

2017年10月17日 全11頁

都道府県が地域医療構想を実現するために設定した構想区域の特徴

47 都道府県の地域医療構想の情報を整理・分析

政策調査部 研究員 亀井亜希子

[要約]

- 47 都道府県が、地域の実情を踏まえて、2025 年の地域医療の提供体制の実現を目指した地域医療構想を策定した。但し、都道府県別の公表であることから、構想内容の地域差が見えづらい。そこで、各都道府県の地域医療構想の情報整理を通じて、全国的な傾向分析と特殊事例の導出を行う。本稿では、入院医療の提供体制を構築する地域の単位である「構想区域」の設定内容について情報整理を行った。
- 地域医療構想の構想区域は、全国で 341 区域が設定された。そのうち 96.2%に相当する全 47 都道府県の計 328 区域は、現行の二次医療圏と同一に設定された。厚生労働省は、地域医療構想の策定を機に、現行の二次医療圏について、圏域の見直しによる二次医療圏の統合が進むと見込んでいたとみられるが、現行の二次医療圏と異なる構想区域はわずか 6 県の計 13 区域に留まった。
- 現行の二次医療圏と同一に設定された構想区域の中には、二次医療圏に求められる入院医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる 33 都道府県の 87 区域も含まれている。このような構想区域について、地域の実情による多様性をどこまで認めるべきなのか、厚生労働省の二次医療圏の見直し基準の実効性について、議論が必要であろう。

はじめに

団塊の世代の全員が後期高齢者となる 2025 年を目途に、要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らすことができ、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護等が包括的に提供される体制を各地域で構築していくことが急務とされている。その実現のための入院医療及び在宅医療に関する提供体制の構築部分は、第 7 次医療計画（2018～2023 年度）以降の医療計画に盛り込まれる「地域医療構想」に基づき推進されることとなる。

地域医療構想は、将来（2025 年を想定）における一般病床及び療養病床に係る高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の機能区分ごとの病床の必要量（以下「必要病床数」）を地域別に推

計し、その地域にふさわしい病床の機能分化・連携の在り方、さらに、超高齢社会に適した入院医療提供体制の再構築を実現させるための施策が記載された構想である。

各都道府県が策定した地域医療構想は、第7次以降の医療計画の一部に位置づけられており、厚生労働省が発出した第7次医療計画作成指針に従い「指針を参考として、基本方針に即して、かつ、医療提供体制の現状、今後の医療需要の推移等地域の実情に応じて、関係者の意見を十分踏まえた上で行うこと」が求められている。厚生労働省の同指針には、都道府県が地域の実情に応じた地域医療構想を策定する際に参考にすべき「地域医療構想策定ガイドライン」が添付されており、そこには策定プロセス¹が提示されている。各都道府県は、この策定プロセスに沿って地域医療構想を策定している。

2017年3月末までに、47全ての都道府県が地域医療構想の策定を完了した。都道府県が別々にPDFファイルやMS-Wordファイルで公表している。その構成はおおよそ一致しているものの、記述様式・内容については自治体の自由度が高いため、都道府県が「地域の実情に応じて策定」した内容の地域差が把握しづらい。そこで、地域医療構想の策定プロセスごとに、47都道府県の情報整理を行い、全国的な傾向分析及び特殊事例の導出を通じて、地域医療構想の実現に向けた課題を検討することとしたい。本稿においては、各都道府県が設定した構想区域を取り上げる。

1. 地域医療構想における構想区域の全国の設定状況

地域医療構想において、各都道府県は地域医療構想策定ガイドラインの策定プロセスに基づき、まず、「地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」²である地域医療構想区域（以下、構想区域）を設定している。

構想区域の設定に際しては、各都道府県が、その計画期間の「地理的条件等の自然条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるもの」³として設定している、直近の第6次医療計画（2013～2017年度）で設定された二次医療圏（以下、現行の二次医療圏）と一致させることが原則とされる。但し、現行の二次医療圏について地域医療構想ガイドラインは、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討を行い、将来（2025年を想定）において入院医療を提供する一体の圏域として成り立たないと判断する場合には、現

¹ 1 地域医療構想の策定を行う体制の整備、2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有、3 構想区域の設定、4 構想区域ごとの医療需要の推計、5 医療需要に対する医療提供体制の検討、6 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計、7 構想区域の確認、8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討（出所：厚生労働省医政局長通知「医療計画について」（医政発0331第57号 平成29年3月31日、一部改正 医政発0731第4号 平成29年7月31日）の別添資料「地域医療構想策定ガイドライン」）。

² 医療法 第30条の4第2項第7号

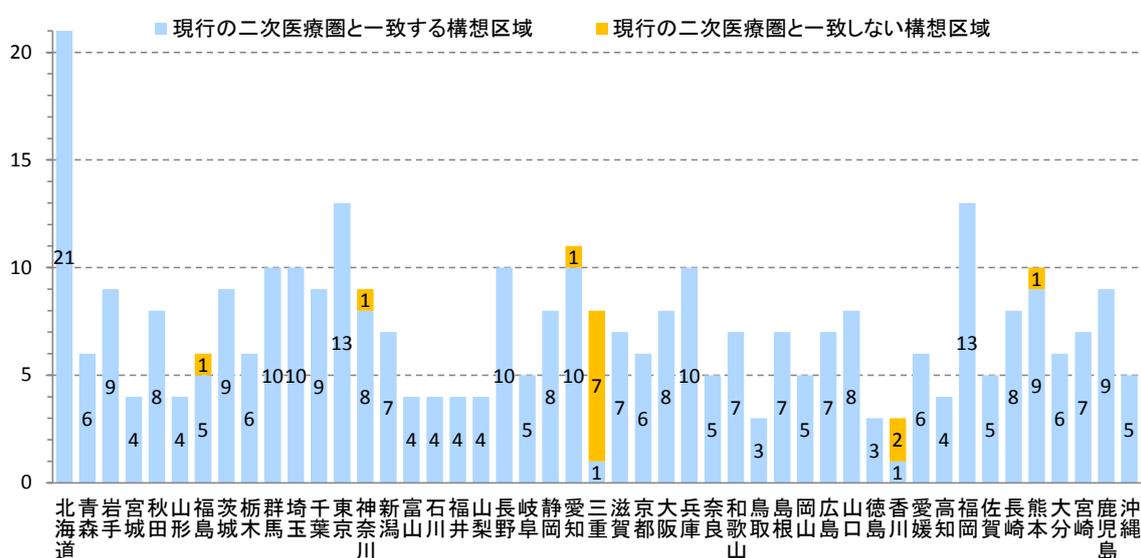
³ 医療法 第30条の4第2項第13号、医療法施行規則 第30条の29第1号

行の二次医療圏と異なる構想区域を設定する検討を行うよう都道府県に求めた⁴。

全国 47 都道府県の地域医療構想を見ると、設定された構想区域数は、現行の二次医療圏の計 344 圏域よりも 3 つ少ない、計 341 区域であった。都道府県別の構想区域数は、北海道が 21 区域と最も多く、東京都・福岡県は各 13 区域、愛知県は 11 区域、群馬県・埼玉県・長野県・兵庫県・熊本県は各 10 区域であり、この 9 都道県で全国の構想区域数の 31.7% を占めた。他方、構想区域数が最も少ない県は、鳥取県・徳島県・香川県の各 3 区域であった（図表 1）。

構想区域の現行の二次医療圏との相違を見ると、全区域数の 96.2% にあたる 328 区域が現行の二次医療圏と一致する構想区域であり、異なる構想区域は、わずか 6 県における計 13 区域（三重県が 7 区域、香川県が 2 区域、福島県・神奈川県・愛知県・熊本県が各 1 区域）となっている（図表 1）。

図表 1 都道府県別の構想区域数（現行の二次医療圏との相違の内訳）



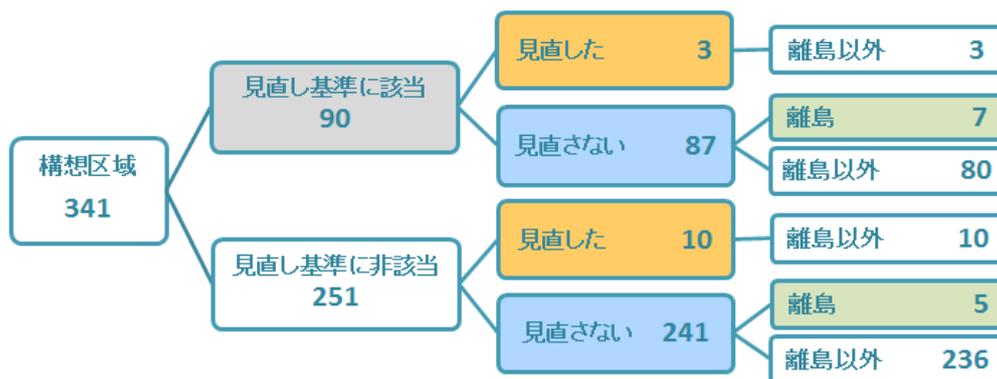
（出所）47 都道府県の「地域医療構想」より大和総研作成

都道府県が設定した構想区域は、後述する厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当するかどうか、該当する場合は見直しの対象かどうか、非該当の場合は独自に見直したかどうか、によって、6つのパターンに分類することができる（図表 2）。

図表 2 の「見直した」の合計が図表 1 の「現行の二次医療圏と一致しない構想区域」（計 13 区域）であり、図表 2 の「見直さない」の合計が、図表 1 の「現行の二次医療圏と一致する構想区域」（計 328 区域）である。以降では、図表 2 のパターン別に構想区域の詳細を整理する。

⁴ 本文でも後述するが、第 7 次医療計画作成指針では、「構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるような見直しを行うこと。」とされている。

図表2 構想区域のパターン



(出所) 大和総研作成

2. 現行の二次医療圏と異なる構想区域

現行の二次医療圏と異なる構想区域は、前述した6県における計13区域である。二次医療圏と異なる構想区域数が最も多い県は7区域の三重県（桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松坂、伊勢志摩）であり、次いで2区域の香川県（東部、西部）、1区域の福島県（会津・南会津）、神奈川県（横浜）、愛知県（名古屋・尾張中部）、熊本県（熊本・上益城）である。これらの構想区域は、2017年度中に策定する第7次医療計画において、厚生労働省の第7次医療計画作成指針により「構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるよう必要な見直しを行うこと。」⁵が求められている。

同6県の地域医療構想の内容を確認すると、現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定した理由は、2つのケースに分類できる。これらのケースの都道府県別の内訳を示したのが図表3である。

第一は、現行の二次医療圏が現状及び2025年の人口規模及び患者の受療動向を踏まえた場合に、後述する厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当したケース（3県：福島県、愛知県、香川県）である。第二は、見直し基準には該当しないが、地域の実情を踏まえて県の判断で独自に見直すこととしたケース（4県：神奈川県、三重県、香川県、熊本県）である。

⁵ 厚生労働省医政局長通知「医療計画について」（医政発0331第57号 平成29年3月31日、一部改正 医政発0731第4号 平成29年7月31日）

図表3 現行の二次医療圏と異なる構想区域の設定状況とその理由

県	構想区域数	構想区域	対応する二次医療圏	構想区域の設定理由	
				厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当	県の独自判断による見直し
福島	1	会津・南会津	会津 南会津	○ (南会津)	
神奈川	1	横浜	横浜北部 横浜西部 横浜南部		○ (横浜北部、横浜西部、横浜南部)
愛知	1	名古屋・尾張中部	名古屋 尾張中部	○ (尾張中部)	
三重	7	桑員	北勢	○ (北勢、中勢伊賀、南勢志摩)	
		三泗			
		鈴亀			
		津	中勢伊賀		
		伊賀	南勢志摩		
		松坂 伊勢志摩			
香川	2	東部	大川	○ (大川)	
			高松		
		西部	三豊	○ (三豊)	
			中讃		
熊本	1	熊本・上益城	熊本	○ (上益城)	
			上益城		

(注) 括弧は、見直す要因となった二次医療圏。

(出所) 福島県・神奈川県・愛知県・三重県・香川県・熊本県「地域医療構想」より大和総研作成

(1) 厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当したケース

厚生労働省は、第6次医療計画作成指針⁶において、二次医療圏の設定について「既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて見直しを検討すること。特に、人口規模が20万人未満であり、且つ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（中略）が20%未満、推計流出院患者割合（中略）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要である。」という、通称「トリプル20基準」を示し、圏域設定を見直すことを求めた。

厚生労働省は、入院医療を提供する一体の区域として成り立っていない二次医療圏の存在を強く問題視しているとみられ、「地域医療構想策定ガイドライン」においては同指針の対応を紹介し、第7次医療計画作成指針⁷においても、第6次医療計画作成指針と同様に、直近の人口規

⁶ 厚生労働省医政局長通知「医療計画について」（医政発0330第28号 平成24年3月30日）

⁷ 厚生労働省医政局長通知「医療計画について」（医政発0331第57号 平成29年3月31日、一部改正 医政発0731第4号第28号 平成29年7月31日）

模及び入院受療動向を踏まえ、現行の二次医療圏がトリプル 20 基準に該当する場合は圏域を見直して二次医療圏及び構想区域を設定するよう再度求めている。

各都道府県には、厚生労働省から「地域医療構想策定支援ツール（構想区域設定検討支援ツールを含む）」が配布されていたため、全ての都道府県は、構想区域の設定に際しても、現行の二次医療圏がトリプル 20 基準に該当しないかの検討をしたと考えられる。重要なことは、地域医療構想は、第 7 次医療計画の対象期間（2018～2023 年度）より先の 2025 年に関する入院医療提供体制に関する構想であるため、各都道府県は、直近ではなく、2025 年の人口規模及び入院受療動向を踏まえ、見直しを検討する必要があるということである⁸。すなわち、構想区域の設定は、第 7 次医療計画で設定する二次医療圏も見据えている。

各都道府県がウェブサイトで公開している地域医療構想の検討状況の履歴を見ると、医療計画作成用に厚生労働省から配布されている「医療計画作成支援データブック」による 2010 年度及び 2015 年度の基礎データ及び第 6 次医療計画の策定に用いた基礎データを用いて、トリプル 20 基準を基に見直しの検討をしている県がいくつかあった。そのうち、4 道県（北海道、長野県、奈良県、福岡県）では、2025 年の基礎データを踏まえると見直しの検討が必要な二次医療圏があるにもかかわらず、2010 年度及び 2015 年度の基礎データでは該当しないとして計 4 つの二次医療圏⁹が見直しの検討対象から外れている。第 7 次医療計画の策定時に追加の見直し検討がされることが期待される。

47 都道府県の地域医療構想、第 6 次医療計画及び国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口（2010 年、2015 年、2025 年）¹⁰により、344 の現行の二次医療圏の 2025 年の人口規模及び推計流出入院患者割合の推計結果によるトリプル 20 基準の該当状況を確認すると、2025 年にトリプル基準に該当すると見込まれる現行の二次医療圏は、33 都道府県における計 90 の二次医療圏（二次医療圏全体の 26.2%）である¹¹。33 都道府県が、トリプル 20 基準により、二次医療圏と異なる構想区域を設定するかどうかを検討した結果、トリプル基準に該当する二次医療圏と患者の最大流出先である（トリプル 20 基準に該当しない）二次医療圏を統合することによって新たな圏域を構想区域に設定したのは、わずか 3 県における 3 つの二次医療圏（福島県、愛知県、香川県）であった（図表 3）。

福島県は、東日本大震災の被災県の中では例外的に、現行の二次医療圏が見直し基準に該当した 2 つの二次医療圏（県南、南会津）のうち 1 つ（南会津）を、2013 年度の入院患者の最大流出先（流出入院患者割合 73.6%）¹²である二次医療圏（会津）と統合し、「会津・南会津」構想区域を設定した。

⁸ 「現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能であるが、その場合には、以降に示す検討過程において将来における要素を必ず勘案する必要がある。」（出所：医政発 0331 第 57 号 平成 29 年 3 月 31 日、一部改正 医政発 0731 第 4 号 平成 29 年 7 月 31 日）の別添資料「地域医療構想策定ガイドライン」

⁹ 北海道の後志医療圏、長野県の上小医療圏、奈良県の東和医療圏、福岡県の有明医療圏である。

¹⁰ 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 3 月推計）

¹¹ 第二回医療計画の見直し等に関する検討会（平成 28 年 6 月 15 日）資料 1

¹² 福島県保健福祉部「福島県地域医療構想」（平成 28 年 12 月）

愛知県も、見直し基準に該当した2つの二次医療圏（東三河北部、尾張中部）を全て見直したわけではなく、1つの二次医療圏（尾張中部）のみ、患者の最大流出先である二次医療圏（名古屋）と統合することで「名古屋・尾張中部」構想区域を設定した¹³。

これに対し、香川県は、見直し基準に該当した2つの二次医療圏（小豆、大川）のうち離島でない二次医療圏（大川）を見直し、高松医療圏との統合により「東部」構想区域を設定した。

（2）県が地域の実情を踏まえて独自に見直したケース

厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当しない47都府県における計251の二次医療圏（344の二次医療圏全体の73.0%）のうち、4県（神奈川県、三重県、香川県、熊本県）の計10の二次医療圏は、地域の実情を踏まえた独自の判断により、複数の二次医療圏を統合・分割することで現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定した（図表3）。具体的には、香川県、熊本県は2つの二次医療圏を、神奈川県は3つの二次医療圏を統合して1つの構想区域とし、三重県は3つの二次医療圏を2～3つに分割して7つの構想区域を設定した。

神奈川県、三重県、香川県¹⁴は県内の全ての二次医療圏が厚生労働省の見直し基準に該当しない中で、県が独自に二次医療圏と異なる構想区域を設定する判断をしたのに対し、熊本県は4つの二次医療圏（有明、鹿本、阿蘇、八代）が見直し基準に該当するが現行の二次医療圏と同一の構想区域を設定し、他の1つの二次医療圏（上益城）を独自に見直す検討を行い、熊本医療圏と統合することで「熊本・上益城」構想区域を新たに設定した（図表3）。

現行の二次医療圏を統合・分割して異なる構想区域を設定した理由は各県で大きく異なる。

香川県は、現時点では二次医療圏の見直し基準に該当しない三豊医療圏で「中讃保健医療圏への医療需要の流出が相当の割合」で生じており、「人口規模が小さく、さらに今後も減少が見込まれている」との理由により、三豊医療圏を最大流出先の中讃医療圏と統合し、新たに西部構想区域を設定した¹⁵。

熊本県も、推計流入入院患者割合（流入率）が20%以上であるため見直し基準には該当しないが「流出患者割合（流出率）が50%を超える、すなわち自圏域完結率が50%未満」である二次医療圏（上益城）について、患者の最大流出先の二次医療圏（熊本）と統合し、「熊本・上益城」構想区域を設定した¹⁶。

神奈川県は、県内の全ての二次医療圏が見直し条件に該当しなかったが、横浜地域の地域医療構想調整会議の提案を受け、横浜市内の3つの二次医療圏（横浜北部、横浜西部、横浜南部）については、「現状において、二次保健医療圏を越えた市域内の医療機関へのアクセスが可能であり、将来（2025年）においても市域内で患者の流出入が相当の割合で生じることが想定され

¹³ 東三河北部医療圏は「面積が非常に広大になることや、へき地医療の確保といった独自の医療課題」により見直されなかった。（出所：愛知県「愛知県地域医療構想」（平成28年10月））

¹⁴ 本文で後述するが、小豆医療圏は見直し基準に該当するが離島であるため見直し対象外である。

¹⁵ 香川県「香川県地域医療構想」（平成28年10月）

¹⁶ 熊本県「熊本県地域医療構想」（平成29年3月）

ること」「二次保健医療圏内で完結することが望ましい医療機能がすでに備わっており、将来的にもバランスよく整備を進める意向が地域から示されていること」「在宅医療等の推進等を念頭に、高齢者保健福祉圏域¹⁷と整合を図る必要があること」という3つの状況を踏まえて統合し、横浜市全域で1つの構想区域（横浜構想区域）を設定することとした¹⁸。

三重県は、全国で唯一、二次医療圏を分割する方法で構想区域を設定した。県内の全4つの二次医療圏のうち3つを、2つ及び3つの構想区域に分割した。その理由は「南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在すること、地域医療構想は在宅医療など、より地域に密着した医療のあり方にかかる議論が求められること」であった¹⁹。

3. 現行の二次医療圏と同一の構想区域

二次医療圏と同一の構想区域は、47全ての都道府県における計328区域（全構想区域の96.2%）が設定された。都道府県が二次医療圏と同一の構想区域を設定した理由は以下の2つのケースに分類できる。

第一は、厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当せず、二次医療圏のまま設定してもさしあたりは問題ないとされるケースである。46都道府県²⁰の計241区域（全341区域の70.7%）が該当する。第二は、厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当するが、現時点における人口規模や入院患者の受療動向の他、将来の人口規模の変化を勘案し、地域の実情により、現行の二次医療圏と同一に設定されたケースである。33道府県の計87区域（全341区域の25.5%）が該当する。このうち、離島の構想区域は5県の計7区域、離島以外の構想区域は31道府県の計80区域である。

これらのケースの都道府県別の内訳を示したのが図表4である。二次医療圏と同一の構想区域について、厚生労働省の二次医療圏の見直し基準の該当状況を見ると、北海道、青森県、福井県、京都府、和歌山県、徳島県、高知県の7道府県では、各道府県内の構想区域の半数以上が見直し基準に該当している。

（1）厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当しないケース

厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当しない構想区域は、47都道府県の計251区域（全341区域の73.6%）であった。このうち、前述したように県が独自に二次医療圏と異なる構想区域として設定した10区域を除く241区域の構想区域が、現行の二次医療圏と同一である（図表4）。なお、この中には、離島のみで構成される構想区域の計5区域²¹も含まれる。41都道府

¹⁷ 保健福祉施策及び介護サービスを円滑に展開するために、保健・医療・福祉の広域的な連携を図る観点から県が設定した圏域。

¹⁸ 神奈川県「神奈川県地域医療構想」（平成28年10月）

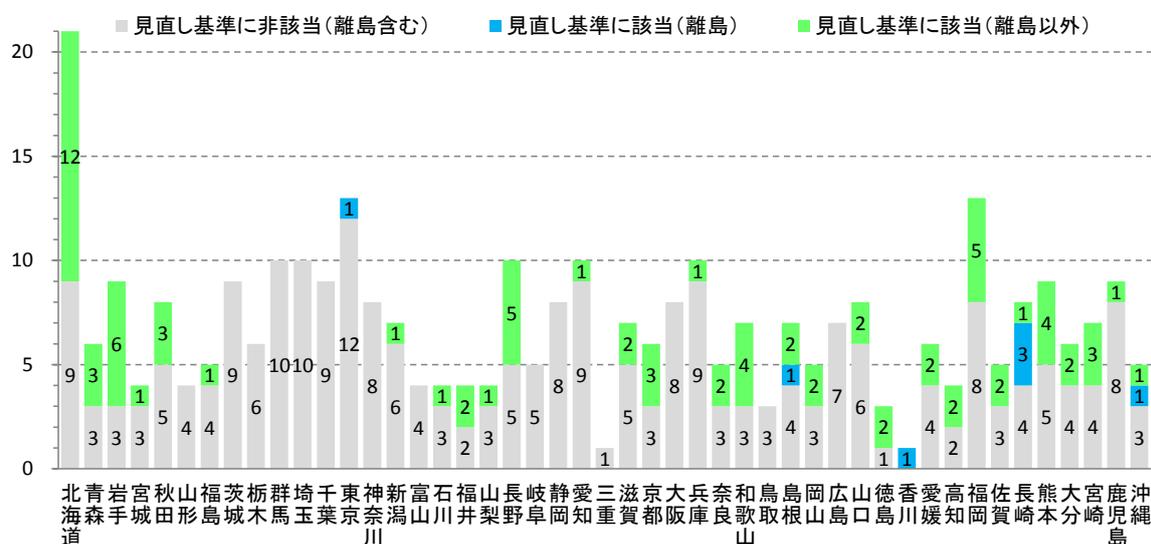
¹⁹ 三重県「三重県地域医療構想」（平成29年3月）

²⁰ 香川県除く。

²¹ 新潟県の1区域（佐渡）、長崎県の1区域（五島）、鹿児島県の2区域（熊毛、奄美）、沖縄県の1区域（宮古）。

県²²については、各都道府県内の全ての構想区域を二次医療圏と同一に設定している。

図表4 都道府県別の現行の二次医療圏と一致する構想区域数及び見直し基準の該当状況



(出所) 47 都道府県「第 6 次医療計画」(2013~2017 年) 及び「地域医療構想」(2015 年 4 月~2017 年 3 月) より大和総研作成

(2) 厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当したケース

① 離島のみで構成される構想区域

離島のみで構成される構想区域は、全国で 7 都県、計 12 区域ある。同構想区域数が最も多い県は 4 区域の長崎県(五島、上五島、壱岐、対馬)であり、次いで 2 区域の鹿児島県(熊毛、奄美)及び沖縄県(宮古、八重山)、残りは 1 区域の東京都(島しょ)・新潟県(佐渡)、島根県(隠岐)、香川県(小豆)である。

このうち、厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当した構想区域は半数超の 7 区域(12 区域の 58.3%)であった(図表 4)。島根県の 1 区域(壱岐)、香川県の 1 区域(小豆)、長崎県の 3 区域(上五島、壱岐、対馬)、沖縄県の 1 区域(八重山)である。しかし、へき地医療の確保の観点から、現行の二次医療圏と同一に設定されている。

離島は、人口が少なく地理的な制約もあることから、島内の医療機関に従事している医師数及び看護師数、医療機器等の医療資源が少なく、島内の医療機関だけでは全ての医療機能を提供できないケースが多い。高度急性期を中心に不足した医療機能を補完する場合、通常の構想区域であれば、隣接する構想区域の病院に入院患者が移動することで充足できることでも、海に囲まれた離島では、医療目的での島外への緊急の交通手段の整備や、患者受け入れに関する医療業界・行政間の調整等、特段の配慮が必要となる。実際、離島の医療は、島外の病院から島内の診療所への医師派遣や、連携病院、民間、自衛隊、海上保安庁等によるドクターヘリ及

²² 福島県・神奈川県・愛知県・三重県・香川県・熊本県を除く。

び船による患者の急患搬送支援を通じて患者を島外の病院に搬送するケース等、様々な医療連携により成立している。但し、患者の状態により後者の利用が多いケースの離島では、医療提供体制が円滑に推進されているとしても、医療計画上は、島外の構想区域への流出入院患者割合が高く算出されるため、厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当しやすくなる。

このため、都道府県は、へき地・離島の医療提供体制については、一般的な二次医療圏と切り離して検討するため、1956年以降、医療計画とは別に「へき地保健医療計画」として5年毎に策定してきた。なお、第7次医療計画の策定以降は、医療計画に統合され、医療計画上のへき地医療に関する内容との整合性が図られる予定である。

② 離島以外の構想区域

厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当するにもかかわらず、二次医療圏と同一に設定された離島でない構想区域は、31道府県の計80区域であった（図表4）。この計80区域には、東日本大震災の被災3県（岩手県、宮城県、福島県）における計8区域も含まれている。岩手県は6区域（両磐、気仙、釜石、宮古、久慈、二戸）、宮城県は1区域（仙南）、福島県は1区域（県南）であった。

被災3県の地域医療構想及び第6次医療計画の内容を見ると、被災3県がこのような対応をとった理由は、今なお復興重点地域であることを考慮した結果であった。

岩手県は「東日本大震災津波に係る被害等により、医療提供施設、患者の動向等が平時から変動している」及び「現在、被災地における医療提供体制等の復興に向けた取組が進行中である」²³、宮城県は「東日本大震災後、現在に至るまで、沿岸部における新たなまちづくりや復興道路の整備など将来に向けたインフラ整備が進んでおり、今後も相当整備が進むと見込まれる」²⁴、福島県は「今なお多くの県民が県内外に避難しており、医療従事者の確保や休止している医療機関の再開など、医療提供体制の再構築を目指している段階」²⁵との理由を公表している。

なお、東日本大震災の復興施策の企画立案等の遂行を目的として2012年2月10日に設置された復興庁は、復興庁設置法に基づき、震災発生から10年後となる2020年度末までに廃止される見込みとなっている²⁶。2020年度末までには専門の行政組織を設置しての復興施策は終了することとなる。つまり、現状は復興に向けた取組が進行中とはいえ、本来は、復興後の2025年の入院医療提供体制を見据えた構想区域の設定が必要であり、第7次医療計画における二次医療圏の設定の見直し検討、医療・介護を中心とした街づくりの推進も期待される。

²³ 岩手県医療審議会（平成24年7月10日開催） 資料3「岩手県保健医療計画の見直しについて」

²⁴ 宮城県「宮城県地域医療構想」（平成28年11月）

²⁵ 福島県保健福祉部「福島県地域医療構想」（平成28年12月）

²⁶ 復興庁設置法 第21条

おわりに

地域医療構想では、47 都道府県が設定した計 341 構想区域のうち、厚生労働省の二次医療圏の見直し基準に該当し、入院医療を提供する一体の区域として成り立っていないと判断される構想区域が、33 都道府県に計 87 区域（全 341 区域の 25.5%）存在している。この計 87 区域は、第 7 次医療計画作成指針によると、他の二次医療圏と統合することが適切とされるが、33 都道府県は、それぞれ、地域の実情を踏まえ、現行の二次医療圏をそのまま構想区域に設定することにした。

各都道府県は、地域の実情や将来の姿を総合的に判断して構想区域に設定したと思われるが、構想区域間に患者の大規模な流出入が見られるなど、このような構想区域で、2025 年にふさわしい実効性のある地域医療提供体制を構築できるのかどうか、疑問がないとは言えない。構想区域ないし二次医療圏について、地域の実情による多様性をどこまで認めるべきなのか、厚生労働省が示す二次医療圏の見直し基準の実効性について、議論が必要であろう。

地域医療構想は、第 7 次医療計画（2018～2023 年度）の一部に位置づけられ、第 7 次医療計画作成指針には「平成 28 年度末までに、全ての都道府県において地域医療構想が策定されたことから、今後は、地域医療構想の達成に向けた取組を進めていくことが求められている」との記述があり、地域医療構想の内容は既に確定したものとされており、現段階で、今後の見直しは予定されていない。2018 年度に第 7 次医療計画で設定される二次医療圏は、地域医療構想で設定した構想区域と同一の圏域に設定される見通しである。

2020 年度には、第 7 次医療計画の中間見直しが行われるが、それも在宅医療等の介護との整合性による見直しを中心となる見通しである。構想区域は、現状のように設定されたまま、2018 年度から第 7 次医療計画が推進され、2023 年度を迎える公算が大きい。構想区域ごとに構想される入院医療提供体制が必ずしも圏域内で完結していない以上、2025 年における地域医療構想の実現のポイントは、構想区域を超えた広域連携の在り方となってくるだろう。

以上