

# 基礎研 レポート

## 「調整会議の活性化」とは、どのような状態を目指すのか

地域医療構想の議論が混乱する遠因を探る

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～「調整会議の活性化」とはどのような状態なのか～

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年に向けて、医療提供体制改革を目指す「地域医療構想」に関連し、厚生労働省は9月26日、再編・統合の検証が望ましい公立・公的医療機関として424病院の個別名を公表した。現在、自治体や現場では当惑や反発が広がっており、厚生労働省は公表に至った経緯や判断などについて、全国各地で説明会を開催するなどの対応を迫られている。

こうした異例の公表に踏み切った理由として、厚生労働省は「地域医療構想調整会議（以下、調整会議）の活性化」を挙げている。調整会議とは、2017年3月までに各都道府県が策定した地域医療構想を推進する際、急性期病床の削減や在宅医療の充実といった方策について、都道府県や民間医療機関関係者などが話し合う場であり、全国に339カ所で設けられている。今回の個別名公表については、こうした場が「活性化」していないことが理由として挙げられている。

では、ここで言う「活性化」とは一体、どのような状態を指すのだろうか。言い換えると、どのような見直しが進めば、「活性化した」と言えるのだろうか。ここでは地域医療構想が制度化された時点で、「過剰な病床適正化」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的が混在していた点を見たと上で、こうした多義的な側面が今回の混乱の遠因である点を指摘する。

### 2—「調整会議の活性化」を目指す個別名の公表

地域医療構想の概要、病院の個別名を公表した内容や経緯、理由については、過去のレポート<sup>1</sup>で取り上げているため、そちらをご参照頂くとして、厚生労働省は今年9月、424の公立・公的病院を「再編・統合に向けた検証が必要な医療機関」として名前を公表し、2020年9月までに結論を出すよう求めた。このように個別名を挙げて再編・統合に向けた議論を促す方法は極めて異例であり、その理由

<sup>1</sup> 例えば、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)。424の公立・公的病院を開示した経緯についても、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。

として、厚生労働省は「調整会議の活性化」を挙げている。

具体的には、厚生労働省が公表翌日、ウェブサイトへアップした「地域医療構想の実現に向けて」という文書を読むと、今回の個別名公表について、「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」とした上で、以下のように説明している。

**今回の分析だけでは判断しえない診療領域や地域の実情に関する知見も補いながら、地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くして頂き、2025年のあるべき姿に向けて必要な医療機能の見直しを行っていただきたいと考えています。その際、ダウンサイジングや機能連携・分化を含む再編統合も視野に議論を進めて頂きたいと考えています。**

調整会議は地域医療構想の推進に際して最も重視されており、調整会議の活性化が目的であると書かれている。さらに、公立・公的医療機関の改革を迫っている日本医師会も「(筆者注：個別名公表時の判断基準が) 全国の地域医療構想調整会議活性化の起爆剤になり、行政からの強制力ではなく、医師会を中心とした医療関係者の地域医療への熱い思いが結実することを期待している」<sup>2</sup>、「分かりやすく言うと、侃々諤々、喧々囂々という議論があってしかるべき。どうしてこういうことになるのかという議論を戦わせること自体が活性化の第一歩。(筆者注：今回の個別名公表で) 当初の目的をまずは果たしたと思う」<sup>3</sup>と述べており、「活性化」が目的という説明は厚生労働省、日本医師会に共通している。

では、ここで言う「活性化」とは、どのような状態を指すのか。あるいは「活性化していない」現状を打開するため、今回の個別名公表に踏み切ったのであれば、現状の何が問題視されたのだろうか。

些か理屈っぽく映るかもしれないが、「活性化している会議」あるいは「活性化していない会議」という意味を深掘りしてみよう。

### 3——「調整会議の活性化」とは何か

通常、「活性化していない会議」とは、どのような状態を指すだろうか。誰も意見を言わず、議事次第に沿って粛々と議論が進む会議だろうか。あるいは侃々諤々、喧々囂々の議論の末、議事が全く進まず、結論が出ないまま、時間を大幅に超過するような会議だろうか。

答えはYESであり、Noとも言える。いずれのケースも見方次第では、活性化していると言えるし、活性化していないとも言えるためである。

例えば、前者が重要な事項を決める会議であれば、議論が決着した以上、会議としては成功の部類と言えるかもしれない。ただ、参加者が誰も発言しないのであれば、「活性化した状態」とは言い難い面がある。後者については、参加者が積極的に議論したのであれば、「活性化した状態」と言えるかもしれないが、もし結論を決めるための会議であれば、時間を大幅に超過した末に何も決まらなかった時点で、決して成功とは言えない。

<sup>2</sup> 2019年6月24日『m3.com』配信記事。日本医師会の第145回定例代議員会における中川俊男副会長の発言。

<sup>3</sup> 2019年10月30日『m3.com』配信記事。記者会見における日本医師会の中川副会長の発言。

逆に学会やシンポジウム、ブレインストーミングなど結論を出すことを想定していない会議であれば、議論百出の状態は「活性化した」と言えるだろう。つまり、会議の性格や目的に応じて、「活性化」の意味は変わってくることになる。

今回の個別名公表についても、名指しされた病院が抗議文を送り付けたり、住民が反対運動を展開したりすれば、今まで全く見向きもされなかった調整会議がクローズアップされている時点で、「活性化した」と言えるかもしれない。些か皮肉な言い方だが、今回の個別名の公表が戸惑いや不安、不満を引き起こした時点で、「活性化した」と言えなくもないことになる。

そう考えると、調整会議が結局、何のための会議なのか、あるいは何を目的とするのかを明確にする必要がある。実際、アメリカの経営学者、ドラッカーは「会議の生産性をあげるには、事前に目的を明らかにすることが必要である」「方向づけのない会議は迷惑なだけにとどまらない。危険である」とした上で、以下のように述べている<sup>4</sup>。

**会議を成果あるものにするには、会議の冒頭に、会議の目的と果たすべき貢献を明らかにしなければならない。そして会議をその目的に沿って進めなければならない。**

では、調整会議とは一体、何を目指す場なのだろうか。ドラッカーが言う「会議の目的と果たすべき貢献」に照らして、その目的や貢献を改めて考えようとする、調整会議が設置されたのは地域医療構想を推進するためである。そう考えると、「調整会議の活性化を通じて、地域医療構想は何を目指すのか」、言い換えると「地域医療構想の目的は何か」という問いが欠かせない。

しかし、各都道府県向けに2015年3月に作られた「地域医療構想策定ガイドライン」は冒頭、「経緯」から始まっており、「目的」が明記されていない。地域医療構想とは一体、何のための政策なのだろうか、ここで再考を試みる。

#### 4——地域医療構想の目的に関する厚生労働省の説明

先に引用した通り、個別の病院名を公表した後、厚生労働省は「地域医療構想の実現に向けて」という文書を公表し、今回の対応を説明した。ここでは以下のように書かれている。

**地域医療構想の目的は、2025年に向けて、地域ごとに効率的で不足のない医療提供体制を構築することです。地域医療構想の実現により、限られた医療資源をそれぞれの地域で真に活用し、次の時代に対応した医療を構築することができると考えています。**

この内容について、筆者自身は賛同しており、反対する人も少ないだろう。しかし、一般的に医療制度を考える時、「コスト」「質」「アクセス」の3つが判断基準として使われ、往々にしてトレードオフの関係になるため、「鉄のトライアングル (The Iron Triangle of Health Care)」と呼ばれる時が

<sup>4</sup> Peter F. Drucker (1966) “The Effective Executive” [上田惇生訳 (2006) 『経営者の条件』ダイヤモンド社 p13、p69、p98]。

ある<sup>5</sup>。この3つを上記に説明に当てはめると、「効率的」はコスト、「不足のない」はアクセスを意味しているように読める。最後の質については、それに類した言葉は見受けられず、質を図る評価制度の整備も遅れているため、考慮されていないと考えられる。

つまり、厚生労働省の説明を「鉄のトライアングル」で整理すると、「コスト」「アクセス」の2つの視点が反映されていると言える。以下、コストとアクセスの観点について、制度改革の経緯にさかのぼりつつ、地域医療構想の目的について詳しく見てみよう。

## 5—地域医療構想に混在する2つの目的

### 1 | コストの視点～過剰な病床適正化という目的～

地域医療構想が論じられ始めた時点で、コストの視点が重視されていたのは明らかである。例えば、地域医療構想に通じる考え方が最初に示されたのは2008年6月の社会保障国民会議中間報告であり、ここでは「過剰な病床の思い切った適正化」「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」がうたわれていた。

この方針は2008年11月の最終報告と2009年6月の安心社会実現会議報告に継承され、民主党への政権交代を挟んでも議論が継続し、自民党の政権復帰後にまとまった2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書には以下の文言が盛り込まれた。

**急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。**

ここでも急性期医療を中心とした人的・物的資源の「集中投入」という言葉が使われており、病床数の適正化が意識されていると言える。以上のような経緯を見ると、病床削減、特に急性期病床の削減に力点を置いていたのは明白である。

では、なぜ過剰なベッド数が問題視されたのか。この点を考える上では、医療経済学の医師需要誘発（Physician Induced-Demand）仮説を踏まえる必要がある。医療経済学では以前から病床数が多くなると、入院医療費も増える相関関係を説明する考え方として、医師需要誘発仮説が論じられている。具体的には、患者—医師の情報格差に着目しつつ、医療のニーズが患者の受療行動だけでなく、医師の判断や行動で作り出される結果、提供される医療サービスが供給制約の上限に張り付き、医療費を増やすという考え方である。

もちろん、実際の診療現場では、患者—医師の意思決定プロセスは複雑であり、需要誘発仮説の是非は今でも論争の対象となっているが、程度の差はあるにしても日本で需要誘発仮説を完全に否定する意見は少ない<sup>6</sup>。つまり、過剰な病床を減らせば医療費を抑制できるという期待があり、地域医療構想が検討された際、こうした視点が背景にあったことは間違いない。

地域医療構想を医療費適正化の手段と捉える考え方は今も変わっておらず、その傾向は強まってい

<sup>5</sup> William L. Kissick (1994) “Medicine’s Dilemmas” Yale University Press, pp1-10.

<sup>6</sup> 地域差研究会編 (2001) 『医療費の地域差』東洋経済新報社、印南一路編著 (2016) 『再考・医療費適正化』有斐閣など。

る。例えば、昨年末に改定された「新経済・財政再生計画改革工程表」でも地域医療構想の実現を通じて、「年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減」という目標が掲げられた。

さらに、個別名が公表された後に開催された今年10月の経済財政諮問会議（議長：安倍晋三首相）では、民間議員が「無駄なベッドの削減は増加する医療費の抑制のために大変重要であり、官民合わせて13万床の過剰病床の削減、急性期から回復期への病床転換等について、期限を区切って必ずやり遂げて行かなくてはならない」と述べている<sup>7</sup>。

付言すると、ここで言う13万床も地域医療構想に基づく数字である。具体的には、地域医療構想がスタートした時点の2017年の病床数から、地域医療構想に盛り込まれた2025年時点の必要病床数を差し引いた数字とされている<sup>8</sup>。

先に触れた厚生労働省の「地域医療構想の実現に向けて」という文書を見ても、都道府県や病院関係者に対し、「ダウンサイジングや機能連携・分化を含む再編統合も視野に議論を進めて頂きたい」と要請しており、ここで言う「ダウンサイジング」を直訳すると、文字通りに「病床のサイズを減らすこと」であり、病床数自体の削減に加えて、診療報酬単価が高い急性期病床の削減と、回復期病床への転換も含んでいると考えられる。こうした点を踏まえると、地域医療構想が急性期を中心とした病床適正化の方針を組み込んでいる点は疑うべくもない。

## 2 | アクセスの視点～切れ目のない提供体制の構築という目的～

しかし、厚生労働省は2015年6月、都道府県に対する通知で、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判断されないように、「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」と要請していた。つまり、地域医療構想を「病床削減のための政策ではない」と説明し、各都道府県による地域医療構想の策定プロセスが始まった経緯がある。

こうした動きの背景には、日本医師会の動向が影響したと考えられる。例えば、2011年11月の社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療部会で、厚生労働省は人員配置や構造基準の設定を通じて、これをクリアした病床を急性期として認定する「急性期病床群」（仮称）の新設を提案したが、日本医師会は「急性期医療をできなくなる地域が生まれる」との懸念を示した<sup>9</sup>。

そこで、厚生労働省は2012年4月、急性期病床の登録制度を提案したが、これにも日本医師会は実質的に認定と変わらないと反対した<sup>10</sup>。これらの提案に反対した理由について、日本医師会の副会長は雑誌の対談記事<sup>11</sup>で、「急性期だけでなく慢性期・在宅まで切れ目なく（筆者注：提供することが）大事であって優劣はないと一貫して主張した」とした上で、急性期病床の認定制度には「認定される施設とされない施設では診療報酬で大きな差がつき、特に地方では急性期医療が提供できなくなると反対した」、登録制度には「登録でも要件があるはずだから認定と変わらないと（筆者注：反対した）」と説明している。

<sup>7</sup> 2019年10月28日経済財政諮問会議時議事要旨。

<sup>8</sup> 同上有識者議員提出資料。

<sup>9</sup> 2011年11月17日第23回社会保障審議会医療部会議事録。

<sup>10</sup> 2012年4月21日『m3.com』配信記事。

<sup>11</sup> 『病院』74巻8号。日本医師会の中川副会長による発言。

これらの経緯を見ると、日本医師会との調整プロセスを経て、「病床削減による医療費適正化」という当初の目的が薄まるとともに、「切れ目のない提供体制の構築」という目的が加わった様子を理解できる。この点については、「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、（筆者注：地域医療構想は）医療機関の自主的な取り組みで進める仕組みになった」という日本医師会幹部の発言と符合する<sup>12</sup>。

### 3 | 2つの目的が混在した点の評価

この結果、地域医療構想には「過剰な病床の適正化」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的が混在することになった。筆者自身、2つの目的が混じった点は止むを得なかったと判断している。先に触れた通り、医療政策はコストだけで論じられない上、アクセスの視点を加味しなければ、病床削減に対する住民の反発など軋轢が避けられなくなるためである。

しかし、その結果として政策の目的が国民に伝わりにくくなり、目的が曖昧になったのは事実である。このため、議論の混乱を避ける上では、「今の議論は2つのどちらを重視しているのか」という議論は常に必要であろう。少

なくとも図1の通り、「コスト」と「アクセス」では、地域医療構想の推進で実施される施策の内容、目指すべきゴールである成功した状態、進捗を図る際の評価指標が異なるため、2つを一緒に議論するのは難しい。

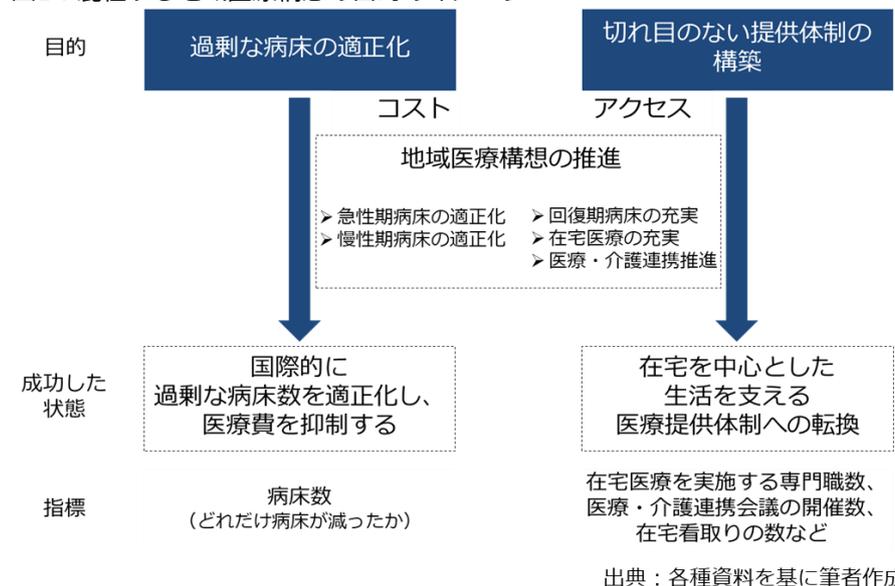
具体的には、コストを重視した左側の「過剰な病床の適正化」では、目指すべきゴールの成功した状態は

「国際的に過剰な病床数を適正化し、医療費を抑制する」ことになり、成功したかどうか把握する指標は病床数になる。

一方、アクセスに力点を置く右側の「切れ目のない提供体制の構築」では、「在宅を中心とした生活を支える医療提供体制への転換」が重視されることになり、それが成功したかどうかチェックする際の指標は病床数ではなく、在宅医療を実施する医師や訪問看護師の数、医療・介護連携会議の開催数、在宅看取りの数などになる。

では、これまでの経緯では、どちらの目的が重視されてきたのだろうか。ここでは、①策定時における都道府県の対応、②個別名の公表——の2点で整理する。

図1：混在する地域医療構想の目的のイメージ



<sup>12</sup> 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副会長の発言。

## 6—どちらの目的が重視されているのか

### 1 | 策定時における都道府県の対応

まず、2017年3月までに地域医療構想が出揃った時点で、どちらの目的を都道府県が重視していたか見て行こう。結論から言うと、コストに着目する前者の「過剰な病床の適正化」ではなく、後者の「切れ目のない提供体制の構築」を重視していた。具体的には、29道府県が「強制的に削減しない」「機械的に当てはめない」などの表現を用いつつ、2025年の必要病床数が削減目標ではない旨を明示していた<sup>13</sup>。

この背景には、必要病床を削減目標と位置付けないように要請していた日本医師会に対する配慮があったと思われる。地域医療構想の策定プロセスに際して、日本医師会は必要病床数を削減目標ではないと明記されていない構想が見られることを問題視していた<sup>14</sup>。こうした中、医療機関関係者との関係が悪化すると、切れ目のない提供体制の構築というもう1つの目的達成が困難になるため、都道府県としては病床適正化に消極的だったと見られる。言い換えると、地域医療構想が策定された時点で、病床適正化の議論に傾斜する国と、切れ目のない提供体制の構築を重視する都道府県との間で温度差があったことになる。

### 2 | 個別名の公表

では、今回の個別名の公表はどうか。経緯の詳細については別のレポート<sup>15</sup>をご参照頂くとして、ここでは簡単に触れることとする。

まず、2017年6月に閣議決定された骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）は都道府県に対し、医療機関が担う役割や機能などについて個別名を明示する「具体的対応方針」を速やかに策定するよう要請するとともに、2年程度での集中的な検討を促した。2018年6月の骨太方針では公立・公的医療機関について、民間医療機関では担えない機能に重点化する見直しを進める必要性を示すとともに、その見直しを踏まえて再編・統合などの議論を都道府県に求めた。これを受けて、公立・公的医療機関は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」）を策定した。

さらに、今年6月に閣議決定された骨太方針2019では、公立・公的医療機関の役割について、都道府県に対して再検証を要請するとともに、重点地区の指定など国の関与を強化する方針が盛り込まれた。その際、再検証の必要性が語られる根拠としては、表1の数字が使われた。

表1：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。

<sup>13</sup> なお、制度の一般的な説明として「自主的な判断」と書いている場合はカウントしていない。

<sup>14</sup> 2016年9月20日『日医News』。

<sup>15</sup> 2019年10月31日拙稿レポート「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。

ここで言う「2017年度」は病床機能報告制度に基づく現状、「2025年度予想」は公立・公的医療機関の見直し計画に基づく病床数の予想である。これを見ると分かる通り、2017年度と2025年度予想の病床数総数は殆ど変わっておらず、高度急性期と急性期の実数も大きな変化は見られない。

つまり、地域医療構想が策定されて約2年の間、公立・公的医療機関の見直し論議を先行させたにもかかわらず、公立・公的医療機関の「ダウンサイジング」が進んでおらず、「調整会議が活性化していない」と判断され、再検討を促すための方法論として、今回の個別名の公表に至ったわけである。この点については、日本医師会幹部が「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」と述べていたこととも符合する<sup>16</sup>。

そう考えると、個別名の公表に際しても、やはり重視されていたのは病床数、つまりコスト削減に重きを置いた「過剰な病床の適正化」だったことになる。ここでは図1の右側、つまりアクセスを重視した「切れ目のない提供体制の構築」は顧みられていないことになる。

## 7—今後どうすべきか

ややもすると、地域医療構想の議論が混乱しがちな遠因として、こうした目的の曖昧さがあると考えられる。元々、地域医療構想で求められる調整とは難易度が高く、「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」との指摘があった<sup>17</sup>。

中でも病床再編に関して、コストとアクセスのバランスは難しい課題である。仮にコストだけ論じるのであれば、「個別名が公表された今回の病院数の病床数を単純に足し上げると、約6万7,000床(高度急性期、急性期、回復期、慢性期の合計)であり、経済財政諮問会議では民間議員が官民合わせて約13万床の削減を訴えているので、診療実績が少なかったり、他の医療機関と類似・重複したりしている約6万7,000床を減らせば、13万床のうちの半分をクリアできる」という乱暴な結論さえ可能になってしまう。

しかし、これが机上の空論であることは言うまでもない。現実にはアクセスの問題、さらに住民の不安や反発にも考慮しなければならない。だからこそ地域医療構想の進め方や課題を論じる時、今の議論がどちらを重視しているのか、どちらが疎かになっているのか、常に意識すべきであろう。

さらに、どうしても経済財政諮問会議を中心とする政府の議論は「過剰な病床の適正化」を重視した病床数を巡る議論に偏りがちであり、現場を預かる都道府県や市町村としては「切れ目のない提供体制構築」に向けた議論を意識することも求められる。具体的には、在宅医療や医療・介護連携の充実を含めたプライマリ・ケアの推進、退院支援ガイドラインの作成・普及など医療機関同士の連携強化、医師偏在の是正や専門職の確保といった取り組みを通じて、切れ目のない提供体制の構築に向けた独自の施策展開が必要となる。

## 8—おわりに

目的のあいまいな作戦は、必ず失敗する。(略) 目的と手段とは正しく適合していなければならない

<sup>16</sup> 2019年5月16日地域医療構想ワーキンググループ議事録。日本医師会の中川副会長による発言。

<sup>17</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。

——。組織マネジメントの観点で日本軍の敗北を研究した『失敗の本質』では、曖昧な戦略の問題点をこう指摘している<sup>18</sup>。その一例として、戦局の転換点となった1942年6月のミッドウェー海戦では、「ミッドウェー島の攻略」「アメリカ機動艦隊の撃滅」という2つの目標を混在させた結果、現場の司令官がどちらの目標を優先すべきか判断に迷っているうちに戦機を逸し、敗北に至ったと結論付けている。これらの指摘は「過剰な病床の適正化」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的を混在させている地域医療構想にも当てはまるのではないだろうか。

もちろん、医療制度を考える時、財政的な効率性だけでは論じられず、「選択と集中」を徹底しなければならない軍事作戦と同一には議論できない。しかし、1つの戦略に2つの目的を持たせると、その優先順位を巡って議論や現場は混乱しやすくなる点は共通している。少なくとも関係者は地域医療構想を語る時、どちらの目的を議論しているのか意識する必要があるし、議論が片方に傾き過ぎた場合、もう1つの目的を加味する視点とバランス感覚が求められる。

---

<sup>18</sup> 戸部良一・野中郁次郎ほか（1991）『失敗の本質』中公文庫 pp268-269。