

MR研修用として
MPIが作成

日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

「地域医療構想策定ガイドライン（GL）」要約

ー 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 報告書よりー
(2015年3月31日公表)

株式会社日医工医業経営研究所(日医工MPI)
(公社)日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217号 菊地祐男

18日の検討会に提出されたGL案に基づくMPI資料（20150323-387）を改訂しました。改訂箇所を青字としましたが、大きな変更はありませんでした。



2015年3月31日に公表された78ページの「GL」を要約しました。要約に際して文言を一部編集しているため、原本もご確認ください。

資料No.20150402-387-2

株式会社 日医工医業経営研究所

地域医療構想（地域医療ビジョン）

将来（2025年）の医療需要を推定し、それに見合う医療供給体制を都道府県が主体となって策定する医療構想（ビジョン）

病床機能報告制度を受けて2015年度から策定する

【地域医療構想の3つの内容】

- ①2025年の医療需要「入院受療率」（入院・外来別、疾患別の患者数など）
- ②2025年に必要となる医療提供体制（医療機能別の必要量など）
- ③それを実現するための施策（機能分化連携の推進、在宅医療、人材育成など）

地域医療構想を実現させるための施策（都道府県）

- ①医療機関の自主的取組の支援
- ②地域医療構想調整会議（協議の場）の設置
- ③地域医療介護総合確保基金の運用
- ④都道府県知事の権限

病床機能報告制度

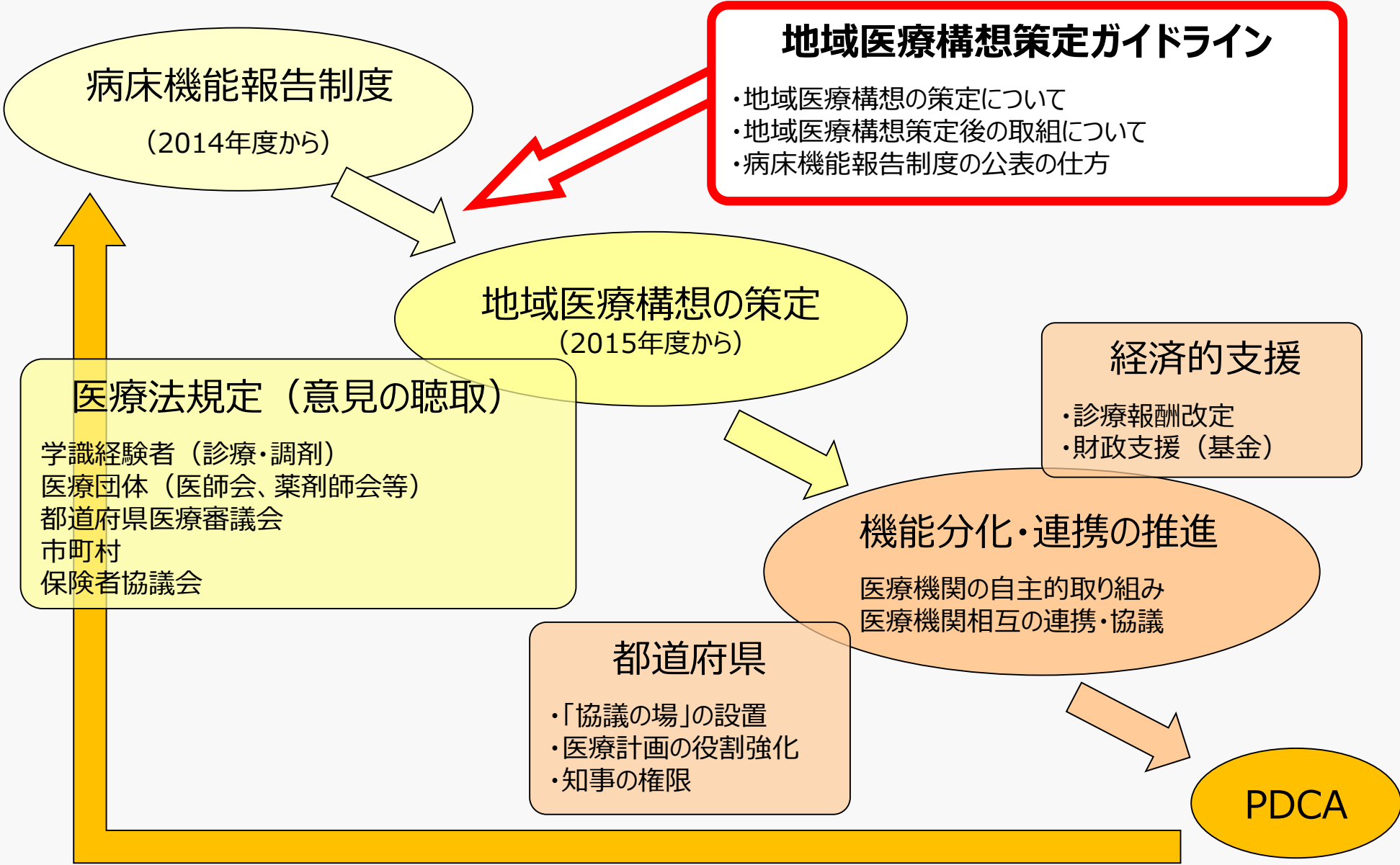
医療機関が担っている医療機能の現状と方向性を毎年病棟単位で都道に報告する制度

都道府県は報告された情報を活用し、地域医療構想を策定する

医療機能分類は4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）
2014年10月から運用開始（毎年10月1日～10月31日）

医療機能の名称	医療機能の内容（2014年度）	2014年度のみ 11月14日まで
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能	
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	
回復期機能	○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、ADL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）	
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能	

地域医療構想策定の流れ



地域医療構想策定ガイドラインの構成

I 地域医療構想の策定について

- ・構想区域の設定
- ・医療需要の考え方
- ・必要病床数の推計
- ・医療提供体制を実現するための施策を検討

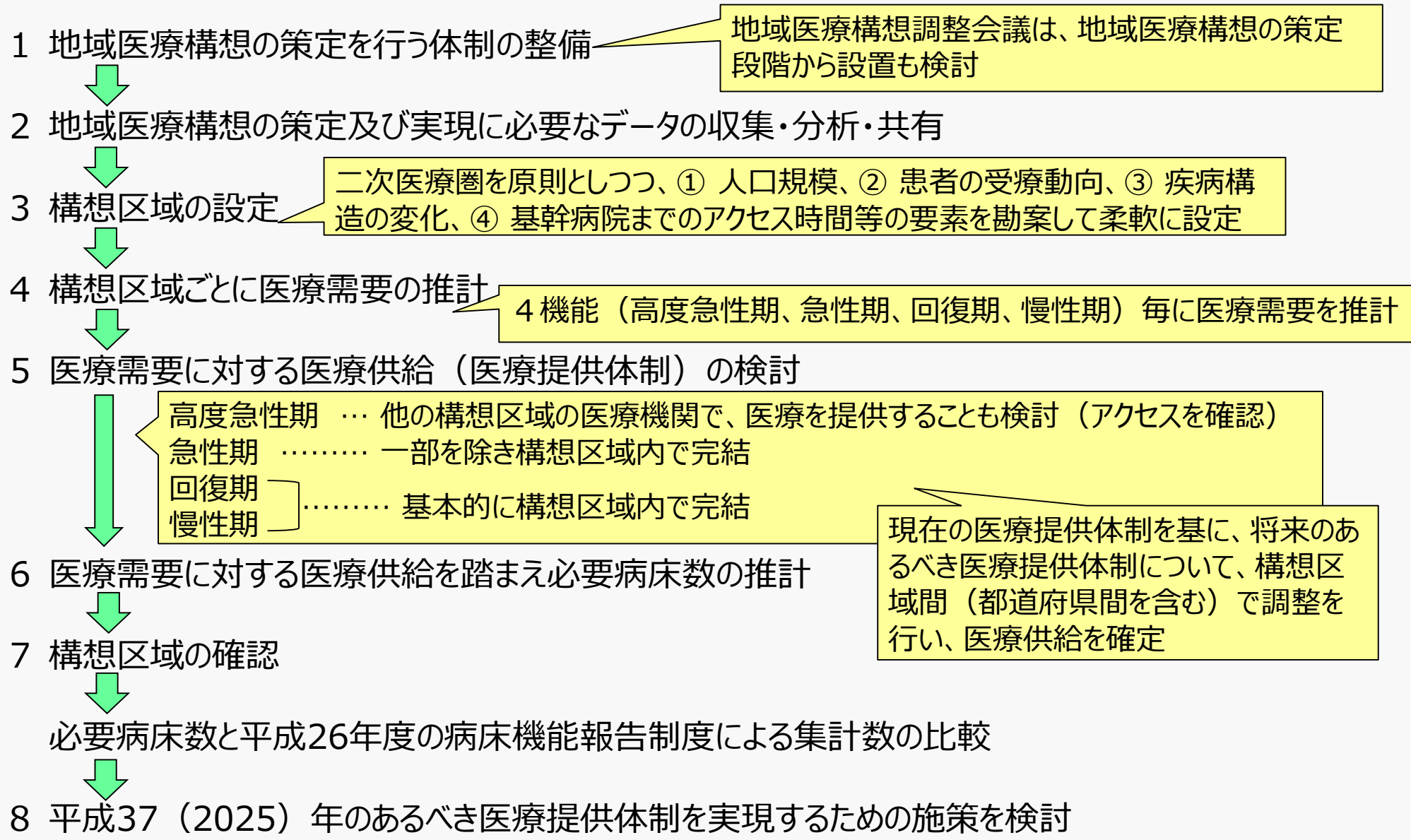
II 地域医療構想策定後の取組について

- ・地域医療構想調整会議の設置・運営
- ・各医療機関での取組
- ・都道府県知事への対応
- ・地域医療構想実現の方法（PDCA）

III 病床機能報告制度の公表の仕方

- ・患者や住民に対する公表
- ・地域医療構想調整会議での情報活用

地域医療構想の策定プロセス



I 地域医療構想の策定

大項目

ガイドライン記載ページ

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

地域医療構想は医療計画の一部（各医療団体、審議会等から意見聴取）
地域医療構想調整会議（協議の場）を設置し、構想区域全体の意見をまとめる。

2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有

医療機関の自主的な取組や、医療機関相互、地域の医療関係者との協議等による連携が不可欠。基礎となるデータは、厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供（技術的支援）する。

3. 構想区域の設定

二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間等の要素を勘案して検討し、二次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能である。

4. 構想区域ごとの医療需要の推計

構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計する。

高度急性期、急性期、回復期の入院受療率

$$\frac{\text{性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）}}{365（日）} = 1 \text{ 日あたり入院患者延べ数}$$
$$\frac{1 \text{ 日あたり入院患者延べ数}}{\text{性・年齢階級別の人口}} = \text{入院受療率}$$

青字は改訂した箇所

高度急性期、急性期、回復期の医療需要

$$\text{構想区域の2025年の医療需要} = \left[\text{当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率} \times \text{当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口} \right] \text{を総和したもの}$$

2025年の性・年齢階級別人口については、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（2013年3月中位推計）』を用いる。

I 地域医療構想の策定

機能別分類の境界点の考え方

高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要の考え方

医療資源投入量／日		医療機能の内容／基本的考え方
高度急性期	3000点	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて診療密度が特に高い医療を提供する機能、
		救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	600点	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	225点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
		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、ADL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）
	175点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
慢性期機能		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。 175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。
		長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

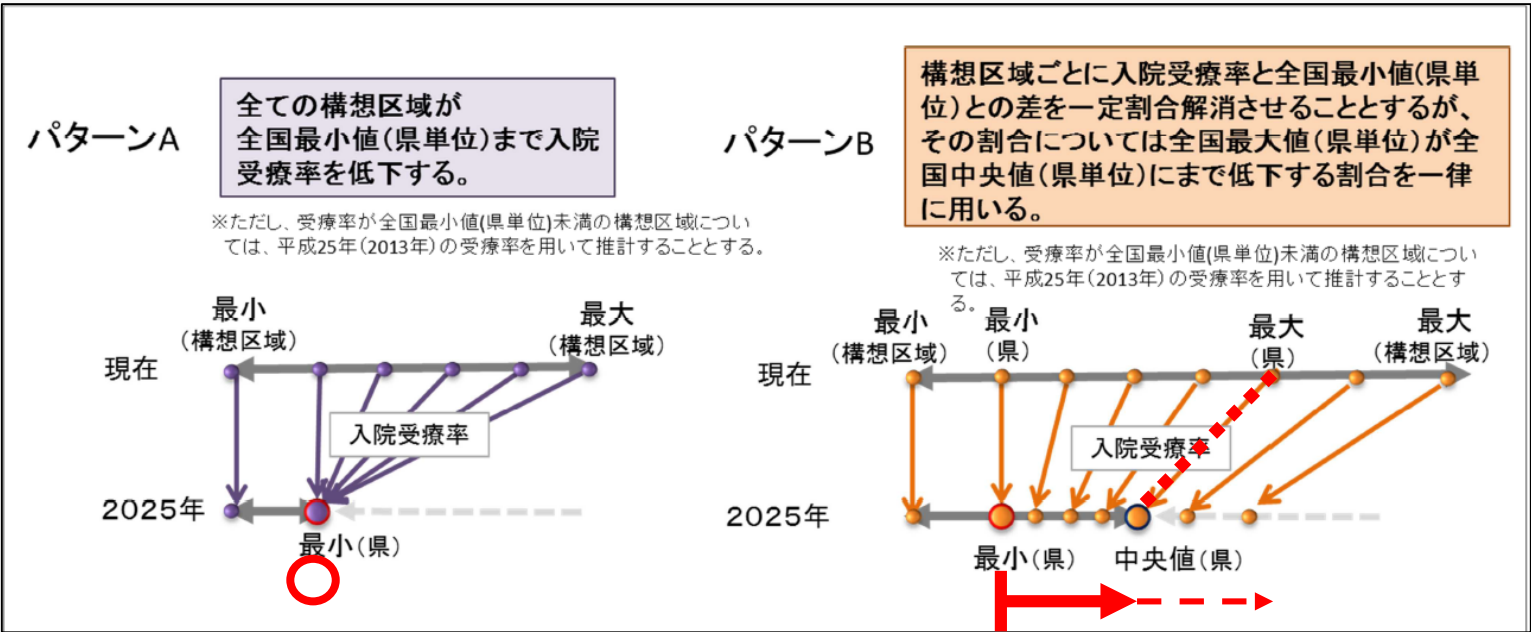
医療資源投入量：患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値。（患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分とリハビリテーション料の一部を除いたもの）

慢性期の医療需要の考え方

慢性期機能の推計においては、医療資源投入量を用いず、慢性期の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立ち、更に療養病床の**入院受療率の地域差を縮小する**よう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計する。

- 療養病床の入院患者数のうち、医療区分 1 の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数として見込む。
- 一般病床の障害者・難病患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者）については、慢性期機能の医療需要とする。

慢性期病床の入院受療率における地域差の解消目標（AからBの範囲で定める）



I 地域医療構想の策定

入院受療率の目標に関する特例

以下の要件に該当する場合は、入院受療率の目標の達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。

（その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標として定めるとともに、2030年の入院受療率の目標及び当該入院受療率で推計した病床の必要量も併せて地域医療構想に定めることとする。）

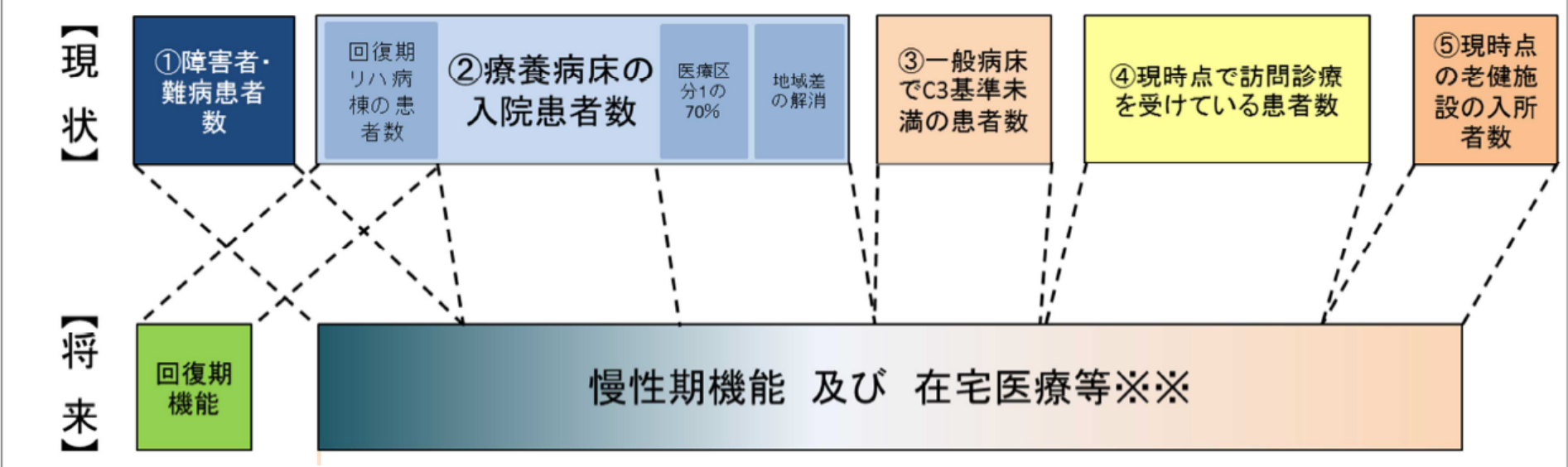
【要件】 ①および②を満たすこと

- ① Bにより入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい
- ② 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

I 地域医療構想の策定

在宅医療等への移行

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要イメージ図



※※：在宅医療等とは、居宅、特養、その他老人ホーム、老健、その他医療を受けるものが療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

- ① 一般病床の障害者・難病患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者）は、慢性期機能の医療需要。
- ② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分 1 の患者の70%を在宅医療等の患者数として推計。
- ③ 機能別分類の境界点の175点未満の患者数を、在宅医療等に対応する患者数として推計する。
- ④ 2013年の在宅患者訪問診療料の性・年齢階級別受療率を算定し、これに当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計。
- ⑤ 2013年の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の需要として推計。

5.医療需要に対する医療提供体制の検討

構想区域間の供給数の増減の調整

都道府県は、構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を推計するが、都道府県間を含む構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数の増減を見込む必要があり、都道府県間の供給数の増減を調整した後で、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整する。

構想区域間の供給数調整のプロセス

- ①：患者住所地に基づき推計した医療需要
 - ②：現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数（他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの）
 - ③：将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数
 - ④：病床の必要量（必要病床数）〔③／病床稼働率〕
- (i) (①)と(②)を比較する。
 - (ii) 都道府県間の(①)と(②)の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まずは、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する。
 - (iii) 都道府県間で供給数の増減を調整する場合には、都道府県の企画部局（地方自治法の総合計画を所管）や介護部局（介護保険事業支援計画を所管）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめる。
 - (iv) がん、脳卒中及び急性心筋梗塞などについては、医療計画を踏まえて構想区域ごとに改めて確認・検討する。
 - (v) 各都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で供給数の増減を調整し、(③)を確定する。

6.医療需要に対する医療供給を踏まえた 病床の必要量（必要病床数）の推計

構想区域ごとの医療機能別医療需要に対する医療供給
（医療提供体制）の状況（脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成）

	2025年における	2025年における医療供給（医療提供体制）		
	医療需要 （当該構想区域に居住する患者 の医療需要）(①)	現在の医療提供体制が変わら ないと仮定した場合の他の構 想区域に所在する医療機関に より供給される量を増減したも の(②)※	将来のあるべき医療提供体制 を踏まえ他の構想区域に所在 する医療機関により供給される 量を増減したもの(③)	病床の必要量(必要病床数) （③を基に病床利用率等により 算出される病床数）(④)
高度急性期 急性期 回復期 慢性期				

※：高度急性期、急性期、回復期及び慢性期それぞれにおける②に関して、厚生労働省がデータ提供の技術的支援

④を算出する際の病床稼働率を、
高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期は92%とする。

I 地域医療構想の策定

7. 構想区域の確認

都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の設定の妥当性について確認する。

8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

施策の検討に当たっては、都道府県は、幅広い視点で地域医療を捉えるとともに、関連する法・制度や関係団体の取組を活用することも含めて検討する。

一般医療と精神科医療の連携は重要である。認知症の対策についても機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進めることが重要である。

都道府県は、構想区域ごとに病床の機能区分ごとの必要病床数と平成26年度（又は、直近の年度）の病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数とを比較し、病床の機能の分化及び連携における地域の課題を分析する必要がある。

都道府県が地域医療構想において定めた必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提とし、地域医療介護総合確保基金の活用等により、必要な施策（**病床機能分化、連携**）を進めていく。

可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。（在宅医療の充実）

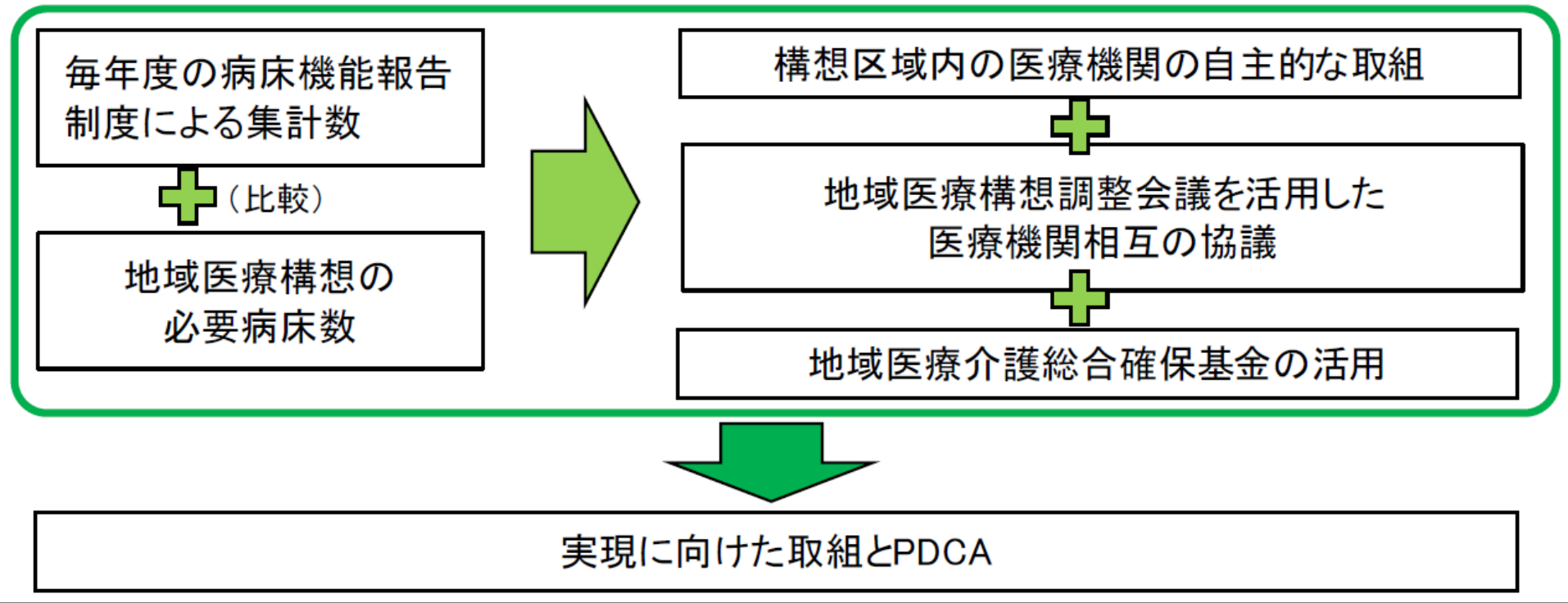
病床の機能の分化及び連携を推進するためには、病床の機能区分に応じた医療従事者を確保する必要があり、地域における医療従事者の確保目標等の設定が求められる。

Ⅱ 地域医療構想
策定後の取組

1.地域医療構想の策定後の実現に向けた取組

p34 (p6)

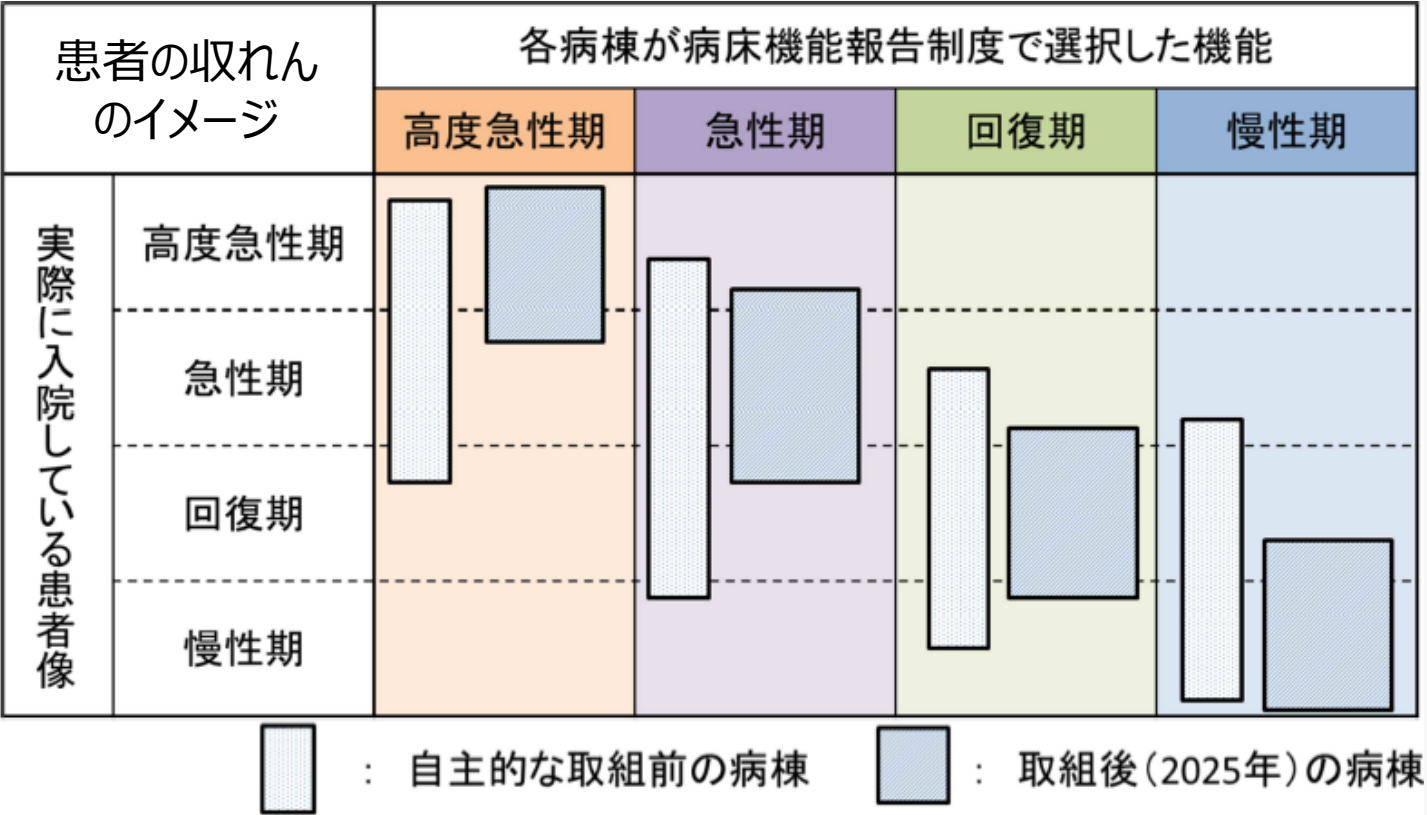
都道府県は、構想区域等ごとに、医療関係者、医療保険者その他の関係者との地域医療構想調整会議を設け、必要な協議を行う。



Ⅱ 地域医療構想
策定後の取組

各医療機関での取組

各医療機関は、自らの行っている医療内容や、体制に基づき、将来目指していく医療について検討を行う。各病棟について、高度急性期から慢性期までの選択を行った上で、病棟単位で**当該病床の機能に即した患者の収れん**のさせ方や、それに応じた必要な体制の構築や人員配置を検討する。



医療機関の取組において、**患者・住民**の理解が不可欠であり、自らの状態に応じた医療機能や医療機関を選択することが重要であり、住民への啓発に取り組む。

Ⅱ 地域医療構想 策定後の取組

都道府県の取組

医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、病床の機能の分化及び連携等による将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、都道府県がその役割を適切に発揮する必要がある。

ア 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との**比較**

イ 各病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の**把握**

ウ 地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の**検討**

・地域医療介護総合確保基金の活用

エ 平成37年（2025年）までのPDCA（進捗状況の**検証**）

（参考）地域医療構想策定後の年間スケジュールのイメージ

3月 病床機能報告制度の集計結果の提示

3月～ 医療機関の自主的な取組

地域医療構想調整会議

※可能な限り、次期病床機能報告制度に間に合うように、10月までに上記の対応を行う。

10月 病床機能報告制度における報告

年内各構想区域における対応を踏まえた基金の都道府県計画（案）の取りまとめ

2月 都道府県定例議会への次年度当初予算案に基金の予算を計上

Ⅱ 地域医療構想 策定後の取組

2.地域医療構想調整会議の設置・運営

(1) 議事

都道府県は、構想区域等ごとに地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数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協議を行う。

- ① 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ② 病床機能報告制度による情報等の共有
- ③ 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

地域医療構想調整会議において病床の機能の分化及び連携に関する議論の進め方（例）

- i 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有
- ii 地域医療構想を実現する上での課題の抽出
- iii 具体的な病床の機能の分化及び連携の在り方について議論
- iv 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

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の機能区分ごとに転換しようとする場合には、医療法上、都道府県知事は、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議における協議に参加するよう求めることができる。

Ⅱ 地域医療構想 策定後の取組

2.地域医療構想調整会議の設置・運営

(2) 開催時期

随時開催が基本（定期開催も行われる）

(3) 設置区域等

構想区域ごとに設置を原則とする。

都道府県知事が協議をするのに適当と認める区域で設置することも可能

- ① 複数の地域医療構想調整会議の合同開催（複数の都道府県によるものを含む）
- ② 設置される区域から更に地域・参加者を限定して開催
- ③ 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用して開催

(4) 参加者の範囲・選定、参加の求めに応じない関係者への対応

ア 参加者の範囲・選定

- ・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。
- ・過剰な病床の機能区分への転換に関する協議が行われる場合には、その当事者等。

イ 専門部会やワーキンググループの設置

- ・専門部会の設置、住民参加

ウ 公表

- ・協議の内容・結果については、原則として、周知・広報する。

エ 参加の求めに応じない関係者への対応

- ・地域医療構想調整会議の協議が調わなかった場合と同様の措置（※1）を講ずる。

次ページ

Ⅱ 地域医療構想
策定後の取組

2.地域医療構想調整会議の設置・運営

(5) 合意の方法及び履行担保

ア 合意の方法

- ・関係者の合意を確認し得る書面を作成

イ 履行担保

- ・都道府県知事は、関係者が正当な理由なく合意事項を履行しない場合には、地域医療構想調整会議における協議が調わないときと同様の措置（※2）を講ずる。

※1：都道府県医療審議会への出席・説明を求め、都道府県医療審議会の意見を聴いた上での公的医療機関等に対する転換中止の命令（公的医療機関等以外の医療機関には要請）

[\[医療法第30条の15\]](#)

※2：都道府県医療審議会の意見を聴いた上での公的医療機関等への不足している病床の機能区分に係る医療の提供等の指示（公的医療機関等以外の医療機関には要請）

[\[医療法第30条の16\]](#)

Ⅱ 地域医療構想 策定後の取組

3.都道府県知事による対応

今回の医療法改正等により、都道府県知事は地域医療構想の実現に向けて適切に権限を行使することが必要。

(1) 病院・有床診療所の開設・増床等への対応

- ・開設等の許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

(2) 既存医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合の対応

- ・理由等を記載した書面の提出 [\[医療法第30条の15-1\]](#)
- ・地域医療構想調整会議への参加要請 [\[医療法第30条の15-2\]](#)
- ・都道府県医療協議会で理由の説明を求める。 [\[医療法第30条の15-4\]](#)
- ・当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができる。 [\[医療法第30条の15-6, 15-7\]](#)

(3) 協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合の対応

- ・都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができる。

(4) 稼働していない病床への対応

- ・病床過剰地域において、正当な理由がなく病床を稼働していないときは、当該病床の削減を要請（公的医療機関等には命令）することができる。 [\[医療法第30条の12-1\]](#)

Ⅱ 地域医療構想 策定後の取組

3.都道府県知事による対応

要請又は命令・指示に従わない場合の対応について
[医療法第27条の2-1, 第28条, 第29条の3]

公的医療機関等が上記の命令・指示に従わない場合には、以下の措置を講ずることができる。

- 医療機関名の**公表**
- 地域医療支援病院・特定機能病院の**不承認**又は**承認取消し**
- 管理者の**変更命令**等

公的医療機関等以外の医療機関が、正当な理由がなく、要請に従わない場合には、

- **勧告**を行う
- 許可に付された条件に係る勧告に従わない場合には**命令**を行う。
- 当該勧告等にも従わない場合には、以下の措置を講ずることができる。
 - ・医療機関名の**公表**
 - ・地域医療支援病院・特定機能病院の**不承認**又は**承認取消し**
 - ・管理者の**変更命令**等

Ⅱ 地域医療構想 策定後の取組

4.地域医療構想の実現に向けたPDCA

都道府県は、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的を実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。

(1) 指標等の設定

- ・地域の課題ごとに、指標となるデータを設定し、地域の医療提供体制の現状を把握する。

＜指標となるデータ＞

- ① 病床機能の各区分及び在宅医療に関する整備状況
- ② 主要な疾病における区域内の完結状況
- ③ 人材の充足状況

(2) 指標等を用いた評価

(3) 評価に基づく地域医療構想等への反映

(4) 住民への公表

- ・ホームページ等で住民に分かりやすく公表する。

Ⅲ 病床機能報告

制度の公表の仕方

1. 患者や住民に対する公表

一般病床又は療養病床を有する医療機関は、病床機能報告制度により「担っている病床の機能（現在、将来）」「構造設備、人員配置等に関する項目」「具体的な医療の内容に関する項目」について都道府県に報告し、都道府県は報告の内容も勘案し地域医療構想を策定する。

報告された事項は、省令で定めるところにより公表しなければならない。

患者や住民に対して広く情報を公表する際には、個人情報保護のための配慮が必要

都道府県が公表しなければならない情報の範囲を「別表」として設定

- ・特に具体的な医療内容に関する項目は、1以上10未満の値を「＊」等の記号で秘匿する。
（個人特定の恐れがあるため）

公表の手段として都道府県のホームページを基本とする。

多様な媒体を活用した取組が必要

- ① 県政だより、市政だより等の行政による機関誌の活用
- ② 医療機関、保険者や患者団体の広報誌等、行政以外の団体の協力による広報の活用
- ③ テレビ、ラジオやソーシャルネットワーキングサービス（SNS）を活用した広報

Ⅲ 病床機能報告
制度の公表の仕方

2. 地域医療構想調整会議での情報活用

地域医療構想調整会議では、病床機能報告制度で報告された情報を活用することとなるが、議事の進行のため特段の必要性が認められる場合においては、10未満の報告値についても調整会議の場
に限り開示し、活用することが可能である。

別表（例） p50～p55

公表しなければならない項目の整理について

（別表）

- 都道府県知事は、以下の項目について、医療機関ごとの情報を公表しなければならないものとする。
 - また、医療機能と病床の状況については、二次医療圏等の地域単位の情報も公表しなければならないものとする。
- （注） 大項目に記載している項目であっても、レセプトを活用し収集している項目については、算定件数以外の算定日数・算定回数は公表しなければならない項目に含まない。

		対象		単位	
		病院	有床診	病棟	施設
【大項目（公表しなければならない項目）】		【内訳項目】			
医療機能	現在の機能	○	○	○	
	将来（6年後）の機能の予定	○	○	○	

【構造設備・人員配置等に関する項目】

		対象		単位	
		病院	有床診	病棟	施設
【大項目（公表しなければならない項目）】		【内訳項目】			
一般病床	許可病床数	○	○	○	
	稼働病床数	○	○	○	
療養病床	許可病床数	○	○	○	
	うち医療療養病床数	○	○	○	
	稼働病床数	○	○	○	
	うち医療療養病床数	○	○	○	

地域医療構想の策定及び実現に必要な情報（データ）

- 1 推計の前提となる現状の入院受療に関する基礎データ（GLのp12～p21）
- 2 2025 年における二次医療圏別の人口推計（表 1）
- 3 病床機能報告制度に基づく医療提供体制の状況（GLのp50～p55）
- 4 各医療機能別の医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の状況（表 2）
- 5 疾病別の医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の状況（表 3）
- 6 疾病別のアクセスマップと人口カバー率（表 4）
- 7 介護保険関係の整備状況（表 5）

別紙（例）表1

表1

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人 口 総数（単位：人）			人 口 6 5 歳以上（単位：人）			人 口 7 5 歳以上（単位：人）		
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
北 海 道	6医療圏	21医療圏 (対2010年指数)	5,506,419 (100.0)	4,959,984 (90.1)	4,190,073 (76.1)	1,360,458 (100.0)	1,716,195 (126.1)	1,707,328 (125.5)	671,402 (100.0)	1,024,035 (152.5)	1,050,067 (156.4)
		南渡島	402,525 (100.0)	333,448 (82.8)	260,233 (64.7)	110,787 (100.0)	122,223 (110.3)	108,787 (98.2)	55,781 (100.0)	71,920 (128.9)	65,118 (116.7)
		南檜山	26,282 (100.0)	19,126 (72.8)	13,061 (49.7)	8,624 (100.0)	8,448 (98.0)	6,429 (74.5)	4,603 (100.0)	5,158 (112.1)	4,235 (92.0)
		北渡島檜山	41,058 (100.0)	32,222 (78.5)	24,505 (59.7)	12,926 (100.0)	12,953 (100.2)	10,434 (80.7)	7,225 (100.0)	7,778 (107.7)	6,903 (95.5)
			2,342,338	2,293,364	2,066,933	484,042	728,150	820,072	228,501	430,119	497,474