

第27回北海道道州制特別区域提案検討委員会 会議録

日 時： 平成21年1月22日(木)13:30～16:00

場 所： かでる2・7 720会議室

出席者：

(委 員)井上会長、五十嵐委員、福士委員、山本委員、宮田委員

(参考人)奈井江町立国民健康保険病院 事務長 小澤敏博 氏

(事務局)地域主権局 川城局長、出光局次長、志田参事、渡辺参事

○ 井上会長

今年はじめでの委員会となりますけれども、今年もみなさん方、この場における審議等々に関しましてはご協力をよろしくお願い申し上げます。

この委員会の当面の目標といいますのは、この3月末をもとに第4回目の答申ということをやっていきたいということで今鋭意議論をしているところでございます。引き続きよろしくお願いいたします。

第4回答申に向けてということで簡単にこれまでの審議を振り返っておきます。みなさん方に配布してあります資料1をご覧くださいとわかりやすいかもしれません。

まずここに出ていない23回目、9月に行われたものですが、道民提案の第一次整理ということで今後議論を展開していくもの、検討していくものを整理し、そして資料1の〇印がついているところにそって議論をしてきたということであります。

特に第25回、11月27日に開催されたものでございますけれども、地域医療の集中審議として北海道医師会、北海道看護協会から参考人にお越しいただき、専門的なお立場からご意見を伺い意見交換を行ったということであります。

前回26回目でありますけれども、それに先立ちまして中央分権改革推進委員会の第二次勧告というものがありまして、国の出先機関の統廃合が打ち出された経緯を踏まえ事務局のほうから国の出先機関に関わる予算・人員等の情報開示という内容の提案があり、審議の結果整理案の形で今後議論を展開していくというふうになったものであります。

これは、私どもの議論の中では一旦本棚に仕舞い込むということをしていたのですが、今回の議論の中でそれを引き出してきて、もう一度きちんとした形でということにしております。

資料1に整理してもらっていますが、No.125とNo.130、二重三重行政の解消ということで、いわゆる国の出先機関との機能等統合についてということでありまして、このことを今後第4次答申に向けて議論をしていくということにしております。

これは、先程出光次長からお話がありましたけれども、私どもが昨年来この場で道州制

特区検討という形でやってきたもののうち、先程出たものは私どもとしてコミュニティハウスということで提案しているものであります。これは非常に喜ばしいことである。道州制の枠組みでどうなるかということは別として非常に注目を集めたということでは非常にいいことだと思っています。

片方で、実は大きな問題が出てきています。数日前に地元紙の報道にあってみなさん方お気づきになったかと思えますけれども、私どもの第1回目の答申、あるいは緊急答申と呼んでいるものですが、その中で水道法の問題について特区提案しておりました。あるいは、特区推進法というものの中で権限の移譲と財源を抱き合わせるとなっていたところで、財源の措置がどういうふうになるかということで注目していたものですが、実際に割り振られた。権限は下りてくるということになっています。予算措置が講じられたものは、おおよそをいけば74万円。73万6千円でしたか、それくらいの金額ということですが、道州制特区の抱き合わせの中では、3人の人件費ということを見込んでいたものが、74万というのは非常勤職員1人分の給料プラス出張旅費というような非常に微々たるものでありまして、権限は移譲するけれども、しかし金は移譲しないぞというような形で、なかなか道州制特区提案が実現することに関しましては非常に厳しい高いハードルを、また改めて見せ付けられたのかなというふうに思っております。

そういうふうなことで前回辺りのところから議論してきておりますように、要するにどれくらいの予算が必要なのかを含めて、特区提案としてそれが実現する、検討するというためにはしっかりした情報の開示というものをいただいている、これは空港整備の問題もありました、そういうところに絡めてデータはありません情報はありませんというふうに言われていても先に進まないわけです。こういうところも含めて第4次提案という形であげていく検討を今後も進めていきたいと思っております。

それで今日でございますけれども、資料1と申し上げておりましたけれども、資料1に網掛け、あるいは太字で示されている通りに道民提案というものが16件ございます。

また、資料1の下のほうに「参考 庁内提案」というものが新しく付け加わっております。これは前回の道民のみなさんの提案とは別に経済部から庁内提案として2件出されてきたということです。これは議論した上でもう少し検討していきましょうという形にしているものであります。

第4回答申に向けては、これらのものを鋭意審議をしているということになります。

あまり長くなってもあれですのでこのあたりでやめますけれども、今この中で審議の対象としているものが地域医療関係が7件、地域振興福祉関係が5件となるところであります。

今後の審議については、議事次第に基づいてやっていきたいと思っております。議事(1)分野別審議についてということになります。

最初に地域医療関係の7件ということで議論をさせていただきたいというふうに思います。これは、前回の議論の中で医療関係については、医師会や看護協会のほかに別な観点

からも話を伺ってはどうか。これは、確か宮田委員だったと思いますけれども、そういった意見も出ておりましたので、そのときに方向性を決めたわけですが、事務局のほうで参考人の人選をしていただいで、今日来ていただいでもらうことになりました。

ここで該当する案件というのはNo. 255、中ほどにあると思いますけれども、公立病院のオープン化に関してであります。奈井江町立国保病院の小澤事務長さんをお招きしてお越しいただいておりますので、この後ご意見を伺うとともに意見交換をしていきたいということにしたいと思います。

そういうことでよろしいでしょうか。

まず255番、公立病院のオープン化ということで参考人からのご意見等々を伺う前に事務局から資料にもとづいて簡単に説明をいただきたいと思います。

よろしくお願ひいたします。

○ 地域主権局 渡辺参事

それではよろしくお願ひいたします。

私の方からNo. 255、公立病院のオープン化に係る医師標準数の特例について簡単にご説明をさせていただきます。

資料3をご覧ください。1ページでございます。開放型病床の説明でございます。

開放型病床というのは、病院のベッドの一部を診療所のかかりつけ医（病院と契約をした登録医に限られる）に開放した病床のことをいうということでございます。

今一般の医院、診療所の患者さんを病院の開放型病床に入院させて、その診療所のかかりつけ医が病院を訪問して病院の医師と共同で治療を行う。退院してからも引き続きそのかかりつけのお医者さんが治療を行って、患者さんは入院前、入院中、そして退院後まで一環して同じ方に診療を受けることができるということで、いわゆる病診連携の一体化、具体的な取り組みということでございます。

下に報酬についてということがございます。この開放型病床を使った場合に診療報酬としてかかりつけ医が訪問した場合には、1人につき1日350点ということで、これは1点10円ということで3,500円という診療報酬が入ります。またベッドを提供している開放病床としている病院については、そのかかりつけ医と一緒に診療を行った場合には1日220点が報酬として加算されて支払われるという仕組みになっています。

こうした開放型病床の施設の基準というのがありまして、それはどうなっているかということですが、資料3の3ページをご覧ください。上のほうですけれども、「第三 医学管理等」というところの4-2「開放型病院共同指導料(1)の施設基準」ということで施設の基準が書かれています。病院であること、地域のすべての医師又は歯科医師の利用のために開放されていること。専用の病床が適切に備えられているものが条件ということでございます。

今度は資料2の1ページ目になります。公立病院のオープン化に係る医師標準数の特例

という提案の概要について書いています。その中でメリット・デメリットのところのデメリットですけれども、要はこういうふうには開放型病床に患者さんが入院して、そこに開業医の方が来られるわけですけれども、この開放型病床の入院患者に対する診療を行う場合のかかりつけのお医者さんの部分は、医師標準数に算定できないということになっています。

資料3の4ページになります。これは病院における医師の標準数の算定の方法でございます。この式を見ますと一般的な病院、精神病床だとか療養病床のない病院の場合は、外来の患者さんを2.5で除した数に入院されている患者さんの数を加えて出てきた数字、これをAということで、そのAが52まではお医者さんは3人必要。Aが52を超える場合には、16増えるごとにお医者さん1人が必要になってくるという計算式になっています。

ここでいうところの入院患者数というところには、開放型病床の患者さんの数というのは含まれるのですけれども、お医者さんの部分についてはかかりつけ医の数は含まれないということになっています。

それで、この医師標準数を仮に割り込んだ場合は、医療法に基づきまして都道府県による改善指導を受けるということがございます。医師の人数が標準数の半分以下、2分の1以下である状態が2年を越えて継続した場合には知事から人員増員命令とか業務停止命令を受ける場合もあるということでございます。

ただこの標準数につきましては、特例がございまして、4ページの下半分になりますけれども、離島ですとか過疎地、山村地域など、ここでいうところの「医師配置標準の特例措置にかかる都道府県知事の許可」というところがありますけれども、(1)のところに書かれている条件を満たしている病院については、都道府県知事の許可を受けること。(2)になりますけれども、医師配置標準数の算定式を90%に減じることができるという特例を受けることができるという仕組みがございまして。

資料3の5ページになります。医師の人数が標準数の7割以下、5ページ下の別紙2というところで「医療法標準による医師等の員数の基準と入院基本料の算定方法」というのがあります。ここを見ますと医師の人数が標準の7割以下になりますと、診療報酬の入院基本料というものが90%に減らされる。半分以下になりますと、それが85%に基本料が減らされるということで、収入上のペナルティーがあるということでございます。

これで病院のオープン化によります登録医を何らかのかたちで医師標準数の算定式に反映させるということができれば、こうしたペナルティーの回避につながりまして、他の地域でのオープン化の取り組みというものも促進できる可能性があるというふうに考えてございます。

説明は以上でございます。

○ 井上会長

ありがとうございました。

みなさん方、今の段階で特段の質問がなければ、ご質問、あるいはご意見の部分は多々参考人の方の説明等々に関係すると思われまので、まず先に参考人の方からご説明をいただいで、その後に意見の交換、それを通じて質問、あるいは疑問等々を解決していくというかたちでよろしいでしょうか。

では参考人の先生、よろしくお願いいたします。

参考人の先生でございますけれども、本日お忙しい中、参考人としてお見えいただきありがとうございます。ご紹介いたします。奈井江町立国民健康保険病院事務長の小澤敏博様であります。

小澤事務長さんからは、奈井江町立国保病院で実践されておられます病診連携の取り組み等についてお話を伺いたいというふうに思っております。よろしくお願いいたします。

○ 小澤事務長

皆様、こんにちは。ただ今井上会長からご紹介をいただきました奈井江町立国保病院の小澤と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

私の方からは、本日のテーマの中の1つでございます公立病院のオープン化ということにつきまして私どもが実際に平成6年度から地元の開業医の先生方とともに病診連携事業を進めてございます。そのような事業の中身についてご紹介をするとともに、今後の地域医療のあり方等についての意見を含めて皆様方にお話をさせていただければというふうに思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

座ったままで失礼させていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、まず資料でございますが、お手元の資料4でしょうか、そちらの方をご覧いただきながらお聞きいただければというふうに思っております。よろしくお願いいたします。

それでは、まず私どもの町の病院の紹介を若干させていただきたいと思っております。お手元の資料でいきますと2ページ目をご覧いただければと思っております。

まず私どもの病院の生い立ちでございます。昭和10年に当時の奈井江産業組合、現在の農協です、JAの運営によって、いわゆる協済病院という名称で開設をした経過でございます。

その後、昭和37年に奈井江町に移管をいたしまして現在の町立国保病院というかたちで運営をさせていただいております。

診療科目につきましては、2ページに記載の通りでございます。内科、整形外科、眼科、小児科ということで運営をさせていただいております。ベッド数につきましては96床でございます。

内訳は記載の通りですが、一般病棟として46床、医療療養型が20床、それと介護療養型30床ということで、トータル96床でございます。そのうち本日のテーマでございますオープン化のベッドとしまして12床を地元の先生方に開放しているという運営で進めて

いるところでございます。

現在このベッドにつきましては、ご案内の通り介護療養型病床が平成 23 年度末で廃止になるということで、この 30 床をどのようなかたちに転換をすべきか等々について現在検討させていただいているところでございます。合わせて医療療養病床 20 床につきましても、トータルの合わせた 50 床の療養病床をどのようにするかということで、現在院内で、町で検討させていただいているという状況がでございます。

それと患者数でございますけれども、19 年度実績で入院が 1 日平均 72.8 人ということで、稼働率が 75.8% ということでございます。外来につきましては 1 日平均 141.9 ということで現在進めさせていただいております。

3 ページ目でございます。現在の医師数でございます。これは開業医の先生方は除いて私ども病院の先生ということでございます。

まず常勤医師につきましては内科 2 人、それと整形外科が 1 人という 3 名の常勤医師の体制でございます。他に非常勤医師として、こちらに※で書いておりますが、私ども実は病診連携とともに並行して、隣の町に砂川市がございまして、そちらの砂川市立病院と医療連携を平成 17 年から締結をして、それぞれの病院の役割ということを明確にしながら共同して進めております。その中の 1 つとして砂川のほうから先生を派遣していただいております。6 ヶ月間でございますけれども内科の先生 1 名を派遣していただいているという状況です。

それと他に内科の先生が 3 名、眼科が 1 名、小児科が 1 名。小児科につきましても砂川のほうから小児科の先生に来ていただいているというような状況で現在運営をしているところでございます。

4 ページ目でございます。看護体制につきましては、現在一般病棟のほうは、いわゆる入院基本料 15 対 1 ということで、看護体制ということになりますが、いわゆる 15 人に 1 人の看護体制の中で進めているというところでございます。

療養病棟につきましては、25 対 1 ということでございまして、人数につきましては准看護師、介護福祉士等を含め 52 名の体制で進めているということです。

それと決算状況につきましては、19 年度の決算で申し上げますと、経常収支では 4400 万程の赤字ということでございます。ただ単年度実質収支、いわゆる減価償却費等を除いた現金の中の動きということで申し上げますと、54 万ぐらいの赤ということでございますので、基本的に経営的にはそれほど厳しい状況にはないのかなというふうに思っております。その下に繰越収支 5 億とございます。これが基金、いわゆる貯金的なイメージかと思っております。このようなかたちで現在経営的にも進めているという状況でございます。

それと次の 6 ページ目は現在の診療収入、診療単価です。これが全国平均と比較してこのような状況になっているということ。あと一般会計の繰り入れが 19 年度の決算ベースで約 1 億 8700 万程ということで進めさせていただいております。

それでは、本日のテーマでございます病診連携の取り組みにつきまして 7 ページ以降で

ご説明をさせていただきたいと思います。

まず病診連携の取り組みということで、病診連携事業を開始いたしました経過と申しますか、それまでの経過等を含めて若干ご紹介をさせていただきます。

まず平成元年に私どもの病院が非常に老朽化したということで、病院の全面改修計画が平成元年に浮上しました。その中で新たな地域医療のあり方を目指していくひとつのかたちとして地元の医歯会の先生との一体的なシステムづくりができないかどうかということについて協議を進めさせていただいたところでございます。

これにつきましては、私どもの町の1つの特徴なのでしょうか、非常に医療に重視したまちづくりというのでしょうか、非常に行政的にもそのようなことで進めてきた古い歴史がございます。それと合わせて地元の先生方が非常に行政に協力的だったということで、医療はもとよりいわゆる予防的なことも福祉的なことも含め、いろいろ開業医の先生方にもお手伝いをいただいてきたという経過がございます。そういった意味で非常に行政との連携が密だったということが背景にひとつあります。

その後、平成5年・6年の2ヵ年で全面改築を行ったわけでございますけれども、その時点で当院を、いわゆる病診連携開放型共同利用病院、いわゆるオープンシステムとして運営をしようということで、そのシステムを導入いたしまして6年度より運営を開始させていただいたところでございます。

先程も申し上げましたが、現在もこのオープンシステム、医療はもとより保健福祉との包括的な、いわゆる総合的な地域ケアシステムを構築しております。

今日は、副会長の五十嵐さんもお越しいただいているということで状況はよくご存知かと思えます。非常に医療・保健福祉のいわゆる地域包括ケアということにまちづくりの大きな柱と申しますか、そんな位置付けで今まちづくりを進めている関係もございまして、そのシステムの1つの核となるのは、この病診連携というふうに私どもは思っているところでございます。

次に8ページ目でございます。運営状況です。実際の病診連携の運営状況でございますが、現在町内の開業医の先生方は4名いらっしゃいます。全て内科の先生でございまして、診療所は3施設でございます。

事業実施にあたりましては、地元の医歯会の先生方と私ども町との中で、いわゆる病診連携事業に関する協定書を結ばせていただいております。その協定書に基づいて医歯会の先生方につきましては当院の登録医として登録をしていただき、そのような位置付けで利用をいただいているということでございます。

私ども病診連携事業の柱ということで、8ページと9ページに渡りますけれども、4つ大きく柱がございます。その1つは、8ページ目に書いてございます開放型病床ということでございます。先程申し上げましたが12床を現在開業医の先生に開放しております。19年度の実績で申し上げますと1日平均約7.4人の患者さんにご利用をいただいているということでございます。診療にあたりましては、開業医師の患者さんが入院が必要になった

場合に当院で入院をし、そうした場合には引き続き開業医師の先生に当院に出向いていただき診療を継続していただいているということでございます。

診療にあたりましては、そのようなことから、普通病院が変わりますと主治医も変わりますけれども、私どもの場合はその開業医の先生が引き続き主治医ということで入院の診療にあたっていただいております。合わせて私どもの病院の先生が副主治医ということで診療を行っております、いわゆる医師間の診療情報を共有している。この時点でお互い先生同士で1人の患者さんに対して連携をとって診療にあっているという実態がございます。

それで主治医と副主治医の基本的な役割ということで、後程の資料に出てくるかもしれませんが、基本的な役割としましては、患者さんの診療方針については両方で協議し、連携をし決定するという事です。それと病院の看護師への指示、投薬処方というのは、原則的には主治医、いわゆる開業医の先生が私どもの病院の看護師に指示をしていただきます。それと患者さんへの病状の説明等につきましては、原則主治医の先生をお願いしております。

それと患者さんの様態が急変する場合がございますけれども、その場合には主治医に連絡をしまして、主治医が不在の場合は副主治医が対応ということでございます。特に夜間の場合に、もちろん来ていただくケースもありますけれども、先生方もご予定があるという中でいらっしゃらない場合は当然当院の医師、並びに当直の先生をお願いをしているという実態がございます。

2つ目の大きな柱でございますが、高度医療機器の共同利用ということも進めております。19年実績でCTスキャンだけですけれども、延べ51件の開業医の先生方からのご利用をいただいております。これにつきましては、開業医師の外来患者さんでCT検査等が必要な場合に、予め電話で連絡をいただき、予約をして検査日に診療所提供書ですとか指示伝票などを患者さんに持参していただいて、撮影結果については直接当院から開業医の先生に提出をいただくというような流れでやっております。

もう1つの柱でございます。病院検査施設の共同利用ということです。これにつきましては、19年実績で生化学等の検査と合わせまして約11,100件くらいの共同利用というかたちを進めさせていただいております。これについては、毎日当院の検査技師が午前・午後2回に分けて開業医の先生のところに出向きまして検体の收拾をし、また合わせて検査の結果をご提供しているというような連携も行っているということでございます。

次に10ページ目でございます。病院の関係だけではなくて、現在私の町には老人保健施設と老人総合福祉施設、いわゆる特別養護老人ホームがございます。これも実は町立で運営をしております。この施設にそれぞれ入所された場合においてもそれぞれの開業医の先生、いわゆる主治医として引き続きその方の診療にあっているということが1つの特徴なのかなと思っております。たとえば病院に入院なさって退院したあとに老人保健施設に入所した場合でも同じ先生に引き続き診療にあっていただくというようなこと。そうい

った意味では、保健・医療・福祉のいわゆる包括的ケアの1つの仕組みになっているのかなというふうに思っております。

続きまして11ページ目の診療報酬につきましては、先程ご紹介がございましたのでそのようなことで現在点数を取らせていただいております。

ただ、※印に書いてありますようにあくまでも診療報酬でございますので一般病棟と医療療養病床は、いわゆる医療保険上の病床ということでございますが、介護療養型病床ですとか老健、特養につきましてはご案内の通り介護報酬ということになっております。この介護報酬につきましては現在の制度上、この共同指導料というものはございません。したがって、もし先生方が診療にあたられても診療報酬上の請求はできない、介護報酬上の請求はできないということから、私どもの町の独自の施策として1日1回施設で診療にあたられた場合において、3,500円という数字ですけれども費用弁償として先生方にお支払いをしているという状況でございます。

続きまして12ページ目をご覧いただきたいと思っております。この病診連携事業の効果ということですが。記載の通りでございますけれども、やはり住民の皆様にとっては以前から受診されています開業医の先生方に入院時でも引き続き診療を受けることができるということには非常に安心感、満足感といいますか、そのようなことにつながっているということかなというふうに思っております。やはり私どもの町も非常に高齢化が進んでおりまして、そのようなことで昔なじみの先生だということで、病院に入院されても地元で入院ができるということもございまして、いろいろな意味のメリットがあるのかなというふうに思っているところでございます。

仮に入院されて退院をされたあとにおいても、開業医の先生が従来診療所で外来患者として診療できるということで、その時点では入院時の経過というものが一目瞭然ということになりますので、いわゆる継続した治療といいますか、そのようなことが非常にスムーズにできるかなというふうに思っております。

そのようなことで住民の意識としても開業の医師の先生方に対するかかりつけ医、いわゆる家庭機能ともいえますけれども、そのような重要性・認識が非常に高まっているということでございます。初期治療としての役割を地元の開業医師が担うことへの理解が非常に深まるのではないかとこのことのメリットがあります。

合わせて地域におけるセンター病院、私どもの地域であれば砂川市立病院なのですがけれども、そちらの病院、それと私どもの病院のような、いわゆる1.5次的な病院との役割といたしますか、それと機能というものが非常にきちんと分担されるという1つの流れ、つながりにもなってくるのかなというふうに思っております。

特に開業医の先生方で、診療所での初期治療ができない場合に私どもの病院、さらにはセンター病院のほうにもつながるような1つの道筋がこの病診連携を介して広がっていくのかなというふうに思っているところでございます。

それと合わせて医療という部分ばかりではなくて、冒頭に申し上げましたように、いわ

ゆるこれからの「疾病予防」という点の医療という部分の動きが非常に加速しているのではないかと思っております。ご案内の通り特定検診ですとか、いろいろなそういう1つの予防面の中での医師の役割というものがこれから非常に重要視されてきているのではないかと思っております。そういった中でも患者個々の病歴ですとか家庭環境を熟知して開業医の先生方が、病診連携を介して住民の理解が高まりながらかかりつけ医の重要性というものがこれから予防の面を含めてもクローズアップされてくるのではないかというふうに思っております。

もう1つの効果としましては、経営的な問題としても開業医の先生が入院患者をうちの病院に送っていただくということになりますと安定的な診療報酬の確保ができるということでございます。そういった診療収入もある程度経常といいますか、あまり大きく変動しないメリットというものもあるということで、病院の経営的な問題、健全化の問題としても非常にこの病診連携というのは活かされているのではないかというふうに思っております。

最後に病診連携システムの必要性ということで、私どものほうで普段感じている部分のお話を若干させていただきたいと思っております。資料にはございませんけれども、病診連携ということはもとより、冒頭に申し上げました病病連携、いわゆる病院間の連携というものについても非常に私どもは重要視しております。現在北海道のほうでも病院の再編ネットワーク化構想ですとか、総務省から出されております公立病院改革のガイドラインということで、そのような新たな地域のあり方、病院経営のあり方、運営のあり方、自治体病院のあり方というものについて今後の1つのかたちづくりというものを今私の町で取り組んでおります。

そういった中で反面、今非常に地域医療を取り巻く環境というものは厳しくございます。たとえば医師不足の問題ですとか診療報酬改定の問題等々、まさに自治体病院、地域医療が崩壊の危機に直面している状況があるのかなというふうに思っております。

それと合わせて医師不足の影響の中で、特に中核的な病院を担う、いわゆるセンター病院でさえも通常の勤務ですとか日当直勤務を含めて過剰な勤務、過重労働ということで非常に先生方がアップアップしているという状況があるかと思えます。そのような中で結局先生方はそのような勤務状況の中で続かないということから開業するという流れが非常に今、都市部もそうなのでしょうけれども地方は特にそのような状況が見受けられるように私どもは思っております。

そんなことで今後病院の経営ですとか診療体制に大きな影響を及ぼしているのかなというふうに思っております。

それともう1つは、医師不足の1つのポイントとして臨床研修医制度の問題もあるのかなというふうに思っております。これも会のテーマの中にございますけれども、臨床研修医制度が始まりまして研修医療機関の選択ができるということになりました。ご存知の通り民間の病院、もしくは大学の病院という中なのでしょうけれども、私ども地域の病院と

しましては、従来から大学の医局のほうから先生を派遣していただいているという流れがずっとあります。そのようなことで、逆に今の研修医の先生方は、どちらかというとなら大学より民間の病院にということでの研修の希望が多いというふうに見受けられております。そのようなことから実際に大学に残られる研修医の先生がいないということは、逆にその地域の病院に派遣をする先生が減っているというような状況があるかというふうに思っております。

そのようなことで、現に北海道の中でも地方の中核病院の先生が多数引きあげられたというようなお話も聞いております。そのような実態がある中でこの地域医療がこれから大変だなというふうに思っております。

それで、今後このような状況を打破していくといたしますか、地域医療を守っていくという中에서도病院と診療所との連携というものが今後重要視されるのかなというふうに思っております。19年度の北海道の調査結果でも出ておりましたが、先程もご説明がございましたけれども、地域の医師不足の現状とともに医療法上の医師標準数をクリアできていない道内の市町村立病院が全体の66%ぐらい、これは19年度ベースでございますけれども標準数をクリアできていない病院が約66%あるということを知っております。

さらには、先程もご紹介がありました充足率70%以下ということで、それ以下の病院が66%のうちの約13%が70%をクリアできていないということで診療報酬の減額対象となっているという実態があるのかなというふうに思っております。

そのようなことで、このことから非常に道内の状況は厳しいのかなというふうに思っております。経営の健全化に大きく影響しているというふうに思っております。

このようなことで病診連携を進める中で開業医師におきます開放型病床の診療日ですとか時間を是非医療法上の中での医師標準数算定に加えることによって医師不足の解消ですとか標準数のクリア、合わせて診療報酬の減額を何とか避けられるようなかたちの中で経営の健全化も含めて地域医療を守っていくということがこれから必要ではないのかなというふうに思っているところでございます。

以上、非常に簡単ではございますけれどもご紹介を兼ねて説明をさせていただきました。どうもありがとうございました。

○ 井上会長

ありがとうございました。

先程の説明の中でも申し上げましたけれども、私どもはこの検討委員会の中で昨年末でしたか医師会、そして看護協会というそれぞれのトップの方々に来ていただいて説明等々を受けました。

ただ目の前にある危機といたしますか、非常に医療が疲弊しているというような問題にどうやって対応するのかというようなことが、その場では必ずしも提起されなかったというようなこともありまして、先程申し上げましたけれども宮田委員等のほうからもう少し別

な角度から医療に携わっておられる方々の意見を聞いたらというようなことの提案があって今日の運びになったわけであります。

ただ今参考人のほうから地域医療の新しいかたちと申しますか、そういったものの1つの取り組みとして病診連携の取り組みということについてお話がありました。その後終わりのほうでは地域医療が抱えている様々な問題ということで、これは前回のこの場でも別なかたちで出てきた部分のお話が少し違った角度からあったのかと思います。

1点だけ、これからの議論、質疑応答等をやる前に確認をしておきたい。ただ意見の交換の中でその広がり方というものを拘束するものではないのですが、まず事務局にこれを今取り上げていて議論するのは、先程参事のほうから説明がありましたけれども、たとえば私どもが言うところの資料2の最初のページにある255に関わる案件として道州制特区の提案というかたちで最終的にはこの委員会でまとめていくということですね。これに縛られないで地域医療の問題というのは、この第1点にあるようにたくさんあるのでそれはそれでせつかくの機会ですから意見を伺うということにはしていきたい。

この255のところ、つまり道州制特区の提案として挙げていくものと今のご説明の関わりのところというのは、公立病院で医療、診療を行う開業医を医師標準数の中に含まれるようにするというところですね。ですから、ここのところをひとつ念頭に置いて申し上げましたように、他のところを縛るわけではないので、せつかくの機会ですからご意見を賜っていただきたいというふうに思います。

これから質疑応答というかたちで各委員の先生からお出しいただきたいと思います。いかがでしょうか。

○ 官田委員

小澤事務長、どうもありがとうございます。

私は、釧路出身でございまして、釧路の医師会病院が医師不足のため撤退したりしています。それで奈井江町では、内科医の先生がいらっしゃってやられているようですけれども、たとえばこの他に循環器系ですとか産婦人科医の問題とかいろいろあると思うのです。医師のオープン化に伴う標準数の算定ができるようになれば少しは確保しやすくなるとか病院の運営が楽になるということもあろうかと思えます。

その他に先生から見てこういう規制緩和だとか何かであれば地方の病院がもっと医師確保だとか経営の健全化に向かえるようなものをお持ちであれば、何でも結構なのですけれどもお聞かせいただけないでしょうか。

○ 小澤事務長

今官田先生からお話がありましたが、病診連携の中で医師標準数のクリアというものが今非常に経営上地域医療を守っていく非常に重要なポイントかなというふうに思っております。

他に先程もご紹介しましたが、砂川市立病院の病病連携です。これはまた違う視点の連携ということになるかと思っております。たとえば、今後私どもの地域ばかりではなくて今ご紹介いただきました釧路の場合もそうなのでしょうけれども、やはり病院間で連携を強化するというものは、もちろん医師の派遣の関係もありますけれども、もう1つ重要なポイントとしては、患者さんの診療情報を違う病院同士の先生方がいかに共有するかということだと思っております。そのことが病院間の連携の強化にもつながりますし、いわゆるそれぞれの病院の特性を活かしたお互いの役割分担へもつながってくる。

然らばそうすると、その情報を共有する。通常でいえば診療情報提供書というのがありますので、ある先生から違う先生に渡すという紙のやり取りはしているのでしょうかけれども、そこをひとつ、たとえば診療情報提供システムみたいなものを、お互いに共通するシステムを持ってリアルタイムにAさんの服薬の情報、指導情報、いろいろな処置情報等々がお互い瞬時にシステムを開示して見られるようなもの。そのようなシステムをつくっていくと、より連携なり地域が守られていくのではないかなというふうに私は思っています。

そんなことで実は、私どもも砂川さんとは、連携協定の中の8項目がございますけれども、そのうちの1つとして情報の共有化を図っていくためのIT化。それを目指していこうということで今砂川さんとも協議をさせていただいているところでございます。

まだ実現はしておりませんが、そのようなシステムを開発する、設置をする。然らばそれに対する財源措置というものも当然出てまいりますので、そこをまたいろいろな角度から財源確保ができたらいいなというふうに思っております。

以上でございます。

○ 山本委員

いくつか質問として教えていただきたいのですが、今のことに関連して1つは、電子カルテみたいな話が念頭に浮かぶのですが、開業医に行っていると想定すると、その人を信頼して行っているわけですよね。もっと充実した医療が受けられるから公立病院との連携のシステムがあればそれを活用して、そこに行ったらさらに良い治療を受けるというふうになる。そうだとすると自分の個人情報を共有してもらってもいいのかなと。この辺はシステムとしてそういうものができると都合がいいのですが、患者の視点でいえば、それを提供して瞬時に共有されていいのかなとか。

そこは当然その患者さんのGOサインがあって初めて運用されるということの理解でいいのですか、基本的には。

○ 小澤事務長

山本先生のおっしゃる通りです。

個人情報の関係がございますので、あくまでも同意をもらった上で情報開示することになるかと思っております。

○ 山本委員

ありがとうございます。

それと、私は前回別件で参加できていないので、事前に情報が欠落してわかっていないのは自分だけかもしれませんが、この種の議論をするときに自分として大事だなと思うのは、それで地域住民がメリットになるというところを忘れてはいけなくて、その病院を残すかどうかの議論はどこでするかというところ、それが地域にとって必要なことだから。あるいは広域の枠組みの中でそれは有効だからというような論理構成でないといけないのだと思います。残すための議論をしているのではなくて、こういう地域住民に対する公共利益があるから残すというところを忘れないようにしたいなと思っています。

この奈井江町の2、3、4と参考事例があるのですけれども、これはだいたい北海道の平均値なのでしょうか。

というのは、たとえば先程宮田委員もおっしゃっていたのですけれども、ご説明の中で地元開業医が4つあって内科の先生がいらっしゃる。こう見ると、こういうところにこそ本当は小児科とか産婦人科があってほしいのですが独立した開業医もいらっしゃらないようなのですけれども、これがだいたい一般的な状況でしょうか。

○ 小澤事務長

細かくは把握していないので具体的なことはお話しできませんが、私どもの町の規模は、約6,500~6,600くらいの人口で、その人口のわりには開業医の先生方が多い町かなというふうに思います。

逆に本当に道東・道北の町村などの場合は、私の知っている情報の中では、極端に言えば1つの町に診療所が1つある、私どもの病院の規模ぐらいのベッドを持っている小さい病院がある、そのような地域が多いのではないのでしょうか。

○ 山本委員

少し前に道から資料が、データが出ているのですが覚えていないのでここで聞きました。

最後にもう1つだけお聞きしていいですか。この病診連携のポイントの1つに、ご説明にあったかもしれないのですけれども技術共有とかスキルはレベルの高いほうに合わせていくということが必要かなと思っています。

つまり開業医が主治医としてその町の病院で診察するわけですよね、病院の医療機器を使って。決して開業医が勤務医に劣るとは思っていないのですけれども、その技術合わせ、スキル合わせみたいなことというのはあるのだろうか。病診連携の中で、診療という行為以外に、たとえば研修とか育成とか、そういうプログラムというのは元々あるものなのですか。医療情報もそうだけれども、技術情報を共有化するというようなことはどうですか。

○ 小澤事務長

実は、診療とともに私ども開業医の先生方、うちの先生方、あと空知医師会といひまして、たとえば砂川市の中の開業医の先生方を含めた先生方、あと近隣の空知医師会の会員の先生方が一堂に会して定期的に学術講演会なり、そういう研修会、勉強会をやっております。その中で全て 100%の技術教育をしているかどうかは別にしましても、いろいろそういう中でお互いが意見交換をしている。たとえば新しいこういう CT が入りました。このことについてはこういう機能があって、このような使い方ですよということをお互いが勉強し合う機会があるのです。

そういう中である程度技術もレベルも平均化する。そのようなことをお互いが進めてやっているという実態もあります。

○ 五十嵐委員

質問がいくつかあるのです。その 1 は確認で、奈井江の町立病院は、医師標準数は満たしている、いない。何%ぐらいですか。

○ 小澤事務長

19 年度実績の患者数で 20 年を見られるのですけれども、うちの病院の場合は現在標準数は 5.75 人です。いわゆる当直も含めてなのですけれども、5.75 人です。それに対して実際は、現在 4.69 ぐらいだったと思います。1.1 人足りないのですが、70%は超えています。ですから診療報酬上のカットはないです。

○ 五十嵐委員

これを出したときに想定される質問といひますか、もし反対意見といひますか、論理矛盾をどこかに残さないようにということ伺いたいと思うのですけれども。

診療報酬を減額しないでくれ。通常減額でやるところを減額しないというのは、ここにも書いてありますように、本来いるべき医師がないという考え方から診療報酬は下げてもいいでしょうとかたちで減額ということになっていると思うのです。

それを減額しないということは、診療報酬の本来ないものをいただきたいということであって、二重取りではないのですけれども、それはいない者に払うのですかという質問が出るのではないだろうかということが考えられます。それに対してどういうふうに答えるかということが 1 つあるかなと思っています。

2 つ目は、最後にちょっとふれられていますけれども、そもそもこの病床の稼働率が 56%、それから 12 床に対して 7. 何人という人数で、病床数そのものの見直しというのはいかなものなのでしょうかと質問が出るのではないだろうか。要するに療養病床の再編については先程もふれて、これは決まったことで今後どうなるかということもあるのですけ

れども、おそらく総務省の考え方もそちらに近い、今私が言った質問に近いものかもしれないのですけれども、病床を見直せば標準医師数というものが達せられるのではないだろうかという数字上の考え方が出てくると思うのです。そういうことに対してきちんと説明できなければいけないので、その辺はどう考えているか伺いたいです。

○ 小澤事務長

まず2点のご質問かと思えます。

1 点目は、診療報酬上の重複の部分というお話かと思えます。確かに共同指導料を受けているということは、基本的には1つの診療報酬と認められている部分があるかと思えます。ただ、しかしながら今回の診療報酬の減額に関しては、先程ご紹介がありましたように入院基本料という1つの位置づけです。入院基本料に対する減額ということでの定義があるかなというふうに思っております。

私どもは、基本的に入院をベースにした介護病床ということを考えてときに、その部分は入院基本料をきちんと取り、さらに共同指導料というものは別な枠の中で取っていかなければならないものではないのかというふうに私どもは感じているのです。

ちょっと答えになっているかどうかわかりませんが、そのような観点で今後考えていきたいということでございます。入院基本料が減額されないとすれば医師標準数を満たす必要性がある。7割は下がるというような1つの定義の中で進めていかなければならないというふうに思っているところでございます。

2 点目のベッド数の関係です。これも五十嵐先生がおっしゃる通りなのです。現に総務省のガイドラインの中では、ご存知の通り過去3年間平均で病床利用数が70%を下回った場合は必然的にベッド数を減らすか、もしくは診療所にしなさいというような話が出ていますけれども、それはそれぞれの地域事情もあるのでしょうかけれども、私どもの町としては、当然にしてその病床の利用率をにらみながら進めなければならない。いわゆる人口の減少というものも当然私どもの所でも進んでおりますので、将来を見据えて果たしてそのままのベッド数でいいのかどうか。合わせて共同利用の開放病床の12床でいいのかどうかという問題はあるかと思えますけれども、先程の砂川との連携なり云々ということを考えてときに、私どもの町としては病診連携も病病連携もこれからの地域医療のあり方の1つのポイントとなるものであるとしたら、やはり私どもの病院は病院としての役割、特に慢性疾患の患者さんが多いのですけれども、そういう患者さんの受け皿としてきちんと、奈井江町だけの人口を見るのではなくて、その地域全体の中で見据えたベッド数というものをきちんと確保していきたいというふうに思っているところです。

そういった意味で、減らすのは簡単だと思うのですけれども、そういったことを将来的に含めて、果たして何床が必要なのかということをも十分念頭に置いて、ベッド数はこのまま維持するか、もしくはしないのか。その辺のことは十分考えていきたいと思っております。基本的には、奈井江町だけの人口で見ているわけではないということです。

○ 五十嵐委員

おそらく実態、入院の病床稼働率が70%は超えているものの、高いとはいえないのかなという感じはするのです。

おそらく奈井江というのは、地域的に医療的には恵まれていて、砂川に近く、美唄に近く、岩見沢に近く、ちょっと行けば札幌という環境の中では、病床数がどうなるかというのは地域医療という中で考えなければいけないのかなと。

そうすると、奈井江は1つの例ではあるのですけれども、僻地といいますか、北海道の中で見たときに診療所として有床診療所もなくなるような状況だと非常に辛いということも出てくるのかなと思いますので、出すときのテクニック、出すときの理屈の付け方というふうに考えているのですけれども、奈井江町だけでいくとちょっと厳しくて、非常に厳しいところがあるんだということで、もうちょっと理屈付けといいますか実態も把握していったほうがいいのかと思います。

理屈付けは、なかなか難しいですけれども、医療の質を落とすとか医師の労働がより過剰になってしまうのではないかということに対して、もう少しこのところに理論付けが必要だなと思いますので、その辺は現場のほうでもう少し何か理屈をいただければと思います。

○ 福士委員

まだ整理されていないのですけれども、まず確認させていただきたいのですが、ここで公立病院をオープン化する。そこに自らが主治医である、特定の患者のみの診療であるということでオープン化に伴う開業医さんは、標準的な配置基準には算入できない。

他方、開業医の方であっても、いわば非常勤として診療支援として不特定の患者の診療にあたるときには、これは配置基準に算入できるということになるのです。そうすると、どうして分けているのかなということなのです。

単純に考えると病院に対する医療の需要があつて、総量の需要がある。そこに対して、先程書いてありましたけれども、本来いるべき医師がいないというふうにいえるのか。来て患者を診ているのだから、いや医療のサービスはそこでしている。そういうふうに見ることができるのか。そこをどうして国のほうでは、自分が主治医の患者を奈井江さんの病院で診るときには、これは算入できませんよと。ただ、非常勤で来てもらうという話になると算入できます。その辺の考え方というのはどうなのかというのが1点知りたいところではあるのですけれども。

○ 小澤事務長

今ご質問で、いわゆる病診連携時に私どもが進めている登録医という形のものとおっしゃる通り、たとえば開業しながらでも私どもの病院と診療契約といいますか、雇用契約

をして私どもの病院の診療の一部を担っていただくという方法もございます。そうした場合は当然標準数に入ってくる、カウントできるという実態があるのかなというふうに思っております。

ただ、しかしながら非常にデリケートな問題でもあるのかもしれませんが、実はそういうことも考えたことがあったのです。

たとえば毎週何曜日の午後から内科の外来をやってもらおうかなとか、そういうのもあったのですけれども、しかしながらこれは私どもの町だけの事情なのかもしれませんが、そこで1つ問題になるのは、先生方が開業をされていて、そのときに閉院をすればいいのですけれども、それはそれなりに先生方にはここで閉院をするということに抵抗感があるということが1つ。

もう1つは、雇用契約を結ぶということは対価を受けてまいります。今日の資料にもありますけれども、そういった部分でもなかなか地元の先生だからこそなおさら対価の問題についてうまく折り合いがつかないといえますか、そんなこともあったりして、いろいろな意味で私どもの町の場合は雇用契約を結びながらやるということについての考え方は、開業医の先生方にはあまりないというのが実態かもしれません。

それよりは逆に、1人の患者さんを継続して自分が主治医としてずっと診ていくということについてのポリシーといいますか、プライマリーケアを同じ先生がずっと継続して診ていく。逆に、先程もいいましたが、入院して退院後も自分のところで診ていくというような視点の考え方のほうが町の先生方には強いのかなという感じがしております。

○ 福士委員

その考えを整理していただきたいと思います。

もう1点は、ここで提案されているのは、標準数に算入することによって今の病診連携が進むというふうにお考えなのか、逆にいうと今のような面倒なことをやらなければいけないので病診連携というのは進まないという、そういう障害になっているということもあるのかどうか。そういうふうに感じられるかということです。

要するにやり方というのがあると思うのです。実態はそんなに変わらないのかもしれないのですけれども、やり方が面倒になっている。このオープン化、現在の状況で標準数に入れられるということであると、もっと病診連携というのはスムーズに他のところでも進むというふうにお考えになられるかどうかを教えてくださいたいと思います。

○ 小澤事務長

先程申し上げましたように、その地域の考え方というものもあるのでしょうかけれども、まず基本にはオープンシステムが実際にできるというのは、正直申し上げて私どもの町の場合でもそうなのですが、やはり開業医の先生方が行政なり、我われ町立なら町立病院のやり方なりということについてまず理解をいただかなければならない。逆にいえば、同じ

考え方、スタンスの中で奈井江町の地域医療と一緒にやっという考え方が根底にないと、この病診連携というのは絶対うまくいかないのではないかと考えています。

そういったことで私どもは、もちろん病院の立場から開業医の先生を上から目線で見るとは、逆に開業医の先生方も上から目線で見られているわけではなく、やはり同等の目線の中で1人の患者さんについて一緒に医療を提供していく。そういうことを念頭に置いて、そういう考えがなければどこの地域でもなかなかうまくいかない、長続きしないのではないのでしょうか。そういう問題がどうしてもあるのではないかなと思うのです。

そういった意味では、私どもの町は非常に幸せだなと思っているのですが、そこが一番の取り組みの難しさ、病診連携を進めるうえで難しいのではないかと考えております。

非常に病診連携というのは、そういった意味でその地域の医療を守る上の大きなポイントになるというふうに考えております。それぞれの地域事情で、たとえば先程お話がありました、ある地域では自治体病院が1つしかなくて、隣町まで車で1時間もかかる。その中で開業医の先生が隣町に行ったとしても、果たしてそれでうまく連携をとってやれるのかというのは、それはまたそれで難しい問題もあろうかと思っております。それはそれぞれの事情によっていろいろ考えることがあるのではないかと考えています。

○ 井上会長

まだまだいろいろなかたちで地域医療というものを考えていく場にしたいと思うのですが、その他の議題の関係もありますので一応論点、今議題になっている部分についての論点を整理しておきたいと思うのです。

先程言いましたように、今関連して出てきているのは、直接的には、要するに255番の提案に関わるものであるということで、この点で事務局でも、あるいは小澤事務長でも、1つ行政的に、あるいは法律的に「病診連携」というのは定義されているのですか。

つまり様々なかたちで病診連携をやっていますよというふうに言いながら、実は法律的なよりどころだとか、その他行政的な一般化されたよりどころがあるのか、ないのかというのが私のクエスチョンなのです。それは、今ここで答えをいただく必要はないのですが、そうしておかないと何が問題になるかということ、255という論点に戻ってくるのです。このところで道州制特区というのは、今道庁が何か頑張ればやれるものだとか、あるいは法律的にも規制的にもほとんど縛りが無いのでやろうと思えばやれる、というようなところというのは道州制特区の提案としては必ずしも上がっていかない部分もあるということで255のところには私の場合はいつも戻ってくるのです。このときに病診連携をやっています。このところの定義をきちんとしておかないと、要するに国に挙げていったときに、お互いに噛み合わない部分ばかり出てくるのではないかとというのが私の心配する1つです。

そして今度は、この255を実現しようとする、医療法第21条、その他いくつか医療法

の施行規則第9条云々のところがありますが、このようなところに特例として入れていくということになるのだろうと思うのです。そのときに、要するに病診連携をやっているところは、標準数をかさ上げすることができる。ダブルカウントすることができるというふうになるわけですから、やはり原点はその定義のところをきちんとしていく必要があるのかなというふうに思います。

そうしないところの中で「病診連携をやっているところは」というふうにくらべてみても、登録医師数がたった1人でも病診連携だし、10人いれば病診連携というふうに謳えるのかどうかというところで非常に曖昧な部分が出てくるのではないかと。

あとは、ここでのものとしては下ろしますが、頭の中をよぎっていたのは、これはそれぞれ医師の先生も病院の先生も両方とも診療報酬というかたちでカウントするというふうになったときに、実態的にモデル的な地方の病院でどれくらい財務内容に貢献するのか。これは元々いろいろな地域医療云々のところはあるけれども、255のところに関連して議論すると、要するに地域の病院の経営の悪化というものをどうやって解決するかということですからそのところはちょっとどうかと思いますけれども、シミュレーションでもやってみるかなと思っても、シミュレーションをやるのも難しいかなと思うから下ろしておきますが。

○ 地域主権局 出光局次長

病診連携ですが、法律的な定義として制度上の根拠ですけれども、資料3の2ページになりますけれども、診療報酬の算定方法です。この中で「開放型病院共同指導料」というかたちできっちり位置付けられております。これが法令的といいますか行政的な根拠としてきっちりあるということではないかというふうに思います。

それから、この場をお借りしまして事務長さんに確認したいのですが、医師標準数をカウントする場合の分母といいますか、入院患者数です。この入院患者数には、開放型で実際に入院されているこの患者さんの数は入るのですか。(小澤事務長：入ります。)

そうすると分母には入る。ではそれを診ている、開業されている方が来ている、この方のお医者さんの数は入らないというわけですね。(小澤事務長：登録医です。)

分子・分母が合っていないということですから、こういう開放型をやればやるほど分母ばかりが膨れて分子は増えない。つまり開放型病床を進めるということが逆に進みづらいように今の医師標準数の算定式というのは、実態としてはなっている。そういう問題があるというふうな理解でよろしいですか。(小澤事務長：そういうふうに我われは解釈しています。)

○ 五十嵐委員

だからこそ両方に診療報酬がついていて、厚労省側は指導料として350点の加算と250点の加算がついているでしょうという説明だと。その分は減るけれどもこちらでちゃん

とつけていますよということだと思います。そこの説明が何となくしっくり、相互落ちないということだと思います。

それから井上会長がおっしゃった病診連携というのはいろいろな方法があるということで、最近では退院計画とか退院指導ということにも診療報酬の点数が付き始めています。必ずしもこういったオープン化ばかりではなくて、いろいろな意味で進められている。だから小澤事務長がおっしゃったように、その地域の実情に応じて選べるのだと思うのです。メニューが広がることはとてもいいことなので、何とかこれがうまく進む方法を考えられればいいと思うのですけれども。

○ 小澤事務長

五十嵐先生のお話の通りかなと思っていますが、病診連携はすべからくこの1つの方法だけではないと思うのです。

いろいろな地域事情に基づいていろいろなかたちというのが、それぞれの地域事情に合ったかたちでつくっていかねばならないと思います。ただやはり病診連携の目的は、当然医師の確保という面もあるのですけれども、根底には地域医療を守っていくのだということが大きな目的、目標として持っている上で病診連携があるというふうに考えております。その辺を私どもとしては非常に大事にしているという実態があるということを経済に付け加えさせていただきたいと思っています。

○ 井上会長

ありがとうございます。

まだまだ議論も尽きないといえますか、いろいろお話を賜りたいというふうに思うのですが、参考人の事務長のご都合もおありでしょうし、議題の残っている部分もありますので、一応このあたりで今日のところは締め切っておきたいというふうに思います。

お忙しい中、遠路お見えいただきまして本当にありがとうございました。また今後ともいろいろなかたちでご指導のほどよろしくお願いいたします。

○ 小澤事務長

どうもありがとうございました。

(参考人退席)

○ 井上会長

では、この点につきましては今日出てきた説明、委員の先生方のご意見・ご質問等々、論点を整理されて、次回にきちんとしたかたちであげていただけるようお願いしたいというふうに思います。そういうことでよろしいですか。

では次に進めたいと思います。7 から地域医療のところ、診療報酬の特例措置等々について事務局からご説明をいただきたいと思います。

○ 地域主権局 渡辺参事

それでは、まず地域医療の關係の部分をもとめてご説明させていただきたいと思います。

第7番目の診療報酬の特例措置ということで資料3の9ページをご覧ください。提案は、診療報酬で地方勤務の加算を行って、増加見合いを他の区分から減算できるよう特例措置を設けるという提案の内容になっています。

資料3の9ページですけれども、診療報酬というのは病院等の医療機関が行った医療サービスに対する対価でございます。患者が医療機関を受診した際には、かかった医療費の一部を自己負担して、残りは保険の中から当該医療機関に対して払われるという仕組みになっています。

診療報酬というのは、診療ですとか治療ごとに決められた点数に基づいて計算されまして、1点10円ということで保険料は全国プールで運用されまして、原則として全国一律で適用されているということでございます。この診療報酬につきましては、中央社会保険医療協議会というところで厚生労働大臣の諮問を受けて、2年に一度改定されるという仕組みになっています。現在の診療報酬につきましては、平成20年度に改正されまして、昨年の4月1日から適用されているということでございます。

資料3の11ページをご覧ください。現在診療報酬については、国においてもいろいろ見直し等の作業がされております。11ページの④になりますけれども、これは社会保障の機能強化のための緊急対策ということでとりまとめを進めているものでございます。その④の3つ目の○でありますけれども、地域医療確保、勤務医の負担軽減、サービス提供体制の改革を推進する観点から必要な診療報酬見直しの検討ということで、やはり地域医療の確保という観点からの診療報酬の見直しというのが現在国でも検討が進められている。これにつきましては、平成21年度中にその検討を行うというふうになっています。

先程診療報酬は原則として全国一律で適用されるということでございましたけれども、その例外というものも地域によって診療報酬が違うということがございます。それは資料3の12ページになります。12ページの真ん中あたりにA-218とありまして、地域加算というのがあります。1級地から6級地までありますけれども、これは国家公務員の一般の職員の給与に関する法律で定められた地域と連動しておりまして、要は都会では生活費が高いということで、その分診療報酬も加算されているということでございます。道内では札幌が6級地に該当してございまして、入院基本料という部分が3点ですけれども、要は30円ですけれども加算されているということになります。

逆の場合の加算というものもありまして、A-218-2ということで離島加算というものがございます。これは離島振興法に基づく地域ですとか、奄美群島、小笠原諸島、沖縄といったところが指定されております。これについては入院した場合1日につき18点、180円

加算される。こういう仕組みが現にある。

ですから全国一律で運用されていますけれども、地域によってその診療報酬が違うということは現実としては存在するということでもあります。

今保険のシステムからいきますと、診療報酬が多く支給されるということは当然ながら患者さんの負担も多くなるということ。3割負担ですのでその分負担も増えるということでございます。

ですから北海道について診療報酬を、過疎地で診療報酬を上げるということは、必然的には過疎地の患者さんの負担というものも増えるということは理解しておく必要があるのかなということでございます。

この提案で北海道独自に都会の診療報酬を減算して、医師のいない過疎地の部分を加算するといったような措置を設けようという場合の最大の問題になりますのは、全国一律のプールの中で運営されている診療報酬という仕組みでございますので、道州制特区という中ではございますけれども、北海道の事情の部分だけで増減していくということが全国的な観点から果たして理解されるのだろうかということが最大の課題になってくるのかなというふうに考えています。これについては以上でございます。

次に206番と249番です。保健師・助産師・看護師の養成施設の基準の設定の部分を知事に持ってくるということです。保健師等の学校だとか養成施設の指定・監督権限を知事にとということで、基準の部分はいじるということではなくて、指定・監督の権限を知事にとという2つの提案。類似の提案ということで合わせてご説明させていただきます。

資料3の17ページでございます。保健師・助産師・看護師につきましては、保健師・助産師・看護師法というものがございまして、文部科学省令と厚生労働省令で定める基準に適合する厚生労働大臣の指定したそれぞれの養成所を卒業した者がそれぞれの国家試験を受けて合格することでその資格を得られるということになっています。

それぞれの養成施設の施設基準というのが17ページの表にあります。下のほうですけれども学校養成所の指定基準というのがありまして、修業年限とか教員の数、あるいは1クラスの生徒の数ですとか図書室、専用の実習室があるとか、そういういろいろな基準が定められていて、この基準に基づいて施設の指定手続きというのは北海道厚生局でこの基準に基づいて行っているということでございます。

資料3の19ページ以下にございますように、現在道内では看護師養成施設が42校、保健師養成施設が3校、助産師の養成所が2校ということでそれぞれ指定を受けているということでございます。

次に資料3の23ページになります。医療関係従事者ということでは、看護師の他にも理学療法士、作業療法士という方々もいらっしゃいます。こうした人たちの養成所につきましても保健師と同様省令で定める基準に適合する者を厚生労働大臣が指定するということで、実際の手続きは看護師の養成施設と同じように北海道厚生局が行っています。25～26ページになりますけれども、現在道内には理学療法士と作業療法士の養成施設というのは

それぞれ6校ずつあるということでございます。

この養成施設というのは、厚生労働大臣の指定というのがあるのですけれども、一方で専修学校という扱いにもなりますので、学校教育法の適用も受けております。この部分、私立の専修学校の所管というのは北海道知事が所管しておりますので、厚生労働省のほうの指定とともに北海道知事の認可というものも合わせて同時に取って施設として運営しているということでございます。

昨年11月末に開催した25回の提案検討委員会で北海道看護協会の方の意見として、保健師というのは国家資格なので学習する環境というのは全国一律で整えるべきだ。その養成施設の指定権限の移譲を受けて施設の基準をいじる、緩和するということは医療の水準を落とすことになるので反対だ。そういった旨のご発言がありました。

ただ、准看護師についてなのですけれども、資料3の29ページになります。29ページの第22条というところでございます。看護師というのは、准看護師の試験というのも行われているわけですけれども、22条の第2号で「文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合する者として、厚生労働大臣の定める基準に従い、都道府県知事の指定した准看護師養成所を卒業した者」ということで、必ずしも国が基準を定めて国が指定したということではなくても、国の定めた基準に従って知事が指定した教育施設で教育を受けた方でも、必ずしも国の基準に基づいて都道府県が指定した場合でも全国一律の教育環境を確保している。要は、青森県でも北海道でも同じ環境の中でやっているという事例はございます。これについては以上でございます。

次に245番になります。これは臨床研修病院の指定というものでございます。資料3の43ページからになります。提案は、臨床研修病院の指定の権限というのを北海道に移譲するというところで、たぶんこの提案の意図するところは、都会で研修する部分の定員を抑制して過疎地、医師不足のところ研修する方を増やすというふうに北海道独自でできないかという主旨なのかなと思っております。

まず43ページになりますけれども、医師法では診療に従事しようとする医師は2年以上所定の病院において臨床研修を受けなければならないということになっています。臨床研修病院というのは、資料3の46ページになりますけれども、臨床研修病院としては、単独で研修を行う病院、他の病院と共同して臨床研修を行う管理型、あと臨床研修病院の中の主としてやっているところと協力してやる協力型という3つの類型があるということでございます。

この臨床研修病院の指定の基準というのは、後ろのほうになりますけれども資料3の56ページを見ていただきたいと思います。56ページの真ん中なのですけれども、指定の基準の第6条というところがあります。この1項から15項までに指定の基準がありまして、研修プログラムをちゃんとつくっているということ。医療施行規則で定めている人数の医師、先程言いました医師標準数ですが、これを満たしていることなど、15の条件・基準が定められております。こうした基準に従って臨床研修病院というのを北海道厚生局のほうで指

定しているということでございます。

資料は戻りまして 48 ページになります。この臨床研修制度というのは、医師不足を進めた原因の 1 つとも世の中の的には言われていることもありまして、国におきましてもこの仕組みの見直しを今検討しているということでございます。先程もありましたけれども、社会保障の機能強化のための緊急対策ということなのですが、48 ページの②でございます。臨床研修病院の機能強化、病院・診療所のネットワーク化等医師不足に対して講ずべき方策というのがありまして、この中の 4 つ目の○になります。臨床研修制度の見直しと医師派遣機能の強化、臨床研修病院の指定基準の改正、地域の医療機関による医師派遣実施の支援ということで、こういった観点で見直しが行われているということでございます。

その見直しの関連資料ということになりますけれども、49 ページです。臨床研修制度のあり方等に関する検討会というものが開かれておりまして、そこで様々に検討されています。その 51 ページの中で論点の整理と検討の方向性について(たたき台)とございます。この真ん中の 2 番、地域偏在への対応というものがございます。地域の医師確保・定着を促進するために、研修医の募集定員に地域別の上限を設定するなど、マッチング方法を見直してはどうか。臨床研修における地域医療の研修を一定期間必修としてはどうかということで、道州制特区のほうの提案の中に道民提案にもありますけれども、そういったものも国のほうにおいても検討されているというふうなことでございます。

資料 3 の 53 ページ・54 ページになります。これが現在道内で指定されている臨床研修病院の一覧でございます。現在 70 の病院が指定されているということでございます。この資料の右のほうに研修医マッチングという部分に参加・定員・マッチ者数というのがあります。これは研修を希望されるお医者さんと研修を受け入れたいという病院の研修プログラム等を一定の規則に従ってコンピューターによって組み合わせを決めているということでございます。日本医師会ですとか全国医学部長病院長会議などで構成されます医師臨床研修マッチング協議会という全国的な組織が、こういう病院と研修医のマッチングをやっているというふうなことでございます。

現在この表に出ているものは、今年の 10 月に発表されたものでございまして、定員に対して定員を満たしているところもあれば、定員を大幅に割っている病院もあるということでございます。こういう定員を割っているところについては、2 次募集というかたちで研修の募集を行っているということです。こうした全国的なマッチングということが行われている中で、仮に道内に限って札幌の研修定員を抑制して他の地域に回ってもらおうということを道内だけでやった場合に、そのお医者さんたちが道内の他の病院に行くのか、あるいは道外に行ってしまうのかということはどう見極めるのかというのがこの提案に対する判断の分かれ目になるのかなというふうに考えています。

245 番については以上でございます。

次に 248 番でございます。医療関係学部の定員増ということですが、医学部以外の公立・私立大学の医療関係学部の入学定員に関してその届出とか認可というのを知事に変更する

という提案でございます。

道内の公立・私立大学医療関係学部というのは、資料の 59 ページになります。札幌医科大学、札幌市立大学、名寄市立大学の 3 大学が公立大学です。そして私立の大学としては、北海道医療大学をはじめとして 5 大学があるということで、多くが看護学科、その他には札幌医科大学には理学療法学科と作業療法学科があつて、北海道文教大学にも理学療法学科と作業療法学科があるということになっています。

次に 60 ページになります。大学の収容定員にかかる手続きということで、公立大学につきましては札幌医科大学の提案にありましたけれども、収容定員を決める学則の変更については文部科学大臣へ届け出る。私立大学は、文部科学大臣の認可という手続きが必要であるというふうになっています。

248 番の提案というのは、これらの手続きを知事のほうに移行するというようになっていて、医学部に関しては、札幌医科大学については知事のほうに変更届を出して、結果としては届出はいらぬということになって、特区提案として認められたということになっています。ただ、札幌医大の医学部の場合は閣議決定で医師の総数を抑制していたという状況がありまして、届出というところで事前協議をして、抑制という中で増員を認めないという事情があつて、そういう事情を突破するという意味で届出をあげようというところで提案をしたわけです。医師とは異なりまして看護師などについては、国が大学の定員を抑制しているということは、今のところはありません。看護師などの養成ということは、大学でも養成はしていますが、それよりも看護学校などの専門学校のほうが主として養成をしております、そうした看護学校の中では道内なのですけれども少子化などの影響もあつて定員割れを起こしているという事実もあるということでございます。

そうした中でこうした大学の学部の定員増というのが、知事が権限をもらつて定員増をすることが看護師等の不足の解消にどれほどの効果をもっているのかというのを見極めた上で提案を考えていく必要があるのかなど。248 番についてはそのように考えてございます。

次に地域医療の最後、252 番になります。介護福祉士の業務・役割の拡大ということで、資料 3 は 63 ページからになります。提案の主旨というのは、在宅で介護を支えるために介護福祉士の方が痰の吸引ですとか経管栄養といった医療行為ができるようにしてほしいということでございます。その際には、介護福祉士の方は道知事が指定する研修を受けるということを条件にあげるということになってございます。

痰の吸引につきましては、前回五十嵐委員から資料提供をしていただいたように、家族の負担の軽減ということでやむを得ない場合には、契約を結ぶことによって介護福祉士の方なども行うことができるということになっています。

ただ経管栄養については、こうしたものはないということで、資料 65 ページになりますけれども、介護福祉士の部分ではないのですけれども盲学校・聾学校・養護学校における痰の吸引等の取り扱いについてという通知でございます。これは看護師がその学校に配置

されているということを前提に所定の研修を受けた教員が経管栄養などを行うことができるというふうにされています。そういう事例はあるということでございます。

資料 63 に戻ります。63 ページの 2 番目、枠で囲ったところ です。医療と介護の連携強化ということで、必要な研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携を下に、施設入所者に対して、経管栄養とか喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備を進めるといったような主旨が、この安心と希望の介護ビジョンという中に盛り込まれるということでございます。

これにつきましては、実態の部分が、資料が飛んで申し訳ありませんが 67 ページをご覧ください。これは全国の老人福祉施設協議会というところがまとめた資料でございます。68 ページですけれども、入所者の重度化ということがありまして、入所される方の重度化に伴って医療処置の必要な利用者も非常に増加している。経管栄養、胃ろう処置が必要な人が 12% いらっしゃるというようなことが書かれてございます。69 ページの下から 2 つ目、入所者の重度化が進む中で、痰の吸引、胃ろう等の経管処置、褥瘡や創傷等の皮膚疾患など、日常的に医療管理を必要とする入所者の割合が増加している。介護の現場ではそういう実態になっていて、そういうことをふまえて何らかの対応をとらなければならないということで、先程説明したようなことを国において検討されているということなのだろうなというふうに考えています。

このように高齢化の進展などにより施設入居者だけではなく、在宅で介護を受けている方も増えているという事情の中で、こうした医療行為を伴った介護ということが非常に求められていることは実態としてあるのだろうということは理解されると思います。提案にございますように、ちゃんとした教育といいますか、事前の研修をしっかりと行った上でこういうことを認めていくということの流れなのかなというふうに考えています。

ただし、そうした教育を誰がどのように行うのか。あるいは、その際の経費というのは誰がどのように負担するのかといったこともしっかりと詰めた上で提案も検討していくことが必要かというふうに考えています。

以上、医療について駆け足でございましたけれども説明を終わらせていただきます。

○ 井上会長

ありがとうございました。事務局から説明いただきました。

資料 1 に基づいて説明させていただきますと、今回 27 回の〇がついているところ、上から地域医療、そしてしばらく空いて(2)は、五十嵐先生からの提案だったのですがまた地域医療ということで、ここの部分まで説明いただきました。

その後の道民提案追加分ということで左端(3)地域医療ということで出てきます。ここの 255 の提案については、先程意見交換等々をした部分であります。

ジャンルとしましては、それぞれの各グループ層からあがってきました地域医療に関する内容の事務局から説明していただいたということでもあります。

これらに関しましてご意見等々いただければというふうに思います。

ただ、念頭に置いていただければというふうに思いますのは、今は1月です。3月の末をめどに提言書をまとめるということになりますと、あと2月・3月ということでかなり限られた回数しかありません。本棚にまた戻しておく、そして前を出して事務局を中心にもう1回論点を整理してもらって答申というかたちで知事にあげていく、その仕分けという部分を念頭に置いてご意見等々を賜ればというふうに思います。

先生方の名前の出たところへ行きましょうか。五十嵐委員のところから出ていた中で、若干過去2回、そして今回を入れて、事務局の説明を入れれば、参会した部分というのは252の一番最後の説明にありました「介護福祉士の業務・役割の拡大」ということであります。どういうふうに整理しましょうか。

○ 五十嵐委員

どういう整理が必要なのかなということですが、説明いただいた通りでして、どのような訓練をすれば痰の吸引、それから経管栄養、その範囲、吸引と経管栄養はまず出していければというふうに思っています。そこについてどのようなことが必要なということと、誰が教育するかという意味では、医師会及び看護協会との連携の上ということで、具体的にはおそらく医師のもとで看護師がというのが一番適切なのかなという気がしています。

それから費用負担については、その人のスキルがアップするということでは自己負担、要するに介護福祉士を取る、それから看護師を取るということと同じように考えていけば費用負担は何らかの自己負担が伴うのだというふうに私は理解をしています。

これにおける制度的な拡大などに伴って何かその他に論理的に矛盾をきたすというようなところがなければ是非特区として提案できればなと思っています。だぶん国のほうでもそういう考え方が出てきていて、確か看護協会の方たちは、その痰の吸引だけではなくて全身状況を診なくてはいけないのだというお話をされていたと思いますので、そこについては何らかの必要があれば必ず看護師の連携とか看護師に連絡がとれる体制をとった上でという、そういう条件付けだというふうに思っています。

以上です。

○ 井上会長

ありがとうございました。

今のご意見、あるいはその他の提案の部分でも結構でございますので、ご意見等があればというふうに思いますが、いかがでしょうか。

道州制特区の提案として、件数としてあまりにも少なすぎてもという部分は心情的にあるわけですが、時間的な関係でいくと今度は未整理の部分を新たに整理ということで本数を極端に増やすということにもまいらないだろうというふうに思います。今日の段

階は、一応今の五十嵐委員から出ておりましたように、次回にもう少し整理したかたちで個々の議論に附す。

それは、基本的には、審議はあと1回～2回するわけですが、方向性として答申案に盛り込むというようなことを念頭に置いてということでもう1回～2回ということ資料の整理、あるいはさらに論点を政事化するとともに、方向性ははっきりして前に進めていく。

こういった部分と、第4回答申には盛り込まないでということで本棚に残したままにしておくという部分。棄却するというわけではもちろんなくて、本棚に残しておく。

そういう観点からご意見をいただければありがたいと思います。

事務局の説明と、あえて整理をするという意味では、前回あるいは前々回に出てきていたような意見というようなものを合わせて考えると、たとえば7番はどうですか。診療報酬の特例措置ということ、前回の会議では福士先生のご意見があつて、若干答申に盛り込むというようなところまでの積極的なものではなかったように思うのですが。

○ 福士委員

今までの提案の中では医師の方たちに受け入れられやすいものとしては、診療報酬の特例措置というのは考えられるのではないかということだったのですけれども、これについてはなかなか、国の役割自体は、法律で全国统一で定めるべきものについては国がやるというのがあって、この点についても今回すぐ提案というのは確かに難しいのかなという感じを持ちます。

○ 井上会長

今のご意見等々に関して7は一応ここに据え置いておくというようなことで、それ以外のご意見があれば賜りたいと思いますが、いかがでしょうか。そういう対応で今日のところはよろしいでしょうか。

次のところの看護職員の確保というところでは2つ合わせて説明がありました。元々道民のみなさん方の提案からあった部分のところでは206、五十嵐委員の提案のところでは249。このところを2つ合わせて事務局から説明がありました。この点の扱いについてはいかがいたしましょうか。

もう少し論点を整理する必要がある、あるいは議論をする必要があるというふうにお考えでありましたら、具体的にどのようなところをもう少し詰めたほうがいいのか、あるいは今日はあまり時間がないので、次回まで検討した上でこの次の会議の席でもう少し議論をしませんかというような提案もあると思いますが、いかがでしょうか。

○ 福士委員

これをすることによって確かにメリット・デメリットは書いてあるのですけれども、本当に看護職員の確保に結びつくものかどうかということが1点です。

それと、この前に出てきた基準を緩和するという、国家資格で確かにメリットとしては基準の緩和によって経営的な安定が図れるといったような理由なのではございますけれども、しかし医療行為ということですので、基準を緩和したりするという点についてはもう少し慎重にしたほうがいいかなという気がするのではございます。

○ 五十嵐委員

ここで1点、私は基準緩和を考えたかどうかはちょっと定かではなくなってきたのですが、基準を緩和する、施設整備で基準緩和はしないような気がしたのではございますけれども、看護職でもそうなのではございますけれども、道知事認定だからといって緩めるという意味合いではなく、むしろ枠を緩めましょうというニュアンスで言ったと思うのです。

ただ、看護師については養成学校、今も定員が余っている状況だというお話がありましたけれども、養成を増やしたから偏在がなくなるかというところはなかなか違うなということも確かに思いますので、目的をもう1回考え直して、目的を考えていくと看護師もそうではございますけれども理学療法士・作業療法士についても医師よりも札幌偏住が高い、地方にいないという状況をどうするか。絶対数もまだ足りない。理学療法士・作業療法士については絶対数を増やすということと同時に、地方に勤務しやすい条件を考えていきたいと思います。

前回のときには経済部から理学療法士・作業療法士の業務範囲拡大という提案を出していただいたのですが、何となくこれも今ひとつすっきりしていない。論点が何となく定まらないというような感じがしていました。どんな人材が地方に必要で、そのために今規制がある理学療法士・作業療法士についてどの規制を緩和してもらった方がいいのかを、次回にもう1回論点整理をしていただければなという感じがします。自分自身、施設整備の規制緩和ではなかったという気がしていたのではございますけれども。定員数を拡大していくという方向ではあったのではございますけれども、そう思っていました。

○ 福士委員

必ずしも権限移譲を受けるときに、何か効果があるから、地域住民になるから権限移譲をすべきだ、何か効果があるから権限移譲をすべきだというのが一番いいのではございますけれども、それだけではなくて制度として考えたときに確かに効果はないかもしれない。ただ国と自治体の役割分担のあり方として、この指定権限については、そこは道としてやっていいのではないかというものであれば、特に効果がないとしてもそれは求めていいのかなという気はしているのです。反対ではないのです。効果がないのだったらやめましょうということではないということです。

○ 井上会長

わかりました。

誠に申し訳ありませんが話を中断するようなかたちですが、この点に関しましては、先

程五十嵐委員から出てきました資料1の一番下に書いてあるところ、「参考・庁内提案」というところで、地域における理学療法士及び作業療法士の業務領域の拡大ということです。これは先程いった偏在という部分に絡めた議論のところがあるわけです。

これは、次回にでも、どうかたちになるかわからないけれども、出していただくときに合わせて議論するということにしませんか。

先程冒頭に出てきた五十嵐先生、その前の福士先生の意見、その意見はその意見としてきちんと記憶に残しておいて、それを踏まえた上でプラス1の道州提案のところが出てきて、そして介護士、作業療法士、理学療法士、それぞれの分野によって違うし、前の1つと後ろの2つというのは特に違うと思うのですが、整理して議論に附すということでしょうか。そういうことでよろしいですか。

では次の245、「臨床研修病院の指定・監督」はいかがでしょう。

なかなか〇ということにはならないと思うのですが、とりあえず次回の議論にするか、今回で議論を終わるかということですが。

臨床研修医の制度そのものの見直しが、たとえば2年のものを1年に短くしようとか、そういうようなところの議論までも国のレベルでは出てきています。あるいは北海道内においては、研修医の研修のあり方について道内3医大の間で協同してきちんとしたプログラムをつくってというふうに私は理解をしているのですが、そのようなところの動きもあるようなことであります。これは皆様方、ご存知の通りだと思います。

何回か出ていて、全て医師会の先生方の意見に全面的に汲みするものではないけれども、やはり資料3のところに書いてあるようにデメリットの臨床研修先に制限を加えた場合、臨床研修医が道外に流出する恐れがある。これは耐えず厄介な問題として出てくるのです。オールジャパンレベルの資格。そしてそれを道内に縛りつけようというようなものとの間の矛盾というものが出てきているわけです。

どうしますか、また次回にやりますか。次回に残しましょうか。

残しておかないと、ここでどうというような判断が出ればそれはそれでいいのですが。

○ 福士委員

基本的に自由を制限するという点に関して、全国的にやるのなら納得できるのですが、北海道だけお医者さんの自由を縛るということについてはちょっと積極的になれていない。全国的にそういう動きがあるので、ほんの少し置いておいて動きを見ておいてもいいのではないかという気持ちもするのです。

○ 井上会長

地域遍在への対応と先程事務局から説明のあったところですが。文科省及び厚生労働省という。これは本棚に置きますか。よろしいですか。

○ 五十嵐委員

20年度中にその方向が出てくるみたいですので、指定基準の改正とか、何かちょっとずれても嫌かなという感じもしないでもないので、多少焦点を絞って提案するという事でちょっと本棚から出たくらいのところでいかがでしょうか。

○ 井上会長

そのようなことでよろしいですか。本棚からちょっと出たくらいというのは意味がわからないけれども、第4回答申には盛り込む方向までには入れないということでもよろしいですか。

では、先を急いで申し訳ございません。看護職員確保というところでは、事務局からの説明では、現行法規等々をベースにして、そして医療、あるいは看護というところは対応の仕方が違う。要するに医師の場合には抑制的であったということ。これは何の話かという、大学の話なのです。専門学校だとか看護学校というところの話ではなくて、大学の定員増というものを自由にする。道州制特区にする必要があるかどうかという話です。ここは、とりあえず本棚の中に返しておくというようなことの判断でいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○ 福士委員

気になったのは、看護職員の確保で、医療関係学部の定員増、今定員割れというのもあるということで、医科大学とは状況が違う。医科大学については知事のほうに届出を受ける権限を移管した。それから見ると、やはりこちらのほうも揃えておくというのが制度としてはいいのではないかというふうに思っています。

確かに効果はない。そういう意味では仕舞っておくということでも結構なのですけれども、確かにそういう制度を合わせるという意味でこの権限の移管を求めるということでもいいのではないかというふうに思います。

○ 井上会長

わかりました。叩き台は私が、議論の基軸は私が提供しましたけれども。先程申し上げましたように、次回へ向けて事務局で整理していただく。これをもう一度このままでも結構ですからお出しただけませんかでしょうか。

というのは、事務局からの説明も説得的であるには違いないのですが、この中で出てきた作業療法士、あるいは理学療法士は、片方で地域偏在、不足という部分があると同時に、結局ここで出てくるのは看護師だけではなくて、こういった療法士の人たちの大学での育成する場、学部、あるいは学科というのをもう少し増やす方向で自由に決めたらいいのではないかという話だと思うのです。

ですから、このままでもかまわないと思いますので、次に議論するときには抱き合わせる。つまり理学療法士とか作業療法士プラス看護師を入れたほうが、議論は分けて考えるようになってきているのだらうと思いますが、そのこのところをどういうふうにもこの場で全体として調整すればいいのかということですから、申し訳ありませんが出していただけますか。

252 は、そのままもう 1 回次に向けて、答申に盛り込む方向でということで少しポジティブなマークをつけて議論をさせていただきたいと思います。

残っていたところでは、公立病院のオープン化に関わる医師標準数の特例というのは先程説明をした通りでございます。これも答申に盛り込む方向で資料の整理等々をしていただくということでよろしいですか。(はいという声) ありがとうございます。

郵便局、広域連合、社会資本関係、FM 放送、事務局の説明はどれぐらいかかりますか。(渡辺参事：4 時までではかかるかと思います。)

私も読んで論点を整理してきているのですが、たとえば郵便局の役場の支所化。これは、いずれにしても少し調べなければいけない部分があるということで、一応次回簡単にでもやらせていただきたい。

さらに広域連合の地方交付税交付は、これは次回にもう 1 回お出しいただければと思います。

社会資本関係業務の地方独立行政法人化。これは、どうですか。今日無理して結論を出す必要はありません。次回もう 1 回仕分けする。ここは、次回に議論してもそんなにかからないと思いますので残しましょう。

FM 放送波の地方自治体の割り当てです。これは、かなり無理な感じがするのですが。というのは、元々の提案は「緊急災害時の」ということだったけれども、結局ラジオをつけているという、ラジオはその番組といいますか、放送局にスイッチが入っていないから。

○ 地域主権局 出光局次長

提案した方にもう 1 回確認をしてみたのです。現在、防災用無線の専用受信機を使っているのですけれども、これを FM 放送波を使えば普通のラジオでも代替ができるので、安く上がるのではないかとのご提案の主旨だったのです。それだと四六時中ラジオをつけっぱなしにしなければならないのではないかとということになり、それ以上議論が進展しないのですが。

○ 井上会長

そのようなこともあって、これは今日の段階で本棚に置いたままにさせていただきたいということです。

あと残っている部分で、できれば今日固めておきたいと思っているのは、「J 福祉」のところで社会保障関係法の条例化。条例による法令の上書きです。

これは、以前にも若干の議論をしていて、これも福士先生だったかとは思いますが、先生の意見を受けて前向きに検討するというにしていたと思います。

○ 地域主権局 出光次長

福士先生のご指導をいただきながら資料をつくったものですからご説明をさせていただければと思います。

○ 地域主権局 渡辺参事

それでは資料3、121ページをご覧ください。福祉の施設の基準の部分について26回までを振り返って、福士先生から上書き権というようなことが最近議論されているので、そういう方向で検討したらどうかというご意見があり、先生のご指導をいただきながらまとめたものでございます。

資料に沿って説明させていただきます。

まず1番でございます。上書きの概念ということでございます。法令の規定を附加・補完・強化するための「上乘せ」「横出し」というものと、法令の規定と異なる規律をするための「全部または一部の適用除外」「書き換え」などが上書きということで考えられます。

次に上書きというものが世の中で検討されるようになった背景でございます。2番目になりますけれども、分権改革の一層の推進といったことがあって、こういうことが言い出されるようになってきたということでございます。地域の実情に即して施策を展開していくためには、単に執行権だけを国から移譲されるだけでは、ただ国のいうことに従ってやるということでそれでは不十分だということで、制度の企画立案権限も含めて立法権での移譲というものも必要である。

このため、自治体が条例によって独自の制度設計を切り盛りすることが必要、大事だということで上書きということが言われ始めてきたということでございます。

3番目になりますけれども課題がございます。憲法94条で地方公共団体は法律の範囲内で条例を制定することができるというふうになっていまして、それを受けて地方自治法第14条では地方公共団体は法令に違反しない限りにおいて第2条第2項の事務に関し、条例を制定することができるというふうに書かれています。

この規定につきましては、矢印で書いていますけれども上乘せ・横出しは、法令がそれを禁じる趣旨であるならばできない。適用除外・書き換えは、個別の法令が認めない限りはできないというのが従来の解釈でございます。

こういったことがございまして4番にありますけれども、平成16年には道が国に対して道州制特区に向けた提案ということで行った提案の中で、①としまして道からの提案に基づき個別の法令を改正する仕組みを創設する。あるいは、全ての法律を洗い直して、条例制定範囲を拡大するよう一括して全ての法令を改正する。どちらかの方法によって条例制定範囲の拡大をしてほしいということ国に提案したということでございます。

その提案の結果、道州制特区推進法が制定されて、①の仕組みが制度化された。その一方で、昨年12月ですけれども地方分権改革推進委員会の2次勧告で、この全ての法律を洗い直して条例の制定範囲を拡大するような一括改正といったことが、地方分権改革推進委員会の2次勧告の中でいわれたということでございます。

その後、5番目になりますけれども、学説の進展ということで、この1～2年条例による法令の書き換えというのを積極的に認めようという新たな学説が唱えられるようになってきているということでございます。

たとえば、北村喜宣さんというのでしょうか、上智大学の先生でございますけれども、分権改革の中に自治事務及び法定受託事務を規定する全ての法律を一括改正して、都道府県は、この法律の施行に必要な事項について条例を制定することができるとする規定を追加することで、上書きということをしてはどうかということを提唱されておられます。

また、下になりますけれども松本英昭さんは、元自治省の事務次官でございますけれども、この方は地方自治法の中に、「他の法令の規定に関わらず、条例で当該他の法令の規定の全部、または一部を適用せず、または必要な制限を附加し、補完し、もしくは緩和し、もしくはこれらの規定に代えて適用すべき事項等を定めることができる。ただし法律において特に定める場合は、この限りではない」という条文を追加するよう案を出されています。これは、法律でできないと書いていない限りは、原則として全てできるということでございます。

こういった動きをふまえて道州制特区の提案として検討できないかということで検討したのが122ページの6番目でございます。123ページに条文がありますけれども、この条文の案については福士先生に作成していただいたものでございます。

考え方でございますけれども、(1)一般ルール化することの必要性ということでございます。個別法に上書きが可能というふうの規定を置くことにすると、そうした規定がない場合には上書きができないということになりますので、個別法に規定を置く他に地方自治法に上書きできる旨の規定を合わせて置くということでございます。

具体的な法文としましては、(2)地方自治法第14条第2項として特定広域団体については法令の規定について条例の上書き等ができる旨の条項を追加するというものでございます。

道といたしましては、平成16年当時国に提案しましたが、その当時はまだ学会の中でも上書きというものについて否定的な考えが主流だったということで、当時はそういう状況でしたけれども、ここ1～2年の動向を見ますと上書きというものについて法律学的にありうる仕組みなのではないかという学会の流れが出てきていることでございます。これを道州特区の提案として出していく環境が整いつつあるのかなというふうに考えています。

説明は以上でございます。

○ 井上会長

ありがとうございました。

ただ今の説明に関して福士先生のほうで付け加えられることがあったらお願いいたします。

○ 福士委員

上書きというのは非常にわかりにくいのですけれども、たとえば何か開発をするときに開発許可というのを取らなければいけないです。都市計画法で開発許可制度というのがあります。開発を許可するときには、法律上基準が定められているのです。あるいは産業廃棄物の処理施設を設置したいときには、知事の許可を得なければいけないのです。それは廃棄物処理法に許可制度が書いてあって、こういう条件を許可しなければいけないと書いてあるのです。

ところが、そういう許可の基準などがあまりにも細かく定められているために、非常に使いにくいということです。本当は、この事例では許可したくないのに、たとえばうちの近くにあるとか、そういう場合でも法律で細かく定められているものですから法律の基準の通り許可しなければいけないということになるのです。

それで、どういう議論になっているかということ、あまりに法律が細かい基準を定めるときには、条例でその基準を、実際にこの基準はいらぬ。あるいはこういう基準が必要だ。環境に配慮するという規制が入っていない、基準が入っていないけれども、これは条例で入れる。そういうふうには法律の基準自体を変更するのを上書き権と呼んでいるのです。

実際にそういう主張があって、第2次勧告の中ではどういう形でやられているかということ、たとえば廃棄物処理法、たくさん法律を調べて廃棄物処理法上の許可制度については、これはあまりにも詳しすぎる。自治事務にしなければだめですけれども、こういう場合については個々の法律を全部調べて、勧告でこれについてはできますというふうにするに置かれています。

ところがそれは今国のほうでやっているのは自治事務についてなのです。もう1つ法定受託事務というのをやっているのです。こちらは、国のほうではノータッチなのです。現在のやり方では。

それで、どういう問題が出てきているかということ、法定受託事務というのもやっているのです。実は、先程の廃棄物処理施設の許可については法定受託事務なのです。これについては国はノータッチなのです。もう1つは、今度はたくさん法律を調べて、これならできるといふものを法律で定めています。そうすると見落としが出てくる可能性があるわけですね。

すると、ないものについてはできません。国のほうでできるものについてこういうふ

うに定めているのだから。他は書いていないものについては実際できないというふうに解釈なさるのが普通なのです。

そういうのを避けるために、今国でおそらく勧告通りにいったらいくつかは改正されると思うのです。その他に自治体としては、北海道としては法定受託事務についても、漏れているものについてはできるというふうに地方自治法に書いておくというのが妥当ではないかと、そのような主旨なのです。

○ 井上会長

ありがとうございました。

資料では第24回提案検討委員会における意見を踏まえての検討というかたちで、後ろの2ページにまとめてあります。事務局、そして福士先生から追加的な説明がありました。

この件の扱いでありますけれども、これから国にあげていく、特区提案として答申していく、知事に答申するというかたちで、その方向性をきちんとしたかたちで答申書をつくる方向で進めていってよろしいでしょうか。

ではそのようにさせていただいて、また次回以降、新しく出てくる資料も含めてこの場で議論をさせていただければというふうに思います。よろしく願いいたします。

結果的には、資料1のところで見ると、今の段階で○をつけているのが125、139、二重三重行政の部分。そして今ありました、前から議論していた福祉の268というもの。それに今日やりました公立病院のオープン化に関わる云々の255。

そして前向きに少し検討していくということになっているのが、それ以外にいくつかあります。

今日議論ができなくて残す・残さないの判断を据え置いているものもいくつかあったと思います。逐一申し上げませんが、そういうふうになっているので、事務局でメモされていると思いますので、次回に審議の準備をしていただければというふうに思っております。

また庁内提案というのは、まだ生きておりますので、甚だ事務方にはご迷惑をおかけして申し訳ありませんけれども、先程言いましたように今日の出ている部分も含めて一括して理学療法士、作業療法士といったものをやるということであがっておりますので、よろしく願いしたいと思います。

ただ1点だけ、今日終わって、次回までに見ておいていただきたいのは、福士先生から前向きに検討すればというふうに言われた広域連合への地方交付税交付の部分です。今日このところでは、資料3の93ページに広域連合への地方交付税交付関連ということで20ページくらいの資料がついておりますので、ご覧いただければというふうに思います。

事務局で用意された資料のところを見ると、結局広域連合というそのものに課税権があるのかどうかというところですね。広域連合というのは、リーダーを投票によって選んでいるわけではないというわけで、それらの人が集まったところで課税する権限があるのかど

うかというようなところがひとつ論点になろうかと思います。もし機会があったら読んでおいていただければと思います。

それらを踏まえて前向きに検討できるということであればそういうふうにする。そういうことでよろしいでしょうか。

事務局、次回のということに移っていいですか。あと1分か2分で終わるのでいいですか。

では次回のことです。(2)次回28回の委員会についてです。これは2月上旬から中旬にやるということでしたね。

○ 地域主権局 渡辺参事

2月上旬、中旬までにはやりたいと思っております。いつものようにメールで調整させていただきます。

今日、次回に見送った案件と、経済部提案の理学療法士、作業療法士の部分についてはセットでということですので、そういう意見を私どもで準備をしていきたいというふうに考えています。

これから調整していきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○ 井上会長

ありがとうございます。

事務局からは、よろしいですか。では、みなさん方が予定されていた3時半だと思いましたが、申し訳ありません、ちょっと医療のところまで時間を使いました。申し訳ございませんでした。これにて閉会いたします。

よろしくお願いいたします。

(会議終了)