

基礎研 レポート

公立病院の具体名公表で医療 提供体制改革は進むのか 求められる丁寧な説明、合意形成プロセス

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

1—はじめに～個別病院名の公表で提供体制改革は進むのか～

病床再編などを目指す「地域医療構想」に関連し、厚生労働省は9月26日の「地域医療構想に関するワーキンググループ（以下、地域医療構想WG）」で、「再編・統合の議論が必要な病院」として424の公立・公的医療機関の具体名を公表した。個別の医療機関名を「名指し」するのは異例の対応であり、自治体や現場では当惑や不満の声が上がっている。

では、どんな分析方法や経緯を経て、424の公立・公的医療機関が名指しされるに至ったのだろうか。あるいはなぜ開示に踏み切ったのだろうか。

本レポートでは開示された内容の解説や分析を試みるとともに、自治体や現場から「乱暴」「短絡的」といった反応が出ている点を取り上げる。さらに、こうした軋轢が起きるような異例の開示に踏み切った理由を探るため、政策決定過程を考察する。具体的には、今回の病院名公表に影響した要因として、病床適正化による医療費節約に向けた財政当局のプレッシャーが強まった点や、公立・公的医療機関を優先的に見直すように日本医師会が迫った点を指摘する。

その上で、これから国レベルで起きることを予想しつつ、自治体に問われる対応として関係者への丁寧な説明や合意形成の重要性などを論じる。

2—病院名公表の内容

1 | 地域医療構想の概要と経緯

まず、地域医療構想の概要から説明しよう¹。地域医療構想とは、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上となる2025年を視野に入れつつ、急性期病床の削減や在宅医療の充実などを進める政策で、都道府県が医療計画の一部として2017年3月までに策定した。具体的には、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床機能ごとに、現状と2025年の病床数を比較し、現状と将来のギャップを明らかにした。その結果、全国的には高度急性期、急性期、慢性期が余剰、回復期が不足する数字

¹ 地域医療構想については、拙稿レポートで何度か取り上げている。詳細については、2017年11～12月の4回連載の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」、2019年5～6月の2回連載「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（いずれもリンク先は第1回）を参照。

が示され、高度急性期と急性期の削減、回復期の充実、慢性期の削減と受け皿としての在宅医療の整備が必要と理解されている。

ただ、現状と将来のギャップは地域ごとに異なるため、2次医療圏を軸とした「構想区域」を設定。さらに、日本は民間中心の医療提供体制であり、国や都道府県は民間医療機関に対して強制力をほとんど持っていないため、都道府県や民間医療機関、介護関係者、住民などで構成する「地域医療構想調整会議」（以下、調整会議）を構想区域ごとに組織し、民間医療機関の自主的な対応や関係者の合意形成を重視しつつ、提供体制改革を進めている。

策定後2年間の動向としては、公立・公的医療機関の見直し論議が先行した。具体的には、国は公立・公的医療機関に対し、2025年を意識した業務の見直し計画（「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」）を策定するよう求めるとともに、これを踏まえて将来の役割分担などについて、調整会議における合意形成を2018年度末までに終わらせるよう各都道府県に要請した。

しかし、後述する通りに「見直しが十分に進んでいない」と判断され、再編や統合に向けた再検証を要請する対象機関（再検証要請対象医療機関）が開示されるに至った。

図1：病院名公表に際して使われた分析の考え方のイメージ

2 | 病院名公表の方法

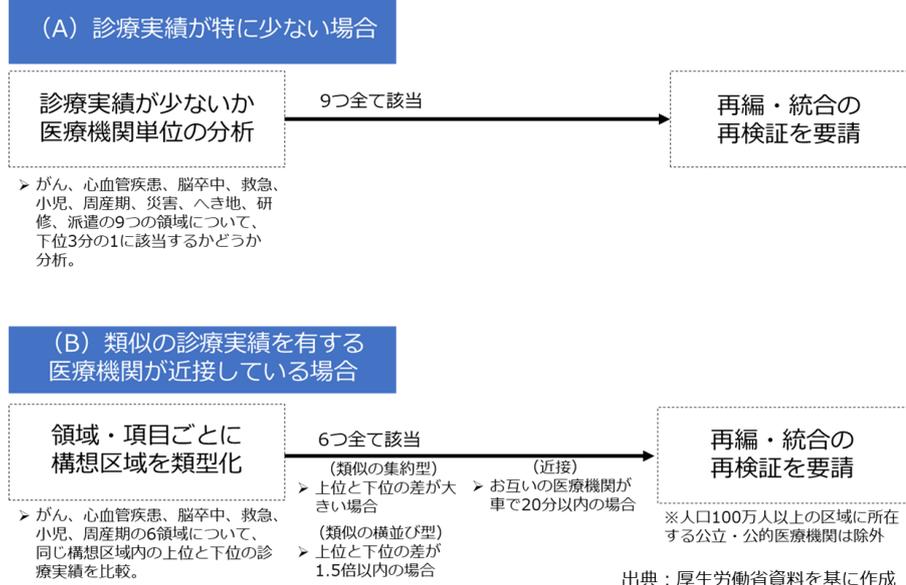
今回、「名指し」を受けたのは424の公立・公的医療機関であり、9月26日に開催された地域医療構想WGで公表された。

病院名の公表に際しては、(A) 診療実績が特に少ない場合、(B) 類似の診療実績を有する医療機関が近接している場合—という2つの判断基準が使われ、どちらかに該

当した公立・公的病院を再検証要請対象医療機関とした。その簡単なイメージは図1の通りである。

このうち (A) では、339の構想区域を人口規模別に5つに区分し、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣の9つの領域について、各人口区分で下位3分の1の診療実績に該当する病院を「診療実績が特に少ない」と見なした。その上で、9つの領域の全てに「診療実績が特に少ない」と判断された公立・公的医療機関については、再編・統合に向けた「再検証要請対象医療機関」と判定した。

以上のような (A) と比べると、(B) は少し複雑である。具体的には、「類似」「近接」に分かれており、「類似」については、がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期の6つの領域について、①同じ構想区域内で診療実績が上位50%以内に入っている医療機関を上位グループと見なす、②上位グループのうち、「診療実績の占有率が最低位」の実績と、下位グループで「診療実績の占有率が最高位」



にランクした医療機関の実績を比較し、上位と下位で明らかな差がある場合は「集約型」と判断、③上位と下位の差が1.5倍以内の場合は「横並び型」と判断、④どちらのタイプでも、6つの領域全てで該当する場合は「類似」と見なす——とした。

その上で、お互いの所在地が車で概ね20分以内に立地している場合を「近接する医療機関」と見なし、「類似」「近接」の双方を満たした場合、「再検証要請対象医療機関」と判断した。個別病院名の公表で使われた分析・判断基準のイメージは表1の通りである。

表1：個別病院名の公表で使われた分析・判断基準のイメージ

運営主体	病床数など（床数）					A：特に診療実績が少ない									B：類似かつ近接する					再検証要請対象医療機関				
	合計病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	病床稼働率	がん	心血管疾患	脳卒中	救急	小児	周産期	災害	へき地	研修・派遣	A該当数	がん	心血管疾患	脳卒中		救急	小児	周産期	B該当数
公立（市町村）	130	0	100	0	30	70%	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9	●	●	●	●	●	●	6	●
公立（国立病院機構）	240	0	100	110	30	79%	●	●						●	●	4	●		●				3	
公立（都道府県）	135	0	100	35	0	75%	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9		●		●			3	●
公的（日赤）	500	230	270	0	0	87%		●		●	●					4							0	
公的（済生会）	405	15	390	0	0	80%	●		●		●					3	●		●	●			3	

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：病床稼働率は高度急性期、急性期。

ただ、(B)については、人口100万人以上の構想区域に立地している公立・公的医療機関は除外された。東京都心のような人口過密地域の場合、類似の状況にある医療機関が多数に及ぶため、別に整理が必要という判断の下、今回の分析対象には含まれていなかった。

こうした絞り込み作業の結果、(A)だけに該当するのは117病院、(B)だけに該当するのは147病院、(A)(B)ともに該当するのは160病院となった。全体の病院に占めるイメージは図2の通りであり、424病院を運営主体別に見ると、公立医療機関が257病院、公的医療機関等が167病院であり、後者には医師会病院を含む17の民間運営による地域医療支援病院²が含まれる。

図2：全体に占める個別名公表の病院数のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成
注1：一般病床もしくは療養病床を持つ医療機関で、2017年病床機能報告で「高度急性期」「急性期」病床を持つ医療機関の総数。
注2：内訳は公立病院が257病院、公的医療機関が167病院であり、後者には民間の地域医療支援病院の17病院を含む。
注3：Aとは、がんなど9つの領域について、「特に診療実績が少ない公立・公的医療機関」を指す。
注4：Bとは、がんなど6つ領域について、「類似かつ近接する公的・公立医療機関」を指す。

全体の病院に占めるイメージは図2の通りであり、424病院を運営主体別に見ると、公立医療機関が257病院、公的医療機関等が167病院であり、後者には医師会病院を含む17の民間運営による地域医療支援病院²が含まれる。

² 地域内の病院や診療所の支援を通じて、医療機能の役割分担や連携を進めるための病院。病床数が200床以上、24時間体

まれている。

3 | 強制力を持たない病院名公表の意味合い

では、個別病院名の公表はどういった意味合いを持つのであろうか。今回の個別名公表を踏まえ、国は再編・統合の可能性について、2020年9月までに結論を出すように求めているが、地域医療構想の推進を含めた医療行政の大半は法令に違反しない限り、自治体に判断を委ねる「自治事務」である。このため、厚生労働省が病院名を公表したからと言って、再編・統合が決まったわけではない。

今後は再編・統合しない選択肢も含めて、調整会議で議論が進む見通しであり、加藤勝信厚生労働相は「今後議論していただくための一つの参考資料として出させていただいた」と強調している³。さらに、厚生労働省は公表翌日、「地域医療構想の実現に向けて」と題する資料⁴を公表し、「必ずしも医療機関そのものの統廃合を決めるものではありません」「病院が将来担うべき役割や、それに必要なダウンサイジング・機能分化等の方向性を機械的に決めるものでもありません」と説明した。

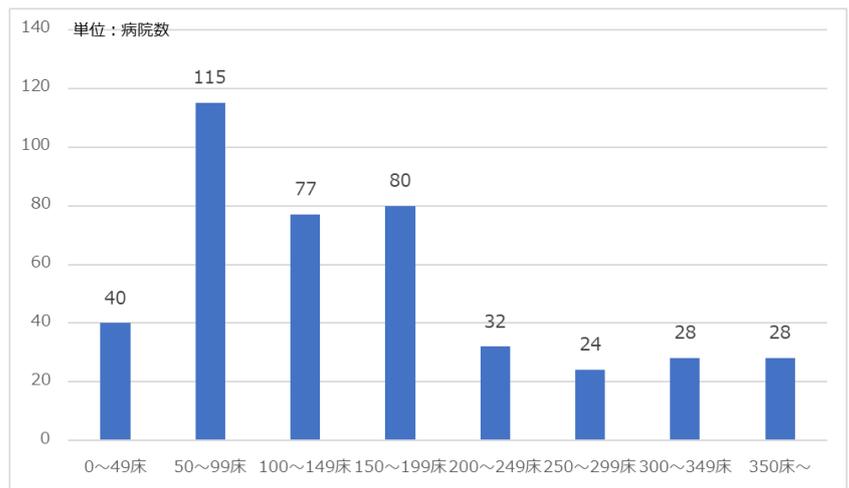
3——個別名が公表された病院の特徴

1 | 病床数で見た全体の分布

では、どういった病院が含まれているのだろうか。あるいは地域別分布に何か特徴はあるのだろうか。以下、①病床数で見た全体の分布、②都道府県別で見た地域差——の2点について、簡単に分析を試みることで、全体像の把握に努める。

まず、病床数で見た全体の分布である。50床刻みで図示したのが図3である。具体的には、50～99床が115病院、100～149床が77病院、150～199床が80病院となり、病床数200床未満の病院が73.6%を占めるなど、中小規模の病院が数多く含まれた形だ。今回の評価項目の多くは急性期の医療に関係しており、規模が小さく、診療実績が少ない医療機関が多く選ばれた傾向を見て取れる。

図3：公表された個別病院の病床数分布



出典：厚生労働省資料を基に作成
注：病床数は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の合計。

2 | 都道府県別で見た分布

次に、都道府県別で見た地域差である。都道府県別で再検証の要請対象が最も多かったのは、北海道の54病院であり、その後は新潟22病院、宮城19病院などと続く。都道府県内の公立・公的医療機

制による救急医療の提供などの要件が定められている。

³ 厚生労働省ホームページ2019年10月4日加藤大臣会見概要。

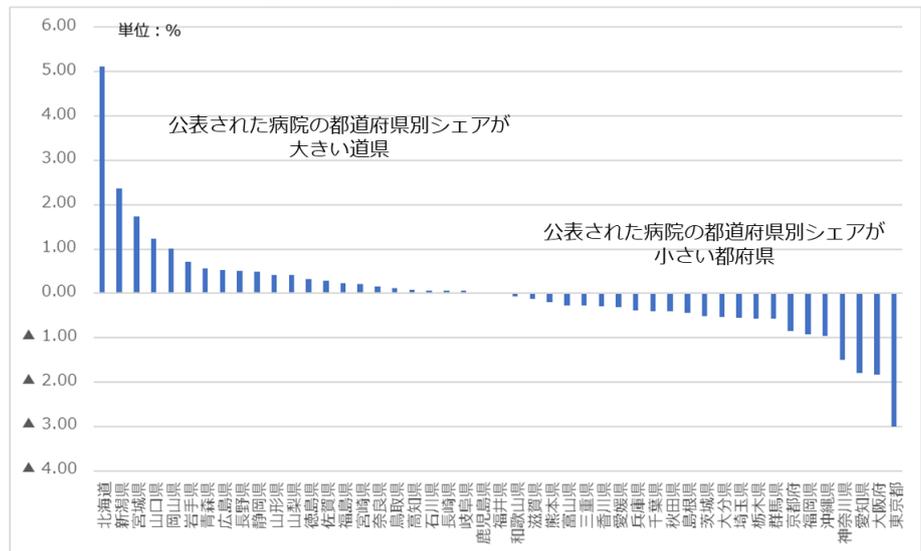
⁴ 厚生労働省ホームページ2019年9月27日「地域医療構想の実現に向けて」。

関に占める再検証要請対象医療機関の割合が最も高かったのは新潟の 53.7%であり、北海道 48.6%、宮城 47.5%が続いた。

しかし、全体に占める公立・公的医療機関のシェアが大きいと、再検証要請対象医療機関も増える可能性があるため、ここでは「公立・公的医療機関（1,455 病院）の都道府県別シェア」と、「再検証要請対象医療機関（424 病院）の都道府県別シェア」を比較する。このことを通じて、「公表された病院のシェアが大きい都道府県」「公表された病院のシェアが小さい都道府県」に大別できる。

その結果は図 4 の通りである。左側が全体に比べると、「公表された病院の都道府県別シェアが大きい道県」、右側が逆に「公表された病院の都道府県別シェアが小さい都道府県」である。これを見ると、それほど乖離は大きくないが、やはり北海道が左端に、東京都など大都市部が右端に位置していることが分かる。

図4：公表された個別病院の都道府県別シェアと、全体のシェアとの乖離



出典：厚生労働省資料を基に作成

このうち、北海道について

では、人口密度の低い地域が多い分だけ診療実績が少ない病院が多くなる地域事情が反映していると思われる。一方、大都市部に関しては、個別病院の絞り込み方法が影響していると思われる。先に触れた通り、(B)の「類似の診療実績を有する医療機関が近接している場合」では人口 100 万人以上の構想区域に立地している公立・公的医療機関を除外した。このため、東京都など大都市部では (B) が低く出やすい構造になっていたと言える。

以上のような傾向を踏まえると、大都市部よりも地方部の中小規模の病院が数多く名指しされたと言えるであろう。しかし、個別の病院名が公表されたのを受けて、自治体や現場には戸惑いや不満が広がっている。次に地方のニュースや知事の記者会見などを基に、現場サイドの反応を考察する。

4—各地の反応

医師の偏在や医療機関の偏在に対して、配慮が全くありません。(略) 乱暴すぎます——。兵庫県の井戸敏三知事は定例記者会見で、個別名を開示した厚生労働省の対応を批判した⁵。「乱暴」とは少し激しい言葉遣いだが、自治体や現場の反応としては概ね共通している。

例えば、和歌山県の仁坂吉伸知事は「(筆者注：厚生労働省の対応は) やり過ぎ」⁶、福岡県の小川洋知事は「地域の事情を無視するもので、あまりに唐突で適切でない」⁷とそれぞれ述べたほか、三重

⁵ 兵庫県ホームページ 2019 年 10 月 3 日知事定例記者会見。

⁶ 和歌山県ホームページ 2019 年 10 月 1 日知事記者会見。

⁷ 2019 年 10 月 12 日『毎日新聞』。

県の鈴木英敬知事は「現状の把握や改善の方策について議論するが、診療数のデータが一定期間に限られており、交通の実情を踏まえていない」と判断基準への不満を表明した⁸。

公立病院の関係者で構成する全国自治体病院開設者協議会長を兼務する鳥取県の平井伸治知事は「一面的なデータで要否を決めるのはあまりに短絡的。地方の病院の診療例が少ないのは子供でも分かる。統廃合への世論誘導だとすればお門違いだ」と話した⁹。

現場サイドでも「公立・公的病院が急性期医療を担うから医師を派遣してくれるのに、そこを縮小しては地域の医師確保が難しくなる」¹⁰といった不安や不満が出ており、医師などの専門職を確保できなくなる危険性も論じられている。名指しされた医療機関からは「名誉毀損」「業務妨害」として謝罪を求める動きさえ出ている¹¹。

こうした声を踏まえ、全国知事会、全国市長会、全国町村会と総務、厚生労働両省は10月4日、「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」の初会合を都内で開き、意見交換を実施した。ここでも平井知事は厚生労働省の対応を改めて批判した¹²ほか、全国知事会として「分析の妥当性を都道府県が確認することができないうちに唐突に公表し、該当医療機関への説明も十分できない状況のまま医療機関、住民を不安にさせており、このような方法については慎重に検討すべき」「実名を公表したことについては、むちゃくちゃ思い切った乱暴なやり方」といった都道府県の反応も明らかにした¹³。

その後、厚生労働省は病院名公表の経緯や目的などについて理解を求めるため、地方厚生局単位で説明会も開催。初会合となった10月17日の福岡市における説明会では医療機関関係者から「地方で小児科や産婦人科が集約されると、子育て世代が住まなくなる」「病院が無くなるという風評被害に非常に困っている」「実情を反映していない」といった異論が噴出し、橋本岳副大臣は終了後に「これだけハレーションを起こしていると認めなければならない」と述べたという¹⁴。

しかし、ここで疑問が生まれるかもしれない。まず、こうした軋轢が自治体や現場で起きることを事前に予想していなかったのだろうか。報道によると、厚生労働省は地方との協議の場で、「(筆者注：地方の反発は) 予想をしていたわけでは当然ない」と説明している¹⁵。さらに、個別名公表の方針が地域医療構想WGで今春から議論されていたこともあり、厚生労働省内では「そんなに騒ぎになることはないだろう」という楽観ムードが漂っていたという¹⁶。その意味では、厚生労働省が地方側の反応を読み切れなかったか、読み誤ったと判断せざるを得ない。

さらに、自治体や現場サイドとしても、これほど多くの医療機関が名指しされるとは予想していなかった¹⁷と見られ、「まさかウチの病院が」という当惑に繋がっていると言える。地域医療構想が本格始動する前の2017年度現在の数字が開示されたことで、「改革を進めたのになぜうちの病院が引っ掛かったのか」といった感覚を増幅させた面もありそうだ。

⁸ 2019年9月27日『毎日新聞』。

⁹ 2019年9月27日『日本海新聞』。

¹⁰ 2019年10月4日『中国新聞』。

¹¹ 2019年10月8日『読売新聞』『岐阜新聞』。

¹² 2019年10月4日『m3.com』配信記事。

¹³ 全国知事会ホームページ2019年10月4日「『地域医療確保に関する国と地方の協議の場』の開催について」資料。

¹⁴ 2019年10月18日『熊本日日新聞』。

¹⁵ 2019年10月4日『m3.com』配信記事における厚生労働省医政局の佐々木裕介総務課長のコメント。

¹⁶ 2019年10月7日『共同通信』配信。

¹⁷ 同上。

第2に、「なぜ公立・公的医療機関の議論が先行したのか」という疑問も生まれる。日本の医療提供体制は民間中心であり、公立・公的医療機関のウエイトは決して大きくない。それにもかかわらず、公立・公的医療機関の議論が先行した理由を探ることは今後の展開を考える際に欠かせない。

これらの点を考える上では、政策形成プロセスを丁寧に見て行く必要がある。以下、①異例の病院名公表に踏み切った理由、②公立・公的医療機関の議論が先行した理由——を考察する。

5——異例の病院名公表に踏み切った理由

個別病院名を公表するという異例の対応がなされた背景には、病床削減が進まないことに対する財政当局の圧力があつたことは間違いない。

先に触れた通り、政府は地域医療構想の推進に際して、公立・公的医療機関の将来の役割などを優先的に議論し、2018年度末までに調整会議で合意形成を済ませよう都道府県に求めたが、表2の通りに2年間で病床数は殆ど変わらなかった。

このため、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、「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域差（筆者注：がある）」として、病床適正化に向けて都道府県の権限強化などを求めた¹⁸。

さらに、2019年5月の経済財政諮問会議（議長：安倍晋三首相）でも民間議員が「（筆者注：地域医療構想の推進に向けて）補助金の活用による病床削減、また、加減算双方向で診療報酬の大胆な見直しによる病床機能の転換を進めてはいかがか」などと指摘していた¹⁹。

中でも問題視されやすいのが急性期病床の数である。急性期の診療報酬単価は回復期などと比べて高いため、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。

これに対し、厚生労働省としては、「地域医療構想は病床削減のための政策ではない」と繰り返し言明してきた経緯がある²⁰が、こうしたプレッシャーを受けて、新たなテコ入れ策として個別病院名の開示に踏み切ったと言える。

実際、表1で取り上げた(A)(B)の計15項目の領域では急性期病床に関係する項目が多く、先に触れた通り、診療実績が少ない地方部の病院が多く含まれた形だ。

表2：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。

6——公立・公的医療機関の議論が先行した理由

もう一つの公立・公的医療機関の議論が先行した理由については、日本医師会の意向が反映してい

¹⁸ 2018年10月9日財政制度等審議会財政制度分科会資料。

¹⁹ 2019年5月31日経済財政諮問会議議事要旨。なお、この発言では地域医療構想だけでなく、国民健康保険の都道府県内保険料統一も含めて、都道府県に改革を迫っているが、ここでは詳しく述べない。

²⁰ 例えば、2015年6月の通知では、2025年の必要病床数と現状の病床数を差し引いた分が削減目標と理解されないように、「単純に『我が県は○○床削減しなければならない』といった誤った理解とならないようにお願いします」と要請した。

ると思われる。日本医師会は地域医療構想について、「医療費削減の仕組みを徹底的に削除したつもりだ。その結果、医療機関の自主的な取り組みで進める仕組みになった」²¹と主張するなど、「地域医療構想の推進→病床適正化→医療費抑制」と単純に理解されないように要請してきた経緯がある。

しかし、公立・公的医療機関の見直しが進まないことに対しては強硬な態度を取っており、「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」²²、「がっかりします。(略)公立病院、公的医療機関でなければ担えない機能に特化しているかどうかという検討はほとんどしていないこととなります」²³などと批判していた。

さらに、①実効権限を有さない民間医療機関と比べると、公立・公的医療機関について、都道府県は病床削減などを勧告、命令できる権限を有している分、議論を進めやすい、②公立病院の赤字が地方財政の足を引っ張っているため、総務省も公立病院改革を進めたい意向を持っている、③地方財政の規模を圧縮できる可能性があるため、財務省も公立病院改革に前向きな姿勢を示している——という点で、公立・公的病院の議論を先行させやすい事情があったと言える。

7—再編・統合の議論が進まない理由の考察

1 | 公立病院改革を巡る過去の経緯

では、なぜ再編・統合の議論が思うように進まないのだろうか。実は公立病院については、第1次安倍晋三政権の2007年12月に「公立病院改革ガイドライン」が初めて示され、①数値目標を掲げた「経営の効率化」、②医師配置や病床数の見直しを含めた「再編・ネットワーク化」、③民営化や地方独立行政法人化など「経営形態の見直し」——を図るよう要請するなど長い蓄積がある²⁴。

しかし、病院の存廃問題は住民の関心が強く、組織の合併に際しても給与体系の調整を強いられるなど、いくつかの課題がある。ここでは①住民や首長、地方議員の意向、②調整会議を含めた合意形成プロセスの停滞——といった点について考える²⁵。

2 | 住民、首長、地方議員の意向

第1の理由としては、住民、首長、地方議員の意向である。例えば、都道府県の職員が地域医療構想に基づいて、「この地域は将来、病床が余ります」というデータを示したとしても、住民が「目の前の病床が削減され、5分で行けた救急が来年度から15分になります」と聞かされれば、不安や不満を持つのは当然である。いくら専門家が緻密なデータを駆使しつつ、「これが合理的な将来の病床数です」と説明しても、全ての人が「専門家の合理性」を受け入れるとは限らない。

実際、今回の個別名公表に際しても、いくつかの新聞記事が「山奥のへき地からバスを乗り継いで

²¹ 2019年4月29日『m3.com』配信記事。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。

²² 同上。

²³ 2019年5月16日地域医療構想WG議事録。発言者は日本医師会の中川副会長。

²⁴ 公立病院改革の経緯については、伊関友伸(2017)「最近の公立病院政策の変遷と新旧公立病院改革ガイドライン」『社会保障研究』Vol.1 No.4。公立病院の再編統合に関する事例については、『病院』Vol.78 No.5、日経メディカル開発・東日本税理士法人編(2017)『病院再編・統合ハンドブック(第2版)』日経メディカル開発などに詳しい。

²⁵ ここでは詳しく述べないが、給与体系の調整の難しさについては、地域医療構想WGで話題に上った。茨城県保健福祉部医療局の須能浩信医療政策課長が同県神栖地区の病院統合の事例に関して、「何とかまとめるためには現在もらっている給与の現給保証というものをどうしてもせざるを得ない」と述べた。2018年5月16日地域医療構想WG議事録。

来るお年寄りが、さらに大変になる」「救急搬送時に遠くの病院まで運ぶことになり、救える命も救えなくなるかもしれない」といった住民の不安が紹介²⁶されており、病院の再編・統合では避けられない当然の不安である。

さらに、公立病院の存続問題は地方の選挙で取り上げられやすい²⁷ため、首長や地方議員の意向も絡む。こうした点については、いくら専門家が「将来は人口が減りますので、病床は不要になります」などと再編・統合の必要性を説いたところで、将来予測通りには行かない面がある。

3 | 調整会議を含めた合意形成プロセスの停滞

第2の理由として、調整会議の議論を含めた合意形成プロセスの停滞が考えられる。地域医療構想の推進に際しては、利害関係者が多岐に渡る。例えば、急性期病床の削減や回復期機能の充実、在宅医療の推進などについては、地元医師会や民間医療機関との連携が欠かせない上、病床削減に関しては住民への丁寧な説明プロセスも必要である。

さらに、生活を支える在宅ケアは医療・介護の境目が曖昧であり、医療関係者だけでなく、介護や福祉の関係者、介護・福祉行政を司る市町村、住民ボランティア団体などとの連携を意識に入れなければならない。つまり、「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」²⁸とされる地域医療構想の推進に際しては、地域の関係者との幅広い合意形成が欠かせず、こうした複雑な合意形成プロセスを進める上では、丁寧な情報開示や地道な対話、利害調整が欠かせない。

しかし、地域医療構想が策定された後の2年間を振り返ると、都道府県のスタンスは決して評価できない。第1に、先に触れた通り、改革論議が先行した公立・公的医療機関の病床数は殆ど変わっておらず、難しい利害調整を忌避した可能性が想定される。

第2に、利害調整の場である調整会議を含めて、合意形成プロセスが十分に取られていない点である。例えば、調整会議の資料や議事録に関する情報開示は十分とは言えない²⁹状態であり、

表3：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 n=341	64.8	46.3	18.5	25.5	39.3	35.2
2017年度の調整会議 n=341	61.9	42.2	19.7	24.6	37.2	38.1

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：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3：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4：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5：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。

注6：熊本県の「熊本」「上益城」、宮崎県の「出水」「川薩」両区域は一体で会議を開催しているが、同じ資料・議事録をベースに別々にカウントした。

²⁶ 2019年9月27日『東奥日報』『山梨日日新聞』など。

²⁷ 例えば、青森県弘前市では地域医療構想に基づく市立病院の統廃合が市長選の争点となった。2018年5月9日『日本経済新聞』など。

²⁸ 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。

²⁹ 詳細は2019年6月5日拙稿レポート「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える（下）](#)」を参照。

全国 341 カ所³⁰の調整会議で用いられていた資料については、2018 年度で 63.9%の 218 区域、2017 年度で 209 区域の 61.3%しか開示されておらず、3~4 割程度の構想区域で資料が公開・共有されていなかった。

さらに議事録についても、6 割程度が開示しているとはいえ、これには僅か 1~3 行しか結果を開示していないケースも「議事録あり」にカウントしており、「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」を検証すると、表 3 の通りに 2018 年度で 46.3%の 158 区域、2017 年度で 42.2%の 144 区域にとどまった。「議事録が実名か匿名か」という点で見ても、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いる。

つまり、合意形成の大前提となる調整会議の透明性が確保されているとは言い難く、こうした都道府県の姿勢が調整会議を含めた合意形成プロセスの停滞を招いていると考えられる。

その意味では、都道府県の消極姿勢が今回の個別名公表を生んだ遠因であり、「国の一方的な情報開示に都道府県が翻弄された」と考えるのは一面的であろう。例えば、今回の個別名公表について、「地域事情を考慮していない」という批判が出ているが、地域医療構想の推進に際して、地域の事情を反映させる一義的な責任は都道府県にある。

既に公立病院の改革に取り組んでいる自治体の首長や現場の責任者が今回の個別名公表に対して反発するのは理解できるが、自治体の首長や医療政策の担当者には「国による線引きは所詮、機械的な判断基準に基づいているので、地域の事情を反映できない。我々の地域の医療提供体制は我々で守り、改革しましょう」と地域の関係者に働き掛け、改革に向けた取り組みを実践して欲しいと考えている。

8——今後、国レベルで予想されること

1 | 民間医療機関を含むデータの対象範囲拡大

では、今回の病院名公表を受けて、どんな展開が今後、予想されるのだろうか。現場や自治体レベルでの反応は既に述べた通りだが、ここでは国レベルで予想されることとして、「民間医療機関を含むデータの対象範囲拡大」「国の関与強化」「医師確保計画、医師の働き方改革との一体化」に整理しつつ、詳細を論じる。

第 1 に、民間医療機関のデータを含めた開示対象の範囲拡大である。今回は公立・公的医療機関のデータであり、民間医療機関の急性期医療は対象外。さらに公立・公的医療機関に関しても、回復期や慢性期のデータが漏れており、全体像が示されているとは言い難い。

中でも、提供体制の大宗を占める民間医療機関は対象外となった点については、厚生労働省幹部が開示していくとの方針を示している³¹上、10月4日の地域医療確保に関する国と地方の協議の場でも、地方側から「民間病院も含めて、全てのリストを明らかにしてもらいたい。そうした公平な環境がなければ、とてもこれから先に進むことができない」という強い要請があった³²。

ただ、その際に今回の個別名公表のように、再編・統合に向けた「検証要請対象医療機関」と位置

³⁰ 今回の個別病院名の公表は 339 区域に区分けされており、区域数が異なる。一部の県で複数の区域の調整会議を一体的に運営していることで、区域数に違いが生まれている。

³¹ 2019 年 9 月 30 日『m3.com』配信記事。

³² 2019 年 10 月 4 日『m3.com』配信記事。

付けた場合、民間医療機関の資金繰りが悪化するなど、民間法人の経営問題に直結する可能性がある。こうしたリスクを意識しつつ、今回の内容とイコールフィッティングを果たせるデータをどこまで出せるのか注目点となりそうだ。

2 | 国の関与強化

第2に、国の関与強化である。この動きは既に強まっており、今回の個別名公表についても、その一環として位置付けられる。当面の焦点としては、国の職員が出向いて助言・支援する「重点支援区域（仮称）」を指定する³³としている点である。これは元々、2019年6月の骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）に盛り込まれた対応であり、今後どんな選定基準で、どこが選ばれるのかが注目される。ただ、その際も今回の個別名公表と同様の反対や戸惑いを引き起こす可能性がある。

さらに、▽消費増税財源などを活用した「地域医療介護総合確保基金」³⁴による支援の拡大、▽医療費適正化に向けた取り組みに応じて自治体向け配分額を増減させる国民健康保険の「保険者努力支援制度」の活用——といった財政インセンティブ制度を通じて、都道府県に対する締め付けが強まる可能性がある。実際、今年10月の経済財政諮問会議では民間議員から「今後3年程度に限って集中再編期間として、（筆者注：病床再編に向けて）大胆に財政支援をすべき」とする資料が提出された³⁵。

このほか、診療報酬の改定を通じて地域医療構想の実現を図るべきとする声も強まっている。これまで地域医療構想と診療報酬の関係性について、厚生労働省は「地域で話し合った結果が、報酬で裏打ちされることが重要なのであり、地域の実情を全然考えずに、霞が関で設定した診療報酬が誘導することは、地域医療構想のコンセプトにはありません」³⁶、「全国一律の診療報酬で地域医療構想を無理に推し進めれば、地域の実情に合った議論が進まなくなる危険性がある。診療報酬の要件が医療機関の機能転換を阻んでいるようなら見直すなど、地域医療構想の『邪魔をしない』改定にしたい」³⁷などと説明してきた。

しかし、経済財政諮問会議では「地域医療構想の実現は、無駄な医療費抑制のためにも早急に進めるべきであり、病床のダウンサイジングの支援の追加策や病床機能の転換を促す診療報酬の大胆な見直しが必要」³⁸、「急性期（7対1）病床や療養病床の転換に向けた診療報酬措置の効果を検証し、転換を加速する対応策を講ずべき」³⁹といった意見が民間議員から示されている。

医療機関向け診療報酬は原則として2年に一度のペースで改定されており、2020年度は改定年に当たるが、こうしたプレッシャーを受けて、診療報酬改定の細目を決める中央社会保険医療協議会（厚生労働相の諮問機関）の議論が一つの焦点になる。

³³ 2019年10月9日第27回経済・財政一体改革推進委員会資料。

³⁴ 地域医療介護総合確保基金は2014年度に創設された。基金の用途は①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備整備、②居宅等における医療の提供、③地域密着型サービスなど介護施設等の整備、④医療従事者の確保、⑤介護従事者の確保——の5つであり、2019年度は国費ベースで医療分689億円、介護分549億円。

³⁵ 2019年10月28日経済財政諮問会議有識者議員提出資料。

³⁶ 2016年10月24日『m3.com』配信記事。厚生労働省の迫井正深保険局医療課長（当時）に対するインタビュー記事のコメント。

³⁷ 2019年10月11日『日経メディカル』配信記事。厚生労働省の森光敬子保険局医療課長の発言。

³⁸ 2019年9月30日経済財政諮問会議議事要旨。

³⁹ 2019年10月28日経済財政諮問会議有識者議員提出資料。

3 | 医師確保計画、医師の働き方改革との一体化

今年に入り、厚生労働省は「地域医療構想」「医師確保計画」「医師の働き方改革」を三位一体の改革と説明するようになってきている。具体的には、三位一体の改革を通じて、「2040年にどこにいても質が高く安全で効率的な医療を実現する」と説明⁴⁰しており、地域医療構想を含めた3つの改革が一体化する可能性が想定される。

このうち、医師確保計画については、2036年度までの計画で医師の偏在是正などに取り組むとしており、都道府県が2019年度中に策定する。医師確保計画の詳細については別のレポートで後日、改めて考察することにしたいが、「医師偏在指標」を基にして、▽地域医療を志す医学生・医師の養成、▽地域で勤務しつつ医師としてキャリアアップできる環境整備、▽へき地などへの医師派遣——などの施策が盛り込まれる見通しだ。さらに、医師の働き方改革は医師の長時間勤務解消などを目指しており、2024年度から本格施行する。

これら3つの関係性について、現時点で明確な説明は示されていないが、厚生労働省幹部は「まずは個々の病院の課題を洗い出し、自院でできることを、しっかり検討して実施していただく。その上で、『自分の病院は、今のこの診療体制では働き方改革への対応は無理』となった時、地域でまとめた地域医療構想を一つの対応の方向として、重点化や集約化も視野に取り組むのが自然」としている⁴¹。

9——今後、自治体に求められる対応

1 | 丁寧な説明と合意形成

では、こうした中で今後、自治体や現場ではどういった対応が求められるだろうか。ここでは、①丁寧な説明と合意形成、②住民の暮らしを支える施策の検討、③医師など人材確保の視点——の3点について考察する。

まず、丁寧な説明と合意形成である。今回の個別名公表が機械的な判断基準に基づいているとはいえ、地域の実情を可視化できた側面もある。実際、全体としては少数の意見だが、奈良県の荒井正吾知事は「エビデンスとして活用してほしいとのメッセージだと受け止めている」と語った⁴²ほか、「病院をなくすなくさないの話ではなく、議論する好機としてとらえたい」と述べた首長もいる⁴³。

医療行政の現場を預かる都道府県や市町村の立場から見ると、今回の個別名公表を「再編・統合に向けたリストラ指名」などとマイナス面だけで考えるのではなく、かと言って「地域経済の維持には病院が必要だ」と声高に叫ぶことで全否定するのではなく、地域の実情と将来像を踏まえつつ、冷静に受け止める必要がある。その上で、「コスト面では再編・統合が必要かもしれないが、患者へのアクセスを考えると、一定程度の病床が必要」「地域の医療ニーズに対応するため、どんな機能を残し、どの機能を他の病院と役割分担するのか」といった合意形成を積み上げて行くことが求められる。

この点は今後、指定される「重点支援区域（仮称）」についても同じである。国の判断基準は一律で機械的になりがちであり、しかも医療費抑制に向けた病床削減の議論が先行する傾向は否めない。こ

⁴⁰ 2019年5月31日経済財政諮問会議資料。

⁴¹ 2019年6月5日『m3.com』配信記事における厚生労働省の迫井官房審議官に対するインタビュー記事のコメント。

⁴² 2019年10月9日『日本経済新聞』電子版。

⁴³ 2019年10月2日『毎日新聞』。秋田県の福原淳嗣大館市長の発言。

うした中で、住民を含めた地域の関係者に対する丁寧な説明と、関係者同士の合意形成を通じて、地域の事情を反映させるのは都道府県と市町村の責任である。

2 | 住民の暮らしを支える施策の検討

第2に、住民の暮らしを支える施策を検討する必要性である。先に触れた通り、国の関与は今後も強まる可能性があり、その議論は病床の適正化に傾斜しがちである。こうした中、地域への影響を考えた時、「再編・統合するか否か」の選択肢だけでは議論が混乱する可能性がある。

具体的には、病床数の過剰ぶりなどコストだけに着目すると、医療ニーズへの対応が疎かになり、住民の反発を引き起こす可能性がある。このため、地域の人口動態に応じて病床数をスリムにする視点だけでなく、プライマリ・ケアを含めた在宅医療、医療・介護連携、予防・健康づくりを強化することで、「病床が削減されても住民の暮らしを支えられます」と説明できる施策が重要と考えている⁴⁴。

その際には医療機関同士の連携も重要になるため、2017年4月にスタートした「地域医療連携推進法人」を活用するのも一案と思われる。これは持株会社のように複数の医療機関が一つの法人に加わることで法人間の連携強化を目指しており、在宅への移行支援や医療・介護連携、医師確保など切れ目のない提供体制の構築を図る上では一つの重要な方策と言える⁴⁵。実際、民間医療機関の団体からは「急性期病床のダウンサイジングだけで済ませて良いものか。あそこまで分析したのであるから、病院の機能分化等を地域で検討すべきではないか」といった声が出ている⁴⁶。

3 | 医師など人材確保の視点

第3に、医師など人材確保の視点であり、医師確保計画と医師の働き方改革を含めた三位一体への対応である。3つの関係性を筆者なりに整理すると、以下のような展開が予想される。

まず、地域医療構想を通じて病床が適正化されたり、医療機関が再編・統合されたりすると、大学病院が若手医師などを派遣する病院が減り、医師が足りない地域への医師派遣が容易になる可能性がある。あるいは今回の再編・統合に向けた個別名公表を通じて、医師が足りない地域で医師確保が一層、難しくなった場合、医師確保計画との連携が問われる。

さらに医師の働き方改革のインパクトは一層、大きいかもしれない。例えば、医師の働き方改革を通じて、勤務時間管理が一定程度、厳格化されれば、医師の長時間勤務で維持してきた病院の機能、中でも急性期病床などが継続できなくなる可能性がある。こうした場合、医師を確保できなくなった医療機関は再編・統合、あるいは病床機能の転換が必要になり、結果的に地域医療構想が目指す姿に近づく可能性がある。

実際、厚生労働省幹部は「医療提供とマンパワーの在り方を最適にしていける取り組みがあり、それをどう動かすのかという話。(略)医師の働き方改革は、将来の医療需要を見据えた適切な医療提供体制とマンパワーの配置に向かって、体制を転換するための非常に強いドライビングフォースになる」

⁴⁴ 地域医療構想とプライマリ・ケアの関係性については、2017年12月8日拙稿レポート「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く\(4\) - 日常的な医療ニーズをカバーするプライマリ・ケアの重要性](#)」を参照。

⁴⁵ 地域医療連携推進法人は2019年10月1日現在、全国で14法人が創設されており、厚生労働省としても設立を後押ししている。今年1月には地域医療連携推進法人同士の情報交換などを目的とした連絡会議が開催された。

⁴⁶ 2019年10月2日『GemMed』配信記事。日本病院会の相澤孝夫会長による発言。

と説明している⁴⁷。

今後、都道府県や市町村としては、こうした可能性を意識しつつ、調整会議の議論や公立病院の運営を検討して行く必要があると思われる。

4 | 3つの視点を考える事例～富山県のあさひ総合病院のケース～

これら3つの視点の重要性を考える上で、富山県朝日町の「あさひ総合病院」の改革例は示唆に富んでいる⁴⁸。同院は人口減少による収益悪化に加えて、医師・看護師の確保に苦勞していたが、診療報酬の加算取得や材料費の縮減といった収益面の取り組みだけでなく、医師や看護師などの人材を確保するため、▽地元大学医学部への寄付講座開設、▽医学生の地域実習受け入れ——などを進めた。

さらに病院の改修工事を実施し、病床数を199床から109床に減らす一方、在宅医療や認知症ケア、介護予防、医療・介護連携などを進められる拠点院内に設置することで、病院の生き残りに向けた「バージョンアップ」に努めた。その際、女性従業員用の宿直室など女性が働きやすい職場環境の整備に努めることで、人材確保にも考慮した。

併せて、一連の改革を進める際、住民や町議会への丁寧な説明に加えて、住民が地域医療の当事者として自分が何をできるかを考えてもらう「朝日町地域医療再生マイスター養成講座」を開催し、住民の主体性を引き出す努力も講じられている。

つまり、①住民を含めた関係者への丁寧な説明と合意形成、②単に病床のダウンサイジングだけを論じるのではなく、プライマリ・ケアや在宅医療、医療・介護連携を強化するバージョンアップを通じて、住民の生活を支える施策の検討、③医師など人材確保の視点——という3つの視点を考慮しつつ、地域の医療提供体制を改革した一例と言える。

10—おわりに

以上、異例の個別名公表に対する経緯や背景、自治体や現場の反応、今後予想される展開、自治体に求められる対応などを問うてきた。

そもそも病床適正化の議論は「総論賛成、各論反対」になりがちである。医療費の伸びを抑制しようとする、世界的に見て過剰な病床数が見直しのターゲットになるのは避けられない一方、目の前の病院が消えることは誰もが避けたいため、見直し論議が前に進みにくい面がある。実際、今回の一件に対する首長、特に地域医療構想を推進する知事の反応を見ても、その多くはトップダウンによる公表に反発している反面、病床数を適正化する必要性について異議を唱える意見は見られず、「総論賛成、各論反対」の側面を持っている。

その意味では、どこまで厚生労働省が事前に反応やハレーションを想定できていたか別にして、「総論賛成、各論反対」に陥りがちな現状を打破する強引なショック療法になったと言えるかもしれない。さらに言えば、地域医療構想を本気で進めようとするれば、こうした反発は早晩、避けられなかったはずであり、今後3～5年ぐらいのスパンで起きる変化を僅か1～2週間で凝縮して起こしたと理解する

⁴⁷ 2019年6月5日『m3.com』配信記事における厚生労働省の迫井官房審議官に対するインタビュー記事のコメント。

⁴⁸ あさひ総合病院の改革事例については、改革論議に参加した城西大学の伊関友伸教授からご示唆を頂くとともに、伊関友伸(2018)「富山県朝日町の医療再生とまちづくり」『病院』Vol.77 No.9などを参照した。

ことも可能である。

しかし、どんなデータを国が示そうが、地域の事情を反映できる主体は地域医療構想を推進する都道府県か、住民の生活に身近な市町村である。その役割を自治体が果たせないまま、「総論賛成、各論反対」のスタンスが続けば、国による統制と締め付けは強まる危険性がある。その時の軋轢は今回よりも大きくなり、病院の存廃を巡る分断が地域社会に生まれる危険性さえ想定される。こうした事態を避ける上でも、都道府県と市町村による地道な取り組みが不可欠である。