

基礎研 レポート

策定から 2 年が過ぎた地域医療 構想の現状を考える(上)

公立・公的医療機関の役割特化を巡る動きを中心に

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 准主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1——はじめに～地域医療構想の現状を考える～

都道府県が医療提供体制改革を目指す「地域医療構想」を 2017 年 3 月までに策定し、今年 4 月で 2 年が過ぎた。地域医療構想とは、人口的にボリュームが大きい団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年に向けて、過剰な病床の適正化や切れ目のない提供体制の構築を図ることを目指しており、都道府県を中心に地域の関係者が合意形成しつつ、改革を進めることを想定している。この 2 年間を振り返ると、国は都道府県に対し、議論の進め方などを取りまとめる「対応方針」を策定するよう求めたほか、公立・公的医療機関の機能見直しに関する改革プランの策定を急がせた。

その一方、都道府県は合意形成を進める場として、地域の関係者で構成する「地域医療構想調整会議」を組織しており、その議論の進め方について試行錯誤を続けている。本レポートの(上)では、国の資料を基に 2 年間の取り組みを総括するとともに、「公立・公的医療機関の役割を民間医療機関が担えない機能に特化する」という流れが強化されている点を確認する。

その上で、都道府県別に見た病床数の将来予想と公立・公的医療機関の比率を示す図を使うことで、「公立・公的医療機関の役割を民間医療機関が担えない機能に特化する」という現在の流れだけでは課題が解決しない可能性を論じる。

さらに、(下)では「関係者間の合意形成には情報開示・情報共有が欠かせない」という視点に立ち、地域医療構想調整会議の議論や資料がどれだけ開示されているかを考察し、都道府県の取り組みを問うこととする。

2——地域医療構想とは何か

1 | 制度の概要

まず、2017 年 3 月までに都道府県が策定した地域医療構想の概要を見ることとしよう¹。地域医療構想の策定に際して、都道府県は人口的にボリュームが大きい団塊世代が 75 歳になる 2025 年を見据えつつ、人口減少の予想などを踏まえた 2025 年時点の病床数を推計。その上で、難しい手術に対応す

¹ 地域医療構想の論点については、2017 年に公表した全 4 回の拙稿レポートを参照。[第 1 回](#)のウェブサイトは下記の通り。

る「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを実施する「回復期」、高齢者に療養の場を提供する「慢性期」の各病床機能について、各医療機関から報告させる現状と比べることで、将来のベッド数がどれだけ余剰または不足するかどうか可視化した。

全都道府県のデータを集計した結果は表1の通りである。このデータから言えることは「高度急性期、急性期は将来余剰」「回復期が将来不足」「慢性期が将来余剰」「その受け皿として在宅医療が必要」という将来の方向性である。地域ごとに状況は異なるが、こうしたデータを参考にしつつ、都道府県を中心にした医療提供体制改革の議論が進んでいる。

具体的には、人口20～30万人程度に区切られた「構想区域」²ごとに、都道府県や医療機関関係者、介護事業所経営者、市町村、住民などの関係者で構成する「地域医療構想調整会議」（以下、調整会議）を組織。病床数のデータなどを参考にしつつ、▽過剰な急性期病床の削減、▽回復期機能の整備、▽在宅医療の普及、▽医療・介護連携の推進——といった施策を地域事情に応じて進めることが期待されている。

さらに国は都道府県に対するテコ入れ策として、①自治体設置の公立病院、日本赤十字などの公的医療機関に対する病床転換命令を可能とする都道府県の権限強化、②病床機能再編や在宅ケアの整備に必要な資金を支援する「地域医療介護総合確保基金」³の設置、③厚生労働省に設置された「地域医療構想に関するワーキンググループ」における事例の紹介・共有、④有識

表1：地域医療構想に盛り込まれた病床数

	現状 (A)	2025年 病床 (B)	A - B	余剰or 不足割合 (参考)
高度急性期	182,791	130,449	52,342	40.1%
急性期	592,637	400,626	192,011	47.9%
回復期	120,050	375,240	▲255,190	▲68.0%
慢性期	357,801	284,483	73,318	25.8%
その他	21,304	——	21,304	——
合計	1,274,583	1,190,799	83,784	7.0%

出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

注1：▲は不足を意味する。

注2：「現状」は地域医療構想に盛り込まれた数字をベースとしており、2014年度と2015年度の双方が含まれる。

注3：秋田など13県は未報告などの「その他」を計上しておらず、表の数字にも含まれていない。

表2：地域医療構想ワーキンググループで示された主な地域の実例

地域名	地域医療構想ワーキンググループで報告された事例
青森県	➤ 国立病院機構弘前病院と弘前市立病院の統合。
山形県	➤ 山形県立日本海病院と酒田市立酒田病院の統合。
茨城県	➤ 神栖済生会病院と鹿島労災病院の統合。
埼玉県	➤ 医療機能を明確化するための客観的基準を導入する埼玉県の取り組み。
静岡県	➤ 地域医療構想調整会議の運用に際して、学識経験者を関与させる県独自の取り組み。
大阪府	➤ 設置者に関わらず、医療機関の間での認識共有を図るため、府内全ての病院に関してデータを整理、共有する府独自の取り組み。
奈良県	➤ 医療機関から現状の報告を義務付けている病床機能報告のうち、定義が曖昧な「急性期」を重症と軽症に区分する目安を明示する県独自の取り組み。
和歌山県	➤ 高度急性期・急性期病床から慢性期病床や在宅ケアに移行する患者を一時的に受け入れる「地域密着型協力病院」を指定する県独自の取り組み。
徳島県	➤ JA阿南共栄病院と阿南医師会中央病院の統合。
高知県	➤ 地域医療構想調整会議の運営に際して、▽日常的な医療を中心とした議論を行うため、中央区域を4つのサブ区域（物部川、嶺北、高知市、仁淀川）に分割、▽療養病床の転換意向調査の実施——などを行う県独自の取り組み。
佐賀県	➤ 医療機能の大幅な変更などの際、地域医療構想調整会議の協議事項とした県独自の取り組み。
沖縄県	➤ 地域医療構想調整会議の運営に際して、テーマに沿って参加者を絞ったり、具体的な論点を設定したりする県独自の取り組み。

出典：厚生労働省ウェブサイトを基に作成

者から意見を求める「地域医療構想アドバイザー」の選定、⑤都道府県職員を対象とした「政策研修

² 医療計画の病床規制などで用いられる「2次医療圏」とほぼ同じである。

³ 国と都道府県で拠出する制度。2014年度に医療分が創設され、2015年度から介護分が追加された。2019年度予算については、事業費ベースで医療分が1,034億円、介護分は824億円。

会」の開催——などを進めている。このうち、③では表2のような事例が紹介されており、④のアドバイザーは2018年10月時点で77人が選定されているという⁴。

2 | 制度化の背景

では、なぜ地域医療構想が制度化されたのだろうか。政府の資料を見ると、①都道府県別で見た医療費と病床数の間で強い相関関係が見られるため、病床数を減らすことで医療費を適正化する、②高齢化に対応した医療提供体制を構築するため、在宅医療や医療・介護連携など切れ目のない提供体制を構築する——という2つの説明が入り混じっている。

このうち、前者では地域医療構想の制度化に初めて言及した2008年9月の社会保障国民会議中間報告では「国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化」が言及されており、病床適正化による医療費抑制に期待している。

さらに、1.3倍程度に及ぶ人口当たりの都道府県別医療費の差が高齢化率に加えて、病床数と医師数と高い相関関係を示している⁵ため、病床数の削減を通じて医療費を抑制したいという意図も込められている。このほか、2006年度診療報酬改定で急性期（患者7人に対して看護師1人を配置する通称「7:1基準」）に手厚く加算を付けたところ、厚生労働省の予想以上に、7:1基準を取得する医療機関が増えたことに対し、この適正化を迫られた側面もある。

しかし、厚生労働省は都道府県に対し、地域医療構想は病床適正化のための政策ではないと説明しており、例えば2015年6月の通知では「単純に●●床削減しなければならないという誤った理解とならないようにお願いします」と都道府県に要請した。その代わりに、2025年の医療提供体制構築に向けて回復期機能の充実や在宅医療の整備、医療・介護連携といった切れ目のない提供体制を構築する重要性を論じている。

この結果、国の資料を見る限り、地域医療構想には「過剰な病床の削減による医療費適正化」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの説明が混在しており、政策の効果や進捗を測るのが困難になっている。具体的には、政策目的として「過剰な病床数の削減による医療費適正化」を重視するのであれば、「どれだけ病床が減ったか」が問われることになり、「切れ目のない提供体制の構築」に重きを置くのであれば、在宅医療の普及や医療・介護連携の推進、訪問看護ステーションの設置数などが論点になるが、どちらが政策の指標として使われるのか、現時点では見えにくい。

3 | 財政当局のプレッシャー

こうした状況の下、「過剰な病床の削減による医療費適正化」の文脈では、「どれだけ病床が減ったか」を重視する観点に立ち、財政当局のプレッシャーが強まっている。例えば、財務省は2018年10月の財政制度等審議会（財務相の諮問機関）の席上、図1のような資料を提出した上で「地域医療構想の進捗は遅い状況」「議論が先行している公立病院・公的医療機関等においても進捗状況に大きな地

⁴ 2018年10月26日第16回地域医療構想ワーキンググループ資料を参照。

⁵ 病床数と医療費の相関関係を実証した研究は多いが、印南一路編著（2016）『再考・医療費適正化』有斐閣、地域差研究会編（2001）『医療費の地域差』東洋経済新報社を参照。

域差（筆者注：がある）」「推進に当たって都道府県が行使できる権限は限定的であり、特に民間医療機関の病床に対する権限は事実上ごく限られたものに留まっている」と指摘した⁶。

ここで少し図1を補足すると、左の「2015年病床機能報告」「2017年病床機能報告」とは、各医療機関が都道府県に対し、ベッド数や提供している機能などを提出する「病床機能報告制度」の数字をベースにした現状を示す。一方、右の「2025年必要病床数」とは、地域医療構想に盛り込まれた2025年時点での病床数の予想を指す。つまり、2015年と2017年で125万床前後ある病床数を2025年時点で約119万床に減らすとともに、診療報酬の単価が高い高度急性期、急性期の病床数を圧縮することで、医療費を抑制したいという狙いが込められている⁷。

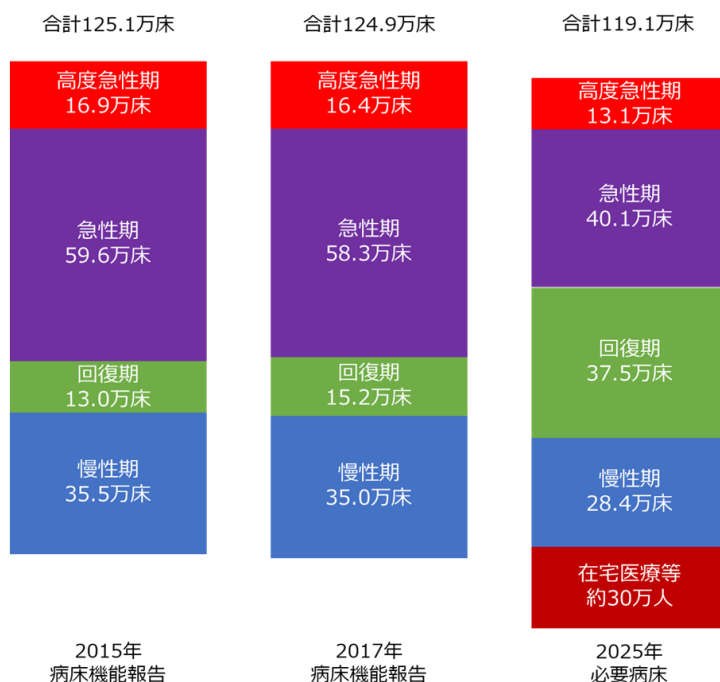
さらに、こうした病床適正化を進める手立てとして、同審議会が同年11月に取りまとめた建議（意見書）では都道府県が民間医療機関に対しても病床転換などを命令できるようにする制度改革を求めた⁸ほか、2019年4月の会合でも同様の主張を展開している⁹。

経済財政諮問会議（議長：安倍晋三首相）でも医療費適正化の方策として地域医療構想が位置付けられており、今年4月の民間議員ペーパー

では「地域医療構想の実現等」という項目で、「医療・介護分野で人手が不足する中で、医療・介護サービスを効率的・効果的に供給できる体制を構築するとともに、医療・介護費の極めて大きい地域差の縮小に取り組むべき」とし、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援を拡充するよう求めた¹⁰。

図1のような比較については、▽2025年の必要病床数は削減目標として公式には位置付けられていない、▽病床機能報告は医療機関による自主報告だが、必要病床は需要推計に基づく定量的な数字という違いがある、▽病床機能報告は病棟単位であり、その中で最も患者が多い機能を選択、報告するのに対し、必要病床は個々の患者に投入する医療資源の量に応じて区分、集計している——といった点に留意しなければならない。

図1：地域医療構想について、財務省が期待する病床適正化のイメージ



出典：財政制度等審議会資料を基に作成

⁶ 2018年10月9日財政制度等審議会財政制度分科会資料を参照。

⁷ 2019年5月16日の地域医療構想ワーキンググループに提出された病床機能報告に関する2018年度の速報値を見ると、高度急性期、急性期は2017年度と比べて計1万8,000床程度減っており、急性期の取得要件を厳しくした2018年度診療報酬改定の影響と思われる。

⁸ 2018年11月20日財政制度等審議会財政制度分科会「平成31年度予算の編成等に関する建議」を参照。

⁹ 2019年4月23日財政制度等審議会財政制度分科会資料を参照。

¹⁰ 2019年4月10日第5回経済財政諮問会議の有識者議員提出資料「新経済・財政再生計画の着実な推進に向けて」を参照。

しかし、昨年10月に財政制度等審議会に提出された資料¹¹では2017年の病床機能報告から2025年の必要病床数を差し引いた「高度急性期・急性期▲21万床」「回復期+22万床」「慢性期▲7万床」を「2025年までに増減すべき病床数」と説明されており、同じ数字は経済財政諮問会議の民間議員ペーパー参考資料にも引用されている¹²。つまり、財政当局としては「地域医療構想の推進→病床数の削減→医療費の適正化→財政再建」というルートを期待していると言える。

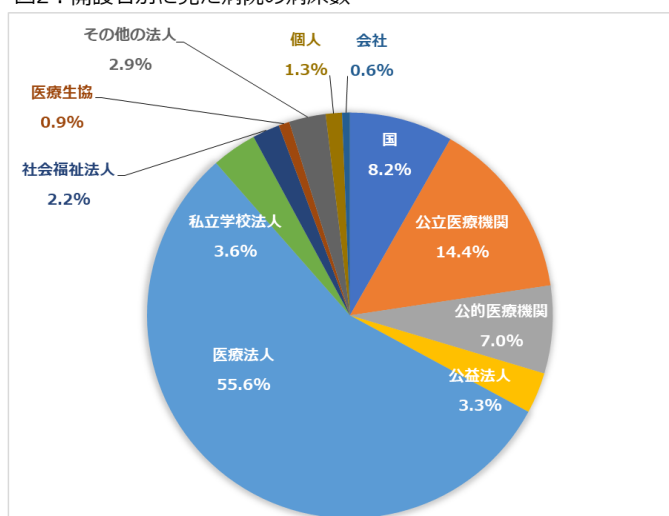
4 | 合意形成の重要性

しかし、病床適正化のペースが遅くなるのは一定程度、止むを得ない面もある。日本の医療提供体制は民間中心であり、都道府県が強制力を行使できる場面は少ないためだ。確かに都道府県は公立・公的医療機関に対して病床適正化などを命令できる権限を持っているが、開設者別に見た病院の病床数を示す図2の通り、国は8.2%、自治体設置の公立医療機関は14.4%、日本赤十字などが運営する公的医療機関は7.0%にとどまっており、公立・公的医療機関のウエイトは低い¹³。これに対し、55.6%を占める民間の医療法人をはじめ、民間医療機関に対する実効権限を都道府県はほとんど有していない。

このため、地域医療構想の推進に際して、都道府県がダイレクトに病床数の削減や病床機能再編などを命令することは想定されておらず、関係者間での合意形成が重視されている。つまり、国や都道府県の判断だけで短兵急に改革を進められない難しさがある。

では、策定から2年が経過した地域医療構想について、国はどのような対応策を取っているのだろうか。地域医療構想の進め方については、2018年2月に国から都道府県に対して「地域医療構想の進め方について」という通知（技術的助言）が示されており、その内容を確認する。

図2：開設者別に見た病院の病床数



出典：厚生労働省「2017年医療施設動態調査」を基に加工、作成
注：公立医療機関は都道府県、市町村、地方独立行政法人の合計。公的医療機関は日本赤十字、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合の合計。

3——地域医療構想策定後の動向

1 | 地域医療構想の進め方に関する国の通知(技術的助言)

通知は「2年間程度で集中的な検討を促進する」とする2017年6月の「骨太方針2017」（経済財政運営と改革の基本方針）に沿った対応であり、都道府県に対して、調整会議での合意事項を「具体的

¹¹ 2018年10月9日財政制度等審議会財政制度分科会資料を参照。

¹² 2019年4月10日第5回経済財政諮問会議の有識者議員提出資料「新経済・財政再生計画の着実な推進に向けて」（参考資料）を参照。

¹³ 以下では原則として公立・公的医療機関を「国」「公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）」「公的（日本赤十字、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）」の合計を意味することとする。

対応方針」として取りまとめることを求めた。その際、①2025 年を見据えた構想区域で担うべき医療機関としての役割、②2025 年に持つべき医療機能ごとの病床数——の 2 点を対応方針に盛り込むように定めた。例えば、「××病院は急性期を担う」「その際の 2025 年の病床数は△△△である」といった点を対応方針に明記することを促したのである。

さらに、地域における公立・公的医療機関の役割を明確にする点も求めた。具体的には、医療需要や提供している医療サービスの機能、病床稼働率などの点で、公立・公的医療機関が民間医療機関では担えない分野に重点化しているかどうかを点検。その上で、公立・公的医療機関ごとに「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等 2025 年プラン」を策定するとともに、全ての公立・公的医療機関の担うべき機能や病床数などについて、2018 年度中に調整会議で合意形成することを求めた。

このほかに通知では、▽全病棟が稼働していない病棟（非稼働病棟）を持つ医療機関、▽新たな病床を整備する予定の医療機関、▽開設者を変更する医療機関——については、調整会議に出席し、必要な説明を行うことを求めた。都道府県に対しても、調整会議の運営に関する年間スケジュールを立案し、年 4 回程度の調整会議を開催することも要請している。会議の運営に際しても、「地域住民の協力が不可欠」として、できる限り速やかに会議資料や議事録を公表することを促した。

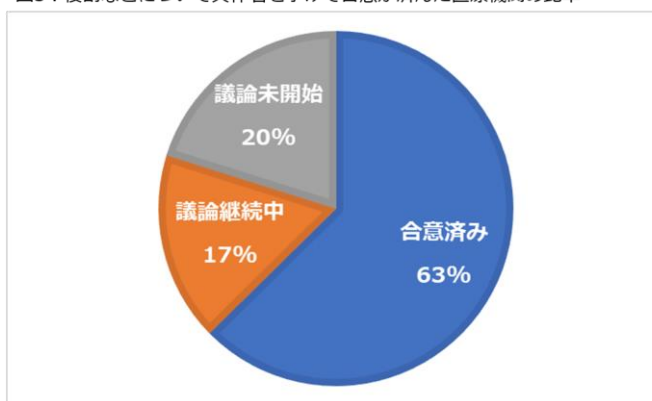
実は、これらの内容は国から都道府県に対する「技術的助言」であり、都道府県は必ずしも従う義務はないが、こうした中で都道府県はどのように対応しているのだろうか。以下、厚生労働省の資料に依拠しつつ、①具体的な医療機関名を挙げた議論の状況、②非稼働病棟を巡る議論の状況——の 2 点を確認する。

2 | 具体的な医療機関名を挙げた議論

まず、医療機関が担うべき機能や病床数などについて、具体的に医療機関名を挙げた議論の状況を見る。厚生労働省の集計¹⁴に従うと、771 の公立医療機関、810 の公的医療機関の役割について、2019 年 3 月末までに合意形成が済んでおり、これを病床数に換算すると、公立・公的合わせて 48 万 7,698 床で合意形成が終わったとしている。

さらに、民間などその他の医療機関で合意した分を加味すると、2019 年 3 月までに 80 万 6,923 床で合意が終わったとしており、図 3 の通りに全体の総病床数（約 128 万 8,000 床）のうち 63%で合意が進んだことになる。

図3：役割などについて具体名を挙げて合意が済んだ医療機関の比率



出典：厚生労働省資料を基に作成
注1：公立、公的、民間を合算し、病床数に換算した比率。
注2：2019年3月末現在。

3 | 非稼働病棟の状況

次に、非稼働病棟を巡る議論の状況を見る。厚生労働省の集計¹⁵によると、過去 1 年間に一度も患者を収容しておらず、2017 年 7 月 1 日現在で「休棟中」と答えた病棟は病院で 1 万 6,753 床、診療所

¹⁴ 2019 年 5 月 16 日第 21 回地域医療構想ワーキンググループ資料を参照。

¹⁵ 同上。

で9,109床あるという。

これに対し、鳥取県と沖縄県を除く全ての都道府県が調整会議で非稼働病床の方向性に関する検討に着手したとしている¹⁶。

4——地域医療構想策定後の動向に関する評価

以上の動向を総合すると、手を付けやすい部分から議論を始めていると考えられる。

第1に、具体的な医療機関名を挙げる議論では、公立・公的医療機関の見直しが先行している点を指摘できる。例えば、図3で挙げた合意済み病床数のうち、公立・公的医療機関の比率は60.4%に上る。言い換えると、民間よりも公立・公的医療機関の議論を優先したことになる。

これは民間中心の医療提供体制が影響している。先に触れた通り、都道府県は民間医療機関に対して実効的な権限を持っておらず、民間医療機関との協議を進める上では地元医師会などとの調整も必要になるため、都道府県が関与しやすい公立・公的医療機関に関する議論が先行していると言える。

こうした流れについては、地域医療構想に関するワーキンググループで議論が進んでいる「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理」（以下、「議論の整理」）で顕著となっている。「議論の整理」は現時点で合意に至っていないが、「病床数の多寡のみに固執した機械的で形骸化された議論」が繰り返されないようにする必要があるとして、がん、心筋梗塞などの心血管疾患、脳卒中、小児医療、周産期医療、救急医療、僻地医療、災害医療、研修・派遣機能などに関する実績を参考指標として、区域ごとの現状を検証する方向となっている。

さらに、分析を踏まえた協議・検証に際しては、「他の医療機関による代替の可能性がある公立・公的医療機関」は「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関」と位置付けることで、他の医療機関と統合する是非について結論を出す案が示されている。つまり、「議論の整理」に代表される通り、大きな方向性として、「公立・公的医療機関の役割を民間医療機関が担えない機能に特化する」という流れが強化されていると言える。

この点については、いくつかの動きが関係している。例えば、公立病院の赤字が地方財政の足を引っ張っており、「公立病院の改革が地方歳出の抑制や地方財政の健全化に繋がる」という議論が以前から根強くある¹⁷。さらに、日本医師会が「税金を多額に投入している公立病院と、税制優遇もない民間病院が同じ機能を担っている場合、公立病院は引くべきではないか、という提案だ」と指摘¹⁸している点も無関係ではないだろう。

第2の非稼働病床も手を付けやすい分野である。民間医療機関が病床開設の許可を取っているのに、何らかの理由で稼働させていないのであれば、別の医療機関の参入可能性を阻害していることになり、都道府県による許可病床の返上要請は必要な対応と言える。

ただ、非稼働病床を実態に合わせるだけなので、現状に特段の変化が生まれるとは言えず、こちら

¹⁶ ただし、鳥取県は元々、非稼働病床がゼロであり、実質的には沖縄県だけになる。

¹⁷ 公立病院改革については、総務省が2007年12月に「公立病院改革ガイドライン」を策定したのを契機に、独立行政法人化やネットワーク化、再編・統合など様々な動きが少しずつ進んでいる。しかし、内閣府が2016年8月に取りまとめた報告書「公立病院改革の経済・財政効果について」は「公立病院の経営指標は民間病院や公的病院に比べて劣っている」と指摘しており、財務省も財政制度等審議会の席上、公立病院の赤字圧縮を求める資料を提出している。

¹⁸ 2019年4月27日の日本医学会総会における日本医師会の中川俊男副会長の発言。2019年4月29日『m3.com』参照。

も都道府県から見ると手を付けやすい部分と言える。

こうした手を付けやすいところから議論を進めることを政治学では「漸増主義」(incrementalism)と呼ぶことがある¹⁹。具体的には、政策変更の影響などが見通せない「限定合理性」の下では、制度を一気に改革するのではなく、手を付けやすいところから少しずつ改革することである。地域医療構想の場合、表1の病床データが一つの長期的な目安となり、それに向けて漸増主義的なアプローチが採られていると解釈できる。

5——公立・公的医療機関の役割を特化する方法の評価

では、現在の漸増主義的な方法について、どんな論点が想定されるか。第1に、現時点は「具体的対応方針に公立・公的医療機関の名前を挙げたかどうか」をチェックしているに過ぎない点である。つまり、具体的対応方針で定められた役割分担が病床のスリム化や切れ目のない提供体制の構築に向けて、どこまで実効的かを検証しているわけではない。

例えば、具体的に合意に至った公的・公立医療機関がどこまで方向転換を示したか見たのが表3である。ここでは公立・公的医療機関について、具体的対応方針が策定される前の2017年度病床機能報告と、具体的対応方針に盛り込まれた2025年時点での予想を比較している。これを見ると、回復期が1万床ほど増加しているものの、トータルの病床数はほとんど変わっていない。

表3：公立・公的医療機関の2017年度と2025年度予想の病床数比較

単位：床	2017年度	2025年度 予想	増減割合(%)
高度急性期	143,533	140,885	▲1.8
急性期	266,607	259,436	▲2.7
回復期	33,022	44,717	35.4
慢性期	33,554	31,877	▲5.0
合計	476,716	476,915	0.0

出典：厚生労働省資料を基に作成

注：合意していない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いている。

さらに、高度急性期、急性期も1～2%台の減少にとどまっており、具体的対応方針に盛り込まれたからと言って、必ずしも病床削減や病床機能再編が進んでいるとは言えない。

実際、地域医療構想に関するワーキンググループでは、日本医師会の委員から「がっかりする。公立・公的病院等しか担えない機能に特化しているかどうか、といった議論はほとんどしていないのではないか。さしたる議論もなく、合意したのだろう」といった意見が出た²⁰ほか、財務省も2019年4月の会合で、全ての公立・公的医療機関の具体的対応方針が合意されていても、単にほぼ現状維持の方針が示されているだけに過ぎないケースも存在すると指摘した²¹。

第2に、公立・公的医療機関の議論だけでは課題解決に至らない点である。図2で示した通り、日本の医療提供体制は民間中心であり、公立・公的医療機関の役割を限定化する現在の流れだけでは、提供体制改革は困難である。その際の方策として、2年に1回の診療報酬による誘導が想定されるが、診療報酬のルールや単価は全国一律であり、地域差を考慮できない。

そこで地域医療構想による調整が必要になってくるが、公立・公的医療機関が占めるウェイトには

¹⁹ 漸増主義の必然性に関する指摘として、Charles E Lindblom, Edward J Woodhouse (1993) "The Policy-Making" [藪野祐三・案浦明子訳 (2004) 『政策形成の過程』東京大学出版会] がある。

²⁰ 2019年5月16日に開催された第21回地域医療構想に関するワーキンググループの様子を伝える同日配信『m3.com』参照。

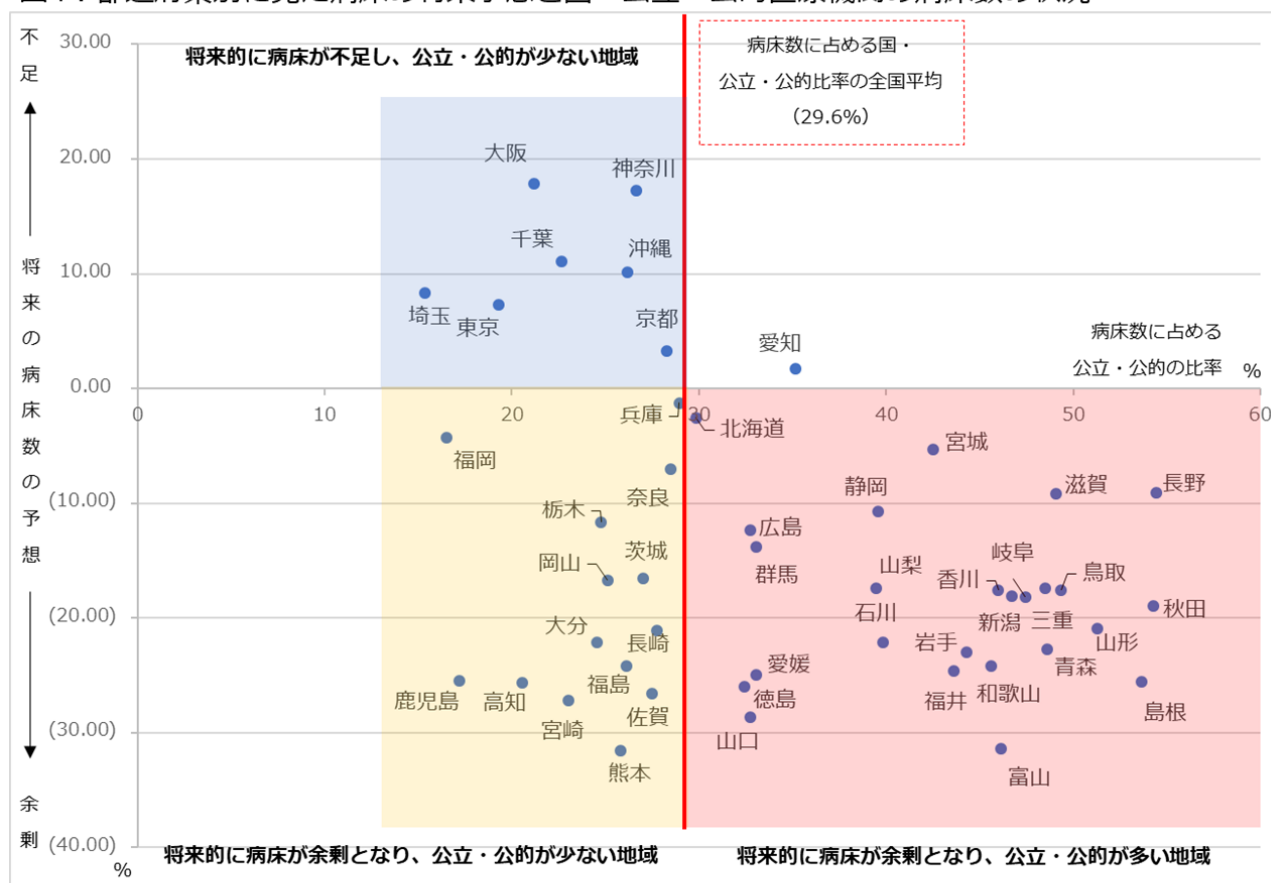
²¹ 2019年4月23日財政制度等審議会財政制度分科会資料。

地域差がある。端的な例で言えば、大都市部は民間医療機関や私立大学の医療機関が多い一方、一般的な傾向として、過疎地では公立・公的医療機関が地域医療の中心的な役割を担っている。このため、公立・公的医療機関の見直し論議を優先する現在の手法が全ての地域で当てはまるとは限らない。

この点を考える上で、一つの参考になるのが図4である。縦軸は地域医療構想に盛り込まれた病床数を基に、2025年の必要病床数から都道府県の地域医療構想に盛り込まれた現状を差し引き、その差を現状で割って算出した数値であり、上に行くほど病床が不足、下に行くほど病床が余剰となることを意味している。これを見ると分かる通り、最大で30%程度の病床が余剰となる地域が見られる一方、三大都市圏を中心に高齢化率が上昇する地域は将来的に病床が不足する予想となっている。

さらに、横軸は病院数に占める公立・公的病院（都道府県、市町村、地方独立行政法人、日本赤十字、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）の合計のウェイトを示しており、中央部の赤い線が全国平均（29.6%）を示す。つまり、赤い線よりも右の部分では公立・公的機関のウェイトが大きく、逆に左側は小さいことを意味する。

図4：都道府県別に見た病床の将来予想と国・公立・公的医療機関の病床数の状況



出典：厚生労働省「2017年医療施設動態調査」、各都道府県の地域医療構想を基に作成

注1：縦軸の「将来の病床数の予想」では2025年の必要病床数から各都道府県の地域医療構想に盛り込まれた現状を差し引き、その差を現状で割って算出。

注2：横軸の「病床数に占める公立・公的の比率」は国、都道府県、市町村、地方独立行政法人、日本赤十字、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合の合計を都道府県全体で割った数字。

図4から言えることとしては、公立・公的医療機関の見直しを優先する手法だけでは全体として不

十分という点である。具体的には、右下に位置する 25 道県は「将来的に病床が余剰となり、公立・公的が多い地域」であり、ここについては「公立・公的医療機関の役割を民間医療機関が担えない機能に特化する」という現在の流れで対処できる可能性がある。

しかし、高知県、佐賀県など左下に位置する 14 県については、「将来的に病床が余剰となり、公立・公的が少ない地域」に区分される。言い換えると。これらの地域は民間医療機関の役割が大きく、民間医療機関を交えた調整が求められる。

さらに、左上に位置する東京都や埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府、京都府、沖縄県の 7 都府県については「将来的に病床が不足し、公立・公的が少ない地域」に類型化されており、こうした地域ではウェイトが大きい民間医療機関（大都市部の場合は私立学校法人）と連携し、在宅医療や医療・介護連携の充実を図ることが求められる。

確かに図 4 については、いくつかの留意が必要である。例えば、①都道府県別の数値であり、構想区域別の地域差を考慮していない、②病床数をベースにしており、外来や在宅医療などを反映できていない——といった限界がある。

しかし、それでも「公立・公的医療機関の役割を民間医療機関が担えない機能に特化する」という現在の流れだけでは、病床数の適正化を含めた地域医療構想の達成が難しい点を把握できる。

6——おわりに

地域医療構想の策定から 2 年を振り返るレポートの（上）では、「公立・公的医療機関の役割を民間医療機関が担えない機能に特化する」という動きが強まっている点を見てきた。これは手を付けやすいところから手を付けている点で、漸増主義的な方法と言えるが、全ての都道府県で有効とは考えにくく、今後は民間医療機関を交えた調整も重要になってくる。

では、こうした地域医療構想の取り組みを加速する上では今後、どんなことが必要になるのだろうか。情報開示・情報共有の重要性を中心に（下）で考察したい。