

# 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(下)

都道府県の情報開示・情報共有を中心に

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～地域医療構想の実現に不可欠な情報開示・情報共有～

都道府県が医療提供体制改革を目指す「地域医療構想」を策定し、2年が過ぎた。地域医療構想は、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。[\(上\)](#)では2年間の動向として、公立・公的医療機関の役割を縮小する動きが強まっている点を確認するとともに、公立・公的医療機関のウエイトには地域差が見られるため、その方法だけでは全ての地域に対応し切れない点を確認した。

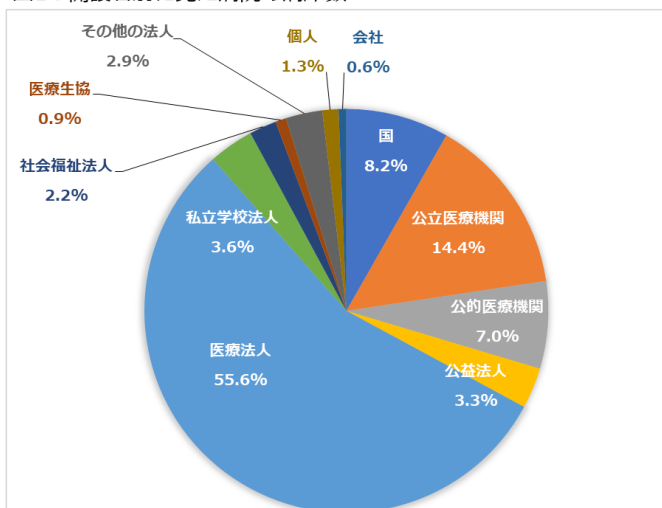
(下)では地域医療構想を進める際の大前提として、地域の関係者が合意形成する重要性を確認する。その上で、議論に用いられている資料や議事録に関する都道府県の情報開示・情報共有のスタンスを確認することで、そのスタンスが不十分である点を指摘する。

### 2—合意形成の重要性

#### 1 | 実効的な権限を有しない都道府県の限界

日本の医療提供体制が民間中心である点は[\(上\)](#)でも述べたが、改めて現状を確認する。図1は開設者別に見た病院の病床数の内訳であり、国は8.2%、公立医療機関は14.4%（都道府県、市町村、地方独立行政法人の合計）、公的医療機関（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、国民健康保険組合の合計）は7.0%にとどまる。これに対し、民間の医療法人が55.6%を占めており、これらの医療機関に対して都道府県は

図1：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。

実効的な権限をほとんど有していない。

その一例として、医療計画制度に基づく病床規制を取り上げる。1980年代からスタートした医療計画制度では、病床過剰地域における病床数に上限を設定している。しかし、民間医療機関に対しては、行政指導の性格しか持たない「勧告」にとどまる上、病床の新設を認めない規制についても、医療計画制度の根拠法である医療法ではなく、健康保険法に基づく保険医療機関に指定しないことで対応している。つまり、保険診療の対象から外れると、医療機関は患者に医療費の全額負担を求めなければならなくなるため、実質的に病床を増やせないようにしているわけだ。

こうした規制については、「どの医療機関の病床が過剰であるか一概に判断できない以上、常にその責めを新規参入者に負わせていることは職業選択の自由を制限する態様として合理的といえるか大いに疑問が残る」<sup>1</sup>という指摘のほか、「医療法の勧告に従わなかったからという理由で、健康保険法で不利益に扱う制度は江戸のかたきを長崎で討つ仕組みだ」<sup>2</sup>という皮肉さえ過去には出ていた。つまり、医療計画の策定を医療法で策定するよう都道府県に義務付けているのに、その実効性は健康保険法で担保している様子について、「江戸（医療法）のかたきを長崎（健康保険法）で討っている」と皮肉ったのである。

言い換えると、上記のような「迂回」的な方法を探らざるを得ないほど、都道府県が民間医療機関に対して行使できる強制力は小さく、こうした制約の下で、病床適正化や切れ目のない提供体制の構築などを進めなければならない難しさがある。

## 2 | 成否を決める関係者の合意形成

そうすると、地域医療構想の成否を決めるのは関係者の合意形成である。その場として期待されているのが「地域医療構想調整会議」（以下、調整会議）である。調整会議は人口20～30万人単位の「構想区域」<sup>3</sup>ごとに設置されており、地域医療構想を策定・推進する都道府県だけでなく、地元医師会や民間医療機関の関係者、介護関係者、市町村、保険者（協会けんぽなど保険制度を運営する主体）、住民といった多岐に渡る関係者との合意形成に力点が置かれている。

では、なぜ関係者が多岐に渡るのであるのか。例えば、地域医療構想の策定に際して、都道府県が試算した病床数のギャップは表1の通りであり、このうち慢性期病床に関しては、「慢性期に入院する軽

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。

<sup>1</sup> 加藤智章、菊池馨実、倉田聡、前田雅子（2017）『社会保障法（第6版）』有斐閣 pp149-151。

<sup>2</sup> 1998年4月14日第142回国会衆議院厚生委員会。医療法改正に関する国会審議に際して、行政法の専門家である阿部泰隆神戸大学教授（当時）が述べた発言。

<sup>3</sup> 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。

度な患者（医療区分Ⅰ）の70%が在宅医療に移行する」という前提に立っている。このため、地域医療構想における慢性期病床の余剰とは、在宅医療の普及を前提としていることになる。

しかし、在宅医療における関係者は医療従事者に限らない。生活に密着している在宅医療は介護・福祉との接点が多く、医療従事者と介護従事者の連携が問われる。このほか、介護・福祉政策や健康づくり政策などで住民との接点が大きい市町村、健診などを実施している保険者との連携も問われる。

以上の議論を踏まえると、「(筆者注：医療と介護の連携に力点を置いたイギリス、ドイツの制度改革と比べると) 地域医療構想は病院部門内、入院と外来、医療と介護の役割を同時に調整する作業であり、複雑さと困難さが非常に高い」との指摘<sup>4</sup>に見られる通り、都道府県は難しい調整を求められていると言える<sup>5</sup>。

### 3 | 合意形成の最低限の基盤としての情報開示・情報共有

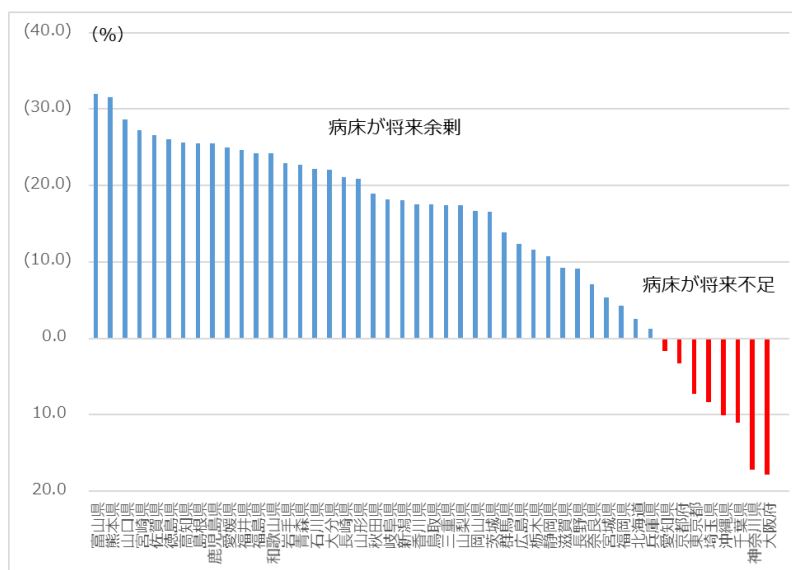
こうした調整を考える上で、「どうやったらスムーズに合意形成が進むか」を一律に論じるのは難しい。図2に見られる通り、将来の病床数の余剰・不足については地域差が大きく、こうした中で求められる医療政策が異なってくるし、地域の関係者が欲する情報も違う。例えば、これから人口や高齢者が減る地域では、外来や入院需要が減るデータを示せば、医療機関はパイの拡大が難しいことを理解できるようになり、方向転換を促せる可能性があるが、2025年以降も高齢者が増える三大都市圏で通用するアプローチとは思えない。

このほか、都道府県の担当職員の意欲や力量の差、地元医師会のスタンス、都道府県と地元医師会の関係、(上)で述べた公立・公的医療機関のウエイトといった地域事情を踏まえる必要もあり、合意形成を得るための「早道」は存在しない。一言で評すると、地域の事情に応じて都道府県を中心に関係者が地道に合意形成を積み上げるアプローチが重要になる。

その際、合意形成プロセスの公開は一つの重要なエッセンスと思

われる。例えば、地域医療構想のポイントの一つは医療機関の役割分担を定める点にあり、「××病院が急性期を維持するのであれば、△△病院は回復期を中心に地域の開業医と連携する」といった形で合意を形成する上では、相互の信頼関係の構築が不可欠であり、「隣の●●病院が急性期を維持するつもりなのでは」といった不信感を相互に持っている、調整が進まない可能性がある。こうした不

図2：地域医療構想に盛り込まれた病床数の余剰または不足の状況



出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

<sup>4</sup> 泉田信行 (2016) 「医療サービスの供給確保・地域医療構想」『社会保障研究』Vol.1 No. 3。

<sup>5</sup> ここでは触れないが、地域医療構想の推進に際しては、▽2019年度に策定する「医師確保計画」による医師偏在是正、▽外来医療計画の策定、▽医師の働き方改革——との整合性を図る必要もあり、調整の難しさは一層、増している。

信感を払拭し、関係者同士の信頼関係を構築する上では、調整プロセスの透明性を高める情報開示・情報共有が非常に重要になる。

さらに調整会議を運営する都道府県と、民間医療機関の信頼関係も必要である。民間医療機関から見ると、公立病院を所管している都道府県は患者獲得を巡って競争しているライバルでもある。こうした状況で都道府県が公立病院の利益を優先した場合、あるいは「優先している」と民間医療機関に受け止められた場合、民間医療機関の不信感を招く危険性がある。つまり、調整会議における都道府県の役割は議論を調整するコーディネーターとして振る舞うことが期待されているのに、民間医療機関が「都道府県はプレイヤーとしての利益を優先している」と疑えば、調整や合意形成は進みにくくなる。

このほか、住民の理解も欠かせない。例えば、病床を減らしたり、機能を再編したりする合意が関係者の中で整ったとしても、「今まで5分あれば救急車で運んでもらえたのに、来年度から15分になる」という形で受け止められれば、住民から反発や不安が出る可能性がある。増してや、公立病院の統廃合や再編は住民の反発を招いたり、首長や議員の選挙で争点になったりする分、理屈通りに進まないことが多い。こうした反発や不安への対応として、「救急機能に影響が出ないようにドクターヘリを整備する」といった代替策を検討することが求められる<sup>6</sup>ほか、住民に対する丁寧な説明プロセスが求められる。

以上の点を踏まえると、関係者の合意形成を図る最低限の基盤として、調整会議の資料や議事録を幅広く公開される必要がある。この点については、ヘルスケアシステムの良いガバナンス（統治）や住民参加に必要な要素として、「透明性」（transparency）が論じられていることとも符合する<sup>7</sup>。

では、都道府県は地域医療構想について、どのような情報開示・情報共有に取り組んでいるのだろうか。都道府県のウェブサイトに掲載している資料・議事録の公開度合いを検証することで、調整会議の合意形成プロセスに関する情報開示・情報共有に向けたスタンスを検証する。

### 3—都道府県による情報開示・情報共有の検証

#### 1 | 検証の方法

検証に際しては、都道府県のウェブサイトをチェックすることで、全国341に分かれた構想区域ごとに公開度合いを検証した<sup>8</sup>。その際、以下の方法で実施する。

- ① 2019年5月25日時点で都道府県のウェブサイトをチェックし、「調整会議の資料は公開されているか」を構想区域ごとに検証する。
- ② さらに、2019年5月25日時点で都道府県のウェブサイトをチェックし、「調整会議の議事録は公開されているか」を構想区域ごとに検証する。

<sup>6</sup> ここでは詳しく述べないが、過疎地における医師確保などが求められる場合、2019年度中に都道府県が策定する「医師確保計画」との整合性も問われることになり、都道府県の責任が一層、増すことになる。

<sup>7</sup> Scott L. Greer et al (2015) “Strengthening Health System Governance” European Observatory on Health Systems and Policies Series, pp32-41.

<sup>8</sup> 熊本県が「熊本区域」「上益城区域」の会議を一体で開催するなど、幾つかの区域では複数の区域にまたがって調整会議を一体で開催したり、区域を細かく分けたりしている例も見られるが、地域医療構想が策定された時点の341区域で統一した。

- ③ このうち議事録については、「議事録が全文（やり取りが分かる詳しい概要を含む）または一部か」「議事録は実名または匿名か」という点も構想区域ごとに検証する。
- ④ その際、厚生労働省の集計によると、構想区域ごとの会議は2017年度で計1,067回、2018年度で計1,327回に及んでいる<sup>9</sup>といい、2年間で平均すると一つの区域で計7回は開催されている計算であり、2017年度、2018年度の双方を検証する。
- ⑤ ただ、「2017年度の第1回調整会議の資料、議事録は公開されているけど、第2回は非開示」「2018年度の第2回は詳細に議事録を公開しているが、第1回は概要だけ」といった形で、同じ区域、同じ年度でも公開度合いが異なるケースが見られるため、同じ年度、同じ区域で一つでも資料や議事録が開示されている場合は「あり」にカウントする。議事録の全文 or 一部、実名 or 匿名の判断についても、これに準じる。
- ⑥ その上で、地域医療構想を策定した後の変化を検証するため、策定プロセスにおける都道府県の情報開示・情報共有のスタンスと対比させる。2015年3月に取りまとめられた国の「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき、都道府県は地元医師会や医療機関関係者、介護事業者、市町村、住民代表などで構成する会議体を設置し、地域医療構想を2017年3月までに策定した。そこで、2017年3月31日現在における策定プロセスの公開度合いと、①～⑤の結果との比較を試みる。ただ、⑥については、「①～⑤の分析が構想区域単位であるのに対し、⑥は都道府県単位となる」「①～⑤の調査年次が2019年5月25日現在であるのに対し、⑥は2017年3月31日現在の数字」という点で単純な比較は困難であり、一つの参考資料として用いる。

以下、上記の方法で得られた結果を基に、①調整会議に提出された資料の公開、②調整会議に関する議事録の公開——の2つに整理し、考察を深めることとする。

## 2 | 公開度合いの検証の結果(1)

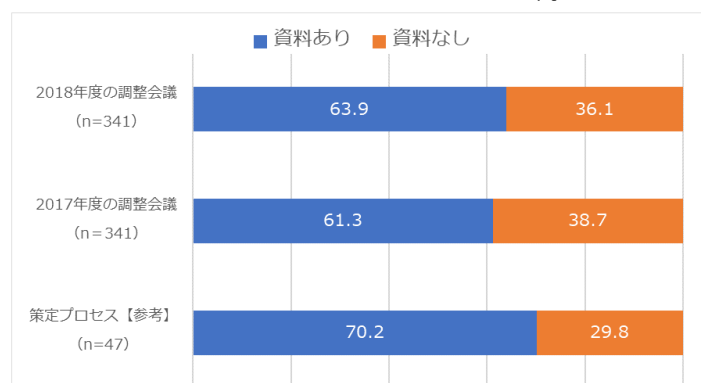
### ～調整会議に提出された資料～

まず、調整会議に提出された資料の公開度合いをチェックすると、図3の通り、2018年度で63.9%の218区域、2017年度で209区域の61.3%であり、3～4割程度の構想区域で資料が公開・共有されていないことになる。さらに、70.2%（33都道府県）だった策定プロセス時点と比べると、「資料あり」の比率は少し悪化していた。

では、これらの結果をどう考えるべきだろうか。全体として6割程度の情報が開示されており、一見すると前向きのように映る。

しかし、2017年度の資料についてはリンク切れで入手できない構想区域が散見され、資料を開示・

図3：地域医療構想の調整で用いられている資料の開示状況



出典：各都道府県のウェブサイトを基に作成  
 注1：2018年度、2017年度は2019年5月25日に閲覧。  
 注2：策定プロセスは2017年3月31日閲覧。

<sup>9</sup> 2019年5月16日第21回地域医療構想に関するワーキンググループ資料を参照。

共有しようという意識を欠くケースが見られた。これはウェブサイトの更新による影響と推察され、2017年度の「資料あり」の数字が2018年度よりも3ポイントほど低いのは、このためである。

さらに策定プロセスの時点よりも「資料あり」の数字が悪化している点を加味すると、調整会議に提出した資料について、都道府県の情報開示・情報共有のスタンスは積極的だったとは言えない。

### 3 | 公開度合いの検証の結果(2)～調整会議の議事録公開～

続いて調整会議の議事録についての公開度合いを見る。最初に、議事録の「あり」「なし」をチェックし、その上で「議事録が全文（やり取りが分かる詳しい概要を含む）または一部か」「議事録は実名または匿名か」を検証した。

その結果は表2の通りであり、「議事録あり」は2018年度で221区域の64.8%、2017年度で211区域の61.9%だった。つまり、6割近くの地域で議事録が公開されており、これを策定プロセスと比較すると、開示していたのは63.8%（30都道府県）だったので、ほとんど変わらなかったことになる。

表2：地域医療構想の調整に関する議事録の開示状況

単位：%	議事録あり	議事録は全文or一部か		議事録は実名or匿名か		議事録なし
		うち議事録全文	うち議事録一部	うち議事録実名	うち議事録匿名	
2018年度の調整会議	64.8	46.3	18.5	25.5	39.3	35.2
2017年度の調整会議	61.9	42.2	19.7	24.6	37.2	38.1
策定プロセス(参考)	63.8	34.0	29.8	25.5	38.3	36.2

出典：各都道府県のウェブサイトを基に作成  
注1：2018年度、2017年度は2019年5月25日に閲覧。  
注2：策定プロセスは2017年3月31日閲覧。  
注3：同じ年度で会議が複数開かれ、公開と非公開の取り扱いが異なり、1回でも議事録、資料が開示されている場合は「あり」に、1回でも全文、実名の場合も「全文」「実名」でカウントした。  
注4：会議の結果や結論だけを短く公開しているケースも「議事録あり」に含む。  
注5：発言内容ややり取りが分かる詳しい議事概要は「全文」でカウントした。  
注6：都道府県や公立・公的医療機関の説明者だけ氏名を公開している場合、「匿名」でカウントした。

次に、開示されている議事録の内容である。議事録の有無に関する検証に際しては、1～3行程度で結果を短く紹介しているケースについても「議事録あり」にカウントしたため、開示されている情報の「質」を把握するのが目的である。

具体的には、開示されている議事録について、「全文（やり取りが分かる詳しい概要を含む）か一部か」をチェックすると、2018年度で46.3%の158区域、2017年度で42.2%の144区域が「全文（やり取りが分かる詳しい概要を含む）」だった。さらに、これを策定プロセスと比べると、34.0%（16都道府県）だったので、やや改善したことになる。実際、策定プロセスでは積極的に情報を開示・共有していなかったいくつかの県が調整プロセスに際して議事録を全文か、やり取りが分かる程度まで詳しく開示するようになっており、改善の形跡が見受けられた。

しかし、「実名か匿名か」という点で見ると、実名は2018年度、2017年度ともに4分の1程度の区域にとどまっており、策定プロセスの時点とほとんど変わらなかった。

### 4 | 神奈川県、熊本県の好事例

情報開示・情報共有に積極的だったケースとしては、神奈川県と熊本県を挙げることができる。両

県は地域医療構想の策定、調整プロセスについて、議論に用いた資料だけでなく、議事録を全文、実名で公開しており、殆ど全ての情報を入手できる。さらに、情報を欲している人にとっての使い勝手を意識しており、構想区域ごとに調整会議の資料、議事録を統一的、総覧的にチェックできるポータルサイトを作っている。

## 5 | 積極的とは言えない都道府県のスタンス

しかし、こうした模範的な事例は極めて少数派であり、資料・議事録の開示に関する都道府県のスタンスは積極的だったとは言えない。

留意すべきなのは図3や表2で示した数字の限界である。検証の過程では「2017年度の第1回調整会議の資料、議事録は公開されているけど、第2回は非開示」「2018年度の第2回は詳細に議事録を公開しているが、第1回は概要だけ」「ウェブサイトでは第2回の資料、議事録が出ているのに、第1回が開催された形跡が見受けられない」といった事例が数多く見られ、定量化に際しては「同じ年度で1回でも資料、議事録が公開されていれば、『あり』にカウントする」「1~3行程度だけでも開催結果を開示している場合、『議事録あり』で計算する」といった形で、一定程度の基準を設けざるを得なかった。

このため、「6割の都道府県が資料、議事録を開示しており、都道府県が情報開示・情報共有に前向きだった」と一概に言い切れない面がある。以下、定量的な分析では把握し切れない不十分な事例を幾つか明らかにしていく。

## 4——不十分な情報開示・情報共有の事例

### 1 | ウェブサイトから探しにくい議事録の事例

本題に入る前に、ある構想区域の議事録で見掛けた以下の発言をご覧頂きたい。公表されている議事録が匿名なので、発言者の名前は判然としないが、外部委員として調整会議に名を連ねる民間医療機関の関係者による発言と思われる。

**住民にどのように提示すればよいかをお考えいただきたい。ここでは各病院のベッド数の削減を協議しているが、国の示された数字にわれわれがどう合わせていくかという議論でしかない。現場で誰が説明するのか。我々が「国の方針ですから」と言ったところで、住民からは「えっ」という反応しか返ってこない。**

実際の発言よりも少し短くしているが、病床削減に対する住民の反対が起きる可能性を示している点で、非常に重要な指摘である。だからこそ情報開示・情報共有が重要になると言える。

しかし、この議事録を当の住民が目にする機会は少ないと思われる。調整会議の資料、議事録を開示している県のウェブサイトから入ろうとすると、議事録のリンク先は切れており、この議事録を探し当てるまでにはウェブサイト内の検索欄で「●●区域 地域医療構想調整会議 ××年度」と複数回、入力しなければならなかった。こうした手間暇（機会費用）を支払う住民は恐らく皆無であり、「情報が開示／共有されている」とは言えないだろう。

実は、こうした事例には枚挙に暇がない。例えば、「地域医療構想に基づくあるべき医療提供体制の

構築は、県民の協力がなければ実現できません」と地域医療構想で書いていた某県のウェブサイトでは「事務局から資料に基づき説明がなされ、審議が行われた」と報告しているだけであり、審議の詳細や資料が公開されていない。実際、地域医療構想の策定から2年が過ぎたのに、調整会議に関する議事録や資料をウェブサイトで過去、全く開示していない県が4つも存在する。

## 2 | 1~3行しか結果を公表していない「議事録」の事例

議事録についても、開示・共有されている情報の「質」に問題がある。先の検証で述べた通り、6割程度の構想区域で議事録が開示されていたが、やり取りが分かる程度まで情報を出しているケースは4割程度にとどまり、その差の2割は「行政が説明した事実だけを1~3行だけ紹介し、その間のやり取りは開示していない」「文脈や流れを整理しないまま、調整会議で出た意見を列挙している」といったケースになる。

これらは集計の区分上、いずれも「議事録あり」にカウントしたが、1~3行程度の開催結果や雑然とした発言録だけで、情報を開示・共有しているとは言えないだろう。

## 3 | 開催告知では「公開」なのに、情報を公開していない事例

ウェブサイトを見ると、調整会議の開催を知らせる際には「会議の取り扱い：公開」としているのに、資料や議事録を公開していないケースが数多く散見された。

筆者自身の意見としては、全ての会議を闇雲に公開すれば良いとは思っていない。個別病院の経営判断に直結する微妙な話題については、関係者が数多く参加する公開の場で取り上げるのは難しいため、会議自体を非公開で開催したり、関係者が非公式に下打ち合わせしたりする必要性は理解できる。現に議事録を全文、実名で公開している構想区域でも、2部構成にして後半を非公開にしているようなケースがあった。

しかし、それでも税金で運営されている調整会議は公開を原則とすべきであり、傍聴可能な会議の資料や議事録をウェブサイトで公開しないのは奇異に映る。

## 4 | 統一感を欠く情報開示・情報共有の事例

情報を開示・共有する方法に統一感が見られない事例も数多く見られた。例えば、「第1回の資料・議事録がないのに、第2回のみだけが掲載されている」「過去2~3回分の資料・議事録は掲載しているのに、その以前は入手できない」「一部の資料や議事録のリンク先が切れている」「2017年度分は全文、実名で丁寧に公開しているのに、2018年度分は議事概要、匿名に変わった」「2017年度の会議録が依然として『準備中』になっている」といった事象が数多く見られた。

このほか、区域ごとに公開度合いが異なるケースも多く、「A区域は資料・議事録を公開しているのに、B区域は全く開示していない」「他の区域は全て資料・議事録を開示していないのに、C区域だけ開示している」といったケースが数多くあり、先に触れた通り、ウェブサイト内の検索欄で「●●区域 地域医療構想調整会議 ××年度」と入力しなければならなかった。これは調整会議の運営を保健所や出先機関が担っている関係で、統一的な運用がなされていないことを示す。

以上のような状況は情報を入手したい人間にとって、相当なフラストレーションになり、結果的に



都道府県のスタンスが問われることになりかねない。

## 5—不十分な情報開示・情報共有の問題点

議事録の公開が不十分な点は調整会議を活性化できない原因にもなり得る。以下、「都道府県職員が見落としした情報にこそ、価値が眠っている可能性がある」「民間医療機関の経営者など外部委員の手間暇（機会費用）を考慮すべきだ」という2つの点で考察を深めたい。

まず、前者から述べよう。例えば、都道府県の職員が議事録を整理する際、「特に発言・質疑なし」と判断したとしても、そこには調整会議に参加する外部委員の関心事を把握する上で、重要な手掛かりが眠っているのではないだろうか。その一例として、全文、実名で公開されている議事録を読むと、調整会議に参加している民間医療機関の経営者が「病床機能報告と必要病床数の違いは何か」「必要病床数の計算式はどうなっているのか」などと、制度の考え方や運用を担当職員に尋ねているケースが散見された。これらは民間医療機関から見れば経営を左右しかねない不安材料であり、調整会議の席で確認したのかもしれない。

つまり、こうした発言や質問が出ていること自体に価値があり、その不安を払拭するのが担当職員の腕の見せ所である。議事録上では「特に発言・質疑なし」とされる調整会議で果たして、本当にこうしたやり取りがなかったのだろうか。

さらに、筆者が都道府県の職員だとすると、「発言や質疑がなかったこと自体が問題なのではないか」という不安に駆られることであろう。これだけ民間医療機関の経営や住民の健康・生活に影響する案件について、民間医療機関の経営者や市町村の担当者から一切、意見や質問が出ないこと自体が不思議だからである。そうなると、国から示されている膨大な資料の説明に時間が費やされ、実質的な議論に時間を割けなかったことが原因かもしれないし、盛り沢山の資料を直前に送付してしまったため、外部の委員が読み解く時間を取れなかったことも考えられる。こうした点が原因だとすると、都道府県の職員は調整会議の外部委員、中でも民間医療機関の関係者の信頼を勝ち取る好機を逸しているのかもしれない。

もう一つの「民間医療機関の経営者など外部委員の手間暇（機会費用）を考慮すべきだ」という点では、調整会議の外部委員の立場で考えると見えて来る。例えば、調整会議に名を連ねている民間医療機関の経営者は診療や経営に充てる時間を割いており、これは他の委員も大同小異である。会議に参加する時間だけでなく、資料を読み解く時間、移動時間などを考えれば、相当な手間暇（機会費用）を払っていることになる。

それにもかかわらず、自らの発言・質疑が「特になし」と編集・総括されていることを知ったら、どう思うだろうか。恐らく調整会議に出席し、そこで発言する手間暇（機会費用）を惜しむことであろう。その結果、調整会議の議論は実効的にならず、民間医療機関による陳情の場か、都道府県が国の事務連絡をお知らせする場にとどまってしまう危険性がある。

もちろん、都道府県が調整会議で出た意見を編集し、政策立案の参考になるように構造的に整理することは重要である。現に調整会議で出た意見を「基本理念」「がん医療対策」「在宅医療対策」などと整理し、県の意見や対応策を記載した資料を開示・共有しているケースが見受けられた。

ただ、調整会議の発言が重要か否か判断する主体は本来、情報の受け手である住民や民間医療機関

である。原則として調整会議で出た意見や質問は編集せずに開示すべきである。

## 6—おわりに

(注：地域医療構想を巡る) 論議の進捗には依然として大きなバラつきがあるので、国が調整会議の議論に介入すべきではないか——。4月24日の社会保障審議会(厚生労働相の諮問機関)医療部会では、こんな意見が一部の委員から出たという<sup>10</sup>。筆者の目から見ると、地域の自主性に力点を置く地域医療構想の大前提を覆す問題発言である。その場でも「国による一律の関与は困難ではないか」という反論があり、大勢を占めるに至らなかったが、都道府県が主体性を発揮しなければ、こうした形で国の統制強化を求める議論が強まるのは避けられない。実際、5月31日の経済財政諮問会議では病床数の適正化に向けて、国の主導性発揮を促す意見が相次いだ<sup>11</sup>。

しかし、地域医療構想は本来、都道府県の自主性を重視した制度設計になっており、都道府県としては調整会議の議論が実りある形になるよう、将来の医療需要や地域の現状など医療機関が欲する情報を開示し、議論に用いたデータや議論の内容を共有していくことが必要になる。確かに調整会議の資料や議事録を開示したと言っても、必要な調整が進むとは限らないが、合意形成を図る上で情報開示・情報共有は大前提である。

増してや、(上)で述べた通り、公立・公的医療機関の役割を限定する方法は全ての地域で通用しない以上、民間医療機関との信頼関係構築が不可欠であり、情報開示・情報共有は一つの基盤である。さらに実際に病床を削減することになった場合、事前に情報を開示・共有することで、住民の不安や不満を和らげる効果も期待できる。

今後、住民や民間医療機関を含めた地域の関係者の間で、どうやって合意形成を図るか。その際、どんな情報を提供し、どういう形で議論の経過をオープンにしていくか。都道府県の対応が問われる。

<sup>10</sup> 2019年5月7日『メディ・ウオッチ』、2019年4月24日『m3.com』を参照。現時点では議事録が公開されていないが、2つの記事では発言が細部で異なるため、大意を取った。

<sup>11</sup> 2019年5月31日の経済財政諮問会議では、根本匠厚生労働相が取り組みの加速化に向けた方策として、①都道府県に対し、公立・公的医療機関の役割を定めた具体的対応方針の再検証を2019年央に要請するとともに、要請対象の医療機関を公表し、都道府県が遅くとも2020年秋をメドに再協議・同意を終了する、②①の医療機関を含む区域から、国が重点的に支援する区域を設定、都道府県と連携しつつデータ分析や再編統合の方向性について直接助言、③病床のダウンサイジング支援の追加的方策——といった施策を打ち出した。これに対し、麻生太郎副総理兼財務相や民間議員から都道府県の権限強化などを求める意見があり、安倍晋三首相が地域医療構想の「確実な実行」を根本厚生労働相に指示した。2019年5月31日経済財政諮問会議資料、大臣記者会見要旨、首相官邸ホームページを参照。