

# 日医総研ワーキングペーパー

## 病床数の地域差の背景と課題

No. 380

2017年5月24日

日本医師会総合政策研究機構



## 病床数の地域差の背景と課題

日本医師会総合政策研究機構（日医総研） 前田由美子

公益社団法人日本医師会 地域医療第1課

## キーワード

- ◆ 病床数
- ◆ 人口 10 万対病床数
- ◆ 都道府県（地域差）
- ◆ 病床利用率
- ◆ 平均在院日数

## ポイント

- ◆ 病院病床数は、1985 年に第 1 次医療法改正でいわゆる病床規制が敷かれるまで増え続けた。公立病院を含む公的医療機関の濫立はそれ以前から問題視されていたが、抑制にはいたらなかった。
- ◆ 人口 10 万対病床数は「西高東低」であることはよく知られているが、そもそもはそうではなく、高度経済成長期の人口移動を経て形成された。人口 10 万対病床数が多い県では、中小病院が多く、また中小病院が多い県では民間病院が多い。大規模病院であれば一部ダウンサイジングで対応可能である場合でも、中小民間病院では病院（組織）そのものの淘汰になりかねないので、慎重な調整が必要である。
- ◆ 公立病院は、① 公費が投入されていること、② 「新公立病院改革ガイドライン」で地域医療構想と統合的な改革を求めていること、③ 施設の除却経費等に対する地方交付税措置があること、④ 需要の変化にあわせて適正化してこなかったところもあることから、民間病院と公立病院が競合する地域では公立病院の病床機能の転換等を優先すべきである。
- ◆ 病床数が多い地域は病院従事者が多く、地域の雇用を支えている。病床機能の転換等による雇用の現場の混乱（特に転退職）や地方経済に与える影響の大きさも考慮しておく必要がある。
- ◆ 地域医療構想が目指す自主的な収れんを危ぶむ意見もあるが、これまでも事業環境の変化に対応して一定の収れんが進んできた。地域医療構想は収れんを後押しするものとなるだろう。



## 目 次

1.	はじめに .....	1
2.	これまでの病床数の推移 .....	2
2.1.	病床種類別.....	2
2.2.	開設者別.....	4
2.3.	都道府県別.....	6
3.	現在の病床数など .....	12
3.1.	都道府県別.....	12
3.2.	病床利用率.....	14
4.	今後の課題（まとめ） .....	16
4.1.	病床数のこれまでと収れんにむけて.....	16
4.2.	地方経済に与える影響.....	20
5.	付表（都道府県別データ） .....	22
5.1.	病床数と人口の変化.....	22
5.2.	中小病院および民間病院の比率（2015年） .....	23
5.3.	一般病院従事者数.....	24
6.	参考資料 .....	25



## 1. はじめに

2014年6月18日に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（医療介護総合確保推進法）が成立し、改正医療法に地域医療構想が位置づけられた。地域医療構想は医療計画の一部として都道府県が策定するものであり、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等に基づく、当該構想区域における将来の医療提供体制についての構想である。

2015年3月31日に厚生労働省から発出された「地域医療構想策定ガイドライン」を参考に、全都道府県で策定を終了した。

地域医療構想は、不足している病床機能を充足する仕組みである。2025年度の病床の必要量を見つつ、各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を通じて、病床機能が次第に収れんされていくことを目指している<sup>1</sup>。地域医療構想に病床削減の強制力はない<sup>2</sup>。しかし、一部では「病床〇〇床削減」といった誤った理解にもとづく報道や<sup>3</sup>、自主的な収れんの実効性を疑問視する報道もある。

このように、「これからの」病床数をめぐってさまざまな不安が渦巻いている。そこで、本稿では「これまでの」病床数の推移を振り返り、その背景を考察した上で、今後の自主的な収れんの可能性と課題について検討する。

---

<sup>1</sup> 「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」地域医療構想策定ガイドライン 26頁  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000088510.pdf>

<sup>2</sup> 都道府県は公的医療機関等に対して、稼動していない病床の削減を命令することができるが、これは、2014年6月の医療法改正以前から同じである。

<sup>3</sup> 2015年6月18日に厚生労働省医政局地域医療計画課長から都道府県に対し、「我が県は〇〇床削減しなければならない」といった誤った理解とならないようにお願いします」という文書が発出された。

## 2. これまでの病床数の推移

### 2.1. 病床種類別

病院病床数は1945年に3万床に減少したが、1946年には16万床に回復した。1952年から1958年までは結核病床が一般病床を上回った（図 2.1.1）。

1985年、第1次医療法改正で二次医療圏ごとに基準病床数（当時は必要病床数）が設定された（いわゆる病床規制）。改正医療法施行までの間「駆け込み増床」が見られたが、それ以前も病床数は拡大を続けており、

- ・1950年に医療法人制度が施行されたこと
- ・1951年に国庫補助の対象が公立病院から公的医療機関に拡大したこと

などが指摘されている<sup>4</sup>。高度経済成長期（1950年代半ば～1970年代前半）にあつて、診療報酬のプラス改定が続いたことも追い風になった（図 2.1.2）。

1993年には療養型病床群が創設された。そして2000年の介護保険制度の施行によって指定介護療養型医療施設（以下、介護療養病床）が、2001年の医療法改正によって療養病床が創設された。

1994年から2005年まで一般病床から療養型病床群へ、そしてその後の療養病床への転換が進んだが、2006年の医療制度改革関連法で、療養病床のうち介護療養病床は2011年度末での廃止が決まったことから、2006年以降は一般病床から療養病床への転換は見られず、療養病床は微減である。その後、2011年の健康保険法等の一部を改正する法律により介護療養病床の廃止・転換期限は2017年度末まで延長された（このあと介護医療院の創設に伴いさらに6年間延長）<sup>5</sup>。

---

<sup>4</sup> 「平成19年版 厚生労働白書」第1章 我が国の保健医療をめぐるこれまでの軌跡を参考に記載。  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/>

<sup>5</sup> 「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～に関する参考資料」（2016年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会）を参考に記載。  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000110607.pdf>



図 2.1.1 病院病床数の推移

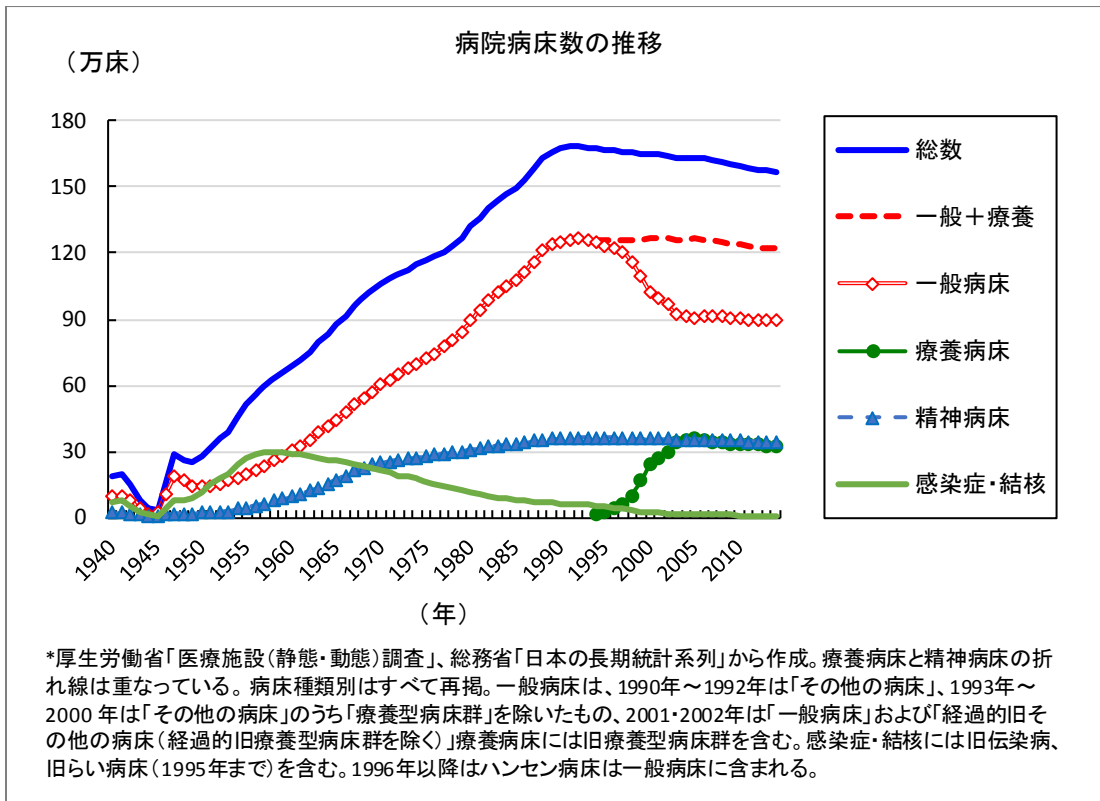
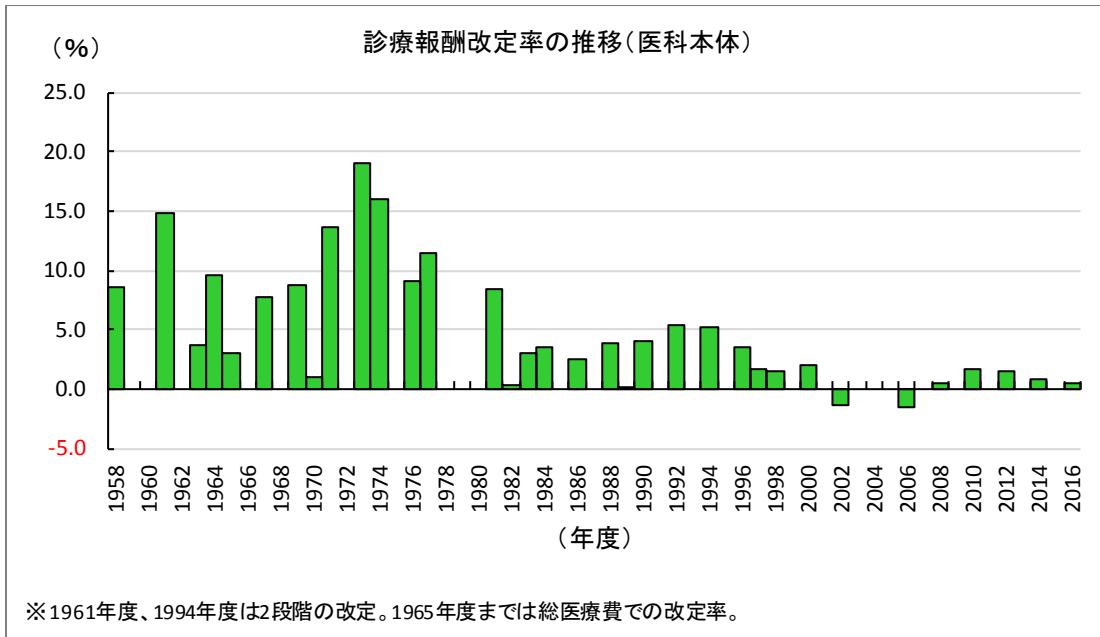


図 2.1.2 診療報酬改定率の推移(医科本体)



## 2.2. 開設者別

病院病床数のうち、民間病院（医療法人、個人）は、1967年に国公立（国・都道府県・市町村）を上回り、1988年（医療法改正は1985年）に病床規制が導入されるまで大幅に拡大した。

公立病院については、1956年の社会保障制度審議会の勧告では、私的医療機関を含めた医療機関網の整備の重要性を指摘する一方で、公立病院を含む公的医療機関の濫立が問題視され<sup>6</sup>、1962年の医療法改正で公的病院への病床規制が導入された。これ以降、都道府県は公的医療機関等の開設者に対して、病床過剰地域における病院の開設、病床の増加、病床の種別の変更の許可を与えないことができるようになった（民間病院も対象とする病床規制の導入は1985年の医療法改正）。

公的医療機関等への病床規制導入もむなしく、公立病院の病床は増加をつづけた。2007年に「経済財政改革の基本方針2007について」が公立病院改革を求めたことから<sup>7</sup>、総務省はようやく公立病院の再編・ネットワーク化の方向性を打ち出す<sup>8</sup>。そして総務省は、2015年には「新公立病院改革ガイドライン」を策定し、地域医療構想と統合的な改革を求めている<sup>9</sup>。

厚生労働省が開設する旧国立病院・国立療養所は、1981年がピークであり、その後1986年の「国立病院・療養所の再編成計画」、1999年の再編成計画の見直しにより、統廃合および経営移譲が進められている。

---

<sup>6</sup> 「平成19年版 厚生労働白書」第1章 我が国の保健医療をめぐるこれまでの軌跡から抜粋。

<sup>7</sup> 「経済財政改革の基本方針2007について」2007年6月19日 閣議決定

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/070619kettei.pdf>

「総務省は、平成19年内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す。」

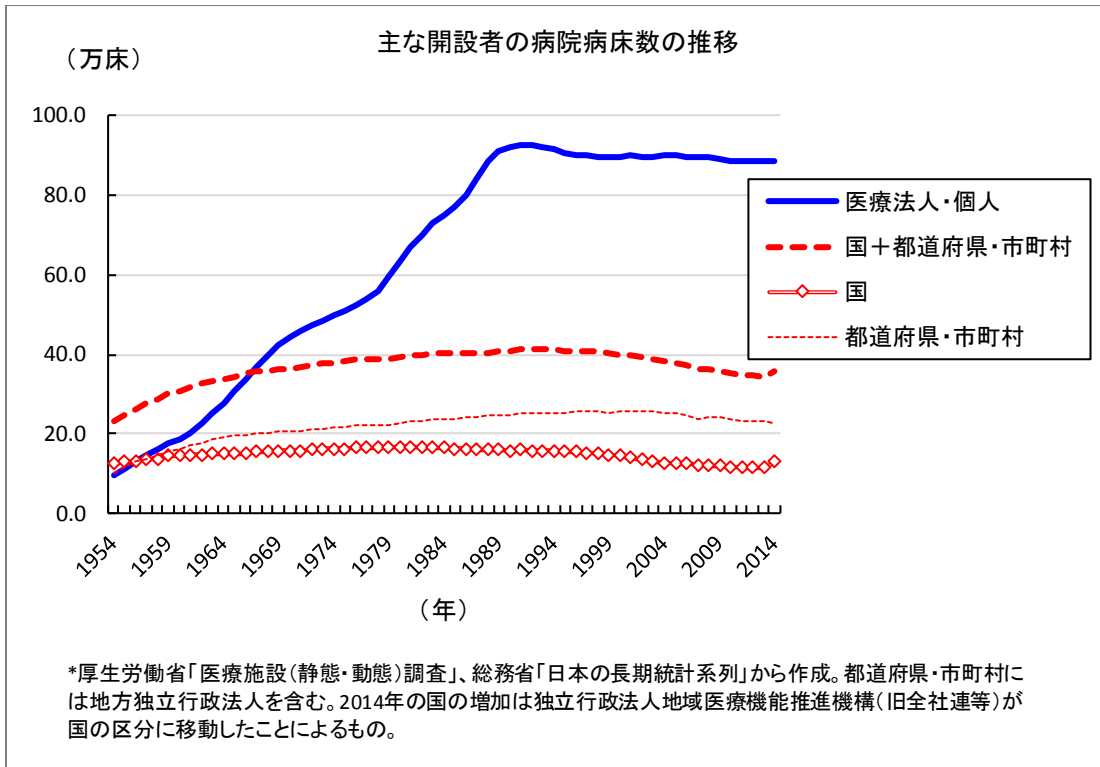
<sup>8</sup> 総務省「公立病院改革ガイドライン」2007年12月24日付総務省自治財政局長通知

[http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/191225\\_guideline.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/191225_guideline.pdf)

<sup>9</sup> 「新公立病院改革ガイドライン」2015年3月31日付総務省自治財政局長通知

[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000350493.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000350493.pdf)

図 2.2.1 主な開設者の病院病床数の推移



## 2.3. 都道府県別

都道府県別の病床数は、精神病床を除く人口 10 万対病床数（有床診療所を含む）で見ていく。1951 年<sup>10</sup>、1975 年（高度経済成長が終わった直後）、2015 年（現在）に注目する。

最初に全国の値を示すと、精神病床を除く病床（有床診療所を含む）は 1951 年 38 万床、1975 年 115 万床、2015 年 134 万床、人口は 1951 年 85 百万人、1975 年 112 百万人、2015 年 127 百万人である（図 2.3.1）<sup>11</sup>。1951 年から 1975 年にかけて病床数は 3.0 倍、人口は 1.3 倍である。

人口 10 万対病床数は 1951 年 447 床、1975 年 1,027 床、2015 年 1,052 床である（図 2.3.2）。

---

<sup>10</sup> これ以前はデータを確保できなかった。

<sup>11</sup> 1951 年には沖縄県は含まれていない。

図 2.3.1 病床数と人口の推移

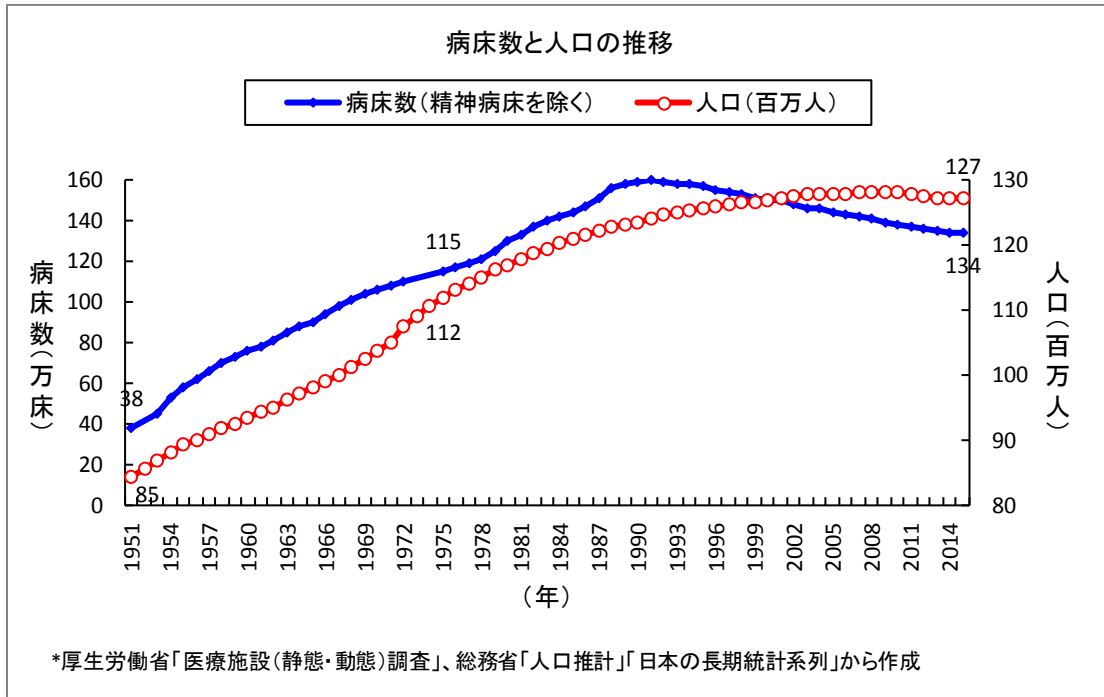
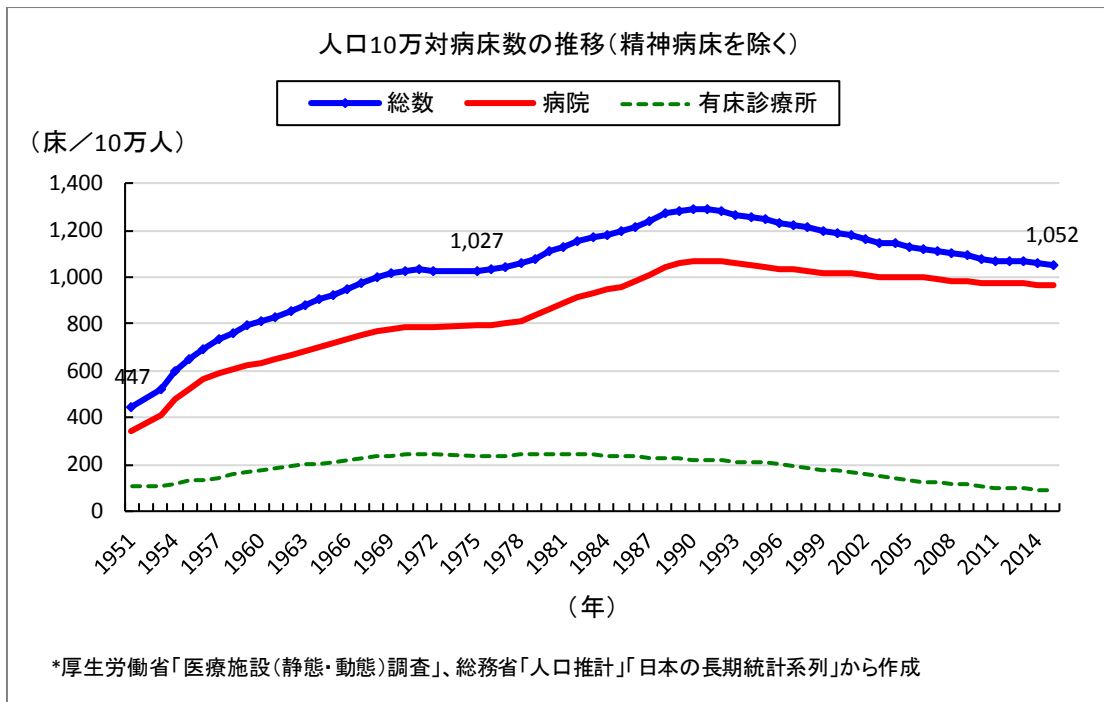


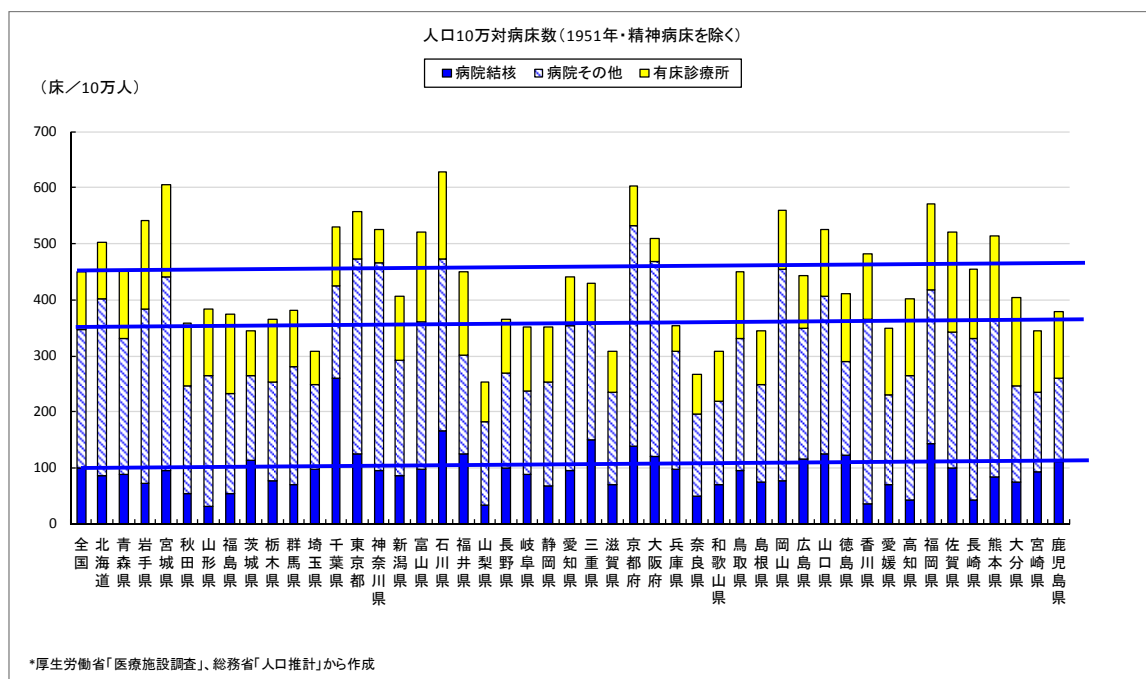
図 2.3.2 人口10万対病床数の推移(精神病床を除く)



現在、人口 10 万対病床数は「西高東低」であるが、1951 年当時の人口 10 万対病床数にその傾向はない。都市近郊（千葉県・東京都・神奈川県、京都府・大阪府）で高く、このほか全国平均を上回っている石川県<sup>12</sup>、福岡県では結核病床が多い。旧らい療養所の病床割合が高い岡山県（3 割弱）、熊本県（約 2 割）も全国平均以上である（図 2.3.3）。

1975 年の人口 10 万対病床数は「西高東低」である。「西高東低」は高度経済成長期を経てその土台ができたといえよう（図 2.3.4）。そして現在（2015 年）、「西高東低」はより顕著になっている（図 2.3.5）。

図 2.3.3 人口 10 万対病床数（1951 年・精神病床を除く）



<sup>12</sup> 田中（1966）は、石川県はかつて結核王国と呼ばれていたとして、繊維工業を始めとする中小零細企業の結核検診に着目した分析を行っている。

<http://dSPACE.lib.kanazawa-u.ac.jp/dSPACE/bitstream/2297/13851/1/AN00044397-074-024.pdf>

図 2.3.4 人口10万対病床数（1975年・精神病床を除く）

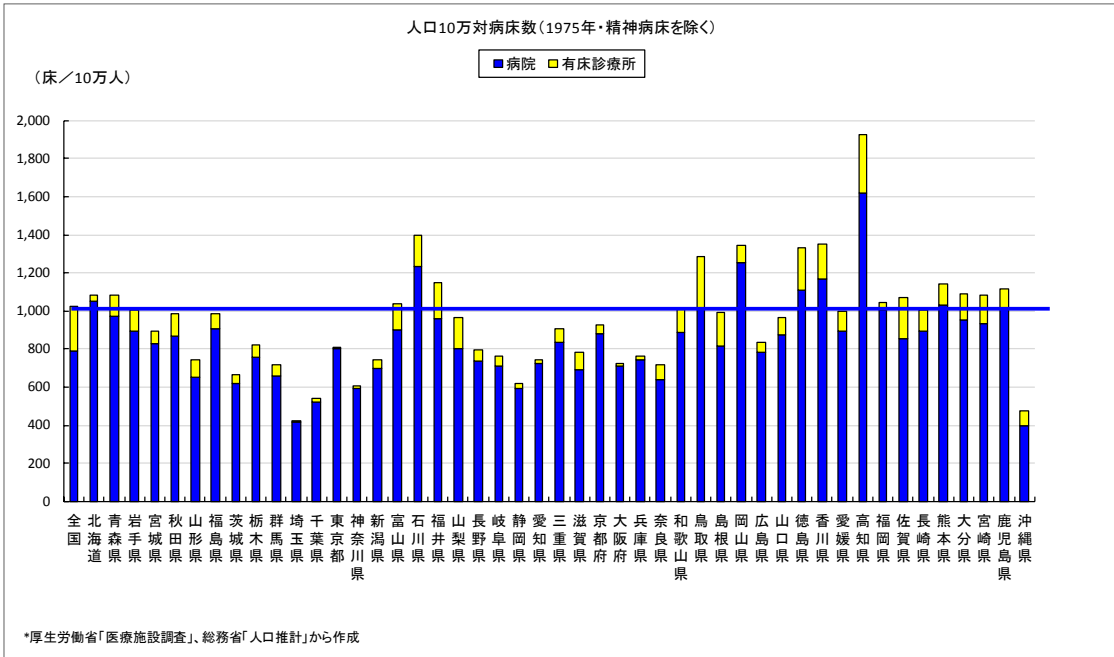
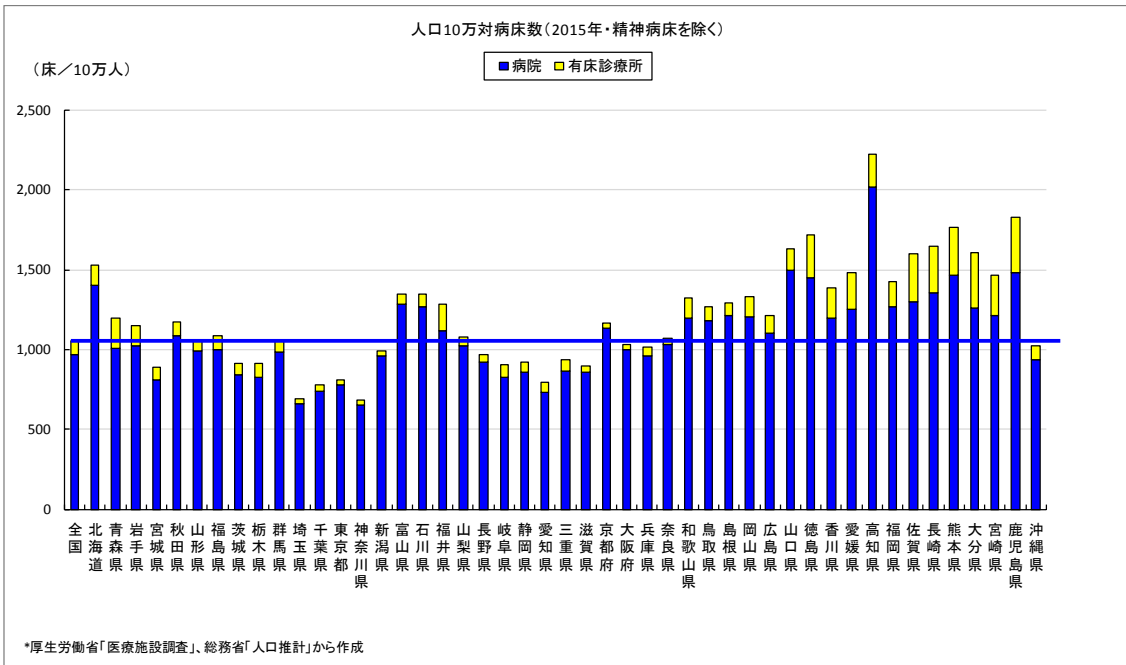


図 2.3.5 人口10万対病床数（2015年・精神病床を除く）



では、なぜ 1951 年から 1975 年にかけて人口 10 万対病床数は「西高東低」になったのであろうか。高度経済成長期には地方から都市部へ人口が流出し、人口が減少した地域もあった。そして人口が減少したにもかかわらず、西日本を中心に病床数が全国平均以上かそれに近い伸びを示した県があった（図 2.3.6）。

高知県では、人口減の中で 1951 年から 1975 年にかけて病床数が 4.8 倍に膨らんだが、川内（2016）は、「昭和 40 年から 45 年にかけては全国的に『いざなぎ景気』と呼ばれる好景気の時代であり、第 2 次産業が脆弱な高知県では、労働力人口が集中した高知市を中心に（略）、医療機関が主な投資先となって病床数、病院数が増加した」と述べている。

1975 年から 2015 年にかけては、東日本の関東地方を中心にさらに人口が増加して人口 10 万対病床数が低下し、「西高東低」の差が拡大した（図 2.3.7）。

※都道府県別の数値は巻末付表参照



図 2.3.6 人口の伸びと病床数の伸び（1951→1975年・精神病床を除く）

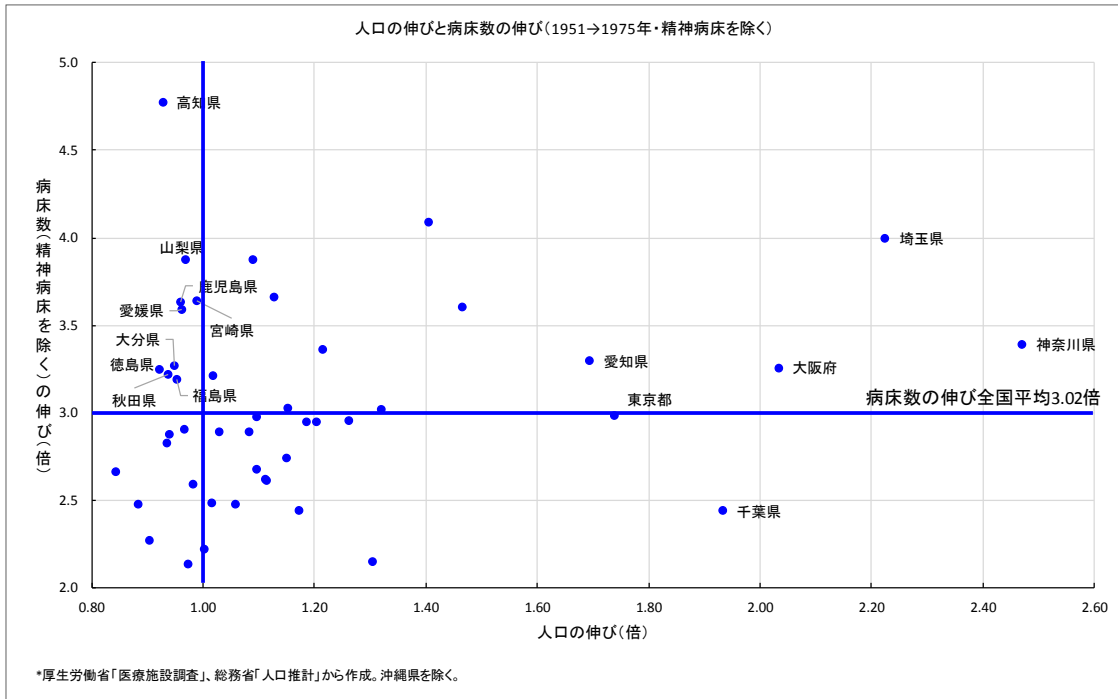
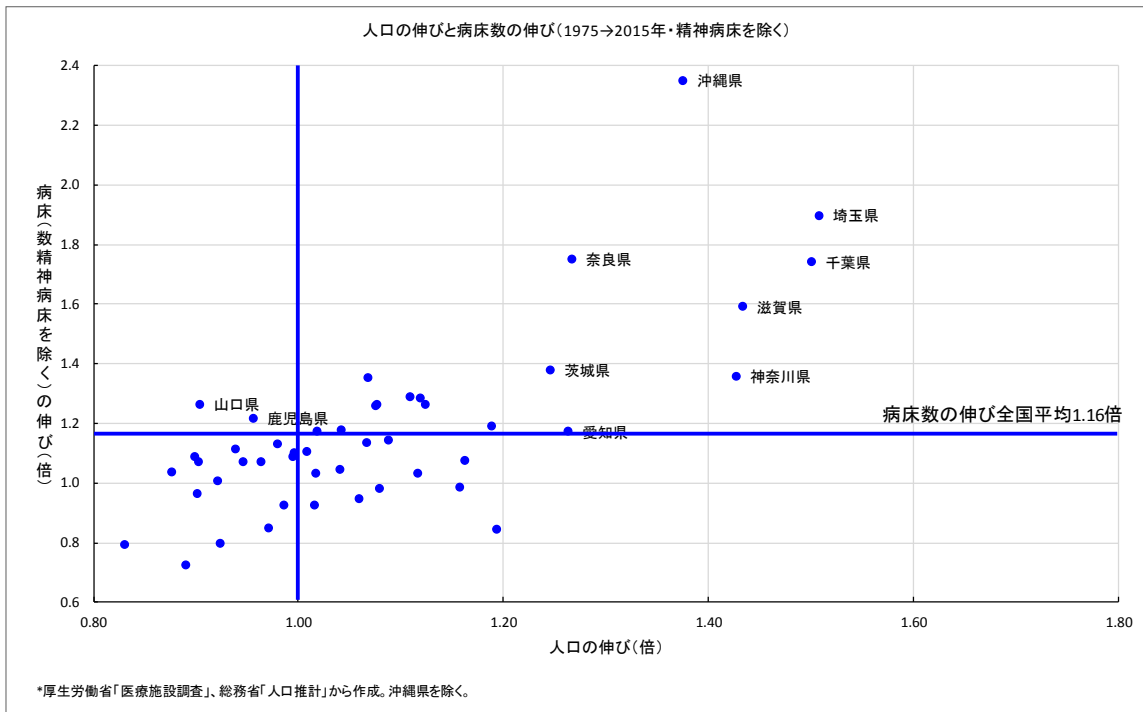


図 2.3.7 人口の伸びと病床数の伸び（1975→2015年・精神病床を除く）



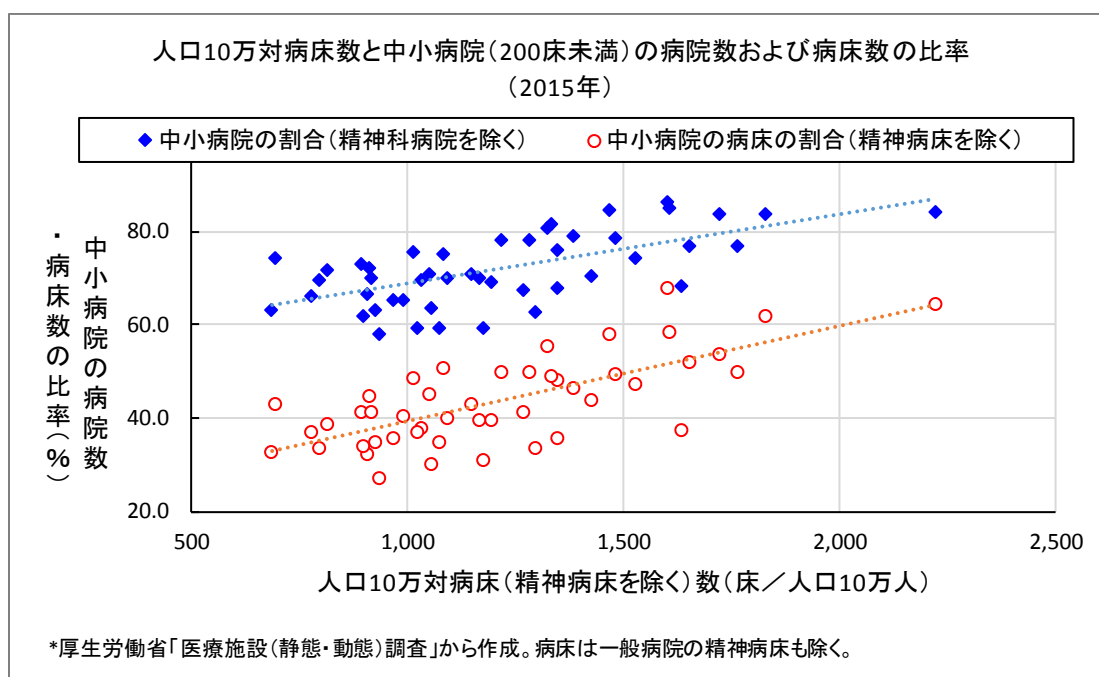
### 3. 現在の病床数など

#### 3.1. 都道府県別

都道府県別の病床数の地域差について、泉田（2003）は「人口当たり病床数が多い地域の特徴として、中小病院数の比率が高いことが指摘できる」と述べている。ここでは中小病院の比率に加え中小病院の病床の比率も比較したが（精神病床を除く）、人口 10 万対病床数と中小病院の病院数および中小病院の病床数の比率は正の相関があった（相関係数はそれぞれ 0.642、0.712。いずれも 1% 水準で有意）（図 3.1.1）。

中小病院の多くは民間病院によって開設されており、中小病院と民間病院の病床数の比率にも相関があった（相関係数 0.517。1%水準で有意）（図 3.1.2, 図 3.1.3）<sup>13</sup>。

図 3.1.1 人口 10 万対病床数と中小病院（200 床未満）の病院数および病床数の比率（2015 年）



<sup>13</sup> なお、人口 10 万対病床数（精神病床を除く）と民間病院の病院数または病床数の比率との間にはあまり相関は見られなかった。

図 3.1.2 中小病院（200床未満）と民間病院（医療法人・個人）の病床数の比率  
（2015年・精神病床を除く）

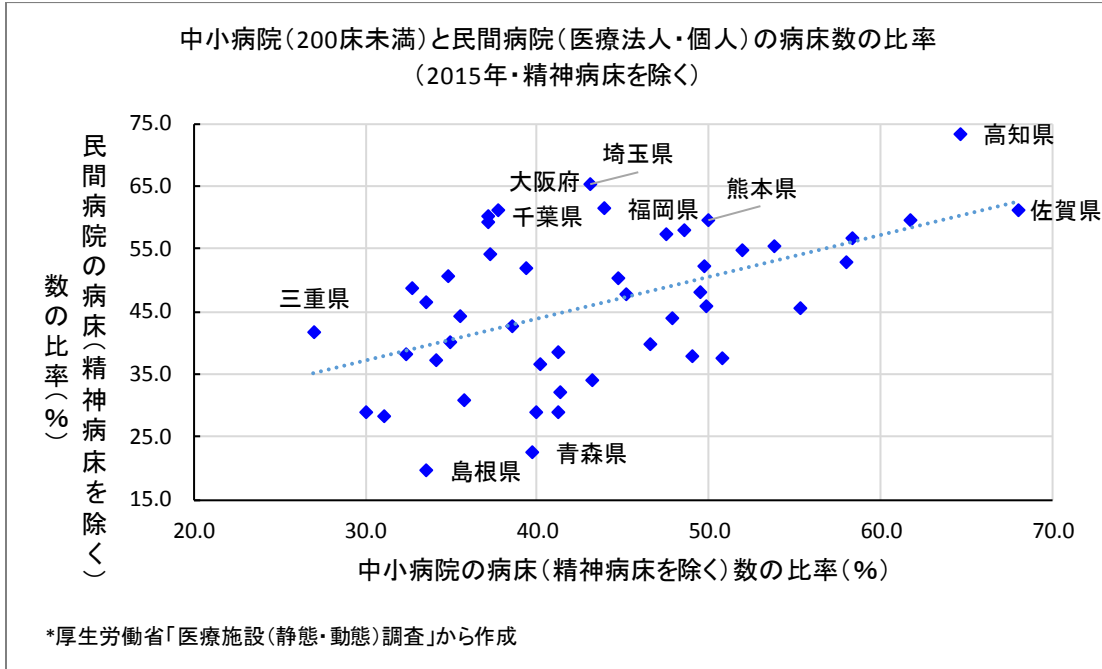
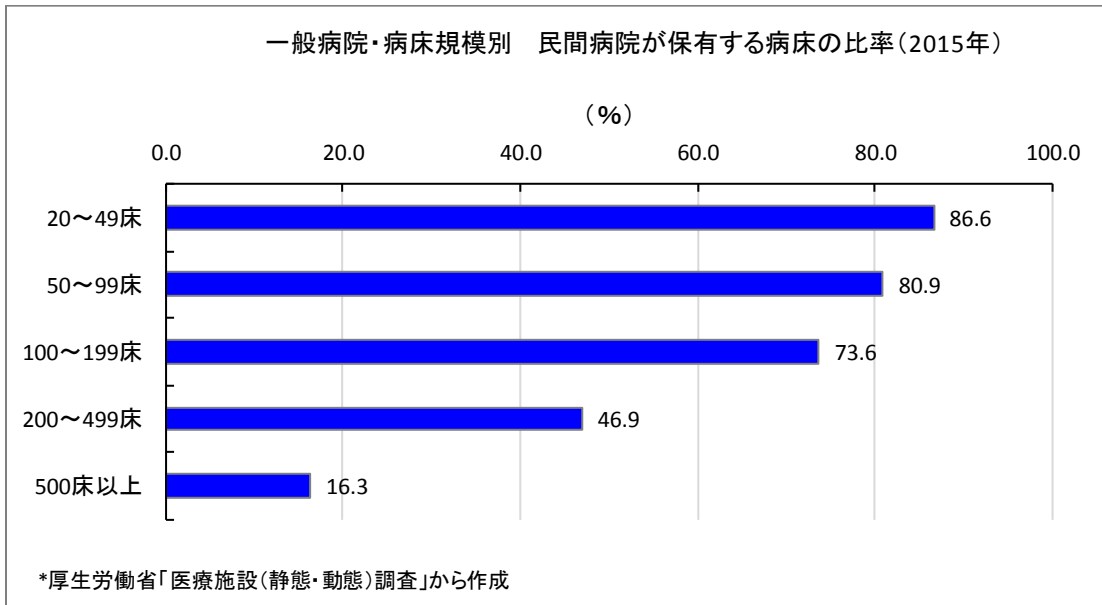


図 3.1.3 一般病院・病床規模別 民間病院が保有する病床の比率（2015年）



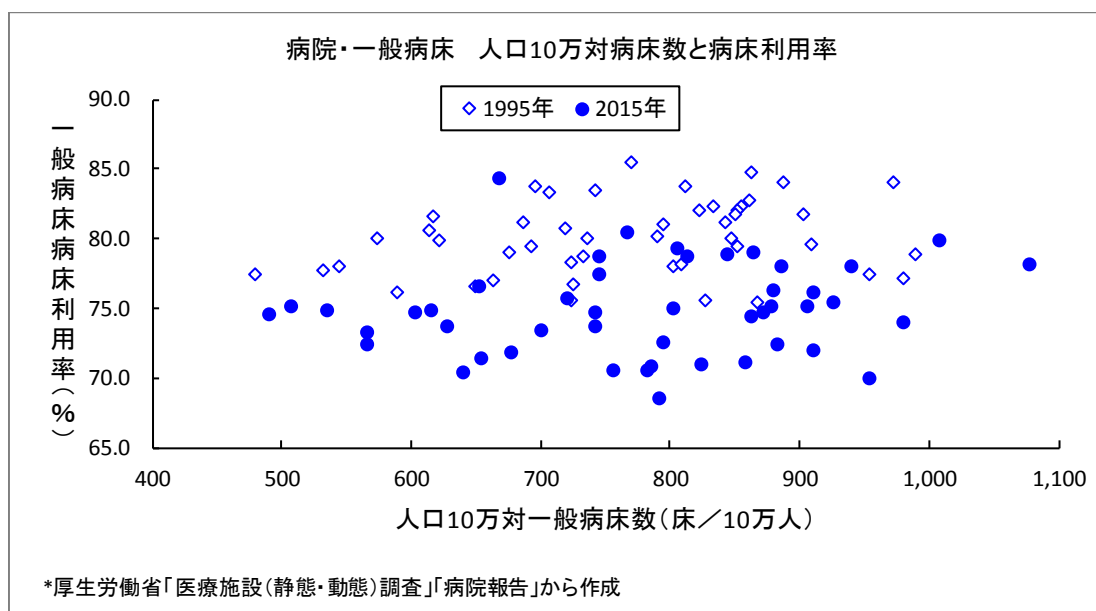
## 3.2. 病床利用率

人口 10 万対病床数が少ない地域では、病床利用率が高いのではないかという仮説を立てたが、一般病床ではその傾向は見られなかった（図 3.2.1）<sup>14</sup>。病床利用率と平均在院日数との相関もあまりなかった（図 3.2.2）<sup>15</sup>。

病床の過不足にかかわらず病床利用率に大きな差がないことから、経営努力として入院需要を誘発しているとも見えるが、いかんせん全国的に見れば病床利用率は長期低下傾向であり（図 3.2.3）、今後の入院需要の減少を鑑みれば、病床が多い地域での空床回避は困難である。

平均在院日数も長期低下傾向である。ただし、DPC 病院をはじめとして一般病床では平均在院日数の短縮化を進める診療報酬改定が行われてきており、在院日数が短いほど入院単価が高いので、平均在院日数の短縮化が医療費を削減するという単純なものではない。

図 3.2.1 病院・一般病床 人口 10 万対病床数と病床利用率



<sup>14</sup> 相関係数は 1995 年 0.246、2005 年 0.145

<sup>15</sup> 相関係数は 1995 年 0.328、2015 年 0.259。1995 年は 5%水準で有意。なお平均在院日数が長い精神病床や療養病床も含めると、平均在院日数と病床利用率との相関はやや上昇する。

図 3.2.2 病院・一般病床 平均在院日数と病床利用率

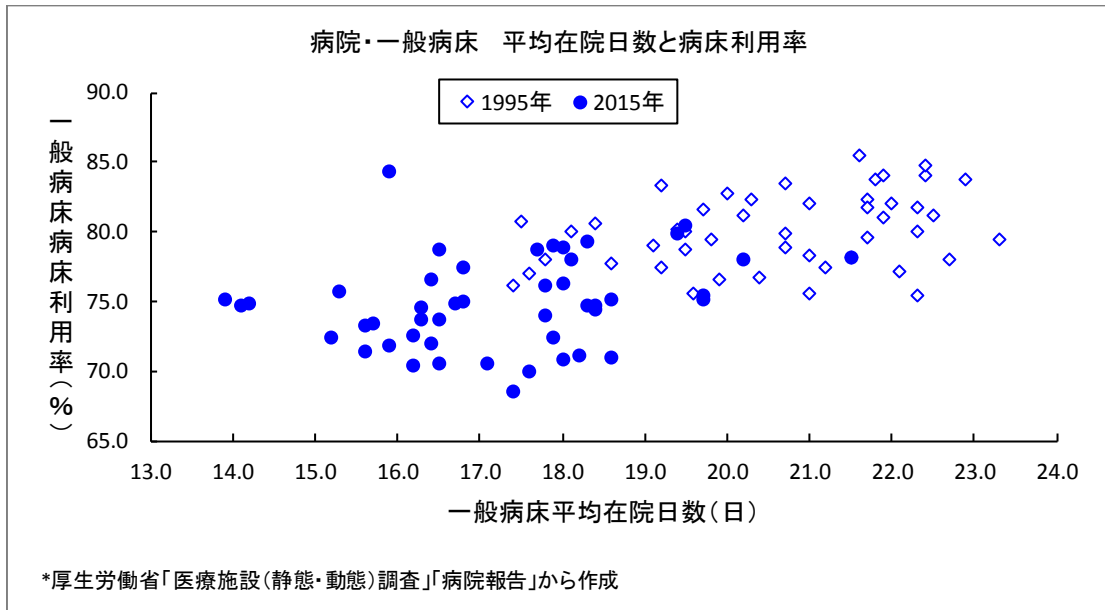
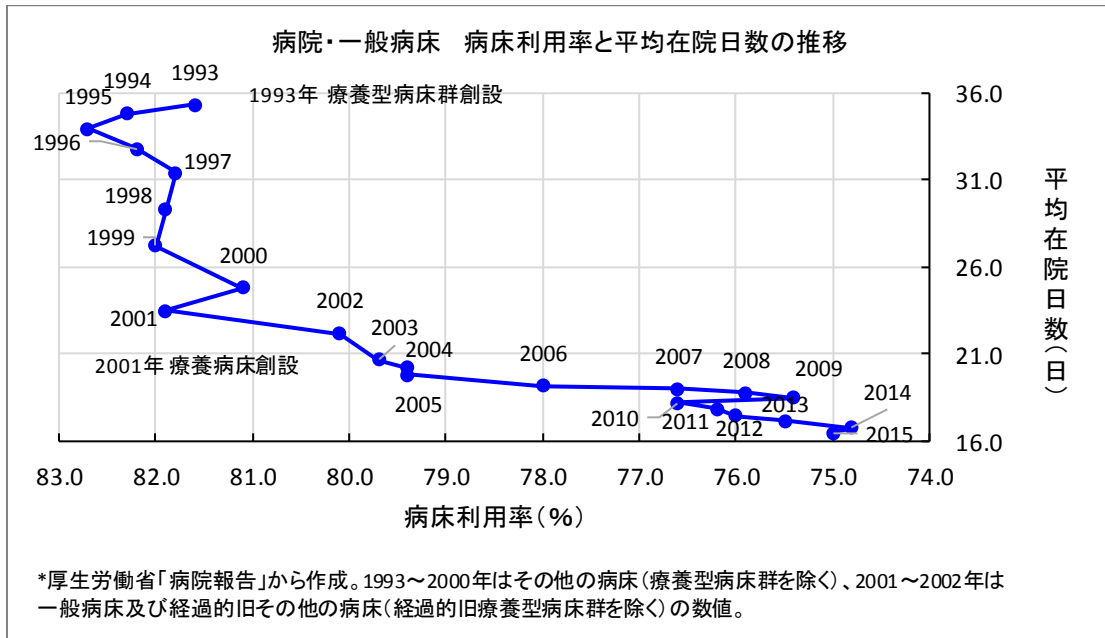


図 3.2.3 病院・一般病床 病床利用率と平均在院日数の推移



## 4. 今後の課題（まとめ）

### 4.1. 病床数のこれまでと収れんにむけて

病床規制は既存病床を削減させる仕組みではないが、病床過剰地域では既存病床の一部が閉鎖または廃止されても、病床が過剰である限り新規参入ができないので、全国統一の算定式で算定された基準病床に達するまでは病床が減少する。病床規制は、病床数を抑制する仕組みとして機能してきた。

最近では、過去 10 年間で一般病床・療養病床は 10.0 万床減少した。このうち有床診療所が 5.9 万床と大きく減少しているが、病院でも一般病床が 1.0 万床、療養病床が 3.1 万床減少している（図 4.1.1）。公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）のみならず、民間病院（医療法人、個人）でも病床数が減少している（図 4.1.2）。地域医療構想が目指す自主的な収れんを危ぶむ意見もあるが、これまでも事業環境の変化に対応して一定の収れんが進んできた。地域医療構想は収れんを後押しするものとなるだろう。

図 4.1.1 一般病床・療養病床の変化

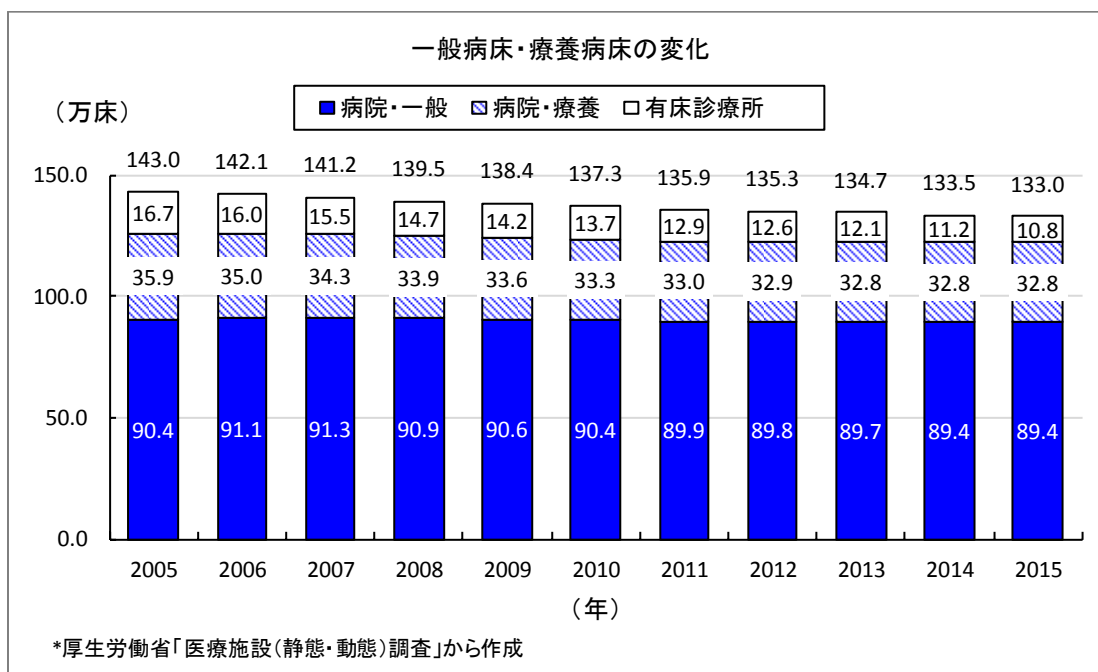
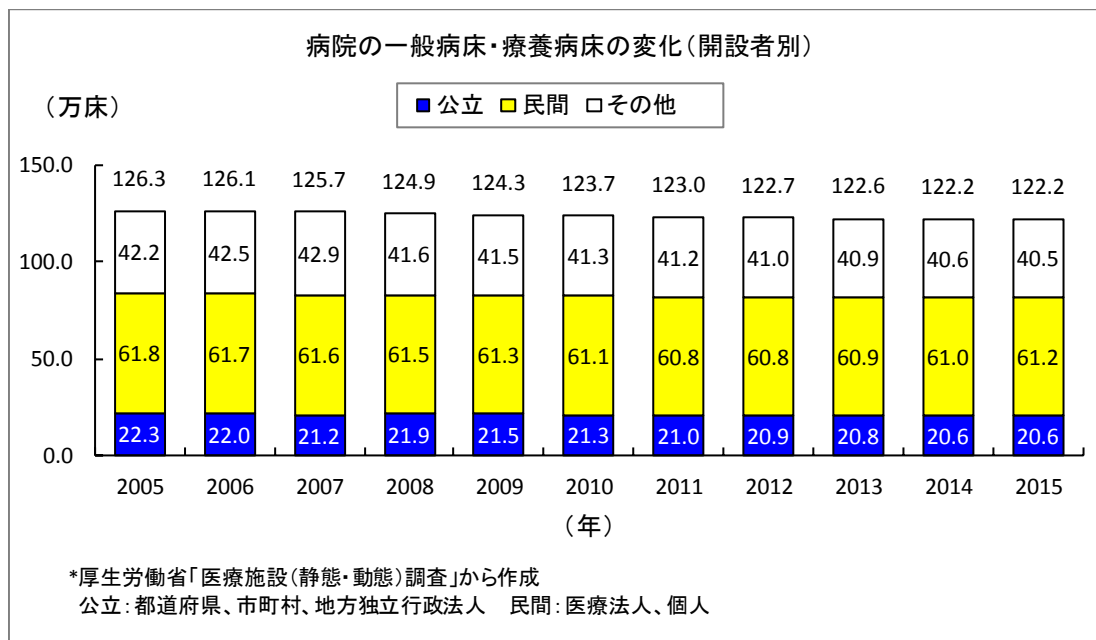


図 4.1.2 病院の一般病床・療養病床の変化(開設者別)



現在、地域医療構想調整会議では、地域で整備が必要な医療機能を確認し、機能分化、連携、転換を調整しようというフェーズにある。ところが、これまで見てきたように病床が多い地域では中小病院が多く、中小病院には民間病院が多い。大規模病院であれば一部ダウンサイジング（病床削減）で対応可能である場合でも、中小民間病院では病院（組織）そのものの淘汰になりかねないので、慎重な調整が必要である。

むろん中小民間病院といえども経営体を維持するためにたゆまぬ改革は必要であるが、公立病院は、① 公費が投入されていること（一般会計等から年7,286億円（2014年度）<sup>16</sup>の繰入がある）、② 「新公立病院改革ガイドライン」で地域医療構想と統合的な改革を求められていること、③ 施設の除却経費等に対する地方交付税措置があること（図 4.1.3）、④ 公立病院等の濫立はかなり以前から指摘されていたにもかかわらず需要の変化にあわせて適正化してこなかったところもあることから、民間病院と公立病院が競合する地域では公立病院の病床機能の転換等を優先すべきである。

---

<sup>16</sup> 総務省「地方公営企業年鑑」より。収益的収入（医療の提供に係るもの）5,357億円、資本的収入（建設改良費、元金償還金等）1,929億円。



図 4.1.3 公立病院改革に対する財政措置（概要）

公立病院改革に対する財政措置（概要）	
新公立病院改革プラン策定経費	都道府県の場合：策定経費200万円、点検・評価等経費50万円（地方交付税措置）
再編・ネットワーク化に伴う施設・設備の整備	病院債元利償還金の40%を普通交付税措置
新たな経営形態の設立等	承継する不良債務の額を限度とする一般会計出資債を措置
再編・ネットワーク化に伴い不要となる施設の除却	除却等経費について、その1/2を特別交付税措置
病院施設の他用途への転用	経過年数が10年以上の施設等の財産処分である場合、従来の元利償還金に対する普通交付税措置を継続
指定管理者制度の導入	退職手当の支給に要する経費について、必要に応じて退職手当債を措置
許可病床数削減時	許可病床の削減数に応じた5年間の加算措置（普通交付税の算定基礎を許可病床数から稼働病床数に変更することに伴うもの）

\*総務省「公立病院改革の取組について」（2015年5月）から抜粋

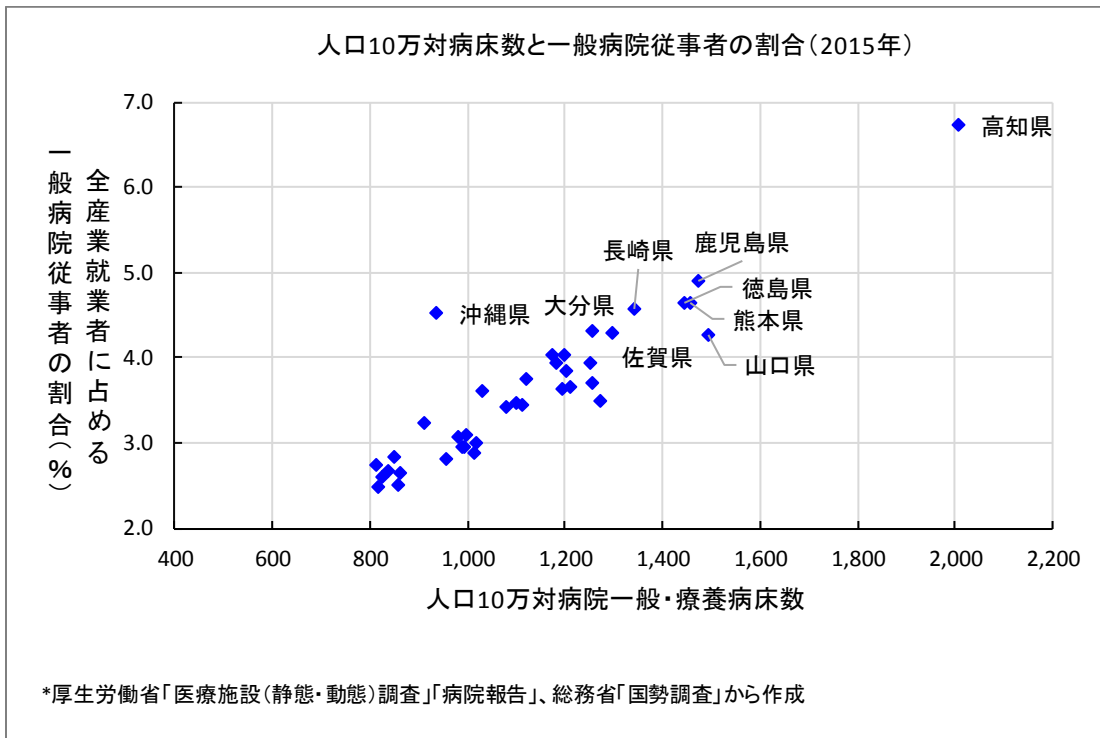
## 4.2. 地方経済に与える影響

病床の削減によって退職、転職を余儀なくされるケースも予想されるが、現実的には病床機能の転換による病院内での異動すら容易ではない。急性期の医療従事者が明日から別の機能や在宅医療を担えるわけではなく（その逆も）、介護サービスに転職できるわけではない。お金の問題だけではなく、能力、意欲の問題もある。

病床数が多い地域では言うまでもなく病院従事者が多く（図 4.2.1）、病院従事者が地域の雇用を支えている。病床機能の転換等による雇用の現場の混乱や地方経済に与える影響の大きさも考慮しておく必要がある。

※都道府県別の数値は巻末付表参照

図 4.2.1 人口10万対病床数と一般病院従事者の割合（2015年）



## 5. 付表（都道府県別データ）

### 5.1. 病床数と人口の変化

(倍)

	病床数(精神病床を除く)		人口	
	'51→75	'75→2015	'51→75	'75→2015
全国	3.02	1.16	1.32	1.14
北海道	3.36	1.11	1.21	1.01
青森県	3.66	0.72	1.13	0.89
岩手県	2.49	0.80	1.02	0.92
宮城県	2.44	0.85	1.17	1.19
秋田県	3.22	0.79	0.94	0.83
山形県	2.28	1.01	0.90	0.92
福島県	3.19	0.85	0.95	0.97
茨城県	2.74	1.38	1.15	1.25
栃木県	2.98	1.08	1.10	1.16
群馬県	2.68	1.27	1.10	1.12
埼玉県	4.00	1.90	2.22	1.51
千葉県	2.44	1.74	1.93	1.50
東京都	2.99	0.98	1.74	1.16
神奈川県	3.39	1.36	2.47	1.43
新潟県	2.13	1.07	0.97	0.96
富山県	2.48	1.10	1.06	1.00
石川県	2.61	0.98	1.11	1.08
福井県	2.89	1.03	1.03	1.02
山梨県	3.88	1.13	0.97	1.07
長野県	2.59	1.05	0.98	1.04
岐阜県	2.95	1.14	1.20	1.09
静岡県	3.02	1.28	1.32	1.12
愛知県	3.30	1.17	1.69	1.26
三重県	2.62	1.03	1.11	1.12
滋賀県	3.03	1.59	1.15	1.43
京都府	2.15	1.26	1.30	1.08
大阪府	3.26	1.35	2.03	1.07
兵庫県	3.61	1.29	1.46	1.11
奈良県	4.09	1.75	1.41	1.27
和歌山県	3.87	1.09	1.09	0.90
鳥取県	2.91	0.92	0.97	0.99
島根県	2.66	1.07	0.84	0.90
岡山県	2.90	0.95	1.08	1.06
広島県	2.96	1.26	1.26	1.07
山口県	2.23	1.27	1.00	0.90
徳島県	3.25	1.11	0.92	0.94
香川県	3.21	0.93	1.02	1.02
愛媛県	3.59	1.07	0.96	0.95
高知県	4.77	0.97	0.93	0.90
福岡県	2.95	1.19	1.19	1.19
佐賀県	2.48	1.09	0.88	0.99
長崎県	2.88	1.04	0.94	0.88
熊本県	2.83	1.18	0.94	1.04
大分県	3.27	1.13	0.95	0.98
宮崎県	3.64	1.17	0.99	1.02
鹿児島県	3.64	1.22	0.96	0.96
沖縄県	—	2.35	—	1.37

\*厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」、総務省「人口推計」から作成

## 5.2. 中小病院および民間病院の比率（2015年）

	人口10万対 病床数 (除精神病床) (床)	200床未満の病院 (除精神科病院)		民間(医療法人・個人)病院 (除精神病床)	
		病院割合 (%)	病床割合 (%)	病院割合 (%)	病床割合 (%)
全国	1,052	72.3	42.3	68.3	49.8
北海道	1,527	74.2	47.5	66.8	57.4
青森県	1,196	69.1	39.7	40.7	22.5
岩手県	1,150	71.1	43.2	44.7	34.0
宮城県	893	73.0	41.2	47.0	28.9
秋田県	1,175	59.3	31.1	48.1	28.4
山形県	1,055	63.6	30.0	40.0	29.0
福島県	1,091	70.2	39.9	48.1	28.9
茨城県	912	72.3	44.8	70.4	50.2
栃木県	918	70.0	41.2	65.6	38.6
群馬県	1,052	70.9	45.2	66.7	47.7
埼玉県	697	74.1	43.1	81.0	65.3
千葉県	779	66.1	37.2	73.7	60.2
東京都	813	71.7	38.6	69.1	42.8
神奈川県	687	62.9	32.7	67.0	48.8
新潟県	992	65.2	40.2	45.5	36.5
富山県	1,346	76.1	47.9	68.2	43.9
石川県	1,347	67.9	35.5	60.7	44.2
福井県	1,284	78.3	49.9	68.3	46.0
山梨県	1,082	75.0	50.8	50.0	37.5
長野県	970	65.2	35.7	49.6	30.8
岐阜県	909	66.7	32.3	60.0	38.1
静岡県	924	63.1	34.9	56.4	40.1
愛知県	795	69.4	33.5	72.9	46.6
三重県	936	58.0	27.0	61.4	41.7
滋賀県	898	62.0	34.2	50.0	37.1
京都府	1,166	70.2	39.4	64.0	51.9
大阪府	1,034	69.7	37.8	79.8	61.2
兵庫県	1,015	75.4	48.6	75.1	57.8
奈良県	1,073	59.5	34.8	64.9	50.7
和歌山県	1,325	80.8	55.3	66.7	45.4
鳥取県	1,269	67.5	41.3	50.0	32.1
島根県	1,295	62.8	33.6	37.2	19.6
岡山県	1,335	81.6	49.0	61.9	37.8
広島県	1,217	78.3	49.7	71.2	52.3
山口県	1,634	68.1	37.3	67.2	54.2
徳島県	1,720	83.7	53.8	76.5	55.6
香川県	1,384	79.0	46.5	65.4	39.9
愛媛県	1,480	78.7	49.5	68.5	48.2
高知県	2,220	84.2	64.6	85.0	73.3
福岡県	1,424	70.6	43.9	77.1	61.4
佐賀県	1,600	86.2	68.0	76.6	61.2
長崎県	1,652	77.0	52.0	71.4	54.6
熊本県	1,762	76.7	49.9	72.2	59.7
大分県	1,607	84.8	58.3	78.8	56.8
宮崎県	1,468	84.6	58.0	72.4	52.8
鹿児島県	1,829	83.6	61.7	77.1	59.4
沖縄県	1,021	59.3	37.2	67.9	59.2

\*厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」から作成

### 5.3. 一般病院従事者数

	就業者数 (万人)	一般病院従事者数 (万人)	全産業就業者に 占める一般病院 の従事者(%)
全国	5,891.9	190.7	3.2
北海道	243.5	10.8	4.4
青森県	62.6	1.9	3.1
岩手県	63.6	1.8	2.9
宮城県	107.8	2.9	2.7
秋田県	48.3	1.7	3.4
山形県	56.2	1.7	2.9
福島県	92.2	2.7	3.0
茨城県	140.1	3.7	2.7
栃木県	96.4	2.5	2.6
群馬県	96.6	3.0	3.1
埼玉県	348.5	7.6	2.2
千葉県	288.0	7.5	2.6
東京都	585.9	18.4	3.1
神奈川県	412.2	9.8	2.4
新潟県	114.1	3.2	2.8
富山県	53.9	1.9	3.5
石川県	57.3	2.1	3.7
福井県	39.9	1.4	3.4
山梨県	40.9	1.2	3.0
長野県	107.0	3.5	3.2
岐阜県	101.6	2.5	2.5
静岡県	186.5	4.7	2.5
愛知県	366.9	8.7	2.4
三重県	87.3	2.3	2.6
滋賀県	67.8	1.9	2.8
京都府	119.3	4.5	3.8
大阪府	377.8	13.8	3.7
兵庫県	244.4	8.1	3.3
奈良県	59.1	2.1	3.6
和歌山県	44.5	1.6	3.6
鳥取県	28.1	1.1	4.0
島根県	34.3	1.3	3.7
岡山県	90.1	3.6	4.0
広島県	133.7	4.6	3.5
山口県	64.5	2.7	4.3
徳島県	34.3	1.6	4.6
香川県	45.3	1.8	3.9
愛媛県	64.3	2.5	3.9
高知県	32.3	2.2	6.7
福岡県	225.4	10.2	4.5
佐賀県	41.0	1.8	4.3
長崎県	64.4	3.0	4.6
熊本県	83.4	3.9	4.6
大分県	54.6	2.4	4.3
宮崎県	51.9	2.0	3.8
鹿児島県	75.4	3.7	4.9
沖縄県	59.0	2.7	4.5

\*厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」「病院報告」、総務省「国勢調査」から作成  
一般病院従事者数は常勤換算数

## 6. 参考資料

### 【統計・白書】

- 厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」
- 厚生労働省「病院報告」
- 総務省「国勢調査」
- 総務省「人口推計」
- 総務省「日本の長期統計系列」
- 総務省「地方公営企業年鑑」
- 厚生省「平成 19 年版 厚生労働白書」

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/>

### 【政府資料】

- 「地域医療構想策定ガイドライン」2015年3月31日  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000088510.pdf>
- 「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」2013年8月6日 社会保障制度改革国民会議  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- 「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～に関する参考資料」（2016年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会）  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000110607.pdf>
- 「経済財政改革の基本方針 2007 について」2007年6月19日 閣議決定  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/070619kettei.pdf>
- 「公立病院改革ガイドライン」2007年12月24日付総務省自治財政局長通知  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/191225\\_guideline.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/191225_guideline.pdf)
- 「新公立病院改革ガイドライン」2015年3月31日付総務省自治財政局長通知 [http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000350493.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000350493.pdf)
- 「公立病院改革の取組について」2015年5月22日総務省自治財政局準公

営企業室

[http://www.geocities.jp/zensharou/kouritukaikaku\\_soumushou\\_150522.pdf](http://www.geocities.jp/zensharou/kouritukaikaku_soumushou_150522.pdf)

【論文】

- 田中（1966）：田中四郎「石川県における結核の疫学的研究 その 5 中小企業における結核の実態」金沢大学十全医学雑誌 第 74 巻 第 2 号 365-375  
<http://dspace.lib.kanazawa-u.ac.jp/dspace/bitstream/2297/13851/1/AN00044397-074-024.pdf>
- 川内(2016)：川内敦文「高知県の地域医療構想について」医療と社会 Vol.26 No.3 2016  
[https://www.jstage.jst.go.jp/article/iken/26/3/26\\_290/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/iken/26/3/26_290/_pdf)
- 泉田（2003）：泉田信行「病床の地域配分の実態と病床規制の効果」季刊・社会保障研究 Vol/39 No.2  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/17081608.pdf>
- 渡辺（2008）：渡辺純子「通産省の需給調整政策—繊維産業の事例」京都大学大学院経済学研究科 Working Paper. 2009-02, J-69.  
<http://www.econ.kyoto-u.ac.jp/~chousa/WP/j-69.pdf>



