

# 「地域医療構想」と 公立・公的病院「再編・統合」とのたたかい

自治労連中央執行委員  
小泉 治

## 1. 社会保障“解体”と公立・公的病院の再編・統合の再検証・「424 病院」公表

いま、財界や海外資本による、日本の社会保障制度を解体と大企業や海外資本がさらに大儲けできる仕組みづくりに向けた圧力がかつてなく強められています。財界は、経済財政諮問会議に経団連会長などトップを二人も座らせ、「提言」と称して社会保障制度をはじめとするあらゆる分野への攻撃を強めています。そして安倍政権は、それに応えて「成長戦略」として社会保障制度の解体を「市場化

(産業化)」と一体ですべてしています。安倍政権のもと、2013年度から19年度までの7年間で、社会保障予算が約1兆7100億円も削減、また、法改悪等による給付削減が、約2兆5620億円におよんでおり、あわせて約4兆2720億円もの社会保障費が削減されています

それでも安倍政権による社会保障解体は緩められることなく、執拗な攻撃が繰り返されています。財務省は、今後の社会保障費のさらなる抑制をめざす「改革案」を示し、「給付と負担のバランスを見直す」として、高齢者

医療保険料の軽減措置の廃止、介護保険料や国民健康保険料の引き上げに続き、在職老齢年金の見直し、医療・介護の利用者の自己負担の増加など、国民負担を大幅に増やそうとしています。2019年6月の「骨太方針2019」では、「Society5.0時代」にふさわしい仕組みづくりや「経済再生と財政健全化の好循環」

を掲げ、また、「社会保障の充実と財政健全化

### 社会保障・税一体改革のもとで7年間で4兆2720億円の社会保障費削減

■ 予算編成過程での自然増分削減(国費) = 合計1兆7100億円

	削減内容	概算要求(億円)	予算額(億円)	削減額(億円)	削減率
2013年度	生活保護の生活扶助費削減など	8400	5600	▲2800	▲33.3%
2014年度	診療報酬実質▲1.26% 生活保護の生活扶助費の削減など	9900	5900	▲4000	▲40.4%
2015年度	介護報酬▲2.27%、生活保護冬季加算削減など	8300	3600	▲4700	▲56.6%
2016年度	診療報酬▲1.31%	6700	5000	▲1700	▲24.4%
2017年度	医療・介護高額サービス費上限額引き上げ 後期高齢者医療の保険料引き上げなど	6400	5000	▲1400	▲21.9%
2018年度	生活保護費の段階的引き下げ、診療報酬▲1.19%	6300	5000	▲1300	▲20.6%
2019年度	生活保護費の段階的引き上げ、総報酬割導入など	6000	4800	▲1200	▲20.0%

■ 法改悪などによる削減(給付費) = 合計2兆5620億円

	改悪時期	改悪内容	削減額(億円)
年金	2013~15年	「特別水準解消」で2.5%減	▲1兆2500億円
	2015年度	「マクロ経済スライド」で0.9%抑制	▲4500億円
	2017年度	物価変動をふまえて0.15%減	▲500億円
	2019年度	「マクロ経済スライド」で0.5%抑制	▲2500億円
医療	2018年度	70歳~74歳まで2割負担	▲4000億円
	2019年度	後期高齢者医療保険料の「軽減特例」廃止	▲170億円
介護	2015年度	利用料2割負担導入	▲750億円
	2015年度	施設(多床室)での居住費徴収拡大(老健施設など)	▲700億円

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

全日本民医連「医療・介護制度改革、全世代型社会保障をめぐって」資料より抜粋  
(財務省、厚生省の公表資料等より全日本民医連作成)

2020年2月21日

にも資する」として「全世代型社会保障」を明記しています。そして、消費税10%への増税直前の2019年9月に「全世代型社会保障検討会議」を設置。この「検討会議」には、経済財政諮問会議の二人のほか財界代表も顔を並べ、財界言いなりに社会保障を変質させようとしています。

「検討会議」が2019年12月に行った「中間報告」では、①高齢者などの給付を削減、②「一億総活躍社会」の名のもとに高齢者も社会保障財政を支える側に、などの考えをあからさまに示し、「高齢層も生涯現役」を前提に予防・健康づくりの推進、年金支給開始年齢の柔軟化と段階的な引き上げ、在職老齢年金制度の見直しなどが掲げられています。そのうえで「給付と負担の見直し」として、後期高齢者医療制度の窓口負担や、介護保険の軽度者の生活援助サービスのあり方の検討をはじめ、医療、介護、年金などさまざまな分野で国民負担増の制度改悪のメニューをあいっついで打ち出しました。

こうした動きにあわせ、2020年通常国会（第201回国会）では、年金と雇用の改悪がセットでねらわれています。年金改革法案では、「年金の支給開始年齢の上限を75歳まで引き上げ」「厚生年金のパート労働者の適用事業所規模拡大」「在職老齢年金制度の見直し」が主な「改正」内容です。また、「改正」関連法案は、高年齢者雇用安定法や雇用保険法、労働基準法等など6本を一括法案として、「70歳までの就業の確保（70歳就業法案）」「雇用によらない働き方（フリーランス・個人事業主）の拡大」「副業・兼業の普及に向けた労災・雇用保険の見直し」「高年齢雇用継続給付金の引き下げ・廃止」などを一括で成立させようとしています。これらの法案は、働かざるを得ない女性、高齢者を制度的に生み出し、しかも、女性、高齢者や外国人労働者を安上が

り、かつ企業に雇用責任のない働き手として使おうとする財界の意向を汲んだものであると同時に、「生涯現役」で働かせ続けて、自助・共助で社会保障費の支え手にさせるといふ、雇用（「働き方」）と社会保障を一体とする「全世代型社会保障」推進の前提となる制度の構築をねらった布石でもあります。

つまりは、高齢層に働き続けることを強要し、若年層も含む全世代に対して負担を増やし、そのうえ給付を狭めるという、まさに社会保障制度の変質・解体をねらったものにほかなりません。

こうした社会保障制度に対する攻撃を背景に、2019年9月26日、厚生労働省は、「医療体制の見直しを求める」として、公立・公的病院の診療実績の分析結果を公表しました。これは、地方自治体が運営する公立病院と日本赤十字などが運営する公的病院の4分の1超にあたる全国424の病院をリストアップし、「再編統合について特に議論が必要」とする分析結果とともに対象となる病院名を名指しで公表したものです。

この分析結果と病院名の公表は、「公立・公的病院の再編・統合」を都道府県ごとにまとめた「地域医療構想」について、全国1652の公立・公的病院のうちの1455病院について、がんや救急医療など9項目の診療実績を分析し、「手術件数が一定水準未滿」や「乗用車で20分圏内に同程度の実績の病院が複数ある」などに該当する病院をリストアップして「再編・統合を促す」としています。厚労省は、再検証が必要と判断された病院について、2025年を見すえた構想区域において担うべき役割や医療機能別の病床数について検討し、再編・統合しないのであれば2020年3月末までに、再編・統合する場合は2020年9月末までに対応策を決めるように求めました。

## 2. 社会保障制度の解体と「市場化」をねらう「地域医療構想」

「地域医療構想」は、2013年に安倍政権のもとで成立した「医療介護総合確保推進法」をうけ、厚労省が2015年3月に示した「地域医療構想策定ガイドライン」に基づいて、強引にすすめられているものです。厚労省は、「地域医療構想」で2025年に向けて病床の機能分化と連携をすすめるため「機能ごとの医療需要と病床の必要量を推計して定める」として、「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」の4区分を設定。そのうえで、国が定めた「各病床機能の稼働率」と「2025年の医療の将来需要」に基づいて、内閣官房の専門調査会が、2025年に必要な医療機関の病床数を115～119万床程度として、これまでに見込まれていた約152万床から33～37万床も削減すべきだとしました。

この「地域医療構想」に基づき、各都道府県で、病床機能の再編や医療機関の機能分化をすすめるために「地域医療構想調整会議」での議論が押し付けられてきたのです。調整会議における具体的な医療機関名を挙げた議論を見ると、公立病院を対象とする「新公立病院改革プラン」については823病院中の95%が、公的病院を対象とする「公的医療機関等2025プラン」については829病院中の98%が、プランに「合意」とされています。

しかし「地域医療構想」の地域での議論の実態は、安倍政権と厚労省にとって順調なものとはなっていません。厚労省は、各都道府県からの報告に基づいて病床数の集計をすすめる、これまでに全国の

9割超の公立病院と、日本赤十字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床と、2017年度比で803床の減に止まっています。そして公的病院では30万3295床と1002床の増となっているのです。

厚労省が都道府県に行ったヒアリングによると、この理由について「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ため再検討」「病床削減については地域医療提供体制に大きな支障が出ないよう慎重に議論している」「地元住民の反対により再編統合について再検討」などと回答されています。これは、地域や医療機関の実態を無視した「地域医療構想」の押し付けに対する反発と地域における住民運動の反映でもあります。

こうした状況に対し、2019年5月に行われた経済財政諮問会議で麻生財務大臣は、「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だ」と述べ、『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だ」と指摘しました。また、この会議に出席した民間議員からも「機能ご



※1 具体的対応方針策定前の病床数として、2017年度病床機能報告を用いた。  
 ※2 合意に至っていない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いて集計。

2017年度と2025年度（見込み）の病床機能・病床数の比較  
 （厚労省「地域医療構想に関する自治体との意見交換会」資料より）

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」とか、「地域医療介護総合確保基金の執行が十分にすすんでおらず、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」などと、病床数の削減や再編・統合をいっそう強行的にすすめていくことを求めています。さらに「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だ」として、公立・公的病院だけでなく、民間病院の病床削減や再編・統合にも言及しています。

厚労省が今回の「病院名公表」と再検証の要求という強権的なやり方に及んだのは、「地域医療構想」による医療費抑制と病床数の削減が、財界や安倍政権の思惑通りにすすんでいないことが槍玉に挙げられたことで、強い焦りを感じたからだと言えます。

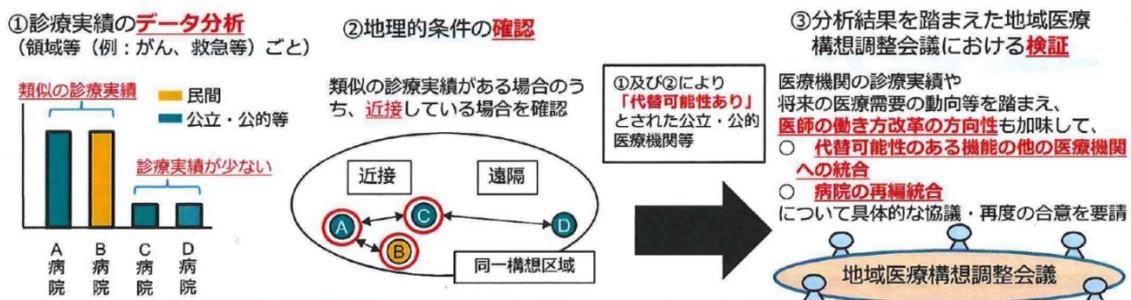
9月26日の424病院の公表について、厚労省は2017年度のデータを基に(A)(B)の2つの基準で分析したとしています。

(A)は診療実績にかかわる基準で、全国339の構想区域を人口規模別に5つに区分し、それぞれの人口区分ごとに9つの領域(がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣の各機能)ごとの診療実績について「下位33.3パーセンタイル値」に該当する病院を「特に診療実績が少ない」と

判断しています。

(B)は地理的条件にかかわる基準で、6つの領域(がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期の各機能)について、「類似かつ近接」している病院と判断しています。ここでいう「類似」とは、「各分析項目について、同一の構想区域内に、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」場合としています。「近接」の定義について、厚労省は「自動車での移動時間が20分以内」としています。ただし、人口が100万人以上の構想区域は対象外としています。

この(A)の「特に診療実績が少ない」、または(B)の「類似かつ近接している」のどちらかに該当しているのが、今回、名指しで公表された424病院です。厚労省は、大半の分析項目について「代替可能性がある」と判断された医療機関を「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」に、また1つ以上の分析項目について「代替可能性がある」と判断された医療機関については「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関」にそれぞれ位置づけ、①2025年を見す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、について、2019年内を目途に具体的対応の再検証を要請するとしています。この「具体的対応の再検証」とは、「ダウンサイジングや、機能の分化・連携・集約化、機能転換・連携等を含む『再編・統合』について」の再検証であり、



「公立・公的病院の分析」の分析基準のイメージ(厚労省「地域医療構想に関する自治体との意見交換会」資料より)

政府・厚労省による、事実上の公立・公的病院つぶしです。

### 3. 「424 病院」公表とその問題点

政府・厚労省による、この分析と再検証要請にはいくつもの問題点があります。

第一に、こうした手法は、地方自治を軽視し、蔑ろにしたものであることです。この「再検証の要請」は、地域の調整会議ですでに合意されているものを政府が強引に覆し、議論の主体である地域や、医療機関の運営に権限と責任を持つ県知事や地方自治体の議会すら無視して、一方的に期限を決めて、再検証を要請しようとしています。しかも、そのねらいは、財界の主張に沿って経済財政諮問会議が提言している、社会保障制度を解体し「成長戦略」の一環として大企業の儲けの場とする「地域医療構想」の推進のためのものであることは明らかです。

第二に、分析方法そのものが、きわめて恣意的でずさんなものであることです。今回の厚労省の分析手法は、地域性やそれぞれの病院の事情・実態を何ら勘案することなく、限られた分野の診療実績を切り出して、全国一律の基準を当てはめた機械的な判定の結果を使って一方的に病院名を公表するという、きわめて強行的なやり方です。しかも、今回の分析の基準設定は、地方の中小病院に再編・統合や機能移転・病床削減を迫る結論ありきのものであります。

しかも、分析に使われた「診療実績」とは、あくまでレセプト（診療報酬明細）に基づくものであり、これは医療需要とイコールではありません。「身近な場所で必要な医療が受けられない」「お金がなくて医療にかかれない」といった地域間格差や経済格差が原因で、医療へのアクセスが困難となっている住民のニーズは全く反映されていません。

また、「類似かつ近接」としている分析に「自動車での移動時間が 20 分以内」という基準を使っていることも問題です。この「20 分」という時間は、高速道路（有料高速自動車国道や有料自動車専用道路等）での移動も含むものです。そのうえ、地域によっては積雪など季節的な影響を多大に受けることになるにもかかわらず、そうした事情は何も考慮されていません。しかも、病院の利用頻度が高い高齢者にとって、自動車での移動というのは大きな障害にもなります。こんな基準で再編・統合がすすめられれば、患者や住民の医療機関へのアクセスが大幅に悪化することは目に見えています。

そもそも、今回の分析に使われたのは 2017 年度の単年度のデータでしかなく、現状とはかけ離れたものでしかありません。名指しされた 424 病院には、病床削減や事業所の統合などをすすめている例もあり、中にはすでに施設自体が解体されている事例まであります。そういった実態を一顧だにせず、「地域医療構想」に基づく再編・統合の推進だけのために行われた 424 病院の名指し公表に道理はありません。

第三に、今回の分析手法が、地域医療と「まちこわし」のためのツールになっていることです。「類似かつ近接」の基準の設定には、「人口 100 万人以上の構想区域」の病院は「医療提供体制や競合状態等の状況が複雑」であるため対象外としています。これでは、地方の病院に対してはスケジュールありきで「再編・統合」を押しつけながら、都市部については再検証の要請を行わないことになります。民間の医療機関では採算が取れない地域で医療体制を整備し、また不採算分野の医療を提供する公立・公的病院をなくせば、その地域で住民が住み続けることはできません。安倍政権のもと、名ばかりとはいえ「地方創生」

が掲げられていますが、今回の「再検証の要請」は、それにさえ真っ向から反する「町こわし」につながる地域の中小病院つぶしにほかなりません。

第四に、今回の分析結果の公表が、財界が主導する「骨太の方針」の具体化として行われていることです。「骨太方針 2019」には、「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』ですすめる」ことや「医学部定員の減員」などを明記していますが、今回の分析結果に基づいて医療提供体制を集約するとともに、医師の配置の集約化もすすめて医師数を抑制し、医療供給体制そのものを縮小して医療費の抑制をねらっています。医師・看護師の確保が困難な地方の中小病院がねらい撃ちされ、このまま再編・統合がすすめられれば、本来、どこに住んでいても安心して十分な医療が受けられる体制を整備するという国の責務を放棄し、地域医療を破壊することになります。

#### 4. 「424 病院」公表に全国から批判・反発が広がる

安倍政権と厚労省による、こうした強権的なやり方に対し、地域や当該・関連する病院、地方六団体などから批判が噴出するなど、全国から猛反発の声が挙がっています。

地方六団体（全国知事会、全国都道府県議会議員会、全国市長会、全国市議会議員会、全国町村会、全国町村議会議員会）や自治体病院の協議会（全国自治体病院開設者協議会、全国自治体病院協議会、全国自治体病院経営都市議会協議会）は連名で「地域の個別事情を踏まえず、国民の命と健康を守る最後の砦である自治体病院が全国一律の基準だけで機械的に再編統合される事態はあってはならない」、「強い懸念を覚える」とするコメントを発表。また、病院名公表直後に行われた地方

三団体と厚労省との協議の間では、全国知事会で社会保障を担当する鳥取県の平井伸治知事が「病院に就職しようとしていた看護師さんが『やめようか』と言い始めている。大変な影響が地方で生まれている」「住民は不安に思っている。リストは返上してほしい」と抗議の声を挙げました。

また地方自治体の首長や病院関係者からも、「住民にとっては『なくてはならないもの』という考えで病院運営をしている。きわめて失礼な発表（青森・五戸町長）」、「信ぴょう性のないデータで判定され、きわめて遺憾。撤回することを強く求める（岐阜・飛騨市長のコメント）」、「風評被害の原因ともなる突然の病院名公表という厚労省の今回のやり方には断固抗議する（済生会中央病院長）」、「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（鳥取県議会「自治体立病院を考える議員の会」知事宛要望書）」など、非常に多くの怒りの声が挙がっています。

公立・公的病院にかかわる労働組合なども、厚労省の公表後、ただちに声明や談話などを発表し、厳しく抗議しています。自治労連も9月30日に前田博史書記長の談話を発表。名指しされた病院は「住民が安心して住み続けるために必要な医療機関であり、必要な病床である」と指摘し、『地域医療構想』の進捗のみを理由とした病床数の削減や病院の統合等を強引にすすめれば、住民（患者）は行き場を失い、『安全で質の高い医療を受ける権利』が侵害されると批判しています。

こうした全国からの怒りの声が挙げられたことから、厚労省は全国7つのブロックごとに地方自治体・病院関係者との「意見交換会」を開催し、「住民への不安を招いたことについては深く反省したい」、「(公表したデータは)地域での議論を活性化するのが目的。再編・

統合を強制するものではない」と述べるなど、さながら「言い訳行脚」とも言える場を設けました。

その一方で厚労省は、分析結果に基づく424病院のリストや「再検証の要請」の撤回についてはまったく言及しておらず、「あくまでもデータの提供であり、地域での議論の活性化に活用を」として「地域医療構想」に基づく再編・統合を推進していく姿勢を崩していません。それどころか、2020年1月には「データを精査した結果、再検証を要請する病院が増減した」と都道府県に通知しています。この通知と同時に、当初、2020年3月、または9月までに報告することを求めていることについて、「地方自治体の状況もふまえてあらためて設定する」として、事実上、期限を延長するなど報道されています。

新たな通知では、当初の424病院から7病院を対象から外し、新たに20あまりの病院が対象になって、「約440病院」になっています。そして、新たに対象となった病院については都道府県（と当該の医療機関）のみに通知しています。追加分を公表しなかったことについて、厚労省は「混乱が広がらないようにするため」としていますが、厚労省の分析がきわめてずさんで信ぴょう性の低いものだということがいっそう浮き彫りになり、批判と怒りが広がっています。自治労連は、この問題を收拾させるには「公立・公的病院の再編・統合」の再検証の要請と公表したリストの撤回以外はないと、あらためて求めています。

## 5. 地域医療を守る共同の運動を広げよう

厚労省による424病院の公表という事態を受け、いま、全国各地で「地域医療構想」による「病院つぶし、まちこわし」に反対し、

住民本位の地域医療を守ろうという共同が広がっています。自治労連は、全労連、中央社保協、国公労連、医労連、全医労とともに「公立公的病院等再編・統合阻止共同行動（424共同行動）」として運動をすすめています。また、全国各地で自治労連と、地域の社会保障協議会や医労連・民医連などの地域の仲間との共同の運動がすすめられています。

京都自治労連は、京都社保協、京都医労連、京都民医連などとともに、10月19日に京都府に対して「京都府の4病院を含むすべての医療機関の存続拡充を求める」要請行動を実施。「厚労省に、地域医療を崩壊させる『再検証』の白紙撤回を求める」申入れ書を京都府に提出しました。府は「厚労省による突然の発表で府民にも大きな不安を与えた。今回の基準は全国一律のもので地域性をまったく考慮していない。府は、厚労省のいう再編・統合をすすめる立場ではない」と回答しています。

静岡自治労連（医療部会）は、10月25日、静岡県医労連とともに県健康福祉部医療政策課と懇談。この中で、名指しされた県内14病院のうち、富土地域の共立蒲原総合病院や県西部地域の市立湖西病院などについて実態をうたえました。蒲原病院と連携する富士中央病院の労働組合委員長が「蒲原病院がなくなれば、富土地域の救急体制は保てない。また、小高いところに立地する蒲原病院は、豪雨災害時に特に重要だ」とうたえて共感を広げました。

みえ自治労連は、厚労省の発表直後の10月中旬に、みえ労連などとともに名指しされた県内の病院を訪問して懇談を実施しました。11月に新病院の開院を目前に控えた町立南伊勢病院からは、「なぜ2年も前のデータでいまごろ公表したのか。患者からも『病院がなくなるのでは』と無用の不安が生まれてい

」と言及。また、新病院改築後の周辺整備がすすむ市立伊勢総合病院からは「病院整備はきちんとしたプロセスですすすめている。新病院開設後は患者数、稼働率ともに向上している」と語っています。この訪問の後、みえ自治労連や三重労連などは、県に対して要請行動を行い、「厚労省に撤回を求めること」「医師・看護師などの確保」「国に、必要な医療の提供体制の整備を求めること」などを要請しています。

北海道自治労連も参加する「地域医療を守る北海道連絡会」は、10月23日に県への要請を実施。県は「機械的に再編統合を決定するものでない」という道議会の意見書と同じ立場であると表明しました。



みえ自治労連、三重県労連、三重県厚生連労組が  
共同で実施した要請・懇談

岩手自治労連も参加する「地域医療を守る岩手県連絡会」は12月16日に知事に対して要請と懇談を実施しました。県知事は「地域の個別的事情を無視するもので公平な視点にもとづくものとは言い難い」などと答え、厚労省による名指し公表を批判しています。

例に挙げた運動以外にも、さまざまな共同がつくられて、全国で運動が始まり、また広がっています。

いま、財界と安倍政権がねらう「全世代型社会保障」と、その一環として推進しようとしている「地域医療構想」が、憲法25条「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」に基づいて住民のいのちとくらしを守るために積み重ねられてきた地域医療を、根底から破

壊しようとするなか、それに対する住民や地方自治体からの反発も強まっています。

これまでも自治労連は「地域医療と公立・公的病院の充実を求める『いのちと地域を守る大運動』」を展開し、住民のいのちと健康を守るたたかいを、住民間の共同を広げて継承・発展させてきました。その中で、多発する自然災害時の医療提供体制の維持はもちろん、地域住民が等しく医療を受ける権利を行使できる地域医療体制の中心、つまり住民自治機能としての自治体病院の役割をはたさせるよう運動を強めてきました。

そしてこれからも、住民のいのちと健康を守る立場で共同を広げ、職場と地域から、住民が安心して暮らし続けられる地域医療と介護・福祉を守る「いのちのとりで」として、自治体病院をはじめとする公立・公的病院の役割の発揮に向けた運動を全力ですすすめていきます。

※季刊『自治と分権』2020年冬号掲載の文章に加筆修正