

行政刷新会議ワーキングチーム 「事業仕分け」第2WG

日 時：平成21年11月12日（木）

事業番号：2-9

項目名：医師確保、救急・周産期対策の補助金等（一部モデル事業）

内閣府 行政刷新会議事務局

○出席者

進行役：熊谷進行役

評価者：尾立参議院議員、菊田衆議院議員、足立厚生労働大臣政務官

市川評価者、長評価者、海東評価者、梶川評価者

河野評価者、中里評価者、船曳評価者、丸山評価者、村藤評価者

吉田評価者

説明者：厚生労働省 阿曾沼医政局長、岩渕医政局総務課課長、新村医政局指導課長、
杉野医政局医事課長、野村医政局看護課長

財務省 可部主計官

○熊谷進行役 すみません。昨日から個々の事業に時間をかけ過ぎだとおしかりをいただいております。一方で議論の時間が足りないのではないかというおしかりもまた受けるわけですが、なるべく時間を守るように努めていきたいと思っておりますので、是非御協力もよろしくお願いいたします。

それでは、今日の2つ目、事業番号は2-9になります。医師確保、救急・周産期対策の補助金等について、ただいまから仕分けを始めさせていただきます。

それでは、御説明をよろしくお願いいたします。

○説明者（厚生労働省） 医政局長でございます。よろしくお願いいたします。

2-9でございますが、医師確保、救急・周産期対策ということでございます。

「目的」は真ん中ぐらいにございますけれども、医師確保対策は特に産科、小児科などの診療科あるいはへき地などで医師不足が深刻になっておりますので、それに対応する必要な医師の確保に対応しようということでございます。

救急・周産期でございますけれども、周産期といいますのは、妊娠22週から出産後7日までといういわゆる出産に関わる時期でございますが、地域における救急医療体制の確保、出産に安心して臨める医療現場の実現を目標に対策を講じております。

「対象」はそこがございますように、都道府県、市町村、日本中毒情報センターなどもございますけれども、救急医療等に関係する県、市町村、団体等でございます。

「事業費」でございますけれども、22年度の概算要求で574億円程度でございます。

「事業／制度の必要性」でございますが、下から3段目の欄でございます。ちょっと字が小さくて恐縮でございますが、医師確保対策につきましては、最近、非常に高齢化も進展している。あるいは医療も高度化する。医事紛争も増加していく。更には最近女性医師も大変増えておりますので、そういう中で医療需要は増大しておりますが、一方で産科、小児科などの診療科あるいはへき地等で医師の不足問題が深刻化しているという問題がございます。それに対して、国民の医療に対する安心・安全を確保するという意味で、医師確保対策の推進を図ることが、この政策の必要性でございます。

また、救急と周産期の関係でございますが、そこがございますように、昨年非常に不幸な事件もあつたりいたしまして、ハイリスクの妊産婦さんを中心に受け入れる周産期の母子医療センターで

の脳卒中等の母体の受け入れ体制の強化、それから、NICUと呼んでいます、新生児の集中治療室のことです。こういう新生児の集中治療室に対する支援、あるいはかなり長く入院されている児童への対応等を含めて医療提供体制の確保に資するという事です。

一番下の欄でございますが、他省庁、自治体等との関連でございます。特に救急・周産期の関係におきましては、消防法を一部改正いたしまして、今、搬送、受け入れルールの作成というものをしております。消防庁と連携して、傷病者の搬送、受け入れの実施基準についてとりまとめをしているという事です。

51 ページでございます。

「活動実績」はそこに書いてございますとおりでございます。

「成果目標」でございます。真ん中の欄でございますが、医師の派遣事業につきましては、それぞれ地域の需要に応じて引き続き派遣をしていきたいと思っておりますし、交代勤務の促進、短時間の正規雇用等あるいは女性医師の就労支援事業についても、これから着実に実績を上げていきたいと思っております。

救急・周産期医療対策の確保でございますが、心肺停止者の1か月後の生存率をできるだけ上げるということを目指しておりますし、そういう上で、今、問題になっていますのが、二次救急医療機関がかなり疲弊しているという問題がございます。数も少し減少しておりますし、二次の部分についてどう対応するかということが問題でございます。

それから、周産期の関係につきましては、母子医療センターの機能を整備・拡充すると同時に、新生児の集中治療室の病床数を将来は3,000床ぐらいにしたいということで、今、努力をしております。

下から3段目の「事業／制度の自己評価」でございますが、確保対策につきましては、非常に難しい問題ではございますけれども、例えば日本産婦人科学会の新入医師数も少し増加傾向にあるということで、それなりの成果も出てきておりますので、更に充実していきたいと考えております。

救急・周産期の医療対策につきましては、先ほど申し上げましたように、二次救急医療機関の疲弊の問題がございますが、それに加えて、1歳から4歳の幼児の死亡率が我が国は世界で21位程度ということで、乳児死亡率は改善されているわけですが、1歳から4歳のところの小児の救急に対する対応をきちんとやりたいということで、小児の集中治療室の整備を図ろうということにしております。

それから、NICU、いわゆる新生児の集中治療室の整備あるいは後方病床の拡充、NICUに長期で入院されている児童に対する支援の課題もございますので、そういうことについても、これから体制の整備を図っていきたいと考えております。

以上でございます。

○熊谷進行役 ありがとうございます。

それでは、財務省主計局から考え方等について簡潔にお願いいたします。

○財務省 簡潔に申し上げさせていただきます。

57 ページの「論点等説明シート」でございますけれども、昨日も御議論いただきましたように、

医師確保は大変重要な課題だと思っております。ただ、そのための手段として、こうした補助金がいいのか。それとも昨日御議論いただきましたような診療報酬の配分の抜本的な見直しといったこと、更に医師の診療科別、地域別偏在を是正するような規制の在り方の見直しといった方法をとるべきなのかという問題だと思っております。

19年度、20年度をごらんいただきますと、一連の医師確保、救急等の補助金の執行率は実は7割ぐらいにとどまっております。また医療費全体と比べれば非常に小規模なものですから、これが果たしてどれだけの効果を上げているのかという疑問があらうかと思えます。多額の不用が出ていることは補助金という手段で対応することの限界を示しているのではないかと考えられます。むしろ診療報酬の抜本見直し、あるいはドイツなどでは地域診療科別の定員を定めるといったことを保険診療については行っておりますが、そうしたことも視野に入れた検討が必要ではないかということでございます。

また、今年の要求で拠点的な病院に対する収支差補てんの補助金が非常に大きな額で上積みされておりますけれども、これは診療報酬で対応すべきではないか。

それから、そもそも医師の個人負担ですとか、自発的な医療機関の取組みに委ねるべきものもあるのではないかということがございます。

下にございますように、補助金別にパーセントが入っておりますけれども、これが従来20年度の執行率でございまして、5割から7割、高くても8割程度にとどまっているというものでございます。

また、下にございます収支差補てん、救急車の受入に応じた補助あるいは救急勤務医支援事業という形の手当といったものは、むしろ診療報酬で対応すべきものではないか。あるいは一番左にありますような地域医療確保支援モデル事業は、セミナー開催等の経費と聞いておりますが、そうしたものは効果と併せて見直す必要があるのではないか。あるいは女性医師確保の問題も重要なんですが、例えば年間150万円ぐらいのベビーシッター代を負担することが、ほかの職業と比較してどうかといった論点があります。

収支差補助について大きな要求増があることも踏まえて考えますれば、全体として昨年の7割ぐらい、具体的には今年の要求額の半分程度でいいのではないかと考えるところでございます。

以上です。

○熊谷進行役 ありがとうございます。

それでは、とりまとめ担当の尾立議員から背景及び論点について御説明いただきます。

○尾立参衆議院議員 この医師確保、救急・周産期対策という事業目的は、本当に国民の喫緊の課題であることはだれも異論がないことと思えます。しかしながら、昨日、診療報酬の配分の抜本的な見直しという結論を我々はつけさせていただきました。それを前提に是非この議論をしていただきたいんです。

この事業は医政局の補助金でございます。補助金という行政手段が本当に医師確保対策などのために抜本的で、究極的な効果があるのかということが私は論点であると思っております。1例としまして、一部の医療機関や医師に補助金を交付した結果、医師不足や救急・周産期対策が本当に改

善したのか。また主計局から御説明がございましたように、これまで多額の不用、予算執行がなされていない部分が発生していますが、これはなぜなのかなどについて、まず検討を加えていただきたいと思います。

以上、小さな事業もたくさん含まれております。そして、また執行率の低いことも踏まえて活発な御議論をいただければと思います。

○熊谷進行役 ただいまから質疑、議論に入っていただきますが、53 ページ以降にあるような数多くの個別の事業があります。この適否についても勿論御意見もあろうかと思いますが、限られた時間の中でもありますので、今、尾立議員からお示しいただいた論点を頭に置いていただきながら進めていただきますようお願いいたします。

まず長さん、お願いします。

○長評価者 それでは、私から個別につきましては1件程度取り上げ、冒頭に総括的にどうあるべきかということについて少々お時間をいただいております。

まず1つ、補助金と診療報酬との違いにつきましては、あくまで患者の自己負担が増えるかどうかということに尽きるわけでありまして、私は補助金が増えても、患者の自己負担は増えないというところにポイントがあると考えております。私は過疎地を13年間回ってきた経験から、補助金は採算がとれない離島や山間部などのへき地に重点的に交付して、その他は診療報酬で見るとはどうかと考えております。

次に焦点の救急医療でありますけれども、いろいろと細かく医政局からお話を聞きましたが、例えば搬送件数が病院であれば750件以上とか、そういうような社会医療法人の非課税法人の救急医療の条件を基準として、そういう国民が納得するような救急病院に交付すべきではないかということをも具体的に申し上げたい。

補助金の中で一番問題になっている病院群輪番制病院運営事業補助金について申し上げます。これは総務省の関連も実はあるんですが、遺憾ながら救急の実績にとらわれず交付されているという事実がある。これについてどの程度かは医政局から御回答をお願いしたいと思います。今、各地の状況を見ますと、大体1当番当たり7万1,040円ということになっておりますが、当該当番病院が救急をやらずに実際は24時間365日体制の救急病院がこれを行っているという実態があるか、これは間違いがないかどうかということをお聞きしたいと思います。

今、既に民間病院では相当の負担を持っている。したがって、ほとんどの民間病院が赤字で、昨日も言いましたように、非常に厳しい状況にあるので、救急医に直接補助金を出すということはまずい。これは保険局だと思いますけれども、やはり診療報酬の中で救急医の手当の増額を行うということを条件に付けたらいいのではないかと。要するに診療報酬や補助金だけでは、医師の疲弊問題は解決しない。

総務省の公立病院改革ガイドラインでもありますように、選択と集中、再編・ネットワークをきっちりやらない限り難しいと考えておりますが、これは両省が協力してやっておりますので、その辺は国民の皆様にも御理解をいただきたいと考えております。

消防庁との協議について、局長にはやや踏み込んだ発言を更にお願したいんですが、救急車の

有料化、例えば1万円を国民に負担していただくのはどうかと考えております。ただし、医師が入院を必要とした場合には、返還するなどの具体的な政策が盛り込まれる必要がある。

以上ちょっと長くなりましたけれども、補助金と救急について私見を申し上げました。局の御意見を伺えればありがたいです。局長、端的で結構です。

○熊谷進行役 救急のところでは3点ほど質問があったかと思っておりますので、それにお答えいただきながらお願いいたします。

○説明者（厚生労働省） まず御質問があった点にお答えいたしますけれども、輪番制病院につきましては、平成17年に交付税回しといいますか、一般財源化しておりますので、私どもは補助金は一切ございません。

それから、救急医手当等は診療報酬で、確かに救急病院に一定の診療報酬がいて、それが救急医、担当医の方に回るのが一番いいわけですが、昨日も保険局からお話があったと思いますけれども、診療報酬は医療機関に払われるもので、必ずしも救急医の手元にいくかどうかわからないということもあります。昨年度だったと思いますが、救急医手当を新設したということでございまして、それは診療報酬の配分の問題と、今、非常に救急医療が疲弊している中で、そこを支援しなければいけないという関係の中で私どもは手当としてお願いし、一旦確保したものですので、これは重要な手当だと思っております。勿論、診療報酬との関係については、今後十分議論をする必要があると思っております。

救急車の有料化の問題は厚生労働省として言いにくいところもありますが、確かに高齢化によって救急受診者、救急車で搬送される方が増えているのは間違いないですし、その中で軽傷の方が多いわけですが。ただ、消防庁のどこかの消防局で調べたところでは、悪意で必要以上に使っているということはない。恐らく高齢者の患者さんが心配で、家族の方も心配なさって、結果的には軽傷であっても救急車で運んでいるということもあろうかと思っております。

それから、適正利用については消防庁も力を入れておりますので、ここ2年ほどは横ばいなし昨年ちょっと下がったとも聞いております。いずれにしても需要が増大しているのは間違いない。そういう中で、諸外国では有料なところも多いと聞いておりますし、有料化というものも1つの考え方であろうかと思っております。適正利用を呼びかけながら、勿論プライシングでどこまでそれをやるかということは1つの課題だとは思いますが、消防庁でよく検討していただきたいと思っております。

○熊谷進行役 河野さん、どうぞ。

○河野評価者 昨日も議論になっていたんですけども、私の問題意識をお話した上で質問を差し上げたいんですが、診療報酬の配分が必ずしも望ましい形で行われなかったからこそ地域別あるいは診療科別に医師の偏在が起こっている。従来は診療報酬をなかなか動かすことができない。だから、次善の策として補助金が出されていた。そうすると、診療報酬を大きく抜本的に変えることができれば、補助金の支給という方法を変えることができるのではないかと。

先ほど財務省から出てきましたけれども、ドイツに地域別、診療科別に保険で報酬を支払う、医師の総数をコントロールするということできれば、こういった問題もなくなる。いずれかの方法を考慮すると、やっつけらっしゃる補助金なしで問題解決できるのではないかと問題意識があ

る中で、次のことをお聞きしたいと思います。実際に具体的にやられている医師不足に対する産科医療機関の確保事業とか医師派遣推進事業というのは、どの程度の効果が具体的に上がっているのか。具体的に医師を確保、派遣するために、例えば効果に対して1人当たりどのぐらいの費用が上がっているのか。そういったようなことはわかるのでしょうか。

○説明者（厚生労働省） 診療報酬と御説明した補助金の課題については、それぞれの手段の手法を生かしながら、両面から取り組んでいく必要があると考えています。基本的な考え方としては、診療報酬は個々の患者に対する診療行為に着目して医療機関に支払うものでございますが、私どもの補助金につきましては、こういう個々の患者への診療行為の報酬として払うことが難しいものを補助金として措置すると考えております。

例を申し上げますと、小児救急の電話相談事業というものをやっておりますけれども、これは診療行為と直接関連しないということでございます。それから、先ほどお話がございましたけれども、へき地のようなところで地域特性から特に必要なものなどがございます。

これも1つ例示しますと、救急医療の体制を備えて常時ベッドを空けておかなければいけないような場合には、これを患者さんへの診療報酬という形で措置することは難しい。こういうふうに個々の患者に対する診療行為の報酬として措置することが難しいものについて補助金で対応していく。勿論これは両面から対応していくという考え方でございます。

それから、医師の偏在問題などにつきまして、診療報酬の方で抜本的な見直しに取り組んでいくということは大変重要でございますし、今後期待をしているわけでございますけれども、先ほどおっしゃいました診療科ごとに定数のようなものをしたかどうかということについては、確かにそういう御議論もございまして、議論していく必要はあると思います。ただ、定数の場合には基本的に過剰にはかなり効いてくるんですが、現在のような不足についてどの程度有効かということはかなり議論があると私どもは承知しております。

○熊谷進行役 市川さん、どうぞ。

○市川評価者 先ほどの1つ前の御指摘の中に、診療報酬体系の見直しでは病院に診療報酬として落ちるかもしれないけれども、それが医師の給料には反映されない可能性もあるという御指摘だったんですが、1つの考え方として、例えば病院に対して診療報酬の配分を厚くすることによって、病院の経営状況が改善する中で、1人の医師の人件費、給料が上がるという意味だけではなくて、やはり医師数の確保という意味も含めた体系ができるという考え方ができないかというのが1つです。

それと2つ目にお伺いしたいのは、問題があるという問題意識はお示しいただいたような気がするんですが、まずそのところ、今の御説明にもありましたけれども、診療報酬の中での問題という認識は医政局としてはお持ちなのかどうかということ。

3番目は、やはり足元にある問題に対する対応策として一旦この補助金を確保した。一旦という表現があったかと思うんですけれども、一旦だとすると、やはり抜本的にどこかで見直していくということであるとするならば、どの程度の期限を見て全体的な見直しをしていこう、つまり、構造全体を変えていこうということを考えてらられるのか。

その3点をお伺いしたいです。

○説明者（厚生労働省） 診療報酬と補助金をどう考えるかというのは大変難しい問題なんです、先ほど総務課長も言いましたように、基本的に診療報酬というのは病院にかかった人が医療行為を受けた場合にその診療の報酬として支払う。自己負担で払って、残りを保険料と税金で払うという仕組みなんです。

今、医師不足というのはいろんな要因が複合的に重なって起きているわけですが、確かに勤務医が疲弊しているという問題があるわけです。したがって、診療報酬で病院の方に手厚くしていく、要するに病院の収入が増える方向に改定をするというのは、勤務医の勤務条件が変わっていくという意味で1つの有効な手段だと思います。したがって、私どももやはり診療報酬による対策というものも当然必要だと思っております。

ただ、一方において、補助金というのは、例えば特定の医療機関や特定の事業に直接支援ができるというプラスの面もあります。ある救命救急センターで非常に苦しんでいる救急担当のお医者さんの給与を直接引き上げるというインパクトを持った手段でもあるわけで、そういう意味では、診療報酬と補助金の制度というものをうまくコンビネーションで使い分けていくことが必要ではないかと思っております。

○市川評価者 それはよくわかった上で御質問しているのは、今の医政局長の御説明の中にもやはり診療報酬の体系を見直すということは、極めて重要であるという御認識は示されたと思うんですが、それをいつまでにどういう仕組みの中でやっていこうとか、少なくとも医政局長としてはどう考えておられるのかということをお聞きしたいんです。それが現時点においてこの補助金が有効であるかのどうなのかということの非常に大きな判断基準になってくるのではないかと思います。

○説明者（厚生労働省） 診療報酬というのは2年に1回やっております。来年4月が診療報酬の改定時期でございます、その次の2年後、平成24年4月が介護報酬と診療報酬の同時改定の時期であります。今、保険局あるいは中医協で会議が開催されて、来年4月に向けて診療報酬改定の議論が進んでいます。

そういう意味では、私どもの補助金制度はあるんですが、診療報酬が4月にどういうふうに変わるかというのが実際に決まるのが、中医協ですと通常2月ぐらいになるわけです。したがって、時間の前後でいいますと、この補助金というのは年末に通常財務省と折衝して予算編成で決まるわけで、残念ながら、今回の診療報酬改定はその後に決まってくるという時間の関係になります。

○市川評価者 そうであるならば、平成24年4月の診療報酬改定のときには、今おっしゃったような問題意識が診療報酬制度そのものに反映されるような仕組みに変えていく方向だと判断してよろしいわけですか。

○説明者（厚生労働省） そういう意味では、私も非常に申し上げにくいですが、診療報酬の担当局長ではないので、口幅ったいことは申し上げにくいんですが、あえてちょっと踏み込んだ発言をいたします。個人的な発言としてお聞き願いたいんですが、やはり24年のときは介護の報酬も改定されますし、診療報酬も改定されるわけですから、それまでの間に今の医療制度や今回の診療報酬

改定の結果も受けてもう一回見直しをして、次の診療報酬改定のときに補助金の制度の問題も含めて対応すべきではないかと個人的には思っております。

○熊谷進行役 今の御発言はとても重要な御指摘だったと思います。

長さんから先にどうぞ。

○長評価者 今日の焦点の医師確保は、国民も具体的に今回仕分けが行われるかどうか注目しているので、決まったことでありますが、地域医療再生基金についてお伺いします。私は長くこの地域医療再生基金は壮絶な無駄遣いであるということを主張してきました。結果的に補正予算で 2,100 億円が残り、約 1,000 億円が留保されたように聞いておりますが、地域医療再生基金を本当に医政局は医師確保に有効であると考えておられるかということと、これが 25 億円ずつ特定の医療圏に配られて、果たしてプラスなのか。私はマイナスだという認識である。

今、報道と局長通知か何かによれば、有識者会議を間もなく開いて、どこにそれを採用するかを決定して 1 月に交付すると報道されていますが、そんな重大なことが短期間でできるのか。要するに申請し直す方も極めて短時間で、検討期間もろくにないけれども、どういう有識者が公正に選ばれて、このような一般公開の中できちっと決められるのか。決めた人はその事業がしっかりできたかどうか責任をとれるのか。それは申請した方がとるのか、有識者会議が責任をとるのか、厚労大臣が責任をとるのか。

以上ちょっと多いんですが、何せ 3,100 億円ですから、国民が注視している。決まったことについて、本会議が口出しできないことはないと思います。ある報道によれば、再生基金の 2,100 億円は確定したものと報道されていますが、そうであれば、このワーキンググループの意味がない。決まったものであっても、例えば今後 4 年間毎年 5 億円ずつ使っていくわけですから、そういうお金は本当に医師確保に使われているものか、自信があるかどうか。また責任はだれがとるのか。有識者会議の委員長が責任をとるのか。お答えいただきたいと思います。

○熊谷進行役 補正の見直しもあったと思うんですけども、その辺も含めて、今のところをまずお答えいただけたらと思います。

○説明者（厚生労働省） これは当初は 3,100 億円で、100 億円の地域を 10 か所全国から選ぶということになっていました。それから、それ以外は 25 億円 84 地域、合わせると 94 地域で各県 2 か所ということで考えておりましたが、補正予算の見直しというプロセスの中で、100 億円の事業については執行を停止して、これも 25 億円にそろえるということになりました。結果的に 25 億円 94 地域、各県 2 か所という考え方になっております。もともと県からの申請の締め切りが 10 月 16 日で行っていただきましたけれども、ちょうど執行停止の日と重なりましたので、11 月 6 日を締め切りにいたしまして、各県から申請計画の提出が出そろったというところです。もともと 100 億円の事業を考えていたところも数多くございましたけれども、そもそも全国で 10 か所しか当たらない、選ばれないという前提だったものですから、25 億円だった場合にどうするかということもちゃんと考えてくださいということをお願いしておりましたので、25 億円規模の計画にして出しております。

そして、医師確保の関係につきましては、必須の事業ということで、私どももお願いをしておりますし、それは二次医療圏に限ったものではございません。全県的にやっただくということで、

医学部の奨学金を設けるとか、あるいは大学の寄附講座で地域医療に関係した教育、研修をしていただくとか、そういうことで医師確保については重点的にやっていただけますし、効果は上がると考えております。

○熊谷進行役 ごめんなさい。補助金の性格は勿論あるとは思いますが、今の御質問はそれが医師確保に具体的にどのぐらいつながっていくのかということと、最終的な責任の所在はどこにあるのかという御質問だったと思いますので、そこだけ端的にお願いできればと思います。

○説明者（厚生労働省） 奨学金につきましては、地域枠という考え方になりますので、人数はこれから各県でお決めになりますけれども、その人数分は地域偏在の是正につながると考えております。

それから、有識者協議会はまだ確定しておりません。今、有識者を選考中でありましてけれども、技術的な助言をするということで考えております。10か所を選ぶという作業はなくなりましたけれども、内容について適正かどうか評価して技術的な助言をするということで、あくまでも補助金ですから、責任は各県が持つということになると思います。

○熊谷進行役 吉田さん、どうぞ。

○吉田評価者 先ほどから補助金かそれとも診療報酬かという話が出てきているんですけども、補助金の一番の問題は病院の効率化につながる可能性がほとんどないということなんです。つまり、ここで収支差補てんというものが191億円計上されていますけれども、これは191億円を赤字の病院に渡すことによって、病院のマネジメントが改善されて、病院の効率性が上がって、より質の高いサービスを提供できるようになるかということの保障が一体どこにあるのかということに関して疑問があるんです。

この間ずっと公立病院改革というものが行われてきてまして、公立病院改革の一番の問題は何だったかということ、一般会計からの繰り入れが多額に上ることによって、病院の経営というのがどうも効率的にっていないのではないかという点が指摘されてきたと思います。なので、収支差差額ということで、どういうベンチマークを決めて収支差を計算して、そこに突っ込んでいるのかというのはわかりませんが、単に収支差差額というところに着目して、そこを補てんするという補助金の在り方は、かえって病院の効率性を損ない、医師の質の高いサービスの提供にはつながらないのではないかと考えています。

以上を質問したいです。

○熊谷進行役 関連で尾立議員もお願いいたします。

○尾立参議院議員 まさに補助金の問題点なんですが、53ページの表にあるように、補助金といってもいろいろなものがございまして、ハードもの、ソフトものへの補助金がございます。そのうち負担割合ということで、2分の1、3分の1等、国が持つもの、地方が持つもの、事業主が持つものといろいろなコンビネーションがあります。定額というものもあります。そもそもこういう配分割合というのが、本当に補助金の在り方としていいのか。補助金だから、例えば3分の1なんだ、2分の1なんだというこの決め方もよくわかりませんが、緊急性があってもどうしても必要なんだということなら、本来ならば100%とかそういう資源配分の在り方もあるべきだと思います。あ

る意味これは出し方として非常に迷惑的な話なんです。その部分について、見解をざっくばらんにこの場で御説明、御開陳いただきたいと思います。

○説明者（厚生労働省） 最初の御質問の収支差補助の話ですけれども、収支差補助と書きますと、いかにも赤字の部分を全部補てんするという書き方になっていますが、例えば救急医療の体制ですと、表現がいいかどうかわかりませんが、救急患者が多く来る場合と多く来ない場合で現実に収支が変わってくるわけです。そういう意味で、救急体制を維持するという事は、患者さんが来なくても、その体制を24時間維持しなければいけないということがございますので、どうしても体制を維持するためのコストがかかるわけです。

したがって、例えば空床の保障、ベッドを空けておかなければいけないとか、あるいはお医者さんなどのスタッフを必ず維持しなければいけないという最低限のコストがかかります。それはある程度同じ救命救急センターでも地域によって変わってくるものですから、結果として診療報酬で足らざるところを補助金で補っていかないと、その体制が維持できないという問題があるということをお理解いただきたいと思います。

それから、今の尾立先生のお話でございますが、補助率がどう決まるかというのは、ざっくばらんにいいますと、それぞれの事業の性格で横並びといいますか、過去の比較や横並びで決めているわけですが、基本的には全額を国が出すということになりますと、地方自治体がそれに全く負担をしないということになりますので、それはいかがなものか。やはり医療というものは地域で完結するわけですから、地域自治体としても一定の責任を果たしてもらおう、あるいは当該医療機関の側にも一定の責任を果たしてもらおうということで、こういう形での補助率が決まっているということです。

○尾立参議院議員 ただ、多額の不用が3割ぐらい出ているわけです。もうその出し方の限界がここにきているのではないですか。

○説明者（厚生労働省） 確かに執行の率が全体で7割なんですけれども、個別の補助金によっても執行の率が違います。そういう意味で、そこは私どもも真摯に見直していかなければならないと思っておりますが、執行率が低いからといって、本当にその補助金が要らないかという、そうではない。例えば必要性は必要性であるんだけど、活用の仕方が難しいからなかなか活用していただけないというケースもあるので、私どもとしては、そこはもう少し活用していただきやすいような形に柔軟に仕組みを変えていくということが必要ではないかと思っております。

○熊谷進行役 そこは、金額としても、やり方としても見直す余地は多分にあるという理解でいいわけですね。

○説明者（厚生労働省） 多分にあるというか、見直しをしていく必要があると思っております。

○熊谷進行役 中里さん、どうぞ。

○中里評価者 これは聞いた話なんですけれども、某東北の医学部で定員を増やしたわけです。そうしたら、開成高校の文科系の学生ばかりなだれ込んで医学部に入った。その人たちが東北の県でお医者さんになるかといったら、わかりませんが、恐らく東京に戻ってきてしまうだろう。ですから、補助金というのは、当初お役所で見込んだような効果をそのとおり魔法の言葉みたいに

発揮できるならいいですけども、大体ずれてくることが多いと思います。

この問題は昨日の保険局長は本当にお気の毒でしたけれども、保険局と医政局の対立の問題が背後にあるはずで、私にはよくわかりませんが、その背後には事務官と技官とかいろんな問題がありそうで、問題は本筋と例外をきちっと分けなければいけないということなのではないかと思っています。例外である補助金は例外なんですから、例外にとどめて例外として扱う。その程度の問題をお聞きしているわけで、この制度自体を全部やめろというほど大胆な提言もあるかもしれないんですが、本当に必要なものはどこまでかということに関しておっしゃっていただけずに、必要なものも十分あるから3割使っていないかということというのは、昨日あれだけ厳しい思いをした保険局がお気の毒ではないかと思うぐらいあれなんです、いかがでしょうか。

○熊谷進行役 関連で菊田議員からもお願いします。

○菊田衆議院議員 関連といっても、ちょっと変わるかも知れないんですけども、医師不足の問題が今日これだけ大きな日本国全体、国民全体の関心事でもあり、そして、本当に大問題になるということを考えたときに、長い間、厚生労働省が医師は不足していない、偏在はあるけれども、不足はしていないんだということをずっと言い続けてきて、現場で何が起こっているかということに目を向けてこなかったという、この責任はすごく大きいということを皆さんにも改めて認識をしていただきたいと思います。

その後、いろんな手立てをやっております。補助金もこれだけたくさん投入をしている。しかし、なかなか効果が上がらないところもあるわけでごさいます、そういう意味においては、診療報酬の見直し、補助金の本当に有効な使い方と併せて医師の身分ということをもう少し考えていくことを提起させていただきたい。

というのは、やはりへき地とか離島とか余りもうかっていない、設備がそろっていないような病院には、お医者さんはなかなか行ってくれないわけです。最後は職業選択の自由だということで、本当に必要なところにお医者さんが行かないという現状があるわけでありまして、私は職業選択の自由であるけれども、これだけ多くの国民の皆さんの税金、公金が投入されて、本当に地域で必要な医者を確保していくという観点に立ったときには、例えば開業する前の数年は僻地に行ってくださいとか、離島に行ってくださいとか、お医者さんが困っている小さな病院に行ってくださいというような規制も必要ではないかと考えるんですけども、この点について厚生労働省ではどうしてお考えなのか、改めてお示しをいただきたいと思います。

○熊谷進行役 お願いします。

○説明者（厚生労働省） 最初の中里先生のお話ですけども、まずこういうことをこういう場で申し上げていいのかわかりませんが、保険局と医政局とは全く対立関係にありません。相互補完関係にあって大変仲良くやっておりますし、技官と事務官の対立もありません。共通の目標に向かってやっております。

それから、東北の大学のお話のごさいましたけれども、私どもとしては、お医者さんの問題は3つあると思っています。菊田先生もおっしゃいましたけれども、全体の数が足りないのではないかという問題と、地域に偏在しているのではないかという問題と、診療科によって偏在があるのでは

ないかという問題の3つがあると思っております。

全体の医師の数の問題については、今度の民主党政権でも増やしていこうということでございますので、これは文科省とも相談をして、着実に定員を増やしていくことを来年度以降やっていきたいと思っております。

地域偏在の問題は、中里先生もちょっとおっしゃいましたけれども、例えば東京の学生が東北の大学に行って、また東京に帰ってくるというケースもあるわけですが、私どもとしては地域偏在を是正するために、地域枠の奨学金という制度を今回の再生基金の中でもお願いをしています。そういう仕組みで、例えば東北の大学に入っても一定の期間、例えば奨学金をもらった1.5倍、9年間ぐらいは奨学金を出した都道府県で働いていただくというような制度をつくっております。できる限り各地域で働いていただくという仕組みを導入したいと思っております。

診療科偏在の問題は大変難しい問題で、これは将来に向かって専門医の制度というものをどう考えていくかとか、いろんなことを総合的に考えていかないと、職業選択の自由を規制する制度を急に導入するのがいいのかどうかというのは、やはりいろんな角度から慎重に考えていかなければいけないのではないかと思っております。

○熊谷進行役 時間も限られていますが、評価シートの方もそろそろ書き込んでいただきながら、医師確保対策とか救急・周産期対策というのは、本当に議論しようと思ったら、1週間あっても1か月あっても多分時間は足りないぐらいで、恐らくいろんな角度からいろんな分析も含めて議論がなされると思うんですが、あくまで今日のこの仕分けは、施策・事業シートで示されている事業の中身、補助金というやり方、その効果がどの程度上がっているかということに着目いただいて、御判断をいただくということでお願いいたしたいと思っております。

いっぱい挙がっているけれども、梶川さん、海東さん、お願いいたします。

○梶川評価者 先ほど来から診療報酬と補助金の役割が明確にはあれですけども、どちらかというと、補助金というのは緊急的、重点的なテーマであり、もう一つはより公共性の高いへき地のようなものは継続的になされる。

御質問は2つありまして、緊急的、重点的というテーマの金額と継続的にこの補助を出し続けようというのは、今の補助金の中でどのぐらいお考えになっておられるのか。

それから、緊急的、重点的だという意味であれば、1つターゲット、達成すべき目標というものがおありだと思うんですけども、そのテーマに対する目標設定と、現状がどのぐらいまで進捗されているかということについて、幾つかのテーマで具体的にお聞かせ願えればと思います。その辺があいまいですと、緊急的、重点的な補助金も継続的な補助金に変わられていくのではないかと思います。もしそうだとすれば、診療報酬というのは大きな制度の中でもお考えいただかなければいけないことだと思うので、テーマごとに達成される具体的な目標とその進捗度を教えていただければと思います。

○説明者（厚生労働省） ベースとして、例えばへき地でありますとか救急医療、あるいは救命救急センターに対する補助金などというのは、やはり必ず出していかなないとインフラが整備できないという面がございます。そういう意味では、かなり恒常的にどうしても診療報酬だけでは賅えない

公共的な部分、公共インフラとして必要なサポートをしていかなければならない部分としての補助金の性格を持っていると思います。

それから、今、医師不足なので、例えば産科の分娩手当を出しているという面がございますけれども、それは、今、非常に産科のお医者さんが疲弊しているという現実に着目して、そういう補助金を出しているわけございまして、ずっとこれを出し続けるかどうかというのは確かに御指摘のように議論があると思います。ただ、私どもとしては、産科の例で申し上げますと、産婦人科に新規に入っていらっしゃる方も増えてきたので、少し安心はしておりますけれども、例えばそういう具体的な指標があれば、それはそれで事業ごとに判断をしていかなければならない。ちょっと抽象的なお答えになりますけれども、そうならなければいけないと思っております。

○梶川評価者 ある程度具体的な目標というか、今の段階ではその事業がどのぐらいまで達成されてきておられるかということについて、具体的に把握されているところはあまりないでございましょうか。

○熊谷進行役 何か具体の例で定量的におっしゃっていただけるとありがたいです。

○説明者（厚生労働省） 本日御説明しました資料の 51 ページでございまして、そこに、今、話題になりました産科医のことを書いてございます。上の「活動実績」のところで、日本産婦人科学会の新入会医師数というものがございまして、これはずっと減っていたんですが、18 年度、19 年度、20 年度になりまして、大きく増加に転じているということで、一定の効果が出ている。

○梶川評価者 それは何人ぐらいまで増加をさせたいと思っておられて、今、何人ぐらいなんですか。

○熊谷進行役 トレンドとしてそうだというのはわかるんですけども、例えば年にこのぐらいの入会があつて、これから何年間は必要だと考えているとおっしゃっていただけると、わかりやすいんです。

○説明者（厚生労働省） そのこのところは、今後の医療需要とか地域の需要がいろいろございまして、定量化するのは難しいので設定しておりません。

○熊谷進行役 海東さん、どうぞ。

○海東評価者 この補助金のテーマは医師確保、救急・周産期対策の補助金ですね。肝心のところの定量化が難しいというのは、どのようになっているんだろうという話です。

それから、産科の医師が増えているというのはクリニックと病院を足した数字ですね。ですから、今、大変な事故とか悲鳴の上がっている病院の産科の救急の掌握ができていないと話にならないと思います。ですから、ここにも書いておられる二次救急機関の疲弊を減少したいということは、維持か増やしたいということですから、二次救急の産科において、2名以上の医師がいない病院はどれだけあるんですか。

○熊谷進行役 今のことに上乗せで聞くと、産婦人科学会に入会する方は増えてはいますが、実際に産科を扱われている方というのはそんなに増えていないのではないですか。その辺の実態も含めて御説明いただかないとわからないんだと思います。傍聴者の方にも是非お聞きいただきたいのは、産婦人科学会に入る方は多いんです。婦人科病院とか婦人病院を開業される方は多くて、大

変な産科のところになかなか手が回っていないという現実も実際の地域の中ではあるということなんです。なので、定量的に数字でお示しをいただきたいということをお尋ねしているわけです。

そろそろ評価シートの回収をお願いします。

○熊谷進行役 丸山さん、どうぞ。

○丸山評価者 端的にいうと、これから赤ちゃんを産む女性がいますね。今までの統計的な事故率とか病気のリスクから考えて、その方々が何年ぐらいまでに100%ちゃんと病院に診てもらえるのかとか、そういうような政策ビジョンですとか目標などはどこにあるのかということをお聞きしているんだと思います。

提供者側の話ではなくて、これは喫緊の課題でして、統計でどのぐらいの乳児が生まれるかというのはわかるわけです。統計的な手法をとって、今の補助金あるいはいろんな複合的な施策とおっしゃいましたが、それをやっている、いつまでにどのぐらいのカバレッジというんですか、国民が安心して子どもを産めるようになるのかということについて、お聞きしたいんです。そういう検討をされているのかどうか。

○説明者（厚生労働省） 医療の場合、物事を考えるのに非常に難しいのは、各地域ごとにやったものを積み上げないとわからないという問題がございます。

○丸山評価者 統計的に難しいことはわかっていますし、地域は四十幾つありますけれども、厚生労働省は今の問題について、唯一独占的にデータもあるわけですから、それについて何らかのものがあるのか。当然、年々変わっていくし、事情は変わるわけですし、難しいこともありますけれども、何らかの指標なりビジョンなり、ここまでやりたいんだというようなものがあるのかどうかお聞きしたいです。それが今までの定量的な質問の究極にいくところなんです。

○説明者（厚生労働省） すべてのお答えにはなりません、例えば周産期につきましては、今、周産期医療体制整備指針の改定作業を進めております。NICUの数については、数年前に設定した目標が1万対20で、大ざっぱに2,000床ということですが、これを25~30に増やしていきたいということで、来年度には各都道府県で私どもが今年度中に示します指針に基づいて計算をさせていただいて、目標数を設定することにしております。

○熊谷進行役 施設はわかりやすいんです。お医者さんの確保の問題です。

○説明者（厚生労働省） 今、手元にある資料で、先ほどの御質問の一部ですけれども、産婦人科に主として従事するお医者さんの数ですが、平成10年は1万9,016人でしたけれども、平成18年に9,592名というデータがあります。

○熊谷進行役 海東さん、どうぞ。

○海東評価者 だから、この補助金のテーマでもあり、皆さんが二次救急の医療機関が疲弊していると言っているんですね。その疲弊している中で、テーマの産婦人科が2名の医師も確保できずに困っているのは幾つあるんですか。その現象をしっかりと認識しないのであれば、これを増やしていこうという話はできないのではないですか。根本のところを握らずに、従来どおりの補助金をちょとずつ増やしたり減らしたりしてやっても、効果がないでしょうという話をなさっているんでしょう。だから、ターゲットを絞って、大事な補助金を打ち込めという話の中で、一番のテー

マの周産期すらきちんと把握できていないということになってしまうんですか。

○説明者（厚生労働省） 周産期医療のテーマについては、今、指導課長が言いましたように、全国的な形で各地域のものを積み上げて、今、特にNICUが足りませんので、その地域ごとの目標もつくって、あるいは各県単位に周産期のセンターをつくってもらおうということで対応したいと思っています。

○海東評価者 NICUは何次医療ですか。NICUは三次医療に入るのではないですか。

○説明者（厚生労働省） 基本的には三次医療です。

○海東評価者 二次救急が困っていると書いてあるので、二次救急はどういう数字を把握しているかということを知りたいんです。

○説明者（厚生労働省） 勿論、一部二次もあると思います。ただ、二次救急が困っているといえますのは、要するに二次救急のところがいまいちと、三次救急になってしまうということがあって、逆に三次救急が非常に混雑してしまう。本当に重症な患者さんを診られない状態になってしまうということがあるので、その整理をしたいということです。

○熊谷進行役 全体の流れの話は皆さん御理解いただいているし、必要性も十分踏まえた上で議論されていると思います。だから、例えば今の産婦人科医であれば、減ってきている流れであった。それを食い止めて増加に転じ始めているような傾向が出ている。それは医政局の中で補助金が必要なんだ、補助金でやるのが効果的なんだということをおっしゃられるわけですが、そうだとしたら、何年までにこのぐらいまでにもっていきたい。補助金をこのぐらいかけてやっていくことで、これだけの効果が見込めるんだという説明をいただきたいわけです。当然そういうことが背景にあって、中里さんの言葉を借りれば、例外的な執行だけれども、緊急的にこれをつぎ込んでやっていくことで、そこまでの効果が生まれるという話なわけです。その中期的なゴールが示されないと、ただ単に漫然と補助金が使われていることになっているのではないですかという質問なわけです。

○市川評価者 熊谷さん、ゴールだけではなくて現状の数字が知りたいです。

○熊谷進行役 現状も知りたいそうです。

長さん、どうぞ。

○長評価者 最後に支出先が独法、公益法人等の場合の資料がたくさん出ておりますが、代表として1つだけ具体的に引き上げさせていただいて、あとは補助金がいかに漫然と繰り返されてきたかということについて御指摘を申し上げて、参考にさせていただきたいと思います。

52ページのトップの社団法人地域医療振興協会について申し上げます。長妻厚労大臣が出された資料で、地域医療提供体制確保対策費として20%削減して5,000万円と出ていますが、これについては全額削除すべきであるという観点から結論的に申し上げます。

トップにあります職員数が6,316名、高級官僚の天下りが6名、こういうところに漫然と補助金を出し続けて、本当の地域医療対策になっているかという、なっていないという事実がある。それは具体的には何か。社団法人地域医療振興協会の定款目的は、地域医療のために活動することを義務づけられて許可されているにもかかわらず、最近では都心医療振興協会という名前が適当であるというのが共通の常識になっているということでもあります。

具体的にいいますと、静岡県の共立湊病院、国立病院払い下げ第1号から、利益が出なくなったから撤退するといった撤退表明をした事実がある。このように地域医療振興協会が地域医療に貢献しているとして、こういう補助金を出すことは到底容認できないと考えております。特にこの地域医療振興協会が公益法人として極めて不適切だということは、1市5町からの要望書が地域医療振興協会に出ているのは御存じのとおりであります。今、地域医療振興協会は80億円の預金を持っています。そして、1自治体150床の病院で17億円の資金を留保しております。そういうところに5,000万円も補助金を出して、果たしてそれで国民の理解が得られるかということでもあります。このような公益法人として極めて不適切な、社会的には容認できないようなところに補助金を出すことについて、本仕分けでは評価者の皆さんにも御理解をいただきたい。時間があれば詳しく説明しますが、これはそれぞれのホームページに詳しく出ておりますので、御理解をいただきたいと思っています。

高級官僚が理事会でどういう発言をしたか。本当に地域医療のために一生懸命やっている医師の方がほとんどであるということは敬意を表するんですが、天下りを大勢抱えている理事会が機能を発揮せずに私的運営に走っているのではないかという指摘があるということをお願いして、私の意見を終わります。

○熊谷進行役 村藤さん、どうぞ。

○村藤評価者 先ほどの収支差補てんについて内訳をお伺いしたいんですけども、私も吉田先生と同様に、もし緊急医療でない部分を支援していると大変な問題だと思うんですが、多分お金を出されるときに、緊急医療だけのために役立つようないろんな基準をつくって、緊急医療に全部いくような仕組みにされていると思うんですけども、必ず緊急医療にだけいくようなことになっているのか。それとも、わからないので全体の支援をしてしまっているということもあるのか。そういうことがあるんだとしたら、その内訳あるいは条件としてどういった形で緊急医療だけを支援するという設定されているのかという辺りについて、教えていただきたいです。

○説明者(厚生労働省) 21年度までは、主なものは救命救急センターへの補助金でございまして、50億円ぐらいございます。来年度百何十億円増やしていますので、周産期と同様の収支差補てんということで考えて要求しています。今年度はまだないというものです。

考え方としましては、人件費その他必要な支出を積み上げまして、それで収支差補てんとしている。収入はそれより低いからということです。ただ、勿論基準額がございまして、赤字すべてを埋めるには至っていないと思います。

それから、先ほど病院のマネジメント、効率化につながらないという御指摘がございましたけれども、人件費はその病院の高い人件費をそのまま出すということではございません。基準額がございまして、自治体病院にありますような高い人件費の問題とか、ほったらかしにしておいてそれを全部出すということではなくて、一定のものしか出しませんので、効率の悪い病院はそれだけ赤字が増えているということでございます。

○村藤評価者 救急と周産期にもあるんですね。

○説明者(厚生労働省) 周産期は来年度要求でございまして。

○熊谷進行役 それでは、医師確保、救急・周産期対策の補助基準等について、仕分けの評価結果を私から報告させていただきます。

この補助金等の廃止が1名、来年度の予算計上見送りが1名、予算の縮減を図るが10名でありました。予算縮減のうち半額程度とする方が3名、3分の1程度という方が1名、その他の御判断が6名で、判断が分かれています。

最終的なとりまとめとしての結論を尾立議員から申し上げます。

○尾立参議院議員 分布はこのような状況でございます。原則要求どおりというのは0でございます。この背景には、昨日議論させていただきました診療報酬の配分の見直しということが前提にあるものと私は理解をしております。それと組み合わせた形で、この補助金を有効に使っていただきたいというのが皆さん方の思いだと思います。

しかしながら、最終的にこの会として判断していかなければなりませんので、私としては、今回の予算はまず半額計上していただきたい。それで、診療報酬の配分の見直し等もございまして、その経緯を見て、本当に必要なものがあれば、平成22年度の補正予算という形で、これはまた政務三役を含めて決定をしていただきたい。半額にするに当たっても、真に必要なところにこの補助金を支給していただきたい。先ほどのような例もございまして、支給方法、支給内容、支給先等についても、政務三役としっかり御相談の上で決定いただくことをお願いして、この会の結論とさせていただきます。

ありがとうございました。

○熊谷進行役 結論は以上のおりであります。

それでは、2-9の仕分けの作業を終わらせていただきます。ありがとうございました。

時間も押していますので、できましたら、引き続き次の事業に入らせていただきたいと思います。