

医療・介護提供体制における健全な競争関係と実態

濱名 仁美

<要 約>

「団塊の世代」の全ての人々が75歳以上となる2025年を迎えた日本では、医療ニーズに適合した提供体制を構築する政策が求められている。特に、医療・介護の連携による地域包括ケア、医療機能の分化や病院の再編・統合を通じた地域医療構想の実現について、2013年の社会保障制度改革国民会議以来、その必要性が強調されてきた。近年は、人口減少による患者および医療従事者の減少、公定価格の下でのインフレ加速、建築費の高騰による建替計画の頓挫など、医療機関の経営難が注目されるようになり、地域医療の持続可能性に対する懸念が拡大している。

本研究では、医療機関等の連携や機能分化を進める政策的手法として地域医療連携推進法人制度に着目し、全国的な傾向というマクロの視点と、個別事例のミクロの視点の両方から分析を行った。具体的には、6つの地域医療連携推進法人への実地調査を行い、地域医療の安定供給に不可欠である公立・公的医療機関について、政治的・社会的要因により再編・統合が進みにくい構造的課題を明らかにした。

<キーワード>

医療提供体制の改革、地域医療連携推進法人、医療機関の連携、公立・公的医療機関

1. はじめに

昨今、医療機関の経営難が大きく取り上げられ、地域医療の持続可能性に対する懸念がこれまで以上に拡大している。人口減少による患者および医療従事者の減少、公定価格の下でのインフレ加速、建築費の高騰による建替計画の頓挫など、医療提供体制をとりまく外部環境は急速に変化しており、経営者が単独で対応できる段階は過ぎてしまった。他方では、減税や社会保険料引き下げが選挙の争点になる時代、日本の医療提供体制は非常に厳しい状況に置かれている。

人口減少と人口構造の変化は予測されてきた事象であり、政策的には準備を整えようとする動きもあった。すなわち、「団塊の世代」の全ての人たちが75歳以上となる2025年を見据え、高齢社会になる前に構築された提供体制を時代のニーズに転換するための医療・介護政策の構築である。この方向性は、2013年の社会保障制度改革国民会議が示したものであり、「選択と集中」および医療機能の分化・連携、「病院完結型」の「治す医療」から「地域完結型」の「治し・支

える医療」への転換を図るものであった。

しかし、2025 年を迎えた現在でも、地域医療構想や緩やかなゲートキーパー機能の確立、医師の地域・診療科偏在をはじめ、国民会議が方向性を示した政策の多くには数々の課題が立ちほだかつており、政策的な変化の誘導を、実際の外部環境の変化が追い抜きつつある。こうした視角から、本稿では 2024 年度の学事振興資金研究『『市場』の機能と役割に関する再考察』に関連する領域として地域医療連携推進法人制度に着目し、全国的な傾向というマクロの視点と、個別事例のミクロの視点の両方から分析している。まず、本稿における医療政策の「市場」について対象を明確にして、その後、地域医療連携推進法人制度の概要と現在までの普及状況、および実地調査の結果を整理する。最後に、公立・公的医療機関と提供体制改革の課題について、厚生労働省による再検証要請 424 病院公表を事例に考察する。

2. 日本の医療における「非営利」と市場競争

日本の医療政策において、「市場」という言葉は——特定の層を除き——否定的に用いられることがほとんどである。よって、『『市場』の機能と役割に関する再考察』という親課題の下で、医療と「市場」とを結びつけて論じるにあたり、その対象を明らかにする必要がある。

2.1 民間中心の提供体制と「非営利性」

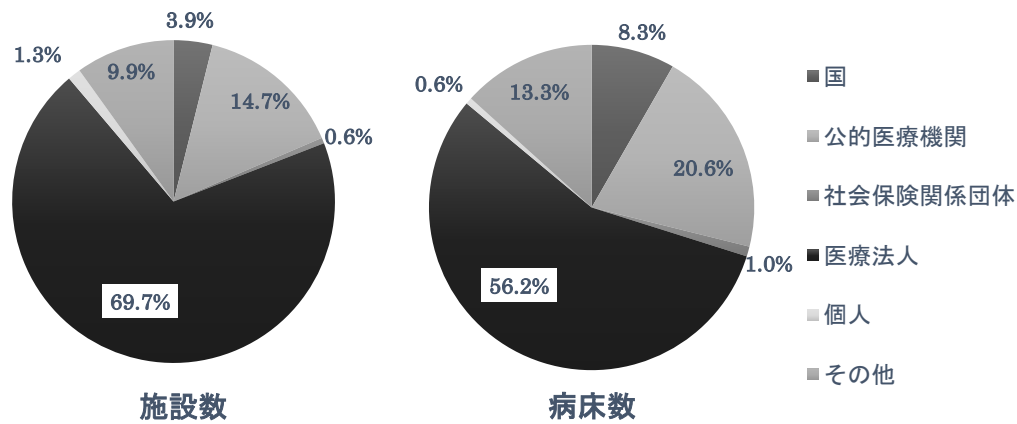
日本の医療は、国民皆保険の下に需要の社会化が図られているが、医療機関の多くは公的所有ではなく私的所有である。先に触れた社会保障制度改革国民会議の報告書では、次のように論じられている¹⁾。

日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。〔中略〕医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、〔中略〕他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである。

図表 1 で示したように、日本では施設数の 69.2%、病床数の 55.9%が医療法人によって開設されており、公的な性格を持つ病院は 3 割にも満たない。

¹⁾ 社会保障制度改革国民会議（2013）「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」, p. 22.

図表 1 病院開設者別の施設数（左）および病床数（右）の割合²⁾



出典：医療施設動態調査（2024 年 1 月末概数）より筆者作成

ただし、民間中心であることと、営利であることは区別する必要がある。医療法第 7 条 6 項は、「営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、第四項の規定にかかわらず、第一項の許可〔都道府県知事による許可³⁾：筆者注〕を与えないことができる」と定めている。また、1950 年 8 月 2 日の厚生事務次官通達（発医第 98 号）にも「営利法人たることは、医療法人の本質上許されないものである」という文言があり、これらは医療提供主体に対する直接的な「非営利性」の要請であると言える。

²⁾ 一般診療所および歯科診療所は含まない。なお、厚生労働省の分類に準拠している（以下参照）。

大分類	小分類（統計表における表示）
国	厚生労働省，独立行政法人国立病院機構，国立大学法人，独立行政法人労働者健康安全機構，国立高度専門医療研究センター，独立行政法人地域医療機能推進機構，その他（国の機関）
公的医療機関	都道府県，市町村，地方独立行政法人，日赤，済生会，北海道社会事業協会，厚生連，国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	健康保険組合及びその連合会，共済組合及びその連合会，国民健康保険組合
医療法人	医療法人
個人	個人
その他	公益法人，私立学校法人，社会福祉法人，医療生協，会社，その他の法人

³⁾ 医療法第 7 条 1 項では、医師・歯科医師以外の者が診療所等を開設する場合に、開設地都道府県知事による許可を受けなければならないと定めている。

2.2 医療提供体制に「非営利性」を求める理論的根拠

医療に「非営利性」を求める理由として、経済学の立場からしばしば挙げられるのが情報の問題である。Stiglitz (2003) は、医療を市場に任せた際に非効率になる理由として、次の4つを挙げた⁴⁾。①消費者（患者）の持つ情報が不完全であること、②競争が制限されていること⁵⁾、③アメリカの場合は非営利組織の担う役割が大きく、利潤動機を持たないこと⁶⁾、④消費者の費用負担割合が小さく、過剰消費が生じること。また、真野（2006）はより端的に、「医療は情報の非対称性や不確実性を持つ財であるという点で、市場が失敗し、価格による資源配分に失敗が起きるという問題が生じる⁷⁾」と述べる。

遠藤（2006）は、情報の非対称性を「非営利性」と明示的に関連付けた先行研究として Hansmann (1980) の「契約の失敗」を挙げている。この立場では「非営利性」を品質のシグナルとみなす。すなわち、非営利組織は機会主義的行動を取るインセンティブが小さいため、提供するサービスの品質が高いと推定される、という論である。結果として、消費者のモニタリングコストが削減されるため、契約が社会的に過少となることを避けられる。遠藤氏自身もこの見解に賛同しており、「なぜ医療経営に非営利性が求められるのかということについてはいくつかの仮説があるが、不完全情報下の機会主義の抑制を非営利性に求めたと考えるのが妥当である⁸⁾」と述べている。

「市場の失敗」を指摘する経済学の視点以外でも、「（純粹）営利」は適さないという主張は見られる。新田（1998）は、非営利性を正当化する根拠として主張されてきた様々な説について、医療の特性から導く方法を次のように整理した（図表2）⁹⁾。

⁴⁾ Stiglitz (2003), 藪下史郎訳, pp. 391-398.

⁵⁾ 競争が制限される理由として、情報が不完全であること、サービスが個別的であり価格・品質の比較が難しいこと、医師や病院が選択できるほど（地域内で）多くないことを挙げている。

⁶⁾ Stiglitz はこれを「市場での資源配分が非効率となる理由」として示したが、因果関係が逆転しているようにも見える。市場が非効率であるため非営利組織が担っている可能性には言及していない。

⁷⁾ 真野（2006）, p. 19.

⁸⁾ 二木・田中編（2006）, 第3章, p. 75.

⁹⁾ ただし、「非営利性」が求められる理由を示すには不十分であると述べ、自身の見解として、営利法人が医療を担った場合には、利潤極大化義務と医師の応召義務という相反する2つの義務に拘束されることが有力な理由となり得ると主張している。

図表 2 医療の特性から導かれる要請とその担保方法

	医療の特性	導かれる要請	要請の担保方法
①	専門性 高度な専門知識を必要とするため、情報の非対称性が大きい	最低限、誰が専門家であるか分かるようにすべき	医師免許制度 診療報酬や薬価基準制度
②	侵襲性 生命や健康に不可逆的な被害をもたらす危険性が高い	危険性の程度を必要最小限にとどめるべき	医師免許制度および無資格者の医業の禁止 施設設備・人員基準の設定、病院の開業許可
③	必需性 全ての人に不可欠のサービスである	誰でも必要に応じ適切な医療が受けられるようにすべき	医療提供面： 地域医療計画や公的医療機関等 医療費負担面： 公的医療保険制度、公費負担医療制度、医療扶助
④	個別性 医師が個々の患者に対してその場で生み出す個別的なサービスであり、地域限定性を有する	新たな要請を生むわけではなく、①～③の要請を強める形で作用	

出典：新田（1998），pp.36-41.をもとに筆者作成

他方、効率ではなく公平や公正を重視する立場から、理念的な説明を行う場合もある。前述の Stiglitz（2003）は、「たとえ市場が完全に効率的であったとしても、非常に貧しい人々が適切な医療を受けていないという懸念がある。どのような個人も、その所得とは関係なく、適切な医療サービスを受けることを拒否されるべきではないと、多くの人は考えている¹⁰⁾」と説明し、特殊平等主義に言及している。

これは宇沢弘文氏の「社会的共通資本」にも通じる考え方である。宇沢（2000）は、「社会的共通資本」を「一つの国ないし特定の地域に住むすべての人々が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような社会的装置¹¹⁾」と定義した。さらに「社会的共通資本」を自然環境、社会的インフラストラクチャー、制度資本の3つに分類し、このうち制度資本に医療を含めている。

また、提供主体の非営利性を論じたものではないが、医療保険制度における「非営利性」の要請について、国家の存在を意識した分析も存在する。Fuchs（1990）は、平等主義の拡大を反映した「社会安定化のための努力の一環¹²⁾」として国民医療保険をとらえ、「医療保険は貧しい人々がストライキや暴力行為などの社会的衝突を通して富裕な人々への反抗を強めていることに対する対策として生まれたのであろう¹³⁾」と述べた。国民医療保険が国民統合の象徴としての役割を果たしている可能性にも言及している。

以上のように、日本の医療提供体制は民間を中心として構築されてきたが、これは医療が制度

¹⁰⁾ Stiglitz（2003），藪下史郎訳，p. 408.

¹¹⁾ 宇沢（2000），p. 4.

¹²⁾ Fuchs（1990），江見康一・田中滋・二木立訳，p. 63.

¹³⁾ 同上，p. 63.

的・法的に営利であることを意味するわけではない。医療における「市場」とは、提供体制における医療機関間の競争関係として理解するのが自然である。

民間に任せた提供体制の構築は、医療機関の量的拡張期——すなわち、各主体が設備投資等を競い合い、質を高め合いながら病院の規模を拡大していった時代には適していた。しかし、人口減少社会という量的縮小期に直面した現在では、再編や統合によって機能分化を進めること、医療機関の連携を進めることが求められるようになっている。この変化に対応することは、同じ地域内で長く競争関係にあった医療機関にとっては極めて難しい。都道府県単位で設置される「地域医療構想調整会議」も、提供体制に変化をもたらすほどの影響力を持つことはできなかった。加えて、「市場・民間」に該当しない公立・公的医療機関、自治体病院でも、様々な理由から提供体制の改革が課題に直面している。このように、提供体制が民間中心であることと、公・民が混在して医療サービスを提供しているということが、医療を「市場」としてとらえた場合の日本の特徴と言える。

3. 地域医療連携推進法人の实地調査

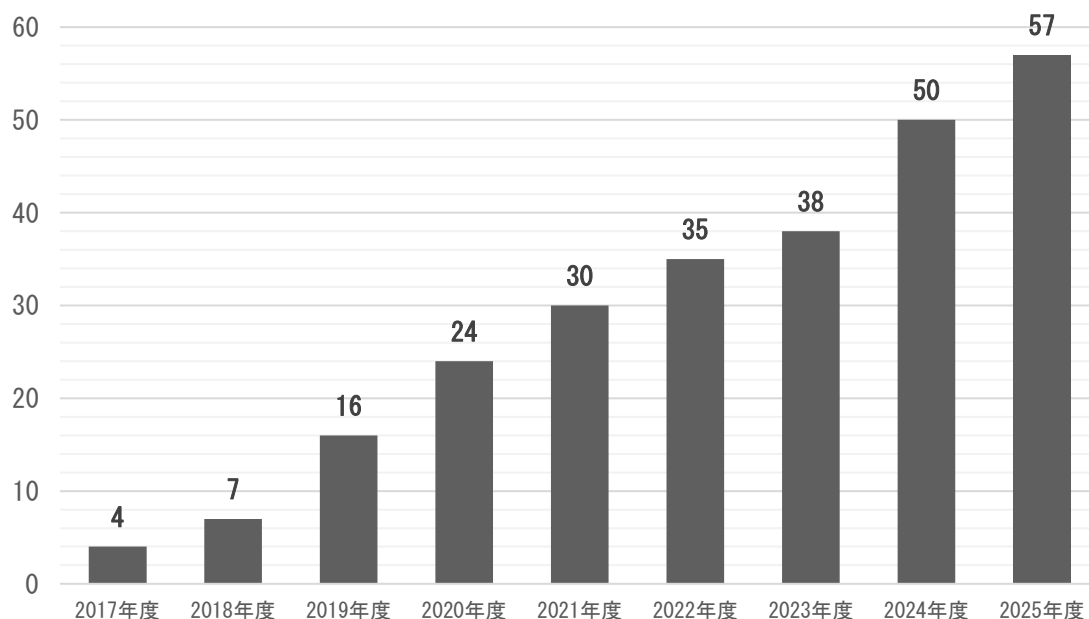
長く競争関係にあった医療機関が政策目標に見合った形で変化するよう、非営利性を徹底した上で全体最適に向けた変化を促そうとした政策の1つが、2015年の第七次医療法改正で創設された地域医療連携推進法人制度である。以下では、制度の概要とこれまでの普及状況、および实地調査結果について整理する。

3.1 地域医療連携推進法人制度の概要と普及状況

地域医療連携推進法人制度は、地域の医療機関等が独立性を保持したまま相互に連携し、一体的な経営を行うことで地域医療構想や地域包括ケアの実現を目指す制度である。2015年9月に成立した第7次医療法改正で創設され、2017年4月から施行された。2025年7月1日現在、57法人が認定されている¹⁴⁾。法人数は安定的に増加しており、全国的に普及しつつある（図表3）。

¹⁴⁾ うち、兵庫県の「はりま姫路総合医療センター整備推進機構」は、公立病院と民間病院の統合を円滑に進めるために設立され、病院の統合後に解散した。

図表 3 地域医療連携推進法人数（累計）の推移（2025 年度の数値は 2025 年 7 月 1 日時点、以下同様）



出典：厚生労働省ホームページ（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177753.html>）掲載の
地域医療連携推進法人一覧をもとに筆者作成

地域医療連携推進法人の具体的な業務としては、診療科（病床）再編や病床融通、医療従事者の共同研修や人事交流、医薬品等の共同購入、参加法人への資金貸付、関連事業を行う完全子会社への出資等が想定されている。一般社団法人であるため社員総会を有しており、ここに、病院等を開設している法人や介護事業を行っている法人が構成員（社員）として参加する。具体的には、医療法人、社会福祉法人、公益法人、NPO 法人、学校法人、国立大学法人、独立行政法人、地方独立行政法人、地方自治体に加え、医療従事者の養成機関の開設者（大学など）、医師会、歯科医師会なども参加できる。2023 年 5 月の医療法改正によって、個人（個人開業医や介護事業等を行う個人など）も参加法人となることができるよう制度が見直され、2024 年 4 月 1 日より施行された。

制度の普及に伴って、多様な活用実態を理解するため、全国の地域医療連携推進法人の類型化を試みる分析も増えている。図表 4 に示したように、都市か地方か、という立地に注目したものや、公立か民間か、という設置母体に注目したのが見られる。また、2024 年度には、厚生労働省の医療施設経営安定化推進事業として「地域医療連携推進法人が行う取組に関する調査研究」が実施され、事業内容に焦点を当てた事例分析が行われた。

地域医療連携推進法人制度は、法人の設立・認定のみで何らかの変化が生まれる制度ではない。実態としてはあくまでプラットフォームを用意する制度であり、制度施行から 8 年が経過した現在では、法人の在り方や活動内容がますます多様化している。

図表 4 地域医療連携推進法人の類型化の例

出典	類型
千田 (2023) ¹⁵⁾	過疎地型（公立公的主导型／民間主导型），地方都市型（公立公的主导型／民間主导型），都市型（民間主导型）
令和 5 年度 第 3 回医療政策研修会 (2024 年 1 月 19 日) 資料 ¹⁶⁾	地域参加型，グループ型，2 病院型
令和 6 年度医療施設経営安定化推進事業 「地域医療連携推進法人が行う取組に関する調査研究報告書」(2025 年 3 月)	都市部，地方 / 公立・民間混合型，大学病院主导型，民間主导型，公立・公的主导型

出典：筆者作成

3.2 地域医療連携推進法人の実地調査結果

本研究では，次の 6 つの地域医療連携推進法人に実地調査を行った¹⁷⁾。

- ① よねざわヘルスケアネット（山形県）
- ② あげおメディカルアライアンス（埼玉県）
- ③ 房総メディカルアライアンス（千葉県）
- ④ さがみメディカルパートナーズ（神奈川県）
- ⑤ にいがた県央医療連携推進機構（新潟県）
- ⑥ 湖南メディカル・コンソーシアム（滋賀県）

図表 5 では，各法人の定める医療連携推進区域に含まれる市区町村の統計データを集計し，地域特性を把握した。

¹⁵⁾ 初出は千田敏之(2022)である。

¹⁶⁾ その後，厚生労働省の公式見解として加藤光洋(2024)でも採用している。

¹⁷⁾ なお，2022 年度の調査では，日本海ヘルスケアネット（山形県），川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク（兵庫県），医療戦略研究所（福島県），佐賀東部メディカルアライアンス（佐賀県）を，2023 年度の調査では，弘道会ヘルスネットワーク（大阪府），Alliance for the Future and Sustainable Society（秋田県）を訪問した。

図表 5 調査を実施した地域医療連携推進法人の「医療連携推進区域¹⁸⁾」の概要

	市町村	総人口	65 歳以上人口	65 歳以上人口割合	人口密度 (/km ²)	人口増減率		病院数	医師数	人口 10 万人当たり			
						2020 年 -2040 年	2020 年 -2050 年			医師数	一般病院数	一般診療所数	病院病床数
①	米沢市	81,252	25,259	31.09%	148.13	-23.07%	-34.63%	6	160	196.92	6.15	73.84	1,404.27
②	鴻巣市	116,828	34,993	29.95%	1,732.33	-13.30%	-21.38%	4	116	99.29	3.69	84.92	1,035.05
	上尾市	226,940	61,216	26.97%	4,986.60	-6.89%	-11.32%	5	433	190.80	4.92	152.61	1,620.88
	桶川市	74,748	22,126	29.60%	2,948.64	-8.49%	-13.28%	2	58	77.59	2.46	56.61	319.99
	北本市	65,201	21,183	32.49%	3,289.66	-19.32%	-29.94%	2	152	233.13	2.46	54.15	699.06
	伊奈町	44,841	10,920	24.35%	3,031.85	0.95%	-0.16%	5	208	463.86	4.92	23.38	1,181.51
③	館山市	45,153	17,734	39.28%	410.30	-21.76%	-31.99%	5	118	261.33	4.92	54.15	930.44
	鴨川市	32,116	12,375	38.53%	168.02	-21.87%	-30.23%	7	490	1,525.72	7.38	19.69	1,799.34
	南房総市	35,831	16,895	47.15%	156.09	-33.30%	-46.41%	3	25	69.77	3.69	28.31	556.29
	鋸南町	6,993	3,361	48.06%	154.82	-40.47%	-55.83%	1	10	143.00	1.23	6.15	81.23
④	厚木市	223,705	57,522	25.71%	2,383.90	-9.12%	-15.45%	12	429	191.77	11.08	188.30	3,379.61
	大和市	239,169	56,696	23.71%	8,828.68	-0.24%	-3.49%	9	420	175.61	9.85	221.53	1,977.80
	海老名市	136,516	33,825	24.78%	5,134.11	1.11%	-2.67%	4	282	206.57	4.92	128.00	1,193.82
	座間市	132,325	33,638	25.42%	7,531.30	-5.64%	-10.03%	4	130	98.24	4.92	76.31	1,113.82
	綾瀬市	83,913	23,186	27.63%	3,790.11	-8.60%	-13.05%	1	57	67.93	1.23	39.38	206.76
	愛川町	39,869	11,947	29.97%	1,163.04	-17.54%	-28.33%	1	24	60.20	1.23	25.85	184.61
	清川村	3,038	1,131	37.23%	42.64	-25.38%	-36.50%	1	8	263.33	0.00	2.46	399.99

¹⁸⁾ 地域医療連携推進法人が定款で定めた、連携を推進する区域を指す（医療法第 70 条の 7 第 1 号柱書括弧書）。医療連携推進区域として二次医療圏を定めている場合には、当該二次医療圏に含まれるすべての市町村を記載した。

	市町村	総人口	65 歳以上人口	65 歳以上人口割合	人口密度 (/km ²)	人口増減率		病院数	医師数	人口 10 万人当たり			
						2020 年 -2040 年	2020 年 -2050 年			医師数	一般病院数	一般 診療所数	病院病床数
⑤	三条市	94,642	31,258	33.03%	219.09	-22.03%	-33.40%	7	139	146.87	7.38	83.69	1,388.27
	加茂市	25,441	9,356	36.78%	190.26	-34.22%	-48.80%	1	30	117.92	1.23	23.38	206.76
	燕市	77,201	24,060	31.17%	695.82	-19.25%	-29.88%	2	110	142.49	2.46	88.61	614.14
	弥彦村	7,705	2,471	32.07%	306.12	-22.57%	-34.77%	0	2	25.96	0.00	6.15	0.00
	田上町	11,227	4,228	37.66%	354.05	-31.55%	-47.00%	0	4	35.63	0.00	6.15	0.00
⑥	大津市	345,070	90,578	26.25%	742.87	-2.65%	-7.26%	15	1,349	390.94	16.00	374.14	4,753.11
	草津市	143,913	30,057	20.89%	2,121.98	3.39%	0.44%	7	293	203.60	7.38	166.15	1,511.35
	守山市	83,236	18,098	21.74%	1,493.56	4.21%	2.19%	3	249	299.15	3.69	89.84	1,026.44
	栗東市	68,820	13,138	19.09%	1,306.13	1.35%	-1.78%	1	201	292.07	1.23	65.23	483.68
	野洲市	50,513	13,189	26.11%	630.23	-6.87%	-12.22%	3	91	180.15	2.46	56.61	563.68

出典：「統計でみる都道府県・市区町村のすがた（社会・人口統計体系）」（総務省統計局）より筆者作成¹⁹⁾

¹⁹⁾ 人口増減率は 2023 年度調査の将来推計人口をもとに算出した。総人口、65 歳以上人口、人口密度は 2020 年度調査、その他はすべて 2022 年度調査による。

都市部と地方の相違点と共通点に着目して分析を行った 2023 年度調査結果からは、都市部と地方で地域医療連携推進法人制度の活用目的が異なっていることが示唆された。都市部では、医療従事者の共同研修や医薬品等の共同購入のように、業務の効率化による各機関の費用削減や、日々の診療における機関連携のさらなる強化が目指される。一方、地方では、患者数減少による収支の悪化や、急速な人口構造の変化を背景に、医療機関連携の先に再編・統合を見据えて（あるいは再編・統合後に地域内連携を強化する目的で）活用されることが考えられる。

本年度の調査対象を分類すると、①よねざわヘルスケアネット（山形県）、③房総メディカルアライアンス（千葉県）、⑤にいがた県央医療連携推進機構（新潟県）が「地方」、②あげおメディカルアライアンス（埼玉県）、④さがみメディカルパートナーズ（神奈川県）、⑥湖南メディカル・コンソーシアム（滋賀県）が「都市（都市近郊）」に該当する。①、③、⑤では、ほとんどの地域で 2040 年までの人口減少率が 2 割を超え、2050 年までに人口が 3 割以上減少する。加えて、2020 年時点で人口密度が 150～500 人/km² であり、「都市のスポンジ化」の懸念も大きい。

「都市のスポンジ化」は、「都市の大きさや外縁が変わらない、又はいまだ拡大しているにもかかわらず人口が減少し、使われない都市内空間として、空き地・空き家が小さい穴があくように生じ、密度が下がっていくという事象²⁰⁾」と定義されている。医療や介護などの対人の公的サービスをはじめとする多くの行政活動では、人口規模・人口密度が低下するとコストが増加し、自治体財政の逼迫も予想される。

他方、②、④、⑥の地域の多くでも、人口減少が予測される。ただし、①、③、⑤と比較すると減少率は 2050 年までで概ね 1 割から 2 割であり、2020 年時点の人口密度も 1,000 人/km² 以上であることから、相対的に人口減少の影響は小さい。2020～2040 年の期間では、人口がわずかに増加する地域もあることから、人口減少に対応する政策への転換が課題となる。

また、今回の調査対象の中では、①、③、⑤、⑥の法人で医療機関の再編・統合を実施していた（図表 6）。全国的な傾向を見ても、高齢化・人口減少が深刻である地方の方が再編・統合は進んでいる。①、③、⑤の法人では公立・公的医療機関も参加しており、自治体病院を含む再編・統合が進められた。地域医療連携推進法人制度の施行当初、参加法人の中心は医療法人（全参加法人の約 6 割）であったが、2020 年以降は都道府県や市町村など自治体の参加が目立つ。都道府県単位の地域医療構想調整会議が担うはずだった役割を、地域医療連携推進法人が担ったとも評価でき、公と民が一体となって持続可能な医療提供体制を構築する手段として活用されている。

²⁰⁾ 都市計画基本問題小委員会（2017）「都市計画基本問題小委員会 中間とりまとめ『都市のスポンジ化』への対応」, p. 3.

図表 6 調査を実施した地域医療連携推進法人の公立・公的医療機関の参加および再編・統合の状況

	公立・公的医療機関 の関与	再編・統合
よねざわヘルスケアネット（山形県）	市立病院が参加	急性期を担う二病院の一方が回復期に転換し、両病院が隣接するよう建替
あげおメディカル アライアンス（埼玉県）	—	なし
房総メディカル アライアンス（千葉県）	市立病院が参加	自治体病院の経営赤字のため病床再編を実施したが、病院の再編は住民反対で計画が白紙撤回
さがみメディカル パートナーズ（神奈川県）	—	なし
にいがた県央医療連携 推進機構（新潟県）	3つの県立病院を再 編、公設民営1病院と 県立2病院が参加	労災病院と厚生連病院を統合再編、近隣の3病院（県立2、済生会1）を地域密着型病院に機能分化
湖南メディカル ・コンソーシアム（滋賀 県）	—	ケアミックス病院（719床）を、高度急性期（420床）、回復期・慢性期（199床）、介護医療院（100床）に分割し、地域内の他医療機関・介護施設と連携

出典：調査結果をもとに筆者作成

調査結果から、自治体病院の再編・統合では、民間医療機関の再編・統合に比べて住民感情や政治的な意向が大きな壁となることも示唆された。明らかに経営状況が深刻である場合にも、現状維持を求める従業員や反対住民によって、文字通り組織的な反対運動が展開されることもある。このような住民感情によって公的医療機関は政治的な利権となり、政策的な合意形成を困難にしている。選挙前に再編・統合の議論が白紙になるといったケースもあった。

そこで、以下では公立・公的医療機関の医療提供体制改革について、厚生労働省による「再検証要請対象 424 病院」公表という事象を用いて分析する。

4. 公立・公的医療機関の再編・統合の全国的傾向——再検証対象医療機関（424 病院）の分析

2019 年 9 月に厚生労働省が公表した再検証対象リストには全国 424 の公立・公的医療機関等が掲載され、地域で大きな反発を招いた。まず医療機関名公表の背景を整理し、その後で公表データに基づく分析を行う。

4.1 厚生労働省による再検証対象医療機関公表の背景

2019 年 9 月 26 日、厚生労働省は、地域医療構想における具体的対応方針の再検証を要請する公立・公的医療機関等として、424 の医療機関等の名称を公表した。具体的対応方針の記載事項は、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、② 2025 年に持つべき医療機能別の病床数であり、この見直しについて再検証が要請された。

424 病院の選定は、病床機能報告において「高度急性期」または「急性期」の病床を有すると

報告した全国の公立・公的医療機関等²¹⁾1,455 病院を母集団とし、次の 2 つの基準に基づく²²⁾。

- ① 診療実績が特に少ない（診療実績が無い場合も含む）。
- ② 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。

詳細な選定プロセスは、第 24 回「地域医療構想に関するワーキンググループ」（2019 年 9 月 26 日）の資料で公開されている。基準 A では、対象 9 領域（がん 5 領域、心筋梗塞、脳卒中、救急、小児、周産期）について人口規模別に 5 区分（100 万以上、50 万以上、20 万以上、10 万以上、10 万未満）に分類し、各区分内で症例数分布の下位 33.3 パーセンタイル値を閾値として、9 領域すべてで該当した場合を要請対象とする。基準 B では、対象 6 領域（がん 3 領域、心筋梗塞、脳卒中、救急、小児、周産期）について、構想区域内の累積症例シェア 50% で上位・下位グループを分け、上位最少値と下位最多値の症例数差が 1.5 倍以内の場合を「類似」と判定し、さらに自動車での移動時間が 20 分以内の場合を「近接」と判定する。6 領域すべてで該当した場合を要請対象とするが、人口 100 万人以上の構想区域では B 基準のみの該当は要請対象としない。

このように、再検証要請対象の医療機関は基準 A または B の全領域該当という厳格な条件により抽出されており、地域医療構想の実現に向けて医療機関の機能分化・連携を推進するため、都道府県に対して対象医療機関の役割や機能の再検証を促すことを目的としていた。厚生労働省が再編・統合を強制しているという誤解が生じないように、医療機関名称公表時の文書「地域医療構想の実現に向けて」では、次のような「注意書き」が約半分を占めている²³⁾。

- 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す。したがって、必ずしも医療機関そのものの統廃合を決めるものではありません。また、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ありません。
- 今回の分析だけでは判断しえない診療領域や地域の実情に関する知見も補いながら、地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くして頂き、2025 年のあるべき姿に向けて必要な医療機能の見直しを行っていただきたいと思います。その際、ダウンサ

²¹⁾ より厳密には、公立病院（都道府県、市町村、地方独立行政法人等）、公的医療機関（日本赤十字社、済生会、厚生連、国立病院機構、地域医療機能推進機構〔JCHO〕等）、および一部の民間地域医療支援病院が対象である。なお、分析項目が主に急性期機能に関連するものであるため、慢性期や療養型のみ病院は母集団に含まない。

²²⁾ 厚生労働省医政局長通知（医政発 0117 第 4 号）「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（2020 年 1 月 17 日）

²³⁾ 厚生労働省医政局「地域医療構想の実現に向けて」（2020 年 9 月 27 日）

イジングや機能連携・分化を含む再編統合も視野に議論を進めて頂きたいと考えています。

しかし、公表直後には全国各地で自治体や病院団体から強い反発が相次ぎ、急遽、全国 5 ブロックで意見交換会（都道府県、市町村の職員、医療機関の関係者等が参加）が開催された²⁴⁾。参加者の多くは、将来の医療提供体制見直しの必要性や地域医療構想の方向性自体には理解を示した一方で、唐突に病院名を公表するという手法を問題視していた。マスコミによる報道が「再編統合について特に議論が必要」を強調したこともあって、病院が閉鎖されるという不安が広がり、雇用や融資といった実際の経営面で影響を受けたようである。

前述のように、厚生労働省としても、再編・統合を強制していると誤解されないよう、丁寧に意図を説明していたが、実際の反発は想定をはるかに上回っていた。このように、総論では賛成しつつも、実行段階に進もうとすると反対や懸念が噴出するという構図は、地域医療構想の理念が共有されても、実際の改革が前に進みにくいという医療提供体制改革の難しさを端的に示している。

4.2 全国的な進捗状況と制度全体の動き（2020～2024 年）

2019 年 9 月の 424 病院リスト公表は強い反発を招いたが、厚生労働省がこれを撤回することではなく、各都道府県では地域医療構想調整会議等を通じて、対象医療機関を含む構想区域ごとの対応方針の策定が進められた。しかし、公表からまもなく新型コロナウイルス感染症が流行して病床再編や機能転換の議論が停滞したため、対応方針の実施段階に至った事例は限定的であった。再検証要請対象とされた医療機関を含め、多くの公立・公的医療機関がコロナ対応で一定の役割を果たしたことから、地域医療構想そのものを問題視する意見もあった²⁵⁾。

2024 年 3 月末時点で、再検証対象医療機関の検討状況は「検証済」（措置済を含む）の医療機関単位の割合が 93%、その他の医療機関についても「合意済」（措置済を含む）の医療機関単位の割合は 90%である。全体的な進捗が見られる一方で地域差があることも認識されており、厚生労働省は、2025 年までに機能再編等の取組を完了できない場合に理由説明や工程表策定を求める方針を示している。

4.3 対象病院の地域分布と属性（2019 年時点）

厚生労働省が再検証要請対象病院として公開した 424 病院が、実際に再編・統合すべきであるかについては、各地域の事情を考慮しながら地域医療構想調整会議等で議論すべき内容である。本稿では、公表された 424 病院が、少なくとも何らかの議論——最終的に、対応は不要で

²⁴⁾ 意見交換会という形ではあるが、実態としてはいわゆる「謝罪まわり」であった。

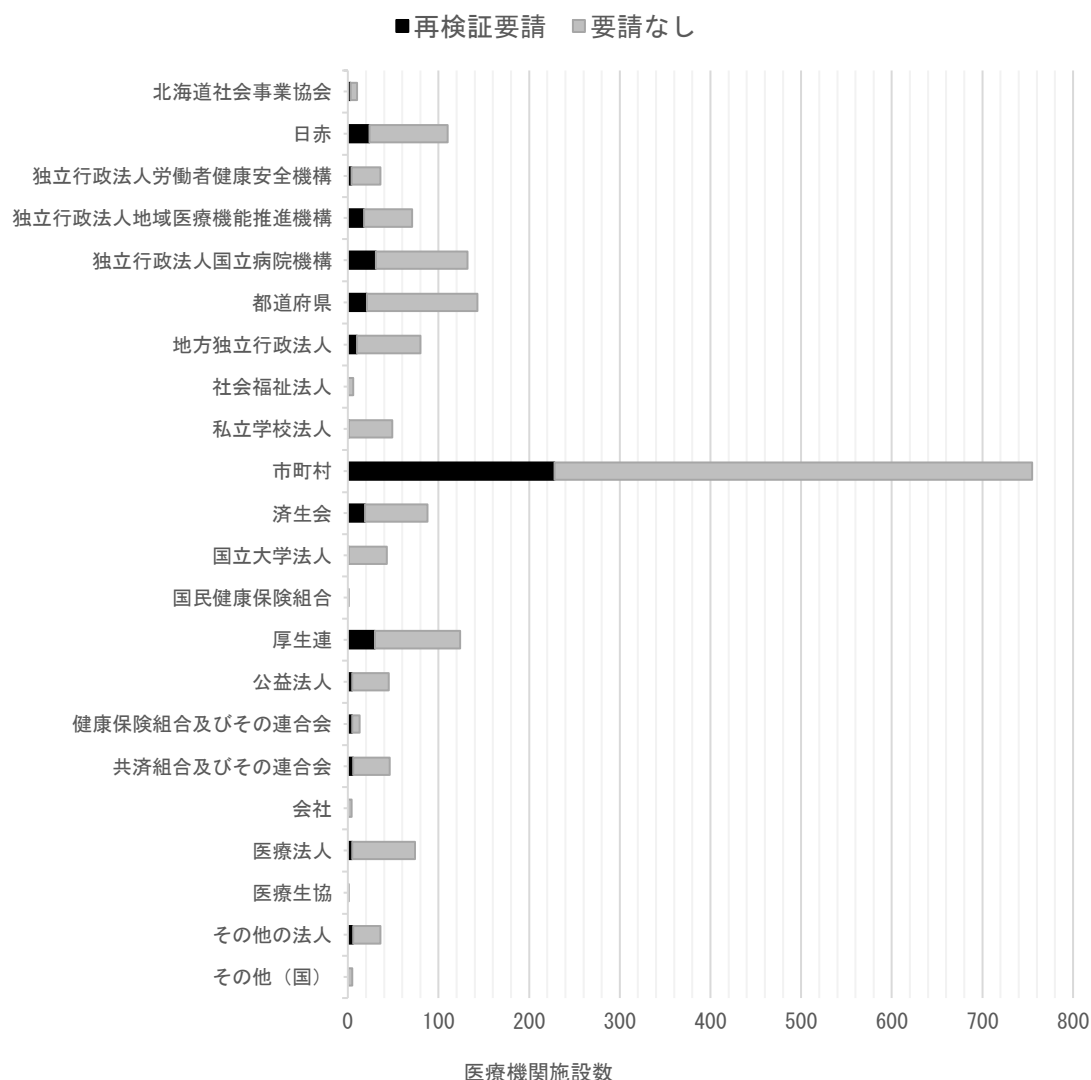
²⁵⁾ 実際には、新型コロナウイルス感染症の対応では、病院や病床への不十分な人員配置（低密度医療の非効率）が問題になったのであって、地域医療構想による医療機能の適切な分化・連携はそれを改善するものである。

あるという結論になる場合も含めて——を求められた対象であるという観点から、分析を行う。なお、2019年9月の公表時には424病院であったが、その後の確認・再計算作業により2020年1月17日に417病院となっているため、分析上は417病院のデータを用いる。

図表7では、417病院の設置主体を示した。市町村立の医療機関が突出して多く、母集団である1,455病院の36.2%、再検証要請対象417病院の54.7%を占める。

図表8および図表9では、母集団となった公立・公的医療機関等の稼働率（高度急性期・急性期病棟）と合計病床数について、再検証要請対象となった医療機関と要請対象にならなかった医療機関を区別して示した。

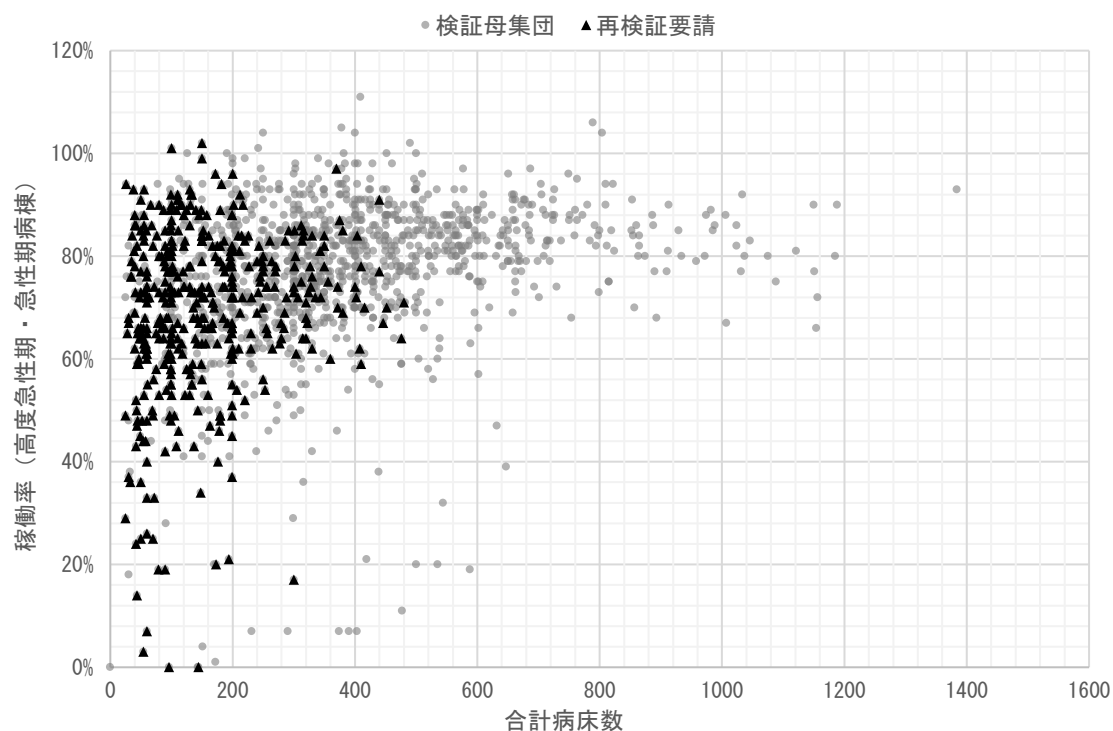
図表7 設置主体別の対象医療機関



出典：第24回「地域医療構想に関するワーキンググループ」（2019年9月26日）

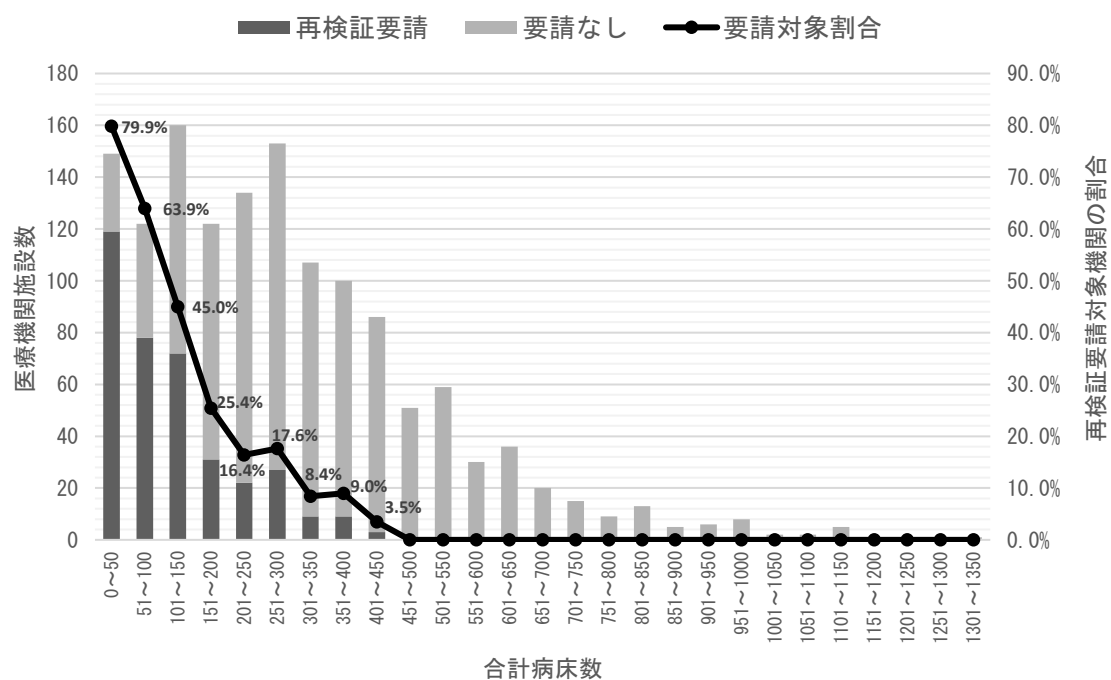
参考資料1「公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果」をもとに筆者作成

図表 8 合計病床数・稼働率別の対象医療機関



出典：同上

図表 9 合計病床数別の対象医療機関と再検証要請割合



出典：同上

図表 8 から、再検証要請対象となった医療機関は相対的に合計病床数が少なく、高度急性期・急性期病棟の稼働率も低い傾向にあることが読み取れる。また、図表 9 が示すように、合計病床数が少ない医療機関ほど、再検証対象に該当する割合は顕著に高い。特に、50 床以下の医療機関では、8 割近くが再検証要請に該当している。

これらの事実から、地域の公立・公的医療機関等は、病床数が少なく稼働率も高くない小規模医療機関であっても淘汰されず、存続していることが分かる。これは一般的な民間市場には見られない特徴であり、医療サービスの保障が強固であることを示している。地域によってはこのような医療機関が重要な役割を担っている可能性も十分に考えられるため、民間市場のような競争原理のもとで淘汰されないことは、住民視点での自治体病院の利点と言える。

一方で、人口減少局面においても、このような医療機関等が形を変えずに存続し続けていること、加えて将来的な具体的対応方針の再検証を促すと想定以上の反発により議論が進まなくなることから、提供体制の硬直性を表していると捉えることもできる。特に、医療提供体制の持続可能性のみならず、都市としての持続可能性も懸念される地域において、将来的な機能の再編や連携という議論に進むことさえ阻まれることは、政策的な制約条件である。前述のように、提供体制が民間中心である日本で制度設計に工夫が求められることは 2013 年の社会保障制度改革国民会議でも指摘されていたが、公立・公的医療機関についても別の観点から政策展開の障壁があることが明らかになった。

5. 結び

地域医療連携推進法人制度は施行から 8 年が経過し、地域内で様々な活動を展開するためのプラットフォームとして機能している。特に人口減少が深刻な地方においては、公立・公的医療機関も参加することで、公と民が一体となって再編・統合を進める手段としても活用されている。

本稿では、日本の医療提供体制における競争関係の実態を、公立・公的医療機関の役割に着目して分析した。公立・公的医療機関は、地域医療の安定供給に不可欠である一方、政治的・社会的要因により再編・統合が進みにくい構造的課題を抱えている。病床数が少なく稼働率も高くない小規模医療機関の存続は、一般的な民間市場とは異なる公共サービスとしての医療保障の特性を示しており、同時に政策的な制約条件ともなっている。人口減少局面において、将来的な機能の再編や連携という議論に進むために、地域医療連携推進法人制度が活用される理由にもなっていることが分かった。

本研究では、個別の地域医療連携推進法人に実地調査を行ったため、制度を利用していない医療機関の連携や再編・統合の事例については把握できなかった。加えて、公立・公的医療機関の再編・統合における政治的・社会的要因について、他国の事例を調査することも必要であると考えている。

6. 謝辞

本稿の執筆にあたり、指導教授である権丈善一先生には多くのご指導を賜った。また、亜細亜大学経済学部経済学科教授・権丈英子先生には、権丈善一先生とともに実地調査にご同行頂いた。本年度の実地調査では、よねざわヘルスケアネット、房総メディカルアライアンス、にいがた県中央医療連携推進機構、あげおメディカルアライアンス、さがみメディカルパートナーズ、湖南メディカル・コンソーシアムの皆様にご協力頂いた。報告会においては、コーディネーターの鄭潤澈先生をはじめ、横田絵理先生、牛島利明先生、高田英亮先生、青木章通先生（専修大学）から貴重なご意見を頂戴した。ここに深謝の意を表する。

参考文献

- 遠藤久夫「医療と非営利性」田中滋・二木立（編）『保健・医療提供制度』勁草書房，2006年，pp.47-79.
- Fuchs, V. R. (1986), *The Health Economy: Harvard University Press*. V. R. フュックス/江見康一・田中 滋・二木立訳『保健医療の経済学』勁草書房，1990年.
- 濱名仁美「地域医療連携推進法人による信頼関係の構築と制度の未来」『病院』82巻5号，2023年，pp.426-429.
- 加藤光洋「地域医療連携推進法人制度の概要」『病院』83巻4号，2024年，pp.276-280.
- 真野俊樹『入門医療経済学——「いのち」と効率の両立を求めて』中央公論新社，2006年.
- 新田秀樹「医療の非営利性の要請の根拠」『名古屋大学法政論集』175号，1998年，pp.15-68.
- 野村證券株式会社「地域医療連携推進法人が行う取組に関する調査研究報告書」（令和6年度医療施設経営安定化推進事業），2025年.
- 千田敏之「全体動向—全国に32法人が設立，過疎地型や都市型など様々 地域の実情に合わせて民間・公的の連合も」『日経ヘルスケア』2022年9月号「特集2 地域医療連携推進法人」，2022年，pp.48-50.
- 千田敏之「大病院主導や再編・統合での活用が増加—制度見直しで2024年度から個人医療機関も参加可能へ」『日経ヘルスケア』2023年8月号「特集2 活用広がる地域医療連携推進法人〔TREND〕」，2023年，pp.48-55.
- 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」（2013年8月6日）.
- Stiglitz, J. E. (2000), *Economics of the Public Sector, Third Edition: W. W. Norton & Company*. J.E.スティグリッツ/藪下史郎訳『公共経済学（第2版）上』東洋経済新報社，2003年.
- 都市計画基本問題小委員会「都市計画基本問題小委員会 中間とりまとめ『都市のスポンジ化』への対応」，2017年.
- 宇沢弘文『社会的共通資本』岩波書店，2000年.