

医療機関の再編統合に関する一考察

—地域医療構想をふまえて—

A Study on the Reorganization and Consolidation of Medical Institutions Based on Regional Healthcare Visions

堀 田 真 理

1. はじめに
2. 地域医療構想と公立・公的病院における再編統合
3. 民間病院をめぐる再編統合
4. 医療機関の再編統合に関する理論分析
5. 2040 年を見据えた地域医療構想
6. おわりに

1. はじめに

近年、医療機関においては合併を含めた再編統合の動きが加速化している。診療報酬改定を重ねるごとに医療機関の経営環境は厳しい状況にあり、医療機関における再編統合は、従来から検討課題とされてきた。とりわけ再編統合が注目される契機となったのが、2019 年 9 月に厚生労働省から公表された「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」のリストであった。こうした背景には、今後の医療需要に対応すべく国が推進する地域医療構想の実現に向けた取組みがある。医療機関の再編統合を検討するうえで、地域医療構想との関わりは不可欠ではあるが、「再編統合」という括りのなかで、従来から見られた再編統合との比較や、公立・公的病院と民間病院の相違などの問題が混在して取り上げられている感がある。

本研究ノートにおいては、地域医療構想をふまえ、2 章と 3 章において先行研究をもとにこうした点について整理する。また医療機関の再編統合に関する理論的な観点からの分析は少ないなかで、4 章では、公立病院の再編統合に関して、独自の経済モデルを用いて理論的な分析を提示している谷田・林（2008）を紹介する。さらに 5 章では、2023 年 4 月に開催された第 31 回日本医学会総会において、「2040 年を見据えた地域医療構想 - わが国の医療提供体制の課題と未来への提言」と題して開かれたシンポジウムの内容に触れる。これまで 2025 年に主眼があった地域医療構想は、今後はさらに先の 2040 年を見据えた段階へと移行している。今後に向けた医療界や行政の立場からのさまざまな見解もふまえ、最後の 6 章で全体をまとめる。

2. 地域医療構想と公立・公的病院における再編統合

(1) 地域医療構想とは

地域医療構想とは、「将来人口の推計をもとに 2025 年に必要となる病床数を 4 つの医療機能ごとに推計した上で、地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取組み」(公益社団法人全日本病院協会 HP) である。より具体的には、二次医療圏をもとに全国に 339 の構想区域を設定し、まずは各構想区域内で 4 つの医療機能区分(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに、将来の医療需要推計に基づいて、あるべき必要病床数を決める。そして病床機能報告制度を通じ、毎年医療機関から報告された現状の病床数と比較しながら、定められたあるべき医療提供体制の実現に向けて、地域内で役割分担について協議しながら、医療機関の間で病床機能を転換させていく。すでに 2016 年末までに全都道府県において策定は終了している。しかしながら、これらの協議の場(地域医療構想調整会議)では、医療機関の自主的な取り組みに任されることになるため、実際にはなかなか議論が活性化していかないという(望月(2021))。

こうした地域医療構想が必要とされるようになった背景は、「提供すべき医療機能が地域の年齢構成によって異なってくること」、また「人口構成の変化が地域によって大きく異なること」(松本・佐々木,2020,P.19) である。すなわち、後期高齢者が多い地域であれば、がん診療や心臓疾患などの高度急性期医療よりも、肺炎や骨折、その他の合併症も含めた回復期機能のほうに重点をおくべきである。さらに人口構成についても、全体としては減少傾向にあるものの、後期高齢者は大都市部では今後も増え続ける状況である一方で、地方によってはすでに減少傾向に転じている地域もある。このように、今後、どのような医療提供体制を構築していくべきかは、一律に決まるものではなく、地域ごとに大きく異なるため、地域の実情を考慮した整備が必要になる。

地域医療構想そのものは、公立・公的病院に限ったことではなく、限られた医療資源のもと、今後の医療環境において効率的な医療提供体制を実現させていくためには必然的な流れであったともいえる。

松本・佐々木(2020)によれば、こうした地域医療構想を進めていく上で、とりわけ公立・公的病院は、公的な役割を担い、かつ税制や補助金等において財政上の優遇措置を受けているといった理由から、まずはこうした病院について具体的な検討を進めていくことになったという。当初は 2018 年までに、自院が 2025 年までに果たすべき地域内での役割や、4 つの医療機能区分ごとの病床数について、具体的な方針を提示することを国が強く求めていた。その中で、公立・公的病院は民間病院では担うことが難しいとされる高度急性期やへき地医療、不採算部門など 9 領域に注力するよう医療機能を見直し、その達成のために必要であれば再編統合の可能性も議論するよう要請したという。しかしながら、その後も十分な議論が地域内においてなされないまま不十分に終わっているとの指摘のもと、「地域医療構想調整会議を活性化させる観点から」(松本・佐々木,2020,P.20)、ワ

ーキンググループの検討を経て 2019 年 9 月に公表されたものが、「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」として再検討が要請された 424 の公立・公的医療機関のリストであった。これが大きな波紋となったことは記憶に新しい。公立・公的医療機関の再編統合の問題は、「再編統合ありき」という部分だけが独り歩きしている。

(2) 公立・公的医療機関をめぐる再編統合

しかしながら、こうした地域医療構想の流れとは別に、すでに公立・公的医療機関では再編統合の動きが拡がりつつあった。伊関(2013)によれば、2007 年には総務省が「公立病院改革ガイドライン」を公表し、自治体にガイドラインに添った改革プランの作成を求めており、その中で「再編・ネットワーク化」が重要な視点として盛り込まれていたことが、再編統合が増える契機ともなっていたという。伊関(2013)は、公立・公的病院における再編統合の大きな要因は医師不足であると指摘する。2006 年の新臨床研修医制度をきっかけに、若手や中堅医師が勤務先の病院を離れ医師不足が起きた。負担軽減のためにも規模の大きい病院ほど、医師が集まりやすく、「病院を再編し、病院の規模を拡大することは時代の流れともいうべきである」(伊関,2013,P.532)と言及している。

その後、「新公立病院改革ガイドライン」が 2015 年に策定されているが、さらに最近では、総務省が 2022 年 3 月に「公立病院経営強化ガイドライン」を公表した。地域医療構想と整合的であることを前提に、各公立病院は 2022 年～2023 年度中に「公立病院改革強化プラン」を策定することが求められている。

総務省(2022)によると、「これまで各地方公共団体において、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しなど、病院事業の経営改革の取組が行われてきたが、依然として、医師・看護師等の不足、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴う医療需要の変化、医療の高度化といった経営環境の急激な変化等を背景とする厳しい環境が続いており、持続可能な経営を確保しきれていない病院も多いのが実態である」(総務省,2022,P1)と指摘している⁽¹⁾。

このガイドラインにおける基本的な考え方のなかでは、「地域の中で各公立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めていくことが必要」(総務省,2022,P3)であり、「特に、機能分化・連携強化を通じて、中核的医療を行なう基幹病院に急性期機能を集約し医師・看護師等を確保するとともに、基幹病院から不採算地区病院をはじめとする基幹病院以外の病院へ医師・看護師等の派遣等の連携を強化していくことが重要である」(同)としている。このように、地域医療構想を前提に、機能分化と連携強化により経営力の強化をめざすものである。

また、公立病院が果たすべき役割に応じて質の高い医療機能を十分に提供しているかどうかや、地域における連携強化に関して具体的な数値目標を設定することをガイドラインの中に盛り込んでいることも、後述の節において触れるように注目すべき点である。(図表 1)は、経営効率化の数値目標達成に向けた具体的な取組内容について、経常黒字の病院のうちで、選択した病院が多い項目順に並べ

たものである。再編統合・ネットワーク化に向けた取り組みを進めていくなかで、経営の効率化につながる医療の質向上という点で、具体的にどのような取組内容をもって再編統合の効果を評価するのか、適切な数値目標を設定することで改革による効果の「見える化」につなげることが期待できる。

(図表 1) 経営効率化の数値目標達成に向けた具体的な取組内容

	取組内容
1	医師、看護師等の医療従事者の確保
2	患者サービスの向上
3	紹介率・逆紹介率の向上
4	診療報酬の請求漏れ・施設基準の届出漏れの点検
5	職員の経営意識向上のための会議・研修等の実施
6	委託業務の効率化
7	未収金の管理強化
8	医療機能・診療科の見直しによる診療報酬の確保・費用の適正化
9	競争入札の導入
10	施設・設備整備費等の抑制
11	薬剤、医療材料等の共同購入
12	長期契約の導入

※公立病院897病院に対して行った「新公立病院改革プラン等の取組状況調査」（令和3年3月末時点）において、令和元年度決算が経常黒字の313病院のうち、3割以上の病院が選択した項目を取組病院が多い順に並べたもの（複数回答可）

(出所) 総務省（2022）P.26 より抜粋。

このように、公立・公的病院においては、地域医療構想より以前から再編統合の動きが広がっており、さらに地域医療構想を前提に、上述のような「公立病院経営強化プラン」も相まって、今後も再編統合に向けた動きは拡大すると予想される。

公立・公的病院に関して、再編統合の具体的な事例を扱った研究は多く存在しているが、高橋（2019）は、そうした事例を通じて公立・公的病院の場合の経営統合の特徴を、「市町村合併に伴う病院統廃合のほか、医師採用力や救急医療の強化が主目的で進められている。このため病院施設も統合して医師も集約化する傾向が強い」（高橋,2019,P.334）とまとめており、とりわけ大規模な病院であるほど、統合により医師数も増え、また診療単価も上昇し、統合の効果が実際にも期待できているという。

3. 民間病院をめぐる再編統合

(1) 近年における経営統合の実態

民間病院においても、すでに合併を中心とする再編統合の動きが活発化している。アイテック株式会社（2013）では、同社が 2011 年に厚生労働省から委託事業として調査を行なった「近年行われた病院の合併・再編等に関わる調査研究」の結果について、その概要をまとめている。まず、民間病院の特徴としては、全施設の 56%が 200 床未満であり、小規模な病院が多いこと、また公立・公的病院が一般急性期医療を中心的に提供している状況と比較して、民間病院の場合には、「療養やケアミックス型病院が過半を占める点」（アイテック株式会社,2013,P.520）であるという。同社が行なった調査研究の背景には、近年において、とりわけ 99 床以下の小規模な民間病院が大きく減少しており、その要因が医師不足や診療報酬引き下げによる経営難による減少なのか、あるいは経営統合に関わる要因であるのか、具体的な事例調査を通じて、民間病院の経営統合の実態を把握し考察する目的があったという。

民間病院等の経営統合は、大きく 4 つの類型に集約できるという。すなわち、業務提携や業務支援型、病院グループやチェーン病院等の系列型、吸収合併や対等合併等の法人合併型、そして一部の国公立病院において民間移譲として見られるような事業譲渡型の 4 つである。同調査時においては、このうち法人合併型が最も多く、その中でも経営難や後継者難などを要因とする「救済合併型」が最多であったという。昨今の地域医療構想や前述の公立病院における「経営強化プラン」で求められているような「経営基盤強化型」や「医療機能再編型」の法人合併も見られたものの、その事例は少なかったことが示されている⁽²⁾。同調査において、具体的なケーススタディとして取り上げた事例をもとに、アイテック株式会社（2013）において、統合理由や経営統合の効果についてまとめられているものが以下の（図表 2）である。

このように、民間病院の統合事例としては、経営難を原因とする場合が多いものの、経営統合後は病床稼働率も向上し、早い時期に黒字転換できているケースが多く、統合の効果が確認できるという。公立・公的病院においては地域的に近い範囲内で再編統合するケースが多いが、伯鳳会のように統合側の経営状況は良好な場合であっても、「発祥地が人口減少地域であり、業務維持・拡大のためにより人口規模の大きな都市の病院を吸収合併した例もある」（アイテック株式会社,2013,P.521）と指摘している。とりわけ伯鳳会は、こうした観点から規模拡大をしている医療法人としても知られており、公立病院との関連では、すでに公立病院の「再編・ネットワーク化」の一環として民間移譲され、大阪市立北市民病院（2010 年時）として引き継いでいた大阪暁明館病院が経営難に陥ったことにより、この民間病院を引き受けてグループ経営化していたという⁽³⁾。このように、公立病院が民間病院によって再編統合され、その民間病院がさらにまた別の医療法人にグループ化されるという状況が生じている。

(図表 2) 近年の民間病院における経営統合の実態

具体的な事例	経営統合の理由	経営統合の効果	経営統合の類型
医療法人啓仁会 (吉祥寺南病院：武蔵野市)	経営破綻 (バブル期の規模拡大による過剰投資)	黒字転換 ・不祥事診療科の閉鎖 ・リハビリ病床導入	救済合併型
医療法人クオラ (蛤良整形外科病院：鹿児島県蛤良市)	後継者不足による経営難	病床稼働率向上 ・看護師の増員 ・リハビリ病床導入	救済合併型
医療法人伯鳳会 (小国病院：姫路市)	医師や看護師等の採用難	黒字転換 ・医師や看護師派遣 ・新規採用	救済合併型
医療法人清和会 ⁽⁴⁾ (斎藤病院：熊本市)	資金調達難 (老朽化にともなう設備投資の資金難)	黒字転換 ⁽⁵⁾ ・移転新設 ・リハビリ病院への転換	救済合併型
医療法人中川会 (中川病院(現、呉中通病院)、中川脳神経外科病院(現、呉三条病院：広島県呉市))	経営難 (診療報酬引き下げによる収益減)	病床稼働率向上 ・回復期リハビリテーション病院、療養病床への転換	医療機能再編型

(出所) アイテック株式会社(2013)をもとに一部抜粋して作成。

(2) 民間病院における再編統合の効果

同様に、最近の民間病院における合併等の事例を取り上げて調査し、統合の効果について言及している資料として、厚生労働省医政局委託(2020)の報告書がある。

この調査の背景は、今後の2025年における医療経営を巡る環境として、医療提供体制において「選択と集中による病床機能分化を推進すべき」こと、また地域医療構想や病床機能報告制度をふまえて、民間医療法人でも他の法人や病院と協調や連携をはかり、「地域レベルでの全体最適」(厚生労働省医政局委託,2020,P.5)を目指す必要がある点が国の方向性として示されていることにある。医療法人の合併等は、2016年～2019年に83件行なわれており、同報告書では、「医療法人の合併等により地域医療提供体制の適切な確保や施設運営の効率化が図られた好事例について調査する目的」(厚生労働省医政局委託,2020,P.8)で、再編統合のうちでも合併と事業譲渡に限って調査を実施したという。地域医療構想を見据えた事例であることや医療法人であること等を条件に、7法人をケース

タディとして抽出している。調査結果の詳細についてはここでは省略するが、7 法人の事例から分かる合併等の効果について、「経営改善の指標などの定量的な成果を明示することが困難であった」（厚生労働省医政局委託,2020,P.92）ものの、「今後の医療施設の永続性や効率的運営の観点から、承継の選択肢のひとつとして、合併等は有効であると考えられた」（同）として、「合併等についての一定の効果が確認できた」（同）と結論づけている。合併等の主な成果について同報告書でまとめられているものが以下の（図表 3）である。

（図表 3）合併等の主な成果

	定性的な効果	定量的な効果
医療面	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域で必要とされる医療施設の存続 ・ 特定の診療科の維持 ・ 地域医療構想に沿った病床転換 ・ 医師、医療スタッフ等の集約化 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 業務効率化
経営面	<ul style="list-style-type: none"> ・ 優れた医療・経営モデルの他地域や横展開が可能 （経営ノウハウや制度変更に対する適応能力等の面において） ・ 資金調達力の向上 ・ 医療の質向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経営基盤の強化 ・ 収益性の向上 ・ コスト削減

（出所）厚生労働省医政局委託（2020）P. 92 図表Ⅲ－1 より抜粋。

これらの効果は、資金調達力の問題を除けば、必ずしも民間病院に特有の効果ではなく、公立・公的病院においても再編統合を通じて期待できる効果である。

また宮島（2013）は、「経済学の標準的見方に倣って」（同,P.515）、企業を含む一般的な再編統合のプラス面とマイナス面について整理しているが、医療法人にも応用できると思われるインプリケーションについて、「M&A のメリットの中核が統合によるシナジーである点」（宮島,2013,P.519）は変わらないという。ただし、「そのシナジーがどのような点にあるのか、共同購入などによる経費の節約、不採算施設や部門の閉鎖、医師の確保の容易化なのか、といったことを正確に評価することが重要である」（同）と指摘する。前節において、直近の「公立病院経営強化プラン」のガイドラインに、経営効率化につながる具体的な数値目標を設定することが求められていたが、その達成に向けた具体的な取組内容は、宮島（2013）が指摘する、「シナジー効果がどのような点にあるのか」を見極めることにもつながるものであり、公立病院に限らず、民間病院においても必要とされるはずである。

本節では、民間病院の再編統合について見てきたが、江頭（2021）は、医療機能別の病床数について、地域医療構想の構想区域ごとにその公民比率を比較した場合に、高度急性期から回復期、慢性期になるにつれて民間病院の占める割合が増加しており、構想区域によっては公立病院が 100%を占める地域も存在すると

いう⁶⁾。とりわけ高度急性期や急性期医療については、公立・公的病院の占有率が高い。こうした地域においては、「すでに公私の役割分担が完了しているのか、もしくは過疎地・高齢化による人口減少で民間病院ではもはや急性期医療が提供不能となっている状況が想像される」(江頭,2021,P.46)と指摘する。合併等による統合の効果としては公立病院も民間病院も同様の点が期待できるとされるものの、再編統合が求められる要因や背景は異なると考えられる。

高橋(2019)は、民間病院における経営統合の特徴について、「経営難に陥った病院の救済目的の経営統合が多く、経営再建が主目的のため、施設まで統合する必要はなく、当面の資金手当てや経営改善指導、応援医師派遣などで対応している。逆に多くの場合、そのような対応策で再建できる病院しか経営統合対象としていない」(同,P.334)とまとめている。

4. 医療機関の再編統合に関する理論分析

医療機関の再編統合について、公立病院(自治体病院)を前提に、独自の経済モデルを用いた分析を試みている先行研究としては、谷田・林(2008)がある。この研究の背景には、前述の「公立病院改革ガイドライン」において「再編・ネットワーク化」が重要な視点として盛り込まれた経緯がある。谷田・林(2008)は、その際に前提とされたいくつかの要因のうち、「地方交通網の整備によるアクセス費用の低下」(谷田・林,2008,P.1)に注目している。すなわち、近年急速に進展した交通網の整備により、地方の居住者でも大都市部の高度な医療機能を持った医療機関にアクセスすることが容易になっており、そうした状況を考慮するならば、再編統合により周辺地域にある自治体病院を減らし、都市部の基幹病院に集約化させることで効率的な医療提供体制につながるという考え方である。これに対し、谷田・林(2008)は、集約化によって患者が基幹病院に集中すると、かえって「混雑費用」が生じ、それにより提供される医療水準が低下するならば、地域住民の経済厚生が大きく損なわれることになるため、自治体病院の集約化が合理的かどうかは必ずしも明らかとは言えない可能性があると指摘する。

立地選択についてのホテリング競争モデルをベースに、独自の経済モデルを提示しているが⁷⁾、この分析の特徴は、①単純化のため、ある地域に立地する同質的な2つの医療機関が1つに統合される状況を想定し、②交通網の整備により、医療機関の立地点への地域住民のアクセス費用が低下し、③統合による集約化により、医療機関の医療水準が高度化して上昇するが、一方で、④統合による集約化が原因で、担当すべき住民数が増えることにより「混雑費用」⁸⁾が発生し、これが逆に医療水準を低下させるという点である。

受診によって地域住民が得ることのできる「純便益」は、提供される医療水準から得られる便益とアクセス費用の差であり、この純便益が上昇するのであれば、集約化による統合効果があるということになる。谷田・林(2008)にもとづくと、

まず、医療機関へのアクセス費用が低下し、集約化により医療水準が上昇すると、地域住民の純便益は上昇することにつながるものの、一部の地域住民の純便益は損なわれることになるため、統合による効率性を維持するには、集約化による医療水準が大きく改善する必要がある。それが実現したとしても、「混雑費用」の発生を考慮に入れると、医療水準の改善効果は損なわれることになるため、居住地域によっては純便益がマイナスとなり、「地域住民に最低限度の平等性を保障できない」（谷田・林,2008,P.6）という結果になる。

谷田・林（2008）も言及しているように、このモデルには、再編統合のメリットとされる規模の経済性や範囲の経済性といった効果は組み込まれていないものの、公立・公的病院の再編統合が、集約化による医療水準の大幅な上昇に結びつかない限り、必ずしも理論的には正当化できないことを示唆している。このモデルでは、結局のところ、提供される医療水準の変数に依拠するところが大きい。医療の質に関わる水準として、具体的にどのような内容を示すのか、理論モデルでは当然ながら明示されないが、統合によるシナジー効果がどのような点で医療の質向上につながっているのかを見極めるためにも、「公立病院経営強化プラン」で新たに求められた、具体的な数値目標の設定が重要になると考えられる。

最後に、この分析においては単純化して、同質的な2つの医療機関が1つに集約化される状況を想定しているが、昨今見られる公立病院における再編統合の状況はさまざまである。後述の奈良県における再編統合の例にも見られるように、急性期医療を提供している複数の公立病院が統合しても、1つに統廃合されるのではなく、急性期医療は基幹病院に集約しつつ、残りの公立病院は回復期機能を担う形で後方病院化して存続する⁽⁸⁾。こうした現状を反映させることができるような理論モデルの構築も今後は検討課題となる。

5. 2040 年を見据えた地域医療構想

- 第 31 回日本医学会総会シンポジウムから -

2023 年 4 月 21 日～23 日にかけて東京で開催された「第 31 回日本医学会総会 2023 東京」において、会頭特別企画 8 「2040 年を見据えた地域医療構想 - 我が国の医療提供体制の課題と未来への提言」（座長：相澤孝夫氏・永井良三氏）と題するシンポジウムが開かれた。今後さらに先の 2040 年を見据えて、地域医療構想の果たす役割やわが国の医療提供体制をめぐり総合討論がなされた。こうした医学会総会において、医学の領域を超えて政策的な側面からの課題に焦点があてられ議論の場が設けられたのは異例のケースであったという。座長の相澤氏は、これまでは団塊の世代が後期高齢者を迎える 2025 年に主眼が置かれていたが、今後は団塊ジュニアが後期高齢者となる 2040 年を見据えて、今後も高齢者の増加が続き、多くの医療資源が必要とされるなかで、「医療状況に応じた医療資源の最適配置をどのように考えるかは、医学界と社会が一体となって考えるべき課題

である」と言及している（「第31回日本医学会総会 2023 東京,学術集会プログラム」会頭特別企画8＜座長のことば＞より）。

医療界に限らず、行政やメディア関係者なども含めて複数の報告者が登壇し、それぞれの立場から個別報告がなされるとともに、最後は総合討論の時間が設けられた。以下では、この報告の中から迫井正深氏、今村知明氏、荒井正吾氏の報告について取り上げ、特筆すべき点について触れる。

迫井正深氏は「地域医療構想が目指すもの - 一連の対応を踏まえて」と題して、わが国の医療システムが抱える構造的課題について触れるとともに、今後の地域医療構想の制度運営において何を目標していくべきかについて私見を交えた報告を行なった。わが国の医療システムの特徴を、国民皆保険や一律の公定価格にもとづく診療報酬制度に依拠している点など「医療財政」の観点と、フリーアクセスや自由な開業、民間主体による医療機関開設や運営など、自由度が高い医療提供制度である点の、大きく2点に集約している。こうした特徴ゆえのメリットもあるものの、反面でさまざまな歪みや課題を生じさせている。このような自由な提供体制のもとで需給のミスマッチを解決しようとするならば、個々の利害調整の枠を超えて、「社会システム」としての視点をもたなければならないと指摘する。これからの医療提供体制においては、わが国の特徴である「自由度の高さ」を活用しつつも、「社会システム」として社会からの要請に応えていく「バランス」が求められていると指摘する。

また今村知明氏は「NDBやデータ分析から見た地域医療構想」と題した報告を行なった。今村氏は実際にも厚生労働省の地域医療構想に関するワーキンググループに属しており、NDB等のデータによる分析結果を提供することで地域医療構想の策定に関わっている。地域医療構想の策定が必要とされる根拠ともなった人口構成の変化について、2040年までを見据えた今後の動向を3段階に分類している。今村氏によると、2025年までは就労人口が減少していく中でも高齢者は急激に増加し続ける時期、次の2045年までは高齢者数は横ばいになると予想されるものの、就労人口が減少するため、高齢化は継続する時期、そして2045年以降は、どちらも減少し、高齢者の患者数もピークアウトしていく時期であるという。しかしながら、大都市と地方ではその状況が異なり、大都市では今後も高齢者が増え続ける一方で、地方ではすでに減少している地域もあり、そういう点で「二極化」が顕在化していると指摘する。患者像も急性期医療を必要とする若い世代と高齢者では異なり、「病院完結型」から「地域完結型」医療へのシフトが求められる（今村（2021））。こうした変化に対応していくために地域医療構想が必要とされるのであり、その目的は地域の実情にあった病床機能の分化と医療提供体制の構築であるにもかかわらず、実際のところ、とりわけすでに患者数が減少している地域では、病院の再編統合を促す政策につながった、と説明している。

そして奈良県知事の荒井正吾氏は、「地域医療構想 - 産業組織としての地域医療に行政はどう関わるべきか」と題して、奈良県における地域医療構想に向けた取組みについて紹介しながら、産業組織論的な側面から医療を捉えるという独自の解釈を試みた報告を行なった。後述のように、奈良県の地域医療構想を踏まえ

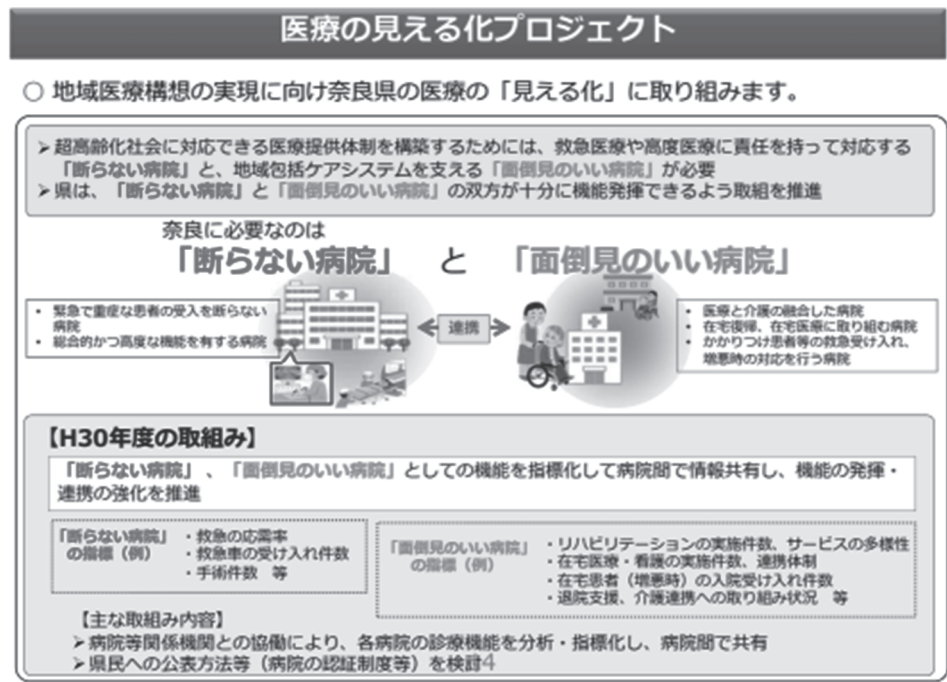
た独自の医療機能区分や、これまでに実施した公立病院の再編統合等に関する積極的な取組みについては、すでにいくつかの先行研究においても取り上げられているが、この報告では産業組織論的な独自の考察を試みている。すなわち荒井氏が言及していたように、本来、市場メカニズムにもとづく私的部門における効率性と規制のあり方について扱う産業組織論の考え方を、公的部門としての位置づけがされている医療について「援用して整理」する試みである。

日本の医療を産業組織論でいう「SCP 理論」の枠組みにあてはめる場合、「S (構造: Structure)」に該当するものが、たとえば迫井氏が言及していたような国民皆保険やフリーアクセス制度、病院数からみて県内の病院は寡占状態と捉えることができる、といった内容である。「C (行動: Conduct)」にあたるものが、たとえば医療機関の役割分担や連携、医師の配置といった内容である。そして「P (成果: Performance)」に該当するものが、適切な医療提供体制の実現ということであり、荒井氏によればこれが最終的には健康寿命を延ばすことにつながる。一般に SCP 理論によれば、その業界構造が企業行動に影響を与え、その企業行動が最終的に企業業績を決定づける。これに行政が具体的な規制として関与することでどのように市場全体を健全に保つか、という議論になる。医療の場合においても、たとえば病床規制や診療報酬による価格規制、参入規制、働き方改革といった労働規制など、さまざまな規制が「医療」という産業組織に関与しており、わが国の医療において生じている課題の多くが、この規制の存在ゆえであるという。このような産業組織と公共規制の関わりにおいて、地域医療構想の実現に向けた取組みは、双方に影響を与える役割を担っており、規制ゆえに生じる課題への解決につながる一方、病院の機能分化や連携といった「行動」にも働きかけることで「成果」につなげることが可能となる。

それではどのようにして「行動」に影響を与えて「成果」を実現するのかというと、荒井氏によれば、「奈良県流」のやり方は、レセプトデータ等に基づいた「エビデンス」を提供しつつ、「ナッジ」(後押し)によって、実際の実績が上がっていることを示すデータにより医療機関に行動変容を促していくことであるという。こうした取組みは(図表4)で抜粋したように、「医療の見える化プロジェクト」として紹介されている。

図表で示されているように、奈良県の場合には4つの医療機能区分について、「断らない病院」と「面倒見のいい病院」の2つに明確化している点も、奈良県独自の考え方である。この点は、すでに望月(2021)において言及されており、望月(2021)は地域医療調整会議で議論していくべき病床機能報告制度の課題として、診療報酬上の点数によって区分を線引きしている地域医療構想の4医療機能区分と病床機能報告制度の区分とでは、急性期や回復期の定義が一致していない点を指摘していた。

(図表 4) 地域医療構想実現に向けた「医療の見える化プロジェクト」



(出所) 厚生労働省(2018)「地域医療構想実現に向けた奈良県の取組について：第3回都道府県医療計画策定研修会資料」P.14より抜粋して掲載。

「奈良方式」の地域医療構想は(図表5)のように説明されている。急性期と定義される病棟を、このように重症急性期と軽症急性期に分け、高度急性期と重症急性期の医療を提供する病院を「断らない病院」、そして軽症急性期と回復期、慢性期を「面倒見のいい病院」と呼んで、地域住民にも分かりやすいように大きく二分化する。そして「ナッジ」による「見える化プロジェクト」を通じて、それぞれ病院の機能強化と連携をはかり、それに県が積極的に関与していくという独自の取組みである。

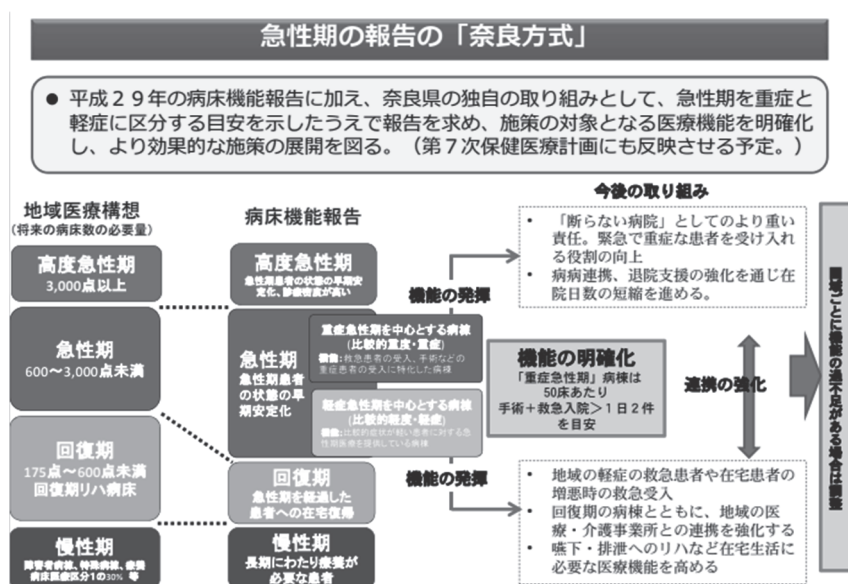
また、これまでに行われた南和地域における3つの公立病院⁹⁾の再編統合についても、建設や改修、運営について、過疎債の活用や市町村の財政的支援を行なうなどにより、県が積極的に関与したという。

このように、奈良県の地域医療構想に向けた取組みは、機能分化の区分けに関しても、必ずしも一律である必要はなく地域の実情に合わせて柔軟な対応がなされた好事例であり、データに基づく「エビデンス」と「ナッジ」による働きかけは、独自の視点を含みつつ、他の地域においても参考となるものである。

最後の総合討論を通じて確認されたこととしては、地域医療構想の実現に向けて求められるのは、医療機関の機能を分かりやすく示し、地域に適合した形で

分担と連携を進めていくことであり、「社会のために医療ができること」という点に鑑みて、地域医療構想は一つの「社会システム」として重要な役割を担っており、それを共有していかなければならないということであった。

(図表5)「奈良方式」の地域医療構想



(出所) 厚生労働省 (2018)「地域医療構想実現に向けた奈良県の取組について：第3回都道府県医療計画策定研修会資料」P.6より抜粋して掲載。

6. おわりに

地域医療構想そのものは公立・公的病院に限ったことではなく、限られた医療資源のもと、今後の少子高齢化や疾病構造の変化に対応していくためには必然的な流れでもあった。日本医学会総会のシンポジウムでも述べられていたように、地域医療構想本来の目的は、今後の医療需要にそなえて病床機能を分化し、急性期医療中心から、回復期や慢性期、在宅へと誘導することであったにもかかわらず、実際のところは、患者数が減少する地域では病院の再編統合を促す政策になっているという。

公立・公的病院においても、すでに地域医療構想の流れとは別に、医師不足や「公立病院改革ガイドライン」に「再編・ネットワーク化」の視点が盛り込まれたことにより、再編統合の動きは拡がりつつあった。一方の民間病院においても、従来から経営難や後継者難などによる救済合併や統合が増えつつあった。そもそ

もの背景や、人口減少地域であれば、近い範囲内で再編統合する公立病院と、地理的に離れた場所へも進出できる民間病院とでは統合形態も異なるものの、再編統合により期待できるメリットは資金調達の問題を除けば同様である。とりわけ高度急性期・急性期医療については公立・公的病院の占有率が高く、民間病院の場合には回復期や慢性期医療を提供する中小病院が多い点に鑑みると、今後においても地域医療構想の影響を直接に受けやすいのは公立病院であるのかもしれない。しかしながら、シンポジウムでの指摘のように地域医療構想を「社会システム」として捉え受け入れていくなれば、民間病院もまた、これをベースに地域を支えていくという視点で、地域全体との最適性を探っていく必要がある。

理論モデルとの関係では、医療機関の再編統合に関する経済モデルが少ないなか、ホテリングモデルをベースとした谷田・林（2008）の分析は、具体的な医療機関の行動モデルではないものの、医療水準の変化を考慮に入れている点でも重要な視点を含んでいた。シンポジウムにおいて、産業組織論的な側面から医療を捉えるという独自の解釈をおこなった荒井氏の試みは、こうした理論分析において、地域内に複数の医療機関が存在している状況を「寡占」とみて分析することにつなげることが可能とも考えられる。公的部門と位置付けられる医療機関と企業は異なるが、製品選択モデルとしても応用されているホテリング競争モデルは、医療機関が選択する医療水準や、急性期医療と回復期医療といった医療機能の差別化、さらには基幹病院と後方化病院といった公立病院に見られる再編の状況についても検討できる可能性がある。こうした分析は今後の検討課題としたい。

参考文献

- アイテック株式会社（2013）．「病院の経営統合 - 合併・再編等に関する調査をもとに」『病院』 72(7),520-525.
- 井関友伸（2013）．「公立・公的病院の統廃合の実態」『病院』 72(7),532-537.
- 今村知明（2021）．「データから考える地域医療構想の現状と課題」『病院』 80(1), 22-25.
- 江頭啓介（2021）．「民間病院からみた病院における機能選択の現状と課題」『病院』 80(1),44-48.
- 公益社団法人全日本病院協会（2023）．「みんなの医療ガイド：地域医療構想」
<https://www.ajha.or.jp/guide/28.html>（2023年9月1日参照）．
- 厚生労働省医政局委託（2020）．「令和元年度医療施設安定化推進事業『医療施設の合併、事業譲渡に係る調査研究報告書』：委託先 株式会社川原経営総合センター」1-138.
- 厚生労働省（2018）「地域医療構想実現に向けた奈良県の取組について：第3回都道府県医療計画策定研修会資料」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000194398.pdf>,1-15（2023年8月31日参照）．

総務省（2022）．「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」1-45.

高橋克己（2019）．「わが国における病院の統合・再編の状況」『病院』78(5), 333-337.

日本医学会（2023）「第31回日本医学会総会2023 東京, 学術集会プログラム」
<https://isoukai2023.jp/program/index.html>（2023年4月22日参照）.

松本晴樹・佐々木優季（2020）．「地域医療構想調整会議の議論の活性化に向けて」『病院』79(1), 18-22.

宮島英昭（2013）．「経済学におけるM&A」『病院』72(7), 514-519.

望月泉（2021）．「With コロナ時代の地域医療構想を考える」『病院』80(1), 50-55.

谷田一久・林行成（2008）．「自治体立病院の再編統合に関する一考察」『広島国際大学医療経営学論叢』創刊号, 1-8.

(1) 総務省（2022）の資料によると、再編・ネットワーク化については、2008年～2020年にかけて193公立病院（その他、枠組に合意済みの公立病院が60病院）が取組んでいるという。2002年のピーク時と比較して、2020年までに病院数は▲15.3%、病床数でも▲15.0%と、大きく減少しているという。

(2) 同社の調査によれば、法人合併型50件のうち、救済合併型24件、経営基盤強化型10件、医療機能再編型3件であったという。

(3) 他にも2012年には東京都墨田区の白髭橋病院（現、東京曳曳病院）を、2015年には兵庫県尼崎市の医療法人郎源会大隈病院（現、はくほう会セントラル病院）を、また2019年には埼玉県日高市の医療法人積仁会旭が丘病院を承継している。

(4) ただし、医療法人清和会は、2023年8月に同じ山口県内の医療法人和同会との吸収合併により消滅となっている。

(5) しかしながら、統合側の東野病院は、この合併が悪影響となって経営不振が続いた。

(6) 江頭（2021）によると、高度急性期・急性期については、35構想区域で公立病院の占有率が100%であるという。回復期でも39構想区域、慢性期でも10構想区域においては同様であり、「公私の役割分担のかたちには地域特性がある」（江頭, 2021, P.47）と指摘する。医療機能別の病床数でみた場合、全病院に占める民間病院の占有率を求めると、高度急性期・急性期では約37.5%であるが、回復期では75.8%、慢性期では89.2%となり、しだいに民間病院の占める割合が高くなる。

(7) ここではモデルの詳細は省略する。具体的なモデルは谷田・林（2008）を参照。

(8) 谷田・林（2008）の説明によれば、混雑費用にあたるものとしては、たとえば事務手続きの煩雑化や医療事故のリスク上昇、患者の待ち時間増加などである。

(9) 高橋（2019）で取り上げている旧山形県立日本海総合病院と旧酒田市立病院も同様の事例である。

(9) 南和地域には3つの急性期公立病院（町立大淀病院、県立五條病院、国保吉野病院）が存在していたが、2016年～2017年に急性期・回復期を中心に担う南奈良総合医療センターと、回復期・慢性期を担う2つの病院（五條病院、吉野病院）に再編している。この再編についての事例は、伊関（2013）でも取り上げられている。

（2023年9月5日受理）