

2024 年度

学士論文

協働による地域医療構想の実現は可能なのか
— 現場の議論から探る行政に求められる役割 —



一橋大学社会学部社会学科
4121068Y
木嶋 真祐子

田中 拓道ゼミナール

目次

序章 研究テーマとその背景.....	3
第一節：日本の医療の現状.....	3
1 医療をとりまく社会的背景.....	3
2 日本の医療提供体制の特徴.....	4
第二節：問題の所在	6
1 医療の持続的な提供を脅かす 3 要素	6
2 上記課題への対応としての三位一体改革	7
3 地域医療構想の変遷.....	9
4 日本の医療政治が抱える課題	11
第三節：研究テーマと本稿の構成.....	12
1 研究テーマ.....	12
2 本稿の構成.....	12
第一章 先行研究の整理	12
第一節：医療改革をめぐる二つの立場	13
1 改革の進め方と方向性による主張の大別	13
2 上記対立が表出した議論・政策事例	13
第二節：各派の地域医療政策評価.....	14
1 「行政による急進的改革」を支持する主張	14
2 「民間・行政の協働による漸進的改革」を支持する主張.....	15
第三節：先行研究の不足点.....	17
1 先行研究の課題	17
2 本稿の目指すところ	18
第二章 リサーチクエスションと分析方法.....	20
第一節：リサーチクエスション	20
1RQ	20
2 補足.....	20
第二節：仮説	20
第三節：分析方法	21
1 分析方法	21
2 分析対象	21
3 分析の流れ.....	22
第三章 分析結果.....	23
第一節：分析に用いたデータと分類基準.....	23
第二節：仮説の検証	26

1 仮説①の検証結果.....	26
2 仮説②の検証結果.....	28
3 その他行政に求められる役割	32
第三節：分析結果のまとめ.....	35
第四節：補足資料による追加考察.....	36
終章 本稿のまとめ	38
第一節：総括	38
第二節：研究の課題	39
第三節：今後の展望	39
Appendix.....	40
文献リスト	40

序章 研究テーマとその背景

第一節：日本の医療の現状

1 医療をとりまく社会的背景

日本では人口減少と高齢化が加速しており、医療・介護の分野において対応の必要性が増している。近年人口に占める高齢者の割合は上昇を続けており、2020年に28.6%であった高齢化率は2070年には39%に達する見込みとなっている（厚生労働省 2024f）。特に2025年は団塊の世代がすべて75歳以上となることにより、日本における75歳以上人口が全人口の約18%となる見込みであり、社会全体の変容が求められる。この人口動態の変化は医療分野において長期的に影響を及ぼすと見られている。例えば65歳、75歳以上人口の増加ピークはそれぞれ2040年、2050年であるが、外来患者数や入院患者数、在宅患者数ベースでみるとその数は2040年以降も増加を続けると予想されている（厚生労働省 2024c）。

こうした問題により、医療や介護分野ではサービス提供に必要な社会保障費の確保や医療提供体制の維持が困難になるなどの問題が生じるとされ、このことは「医療の2025年問題」と呼ばれている。また、新型コロナ禍ではこの問題への対処が滞ることとなったことに加え、小規模な病院が乱立し医療機能や人員が分散配置されているという、日本の医療提供体制の脆弱性も露呈したことで医療改革の機運がより一層高まった。コロナ禍では日本全体の病床数は十分であった一方で、機能種別に見ると医療需要とのミスマッチが大きく、その原因は感染症病床自体が病床全体の0.1%ほどしか存在しなかったことや、重症化リスクを超え慢性期を迎えた患者の転院のために必要な医療機関同士の連携不足などが指摘されている（日本経済新聞 2020）。病床数が多いにもかかわらず、感染症用病床が不足し医療が逼迫したことは、次の感染症に備え早急に解決すべき課題である。

本章では、上記の高齢化に伴う課題やコロナ禍で露呈した課題など医療分野における

様々な課題を踏まえた上で、以下で医療の現状や課題を整理するとともに、本稿で扱うテーマである「地域完結型の医療提供体制の整備」について説明する。

2 日本の医療提供体制の特徴

まず初めに、日本の医療提供体制の特徴や課題を三つの観点から整理する。

(1) サービスは民間提供、資金は公的調達

日本の医療提供体制における特徴の一つ目は、サービスは民間の事業者によって提供され、資金は皆保険制度によって公的に調達されているという点である。

尾形（2022）によれば、日本の医療機関は多くが民間事業者であり、2019 年 10 月時点で全国にある 8,300 施設のうち医療法人立のものが 68.8%、個人立のものが 2.1%であり、合計すると約 7 割が民間施設となっている。診療所についても同様に、医科・歯科合計で 170,000 施設あるうちのほとんどが民間、つまり医療法人立か個人立である。一方、医療財源は公費が 9 割を占める。日本の医療は社会保険方式による皆保険体制が採用されており、財源は保険料及び公費によって賄われている。一般に「病院窓口での患者負担が 3 割」というのはよく言われる話であるが、2019 年度の国民医療保険費の財源構成を見てみると保険料が 49.4%、公費が 38.3%、患者負担が 11.7%となっており、実際は医療費用のほとんどが公費によって賄われているということが分かる。このように、日本の医療サービスは民間事業者が提供するが費用は公費調達であるという特徴がある。

(2) 患者が自由に受診できるフリーアクセス

二つ目の特徴は、患者が自分自身で医療機関を選択し受診できることを保証するフリーアクセスという仕組みである。国民は健康保険証さえあれば居住地に関わらずあらゆる医療機関を受診することができる。フリーアクセスの成り立ちは明瞭でなく、受診行動の自由を規定する法律も存在しないため法的根拠もないが、日本医事新報社（2021）で草場が指摘するように、フリーアクセスは日本の国民皆保険制度と全国ほぼ一律の診療報酬制度などによって支えられているとする見解もある。

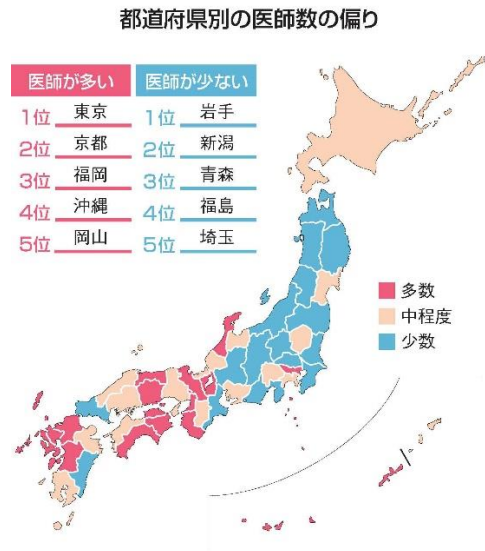
フリーアクセスは世界的に見ても一般的なものではない。例えばイギリスでは各個人が登録した「かかりつけ医」の受診を経ないと専門医療機関を受診することができないという制度が導入されており（m3.com 2018）、ドイツではかかりつけ医の法的規定はないものの家庭医をまず受診するという文化が根強い（ヘルスケアプランナー検定 2022）。このように国によっては患者の医療機関選択に一定の制限を設ける場合がある。

(3) 医療資源の偏在

三つ目の特徴は、施設や病床、人材などの医療資源が均等に配置されておらず偏在が見られるという点である。偏在とは二種類あり、一つは地域偏在、もう一つは病床数や資本投入量に対する労働資源の不足・偏りである。

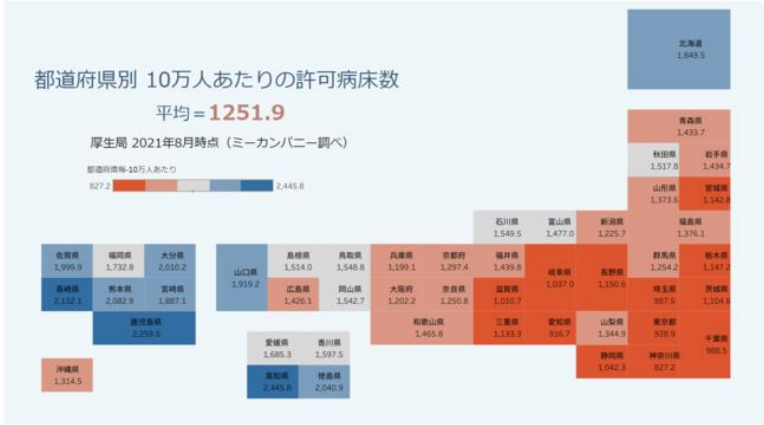
まず地域偏在について説明する。地域偏在とは医師や病床の数が地域によって偏っているという問題である。下記の【図1】【図2】にて示されるように、日本においては「西高東低」つまり人口当たりの医師数や病床数が西においては多く、東においては少ないという傾向が見られる。

【図1】都道府県別の医師の偏り



(出所) 朝日こども新聞 (2021年9月13日)

【図2】病床数の偏り



(出所) PR TIMES (2021年11月1日)

次に、病床や資本投入量に対する労働資本の不足について説明する。日本では人口に対する病床数や病院数は非常に多くなっており、OECD の調査では人口当たりの病床数は世界1位、病院数は3位となっている（厚生労働省 2022a）。また、人口あたりの CT 数や MRI 数も非常に潤沢（尾形 2022: 120）であり、国民にとっての医療環境は恵まれているように思える。しかし【表1】の人口1,000人あたりの医療従事者数と病床数を見てみると、日本は人口あたりの病床数は13.2床と極めて多いにもかかわらず、医師数は2.4人と少ない。

医師数が同程度のアメリカと比較すると、アメリカは病床数が 2.9 床と日本よりもはるかに少ない。したがって、日本は病床あたりの医師数が非常に少なく、日本では極めて多くの病床に広く薄く医師を配置していると言える。

【表 1】人口 1,000 人あたりの医療従事者数と病床数

	医師数	看護師数	薬剤師数	病床数
日本	2.4 人	11.0 人	1.7 人	13.2 床
ドイツ	4.1 人	13.1 人	0.6 人	8.2 床
フランス	3.1 人	10.0 人	1.1 人	6.2 床
アメリカ	2.6 人	11.2 人	0.9 人	2.9 床

(出所) ニッセイ基礎研究所 (2017 年 5 月 10 日) より筆者作成

第二節：問題の所在

本節では前節で整理した日本の医療提供体制の特徴を踏まえつつ、医療提供を脅かす課題について整理する。初めに持続的な医療提供の脅威となる要素について整理した後、それに対して実施されている政府の施策を説明し、その中で特に重要な地域医療構想の政策変遷について整理する。加えて、最後には医療政治における政策決定過程の課題についても触れる。

1 医療の持続的な提供を脅かす 3 要素

日本の医療が今後も持続的に医療需要を満たすためにはいくつかの課題がある。以下で医療サービス提供を脅かす要素を三つに分けて説明する。

(1) 医療ニーズの変化

一つ目の脅威は、高齢化の進行に伴い求められる医療サービスの種類が変化しているということである。高齢化以前は、青年期の急性疾患を治すための治療が求められていた。このニーズの特徴は大規模かつ高度な治療を要し、治療が終われば疾病は完治することが多く、一つの病院で治療が完結するという点である。一方で近年は複数の慢性的な疾患を持つ患者のための医療が求められている。このニーズの特徴は、複数の疾病に対処する必要があるため大学病院などの大規模病院でない限りは一つの病院で完結せず、また長期間の継続的な治療が必要であると同時に、病状の変化によっては入院が不要となるため日常生活との両立が可能なように対応することが求められるという点である。

日本ではこのような医療ニーズの変化に対応できていない。その証拠に日本は諸外国と比較して平均在院日数が長く (鈴木、加藤、近藤 2024)、患者の転院や退院がスムーズに行われていない。その原因は医療機能転換の遅れや、医療機関同士・関係アクター同士の連携不足である。例えば機能転換の観点では高度な治療を行う急性期から緩やかな回復を試みる慢性期、回復期への移行が遅れていること、連携の観点では医療と介護の接続が薄く患者の受入先が見つからないことなどが挙げられる。前節で触れた通り、コロナ禍の医療逼迫も

同様の要因により引き起こされた可能性が高い。

（２） 医師の過重労働

二つ目の脅威は、医師の過重労働の問題である。医師の働き方については既に活発な問題提起がなされており、対応策として 2024 年 4 月より働き方改革が施行され、医師にも年間労働時間の上限が適用されることとなった。実際に医師の過重労働の現状は厳しく、2019 年時点で残業時間は 38%の医師が年 960 時間、9%が 1860 時間の基準を上回る（NHK 2023）。原因の一つには医師の偏在がある。前節で述べた通り、そもそも日本では病床あたりの医師数が少ない上、医師は地域や医療機能ごとに偏在が大きく、不足が大きい場所や医療分野で働く医療従事者には大きな負担が強いられる。医師の中でも特に長時間労働の傾向が特に強いのは、救急、産婦人科、外科の医師に加え、分野にかかわらず若手の医師も過重労働の傾向が強いと言われている。

現在医療サービスの提供はこうした医師の過重労働によって支えられており持続可能性に疑問がある。働き方改革を進め現場の生産性や効率の向上に着手しなければ、サービスの提供量は当然減少する。

（３） 医療機関の連携不足による非効率経営

三つ目の脅威は、非効率な経営によりサービス継続が困難になるという問題である。浜田（2021）によれば、日本の医療機関は約 7 割が民間事業者であるが、経営は悪化傾向にあり 2009 年から 2018 年まで一般病院の損益差額率は一貫してマイナスで推移している。公的病院はさらに厳しい経営状況となっており、これ以上経営が厳しくなれば継続的なサービス提供が難しくなる可能性もある。

病院の経営悪化には様々な要因が考えられる。中でも先に述べた医療機関同士や介護分野との連携不足は大きな課題となっている。その理由は、患者の転院や退院がスムーズに行われなければ患者の病状段階が進み自院でできる治療がすべて終わったとしても、医療機関は治療の必要がない患者のために自院の病床を使い続けることを強いられ、自院の医師・看護師をその患者の対応に投入せざるを得なくなるなど、医療資源が非効率的に使われてしまうためである。このほかにも、医療分野ではたびたび患者情報の共有などにおける DX の遅れが指摘されており、医療サービスの生産性向上の余地は大きい。

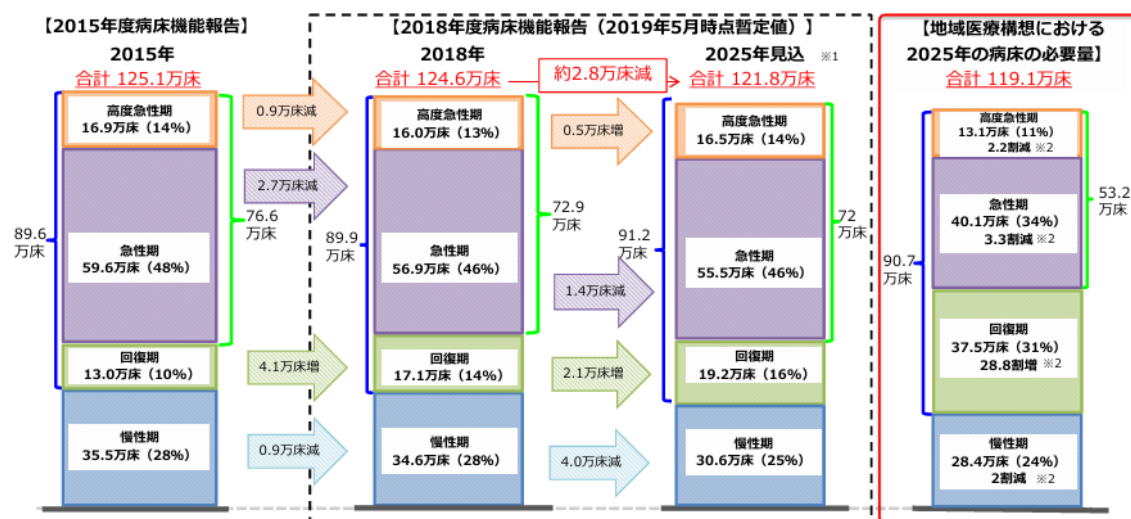
2 上記課題への対応としての三位一体改革

ここでは上記三つの課題への対応として行われている政府の施策について紹介する。現在政府は 2025 年までに着手すべき医療提供体制の改革として、三つの施策を三位一体で推進することを表明している。

一つ目の対策は、地域医療構想の実現である。地域医療構想とは 2014 年頃から開始された施策である。この施策の目的は、医療機関の機能分化や連携による、地域ごとに中長期的

な人口構造・医療ニーズの変化を見据えた良質かつ効率的な医療提供体制の確保である。その内容は、各都道府県に対し国に対する計画提出とその実行推進を求めるといったものである。具体的には、国が示した4機能ごとの病床数の目標値を参考にしながら、都道府県はさらに小さい単位である「構想区域」ごとに必要病床数と実績値を推計すると同時に、その他地域医療構想の達成のための協議を行う「地域医療構想調整会議」を設置するなど、医療機関との相互協議により地域の実情を踏まえて機能分化・連携を進める仕組みを設けることが規定されている。国が示した4機能ごとの病床数の目標値とは、【図3】に示したような、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各機能について推計した必要数であり、病床転換の目標とされている。【図3】は日本全体の病床数であるが、都道府県ごとにもこのような4機能の必要数が推計され、達成が求められている。

【図3】病床機能ごとの病床数の推移/目標値



(出所) 厚生労働省 (2019)

また、各都道府県による計画は当初2025年を見据えて策定されたが、現在は継続的な見直しによりさらに2040年に備えて病床転換を続けることが求められている。2024年時点における地域医療構想の各都道府県の進捗は、全体病床数で見れば需要推計値とおおむね合致する数に推移している一方、病床機能は急性期が過剰であり慢性期・回復期が不足しているという需要とのミスマッチを起こしたままであり、病床転換は遅れていると言える(厚生労働省2024d)。

二つ目の施策は、医師・看護師など医療従事者の働き方改革推進である。この施策は①医師の労働時間管理の徹底、②医療機関内のマネジメント改革、③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保、④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進という四つの改革により構成される。具体的には、②は管理者の意識改革や業務の移管・共同化やICT等の技術を活用した効率化、③は地域偏在と診療科偏在の是正など、④

は医療情報の整理や共有化を含む地域医療構想の実現のことを指している。

三つ目の施策は、実効性のある医師偏在対策の着実な推進である。この施策の目的は地域医療構想実現のための2040年を見据えた医師偏在対策の推進である。具体的な内容としては、医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と施策の推進、地域ごとに異なる人口構成の変化に応じた将来の診療科別必要医師数の算出、将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充、かかりつけ医の確保などプライマリケアへの対応が挙げられる。

3 地域医療構想の変遷

ここでは地域医療構想の成立過程と推進状況について整理する。下表は丸田（2018）に基づいて筆者が作成した地域医療構想に関する政策の変遷表である。

【表2】地域医療構想の変遷

年	政策	政策の目的・趣旨	内容
1948	医療法制定	・病院の施設基準等の整備	・病院の施設基準を創設
1985	第一次医療法改正	・医療資源の地域的偏在の解消 ・医療施設相互の機能関係の確保	・医療計画制度の導入 →二次医療圏ごとに必要病床数を設定
1992	第二次医療法改正	・患者の症状に応じた良質かつ適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化	・特定機能病院の制度化 ・療養型病床群の制度化
1997	第三次医療法改正	・要介護者の増大に対応するための介護体制の整備 ・日常生活圏における医療需要に対する医療提供体制の整備	・療養型病床群の診療所への拡大 ・地域医療支援病院の創設 ・医療計画制度の充実 →二次医療圏ごとに、地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標決定
2000	第四次医療法改正	・良質な医療を効率的に提供する体制の確立 ・入院医療提供体制の整備	・病床区分の見直し →療養病床、一般病床を創設 ・医療計画制度の見直し
2006	第五次医療法改正	・患者等への医療に関する情報提供の推進 ・医療機能の分化・連携の推進	・医療計画制度の見直し →4 疾病 5 事業の具体的な医療連携体制を位置づけ
2014	診療報酬改定	・急性期病床の削減（明言されていない）	・重症度、医療看護必要度指定 ・在宅復帰率指定 ・地域包括ケア病棟の新設
2014	医療介護総合確保推進法	・地域における医療及び介護の総合的な確保推進	・医療機関の都道府県への医療機能報告を義務付け

			・都道府県に地域医療構想の策定の義務付けると同時に、都道府県に向けた新たな基金を設置 ・地域包括ケアシステムの構築促進と費用負担の公平化
2014	第六次医療法改正	・効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築 ・地域における医療及び介護の総合的な確保の推進	・病床機能報告制度の創設 ・医療計画の一部として地域医療構想策定を規定
2015	地域医療構想策定ガイドライン通知		・厚労省医政局長名で、都道府県知事に対し「地域医療構想策定ガイドライン」を通知 ・基本的には二次医療圏を構想区域とした地域医療構想策定を求める
2015	第七次医療法改正	・医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の推進	・地域医療連携推進法人制度の創設 ・医療法人制度の見直し
2017	第八次医療法改正	・安全で適切な医療提供の確保	・特定機能病院の管理及び運営に関する体制の強化
2019	病床機能見直し病院リスト公表		・厚労省が、病床機能の見直しが必要と考えられる公立・公的病院リスト発表

(出所) 丸田 (2018) より筆者作成

表の中から、地域医療構想の成立経緯において重要なポイントをいくつか抽出し説明する。まず地域医療構想の起源であるが、構想の方向性自体は新しいものではなく、1985 年の第一次医療法改正時の医療計画制度導入にその発端を見ることができる。医療計画制度は高齢化社会に備え、医療資源の地域偏在の解消や医療施設の相互連携を目的として導入されたものであり、いわば地域医療構想の前身とも言える。次に、地域医療構想におけるキーワードである「機能分化・連携」は 2006 年の第五次医療法改正の中に見ることができる。ここではスムーズな転院など切れ目のない医療提供や早期在宅復帰のため、医療機能の分化・連携を推進すべく、在宅医療の充実促進を目指すことが決定された。地域医療構想という言葉が誕生したのは 2014 年である。医療介護総合確保推進法が策定され、都道府県に対し 2025 年に向けた病床機能報告制度とともに地域医療構想計画の策定義務が課されることとなった。続く 2015 年にはそれを補足する制度として地域医療連携推進法人制度が創設され、介護との連携を図りながら地域医療構想ならびに地域包括ケアシステムの実現推進を目指すこととされた。

以上より、地域医療構想は 2025 年に向けて約半世紀かけて長期的に練られた構想である

ことが分かる。丸田（2018）も地域医療構想の起源を以下のように位置付けている。

「地域医療構想とは、2025 年に向けた社会保障制度改革として、あらかじめ仕込まれていた「社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月）」や「社会保障制度改革国民会議報告書（平成 25 年 8 月）」を根拠に、医療・介護サービスの提供体制改革のために、政策的に医療法に組み込まれた手段である」

つまり地域医療構想の理念や方向性は以前より行われている社会保障制度改革の中で策定済みであり、現在は都道府県に計画の策定・実行など構想実現の責任が課されていることから、政策実行の場は既に都道府県に移行していると言える。

4 日本の医療政治が抱える課題

前項では医療の継続提供を脅かす課題とその対応策について説明してきたが、本項では医療政治における課題について触れる。医療政策の決定過程において日本医師会などのアクターが強い権限を持っていることや、そもそも医療提供者のうち民間施設の割合が高いために強制力を伴う政策実行が困難であるという課題がある。

まず前者のアクターについて説明する。日本医師会は約 17 万人の医師が加入している団体で日本歯科医師会、日本薬剤師会とあわせて三師会と呼ばれており、医療政策決定において強い権限を持つ。日本医師会の政治団体は日本医師連盟（日医連）と呼ばれているが、日本医師会または日本医師連盟についての主な批判には、有力政治家や族議員との癒着と、開業医の利権に偏った立場の堅持などがある。例えば医師にとって収益を左右する政策の一つに診療報酬の改定があるが、それに関する癒着の疑いとして、2023 年診療報酬改定前に日医連から麻生太郎氏に対し計 5000 万円もの高額献金があり、その後診療報酬は改定され病院の収入増に追い風となった事例があり、これを批判する記事が書かれた（東京新聞 2023）。また日本医師会は会員の多数が開業医であるため、しばしば勤務医や患者と対立する主張を展開することが問題視されている。例えば新型コロナ禍では民間病院のコロナ患者受入が進まなかった一因に「コロナ対応という収益性の低い分野への参入を強制されることがないよう、医師会が政治的妨害を行っていたことがある」という言説も存在する（PRESIDENT Online 2021）。

後者の強制力を伴う政策実行が困難であるという問題は、前節で述べたように日本の医療機関のうち約 7 割が民間施設であるため、首相や知事がトップダウンで医療政策を決定することが難しいという問題である。例えばコロナ禍においては、民間事業者に対し命令することができないために、首相や知事が検査・病院・保健所のキャパシティをトップダウンで決定し強制的に確保するといったことができなかった。このことも、日本は病床数が多いにもかかわらずコロナ禍で医療逼迫が生じるという問題が発生した一因と考えられる（竹中治堅 2020）。

第三節：研究テーマと本稿の構成

本節では前節で説明した医療提供体制や医療政策の課題などを踏まえ、本稿で扱うテーマと構成について整理する。

1 研究テーマ

前二節では日本の医療提供における課題と対策を整理し、医療政策決定過程における課題にも触れた。その内容を踏まえると、昨今の医療政策における最重要課題は地域医療構想の実現、つまり医師をはじめとする医療資源の適切な配分と、高齢化に伴い変化する医療ニーズに対応するための地域完結型の医療提供体制の整備である。その改革の場は既に各都道府県に移行しており、各都道府県は医療機関の再編/統合・機能分化・連携の推進を着実に進めることが求められている。一方で改革の障壁になりうる要素としては行政が権限を持たないことや医師会などの利権団体による改革妨害などが考えられ、行政と医療機関のパワーバランスに大きく左右されると考えられる。

しかし行政と医療機関のパワーバランスについては、必ずしも行政が強い権限を持てば良いとは言い切れない。なぜなら地域医療構想は計画策定の主体が都道府県行政である一方でその実行には民間事業者を多く含む医療機関側の協力が不可欠であり、もし行政が医療機関側の意向を無視すれば両者は激しく対立し改革が滞ることも想定されるためである。したがって、行政は民間事業者が多い医療機関側と良好な関係性を築きつつ行動変容を求めることで改革を進めていくという難しい舵取りが求められる。

そこで本稿では、地域医療構想に基づく改革実行・推進に必要な、行政と医療機関の望ましい連携のあり方について分析する。

2 本稿の構成

上記テーマをもとに、本稿の構成について簡単に説明する。まず第一章では地域医療構想の進め方に関する先行研究を整理し、地域医療構想を実現する上で行政はどのような姿勢・方向性を採用すべきか、という論点について二つの相反する立場があることを明らかにする。同時に、先行研究の課題を指摘しそれを乗り越えるべく本稿の目指すゴールを明確にする。第二章では分析の前段階として、先行研究の二つの立場と課題をふまえてリサーチクエスションとそれに対する仮説を立て、分析手法を説明する。第三章では前章で説明した問いと仮説、分析方法に基づく分析結果について詳細に説明する。最後に終章では分析結果を踏まえ本稿を総括する。

第一章 先行研究の整理

本章では、地域医療構想推進にあたり行政と医療機関の望ましい連携のあり方について、先行研究でどのような研究がなされているのかということについて整理する。

第一節：医療改革をめぐる二つの立場

1 改革の進め方と方向性による主張の大別

結論から述べると、行政と医療機関の連携についての先行研究は大きく二つの立場に分類することができる。以下に示すのは各立場が主張する改革の「進め方」と目指すべき「方向性」、そして各主張を支持する主なアクターを整理した表である。

【表 3】医療改革をめぐる二つの主張

主な主張	支持アクター
A 行政による急進的改革を支持 ・進め方：行政主導、命令権など付与 ・方向性：一律の病床削減、市場原理導入	財務省、経済産業省、官邸など
B 民間との協働による漸進的改革を支持 ・進め方：地方行政と民間の協働 ・方向性：地域に合わせた柔軟な改革	日本医師会、厚生労働省など (多くの医療政策学者)

(出所) 二木 (2015) より筆者作成

一つ目の主張Aは、行政によるトップダウンの改革を支持する主張である。これは民間事業者が多い医療分野においても医療事業者の自由を制限し、行政が命令権や罰則などを用いて強権的にかつ着実に改革を推進するという進め方を支持する主張である。加えて、この立場は一律の病床削減や医療への市場原理導入などの方向性を目指すという特徴がある。主な支持アクターとしては、財務省や経済産業省、官邸などがこの主張を採用することが多い。

二つ目の主張Bは、行政の権限によってではなく行政と医療提供側の協働による改革を支持する主張である。これは地方自治体と民間医療事業者が定期的に協議の場を設け互いに丁寧な認識合わせを行うなど、協働の中で着実に改革を推進するという進め方を支持する主張である。この立場は目指すべき方向性も一律の基準を採用するのではなく、地域によって柔軟に変えるべきであるという主張を持つ。日本医師会や厚生労働省、医療政策学者の多くがこの主張に立つことが多い。

2 上記対立が表出した議論・政策事例

ここでは上記二つの主張をより詳細に説明するにあたり、二派の衝突が見られた事例を紹介することでそれぞれの具体的な主張を追う。

相反する主張が確認できるのは、二木 (2015) が指摘する地域医療構想のゴールを示した二つの資料である。政府の専門調査会がまとめた「第一次報告——医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」(以下、「第一次報告」)と、厚生労働省主導で作成された「地域医療構想策定ガイドライン」(以下、「ガイドライン」)に主張の違いを確認できる。前者の第一次報告の特徴は、2025年の必要病床数や在宅医療などの対応が必要となる

患者数など数値目標を明示したことである。それに対し後者のガイドラインは、慢性期病床の削減については必要であるとするものの、高度急性期・急性期病床の削減必要性や、具体的な削減目標には言及していない。また改革の進め方についても、第一次報告では「医療費適正化」や「都道府県知事が役割を発揮できる仕組みなどを最大限活用」することを求める文言が含まれ、行政主導で改革を大幅にかつ強権的に推進する意気込みが読み取れる。一方、ガイドラインでは「自主的な運営」「柔軟」「地域の実情」が繰り返し強調され、地域医療構想の推進は徐々にかつ地域ごとの協働で進めるべきとする主張が読み取れる。二木（2015）は第一次報告が示すような病床の大幅削減は行き過ぎた目標であると批判しつつ、その主張の背景にあるのは医療費削減を望む財務省や経済財政諮問会議、経済産業省、総務省などからの病床削減圧力であると分析している。

このように、主張 A の行政による急進的な改革を支持する立場の背景には医療費削減などの圧力があり、病床削減目標数の明示や知事権限強化などを志向するために、主張 B の民間との協働による漸進的改革を支持する立場と対立するということが分かる。

第二節：各派の地域医療政策評価

前節をふまえ、本節では上記二つの立場を支持する文献・先行研究をそれぞれ紹介する。

1 「行政による急進的改革」を支持する主張

（1）国主導の改革を求める主張

学術的資料ではないが、医療専門サイト「m3.com」の2016年のインタビュー記事にて、大阪維新の会に所属する梅村聡は現場の病院が国や都道府県の目標策定に従わない可能性に触れ、国主導の改革を主張している。その根拠として、日本の医療機関は民間事業者が多く銀行から資金を借りているため、病床数削減など銀行から経営リスクと捉えられる改革には消極的にならざるをえないことを挙げている。つまり、国や都道府県は目標設定をするのみならず病院の信用保証や財政的支援を行うなど幅広くサポートする必要があるため、国や行政の裁量を拡大し、決断力を持って改革を進めるべきであるという主張を展開している。ただし、梅村は「今の国には、そこまでの覚悟がないのでは」とも述べ、妥協的な案として患者数の推移や必要病床数などのデータを徹底的に開示する方法も提案している。

（2）都道府県の権限強化や国による財政支援を求める主張

上に同じく学術的資料ではないが、読売新聞の調査研究本部研究員の林真奈美は、コロナ禍における医療崩壊は地域医療構想の遅れが原因であるとして問題視すると同時に、都道府県が改革の要であると主張する。その上で停滞する地域医療構想を進めるため、都道府県行政の権限強化や協力病院への財政的支援の拡充の必要性を主張している。その根拠は二点ある。一点目は、都道府県は医療計画を策定する主体であると同時に国民健康保険の財政運営をも担うため、医療サービス提供と費用の双方に責任を持つ立場であるという点である。二点目は医療分野における自由な競争環境を制限する大義名分として、医療機関の大部

分を占める民間事業者が社会的要請に応えることが期待できないのであれば、医療費の9割近くを公的資金で賄っていることから行政のコントロールは許容されるという点を挙げている。

2「民間・行政の協働による漸進的改革」を支持する主張

(1) より小さい単位での地域密着型改革を支持する主張

人見（2016）は分権的かつ地域密着型の改革を進めるべきであるという主張を展開している。具体的には、地域医療構想の推進を市町村主導で行う案や、構想区域を現在の二次医療圏から実質的に保健所単位に変更し医療機関や介護事業者、市民らの協議を推進する案などを提案している。人見は二次医療圏とそれに所属する市町村及び保健所の関係性について分析し、二次医療圏では人口規模に大きなばらつきがあるだけでなく、日常的な生活圏としての物理的条件や住民の心理の一体感が確保されているとは言えず、二次医療圏単位でも医療機関の設置状況に偏差があると結論づける。そのため、構造的な問題から国が定めたガイドラインを二次医療圏が実行するという改革の進め方は有効でなく、構想そのものは二次医療圏単位で良いとしても、実行主体はより小さい単位が望ましいとしている。

人見のこれらの主張の背景には、公権力による医療機能の一律調整に対する批判が存在する。その根拠として、過去に行われた国主導の病床削減政策が失敗したことを挙げている。医療機能分化を図る目的で実施された政策はいくつかあるが、人見はその中でも7対1看護配置基準の導入などは政策の狙いと相反する事態を生じさせてきたと指摘する。そのため人見は研究の中で

「わが国の医療の改革をめざす際には、それが中央政府であるか地方政府であるかを問わず、公権力による一律の統制的調整プロセスが有効に機能することを期待すべきではなく、医療に関わるすべてのステークホルダーに対する協働的調整プロセスが求められることを再認識すべきである」

と述べている。

(2) 公権力による抜本的な改革には実効性がないとする主張

二木（2015）は、国主導の急進的な改革は実効性がない上、望ましくもないという主張を展開している。主張は過去の政策の失敗、受け皿の必要性、経済学観点における市場の失敗の三つの根拠に支えられている。

一つ目の過去の政策の失敗とは、政府が今までに試みた四度の病床削減施策がいずれも成功していないことを指す。一度目は1980年代に老人保健施設が制度化されたときに生まれた病床半減策、二度目は2000年の第四次医療法改正後の一般病床半減説、三度目は2006年の療養病床の再編・削減策、四度目は人見（2016）の研究紹介でも触れた、2014年の7対1病床の大幅削減策である。これらの改革はいずれも制度に強制力が欠けていたり、制度開始前に民間病院が駆け込みで対策を講じたりしたことによって阻止された。二木は日

本の医療制度を、民間病院主導の「規制緩和された市場依存型」と位置付け、上記の国主導の改革失敗事例に基づき「政府の権限で病院病床を大幅に削減することは不可能」と結論づけている。加えて、二木は医療機関の改革阻止を擁護する意見も述べている。これは、国が決定した病床の大規模削減は患者を多く抱える医療機関にとっては納得感がなく、医療提供の責任から到底受け入れられないという考えを持つのもやむを得ないという主張である。

二つ目の受け皿の必要性とは、現在の地域医療構想が目指す病床転換・削減策は高度急性期または急性期病床の削減を目指しているが、これらの病床は高齢者の一次受け入れを担っているため、大幅削減のためには当然代替先が必要となるという主張である。つまり、目標病床数を国から提示し、医療機関に対する何らかのインセンティブまたはペナルティを設けたとしても、病床の運用実態を鑑みれば急速な変革は現実的ではないという意見である。

三つ目の経済学の観点では、二木は公権力による改革の実効性が欠如しているだけでなく、望ましくないと主張し、その理由に経済学の観点に基づく「市場の失敗」理論を挙げている。二木は医療分野において市場原理を導入しようとする新自由主義的改革には経済的な障壁があるとし、それを「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」と名付けている。これは、経済学における「市場の失敗」という市場原理が機能せず経済的な非効率さが生じている状態が、医療分野において発生しているという指摘である。具体的には、医療においては医者と患者間の情報の非対称性が大きいことや、もし市場原理を導入したとしても営利病院のサービスの質低下や不当な価格設定、または公的医療費・総医療費の膨張が生じるといった課題が存在する。そのため、二木は医療サービスの質を保つためにも公権力による改革、特に医療費抑制のための新自由主義的改革は望ましくないと結論づけている。

以上の理由より二木は国や都道府県が持つ権限は行使すべきでなく、地域の医療ニーズに応えるため積極的に病床機能を強化しようとする医療機関に期待し、彼らの自主性を尊重すべきであるという立場を採っている。

（３）地域医療機関の自主性に期待する主張

尾形（2022）は、医療機関の自主性に任せれば改革が進まない可能性があるという懸念には触れつつも、彼らの自主性に委ねるのが良いという主張を展開している。その根拠となるのは、医療機関への期待である。尾形は地域医療構想の核となる「地域の医療機関がそれぞれ地域の医療提供体制を考え実現させる」という考え方が、国ではなく医療提供側から提案されたことを大きく評価している。加えて、日本の医療提供体制は民間事業者の割合が大きく、長らく自由放任政策に馴染みがあることも理由の一つとして補足している。そのため、確かに現在の地域医療構想は各医療機関の選択を基本とし、それ以上の強制権限は行政にも保険者にも与えられていないという課題はあるものの、前向きな見立てから分権的な改革には十分実効性があるという立場を採っている。

第三節：先行研究の不足点

本節では、前節で紹介した五つの先行研究の主張を総括しつつ先行研究の課題を示し、それを乗り越えるべく本稿のゴールを明確にする。

1 先行研究の課題

まず前節で紹介した五つの文献に基づき、行政によるトップダウンの改革を支持する主張 A と行政と民間事業者の協働による改革を支持する主張 B の根拠をそれぞれ整理する。

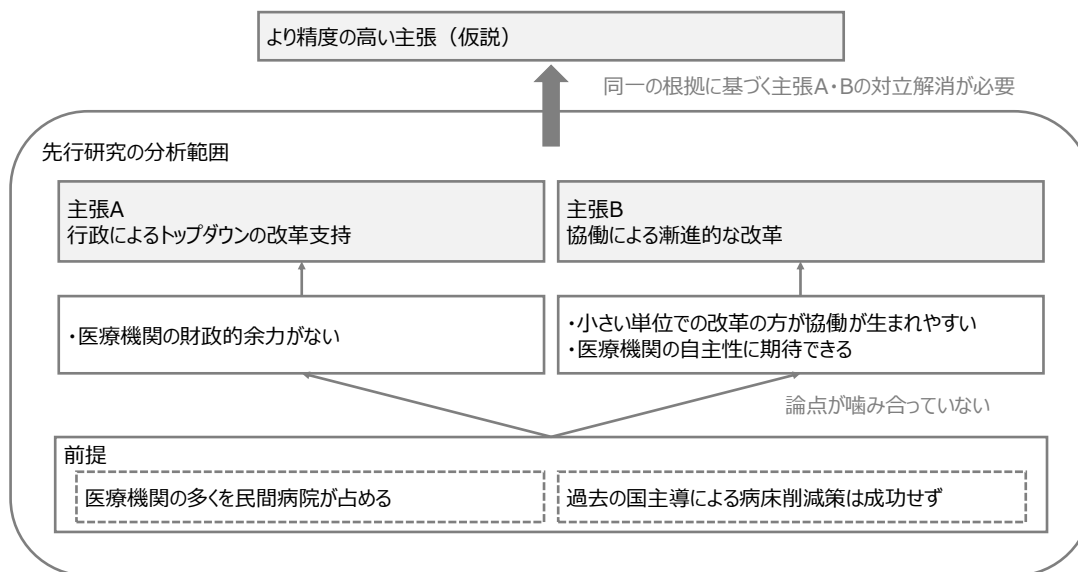
主張 A・B とともに、全医療機関の 7 割を民間事業者が占めることと、過去の国主導改革がいずれも失敗していることの二点を前提としているが、A はそれを受けてよりトップダウンの改革を、B は反対に協働による改革を支持している。同じ前提から異なる主張に向かっているのは、改革を進める現場が抱える課題についてそれぞれが異なる見解を持っているからである。主張 A は医療機関側の財政的余力がないため自主的な改革は生じず、国主導の支援・改革が必要であると予想し、主張 B は小さい単位での改革の方が関係者の協働が生まれやすいことや、医療機関の自主性に期待できるとする考えから協働による改革に賛成している。

これらの主張は一見対立しているようで、論点が曖昧であり議論が噛み合っていないという課題がある。これはどちらの主張も医療提供構造上の理由や前提に基づいた予想にすぎず、根拠が統一されていないためである。つまり、都道府県や二次医療圏単位で行われる行政と医療機関の協働において、医療機関が改革に協力的であるかどうかを予想したとしてもどちらの主張も棄却することはできず、水掛け論になってしまい議論が成立しない。確かに地域医療構想は 2025 年を目標とした改革目標であり、コロナ禍での改革停滞を考慮すれば改革の成否を分析するのは現時点では難しいと言える。しかし改革が始まって数年は経過している現在、医療機関側が地方行政との協働の中でどのようなスタンスを採るのかという問いに対する答えは出始めており、より精度の高い仮説を立てることは可能であると考ええる。

以上の先行研究の課題をフローチャートにて整理すると、以下のように図示できる。

【図 4】 先行研究の課題

先行研究の課題：論点が噛み合っておらず、同一根拠に基づく分析が必要



（出所）筆者作成

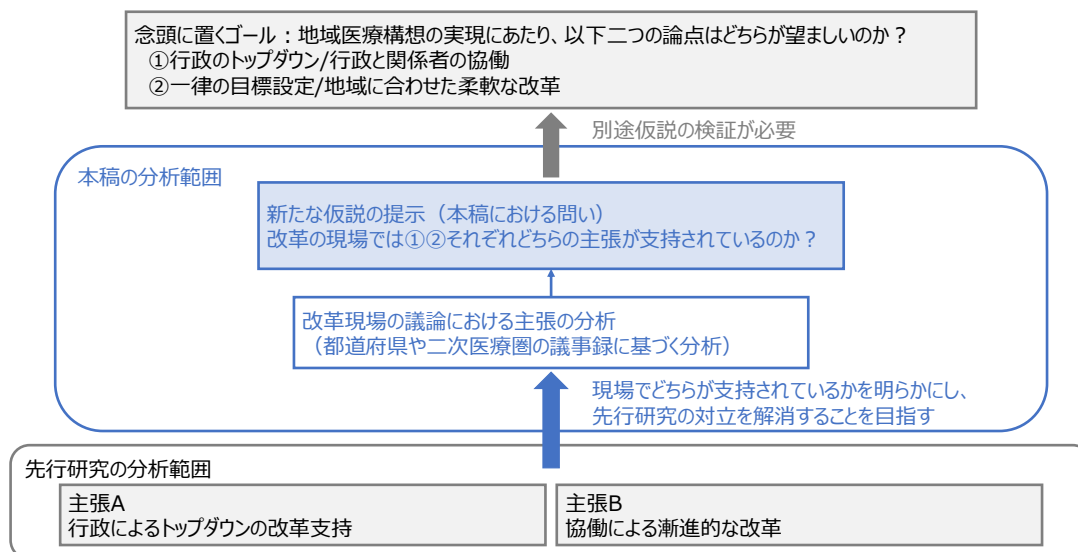
最後に、先行研究の課題の要因について考察する。先行研究の論点が噛み合っておらず曖昧である主な理由は、地域医療構想自体は実行に移されてから比較的日子が浅く、改革は現在進行中であるということが大きい。つまり、そもそも改革は完了していないため結果の評価・分析が難しく、過去の政策や前提情報の考察からしか有力な仮説を立てることができないということが考えられる。次項では以上の課題を踏まえ、本稿でそれをどのように乗り越え、何を目指すのかということについて説明する。

2 本稿の目指すところ

まず結論から述べると、本稿の目指すところは以下のフローチャートに整理でき、特に青字で示した部分について取り扱うこととする。

【図 5】 本稿の目指すところ

本稿の目指すところ：先行研究の対立解消と新たな仮説構築



（出所）筆者作成

チャートの詳細について説明する。序章第三節にて本稿では地域医療構想に基づく改革実行・推進に必要な、行政と医療機関の望ましい連携のあり方について分析すると述べたとおり、本稿が明らかにしたいのは地域医療構想改革における主導権や目標設定のやり方に関するあるべき連携の形である。そのため、まずフローチャートのトップに記載した二つの論点に構成される問い「地域医療構想の実現にあたり、以下二つの論点（進め方と方向性）はどちらが望ましいのか」を念頭に置く。その上で、前項で整理した先行研究の課題を踏まえ、本稿では先行研究が対立しているポイントである「医療機関のスタンスや抱える課題」について実際のデータに基づき分析し対立を解消することを目指す。具体的には、既に行われている地域医療構想改革の現場、つまり都道府県や二次医療圏における議論の中で、医療提供側は改革に際しどのような課題を持ち、どのような主張を展開しているのかという問いについて分析する。詳細は次章にて説明するが、分析の際には上述した先行研究の対立を出発点とし、主張 A と B のどちらが信頼度の高い仮説なのかという観点で整理を行う。

以上のプロセスにより、本稿では「地域医療構想を実現する際の行政と医療機関の望ましい連携のあり方」について新しい仮説を構築することができる。言い換えれば、本稿は連携のあり方についての検証までは踏み込んでおらず、あくまで仮説の提示にとどまるということである。しかし、前項で述べた通り地域医療構想は現在進行中の改革であり、検証に必要なデータを集めることは難しい上、少なくとも医療機関のスタンスについて予想を超えて事実ベースで分析を行うことは、後の検証またはより精度の高い仮説の構築のために現場の視点を提供するという点で意義があると考えられる。

第二章 リサーチクエスションと分析方法

本章ではリサーチクエスションの設定と仮説、それに対する分析方法について説明する。まずは前章の内容を踏まえ、第一節で問いを再整理し、第二節で仮説を設定する。その後第三節で具体的な分析方法について説明する。

第一節：リサーチクエスション

1RQ

本稿のリサーチクエスションとして、「地域医療構想の実現にあたり、改革現場ではどのような進め方・方向性が支持されているのか」という問いを設定する。またその問いを分析する際、特に医療機関が抱える課題やそれに基づき展開される主張がどのようなものであるかという観点も併せて考察を行う。

2 補足

リサーチクエスションは前章で行った先行研究の整理に基づいて設定しており、繰り返しになるが本稿の目的は先行研究の課題である論点の不一致を乗り越えるための検討材料を明らかにすることと、明らかになった情報をもとに仮説を構築することであるという点に留意して分析を進める。加えて、分析は先行研究に見られる 2 パターン、【表 3】における主張 A と B を敲き台とする。そのため「進め方」と「方向性」とは、具体的に前者が行政主導のトップダウン型か官民協働のボトムアップ型かという対立軸、後者は一律の病床削減か地域に合わせた柔軟な改革かという対立軸を想定する。

第二節：仮説

リサーチクエスションに対し、本稿では進め方と方向性のそれぞれについて仮説を立てて分析を行う。ただし本稿では仮説検証を行わないため、仮説というよりは分析をする上での見立てに近いということに留意したい。

進め方・方向性ともに、本稿では医療政策学者が多く支持していた主張 B に基づいて仮説を立てる。なぜなら、地域医療構想は策定から数年が経過しているが病床目標数の達成状況は芳しくなく、行政がトップダウンで改革を進めようとするのではなく、関係アクターと協議を重ねるなど堅実な改革が必要になると考えられるためである。具体的には、進め方については「都道府県は罰則を伴う強い命令権を持つのではなく、指標の提示や情報共有などの働きかけに留まり、協働を重視すべきである」という仮説、方向性については「都道府県は一律目標を設定するのではなく、各地域の実情に合わせた柔軟な指標を策定すべきである」という仮説である。（以下、前者を仮説①、後者を仮説②と呼ぶ）これを見立てとし、次節で説明する手法を用いて分析を行う。

第三節：分析方法

1 分析方法

改革現場の主張を探るため、本稿では都道府県または二次医療圏ごとに設定される地域医療構想調整会議の議事録を対象に、関係者の発言から主張を分類し数の比較や内容の考察を行うことによってリサーチクエスションに対する答えを導く。

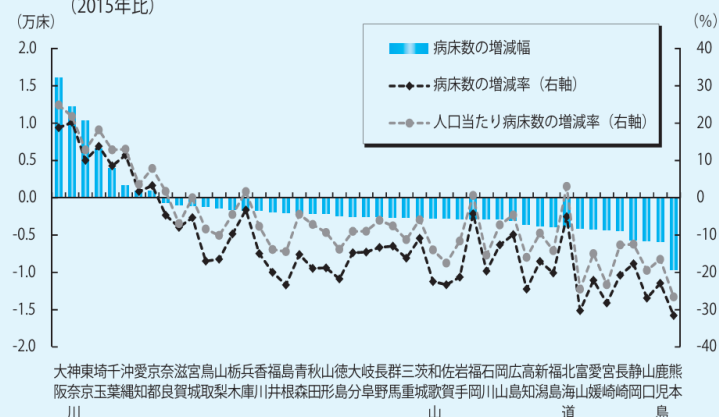
具体的な分析方法について説明する。まずピックアップした議事録の中から地域医療構想実現の推進・阻害に関係すると考えられる要素や、行政に求める役割などについて言及する発言をすべて洗い出す。その後、仮説①・②それぞれについて直接の言及が見られるものとそうでないものに分類した後、直接の言及が見られるものについては主張 A・B のどちらを支持しているかという観点でさらに分類し、両者の数を比較して分析を行う。直接の言及が見られないものについては、仮説①②またはその他行政に求められる役割について何らかの考察ができそうな要素を抽出し、発言内容から考察を行う。詳しい分析の流れは、第三章第一節に掲載する【図 7】にイメージを記載しているため、そちらを参照されたい。

2 分析対象

ここでは分析に用いる議事録の選定基準について説明する。分析に用いるのは、大阪府、神奈川県、東京都、熊本県、鹿児島県、山口県の 6 都道府県の、県単位もしくは二次医療圏単位の会議体議事録である。選定根拠は、この 6 都道府県が地域医療構想の実現にあたり最も大幅な改革が求められるという点である。大和総研が作成した【図 6】のグラフは、2015 年比で 2025 年までに目指すべき病床数について集計し、都道府県ごとに必要な病床削減/増加数を示したものである。これを基に、目標数との差から大幅な改革が求められると考えられる県について、削減・増加ともにそれぞれ上位 3 つを選定した。最も病床削減が必要な県が大阪府、神奈川県、東京都、最も病床増加が必要な県が熊本県、鹿児島県、山口県である。

【図 6】各都道府県における病床数の必要増減率

図表1 都道府県別に見た2025年の病床数の増減幅と人口当たり病床数の増減率
(2015年比)



(注) 2015年の病床数は未回答分を含まない

(出所) 総務省統計、厚生労働省 第4回地域医療構想に関するワーキンググループ資料(2017年5月10日)
等から大和総研作成

(出所) 大和総研(2017)

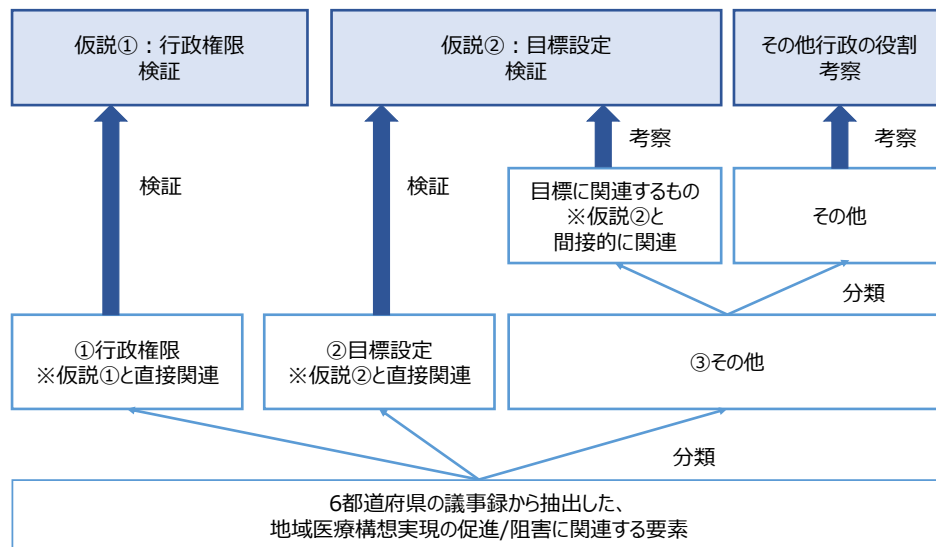
都道府県の選定後、議事録の選出を行った。選出方法は、会議体と期間の二つに分けて行った。まず会議体については、県全域を対象とする地域医療構想調整会議/協議会の議事録が公開されているか否かによって対象を分けた。公開されている場合は県の調整会議/協議会、されていない場合は県内の二次医療圏のうち、最も人口が多い医療圏の調整会議/協議会の議事録を扱うこととした。理由は、より大きな会議体の方が参加アクターの数が多く、改革をめぐる意見の対立が現れやすいと考えられるためである。次に期間については、十分なデータを収集することを目標に、2023年1月1日から現在までの議事録だけで30個以上のサンプルが採れるか否かによって期間を分けた。採れない場合は、さらに1年追加し2022年1月1日から現在までを対象とした。それより前の期間に踏み込まないのは、2021年までさかのぼると新型コロナウイルス対応についての話題が多くなってしまい、分析の妨げになるためである。

3 分析の流れ

抽出したデータを用いた具体的な分析の流れを示したものが、以下の【図7】である。

【図7】分析の流れ

分析の流れ：データの分類と扱い方



(出所) 筆者作成

図は下から上に向かって分析が進んでいくイメージで作成した。この分析のゴールは表の一番上に示した通り、仮説①と仮説②、そしてその他の行政に求められる役割の考察である。そして表の一番下に示した通り、分析はまず議事録の中から地域医療構想を実現するにあたり促進または阻害要因に言及した発言を抽出するところから開始した。その後、それらを仮説①に関連するもの、つまり地域医療構想の進め方を決定する行政権限などに関連するものと、仮説②に関連するもの、つまり地域医療構想の目標設定に関連するもの、そしてそのどちらでもないものの3つに分類した。どちらでもないものについては、内容を細かく見ていくと仮説②の分析に間接的に関係するものが多かったため、そこからさらに仮説②に間接的に関連するものとそうでないものに分類した。最後に表の矢印部分について説明する。詳しい分析結果については次章に記載するが、分析の結果最初に設定した三つのゴールは、仮説①は直接言及があった発言のうち、主張Aと主張Bのどちらを支持する声が多いのかという数の比較（表では「検証」と表現）によって、仮説②は同様の数の比較（検証）に加え関連する発言の内容をふまえた考察によって、そして最後のその他行政に求められる役割については、発言内容を細かく分析した上での考察によって明らかにすることができた。

第三章 分析結果

第一節：分析に用いたデータと分類基準

分析結果を説明する前に、本節では分析に使用したデータについて概要を説明する。前章第三節で説明した手法に基づき、6都道府県それぞれにつき地域医療構想調整会議の議事録

を選出した結果を示したものが、以下の【表 4】である。

【表 4】 分析対象の会議と要素数

都道府県	会議名 ※○：県, ●：医療圏	開催数	開催年月日	発言数 (要素数)
大阪府	●大阪府大阪市保健医療協議会	4	・ 2024/02/15 ・ 2023/07/28 ・ 2023/02/01 ・ 2022/01/27	20
神奈川県	○神奈川県保健医療計画推進会議	7	・ 2024/07/23 ・ 2024/02/21 ・ 2023/12/04 ・ 2023/11/06 ・ 2023/10/03 ・ 2023/07/28 ・ 2023/03/02	47
東京都	○東京都地域医療構想調整部会	4	・ 2024/03/05 ・ 2023/10/31 ・ 2023/08/31 ・ 2023/03/20	60
熊本県	○熊本県地域医療構想調整会議	4	・ 2024/06/05 ・ 2024/11/27 ・ 2023/06/02 ・ 2022/06/02	22
鹿児島県	●鹿児島地域医療構想調整会議	5	・ 2024/02/08 ・ 2023/10/23 ・ 2023/08/30 ・ 2023/03/30 ・ 2022/10/31	21
山口県	●山口・防府医療圏地域医療構想 調整会議	6	・ 2024/08/06 ・ 2024/02/02 ・ 2023/10/19 ・ 2022/12/01 ・ 2022/08/04 ・ 2022/01/19	11

(出所) 筆者作成

地域医療構想について議論を進める会議体のうち、県全体の会議体の議事録が見つかったのが神奈川県、東京都、熊本県の3つ、見つからず最も人口の多い二次医療圏の議事録にあたることとなったのが大阪府、鹿児島県、山口県の3つである。二次医療圏の選出にあたっては、厚生労働省が令和4年に発表している「二次医療圏ごとの人口動態・患者動態等」に記載された各医療圏の2025年における全年齢人口の推計値を参考にした。期間についても前章で記述した通りの手法を用いたが、結果分析に用いた議事録の数すなわち期間中の会議開催数と、そこから抽出できた発言の要素数の合計を表の左二列に示した。要素数は6都道府県合計で103個抽出することができた。

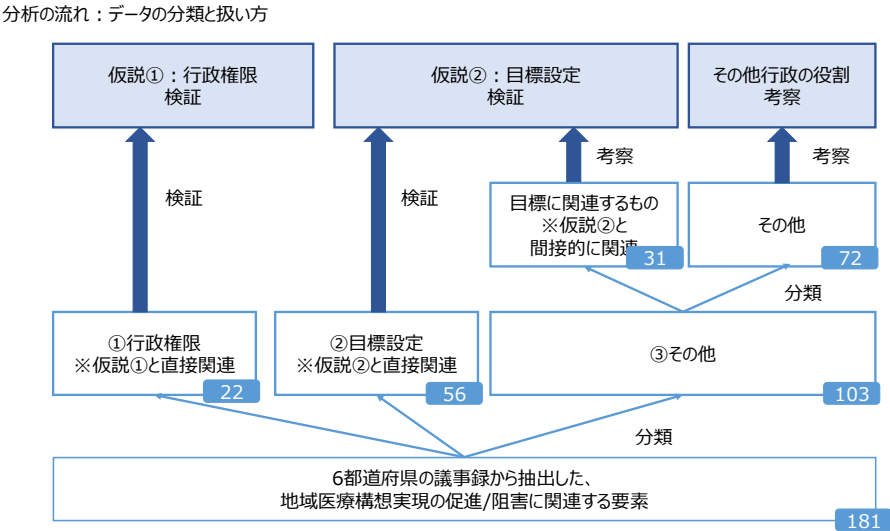
また、その103個のデータを前章の最後に説明した分析の流れに沿って分類した結果、各分析に用いたデータ数について示したのが以下の【表5】と【図8】である。

【表5】項目別データ数

都道府県	①行政の権限	②目標設定	③その他
大阪府	8	7	5
神奈川県	5	18	24
東京都	5	15	40
熊本県	1	5	16
鹿児島県	2	9	10
山口県	1	2	8
合計	22	56	103

(出所) 筆者作成

【図8】分析の流れとデータ数



(出所) 筆者作成

結果、仮説①は 22 個、仮説②は 87 個（直接関連する 56 個＋間接的に言及する 31 個）、その他行政の役割は 72 個の発言から分析を試みることとなった。

第二節：仮説の検証

1 仮説①の検証結果

はじめに仮説①の検証結果について説明する。仮説①は地域医療構想の進め方について、協働を重視したアプローチを支持する声が多いという仮説である。具体的には「都道府県は罰則を伴う強い命令権を持つのではなく、指標の提示や情報共有などの働きかけに留まり、協働を重視すべきである」という、行政の強い権限を嫌う主張が多いという予想である。

選定した議事録の中から行政権限について言及した発言を抽出した結果、要素は合計で 22 個あり、その内訳は【表 6】に示した通りの結果となった。

【表 6】仮説①の分析結果

都道府県	A集権的	B分権的
大阪府	8	0
神奈川県	4	1
東京都	3	2
熊本県	0	1
鹿児島県	2	0
山口県	0	1
合計	17	5

（出所）筆者作成

分析の結果、地域医療構想の進め方に関しては、元々の予想に反して主張 A「集権的な改革」を支持する声が主張 B「分権的な改革」を支持する声の三倍以上あることが分かり、仮説は検証できず、むしろ逆の結果が導き出された。この傾向は都道府県ごとに見ても同じであり、データの数が一つしかない県を除けば、全ての県で主張 B よりも主張 A の方が支持されている。

では、なぜこのような結果となったのか。発言の内容を細かく見ていくと、大きく分けて二つの要因を読み取ることができた。

まず一つは、協働を重視した分権的な改革のデメリットへの強い懸念である。例えば「病院の都合だけで自由に機能変更するということが生じるという事態はなかなか好ましくなく、思っている」、「寄り添うという姿勢は大事だと思います。ただ一方で、それはあくまでも自院ファーストであって、地域の意向とまるっきり関係なさ過ぎるよねという場合があります。そういう意味で言えば、プランをこの時期に出してこういう形でやるので徹底してくださいねということで、それを周知徹底していく」（神奈川県 2024/07）との発言があり、医療機関の非協力的な行動によって改革が停滞してしまうことを強く懸念して

いることがうかがえる。同様の発言は他にも見られ、例えば「連携に関してのアンケートの結果とかを見ますと（中略）自分の強みというよりは、やりたい診療を中心に出されている印象がございます」（東京都 2023/03）、「鹿児島保健医療圏では急性期と慢性期が多いが、各医療機関が選択した医療機能が妥当となるのであれば、各医療機能の病床の構成は変わらないと思う。」（鹿児島県 2023/02）といった発言がある。これらはいずれも医療機関側から出された意見であり、このことから医療提供者らも自由放任主義的な仕組みでは改革が進まない可能性が高いと認識しており、改革推進のため何らかの強制力を求めていることが分かる。

二つ目は、非協力的な事業者に対する実際の反発である。先に述べたような懸念が的中し、非協力的な事業者が目立っているのが大阪府である。大阪府の議論では地域医療構想の改革方針に従わない医療法人医誠会に対する反発の声が大きく、調整会議への医誠会の呼び出しならびに質疑応答が行われることとなっており、実際主張 A を支持する大阪府の発言 8 つは全て医誠会に言及するものである。これは、医誠会による新病院設置計画に関する紛争である。具体的には、医誠会の計画は大阪市北区に新病院を設立するというものであり現在過剰となっている高度急性期・急性期病床の削減にはつながらず、これは地域医療構想の方向性に反するとして、地区医師会や知事から再検討要請が繰り返し発出されているにもかかわらず医誠会が計画を変更しないという問題である。これに対する発言例としては、「医療法人医誠会の対応方針に合意することは、法人の意向のままに病床機能を転換することとなり、地域医療構想の協議の意味が全くなってしまう」（大阪府 2024/02）という発言や、医誠会の計画に対して「吉村知事が大阪市長の時代に土地を医誠会に売却されたが、知事として使い道がおかしいと言っているのは、やはりおかしい話。大阪の地域医療構想を考える中で、あつてはならない計画であるということを再確認した」（大阪府 2023/02）といった発言がある。このように、改革の方向性に従わない医療法人の行為に対しては、地域医療構想調整会議や行政が毅然と「No」を突き付けるべきであるという主張が大半である。どちらにせよ、医療法人と行政双方が医療法人の非協力的な態度を懸念しており、改革を進めるため、あるいは医療法人側は抜け駆けを許さないという意図もあるのかもしれないが、話し合いを超えた強制力を求めていると言える。

一方、少数ではあるが主張 B を支持する意見も存在する。例えば「検討項目は県が提示した上で、項目ごとの指標や達成手段は市に任せてほしい」（神奈川県 2023/10）という発言や、「行動変容というのは、（中略）開業制限みたいなものにつながるということは、余り考えなくてよろしいでしょうか。そこまでのものではないということですね」（東京都 2023/10）という発言があり、前者は行政の裁量拡大への反発、後者は自由開業制の制限への懸念が表れている。これらは本稿で仮説を立てた際に予想していた医療提供側の意見と同じ趣旨の主張であるが、このような主張 B を支持する発言は多くなかったということになる。

また、別の視点として、行政権限について言及した発言ではないが責任所在を決める際に

必要な配慮についての意見として、「医療機関の最終的な選定の責任者は、議長か、事務局か。議長が責任という形であれば、後からもめることがない」（鹿児島県 2023/10）という発言があった。会議体の議長は多くの場合都道府県医師会の人間であるが、事務局は多様なアクターによって組織されている。これだけではっきりと断定することはできないが、医師会の決定には医療機関が従いやすいのだとしたら、強制力の使い方について行政と医師会で役割分担を行う余地があるかもしれない。

仮説①の分析結果をまとめると、医療政策をめぐる議論では医療提供者側から行政が強い権限を持って改革を進めることに否定的な意見が多く出ると予想されたが、反対に行政権限強化を支持する声が多かった。これは改革が停滞することへの懸念や特定の事業者のみ優遇されることへの反発が理由であると考えられる。ただし、そもそも今までに知事権限が行使されたことはなく、現時点で行政が非集権的な姿勢で改革を進めているため、「行政の権限を縮小すべき」という発言がわざわざ出なかったという可能性も考えられる。

2 仮説②の検証結果

（1）直接的支持

次に仮説②の検証結果について説明する。仮説②は改革の方向性・目標設定について、行政と医療機関双方の協働的な議論に基づく柔軟な指標を支持する声が多いという仮説である。具体的には「都道府県は一律目標を設定するのではなく、各地域の実情に合わせた柔軟な指標を策定すべきである」という主張が多いという予想である。

選定した議事録の中から目標設定について言及した発言を抽出した結果、要素は合計で 56 個あり、その内訳は【表 7】に示した通りの結果となった。

【表 7】仮説②の分析結果

都道府県	A一律基準	B柔軟な指標
大阪府	4	3
神奈川県	4	14
東京都	1	14
熊本県	0	5
鹿児島県	1	8
山口県	0	2
合計	10	46

（出所）筆者作成

分析の結果、地域医療構想の目標設定については、元々の予想通り主張 A「一律基準」より主張 B「柔軟な指標」の適用を求める意見の方が四倍以上あることが分かり、仮説と同じ結果が導き出された。この傾向は大阪府を除く 5 県すべてに共通している。大阪府だけが A を支持する割合が大きいのは、先に詳しく述べた通り医誠会への反発が背景にあると考えられる。

では、なぜこのような結果となったのか。発言の内容を細かく見ていくと、大きく分けて三つの要因を読み取ることができた。

まず一つは、国が指定する 4 機能の指標では医療機能の実態を捉えることができないという意見である。例えば神奈川県議事録にある、「4 機能の議論に固執することに限界がある」、「一方で国は 4 機能区分のこだわりはいまだに捨てていない」（神奈川県 2024/07）といった意見が代表的なものである。具体的な課題への言及としては、「例えば、住民側のアンケートで、足りる足りないとか、もしくは医療機関同士のアンケートみたいなので、足りる足りないみたいなものが、調整会議で話し合われないと、この機能別の遍在ということはなかなか捉えるのは難しい」（東京都 2023/10）といった意見や、「“基準は満たさないが、紹介受診重点医療機関への意向がある医療機関”の大阪回生病院は、紹介受診重点医療機関の機能を有するものと考えられるため、紹介受診重点医療機関として選定してはどうか」（大阪府 2024/02）といった意見が出ている。これらの 4 機能ごとの定量的基準を問題視する意見以外にも、国が定めた県ごとまたは二次医療圏ごとの指標が実情を反映していないという意見もある。例えば「鹿児島医療圏は外来医師多数区域となっているが、実際は 3 つの市に偏在しているため、鹿児島市と日置地区・鹿児島郡を分けて示していただきたい」（鹿児島県 2023/08）という意見や、「二次医療圏について、山口県の人口に対して、8 医療圏は多すぎる」（山口県 2024/02）といった意見が出ている。このように、定量的基準は目標設定の敲き台として一定の評価はできるものの、医療機関ごとに提供する医療サービスの実態や、地域ごとの医療機関の偏在などを考慮していないため、実際の目標はこうした実態を踏まえて柔軟に設定されるべきであり、国が設定する 4 機能の目標を一律で適用することには反対であるという主張が展開されていることが分かる。

二つ目は、目指すべきは医療キャパシティの適正化であり、それは病床数の調整ではなく連携の促進などで達成すべきであるという主張である。例えば熊本県の議事録にある「高齢者救急で、我々が受け入れた患者さんが、治っても基礎疾患を複数持っておられるんですよ。DPC 病院は入院日数の縛りがある。どうしても受け皿の急性期病院がいるんですね。そこを急激に減らされたら、これは慢性期にも行けない患者さんが増え、介護施設にもやれないってことになります」（熊本県 2024/06）という発言が代表的なものかつ根拠を詳しく説明している。この意見からは、病床や医療機関ごとに独立して医療を提供しているのではなく、患者の病状に合わせた転院・退院が必要になるため、病床数削減は連携ネットワークを断ち切ることとなり望ましくないという主張が読みとれる。

三つ目は、同じく病床数を目標にすべきでないという主張のうち、医療人材不足により病床数増加は現実的に不可能であることを根拠とする意見である。例えば「地域包括ケアシステムと医師の働き方改革というのは、矛盾する部分が出てきているんですね。夜間において救急医療を支えるために、救急の医療機関まで行かなくても、地域で支えていこうというのは、地域医療構想のひとつの絵なんですね。（中略）可能な範囲で進めていただきたい」（熊本県 2022/06）という発言が代表的なものである。

仮説②の分析結果をまとめると、地域医療構想の目標設定についての議論では、予想通り一律指標よりも地域に合わせた柔軟な指標が支持されていた。その理由は主に三つあり、一つ目に定量的指標では医療機能や人口偏在などの実態を反映することが難しいこと、二つ目に病床数は目標ではなく手段であり、医療キャパシティーの適正化を目指すべきであること、三つ目に医療人材の不足により病床数の変動は現実的でないことが挙げられる。以下の間接的考察にて、柔軟な指標の支持理由をさらに深掘りする。

（２）間接的支持

ここでは仮説②への直接的な言及はなかったものの、間接的に支持していると考えられる発言 31 個から、仮説②において主張 B「柔軟な指標」が支持されることとなった理由・背景について考察する。（１）直接的支持にて確認された主張の理由としては、定量的指標が実態を捉えられていないことや、そもそもの目標である医療キャパシティーの適正化は病床数の増減によってだけでなく医療機関同士の連携によって達成できること、そして医療人材不足などにより病床数転換は実現困難であることなどが挙げられていた。そのため、間接的に支持すると考えられる発言はこの三つの理由のいずれかを補足する要素を抽出した。その結果 31 個収集することができた。

より詳細に述べると、主張は以下の三つの主張に大別できる。まず一つ目は、高齢化・人手不足により病床数の増加は現実的に困難であるという主張、二つ目は数値的目標では医療の実態把握が困難であるという主張、三つ目は同/異職種間での連携によって医療キャパシティー不足は解決可能であるという主張だ。それぞれの要素数を以下の【表 8】にまとめた。

【表 8】間接的支持の内訳

都道府県	目標設定について			
	高齢化・人手不足	実態把握が困難	連携による解決	合計
大阪府	0	1	1	2
神奈川県	3	3	1	7
東京都	4	0	5	9
熊本県	3	1	0	4
鹿児島県	2	2	0	4
山口県	1	2	2	5
合計	13	9	9	31

（出所）筆者作成

各グループについて、発言の詳細を詳しく記述していく。まず一つ目は人手が増えなければ病床が増えたとしても稼働率は増えず、医療キャパシティー不足という問題の根本的解決につながらないという主張である。例えば神奈川県の議事録にある「場合によっては目標が達成できないという状況も将来的に生まれるかもしれないと思います。といいますのも、いろいろな業界で働き手の問題とかが非常に深刻化しており、ものすごい業界内での人の

取り合いというのも起こっています」(神奈川県 2024/02)という発言や、東京都の議事録「看護助手を含む看護職員の不足により、病床を十分稼働できていないとの意見や、多くの圏域において見られました」、「看護師を中心に医療人材が不足していて、看護師が足りないために、病床がフル稼働できない病院もある」(東京都 2024/03)という発言、そして山口県の議事録にある「医師の高齢化に伴い、一次救急、二次救急ともに逼迫しているため、各医療機関の相互理解と協力により、現状を乗り越えていく必要がある」(山口県 2024/08)という発言などがある。これらの意見からは、病床の増加が必要な県、削減が必要な県ともに人手不足が深刻である現状がうかがえる。病床の増加・転換はどちらも追加の人手を要するものであるため、人員を確保することができないまま無理に病床を変化させても、担い手がおらず結局病床を稼働できないといった事態が起こりうる。そのため、医療業界の人手不足のため病床数転換という目標は実現性が低く、これを第一に目指すべきではないと言える。よって、上記意見を代表的なものとして、医療機関の人出不足を訴える声そのものもこのグループに属するものとしてカウントした。

二つ目は、定量的指標による実態把握は困難であり、数字では測れない現況について包括的かつ個別的な議論が必要とする主張である。例えば神奈川県の議事録にある「慢性期の実態を判断するには、高齢者施設や在宅医療、慢性期の対応など、高齢者への医療提供がどこで行われるかという包括的な議論が必要である」(神奈川県 2024/07)という発言や、鹿児島県の議事録にある「他の医療圏からの流入患者が多い鹿児島保健医療圏としては、流入患者の状況も含めて必要病床数を考えなくて良いのか」(鹿児島県 2022/10)という発言、山口県の議事録にある「精神科救急対応の病床を10床確保するとともに、その精神科救急対応の病床とは別に、精神科疾患で合併症のある患者対応の病床を10床確保していただきたい」(山口県 2022/12)という発言などがある。地域医療構想は高齢化進行に伴う医療需要の変化への対応が重要な目標の一つであるが、現時点で高度急性期・急性期病床が現在高齢者の受入先となっている以上、単に急性期を減らし慢性期を増やすということにこだわるだけでは行き場を失う高齢者患者が発生するのは避けられない。また、鹿児島県の意見同様、医療圏ごとの目標についても、医療圏をまたいだ人の移動を考慮して増減を考える必要がある。そのため、そもそも定量的な一律指標の適用には限界があり、改革の実行にあたっては現状を鑑みながらゴールを設定するという柔軟なやり方を避けることはできないだろう。よって、上記意見を代表的なものとして、単に4機能で分類した数値指標では測れないほど実態は複雑である、または各疾病に合わせた議論が必要であるという主張などもこのグループに属するものとしてカウントした。

三つ目は、病床数削減よりも医療機関同士の機能連携が有力であり、具体的には医療機関の機能調整や人の移動が有効手段であるとする主張である。例えば大阪府の議事録にある「地域医療連携推進法人内での病床融通は、スキームを適切に活用した模範的な例である」(大阪府 2023/02)という発言や、東京都の議事録にある「専門医が他の病院で非常勤として外来の診療を行うことで、病院機能を充実させているケースがある」(東京都 2023/08)

という発言、「人材不足はもはや避けられず、かかりつけ医の役割として、不必要な入院を減らすための役割を強調すべき」（東京都 2024/03）という発言などがある。前者二つは病院間で病床や医者との融通を行うことで医療キャパシティーを増加させようとする取り組みである。高齢化に伴い、患者が一つだけでなく複数の疾患を持っていることが当たり前となりつつある現在、医療機関同士のこうした連携によって医療キャパシティーを増やす取り組みが必要となるだろう。また、最後の東京都の発言のように、患者と適切な医療サービスをマッチングすることで不要な入院を減らしていくということも不可欠であると考えられる。よって、上記意見を代表的なものとして、病床数の転換ではなく、病院間の機能調整や人の移動など医療機関の連携で解決すべきという方向性の主張をこのグループに属するものとしてカウントした。

以上、仮説②の間接的支持として、医療キャパシティーを増加させるにあたり、人材不足や考慮すべき現況など定量的指標の限界、そして代替するいくつかの手段としての病院間連携やかかりつけ医の役割についての発言を紹介した。

3 その他行政に求められる役割

ここでは、行政に求められる役割について仮説①②以外のテーマに関する分析結果を説明する。具体的には仮説①②の分析に用いなかった 72 個の発言から、行政に求められる役割には他にどのようなものがあるのかということについて 72 個の発言を細かく見ていき、共通するものをグループ化した。その結果、主に五つの項目に分けられることが分かった。一つ目は「医療関係者への説明」であり、地域医療構想の目指す方向性や制度の詳細などについて医療関係者に説明するという役割を指す。二つ目は「連携システムの構築」であり、医療機関同士や医療機関と介護事業者など別分野のアクター同士を連携する仲介役のことである。三つ目は「市民への説明」であり、改革事項を市民に説明することによる市民の理解促進と懸念払拭が主な内容である。四つ目は「指針の提示」であり、改革の先導者として指針や敲き台を作成し提示する役割を指す。最後の五つ目は「その他」、つまり上記のどれにも当てはまらない要素である。72 個の発言のグループごとの内訳を示したものが、下記【表 9】である。

【表 9】 その他行政に求められる役割

都道府県	その他行政役割について				
	医療関係者への説明	連携システムの構築	市民への説明	指針の提示	その他
大阪府	1	0	0	0	2
神奈川県	3	3	6	2	3
東京都	2	16	3	1	9
熊本県	1	5	3	0	3
鹿児島県	1	3	0	1	1
山口県	1	0	1	1	0
合計	9	27	13	5	18

内訳を見ると、「連携システムの構築」の役割を求める声が最も多く、次に「市民への説明」の役割を求める声が多いことが分かる。以下ではそれぞれについて具体的にどのような役割が求められているのか、グループごとにいくつかの発言をピックアップして説明する。

(1) 医療関係者への説明

一つ目は、医療関係者に対する制度についての説明や他職種についての情報共有である。そのような役割を求める発言を三つ紹介する。一つは神奈川県議の議事録から引用した、「(在宅医療について) 実は施設、施設と言いますが、施設にはいっぱいカテゴリーがございまして、そこにいる職種がどれぐらいとか、規模とか、できることできないことが限られています。ただ、病院の先生方はそのところは意外と知らないんですね。ですから、こういう企画を通してお話を、少しでもお互いを知ることができる、より施設と病院、在宅と病院の連携も進んでいくのではないか」(神奈川県 2024/02) という発言である。二つ目は、熊本県の議事録にある「オンラインでの看取りに必要な研修をどういうふうに受けたらいいのか」、「産業医も必要になってきているんですけどなかなかこういう研修も枠が少なく、受けられないドクターも結構いらっしゃるような気がして、こういった枠も少し広げるようなことはできないのか」(熊本県 2023/06) という発言である。三つ目は、山口県の議事録の中にある「(県立総合医療センターの機能強化基本構想について) 山口・防府医療圏の関係者に対し、丁寧な検討状況の説明や意見聴取の機会を設けていただきたい」(山口県 2022/08) という発言である。一つ目と二つ目は、医療機関同士の連携に必要な他職種・他分野についての理解を深めるための機会提供を行政に求める声である。そのため行政は変化する医療需要への対応に必要な知識を獲得できる勉強会や研修資料などを整備する必要がある。ただし、一つ目の発言で言及されている在宅医療の勉強会の主催者が神奈川県医師会であるなど、実際の勉強会の実施は医師会などが行う場合もあると考えられる。行政はあくまでそうした機会の設置有無を把握し、開催がない場合は医師会に要請するという役割を担うのが良いだろう。また、三つ目の発言は医療関係者に改革途中経過を丁寧に共有することを求める声である。仮説①についての分析でも改革に従わない医療事業者の存在について触れたが、そうした事業者に対しては強硬的なやり方を行使する前に、制度が施行される前から変更点や要望について丁寧に説明しておくことが有効となる可能性が高いため、こうしたことも行政の重要な役割であると考えられる。

(2) 連携システムの構築

二つ目は、第三者という中立な立場を活かした、自主的には生まれにくいであろう同/異職種間連携の主導や民間システムの活用促進・情報共有などである。例えば「病診連携、いわゆる病院と診療所の連携は随分進んできているんですけど、在宅医療の診療所同士の連携はいま一つなのかなと感じました。(中略) 東京都さんが来年度、在宅医療推進強化事業と

いうこと、地域での例えば 24 時間の対応とか、そういうのを推進するための事業を計画しているところですけども（中略）こういう事業を通して、地域ごとの診療所どうしの連携が高まることを期待します」（東京都 2023/03）といった発言がある。このように、診療所同士など競合となりうる同業の事業者同士の連携は自発的に生まれにくく、行政が主導するネットワークの中で連携が育まれることが期待されている。こうした行政主導の連携形成を求める声は他にもあり、例えば「患者フローを促進するようなシステムが商業ベースで導入されており、そういったものを地域に普及させるようなことも求めたい」（神奈川県 2023/10）という意見や、「自院で対応できない患者を移送したくても移送先が見つからない現状があり、連携が進まない。県全体で、行政の中立な立場で情報を示して中心に連携するようなシステムを考えていただきたい」（鹿児島県 2023/08）という発言がある。これらをふまえると、行政は複数機関にまたがる同一システムの普及や情報共有・連携のネットワーク構築などを主導することが求められる。そのため、行政は連携構築のためにリーダーシップを発揮するだけでなく、関係するアクターの意向を聞き取り調整するという役割も担うべきであると考えられる。

（３）市民への説明

三つ目は、市民の不安払拭のための広報や行動変容を促すための説明である。例えば「（認知症薬剤について）一部報道により期待が高まると同時に、ネットには様々な情報があふれています。県におかれましては、非薬物療法も含めた正確な情報や、また、治療対象外となる患者様や患者のご家族様の不安や不満に対する相談窓口の拡充と広報をお願いできればと思います」（神奈川県 2023/12）という発言や、「医師の働き方改革を始めるうえで重要になってきますのが、国民の理解です。（中略）その点は、県の方としても、県民の皆様にご周知いただけると幸いです。」（熊本県 2022/06）という発言がある。前者については、地域医療構想の文脈にかかわらず医療に関して患者への情報提供機会を確保することが重要であり、その役割を行政も担うべきという意見であると言える。一方後者は、仮説②でも少し触れた医療キャパシティー不足を防止するため患者側の行動変容を促すという施策の一つとして、行政による周知が求められている。地域医療構想会議には市民代表が参加し、市民の立場から改革に対し不安をおぼえるポイントについて意見を述べることもあるためそうした声を踏まえつつ、市民への情報提供によって不安を払拭し、改革に必要な受診行動を促す役割が行政に求められる。

（４）指針の提示

四つ目は、議論の土台となる調査を実施し指針や指標を提示することである。例えば「（病床転換について）そういう概念の話を 6 年前にして、今回までにそれに対する実績だとか検証だとかというのが一切示されていなくて（中略）本来であれば当然 1 年ごとにこの A、B、C、D がどうなったかという数字をプロットしていけるはず、というかしなければいけない

はずの議論なのです」(神奈川県 2023/11)、という厳しい発言がある。長期的な統計や検証が政策議論の土台として重要であることは言うまでもないが、特に地域医療構想は国や行政の思惑と医療機関側の思惑が一致せず、折り合いをつけられないことが懸念されるテーマである。そのため、行政は信頼される改革主導者になるためにも、医療ニーズや医療機関の偏在などを正しく捉えたデータを収集する役割が求められる。また、それ以外にも改革を進める際に行政の立場を明確にすることも求められている。例えば「鹿児島大学病院は特定機能病院であり最後の砦であることから、この鹿児島医療圏地域医療構想調整会議では高度急性期として承認するという判断(中略)について県の考え方を示してほしい」(鹿児島県 2023/03)という声が医療機関側から上がっている。以上を踏まえると、行政には改革を進めるにあたり、必要なデータの提示と議論を主導するリーダーシップの両方が求められていると言える。

(5) その他

上記どれにも当てはまらないものとしては、個別の問題への細かい対応や、責任範囲の拡大などを求める声があった。例えば「高齢者の骨粗しょう症対策を検討する専門家会議を結成すべき」(大阪府 2023/02)という意見や、「(看護師の) 斡旋にしても派遣にしても、民間事業者の手数料がすごく高いということで、何らかの援助が得られれば」(東京都 2024/03)、「慢性期の目詰まりの原因の一つは、やはり行政に関与していただきたいというところが皆さん共通している意見です(中略) 高齢者で身寄りがなくて亡くなってしまった後、市町村に亡くなったのでお願いしますと言っても、自分たちでやってくださいということで、我々がお葬式を挙げていたりするので、やはりそういうところで行政が我々には全く関与していただけないということがありますので」(東京都 2023/03)といった意見が出ている。前者二つは個別具体の問題への対処を求める声である。三つ目も同じように特定の課題への対処を求める声ではあるが、ここから読み取れるのは介護や医療など一連のサービス提供の中で、葬式の手配など事業者の主業務以外の部分を切り離す役割である。切り離すというのは、その業務実行自体を行政の役割に含めるということではなく、あくまで医療・介護事業者の負担を減らすため、外注や担当事業者とのマッチングを促進できるような仕組みを整えるという役割を指している。(1)～(4)でも行政の中立的な立場を活かした連携構築の重要性について触れてきたが、このように(5)その他においても同様の役割が求められていることが分かった。

第三節：分析結果のまとめ

本節では前節で説明した分析結果をまとめる。本章第一節の【図8】に表した分析の流れに基づき、第二節では仮説①、仮説②、その他行政に求められる役割の三点について分析を行った。

まず仮説①の分析結果は、主張 B の分権的改革を支持する「都道府県は罰則を伴う強い

命令権を持つのではなく、指標の提示や情報共有などの働きかけに留まるべきである」といった意見が多いという予想に反し、行政の強い権限や態度による改革推進を求める声、つまり主張 A を支持する意見が多く見られた。行政権限の強化を求める主張の背景には、医療機関の非協力的な態度による改革停滞の懸念が多数存在した。

次に仮説②の分析結果は、主張 B を支持する「都道府県は一律の基準を採用するのではなく、各地域の実情に合わせた柔軟な指標を策定すべきである」といった意見が多いという予想通りの結果が見られた。柔軟な指標を支持する主張の背景には、定量的指標では実態を反映することができない上、人手不足により病床転換を行っても稼働率を向上させることはできず医療キャパシティーに変化はないという課題意識や、病床数ではなく事業者間の連携によって医療キャパシティーを増加させることが可能であるという考えが存在する。

最後、その他行政に求められる役割については、改革の主導者としての役割、具体的には医療関係者や市民への説明、連携システムの構築、指針の提示などを求める意見を確認することができた。

以上より、地域医療構想の実現を推進する要因について、本稿は先行研究の課題を乗り越え「改革の目標は地域ごとの事情を汲んで柔軟に設定すべきであるが、改革停滞を防ぐため、行政は非協力的な医療機関に対し強硬な姿勢をとることや、連携主導者として各アクターへの働きかけ・情報提供を行うべきである」という新たな仮説を提示する。

第四節：補足資料による追加考察

本節では、本稿の分析結果と国の議論を照らし合わせ、共通点・相違点について考察を行う。目的は、簡単にではあるが都道府県または二次医療圏単位で行われている意見と国の見解にはどの程度違いがあるのかを確認するためである。具体的には、まず厚生労働省開催のワーキンググループ議事録から地域医療構想の評価を、次に同省発表の「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」を用いて考察を行う。

（１）地域医療構想の評価

まずは地域医療構想の評価について、厚生労働省が開催する「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」の、最新の議事録（2024 年 7 月 10 日に開催された第 15 回議事録）から確認する。

議事録の意見には、病床数の議論にこだわるのではなく、実質的に改革が進められていることを評価する主張が多く見られた。例えば奈良県立医科大学教授の今村委員の「地域医療構想全体として機能分化を進めた結果、介護での受入れ体制を進めた結果、もくろみどおりになっている」、「最初は物すごく異論はありましたが、最終的に増える患者さんを地域で受け入れることが日本全体ではできてきているのではないか」という発言や、健康保険組合連合会の幸野委員の「構想区域ごとの乖離も年々縮小していっているということは、国の指導の下これまで取り組んできた各都道府県・構想区域の取組の成果として評価できる

のではないか」という発言が挙げられる。関連する意見として、成果を評価するものではないが、数値目標にこだわるのではなく本質的な議論を進めるべきであるという主張として、公益社団法人全日本病院協会副会長の織田委員の「実際に回復期が足りなくて困っている地域はどれぐらいあるのかを含めると、この議論は終わってもいいのかと（中略）ここよりも在宅医療の議論に進むべきかと思います」という発言も見られた。本稿の分析結果でも、一律目標の適用でなく柔軟な目標設定を支持する声が多く、この点は相違ない。

反対に、国や都道府県行政の権限強化を主張する声もいくつか見られた。公益社団法人全国自治体病院協議会会長の望月委員の「（非稼働病床について）実際問題としてこれだけ人口減も出てきておりますので、今後活用されるのは難しいのではないかと（中略）非稼働病床への対応、命令や要請で、要請、勧告はもちろんゼロということになっているのですけれども、この辺の扱いをどのように考えていくかという点も大きなポイントだと思う」という発言や、健康保険組合連合会の幸野委員の「とても知事の権限が適切に発揮されているということも言い難い状況にある（中略）各都道府県知事は責任を持って取り組んでいただきたい」という発言がある。望月委員は医療提供者を代表する立場であり、同氏から改革推進のためには行政による権限行使もやむを得ないとする主張が出ているのは、本稿の分析結果と相違ない。ただし、行政による命令や要請を是とする意見が多いにもかかわらず権限が行使された事例は今までになく、改革停滞の防止・解消が本当に実現できるのかという懸念は残されている。

（２）新しい地域医療構想

2024年12月18日、厚生労働省は「新しい地域医療構想に関するとりまとめ」を発表した。これは、2025年を見据えて策定された現地域医療構想を2040年に向けて継続すべく見直しを行ったものである。内容について簡単に説明する。とりまとめでは、初めに2040年に向けた医療をとりまく課題について説明しているが、これは25年と大きく変化しておらず、高齢化に伴う医療需要の変化、特に在宅医療需要の高まりや、医療従事者不足への対応の必要性を指摘している。また、現地域医療構想については病床数で見たときに一定の進捗があると評価する一方で、外来医療と在宅医療の双方の包括的議論がなされていない点、必要病床数と基準病床数の関係性が分かりにくい点が課題であると指摘している。そして新しい地域医療構想では、病床数の必要量見積もりは継続するなど今までの方向性を引き継ぎつつ、4機能の区分の見直しや今後は特に在宅医療の充足に注力することなどが新たに記載されている。4機能区分の変更点としては、回復期を実質的により広い定義で捉えられるよう位置づけの変更や、推計にあたり今までの病床機能に加え医療機関機能の報告を求める規定追加などがある。また、前回に引き続き都道府県知事の権限についても言及しており、医療機関の自主的な取組が進まない場合の措置として、増床許可判断や調整会議への出席要望などの権限を行使できるとしている。

このとりまとめは厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」の議論を経て策

定されているが、都道府県単位で議論されている事項が一定程度反映されていると評価できる。例えば都道府県ごとの議論の中では 4 機能ごとの病床数目標について疑問視する声が多かったが、今回のとりまとめでは課題払拭のための施策が複数盛り込まれている。また、医療キャパシティー増加のための手段として、数値目標を基にした医療機能の転換よりも関係者同士の連携促進を重視する姿勢も読み取れる。なぜなら、とりまとめの中に連携促進病床や医療機能の「転換」という言葉はわずか 5 回しか登場していないのに対し、「連携」という言葉が 68 回も登場しているためである。一方で、仮説①の分析結果にあった、改革に非協力的な態度をとる医療機関への要請など、行政の権限行使については何も触れられていないという課題がある。大阪府の医誠会の事例をはじめとし、複数の都道府県で医療機関の非協力的な態度が懸念されていたが、そういった場合に行政はどのように対応すべきなのかといったことには言及がなかった。そのため先にも述べた通り、改革停滞を防止・解消することができるのかという懸念は残されている

終章 本稿のまとめ

第一節：総括

本節では本稿の内容を総括する。本稿の分析の結果、地域医療構想の実現にあたっては、地域ごとに実情を反映した目標を設定することが重要である一方で、目標や方向性に反する行動をとる医療機関に対しては、行政の毅然とした態度が求められるということが分かった。この結論を導くまでの流れを要約すると、本稿ではまず初めに日本の医療における課題を需要面・供給面双方から整理した。その結果、高齢化に伴う医療ニーズの変化にサービスが対応できておらず、解決の手段である医療機関同士の連携や機能転換が遅れていることが分かった。その後、解決策として現地域完結型の医療提供を目指す「地域医療構想」が推進されていることに触れ、その政策変遷をたどると実行の場は既に各都道府県または二次医療圏に移行していることが分かった。続く先行研究の整理では、病床転換など医療改革に取り組む政策の実行に関して大きく二つの立場に分類できることを示した。一つは行政主導で一律指標を適用し強硬に改革を推進すべきとする立場、もう一つは協働を重視し地域ごとに柔軟な目標を設定すべきとする立場である。しかし上記対立の論点は噛み合っていない上、双方とも過去の改革結果からの予測のみに基づいているという課題があり、それを乗り越えるため本稿では「地域医療構想の改革現場ではどちらの主張が支持されているのか」という問いを立て、議事録を用いて分析を試みることにした。分析は改革の進め方と方向性（目標設定）に分けて実施し、どちらも主張 B が支持されているという予想を掲げていたが、後者の目標設定については予想通りであった一方で、進め方については予想に反して行政の権限強化や強硬姿勢を望む声が多数であった。その他の行政に求められる役割としては、改革の主導者としての役割、例えば改革の方向性や制度についての市民や関係者への説明や、同/異職種間の連携システム構築、議論の土台となるデータ収集や行政の立

場明確化などが求められていることが分かった。したがって、地域医療構想の実現を推進する要因について、本稿では「改革の目標は地域ごとの事情を汲んで柔軟に設定すべきであるが、改革停滞を防ぐため、行政は非協力的な医療機関に対し強硬な姿勢をとることや、連携主導者として各アクターへの働きかけ・情報提供を行うべきである」という新たな仮説を提示することができた。

現在厚生労働省が2040年に向けて掲げる「新しい地域医療構想」には、柔軟な目標設定についての記載はあるものの、改革停滞を防ぐための行政権限については言及がなされていない。しかし本稿の分析結果に基づけば、構想に従わない医療機関があった場合の行政の対応方法について明確にしておくことが改革の現場において求められている。したがって、厚生労働省や国が想定されるケースに応じて行政権限を規定し、場合によっては法的根拠を形成するといった取り組みを行うことが、地域医療構想の実現を促進すると考えられる。

第二節：研究の課題

最後に本稿における研究上の課題を三点述べる。

一つ目は分析対象の中立性に疑問が残ることである。第一章第二節にて、先行研究は大きく二つの立場に分けられるとし、本稿は主張Bを支持する立場を採った。しかし分析対象にした都道府県または二次医療圏単位の議事録は、そもそも主張Bを支持する医療従事者の意見が載るものであり、主張Aを支持する官邸や財務省の意見が入り込む余地がない。分析の最後では厚生労働省の検討会議事録や発表資料を用いて本稿で行った分析の本筋との照合を行ったが、先行研究の分類において厚生労働省は既に主張Bを支持するアクターとして位置づけている。そのため、分析に用いた資料の中立性に疑問が残し、先行研究の対立を解消しきれていないという課題がある。ただし、この課題を抱えつつも分析の結果「改革の進め方に関しては主張Aを支持する声が大きかった」という発見があったことには意義があると考ええる。

二つ目はデータの抽出方法の信頼性を証明することが困難であることである。分析に用いた発言とそれに含まれる要素は、議事録の文章から一つ一つ発言を切り出し、筆者の判断で分類を行っているため、分類方法をシステム化できておらず、第三者が同じ操作を行っても全く同じ結果になるとは言えない。

三つ目は本研究の意義が限定的なことである。第一章第三節の【図5】で示した通り、本研究は最終的なゴールである「地域医療構想改革はどのような進め方が望ましいのか」という問いに答えるものではなく、「改革の現場ではどちらが支持されているか」という問いへの回答にすぎない。そのため、地域医療構想改革の成果を評価するためには別途検証が必要であり、本研究の意義は限定的であると言える。

第三節：今後の展望

最後に今後の展望について述べる。地域医療構想は12月に新たなとりまとめが発表され、

2040 年に向けて目指すべきゴールとして重要なものであり続けるため、今後は現地域医療構想の課題や成果を検証するため、より詳細な分析が必要である。しかし地域医療構想の改革成果を測るための医療機能やニーズの可視化は非常に難しい上、地域ごとに状況が大きく異なるため成功・失敗の要因を探るのは極めて困難であると予想される。しかし医療機能にしろ、改革の進め方にしろ、実態把握のためには地道な質的理解に挑戦し続け、それを基に分析を行うことが一番の近道であると考えている。

Appendix

- ・本稿の分析に用いた、議事録から抽出した発言リスト（筆者作成）

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/17SuYGiCG997n-M6Xh2a35u9uOuDVjexX/edit?usp=sharing&ouid=100762962813824558742&rtpof=true&sd=true>

文献リスト

- ・朝日こども新聞（2019）9月13日、「日本の医師偏在 本格的な対策へ」、
<https://news.line.me/detail/oa-asahikids/05ddf24ca04c>（2024年12月31日閲覧）
- ・大阪府（2024/02、2023/07、2023/02、2022/01）「大阪府大阪市保健医療連絡協議会 議事概要」
- ・尾形裕也（2022）『この国の医療のかたち 医療政策の動向と課題』、株式会社日本看護協会出版会
- ・神奈川県（2024/07、2024/02、2023/12、2023/11、2023/10、2023/07、2023/03）
「神奈川県保健医療計画推進会議 議事録」
- ・鹿児島県（2024/02、2023/10、2023/08、2023/03、2022/10）「鹿児島保健医療圏地域医療構想調整会議 開催結果」
- ・熊本県（2024/06、2024/11、2023/06、2022/06）「熊本県地域医療構想調整会議 議事録」
- ・厚生労働省（2024a）「新たな地域医療構想等に関する検討会」
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_436723_00010.html（2024年12月31日閲覧）
- ・厚生労働省（2024b）「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf>（2024年12月31日閲覧）
- ・厚生労働省（2024c）「医療と介護の一体的な改革」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>（2024年12月31日閲覧）

- ・厚生労働省（2024d）「地域医療構想」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>（2024 年 12 月 31 日閲覧）
- ・厚生労働省（2024e）「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_436723_00004.html（2024 年 12 月 31 日閲覧）
- ・厚生労働省（2024f）「我が国の人口について」、
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.html、（2024 年 12 月 31 日閲覧）
- ・厚生労働省（2022a）「医療提供体制の国際比較」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000906892.pdf>（2024 年 12 月 31 日閲覧）
- ・厚生労働省（2022b）「二次医療圏ごとの人口動態・患者動態等」、
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000941936.pdf>（2024 年 12 月 31 日閲覧）
- ・厚生労働省（2019）「地域医療構想と全国保健医療情報ネットワークについて」
- ・鈴木修一、加藤尚子、近藤正英（2024）「ポストコロナ期における地域医療構想の展望」『日本医療・病院管理学会誌』、vol.61 No.1、pp.17-24
- ・大和総研（2017）「動き始めた地域医療 構想の意義と課題」、『大和総研調査季報』、vol.27、pp.26-43
- ・竹中治堅（2020）『コロナ危機の政治』中公新書
- ・東京新聞（2023）7 月 18 日「麻生太郎氏が「頼まれたから上げた」と語った診療報酬改定 カネと票が絡んでいた舞台裏」、<https://www.tokyo-np.co.jp/article/263720>（2024 年 12 月 31 日閲覧）
- ・東京都（2024/03、2023/10、2023/08、2023/03）、「東京都地域医療構想調整部会 会議録」
- ・ニッセイ基礎研究所（2017）「Infocalendar ―各国の医療従事者数と病床数 | 人口 1,000 人あたり [5 月 12 日は 看護の日]」、
<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=55601?site=nli>（2024 年 12 月 31 日閲覧）
- ・日本医事新報社（2021）「【識者の眼】「フリーアクセスは計画された制度なのか？」草場鉄周」、<https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=17652>（2024 年 12 月 31 日閲覧）
- ・日本経済新聞（2020）「日本の医療、コロナで弱点浮き彫り 回復期病床少なく」2020 年 9 月 13 日
<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO63622860Z00C20A9EAC001/?msocid=15057cb9447f618e1aea6ed0455d6010>（2024 年 12 月 31 日閲覧）
- ・浜田淳（2021）「医療政策とその課題―日本の国民皆保険制度は持続可能か？」『岡山医学会雑誌』第 133 巻、pp.30-35

- ・人見泰生（2016）「医療政策プロセスの改革と分権・協働による公共経営」、『プロジェクト研究』11号、pp.31-48
- ・二木立（2015）『地域包括ケアと地域医療連携』、勁草書房
- ・ヘルスケアプランナー検定（2022）「諸外国の医療制度① ～国民皆保険とフリーアクセス～」
<https://www.healthcareplanner.or.jp/column/%e8%ab%b8%e5%a4%96%e5%9b%bd%e3%81%ae%e5%8c%bb%e7%99%82%e5%88%b6%e5%ba%a6%e2%91%a0-%ef%bd%9e%e5%9b%bd%e6%b0%91%e7%9a%86%e4%bf%9d%e9%99%ba%e3%81%a8%e3%83%95%e3%83%aa%e3%83%bc%e3%82%a2%e3%82%af%e3%82%bb/>（2024年12月31日閲覧）
- ・丸田秋男（2018）「地域医療構想と地域包括ケアシステムの関係」、『日本地域政策研究』第20号、pp.30-37
- ・山口県（2024/08、2024/02、2023/10、2022/12、2022/08、2022/01）「山口・防府医療圏地域医療構想調整会議 議事概要」
<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/45/14480.html>（2024年12月31日閲覧）
- ・読売新聞 調査研究（2021）「医療提供体制の構造改革を加速せよ」
<https://www.yomiuri.co.jp/choken/kijironko/ckmedical/20210728-OYT8T50092/>（2024年12月31日閲覧）
- ・m3.com（2016）「地域医療構想、失敗に終わる懸念 - 梅村聡・おおさか維新の会・参議院比例代表支部長に聞く◆Vol.3」、<https://www.m3.com/news/open/iryoishin/424602>（2024年12月31日閲覧）
- ・m3.com（2018）「日本の医療制度の特徴は？基本的な仕組みは？【医療の現状】」、<https://www.m3.com/news/open/iryoishin/602527>（2024年12月31日閲覧）
- ・NHK（2023）「「医師の働き方改革」わかりやすく解説 患者に影響は？ 医師からは不安な声も」<https://www.nhk.or.jp/minplus/0156/topic001.html>（2024年12月31日閲覧）
- ・PRESIDENT Online（2021）「「国民の命より開業医が大事」まともな医者ほど距離を置く日本医師会はもう要らない」2021年7月1日、<https://president.jp/articles/-/47490>（2024年12月31日閲覧）
- ・PR TIMES（2021）「スクエル 2021 病床数 調査レポート」
<https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000058.000011087.html>（2024年12月31日閲覧）