

は、今まで大体厚労省が出してこられる予算というのは、3分の1は国が出しますよと、都道府県は3分の1を出しなさい、事業者が3分の1というような形で出されてきたわけですが、実際には事業者で、そんなに余裕がある病院は非常にまれだと思います。3分の1なんてとても、そんなこと言うなとなってしまう。それではだめだとなるでしょうし、まして、東京都の財政状況は比較的いいだろうと思うのですが、ほとんどほかの道府県は、非常に厳しい財政状況の中に置かれてしまっている。まして市町村においては、さらにもっと厳しい状態になっている。その中で3分の1を出せと言われても、それはどうして出せるんだろうということになってしまうので、結局こういうものやっても絵に描いた餅になってしまうことがほとんどで、どちらかというと、こういう形で施策は打っているんですよというアリバイづくりにしかすぎないことが多々あったかと思います。そういう意味で、今回に関しましても、私が特に心配するのは、東京はそういう形でうまくいくときに、例えば周産期も含めて何らかの形で、受けるものに対してそれだけの補償をしますよという形があつて可能なんだろうと思います。補償もなしに、これを持って帰られて、それぞれの都道府県、例えば私は大阪府ですが、大阪府からも代表が来ていますが、この話を持って帰ってきて、さあこれをやれよといったときに、だれが手を挙げるのか。府のほうはどう答えるのか。府が答えるときに、いやいや、本来2次救急に対しては市町村の責任になったのだから、そのお金は市町村が出すべきものですよという話になるはず。例えば妊婦さんの健診14回に伴って、国のほうからたしかお金が出ているはず。だけれども、実際に市長村が妊婦さんに支払った額は大阪府が全国でも最低だったと思いますが、ごくわずかしかなかない。その残りのお金はどこに行ってしまったのよと言いたくなるのですが、現実にはそれぞれの地方自治体がそこまでひどい状態に追い込まれていて、そのお金をそんなことよりも、もっとこっちに、食うか食わずかということも含めて、そういうところに回さざるを得ないのだよという状況に陥ってしまっているのです。そういう状況の中で、こういう話を持って帰っても、救急医療をぜひやりたいという病院ばかりだったら、それは喜んで手を挙げるところはたくさんあると思うのですが、むしろできたら救急医療、堪忍してよという病院が多い中で、果たしてこれを都道府県に落としていったときに、どれだけの都道府県ができるのかということをよく考えておかないと、ここで幾ら議論しても、単に「ああよかったね」というだけの、絵に描いた餅になる可能性があると思います。だから、ぜひともそれは避けるような形で考えて手を打っておくことが必要ではないか

と思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。非常に貴重な意見だと思います。作業部会のほうの先生方にも、これから決めていくと思いますが、ぜひ今のお話、よろしくお話ししたいと思います。いかがでしょうか、事務局から追加発言、よろしいですか。私、法律用語として、「遵守」というのと「尊重」というのと違うだろうという話ですが、実はこの「尊重」という意味も、尊重義務という形である程度義務化があるんだということを知りましたが、法律の先生、ここにおられますが、いかがでしょうか。「遵守」とは、もちろん格は違いますが、ある程度「尊重」というのも重要、尊重すればいいのだというだけではないんですよという。いかがでしょうか。今日は岩田先生おられますね、今の私の話を含めていかがでしょうか。もちろんそこだけではありません。どうぞ。

【岩田委員】

岩田でございます。どういうふうにお答えすればいいのか、ちょっと迷うところではありますが、いずれにしても、私自身こういう問題にあまり熟知していないものですから、そもそもここにいていいのかというふうに思っているのですが、言葉の具体的な使い回しというのはいろいろな配慮があつて使われているんだろうと思います。ここで「遵守」と「尊重」の差を議論してもきっとあまり意味がなくて、むしろそういうことが書かれているということで、例えば医療機関のほうも、これが「尊重」だから私たちは守らなくていいのですよという話にはきっとならないと思いますので、だからそういう意味では積極的に考えていいのだらうと思います。先生方の専門的なご意見の中で、私はほんとうに素人的な意見しか申し上げられないんですが、ちょっと外在的なことで、既にもう何人かの先生のご意見を言われたようなことについて、私も一般の消費者とか患者になる立場として、一言だけ申し上げられればと、既に、予算の問題が非常に重要だという話が何人かの先生から出てきたと思うのですが、やり方としては、協議会では、基本的には消防と医療の搬送をめぐる効率化というところが中心だと思うのですが、そこから出てきて、効率化しても解決できない問題というのが絶対に明らかになると思うんですね。だからそういう中で、ある意味では、証拠を突きつけるという言い方は変ですけれども、効率化してもなおうまくいかないということについては、それをどこの場でやるかというのはいろいろ議論があると思います。作業部会であれ、この親委員会であれ、ほかのところであれ、何らかの形で、こういう効率化してもうまくいかないんで

すと。だとすると、やはり予算措置も含めて検討してくださいというような形で、やはり医療は崩壊されては絶対困るものですから、そういう形で、この実施の効率化だけではなくて、さらにほかの医療全般をめぐる問題についても、ある意味では下から積み上げていった中で問題を提起していくというような形になれば、既にもう厚労省のほうも予算を大きくつけてくださったということですので、この1年間だけで終わらず、さらに継続的に何かそういうものができ上がっていけばいいのかなと。もしかすると理想論なのかもしれませんが、そういう形でコンセンサスをつくっていければ、大きな第一歩になるのかなと思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。どうぞ、杉本先生。

【杉本委員】

今の尊重と遵守、これはやはり非常に大きな問題だろうと思います。もしこの「尊重」というのを、もちろん積極的に医療機関が尊重しようという気持ちをもつというものはよくわかるのですが、まるでそれは義務であるというようなとらえ方になってくると、これはかなり多くの医療機関にとって難しい問題があると思います。と言いますのは、事をもっと簡単に言えば、例えば今幾つか搬送困難例、急性アルコール中毒もありましたし、産婦人科で言えば未受診の妊婦もそうだろうし、あるいはお金を払わないことは明らかだろうと思われるような方々を、今脳卒中はここへ行きましょう、こうでしょうということと言えるけれども、このようにどこもが診療したくない、受け取りたくない患者さんをどうしますかと、それを受け取る病院が決められるんですかという話だと思います。そのことができなければ、結局たらい回しというよりも、それは患者さん側にも大きな責任があるだろうし、もっと言えば日本がそういう人たちを含んでいるということになってしまうのかもしれませんが、そういう患者さんたちを、まるで病院がそれをやるのが義務であるというような形でやってきたということがあると思います。そののところが少しちゃんと整理しておかないと、結局は何回も問い合わせても、「いやいや、その患者さんは結構」という患者さんは、やはりどうしも出てくるのではないかと私は思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。その辺のところは、作業部会でも少し話してもらわないとい

けないところだなと思いますね。有賀先生に行って、開入室長に。

【有賀委員】

今、杉本先生がおっしゃったことをもう少し具体的にこの場できちんと言って、そして行政側に腹を据えていただかないと議論は一切進まないということを、きちんと座長がやってくくださるかどうかわからなかったので、今ここで発言します。35ページを見ていただきますと、2次以下の医療機関が処置困難や専門外という理由で断っています。先ほど聞きましたけれども、東京の告示機関は、どうやらベッドが80%台で、満杯にはなっていないらしいと。僕は知りませんでした。ですからそのような状況で、なおかつもう病院は診ることができない。その理由は、事務局からご説明があったように、44ページを見ていただくとわかりますけれども、全数の4回以上が8.3%、右から4番目のカラムですね。にもかかわらず、下にありますところの傷病者背景ありになると、それが34%にはね上がっている。この中で、例えば今妊婦の話が出ましたが、全く未受診、これは数が少ないので、断定的なことを言うのははばかる例となりますが、患者さん側の理由で、こうやって4回以上の人たちがこんなにいる、それが50%なのですね。ですから、島崎先生が、このルールをやろうというときに一体どういう予算措置があるのかと言ったのは、新しいルールだから新しい予算措置をするという意味ではなくて、もともと消防機関や救急病院が責任を持たなければいけないような、そういうふうなものではないテーマに対して、一肌も二肌も脱いでいると。この状況を、病院に運ばれる前の社会の状況としてどのように考えるのかという話と、それから今日はあまり出ませんでしたけれども、脳卒中がうまくいっている、これは大うそです。今年までに脳卒中は東京がなくなりました。しかしその後の流れが、多分東京では滞ります。そうすると、もう既にどこかの地域では起こっていますけれども、脳卒中の患者さんがいっしょに来ますから、そして次のところに行けません。何が起こるかという、新しい患者さんが入らないのです。だから、これは救急医療で、きれいな絵が厚労省によってかかれていますけれども、そういう問題ではなくて、社会全体でどのように患者さんが流れていくかというダイナミックな部分を見ないといけない。したがって慢性期の部分まで入れて、入り口の話をしないと、これは話が成り立たないのですね。そのようなことで、この場では行政の方たちに、今、岩田先生が言われたように、とりあえず細かなことを詰めながら、必要なものは要求していけばいいじゃないかというようにおっしゃっていますが、これはもう既に明らかなのです。そして、その明らかなことを面倒見てこなか

ったからこうなっているだけの話で、今からでも遅くないので、面倒を見ていただかないといけな。この会はルールを決めると言えば、それはルールですけども、ルールができて、ルールを守ることができなければ、ルールでも何でもありません。ですから座長には、このお金の件を何とかきちんと位置づけるような集約を、半分ぐらいのパワーを使ってやっていただかないと、残りの半分はいろいろな人たちができます。けれども、これはやはり、島崎先生が最初におっしゃった部分はそういうものなのだ。ぜひ、お願いしたいと思います。以上です。

【山本（保）座長】

全くそのとおりなのですが、そこばかりでやっている、このルールづくり、あるいは……。

【有賀委員】

並行してやってくれと言ったのです、僕は。

【山本（保）座長】

ぜひ並行してやるということにしましょう。どうぞ。

【開出室長】

ちょっと先ほど法律の話が出ましたので補足と思ったのですが、参考資料1の7ページに条文がありますが、消防機関のほうは「遵守しなければならない」とあって、医療機関は「尊重するよう努めるものとする」とありました。これは私ども遵守義務と尊重努力義務と言っていますけれども、同じ「義務」と言っているのは、語尾の「しなければならない」というのと、「ものとする」というのは、法律的には同じような意味で、「義務」ということなのですけども、ただ義務づけの内容が、やはり消防機関と医療機関で違まして、消防機関は公的な機関ということもありまして、これは遵守義務があるということでございますけれども、医療機関のほうは尊重努力義務ということで、いろいろな今の医療機関の置かれた環境もありますし、医療機関の中には私の機関もあるということで、義務づけの中身について差があるのは、法律上も差があるわけです。ただ、岩田委員から説明していただきましたように、その義務の内容には差があるわけですけども、これは消防機関、医療機関が参画した協議会で、このようなことでいこうと決めたルールということ、その実施基準が法的に位置づけられているということで、基本的にこれを守ろうというのは当然の前提ということですけども、若干法的な効果に差があるということが1点。それと、同じページの35条の8の④というと

ころに、協議会の権限ということでございますが、「搬送受入れの実施に関し必要な事項について意見を述べることができる」と入っておりますものは、幾らそのルールをいろいろ議論してやってみても、その工夫の中で、現在の医療資源を前提にできることにも限界がある場合も当然あるわけですし、今そのお話が噴出してきつつあるわけですが、そういった医療提供体制の予算等絡む問題、体制の整備について、やはりここを何とかしなければならぬということも、この協議会の議論の中で出てくる場合が考えられますので、それについて知事に意見を言うということでございますけれども、そういった機能も付加しているということ、補足で説明させていただきたいと思っております。以上でございます。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。今のところ、よろしゅうございますか。それから、今日はたくさんの方の消防の代表の皆さんも参っておられます。いかがでしょうか、消防の先生方、まだお話をしていない先生方、多々おられると思いますが、どうぞご遠慮なく手を挙げていただければと思っております。

【田上委員】

鹿児島県さつま町消防本部、田上と申します。本日のこの会議に出席いたしまして、まず2つ感じたことがあります。1つは、地域の実態がどこまで把握されているのかなという思いであります。と申しますのは、今回医療機関のリストアップをされるということですが、地方は選択肢がないわけでありまして。例えば、心停止で救命センターに運ぶという選択肢があったとします。私の本部からセンターまで60分かかります。そうしますと、その間の傷病者の管理をだれがするのかという、非常に大きな不安を抱えての救急業務に従事している訳であります。したがって、今後この医療機関のリストアップにつきましても、そうした地域の実態にあわせた、弾力的な幅のあるリストアップづくりをしていただきたいというのが要望であります。それからもう1点は、ここは善良な市民を対象とした搬送づくりだと思っておりますが、先ほど来ありますように、救急患者の中には、診療費を支払わない常習の者がおります。これはもう入り口のところで、医療機関は拒否をされるわけでありまして。そうした場合に、救急隊は長時間説得をしながら、救急現場で適時適切な業務に従事しております。そうしたことも含めて、医療搬送の時間が長時間にわたっている、あるいは現場待機時間がかかっているということも含めて議論をしていただきたい。そうした善良な市民だけではないのだということ

も含めて議論をしていただきたいというのが、地方の実態であります。以上であります。

【山本（保）座長】

それは地方だけではなく、どこも同じようなところがたくさんあるんでございますが、非常に重要なポイントだと思います。ありがとうございます。ほかに、いかがでございましょうか。

【坂本委員】

よろしいでしょうか。この1ページの一番最初のところ、「本検討会の目的」の2の(2)に、「傷病者の搬送及び受入れに係る調査・分析の方法」というようなことがございますけれども、このような搬送体制に関しては、必ずこれを検証して評価して、さらに改善していくというふうなプロセスが必要になってくるわけですけれども、消防側からの、単に何回電話をしたとか、何分以上かかったというふうなことでは、実は全く不十分で、医療側から、適切な疾患が適切な医療機関に運ばれているかどうかということがマッチングする形できちんと調査されないと、これは評価できないと思います。これをやるのはものすごく大変なので、これを現場に負担をかけないでやるためには、先ほどのお金の話も含めて非常にたくさんの方が必要になります。また、それを厚労省がやるのか、あるいは日本医師会なり病院会なりがやるのか、どのようなデータを使っていくのかというふうな枠組みも考えていかなければいけないと思うのですけれども、この点について厚労省として、この500万件の救急搬送の疾病だとか処置が適切であるかどうかというようなことを検討する予定があるのか、あるいは、もう病院に運ばればそれによしとするのかという点について、教えていただければと思います。

【三浦課長】

今度の消防法の改正というのは、救急医療についてのPDCAサイクルを回していこうということが基本的な考え方であるというふうに理解しています。そのために、協議会において搬送の状況について評価・分析するというような機能も位置づけられているわけですので、私ども、それは国がということだけではなくて、それぞれの地域における分析というものもあるでしょうし、そういうのと連携しながら現状を把握し、国として解決すべき問題があれば対応していくことになるかと考えています。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。消防のほうで、大阪消防の津田部長、何かありましたらどうぞ。

【津田委員】

私どものほうの意見のまとめとしては、野口委員のほうからほとんど言っていたと思いますが、今回この委員会へ出席するに当たって、我々の中で話していたときに、先ほど杉本先生がおっしゃったように、まさにそういう医療機関のリストができるのかなどというような心配が、非常に多く意見が出てまいりまして、特に小児科、産婦人科などのリストが出ると、もう一般の患者の方がウオークインで行くのではないかなど。そうすると、そういうおそれから、逆にリストの公表を避けられる、おりられるというふうなことの懸念があるのかなどということで、非公表というのですか、どういう形で、必ずしもリストをつくっても公表しなければならないとは思わないので、そういったことも含めて検討していかなければならないのかなど思っております。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。小児科、産婦人科、あるいは救急、そんなリストができるのかなという、あるいはここで、受け皿の一番大きな病院会の会長であります山本修三先生が参っておられます。何かご意見がありましたら、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【山本（修）委員】

ご指名をいただきましたので、少し発言をさせていただきます。今日の議論を聞いていまして、今日ここに来た理由が、搬送と受け入れの施設基準をつくろうと、ガイドラインをつくっていかうというような話で、この会が立ち上がったというように聞いていましたけれども、基本的には地域の協議会は、もうMC協議会もあるし、救対協もあるというようなことで、それがもう動いているということで、そうすると、ガイドラインをつくって、どうやって受け入れるようにしようかということが一番メインのテーマになるのかなど思ひて聞いていましたら、今度は予算の問題に移ってしまったものから、なかなか難しい問題だなど思ひています。私は、やはり基本的には救急患者さんは受け入れなくてははいけないという立場で、救急専門にやってきた人たちは、そこはぶれてはいないと思ひますね。ただ、その環境をつくれということだろうと思ひています。その予算は極めて大きなオーダーパラメーターですから、これは国として考えなければはいけないけれども、我々も、これだけの予算をつけてくれれば、このようにして受けますよというようなことも、意見としては言ひていかなければはいけないだろうと思ひています。要は、やはり患者さんを受け入れなければはいけない、その仕組みをどうつくろうかということでございますので、例えば7ページのリストの問題が出ましたけれども、

物事というのは、あまりきちんと決めてしまうと動かなくなってしまうということがあります。ですから、考え方はこれでよくわかりますけれども、A病院は何々、B病院は何々みたいなことでやると、おそらく地域の格差を考えたときに全然動かなくなってしまう地域が出てくると思います。ですからガイドラインとか、こういうリストというのは、やはりフレキシビリティのある仕組みにしていかないと、おそらく受け入れられないのだろうと思っています。もう1つ申し上げますと、地域格差の中で典型的なものがございますけれども、20ページの表で、関東のものですが、茨城を見ていただきたいと思っています。茨城は全部外へ行っていますよね、受け入れよりも外へ行ってしまいうほうが断然多い。すなわち、この地図でいう太平洋側、千葉から福島の太平洋側に産科を受ける施設が1つありません。そういう厳しい地域もある訳です。そのようなことを踏まえたときに、一番中心になって考えるのは、地域がやはりそのような患者さんをどのように受けていこうかということを考えなければいけないと考えています。もう1つ申し上げますと、この1次、2次、3次という形の救急医療の中で、これはもう救急医療をずっとやってきた先生方はよくご存じでしょうし、私は救急医療をやめてから随分たちますので、少しずれているかもしれませんが、1次、2次、3次の中で何が今一番問題になっているかという、3次に軽い患者さんがどんどん来ってしまうというようなことがあって、それはなぜかという、2次救急が極めて弱くなっていることが一つの理由と考えています。非常に専門分化してきて、救急そのもののレベルは上がってきたし、素晴らしい先生がたくさん出てきました。しかし肝心のコモディージーズの救急を扱うべき2次救急が、非常に力が弱くなってしまったために、今のようなことが起こっていると。だからそういうことを含めた受け入れの考え方を、少し知恵を出したらいいかなと、そんなふうに感じていました。ありがとうございました。

【山本（保）座長】

山本委員、ありがとうございました。非常に最後、示唆に富むご意見をいただきました。その中でも予算の問題というのは、私も重要視しなければいけないのではないのかなと、山本委員とは多少違うところでございますが、島崎先生、何か最後にこの予算の問題について、ここでいくのか、作業部会でいくのか、その辺の大まかなところを少し、先生のご意見をいただいて終わりにしたいと思いますが、いかがでしょうか。

【島崎委員】

ちょっとそう言われても困るのですが、作業部会は受け入れ実施基準のガイドライン

をつくるだけで、予算にかかわることはやらないのでしょうか。

【山本（保）座長】

でしょうね。

【島崎委員】

だから、もうそれは我々としてはこういう問題があるからということで、今ここで皆さんがほとんど同じように思っておられる、受け入れ医療機関側に対する、ある種経済的支援を含めて、ぜひともそれは厚労省、それから総務省とも考えていただきたいというように思います。それから、先ほど開出さんのほうから、700億出していただけるということで、幾つか、我々が危惧するということでもないのですけれども、1つは、総務省からはおそらく自治体を通してそういうお金がおりののでしょうか。そうすると、先ほど杉本委員がおっしゃったように、自治体の人は病院よりも、もっと別の大切なものがあるよというような話になって、ほんとうに、まずその700億がきっちり救急にかかわる医療現場におりののかどうかというのが1つ。そこが一番危惧するんですけれども、おりた場合に、例えば産科とか小児とか新生児とか、それから救命センターとかいろいろな所がありますよね。その救急患者の受け入れの実態に応じたような配分で、きっちりとその予算が自治体からおりるような仕組みをぜひとも考えていただきたいというのが2点目。それから3点目は、おそらく自治体からですか、これは国公立ですか、それとも公立だけの病院ですか。例えば予算が自治体からおりるとしたら、その辺のところはどうなのでしょう。

【開出室長】

交付税の公立病院に対してやっているのは、純粹の自治体立と、あと公的な医療機関ですね、赤十字とか、位置づけられたものまで対象にしています。今回もう少し、公益法人のところまで拡充ということになってはいますが、基本的には公的な位置づけがあるところです。

【島崎委員】

差し当たって今回がこのような共管で、医療機関に総務省がお金を出すというのは非常に画期的だと私は思いますが、実際に出るとしたらです。思いますけれども、来年度からすぐというのでなくてもいいですけれども、民間病院の救命センター等含めて、かなりそこが救急医療の現場にかかわっていますから、民間病院へも自治体を通して支援が行くようなことを、ぜひとも考えていただきたいというように思います。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。

【山崎委員】

座長、済みません、最後に2点。

【山本（保）座長】

どうぞ、先生。

【山崎委員】

日本精神科病院協会副会長の山崎です。精神科の救急というのは独自に、精神科救急システムということで実施しているのですが、現在、精神科の会員病院が非常に困っているのは、精神障害者が合併症を起こしたとき、例えば統合失調症の患者さんが心筋梗塞だとか脳卒中を起こした、あるいは、うつ病の患者さんが自殺企図で飛びおりて、脊髄損傷で麻痺の状態になってしまったという患者さんを受け入れてくれる病院がほとんどないのです。これは脳卒中、あるいは心筋梗塞、あるいは整形外科の病院にお願いしても、統合失調症という診断がついていたり、自殺念慮があるうつ病ということで、ちょっと勘弁してくださいというのが実態です。したがって、このようなことを検討するときに、精神障害を合併している患者さんの扱いについてどのようにするかということも、1つ大きな検討課題だと思っています。それと、救急の搬送の実態にも入っていませんけれども、認知症の患者さんが最近非常に増えております。団塊の世代が後期高齢者に入ってくる20年後ぐらいになりますと、この認知症の救急搬送をどういうふうにするかという、非常に社会的に大きな問題が出てくると思っています。したがって、その辺を含めて検討していただきたいということと、これは精神科とはあまり関係ないのですけれども、今日の資料の23ページに、佐賀県の救急医療の体制というのが図で出ているのですが、各都道府県、1次救急、2次救急、それから3次救急ということで、問題は、都道府県側の市町村レベルの救急を支えている2次救急医療のところの病院群輪番制病院、あるいは救急告示医療機関です。というのは、法的にどのような資格で、どのような指定をされていて、どのような診療機能を持っているかということと、この次の検討会までに資料をちょうだいしたいと思います。現在、救急の現場が当直医を含めて医師が少なくなっておりまして、勤務医から救急に特化すると、そんなに救急をしるというならもう辞めると言われることが多くなり、病院自体が救急から逃げ出しているという実態があって、その届け出をしたときの病院の診療機能と、その後の今日現在の診

療機能が果たしてきちんと合っているのかという検証をすることが大事で、当然診療はできるのでしょうかということではないと思うので、その辺を含めて、どのようなチェックの機能があって、どのような条件で病院を指定しているかというデータをちょうだいしたいと思います。

【山本（保）座長】

わかりました。

今大きく2つあったと思います。救急告示病院の件については、中山室長、よろしくお願ひしたいと思います。それから精神科疾患、あるいは認知症の受け入れの非常に難しいというのは、もういろいろなところで出ているわけでございます。特にこの中でも40ページあたりの、コードの中の情報に、疾病に関する情報で、精神疾患、アルコール、それから認知症、この辺のところはこれからも非常に大きな問題によりなってくるのではないのかなど。先生のお話、そのとおりに作業部会でもお話しさせていただきたいと思います。ありがとうございました。そろそろもう時間でございますが、岡本長官、あるいは外口局長、いかがでございましょうか。長官からいきましよう。

【岡本長官】

いろいろご意見、ご指導、ありがとうございました。いろいろいただいた点で、またこれから作業部会で詰めていただくことと存じますけれども、そういう点でいって2つ大きなお話があって、1つは進め方のお話がありまして、今あるMCでありますとか、そういう協議会を各県でやるときにどうするか。多くの先生方からお話ございましたように、既存のいろいろな協議会と屋上屋を重ねないようにやっていくということであろうと当然思います。そのためにも、このガイドラインの中で、どういうことをこの協議会できちんとしなければいけないのだということを明示的にしていただけることによって、ではそれをきちんとやっつけようとするれば、既存の今の協議会でこういうことをやればいいのではないかということも、おのずとはっきりしてくると思います。そのような意味でも、ぜひ作業部会でやろうとすることを、ある意味では具体的、明示的に示すということが重要ではないかというように考えております。それからもう1つ大きな、お金の話がございました。これは厚生労働省のほうの国費によっていろいろやっつけらるる予算、それから私どもが中心的に地方財政措置を講じてやっておりますいろいろな措置、これをあわせて講じることによって、いろいろ今ご指摘、ご心配あったようなことを解消していくということだろうと思います。それで1つ、総務省のほうでやっ

ております中で、島崎先生のお話の中の、どういう病院かということ、対象はどこだというお話がございましたけれども、我々この数年間、いろいろな病院のこういう地域の医療をどうやって確保していくかというときに、私ども総務省全体として持つております問題意識は、今まで、ともすれば公立病院にいろいろなことをやってまいりましたけれども、地域の医療を確保するために、それぞれの医療機関がどういう機能を果たしているか。その果たしていただいている機能に着目して、県なり市町村がお金を出していく、そういうものを想定しながら、我々としては交付税なり何なりの地方財政措置を考えるべきなのではないかというふうに考えております。そういう意味で、ではその医療機関がどういう位置づけなのかということ、ある意味では私ども役人でございますから、制度的にきちんと位置づけるということと、よりそういう仕組みがつくりやすいということになりますけれども、今回の消防法の改正で、消防機関と医療機関、それを県が入って、こういう意味では実施基準という形で位置づけるわけでございますから、この実施基準に位置づけられた病院は、当然、公立であろうが何であろうがその機能を果たすという中で位置づけられているわけでございますから、そういうものが果たすことに、どれだけの、いわゆる財政需要があるかということに着目しながら、そのような財政措置を講じていくことを、ぜひ前向きに進めていきたいというように考えております。

【山本（保）座長】

ありがとうございます。外口局長、お願いいたします。

【外口局長】

消防法の改正に基づきますこのガイドライン策定についての議論から始まりましてけれども、その中で地域医療、救急医療をめぐる課題について、さまざまな指摘をいただきました。今の状況をより改善していくためには、やはり予算制度、診療報酬といったいろいろな仕組みを通じて、これを短期、中期、長期と組み合わせて取り組んでいくことが必要だと思っております。行政としても、必要な対応が進められるよう、努力してまいります。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。それでは、もう時間が参ってしまいました。今後のディスカッションは、細かいところが出てくると思いますので、作業部会を設立して、そこで進めていって、この親会にそれをご報告して、よりよいルールづくりを目指す、そして協議会を目指すというところで、ご了解をいただきたいと思います。それでは、この辺

で事務局のほうにバトンタッチをさせていただきます。事務局、お願いします。

8 閉会

【事務局（溝口）】

ありがとうございます。皆様、ほんとうに活発なご議論ありがとうございました。次回の開催、あるいは作業部会のご案内等は、事務局のほうよりまた改めてさせていただきますと思います。1点、担当として、済みません、私の領分を超えたことかもしれませんが、この消防法改正のすさまじさを少し皆さんと共有させていただきたいと思います。私は、正直言いますと恐怖です。杉本先生がおっしゃったような絵に描いた餅ですとか、さつま町のここまでしかできません、あるいは大阪のウオークインの話、それはウオークインで病院が、病院を公開したらうまくいかなくなりましたというところまでデータとして出せますかというようなことを突きつけるような、これは改正です。そして、有賀先生が特におっしゃったような、当たり前のことだよねというのは、データにするのがいかに苦しかったかということは共有できているのではないかと思います。関係者間のコモンセンスは暗黙知です。それを出せというガイドラインをつくるか、それを突きつけて、そのデータを出す覚悟があるのかというのを問うというのが、この検討会のやっている作業でして、私は時々これで目が覚めるぐらい恐ろしい思いに駆られているということを、あえて申し上げさせていただきたいと思います。金というよりも、金をどこにつけなければいけないか、そのためのデータをほんとうに出す覚悟がありますかという話だと思っておりますので、ぜひよろしく願いいたします。済みません、出過ぎた発言をしてしまいましたことをお許しください。どうぞ、今後ともよろしく願いいたします。本日はありがとうございました。

【山本（保）座長】

ありがとうございました。

速記担当：(株)大和速記情報センター

藤田 貴子