

2017年10月31日 全9頁

二次医療圏の再編はなぜ進まないのか

過去の医療計画の傾向分析から得られる示唆

政策調査部 研究員 亀井亜希子

[要約]

- 都道府県が入院医療を提供する一体の地域単位として設定している二次医療圏について、過去の二次医療圏数の推移、再編の動向等を確認することにより、二次医療圏の再編が進まない要因について検討した。
- 過去、二次医療圏の再編を行った実績のある都道府県は約半数である。単年度でみると数県しかない。これまでの二次医療圏の再編は、医療政策として全国的に進められたというよりは、市町村合併がきっかけとなったか、改革に前向きな一部の都道府県においてのみ取り組まれてきたといえるのではないかと考えられる。
- 都道府県のほとんどが二次医療圏を再編しない理由を医療計画で記載しているが、多くの理由は全国の都道府県に共通して存在していると考えられる。今後、地域医療介護総合確保基金の活用などにより解決していくことが望まれる。

はじめに

拙稿「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」¹（以下、前レポート）では、地域医療構想において47都道府県が設定した構想区域（計341区域）について、その多くが現行の二次医療圏と同じであることを確認した。また、その中には、「人口規模20万人未満、流入入院患者割合20%未満、流出入院患者割合20%以上」という厚生労働省の二次医療圏の目安（以下「トリプル20基準」という）に該当し、患者の大規模な流出が見られるなど、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都道府県の計87区域含まれていることも確認した。

地域医療構想の策定を機に、現行の二次医療圏の設定の見直しが期待されたが、それは容易なことではないようである。本稿では、過去の二次医療圏数の推移、再編の動向等を確認することにより、二次医療圏の再編が進まない要因について検討する。

¹ 亀井亜希子「[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](#)」（大和総研レポート、2017年10月17日）

1. 二次医療圏数は医療計画導入当初と同水準に回帰

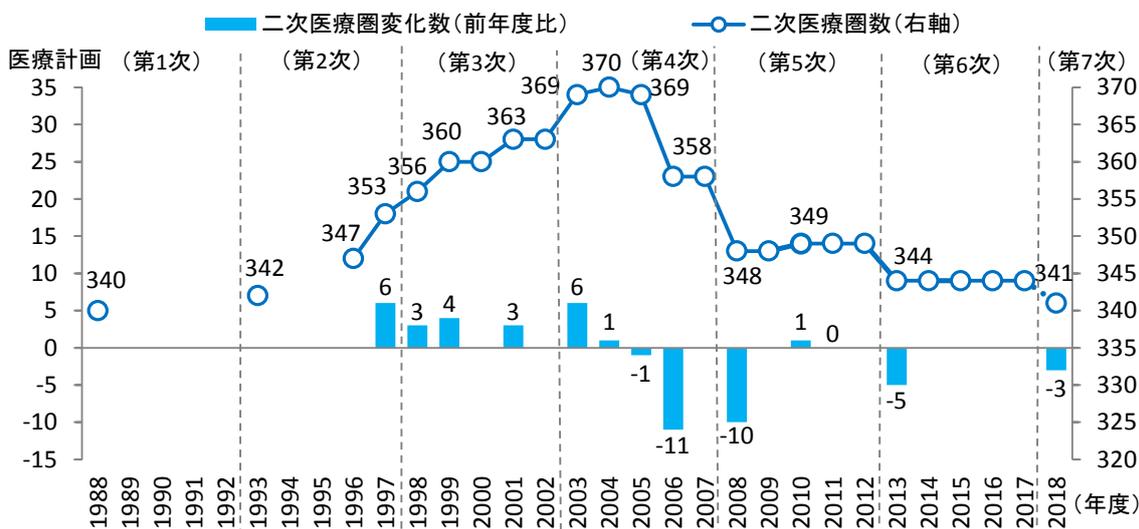
過去、二次医療圏数はどのように推移してきたのであろうか。図表 1 に、都道府県が医療計画を策定する制度が導入された 1988 年以降、各医療計画において設定された二次医療圏数の推移を示した。

第 1 次医療計画の初年度となる 1988 年度、二次医療圏は 340 圏域に設定された。その後、二次医療圏は分割により増加傾向を見せ、第 4 次医療計画の 2 年目（2004 年度）にはピークの 370 圏域に達した。しかし、2005 年度以降は、二次医療圏数は減少傾向となっている。特に 2006 年度及び 2008 年度において大きく減少し、2008 年度には二次医療圏数が 348 圏域となり、1996 年度の 347 圏域とほぼ同じ水準にまで減少することとなった。来る第 7 次医療計画では、二次医療圏数は、地域医療構想で設定した構想区域数がそのまま反映されると考えられ、341 圏域になる見通しである。二次医療圏の数は医療計画導入当初と同水準に回帰することとなる。

我が国の人口推移を見ると、総人口は 2005 年に戦後初の減少となったが、その後は再び増加した。2006～2010 年の間は 1 億 2800 万人前後とほぼ横ばいで推移し、2011 年以降現在まで減少が続いている。明確な人口減少は 2011 年が始まりといえるが²、人口減少社会への突入が現実問題として注目されたのは 2005 年頃だったと考えられる。

二次医療圏数は、人口変動と連動するように、2005～2008 年度に減少したが、2009 年度以降で実際に減少したのは 2013 年度のみである。つまり、人口減少が二次医療圏数の再編の直接の要因となっているようにはみえない。

図表 1 医療計画による二次医療圏数の推移（1996～2017 年度：実績、2018 年度：見込）



(注 1) 1989～1992 年度及び 1994～1995 年度の二次医療圏数はデータなし。

(注 2) 2018 年度は、地域医療構想における構想区域数（第 7 次医療計画の二次医療圏の見込み数）。

(出所) 厚生労働省「医療施設調査」（平成 8 年～28 年）、各都道府県「地域医療構想」より大和総研作成

² 総務省ウェブサイト「統計 Today No. 9 人口減少社会『元年』は、いつか？」参照。

2. 二次医療圏の再編が進んだ要因

それでは、二次医療圏の再編が進んだ要因は何であろうか。二次医療圏の数が減少傾向に転じた第4次医療計画以降の政策動向を振り返ると、地方行政においては、2003年度以降、地方分権改革及び市町村合併という大きな変革期にあった。また、医療分野では、2007年度以降、医療機能の分化・連携を進める政策が推進された。二次医療圏数の減少は、地方行政分野と医療分野の2つの政策圧力により生じたことが推察される。

第4次医療計画以降、都道府県が二次医療圏を再編するに至った要因は、3パターンに分けられる。市町村合併が11県（第4次医療計画：5県、第5次医療計画：6県）、トリプル20基準への該当が6県（第6次医療計画：3県、第7次医療計画：3県）、独自の見直しが6県（第4次医療計画：1県、第6次医療計画：1県、第7次医療計画：4県）である。

二次医療圏再編の要因は市町村合併が最も多いということになるが、市町村合併が推進されていた時期に、東京都を除く46道府県で市町村合併が行われたことを踏まえると、それが二次医療圏の再編を強力に促したとまではいいにくい。

（1）第4次医療計画期：地方分権改革及び市町村合併

2000年度に地方分権一括法が施行され、2002～2003年度にはいわゆる「骨太の方針」に基づいて、財政再建と地方分権を同時達成する三位一体改革が推進されることとなった。2004～2006年度に、国庫補助負担金の削減・廃止や地方交付税削減、国から地方への税源移譲等が進められた。

三位一体改革により財政悪化を危惧した財政力が低い市町村を中心に、「市町村の合併の特例に関する法律」（旧合併特例法）の財政支援措置が終了する2005年度末を前に、駆け込み合併が生じた。市町村数は、人口20万人未満の小規模の一般市及び町村を中心に、特に2003～2005年度に大きく減少した³。

これを受けて、複数の市町村を一つの単位として設定される二次医療圏は、2006年度に3県（新潟県、山梨県、山口県）に限っては再編が促され、大きく減少した⁴。

（2）第5次医療計画期：地方分権改革及び市町村合併

第5次医療計画の初年度の2008年度における二次医療圏の減少は、3県⁵（宮城県、大分県、鹿児島県）によるものである。これは、2004年度及び2005年度の市町村合併を受けて、二次医療圏を統合したことが要因である。

³ 市町村の数は、2003年度に80、2004年度に611、2005年度に700減少した。（出所：総務省ウェブサイト「市町村合併資料集」）

⁴ 新潟県：6圏域の減少、山梨県：4圏域の減少、山口県：1圏域の減少。

⁵ 宮城県：3圏域の減少、大分県：4圏域の減少、鹿児島県：3圏域の減少。

第5次医療計画期の政策動向を振り返ると、医療分野では、2006年に改正された医療法により「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」が2007年に施行された直後であり、「医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進」の方針が明確化された時期だった。さらに、2009年度には、2005年度に施行された「市町村の合併の特例等に関する法律」（合併新法）の期限を迎えることとなっていたため、市町村の第二の駆け込み合併が生じた⁶。しかし、同期間の二次医療圏数を見ると、2010年度及び2011年度の再編による増減は1圏域であり（前掲図表1）、二次医療圏への影響は軽微であったといえる。

（3）第6次・第7次医療計画期：トリプル20基準、県独自の方針

2012年度に「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定されたことにより、医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等の医療サービス提供体制の制度改革の推進が明確化された。それに伴い、第6次医療計画及び第7次医療計画の作成指針においては、二次医療圏がトリプル20基準に該当した場合には圏域の設定を見直すよう求められた。

第6次医療計画の初年度である2013年度では二次医療圏数が5つ減少している。2018年度からの第7次医療計画では3つの減少となる見込みになっている。

第6次医療計画でトリプル20基準により二次医療圏を統合したのは2県（宮城県、徳島県）であり、県が独自に見直したのは1県⁷（栃木県）である。また、第7次医療計画でトリプル20基準により統合が見込まれるのは3県（福島県、愛知県、香川県）であり、4県⁸（神奈川県、三重県、香川県、熊本県）では県独自の見直しが見込まれる。

3. 過去、二次医療圏の再編をした都道府県はごく一部

1997年度以降現在に至るまでに二次医療圏を再編した実績のある都道府県は、24府県と約半数であった。単年度では1～6府県であり、過去最大でも1997年度の5府県であった（図表2）。二次医療圏の再編は、改革に前向きな一部の府県においてのみ取り組まれてきたといえるのではないか。

図表2により、1997年度以降の各都道府県の二次医療圏の見直し状況を見ると、3県（徳島県、愛知県、宮城県）が3回、4府県（神奈川県、大阪府、熊本県、静岡県）が2回、17県が1回の見直しを行っていた。残る23都道府県は、これまで一度も二次医療圏を見直していない。

⁶ 2009年度には市町村数が50減少した（脚注3のウェブサイト参照）。

⁷ 1圏域の増加。独自に見直した理由は、「5期計画までは、県東・央保健医療圏として宇都宮市及び芳賀郡市を一体のエリアとして取り扱ってきましたが、このうち新たに分割して設定する県東保健医療圏については、高い高齢化率・三大死因による高い死亡率等の地域特性に対処する必要があることから、従前から『救急医療圏』『周産期医療圏』『小児二次救急医療圏』が芳賀医療圏として芳賀郡市のみで構成される圏域であった経過も踏まえ、今般、適正な二次保健医療圏として整備を進めることとしたところです」とされている（出所：栃木県「栃木県保健医療計画（6期計画）」（2013-2017））。

⁸ 神奈川県：2圏域の減少、三重県：4圏域の減少、香川県：1圏域の減少、熊本県：1圏域の減少。独自に見直した理由は、本文冒頭で述べた前レポートを参照されたい。

二次医療圏数が大幅に減少した 2006 年度及び 2008 年度でも、計 6 県（静岡県、新潟県、山梨県、宮城県、大分県、鹿児島県）が二次医療圏の統合を行ったにすぎない。

2018 年度、第 7 次医療計画で二次医療圏を再編するであろう都道府県は、地域医療構想における構想区域がそのまま二次医療圏とされると仮定した場合、6 県（愛知県、神奈川県、熊本県、福島県、三重県、香川県）となり過去最高となる見通しである。ただし、地域医療構想において 33 道府県に所在する二次医療圏がトリプル 20 基準に該当することに鑑みると、明らかに少ない県数であり、適切に見直されているとは言いにくい。

図表 2 都道府県別の年度別の再編回数、及び二次医療圏の増減数

(1997～2017 年度：実績、2018 年度：見込)

	再編した回数	第2次医療計画	第3次医療計画				第4次医療計画				第5次医療計画			第6次医療計画	第7次医療計画
		1997	1998	1999	2001	2003	2004	2005	2006	2008	2010	2011	2013	2018	
		5府県	3府県	2県	1県	3県	1県	1県	3県	3県	1県	2県	3県	6県	
徳島県	3	●(+2)	●(+1)										●(-3)		
愛知県	3				●(+3)							●(+1)		○(-1)	
宮城県	3					●(+5)				●(-3)			●(-3)		
神奈川県	2	●(+3)												○(-2)	
大阪府	2	●(+3)	●(+1)												
熊本県	2		●(+1)											○(-1)	
静岡県	2					●(-1)		●(-1)							
広島県	1	●(-3)													
福岡県	1	●(+1)													
茨城県	1			●(+3)											
和歌山県	1			●(+1)											
奈良県	1					●(+2)									
千葉県	1						●(+1)								
新潟県	1								●(-6)						
山梨県	1								●(-4)						
山口県	1								●(-1)						
大分県	1									●(-4)					
鹿児島県	1									●(-3)					
埼玉県	1										●(+1)				
長崎県	1											●(-1)			
栃木県	1												●(+1)		
福島県	1													○(+1)	
三重県	1													○(+4)	
香川県	1													○(-2)	
他の23都道府県	0														

(注 1) ●は実績、○は見込。括弧の数字は二次医療圏の増減数。

(注 2) 第 7 次医療計画は地域医療構想のデータ。

(出所) 厚生労働省「医療施設調査」(平成 8～28 年)、各都道府県「地域医療構想」より大和総研作成

4. ほとんどの都道府県が二次医療圏を再編しない理由

厚生労働省から第 6 次医療計画に対する作成指針が 2012 年に出され、二次医療圏の見直し基準であるトリプル 20 基準に該当する二次医療圏は、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間等の変化等を勘案して見直すかどうか検討することが求められた。

2025 年ベースでトリプル 20 基準に該当すると見込まれた二次医療圏は、33 都道府県の計 90 圏域であった⁹。二次医療圏の見直し検討の対象となった二次医療圏数の割合が 50%を超えていた県は、岩手県 (9 圏域のうち 6 圏域)、徳島県 (3 圏域のうち 2 圏域)、香川県 (3 圏域のうち 2 圏域)、北海道 (21 圏域のうち 12 圏域)、和歌山県 (7 圏域のうち 4 圏域) であった。

⁹ 本文冒頭で述べた前レポートを参照されたい。

図表 3 は、2012 年度に策定された第 6 次医療計画や 2016 年度末までに策定された地域医療構想において、トリプル 20 基準に該当した 90 圏域の二次医療圏について見直すかどうかの検討をした結果、見直さないという結論に至った 87 圏域の 33 都道府県別の二次医療圏数とその理由（複数回答）について、第 6 次医療計画及び地域医療構想の情報を整理したものである。

地域医療構想は二次医療圏の設定と直接の関係はないが、構想区域の設定にあたっては、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、第 6 次医療計画における二次医療圏と異なる構想区域を設定する検討が都道府県に求められた。同時に、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必要な見直しを行うこと」とされている。すなわち、実質的には構想区域の設定の際に、前倒して二次医療圏の設定について必要な検討が行われたといえる。

そこで 33 都道府県の地域医療構想を考察したところ、現行の二次医療圏をそのまま構想区域に設定した理由は、以下の 6 つのケースに集約できた。①「医療アクセスの低下」、②「現行の二次医療圏ベースの体制が定着」、③「広域連携で対応」、④「福祉・介護との整合性」、⑤「今後、改善する見込み」、⑥「離島医療の確保」、⑦「見直しによる課題改善不可能」、⑧「復興地域」である。

二次医療圏を見直さずに現行の二次医療圏のまま構想区域を設定した最も多い理由は、①「医療アクセスの低下」である。北海道（12 圏域）をはじめとした 19 道府県（33 都道府県の 57.6%）がこの理由を挙げている。具体的には、二次医療圏を見直した場合の面積の広大化による患者の病院へのアクセス時間の増加や、地理的条件や交通事情による圏域移動の困難性、圏域内の医療資源の地域的偏在の発生等である。

次いで多い理由は、②「現行の二次医療圏をベースとした体制が定着」である。岩手県（6 圏域）をはじめとした 7 道府県（33 都道府県の 21.2%）がその理由を挙げている。具体的には、現行の二次医療圏で長年にわたる保健医療サービスの整備を行ってきた実績等を重視するということである。

第三の理由は③「広域連携で対応」及び④「福祉・介護との整合性」である。6 県及び 6 道府県（それぞれ 33 都道府県の 18.2%）がその理由を挙げている。確かに、5 疾病¹⁰・5 事業¹¹及び在宅医療の医療提供体制を構築する地域的単位については、第 6 次・第 7 次の医療計画作成指針では「従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する」¹²とされ、必要に応じて隣接する複数の二次医療圏との広域連携により横断的に提

¹⁰ がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患。

¹¹ 救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）。

¹² 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）、「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）

供するとされている。また、医療計画で定める二次医療圏と、介護保険事業支援計画で定める老人福祉圏域との整合性についても、医療・介護サービスの一体的な整備を行う観点から一致させるよう求める医療介護総合確保推進法¹³による方針が掲げられてはいる。ただし、地域医療構想ガイドラインでは、それらのことが第7次医療計画における二次医療圏に一致させるべきとされる構想区域を現行の二次医療圏のままとしてよい（二次医療圏の見直しをしない）理由になりうるとは明記されていない。

図表3 33都道府県がトリプル20基準に該当する二次医療圏を見直さなかった理由（複数回答）

都道府県	トリプル20基準に該当するが、見直さなかった区域数	見直さなかった理由							
		① 医療アクセスの低下	② 現行の二次医療圏ベースの体制が定	③ 広域連携で対応	④ 福祉・介護との整合性	⑤ 今後、改善する見込み	⑥ 離島医療の確保	⑦ 見直しによる課題改善不可能	⑧ 復興地域
北海道	12	○							
青森	3	○			○				
岩手	6	○	○					○	○
宮城	1								○
秋田	3	○						○	
福島	1								○
東京	1						○		
新潟	1					○			
石川	1	○	○						
福井	2	○							
山梨	1	○							
長野	5	○							
愛知	1	○							
滋賀	2				○				
京都	3	○	○		○				
兵庫	1		○	○					
奈良	2					○			
和歌山	4	○				○			
島根	3	○			○		○		
岡山	2				○				
山口	2	○							
徳島	2	○							
香川	1			○			○		
愛媛	2					○			
高知	2	○	○	○		○			
福岡	5		○						
佐賀	2			○					
長崎	4			○			○		
熊本	4		○						
大分	2	○			○				
宮崎	3	○						○	
鹿児島	1	○		○					
沖縄	2	○					○		
合計数	87	19	7	6	6	5	5	3	3
33都道府県の該当率		57.6%	21.2%	18.2%	18.2%	15.2%	15.2%	9.1%	9.1%

（注1）地域医療構想の該当記述により、筆者が分類した。

（注2）トリプル基準に該当した90区域のうち、福島県、愛知県、香川県の各1区域は見直した。

（出所）47都道府県が策定した「第6次医療計画」及び「地域医療構想」より大和総研作成

二次医療圏の統合が進まない現状に示唆を与えるものとして、厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」においては、二次医療圏の協働・協調がうまくいかない要因には行政の区域の問題があるとの指摘があった¹⁴。ただ、そのような事情が全国共通に存在しているとしても、二次医療圏の再編を断行した県がこれまで複数あることに鑑みれば、二

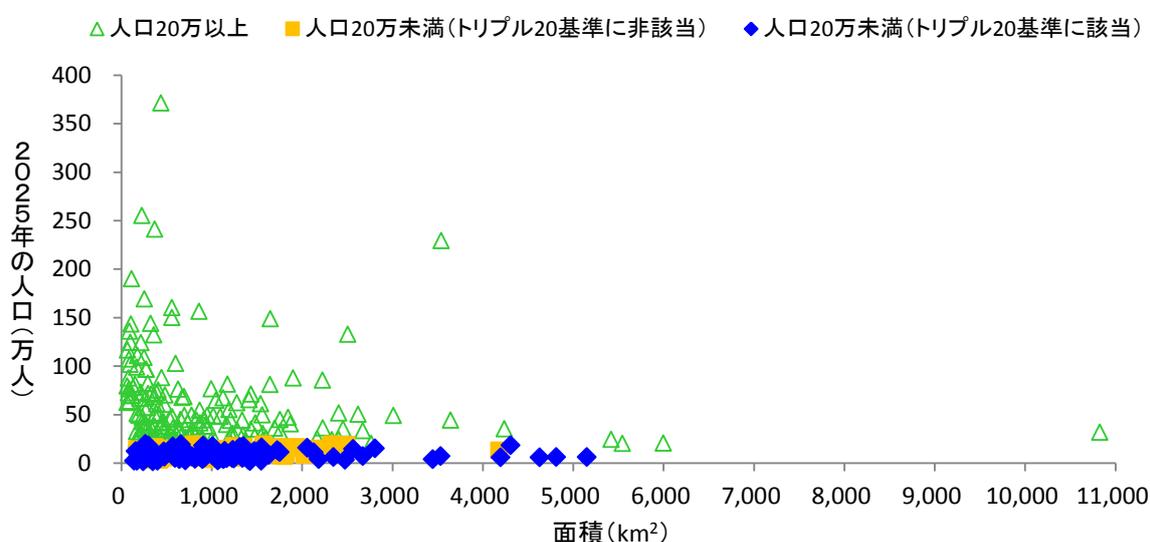
¹³ 「地域における医療及び介護の総合的確保の促進に関する法律」

¹⁴ 厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」第2回会議（2014年10月17日開催）では「二次医療圏同士の協働とか協調というのはうまくとれなかったのが現実だと思います。それは、先ほど話がありましたように、そこに行政の区域がありますので、行政同士の話になるとうまくいかない。」という相澤孝夫氏（一般社団法人日本病院会副会長）の発言があった（出所：同検討会議事録）。

次医療圏の再編が進まない主因とはいえないのではないか。

前述のように、二次医療圏を再編しない最大の理由は、面積が広域化することによる「医療アクセスの低下」であるが、第7次医療計画で設定されるであろう二次医療圏（341圏域）の人口規模と面積の関係をみると、二次医療圏の面積でみたばらつきは人口規模とは関係がない（図表4）。すなわち、トリプル20基準に該当する最大面積（5,148km²）¹⁵の二次医療圏よりも広大な面積であってトリプル20基準に該当しない二次医療圏が4圏域¹⁶あるなど（いずれも人口が20万人以上）、面積の広大化だけで患者の病院へのアクセス時間の増加や圏域移動の困難性が克服できない問題になるとは一概にはいえない。

図表4 第7次医療計画で設定されるであろう二次医療圏341圏域における2025年の人口と面積の関係（トリプル20基準の該当有無別）



（注1）地域医療構想で設定された341の構想区域についてプロット。

（注2）福島県内の二次医療圏の2025年人口は平成20年3月推計データ、その他の都道府県は平成25年3月推計データを使用。

（出所）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20年3月、平成25年3月推計）、国土交通省「国土数値情報 ダウンロードサービス」より大和総研作成

広大な面積であっても医療アクセスに問題がない二次医療圏では、医療機関や医療従事者が効率的に配置されていることが考えられる。道路網や鉄道などの交通ネットワークの整備がこれほどまで進んだ現在において、トリプル20基準に該当する二次医療圏においては、医療機関及び医療従事者の配置を工夫することによって、二次医療圏の再編の可能性は高まるのではないだろうか。政府は、各都道府県が病床の機能分化と連携を進めるための地域医療構想を実現するための財源として、2014年度以降、地域医療介護総合確保基金を創設している。対象事業には「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」も含まれて

¹⁵ 北海道の遠紋医療圏。

¹⁶ 福島県の会津・南会津医療圏（5,420km²）、北海道の北網医療圏（5,542km²）、北海道の釧路医療圏（5,998km²）、北海道の十勝医療圏（10,828km²）

いる。2017年度は、医療分全体として903.7億円が確保された¹⁷。二次医療圏の再編を進めていく観点からも、当基金を適切に活用しながら地域医療構想を望ましい方向に推進していくことが重要だろう。

おわりに

これまでの二次医療圏の再編状況及び再編要因を見ると、医療政策として全国的に進められたというよりは、市町村合併がきっかけとなったか、改革に前向きな一部の府県においてのみ取り組まれてきたといえるのではないかと考えられる。

2013～2017年度における第6次医療計画の策定の際には、69圏域の二次医療圏がトリプル20基準に該当し、平成26年患者調査に当てはめた場合は78圏域が該当した¹⁸。直近では、2025年ベースで90圏域が該当する見通しである。現行の二次医療圏の設定のままでは、多くの圏域で人口減少が進み、二次医療圏を超えて入院医療を受ける傾向が強まっていくことである。それでも、ほとんどの都道府県は、現時点では二次医療圏の再編を行わないとしている。

1995年に地方分権推進法が成立して以降、地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るために制定されてきた地方分権一括法も2017年度で第7次となった。地方分権改革が推進されて20年以上経つが、行政改革に先進的な自治体は一部に留まり、医療行政を含めて大半は保守的な行政運営を行っているという現状もあるのではないかと考えられる。

二次医療圏は、入院医療を提供するための一体的な地域単位であり、入院医療の必要量に応じた医療供給量に基づき、圏内の医療機関間で医療機能の分担・連携方法が協議される。ただし、入院患者の流出率が高く入院医療の自己完結率の低い二次医療圏内で入院医療のあり方を検討しても、他の二次医療圏に頼る部分が大きい以上、入院医療の質の向上の方策には限界がある。適切な二次医療圏の設定のもと、医療機関の機能分化と連携を通じ、不足する医療機能や医療資源を補完し合い、入退院や在宅医療・介護における医療連携が進むことが期待される。二次医療圏の広域化は、患者の受療行動及び他の医療機関の入院医療の提供機能の把握につながり、医療機関にとって自らの経営ポジションを明確化できるメリットもあるはずである。

二次医療圏の再編が進まない背景には、市町村からの強い反対もあるという。2025年を照準とした地域医療構想の実現には、都道府県の強いリーダーシップが求められよう。

以上

¹⁷ 厚生労働省「平成29年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の内示について」（平成29年8月10日）

¹⁸ 第2回医療計画の見直し等に関する検討会（平成28年6月15日開催）資料1