

公立・公的病院の具体的対応方針「再検証」の要請にむけた「診療実績の分析」－その概要と問題点

2019年10月15日

京都医労連執行委員会

1. はじめに

厚生労働省は、9月26日の第24回地域医療構想ワーキンググループにおいて、公立・公的病院の地域医療構想をふまえた「改革プラン」に基づく「具体的対応方針」について「再検証」を求める、全国424の病院名を公表しました。公立・公的病院「改革プラン」は、2019年3月末時点で公立病院の95%、公的病院等の98%（いずれもベッド数ベース）と、ほとんどが調整会議で合意されていますが、その内容は、2025年の機能別病床数については現状とほとんど変わらず、厚労省は「形だけの機能改革論議や現状追認にとどまっている」として、改めて高度急性期・急性期と報告している1,455病院の約3割に当たる424病院を名指しし、すでに合意した具体的対応方針の「再検証」を求めたものです。

公立・公的病院の再編について「骨太方針2019」（2019.06.21閣議決定）は、「地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中（※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで）に対応方針の見直しを求める」としてきました。今回の「再検証」を求める424病院名の公表は、この「診療実績データの分析」に基づくものとされています。以下でその概要と問題点を見ます。

2. 「再検証」を求められた424病院の特徴

厚労省が名指しで「再検証」を求めるとした病院は、開設主体別では、自治体立が262病院・62%と多数を占めます（「新公立病院改革プラン」策定病院は257病院）。都道府県別では、北海道が最多の54病院で全体の13%を占め、そのうち、39病院・72%が市町村立です。

都道府県内の公立・公的病院のうち、名指しされた病院が占める割合が最も多いのは新潟県で、県内41の公立・公的病院のうち22病院・54%が「再検証」の対象とされています。県内の公立・公的病院のうち「再検証」を求められている割合が高いのは、新潟に次いで北海道49%、宮城48%、山口47%、岡山43%、岩手42%、山形39%、山梨39%などとなっており、北海道・宮城以外は、厚労省が新たに設定した「医師偏在指標」で「医師少数県」とされている県です。

424病院を病床規模別で見ると、およそ4分の3は200床未満の中小病院です（313病院・74%）。100床未満の小規模病院だけでも155病院・36%にのびります。

また、厚労省は、病院所在地の構想区域を人口規模で5段階に区分し分析を行っていますが、424病院のうち人口規模50万人未満の区域に立地する病院が290病院・68%、厚労省が二次医療圏としての規模見直しを求めている人口規模20万人未満の区域に立地する病院が119病院・28%にのびっています。

以上のことから、今回「再検証」を求められた病院は、公立病院を中心に、地方の中小規模の病院がその多くを占めていると言えます。

■都道府県別

	診療実績分析対象数	再検証対象数		県内再検証割合
			構成比	
北海道	111	54	12.7%	48.6%
青森県	26	10	2.4%	38.5%
岩手県	24	10	2.4%	41.7%
宮城県	40	19	4.5%	47.5%
秋田県	23	5	1.2%	21.7%
山形県	18	7	1.7%	38.9%
福島県	24	8	1.9%	33.3%
茨城県	28	6	1.4%	21.4%
栃木県	15	2	0.5%	13.3%
群馬県	22	4	0.9%	18.2%
埼玉県	32	7	1.7%	21.9%
千葉県	40	10	2.4%	25.0%
東京都	78	10	2.4%	12.8%
神奈川県	56	10	2.4%	17.9%
新潟県	41	22	5.2%	53.7%
富山県	21	5	1.2%	23.8%
石川県	23	7	1.7%	30.4%
福井県	14	4	0.9%	28.6%
山梨県	18	7	1.7%	38.9%
長野県	44	15	3.5%	34.1%
岐阜県	30	9	2.1%	30.0%
静岡県	41	14	3.3%	34.1%
愛知県	57	9	2.1%	15.8%
三重県	28	7	1.7%	25.0%
滋賀県	19	5	1.2%	26.3%
京都府	26	4	0.9%	15.4%
大阪府	61	10	2.4%	16.4%
兵庫県	57	15	3.5%	26.3%
奈良県	15	5	1.2%	33.3%
和歌山県	18	5	1.2%	27.8%
鳥取県	12	4	0.9%	33.3%
島根県	20	4	0.9%	20.0%
岡山県	30	13	3.1%	43.3%
広島県	37	13	3.1%	35.1%
山口県	30	14	3.3%	46.7%
徳島県	16	6	1.4%	37.5%
香川県	18	4	0.9%	22.2%
愛媛県	25	6	1.4%	24.0%
高知県	16	5	1.2%	31.3%
福岡県	58	13	3.1%	22.4%
佐賀県	13	5	1.2%	38.5%
長崎県	23	7	1.7%	30.4%
熊本県	27	7	1.7%	25.9%
大分県	18	3	0.7%	16.7%
宮崎県	21	7	1.7%	33.3%
鹿児島県	27	8	1.9%	29.6%
沖縄県	14	0	0.0%	0.0%
総数	1455	424	100.0%	25.2%

■設置主体別

	診療実績分析対象数	再検証対象数		再検証割合
			構成比	
02独立行政法人国立病院機構	101	31	7.3%	30.7%
03国立大学法人	42	1	0.2%	2.4%
04独立行政法人労働者健康安全機構	32	4	0.9%	12.5%
06独立行政法人地域医療機能推進機構	53	18	4.2%	34.0%
07その他(国)	5		0.0%	0.0%
08都道府県	122	21	5.0%	17.2%
09市町村	527	230	54.2%	43.6%
10地方独立行政法人	70	11	2.6%	15.7%
11日赤	86	24	5.7%	27.9%
12済生会	69	20	4.7%	29.0%
13北海道社会事業協会	7	3	0.7%	42.9%
14厚生連	94	31	7.3%	33.0%
16健康保険組合及びその連合会	8	5	1.2%	62.5%
17共済組合及びその連合会	40	6	1.4%	15.0%
18国民健康保険組合	1		0.0%	0.0%
19公益法人	40	6	1.4%	15.0%
20医療法人	69	5	1.2%	7.2%
21私立学校法人	48	1	0.2%	2.1%
22社会福祉法人	6		0.0%	0.0%
23医療生協	1		0.0%	0.0%
24会社	4		0.0%	0.0%
25その他の法人	30	7	1.7%	23.3%
総数	1455	424	100.0%	29.1%

■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
			構成比	
50床未満	52	40	9.4%	76.9%
50～99床	139	115	27.1%	82.7%
100～199床	285	157	37.0%	55.1%
200～299床	235	57	13.4%	24.3%
300～399床	279	39	9.2%	14.0%
400～499床	192	14	3.3%	7.3%
500床以上	273	2	0.5%	0.7%
総数	1455	424	100.0%	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
		構成比		構成比	
10万人未満	153	10.5%	45	10.6%	29.4%
10万以上20万人未満	224	15.4%	74	17.5%	33.0%
20万人以上50万人未満	470	32.3%	171	40.3%	36.4%
50万人以上100万人未満	349	24.0%	108	25.5%	30.9%
100万人以上	259	17.8%	26	6.1%	10.0%
総数	1455	100.0%	424	100.0%	29.1%

【出典】再検討対象病院数：厚労省 HP 第 24 回 WG 資料

	総数	2独立行政法人国立病院機構	3国立大学法人	4独立行政法人労働者健康安全機構	6独立行政法人地域医療機能推進機構	8都道府県	9市町村	10地方独立行政法人	11日赤	12済生会	13北海道社会事業協会	14厚生連	16健康保険組合及びその連合会	17共済組合及びその連合会	19公益法人	20医療法人	21私立学校法人	25その他の法人
総数	424	31	1	4	18	21	230	11	24	20	3	31	5	6	6	5	1	7
01 北海道	54	1			1		41		4		3	3			1			
02 青森県	10						10											
03 岩手県	10	1				4	5											
04 宮城県	19	2			1		15	1										
05 秋田県	5				1		3					1						
06 山形県	7					1	6											
07 福島県	8				1		2			2		3						
08 茨城県	6	1					4							1				
09 栃木県	2	1			1													
10 群馬県	4						2			1					1			
11 埼玉県	7	1			1		3									1	1	
12 千葉県	10	1			1	1	7											
13 東京都	10	1	1		1	1	3			2				1				
14 神奈川県	10	1					3		2	3			1					
15 新潟県	22	2		1		7	7					5						
16 富山県	5				1	1	2					1						
17 石川県	7				1		4							1				1
18 福井県	4	1			1		2											
19 山梨県	7				1		6											
20 長野県	15	2					6		4			3						
21 岐阜県	9						6					3						
22 静岡県	14	1		1	1		5		2				4					
23 愛知県	9	1				1	5						2					
24 三重県	7						3	1		1		2						
25 滋賀県	5				1		3		1									
26 京都府	4	1					2		1									
27 大阪府	10						5		1	2			1			1		
28 兵庫県	15	1				2	8	1	2					1				
29 奈良県	5						1	1		3								
30 和歌山県	5						4			1								
31 鳥取県	4						3			1								
32 島根県	4	1			1		2											
33 岡山県	13	1		1			9	1							1			
34 広島県	13	1					2	2	2	1			1	2				2
35 山口県	15	1					9	1	1			1						2
36 徳島県	5	1					2					2						
37 香川県	4	1					1			1		1						
38 愛媛県	6	1				1	4											
39 高知県	5				1		3					1						
40 福岡県	13	1		1		1	2	2	1	1					2	2		
41 佐賀県	5	1			1		3											
42 長崎県	7					1	3	1	2									
43 熊本県	7	1					5											1
44 大分県	2						1											1
45 宮崎県	7	2			1		4											
46 鹿児島県	9						4		1	1		1			1	1		
47 沖縄県	0																	

	総数	500床以上	400～499床	300～399床	200～299床	100～199床	50～99床	50床未満
総数	424	2	14	39	57	157	115	40
01 北海道	54			2	3	9	27	13
02 青森県	10				1	3	6	
03 岩手県	10				1	3	4	2
04 宮城県	19		1	1	1	5	7	4
05 秋田県	5					5		
06 山形県	7					3	3	1
07 福島県	8				2	3	3	
08 茨城県	6				1	2	2	1
09 栃木県	2			1	1			
10 群馬県	4			1	1	2		
11 埼玉県	7		1	1	1	3		1
12 千葉県	10		1	1	2	3	1	2
13 東京都	10	1		2	1	4	1	1
14 神奈川県	10		1	3	1	5		
15 新潟県	22		1	4	1	9	6	1
16 富山県	5				2	3		
17 石川県	7				1	3	3	
18 福井県	4					3	1	
19 山梨県	7					4	2	1
20 長野県	15		1	1	3	4	6	
21 岐阜県	9			2	3	2	2	
22 静岡県	14		2	2	4	5	1	
23 愛知県	9		2	1	1	3	2	
24 三重県	7			1	2	1	3	
25 滋賀県	5				1	3	1	
26 京都府	4			1		1	1	1
27 大阪府	10		1	2	2	2	2	1
28 兵庫県	15		1	3	1	4	2	4
29 奈良県	5			1		3	1	
30 和歌山県	5				1	3	1	
31 鳥取県	4					2	2	
32 島根県	4			1	1	1	1	
33 岡山県	13			1	1	6	5	
34 広島県	13		1	1	3	5	1	2
35 山口県	14			2	4	5	3	
36 徳島県	6			1	2	1	1	1
37 香川県	4				1	3		
38 愛媛県	6		1			5		
39 高知県	5					4	1	
40 福岡県	13			1	1	10	1	
41 佐賀県	5			1		2	2	
42 長崎県	7			1	1	3	2	
43 熊本県	7	1			1	3	1	1
44 大分県	3				1	1		1
45 宮崎県	7				2	1	4	
46 鹿児島県	8				1	2	3	2
47 沖縄県	0							

■基準別の該当数等

	診療実績 分析対象	A該当		B該当		Aのみ該当		Bのみ該当		A・B該当		合計	
		該当数	該当割合	該当数	該当割合	該当数	構成割合	該当数	構成割合	該当数	構成割合	該当数	構成割合
北海道	111	49	44%	22	20%	32	59%	5	9%	17	31%	54	100%
青森県	26	8	31%	8	31%	2	20%	2	20%	6	60%	10	100%
岩手県	24	8	33%	8	33%	2	20%	2	20%	6	60%	10	100%
宮城県	40	16	40%	13	33%	6	32%	3	16%	10	53%	19	100%
秋田県	23	3	13%	3	13%	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
山形県	18	5	28%	5	28%	2	29%	2	29%	3	43%	7	100%
福島県	24	6	25%	7	29%	1	13%	2	25%	5	63%	8	100%
茨城県	28	5	18%	6	21%	0	0%	1	17%	5	83%	6	100%
栃木県	15	1	7%	2	13%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
群馬県	22	2	9%	4	18%	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%
埼玉県	32	4	13%	6	19%	1	14%	3	43%	3	43%	7	100%
千葉県	40	8	20%	10	25%	0	0%	2	20%	8	80%	10	100%
東京都	78	8	10%	8	10%	2	20%	2	20%	6	60%	10	100%
神奈川県	56	4	7%	10	18%	0	0%	6	60%	4	40%	10	100%
新潟県	41	14	34%	18	44%	4	18%	8	36%	10	45%	22	100%
富山県	21	4	19%	4	19%	1	20%	1	20%	3	60%	5	100%
石川県	23	5	22%	6	26%	1	14%	2	29%	4	57%	7	100%
福井県	14	4	29%	2	14%	2	50%	0	0%	2	50%	4	100%
山梨県	18	3	17%	7	39%	0	0%	4	57%	3	43%	7	100%
長野県	44	11	25%	13	30%	2	13%	4	27%	9	60%	15	100%
岐阜県	30	3	10%	7	23%	2	22%	6	67%	1	11%	9	100%
静岡県	41	4	10%	13	32%	1	7%	10	71%	3	21%	14	100%
愛知県	57	5	9%	9	16%	0	0%	4	44%	5	56%	9	100%
三重県	28	3	11%	5	18%	2	29%	4	57%	1	14%	7	100%
滋賀県	19	2	11%	4	21%	1	20%	3	60%	1	20%	5	100%
京都府	26	1	4%	4	15%	0	0%	3	75%	1	25%	4	100%
大阪府	61	4	7%	10	16%	0	0%	6	60%	4	40%	10	100%
兵庫県	57	10	18%	13	23%	2	13%	5	33%	8	53%	15	100%
奈良県	15	2	13%	5	33%	0	0%	3	60%	2	40%	5	100%
和歌山県	18	1	6%	4	22%	1	20%	4	80%	0	0%	5	100%
鳥取県	12	3	25%	3	25%	1	25%	1	25%	2	50%	4	100%
島根県	20	3	15%	3	15%	1	25%	1	25%	2	50%	4	100%
岡山県	30	11	37%	8	27%	5	38%	2	15%	6	46%	13	100%
広島県	37	9	24%	12	32%	1	8%	4	31%	8	62%	13	100%
山口県	30	9	30%	10	33%	4	29%	5	36%	5	36%	14	100%
徳島県	16	2	13%	6	38%	0	0%	4	67%	2	33%	6	100%
香川県	18	1	6%	4	22%	0	0%	3	75%	1	25%	4	100%
愛媛県	25	3	12%	6	24%	0	0%	3	50%	3	50%	6	100%
高知県	16	1	6%	4	25%	1	20%	4	80%	0	0%	5	100%
福岡県	58	9	16%	13	22%	0	0%	4	31%	9	69%	13	100%
佐賀県	13	4	31%	4	31%	1	20%	1	20%	3	60%	5	100%
長崎県	23	4	17%	5	22%	2	29%	3	43%	2	29%	7	100%
熊本県	27	5	19%	4	15%	3	43%	2	29%	2	29%	7	100%
大分県	18	0	0%	3	17%	0	0%	3	100%	0	0%	3	100%
宮崎県	21	5	24%	5	24%	2	29%	2	29%	3	43%	7	100%
鹿児島県	27	5	19%	6	22%	2	25%	3	38%	3	38%	8	100%
沖縄県	14	0	0%	0	0%	0	—	0	—	0	—	0	—
	1455	277	19%	332	23%	92	22%	147	35%	185	44%	424	100%

3. 診療実績の分析方法と「再検証」の該当基準

(1) 分析項目

診療実績の分析は、「地域医療構想策定ガイドライン」「新公立病院改革ガイドライン」「経済財政運営と改革の基本方針 2018」が求める公立・公的病院に期待される役割・機能に重点化されているかについて、特定の診療行為の実績に関するデータ分析により行うとされました。

分析項目は、

【がん】(手術)・肺・呼吸器(1) ・消化器(消化管/肝胆膵)(2) ・乳腺(3) ・泌尿器/生殖器(4)
(その他)・化学療法(5) ・放射線治療(6)

【心筋梗塞等の心血管疾患】・心筋梗塞(7) ・外科手術が必要な心疾患(8)

【脳卒中】・脳梗塞(9) ・脳出血(くも膜下出血を含む)(10)

【救急医療】・救急搬送等の医療(11) ・大腿骨骨折等(12)

【小児医療】(13)

【周産期医療】(14)

【災害医療】(15)

【へき地医療】(16)

【研修・派遣機能】(17)

の9領域の17項目とされ、病床機能報告の平成29年度のデータが使われています。

(2) 「再検証」の対象とする基準

分析の結果、「再検証」の対象とする基準には、「A診療実績が特に少ない」「B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2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」「(類似かつ近接)」という二つを設定しています。

① 「A診療実績が特に少ない」の基準

「A診療実績が特に少ない」については、所在地の構想区域の人口規模によって診療実績が影響を受けるため、人口規模で「100万人以上」「50万人以上100万人未満」「20万人以上50万人未満」「10万人以上20万人未満」「10万人未満」の5つに分類し、人口区分ごとに、各項目の診療実績が一定水準に満たない場合を「特に診療実績が少ない」とするとし、その基準は、人口区分によらず「下位33.3パーセンタイル値」としています。

※パーセンタイル : データを小さい順に並べ、ある値がP%目に当たるとき、その値をPパーセンタイルと言います。

Pパーセンタイルの位置は、データの数をnとすると、 $(n+1)P/100$ で与えられます。

② 「B類似かつ近接」の基準

a) 「類似の実績」

構想区域内の▼診療実績上位50%を占める病院を「上位グループ」とし、▼上位グループの中で占有率が最低位の医療機関の実績と、下位グループのうち占有率が最高位である医療機関の実績とを比較し、上位グループと下位グループで明らかに差がある場合を「集約型」、一定の差がない場合を「横並び型」

とします。

上位グループ最下位の病院と、実績下位グループの中で最上位の病院との間に「一定の差」（一定の差の基準：1.5倍）がある場合、単独もしくは少数の病院が診療実績の大部分を担っている「集約型」とされます。この「集約型」で「上位グループ」に入っていない病院は「類似の実績」にくくられます。「横並び型」の場合も、診療実績が下位の病院は「類似の実績」です。上位グループに入っている病院でも、下位グループの最上位と1.5倍の差がない場合は「類似の実績」とされます。

b) 「所在地が近接」

「自動車での移動時間が20分以内の距離」を「近接」と定義しています。移動時間の計算は、「国土交通省総合交通分析システム（NITAS）」（ver.2.5／2019年3月版）を用い、有料道路が存在する場合は有料道路を利用する「道路モード」により法定速度で計算したとしています。

「20分以内」の根拠は、「平成30年版救急救助の現況」によると▼救急要請から病院収容まで平均約40分、現場出発から病院到着まで平均約12分、▼最も近い病院まで20分以上の「ア病院」の機能を廃止した場合、「ア病院」から20分以内の一部では、対応可能な病院まで40分以上かけて搬送することとなり平均時間を超過する。などを踏まえたとしています。

4. 424病院への「再検証」の要請は妥当か —— 「診療実績の分析」の問題点

（1）公立・公的病院の再編・統廃合の促進を目的とする「再検証」

令和元年9月27日付の医政局名文書「地域医療構想の実現に向けて」では、「今回の取組は、一定の条件を設定して急性期機能等に関する医療機能について分析し、各医療機関が担う急性期機能やそのために必要な病床数等について再検証をお願いするもの」であり、「必ずしも医療機関そのものの統廃合を決めるもの」でも、「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」ないとしています。

しかし、5月16日の第21回WGに示した「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理（たたき台）」では、「要件への該当性を確認することにより、他の医療機関による代替可能性があるか分析する」ことが「診療実績の分析」の目的であることを明記しています。

そして、分析の結果「A診療実績が特に少ない」「B類似かつ近接」という要件について、▼1つ以上の分析項目について、「代替可能性がある」と分析された公立公的医療機関等を、「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」と位置づけ、さらに、▼大半の分析項目について「代替可能性がある」と分析された公立・公的医療機関等については、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」と位置づけるとし、その後、9月6日の第23回WGで▼「代替可能性がある」場合は、「他の医療機関に機能を統合することの是非について協議し、遅くとも2020年3月末までに結論を得る、▼「再編統合の必要性について特に議論が必要」な場合は、「他の医療機関と統合することの是非について協議し、遅くとも2020年9月末までに結論を得る」と、期限を切りました。

9月26日の第24回WGでは、対象となる全ての領域で「診療実績が特に少ない」もしくは「類似かつ近接」とされた医療機関に対して、「具体的対応方針を変更することを前提に、具体的対応方針の再検証を要請する」とし、さらに、「現在の機能と病床数、担っている役割等について大きな変更がない場合、もしくは具体的対応方針における病床数が現在の病床数よりも多い場合を、『現状追認』とする」との定

義をわざわざ示し、この「現状追認」となっている病院にも「いくつかの領域において『診療実績が特に少ない』又は、『類似かつ近接』に該当している」場合は、具体的対応方針についての議論を求めるとしています。

厚労省・医政局がどのように言い繕おうとも、今回の「再検証」の要請は、地域の調整会議でいったん合意したものを国が強引にくつがえし、期限を切って国家統制的に国の思い描く形へと地方・地域の議論が向かうよう仕向け、地域医療構想の実現のため、病院統廃合やダウンサイジングを行う結論へと導くことをねらったものです。「地域医療構想策定GL」の発出と同時に「内閣府専門調査会第1次報告」が地域医療構想の病床再編・削減計画を打ち出したのと同様、客観的なデータ分析を装う結論を先に示し、その結論に向けて突き進むよう促すものであり、こうした手法自体、地方・地域の主権も自治も軽んじるものです。

(2) 地方・中小病院の医師不足を勘案せず病院機能の一部の「診療実績」のみ取り出した分析

9月6日第23回WG「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理（たたき台）」では、「今後は、地域医療構想に関する議論については、医師偏在対策及び医師の働き方改革の動向を踏まえて、統合的に進めていくことが必要」との文言が追加されています。

今回の「再検討」要請対象とされた424病院の多くは、地方の中小病院であり、その診療実績は、各病院の医師確保など、診療体制の充足度合が密接にかかわります。分析対象とされた平成29年度病床機能報告のデータ自体が「データが古い」「わずか1か月の実績に過ぎない」と批判されていますが、いずれにしろ、医療機関の診療機能やその実績を検討する上で医師問題は不可分です。

他方、厚労省は、医師需給分科会・第4次中間とりまとめなどにおいて、地方・地域の医師不足の状況を「医師偏在指標」で示しています。この指標自体、重大な欠陥をはらむものと考えますが、同指標を持ち出すまでもなく、医師の地域偏在や診療科偏在により、医療需要を十分カバーしきれていない地域や医療現場の実態がある事は周知の事実です。

そのような実情をふまえるなら、地域の医療ニーズに対応してどのような医療提供体制が求められるのか、そのなかで公立・公的病院にはどのような機能や役割が期待され、果たしていかなければならないのかを検討する場合、病床機能報告の一部のデータ分析を基に再編統合のみ議論するのではなく、医師体制と診療機能の拡充も含めて議論していくことは当然です。

ところが、今回の「診療実績の分析」とそれに基づく「再検証」の要請では、地方の地域や医療現場の医師不足の実態には一切目を向けず、過去のデータの一部をもとに「実績が特に少ない」「類似かつ近接」という基準で、統廃合・再編・ダウンサイジングの議論のみ求めています。「今後は…医師偏在対策…」をふまえて、統合的に進めていくことが必要」と述べる一方、今回の「再検証」要請に関わる「診療実績の分析」では、医師問題は一切勘案していない—これ自体、地域の医療需要に対応した医療提供体制の構築や住民の地域医療拡充の願い実現に向けた議論とは合致しません。

また、第23回WG資料「議論の整理（たたき台）」では、「公立・公的医療機関等において、担うべき役割等が、診療体制に鑑みて医師偏在対策、医師の働き方改革の動向に整合しているか、特に将来の時間外労働時間規制水準を遵守できるものとなっているか」から具体的対応方針を再確認することが望ましいとし、「特に、現時点で将来の時間外労働時間規制水準を超える実態がみられる医療機関は、時間外労働を今後5年間で当該水準以下に短縮していく必要があり、このことを踏まえて今後の医療機能等が検

証される必要がある」としています。これらは、「今後 5 年で時間外労働の水準を基準以下にする」という法規制を理由に病院機能の統合・再編や縮小を促しかねないものです。

偏在是正に偏重し、医師の絶対数拡大を忌避する医師確保計画と、医師の時間外労働規制の実施をテコに、病院の統廃合や機能移転・ダウンサイジングを促進することは、地域の医療需要に対応する提供体制を構築し、その医療機能の確保・稼働と医師の過労死水需の働き方を根絶することとを同時に実現していく方向とはまったく異なります。

(3) 公立・公的病院に求められる役割・機能を恣意的に限定し歪めた基準にもとづく分析

今回の分析項目は、五疾病・五事業など医療計画に掲げられる政策上の課題や、高度医療や不採算医療等の政策医療や研修・医師派遣機能など、公立・公的病院に求められる役割・機能を踏まえたものとして設定されています。この設定に一定の合理性があるとしても、しかし、そのみにとどまらないのが地域における公立・公的病院の役割と存在です。地域や医療現場の実情を顧みず、公立・公的病院の役割を恣意的に限定し、地域全体の医療の需給バランスも医師不足の実態も勘案せず設定した項目や基準自体、地域における公立・公的病院の役割・機能を吟味する物差しとしては重大な欠陥をはらむものです。

地域住民のいのちと健康を守る公立・公的病院の存在は、住み続けられる地域の根幹にかかわるものであり、また、医師の地域偏在・診療科偏在が厳然と、しかも広範に存在するなかでは、五疾病・五事業にとどまらない役割を、地域の公立・公的病院は現に担い、また、担うことが期待されています。地域に公立・公的病院が存在することで守られてきた住民の安全・安心を、限定的な項目により全国一律の基準で機械的に判別する分析方法は、極めて粗雑で乱暴と言わざるを得ません。

① 「診療実績が特に少ない」について

各項目の診療実績について、人口区分によらず、下位 33.3 パーセンタイル値を「診療実績が特に少ない」とする基準については、そもそも、その診療実績と地域の医療需要との関係が全く検討されず、また、診療機能を十分に担うだけの医師体制の問題も勘案されていません。

9 月 26 日第 24 回WGの資料 1 では、構想区域の人口規模と医療機関の診療実績との関係を 6 項目にわたって示し、「所在する構想区域の人口規模が大きいほど、公立・公的医療機関等の診療実績が多い傾向がある」としています。しかし、その人口規模による違いが、提供体制格差による受療率の違い等どのような要因によるのか分析がありません。「供給が需要を生む」医療では、提供体制格差は受療率格差となって現れます。人口規模による診療実績の違いは、それを一定反映したものに外ならず、特に人口規模の小さな区域の常勤医が 2～3 人というような小規模医療機関の診療実績が「33.3 パーセンタイル値」以下であるからと、機械的に「実績が少ない」と判定し、機能の廃止・統合の議論だけを進めるなら、地域住民のいのちと健康は、さらに大きな受療率格差を強いられることになりかねません。

また、第 24 回WGの参考資料 3 に示された実績値のデータは「0」が相当数に上る一方、病床機能報告自体、一定数の未報告もあります。さらに、同WG資料 1 の説明では、各項目のパーセンタイルは「1」以上の医療機関で算出したとしています。「0」を無視し「下位 33 パーセンタイル値」を算出するやり方には、「足切」水準を引き上げる意図的・恣意的なデータ操作の疑念もあります。(別紙「考察」参照)

そもそも、「下位 33 パーセンタイル値」を下回れば「特に少ない」とする根拠や、この基準に該当すれば、当該項目に関わる機能の統廃合等の検討対象とする必要があるという根拠も示されていません。

さらに、各人口区分の各項目の「下位 33.3 パーセンタイル値」や、その実数も明示されておらず、元データや算出プロセスも示されていません。

②「類似かつ近接」について

「類似」を判定する診療実績占有率の前提となる地域全体の診療実績についても、同様に、地域の医療需要との関係は全く検討されず、「横並び」と判定する一定の差を「1.5 倍」とする科学的根拠は何も示されていません。

「近接」について、「自動車での移動時間が 20 分以内の距離」としていますが、車での移動は、地域によっては冬場の気象条件に大きく影響されます。

また、消防庁の資料では、「現場出発から病院到着」平均 12 分とされていますが、A病院の機能廃止・移転や病院統廃合により B 病院で救急受診しなければならない場合、今まで受診できていた A 病院よりも B 病院が遠くなる地域の住民にとっては、平均 12 分の搬送時間が平均 32 分になるという事になり、搬送時間は 2.6 倍もかかることとなります。

「特に少ない」の「33.3 パーセンタイル値」同様、「近接」の「自動車での移動時間が 20 分以内」となる「A病院に対する B 病院」の明示も、その病院間の移動時間についても個別のデータは何も示されていません。

5. まとめ ——公立・公的 424 病院への「再検証」要請に関わる 8 つの問題点

今回の具体的対応方針の「再検証」に向けた診療実績の分析、および、その分析に基づく 424 病院の公表と「再検証」の要請に関する問題点は、要約すると以下のとおりです。

- ① 各構想区域の調整会議において協議・合意した具体的対応方針について、国が一方向的に「基準」やスケジュールを決めて期限を切って見直しを求め、しかも、原則的な見直しの方向性（再編統合・機能移転・ダウンサイジング）まで決めつけている。これらは地方・地域の自治や主権を踏みにじるものである。
- ② 「再検証」の基準とした診療実績の検証項目は、地域において、公立・公的病院が、地域住民の安全・安心を守るために果たしている役割・機能の一部に過ぎない。また、急性期病床の役割は、医療機関によって一律ではない（神経難病など特殊疾患に主に対応した医療機関など）。各病院の成り立ちや役割について、地域や各病院の個別事情、地理的、歴史的な背景や要素を一切勘案することなく、限られた分野の「診療実績」を取り出し国が決めた全国一律の基準により「再検証」が必要と決めつけ、具体名を一方向的に公表したやり方は極めて不当である。
- ③ 再検証を要請する基準とした「診療実績が特に少ない」とその「検証項目」は、医師・看護師確保の困難な地方の中小規模の病院では、そもそも当該検証項目に係る機能を確保・維持することに相当の困難が伴うものであり、基準値を「実績『1』以上の医療機関で算出」する方法とも相まって、「特に少ない」どころか、中小規模では「ほとんどが少ない」という結果となっている。どこに住んでいて

も、安心して十分な医療が受けられる体制を整備することこそが国と自治体の責務であるにも関わらず、それと真逆の再編統合・機能移転・ダウンサイジングを、地方の中小規模の公立・公的病院に押し付ける今回の「基準」は言語道断であり、白紙撤回すべきである。

- ④ 同じく、基準の第二に掲げた「近接」では、「自動車での移動時間 20 分」を全国一律の基準としているが、この基準に従い再編統合・機能移転が進められるなら、通院や救急医療など、患者・住民の医療機関へのアクセスは現状よりも明らかに後退する。そのような「基準」を「将来のあるべき医療提供の姿」とすること自体、断じて認められるものではない。
- ⑤ 第二の基準の「類似」では、区域内の診療実績のシェアを取り上げているが、そもそも区域内で医療の需給バランスが完結しているかどうかはまったく勘案されていない。地域医療の需給バランスが、類似の診療実績の医療機関が複数ある事で補完され守られている場合、この基準に従い再編統合・機能移転・ダウンサイジングを進めるなら、地域医療の需給バランスを崩壊の危機にさらすことになりかねない。地域の実態も全体の需給バランスも勘案しない基準の欠陥は明らか。
- ⑥ 「データに基づく」と言いながら、そのデータを検証可能な形で国民の前に公表しない厚労省の不当な姿勢が、この問題でも様々見受けられる。少なくとも、「診療実績が特に少ない」の基準とした各人口区分の検証項目ごとの「下位 33.3 パーセンタイル値」の算出元のデータと計算プロセスとその結果の基準値と実数、「類似かつ近接」の判定に関する各病院にかかわる個別のデータ（どの病院と「類似かつ近接」なのか、移動時間は何分と見込まれているのか、等）はすべて公表すべき。
- ⑦ 「類似かつ近接」の基準に該当したうち、人口 100 万人以上の構想区域の病院は、「医療提供体制や競争状況等の状況が複雑」であるため、更なる検討が必要だとして「再検証」の要請は行わないとし、地方の公立・公的病院の再編統合・機能移転・ダウンサイジングを、スケジュールありきで先行して進めるものとなっている。このような地方切り捨ての姿勢は断じて許されない。

今回の診療実績の分析は、公立・公的病院の 2025 年に向けた具体的対応方針が、地域医療構想をふまえて「医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう…基準を新たに設定し…見直しを求め」とした「骨太方針 2019」の具体化であり、「再検証」の要請は、その「結論ありき」の分析方法を用いた、地域医療の大幅な後退＝住民の安全・安心の破壊に繋がりがねないものです。

また、「骨太方針 2019」では、地域医療構想と医師偏在対策と医療従事者の働き方改革を三位一体で進めるという方針と、医学部定員の減員に向けた検討を進めることが明記されています。その点からも、今回の「再検証」要請 424 病院の公表には、公立・公的病院の再編統合・機能移転・ダウンサイジングに向けた議論を加速させ、提供体制の集約化と医師配置の集約化を進めて効率化を図り、医師数を抑制するねらいが込められている事は明らかです。第 24 回WG資料 2 では、「分析項目等に係る診療科の増減やそれぞれの診療科で提供する内容（手術を提供するか等）の変更」と、その「検討に伴って、医師や医療専門職等の配置等についての検討が必要になる」と明記しています。その意味では、

- ⑧ 公立・公的病院の再編統廃合を促進し、地域医療の後退を招くだけでなく、医師配置の集約化を進め、医師養成数の抑制をはかっていく契機とするねらいを含むものであり、地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者の働き方改革「三位一体の推進」のテコとするねらいがある。

という点も指摘しておく必要があります。

病院再編の促進による医師体制の集約化、それによる「医師の働き方改革」の推進という議論は、患者・住民と医療者の間に対立と分断を持ち込みかねないものであり、医師の大幅増員による「過労死水準の働き方」の抜本的改善と、地域医療の確保を同時に実現していくことこそが求められます。

私たち京都医労連は、公立公的 424 病院への「再検証」要請の白紙撤回を求めると同時に、政府が「三位一体の推進」を掲げる「ベッド減らし」「医師配置の均てん化」「医師労働の他職種委譲」で医療の供給を抑制して医療費を抑制しようという「改革」に断固反対し、OECD 加盟国で最低の医師養成数を抜本的に引き上げ、国際水準に遠く及ばない医師数を大幅に増やすことを強く求め、患者・住民、医療関係者が大きく手を携え、政府方針の抜本的転換に向け共同の取り組みを進めることを呼びかけるものです。

以上