

「新潟県財政の分析と財政規律の確立に関する調査・研究」

「財政危機宣言とは何か」 ≪ 4 ≫

新潟県「財政危機問題」と「財政再建」への疑問と懸念

— 見えない政策とあるべき病院再編の課題 —

2020年11月30日

公益社団法人 新潟県自治研究センター

《報告論文》

政策なしの「ゼロ丁目ゼロ番地」 P.1

－ いつまでその手法を続けるのか －

「洪水の一つ」とされた県立病院問題 P.12

－ 病院再編の視点 －

政策なしの「ゼロ丁目ゼロ番地」

—いつまでその手法を続けるのか—

はじめに—新たな危機の「発見」—

「新潟県行財政改革行動計画」（以下「行動計画」）に基づく最初の当初予算（2020年度当初予算）が成立して半年以上が経過した。この間、全国的な新型コロナ禍に伴う非常時の対応が迫られていたこともあり、「県財政問題」は主たる県民的議論の対象にはなっていなかった。

しかし、2020年9月公表の「中期財政収支見通し（仮試算）公債費負担適正化計画」において、あらためて「財政危機」が訴えられ、そこでは「令和6（2024年度）の職員給与の臨時的削減の終了」—この問題についてはこれまでも論じてきた—がわざわざ強調された。さらには、「借金返済10年後ピーク7800億円負担平準化が焦点」、「ここに来て、10年後に訪れる借金返済のピークが膨大であることが判明。計画終了後の対策が新たな焦点として浮上した」（10月24日付『新潟日報』）などと報道されたように、新たな危機が発見されたかのごとく「発表」されたのである。

「二度と繰り返さない」と知事が明言しながら、財政危機の責任者ではない職員の協力も得ることで一賃金削減が協力である点を我々は決して忘れてはならない—、また、「危機」を根拠に県民サービスの削減を行うことで、2019年度当初予算より129億円改善したと花角知事が誇ってみせたのが今年度当初予算であった。ここではすべてを繰り返し述べないが、当センターは、この当初予算について、「成果」の大部分を占めるのが「臨時的」かつ本来あってはならない手法によるもので、「構造」を変えたことにはならないと指摘してきた。「中期財政収支見通し」の問題については後にあらためて述べるが、「有識者」小西氏も含め、中長期的な戦略と数値目標を建てるべきと得々と述べているが、「構造」を変える予算や施策ではなく、なんでも「削減」—ただし聖域が存在する点でなお悪質であるが—と国策頼みという「行財政改革」が前提となれば、今春の臨時的賃金削減前夜の状況が繰り返し訪れるだけであろう。

本報告書は、前回の第3回報告書が公表された2020年4月から現在（11月頃）までの期間が考察の対象となっている。その点で、県立病院に関わるテーマを別にすれば、「財政再建」をめぐる大幅な政策的変更が行われているわけでもない。実際に「中期財政収支見通し（仮試算）公債費負担適正化計画」においては、収支均衡のために必要な歳出歳入改革額の最終的な規模についても、中長

期的な収支均衡に向けた対応方針についても、2021年度当初予算公表の時期に示すとしている。そのため、当然のことながら、当センターとしても具体的な数値に基づく論評や評価を行うのは、来年度当初予算とのかかわりにおいてということとなる。

そこで、県立病院以外の財政再建問題については、「中期財政収支見通し（仮試算）公債費負担適正化計画」と、今日に至るまでに起こった、財政再建に関連するいくつかのテーマについて触れながら、今後特に重要な議論となると考えられるものについて「論点整理」や「問題提起」程度にとどめたい。

1. 「中期財政収支見通し（改訂）公債費負担適正化計画」にかかわる議論

(1) 新型コロナ禍での減収は新潟県特有の課題ではない

今年度当初予算の段階では予測のつかなかったのが、全国的に今も続く、新型コロナウイルス感染拡大と経済への影響である。「Go To キャンペーン」に象徴されるように、国が政策・方針を決めておきながら、中止の判断の責任を地方に求める姿勢などをみても、「目玉政策」でさえ迷走している状況にある。

コロナ禍が新潟県の収収に与える影響としては、県議会 9 月定例会の段階において約 200 億の減収という見立ても示されている。また、2020 年 2 月改訂時の中期財政収支見通しでは、実質+0.2%（名目+1.4%）としていた 2020 年度の経済成長率は、9 月改訂版で実質▲5.2%（名目▲4.5%）と大幅なマイナスで試算されている。全国的な「第 2 波」「第 3 波」という感染拡大に伴い、今冬の様況によってはさらに厳しい影響も懸念されるであろう。

新潟県ではすでに、コロナ対策だけでも 4 月専決・6 月補正・7 月専決・9 月補正と、4 度にわたり計 2625 億円（うち一般財源は 18 億円）の補正予算を組んできた（次ページの図表参照）。10 月以降県内 12 カ所で開催された「行財政改革県民説明会」では、この点について資料（動画でも）を示して説明がされており、その多くは国の臨時交付金等によるものである。

また、収収減の影響についても、地方一般財源総額実質同水準ルールが来年度も続くことから、その点では深刻な影響がないという説明がされている。

地方一般財源総額実質同水準ルールは、地方一般財源総額について前年度を下回らずに確保するもので、旧民主党政権の「置き土産」ともいわれるものであり、存続の危機がいわれながら前安倍政権においても引き継がれ、現在も 2018 年度の地財対策以来続いている。

しかし、地方財政の専門家からは、「そもそも 11 年間にわたり財源不足を圧縮しつつ一般財源総額が増額し続けることができたのは、リーマンショックを底とする景気回復による交付税法定率や地方税の増収に加え、消費税（地方消費税）の増税とこれをきっかけとする偏在是正対策が寄与してきたからである。

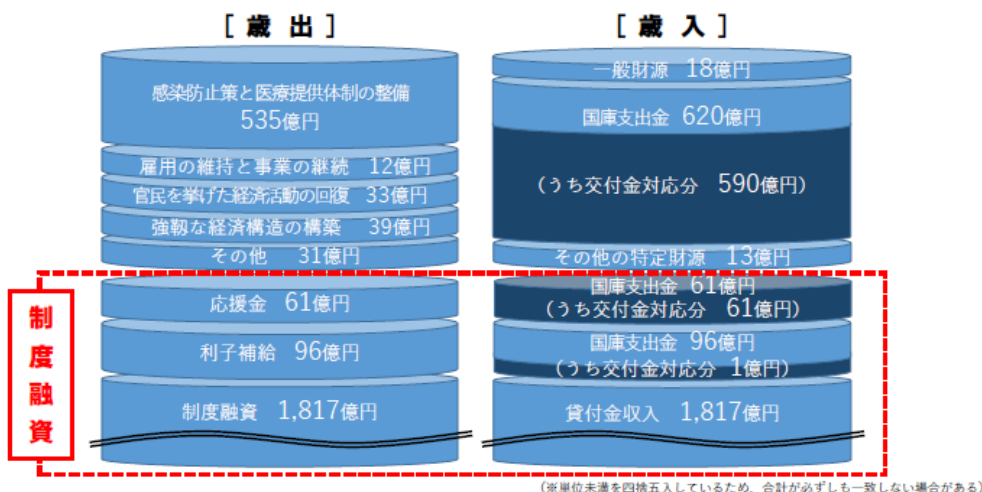
2020年度で一般財源を制度的に引き上げるカードは、森林環境税・譲与税を除けばおおむね使い切ったことになり、2021年度以降の地財対策は新たな局面を迎えることになるだろう」との指摘もあり（飛田博史「2020年度地方財政計画について」『自治総研』496号、2020年2月号所収）、今後の地方財政のあり方を考えたときに、地方一般財源総額実質同水準ルールがあるから安心してよいということにもならない。

ただし、ここで注意しなければならないのは、コロナ禍による地方税収減は程度の差はあれ全国的なものであり、新潟県だけの問題ではないということである。この問題を、本県財政と直接結びつけ、さらなる危機を煽り立てることは妥当ではないのである。もし、これを直接的に危機と結びつけるのであれば、それは新潟県ではなく国の危機というべきものである。

では、この点に関わって、新潟県の財政再建議論での、花角県政の問題、課題は何かを次に考えたい。

○ 令和2年度における新型コロナウイルス対応

新型コロナ対策 予算計上額 (2,625億円(一般財源18億円)) [4月専決+6月補正+7月専決+9月補正]



(出典) 新潟県行財政改革県民説明会資料より引用

<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/240803.pdf>

(2) 成長の展望なき試算を生み出す「泉田問題」の幕引き

高すぎる経済成長率を設定し続けたことや、資金手当債を最大限に発行し続けたことなどを財政危機の原因として挙げながら、当の責任者の追及はおろか、議論の場すら設けず、「責任は的確でない見通しを前提に財政運営を行ってきた県」などと幕引きを図った。

行動計画では「しっかりと反省し、教訓として今後の取り組みに生かす」などとしたが、たとえば、誰が高すぎる経済成長率を決めたのか、どのような背景や構造があったのか等の原因は今もって一切明らかにされずにいる。「高い経済成

長率を見込んだ」というのは「結果」の話であり、科学的な検証とはその原因や構造を明らかにすることであるはずだ。

資金手当債を発行しすぎたという問題についても同様である。たとえば、経済成長率との関係でいえば、財政運営計画における推計と実績の差は、2013年度0.9%、14年度1.5%、15年度0.2%、16年度2.4%、17年度1.6%すべてマイナスであり、2倍以上の高さを設定した年が3回もあるなどというのは、あらためて異常としか言いようがない（次ページの図表参照）。

では、そうした経済成長率と比較して、資金手当債の「多すぎた」分とは具体的にいくらなのか、県は「有識者」を含めて一切明らかにしていないのである。

泉田氏は、県庁に「乗り込んで」の「反論」会見において、職員定数削減により支出を削減した分よりも多くは発行していないとする主張をしてみせたが、本来であれば、その行革債がどのラインを越えたから「多すぎた」との具体的な裏付けを示すことが、県や「有識者」のやらなければならない仕事であり、県民に対する説明責任であったはずである。

以前、当センターの報告書では、臨時削減を行う際に、それが地域経済にどの程度の影響を与えるのか具体的に示すべきと求めたものの、ついに県は試算をしなかったということがあったが、結果と現象を語るばかりの「有識者」をはじめとして、十分な説明、検証が今日まで行われていないのである。この怠慢に類する状況が、何をもたらすのか。

まず、構造的な問題が究明されないまま、ただ「高すぎる成長率を設定したことが問題」というばかりでは、糞に懲りて膾を吹くかのように、低い成長率が与件となり、成長戦略にも影響が出るということである。

全国的にトップクラスの「危機」を叫びながら、全国より低い成長率を前提とし、反省として「資金手当債を発行しすぎた」というだけで、財政再建を論じれば何が起こるのか。もはや「削る」しかなくなるのである。

以前、財政悪化の原因をつくった県政を選んだのは県民にも責任があるという趣旨の発言を、総務管理部長が説明会でぬけぬけと言い放ったことがあったが、まさに、県民に対して「責任」としてサービス削減を押し付ける道をはじめ、再び職員賃金に手を付ける道すら導きかねないのである。

花角県政が「泉田問題」の追及を避ければ避けるほど、財政再建の方途を狭める「自縄自縛」に陥っていくという重大問題は指摘しておかねばならない。泉田県政の徹底検証は、今後の財政再建の基本中の基本であることを徹底して求め続けていく必要があるのである。

〔中期財政収支見通しに用いた経済成長率〕

(単位：%)

年度	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R3～R7 平均	【参考】 R2～R6平均
名目経済成長率	▲4.5	3.1	1.9	1.6	1.3	1.1	1.8	0.7
実質経済成長率	▲5.2	2.7	1.8	1.4	1.0	0.7	1.5	0.3
デフレーター	0.6	0.4	0.0	0.1	0.2	0.3	0.2	0.3

〔参考2〕 今回の中期財政収支見通しの算定に用いたデータ

○内閣府「中長期の経済財政に関する試算」のベースラインケース

(単位：%)

年度	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R3～R7 平均	【参考】 R2～R6平均
名目経済成長率	▲4.1	3.5	2.3	2.0	1.7	1.5	2.2	1.1
実質経済成長率	▲4.5	3.4	2.5	2.1	1.7	1.4	2.2	1.0
デフレーター	0.4	0.2	▲0.2	▲0.1	0.0	0.1	0.0	0.1

○全国と本県の経済成長率の乖離

経済成長率の推移における全国と本県の経済成長率の差(H20～H29平均)を中長期の経済財政に関する試算に反映し、中期財政収支見通しに用いる経済成長率を設定
 ・名目経済成長率…▲0.4% ・実質経済成長率…▲0.7% ・デフレーター…+0.2%

(出典)「新潟県行財政改革行動計画 中期財政収支見通し(仮試算)公債費負担適正化計画」

<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/236582.pdf>

(3) 政策は何番地にあらわれるのか

「ゼロ丁目ゼロ番地」という言葉が好きらしい。

この言葉はもともと国政の保守系野党の議員が使い始めたものらしいが、花角県政では「財政再建」がこれにあたっている。泉田県政の検証の不徹底さが、結果的に花角県政の矛盾を引き起こすことについては、前項でも触れたところであるが、ここでは「削減」の対象とならない「聖域」についてあらためて述べていく。

まず、今年度当初予算について、これまでの報告書でも述べてきたので詳細は繰り返さないが、以下の点については再度確認しておきたい。

①予算総額 1兆 2196 億円 (うち公債費 2970 億円) というのは、花角知事が財政運営上「県」に責任があるとした、泉田県政 2 期目後半と同規模である。

②投資的経費の内訳を 2019 年度と比較すれば、たしかに軒並み減額されたが、そもそも 19 年度当初予算が膨張型であった。

③花角県政においては 2 年続けて 2 月補正で防災減災予算が増額されており、2020 年 2 月補正でも 131 億円が組まれた。

これらを踏まえると、財政再建は「ゼロ丁目ゼロ番地」であるが、防災が「一

丁目一番地」となっているため、他を削減しても有利な起債であれば防災だけは例外になるという構造がみえてくるのである。

2020年2月、『『財政危機』を考える』と題した当センター主催のシンポジウムでは、平山征夫元知事が、泥棒が入れない嚴重な家を建てても住む人が暮らせないのでは意味がないという趣旨のたとえを用いて、花角県政の一端を評した。

また、防災をやらないという自治体がない以上（進捗・程度の問題）、「防災は政策ではない」とする指摘は、あらためて重く受け止める必要があるものである。花角知事は、どのような政策で新潟県をつくっていききたいのか。

『新潟自治』2020年4月号では、「防災減災やインバウンドなども含め、国の『地方創生』方針にならう以外で、県独自の施策として目立ったものがみえない。新型コロナ関連の影響など、深刻な状況が今後予想されるが、補正も含め花角県政の動向を注視していきたい」と論じたところである。しかし、次節で述べるように、これまでのところ、コロナ禍の下での取り組みも含めて国の方針にならうものばかりなのである。

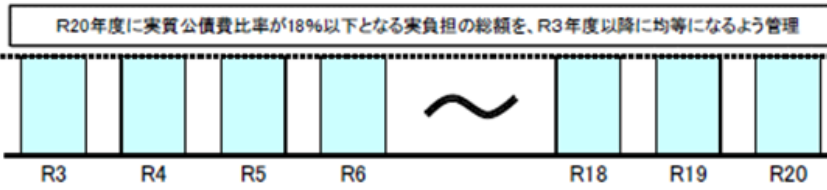
それを別の意味で裏付けているのが、「公債費負担適正化計画」で示されている、「公債費の実負担に基づく事業量管理のイメージ」である。次ページの図の②をみると、「工夫や節減により、実負担が減少した場合」には、「将来に割り振る発行可能額が増加」するという仕組みになっているのである。

「危機」を叫びながら、臨時的賃金削減や県民サービス削減を行い、さらなる危機の山が訪れると喧伝しているにも関わらず、「浮いたお金は投資的経費にまわす」というのである。

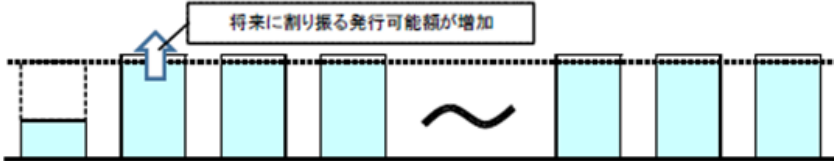
政策なき「ゼロ丁目ゼロ番地」と「一丁目一番地」の枠組みが、次年度予算でどのようなあらわれ方をするのか、今後大いに警戒していく必要がある。

公債費の実負担に基づく事業量管理のイメージ

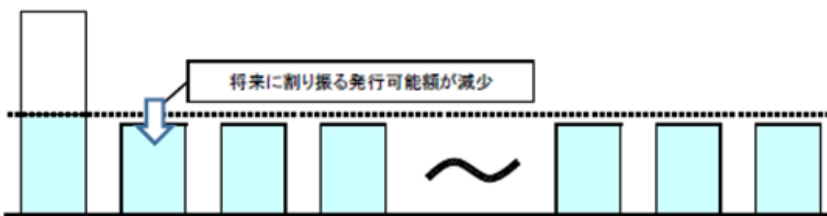
① R3年度当初予算



② 工夫や節減により、実負担が減少した場合

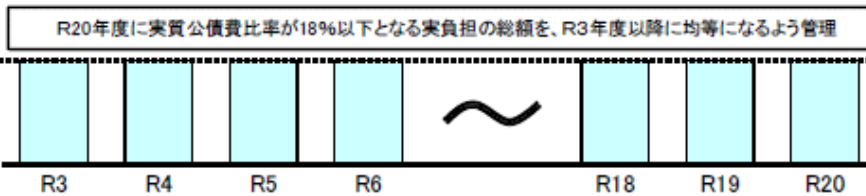


③ 大規模な災害が発生し、実負担が増加した場合

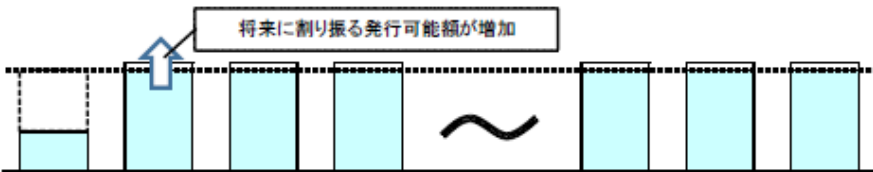


公債費の実負担に基づく事業量管理のイメージ

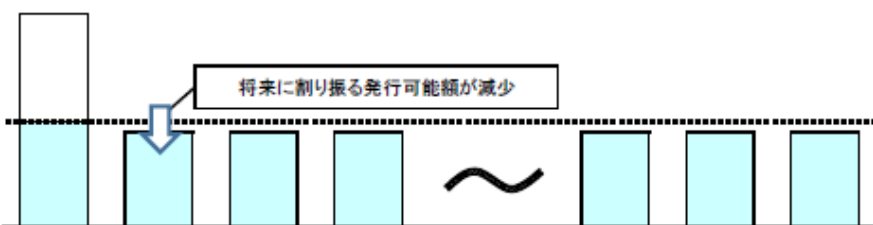
① R3年度当初予算



② 工夫や節減により、実負担が減少した場合



③ 大規模な災害が発生し、実負担が増加した場合



(出典)「新潟県行財政改革行動計画 中期財政収支見通し(仮試算)公債費負担適正化計画」

<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/236582.pdf>

2. 花角県政の姿勢について

①「トップクラスの危機」と「人並みの戦略」

これまで、「中期財政収支見通し(仮試算)公債費負担適正化計画」に関連する諸問題について論じてきたが、ここでは、財政再建至上主義にして、緊縮型(ただし聖域あり)の花角県政が、コロナ禍の下で取り組もうとしている施策についてみていきたい。

新潟県は、大都市の企業の社員が新潟で住んで、リモートワークができる環境整備に取り組むため、リモート推進団体を設立した。「ハイブリッドワークライフ協会」のホームページには、賛同自治体として新潟県、福井県、山梨県、長野県、和歌山県、鳥取県、山口県、香川県、舞鶴市、京丹後市、与謝野町、神戸市、北九州市が挙げられている。

この団体の中心を担っているのが、いわずと知れたパソナグループである。

コロナ禍においてリモートワークがすすめられることそれ自体を否定するものではないが、かつての「小泉改革」のブレーンとして、雇用破壊と社会的格差拡大を先導してきた新自由主義の象徴たる竹中平蔵氏が、「利益相反」にあたるのではないかなどという批判も受けながら、菅政権の下で再び露骨な活動を行っている。新潟県の経済成長率と財政悪化の関連の指摘でいえば、「小泉改革」～アベノミクスに至る時期に県政を担当していたのが泉田氏であり、国の経済政策と県財政がどのように関係したのかを明らかにしてこそ、本県独自の成長戦略が見いだせるはずである。ところが、国土強靱化にインバウンド、そして今度はパソナとともにリモート推進と、花角県政の本性ともいえる「国の優等生」ぶりばかりがみえてくる。まさに、その点では、すでに前回報告書で指摘したように、泉田県政と違いはないのである。

トップクラスの「危機」を訴える新潟県が、長野・山梨・福井など他県と同じレベルの取り組みでどのような展望が見いだせるのか。たとえば、掛け声ばかり勇ましい状態にある国の機関の移転・分散の施策などを、再度強力に訴えるくらいの努力と意欲は必要であろう。

県民に危機を訴えるのはトップクラス、政策は「人並み」では、成長戦略も税収増もありえない。後出しじゃんけんのごとく新たな危機が「発見」されたら、歳出抑制と行財政改革ばかりが強調される県に、定住・移住をしたいと思うのは誰なのかということになってくる。

来年度予算でどのような方向性が明らかになるのか注目したい。

②ボーナス削減議論からみえたもの

最後に、県財政問題との関連では、県議会 11 月臨時会において可決成立した、新潟県職員のボーナス 0.05 か月分引き下げについても触れておきたい。

ここでは、人事委員会勧告通りの引き下げとなったこと以前に、花角知事の姿勢に重大な問題がある点を指摘しておきたい。

以下、やや長くなるが、10月27日の定例記者会見のやり取りを引用する（下線部は筆者）。

2020年10月27日 新潟県知事 定例記者会見

<https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/kouhou/chijikaiken20201027.html#jinjii>

Q 新潟日報

先日、人事委員会からボーナスに関して、0.05 か月分の引き下げの勧告が出ましたけれども、ボーナスの引き下げの勧告自体は10年ぶりというような形で、コロナ禍でこういった対応になったと思うのですけれども、そういった勧告が出たことについての受け止めをお願いします。

A 知事

それは人事委員会の従来通りの調査の結果ですから、客観的に受け止めるべきものだと思います。

Q 新潟日報

コロナ禍の影響がやはり色濃く出ているなどか、そういったことは。

A 知事

本当に微々たる数字だとは思いますがね。国家公務員の方も同じように人事院が既に（勧告を）出していましたので、同じような傾向なのかなとは思っていました。

Q 新潟日報

知事ご自身は元官僚であって、人勸制度の大切さみたいなものは理解されていると思いますが、そういった意味で、久しぶりにマイナスになったというのはやはりそれなりに重く捉える・・・。

A 知事

これまでも経済の状況に応じて歴史的には上がり下がりしておりますので、その経済の状況に応じた、客観的な調査結果の上での判断ということだと思います。

Q 新潟日報

また組合側との交渉がこれから始まっていくと思うのですが、既に県職員の方々は4年間、3%の縮減ということで、対応がなされていると思うのですけれども、県としてはどのように対応したいというのは。

A 知事

今後判断していきますけれども、基本的には人事委員会の勧告は尊重していくべきものというふうには考えています。

Q 新潟日報

尊重すべきものというのは、0.05 カ月分下げるといような形になっていますけれども、それに沿った形になるのかなと・・・。

A 知事

基本的には人事委員会の勧告を踏まえて対応しなくてはいけないというふうに思っています。

Q 新潟日報

マイナスになった場合ですと、いわゆるダブルパンチ的な部分で、もう既に下がっているところにさらに下げってしまうような形になって、組合側からの反発がかなり予想されると思うのですけれども、知事としてはどのように対応していきたいというふうに思いますか。

A 知事

これから対応を決めるところですので、今ここで確定的なことは申し上げられませんけれども、基本的には基準の議論ですから、基準は上げるべきもの下げるべきものは、自然体で委員会の勧告を受け入れていくべきだと思います。その上で、今、特別に臨時にお願いしているものについての扱いをどうするかというのは、もちろん議論としては残るでしょうね。

「人勸尊重」を政治信条にしているかのような応答である。

そして、臨時的賃金削減を行った際に、人勸をどう受け止めたのかなど記憶の片隅にも残っていないようである。

忘れてならないのは、臨時削減とは、あくまで財政悪化の責任のない一般職員が協力したものであり、行政のトップとしてはその場限り頭を下げて終わりというレベルではない、本来的には許されない「最後の手段」なのである。マイナスの人事委員会勧告をこれ幸いとばかりに当然視する姿勢は、臨時削減をめぐる議論の最中で、の人事委員会勧告に対して、自身がどのような姿勢を取ったのかなど知ったことではないかのような、きわめてご都合主義的かつ官僚主義的な傲慢さをあらわしている。

そして、さらに重大なのは、賃金確定交渉のなかでも議論となった、いわゆる「最大限の努力」についてである。

この「最大限の努力」とは、臨時削減の際に交わした確認書の中で、その内容は、「削減期間中において、人事委員会勧告により給与の減額改定が行われる場合、その時点の財政状況及び職員の生活への影響を十分に考慮し、最大限努力する」というものである。

上記のやり取りからは、およそその姿勢が感じられないのである。

他日の記者会見においても、このテーマでの具体的話では、「交渉事ですので、

お答えすることは今ありません」の一点張りである。

舌の根の乾かぬ内にとはまさにこのことであるが、これは皮肉でもなんでもなく、「賃金削減は二度と行わない」との言葉を忘れさせないよう、常に確認をし続ける必要があるということである。

「危機」という表現で、緊張感をあおり、当座のやりくりを職員の善意と努力、県民サービスのカットで乗り越えながら、危機の原因究明も将来的な税収増も示すことから逃れ、さらなる行革の必要性や、ICT 活用による人件費削減が可能との「展望」を強調するなごれはこの半年で明瞭になってきた。

具体的な予算や施策としてその姿が具体的にあらわれるのは、2021 年度当初予算である。

引き続き、当センターとしても最大限注視していくとともに、厳しい批判と提言を続けていくものである。

「洪水の一つ」とされた県立病院問題

— 病院再編の視点 —

はじめに

当センターによる一連の「財政危機宣言とは何か」の調査・研究では、報告No. 1 およびNo. 2 において、県立病院の課題についても論評を加えてきた。

その論中では、県立病院の赤字課題が今次の「財政危機宣言」に至った財政悪化の主要因ではないことを述べながらも、県内 13 県立病院が県内医療の中心的存在であることから、安定した医療サービスの提供のための再編方向についても述べてきたところである。

ここであらためて述べておくが、県立病院に係わる運営や累積負債そして県財政からの繰入れ等の財政措置の課題は、今次「財政危機問題」の「洪水の一つ」と捉えることや危機的財政の短期的な再建策の対象とすることは、全く的を射ない視点である。

人口減少、高齢化社会の到来は、医療体制にも大きな影響を与えることとなる。また、そのことは医療環境や体制のみならず、社会におけるあらゆる環境、体制、システムとその維持に大きな影響を及ぼすものである。

私たちや将来の世代に、持続可能な安定した社会の構造とシステムを継承することは当然であり、医療体制は其中でも最重要課題の一つである。

つまり、軽々に結論を出せることとは考えられず、じっくりと将来を見据えた対応が必要な課題なのである。

1. コロナ禍で揺れる厚生労働省「地域医療構想」

まず、ここでは国・厚生労働省（以下 厚労省）がすすめる「地域医療構想」とその進捗について述べることにする。

（1）「地域医療構想」と 424 病院の再編検討の流れ

「地域医療構想」の策定誘因である背景は、人口とその将来推計である。

日本の人口は 2010 年初期では横ばい状況であったが、2015 年以降は減少傾向に入った。将来推計では、2060 年には 9000 万人を割り込み、高齢化率（65 歳以上の人口比率）は約 40% と推計されている。人口減少と高齢化の現実は、県内でも顕著に表れており、県人口の増減率および人口数ともに減少傾向を更新し続けてきている。（参考：「激減期を迎えた新潟県人口の未来」梶口敏行著『新潟自治』vol84、2020 年 7 月号）

高齢化社会到来の注目点は、団塊の世代が 75 歳（後期高齢者）を迎えることであるが、75 歳以上の人口は 2025 年までは急速に上昇し、2030 年頃にはピークに達すると推計されている。その後は緩やかに減少するとされているが、人口減少の中での高齢化社会の到来は、いわゆる「2025 年問題」として様々な分野で課題が指摘され対策が進められている。

医療分野では、「医療の機能分化と連携」が大きな焦点となり、「医療における 2025 年問題」となっているのである。

政府・厚労省は、その主対策の骨格として「地域医療構想」を提起したのである。構想の必要理由として、①2025 年に団塊世代が 75 歳を迎え、医療・介護需要が最大化する ②高齢者人口の増加には大きな地域差がある ③医療の機能に見合った資源の有効かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態に相応しいより良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要、とされた。

政府・厚労省は、医療の将来への重要な課題として、超高齢化社会における医療機関の人口構成のニーズに合わせた再構築とともに、何より高騰し続ける医療費の縮減が最重要課題と考えられているのである。そのためには、医療機関の再編成は不可欠であり、早急な課題とされた。

具体的には、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年度を見据え、政府は重症者向けでコストの高い急性期病床を減らし、リハビリを重視した回復期病床へ転換するというのが政府の掲げる地域医療構想の骨格であった。また、病床数については全国にある 124 万 6000 床（18 年時点）の病床を 119 万 1000 床に再編する事を目指し、手厚い看護師の配置を要する急性期病床を中心に 13 万床程度の病床削減を目安としてすすめられてきた。

政府は、2013（平成 25）年の医療介護総合確保推進法の成立と公布を受け、その具体的措置として医療提供体制と地域包括システムの構築に着手することとなった。地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法をはじめとする関係法律の整備が行われてきたのである。この中で、医療計画の一部として「地域医療構想」が位置付けられ、その実現のための「協議の場」（地域医療構想調整会議）を構想区域（2 次医療圏）ごとに設置することとなった。

構想の実現に向けては、一般病床の機能分化による急性期医療への人的資源の集中が必要とし、各医療機関が有する病床の機能区分の現状と今後の方向性などについて、病棟単位で都道府県に報告することとなった。この病床機能報告制度は、2014（平成 26）年から始まり毎年行われている。

これらを受け、赤字が顕著な地方自治体立の改革のための「新公立病院改革ガイドライン」（2015（平成 27）年 3 月総務省）を通知し、その中で各地方自治体にあらためて「新公立病院改革プラン」の策定（平成 28 年度中）を迫ったの

である。

しかし、各病院からの報告や都道府県の対応は、政府や厚労省にとっては、歯がゆいものであった。この間、厚労省では「地域医療構想策定ガイドライン」なども示し、地域医療構想調整会議の設置や実情把握、将来予測を含めたデータ収集と活用を促してきた。

医療現場の現実、病院再編には各医療機関の自主的な取り組みとともに住民の医療供給体制への理解が必要である。将来的な人口構成の変化に伴う医療体制の再構築の必要性は理解するものの、日々の診療に迫られる医療現場の現実と統廃合や病床削減は住民不安を招く懸念は強く、構想の理解や実現の環境が整っているとは言えないのである。

このような流れの中で、厚労省は2019（令和元）年9月に市町村などの公立病院と日本赤十字病院などの公的病院の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」とする独自の分析をまとめ、病院名を公表した。

地域医療構想にもとづく「病院再編」が思うように進まないため、「まずは公立病院から手を付ける」として424の公立・公的病院を名指しした異例の強硬策であった。

公表されたデータは、全国1652の公立・公的病院（2017年度）の内、データ収集された1455病院の分析によるものであった。診療実績は、がんや救急医療などの高度医療の実績や近隣に代替可能な病院の有無などについて分析され、「再編の優先ターゲット」として一方的に公表されたのである。公立は257、公的は167病院であった。

公表に伴い、政府は都道府県に対し名前を挙げた病院をどうするのか結論を出し、2020年9月までの報告を求めたのである。

しかし、名指しされた病院を抱える自治体は「個別事情を無視している」「選定基準がおかしい」等と猛反発し、膠着状態に陥ることとなった。

（2）新型コロナウイルスの感染拡大と逆行する「地域医療構想」

新型コロナウイルスの感染拡大は、全国の病床再編の流れを大きく揺さぶることとなった。とりわけ、公立・公的病院ではコロナ禍での感染症病床の約7割程度を担い、感染拡大が収まりを見せない中では病床削減は地域の理解を到底得られないものとなった。厚労省も、当然ながらそれどころではない状況が続いている。同省は9月としていた各都道府県の検討結果報告期限の先延ばしを余儀なくされた。収束の気配が見えないコロナ禍は、既存の感染症対策の想定を上回り、今後の感染症対策の再構築が必要と考えられることから、公立病院ばかりでなく、民間病院も含めた国の「地域医療構想」にも影響を与える可能性が出て

いる。

新型コロナウイルス感染は、春季（第1波）の感染状況を夏季（第2波）では大きく上回り、さらなる感染拡大が懸念される冬季（第3波）に突入している。この状況下において医療機関への診療は敬遠され、医療機関の減収などの影響が広がっている。

また、再編対象に挙げられた公立・公的病院の中には、感染症指定医療機関とされる50余の病院も含まれており、新型コロナ患者受け入れで中心的役割を担い、現在も医療崩壊の防波堤となっているところも少なくない。

「地域医療構想」は事実上棚上げとなり、コロナ感染終結と今後の感染症体制の構築なしにすすめる事はできず、国・地方双方の動きに待ったをかけた状況といえる。

「地域医療構想」では、一般病床と療養病床が対象とされ、コロナ禍で注目された感染症病床は病床数も少ないことから対象とされていない。隔離治療が必要な感染症は、海外からの保菌渡航者に対する水際対策として確保され、頻度が高いものとは想定されていないことから、その病床数は約2000床であった。

今回の新型コロナ「第1波」では、感染症病床はみるみる埋まり、感染者は一般病床やホテルなどの臨時収容施設を活用せざるを得ない事態となった。

一般病床への感染患者の受け入れは、利用病床数の削減（利用率1～2割程度に減少）とともに通常診療の大幅な抑制となり、当然に大幅な減収となる。5月に国立大学協会の永田会長らは、官邸に出向き「このまま全国の大学病院でのコロナ患者の受け入れ対応を続けた場合、今年度は前年に比べ4864億円ほどの減収となる」との試算を示している。

政府は第2次補正予算に約3兆円の「医療提供体制強化策」を盛り込み、1.6兆円の都道府県むけ交付金を用意した。新型コロナの患者だけを受け入れる病棟を所有する病院が、空き病床を確保する等によって生じた収入減を補填することなどに充て、また、重症患者を治療する場合の診療報酬を3倍にするなどの緊急策も打ち出した。

しかし、コロナ患者受け入れは医療機関にとっては赤字の増加につながる現状は変わらず、厚労省は3月末を期限としていた病床削減計画の提出を先送りとする通知を出した。このコロナ禍で病院機能が低下している現状では、病床の削減と再編・統合を求める「地域医療構想」は保留せざるを得ないとの判断は当然であろう。

政府は、現状では「地域医療構想」について「病床の再編・統合はコロナ禍後も避けられない」「地域医療構想の必要性は何も変わっていない」と国会答弁な

どで強調している。現時点では、2025 年を目標とした「病院・病床改革」は、基本的に変更はないと言えるであろう。

一方で、厚労省幹部の発言として「地域医療構想の全体計画が変わるものではない」としながらも、病床再編について「再検討は必要だろう。ただし人材確保も含め、感染症の拡大に備えるにはコストを要する。その点をどうするかだ」と報道されている。

欧米に比べ、日本はかなり病床数が多いとされているが、今次のような感染症や集中治療の対応病床は極端に少ないとの指摘もされている。採算優先によって医療費のかかる急性期病床に入院する等、病院機能の偏りの弊害が生じていることも事実である。採算優先とはならない公立・公的病院であっても放漫経営は許されるものではなく、病床の再編・統合はコロナ禍後も避けられないであろう。しかし、その構想や計画は、コロナ禍の教訓を生かし反映したものでなければならぬ。

2. 新潟県における医療機能再編

(1) 新潟県立病院(局)をめぐる動き

本報告書が新潟県の「財政危機問題」に伴うとされていることから、新潟県における県立病院の動きを、まず整理することとする。

◆新潟県病院局の動き

新潟県内医療の中心的役割は、13 県立病院が担い続けてきたが、上述した「新公立病院改革ガイドライン」および「新公立病院改革プラン」の策定にちなみ 2017 (平成 29) 年 3 月に「新潟県病院事業の取組方針～信頼される病院を目指して～」(改訂版)でまとめられ、その内容の推進を図ってきた。

これら策定の流れは、国・厚労省の通知や要請に応えるもので、プラン策定期限である平成 28 年度中を守り、期限ギリギリの平成 29 年 3 月に県病院局がまとめた方針である。期限は、厚労省の要請どおり平成 29 年度から平成 32 年度の 4 年間の取り組み計画である。

これまで県病院局は、「新潟県立病院事業の取組方針」を 2009 (平成 21) 年 9 月にまとめ、その内容に沿って事業を進め経過報告も行ってきた。

「取組方針」の約 8 年ぶりの改訂は、もとより 2025 年問題への厚労省の対応に応えるものであり、これまでのような「質の向上」や「改善・効率化」を列記することでは済まされず、まさに今後の病院再編・統合等にも応えるものでなければならなかった。しかしその内容は、これまでの取組方針を踏襲したもので、上述した国・厚労省の「地域医療構想」を踏まえ、厚労省が狙い優先する「公立病院改革」に応えるものではなかった。

前述した厚労省が「再編・統合について特に議論が必要」と公表した全国 424 公立・公的病院の中には、新潟県内の 22 病院が含まれていた。県内には 13 の県立病院のほか、厚生連や済生会などが運営する病院を含め 41 の公立・公的病院が存在する。本県では、41 公立・公的病院の約半数（53.7%）が「議論が必要」とされた。この割合は、全国で最も高い割合であり、7 県立病院(*1)が含まれていた。

(*1)坂町・リウマチセンター・吉田・加茂・松代・妙高・柿崎の各県立病院

その後、後述する「財政危機宣言」以降の県行財政改革「有識者会議」等で、県立病院の赤字計上や経営健全化が指摘され、財政的視点での改革も併せ迫られることとなった。

◆県行財政改革が求めた県立病院改革

県財政逼迫の「一つの洪水」と指摘された 13 県立病院等の財政視点での改革については、第 4 回新潟県行財政改革「有識者会議」 2019 年 8 月 7 日によって整理された。

その整理の中で、「公営企業は赤字比率が一定以上になると健全化法上の経営健全化が求められるが、県立病院の経営は、直近でも赤字を計上しており、このまま改革をしなければ赤字が蓄積して、健全化法上の基準に抵触する見込みであり、閉鎖に追い込まれるなど相当深刻な状況であることを認識・開示すべきである」と指摘した。

また、県立病院の役割の再検討について「県立病院については、民間や市町村と県の役割分担を十分に検討した上で、民間や市町村でカバーできない内容や規模の病院にすべきである」と提言。

さらに、財政逼迫の中で問題となっていた県央基幹病院の建設計画に触れ、「県央医療圏における県立病院のあり方の見直し」として以下の 3 点がまとめられた。

- ①県央医療圏に 3 つの県立病院があり、医療需要の減少が見込まれるので、それぞれの役割分担を見直し、統廃合すべきである。
- ②医療需要が減る中で大きな設備投資を行い、今以上に医師と看護師が確保できないことが懸念され、県民のためになるとは思えない。県央基幹病院は即刻見直しすべきである。
- ③医師会や医療教育界と今後のスタッフ確保について需要を見通しながらの話し合いを積極化すべきである。

また、経営改善の推進にあたっては、「新潟県病院事業の取組方針」に基づく経営健全化に向けた取組を推進するとし、病院局の示す取組方針を列記するものにとどまった。

行財政改革の視点では、赤字決算の状況や積み上がり続けている累積赤字の現状が問題視されたが、病院運営や医療体制等々への口出しや県民医療に責任を持った提言を持ち合わせなかった結果であろう。県行財政改革有識者会議座長の小西教授（関西学院大）は、マスコミのインタビューの中で「見直しの検討に対して地元が反発しており、決着がついたとは言えない。遡上に載せただけだ」と答えている。直面している赤字運営について危機感を訴えたものの、地域事情や病院運営などについて十分に理解し得たのかは疑問である。その後の対応は病院局、大学、医師会などの専門家に委ねられ、地域ごとに設置された「地域医療構想調整会議」での具体的議論が始まることとなった。

（２）新潟県の病院再編計画への考察

財政的には、2018年度決算で約14億円の経常赤字が計上され、累積赤字額を含め2020年にはキャッシュアウトに陥る状況が大きく取上げられ、早急の対応が求められる流れとなった。しかし、前回報告でも述べたように、県からの繰入が増加傾向にあることや経常赤字は、突然に起こった予想外のことでなく、想定される範囲のことであった。

この間、病院局では経常赤字の縮減に務め、年間目標の設定（「新潟県病院事業の取組方針」など）や中間的な検証・報告（年度ごとの取組状況と評価など）も行ってきたのである。前回報告でも触れたが、病院運営の収入の大方は診療報酬の内容によることが大きいことや公立・公的病院の使命の一つである不採算医療を担っていること、さらに独占による「選択なき医療」の回避対策としての役割もあることから、全国約9割を超える公立・公的病院では経常赤字が発生している現状なのである。決して経常赤字を黙認するわけではないが、そもそも県病院局予算では、県の一般会計から100億／年を超える「繰入金」を含めながらも収支が合わず、経常赤字が想定されている予算となっているのである。

財政的な問題を抱えていることは事実であるが、県立病院の再編の第一の目的は、「赤字解消」や「繰入金の縮減」ではなく、将来とも安定した医療の提供が可能となる県立病院の再編なのである。

一方で、県の「財政危機」によって、あるいは将来の税収見込みも含めた県財政の視点から、「採算」にも配慮が必要とされているのである。

県病院局は、病院の縮小、市町村や民間への移管、その後も改善着手という内容で検討されていたが、2019年11月に県立病院経営委員会がまとめた再編提言を踏まえ、2020年2月に以下の再編方向を示したところである。

再編方向の具体的な概要は、以下のとおりである。

①県立の13病院を類型別に分ける。

- ②患者数が減っている「へき地病院」（松代、柿崎、津川、妙高）は規模と機能を小さくし、市町村主体の運営を検討する。
- ③「地域密着病院」（加茂、吉田、坂町）のうち、加茂、吉田の両病院は、県が三条市に建てる県央基幹病院に急性期医療の機能を集約することと併せて規模や機能を縮小し、民間による運営を検討する。
- ④坂町病院も急性期の病棟の一部を回復期に転換するなどし、新発田病院と役割分担する。
- ⑤「基幹病院・中核病院」（十日町、中央、新発田）や「専門病院」（がんセンター、リウマチ、精神）は収益向上や専門的な機能の明確化について検討し、機能強化プランを作る。

この再編方向の実現には、多くの困難があるであろう。地域病院の再編には地元住民には動揺と不安が伴う。とりわけ縮小や県の経営からの離脱には抵抗感が強くなるであろう。では、この再編方向の課題について整理する。

まず、県立病院の類型の分別については、必要であり全県の医療体制の将来的な視点での再構築にとって重要であろう。

県病院局は県立病院の再編について検討を進めているが、県民医療は県立病院の再編でのみ提供されるものではない。国・厚労省が狙う再編は、全ての医療機関を含めた再編である。その実行責務は、県病院局ではなく県自体にあることを認識した上で進めなければならない。県立病院だけの分別や連携では、強靱な地域医療体制は成り立たないのである。

現状では、「赤字の県立病院の再編」が矢面に立たされている印象が強いが、「県民医療の確保と充実」が目的であり、県としてどのように実現すべきかを県立病院の再編を含め提示しなければならない。残念ながら、「病院局にお任せ」の現状となっているように感じられてならない。

運営主体の検討については、市町村と民間がそれぞれの病院について、方向が示されている。

個々具体的な病院の検討・進捗（意向伝達や折衝）は、現在すすめられている。

地元自治体からの財政協力は、これまでも必要な対応課題であった。しかし、永年にわたり新潟県では「中核病院は県が運営」とされ、以前からも自治体協力や公設民営の議論には、地元自治体や関係議員から反発を受けることが繰り返されてきたのである。しかし、地域医療の責任を担う自治体は、その地域の医療体制の安定を確保する責務があり、可能な協力を行うことは当然であろう。

では、経験のほとんどない「地元自治体の運営主体」にはどのような課題があるであろう。

今日、公民を問わず医療機関の人材確保は極めて難しい状況が続いている。

新潟県は、医師不足状況が続き、人口あたりでも最も少ないクラスである。本県の特徴である広範な県土と豪雪地帯を抱えていることなどからも、単に全国最下位クラスの数であるということよりも、必要な充足数が永年にわたり満たされず、充足の見通しも立っていないのである。

では、経験のない「市町村主体」は可能であろうか。医療人材の安定的確保はほぼ不可能と考えられる。とりわけ、考えられている「へき地病院」には、現在でも供給は難しく小規模・へき地では県立病院ですら、医師の減少傾向が大きな課題となっている。

病院局の本音から言えば、「運営は責任を持つので、財政を担ってくれ」と言うことなのであろう。主体を県から市町に移管すれば、国からの交付金措置は引き継がれることとなるが、市町にすればこれまでなかった負担を永遠に負うこととなる。また、全ての県内市町村が一定のルールで県民医療に負担をするのではないことや、とりわけ人口減と高齢化が急速に進む「過疎地」を抱える自治体にとっては、極めて大きな負担となるであろう。

また、現状ではへき地病院への交付税算入はほぼ満額となっているが、現在すすめられている「地域医療構想」のもとでは、再編対象病院と考えられていることから、当然減額が予想され運営はさらに厳しいものと考えられる。

住民の理解を含め相当な時間が必要と考えられるが、「地域医療構想」の期限は迫っている。県の姿勢としては、「人材確保を含めた運営には責任を持って対処する。財政的には一定（応分）の負担をお願いする」となるのであろう。

各自治体では、域内の医療機関（厚生連病院など）への負担もあり、負担のあり方についても検討が必要であろう。

いずれにせよ、「受益と負担」と「存続か閉院・統合」の選択が迫られることとなる。丁寧かつ十分な議論が必要であろう。

次に、民間による運営が検討されている、加茂、吉田病院についてである。

これまでの当センターの報告でも、県央基幹病院の構想・計画がありながら「加茂病院の改築」の是非や県央医療圏の無計画さを指摘してきた。現状からの再出発としては、県央基幹病院の充実を最優先に考えるべきであろう。そのために、必要な人材を確保する。加茂、吉田の両院については、民間経営で手放すことには基幹病院の運営と重複することとならないことが条件であろう。現存する病院を残すことが最優先とは考えられない。人材確保の点からも、新たな基幹病院に集中することが賢明である。その上で療養病床などの補足体制が必要であれば、その範囲での施設（病院）利用を考えては如何であろうか。

単に民間に譲ることを優先するのではなく、充実した医療体制の構築が優先

されるべきであり、加茂・吉田の両院は廃院・統合も選択肢と考えるべきである。加茂病院の改築は、全く無計画な無駄な投資を行ったと指摘せざるを得ない。

坂町病院は、新発田病院との連携が重要な鍵となるが、必要病床数については十分に検討する必要があるであろう。特に急性期病床の縮小は、診療科の厳選による充実がなされなければならず、診療科目の選択が必要と考える。

以上が現段階での病院局の再編方向に対する若干の論評である。

現状は、コロナ禍によって医療現場は崩壊の危機が叫ばれ、本県内の感染者も増加している。とても、廃院・統合や縮小を含む病院再編議論が進められる状況にはない。しかし、前述したように、国・厚労省も「それ処ではない」であろうが、このコロナ禍による緊急対応や収束後の教訓がどのように今後の医療体制づくりに影響を与えるかは不明である。

推察すれば、欧米諸国に比べ感染症隔離や集中治療病床の少ないことが明らかとなった。このこと一つとっても、「地域医療構想」に何らかの影響を及ぼすと考えられる。

(3) 今後の患者動向と必要な病院規模についての一考

◆今後の患者動向と必要な病床数

病院の設置や運営にあたり、将来にわたってどのような規模や診療科の内容を有する病院が必要なのかを推計・予測することは重要である。

国・厚労省の「地域医療構想」では、病床数の削減とりわけ経費がかかる急性期病床の大幅削減が目標とされている。では、入院・通院の患者動向はどう推測されているのであろうか。

一般的に高齢化社会を迎えると高齢者の罹患率が高いことから、受診や入院者が増加すると考えられている。年をとれば永年の疲労も重なり、様々な障がいができることは当然であり、体力の衰えとともに病気になる確率は増えることとなる。では、入院・通院患者の動向は、高齢者人口とともに増え続けると推計されているのであろうか。

厚労省が3年毎に行っている「患者調査」および国立社会保障・人口問題研究所の「推計人口」を重ね、受療率(*2)（ある一日にどれくらいの患者が医療機関を受診したか）が公表されている。

(*2) 人口10万人に対してどれだけの割合の人が外来や入院などの医療を受けたか、を表す数値。厚生労働省が3年に1回発表しており、都道府県別、疾病別、年齢別のデータがある。

受療率では、高齢化は進むが入院患者は減少傾向にあると推計されている。そ

の理由は、医療の発達により、以前は入院が必要とされていた治療が減少していることや入院期間の短縮が可能となっていることによると考えられている。

現在の政府・厚労省は、医療費抑制・削減を進めるための重要な手段が、「診療報酬の改定」であるが、その改定は政策的な思惑が盛り込まれていると考えられ、その思惑は「医療費の縮減」である。

入院については、急性期病床は人的にも手厚い体制をとることから、診療報酬も高い点数となる。しかし、療養期には相応しい病棟や病院あるいは自宅に移すことで医療費の軽減につながることから、一定の入院期間を超えた場合の診療報酬点数は減点されることとなっている。これによって入院期間の短縮が進んだのである。

各病院にとって、病床数は収入を大きく左右する。可能な限りその枠を保持することが優先され、削減は収入減につながると考えられている。県立病院では、病床稼働率が病院ごとに示され、稼働率向上への対策が検討・実施されている。

県立病院では、「サービスの向上」「待ち時間の縮小」「患者への対応改善」などの改善により、病院利用者の拡充が目標とされている。そのことが不要な対応とは言わないが、病床稼働率の低下はそのようなことが的を射た対策とは思えない。前述したように、今後も入院が必要な病症は減少し、入院期間も短縮されると予測されるのであり、サービスが不十分なことが主因で患者が他病院に流出しているのではないのである。病床数を確保することが優先し、地域事情や患者動向が十分に反映されていない、過剰な病床数とも考えられるのである。

県病院局の決算資料によっても、県内入院患者の動向は減少傾向が続くと分析している。また、県全体の減少幅に比べ県立病院の減少幅が大きいと予測している。

公立病院としては、減少幅に拘ることは重要ではない。公立病院として担うべき患者の入院病床を確保することが重要であり、それぞれの地域における民間病院との連携を含めた、医療資源の効率的配置の問題ではないだろうか。このような視点で、「適正病床数・適正診療科」を再構築することが求められるべきであろう。

前述した「患者調査」や疾病別・年齢別を含めた「受療率」での将来予想については、当センターでは次回報告で分析・調査を行いたいと考えている。

素直に考えれば、「入院待ち」などの状況がなければ、必要病床数は確保されていると考えられ、稼働率が低いことと必要病床数との乖離があるのではないだろうか。将来的には病床数の縮減が想定されることから、どの地域で、どのような疾病病床が、どれだけ必要なのか、を様々なデータで検討し、必要病床数について将来計画をつくる必要があると考える。

現存の病床数は、どのような裏付けと将来計画があるのでしょうか。極めて疑問である。

通院患者については、ほぼ横ばいで推移しているようである。これは推察するに、決して患者数が減少しているのではなく、今後も高齢化に伴う人口構造の変化から患者数は増加傾向にあると考えられる。しかし、受診間隔が以前より延長され、1人あたりの受診延回数が減少しているものと考えられる。高齢者の疾病動向では、毎日受診する必要がなく、月1度あるいは3ヵ月に1度など受診間隔が延長化していることによるものと考えられる。

しかし、今後の高齢者の人口増加や入院に至らない患者など、通院患者の動向による施設や体制などに考慮が必要であろう。通院患者についても、地域の医療体制と役割分担が重要であることは、言うまでもない。

◆医療人材の確保と現実的対応についての一考

本県にとって医師不足問題は、永年の最重要課題として取り組まれてきた。

奨学金制度や賃金の優遇など、医師確保策が取り組まれているが、現状は全国平均の約7割程度（全国46位）の充足度となっている。本県は、可住面積が北海道に次いで広く、広範な地域での医療体制が求められている。

では、努力は評価するにしても、医師の増員確保は見通しが立つのであろうか。医師の充足度は、以前から西高東低と言われ、とりわけ北海道・東北の充足率が低い状況となっている。現在の臨床研修制度では6年間の医学部卒業から臨床研修（2年）・専門研修（6年）を経て専門医となることから、早急な増員確保には限界がある。また、医学部卒業後の研修制度によって、研修病院の選択は大都市・大病院への希望が多く、地方病院は敬遠されがちとなっているのが現状である。様々な努力は行っているが、医師の増員確保は厳しい状況が続いており、逆転有効策は乏しいのが現実である。

県病院局の資料では常勤医師の動向は、医師の専門化や勤務環境などから基幹病院の医師数は増加傾向にあるが、中小病院の医師数は減少傾向が示されている。

では、医師確保の現実と病院再編をどのように考えるべきであろうか。医師不足は医師数で表されているが、専門化がすすんでいることから、どのような診療科の医師がどの程度不足なのかを、前述の受療率等で示す必要がある。

また、限られた人材を病院再編の流れの中で、どのように配置するのが課題となっている。

当センターでは、前回報告でも「サテライト・分院化」の検討を提言してきた。

「医師の健康・生命」と「地域医療提供体制」との両立を目指し、厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」が開催されてきたが、2024年4月（施行は先

送りの可能性がある)が決められている。

その主な内容は、「医師の時間外労働上限」を適用し、原則として年間 960 時間以下とする(すべての医療機関で 960 時間以下を目指す)。

詳細は省略するが、「医師の健康・生命」を守るため勤務時間制限である。その施行により、これまでの診療体制の維持が困難になることも想定され、医師の必要数の見直しも行わなければならない。

しかし、不足数を補う環境は厳しく、効率的な配置が必要となるのである。サテライト・分院化は、常勤医師の各病院配置から地域基幹(中核)病院の配置を主体とし、中小病院へは診療派遣などにより、限られた人材を集中することが考えられる。

医療人材の確保は、病院再編の課題と並行して考えなくてはならない。病院単位の統廃合や管理移管では、医療体制の維持・継続とはならないのである。

いずれの課題も、地域(医療)事情があることから十二分な地域協議が重要と考える。