

日医総研ワーキングペーパー

都市部における 二次救急医療を担う民間病院の課題： インタビュー調査から考える

No. 261

2012年6月12日

坂口一樹・森宏一郎

日本医師会総合政策研究機構

都市部における二次救急医療を担う民間病院の課題：

インタビュー調査から考える

坂口一樹（日医総研 研究員）

森宏一郎（日医総研 客員研究員）

キーワード

- ◆ 二次救急
- ◆ 民間病院
- ◆ 医療政策
- ◆ 病院経営
- ◆ 官と民

ポイント

- ◇ 都市部において二次救急医療を担う民間病院の経営課題とその背後にある政策的課題を抽出・整理・分析することを目的として、東京・大阪・福岡の二次救急病院（計 18 施設）を対象に、インタビュー調査を実施した。
- ◇ マクロの医療政策の課題としては、民間病院の役割についての世間の認識不足、それらに対する不十分な政策的支援、財源調達における困難という政治的な解決が必要な課題。そして、二次救急医療機関の実態把握の難しさ、官民の棲み分け、地域における官民協働という行政との連携を必要とする課題がある。ミクロの病院経営の課題としては、宿日直人件費に関わる不採算性、補助金の絶対額不足、救急撤退の意思決定に伴う困難、競争環境の変化に伴う救急部門存続メリットの縮小という病院の経営戦略上の課題。そして、人材確保の困難、専門以外を診れない医師の増加、現場を混乱させる難しい患者への対応という救急医療の運営上の課題がある。
- ◇ その他、患者側の救急医療に対する認識と受療行動に関わる課題、救急医療を担う医師の育成に関わる課題、中小病院間の連携に関わる課題がある。
- ◇ わが国では、高齢化に伴い救急医療へのニーズが年々高くなっており、今後も 20 年以上に渡って増加傾向が続くと見込まれている。二次救急における民間病院の役割を重視する方向を鮮明にし、これらの課題解決を図るべきである。

目次

1.	イントロダクション	1
1.1.	背景と問題意識	1
1.2.	本稿の主眼	4
1.2.1.	目的と対象	4
1.2.2.	インタビュー調査の方法	6
1.3.	本稿の構成	8
2.	マクロのデータから見る救急医療の現状	9
2.1.	救急医療への需要	9
2.2.	救急医療の提供体制	10
2.3.	救急搬送先の官民シェア	12
2.3.1.	日本全体	12
2.3.2.	都道府県別	13
3.	インタビューの分析	15
3.1.	分析の視点	15
3.2.	二次救急を取り巻く課題	16
3.2.1.	政治的な解決が必要な課題	16
3.2.2.	行政運営の工夫・見直しを必要とする課題	17
3.2.3.	病院の経営戦略上の課題、採算性の課題	18
3.2.4.	救急医療の運営上の課題	19
3.2.5.	その他の課題	20
3.3.	分析結果のまとめ	21
4.	考察	23
4.1.	二次救急における官民棲み分け・競合の構図	23
4.2.	二次救急における課題解決の方向	25
4.2.1.	二つの方向性	25
4.2.2.	「民間救急病院」の役割を重視せよ	26
4.2.3.	結語	27
	参考文献・資料リスト	30

1. イントロダクション

1.1. 背景と問題意識

昨今、都市部において二次救急を担う民間病院の経営破たん、民間病院の救急部門からの事業撤退、指定二次救急医療機関数の減少といった事象が散見される。2011年下半期の都内を振り返るだけでも、12月に経営破たんが報道された白髭橋病院、9月に閉院した巣鴨病院、7月に債務問題による運営継続の困難が報じられた練馬光が丘病院の事例があった。これらの病院は、いずれも地域の二次救急を支える中核的な民間病院であった。また、閉院した巣鴨病院の病院長は、2009年の記事において、近隣の救急医療を取り巻く状況について以下のように報告していた。

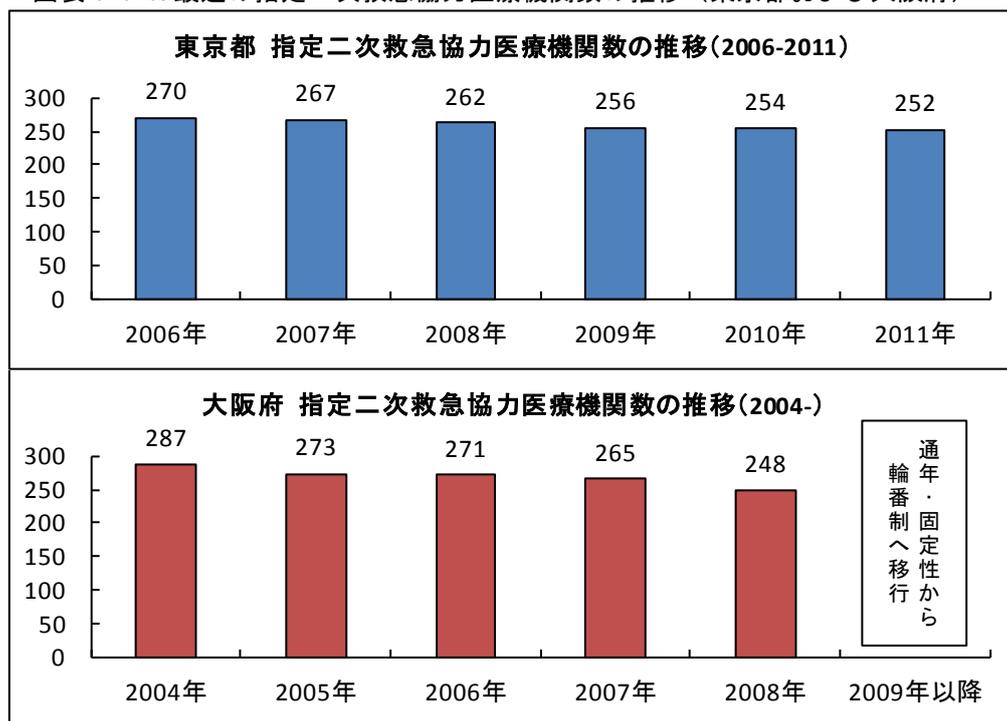
お年寄りや賑うとげぬき地蔵のすぐ北に位置する巣鴨病院は、豊島区有数の救急病院で、東京都の区部西北二次医療圏に属する。夜間・休日の一次・二次救急は収入が月に数十万円で、人件費は月300万円と明らかに赤字である。まわりを見渡すと、毎年次々と病院がなくなっている（倒産、閉院、クリニックへの移行）。豊島区屈指の救急病院であった恭和記念病院が倒産。同じ医療圏の東十条病院（北区）閉院。丸茂病院（練馬区）閉院などまだまだ挙げられる。体調をくずし食事が摂れない病状など、一般庶民の入院医療に対応する中小病院は地域生活に密着してきた。近隣の病院が消失し、多くの住民は不安感に苛まれている。

資料：WEB版 都医ニュース 2009年5月15日号 「みどりの広場」より抜粋。

http://www.tokyo.med.or.jp/kaiin/toi_news/2009/05/post_1162.html（最終アクセス 2012年6月12日）

都市部における二次救急医療機関数の減少はデータからも確認できる。図表1-1-1は、最近の東京都および大阪府の指定二次救急協力医療機関数の推移である。どちらも、年を追う毎に、明らかに右肩下がりに数が減っているのが分かる。

図表 1-1-1. 最近の指定二次救急協力医療機関数の推移（東京都および大阪府）^注

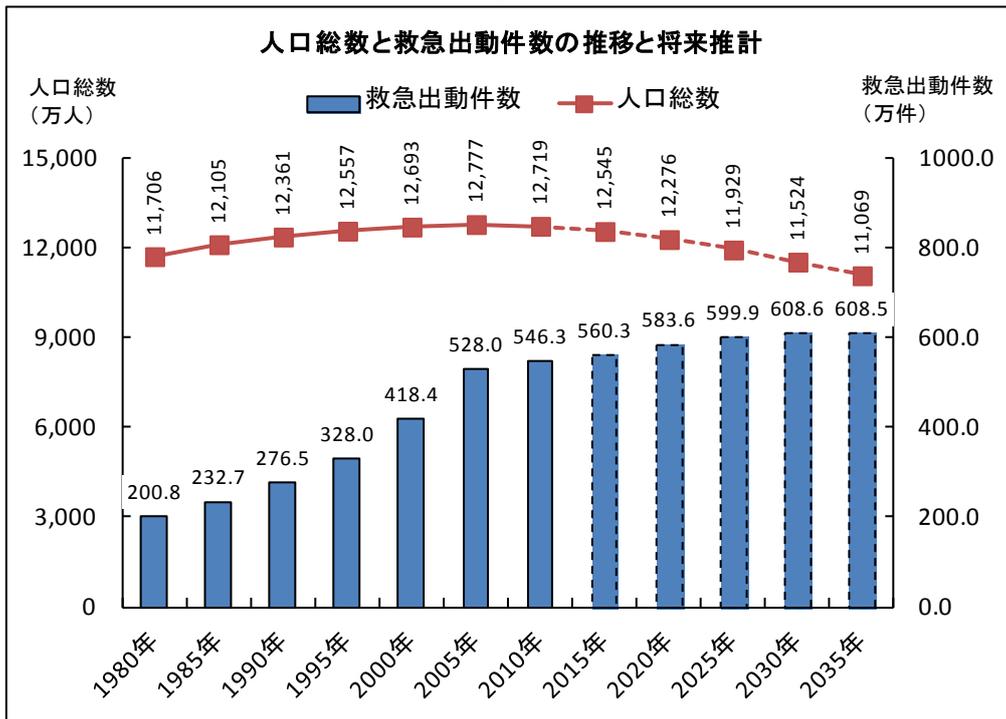


資料：各地域医師会から入手した資料をもとに筆者作成。

注）東京都の数字は各年の4月1日、大阪府の数字は各年の3月末の数字。

他方、高齢化に伴い、救急出動件数は増加傾向にある。今後もしばらくは全国的に救急需要の増加が続くことが見込まれている。図表 1-1-2 に、人口総数と救急出動件数の推移と将来推計を示した。救急出動件数は、1980 年以降現在まで、右肩上がりに伸びており、人口減少が始まった 2005 年以降も、2035 年くらいまでは増加傾向が続くことが見込まれている。そして、最近（2010 年）の救急出動件数の増加要因として各地の消防本部がトップに挙げる項目が「高齢の傷病者の増加」である（図表 1-1-3）。今後、わが国の総人口は減少するものの、高齢化の影響により、救急需要は 2035 年くらいまでは増加が見込まれるということである。

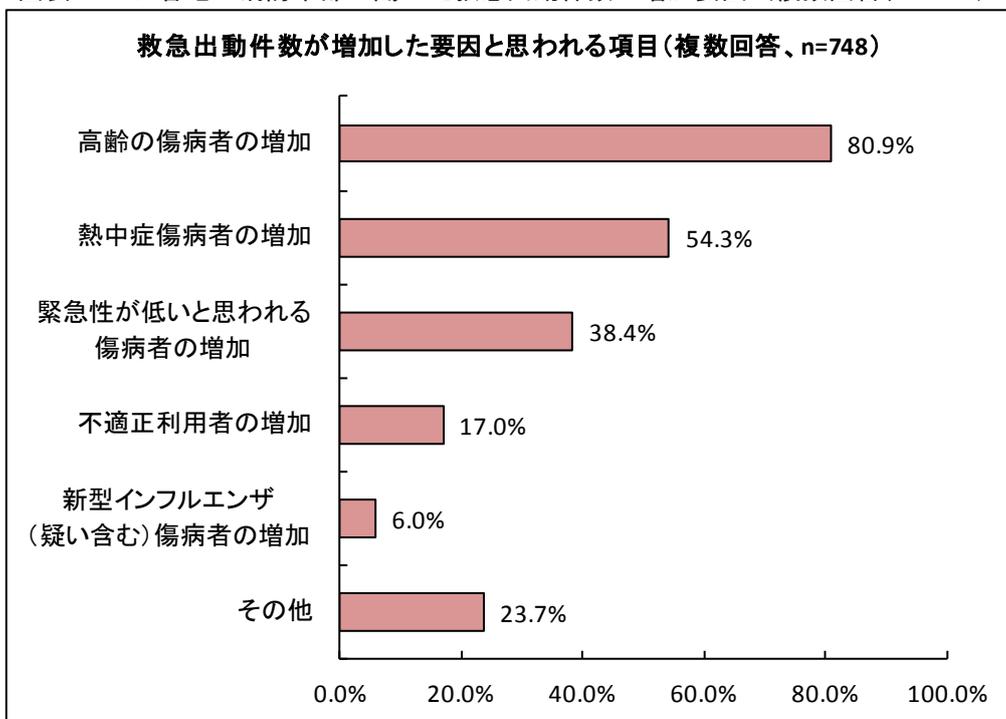
図表 1-1-2. 人口総数と救急出動件数の推移と将来推計



資料：総務省消防庁(2011a)

注) 2010年までは実績。2015年以降は、国立社会保障・人口問題研究所のデータを基にした総務省消防庁の推計値。

図表 1-1-3. 各地の消防本部に聞いた救急出動件数の増加要因（複数回答、n=748）



資料：前掲 総務省消防庁(2011a)

まとめると、わが国においては救急医療へのニーズが年々高くなっており、今後も20年以上、増加傾向が続くと見込まれている。にも関わらず、都市部において二次救急から民間病院が撤退するという、国民・患者にとって望ましくない状況が起きている。果たしてその背後にはいかなる問題があるのか。

1.2. 本稿の主眼

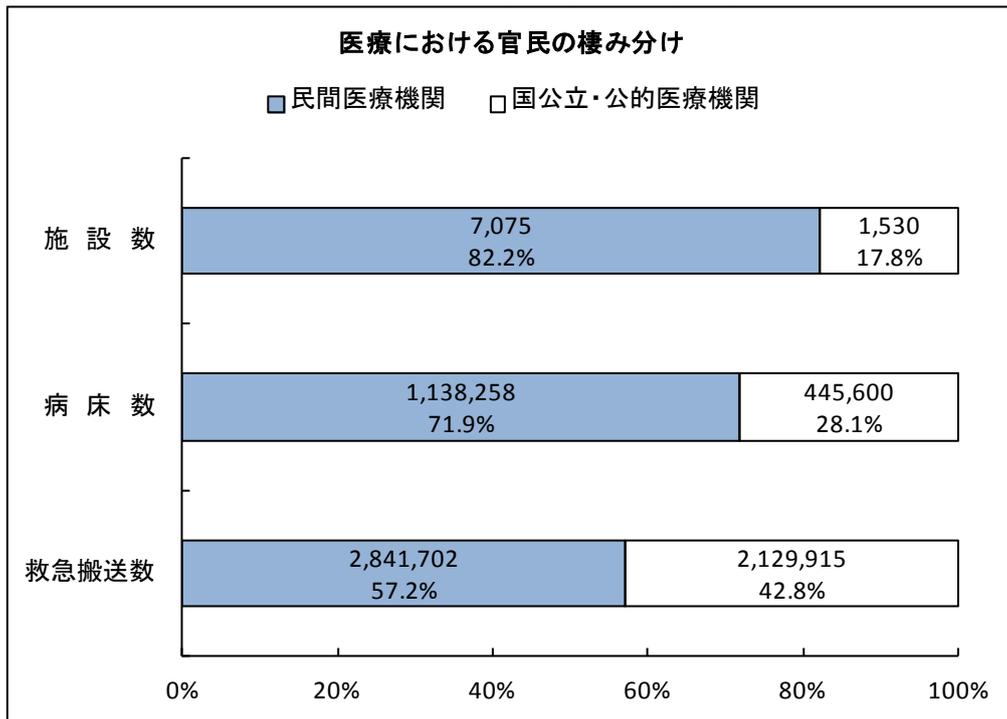
1.2.1. 目的と対象

以上のような問題意識から、本稿の目的は、「都市部において二次救急を担う民間病院を取り巻く課題を明らかにし、解決の方向性を考えること」である。

「都市部の民間病院」に対象を絞る理由は次の通りである。まず、対象が「民間病院」である理由は、わが国の医療提供体制は基本的に民間主導であり、民間の医療機関が主として地域医療を支えているからである。これは救急医療においても例外でない。現状のデータを確認すると、「病院数の約8割、病床数の約7割、救急搬送先の約6割」が民間の医療機関である¹（図表1-2-1-1）。また、本稿の調査対象が「都市部の」民間病院である理由は、都市部の救急医療においては民間の役割が**より大きい**からである。日本全国でみると、都市部において民間医療機関の救急受け入れシェアが高い傾向があることを確認できる。本稿において対象とした比較的都市化の進んでいる地域、東京・大阪・福岡の3都市、における民間医療機関の救急受け入れシェアはそれぞれ75.7%・77.9%・72.3%と、全国平均の57.2%を大きく上回っている（図表1-2-1-2）。民間医療機関への救急依存度がより高い都市部において、救急病院の倒産や救急部門からの事業撤退が頻発しているとすれば、国民・患者にとって深刻な問題であろう。

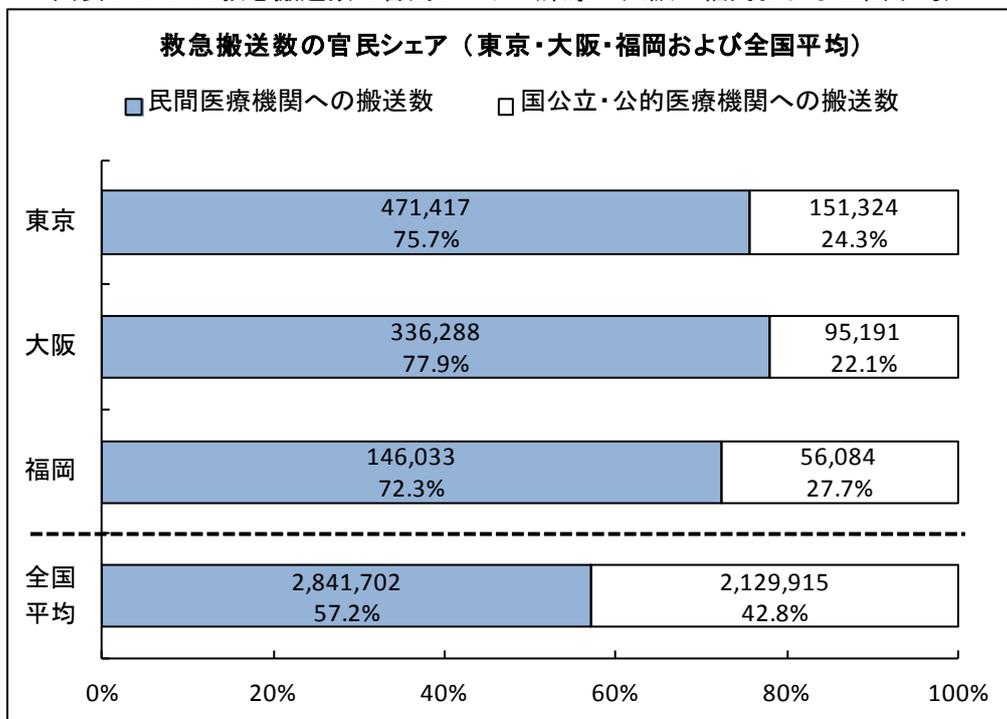
¹ 加納(2011)pp.510-511、加納(2009)pp.816-817より。わが国の医療提供体制が民間主導であることの重要性については、他にも尾形(2008)、広井(1999)pp.66-68等が指摘している。

図表 1-2-1-1. 医療における官民の棲み分け



資料：厚生労働省(2012)、総務省消防庁(2011b)

図表 1-2-1-2. 救急搬送数の官民シェア（東京・大阪・福岡および全国平均）



資料：前掲 総務省消防庁(2011b)

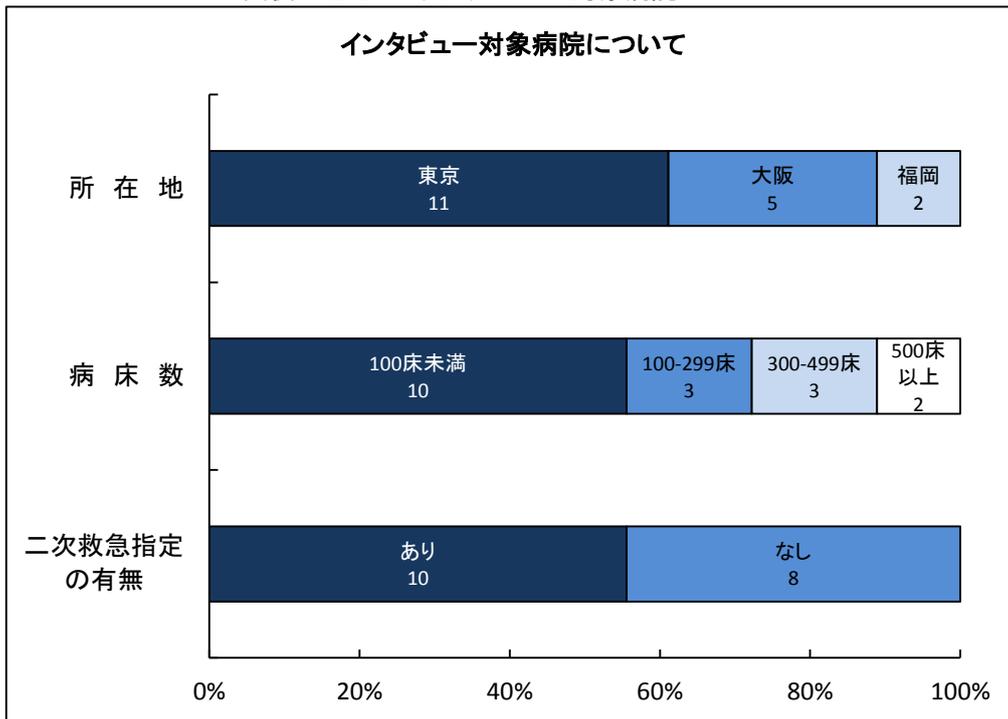
具体的な作業としては、「都市部（東京・大阪・福岡）において二次救急医療を担う民間病院の経営課題とその背後にある政策的課題を抽出・整理・分析すること」に照準を合わせ、インタビュー調査を実施した。方法としてインタビューを採用したのは、「そもそも現場で何が起きているのか」という一次情報を広く収集し、それを基にした課題抽出と仮説構築に力点を置いたからである。つまり、「都市部の二次救急を担う民間病院が抱える困難とその背後にある事象との関係性や因果関係を確認すること」よりも、「まず、都市部の二次救急を担う民間病院を取り巻く課題を、現場に根差した情報から広範に把握し、それらを体系的に整理・分析することで将来の課題解決に資すること」を優先したということである。

1.2.2. インタビュー調査の方法

今回実施したインタビュー調査の詳細は次の通りである（併せて、本インタビュー調査の概要を図表 1-2-2-2 に示す）。

調査対象は、有意抽出による都市部（東京・大阪・福岡）の二次救急病院の病院長、対象病院数は 18 施設である（対象病院の情報を図表 1-2-2-1 に示した）。調査対象の病院には、精力的に二次救急医療に取り組んでいる病院はもとより、過去 5 年以内には都道府県の指定二次救急医療を実施していたが、現在は二次救急医療から撤退済みの病院を含む。これは、「かつては二次救急医療を行っていたが何らかの理由でそこから撤退した医療機関こそ、二次救急医療が抱える病院経営上の課題を深く認識しているに違いない」と考え、意図的に調査依頼の対象に含めたからである。また、医療・医学的な側面と病院経営的な側面の両面から話を聞くために、原則、病院長へのインタビューを依頼した。しかし、先方都合により、事務部門の責任者へのインタビューとなったケースもある。

図表 1-2-2-1. インタビュー対象病院について



調査方法は、非構造化インタビューを採用した。こちらから予め大まかな論点は提示するものの、原則、会話の流れに任せて自由に回答してもらった。前述した目的「二次救急に関わる病院経営上の課題・政策的課題の抽出」のため、回答者が紡ぎだす「現場経験に根差した一次情報」を可能な限り広範に聞き出すことを重視したからである。

実施期間は、2012年1月17日～2012年3月5日である。なお、インタビューは、対象の18施設全てにおいて、坂口・森の2名で行った。所要時間は、各々おおよそ50分～1時間30分であった。

図表 1-2-2-2. インタビュー調査の概要

対 象	都市部の二次救急病院の病院長 (東京・大阪・福岡の三都市から、有意抽出による合計18施設) ※事務部門の責任者の場合もある。
方 法	非構造化インタビュー ※予め大まかな論点を提示し、会話の流れに任せて自由に回答してもらった。
実施期間	2012年1月17日～2012年3月5日

以上のインタビュー調査を通じて、(1) 都市部の二次救急を担う民間病院の現場の情報・問題意識を可能な限り幅広く把握する、(2) 聞き出した情報をもとに、都市部の二次救急を担う民間病院を取り巻く課題を抽出・整理・分析する、(3) 抽出した課題の分析結果をもとに、課題解決の方向性を考えてみる。これら 3 つの作業が本調査研究の大きな柱である。

1.3. 本稿の構成

本稿の構成は次の通りである。第 2 章では、わが国の救急医療の現状に関わる基礎的なマクロデータを確認する。第 3 章では、インタビュー調査から、都市部において二次救急医療を担う民間病院の経営課題とその背後にある政策的課題を抽出・整理・分析した結果について詳細に確認する。第 4 章では、主要な論点に考察を加えるとともに、課題解決の方向性について考える。

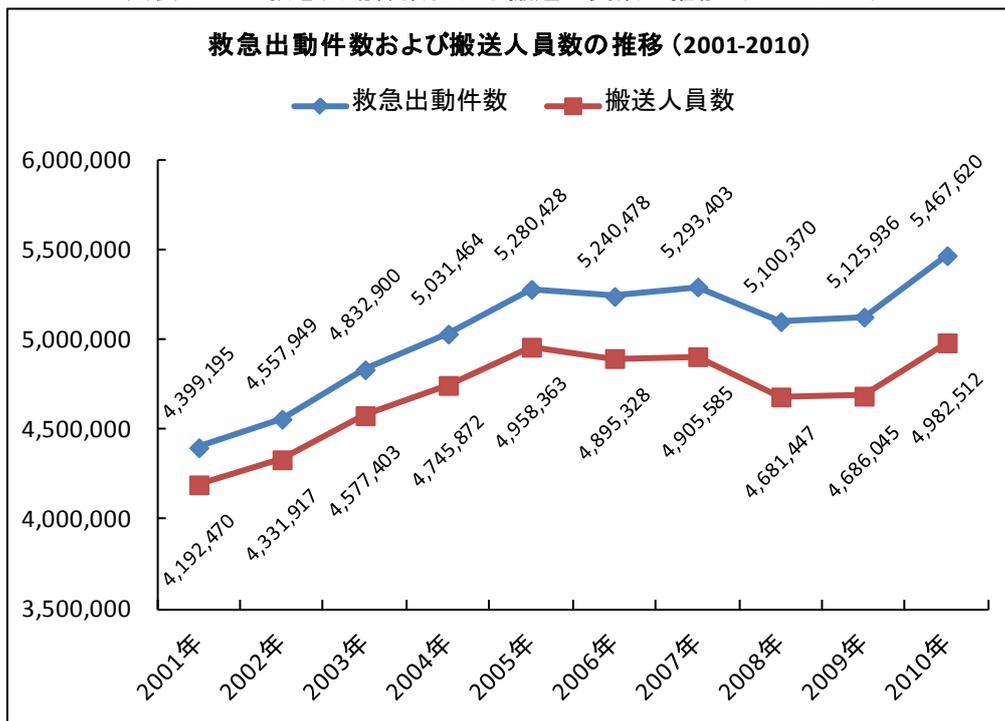
2. マクロのデータから見る救急医療の現状

本章では、わが国の救急医療の現状に関わる主なマクロデータを確認しておく。なお、わが国の救急医療体制は、一次救急・二次救急・三次救急の3つのレベルを想定し、整備されている。一次救急とは、外来で対応可能な初期救急医療。二次救急とは、入院や手術を要する救急医療。三次救急とは、二次よりも高度で複雑な医療を要する、重篤で生命に関わるような救急医療ということである。これら救急体制全般に関わる基礎的データについては、総務省消防庁が毎年発行する『救急・救助の状況』および『消防白書』に詳しい。ここでは、本稿の趣旨と関連の深い、救急医療の需給と官民のシェアのデータを中心に確認する。

2.1. 救急医療への需要

わが国の救急需要は、現状、おおむね右肩上がりに増えている。図表 2-1-1 に、最近10年間（2001-2010）の救急出動件数および搬送人員数の推移を示した。2010年の救急出動件数は約547万件であり、2001年に比べておよそ107万件（+24.3%）増えている。また、2010年の搬送人員数は約498万人であり、2001年に比べておよそ90万人（+18.8%）増えている。

図表 2-1-1. 救急出動件数および搬送人員数の推移 (2001-2010)



資料：総務省消防庁(2011b)

救急出動件数・搬送人員数の両者とも、2005年～2009年の間に横ばい～微減の傾向が見られたが、これは、「救急車のタクシー代わり」や「コンビニ受診」が広く社会問題化し、行政・医療関係団体・マスコミが一体となって行った啓発活動が奏功したためとされる²。

なお、今後は高齢化に伴い、2035年（救急出動件数：約608.5万件、2010年の約1.14倍）くらいまで、増加傾向が続くことが見込まれている（図表 1-1-2 を参照）。

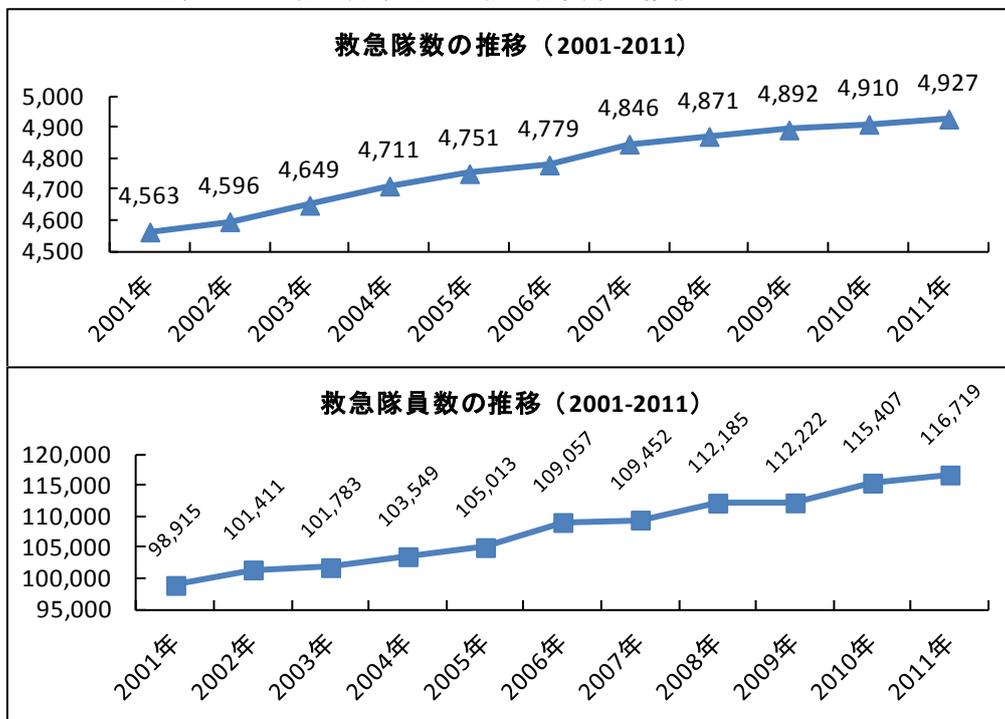
2.2. 救急医療の提供体制

最近の救急医療への需要増に合わせて、救急隊および救急隊員の整備は進んでいる。図表 2-2-1 は、2001年～2011年の救急隊数および救急隊員数の推移を示している。2011年の救急隊の数は4,927隊であり、10年前に比べて364隊（+8.0%）増えている。2011

² 総務省消防庁(2011a)p.164。

年の救急隊員の数は 116,719 人であり、10 年前に比べて 17,804 人 (+18.0%) 増えている。

図表 2-2-1. 救急隊数および救急隊員数の推移 (2001-2011)

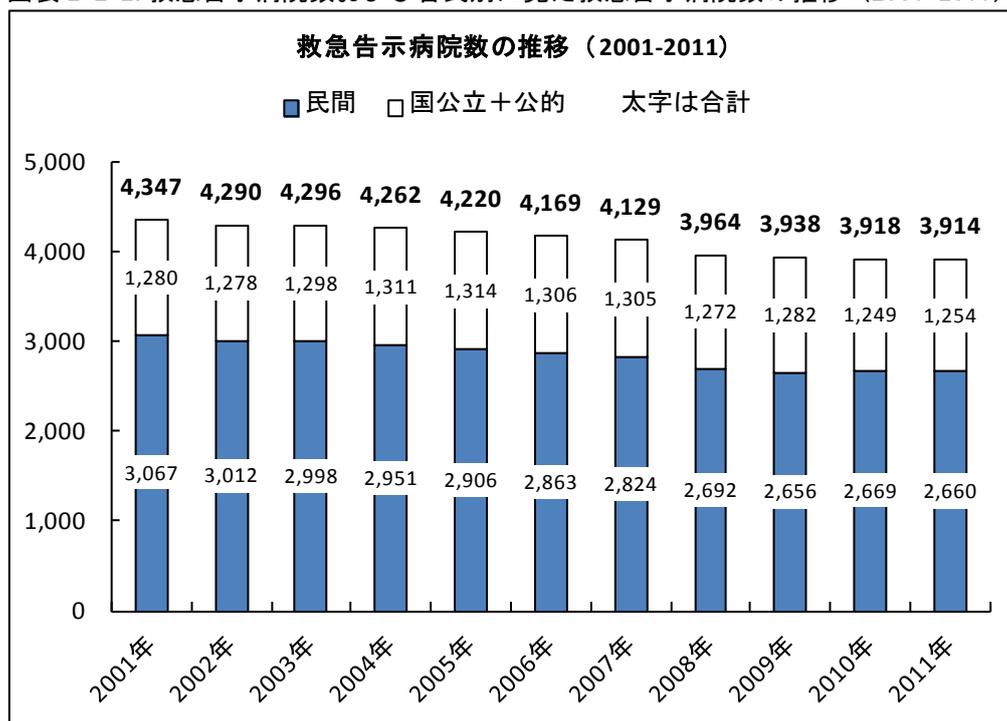


資料：総務省消防庁(2011c)

対照的なのは、最近の救急医療への需要増にもかかわらず、救急告示病院数は減少を続けていることである。図表 2-2-2 は、2001 年～2011 年の救急告示病院数およびその官民別の数の推移を示している。2011 年の救急告示病院数は 3,914 病院であり、10 年前に比べて 433 病院 (▲10.0%) 減っている。

内訳を見ると、民間の救急告示病院が最近 10 年間で大幅に数を減らしているのが分かる。2011 年の民間の救急告示病院数は 2,660 病院、10 年前に比べて 407 病院 (▲13.3%) 減である一方、2011 年の国公立・公的の救急告示病院数は 1,254 病院、10 年前に比べて 26 病院 (▲2.0%) 減と比較的僅かな減少に止まっている。

図表 2-2-2. 救急告示病院数および官民別に見た救急告示病院数の推移 (2001-2011)



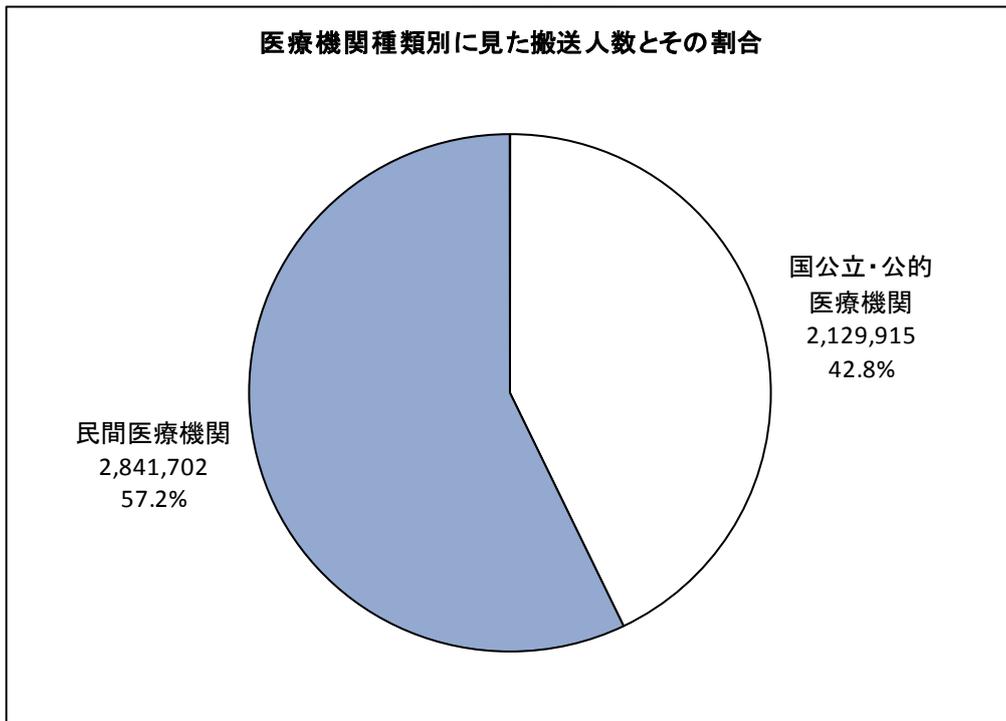
資料：総務省消防庁(各年)『消防白書』

2.3. 救急搬送先の官民シェア

2.3.1. 日本全体

救急患者の搬送先の割合を日本全体で見ると、民間医療機関への搬送人数が国公立・公的医療機関への搬送人数を上回っている。図表 2-3-1-1 は、2010 年の救急搬送数の官民別の割合を示したものである。民間医療機関への救急搬送数は 2,841,702 人 (全体の 57.2%) であり、国公立・公的医療機関への救急搬送数の 2,129,915 人 (全体の 42.8%) を上回っている。

図表 2-3-1-1. 医療機関種類別に見た救急搬送人数とその割合（2010年）



資料：前掲 総務省消防庁(2011b)

2.3.2. 都道府県別

救急搬送先の官民シェア（≡民間⇔国公立・公的別に見たシェア）については、都道府県毎に大きくバラツキがある。図表 2-3-2-1 は、2010年の救急搬送先の官民シェアを都道府県別に見たものである。本稿で行ったインタビュー調査の対象地域とした東京・大阪・福岡といった、大都市では民間医療機関への救急搬送シェアが高く、過疎地にあたる地域（典型的には富山・山形・秋田など）では、国公立・公的医療機関への救急搬送シェアが高い傾向がある。

図表 2-3-2-1. 都道府県別に見た救急搬送数と官民のシェア（2010年）

	人口(千人)	救急搬送数 合計	国公立・公的 医療機関への 搬送数	民間医療機関 への搬送数	国公立・公的 医療機関への 搬送割合	民間医療機関 への搬送割合
北海道	5,506	201,444	88,934	112,510	44.1%	55.9%
青森	1,373	41,297	32,624	8,673	79.0%	21.0%
岩手	1,330	39,028	32,264	6,764	82.7%	17.3%
宮城	2,348	82,237	42,753	39,484	52.0%	48.0%
秋田	1,086	35,169	29,682	5,487	84.4%	15.6%
山形	1,169	38,650	32,871	5,779	85.0%	15.0%
福島	2,029	70,404	22,832	47,572	32.4%	67.6%
茨城	2,970	101,562	43,538	58,024	42.9%	57.1%
栃木	2,008	65,308	28,732	36,576	44.0%	56.0%
群馬	2,008	73,053	34,975	38,078	47.9%	52.1%
埼玉	7,195	258,701	61,040	197,661	23.6%	76.4%
千葉	6,216	245,087	70,509	174,578	28.8%	71.2%
東京	13,159	622,741	151,324	471,417	24.3%	75.7%
神奈川	9,048	357,486	132,758	224,728	37.1%	62.9%
新潟	2,374	82,014	55,274	26,740	67.4%	32.6%
富山	1,093	34,002	31,495	2,507	92.6%	7.4%
石川	1,170	35,440	23,727	11,713	66.9%	33.1%
福井	806	24,223	16,888	7,335	69.7%	30.3%
山梨	863	33,138	18,727	14,411	56.5%	43.5%
長野	2,152	78,564	57,119	21,445	72.7%	27.3%
岐阜	2,081	73,110	51,362	21,748	70.3%	29.7%
静岡	3,765	135,588	94,431	41,157	69.6%	30.4%
愛知	7,411	263,146	147,652	115,494	56.1%	43.9%
三重	1,855	75,374	55,836	19,538	74.1%	25.9%
滋賀	1,411	50,676	39,931	10,745	78.8%	21.2%
京都	2,636	111,177	41,516	69,661	37.3%	62.7%
大阪	8,865	431,479	95,191	336,288	22.1%	77.9%
兵庫	5,588	211,808	87,324	124,484	41.2%	58.8%
奈良	1,401	55,262	20,666	34,596	37.4%	62.6%
和歌山	1,002	44,425	32,584	11,841	73.3%	26.7%
鳥取	589	20,803	15,039	5,764	72.3%	27.7%
島根	717	24,942	21,769	3,173	87.3%	12.7%
岡山	1,945	73,776	23,982	49,794	32.5%	67.5%
広島	2,861	106,717	51,132	55,585	47.9%	52.1%
山口	1,451	58,641	40,201	18,440	68.6%	31.4%
徳島	785	27,775	19,761	8,014	71.1%	28.9%
香川	996	41,128	25,494	15,634	62.0%	38.0%
愛媛	1,431	57,378	27,541	29,837	48.0%	52.0%
高知	764	34,298	18,431	15,867	53.7%	46.3%
福岡	5,072	202,117	56,084	146,033	27.7%	72.3%
佐賀	850	29,934	13,174	16,760	44.0%	56.0%
長崎	1,427	52,158	28,751	23,407	55.1%	44.9%
熊本	1,817	68,373	46,440	21,933	67.9%	32.1%
大分	1,197	44,180	16,992	27,188	38.5%	61.5%
宮崎	1,135	35,091	9,588	25,503	27.3%	72.7%
鹿児島	1,706	64,599	15,393	49,206	23.8%	76.2%
沖縄	1,393	58,114	25,584	32,530	44.0%	56.0%
合計	128,054	4,971,617	2,129,915	2,841,702	42.8%	57.2%

資料：前掲 総務省消防庁(2011b)

3. インタビューの分析

本章では、インタビュー調査に基づき、都市部において二次救急医療を担う民間病院の経営課題とその背後にある政策的課題を抽出・整理・分析した結果について述べる。はじめに分析にあたっての筆者らの視点を解説し、次に分析結果について詳述する。最後に分析結果のまとめを示す。

3.1. 分析の視点

インタビューから得られた主な知見から二次救急を取り巻く課題を抽出し、図表 3-1-1 に示した「5つの視点」から整理・分析した。

図表 3-1-1. 分析の視点

分析の視点	視点の説明
(1) 政治的な解決が必要な課題	新たな政策的意思決定（≒新たな法制度）を必要とする課題。
(2) 行政運営の工夫・見直しを必要とする課題	既存の法制度の枠組み内で対応可能と思われるが、官民の協働・連携・棲み分け等、行政運営の工夫や見直しを必要とする課題。
(3) 病院の経営戦略上の課題、採算性の課題	病院が「事業体として、何をやり、何をやらないか」に関わる課題。救急において、採算性を確保する課題。
(4) 救急医療の運営上の課題	病院が二次救急医療を運営するうえでの課題。
(5) その他の課題	上記に含まれないが重要と思われる課題。患者啓発・医師育成・病院間連携に関わる課題。

これら分析の視点について、解説を加えておこう。

まず、「分析の視点」(1)と(2)は、「二次救急を担う民間病院にとって、マクロの医療政策上の課題は何か」という視点である。これを「政治的解決を要するか否か」でさらに2つに分けている。すなわち、(1)「政治的な解決が必要な課題」とは、「その解決に、新たな意思決定による新しい政策や法制度の枠組みを必要とすると思われる課題」のこ

とである。そして、(2)「行政運営の工夫・見直しを必要とする課題」とは、「既存の法制度の枠組み内で対応可能と思われるが、官民の協働・連携・棲み分け等、行政運営の工夫や見直しを必要とする課題」のことである。

次に、「分析の視点」(3)と(4)は、「二次救急を担う民間病院にとって、ミクロの病院経営上の課題は何か」という視点である。これを「病院の経営戦略上の意思決定を要するか否か」で2つに分けている。すなわち、(3)「病院の経営戦略上の課題、採算性の課題」とは、「病院が、事業体として何をやり、何をやらないか、に関わる課題」ということである。これには当然、「二次救急を事業継続するかしないか」という意思決定も含まれる。したがって、救急部門の採算性はクリティカルな課題となる。そして、(4)「救急医療の運営上の課題」とは、「二次救急を担う病院が直面する、その管理・運営上の課題」のことである。

3.2. 二次救急を取り巻く課題

本節では、3.1節で解説した分析の視点に則り、二次救急を取り巻く課題を抽出・整理・分析した結果について、ポイント毎に、それぞれ簡潔に述べる。

3.2.1. 政治的な解決が必要な課題

- ◇ 日本の二次救急の主な担い手は「民間（非営利）の中小病院」である。しかし、そのことが世間一般に知られていないため、政治エリート（政治家や官僚等）の問題意識も低い。故に、二次救急を担う民間非営利の中小病院に対する政策的支援（補助金や診療報酬制度の整備等）が不十分である。
- ◇ 救急医療に対する政策的支援に関わる財源調達に、国・地方自治体ともに、難しい状況にある。近年の状況を見ても、(a)補助金に関わる予算獲得や(b)診療報酬プラス改定のための財源確保は、大変困難である。さらに、(a)については、地方の雇用確保のための土建国家的発想から、病院建設等のハコモノや国公立・公的大病院のITシステム整備に予算が使われがちという問題。(b)については、限られた財源内での予算の奪い合い的状況（民間非営利の中小病院・診療所⇔国公立・公的・大学

病院等の大規模病院、急性期病院⇔療養型病院、診療所⇔病院、開業医⇔勤務医 etc...の対立構造)を生みがち、という問題がそれぞれ附随する。

3.2.2. 行政運営の工夫・見直しを必要とする課題

- ◇ 二次救急を担う医療機関の実態の把握が難しい。まず、総務省管理の二次救急を担う救急告示医療機関数は減少傾向にあるが、厚労省管理の二次救急医療機関数は横ばいあるいは微増傾向にあり、トレンド自体が逆になっている(図表 3-2-2-1)。次に、二次救急を担う医療機関の中でも、その実動レベル(ex.救急搬送受入数)には濃淡があるが、その実態は少なくともマクロでは把握されていない。

図表 3-2-2-1. 救急病院数に関わる総務省管理のデータと厚労省管理のデータ^注

			2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年
総務省管理	救急告示病院数	A	4,169	4,129	3,964	3,938	3,918	3,914
	うち、二次救急	A-C	3,980	3,928	3,756	3,724	3,697	3,679
	うち、三次救急 (救急救命センター施設数)	C	189	201	208	214	221	235
厚労省管理	二次・三次救急施設数	B+C	3,403	3,354	3,383	3,415	3,452	3,513
	うち、二次救急 (入院を要する救急医療施設)	B	3,214	3,153	3,175	3,201	3,231	3,278
	うち、三次救急 (救急救命センター施設数)	C	189	201	208	214	221	235

資料：総務省消防庁『消防白書』、厚生労働省(2011)

注) 表中、Aは総務省資料、BとCは厚労省資料から。なお、厚労省資料では、「二次救急医療機関については、ほぼ同一水準で推移している。」と明記している。

- ◇ 二次救急における、国公立・公的・大学病院等の大規模医療機関と民間非営利の中小規模の医療機関との棲み分けが、必ずしもなされていない。民間非営利の中小病院は、「われわれが長年支えてきた地域の救急医療に、最近になって国や自治体が運営する大病院が参入してきて、救急患者を奪っていつている。」「そのような大病院は、入院や手術に結びつく、経営的に実入りのいい患者を選別して受け入れている。」「官が運営する大病院や公的大病院は、難しい合併症や精神医学的背景がある患者や貧困者・犯罪者・悪質なクレーマー等の患者を民間に押し付けず、政策医療として優先的に受け入れるべきではないか。」という印象を抱いている。

- ◇ 地域の二次救急医療について、官民が協働し話し合う場がない。もしくは、あっても十分に機能していない。現場の医療機関もこの課題を認識している。しかし、「働きかけはしているが、誰が仕切るのかという問題で上手くいかない。それぞれの利害が絡まって、前に進まない。」という。
- ◇ 最近の救急行政は、現場の経営陣たちに、おおむね高く評価されている。特に、近年の救急隊員の資質向上が高く評価されている。ただし、前述の「入院や手術に結びつくような（病院経営上）実入りの良い患者が運ばれてこない。」との不満から、「救急患者の搬送について、一部の病院と救急隊とが癒着をしているのではないか。」との疑念の声もある。

3.2.3. 病院の経営戦略上の課題、採算性の課題

- ◇ 採算面でクリティカルな課題は、夜間休日の宿日直に関わる人件費が負担となり、採算が合わないことである。休日夜間の二次救急に幅広く対応しようとするれば、複数の医師（少なくとも内科系、外科系の2名は必要）、救急専門の看護師（2名以上）、放射線技師、窓口対応の事務といった体制が最低限必要である（これに加えて、薬剤師や検査技師等をおく場合もある）。加えて、医療技術の高度化・複雑化に伴い、「かつては外科医の自分が自ら麻酔をし、手術をしていたが、麻酔は麻酔科医にという流れになり、その人件費も考えるとコスト的に全く見合わない。」こともある。上記の理由から、二次救急に必要と思われる体制をとると、現行の診療報酬では、全く採算が取れない。ある民間病院の厳密な原価計算によると、救急に関わる直接経費だけで、約▲200-250万円/月の赤字である。それでも事業継続できるのは、「併設機関（療養型病院、診療所、介護関連施設等）と合わせてグループで収支を保っている³。」ことに加え、「病院のルーツと歴史ゆえに、経営方針として救急医療からの撤退を考えていない。」からとのことであった。
- ◇ 補助金の絶対額が足りない。指定二次救急医療機関への補助金は、当然、ないよりはあったほうが良い。しかし、比較的財政が豊かな東京都で、1病院当たり年間約

³ いわゆる「保健・医療・福祉複合体」経営（二木(1998)）である。これは、「医療機関(病院・診療所)の開設者が、同一法人または関連・系列法人とともに、各種の保健・福祉施設のうちのいくつかを開設し、保健・医療・福祉サービスのすべてまたは一部を一体的に提供するグループ」であり、医療費抑制政策下で中小病院が生き残るための代表的な経営戦略となっている。

1,000 万円の補助金であるのが現状だ。これで、休日夜間の医師一人体制に関わる人件費をやっと賄える程度である。大阪府では、年間数千件の救急搬送を受けている医療機関で年間 100 万円程度の補助金である。

- ◇ 救急を取りやめる意思決定が容易ではない。もちろん、地域の救急医療体制の保持や病院の歴史や理念を考へて、経営上の困難を承知で二次救急に取り組みざるを得ない状況もある。さらに加えて、病院経営上は、休日夜間も窓口を開けて、ウォークインの患者も含めた救急対応をすること自体が、地域の医療需要に対するアピールになる側面もある。それ故に、指定二次救急医療機関から外れて補助金の対象外となった後も、救急告示と休日夜間の急患対応を継続する病院も少なくない。他方、地域の医療ニーズの変化に迅速に反応して救急から撤退あるいは最低限に縮小し、回復期リハや療養型に方針転換して赤字の圧縮や黒字化に成功しているケースもある。
- ◇ 救急をやるメリットが縮小した。現在でも、救急搬送の患者が入院や手術に結びつくことは、採算面ではプラス要因である。しかし、最近になって国公立・公的・大学病院といった大病院が救急医療に積極的になり、患者の大病院志向や救急隊のオーバートリアージも手伝って、中小病院の救急に軽症患者ばかりが流れてくるようになった、という状況がある。加えて、「地価の高い都市部では 1 床当たりの資本コストが高く、数十床規模の病院で救急のために 2-3 床でも確保すると、当然、必要な収益を確保するためのベッドコントロールが難しくなる。」との声がある。

3.2.4. 救急医療の運営上の課題

- ◇ クリティカルな課題は、休日夜間の宿日直をする医師・看護師の確保である。医師の確保は、「2004 年の新医師臨床研修制度導入以降困難になった。」との声があり、大学医局等とのネットワークを築けていない病院は苦戦している。看護師の確保は、「7:1 入院基本料の導入以降、大変厳しくなった。」との声が共通しており、人材紹介会社経由でないと欠員補充すらままならない状況にある。⁴

⁴ 「新医師臨床研修制度」と「7 対 1 入院基本料の導入」は、医師不足と看護師不足を深刻化させ、医療分野の人材紹介ビジネスの隆盛という「意図せざる結果」を招き、現場の負担となっている。このことについては、坂口(2012)にまとめた。

- ◇ 自分の専門以外は診ない・診ることができない医師が増えたことも、二次救急の運営を難しくしている。医療技術の高度化・複雑化に伴う専門分化や医師のキャリアとしての専門医志向がその背景にある。さらにその背後には、患者側の専門医志向と万一の際の訴訟リスクがあるため、病院としても無理強いはできない事情がある。このような事情も踏まえて、「従来のように『入院が必要な救急 = 二次救急』と単純に考えるのではなく、医療の専門分化と患者のニーズに合わせて、現在ある二次救急の定義を見直すべきではないか。」との意見もあった。
- ◇ 難しい患者への対応も二次救急の現場を混乱させる。難しい患者には、(a)複数科の対応が必要な合併症や精神医学的背景を持つ等の医学的に難しい患者、(b)暴力・酔っ払い・クレマー等のいわゆるモンスターペイシェントの2種類がある。(a)については、転送先を探すだけで大変な手間がかかる(特に、妊産婦や小児の合併症患者・一般疾患がある精神病患者)。(b)については、労力がかかり、スタッフの身体・精神的負担となる割に、収入に結びつきにくい(未収金問題等)。

3.2.5. その他の課題

患者側の救急医療に対する認識と受療行動に関わる課題：

- ◇ 救急の場合でも、患者は高度で専門的な医療を求め、大病院志向・専門医志向が強い。結果として、軽症患者や看取り段階の高齢者が三次救急医療機関に来る等のケースが増える。ただし、かつて社会問題となったコンビニ受診や救急車タクシー代わりは、根絶された訳ではないが、行政および関連団体による啓発活動が奏功し、当時よりは落ち着いた印象である。

救急医療を担う医師の育成に関わる課題：

- ◇ 二次救急医療を中核的に担う専門医師が足りない。「救急専門医」や「総合診療能力を持つ医師」を育成し、現場に投入することが必要である。この課題に関連して、「新医師臨床研修制度に期待したが、数ヶ月で身に付くスキルではなく、機能していない。」「専門医として総合診療能力を身に付けるには、初期研修も含め6~7年は必要。」「そのような医師は便利屋的に扱われて、社会的ステータスが低いのが問題。」「(救急医は、)かつては高齢になってつぶしが利かなくなると言われていたが、

現在は全人的な医療技術⁵を身に付け、看取りもできる療養型病院の院長や介護施設の施設長になる道もある。」との意見があった。

中小病院間の連携に関わる課題：

- ◇ 中小病院同士が連携し、行政や他団体も巻き込んで活動するための核となる組織・仕組みがない。「診療所には医師会があり、大規模病院は国や自治体が運営に大きく関わっているところも多いが、中小病院には政策へのパイプがない。」「医師会内でも数が少ないし、何となく中小病院は袖にされている。」「地域の病院間で、人員や設備のシェア等、できることがもっとあるのではないか。」「二次救急の課題解決のためには一次救急の充実も必要。患者・国民の立場に立てば、地域の基幹的な二次救急病院の施設を間借りする形で休日夜間の一次救急が運営されることが最も望ましい。」「数年前から自治体とも協働し、恐らく全国でも初めて、近隣地域の病院を集めた協議会を始めた。縦割り行政の壁や医療関連団体同士の軋轢を感じることもある。しかし、地域医療に関する思わぬ有益なデータを発見し課題解決に繋がることも多い。」との意見があった。

3.3. 分析結果のまとめ

ここで、3.2.節で述べた分析結果のまとめを表 3-3-1 に示しておく。

⁵ 「全人的な医療技術」とは、患者の疾患だけではなく、彼らの家族環境や生活背景にまで気を配り、診ることができる医療技術のことである。

図表 3-3-1. 分析結果のまとめ

分析の視点		主な課題の説明
マクロの医療政策の課題	(1) 政治的な解決が必要な課題	<ul style="list-style-type: none"> □ 「日本の二次救急の主な担い手は、民間（非営利）の中小病院である」と世間一般に知られていないため、政治エリートの問題意識も低い。故に、そのような中小病院に対する政策的支援が不十分である。 □ 近年、救急医療に対する政策的支援に関わる財源調達が、国・地方自治体ともに、難しい状況にある。
	(2) 行政との連携を必要とする課題	<ul style="list-style-type: none"> □ 二次救急を担う医療機関の実態の把握が難しい。 □ 二次救急における、国公立・公的・大学病院等の大規模医療機関と民間非営利の中小規模の医療機関との棲み分けがなされていない。 □ 地域の二次救急医療について、官民が協働し話し合う場がない。もしくは、あっても十分に機能していない。
ミクロの病院経営の課題	(3) 病院の経営戦略上の課題、採算性の課題	<ul style="list-style-type: none"> □ 夜間休日の宿日直に関わる人件費が負担となり、採算が合わない。 □ 二次救急への補助金の絶対額が不足している。 □ 救急を取りやめる意思決定が容易でない。 □ 大規模国公立・公的病院の救急への積極参入、患者側の大病院志向、1床当たり資本コストとベッドコントロール問題により、救急をやるメリットが縮小している。
	(4) 救急医療の運営上の課題	<ul style="list-style-type: none"> □ 休日夜間の宿日直をする医師・看護師の確保が難しい。 □ 自分の専門以外は診ない・診ることができない医師が増加している。 □ 難しい患者への対応が救急現場を混乱させる。
(5) その他の課題		<ul style="list-style-type: none"> □ 二次救急の場合でも、患者やその家族は高度で専門的な医療を求め、大病院志向・専門医志向が強い。 □ 二次救急医療を中核的に担う専門医師が足りない。「救急専門医」や「総合診療能力を持つ医師」を育成し、現場に投入することが必要である。 □ 中小病院同士が連携し、行政や他団体も巻き込んで活動するための核となる組織・仕組みがない。

4. 考察

本章では、前章で示したインタビュー調査の分析結果に基づき、主要な論点に対して考察を加える。本研究では、インタビュー調査によって得た情報を「都市部の民間二次救急病院を取り巻く課題」という形で抽出・整理・分析した。以下の考察では、それらの課題解決の方向性を提示することを意識し、わが国の二次救急医療における「官民の棲み分け・競合」を中心に論じたい。

4.1. 二次救急における官民棲み分け・競合の構図

はじめに、今回のインタビュー調査を踏まえ、現状の二次救急医療体制を表す仮説的構図を描写してみよう。それは次のようなものとなる。

わが国の二次救急医療は公的なサービスであり、それを担う医療機関はすべて公的存在である。現状、公的な医療保険制度（国民皆保険および関連諸制度⁶）の下で患者のフリーアクセスが担保されており、二次救急医療（＝入院や手術を要する救急医療）もほぼ全て同制度の下で運用されている。特定の人々に限った私的な二次救急医療サービスに類するもの⁷は、事実上、ほとんど存在しない。

そして、この公的な二次救急医療サービスを、「官」が運営する医療機関（≡国公立および公的医療機関）と「民」が運営する医療機関（≡民間医療機関）の双方が、渾然一体となって提供している。そして、それら「民」が運営する医療機関のほとんどは、法律上の規定により「非営利」⁸で運営されている。これら「官と民の棲み分け」状況において、留意すべき事実が3つある。

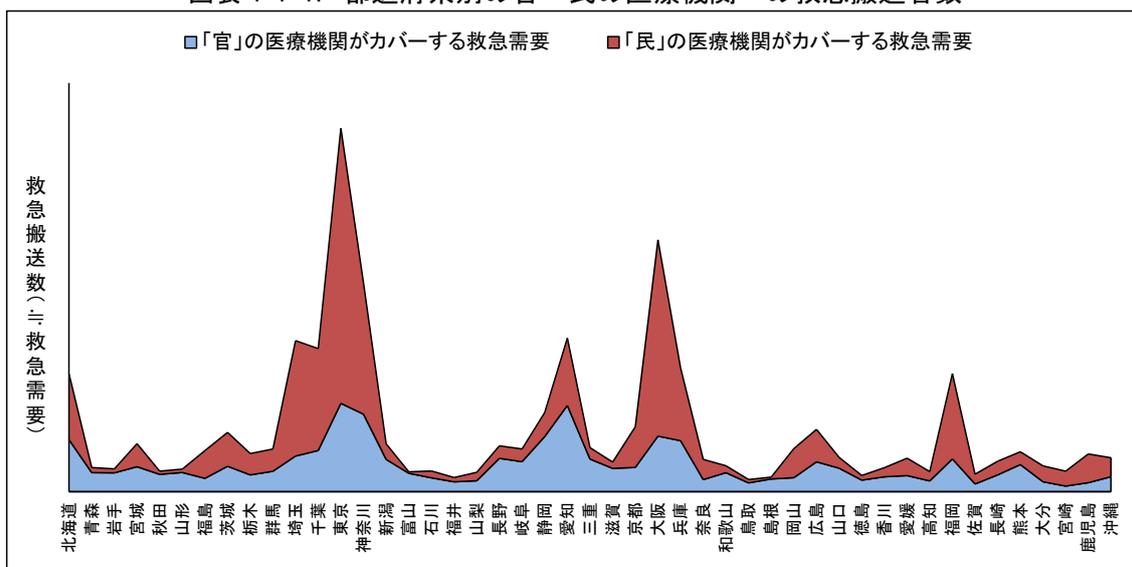
⁶ 救急の場合、労災保険や自賠責保険の適用になるケースは多い。

⁷ 例えば、私的に契約をした人のみが契約医療機関で受けられる救急医療サービスなど。

⁸ ここでいう「非営利」とは、「出資者への配当を禁じられているため、利益の獲得を一義的な目的としない」という意味。

(1) 留意すべき事実の第一は、救急に関わる需要の多くを「民」が運営する医療機関がカバーしていることである。第1章および第2章において述べたように、わが国の救急搬送のおよそ6割を「民」が運営する医療機関が受け入れている。加えて、救急搬送受け入れの官民シェアは地域毎にかなり異なっており、都市部においては、救急受け入れにおける民間への依存度が高い傾向がある。図表4-1-1は、都道府県毎の救急搬送数とそれらを「官」と「民」の医療機関がそれぞれどの程度カバーしているのかを図示したものである。「救急搬送者数≒救急需要」と考えれば、次のように読み解くことが可能だろう。「非営利」で運営される「民」の医療機関が、「官」の運営する医療機関がカバーできない救急需要を補完している。さらに、人口密集地域(都市部)においては「官」がカバーする需要を「民」がカバーする需要が大きく上回っており、日本全体でも「官」がカバーする需要を「民」がカバーする需要が上回っている。

図表4-1-1. 都道府県別の官・民の医療機関への救急搬送者数



資料：総務省消防庁(2011b)

(2) 第二は、「民」が運営する医療機関が、「官」が運営する医療機関に比べて不平等な条件の下、平等な競争環境で、不公平な競争を強いられていることである。「官」が運営する医療機関には「官」自体からの財政支援が比較的潤沢になされているが、対照的に「民」が運営する医療機関に対する「官」からの財政支援は比較的僅かであるか全くない。加えて、税制においても不平等である。「民」が運営する医療機関のほとんどは営利法人と同様に課税されるのに対し、「官」が運営する医療機関は課税されない。これらの不平等な条件の下で、診療報酬体系や患者アクセス、広告規制等の面では、両者

はほとんど平等な競争環境にある。

(3) 第三は、地域によっては、これら官と民の棲み分けが上手くなくならず、救急患者の奪い合い・難しい患者の押し付け合いといった競合・衝突が官民の間に生じていることである。加えて、この傾向は都市部においてより顕著であるようだ。なぜなら、救急医療体制が比較的シンプルな過疎地域に比べて、その逆の状態にある都市部の救急医療体制は複雑に入り組んでいるからである。つまり、過疎地域では救急患者の絶対数も比較的少なく、救急搬送先の選択肢が限られる（場合によっては1つしかない）のに対し、都市部では比較的多数の救急患者を、豊富な搬送先候補の病院と調整の上、振り分け⁹ていかなければならない。その調整・振り分け過程において、上述した競合・衝突が生じ易いのである。

以上のような構図において、不公平な競争がなされるなか、都市部の民間病院は図表3-3-1に示したような課題を抱えて疲弊し、経営破たんや病院閉鎖、救急部門からの事業撤退に追い込まれる病院も少なくない。二次救急を継続している病院も、救急病院単体では採算が取れないため、特定の診療科に特化する、あるいは付属機関（療養型病院や診療所、介護関連施設等）と合わせて法人全体で黒字を確保する等、経営上の創意工夫で何とか運営を続けている。

4.2. 二次救急における課題解決の方向

前節を踏まえ、二次救急を担う民間病院を取り巻く課題解決の方向について考える。ここでは、医療機関経営者の立場を離れ、国民・患者の立場からそれを考えてみたい。

4.2.1. 二つの方向性

方向性として、大きく二つある。一つ目は、「官」重視の方向性である。すなわち、「官」がカバーする二次救急需要を増やして、「民」がカバーする二次救急需要を減らし、「民」の二次救急病院の負担を減らしていくやり方である。（図表4-1-1の薄い灰色

⁹ 救急搬送先の病院がなかなか見つからない事案（選定困難事案）の発生は、人口密度と正の相関が認められる。（鈴木・堀(2010)）

の領域を増やしていくやり方) 二つ目は、「民」重視の方向性である。すなわち、「官」が満たせない救急ニーズを満たしている「民」の二次救急病院の役割を重視し、それらに対し重点的に政策的支援を行っていくやり方である(図表 4-1-1 の濃い灰色の領域を増やしていくやり方)。

総務省消防庁が見込むように、今後 20 年以上に渡って救急需要が増えていくのならば、私たち国民はどちらかを選択しなければならない。

4.2.2. 「民間救急病院」の役割を重視せよ

本稿が選択・提案するのは、後者の「民」重視、すなわち「民間救急病院」の役割を重視する方向性である。主な理由は以下の 2 つだ。

第一に、「官」重視の方向性は、今ある民間の二次救急病院が地域から一定数消えて無くなることを前提としているからである。確かに、民間の二次救急病院が無くなったとしても、それを「官」の運営する病院がカバー出来れば、患者や地域住民への影響は少ないだろう。競争原理(※市場原理ではない!)によって、患者に選ばれない医療機関が淘汰されることは当然の理であり、むしろ歓迎すべきことである。しかし問題は、先に述べたような不平等な条件の下で、「官」の二次救急病院と「民」の二次救急病院との間で果たして適切な競争が行われ得るか、ということである。「官」重視の方向性は、言わば「民間救急病院の必敗」と同義であり、その方向を鮮明にすることは、現在の二次救急を支えている民間救急病院の経営者たちの士気を大いに削ぐことになるだろう。彼らが雪崩をうって二次救急から撤退し、「官」の病院による体制整備が財政上の理由等でそれに追いつかなければどうなるか。そこにある近未来は、入院や手術が必要な救急患者を乗せたストレッチャーが官営二次救急病院の通路やロビーにまでズラリと並び、患者と家族と医療者の悲鳴と怒号が飛び交い混じり合う、前線の野戦病院の姿にも似た救急医療の崩壊であろう¹⁰。

第二に、「官」重視の方向性は、将来世代の重荷となる可能性が高いからである。総

¹⁰ この未来描写は決して極論ではない。今回のインタビュー調査において、回答者の一人が台湾の救急医療事情を視察した感想を語ってくれたが、救急において官営病院重視の政策を採った同国において、この描写に近い惨状があるという。

務省消防庁の予測が正しければ、高齢化の進行に伴い、この先 20 年間は救急患者が増え続ける。幸運にもその間、二次救急からの民間救急病院の撤退分の需要を官営二次救急病院の整備で何とか賄うことができたと仮定しよう。しかし、問題はさらにその先にある。人口減少は既に始まっている事実であり、大規模な移民受け入れ等のドラステックな政策を採らない限り、人口減少の影響が高齢化の影響を上回った時点から救急需要も減少する。その際、救急需要のピーク時に合わせて整備した官営二次救急病院の処理がほぼ確実に政治問題化するだろう。コストを払って過剰な官営救急病院を維持するのか、再び民営化等のダウン・サイジング策を採るのか。この国の過去の歴史に照らせば、政治の意思決定が後手後手となり、非効率な組織が存続し、結果として国民に多大な負担をかける事態を招くリスクも大きい。いずれにせよ、「官」重視の方向性は、将来世代に負担をかけ、愚かな政策選択として歴史に残るだろう。

4.2.3. 結語

「民」の二次救急病院の役割を重視する方向で、彼らを取り巻く課題解決を図るべきである。最後に、それら課題解決の要点を簡潔に列挙し、結びに代えることとしたい。取りあげるポイントは以下の 4 つである。

(1) 正しい現状認識と「民間救急病院」の役割の再定義：

「民」の医療機関は、わが国の二次救急医療を支える、国公立あるいは公的医療機関と同等かそれ以上に重要な存在である。また、「非営利」で運営されるそれら「民」の医療機関は、「官」が運営する二次救急医療機関が満たすことのできない救急需要を補完している。以上のような現状認識と官民棲み分けの方向について、政治家や官僚・医療専門職集団・マスコミのみならず、広く国民の間に認識が共有されることが必要である。そして、その棲み分けの形は、地域によって異なる ((2)に挙げる「地域毎の実態把握」が前提となる)。二次救急患者に対し、どこまでを「官」が診て、どこからを「民」が診るのか、地域毎に、大枠の合意が必要だろう。原則として、医学的に難しい救急患者や経営的に採算が取れない救急患者については、「官」が運営する大病院が率先して受け入れるべきである。

(2) 官官・官民・民民のそれぞれの連携強化と地域毎の適切な実態把握：

二次救急医療の需要とそれに対応する医療提供体制は、地域によって様々である。それら地域によって異なる救急医療の実態を適切に把握するためには、官官・官民・民民のそれぞれの連携と協働が前提となる。現状で散見される、省庁間あるいは中央・地方間の縦割り行政やセクショナリズムは、第一に打破されるべきである。また、現状において官民そして民間同士の連携強化の核となり得る存在は、地域の医師会組織を置いて他にはあるまい。地域医療に対するコミットメントの歴史やその組織率、地域における調整力の点からも、現状、医師会に代わる存在は見当たらない。

(3) 救急病院経営に対する政策的支援：

地域毎に異なる救急医療の実態に応じて、官民の棲み分け状況も異なり、民間の二次救急病院の健全経営に求められる政策的支援もまた異なる。しかし、共通するのは、民間の二次救急病院が単体で事業継続可能な収益を上げることを可能にすることであろう。また、支援の方法は、これまで通り、補助金あるいは診療報酬上の手当てとなるだろうが、問題はその増額のための財源の確保である。財源確保のためには中小規模の民間二次救急病院の声を地域毎に集約し、それを政策の意思決定の場に反映させようとする政治的機能が必要である。この機能を担う存在も医師会が相応しいだろう。

(4) 患者啓発と医師の育成：

患者に対する啓発活動と二次救急を主力として担う医師の育成も重要である。前者においては、患者のみならず、患者の家族や高齢者介護施設等に向けた啓発活動を強化することが必要である。従来からある「救急車の適正利用」についての呼びかけに加えて、地域にある医療資源を効率的に利用する観点からも、賢い救急患者になってもらうための活動である。国民・患者が、地域にかかりつけの医師を持つておくこと、地域にある医療資源について知っておくこと、救急医療が必要な際にどのような受療行動をとるべきか理解しておくこと等はいずれも重要である。義務教育の課程に、「上手な医師へのかかり方」を組み込んでも良いだろう。後者においては、医療現場の地道な教育活動を、政治や市民社会が積極的に支援していくほかない。救急の現場において、専門性に縛られること無く、幅広い診療科について初期対応ができる医師を、「救急専門医」として育成していこうという活動についてである。そのような医師育成に継続的に取り組む医療機関に対しては、補助金や診療報酬上の手当てをすることも有効だろう。臨床研修制

度の見直し¹¹議論や救急専門医のキャリアパスや医療界における社会的ステータスの低さ等の問題については、政治やマスメディアが改善に関与できる部分も多いだろう。

謝 辞

大変にご多忙な中、臨床および病院経営者としての激務の合間を縫って、インタビューのために貴重なお時間を割いてくださった諸先生方に、この場を借りて深く感謝申し上げます。また、労を惜しまず適切なインタビュー先を紹介してくださった先生方にも、あわせて深謝申し上げます。なお、言うまでもなく、本文中のすべての誤りは筆者らの責に帰するものです。

¹¹ 例えば、蔵本ら(2008)は、救急科専門医が勤務する臨床研修病院はマッチングに参加した全臨床研修病院の約半数(50.8%)に過ぎなかったことを報告している。

参考文献・資料リスト

- 尾形裕也 (2008). 「医療制度改革と看護への期待」 厚生労働省 第7回看護基礎教育のあり方に関する懇談会 (平成20年6月20日開催) 資料.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0602-5h.pdf>
- 加納繁照 (2009). 「公私間格差と社会医療法人」『病院』 68巻 10号, pp.816-821, 医学書院.
- 加納繁照 (2011). 「地域医療再生計画は有効か 民間医療機関の立場から」『病院』 70巻 7号, pp.510-515, 医学書院.
- 蔵本伸生・森本剛・窪田愛恵・高田香織・前田祐子・関進・北田雅・伊藤俊之・平出敦 (2008). 「臨床研修病院における救急科専門医の分布に関する検討」 『医学教育』 Vol.39 No.5, pp.325-327.
- 厚生労働省 (2011) 『救急・周産期医療について』 (中央社会保険医療協議会 総会(第200回) 平成23年10月19日資料) .
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001s0rq-att/2r9852000001s0wb.pdf>
- 坂口一樹 (2012). 「近年の医療政策の意図せざる結果：医療分野における人材紹介ビジネスの拡大」 日医総研リサーチエッセイ No.57, 日本医師会総合政策研究機構.
- 鈴木昌・堀進悟 (2010) 「救急搬送先病院の選定困難事案多発の原因についての検討」 『日本救急医学会雑誌』 Vol.21 No.11, pp.899-908.
- 総務省消防庁 (2011a). 『平成22年度 救急業務高度化推進検討会 報告書』 .
http://www.fdma.go.jp/html/intro/form/kinkyugyoumu_h22_houkoku.html
- 総務省消防庁 (2011b). 『平成23年度 救急・救助の現況』 .
http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/2312/231216_1houdou/02_mokuji.pdf
- 総務省消防庁 (2011c). 『平成23年版 消防白書』 .
<http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/h23/h23/index.html>
- 二木立 (1998). 『保健・医療・福祉複合体—全国調査と将来予測』, 医学書院.
- 広井良典 (1999). 『日本の社会保障』, 岩波書店.