

静岡県地域医療構想 (素案)

平成 28 年 3 月

静 岡 県

静岡県地域医療構想（素案） 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	7
第3章 構想区域	
第1節 構想区域の基本的考え方	9
第2節 構想区域の設定	9
第4章 将来の医療需要の推計	
第1節 医療需要の推計方法	10
第2節 医療需要の推計結果	13
第3節 患者流出入の状況	14
第4節 病床機能報告制度	16
第5章 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 2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量	17
第2節 実現に向けた方向性	19
第3節 地域医療構想の推進体制	27
第6章 区域別構想	
1 賀茂構想区域	28
2 熱海伊東構想区域	31
3 駿東田方構想区域	34
4 富士構想区域	37
5 静岡構想区域	40
6 志太榛原構想区域	43
7 中東遠構想区域	46
8 西部構想区域	49

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、第7次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、その地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。
- ・このような状況に対応し、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せ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」や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27年度から平成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」の一部として位置付けます。
- ・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においては、静岡県地域医療構想についても見直しを行い、構想区域ごとに改めて確認・検討を行います。

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・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。

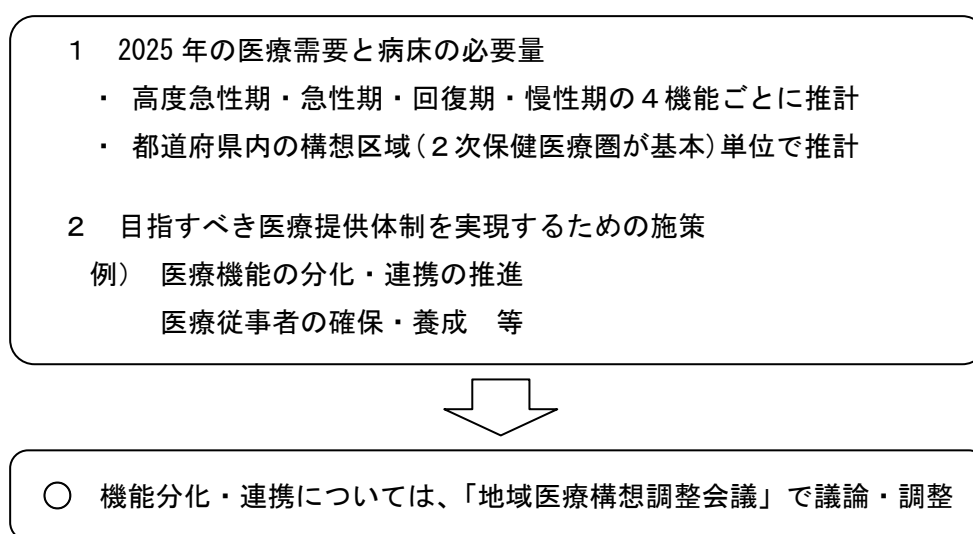
- ・「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」は、地域において医療及び介護を総合的に確保していくために「車の両輪」として進めていく必要があります。

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。

図 1 - 1 : 「地域医療構想」の内容



(2) あるべき将来の医療提供体制の姿

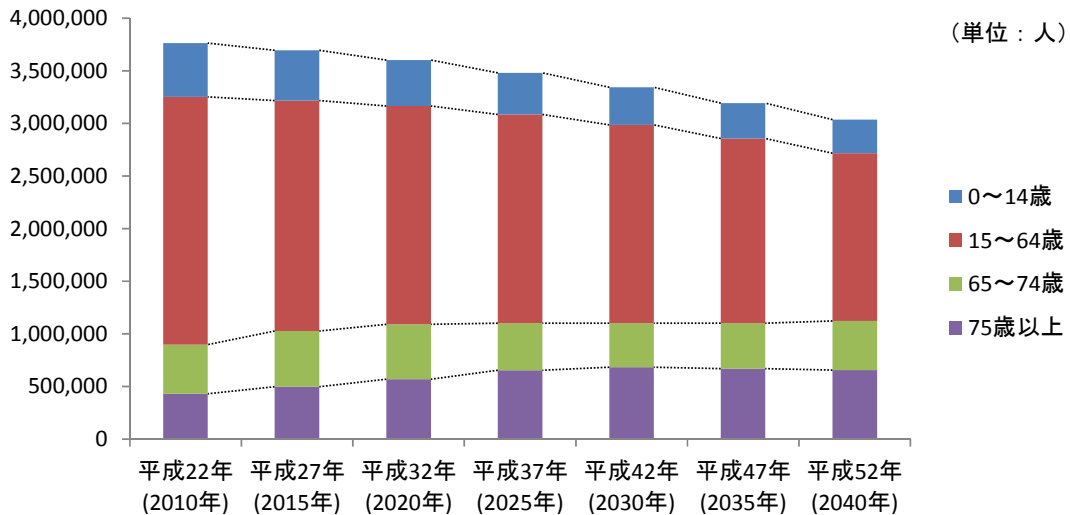
- ・高齢化の進行に伴い、慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者の増加が見込まれる中、急性期の医療から在宅医療、介護までの一連のサービスを地域において切れ目なく総合的に確保する必要があります。
- ・このため、各地域の現状・課題及び将来の医療需要の推計等を踏まえつつ、全県における将来のあるべき医療提供体制の方向性・考え方を明示します。

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¹



	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

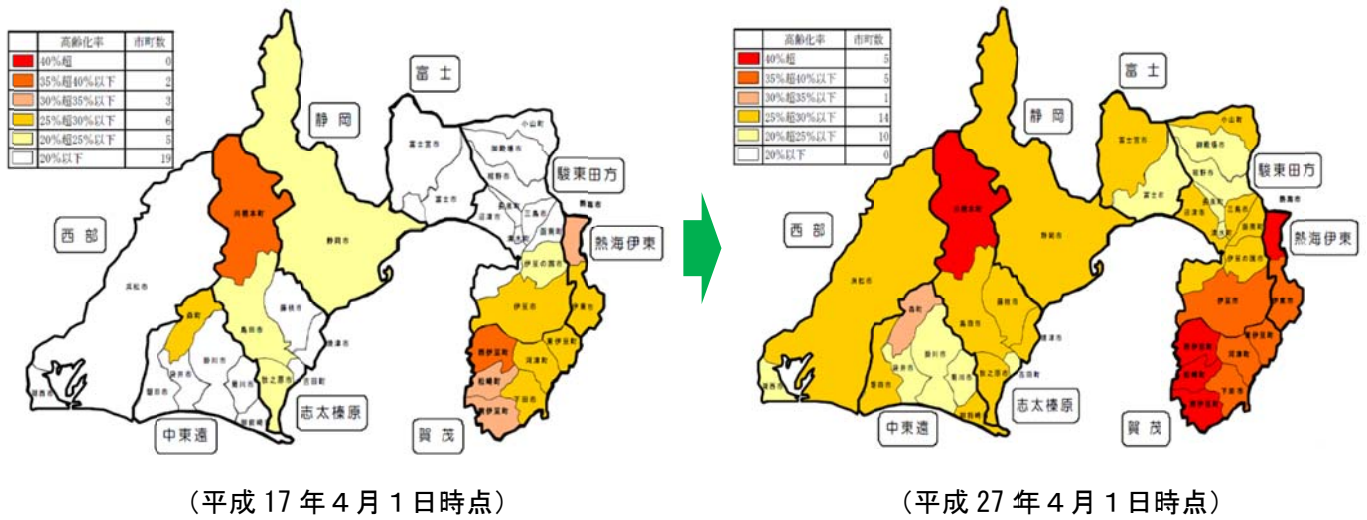
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月中位推計）」

2 高齢化の状況

- ・高齢化率は年々上昇し、平成27年は過去最高の26.8%となり、平成17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。

¹ 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 床少なくなっています（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 床少なくなっています（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：病院・診療所名簿（静岡県健康福祉部）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：病院・診療所名簿（静岡県健康福祉部）各年度4月1日現在

2 医療人材の概況

(1) 医師

- ・平成 24 年末における本県の医師数のうち、医療施設の従事者は 6,967 人で、平成 20 年末と比べ 265 人増加しています（表 2-3）。
- ・人口 10 万人当たりでは 186.5 人で、全国平均の 226.5 人と比較すると 40.0 人下回っています。

(2) 歯科医師

- ・平成 24 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 2,260 人で、平成 20 年末と比べ 21 人減少しています（表 2-3）。
- ・人口 10 万人当たり 60.5 人で、全国平均の 78.2 人と比較すると 17.7 人下回っています。

(3) 薬剤師

- ・平成 24 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 5,611 人で、平成 20 年末と比べ 417 人増加しています（表 2-3）。
- ・人口 10 万人当たり 150.2 人で、全国平均の 161.3 人と比較すると 11.1 人下回っています。

(4) 看護師

- ・平成 24 年末における本県の就業看護師数は 27,627 人で、平成 20 年末と比べ 4,080 人増加しています（表 2-4）。
- ・人口 10 万人当たり 739.7 人で、全国平均の 796.6 人と比較すると 56.9 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
静岡県	医師	6,993 (184.0)	7,165 (190.3)	7,241 (193.9)
	医療施設の従事者	6,702 (176.4)	6,883 (182.8)	6,967 (186.5)
	歯科医師	2,330 (61.3)	2,274 (60.4)	2,310 (61.8)
	医療施設の従事者	2,281 (60.0)	2,233 (59.3)	2,260 (60.5)
	薬剤師	7,697 (202.6)	7,832 (208.0)	7,814 (209.2)
	薬局・医療施設の従事者	5,194 (136.7)	5,409 (143.7)	5,611 (150.2)
全国	医師	286,699 (224.5)	295,049 (230.4)	303,268 (237.8)
	医療施設の従事者	271,897 (212.9)	280,431 (219.0)	288,850 (226.5)
	歯科医師	99,426 (77.9)	101,576 (79.3)	102,551 (80.4)
	医療施設の従事者	96,674 (75.7)	98,723 (77.1)	99,659 (78.2)
	薬剤師	267,751 (209.7)	276,517 (215.9)	280,052 (219.6)
	薬局・医療施設の従事者	186,052 (145.7)	197,616 (154.3)	205,716 (161.3)

注：() 内は人口 10 万人対 資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

表 2 - 4 看護師数の推移

(単位：人)

		平成20年	平成22年	平成24年
看護師	静岡県	23,547 (619.7)	25,908 (688.1)	27,627 (739.7)
	全国	877,182 (687.0)	952,723 (744.0)	1,015,744 (796.6)

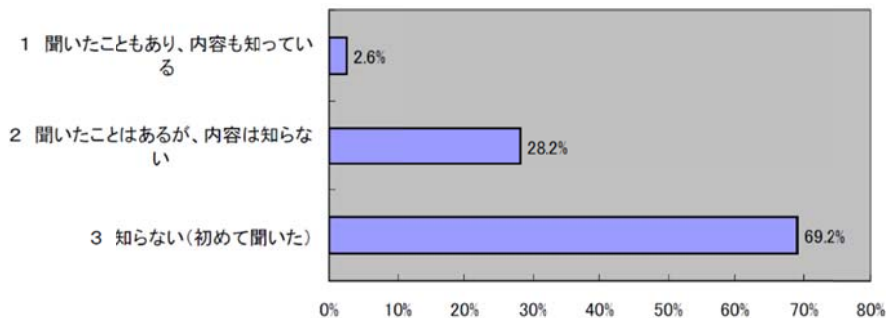
注：() 内は人口 10 万人対 資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

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。

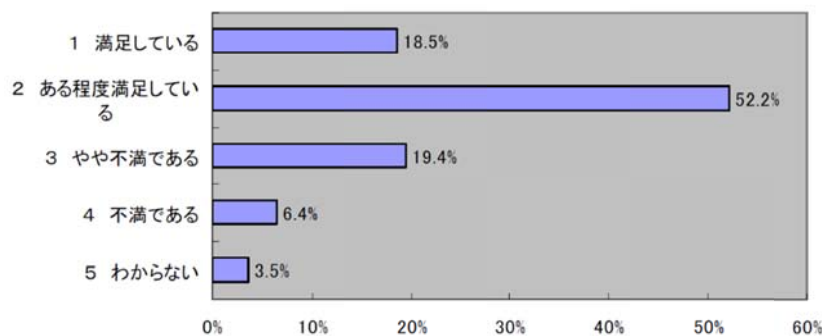
○「都道府県が今年から策定を進めている地域医療構想を知っていますか」との質問については、69.2%が「知らない(初めて聞いた)」との回答でした。

図2-1：地域医療構想の認知度



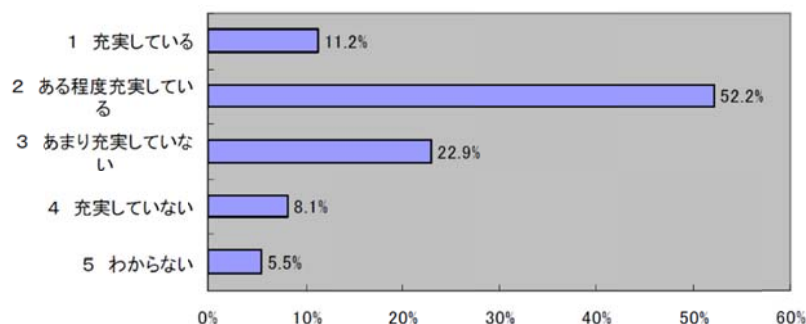
○よく行く医療機関までの距離(近さ・遠さ)については、「満足している」18.5%、「ある程度満足している」52.2%、合わせて70.7%の方が満足しているとの回答でした。

図2-2：よく行く医療機関までの距離(近さ・遠さ)



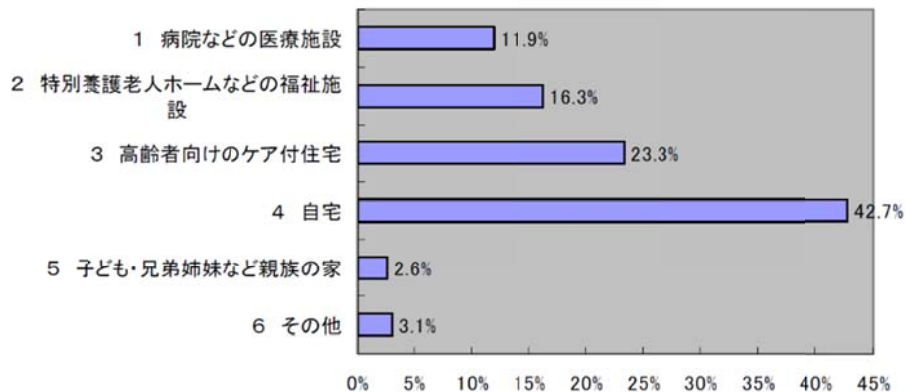
○住んでいる地域の医療機関の整備状況については、「充実している」11.2%、「ある程度満足している」52.2%、合わせて63.4%の方が充実しているとの回答でした。

図2-3：住んでいる地域の医療機関の整備状況



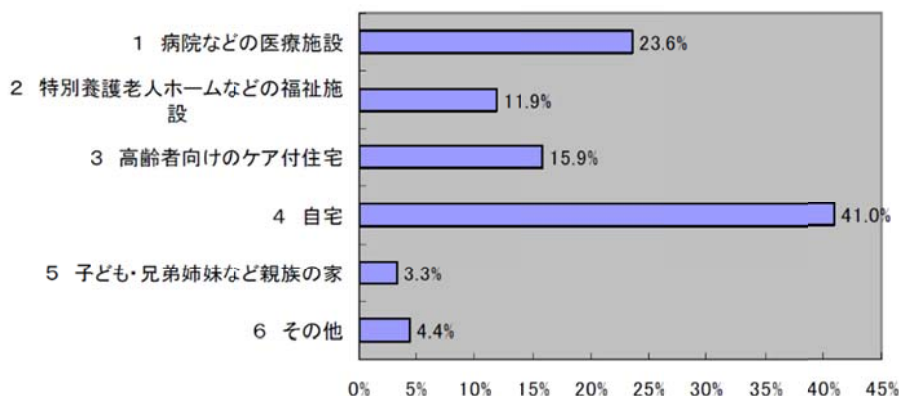
○高齢期に医療や介護が必要となった時に過ごしたい場所については、多い順に「自宅」42.7%、「高齢者向けのケア付住宅」23.3%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」16.3%となっています。

図 2-4 : 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



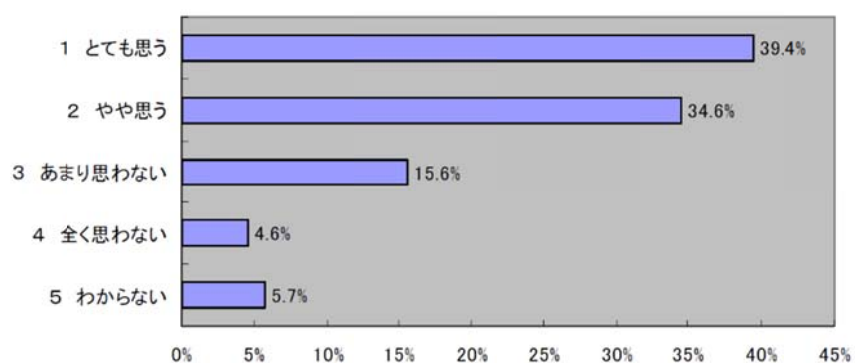
○人生の最終段階を迎えたい場所については、「自宅」が41%、「病院などの医療施設」が23.6%となっています。

図 2-4 : 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 2-5 : 自宅で医療や介護を受けることができる体制の推進



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、平成29年度の次期保健医療計画策定に向けて、医療提供体制の検証・分析など、社会情勢を踏まえて継続的に検討していきます。

図3-1 構想区域図

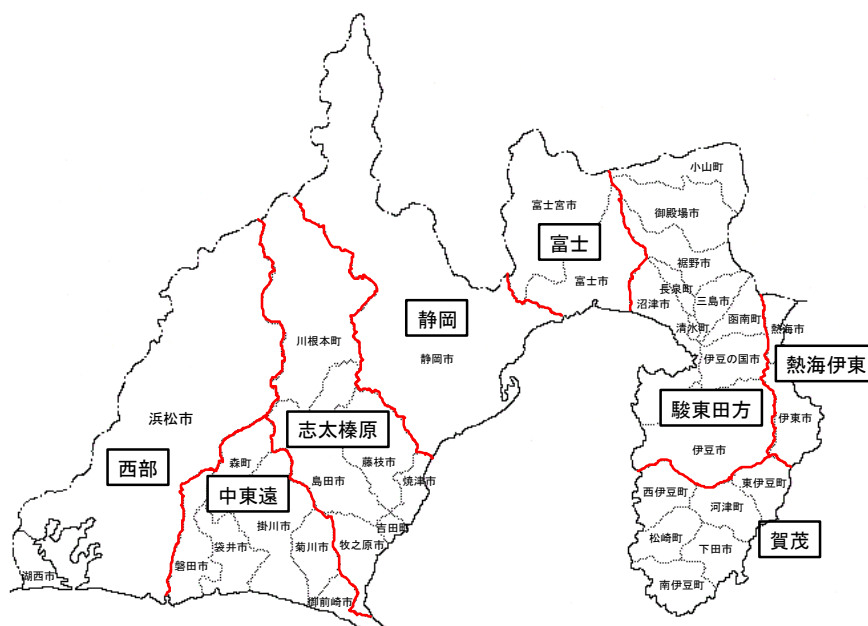


表3-1 構想区域の構成市町、平成37年推計人口及び面積

構想区域	構成市町名	平成37年(2025年)推計人口(人)	面積(km ²)
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、	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

- ・地域医療構想において、医療需要や病床の必要量については、医療機能ごとに医療需要を算出し、それらを病床稼働率で割り戻して推計します。

(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、一般病床の患者のNDBのレセプトデータ²やDPCデータ³を分析することで推計します。
- ・具体的には、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になると考えられることから、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で分析します。
- ・病床の機能別分類の境界点の考え方は、下表のとおりです。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(※1)	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
慢性期 (※2)	175点未満	在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、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。

※1：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）
 ※2：「慢性期入院患者」及び「障害その他の疾患を有する入院患者」

² 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。

³ 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 医療需要に対する病床の必要量（必要病床数）の推計

- ・推計した医療需要を基に、将来あるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し、推定供給数を病床稼働率で除した数を病床の必要量（必要病床数）とします。
- ・推計に用いる病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%を用います。

(2) 慢性期機能及び在宅医療等⁴

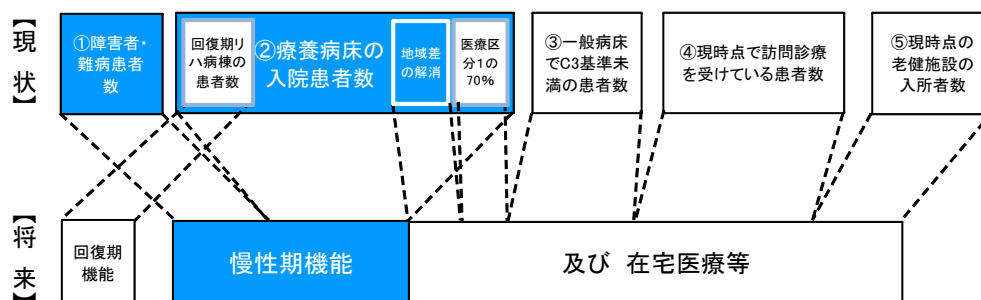
ア 医療需要の推計

- ・慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計するために、次の5つを合計します。
 - 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⁵1の患者数の70%を、在宅医療等に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、在宅医療等に対応する患者数の医療受療として推計します。
 - ④在宅患者訪問診療料を算定している患者数に、2025年における性・年齢階級別人口を乗じて得た数を、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に、2025年における性・年齢階級別人口を乗じて得た数を、在宅医療等の医療需要として推計します。

イ 医療需要に対する病床の必要量（必要病床数）の推計

- ・推計した医療需要をもとに、将来あるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し、推定供給数を病床稼働率（92%）で除した数を病床の必要量（必要病床数）とします。

図4-2 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。

⁴ 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」としています。

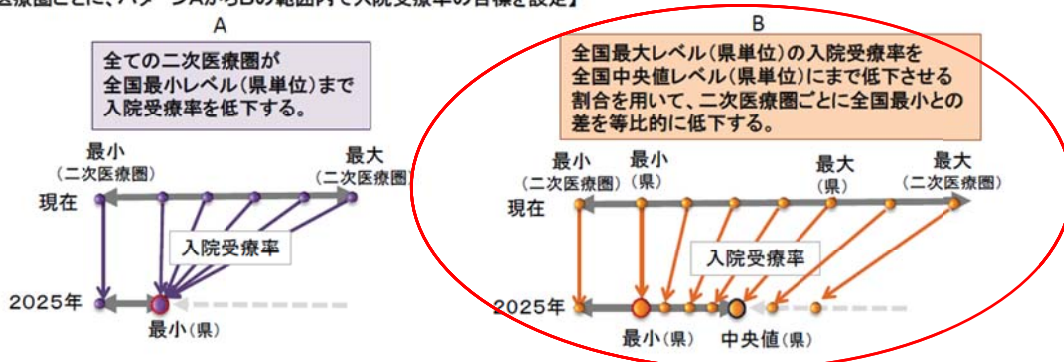
⁵ 医療区分：医療の必要度により「医療区分1～3」に分類され、重度の病態を区分3、中等度の医療必要度を持つ患者を区分2とし、医療区分2、3に該当しない患者を医療区分1としています。

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。
- 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から、「パターンB」を用いて推計しています。

図4-3：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】

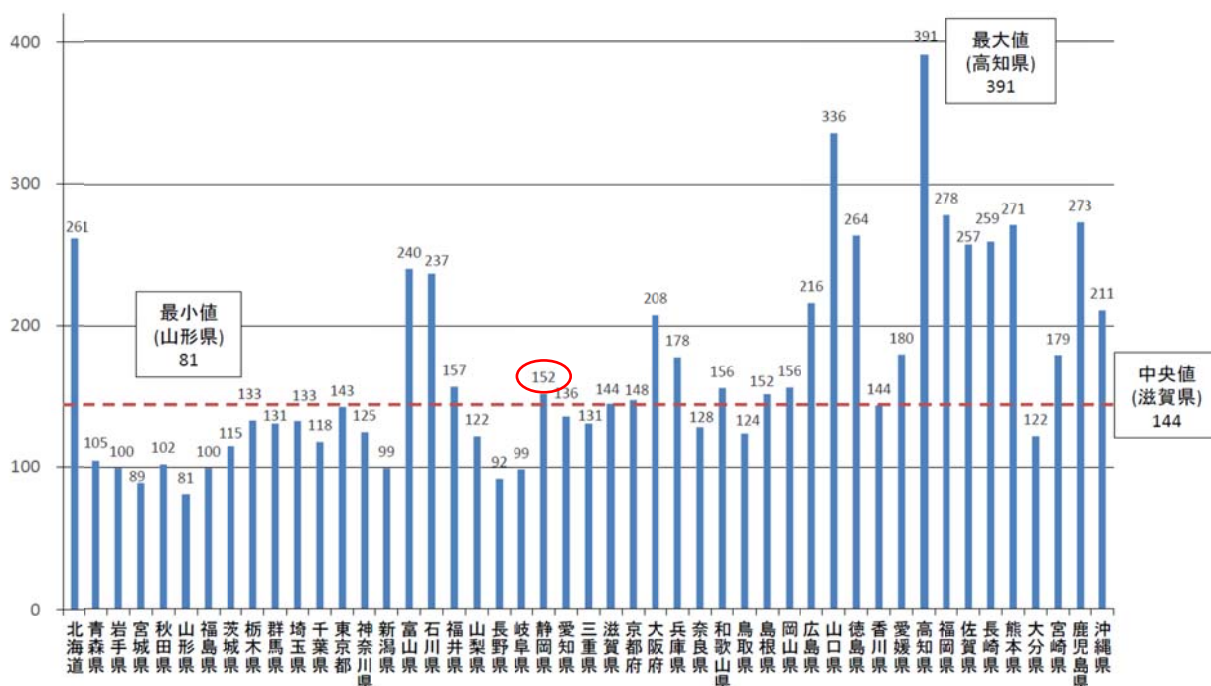


資料：「地域医療構想策定ガイドライン」より作成

図4-4：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 医療需要の推計結果

1 平成37年(2025年)の医療需要

- ・平成37年(2025年)の医療需要の推計結果は、下表のとおりです。
- ・このうち、「患者住所地ベース」は、圏域ごとに患者住所地で推計値をまとめたもの、「医療機関所在地ベース」は、現在の医療の提供体制を考慮して、医療機関の住所地ベースで推計値をまとめたものになります。

表4-2 平成37年(2025年)の医療需要推計

	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	—	—	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満	—	—
賀茂	61	186	271	152	670	21	106	191	242	560
熱海伊東	103	339	357	244	1,043	84	322	314	184	904
駿東田方	507	1,566	1,553	1,069	4,695	609	1,855	1,877	1,207	5,548
富士	287	866	858	676	2,687	208	764	786	689	2,447
静岡	635	1,760	1,370	1,298	5,063	774	1,860	1,401	1,435	5,470
志太榛原	399	1,133	1,055	738	3,325	321	1,022	960	637	2,940
中東遠	356	1,080	821	714	2,971	256	915	736	540	2,447
西部	793	2,096	1,588	1,497	5,974	889	2,302	1,689	1,671	6,551
静岡県	3,141	9,026	7,873	6,388	26,428	3,162	9,146	7,954	6,605	26,869
	11.9%	34.2%	29.8%	24.2%	100.0%	11.8%	34.0%	29.6%	24.6%	100.0%

表4-3 平成25年度(2013年度)の医療供給数

	医療機関所在地ベース 平成25年度(2013年度)の病床数				
	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	—	—
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%	100.0%

表4-4 平成25年度(2013年度)及び平成37年(2025年)の在宅医療等にかかる必要量

	平成25年度(2013年度) 医療機関所在地ベース(人/日)		平成37年(2025年) 患者住所地ベース(人/日)		平成37年(2025年) 医療機関所在地ベース(人/日)	
	在宅医療等	(再掲)在宅医療等の うち訪問診療分	在宅医療等	(再掲)在宅医療等の うち訪問診療分	在宅医療等	(再掲)在宅医療等の うち訪問診療分
	賀茂	797	295	1,024	428	984
熱海伊東	1,014	419	1,643	735	1,438	564
駿東田方	5,026	2,420	7,186	3,271	7,489	3,402
富士	2,510	1,212	3,723	1,612	3,826	1,754
静岡	5,707	2,844	8,082	3,845	8,245	3,921
志太榛原	3,127	1,273	4,585	1,832	4,389	1,674
中東遠	2,727	1,037	4,198	1,420	3,950	1,377
西部	6,460	3,065	9,652	4,162	9,923	4,275
静岡県	27,368	12,565	40,093	17,305	40,244	17,310

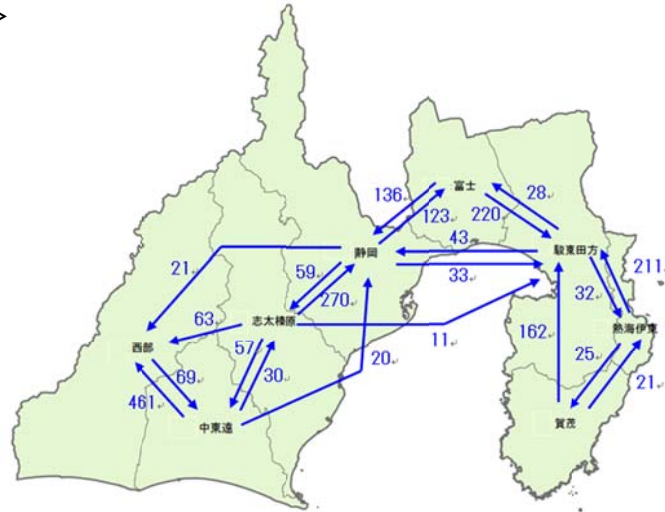
資料:厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」より作成

第3節 患者流出入の状況

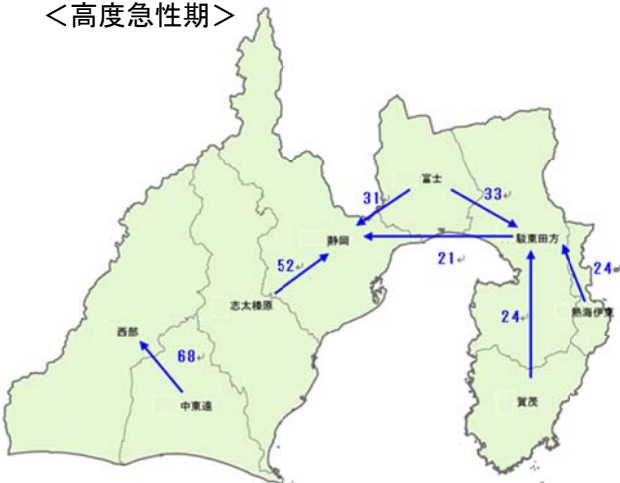
- ・現在の医療提供体制が今後も継続した場合、県内における平成37年(2025年)の患者流出入の状況は下図のとおりです。
- ・駿東田方、静岡、西部圏域は流入が多く、賀茂、熱海伊東、富士、志太榛原、中東遠圏域は流出が多くなっています。

図4-5 平成37年(2025年)の県内圏域間流出入状況(現在の流出入状況が続いた場合)

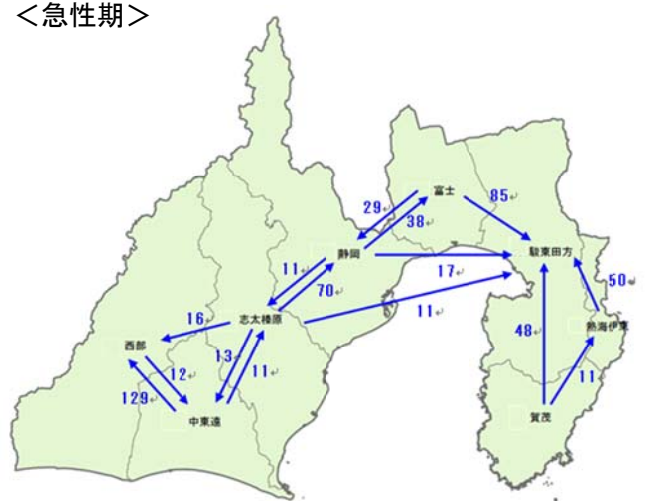
<4医療機能合計>



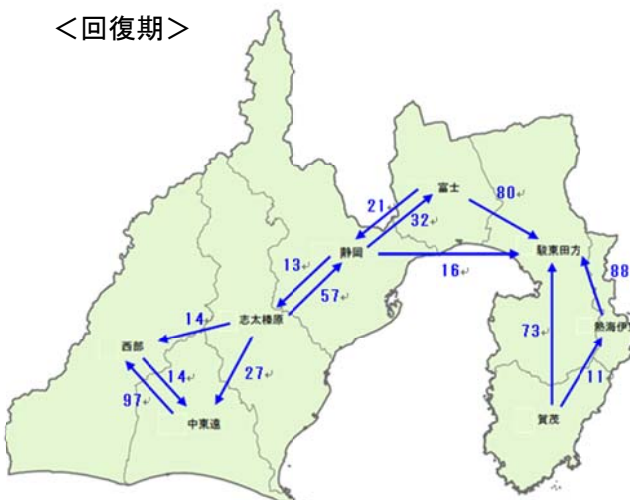
<高度急性期>



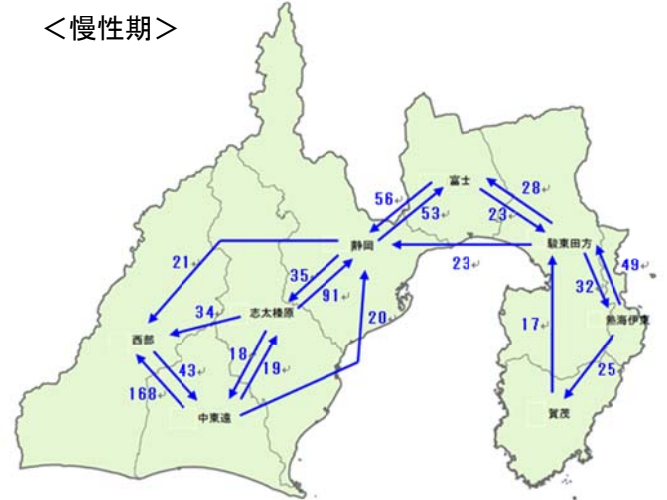
<急性期>



<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

表 4-5 平成 37 年(2025 年)の県内圏域間流出入状況 (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			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		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		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	

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医療機能の現状把握、分析を行う必要があります。
- ・ 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自ら選択し、病棟単位を基本として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）。
- ・ 今後は、病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討し、医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論、調整し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進していきます。

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、下表のとおりです。
- ・ 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、二次医療圏等の地域間、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。

表4-6 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】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	総計	参考 ※	
						基準病床数	既存病床数
賀茂	0	318	86	447	851	630	969
熱海伊東	116	488	121	337	1,062	1,018	1,132
駿東田方	747	3,294	410	1,577	6,028	5,979	6,491
富士	8	1,407	293	777	2,485	2,625	2,688
静岡	2,369	1,309	449	1,682	5,809	6,166	6,382
志太榛原	14	1,956	366	894	3,230	3,507	3,510
中東遠	418	1,026	383	631	2,458	2,543	3,072
西部	2,333	2,257	473	2,797	7,860	6,155	7,396
静岡県	6,005	12,055	2,581	9,142	29,783	28,623	31,640
	20.2%	40.5%	8.7%	30.7%	100.0%		

※基準病床数：第7次静岡県保健医療計画で定める基準病床数 既存病床数：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

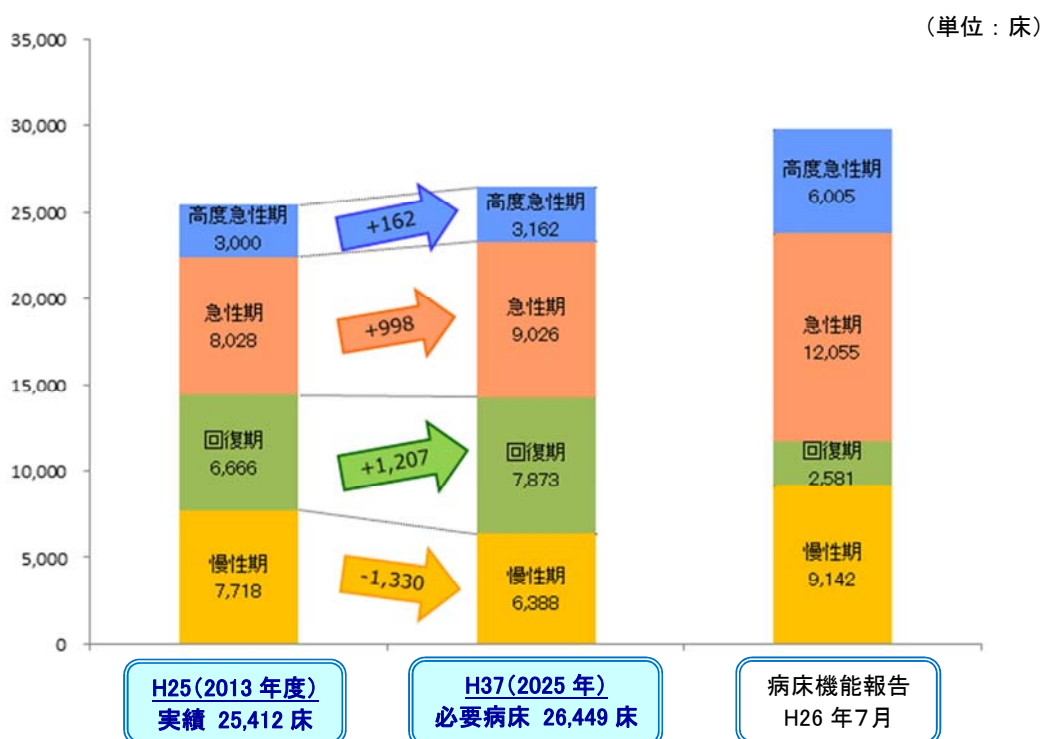
○本県の必要病床数は、高度急性期については医療機関所在地ベース、急性期、回復期、慢性期については患者住所地ベースで推計しています。

○なお、推計値は平成25年度(2013年度)の実績値に基づいたものであることから、その後の状況変化や社会情勢を踏まえて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行っていきます。

1 平成37年(2025年)の必要病床数

- ・平成37年(2025年)における本県の必要病床数は26,449床で、平成25年度(2013年度)実績から1,037床の充実が必要になると推計されます。そのうち、高度急性期は162床、急性期は998床、回復期は1,207床の充実が、慢性期は1,330床の転換等が必要になると推計されます。
- ・平成37年(2025年)の必要病床数のうち、高度急性期、急性期、回復期の小計は20,061床、慢性期は6,388床です。
- ・病床機能報告の結果については、県計で「高度急性期」が6,005床、「急性期」が12,055床、「回復期」が2,581床、「慢性期」が9,142床、総計が28,623床となっており、平成25年度実績及び平成37年必要病床数との乖離が生じています。

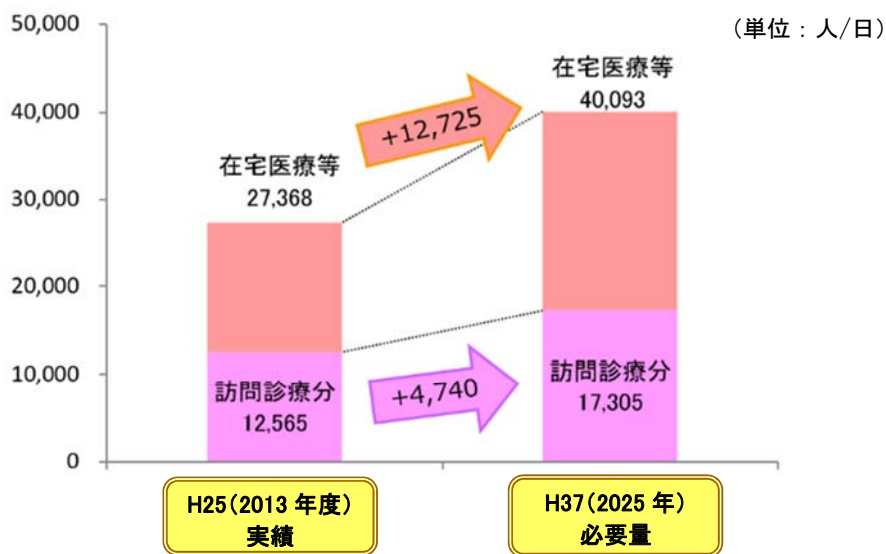
図5-1 平成25年度実績、平成37年必要病床数、平成26年7月病床機能報告の比較



2 平成 37 年(2025 年)の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年(2025 年)に向けて、在宅医療等の医療需要は 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。
- ・平成 37 年(2025 年)の在宅医療等必要量のうち、訪問診療分の内訳は約 43%です。

図 5 - 2 在宅医療等に係る平成 25 年度実績と平成 37 年必要量の比較



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、地域医療介護総合確保基金も活用しながら、次の方向性に基づき展開します。

○各構想区域においては、下記の方向性を踏まえた具体的な取組等について、協議の場において検討していきます。

1 病床機能の分化・連携の推進

地域医療構想の達成に向けた病床機能の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られることとされているが、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

- ・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、各構想区域の病床の機能分化を進めることとなりますが、不足する機能への転換を促進するために必要な施設・設備整備に対して助成し、医療提供体制の充実を図ります。

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、地域連携クリティカルパス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。

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、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保及び一層の連携を図るため、地域医療支援病院の整備を進めます。

(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、在宅医療の整備と一体的に推進する必要があるとされています。

現在、国の「療養病床の在り方に関する検討会」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ています。

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、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) 地域に密着した介護サービスの展開

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、市町の介護保険事業計画と整合性を保ちながら、必要なサービス量を定めた「静岡県介護保険事業支援計画」を含む「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、「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 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。

イ 地域密着型介護施設の整備促進

- ・介護が必要になっても、可能な限り住み慣れた自宅や地域で生活が送れるよう、身近なサービスの拠点となる地域密着型介護施設の整備を促進します。

(4) 病床機能の分化・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の利用者として、また、地域で医療や介護を支える立場としての県民、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ています。

また、住民の視点に立てば、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」を持つことが重要であり、「かかりつけ医等」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おります。

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市町と連携して推進していく必要があります。

このため、以下の事項に取り組むとともに、市町が主体的となって取り組む介護保険制度における地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）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

・在宅医療を担う施設・人材の充実

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（歯科診療所）・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。

また、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資質向上を支援します。

・病院と診療所との連携の推進等

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、病院と診療所との連携の推進を図るとともに、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

・在宅歯科医療を担う機関及び人材の充実

在宅歯科医療に取り組む歯科診療所数の増加や関係機関の知識・技術の向上を支援し、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ります。

また、在宅歯科医療に関わる多職種の連携強化を図り、ケアマネジャーが介護予防の段階から在宅歯科医療サービスの必要性を適切に判断できるような知識・技術習得の場を提供します。

・在宅歯科医療を担う関係機関の連携体制の構築

医科医療機関や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（地域包括ケアシステム）の中での歯科医療の提供体制の構築を図ります。

ウ 薬局の役割

・薬局の機能充実

薬局の健康支援・相談機能等について積極的に広報し、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推進します。そのため、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を支援するとともに、関係機関との幅広い連携を推進します。

・医療用麻薬、医療材料等の供給体制の整備

薬局で取り扱う医療用麻薬、医療材料等の規格・品目の統一化を図るなど、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

・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に、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。

- ・地域包括支援センター等との連携を図り、適切にリハビリテーションを提供する体制整備を進めます。
- ・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) 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、在宅医療の推進主体となる市町と、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及び郡市医師会等の関係団体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。
- ・在宅医療に関する知識・技術の向上を図るため、先進事例の研究・講習会等を実施します。

・関係機関の連携体制の構築

市町が主体となって整備する在宅医療連携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ることにより、各地域が抱える課題等を共有し連携体制の強化を図ります。

・医療機関等の知識・技術の向上

患者が安心して在宅医療を選択できる体制を充実するため、先進事例の研究や講習会の開催等により、関係機関の職員の知識・技術を向上し、患者が安心して在宅医療を選択できる体制の充実を図ります。

- ・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。
- ・「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。

(3) 認知症施策の推進

ア 早期診断・早期対応への体制づくり

- ・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」を養成し、連携体制の構築を図ります。
- ・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、未設置の地域における整備を図ります。
- ・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」の取組を促進するため、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、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、市町等において認知症の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、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。

(4) 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

- ・難病の新規申請者の利便性向上のために一定数の難病指定医を確保するとともに、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を解消するため、「難病相談支援センター」において、相談と必要な支援を図ります。

ウ がん患者への支援

- ・「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により、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体制の強化を図ります。

エ 重症心身障害児（者）への支援

- ・患者・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、診療所医師の重症心身障害児（者）医療に対する理解を深め、基幹病院と診療所が連携する体制の整備を図ります。

(5) 在宅医療等に関する県民の理解促進

- ・地域住民等に対する情報提供の推進

シンポジウムや相談窓口のほか、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が選択される環境整備を促進していきます。

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。

3 医療従事者の確保・養成

病床機能の分化・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、看護師等の確保・育成

ア 医師

- ・医師の確保

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、極めて低位にあることから、平成 22 年に全国に先駆けて「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、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り組めます。

平成 29 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

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、関係機関等における体系的な研修の実施を促します。

- ・再就業支援

看護職員の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。

- ・養成力の強化

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

の質の向上を図ります。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職業意識の高揚を促します。

・医療と福祉との連携

訪問看護師を対象とした研修会により、資質向上を図るとともに医療と福祉の連携の円滑化を図ります。

ウ その他従事者

- ・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についても、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・育成

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) 介護サービス従事者の確保・育成

ア 参入の促進

・理解の促進

介護職に対する社会的な理解を深めるためのイベント等を通じた積極的な情報発信を行います。

・新規就労の促進

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、介護現場への就業を促進します。

また、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、県内の社会福祉施設等への就業を促進します。

イ 資質向上のための支援

- ・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。

ウ 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。

(2) 介護支援専門職員の確保・育成

- ・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、ケアマネジャーの資質向上が地域包括ケアシステムの構築には不可欠なことから、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。

(3) その他専門職種の確保・育成

- ・地域で暮らす長寿者の身近な相談窓口であり、介護予防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。

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。
- 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絡めつつ、住民を支えていく姿を構築していきます。
- 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⁶について地域でも議論いただきながら、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病床の機能分化及び連携は自主的に進められることが前提となっていることから、地域医療構想調整会議において、その進捗状況を共有するとともに、構想区域単位に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を進め、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、県全体の進捗状況を共有するためにも、医療審議会等へ報告するとともに、より広い立場からの意見を求めていきます。

2 病床機能報告制度の活用

- ・病床機能の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により進められることを前提として、これら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、在宅医療の充実や医療介護人材の確保等の必要な施策を進めます。

⁶ 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。