

第8次

静岡県保健医療計画（素案）

【2018年度～2023年度】

2018年3月

静 岡 県

第8次静岡県保健医療計画（素案） 目次

第1章	基本的事項	
第1節	計画策定の趣旨	1
第2節	基本理念	1
第3節	計画の位置付け	2
第4節	計画の期間	2
第5節	2025（平成37）年に向けた取組	2
第6節	地域包括ケアシステムの構築	3
第2章	保健医療の現況	
第1節	人口	4
第2節	受療動向	11
第3節	医療資源	26
第3章	保健医療圏	
第1節	保健医療圏の設定の基本的考え方	28
第2節	保健医療圏の設定	
1	2次保健医療圏	28
2	3次保健医療圏	30
第3節	基準病床数	31
第4章	地域医療構想	
第1節	構想区域	32
第2節	2025（平成37）年の必要病床数、在宅医療等の必要量	32
第3節	実現に向けた方向性	39
第4節	地域医療構想の推進体制	40
第5章	医療機関の機能分担と相互連携	
第1節	医療機関の機能分化と連携	43
第2節	プライマリーケア	44
第3節	地域医療支援病院の整備	46
第4節	公的病院等の役割	
1	公的病院等の役割	49
2	公的病院改革への対応	50
3	県立病院	
(1)	県立静岡がんセンター	52
(2)	地方独立行政法人静岡県立病院機構	56
第5節	医療機能に関する情報提供の推進	59
第6節	病床機能報告制度	62
第6章	疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築	
第1節	疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制	65
第2節	疾病	
1	がん	67
2	脳卒中	77
3	心筋梗塞等の心血管疾患	86
4	糖尿病	98
5	肝炎	106
6	精神疾患	113
第3節	事業	
1	救急医療	130
2	災害時における医療	141
3	へき地の医療	154
4	周産期医療	163
5	小児医療（小児救急医療を含む）	178

第4節	在宅医療	
1	在宅医療の提供体制	188
2	在宅医療のための基盤整備	
(1)	訪問診療の促進	196
(2)	訪問看護の充実	196
(3)	歯科訪問診療の促進	198
(4)	かかりつけ薬局の促進	200
(5)	介護サービスの充実	202
第7章	各種疾病対策等	
第1節	感染症対策	205
第2節	結核対策	207
第3節	エイズ対策	209
第4節	難病対策	213
第5節	認知症対策	217
第6節	アレルギー疾患対策	226
第7節	臓器移植対策	231
第8節	血液確保対策	235
第9節	治験の推進	237
第10節	歯科保健医療対策	239
第8章	医療従事者の確保	
第1節	医師	242
第2節	歯科医師	256
第3節	薬剤師	257
第4節	看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）	260
第5節	その他の保健医療従事者	267
第6節	ふじのくに医療勤務環境改善支援センター	277
第7節	介護サービス従事者	278
第9章	医療安全対策の推進	280
第10章	健康危機管理対策の推進	
第1節	健康危機管理体制の整備	283
第2節	医薬品等安全対策の推進	
1	医薬品等の品質確保と適正使用の推進	286
2	麻薬・覚醒剤等に対する薬物乱用防止対策	289
第3節	食品の安全衛生の推進	292
第4節	生活衛生対策の推進	293
第11章	保健・医療・福祉の総合的な取組の推進	
第1節	健康寿命の延伸	
1	県民の生涯を通じた健康づくり	297
(1)	健康経営の推進による健康づくり	298
(2)	特定健康診査・特定保健指導等の促進	300
(3)	食育による健康づくりの推進	302
(4)	たばこ対策の推進	304
2	科学的知見に基づく健康施策の推進	306
第2節	高齢化に伴い増加する疾患等対策	308
第3節	高齢者保健福祉対策	310
第4節	母子保健福祉対策	316
第5節	障害者保健福祉対策	317
第6節	保健施設の機能充実	
1	保健所（健康福祉センター）	320

2	発達障害者支援センター	322
3	精神保健福祉センター	323
4	静岡県総合健康センター	325
5	環境衛生科学研究所	326
6	市町保健センター	328
第7節	地域医療に対する住民の理解促進	329
第12章	計画の推進方策と進行管理	
第1節	計画の推進体制	331
第2節	数値目標等の進行管理	331
第3節	主な数値目標等	332
圏域版	2次保健医療圏における計画の推進	別冊
第1章	第8次静岡県保健医療計画「圏域版」について	
1	「圏域版」作成の趣旨	1
2	「圏域版」を作成する単位	1
3	「圏域版」の記載内容	1
第2章	2次保健医療圏における計画の推進	
1	賀茂保健医療圏	3
2	熱海伊東保健医療圏	29
3	駿東田方保健医療圏	57
4	富士保健医療圏	97
5	静岡保健医療圏	123
6	志太榛原保健医療圏	147
7	中東遠保健医療圏	181
8	西部保健医療圏	207

第1章 基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

- 静岡県では、保健医療に関する基本指針として、1988（昭和63）年度に最初の「静岡県地域保健医療計画」を策定し、その後、保健医療を取り巻く環境の変化に対応して、改定を重ねながら保健医療施策の推進に取り組んできました。
- 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、2014（平成26）年6月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され「地域医療構想」が導入されました。
- これまでは、医療提供体制は主として県が、介護提供体制は主として市町が整備に努めてきましたが、今後は各圏域において、病床の機能分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制を構築し、さらに在宅医療・介護の充実等により、地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるように、本計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を確保することが必要です。
- これらの課題に適切に対応するため、本県における保健医療に関する基本方針である現行の計画（2015（平成27）年3月）についても総合的な見直しを行い、第8次「静岡県保健医療計画」として策定します。

第2節 基本理念

- 県民が、住み慣れた地域で安心して生活を送るためには、必要なときに、安全で質の高い医療が速やかに受けられる体制の整備が不可欠です。このため、医療人材を確保し、県内各地域の現状に即して効果的に配置するとともに、医療機能の分化と連携などを推進し、医療提供体制の一層の充実を図ります。
- 健康づくりは、まず県民一人ひとりが主体的に取り組むことを基本として、家庭、事業所、地域等の連携協働により取り組めます。地域との付き合いや社会参加等の機会を増やすとともに、ソーシャルキャピタル（社会関係資本）を地域の資源として活用します。また、健康や疾病に関する県民の理解を深めるとともに、健康づくりの支援やかかりつけ医・かかりつけ歯科医の推進など、発症予防や重症化予防に取り組めます。
- 「医療は限りある資源である」という認識を持ち、地域の関係者の合意のもとに適切な医療資源の配置、緊密な連携体制の構築を進め、「地域全体で支える医療」の充実により、疾病や大規模災害などから「命をまもる医療」の確保に取り組めます。
- 疾病や障害があっても、要介護状態になっても、それぞれの健康状態を保ちつつ、地域の中で安心して暮らすことのできる社会を目指して、在宅医療等の充実、リハビリテーションや介護サービスとの連携を推進するなど、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる体制の構築に取り組めます。

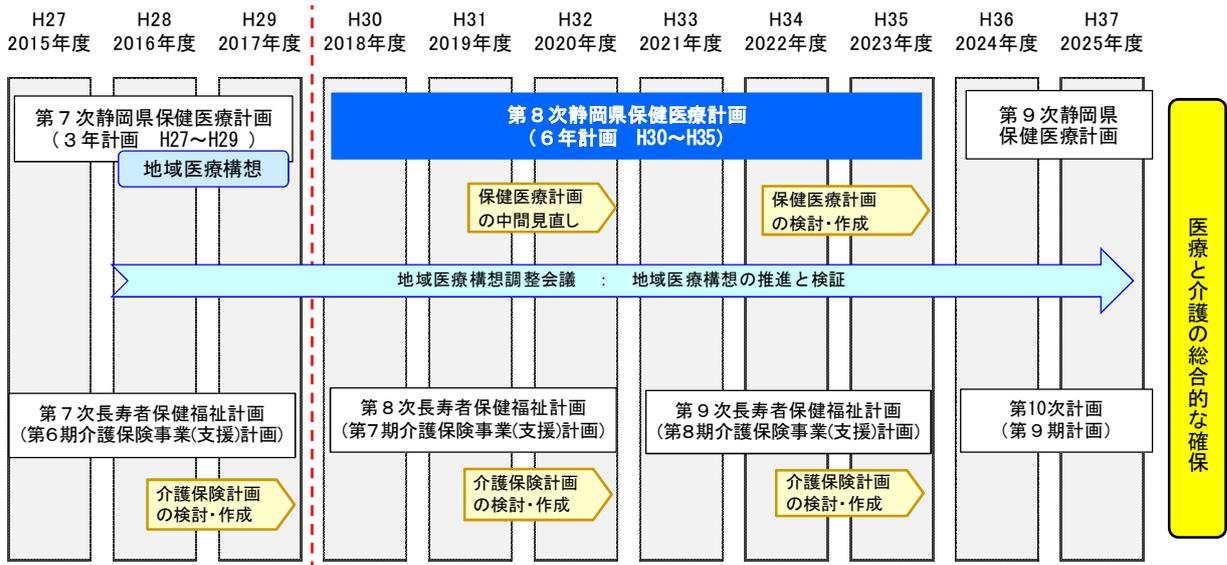
第3節 計画の位置付け

この計画は、次に掲げる性格を有するものです。

- 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に基づく計画です。
- 静岡県総合計画の分野別計画です。
- 本県における保健医療施策の基本指針となるものです。
- 市町及び保健・医療・福祉の関係機関・団体等に対しては施策推進の方向性を示す役割を持ち、県民に対しては、自主的、積極的な活動を促進する役割を持つものです。
- 健康増進計画や高齢者保健福祉計画等、他の健康福祉政策との連携を図り、保健・医療・福祉の一体的な取組を推進するものです。

第4節 計画の期間

- 2014（平成26）年6月の医療法の改正により、医療計画はこれまでの5年計画から6年計画とし、2018（平成30）年度からは3年ごとに改定する介護保険事業支援計画との整合性の確保を図ることとされました。
- これを受け、本計画の期間は、2018（平成30）年度を初年度とし2023（平成35）年度を目標とする6年間とします。また、中間年である3年目に見直しを行います。



第5節 2025（平成37）年に向けた取組

- 平成37年（2025年）には、団塊の世代が75歳以上となり、人口の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となると推計されています。
- そのため、医療や介護を必要とする方がますます増加することが見込まれており、この増加する医療・介護需要に対応するため、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを確保していくため、様々な取組が進められています。
- 本県では、2025（平成37）年における医療機能別の病床の必要量、在宅医療等の必要量の推計等を行い、2015（平成27）年度に「静岡県地域医療構想」を策定して、医療提供体制の目指すべき姿を示しました。

○現在、その実現に向けて、地域の現状や課題を踏まえつつ、地域医療構想調整会議における将来の医療提供体制を確保するために必要な協議や、地域医療介護総合確保基金を活用した医療提供体制の構築に取り組んでいます。

第6節 地域包括ケアシステムの構築

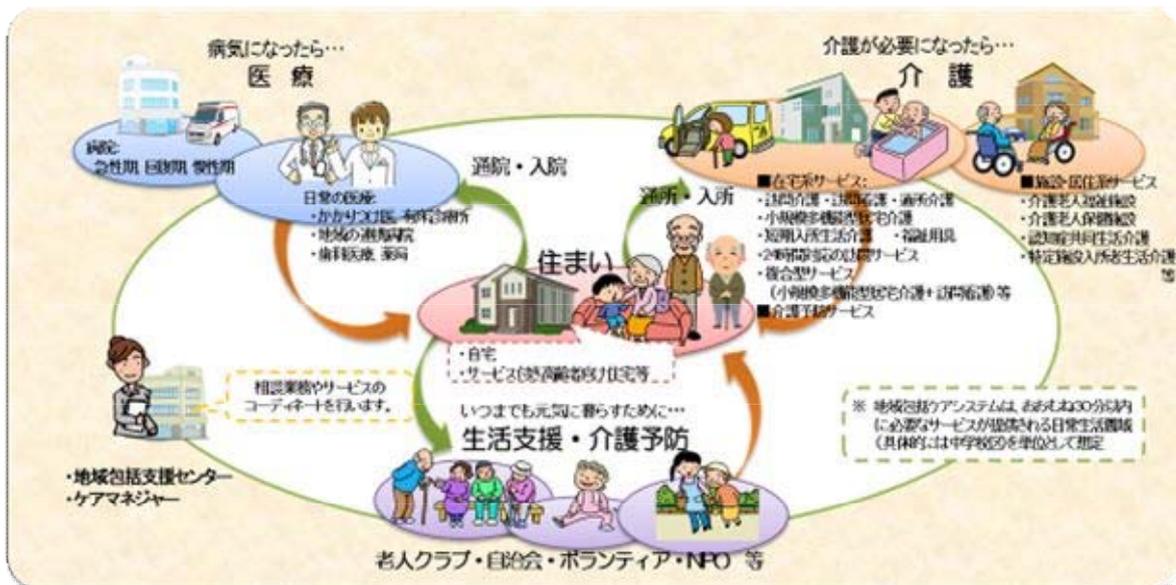
○地域包括ケアシステムとは、2014(平成26)年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(地域医療介護総合確保法)」において、「地域の实情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されています。

○この体制は、団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年までに、必要なサービスが概ね30分以内に提供される範囲である「日常生活圏域」ごとに整備していくこととなっています。

○また、地域によって高齢化の状況、医療や介護の資源などの状況が異なることから、介護保険の保険者である市町村が、地域の特性に応じ、自主性や主体性に基づき実現していくもので、県は市町村の区域を超えた広域的な観点から市町村の取組を支援していきます。

○この地域包括ケアシステムが、最後までその人らしく暮らすことを支えるシステムとして機能するためには、その根底には「本人の選択と本人・家族の心構え」が不可欠であることから、今後、さらに、地域包括ケアシステムの理念の浸透や県民の理解促進に取り組んでいきます。

図表1-1 地域包括ケアシステムの姿



(出典：厚生労働省資料)

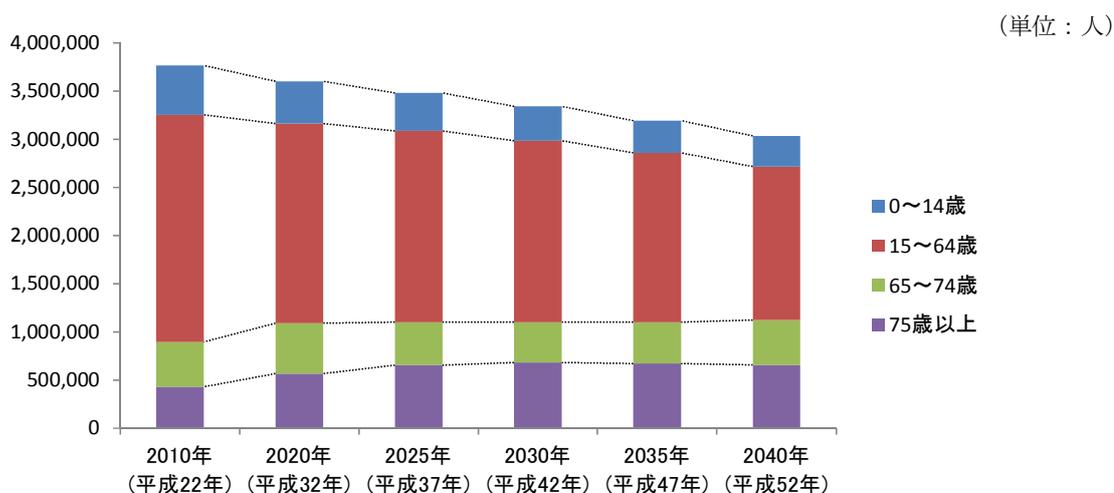
第2章 保健医療の現況

第1節 人口

1 総人口

- 本県の総人口は、2016(平成28)年10月1日現在、3,686,945人(男1,815,082人、女1,871,863人)で、日本の総人口の約3%を占めています。
- 本県では、2007(平成19)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、2010(平成22)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。高齢者人口が増加するとともに、少子化が進行する中で生産年齢人口は減少し、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2025(平成37)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。

図表2-1：静岡県 の年齢階級別将来推計人口



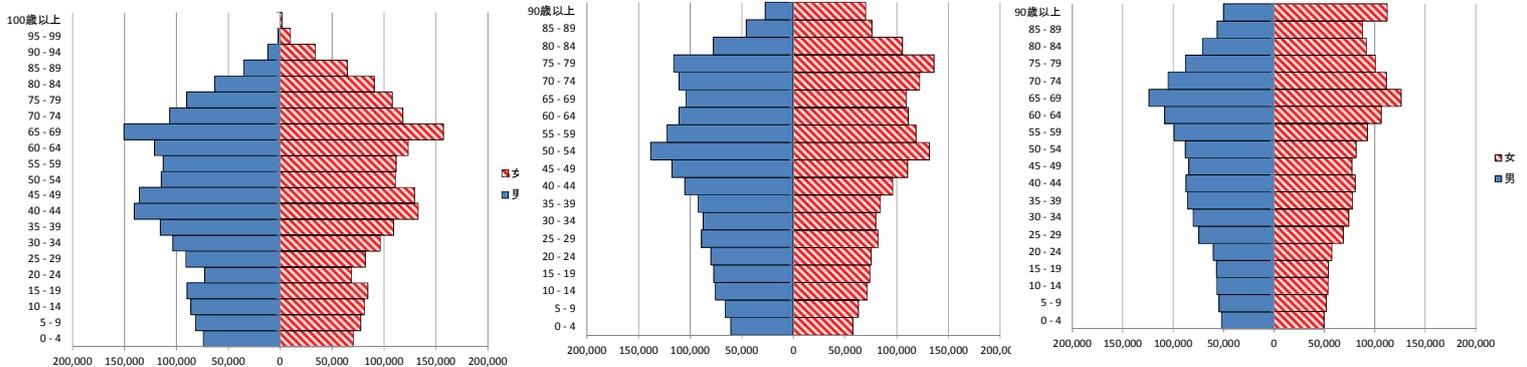
	2010年 (平成22年)	2020年 (平成32年)	2025年 (平成37年)	2030年 (平成42年)	2035年 (平成47年)	2040年 (平成52年)
0～14歳	512,005	436,943	394,263	357,195	334,227	317,828
15～64歳	2,356,056	2,074,383	1,984,786	1,885,103	1,755,854	1,594,367
65～74歳	465,015	522,445	446,686	417,063	431,355	466,513
75歳以上	431,936	567,350	654,598	683,197	671,297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

※2010(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)」

図表 2 - 2 : 静岡県における人口構造の変化

2016 (平成 28) 年 ⇒ 2025 (平成 37) 年 ⇒ 2040 (平成 52) 年
 <実績> <推計> <推計>



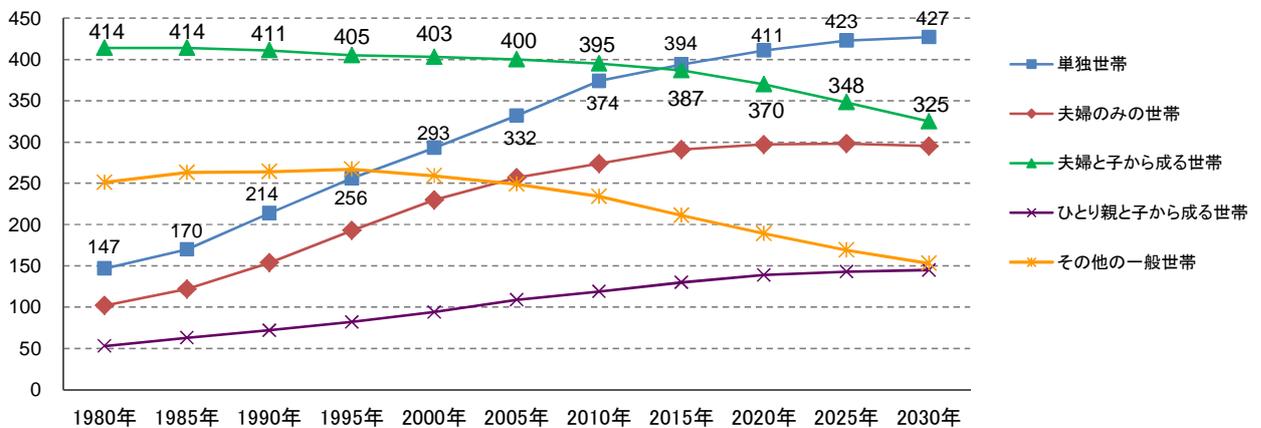
2 世帯

(1) 家族類型別世帯数及び割合

- 本県の世帯数は、2015 (平成 27) 年の 141 万世帯から減少に転じるとともに「単独世帯」数が類型の中で最大となり、その構成比は 2025 (平成 37) 年には 30.6%、2035 (平成 47) 年には 32.6%まで上昇すると推計されています。
- 人口と同様に世帯数も減少していきませんが、世帯の構成の中で「単独世帯」数は 2030 (平成 42) 年の 42 万 7 千世帯まで増加を続けると推計されています。
- 「夫婦のみの世帯」数は当面増加しますが、単独世帯数ほど急速ではなく 2025 (平成 37) 年以降は減少に転じ、「夫婦と子から成る世帯」数は既に減少を開始しており今後も減少し続けると推計されています。

図表 2 - 3 静岡県の家族類型別世帯数の推移

(千人)



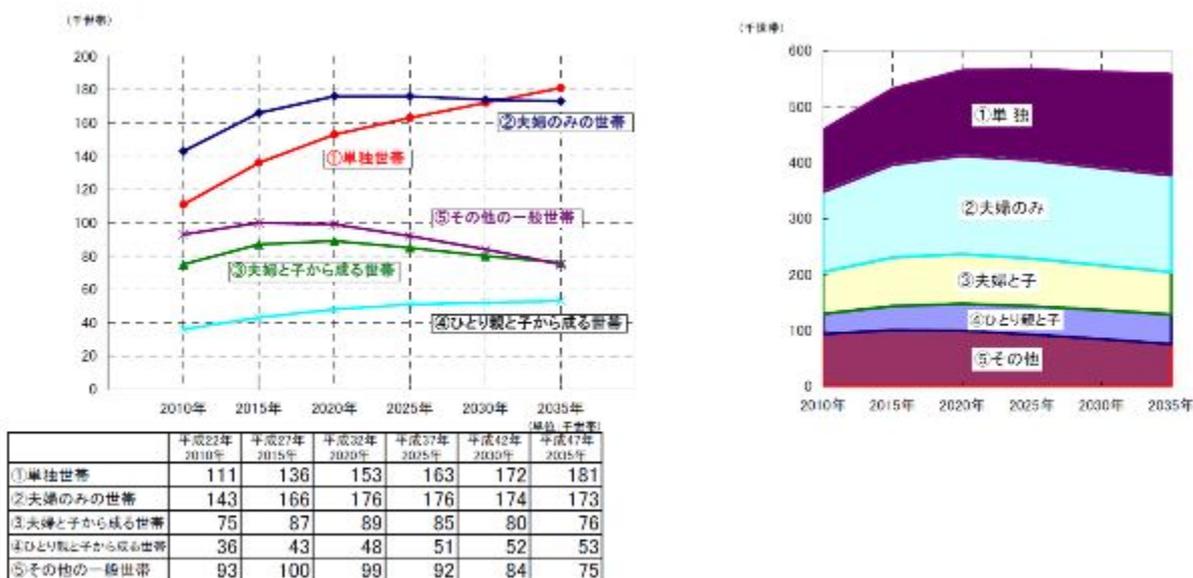
(資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(平成 26 年 4 月推計)」、総務省「国勢調査」)

(2) 高齢者世帯

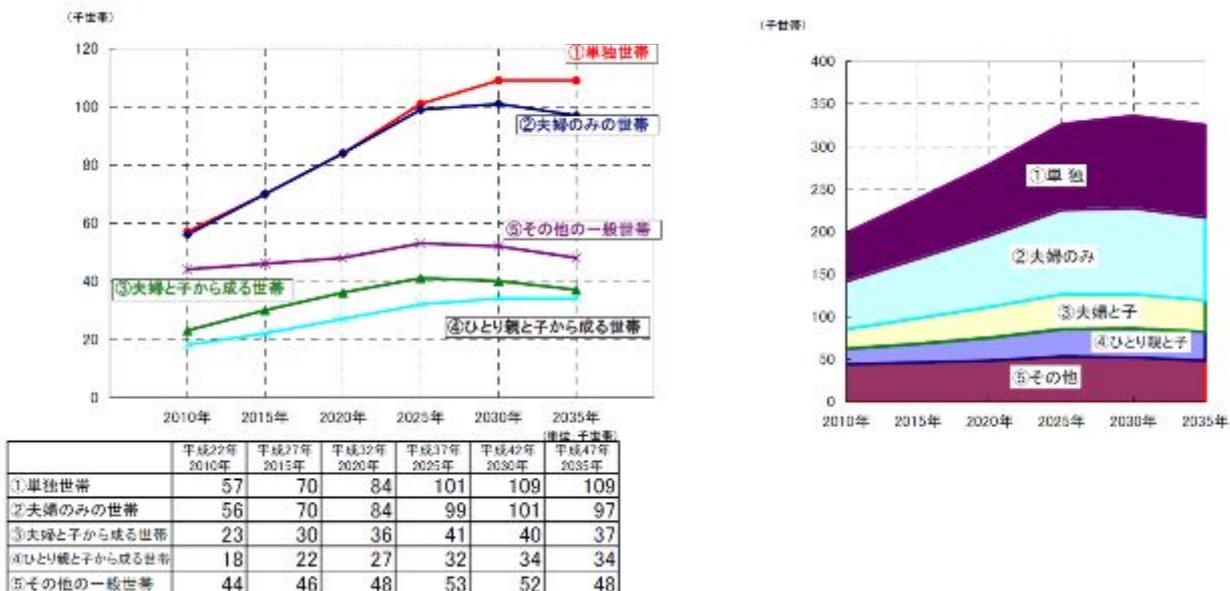
○世帯主が65歳以上の一般世帯の総数は、2010（平成22）年の45万8千世帯から2025（平成37）年には56万7千世帯へ、同じく75歳以上の世帯では19万8千世帯から32万6千世帯へと増加し、世帯においても高齢化が進展すると推計されています。

○世帯主が65歳以上の世帯数について、家族類型別に2010（平成22）年と2025（平成37）年と比較すると、最も増加するのは「単独世帯」の5万2千世帯増（1.47倍）、次いで「夫婦のみの世帯」の3万3千世帯増（1.23倍）。同じく75歳以上の世帯数については、「単独世帯」の4万4千世帯増（1.77倍）、「夫婦のみの世帯」の4万3千世帯増（1.77倍）と推計されています。

図表2-4 世帯主が65歳以上の世帯数推移



図表2-5 世帯主が75歳以上の世帯数推移

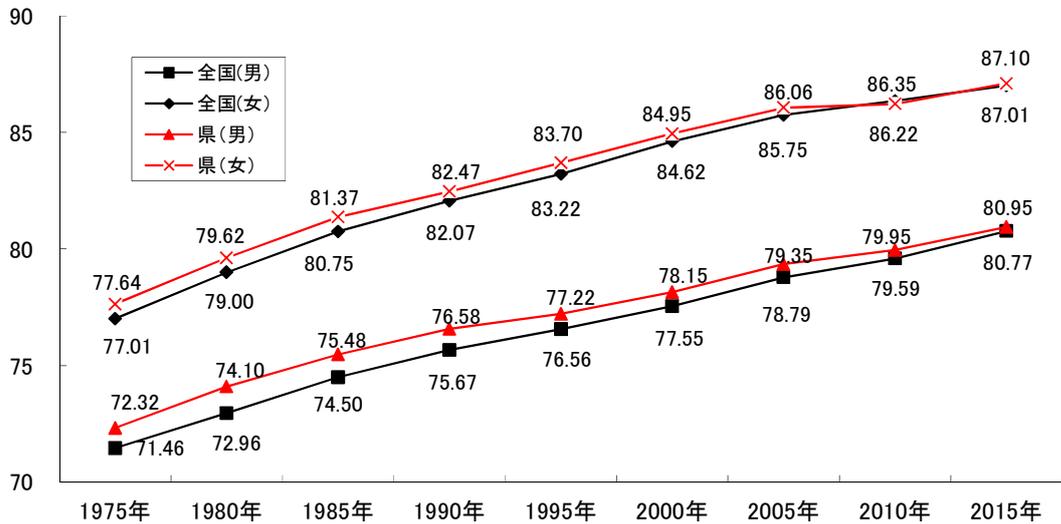


（資料：静岡県企画広報部「静岡県の世帯数の将来推計」）

3 平均寿命と健康寿命

○平均寿命¹は着実に伸びており、2015（平成 27）年現在の平均寿命は男性 80.95 歳（全国 80.77 歳）で全国 17 位、女性 87.10 歳（全国 87.01 歳）で、全国 24 位です（図表 2－6）。

図表 2－6 平均寿命の推移（本県と全国）



（資料：厚生労働省統計情報部『都道府県別生命表』）

○本県における 2013（平成 25）年の健康寿命²は、男性は 72.13 歳で全国 3 位、女性は 75.61 歳で全国 2 位でした。静岡県独自に算出した男女計では、全国の都道府県で 2 番目に健康寿命が長いことが分かりました（図表 2－7）。

図表 2－7 健康寿命の上位都道府県

（2013 年）

男 性			女 性		
順位	都道府県	歳	順位	都道府県	歳
1	山梨県	72.52	1	山梨県	75.78
2	沖縄県	72.14	2	静岡県	75.61
3	静岡県	72.13	3	秋田県	75.43
4	石川県	72.02	4	宮崎県	75.37
5	宮城県	71.99	4	群馬県	75.27
全 国		71.19	全 国		74.21

男女計
73.90 歳
全国 2 位

資料：平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金「健康日本 21（第二次）の推進に関する研究—健康寿命の指標化に関する研究—」（平成 27 年公表）

¹ 平均寿命：0 歳における平均余命（その年の年齢別死亡率で死亡していくとした場合、0 歳の者が生きることとなる平均年数）のこと。

² 健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと

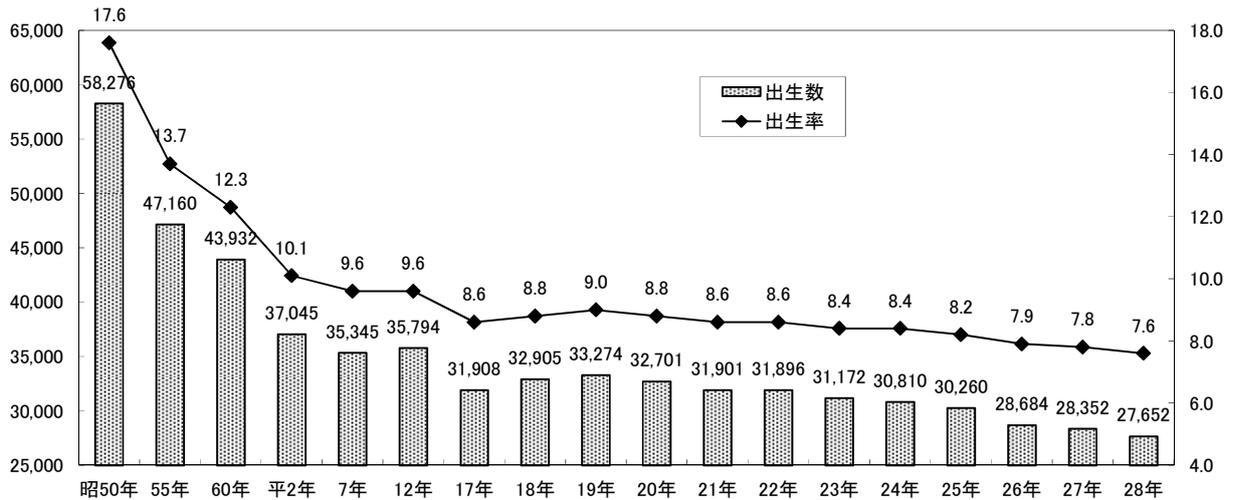
4 人口動態

(1) 出生

○2016（平成 28）年の出生数は2万7,652人で、出生率は人口千人当たり7.6人となっており、出生数・出生率ともに減少傾向にあります（図表2-8）。

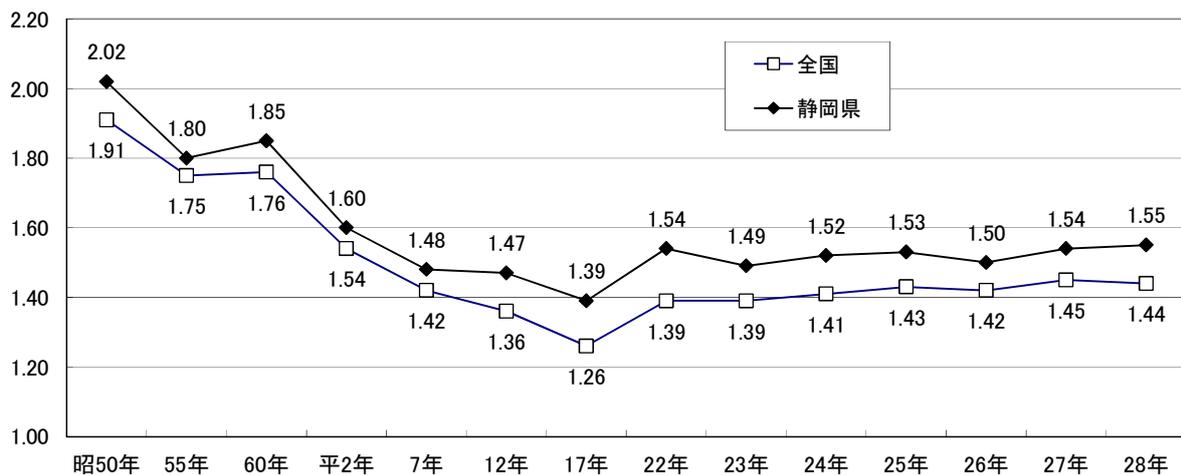
○2016（平成 28）年の合計特殊出生率は1.55で、全国平均の1.44を上回っています（図表2-9）。

図表2-8 出生数及び出生率の推移



（資料：厚生労働省「人口動態統計」）

図表2-9 合計特殊出生率の推移



（資料：厚生労働省「人口動態統計」）

(2) 死亡

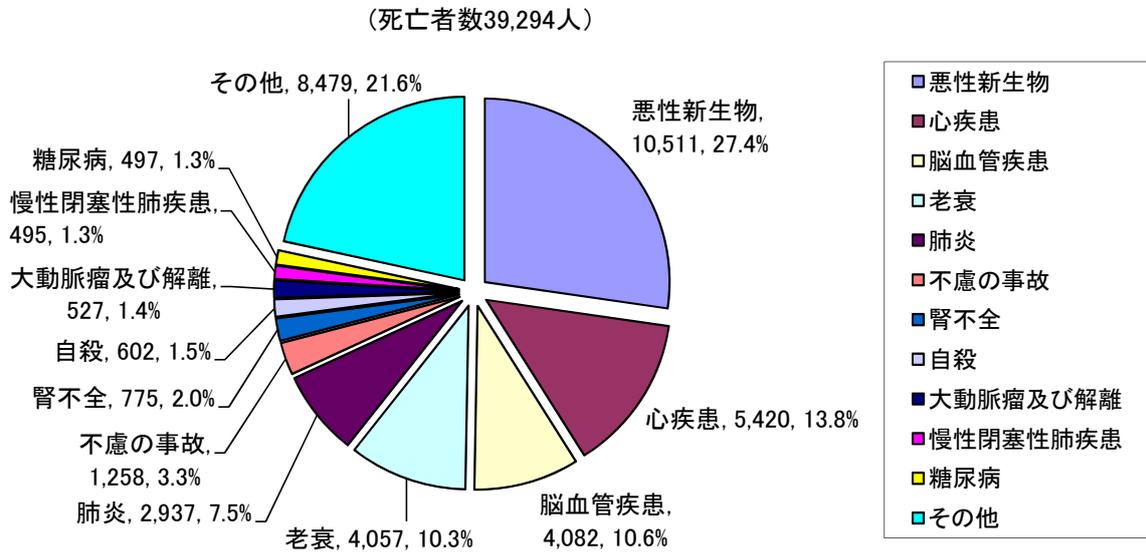
○2016（平成 28）年の死亡数は3万9,294人、死亡率は人口千人当たり10.8人となっています。

○2016（平成 28）年の死亡者の死因別状況では、悪性新生物（がん）27.4%、心疾患13.8%、脳血管疾患10.6%、老衰10.3%、肺炎7.5%の順となっており、上位3死因で、全死亡の51.8%

を占めています（図表2-10）。

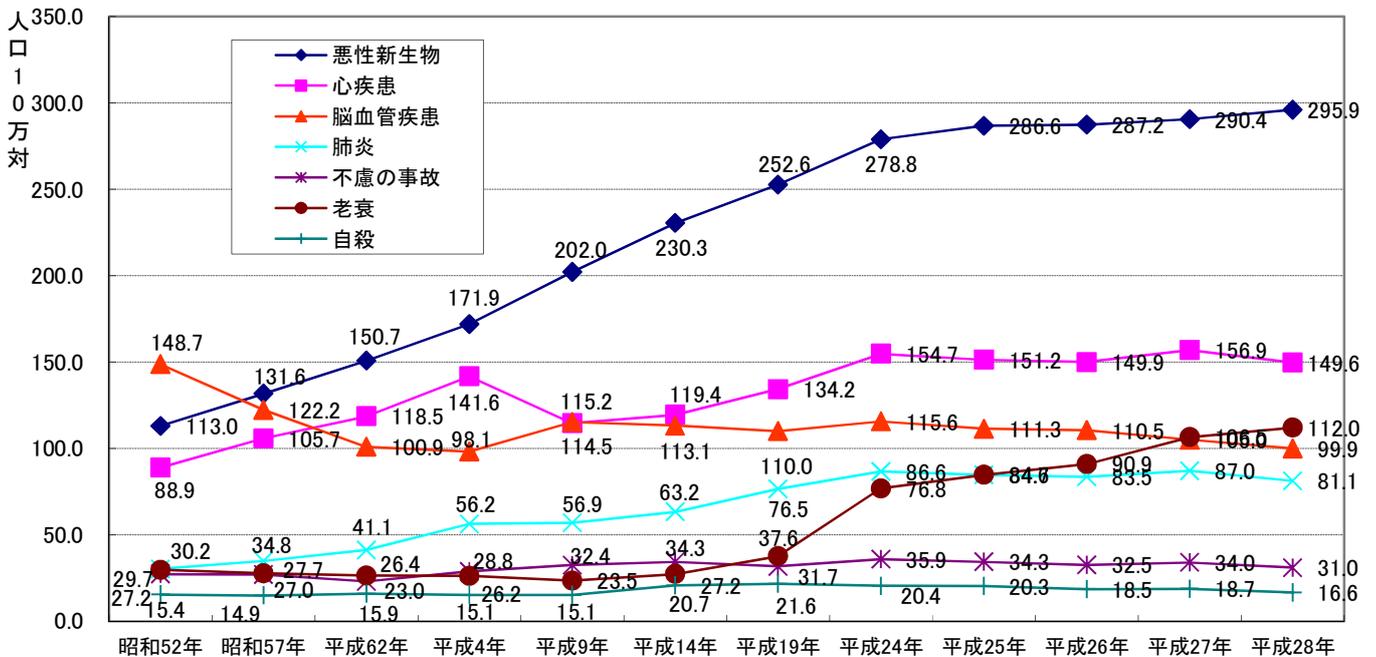
○特に、悪性新生物による死亡者数は全体の3割弱を占めており、死亡率は死因の上位1位として増加し続けています（図表2-11）。

図表2-10 本県の死因別死亡者数（2016年）



(資料：県健康福祉部管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」)

図表2-11 主な死因別の死亡率の推移

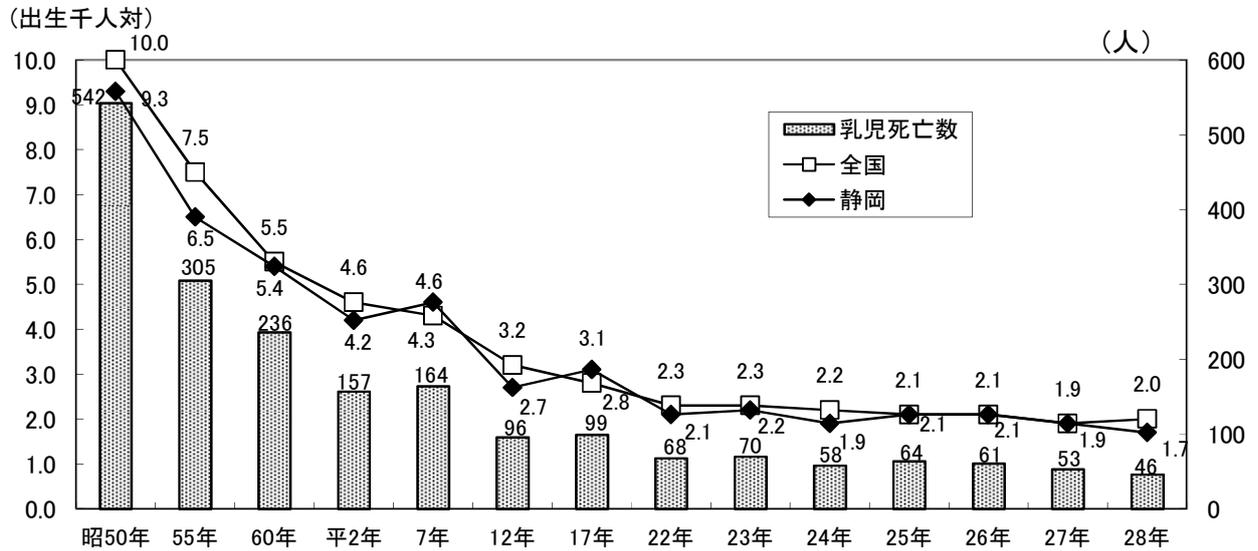


(資料：県健康福祉部管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」)

(3) 乳児死亡

○本県の乳児死亡率（出生千人対）は長期的には低下傾向が続いており、2016（平成 28）年は 1.7 人となっています（図表 2－12）。

図表 2－12 乳児死亡率及び乳児死亡数の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

第2節 受療動向

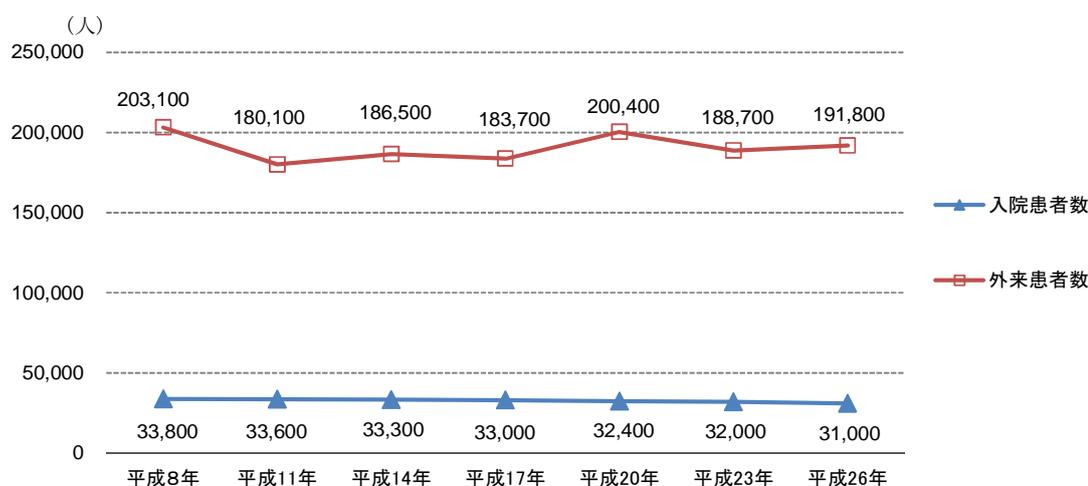
1 患者数

(1) 入院・通院患者の状況

○2014（平成26）年の厚生労働省の患者調査によると、本県の推計入院患者数は3万1,000人、推計外来患者は19万1,800人となっています¹（図表2-13）。

○外来患者については、病院での受療者数が3万8,100人（20.1%）、診療所が12万200人（63.3%）、歯科診療所が3万1,700人（16.6%）となっています。

図表2-13 入院・外来患者の推移



（資料：厚生労働省「患者調査」）

(2) 疾病別推計患者数

○疾病別の患者数を傷病大分類別にみると、入院については、「循環器系の疾患」が最も多く6,200人、次いで「精神及び行動の障害」が5,600人、「新生物」が3,600人（うち、「悪性新生物」が3,300人）となっています。全体の患者数としては減少傾向となりますが、その中で「神経系の疾患」「呼吸器系の疾患」の患者数は増加しています。（図表2-14）

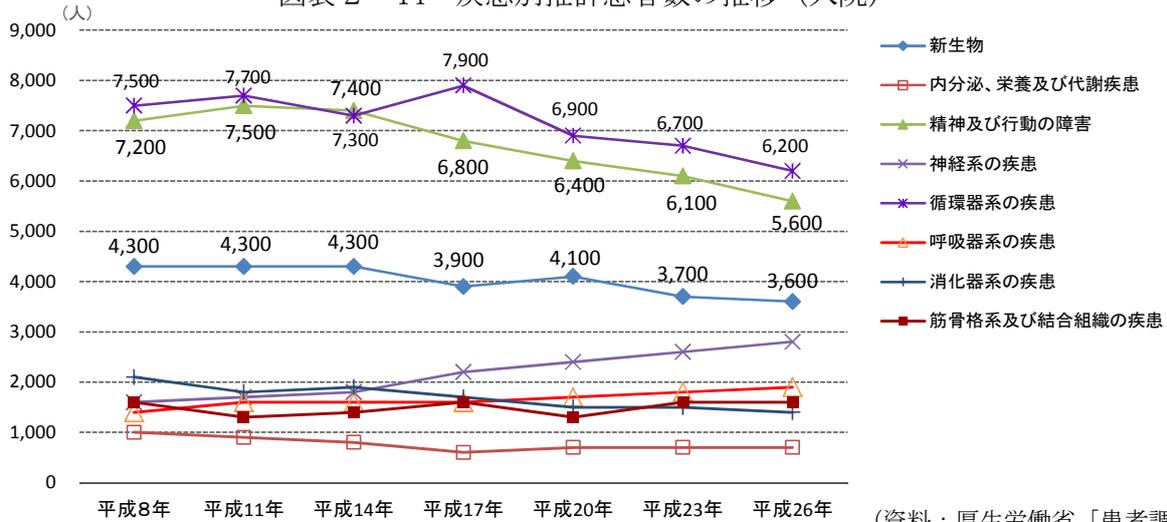
○また、外来については、「消化器系の疾患」が最も多く3万100人、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」が2万7,100人、「循環器系の疾患」が2万4,500人となっています。（図表2-15）

¹ 患者調査の推計患者数：調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数。
平成26年調査では、

病 院：平成26年10月21日（火）～23日（木）の3日間のうち病院ごとに指定した1日

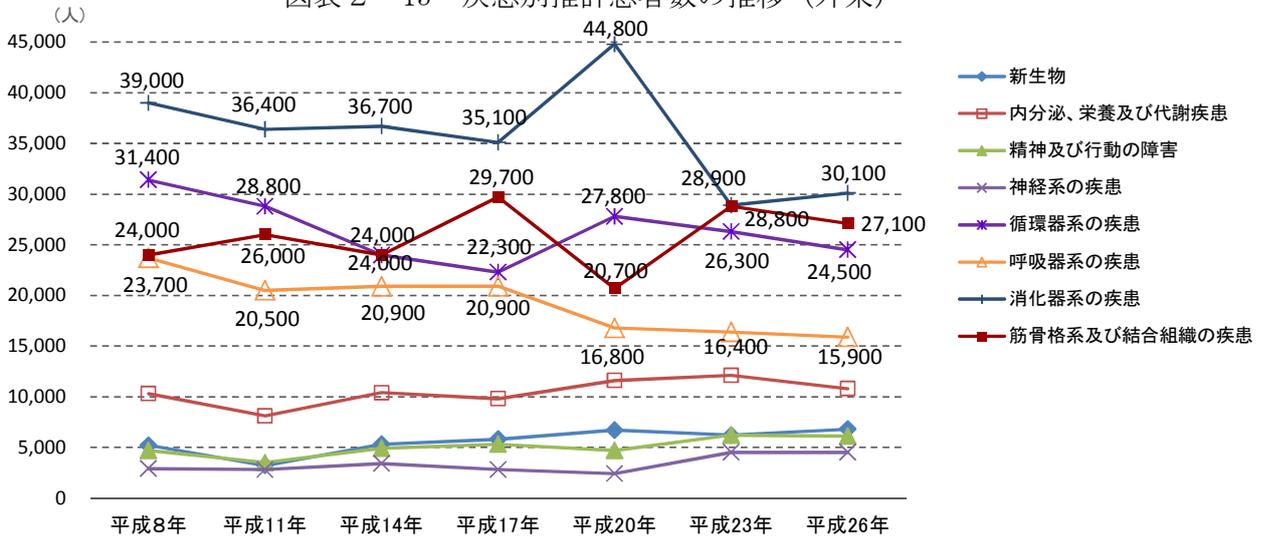
診療所：平成26年10月21日（火）、22日（水）、24日（金）のうち診療所ごとに指定した1日

図表 2-14 疾患別推計患者数の推移（入院）



(資料：厚生労働省「患者調査」)

図表 2-15 疾患別推計患者数の推移（外来）



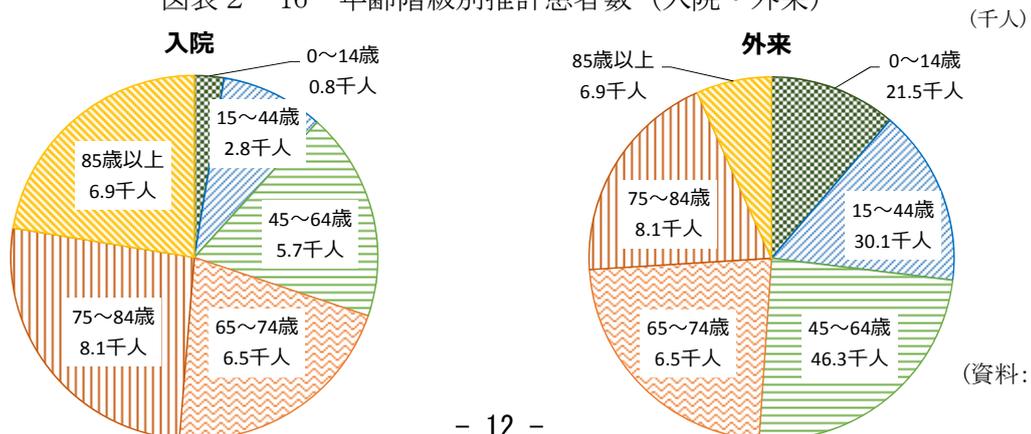
(資料：厚生労働省「患者調査」)

(3) 年齢階級別の推計患者数

○年齢階級別の患者数をみると、入院については、75歳～84歳が8,100人で最も多く、85歳以上が6,900人となっており、65歳以上が2万1,600人で全体の約3分の2となっています。

○外来については、65歳～74歳が4万3,900人で最も多く、次いで75歳～84歳が3万7,000人となっています。65歳以上の割合は約49%となっています。

図表 2-16 年齢階級別推計患者数（入院・外来）



(資料：厚生労働省「患者調査」)

2 受療率

(1) 入院受療率・外来受療率

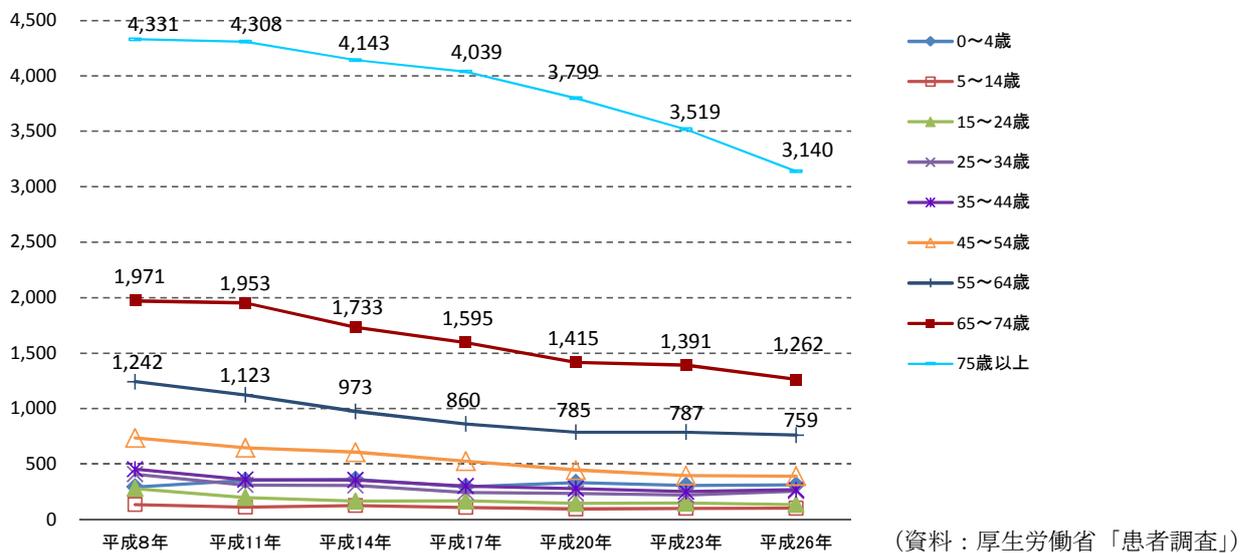
○平成26年の患者調査から、本県の受療率²についてみると、入院受療率は836(全国平均1,038)、外来受療率は5,177(全国平均5,696)で、ともに全国平均より低くなっています(入院受療率は全国順位で低い方から7位、外来受療率は全国順位で低い方から11位)。

(2) 年齢階級別受療率

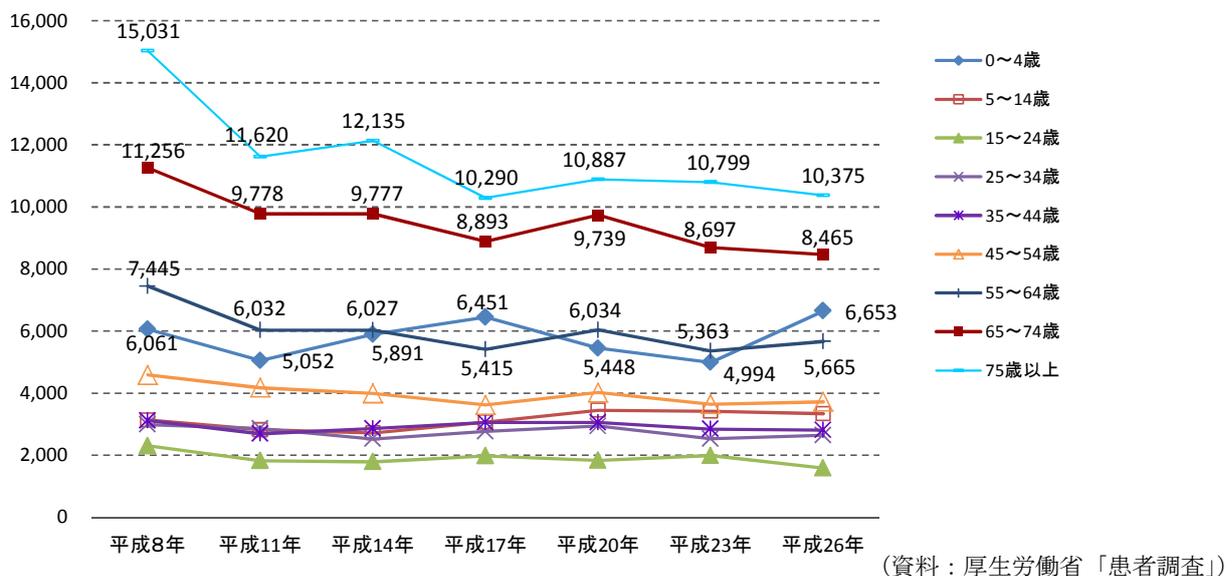
○年齢階級別に入院受療率をみると、75歳以上が3,140で最も高く、次いで65歳～74歳の1,262、55歳～64歳の759となっています。(図表2-17)

○外来受療率では、75歳以上が10,375で最も高く、次いで65歳～74歳の8,465、0歳～4歳の6,653となっています。(図表2-18)

図表2-17 年齢階級別受療率の推移(入院)



図表2-18 年齢階級別受療率の推移(外来)



² 推計患者数を人口10万対であらわした数。受療率(人口10万対) = 推計患者数 / 推計人口 × 100,000

3 県民意向調査

○2016（平成 28）年度に保健医療関係の施設やサービスについての県民の利用実態や医療提供体制に関する要望を把握することを目的に、「静岡県の地域医療に関する調査」を実施しました。

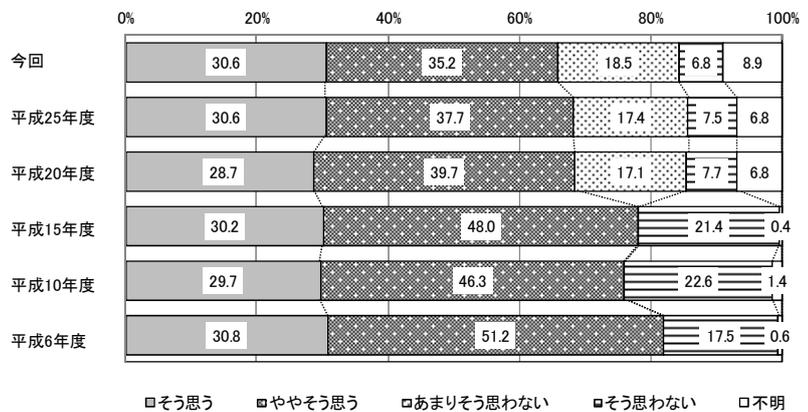
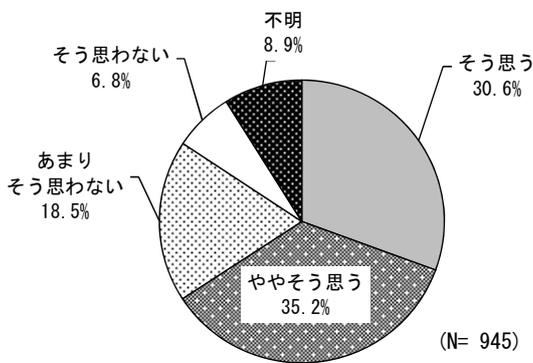
調査対象：静岡県全域
 標本数：静岡県内の市町に居住する満 20 歳以上の男女 1,500 人
 回収数：945 人（回収率 63.0%）
 調査方法：郵送法
 調査時期：2016（平成 28）年 12 月

（1）自身の健康状態

ア 自分が健康であると思うか

○自分が健康であると思うかについて、全体では「ややそう思う」が 35.2%で最多、以下「そう思う」が 30.6%、「あまりそう思わない」が 18.5%となっています。「そう思う」と「ややそう思う」を合算した『そう思う』が 65.8%を占め、「あまりそう思わない」と「そう思わない」を合算した『そう思わない』は 25.3%に留まっています。

○過去比較との調査では、「そう思う」「ややそう思う」は、平成 20 年度を境に 70%台から 60%台へと減少しています。また、「そう思わない」「あまりそう思わない」は、平成 10 年度以降一貫して 20%を超えています。

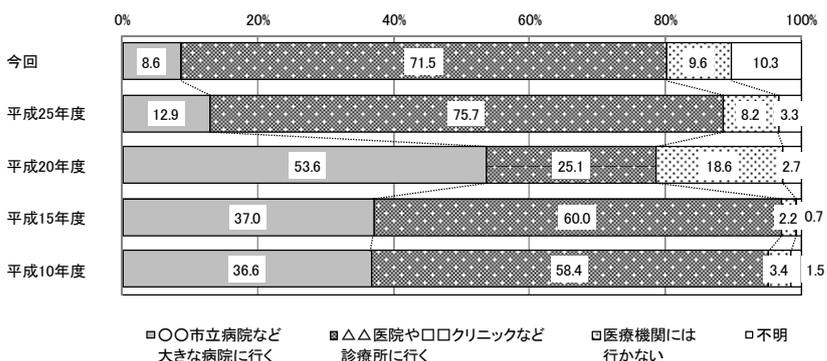
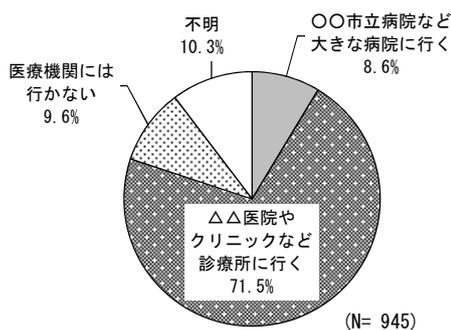


（2）診療時間外の発病やけがについて

ア 軽い病気にかかったと思われる場合の対応

○軽い病気にかかったと思われる場合の受診先については、全体では「△△医院や□□クリニックなど診療所に行く」が 71.5%を占め、以下「医療機関には行かない」9.6%、「〇〇市立病院など大きな病院に行く」8.6%と続いています。

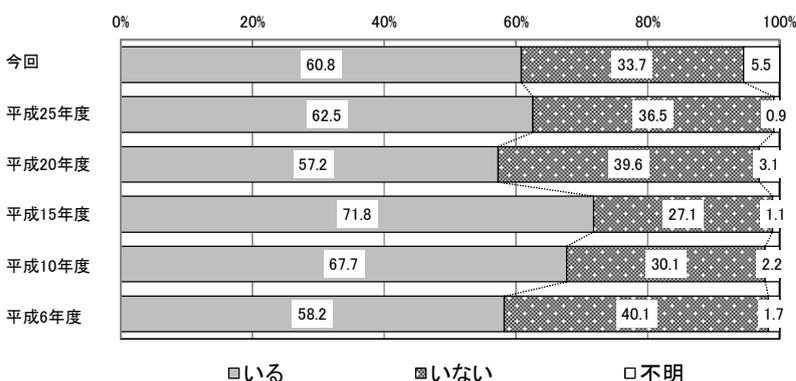
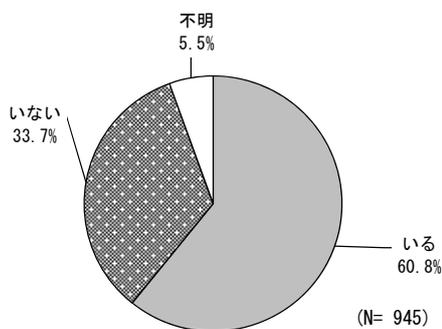
○過去比較との調査では、「〇〇市立病院など大きな病院に行く」は平成 25 年度から大きく減少しています。また、「△△医院や□□クリニックなど診療所に行く」は平成 25 年度から大きく増加しています。



(3) かかりつけ医

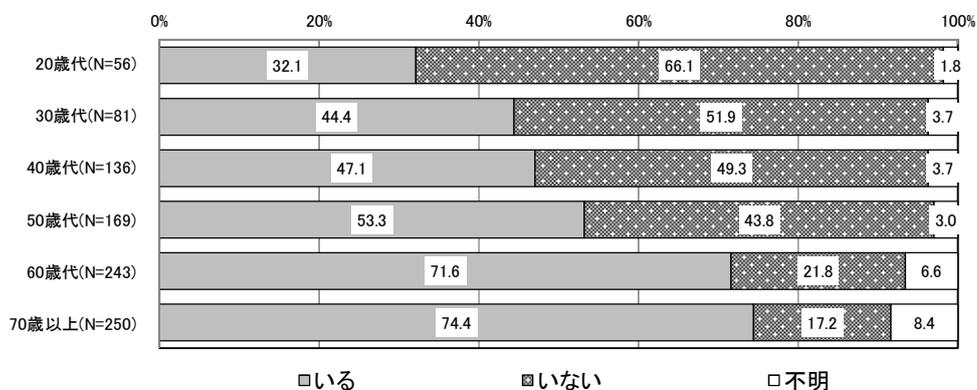
ア かかりつけ医の有無

○かかりつけの医師については「いる」が60.8%、「いない」が33.7%となっています。



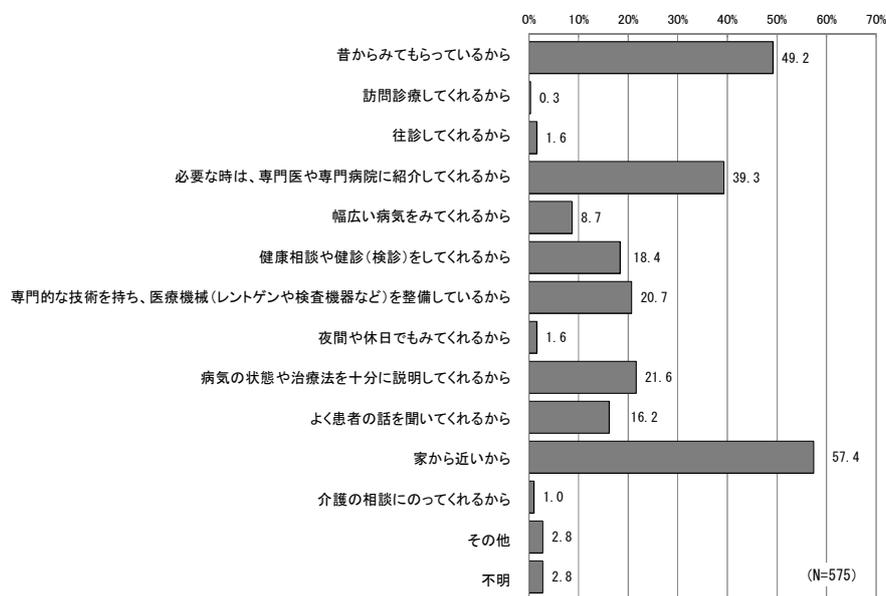
○年代別では、20歳代および30歳代では、「いない」が「いる」を大きく上回り、40歳代では「いる」と「いない」が同水準となっています。

○「いる」は年代が上がるにつれて増加し、60歳代および70歳以上では70%を超えています。



イ かかりつけになっている主な理由

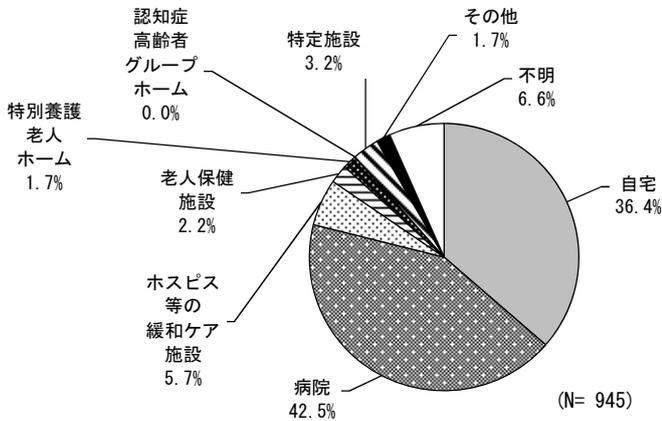
○「家から近いから」が57.4%で最多、以下、「昔からみてもらっているから」49.2%、「必要な時は、専門医や専門病院に紹介してくれるから」39.3%となっています。



(3) 在宅医療について

ア 長期療養を望む場所

○長期療養を望む場所について、全体では「病院」が42.5%で最多、以下「自宅」36.4%、「ホスピス等の緩和ケア施設」5.7%となっています。



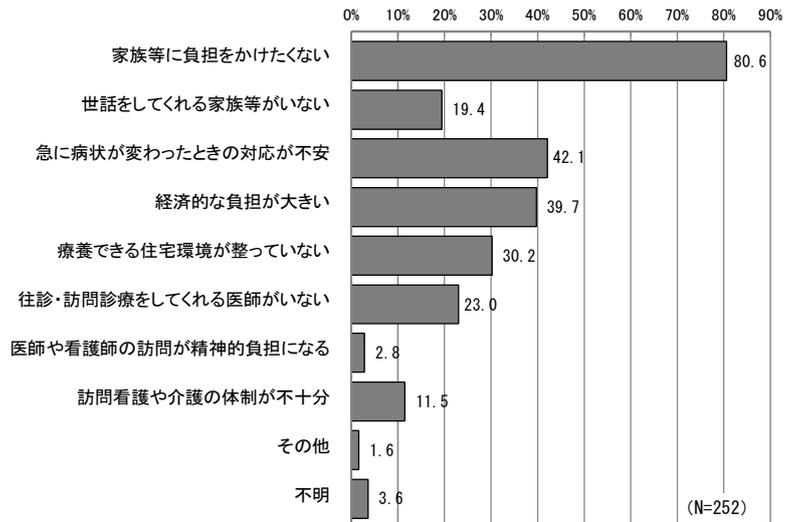
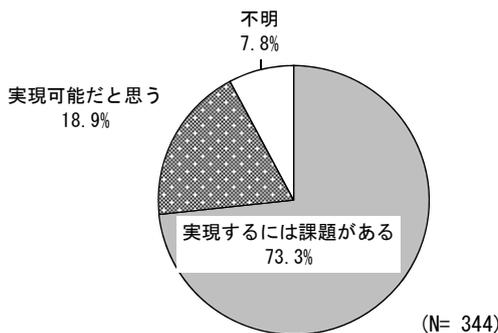
	H28	H26
自宅	36.4%	29.6%
病院	42.5%	52.1%
ホスピス等の緩和ケア施設	5.7%	14.1%
老人保健施設	2.2%	
特別養護老人ホーム	12.8%	1.7%
認知症高齢者グループホーム		0.0%
特定施設		3.2%
その他、無回答等	8.3%	4.1%

※H26の間は「長期入院が可能な病院」、「自宅」、「介護施設等の施設」

イ 自宅で長期療養することの実現可能性、課題と思うもの

○長期療養場所を「自宅」と回答した人にその実現可能性を尋ねたところ、全体では「実現するには課題がある」が73.3%、「実現可能だと思う」が18.9%となっています。

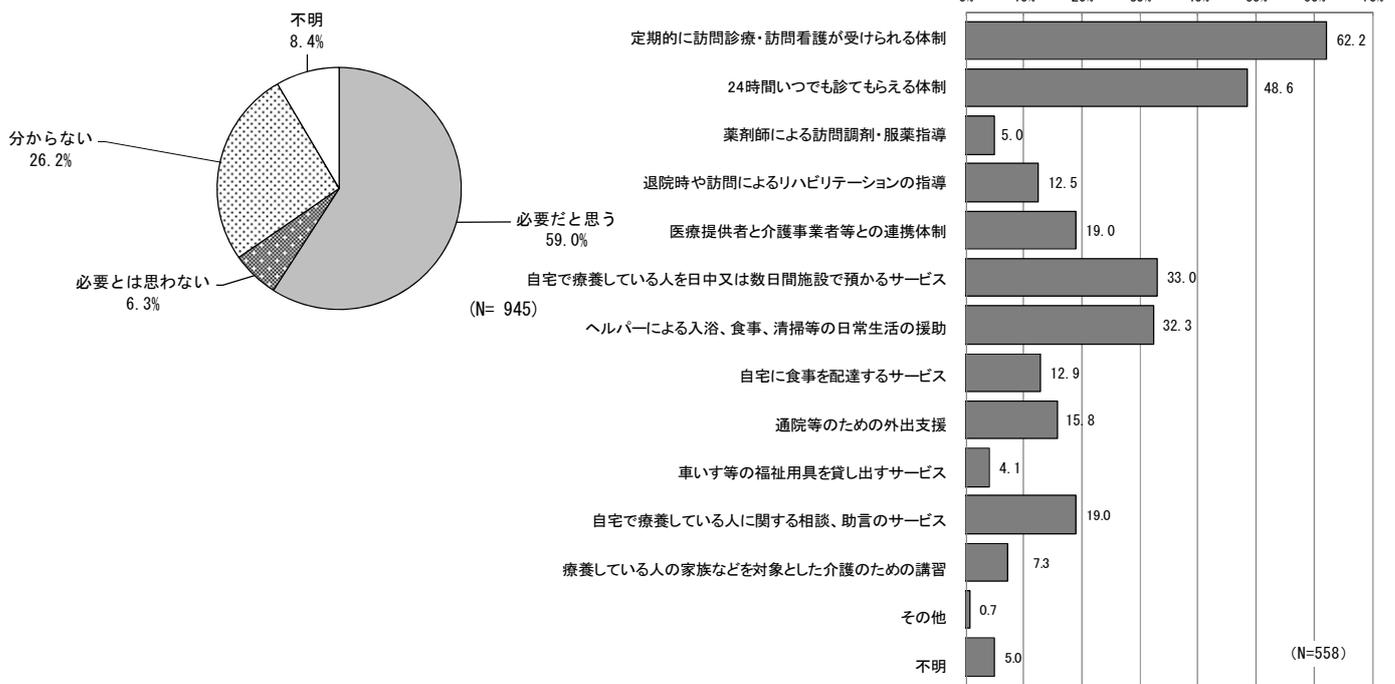
○「課題がある」と回答した人にその課題を尋ねたところ、全体では「家族等に負担をかけたくない」が80.6%で最多、以下「急に病状が変わったときの対応が不安」42.1%、「経済的な負担が大きい」39.7%となっています。



ウ 在宅医療の充実の必要性、整備が重要な体制

○在宅医療の充実について、全体では「必要だと思う」が59.0%、次いで「分からない」26.2%、「必要とは思わない」6.3%となっています。

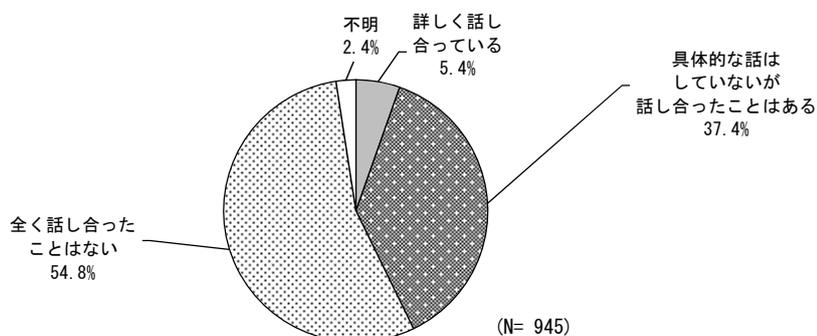
○「必要だと思う」と回答した人に整備が必要な体制について尋ねたところ、全体では「定期的に訪問診療・訪問看護が受けられる体制」が62.2%で最多、以下「24時間いつでも診てもらえる体制」48.6%、「自宅で療養している人を日中又は数日間施設で預かるサービス」33.0%となっています。



(4) 人生の最終段階における医療（終末期医療）について

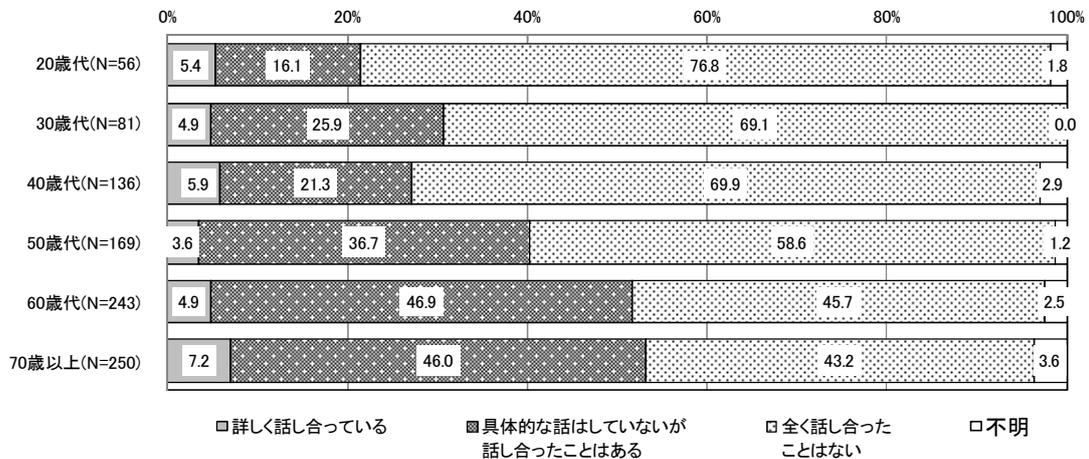
ア 終末期医療における家族や親族との話し合い状況

○終末期医療における家族や親族との話し合い状況について、全体では「全く話し合ったことはない」が54.8%で最多、以下「具体的な話はしていないが話し合ったことはある」37.4%、「詳しく話し合っている」5.4%となっています。



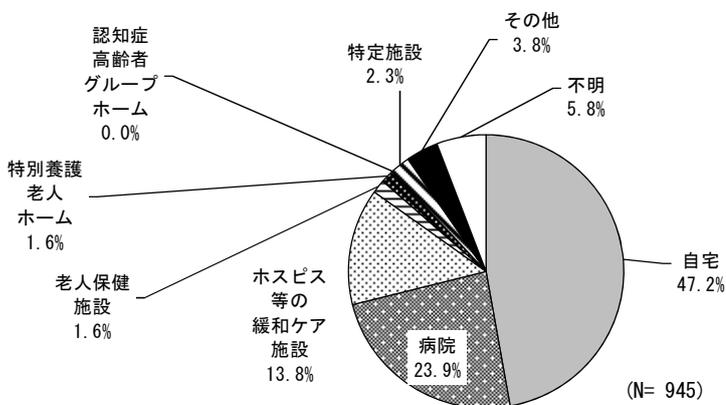
○年代別では、「全く話し合ったことない」は概ね年代が若いほど高く、20歳代から50歳代までは最多項目となっています。

○60歳代および70歳以上では、「具体的な話はしていないが話し合ったことはある」が「全く話し合ったことない」を上回っています。



イ 人生の最期を迎えたい場所

○人生の最期を迎えたい場所について、全体では「自宅」が47.2%で最多、以下「病院」23.9%、「ホスピス等の緩和ケア施設」13.8%となっています。



<経年変化>

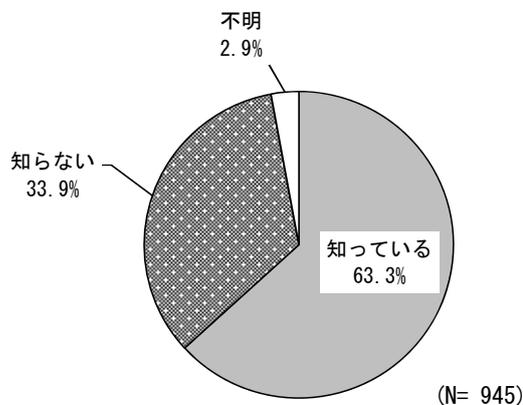
	H28	H26
自宅	47.2%	49.3%
病院	23.9%	29.9%
ホスピス等の緩和ケア施設	13.8%	
老人保健施設	1.6%	
特別養護老人ホーム	1.6%	15.2%
認知症高齢者グループホーム	0.0%	
特定施設	2.3%	
その他、無回答等	9.6%	5.6%

※H26の間は「長期入院が可能な病院」、「自宅」、「介護施設等の施設」

(5) 特定健診・特定保健指導について

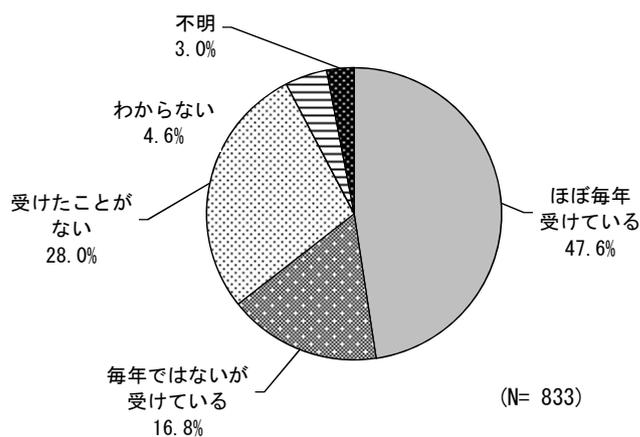
ア 特定健康診査や特定保健指導の認知度

○特定健康診査や特定保健指導について、全体では「知っている」が63.3%、「知らない」が33.9%となっています。



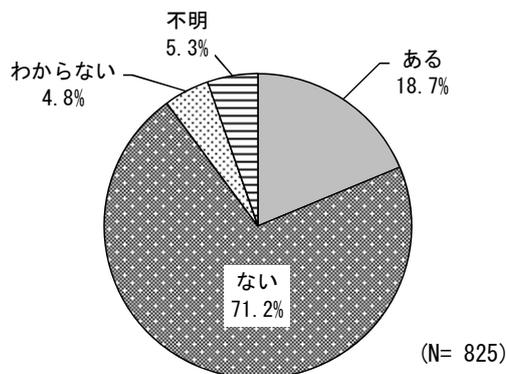
イ 特定健康診査の受診状況

○特定健康診査の受診状況について、全体では「ほぼ毎年受けている」が47.6%で最多、以下「受けたことがない」28.0%、「毎年ではないが受けている」16.8%となっています。



ウ 特定保健指導を受けた経験

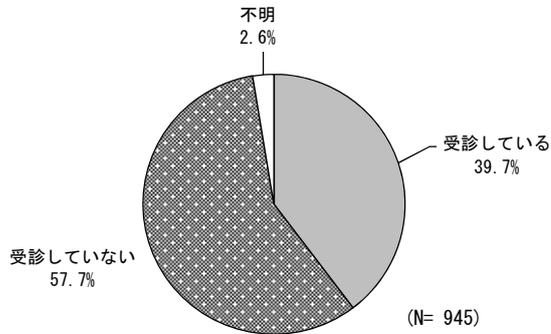
○これまでの特定保健指導を受けた経験については、「ない」が71.2%、「ある」18.7%となっています。



(6) 歯科・口腔ケアについて

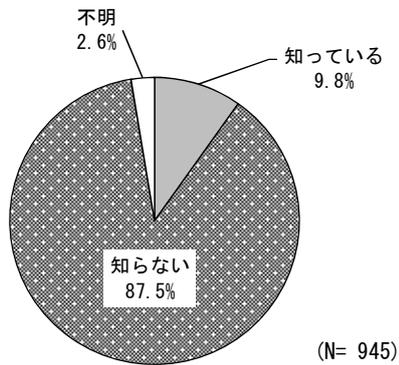
ア 歯垢除去や定期的な歯科健診の受診状況

○歯垢除去を含む定期的な歯科診療所について、全体では「受診していない」が57.7%、「受診している」が39.7%となっています。



イ 訪問診療を行う歯科診療所の場所の認知度

○訪問医療を行う歯科診療所の場所について、全体では「知らない」が87.5%、「知っている」が9.8%となっています。



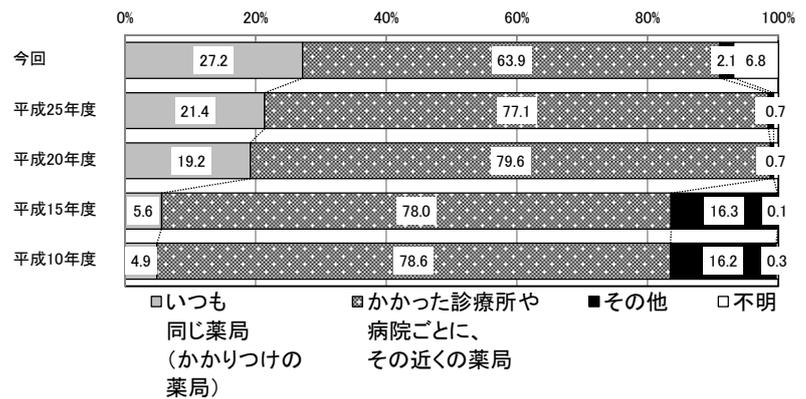
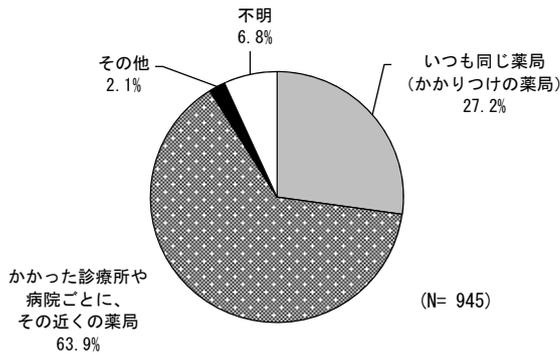
(7) 薬局について

ア 調剤してもらふ薬局

○調剤薬局について、全体では「かかった診療所や病院ごとに、その近くの薬局」が63.9%、「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」27.2%となっています。

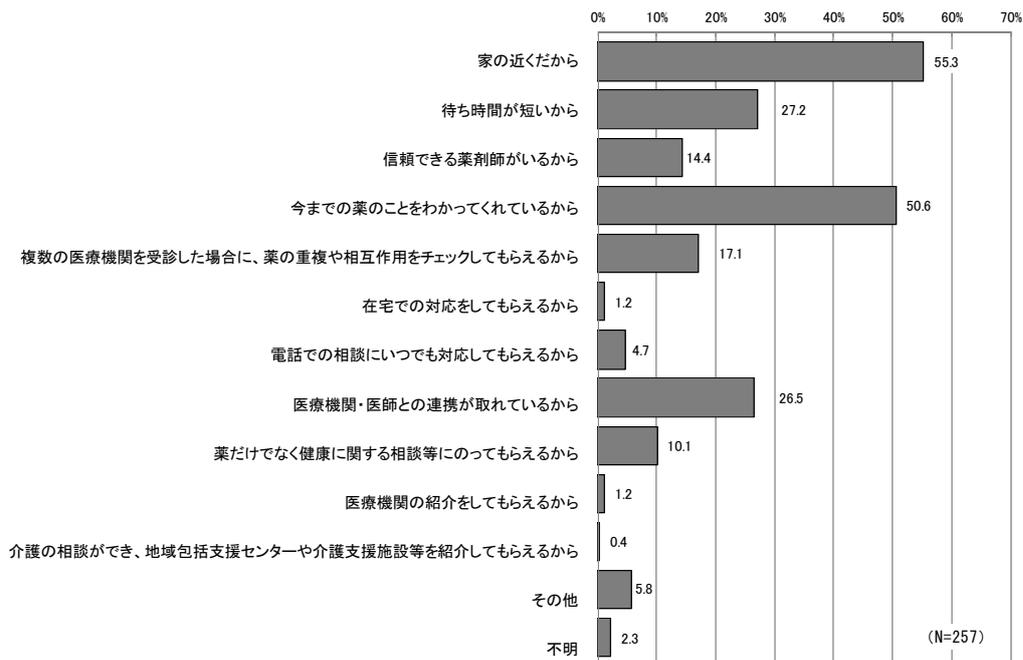
○過去調査との比較では、平成20年度を境に「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」が徐々に増加しています。

○「かかった診療所や病院ごとに、その近くの薬局」は今回15ポイント近く減少しています。



イ かかりつけの薬局を選んだ理由

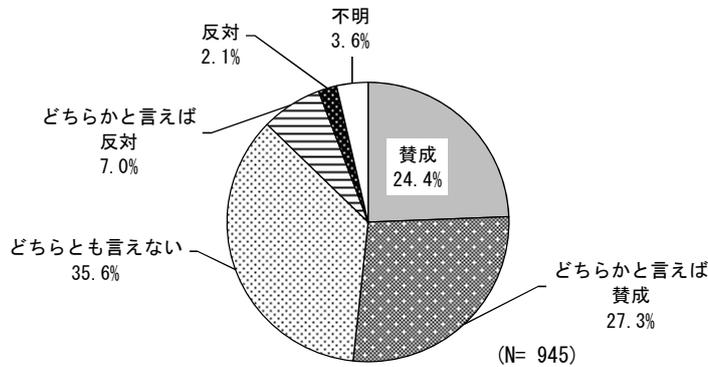
○「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」と回答した人にその理由について尋ねたところ、全体では「家の近くだから」55.3%、「今までの薬のことをわかってくれているから」50.6%、「待ち時間が短いから」27.2%、「医療機関・医師との連携がとれているから」26.5%となっています。



(8) 今後の地域医療体制について

ア それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療すること

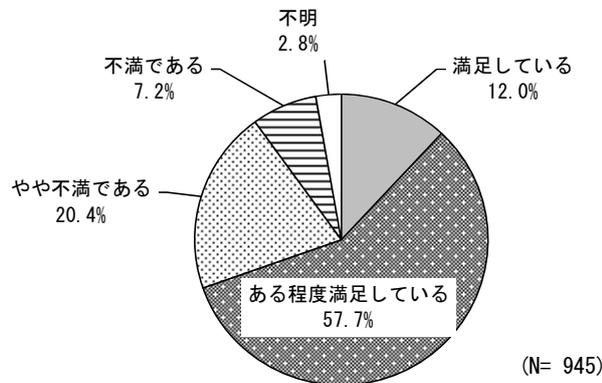
○それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療することについて、「賛成」と「どちらかと言えば賛成」を合算した『賛成』は51.7%となっています。以下、「どちらとも言えない」35.6%、「どちらかと言えば反対」7.0%、反対2.1%となっています。



イ 居住地域の医療機関の整備状況

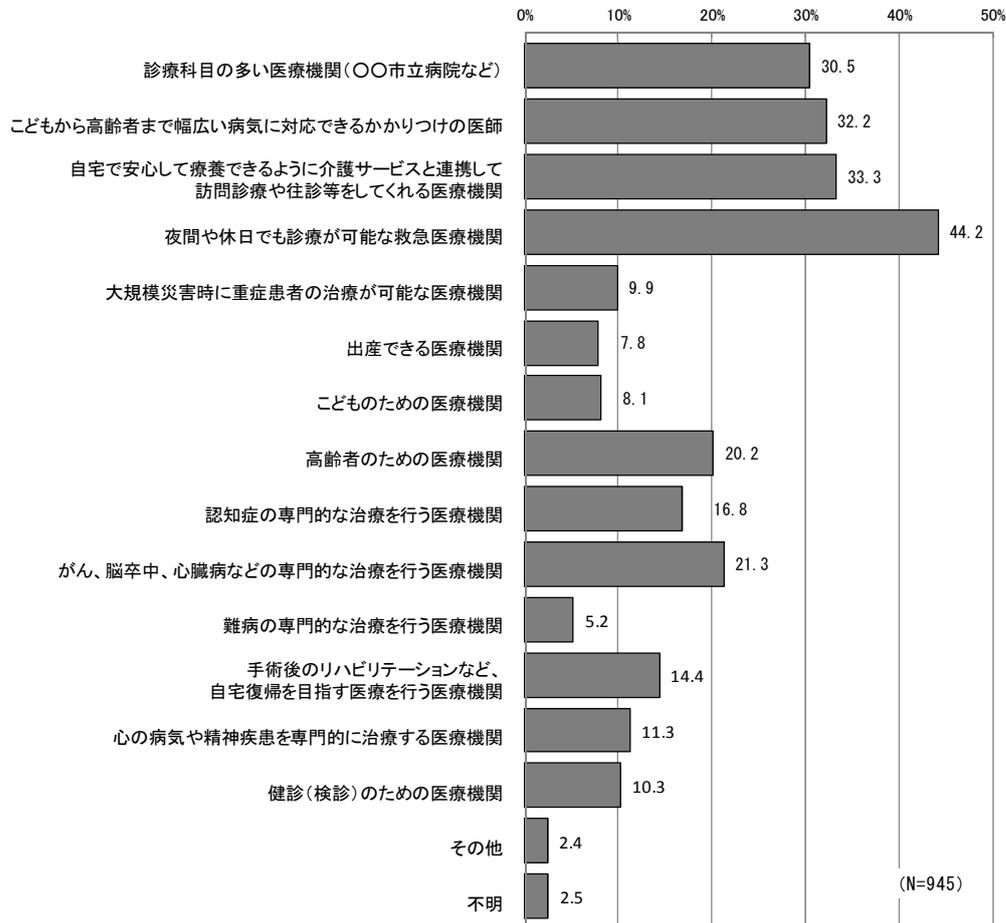
○居住地域の医療機関の整備状況について、全体では「ある程度満足している」が57.7%で最多、以下「やや不満である」20.4%、「満足している」12.0%となっています。

○「満足している」と「ある程度満足している」を合算した『満足』は69.7%となっています。



ウ 今後特に整備充実を図るべき医療体制

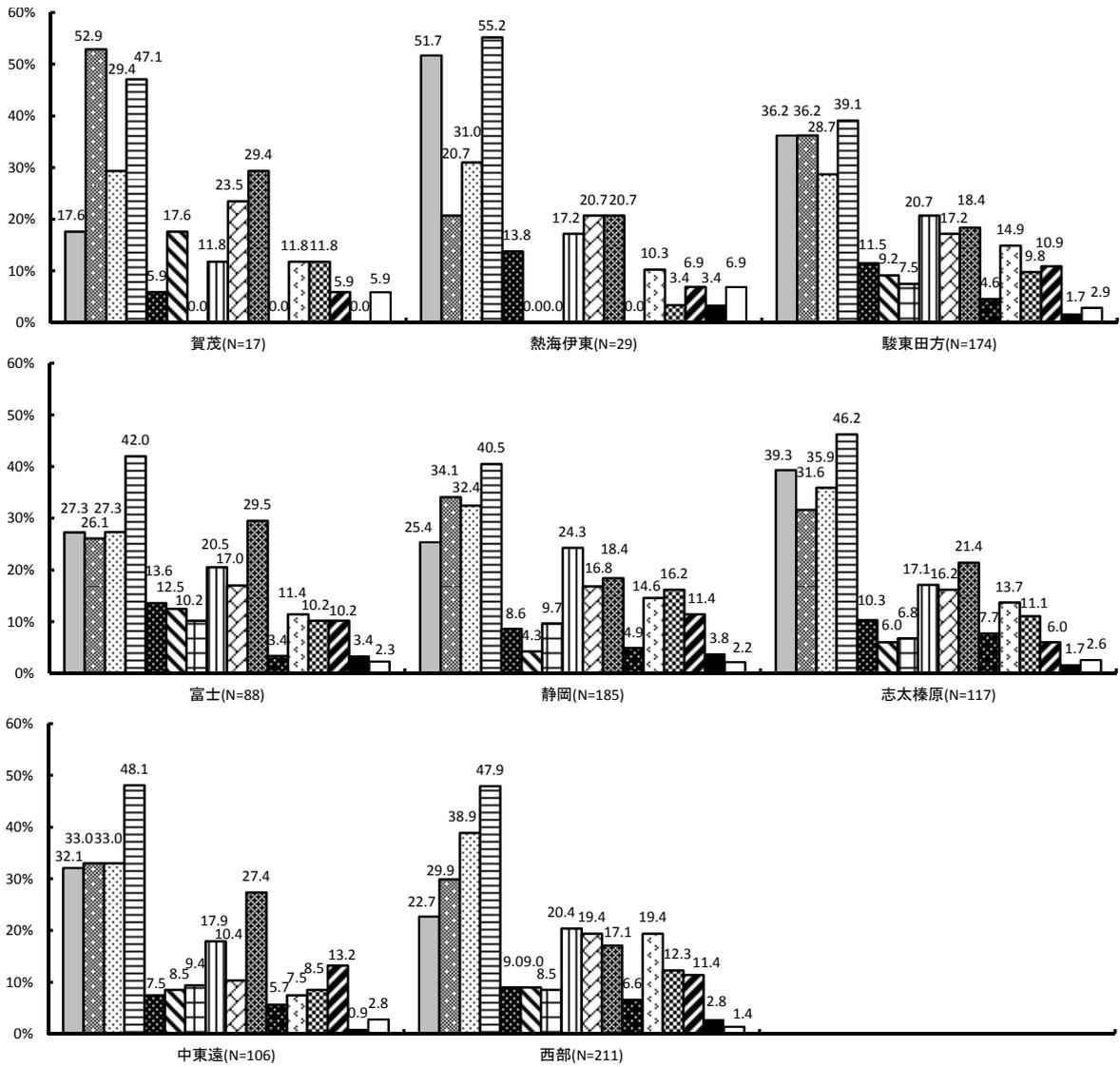
○今後特に整備充実を図るべきだと思う医療体制について、全体では「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」が44.2%で最多、以下「自宅で安心して療養できるように介護サービスと連携して訪問診療や往診等してくれる医療機関」33.3%、「こどもから高齢者まで幅広い病気に対応できるかかりつけの医師」32.2%となっています。



< 2次保健医療圏別 >

- ・賀茂では「こどもから高齢者まで幅広い病気に対応できるかかりつけの医師」が5割以上で最多となっています。それ以外の圏域では「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」が最多となり、特に熱海伊東では5割半ばと高めとなっています。
- ・他の項目では、「診療科目の多い医療機関(〇〇市立病院など)」が熱海伊東で5割以上、「がん、脳卒中、心臓病などの専門的な治療を行う医療機関」が賀茂、富士で3割弱となっています。

- 診療科目の多い医療機関(〇〇市立病院など)
- こどもから高齢者まで幅広い病気に対応できる かかりつけの医師
- 自宅で安心して療養できるように介護サービスと連携して訪問診療や往診等をしてくれる医療機関
- 夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関
- 大規模災害時に重症患者の治療が可能な医療機関
- 出産できる医療機関
- こどものための医療機関
- 高齢者のための医療機関
- 認知症の専門的な治療を行う医療機関
- がん、脳卒中、心臓病などの専門的な治療を行う医療機関
- 難病の専門的な治療を行う医療機関
- 手術後のリハビリテーションなど、自宅復帰を目指す医療を行う医療機関
- 心の病気や精神疾患を専門的に治療する医療機関
- 健診(検診)のための医療機関
- その他
- 不明



第3節 医療資源

1 病院及び診療所の概況

(1) 病院

○2017（平成29）年4月1日現在、病院数は181施設、病床数は38,910床で、2012（平成24）年と比較して244床少なくなっています（図表2-18、2-19）。

○病床の種類については、一般病床が21,142床、療養病床が10,871床、精神病床が6,741床で、人口10万人当たりの一般病床数は575.3床です。

(2) 診療所

ア 一般診療所

○2017（平成29）年4月1日現在、一般診療所数は2,762施設で、このうち有床診療所が205施設あります。病床数は2,177床で、2012（平成24）年と比較して587床少なくなっています（図表2-18、2-19）。

○人口10万人当たりの一般診療所数は、75.2施設です。

イ 歯科診療所

○2017（平成29）年4月1日現在の歯科診療所数は、1,792施設です（図表2-18）。

○人口10万人当たりの歯科診療所数は、48.8施設です。

図表2-18 医療施設（病院・診療所）数の推移 (単位：施設)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
病院数	183	183	182	183	181	181
一般診療所数	2,740	2,743	2,745	2,737	2,746	2,762
有床	280	267	246	230	216	205
無床	2,460	2,476	2,499	2,507	2,530	2,557
歯科診療所数	1,792	1,787	1,795	1,801	1,806	1,792

(各年度4月1日現在：県医療政策課調べ)

図表2-19 使用許可病床数の推移 (単位：床)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
病院	39,154	39,252	38,800	38,937	38,861	38,910
一般病床	21,334	21,463	21,122	21,004	21,083	21,142
療養病床	10,608	10,530	10,582	10,897	10,871	10,871
精神病床	6,986	7,033	6,880	6,870	6,751	6,741
結核病床	178	178	168	118	108	108
感染症病床	48	48	48	48	48	48
一般診療所	2,764	2,714	2,523	2,415	2,295	2,177
歯科診療所	5	5	5	3	3	0

(各年度4月1日現在：県医療政策課調べ)

2 医療人材の概況

(1) 医師

○2014（平成26）年末における本県の医師数（医療施設従事者）は、7,185人で、2010（平成22）年末と比べて302人増加しています。

○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

○2014（平成26）年末における本県の歯科医師数（医療施設従事者）は、2,268人で、2010（平成22）年末と比べて35人増加しています。

○人口10万人当たりでは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

○2014（平成26）年末における本県の薬剤師数（薬局及び医療施設従事者）は、5,883人で、2010（平成22）年末と比べて474人増加しています。

○人口10万人当たりでは158.8人で、全国平均の170.0人と比較すると11.2人下回っています。

(4) 看護師

○2014（平成26）年末における本県の就業看護師数は、29,174人で、2010（平成22）年末と比べて3,266人増加しています。

○人口10万人当たりでは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。

図表2-20 医療人材の推移

（各年12月31日現在）

		平成22年	平成24年	平成26年
医師数 （医療施設従事者）	静岡県	6,883 (182.8)	6,967 (186.5)	7,185 (193.9)
	全国	280,431 (219.0)	288,850 (226.5)	296,845 (233.6)
歯科医師数 （医療施設従事者）	静岡県	2,233 (59.3)	2,260 (60.5)	2,268 (61.2)
	全国	98,723 (77.1)	99,659 (78.2)	100,965 (79.4)
薬剤師数（薬局及び 医療施設従事者）	静岡県	5,409 (143.7)	5,611 (150.2)	5,883 (158.8)
	全国	197,616 (154.3)	205,716 (161.3)	216,077 (170.0)
看護師数	静岡県	25,908 (688.1)	27,627 (739.4)	29,174 (787.4)
	全国	952,723 (744.0)	1,015,744 (796.6)	1,086,779 (855.2)

※（ ）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」、衛生行政報告例

第3章 保健医療圏

第1節 保健医療圏の設定の基本的考え方

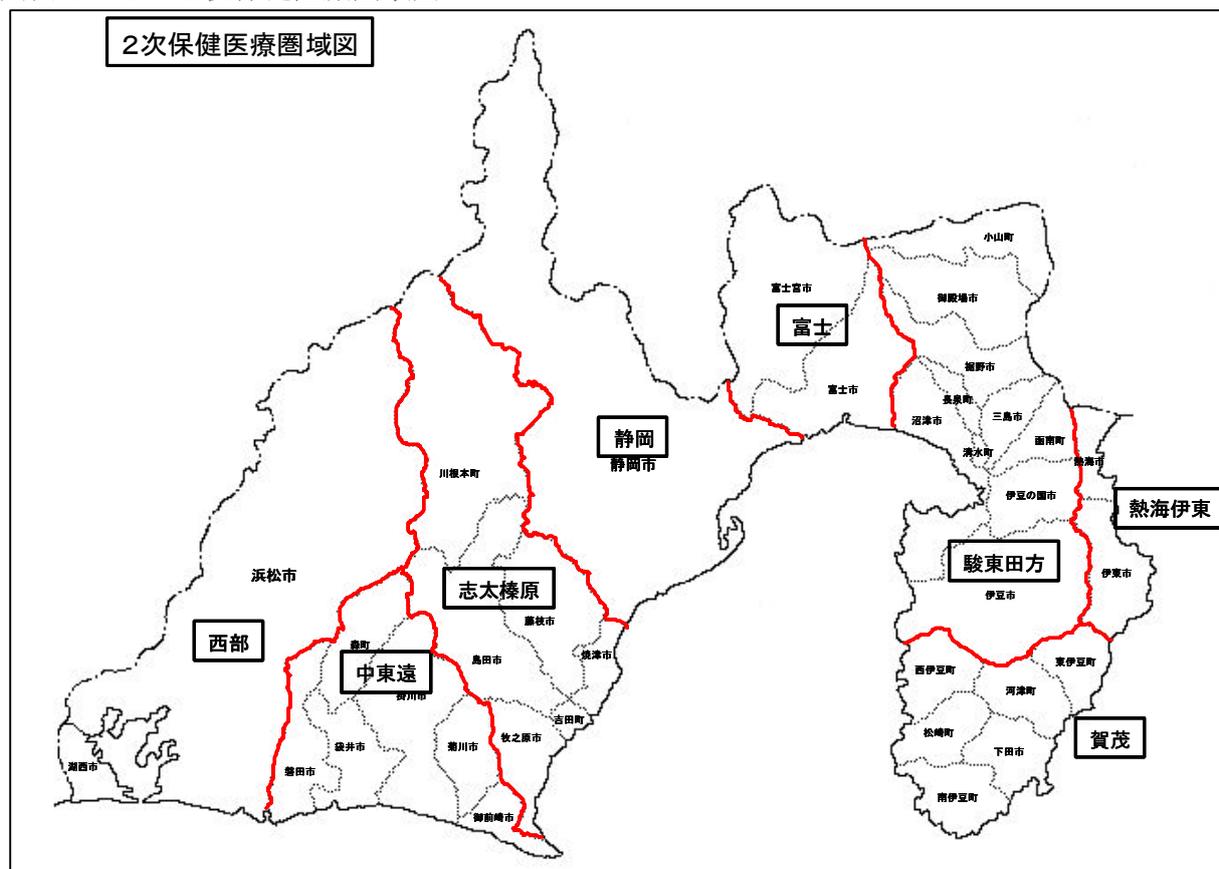
- 県民が生涯にわたり健康な生活を送れるようにするためには、県民誰もが、いつでもどこでも適切な保健医療サービスが受けられるよう、健康増進から疾病予防、健康診断、治療及びリハビリテーションに至る包括的で継続性のある医療提供体制の整備が必要です。
- このため、保健・医療・福祉の連携と施策の効果的な展開を図る地域単位として、また、限られた医療資源の適正な配置と機能連携を図り、医療提供体制の確保を図るための地域単位として、自然的条件及び社会的条件も踏まえた上、保健医療圏を設定します。
- 2次保健医療圏は、特殊な医療を除く入院医療に対応し、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携等により、県民に包括的な保健医療サービスを提供する圏域です。また、主として病院及び診療所の病床の整備を図る地域的単位として設定され、一般病床及び療養病床の基準病床数を設定します。
- なお、2次保健医療圏及び3次保健医療圏は、医療法等に基づき、医療計画を推進していくための区域を設定するものであり、県民の医療機関の選択等を妨げる趣旨のものではありません。

第2節 保健医療圏の設定

1 2次保健医療圏

- 2次保健医療圏の設定は、入院・外来受療動向、保健医療資源の状況、交通事情、行政機関・関係団体等の管轄区域等、社会的条件を考慮して行います。(図表3-1、3-2)
- 厚生労働省の医療計画作成指針では、「人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合(特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合)、その設定の見直しについて検討する」とされています。2017(平成29)年5月に本県が実施した在院患者調査によると、見直し基準に該当する医療圏はありませんでした(図表3-3)。
- これらのことから、2次保健医療圏の区域は現行の通りとし、広域での対応が必要な疾病・事業については、医療資源の実情に応じて、隣接する2次保健医療圏間での連携等により適切な医療提供体制を確保していきます。なお、静岡県長寿者保健福祉計画における、介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域である「長寿者保健福祉圏域」とも一致した圏域としています。

図表 3 - 1 2次保健医療圏域図



図表 3 - 2 2次保健医療圏別構成市町・面積・人口

医療圏	構成市町名	面積 (km ²)	人口 (人)
賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	583.6	65,197
熱海伊東	熱海市、伊東市	185.9	104,827
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	1,276.9	654,623
富士	富士宮市、富士市	634.0	377,836
静岡	静岡市	1,411.9	701,803
志太榛原	島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町	1,209.4	460,970
中東遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町	831.1	465,342
西部	浜松市、湖西市	1,644.6	856,347
	合計	7,777.4	3,686,945

※面積は、2016（平成28）年11月1日現在（国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」）

※人口は、2016（平成28）年10月1日現在（静岡県経営管理部「静岡県年齢別人口推計」）

図表 3 - 3 一般・療養病床の流出入患者割合

医療圏	人口	流入患者割合		流出患者割合	
			前回		前回
賀 茂	65,197 人	25.1%	26.0%	35.4%	37.5%
熱海伊東	104,827 人	29.3%	32.7%	38.1%	47.2%
駿東田方	654,623 人	23.5%	24.2%	11.6%	11.2%
富 士	377,836 人	10.5%	12.5%	21.3%	24.1%
静 岡	701,803 人	15.8%	16.1%	8.4%	8.8%
志太榛原	460,970 人	5.3%	6.2%	18.4%	19.2%
中 東 遠	465,342 人	8.8%	8.3%	24.7%	27.3%
西 部	856,347 人	14.2%	14.9%	9.7%	10.9%

※静岡県健康福祉部「在院患者調査（2017（平成 29）年 5 月 31 日）」前回は 2014（平成 26）年 5 月 28 日に実施

※太字は、厚生労働省の定める 2 次医療圏の見直し基準に該当する項目（人口・流入患者割合・流出患者割合の 3 項目全てに該当すると、見直しの検討対象）

2 3 次保健医療圏

- 3 次保健医療圏は、特殊な診断や治療、先進的な技術を必要とするものや発生頻度が低い治療が困難な疾病等に関するものなど、特殊・高度・専門的な医療需要に対応するための区域であり、県全域を対象とします。

（参考） 1 次保健医療圏

- 1 次保健医療圏は、法令上は特に明記されていませんが、住民自らが健康づくりに取り組むとともに、日常的な健康相談、住民の健康管理、疾病予防及び日常的疾病や外傷等の診断、治療、在宅医療等住民に密着した保健医療サービスを福祉サービスと一体となって提供していく基本的な区域として、位置付けできます。
- 日常的な傷病に対応する医療は、身近に受診できるかかりつけ医療機関を中心とした地域医療体制が必要です。本県では、市町の保健・医療提供体制も大きく異なることから、1 次保健医療圏については、かかりつけ医等によるプライマリーケアが推進される区域を地域の実情に応じてとることとします。

第3節 基準病床数

- 基準病床数は、病床の適正配置の促進と適切な入院医療の確保を目的に、病床整備の基準として、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づき、病床の種類ごとに定めるものです。一般病床及び療養病床は2次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床及び結核病床は静岡県全域でそれぞれ定めることとされています。
- 基準病床数の算定については、入院受療率や平均在院日数など、国が示す係数、算定式を用いて行います。
- 既存病床数が基準病床数を上回る圏域においては、原則として病院及び有床診療所の開設、増床等はできず、開設の中止、増床数の削減等の知事の勧告の対象となります。
- 本県における病床種別ごとの基準病床数及び既存病床数は次のとおりです。

1 2次保健医療圏における一般病床及び療養病床数

精査中

2次保健医療圏名	基準病床数 A	既存病床数※ B	差引 B - A
賀 茂	5 5 8	8 5 8	3 0 0
熱海伊東	8 3 2	1, 1 3 6	3 0 4
駿東田方	5, 5 8 7	6, 4 9 5	9 0 8
富 士	2, 1 2 5	2, 5 4 7	4 2 2
静 岡	5, 6 1 7	6, 3 8 6	7 6 9
志太榛原	2, 8 4 1	3, 5 2 4	6 8 3
中 東 遠	2, 5 5 0	3, 0 0 8	4 5 8
西 部	6, 1 9 8	7, 4 4 4	1, 2 4 6
計	2 6, 3 0 8	3 1, 3 9 8	5, 0 9 0

※2017（平成29）年9月30日現在の既存病床数に、医療法施行規則の規定に基づく所要の補正を行った数。

2 県全域における精神病床数、結核病床数及び感染症病床数

精査中

病床の種別	基準病床数 A	既存病床数※ B	差引 B - A
精神病床	(H32) 5, 3 8 8	6, 7 1 9	1, 3 3 1
結核病床	8 2	1 0 8	2 6
感染症病床	4 8	4 8	0

※既存病床数は2017（平成29）年9月30日現在。精神病床については、医療法施行規則の規定に基づき、所要の補正を行った数。

第4章 地域医療構想

- 団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような、切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築するため、2014（平成26）年6月に医療介護総合確保推進法が成立しました。この一括法において、医療法の中で医療計画の一部として「地域医療構想」が新たに位置づけられました。
- 地域医療構想は、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を目的とするものです。
- 本県においても、2016（平成28）年3月に「静岡県地域医療構想」を策定しました。

第1節 構想区域

- 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、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です。
- 将来の病床数の必要量（必要病床数）を設定する地域的な単位であり、現行の2次保健医療圏を原則として、人口構造の見通し、医療需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し等を考慮して設定します。（医療法施行規則第30の28の2）
- このため、本県における構想区域も2次保健医療圏と同一とします。この区域は、保健・医療・介護（福祉）の総合的な連携を図るため、静岡県長寿者保健福祉計画における長寿者保健福祉圏域とも一致しています。

第2節 2025（平成37）年の必要病床数、在宅医療等の必要量

1 推計方法

- 地域医療構想では、各構想区域における2025（平成37）年の病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの必要病床数と居宅等における医療の必要量（在宅医療等の患者数）を、厚生労働省令の定める算定式により算出しました。

(1) 高度急性期、急性期、回復期機能

- 患者の状態や診療の実態を反映できるよう、一般病床等の患者のNDBのレセプトデータ¹やDPCデータ²などを分析することで推計しました。

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）で分析しています。
- 病床の機能別分類の境界点の考え方は、図表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

¹ NDB（National Database）：レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称。高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集するレセプト（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。

² DPC（Diagnosis Procedure Combination）データ：DPCとは診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと、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。

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した。

図表 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)

(2) 慢性期機能及び在宅医療等³

- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在、療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025(平成37)年には在宅医療等で対応するものとしています。
- 地域において、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計しました。その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小⁴していくこととしました。
- 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、厚生労働省令の定める算定式により、以下の内容で推計しました。

- 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
- 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、在宅医療等で対応する患者数として推計。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。
- 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。
- 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。
- 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。

³ 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。

⁴ 地域差を一定の目標まで縮小：本県では「構想区域ごとの入院受療率と全国最小値との差を一定割合解消する」ことを設定しています。

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。

2 推計結果

- 2025（平成 37）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図表 4-2 に示します。
- 医療需要の推計には、2025（平成 37）年も現状（2013（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」とがありますが、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」、「急性期、回復期、慢性期については患者住所地ベース」を用いました。
- また、都道府県間の患者移動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%）で除したものを平成 37 年（2025 年）の必要病床数として推計しました。在宅医療等の必要量については、患者に身近な地域で医療が提供できるよう、患者住所地ベースを用いました。

（1）2025（平成 37）年の必要病床数

- 2025（平成 37）年における静岡県の必要病床数は 26,584 床、このうち高度急性期は 3,160 床、急性期は 9,084 床、回復期 7,903 床、慢性期は 6,437 床と推計しました。
- 2016（平成 28）年の病床機能報告における静岡県の稼働病床数は 31,158 床です。2025（平成 37）年の必要病床数と比較すると 4,574 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 21,272 床（2016（平成 28）年の稼働病床数）と 20,147 床（2025（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、9,886 床（2016（平成 28）年の稼働病床数）と 6,437 床（2025（平成 37）年の必要病床数）と大きな差が見られます。（図表 4-3）
- 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、地域における介護老人保健施設など受け皿の整備も重要となります。
- なお、回復期機能については、地域包括ケア病棟及び回復期リハ病棟に限られるものではないことから、国の病床機能報告制度の見直し状況も踏まえつつ、地域医療構想調整会議における病棟単位での機能の検証など、より正確な実態把握を行っていきます。
- また、慢性期機能については、療養病床を有する医療機関の転換意向が重要となりますが、介護医療院の施設基準など流動的な要因も多いことから、今後も継続して転換意向を把握していきます。

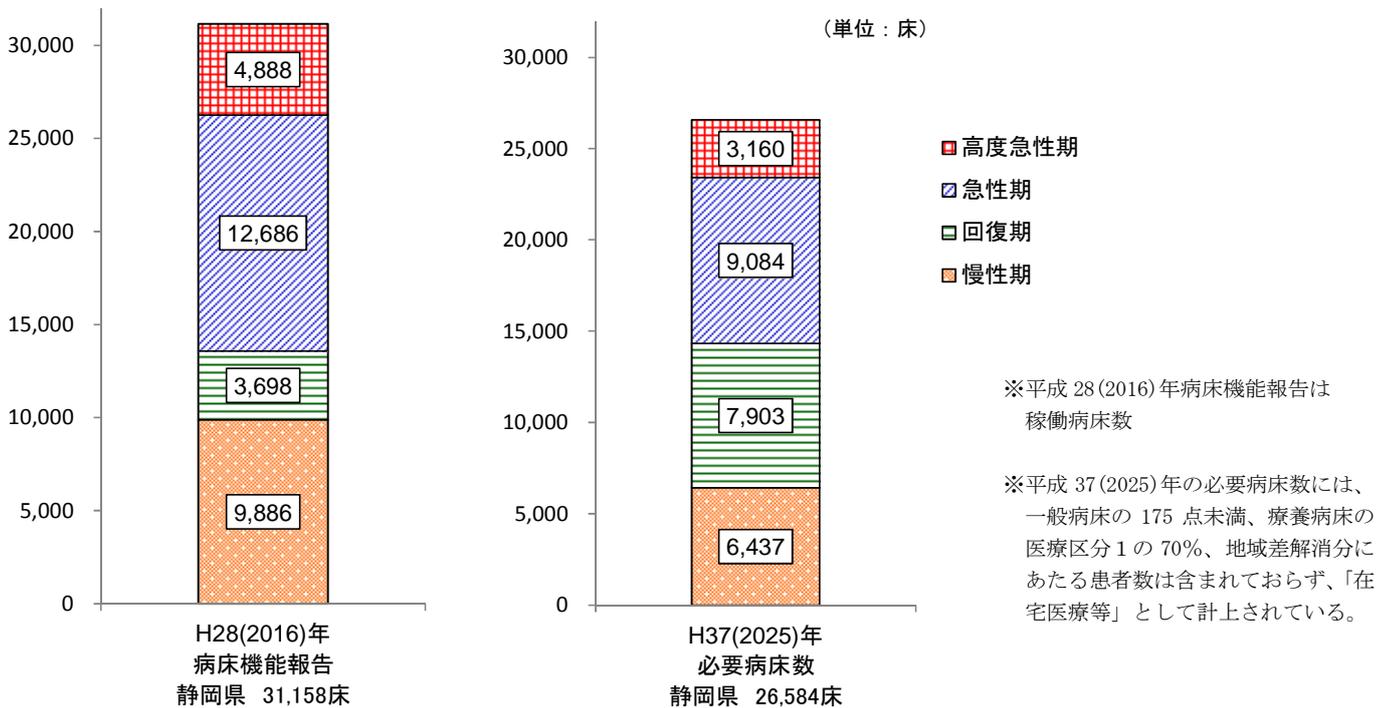
図表 4-2 2025（平成 37）年の必要病床数

	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%

(単位：床)

※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。

図表 4-3 2016（平成 28）年病床機能報告と 2025（平成 37）年必要病床数の比較



<留意事項：病床機能報告と必要病床数との比較について>

- ・「病床機能報告」は、定性的な基準に基づき、各医療機関が病棟単位で自ら選択します。
- ・「必要病床数」は、厚生労働省の定める算定式により、診療報酬の出来高点数等から推計しています。
- ・このようなことから、病床機能報告の病床数と必要病床数は必ずしも一致するものではありませんが、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて、参考として比較するものです。

(2) 2025（平成 37）年の在宅医療等の必要量

○2025(平成 37)年における静岡県の在宅医療等の必要量⁶は 40,093 人、うち訪問診療分は 17,305 人と推計しました。

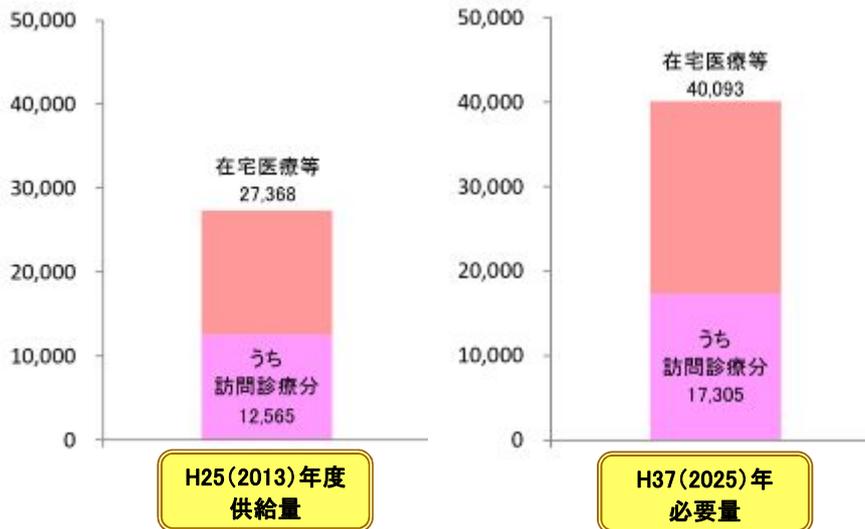
○2013（平成 25）年度の供給量と比較すると、2025（平成 37）年に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 12,725 人、うち訪問診療分について 4,740 人と推計しました。

図表 4－4 在宅医療等の 2013（平成 25）年度供給量と 2025（平成 37）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

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

※2013（平成 25）年度の値は医療機関
所在地ベース

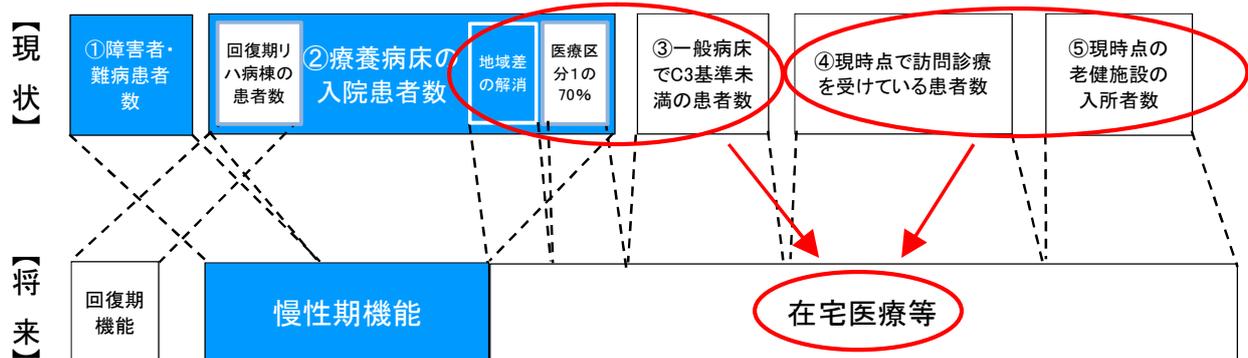


⁶ 在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表しています。実際には全員が 1 日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なってきます。

(3) 在宅医療等の必要量の内訳

- 2025（平成 37）年に向けて、在宅医療等の需要は、「高齢化の進行」や、地域医療構想による病床の機能分化連携を踏まえた「追加的需要」により、大きく増加する見込みです。
- 将来の医療需要については、医療機能の分化・連携により、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、2025（平成 37）年には在宅医療等で対応するものとして推計しました。

図表 4 - 5 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



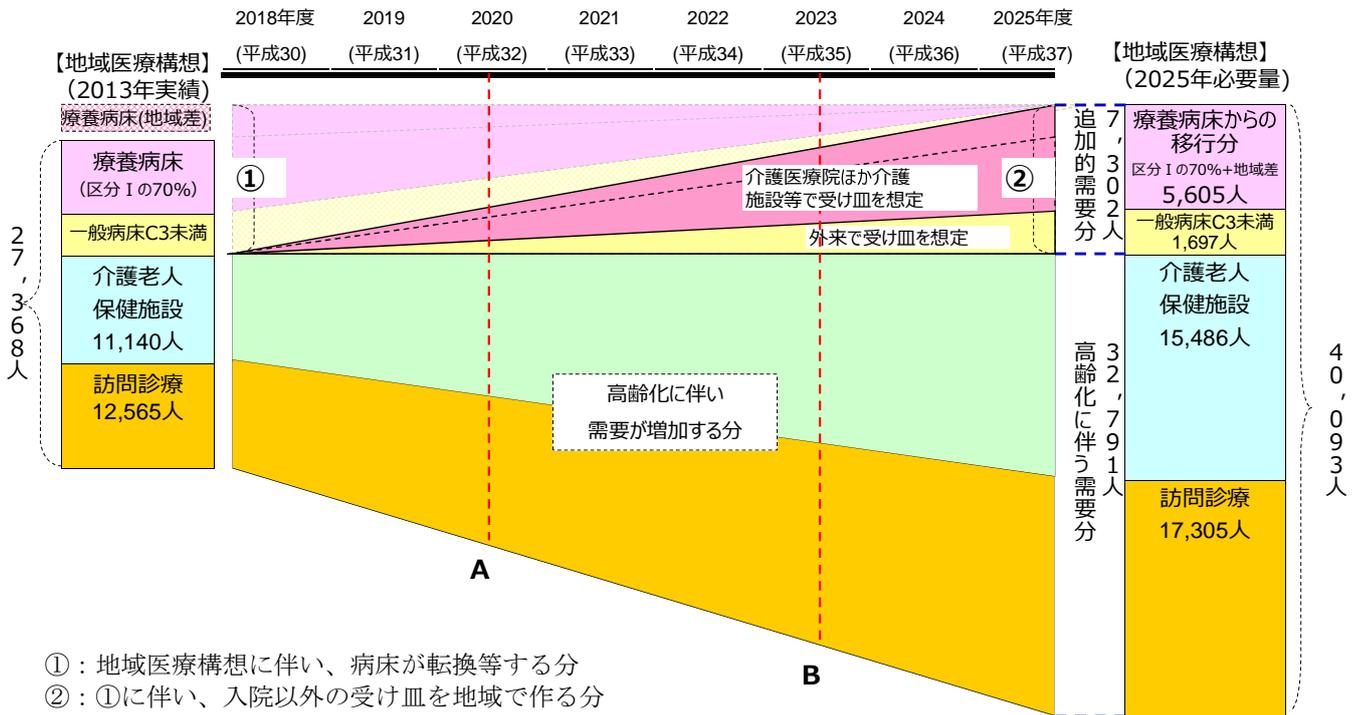
※網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

ア 追加的需要の推計

- 医療・介護需要の増大に確実に対応していくため、県・市町、関係団体が一体となってサービス提供体制を構築していくことが重要です。
- このため、県と市町は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、地域包括ケア推進ネットワーク会議を開催し、保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整合的な整備目標・見込み量を設定しました。
- 介護保険事業計画と整合性のとれた整備目標を検討するためには、両計画の構成要素のそれぞれの必要量や、市町別のデータが必要ですが、現時点においては分析可能なデータに限界があることから、一定の仮定を置いて按分や補正等を行うこととし、具体的には、以下の方法により設定しました。

- ・一般病床から生じる新たなサービス必要量は、一般病床から退院する患者の多くは、退院後に外来により医療を受ける傾向にあることから、基本的には、外来医療により対応するものとして推計。
- ・療養病床から生じる新たなサービス必要量は、介護医療院等で対応する分を除いた上で、外来での対応を目指す部分、在宅医療での対応を目指す部分、介護サービスでの対応を目指す部分を推計。
- ・2025（平成 37）年の追加的需要の推計値を、次期計画開始年度となる 2018（平成 30）年度からの 8 年間で等比按分して、2020（平成 32）年度末における整備目標を設定
(2010 年度末の整備目標 = 2025 年のサービス必要量 × 3 / 8)

図表 4-6 地域医療構想を踏まえた 2025（平成 37）年における在宅医療等の必要量のイメージ



ウ 2025（平成 37）年の在宅医療等の必要量への対応

- 2025（平成 37）年における在宅医療等の必要量は県全体で 40,093 人、このうち追加的需分は 7,302 人、高齢化に伴う需分は 32,791 人と推計されます。
- この対応に向けて、訪問診療 19,218 人、介護医療院 2,183 人、介護老人保健施設 14,439 人等に対応する体制の整備を目指します。 ※精査中

2025年	在宅医療等必要量				提供見込み量(追加的需分+高齢化分)					
	追加的需分		高齢化に伴う需分		介護医療院	外来	介護老人保健施設	訪問診療	その他	
	療養病床分	一般病床分	介護老人保健施設分	訪問診療分						
静岡県	40,093	5,606	1,695	15,486	17,305	2,183	3,740	14,439	19,218	512

※四捨五入により数字が一致しないものがある。

エ 2020（平成 32）年の在宅医療等の必要量への対応

- 2020（平成 32）年における在宅医療等の必要量は県全体で 31,757 人、このうち追加的需分は 2,737 人、高齢化に伴う需分は 29,018 人と推計されます。
- この対応に向けて、訪問診療 15,797 人、介護医療院 68 人、介護老人保健施設 12,924 人等に対応する体制の整備を目指します。 ※精査中

2020年度	在宅医療等必要量				提供見込み量(追加的需分+高齢化分)							
	追加的需分		高齢化に伴う需分		介護医療院	介護療養病床	医療療養病床	外来	介護老人保健施設	訪問診療	その他	
	療養病床分	一般病床分	介護老人保健施設分	訪問診療分								
静岡県	31,757	2,101	636	13,676	15,342	68	1,118	400	1,198	12,924	15,797	252

※四捨五入により数字が一致しないものがある。

第3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・介護に携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⁷等を活用して推進します。

1 病床の機能分化・連携の推進

- (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）
- (2) 慢性期医療（療養病床）の在り方の検討
- (3) 病床の機能分化・連携に関する県民の理解促進

2 在宅医療等の充実

- (1) 在宅医療の基盤整備の促進
- (2) 介護サービスの充実
- (3) 在宅医療を支える関係機関の連携体制の構築
- (4) 認知症施策の推進
- (5) その他在宅療養患者への支援
- (6) 在宅医療等に関する県民の理解促進

3 医療従事者の確保・養成

- (1) 医師、看護職員等の確保・育成
- (2) 医療従事者の勤務環境改善支援

4 介護従事者の確保・育成

- (1) 介護従事者の確保・養成
- (2) 労働環境・処遇の改善

5 住まいの安定的な確保

- (1) 居住安定の確保
- (2) 特定施設等の整備推進等

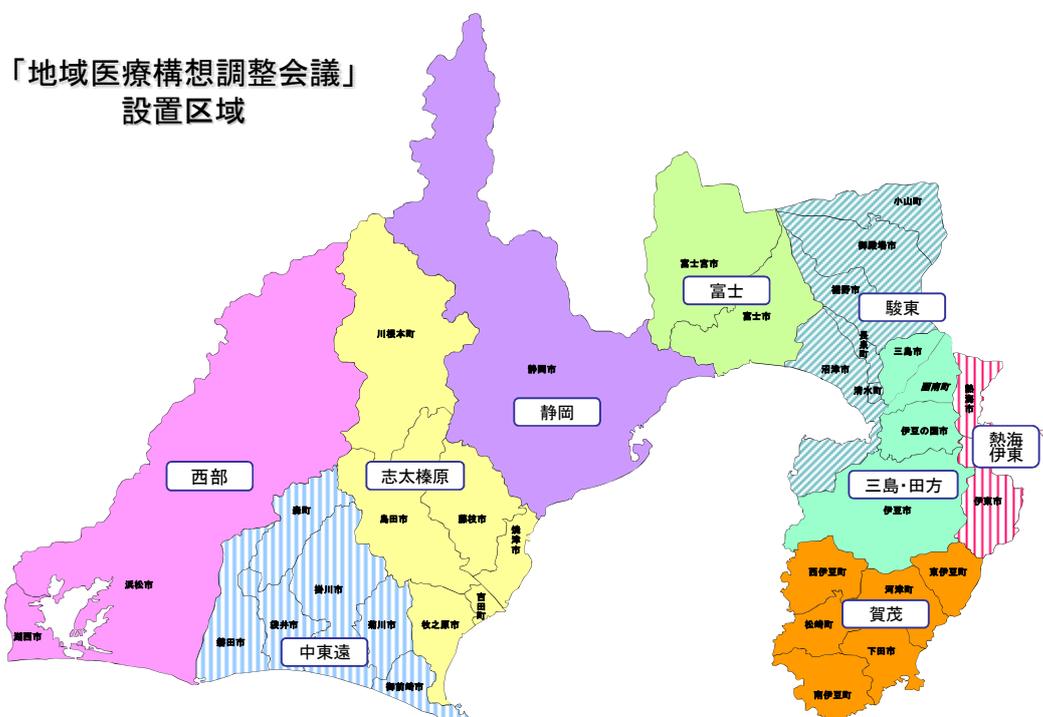
⁷ 地域医療介護総合確保基金（医療介護総合確保促進法第6条）：都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）に要する経費を支弁するため、消費税増収分を活用して、都道府県に設置する基金。

第4節 地域医療構想の推進体制

- 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において引き続き、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、厚生労働省などの動向も踏まえつつ、静岡県保健医療計画に掲げる疾病、事業及び在宅医療についても議論し、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

- 本県では、各構想区域等における協議の場として、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、市町などから構成する「地域医療構想調整会議」を平成28年度に9区域⁸で設置し、地域医療構想の実現に向けた検討を進めています。
- 地域医療構想調整会議では、各医療機関における自主的な病床の機能分化及び連携、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。
- 併せて、各医療機関が策定した「新公立病院改革プラン」、「公的医療機関等2025プラン」等で示された、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性について、具体的な議論を進めます。
- 各構想区域での協議の状況については、医療審議会や地域医療協議会等へ報告します。

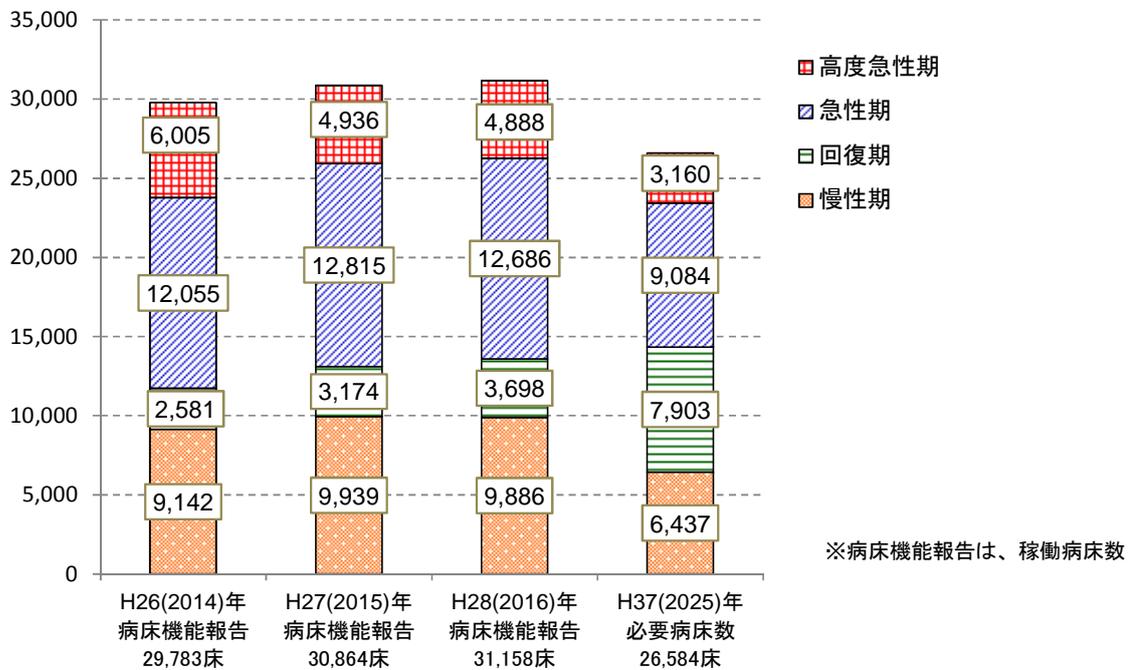


⁸ 駿東田方保健医療圏においては「駿東」と「三島・田方」の2区域で設置

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。
- 病床機能報告の3年間の推移を見ると、高度急性期機能は減少し、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能は増加しています。
- 病床機能報告と2025（平成37）年の必要病床数を比較すると、回復期機能が大きく不足していますが、国の病床機能報告制度の見直し状況も踏まえつつ、地域医療構想調整会議における病棟単位での機能の検証など、より正確な実態把握を行っていきます。

図表4-7 病床機能報告の推移と2025（平成37）年の必要病床数との比較（静岡県）



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。

参考：医療法の規定に基づく対応

○将来の方向性を踏まえた自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合、改正医療法等により、都道府県知事は地域医療構想の実現に向けて以下の対応が可能とされています。

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

※①～④の実施には、県医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要があります。

※勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができることとされています。

第5章 医療機関の機能分担と相互連携

第1節 医療機関の機能分化と連携

1 現状

- 高齢化の進行、疾病構造の変化、医療技術の発達等により、急性期、回復期、慢性期、在宅医療などそれぞれの段階に応じて多様な医療提供が必要となっています。
- 多様な医療機能を全て1つの医療機関で提供することは困難であり、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を提供するため、各医療機関の機能分化を前提とした連携を図ることが必要です。
- 2016（平成28）年3月、本県では、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するために定める「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を目的として「静岡県地域医療構想」を策定しました。
- 地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携を図る観点から、かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院として、21病院を承認しています。

2 課題

- 医療機能の分化と連携を進めるため、行政、医療関係者、医療保険者等が一丸となって、地域医療構想の実現に向け取り組んでいく必要があります。
- 医療機能の分化と連携に当たっては、各医療機関が互いに担っている医療機能について、理解し、各地域にふさわしい医療提供体制を構築していくことが必要です。
- 地域医療支援病院が未整備の2次保健医療圏があります（賀茂、熱海伊東）。
- 医療の受け手である住民の理解を得て進めていく必要があります。

3 対策

- 地域医療構想の実現に向け、各構想区域に設置される地域医療構想調整会議において、関係者と協議し、医療機能の分化・連携を推進していきます。
- 病床機能報告制度により医療機関（一般・療養病床を有する病院及び診療所）から報告された情報を活用し、関係者が地域の医療体制について共通認識を形成し、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議を進め、医療機関の機能分化と連携を促していきます。
- 県内の医療施設間で患者・診療情報を共有するネットワークシステムの活用を推進し、病診連携・病病連携等の地域連携の利便性向上と効率化・迅速化により、医療提供体制の強化を図ります。
- 各圏域の地域医療協議会等において、地域連携クリティカルパス導入など具体的な推進に向けた検討を行います。
- 病院に地域医療連携室等の設置を促し、医療機関の連携システムの推進を図ります。
- 地域医療支援病院のない圏域の解消を目指します。
- 県民に対して、地域医療構想の目的や医療機能の分化・連携の必要性などを周知するとともに、医療機能情報提供制度を充実することにより、県民の適切な医療機関の選択を支援します。

第2節 プライマリーケア

【対策のポイント】

- かかりつけ医等の推進

1 現状

(1) プライマリーケア

- プライマリーケアは、診療所など住民に身近な医療機関が行う健康相談や診療など日常的な保健・医療サービスです。
- 県民が生涯を通じて、心身ともに健康でいられるためには、重い疾病や負傷した場合の治療だけでなく、健康の維持増進、疾病の予防や早期発見から、重症化予防のための継続的な治療、さらに退院後のリハビリテーションや、再発予防のための治療指導までの継続的かつ包括的な保健医療サービスが必要であり、プライマリーケアは地域における医療の基本となるものです。
- さらに、介護保険制度における要介護認定に必要な意見書の作成や訪問看護等の指示など、患者等が住みなれた地域で安心して生活が送れるよう様々なサービスが行われています。

(2) かかりつけ医等

- このような、県民に身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供するプライマリーケアの中心的役割を担っているのが、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医（以下「かかりつけ医等」という。）です。
- 2016（平成28）年度に実施したアンケートでは、60.8%が「かかりつけ医」がいると回答しています。かかりつけの理由としては、「家が近い」、「昔からみてもらっている」「必要な時は、専門医や専門病院を紹介してくれる」が、上位を占めています。
- また、軽い病気にかかった場合に、「診療所に行く」との回答が71.5%となっている一方で、「大きな病院に行く」との回答が8.6%となっています。

2 課題

- かかりつけ医等によるプライマリーケアが十分に機能しないと、軽い症状の時に適切な保健医療サービスを受けることができなくなるだけでなく、結果として、救急医療機関等に過度な負担が掛かるおそれがあります。
- サービスの受け手である県民に対し、かかりつけ医等に関する周知を図るとともに、医療機関等のサービス提供側の連携が十分図られるよう、医療機能に関する情報を県民及び医療機関の双方に適切かつ迅速に提供することが必要です。

3 対策

- プライマリーケアの充実を図るために、中核を担う地域の医師が新しい医療技術や知識を習得するため、関係機関・団体による医師の生涯教育を支援します。
- 患者の病態に応じ、診療所から病院や専門医療機関などへの患者の紹介や、入院治療を終えた患者の治療を引き続き診療所で行うなど、患者に継続した治療が円滑に提供できるように、診療所と病院との情報交換や、紹介率及び逆紹介率の向上、医療機器の共同利用等の病診連携を

促進します。

- 医療機能情報提供制度（医療ネットしずおか）等により、県民に対して各医療機関の医療機能等に関する情報を適切に提供するほか、かかりつけ医等の選択を支援します。また、かかりつけ医等と病院との役割分担と連携を促進します。

第3節 地域医療支援病院の整備

【対策のポイント】

- 地域医療支援病院の機能強化によるかかりつけ医等との適切な役割分担と連携の推進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方
地域医療支援病院の整備	6圏域 21病院 (2017年度末)	全ての2次保健医療圏において地域医療支援病院を整備	地域バランスを考慮した整備の推進

1 現状

(1) 地域医療支援病院

- 医療は患者の身近な地域で提供されるのが望ましいという観点から、かかりつけ医等を地域における第一線の医療機関として位置付けるとともに、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図っていく必要があります。
- 「地域医療支援病院」は、「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、都道府県が「地域医療支援病院」の名称を承認する制度です。
- 承認後のフォローアップのため、都道府県は、年次報告書の確認等を行い、基準を満たしていない場合には、2年程度の期間の改善計画の策定を求めるとともに、それによっても改善が図られない場合には、医療審議会の意見を聴いた上で、必要に応じ、承認取消しを含めた取扱いを決定します。
- 診療報酬については、地域医療支援病院入院診療加算により、評価されています。

《地域医療支援病院の主な承認要件（医療法第4条）》

- 1 他の医療機関から紹介された患者に対する医療の提供
次のいずれかを満たしていること
 - ・紹介率（※1）80%以上であること（紹介率 65%以上であって、承認後2年間で80%を達成することが見込まれる場合）
 - ・紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率（※2）が40%以上であること
 - ・紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること

※1 紹介率：初診患者のうち、他の医療機関から紹介状により紹介された患者の数が占める割合のこと。（紹介率＝初診患者のうち紹介患者数÷初診患者数×100）

※2 逆紹介率：全患者のうちから他の医療機関に紹介した者で、診療情報提供料を算定した者の数と、初診患者の総数との比較のこと。（逆紹介率＝逆紹介患者数÷初診患者×100）
- 2 病床、高額医療機器等の共同利用の実施
- 3 救急医療の提供
 - ・救急搬送患者数／救急医療圏域人口×1,000≥2 又は 当該医療機関における年間の救急搬送患者の受入数≥1,000
- 4 地域の医療従事者の資質向上のための研修を実施
 - ・年間12回以上の研修を主催（当該病院以外の医療従事者が含まれること）

5	原則 200 床以上
6	集中治療室等、必要な要件を満たした構造設備を有する
7	その他、次の掲げる取組を行うことが望ましい <ul style="list-style-type: none"> ・良質な医療を提供するための取組をより一層高めていくために、日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価等の第三者による評価を受けること ・逆紹介を円滑に行うため、退院調整部門を設置すること ・地域連携を促進するため、地域連携クリティカルパスを策定するとともに、地域の医療機関に普及させること ・住民・患者が医療機関を適切に選択できるよう、地域医療支援病院は、その果たしている役割を地域住民に対し、他の医療機関よりも適切に情報発信すること

(2) 本県の状況

○本県には、8つの2次保健医療圏のうち、6圏域に21の地域医療支援病院があります。2015（平成27）年3月の計画改定時に比べ、2病院増加しています。

図表5-1 地域医療支援病院（2017（平成29）年9月末現在）

圏域	病院名	承認年月日
駿東田方	沼津市立病院	平成20年7月8日
	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター	平成23年9月29日
富士	富士宮市立病院	平成23年9月29日
	富士市立中央病院	平成29年8月29日
静岡	静岡市立静岡病院	平成28年4月1日 (平成18年9月21日)
	県立こども病院	平成21年4月1日 (平成13年2月23日)
	県立総合病院	平成21年4月1日 (平成19年7月20日)
	静岡済生会総合病院	平成22年9月16日
	静岡赤十字病院	平成22年9月16日
	静岡市立清水病院	平成23年9月29日
志太榛原	焼津市立総合病院	平成22年9月14日
	藤枝市立総合病院	平成22年9月14日
	市立島田市民病院	平成23年9月29日
中東遠	磐田市立総合病院	平成23年9月29日
	中東遠総合医療センター	平成28年8月15日
西部	浜松医療センター	平成13年2月23日
	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院	平成16年6月29日
	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院	平成16年6月29日
	浜松赤十字病院	平成21年9月17日
	浜松労災病院	平成22年9月17日
	J A静岡厚生連遠州病院	平成24年9月10日

※県立総合病院、県立こども病院及び静岡市立静岡病院の括弧内は、地方独立行政法人への移行前の承認年月日

2 課題

- 限られた医療資源を効率的に活用する観点からも、かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院が各圏域において整備されることは望ましいことですが、賀茂圏域及び熱海伊東圏域では未整備となっています。
- 地域医療支援病院となるためには、紹介率をはじめとする承認要件を満たす必要があります。これらは当該病院の努力に加え、診療所や他の病院などの地域の医療関係者の協力、まずはかかりつけ医を受診するなど地域住民の理解も重要です。
- 既に承認されている地域医療支援病院についても、より一層、地域の医療機関との医療機能の分担と連携を推進し、地域医療支援病院にふさわしい機能を発揮していくことが必要です。

3 対策

- 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病診連携を図るため、全ての2次保健医療圏において地域医療支援病院の整備を進めます。
- 要件を満たさない既承認病院については、改善計画に沿った紹介率・逆紹介率向上の取組の推進等により、かかりつけ医との医療機能の分担と連携強化を図るなど、地域医療支援病院にふさわしい役割を発揮できるよう、指導・監督します。

第4節 公的病院等の役割

【対策のポイント】

- 地域医療における中核的な役割
- 地域の医療機関との機能分担と相互連携の強化

1 公的病院等の役割

- 公的病院等（医療法第31条の公的医療機関及び5事業等において中核的な医療機能を担っている病院）は、地域における基幹的な医療機関として重要な役割を果たしています。
- 2007（平成19）年4月に施行された改正医療法により、医療従事者の確保など医療の確保に関する県の施策についての公的医療機関の協力が義務付けられています。
- 県内の公的病院等は、2017（平成29）年4月現在51病院で、一般病床の76.5%、全病床の45.7%を占めています。
- また、本県における自治体病院（県、市町、地方独立行政法人）が占める割合は病院数で14.3%、病床数で25.1%と全国と比較して上回っています。特に、市町村立病院の病床数の割合は、全国の8.8%に対して本県は20.3%と大きく上回っているなど、地域の医療提供体制の中で重要な役割を担っており、今後も地域医療の確保に大きな役割を果たすことが期待されます。

図表5-2 2次保健医療圏別公的病院等の状況（2017（平成29）年4月1日現在）

区分 医療圏名	公的病院等				計	公的病院等病床数			
	公的医療機関 (法第31条)			その他		一般病床		全病床	
	県	市町	日赤 済生会 厚生連						
賀茂		1		2	3	384	(70.6%)	388	(30.2%)
熱海伊東		1		1	2	484	(70.3%)	519	(48.6%)
駿東田方	1	1	4	3	9	2,568	(56.8%)	2,787	(35.1%)
富士		3			3	1,039	(58.5%)	1,147	(31.3%)
静岡	3	2	5	2	12	3,902	(86.5%)	4,326	(56.4%)
志太榛原		4			4	1,857	(77.6%)	2,021	(51.4%)
中東遠		6			6	1,572	(96.9%)	1,740	(44.7%)
西部		4	3	5	12	4,370	(85.9%)	4,835	(51.2%)
合計	4	22	12	13	51	16,176	(76.5%)	17,763	(45.7%)

※病床欄の（ ）書きは、圏域内の病床数に対する割合。

資料：県医療政策課調べ

図表 5 - 3 自治体病院数

(平成26年10月1日現在)

	総数	自治体病院				比率(%)
		都道府県立	市町村立	地方独立行政法人	計	
静岡県	182	1	22	3	26	14.3
全国計	8,493	203	651	93	947	11.2

(出典:厚生労働省「医療施設調査」)

図表 5 - 4 自治体病院の病床数

(平成26年10月1日現在)

	総数	自治体病院							
		都道府県立		市町村立		地方独立行政法人		計	
		実数	比率(%)	実数	比率(%)	実数	比率(%)	実数	比率(%)
静岡県	38,726	569	1.5	7,859	20.3	1,279	3.3	9,707	25.1
全国計	1,568,261	55,076	3.5	137,424	8.8	35,213	2.2	227,713	14.5

※厚生労働省「医療施設調査」

2 公立病院改革等への対応

(1) 現状

(新公立病院改革プラン)

- 2014 (平成 26) 年度末、今般の社会保障制度改革を踏まえた新たな公立病院改革ガイドラインが示され、2020 (平成 32) 年までの計画である「新公立病院改革プラン」が各病院で策定されました。
- これまでの「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」に、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた4つの視点に立って改革を進めることが必要であるとされています。

「新公立病院改革プラン」の内容について (以下の4項目)

<p>新 地域医療構想を踏まえた役割の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> ○将来の機能別の医療需要・必要病床数が示される地域医療構想と整合性のとれた形での当該公立病院の具体的な将来像を明確化 ○地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明確化 等 	<p>経営の効率化</p> <ul style="list-style-type: none"> ○公立病院が担う役割を確保しつつ、黒字化を目指して、経常収支比率等の数値目標を設定し、経営を効率化 ○医師等の人材確保・育成、経営人材の登用等に留意しつつ、経費削減・収入増加等の具体的な取組を明記 等
<p>再編・ネットワーク化</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院間で機能の重複・競合が見られる病院、病床利用率が低水準の病院等、再編・ネットワーク化を引き続き推進(公的・民間病院との再編等を含む) 等 	<p>経営形態の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○民間の経営手法導入等の観点から、地方独立行政法人化、指定管理者制度導入、地方公営企業法の全部適用、民間譲渡等経営形態の見直しを引き続き推進 等

(公的医療機関等 2025 プラン)

- 公的医療機関等においては、地域において果たしている役割等に鑑み、他の医療機関に率先して地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示していただくことが重要であるとして、2017（平成 29）年 8 月に厚生労働省は「公的医療機関等 2025 プラン」の策定を関係機関に求めました。
- 本県では、地域医療構想調整会議において各医療機関が策定したプランを提示して、当該医療機関が今後地域において担うべき役割などについて議論しています。

記載事項

【基本情報】

・医療機関名、開設主体、所在地 等

【現状と課題】

・構想区域の現状と課題

・当該医療機関の現状と課題 等

【今後の方針】

・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

【具体的な計画】

・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項

(例)・4機能ごとの病床のあり方について

・診療科の見直しについて 等

・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標

(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目

・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

(2) 課題

- 公立病院改革プランに基づく取組の結果、再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等により成果が上げられているところですが、依然として医師不足等の厳しい環境は続いていることから、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組むことが一層求められています。
- 地域医療構想の実現を目指す上で、公的病院等は各医療圏において中心的な役割を担うことが引き続き求められています。また、各公立病院が実施する公立病院改革は、地域医療構想と整合をもって行われる必要があります。
- 各医療機関が策定した「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等 2025 プラン」については、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性が図られていることが必要です。

(3) 対策

- 各医療機関が策定した「新公立病院改革プラン」や「公的医療機関等 2025 プラン」を踏まえ、公的病院等の機能等について地域の関係者と協議を進めます。
- 各圏域の実情を勘案しながら、また、当事者や関係機関の意見を十分聴取した中で、より効果的で効率的な医療提供体制の構築を目指して、地域医療構想調整会議など「協議の場」等における議論を進めていきます。
- 併せて、国の動向等も踏まえつつ、静岡県保健医療計画に掲げる疾病、事業及び在宅医療についても議論し、医療連携体制の構築の取組を進めていきます。

3 県立病院

(1) 県立静岡がんセンター

【対策のポイント】

- 全国トップクラスの「高度がん専門医療機関」
- 「患者の視点の重視」の下での全人的治療の実践
- 「ファルマバレープロジェクト」の中核施設

- 県立静岡がんセンター（駿東郡長泉町）は、高齢化社会の訪れの中で、がん患者数の増加、告知の普及、医学的知識の増大で特徴付けられる「がんの時代」に備えて設置された高度がん専門医療機関です。
- 基本理念として「患者の視点の重視」を掲げ、さらに患者と家族への約束として、「がんを上手に治す」「患者・家族を徹底支援する」「成長と進化を継続する」の三つを掲げ、全人的医療の実践に取り組んでいます。
- 県民の健康増進と健康関連産業の振興を図り、特色ある地域の発展を目指す「富士山麓先端健康産業集積プロジェクト（ファルマバレープロジェクト）」の中核施設として、先端医療分野で地域活性化に取り組む「ふじのくに先端医療総合特区」の指定（2011（平成 23）年 12 月指定、2016（平成 28）年 6 月計画変更認定）を受けて、今後更に大学や地域の企業、研究機関等（医看工連携等）と共同研究を進めるとともに、地域の産学官の交流を活発化させ、医療・健康産業の活性化に寄与します。

(1) 現状

- 県立静岡がんセンターは、本県のがん対策の中核を担う高度がん専門医療機関として、2002（平成 14）年に整備され、2017（平成 29）年 4 月 1 日現在、診療科目 37 科、603 床で運営されています。
- 県立静岡がんセンターは、病院、疾病管理センター、研究所の三部門より形成され、活動を行っています。

ア 病院

- 病院は、最善のがん医療を提供するために、患者や家族を治療の中心に位置づけ、全国から集まった医師、看護師をはじめとする優秀な医療従事者が、チームを組んでサポートする多職種チーム医療を実践し、その円滑な運用のために最新の病院情報システムを構築しています。
- 各種医療従事者の養成において、従来の医師・歯科医師レジデント制度に加え、全国に先駆けて導入した、多職種がん専門レジデント制度の実施や、2009（平成 21）年 6 月からは、病院立では全国で初となる、認定看護師教育課程を開講し、県立静岡がんセンターの高水準の看護力と実践力を備えた講師陣の講義と演習・実習により、質の高い認定看護師の養成を目指すなど、医療従事者が専門性を高めるための教育体制の充実に取り組んでいます。
- 陽子線治療装置、手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」、放射線治療装置「トゥルービーム」などの最新医療機器、合併症を有するがん患者のための総合診療部門、全国最大規模となる緩和ケア病棟（2 棟 50 床）、外来患者に対して抗がん剤治療を行う化学療法センター、病気による症

状や治療に伴う副作用の治療や予防を行う支持療法センターなどを整備しています。

- 「都道府県がん診療連携拠点病院」としての指定を受けており、県内死亡原因の第1位を占める「がん」について、県内どの地域においても標準的な専門医療を受けられる、がん医療の均てん化を図っています。また、(公財)日本医療機能評価機構が学術的、中立的視点から行う病院機能評価における認定を2014(平成26)年1月に更新しています。
- 2013(平成25)年4月には、厚生労働大臣から「特定機能病院」としての承認を受け、大学医学部附属病院や国立高度専門医療研究センターと同等の高機能病院として、高度医療の提供、高度の医療技術の開発とともに、医療従事者の育成・研修等を通じて地域医療の質の底上げに寄与しています。
- 2015(平成27)年6月には、国内初となる「AYA世代病棟」の運用を開始し、15歳から29歳程度の年齢層の修学・就職時期と治療時期が重なる患者の教育、就職、その後の社会生活への悩み、思春期特有の悩み、がん治療に伴う生殖機能の障害などの悩みに対応しています。
- また、2017(平成29)年7月には、患者家族支援センターの相談室、問診等の施設を拡充し、患者や家族に治療への理解を深めていただくとともに、看護師が、患者や家族の悩みをいち早く把握し情報共有した上で、初診から在宅までの切れ目のない支援と情報提供に努めています。

イ 疾病管理センター

- 疾病管理センターは、県立静岡がんセンターと「患者・家族」「地域の関係機関」「県民」との連携・対話の窓口としての役割を担っており、患者家族支援センターと連携して、県民の健康期から人生の最終段階まで、各段階に応じたがんに関する総合的な支援を行っています。
- 患者や家族の徹底支援のために、よろず相談を設置し、広く県内外からの様々な相談に応じるとともに県立静岡がんセンターに対する意見や苦情を受け止めるなど、患者満足度の向上を図っています。
- 患者への就労支援として、よろず相談の中で、静岡がんセンターと公益社団法人沼津法人会とが協働し、静岡がんセンターの患者の就労希望情報を沼津法人会会員へ周知しています。また、2013(平成25)年度からは、国の長期療養者の就職支援事業としてハローワークのナビゲーターによる出張就職相談を行っています。
- さらに、がん患者の悩みや負担に関する研究成果などに基づき、悩みの解決法をまとめるとともに、市町におけるがん関係の相談窓口の情報を一元化しました。これらを患者や家族がアクセスしやすいように、インターネット上に公開するとともに、患者学習会等を開催し、県内のがん患者の不安や悩みを和らげる活動に活用しています。

ウ 研究所

- 研究所は、2005(平成17)年11月に病院に隣接して研究所棟が完成し、「がんを上手に治すための医療技術の開発」「患者家族の支援技術の開発」「富士山麓先端健康産業集積プロジェクト(ファルマバレープロジェクト)の推進」の三つを使命として研究活動に取り組んでいます。
- 主要な研究課題には、がんの診断技術、高度医療技術、患者・家族支援技術、新しい看護技術、新しい薬剤などの開発が含まれ、医学、看護学、工学に基盤をおいた産官学の連携のもと、患者の視点を重視した研究を進めて、特許の出願件数延べ124件、登録件数61件(2017(平成29)年11月1現在)となっています。
- がん医療の実践に用いるため、がん患者を対象としたマルチオミクス研究を進めています。

(2) 課題

- 全床開棟の実現が課題となっており、そのために必要となる医師、看護師等医療従事者の確保が必要です。特に看護師について、全国的に獲得競争が厳しい中、インターンシップの開催、看護師修学資金などにより看護師数は増加しております。しかしながら、産前産後休暇や育児休暇の増加などのため、引き続き看護師等の医療人材を確保していく必要があります。
- 最先端の高度医療機器の新規導入、新技術の開発などの高度な医療の提供とともに、患者や家族の支援の強化充実を図っていく必要があります。

(3) 対策

- 県立静岡がんセンターは、全国におけるがん専門病院のフロントランナーとして、トップクラスの高度がん専門医療を提供し、がんに関する様々な情報提供や患者、家族支援強化、充実を図るとともに、新たながん診療・治療技術の研究及び開発のため、ファルマバレープロジェクトとの連携強化や共同研究等に取り組みます。

ア 病院

- 病院では、全床開棟に向けて、医師・看護師にとっての魅力向上とPRの充実などを図り、医師・看護師の年間を通じた積極的な採用・確保に努めるとともに、大学医学部との連携大学院制度、認定看護師教育課程などにより、有能な医師・看護師等医療従事者の育成を図り、魅力ある病院づくりに努めていきます。
- 医療機器更新計画に沿った医療機器の導入・更新を進めています。
- 高齢がん患者の増加や、早期社会復帰の実現に向け、身体の負担をできるだけ少なくした、手術支援ロボット等による侵襲性の低い手術や、がん治療に伴う副作用、合併症等を軽減し、患者のQOLを向上させるための支持療法などを行います。
- 切れ目のない医療、ケアの実現のため、患者や家族の悩みや負担に応じて、患者家族支援センター、よろず相談、化学療法センター、支持療法センターで、適時・適切な支援を提供する包括的な患者・家族支援体制を構築し、「患者さんと家族を徹底支援する」という理念を実践していきます。
- がん患者のゲノム（全遺伝情報）を調べ、適した治療法を選ぶ最先端のがんゲノム医療を提供する「がんゲノム医療中核病院」の指定を目指し、がん医療の質の向上と、それぞれのがんの「特性に応じた医療の集約化等により、効率的かつ持続可能ながん医療を提供する体制を整えていきます。

イ 疾病管理センター

- 疾病管理センターは、がん征圧を目指し、県民のためのがん対策の中核機関として、1次予防から3次予防までの総合的ながん対策を実施します。
- 県がん診療連携協議会を運営しながら、他のがん診療連携拠点病院や地域の医療機関との切れ目のない連携体制の整備や県立静岡がんセンターのよろず相談のノウハウを基にした、各病院の相談体制強化への支援、きめ細かな情報提供などを行います。
- 県立静岡がんセンターの患者や家族が安心して自宅や地域の施設で療養することができるよ

う、地域の関係者や医療機関と連携して在宅生活・在宅医療を継続的に支援します。そのために、病院との協力のもと、5大がんを対象とした地域連携クリティカルパスの運用を更に進めていきます。さらに、連携した医療機関、薬局、訪問看護ステーションが、静岡がんセンターのカルテのうち連携に必要な情報を見ることができる「医療連携カルテ」や、患者自身が自分の検査結果等を見ることができる「患者閲覧カルテ」のシステムの運用を進めます。

ウ 研究所

- 研究所では、臨床支援とがん医療水準の向上を目指し、がんの診断技術、高度医療技術、患者・家族支援技術、新しい看護技術、新しい薬剤などの主要な研究課題での研究を進めるほか、ファルマバレープロジェクトの中核施設として大学や地域の企業、研究機関等との共同研究を行い、新しい分野の研究や医療現場のニーズを踏まえた研究にも積極的に取り組み、地域の民産学官の交流を活性化させることにより、県内医療・健康産業の活性化に寄与します。

(2) 地方独立行政法人静岡県立病院機構

【対策のポイント】

- 他の医療機関では対応が困難な医療の提供と地域医療支援の中心的役割
- 医療を取り巻く環境の変化に対する法人の特徴を生かした迅速・柔軟な対応

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
中期目標期間を累計した損益計算における経常収支比率	102.8% (第2期途中)	100%以上	中期目標に明記	地方独立行政法人静岡県立病院機構中期目標
県立病院の患者満足度 (入院/外来) 県立総合病院 県立こころの医療センター 県立こども病院	(2016年度) 96.0% / 86.2% — / 88.5% 92.7% / 94.6%	(毎年度) 90%以上 / 85%以上 — / 85%以上 90%以上 / 90%以上	過去の実績を基に、最低限維持すべき数値として設定	各病院調査
県立病院の病床利用率 県立総合病院 県立こころの医療センター 県立こども病院	(2016年度) 90.4% 90.6% 78.7%	(2021年度) 90%以上 85%以上 75%以上	過去5年間の平均値	事業報告書 (2012～2016年度)

(1) 現状

- 地方独立行政法人静岡県立病院機構（以下「県立病院機構」という）は、2009（平成21）年4月の法人設立以来、県が県立病院機構に対して指示した中期目標を達成するため、中期計画を策定し、他の医療機関では対応困難な高度・専門・特殊医療等を提供するほか、公的医療機関への医師派遣を行うなど、本県の政策医療を担う重要な役割を果たし、地域医療の確保に貢献してきました。
- 経営面でも、8年連続で経常収支の黒字を達成するなど、健全な病院運営が続いています。
- 県立総合病院は、県内医療機関の中核的病院として、循環器疾患、がん疾患、救急医療を3本柱として、各疾患の総合的な医療をはじめ、高度・専門医療や救急・急性期医療を提供しています。
- 県立こころの医療センターは、県内精神医療の中核病院として、総合的・専門的な精神科医療をはじめ、精神科救急・急性期医療の提供を行うほか、県内唯一の医療観察法指定入院医療機関としての役割を果たしています。
- 県立こども病院は、日本でも有数の小児専門病院として、「こころ」から「からだ」まで総合的な高度・専門医療や救急・急性期医療を提供しています。

(2) 課題

- 急速に進む少子高齢化や医療技術の進歩、県民の医療に対する意識やニーズの変化など、医療を取り巻く環境は大きく変わりつつあります。
- 県立病院として、高度・専門・特殊医療や救急・急性期医療等の分野において第一級の病院で

あり、かつ、地域医療を確保するための支援の中心的役割を果たすという基本的な役割や災害時医療の基幹的役割を継続し、更にその機能を強化して、県民の医療に対するニーズに応え、安全で質の高い医療を提供することが求められています。

(3) 対策

- 6 疾病 5 事業を念頭に、各病院が専門性を生かしつつ、県立病院間や地域の医療機関との連携を強化して、病態に即した的確な医療を提供します。
- 特に、全国的な課題とされている救急医療や急性期医療の充実に重点的に取り組みます。
- 各病院における重点的に取り組む医療は以下のとおりです。

ア 県立総合病院

- 急性心筋梗塞、脳卒中等の循環器疾患において、24 時間を通して高度な専門的治療を提供します。加えて、糖尿病をはじめとした生活習慣病を心血管疾患の発症危険因子と捉え、循環器関連診療科の連携によるチーム医療の提供を推進するとともに、地域の医療機関との連携を強化します。
- がん患者に対し、地域がん診療連携拠点病院として、最新・最良の診断、ロボット支援手術などの先進的手術及び化学療法、放射線治療を組み合わせた高度な集学的治療（各分野の専門医が協力して治療にあたること）を提供する体制を整備するほか、地域の医療機関等と連携した緩和ケアや終末期医療を提供していきます。
- 高度救命救急センターとして、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対応します。
- 先端医学棟リサーチサポートセンターにおいて、ゲノム研究、腎臓、高血圧をはじめとした臨床研究を推進し、その成果を発信することなどにより、県内医療水準の向上と医療人材の確保に努めます。また、きこえとことばのセンターでは、多職種が連携し、聴覚障害児の成長記録の集約を図り、その健やかな成長を支援します。

イ 県立こころの医療センター

- 24 時間を通して精神科救急医療相談に応じるとともに、救急患者を受け入れ、新たな入院患者が早期に退院し社会復帰できるよう支援する精神科救急・急性期医療の提供体制の整備を図ります。
- 他の医療機関では対応困難な精神疾患患者への先進的治療に積極的に取り組みます。
- 認知症・依存症・摂食障害など多様な精神疾患に対応できる体制の構築を図るほか、発達障害・思春期の精神疾患及び小児から成人への移行期の医療への対応を図ります。
- 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」の司法精神医療について、指定医療機関としての役割を積極的に果たします。

ウ 県立こども病院

- 小児重症心疾患患者に対し、高度な先進的治療を提供します。加えて、小児心疾患治療のリーディング施設として専門医等の育成に努めます。

- 地域の医療機関と連携して、ハイリスク胎児・妊婦を早期に把握、治療するための一貫した医療システムの構築に努めるほか、新生児に対して、高度な先進的治療を提供するための体制を拡充します。
- 本県における小児がんの拠点機能を有する病院として、高度な集学的治療に積極的に取り組みます。
- 24時間を通して重篤な小児救命救急患者を受け入れることができる体制を維持・強化するほか、救命医療全般にわたって地域の医療機関と分担して受け入れる体制を整備します。
- 精神疾患を持つ小児患者やその家族に対して、児童精神科分野における中核的機能を果たすほか、発達障害への取組の推進に努めます。

第5節 医療機能に関する情報提供の推進

【対策のポイント】

- 医療機能情報の提供により県民の適切な病院等の選択を支援

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
年1回定期報告 県内医療機関の報告率	77.6% (2016年度)	100%	医療法第6条の3により、報告義務あり	医療法
年1回定期報告 県内薬局の報告率	96.8% (2016年度)	100%	医薬品医療機器等法第8条の2により、報告義務あり	医薬品医療機器等法

(1) 現状

- 県は、県民が医療機関及び薬局の選択を適切に行うために必要な情報について、医療機関及び薬局から報告を受けるとともに、その情報をインターネット等で分かりやすい形で県民に対し情報提供しています。
- 各医療機関及び薬局には、年1回の定期報告時に情報を更新すること、基本情報（名称、所在地、電話番号等）に変更があった場合には速やかに報告することが医療法及び医薬品医療機器等法により義務付けられています。
- 医療機関及び薬局は、県に報告した事項について、当該医療機関及び薬局において、書面等により閲覧できるようにする等、県民に対して情報提供しています。
- 「医療ネットしずおか」では、病状や治療内容によるキーワード検索、「休日・夜間当番医を探す」など検索頻度が高い項目のアイコン化、英語だけでなく中国語、韓国語、ポルトガル語といった多言語による情報提供等を通して、県民がより利用しやすい形で公表を行っています。

医療機能情報提供システム（医療ネットしずおか）

<http://www.qq.pref.shizuoka.jp/qq22/qqport/kenmintop/>

図表5-5 医療ネットしずおかメニュー画面



図表 5-6 医療機関報告事項

区 分	報告事項
医療機関概要	診療科目、診療時間、アクセス、設備、休診日
基本情報	名称、開設者、管理者、所在地、電話番号及びFAX番号、病床種別及び届出・許可病床数、外来区分、診療科目、診療日、診療時間（外来受付時間）、休診日
医療機関へのアクセス	交通手段、駐車場、ホームページ、休日・夜間対応、面会
医療機関内サービス・アメニティ	院内処方、障害者への配慮、車椅子利用者への配慮、受動喫煙防止措置、医療に関する相談、入院食、売店又は食堂、対応することができる外国語
費用負担等	公費負担・各指定医療機関、選定療養、治験、クレジットカードによる支払い、先進医療
診療内容、提供保健医療・介護サービス	認定医、専門医、専門薬剤師、専門看護師、施設設備、治療内容、短期滞在手術、専門外来、予防接種、在宅医療、セカンドオピニオン、地域医療連携への取組
医療の実績等	人員配置、看護配置、医療安全対策、院内感染対策、情報開示体制、その他医療の実績等、患者数及び平均在院日数、特定疾患

図表 5-7 薬局報告事項

区 分	報告事項
薬局概要	営業日、開店時間、アクセス、設備
基本情報	名称、開設者、管理者、所在地、電話番号及びFAX番号、営業日、開店時間、休業日、健康サポート薬局、営業時間外の対応
薬局へのアクセス	交通手段、駐車場、ホームページ
薬局サービス等	相談に対する対応、障害者に対する配慮、車椅子利用者への配慮、受動喫煙防止措置、対応することができる外国語
費用負担等	医療保険及び公費負担等の扱い、クレジットカードによる支払い
業務内容・提供サービス	認定薬剤師の種類及び人数、薬局の業務内容、地域医療連携体制
実績、結果等に関する事項	薬剤師数、医療安全対策、情報開示体制、処方箋応需患者数等

図表 5-8 アクセス件数の推移

年度	件数	
2014 年度	累計	623,739 件
	月平均	51,978 件
2015 年度	累計	540,716 件
	月平均	45,060 件
2016 年度	累計	871,723 件
	月平均	72,644 件

(2) 課題

- 全ての医療機関及び薬局が、医療機能情報の県への報告や自らの施設における閲覧による提供を確実に実施する必要があります。医療機関及び薬局は、年1回の定期報告時に情報を更新することになっていますが、2016（平成28）年度に定期報告を行った医療機関は77.6%にとどまっています。
- 県民が医療機関及び薬局を適切に選択する上で必要となる場合には、医療法施行規則及び医薬品医療機器等法施行規則で定める項目以外の項目についても必要に応じて追加選定する必要があります。
- 県民に対し、分かりやすい形で、かつ、使いやすい方法で情報提供する必要があります。

(3) 対策

- 立入検査等を通じて、報告済医療機関及び薬局に対しては、提供された医療機能情報の確認を行い、未報告医療機関及び薬局に対しては、速やかな報告を指導するなど、県への報告や施設における閲覧による提供を確実に行うように、適切な指導等を行います。県民へ適切な情報が提供できるように、引き続き医療機関及び薬局に情報の更新について周知していきます。
- 県民の医療機関及び薬局の適切な選択を支援する観点から、県民のニーズを把握し、関係団体の意見を参考に情報提供を行う項目を追加します。
- 必要な情報を抽出し、適切に比較検討できるよう検索機能を備えたシステムを活用し、情報提供を行います。また、県民の利便性を考慮し、インターネットを通じての情報提供を行います。

第6節 病床機能報告制度

【対策のポイント】

○病床機能報告の公表による地域医療構想実現に向けた医療機関相互の協議の推進

(1) 現状

- 地域における病床の機能の分化及び連携を推進し、地域医療構想を実現するためには、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。
- 2014（平成26）年10月より法施行（医療法第30条の13）された病床機能報告制度は、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の現状と、今後の方向性を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度です。
- 一般病床または療養病床を有する病院または診療所は、毎年7月1日時点及び6年後の医療機能ごとの病床数のほか、医療機関の人員配置や医療機器の状況、入院患者の状況、手術・治療等の具体的な医療の内容に関する項目等について報告しています。
- 各医療機関が報告する機能は、「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4区分となっています。
- 県は、ホームページにおいて、二次医療圏別に集計した医療機能ごとの病床の状況や、医療機関別の詳細な報告内容等を公表しています。
- また、地域医療構想調整会議等においても報告内容等を情報提供し、地域の医療体制にかかる共通認識の形成に活用しています。

図表5-9 各病棟の病床が担う医療機能

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

図表 5-10 病床機能報告における主な報告項目

区 分	主な報告項目
医療機能・ 病床数	<ul style="list-style-type: none"> 以下の時点における病棟の機能を「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4区分から選択 <ul style="list-style-type: none"> 7月1日時点の機能 6年が経過した日における病床の機能の予定 平成37年（2025年）7月1日時点の機能（任意） 許可病床数・稼働病床数、一般病床・療養病床の別
構造設備・ 人員配置	<ul style="list-style-type: none"> 看護師等医療スタッフの配置数、算定する入院基本料・特定入院料 高額医療機器（CT、MRI、血管連続撮影装置等）の保有状況 入院患者の状況（新規入棟・退棟患者数、入棟前・退棟先の場所別の状況等）
具体的な 医療の内容	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い手術の実施、がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療 重症患者への対応、救急医療の実施 急性期後・在宅復帰への支援、全身管理、リハビリ、長期療養患者等の受入

図表 5-11

2016（平成28）年7月1日時点の病床数（稼働病床）と必要病床数（平成37（2025）年）の比較（二次医療圏別）

二次医療圏		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
賀茂	病床機能報告	8	230	162	292	692
	必要病床数	20	186	271	182	659
熱海伊東	病床機能報告	64	551	140	385	1,140
	必要病床数	84	365	384	235	1,068
駿東田方	病床機能報告	739	3,097	656	1,777	6,269
	必要病床数	609	1,588	1,572	1,160	4,929
富士	病床機能報告	70	1,470	369	870	2,779
	必要病床数	208	867	859	676	2,610
静岡	病床機能報告	1,468	2,078	700	2,039	6,285
	必要病床数	773	1,760	1,370	1,299	5,202
志太榛原	病床機能報告	251	1,733	396	938	3,318
	必要病床数	321	1,133	1,054	738	3,246
中東遠	病床機能報告	294	1,161	450	1,138	3,043
	必要病床数	256	1,081	821	698	2,856
西部	病床機能報告	1,994	2,366	825	2,447	7,632
	必要病床数	889	2,104	1,572	1,449	6,014
静岡県計	病床機能報告	4,888	12,686	3,698	9,886	31,158
		15.7%	40.7%	11.9%	31.7%	100.0%
	必要病床数	3,160	9,084	7,903	6,437	26,584
		11.9%	34.2%	29.7%	24.2%	100.0%

(2) 課題

- 2016（平成 28）年報告における報告率は 99.1%で、前年度報告の 96.8%から改善しており、報告対象医療機関における理解は進んできていますが、報告率が 100%となるよう、制度周知が必要です。
- 報告対象医療機関における医療機能の選択においては、国から定量的な基準が示されていないため、同じ医療機能を有した医療機関であっても、医療機関の捉え方によっては一様の報告とならない場合があります。
- そのため、地域の医療関係者において、病床機能報告の結果を共有し、実際に提供されている医療機能を踏まえた報告としての精度が向上していくことが必要です。

(3) 対策

- 病床機能報告制度の実施にあたっては、国や医療関係団体等と連携して、全ての報告対象医療機関から期限内に正確な報告が得られるように、周知していきます。
- ホームページ上で公表することにより、患者や住民が自身に合った適切な医療機関を受診し、地域の医師が患者を適切な医療機関へ紹介できるような環境を整備していきます。
- また、地域医療構想調整会議等の場を通じて分析結果等を情報提供することにより、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議が進むように促していきます。