

# 静岡県地域医療構想

平成28年3月

静岡県

## 静岡県地域医療構想 目次

第1章 基本的事項	
第1節 地域医療構想策定の趣旨	1
第2節 地域医療構想の位置付け	1
第3節 地域医療構想の基本理念	1
第2章 静岡県の現況	
第1節 人口構造	3
第2節 医療資源	4
第3節 県民の意識・意向	9
第3章 構想区域	
第1節 構想区域の基本的考え方	11
第2節 構想区域の設定	11
第4章 将来の医療需要の推計	
第1節 医療需要ならびに医療供給の推計方法	12
第2節 患者流出入の状況	16
第3節 必要病床数等の推計結果	19
第4節 病床機能報告制度	22
第5章 平成37年(2025年)の必要病床数、在宅医療等の必要量と実現に向けた方向性	
第1節 平成37年(2025年)の必要病床数と在宅医療等の必要量	23
第2節 実現に向けた方向性	26
第3節 地域医療構想の推進体制	35
第6章 区域別構想	
1 賀茂構想区域	36
2 熱海伊東構想区域	41
3 駿東田方構想区域	45
4 富士構想区域	51
5 静岡構想区域	55
6 志太榛原構想区域	60
7 中東遠構想区域	64
8 西部構想区域	68

## 第1章 基本的事項

### 第1節 地域医療構想策定の趣旨

- ・本県では、県民がいつでも、どこでも、安心して必要な保健医療サービスが受けられる医療体制の整備及び質の向上を目指すための基本指針として、保健医療計画を策定し、その推進に取り組んでいます。現在の計画は、平成27年度から平成29年度までの3年間を計画期間とする、本県では第7次となる静岡県保健医療計画です。
- ・現在、医療を取り巻く環境は、かつてないほど大きな変化に直面しています。少子高齢化が急速に進行していく中で、限られた資源で、増加する医療及び介護需要に対応していくためには、今まで以上に医療と介護の連携が重要になってきます。
- ・こうした中、平成26年（2014年）6月に医療法が改正され、都道府県は、地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿である「地域医療構想」を医療計画の一部として新たに策定し、構想区域ごとに各医療機能の将来の必要量を含め、その区域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することが定められました。
- ・このような状況を踏まえ、本県においても医療環境の変化や制度改革等に適切に対応し、県民が安心して暮らすことができる医療の充実をさらに推進するため、国が示した「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき、地域の実情に即した「静岡県地域医療構想」として策定します。

### 第2節 地域医療構想の位置付け

- ・「静岡県地域医療構想」は、平成29年度までを計画期間とする「第7次静岡県保健医療計画」の一部として盛り込むとともに、平成30年度から動き出す「第8次静岡県保健医療計画」に統合していく予定です。
- ・なお、平成30年度を初年度とする第8次静岡県保健医療計画の策定段階においては、静岡県地域医療構想についても適宜見直しを行い、構想区域ごとに改めて検証を行います。

### 第3節 地域医療構想の基本理念

#### 1 医療と介護の総合的な確保

##### (1) 医療と介護の総合的な確保に関する基本的な考え方

- ・医療ニーズの増加に対応して、患者が病状に応じて適切な医療を将来にわたって持続的に受けられるようにするためには、病床の機能の分化及び連携を進めていく必要があります。
- ・一方で、患者の視点に立てば、急性期の医療から在宅医療・在宅歯科医療・介護までの一連のサービスが適切に確保され、さらに救急医療や居宅等で様態が急変した場合の緊急患者の受入れ等の適切な医療提供体制が確保される等、ニーズに見合った医療・介護

サービスが地域で適切に提供されるようにする必要があります。こうした体制整備は地域包括ケアシステムの構築にとっても不可欠です。

- ・「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」は、地域において医療及び介護を総合的に確保していくために「車の両輪」として進めていく必要があります。

## 2 地域の医療提供体制の構築

### (1) 地域医療構想の策定

- ・地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、構想区域ごとの各医療機能の将来の必要量を含めた地域医療構想を策定し、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します。

- ・医療法等において、地域医療構想には以下の内容を定めることとされています。また、地域医療構想に関する事項を定めるに当たっては、病床機能報告制度の報告の内容や、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向等を勘案することとされています。

- ・ 構想区域（一体的に地域における病床の機能分化と連携を推進する区域）
- ・ 構想区域における将来の病床の機能区分ごとの必要病床数
- ・ 構想区域における将来の在宅医療等の必要量
- ・ 地域医療構想の達成に向けた、病床の機能分化及び連携の推進に関する事項

- ・このため、地域医療構想の策定段階から、タウンミーティング等により住民の意見を伺うとともに、構想区域ごとに設置された会議等の場を活用して、地域の関係者の意見を反映する手続を行います。
- ・また、地域医療構想の実現に向けても、構想区域ごとに、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、関係者との連携を図りつつ、将来の病床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協議を行います。

### (2) あるべき将来の医療提供体制の姿

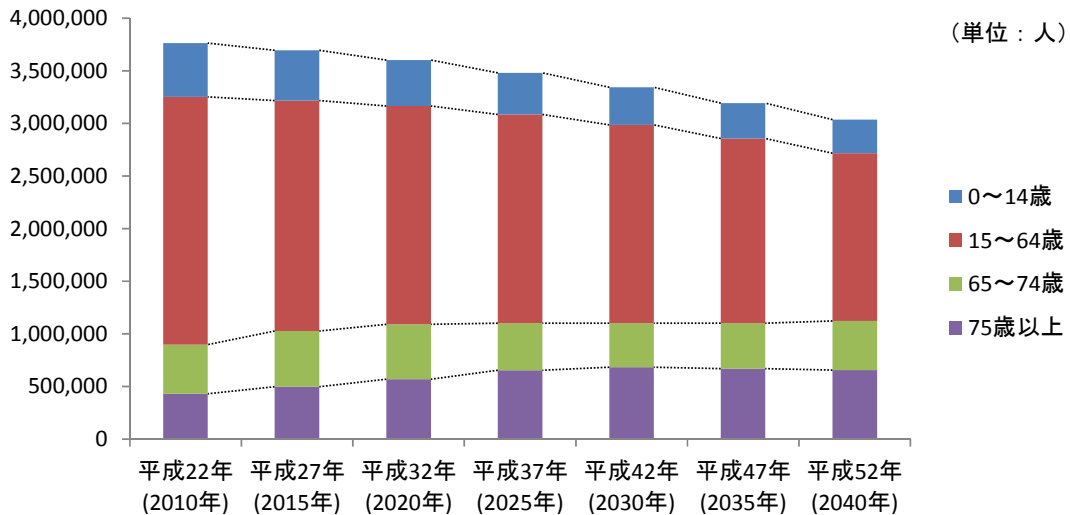
- ・高齢化の進行に伴い、慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者の増加が見込まれる中、急性期の医療から退院時の支援、在宅医療・在宅歯科医療、介護までの一連のサービスを地域において切れ目なく総合的に確保する必要があります。
- ・このため、各地域の現状・課題及び将来の医療需要の推計等を踏まえつつ、全県における将来のあるべき医療提供体制の方向性・考え方を明示します。

第1節 人口構造

1 人口構造の変化の見通し

- ・静岡県では、平成19年(2007年)12月の379万7千人をピークに人口減少局面を迎えています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、人口減少のスピードは、平成22年(2010年)から10年ごとの減少数が、16万4千人減、25万8千人減、30万8千人減と徐々に加速していくと推計されます。
- ・また、単に人口が減少するだけではなく、人口構造そのものが大きく変化していきます。少子化が進行する中で、生産年齢人口も減少し、急速な高齢化が進行していきます。
- ・団塊の世代が後期高齢者となる平成37年(2025年)には、本県においても、県民の約5人に1人が75歳以上になると予測されています。

図2-1：静岡県の年齢階級別将来推計人口<sup>1</sup>



	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	512,005	478,908	436,943	394,263	357,195	334,227	317,828
15～64歳	2,356,056	2,190,722	2,074,383	1,984,786	1,885,103	1,755,854	1,594,367
65～74歳	465,015	529,526	522,445	446,686	417,063	431,355	466,513
75歳以上	431,936	497,343	567,350	654,598	683,197	671,297	656,651
総数	3,765,007	3,696,499	3,601,121	3,480,333	3,342,558	3,192,733	3,035,359

注：平成22年は実績

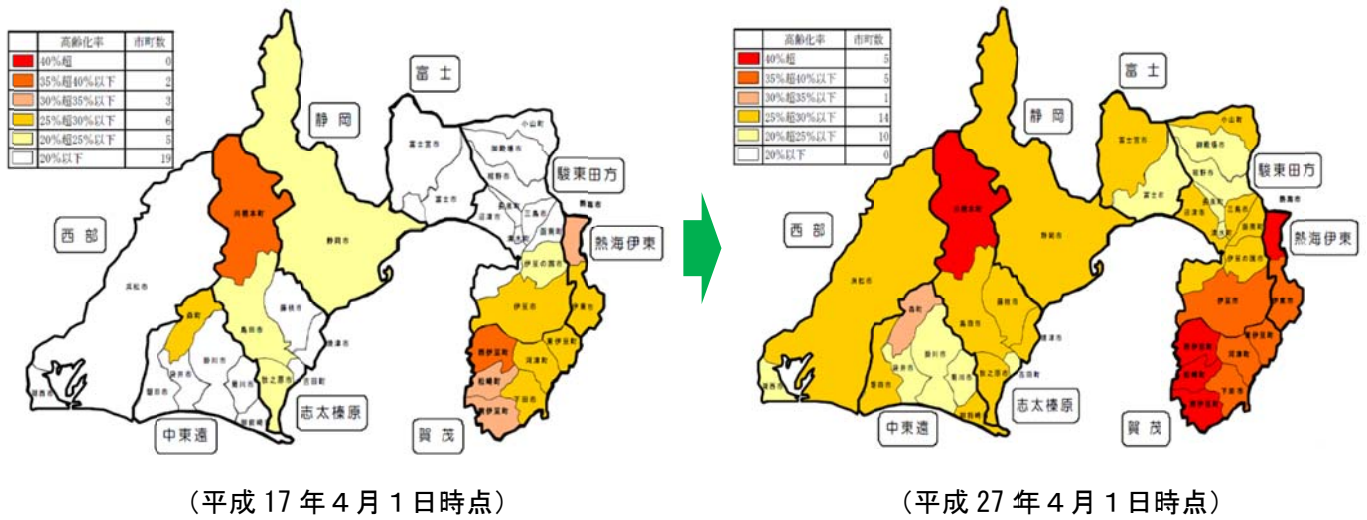
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月中位推計）」

2 高齢化の状況

- ・高齢化率は年々上昇し、平成27年(2015年)は過去最高の26.8%となり、平成17年(2005年)からの10年間で7.0ポイント増加しています。
- ・75歳以上の高齢者人口は10年間で1.4倍となり、高齢者の中の高齢化が進んでいます。

<sup>1</sup> 将来推計人口：地域医療構想においては、将来推計人口について、厚生労働省の通知に基づき、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25年3月中位推計）」の値を用いています。

図 2 - 2 : 市町別高齢化率の状況



## 第2節 医療資源

### 1 病院及び診療所の概況

#### (1) 病院

- ・平成 27 年 4 月 1 日現在、病院数は 183 施設、病床数は 38,937 床で、平成 22 年と比較して 1,441 床減少しています（表 2 - 1、表 2 - 2）。
- ・病床については、一般病床が 21,004 床、療養病床が 10,897 床、精神病床が 6,870 床で、人口 10 万人当たりの一般病床数は 570.2 床です。

#### (2) 診療所

##### ア 一般診療所

- ・平成 27 年 4 月 1 日現在、一般診療所数は 2,737 施設で、このうち有床診療所が 230 施設あります。病床数は 2,415 床で、平成 22 年と比較して 548 床減少しています（表 2 - 1、表 2 - 2）。
- ・人口 10 万人当たりの一般診療所数は、74.3 施設です。

##### イ 歯科診療所

- ・平成 27 年 4 月 1 日現在の歯科診療所数は、1,801 施設です（表 2 - 1）。
- ・人口 10 万人当たりの歯科診療所数は、48.9 施設です。

表 2 - 1 医療施設（病院・診療所）数の推移

（単位：施設）

	H22	H23	H24	H25	H26	H27
病院数	186	187	183	183	182	183
一般診療所数	2,743	2,748	2,740	2,743	2,745	2,737
有床	293	286	280	267	246	230
無床	2,450	2,462	2,460	2,476	2,499	2,507
歯科診療所数	1,786	1,789	1,792	1,787	1,795	1,801

資料：静岡県健康福祉部調査 各年度 4 月 1 日現在

表 2-2 使用許可病床数の推移

(単位：床)

	H22	H23	H24	H25	H26	H27
病院	40,378	40,322	39,154	39,252	38,800	38,937
一般病床	21,895	21,838	21,334	21,463	21,122	21,004
療養病床	11,150	11,217	10,608	10,530	10,582	10,897
精神病床	7,087	7,021	6,986	7,033	6,880	6,870
結核病床	198	198	178	178	168	118
感染症病床	48	48	48	48	48	48
一般診療所	2,963	2,844	2,764	2,714	2,523	2,415
歯科診療所	5	5	5	5	5	3

資料：静岡県健康福祉部調査 各年度4月1日現在

## 2 医療人材の概況

### (1) 医師

- ・平成 26 年末における本県の医師数のうち、医療施設の従事者は 7,185 人で、平成 20 年末と比べ 483 人増加しています（表 2-3）。
- ・人口 10 万人当たりでは 193.9 人で、全国平均の 233.6 人と比較すると 39.7 人下回っています。

### (2) 歯科医師

- ・平成 26 年末における本県の歯科医師数のうち、医療施設の従事者は 2,268 人で、平成 20 年末と比べ 13 人減少しています（表 2-3）。
- ・人口 10 万人当たり 61.2 人で、全国平均の 79.4 人と比較すると 18.2 人下回っています。

### (3) 薬剤師

- ・平成 26 年末における本県の薬剤師数のうち、薬局・医療施設の従事者は 5,883 人で、平成 20 年末と比べ 689 人増加しています（表 2-3）。
- ・人口 10 万人当たり 158.7 人で、全国平均の 170.0 人と比較すると 11.3 人下回っています。

### (4) 保健師

- ・平成 26 年末における本県の就業保健師数は 1,599 人で、平成 20 年末と比べ 242 人増加しています（表 2-4）。
- ・人口 10 万人当たり 43.2 人で、全国平均の 38.1 人と比較すると 5.1 人上回っています。

### (5) 看護師

- ・平成 26 年末における本県の就業看護師数は 29,174 人で、平成 20 年末と比べ 5,627 人増加しています（表 2-4）。
- ・人口 10 万人当たり 787.4 人で、全国平均の 855.2 人と比較すると 67.8 人下回っています。

表 2-3 医師・歯科医師・薬剤師数の推移

(単位：人)

		平成20年	平成22年	平成24年	平成26年
静岡県	医師	6,993 (184.0)	7,165 (190.3)	7,241 (193.9)	7,466 (201.5)
	医療施設の従事者	6,702 (176.4)	6,883 (182.8)	6,967 (186.5)	7,185 (193.9)
	歯科医師	2,330 (61.3)	2,274 (60.4)	2,310 (61.8)	2,319 (62.6)
	医療施設の従事者	2,281 (60.0)	2,233 (59.3)	2,260 (60.5)	2,268 (61.2)
	薬剤師	7,697 (202.6)	7,832 (208.0)	7,814 (209.2)	7,970 (215.1)
	薬局・医療施設の従事者	5,194 (136.7)	5,409 (143.7)	5,611 (150.2)	5,883 (158.7)
全国	医師	286,699 (224.5)	295,049 (230.4)	303,268 (237.8)	311,205 (244.9)
	医療施設の従事者	271,897 (212.9)	280,431 (219.0)	288,850 (226.5)	296,845 (233.6)
	歯科医師	99,426 (77.9)	101,576 (79.3)	102,551 (80.4)	103,972 (81.8)
	医療施設の従事者	96,674 (75.7)	98,723 (77.1)	99,659 (78.2)	100,965 (79.4)
	薬剤師	267,751 (209.7)	276,517 (215.9)	280,052 (219.6)	288,151 (226.7)
	薬局・医療施設の従事者	186,052 (145.7)	197,616 (154.3)	205,716 (161.3)	216,077 (170.0)

注：( ) 内は人口 10 万人対

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

表 2-4 就業保健師・就業看護師数の推移

(単位：人)

		平成20年	平成22年	平成24年	平成26年
保健師	静岡県	1,357 (35.7)	1,448 (38.5)	1,530 (41.0)	1,599 (43.2)
	全国	43,446 (34.0)	45,028 (35.2)	47,279 (37.1)	48,452 (38.1)
看護師	静岡県	23,547 (619.7)	25,908 (688.1)	27,627 (739.7)	29,174 (787.4)
	全国	877,182 (687.0)	952,723 (744.0)	1,015,744 (796.6)	1,086,779 (855.2)

注：( ) 内は人口 10 万人対

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

## 3 在宅医療の概況

○平成 27 年 4 月現在、県内に在宅療養支援診療所<sup>2</sup>は 334 箇所、在宅療養支援病院<sup>3</sup>は 15 箇所あります。また、在宅療養支援診療所以外の診療所でも、訪問診療など在宅医療を実施しています。

○医師の指示の下、患者宅を訪問し看護を行う機関である訪問看護ステーションは、県内に 198 箇所(平成 27 年 10 月現在)あり、ここ数年は増加しています。(表 2-5)

表 2-5 本県における訪問看護ステーション数の推移

(単位：箇所)

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27.10
訪問看護ST数	133	134	130	133	148	163	185	198
前年度比増減	—	1	▲4	3	15	15	22	—

注：各年度 3 月末現在、H27 は 10 月現在。

資料：静岡県健康福祉部調査

<sup>2</sup> 在宅療養支援診療所：地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、必要に応じて他の医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24 時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所

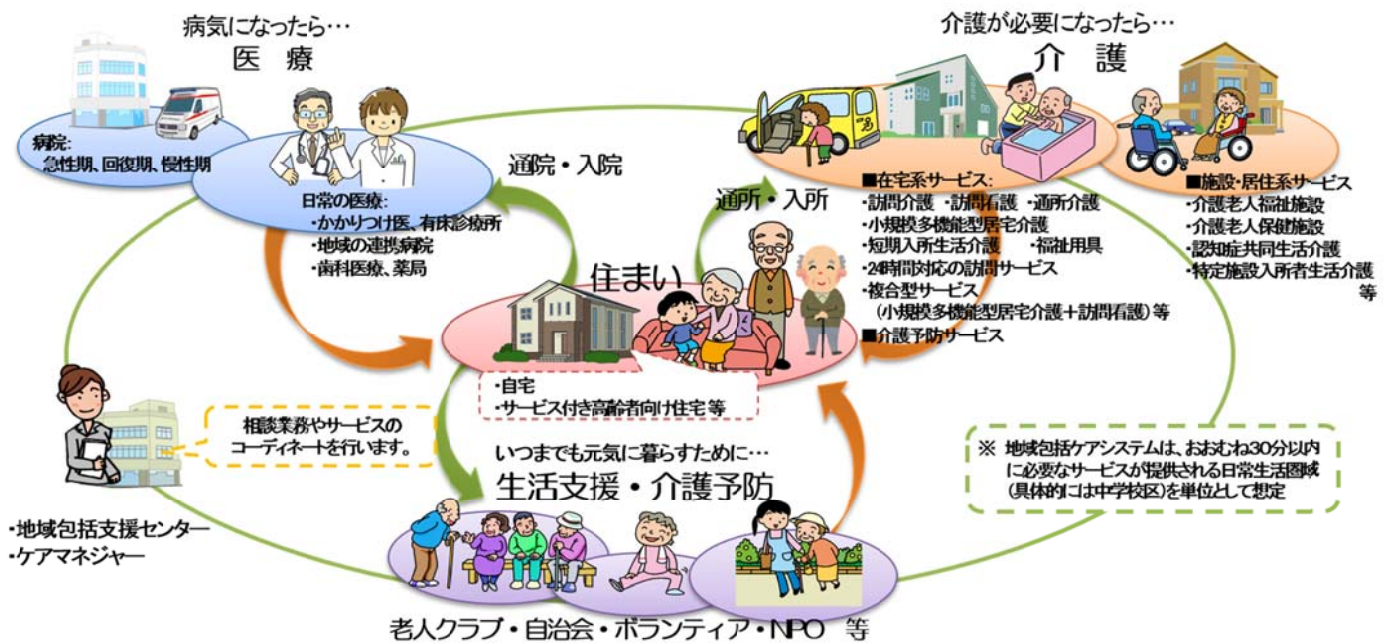
<sup>3</sup> 在宅療養支援病院：地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、訪問看護ステーション等との連携により、24 時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有し、かつ、緊急時に在宅療養患者が入院できる病床を常に確保している病院。半径 4 km 以内に診療所がないか、または、200 床未満の病院であることが要件



#### 4 医療介護資源の概況

- 医療提供体制は、単に入院医療の機能の分化や連携だけでなく、地域包括ケアシステム<sup>4</sup>との一体的な整備によって、住民にとって安心なものとなるだけでなく、関係者にとっても効率的な医療の提供が可能となります。
- このため、地域医療構想の策定に当たっては、介護資源等のデータについても把握しておく必要があります。構築を目指す地域包括ケアシステムの姿は図2-3、静岡県の医療介護資源の概況は、表2-6のとおりです。
- また、地域医療構想の実現に向けては、高齢者に係る保健、福祉、介護等の総合的な計画である「静岡県長寿者保健福祉計画」（静岡県介護保険事業支援計画を含む）や、高齢者の居住の安定の確保と福祉の増進に寄与することを目的とした「静岡県高齢者居住安定確保計画」等とも整合、調和を図りながら進めていく必要があります。

図2-3 地域包括ケアシステムの姿



<sup>4</sup> 地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第2条第1項）とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいいます。

表2-6 静岡県の医療介護資源の概況

(注記が無い場合は平成27年4月1日現在)

基本データ (H27年度推計値)

○人口及び高齢者の状況

		人数(人)
人口	～64歳	2,669,630
	65～74歳	529,526
	75歳以上	497,343
	65歳以上	1,026,869
	計	3,696,499
高齢化率		26.8%
後期高齢化率		13.5%
要介護認定率		16.0%

※平成27年度推計値

○要支援・要介護認定者数

	人数(人)	比率
要支援1	18,402	11.2%
要支援2	19,717	12.0%
要介護1	38,847	23.6%
要介護2	29,035	17.7%
要介護3	22,675	13.8%
要介護4	20,634	12.6%
要介護5	15,021	9.1%
合計	164,331	100%

※平成27年度推計値

医療関係

○医療資源

		箇所数等	時点
病院数(一般・療養)		183箇所	H27.4
有床診療所数(一般)		230箇所	H27.4
基準病床数		28,623床	H27.4
既存病床数		31,640床	H27.4
病床機能報告制度 機能別病床数	高度急性期	6,005床	H26.7
	急性期	12,055床	
	回復期	2,581床	
	慢性期	9,142床	
人口10万人当たり医師数		201.5人	H26.12

○医療資源(在宅医療関係)

		箇所数等	時点
在宅療養支援病院数		15箇所	H27.4
在宅療養支援診療所数		334箇所	H27.4
在宅看取り診療所数		174箇所	H26.10
訪問看護事業所数		202箇所	H27.8
在宅療養支援歯科診療所		156箇所	H28.2
在宅訪問実施可能薬局数		195箇所	H28.1
在宅死亡率		21.2%	H26

住まい

○サービス付高齢者住宅

	登録件数	戸数
サービス付高齢者住宅	116	3,940

介護サービス

○施設サービス等

	箇所数	ベッド数	ベッド数/ 要介護認定者数
地域密着型 特養	39	1,055	0.02
(広域型)特養	235	16,326	0.28
老人保健施設	122	12,669	0.10

※特養は要介護3以上

○地域密着サービス

	箇所数	利用状況	サービス量/ 要介護認定者数
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	15	80,439	0.64
認知症対応型通所介護	183	322,367	2.55
小規模多機能型居宅介護	135	550,511	4.36
認知症対応型 共同生活介護	366	5,739	0.05

※認知症対応型共同生活介護の利用状況は定員数

○居宅サービス

	箇所数	利用状況	サービス量/ 要介護認定者数
訪問介護(回/年)	700	3,078,401	24.4
訪問看護(回/年)	187	548,385	4.3
デイサービス(回/年) (通所介護)	1,363	5,207,175	41.3
ショートステイ(日/年) (短期入所生活介護)	285	1,396,913	11.1
短期入所療養介護 (日/年)(老健)	149	115,033	0.9

地域支援事業の拠点

○地域包括支援センター

	箇所数	高齢者7千人当り
地域包括支援センター	142	1.0箇所

介護予防

○介護予防サービス

	箇所数	利用状況	サービス量/ 要支援認定者数
訪問介護	682	591,208	15.5
訪問看護	184	51,353	1.3
通所介護	1,293	849,866	22.3

資料：静岡県健康福祉部調査

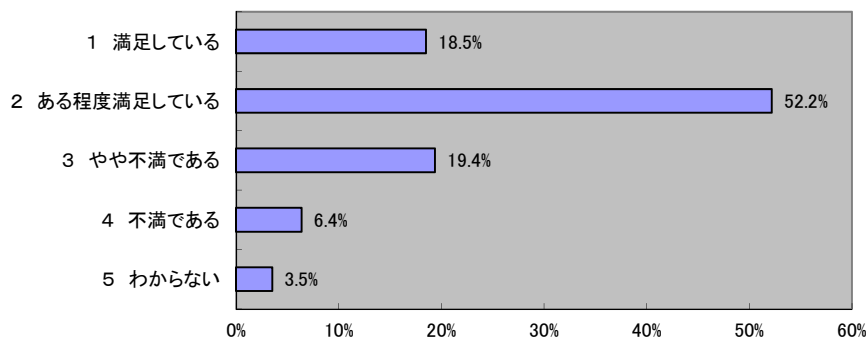
### 第3節 県民の意識・意向

○地域医療構想の策定に当たって、地域の医療提供体制について意見を伺い、今後の取組の参考とするため、平成27年10月から11月にかけて、「県政インターネットモニターアンケート調査」を実施しました。結果の概要は次のとおりです。

- ・調査対象：県政インターネットモニター 計507名  
(県内に在住又は通勤・通学している満15歳以上の方)
- ・調査期間：平成27年10月20日から11月2日まで(14日間)
- ・回答方法：インターネットによる回答
- ・回答者数：454人(回答率：89.5%)

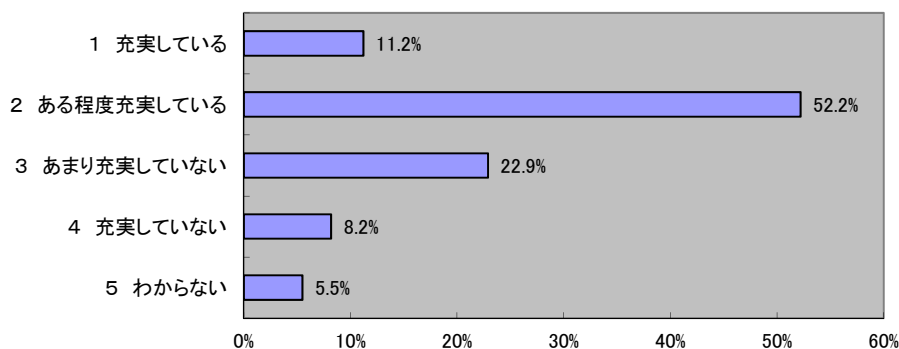
○よく行く医療機関までの距離(近さ・遠さ)については、「満足している」18.5%、「ある程度満足している」52.2%、合わせて70.7%の方が満足しているとの回答でした。

図2-4：よく行く医療機関までの距離(近さ・遠さ)



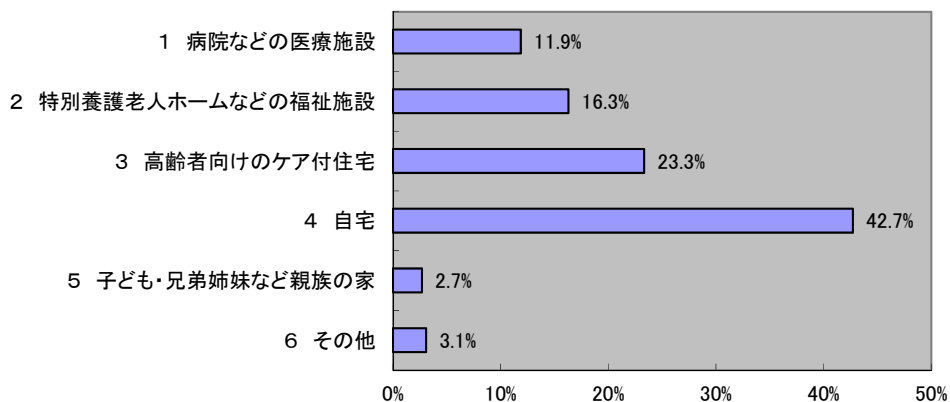
○住んでいる地域の医療機関の整備状況については、「充実している」11.2%、「ある程度充実している」52.2%、合わせて63.4%の方が充実しているとの回答でした。

図2-5：住んでいる地域の医療機関の整備状況



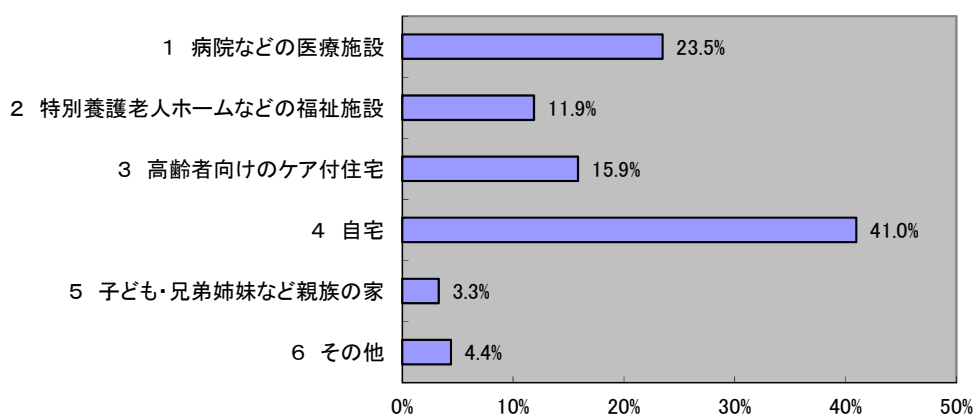
○高齢期に医療や介護が必要となった時に過ごしたい場所については、多い順に「自宅」42.7%、「高齢者向けのケア付住宅」23.3%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」16.3%となっています。

図 2-6：高齢期に医療や介護が必要となった時に過ごしたい場所



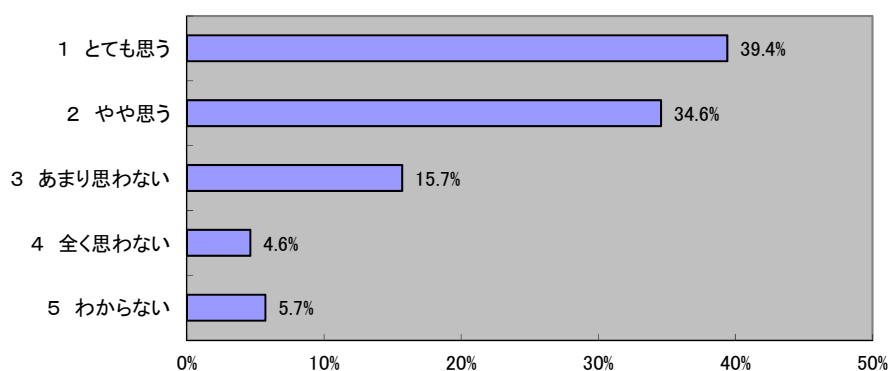
○人生の最終段階を迎えたい場所については、「自宅」が41.0%、「病院などの医療施設」が23.5%となっています。

図 2-7：人生の最終段階を迎えたい場所



○「自宅で医療や介護を受けることができる体制の推進をするべきだと思いますか」との質問に対しては、「とても思う」39.4%、「やや思う」34.6%、合わせて74.0%が推進するべきとの回答でした。

図 2-8：自宅で医療や介護を受けることができる体制の推進



資料：静岡県広報課「県政インターネットモニターアンケート」

### 第3章 構想区域

#### 第1節 構想区域の基本的考え方

- ・ 構想区域は、医療法第30条の4第2項第7号に基づく区域であり、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位とします。
- ・ 医療機能のうち、高度急性期機能については必ずしも当該構想区域での診療完結を求めませんが、急性期、回復期、慢性期機能は、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいとされています。

#### 第2節 構想区域の設定

- ・ 構想区域は、医療計画において二次保健医療圏を基本として救急・周産期等の医療提供体制の整備を進めてきていること等から、当面は現行の二次保健医療圏とします。
- ・ なお、次期保健医療計画の策定に向けて、医療提供体制の検証・分析など、社会情勢を踏まえて最終的な構想区域の設定を検討していきます。

図3-1 構想区域図

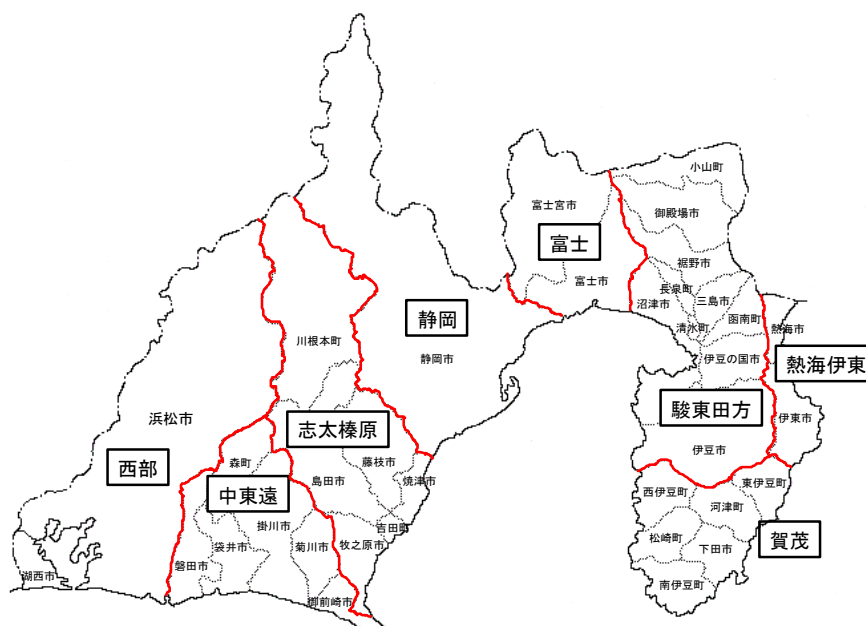


表3-1 構想区域の構成市町、平成37年推計人口及び面積

構想区域	構成市町名	平成37年(2025年)推計人口(人)	面積(km <sup>2</sup> )
賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	57,954	585
熱海伊東	熱海市、伊東市	92,272	186
駿東田方	沼津市、三島市、御殿場市、裾野市、伊豆市、伊豆の国市、函南町、清水町、長泉町、小山町	623,116	1,278
富士	富士宮市、富士市	362,643	634
静岡	静岡市	652,514	1,412
志太榛原	島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町	438,727	1,210
中東遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町	442,880	832
西部	浜松市、湖西市	810,227	1,645
	合計	3,480,333	7,782



## 第4章 将来の医療需要の推計

### 第1節 医療需要ならびに医療供給の推計方法

#### 1 地域医療構想における将来推計

- ・地域医療構想では、医療需要（推計入院患者数）ならびに医療供給を4つの医療機能ごとに算出します。

#### (1) 高度急性期、急性期、回復期機能

##### ア 医療需要の推計

- ・患者の状態や診療の実態を勘案するよう、一般病床等の患者のNDBのレセプトデータ<sup>5</sup>やDPCデータ<sup>6</sup>などを分析することで推計します。

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

- ・病床の機能区分に関しては、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（医療資源投入量）で分析していくこととされています。
- ・病床の機能別分類の境界点の考え方は、表4-1のとおりです。高度急性期は、入院基本料等を除いた1日あたりの診療報酬の出来高点数が3,000点以上、急性期は600点以上、回復期は175点以上で区分して患者数を算出し、それぞれについて、将来の推計人口を用いて患者数を推計します。

表4-1 病床の機能別分類の境界点の考え方

医療機能の名称	医療資源投入量(※)	基本的な考え方
高度急性期	3,000点以上	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重傷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点以上	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
回復期	225点以上 (175点以上)	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 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する

※医療資源投入量とは、1日当たりの診療報酬の出来高点数(入院基本料等を除く)

<sup>5</sup> NDBのレセプトデータ：NDB（National Database）とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称です。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理しています。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれます。

<sup>6</sup> DPCデータ：DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のことで、DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS（Per-Diem Payment System；1日当たり包括支払い制度）といいます。DPC/PDPS参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出しており、これを地域医療構想ではDPCデータと呼びます。

#### イ 医療需要に対する医療供給の考え方

- ・推計した医療需要を基に、将来（2025年）にあるべき医療提供体制を踏まえて構想区域間の患者移動割合を調整・検討することで、将来における医療供給体制を考えていきます。

#### (2) 慢性期機能及び在宅医療等<sup>7</sup>

- ・慢性期機能については、病床機能報告制度において、「長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能」ならびに「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または難病患者等を入院させる機能」と定義されています。
- ・主に慢性期機能を担っている療養病床については、現在、一般病床のように医療行為を出来高換算した医療資源投入量に基づく分析を行うことは困難です。このため、慢性期機能の中に在宅医療等で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で、療養病床の入院受療率の地域差縮小に向けた対応に努めるものとします。具体的には、次のような方針とします。

#### ア 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要の考え方

- ・慢性期機能及び在宅医療等の医療需要の考え方については、厚生労働省令の定める算定式により、以下の内容で推計するものとします。
  - ①一般病床の障害者数・難病患者数について、慢性期機能の医療需要として推計します。
  - ②療養病床の入院患者数のうち、医療区分<sup>8</sup>1の患者数の70%を、在宅医療等で対応する患者数として推計します。その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していく、将来の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれ推計します。
  - ③一般病床の入院患者数のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等で対応する患者数の医療需要として推計します。
  - ④在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・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、在宅医療等の医療需要として推計します。
  - ⑤介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・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、在宅医療等の医療需要として推計します。

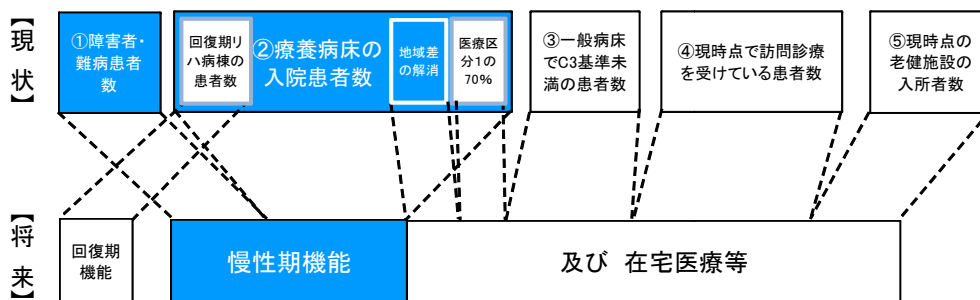
<sup>7</sup> 在宅医療等：「地域医療構想策定ガイドライン」では、在宅医療等の範囲について、「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定」するとしています。

<sup>8</sup> 医療区分：医療の必要度により「医療区分1～3」に分類され、重度の病態を区分3、中等度の医療必要度を持つ患者を区分2とし、医療区分2、3に該当しない患者を医療区分1としています。

## イ 医療需要に対する医療供給の考え方

- ・推計した医療需要を基に、将来（2025年）にあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域ごとに検討します。
- ・在宅医療等に対応するとされる、療養病床の入院患者数のうち医療区分1の患者数の70%、一般病床の入院患者数のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、地域における受け入れ態勢の整備状況なども考慮しながら適切に対応していきます。

図4-1 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



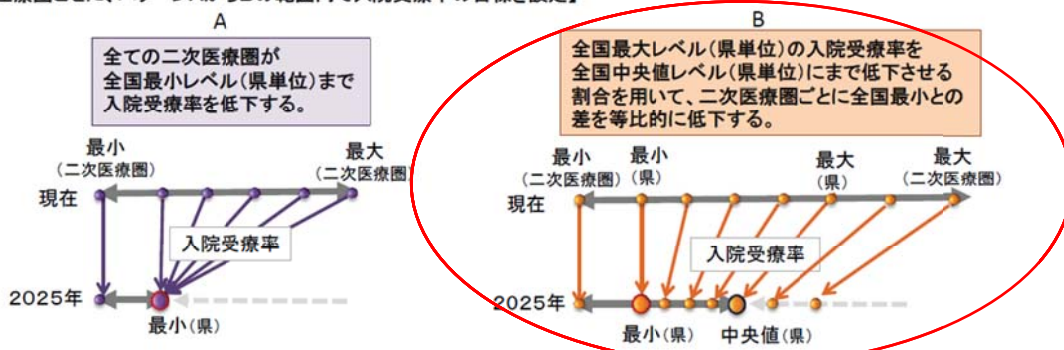
※網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

## ウ 慢性期機能の需要推計における目標設定

- ・慢性期機能の需要推計にあたっては、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう目標設定を行い、これに相当する分の患者数を推計することとされています。
- ・具体的には、地域医療構想策定ガイドラインにおいて、慢性期機能の医療需要推計にあたり、「療養病床の入院受療率の地域差を解消するための目標については、都道府県は、原則として構想区域ごとに以下のAからBの範囲内で定める」こととされています。（図4-2）
- ・本県においては、療養病床の入院受療率（152）が全国中央値（144）を上回っていること、全国最小値（81）とは大きな差があること（図4-3）から、「パターンB」を用いて推計します。

図4-2：パターンAとパターンBの比較

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】



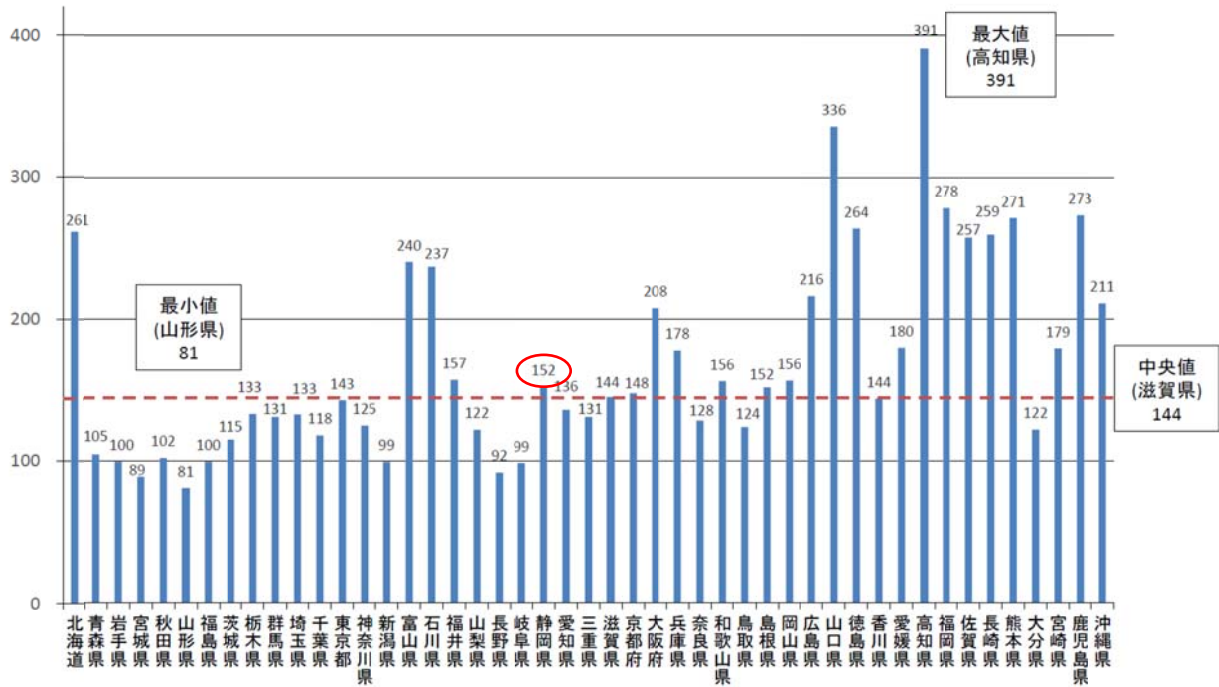
資料：「地域医療構想策定ガイドライン」より作成



図 4 - 3 : 療養病床の都道府県別入院受療率

療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



資料：内閣府「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第1次報告」より作成

## 第2節 患者流出入の状況

### 1 都道府県間の患者流出入

- ・将来の病床数の必要量については、現在の患者の受療動向も勘案して設定します。
- ・現在の医療提供体制が今後も継続した場合、本県における平成37年(2025年)の都道府県間患者流出入の状況は、表4-2のとおりです。
- ・賀茂、熱海伊東、駿東田方区域においては東京都、神奈川県、山梨県からの流入が多く、中東遠、西部区域においては愛知県への流出が多くなっています。

表4-2 平成37年(2025年)の都道府県間流出入状況(現在の流出入状況が続いた場合)

(単位:人/日)

	他県流出入先		区分	流入	流出	差
				(他県→静岡)	(静岡→他県)	
賀茂	東京都	区南部(品川区、大田区)	慢性期	16	—	16
		区西南部 (目黒区、世田谷区、渋谷区)	慢性期	11	—	11
熱海伊東	神奈川県	県西(小田原市等)	急性期	31	11	20
			回復期	40	15	25
			慢性期	17	26	▲9
駿東田方	神奈川県	横浜北部 (鶴見区、神奈川区、港北区、 緑区、青葉区、都筑区)	慢性期	10	—	10
			慢性期	12	—	12
		川崎北部 (高津区、多摩区、宮前区、麻生区)	慢性期	22	—	22
		川崎南部 (川崎区、幸区、中原区)	慢性期	22	—	22
		湘南西部(平塚市等)	慢性期	16	—	16
	県西(小田原市等)	急性期	18	—	18	
		回復期	17	—	17	
	慢性期	30	19	11		
	山梨県	富士・東部(富士吉田市等)	慢性期	13	—	13
中東遠	愛知県	東三河南部(豊橋市等)	慢性期	—	15	▲15
西部	愛知県	名古屋	慢性期	13	—	13
			慢性期	13	—	13
		東三河南部(豊橋市等)	急性期	25	19	6
			回復期	15	29	▲14
	慢性期	16	73	▲57		
計				322	207	115

※4 医療機能別かつ2次医療圏別で10人以上の流出入について集計

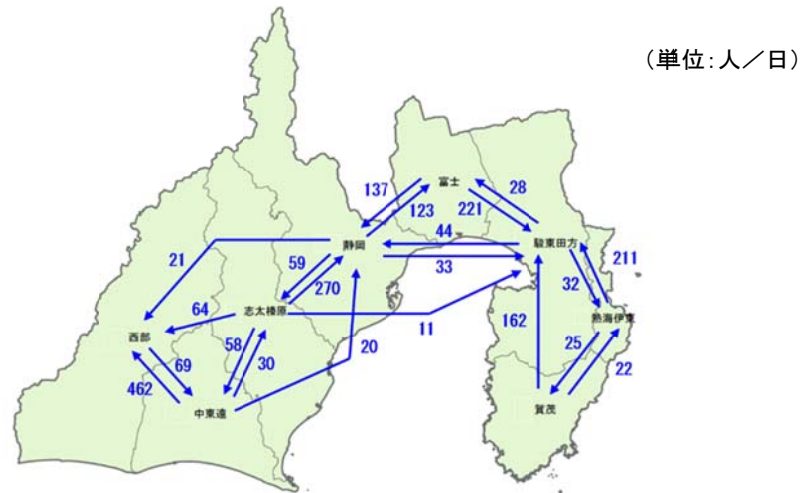
資料:厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」より作成

## 2 県内構想区域間の患者流出入

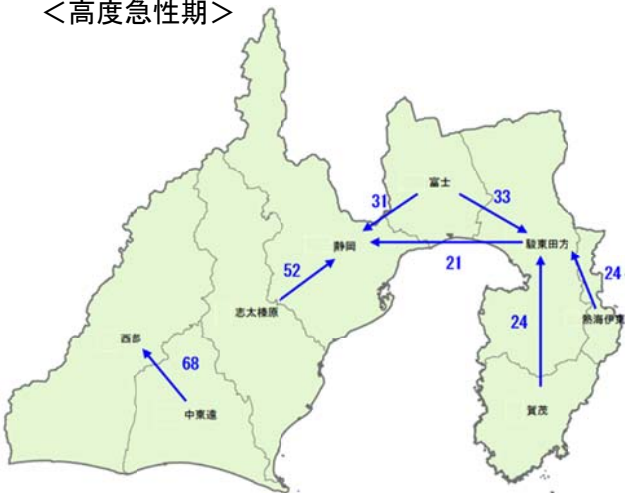
- ・現在の医療提供体制が今後も継続した場合、県内における平成37年(2025年)の患者流出入の状況は、図4-4のとおりです。
- ・駿東田方、静岡、西部区域は流入が多く、賀茂、熱海伊東、富士、志太榛原、中東遠区域は流出が多くなっています。

図4-4 平成37年(2025年)の県内区域間流出入状況(現在の流出入状況が続いた場合)

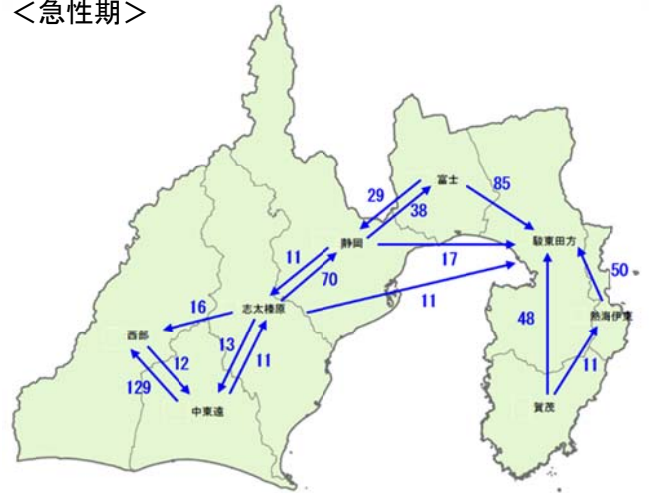
<4 医療機能合計>



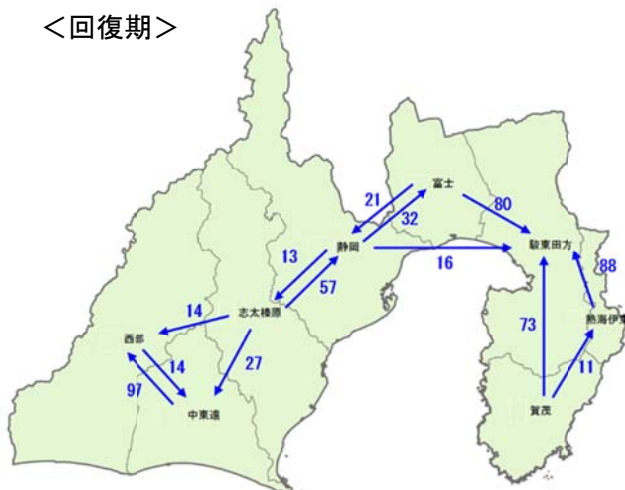
<高度急性期>



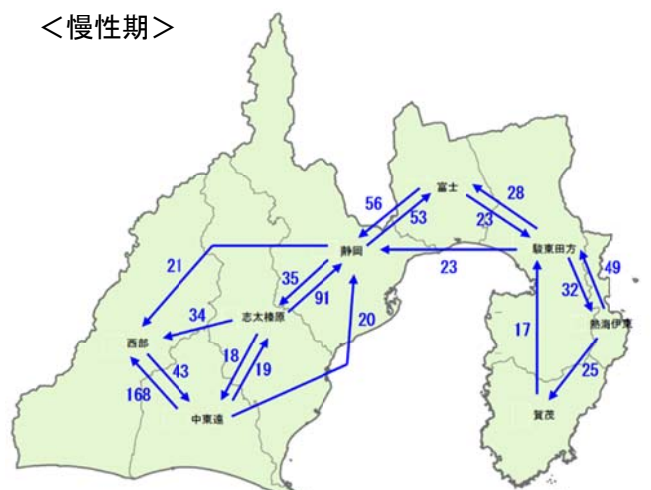
<急性期>



<回復期>



<慢性期>



※10人/日未満の数値は非公表となっていることから、公表データのみを图示  
資料:厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」より作成

表4-3 平成37年(2025年)の県内区域間流出入状況(現在の流出入状況が続いた場合)

(単位:人/日)

4医療機能合計		患者住所地									流入合計
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	県外	
医療機関所在地	賀茂		25	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	113	138
	熱海伊東	22		32	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	192	246
	駿東田方	162	211		221	33	11	0.0	0.0	384	1,022
	富士	0.0	0.0	28		123	0.0	0.0	0.0	83	234
	静岡	0.0	0.0	44	137		270	20	0.0	214	685
	志太榛原	0.0	0.0	0.0	0.0	59		30	0.0	56	145
	中東遠	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	58		69	30	157
	西部	0.0	0.0	0.0	0.0	21	64	462		234	781
	県外	45	131	197	69	111	67	86	224		930
流出合計		229	367	301	427	347	470	598	293	1,306	

(単位:人/日)

高度急性期		患者住所地									流入合計
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	県外	
医療機関所在地	賀茂			0.0						0.0	0.0
	熱海伊東	0.0		0.0	0.0		0.0			22	22
	駿東田方	24	24		33	0.0	0.0	0.0	0.0	40	121
	富士	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0			12	12
	静岡	0.0	0.0	21	31		52	0.0	0.0	29	133
	志太榛原			0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	13	13
	中東遠					0.0	0.0		0.0	10	10
	西部	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	68		34	102
	県外	8	13	22	8	28	20	18	29		146
流出合計		32	37	43	72	28	72	86	29	160	

(単位:人/日)

急性期		患者住所地									流入合計
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	県外	
医療機関所在地	賀茂		0.0	0.0		0.0				0.0	0.0
	熱海伊東	11		0.0	0.0		0.0			58	69
	駿東田方	48	50		85	17	11	0.0	0.0	75	286
	富士	0.0	0.0	0.0		38	0.0	0.0		15	53
	静岡	0.0	0.0	0.0	29		70	0.0	0.0	68	167
	志太榛原			0.0	0.0	11		11	0.0	11	33
	中東遠					0.0	13		12	6	31
	西部	0.0		0.0	0.0	0.0	16	129		74	219
	県外	11	32	61	19	23	10	20	46		222
流出合計		70	82	61	133	89	120	160	58	307	

(単位:人/日)

回復期		患者住所地									流入合計
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	県外	
医療機関所在地	賀茂		0.0	0.0		0.0				25	25
	熱海伊東	11		0.0	0.0	0.0		0.0		77	88
	駿東田方	73	88		80	16	0.0	0.0	0.0	98	355
	富士	0.0	0.0	0.0		32	0.0	0.0		23	55
	静岡	0.0	0.0	0.0	21		57	0.0	0.0	33	111
	志太榛原			0.0	0.0	13		0.0	0.0	21	34
	中東遠				0.0	0.0	27		14	7	48
	西部	0.0		0.0	0.0	0.0	14	97		46	157
	県外	13	38	63	19	22	21	27	50		253
流出合計		97	126	63	120	83	119	124	64	330	

(単位:人/日)

慢性期		患者住所地									流入合計
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	県外	
医療機関所在地	賀茂		25	0.0	0.0	0.0				88	113
	熱海伊東	0.0		32	0.0	0.0				35	67
	駿東田方	17	49		23	0.0	0.0	0.0		171	260
	富士	0.0	0.0	28		53	0.0	0.0	0.0	33	114
	静岡	0.0	0.0	23	56		91	20	0.0	84	274
	志太榛原				0.0	35		19	0.0	11	65
	中東遠					0.0	18		43	7	68
	西部	0.0	0.0	0.0	0.0	21	34	168		80	303
	県外	13	48	51	23	38	16	21	99		309
流出合計		30	122	134	102	147	159	228	142	509	

※「0.0」表記は、10人/日未満の数値(非公表)

※「県外」には、「0.0」表記分の数値を含む

資料:厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」より作成

### 第3節 必要病床数等の推計結果

#### 1 平成37年(2025年)の必要病床数等

- ・平成37年(2025年)における必要病床数の推計は、厚生労働省令、地域医療構想策定ガイドライン等に基づいて行いました。病床機能別の必要病床数を表4-4に示します。
- ・医療需要ならびに医療供給体制が、平成37年(2025年)も、現状(平成25年度)の患者受療動向と同じと仮定して推計した「医療機関所在地ベース」と、他の構想区域への患者移動はないと仮定して推計した「患者住所地ベース」の値が、必要病床数の推計を行う上での基本データ(表4-5)となります。
- ・県内構想区域間における医療供給数の増減について、「医療機関所在地ベース」と「患者住所地ベース」の中間的な調整を種々検討しましたが、構想区域における将来的な人口予測を含め、今回の推計方法には流動的な要因も多いことから、地域医療構想策定ガイドラインの考え方にに基づき、高度急性期については医療機関所在地ベースを、急性期、回復期、慢性期については患者住所地ベースを当面用いることとしました。
- ・この前提のもと、都道府県間の患者移動(前掲表4-2)についても調整を行い、4つの病床機能ごとに病床稼働率(高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%)で除したものを必要病床数として推計しました。
- ・ただし、必要病床数は、あくまで平成25年度(2013年度)の実績値に基づいた推計値であることから、その後の状況変化や社会情勢を踏まえて、必要に応じて見直しを行っていきます。
- ・平成37年(2025年)における在宅医療等の必要量については、表4-6に示します。表にあるように「患者住所地ベース」で推計していますが、国における療養病床の在り方等の検討を踏まえた今後の動向など流動的な要因も多いことから、必要に応じて見直しを行っていきます。

表4-4 平成37年(2025年)の必要病床数 (単位:床)

	平成37年(2025年)の必要病床数				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満	※1	—
賀茂	20	186	271	182	659
熱海伊東	84	365	384	235	1,068
駿東田方	609	1,588	1,572	1,160	4,929
富士	208	867	859	676	2,610
静岡	773	1,760	1,370	1,299	5,202
志太榛原	321	1,133	1,054	738	3,246
中東遠	256	1,081	821	698	2,856
西部	889	2,104	1,572	1,449	6,014
静岡県	3,160	9,084	7,903	6,437	26,584
	11.9%	34.2%	29.7%	24.2%	100%

※1:慢性期機能の必要病床数には、一般病床での医療資源投入量175点未満、療養病床での医療区分1の70%、地域差解消分にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

表4-5 平成37年(2025年)の「患者住所地ベース」「医療機関所在地ベース」の病床数

(単位:床)

	患者住所地ベース 平成37年(2025年)の病床数					医療機関所在地ベース 平成37年(2025年)の病床数				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	総計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	総計
	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満	※1	—	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満	※1	—
賀茂	60	186	271	152	669	20	106	191	241	558
熱海伊東	103	340	357	245	1,045	84	322	313	185	904
駿東田方	507	1,565	1,553	1,068	4,693	609	1,855	1,877	1,207	5,548
富士	287	867	859	676	2,689	208	764	787	689	2,448
静岡	635	1,760	1,370	1,299	5,064	773	1,860	1,401	1,435	5,469
志太榛原	399	1,133	1,054	738	3,324	321	1,022	960	637	2,940
中東遠	356	1,081	821	714	2,972	256	915	737	540	2,448
西部	793	2,096	1,588	1,497	5,974	889	2,301	1,689	1,671	6,550
静岡県	3,140	9,028	7,873	6,389	26,430	3,160	9,145	7,955	6,605	26,869
	11.9%	34.1%	29.8%	24.2%	100%	11.8%	34.0%	29.6%	24.6%	100%

※1:平成37年の慢性期機能の病床数には、一般病床での医療資源投入量175点未満、療養病床での医療区分1の70%、地域差解消分にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

注:都道府県間の患者移動の調整に伴い、平成37年の必要病床数(表4-4)とは一致しない部分がある。

資料:厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」より作成

表4-6 平成37年(2025年)の在宅医療等の必要量 (単位:人/日<sup>9</sup>)

	平成37年(2025年) 患者住所地ベース(人/日)	
	在宅医療等 ※2	(再掲)在宅医療等のうち 訪問診療分 ※3
賀茂	1,024	428
熱海伊東	1,643	735
駿東田方	7,186	3,271
富士	3,723	1,612
静岡	8,082	3,845
志太榛原	4,585	1,832
中東遠	4,198	1,420
西部	9,652	4,162
静岡県	40,093	17,305

※2:平成37年の在宅医療等の数値は①一般病床で医療資源投入量175点未満の患者数 ②療養病床入院患者数のうち医療区分1の70% ③訪問診療を受けている患者数 ④老健施設の入所者数 とともに、慢性期入院受療率の地域差解消分を含んだ数値

※3:レセプトデータにおいて「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者以外」、「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者」、「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居者」を算定している患者数から推計

資料:厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」より作成

<sup>9</sup> 在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表しています。実際には全員が1日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なってきます。



## 2 平成 25 年度(2013 年度)時点での医療供給数等

- ・平成 25 年度(2013 年度)時点での医療供給ならびに在宅医療等について、厚生労働省令の算定式に基づき算出すると、表 4-7 ならびに表 4-8 のようになります。

表 4-7 平成 25 年度(2013 年度)時点での医療供給数 (単位: 床)

	平成25年度(2013年度)の病床数 医療機関所在地ベース				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	総計
	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満	※1	—
賀茂	19	97	172	269	557
熱海伊東	77	281	266	213	837
駿東田方	583	1,644	1,605	1,358	5,190
富士	184	649	620	731	2,184
静岡	775	1,681	1,206	1,606	5,268
志太榛原	303	896	810	734	2,743
中東遠	223	779	598	711	2,311
西部	836	2,001	1,389	2,096	6,322
静岡県	3,000	8,028	6,666	7,718	25,412
	11.8%	31.6%	26.2%	30.4%	100%

※1: 平成 25 年度の慢性期機能の数値は、一般病床での医療資源投入量 175 点未満と療養病床での医療区分 1 の 70%にあたる患者数の在宅医療等への移行を盛り込んだ数値

資料: 厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」より作成

表 4-8 平成 25 年度(2013 年度)時点での在宅医療等の供給量 (単位: 人/日)

	平成25年度(2013年度) 医療機関所在地ベース(人/日)	
	在宅医療等 ※2	(再掲)在宅医療等のうち 訪問診療分 ※3
賀茂	797	295
熱海伊東	1,014	419
駿東田方	5,026	2,420
富士	2,510	1,212
静岡	5,707	2,844
志太榛原	3,127	1,273
中東遠	2,727	1,037
西部	6,460	3,065
静岡県	27,368	12,565

※2: 平成 25 年度の在宅医療等の数値には、次の項目が含まれている。(慢性期入院受療率の地域差解消分は含まれていない。)

①一般病床で医療資源投入量 175 点未満の患者数 ②療養病床入院患者のうち医療区分 1 の 70%

③訪問診療を受けている患者数 = 「(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分」 ④老健施設の入所者数

※3: レセプトデータにおいて「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者以外」「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者」「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居者」を算定している患者数から推計

資料: 厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」より作成

## 第4節 病床機能報告制度

### 1 病床機能報告制度について

- ・地域医療構想の策定にあたっては、地域の医療機関が担っている病床機能の現状把握ならびに分析等が必要です。
- ・そのために必要なデータを収集するため、医療機関がその有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能を、病棟単位を基本として「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4区分から一つを自主的に選択し、都道府県に報告する仕組みが導入されました（医療法第30条の13）。
- ・報告された情報を公表し、地域医療構想とともに示すことにより、地域の医療機関や住民等が、地域の医療提供体制の現状と将来の姿について共通認識を持つことができます。また、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議によって、医療機能の分化・連携が進められるようになります。

### 2 病床機能報告制度の報告結果

- ・平成26年度の報告結果は、表4-9のとおりです。
- ・病床機能報告制度には、「稼働病床ベース」と「許可病床ベース」の2つの数値がありますが、許可病床ベースには、休止等（1年以上患者の入っていない病床）の病床が含まれていることから、静岡県地域医療構想では、より実体に近い「稼働病床ベース」の値を用います。
- ・なお、初年度となる平成26年度報告結果においては、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量（必要病床数）等の情報を踏まえていないことから、個別医療機関間、構想区域等の地域間、病床の機能区分ごと等の比較をする際には、十分に注意する必要があります。
- ・また、病床機能報告制度では、毎年6月分の入院レセプトデータ等による施設ごとの体制や診療プロセスなどの客観的データを公開することが義務付けられており、静岡県でもホームページにてデータを公開しています。

表4-9 病床機能報告 平成26年7月現在報告結果【稼働病床ベース】（単位：床）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	総計	（参考）使用許可病床数 ※		
						一般病床	療養病床	計
賀茂	0	318	86	447	851	484	406	890
熱海伊東	116	488	121	337	1,062	850	305	1,155
駿東田方	747	3,294	410	1,577	6,028	5,122	2,289	7,411
富士	8	1,407	293	777	2,485	2,114	925	3,039
静岡	2,369	1,309	449	1,682	5,809	4,876	1,981	6,857
志太榛原	14	1,956	366	894	3,230	2,525	1,082	3,607
中東遠	418	1,026	383	631	2,458	1,826	1,359	3,185
西部	2,333	2,257	473	2,797	7,860	5,509	2,663	8,172
静岡県	6,005	12,055	2,581	9,142	29,783	23,306	11,010	34,316
	20.2%	40.5%	8.6%	30.7%	100%	67.9%	32.1%	100%

※使用許可病床数：平成27年4月1日現在

（注）平成26年度報告は、定性的な基準に基づき各医療機関が自主的に選択した医療機能を報告したものであることから、同じ医療機能を有していても、各医療機関の捉え方によっては同様の報告となっていない場合がある。



第1節 平成37年(2025年)の必要病床数と在宅医療等の必要量

1 平成37年(2025年)の必要病床数

- ・平成37年(2025年)における静岡県の必要病床数は26,584床と推計されます。高度急性期は3,160床、急性期は9,084床、回復期7,903床、慢性期は6,437床と推計されます。(表5-1)
- ・平成26年7月の病床機能報告における静岡県の稼働病床数は29,783床です。平成37年(2025年)の必要病床数と比較すると3,199床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期+急性期+回復期」は20,641床(平成26年7月の稼働病床数)と20,147床(平成37年の必要病床数)であるのに対して、療養病床が主となる「慢性期」は、9,142床(平成26年7月の稼働病床数)と6,437床(平成37年の必要病床数)と大きな差が見られます。(図5-1)
- ・慢性期におけるこの大きな差が、静岡県地域医療構想を今後実現していく上での大きな課題となります。一般病床及び療養病床の入院患者数の一部について在宅医療等へ移行することを前提としており、病床の機能分化と連携とともに、地域における介護系施設や「住まい」等の整備も重要となります。
- ・また、平成28年度(2016年度)の診療報酬改定や、平成30年度(2018年度)の診療報酬と介護報酬の同時改定によっては、本県の病床構成も大きく変化することが予想されることから、状況変化や社会情勢を踏まえて、必要に応じて見直しを行っていきます。
- ・なお、平成37年(2025年)の必要病床数と同様の算定式に基づいた平成25年度(2013年度)時点における医療供給数を比較すると、総数及び高度急性期、急性期、回復期機能については上回っており、慢性期機能については下回っています。(図5-2)

表5-1 平成37年(2025年)の必要病床数(再掲) (単位:床)

	平成37年(2025年)の必要病床数				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満	※1	—
賀茂	20	186	271	182	659
熱海伊東	84	365	384	235	1,068
駿東田方	609	1,588	1,572	1,160	4,929
富士	208	867	859	676	2,610
静岡	773	1,760	1,370	1,299	5,202
志太榛原	321	1,133	1,054	738	3,246
中東遠	256	1,081	821	698	2,856
西部	889	2,104	1,572	1,449	6,014
静岡県	3,160	9,084	7,903	6,437	26,584
	11.9%	34.2%	29.7%	24.2%	100%

※1:慢性期機能の必要病床数には、一般病床での医療資源投入量175点未満、療養病床での医療区分1の70%、地域差解消分にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

図 5 - 1

平成 26 年 (2014 年) 7 月病床機能報告稼働病床数と平成 37 年 (2025 年) 必要病床数の比較

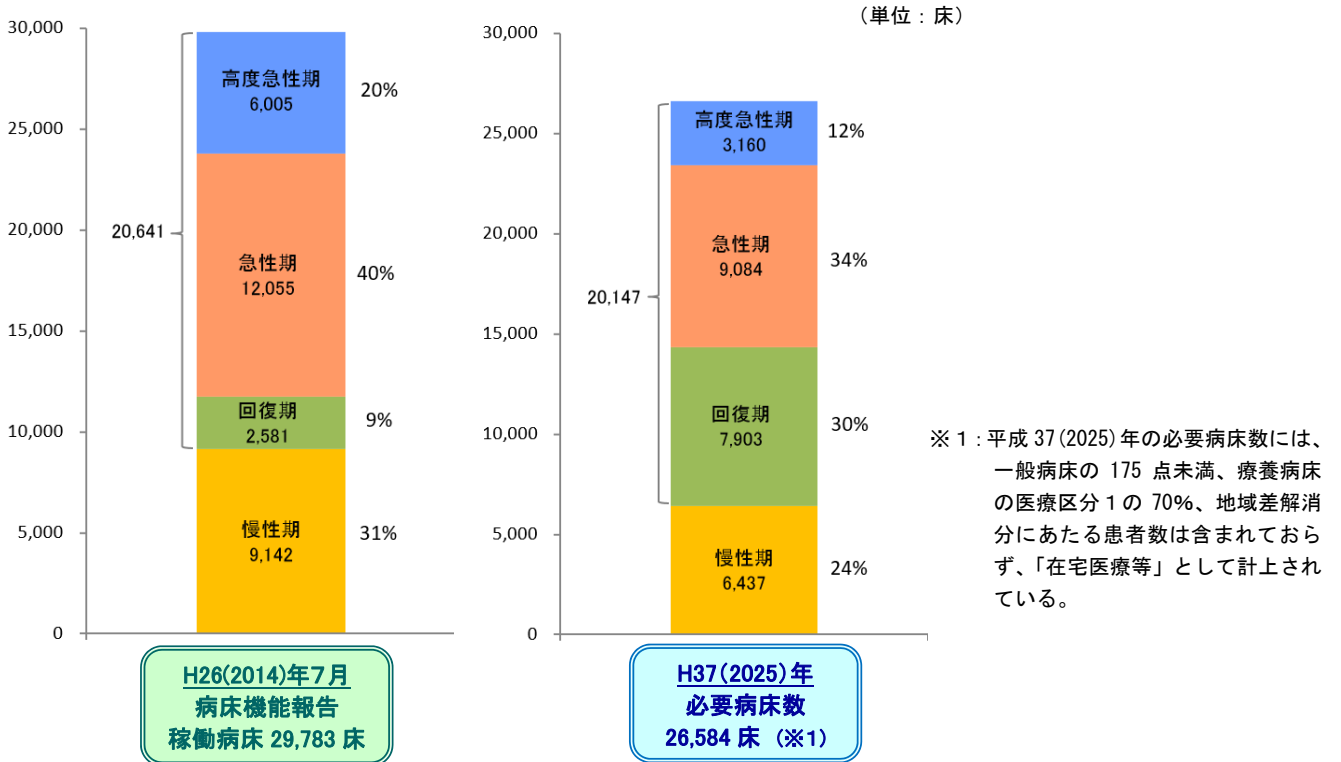
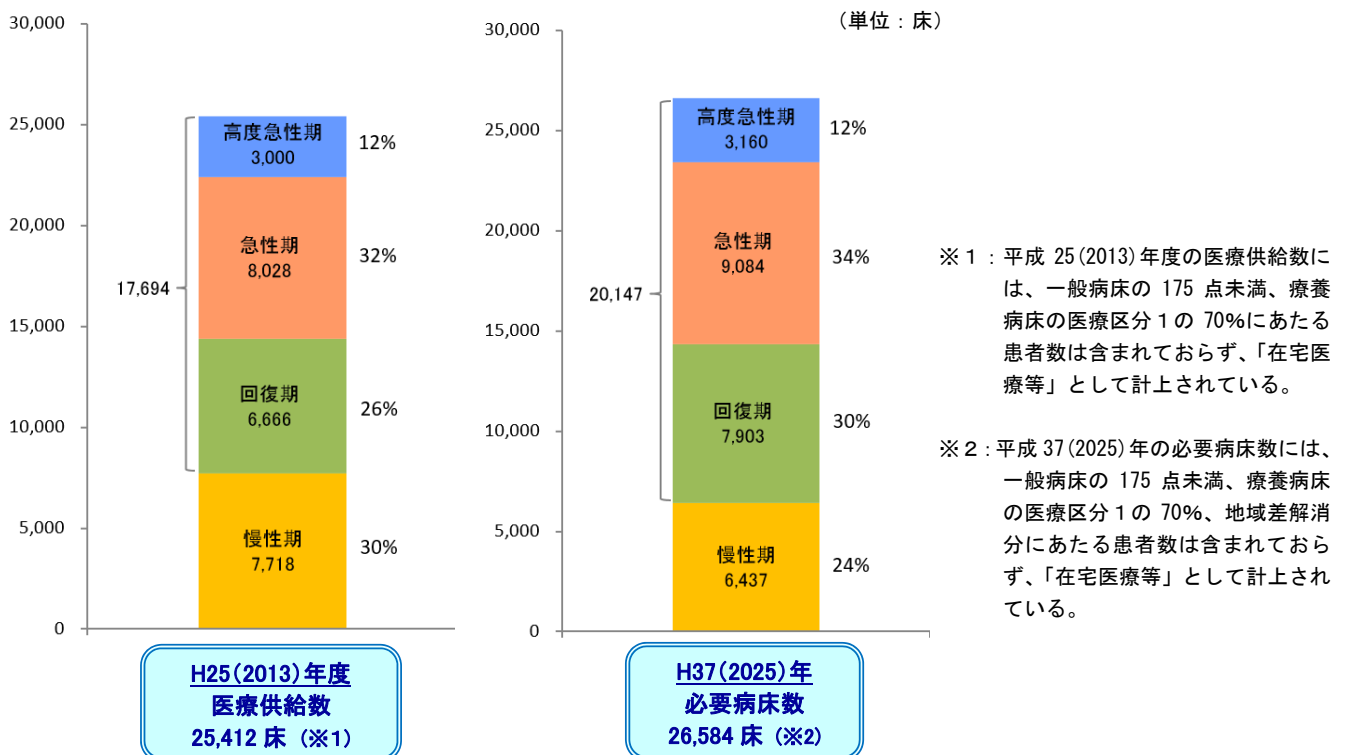


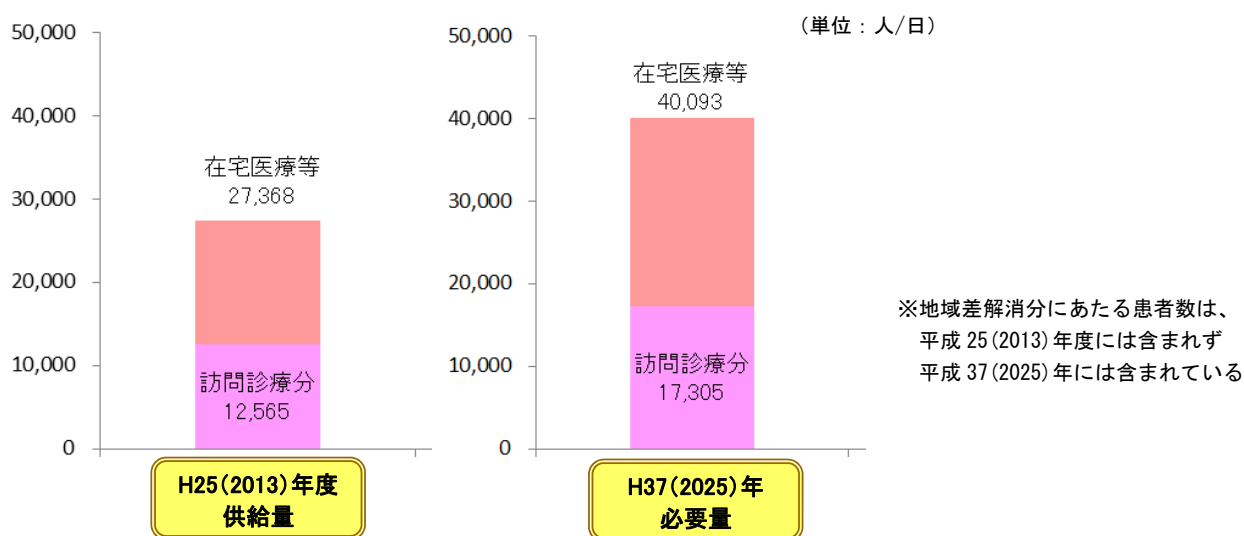
図 5 - 2 平成 25 年度 (2013 年度) 医療供給数と平成 37 年 (2025 年) 必要病床数の比較



## 2 平成 37 年(2025 年)の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年(2025 年)における静岡県の在宅医療等の必要量は 40,093 人、うち訪問診療分は 17,305 人と推計されます。
- ・平成 37 年(2025 年)に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 12,725 人、うち訪問診療分について 4,740 人増加すると推計されます。

図 5-3 在宅医療等の平成 25 年度(2013 年度)供給量と平成 37 年(2025 年)必要量の比較



	平成25年度(2013年度)の供給量		平成37年(2025年)の必要量	
	在宅医療等	(再掲) うち訪問診療分	在宅医療等	(再掲) うち訪問診療分
賀茂	797	295	1,024	428
熱海伊東	1,014	419	1,643	735
駿東田方	5,026	2,420	7,186	3,271
富士	2,510	1,212	3,723	1,612
静岡	5,707	2,844	8,082	3,845
志太榛原	3,127	1,273	4,585	1,832
中東遠	2,727	1,037	4,198	1,420
西部	6,460	3,065	9,652	4,162
静岡県	27,368	12,565	40,093	17,305

## 第2節 実現に向けた方向性

地域医療構想を実現し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療・介護サービス提供体制を構築するため、下記の方向性を踏まえた具体的な取組等について、医療・介護に関わる関係者と検討するとともに、地域医療介護総合確保基金<sup>10</sup>等を活用して推進します。

### 1 病床の機能分化・連携の推進

地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化及び連携については、構想区域における各医療機能の医療需要に基づき、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るとともに、これらを実効性のあるものとするために地域医療介護総合確保基金等を有効活用して必要な施策を進めていく必要があります。

#### (1) 地域におけるバランスのとれた医療提供体制の構築（病床の機能分化の促進）

各医療機関が地域医療構想の達成に向けて取り組む施設・設備整備等を支援することで、効率的で質の高い医療提供体制の構築を図ります。

##### ア 病床の機能分化の促進

- ・病床の機能分化等による医療提供体制の充実を図るため、今後、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議等に基づき、不足する医療機能への転換を図る施設・設備整備事業に対して助成します。

##### イ 医療機関相互の連携の推進

- ・病院への地域医療連携室等の設置促進による医療機関の連携システムの推進を図るとともに、歯科も含んだ地域連携クリティカルパス<sup>11</sup>の導入など具体的な連携の推進に向けた検討を行います。
- ・病院間及び病診連携の強化を図るため、ICTを活用したネットワークシステムによる診療情報の共有化を促進します。
- ・また、各構想区域に設置される地域医療構想調整会議における関係者相互の協議においても連携の推進を図ります。
- ・このほか、住民に身近なところで日常的な医療サービスを提供する機能を担うかかりつけ医・歯科医と地域医療支援病院<sup>12</sup>との連携強化を通じて地域医療の確保を図ります。

<sup>10</sup> 地域医療介護総合確保基金（医療介護総合確保促進法第6条）：都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）に要する経費を支弁するため、消費税増収分を活用して、都道府県に設置する基金。

<sup>11</sup> 地域連携クリティカルパス：疾病別に、疾病の発生から診断、治療、リハビリ、在宅療養までを、複数の医療機関、施設にまたがって作成する一連の診療計画

<sup>12</sup> 地域医療支援病院：「紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院としてふさわしい構造設備等を有するもの」について、「地域医療支援病院」の名称を承認する制度

## (2) 慢性期医療（療養病床）の在り方の検討

慢性期医療の提供体制等の在り方については、在宅医療の体制整備と一体的に推進する必要があります。

国の「療養病床の在り方等に関する検討会」において、医療提供側に求められる機能の在り方、医療提供形態の在り方、療養病床における医療等の在り方、療養病床以外の医療・介護サービス提供体制の在り方等が検討されました。

今後、同検討会からの報告を踏まえ、社会保障審議会等において制度改正に向けて議論されることとなっていることから、療養病床の今後の方向性については、この状況を見て地域医療構想調整会議において検討していきます。

## (3) 病床の機能分化・連携に関する県民の理解促進

医療と介護の一体改革には、行政や医療・介護関係者だけでなく、サービス利用者として、また、地域で医療や介護を支える立場としての住民それぞれの役割が重要となるため、普及啓発のための講演会やタウンミーティング等を継続的に開催することで意識改革を図ります。

## 2 在宅医療等の充実

今後の高齢化の進行及び病床の機能分化の推進等に伴い、退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする住民等の増加が見込まれます。

また、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」等には、その機能を地域で十分に発揮することが期待されています。

さらに、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、医療と介護を一体的に提供する体制の構築に向けて市町と連携して推進していく必要があります。

このため、下記の事項に取り組むとともに、市町の地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業等）が着実に推進されるよう支援していく必要があります。

### (1) 在宅医療の基盤整備の促進

#### ア 在宅医療の体制整備

- ・住み慣れた地域において長期の在宅療養を支える体制を整備するため、訪問診療、訪問看護等の在宅医療に取り組む診療所・病院、訪問看護ステーション等の増加を図るとともに、地域偏在の緩和を図ります。
- ・質が高い在宅医療が提供できるようにするため、在宅医療に従事する医療従事者の充実と資質向上を支援します。
- ・特定行為に係る看護師の研修制度が開始されたことから、チーム医療の推進とともに、在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成します。
- ・在宅医療の推進に必要な訪問看護の充実を図るため、訪問看護ステーションへの就職促進、研修体系の整備、潜在看護職員の復職支援など一連で実施します。
- ・入院患者の在宅療養への早期移行を促し、在宅での長期療養の支援体制を整備するため、退院時カンファレンスへの医療・介護に関わる多職種への参加を促進するなど、

病院と診療所・歯科診療所・介護施設等との連携を推進します。

- ・また、住み慣れた地域で在宅医療が提供できる体制を整備するため、急変時への対応等を含め、在宅での長期療養を支える機能を有する地域包括ケア病床及び有床診療所の活用を図ります。

#### イ 在宅歯科医療の体制整備

- ・要介護3～5の約3/4の高齢者が歯科医療が必要とされている中、県内全ての市町で十分に在宅歯科医療を提供できる体制の充実を図るため、在宅歯科医療に取り組む歯科診療所の増加や関係者の知識・技術の向上を支援します。
- ・病院の地域医療連携室等や在宅医療を提供する診療所、地域包括支援センター等との連携を含めた地域完結型医療の中での歯科医療提供体制の構築を図ります。

#### ウ 薬局の機能充実

- ・地域に密着した健康情報拠点、身近な健康相談窓口としての活用を図るため、薬局の健康支援・相談機能等について積極的に広報するとともに、在宅医療において求められるサービスを提供できるよう、個々の薬剤師の資質向上支援及び関係機関との幅広い連携を推進します。
- ・医療用麻薬、医療材料等の安定供給を図るため、薬局で取り扱う医療用麻薬、医療材料等の規格・品目の統一化など、地域における供給体制の整備を図ります。

#### エ リハビリテーション機能の充実

- ・早期退院患者に対しても住み慣れた地域で適切なリハビリテーションを提供できるよう、地域リハビリテーション広域支援センターが中心となって従事者研修、相談対応等の支援を行い、関係機関の人材の資質向上を図ります。
- ・市町における、リハビリテーション専門職等を活かした、介護予防事業の展開を推進します。
- ・理学療法士・作業療法士を始めとするリハビリテーションに関わる人材について、県内養成施設出身者の県内医療機関等への定着を促進します。

### (2) 介護サービスの充実

介護サービスの基盤整備や高齢者への保健、福祉サービスについて、「ふじのくに長寿社会安心プラン（静岡県長寿者保健福祉計画）」に基づき、市町と連携して「地域包括ケアシステム」の構築に向けた介護サービス等の充実を図ります。

#### ア 地域密着型介護施設の基盤整備

- ・市町が「日常生活圏域」を基に地域のニーズを踏まえて計画的に進める小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型グループホームや地域密着型の介護老人福祉施設（地域密着型の特別養護老人ホーム）の整備を支援するなど、介護が必要となっても、可能な限り住み慣れた自宅や地域で生活を送ることができるよう、身近なところでサービスが受けられる地域密着型サービスの整備を支援します。

#### イ 介護サービスの基盤整備

- ・特別養護老人ホームの入所希望者は増加傾向にあり、入所ニーズは依然として高い

ことから、入所希望者が必要な施設サービスを受けることができるよう、計画的な整備を支援します。

- ・介護老人保健施設については、その役割として在宅復帰機能やリハビリテーション機能が期待されており、計画的な整備を支援します。

### (3) 在宅医療を支える関係機関の連携体制の構築

在宅医療の提供体制の充実のためには、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者、郡市医師会等の関係団体及び行政との連携が重要となることから、以下の取組等について支援します。

- ・関係機関相互の効率的な連携が可能となるよう、ICTを活用した在宅患者・介護サービス利用者の情報等の共有化を促進します。
- ・各地域が抱える課題等を共有し関係機関の連携体制の強化を図るため、市町が主体となって整備する在宅医療・介護連携推進体制の構築を支援するとともに、関係機関の相互交流の機会を設けます。
- ・患者が安心して在宅医療を受けることができる体制を充実するため、講習会の開催等により、関係機関の職員の知識・技術の向上を図ります。
- ・介護支援専門員（ケアマネジャー）が介護予防の段階から在宅医療サービスの必要性を適切に判断するための知識・技術の習得と、多職種連携の強化を図る研修を実施します。

### (4) 認知症施策の推進

#### ア 早期診断・早期対応への体制づくり

- ・地域における連携体制の構築を図るため、かかりつけ医を対象に、日常診療における認知症の早期段階での気づきや家族への適切なアドバイス等を行うための研修を実施するとともに、かかりつけ医への助言・支援、専門医療機関や地域包括支援センターとの連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成及び支援します。
- ・地域の認知症疾患に関する診断・治療の中核機関である「認知症疾患医療センター」の運営を支援するとともに、未設置圏域における整備を図ることにより体制を充実させます。
- ・専門職が初期の段階で認知症の人や家族に関わり、適切な治療や介護につなげる「認知症初期集中支援チーム」の設置を促進するため、チーム員の人材育成や多職種の連携構築を目的とした研修を実施します。

#### イ 地域での生活を支える医療・介護サービスの構築

- ・医療と介護の連携強化や地域の実情に応じた支援体制の構築を促進するため、医療と介護の連携支援や認知症の人や家族の相談支援を行う「認知症地域支援推進員」に対する研修やネットワーク会議などを実施します。
- ・医療機関や介護サービス事業所等関係機関の円滑な連携を促進するため、認知症の人の治療経過や介護サービスの利用状況等を共有する地域連携パスの導入を図ります。

ウ 認知症の正しい理解と予防

- ・認知症サポーター養成講座の講師となる「キャラバン・メイト」を養成するとともに、県内外の先進的な活動等を市町に紹介することにより、地域における認知症サポーターの活躍の場の拡大を促します。
- ・市町等において認知症予防事業が効果的に実施されるよう研修会等を開催します。

エ 若年性認知症施策の強化

- ・医療、介護・福祉に加え、就労面や経済面を含む総合的な支援体制が必要になることから、若年性認知症相談窓口の設置や企業経営者向けのセミナー開催など関係機関が連携した支援体制の整備を図るとともに、若年性認知症に関する正しい知識の普及に努めます。

(5) その他在宅療養患者への支援

ア 精神障害者への支援

- ・相談支援事業等が個別給付化され、地域移行支援の実施主体が市町となったことから保健所は地域生活への円滑な移行・定着支援に向け、市町や病院、相談支援事業所等関係機関との相互調整を実施します。

イ 難病患者への支援

- ・新たに医療費助成の対象となる疾患が大幅に拡大され、対象患者が増加したことに伴い、難病指定医の確保など診療体制の充実を図るとともに、身近な地域で難病治療を含む日常的な診療ができる「かかりつけ医」としての育成を図ります。
- ・また、療養や生活の悩みと不安の解消を図るため、「難病相談支援センター」において相談と必要な支援を行います。

ウ がん患者への支援

- ・緩和ケアを含めがん患者が安心して在宅で療養できる医療提供体制を強化するため、「がん診療連携拠点病院」などの国・県指定病院と地域の病院・診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業者及び薬局等との連携を図ります。

エ 重症心身障害児（者）への支援

- ・重症心身障害児（者）及びその家族の負担を軽減し、身近な地域で医療支援が受けられるよう、診療所医師が重症心身障害児（者）医療に対する理解を深め、NICUを有する基幹病院と診療所が連携する体制の整備を図ります。

(6) 在宅医療等に関する県民の理解促進

- ・患者・家族が安心、納得して患者の意思が尊重された在宅医療を受けるためには、在宅で療養する方々を支援する関係機関の役割等を情報提供することが必要なため、シンポジウムや各種媒体を活用した広報等を通じて、県民の在宅医療に関する理解を深め、不安解消を図るなど在宅医療を受けられることができる環境整備を促進します。
- ・また、「医療機能情報提供制度」、「薬局機能情報提供制度」により、各医療機関における対応可能な在宅医療についての情報提供を推進します。
- ・在宅医療等に関する住民の理解を醸成するため、各地で地域医療を支える団体等が行う地域住民への普及啓発活動を支援します。



＜ 参考：「在宅医療等」として追加対応が必要となる量の試算 ＞

- ・「在宅医療等」の推計値には、訪問診療分や介護老人保健施設入所者数のほか、入院患者数の一部や療養病床入院受療率の地域差解消分が含まれています。
- ・このことを踏まえ、平成25年度(2013年度)から平成37年(2025年)までに「在宅医療等」として追加対応が必要となる量を試算すると、静岡県全体では1万6千人程度と見込まれます。
- ・これに対応していくためには、病床の機能分化と連携、地域における介護系施設や「住まい」等の整備、国の「療養病床の在り方等に関する検討会」の報告を踏まえた検討、介護予防事業の展開など、医療と介護の一体改革として総合的な対策が必要です。

表5-2 平成37年(2025年)までに「在宅医療等」として追加対応が必要となる量(試算)

(単位：人/日・月)

	賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 榛原	中東遠	西部	静岡県
平成37年(2025年) 在宅医療等の必要量…①	1,024	1,643	7,186	3,723	8,082	4,585	4,198	9,652	40,093
平成25年度(2013年度) 在宅医療等の供給量のうち訪問診療分…②	295	419	2,420	1,212	2,844	1,273	1,037	3,065	12,565
平成25年度(2013年度) 介護老人保健施設サービス量…③	293	465	1,666	1,105	2,022	1,463	1,350	2,776	11,140
平成37年(2025年)までに在宅医療等として 追加対応が必要となる量…①-②-③	436	759	3,100	1,406	3,216	1,849	1,811	3,811	16,388

※「平成37年(2025年)までに在宅医療等として追加対応が必要となる量」には、次の値が含まれている。

- ・一般病床での医療資源投入量175点未満、療養病床での医療区分1の70%、地域差解消分にあたる患者数
- ・老健施設入所者数の平成25年度から平成37年までの増分
- ・訪問診療分の平成25年度から平成37年までの増分

※①の単位は人/日及び人/月、②と③の単位は人/月

※在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表している。実際には全員が1日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なってくる。

資料：「地域医療構想策定支援ツール」等より静岡県健康福祉部試算

表5-3 参考：平成37年(2025年)における介護サービス量(推計)

(単位：人/月)

	賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 榛原	中東遠	西部	静岡県
介護老人福祉施設	547	628	3,346	1,498	4,060	2,169	2,702	4,735	19,685
介護老人保健施設	358	585	2,338	1,473	2,772	1,797	1,881	3,684	14,888
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	0	61	262	465	94	136	81	463	1,562

※本推計値は、平成37年(2025年)までに「在宅医療等」として追加対応が必要となる量(試算)を見込んでいない。

資料：静岡県健康福祉部調査

### 3 医療従事者の確保・養成

病床の機能分化・連携による効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けては、医療機関の施設設備整備はもとより、医療従事者の確保・養成が不可欠であることから、以下の項目による取組を推進していきます。

#### (1) 医師、看護職員等の確保・育成

##### ア 医師

本県は、現状においても、人口当たり医療施設従事医師数が、全国平均に比べて、低位にあることから、平成 22 年度(2010 年度)に全国に先駆けて「ふじのくに地域医療支援センター」を設置し、平成 26 年度(2014 年度)には「ふじのくにバーチャルメディカルカレッジ」を創立するなど、医師確保対策を積極的に推進してきたところであり、引き続き若手医師の県内就業及び定着を進めていきます。

地域医療構想の実現に向けては、平成 37 年度(2025 年度)の医療需要推計をもとに、厚生労働省による医師需給に関する検討状況等を踏まえながら、必要な医師の確保に取組みます。

平成 29 年度(2017 年度)を目安に導入される新たな専門医制度は、若手医師の県内就業や定着に大きな影響を与える可能性があることから、県(「ふじのくに地域医療支援センター」)は、専門研修を行う県内の医療施設が、新専門医制度に適切に対応し、より多くの専攻医を受け入れる体制が整備できるよう支援します。

##### イ 看護職員

- ・離職防止及び定着促進を図るため、新人看護職員研修や院内保育事業への支援等により、看護職員が働き続けられる職場環境の整備を支援します。  
このほか、高度化・多様化する看護業務に対応するため、関係機関等において各段階に応じた体系的な研修の実施を促します。
- ・潜在看護職員の再就業を支援するため、離職時等の届出制度により未就業者を把握するとともに、ハローワークとも連携しながら最新の看護知識・技術を習得するための講習会等を開催することにより再就業の促進を図ります。
- ・看護職員の養成力の強化を図るため、看護師等養成所の運営支援、看護教員及び実習指導者の養成研修等により看護教育の質の向上を支援します。また、看護体験や進路相談会の開催等により高校生等の看護職に対する就業意識の高揚を促します。
- ・医療と福祉との連携を円滑にするため、訪問看護ステーションへの就職促進、潜在看護職員の再就業支援等による訪問看護師の量的拡大とともに、訪問看護師を対象とした研修会等による資質向上を図ります。

##### ウ 保健師

- ・地域包括ケアシステムの構築を目指し、地域住民への保健・予防サービス、健康づくりへの支援を充実するため、市町及び県等保健師の計画的な確保及び配置の促進を図ります。
- ・医療と介護との連携の中心的役割となる専門性をもった質の高い保健師の活動の場

がますます広まることから、保健師の人材育成の充実強化に努めます。また、未就業保健師の就業促進のため、教育・研修体制の整備を図ります。

#### エ その他従事者

- ・今後、リハビリを含む回復期機能及び在宅医療等の充実に向け、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等、その他の医療従事者の確保・養成についても重要であることから、各職種の動向を把握し、医療の高度化・専門化、保健医療に対するニーズの多様化に対応する人材の確保を図ります。また、各職種の関係機関・団体等の行う研修会等を通じて養成・資質向上を図ります。

### (2) 医療従事者の勤務環境改善支援

#### ア ふじのくに医療勤務環境改善支援センター

- ・医療機関からの要請に基づき医業経営コンサルタント等の専門家を派遣し、医療勤務環境改善計画の策定・実施を支援します。また、改善計画の策定に必要な研修等を実施することで勤務環境改善を支援します。

## 4 介護従事者の確保・養成

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、医療と介護を一体的に提供する体制の構築に向けては、介護従事者の確保・養成が不可欠であることから、以下の事項による取組を推進していきます。

### (1) 介護従事者の確保・養成

#### ア 介護サービス従事者

- ・介護サービス従事者の確保に向けては介護職に対する社会的な理解を深める必要があることから、イベント等を通じた積極的な情報発信を行います。
- ・介護現場への新規就労を促進するため、社会福祉人材センターの無料職業紹介・相談を充実させ、きめ細かなマッチングを行います。  
また、介護に関する資格を持っていない者を一定期間雇用し、初任者研修過程を受講させ、介護施設等での正規雇用へつなげる取組を推進します。
- ・介護福祉士の養成施設等の在学生への修学資金等を通じて資格取得を支援するとともに、県内の介護保険施設等への就業を促進します。
- ・介護サービス従事者の資質向上を図るため、小規模な介護施設・事業所を対象とした資質向上研修や離職防止・定着促進に資する研修への支援を行います。
- ・また、増加する認知症高齢者に対応するため、介護に関わる施設職員等を対象に認知症高齢者の介護に関する知識・技術の習得のための研修を行いサービスの質の向上を図ります。

#### イ 介護支援専門職員

- ・介護支援専門員（ケアマネジャー）向けの実務研修を通じて養成を進めるとともに、専門研修等を通じて能力の向上を図ります。

- ・また、地域包括ケアシステムの構築には医療と介護との調整機能を担うケアマネジャーの資質向上が不可欠なことから、ケアマネジャーに対する助言指導を行う主任介護支援専門員の養成研修を通じて地域における支援体制の整備を進めます。

#### ウ その他専門職種

- ・地域で暮らす高齢者の身近な相談窓口であり、地域包括ケアシステムの中核を担う地域包括支援センターについて、職員への研修を通じた資質向上などの機能強化を図ります。
- ・また、訪問介護サービスの担い手として重要な役割を果たしている訪問介護員（ホームヘルパー）を対象とした研修を実施し、資質向上及び適正な人材の確保を図ります。

### (2) 労働環境・処遇の改善

- ・介護職員が将来展望を持って離職することなく長く働くことができるよう、キャリアパス制度の導入を支援するなど、介護職員の賃金等の処遇改善による定着率の向上を図ります。

## 5 住まいの安定的な確保

高齢化の進行に伴い、ひとり暮らしや夫婦のみ世帯は、今後さらに増加することが予測されます。また、生活困窮や社会的孤立など多様な生活課題を抱える高齢者の増加も見込まれます。

高齢者が安心して生活できるようにするためには、バリアフリー化された住宅や生活支援サービスが利用可能な住宅の整備など、高齢者の居住の安定的な確保を計画的に進める必要があります。

### (1) 居住安定の確保

- ・高齢者の居住の安定の確保と福祉の増進に寄与することを目的とした「静岡県高齢者居住安定確保計画<sup>13</sup>」や「静岡県長寿者保健福祉計画」（静岡県介護保険事業支援計画を含む）に基づき、高齢者の住まいに係る施策を総合的に推進します。

### (2) 特定施設等の整備推進等

- ・生活困窮や社会的孤立など多様な生活課題を抱える高齢者の増加も見込まれることから、高齢者の多様なニーズに対応するため、日常生活上の世話などを行う「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」「有料老人ホーム」等の「特定施設」の整備や円滑な運営等を支援します。

※「特定施設」は、介護保険法第8条第11項に定める施設をいう。

<sup>13</sup> 静岡県高齢者居住安定確保計画：「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（高齢者住まい法）に基づく計画で、住まいの供給目標や目標達成のための施策等を定めています。

### 第3節 地域医療構想の推進体制

- ・地域医療構想は、策定して終わりではなく、構想が実現されるものとなるよう、平成37年（2025年）、さらにはその先に向けて関係者が継続して取り組んでいくための長期的な枠組みです。
- ・地域医療構想の実現に向けては、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、将来の病床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協議を行う<sup>13</sup>ものとされています。（医療法第30条の14）本県においても地域医療構想調整会議を設置するとともに、医療機関や関係者同士が様々な情報やデータを共有し、それに基づき医療機関が自主的に判断し、地域医療介護総合確保基金も活用して地域に相応しいバランスの取れた医療提供体制の構築を図ります。
- ・併せて、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」や「周産期医療体制のあり方に関する検討会」などの動向も踏まえつつ、静岡県保健医療計画に掲げる7疾病5事業及び在宅医療<sup>14</sup>についても議論し、医療連携体制の構築の取組を進めていきます。

#### 1 地域医療構想調整会議の活用

- ・各医療機関における自主的な病床の機能分化及び連携とともに、地域医療構想調整会議を通じて各構想区域での必要な調整を行います。
- ・地域医療構想調整会議では、医療機関相互の協議のうえ、不足している病床機能への対応等について、具体的な対応策を検討します。
- ・また、各構想区域での協議の状況を医療審議会や地域医療協議会等へ報告し、平成30年度からの次期保健医療計画へ反映させていきます。

#### 2 病床機能報告制度の活用

- ・病床の機能分化と連携に向けて、毎年度実施される病床機能報告による病床機能の現状と、地域医療構想において定める構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを、地域全体の状況として把握し、情報提供を行うとともに各医療機関の自主的な取組を促します。

#### 3 地域医療介護総合確保基金の活用

- ・地域医療構想で定める構想区域における病床の機能区分ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を実効性のあるものとするため、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化と連携を図るとともに、在宅医療や在宅歯科医療の充実、医療介護人材の確保等の必要な施策を進めます。

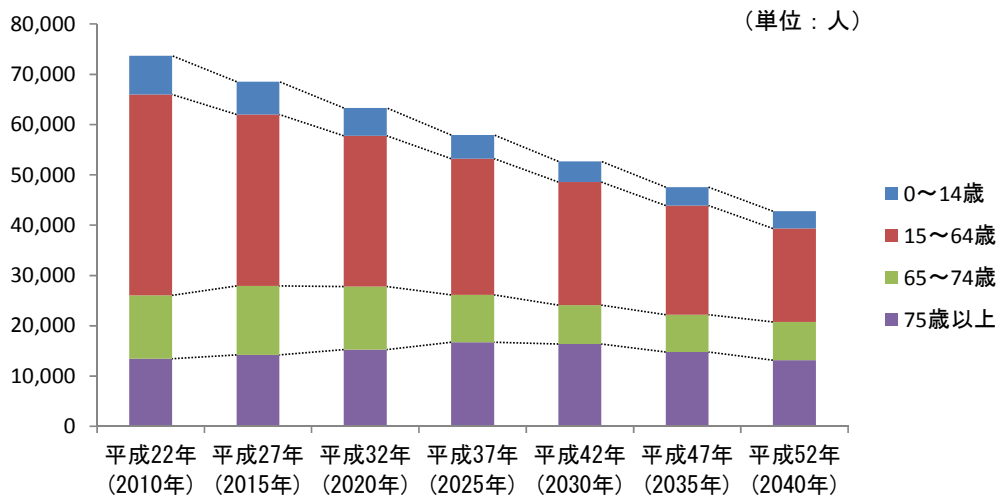
<sup>13</sup> 地域医療構想策定ガイドラインでは、地域医療構想調整会議の参加者の範囲について、「医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとするのが望ましい」としています。また、特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には、会議の下に専門部会等を設置して、関係者間でより具体的な協議を進めていく方法も考えられるとしています。

<sup>14</sup> 7疾病5事業及び在宅医療：静岡県においては、医療法の規定に基づく5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）、5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））及び在宅医療に、肝炎と喘息を加えて、医療連携体制の構築の取組を進めています。

1 賀茂 構想区域

1 人口構造の変化の見通し

- ・平成26年(2014年)10月1日現在の人口は約6万8千人。6市町のうち4つの町が人口1万人未満であり、本県の8区域のなかで最小規模の区域です。
- ・平成52年(2040年)に向けて人口減少の割合が県内で最も大きく、平成22年(2010年)に対して約3万1千人(42%)減少すると推計されています。
- ・区域の高齢化率は40%を超え、県平均を大きく上回っています。また、熱海伊東区域とともに、県内で最も早く高齢者人口のピークを迎えると推計されています。
- ・65歳以上人口は、平成27年(2015年)の約2万8千人をピークに、平成37年(2025年)には約2万6千人、平成52年(2040年)には約2万1千人に減少すると見込まれています。
- ・75歳以上人口は、平成22年(2010年)から平成37年(2025年)に向けて約3千人増加した後には減少し、平成52年(2040年)には平成22年(2010年)を下回ると見込まれています。



	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	7,710	6,559	5,531	4,745	4,092	3,692	3,433
15～64歳	39,981	34,030	29,964	27,075	24,517	21,652	18,617
65～74歳	12,570	13,739	12,504	9,401	7,713	7,437	7,584
75歳以上	13,452	14,197	15,300	16,733	16,358	14,799	13,161
総数	73,713	68,525	63,299	57,954	52,680	47,580	42,795

2 現状と課題

○医療提供体制・疾病構造・患者の受療動向

- ・平成27年4月現在の使用許可病床数は、一般病床が484床、療養病床が406床となっています。
- ・区域内に病院は9病院、そのうち一般病床、療養病床を有する病院は7病院です。一般病床を有する病院は4病院で、東伊豆、南伊豆、西伊豆のそれぞれの地区をカバーしています。
- ・区域内の医療従事者不足は深刻であり、特に医師数は人口10万人当たり県平均193.9

人に対して 145.0 人（74.8%）と大きく下回っています（平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査）。

- ・人口減少に伴い外来需要は減少が続いていきます。入院需要は平成 37 年に向けて増加し、その後減少します。
- ・区域内には、がんの集学的治療や肝炎の専門治療、脳卒中・急性心筋梗塞の救急医療を行うことができる医療機関がなく、区域内での医療完結が困難な状況となっています。
- ・初期救急医療は診療所を中心に行われていますが、人口当たりの医師数が少なく、医師の高齢化が進んでいること等の理由により体制確保が難しくなっています。第 2 次救急医療は 4 病院が輪番制で救急医療を支えています。第 3 次救急医療を担う医療機関や小児重症者に対応する医療機関が区域内にないため、ドクターヘリが当区域の救急医療体制の確保に大きく貢献しており、東部ドクターヘリの平成 26 年度総出動件数 891 件のうち約 3 割の 278 件が当区域への出動となっています。
- ・正常分娩を担う医療機関は 1 診療所と 1 助産所のみで、ハイリスクに対応できる医療機関はありません。
- ・精神科の専門病院は 2 病院あり、人口 10 万人当たりの病床数は県平均の約 3 倍となっています。
- ・区域内に無医地区、準無医地区があり、へき地医療拠点病院 2 病院による巡回診療が行われています。
- ・全世代の死亡状況は県全体と比較して、男女とも急性心筋梗塞等の循環器疾患の標準化死亡比が有意に高い状況にあります。
- ・入院外来共に約 2 割の患者が駿東田方区域、熱海伊東区域等に流出しています。一方、慢性期機能の一部の医療機関には関東圏からの入院患者の流入があります。

#### ○基幹病院までのアクセス

- ・区域内に第 3 次救急医療を担う医療機関がなく近隣区域に搬送する必要があります。救急車での搬送は条件が良くないことから、ドクターヘリが当区域の救急医療体制確保に大きく貢献しています。

#### ○在宅医療等の状況

- ・在宅療養支援病院は 2 病院、在宅療養支援診療所は 3 診療所（平成 27 年 4 月）、訪問看護ステーションは 6 箇所（平成 27 年 10 月）、在宅療養支援歯科診療所は 2 診療所（平成 28 年 2 月）あります。
- ・ひとり暮らしや老老介護の高齢者が多く、退院後の訪問系サービスも不足していることから、在宅への移行は課題も多い状況です。現在、訪問診療を行っている医療機関は 23 機関となっています（保健所調べ）。

#### ○平成 26 年度（2014 年度）以降の状況変化と今後の見込

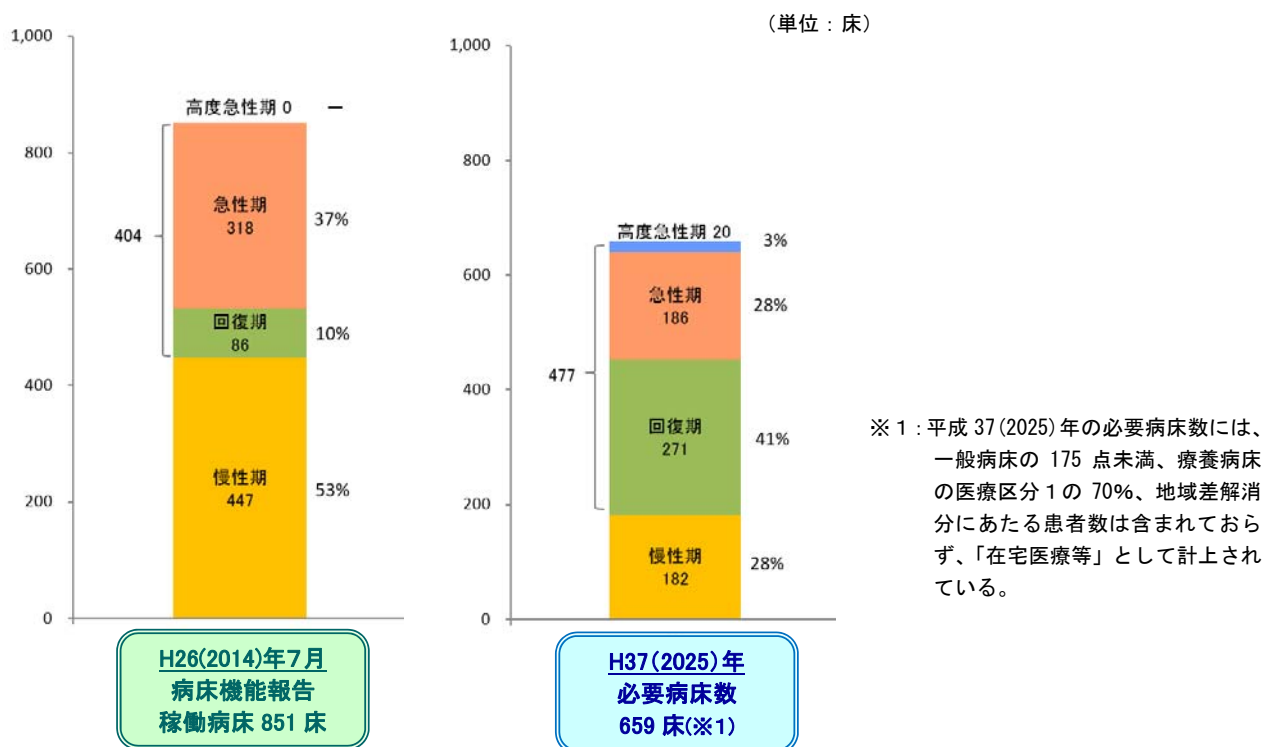
- ・県南病院が平成 27 年 6 月に閉院しました（療養病床 107 床減）。
- ・伊豆今井浜病院の新病棟建設（平成 28 年 4 月：一般病床 100 床（うち回復期 50 床）増）、伊豆東部総合病院の建て替え（平成 29 年 6 月予定：休止病床 31 床が稼働予定）が計画されており、区域の医療体制充実が期待されます。

### 3 平成 37 年（2025 年）の必要病床数と在宅医療等の必要量

#### ○平成 37 年の必要病床数

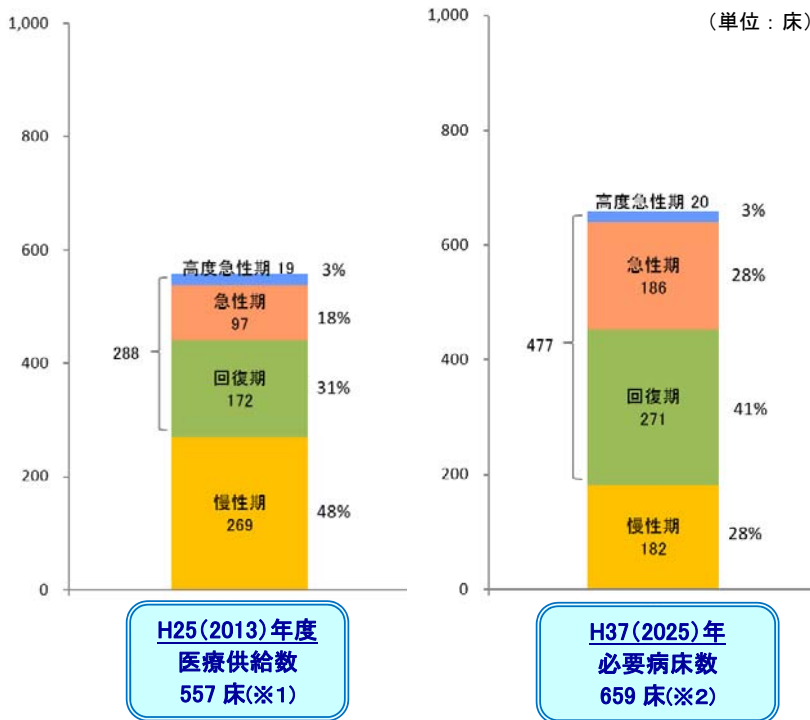
- ・平成 37 年(2025 年)における必要病床数は 659 床と推計されます。高度急性期は 20 床、急性期は 186 床、回復期は 271 床、慢性期は 182 床と推計されます。
- ・平成 26 年(2014 年)7 月の病床機能報告における稼働病床数は 851 床です。平成 37 年(2025 年)の必要病床数と比較すると 192 床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期+急性期+回復期」は 404 床(平成 26 年 7 月の稼働病床数)と 477 床(平成 37 年の必要病床数)であり、必要病床数が報告病床数を上回っています。療養病床が主となる「慢性期」は、447 床(平成 26 年 7 月の稼働病床数)と 182 床(平成 37 年の必要病床数)であり、必要病床数が報告病床数を下回っています。
- ・平成 25 年度(2013 年度)における医療供給数 557 床と比較すると、平成 37 年(2025 年)必要病床数が 102 床上回っています。

平成 26 年(2014 年)7 月病床機能報告稼働病床数と平成 37 年(2025 年)必要病床数の比較





平成 25 年度 (2013 年度) 医療供給数と平成 37 年 (2025 年) 必要病床数の比較



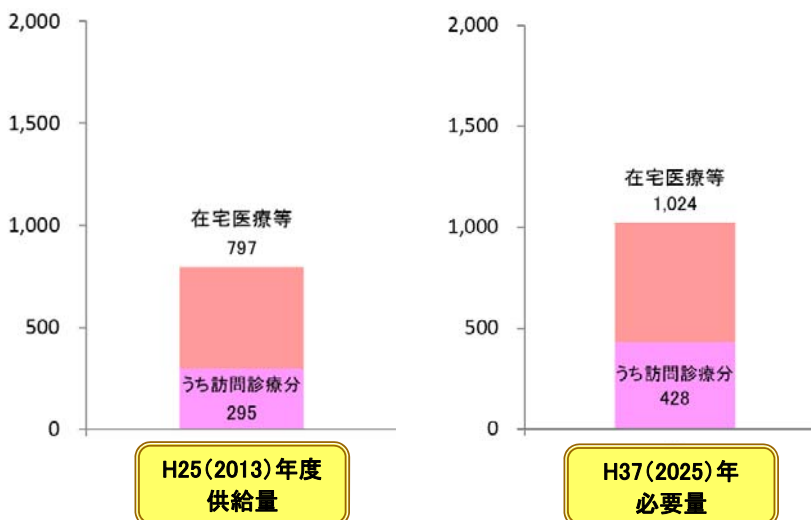
※1：平成 25 (2013) 年度の医療供給数には、一般病床の 175 点未満、療養病床の医療区分 1 の 70%にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

※2：平成 37 (2025) 年の必要病床数には、一般病床の 175 点未満、療養病床の医療区分 1 の 70%、地域差解消分にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

○平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年 (2025 年) における在宅医療等の必要量は 1,024 人、うち訪問診療分は 428 人と推計されます。
- ・平成 37 年 (2025 年) に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 227 人、うち訪問診療分について 133 人増加すると推計されます。

在宅医療等の平成 25 年度 (2013 年度) 供給量と平成 37 年 (2025 年) 必要量の比較



※地域差解消分にあたる患者数は、平成 25 (2013) 年度には含まれず平成 37 (2025) 年には含まれている

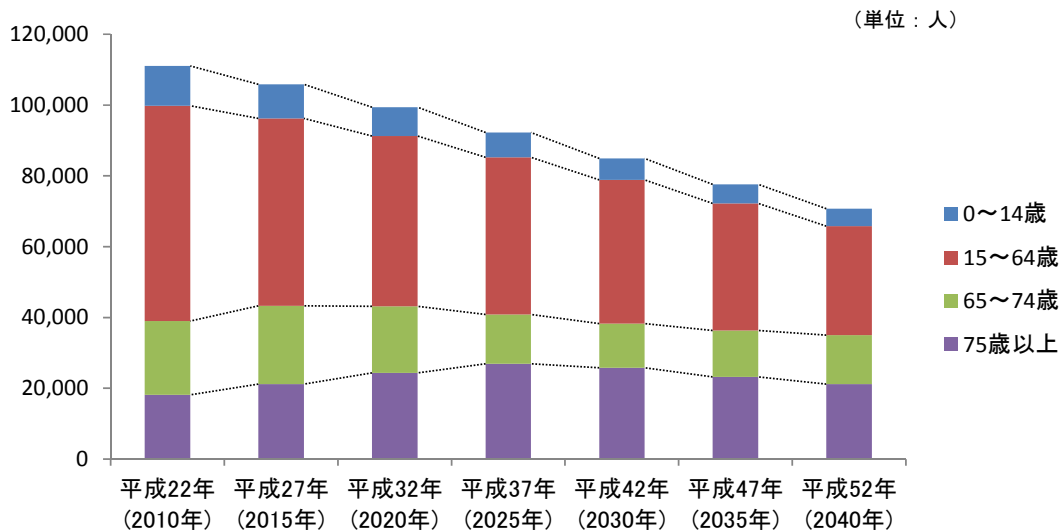
#### 4 実現に向けた方向性

- ・区域内で急性期に対応できる医療の充実と、そのための医療従事者の確保が必要です。
- ・在宅医療については、一人の医師で看取りまで在宅対応することは困難であり、ICT等を活用したエリアごとのグループ対応（多職種チーム）が必要です。また、在宅医療等の医療需要の増加に対しては、診療所に加え病院の参入についても検討が必要です。
- ・在宅で患者を看ていくことができる体制整備や、地域包括ケアシステムの構築に向けて区域内の病院を中心とした連携の推進が必要です。
- ・病院の機能分化による、高度急性期機能の一定量の確保や回復期機能の充実など、病院間連携の検討が必要です。
- ・訪問看護については、現状でも区域を越えてサービスが提供されているため、区域内での充実を図るとともに、区域を越えた連携体制の確立が必要です。
- ・多職種による効率的な連携を進めながら、さらに数少ない専門職の効率的な活用を進めることが必要であり、行政を含めた広域的な連携を検討する必要があります。

## 2 熱海伊東 構想区域

### 1 人口構造の変化の見通し

- ・平成 26 年(2014 年)10 月 1 日現在の人口は約 10 万 7 千人です。
- ・平成 22 年(2010 年)の人口約 11 万 1 千人に対し、平成 37 年(2025 年)及び 52 年(2040 年)の推計人口はそれぞれ約 9 万 2 千人、7 万 1 千人であり、平成 52 年(2040 年)の人口減少は約 4 万人(36%)で賀茂区域に次ぐ高い率となっています。
- ・区域の高齢化率は 40%を超えており、県平均を大きく上回っています。また、賀茂区域とともに、県内で最も早く高齢者人口のピークを迎えると推計されています。
- ・65 歳以上人口は、平成 27 年(2015 年)の約 4 万 3 千人をピークに、平成 37 年(2025 年)には約 4 万 1 千人、平成 52 年(2040 年)には約 3 万 5 千人に減少すると見込まれています。
- ・75 歳以上人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 9 千人増加した後、減少すると見込まれています。



	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	11,230	9,583	8,133	6,989	6,009	5,409	5,002
15～64歳	60,823	52,948	48,083	44,439	40,618	35,864	30,736
65～74歳	20,846	22,178	18,846	13,949	12,481	13,143	13,857
75歳以上	18,149	21,110	24,330	26,895	25,774	23,174	21,151
総数	111,048	105,819	99,392	92,272	84,882	77,590	70,746

### 2 現状と課題

#### ○医療提供体制・疾病構造・患者の受療動向

- ・平成 27 年 4 月現在の使用許可病床数は、一般病床が 850 床、療養病床が 305 床となっています。
- ・病院は 7 病院あり、一般病床主体の病院が 3 病院、療養病床主体の病院が 4 病院となっています。病院の病床数の内訳は一般病床が 68%、療養病床が 32%と概ね県平均と同等の割合です。
- ・有床診療所は、許可ベースで 14 診療所、202 床ありますが、稼働ベースでは 9 診療所、約 140 床と、現在は入院患者を受け入れていない診療所もあります。
- ・人口 10 万人当たり医師数(医療施設従事者)は 238.8 人と全国平均を上回っていますが、高齢化等の問題も抱えています。

- ・救急医療においては、2次救急医療体制が熱海市と伊東市に分かれており、熱海市では3病院が参加する輪番制、伊東市では伊東市民病院が担っています。
- ・周産期医療体制は、正常分娩を行う医療機関は2病院、2診療所で、ハイリスク分娩に対応できる医療機関はないため、他区域との連携が必要となっています。
- ・患者の流出入割合が高い区域であり、流入は県外、駿東田方区域から、流出は駿東田方区域、県外の順に多くなっています。
- ・全世代の死亡状況を県全体と比較すると、男女とも悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肝疾患等の標準化死亡比が有意に高くなっています。

#### ○基幹病院までのアクセス

- ・病床 200 床以上の病院は国際医療福祉大学熱海病院と伊東市民病院の2病院で、傷病別人口カバー率は、概ね自動車運転時間 15 分以内で約 40%、30 分以内で約 80%、60 分以内で 95%超です。
- ・区域内に第3次救急医療を担う救命救急センターはないため、主に依存する隣接区域の順天堂大学医学部附属静岡病院までは峠越えとなり陸路でのアクセス時間を要しますが、ドクターヘリの運航が救急医療体制の強化に大きく貢献しています。

#### ○在宅医療等の状況

- ・在宅療養支援診療所は 13 診療所、在宅療養支援病院はありません(平成 27 年 4 月)。訪問看護ステーションは 10 箇所(平成 27 年 10 月)、在宅療養支援歯科診療所は 3 診療所(平成 28 年 2 月)あります。
- ・診療所医師、歯科医師、薬剤師の高齢化が進んでおり、今後の在宅医療支援体制において大きな課題となっています。
- ・当区域は狭く急坂な道路が多く、効率的な訪問看護が難しい傾向にあります。
- ・薬剤師が 1 人しか在籍していない薬局が多く、訪問・在宅医療に時間を掛けられない実情にあります。

#### ○平成 26 年度(2014 年度)以降の状況変化と今後の見込

- ・新規病床整備計画として、「熱海 海見える病院」が平成 28 年度に 112 床(一般 40、療養 72)を新設、「国際医療福祉大学熱海病院」が平成 29 年度に 64 床(一般 50、療養 14)の増床を予定しています。
- ・「国際医療福祉大学熱海病院」が、平成 28 年度からの「地域がん診療病院」への指定が決定しており、今後、区域におけるがん医療提供体制の充実が期待されます。

### 3 平成 37 年(2025 年)の必要病床数と在宅医療等の必要量

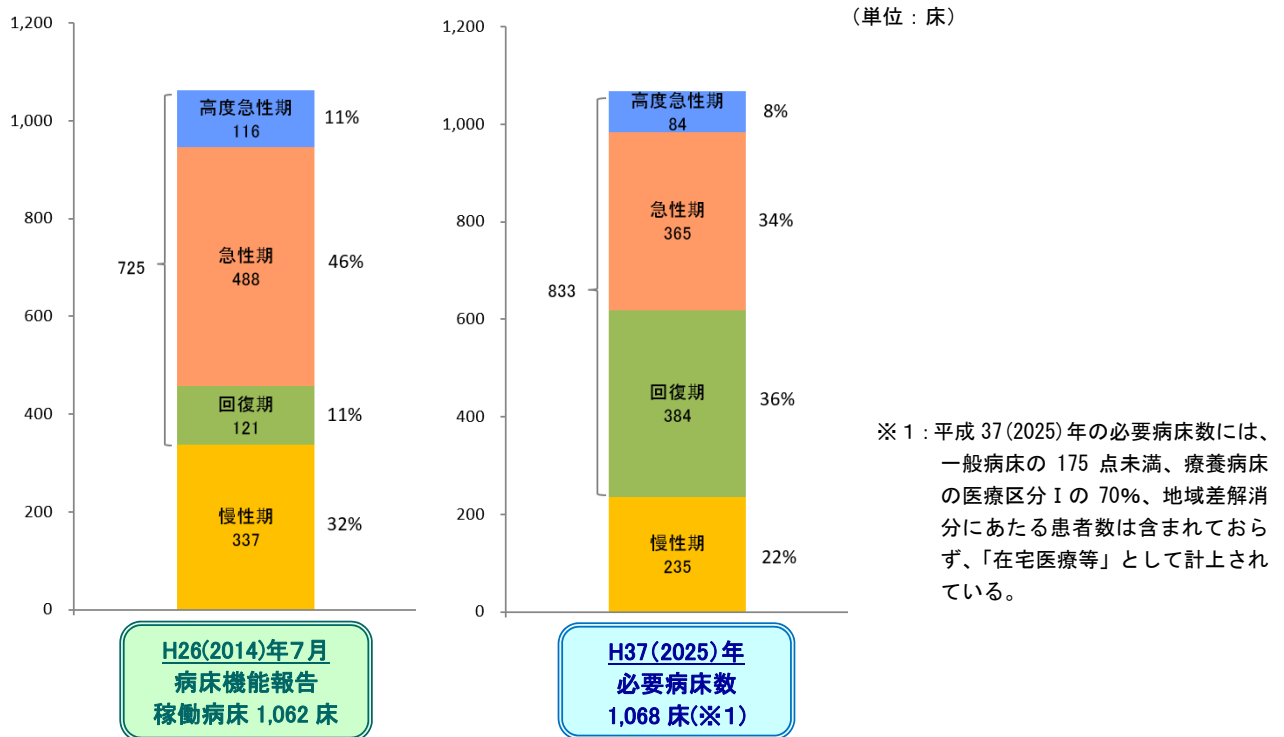
#### ○平成 37 年(2025 年)の必要病床数

- ・平成 37 年(2025 年)における必要病床数は 1,068 床と推計されます。高度急性期は 84 床、急性期は 365 床、回復期は 384 床、慢性期は 235 床と推計されます。
- ・平成 26 年 7 月の病床機能報告における稼働病床数は 1,062 床です。平成 37 年(2025 年)の必要病床数と比較すると、ほぼ充足しています。その中で、一般病床が主となる「高度急性期+急性期+回復期」は 725 床(平成 26 年 7 月の稼働病床数)と 833 床(平成 37 年の必要病床数)であり、必要病床数が報告病床数を上回っています。療養

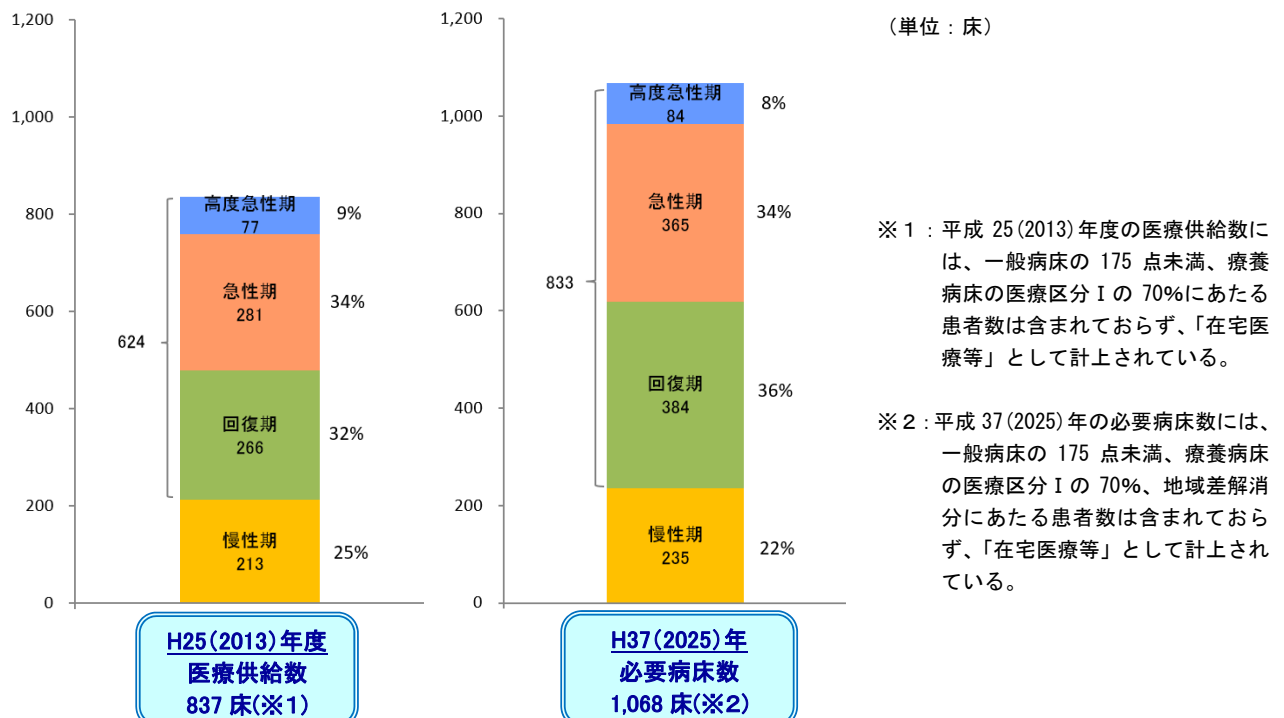
病床が主となる「慢性期」は、337床（平成26年7月の稼働病床数）と235床（平成37年の必要病床数）であり、必要病床数が報告病床数を下回っています。

- ・平成25年度(2013年度)における医療供給数837床と比較すると、平成37年(2025年)必要病床数が231床上回っています。また、高度急性期から慢性期までの全ての医療機能において必要病床数が上回っています。

### 平成26年(2014年)7月病床機能報告稼働病床数と平成37年(2025年)必要病床数の比較



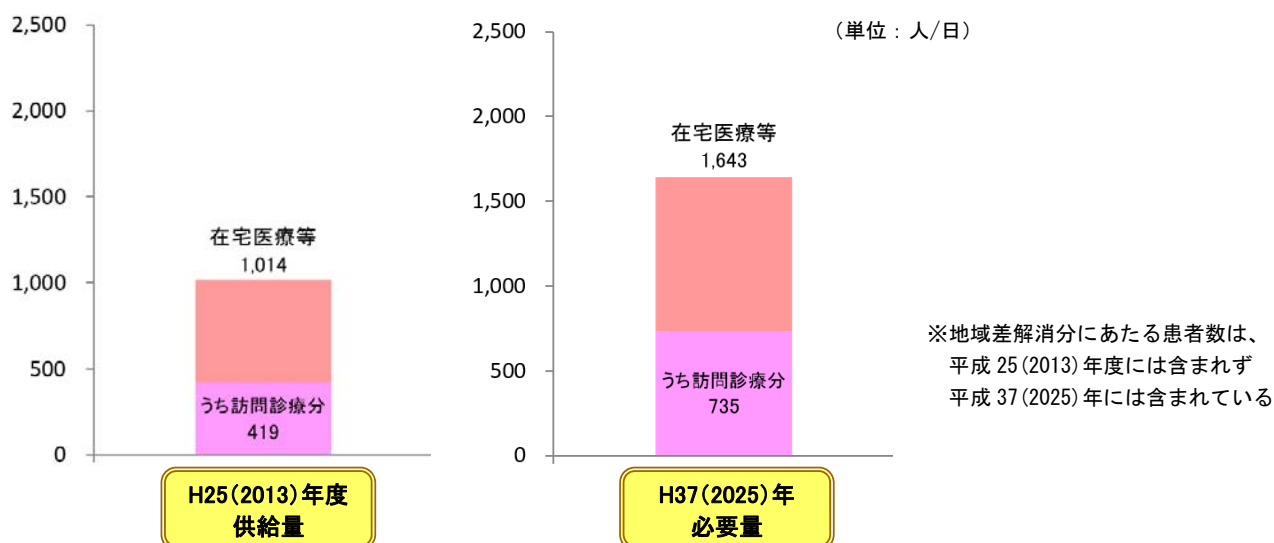
### 平成25年度(2013年度)医療供給数と平成37年(2025年)必要病床数の比較



### ○平成 37 年（2025 年）の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年（2025 年）における在宅医療等の必要量は 1,643 人、うち訪問診療分は 735 人と推計されます。
- ・平成 25 年（2013 年）の供給量と比較すると、在宅医療等の必要量は 1.62 倍の 629 人増加、うち訪問診療分は 1.75 倍の 316 人増加と推計され、県内で最大の増加割合となっています。

#### 在宅医療等の平成 25 年度（2013 年度）供給量と平成 37 年（2025 年）必要量の比較



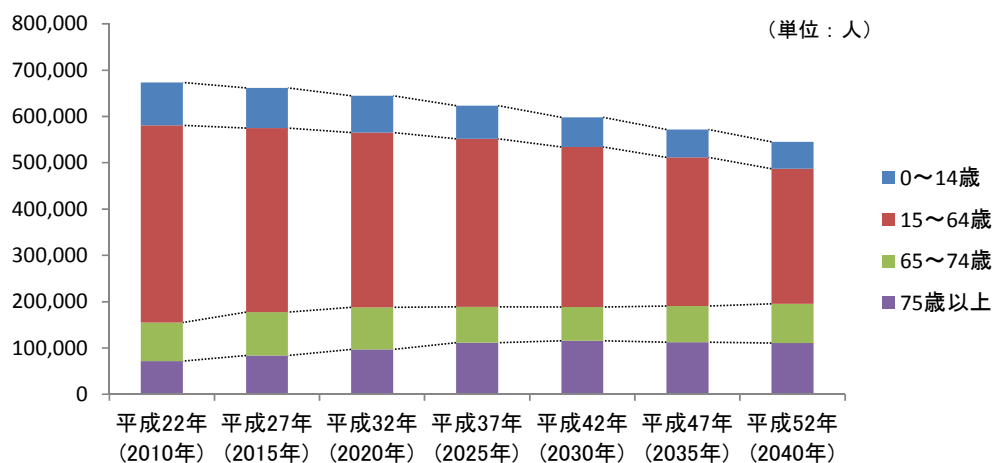
#### 4 実現に向けた方向性

- ・ひとり暮らし高齢者が多いなど、慢性期機能の必要度が高いことから、回復期機能と慢性期機能の垣根を低くすることが必要です。
- ・効率的な在宅医療や在宅歯科医療の推進、地域包括ケアシステムの構築に向けて、ICT を活用した情報共有や、多職種連携での顔の見える関係づくりが必要です。
- ・各病院の機能分担と連携を強化し、急性心筋梗塞等への高度急性期機能の対応力を高めていく取組が必要です。
- ・要介護者の歯科医療や口腔ケアの重要性について普及啓発するとともに、住民の在宅歯科医療に関する理解を深めることが必要です。
- ・地域に密着した薬局の健康支援・相談機能等について、住民に普及啓発を図ることが必要です。

### 3 駿東田方 構想区域

#### 1 人口構造の変化の見通し

- ・平成 26 年(2014 年)10 月 1 日現在の人口は約 65 万 9 千人。6 市 4 町で構成され、西部、静岡に次いで人口が多い区域です。平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 5 万人減少し、平成 52 年(2040 年)には約 13 万人減少すると推計されています。
- ・65 歳以上人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 3 万 4 千人増加し、平成 52 年(2040 年)には約 4 万 1 千人増加すると見込まれています。
- ・75 歳以上人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 4 万人増加し、平成 42 年(2030 年)に向けても増加した後、減少に転じると見込まれています。
- ・高齢化率は、平成 22 年(2010 年)では御殿場市、裾野市及び長泉町の 3 市町において 20% 以下なのに対し、伊豆市においては 30% を超えているように、市町による差が大きい状況です。また、平成 52 年(2040 年)には、伊豆市が 40% を超える見込まれています。



	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	92,699	86,558	79,003	71,276	64,512	60,517	57,904
15～64歳	425,575	397,446	377,635	363,160	345,384	320,996	291,174
65～74歳	83,494	93,721	91,223	77,390	73,050	78,175	85,218
75歳以上	71,688	83,671	96,756	111,290	115,594	112,416	110,557
総数	673,454	661,396	644,617	623,116	598,540	572,104	544,853

#### 2 現状と課題

##### ○医療提供体制・疾病構造・患者の受療動向

- ・平成 27 年 4 月現在の使用許可病床数は、一般病床が 5,122 床、療養病床が 2,289 床となっています。
- ・区域内の病院は 48 病院、そのうち 500 床以上の病院は 3 病院、200 床以上 500 床未満の病院が 5 病院、200 床未満が 40 病院(83.3%)と、中小の病院の割合が高くなっています。
- ・区域の疾病構造を人口動態統計(死亡原因)で見ると、「がん」による死亡は増加傾向にあります。平成 25 年の人口 10 万対の死亡率は、国・県に比べ高くなっており、五大がんでは、肺がんの死亡が最も多くなっています。



脳卒中（脳血管疾患）、糖尿病、肝炎（肝疾患）、精神疾患（精神及び行動障害）による死亡は増加傾向、急性心筋梗塞による死亡は、減少傾向にあります。

- ・人口に占める高齢者割合の増加により、認知症患者も増加傾向にあります。
- ・県立静岡がんセンターは、高度先端医療の提供等を行う「特定機能病院」の国の認定を受けています。「がん診療連携拠点病院」には、都道府県型として県立静岡がんセンター、地域型に順天堂大学医学部附属静岡病院、また、県指定の静岡県地域がん診療連携推進病院に静岡医療センターが各々指定されています。
- ・区域内の初期救急医療は、3箇所の休日夜間救急センター及び病院・診療所における在宅当番医制が行われています。第2次救急医療は、15病院による病院群輪番制により対応をしています。「救命救急センター」は沼津市立病院、順天堂大学医学部附属静岡病院の2病院があり、富士市以東の県東部地域全体の患者を受け入れています。医師不足により、初期救急医療の当番医制や第2次救急医療の輪番を組むのに苦労している現状があり、また、救命救急センターの負担も増加しています。
- ・順天堂大学医学部附属静岡病院は、東部ドクターヘリの運航拠点となっており、賀茂、熱海伊東区域など広域的な救急医療に寄与しています。
- ・区域内で正常分娩を担う医療機関は、3病院、11診療所、1助産所がありますが産科診療所は、伊豆市には無く、御殿場・小山地域には1施設しか無いなど、地域格差が発生しているとともに、産科診療所や助産所で分娩を担わない施設が増えているなど、地域のお産機能の低下が危惧されています。
- ・当区域住民のほとんどが区域内の医療機関に入院しており、区域内での医療はほぼ完結できています。
- ・患者の流入流出については、流出患者の割合に比べて流入患者の割合が高くなっています。
- ・人口10万人当たり医師数（医療施設従事者）は210.4人と県平均を上回っていますが、病院勤務医師についてみると不足している状況です。看護師養成施設は、順天堂大学保健看護学部を含めて5施設あり、卒業後、就業した者の81.1%が県内に就業し、そのうちの65.9%が地元就業しています。

#### ○基幹病院までのアクセス

- ・区域内の面積は、1,277.57 km<sup>2</sup> と広いですが、東名高速道路、伊豆縦貫自動車道、国道1号線バイパス、国道246号線バイパスが走っており、基幹病院（県立静岡がんセンター、沼津市立病院、順天堂大学医学部附属静岡病院、静岡医療センター）までのアクセスは良好です。

#### ○在宅医療等の状況

- ・在宅療養支援病院は4病院、在宅療養支援診療所は61診療所（平成27年4月）あります。訪問看護ステーションは38箇所（平成27年10月）ありますが、小規模訪問看護ステーションは、開設しても人材や経営的に不安定等の問題で閉鎖するところもあり、増減があります。在宅療養支援歯科診療所は29診療所（平成28年2月）あります。
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導を実施する薬局（薬局の薬剤師が患者宅を訪問し、薬剤の管理や服薬指導などを行う薬局）は、269箇所（平成27年12月現在）、がんの「ター

ミナルケア」を担う薬局（医療用麻薬の提供を行い、時間外休日の対応が可能な薬局）は、129 箇所（平成 27 年 12 月現在）あります。

- ・ 県医師会が在宅医療推進センターを設置し、在宅医療に取り組む医師・看護師を対象にスキルアップ講習会の開催や I C T（情報通信技術）を活用した在宅患者の医療情報の共有化と連携の構築に取り組んでいます。
- ・ 区域内には、認知症疾患医療センターが 1 箇所、精神科病院が 5 箇所あり、認知症疾患に対応しています。また、認知症サポート医やかかりつけ医の確保、認知症初期集中支援チームの設置に取り組んでいます。

#### ○平成 26 年度(2014 年度)以降の状況変化と今後の見込

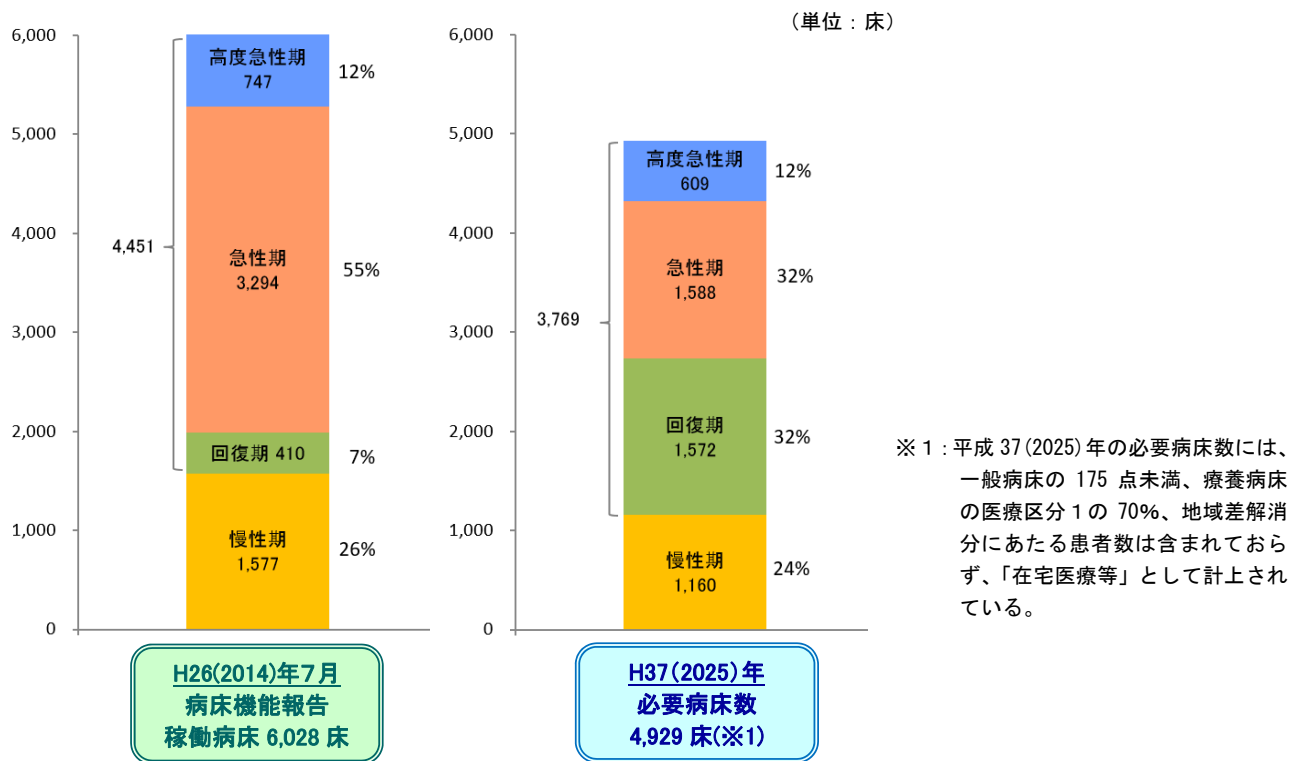
- ・ 順天堂大学医学部附属病院が 25 床増床、西島病院が 6 床増床、三島中央病院が 10 床増床(平成 27 年 3 月)
- ・ 沼津市立病院が 74 床減床(平成 28 年 4 月以降)
- ・ 独立行政法人国立病院機構静岡医療センターに同法人静岡富士病院 60 床を統合予定(平成 29 年 10 月)

### 3 平成 37 年（2025 年）の必要病床数と在宅医療等の必要量

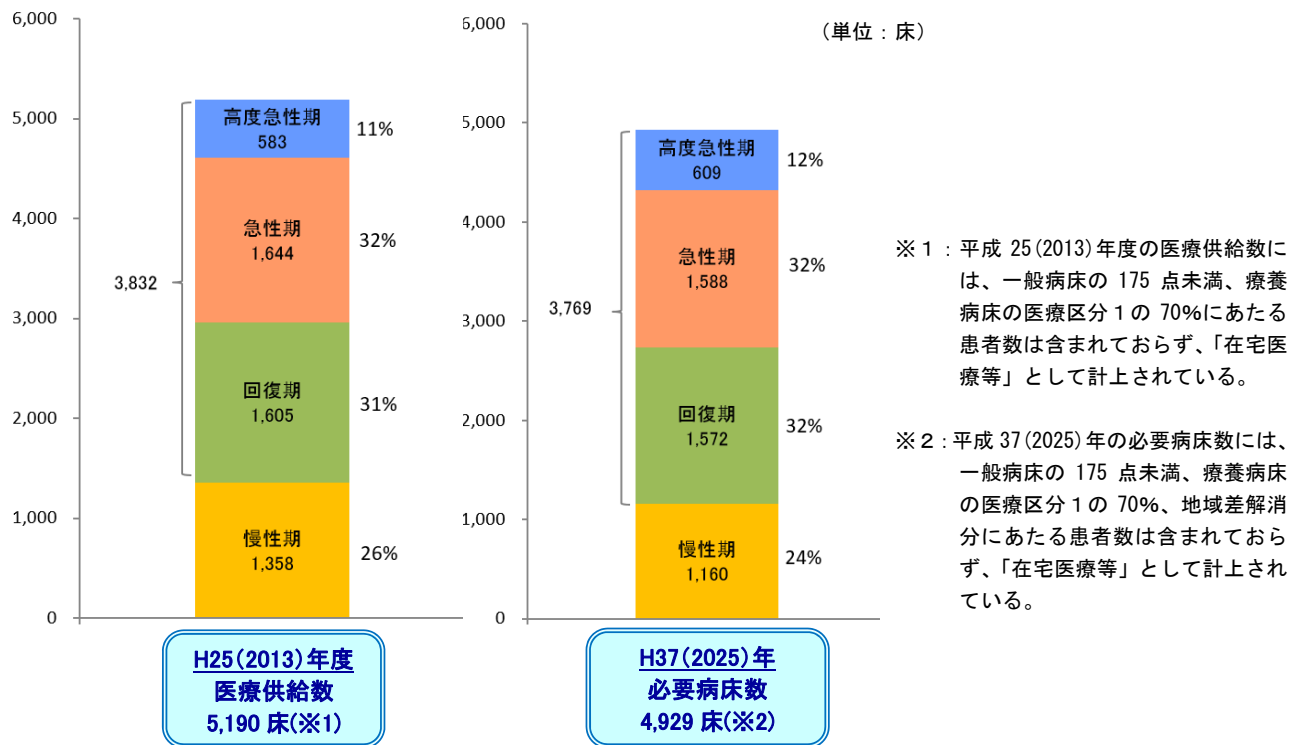
#### ○平成 37 年（2025 年）の必要病床数

- ・ 平成 37 年(2025 年)における必要病床数は 4,929 床と推計されます。高度急性期は 609 床、急性期は 1,588 床、回復期は 1,572 床、慢性期は 1,160 床と推計されます。
- ・ 平成 26 年 7 月の病床機能報告における稼働病床数は 6,028 床です。平成 37 年（2025 年）の必要病床数と比較すると 1,099 床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期+急性期+回復期」は 4,451 床（平成 26 年 7 月の稼働病床数）と 3,769 床（平成 37 年の必要病床数）であり、急性期及び回復期に大きな差が見られません。療養病床が主となる「慢性期」は、1,577 床（平成 26 年 7 月の稼働病床数）と 1,160 床（平成 37 年の必要病床数）となっています。
- ・ 平成 25 年度(2013 年度)における医療供給数 5,190 床と比較すると、平成 37 年(2025 年)の必要病床数が 261 床下回っています。また、平成 26 年 7 月の病床機能報告稼働病床数と平成 25 年度(2013 年度)医療供給数との差が 838 床と大きくなっています。

平成 26 年 (2014 年) 7 月病床機能報告稼働病床数と平成 37 年 (2025 年) 必要病床数の比較



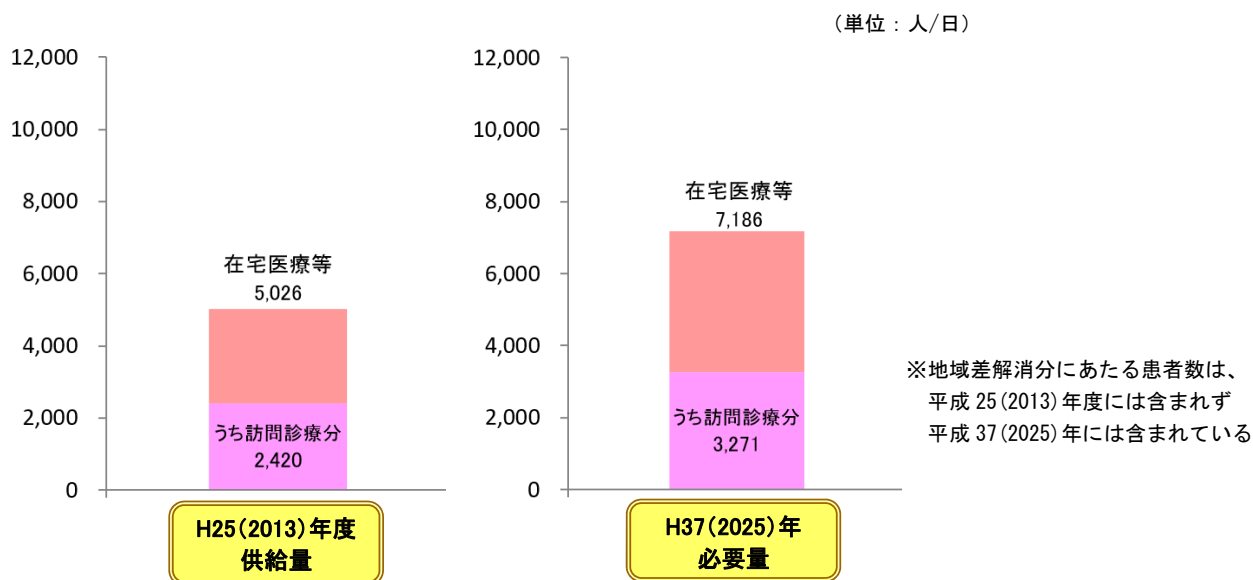
平成 25 年度 (2013 年度) 医療供給数と平成 37 年 (2025 年) 必要病床数の比較



### ○平成 37 年(2025 年)の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年(2025 年)における在宅医療等の必要量は 7,186 人、うち訪問診療分は 3,271 人と推計されます。
- ・平成 37 年(2025 年)に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 2,160 人、うち訪問診療分について 851 人増加すると推計されます。

### 在宅医療等の平成 25 年度(2013 年度)供給量と平成 37 年(2025 年)必要量の比較



### 4 実現に向けた方向性

- ・公的病院をはじめとした勤務医不足が大きな課題であり、それを解決するために、「ふじのくに地域医療支援センター」を継続し、専門医研修ネットワークプログラムの活用などを通じた医師の確保・定着を図る取組みが必要です。また、看護職員等の人材を確保するため、各病院の勤務環境改善に向けた取組みを支援する必要があります。
- ・産科医療空白地域を解消し、地域で安心してお産ができる体制を構築するため、郡市医師会など関係団体と連携しながら、産科医師の地域への定着を図る取組みが必要です。また、産科医師の負担軽減を図るため、助産師の確保などが必要です。
- ・在宅医療を推進するためには、在宅医療を担う医師・看護師の人材確保、急変時等における時間外診療体制の整備、病病・病診連携、多職種連携等を推進する取組、市町による地域包括ケアシステムの充実を図るなどが必要です。
- ・在宅医療について、介護施設や自宅で充実した看取りを行うための研修会等の開催により、県民の意識改革に向けた啓発を行うことが必要です。併せて医師会、行政、高齢者施設、救急病院、訪問看護ステーション等関係者の意見交換会等を開催し、在宅での看取りの支援をしていくことが必要です。
- ・医療が必要な在宅の認知症患者について、認知症サポート医やかかりつけ医による治療や地域住民等による見守り対策が必要です。また、人口の高齢化に伴い認知症が増加することに対する地域社会への啓発を進め、発生予防や認知症への理解向上対策に取り組

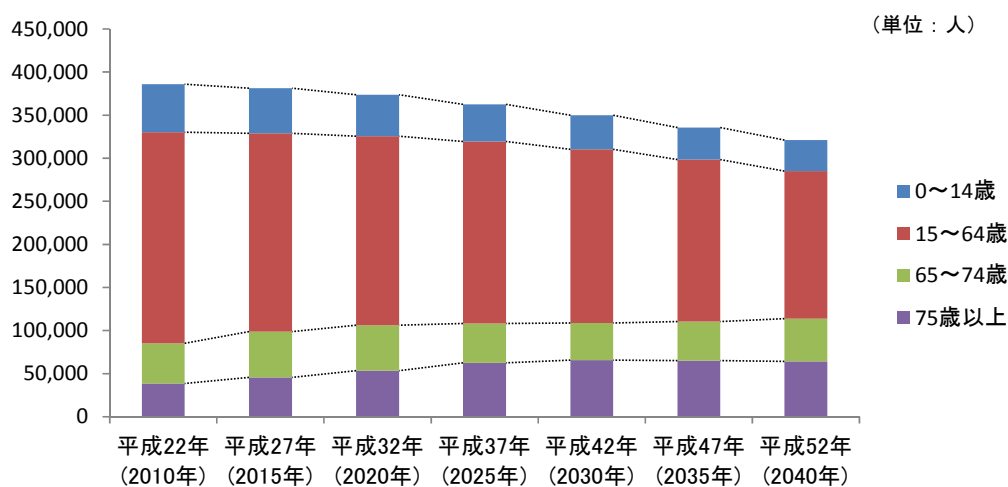
むことも重要です。

- ・在宅歯科医療を推進するために、市町、郡市医師会や郡市歯科医師会等の多職種間の連携・協働に向けた在宅医療の提供体制を構築する取組が必要です。
- ・在宅の患者や家族が訪問薬剤管理指導をより多く利用できるよう医療機関・施設など関係機関と幅広く連携する取組が必要です。

## 4 富士 構想区域

### 1 人口構造の変化の見通し

- ・平成 26 年(2014 年)10 月 1 日現在の人口は約 38 万 2 千人。本県の 8 区域の中で、賀茂及び熱海伊東に次いで 3 番目に少ない人口規模です。平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 2 万 3 千人減少し、平成 52 年(2040 年)には約 6 万 5 千人減少すると推計されています。
- ・65 歳以上人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 2 万 3 千人増加して 10 万人を超え、平成 52 年(2040 年)まで引き続き増加すると見込まれています。
- ・75 歳以上人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 2 万 4 千人増加し、平成 47 年(2035 年)からは減少に転じると見込まれています。



	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	55,944	52,419	47,715	43,265	39,470	37,291	35,798
15～64歳	244,805	230,175	219,591	211,250	201,530	187,924	171,380
65～74歳	46,756	52,986	52,549	45,660	43,064	45,535	49,484
75歳以上	38,523	45,827	53,615	62,468	65,806	65,052	64,283
総数	386,028	381,407	373,470	362,643	349,870	335,802	320,945

### 2 現状と課題

#### ○医療提供体制・疾病構造・患者の受療動向

- ・平成 27 年 4 月現在、使用許可病床数は、一般病床が 2,114 床、療養病床が 925 床となっています。
- ・区域内には病院が 19 病院あり、このうち病床が 200 床以上の病院が 3 病院あります。
- ・区域内の医療機関に従事する医師数は 529 人です。人口 10 万人当たり 138.6 人であり全国平均(233.6 人)、静岡県平均(193.9 人)と比べ、医師が特に少ない区域です。  
(※厚生労働省による平成 26 年 12 月 31 日時点における調査による。)
- ・区域の標準化死亡比(静岡県全体を 100 としたときの死亡比)は、糖尿病、喘息、肝疾患、自殺、悪性新生物が高い水準です。
- ・疾病に対する医療機関の体制は下記のとおりです。

- ① がんの集学的治療を担う医療機関は 2 病院

- ② 脳卒中の救急医療を担う病院は4病院（輪番）
- ③ 糖尿病の専門治療・急性増悪時治療を担う病院は3病院
- ④ 喘息の専門治療を担う医療機関は2病院
- ⑤ 地域肝疾患診療連携拠点病院は3病院
- ⑥ 精神科救急医療を担う病院は1病院
- ⑦ 口腔外科の診療を担う病院は1病院
- ・第2次救急医療については、6病院の輪番制で対応しています。整形外科患者については、富士宮市立病院の診療体制の縮小に伴い、区域内の病院のほか、隣接する区域の病院への搬送により対応しています。
- ・第3次救急医療については、区域内に救命救急センターがないため、重症患者は隣接する区域の救命救急センターへ搬送されています。
- ・周産期医療では、正常分娩を担う2病院、6診療所、2助産所で対応していますが、ハイリスク分娩等への対応で地域周産期医療施設等との連携が課題となっています。
- ・県内の区域間における流出入状況については、慢性期機能を除き、隣接する区域への流出が超過しています。

#### ○基幹病院までのアクセス

- ・交通アクセスとしては、東名高速道路、新東名高速道路、その他幹線となる国道、県道が整備されており、比較的良好な環境にあります。ただし、患者の状況によってドクターヘリの活用も図られています。

#### ○在宅医療等の状況

- ・在宅療養支援病院は1病院、在宅療養支援診療所は19診療所（平成27年4月）、訪問看護ステーションは22箇所（平成27年10月）在宅療養支援歯科診療所は22診療所（平成28年2月）あります。
- ・富士市医師会では、在宅医療推進員を配置し、診療所に対し、訪問診療への参入を促進する事業を開始しています。
- ・管内2市とも地域包括ケアを推進するため、医療と介護に関わる多職種の連携組織を立ち上げ、意見交換等を行っています。まずは、地域の医療・介護資源に関する情報を共有し、その後具体的な活動に取り組んでいくこととなっています。

#### ○平成26年度(2014年度)以降の状況変化と今後の見込

- ・独立行政法人国立病院機構静岡富士病院(175床)が静岡医療センター(駿東郡清水町)に統合される予定。(平成29年度)

### 3 平成37年(2025年)の必要病床数と在宅医療等の必要量

#### ○平成37年(2025年)の必要病床数

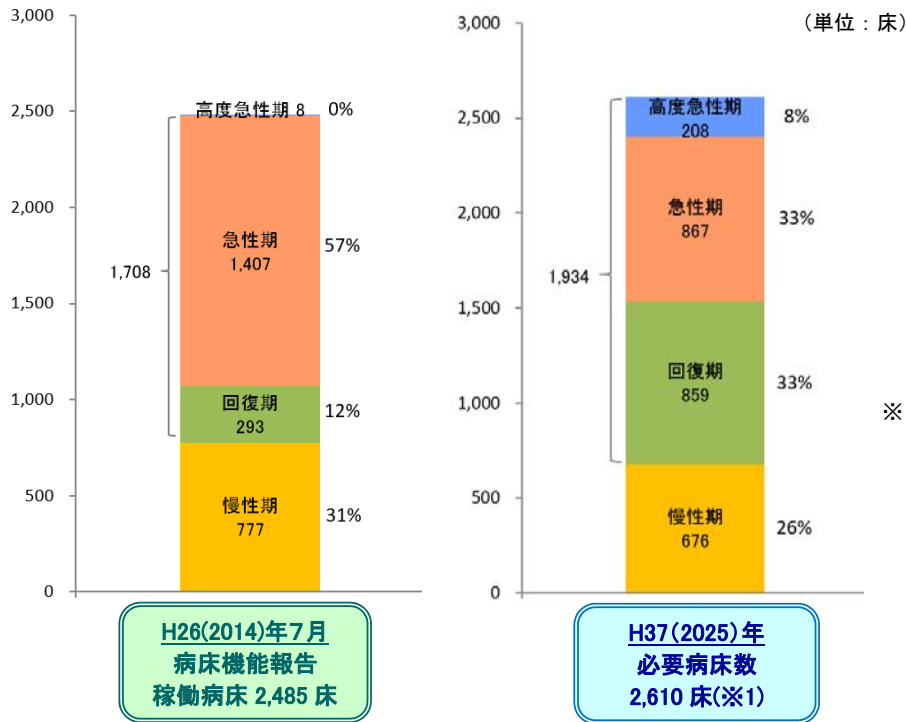
- ・平成37年(2025年)における必要病床数は2,610床と推計されます。高度急性期は208床、急性期は867床、回復期は859床、慢性期は676床と推計されます。
- ・平成26年7月の病床機能報告における稼働病床数は2,485床です。平成37年(2025年)の必要病床数と比較すると125床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期+急性期+回復期」は1,708床(平成26年7月の稼働病床数)と1,934床(平成37年の必要病床数)であり、必要病床数が報告病床数を上回っています。療



養病床が主となる「慢性期」は、777床（平成26年7月の稼働病床数）と676床（平成37年の必要病床数）であり、必要病床数が報告病床数を下回っています。

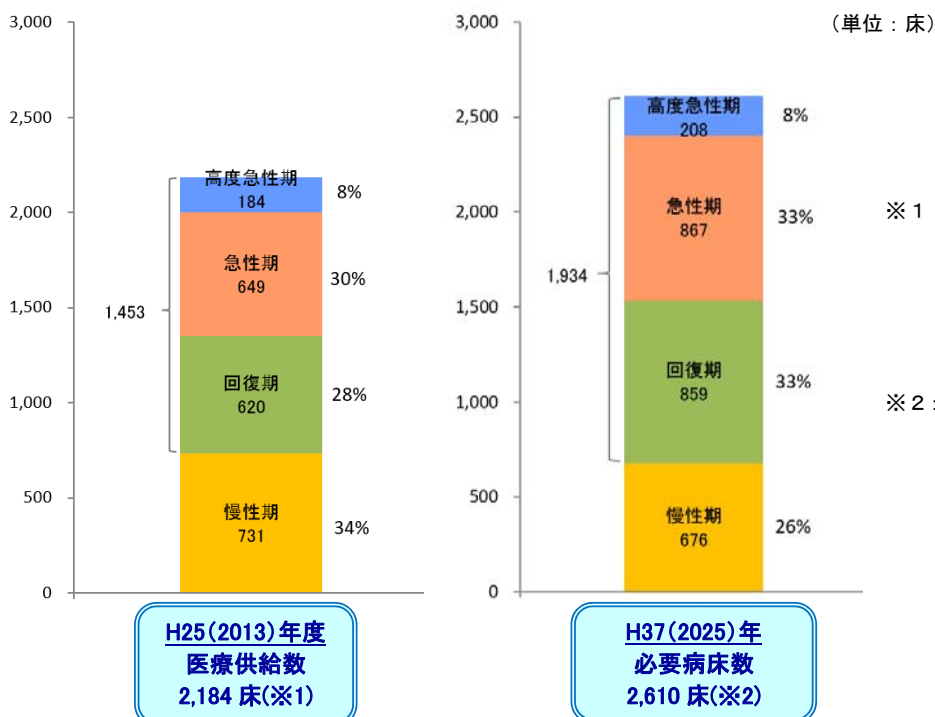
- ・平成25年度(2013年度)における医療供給数2,184床と比較すると、平成37年(2025年)必要病床数が426床上回っています。

平成26年(2014年)7月病床機能報告稼働病床数と平成37年(2025年)必要病床数の比較



※1：平成37(2025)年の必要病床数には、一般病床の175点未満、療養病床の医療区分1の70%、地域差解消分にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

平成25年度(2013年度)医療供給数と平成37年(2025年)必要病床数の比較



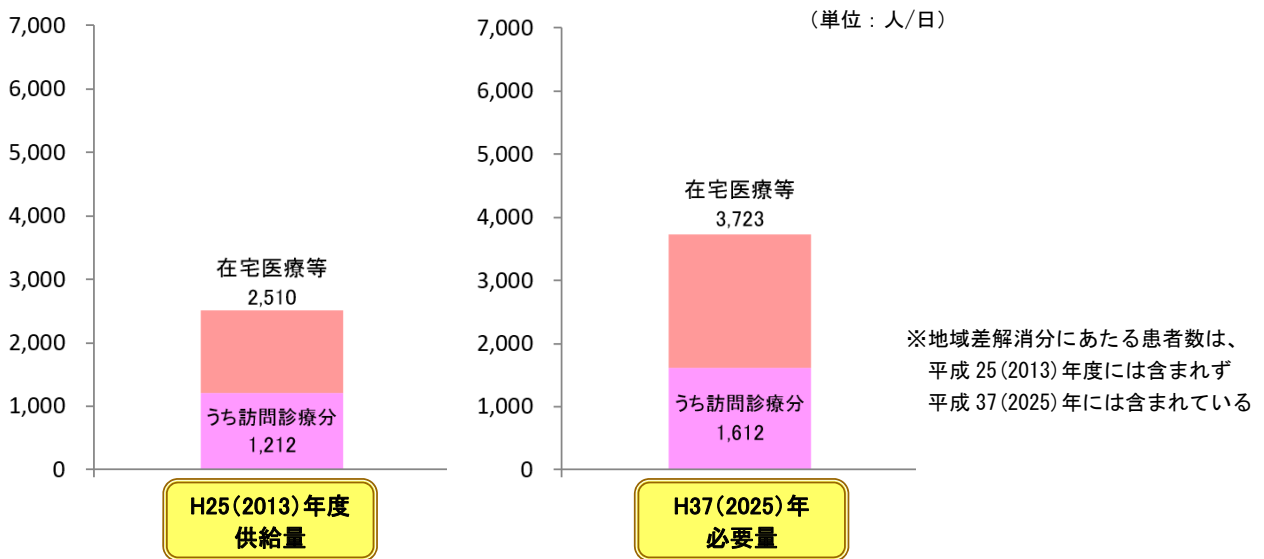
※1：平成25(2013)年度の医療供給数には、一般病床の175点未満、療養病床の医療区分1の70%にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

※2：平成37(2025)年の必要病床数には、一般病床の175点未満、療養病床の医療区分1の70%、地域差解消分にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

○平成 37 年(2025 年)の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年(2025 年)における在宅医療等の必要量は 3,723 人、うち訪問診療分は 1,612 人と推計されます。
- ・平成 37 年(2025 年)に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 1,213 人、うち訪問診療分について 400 人増加すると推計されます。

在宅医療等の平成 25 年度(2013 年度)供給量と平成 37 年(2025 年)必要量の比較



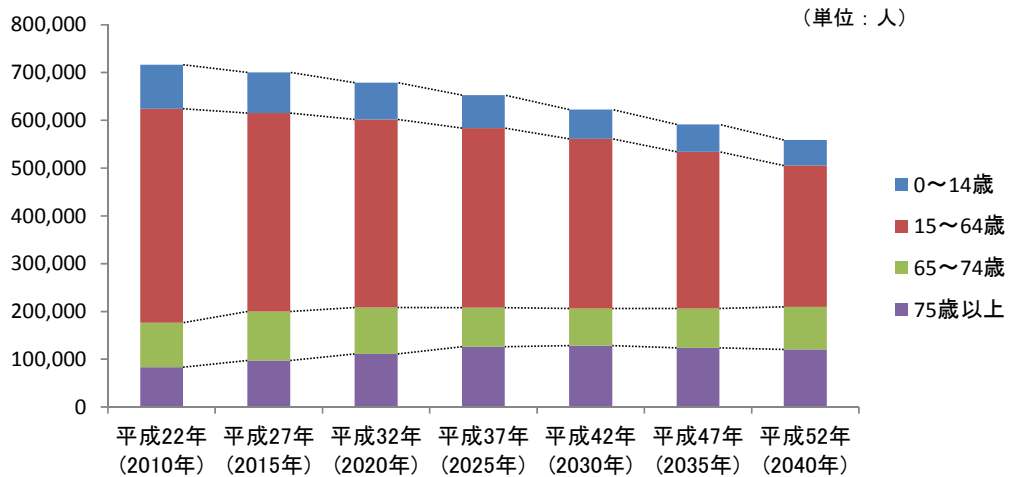
4 実現に向けた方向性

- ・在宅医療と介護のネットワークづくり、病院から在宅へつなげる仕組みづくりが必要です。
- ・口腔外科を担う病院が少ない状態を考慮する必要があります。
- ・在宅医療を含む医療提供体制を確保するためには、医師や看護師等の医療従事者の確保が必要不可欠です。また、在宅医療の推進のためには、夜間診療体制、医師・看護師の負担軽減などの条件整備や人材確保・育成が求められます。
- ・在宅医療を含む地域包括ケアシステムの円滑な実施に際しては、かかりつけ医等が中核的な役割を担うとともに、介護と医療の知識を有する人材の育成や、在宅医療と介護の連携に関する相談支援等の拠点を設置することが必要です。

## 5 静岡 構想区域

### 1 人口構造の変化の見通し

- ・平成26年(2014年)10月1日現在の人口は、約70万7千人です。
- ・平成22年(2010年)から平成37年(2025年)に向けては約6万人減少して約65万人に、平成52年(2040年)には約16万人減少して約55万8千人になると推計されています。
- ・区域の高齢化率は27%を超えており、県平均をやや上回っています。今後、高齢化率はさらに上昇し、平成52年(2040年)には37%になると推計されています。
- ・65歳以上の人口は、平成22年(2010年)から平成37年(2025年)に向けて約3万人増加して約21万人となり、その状況が平成52年(2040年)まで継続すると見込まれています。
- ・75歳以上の人口は、平成22年(2010年)から平成37年(2025年)に向けて約4万3千人増加し、その後平成42年(2030年)をピークに減少すると見込まれています。



	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	91,743	84,982	76,785	68,556	61,512	57,093	53,853
15～64歳	447,624	415,195	393,417	376,339	355,525	328,188	295,608
65～74歳	93,178	102,843	97,428	81,443	77,412	82,351	88,858
75歳以上	83,652	97,188	111,248	126,176	128,476	123,689	120,612
総数	716,197	700,208	678,878	652,514	622,925	591,321	558,931

### 2 現状と課題

#### ○医療提供体制・疾病構造・患者の受療動向

- ・平成27年4月現在の使用許可病床数は、一般病床が4,876床、療養病床が1,981床となっています。
- ・区域内に病院は29病院あり、そのうち一般病床、療養病床を有する病院は24病院、一般病床を500床以上有する病院が4病院あります。病床数のうち約7割が一般病床であり、一般病床の割合が高い区域です。
- ・区域内の医療施設従事医師数は、平成26年12月末日現在1,532人、人口10万人当たりでは216.8人であり、県全体の193.9人を上回っています。
- ・救急医療体制は、2次救急医療を9病院の輪番体制により対応し、3次救急は救命救急センターである県立総合病院、静岡赤十字病院、静岡済生会総合病院の3病院が対

応しています。

- ・周産期医療については、産婦人科医不足の影響を受け、分娩を取扱う病院・診療所・助産所の減少の傾向にあります。なお、総合周産期医療を担う県立こども病院と地域周産期医療を担う5病院が連携して対応しています。
- ・区域内に、地域医療支援病院が6病院あり、地域の医療機関との連携を推進しています。
- ・区域内に高度な医療を提供できる医療機関が複数あり、ほぼ区域内において医療が完結できている状況です。高度な医療の提供を求め、隣接する志太榛原及び富士区域から患者の流入があります。

#### ○基幹病院までのアクセス

- ・2次救急病院へのアクセスは、国道1号バイパスや一般道が整備されており、また、中山間地からの患者搬送は、救命救急センター等にヘリコプターによる空路のアクセスもあります。

#### ○在宅医療等の状況

- ・在宅療養支援病院は1病院、在宅療養支援診療所は101診療所(平成27年4月)、訪問看護ステーションは38箇所(平成27年10月)、在宅療養支援歯科診療所は29診療所(平成28年2月)あります。
- ・在宅医療については、「イーソーネット」医療連携や「在宅連携安心カードシステム」が行われています。
- ・静岡市では、地域包括ケアシステムの構築を第3次総合計画の重点プロジェクトとして位置付けて推進しています。
- ・平成25年度に、在宅医療と介護の連携を推進するため、「静岡市在宅医療・介護連携協議会」を設置し、平成26年度は、在宅医療に関する実態調査、医療介護情報マップの作成、研修会や講演会を開催しました。また、平成27年度は、現場の意見を踏まえながら、集中的に取り組むため、4つの部会(企画部会、啓発研修部会、地域支援部会、ICT部会)を設置しました。
- ・今後、地域包括ケアシステムを構築するためには、在宅医療等の人材確保や育成、有料老人ホームなどの施設整備が課題です。

#### ○平成26年度(2014年度)以降の状況変化と今後の見込

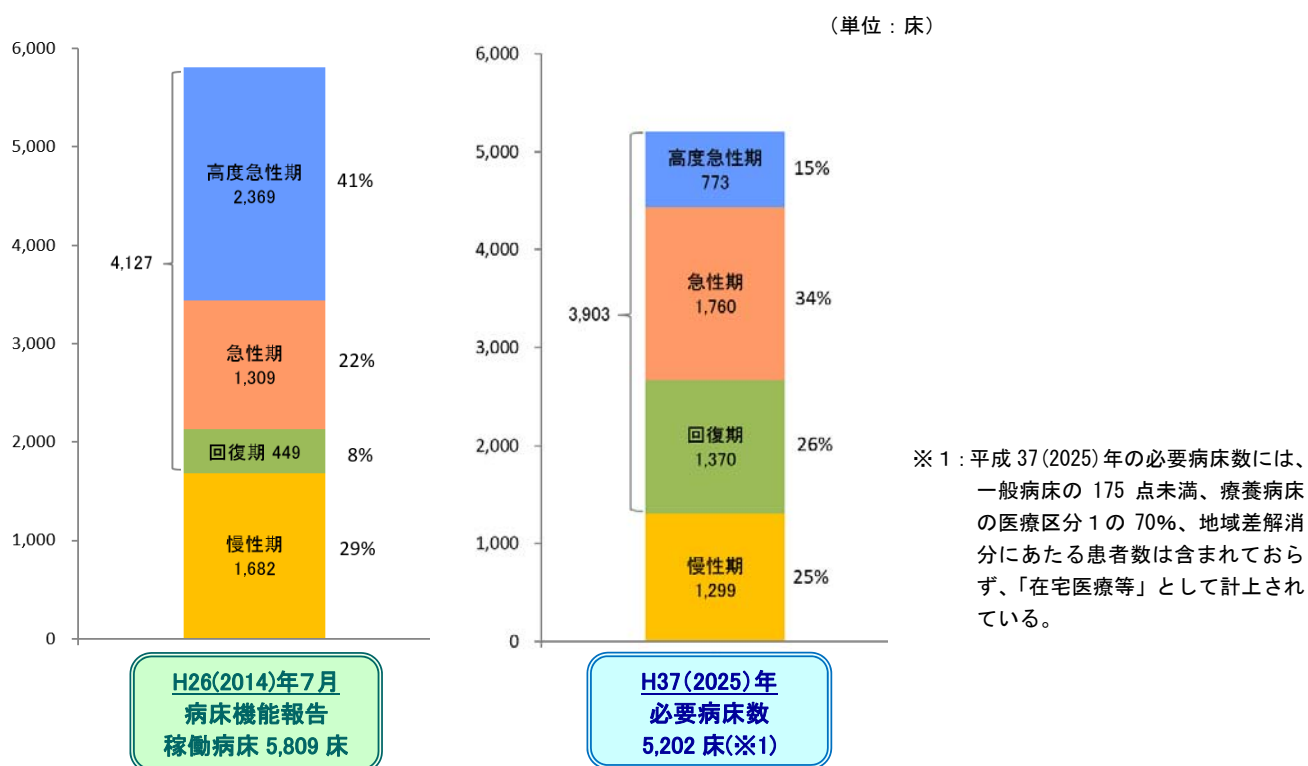
- ・山の上病院が病床の約4分の1を老人保健施設に転換(平成26年6月)
- ・静岡県立総合病院が高度救命救急センターに指定(平成27年3月)
- ・静岡市立清水病院が集中治療室病棟及び地域包括ケア病棟を新たに設置(平成27年4月)
- ・J A静岡厚生連清水厚生病院が地域包括ケア病棟を新たに設置(平成27年8月)
- ・静岡赤十字病院が救命救急センター及び産科病棟等の施設整備(平成28年1月)
- ・静岡済生会総合病院が新救命救急センター棟の施設整備(平成28年5月運用開始予定)

### 3 平成 37 年（2025 年）の必要病床数と在宅医療等の必要量

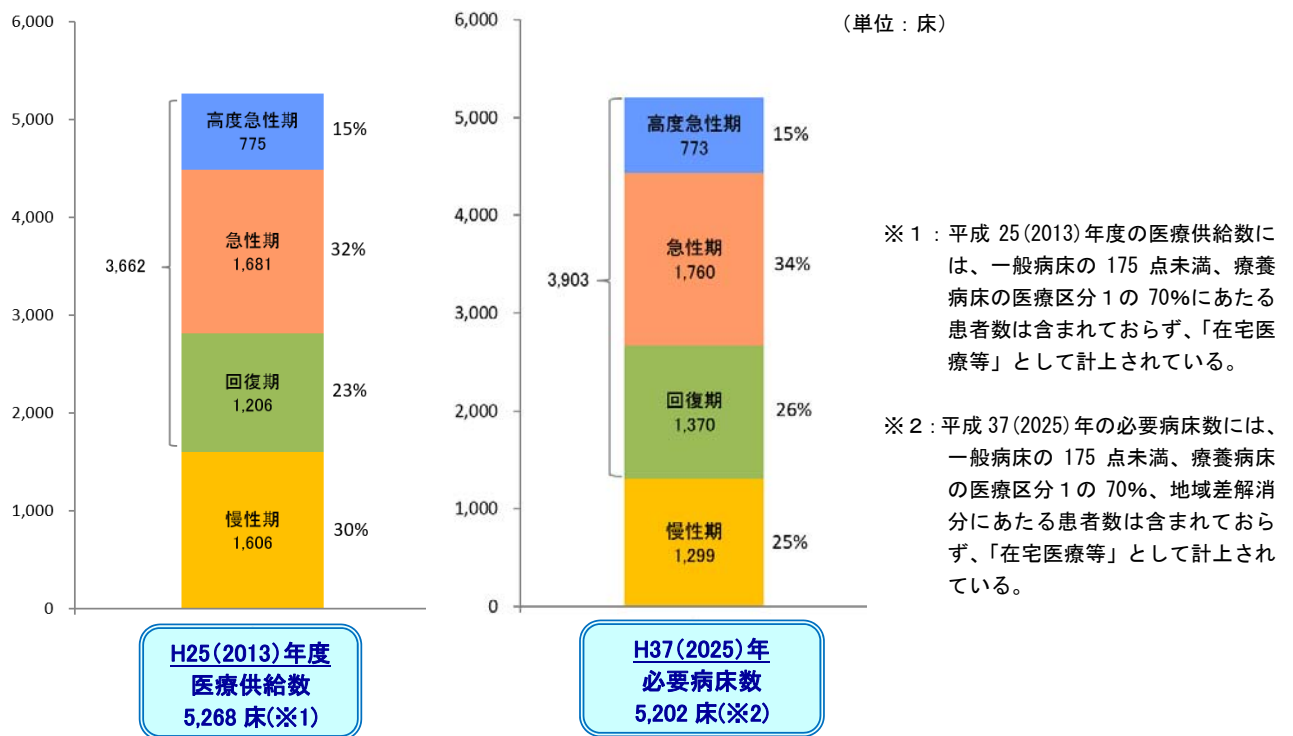
#### ○平成 37 年（2025 年）の必要病床数

- ・平成 37 年（2025 年）における必要病床数は 5,202 床と推計されます。高度急性期は 773 床、急性期は 1,760 床、回復期は 1,370 床、慢性期は 1,299 床と推計されます。
- ・平成 26 年 7 月の病床機能報告における稼働病床数は 5,809 床です。平成 37 年（2025 年）の必要病床数と比較すると 607 床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期＋急性期＋回復期」は 4,127 床（平成 26 年 7 月の稼働病床数）と 3,903 床（平成 37 年の必要病床数）であり、このうち高度急性期に大きな差が見られます。療養病床が主となる「慢性期」は、1,682 床（平成 26 年 7 月の稼働病床数）と 1,299 床（平成 37 年の必要病床数）であり、必要病床数が報告病床数を下回っています。
- ・平成 25 年度（2013 年度）における医療供給数 5,268 床と比較すると、平成 37 年（2025 年）必要病床数が 66 床下回っています。

平成 26 年（2014 年）7 月病床機能報告稼働病床数と平成 37 年（2025 年）必要病床数の比較



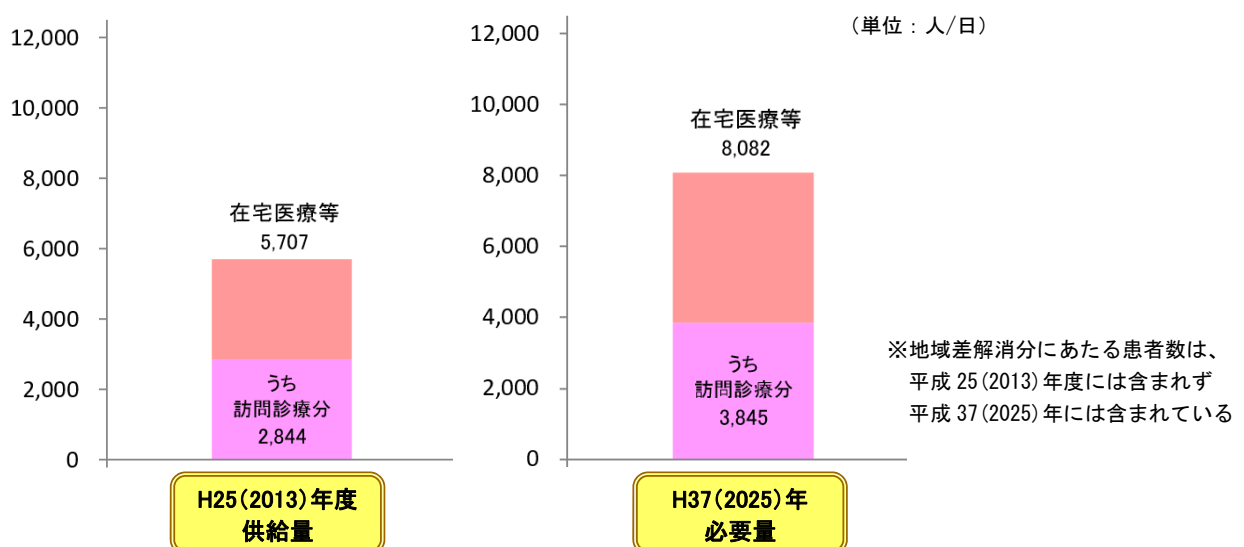
## 平成 25 年度 (2013 年度) 医療供給数と平成 37 年 (2025 年) 必要病床数の比較



### ○平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年 (2025 年)における在宅医療等の必要量は 8,082 人、うち訪問診療分は 3,845 人と推計されます。
- ・平成 37 年 (2025 年)に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 2,375 人、うち訪問診療分について 1,001 人増加すると推計されます。

### 在宅医療等の平成 25 年度 (2013 年度) 供給量と平成 37 年 (2025 年) 必要量の比較



#### 4 実現に向けた方向性

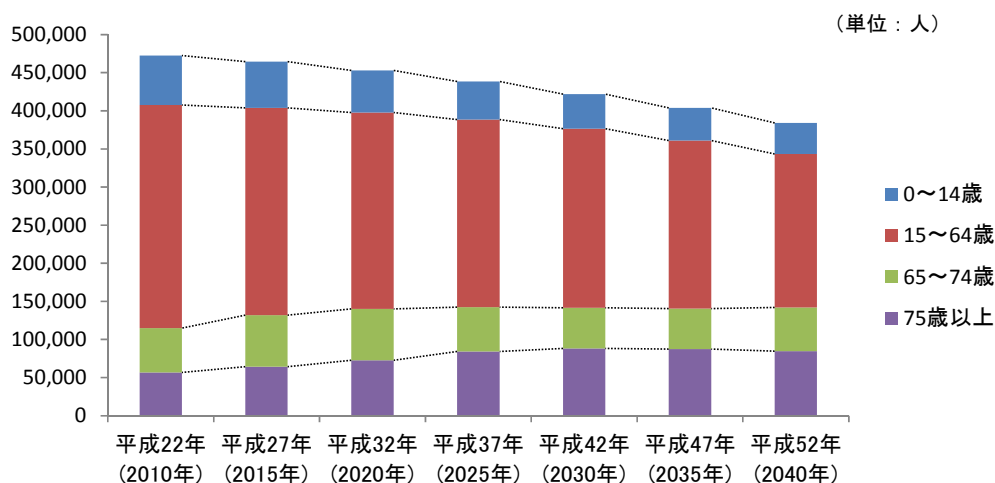
- ・ 医療提供体制を確保するために、医師の確保が必要です。
- ・ 在宅医療等について、現場の医師と訪問看護師等が連携した活動しやすい体制づくりや、人材の確保と育成が必要です。
- ・ 病院と在宅医療を繋ぐ人材や地域全体をコーディネートする人材の確保が必要です。
- ・ 病院からの退院支援や休日夜間の対応など、在宅医療を多職種で支えるチーム作りが必要です。
- ・ 適正な療養病床数にするため、介護療養型を含む老人保健施設の整備や有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の整備、低所得向けケアハウスの増設など在宅のための整備が必要です。
- ・ 地域包括ケア病床や回復期リハビリテーション病床などの在宅復帰を支援する回復期機能を有する病院の充実が必要です。
- ・ ICT を活用した医療と介護の情報共有が必要です。



## 6 志太榛原 構想区域

### 1 人口構造の変化の見通し

- ・平成 26 年(2014 年)10 月 1 日現在の人口は、約 46 万 4 千人です。
- ・平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けては約 3 万 4 千人減少して約 43 万 8 千人に、平成 52 年(2040 年)には約 8 万 9 千人減少して約 38 万 4 千人になると推計されています。
- ・区域の高齢化率は 27%を超えており、県平均をやや上回っています。今後、高齢化率はさらに上昇し、平成 52 年(2040 年)には 37%になると推計されています。
- ・65 歳以上の人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 2 万 7 千人増加して約 14 万 2 千人となり、その状況が平成 52 年(2040 年)まで継続すると見込まれています。
- ・75 歳以上の人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 2 万 7 千人増加し、その後平成 42 年(2030 年)をピークに減少すると見込まれています。



	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	64,925	60,586	55,472	50,182	45,706	42,912	40,777
15～64歳	292,576	272,257	257,536	246,256	234,628	220,268	201,443
65～74歳	58,192	67,393	67,549	58,061	53,342	53,233	57,204
75歳以上	56,892	64,360	72,601	84,228	88,433	87,404	84,817
総数	472,584	464,596	453,158	438,727	422,109	403,817	384,241

### 2 現状と課題

#### ○医療提供体制・疾病構造・患者の受療動向

- ・平成 27 年 4 月現在の使用許可病床数は、一般病床が 2,525 床、療養病床が 1,082 床となっています。
- ・区域内に病院は 13 病院あり、そのうち一般病床、療養病床を有する病院は 11 病院です。病床数のうち約 7 割が一般病床であり、一般病床の割合が高い区域です。
- ・区域内の医療施設従事医師数は年々増加傾向にありますが、平成 26 年 12 月末日現在 718 人、人口 10 万人当たりでは 154.8 人であり、県全体の 193.9 人を大きく下回っています。

- ・救急医療において、区域内に3次救急を担う医療機関がないため、2次救急医療機関である公立4病院が重篤な救急患者にも対応しています。対応困難な場合には、隣接する区域の病院の協力を得ながら医療体制を確保しています。
- ・周産期医療においては、正常分娩を担う医療機関は3病院、5診療所、2助産所で、焼津市立総合病院及び藤枝市立総合病院が地域周産期母子医療センターに指定されており、隣接する静岡区域とも連携して周産期医療体制の確保を図っています。
- ・死因別標準化死亡比（SMR）をみると、死因の多くを占める悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎は県全体に比べて低く、老衰が高くなっています。
- ・区域内に、がんの集学的治療や脳卒中・急性心筋梗塞の救急医療を担う医療機関が複数あり、多くは区域内で対応しています。しかし、がんについては、隣接する静岡区域への患者流出がみられます。

#### ○基幹病院までのアクセス

- ・区域内の医療体制は公立4病院を中核医療機関として構築されています。いずれも一般道が整備され、アクセスは良好です。

#### ○在宅医療等の状況

- ・在宅療養支援病院は1病院、在宅療養支援診療所は29診療所（平成27年4月）、訪問看護ステーションは19箇所（平成27年10月）、在宅療養支援歯科診療所は17診療所（平成28年2月）あります。

#### ○平成26年度（2014年度）以降の状況変化と今後の見込

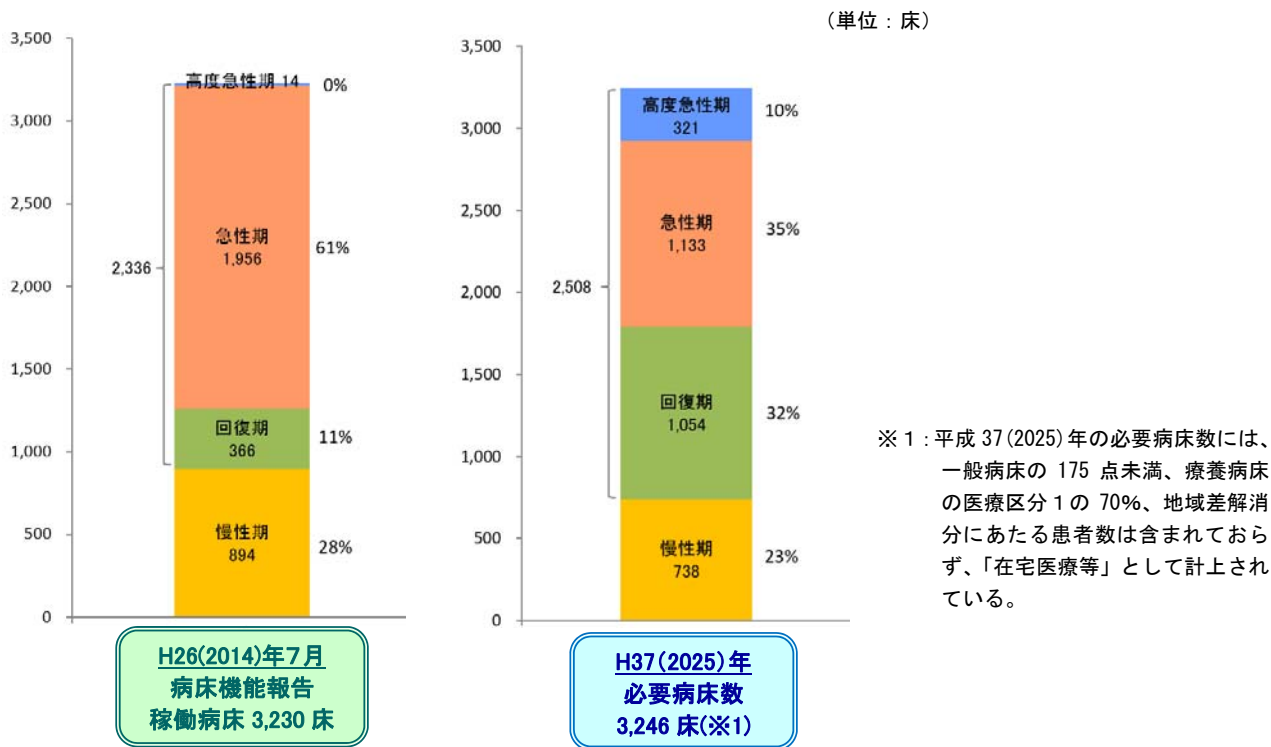
- ・市立島田市民病院（平成32年度開院予定。一般病床36床減、療養病床35床減、精神病床20床減）及び焼津市立総合病院の建て替えが計画されています。
- ・藤枝市立総合病院が救命救急センター指定に向け、準備中です。
- ・在宅医療を担う医師や訪問看護師の不足に対し、市町、郡市医師会、公立病院を中心に在宅医療提供体制の構築に向けた新しい取組を始めています。

### 3 平成37年（2025年）の必要病床数と在宅医療等の必要量

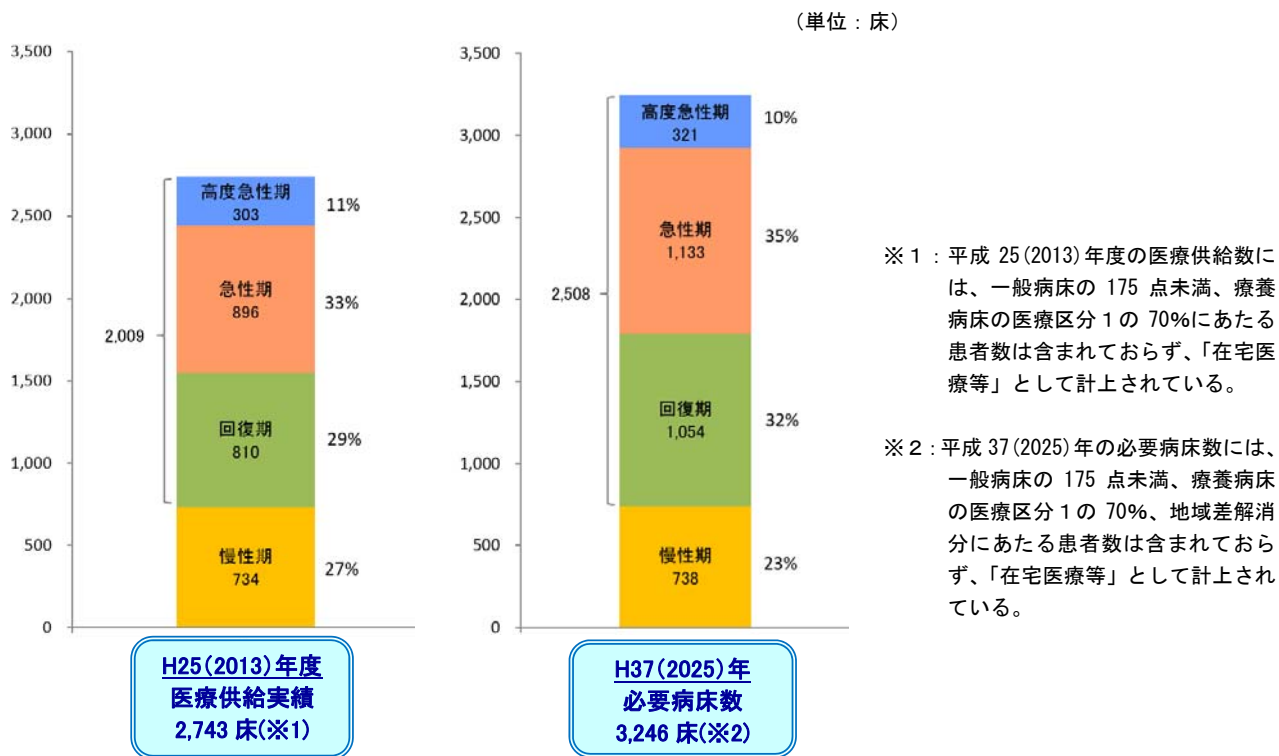
#### ○平成37年（2025年）の必要病床数

- ・平成37年（2025年）における必要病床数は3,246床と推計されます。高度急性期は321床、急性期は1,133床、回復期は1,054床、慢性期は738床と推計されます。
- ・平成26年7月の病床機能報告における稼働病床数は3,230床です。平成37年（2025年）の必要病床数と比較すると16床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期+急性期+回復期」は2,336床（平成26年7月の稼働病床数）と2,508床（平成37年の必要病床数）であり、必要病床数が報告病床数を上回っています。療養病床が主となる「慢性期」は、894床（平成26年7月の稼働病床数）と738床（平成37年の必要病床数）であり、必要病床数が報告病床数を下回っています。
- ・平成25年度（2013年度）における医療供給数2,743床と比較すると、平成37年（2025年）必要病床数が503床上回っています。

平成 26 年(2014 年) 7 月病床機能報告稼働病床数と平成 37 年(2025 年)必要病床数の比較



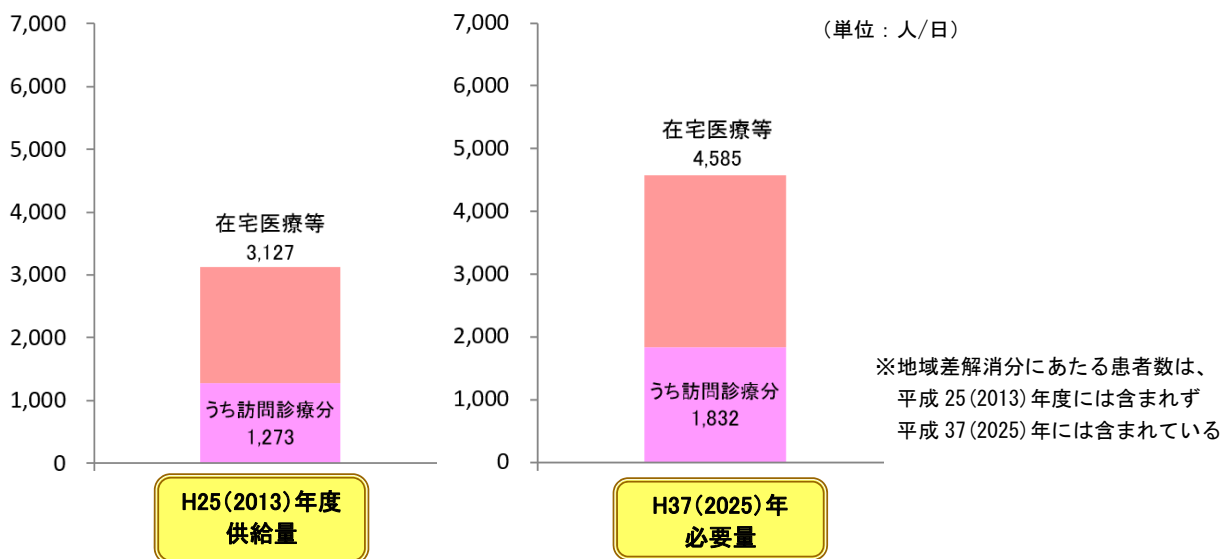
平成 25 年度(2013 年度)医療供給数と平成 37 年(2025 年)必要病床数の比較



### ○平成 37 年(2025 年)の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年(2025 年)における在宅医療等の必要量は 4,585 人、うち訪問診療分は 1,832 人と推計されます。
- ・平成 37 年(2025 年)に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 1,458 人、うち訪問診療分について 559 人増加すると推計されます。

### 在宅医療等の平成 25 年度(2013 年度)供給量と平成 37 年(2025 年)必要量の比較



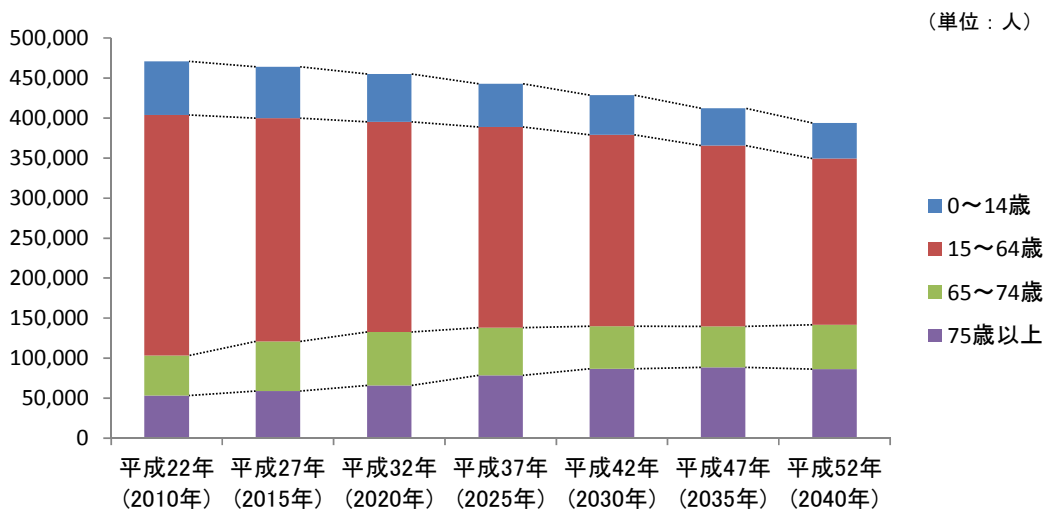
### 4 実現に向けた方向性

- ・高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等の医療機能別に需要と供給、必要なマンパワー等を検証し、課題を明確にしていく必要があります。また、各病院の機能分担と連携体制について検討していくことが必要です。
- ・地域包括ケア病床や回復期病床を区域全体で活用するという視点で、医療連携体制を整えていく必要があります。
- ・在宅医療等については、24 時間体制で対応している病院と訪問看護をつなげる仕組みづくりが必要です。また、拠点となる訪問看護ステーションの設置や訪問看護師の育成が必要です。
- ・介護だけでなく医療の調整もできるケアマネジャーの育成が必要です。
- ・在宅医療を支える診療所医師の負担軽減を図るための連携体制を整えるとともに、在宅医療に携わる医師の充実を図ることが必要です。
- ・関係者が口腔機能管理の重要性を理解し、歯科医療を含めた地域包括ケアシステムを構築することが必要です。

## 7 中東遠 構想区域

### 1 人口構造の変化の見通し

- ・平成 26 年(2014 年)10 月 1 日現在の人口は約 46 万 2 千人です。
- ・平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けては約 2 万 8 千人減少して約 44 万 3 千人に、平成 52 年(2040 年)には約 7 万 7 千人減少して約 39 万 4 千人になると推計されています。
- ・65 歳以上の人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 3 万 5 千人増加して約 13 万 8 千人となり、平成 52 年(2040 年)には約 14 万 2 千人まで増加すると見込まれています。
- ・75 歳以上の人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 3 万 5 千人増加し、その後平成 47 年(2035 年)をピークに減少すると見込まれています。



	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	66,936	64,126	59,503	54,220	49,641	46,574	44,228
15～64歳	300,809	279,187	262,400	250,264	239,041	226,187	207,798
65～74歳	50,103	61,725	67,175	59,766	53,338	51,140	55,238
75歳以上	53,163	59,149	65,826	78,630	86,625	88,383	86,545
総数	471,010	464,187	454,904	442,880	428,645	412,284	393,809

### 2 現状と課題

#### ○医療提供体制・疾病構造・患者の受療動向

- ・平成 27 年 4 月現在、使用許可病床数は、一般病床が 1,826 床、療養病床が 1,359 床となっています。
- ・区域内 20 病院の中に一般病床、療養病床を有する病院は 15 病院あります。病床数は一般病床が約 55%、療養病床が約 45%です。
- ・平成 25 年 5 月に中東遠総合医療センターが開院し、また、平成 27 年 8 月に救命救急センターに指定されたことから、区域の高度急性期医療の提供体制及び救急医療体制は大きく変化しました。
- ・人口 10 万人当たり医師数(医療施設従事者)は 134.5 人と、県平均(193.9 人)を大きく下回っています。

- ・救急医療において、2次救急では公立5病院が担っていますが、医師の不足等により病院の負担が大きくなっています。また、3次救急では区域内の東部、西部でそれぞれ中東遠総合医療センター、磐田市立総合病院が対応しています。
- ・周産期医療では、正常分娩を担う医療機関は3病院、4診療所、7助産所です。また、磐田市立総合病院が地域の周産期母子医療センターとしての機能を担っています。
- ・死因別標準化死亡比(SMR)(H21~25 全年代)をみると、死因の多くを占める悪性新生物は県全体に比べて低いものの、急性心筋梗塞や脳内出血は男女とも高くなっています。
- ・入院患者の流出入については、他区域への流出が超過しており、その多くは西部区域となっています。

#### ○基幹病院までのアクセス

- ・3次救急は区域の東南端の御前崎から磐田市立総合病院まで救急車で搬送に時間を要する状況でしたが、中東遠総合医療センターが救命救急センターに指定されたことにより、地理的、機能的な特徴を生かしつつ、磐田市立総合病院は区域内西部を、また、中東遠総合医療センターは区域内東部について、救急医療体制を担っています。
- ・3次救急病院へのアクセスは、東名高速道路、国道1号線バイパス、一般道が整備されており、また、当区域の東南端地域や南・北部地域からの患者搬送は、救命救急センターにヘリコプターによる空路のアクセスもあります。

#### ○在宅医療等の状況

- ・在宅療養支援病院は3病院、在宅療養支援診療所は31診療所(平成27年4月)、訪問看護ステーションは20箇所(平成27年10月)、在宅療養支援歯科診療所は14診療所(平成28年2月)あります。

#### ○平成26年度(2014年度)以降の状況変化と今後の見込

- ・磐田脳神経外科病院がH26.10.15から休止中です。(一般70床)
- ・掛川東病院がH27.4に開院しました。(療養240床)
- ・袋井市立聖隷袋井市民病院がH26.9に50床(療養)を増床。また、H28.4から50床(一般)の増床の予定です。  
(50床(一般50床)→100床(一般50床、療養50床)→150床(一般100床、療養50床))

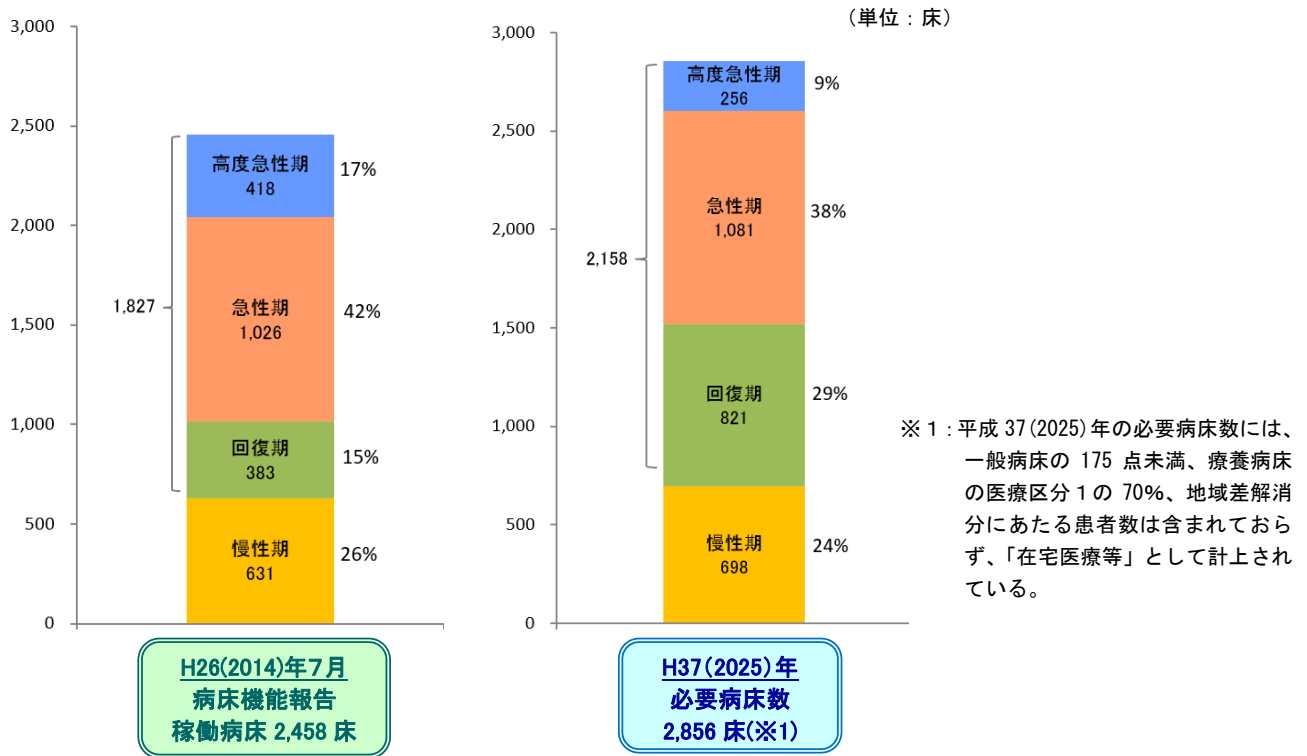
### 3 平成37年(2025年)の必要病床数と在宅医療等の必要量

#### ○平成37年(2025年)の必要病床数

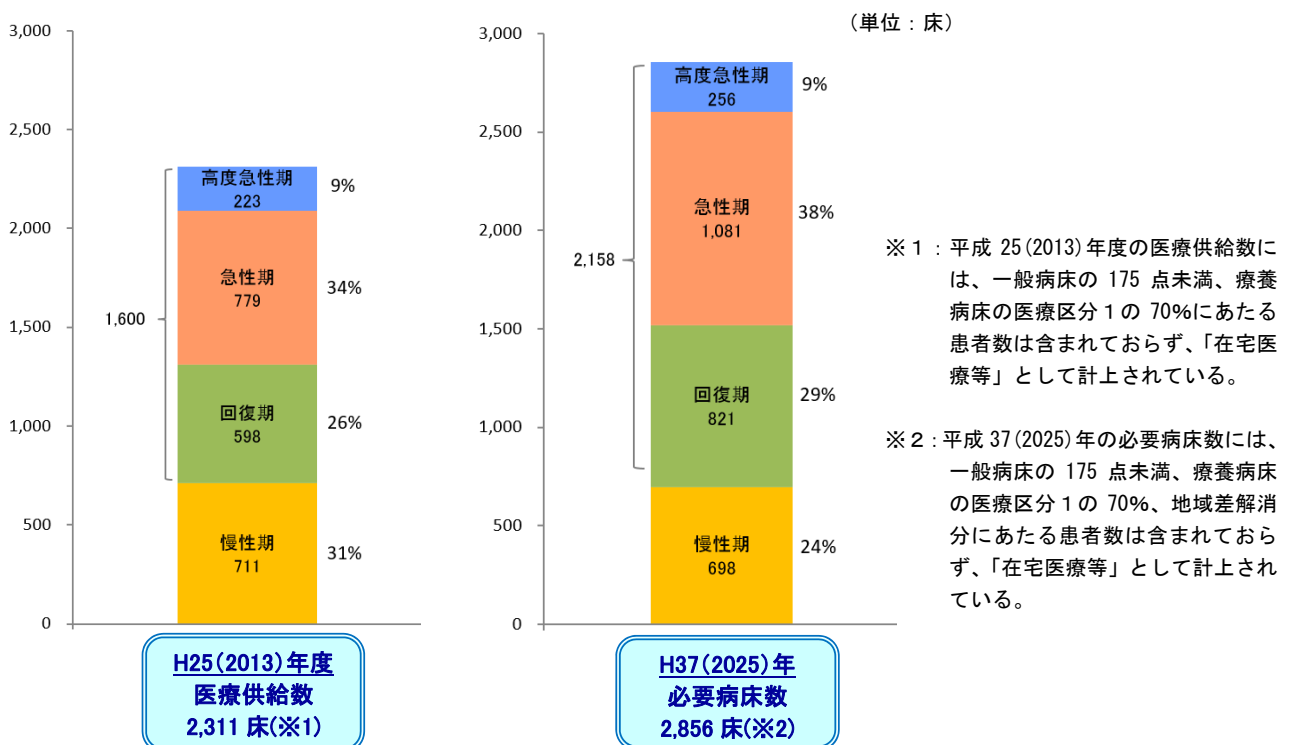
- ・平成37年(2025年)における必要病床数は2,856床と推計されます。高度急性期は256床、急性期は1,081床、回復期は821床、慢性期は698床と推計されます。
- ・平成26年7月の病床機能報告における稼働病床数は2,458床です。平成37年(2025年)の必要病床数と比較すると398床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期+急性期+回復期」は1,827床(平成26年7月の稼働病床数)と2,158床(平成37年の必要病床数)であり、必要病床数が報告病床数を上回っています。療養病床が主となる「慢性期」は、631床(平成26年7月の稼働病床数)と698床(平成37年の必要病床数)であり、必要病床数が報告病床数を上回っています。

- ・平成 25 年度(2013 年度)における医療供給数 2,311 床と比較すると、平成 37 年(2025 年)必要病床数が 545 床上回っています。

平成 26 年(2014 年) 7 月病床機能報告稼働病床数と平成 37 年(2025 年)必要病床数の比較



平成 25 年度(2013 年度)医療供給数と平成 37 年(2025 年)必要病床数の比較

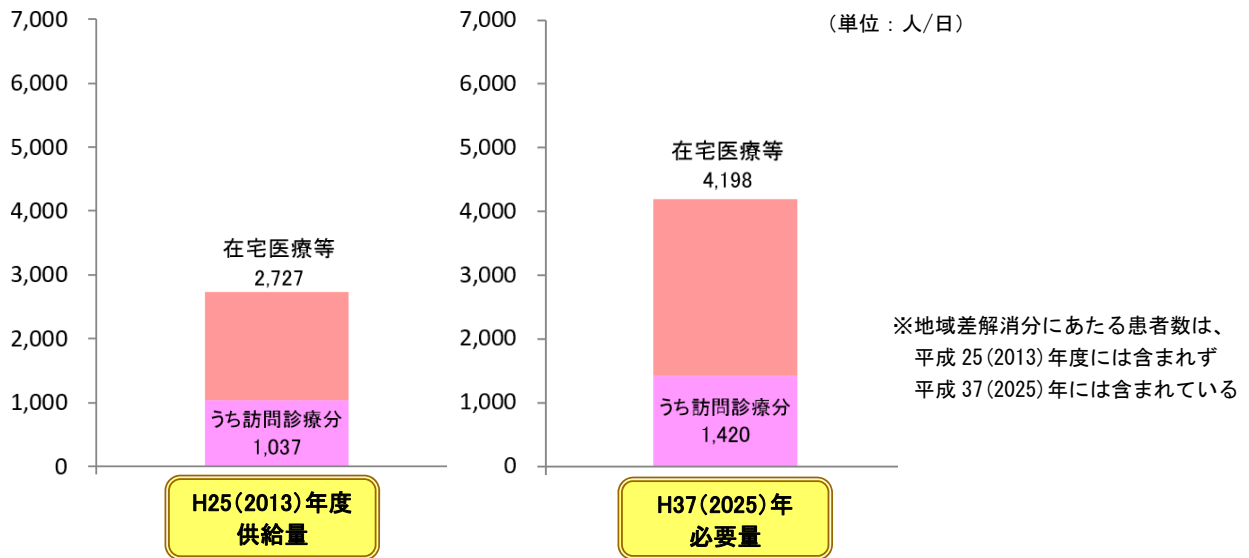




○平成 37 年(2025 年)の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年(2025 年)における在宅医療等の必要量は 4,198 人、うち訪問診療分は 1,420 人と推計されます。
- ・平成 37 年(2025 年)に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 1,471 人、うち訪問診療分について 383 人増加すると推計されます。

在宅医療等の平成 25 年度(2013 年度)供給量と平成 37 年(2025 年)必要量の比較



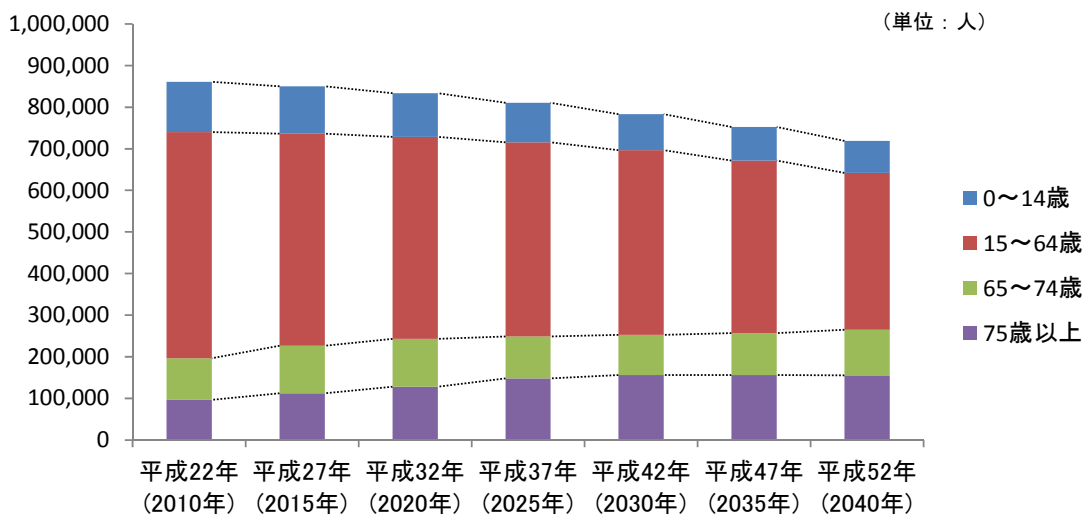
4 実現に向けた方向性

- ・平成 25 年(2013 年)5 月には中東遠総合医療センターが開院し、既に当区域の医療環境は大きく変化していることから、地域特性に応じた医療機能の分化・連携を推進していくことが必要です。
- ・在宅医療を推進するには、医療機関だけでなく、福祉サービスを含んだ在宅医療を支援する仕組みの充実が課題になります。このため、在宅療養支援診療所や訪問看護・介護の充実と連携を推進し、在宅医療の体制強化を図ることが必要です。
- ・医療や介護の人材を確保するためには、医療や介護に関心をもって活動をしてもらえる住民を増やしていくことが必要です。

## 8 西部 構想区域

### 1 人口構造の変化の見通し

- ・平成 26 年(2014 年)10 月 1 日現在の人口は、約 85 万人です。
- ・平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けては約 5 万人減少して約 81 万人に、平成 52 年(2040 年)には約 14 万人減少して約 72 万人になると推計されています。
- ・65 歳以上の人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 5 万 3 千人増加して約 25 万人となり、平成 52 年(2040 年)には約 26 万 5 千人まで増加すると見込まれています。
- ・75 歳以上の人口は、平成 22 年(2010 年)から平成 37 年(2025 年)に向けて約 5 万 2 千人増加し、その後平成 47 年(2035 年)をピークに減少すると見込まれています。



	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	120,818	114,095	104,801	95,030	86,253	80,739	76,833
15～64歳	543,863	509,484	485,757	466,003	443,860	414,775	377,611
65～74歳	99,876	114,941	115,171	101,016	96,663	100,341	109,070
75歳以上	96,417	111,841	127,674	148,178	156,131	156,380	155,525
総数	860,973	850,361	833,403	810,227	782,907	752,235	719,039

### 2 現状と課題

#### ○医療提供体制・疾病構造・患者の受療動向

- ・平成 27 年 4 月現在の使用許可病床数は、一般病床が 5,509 床、療養病床が 2,663 床となっています。
- ・区域内には病院は 38 病院あり、そのうち一般病床・療養病床を有する病院は 31 病院です。また、一般病床・療養病床総数のうち、約 65%は一般病床です。
- ・地域医療支援病院が 6、救命救急センターが 2、高度救命救急センターが 1 あります。
- ・一般病床数が 500 床を超える病院が 4 あり、区域内に高度な医療を提供できる医療機関が多くあります。しかし、浜松市中心部から遠隔にある北遠地域、湖西地域、引佐地域等においては、医療機関が少なく、産科等専門医療や救急医療が薄いなど、医療の地域格差が大きな課題となっています。

- ・人口 10 万人当たり医師数（医療施設従事者）は 240.6 人と全国平均（233.6 人）と上回っていますが、救急医療をはじめと各種医療の需要の高まりに対して絶対数は必ずしも充足しているとは言えません。
- ・2 次救急医療は、北遠救急医療圏では 2 病院、西遠救急医療圏では 7 病院の輪番制で対応しています。また、湖西地域等の県境では、浜松市中心部の第 2 次・第 3 次救急医療機関への搬送のほか、愛知県の第 2 次救急医療機関への搬送もあります。第 3 次救急医療は、浜松医療センター、聖隷三方原病院及び聖隷浜松病院で対応しています。
- ・周産期医療では、正常分娩を担う医療機関は 6 病院、6 診療所、3 助産所です。ハイリスク症例に対応できる病院は、総合周産期母子医療センターである聖隷浜松病院、地域周産期母子医療センターである浜松医科大学医学部附属病院、浜松医療センター、聖隷三方原病院の 3 病院、産科救急受入医療機関である遠州病院で、圏域内で周産期医療と救急医療の連携体制が構築されています。しかし、北遠地域、湖西地域など正常分娩を担う医療機関が全くない地域があり、こうした地域の周産期医療の確保が課題になっています。
- ・死因別標準化死亡比（SMR）（H21～25 全年代）をみると、死因の多くを占める悪性新生物、急性心筋梗塞は男女とも県全体に比べて低いものの、脳内出血が高くなっています。
- ・入院患者の流出入については、他区域からの流入が超過しており、主な流入先は中東遠区域、また隣接する愛知県とは同程度の流出入があります。

#### ○基幹病院までのアクセス

- ・浜松市中心部は問題ありませんが、北部は交通手段に乏しく外来受診や患者搬送に困難が生じています。
- ・湖西市と浜松市及び隣県の行き来は J R、国道 1 号等海側によるところが大きく、災害等で遮断されると東名高速道路・新東名高速道路等の山側への大幅な移動が求められます。
- ・ドクターヘリは当区域のみならず、他区域や県外との救急医療体制に大きく貢献しています。

#### ○在宅医療等の状況

- ・在宅療養支援病院は 3 病院、在宅療養支援診療所は 75 診療所（平成 27 年 4 月）、訪問看護ステーションは 45 箇所（平成 27 年 10 月）、在宅療養支援歯科診療所は 39 診療所（平成 28 年 2 月）あります。

#### ○平成 26 年度（2014 年度）以降の状況変化と今後の見込

- ・平成 27 年 3 月に聖隷三方原病院が高度救命救急センターに指定されました。
- ・すずかけセントラル病院が回復期リハビリテーション病棟（60 床）を新たに設置しました（平成 27 年 6 月）。
- ・十全記念病院が回復期リハビリテーション病棟（46 床）及び地域包括ケア病棟（42 床）を新たに設置しました（平成 27 年 8 月）。
- ・浜松労災病院が地域包括ケア病棟（52 床）を新たに設置しました（平成 27 年 9 月）。
- ・天竜すずかけ病院が回復期リハビリテーション病棟（55 床）を新たに設置しました（平

成 27 年 10 月)。

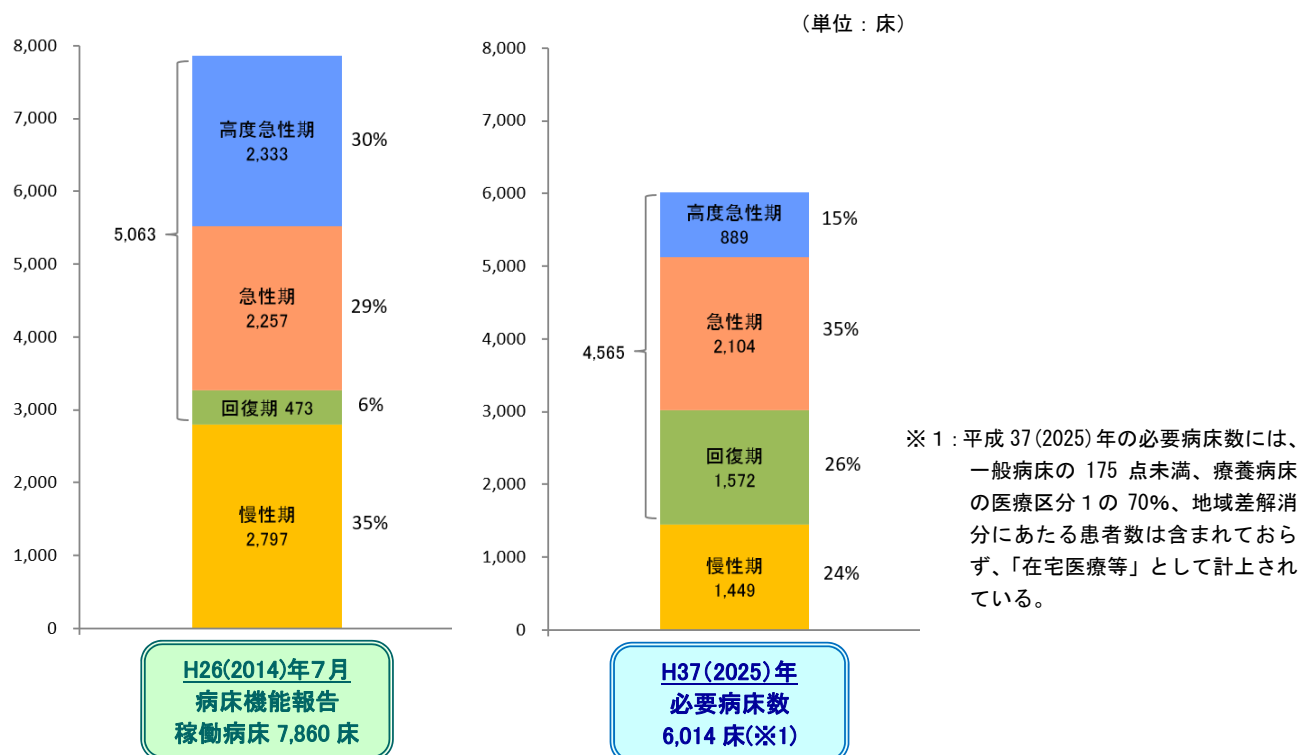
- ・ 浜松医療センターが改築を予定しています（平成 34 年新病院開設予定）。

### 3 平成 37 年（2025 年）の必要病床数と在宅医療等の必要量

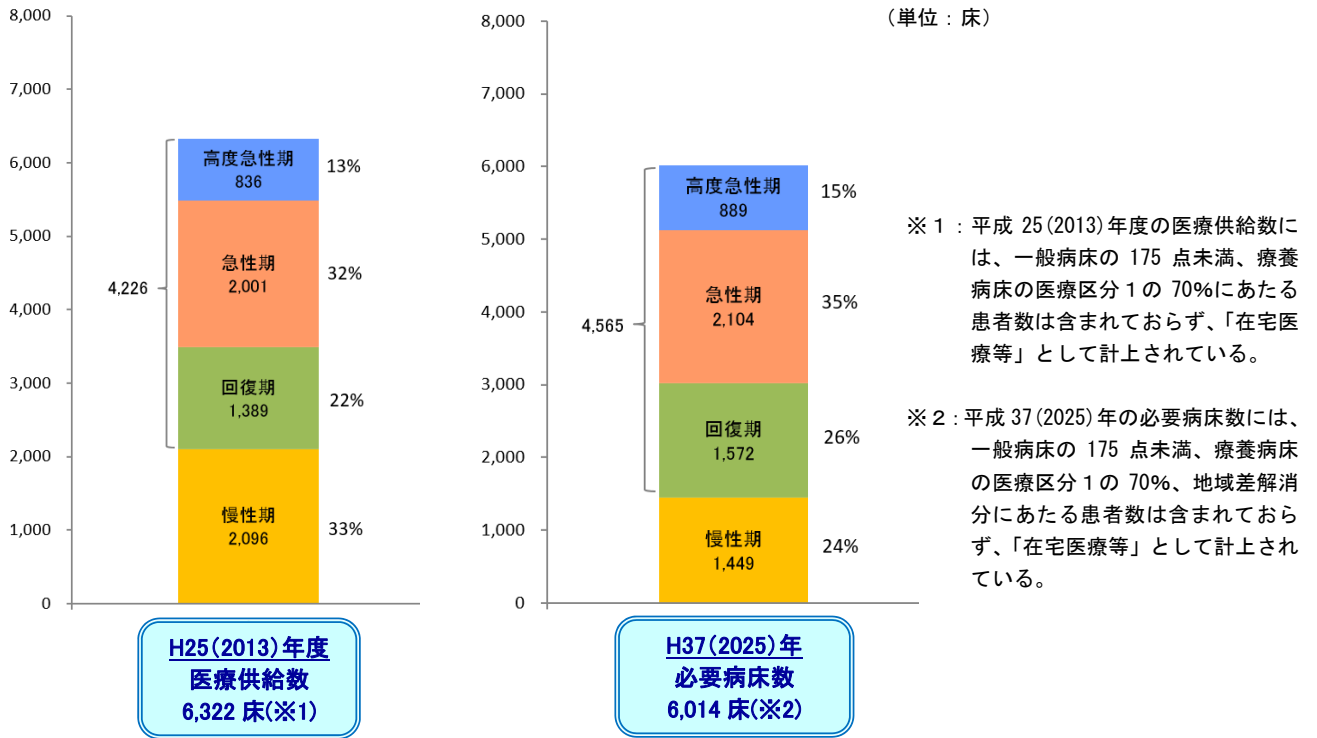
#### ○平成 37 年（2025 年）の必要病床数

- ・ 平成 37 年（2025 年）における必要病床数は 6,014 床と推計されます。高度急性期は 889 床、急性期は 2,104 床、回復期は 1,572 床、慢性期は 1,449 床と推計されます。
- ・ 平成 26 年 7 月の病床機能報告における稼働病床数は 7,860 床です。平成 37 年（2025 年）の必要病床数と比較すると 1,846 床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期＋急性期＋回復期」は 5,063 床（平成 26 年 7 月の稼働病床数）と 4,565 床（平成 37 年の必要病床数）であり、高度急性期及び回復期に大きな差が見られます。療養病床が主となる「慢性期」は、2,797 床（平成 26 年 7 月の稼働病床数）と 1,449 床（平成 37 年の必要病床数）となっています。
- ・ 平成 25 年度（2013 年度）における医療供給数 6,322 床と比較すると、平成 37 年（2025 年）必要病床数が 308 床下回っています。

平成 26 年（2014 年）7 月病床機能報告稼働病床数と平成 37 年（2025 年）必要病床数の比較



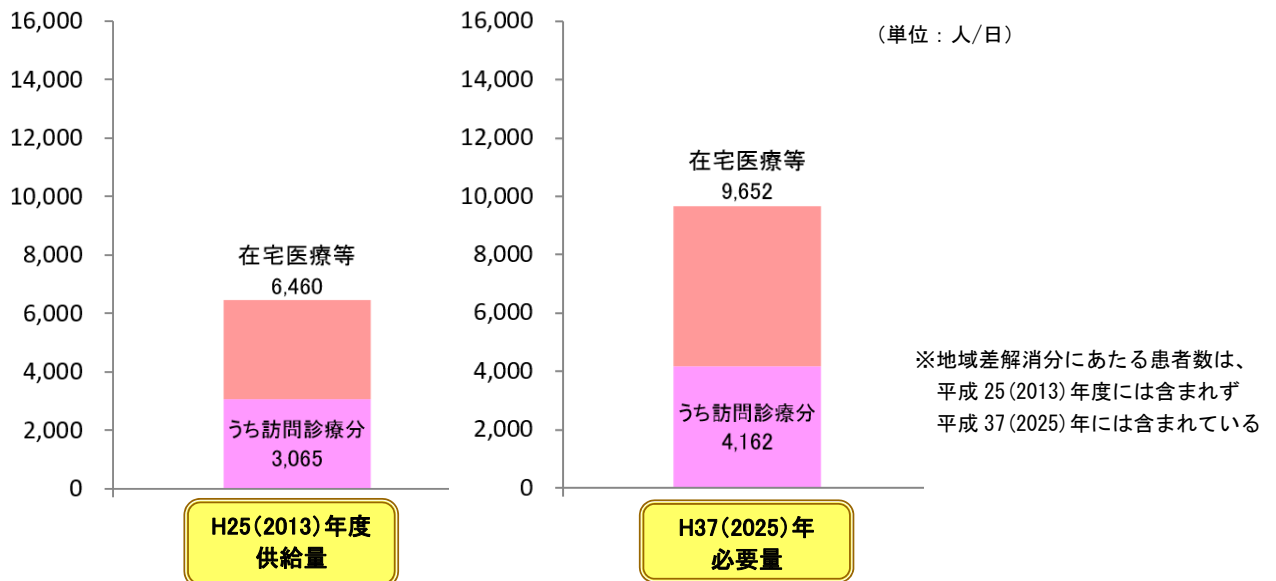
平成 25 年度 (2013 年度) 医療供給数と平成 37 年 (2025 年) 必要病床数の比較



○平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年 (2025 年)における在宅医療等の必要量は 9,652 人、うち訪問診療分は 4,162 人と推計されます。
- ・平成 37 年 (2025 年)に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 3,192 人、うち訪問診療分について 1,097 人増加すると推計されます。

在宅医療等の平成 25 年度 (2013 年度) 供給量と平成 37 年 (2025 年) 必要量の比較



#### 4 実現に向けた方向性

- ・ 今後増加する回復期機能をいかに確保していくかが重要です。そのためには、現在の病床をいかに有効活用するかという視点も重要になってきます。
- ・ 在宅医療へのスムーズな移行のためには、住民への普及啓発が重要です。また、訪問診療に関しては、地域での診療所を中心とした在宅医療のシステムづくりが必要です。
- ・ 病床機能の配置、診療科等の地域バランスについては、北遠地域等（県境の患者流出入が多い地域を含む）の地域特性も考慮していきます。