

第10回地域医療を守る運動全国学習交流集会 基調報告

I. はじめに

9月に発足した第4次安倍再改造内閣は、社会保障に関して「新たに『全世代型社会保障検討会議』を設ける。人生100年時代を見据え、70歳までの就業機会の確保、年金受給年齢の選択肢の拡大、医療介護など、社会保障全般に当たる改革を進める」と表明しました。すでに、経済財政諮問会議と未来投資会議において、安倍内閣が基本的に取り組んでいく方向が打ち出されています。安倍首相が前面に押し出しているのが、全世代型社会保障改革の一体的取り組みという方向です。そこでは、生涯現役社会、高齢者雇用の拡大、予防・健康づくり、健康寿命の延伸、それに加えて医療・福祉サービス改革、社会保障の給付と負担の見直しを一体的に進めていくということが打ち出されています。生涯働き続け、健康を維持して医療・介護・年金に頼らない人生をめざすというものであり、一連の社会保障改革の仕上げとその先の2040年を見据えた改革ととらえることができます。

同時に、「令和の時代の新しい日本を切り開いていく。その先にあるのは自民党立党以来の悲願である憲法改正への挑戦だ。困難でも必ずや成し遂げていく」として、憲法審査会で「自衛隊明記」の9条改憲案を含んだ改憲論議を開始する考えを強調しました。これまでも安保法制や社会保障制度改革を含め、実質的には憲法が軽視され、無視されていく状況をたくさん作りだしてきましたが、いよいよ明文改憲ということで、25条を大きく変えるという動きは直接していないものの、全体としては現憲法が持つ基本的理念を変えていく「改正」であることは間違いありません。

今回提起された、全世代型社会保障改革も憲法「改正」の先取りであり、言葉とすれば響きのよいものですが、これが進められていくと、社会保障解体を促していくことになりかねない危険な中身を持っています。

医療費抑制に向け、各都道府県が2025年度の医療の将来像を定めた「地域医療構想」は、厚労省の集計でも、医療機能を集約する目的の全国のベッド数削減が予定通りに進んでいません。地域医療を守るための住民運動が全国で活発に展開されるなか、地域のそれぞれの事情もあり、自治体や病院関係者の理解が得られていない状況となっています。政府はこうした状況を踏まえて、手術件数などを分析し、治療実績が乏しい場合は統合や再編を促すとしています。

これを受けて厚生労働省は9月26日、公立病院と公的病院の25%超にあたる全国424の病院について「再編統合について特に議論が必要」とする分析をまとめ、病院名を公表しました。ベッド数や診療機能の縮小なども含む再編を地域で検討させ、2020年9月までに対応策を決めるよう求めています。しかし、明確な根拠のない機械的な指標による病床削減・縮小に対しては、対象となった医療機関や自治体関係者からも強い批判の声があがっています。今回の「再検証」は、厳しい医療体制のもとで地域医療を支えている医療機関の努力を無視したものであり、地域医療を崩壊させるものです。

経済財政諮問会議が公表した「経済財政運営と改革の基本方針2019」（骨太方針2019）の原案では、医療提供体制について、地域医療構想、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な改革を実施すると提言しています。

こうした中で、本集会では、政府が進める医療提供体制の縮小・削減をくい止め、地域医療を守り充実させるため、昨年に引き続き、全国の運動について交流を深めるとともに、展望を明らかにしていきます。「いつでもどこでも誰でも安心してかかれる医療」の実現をめざしていきましょう。

II. 地域医療構想と調整会議における議論の状況

1. 地域医療構想、公立病院の統合・再編進まず

厚生労働省の集計では、各都道府県が2025年度の医療の将来像を定めた「地域医療構想」の中で、医療機能を集約する目的の全国の病床数削減が進んでいません。2025年度は団塊の世代が全員75歳以上となる節目であるとして、厚労省は医療費抑制に向け、病床数の削減や病院の統合・再編を進めようとしています。地域それぞれの事情もあり、自治体や病院の理解が得られていない状況が浮き彫りになっています。

厚労省は、各都道府県からの報告に基づき、病床数の集計を進めており、これまでに全国の9割超の公立病院、日赤や済生会などの公的病院の病床数の情報が集約されています。それによると、公立病院の病床数合計は2025年度の推計で17万3620床であり、2017年度に比べ803床減に止まり、公的病院は1002床増の30万3195床となっています。

こうした状況を踏まえて政府は今後、手術件数などを分析し、治療実績が乏しい場合は統合や再編を促す予定で、2019年夏にも具体的な病院名を公表し、地域での議論を求めるとしています。

2. 骨太の方針2019、現状の地域医療構想は不十分と指摘

政府は5月31日の経済財政諮問会議で、「経済財政運営と改革の基本方針2019（骨太の方針2019）」の骨子案を示しました。社会保障分野では「社会保障改革による負担の伸びの抑制・労働参加の促進」という文言が盛り込まれ、その中で財務大臣は、「地域医療構想は2025年に達成すべき病床数に沿ったものとなっておらず不十分。再合意に向けて適切な基準を設定することは重要」と指摘しました。また、「再合意の具体的な期限の設定、見える化、知事の権限強化など、実効性を高める仕組みが必要」と指摘しました。

民間議員からも、「病床機能ごとの病床数の見込みは、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べて大きな開きがある。公立病院等の見直しも、全体として2025年に達成すべき病床数等に沿ったものとなっていない。適切な基準を新たに設定した上で、期限を区切って見直しを求めるべき。民間病院についても病床数の削減・再編に向けた具体的な道筋を明らかにすべき。」「地域医療介護総合確保基金の執行が十分に進んでおらず、成果も明らかでない。必要な場合には追加的な病床のダウンサイジング支援を講ずるべき。」として、病床数の削減・再編を迫っています。

一方、厚生労働省が中医協に報告した2018年7月1日時点の施設基準の届け出状況を含めた調査結果では、一般病棟入院基本料の届け出病床数は、2016年7月1日の63万1389床が、2017年7月1日には61万7411床、2018年7月1日には60万4909床へと年々大きく減少しています。2016年には5000病院を超えていた医療機関数は、2018年には4896病院にまで減少しており、全国各地で深刻な状況が生まれています。

3. 地域医療構想調整会議における議論の状況

(1) 地域医療構想調整会議の開催状況等

①「地域医療構想調整会議」の開催状況をみると、4～6月が101回（91区域）、7～9月が366回（275区域）、10～12月が355回（240区域）、1～3月が505回（323区域）で、2018年度は合計で1327回が開催されています。

②「病床機能報告」の報告率（3月末）は、病院96.8%、有床診療所87.8%となっています。

③非稼働病床の病床数は、病院16,753床、有床診療所9,109床で、方針の議論実施が、病院14,836床（89%）、有床診療所5,778床（63%）となっています。

(2) 具体的な医療機関名を挙げた議論の状況 (2019年3月末時点)

①新公立病院改革プラン対象病院

対象病院数 823 病院中、「合意済み」が 771 病院、「議論継続中」が 51 病院、「議論未開始」1 病院となっています。病床数では、総病床数 18.8 万床中「合意済み」が 179,391 床 (95%)、「議論継続中」が 8,755 床 (5%)、「議論未開始」0 床 (福島県の帰宅困難区域内に立地する公立病院で議論ができない状況 (病床数については0で処理。)) となっています。

②公的医療機関等 2025 プラン対象病院

対象病院数 829 病院中、「合意済み」が 810 病院、「議論継続中」が 19 病院、「議論未開始」0 病院となっています。病床数では、総病床数 31.4 万床中「合意済み」が 308,307 床 (98%)、「議論継続中」が 5,915 床 (2%)、「議論未開始」0 床となっています。

新公立病院改革プラン対象病院



公的医療機関等 2025プラン対象病院



③その他の医療機関の 2025 年に向けた対応方針の合意状況

対象となる 5,660 病院、6,736 診療所のうち「合意済み」は 2,228 病院、1,174 診療所で、うち「議論継続中」が 1,576 病院、2,159 診療所となっています。

④すべての医療機関計

すべての医療機関計でみると、「合意済み (議論終了)」施設数は 3 月末で 4,983 施設となっています。3 月末時点における議論の状況 (病床数に換算した場合) は、総病床数 128.8 万床中、「合意済み」(63%) 806,923 床、「議論継続中」(17%) 222,150 床、議論未開始 (20%) 259,312 床となっています。

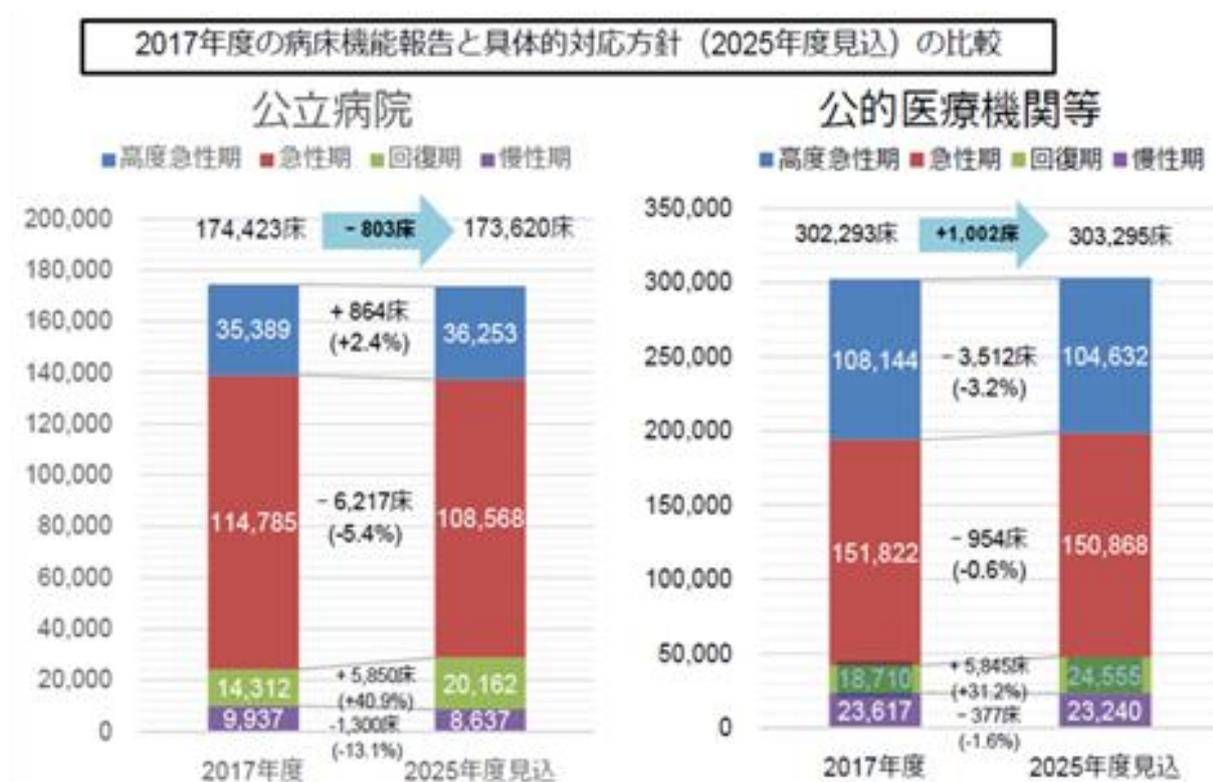
(3) 2018 年度までに合意に至らなかった主な理由

都道府県へのヒアリング結果では、以下の点が挙げられています。

- ①医療機関から示された具体的対応方針が、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているといえないことから、再検討することとなった。
- ②複数病院の一部機能を、集約する方向で検討しているが、病床削減について、地域の医療提供体制に大きな影響が生じないよう慎重に議論しているため時間を要している。
- ③再編統合等について、関係者間で意見が割れており、今後、医師確保などを含めた医療提供体制の具体的な在り方を示さないと議論が進まないため、その在り方の検討に時間を要している。
- ④再編統合に動こうとしていたが、地元住民の反対により再編統合について再検討することとなった。
- ⑤再編統合後の候補地について、関係自治体間で賛否が割れており、議論が進まない。

4. 公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の集計結果

(1) 調整会議では、公立・公的病院等については、「新公立病院改革プラン」や「公的医療機関等 2025 プラン」を基に、①他の医療機関による役割の代替可能性、②再編統合の必要性などの視点から議論し、2018 年度末までにプランについて合意を得るとされていきました。厚生労働省が、2019 年 3 月末時点の地域医療構想調整会議の議論の状況をまとめましたが、公立病院の「新公立病院改革プラン」の合意率は 95% (病床数ベース)、公的病院等の「公的医療機関等 2025 プラン」の合意率は 98% (同) と高率となっているものの、その内容を見ると全体では「現状追認」に近いものとなっています。



(2) 2019 年 5 月 16 日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」資料でみると、公立・公的病院等の 2017 年度の病床機能報告と、2025 年度の具体的対応方針 (見込み) を比較すると、「高度急性期」と「急性期」についてはいずれも数%の増減にとどまっています。「回復期」はパーセンテージでは、公立病院が 40.9%増、公的病院等が 31.2%増となっていますが、病床数ではわずか 6,000 床程度の増加にすぎません。

日本医師会の代表は、この結果を踏まえ、「がっかりする。公立・公的病院等しか担えない機能に特化

しているかどうか、といった議論はほとんどしていないのではないかと。さしたる議論もなく、合意したのだろう」と指摘し、調整会議での具体的な協議のプロセスなどまで盛り込んで、「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理」（たたき台）を取りまとめるよう求めています。

「議論の整理」は、がんの手術など計17項目の診療実績を基に、各構想区域で各医療機関がどんな医療を担っているかを“見える化”し、合意したプラン等が地域医療構想に見合ったものになっているかなどを検証することが目的で、厚労省は、公立・公的病院等の代替可能性や再編統合に関する結論を、「遅くとも2020年3月までに結論」とする案を提示しています。

5. 2018年度の病床機能報告、徐々に急性期が減少し、回復期が増加

一般病床・療養病床をもつすべての医療機関には、毎年度「病床機能報告」を行うことが義務付けられています。自院の病棟が、それぞれ「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」のどの機能を果たしているか、また将来的にどの機能を果たすべきと考えているのか、などを都道府県に報告するものです。

この結果と地域医療構想とを照らし合わせ、地域医療構想調整会議等で「データに基づいた自主的な機能分化・連携」に向けた議論を行うとされています。

2018年度の病床機能報告結果の速報値によれば、昨年（2018年）7月1日時点で、各医療機関が「自院の各病棟の機能」をどう考えているかを見ると、病床数ベースで「高度急性期：13.6%（15万9478床）」「急性期：44.5%（52万2234床）」「回復期：13.5%（15万8495床）」「慢性期：28.4%（33万3445床）」となっています。

初年度（2014年度）報告結果からみると、各機能の病床数割合は次のように推移しています。

【病床機能報告・各年度の推移】

	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
高度急性期	15.5%	14.4%	14.4%	13.9%	13.6%
急性期	47.1%	46.7%	45.8%	45.6%	44.5%
回復期	8.8%	9.9%	10.7%	11.8%	13.5%
慢性期	28.6%	29.0%	29.0%	28.6%	28.4%

急性期と報告する病院・病棟が徐々に減少し、回復期と報告する病院・病棟が徐々に増加しています。

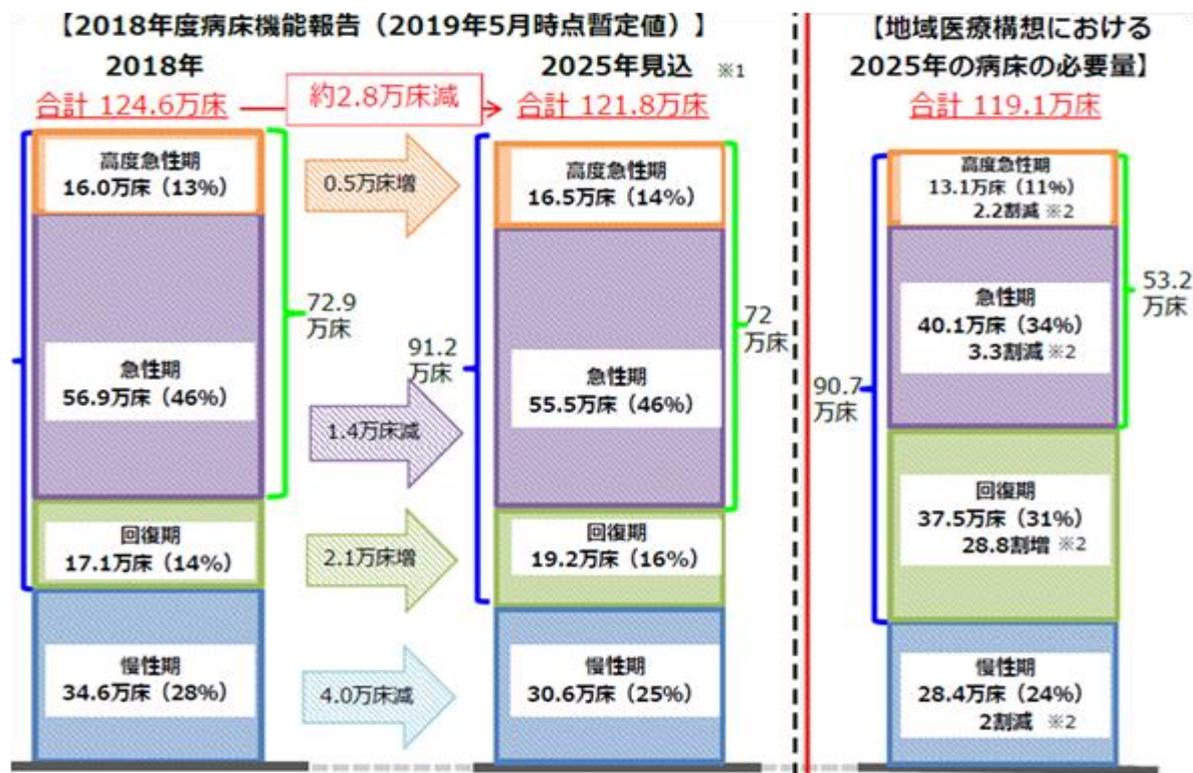
この背景には、2018年度の病床機能報告において「定量的基準」が導入されたことも要因としてあげられます。定量的基準とは、「医療行為」と「機能」とを一定程度紐づけして、①幅広い手術の実施状況、②がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況、③重症患者への対応状況、④救急医療の実施状況、⑤全身管理の状況などについて、診療実績が「全くない」病棟は、高度急性期・急性期と報告することを認めないとするものです。

しかし、依然として「急性期」が多く、「回復期」が少ない状況に変化はありません。地域医療構想と異なり、病床機能報告は「病棟」単位のため、「急性期病棟にも一定程度、回復期等棟に該当する患者」が存在しているからです。多くの病棟では、高度急性期から慢性期の患者が混在していて、もっともシェアの多い患者の状態を、当該病棟の機能として報告することが推奨されています。

6. 地域医療構想と病床機能報告との乖離

各都道府県の地域医療構想を積み上げると、「高度急性期：11%程度（13万床程度）」「急性期：35%弱（40万床程度）」「回復期：33%程度（38万床程度）」「慢性期：22%程度（25万床程度）」となってい

ます。これに対して、2018年度の病床機能報告結果は、地域医療構想と比べて「急性期が10ポイント以上多く、回復期が20ポイント程度少ない」状況で、地域医療構想と大きく乖離しています。



なお、2018年度から「2025年度の機能」に関する報告が義務化されました。（これまで6年後の機能報告を義務付け、2025年度の機能は任意とされてきたが、2025年度が目前に迫ってきたため）。それによれば、病床数ベースで「高度急性期：14.3%（16万4317床）」「急性期：44.5%（51万1195床）」「回復期：15.8%（19万2382床）」「慢性期：25.1%（30万5602床）」となり、回復期は依然として少ない状況となっています。

	2018年度	地域医療構想	2025年度の機能
高度急性期	13.6%	11%程度（13万床程度）	14.3%（16万4317床）
急性期	44.5%	35%弱（40万床程度）	44.5%（51万1195床）
回復期	13.5%	33%程度（38万床程度）	15.8%（19万2382床）
慢性期	28.4%	22%程度（25万床程度）	25.1%（30万5602床）

7. 地域医療構想を実現する上での課題および関連する検討事項の例

厚労省は、高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「急性期」からの転換が進んでいない、トータルの病床数は横ばいであるとして、具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないかとする問題意識を持ち、地域医療構想を実現する上での課題および関連する検討事項の例を以下のように掲げています。

- (1) 再編統合やダウンサイジングといった公立医療機関の取組の方向性について、地域医療構想調整

会議における協議の結果よりも、首長の意向が優先される恐れがあるとの指摘があることから、公立医療機関を有する地方自治体の首長が、地域医療構想調整会議の協議の内容を理解し、地域の合意内容に沿わない取組が行われないようにするために必要な対策について検討を進める必要がある。

(2) 公立・公的医療機関等の補助金等の投入・活用状況について、十分に可視化されておらず、地域医療構想調整会議の協議に活用されていないとの指摘があることから、補助金等の情報を適切かつ分かりやすく可視化するために必要な対策について検討を進める必要がある。

(3) 再編統合等の取組を具体的に進める上では、職員の雇用に係る課題や借入金債務等の財務上の課題への対応が必要となるが、厚生労働省において、公的医療機関等の本部とも連携しながら、各医療機関が地域の医療需要の動向に沿って、真に必要な規模の診療体制に円滑に移行するために必要な対策について検討を進める必要がある。

(4) 病床規模が類似した病院同士や、設立母体が異なる病院同士の再編統合については、特に協議が難航するとの指摘もあることから、このような場合には、協議のスケジュールにより一層の留意が必要である。

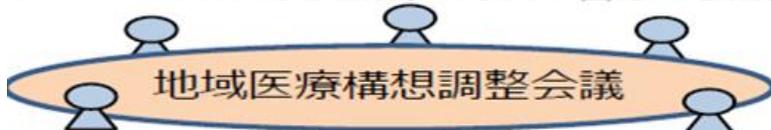
8. 地域医療構想の実現に向けた厚労省のさらなる取組について

厚労省は、2019 年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進するとしています。

具体的には、今後、2019 年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置付けられた 公立・公的医療機関等 に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、医師の働き方改革の方向性も加味して、当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定であるとしています。

③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、
○ **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
○ **病院の再編統合**
について具体的な協議・再度の合意を要請



9. 国が再編・統合を「直接支援」する重点地域を、都道府県と協議して設定

(1) 再編・統合論議を国が重点的に支援する地域

厚労省は、国や自治体の公立病院、日赤などの公的病院について、手術件数などを分析し治療実績が

乏しい場合は統合や再編を促すことを決めました。具体的な病院名を公表し、地域での議論を求めるとしています。分散している医療機能を集約し、病院ベッド数を減らして医療費を抑制するのが狙いです。

厚労省は、「診療実績データの多くは、病院名も明らかにした上で公表する」としています。全国の病院の等身大の姿が「見える化」されることになり、各調整会議では、データに基づいた再編・統合論議が進められることとなります。

公立・公的病院については、民間では担えない高度救急やへき地医療などに重点化することになっていることから、各病院のがんの手術や放射線治療、救急車の受け入れといった件数を項目ごとに分析し、他の医療機関との距離なども考慮し、本当に必要かどうか検討するとしています。

地域医療構想の実現に向けた更なる取組

これまでの取組

公立・公的医療機関等⇒民間医療機関では担えない機能に重点化する観点から、**2025年に持つべき医療機能ごとの病床数等について具体的対応方針を策定**

<具体的対応方針の合意結果>

- ・公立病院、公的医療機関ともに「急性期」からの転換が進んでいない。
- ・トータルの病床数は横ばい。

(新公立病院改革プラン対象病院 2019年3月末 95%合意) (単位：万床)

	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2017年	17.4	3.5	11.5	1.4	1.0
2025年見込	17.4	3.6	10.9	2.0	0.9

(公的医療機関等2025プラン対象病院 2019年3月末 98%合意)

	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2017年	30.2	10.8	15.2	1.9	2.4
2025年見込	30.3	10.5	15.1	2.5	2.3

今後の取組

- ① 2019年央に、**国が、都道府県に対して公立・公的医療機関等の具体的対応方針の検証を要請。要請対象の医療機関を公表。**
→都道府県が遅くとも2020年秋を目途に再協議・同意を終え、国の更なる対応につなげる。

【要請の内容】

- ・「類似の実績がある医療機関が近接している」又は「診療実績が少ない」医療機関を対象
- ・診療領域又は医療機関の再編・統合について地域医療構想調整会議での再協議・同意を要請

- ② ①の医療機関を含む区域から、**国が重点的に支援する区域を設定。**
都道府県と連携し、データ分析や再編統合の方向性等について直接助言。
- ③ 上記の取組と併せ、民間医療機関の再編を促す観点からも、地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、**病床のダウンサイジング支援等の追加的方策等**についても検討。

(2) 治療実績が乏しく、近くに実績が豊富な病院があるなど、「他の医療機関で代替可能性がある」と判断された場合は、期限を区切って統合や再編に向けた議論を要請するとしています。しかし、病院や地域の事情も踏まえた議論が必要です。対象病院は縮小や廃止となる可能性があります。

また、国は調整会議の議論が難航する地域も出てくることに備え、「再編・統合論議を国が重点的に支援する地域」を定める仕組みも準備する考えを示しています。

さらに、①重点的に支援する地域は、国と都道府県とで協議する、②重点的に支援する地域の決定は、診療実績データの提示・公表と前後して行う(2019年夏頃の予定)、③国が「直接」支援を行う、としています。

しかし、対象地域がどの程度になるのかは明らかにされていません。9月4日に日本医労連が行った厚労省交渉の段階では、「まだ決まっていない」と回答しています。国が「直接」に支援を行うことからその数は限られ、多くても「十数程度」とみられていますが、今後、国と都道府県とで対象地域が検討されます。

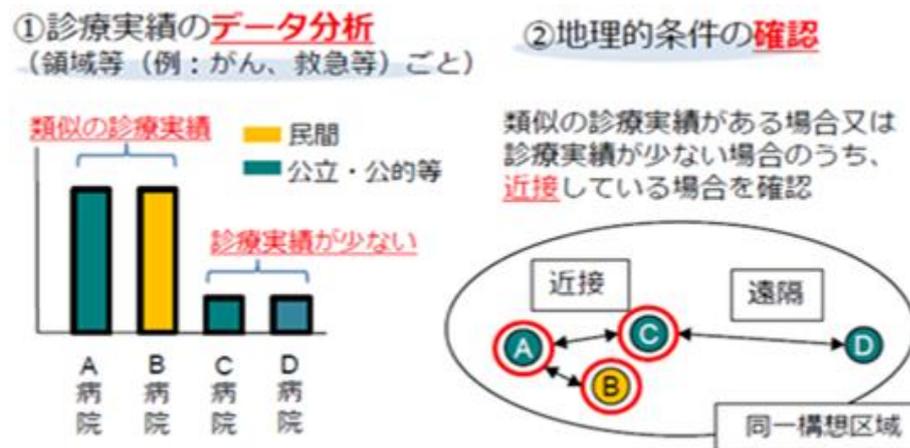
しかし、国が地域医療構想調整会議の議論に直接介入することとなれば、「自主的な機能分化」という地域医療構想の大原則が崩れることとなります。国が地域の医療提供体制等に関するデータ（病床機能報告データなど）をもとに、「〇〇病院は急性期機能に、〇〇病院は回復期機能に特化してください」と指示すれば足りることになり、地域で議論をする必要がなくなるからです。

なお、「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」取りまとめでは、民間病院についても「大規模化・協働化」を提言しており、これは「民間病院についても再編・統合を進める」内容といえます。この秋（2019年秋）以降、公立・公的等にとどまらず、民間をも含めた「病院の大再編」が進む可能性があります。今後の様々な動きを注視しなければなりません。

さらに、医師偏在対策の一環として、「地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応」も今後実施されます。新たに「外来における医師の多数地域」を設定し、そこでの新規開業に対しては①在宅医療、②初期救急（夜間・休日の診療）、③公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）など「地域に必要とされる医療機能」を担うよう求めることとなります。稼働状況を見て「効果に乏しい」ことが分かれば、さらなる施策（一定の開業制限など）が検討される可能性もあります。

（3）要請対象の医療機関の公表状況

厚生労働省は9月26日、高度急性期もしくは急性期の病床を持つ公立・公的医療機関等1455病院中、424病院（29.1%）について、2025年の地域医療構想を踏まえ、再編・統合など具体的対応方針の再検証を要請する病院名を公表しました。



再検証の要請対象となる基準には2つ（A・B）あり、（A）基準は、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、各人口区分で、「下位33.3パーセント値」の診療実績に該当する病院を、「特に診療実績が少ない」と判断し、9領域（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）の全てで「特に診療実績が少ない」（構想区域の人口規模を問わない）とされている病院を指し、全国で277病院となっています。

もう一つの（B）基準は、6領域（がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期）で、診療実績が「類似かつ近接」（人口100万人以上の構想区域は対象外）しているケースです。「類似」とは、「各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を要する医療機関が2つ以上ある場合で、かつお互いの所在地が近接している場合」で、具体的には、①同一構想区域内で、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する、②上位グループの中で、「診療実績の占有率が最低位」の医療機

関の実績と、下位グループの中で「診療実績の占有率が最高位」である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を「集約型」（この場合は、下位グループを類似として扱う）、上位と下位で一定の差がない場合（1.5倍以内）を「横並び型」（この場合は、下位グループに加え、上位グループの1.5倍以内に該当する病院を類似として扱う）としています。なお、「近接」¹とは、夜間や救急搬送の所要時間を考慮する観点から自動車での移動時間が20分以内としています。この対象となっているのが全国で307病院です。

2つの基準のうち両方とも該当するのは160病院となっています。

今回厚労省が分析したのは、2017年病床機能報告において「高度急性期」もしくは「急性期」病床を持つ4549病院で、うち公立・公的医療機関等は1455病院です。具体的対応方針の再検証の要請対象となった424病院の内訳は、公立医療機関257病院、公的医療機関等（公的、大学病院、地域医療支援病院など）167病院（うち民間の地域医療支援病院数は17病院）となっています。

再検証の要請対象が最も多いのは、北海道の54病院で、次いで新潟22病院、宮城19病院などとなっています。一方、沖縄県はゼロで、公立・公的医療機関等に占める要請対象病院の割合が高いのは新潟の53.7%、以下、北海道48.6%、宮城47.5%となっています。

なお、今回、公表された病院から（B）基準に該当していても、人口100万人以上区域に該当するために、「再検証要請病院」には指定しないという「隠れ対象病院」が全国で55病院あります（別表参照）。

公表病院数の多い都道府県

順位	1位	2位	3位	4位	4位	～	45位	46位	47位
公表病院	54	22	19	15	15	～	3	2	0
都道府県	北海道	新潟県	宮城県	長野県	兵庫県		大分県	栃木県	沖縄県

公表病院の割合が高い都道府県

順位	1位	2位	3位	4位	5位	～	45位	46位	47位
公表割合	54%	49%	48%	47%	43%		13%	12.8%	0%
公表病院/病院数	22/41	54/111	19/40	14/30	13/30	～	1/7	10/78	0/14
都道府県	新潟県	北海道	宮城県	山口県	岡山県		栃木県	東京都	沖縄県

設立主体別公表数

順位	1位	2位	2位	4位	5位	6位	7位	8位	9位
公表病院	262	31	31	24	20	18	6	5	4
設立主体	公立	国立	厚生連	日赤	済生会	JCHO	共済組合	健保組合	労災

¹ * 「自動車での移動時間が20分以内の距離」—移動時間は、「国土交通省総合交通分析システム（NITAS）」による集計。計算は「道路モード」で「法定速度」計算。

◎根拠—消防庁の発表による、救急要請から病院収容までの平均時間が約40分であり、仮にA病院とB病院を比較した時、B病院の20分移動からA病院の20分移動を合わせると、40分以内で収まる。

設立主体別の公表病院の割合

順位	1位	2位	2位	4位	5位	6位	7位	8位	9位
公表割合	55.60%	42.90%	31.60%	30.10%	28.30%	26.10%	24.40%	21.80%	14.30%
公表/病院数	5/9	3/7	18/ 57	31/ 103	262/ 927	24/ 92	20/ 82	31/ 142	6/ 42
設立主体別	健保組合	北海道社会事	JCHO	厚生連	公立	日赤	済生会	国立病院	共済組合

(4) 再編対象 424 病院の一覧は以下の通りです。

◇設置主体別

公立	262 病院 (62%)
うち、都道府県立	21 病院 (5%)
市町村立	230 病院 (54%)
地方独法	11 病院 (3%)
公的	162 病院 (38%)
うち、国立病院機構	31 病院 (7%)
厚生連	31 病院 (7%)
日赤	24 病院 (6%)
済生会	20 病院 (5%)

◇病床規模別

50 床未満	40 病院 (9%)
50～99 床	115 病院 (27%)
100～199 床	158 病院 (37%)
200～299 床	56 病院 (13%)
300～399 床	39 病院 (9%)
400～499 床	14 病院 (3%)
500 床以上	2 病院 (0.%)

◇所在地圏域人口規模別

10 万人未満	45 病院 (11%)
10 万人以上 20 万人未満	74 病院 (17%)
20 万人以上 50 万人未満	171 病院 (40%)
50 万人以上 100 万人未満	108 病院 (25%)
100 万人以上	26 病院 (6%)

◇該当する基準別

A 診療実績が特に少ない	92 病院 (22%)
B 類似かつ近接	147 病院 (35%)
A、B とも該当	185 病院 (44%)

(5) 今回の病床機能の実績データは、2017年の病床機能報告(2017年6月実績)データの集計結果を用いており、データは2年前の古い実績の評価によるものです。現状の実態を反映したものではありません。病床の機能等は、診療報酬によって大きく左右され、2018年4月の診療報酬改定により大きく内容が変化していますが、その実態は反映していません。

実際に、国立東名古屋病院では、「急性期」病床93床の機能報告(2017/6実績)で、その実績評価が(A)の指標9領域の評価の全てで基準値未満となり、公表対象リストにあげられました。しかし、この2年間の経過の中で、「急性期」病床は2018年4月に1病棟を閉鎖し42床へと縮小・ダウンサイジングが行われています。2018年度の実績評価は不明ですが、病院としてはすでに急性期病床の整理は終わっているという状況になっています。しかし、今回、「再編見直し検討病院」の対象として公表されたため、病院利用者や地域住民からのいわゆる風評被害的な不安材料は一気に加速されてしまっています。病院運営をめぐり日々努力している病院職員にとって、診療実績が一方的に「とりわけ低い」と評価されたことから、医師をはじめすべての職員のモチベーションを引き下げる状況を招いています。職員のやる気を削ぎ、さらなる縮小へと加速しかねません。今回の厚生労働省の一方的で機械的な対象病院名公表は、悪意に満ちた意図的な戦略であり、まったく不適切なものといわざるを得ません。

(6) 診療実績評価は、「高度急性期」と「急性期」の病床における診療実績を(A)と(B)の評価指標により分析したものです。つまり、今回の診療実績評価指標には、「回復期」や「慢性期」の病床機能は評価対象とはなっていません。したがって、病床の稼働率実績も、回復期、慢性期の病床数を除いた稼働率となっています。一方で、病院全体の経営状況は一切加味されていません。

また、今回明らかにされた公立・公的医療機関のデータでは、診療実績の他、4機能区分ごとの届け出病床数と、「休棟中等病床数」「病床稼働率(高度急性期と急性期)」の実態も明らかにしています。すなわち、病床数が過剰とされている「高度急性期」「急性期」は削減、もしくは不足する「回復期」への病床機能転換が必要となり、病床稼働率を明確にすることで、その促進を促そうとするものです。また、「休棟中病床数」を明示することで、病床過剰地域では、再稼働を躊躇させる材料・情報となりえます。こうしたデータが白日のもとにさらされることで、病院独自の判断や将来構想では地域における医療構想実現が成り立たない状況に追い詰められることとなります。

(7) 診療実績の分析方法は、厚労省が決めた基準値(33.3パーセント値)以下を「A診療実績が特に少ない」と断定し、また、現場から病院までの救急搬送に要する平均時間(12分)よりも長い20分を「近接」とするなど、その根拠や妥当性には大いに疑問があります。これらを基準にした分析はそもそも政策判断の基準としての妥当性・相当性を欠いています。

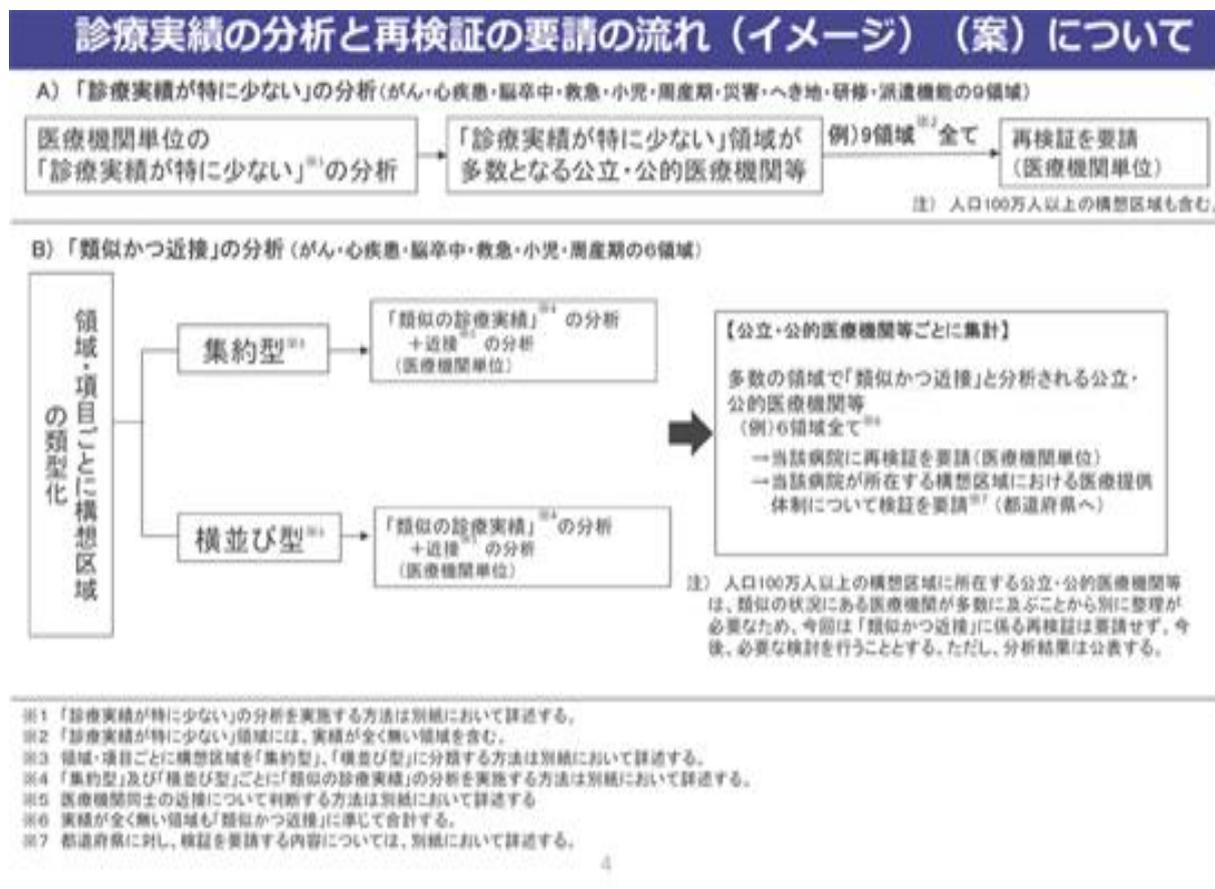
また、「B類似かつ近接」の今回の分析に基づく「具体的対応方針の再検証」の要請対象から、人口100万人以上の構想区域を除き、スケジュールを優先して、地方から切り捨てる姿勢は言語道断といわざるを得ません。

政府は、地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者の働き方改革を三位一体で進めるとして、ベッドを減らし、医師配置を均てん化し、過酷な医師労働の多職種への委譲で乗り切り、医療供給を抑制して医療費を抑制しようとしています。いま政府がやるべきことは、OECD加盟国で最低となっている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人口当たり医師数を大幅に増やすことです。

(8) 今後、再検証を要請された病院は、①2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割、②2025年に持つべき医療機能別の病床数などの検討が必要になります。そして、2020年9月までに、再検証を行い、結論を得ることが求められます。

今回の再検証の要請で影響が大きいことを踏まえ、全国自治体病院開設者協議会の会長は、「地域医療構想の推進は必要であり、各自治体立病院も一層の経営改善と機能分化を進めていかなければならないが、地域により公立・公的医療機関等の果たす役割は異なることから、全国一律の基準により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。今回の分析結果が公立・公的医療機関等の再編統合の推進の方向性を強要するものではないことやその趣旨や活用方法について十分に説明し理解を得た上で、各地域の事情を考慮した議論を地域において尽くすことが必要である。」と述べています。

また、10月4日に開催された全国知事会など地方3団体と政府の協議の場では、地方自治体の関係者が、「住民は不安に思っている。リストを返上してほしい」と厳しい言葉で厚労省に迫っています。また、鳥取県知事は、「病院に就職しようとしていた看護師さんが、やめようかと言いつけている。大きな影響が地方で生まれている。」と訴えています。



(表-1) 公立・公的医療機関の「再検証対象」病院公表内訳(2019/9/26)

都道府県	再検証対象病院			設置主体別内訳												
	公立・公的病院数	公表された病院数	%	公立	国立	労災	JCHO	日赤	済生会	北海道社会 事業協会	厚生連	健康保険組 合・連合会	共済組合・ 連合会	大学病院	その他	
				都道府県	市町村											
01北海道	111	54	49%		41	1		1	4		3	3				1
02青森県	26	10	38%		10											
03岩手県	24	10	42%	4	5	1										
04宮城県	40	19	48%	1	15	2		1								
05秋田県	23	5	22%		3			1				1				
06山形県	18	7	39%	1	6											
07福島県	24	8	33%		2			1		2		3				
08茨城県	28	6	21%		4	1								1		
09栃木県	15	2	13%			1		1								
10群馬県	22	4	18%		2					1						1
11埼玉県	32	7	22%		3	1		1							1	1
12千葉県	40	10	25%	1	7	1		1								
13東京都	78	10	13%	1	3	1		1		2				1	1	
14神奈川県	56	10	18%		3	1			2	3			1			
15新潟県	41	22	54%	7	7	2	1					5				
16富山県	21	5	24%	1	2			1				1				
17石川県	23	7	30%		4			1						1		1
18福井県	14	4	29%		2	1		1								
19山梨県	18	7	39%		6			1								
20長野県	44	15	34%		6	2			4			3				
21岐阜県	30	9	30%		6							3				
22静岡県	41	14	34%		5	1	1	1	2			4				
23愛知県	57	9	16%	1	5	1							2			
24三重県	28	7	25%		4					1		2				
25滋賀県	19	5	26%		3			1	1							
26京都府	26	4	15%		2	1			1							
27大阪府	61	10	16%		5				1	2			1			1
28兵庫県	57	15	26%	2	9	1			2					1		
29奈良県	15	5	33%	1	1					3						
30和歌山県	18	5	28%		4					1						
31鳥取県	12	4	33%		3					1						
32島根県	20	4	20%		2	1		1								
33岡山県	30	13	43%		10	1	1									1
34広島県	37	13	35%		4	1			2	1			1	2		2
35山口県	30	14	47%		9	1			1			1				2
36徳島県	16	6	38%	1	2	1						2				
37香川県	18	4	22%		1	1				1		1				
38愛媛県	25	6	24%	1	4	1										
39高知県	16	5	31%		3			1				1				
40福岡県	58	13	22%	1	4	1	1		1	1						4
41佐賀県	13	5	38%		3	1		1								
42長崎県	23	7	30%	1	4				2							
43熊本県	27	7	26%		5	1										1
44大分県	18	3	17%		1											2
45宮崎県	21	7	33%		4	2		1								
46鹿児島県	27	8	30%		4				1	1		1				1
47沖縄県	14	0	0%													
合計	1455	424	29%	24	238	31	4	18	24	20	3	31	5	6	2	18
		424病院中の割合⇒		5.7%	56.1%	7.3%	0.9%	4.2%	5.7%	4.7%	0.7%	7.3%	1.2%	1.4%	0.5%	4.2%
				262										学校共済含む		
				61.8%												
				公立—地方独立行政法人含む												
				市町村—国民健康保険病院含む												
		設立別病院数		927	142	34	57	92	82	7	103	9	42			
		対象病院の割合		28.3%	21.8%	11.8%	31.6%	26.1%	24.4%	42.9%	30.1%	55.6%	14.3%			

(9) 各県の受け止め、ニュースなど

○北海道

名前を公表された道内の医療機関の関係者らから、「分析の根拠が不明」「地域医療の実情を理解していない」などと戸惑う声が上がった。道北の病院事務長は「高齢化によるニーズを踏まえ、病床割合の検討は必要だと感じているが、事前に説明はなく順番が違う」と憤った。今回の公表基準では、広大な道内の医療事情など地域性はほとんど考慮されていない。道東にある町立病院の事務長は「何をもって実績が少ないというのか、どう調査したのか、よく分からない。ずっと地域医療の核になってきたのに」と漏らした。国立病院機構函館病院（函館市）も「具体的にどんなデータに基づいて分析したのか分からず、コメントしようがない」と戸惑う。

○青森

県健康福祉部の奈須下淳次長は、今回名指しされた県内 10 病院について「急性期や回復期など機能の見直しや再編はあっても、なくす、なくさないの話ではない」「再検証に必要なサポートをしていく」と引き続き支援していく姿勢を示した。「そもそも民間病院や大病院が多く競合する都市部の話だと思っていた。青森県は医師不足で医療機関が少ない。(病院が) 地域で果たしている役割について検証していく」とも話した。「予想より多い」。地域医療構想アドバイザーを務める吉田茂昭・県病院事業管理者も「都市部はいいけど、青森県の場合は人口が少ない過疎の自治体病院で事情が異なる。安易に機能縮小に向かえば、無医村になる懸念もある」と性急な議論をけん制。「近接に類似の病院がある」という判断基準についても「青森県は公共交通機関の電車やバスが何本もあるわけではないし、冬は雪。全国一律、車で何分という物差しでは比較できない」と述べた。

○秋田

佐竹敬久知事は 4 日、「医療は憲法の生存権に関わり、医療機関が減ることは(国が目指す) 地方創生とは逆」と批判した。

○宮城

宮城県石巻市立病院の椎葉健一病院長は 27 日、市役所で記者会見し、「(東日本大震災からの) 復興に水を掛けるような印象だ」と不満を示した。同病院は津波で被災し、2016 年 9 月に新築移転した。椎葉院長は、同省が 16 年 7 月～17 年 6 月の病床機能報告を基に判断したことについて「開院直後のデータを元に実績が少ないと評価されるのは言語道断」と批判。「3 年でようやく体制が充実し、患者数や病床利用率が上がっている」と強調した。

○新潟

県福祉保健部の山崎理副部長は「へき地の病院などはそもそも診療実績が少ない。一律に基準を当てはめるのではなく、より詳しいデータに基づいて評価すべきだ」とくぎを刺す。そのうえで「医師や看護師の過重労働も問題になっており、このままでは持たない病院も出てくる。再編や統合の可能性は十分あり、今後議論していきたい」と話す。

○山梨

「病院が地域になければ、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」。飯富病院(身延町)がある同町の自営業赤池孝教さん(60)は語気を強めた。5、6 月に甲陽病院(北杜市)で手術を受けた同市長坂町の無職多賀純夫さん(69)は「高齢化が進む中で、近く

の病院の統合や再編は不安。今後は免許の返納も考えなくてはならないが、病院にアクセスする公共交通機関も乏しい」と困惑していた。早川町の辻一幸町長は「多くの町民が利用する病院で、なくすわけにはいかない。過疎地域の医療の在り方を国も考えてほしい」と注文を付けた。

○富山

富山県医務課は「あくまで参考として受け止める。ただちに再編・統合の議論を加速させることはない」と強調。「国に分析方法の詳細な説明を求めつつ、各病院には役割の再検証をお願いしたい」と、今後の地域医療構想調整会議で議論していく考えを示した。

○岐阜 多治見

今井院長は「厚労省が分析したデータは直近2、3年の経営努力を無視している。多治見市民病院を対象にした根拠も不明で名誉毀損（きそん）に相当する」と非難。公表によって患者や医師を派遣する大学が廃院の不安を抱き、病院が対応を迫られるとして「業務妨害でもあり嚴重に謝罪を求める」と述べた。古川市長は突然の公表に不快感をあらわにし、「9月議会で病院に投入する公費の増額を認めてもらい、さらに充実させようとしているところだ。公表は寝耳に水で極めて遺憾だ」と憤った。

○三重

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、(近くの競合病院までの)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。「即再編・統合ではなく、地に足を着けて議論し、地域住民が医療提供体制に不安を持つことがないようにする」と話した。

○和歌山

仁坂吉伸知事は1日、定例記者会見で「厚労省が決めることではない。余計なお世話だ」と批判した。「公立病院を維持するかどうかを考えるのは設置者だ。非効率だけど資金をつぎ込んで維持するか、難しいと思ったら合併・再編するか、それは厚労省が決めることではない」と指摘。同省が個別の病院名まで挙げた点について「やり過ぎだ」と批判した。

○兵庫

兵庫県の井戸敏三知事は3日の定例会見で「医師や医療機関の偏在に全く配慮がない。国のやり方は乱暴過ぎる」と批判した。井戸知事は厚労省の異例の対応に「病院の置かれている状況は全国一律の物差しでは測れず、地方に人は住むなということにつながる」と指摘。4日に開かれる国と全国知事会などとの協議を前に「国は人口の少ない所に病院は必要ないという姿勢を取るのか。疑問点をしっかり指摘しなくてはならない」と強調した。

○鳥取

要望書では「地域の実情を軽視し、公立・公的病院が地域医療を守ってきた努力を軽んじている」と批判。地域医療が崩壊しかねないとの懸念を示した。要望書を提出したのは「自治体立病院を考える議員の会」（福間裕隆会長）で、厚労省の発表について「全国一律の基準での再編統合は、地域の実情や公立病院が果たしてきた地域医療を守る努力を軽んじている」と指摘した。平井知事は「地域医療は数字だけで判断できるものではない」と述べ、国が設ける方針の地域との協議の場で訴えたいとした。

全国自治体病院開設者協議会の会長を務める平井知事は「地域で健康を守るとりがなくなるのは実

情に合わない。政府に厳しいことも言っていかなければならない」と話した。同病院がなくなれば、隣町まで車で1時間以上かけて通うことになる。同病院の患者で、同町霞の福田英寿さん（77）は「国は年寄りに都市部へ移住しろと言うのか」と憤りをあらわにした。

○島根

県医療政策課の山崎一幸課長は、今回の判断基準について「急性期の利用に偏っているので、4病院の機能を考えると評価が低いのはやむを得ない。この結果をもとに再編、統合するものでない」と話す。出雲市立総合医療センター（出雲市）の原康正・事務局次長は「公表により患者から病院がなくなると心配する声があがっている」といい、今後は不安の解消に努めるとしている。

○岡山

岡山市立せのお病院を運営する独立行政法人・市立総合医療センターは「厚労省からの連絡がなく、どういった意図でリストアップされたのか分からない」とコメント。市医療政策推進課などによると、同病院は昨年5月、全60床を急性期治療を終えた患者の在宅復帰を支援する「地域包括ケア病床」に変更しており、「回復期の病院として必要。本当に再編・統合の基準に触れているのか」（同課）と戸惑う。

○広島

松浦秀夫院長は、「現状で統合などが必要な状況にあるとは考えていない」と明言。「寝耳に水の発表で、地域住民に対する十分な説明もなく、一方的に公表するのは適切なのか」と述べ、国の公表手法に疑問を示した。

○山口

同市病院事業局の担当者は「田舎と都市部の病院を比較し、手術件数などが少ないのは当たり前。理解できない」と話した。

○徳島

県内で対象となった病院関係者らから、「統合されて病院がなくなるのではないかと不安に思われる」など、戸惑いの声が上がった。県地域医療構想調整会議のアドバイザーを務める、今中雄一・京都大教授（医療経済学）は「再編・統合が必要として、いきなり病院名を公表するのは、いたずらに住民らの不安をあおるだけではないか」と指摘。

○香川

同病院に夫が入院中という綾川町の女性（70）は「交通手段の乏しいお年寄りが増える中、市部の病院へ行けばいいというのは、乱暴な話だ」と憤った。

○愛媛

「このような話が出たのは非常に残念」と話すのは愛媛医療センター。「近くに四国がんセンターはあるが、診療内容が全く違うので、一緒にやるというのは難しい」とし「地域医療構想調整会議で当院の地域での役割を説明し、現状のままでの同意を得ていきたい」と存続の意思を示した。

○福岡

嶋田病院の事務局長は「寝耳に水。どんな理由で対象になったのか分からないのでコメントできない」

と話した。経営状況の悪化や周辺病院との統合計画はないという。小郡市健康課は「市内唯一の救命救急病院で、もし再編・統合されれば市民生活への影響は免れない」と心配する。交通事故で救急搬送された娘を見舞いにきた同市の女性（67）は「もうちょっと治療が遅かったら、命が危なかった。小郡にはここしかないので、無くなってもらっては困る」と話した。県医療指導課は、2 病院が対象に含まれた理由について「国が診療実績などを基に一律にリストアップしているのだから、分からない」と話す。関係者からは「判断基準が分からない」「専門病院の立ち位置を大事にすべきだ」などと困惑の声が上がった。

○佐賀

永淵孝幸町長は「町としてはあくまでも単独で運営し、近隣市町の病院と連携する考え方を持っている。病院は住民のために絶対に残さないといけな」と強調し、再編や統合に否定的な見解を示した。

○大分

竹田医師会病院（病床数 156）は、へき地医療拠点病院に指定されている。首藤勝次市長は「高齢化に直面する竹田市でどう医療を充実させるか医師会病院も含めて話し合っていた矢先のことで寝耳に水。極端な高齢化に苦しむ竹田市から病院が消えれば、自治体の消滅に拍車をかけることになる」と憤った。この病院を利用している同市片ヶ瀬、農業、油布晃さん（65）は「ただでさえ病院が少ない竹田市にとっては大事な病院。なくなれば地域できちんとした医療が受けられるか心配だ」とショックを隠せない様子だった。

(10) 各団体からの声明・談話など

厚生労働省が、公立・公的医療機関等 424 病院について、再編・統合など具体的対応方針の再検証を要請する病院名を公表したことに対して、日本医労連、自治労連、中央社保協、全日本民医連が抗議の談話や声明を出しています（別紙参照）。

10. 経済財政諮問会議、民間議員「約 13 万床の過剰病床削減が必要」

再検証対象となった病院や自治体等から相次いで批判的な意見が出されていますが、10 月 28 日に行われた経済財政諮問会議で安倍首相は、「地域住民の医療・介護サービスへのニーズを的確に反映し、持続可能で安心できる地域医療・介護体制を構築していくためには、地域医療構想を実現していくことが不可欠」と述べて、厚労大臣に対して、地域医療構想の着実な実現に取り組んでいくよう求めました。

また、民間議員からは、「病床再編については、まずは地域医療の中核を担う公立・公的病院を手始めに、官民ともに着実に進めるべき」であり、その上で、「病床過剰地域にある民間病床の再編に資する分析を今年度内に示すとともに、病床機能転換、病床の整理・合理化を積極的に図る民間病院等については、今後 3 年程度に限って集中再編期間として、大胆に財政支援をすべき」、「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」として、急性期から回復期への病床転換、官民合わせて過剰となる約 13 万床の病床削減を提案するなど、地域医療構想の着実な推進を求める意見が相次いで出されています。

地域医療構想の実現

- 持続可能で安心できる地域医療・介護体制の構築を目指し、病院の再編統合、介護サービスの充実など狭義の医療分野に留まらない施策の工夫によって、地域一体となって総合的に取り組むべき。
- 地域医療構想の実現のカギとなる、①急性期から回復期への病床転換、②官民合わせて過剰となる約13万床の病床の削減、③介護医療院を含む介護施設、在宅医療への転換を重点的に推進すべく、対策を講じるべきである。

III 地域医療構想・医師の働き方改革・医師偏在対策の一体的推進

1. 地域医療構想、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進

骨太方針 2019 では、医療提供体制について、地域医療構想、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な改革を実施すると提言しています。厚労省は、医療提供体制改革は、「医師の働き方改革」「医師の偏在対策」とも整合性をとって進めるとしています。



また厚労省は、医療提供側がどれだけ働き方改革を進めても、患者が「夜間のほうが待ち時間がない」などと考えて夜間救急外来を一般の外来のように受診したのでは、医師の労働時間は短縮しないとして、有識者も交えて「上手な医療のかかり方」をまとめ、これを普及・啓発していく考えを強調しています。11月を「上手な医療のかかり方月間」とし、都道府県にも振興に向けた協力を要請しています。

2. 医師の絶対数不足を偏在対策で対応

(1) 1980年代以降の医療費抑制路線のもとで、医師養成数が抑制されてきました。1982年に医師数の抑制が閣議決定され、1986年には医学部定員の10%削減など「医師養成の抑制」を国策に掲げました。1997年にはさらに医学部定員の削減を閣議決定しました。その結果、1984年の医学部定員が8,280人であったのが、2003年には7,625人まで大幅に削減されました。その結果、現在の日本の医師数はOECD加盟国30カ国中27位と低位となっており、単純平均で約10万人の医師が不足しています。

「人口10万人当たりの医療施設に従事する医師数」(厚労省の医師・歯科医師・薬剤師調査=2016年)でみると、全国平均は240.1人で、多い順に、徳島県315.9人、京都府314.9人、高知県306.0人、東京都304.2人、岡山県300.4人となっています。一方、少ないのは、埼玉県160.1人、茨城県180.4人、千葉県189.9人、新潟県191.9人、岩手県193.8人の順となっています。最も多いとされる徳島県でも、OECD水準(単純平均千人当たり医師数3.2人)からみれば、少ないのが現状です。

(2) 厚生労働省の推計

厚労省は、2025年頃になれば、日本の医師数はOECD加重平均並み(人口10万対290人)に達するとしています。しかし、西欧の先進諸国では、現在も医師は増加中であり、OECD平均水準も上昇することになりますが、そうした先進諸国の状況は反映されていません。

そもそも、「加重平均」による比較は、人口の多い国の状況に重みづけを行う比較ということす

が、人口規模上位3カ国のアメリカ、日本、メキシコでOECD加盟34カ国12億9,466万人の44.7%を占めています。そして、この3カ国の人口1000人対医師数は、OECD加盟国中アメリカ27位、日本28位、メキシコ30位といずれも下位に属します。OECD加盟国の単純平均ではなく加重平均で比較すれば、人口大国のアメリカ、日本、メキシコなどの医師体制の薄さが影響して、指標となる「人口1,000人対医師数」の値が下がります。しかし、各国の医師体制を比較する指標に関し、人口大国の状況に重みづけを行わなければならない特段の理由は何もなく、むしろ、大国の重みづけは多国間の平等主義に反し人口規模の小さい国の充実した体制を過小評価するものです。OECD加盟国の医療の到達水準の平均的状況を示す指標としては、各国の人口当たり医師数の「重要性は同等」であることを前提とした「単純平均」こそ重要です。

OECD加盟・人口規模上位10カ国		
OECD順位	国名	人口
1位	アメリカ	327.35
2位	日本	126.49
3位	メキシコ	124.74
4位	ドイツ	82.89
5位	トルコ	82.00
6位	イギリス	66.47
7位	フランス	64.73
8位	イタリア	60.48
9位	韓国	51.66
10位	スペイン	46.45

<出典>

IMF - World Economic Outlook Databases (2019年4月版)

Doctors Total, Per 1 000 inhabitants, 2017		
OECD順位	国名	人/1000
27位	アメリカ	2.58
28位	日本	2.43
30位	メキシコ	2.36
6位	ドイツ	4.19
33位	トルコ	1.83
25位	イギリス	2.82
15位	フランス	3.36
7位	イタリア	4.01
31位	韓国	2.34
10位	スペイン	3.82

<出典>

OECD Health Statistics 2018

「必要医師数」については、「将来時点（2036年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、地域ごとに、将来時点の医師偏在指標が全国値と等しい値になる医師数」としてはいますが、この「2036年の全国の医師需要」は、「需要ケース2：労働時間を週60時間に制限等⇒月平均80時間の時間外・休日労働に相当」という、「過労死ライン」の労働時間が前提となっています。「医師10万人調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」）から算出された「医師全体の週当たり平均労働時間」は51:42（単位：時間）とされ、月当りに換算すると46.8時間という時間外労働時間に相当します。これでは、将来時点の医師需要は、現状を改善するどころか悪化した水準を前提としているといわざるを得ません。そもそも、この将来時点の医師需要が何人なのかも明示されていません。

（3）2036年度においても偏在解消が見込めない

新たな試算が示されましたが、2036年度においても全国335区域のうち約220区域で24,480人の医師が不足し、偏在解消が見込めないものとなっています。

将来時点（2036年時点）における不足医師数等（都道府県単位）

	不足医師数・過剰医師数				年間不足養成数・過剰養成数			H31臨時定員 (地域確保)
	供給-必要数（都道府県）		供給-必要数（2次医療圏）合計		都道府県		2次医療圏	
	上位層計	下位層計	上位層計	下位層計	上位層計	下位層計	上位層計	
	不足医師数	過剰医師数	不足医師数	過剰医師数	不足養成数	過剰養成数	不足養成数	
01北海道	-188	-1571	-1406	282	-1	-114	-101	20
02青森県	-439	-1225	-684	0	-17	-81	-37	27
03岩手県	-474	-1361	-744	0	-19	-91	-41	28
04宮城県	1142	-604	-290	76	113	-30	-4	28
05秋田県	-204	-646	-479	39	4	-32	-19	29
06山形県	32	-653	-262	0	13	-43	-11	15
07福島県	-804	-3500	-990	0	-32	-252	-47	48
08茨城県	202	-2376	-1402	400	49	-161	-81	47
09栃木県	98	-1700	-959	233	17	-129	-69	13
10群馬県	-51	-1837	-1110	254	9	-137	-78	18
11埼玉県	-1044	-5040	-1563	0	-66	-392	-108	27
12千葉県	636	-2302	-1112	849	76	-164	-67	34
13東京都	26645	13295	-929	16451	2190	1101	-58	25
14神奈川県	5009	-260	-592	1319	422	-7	-34	20
15新潟県	-1534	-1969	-1540	0	-108	-144	-109	24
16富山県	222	-432	-218	70	27	-27	-9	12
17石川県	911	217	-200	570	81	25	-9	10
18福井県	503	-164	-276	279	48	-6	-16	10
19山梨県	325	-250	-224	130	43	-4	-1	24
20長野県	-87	-550	-773	512	5	-33	-51	17
21岐阜県	542	-587	-316	306	62	-30	-8	25
22静岡県	-402	-2187	-995	0	2	-144	-47	49
23愛知県	1357	-727	-2250	2529	133	-37	-161	32

24三重県	391	-553	-203	200	46	-31	-3	20
25滋賀県	541	-149	-284	468	51	-5	-16	10
26京都府	4006	1291	-202	1991	330	109	-13	5
27大阪府	7703	4393	-152	4930	639	369	-7	15
28兵庫県	3642	77	-20	877	308	17	10	16
29奈良県	1236	-403	0	29	111	-22	11	15
30和歌山県	1093	193	-99	507	103	30	6	20
31鳥取県	216	-237	-152	106	31	-6	1	19
32島根県	168	-411	-191	106	26	-22	-4	17
33岡山県	2232	815	-85	1029	186	71	-3	6
34広島県	849	-356	-277	364	80	-18	-17	15
35山口県	-88	-965	-469	113	3	-68	-28	15
36徳島県	649	268	-28	327	61	30	6	12
37香川県	476	183	-27	327	49	25	8	14
38愛媛県	317	-659	-368	68	36	-43	-19	15
39高知県	452	-120	-130	83	47	1	0	15
40福岡県	5111	2684	-613	3732	420	222	-46	5
41佐賀県	820	176	-154	467	73	21	-6	9
42長崎県	716	49	-186	431	74	19	0	22
43熊本県	1671	-229	-360	690	143	-12	-22	10
44大分県	573	-234	-161	94	54	-12	-6	10
45宮崎県	-8	-472	-469	186	8	-30	-30	12
46鹿児島県	762	-182	-455	637	73	-4	-27	15
47沖縄県	1021	99	-81	515	92	16	2	12
合計（色付）	-5323	23739	-24480	42566	-243	2056	-1402	906

(4) 国が地域・診療科別の多寡を順位づけた「医師偏在指標」を示す

二次医療圏(335 区域・二次医療圏)と都道府県(47 区域・三次医療圏)の各々について、上位 3 分の 1 を医師多数区域、下位 3 分の 1 を医師少数区域とするとしています。

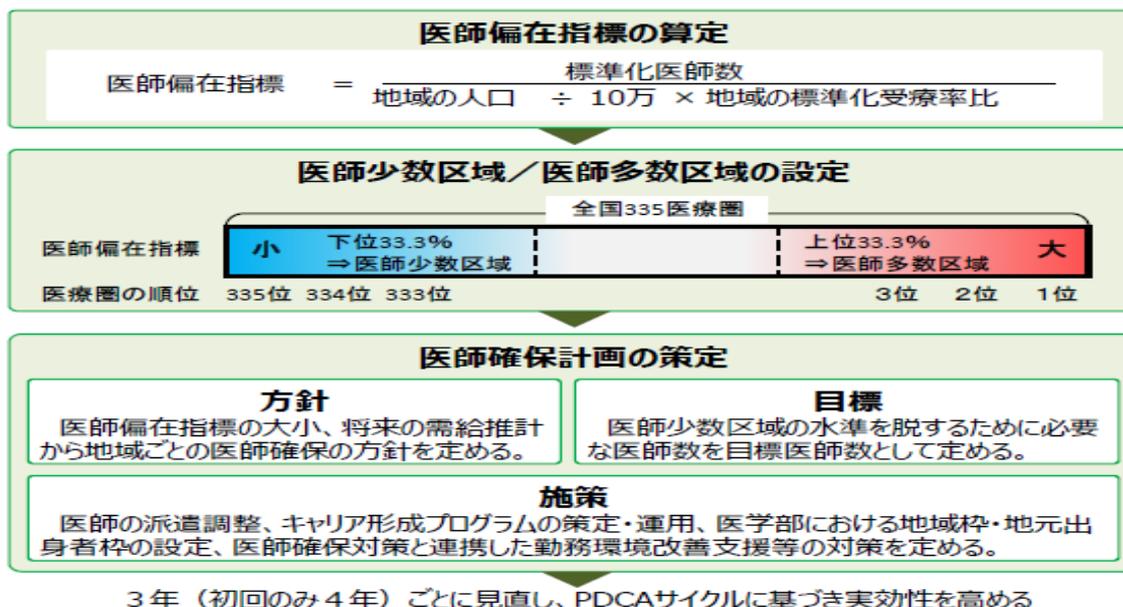
都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
	全国	238.3	
13	東京都	329.0	1
26	京都府	314.9	2
40	福岡県	300.5	3
47	沖縄県	279.3	4
33	岡山県	278.8	5
27	大阪府	274.4	6
17	石川県	270.4	7
36	徳島県	265.9	8
42	長崎県	259.4	9
30	和歌山県	257.2	10
31	鳥取県	255.0	11
39	高知県	254.3	12
41	佐賀県	251.3	13
43	熊本県	248.5	14
37	香川県	247.8	15
25	滋賀県	243.5	16
28	兵庫県	243.0	17
29	奈良県	241.1	18
34	広島県	240.4	19
44	大分県	238.0	20
32	島根県	235.9	21
04	宮城県	232.7	22
14	神奈川県	231.8	23

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
38	愛媛県	231.0	24
18	福井県	230.9	25
46	鹿児島県	229.8	26
23	愛知県	225.3	27
01	北海道	222.0	28
09	栃木県	216.7	29
19	山梨県	216.4	30
16	富山県	216.2	31
45	宮崎県	210.6	32
35	山口県	210.3	33
24	三重県	208.8	34
10	群馬県	208.2	35
21	岐阜県	204.7	36
12	千葉県	200.5	37
20	長野県	199.6	38
22	静岡県	191.1	39
06	山形県	189.4	40
05	秋田県	180.6	41
08	茨城県	179.3	42
11	埼玉県	178.7	43
07	福島県	177.4	44
02	青森県	172.1	45
15	新潟県	169.8	46
03	岩手県	169.3	47

(5) 医師偏在指標は人口 10 万人単位の医師数に、全国平均(性別・年代別)となる患者の受療率と医師の労働時間をもとに、当該地域の患者と医師の人口構成(性・年代)などを加味したものです。

①医師の需要を少なく算出する仕組み

そもそも、医師需要の推計は、地域医療構想の必要病床数を将来の医療需要に見立てて計算されています。この地域医療構想の医療需要の推計は、「お金がなくて患者になれない」「身近に必要な医療がない」など、埋もれたニーズは汲み取らず、また、入院を機能分化し、慢性期は在宅に押し出すことが前提です。その結果、将来の必要病床は 15 万床も減る計算で、医師需要は、この縮小された病床数から推計されています。さらに、「病床あたり医師数」の計算でも、最も医師配置が手厚い大学病院を除外しています。そして、医師の労働時間の設定は、今より悪化した過労死水準です。医師需要は、何重にも、少なく算出されるよう仕組みられています。



$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}}(\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

② 「標準化受療率」—外来と入院を分けていない

2017年患者調査人口10万人当たり受療率について、[入院]1,038 [外来]5,696としています。しかし、受療率には大きな地域差があります。それは、地域間の年齢構成の違いだけでなく、疾病構造や社会環境、医療提供体制の違いなどが要因となっているからです。

③ 「標準化医師数」

医師の性・年代別の労働時間の違いを、全医師の平均労働時間で調整して標準化していますが、実態を反映しているのか、合理性はあるのか疑問です。厚労省資料では、勤務医の時間外労働時間は過労死水準の月80時間・年960時間以上が40.5%を占めています。しかし、現状の平均を基準に医師多数区域を設定しているからです。

④ 「目標医師数」

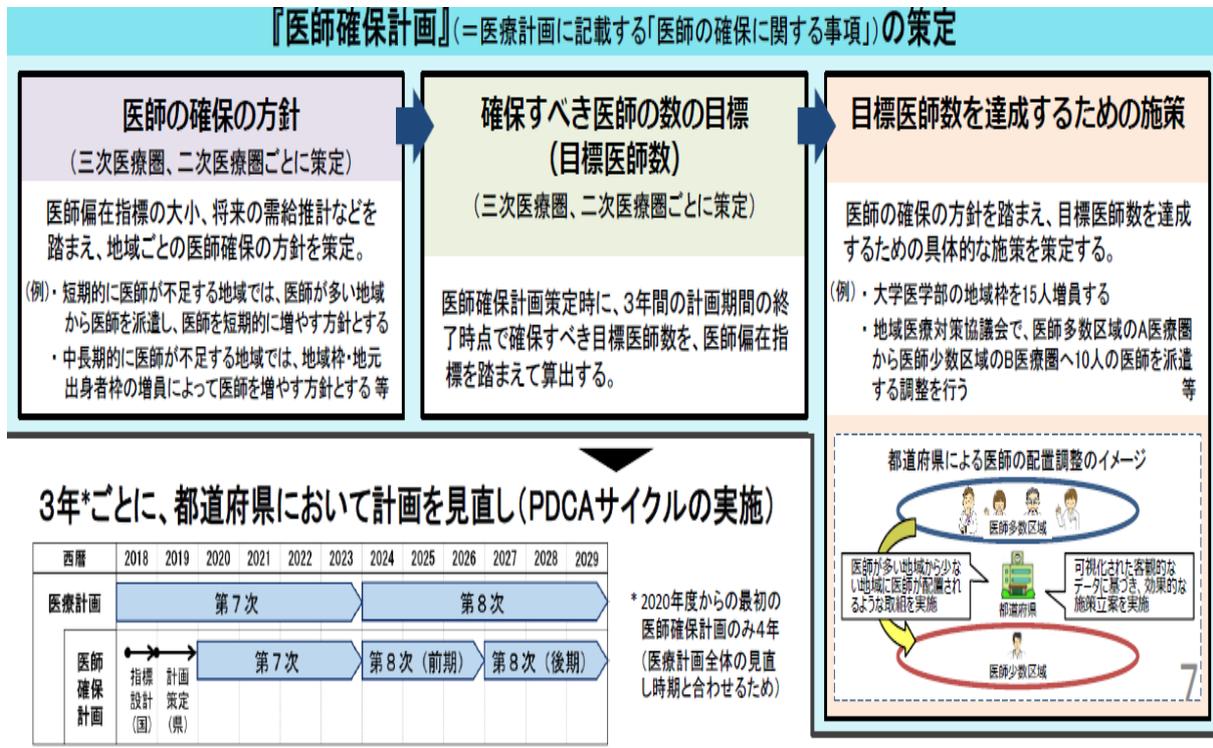
計画期間中に医師少数区域・都道府県が、下位33.3%の水準を脱するために必要な医師数としています。

3. 都道府県が「医師確保計画」を策定

- (1) 都道府県は、医師偏在指標の度合いに応じて、2019年度に「医師確保計画」を策定することになっています。計画の達成に向け、①都道府県と大学、医師会等が参画する地域医療対策協議会の機能強化、②県内の医師多数区域から少数区域への医師派遣、地域医療支援センターの権限強化、③派遣医師のキャリア形成プログラムの策定などの支援・負担軽減、④国が全国データベースを設

け、都道府県間での医師のリクルートを可能とする、⑤医学部定員の地元枠・地元出身者枠の設定、⑥勤務環境改善の支援、などに取り組むとしています。

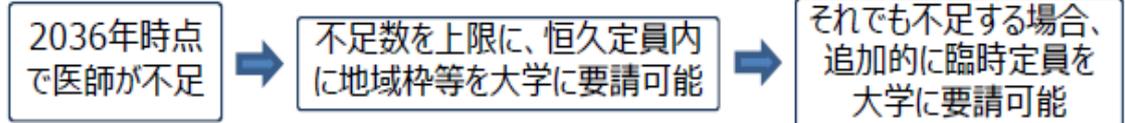
しかし、医師偏在の理由が議論されないまま、都市部の医師を地方へ赴任させようとしています。



(2) 医師少数県の知事は、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、地域枠(県内の特定地域での診療義務を課す)、地元出身者枠の設定・増設を都道府県内の大学に要請できるとしています。

○ **医学部における地域枠・地元出身者枠の設定**

- ・ 2008年度以降、地域枠設置を要件とした臨時定員の増員が行われてきた。
- ・ 改正法により、都道府県知事は、大学に対して地域への定着率の高い地域枠や地元出身者枠の設置・増設の要請が可能。
- ・ **2022年度以降の臨時定員数は今後設定することとされているため、地域枠や地元出身者枠の大学への要請数等について検討が必要。**
 - ▶ 地域枠・地元出身者枠については、**2036年度時点の医師不足数を上限**として大学に要請できることとする。
 - ▶ 地域枠は、一般枠とは別枠で募集定員の設定・選抜を行う「**別枠方式**」により選抜する。
 - ▶ 全体として**マクロの供給量が過剰にならないよう留意が必要。**



	医師が少数の県	医師が少数の県以外
医師が少数の二次医療圏のある県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域枠の設置・増員の要請 ○ 地元出身者枠の設置・増員の要請 ○ 地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域枠の設置・増員の要請 × 地元出身者枠の設置・増員の要請 × 地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請
医師が少数の二次医療圏のない県	該当なし	<ul style="list-style-type: none"> × 地域枠の設置・増員の要請 × 地元出身者枠の設置・増員の要請 × 地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請

(3) 医師が少ない区域での6ヶ月以上の勤務に対する認定制度

地域医療支援病院のうち、医師派遣等の機能を持つ病院の管理者は認定医師にするとしています。今後、インセンティブについても検討されます。

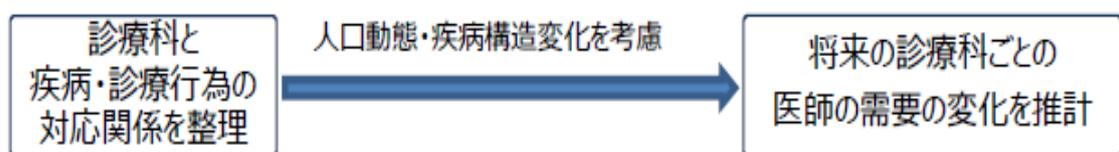
厚労省調査(2017年4月)では、条件が合えば地方での勤務を考える医師が一定数存在しており、若い医師ほど多くなっています。勤務環境改善やキャリア支援、育児・教育・介護などの環境整備が不可欠です。地域の実情も異なるので、都道府県での対応とそれを担う人材育成が重要となります。

全国医学部長病院長会議は、「単なる人数合わせで進めては日本の医学・医療の発展を阻害する。医師の人材育成やキャリアパスの観点を考慮し、地域全体での「医師の適正配置」の視点が不可欠である」と提言しています。

(4) 国が診療科ごとの医師の需要を示す

○ 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

- ・ 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて、国全体・都道府県ごとに提示。



・ 期待される効果

- ▶ 医師が適切に診療科を選択することで、診療科偏在の是正につながる
 - ▶ 各都道府県において地域枠医師による適切な診療科選択に資する取組が行われる
 - ▶ 専門医制度におけるシーリング設定等のエビデンスとして活用される
- 等が期待される。

(5) 外来医療の医師確保——かかりつけ医機能を基軸に“面倒見のよい外来”

二次医療圏ごとに診療所の多寡を示す外来医師偏在指標をつくり、上位3分の1を外来医師多数区域として設定されます。開業希望者に情報提供し、開業地や診療科選定などの「行動変容」を促すとしています。地域で不足する在宅・初期救急・学校医・産業医・予防接種などへの参加を求めています。

- 外来医療機能の不足・偏在等への対応
 - ・ 無床診療所が都市部に偏っており、外来医療機能の偏在の可視化が必要。
 - ▶ 外来医師偏在指標を算定し、上位33.3%の二次医療圏を**外来医師多数区域**と設定。
 - ▶ 外来医師多数区域についての情報や開業に当たって参考となるデータを、**新規開業希望者等へ情報提供**。
 - ・ 地域で不足する外来医療機能についての議論の実施。
 - ▶ 外来医師多数区域においては、**新規開業希望者に、不足する外来医療機能を担うように求める**。
 - ▶ その実効性の担保のために、**協議の場を設置**（地域医療構想調整会議を活用可能。）。開業届出様式に、不足する外来医療機能を担うことに対する合意欄を設け、協議の場で確認する等の対応を行う。

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入・流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 1)} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(\ast 3)}}$$

$$\cdot \text{標準化診療所医師数} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\cdot \text{地域の標準化外来受療率比}^{(\ast 1)} = \frac{\text{地域の期待外来受療率}^{(\ast 2)}}{\text{全国の期待外来受療率}}$$

$$\cdot \text{地域の期待外来受療率}^{(\ast 2)} = \frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\cdot \text{地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$$

(6) 医学部定員の減員検討

「骨太方針 2018」では、(2022 年度以降は)将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討するとしています。

(2022年度以降)	医師が少数の県	医師が多数・少数でない都道府県	医師が多数の県
臨時定員	<ul style="list-style-type: none"> ・県の不足医師数に応じて地域枠の増員等を要請(県をまたいだ地域枠を含む)※ ・県の養成不足数以上の現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・県の養成過剰数を踏まえ、現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討
恒久定員	<ul style="list-style-type: none"> ・県の不足医師数に応じて地元出身者枠の増員等を要請※ <p>(・県内に医師が少数の二次医療圏がある場合、地域枠の増員等を要請※)</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・県の養成過剰数を踏まえ、今後、現行の定員数について、マクロ医師需給推計を踏まえ検討

(7) 全国の医師確保計画のなかで、特徴的な事例

京都では、医師確保計画について、受療率やアクセス等について独自の判断基準をつくるとしています。また、独自の調査を実施するとしています。京都社保協では、国が作成した仕組みの中に“少数スポット”が存在していることから、これを活用して、少数スポットを設定させ、医師確保に向けた議論を進めるとしています。

4. タスク・シフティングと生産性向上で、医師の労働時間を短縮化

(1) 医師の「働き方改革」等

厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」が3月28日、報告書を取りまとめました。勤務医の時間外労働上限を年960時間(A水準)、「地域医療暫定特例水準」(B水準)と「集中的技能向上水準」(C水準)を年1,860時間とし、労働基準法施行規則に明記して2024年4月から適用するとしました。B水準については、2035年度末の廃止を検討するとして、「医療計画の策定または変更のサイクルに合わせ、3年ごとに段階的な見直しを行う」とし、2027年度、2030年度、2033年度に合わせて検討することになっています。

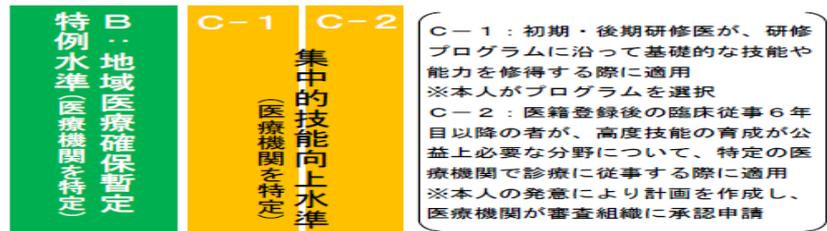
「1,860時間」を1カ月に換算すると155時間となります。これは、過労死ラインとされる「平均80時間」の約2倍であり、異常な長時間労働を固定化するものです。一方で、医師や医療団体などが強く求める医師の増員についてはいっさいふれていません。「地域医療暫定特例水準」(B水準)を認める代わりに「健康確保措置」として、①勤務間に9時間の休息を確保(勤務間インターバル)し、連続勤務は28時間までとする、②月100時間以上となる前に医師の面接指導を受けるとしています。しかし、連続勤務や勤務間インターバルが実施できない場合には、翌月までに「代償休息」を付与すればよいとしており、「抜け穴」となりかねない内容です。

また、研修医や専門医をめざす若手医師らの「集中的技能向上水準」(C水準)も「年1,860時間以下」まで容認するとしており、「医師不足に拍車をかける」との批判が出されています。長時間労働を容認する厚労省に対しては、検討会の副座長が「現状維持と経営者の視点ばかりで、医師や患者の姿がない」などと抗議し、辞任する前代未聞の事態となりました。厚労省が、異常な長時間労働を押し付けようとするのは、「医療費抑制」政策で「医師は増やさない」との前提に立っているからです。

日本医労連をはじめ多くの医師や医療団体、100万人を擁する日本医学会連合などが「医師の増員」

をはじめとする抜本的な医療提供体制の改革を求めています。厚労省が増員の代わりに掲げる「医師の業務移管」についても、人員不足の看護師への移管ではなく、医師の増員も含めた抜本的な対策を検討することこそ必要です。

過重労働が深刻な医師の働き方を話し合うシンポジウムが3月16日、東京都内で開催され、厚生労働省が勤務医の残業規制の上限を最大「年2,000時間」とする制度案を示したことに対して、過労自殺した医師の遺族は「医師も生身の人間だ。ほかの労働者よりはるかに長い残業を認めては、私と同じ経験をする人が必ず出る」と訴えています。



36協定で締結できる時間数の上限	①通常の時間外労働 (休日労働を含まない)	月45時間以下・年360時間以下			
	②「臨時的な必要がある場合」の上限 ・月の時間外労働時間数 (休日労働を含む)	月100時間未満 ※①の月45時間を超えることができる月数は年間6か月以内	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)		
	・年の時間外労働時間数 (休日労働を含む)	/	年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下
	・年の時間外労働時間数 (休日労働を含まない)	年720時間以下	/	/	/
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間 (休日労働を含む)	月100時間未満 複数月平均80時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年960時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年1,860時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年1,860時間以下	

左記の時間数は、その時間までの労働を強制するものではなく、労使間で合意し、36協定を結べば働くことが可能となる時間であることに留意

追加的健康確保措置	連続勤務時間制限28時間※1 (宿直直許可なしの場合)	努力義務 (②が年720時間等を超える場合のみ)	義務
	勤務時間インターバル9時間		
	面接指導 (睡眠・疲労の状況の確認を含む)・必要に応じ就業上の措置 (就業制限、配慮、禁止)	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 (月100時間以上となる前に実施※3)	

(2) 厚労省は、今後5年間で段階的に医療現場の取り組みを促していく方針

医療機関内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践(5月29日、中医協総会)では、①タスク・シフティングの推進、②人員配置の合理化、③チーム医療・複数主治医制等の推進、④書類作成・研修要件等の合理化が掲げられています。

迫井正深大臣官房審議官は、「働き方改革は、マネジメント改革そのもの、まずは労働時間の管理を徹底する。その上で、地域のニーズや他の医療機関の状況も踏まえて、各医療機関で何をどう改善するのかなど、個別の課題に対応していく。現場の動きを見ながら、「ここは全国共通で、何らかの手当てが必要」といったものが出てくれば、診療報酬への上乗せや人員配置を含めた施設基準の運用を見直すなどを検討していくという手順になる。」と述べています。

人員配置換えに伴う事業経費は、地域医療介護総合確保基金や各種補助金などを活用するとしています。

(3) 2040年時点で、単位時間サービス提供量(各分野のサービス提供量÷従事者の総労働時間で算出される指標)を医師は7%以上改善させる

ICTなどで代替可能とするものに、①医療記録、②医療事務、③院内の物品運搬などを掲げ、これらの業務時間は、平均労働時間の4.8%を占めるとしています。

他職種への業務移管については、①患者への説明・合意形成、②血圧などの基本的なバイタル測定・データ取得などを掲げ、これらも含めた業務時間は、平均労働時間の2.4%を占めるとして、合計で7.2%を占めるとしています。

(4) 2040年時点で、医療分野全体で5%以上改善させる

看護師については、ICTなどで代替可能な業務時間が総業務時間の5.7%を占めるとしています。また、その他の医療職種も同程度と仮定し、医療分野全体では5%以上の業務効率化が図れるとしています。

しかし、日本医労連の調査では、9割の看護師で時間外労働が行われており、「20時間以上30時間未満」が20.3%、「30時間以上40時間未満」が8.6%で、「50時間以上」が2.6%も存在しています。特に、始業時前の残業は増加傾向にあり、「30分以上」が58.5%となっています。残業時間にカウントされないサービス残業も約7割にのぼっています。看護師の配置基準を引き上げるなど、抜本的な看護体制の拡充抜きには看護師不足の解決にはつながりません。

(5) 医師の業務移管や共同化(タスクシフト、タスクシェア)やICT等を活用した効率化、勤務環境改善には財政的保障が不可欠です。医療の質や安全性の確保とともに、移管される側が過重負担にならないようにすべきです。文書作成補助やカルテ代行入力など医療事務補助職の雇用をはじめ、職員の増員が必要となる医療機関に対して、2020年度の診療報酬改定では抜本的な手当が必要です。

5. 専攻医のシーリングを通じて診療科偏在対策

(1) 新専門医の資格取得を目指す専攻医(研修医)について、2020年度採用分から「都道府県別・診療科別の必要医師数」(厚生労働省推計)をベースにした新たなシーリング(採用数上限)が導入されます。ただし、外科・産婦人科・病理・臨床検査・救急・総合診療では、さまざまな動きを勘案しなければならないとして、シーリングはかけられていません。

厚労省が「都道府県別・診療科(領域)別の必要医師数」を算出し、それに加えて日本専門医機構が上乗せすることになっています。これは、専攻医のシーリングを通じて、医師の診療科偏在を是正しようとする狙いがあります。これについて四病院団体協議会は、プロフェッショナル・オートノミーを掲げる新専門医制度の運用主体である日本専門医機構の在り方を問題視しています。

(2) 「新たなシーリング」制度は以下のようになっています。

① 2016年の医師数（実数）が「2016年または2024年の必要医師数」を上回っている都道府県・診療科をシーリング対象（内科など13基本領域が対象、外科など6基本領域は対象外）とし、2020年度の採用数は「2019年度の採用実績」を上回らないこととする（例えば東京都・内科では2019年度の採用実績と同じ515名とする）。

② 採用数上限のうち、一部（診療科別に10～20%）を「シーリングのかかっていない都道府県」での勤務期間が50%以上となる地域研修プログラムとする（例えば、東京都の内科では77名分）。

内科では東京都・石川県・京都府・大阪府・和歌山県・鳥取県・岡山県・徳島県・高知県・福岡県・佐賀県・長崎県・熊本県以外。

③ 地域研修プログラムの一部（5%を上限）を「医師不足が顕著な都道府県」での勤務期間が50%以上となる「都道府県限定分」の地域研修プログラムとする（例えば、東京都の内科では12名分）。

2016年の医師数が必要医師数の80%未満。内科では青森県・岩手県・秋田県・山形県・福島県・茨城県・埼玉県・千葉県・新潟県・福井県・山梨県・長野県・静岡県・宮崎県。

内科

	2016年足下充足率 (医師数/必要医師数)	シーリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち 都道府県限定分	2024年の必要医師数を 達成するための年間養成数を 必要養成数に係る推計を 達成するための年間養成数を	過去2年専攻医 採用数平均	2019年度専攻医 採用数	2018年度専攻医 採用数
北海道	0.89				193	96	101	90
青森県	0.64				74	18	17	18
岩手県	0.67				67	24	27	21
宮城県	0.93				72	53	53	52
秋田県	0.70				52	16	16	16
山形県	0.70				56	23	25	21
福島県	0.71				97	25	28	21
茨城県	0.68				151	44	46	41
栃木県	0.83				75	38	40	35
群馬県	0.81				84	25	24	26
埼玉県	0.69				364	78	85	70
千葉県	0.75				288	94	104	84
東京都	1.20	438	77	12	90	525	515	535
神奈川県	0.86				325	181	186	176
新潟県	0.72				115	40	36	44
富山県	0.84				42	18	17	19
石川県	1.05	36	4	1	21	40	40	39
福井県	0.80				32	11	9	13
山梨県	0.79				34	14	9	19
長野県	0.75				100	36	37	35
岐阜県	0.87				69	26	21	30
静岡県	0.69				195	45	45	44
愛知県	0.87				268	149	162	135
三重県	0.86				66	35	30	40

	2016年足下充足率 (医師数/必要医師数)	シーリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち 都道府県限定分	2024年の必要医師数を 達成するための年間養成数を 必要養成数に係る推計を 達成するための年間養成数を	過去2年専攻医 採用数平均	2019年度専攻医 採用数	2018年度専攻医 採用数
滋賀県	0.91				44	31	33	28
京都府	1.23	68	12	1	8	83	80	85
大阪府	1.08	202	9	0	154	214	211	217
兵庫県	0.93				173	125	137	113
奈良県	0.93				40	29	25	32
和歌山県	1.08	21	2	0	13	24	24	23
鳥取県	1.01	16	1	0	13	17	19	15
島根県	0.99				15	16	19	12
岡山県	1.09	56	5	0	27	64	61	66
広島県	0.96				81	53	59	47
山口県	0.83				56	18	21	14
徳島県	1.11	19	2	0	9	22	24	19
香川県	0.93				29	22	31	13
愛媛県	0.88				48	18	15	21
高知県	1.00	15	0	0	15	12	16	8
福岡県	1.21	126	17	0	32	150	143	157
佐賀県	1.02	17	0	0	17	17	15	19
長崎県	1.08	35	4	1	21	39	44	34
熊本県	1.06	35	0	0	30	32	36	28
大分県	0.99				28	26	26	25
宮崎県	0.78				50	13	16	9
鹿児島県	0.99				37	36	42	30
沖縄県	0.93				43	28	24	31

(5) 「医師不足が顕著な都道府県」で50%以上勤務が義務付けられる専攻医は、内科では15名（東京都から12名、石川県から1名、京都府から1名、長崎県から1名）なので、各地域に派遣されるとすれ

ば、3年間で0.58名分にしかありません。

2021年度以降、「必要医師数の精緻化」や「シーリング数の在り方」「地域研修プログラム枠の拡大」などを都道府県の意見も踏まえて検討していく方向です。

しかし、東京都の内科研修プログラムにシーリングに関係で入れなかった場合、他の道府県に行くのではなく、都内の他の診療科の研修プログラムを選ぶ変更が起きています。

(6) サブスペシャルティや基本領域との連動研修のあり方について、厚労省は、専門医の基本的な視点として、①国民にとって分かりやすいものである、②医療提供体制およびその計画に資するものである、を提示し、今後、以下の3項目について検討するとしています。

ア 厚労省が専門医について議論する意義は、各学会が医師の専門的な知識や技術を習得していることを証明する専門制度とは異なり、専門医が一定の質の専門的医療を、できる限り公平に国民に提供することを保証する

学会・機構は「質の高い医療の確保」、国は「医療にアクセスする機会」

イ 実際の診療内容と保持している専門医の資格が一致することが原則(研究、教育に従事する医師や地域枠医師等は除く)

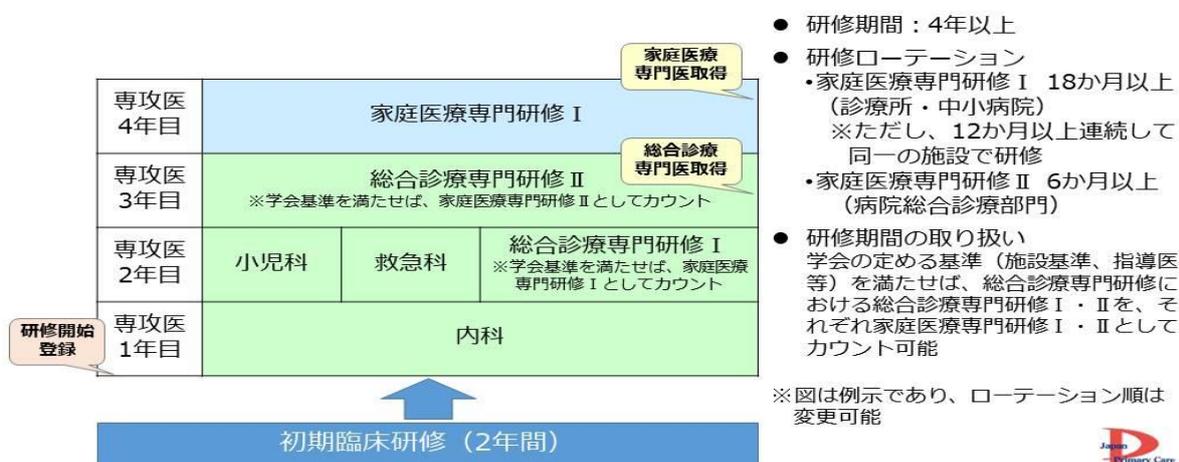
ウ 希少疾患に対応している専門医で、県レベルの養成が困難な専門医は、その養成課程をブロックごとで検討する

(7) 総合診療専門医は2018年度の184人から、2019年度は179人に減少しています。総合診療専門医の制度設計が不安定であり、専門医取得後のキャリアパスが不明確で、サブスペシャルティ専門医の議論はストップしており、今後の展開も不透明な状況です。

日本プライマリ・ケア連合学会は、WONCA（世界家庭医療学会）が求めるプライマリ・ケア研修の基準をクリアした、世界標準の「新・家庭医療専門医」の養成を目指しています。日本専門医機構が運営・認定する総合診療専門医のサブスペシャルティという位置付けですが、同学会が独自に養成・認定を行うとしています（厚労省や日本専門医機構に確認を取り、問題はないと説明）。

研修ローテーション例

3年プログラムで、専門研修開始時（または1年後）に新・家庭医療専門研修プログラムに登録した場合（1）



(8) この厚労省の推計した「都道府県別・診療科別の必要医師数」に対しては、「離島の多い自治体（長崎県や沖縄県など）については、『離島への派遣医師』分が十分に考慮されているのか」、「外来診療・自由診療が多い診療科について、適切な推計がなされているのか」（厚労省推計のベースはDPCデータである）、「精神科領域では『措置入院へ対応する医師』分が考慮されているのか」、「研究機関に従事する医師が適切に考慮されているのか」などの疑問が各学会から出ています。

(9) 専門医資格の更新

今後、専門医資格の更新にも一定の基準が設けられ、診療実績を基にした、専門医資格の更新資格が付与される可能性があります。サブスペシャリティ専門医資格を維持するために、症例が豊富に経験できる都市部の大規模病院に専門医が集中することが懸念されます。

6. 看護師・特定行為の「パッケージ化」研修によるタスクシフト

(1) 2015年10月1日から施行となった「特定行為に係る看護師の研修制度」は、始まって約3年が経過しました。一定の研修（特定行為に係る研修、以下、特定行為研修）を受けた看護師は、医師・歯科医師の包括的指示の下で、手順書（プロトコル）に基づいて38行為（21分野）の診療の補助（特定行為）を実施することが可能になりました。当初の目標は「2025年に向け10万人以上養成」でしたが、2018年3月末日時点の修了生は1,006人で、目標数には程遠い状況となっています。また、本制度の目的は、「今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくこと」とされていますが、2018年3月末日時点の修了生の就業場所をみると、全1,041人中「病院870人」が最多であり、「訪問看護ステーション47人」「その他36人」となっており、在宅医療を支えているとはいえません。

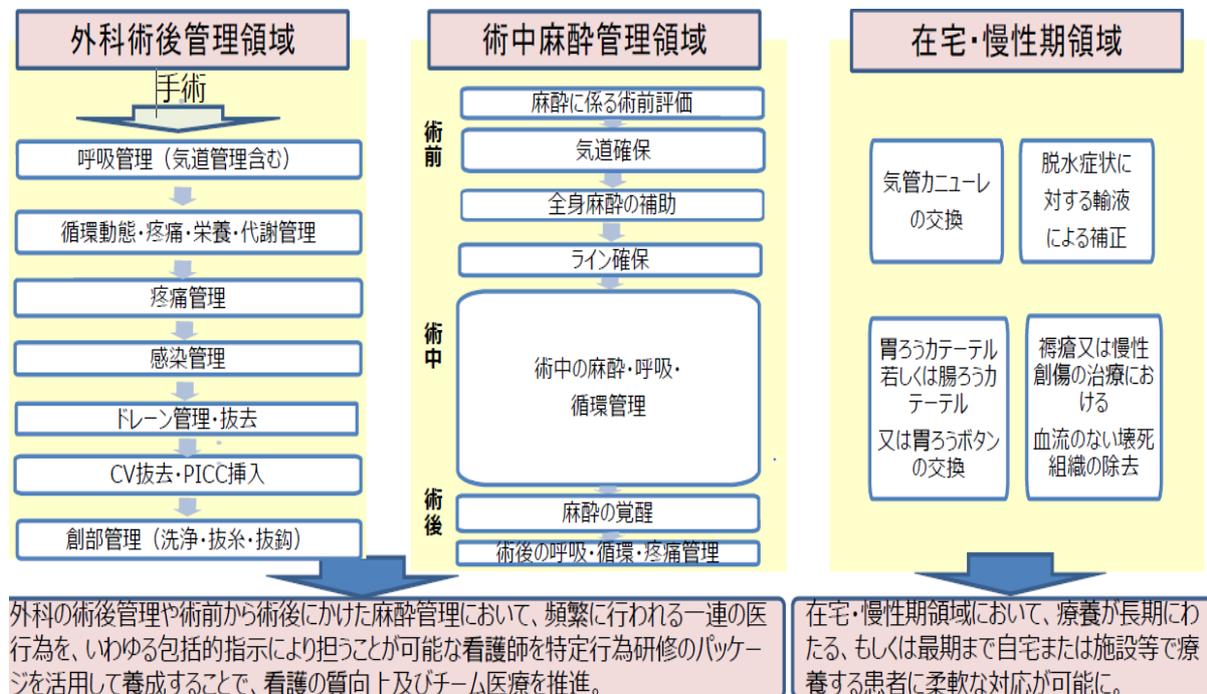
(2) この制度については、2019年に必要な見直しを行うことになっていて、医道審議会・保健師助産師看護師分科会の「看護師特定行為・研修部会」では、「制度のさらなる推進」が重要な制度改正に向けた視点の1つに据えられました。在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域の3領域について、特定行為研修を「パッケージ化」する、共通科目を精錬化する、区分別科目における「実習」の質を担保する、科目間の内容の重複等を精錬化するなどして、特定行為研修を受けやすくするとしています。2019年3月に改正省令・通知を施行し、2020年4月から「領域別パッケージ研修」がスタートすることになっています。訪問看護ステーション看護師や介護施設看護師の研修受講が著しく少ない（代替職員が確保できない）、指定研修施設間で研修内容にバラつきがある、などの問題が指摘されています。

(4) 2023年度までに外科等の領域で活躍する特定行為研修を修了した看護師を1万人育成し、外科系医師のタスクシフトの担い手とするとしています。外科系医師の7%程度の業務時間に相当し、週100時間勤務の場合、週7時間程度の時間に相当するとしています。

(5) 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書(2017年4月)では、タスク・シフティングの観点から研修制度の対象となる特定行為について、安全性と効率性を踏まえながら拡大する必要性が書き込まれました。「経口・経鼻気管挿管」と「経口・経鼻気管挿管チューブの抜管」について、特定行為の対象とする動きになっています。

(6) 日本医労連は、侵襲性の高い特定行為をチーム医療の名のもとに看護師に担わせることは、「診療の補助」を絶対的医行為の範囲にまで広げることになり、患者の安全性が脅かされ、看護師の本来業務

である「療養上の世話」の軽視につながるため、一貫してその導入に反対し、実施の中止を求めています。医療経営者に対しては、①施設として特定行為を実施しないこと・させないこと、②特定行為を強要しないこと、③特定研修機関における研修を受けていない看護師に特定行為を実施させないこと、④本人希望がない場合、指定研修事項の強要をしないこと、特定行為や指定研修を拒否したことによる不利益扱いをしないことを求めています



7. 2025 年における看護職員需給推計

(1) 2025 年における看護職員需給推計、最大 27 万人不足

厚生労働省は 10 月 21 日、看護職員（看護師、准看護師、保健師、助産師）が 2025 年には、約 6 万～27 万人も不足するとの推計を公表しました。訪問看護などの利用者が多い都市部での不足が顕著となっています。2015 年は団塊の世代が全員 75 歳以上を迎え、2025 年には社会保障費の急増が控えており、医療従事者の需要はさらに高まるとみられています。人材確保のため、過重労働になりがちな勤務環境改善などに力を入れるとしています。

厚労省は、今後、看護職員の勤務環境が改善された場合を想定し、残業時間と有休の取得日数のパターンを 3 種類設定して、それぞれの必要数を試算しています。

その試算によれば、①約 202 万人（残業せず有休 20 日以上取得）、②190 万人（残業 10 時間以内で有休 10 日以上）、③188 万人（残業 10 時間以内で有休 5 日以上）となっています。

一方、実際の看護職員は 2016 年のデータでは約 166 万人で、その後は年々増加すると見込んでいますが、2025 年には約 175 万～約 182 万人までしか増えないとみています。しかし、職場の配置人員を増やすための診療報酬上の措置などをとらない限り、増えないのは当たり前です。

現在の勤務状況に最も近いとしている「残業 10 時間以内で有休 10 日以上」で見た場合、看護職員は 27 都道府県で不足しており、特に都市部で顕著となっています。

最も不足するのは、神奈川県で充足率 72.6%（不足数約 3 万 2000 人）で、次いで大阪府 74.8%（同約 3 万 6000 人）、東京都 77.0%（同約 4 万 2000 人）の順となっています。

人口増加で医療需要などが供給を上回ることが要因としており、特に需要が大きく高まるとみられる

訪問看護や介護の分野では、負担の重さなどから離職者が多いため、全国的に不足が課題になると分析しています。厚労省は昨年5月、介護職員も約33万7000人不足するとの推計を公表しています。

なお、厚労省は、看護職員が充足するとした地域でも、へき地などで不足の恐れがあると説明しています。各自治体に対し「実情に合わせ、医療計画を見直すなどし人材確保などに努めてほしい」と求めています。

看護職の不足が深刻化するとみられる自治体		
(2025年時点)	充足率 (%)	不足人数 (人)
① 神奈川県	72.60	3万2053
② 大阪府	74.80	3万6725
③ 東京都	77.00	4万2064
④ 埼玉県	85.50	1万3307
⑤ 千葉県	88.80	8856
⑥ 奈良県	90.30	1975
⑦ 北海道	92.40	7850
⑦ 愛知県	92.40	7267
⑨ 宮城県	92.50	2426
⑩ 静岡県	92.70	3450

※厚生労働省の推計による

(2) 看護職員需給見通しをめぐっては、第7次看護職員需給見通し(2011年～2015年)が終了後、放置状態となっていました。

その後、2018年から「医療従事者の需給に関する検討会・看護職員需給分科会」がスタートし、今年1月の第5回看護職員需給分科会では、2025年における看護職員必要数の推計方法の方針と推計ツールの案が示されていました。

(3) 看護職員の将来需要は、医師需給推計の方法と直近の病床機能報告をふまえ、[地域医療構想の2025年必要病床数]×[2017年病床機能報告から算出した病床当り看護職員数]という計算で求められます。2017年度病床機能報告における入院(病院・有床診療所)に従事する看護職員数は、619,696.2人となります。一方、「推計ツール」の指定値を用いた2025年の看護職員需要は、616,768人となります。全体で▲2,929人(0.5%)の微減と推計されます。ただし、この総数微減の内訳を見ると、高度急性期▲14.3%、急性期▲22.7%、慢性期▲11.3%と、3機能合せて約10万人減となる一方、回復期は9.8万人増となります。これは、地域医療構想による病床機能分化の推進によるものです。

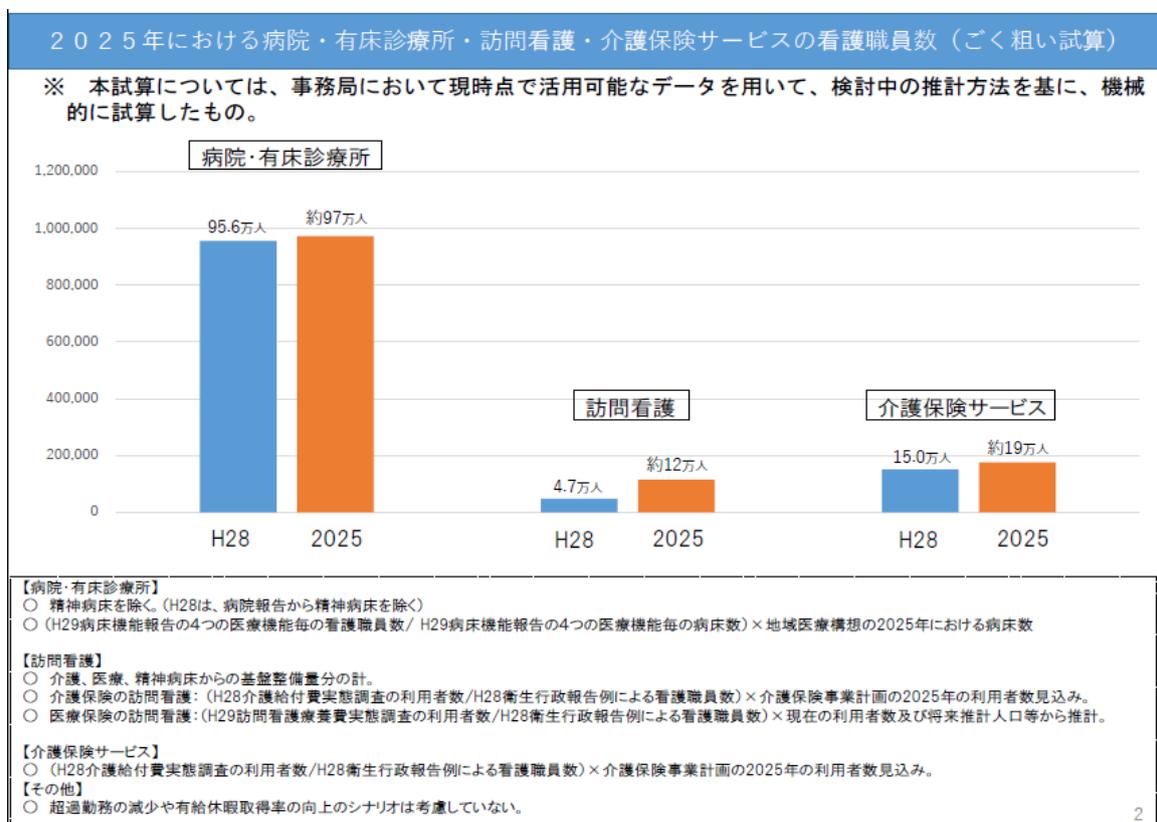
(4) 地域医療構想は、将来の人口変動と、病床の機能分化政策を前提とするため、この両者の影響が著しい県においては、2017年時点の看護職員配置よりも20%以上も少なく将来の入院医療における看護

職員需要を見込むこととなります。病床削減＝看護職員削減となる需要推計は、断じて認められるものではありません。また、各都道府県の需要推計は、国が指定した「病床当り看護職員数」を機械的に当てはめるとされていますが、実際には同じ病床機能でも各県ごとにこの数値は様々となっています。なぜなら、各地の看護職員の需給バランス、地域医療や病院運営の実態など、歴史的に形成されてきた地域の実情があるからです。こうした実態を全く無視して機械的に当てはめた需要見通しを前提にして、今後の看護職員の確保計画をたてるとすれば、地域医療の現場に大きな混乱をもたらします。

(5) 推計方法そのものにも問題があります。推計ツールにおける病床当り看護職員数の指定値（例えば高度急性期の国指定値は0.957794）は、大きくりな平均値に過ぎません。同じ病床機能と報告されている病棟であっても、看護職員の実際の配置人員には大きな開き（高度急性期では、最大値3.491842・特定集中治療室管理加算1、最小値0.432353・一般病棟特別入院基本料）があります。

また、病棟の機能を病床機能報告にある区分に選択しても、必ずしも、その区分は地域医療構想が想定する機能と合致してはおりません。ですから、看護職員の需要推計で用いられる「将来需要」×「需要に応じた体制」という計算式には重大な齟齬が隠されていて、例えば、高度急性期であれば、「将来の高度急性期 需要」×「2017年の高度急性期 “需要” に対応した体制」という計算式の第1項の”需要”と第2項の”需要”が、異なる”需要”であるにもかかわらず、同質の”需要”であるかのように扱われ計算されるという問題があります。

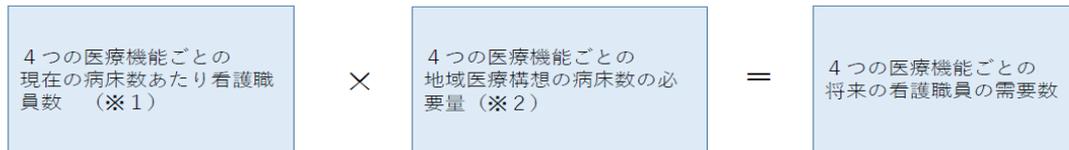
その結果、多くの病棟が、実際の配置よりも少ない配置人員で将来の看護職員需要が計算されることになるのです。職場・地域の実態を推計に反映させましょう。



(2019年1月17日「第5回看護職員需給分科会」資料)

(6) 厚労省の大まかな試算によると、2025年の病院・有床診療所での看護職員数は2017年から約1.4

万人増の約97万人となっています。訪問看護の増加率が最も高く、同7.3万人増の約12万人と、2017年に比べると2.5倍となっています。介護保険サービスは同約4万人増の19万人となっています。これらの需給推計で使用する数値は地域医療構想などで規定されているため、大きな値の変化はないとみられています。上記3項目の看護職員数は全体の約7割であり、推計ツールでは、現在計算に必要な数値が把握されていない精神病床や無床診療所なども併せ、全体を集計するとしています。看護師の配置基準を引き上げるなど、抜本的な看護体制の拡充抜きには看護師不足の解決にはつながりません。



※1-1 4つの医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとの現在の病床数あたり看護職員数（病棟以外の看護職員数を含む）については、H29年度病床機能報告制度により病院等が報告した4つの医療機能ごとの病床数及び看護職員数のデータを用いて算出する。

※1-2 病院における病棟以外（手術室、外来、その他）については、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」のうち、最も多い病床数をもつカテゴリを当該施設の機能として算出。

※1-3 療養病床に係る経過措置として人員配置基準を緩和する措置（2.5：1から2.0：1への引き上げ期限の延長）が2024年3月まで延長されていることを踏まえ、現状の療養病床における2.5：1配置が、2025年までに2.0：1の配置基準を達成するものとして、反映する。

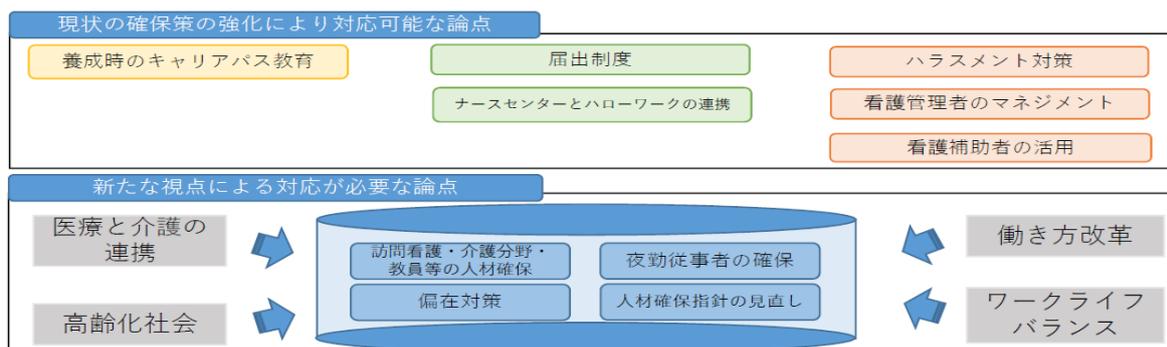
※2 4つの医療機能ごとの地域医療構想の病床数の必要量については、地域医療構想の2025年における必要病床数（病床の必要量）に基づく。

(7) 日本医労連は、厚労省が進める「医療従事者の需給に関する検討会」と2025年をめどとする「医療提供体制改革」に対して、現在の職場実態を反映した看護職員の必要数を試算し、必要となる看護体制を提起しています。病棟では1看護単位当たり日勤患者4人に看護師1人の配置・夜勤常時4人配置し、正循環勤務で休日の完全取得に必要な人数は210万人で、外来36万5,000人、訪問14万4,000人、介護保険関係、学校養成所、保健所など23万7,700人+α、全体で約300万人（現状の約2倍）の看護体制が必要であると提言しています。

(8) 看護職員の供給推計

看護職員の供給推計については、[前年の看護職員数+新規就業者数+再就業者数]×(1-離職率)を2025年まで積み上げとしています。

そして、看護職員の確保策として、現状の確保策である①新規養成、②復職支援、③定着促進に加えて、以下の論点が議論されています。



8. 薬剤師の服薬指導義務を法制化

(1) 薬剤師が調剤時だけでなく、必要に応じて、患者の服薬期間中の薬剤の使用・変更状況の把握（一般用医薬品等を含む）や、服薬指導を行う義務を法制化するとしています。①継続的な薬学管理によって得られた患者情報や、服薬指導の内容などを調剤録に記録させることも義務付ける、②薬局開設者に対しては、薬局の薬剤師にこうした業務を実施させることを義務化する、③把握した患者の服薬状況等の情報について、他の医療機関・薬局の医師、歯科医師、薬剤師に提供するように努めることを努力義務とする、としています。

(2) 「オンライン服薬指導」を、初診は対面を原則とするなど条件付きで解禁するとしています。これは、オンライン診療の解禁に続くものですが、対面での診療・服薬指導義務は安易に緩和すべきではありません。情報セキュリティの確保や安全性が十分に確認された上で、慎重に実施しなければなりません。

(3) 薬剤師のタスク・シフティング

薬剤師自らが実施すべき業務と、薬剤師の監督下で薬剤師以外の者に実施させることが可能な業務の考え方について、調剤行為に関連する検討会を立ち上げて整理を行い、別途通知する予定となっています。今年4月2日付けで発出された医薬・生活衛生局総務課長通知「調剤業務のあり方について」では、薬剤師が最終的な確認を行うことを前提に、薬剤師以外の者が実施できる業務として、①PTPシートなど包装されたままの薬剤の必要量を取りそろえる行為、②一包化した薬剤の数量の確認行為、を挙げています。

(4) 都道府県知事による薬局機能の認定制度を創設、1年ごとの更新

「地域連携薬局」は、地域の在宅医療への対応や入退院時の医療機関との情報連携などに、地域の他の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置、夜間・休日を含む地域の調剤応需体制の構築・参画）としています。

「専門医療機関連携薬局」は、がん等の薬物療法を受けている患者に対し、専門的な薬学管理に他の医療機関等と連携して対応できる薬局（学会認定等の薬剤師の配置）としています。全国的にみてもほとんど存在しない施設となるため、施行までに一定の準備期間を設ける予定となっています。

地域連携薬局は「かかりつけ薬剤師・薬局機能」を想定していますが、現時点では認定する薬局数や診療報酬上の対応については不明です。将来的に対象範囲が拡大され、薬局を機能別に再編していくことも考えられます。

9. 経営の大規模化・協働化

(1) 現場のニーズなどを踏まえ、医療法人の経営統合や運営の共同化の方策を検討するとしています。そして、医療法人の合併・事業譲渡の好事例を収集・分析して、その結果を2020年度に公表するとしています。

(2) 医療法人の経営統合などに関する優遇融資制度を2019年度中に創設し、2020年度からその運用を開始するとしています。

IV. 地域医療構想、地域経済にも悪影響

地域医療構想による「必要病床数」への病床削減と病床機能転換によって、およそ1兆4,800億円もの医療費が削減されることが推測できます。この医療費削減額をもとに、『産業連関表』を活用した「経済波及効果」とそれに基づく「雇用誘発効果」を試算すると、経済波及効果は、全体でマイナス2兆4,802億円にもなります。また、「雇用誘発人数」は、試算できる33都府県の合計では、マイナス14万7,751人の削減となります。

このように、地域医療構想に基づく『必要病床数』への病床削減・機能転換は大幅な医療費削減効果をもたらします。とりわけ、病床削減率の高い県においては、地域医療のみならず地域経済の一層の疲弊を招くことにつながります。

V. 公立・公的病院等の再編・統廃合

1. 新公立病院改革プランと公的医療機関の縮小・再編の動き

総務省の「新公立病院改革ガイドライン(2015年3月31日)」は、従来の「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」の3つに加え、新たに「『地域医療構想』を踏まえた役割の明確化」を加えた4つの視点に沿ってすすめる、とされています。

全国的には、さまざまな形で、運営形態の変更や再編統廃合が、すすんでいると推測されています。ここでは、病院や地方組織がとりくみを推進している地域と、総務省が公表している病院事業の抜本的な改革等に係る先進・優良事例集(平成30年3月)(再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等の取組)より、一部抜粋をし、自治労連組織がとりくみを行った病院再編についても記載しています。

①再編・統合では、兵庫県立尼崎病院と県立塚口病院の統合再編、都道府県立病院間での再編・ネットワーク化。加古川市民病院と神鋼加古川病院(株式会社立)が地方独立行政法人として経営統合し、新しい統合病院を整備。愛知県東海市民病院、東海市民病院分院、知多市民病院の両市における病院事業を統合、などとされています。

②運営形態変更は、長崎市における市立病院の再編、市が運営していた4病院のうち、2病院を地方独立行政法人による運営に移行し、新病院建設を機に統合。また、市町村合併により引き継がれた2病院については、経営形態の見直し(民営化・診療所化)。2014年度に岡山市立市民病院の地方独立行政法人に移行。さらに、滋賀県の市立大津市民病院が2017年度から、福岡県北九州市が今年度から地方独立行政法人となっています。新たな動きとしては、東京都、埼玉県でも検討がすすみ、住民との共同の運動が取り組まれています。

③兵庫県川西市立川西病院が、2019年度から指定管理者制度への移行で医療法人「協和会」の運営になり、滋賀県守山市市民病院は、済生会守山市市民病院となっています。

④兵庫県と西宮市は、統合新病院の具体的な診療機能や施設の整備内容等を定める「兵庫県立西宮病院と西宮市立中央病院の統合再編基本計画」の策定に取り組んでいると、市のホームページにも掲載されており、注視しなければなりません。

2. 国立医療機関における新たな統廃合の動き

(1) 八雲病院の統廃合計画

①2015年6月、国立病院機構は「八雲病院の機能移転に関する基本構想について」を一方向的に発表、さらに18年5月、機構は「機能移転」後の職員配置等の案を発表し、2020年8月を目途に統廃合をすすめる「基本計画」を明らかにしました。しかし、これまで機構が約束してきた患者・職員へのていね

いな説明・対応はなく、200 kmもの患者移送についても一切の説明がないなど、官僚的で無責任な対応に終始しています。こうした状況の下でも、機構は職員に対する「意向調査」を18年6月に強行しました。

②この一年間、八雲の地に医療を残す取り組みをすすめてきました。道医労連と同国公、そして八雲病院を守る住民の会等が共闘して、北海道選出の衆参29人の国会議員への要請行動をはじめ、札幌でのシンポジウム開催、地元での「健康まつり」の開催、後医療設置を求める署名、雪の中の自動車パレードなど、幅広く多彩な運動を展開し、賛同の輪を広げてきました。

③こうした到達を踏まえて、12月1日に「国立病院機構に求められる障害者医療の充実を」と題してシンポジウムを開催します。機能移転実施まで1年を切り、患者の療養権と地域医療、そして職員の雇用と生活を守るたたかいを大きく強化していきます。

(2) 徳島病院の統廃合計画

①17年12月、機構は徳島県の地域医療構想調整会議に対し、「東徳島医療センターと徳島病院の機能再編案」を提出したことを明らかにしました。再編案は「東徳島医療センターの地に徳島病院の医療機能等を移転・統合し、医療機能の集約化による充実・強化と病床数の適正化等を図る」「3～4年後の移転を目的に調整」とする、徳島病院の実質的な廃止計画を打ち出しました。さらに、18年2月、機構は「東徳島医療センター及び徳島病院の機能統合に伴う新病院に関する基本構想について」を公表し、統合予定時期を2022年度としました。

②全医労は地元の吉野川市、板野町への要請に取り組み、4月には、徳島県議、吉野川市長、市議会議長が機構本部に直接出向き、徳島病院の存続を強く要望しました。さらに、6月には吉野川市議会は「徳島病院の存続を求める意見書」を採択しています。

③8月には「徳島病院を守る会」が結成され、徳島病院の存続を要望する署名の取り組みが開始されました。住民の繋がりを生かした草の根の活動により、短期間の取り組みにもかかわらず、3万筆を超える署名を集約し、機構に提出しています。署名提出にあたっては、5名の地元選出国議員の賛同署名を添えています。全医労徳島地区と徳島県医労連も「守る会」の呼びかけにこたえ、街頭宣伝署名行動や戸別訪問などに取り組みました。

④「守る会」の熱心な働きかけによって、県内の全ての自治体において国立病院の存続と充実・強化を求める決議等が採択されました。こうした県民世論の高まりを受けて、県議会としても「徳島病院存続を求める」決議を採択し、国立病院機構の機能移転計画にきっぱりとノーを突きつけました。全医労は地元合意のない矛盾だらけの機能移転計画は直ちに撤回せよ、と国立病院機構に厳しく迫りました。3月20日の労使交渉において機構は「機能統合を性急にすすめるのではなく両病院の医療機能を将来にわたって継続していくために、引き続き検討していく」と回答し、事実上、計画をいったん棚上げすることを表明しました。

3. 「公的医療機関等2025プラン」と縮小・再編の動き

日本赤十字社は、再検証要請の対象となった病院に対する本部の支援体制を強化する方針を決めました。日赤グループで対象となったのは23病院で、対象外となった病院も含め、グループ病院全体の職員が動揺しないような体制を確保するとしています。地域医療構想の推進に協力しながらも、再検証対象病院となった職員の生活を守っていく基本方針を文書で通知しています。今後の対応について「地域医療構想の目的に基づいた関係者との協議は引き続き真摯に行っていきたい。機能分化や連携などの具体的な対応方針は今後、地域医療構想調整会議で協議されるが、日赤病院としても担っている災害医療、地域医療、福祉事業について主張すべき点は主張し、早期に結論を導き出せるように努力したい」とし

ています。また、看護師など来春採用予定者の内定取り消しなどは行わない方針を確認しているとしています。

VI. 保険者機能の強化

(1) 国保改革に関わっては、保険者努力支援制度に減算（マイナス評価の指標）のペナルティを導入し、法定外繰り入れ等の一人あたりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰り入れ等の早期解消を促すとしています。

- ①赤字市町村において、国が指示した計画が未策定、解消が進まない場合、マイナス評価となります。
 - ▽削減の目標年次・予定額（率）などを定めた赤字解消計画を未策定
 - ▽同計画はあるが、解消期限（6年以内）を定めておらず、2018年度の削減予定額（率）が未達成
 - ▽同計画がなく、2018年度決算で前年度以上の法定外繰入を実施
- ②都道府県において、市町村の赤字解消計画を公表していない場合など、マイナス評価となります。
- ③繰入金額（降順）は、東京（3万円）、沖縄（2.5万円）、埼玉、神奈川、鹿児島、愛知、福岡。

(2) 国保の都道府県内保険料水準の統一や国保料の徴収強化、病床削減による医療費抑制など、「受益と負担のみえる化」に取り組む都道府県の「先進・優良事例について全国展開」を図るとしています。

※国保料の引き上げ圧力を背景に、市町村の法定外繰り入れは、2014年度の3,468億円から、2015年度は3,039億円、2016年度は2,526億円、さらに2017年度は1,751億円にまで激減してきています。

※2018年度に国保料（給与収入400万円の4人家族）を値上げした市町村は3割と、2017年度時（16%）の倍となっています。国保加入者の平均所得（1人）は年84万円であり、協会けんぽの6割弱、健保組合の4割にも関わらず、保険料負担率は10%となっており、協会けんぽの1.3倍、組合健保の1.7倍となっています。

4人家族（給与400万円の夫婦・子2人、東京23区、大阪市、京都市、札幌市）では、国保料は年40万～43万円となり、協会けんぽ（年20万円）比べ2倍以上の格差があります。

よって、繰入解消は無保険者を増やし、皆医療保険制度を根底から崩すこととなります。

(3) 地域独自の診療報酬（高齢者医療確保法）について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討するとしています。

「その他の取り組み」として、(奈良)県による受益と負担の総合的マネジメントの一環として、地域別診療報酬の活用を検討するとしています。県庁組織（医療・介護保険局）を整備しています（「建議」6月19日）。

VII. 東日本大震災から8年半、被災者が希望のもてる復興を

(1) 東日本大震災・福島第1原発事故から8年を迎えましたが、復興庁によれば、2月時点の全国の避難者数は約5万2000人となっており、3月1日時点でも2500人以上が行方不明（警察庁発表）のままとなっています。福島第1原発による避難者は4万1000人となっており、実際にはもっと多いといわれています。今なお、多くの方が故郷に戻れない状態です。福島第1原発事故による避難指示は、ほと

んどが2017年3月末までに解除されました。しかし、多くの自治体で帰還率は上がらず、2018年8月末（福島復興ステーション公表資料）に至っても、居住人口は事故直前の1割未満に止まっています。

帰還した住民が安心して生活していくためには、必要に応じて充実した医療・介護サービスを受けられるようにすることが極めて重要です。住民意向調査では、帰還の意向に関し「まだ判断がつかない」と回答している人は、「判断するために必要な条件」として、「医療・介護等の再開」を上位に挙げており、医療・介護サービスの充実は、帰還に向けた必須条件といえます。救急医療や入院等の措置にも対応可能な「福島県ふたば医療センター附属病院」の開院（2018年4月）など、医療・介護サービスの復興も進んできているものの、避難解除等区域では、医療・介護の両分野ともその人材不足は依然として厳しい状況にあり、医療・介護人材の確保支援、施設整備・運営支援等を通じ、医療・介護の提供体制の早急な確保を図っていくことが重要な課題となっています。

（2）岩手県の達増知事は2019年10月8日、県議会での所信表明演説において、東日本大震災津波の被災者の医療費等の免除措置（12月まで）を、2020年12月まで継続させることを表明しました。免除は10年連続の実施となります。また、達増知事は「被災者の健康面、経済面の不安を軽減し、医療や介護サービス等を受ける機会を確保するために」、2020年1月以降の医療費（国保、後期高齢者医療制度）、介護保険利用料、障害福祉サービス利用料の「負担金免除を来年も継続する」と表明しました。その他、中学生までの医療費窓口無料化の実現をめざすとしています。

（3）厚生労働省の2017年における「病院の耐震改修状況調査の結果」によれば、全国の病院の耐震化率は72.9%（前年71.5%）で、いっこうに耐震化が進んでいません。地震発生時に医療拠点となる災害拠点病院や救命救急センターの耐震化率は89.4%（前年87.6%）ですが、震度6強程度の地震により倒壊または崩壊する危険性が高いとされる建物がある病院は、288施設にものぼっています。熊本地震により、建物の安全性が確認できないことから、外来や入院、救急の全ての診療継続が困難となった熊本市市民病院では、建物設備の被害が1981年の耐震基準を満たさない病棟に集中していたことが判明しています。国土交通省調べでも、耐震化率は平成25年時点で住宅が約82%、多数の者が利用する建築物が約85%となっており、病院の耐震化の立ち後は明らかで、国の責任で耐震化率を高めさせていくことが重要です。

（4）2014年8月には広島市の豪雨土砂災害、15年9月には関東東北豪雨災害、16年4月には震度7の激震が二度も熊本地方で発生し、大量の家屋が全半壊、または一部損壊する被害が発生しています。そして2018年7月には西日本豪雨災害は発生し、近畿や四国を中心に、土砂崩れや河川の氾濫が相次ぎ、大きな被害がでています。また、同年9月6日には、北海道胆振（いぶり）東部地震の発生により、大規模な土砂崩れによる被害、北海道全域が停電になるブラックアウトが発生し、地震の影響が直接の被災地にとどまらない状況となり、全面復旧に時間がかかりました。2019年6月には新潟・山形地震が発生し、20人以上が転倒するなどしてけがをし、崖崩れや民家の屋根や壁が損傷しました。

（5）9月には千葉で台風による被害が発生し、千葉県が27日集計した台風15号の被害状況によると、県内で損壊した住宅は同日午後4時時点で2万棟を超えています。内訳は全壊108棟、半壊が1338棟、一部損壊は1万9471棟となっています。被害が大きかった地域を中心に住宅の被害調査は続いており、最終的な被災棟数はさらに増える見通しです。国や県などの初動の遅れ、大規模停電発生後の東京電力の復旧見通しの甘さに、いのちの危機に直面した被災者からは怒りの声が上がっています。

(6) さらには、10月13日～14日の台風19号による記録的大雨が引き起こした災害は、東日本の各地で多くの犠牲者を出すなど、深刻な広がりを見せています。台風19号で亡くなった人は全国で84人となり、9人が行方不明となっています。豪雨で川の堤防が壊れる「決壊」が発生したのは、20日午前11時の時点で、7つの県合わせて71河川、135か所となっています。全国で6万8587棟の住宅が、水につかたり、全半壊したりする被害を受けています。土石流や崖崩れなどによる土砂災害は、21日午後5時の時点で、少なくとも20の都県で482件発生していると報道されています。河川の氾濫・決壊による浸水は東北、関東甲信越を中心に広い地域にわたっており、被害の全体状況の把握もなかなか進んでいません。住宅、商店、工場などの建物被害は、かなりの数にのぼり、農林水産業への打撃も深刻となっています。

(7) 共通している被災者の最大の願いは、一日でも早く安心できる住まいや生活空間を得て、地域で暮らすことです。特に住宅の再建は、一人ひとりの被災者の生活再建の要であり、地域での定住を促して人口流出を防ぎ、地域の活力やコミュニティを保つためにも支援が不可欠となっています。現在、全壊家屋の再建には最大300万円の被災者生活再建支援金が支給されますが、今日の資材や人件費等の高騰のもとで自宅再建や住宅を確保するために500万円への増額が急務となっており、全国災対連（災害被災者支援と災害対策改善を求める全国連絡会）では、被災者生活再建支援制度の抜本的な改善を求めて署名・宣伝行動に取り組んでいます。

Ⅶ. 地域医療を守る運動の発展に向けて

1. 地域から求められる国公立・公的医療機関、地域医療体制

- (1) 患者・地域住民の意見が反映できる医療機関の運営と情報公開に努める。
- (2) 住民のくらしと地域医療の実態をふまえ、地域に必要とされる診療科・医療体制をめざす。
- (3) 医師不足を解消し、先進国（OECD）並みの医師確保と定着をはかり、保健・医療・介護・福祉のネットワークを担う。
- (4) 地域住民に安全・安心の医療を提供し、患者負担の軽減に努める。
- (5) 地域の医療機関などと連携し、地域医療の水準の向上に努める。
- (6) 救急、へき地、災害などの医療、不採算医療などを担う。
- (7) 医師の臨床研修をはじめ、医療従事者の研修・養成に対応し、教育・研修機能を担う。
- (8) 国・自治体は、医療・社会保障予算を増やし、患者負担を軽減し、医師・看護師など医療従事者を増やす。
- (9) 国・自治体は、国公立・公的医療機関の役割を果たすために、政策的支援・財政措置を強める。
- (10) 国・自治体は、地域医療の後退をまねき国公立・公的医療機関の役割を否定する経営形態の見直し、再編成・統廃合を押し付けない。

2. 地域医療を守る運動の発展にむけて

- (1) 「地域医療構想」について、都道府県の進捗状況や見解をただし、実態を無視した病床削減を行わないよう求めましょう。調整会議への傍聴行動を強めましょう。
- (2) 医療従事者（労働組合）は、地域医療を守り充実をはかる立場で、「声明」を出すなど、職場と地域に宣伝を行い、学習活動に取り組みましょう。中央社保協が提起した「憲法25条を守り、活かそう」の共通スローガンを掲げ、「社会保障・社会福祉は国の責任で！」の共同行動を成功させましょう。

- (3) 医療崩壊の深層と世界と比較した日本の医療の現状、さらに医療機関の再編成・統廃合が住民のいのちと健康、地域の医療・介護体制、地域経済・雇用などに及ぼす影響などを学習しましょう。
- (4) 患者・地域住民、医療関係団体、地域自治会と医療従事者（労働組合）で協力して、地域医療を守る組織を結成し、集会・シンポジウム・パレードなどの運動に取り組みましょう。
- (5) 医療機関の再編成・統廃合に反対し、医療機関の存続と地域医療の充実を求めて、自治体・国会に対する「請願」「陳情」に取り組みましょう。
- (6) 医療従事者（労働組合）や地域医療を守る組織で、地域医療の実態や患者・地域住民の医療要求をつかむ「地域医療要求アンケート」や地域医療実態調査に取り組みましょう。
- (7) 「地域医療要求アンケート」や地域医療実態調査などをもとに、地域医療改善のための「政策提言」をつくり、関係者に働きかけましょう。
- (8) 地域医療を守り充実をはかる立場で、開業医や医師会、医療関係団体、地域の著名人、有力者、諸団体と懇談や共同を強めましょう。
- (9) 地域医療を守り充実をはかる立場で、自治体への要請、全ての政党・議員に協力を要請しましょう。
- (10) 新聞、テレビ、ラジオなど地元のマスコミ関係者に取材を要請し、地域医療を守る広範な世論を形成しましょう。
- (11) 医療従事者（労働組合）と地域住民が手を結び、全国・各地の地域医療を守る運動の連携・発展、ネットワークを作りましょう。

3. 政府主導の強引な「公立公的病院等の統合・再編」を阻止し、地域医療の充実をめざす行動提起

- (1) 厚労省の再編統合リストの撤回を求め、公立・公的病院の果たしている役割を正に評価させ、維持・発展させるための取り組み
 - ①政府が推し進める病院の再編統合・機能移転、病床削減の狙いをしっかり捉える学習の推進

今回厚労省が行った、公立・公的病院等 424 病院を名指しして、統合・再編の再検証を求めた問題について、その狙いをしっかり捉えるために、学習会などをこまめに開催しましょう。学習資料については、後日配信します。
 - ②「公的・公立 424 病院への『再検証』要請撤回を求める署名」の推進

政府宛要請署名に取り組みます。この署名の目的は、①病院職員への運動参加促進、②患者・利用者・地域住民への訴えと賛同を広げる、③自治体要請や議会請願・陳情時に地域住民の意思として活用する、④424 の対象病院長に病院存続の重要性の確信を持たせる、⑤対象病院に医師派遣を行っている大学病院や看護師養成校などに対して、存続の必要性を伝えるために活用するなどです。以下提起する様々な取り組みに活用する署名ですので、積極的な推進をお願いします。

当面、年内に 20 万筆の集約をめざします。
 - ③424 対象病院地域の自治体要請と議会陳情・請願の推進

政府・厚労省の今回の強引なやり方に対し、対象病院の関係者や自治体は、強い憤りをあらわにしています。強い反発に直面した政府は、釈明の「意見交換会」を全国各地で開催しました。しかし、公表の仕方については一定のお詫びを表明したものの、公表リストの撤回には応じず、理解を求める姿勢に終始したままです。

引き続き、対象病院の地域から、国に対して抗議の意思を集中させることが非常に重要となっています。自治体からの抗議通告、地方議会から国への意見書などを波状的に集中させるために、自

治体要請や地方議会への陳情・請願に取り組みます。要請文や議会請願のひな型を用意しますので、速やかに関係団体と協議するなどして取り組みをすすめてください。

④424 対象病院の病院長への協同の取り組み要請の推進

名指しされた医療機関は、どこも地域になくってはならない役割を果たしていることは、その病院に働く仲間が一番理解していることです。労使共通の課題として、政府の強引な統合・再編に反対する意思を確認し、病院内外に発信できるよう要請をすすめます。病院の存続と更なる発展をめざす姿勢を、労使共同声明などにより職員に伝えるとともに、患者・利用者・地域住民向けの声明を掲示することなども、可能であれば積極的にすすめましょう。

⑤地域での病院を守る運動の推進

利用患者やその家族にとってはもちろん、地域住民にとっても身近な医療機関が縮小・廃止などとなれば大問題です。病院の存続と発展の必要性について、地域住民の皆さんに説明と理解を求め集会などを開催し、「病院の存続と発展をめざす住民の会（仮称）」を発起し発展させるなどの取り組みを推進しましょう。

⑥424 対象病院に医師派遣を行っている大学病院や、近隣の看護師養成校への要請推進

再検証リストに挙げられた病院では、医師派遣を行っている大学病院から派遣継続を躊躇するようなケースや、看護師が就職先として躊躇するようなケースも発生し、風評被害とも言える事態が広がりつつあります。可能であれば病院関係者のみならず、自治体関係者などの同行も要請し、大学病院や看護師養成校に対して、地域に必要な病院であり住民からも期待されている医療機関であることを説明し、引き続き存続発展のための協力を要請しましょう。

⑦医師・看護師・介護職などの大幅増員と勤務環境改善を求める運動の推進

政府のすすめる医療費抑制とそのための病床削減の対極にある課題が、医師・看護師・介護職などを大幅に増やし、安全・安心の医療提供体制を確立し、だれもがどこでも安心して医療が受けられる体制を実現することです。医師不足だからベッドを縮小するのではなく、必要な医療を提供するために医師をはじめとした人員増をしっかりと行うことこそ、国民の求める地域医療の充実に結びつく方策です。安定した医療機関の存続発展のため、医師不足を解消させ、医師の長時間労働をなくし、OECD水準の医師確保をめざし大幅増員を図る取り組みこそが重要です。

自治労連、医労連、全大教の医療三単産が推進する、「安全・安心の医療・介護の実現のため夜勤改善と大幅増員を求める国会請願署名」の取り組みを引き続き推進し、国会議員要請なども行いながら、国会での請願採択をめざします。医療三単産のみならず、全労連や中央社保協の組織内でも積極的な取り組みを要請します。

(2) 公立公的病院等統合・再編阻止共同行動（424 共同行動）としての取り組み

政府が強引にすすめようとする病床削減は、今回名指しして統合・再編を強要している424病院に限らず、さらなる対象病院の拡大が準備されており、経済財政諮問会議などでは民間病院への波及も言明しています。国民に必要な医療を堅持する目線も持たず、地域医療崩壊への懸念の声に耳も傾けない安倍政権の医療・介護・社会保障切り捨て路線をストップさせるため、全労連、中央社保協と共に、そこに結集する医療関係単産（国公労連、自治労連、医労連）と国立病院労働者を組織する全医労は、連絡会を組織し、当面以下の取り組みを推進します。

- ① 病床削減に反対し運動を推進するための「共同声明」の発表
- ② 共同声明に基づいた、政府要請と国会議員要請の取り組み
- ③ 運動の取り組みの意思統一をすすめる集会の開催
- ④ 厚労省が再検証結果の提出を求めている 2020 年 3 月と 9 月に合わせた国会行動の取り組み
- ⑤ 全国知事会や市町村会、全国自治体病院協会など、関係団体への要請の取り組み
- ⑥ 学習推進のための資料提供

以 上

保険者努力支援制度の実施について

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄)[平成27年6月30日閣議決定]

(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒して反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度(平成30年度)までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立(中略)など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

保険者努力支援制度

実施時期: 30年度以降

対象 : 市町村及び都道府県

規模 : 約1000億円(国保改革による公費拡充の財源を活用)

※内、特調より平成30年度は約200億円、平成31年度は約88億円を措置

評価指標: 交付の前年度夏に評価指標等を市町村及び都道府県へ提示、秋に評価を実施。

保険者努力支援制度【前倒し分】

実施時期: 28年度及び29年度

対象 : 市町村

規模 : 特別調整交付金の一部を活用して実施(平成28年度: 150億円、平成29年度: 250億円)

評価指標: 保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

6

2020年度の国保の保険者努力支援制度について

○ 人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。

⇒ 予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。

○ 法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

※ 一部の評価指標におけるマイナス点については、青木の方針2019(令和元年6月21日閣議決定)等に基づき、設定することとしているが、これは、過去の取組状況に対し後年度になってペナルティを科し、あるいは罰則を付すものではなく、国保改革に伴って拡充された公費(自治体の取組等に対する支援)の配分について、一部メリハリを強化するものである。

○ 予防・健康インセンティブの強化

・ 予防・健康づくりに関する評価指標(特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診)について、配点割合を引き上げ【市・県指標】

・ 特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化(受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合)

○ 成果指標の拡大等

【糖尿病等の重症化予防】(参考)かかりつけ医等と連携して糖尿病性腎症重症化予防に取り組む市町村数 2015年度:118⇒2018年度:1,180

・ アウトカム指標(検査値の変化等)を用いて事業評価を実施している場合に加点【市指標 共③】

・ 重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【歯科健診】

・ 歯科健診の実施の有無に係る評価に加え、受診率に係る評価を追加【市指標 共②(2)】

【個人インセンティブ】(参考)個人インセンティブの提供に取り組む市町村数 2016年度:522⇒2018年度:1,190

・ 健康指標の改善の評価や、参加者への健康データ等の提供等を行う場合に加点【市指標 共④(1)・県指標①(ⅱ)】

○ 法定外繰入の解消等

・ 都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個④(ⅳ)・県指標③】

・ 赤字解消計画の策定状況だけでなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定

・ マイナス点を設定し、メリハリを強化(赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額(率)等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等)

7

2020年度の保険者努力支援制度(全体像)

市町村分(500億円程度)

保険者共通の指標	国保固有の指標
指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ○特定健診受診率・特定保健指導受診率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況 ○保険料(税)収納率 ※過年度分を含む
指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況 ○がん検診受診率 ○歯科健診受診率	指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況 ○データヘルス計画の実施状況
指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況 ○重症化予防の取組の実施状況	指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況 ○医療費通知の取組の実施状況
指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況 ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況 ○国保の視点からの地域包括ケア推進の取組
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複・多剤投与者に対する取組	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況 ○第三者求償の取組状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況 ○後発医薬品の促進の取組・使用割合	指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況 ○適切かつ健全な事業運営の実施状況 ○法定外繰入の解消等

都道府県分(500億円程度)

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価 ○主な市町村指標の都道府県単位評価(※) ・特定健診・特定保健指導の実施率 ・糖尿病等の重症化予防の取組状況 ・個人インセンティブの提供 ・後発医薬品の使用割合 ・保険料収納率 ※都道府県平均等に基づく評価	指標② 医療費適正化のアウトカム評価 ○年齢調整後一人当たり医療費 ・その水準が低い場合 ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合に評価 ○重症化予防のマクロ的評価	指標③ 都道府県の取組状況 ○都道府県の取組状況 ・医療費適正化等の主体的な取組状況 (保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等) ・医療提供体制適正化の推進 ・法定外繰入の解消等
--	--	--

8

保険者努力支援制度(市町村分) 各年度配点比較

		2018年度		2019年度		2020年度	
		加 点	全体に対する割合	加 点	全体に対する割合	加 点	全体に対する割合
共通①	(1) 特定健診受診率	50	5.9%	50	5.4%	70	7.0%
	(2) 特定保健指導実施率	50	5.9%	50	5.4%	70	7.0%
	(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	50	5.9%	50	5.4%	50	5.0%
共通②	(1) がん検診受診率	30	3.5%	30	3.3%	40	4.0%
	(2) 歯科健診	25	2.9%	25	2.7%	30	3.0%
共通③	重症化予防の取組	100	11.8%	100	10.9%	120	12.0%
共通④	(1) 個人へのインセンティブ提供	70	8.2%	70	7.6%	90	9.0%
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	25	2.9%	20	2.2%	20	2.0%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	35	4.1%	50	5.4%	50	5.0%
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	35	4.1%	35	3.8%	130	13.0%
	(2) 後発医薬品の使用割合	40	4.7%	100	10.9%		
国保①	収納率向上	100	11.8%	100	10.9%	100	10.0%
国保②	データヘルス計画の取組	40	4.7%	50	5.4%	40	4.0%
国保③	医療費通知の取組	25	2.9%	25	2.7%	25	2.5%
国保④	地域包括ケアの推進	25	2.9%	25	2.7%	25	2.5%
国保⑤	第三者求償の取組	40	4.7%	40	4.3%	40	4.0%
国保⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	5.9%	60	6.5%	95	9.5%
	体制構築加算	60	7%	40	4.3%	—	—
全体	体制構築加算含む	850	100%	920	100%	995	100%

9

保険者努力支援制度(都道府県分) 各年度配点比較

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価【200億円程度】	2018年度	2019年度	2020年度
(i) 特定健診受診率・特定保健指導実施率	20	20	24
(ii) 糖尿病等の重症化予防の取組	10	15	26
(iii) 個人インセンティブの提供	10	10	18
(iv) 後発医薬品の使用割合	20	20	22
(v) 保険料収納率	20	20	20
体制構築加算	20	15	—
合計	100	100	110
指標② 医療費適正化のアウトカム評価【150億円程度】	2018年度	2019年度	2020年度
(i) 年齢調整後1人当たり医療費	50	50	60
(ii) 重症化予防のマクロ的評価	—	—	20
合計	50	50	80
指標③ 都道府県の取組状況に関する評価【150億円程度】	2018年度	2019年度	2020年度
(i) 医療費適正化等の主体的な取組状況			
・重症化予防の取組等	20	20	30
・市町村への指導・助言等	10	10	10
・保険者協議会への積極的関与	—	10	10
・都道府県によるKDBを活用した医療費分析	—	10	10
(ii) 決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等	30	30	35
(iii) 医療提供体制適正化の推進	(30)	25	25
合計	60	105	120

※ 改革施行後の医療費適正化の取組状況を見つつ、アウトカム評価の比重を高めていくものとする

10

保険者努力支援制度(2020年度都道府県分)における評価指標

【指標②：医療費適正化のアウトカム評価】

2020年度実施分

(i) 重症化予防のマクロ的評価 (当年度の実績) (2018年度実績を評価)	得点
① 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数(対被保険者1万人)が少ない順に、全都道府県の上位1位から5位である場合	10
② 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数(対被保険者1万人)が少ない順に、全都道府県の上位6位から10位である場合	7
③ ①及び②の基準は満たさないが、都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数(対被保険者1万人)が少ない順に、全都道府県の上位5割である場合	3
(ii) 重症化予防のマクロ的評価 (前年度との比較) (2018年度実績を評価)	得点
④ 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数(対被保険者1万人)の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位1位から5位である場合	10
⑤ 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数(対被保険者1万人)の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位6位から10位である場合	7
⑥ ④及び⑤の基準は満たさないが、都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数(対被保険者1万人)の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位5割である場合	3

※ 年齢調整後新規透析導入患者のうち、糖尿病である患者を抽出する。

【抽出条件】

- ・新規透析導入患者数については、人工腎臓(導入期)加算等のレセプトを持つ被保険者を抽出
- ・「糖尿病による」新規透析導入患者については、糖尿病薬のレセプトを持つ被保険者を抽出(初年度に関しては、特定疾病療養受給証(人工透析分)の発行数についても調査予定。)

【2020年度指標の考え方】

- 疾病予防・健康づくりの促進の観点から、重症化予防に関する成果指標を導入する。

11

法定外繰入の解消等に向けた対応

①赤字削減・解消計画の策定の着実な推進

法定外繰入の解消等を着実に進めるため、赤字市町村及び都道府県に対し、削減目標年次及び削減予定額（削減予定率）を定めた赤字解消計画の策定を要請。（平成30年1月29日保国発0129第2号 国民健康保険課長通知 国民健康保険保険者の赤字削減・解消計画の策定等について）

⇒ 2020年度の保険者努力支援制度において、市町村指標においても赤字解消計画の策定状況について評価

②赤字削減・解消計画の策定状況・内容の公表（見える化）

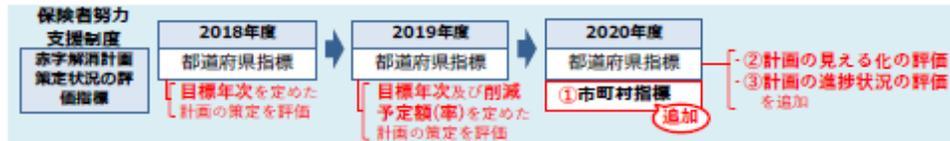
給付と負担のバランスを分かりやすく示す観点から、赤字市町村及び都道府県において、法定外繰入等の状況やその解消に向けた取組等を公表（見える化）し、関係者を含めて課題等の共有が必要。

⇒ 各都道府県において、赤字市町村と協議しながら赤字解消計画の公表を推進
都道府県による赤字解消計画の公表状況について、2020年度の保険者努力支援制度において評価

③法定外繰入の解消等に向けた実効ある取組の推進

法定外繰入の解消等に向けての保険者の実効ある取組を後押しする観点から、保険者努力支援制度において加減算双方での評価指標の導入などメリハリを強化する必要。

⇒ 2020年度の保険者努力支援制度において、
市町村指標及び都道府県指標において、赤字解消計画の策定状況に加え、法定外繰入等の有無や赤字解消計画の進捗状況についても評価
法定外繰入の解消等について、指標の新設（市町村指標）や配点割合の引き上げ（都道府県指標）を行うとともに、策定状況、進捗状況等によっては点数のマイナス評価を導入



38

保険者努力支援制度(2020年度市町村分)における評価指標

「2020年度公費の在り方について」とりまとめ (R1.7.28)より抜粋

【固有指標⑥(iv) 法定外繰入の解消等】（新設）

2020年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減（2018年度の実施状況を評価）	得点
① 2018年度決算において決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合	35
赤字の解消期限（6年以内）、年次毎の削減予定額（率）及び具体的な取組内容を定めた赤字削減・解消計画を策定している場合であって、次の要件に該当している場合	
② 2018年度の削減予定額（率）を達成している場合	30
③ 2018年度の削減予定額（率）は達成していないが、その1/2以上の額（率）を削減している場合	15
赤字の削減目標年次、削減予定額（率）及び具体的な取組内容を定めた赤字削減・解消計画を策定しているが、解消期限（6年以内）を定めていない場合であって、次の要件に該当している場合	
④ 2018年度の削減予定額（率）を達成している場合	10
⑤ 2018年度の削減予定額（率）は達成していない場合	-15
⑥ 計画策定対象市町村であるにもかかわらず、赤字削減・解消計画を策定していない場合、又は赤字削減・解消計画を策定しているが、赤字の削減目標年次、削減予定額（率）若しくは具体的な取組内容のいずれかを定めていない場合	-30
⑦ 2018年度までに赤字の解消が確実に見込まれるとして赤字削減・解消計画を策定していなかったが、2018年度決算において前年度以上の決算補填等目的の法定外繰入等を行っている場合（2017年度決算において赤字が解消していた場合は除く。）	-30

【2020年度指標の考え方】

○ 法定外繰入の解消等を着実に推進する観点から、指標を新設するとともに、マイナス点を導入する。

39

保険者努力支援制度(2020年度都道府県分)における評価指標

「2020年度公費の在り方について」とりまとめ (R1.7.28)より抜粋

【指標③：決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等】

2019年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減 (2018年度の実施状況を評価)	得点	該当都道府県数	達成率
① 都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない※1、または、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている全ての市町村※2について、削減の目標年次及び削減予定額(削減予定率でも可)を定めた個別の計画が作成されているか。	30	45	96%
② ①の基準は満たさないが、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村※2のうち5割以上の市町村について、削減の目標年次及び削減予定額(削減予定率でも可)を定めた個別の計画が作成されているか。	10	2	4%

2020年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等 (2018年度の実施状況を評価)	得点
① 都道府県内の全ての市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	30
② ①の基準は満たさないが、都道府県内の市町村のうち7割以上の市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	10
③ 都道府県内の計画策定対象市町村のうち3割以上の市町村について、市町村指標③、④又は⑤に該当している場合	-10
④ ③の基準は満たさないが、都道府県内の計画策定対象市町村のうち1割以上の市町村について、市町村指標③、④又は⑤に該当している場合	-5
⑤ 都道府県内の計画策定対象市町村の赤字削減・解消計画について、全て取りまとめ及び公表を行っている場合	5
⑥ 都道府県内の計画策定対象市町村の赤字削減・解消計画について、取りまとめ及び公表を全く行っていない場合	-5

【2020年度指標の考え方】

- 法定外繰入の解消等を着実に推進する観点から、マイナス点を導入する。
- 赤字解消計画の策定だけではなく、法定外繰入等の有無や赤字解消計画の達成状況、赤字解消計画の見える化についても評価する。

40

赤字削減・解消計画の策定状況・内容の公表(見える化)

- 各都道府県において、赤字市町村の承諾を得た上で、当該都道府県が策定した赤字削減・解消計画をベースに、ホームページ等で公表する。

【公表のイメージ】

■厚生労働省ホームページ

都道府県名	市町村数	赤字市町村 (28年度決算)	赤字解消市町村 (30計画策定時)	計画策定対象市町村		赤字額
					うち策定済	
A県						億円
B県						億円
...						
合計	1,716	703	370	333	298	億円

■A県ホームページ

都道府県の基本方針				都道府県の実体的取組内容					
市町村名	赤字額	年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	市町村の主な取組内容
a市	千円	赤字削減予定額(率)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	
b市	千円	赤字削減予定額(率)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	
...									
合計	千円								

41