

# 地域医療構想の現状と課題

-地域医療構想調整会議の

議論の活性化にむけて-

2019年11月

公益社団法人 日本医師会

副会長 中川 俊男



## 目 次

1. 病床機能報告 .....	1
2. 地域医療構想 .....	3
2.1. 経緯 .....	3
2.2. 地域医療構想とは .....	4
2.3. 地域医療構想の策定 .....	6
2.4. 地域医療構想調整会議 .....	8
2.5. 都道府県知事の対応 .....	13
2.6. 医療法改正等に伴う「病床数」の考え方の変更点 .....	15
2.7. 具体的対応方針の再検証 .....	19
2.8. 再検証対象医療機関の公表について .....	25
3. 公立・公的医療機関等の現状 .....	27
3.1. 公的資金の投入と税制 .....	27
3.2. 公立病院への繰入金 .....	29

1 1. 病床機能報告

2

3 2011年11月、社会保障審議会医療部会において、厚生労働省から「医療法  
4 上、一般病床について、新たに急性期医療を担う病床群（急性期病床群（仮称）  
5 を位置づける」との提案があった。その後、急性期医療に関する作業グループ  
6 に議論が重ねられた中で、厚生労働省は2012年2月には急性期病床を「認定」  
7 する仕組み、2012年5月には「登録」する仕組みを提案した。

8 これに対して日本医師会は、「病床機能を報告」し、「地域にあった医療提供  
9 体制」を構築することを提案し、現在の病床機能報告制度につながった。

10

11

**病床機能報告にむけての議論**

2011年11月 社会保障審議会医療部会

医療法上、新たに急性期医療を担う病床群（急性期病床群（仮称））を位置づける	
---------------------------------------	--

厚生労働省案（急性期医療に関する作業グループ）

2011年12月	急性期病床群（仮称）を医療法に位置づける
2012年2月	急性期病床群（仮称）の認定制度を医療法上に位置づけ <b>認定</b>
4月	各医療機関が、その有する病床において求められる医療を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に申請して <b>登録</b> できる仕組み

2012年5月 日本医師会提案「病床の機能分化について（案）」ポイント

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各医療機関がそれぞれ担っている医療機能および病床機能を報告。</li> <li>● 都道府県は、報告の仕組みを通じて得られた情報を、地域住民、患者にわかりやすく示すとともに、医療提供者、行政、地域住民、患者とともに、それぞれの地域にあった医療提供体制を作り上げていくことを目指す。</li> </ul>
--

2012年6月15日 第8回 急性期医療に関する作業グループ結論

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各医療機関が、その有する病床において担っている<b>医療機能を自主的に選択</b>し、その医療機能について、都道府県に報告する 仕組みを設ける</li> <li>● 今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための<b>地域医療のビジョンを地域ごとに策定</b>する</li> </ul>
---

12

13

14

1 病床機能報告は、医療法に定められた病院または有床診療所で一般病床およ  
2 び療養病床を有する管理者の義務であり、報告を行わない場合には過料に処さ  
3 れる。

4  
5

### 医療法における病床機能報告

第30条の13 病院又は診療所であつて一般病床又は療養病床を有するもの  
の管理者は、地域における病床の機能の分化及び連携の推進のため、(略)病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分に従い、次に掲  
げる事項を当該**病床機能報告**対象病院等の所在地の都道府県知事に  
報告しなければならない。

5 都道府県知事は、病床機能報告対象病院等の管理者が第1項若しく  
は第2項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、(略)そ  
の報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることが  
できる。

第92条 第30条の13第5項の規定による命令に違反した者は、30万円以  
下の過料に処する。

6  
7  
8

1 2. 地域医療構想

2

3 2.1. 経緯

4

5 2008年6月、社会保障国民会議の「中間とりまとめ」で、急性期病院へ資  
6 源を集中投入する方向性が示された。その後、2013年8月の「社会保障制度  
7 改革国民会議報告書」で、都道府県が「地域医療ビジョン」(当時)を策定する  
8 ことが提案され、現在の「地域医療構想」にいたっている。

9

地域医療構想にいたるまで

2008年6月 社会保障国民会議「中間とりまとめ」

- 「選択と集中」の考え方に基づいて効率化すべきものは思い切って効率化し、(略)資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備とメリハリをつけた資源配分(投入)を行う
- 専門的な医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心に、診断・治療技術の進展に対応し、国際標準から見ても遜色のない水準の医療サービス提供を確保するための人的配置の思い切った拡充と病院・病床機能に対応した機器装備の充実を図る。

2013年8月 「社会保障制度改革国民会議報告書」

病床機能報告制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定。

10

11

12

1 2.2. 地域医療構想とは

2

3 2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立し、その後、医療法が改正さ  
4 れて、都道府県の医療計画の一部として地域医療構想を策定することになった。

5 地域医療構想は、医療法で、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の  
6 病床数の必要量および病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含  
7 む将来の医療提供体制に関する構想<sup>1</sup>とされている。

8

医療法における地域医療構想

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(2014年6月18日成立)

医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想(ビジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定。

改正医療法(抄) 2015年4月1日施行

第30条の4

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

7 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(構想区域)における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想(地域医療構想)に関する事項

イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項

9

10

11

12

13

<sup>1</sup> 2015年4月1日施行改正医療法第30条の4第2項第7号

1 繰り返しになるが、地域医療構想は 1) 都道府県医療計画の一部であり、2)  
2 構想区域ごとに、3) 将来の病床数の必要量（需要）を見据えつつ、4) 地域の  
3 実情を踏まえて、5) 各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議によっ  
4 て、6) 不足する機能を手当するものである。

5

6

### 地域医療構想とは

1. 都道府県医療計画の一部であり、
2. 構想区域ごとに、
3. 将来の病床数の必要量(需要)を見据えつつ、
4. 地域の実情を踏まえて、
5. 各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協  
議によって、
6. 不足する機能を手当するもの

7

8

9



1 2.3. 地域医療構想の策定

2

3 地域医療構想の策定にむけて、厚生労働省に「地域医療構想策定ガイドライ  
4 ン等に関する検討会」が設置され、地域医療構想は地域の事情を勘案して次第  
5 に収れんしていくべきものであることを確認しつつ議論が進められた。

6 2015年3月にとりまとめられた「地域構想策定ガイドライン」でも、ガイ  
7 ドライン自体があくまで参考であり、地域の実情に応じて地域医療構想を策定  
8 する旨があらためて明示されている。

9

地域医療構想策定ガイドライン(2015年3月)

ガイドラインの位置付け

厚生労働省においては、本ガイドラインに基づいて関係する省令、告示、  
通知等を制定又は改正するとともに、都道府県が法令の範囲内で本ガイド  
ラインを参考に、地域の実情に応じた地域医療構想の策定が進むよう、周  
知を図られたい。また、都道府県における地域医療構想の策定状況やその  
後の進捗状況について把握し、適宜、地域医療構想に関する都道府県職  
員を含めた関係者への研修の実施や情報の提供を行うほか、必要に応じ  
て技術的助言を行うとともに、今後とも更なるデータの収集と活用を通じて、  
より適切な推計方法に関する取組を進められたい。

10

11

12

13

1 「地域医療構想策定ガイドライン」に示されているとおり、地域医療構想は  
2 不足する病床機能を整備するためのものであり、各医療機関の自主的な取組や  
3 医療機関相互の協議を通じて自然に収れんされていくことを目指している。ま  
4 た、地域医療構想は、不足する機能を手当するものであり、既存病床の削減を  
5 強いるものではない。なお、病院の新たな開設や増床については制限がある（後  
6 述）。

7  
8

### 地域医療構想のコンセプト

地域医療構想策定ガイドライン(2015年3月)

- 都道府県が法令の範囲内で本ガイドラインを参考に、地域の実情に応じた地域医療構想の策定が進むよう、周知を図りたい。
- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していく。
- 地域で不足している病床の機能がある場合には、それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換により、収れんを次第に促していく。



地域医療構想はガイドラインを参考にしつつ、地域の実情を踏まえて、各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議によって、不足する機能を手当するもの

9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17

1 2.4. 地域医療構想調整会議

2

3 地域医療構想は構想区域単位の調整会議（医療法では「協議の場」）で協議  
4 される。調整会議では、公立・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点  
5 化されているか等を確認する。公立・公的医療機関等の具体的対応方針が決定  
6 した後であっても、必要があれば「新公立病院改革プラン」、「公的医療機関等  
7 2025 プラン」を再度調整会議で協議する。

8

9

地域医療構想調整会議(医療法)

医療法(抄)

第30条の14 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(構想区域等)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

地域医療構想調整会議の協議事項(主なものを抜粋)

「地域医療構想の進め方について」(2018年2月7日付医政局地域医療計画課長通知)

- 新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プランをもとに、民間医療機関との役割分担を踏まえ、公立・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化されているか確認。
- 公立・公的医療機関等プランの具体的対応方針が決定するまで繰り返し協議。決定後に見直す必要が生じた場合には、改めて調整会議で協議。
- その他の医療機関が、開設者の変更等、構想区域で担う役割が大きく変更する場合、今後の事業計画を策定して調整会議において、対応方針を協議。

10

11

12

1 調整会議には、定期的な開催と随時開催があるが、個別具体的な案件につい  
 2 ては、参加者を絞り込んだ随時開催により、議論を尽くしていく必要がある。  
 3 また、後述するように都道府県単位の調整会議も有効である。

4  
5

地域医療構想調整会議の開催と参加者について		
	定期的な開催	随時開催
協議事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 通年のスケジュールがある程度定まっているもの</li> <li>● 病床機能報告の結果報告、地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別具体的な案件</li> <li>● 医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合又は過剰な病床機能に転換しようとする場合など</li> </ul>
参加者	地域医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとするのが望ましい	当事者を含むステークホルダー

6  
7  
8  
9  
10

1 病床が不足している地域では病院が新設されるケースも想定されるが、この  
2 場合にも、当該医療機関に調整会議への出席を求め、雇用計画（医療従事者の  
3 引き抜きが生じないか）や設備計画が地域医療に悪影響を与えないか協議する  
4 ことになる。  
5  
6

### 新たに病床を整備する場合

「地域医療構想の進め方について」  
2018年2月7日 医政局地域医療計画課長通知

- 新たに病床を整備する予定の医療機関や、開設者を変更する医療機関に対して、都道府県は、開設等の許可を待たずに調整会議へ出席して、整備計画と病床の必要量との関係や、当該医療機能を担う上での雇用計画や設備計画の妥当性について説明するよう求める。
- 都道府県は、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際は、既存病床数と基準病床数の関係だけでなく、将来の病床の必要量を踏まえて十分な議論を行う。

7  
8  
9

1 病床機能報告において、各医療機関が病床機能を適切に選択しているかを確  
2 認することも調整会議の役割である。回復期機能を担っている医療機関が急性  
3 期機能を選択しているケースもあるが、これについて、厚生労働省は、  
4 「回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解さ  
5 せる状況が生じていると想定される」とし、  
6 「地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療  
7 需要の動向について十分に分析を行った上で、機能分化・連携を進めて」  
8 いくことを求めている。  
9  
10

### 病床機能の選択について

「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」

2017年9月29日 厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

- 現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えているが、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じていると想定される。
- 地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、機能分化・連携を進めていただくことが重要と考えており、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。

「地域医療構想の進め方について」

2018年2月7日 医政局地域医療計画課長通知

- 高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、明らかな疑義のある報告については、調整会議においてその妥当性を確認する。

11  
12  
13

1 地域医療構想調整会議での議論の活性化に向けた方策として、日本医師会の  
2 提案を受け、都道府県単位の調整会議の設置、地域医療構想アドバイザーの養  
3 成等を行うこととなっている。

5  
6 「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」(抜粋)

7 (2018年6月22日 医政局地域医療計画課長通知)

8  
9 1. 都道府県単位の地域医療構想調整会議について

- 10 ● 各構想区域の調整会議における議論を円滑に進めるため、都道府県単位  
11 の調整会議を設置する。  
12 ● 参加者は、各構想区域の調整会議の議長、診療に関する学識経験者の団  
13 体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者。  
14 ● 会議の運用に当たっては、既存の会議体の活用等、効率的に運用できる。

15  
16 2. 都道府県が主催する研修会について

- 17 ● 各構想区域における調整会議の参加者や議長、事務局を含む関係者間の  
18 認識を共有する観点から、都道府県が研修会を開催する。厚生労働省は、  
19 担当者を派遣する等の協力を行う。  
20 ● 研修会の開催経費については、地域医療介護総合確保基金を充当できる。

21  
22 3. 「地域医療構想アドバイザー」について

- 23 ● 調整会議の事務局機能を補完するため、地域医療構想アドバイザーを養  
24 成する。「地域医療構想アドバイザー」は、地域医療構想の進め方に関  
25 して地域医療構想調整会議の事務局に助言を行う役割や、地域医療構想  
26 調整会議に参加し、議論が活性化するよう参加者に助言を行う役割を担  
27 う。  
28 ● 「地域医療構想アドバイザー」の活動に係る経費については、地域医療  
29 介護総合確保基金を充当できる。

1 2.5. 都道府県知事の対応

2

3 2018年7月の医療法改正前から、都道府県知事には以下の権限が付与され  
4 ていた。以下、「公的医療機関等」には公立を含む。

5 ① 過剰な機能への転換：公的医療機関等へは転換中止命令、民間医療機関  
6 へは要請・勧告。

7 ② 調整会議での議論が整わない場合：地域で不足している医療機能を担う  
8 よう公的医療機関等へは指示、民間医療機関には要請・勧告。

9 ③ 病院の開設等：地域で不足している機能を担うよう条件を付与。

10 ④ 稼働していない病床（おおむね1年間を通じて非稼働の病床）：公的医療  
11 機関等へは削減命令、民間医療機関へは削減の要請・勧告。

12

13 さらに2018年の医療法改正により、「既存病床>将来の病床数の必要量」の  
14 場合には、新規開設や増床の許可を与えない（民間医療機関には勧告）ことが  
15 できるようになった。

16

都道府県知事の対応

医療法改正前からの都道府県知事の権限

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対し、転換の中止の命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で不足している医療機能を担うよう指示（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）

医療法（2018年7月改正）で追加された権限

- ⑤ 既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても、必要な手続を経た上で、都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる。勧告を受けた民間医療機関の病床については、厚生労働大臣が、保険医療機関の指定をしないことができる。

17

18



1 「稼働していない病床」とは、過去1年間に一度も使用しなかった病床から  
2 なる病棟で、再稼働しようとする場合の取扱いについては、「地域医療構想の進  
3 め方について」（2018年2月7日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）  
4 にて留意事項が示されている。  
5  
6

### 1年間を通じて非稼働の病床に対する留意事項

【地域医療構想の進め方について(平成30年2月7日付課長通知)】

#### (イ)留意事項

都道府県は、病床がすべて稼働していない病棟を再稼働しようとする医療機関の計画を把握した場合には、

- ・当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針
- ・構想区域の他の医療機関の診療実績
- ・将来の医療需要の動向

等を踏まえ、現在稼働している病棟の稼働率を上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。

特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

7  
8  
9

## 2.6. 医療法改正等に伴う「病床数」の考え方の変更点

病床数の必要量と許可病床等との関係については、第一に、病床非過剰（基準>既存）であっても、「許可≧必要量」かつ「基準>必要量」の場合に、都道府県知事が新設、増床の許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる<sup>2</sup>。具体的には、①申請者が都道府県へ新設、増床の理由書を提出し、②申請者が調整会議に出席し協議が整わない時または出席しない場合で、③申請者が都道府県医療審議会で理由等を説明し、それがやむをえないと認められない場合である<sup>3</sup>。

第二に、病床過剰であっても、将来「許可<必要量」となる場合には、毎年基準病床数を見直し、特例で基準病床数を引き上げることができる<sup>4,5</sup>。なお、その際には将来の高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移、他の二次医療圏との患者の流出入の状況、交通機関の整備状況などのそれぞれの地域の事情を考慮することが求められる<sup>6</sup>。

表 2.6.1 病床の新設、増床の可否

基準>既存 (非過剰)	許可<必要量	基準<必要量	可 ○	(該当医療圏なし)
		基準>必要量	可 ○	
	許可≧必要量	基準<必要量	原則不可 ×	都道府県知事が許可を与えないことができる(民間医療機関の場合は勧告) 医療法及び医師法の一部を改正する法律 2018年7月18日成立 同月25日公布
		基準>必要量	原則不可 ×	
基準≦既存 (過剰)	許可<必要量		条件付可 △	高齢者人口の増加が進む場合には、基準病床数の見直しについて毎年検討し、医療法第30条の4第7項の規定に基づく基準病床数算定時の特例に対応可。 2017年3月31日厚生労働省医政局長通知 (2017年7月31日一部改正)
	許可≧必要量		×	(約7割の医療圏が該当)

○追加的整備可、△条件付可、×不可(原則不可を含む)

<sup>2</sup> 医療法及び医師法の一部を改正する法律 2018年7月18日成立 同月25日公布

<sup>3</sup> 「医療法及び医師法の一部を改正する法律」の一部の施行について(通知)厚生労働省医政局長(2018年7月25日)から要約。

<sup>4</sup> 医療法第30条の4第7項の特例

<sup>5</sup> 「医療計画について」2017年3月31日厚生労働省医政局長通知(2017年7月31日一部改正)

<sup>6</sup> 「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」2017年6月23日、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

1 次頁以降に、医療機関の新設または増床の場合のフローを示した。ポイントは  
2 は地域医療構想調整会議と都道府県医療審議会の議論を経るということである。

3  
4 調整会議で協議を行い、協議が調わなかった場合には、都道府県医療審議会  
5 で審議する。「協議が調わない」が、どのような状態か規定はないので、早々に  
6 「協議が調わない」として協議を切り上げるのではなく、調整会議の協議が調  
7 うまで、関係者が誠意を尽くし時間をかけて議論することが望まれる。また、  
8 その後の都道府県医療審議会では都道府県医師会の役割が重要である。

### 既存病床数の定義(許可病床数と既存病床数の数の違い)

#### 【医療法施行規則第30条の33】

1. 宮内庁病院、自衛隊病院等、特定の職員や家族が利用している病院は職員・家族以外が占める率で補正をして算定する。
2. 放射線治療病室の病床は算定しない。
3. ハンセン病療養所である病院の病床は算定しない。

※ 無菌病室、集中治療室(ICU)、心臓病専用病室(CCU)は、第7次からすべて既存病床数として算定することになった。

#### 【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(平成18年法律第84号)附則第3条第3項】

・2006(平成18)年12月31日以前に許可証の交付を受けた診療所の一般病床は算入しない。(※ 有床診療所)

⇒ これらにより、許可病床数は既存病床数よりも多くなる。

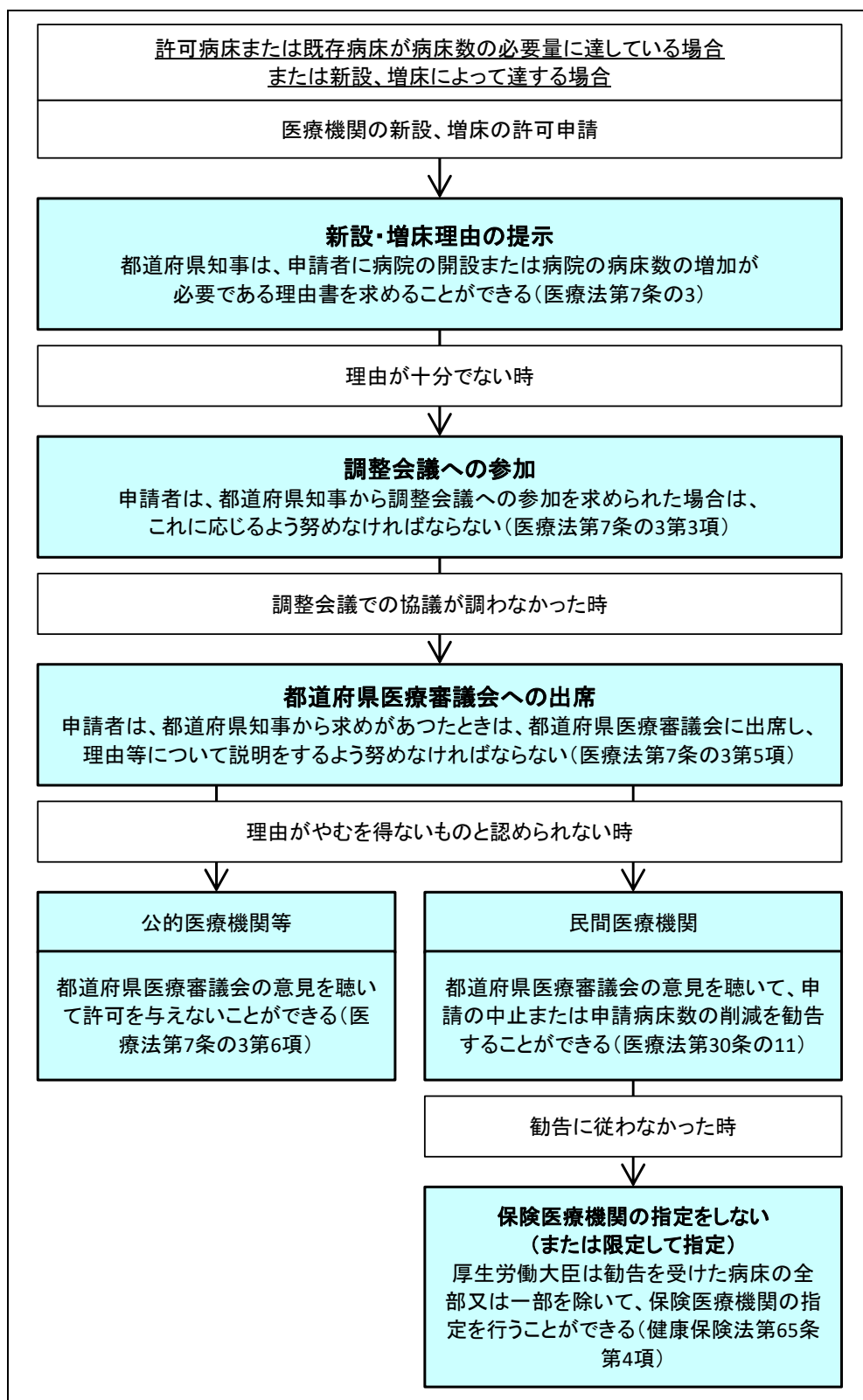
11

12

13

1

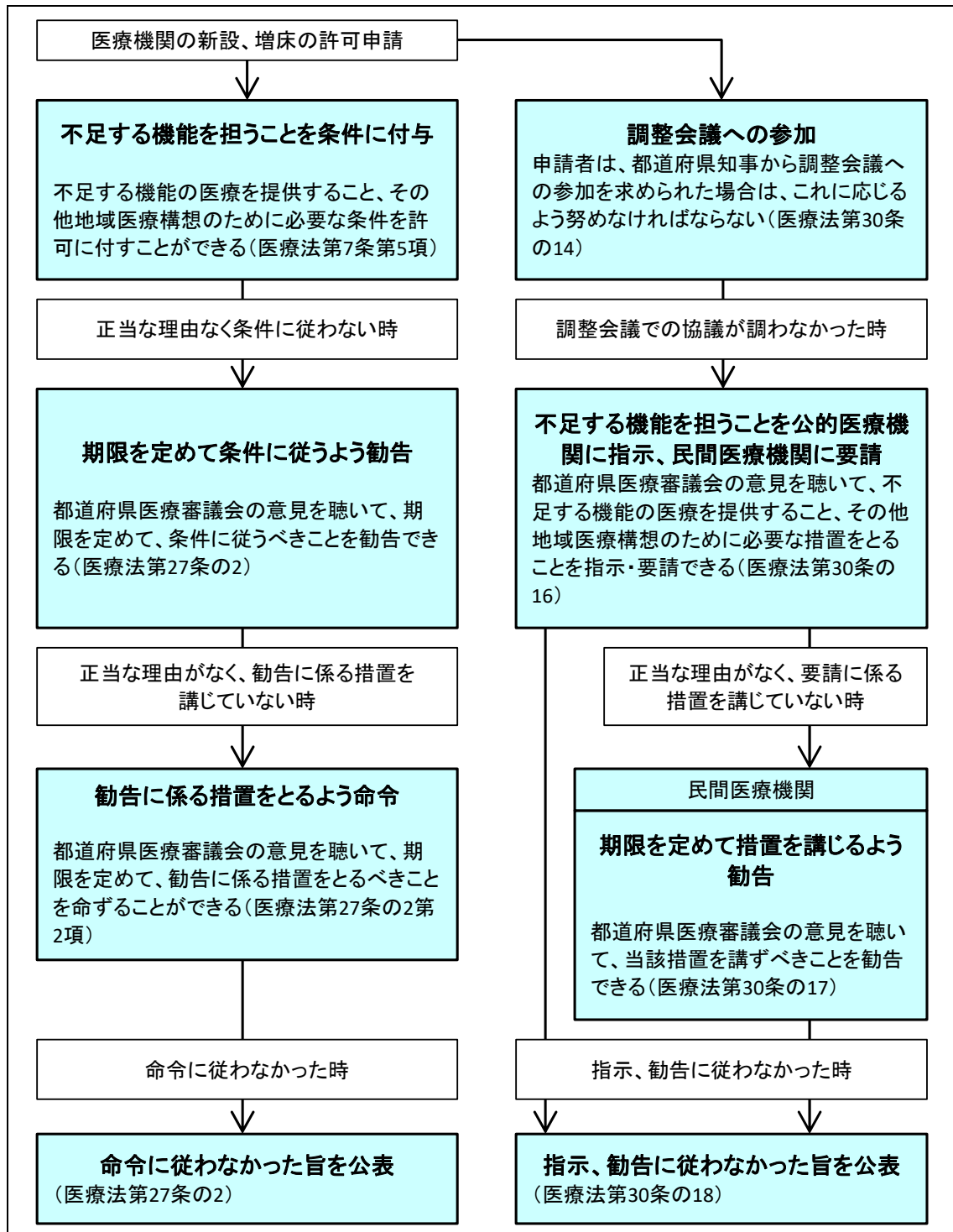
図 2.6.1 医療機関の新設または増床（過剰地域への参入時）



2

3

- 1 図 2.6.2 医療機関の新設または増床  
 2 (過剰地域ながら既存病床が将来の病床数の必要量に達していない場合。また  
 3 は、非過剰地域の場合)



- 4  
5  
6

1 2.7. 具体的対応方針の再検証

2

3 これまで、公立・公的医療機関等はそれぞれ「新公立病院改革プラン」、「公  
4 的医療機関等 2025 プラン」を作成し、調整会議では、公立・公的医療機関等  
5 が民間では担えない機能に重点化しているかという視点で協議を進めてきた。

6 2019年3月末時点で、新公立病院改革プラン対象病院の95%、2025プラン  
7 対象病院の98%（いずれも病床ベース）で具体的対応方針合意済みとなってい  
8 るが、調整会議での議論が進みにくく、さしたる議論もなく「合意済み」とし  
9 たところもある。

10

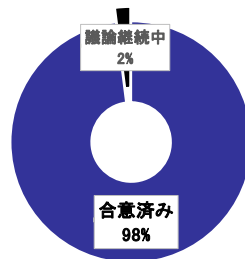
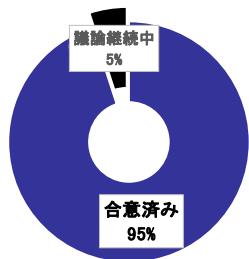
11

公立・公的医療機関等に関する議論の状況(2019年3月末時点)

- 国は、2017～18年度の2年間を集中的な検討期間とし、公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるよう、都道府県を通じて要請した。
- また、2018年度末までに全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進した。

新公立病院改革プラン対象病院

2025プラン対象病院



(病床ベース)

12

13

14

15

1       そこで、調整会議での議論の活性化に資するデータのひとつとして、「再検証  
2 対象医療機関」の公表に至った。

3  
4       再検証対象医療機関は、高度急性期病床と急性期病床を持つ病院について、  
5 診療実績と他病院との機能の類似かつ近接の視点から集計されたもので、

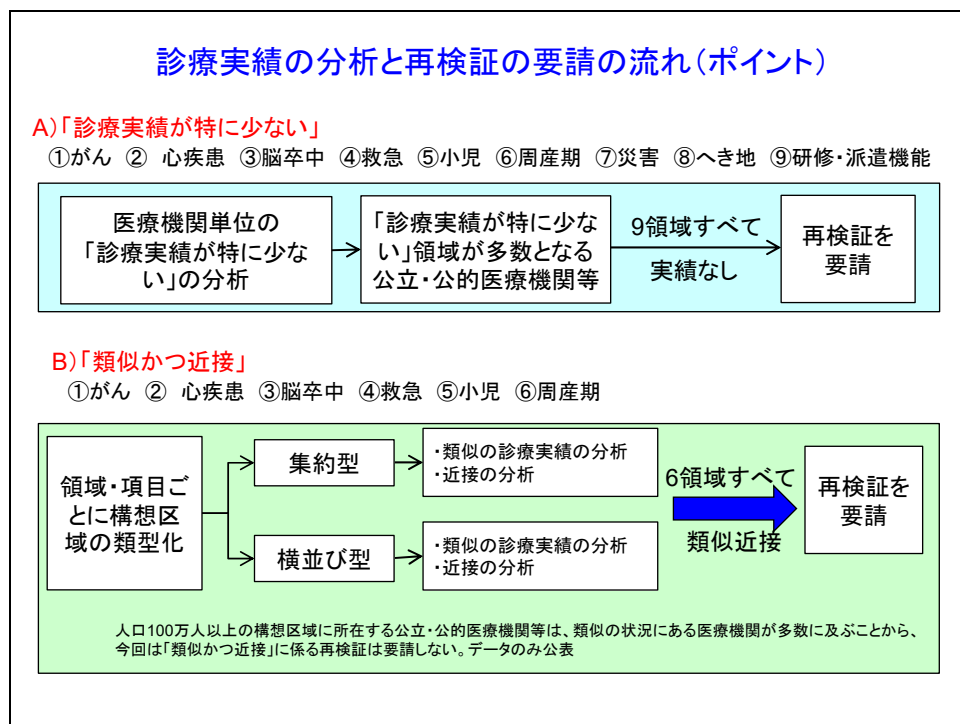
6       公立・公的医療機関等 1,455 病院のうち、

7       (A) 診療実績 9 領域のすべてで「特に診療実績が少ない」病院 277 施設

8       (B) 診療実績 6 領域のすべてで診療実績が「類似かつ近接」している病院  
9       307 施設

10       (A) (B) 両方に該当する病院 160 施設

11       であり、合計 424 病院（公立・公的医療機関等 1,455 病院のうち 29.1%）が  
12 再検証対象医療機関となった。



15  
16  
17  
18

1 再検証対象医療機関の分析は病床機能報告の報告項目である診療行為から  
 2 抽出し、機械的に集計したものである。「A」「診療実績が特に少ない」は、以  
 3 下の9項目のみの集計であり、たとえば地域医療支援病院の機能である紹介・  
 4 逆紹介や共同利用の実績は勘案されていない。調整会議では、こうした地域医  
 5 療連携への貢献度も加味して今後の方針を決めていく必要がある。調整会議に  
 6 おいて十分な議論が尽くされ、合意に至った場合は、その結果として、「現状維  
 7 持」あるいは「機能拡大」といった結論もありえる。

8  
9

診療実績分析9項目	
項目	評価項目
① がん	・肺・呼吸器 ・消化器(消化管/肝胆膵) ・泌尿器/生殖器 ・放射線療法 ・乳腺
② 心筋梗塞等の心血管疾患	急性心筋梗塞に対する心臓カテーテル手術 外科手術が必要な心疾患
③ 脳卒中	・超急性期脳卒中加算 ・脳動脈瘤クリッピング術等 ・開頭血腫除去術等 ・血栓除去術等の脳血管内手術
④ 救急医療	・救急搬送等の医療 ・大腿骨骨折等
⑤ 小児医療	・小児入院医療管理料・新生児集中治療室管理料等
⑥ 周産期医療	・分娩件数 ・ハイリスク分娩管理加算
⑦ 災害医療	・災害拠点病院
⑧ へき地医療	・へき地拠点病院
⑨ 研修・派遣機能	・基幹型臨床研修病院

10  
11



1 「B」「類似かつ近接」における「類似の実績」については、診療実績 6 項  
 2 目が対象であり（前述）、「集約型」と「横並び型」に分けて集計が行われた。  
 3 まず、診療実績が上位 50%（累積占有率 50%）以内に入っている病院を上  
 4 位グループとし、上位グループの中で占有率が上位グループの中で占有率が最  
 5 低位の病院の実績と、下位グループのうち占有率が最高位である病院の実績と  
 6 を比較し、上位と下位で明らかに差がある場合を「集約型」、一定の差がない場  
 7 合を「横並び型」とする。このうち、「横並び型」について、上位グループ病院  
 8 群の中にも下位グループ病院群とさほどの差がない病院がある場合には、上位  
 9 グループ病院群に入っている、類似の実績であると見なす。  
 10 また、「近接」については、今回の分析では、救急車の平均搬送時間等を参考  
 11 にして、「自動車で 20 分」が基準とされたが、これも機械的なもので、病院へ  
 12 のアクセスの実態等を踏まえていないので、そうした地域の実情は調整会議で  
 13 加味していく必要がある。  
 14  
 15

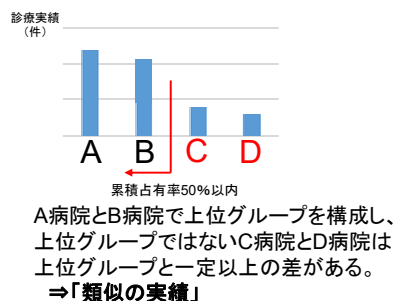
### B)「類似かつ近接」における「類似の実績」の考え方

#### 【構想区域の類型化の手順】

- ① 診療実績が上位50%（累積占有率50%）以内に入っている病院を上位グループとする。
- ② 上位グループの中で占有率が最低位の病院の実績と、  
下位グループのうち占有率が最高位である病院の実績とを比較し、  
上位と下位で明らかに差がある場合を「集約型」、一定の差がない場合を「横並び型」とする。

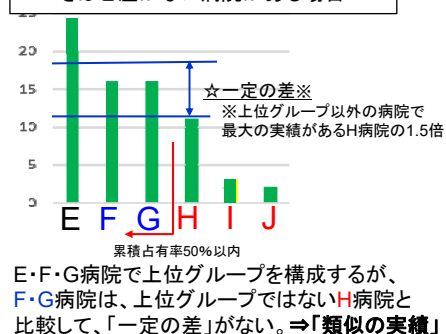
#### 【集約型】

単独もしくは少数の病院が構想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も下位グループと、さほど差がない病院がある場合



C・D病院とF～J病院は、近接かつ公立・公的医療機関等であれば、B)「類似かつ近接」

16  
 17  
 18

1 2019年9月27日に厚生労働省医政局からプレスリリースされた「地域医療  
2 構想の実現に向けて」にもあるとおり、再検証対象医療機関の公表は、「今回の  
3 分析だけでは判断しえない診療領域や地域の実情に関する知見も補いながら、  
4 地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くし」、「2025年のあるべき姿  
5 に向けて必要な医療機能の見直しを行って」いくものであり、「病院が将来担う  
6 べき役割や、それに必要なダウンサイジング・機能分化等の方向性を機械的に  
7 決めるもの」ではない。

8

9 再検証の要請を受けた医療機関および当該医療機関を有する構想区域は、遅  
10 くとも2020年9月末までに調整会議で結論を得る必要があるが、各構想区域  
11 の調整会議が地域の実情等を十分に踏まえて協議することが重要である。繰り  
12 返しになるが「現状維持」あるいは「機能拡大」といった結論もありえる。

13 また、これまで十分議論が尽くされ、結論を得ているところは、その結論の  
14 とおりで良い。

15

16

### 具体的対応方針再検証の要請を受けた場合のスケジュール

再編統合(ダウンサイジング、機能  
の分化・連携・集約化、機能転換・連  
携等を含む)の場合

2020年9月末までに  
調整会議で結論

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

2020年9月末までに  
調整会議で結論  
(構想区域全体の目指すべき姿を再検証)

再編統合を伴わない場合

2020年3月末までに  
調整会議で結論

⇒ 調整会議において十分な議論が尽くされ、合意に至った場合は、  
その結果として、「現状維持」あるいは「機能拡大」といった結論もありえる

17

18

1 厚生労働省医政局 2019 年 9 月 27 日プレスリリース

2 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000552445.pdf>

3  
4 地域医療構想の実現に向けて

5 令和元年 9 月 27 日

6 医政局

- 7 1. 地域医療構想の目的は、2025 年に向けて、地域ごとに効率的で不足のな  
8 い医療提供体制を構築することです。地域医療構想の実現により、限られ  
9 た医療資源をそれぞれの地域で真に活用し、次の時代に対応した医療を構  
10 築することができると思っています。
- 11 2. 地域医療構想の実現に向けては、関係者のご理解・ご協力の下、これま  
12 でも地域で議論が積み重ねられてきましたが、さらに取組を進めていく観  
13 点から、今回、高度急性期・急性期機能に着目した客観的なデータを国か  
14 ら提供し、改めて、それぞれの医療機関に対し、今後の医療機能のあり方  
15 を考えて頂くことといたしました。
- 16 3. 今回の取組は、一定の条件を設定して急性期機能等に関する医療機能に  
17 ついて分析し、各医療機関が担う急性期機能やそのために必要な病床数等  
18 について再検証をお願いするものです。したがって、必ずしも医療機関そ  
19 のものの統廃合を決めるものではありません。また、病院が将来担うべき  
20 役割や、それに必要なダウンサイジング・機能分化等の方向性を機械的に  
21 決めるものでもありません。
- 22 4. 今回の分析だけでは判断しえない診療領域や地域の実情に関する知見も  
23 補いながら、地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くして頂き、  
24 2025 年のあるべき姿に向けて必要な医療機能の見直しを行っていただき  
25 たいと考えています。その際、ダウンサイジングや機能連携・分化を含む  
26 再編統合も視野に議論を進めて頂きたいと考えています。
- 27 5. 今後、地域の医療提供体制の確保に向け、病院のダウンサイジングや統  
28 廃合が必要と地域が判断する場合には、国としても必要な支援等を行って  
29 まいります。

1 2.8. 再検証対象医療機関の公表について

2

3 2019年9月26日の厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」  
4 において厚生労働省は再検証対象医療機関として424病院を提示した。日本医  
5 師会は同グループの構成員として、マスコミに対し、くれぐれも医療現場に混  
6 乱を生じさせるような報道のあり方を控えるよう要請した。

7 しかしながら、翌日の一般紙は、「再検証を要請」ではなく、「再編統合を要  
8 請」といった、センセーショナルな見出しで報道した。このため、当該医療機  
9 関、地域住民、地方行政に不安を生じさせる結果となり、厚生労働省は全国の  
10 各ブロックで意見交換会を実施した。

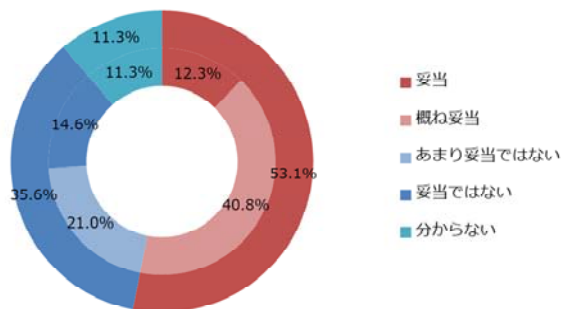
11 なお、2019年11月4日のエムスリーによる調査報道によると、医師の過半  
12 数が今回の公表について「概ね妥当」以上の肯定的な評価をしているとの結果  
13 が示されている。

14

15

再検証対象医療機関424病院の公表について①

医師7,259人が回答したエムスリー調査によると、424病院の公表について、「妥当」12.3%、また、「概ね妥当」40.8%と、肯定的な回答が53.1%を占めた。なお、回答者の39.7%が公立・公的医療機関等で勤務する医師であり、そのうち、17.2%は公表された病院に勤務する医師であった。



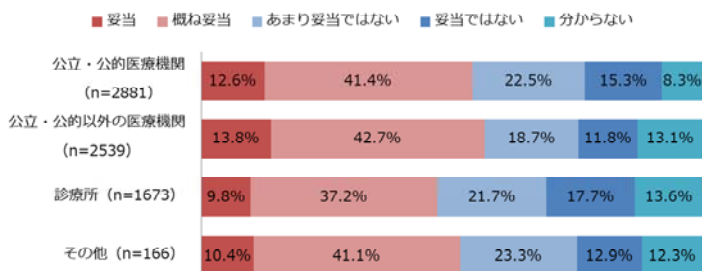
11月4日付、以下の記事より引用  
<https://www.m3.com/news/iryuishin/708481>

16

1

### 再検証対象医療機関424病院の公表について②

エムスリー調査での回答者属性について、  
 公立・公的医療機関等の医師は2,881人、  
 公立・公的以外の医療機関は2,539人、  
 診療所の医師は1,673人であった。  
 これらの属性別にみても、回答の傾向は同様であった。  
 (公立・公的医療機関等の医師であっても過半数が肯定的な評価であった。)



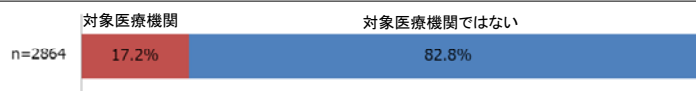
11月4日付、以下の記事より引用  
<https://www.m3.com/news/iryioishin/708481>

2

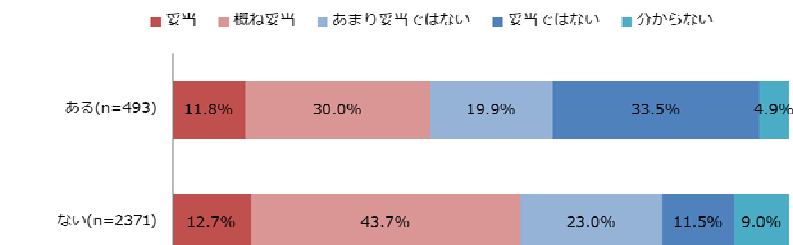
3

### 再検証対象医療機関424病院の公表について③

公立・公的医療機関等の医師のうち、  
 17.2%の493人は再検証対象医療機関の医師であった。



再検証対象医療機関の医師は否定的な評価が過半数を占めたものの、  
 逆に、41.8%もの医師が肯定的な評価であったことは一考の価値がある。



※ 勤務先が、  
 再検証対象医療機関の  
 リストに「ある」「ない」

11月4日付、以下の記事より引用  
<https://www.m3.com/news/iryioishin/708481>

4

5

### 3. 公立・公的医療機関等の現状

#### 3.1. 公的資金の投入と税制

「公立・公的医療機関等」とひと括りにされているが、公的資金が投入されているかどうか等の視点でみると、税金が投入されていて税金を払っていない医療機関、税金を（一部）払っていない医療機関、税金を払っている医療機関に区分できる（以下、大まかな区分であり、いずれのケースにも当てはまらない場合がある）。

#### 税金が投入されていて税金を払っていない医療機関

- ① 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）は一般会計から繰入金が入入されており、非課税である。
- ② 国および独立行政法人は政府出資で設置されており、非課税である。現在では少なくなっているが運営費交付金も投入されてきた。

#### 税金を（一部）払っていない医療機関

- ③ 公立以外の公的医療機関は収益事業のみ課税で、医療保健業は収益事業から除外されている。なお、公立病院の繰入金に準じて地元自治体から補助金を受けているケースがある。
- ④ 地域医療支援病院（上記以外で医療法人以外）：医療法人以外の場合、収益事業課税のケースがある。

#### 税金を払っている医療機関

- ⑤ 医療法人は、地域医療支援病院の場合には地域医療構想の「公立・公的医療機関等」に該当するが、医療法人は全所得課税である。

#### その他（特定機能病院）

- ⑥ 特定機能病院は医療法において高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修等を求められている。特に特定機能病院のうち医育機関（大学病院本院）は他の病院にはない教育という目的がある。

1

表 3.1.1 公立・公的医療機関等の違い

区分	開設者等		医療法	税金等の投入	税制(法人税・法人住民税)
1	都道府県、市町村、 地方独立行政法人		公的医療機関 地域医療対策 への協力	地方公共団体の出資 一般会計繰入金	納税義務なし (非課税)
2	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		—	政府出資(※) 運営費交付金	納税義務なし (非課税)
3	日赤、済生会、北海道社会事 業協会、厚生連、健康保険組 合等、共済組合等、国民健康 保険組合		公的医療機関 地域医療対策 への協力	公立病院の繰入金に 準じて地元自治体から 補助金を受けている ケースがある	収益事業課税
4	上記以外の 地域医療支援 病院	医療法人以外の 場合	地域医療支援病院 地域の医師確保 を支援	—	収益事業課税
5		医療法人の場合			全所得課税
6	特定機能病院		特定機能病院	開設主体による	

※税金のほか、労働者健康安全機構の病院は労災保険料、地域医療機能推進機構の病院は年金保険料、健康保険料を財源とする現物出資

\*2017年11月20日 厚生労働省地域医療構想に関するワーキンググループ資料ほかから作成

2

3

4

表 3.1.2 主な開設主体別の税制(法人税・法人住民税・法人事業税関係)

代表的なケースを例示しており以下に当てはまらない場合もある

開設者	開設者		国税	地方税		
	法人税	法人税	法人税	法人市町村民税 (法人税割)	法人事業税	
1	都道府県、市町村、 地方独立行政法人	—	非課税	非課税	非課税	非課税
2	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	—	非課税	非課税	非課税	非課税
3	日赤、済生会、北海道社会事 業協会、厚生連、健康保険組 合等、共済組合等、国民健康 保険組合	—	収益事業課税(医 療保健業は収益事 業から除外)	収益事業課税(医 療保健業は収益事 業から除外)	収益事業課税(医 療保健業は収益事 業から除外)	収益事業課税(医 療保健業は収益事 業から除外)
4	上記以外の 地域医療 支援病院	医療法人以外の 場合	収益事業課税(医 療保健業は収益事 業から除外(※))	収益事業課税(医 療保健業は収益事 業から除外(※))	収益事業課税(医 療保健業は収益事 業から除外(※))	収益事業課税(医 療保健業は収益事 業から除外(※))
5		医療法人の場合	全所得課税	全所得課税	全所得課税	全所得課税(社会保 険診療収入は非課 税、自由診療収入は 軽減税率適用)

※) 社会医療法人では本来業務として行う医療保健業は収益事業から除外

5

6

7

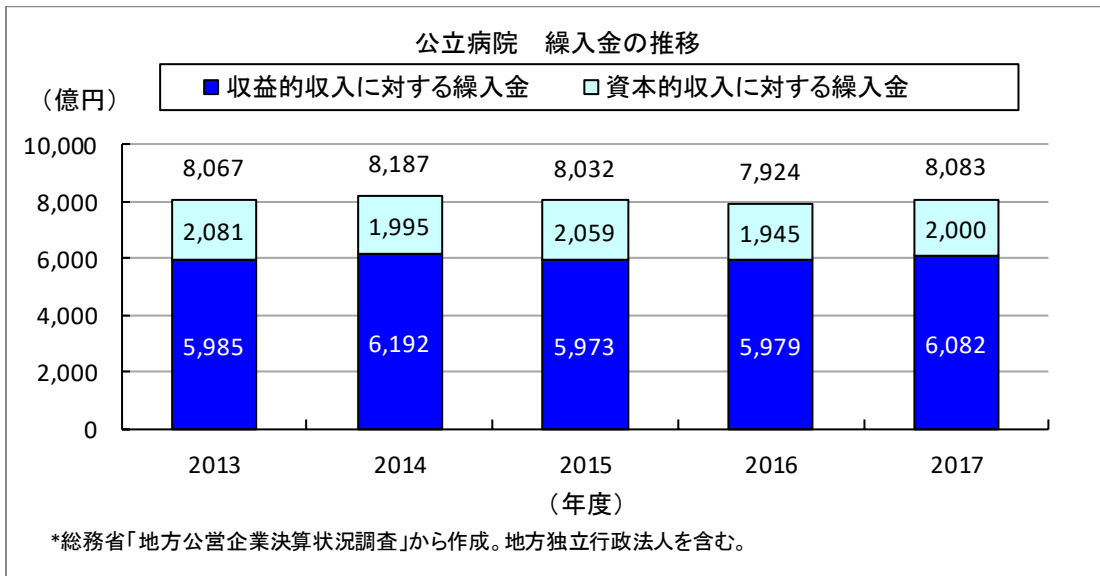
1 3.2. 公立病院への繰入金

2

3 繰入金には、収益的収入に対する繰入金と資本的収入に対する繰入金があり、  
 4 合計で年 8,000 億円程度である（図 3.2.1）。ランニングコスト（収益的収入）  
 5 に対する繰入金だけで 1 病院当たり 7 億円に上っている（図 3.2.2）。  
 6

7

図 3.2.1 公立病院への繰入金

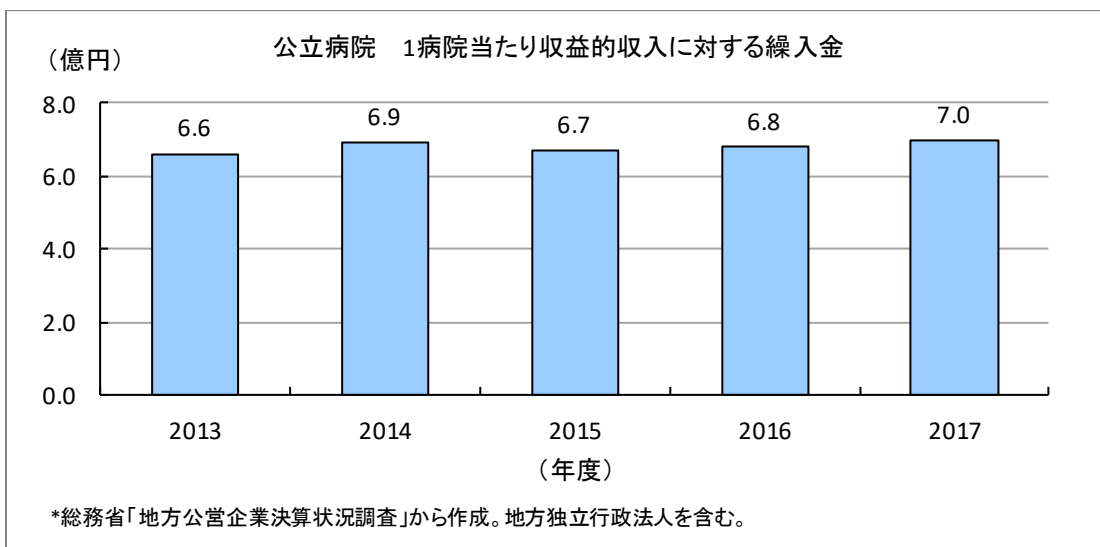


8

9

10

図 3.2.2 公立病院 1 病院当たり収益的収入に対する繰入金



11

12



表 3.2.1 公立病院の繰入金の推移

【都道府県・市町村】		(億円)				
	2013	2014	2015	2016	2017	
病院数	839	816	812	792	783	
他会計負担金(医業収益)	1,134	1,081	1,097	1,102	1,132	
他会計補助金(医業外収益)	1,117	1,109	1,090	1,064	1,099	
他会計負担金(医業外収益)	2,707	2,638	2,636	2,679	2,708	
他会計繰入金(特別利益)	226	453	153	93	57	
収益的収入に対する繰入金 (a)※	5,185	5,281	4,976	4,938	4,996	
1病院当たり繰入金	6.2	6.5	6.1	6.2	6.4	
他会計出資金	960	738	659	526	613	
他会計負担金	870	1,042	1,166	1,227	1,187	
他会計借入金	80	61	62	59	64	
他会計補助金	71	89	96	40	46	
資本的収入に対する繰入金 (b)	1,980	1,929	1,983	1,853	1,910	
公立病院合計 (a)+(b)	7,165	7,210	6,959	6,791	6,907	

※)総務省「地方公営企業年鑑」は2014年度のみ資本費繰入収益(医業外収益への繰入)を計上しているが(その後は「皆減」と記載されているが、実際にはその後も存続している)、本稿ではすべての年で除いて示す。

【地方独立行政法人】		(億円)				
	2013	2014	2015	2016	2017	
病院数	67	80	81	88	90	
運営費負担金収益(営業収益)	647	770	856	908	950	
運営費交付金収益(営業収益)	73	43	36	32	29	
運営費負担金収益(営業外収益)	56	70	73	78	75	
運営費交付金収益(営業外収益)	22	21	22	21	21	
運営費負担金等(臨時利益)	3	6	11	2	10	
収益的収入に対する繰入金 (c)	801	910	997	1,041	1,086	
1病院当たり運営費交付金等	11.9	11.4	12.3	11.8	12.1	
運営費交付金	74	61	73	92	90	
運営費負担金	27	5	3	0	0	
資本的収入に対する繰入金 (d)	101	66	76	92	90	
地方独立行政法人合計 (c)+(d)	902	977	1,073	1,133	1,176	

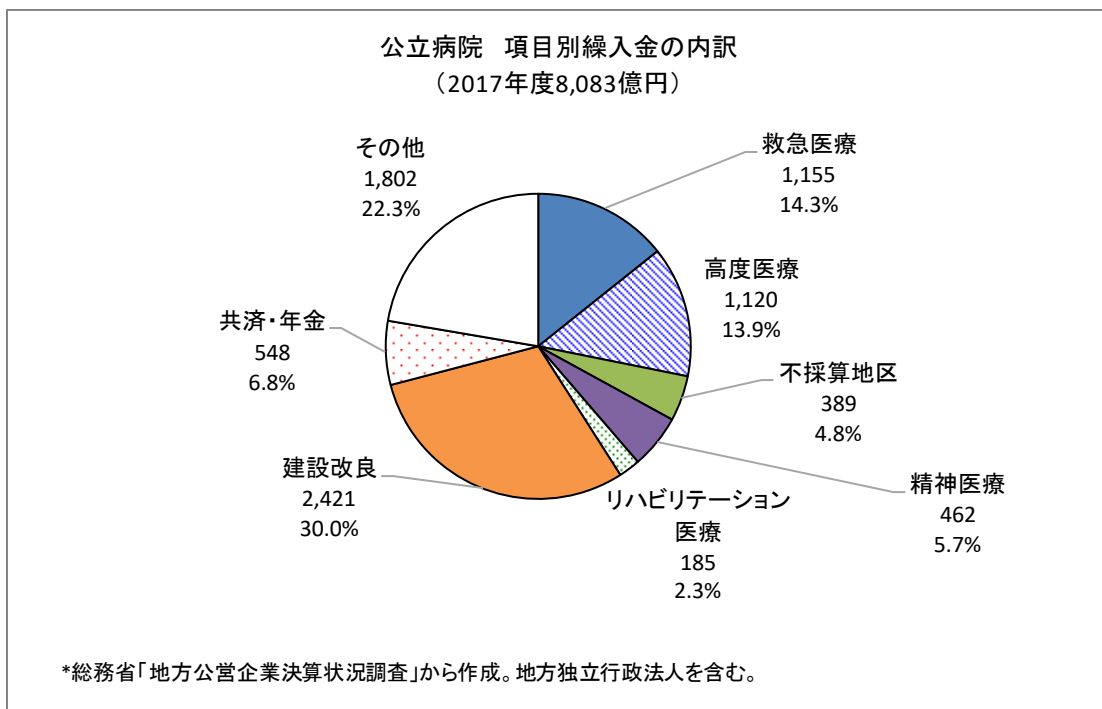
【公立病院+地方独立行政法人】		(億円)				
	2013	2014	2015	2016	2017	
収益的収入に対する繰入金	5,985	6,192	5,973	5,979	6,082	
1病院当たり繰入金	6.6	6.9	6.7	6.8	7.0	
資本的収入に対する繰入金	2,081	1,995	2,059	1,945	2,000	
合計	8,067	8,187	8,032	7,924	8,083	

\*総務省「地方公営企業決算状況調査」から作成

1 公立病院に対する繰入金のうち建設改良費（建設改良費、元金、利息）が  
2 30.0%を占める（図 3.2.3）。再検証を要請された病院が、この機会に新築移転  
3 等を検討することも想定されるので、注視する必要がある。

4  
5  
6

図 3.2.3 公立病院 繰入金の内訳（2017年度）



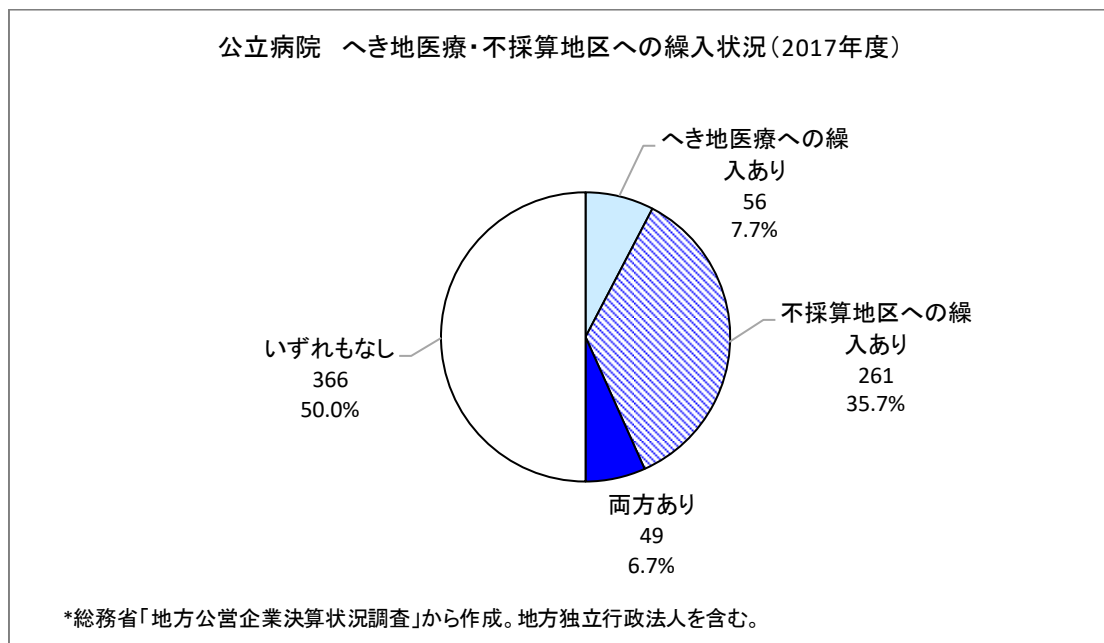
7  
8  
9  
10  
11

1 【へき地医療・不採算地区】

2 へき地医療や不採算地区に対する繰入金がある公立病院が約 4 割ある（図  
3 3.2.4）。これらの病院は、民間病院では担えない機能を担っているケースも多  
4 いと想定される。厚生労働省の機械的な分析以外の地域の実情を踏まえた協議  
5 が重要である。

6

7 図 3.2.4 公立病院 へき地医療・不採算地区への繰入状況（2017 年度）



8

9 【へき地医療繰入基準】

10 ア 地域において中核的役割を果たしている病院による巡回診療、へき地診療所  
11 等への応援医師又は代診医師の派遣及び訪問看護に要する経費等のうち、  
12 その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるも  
13 のに相当する額

14 イ 遠隔医療システムの運営に要する経費のうち、その経営に伴う収入をもつ  
15 て充てることができないと認められるものに相当する額

16 【不採算地区】

- 17 • 第 1 種：150 床未満で最寄りの一般病院まで 15 km 以上の一般病院
- 18 • 第 2 種：50 床未満で直近の国勢調査に基づく当該病院の半径 5km 以内  
19 の人口が 3 万人未満の一般病院

20



# 人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

総務省自治体戦略2040構想研究会  
第一次・第二次報告の概要(抜粋)

	人口増減率(2015年→2040年)					
	増加	±0~▲10%	~▲20%	~▲30%	~▲40%	~▲50%
100万人以上	さいたま市、川崎市、福岡市(3団体)	札幌市、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、広島市(6団体)	仙台市、神戸市(2団体)			
50~100万人	川口市、大田区、世田谷区、杉並区、板橋区、練馬区(6団体)	宇都宮市、千葉市、船橋市、江戸川区、相模原市、浜松市、岡山市、熊本市(8団体)	足立区、八王子市、新潟市、静岡市、堺市、東大阪市、姫路市、松山市、北九州市、鹿児島市(10団体)			
20~50万人	つくば市、越谷市、柏市、港区、新宿区、文京区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、渋谷区、豊島区、荒川区、調布市、西東京市、藤沢市、岡崎市(17団体)	水戸市、高崎市、伊勢崎市、太田市、川越市、上尾市、草加市、市川市、松戸市、中野区、北区、葛飾区、府中市、町田市、多摩市、大和市、金沢市、福井市、松本市、一宮市、豊田市、四日市市、大津市、豊中市、吹田市、茨木市、明石市、西宮市、倉敷市、福山市、高松市、久留米市、佐賀市、大分市、宮崎市、那覇市(36団体)	盛岡市、山形市、前橋市、所沢市、平塚市、厚木市、岡崎市、富山市、長野市、岐阜市、豊橋市、春日井市、津市、高槻市、枚方市、八尾市、尼崎市、加古川市、宝塚市、奈良市、和歌山市、松江市、徳島市、高知市、佐世保市(25団体)	旭川市、青森市、八戸市、秋田市、春日部市、市原市、横須賀市、富山市、彦根市、長崎市(12団体)	函館市(1団体)	
10~20万人	戸田市、朝霞市、三郷市、ふじみ野市、木更津市、流山市、浦安市、中央区、台東区、三鷹市、小金井市、日野市、刈谷市、安城市、東海市、草津市、浦添市、沖縄市、うるま市(19団体)	堺市、小山市、新座市、富士見市、成田市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、立川市、武蔵野市、小平市、東村山市、国分寺市、東久留米市、伊勢原市、海老名市、藤枝市、豊川市、西尾市、小牧市、稲沢市、桑名市、彦根市、和泉市、箕面市、米子市、出雲市、東広島市、廿日市市、山口市、防府市、丸亀市、筑紫野市、春日市(34団体)	苫小牧市、大崎市、土浦市、古河市、ひたちなか市、佐野市、那須塩原市、熊谷市、鴻巣市、深谷市、入間市、久喜市、坂戸市、野田市、佐倉市、我孫子市、青城市、沼津市、多摩市、鎌倉市、小田原市、桑野市、座間市、高岡市、小松市、白山市、甲府市、上田市、大垣市、多治見市、各務原市、三島市、富士宮市、磐田市、掛川市、半田市、伊勢市、松阪市、鈴鹿市、長浜市、東近江市、岸和田市、池田市、泉佐野市、伊丹市、川西市、三田市、橿原市、生駒市、鳥取市、津山市、宇部市、新居浜市、飯塚市、諫早市、別府市、都城市、鹿屋市、霧島市(59団体)	創路市、北見市、江別市、弘前市、一関市、奥州市、酒田市、取手市、筑西市、足利市、栃木市、加須市、狭山市、上越市、飯田市、沼津市、焼津市、瀬戸市、宇治市、守口市、松原市、大東市、羽曳野市、尾道市、岩国市、周南市、西条市、大牟田市、唐津市、八代市、延岡市(31団体)	石巻市、鶴岡市、日立市、羽生市、富田林市、河内長野市、門真市、今治市(8団体)	小樽市(1団体)
3~10万人	名取市、富谷市、利府町、守谷市、つくばみらい市、志木市、吉川市、伊奈町、印西市、千代田区、狛江市、稲城市、野々木市、瑞穂市、常滑市、大府市、知立市、高浜市、日進市、長久手市、幸田町、守山市、栗東市、京田辺市、木津川市、藍住町、大野城市、福津市、志免町、新宮町、船屋町、鳥栖市、合志市、大津町、菊陽町、曾野濱市、名護市、豊見城市、南城市、読谷村、南風原町(41団体)	千歳市、恵庭市、滝沢市、東根市、牛久市、鹿嶋市、さくら市、下野市、壬生町、東松山市、飯市、和光市、八潮市、白岡市、四街道市、袖ヶ浦市、白井市、国立市、東大和市、清瀬市、武蔵村山市、綾瀬市、能美市、津幡町、筑江市、甲斐市、美濃加茂市、可児市、袋井市、菊川市、長泉町、岩倉市、清須市、北名古屋市、みよし市、東郷町、扶桑町、大治町、笠江町、いなべ市、菟野町、野洲市、長岡京市、精華町、芦屋市、加東市、播磨町、香芝市、葛城市、広陵町、岩出市、総社市、府中町、下松市、筑後市、宗像市、太宰府市、古賀市、那珂川町、篠栗町、大村市、石埭市、糸満市(63団体)	菅東町、北上市、岩沼市、東松島市、柴田町、天童市、那珂市、神栖市、東海村、阿見町、上三川町、みどり市、大泉町、本庄市、福川市、蓮田市、鶴ヶ島市、三芳町、上里町、宮代町、東金市、あきる野市、瑞穂町、逗子市、奥山町、寒川町、黒部市、砺波市、射水市、かほく市、敦賀市、坂井市、南アルプス市、笛吹市、中央市、諏訪市、駒ヶ根市、茅野市、塩尻市、佐久市、東御市、安曇野市、中津川市、羽島市、島田市、御殿場市、裾野市、湖西市、清水町、碧南市、蒲郡市、犬山市、江南市、如多市、尾張旭市、豊明市、大原市、弥富市、あま市、東浦町、武豊町、亀山市、近江八幡市、甲賀市、湖南市、福知山市、向日市、貝塚市、揖保市、藤井寺市、大阪狭山市、小野市、稻美町、太子町、田原本町、瀬戸内市、赤松市、香通寺市、東温市、松前町、香南市、直方市、行橋市、小郡市、糸島市、宇美町、岡垣町、武雄市、小城市、神埼市、長与町、宇土市、益城町、中津市、由布市、始良市、宮古島市、西原町(98団体)	越前市、伊達市、北広島市、石狩市、十和田市、三沢市、むつ市、花巻市、久慈市、紫波町、塩竈市、角田市、多賀城市、登米市、亶理町、米沢市、寒河江市、南陽市、石岡市、結城市、雫ヶ崎町、下妻市、常総市、笠間市、坂東市、かすみがうら市、銚田市、小美玉市、茨城町、鹿沼市、真岡市、大田原市、館林市、葛岡市、富岡市、安中市、玉村町、行田市、秩父市、飯能市、羽生市、北本市、幸手市、日高市、杉戸町、松伏町、館山市、茂原市、旭市、鴨川市、君津市、八街市、富里市、大網白里市、羽村市、南足柄市、大磯町、三条市、新発田市、見附市、燕市、阿賀野市、南魚沼市、胎内市、魚津市、清川市、小矢部市、七尾市、越前市、高土吉田町、山梨市、北杜市、須坂市、小諸市、伊那市、中野市、千曲市、高山市、関市、瑞浪市、恵那市、土岐市、本巣市、郡上市、伊豆の国市、西尾町、津島市、愛西市、名張市、高島市、米原市、亀岡市、八幡市、泉大津市、高石市、泉南市、四條畷市、交野市、藤取町、相生市、豊岡市、赤穂市、西脇市、高砂市、加西市、篠山市、丹波市、たつの市、淡路市、大和郡山市、天理市、櫻井市、橋本市、田辺市、紀の川市、倉吉市、境港市、浜田市、益田市、真庭市、浅口市、三原市、三次市、光市、山陽小野田市、鳴門市、小松島市、阿南市、坂出市、三光市、伊予市、四国中央市、南国市、四万十市、田川市、荏田町、伊万里市、島原市、荒尾市、玉名市、山鹿市、菊池市、宇城市、宇佐市、小林市、日向市、出水市、薩摩川内市、日南市、志布志市(150団体)	室蘭市、岩見沢市、滝川市、登別市、北斗市、墨石市、稚内市、五所川原市、平川市、宮古市、大船渡市、釜石市、白川市、栗原市、横手市、大館市、鹿角市、由利本荘市、弘前市、大館市、新庄市、上山市、常陸太田市、北茨城市、紫波町、大宮市、新庄市、新庄市、行方市、日光市、三浦市、匝瑛市、香取市、山武市、いすみ市、福生市、三浦市、愛川町、柏崎市、小千谷市、十日町市、村上市、糸魚川市、妙高市、五泉市、魚沼市、水見市、南砺市、加賀市、大野市、都留市、蕨崎市、里市、岡谷市、下呂市、熱海市、伊東市、御前崎市、牧之原市、新城市、伊賀市、舞鶴市、綾部市、城陽市、京丹後市、丹波市、柏原市、阪南市、洲本市、三木市、南あわじ市、朝来市、淡路市、大和高田市、海南市、大田市、宇陀市、新見市、萩市、長門市、東かがわ市、宇和島市、八幡浜市、喜多郡、平戸市、対馬市、五島市、南島原市、南さつま市(27団体)	

※人口は2015年時点 ※下線(赤字)は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み(緑文字)は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。  
※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリ

※ 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(H30.3)」から作成  
※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としている。



# 人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

総務省自治体戦略2040構想研究会  
第一次・第二次報告の概要(抜粋)

		人口増減率(2015年→2040年)									
		増加	±0~ ▲10%	▲10%~ ▲20%	▲20%~ ▲30%	▲30%~ ▲40%	▲40%~ ▲50%	▲50%~ ▲60%	▲60%~ ▲70%	▲70%~	
1~3万人	吉岡町、滑川町、開成町、御代田町、南箕輪村、豊山町、大口町、阿久比町、朝日町、川越町、愛荘町、北島町、宇多津町、須志町、恩納町、金武町、北谷町、北中城村、中城村、与那原町、八重瀬町(21団体)	東神楽町、矢野町、大和町、一宮町、聖籠町、内灘町、根元町、松東村、明和町、千代田町、長生村、日の出町、大井町、富士河口湖町、根井沢町、高森町、笠松町、大野町、池田町、吉田町、明和町、大山崎町、島本町、忠岡町、王寺町、有田川町、上富田町、湯梨浜町、海田町、石井町、多度津町、遠賀町、大刀洗町、大木町、広川町、基山町、時津町、波佐見町、佐々町、日出町、本部町(40団体)	幕別町、中標津町、六戸町、おいらせ町、大河原町、高根町、松東村、明和町、千代田町、長生村、日の出町、大井町、富士河口湖町、根井沢町、高森町、笠松町、大野町、池田町、吉田町、明和町、大山崎町、島本町、忠岡町、王寺町、有田川町、上富田町、湯梨浜町、海田町、石井町、多度津町、遠賀町、大刀洗町、大木町、広川町、基山町、時津町、波佐見町、佐々町、日出町、本部町(40団体)	七飯町、似知安町、芽室町、別海町、六ヶ所村、陸上町、金ヶ崎町、村田町、七ヶ浜町、山辺町、八千代町、境町、益子町、市貝町、野木町、甘藷町、板倉町、邑楽町、嵐山町、美里町、酒々井町、横芝光町、二宮町、立山町、小浜市、勝山市、あわら市、永平寺町、高浜町、若狭町、富士見町、其輪町、松川町、小布施町、垂井町、神戸町、安八町、川辺町、御嵩町、森町、東員町、多気町、日野町、童玉町、久御山町、太子町、河南町、斑鳩町、御坊市、白浜町、北米町、南都町、伯耆町、矢掛町、笠野町、大竹市、安芸高田市、熊野町、北広島町、田布施町、平生町、東みよし町、三木町、綾川町、まんのう町、砥部町、香美市、豊前市、宮若市、水巻町、桂川町、鹿島市、鏡野市、みやき町、有田町、川棚町、阿蘇市、長洲町、南阿蘇村、御船町、早依町、鏡町、豊後高田市、高輪町、新富町、門川町、屋久島町(87団体)	名寄市、富良野市、長沼町、栗山町、美瑛町、上富良野町、美幌町、斜里町、遠軽町、釧路町、藤崎町、鶴田町、野辺地町、東北町、五戸町、南部町、遠野市、陸前高田市、二戸市、雫石町、大館町、蔵王町、山元町、松島町、加美町、清谷町、美里町、美郷町、村山市、長井市、中山町、河北町、高島町、白鷹町、庄内町、高秋市、潮来市、城里町、那須烏山市、芳賀町、那須町、中之条町、越生町、川島町、吉見町、鳩山町、神川町、茅町、東庄町、松田町、箱根町、湯河原町、加茂市、田上町、津南町、上市町、入善町、羽咋市、中能登町、南越前町、越前町、富士川町、大町市、佐久穂町、下諏訪町、辰野町、木曾町、坂城町、飯綱町、美濃市、山県市、飛騨市、養老町、小山市、美浜町、紀宝町、上野野町、養父市、市川町、神河町、新温泉町、平群町、河合町、大淀町、有田市、新宮市、かつらぎ町、みなべ町、岩美町、八頭町、琴浦町、大山町、江津市、邑南町、隠岐の島町、美作市、和気町、美咲町、吉備中央町、世羅町、美祿市、坂野町、上板町、土庄町、内子町、安芸市、土佐市、宿毛市、佐川町、四万十町、うきは市、鞆手町、福智町、みやこ町、築上町、多久市、白石町、松浦市、巻崎市、西海市、水俣市、氷川町、あさぎ町、玖珠町、国富町、川南町、都農町、高千穂町、枕崎市、西之表市、いちき串木野市、さつま町、長島町、徳之島町(134団体)	留萌市、紋別市、土別市、根室市、砂川市、深川市、当別町、八雲町、岩内町、余市町、白老町、日高町、浦河町、新ひだか町、平内町、板柳町、七戸町、三戸町、八幡平市、岩手町、山田町、洋野町、一戸町、丸森町、南三陸町、にかほ市、仙北市、三好町、羽後町、尾花沢市、川西町、遊佐町、大洗町、大子町、美酒村、利根町、塩谷町、那珂川町、東吾妻町、みなかみ町、とががわ町、磐野町、小島野町、勝浦市、多古町、九十九里町、白子町、山北町、輪島市、志賀町、宝達志水町、大月市、上野原市、市川三郷町、飯山市、山ノ内町、揖斐川町、八百津町、下田市、南知多町、鳥羽市、熊野市、紀北町、宮津市、京丹波町、豊能町、能勢町、岬町、多可町、上郡町、佐用町、香美町、御所市、上牧町、湯浅町、那智湯浦町、串本町、奥出雲町、竹原市、江田島市、三好市、小豆島町、鬼北町、愛南町、須崎市、土佐清水市、いの町、黒瀬町、戸塚町、香春町、川崎町、上天草市、美里町、和歌山、山都町、若北町、津久喜市、竹田市、国東市、串間市、えびの市、阿久根市、垂水市、伊佐市、湧水町、大崎町、肝付町(107団体)	美唄市、芦別市、赤平市、森町、饒々沢町、南伊勢町(1団体)	南伊勢町(1団体)			
	御蔵島村、川北町、日吉津村、久山町、宜野座村(5団体)	二セコ町、舟橋村、忍野村、山形村、豊郷町、田尻町、日高町、上峰川村、輪之内町、嘉島町、今帰仁村、竹富町(12団体)	東川町、鹿追町、中札内村、更別村、小笠原村、羽羽村、鳴沢村、川上村、原村、宮田村、松川村、輪之内町、富加町、和木町、西原村、鏡町、熊鷹大東村、北大東村、与那国町(21団体)	鷹栖町、西興部村、厚真町、新冠町、土幌町、清水町、大樹町、鶴田町、大鶴村、色麻町、三川町、端恋村、高山村、川場村、昭和村、陸奥町、新島村、清川村、弥彦村、湯沢町、西桂町、山中湖村、中川村、下條村、豊丘村、池田町、白馬村、高山村、坂祝町、白川村、飛島村、宇治田原町、川西町、海士町、西粟倉村、芸西村、吉富町、上毛町、玉東町、木城町、十島村、喜界町、天城町、和泊町、与論町、大宜味村、東村、座間味村、粟国村、伊平屋村、伊是名村(51団体)	新篠津村、鹿部町、今金町、黒松内町、真狩村、留寿都村、共和町、泊村、仁木町、月形町、新十津川町、当麻町、中富良野町、南富良野町、猿払村、幌延町、小清水町、訓子府町、大空町、豊浦町、杜若町、安平町、上土幌町、新得町、浜中町、標茶町、標津町、田舎館村、横浜町、東通村、平泉町、川崎町、大郷町、大湯村、大江町、金山町、五霞町、横濱町、長瀬町、神崎町、芝山町、長柄町、御宿町、大島町、利島村、神津島村、三宅村、青ヶ島村、中井町、出雲崎町、粟島浦村、美浜町、おおい町、道志村、南牧村、立科町、青木村、飯島町、阿智村、平谷村、亮木村、泰阜村、喬木村、木祖村、大桑村、麻績村、生坂村、朝日村、木島平村、南伊豆町、松崎町、木曾岬町、度会町、御浜町、甲良町、多賀町、井手町、安堵町、高取町、明日香村、広川町、美浜町、印南町、日高川町、太地町、三朝町、吉賀町、西ノ島町、新庄村、義義町、久米南町、直島町、琴平町、北川村、本山町、土佐町、標原町、糸田町、大任町、赤村、玄海町、大町町、東彼杵町、南関町、南小国町、産山村、高森町、水上村、九重町、高原町、東串良町、中種子町、宇津村、瀬戸内町、伊仙町、知名町、國頭村、伊江村、久米島町、多良間村(120団体)	知内町、長万部町、江差町、厚沢部町、寿都町、蘭越町、喜茂別町、京極町、赤井川村、南幌町、赤井江町、由仁町、清田町、秩父別町、雨竜町、北章町、比布町、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、小平町、羽幌町、遠別町、天塩町、浜頓別町、枝幸町、豊富町、清里町、置戸町、佐呂間町、湧別町、興部町、雄武町、洞爺湖町、平取町、えりも町、広尾町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町、厚岸町、弟子屈町、羅臼町、蓬田村、西目屋村、大間町、田子町、新郷村、住田町、岩泉町、田野畑村、善代村、軽米町、野田村、九戸村、女川町、五城目町、八郎潟町、井川町、東成源村、西川町、朝日町、大石町、最上町、舟形町、大蔵村、戸沢村、飯盛町、河内町、長野原町、草津町、片品村、東秩父村、長南町、大多喜町、銀南町、八丈町、真鶴町、関川村、池田町、小海町、南相木村、北相木村、長和町、阿南町、上松町、南木曾町、王滝村、筑北村、小谷村、野沢温泉村、信濃町、小川村、栄村、関ヶ原町、七宗町、東白川村、河津町、川根本町、設楽町、東葉町、大台町、大紀町、山添村、三宅町、古座川町、北山村、智頭町、江府町、飯南町、川本町、美郷町、津和野町、知夫村、安芸太田町、大崎上島町、神石高原町、勝浦町、佐那河内村、美波町、上島町、松野町、秦半利町、田野町、中土佐町、越知町、日高村、津野町、三原村、小竹町、東峰村、漆田町、太良町、小国町、津奈木町、多良木町、湯前町、相良村、山江村、若北町、西米良村、三島村、南種子町、大和村、渡名喜村(149団体)	三笠市、上ノ国町、乙部町、奥尻町、せたな町、島牧村、神恵内村、古平町、妹背牛町、沼田町、愛別町、上川町、占冠村、音威子府村、中川町、幌加内町、増毛町、苫前町、初山別村、中頓別町、礼文町、利尻町、利尻富士町、津別町、滝上町、積丹町、かわ町、様似町、白糠町、外ヶ浜町、深浦町、大鶴町、風間浦村、佐井村、葛巻町、西和賀町、七ヶ宿町、小坂町、上小阿仁村、藤里町、八峰町、真室川町、鮭川村、小国町、上野村、下仁田町、檜原村、奥多摩町、穴水町、早川町、南部町、小菅村、根羽村、大鹿村、白川町、西伊豆町、豊根村、笠高町、和東町、南山城村、伊根町、千早赤阪村、曾南村、吉野町、三津川村、下北山村、紀美野町、九度山町、高野町、由良町、すさみ町、若桜町、日南町、日野町、阿武町、上勝町、神山村、那賀町、幸岐町、海陽町、つるぎ町、久万高原町、伊方町、東洋町、安田町、馬路村、大川村、仁淀川町、大月町、小値賀町、五木村、珠蔭村、堀島村、諸塚村、椎葉村、美郷町、日之影町、五ヶ瀬町、錦江町、南大隅町(99団体)	夕張市、川上村(1団体)	夕張市、川上村(1団体)		

※人口は2015年時点 ※下線(赤字)は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み(緑文字)は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。

※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリ

※ 国立社会保険・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30.3)」から作成  
※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としている。