

■地域医療構想の実現に向け、病院・病床の再編・統合を本格化

地域医療構想は、2025 年に向けて病院・病床の再編・統合を進め、全国の病床を 119 万程度に減らす計画（2013 年度比 15 万床減少）であり、狙いは医療費抑制にほかならない。

公立・公的病院を標的に再編・統合

骨太方針 2018 では、民間病院よりコントロールしやすい公立病院・公的医療機関等を標的にして、再編・統合の議論を進める方針が示された。

5 月 31 日に開催された経済財政諮問会議では、中西宏明経団連会長ら民間議員が提出した意見に沿って、公立病院・公的医療機関等の高度急性期・急性期の診療データの分析を行い、合意済みの計画が、民間病院では担えない機能に重点化されるよう変更を求めるとした。再編・統合の議論を加速させるとともに、公的医療体制の縮小を迫るものである。

閣議決定された骨太方針 2019 には、▽診療実績データの分析を行い、2025 年に達成すべき病床数に沿ったものにする▽重点対象区域を設定し国による助言や集中的な支援を行う▽病院の再編・統合を伴う場合は、遅くとも 2020 年 9 月までに合意済みの計画を再検討し、結論を得ることが盛り込まれた。

再編・統合対象の病院名を公表

厚生労働省は 9 月 26 日、再編や統合を求める 424 の公立病院・公的医療機関等の名称を公表した。急性期の医療機能を持つ 1,455 の公立病院・公的医療機関等を対象に、「A、診療実績が特に少ない病院」、「B、類似の機能を持つ病院が近接している病院」——を相対評価で選定し、民間病院での代替可能性や、病床規模の縮小などを再検証する「再検証要請対象医療機関」とした。

今回の診療実績データは、2017 年の病床機能報告データをもとに、高度急性期と急性期機能について、全国一律の基準を設け、分析討した結果である。高度急性期・急性期の病床を持つと報告した 4,549 病院が分析対象で、うち 1,455 病院が公立病院・公的医療機関等で、民間病院は 3,094 病院である。

A の対象病院については、▽がん▽心疾患▽脳卒中▽救急▽小児▽周産期▽災害▽へき地▽研修・派遣機能の 9 領域について、全国 339 の構想区域を人口規模別に 5 つに区分し、その上で 9 領域の診療実績の分布をとり、手術件数や救急者の受入れ数などの実績が下位 3 分の 1 であった場合、「診療実績が特に少ない」病院と判定した（277 病院、うち A のみ該当 117 病院、B も該当 160 病院）。

B の対象病院については、▽がん▽心疾患▽脳卒中▽救急▽小児▽周産期の 6 領域について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が二つ以上あり（＝類似の診療実績を持つ）、かつお互いの所在地が近接（夜間や救急搬送の所要時間を考慮し、概ね自動車で 20 分以内）している

場合を「類似かつ近接する医療機関あり」とし、6領域すべてで診療実績が上位50%以内に入っていない場合等は対象病院と判定した（307病院、うちBのみ該当147病院、Aも該当160病院）。なお、人口100万人以上の構想区域に所在する場合は、今回の再検証対象病院から外し、今後、必要な検討を行う方針である。

厚労省は、「類似かつ近接する」対象病院がある場合は、構想区域全体で、どの病院が、どの機能を担うのかを整理する必要があるとして、該当する104の構想区域がある都道府県に対して、対象病院のみならず、構想区域の医療提供体制について再検証するよう求めている。

住民不安を招き、医療現場を混乱させる

地域医療を支えてきた病院がなくなれば住民生活に大きな影響が出ることは必至である。さらに、地域の衰退を加速させることにつながりかねない。病院名公表に対し、地方自治体からは、▽乱暴なやり方だ▽分析の根拠が不明▽地域の実状を踏まえていない▽公表データを撤回してほしい、など反発の声が噴出。岐阜県の高岡市と市民病院は連名で、厚労省に抗議文と公開質問状を送るなど、影響が広がっている。

9月27日、全国知事会は「地域の命と健康を守る最後の砦である自治体病院が機械的に再編統合されるという住民の不安を招きかねず、地域の個別事情を無視するもので、公平な視点とは言い難い」との声明を発表した。町村会も意見を公表し、事前に十分な情報提供がなく、病院名が示された。医療現場を混乱させる恐れもある」と批判した。

10月4日に開かれた「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」では、知事会・市長会・町村会の委員が連名で、「地域により公立病院等が果たす役割は異なり、全国一律の基準で分析したデータだけで再編統合を推進することは適切ではない」との意見を提出した。

経営効率のみをとらえ、機械的に分類したデータをもとに、残り一年で結論を導くという拙速な議論を行うことは、地域住民に不安を与えるだけでなく、医療現場を混乱させるものである。

地域の実状が反映しない機械的な分析

全国一律の機械的な分析の結果、地域の重要な医療機関としてこれまで役割を担ってきた病院も「名指し」されている。▽地域唯一の救急告示病院として24時間、365日救急搬送を受け入れている病院▽地域の災害拠点病院としての役割を担ってきた病院▽中山間地域の医療を支えてきた病院などである。

また、急性期医療の診療実績データなので評価対象外の分野が専門の病院も「名指し」されている。県内のリハビリの中核を担う病院や、主に呼吸器系疾患を扱う医療センターなど、がんや脳卒中などの診療実績が無いのは当然の専門病院などである。

今回の選定手法の問題点は、第一に、診療実績データは、①2年前の単年度の診療実績に基づいており、経年的な変化や実績は考慮されていない、②各症例の総数に基づいており、病床規模が小さい病院ほど下位に判定されやすくなる、なぜ「下位3分1」だと対象になるのか根拠も正当性もない、

③がん・心臓・脳疾患領域が中心で、神経疾患・整形外科やリハビリなどの専門病院の特性が考慮されていない、④周辺に大学病院などが複数あれば、診療実績が低いと判定されやすく、回復期機能を担うなど地域の医療連携上の役割が考慮されていない、⑤全国的な医師・医療従事者不足によって、地域の医療ニーズがあっても患者を受け入れられない実状もある。

第二に、降雪地帯やへき地、交通アクセスが悪いなど地域の実状が考慮されていない。下位に該当した病院は、病床規模別では200床以下の中小病院が70%を超えている。とくに北海道では対象病院の3分の2は市町村が設置した100床未満の病院であった。小規模病院が点在する事情は考慮されていない。

第三に、自動車で20分以内という基準は、交通アクセスの事情や住民の生活環境、とくに高齢者や障害者は移動が難しくなることは考慮されていない。

■病床規模別

	診療実績分析対象数	再検証対象数	再検証割合
50床未満	52	40	76.9%
50～99床	139	115	82.7%
100～199床	285	157	55.1%
200～299床	235	57	24.3%
300～399床	279	39	14.0%
400～499床	192	14	7.3%
500床以上	273	2	0.7%
総数	1,455	424	29.1%

■所在地二次医療圏人口規模別

	診療実績分析対象数	再検証対象数	再検証割合
10万人未満	153	45	29.4%
10万～20万人未満	224	74	33.0%
20万～50万人未満	470	171	36.4%
50万～100万人未満	349	108	30.9%
100万人以上	259	26	10.0%
	1,455	424	29.1%

出所: 社会保障推進協議会近畿ブロック

調整会議で再検証の議論

厚労省は9月27日、「必ずしも医療機関そのものの統廃合を決めるものではない」「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等の方向性を機械的に決めるものではない」との見解（「地域医療構想の実現に向けて」）を公表した。あわせて、再編・統合には、病院同士の統廃合だけでなく、一部の診療科を他の病院に移したり、単に病床数を減らしたりといった対応も含まれるとして、急性期病床等の削減・転換、夜間救急受入れの中止、周産期医療の他病院への移管などの選択肢も示している。

今後、各地の地域医療構想調整会議において、個々の地域の特性に応じた再検証の議論が本格化する。厚労省では、①10月17日から30日までの期間、全国7ブロックの地方厚生局単位で説明会を開催するほか、都道府県等からの要請にも応じて説明会を開く、②民間病院の診療実績データについても、都道府県を通じて調整会議に提出する、③調整会議における具体的な議論の進め方など、技術的な助言について厚労省通知を発出する、④厚労科研の研究班で、議論の進め方に関するマニュアルを作成し、公表する—などに取り組んでいくとしている。

骨太方針 2019 では、各地の地域医療構想調整会議での取組が進まない場合には、2020 年度中に新たな都道府県知事の権限強化について検討するとしているが、知事による強制的な病床の再編・統合によって、地域の医療提供体制が崩壊するおそれがある。地方自治体には、「住民の健康と命を守る」という使命と責任をもって、地域医療を守っていくことが求められている。

(文責:医療動向モニタリング小委員会委員 寺尾正之)