

行政事業レビュー(公開プロセス)

開催日時：平成 28 年 6 月 16 日(木) 14:30～18:01

開催場所：厚生労働省専用第 14 会議室

出席者：井出委員、大屋委員、河村委員、栗原委員、佐藤委員、横田委員

○宮野総括審議官(行政改革推進室長)

定刻ですので、ただいまより厚生労働省「行政事業レビュー」を開催いたします。私は行政改革推進室長の宮野でございます。委員の皆様方におかれましては、大変御多忙のところ、御参加いただきましてありがとうございます。皆様の御紹介については時間の都合上、省略させていただきます。お手元の資料にて御確認ください。また、本日の会議につきましてはインターネット生中継を行い、会議終了後、厚生労働省ホームページにも掲載させていただきます。

それでは、行政事業レビューの 2 日目を開催させていただきます。本日は 3 つの事業について行政事業レビューを行いますので、よろしくお願いたします。1 つ目の事業であります「救急患者の受入体制の充実」ですが、始める前に頭撮りの時間を設けたいと思いますが、既に先ほど頭撮りされていたようですので、1 つ目の事業についてはよろしいですか。それでは、カメラの方は御退席をお願いいたします。プレスの方の傍聴は引き続き可能ですので、御着席のほど、よろしくお願いたします。

それでは、「救急患者の受入体制の充実」について、説明をお願いいたします。説明は 5 分厳守ということでお願いいたします。

○医政局

地域医療計画課の伯野でございます。資料に沿って説明させていただきます。

1 ページです。事業名「救急患者の受入体制の充実」です。事業目的ですが、救急医療機関が救急患者を円滑に受け入れられる体制の整備を図るものです。背景ですが、11 ページを御覧ください。こちらにあるとおり、高齢者が増えているという関係もあり、救急搬送人員は、ここ 15 年間でおおむね 1.5 倍となっております。また、13 ページですが、医療機関に受入照会を行った回数が 4 回以上の割合を示しておりますが、全体の 3.2%ということで、まだまだ搬送困難事例もあるという実態があります。

14 ページです。平成 21 年に消防法が改正され、医療機関や消防機関等の関係者が参画するメディカルコントロール協議会というものを設置して、患者搬送に伴う医療機関の受入れのルールを策定することになっております。

1 ページに戻っていただいて、事業概要の所ですが、今回の対象事業は大きく 3 つあります。まず 1 つ目です。①救急患者受入実態調査委託費については、先ほど申し上げたとおり、消防法に基づくルール、搬送や受入れの基準の運用状況を調査・分析するための事業で、平成 22 年度から開始されています。

16 ページです。こういう状況でも、こちらにあるとおり、埼玉県で高齢者が

たらい回しに遭ったという事例が発生しました。17 ページを見ていただくと、検討会を立ち上げて、有識者からの意見を伺い検討した結果、メディカルコントロール協議会が地域ごとに活動の差があることや、救急医療機関の間でも受入れの差があるという課題が指摘され、その解決方法として、メディカルコントロール協議会への医師の配置、あるいは、救急医療機関がその役割を果たすことができるような支援措置のようなものが提言されました。

1 ページに戻りまして、事業概要の 2 つ目です。②メディカルコントロール体制強化事業についてです。メディカルコントロール協議会に医師を配置して、年間を通じて週 1 回以上従事していただき、患者搬送の課題改善策等を検討する事業です。

次に事業の 3 つ目、③搬送困難事例受入医療機関支援事業です。こちらは、搬送先が決まらない患者さんを一時的であっても受け入れる医療機関に対して財政支援を行う事業ですが、この 2 つの事業が平成 26 年度から開始されています。

5 ページは資金の流れです。A が、先ほど申し上げた調査事業、B がメディカルコントロールの事業、C が搬送困難事例の受入事業ですが、それぞれ平成 27 年度の執行というものが、こちらにありますとおり、300 万円、8,900 万円、5,300 万円ということになっております。執行率ですが、24 ページを御覧ください。事業ごとの執行率、執行状況はこのようになっております。特に 3 つ目の搬送困難事例受入医療機関支援事業の平成 27 年度の執行率ですが、20.7%ということで、大変低い状況になっているということです。

再度 1 ページに戻っていただきまして、アウトカムですが、成果目標及び成果実績の所を御覧ください。まず、たらい回しを減らす、重症患者の救急搬送の医療機関照会回数が 4 回以上の割合を減らすということを目指しておりますが、全体としては低下してきております。また、特に医療機関照会回数が 4 回以上の割合が高い都道府県、具体的には 5%以上あるような都道府県の数を減らすという目標も今回挙げさせていただいており、こちらについても平成 25 年度、平成 26 年度は減っている状況です。

次に、21、22 ページです。ページが飛んで恐縮です。黒枠で囲っている都道府県が、本事業を実施している県ですが、“4 回以上”照会した割合を、事業実施前後の平成 25 年度と平成 26 年度を比較しております。22 ページの、医療機関に“4 回以上”照会を行った割合の一番下を見ていただくと、事業開始した 5 つの県の改善パーセントは-0.68%ということで、全国の平均の改善率と比較して改善しているのではないかと考えております。なお、表の※ですが、全国の平均より悪いデータについて※を付記させていただいております。

23 ページは救急医療体制の整備に関する施策全般です。その中で、今回の対象事業はどういう位置付けにあるかということを図示したものです。真ん中のピラミッドが救急患者の受入医療機関です。一番下が初期で外来レベル、真ん中が二次ということで入院レベル、一番上が三次ということで高度救急レベルということですが、そこへの搬入、いわゆる入口の問題がありますので、受入医療機関である救急医療機関と消防との受入ルールを決めて、その課題等を整理して取組

につなげていく②のメディカルコントロール体制強化事業があります。また、その基礎データを収集するために①の救急患者受入実態調査事業がありますし、また、③として受入先の支援として、搬送困難事例受入医療機関支援事業があります。

最後に 25 ページです。今後の見直しの方向性ですが、先ほど申し上げたとおり、搬送困難事例受入医療機関支援事業に関しては不用が大変生じているということです。平成 29 年度の予算要求に向けて、医療機関の実態、実情などを踏まえて、適切な“か所数”に見直しを図るとともに、医療機関が当該事業を実施する上で十分な財政支援となっているかなど、現状を把握・検証した上で、事業内容の見直し等を図ってまいりたいと考えております。説明は以上です。

○宮野総括審議官(行政改革推進室長)

次に論点を説明いたします。

○岸本大臣官房会計企画官

資料集 27 ページの論点等説明シートを御覧ください。下半分に論点として 2 つ〇を並べております。1 つ目ですが、この下に参考として執行実績を書いております。それも踏まえて、メディカルコントロール体制強化事業、搬送困難事例受入医療機関支援事業のそれぞれについて、この事業内容が都道府県の実態、ニーズに合っているかどうか、今一度検証すべきというのが 1 つ目です。2 つ目ですが、1 つ目と近接しますが、メディカルコントロール協議会に対する補助のあり方を検証すべきではないかという、この 2 点です。

○宮野総括審議官(行政改革推進室長)

質疑応答に移ります。なお、コメントシートについても、議論の状況を踏まえ、適宜、御記入を進めていただければと思います。それでは、先生方から御意見、御質問をよろしく願います。

○佐藤委員

まず事実確認からなのですが、最初の 2 つの事業について、救急患者受入実態調査とメディカルコントロール強化体制事業なのですが、例えば調査、委託については、23 ページを見ると、平成 26 年度は予算額は 47 都道府県を対象にして、実際にやったのは 11 しかなくて、平成 27 年度は最初から 24 都道府県に絞って、やったのは本当のところ 12 か所ということなのです。これは基本的には 1 回調査をして実態を把握すればそれで済むという事業だと思っていいたいのですか。継続的に調査を続けなければならないと思ったほうがいいのでしょうか。

○医政局

基本的には継続的に調査を続けていただくような事業ですが、当初、平成 26 年度は 47 都道府県という形で計上させていただいていたのですが、都道府県の

中では、県の中で県の職員の方々が自力でこういった調査をやるというような都道府県もあります。そういった所については、こういったところに手を挙げてこないという実態があり、その実績に合わせた予算の見直しをしたというところ です。

○佐藤委員

ということは、これは国の補助は受けていないけれども、この受入実態調査というのは全ての都道府県でやっていると思ってよろしいわけでしょうか。

○医政局

はい、結構でございます。

○佐藤委員

次のメディカルコントロール体制強化事業ですが、こちらも継続的に行う事業と考えたほうがいいのですか。それとも立ち上げというか、つまり、メディカルコントロール協議会の立ち上げとか体制強化の段階で必要な事業なのか、あるいは、やはりこれも毎年補助をしていかなければならない事業だと思ったほうがいいのか。

○医政局

こちらの事業ですが、結論から申し上げますと、毎年のものであります。具体的には、地域の救急医療提供体制がどうなっていて、そこに課題がどういうところがあって、その課題を解決するためにどうしていけばいいのかというのを、PDCA を回していくような医師を配置するというような事業ですので、基本的には運営費的な要素が強いというものです。

○佐藤委員

こちらも、実際に執行を見ると、平成 26 年度は 5 都道府県、平成 27 年度は 7 都道府県ということになっていますが、それ以外の所では独自財源で専任の医師を雇用して実際に強化を図っていると思ったほうがいいのか、あるいは、今、補助が適用されている自治体だけが実際にお医者さんを雇えていると思ったほうがよろしいでしょうか。どちらなのでしょう。

○医政局

正確に全部調査をしたわけではございませんが、こちらについては基本的にはここで手を挙げていただいている都道府県以外においては、こういった取組はされていないのではないかと思います。

○河村委員

私も事実関係の確認からお願いしたいと思います。先日、戸田のほうの病院に

行かせていただいて大変参考になりました。ありがとうございました。そのときにも伺って少し気になったのですが、都道府県ごとに数字も取られて、アウトカム指標のほうも御検討いただいて、やはり国としてはばらつきがあるのを均していくのが大事ではないかと思しますので大変結構なことだと思います。ただ、そのときの基本になるデータとして、救急車が受入照会を行った件数で、4回以上ということで、これが受入困難事例ということで把握されているということなのですが、先日お邪魔した戸田の中央総合病院で伺ったところだと、お断りになられた事例というのが、あの病院は大変熱心に救急に取り組んでいらっしゃるのですが、一部、診療科を持っていらっしゃる科があるとおっしゃっていて、精神科もその1つだと。そういう事例の照会が来たので、断った事例は精神科の事例がほとんどだというお話だったのです。

それを伺った後で思ったのですが、これは救急隊の方が実際に患者さんの所に駆け付けたときに、どこの病院が、どの症例だったら受け入れるという情報をお持ちでないのかといいますか、戸田の病院のように、診療科がないような患者さんが来てしまったものを、それは当然というか、お断りされることがきっと多いのだと思うのですが、それも4回以上とか、何回という件数に入っていると考えてよろしいのでしょうか。

○医政局

消防のほうにも確認をさせていただきましたが、その地域の消防が所管する各医療機関の受入可能な診療科というのはあらかじめ消防のほうでも整理・周知・認識されていると伺っております。では、先日の事例がどういう事例かということなのですが、例えば心臓の病気だということで状況を把握したのだけれども、よくよくその患者さんの背景状況を聞いてみると、合併症としてほかの合併症、例えば精神の合併症を有していたとか、いろいろな合併症があって、その主な症状についてはその病院で対応できるのだけれども、合併症も含めてとなかなか難しいというケースがあるというふうに伺っております。ですので、そういったケースがカウントされているのではないかと思います。

○河村委員

分かりました。そうであれば、消防のほうではそういう状況は把握されていて、いろいろ複合的な要因などもおありになるのでやむを得ないカウントということでした。

現地に伺って思ったのが、結構、規模の大きい病院で見せていただきましたが、それでもやはり、フルに全部の診療科がカバーできているわけでもない。結構熱心にお取組になっていらっしゃる病院だし、県だし、とは思ったのですが、そういうことを考えたときに、例えば埼玉県の状況などを伺ってみると、この補助を受けられるとしても、やはり1県当たり3病院までなのではないでしょうか。そうすると、状況によっては、その3病院が全部フルにラインナップを持っているかどうかというのは、もしかしたらああいう事例は結構あるのかなと。そうすると、必要な

県としては、もう少し補助を受けられる病院の数を増やしたいと思っているような所がおありになったりするのかなど。執行率が少し低いのですが、ただ、必要とされる特定の県にばかり補助というのなかなか難しいのかなど。それも分からなくはないのですが、その辺りは、今後どういうふうに政策運営していくか、方向性をお尋ねできればと思います。

○医政局

現状は、補助の要綱上、1都道府県当たり上限を3医療機関にしております。

○医政局

すみません、少し補足です。1県について1億1,600万円という金額になっています。件数は各県にお任せとなっております。

○河村委員

失礼しました。病院の数ではないのですね。

○医政局

予算積算上はあるのですが、実際の執行上は県で全体額というものがあります。ただ、1医療機関の上限という基準もありますので、それでの執行という形になります。

○医政局

ですので、現実的には、今の要綱上だと、もしかすると埼玉県全部をカバーするというのは難しい要綱になっている可能性があると思います。1都道府県当たりの上限が決められているので、そういった関係で、医療機関数の上限はないにしても、1個1個出していくと、その上限を突破してしまうので、ということはある状況だと思います。その辺りは、御意見を頂いて、見直しも含めて検討してまいりたいと思います。

○河村委員

そうすると、やはり難しいですね。必要とされている県は、特にこれだけ実際の困難事例のパーセントというものが差が付いてしまっている中で、これまでの当該県のお取組の結果ということも言えなくもないのですが、取組が遅かった所がいっぱい補助をもらえるのも、という意見ももしかしたらあるかもしれないのですが。現状では、なかなか必要な所にうまく回るのかなど。こういう形で、せっかく国で予算を用意してくださっても、執行率も低くなってしまうということがあるものですから、何かもう少しうまいやり方がないかなとは思っています。以上、コメントです。ありがとうございます。

○栗原委員

②のメディカルコントロール事業と③の搬送困難の医療機関のところのリンクなのですが、③の受入機関というのは、本来はこの事業にかかわらず、それぞれのメディカルコントロール協議会のほうが体制を整えていて、そこで、いわゆる6号基準に合う医療機関というのをそれぞれの県でリストアップしていると思うのです。ですから、これに該当する本来的な役割を果たしている医療機関はあるのだと思うのですが、その一方で、この事業では、MC協議会のほうに専任の医師がいるということ、要は②の事業をするということが前提となっている地域に限定して③の事業が行われればというリンクがあると思うのです。こここのところのリンクというのは、必ずしも必要ないのではないかなと。それぞれの都道府県レベルで、そうした受入体制を整えている医療機関があるのではないかとと思うのですが、そこについて、②の事業をしているということを前提としているのは何か理由があるのでしょうか。

○医政局

②の事業をやっていないと③が取れませんという形にはなっていないのですが、③をする上では、やはりメディカルコントロール医師と協力をしなげないといけないうことがありますので、メディカルコントロール医師に協力を要請できるような体制を事前にとっておくようにしてくださいというような内容にはなっております。

○栗原委員

現実にこの③に手を挙げている2つの自治体というのは、前提として②の7県とか5県のうちの一部になっているというのは事実ですよね。

○医政局

おっしゃるとおりです。③をやっている所を、現時点では②も両方ともやっております。

○大屋委員

大きく2つあるのですが、大きな1つ目の話は、先ほど①の事業について、調査自体は全都道府県でやっておられるけれども、実際に手を挙げてお金をもらっているのは少数にとどまっているという趣旨のことをおっしゃっていたのですが、普段、国からお金をもらう立場に立っていた人間としては若干不思議なところがあって、例えば、どこの国立大学もお金に困っていますから、簡単にもらえるお金であればもらいたいというのが本音なのです。その中で、この事業については、やるべきことはみんなやっているのだけれどもお金はもらっていないという点について、何か背景があるのかという点について、お考えがあれば伺いたと思います。

○医政局

推測するところですが、多分、各県、今の自助努力でできる、そんなにすごい調査でもないのですが、ある程度、今のマンパワーでは足りないようなところは、やはり賃金職員等を雇わなくてはいけない。そういう場合にはこの補助実績があるのですが、正直、数十万円の委託費なものですから。ですので、各県、今のマンパワーでできる所は手挙げしてこないというのが実績ではないかと思えます。

○大屋委員

ありがとうございます。もう 1 点は、その点とも関わってくるのですが、13 ページです。照会と現場滞在の実績で全国平均を上回ってしまっている 10 都府県が挙がっていると思うのですが、この 10 都府県という、要するに事業を実施する必要性が本来、高いと思われる地域と、実際に②③をやっておられる都道府県というのは必ずしも一致しない。そういう意味で、ニーズにうまくマッチしてお金が配られていない事業になっているのではないかと思うのです。この点について、特にニーズがあるはずなのに手を挙げてこない自治体について、どのような要因があるとお考えなのか、お考えをお聞かせください。

○医政局

ニーズと、本来やるべき所がやっていないのではないかというような御指摘かと思えます。1 つは、我々の働き掛け不足というのはあるかもしれません。その辺りは今後はしっかりやっていきたいと思っております。

あと、やっていなくて悪い所の幾つかに聞いてみました。兵庫県と奈良県です。22 ページを見ていただくと、非常に悪いという言い方はあれですが、良くない所なのですが、そこに確認をしました。どちらかということではないのですが、例えばこれだけの取組ではないような取組を、例えば平成 25、26 年辺りに、ICT を活用して、救急隊がタブレットを持って、運んでどこかの病院に入ったら、すぐそこで、「ここには 1 つ入ったので、もう空床が何床しかない」というのを、比較的タイムリーにやるような事業を始めたりという取組はしているようです。ただ、それでもなかなか改善しないという実態があるので、今申し上げた 2 つの県については、③の事業に出していくことも含めて前向きに検討しているようです。ですので、そういった所も、何も考えていないのではなくて、いろいろな取組をしていく中で、やはりこの辺りをしていったほうがいだろうというところを考えているということです。

○大屋委員

ありがとうございます。何となくなのですが、都道府県が何もしていないということは非常に考えづらくて、やはりこれは改善の必要があって、取り組んでおられると思うのです。ところが、それをやるに当たって、当然一定の資源、特に予算が必要である中、自力でやるほうが、自分で汗をかいてやるほうが、国からお金を頂くよりも楽であるという状況になってしまっているのではないか。つまり、この事業のお金の配り方が、都道府県の自主努力をうまく適切にサポートす

る状況になっていないのではないかとというのが、若干、懸念材料としてあるのではないかと思います。

その関係で、大きな話の2つ目で、補助条件のことについて確認をしたいのですが、②のメディカルコントロール体制強化事業について、これは埼玉県のほうが状況を知ったのですが、少し補助条件に納得のいかないところが素人ながらあります。というのは、まず第1に重要なのは計画ですよね。つまり、搬送の計画や予定や地域割りをきちんとするという事だと思っておりますが、そのPDCAサイクルをきちんと回すという観点から言うと、専任の方がいて週に1日必ずチェックしなさいというやり方が、必ずしも有益なのかよく分からない。つまり、例えば年度ごとに、1週間なり2週間なり集中して検討するというやり方もあるのではないかと。逆に埼玉県では、委託先に出して、3人のお医者さんを含めて、24時間対応できる体制でリアルタイムにチェックしますということをしておられると。ここまでやれば、もちろん非常に意味はあるわけですが、そこまでやる体制がこの事業でちゃんとサポートされるのかよく分からない。そういう意味で、補助条件が少し中途半端なのではないかと考えたのですが、この点についてお考えがあればお聞かせください。

○医政局

②のメディカルコントロール体制強化事業の補助要件が「週1回以上」となっているということですが、これは我々も議論させていただいて、おっしゃられるとおり、この「週1回以上」という補助要件が適切なかどうか。ここは見直しも含めて検討すべきなのではないかと、我々も同じ思いです。現場の意見をしっかりと聞いてまいりたいと思います。

○大屋委員

ありがとうございます。最後にもう1点なのですが、③の事業についてです。先ほど河村先生からの御質問にお答えいただいたとおり、基準額としては1都道府県当たり1億1,630万ぐらいの基準になっているということなのですが、正直申し上げると、都道府県は面積も人口も非常に大きくばらつきがある中で、この金額でそろえてしまっているのか。単純に割ると1都道府県3機関になるのだという計算になっていましたが、例えば何らかの条件を付けて、補助金額の濃淡を付ける、上限の濃淡を付けて、需要のありそうな地域には多めに出すというようなことはお考えになっておられないのかという点について伺えればと思います。

○医政局

今、二重にフィルターが掛かっているような形になっております。都道府県当たりの上限額と1医療機関当たりの上限というのが決まっているような状況です。埼玉県のようなやる気がある所へしっかり付けていくということを考えると、1都道府県当たりを外すという考えもあるかと思います。その辺りはしっかり検討してまいりたいと思います。

○佐藤委員

この事業の最大の特徴は、まず都道府県の手挙げ方式だということがその一です。その後、補助金の配り方等々、やはり国が一方的に決めてしまっているのがその二かと思います。執行率の低さを見れば、明らかに言えるのは恐らく都道府県のある自治体のニーズに合っていないというのが多分結論として出てくると思います。

例えば、①に関して言えば、結局やる気のあるところは一生懸命実態調査を独自財源でやっているわけです。それでもお金がなくて、人手が足りなくてこういう事業に応募する都道府県があるかもしれない。それが実際かもしれません。

ただ、そういう都道府県というのは本当に人出が足りない自治体なのか、財政的に厳しい自治体なのかということそれはどうなのか。実際、応募要件は手を挙げればいいわけです。だから、本当にターゲットを絞った、本当に必要なところにアプローチしたものになっているのか。

それから、よく分からないのは、調べる頻度や調査のクオリティーなど、受入実態調査を全ての都道府県で作っていると言ってもその濃淡はどうなのか。もし、そこに地域差があるのであれば、やはり弱いところに厚生労働省から積極的にアプローチして、このお金を使ってでもいいから人を雇ってきちんと調べてくださいというやり方をしないとなかなか実態調査が進まない。

全く同じことは②にも言えて、とりあえず医師を配置してメディカルコントロール協議会を作ればいい。でも、多分メディカルコントロール協議会を強化する方法は、今、大屋先生から御指摘があったとおり恐らくこのやり方だけではないでしょう。別に、週1回、医師が来てくれること自体がPDCAをうまく回す方法ではなくて、ほかにも方法はある。そうであれば、都道府県は一体どのような取決めをしているのかが今度興味になってくるわけです。

この補助金を受け取らないで、彼らなりにどういうやり方でこのメディカルコントロール協議会の強化を図っているのか、あるいは実はできていないのか。そういう実態はどうなっているのか。何を言いたいかと言うと、多分都道府県ごとにいろいろなやり方がある、そうすれば当然そこに地域差が生まれてきて良いものが出てくる。そうなれば、やはり国としてやるべきことはベストプラクティスを取り上げてきて、もしそれが本当にいいのであれば、それを都道府県に奨励していく。

これはちょっと③に関わるのですが、先ほど埼玉県にも出ていましたけれども、タブレットを使って例えば患者情報をやり取りして、あらかじめ病院と情報を共有するというのの一つの大きなやり方ですね。この事業そのものに直接乗らないのかもしれませんが、都道府県はかなり自分たち独自でいろいろな取組をしているのではないのでしょうか。それを実際に汲み上げて、一番良いものの全国展開を図っていくというのが本来の国のやり方であって、国が最初に「これが支援です」とメニューを決めてしまうと必ずしも都道府県がやりたいことには合わない。実際、それは執行率の低さになって現れているのではないかと勝手にまとめてみたのですが、いかがでしょうか。

○医政局

たくさんの御指摘をいただきました。まず、①の調査については、こちらからこういった調査をしてくださいということで調査項目を決めてお願いしていますので調査結果にばらつき、濃淡があるというのは思っておりません。ただ、実際、どうなのかというのはしっかり見ていかないといけないと思います。

先生が御指摘の②、③、やはりベストプラクティスをしっかり都道府県に周知すべきではないかというところはおっしゃるとおりです。我々も国としてメディカルコントロール協議会連絡会というものを立ち上げて、各地域の方々にこういったベストプラクティスがありますというのはなるべくそういった協議会で共有するようにさせていただいております。ですので、そういったところは引き続き頑張っていきたいと思っております。

○佐藤委員

一つ、ベストプラクティスについて事例があったら教えてください。

○医政局

先ほども話題に出ました ICT などの取組なのですが、例えば先ほど話題に挙げた埼玉県を例に挙げると、埼玉県でももともと発祥は佐賀県で導入された ICT の技術なのですが、先ほどお話にあったような、どの病院がどれぐらいのタイミングでどのような患者を受けましたというのができる限りリアルタイムに分かるように、タブレットで全県で共有できるようにという仕組みです。

特徴的なのは、隣県とリンクするような形のシステムを導入しています。群馬県とリンクしています。背景としては、埼玉県北部はかなり医療過疎に近いような状況で、救急に対応できる病院が少ないのです。なので熊谷などから北の疾患に関しては、結構な割合で群馬県南部、例えば伊勢崎や藤岡、足を伸ばすと前橋まで行くことがあります。そういった地域の病院の空床状況や受入状況まで反映できるようなシステムを使って、できる限り早期に搬送先が選定されるようにという仕組みを取っております。

○佐藤委員

多分、やっていそうな気がするのですが、ICT の技術を使った患者情報の共有というのは補助事業として国は何かやっていらっしゃるのですか。

○医政局

はい、国としても都道府県に対する補助メニューを持っております。

○佐藤委員

それは医政局のほうですか。

○医政局

はい、そうです。

○井出委員

全体を見て、この事業は悪くないと思っています。と言いながら、この大きな事業の中に3つの事業があって、私は埼玉県のこの間の視察を拝見させていただいて、やはり③の支援事業、ここは執行率も悪いのですが、ここにどうやらいわゆる不用額が多いという、その1つの改善策はこの③に全体ある予算を、選択と集中ではないですが、ここに多く注ぎ込んでいく。それに対して執行率というか、利用していただく自治体や医療機関を増やしていくことがこの事業の目的達成につながっていくと思います。

今日、実はいろいろな先生から、いわゆる方向性など具体策も出たので、あれこれ言うのは何なのですが、委員の中からも出ているように例えば20ページの③、いわゆるこの事業を利用して積極的に取り組む自治体とそうでないところ、自治体に差を付ける云々というのはどうかという御意見もあります。私はやはり頑張っている強みを見せるところとまだまだこれからというところには、多少差別化をお金の面でしていいのではないかと気がしています。ですから、もう話に出ているここにある基準額の1、2、あるいは補助率なども場合によると変えられるものであれば簡単に引上げと言っていいかどうか分かりませんが、それを具体的に検討する時期に来ていると思っています。何か御回答いただくというより、意見としてお聞きいただければと思います。

○宮野総括審議官(行政改革推進室長)

議論の時間はまだもう少しありますが、コメントシートの記入もよろしく願いいたします。記入が終わりましたら回収に伺いますので、よろしく願いいたします。

○横田委員

ほぼ出尽くしているような感じもします。横展開する上で都市部と山間部でかなりニーズが違うということなので、そこのベストプラクティスそれぞれが共有されるようにしていただければとてもありがたいと思いました。

先ほど、県ごとでのギャップがあるのはという話もありましたが、もしかしたら、都市部の結構大きめの病院と山間部の病院でもそもそもできることが違うので、そこを分けた形と条件の付け方などというのも検討し得るのではないかと思います。

成績の悪いというか、なかなか対応し切れていない都市部の最後の砦がないところはどれぐらいの県があるのか、分かれば教えていただきたいと思っています。そこに関しては、補助をしながら義務付けなどをしていかない限り、なかなか改善がされないのではないかと思います。その可能性も含めてお伺いしたいというのが1点目です。

2つ目、ちょっと事業が違うのかもしれませんが、そもそも驚いたのがこの15

年で救急患者数が相当数増えている、今回、素人考えで感じたのが重度の方々をうまく受け入れていくための事業であると思うのですが、軽度と中度の方々が非常に増えている。そこの総量を減らすという観点では非常に大事なのではないかと思います。

それに当たってこの事業としてできること、逆に言うと本当はアウトプットみたいところで、総量が減っていることもこの事業のカバー範囲なのであれば減らすことも検討したほうがいいのではないかと思いますのでいかがでしょうか。

○医政局

大変貴重な御意見をありがとうございます。まず、都市部と中山間を少し分けてベストプラクティスをとってお話がありました。正直、抜けている点だと思います。その辺、今後しっかり検討していきたいと思います。

義務付けの関係なのですが、13 ページを見ていただくと、どこがよろしくないのかが出ております。マッピングにしております、比較的都市部を持っているような都道府県です。やっているところ、やっていないところがあります。こういったところに義務付けができるのかどうかについては、1 つは受入医療機関にやっていただく必要がある。その医療機関がルールを決めたとしても、なかなか空床確保や医師の確保など、一定の体制を整備するためにはコストがかかります。そういった意味では、やはり現時点ではサポートしながらやっていかないとなかなか難しいのではないかと考えております。ですので、まずは受け入れていただく医療機関との調整が付いて、予算もきちんと確保されるようなところから順次やっていく。こういった事業を継続的にやっていくことで全体が上がっていくのではないかと考えております。

もう一点、軽症が非常に増えていると。そこを減らすことは非常に大きなところではないか。これもおっしゃるとおりで非常に大きな課題です。これについては 12 ページに資料をお出ししております。おっしゃられるとおり軽症の割合が特に多い。高齢者は全体が増えているのですが、小児、成人については重症は逆に減っていて、中等症、軽症が増えているという実態があります。

1 つは、「#8000」という子どもの病気の電話相談をしております。まず電話をかけていただいて、本当に救急で受診する必要があるのかどうかを医療従事者がお答えするという電話相談事業です。こういったことも国として進めておりますが、なかなか認知度が不十分ということもあります。実は、これもまだ認識されていないかもしれませんが、アンパンマンに御協力いただき、アンパンマンのキャラクターを使って周知をできるような体制を取らせていただいています。さらに、子どもと子どもになじみが深いキャラクター、親も目に付きやすいというところで周知を図っているところです。

それ以外に、大人の救急の適正利用という観点も非常に重要な観点です。これは消防のほうなのですが、消防のほうでも同じような電話相談事業を進めているところです。そういったところもしっかりやってまいりたいと思います、以上です。

○佐藤委員

できるだけ手短かに発言します。先日あった医療経済実態調査の時でもそうだったのですが、医療機関に協力をお願いするという体制が基本ですよね。厚生労働省は国なので、国が都道府県をお願いして、都道府県が多分病院をお願いするという二重のお願い構造になっているのだと思います。少なくとも、公立病院についてはもう少し、公立で税金を使っていますから。本当は都道府県がやるべきことですが、この間には実態調査に必ず回答しろという点を義務付けてはどうかと話をしていたのですが。今、全ての地域において義務付ける必要はないと思うのですが、奈良県を含めて非常に厳しいところについて、空床の確保というのは少なくとも一次的に、専門の医師がいないかもしれないので一次的にならざるを得ないとしても、一次的には必ず受け入れるということはやはり義務付けるという方向で行かないと、公立にまでお願いベースとなると何のための公立なのかという話になってしまう。地域医療のコアですよ。先ほど都市と地方の違いがありましたが、公立と民間の病院に対する対応の仕方は本来違っていいのではないかというのが一つです。

最後は余談ですが、軽症の救急については、私も参加していますが財政制度等審議会、財務省でも議論があって、有料化したらいかがですかという案が出ています。これは本気で考えたほうがいいと思います。

○河村委員

救急車の有料ですか。

○佐藤委員

救急車の有料です。

○栗原委員

いろいろな方がもう言っていることではありますけれども、私も全体として幾つか気が付いたことをコメントさせていただきます。1つは、申請のあるところだけが対象になっているので課題のあるところ、取り組んでいないところが放置されているような状況の施策かと思えます。やはり全体として、戦略性を持って予算の施策を考えるべきだと思いました。

その中で、③の受入機関の増加というのは非常に重要ですが、これだけしか対象病院がないということが本当なのかと思いました。先ほどの質問で、②とリンクしていないとおっしゃいましたが、どうもこれを見るとリンクをしている、あるいは現実にリンクする運用をしているのではないかと思います。是非、MC協議会の医師の配置、これが結構難しいことだとすると、そこをリンクさせた形だといつまでたっても増えないと思うので、きちんと切り離してやっていくことを明確に打ち出して増やしていく必要があるのではないかと思います。

その時、いろいろな自治体で6号基準の指定病院が指定されていると思います。では、そういうところが全部対象になるかということ、ベッド数、空床を置いてお

くことができないところに対して財政的な支援をして空床を確保する、ということを中心にやっていくような地域や病院をセレクトしてメリハリ付けてやっていくことが必要ではないかと思えます。

2つ目は、②の MC 協議会の医師の配置。先ほどもいろいろ意見がありましたけれども、やはり専任の医師という専任制についてももう少し見直しが必要かと思えます。今でも週一回の専任が非常に難しいということなのであれば、かつそれがある特定の人に限定されているのであれば、本当に週一回が必要なのかという頻度の問題がある。あるいは1年間同じ人がやらなくてはいけないのか、ほかの方でも例えば3か月とか6か月ぐらいに分散して、専任の医師を出すということ、出す側の機関でも負担にならないように、分散するような形で医師を確保していくことをもう少し検討、見直しをしていただければと思えます。

医師の配置については、実は今7県でやっていますが非常に費用にバラつきがあって、2,000万円以上出しているところから100万円未満のところもあって、なぜこれほどバラつきができるのだろうという疑問があります。恐らく、医師がやっていることも各機関でまちまちなのではないかと思うので、何をやらなくてはいけないかという要件をはっきりさせて、それに必要な方を出せるかどうかを今一度検討すべきと思えます。やる仕事とどういう専門性を持たなければいけないかというところを見直していただいて、なるべく医師が配置できるような形で要件を見直していただければと思えます。

○宮野総括審議官(行政改革推進室長)

今の点、何かコメントはありますか。

○医政局

戦略的・重点的に取り組むべき政策、またメディカルコントロール体制強化事業における医師の要件、あるいはやるべきことをはっきりさせるべきではないかということをございます。いろいろ御指摘いただきましたので、見直しを含めて検討してまいりたいと思えます。

○河村委員

県別のパフォーマンスを見ると、もう先ほどから出ていますが面白いのは大都市部のほうが高いところが多い。たくさん病院があるはず、おかしいという感じ。地方というか、例えば北海道や青森、南でも沖縄や鹿児島が低い。ですから、よほど都市部は仲が悪いのかと言ったらおかしいのですがうまく回っていないのではないか、やはりそこら辺が課題かと思えます。そういう中で、例えば都市部でも愛知県は低いですね。それから福岡県なども低い。そういったあたりのベストプラクティスは、いろいろ調査されていますでしょうか。

○医政局

すみません、調査しておりませんので、その辺もしっかり把握するようにした

いと思います。

○河村委員

大都市部であればそういうところが無責任にならないように、どうやっているか、参考になると思いますので、お願いできればと思います。

もう1つ、アウトカム指標に都道府県ごとのバラつきをなくすということで、搬送困難件数が5%以上ある都道府県の数の前年度以下にするとなっています。この点、もう少し高めにしてもいいのではないか。これだったら、平成26年度に7だったものがそれ以下に1つでも減ればいいということになってしまうので、5%の搬送困難事例があるのはもう少し減らしていただきたいと思います。例えば5%以上の県を半分にするとか、もっと進んでいけば、県ごとのバラつきをなくすところの指標設定を是非もう少し高いものに変えていただきたいのですが、そのあたりはいかがでしょうか。

○医政局

指標の設定についてはどういう指標がふさわしいのか、もう少しスピード感を持ってということかと思しますので検討してまいりたいと思います。

○大屋委員

取りまとめに余り関係ない、余談めいたことをちょっとだけ申し上げます。先ほど、佐藤先生から実態として必要性があるのだから公立病院については義務付けを考えるべきという御指摘がありました。ただ、正直言うと割と難しいだろうというところがあります。

というのは、医学部を持った国立大学にずっと勤めていて、辞めたので自由な立場になったから言うのですが、我々にはもう言うことを聞く義務がないのだという話です。要するに、国立大学法人にして切り離されたのだから経営の自主権があるのであって、それは命令を下されても直ちに聞くいわれはない。

国立病院も独法化された。今、公立病院も指定管理者制度で、どんどん経営上の効率を追求していくという方向にいておられる。正直、経営の効率を目指すということ自体の必要性が当然あるわけで、その重要性は全く否定しないけれども、それをすればするだけ直接の統制や義務付けは効かなくなるわけです。現状の制度についても、その狭間で苦しんでおられる結果かと理解しなければいけないかと思いました。意見だけです。

○宮野総括審議官(行政改革推進室長)

取りまとめの時間になりましたので、取りまとめをお願いしたいと思います。井出先生から評価結果の案及び取りまとめコメント案の発表をお願いいたします。

○井出委員

集計結果を発表させていただきます。廃止1名、事業全体の抜本的改善2名、

事業内容の一部改善 3 名、現状どおり 0 名となりました。

各委員からは様々御意見をいただいたところですが、3 つの事業について予算額の選択と集中が必要である。救急患者受入実態調査事業については廃止を含めて検討すべきである、メディカルコントロール体制の地域差、実態の見える化をすべきである。最後のとりでについて義務付けの検討が必要であるなどのコメントがありました。

それでは、私から評価結果案及び取りまとめのコメント案を提示させていただきます。ただ今の評価結果から、当該事業の評価結果としては事業内容の抜本的改善が妥当であると考えます。取りまとめのコメント案としては、見直し案にありますとおり搬送困難事案、受入医療機関支援事業の実効性の把握・検証を行いつつ、救急患者受入実態調査委託費については必要性を含めて見直し、メディカルコントロール協議会に係る補助については週 1 回以上という専任医師の要件を見直す必要があります。

全体として搬送困難事例、受入医療機関支援事業に重点を移しつつ、補助金の上限額等を見直し、受入照会回数の減及び現場滞在時間の短縮により実効ある事業内容に見直すことが必要です。

さらに、受入照会回数や現場滞在時間の地域差を戦略的に是正する観点から本事業に手を挙げない自治体への働きかけを強め、都市部や山間部などの実情に応じたベストプラクティスの横展開を図ることや公立病院の位置付けを検討していくことが必要であるとさせていただきます。

ただ今、評価結果案及びコメント案について御提示をさせていただきましたが、各委員の先生方から御意見をいただければと思います。

○佐藤委員

基本的にそれでよろしいと思います。先ほどから何度も出ているように、事業案についてメディカルコントロール強化体制事業とか、各自治体でどのような取組をしていて、果たして専任講師の配置というのは週 1 回だろうが 2 回だろうが、年末だけだろうと、これが強化という目的に対して唯一のやり方なのかどうかということは検討して、もしもっといいやり方があるならそちらに補助を付ける。そういう姿勢があっただけいいと思います、別に医師ありきで考えるべきではないと思います。もう少し地域のニーズに合わせた形での補助体系の見直しとか、そういうような文言があるといいと思います。

○井出委員

ほかにはいかがでしょうか、よろしいでしょうか。それでは、基本的に評価結果としては各委員の方から御理解をいただいたと思っております。コメント案につきましては、これも基本的には先ほど朗読させていただいた方向で調整をさせていただきますが、特に今、佐藤先生からいただいた点、メディカルコントロール等々についてはいわゆる自治体のニーズ、実態等を調査していただいて、またそれに合わせた強化体制というものを御検討いただくことを付け加えさせていた

だきたいと思います。以上です。

○宮野総括審議官

ありがとうございました。それでは、本事業につきましては終了といたします。次の準備ができるまでしばらくお待ちください。