳しいといった背景があって、今年度は全施設で調べてみようということで、調査をかけているということでございます。

座　長　例えば１人当たりの救急患者さんの数、または救急車の台数でもいいのかもしれませんけれども、１人当たりというように割り算していったときに、多分２人と３人だと随分質的に違うのではないかなと。これは僕の個人的な今までの経験からですが。一晩に何人という話が、例えば２人で診ているところは１人で診ているところの倍かもしれないけれども、３人で診ているところでいくと３倍ではなくて実は４倍になっているとか、そういうことがわかるというわけなのですか。つまり、お医者さんたちが大変なのでデータをとっていますという話は、当直しているお医者さんたちに一晩の当直料を幾らあげれば全体で幾らになるのかなと。これだってデータをとっていますという話になるので、どういう観点で二次救急の当直に関する景色を把握しようとしているのかということなのです。

ｵﾌﾞｻﾞｰﾊﾞｰ　先ほど来ご指摘がありますように、三次救急医療機関でもそれなりに各地域あるいは各施設によってばらばらと。二次救急医療機関については、一層地域によってばらばらといった中でも、救急医療機関に対して栄養を注入するとおっしゃられましたけれども、何らかの支援はしたいと。ただ、支援するとなると、実績を踏まえて、救急車の台数とか、あるいは体制、そういった状況に合わせて支援しようとすると、今、実態がどうなっているのかというのを把握してからでないと話が進まないということで、そういった観点から調査をかけているということでございます。

委　員　国の財政とか都道府県、市町村の財政を見ても、おそらく今まで以上に補助金とか交付税を増やすというわけにはいかないのだろうと思っております。そういう中で、実績のある病院とそうでない病院である程度差をつけるべきではないかというご議論もありますが、特に地方の場合、二次の病院で告示病院は先ほど来いろいろ議論がありましたが、なかなか専門の人が常にいるわけではないというのが現状で、そういうことになると、搬送しようと思っても、専門の先生がいないということで、断られるケースもあると思います。病院としては救急病院なの

だけれども、貢献度が低いと言われてもやむを得ない事情というのもあると思います。

そうしたときに、実績が少ないからといって、補助金とか、そういうものを減らしていくと、ますます救急に対する協力が得られなくなって、現在でも告示病院で撤退する病院が結構あるのが実態なのですよね。こういうことがだんだんと補助金の注入というものがなくなったときに、単に活動実績が少ないというだけでやると、そういう告示病院の絶対数も減っていくのではないかという懸念もいたしております。

座　長　１００台診ているのと１,０００台診ているのとどっちがたくさんやっているかというのは１,０００台かもしれませんけれども、その病院がそもそも診なければいけない患者さんの数がもし８００だとすれば、１,０００は少し頑張っているよねと。でも、１,２００だとすれば１,０００には少ないのではないのという話になりますよね。だから、数を比較するといっても、やはりその病院がこれぐらいのことはやってほしいよねということが多分統計的には出てくることになるはずだと私は思っているのです。

だから、要するに大きな都市だけで言うのであればそこそこ１,０００か５,０００かというあたりで議論してもいいでしょう。しかし、それと少し小さな規模の都市とではまた別の議論があるはずです。そういう議論にもし入って行くなら、東京のど真ん中の板橋中央病院と郊外の病院の数をそのまま平たく計算して、どっちが倍だとか半分だとか言ったってしようがないわけですね。

だから、そういう意味で厚生労働省のほうでどれだけ目をかけてくれているか知りませんけれども、救急医療というものを客観的に評価しようとする方法論に関係する。例えば日本医療機能評価機構などはどうしているかというと、その地域におけるその病院の受け持つ範囲がどういうところか、そしてそれが妥当な水準かなどを議論する。だから例えば、その病院がその地域の心臓に関する救急に関して特にやっているとする。特にやっていることによって、周辺の医療機関がどのようになっているか。逆に言うと、ほんとうは心臓プラス脳もやったほうがいいのだけれども、そこはもう心臓に特化してしまって、脳のことは知らんふりをしているよということがあれば、ほんとうにそれでいいのかどうかというところを議論する。そして、その挙げ句に、脳はやっていなくて心臓のみではあるが、実は脳は別の病院でやっていますと。それでもって地域全体としてバランスがとれているねということであれば、心臓だけで何百件でいいのではないのという話をするのが丁寧なやり方ですよね。

だから、今言った「統計をとっている」といったときに、統計をとる病院がその地域のどこら辺を面倒見ているのかということに関して自己評価をしたとする。自己評価した結果地域の多くの病院間で、つまりをみんなで持ち合いをすれ

ば、ある一定の水準の、例えば第三者的に評価したのと同じ水準に収束することになっていることが知られている。例えば僕が算数何点ぐらいだと思ったとしますね。ここでみんなでもってやっていて、３.５だといけば、ほんとうは３.０ではないかとなるわけで、そうすると、自然に第三者評価したことと同じようなことが起こると。自己評価というのはそういうものだということになるのだそうですけれども、だから、そういう意味では今言ったその地域のその病院が何をしなければいけないのかということが、その地域の中で多分議論があるはずなのです。そういうことがあったときに、ＣＴスキャンがあるのか、ないのかとか、ＭＲＩがあったほうがいいのか、ないのかという話になりますし、あったら夜中動いたほうがいいのかどうかという話になるわけです。とすれば、どうして検査技師さんがいないのかという話になるわけなので、そういう意味では比較的丁寧な評価をやっていけば、今言った単純な数の比較ではないことが起こってくるはずなのです。

だから、厚生労働省がもしそういうことをやるのであれば、当直医が何人いますとか、どういうことをやっていますということについてある程度客観的にわかるような評価を加えてやっていくならば、おそらくその地域における二次救急病院の位置づけができて、その位置づけに見合った形でどうかという話になってくるのではないかなと思います。

委　員　今まで出ているお話で、何点か行政の立場から現状と意見を申し上げたいと思うのですけれども、まず１点目で体制の問題なのですが、今、座長おっしゃった２人より３人というのがちょっと私は実感としてよくわからないのですが、現実問題として大阪府は東京都よりは少ないですけれども、約２７０の救急病院がございます。我々が告示の条件にしていますのは、毎晩協力診療科に１人の当直医がいることですので、１つの病院で外科と内科の救急協力をくださっていた場合は、ドクターはお２人いらっしゃる。しかし、外科の先生は１人、内科の先生は１人という状況なのです。その条件を満たせば認定させていただいていると。１科しか協力いただいていなければ、病院の中で１人しか先生がいらっしゃらないという場合でもオーケーであるというのが認定の基準で、多分多くは大差のないところの都道府県も同じような基準にされているのではないかなと。

現実問題として、我々２６０から２７０の病院で体制は２種類ありまして、二次病院でも救急部をきっちり置いている病院と、そうでない、いわゆる各科の入院患者さんのために対応するべく当直されている医師が、救急の要請があれば救急対応するという体制をとっておられる病院のほうが現実には多いですし、地方においてはおそらくほとんどがそうなのではないかなと。ここで救急部を置いてきっちりとっているところになりますと、大体年間６,０００件ぐらいの救急車を受け入れて、ウォークインの患者さんも含めると２万とか３万とか、かなりの数

の患者さんをとっていただいていると思います。

それが各科当直で、予備に救急対応の先生を当直してもらわないで、本来病院に泊まっておる先生が救急の協力もすると。これが多分ほんとうはポピュラーな体制になっていると思うのですが、そちらの場合であれば、おそらく年間３,０００件とか、大体半分以下しかとれない。かなり一生懸命その先生がとろうと努力してくださっても、そういう数になるのではないかなと。

ですので、体制の問題というのは経営の問題とリンクしてきますので、ハードルを高くすると実際に採算がとれないと充実した余分な１人のドクターをつけてやっていただくというのは非常に難しいと思いますので、どうしても既存の医療資源を活用してやってもらうと。ただ、それがあまりに患者さんが増えるのについていかなくて、今は寝られないからいくら募集されても夜に患者さんを診るのに当直するのは嫌だ、救急はやりたくないというお医者さんが増えているという現実も一方であると思うのです。それがおそらく一般的には救急専任で当直医を置くというのが非現実的な中では、通常の考え方ではないかなということがまず１つあります。

それから、その前提でお金の話というのが、大阪では今一番議論になっているのですが、大阪府の財政状況は悪いですので、ほとんど補助金というのは切る話ばかりになっている中で、１つ先ほど来の話で思いますのは、さっき座長おっしゃっていたように、幼稚園であれば、民間に行っても市立に行っても一緒だと。今、現に病院は一般の患者さんが負担する費用は一緒なのですよね。だれが赤字を見ているかということになれば、民間病院さんは経営努力とほかの診療科で埋められた分で補てんされていると。公立公的病院は、それを別の税金でやったりとか、いろいろなお金で補てんしていると。

ですので、負担が個人には転嫁されず、違う主体で負担が転嫁されているような状態になっていると思うのですが、この話をするときに、先ほど出ていた未収金であったりとか、お金のとれない患者さんの問題と、きちんと保険に入っておられて、お金を支払ってくれる患者さんに対する負担の部分というのはごっちゃには話できないのではないかなと。大阪府としては、本来保険で診療報酬が帰ってくる、きっちりとした支払いをする患者さんというのは、本来診療報酬で採算がとれるように措置されるべきもので、それについて昼間よりも余計に手間がかかったり、どうしても不採算的な非効率性の部分が検査とかいろいろなところで出ますので、そういう部分については、現在の救急診療の加算点数を上げて、しっかりと患者さんをとられたところは診療をした対価として、本来その収入は得られるべきではないかと考えます。

アルコールの飲酒をされていて、お金も持っておられないとか、あるいはいろいろな薬物なんかで困った患者さんだとか、あるいは保険証もお持ちでないし、

現金をお持ちでないと。この部分というものは、昼間に来られても、夜に来られても、実際に保険ではカバーできない。いわゆる本来税金で政策的に何らかの形でカバーしないといけない部分。ただ、えてしてそういう方が救急で多く突如として運び込まれてくるので、一般の昼間に財布を持たずに来られる方よりも救急で担ぎ込まれる方の中に現実としてはそういう費用にたくさんしわ寄せが来ているというのが現実だと思うのですが、この分については、診療報酬でカバーするというのは不可能でしょうし、やはり税金なり何らかの形で、本来負担を考えていかないといけないのかなというようには思います。

大阪府にも補助金を出すべきだと。一般財源化されて市町村の補助金になっていますけれども、府として東京都さんみたいに補助金を出すべきだというご意見は医療関係者からはたくさんあるのですけれども、財政力によって非常にどれだけ出せるかという体力がてんでばらばらの形ですから、本来補助金でなく患者さんを診たことによって得られるべき収入というものは、全国一律にちゃんと措置されるべきであって、そうでない、やっぱり税金で補てんする部分を純粋に税金で補てんするべきではないかと思うのです。

最後に、先ほど来いろいろ受け入れにどう実績配分するかとか、いろいろな議論になっているのですが、病院の体制を細かく把握しようというのは、なかなか現実的には不可能でして、ものすごく規模や地域の立地等によっても違いますし、地域での貢献度というのも毎年毎年の業務になりますので、行政としてどうしても実態に即して、先ほど来ご意見が出ていたようなことを現実にやっていくというのは非常に難しいのではないかなと。そうすると、どうしても構造的な部分に着目して、別途分けておられますかとか、形でわかりやすい部分に着目してお金を払ってしまうのですが、そういうことを回避する意味でも、やはり患者さんを受けた部分は、今の医療費抑制の議論の中では逆行する話なのかもしれないですが、救急であっても患者さんを受けた部分は救急で受ける体制でペイするような報酬が措置されるべきというのがまず基本だと思うのです。それでカバーできない部分が我々健康行政をやっている部分であったり、あるいは総務省の消防行政をやっておられるところが何らかの形で補てんをしていくという整理をしないと、ちょっとごちゃごちゃになるのではないかというようにいつも感じています。

座　長　無理にごちゃごちゃにしたわけではありません。勿論、きょう初めてこの議論があったわけではなくて、去年からずっと引き続いてありましたので、例えば、今、最後に言及されたところの診療報酬で賄われるべきだと言われました。それは賄われるべきだというのはそうなのですけれども、全国一律の診療報酬でほんとうにいいのかという議論は実はありますよね。つまり、同じ病院を経営するにしても、同じ医療をするにしても、かけた費用と診療報酬ということでいけば、

何も１点１０円が北海道から沖縄まで同じである必要はないわけですよね。ですから、そういう意味では診療報酬体系そのものをどういうように考えていくのかという話は多分別個に十二分にあるはずですよね。それでいいですよね。

ですから、そういう意味での診療報酬で賄われるべきだという話はそれでいいのですけれども、現実問題としては、さっき言った大阪の救命救急センターの出入りだけでいけば年間何億かの赤字が出ているという話があるので、それが診療報酬で賄われるべきなのかどうかという話は実はよくわからない。なぜよくわからないかというと、そういう診療報酬体系に日本国がなっていくのかどうかよくわからないから、わからない。

だから、やはりどこかで何かをしなければいけないというのであれば、それを繰出金というのか、また補助金というのかよくわかりませんけれども、壊れかけている救急医療を何とかするためであれば、そういう意味での栄養を注入してもらうという話はあっていいのではないかと。

大阪の話で、少し全国的に景色が違うかなと思うのは、救急部の存在ですよね。これは、特別な地域です。普通の二次救急病院、委員のところでもいいんですけれども、当直医が２人いるのと３人は違うよねというのは、そもそも２人のドクターが当直していたとしても、それはＣＣＵとかＩＣＵだったら別ですけれども、一般病棟で２人のドクターが当直しているというときには、内科系についてＡ先生が診ていてくれて、外科系についてＢ先生が診ていてくれる。こういう人たちがいて、それがある日救急車が来たら救急外来に出て行く。こういう景色なのですよ。例えばきょうの新聞ではありませんけれども、ＥＲのような、ああいう特殊な救急だけを面倒見るような部門がそもそも病院にあるということを想定してはいないのです。

委　員　そうですよね。大阪の圧倒的多数はそうです。

座　長　だから、そういう意味では、委員の病院の夜の面倒を見るドクターは、入院している患者さんの面倒も見ているわけです。なおかつ救急患者さんが来たときも面倒を見ていると。それが内科系１人、外科系１人いて、それにプラスアルファがいるとすれば、その体制はおそらく医学だけを一生懸命やっている人２人プラス、別のことができるような１人がいるということになる。そのほうが、おそらくは自分の経験から見ても病院のいろいろな仕事ぶりが発揮できるので、さっき言った社会的な弱者の人が来たときにも後に役立つ。普通の医者は、みんな医学的なことはやるわけですよ。だけれども、それ以外のプラスアルファのことについて言うと、３人目がいたほうがよさそうだ。そのほうがいいんじゃないかなと言ったのは、そういう意味です。

医師として働く立場からすると、３人目がいるというのは、随分そういう意味で余裕があるのではないかなという話をしているんです。

委　員　それが大阪を見ていますと、それぞれの科に１人ずつ余分がおられたら……。

座　長　そんなようになっていないのですよ。

委　員　大阪もですので、当直の医師が現実には寝ずに患者さんを受けているのですけれども、今、座長がおっしゃったのは、外科で１人、内科で１人プラスアルファ何科でもよいから１名と。この方が完全な医学的なことではない部分も含めて……。

座　長　診れるから。

委　員　診れたら大分違うのではないかということですか。

座　長　東京では実際問題としてはそういう議論をずっとしていたのですよ。だから、一般の二次救急病院で救命救急センターではないけれども、その病院が地域で少し多目に患者さんを診れるということもあって、例えば搬送困難事例を一晩だけ預かって、朝が来たら結核の病院に移そうなんていう患者さんがいたときに、そういう意味での３人目の先生がいるようなところだと、結核の患者さんを一晩だけでもいいから預かることができて、朝が来たら結核病院に行けるね、そういう意味でのバッファーとしての役割が果たせるのではないか。そのような議論をしてきたから、それでちょっと言ったのです。別にこだわっているわけではありません。

委　員　イメージがよくわかりました。

委　員　夜間休日に専門が何だと言われると、非常に救急医療というのはやっかいでして、やはり救急専門医だとか、いわゆる一般外科医がいてくれると、内科も診てくれるのです。そういう形がいいと思います。

それと、厚生労働省の肩を持つわけではないですけれども、診療報酬はそんなに低いわけではないですよ。一次救急で外来をちょっと診て帰っていく人は赤字ですけれども、入院すると結構いい点数になりますから、決して悪くないと思います。私どもは当直医に固定給とプラスインセンティブで入院させたら幾らとか出します。インセンティブの部分を入れてやっています。ですから、病院としてはいいのです。だから、当直医の側の立場で見たときに、はっきり言うと、時間給、これだけ夜働いて、これだけの給料かという給料しか出せていないのです。昼間の時給から見たら、夜はかなり安いのですね。コンビニで働いても、昼働くより夜働いたほうが時給は高いのですけれども、病院は夜間働いたほうが結構何万ともらえますけれども、時給にしたら昼間より大分安いのです。そこを改善しなければ、だれも進んでやるとは言わないと思います。またそういう医者になろうとしないと思いますけれども、ただ、人数を２人、３人に増やすよりは、あまりできない医者３人いるよりはできる医者１人いたほうがずっと役に立つのです。だから、その人にどっと投じたほうがいいと思います。

座　長　こんな話になるのですよね。

委　員　今、病院としては決して悪くないというお話なのですが、大阪の複数の医療機関が実績あるいは試算で出している分ですと、入院費のつけ方、各診療科に何日目からつけるというつけ方もあると思うのですが、大体３,０００件から四、五千件受けている病院で、救急は月二、三百万は救急ということだけをくり抜いて見ると、赤字だというものが指摘されるのですけれども。

委　員　それは今批判される公的病院が真っ先につぶれるのではないかと言われている議論はそこですね。経営感覚が全くない、院長の権限もないのだということで、経営をがらっと変えるということができないので、今９,０００ある病院が半分になるか、３,０００になるかわかりませんけれども、相当減っていくのではないかという見通しですけれども、真っ先につぶれていくのは公的病院なのだと。何かもう少し工夫すれば、病院としてはいい数字が出ると思います。

委　員　今申し上げたのは民間病院なので、公的病院は我々大阪ではほとんど救急を受けておりませんでして、どういう計算の仕方かというのはあると思うのですけれども、大阪では月二、三百万は赤字だというのが病院側のある程度おおまかな共通の認識になっているのです。

委　員　少なくとも私がやっていて、ずっと黒字を出しています。

委　員　救急で？

委　員　全部合わせてです。救急の患者さんをその後に一般診療して、一部の人は外来にも来るということでやっていて、それで赤字にはなっていないです。

座　長　○○先生は大阪でしたか。

委　員　そうです。

座　長　そうですね。○○先生のところのお話を聞くと、全体としては黒ですよね。

委　員　病院としてはもちろん。

座　長　だから、おそらく計算の仕方にいろいろなものがあると、さっきおっしゃったようなところがあるので、それで総務省から見ても救急医療ってどれぐらい厳しい状況なのかという、またもとの質問に返るわけですよね。だから、○○先生のところの話を聞けば、おそらく月々４００から５００万ぐらいの赤が出て、年間でいくとこれだけになるという話に多分なっているのですよね。そうでしょう？

委　員　今のは○○先生のところではないですけれども、一般的な……。平均的というのはある程度１,０００件単位で３,０００件ぐらい救急車を受けていて、複数の診療科で救急協力をやっている病院なんかが主張されているのは、そういう収支なのです。

委　員　赤字になるのは、在日数が長くなったら赤字になるのです。ですから、入院して、入院基本料が高い２週間はいいですね。それからさらに１カ月はいいですね。それを超えていったときにはやっぱり赤字になりますから、後方病院がないのが問題であって、これから療養病床数が減ったときには難しいかもしれませんけれ

ども、今はまだ何とか後方病院さえ確保していて、長期入院を避けていけば十分黒字は出ると思います。

座　長　だから、どういう計算をしているのかというところになると思うのです。病院全体からすれば、昭和大学病院もそうですけれども、附属病院全部集めれば１００円投入して１００円と５厘ぐらいになるわけですよね。だから、大幅な黒にはなりませんけれども、とてつもない赤で消滅するということは免れるわけです。だけれども、今言った救命救急センターのところの計算でいきますと、ＥＲの部分まで広く入れて、○○委員のところの救急医療全体でいきますと、このようだ、しかし三次救急だけやっている、とこのようだとなる。結局はよくわかりませんけれども、平均的というのか、厚生労働省の期待にこたえるような赤をきちんと出していると言ったほうがいいのかどうかわかりませんけれども、そういうやり方からすれば、赤が少し減ったと。だけれども、普通に出せばああなったという話ですね。

委　員　先ほど言いましたように、どういう部分を切り出すかによってものすごく違うのです。有賀座長がおっしゃっていたように、例えばヘリポートがあればあそこの病院はすごいのではないかと思って患者さんが来てくれる。そうすると、病院全体としては黒字になるという議論であって、どういうところを切り出して議論するかということになると、非常に難しくなります。この議論をするためには、どういう部分を切り出して比べるのかということがしっかりとしていないと、今のままでは議論してもなかなか結論は出ないと思うのです。

ただし、はっきりと言えることは、今の日本の救急医療体制が危うくなっていて、そしてこれを何とかしなければいけないこと。それに対しては、やっぱり何らかの税金も投入しないといけないということ。その税金を投入するためには、どんな枠組みでお金を出す仕組みをつくるかということだと思うのです。それがとても重要なことであり、その観点を外してどんどん狭いところに入っていくと、結局解決ができない話になってしまうので、そういう物事のとらえ方をして解決していっていただきたいと思います。

座　長　そういう意味では、ふだんからお金が足りないということは言いますけれども、どこをどう計算したからどうなったという訓練をふだんから実はしていません。溝口先生のほうがよっぽどたくさん訓練をしていると思うので、そういう意味では、こういうようにしたらこうなるのではないかというような話をきょうの２時間の中からリモデリングしていただく。そして、それを示していただいて、また議論するということにした方がよいと思うのです。

別に後ろ向きではなくて、さっき言ったみたいに、結局ほんとうにそこだけ繰り出せば、そこだけでしか人が働いていないのだというように仮定すれば、大阪の独立型の救命救急センターの例が全く社会実験としてはそのとおりに示して

いる。あそこは遊んでいるわけではないのですよ。日本国の救命救急センターの水準から見ても、相当程度仕事していることは間違いありませんから、患者さんにとっても悪いことをやっているわけでも全然ない。だから、そういう意味ではああいうようにやるとああなるということは、三次救急としては全くわかるわけですよね。ほかの救命救急センターは、そういう意味では委員が言われたみたいにどこでどういうようにするかによって計算の様子が随分違ってくると。だから、さっき言ったプラス５億からマイナス何億まで広がってしまっていると。

だから、総務省のほうではなくて厚労省のほうには、そこら辺はそれを漫然と行政として見て受けてきたというのではなくて、どういうふうに批判的にそれを見て、正しい計算の仕方はこうではないかと。だから補助金としてはこうなのだという議論が多分あったと思うのですよ。そうでしょう。だから、そこのところはきょう聞くことはできませんでしたけれども、少し参考になるのかもしれません。そのようであれば、二次救急医療についてどうするかという話をすることができる。受けている救急車の数から見ても、二次救急医療のほうがより大事なのではないかと思うのです。東京だって、二次救急に行っているのは、１００台のうち９７台ですからね。そうでしょう。

委　員　東京全体で民間が８割ぐらい受けていただいていると思います。

座　長　でしょう。二次救急医療ということでいけば、おそらく九十何台ですよね。三次救急に行っているのは数％でしょう。

委　員　そうです。

座　長　そうですよね。だから、もし９５％行っているとすれば、その部分はかなり都民にとってはきいてくるわけですよね。だから、地方に行きますと救命救急センターといっても、例えば千葉県の旭中央病院なんかは一次から三次までみんなあの建物で診ていますという形で診ていますから、どこから三次でというのがよくわかりませんし、委員のところも、ＥＲの部分を含めてやっていますので、このベッドとこのベッドでというように区分けすればこうなるけれども、救急という意味では一次からまとめてやっていますから、ほんとうのことを言うと、三次救急の部分の計算も実は難しい。いずれにせよ、昭和５０年代以来の三次救急の歴史があるので、計算の方法もその意味でできるのかもしれません。

あと、委員の方々にお願いしたいのは、さっき言った二次救急病院で重みづけをどういうふうに考えながら、その地域で何をやっているかと。月々１００台といったって、もしすべての患者さんが心臓の手術になっていて、更に開胸術をやっているとすれば、えらい大変な施設なわけですから、その病院がもしなくなるという話があれば、その地域ではもうどうにもならないということが起こります。つまり、その地域で何をやっているかということがわかった上で、アウトカムをどう評価するかということもかなり重要なので、こっちのほうが余計に丁寧

な議論が必要なのではないかという気がします。

議題の１は、きょうはこのぐらいで許してください。

その他の議事があったのを忘れていたのですけれども、これはオブザーバーが説明をくださるのですよね。

事務局　また次の機会に。

座　長　そうですか。では、この資料２というのはコーディネーターの話で、読んでおいてください。

では引き続き、事務局お願いします。

事務局　本日も非常に活発なご議論をいただき、大変ありがとうございました。２つご報告がございます。１つは、先生方にご議論いただいております東京での受け入れ状況の調査につきましては、現在委員をはじめといたしまして、東京消防の方、そして東京都の方と現在調整中でございます。また、その調整状況等を踏まえまして、ご報告をさせていただくということになろうかと思います。

もう１点でございますが、なかなか本日ご検討いただいたご意見を反映するというのが非常に難しいからこそ淘汰というところもあるんですが、やはり委員方の中でもいろいろなご意見があるということがわかったわけですけれども、１０月２３日木曜日に救急業務高度化推進検討会がございますので、そこで何らかの形でご報告を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。

この会そのものの次回開催等につきましては、また座長とご相談の上、ご連絡をさせていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

以上でございます。本日はありがとうございました。

―― 了 ――