

「再検証要請対象医療機関」に対する考察 —批判拡大の背景と当該医療機関の実態について—

宮澤 星織

1. はじめに

日本は、世界的に高い評価を得ている医療システムをもつ長寿大国である。2018年の平均寿命は、男性が81.25歳と世界第3位、女性は87.32歳と世界第2位になっている^[1]。さらに日本は、国土の68.5%が森林面積に占められており、OECD加盟国の中でフィンランドに次ぐ世界第2位の森林大国でもある^[2]。この割合は、医療制度の国際比較において日本と対比されることの多いドイツ（32.7%）やフランス（31.4%）、イギリス（13.1%）と比べても、群を抜いて高い。この2つの特徴を背景として、超高齢社会を見据えた今日の医療提供体制の改革は、よりいっそう難しい局面に差しかかっている。

まず、前者の特徴について述べたい。日本の医療制度は、「私」を中心とする医療提供体制（デリバリー）と「公」による医療保険制度（ファイナンス）を特徴としており、病床数の割合からみれば約7割が民間の医療機関によって供給されている。民間の医療提供者は、場所の制約を受けることなく自由に診療科を標榜・開業することができ（自由開業医制）、そして患者も受診する医療機関を自由に選択することができる（フリーアクセス）。政府は「診療報酬制度」を通じて間接的に国民医療費をコントロールすることが可能であり、世界有数の平均寿命の延伸と死亡率の低さを誇りながらも、国内総生産（GDP）費対総医療費は10.6%と米国（16.9%）やスイス（12.2%）、ドイツ、フランス（11.2%）に比べて低く抑えられてきたことは、先進諸国のみならず、医療制度設計途上の国々においても注目されている^{[3] [4]}。

しかし今日、「私」を中心とする医療提供体制の改革は重大な局面を迎えている。「長寿」ではあるものの、平均寿命と健康寿命の差、すなわち日常生活に制限のある「不健康な期間」は近年やや拡大傾向にある^[5]。そのため、急速に医療需要が増大する超高齢社会において、限りある財源、人的資源の中でいかにして「公」が持続可能な体制づくりに導いていけるのか、多方面で議論が急がれている。特に、地域包括ケアと整合性をもった地域の医療体制の再構築は重要な課題となっており、2014年6月に成立した医療介護総合確保推進法を受けて、各都道府県は2025年の将来必要病床数を4機能別（高度急性期・急性期・回復

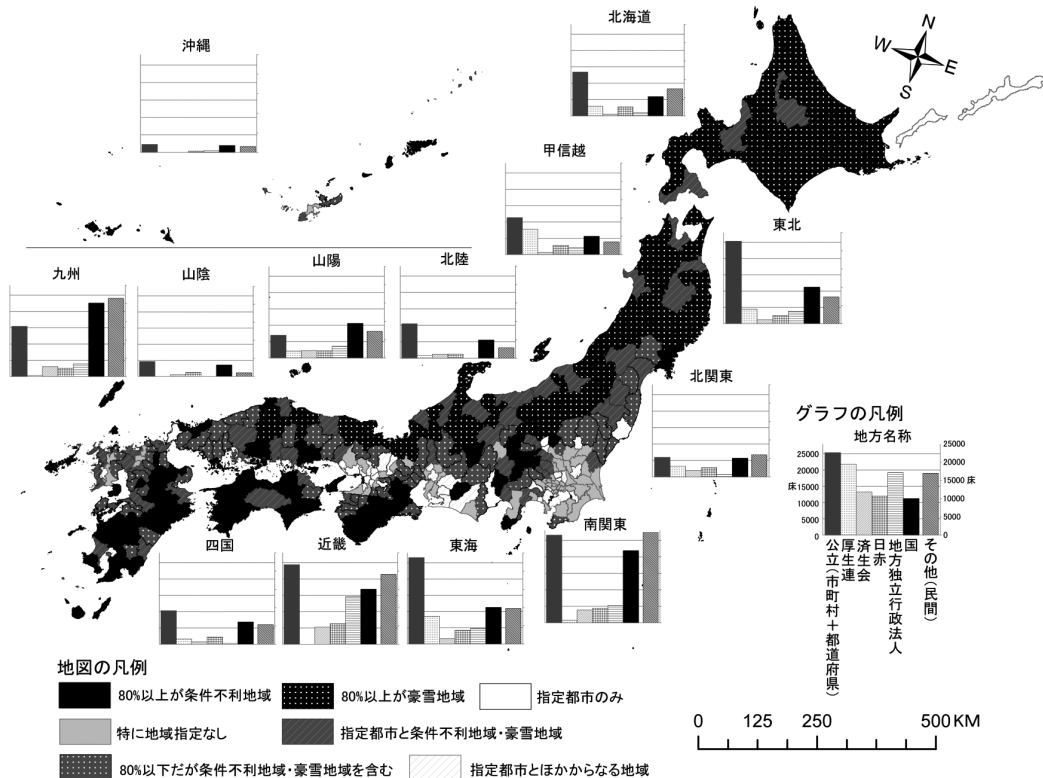


図1 二次医療圏単位でみる日本の「条件不利地域」と医療供給主体

出所) 各地方農政局「地域振興5法及び豪雪地帯対策特別措置法の指定状況(2017年時点)」より筆者作成

注1) 本稿において「条件不利地域」とは、地域振興5法のうち特定農山村法による指定地域を除き「豪雪地帯対策特別措置法」による指定地域を加えた地域を指す

注2) 二次医療圏の地域特性が重複した場合（豪雪地域かつ政令指定都市等）、医療機関の都市部への集積傾向を鑑みて指定都市の有無を最優先とし、以下豪雪・条件不利地域の順に分類・描画した

期・慢性期)に推計した地域医療構想を策定した。その実現のプロセスにおいて注目しなければならないのが、後者の特徴である。

山がちな地形条件に加えて、諸外国に比べ都市と農山村が近接しているという国土構造から、日本には同一圏内に条件不利地域が含まれている二次医療圏が多い〔図1〕。振興山村^[6]だけではなく、過疎地域^[7]、豪雪地帯^[8]、そして振興離島^[9]、半島地域^[10]を含めれば条件不利地域を含む二次医療圏は341^[11]のうち253と全体の74.2%にのぼる。超高齢社会においては、「在宅、時々入院」の医療ニーズがますます増加していくと考えられており^[12]、このような地域において極端に広域化せずにこれらを充足する体制を構築することは容易ではなく、機能分化和連携強化の方途が模索されている。

総病床数の 29.6% にあたる公立・公的医療機関^[13]は、以上の条件不利地域における医療供給の中核的な担い手と位置づけられている。しかし同時に、公立・公的医療機関は、政府

による直接の介入可能性が残されているごく限られた領域でもあることから、近年の医療改革による影響を強く受けている^[14]。本稿が注目する「再検証要請対象医療機関」とは、先に述べた「地域医療構想」の実現に向けた厚生労働省による働きかけのひとつであり、高度急性期・急性期の診療実績データ等の評価から、再編・統合に向けた議論が必要と判断された417の公立・公的医療機関の総称である。2019年9月26日、その実名が報道されると、あたかも政府に決められた「病院再編リスト」のように取り扱われ、多くの批判を集めた。例えば、「淘汰されそうな424病院 切り捨てられる過疎地医療^[15]」「住民から命と生活を奪う424病院統廃合に絶対反対^[16]」「424病院の「再編」案 厚労省・地方、強まる対立^[17]」など、紙面は「地方対中央政府」の対立的構造を強調したものも目立った。そもそもそれは、あくまで地域医療構想会議における議論の活性化を目的とした暫定的な資料提供であり、厚生労働省は「事情は地域によって異なるため、地域の実情に応じて議論すること」を付言していたものの、あまりに大きな批判にかき消され、政策当局と地域の医療関係者の間には大きな禍根を残した。このことは、今後の医療提供体制の改革の方向性として「社会保障制度改革国民会議報告書（2013）」において謳われている「提供者と政策当局の信頼関係こそが基礎になるべきである（24頁）」という基本姿勢に逆行する流れをつくりだし、今日に至っている。

そこで本稿は、「再検証要請対象医療機関」とはどのようなものであったのか、その実態を理解し、一連の政策に含まれる問題点を客観的に捉えることを目的とする。当該医療機関に関する文献蓄積を概観すれば、それは雑誌記事が大半を占めており学術論文は極めて少ないことが指摘できる。そのため客観的な全体像の分析が十分ではないままに病床削減が強調される議論が先行しており、社会に戸惑いが広がっている。当該医療機関の公表が、なぜ以上のように強い、恐らく厚生労働省の想定を上回る社会的批判を集めたのかその背景を理解することは、今後の医療ガバナンスの再構築において重要なプロセスであると考えられる。

以降の構成は次の通りである。II章では、再検証要請対象医療機関の選定方法およびその問題点を整理し、III章では、一覧の公表に対する反応を客観的に捉えるために、報道機関による新聞記事と、当該医療機関が自院のホームページを媒体として直接に地域住民や患者に呼びかけた声明文等を材料として、それらの「声」の共起関係をテキストマイニングによって分析する。IV章では、当該医療機関の開設主体や地域条件、医療環境の違いに注目してその立地特性を分析し、V章では、一連の政策をめぐる問題点と本稿に残された重要な課題について考察する。

II. 「再検証要請対象医療機関」の概要

1. 選定の基準と方法

再検証要請対象医療機関一覧は、厚生労働省内に設置された「地域医療構想ワーキンググループ（以下、WG）」の参考資料として作成された。その選定には、2017年6月～7月の1か月間の高度急性期・急性期医療の診療実績データが用いられ、次の2つの選定基準が設けられた〔表1〕。第1は、9領域すべてで地域における診療実績が下位3分の1の病院（A）であり、下位33.3パーセンタイル値に満たない診療実績の医療機関が5つの人口規模別（人口100万人以上、50万人以上100万人未満、20万人以上50万人未満、10万人以上20万人未満、10万人未満）に分析された。第2は、自動車で20分以内の距離に6領域すべてで「診療実績が類似する病院」がある病院（B）であり、6領域の診療実績が下位3分の1にあたる医療機関が「集約型」と「横並び型」に分類された。そして、区域内の診療実績累積占有率50%を基準に上位と下位にわけられ、下位グループが選定された。

こうしてAのみに該当した117、Bのみの147、AとBの両方に該当した160の合計424の公立・公的医療機関が、2019年9月26日、「再編統合について特に議論が必要（再検証対象医療機関）」として公表された。そして、今後1年間を目途に病床数や診療機能の見直し、統合等の対応方針を決定することが求められた。しかし2020年1月17日、リスト作成

表1 「再検証要請対象医療機関」の選定基準

	A. 診療実績が特に少ない	B. 類似かつ近接	
		類似の実績	所在地が近接
定義	9領域すべてで地域における診療実績が下位3分の1	6領域について地域における診療実績が下位3分の1	
		集約型 単独もしくは少数の医療機関が当該区域の診療実績の大部分を担っている場合	横並び型 上位グループの中に下位と差がない医療機関がある場合
選定方法	診療実績の水準（下位33.3パーセンタイル値に満たない）を人口規模別に分析し選定	区域内の診療実績累積占有率50%を基準に上位と下位に分類し、下位グループを選定	
			*上位グループでも下位グループ最上位と1.5倍の差がない場合は選定
該当数	A, B 両方に該当 160		
	117	147	

出所) 厚生労働省「第24回地域医療構想WG参考資料(2019年9月26日)」より筆者作成

注1) 9領域とは、がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣機能である。6領域とは、それらから災害、へき地、研修・派遣機能を除いた機能である

注2) Bでは人口100万人以上の区域に所在する公立・公的医療機関等は、類似の状況にある医療機関が多数に及ぶことから除外しており、別途検討するとされている

に用いたデータの不備等を理由に一部修正され、7施設が除外、20施設が追加されて当該機関は合計440となった。追加の施設名は社会的な影響を鑑みて一般公表されておらず、本稿では424から除外された7施設を除く417の医療機関を分析対象としている。

2. 問題の所在

再検証要請対象医療機関の選定に関する問題点として、次の3点が指摘されている。

第1は、評価指標に関する問題である。高度急性期・急性期の中でも9領域のみを対象とした評価指標が用いられたことによって、地域密着型病院が担っている多くの診療実績が評価対象外となっている。例えば、救急車を使用しない中等度の救急医療や高齢者に多い肺炎は含まれておらず、サブアキュート機能や在宅医療のバックアップに対する評価もない。手術件数が少ない内科や、回復期を担う整形外科に特化した医療機関には不利な評価指標となっている。中には、地域医療構想調整会議における協議の結果、備えていた急性期病床を不足している回復期や地域包括ケア病床として転換したばかりの病院までもが9領域の指標で評価されている事例も含まれている。すべての医療機関に同じ急性期機能を求めているのかのとき評価指標は、地域包括ケア体制の構築や近年の機能分化の流れに逆行するものとして多くの疑問が呈されている^[18]。

第2は、選定基準に関する問題である^[19]。まず、根拠とされたデータは2017年6月～7月の1か月間のみであり、2017年の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された1455施設が分析対象となっている。当時、地域医療構想の実現に向けた動きが始まった直後であったことから、急性期病床を地域包括ケア病棟や回復期に転換途上か、転換後間もなかった医療機関も少なくなく、稼働率が過少評価されている例が含まれる。また、診療実績の占有率に注目した病院区分では、限られた診療機能の医療機関が複数で補完し合って地域を支えている中小医療機関には不利となっており、そもそもA基準では、実績が「0」のデータが除外されたためパーセンタイル基準値が押し上げられている。一方B基準では、近接の定義として「移動時間20分」を全国一律の基準としたため、積雪や有料道路の利用料負担等を勘定していないという批判もあり、公表データの制限から、実際にどの医療機関が「近接」であるのかも検証ができていない。

第3は、地方自治の軽視という観点である^[20]。表2は、2019年9月26日に開催された第24回地域医療構想WGにおける参考資料と翌年1月17日に都道府県知事宛に発せられた医政局長通知の2つの文書に関して、再検証要請対象医療機関への要請概要をまとめたものである。当該医療機関の一覧発表に際して、多くの報道機関が参照したのは前者であり、後者ではそのいくつかの表現が変更されている。

表2 「再検証要請対象医療機関」に対する主な要請内容

・対象となる全ての領域で「診療実績が特に少ない」もしくは「類似かつ近接」とされた医療機関	
第24回WG資料	<p>上記医療機関に対しては、診療実績の分析結果を踏まえて、原則、具体的対応方針を変更することを前提に、以下の具体的対応方針の再検証を要請することとし、その結果は、地域医療構想調整会議において合意を得ることを求める</p> <p>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</p> <p>②2025年に持つべき医療機能別の病床数</p>
医政局長通知（医政発0117第4号）	<p>都道府県は、具体的対応方針について再検討するよう要請すること。要請を受けた「再検証対象医療機関」は、以下の検討を行い、その結果を反映した具体的対応方針について、地域医療構想調整会議において、再検証を経た上で合意を得ること</p> <p>①2025年を見据えた自医療機関の役割</p> <p>②分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小、機能廃止等）</p> <p>③①②を踏まえた機能別の病床数の変動</p> <p>*既に一定の対応をとることで地域医療構想調整会議の合意を得ている場合でも、構想区域内の他の医療機関の診療実績や医療需要の推移等を踏まえ、その合意内容の妥当性について明示的かつ丁寧な説明を行い、改めて合意を得ること</p>
・「診療実績が特に少ない」の要件に9領域全て該当している公立・公的医療機関等	
第24回WG資料	<p>近隣に医療機関がない場合で、診療実績の分析対象外の医療提供が地域にとって重要である場合など、具体的対応方針の変更を検討する際に特に留意が必要な事項がある場合は、地域医療構想調整会議において、明示的かつ丁寧な議論を行うことが重要</p>
医政局長通知（医政発0117第4号）	<p>都道府県は、当該医療機関の周辺にある医療機関との役割分担等を改めて整理する観点から、構想区域全体における2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）について検討する必要があると判断する場合には、構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議すること</p>
・「類似かつ近接」の要件に6領域全て該当している公立・公的医療機関等	
第24回WG資料	<p>*「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」を有する構想区域に対して構想区域全体の2025年の医療提供体制について、目指すべき姿を検証することを都道府県に対して要請する</p>
医政局長通知（医政発0117第4号）	<p>都道府県は、地域医療構想調整会議において、2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）について検討し、構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議すること。この際、別途提供する「公立・公的医療機関等と競合すると考えられる民間医療機関リスト」等を参考に、再検証対象医療機関や当該領域において「類似かつ近接」とされた公立・公的医療機関等のほか、地域の状況を踏まえ、必要な民間医療機関の参加を得た上で議論すること</p>
・一部の領域において「診療実績が特に少ない」又は「類似かつ近接」の要件に該当した公立・公的医療機関等	
第24回WG資料	<p>再検証の要請の対象ではないが、地域の実情に応じて、具体的対応方針の見直しの必要性を検討するよう求める</p>

医政局長通知 (医政発 0117 第 4 号)	都道府県は、再検証対象医療機関でなくとも、地域医療構想調整会議において改めて議論すること
<ul style="list-style-type: none"> 一部の領域において「診療実績が特に少ない」又は、「類似かつ近接」に該当しているのにも関わらず、2019 年 3 月末までに策定・合意された具体的対応方針において機能や病床数の変更を行っていない医療機関 	
第 24 回 WG 資料	具体的対応方針について議論を求める。具体的対応方針の変更を行う場合には、地域医療調整会議で合意を得ることを求める
医政局長通知 (医政発 0117 第 4 号)	構想区域の他の医療機関の診療実績や医療需要の推移等を踏まえ、当該医療機関の具体的対応方針の妥当性について改めて確認し、引き続き議論を進めること。議論の結果、具体的対応方針の見直しが必要とされた医療機関については、見直しを行った具体的対応方針について、地域医療構想調整会議において協議の上、合意を得ること
出所) 厚生労働省「第 24 回地域医療構想 WG 参考資料 (2019 年 9 月 26 日)」, 医政局長通知 (医政発 0117 第 4 号 (2020 年 1 月 17 日) より筆者作成	

例えば、最も下位グループとなる「対象となる全ての領域で『診療実績が特に少ない』もしくは『類似かつ近接』とされた医療機関」に対して第 24 回 WG 資料では「原則、具体的対応方針を変更することを前提に」再検証が求められている。医政局長通知では、この文言はなくなっており、既に一定の対応をとることで地域医療構想調整会議の合意を得ている場合でも、その合意内容の妥当性について再検討し、改めて合意を得ることが求められている。このような繰り返しの再検討の要請は「再検証要請対象医療機関」以外にも求められており、一部の領域のみ「診療実績が特に少ない」又は、「類似かつ近接」に該当している医療機関に対しても、改めて妥当性を確認した上での議論継続が求められている。

しかし、実際に当該医療機関が再度、地域医療構想調整会議において検証した所「何の問題もない」と満場一致の支持を得ている事例も報告されている^[21]。多くの問題を含む評価基準を用いて繰り返し地域の合議結果の見直しを迫っていることから、一覧の公表は多くの関係者にとってむしろ「議論の停滞をもたらしている」との評価を抱かせている。

III. 社会的批判の背景

1. 公表直後の動向

以上の問題点を含んでいるため、再検証要請対象医療機関に対する社会的な受け止めは極めて厳しいものであった。本章では、報道記事によるその「声」と、対する当該医療機関による「声」を分析材料として、沸き起こった社会的批判の背景について分析する。

2019 年 9 月 26 日、417 の公立・公的医療機関の一覧が公表されるとその会見の様子は当日のうちに各種報道機関に取り上げられた。いち早く強い抗議の意を示したのは、公立病院

の開設者である都道府県知事，市町村長であり翌 27 日には，全国知事会会長，全国市長会会長，全国町村会会長は 3 名の連名にて「地域の個別事情を踏まえ，全国一律の基準による分析のみで病院名を公表したことは，国民の命と健康を守る最後の砦である自治体病院が機械的に再編統合されることにつながりかねず，極めて遺憾である」との見解が発表され，国と地方の協議の場を設置することが求められた^[22]。これに応じるかたちで，厚生労働省は急遽，10 月 17 日から全国 7 カ所をめぐる病院関係者，自治体関係者との意見交換会を開催した。その場においては，同省より「唐突な公表で，住民や関係者の不安を招き反省している。あくまでも議論を求めているのであって，病院の再編・統合を強制しているわけではない」との旨が説明された。

しかし同時に，厚労省大臣官房審議官の立場からは，「非常に大きなインパクトのある情報であることは認識しており，マスコミにはかなり丁寧に説明した。しかし，私たちの趣旨，伝えようとしていることと，報道の内容はとても違った。特に地方紙で具体的な病院名を用いていろいろな報道がなされている」ことにも言及され，同省の意図と報道内容には大きな乖離があったことが示唆されている^[23]。本稿もまた，厚生労働省の見解に対する分析は十分とはいえないが，多くの報道において，同省がこれまでなしてきたあらゆる議論の根拠や経緯の説明が，極端な形に切り取られているという問題点も指摘しておきたい。意見交換会を報じる記事でも，厚生労働省は「釈明」「謝罪」「陳謝」に迫られたと略記されるのみであり，他の主体に比べても割かれている紙幅は少なく，その見解が十分に行きわたっているとはいえない。

2. 新聞報道にみる「声」

分析対象としたのは，2019 年 9 月 26 日から 2020 年 1 月 29 日までの朝日新聞，読売新聞の 2 紙であり，それぞれのデータベース「聞蔵Ⅱ」「ヨミダス歴史館」による検索結果を，フリーソフトウェア KH-CORDER3 によってテキストマイニングを用いて分析した。これは，多量の情報の中から用語の出現頻度や相互の共起関係を析出するものであり，学術的なメディア分析はもとより，近年はカルテの電子化を背景として医療分野でもよくみられるようになった^{[24][25]}。記事では必ずしも「再検証要請対象医療機関」の名称が用いられていないことも多いため，「再検証+要請」「再検証+424」「再編+424」「公立+424」等のキーワードを用いて検索し，朝日新聞では 67，読売新聞では 51 の記事を検出した。その結果は，図 2 に示している。

これによれば，まず A の楕円領域で示したように「診療」「実績」が「特に」「少ない」「公立」・「公的」病院に対して，「厚生労働省」が「再編」・「統合」の「検討」を求めている

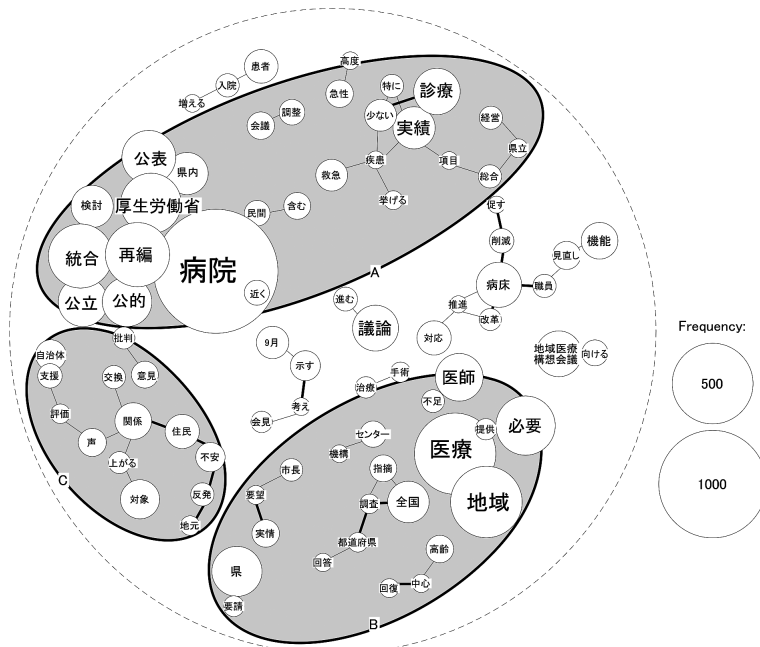


図2 新聞報道記事に表れている「声」

出所) KH-CORDER3を用いたテキストマイニング分析により筆者作成

注) 円の大きさは単語の出現頻度の高さを示し、線のつながりは各単語の共起関係を示す。

太い線は、より共起関係が強いことを表している。図3も同様である

ことが説明され、B、Cの領域には対する反応が描かれている。Bの領域で特徴的なのは、「県」や「市長」が「実情」を踏まえた対応を「要望」「要請」しているという自治体の長を軸とした共起関係である。「全国」と「調査」「指摘」が、そして「都道府県」と「回答」がそれぞれ結びついており、その背後には「医師」「不足」や「地域」で「必要」な「医療」、 「高齢者」を「中心」とする「回復」期の医療等が言及されている。そしてCの領域では、Aの領域に対する「批判」の「意見」がまとまっており、「地元」の「反発」、 「住民」の「不安」という「声」が「上がる」は、とりわけ強い共起関係で結ばれている。これらは「自治体」「支援」と結びついており、「意見」「交換」とともに公立病院再編の「批判」へと接近していることから、開設者である地方自治体の長が意見交換会において、住民の不安な声を届ける動きがクローズアップされていることがわかる。

こうした動きの背景にあるのは、医療施設の維持が地域の維持と密接にかかわる農山村地域の現実がある。地域の定住を支える「地域包括ケア」を担う市町村で唯一の中小病院にも高度急性期・急性期に偏った評価指標があてられ、その結果再編・統合を求められたということに対して、既存の医療資源を通過して人の流れを中心地に向けて促すかのような「再編リスト」は、地域の自立性確保、ましてや「地方創生」とは逆行しているという憤りが強い。

「その地域に暮らす必要がないと言われているよう^[26]」との言葉が示すように、地域の存在意義そのものが否定されたという認識に基づいて首長が動き出していることが、大きく報じられている。

3. 当該医療機関の「声」

当該医療機関の中には、一連の報道を受けて、自院のホームページを媒体として地域住民や患者に対して独自の見解を発信する医療機関もみられる。全417医療機関のホームページ上において、特に「おしらせ」や「院長あいさつ」の欄、そして主に2019年9月から2020年1月の「病院だより（広報誌）」等を探索した結果、おおよそ102の医療機関において「再検証要請対象医療機関」に自院が含まれたことに対する見解が表明されていた。それは、主に院長か病院事業者からの発信であり、表3に示すように開設主体によって大きな差がみられる。とりわけ多いのは独立行政法人（主に国立病院機構）と済生会であり、平均病床にしてそれぞれ308床、250床と比較的規模の大きい医療機関が多い。再検証要請医療機関の実数が多い北海道、東北では国保直診の施設も多いため、必ずしも独自のホームページを持っておらず、市町村のホームページ内に施設概要が掲載されているのみの形式も少なくない。こうした小規模施設では、ホームページ媒体ではなく、院内の掲示物や直接の会話によって今後の見通しが表明されている可能性が考えられ、あるいはより実質的な変化が起こり

表3 再検証要請対象医療機関による「声」の地域差

主体／地方	北海道	東北	北関東	南関東	甲信越	北陸	東海	近畿	山陰	山陽	四国	九州	総数
市町村	2(41)	4(41)	2(6)	5(16)	6(19)	4(8)	7(19)	4(23)	1(5)	8(20)	2(10)	5(20)	50(228)
都道府県		(5)		(2)	1(7)	1(1)	(1)	1(2)			(1)	(2)	3(21)
独立行政法人	(2)	1(6)	3(3)	3(7)	3(6)	2(4)	1(4)	1(3)	1(2)	3(4)	(4)	4(8)	22(53)
地方独立行政法人		(1)					(1)	1(2)		1(3)		(3)	2(10)
厚生連	(3)	(4)			1(8)	1(1)	2(8)			1(1)	1(4)	(1)	6(30)
日赤	(4)			(2)	2(4)		(2)	2(5)		1(3)		1(4)	6(24)
済生会		(2)	1(1)	(4)			1(1)	4(6)	1(1)	(1)	1(1)	(2)	8(19)
その他	(4)		(2)	(5)		1(2)	(2)	(3)		2(7)		2(7)	5(32)
総数	2(54)	5(59)	6(12)	8(36)	13(44)	9(16)	11(38)	13(44)	3(8)	16(39)	4(20)	12(47)	102(417)

出所) 各医療機関のホームページより筆者作成

注1) 独立行政法人は、国立病院機構、労働者健康安全機構、地域医療機能推進機構の合計であり、その他は、北海道社会事業協会、公益法人、医療法人、その他の法人、共済組合及びその連合会、国立大学法人、健康保険組合及びその連合会を開設者とする医療機関の合計である

注2) 三重県は、東海に含めている。以降の地方分類でも同様である

注3) () 内は再検証要請対象医療機関の全数を示す

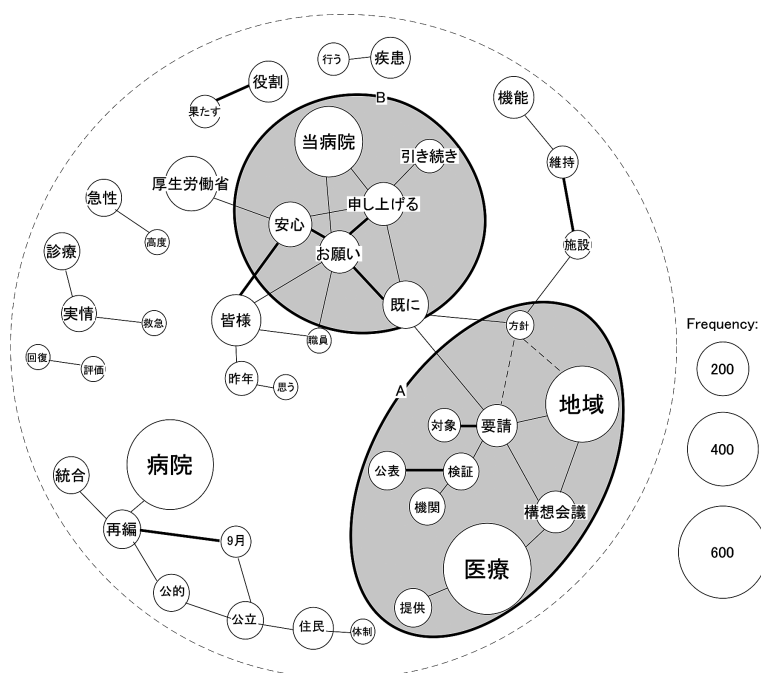


図3 当該医療機関のホームページに表れている「声」
出所) KH-CORDER3を用いたテキストマイニング分析により筆者作成

うることも否定できないため当該医療機関の見解を捉えることは難しい。そのため表3には、定期的に情報を更新できる人的資源やネットインフラ、迅速に自院の見通しを自ら表明できる意思決定構造等が関係していることに留意が必要である。

その上で、これらを分析した結果が図3である。出現頻度の高い語が連なるAの領域では、厚生労働省に「公表」された「検証」を「要請」された「対象」「機関」に当病院も含まれたという説明であり、対する見解が特徴的に表れているのがBの領域である。特に強い共起関係で結ばれているのが「既に」「お願い」「安心」「皆様」であり、「安心」は次の2つの意味にわかれている。第1は、「既に」の方面に連なり「機能」を「維持」とするという「方針」が決まっていることによる「安心」であり、そのため「引き続き」「安心」して療養を続けることを「お願い申し上げ」ている例が多い。その背後には、「役割」を「果たす」があり、それに伴う内容として、自院の得意分野として尽力してきた特定の「疾患」に治療を「行って」きたこと、地域の「実情」に合った「診療」を行ってきたという記述が見受けられ、それが9領域では評価対象にされなかったため一覧に名前が挙がったという説明が付けられることが多い。

第2の「安心」とは、「皆様」から「昨年」につながる方面であり、その続きには、頻出語として検出はされなかったものの、上に示した現状の維持だけではなく、「既に」「済ませ

ている」「終えている」というフレーズが多くみられた。その内容とは、急性期病床から地域包括ケア病床への機能転換や診療所化など、地域医療構想調整会議における協議の結果、自院の機能分担については既に再検討が済んでいるというものである。報道記事に比べて、当該医療機関によるその「声」は政策当局への強い批判的色彩よりも、地域に密着して将来を見通し、自ら今後とも変化していく覚悟を語る論調が印象的である。大きな批判が巻き起こった「再検証要請対象医療機関」の実態としては、既に機能転換に着手して再出発をしている施設が相当数含まれていることが推察できる。

IV. 立地分析

1. 開設主体別特性

本章では、「声」に引き続いて各種データの分析から、再検証要請対象医療機関の実態を捉えたい。そして、「声」の地域差から懸念される今後の問題点について考察する。

417の当該医療機関をみれば、そのうち359病院は基幹型臨床研修病院に指定されており、38の地域支援病院、31の僻地拠点病院、29の災害拠点病院が含まれている。開設主体は、市町村（228施設、平均114床）と都道府県（21施設、平均155床）を合わせた公立病院が全体の59.7%（249施設）を占めており、主に総数として際立つ北海道、東北には多く分布している〔表4〕。次いで国立病院機構（31施設）を筆頭とする独立行政法人による施設が合計53施設（平均275床）にのぼり、厚生連（30施設、平均193床）日赤（24施設、平均184床）、済生会（19施設、平均191床）の公的3病院が続いている。

公的3病院（厚生連、日赤、済生会）には、歴史性や特徴的な事業内容に大きな違いがある〔表5〕。それを踏まえて、公的3病院のもともとの立地動向と、それに占める再検証要

表4 地方別にみる再検証要請対象医療機関の開設主体

主体／地方	北海道	東北	北関東	南関東	甲信越	北陸	東海	近畿	山陰	山陽	四国	九州	総数
公立病院	41	46	6	18	26	9	20	25	5	20	11	22	249
独立行政法人	2	6	3	7	6	4	4	3	2	4	4	8	53
地方独立行政法人		1					1	2		3		3	10
厚生連	3	4			8	1	8			1	4	1	30
日赤	4			2	4		2	5		3		4	24
済生会		2	1	4			1	6	1	1	1	2	19
その他	4		2	5		2	2	3		7		7	32
総数	54	59	12	36	44	16	38	44	8	39	20	47	417

出所）厚生労働省「第24回地域医療構想WG参考資料（2019年9月26日）」より筆者作成

注）公立病院は、市町村立と都道府県立医療機関の合計である。独立行政法人は、国立病院機構、労働者健康安全機構、地域医療機能推進機構の合計であり、その他は、北海道社会事業協会、公益法人、医療法人、その他の法人、共済組合及びその連合会、国立大学法人、健康保険組合及びその連合会を開設者とする医療機関の合計である

表 5 公的 3 病院の概要

主体	設立経緯	理念・目標	事業内容
厚生連	1919 年（大正 8 年）、島根県青原村の産業組合が窮乏する農村の無医地区解消を目的に設立	保健・医療・高齢者福祉事業への支援を通じた地域社会発展への貢献を目指し、理念は都道府県郡ごとに構える	<ul style="list-style-type: none"> 農山村地域における医療事業 保健（健康管理）事業（過疎地を巡回する健診車を有する） 高齢者福祉事業
日赤	1877 年（明治 10 年）西南戦争を契機に軍隊等の傷病者救護を目的に救護団体「博愛者」により設立	赤十字の人道・博愛の精神に基づき、信頼される医療をおこないます *各医療機関により下線部が異なる	<ul style="list-style-type: none"> 国内災害救護：救護班（医師 1 名，看護師長 1 名，看護師 2 名，管理要員 2 名）を全国で約 500 班を編成し，災害時に備える 血液事業：1952 年から開始，全国 54 の血液センターと 172 の付属施設を有する
済生会	1911 年（明治 44 年），医療による生活困窮者の救済を目的に明治天皇により設立 社会福祉法人（職員数：約 62,000 人）	済：生活困窮者を <u>済</u> う 生：医療で地域の <u>生</u> を守る 会：会を挙げ，医療・福祉の切れ目ないサービス	<ul style="list-style-type: none"> 生活困窮者支援・「なでしこプラン」：ホームレスや DV 被害者，刑務所出所者，外国人等を対象に訪問診療，健康診断，予防接種等を無料で実施（平成 30 年度は延べ 17 万 6 千人） 「済生丸」による離島の巡回診療

出所）各機関ホームページより筆者作成

厚生連（<http://www.ja-zenkouren.or.jp/>），日本赤十字社（<http://www.jrc.or.jp/>），済生会（<https://www.saiseikai.or.jp/>），

最終閲覧日：2020 年 8 月 25 日

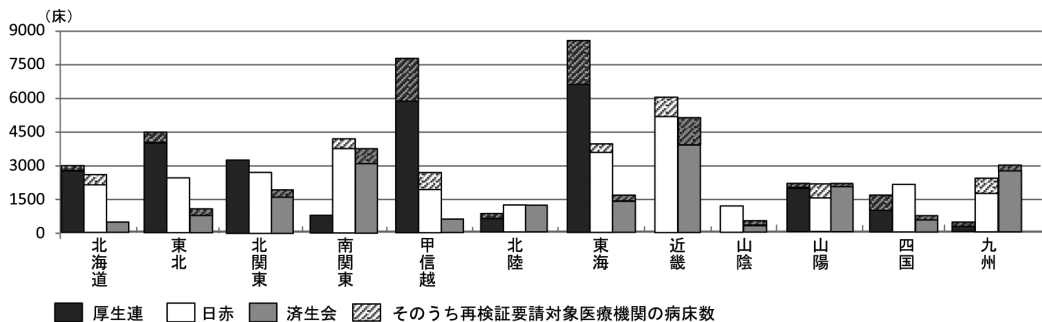


図 4 公的 3 病院の立地分布と再検証要請対象医療機関の病床数

出所）厚生労働省「第 24 回地域医療構想 WG 参考資料（2019 年 9 月 26 日）」，2017 年医療施設調査より筆者作成

請対象医療機関の病床数割合を示した図 4 をみれば，それぞれの異なる傾向を見出すことができる。まず，主に東日本の農山村地域における中核的担い手となっている厚生連では，全体の供給量が突出している甲信越，東海において多くの医療機関が選ばれている。次に，災害救護や血液事業の専門領域を持つ日赤は，公的 3 病院の中でも総病床数としては厚生連を若干上回る最も大規模な主体あり，全国的に大きな偏りなく立地している。その中でも，再検証要請対象医療機関は甲信越，近畿，九州に比較的多く，一方で当該医療機関が該当し

ていない地方もある。そして済生会は、生活困窮者支援を積極的に推進しているのが特徴であり、立地傾向としては日赤に比べてやや南関東や近畿、九州など都市的地域に軸をおいていることがわかり、当該医療機関の立地もこれらの地域に多いという特徴がある。

2. 地域条件

医療のアクセスに対する不安には、居住地の地域条件が強く関わっている。そのため、以下では、全国の二次医療圏を7つの地域条件にわけ、再検証要請対象医療機関の立地傾向を明らかにする。7区分の分類は、以下の方法による。「①条件不利地域」とは、当該医療機関が立地する二次医療圏を構成する市町村の80%以上が過疎市町村、振興山村、離島振興法、半島振興法のいずれかの指定を受けている地域を指す。「②豪雪地域」とは、80%が豪雪地帯の指定、「③指定都市のみ」は、政令指定都市、中核市、特例市のみによって構成される地域であり、例えば、市域が二次医療圏となっている宇都宮医療圏等がこれに該当する。指定都市とその他の市町村から成る二次医療圏は条件不利地域を含むか否かによって「④指定都市+条件不利地域」と「⑤指定都市（一部）」にわけており、「⑥条件不利地域（一部）」は80%以下であるものの二次医療圏の中に条件不利地域を含む地域を指す。「⑦特になし」は、特段の地域指定がない市町村に構成される地域である。なお、各地域特性が重複した場合（豪雪地域かつ政令指定都市等）、医療機関の都市的地域への集積傾向を鑑みて、指定都市の有無を最優先とし、以下、豪雪地域、条件不利地域の順に分類した。

本稿の冒頭で示した図1は、全341二次医療圏を7区分で表したものである。これによれば、二次医療圏の面積が広域である東北は「④指定都市+条件不利地域」が多く、一方、圏域が比較的狭小である九州は「①条件不利地域」が多い。その傾向は、紀伊半島から四国山地の外帯山村にかけて条件不利地域が連なっている圏域についても同様である。以下では、地域条件からみた再検証要請対象医療機関の立地傾向を次の2点に指摘したい。

第1に、条件不利地域の傾向について、割合にして最も多いのは「④指定都市+条件不利地域」の118病院（28.3%）であり、次いで「②豪雪地域」が96病院（23.0%）、「⑥条件不利地域（一部）」が67病院（16.1%）、「①条件不利地域」が51病院（12.2%）であった〔表6〕。当該医療機関の実数分布が北海道、東北、九州が多いと考えれば、それぞれに典型的な地域条件が反映されている。最も多い「④指定都市+条件不利地域」の地域条件は、そもそも「9領域の診療実績」や「類似する機能の医療機関との近接」といった基準を考えれば該当しやすいと推測できる。指定都市水準であれば、中規模以上の医療機関が集積しやすく、その近郊ともなれば様々な開設主体が混在しており、高度急性期・急性期の診療実績を占有することは難しい。次いで多い「②豪雪地域」では、北海道が45病院と最も多く、全

表 6 地域条件からみた「再検証要請対象医療機関」の地方分布

地域条件／地方	北海道	東北	北関東	南関東	甲信越	北陸	東海	近畿	山陰	山陽	四国	九州	総計
総数	54	59	12	36	44	16	38	44	8	39	20	47	417
①条件不利地域		5		1	6		2	3	1	12	10	11	51
②豪雪地域	45	21			11	7	1	7	3	1			96
③指定都市のみ			3	9			4	6		1			23
④指定都市＋条件不利地域	9	22	4	3	22	9	3	4	3	11	8	20	118
⑤指定都市（一部）			1	2			9	7					19
⑥条件不利地域（一部）		11	2	3	5		10	8	1	14	2	11	67
⑦特になし			2	18			9	9				5	43
公立病院（市町村＋都道府県）	41	46	6	18	26	9	20	25	5	20	11	22	249
①条件不利地域		5		1	4			3	1	5	7	9	35
②豪雪地域	36	18			9	5	1	6	2				77
③指定都市のみ				2				1		1			4
④指定都市＋条件不利地域	5	14	3	2	11	4	2	3	1	5	4	6	60
⑤指定都市（一部）				2			3	3					8
⑥条件不利地域（一部）		9	2	3	2		7	4	1	9		5	42
⑦特になし			1	8			7	5				2	23
公的 3 病院	7	6	1	6	12	1	11	11	1	5	5	7	73
①条件不利地域					2		2			1	2		7
②豪雪地域	6	2			2			1	1	1			13
③指定都市のみ			1	3			2	2					8
④指定都市＋条件不利地域	1	3			5	1	1	1		1	2	4	19
⑤指定都市（一部）							2	1					3
⑥条件不利地域（一部）		1			3		2	3		2	1	2	14
⑦特になし				3			2	3				1	9

出所）厚生労働省「第 24 回地域医療構想 WG 参考資料（2019 年 9 月 26 日）」より筆者作成

注） は、地域条件の側からみて最も医療機関数が多く、 は 2 番目に多い地域を表す

96 病院のうち 77 病院は公立病院である。B 基準において、「自動車での移動距離が 20 分以内の距離」が近接と定義されたことへの批判が多い背景には、豪雪地域の医療機関が多く含まれていたことが考えられる。他の条件不利地域について、東北、四国、九州では公立病院が多く、東海、甲信越ではそれに加えて厚生連を筆頭とする公的 3 病院の多さも際立っている。すなわち、条件不利地域の中核的担手の医療機関が挙げられていることがわかる。

第 2 に、都市的地域の傾向について、三大都市圏を擁する南関東、近畿、東海では「③指定都市のみ」や「⑦特になし」の地域における当該医療機関の立地がみられる。その主な開設主体は公立病院だけではなく病床規模の大きい独立行政法人、済生会や日赤である。各開設主体の特性を鑑みれば、特定の「地域」よりも特定の「領域」で独自性の高い事業展開をしているため、病院の存亡は特定の利用者層に対して影響を与える。例えば、国立病院機構

では、慢性期病床の中に重症心身障害病棟をもつ医療機関が多く含まれており、済生会は既述のように、「無料低額診療事業」や生活困窮者支援を積極的に展開している。日赤は、災害救護をはじめ各領域の高度救急に専門領域をもっており、国際的な評価も高い。再検証要請対象医療機関としての選定がこれらの領域を脅かす可能性に対する批判的な「声」は、「条件不利地域」のようなまとまりある集団に比べて汲み取られにくく、十分には表出されていないことが指摘できる。

3. 医療環境

再検証要請対象医療機関が立地する地域の医療環境は、日本全国の二次医療圏の水準からみてどのような位置づけにあるのだろうか。2017年の医療施設調査をもとに各二次医療圏の人口10万人対病床数を求め、それを四分位数によってカテゴリー化することで各二次医療圏の相対的な位置づけを確認したい。カテゴリーは病床数の多い方から順にABCDとして、表7は、再検証要請対象医療機関の分布をカテゴリー別に表している。

これによれば、当該医療機関が最も多く立地しているのはC区分であり124医療機関が該当する（25パーセンタイル値1043.8床）。ほぼ同数でB区分が123医療機関と続き（50

表7 地方別にみる二次医療圏の地域条件

2017年 カテゴリー ／項目	再検証要 請対象医 療機関数	人口10万人		患者流 出割合	他年次のカテゴリー（参考）	
		対 病床数	対 医師数		2005年	2025年 「必要病床数」
A (86圏域)	113	1998.3	172.9	21.3	A：68圏域（79.1%） B：18圏域（20.9%）	A：55圏域（64.0%） B：26圏域（30.2%） C：5圏域（5.8%）
B (84圏域)	123	1463.8	167.5	21.4	A：17圏域（20.2%） B：53圏域（63.1%） C：14圏域（16.7%）	A：27圏域（32.1%） B：32圏域（38.1%） C：22圏域（26.2%） D：3圏域（3.6%）
C (85圏域)	124	1159.9	145.6	26.8	B：11圏域（12.9%） C：61圏域（71.8%） D：13圏域（15.3%）	A：5圏域（5.9%） B：22圏域（25.9%） C：36圏域（42.4%） D：22圏域（25.9%）
D (86圏域)	57	845.2	118.7	36.5	B：1圏域（1.2%） C：10圏域（11.6%） D：75圏域（87.2%）	B：3圏域（3.6%） C：20圏域（25.9%） D：63圏域（73.3%）

出所）厚生労働省「第24回地域医療構想WG参考資料（2019年9月26日）」、2005年医療施設調査、2017年医療施設調査、2017年患者調査をもとに筆者作成

注）2025年「必要病床数」は各都道府県が2016年度末に策定を終えた「地域医療構想」に記載された推計であり、人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年（2013年）3月推計）」が用いられている

パーセンタイル値 1302.8 床), A 区分は 113 (75 パーセンタイル値 1616.6 床), D 区分は 57 の医療機関が立地している。各カテゴリー内で平均した人口 10 万人対病床数, 同医師数や患者の他医療圏への流出割合をみると, いずれも A から D にかけて医療環境の厳しさが増していることがわかる。2017 年のデータは, 地域医療構想策定のため各地の病床数は変動途上であることから, 参考として一連の医療改革が加速する前の 2005 年, そして地域医療構想に必要な病床数が明記された 2025 年推計のカテゴリーも掲載した。これによれば, このカテゴリーには一定の経路依存性がうかがえる。例えば, 2005 年時も同じカテゴリーであった圏域は, D 区分が 87.2% と最も高く, A が 79.1%, C が 71.8%, そして B が 63.1% である。しかし, 2025 年推計をみれば, 同カテゴリーが続くのは B と C がそれぞれ 38.1%, 42.4% と低下しており, 一段階下のカテゴリーへ変化する圏域も相当数見受けられる。D 区分の圏域には, 2005 年から 2025 年将来に向けても長期的に全医療圏の中では 25 パーセンタイル値以下の環境であり続けるといった構造が確認でき, さらにこの圏域分布には, 地域的傾向がみられる。

図 5 は, A~D の区分を色分けし, 地方別に再検証要請対象医療機関数を表したものである。これによれば, 北海道と山陰以西の地方では, グラフ内に占める白色~薄グレーが多く, ほとんどの再検証要請対象医療機関が A あるいは B 区分の圏域に立地していることがわかる。一方, 東北, 北・南関東, 甲信越, 東海では濃グレー~黒色の C, D 区分の圏域への立地が卓越していることから, より医療環境の逼迫した地域に集中していることがわかる。割合にして, 東北では 59.3%, 南関東では 75.0%, そして東海では 100% が CD 圏域に

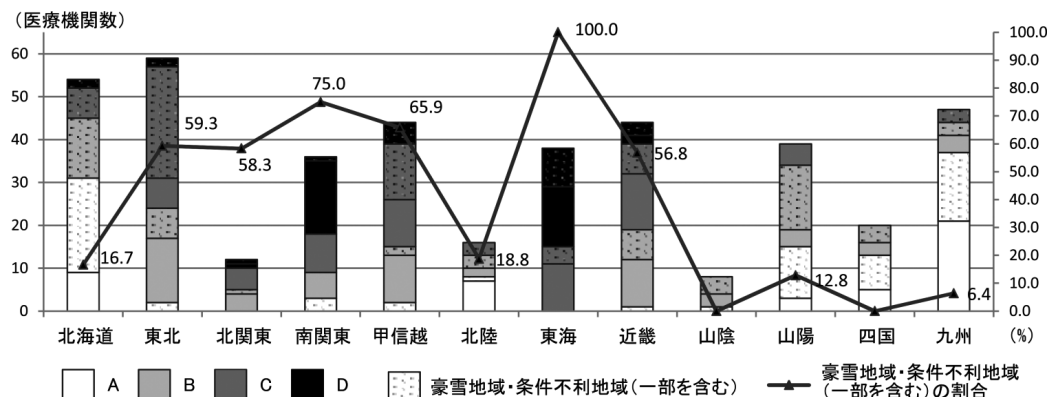


図 5 人口 10 万人対病床数カテゴリーからみた再検証要請対象医療機関の地方分布

出所) 厚生労働省「第 24 回地域医療構想 WG 参考資料 (2019 年 9 月 26 日)」, 2005 年医療施設調査, 2017 年医療施設調査, 2017 年患者調査, 各地方農政局「地域振興 5 法及び豪雪地帯対策特別措置法の指定状況 (2017 年時点)」を参考し筆者作成

注) 「豪雪地域・条件不利地域 (一部を含む) の割合」は, 再検証要請対象医療機関のうち, 豪雪地域・条件不利地域に立地している当該医療機関の割合を意味する

立地している。図中にドットを加えた領域は、前節の「地域的条件」において定義した「①条件不利地域」「②豪雪地域」「⑥条件不利地域（一部）」を合計した圏域への立地を示しており、主に、北海道、東北、山陽に目立っていることがわかる。

4. 「声」の地域差の背景

以上の分析結果を踏まえれば、各種報道では「逼迫する地方対中央政府」といった対立軸が強調されがちであったものの、実際には、再検証要請対象医療機関は条件不利地域だけではなく、都市的地域や病床数の相対的に多い地域にも立地していることがわかる。このことは、医療再編の検討基準として重要となる公立病院の財務指標に注目しても、若干の影響がうかがい知ることができる。

表8によれば、再検証要請対象医療機関のそれは、一覧には列挙されなかったその他の同規模医療機関と比較しても、決定的に赤字傾向にあるとは見受けられない。経常収支比率、

表8 再検証要請対象医療機関の財務状況

病床規模別／財務指標		経常収支比率	医業収支比率	職員給与比率	材料費対医業収支比率	経常	
						損失を生じた事業(赤字)	利益を生じた事業(黒字)
50床未満	再検証要請対象医療機関 (I)	95.4	61.0	84.6	14.1	21	11
	それ以外の医療機関 (II)	96.1	58.7	91.0	14.5	21	16
50床～100床未満	I	96.4	71.7	70.9	15.3	55	33
	II	96.5	69.6	113.0	15.1	48	35
100床～200床未満	I	96.1	76.1	64.7	14.6	51	29
	II	97.0	76.1	75.4	15.5	69	43
200床～300床未満	I	90.4	67.4	55.2	13.3	13	4
	II	96.1	81.8	57.2	18.3	36	23
300床～400床未満	I	94.6	72.6	56.5	22.5	5	2
	II	95.5	84.2	54.3	21.0	67	26
400床～500床未満	I	98.1	83.0	37.0	15.7	1	2
	II	98.9	88.9	52.4	24.4	27	25
500床以上	I	100.0	0.0	—	—		1
	II	99.3	90.3	50.7	26.8	40	36
総計		96.8	76.4	71.1	17.7	470	302

出所) 2019年「地方公営企業決算状況調査」損益計算書をもとに筆者作成

注) 「建設中」、「想定企業会計」であった100の医療機関を除く

医療収支比率に注目すると、200床～300床未満の規模において両者のひらきが確認できるものの、それ以外の病床規模においては両者の数値は類似しており、中には、黒字経営の医療機関も多く含まれている。それにもかかわらず、突如、「再編・統合への検証が必要」と実名が公表されたことは現場関係者にとって大きな衝撃であり、一覧に対する批判拡大の背景となったことが推察できる。III章で述べたように、再検証要請対象医療機関の中には、病院自ら地域住民に「当院は安心である」という「声」をあげている医療機関も少なくない。その判断はこうした財務状況に裏付けられていることも考えられ、2000年以降加速してきた医療制度改革の中で繰り返し強調されてきた財務指標上の成果が勘案されないのであれば、今後の医療再編は一体何を軸として判断されるべきなのか、新たな混乱を生み出す結果となっている。

一方で、III章で述べた当該医療機関による「声」の地域差からは、今後どのような問題点が示唆されているのだろうか。東海と東北に注目したい。条件不利地域とCD圏域が多い前者では、当該地域の象徴的な担い手である岐阜、静岡の厚生連（平均243床）や静岡、愛知、三重の市立病院（平均198床）等において、いくつかの「声」が確認されている。多くの文章には、深刻な医師不足により医療環境は引き続き厳しいものになるとの認識が付されていたものの、既に、地域で協議の上病床機能の転換や連携が進められている旨と今後も地域の医療を率いていくという決意が表明されている。しかし、後者では、同じく厳しい条件下でありながらかつ「声」が多くは捉えられなかった。東北の小規模医療機関の中にも財務状況の安定している病院はみられる。しかし特に宮城県には、医療機能の再編、病床数等の適正化に国の助言や集中的な支援が行われる「重点支援区域」も含まれており、再検証要請対象医療機関の施設名をみれば、東北では2007年の公立病院改革では縮小再編を行わなかったかあるいは検討にはあがったもののサテライト分院として存続した宮城、山形の市町村立病院（平均104床）が多い。農村地域における公立病院改革の影響を、病院が無床診療所化された地域において元入院患者を追跡調査した新沼（2012）によれば、元入院患者はその後広域にわたる転院が繰り返され、医療必要度の高い患者の在宅医療が頻発していた^[27]。このことによる患者や家族の負担は極めて重いものであり、条件不利地域における医療の後退は、すなわち地域の存続にかかわる問題として注視する必要がある。

V. おわりに

本稿では、「再検証要請対象医療機関」の一覧公表に際して行き交った「声」を、報道機関による新聞記事と当該医療機関自らがホームページ上で発した地域や患者に対する声明文等を分析対象として、テキストマイニングを行った。さらに、当該医療機関の立地傾向を地

域条件や医療環境に注目して分析した。これらの結果を踏まえて、次の2点を指摘したい。

第1に、再検証要請対象医療機関には、条件不利地域でかつ全国的位置づけからみても長期的に病床不足が続く地域の中心的担い手までもが含まれていた。2000年以降加速してきた医療制度改革の影響を受けて、医師不足地域の病院経営はいっそう厳しさを増している。このことを考えれば、今日ある条件不利地域の公立・公的病院は、守ってきたからこそ存立している社会資源なのであり、ただのそこにある病院ではない。地域全体の維持存続がかかわっている医療供給の象徴的担い手が突然に実名公表されたことによって、批判は大きく拡大したと考えられる。

しかしながら、第2に、再検証要請対象医療機関の実態は、すべてがそのような条件下の地域にあるわけではなく、その全容を「脆弱な医療体制の地方」対「中央政府」で捉えきえることは決して適切ではない。限りある財源、人的資源を考えれば、地域の将来像に依拠して穏やかに病床数・機能を変化させていくことは不可避であり、病床減をすなわち「地方切り捨て」と直結して捉えることは正確な解釈とはいえない。島崎（2019）が指摘するように、社会の変容に伴い見直しが迫られる医療の在り方を模索するにあたって、国民の意識や価値観がこれまでと同じでよいはずはない^[28]。感情的になりやすい医療再編に対して、今一度、情報の発信・収集には冷静な姿勢で取り組むことが求められる。

再検証要請対象医療機関をめぐる一連の問題の根源は、既に指摘されているように、制度として未成熟な病床機能報告を用いて、特に病床再編の過渡期にあたる1か月間のみの診療実績を取り上げて一覧を生成したことにあり、もとより実態からかけ離れた部分を相当数含んでいた。急性期病床を地域包括ケア病床に転換する等既に新たな体制へと踏み出している地域に対して、遅れをとったうえ不的確な指標を割り当てた結果となり、対する地域の医療関係者の大きな不信感は相応の反応と理解せざるを得ない。

本当に危惧されるのは、以上のような問題点を含む一覧ながら、国による呼びかけであるが故に、それが地域における議論の「省略化」に利用されることである。医療体制の将来像を議論する様々な協議プロセスでは、地域の様々な社会・経済的問題が顕在化される。例えば、家族のあり方の変化や地域の経済問題、交通問題など生活全般に関わるものである。こうしたプロセスは、医療だけではなく、地域づくり全体にとっても貴重な機会であるため^[29]、国による一覧を「口実」としてこのようなプロセスが軽視され、拙速な再編へ加速することは、安定した医療体制の構築とは逆行するものと懸念される。

最後に、本稿では取り上げるのでできなかった、本来議論の最も重要な位置づけにあるべき主体について触れておきたい。それは、（施設の代表者ではない）医療従事者である。公的な統計ではないものの、昨今医療従事者の間では医療提供体制の再編の必要性を強く感

じているという結果が報告されている。例えば、『日経ヘルスケア』が2019年10月末から11月初旬にかけて『日経メディカル Online』の会員を対象に実施したアンケートによれば、424の「再検証要請対象医療機関」の医師（127人）の約半数を占める45.7%が「適切（もしくは仕方ない）と感じた」と回答している^[30]。「適切」と「仕方ない」を一括した点に問題性が感じられるものの、これに類似する結果は、他にも確認されている^[31]。このことは、今日の医療体制が、実際には現場医療従事者による多くの困難の上で維持されていることを示唆しており、今後の医療提供体制改革においてはより多くの、異なる立場の主体の「声」は偏りなく考慮される必要がある。「再検証要請対象医療機関」をめぐる一連の問題は、こうした医療ガバナンス上の重要な問題も提起している。

注

- [1] 厚生労働省「平成30年簡易生命表」
- [2] FAO『The Global Forest Resources Assessment 2015』<http://www.fao.org/3/a-i4808e.pdf> 最終閲覧日：2020年8月25日
- [3] OECD『OECD Reviews of Public Health: Japan A HEALTHIER TOMORROW』<http://www.oecd.org/japan/oecd-reviews-of-public-health-japan-9789264311602-en.htm> 最終閲覧日：2020年8月25日
- [4] OECD『Health Statistics 2018』<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 最終閲覧日：2020年8月25日
- [5] 厚生労働省（2016）『厚生労働白書—人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える—』
- [6] 振興山村とは、10年を年限とする時限立法である山村振興法に基づき主務大臣（国土交通大臣、総務大臣及び農林水産大臣）が、都道府県知事の申請に基づいて国土審議会の意見を聞いて指定するものである。指定要件は、旧市町村（1950年2月1日時点の市町村）単位に林野率（1960年）75%以上かつ人口密度（1960年）1.16人/町歩未満等であり、国土の約47%、総人口の約3%を占める（2010年時点）。
- [7] 現在の過疎地域は、東日本大震災の影響を考慮し2022年3月まで5年間延長された「過疎地域自立促進特別措置法（2017年一部改正）」に基づいており、財政力指数にもとづく財政要件と、人口減少率・高齢者率・若年者率を勘案した人口要件によって定義される。2条1項による「過疎市町村」、33条1項による「過疎地域と見なされる市町村」、33条2項による「過疎地域と見なされる区域を含む市町村」があり、総務大臣、農林水産大臣、国土交通大臣により「過疎地域の市町村」を公示されることで法的有効性をもつ。国土の約59.7%、総人口の8.6%を占める（2019年時点）。
- [8] 豪雪地帯とは1962年に制定された豪雪地帯対策特別措置法に基づき、国土交通大臣、総務大臣、農林水産大臣が、積雪の度その他の事情を勘案して政令で定める基準に従い、国土審議会の意見を聴いて、道府県の区域の全部又は一部を豪雪地帯および特別豪雪地帯として指定するものである。一部指定、全部指定、特別豪雪地帯の指定があり、国土の約51%、総人口の約15%を占める。（2020年4月時点）。
- [9] 離島地域とは、離島振興法による離島振興対策実施地域（78地域255島、2018年4月）と2014年3月に改正された「奄美群島振興開発特別措置法」および「小笠原諸島振興開発特別措置

- 法」に基づく指定地域を指す。
- [10] 半島地域とは、三方を海に囲まれ平地に恵まれず、幹線交通体系から離れているなどの制約下で、産業基盤や生活環境の整備等について他地域より低位にあり、また人口減少が進行する厳しい状況におかれていることを背景に、1985年に10年の時限立法として成立した「半島振興法」に基づき指定された半島振興対策実施地域を指す。主務大臣（国土交通大臣、総務大臣および農林水産大臣）が、都道府県知事の申請に基づいて指定するものであり、現在、23地域（22道府県194市町村）が指定されている（2013年4月時点）。
- [11] 本稿において二次医療圏は、今後の病床再編を考える上で基本的な単位となる地域医療構想に示された「構想区域」を取り扱っている。そのため三重県のサブ医療圏を含む。
- [12] 池上直己（2015）「地域医療構想の現状と課題」『社会保険旬報』2620号 p. 8-13
- [13] 厚生労働省（2017）「医療施設調査」による。医療施設調査における区分としては、市町村、都道府県を開設者とする公立の医療機関に加えて、地方独立行政法人、日本赤十字社、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を開設主体とする医療機関が「公的医療機関」とされている。
- [14] 大谷 泰史、福田 治久（2019）「公立病院再編による経営改善効果に関する研究」『日本医療・病院管理学会誌』56巻1号 p. 17-27
- [15] 週刊朝日『AERAdot.』2019年12月6日 <https://newspicks.com/news/4445260?block=side-news-similar> 最終閲覧日：2020年8月25日
- [16] 全国労働組合交流センター <https://www.k-center.org/wp/2019/10/post-5740/> 最終閲覧日：2020年8月25日
- [17] 『日本経済新聞（電子版）』2019年10月2日 <https://www.nikkei.com/article/DGXMZO50507960S9A001C1EA1000/> 最終閲覧日：2020年8月25日
- [18] 高木誠・若林久男・井上仁・久保園高明・村脇義和・中島祥介・瀬川雅数・中山正一郎・迫康博・宮崎俊一・西田保二・馬場章・赤星透・松島聡・野々村和男・佐久間博史・松浦秀夫・塚田信廣・鈴木範行・松崎交作・長島敦（2019）「21病院長が公表内容の問題点と将来への決意を語る」『済生：The newsletter of Social Welfare Organization Saiseikai Imperial Gift Foundation, Inc.』95巻12号 p. 12-36
- [19] 塩見正（2020）「「診療実績データの分析」の概要と問題点」『住民と自治』682号 p. 12-15
- [20] 横山 壽一（2020）「公立・公的424病院の「再検証」問題：国が進める地域医療への対応，地域医療を守るための課題」『医療労働』635号 p. 2-9
- [21] 前掲[18]
- [22] 全国知事会 http://www.nga.gr.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/2/20190927-03_comment_3dantai.pdf 最終閲覧日：2020年8月25日
- [23] 『医療維新』2019年10月24日「地域医療構想「趣旨は理解、424病院公表は問題」、東北・意見交換会—厚労省主催、「信頼を裏切った、代償大」「看護師引き抜き始まった」」<https://www.m3.com/news/iryoshin/707335> 最終閲覧日：2020年8月25日
- [24] 小野大樹、高林克日己、鈴木隆弘、横井英人、井宮淳、里村洋一（2004）「テキストマイニングによる退院サマリー自動分類の試み」『医療情報学』24巻1号 p. 35-44
- [25] 大谷誠、松田晋哉（2020）「医療テキストデータに対するトピックモデルの応用」『日本ヘルスサポート学会年報』5巻 p. 29-35
- [26] 『朝日新聞』2019年11月5日 <https://www.asahi.com/articles/ASMBR7RVFMBRULBJ010.html> 最終閲覧日：2020年8月25日
- [27] 新沼星織（2012）「東北農村の医療再編と家族行動—宮城県登米市における公立病院改革を事

例として—」『村落社会研究ジャーナル』19 卷 1 号 p25-36

[28] 島崎謙治（2019）「2040 年を見据えた医療政策の課題」『社会保険旬報』2734 卷 p. 22-31

[29] 新沼星織（2013）「地域医療とその再生」, 小田切徳美編『農山村再生に挑む—理論から実践まで—』岩波書店

[30] 日経ヘルスケア on the web <https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/blog/nhc/201912/563618.html> 最終閲覧日：2020 年 8 月 25 日

[31] m3.com ニュース医療維新「「424 リスト」医師 7259 人への大調査」では、会員の医師 7259 名に対して「再検証要請対象医療機関」の妥当性に関するアンケートが実施された。424 の公立・公的医療機関等の病院名が「妥当」「概ね妥当」と考える医師は、全体で 53.1% と過半数を超えており、当該医療機関に勤務している医師では 41.8% が「妥当」「概ね妥当」と回答している。47 都道府県別の結果が公表されている。<https://www.m3.com/news/iryoishin/709298> 最終閲覧日：2020 年 8 月 25 日

（みやざわ しおり 学習院大学国際センター PD 共同研究員）

Analysis on the “Public Hospitals Requested to Reorganize”: Focusing on the Background of the Growing Criticism

Shiori Miyazawa

Abstract

The crisis of increasing elderly population in 2025, when social security costs for medical and nursing care are expected to rise sharply as the “baby boomer” generation will reach the age of 75 or older, is just around the corner. . In September 2019, the Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) announced a list of 417 hospitals run by local governments and public institutions, which are required to have discussions toward restructuring and consolidation. These medical institutions were judged as performing poorly in advanced and acute care or providing medical functions analogous to those served by other medical institutions in the same area. Although the aim of announcing the list was to stimulate discussions toward the implementation of each prefecture’s regional health care plan, several problems were found in the data used to make the list, which generated greater public criticism than expected when it was reported in the press.

This study aimed to identify the background to this issue by using the following two analyses. The first is text mining on media articles reporting the hospital list and the statements published by the medical institutions on their own website. The second is location analysis focusing on the regional conditions surrounding the medical institutions and the differences in the regional healthcare conditions.

As a result, it was clear that some of the medical institutions, including those which play a central role in disadvantaged areas where restructuring and consolidation of hospitals is required, were significantly short of hospital beds. However, some of them had already decided to maintain the current status or had already completed the conversion of their hospital bed functions based on the discussions in the regional medical care coordination committees. This was not taken into account in most of the media reports, which led to an emphasis on dichotomous social criticism such as “local versus central government”.