

今後の地域医療構想に係る議論の 活性化に資する実態分析等について

これまでの経緯について

地域医療構想に係るこれまでの経緯について

2017年3月	全ての都道府県において地域医療構想（2025年の4機能ごとの必要病床量等）を策定 〔新公立病院改革プラン(2017年3月まで)、公的医療機関等2025プラン(2017年12月まで)の策定〕
～2019年3月	公立・公的医療機関等において、先行して具体的対応方針の策定 ⇒地域医療構想調整会議で合意
2019年 1月～	厚生労働省医政局「地域医療構想に関するワーキンググループ（WG）」において、公立・公的医療機関等の具体的対応方針について議論（再検証に係るものを含む）を開始
3月	第20回WG⇒「急性期機能」に着目した再検証の基本的フレームワークについて合意
4月～9月	第21回～第24回WG⇒分析ロジックについて議論
6月21日	骨太の方針2019
9月26日	再検証に係る具体的な対応・手法についてとりまとめ。 公立・公的医療機関等の個別の診療実績データを公表
10月 4日	第1回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
10月17日～	地方意見交換会（ブロック別）を順次開催
11月 6日～	都道府県の要望に応じ、個別に意見交換会を順次開催
11月12日	第2回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
12月24日	第3回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
2020年 1月17日	医政局長通知「具体的対応方針の再検証等について」を都道府県宛に発出。 あわせて、都道府県に対し、「公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果」 及び民間医療機関の診療実績データを提供。
1月31日	重点支援区域指定(1回目)

- 再編統合やダウンサイジングといった公立医療機関の取組の方向性について、地域医療構想調整会議における協議の結果よりも、**首長の意向が優先される恐れ**があるとの指摘があることから、公立医療機関を有する地方自治体の首長が、地域医療構想調整会議の協議の内容を理解し、地域の合意内容に沿わない取組が行われないようにするために必要な対策について検討を進める必要がある。
- 公立・公的医療機関等の**補助金等の投入・活用状況について、十分に可視化されておらず**、地域医療構想調整会議の協議に活用されていないとの指摘があることから、補助金等の情報を適切かつ分かりやすく可視化するために必要な対策について検討を進める必要がある。
- 再編統合等の取組を具体的に進める上では、**職員の雇用に係る課題や借入金債務等の財務上の課題への対応**が必要となるが、厚生労働省において、**公的医療機関等の本部とも連携**しながら、各医療機関が地域の医療需要の動向に沿って、真に必要な規模の診療体制に円滑に移行するために必要な対策について検討を進める必要がある。
- **病床規模が類似した病院同士や、設立母体が異なる病院同士の再編統合については、特に協議が難航するとの指摘**もあることから、このような場合には、協議のスケジュールにより一層の留意が必要である。

【経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

【経済財政運営と改革の基本方針2018（平成30年6月15日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するように医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。

【経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）【抜粋】】

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中（※）に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。

※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで。

- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、**「診療実績が少ない」** または **「診療実績が類似している」** と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

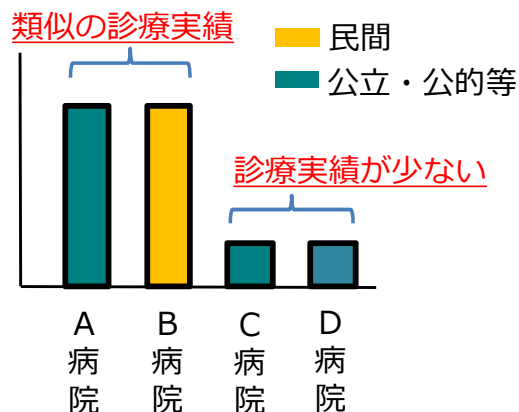
分析内容

分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

- A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

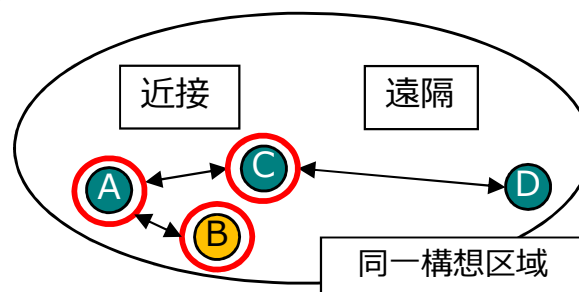
分析のイメージ

- ①診療実績の**データ分析**
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



- ②地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



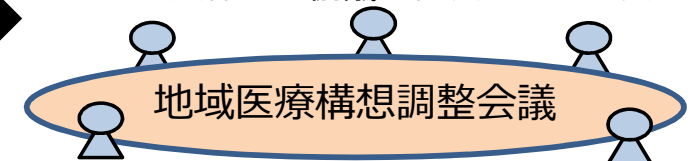
①及び②により
「代替可能性あり」
とされた公立・公的
医療機関等

- ③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



■令和元年12月5日 第13回経済財政諮問会議 議事要旨より

加藤大臣の発言（抜粋）

「地域医療構想は、今回、公表を踏まえた公立・公的医療機関の着実な改革が重要で、進捗状況を逐次把握しながら、必要な支援を行いたい。また、民間の医療機関の議論についても進めていく必要がある。公立・公的の医療機関に行った機能に焦点を当てた分析と同じように、今年度できるだけ早期に、民間の特性に応じた、新たな観点を加えた分析の検討を行いたい。また、ダウンサイジング支援の追加的方策の検討や総合確保基金のメリハリ付けも実施をしていきたい。

今後、地方自治体と意見交換を深めながら、来年の骨太方針の策定時期を目途に、2025年までの地域医療構想全体を、より具体的にどう実行していくのか、そのための工程表を作成していきたい。」

高度急性期・急性期

新たな観点を加えた分析等について

新たな観点を加えた分析について その1 (高度急性期・急性期)

【課題】

- 公立・公的医療機関等について行った高度急性期・急性期の実績の分析については
 - ・公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、という観点に着目して分析されており、地域の医療の全体像を分析したものではない。
 - ・手術の一部や内科的な診療実績が分析に含まれていない。
 - ・医療機関あたりの分析を実施しているが、病床あたりの分析など病床規模を勘案した分析になっていない。という指摘がある。
- 地域の実情については人口区分ごとの分析を実施しているが、さらに、人口が特に減少する区域に着目するなど踏み込んだ分析が必要ではないか。

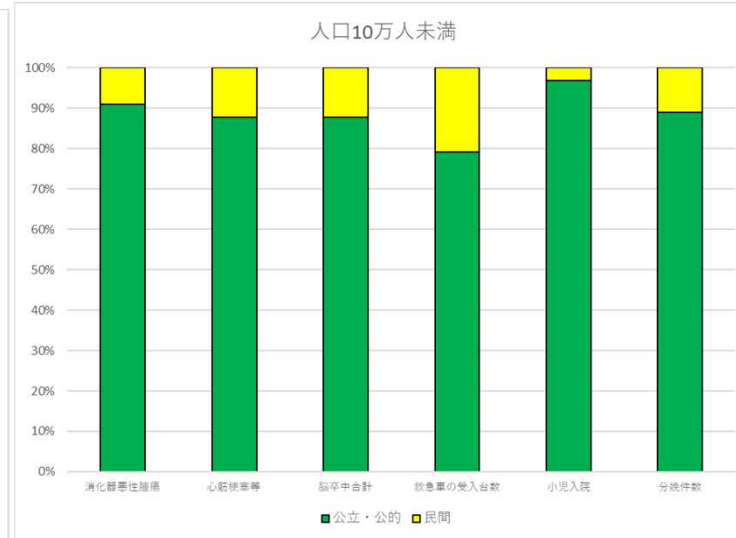
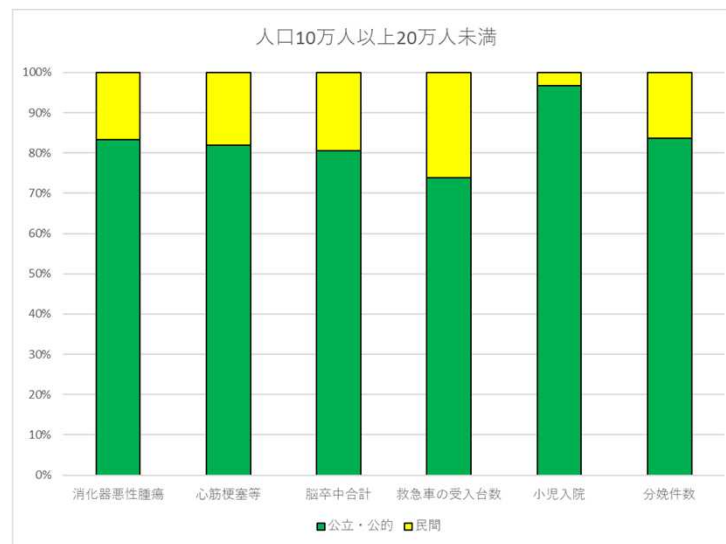
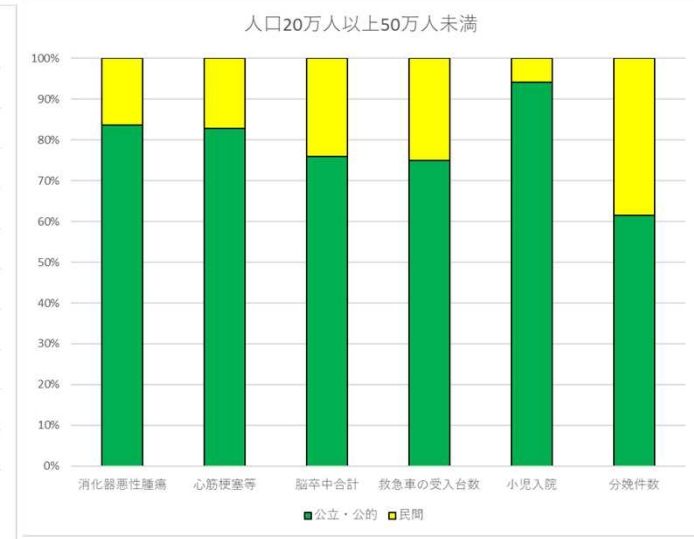
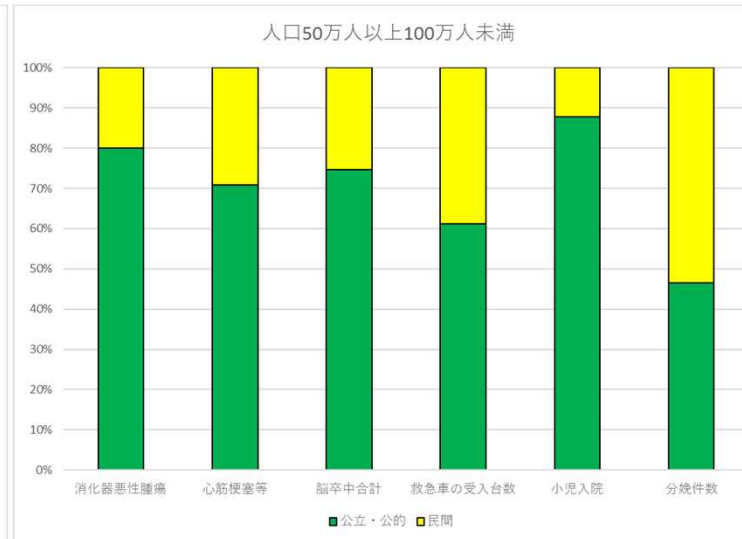
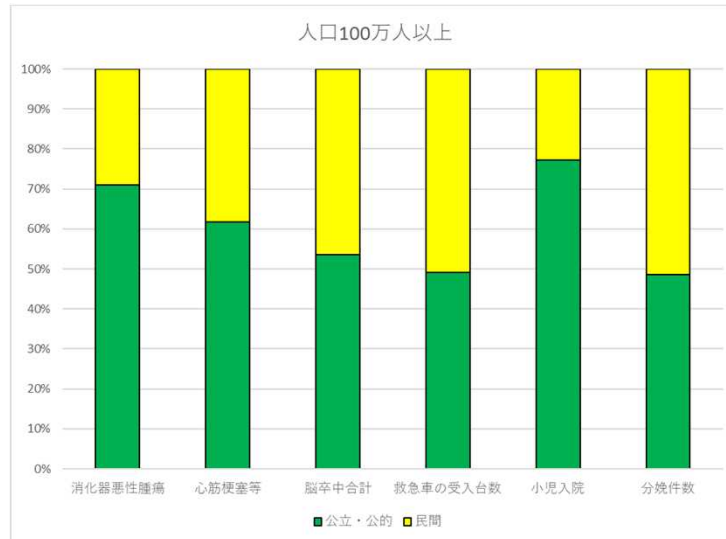
【今回議論頂きたい点】

- 指摘されている観点を踏まえた分析等を実施し、地域医療の実態を見渡すことが可能となるような情報を各構想区域の調整会議に提供してはどうか。
- 特に、これらの分析を通じて得られる観点から地域における医療機関の役割分担がより明確になる場合は、これらの役割に応じた将来の医療提供体制の検討が可能となるよう論点を整理していくこととしてはどうか。
- これらを加えて地域医療の実態を改めて見渡すことで得られる観点及びそれぞれの観点ごとに地域における将来の医療提供体制を踏まえた
 - ・将来の医療需要（主に人口が減少する地域）
 - ・公立・公的医療機関等、及び民間医療機関の手術や内科的な診療実績についてのより詳細な追加情報を提供することとしてはどうか。
- これらの情報によって、公立・公的医療機関等についての議論を進められるほか、将来の、民間も含めた地域のすべての医療機関についての議論にも資するものとなるのではないか。

主な御意見

- 地域医療には他にいくつかのファクターあるのに項目にはそれが盛り込まれていない。例えば、24回WGにおける分析で用いたもの以外の手術実績や内科的な評価をどうするか。実際、地域で役割を担っている病院の実績が見えない。
- 病床あたりのデータで評価されていないので、大規模な病院が有利になっているのではないか。稼働率や人口動態も含めて分析すべき。
- 意見交換会で厚労省の考えはある程度わかった。しかし、市民の方や意見交換会に来ていない病院は誤解したままである。このブロック会議の意見をしっかり吸い上げて、国民・市民に対してしっかり情報提供して誤解を解いてほしいというのが現場の痛切な気持ち。
- 既に再編・統合の取り組みを始めていて成果を上げつつあるにも関わらず、今回の再検証対象医療機関となった。どのように対応すればよいか。
- 今後安心して医療を受けるためには、再検証は大事なこと。今後も各地域の議論が停滞することがないようにしっかりフォローをお願いしたい。

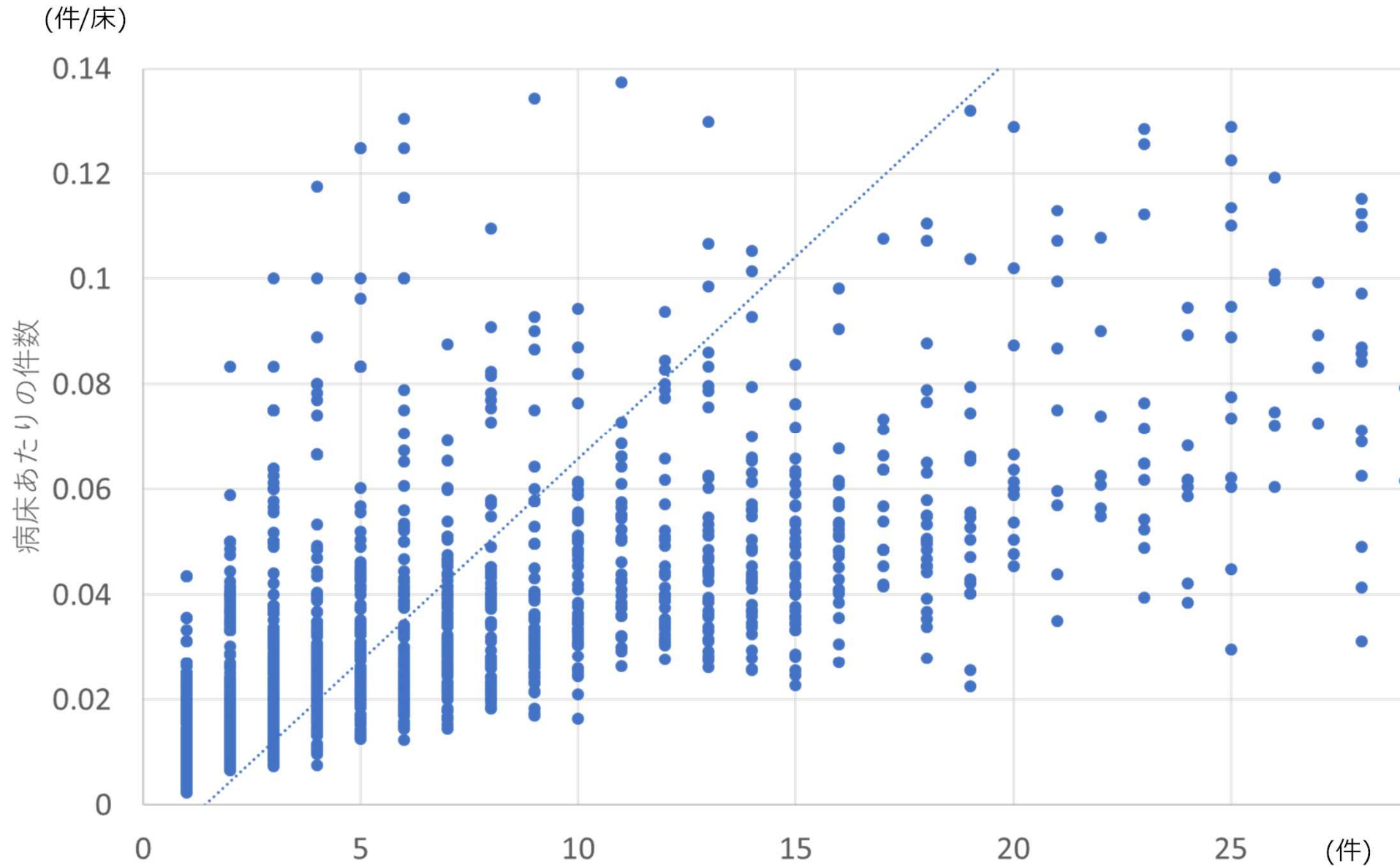
人口区分別 領域・項目ごとの診療実績の公民比



※ 「消化器悪性腫瘍」は消化器悪性腫瘍手術、「心筋梗塞等」は急性心筋梗塞に対する心臓カテーテル手術、「小児入院」は小児入院医療管理料・新生児集中治療室管理料等。

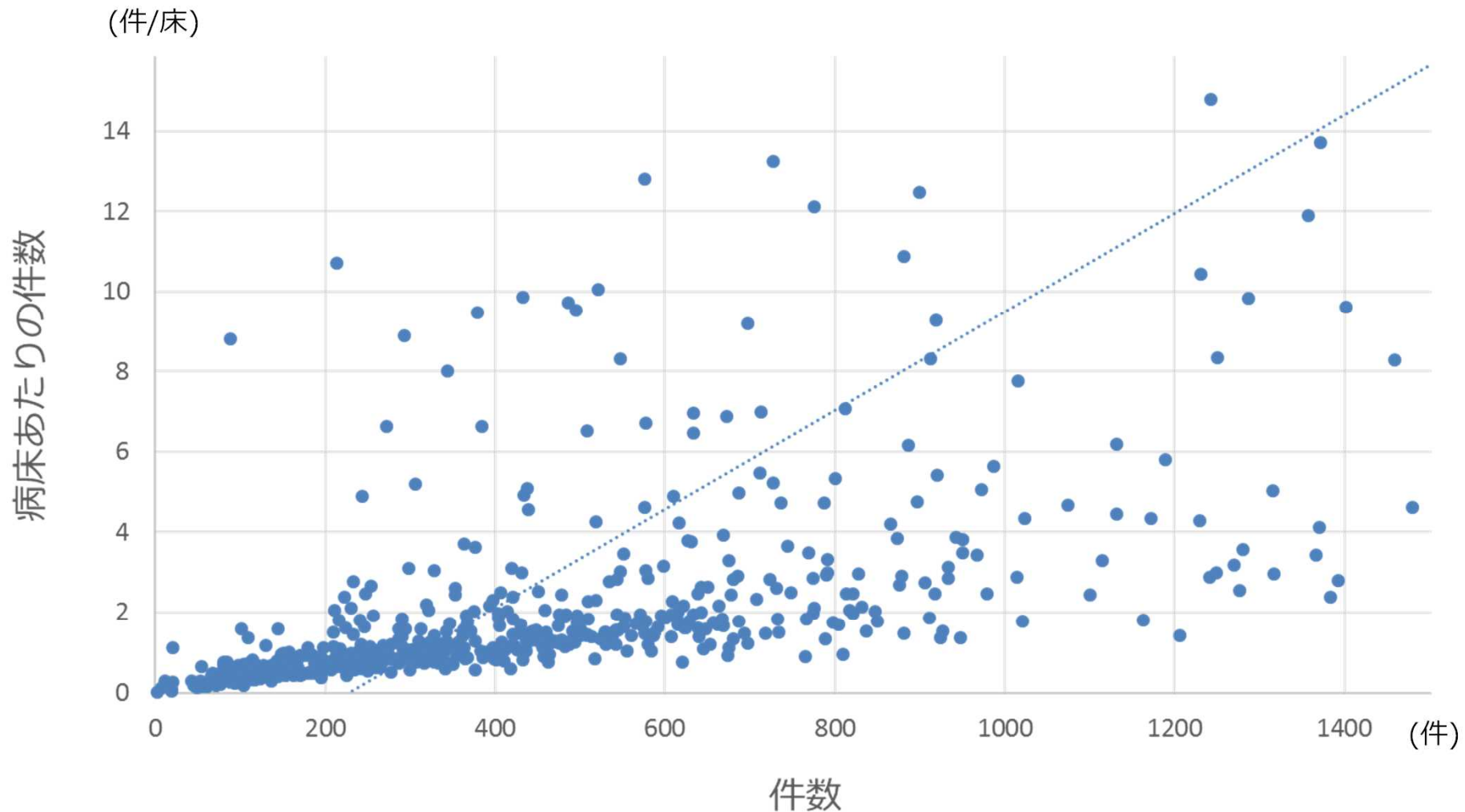
※ 平成29年度病床機能報告より集計

がん（消化器悪性腫瘍手術）



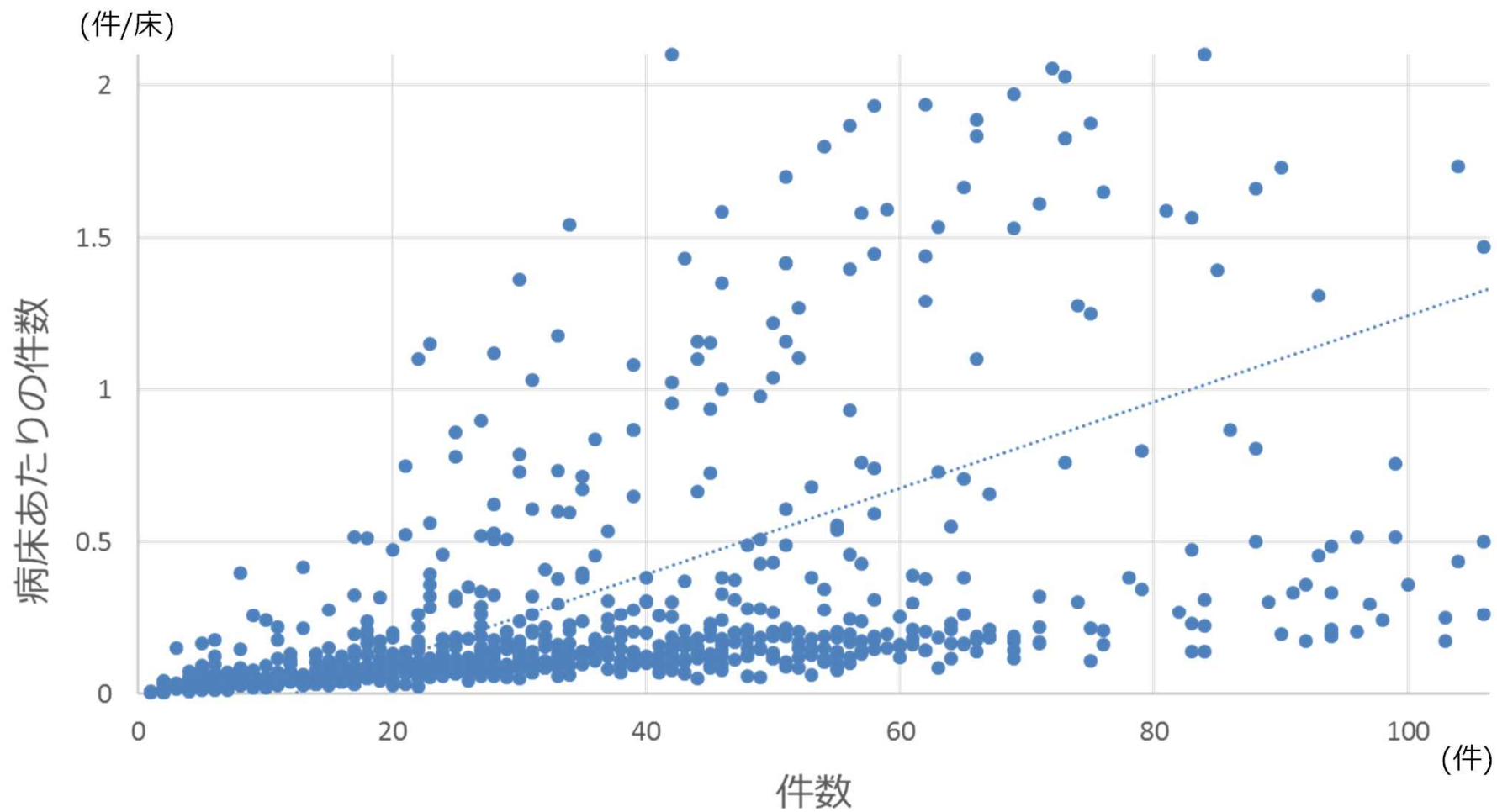
※平成29年度病床機能報告より集計

小児入院医療管理料・新生児集中治療室管理料等

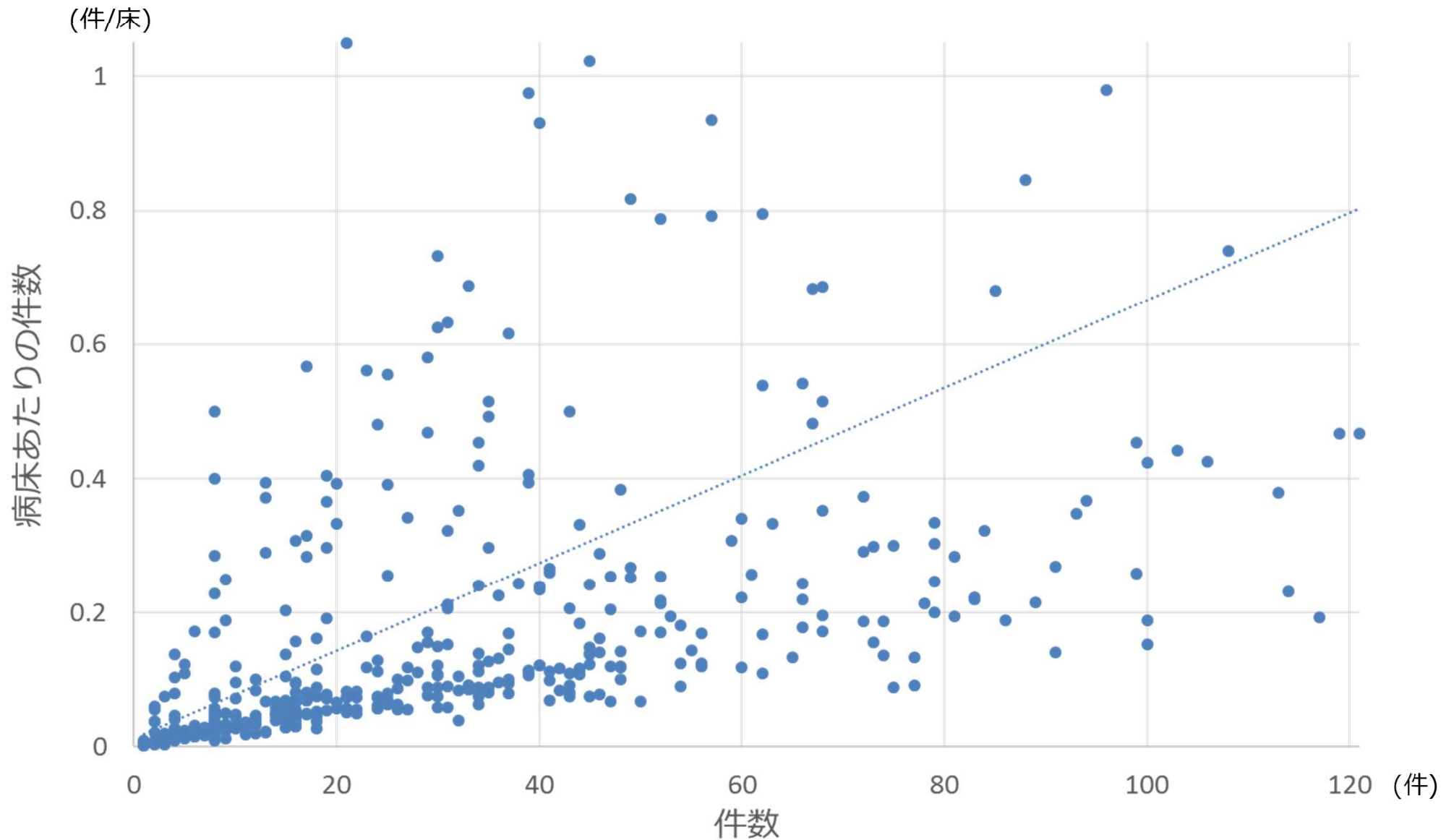


※平成29年度病床機能報告より集計

分娩件数



ハイリスク分娩管理加算



※平成29年度病床機能報告より集計

- 高度急性期・急性期病床を持つ医療機関約4,600機関のうち、20分以内に他の急性期医療機関が存在しない医療機関は279機関(6%)、40分以内では41機関(1%)であった。
- 前回WGの分析において9つの領域全てで診療実績が少ないとされた医療機関のうち20分以内に他の急性期医療機関が存在しない医療機関は74機関、40分以内では12機関であった。

① 20分以内に他の急性期病院がない病院数	279
② 40分以内に他の急性期病院がない病院数	41
(再掲)③ 20分以内に他の急性期病院がない病院数(実績が少ない)	74
(再掲)④ 40分以内に他の急性期病院がない病院数(実績が少ない)	12

※起点からの最短時間で集計

※高度急性期・急性期の病床がある医療機関間の距離

※民間医療機関間の距離はデータに含まれない

回復期

新たな観点を加えた分析等について

【背景】

- 病床機能報告における回復期医療の内容は、
 - ・ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
 - ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
- とされている。

【課題】

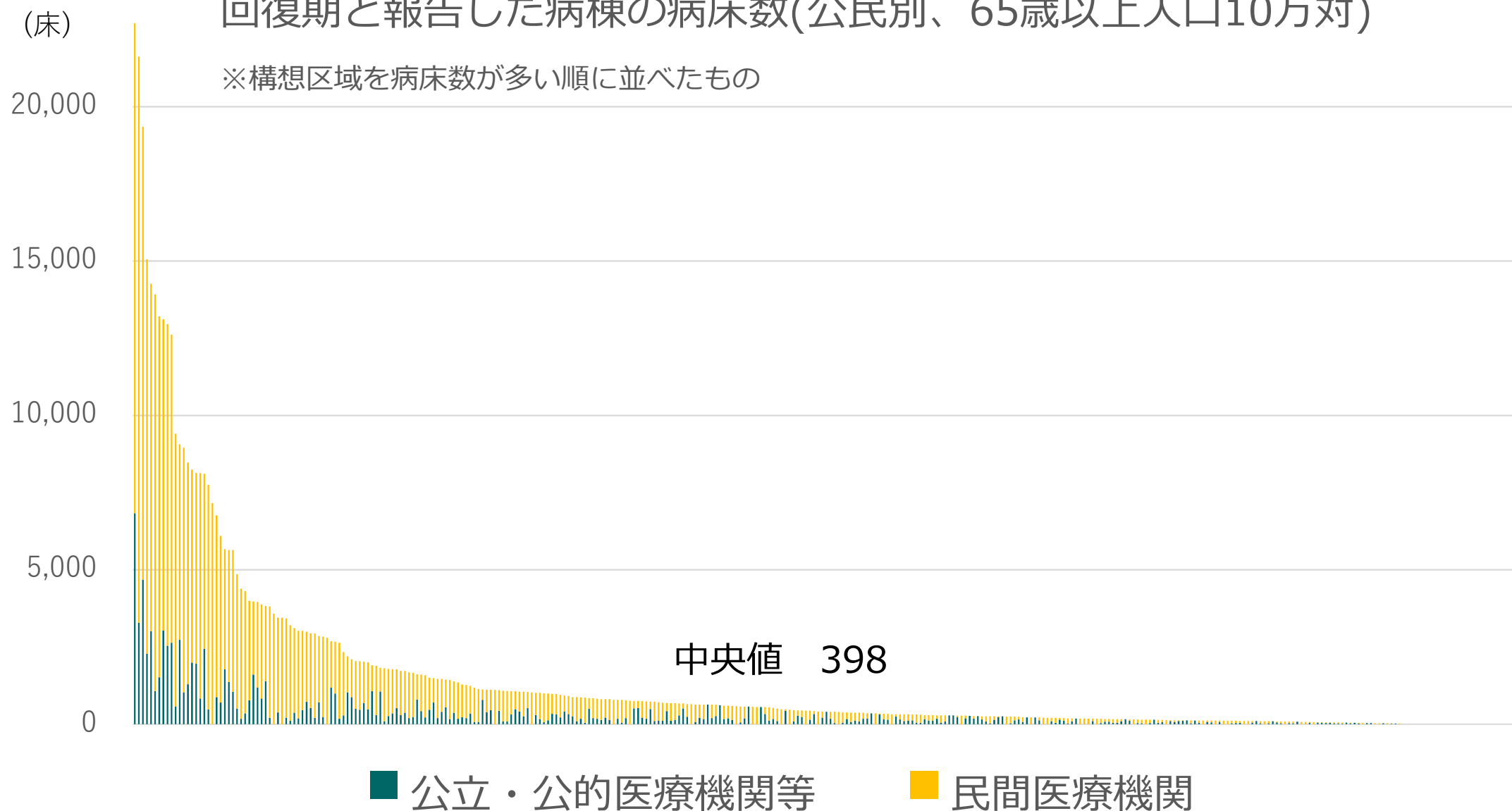
- 回復期医療における回復期リハビリテーション機能と「それ以外の機能」を比較すると、患者の病状や流入経路、提供している医療の内容が一定程度異なると考えられる。
- 回復期機能は民間が主に担うことができると考えられるが、構想区域によっては公立・公的医療機関等が担わざるを得ない場合がある。地域における公民の競合状況も含めた現状を明らかにする必要があるのではないかな。

【今回議論頂きたい点】

- 回復期医療に含まれる医療機能をどう考えるか。例えば、回復期リハビリテーションと「それ以外の機能」を分けて分析を行ってはどうか。その際、算定している入院料に着目し、回復期リハビリテーション入院料とそれ以外の入院料を区別して分析を行ってはどうか。その上で、公民それぞれの役割分担の状況等を分析してはどうか。
- なお、具体的事例について地域で検討を行う際は、地域性（その地域で回復期医療を提供できる民間医療機関があるか）を考慮する必要があるのではないかな。

65歳以上人口当たりの構想区域ごとの平成29年度病床機能報告で
回復期と報告した病棟の病床数(公民別、65歳以上人口10万対)

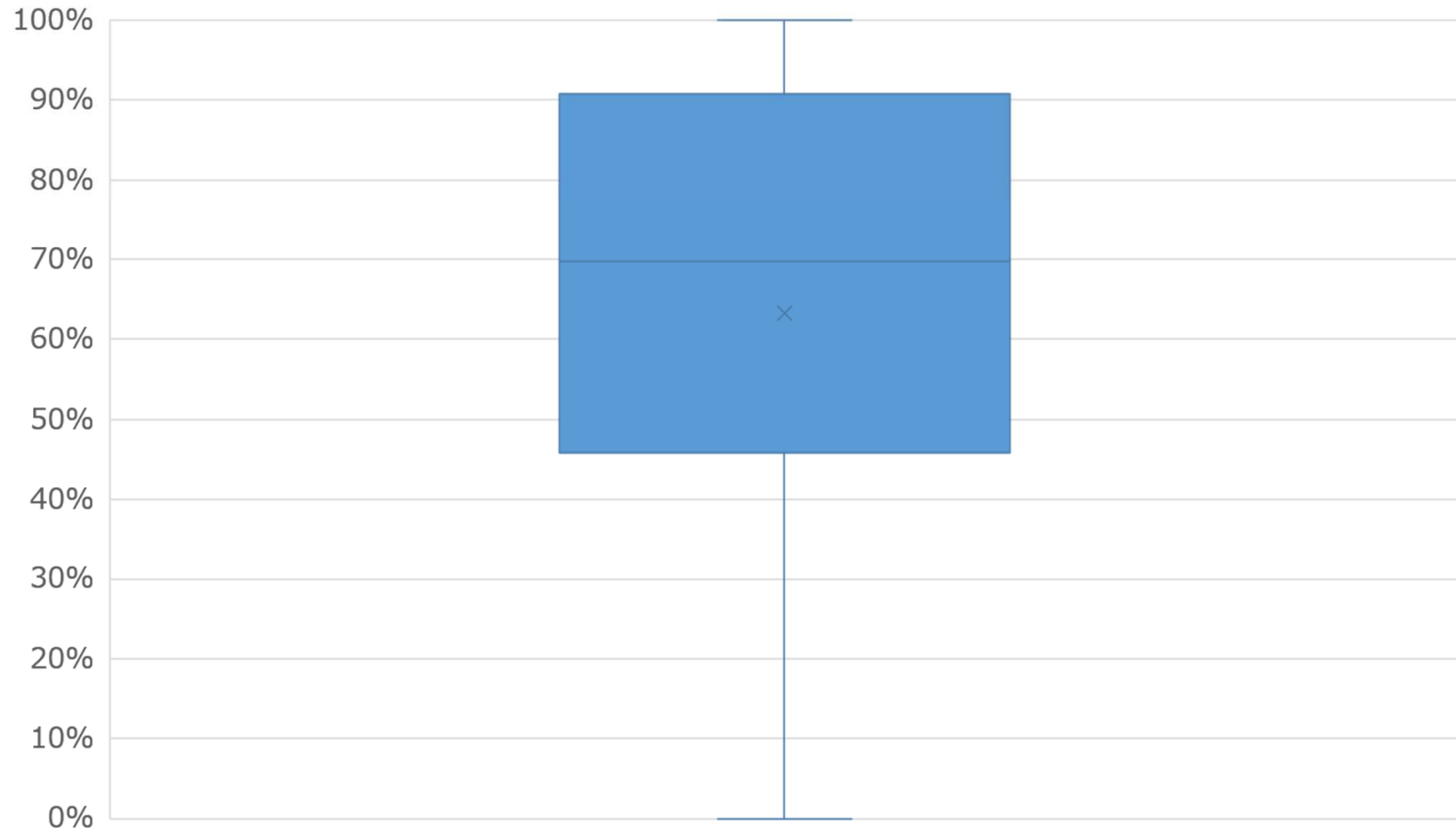
※構想区域を病床数が多い順に並べたもの



※平成29年度病床機能報告より集計

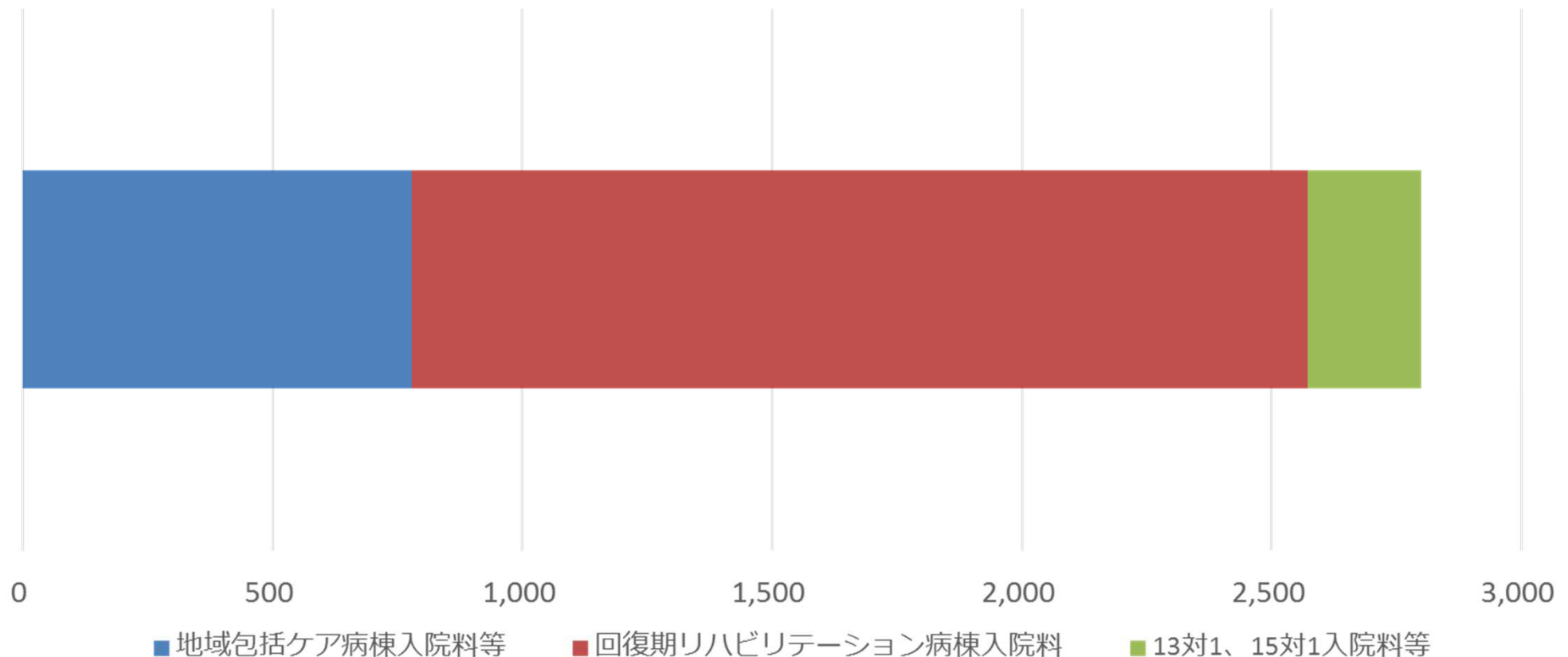
各構想区域における回復期病棟の病床数の公民比率について

構想区域ごとの平成29年度病床機能報告で回復期と報告した病棟の
病床数に占める民間医療機関の割合(構想区域ごと)



回復期病棟の入院料ごとの平均リハビリ実施単位数

平成29年度病床機能報告で回復期と報告した病棟の
入院料ごとの病棟数



※平成29年度病床機能報告より集計

※13対1及び15対1入院基本料は平成30年度診療報酬改定で地域一般入院料1、2及び3に改められた。

※地域包括ケア病棟入院料については平成30年度診療報酬改定で地域包括ケアに関する実績の要件が変更となっている。

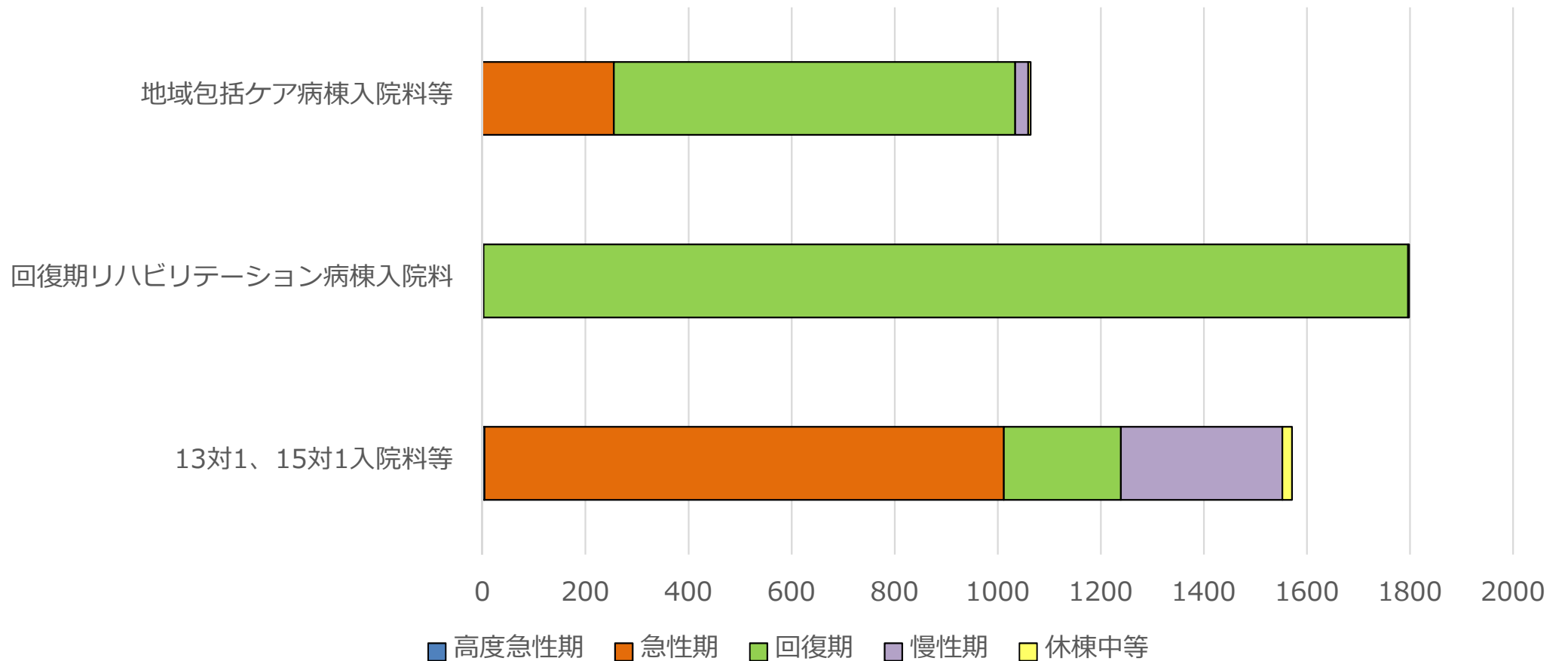
※地域包括ケア病棟入院料等：地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2

※回復期リハビリテーション病棟入院料：回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3

※13:1、15:1入院料等：一般病棟13対1入院基本料、一般病棟15対1入院基本料、障害者施設等13対1入院基本料、専門病院13対1入院基本料

入院料ごとの機能別病棟数

入院料ごとの平成29年度病床機能報告における 4 機能別病棟数



※地域包括ケア病棟入院料等：地域包括ケア病棟入院料 1、地域包括ケア入院医療管理料 2、地域包括ケア入院医療管理料 1、地域包括ケア病棟入院料 2

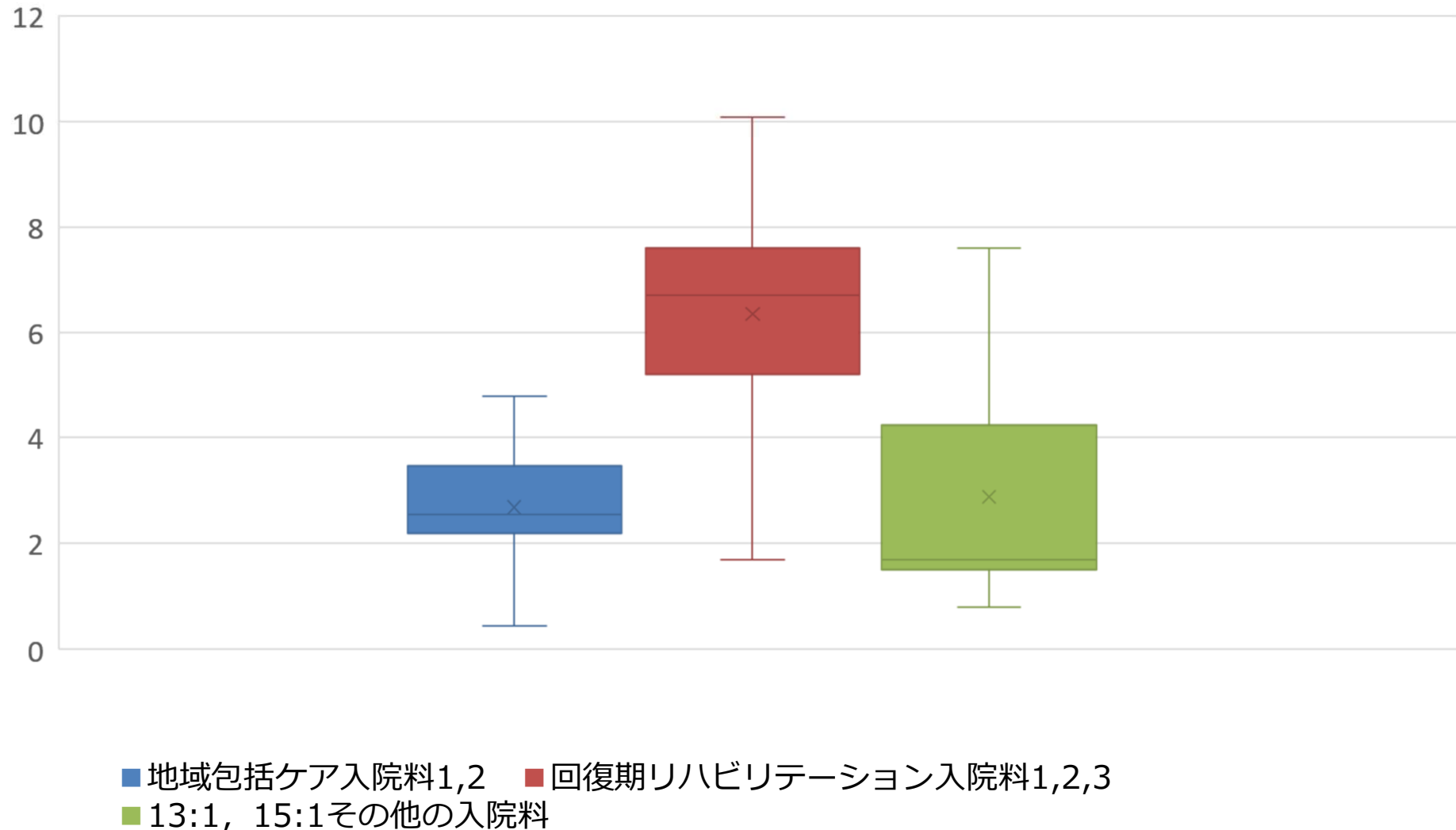
※回復期リハビリテーション病棟入院料：回復期リハビリテーション病棟入院料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料 2、回復期リハビリテーション病棟入院料 3

※13:1、15:1入院料等：一般病棟13対 1 入院基本料、一般病棟15対 1 入院基本料、障害者施設等13対 1 入院基本料、専門病院13対 1 入院基本料

※平成29年度病床機能報告より集計

回復期病棟の入院料ごとの平均リハビリ実施単位数

平成29年度病床機能報告で回復期と報告した病棟の
平均リハビリ実施単位数(入院料ごと)



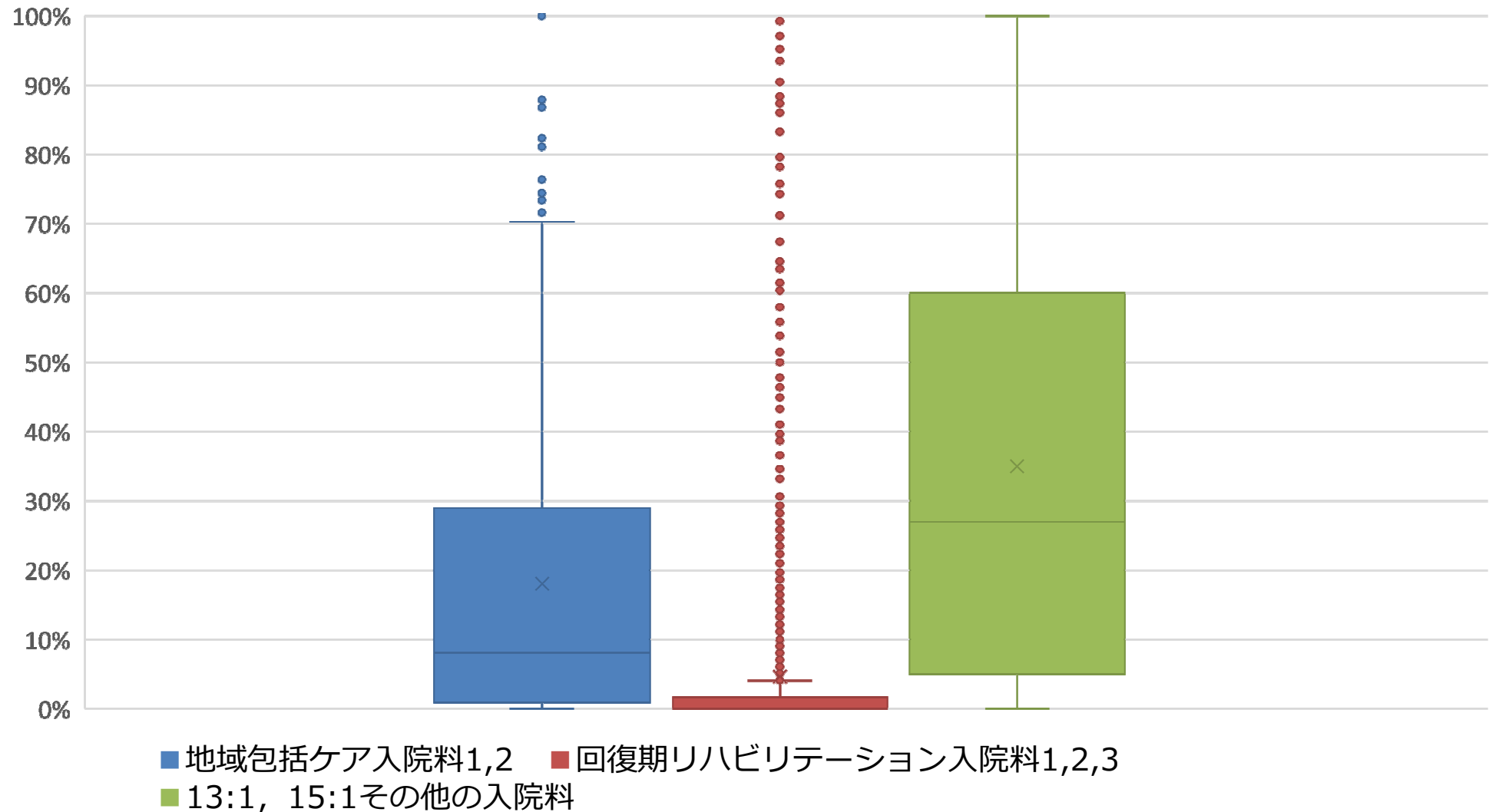
※平成29年度病床機能報告より集計

※13対1及び15対1入院基本料は平成30年度診療報酬改定で地域一般入院料1, 2及び3に改められた。

※地域包括ケア病棟入院料については平成30年度診療報酬改定で地域包括ケアに関する実績の要件が変更となっている。

回復期病棟の入院料ごとの予定外入院患者の割合

平成29年度病床機能報告で回復期と報告した病棟の
予定外の入院患者の割合(入院料ごと)



※平成29年度病床機能報告より集計

※13対1及び15対1入院基本料は平成30年度診療報酬改定で地域一般入院料1, 2及び3に改められた。

※地域包括ケア病棟入院料については平成30年度診療報酬改定で地域包括ケアに関する実績の要件が変更となっている。

慢性期

新たな観点を加えた分析について

【現状】

- 平成29年度病床機能報告によれば、平成29年に慢性期機能と報告した病棟のうち病床数で約5%が6年後に介護保険施設等に転換予定としている。

【課題】

- 介護保険施設等への転換については、どのような推進要因、阻害要因があるかを踏まえて転換の意向・転換の状況をモニタリングし、必要な対策を行うべきではないか。

【今回議論頂きたい点】

- 介護医療院等の介護保険施設への転換の状況をどのような観点で把握していくべきか。

介護医療院等（開設状況）について

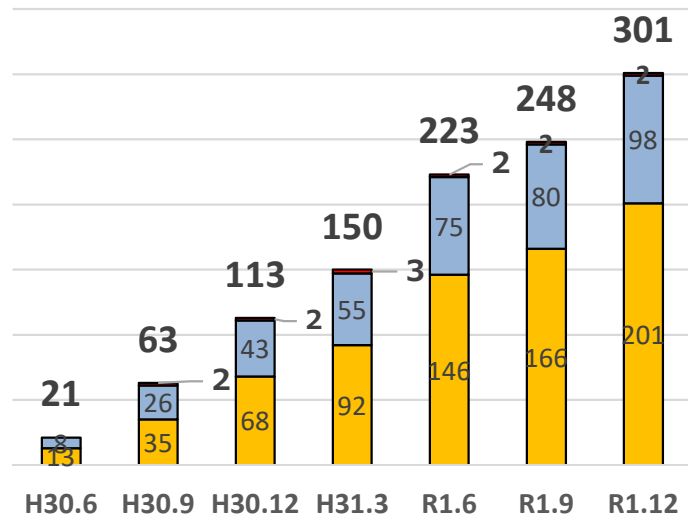
社保審－介護給付費分科会

第176回（R2.3.16）

資料 1

○令和元年12月末時点での介護医療院開設数は、301施設・18,931療養床であった。

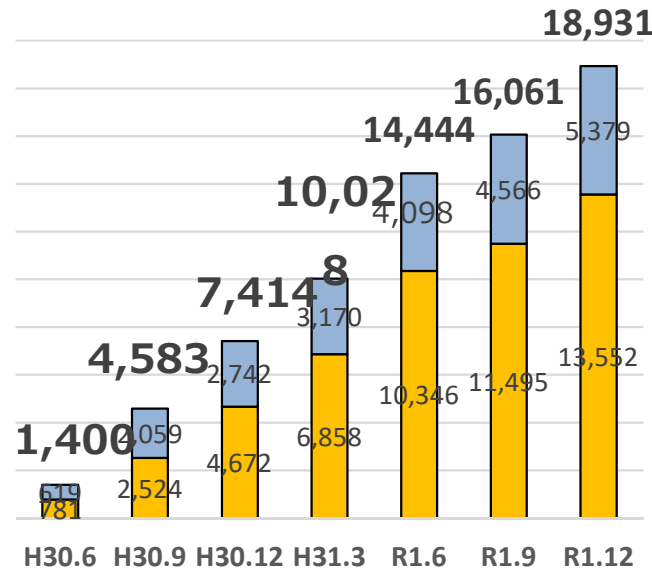
施設数の推移



■ I 型のみ施設 ■ II 型のみ施設

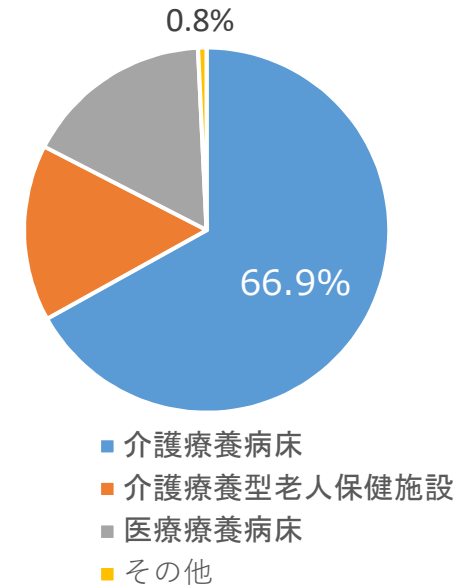
■ I 型 II 型混合の施設

療養床数の推移

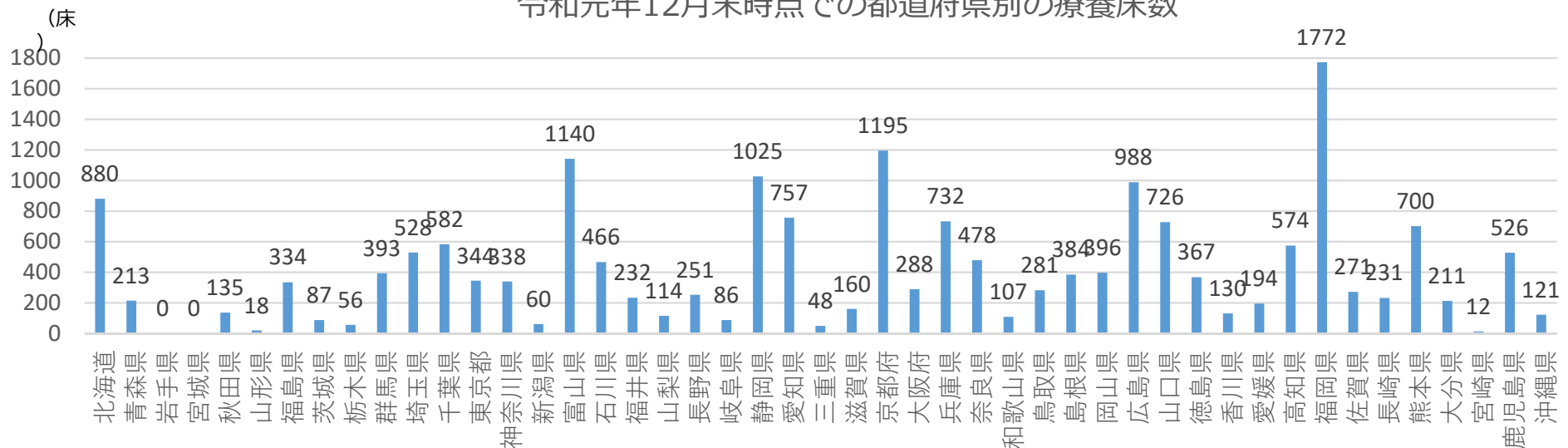


■ I 型療養床 ■ II 型療養床

転換元の病床割合
（令和元年12月末時点）



令和元年12月末時点での都道府県別の療養床数



2-1. 2017年度病床機能報告における慢性期機能について ― 全国 の 状 況

第16回地域医療構想WG資料
平成30年10月26日 2-2

各病床機能の病床数合計

2017年の慢性期病棟の
6年後の病床機能内訳

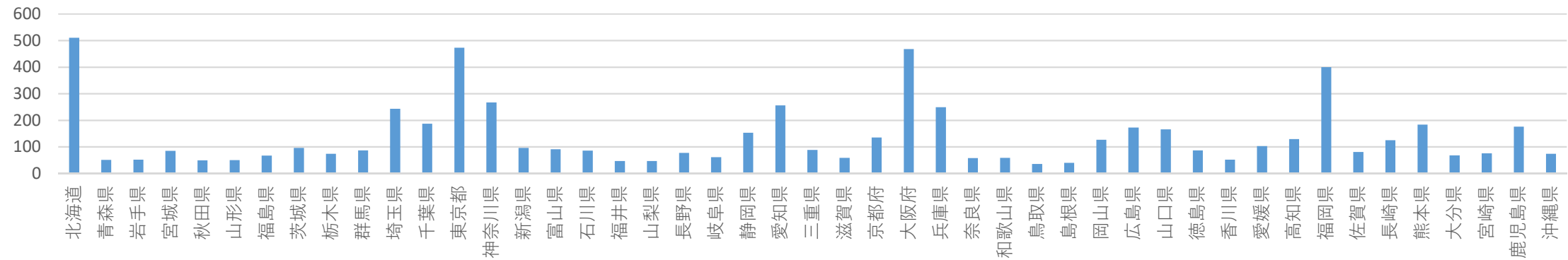
6年後に介護保険施設等へ
転換予定とした病床の詳細



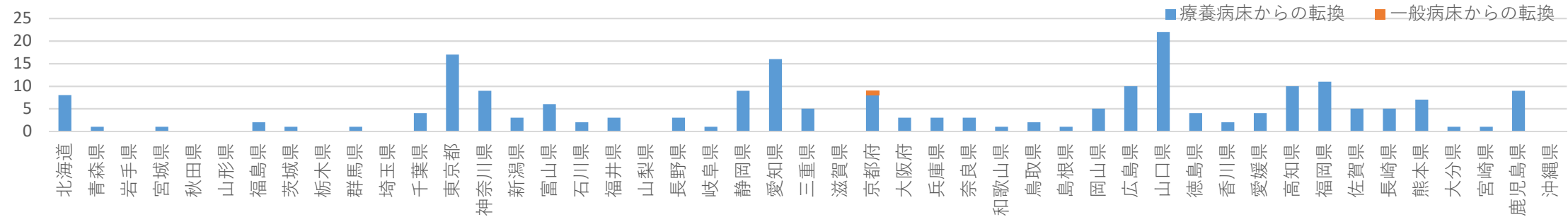
2-2. 都道府県別の転換の意向 ① 病棟数

2017年度時点で慢性期機能と報告した病棟の都道府県別の詳細

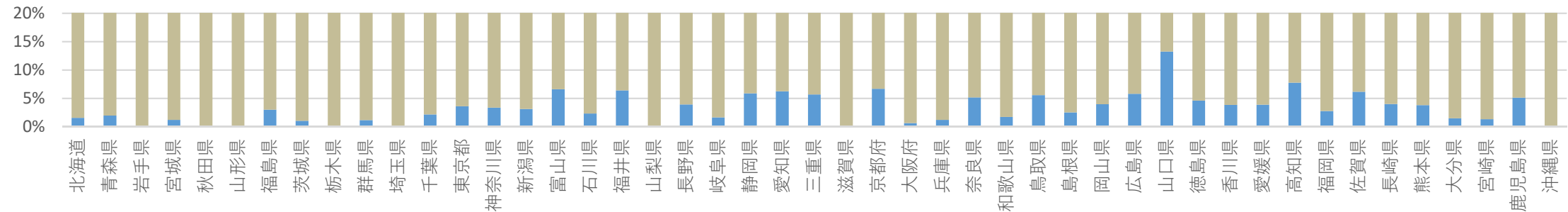
慢性期と報告した病棟数



慢性期と報告した病棟のうち、6年後に介護医療院へ転換する病棟数



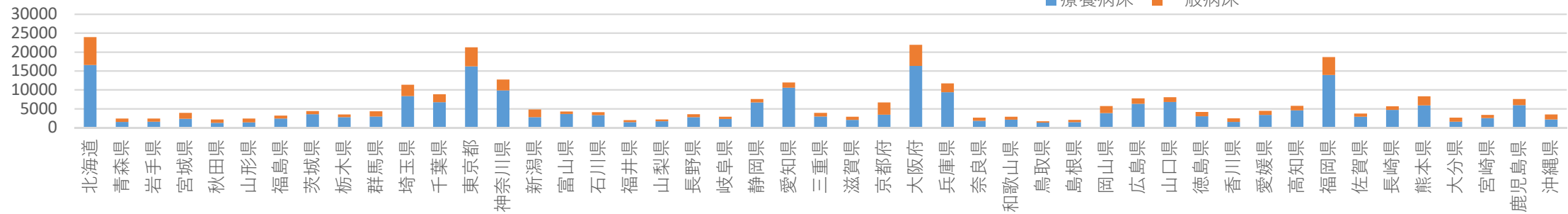
慢性期と報告した病棟のうち、6年後に介護医療院に転換する病棟の割合



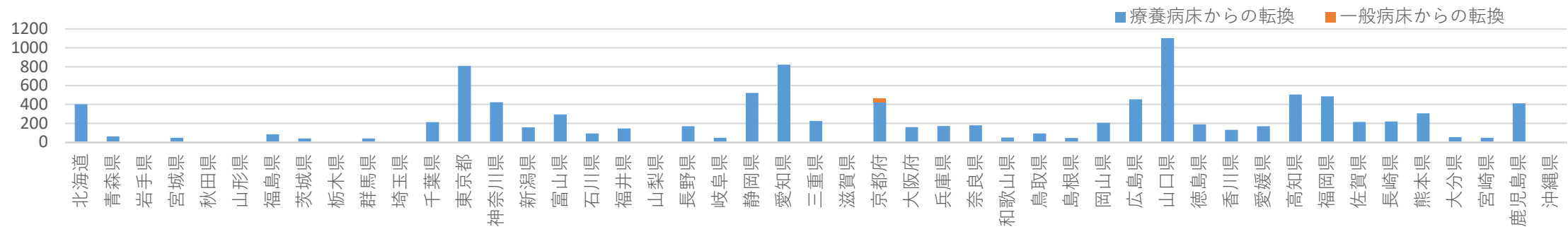
2-2. 都道府県別の転換の意向 ② 許可病床数

2017年度時点で慢性期機能と報告した許可病床の都道府県別の詳細

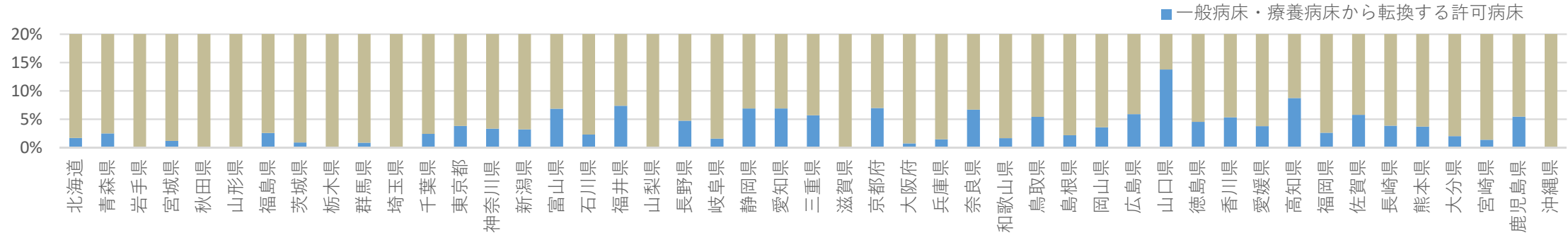
慢性期と報告した許可病床数



慢性期と報告した病棟のうち、6年後に介護医療院へ転換する許可病床数



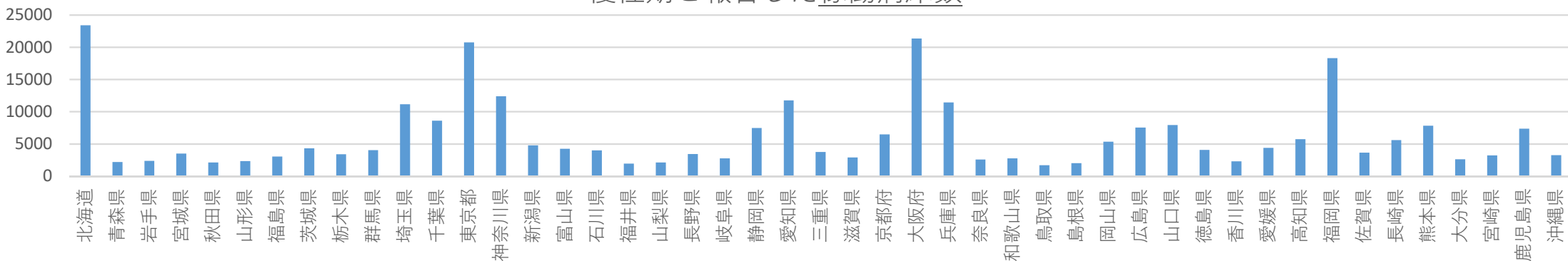
6年後に介護医療院へ転換する許可病床数の割合



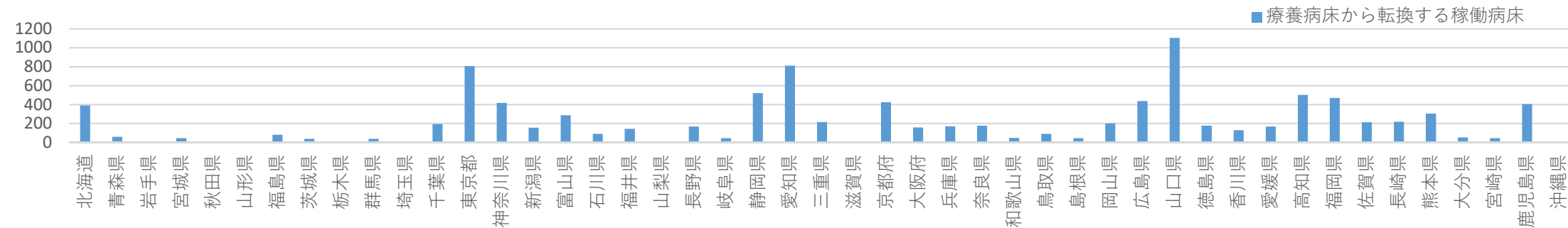
2-2. 都道府県別の転換の意向 ③ 稼働病床数

2017年度時点で慢性期機能と報告した稼働病床の都道府県別の詳細

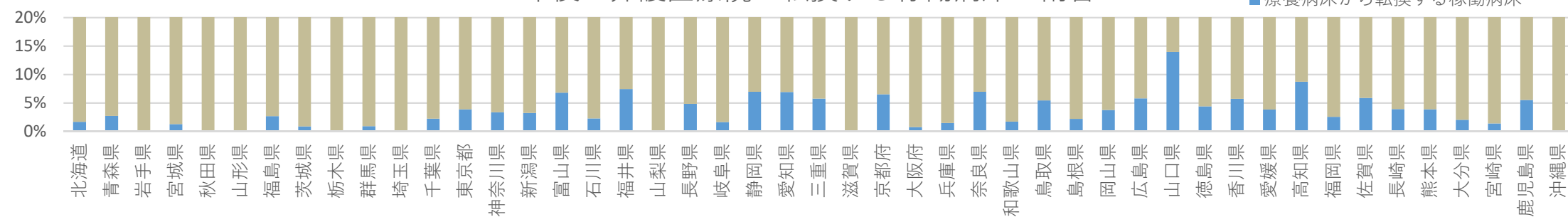
慢性期と報告した稼働病床数



慢性期と報告した病棟のうち、6年後に介護医療院へ転換する稼働病床数



6年後に介護医療院へ転換する稼働病床の割合

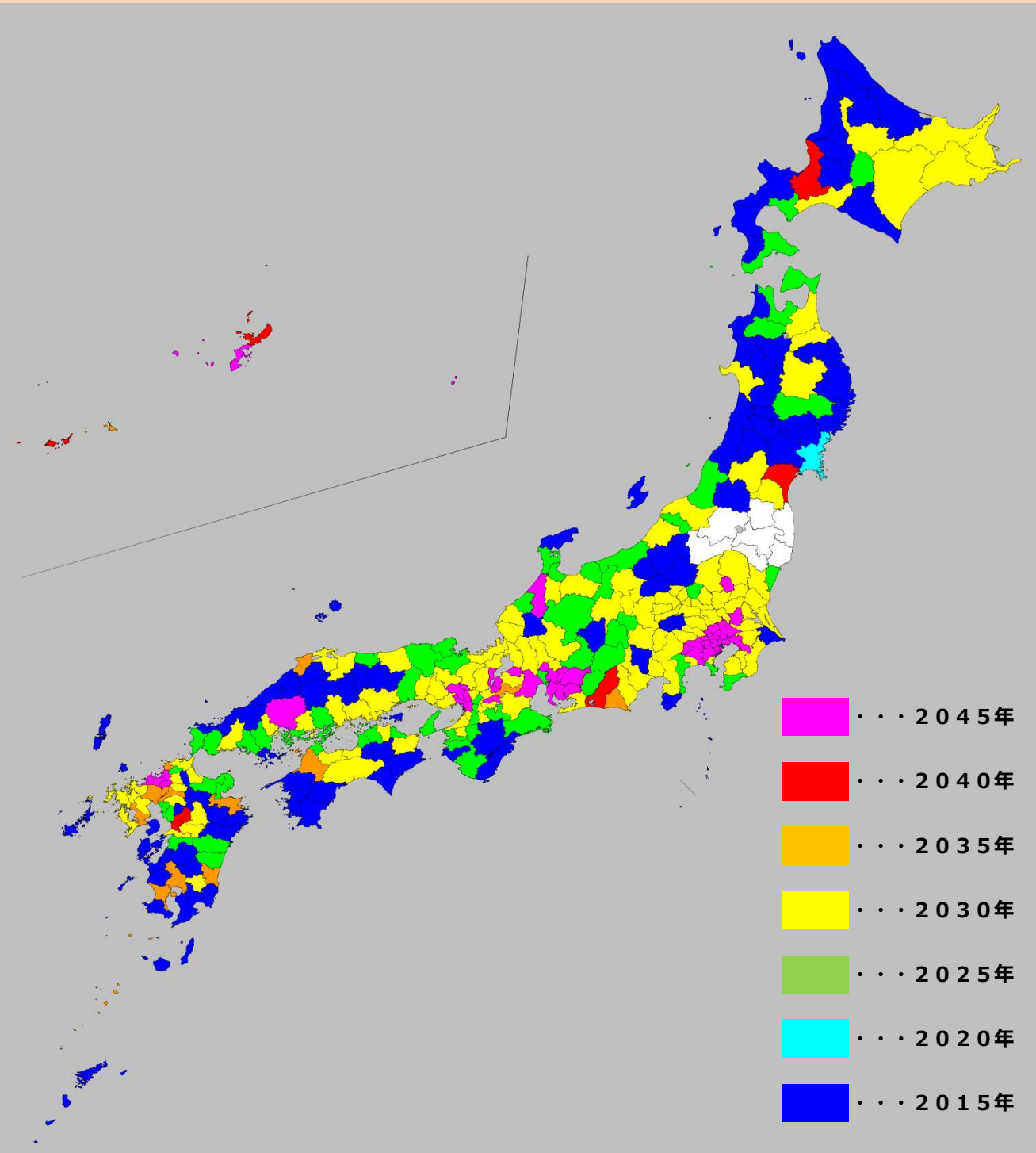


地域の実情を踏まえた分析

(参考) 二次医療圏ごとの入院患者推計のピーク

第18回医療計画の見直しに関する検討会（令和2年2月28日）
資料2より抜粋

入院医療については、多くの地域で今後10年の間に需要のピークを迎えると考えられる。



【出典】

- ・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30年推計）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

- ・産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」

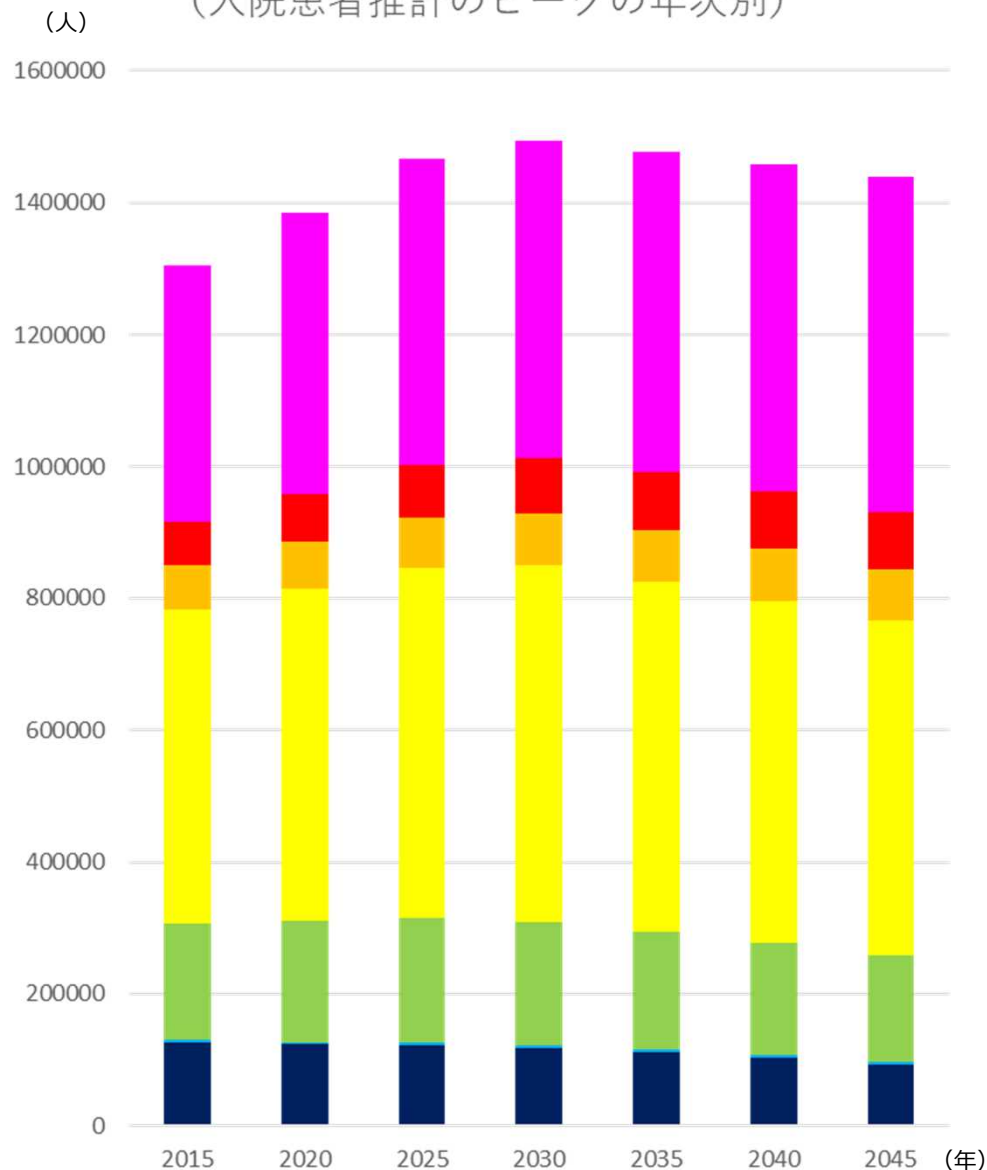
※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。（2010年を100としたときの患者数を示している。）

※ 福島県については、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30年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

(参考) 入院患者推計のピーク（年次別の入院患者数）

二次医療圏別入院患者数
(入院患者推計のピークの年次別)



- ・ ・ ・ 2045年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・ ・ ・ 2040年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・ ・ ・ 2035年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・ ・ ・ 2030年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・ ・ ・ 2025年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・ ・ ・ 2020年に入院患者数がピークとなる二次医療圏
- ・ ・ ・ 2015年に入院患者数がピークとなる二次医療圏

【出典】

- ・ 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30年推計）」
- ・ 厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

- ・ 産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」を元に医政局で作成。

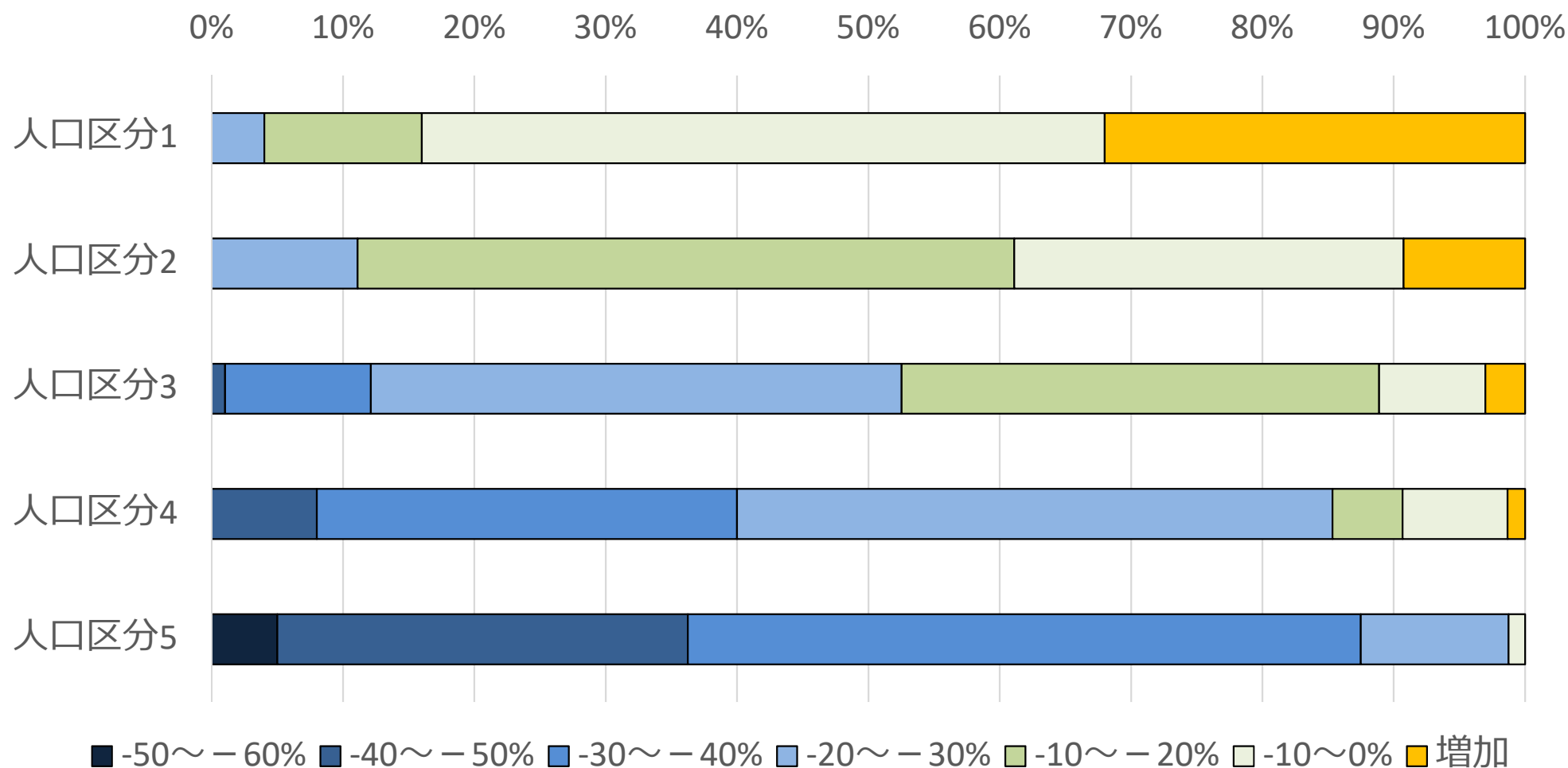
※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。

※ 福島県については、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30年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、グラフ上に含まれていない。

人口区分ごとの2040年までの人口減少率

人口区分ごとの2017年から2040年までの人口減少率



人口区分1：100万人以上、2：50万人以上100万人未満、3：20万人以上50万人未満、
4：10万人以上20万人未満、5：10万人未満

※ 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30年推計）」を元に作成
福島県の6構想区域は含まない

2017年度と2040年度の人口比較

減少率	構想区域
増加 (17区域)	0806:つくば (3)、1101:南部 (2)、1104:さいたま (1)、1301:区中央部 (2)、1302:区南部 (1)、1303:区西南部 (1)、1304:区西部 (1)、1305:区西北部 (1)、1307:区東部 (1)、1311:北多摩南部 (1)、1404:川崎北部 (2)、1405:川崎南部 (2)、2310:西三河南部東 (3)、2502:湖南 (3)、4001:福岡・糸島 (1)、4305:菊池 (4)、4702:中部 (2)
0%～－10% (44区域)	0104:札幌 (1)、0403:仙台 (1)、0903:宇都宮 (2)、1102:南西部 (2)、1103:東部 (1)、1201:千葉 (2)、1202:東葛南部 (1)、1203:東葛北部 (1)、1306:区東北部 (1)、1309:南多摩 (1)、1310:北多摩西部 (2)、1312:北多摩北部 (2)、1407:湘南東部 (2)、1409:県央 (2)、1410:相模原 (2)、1412:横浜 (1)、1702:石川中央 (2)、2208:西部 (2)、2304:尾張東部 (3)、2307:知多半島 (2)、2308:西三河北部 (3)、2309:西三河南部西 (2)、2313:名古屋・尾張中部 (1)、2406:三河 (3)、2501:大津 (3)、2505:湖東 (4)、2604:京都・乙訓 (1)、2606:山城南 (4)、2701:豊能 (1)、2708:大阪市 (1)、3203:出雲 (4)、3301:県南東部 (2)、3401:広島 (1)、3404:広島中央 (3)、3406:福山・府中 (2)、3504:山口・防府 (3)、4002:粕屋 (3)、4003:宗像 (4)、4004:筑紫 (3)、4102:東部 (4)、4312:熊本・上益城 (2)、4701:北部 (4)、4703:南部 (2)、4705:八重山 (5)
－10%～－20% (70区域)	0110:東胆振 (3)、0119:十勝 (3)、0301:盛岡 (3)、0601:村山 (2)、0801:水戸 (3)、0807:取手・竜ヶ崎 (3)、0905:県南 (3)、1001:前橋 (3)、1003:伊勢崎 (3)、1004:高崎・安中 (3)、1010:太田・館林 (3)、1105:県央 (2)、1106:川越比企 (2)、1107:西部 (2)、1109:北部 (2)、1204:印旛 (2)、1208:君津 (3)、1308:西多摩 (3)、1408:湘南西部 (2)、1502:新潟 (2)、1602:富山 (2)、1801:福井・坂井 (3)、1901:中北 (3)、2001:佐久 (3)、2002:上小 (3)、2007:松本 (3)、2009:長野 (2)、2101:岐阜 (2)、2103:中濃 (3)、2205:静岡 (2)、2206:志太榛原 (3)、2207:中東遠 (3)、2302:海部 (3)、2305:尾張西部 (2)、2306:尾張北部 (2)、2312:東三河南部 (2)、2405:桑員 (3)、2407:鈴亀 (3)、2408:津 (3)、2503:甲賀 (4)、2504:東近江 (3)、2702:三島 (2)、2704:中河内 (2)、2706:堺市 (2)、2707:泉州 (2)、2801:神戸 (1)、2804:東播磨 (2)、2811:阪神 (1)、2812:播磨姫路 (2)、2901:奈良 (3)、2904:中和 (3)、3001:和歌山 (3)、3002:那賀 (4)、3101:東部 (3)、3103:西部 (3)、3201:松江 (3)、3302:県南西部 (2)、3402:広島西 (4)、3601:東部 (2)、3706:東部 (2)、3804:松山 (2)、4006:久留米 (3)、4012:北九州 (1)、4101:中部 (3)、4203:県央 (3)、4403:中部 (2)、4501:宮崎東諸県 (3)、4502:都城北諸県 (4)、4601:鹿児島 (2)、4607:姶良・伊佐 (3)

※ 構想区域名後の括弧内は人口区分（人口区分 1：100万人以上、2：50万人以上100万人未満、3：20万人以上50万人未満、4：10万人以上20万人未満、5：10万人未満）

2017年度と2040年度の人口比較

減少率	構想区域
－ 20%～－ 30% (90区域)	0112:上川中部 (3)、0117:北網 (3)、0201:津軽 (3)、0202:八戸 (3)、0205:上十三 (4)、0302:岩手中部 (3)、0303:胆江 (4)、0304:両磐 (4)、0401:仙南 (4)、0406:大崎・栗原 (3)、0504:秋田周辺 (3)、0803:常陸太田・ひたちなか (3)、0804:鹿行 (3)、0805:土浦 (3)、0808:筑西・下妻 (3)、0809:古河・坂東 (3)、0901:県北 (3)、0904:県東 (4)、0906:両毛 (3)、1002:渋川 (4)、1005:藤岡 (5)、1108:利根 (2)、1209:市原 (3)、1406:横須賀・三浦 (2)、1411:県西 (3)、1501:下越 (3)、1503:県央 (3)、1504:中越 (3)、1506:上越 (3)、1601:新川 (4)、1603:高岡 (3)、1604:砺波 (4)、1701:南加賀 (3)、1803:丹南 (4)、1804:嶺南 (4)、1902:峡東 (4)、1904:富士・東部 (4)、2003:諏訪 (3)、2004:上伊那 (4)、2005:飯伊 (4)、2102:西濃 (3)、2104:東濃 (3)、2203:駿東田方 (2)、2204:富士 (3)、2410:松阪 (3)、2411:伊勢志摩 (3)、2506:湖北 (4)、2507:湖西 (5)、2602:中丹 (4)、2603:南丹 (4)、2605:山城北 (3)、2703:北河内 (1)、2705:南河内 (2)、2805:北播磨 (3)、2809:丹波 (4)、2902:東和 (3)、2903:西和 (3)、3006:田辺 (4)、3102:中部 (4)、3205:浜田 (5)、3305:津山・英田 (4)、3405:尾三 (3)、3501:岩国 (4)、3503:周南 (3)、3505:宇部・小野田 (3)、3506:下関 (3)、3707:西部 (3)、3801:宇摩 (5)、3802:新居浜・西条 (3)、3902:中央 (2)、4005:朝倉 (5)、4007:八女・筑後 (4)、4009:飯塚 (4)、4010:直方・鞍手 (4)、4013:京築 (4)、4103:北部 (4)、4104:西部 (5)、4105:南部 (4)、4201:長崎 (2)、4202:佐世保県北 (3)、4302:宇城 (4)、4303:有明 (4)、4306:阿蘇 (5)、4308:八代 (4)、4401:東部 (3)、4409:北部 (4)、4507:日向入郷 (5)、4605:川薩 (4)、4610:肝属 (4)、4704:宮古 (5)
－ 30%～－ 40% (76区域)	0101:南渡島 (3)、0109:西胆振 (4)、0113:上川北部 (5)、0114:富良野 (5)、0118:遠紋 (5)、0120:釧路 (3)、0121:根室 (5)、0203:青森 (3)、0206:下北 (5)、0305:気仙 (5)、0306:釜石 (5)、0307:宮古 (5)、0308:久慈 (5)、0409:石巻・登米・気仙沼 (3)、0501:大館・鹿角 (4)、0505:由利本荘・にかほ (4)、0506:大仙・仙北 (4)、0507:横手 (5)、0602:最上 (5)、0603:置賜 (3)、0604:庄内 (3)、0802:日立 (3)、0902:県西 (4)、1006:富岡 (5)、1007:吾妻 (5)、1008:沼田 (5)、1009:桐生 (4)、1110:秩父 (4)、1205:香取海匝 (3)、1206:山武長生夷隅 (3)、1207:安房 (4)、1313:島しょ (5)、1505:魚沼 (4)、1703:能登中部 (4)、1802:奥越 (5)、2008:大北 (5)、2010:北信 (5)、2105:飛騨 (4)、2202:熱海伊東 (4)、2311:東三河北部 (5)、2409:伊賀 (4)、2601:丹後 (4)、2808:但馬 (4)、2810:淡路 (4)、3003:橋本 (5)、3004:有田 (5)、3005:御坊 (5)、3202:雲南 (5)、3204:大田 (5)、3206:益田 (5)、3207:隠岐 (5)、3304:真庭 (5)、3403:呉 (3)、3407:備北 (5)、3502:柳井 (5)、3603:南部 (4)、3803:今治 (4)、3904:幡多 (5)、4008:有明 (3)、4011:田川 (4)、4204:県南 (4)、4304:鹿本 (5)、4309:芦北 (5)、4310:球磨 (5)、4405:南部 (5)、4406:豊肥 (5)、4408:西部 (5)、4503:延岡西臼杵 (4)、4504:日南串間 (5)、4505:西諸 (5)、4506:西都児湯 (4)、4603:南薩 (4)、4606:出水 (5)、4609:曾於 (5)、4611:熊毛 (5)、4612:奄美 (4)

※ 構想区域名後の括弧内は人口区分（人口区分 1：100万人以上、2：50万人以上100人未満、3：20万人以上50万人未満、4：10万人以上20万人未満、5：10万人未満）

2017年度と2040年度の人口比較

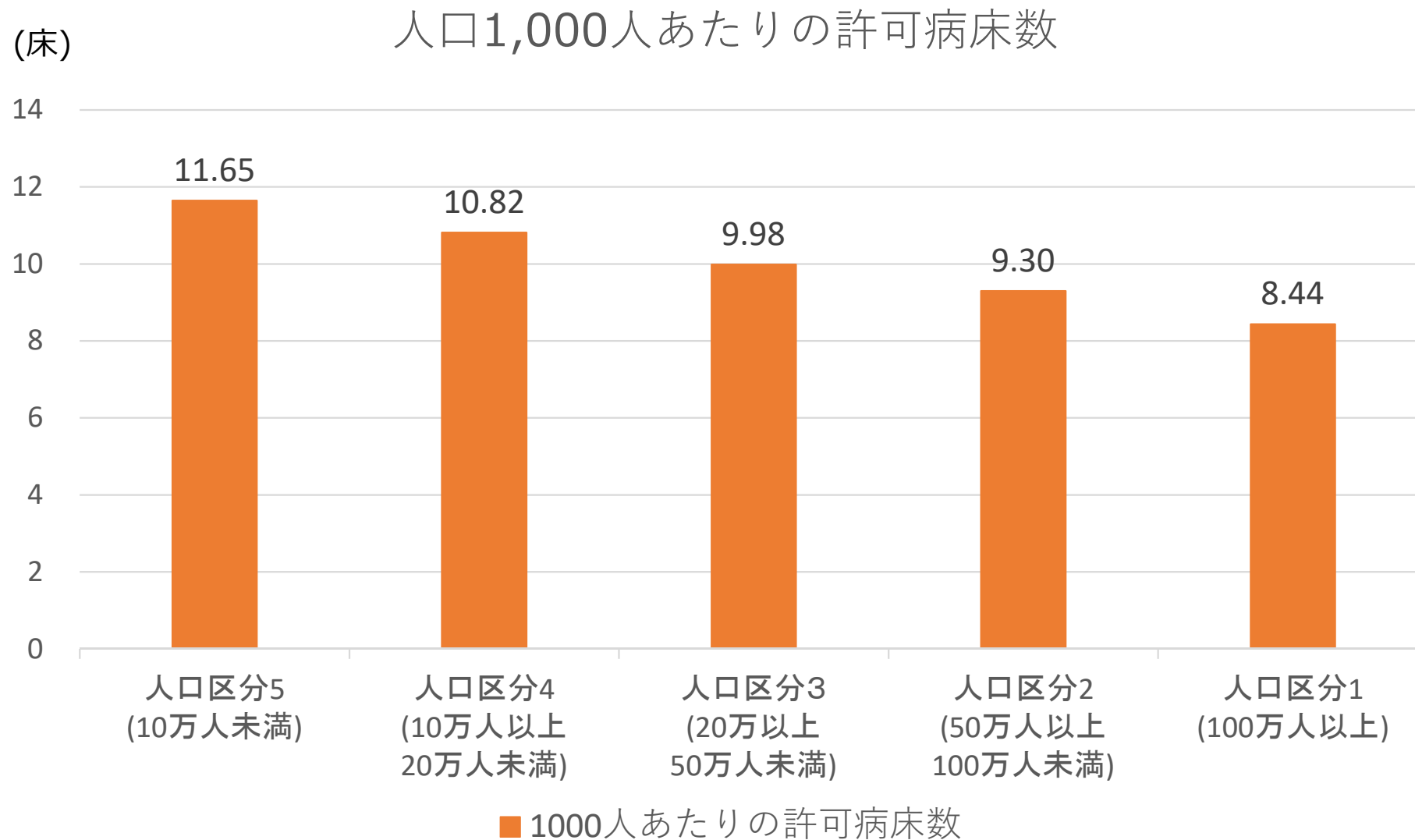
減少率	構想区域
－ 4 0 %～－ 5 0 % (32区域)	0103:北渡島檜山 (5)、0105:後志 (3)、0106:南空知 (4)、0107:中空知 (4)、0108:北空知 (5)、0111:日高 (5)、0115:留萌 (5)、0116:宗谷 (5)、0204:西北五 (4)、0309:二戸 (5)、0502:北秋田 (5)、0503:能代・山本 (5)、0508:湯沢・雄勝 (5)、1507:佐渡 (5)、1903:峡南 (5)、2006:木曽 (5)、2201:賀茂 (5)、2412:東紀州 (5)、3007:新宮 (5)、3303:高梁・新見 (5)、3507:長門 (5)、3508:萩 (5)、3605:西部 (5)、3702:小豆 (5)、3805:八幡浜・大洲 (4)、3806:宇和島 (4)、3901:安芸 (5)、3903:高幡 (5)、4206:五島 (5)、4208:壱岐 (5)、4209:対馬 (5)、4311:天草 (4)
－ 5 0 %～－60% (4区域)	0102:南檜山 (5)、1704:能登北部 (5)、2905:南和 (5)、4207:上五島 (5)

※ 構想区域名後の括弧内は人口区分（人口区分 1：100万人以上、2：50万人以上100人未満、3：20万人以上50万人未満、4：10万人以上20万人未満、5：10万人未満）

※ 構想区域コードの頭2桁が都道府県コード

コード	県名	コード	県名	コード	県名	コード	県名	コード	県名
		10	群馬県	20	長野県	30	和歌山県	40	福岡県
01	北海道	11	埼玉県	21	岐阜県	31	鳥取県	41	佐賀県
02	青森県	12	千葉県	22	静岡県	32	島根県	42	長崎県
03	岩手県	13	東京都	23	愛知県	33	岡山県	43	熊本県
04	宮城県	14	神奈川県	24	三重県	34	広島県	44	大分県
05	秋田県	15	新潟県	25	滋賀県	35	山口県	45	宮崎県
06	山形県	16	富山県	26	京都府	36	徳島県	46	鹿児島県
07	福島県	17	石川県	27	大阪府	37	香川県	47	沖縄県
08	茨城県	18	福井県	28	兵庫県	38	愛媛県		
09	栃木県	19	山梨県	29	奈良県	39	高知県		

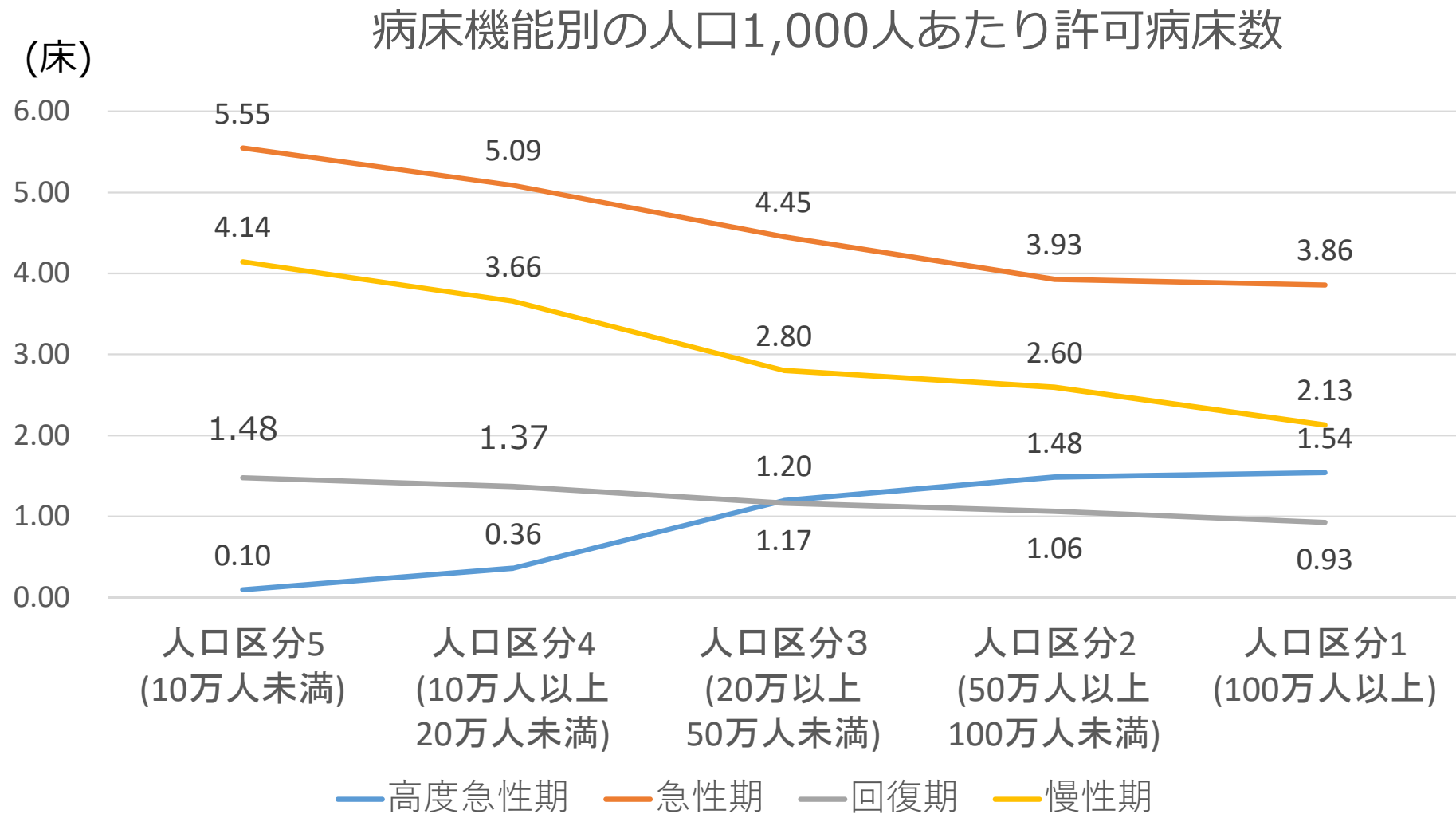
人口区分別の人口1,000人あたりの許可病床数



○ 人口が少ない区分ほど、人口1,000人あたりの許可病床数が多い。

※平成29年度病床機能報告より集計

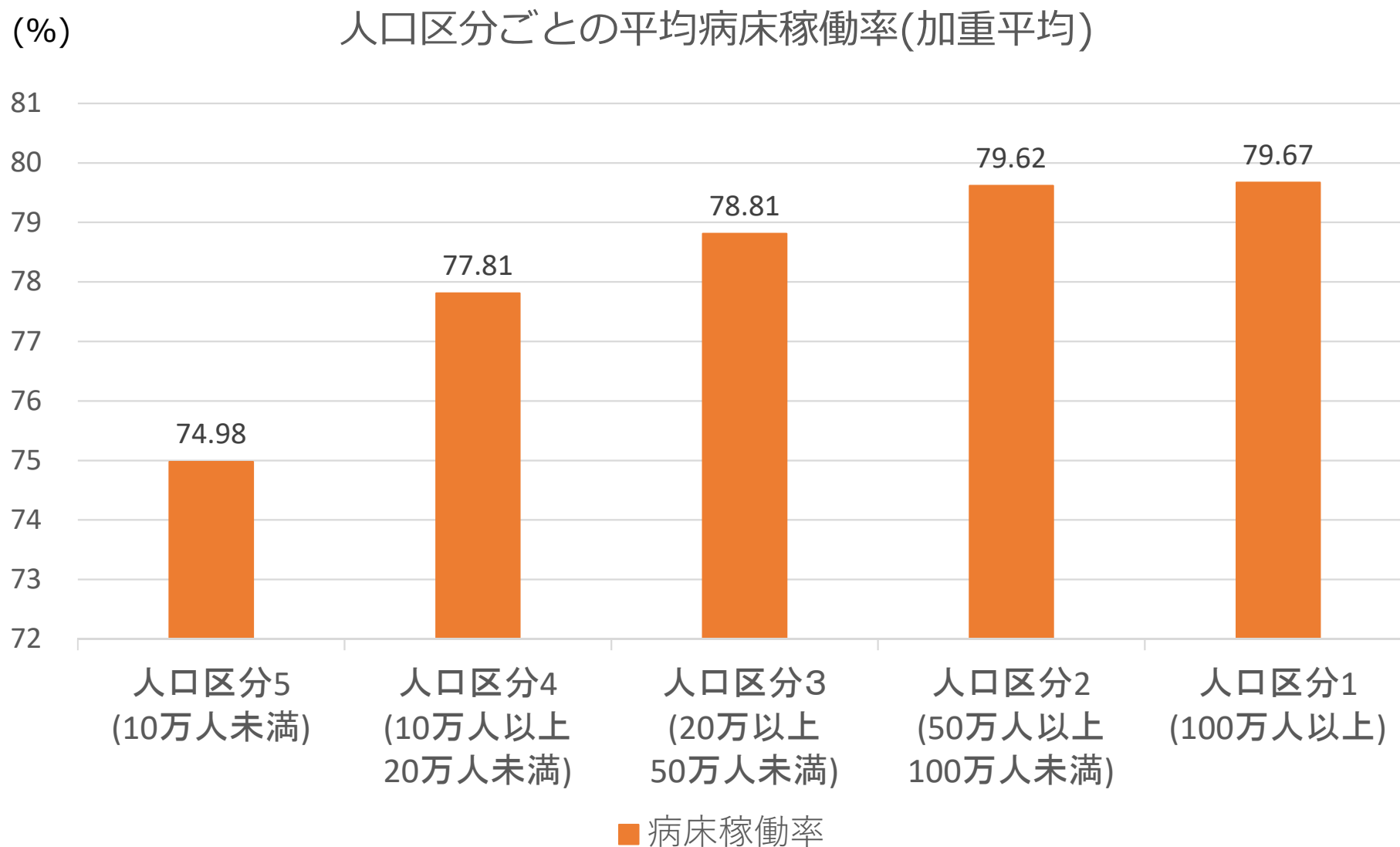
人口区分別の病床機能別の人口1,000人あたり許可病床数



- 急性期、回復期、慢性期では、人口の少ない区分ほど、1,000人あたりの病床数が多い。
- 高度急性期では、人口の少ない区分ほど、1,000人あたりの病床数が少ない。

※平成29年度病床機能報告より集計

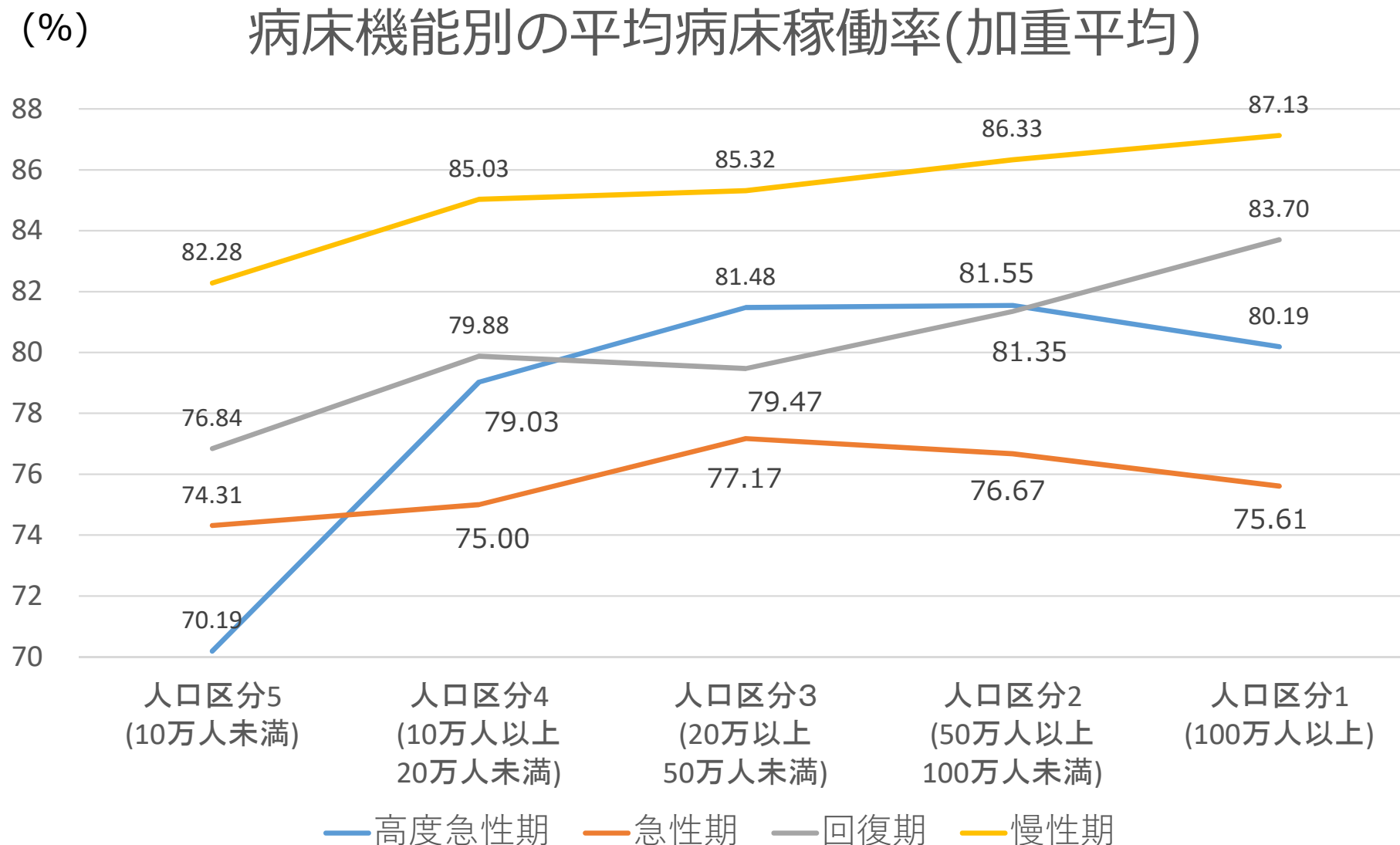
人口区分ごとの平均病床稼働率(加重平均)



○ 人口が少ない区分ほど、病床稼働率が低い。

※平成29年度病床機能報告より集計

人口区分別、病床機能別の平均病床稼働率(加重平均)



- 4機能すべてで、人口が多い区分ほど稼働率が概ね高い傾向がある。

※平成29年度病床機能報告より集計

【課題】

- 人口の少ない区域をはじめ、全国的に医療需要は2040年に向けて減少が見込まれる。
- 一方で、人口100万人以上の区域等、一部の区域では人口の増加が見込まれる。

【今回議論頂きたい点】

- 人口の減少に伴って医療需要が減少する区域での医療提供体制のあり方をどう考えるか。
- 人口が増加し、一定の医療需要の増加が見込まれる区域での医療提供体制のあり方をどう考えるか。