日医総研リサーチレポート

二次医療圏の設定:

現状と将来に向けた見直し検討について (秋田県の再編事例を参考に)

> No.140 2024年11月6日

日本医師会総合政策研究機構 羽藤倫子 二次医療圏の設定:現状と将来にむけた見直し検討について(秋田県の再編事例を参考に)

日本医師会総合政策研究機構 羽藤倫子

キーワード

- ◆ 第8次医療計画
- ◆ 二次医療圏
- ◆ 見直し

- ◆ 秋田県
- ◆ 地域完結型医療

ポイント

- ◆第8次医療計画において国の見直し基準に該当する医療圏を有するのは33都 道府県にのぼるが、第8次医療計画において二次医療圏の再編が行われたのは秋 田県のみであった。
- ◆全国 330 二次医療圏のうち、人口 20 万人未満の二次医療圏が約半数を占めるが、2040 年頃にはさらに増加すると推計され、現在の二次医療圏のままであれば人口 10 万人未満の二次医療圏が 100 を超える。
- ◆2050 年頃までの将来推計によれば人口規模の小さな医療圏ではさらに高齢化率が高くなる一方で、高齢者人口数はすでにピークを迎えている、あるいは 2030 年頃までにはピークを迎え終わり、その後は高齢者人口も減少傾向の一途と推計される。一方で、人口規模の大きな医療圏は今後人口の高齢化率が徐々に上がり、高齢者人口もしばらく増加傾向と推計されることから、二次医療圏間の人口構造の差はより拡大する。
- ◆二次医療圏間の人口規模の差は医療提供体制の違いにもつながる。
- ◆過疎地域型の二次医療圏の方が医師の平均年齢が高く、人口当たりの診療所医師数も少ない傾向にある。
- ◆二次医療圏設定の議論は各自治体が「地域完結型医療」をどのように定義づけし、実践していくかを明確にすることに他ならない。
- ◆秋田県は、全国で最も人口減少・少子高齢化が進んでいるという背景に加え、コロナウイルス感染症を通じて地域医療の維持が困難となっていく将来に対する危機感が自治体や医療提供者、住民、関係団体など各ステークホルダー間で共有された結果、第8次医療計画では二次医療圏の再編を選択することとなった。
- ◆二次医療圏の再編議論に際しては、日ごろから行政や大学病院、医師会間などステークホルダー間での良好な関係が築かれていることに加え、行政の主体的な関与と住民との対話や交流を通して、地域医療への理解が得られていることが重要である。

内容(目次)

| 1. | はじ | じめに | • | • | • • | • | • | • • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | 1 |
|----|-------|--------------------|-----------------|-----|-----------|----------|----------------|------------|--------|---------------|----------------|-----|----|----|-----|----------|---|---|-----|---|---|----|---|---|---|---|----|
| 2. | 医療 | 計画 | i の根 | 悪る | <u>_</u> | .次[| 医损 | 養圏 | 設 | 定 | の [:] | 背. | 昰 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. 1 | | · 注計画 | | | - | | | | | • | • | • | | • | • | • | | • | • | • | • | • | • | • | | 2 |
| | 2.2 | 二次 | 医療 | (圏) | り設 | 定定 | こ~ | ⊃V` | て | 基 | 本 | 的 | な | 考 | え | 方 | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | 3 |
| 3 | 全国 | 1 ₀ , – | * 次 医 | 春園 | 劉の | 法 | ⁷ 兄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ο. | 3. 1 | 二次 | | | • | | _ | 公数 | r) | \mathcal{O} | 推 | 移 | | | • | | • | | • | | • | • | • | | | | 5 |
| | 3. 2 | | i 府県 | | | ` | | | ., | | | | | | | | | | | | • | • | | | | | 5 |
| | 3. 3 | | 医療 | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| | 3. 4 | 二次 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | 3. 5 | 二次 | | | | | | | • • • | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 |
| | 3. 6 | 二次 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 |
| | 0.0 | — い | , [2] /3 | | 1.1 ∨ ⊃ | , K | 41 F 3 | <i>y</i> C | . 1 |) | | ₩. | | | | | | | | | | | | | | | 10 |
| 4. | 二次 | 医療 | 圏 の | 人口 | □ • | 年 | 齢権 | 構成 | () | 変 | 化 | : ح | 将 | 来 | 人 | П | 推 | 計 | | • | • | • | • | • | • | | 15 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | 二次 | 医療 | 圏の | 設是 | 芒• | 再約 | 編し | 2- |) } | て | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5. 1 | 各都 | 道府 | F県の | り_ | 次[| 医损 | 寮圏 | 数 | (D) | 推 | 移 | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | 19 |
| | 5. 2 | 第8 | 次医 | 療記 | 十画 | う にこり | おじ | ナる | | 次 | 医 | 療 | 巻 | 設 | 定 | の | 理 | 由 | • | • | • | • | • | • | • | • | 21 |
| | 5.3 | 第8 | 次医 | 療記 | 十画 | jıc. | おじ | ナる | 事 | 業 | 疾 | 病 | 別 | 0) | 巻: | 域 | 設 | 定 | (T) | 有 | 無 | | • | • | • | • | 22 |
| | 5. 4 | 二次 | 医療 | 圏 | 見直 | こしれ | 検言 | 寸の | 必 | 要 | 性 | • | • | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | 23 |
| | 5. 5 | 秋田 | 県の |)二% | 欠医 | 療 | 巻手 | 耳編 | 記 | つ | V | て | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5. 5. | 1 | 人口 | 構造 | 告と | 将 | 来の | り医 | 療 | 需 | 要 | 及 | び | 医: | 療 | 提 | 供 | 体 | 制 | に | つ | ١١ | て | • | • | • | 24 |
| | 5. 5. | 2 | 二次 | 医肠 | 寮圏 |]見ī | 直し | رص | 検 | 討 | の; | 経 | 緯 | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | 29 |
| | 5. 5. | 3 | 秋田 | 県の | り事 | 例 | : 「 | 合剂 | 意」 | ~ | \O |) 仮 | 已進 | 包 |] 子 | <u>_</u> | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | 31 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | おわ | りに | • • | • | • • | • | • | • • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | 34 |

1. はじめに

現在、2025 年以降の新しい地域医療構想について検討が始まっているところであるが、各都道府県においては 2024 年から「第8次医療計画」が開始され、ホームページ上で公開されている。

第8次医療計画では、新型コロナウイルス感染症流行の経験を踏まえ、医療 提供体制の対象として新興感染症への対応が加わった。また、第7次計画期間 中に追加された医師確保計画と外来医療計画についても、それぞれのガイドラ インに基づき、二次医療圏の設定についての議論を先行して行ったうえでの見 直しが求められてきた。

二次医療圏の設定については、医療計画の基本単位であり、作成指針において も、国の一定基準として人口構造の変化や患者流入/流出割合が示され、適宜設 定の見直しを行うことが求められている。

しかし、実際には二次医療圏の見直しは積極的に行われてきたとはいえず、第8次医療計画においても再編を行ったのは秋田県のみ、地域医療構想に向けての検討が開始された第5次医療計画以降でも二次医療圏の見直しが行われたのは10都道府県に留まっている。

本稿では、これまでの二次医療圏設定の経過を振り返り、第 8 次医療計画に おいて再編を行った秋田県の事例を通して、二次医療圏見直しを検討する際に 合意形成の促進因子となりうる要素についての検討を行う。

2. 医療計画の概要と二次医療圏設定の背景

2.1 医療計画制定の経緯

わが国の医療制度は明治 7 年の医制の発布に始まるが、この時のねらいは、ア) 中央政府の下に衛生行政機構及び西洋医学に基づく医学教育体制を整備し、このように築かれた医学教育の上に医師開業免許制度を作ること、イ) 近代的な薬舗制度によって医薬分業体制を確立すること、ウ) 開業の自由と自己の採算によって医療を供給する開業医制度を国民医療の基礎とすること、そしてこれらによって我が国に近代医療制度を打ち立てようとするものであった¹。

医療施設についても、医制において病院の設立を許可制にする旨の規定がおかれ、第1に医学校における教育研究、第2に傷痍軍人の治療、第3に行政による伝染病隔離、第4に開業医の診療所の拡大をそれぞれ目的として、病院が開設されていった²。第4の診療所から出発した病院が圧倒的に多く、提供の中心は民間主体であった。これが現在まで続いており、病院の開設主体が民間中心という日本の医療提供体制の特徴の一つとなっている。

戦後、昭和23年に医療法が制定され、戦前の国民医療法は医療法へと受け継がれるとともに、医療機関の整備を調査審議する医療機関整備中央審議会と公的医療機関の診療報酬に関する重要事項を審議する診療報酬審議会とが設けられることとなった。

昭和25年医療機関整備中央審議会は「医療機関整備計画」を明らかにし、全国的な施設の整備構想と病院の配置計画を示した。これには例えばいかなる地域においても人口2000の診療圏に対して少なくとも1診療所を有するように診療所の配置を考えたこと、また、一般病院の配置については、公的医療機関を中核として大都市、ほかの都市、地域と人口当たりの病床数に勾配を付けるなどが含まれていたが、Regionalization3に基づく公的病院の整備計画として、その後の計画の原型ともいわれている4。

昭和36年(1961年)からは国民皆保険制度が開始となるが、その前提条件として医療提供体制の整備が要求され、昭和37年(1962年)の医療法改正では、公的病院に対しては都道府県知事が病床過剰地区における公的病院の開設・増

¹ 厚生省五十年史(記述編)第一章 総説 p58

² 池上・J.C キャンベル (1996)、『日本の医療』中央公論社

 $^{^3}$ 第 1 次世界大戦後の復興の際に、イギリスやソ連で用いられた成層的な対応モデルが Regionalization である。計画の対象である地理的範囲: Region を、人口規模や地理的条件から定め、同 Region を管轄する計画母体に整備の責任と権限を与えた。

医療計画においても、まず全国を Region に分け、各 Region 内で 1 次(プライマリーケア)から 2 次、3 次まで層別化した医療需要ごとに計画圏域を設定することとした。

⁴ 地域医療計画: 倉田正一、林喜男著、昭和52年10月1日、篠原出版

床について許可を与えないことができる公的病床規制と民間については医師会を通じた業界自主規制が制度化された⁵。

その後、昭和60年(1985年)の医療法の第1次改正によって「医療計画」の 策定が義務づけられたが、その中で民間病院の開設、増床も規制の対象として含 まれることとなった。

医療計画の目的については、昭和59年4月の第101回国会に提出された際、本格的な高齢化社会の到来を間近に控え、今後医療需要はますます増大し、多様化していくことが予想されることから、医療資源の効率的活用を図りつつ、人口の高齢化、医学医術の進歩、疾病構造の変化に対応して適正な医療をあまねく確保していく必要があり、このため、都道府県ごとに医療計画を策定して地域における体系だった医療体制の実現を目指すことと述べられているが、背景には病院乱立や病床数急増に伴う医療費の増加があり、主たる目的は病床数を抑制することによって医療費を抑制することであった。そのため、第1次医療計画の実質的な内容は「医療圏」と圏域内での「必要病床数」の設定のみであった。このとき、「ひととおりの医療」を完結する圏域として「2次医療圏」が、Regionに該当する圏域として「3次医療圏」という言葉が設定された。

2.2 二次医療圏の設定について基本的な考え方

二次医療圏の設定について、医療法では「地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状態、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における入院に係る医療(三次医療圏で提供するものが適切と考えられるものを除く)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区域を単位として認定する」と記載されており、一般的には、「身近で一般的な医療を確保できる圏域であって保健医療施策を担う行政機関としての保健所が原則として1か所含まれる範囲」が標準的なものとされてきた。

平成16年の医療計画の見直し等に関する検討会ワーキンググループ報告書によれば、当時の二次医療圏の平均的な人口規模は約35万人、この規模は広域市町村圏等や日本人の日常生活圏とも重なることから、全体としては一定の合理性を認めるとされた⁶。その一方で、人口・面積のバラつきが大きいことや、県境地域の住民の受療行動が反映されないこと、大都市では人口の過密と医療機関の密集・周辺地域からの患者の流入が多いこと、二次医療圏と生活圏や消防本

⁵ 中島明彦『医療供給政策における政策過程の変容』医療経済研究 vol.9 2001、p23-39

⁶ 医療計画の見直し等に関する検討会ワーキンググループ報告書ポイント 資料 1-1 (平成 16 年 9 月 24 日)

部圏域・老人保健福祉圏域等ほかの行政区域等との不一致といった問題が二次 医療圏の設定に関して指摘されている。

これらの指摘を受け、第6次医療計画からは、患者の受療動向を踏まえ、人口20万人未満かつ推計流入入院患者割合20%未満、推計流出患者割合20%以上(いわゆるトリプル20)を満たす圏域については、設定の見直しを検討するよう国の基準が示された。また、第7次医療計画策定指針では、都道府県の境界付近の地域における医療需要の実情に応じて、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えないとされた。

表 1 二次医療圏と関連する他圏域

| | 二次医療圏 | 地域医療構想区域 | 医療介護総合確保区域 | 老人福祉区域 |
|-------------------------|---|--|--|---|
| 根拠法令 | ・医療法 第30条の4第2項 第9項 ・医療法施行規則 第30条の29の第1 号 | ・改正医療法 第30条の4第2項第 7号 | ·医療介護総合確保促進法 第4条第2項第1号 | ・老人福祉法 第20条の9第2項 ・介護保険法 第118条第2項 |
| 設定に関する 基準 (法令の規定) | 会的条件を考慮して、いったいの区域 | 地域における病床の機能の分化およ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 | その他の社会的条件、医療機器案の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況そのたのじょ | 都道府県介護保険事業 支援計画においては、 当該都道府県が定める 区域ごとに当該区域に おける各年度の…介護 給付等対象サービスの 量の見込みを定めるも のとする。 |
| 設定の考え方 | 一般的な入院医療を 提供する体制の確保 を図るための区域と して設定 | | ・医療および介護の総合的な確保の促進を図るための区域として設定 ・医療介護総合確保区域は、 二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置いて設定 | 介護給付等対象サービ スの種類ごとの見込み を定める区域として設 定 |

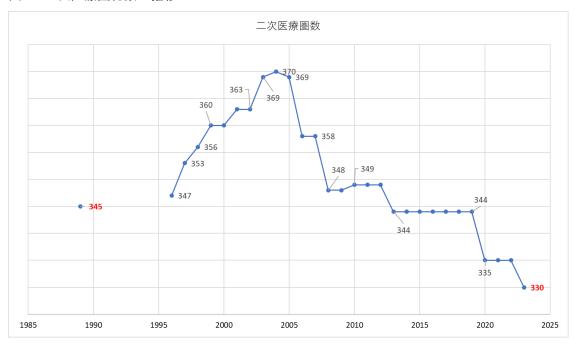
出典資料: 平成 26 年 9 月 18 日 第一回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 資料 6 より

3. 全国の二次医療圏の状況

3.1 二次医療圏数(全国総数)の推移

第1次医療計画策定時の1989年3月から2024年第8次医療計画初年度までの全国の二次医療圏の数の推移を図1に示す。

図 1 二次医療圏総数の推移



厚生労働省『医療計画必携』及び厚生労働省「医療施設調査」、各都道府県「医療計画」HP を基に作成

1989 年(平成元年)には全国で 345 であった二次医療圏数は、人口の増加による市町村分割に伴い 2004 年までは増加傾向を示していたが、その後、市町村の合併とともに二次医療圏も統廃合され減少傾向に転じた。第 7 次医療計画時に6 県で再編が進み 335 医療圏となり、さらに第 8 次医療計画に向けて 1 県(秋田県)で再編が行われた結果、2024 年 8 月時点では、全国の二次医療圏の総数は 330 となっている。

3.2 都道府県別二次医療圏の数

表2に、第8次医療計画策定時の全国各都道府県の面積と人口、人口密度と医療圏の数を一覧に示す。二次医療圏の数の最多は北海道の21で、最少の3(秋田県、鳥取県、香川県)まで、各都道府県によって二次医療圏の数は様々である。

北海道は面積が広大なため二次医療圏の数も多いと推測されるが、面積や人

口が同程度であっても二次医療圏の数は都道府県によって異なり、各自治体によって二次医療圏の設定が様々であることがわかる。(例えば、面積が同程度の福島県と長野県を比べると、福島県では二次医療圏数:6に対して、長野県は二次医療圏数:10、また、人口も面積もほぼ同程度の群馬県と栃木県でも、群馬県では二次医療圏数:10に対して栃木県:6である。)

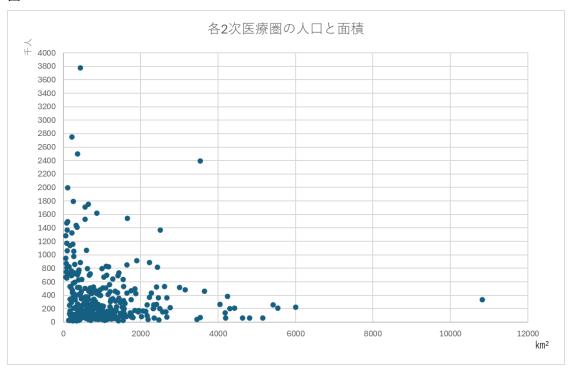
表 2 各都道府県の人口、面積と二次医療圏数

| 都道府県 | 人口(人) | 面積(km²) | 二次医療圏数 | 都道府県 | 人口 (人) | 面積(km²) | 二次医療圏数 |
|------|------------|-----------|--------|------|-----------|----------|--------|
| 北海道 | 5,091,680 | 83,421.46 | 21 | 三重県 | 1,727,503 | 5,774.48 | 4 |
| 青森県 | 1,184,531 | 9,645.10 | 6 | 滋賀県 | 1,406,103 | 4,017.38 | 7 |
| 岩手県 | 1,163,024 | 15,275.04 | 9 | 京都府 | 2,536,995 | 4,612.20 | 6 |
| 宮城県 | 2,263,552 | 7,282.29 | 4 | 大阪府 | 8,774,574 | 1,905.34 | 8 |
| 秋田県 | 913,556 | 11,637.52 | 3 | 兵庫県 | 5,369,834 | 8,400.95 | 8 |
| 山形県 | 1,026,228 | 9,323.15 | 4 | 奈良県 | 1,295,681 | 3,690.94 | 5 |
| 福島県 | 1,766,358 | 13,784.39 | 6 | 和歌山県 | 891,620 | 4,724.69 | 7 |
| 茨城県 | 2,826,047 | 6,097.56 | 9 | 鳥取県 | 537,318 | 3,507.03 | 3 |
| 栃木県 | 1,895,031 | 6,408.09 | 6 | 島根県 | 649,235 | 6,707.81 | 7 |
| 群馬県 | 1,900,840 | 6,362.28 | 10 | 岡山県 | 1,846,525 | 7,114.60 | 5 |
| 埼玉県 | 7,331,296 | 3,797.75 | 10 | 広島県 | 2,739,446 | 8,478.94 | 7 |
| 千葉県 | 6,273,530 | 5,156.72 | 9 | 山口県 | 1,296,593 | 6,112.61 | 8 |
| 東京都 | 14,099,993 | 2,199.93 | 13 | 徳島県 | 694,841 | 4,146.99 | 3 |
| 神奈川県 | 9,229,713 | 2,416.32 | 9 | 香川県 | 925,408 | 1,876.87 | 3 |
| 新潟県 | 2,126,276 | 12,583.88 | 7 | 愛媛県 | 1,291,198 | 5,675.92 | 6 |
| 富山県 | 1,006,367 | 4,247.54 | 4 | 高知県 | 666,293 | 7,102.28 | 4 |
| 石川県 | 1,109,574 | 4,186.20 | 4 | 福岡県 | 5,106,912 | 4,987.65 | 13 |
| 福井県 | 744,568 | 4,190.54 | 4 | 佐賀県 | 794,385 | 2,440.68 | 5 |
| 山梨県 | 795,544 | 4,465.27 | 4 | 長崎県 | 1,266,334 | 4,131.05 | 8 |
| 長野県 | 2,004,785 | 13,561.56 | 10 | 熊本県 | 1,707,747 | 7,409.18 | 10 |
| 岐阜県 | 1,929,669 | 10,621.29 | 5 | 大分県 | 1,096,235 | 6,340.70 | 6 |
| 静岡県 | 3,553,518 | 7,777.07 | 8 | 宮崎県 | 1,041,150 | 7,734.16 | 7 |
| 愛知県 | 7,480,897 | 5,173.09 | 11 | 鹿児島県 | 1,547,710 | 9,186.18 | 9 |
| | | | | 沖縄県 | 1,468,375 | 2,282.09 | 5 |

データ出所:人口:令和2年国勢調査 面積:国土地理院「全国都道府県市町村別面積調(2023年10月1日)」

3.3 二次医療圏の面積・人口・人口密度

図 2 に全国の 330 二次医療圏の面積と人口をそれぞれプロットしたものを示す。多くの医療圏は左下領域に集中しているが、面積が大きく人口の少ない右下端に位置する医療圏と、逆に面積が小さく人口過密する左上端に位置する医療圏とがそれぞれ特徴的にみられる。



データ: 人口: 令和 2 年国勢調査、面積:を使用(秋田県の二次医療圏については第 8 次医療計画 HP 内より抜粋)

全国の330 二次医療圏を人口規模別の数でみると、人口10万人未満が最多で82 医療圏、次いで10万人以上20万人未満の72 医療圏で、20万人未満の医療圏が約半数を占める。

一方、人口 100 万人以上の医療圏は 12 都道府県で 25 医療圏あるが、このうち 8 都道府県⁷では、同時に人口 10 万人未満の医療圏を有している。

日医総研 WP (二次医療圏別データ集)では各二次医療圏を人口と人口密度から、大都市型・地方都市型・過疎地域型の3つに分類⁸しているが、この分類に基づくと、全国330の二次医療圏は地域都市型が最多の158 医療圏で、次いで過疎地型124、大都市型は48 医療圏となっている。

⁸ 人口 100 万人以上または人口密度≥2000/km 2 を大都市型、人口 20 万人以上または人口 10 万人以上かつ人口密度≥200 人/km 2 を地方都市型、それ以外を過疎地域型と分類

⁷ 北海道・埼玉県・東京都・愛知県・京都府・兵庫県・広島県・福岡県の8 都道府県が該当

日医総研 WP. No. 472. 「地域の医療提供体制の現状―都道府県別・二次医療圏別データ集ー(2023 年 4月)」

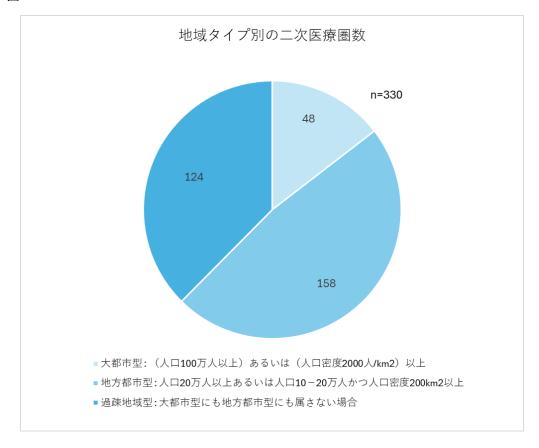


表 3 に、二次医療圏別の人口と人口密度を示す(少ない 10 医療圏、多い 10 医療圏を記載)。

人口最少の隠岐医療圏(島根県)と最多の横浜医療圏(神奈川県)との差は、約200倍と大きな差がある。一方、人口密度でみると、最少と最大の差は1500倍以上にまで拡大する。人口密度の低い上位10医療圏のうち9位までを北海道が占め、人口密度の高い上位10医療圏のうち8医療圏を東京都が占めている。

表 3 二次医療圏別の人口・人口密度(上段:少ない10医療圏 下段:多い10医療圏)

| | 二次医療圏 | 人口 | 二次医療圏 | 人口密度 |
|-----|----------|-----------|-------|----------|
| 1 | 隠岐 | 19,122 | 留萌 | 12.49 |
| 2 | 上五島 | 19,791 | 遠紋 | 12.61 |
| 3 | 南檜山 | 21,139 | 日高 | 13.17 |
| 4 | 島しょ | 24,461 | 宗谷 | 13.43 |
| 5 | 壱岐 | 24,948 | 北渡島檜山 | 13.50 |
| 6 | 木曽 | 25,476 | 上川北部 | 14.48 |
| 7 | 小豆 | 26,716 | 南檜山 | 14.85 |
| 8 | 対馬 | 28,502 | 木曽 | 16.48 |
| 9 | 北空知 | 29,694 | 富良野 | 18.27 |
| 10 | 長門 | 32,519 | 根室 | 20.31 |
| : | | | | |
| 321 | 仙台 | 1,540,389 | 北多摩南部 | 11048.80 |
| 322 | 京都・乙訓 | 1,617,143 | 川崎北部 | 11058.12 |
| 323 | 福岡・糸島 | 1,711,269 | 大阪市 | 12215.03 |
| 324 | 阪神 | 1,754,911 | 区南部 | 13820.18 |
| 325 | 東葛南部 | 1,796,572 | 区東北部 | 13905.01 |
| 326 | 区西北部 | 1,993,903 | 区東部 | 14010.19 |
| 327 | 札幌 | 2,396,732 | 区中央部 | 14894.06 |
| 328 | 名古屋・尾張中部 | 2,501,526 | 区西南部 | 16801.04 |
| 329 | 大阪市 | 2,752,412 | 区西北部 | 17502.66 |
| 330 | 横浜 | 3,777,491 | 区西部 | 18938.75 |

株式会社ウェルネス 二次医療圏データベース ver13を使用 (データ出典: 令和 2 年国勢調査)

3.4 二次医療圏の高齢者人口割合

表 4 に 75 歳以上人口割合の低い順に上下 10 医療圏を示す。75 歳以上人口割合の高い医療圏はすべて過疎地域型で、すでに圏域人口の約 4 分の 1 を 75 歳以上高齢者が占めている。一方、75 歳以上人口割合が低い医療圏は、東京や愛知、福岡などの大都市型に加え、地方都市型の医療圏も含まれている。また、八重山医療圏(沖縄)は離島で過疎地域型であるが、75 歳以上人口割合が低い特異な医療圏といえる。

また、全国の二次医療圏のタイプ別の高齢者人口割合(65歳以上)は図4のように分布しており、大都市型、地方都市型、過疎地域型となるに従って高齢者人口割合が高くなる。

⁹ 第 8 次医療計画で全国の医療圏は 330 となっているが、年代別人口構成や将来人口推計などのデータが 旧二次医療圏単位のため、2020 年時点での 335 医療圏を対象としている。

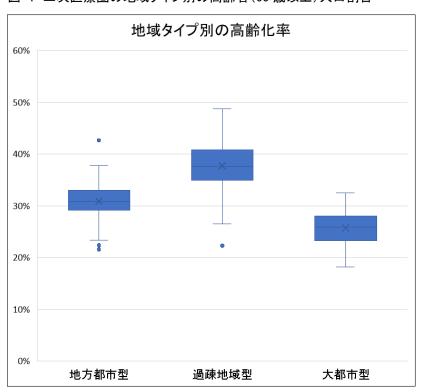
表 4 二次医療圏別の 75 歳以上人口割合(左:低い 10 医療圏 右:高い 10 医療圏)

| | 松 、关 广 旧 | 一次医病图 | 141± 4 / →° | 75歳以上 |
|----|-----------------|-------|-------------|-------|
| | 都道府県 | 二次医療圏 | 地域タイプ | 人口割合 |
| 1 | 東京都 | 区中央部 | 大都市型 | 9.4% |
| 2 | 沖縄県 | 八重山 | 過疎地域型 | 9.4% |
| 3 | 神奈川県 | 川崎南部 | 大都市型 | 9.7% |
| 4 | 沖縄県 | 中部 | 地方都市型 | 10.4% |
| 5 | 沖縄県 | 南部 | 地方都市型 | 10.7% |
| 6 | 滋賀県 | 湖南 | 地方都市型 | 10.7% |
| 7 | 東京都 | 区西南部 | 大都市型 | 10.7% |
| 8 | 愛知県 | 西三河北部 | 地方都市型 | 10.7% |
| 9 | 福岡県 | 福岡・糸島 | 大都市型 | 10.8% |
| 10 | 茨城県 | つくば | 地方都市型 | 10.8% |

| | 都道府県 | 二次医療图 | 75歳以上 人口割合 | |
|----|------|-------|---------------|-------|
| 1 | 石川県 | 能登北部 | 過疎地域型 | 27.9% |
| 2 | 大分県 | 豊肥 | 過疎地域型 | 25.9% |
| 3 | 新潟県 | 佐渡 | 過疎地域型 | 25.5% |
| 4 | 高知県 | 高幡 | 過疎地域型 | 25.5% |
| 5 | 秋田県 | 北秋田 | 過疎地域型 | 25.0% |
| 6 | 静岡県 | 賀茂 | 過疎地域型 | 25.0% |
| 7 | 静岡県 | 熱海伊東 | 過疎地域型 | 25.0% |
| 8 | 高知県 | 安芸 | 過疎地域型 | 25.0% |
| 9 | 長崎県 | 上五島 | 過疎地域型 | 25.0% |
| 10 | 三重県 | 東紀州 | 過疎地域型 | 24.6% |

株式会社ウェルネス 二次医療圏データベース ver13 を使用して作成(データ出典: 令和 2 年国勢調査)

図 4 二次医療圏の地域タイプ別の高齢者(65歳以上)人口割合



株式会社ウェルネス 二次医療圏データベース ver13を使用して作成(データ出典:令和2年国勢調査)

3.5 二次医療圏別の医療機関数 (病院・診療所別)

(1) 二次医療圏の病院数

表 5 に二次医療圏別の病院数 (人口 10 万人あたり) の上下 10 医療圏を示す。 人口 10 万人あたりの病院数は、最多の南薩医療圏 (24.0) と最少の川崎北部医療圏 (2.3) では約 10 倍の差がある。人口あたりの病院数が少ない二次医療圏は東京や神奈川などの急激に人口を増やした大都市型が多いのに対し、人口あたりの病院数が多い二次医療圏は、いずれも過疎地域型である。

次に、人口あたりの病院数が少ない 5 医療圏について、それぞれの医療圏の面積あたりの病院数 (件/km²) を表 6 に示す。人口あたりの病院数はいずれも同様に少ないが、面積あたりで比較するとかなりばらつきがみられる。人口あたりの数だけでは医療アクセスを含め、二次医療圏の実際の状況を反映しているとは限らない点に注意が必要である。

表 5 人口 10 万人当たりの病院数(少ない 10 医療圏・多い 10 医療圏)

| | 都道府県 | 二次医療圏 | 病院数 (人口10万 当たり) |
|----|------|--------|-----------------------|
| 1 | 神奈川県 | 川崎北部 | 2.3 |
| 2 | 京都府 | 山城南 | 2.5 |
| 3 | 滋賀県 | 湖東 | 2.6 |
| 4 | 滋賀県 | 湖北 | 2.7 |
| 5 | 神奈川県 | 川崎南部 | 2.8 |
| 6 | 静岡県 | 志太榛原 | 2.9 |
| 7 | 埼玉県 | さいたま | 2.9 |
| 8 | 愛知県 | 知多半島 | 3.0 |
| 9 | 愛知県 | 西三河南部西 | 3.1 |
| 10 | 東京都 | 区西部 | 3.2 |

| | 都道府県 | 二次医療圏 | 病院数 (人口10万 当たり) |
|----|------|-------|-----------------------|
| 1 | 鹿児島県 | 南薩 | 24.0 |
| 2 | 北海道 | 南檜山 | 23.7 |
| 3 | 大分県 | 西部 | 23.4 |
| 4 | 徳島県 | 西部 | 23.3 |
| 5 | 熊本県 | 芦北 | 23.0 |
| 6 | 宮崎県 | 西諸 | 21.4 |
| 7 | 高知県 | 幡多 | 21.2 |
| 8 | 長崎県 | 壱岐 | 20.0 |
| 9 | 北海道 | 遠紋 | 18.5 |
| 10 | 北海道 | 北渡島檜山 | 18.0 |

表 6 人口 10 万人当たりの病院数が少ない 5 医療圏の面積当たりの病院数

| | 都道府県 | 二次医療圏 | 病院数 (人口10万 当たり) | 病院数 (1km² 当た り) |
|---|------|-------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 神奈川県 | 川崎北部 | 2.3 | 0.254 |
| 2 | 京都府 | 山城南 | 2.5 | 0.011 |
| 3 | 滋賀県 | 湖東 | 2.6 | 0.010 |
| 4 | 滋賀県 | 湖北 | 2.7 | 0.004 |
| 5 | 神奈川県 | 川崎南部 | 2.8 | 0.296 |

日医総研 WP No.472 二次医療圏別データ集を使用 (データ出典: 令和 2 年国勢調査、 令和 2 年 10 月 1 日 医療施設調査)

(2) 二次医療圏の診療所数

表7に人口10万人あたりの診療所数の上下10医療圏を示す。

表 7 人口 10 万人当たりの診療所数(少ない 10 医療圏、多い 10 医療圏)

| | 都道府県 | 二次医療圏 | 地域タイプ | 診療所数 (人口10万 当たり) | | 都道府県 | 二次医療圏 | 地域タイプ | 診療所数 (人口10万 当たり) |
|----|------|-------|-------|------------------------|----|------|--------|-------|------------------------|
| 1 | 北海道 | 根室 | 過疎地域型 | 32 | 1 | 東京都 | 区中央部 | 大都市型 | 266 |
| 2 | 沖縄県 | 中部 | 地方都市型 | 45 | 2 | 島根県 | 大田 | 過疎地域型 | 132 |
| 3 | 茨城県 | 鹿行 | 地方都市型 | 46 | 3 | 大阪府 | 大阪市 | 大都市型 | 127 |
| 4 | 北海道 | 釧路 | 地方都市型 | 46 | 4 | 東京都 | 区西南部 | 大都市型 | 125 |
| 5 | 北海道 | 北渡島檜山 | 過疎地域型 | 48 | 5 | 長崎県 | 長崎 | 地方都市型 | 122 |
| 6 | 北海道 | 北網 | 地方都市型 | 48 | 6 | 愛媛県 | 八幡浜・大洲 | 過疎地域型 | 122 |
| 7 | 北海道 | 遠紋 | 過疎地域型 | 49 | 7 | 長崎県 | 対馬 | 過疎地域型 | 119 |
| 8 | 埼玉県 | 南西部 | 大都市型 | 50 | 8 | 和歌山県 | 和歌山 | 地方都市型 | 118 |
| 9 | 北海道 | 東胆振 | 地方都市型 | 50 | 9 | 島根県 | 益田 | 過疎地域型 | 117 |
| 10 | 埼玉県 | 東部 | 大都市型 | 51 | 10 | 和歌山県 | 新宮 | 過疎地域型 | 116 |

^{*} 日医総研 WP No.472 二次医療圏別データ集を使用(データ出典: 令和2年国勢調査、令和2年10月1日医療施設調査)

人口 10 万人あたりの診療所数は、最少の根室医療圏(北海道)と最多の区中央部医療圏(東京都)とで約8倍の差である。医療圏の地域タイプと人口10万人当たりの診療所数にはさほど関係性がないように見える。

一方、面積あたりの診療所数の上下10医療圏を表8に示す。

面積あたりの診療所数でみると、少ない10医療圏はすべて過疎地域型、多い医療圏はすべて大都市型であり、地域タイプによる差が顕著になる。また、最少の遠紋医療圏の診療所数(0.006件/km²)と最多の区中央部の診療所数(39.551件/km²)の差は6500倍以上で、人口当たりの診療所数に比べて二次医療圏間の差がより大きくなる。

表 8 面積当たりの診療所数(少ない 10 医療圏・多い 10 医療圏)

| 二次医療圏 | 地域タイプ | 診療所数 (件/km2) | | 二次医療圏 | 地域タイプ | 診療所数 (件/km2) |
|---------|-------|-----------------|---|---------|-------|-----------------|
| 1 遠紋 | 過疎地域型 | 0.006 | | 1 区中央部 | 大都市型 | 39.55 |
| 2 北渡島檜山 | 過疎地域型 | 0.006 | | 2 区西部 | 大都市型 | 21.94 |
| 3 根室 | 過疎地域型 | 0.007 | | 3 区西南部 | 大都市型 | 21.05 |
| 4 南檜山 | 過疎地域型 | 0.008 | | 4 大阪市 | 大都市型 | 15.48 |
| 5 日高 | 過疎地域型 | 0.009 | | 5 区西北部 | 大都市型 | 15.01 |
| 6 上川北部 | 過疎地域型 | 0.009 | | 6 区南部 | 大都市型 | 12.94 |
| 7 宗谷 | 過疎地域型 | 0.009 | | 7 区東部 | 大都市型 | 10.14 |
| 8 留萌 | 過疎地域型 | 0.010 | | 8 区東北部 | 大都市型 | 9.96 |
| 9 富良野 | 過疎地域型 | 0.011 | | 9 北多摩南部 | 大都市型 | 9.26 |
| 10 木曽 | 過疎地域型 | 0.011 | l | 10 川崎南部 | 大都市型 | 7.58 |

^{*} 日医総研 WP No.472 二次医療圏別データ集を使用(データ出典: 令和2年国勢調査、令和2年10月1日医療施設調査)

3.6 二次医療圏別の医師数と平均年齢

表 9~11 に二次医療圏別の人口 10 万あたりの総医師数・病院医師数・診療所 医師数(少ない10医療圏、多い10医療圏)を示す。

表 9 総医師数の少ない 10 医療圏

多い 10 医療圏

| | 都道府県 | 二次医療圏 | 人口10万当り 総医師数 (人/10万) | | 都道府県 | 二次医療圏 | 人口10万当り 総医師数 (人/10万) |
|----|------|------------|----------------------------|----|------|-------|----------------------------|
| 1 | 北海道 | 根室 | 120.2 | 1 | 東京都 | 区中央部 | 1288.9 |
| 2 | 茨城県 | 鹿行 | 142.5 | 2 | 千葉県 | 安房 | 906.1 |
| 3 | 青森県 | 上十三地域 | 147.3 | 3 | 島根県 | 出雲 | 505.9 |
| 4 | 鹿児島県 | 曽於 | 148.8 | 4 | 福岡県 | 久留米 | 496.7 |
| 5 | 青森県 | 西北五地域 | 150.7 | 5 | 長野県 | 松本 | 495.6 |
| 6 | 北海道 | 宗谷 | 151.1 | 6 | 東京都 | 区西部 | 494.1 |
| 7 | 新潟県 | 県央 | 151.7 | 7 | 鹿児島県 | 鹿児島 | 486.5 |
| 8 | 秋田県 | 湯沢・雄勝 | 152.0 | 8 | 群馬県 | 前橋 | 466.1 |
| 9 | 茨城県 | 常陸太田・ひたちなか | 154.0 | 9 | 長崎県 | 長崎 | 461.6 |
| 10 | 福井県 | 丹南 | 154.6 | 10 | 栃木県 | 県南 | 457.5 |

表 10 病院医師数の少ない 10 医療圏

多い 10 医療圏

| | 都道府県 | 二次医療圏 | 人口10万当り 病院医師数 (人/10万) | | | 都道府県 | 二次医療圏 | 人口10万当り 病院医師数 (人/10万) |
|----|------|------------|-----------------------------|-----|----|------|-------|-----------------------------|
| 1 | 東京都 | 島しょ | 52.3 | | 1 | 千葉県 | 安房 | 780.4 |
| 2 | 茨城県 | 鹿行 | 70.3 | | 2 | 東京都 | 区中央部 | 774.8 |
| 3 | 新潟県 | 県央 | 70.5 | | 3 | 島根県 | 出雲 | 382.9 |
| 4 | 宮崎県 | 西都児湯 | 73.8 | | 4 | 長野県 | 松本 | 381.8 |
| 5 | 茨城県 | 日立 | 75.5 | | 5 | 高知県 | 中央 | 364.3 |
| 6 | 愛知県 | 東三河北部 | 77.0 | | 6 | 鹿児島県 | 鹿児島 | 354.9 |
| 7 | 鹿児島県 | 曽於 | 78.6 | | 7 | 栃木県 | 県南 | 353.7 |
| 8 | 茨城県 | 筑西・下妻 | 79.9 | | 8 | 福岡県 | 久留米 | 351.4 |
| 9 | 埼玉県 | 秩父 | 80.4 | | 9 | 福岡県 | 飯塚 | 328.0 |
| 10 | 茨城県 | 常陸太田・ひたちなか | 80.7 | _ 1 | 10 | 愛知県 | 尾張東部 | 326.7 |

表 11 診療所医師数の少ない 10 医療圏 多い 10 医療圏

| | | | | _ | | | | |
|----|------|-------|------------------------------|---|----|------|-------|------------------------------|
| | 都道府県 | 二次医療圏 | 人口10万当り 診療所医師数 (人/10万) | | | 都道府県 | 二次医療圏 | 人口10万当り 診療所医師数 (人/10万) |
| 1 | 北海道 | 北渡島檜山 | 21.9 | Ī | 1 | 東京都 | 区中央部 | 514.0 |
| 2 | 北海道 | 南檜山 | 30.3 | | 2 | 東京都 | 区西部 | 196.3 |
| 3 | 北海道 | 根室 | 32.5 | | 3 | 東京都 | 区西南部 | 181.3 |
| 4 | 北海道 | 遠紋 | 44.2 | | 4 | 大阪府 | 大阪市 | 177.8 |
| 5 | 北海道 | 上川北部 | 47.9 | | 5 | 静岡県 | 富士 | 172.8 |
| 6 | 岩手県 | 久慈 | 48.2 | | 6 | 長崎県 | 長崎 | 171.1 |
| 7 | 北海道 | 宗谷 | 48.8 | | 7 | 和歌山県 | 和歌山 | 157.4 |
| 8 | 鹿児島県 | 熊毛 | 49.8 | | 8 | 鹿児島県 | 川薩 | 148.6 |
| 9 | 北海道 | 中空知 | 50.8 | | 9 | 東京都 | 区南部 | 147.3 |
| 10 | 長崎県 | 上五島 | 51.5 | | 10 | 福岡県 | 福岡・糸島 | 147.1 |

医師数の少ない医療圏は過疎地域型に、多い医療圏は地方都市~大都市型に 多い傾向がある。特に、病院医師数は大学病院や研修基幹病院がある大都市圏や 地方中核都市に多い。表5で見たように人口10万当たりの病院数の多い医療圏 はむしろ過疎地域に多く、病院数と病院医師数との相関は見られない。

一方で、病院医師数と診療所医師数それぞれの上位・下位 10 医療圏の人口規模を見ると、過疎地域型とそれ以外の地域型では診療所医師数でより差が大きいことがわかる (表 12)。

| | | 過疎地域型 | 地方都市型 | 大都市型 |
|--------|----------|-------|-------|------|
| 病院医師数 | 少ない10医療圏 | 5 | 5 | 0 |
| 7的死区即数 | 多い10医療圏 | 0 | 8 | 2 |
| 診療所医師数 | 少ない10医療圏 | 10 | 0 | 0 |
| 砂原川区川数 | 多い10医療圏 | 1 | 3 | 6 |

表 12 病院医師数・診療所医師数の上位・下位 10 二次医療圏の人口規模

また、二次医療圏の地域タイプ別に見た医師の平均年齢(総医師・病院医師・診療所医師別)を図5に示す。全体に診療所医師の平均年齢は病院医師より高く、 医師数の少ない過疎地域ほど医師の高齢化が進んでいる傾向にある。

図 5 医療圏のタイプ別医師の平均年齢(総医師・病院医師・診療所医師)

表 9~12、図 5: 株式会社ウェルネス 2次医療圏別医師数データ集(令和2年)を使用(データ出所:令和2年医療施設調査)

4. 二次医療圏の人口・年齢構成の変化と将来人口推計

(1) 二次医療圏の人口規模の推移

図6に全国335二次医療圏¹⁰の2045年までの将来人口推計¹¹に基づく人口規模の推移を示す。

2020 年時点の人口が 10 万人未満の医療圏は 87 あるが、このまま再編が行われないとすれば、2025 年には 95、2045 年には 116 と人口 10 万人未満の医療圏が増えていく。

図 6 将来推計に基づく人口規模別二次医療圏数の推移

2020年人口:令和2年国勢調査 2025年、2040年の推計人口は2018年の統計に基づく国立社会保障・人口問題研究所の推計値を使用

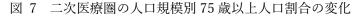
(2) 二次医療圏の高齢者割合と高齢者人口の変化

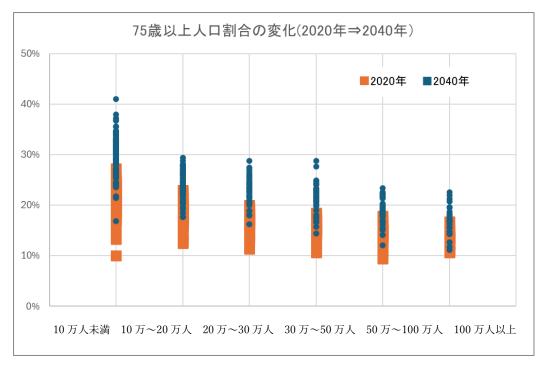
図7に2020年と2040年での人口規模別75歳以上人口割合を示す。

2020年時点でも人口の少ない医療圏の方が高齢化率は高いが、2040年にはその差がより大きくなる。一方で、一部の二次医療圏ではすでに75歳以上人口はピークアウトしているため、将来推計においては二次医療圏内での高齢者割合と同時に人数の増減もみていく必要がある。

¹⁰ 秋田県の二次医療圏再編により第8次医療計画時点では二次医療圏数330であるが、将来推計等のデータが旧二次医療圏に基づくため、335医療圏データを使用している。

¹¹ 二次医療圏別の 2020 年人口は令和 2 年国勢調査を使用、2025 年、2040 年の将来推計値は 2018 年の統計に基づく国立社会保障・人口問題研究所の推計値を使用。



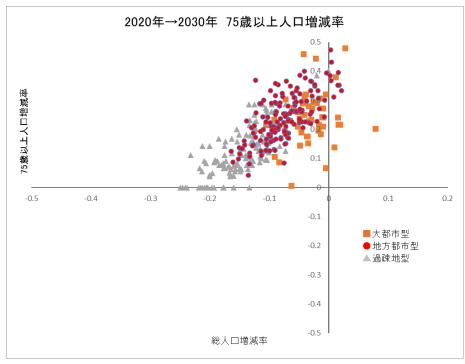


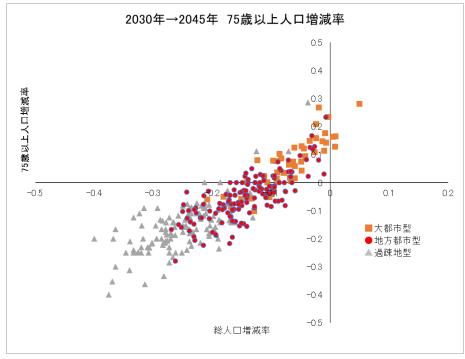
データ出典:2018年統計に基づく国立社会保障・人口問題研究所の推計値を使用

図8は、各二次医療圏の2020年~2030年までの総人口増減率と75歳以上高齢者人口増減率を、2030年~2045年までと比較したものである。(縦軸:75歳以上人口の増減率、横軸:総人口増減率)

ほぼすべての二次医療圏で 2020 年~2030 年、2030 年~2045 年ともに総人口は減少傾向にある。一方、75 歳以上人口増減率は、2020 年~2030 年ではほぼすべての二次医療圏で増加傾向にあるのに対して、2030 年~2045 年では、大きく減少する二次医療圏(灰色:過疎地型に多い)とまだ増加傾向にある二次医療圏(オレンジ:大都市型に多い)とに分かれる。

各二次医療圏内での75歳以上人口割合が増加していくのは共通であるが、数としてはすでにピークアウトしている二次医療圏と、割合とともに絶対数も2045年に向けて増加していく二次医療圏に大別される。それぞれの二次医療圏では当然ながら今後必要とされる医療需要が異なるため、整備すべき医療提供体制も異なってくる。





データ出典:2018 年統計に基づく国立社会保障・人口問題研究所の推計値を使用して作成

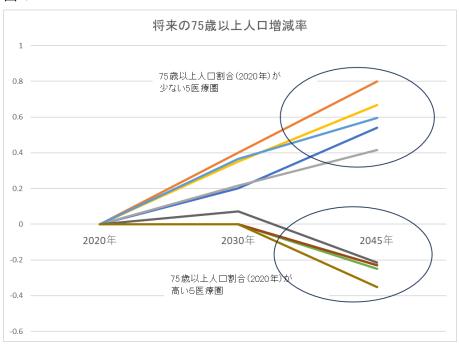
表 13 に 2020 年の 75 歳以上人口割合が高い順、低い順に 5 つの二次医療圏について、2045 年までの総人口と 75 歳以上人口の変化率(対 2020 年)を示す。2020 年に 75 歳以上人口割合が低い 5 つの医療圏は、2045 年の総人口割合が2020 年と比べて増加傾向となる東京や神奈川の医療圏と減少傾向の沖縄の医療

圏に分かれるが、75 歳以上人口はいずれも 2030 年、2045 年と増加が続いている。一方、2020 年に 75 歳以上人口割合が高い 5 つの医療圏では、総人口は 2020 年に比べ 2030 年、2045 年と減少傾向が続く。75 歳以上高齢者人口は、2030 年では 2020 年とほぼ同じだが、2045 年には 2020 年と比べ 20%以上減少すると予想される。(図 9)

表 13 2020 年時点の 75 歳以上人口割合と将来の 75 歳以上人口増減率

| | 都道府県 | 二次医療圏 | 地域タイプ | 75歳以上 人口割合 | 2020→ 30年 総人口増減率 | 総人口 増減率 (2045年 2020年比) | 2020→ 30年 75歳以上 人口増減率 | 75歳以上 人口増減率 (2045年 2020年比) |
|-----|------|-------|-------|---------------|------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 東京都 | 区中央部 | 大都市型 | 9.4% | 7.9% | 13.3% | 20.2% | 53.9% |
| 2 | 沖縄県 | 八重山 | 過疎地域型 | 9.4% | 0.0% | -3.8% | 40.0% | 80.0% |
| 3 | 神奈川県 | 川崎南部 | 大都市型 | 9.7% | 1.9% | 2.8% | 21.5% | 41.5% |
| 4 | 沖縄県 | 中部 | 地方都市型 | 10.4% | 1.5% | 0.8% | 35.2% | 66.7% |
| 5 | 沖縄県 | 南部 | 地方都市型 | 10.7% | 0.4% | -2.7% | 36.7% | 59.5% |
| | | | | | | | | |
| 331 | 秋田県 | 北秋田 | 過疎地域型 | 25.0% | -21.9% | -46.9% | 0.0% | -25.0% |
| 332 | 新潟県 | 佐渡 | 過疎地域型 | 25.5% | -17.6% | -43.1% | 0.0% | -23.1% |
| 333 | 高知県 | 高幡 | 過疎地域型 | 25.5% | -17.6% | -43.1% | 0.0% | -23.1% |
| 334 | 大分県 | 豊肥 | 過疎地域型 | 25.9% | -16.7% | -38.9% | 7.1% | -21.4% |
| 335 | 石川県 | 能登北部 | 過疎地域型 | 27.9% | -24.6% | -52.5% | 0.0% | -35.3% |

図 9



5. 二次医療圏の設定・再編について

5.1 各都道府県の二次医療圏数の推移

表 14 に 1989 年 (平成元年) 3 月 31 時点から第 8 次医療計画 (2024 年月日時点)までの各都道府県の医療圏数の推移を示す。47 都道府県のうち 28 都道府県でなんらかの二次医療圏再編が行われている。残り 19 都道府県では医療圏数に変化はない。(ただし、この中には、市町村合併や統廃合を含め、二次医療圏の数は変化なくとも構成を変更している自治体も含む。)

表 14 各都道府県の二次医療圏数の推移

| | | 第2次 | 第3次 | 第4次 | 第5次 | 第6次 | 第7次 | 第8次 |
|-----|----------|---------|-----------|----------------------|-----------|-----------|-----------|--------|
| | 平成元年3.31 | 1993-97 | 1998-2002 | 2003-2007 | 2008-2012 | 2013-2017 | 2018-2023 | 2024.6 |
| 北海道 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| 青森 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 岩手 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 宮城 | 5 | 5 | 5 | 10 | 7 | 4 | 4 | 4 |
| 秋田 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 3 |
| 山形 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 福島 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 |
| 茨城 | 6 | 6 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 栃木 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| 群馬 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 埼玉 | 9 | 9 | 9 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 千葉 | 12 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 東京 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| 神奈川 | 8 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 9 | 9 |
| 新潟 | 13 | 13 | 13 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 富山 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 石川 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 福井 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 山梨 | 8 | 8 | 8 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 長野 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 岐阜 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 静岡 | 10 | 10 | 10 | (2003) 9 (2005) 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| | 8 | 8 | 11 | 11 | 12 | 12 | 11 | 11 |
| 三重 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |

表 14(つづき)

| | | 第2次 | 第3次 | 第4次 | 第5次 | 第6次 | 第7次 | 第8次 |
|-----|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| | 平成元年3.31 | 1993-97 | 1998-2002 | 2003-2007 | 2008-2012 | 2013-2017 | 2018-2023 | 2024.6 |
| 滋賀 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 京都 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 大阪 | 4 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 兵庫 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 8 | 8 |
| 奈良 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 和歌山 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 鳥取 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 島根 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 岡山 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 広島 | 10 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 山口 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 徳島 | 3 | 5 | 6 | 6 | 6 | 3 | 3 | 3 |
| 香川 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 |
| 愛媛 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 高知 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 福岡 | 10 | 12 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| 佐賀 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 長崎 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 熊本 | 10 | 10 | 11 | 11 | 11 | 11 | 10 | 10 |
| 大分 | 10 | 10 | 10 | 10 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 宮崎 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 鹿児島 | 12 | 12 | 12 | 12 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 沖縄 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

厚生労働省健康政策局監修『医療計画必携』及び各都道府県「医療計画」等をもとに作成 ■の都道府県は平成元年3月時点と第8次医療計画までの間で医療圏数が異なっている都道府県

■ 医療圏数再編が行われたタイミング

二次医療圏設定に際して、国の見直し基準に該当しても、地理的条件などから 医療圏は現状維持という医療圏も多い。

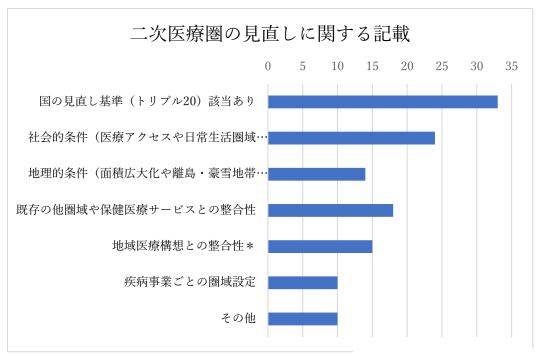
第6次医療計画以降で二次医療圏の再編が行われたのは、10県(第6次医療計画時:3県(徳島県、宮城県、栃木県)、第7次医療計画で6県(福島県、神奈川県、愛知県、兵庫県、香川県、熊本県)、第8次医療計画で1県(秋田県)である。これらの見直し実施は、宮城県と福島県、香川県、秋田県では国の見直し基準に該当することが理由に挙げられているが、そのほかの県では、地域医療構想区域との整合性や患者の受療動向や生活圏域に応じてといった地域の独自理由による見直しがなされている。

5.2 第8次医療計画における二次医療圏設定の理由

第8次医療計画策定時点で国の見直し基準に該当する医療圏を有するのは33 都道府県と全国の70%に上る。

各都道府県の第8次医療計画における記載をもとに、二次医療圏設定の見直 しを行わない理由として挙がっていたものを図10に示す。

図 10 各都道府県の二次医療設定理由



各都道府県医療計画等をもとに作成

第8次医療計画の中で二次医療圏設定に関して、現行維持の理由として最も 多かったのが、二次医療圏統合による交通アクセスや住民の高齢化に伴う医療 アクセスへの懸念、日常生活圏域との整合性などの社会的条件であった。

保健所やほかの既存保健福祉圏域との整合性、あるいは地域医療構想との整合性も半数以上の都道府県で見直しを実施しない理由として挙げられていた。

第8次医療計画等に関する検討会内での資料¹²によると、第7次医療計画の際に見直しを行わなかった理由を調査したところ、地理的条件(面積の広大化、地理的に移動に時間がかかるなど)や交通アクセスが20以上の都道府県で挙げられており、次いで、他の圏域との整合性が15都道府県で挙げられていた。

地理的条件は今後大きく変化すると考えにくく、また、他の圏域との整合性が あることは見直しを促進する要因になるとは考えづらい。第7次医療計画時と

_

¹² 第15回第8次医療計画等に関する検討会、令和4年10月7日、資料1

第8次医療計画時に同様の理由で見直しが実施されていないことからは、今後 も二次医療圏の見直しが進みづらいことが予想される。

一方、その他として、複数医療圏統合によって新たにできる医療圏内での地域 差拡大(都市部への医療資源の集中)に対する懸念が複数の都道府県で挙げられ ていた。同一医療圏内での医療資源の偏在という課題は、二次医療圏単位のデー タのみでは見えてこないが、圏域内では重要な課題である。

また、二次医療圏設定に際して、既存の二次医療圏での課題に対しては疾病事業ごとの圏域設定を行って対応する旨の記載が約3分の1の都道府県で見られた。

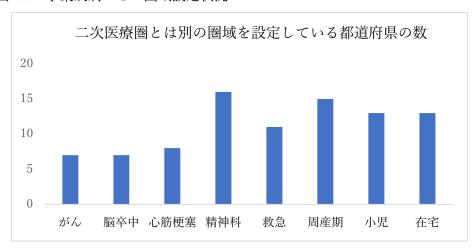
5.3 第8次医療計画における事業疾病別の圏域設定の有無

各都道府県の事業疾病ごとの圏域設定状況13について図11に示す。

医療計画策定指針においても疾病事業ごとの対応が求められており、二次医療圏とは別に疾病事業ごとの圏域を設定している都道府県は少なくない。

なかでも精神科圏域は 16 都道府県で、周産期医療圏域は 15 都道府県で二次 医療圏とは別に圏域が設定されている。精神科医療については、精神科病床数が 都道府県単位での設定であること、精神科医療が担う範囲が高齢者の認知症か ら小児精神の専門医療まで幅が広いことが理由として挙げられる。また、周産期 医療や小児科医療は対応できる医療施設や医師の減少が背景にあるためと考え られる。一方、在宅医療は二次医療圏よりも細かい市町村単位や一次医療圏単位 が設定されているところが多い。

図 11 事業疾病ごとの圏域設定状況



各都道府県医療計画等をもとに作成

22

¹³ 糖尿病についてはほぼすべての都道府県で圏域記載がない(おそらく二次医療圏と思われる)。また、 災害医療や新興感染症、へき地医療に関しては「圏域」としての明記がない都道府県も多かったことか ら、対象外とした。

5.4 二次医療圏見直し検討の必要性

医療の均てん化と病床数制限による医療費抑制を目的に始まった医療計画であるが、二次医療圏の設定は、当初からいくつかの課題が指摘されていた。例えば、森川¹⁴は「標準人口規模や中心都市の規定もなく、必要病床数の不足地域に対する振興措置もみられない。必要病床数の算出では医療科単位の規定もない。これでもって地域医療の均衡化が図れるか疑問である。」と指摘している。また、池上¹⁵は医療計画の遂行を困難にする要因として、患者や医師の専門志向、医師には自律性と裁量権があるための調整の難しさ、既存の医療機関が存在するところに計画を策定実施することの難しさとして需給双方の利害調整の難しさを挙げている。

医療計画策定当初から現在まで医療の細分化は進んできたが、二次医療圏の 基本的な考え方として「一般的な入院医療」というところは変わっていない。

二次医療圏を構成する人口構造の変化は、疾病構造の変化に伴う医療需要に直結し、また、医師や看護師といった人材資源、地域の交通インフラや財政状況にも差が生じる。今後、二次医療圏ごとの差異はますます大きくなると予想され、二次医療圏設定に際しては、改めて地域の状況に応じた「一般的な入院医療」の定義を検討する必要があるのではないだろうか。

一方で、二次医療圏設定に関する議論は各地域やステークホルダー間での意 見の相違も大きく、まとまりづらい現状がある。

そこで、本稿では第 8 次医療計画で再編を実施した秋田県の協議の経緯を振り返り、合意形成に至った促進因子と考えられる要素を検討する。

-

¹⁴ 森川洋「わが国における府県内行政所管区域と計画区域」1989年

 $^{^{15}}$ 池上直己「地域医療計画の課題と新たな展開」『講座医療経済・政策学第 3 巻保健・医療提供制度』勁草書房、第 2 章、p23~p45

5.5 秋田県の二次医療圏再編について

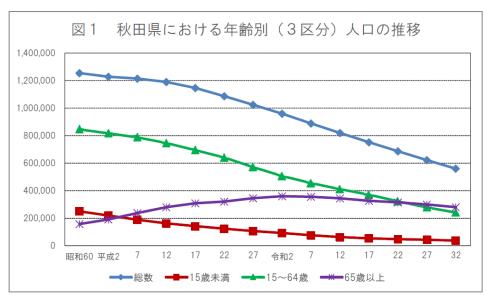
5.5.1 人口構造と将来の医療需要及び医療提供体制について

秋田県医療保健福祉計画¹⁶及び秋田県医師会『秋田県の医療グランドデザイン 2040』¹⁷を基に秋田県の二次医療圏の現状についてまとめたものを以下に示す。

(1) 秋田県の人口構造と将来推計、将来の医療需要予測

図 12 に秋田県の年齢階級別人口の推移を示す。秋田県の総人口は 959,502 人(令和 2 年国勢調査)で、平成 27 年と比べ 6.2%減少しており、人口減少率が 5 回連続で全国最大である。また、65 歳以上人口割合は 37.5%(令和 2 年)で全国最大、出生率は 4.3 (人口千対)と全国最下位で、今後も人口減少と高齢化が 進み、2050 年には人口の半分(49.9%)が 65 歳以上になると推計されている。

図 12



出典: 令和2年までは「国勢調査」、令和7年以降は「日本の地域別将来推計 人口」(国立社会保障・人口問題研_究所、令和5年12月)

資料:秋田県医療保健福祉計画 図1

二次医療圏別では、すべての医療圏において総人口は減少すると予測されるが、75歳以上人口は2040年まで増加が予想される二次医療圏と減少傾向にある二次医療圏に分かれる。

令和 2 年の患者調査では、外来・入院ともに受療率は一貫して減少傾向にあり、特に 75 歳以上人口での低下が目立つ。

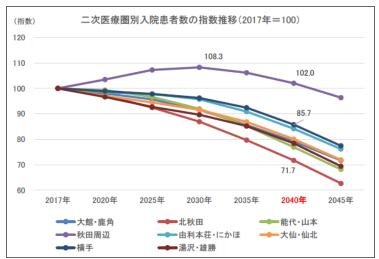
17 秋田県医師会『秋田県の医療グランドデザイン 2040~人口減少下の医療提供の方向~』H31 年 3 月

¹⁶ 秋田県医療保健福祉計画:https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/3120

入院受療率については平均滞在日数の短縮、外来受療率については高齢者に 多い循環器系疾患の下低下や長期処方の影響があると考えられ、今後もこの傾 向が続くと予想される。

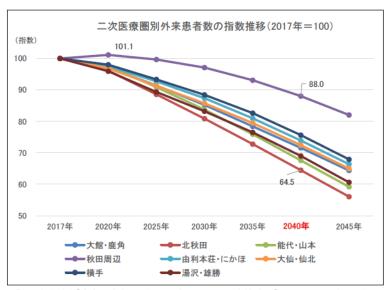
図 13 に将来の二次医療圏別入院患者数指数推移を、図 14 に将来の二次医療圏別外来患者数の指数推移を示す。秋田周辺医療圏で入院患者数は 2040 年頃まで微増と予想されるが、他の医療圏では一貫して減少が見込まれる。また、外来患者数は入院患者より急速な減少が予想される。

図 13



出典:厚生労働省「患者調査(2017年10月)」、秋田県調査統計課「秋田県の人口(2017年10月)、 人口国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2018年3月推計)」

図 14



出典:厚生労働省「患者調査(2017 年 10 月)」、秋田県調査統計課「秋田県の人口(2017 年 10 月)、 人口国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2018 年 3 月推計)」

資料:秋田県医師会『秋田県の医療グランドデザイン 2040』 (図 3-6)、(図 3-14)

また、患者受療率が低下し続けている状況から、患者受療率を固定ではなく変動型で算出すると、より将来患者数は減少することが予想される。(図 15) 図 15



出典:厚生労働省「患者調査(2017年10月)」、秋田県調査統計課「秋田県の人口(2017年10月)、 人口国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2018年3月推計)」

資料:秋田県医師会『秋田県の医療グランドデザイン 2040』 (図 3-20)

(2) 医療提供体制(医療機関数や医師数など)と二次医療圏の現状

秋田県の医療機関数(人口 10 万対)は、全国平均と比べて精神病院数と診療所数で上回っている。一般病院数は全国平均を下回っているが、病床数では療養病床数以外のすべての区分で全国平均を上回っている。二次医療圏別にみると全国平均の約 2 倍近い病床数を持つ医療圏もあり、過剰である可能性が指摘されている¹⁸。

秋田県の医師数は、県全体で医師偏在指標は 41/47 と低く、また、二次医療圏別にみると秋田周辺とそれ以外の医療圏との間に偏在がみられる¹⁹。また、図 16に示すように、医師の高齢化が進んでおり、2010 年と 2020 年の年齢階級別構成割合を比べると、30代~50代医師の減少が顕著となっている。特に秋田周辺以外の二次医療圏でその傾向が目立つ(図 17)。

19 秋田県医師確保計画(案)令和6年によれば、秋田県の旧二次医療圏別の医師偏在指標は、秋田周辺で65位/335、その他の二次医療圏は横手:217位~大館・鹿角:327位と全国の下位1/3に入る。

 $^{^{18}}$ 秋田県医師会『秋田県の医療グランドデザイン 2040~人口減少下の医療提供の方向~』H31 年 3 月、p43

図 16 医師の年齢階級別構成割合(2010年と2020年での比較)



図 17



株式会社ウェルネス『二次医療圏データベーシステム』二次医療圏別医師数(2010年)(2020年)を基に作成

図18に8つの(再編前)二次医療圏の医療施設分布状況20を示す。

秋田周辺に医療資源が集中しており、県南・県北に人口も少なく、医療資源の乏しい医療圏がある。医療施設は概ね主要道路に近い場所に分布しているが、一部の医療圏では、脳血管疾患や循環器疾患に対して、専門医療資源の不足により十分に緊急手術等の対応ができていない状況がある。

また、患者調査による受療動向では、他圏域への流出が 20%以上かつ流入割合が 20%未満の医療圏は H29 年調査では 3 医療圏、令和 2 年調査では 2 医療圏²¹にのぼる。救急搬送の状況については、R2 年の救急搬送データによればおおむね自医療圏内での完結率は高いが、完結率 8 割未満の医療圏では隣接医療圏へ搬送されるケースが多いことが指摘されている。

複数の二次医療圏が課題として急性心筋梗塞のような救急医療を地域で完結できる医療体制の整備や、急性期から慢性期、在宅に至るまでの機能分化と連携強化を挙げている²²。

図 18 二次医療圏の医療施設分布と人口・面積 医療施設分布状況 【大館・鹿角】 103, 256 人 人口 能代・山本 1, 822, 44 km 面積 人口 75 445 人 入院患者数 1, 191. 20 km² 大館・鹿角 外来患者数 529,615 人 入院患者数 321, 200 人 手術件数 1,604 件 355, 875 人 外来患者数 【大仙・仙北】 手術件数 1,383件 人口 121, 235 人 【北秋田】 面積 2, 128. 67 km 人口 32, 225 人 入院患者数 435 080 A 面積 1, 409, 48 km² 外来患者数 393,470 人 入院患者数 116,800 人 秋田周辺 手術件数 1,595 件 127,020 人 外来患者数 大仙・仙北 【横手】 手術件数 238 件 人口 85,912 人 【秋田周辺】 面積 692. 80 km² 382,503 人 人口 入院患者数 316,820 人 面積 1, 694, 86 km² 436, 175 人 外来患者数 入院患者数 1,784,120 人 手術件数 2 117 件 外来患者数 1,599,795 人 由利本荘・にかほ 横手 【湯沢・雄勝】 手術件数 10.994件 85,912人 97,431人 1,451km² 人口 58.829 人 【由利本荘・にかほ】 面積 1, 225, 38 km 人口 97.431 人 入院患者数 137,605 人 面積 1. 450. 72 km² 外来患者数 200,020 人 入院患者数 471,580 人 湯沢・雄勝 手術件数 275 件 外来患者数 490,560 人 手術件数 1,269件

出典: 令和5年3月13日 秋田県医療審議会医療計画部会協議資料2

²⁰ 令和5年3月13日 秋田県医療審議会医療計画部会協議資料2「二次医療圏の設定について」

²¹ 秋田県医療保健福祉計画 p16: 大館・鹿角医療圏と湯沢・雄勝医療圏が該当。その他、北秋田、大仙・仙北、横手医療圏も流出率 20%を超えているが、流入率も 20%を超えている。

²² 令和 5 年度第 2 回秋田県地域医療構想調整会議資料 2 「地域医療構想の課題等について」

5.5.2 二次医療圏見直しの検討の経緯

今回の二次医療圏再編までの経緯を、秋田県の医療計画に関する公開資料や 秋田県医師会の公表資料を基にまとめたものを以下に示す。

- (1) 平成24年度医療計画策定時:見直し検討し現状維持の方針となる 平成24年度の医療計画策定時に患者流出率が高い等の理由で二次医療圏設定 の見直しが検討されたが、面積が広大であり過疎地域を多く抱えることや統合 することに対する住民や関係団体から不安が強いこと、統合しても医師偏在な どの課題が残り統合のメリットが具体的に提示できないなどの理由から見直し は行われなかった²³。
 - (2) 第7次医療計画策定時:見直し検討し現状維持の方針となる

その後の平成 29 年度第 7 次医療計画策定時にも、将来の人口減少や一部の二次医療圏での医療提供体制の不足や患者流出率から再編が検討されたが、二次医療圏統合による患者の利便性低下や地域医療衰退への懸念が強く、医療機能の不足に関しては医師偏在問題への取り組みや疾病ごとの連携体制構築で対応していくとして、二次医療圏は現状のままとした²⁴。ただ、第 7 次医療計画策定時の意見の中には、具体的な将来像を示したうえでの検討が必要といった声も出ていた。

- (3) 平成31年 秋田県医師会『秋田県のグランドデザイン2040』策定一方、秋田県医師会は、将来さらに医療ニーズの縮小が進むことを考えると中長期的な計画に基づく判断が必要であるとして、平成31年3月に『秋田県の医療グランドデザイン2040』25を策定し、その中で、二次医療圏について、現時点では競合状態にある急性期病院でも今後の人口構造の変化を考えると急性期のダウンサイジングは不可避であることや急性期病院の分散配置は物理的に困難であり、若手医師の技術維持・向上のためにも集約化が必要であるとして、広域化による再編を提案していた。
 - (4) 令和2年度・令和3年度医療計画部会での協議26

²³ H27 年度第 1 回秋田県医療構想策定会議要旨及び会議資料、資料 4 「構想区域の設定について」 https://www.pref.akita.lg.jp/uploads/public/archive_0000010285_00/siryou4kousoukuikisettei.pdf ²⁴ H29 年度第 2 回秋田県医療審議会医療計画部会、資料 3 「二次医療圏の設定について(案)」

²⁵ 秋田県医師会『秋田県の医療グランドデザイン 2040~人口減少下の医療提供の方向~』H31 年 3 月

²⁶ 令和 2 年度第 1 回秋田県医療審議会計画部会 参考資料 2 令和 3 年度第 1 回秋田県医療審議会医療計画部会 議事録、資料 1

平成 26 年と平成 29 年で患者受療動向には大きな変化はないものの診療行為別にみると専門医配置や地域救命救急センター配置準備が進んだところもあり、地域医療提供体制の状況について確認していく。第8次医療計画策定時には医療圏の見直しに当たっては医療サービスの質の低下ではなく、むしろ地域医療の強化につながるような方向性を持って協議を行うこととなった。

(5) 令和4年度~第8次医療計画策定時:見直し検討し、再編実施となる 令和4年度第1回秋田県医療審議会²⁷内では社会構造が変化しており、医療の 集約化は避けられないが、均てん化も必要であり、秋田県ならではの医療計画の 策定を行っていく必要性が議論された。

令和5年3月に開催された医療審議会医療計画部会²⁸において、人口減少に伴う患者数減少と医療従事者の減少から、現在の二次医療圏内での医療完結は困難であり、将来にわたって質の高い医療を持続的に提供するためには二次医療圏の見直しが必要であるという方針が確認された。続く令和5年4月の医療計画部会において、医療圏の範囲や設定について、医療圏は医療提供体制整備にあたっての地域の枠組みであって、患者の受療行動を制限するものではないことや拠点となる医療機関は複数あってもよいとする基本的な考え方を共有し、5月の医療計画部会において、将来の人口減少を見越したうえで長期的な医療提供体制の整備を行い、手術や緊急対応を含め一般的な入院に対応することを目的に3医療圏に再編することで合意に至り、県民へのアンケート調査などを経て第8次医療計画策定時に3医療圏として設定された。

また、この間に医師会でもいくつか意識調査が行われており、特に将来の地域 医療体制維持に対する危機感の根拠となっている²⁹。令和4年3月に秋田県医師 会は、急速に進む人口減少と診療所機能の維持に対する危機感から、行政に対し て『持続可能な医療提供体制と一次医療についての提言』を行っているが、その 中で、第8次医療計画では医療提供体制のあり方を基本的な部分から見直し、 入院・外来・在宅の一体的な医療提供体制の構築を図る計画として策定すべきで あると述べている。

²⁷ 令和 4 年度第 1 回秋田県医療審議会(令和 4 年 11 月 7 日開催)議事録要旨 p9~11

²⁸ 令和4年度第1回秋田県医療審議会医療計画部会(令和5年3月13日開催)会議資料、議事要旨

²⁹ 平成 28 年に秋田県医師会が行った診療所医師への在宅医療に関する意識調査時から、医師の高齢化が進行する中で一人医師体制の診療所が多く、人口減少が進み地域の医師も減るならば今後の在宅医療提供の継続は困難という回答は見受けられていたが、令和 3 年に行われた診療所医師への意識調査では、9 割を超える管理者が人口減少による将来の経営環境悪化を不安に感じており、5 割を超える管理者が廃業を選択肢の一つと考えているという結果であった。

[・]秋田県医師会『平成28年度診療所調査結果~一次医療の現状と在宅医療を中心に~』平成29年8月

[・]秋田県医師会『医業承継に関するアンケート調査報告書』令和3年3月

地域の診療所機能が維持できなければ、外来診療以外にも学校医や警察医などの社会的な役割も担えなくなってしまう。また、高齢者の退院後の受け皿となる在宅医療の体制が強化・維持できなければ、病床の機能分化や連携推進も進まなくなってしまう。広大な面積となる山間部などでは、医療機関へのアクセスに時間がかかることもあり、より地域での一次医療の充実が必要となることを指摘している。

5.5.3 秋田県の事例:「合意」への促進因子

二次医療圏の見直しは地域の状況に応じて判断するもので、再編ありきとすべきではない。今回取り上げた秋田県の場合は、少子高齢化、人口減少が全国で最も進んでいる地域であり、医療資源も患者もともに減少していく将来への危機感から再編が望ましいという選択がなされた。

一方で少子高齢化が進んだ秋田県の状況は、いずれ全国の多くの二次医療圏が直面する状況ともいえる。重要なのは二次医療圏の再編有無ではなく、見直しの議論を通じて、地域ごとに医療提供体制のあり方を各ステークホルダー間で共有しておくことだろう。

秋田県の経緯を通して今回の決定合意への促進因子と考えられる要素をいく つか挙げる。

1) 将来の課題を明確にし、共有すること

(様々なデータやアンケート結果に基づいて将来像を想定する)

秋田県の旧二次医療圏の中には国の見直し基準の一つである流出率が 40%を超える医療圏もあったが、他の都道府県にも同様の医療圏は存在する。また、医療アクセスについて、日医総研 WP³⁰の急性期医療充実度指標・慢性期医療充実度指標上では秋田県の二次医療圏は周辺他自治体の二次医療圏と同程度の数字であり、指標だけでみると他にももっと低い二次医療圏もある。秋田県の二次医療圏の患者受療動向等に大きな変化があったわけでもないが、今回は再編するということで合意に至った。その最大の理由は将来への危機感を全員が共有した点だという。

協議の場では様々なデータやアンケート結果などからデータに基づいた将来像を示して危機感を共有しているが、その際、より厳しい状況を含めた複数シナリオを想定したうえでの議論は将来に対する危機感を持っている自治体では必

31

³⁰ 日医総研 WP. No. 472. 「地域の医療提供体制の現状―都道府県別・二次医療圏別データ集ー (2023 年 4 月)」: 県をまたいだ患者の動向も想定して実態としての医療アクセスを評価できる指標として、急性期医療充実度指標・慢性期医療充実度指標を算出している。

要なことであろう。さらに、新型コロナウイルス感染症を経験した中で、人口減少に伴う患者数減少による事業継続の課題や救急搬送、在宅医療の提供体制など、医療機関側にとっても住民側にとっても連携を含めた地域医療維持の重要性が浮き彫りになったという点も危機感を共有するきっかけになったという。

2) 地域完結型医療の認識を共有

再編の目的は病床数調整や医療提供体制の削減にあるのではなく、地域完結型医療として周産期や心血管系を含めた救急等への対応を可能とし、地域の一次医療機能を維持することにあるということを明確にした点、それを各ステークホルダー間で共通認識として共有できた点は、合意形成に際して促進因子となりえたと考える。

3)緩やかな変化

秋田県の二次医療圏は3つに広域化されることになるが、地域医療構想区域は現状では旧二次医療圏の8区域となっている。今回の見直しによって構想区域と二次医療圏が異なることにもなりかねないが、一気に体制を変更するのではなく、当面、地域医療構想調整会議も現行の旧二次医療圏単位での会議と新二次医療圏での会議とを適宜組み合わせて行うとしている。保健所配置や地域医師会も当面現状のままで、体制を変更する予定はないという。

4) 地域連携推進法人による様々な連携の促進

二次医療圏の見直しに際して、集約化と機能分化に伴う「連携」の促進要因として、2024年4月から個人立の医療機関も参加可能となった「地域連携推進法人」の活用が挙げられる。県医師会では「地域医療連携推進等支援室」を設けて支援するという。例えば、医師、看護師など人材の派遣・交流や物資の共同購入といった連携もあれば、個々の専門性を活かした診療連携など、あたかもバーチャルホスピタルのような連携が可能になるという。連携のありかたは、二次医療圏の状況や地域の状況に応じて様々でよく、大きなグループでなくとも小さな連携から始められることで、地域で面としての連携が広がることが期待される。

5) 県・行政の主体性と大学や医師会との良好な関係構築

秋田県は大学病院が一つしかなく、もともと高度専門医療や基幹病院への医師派遣などを通じて従来から大学病院との関係性が深かったことは、医療圏見直しに伴う医療機関の集約化や人材派遣について協力や理解が得やすく、合意形成への促進因子の一つとなった可能性がある。また、二次医療圏の検討に際して、行政も主体的な役割を担っている。公的医療機関の管理運営以外にも、住民

生活に直結した部分でも県・市・町村それぞれの行政の役割は大きい。二次医療 圏再編実施の如何に関わらず、医療提供体制の維持は地域や町の存続に必須で あるという認識と交通インフラなどの生活面支援を含めた行政の主体的な関与 は必須であろう。

6) 住民への丁寧な説明

秋田県が実施した二次医療圏の広域化についての意識調査³¹によると、多くの住民が二次医療圏の広域化により身近な病院に何らかの影響が生じるのではないかという不安を抱く声が多かったという。その一方で、人口減少下ではやむを得ない、広域化により病院間の役割分担や連携が進むのであれば前向きに捉える声も多くみられた。

住民に対しては、医療圏の再編によって高度医療資源を集約化して機能や役割を明確化すると同時に、在宅医療や日常の外来医療などの住民に身近な医療機能の充実と維持していくことをわかりやすく説明する必要があり、秋田県では今回の医療計画策定について動画配信による説明も行っている。また、若手医師たちのなかには、医療以外でも近隣住民たちと積極的にコミュニケーションをとり、医療とまちづくりを結び付けて推進していこうという姿もみられるそうだ。こういった活動を通して、医療圏の再編に対する住民の不安が払しょくされ、医療提供者側にも、地域医療を維持することへの意欲や愛着につながること、また、将来的には住民自身の健康や医療に対する意識の向上にもつながることが期待される。

33

³¹ 秋田県 HP「秋田県の医療に関するアンケート調査の結果について https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/72704

6. おわりに

二次医療圏の設定は各都道府県が独自に行ってきた結果、人口や面積規模によらず二次医療圏数はばらつきがあること、全国的な少子高齢化が進む中、二次医療圏間の差は今後も拡大することが予想されるにもかかわらず、二次医療圏の見直しが積極的には進んでいないことがわかった。

本稿では、二次医療圏設定の基本的な考え方について、医療計画導入時の背景 及び現在と将来の人口構造を踏まえ、少子高齢化先進県である秋田県の事例を 参考に、見直し議論における合意形成の過程を振り返った。

将来の人口構造でもみたように過疎地域型医療圏と大都市型医療圏では将来の医療需要も供給可能な医療資源も大きく異なるため、今回の秋田県の事例が全くあてはまらない都道府県もあるだろう。特に人口 100 万人以上の大都市圏と10万人未満の過疎地域を両方有するような都道府県では、意見の集約も進まず調整が難しいことは容易に推察される。しかし、二次医療圏の設定に関する基本的な考え方としては共通する部分もあるだろう。

二次医療圏内で完結を目指す「ひととおりの入院医療」の定義を各都道府県の 実情に応じて明確化することは、全ての地域に共通して必要であり、地域医療構想や疾病事業ごとの圏域を検討するうえでも重要なことだと考える。

昭和58年9月医療圏設定に関する提言³²では医療圏の役割について「地域医療計画における医療圏とは診断・治療活動を中心とした狭義の医療活動はもとより、保健・福祉活動をも含め、更には生きがいなども目的として地域包括医療を計画・実践していくための場の単位」であり「生きた」医療圏設定が計画の基本であるとしている。医療計画開始時からこの定義自体は変わっておらず、地域ごとに、社会構造の変化に応じて設定を見直すことの必要性が示されている。

第8次医療計画策定時点での全国の二次医療圏別の傾向では、人口規模の小さな過疎地域型の医療圏で診療所医師数が少ない傾向や医師の高齢化がみられた。秋田県でも同様の傾向があり、さらに具体的な将来像が示されることで地域医療機能の維持に対する危機感が共有されることとなった。

現状や将来像を分析予測する際には、目的に応じた適切なデータを使い、複数シナリオで検討する必要があるだろう。例えば、医療機関などの医療資源の数は人口当たりの数と面積当たりの数では評価が異なることもある。特に緊急対応

 $^{^{32}}$ 日本医師会、『国民医療年鑑-昭和 58 年版-』 VII4-2 医療圏設定に関する提言(昭和 58 年 9 月 30 日): p244-251

が必要な医療アクセスの評価を行う際などは、人口当たりの数よりも地理的情報 (GIS) を加味したデータを用いた方がよいと思われる³³。

また、複数の都道府県で二次医療圏の見直しを行わない理由として挙げられる「他圏域との整合性」について、特に行政や既存の保健福祉圏域との整合性は住民の生活や福祉とも関連するため重要ではあるが、逆に「一致していること」が見直しの足枷となっている可能性はないだろうか。一気に変えなくても徐々に整合性を合わせていくという秋田県のスタンスもあってよい選択だと思われる。

さらに、生活圏域のとらえ方も地域や社会状況によって大きく異なるだろう。患者受療動向においてすでに流出入率が高いような医療圏では、日常的に生活圏域を超えた受療がおこなわれているのか、実際は生活圏域そのものが広域化している可能性もある。

秋田県の事例では社会構造の変化に伴う将来の地域医療と医療提供体制への 危機感が二次医療圏再編の最大の理由となっている。とはいえ、二次医療圏を広 域化することに伴う既存圏域との調整や二次医療圏での医療資源集約化、連携 推進法人の促進といった今後取り組んでいかなくてはいけない現実的な課題も 残っている。

二次医療圏の再編が、今後地域医療提供体制にどのような影響を与えるか、また、行政が実際に交通インフラの整備や生活支援等をどのように進めていくのかといった点も含めて、秋田県の今後の経過にも注視したい。

そして 2025 年を来年に控え、新しい地域医療構想の検討が本格化している。 各都道府県での将来を見据えた今後の議論のゆくえにも注目したい。

35

³³ 日医総研 WP No. 484、「地理情報システム(GIS)による医療アクセスビリティ分析:山形県における医業承継シミュレーション」では、将来の医療アクセスを GIS を用いて 2 パターンを用いて推計しており、より厳しい状況に備えての対策が今から必要であると指摘している。

謝辞

本稿において秋田県の事例分析を行うにあたり、秋田県医師会の小泉ひろみ会長、藤原慶正先生(日本医師会 常任理事)には、ご多忙の中インタビューに応じていただき、また、大変有益なご意見とご助言を賜る機会をいただきました。あらためて、この場を借りて深く感謝申し上げます。なお、本稿の文責はすべて筆者にあります。