

令和5年度第3回 賀茂地域医療構想調整会議

日時 令和6年2月14日（水）
午後6時30分～8時
場所 下田総合庁舎第8会議室
（オンライン併用）

次 第

○ 開 会

○ 議 題

- 1 地域医療構想に係るデータ分析について（賀茂圏域）
株式会社日本経営
- 2 地域医療構想の進捗状況の検証
地域医療構想アドバイザー 浜松医科大学 特任教授 竹内 浩視
- 3 地域医療構想の推進に関する医療機関の対応方針
- 4 紹介受診重点医療機関

○ 報告事項

- 1 地域医療介護総合確保基金

令和5年度第3回賀茂地域医療構想調整会議関係者名簿

<委員>

No.	団 体 名	役職名	氏 名	備 考
1	賀茂医師会	会 長	太田 清利	
2	賀茂歯科医師会	会 長	菊池 毅	
3	賀茂薬剤師会	会 長	高橋 清彦	
4	静岡県看護協会賀茂地区支部	支部長	後藤 亙	
5	下田メディカルセンター	病院長	伊藤 和幸	
6	伊豆今井浜病院	院 長	小田 和弘	
7	下田温泉病院	院 長	荒井 充	
8	康心会伊豆東部病院	院 長	高尾 昌孝	
9	熱川温泉病院	院 長	田所 康之	
10	ふれあい南伊豆ホスピタル	院 長	望月 博	
11	西伊豆健育会病院	院 長	仲田 和正	
12	河津浜病院	院 長	—	
13	社会福祉法人梓友会	理事長	川島 優幸	
14	全国健康保険協会静岡支部	企画総務部長	近藤 こずえ	
15	下田市市民保険課	課 長	斎藤 伸彦	
16	東伊豆町健康づくり課	課 長	山田 義則	
17	河津町健康増進課	課 長	土屋 典子	
18	南伊豆町健康増進課	課 長	山田 日好	
19	松崎町健康福祉課	課 長	鈴木 悟	
20	西伊豆町健康福祉課	課 長	渡邊 貴浩	
21	静岡県賀茂保健所	所 長	本間 善之	

<助言者>

1	静岡県地域医療構想アドバイザー	浜松医科大学 特任教授	竹内 浩規	
2	静岡県地域医療構想アドバイザー	静岡県医師会	小林 利彦	

賀茂医療圏 地域医療構想調整会議

2024年2月14日

株式会社日本経営

会社概要

会社概要



中堅、中小企業及び医療・福祉事業者の健全な成長発展のために、専門的かつ総合的な経営支援を提供しています。

主なサービス

- 業務改善、生産性向上コンサルティング
- コスト削減コンサルティング
- 働き方改革支援コンサルティング
- 戦略策定・病床機能再編
- 収益向上、地域連携、DPC向上支援
- 病院の経営診断・経営分析・再生支援
- 医師人事マネジメントシステム構築支援
- 事業戦略コンサルティング
- 労務顧問、労務戦略の立案推進
- 社会保険・労働保険に関する手続・相談
- 年金相談

病院支援

1,578件

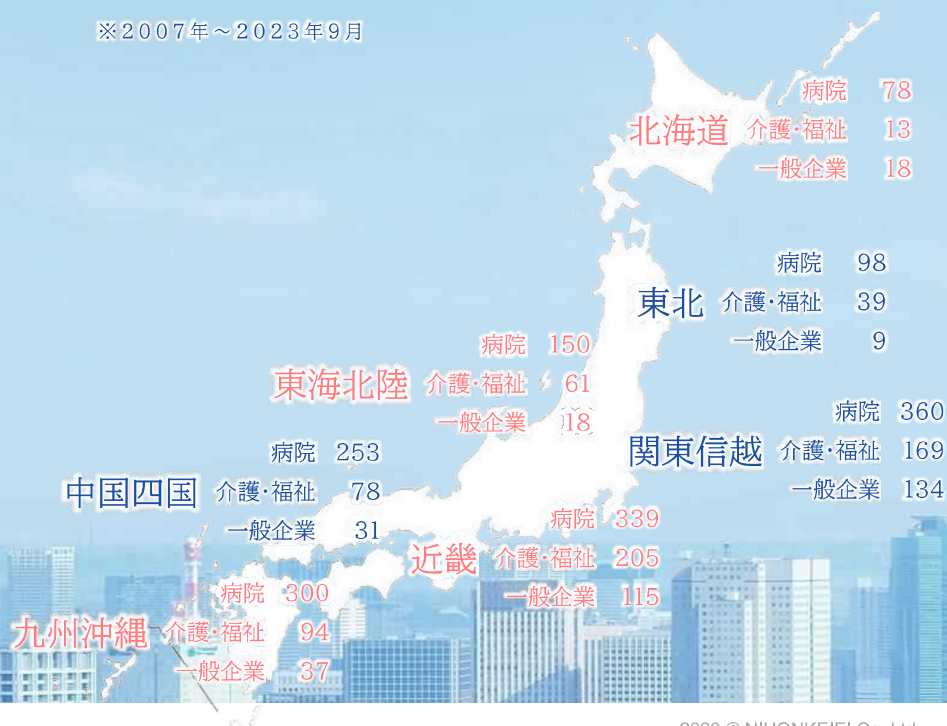
介護・福祉支援

659件

一般企業支援

362件

※2007年～2023年9月



講師紹介

株式会社日本経営 大阪本社

ヘルスケア事業部 課長代理 松村駿佑

■照会先

Email : shunsuke.matsumura2@nkgr.co.jp

Tel : 06-6865-1373

■専門分野

- ・政策動向（改定情報・診療報酬算定）、経営分析、経営改善（現場改善）、建替え基本構想、事業計画策定支援等

■経歴

- ・中小規模の一般科民間病院、急性期系公立病院、精神科病院のコンサルティングに従事。精神科病院に対する支援実績としては、経営分析支援、経営改善支援（現場改善支援）、建替え基本構想支援、事業計画策定支援、将来事業構造検討支援など多岐にわたり経験。

■支援実績

- ・個別病院のレセプト調査、経営分析、経営改善、建替え基本構想、事業計画策定支援（約50病院）／約6年従事
- ・地域医療構想推進および実行支援（公立病院を中心とした再編事業）／約3年従事
- ・地方銀行への出向／約2年従事
- ・民間医療法人半常駐支援（経営改善・事業再生・金融調整）／約1年従事

はじめに | 地域医療構想の趣旨と調整会議の役割

地域医療構想策定の趣旨（静岡県地域医療構想より抜粋）

- 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。

地域医療構想調整会議の役割

- 区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、[関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数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事項について協議を行う](#)ものとする。

**地域の実情にあわせた必要な医療提供体制を構築することが
制度の趣旨であり調整会議に求められる役割**

はじめに | 本資料の使用データ及び各データの特徴について

- 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（2018年推計）
- 厚生労働省 2017年患者調査
- 総務省消防統計
- NDBオープンデータ
- 厚生労働省 DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について（令和2年度）
※症例数が10件未満のものについては公表がされません。また、DPCデータを作成する病棟のみを対象とした統計資料を用いていますので、例えば地域包括ケア病棟で急患を受けている場合などは実績として反映されません。
- 病床機能報告 2018年度～2021年度
※公表資料に記載された情報を転記しています。一部入力エラーと思われる数字がありますが、明らかに異常値が疑われる場合は資料への掲載対象から除外をしています。その他は修正や加工を施していません。

※上記は、補足事項はデータの特徴によるものであり、一部で実態と乖離が生じる旨のご理解をお願いします。

静岡県の特徴 | 静岡県と同規模都道府県との比較

- 人口規模が同規模の都道府県と比較して、静岡県は、人口10万人対病院数、病床数、一般診療所数といった医療供給体制が少ないことが確認できる。

: 全国平均と比較して多い
 : 全国平均と比較して少ない

項目	静岡県	福岡県	茨城県	広島県	京都府	全国
人口	3,633,202人	5,135,214人	2,867,009人	2,799,702人	2,578,087人	126,146,099人
面積	7,774km ²	4,987km ²	6,097km ²	8,480km ²	4,612km ²	377,976km ²
人口密度	467人/km ²	1,030人/km ²	470人/km ²	330人/km ²	559人/km ²	338人/km ²
高齢化率	30.1%	27.9%	29.7%	29.4%	29.3%	28.6%
医療圏数	8圏域	13圏域	9圏域	7圏域	6圏域	335圏域
病院数	171病院	456病院	173病院	237病院	163病院	8,238病院
人口10万人あたり 病院数	4.7病院	8.8病院	6.0病院	8.5病院	6.3病院	6.5病院
病院病床数	36,636床	82,664床	30,700床	37,996床	32,606床	1,507,526床
人口10万人あたり 病院病床数	1,008床	1,610床	1,071床	1,357床	1,265床	1,195床
一般診療所数	2,715施設	4,711施設	1,743施設	2,533施設	2,449施設	102,612施設
人口10万人あたり 一般診療所数	74.7施設	91.7施設	60.8施設	90.5施設	95.0施設	81.3施設

出典：令和2年度国勢調査（総務省）
 令和2年度医療施設（動態・静態）調査

静岡県の特徴 | 二次医療圏別の人口あたり医療介護サービスの供給量（全国偏差値）

- 前頁の通り、病院・病床数が少ない場合、医療従事者数は充実した配置になることが想定されるが、二次医療圏別の人口あたり医療従事者数は少ないことが特徴として挙げられる。

二次医療圏別の人口あたり医療介護サービスの供給量（全国偏差値）



静岡県の特徴 | 人口あたり病院数・病院病床数・病院医師数

- 同規模の都道府県と比較した場合、静岡県は人口あたりの病院数、病院病床数が全国偏差値を下回っており、併せて、病院医師数も全国平均を下回っていることが特徴として挙げられる。
- 医療圏別では、東部エリアは病院・病床数は充実しているが医師数は少ない、中部エリアおよび西部エリアは病院・病床数・医師数すべて少ない傾向にある。

人口あたり病院数・病院病床数・病院医師数（偏差値対全国平均）



静岡県の特徴 | 静岡県全体の将来推計人口と年齢区分別人口の増減率

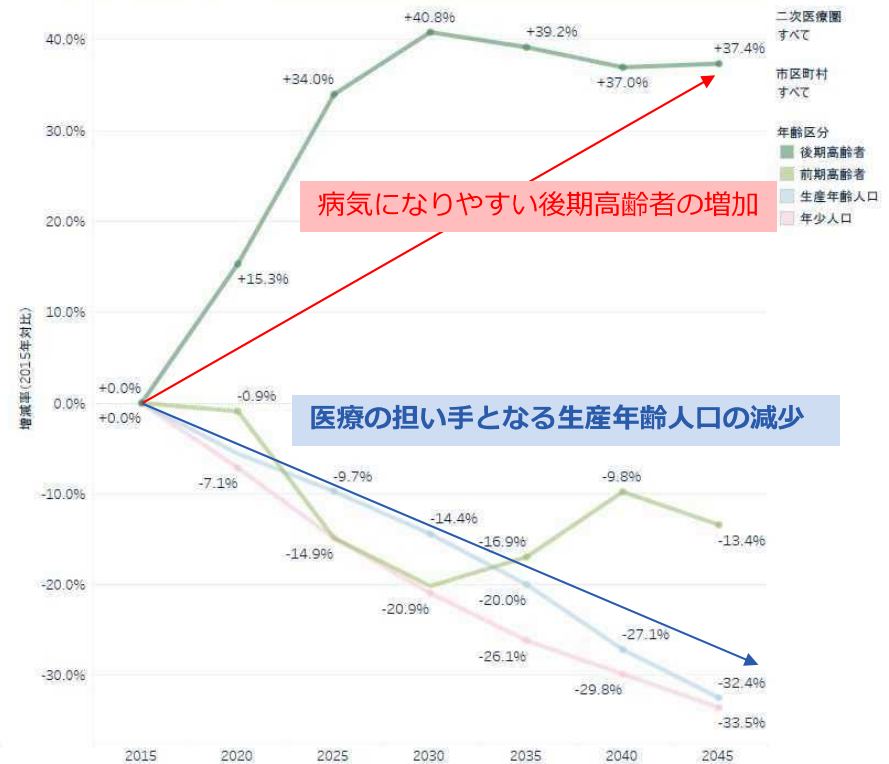
- ・ 静岡県の人口は既にピークを迎えており、2045年に対2015年比で757,440人（▲20%）減少する見込み。
- ・ 年齢区分別では、医療従事者となる生産年齢人口は大幅に減少するのに対して、受療率の高い後期高齢者は2030年にピークを迎え、その後も横ばいに推移することが予想される。

年齢区分別の人口推計



出典：「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

年齢区分別の人口の増減率



病気になるしやすい後期高齢者の増加

医療の担い手となる生産年齢人口の減少

静岡県の特徴 | 医療圏別の人口と高齢化率の推移

- ・ 総人口は全医療圏で既にピークを迎えており、賀茂医療圏と熱海伊東医療圏が特に大幅に減少する見込み。
- ・ 高齢化率は全医療圏で高まることが予想されており、賀茂医療圏と熱海伊東医療圏は半数以上が高齢者となる見込み。
- ・ 医療圏によって人口増減の傾向は大きく異なるため、医療圏ごとに地域医療の在り方を検討する必要がある。



賀茂医療圏の医療介護需要について

分析サマリ | 賀茂医療圏

需 要	人口動態	- 総人口は既にピークを迎えており、2045年に対2015年比で32千人（-53%）減少する見込み。 - 年齢区分別では生産年齢人口は2045年に2015年比で64%減少することが予想される。 - 受療率の高い後期高齢者は2025年まで増加し、その後は急激に減少に転じることが予想される。
	需要推計 (入院全体)	- 回復期や慢性期を含めた全体の入院需要は2025年まで横ばいに推移し、その後は急激に減少に転じる見込み。 外来需要は既にピークを迎えている見込み。 入院需要（DPC）、手術需要は既にピークを迎えている見込み。
	需要推計 (5疾病)	＜悪性新生物＞入院需要、入院需要（DPC）、手術需要は既にピークを迎えている見込み。 ＜脳卒中＞入院需要は2025年にピークアウト、入院需要（DPC）、手術需要は既にピークを迎えている見込み。 ＜心血管疾患＞入院需要は2025年にピークアウト、入院需要（DPC）、手術需要は既にピークを迎えている見込み。 ＜糖尿病＞入院需要、入院需要（DPC）、外来需要は既にピークを迎えている見込み。 ＜精神疾患＞入院需要、入院需要（DPC）、外来需要は既にピークを迎えている見込み。
	在宅医療・介護	後期高齢者の増加により在宅医療需要・介護需要は2030年まで急激に増加する見込み。



POINT：需要と供給のバランスが取れているか

- ✓ 機能面、疾患領域面で役割分担を図っていくことで、今後生産年齢人口の減少により限られてくる医療資源を効率的に配置できるとともに、各領域の対応体制の強化にもつながることが考えられるため、今後検討が必要であると想定される。

供 給	機能別病床数	2021年度の総病床数は地域医療構想上の必要病床数に対して150床上回っている。 - 病床機能別では急性期と慢性期が余剰、回復期が不足、高度急性期は当医療圏にない。
	供給体制 (3疾病)	＜悪性新生物＞症例数は下田メディカルセンターが最多、手術実績は伊豆今井浜病院のみ確認できた。 ＜脳卒中＞下田メディカルセンターのみ実績を確認できた。 ＜心血管疾患＞急性期4病院の中で下田メディカルセンターと康心会伊豆東部病院の症例数が多い。手術実績は下田メディカルセンターのみ確認できた。

賀茂医療圏の医療介護需要について 将来推計人口

- ・ 総人口は既にピークを迎えており、2045年に対2015年比で34,957人（▲53%）減少することが予想されている。
- ・ 年齢区分別では後期高齢者を除きすでにピークを迎えており、後期高齢者についても2025年にピークを迎えた後は急激に減少することが予想されている。



出典：「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）



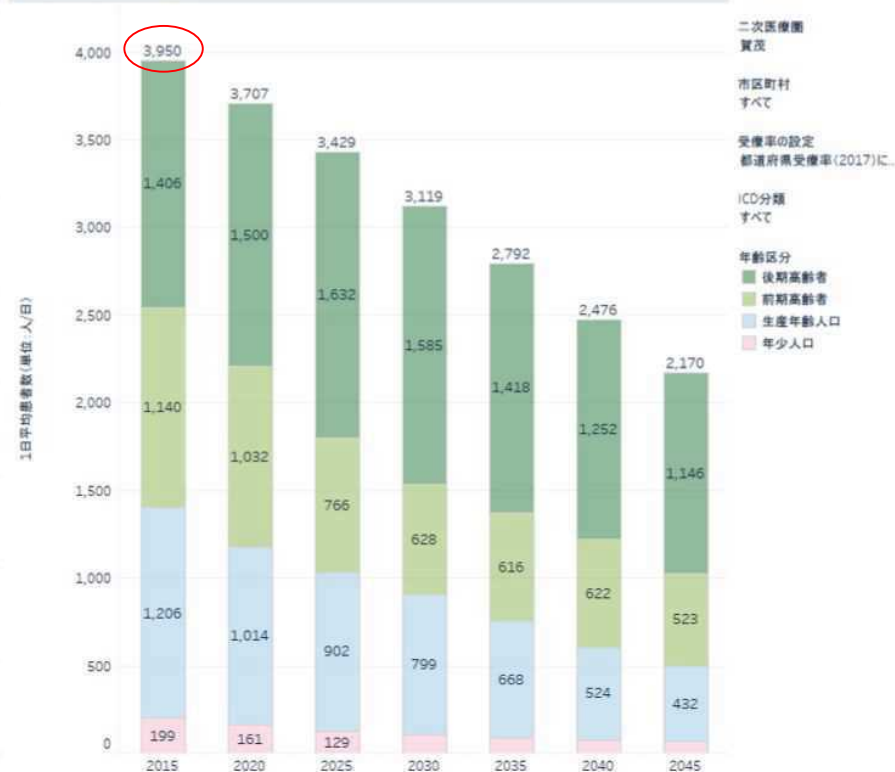
賀茂医療圏の医療介護需要について 将来推計患者数（入院・外来）

- 入院需要は2025年まで横ばいに推移し、2030年から急激に減少に転じることが予想されている。
- 外来需要はすでにピークを迎えていることが予想されている。

入院患者数の推計



外来患者数の推計



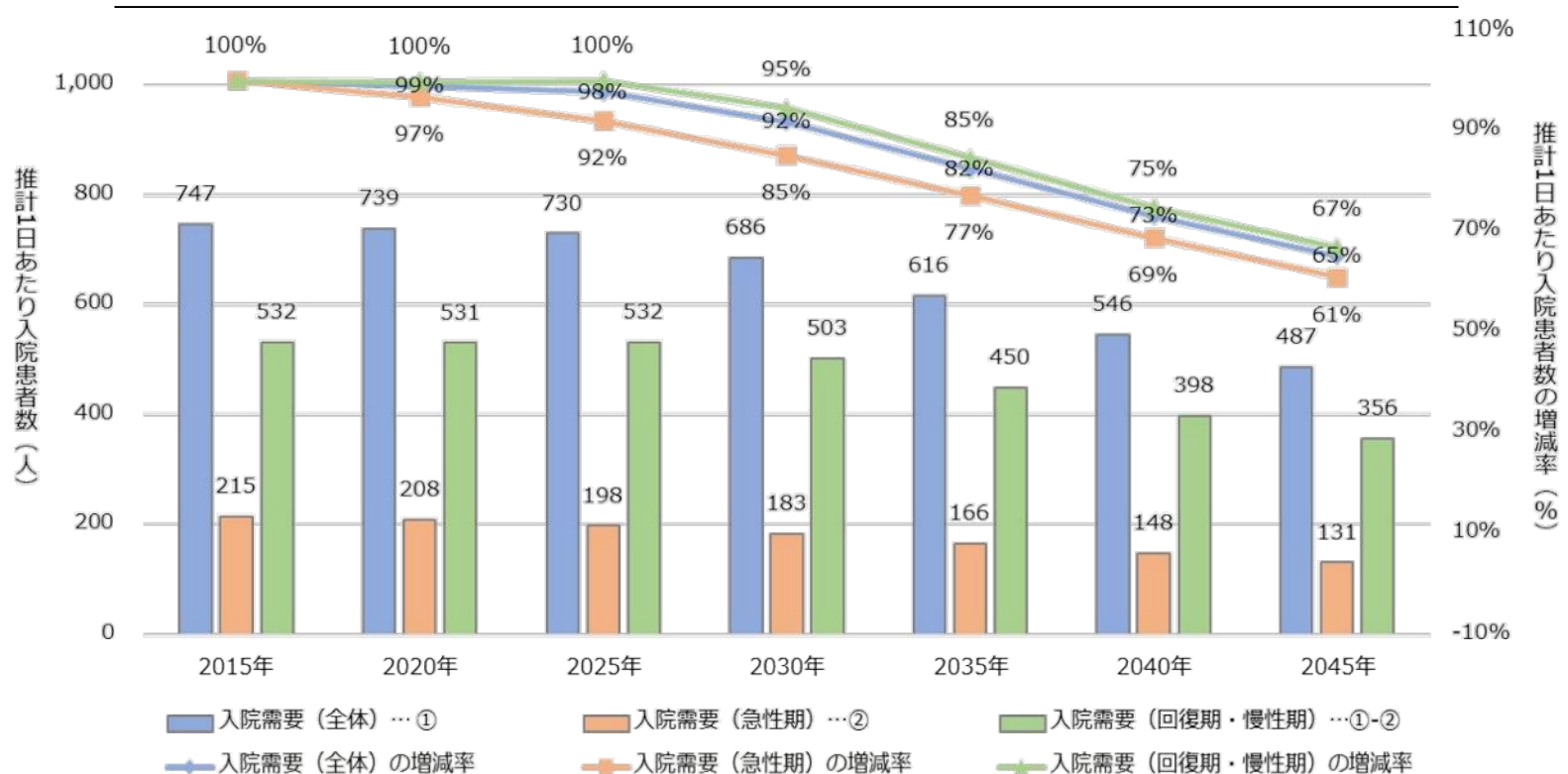
出典:「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)及び患者調査(厚生労働省)を用いて推計

賀茂医療圏の医療介護需要について

将来推計患者数（入院全体、急性期、回復期・慢性期）

- ・ 入院需要（全体）は2025年まで横ばいに推移し、2030年から急激に減少に転じることが予想されている。
- ・ 入院需要（急性期）は既にピークを迎えており、2045年に対2015年比で84人/日（▲39%）減少することが予想されている。
- ・ 入院需要（回復期・慢性期）は2025年まで横ばいに推移し、2030年から急激に減少に転じることが予想されている。

図：将来推計患者数（入院全体、急性期、回復期・慢性期）



出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度DPC導入の影響評価に係る調査 退院患者調査」（厚生労働省）を用いて各DPCコード、年齢別の発生率を計算
 その発生率と「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて退院患者数を推計
 1日平均患者数は各DPCコードのDPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して試算

賀茂医療圏の医療介護需要について 将来推計MDC別急性期1日入院患者数

【医療】急性期入院患者数の推計③DPC分類別の1日平均患者数の推計

1日平均患者数の推計



1日平均患者数の増減率

MDC(色)	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
01_神経系	+0.0%	-3.0%	-6.9%	-13.6%	-22.0%	-30.6%	-38.5%
02_眼科系	+0.0%	-3.8%	-9.3%	-16.4%	-24.0%	-32.0%	-40.1%
03_耳鼻咽喉科	+0.0%	-9.1%	-19.2%	-27.7%	-35.0%	-42.6%	-50.4%
04_呼吸器系	+0.0%	-1.2%	-3.2%	-9.3%	-17.9%	-26.6%	-34.5%
05_循環器系	+0.0%	-1.3%	-3.4%	-9.5%	-18.1%	-26.9%	-34.9%
06_消化器系	+0.0%	-4.2%	-9.9%	-17.0%	-24.6%	-32.7%	-40.8%
07_筋骨格系	+0.0%	-5.2%	-11.6%	-18.9%	-26.6%	-34.7%	-42.7%
08_皮膚・皮下組織	+0.0%	-4.1%	-8.4%	-15.4%	-24.1%	-32.8%	-40.5%
09_乳房	+0.0%	-8.5%	-18.3%	-27.2%	-35.3%	-43.1%	-50.8%
10_内分泌・栄養・代謝	+0.0%	-5.3%	-11.2%	-18.7%	-27.1%	-35.4%	-43.2%
11_腎・尿路系及び男性生殖器	+0.0%	-3.2%	-7.6%	-14.4%	-22.4%	-30.6%	-38.6%
12_女性生殖器系及び産婦科	+0.0%	-12.1%	-22.6%	-32.1%	-41.1%	-49.2%	-56.6%
13_血液・造血器・免疫臓器	+0.0%	-4.2%	-9.8%	-16.9%	-24.5%	-32.5%	-40.6%
14_新生児疾患	+0.0%	-17.0%	-33.0%	-43.5%	-50.8%	-57.3%	-63.3%
15_小児疾患	+0.0%	-17.9%	-34.3%	-44.9%	-52.2%	-58.5%	-64.4%
16_外傷・熱傷・中毒	+0.0%	-1.3%	-2.2%	-8.4%	-17.7%	-27.1%	-34.8%
17_精神疾患	+0.0%	-8.8%	-16.9%	-25.5%	-34.2%	-42.5%	-49.8%
18_その他	+0.0%	-2.8%	-6.3%	-12.9%	-21.3%	-29.9%	-37.8%

都道府県 22_静岡県	MDC2 すべて
二次医療圏 賀茂	MDC6 すべて
市区町村 すべて	手術の有無 すべて
集計単位の切り... ● MDC2 ○ MDC6	
MDC 01_神経系 02_眼科系 03_耳鼻咽喉科 04_呼吸器系 05_循環器系 06_消化器系 07_筋骨格系 08_皮膚・皮下組織 09_乳房 10_内分泌・栄養・代謝 11_腎・尿路系及び男性生殖器 12_女性生殖器系及び産婦科 13_血液・造血器・免疫臓器 14_新生児疾患 15_小児疾患 16_外傷・熱傷・中毒 17_精神疾患 18_その他	

出典:「人口推計(2019年10月1日現在)」(総務省統計局)及び「令和元年度DPC導入の影響評価に係る調査 退院患者調査」(厚生労働省)を用いて各DPCコード、年齢別の発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)を用いて退院患者数を推計
1日平均患者数は各DPCコードのDPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して試算

賀茂医療圏の医療介護需要について 将来推計手術件数

【医療】手術件数の推計②部位(款)・Kコード別の手術件数の推計

手術件数の推計



手術件数の増減率

分類	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
第1款 皮膚・皮下組織	+0.0%	-6.9%	-14.2%	-21.8%	-29.6%	-37.6%	-45.4%
第2款 筋骨格系・四肢・体幹	+0.0%	-5.6%	-11.9%	-19.2%	-27.5%	-36.1%	-44.0%
第3款 神経系・頭蓋	+0.0%	-2.9%	-7.3%	-13.7%	-21.9%	-30.9%	-38.9%
第4款 眼	+0.0%	-2.9%	-8.1%	-16.6%	-26.9%	-36.0%	-42.7%
第5款 耳鼻咽喉	+0.0%	-10.3%	-19.9%	-29.2%	-37.8%	-45.8%	-52.7%
第6款 顔面・口腔・頸部	+0.0%	-8.0%	-16.6%	-25.5%	-33.8%	-41.6%	-49.2%
第7款 胸部	+0.0%	-7.0%	-16.2%	-26.6%	-36.3%	-44.3%	-50.9%
第8款 心・血管	+0.0%	-3.2%	-8.3%	-16.0%	-25.1%	-33.9%	-41.3%
第9款 腹部	+0.0%	-4.6%	-11.0%	-19.1%	-28.1%	-36.5%	-43.9%
第10款 尿路系・副腎	+0.0%	-3.2%	-8.1%	-14.8%	-22.8%	-31.4%	-39.4%
第11款 性器	+0.0%	-16.2%	-29.0%	-39.3%	-47.7%	-54.8%	-61.2%
第13款 臓器提供管理料	+0.0%	-13.6%	-25.2%	-34.7%	-44.6%	-54.6%	-61.8%

都道府県
22_静岡県

部位(款)
すべて

二次医療圏
賀茂

Kコード
すべて

市区町村
すべて

内外区分
すべて

集計単位の切り...
部位(款)

分類

- 第1款 皮膚・皮下組織
- 第2款 筋骨格系・四肢・体幹
- 第3款 神経系・頭蓋
- 第4款 眼
- 第5款 耳鼻咽喉
- 第6款 顔面・口腔・頸部
- 第7款 胸部
- 第8款 心・血管
- 第9款 腹部
- 第10款 尿路系・副腎
- 第11款 性器
- 第13款 臓器提供管理料

出典:「人口推計(2019年10月1日現在)」(総務省統計局)及び第6回NDBオープンデータ(厚生労働省):2019年4月~2020年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を推計
その発生率と「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)を用いて手術件数を推計

賀茂医療圏の医療介護需要について 将来推計救急搬送件数

【医療】救急搬送件数の推計

年齢区分別の搬送件数の推計



重症度別の搬送件数の推計



出典:「人口推計(2019年10月1日現在)」(総務省統計局)及び「救急救助の現況 2020年版(2019年度調査)」(総務省消防庁)を用いて発生率を推計(「急病」のみを使用)
その発生率と「日本の将来推計人口(平成30年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)を用いて救急搬送件数を推計

都道府県
22_静岡県
二次医療圏
賀茂
市区町村
すべて

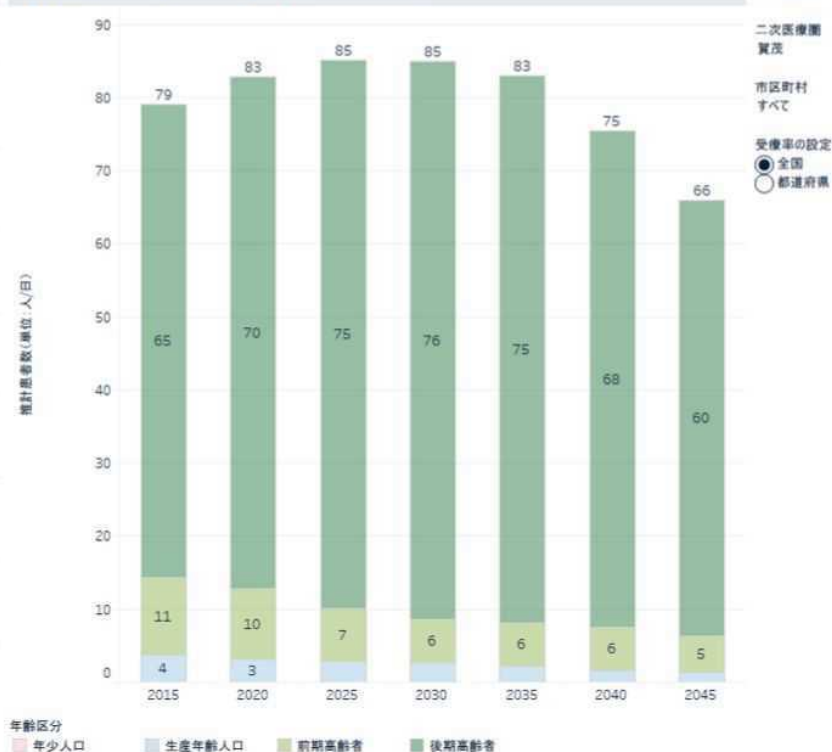
賀茂医療圏の医療介護需要について 将来推計在宅患者数

- 在宅医療の患者層は後期高齢者がメインとなるため、在宅医療需要は医療需要よりやや遅れてピークを迎える。
- 賀茂医療圏の在宅医療需要は2025年にピークを迎え、2035年から急激に減少に転じる見込み。

在宅医療（通院以外の外来）の患者数の推計



うち訪問診療の患者数の推計（年齢区分別）



出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び平成29年患者調査（厚生労働省）を用いて受療率を計算
その受療率と「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて患者数を推計

賀茂医療圏の医療介護需要について 将来推計要介護者数

- 要介護者の主な年齢層は85歳以上の高齢者となり、介護需要は医療需要よりもピークを遅く迎える。
- 賀茂医療圏の介護需要は2030年まで増加し、その後は急激に減少に転じる見込み。

年齢区分別の被保険者数の推計



要介護度別の被保険者数の推計



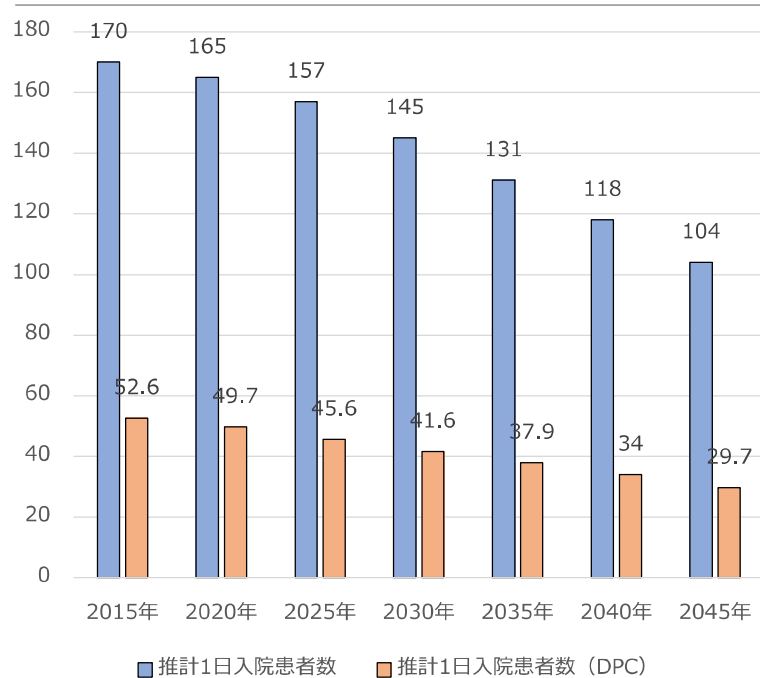
出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度介護保険事業状況報告（年報）表04-1 <都道府県別>要介護（要支援）認定者数」（厚生労働省）を用いて発生率を計算
 その発生率と「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて介護保険被保険者数を推計

賀茂医療圏の医療介護需要について

5疾病の需給状況：悪性新生物

- 悪性新生物の入院需要、入院需要（DPC）は既にピークを迎えている見込み。
- 手術需要はすでにピークを迎えており、2045年に2015年比で需要は半減する見込み。

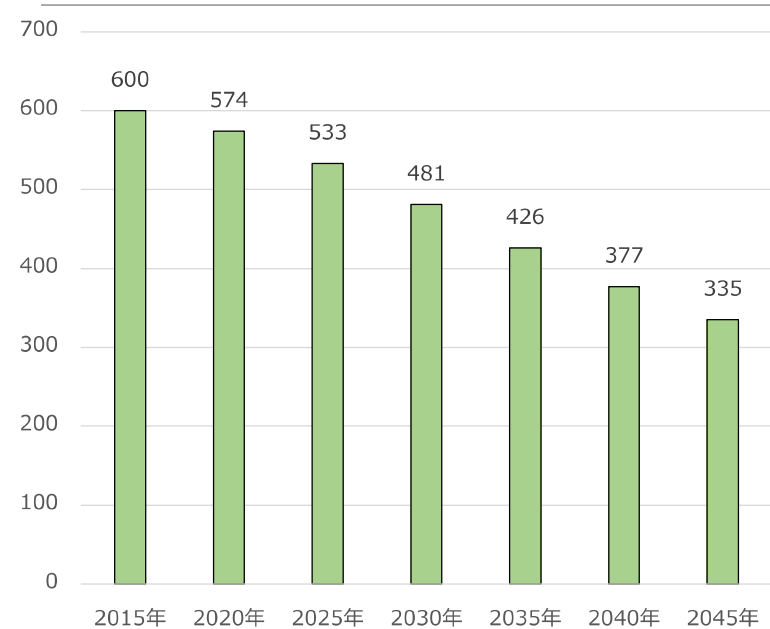
図1：推計1日入院患者数の推移



（備考）

推計1日患者数はICD分類「Ⅱ.新生物（腫瘍）」の静岡県受療率より推計。推計1日入院患者数DPCは傷病名に「腫瘍」「白血病」を含むものに絞る1日患者数を推計。患者数推計は、DPC退院患者調査より全国のDPC請求病床への入院症例発生率を年齢階級別に求め、当発生率を当該地域の推計人口、DPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して求めた。

図2：推計手術数の推移



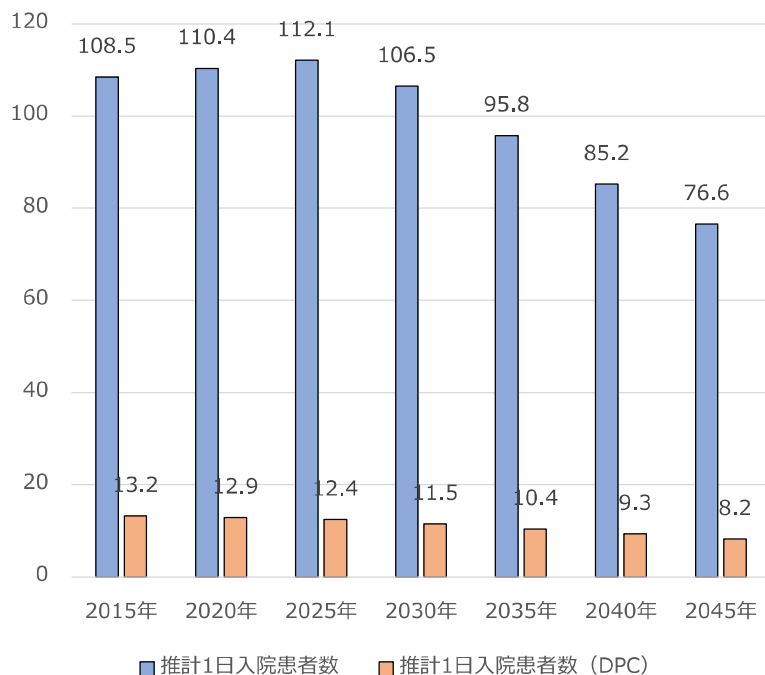
（備考）

手術名称に「腫瘍」「癌」「郭清」を含めるものに絞り手術数を推計
手術の発生率は性別・年齢5歳階級別の全国の発生率を計算し、当該地域の推計人口に掛け合わせることで算出した。

賀茂医療圏の医療介護需要について 5疾病の需給状況：脳卒中

- ・ 脳卒中の入院需要は2025年にピークを迎える見込み。
- ・ 入院需要（DPC）、手術需要は既にピークを迎えている見込み。

図1：推計1日入院患者数の推移

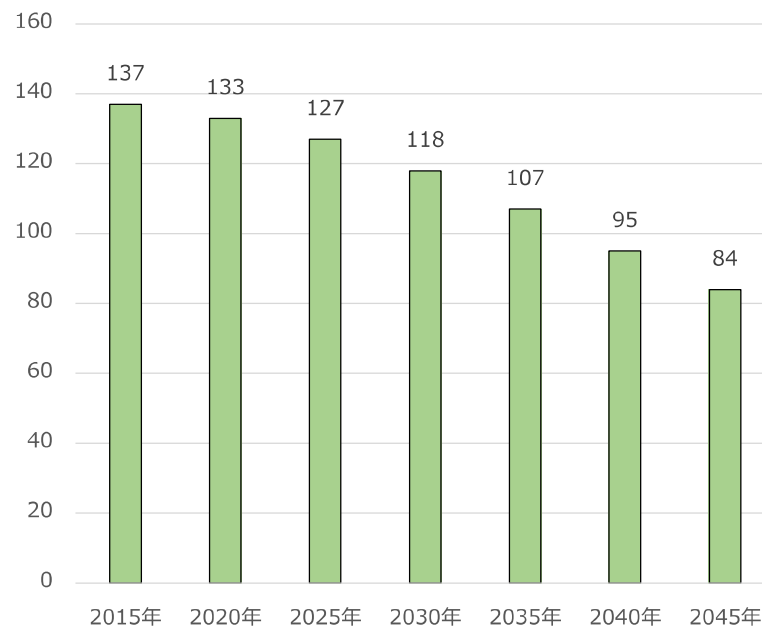


（備考）

推計1日患者数は傷病分類「脳梗塞」「その他脳血管疾患」の静岡県受療率より推計
推計1日入院患者数DPCは傷病名に「脳」を含むものに絞り1日患者数を推計。患者数推計は、DPC退院患者調査より全国のDPC請求病床への入院症例発生率を年齢階級別に求め、当発生率を当該地域の推計人口、DPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して求めた。

引用：厚生労働省、患者調査（H29）における受療率および第4回NDBオープンデータ、DPC退院患者調査を元に推計／国立社会保障人口問題研究所 将来推計人口 ※推計値における小数点以下は四捨五入をしている

図2：推計手術数の推移



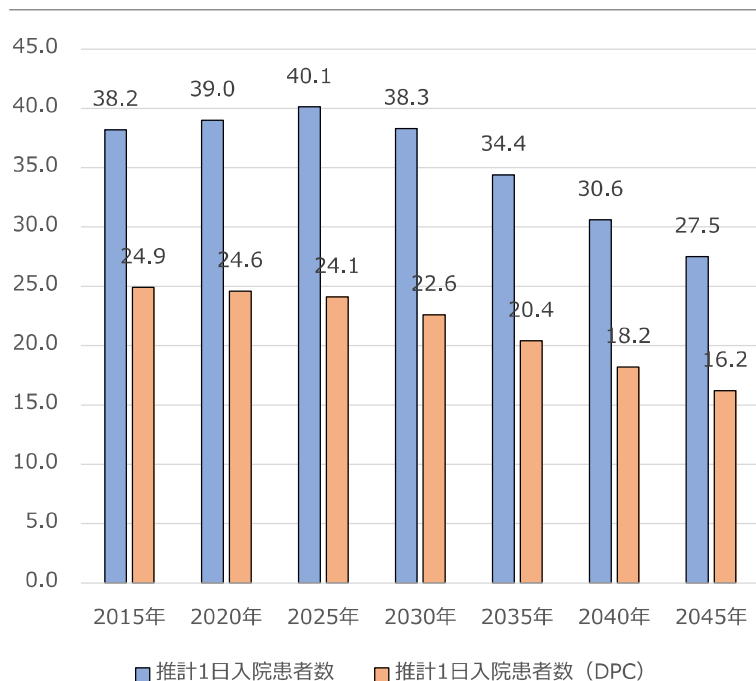
（備考）

「神経系・頭蓋」の手術数を推計
手術の発生率は性別・年齢5歳階級別の全国の発生率を計算し、当該地域の推計人口に掛け合わせることで算出した。

賀茂医療圏の医療介護需要について 5疾病の需給状況：心血管疾患

- ・ 心血管疾患の入院需要は2025年にピークを迎える見込み。
- ・ 入院需要（DPC）、手術需要は既にピークを迎えている見込み。

図1：推計1日入院患者数の推移

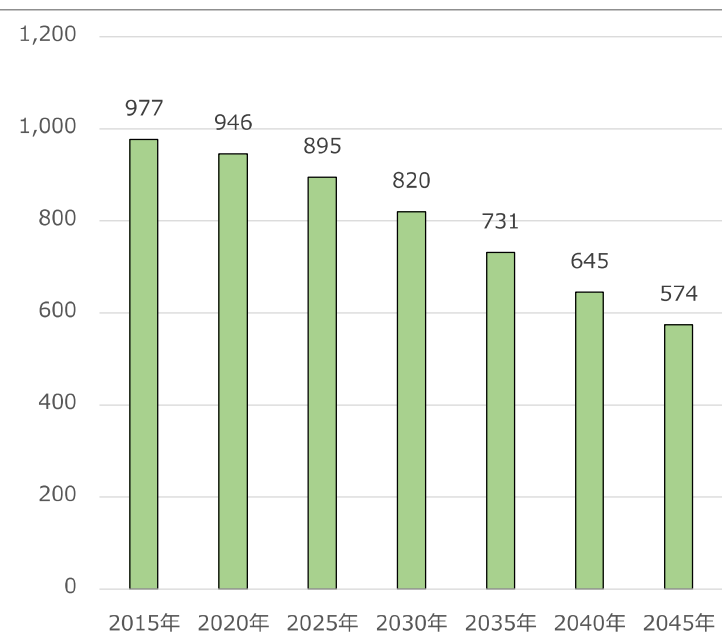


（備考）

推計1日患者数は傷病分類「虚血系心疾患」「その他心疾患」の静岡県受療率より推計
推計1日入院患者数DPCはMDC05循環器疾患の1日患者数を推計。患者数推計は、DPC退院
患者調査より全国のDPC請求病床への入院症例発生率を年齢階級別に求め、当発生率を当該
地域の推計人口、DPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して求めた。

引用：厚生労働省、患者調査（H29）における受療率および第4回NDBオープンデータ、
DPC退院患者調査を元に推計／国立社会保障人口問題研究所 将来推計人口 ※推計値に
おける小数点以下は四捨五入をしている

図2：推計手術数の推移



（備考）

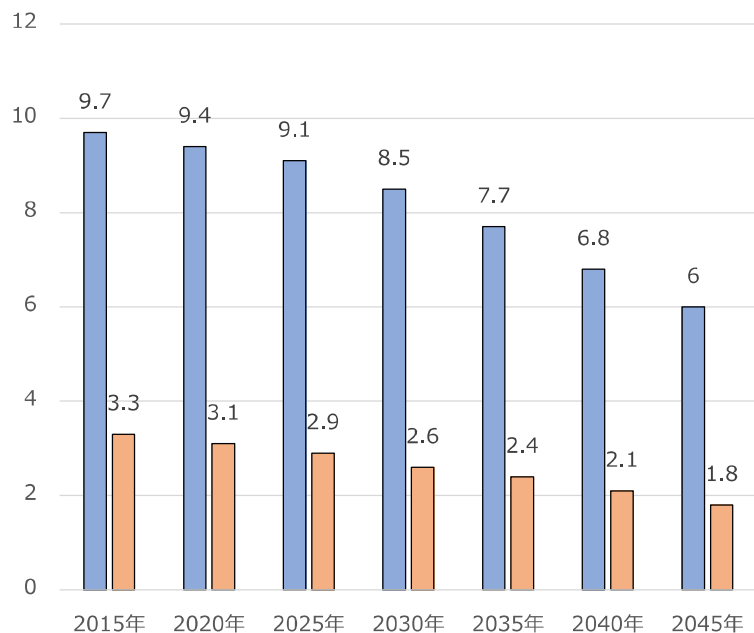
「心・脈管」の手術数を推計
手術の発生率は性別・年齢5歳階級別の全国の発生率を計算し、当該地域の推計人口に掛け
合わせることで算出した。

賀茂医療圏の医療介護需要について

5疾病の需給状況：糖尿病

- ・ 糖尿病の入院需要、入院需要（DPC）、外来需要は既にピークを迎えている見込み。

図1：推計1日入院患者数の推移

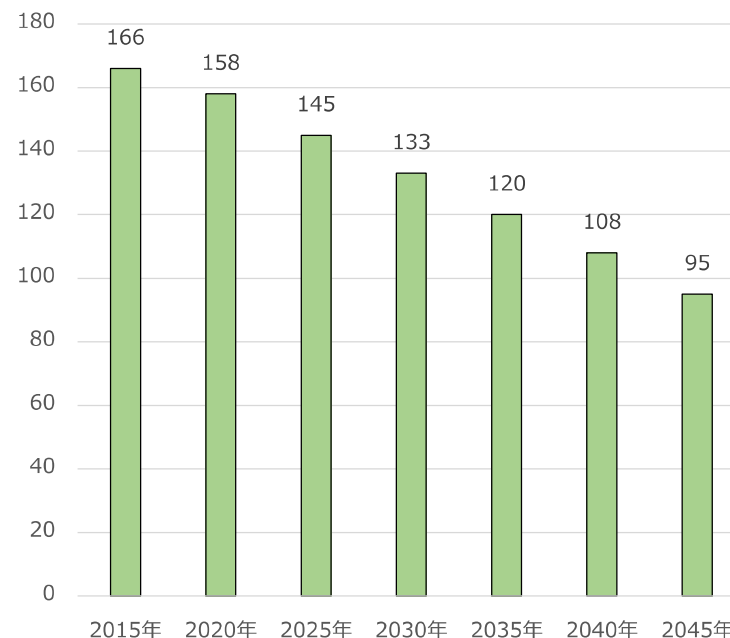


（備考） ■ 推計1日入院患者数 ■ 推計1日入院患者数（DPC）

推計1日患者数は傷病分類「糖尿病」の静岡県受療率より推計
 推計1日入院患者数DPCは傷病名に「糖尿病」を含むものに絞り1日患者数を推計。患者数推計は、DPC退院患者調査より全国のDPC請求病床への入院症例発生率を年齢階級別に求め、当発生率を当該地域の推計人口、DPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して求めた。

引用：厚生労働省、患者調査（H29）における受療率および第4回NDBオープンデータ、DPC退院患者調査を元に推計／国立社会保障人口問題研究所 将来推計人口 ※推計値における小数点以下は四捨五入をしている

図2：推計1日外来患者数の推移



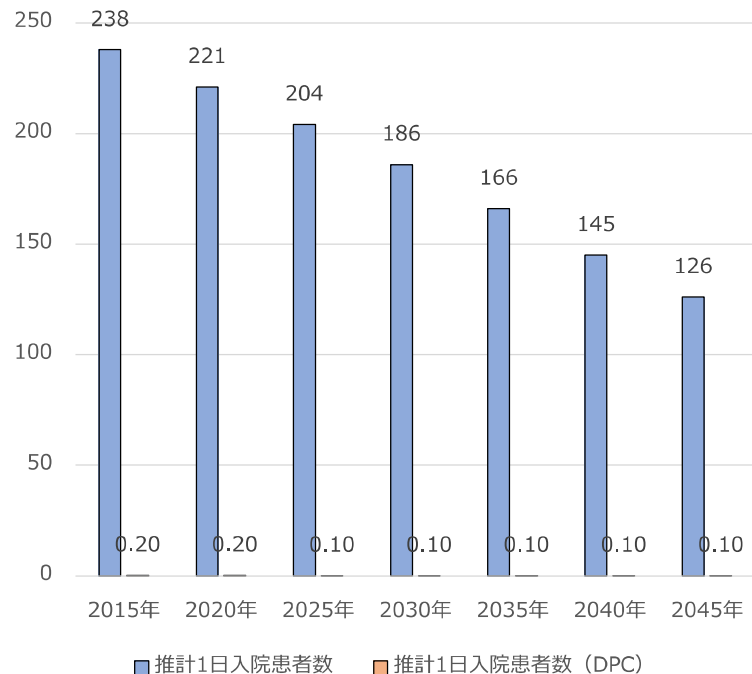
（備考）
 推計1日患者数は傷病分類「糖尿病」の静岡県受療率より推計

賀茂医療圏の医療介護需要について

5疾病の需給状況：精神疾患

- 精神疾患の入院需要、入院需要（DPC）、外来需要は既にピークを迎えている見込み。

図1：推計1日入院患者数の推移

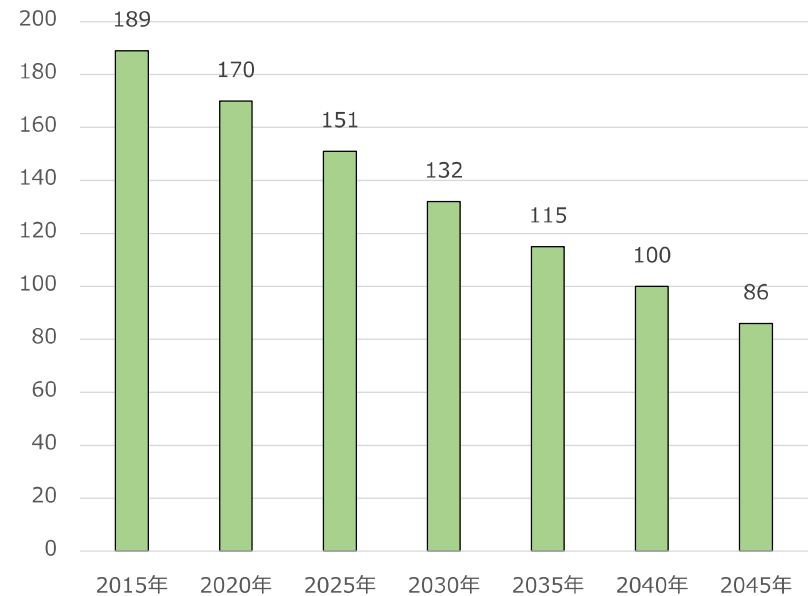


（備考）

推計1日患者数はICD分類「Ⅴ.精神行動の障害」の静岡県受療率より推計
推計1日入院患者数DPCはMDC17精神疾患の1日患者数を推計。患者数推計は、DPC退院患者調査より全国のDPC請求病床への入院症例発生率を年齢階級別に求め、当発生率を当該地域の推計人口、DPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して求めた。

引用：厚生労働省、患者調査（H29）における受療率および第4回NDBオープンデータ、DPC退院患者調査を元に推計／国立社会保障人口問題研究所 将来推計人口 ※推計値における小数点以下は四捨五入をしている

図2：推計1日外来患者数の推移



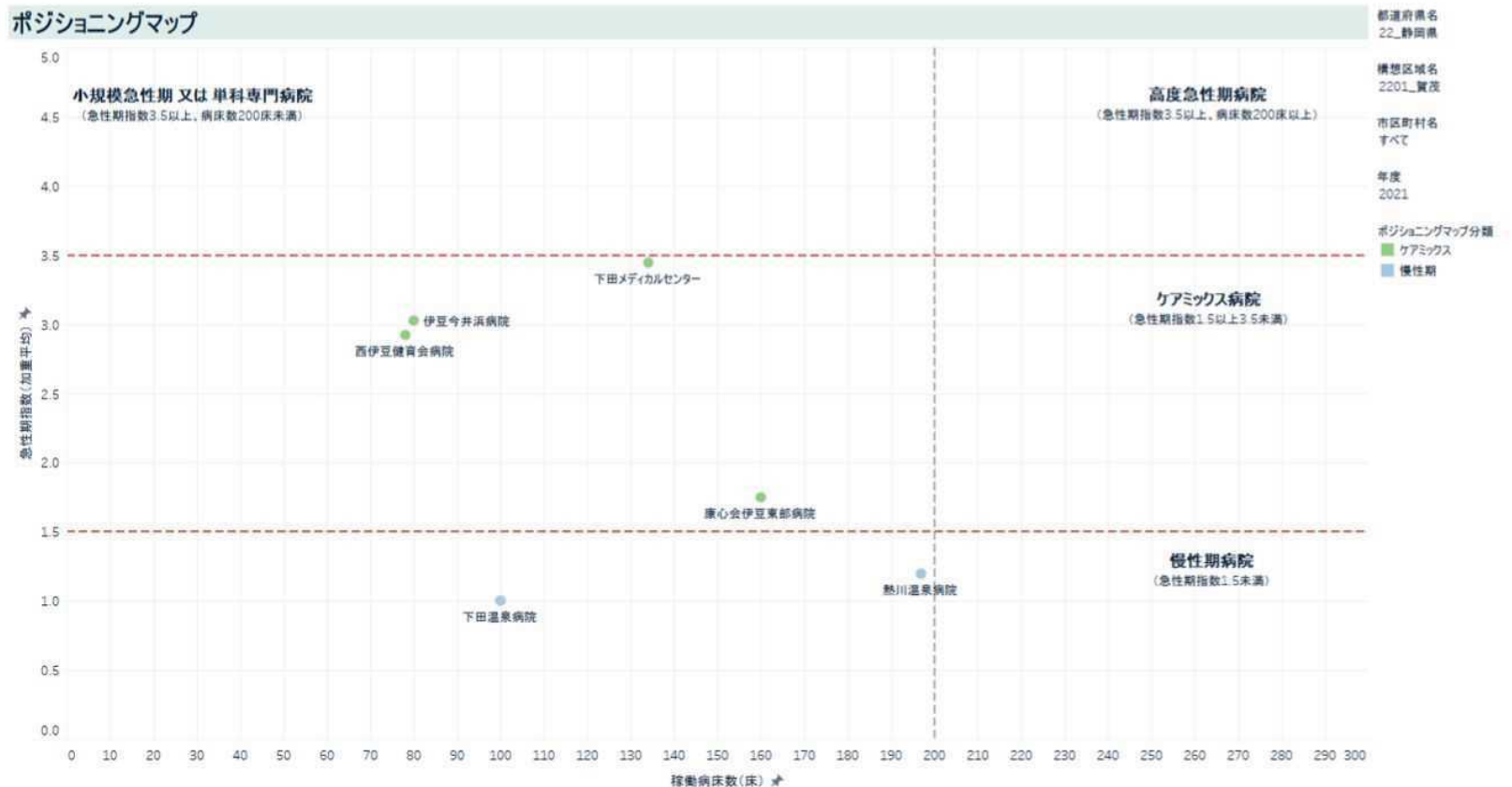
（備考）

推計1日患者数はICD分類「Ⅴ.精神行動の障害」の静岡県受療率より推計

賀茂医療圏の医療提供体制について

賀茂医療圏の医療提供体制について ポジショニングマップ

- 賀茂医療圏は400床以上で高度急性期機能を有する総合急性期病院が存在せず、中小規模のケアミックス病院と慢性期病院で構成されている。



賀茂医療圏の医療提供体制について

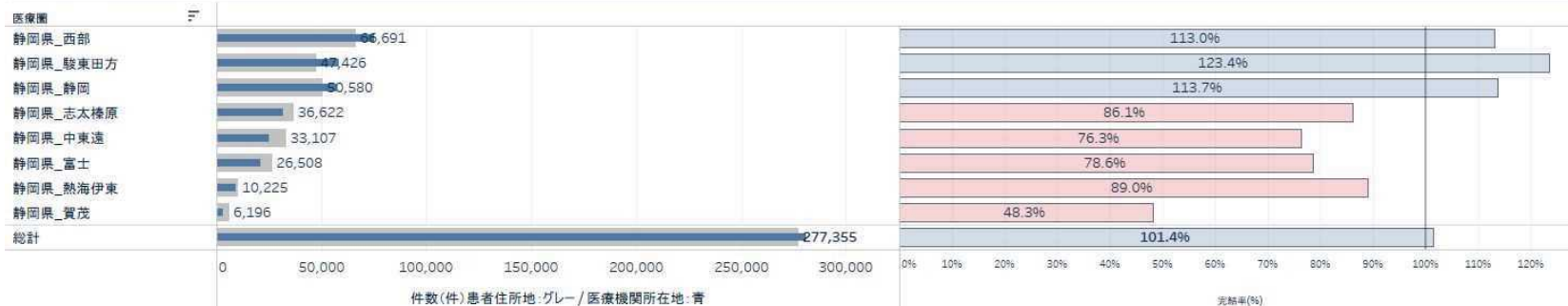
(参考) 届出病床の急性期指数の設定について

各届出入院料に下記指数を設定し、指数×病床数の総和を総病床数で割り加重平均を求めている

入院料No.	入院料略称	機能区分（入院料）	急性期指数	入院料No.	入院料略称	機能区分（入院料）	急性期指数
1	救命救急1	高度急性期	5.0	35	地域包括1	回復期	2.0
2	救命救急2	高度急性期	5.0	36	地域包括2	回復期	2.0
3	救命救急3	高度急性期	5.0	37	地域包括3	回復期	2.0
4	救命救急4	高度急性期	5.0	38	地域包括4	回復期	2.0
5	ICU1	高度急性期	5.0	39	地域包括1	回復期	2.0
6	ICU2	高度急性期	5.0	40	地域包括2	回復期	2.0
7	ICU3	高度急性期	5.0	41	地域包括3	回復期	2.0
8	ICU4	高度急性期	5.0	42	地域包括4	回復期	2.0
9	HCU1	高度急性期	5.0	43	回リハ1	回復期	2.0
10	HCU2	高度急性期	5.0	44	回リハ2	回復期	2.0
11	脳卒中ケアユニット	高度急性期	5.0	45	回リハ3	回復期	2.0
12	新生児特定集中2	高度急性期	5.0	46	回リハ4	回復期	2.0
13	新生児特定集中1	高度急性期	5.0	47	回リハ5	回復期	2.0
14	MFICU（新生児）	高度急性期	5.0	48	回リハ6	回復期	2.0
15	MFICU（母体・胎児）	高度急性期	5.0	49	地域一般1	急性期B	3.0
16	小児特定集中	高度急性期	5.0	50	地域一般2	急性期B	3.0
17	新生児治療回復室	高度急性期	5.0	51	地域一般3	急性期B	3.0
18	特定機能病院7:1	急性期A	4.0	52	緩和ケア1	慢性期	1.0
19	特定機能病院10:1	急性期A	4.0	53	緩和ケア2	慢性期	1.0
20	専門病院7:1	急性期A	4.0	54	障害者7:1	慢性期	1.0
21	専門病院10:1	急性期A	4.0	55	障害者10:1	慢性期	1.0
22	専門病院13:1	急性期B	3.0	56	障害者13:1	慢性期	1.0
23	急性期一般1	急性期A	4.0	57	障害者15:1	慢性期	1.0
24	急性期一般2	急性期A	4.0	58	特殊疾患1	慢性期	1.0
25	急性期一般3	急性期A	4.0	59	特殊疾患2	慢性期	1.0
26	急性期一般4	急性期A	4.0	60	特殊疾患管理料	慢性期	1.0
27	急性期一般5	急性期A	4.0	61	療養1	慢性期	1.0
28	急性期一般6	急性期A	4.0	62	療養2	慢性期	1.0
29	急性期一般7	急性期B	3.0	63	療養特別	慢性期	1.0
30	小児入院1	急性期A	4.0	64	一般病棟特別	急性期B	3.0
31	小児入院2	急性期A	4.0	65	特定一般 1	急性期B	3.0
32	小児入院3	急性期A	4.0	66	特定一般 2	急性期B	3.0
33	小児入院4	急性期A	4.0	67	-	不明	0.0
34	小児入院5	急性期A	4.0				

賀茂医療圏の医療提供体制について DPC請求対象患者の流入出

流入出(医療圏別)_2020年度



ポジショニングマップ(2021年度)



賀茂医療圏の医療提供体制について

DPC症例から見た医療圏別地域完結率

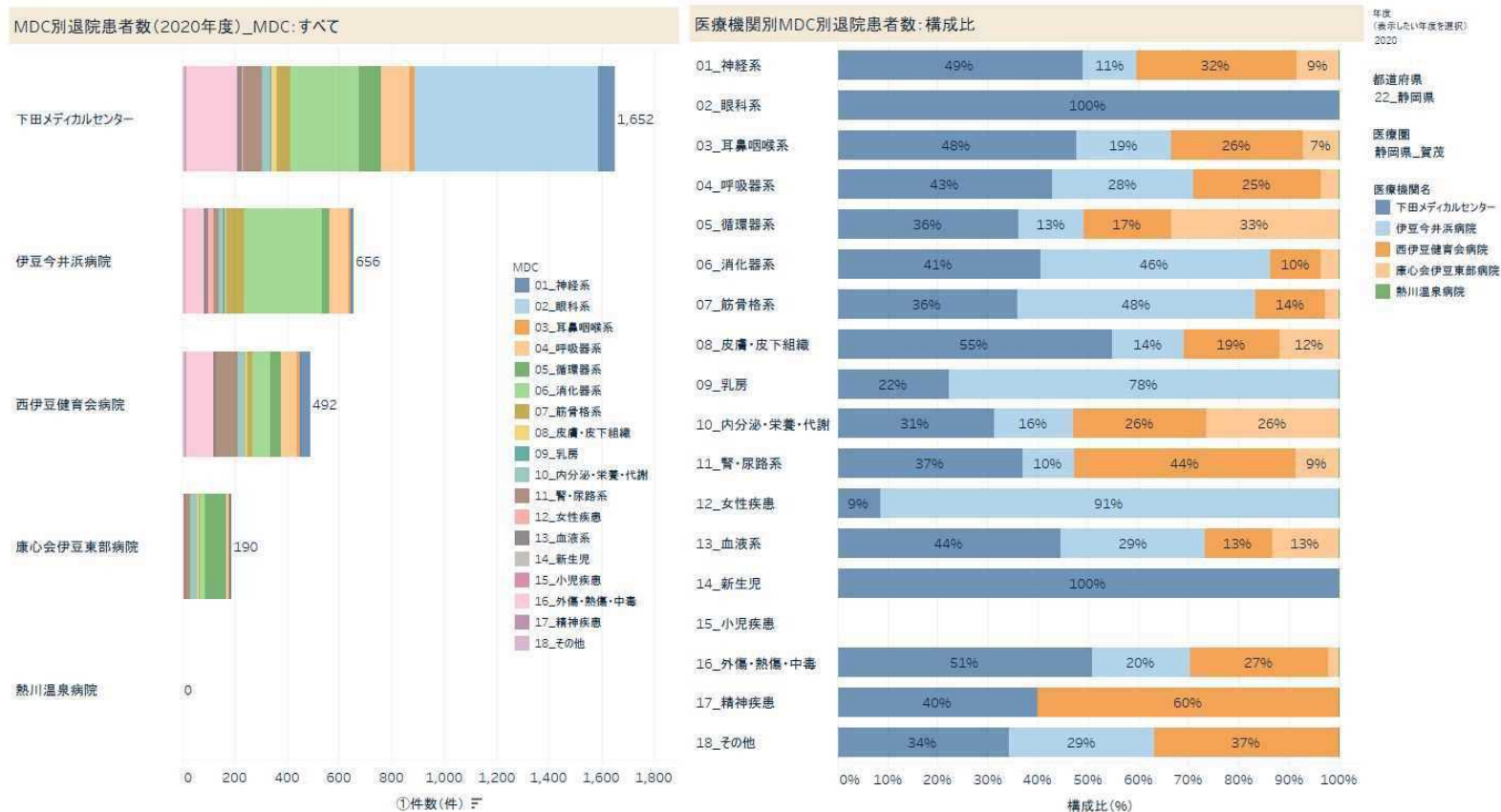
- ・ MDC別の地域完結率では、大規模な総合急性期病院がある駿東田方、西部、静岡医療圏の完結率が高くなっている。
- ・ 緊急性の高い疾患や希少性の高い疾患は自医療圏で対応が難しい場合は広域連携を図るような連携強化が必要となる。
- ・ 急性期を脱した後の回復期以降の医療を患者の住み慣れた地域で提供出来るような広域連携も必要となる。

医療圏別MDC別の地域完結率



賀茂医療圏の医療提供体制について 病院別DPC症例数と構成比

- ・ DPC症例数は下田メディカルセンターが最多となっており、眼科系の疾患は当院が全て対応している。
- ・ 急性期医療需要が減少する中で現状の4病院体制を維持した場合、症例数の分散が発生する可能性がある。

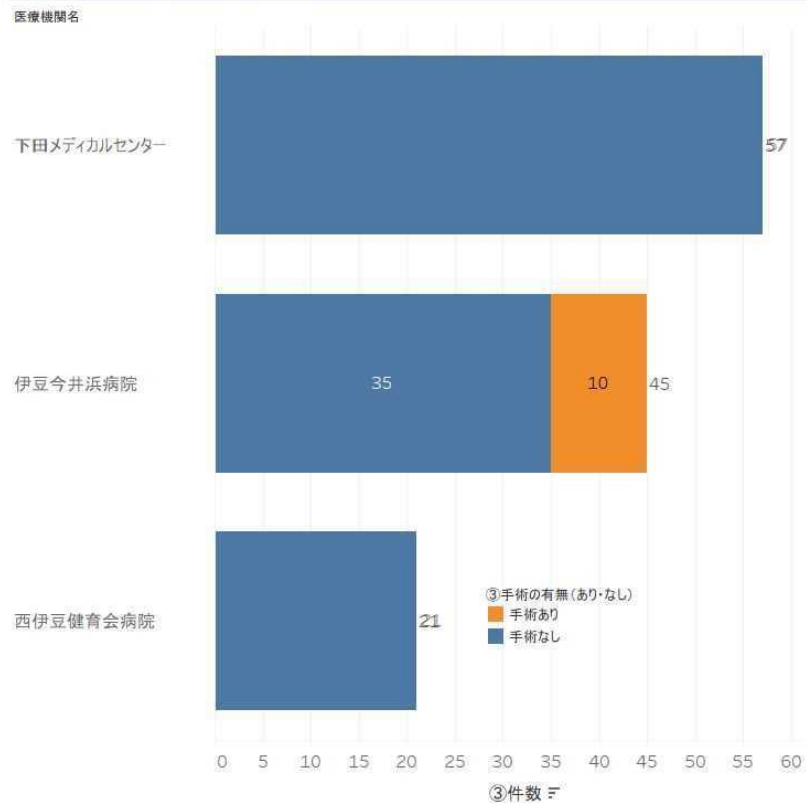


賀茂医療圏の医療提供体制について

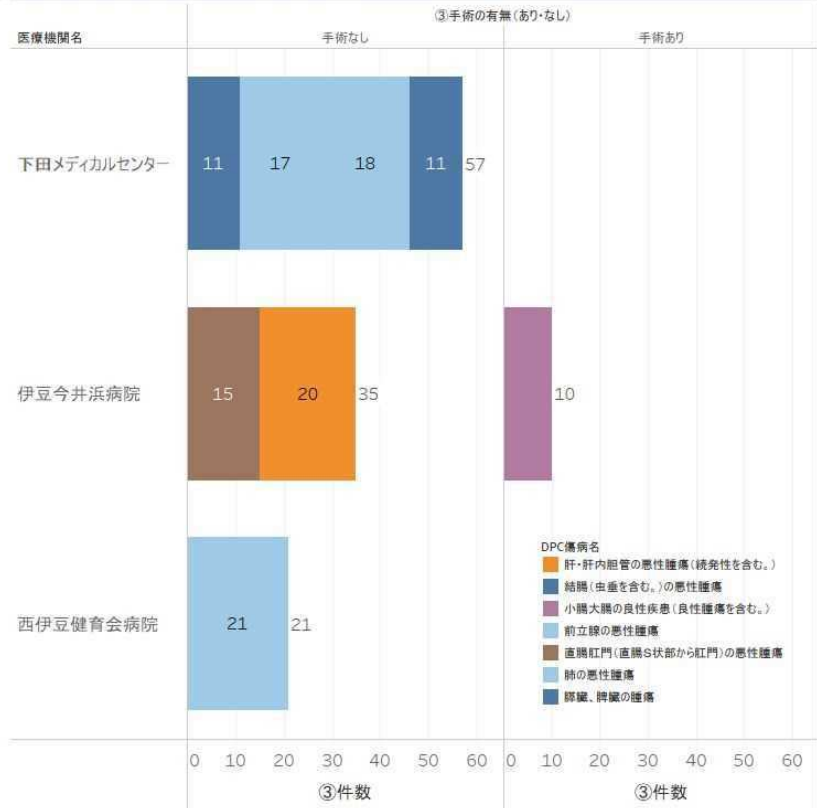
5疾病の需給状況 | 悪性新生物

- 悪性新生物のDPC症例は下田メディカルセンターが最多となっている。
- 手術の実績が確認できたのは伊豆今井浜病院のみだった。

MDC別手術有無別件数(悪性新生物)

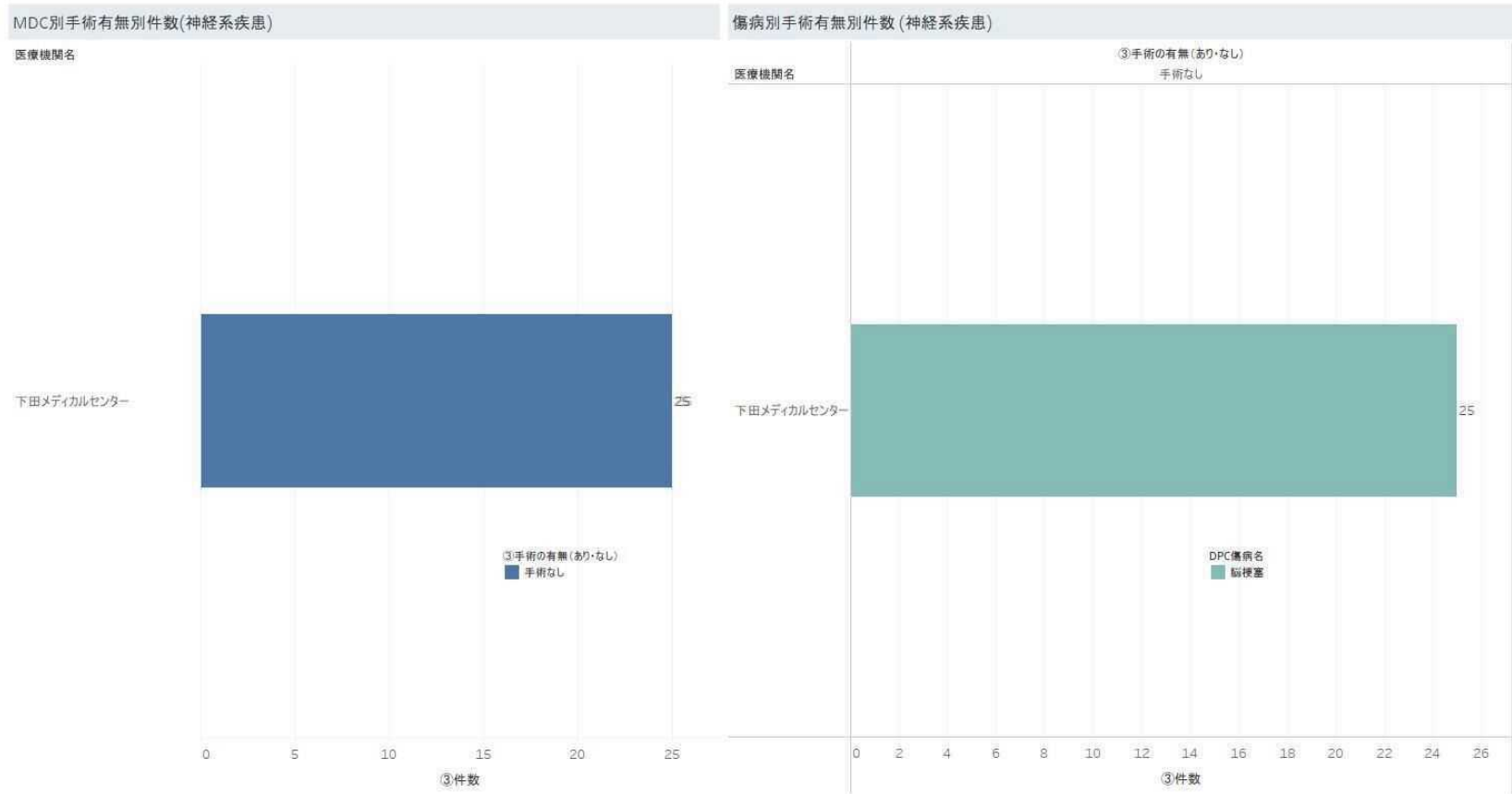


傷病別手術有無別件数(悪性新生物)



賀茂医療圏の医療提供体制について 5疾病の需給状況 | 神経系疾患

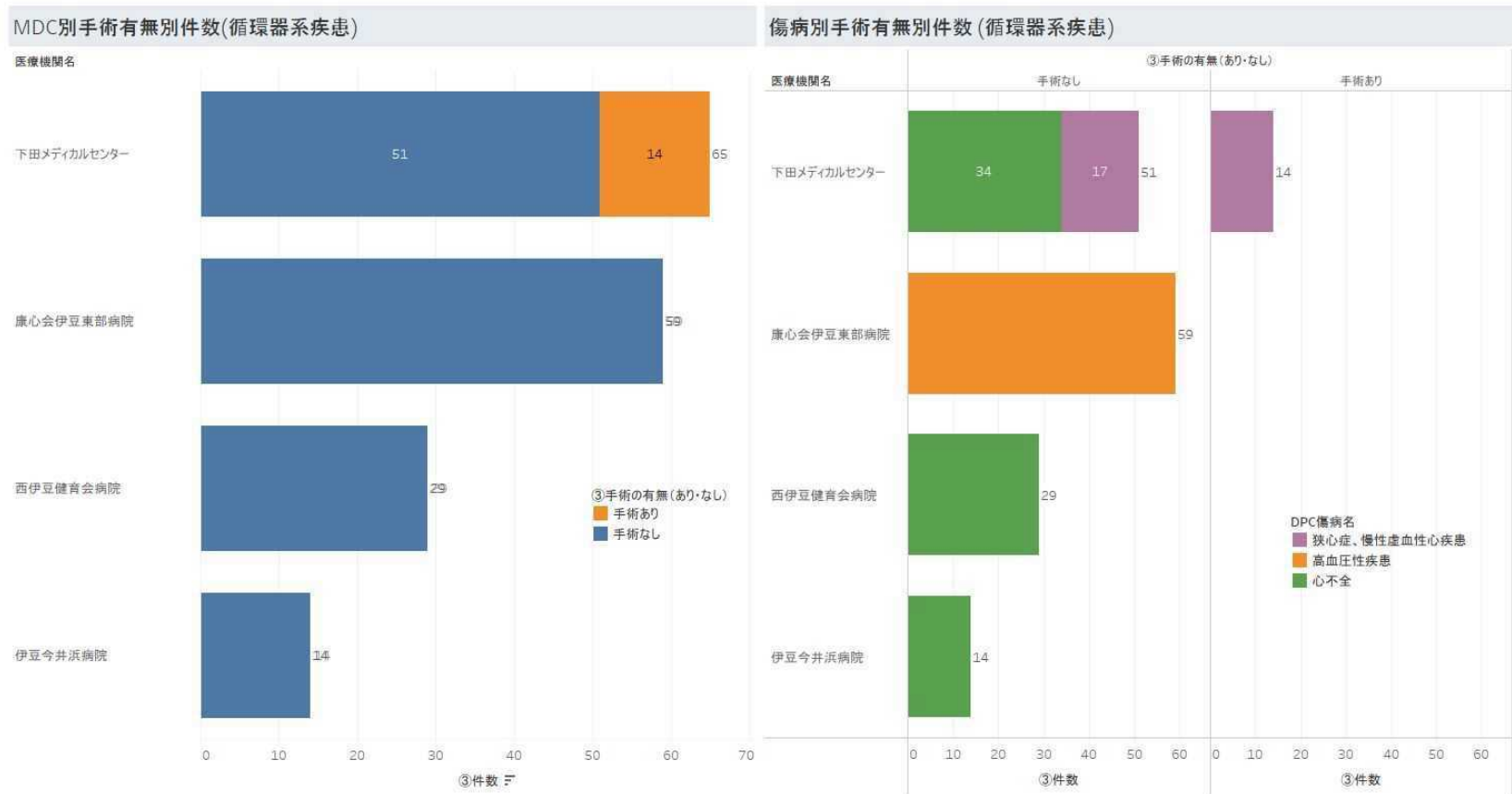
- 神経系疾患は下田メディカルセンターのみ実績を確認することができた。



賀茂医療圏の医療提供体制について

5疾病の需給状況 | 循環器系疾患

- 循環器系疾患は急性期4病院の中で下田メディカルセンターと康心会伊豆東部病院の症例数が多い。
- 手術実績は下田メディカルセンターのみ確認することができた。



賀茂医療圏の医療提供体制について 病床機能別の病床稼働率の状況（東部エリア）

- 賀茂医療圏の圏域全体の病床稼働率は79.1%となっている。
- 機能別の病床稼働率では急性期が63.3%、回復期が78.1%、慢性期が92.8%となっている。

医療圏名称	医療機能	既存病床数 (2021年度)	必要病床数	既存病床数と 必要病床数の差	1日平均患者数	病床稼働率
賀茂	合計	809	659	150	640	79.1%
	高度急性期	0	20	-20	0	—
	急性期	296	186	110	187	63.3%
	回復期	160	271	-111	125	78.1%
	慢性期	353	182	171	328	92.8%
	休棟中	0	0	0	0	—
熱海伊東	合計	960	1,068	-108	772	80.4%
	高度急性期	68	84	-16	51	74.6%
	急性期	502	365	137	348	69.2%
	回復期	148	384	-236	111	75.0%
	慢性期	221	235	-14	262	118.7%
	休棟中	21	0	21	0	—
駿東田方	合計	6,725	4,929	1,796	4,678	69.6%
	高度急性期	739	609	130	601	81.4%
	急性期	2,738	1,588	1,150	1,852	67.6%
	回復期	968	1,572	-604	741	76.6%
	慢性期	2,026	1,160	866	1,483	73.2%
	休棟中	254	0	254	0	—
富士	合計	2,666	2,610	56	1,789	67.1%
	高度急性期	260	208	52	161	62.0%
	急性期	1,196	867	329	742	62.1%
	回復期	545	859	-314	413	75.7%
	慢性期	555	676	-121	473	85.2%
	休棟中	110	0	110	0	—

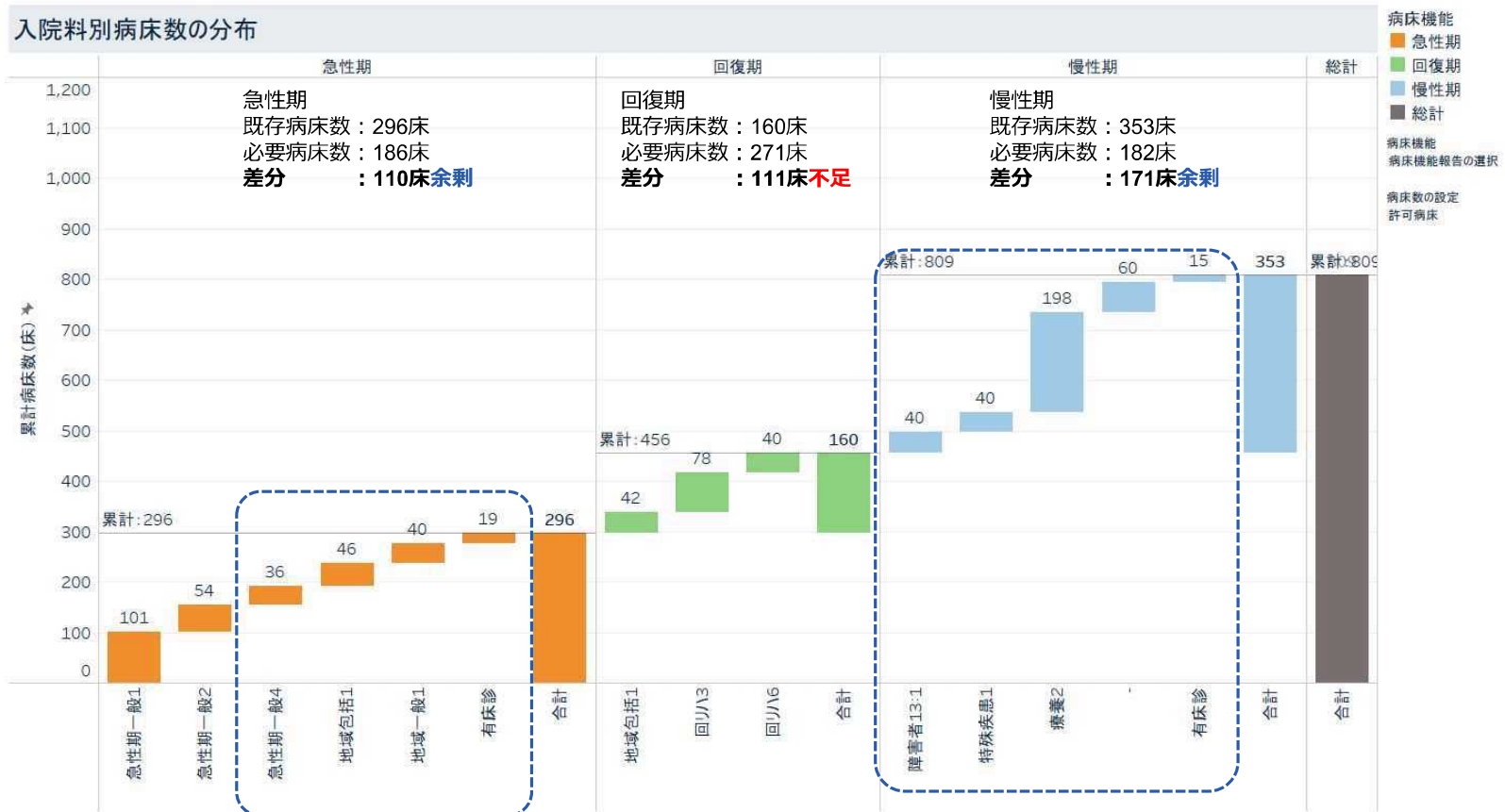
賀茂医療圏の医療提供体制について

現状の病床数と2025年必要病床数の比較

- ・ 賀茂医療圏の病床数は直近4力年で42床減少したが、依然として地域医療構想上の必要病床数を150床上回る。
- ・ 病床機能別では、既存病床数が必要病床数を下回っている回復期が減少し、必要病床数を上回る急性期と慢性期は大きな増減なく横ばいに推移している。



賀茂医療圏の医療提供体制について 入院料別の病床数

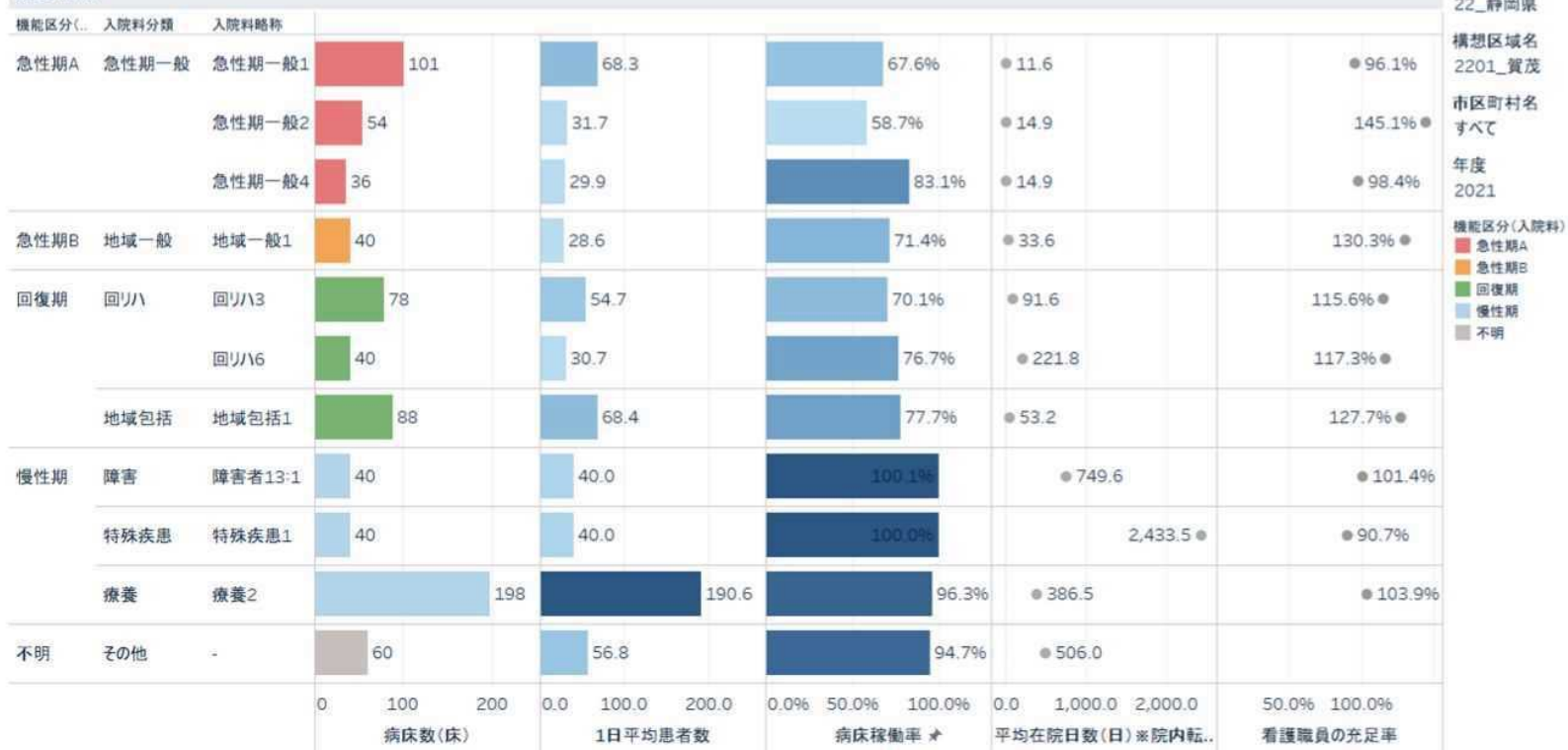


賀茂医療圏の医療提供体制について 入院料別の稼働状況

- 入院料別の稼働状況では急性期一般入院料 1 もしくは 2 を届け出る病棟の病床稼働率が低くなっている。
- 高度急性期および急性期の患者が他医療圏に流出していることで急性期病棟の稼働率が低くなり、流出した患者が回復期になっても賀茂医療圏に戻ってきていないことで回復期の稼働率も低くなっている可能性がある。

主要指標(構想区域)

経営指標



賀茂医療圏の医療提供体制について 病院別の主要経営指標

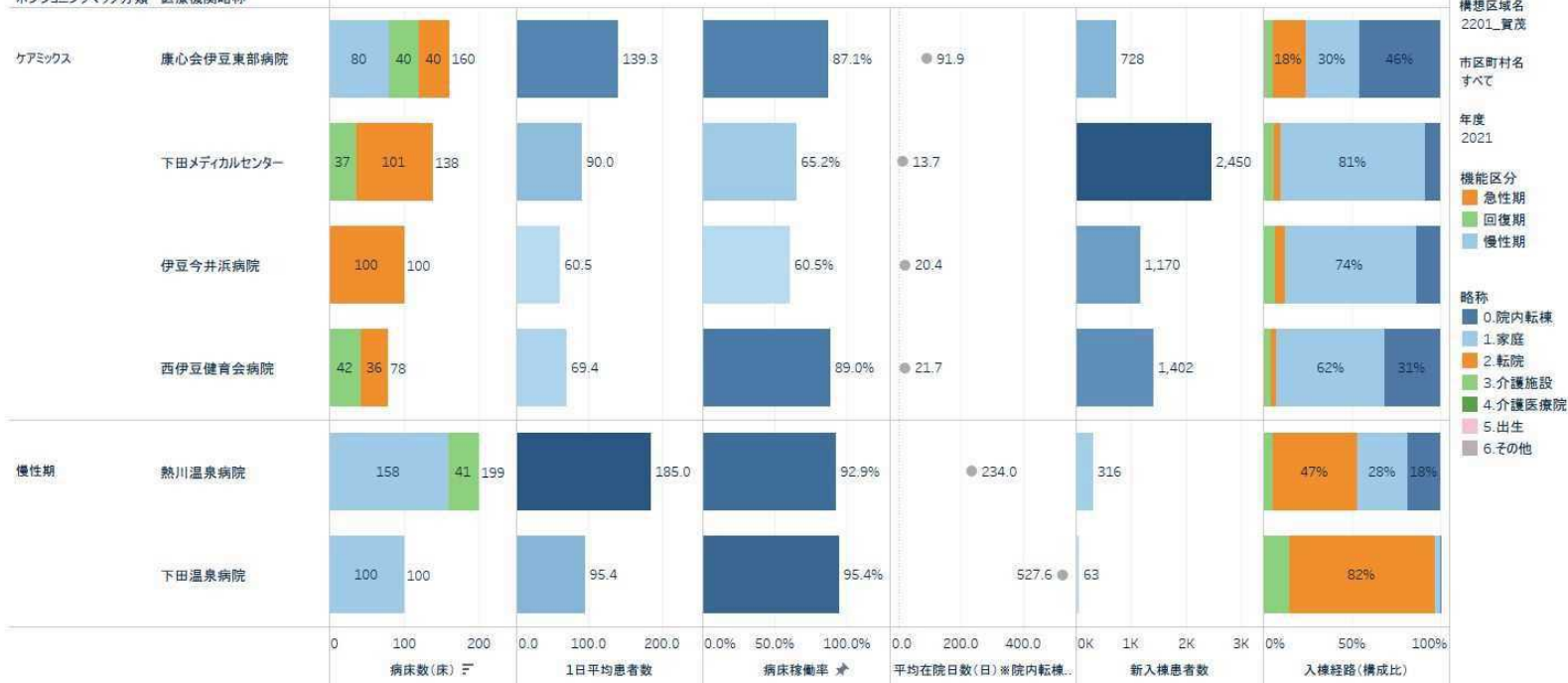
- 賀茂医療圏で回復期および慢性期病床をメインとしている病院の病床稼働率は90%前後と高い一方で、急性期病床をメインとしている病院の病床稼働率は60%台となっている。

主要指標(構想区域)

22_静岡県_2201_賀茂_すべて

経営指標

ポジショニングマップ分類 医療機関略称

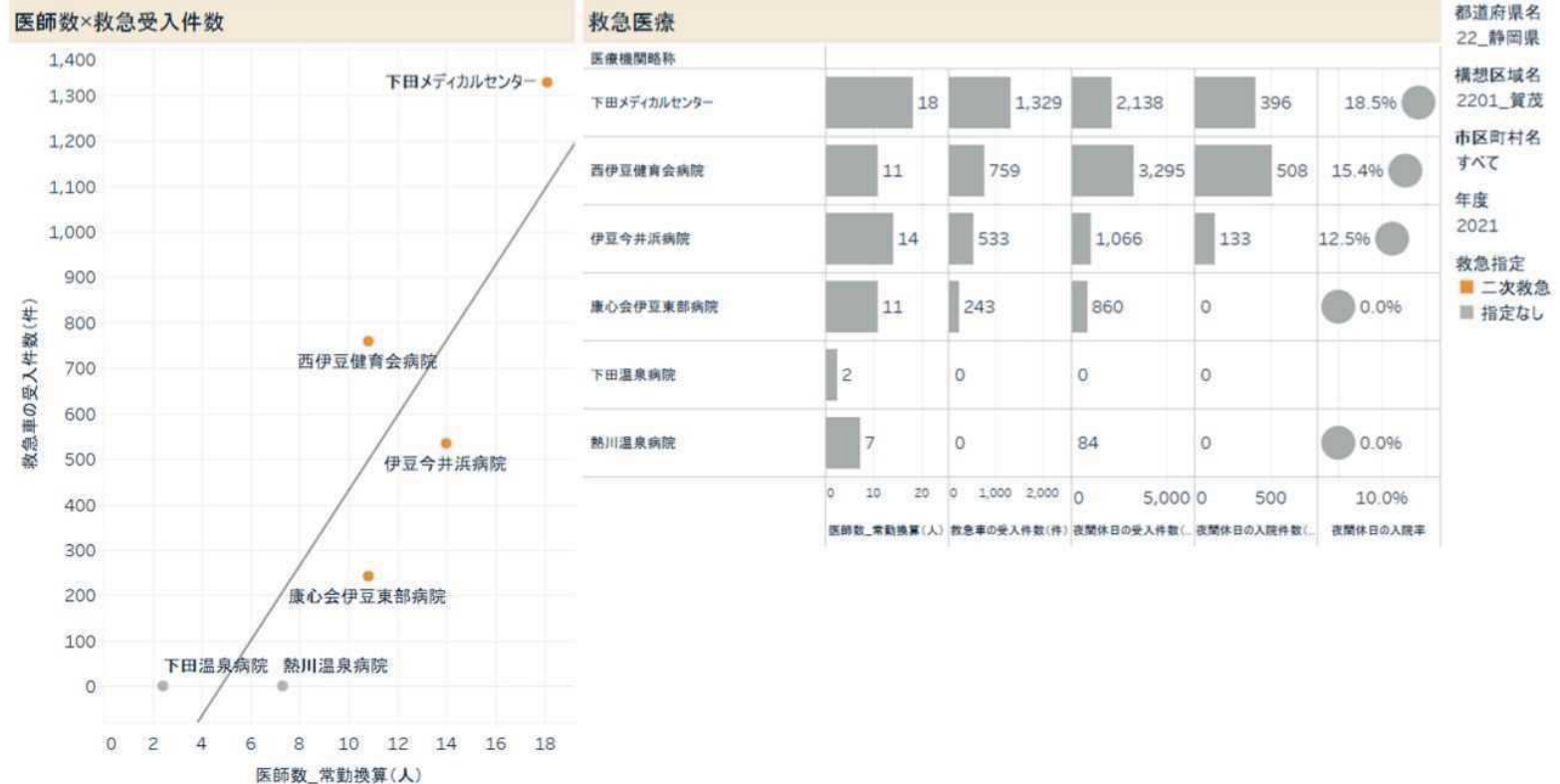


賀茂医療圏の医療提供体制について

救急医療

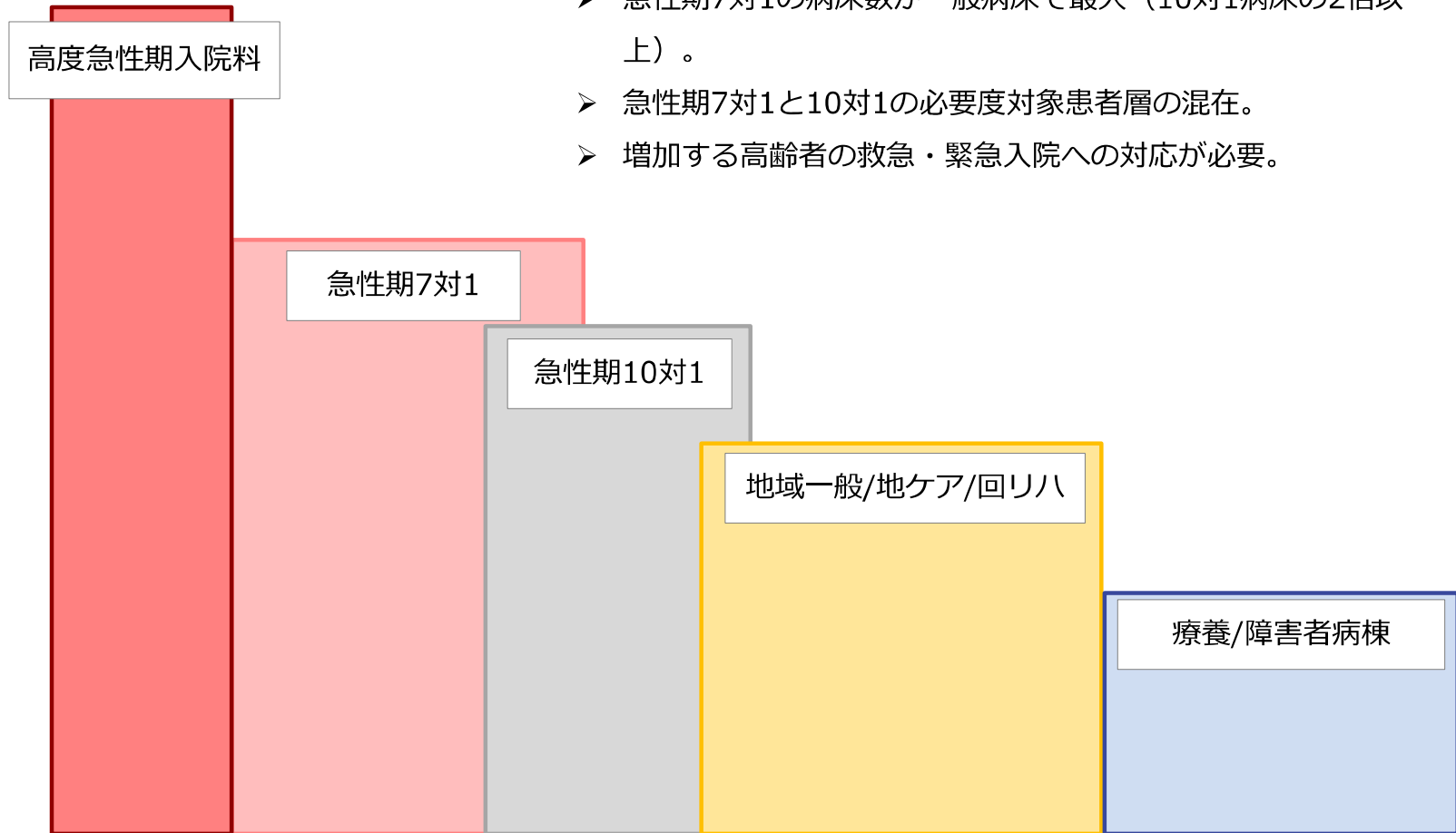
- 救急車の受入件数は下田メディカルセンターが最多となり、西伊豆健育会病院、伊豆今井浜病院、健心会伊豆東部病院も受け入れている。
- 夜間休日の救急受入れは4病院が対応しており、入院率は同程度となっている。

救急指標（医師数と受入）



改定議論から想像する入院料の再編イメージ（現状）

■現状の入院料の構成

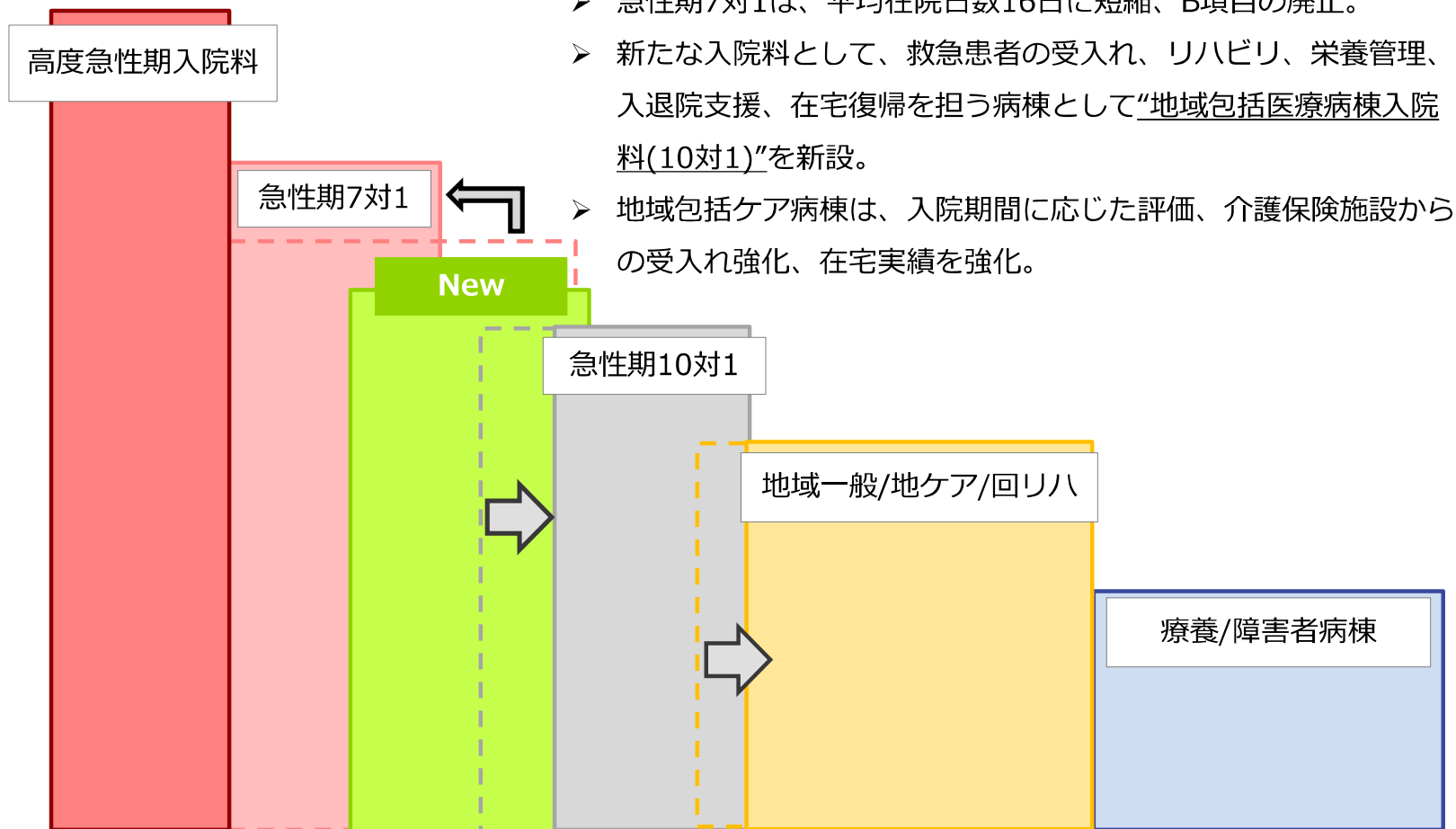


＜主な課題認識＞

- 急性期7対1の病床数が一般病床で最大（10対1病床の2倍以上）。
- 急性期7対1と10対1の必要度対象患者層の混在。
- 増加する高齢者の救急・緊急入院への対応が必要。

改定議論から想像する入院料の再編イメージ（改定踏まえて）

■改定を踏まえた入院料の構成



＜主な再編内容＞

- 急性期7対1は、平均在院日数16日に短縮、B項目の廃止。
- 新たな入院料として、救急患者の受入れ、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰を担う病棟として“地域包括医療病棟入院料(10対1)”を新設。
- 地域包括ケア病棟は、入院期間に応じた評価、介護保険施設からの受入れ強化、在宅実績を強化。

医療従事者数からみる供給面の課題

機能再編や解決の方向性について

■ 需要と供給力（経営資源）から見た集約の必要性について

✓ 病院の機能からみた職種別職員・設備の必要性（大まかな特徴）

職種別職員・設備	必要性
医師、看護師、技師等のコメディカル	医師・看護師については重症患者に対応する場合は手厚い配置が必要。救急体制（24時間体制）を行う場合や手術を行う場合は、外来や入院診療に加え、それらに対応する職員を確保する必要があり、急性期医療や救急医療に対応する医療機関ほど人員を必要とする。
セラピスト	在宅復帰の支援を行うにあたり、重要な役割を担う。濃密なリハビリを行うには、職員の集約が必要。
その他職員	各病院において必要な役割を担うが、事務員等の職員であっても既に採用難となっている病院がある。
施設設備	設備投資について、需要にあわせた視点だけでなく、職員数にあわせた視点を持たなければ過剰投資となる。

■ 解決の方向性

高度急性期	急性期	回復期	慢性期
施策① 1病院あたりで多くの職員数が必要になるため、病院数の集約が必要 （複数病院に分散できるほど働き手の絶対数に余裕がない）	施策②-1 医療処置が必要な患者に焦点を当てた適正病床数へ集約	施策②-2 人員配置基準が低い回復期系への再編	より確実かつ早期の在宅復帰が行える体制整備が必要 配置基準が低い介護施設サービスや在宅サービスへの転換が必要
高度急性期	急性期	回復期	慢性期
			在宅療養



入院医療を支えるためには、在宅サービスを含めた地域包括ケアシステムの完成が必要

供給体制の特徴と地域医療構想

働き手の数からみた病床数の試算 | シミュレーションの条件① 計算式について

シミュレーションの条件

2020年の1日患者数は2020年病床機能報告において、届出入院料が確認できた病棟に入院していた推計1日患者数。

2025年以降は、2020年の1日患者数に対して入院需要推計の伸び率をかけて算出。

※厚生労働省患者受療調査2020年の静岡県の値による推計（コロナの影響を受け2017年より低い）

1日患者数（DPC）は各地域の性・年齢別人口×全国のDPC入院の発生率による推計

2025年以降も生産年齢人口に占める病棟勤務看護師の数は同じものとし、生産年齢人口の減少に比例して看護師数も減少すると仮定。なお2020年の看護師数は病床機能報告に記載された看護師数（入院料が把握できる病棟に限る）

看護師による対応可能数な1日患者数の算出は下記の計算式による

✓診療報酬に定める法定勤務時間＝（1日患者数÷配置基準×3交代）×8時間（1勤務帯）×31日（暦日数）を満たす必要がある。

✓仮に看護師1人1月あたりの勤務時間を150時間とする場合、各診療報酬で求める勤務時間を満たすために最低限必要となる看護師数を求める計算式は、

法定勤務時間（必要な看護師数×150時間） ＝ 1日患者数÷配置基準×3×8×31

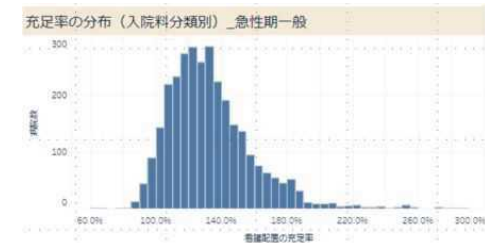
必要な看護師数 ＝ 1日患者数÷配置基準×3×8×31÷150 ※診療報酬上最低限必要な看護師数

運用に要する看護師数 ＝ 1日患者数÷配置基準×3×8×31÷150×余剰率 ※余剰率は入院料別に設定

対応可能な1日患者数 ＝ 看護師数×配置基準÷（4.96×余剰率）

※余剰率は現在の余剰率、もしくは全国の推計余剰率における最頻値（図参照）のいずれか低い方を採用した。

余剰率が必要な理由は、有給取得や欠勤、研修参加、退職があった場合も法定勤務時間を維持できるよう、例えば急性期一般病棟では法定勤務時間に対して20%増し程度が平均的に確保されている。



供給体制の特徴と地域医療構想

働き手の数からみた病床数の試算 | シミュレーションの条件② 参考) 余剰率

(参考)

- ・ 下記は全国の推計における入院料別の配置看護師の余剰率の最頻値（実勤務時間÷法定勤務時間）。
- ・ およそどの入院料においても、ヒストグラムは単峰型となった。
- ・ 異常値の影響を避けるために平均ではなく最頻値を採用。

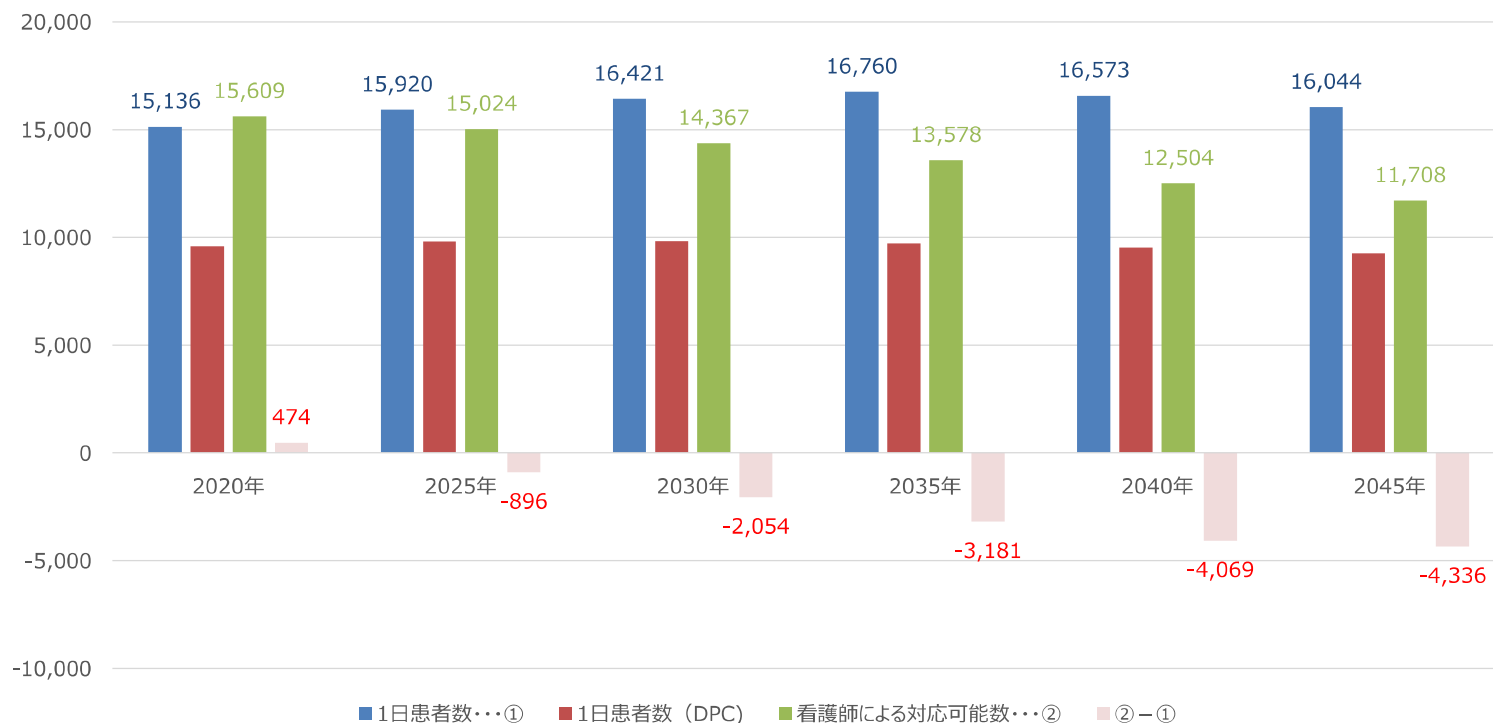
新生児治療回復室	220%	緩和ケア1	175%	小児入院4	170%
HCU1	200%	緩和ケア2	175%	障害者10:1	100%
ICU1	195%	急性期一般1	115%	障害者7:1	100%
ICU2	195%	急性期一般2	115%	専門病院7:1	110%
ICU3	195%	急性期一般3	115%	地域一般1	135%
ICU4	195%	急性期一般4	130%	地域一般2	135%
MFICU（新生児）	175%	急性期一般5	130%	地域一般3	145%
MFICU（母体・胎児）	175%	急性期一般6	130%	地域包括1	150%
新生児特定集中2	170%	急性期一般7	130%	地域包括2	150%
脳卒中ケアユニット	100%	救命救急1	200%	特殊疾患1	165%
回リハ1	120%	救命救急3	200%	特殊疾患2	165%
回リハ2	120%	救命救急4	200%	特定機能病院7:1	120%
回リハ3	130%	小児入院1	170%	療養1	125%
回リハ4	130%	小児入院2	170%	療養2	125%
回リハ5	130%	小児入院3	170%		

供給体制の特徴と地域医療構想

地域医療構想の推進とこれからの論点 | 供給力の制約条件について

- ・ 静岡県全体の1日患者数の推計では後期高齢者の増加を受けて2030年まで増加する見込み。
- ・ 一方で、生産年齢人口の減少と比例する形で病棟勤務看護師数も減少する場合は対応できる1日患者数が年々減少する。
- ・ 回復期需要が増大する中で病棟機能再編などの対策を行わず、現状の7対1および10対1の看護配置を維持した場合、さらに対応出来る1日患者数が年々減少する。
- ・ 静岡県全体では2025年に看護師数からみた対応可能な患者数が推計1日患者数を下回ることが予想される。
- ・ 需要と供給のギャップは拡大し続けるため、2045年には4,336人／日の患者に対応できない可能性がある。

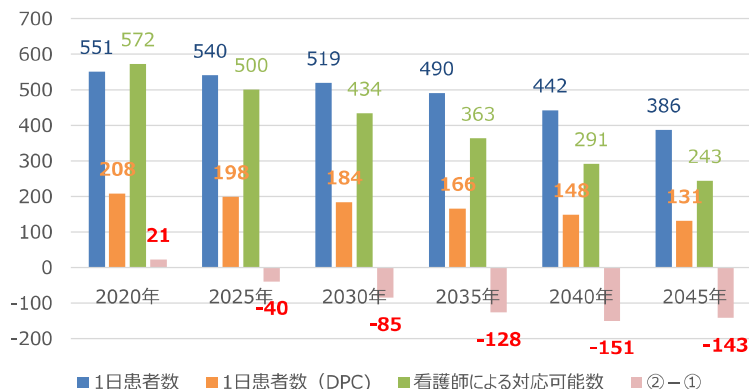
静岡県における働き手の数から対応可能な病床数の試算



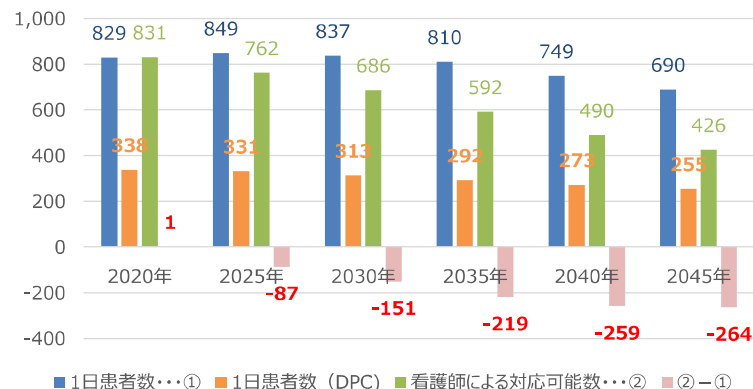
供給体制の特徴と地域医療構想

地域医療構想の推進とこれからの論点 | 供給力の制約条件について

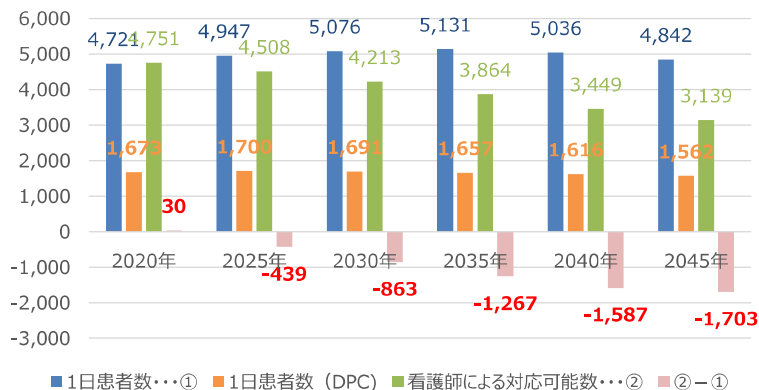
賀茂医療圏



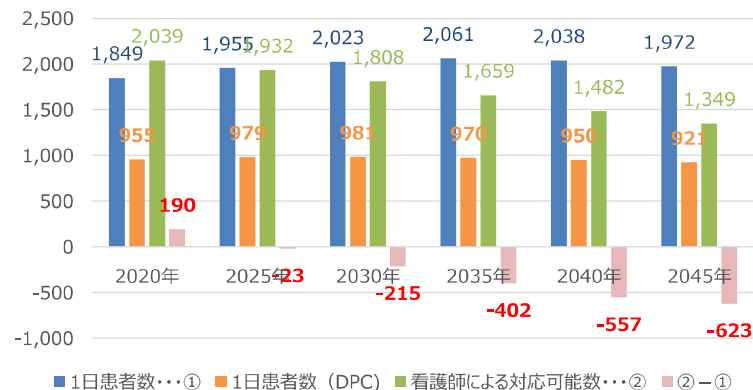
熱海伊東医療圏



駿東田方医療圏



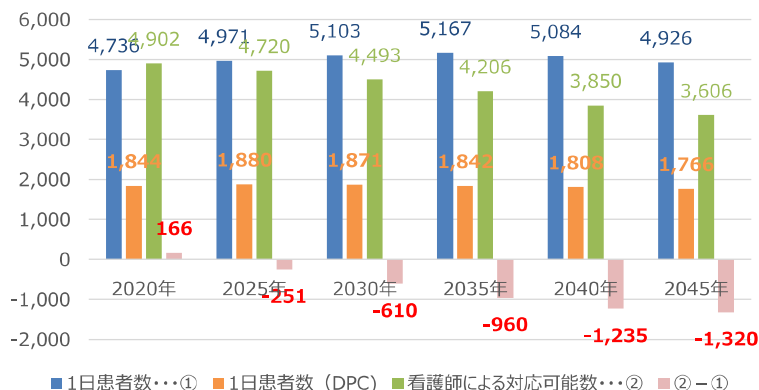
富士医療圏



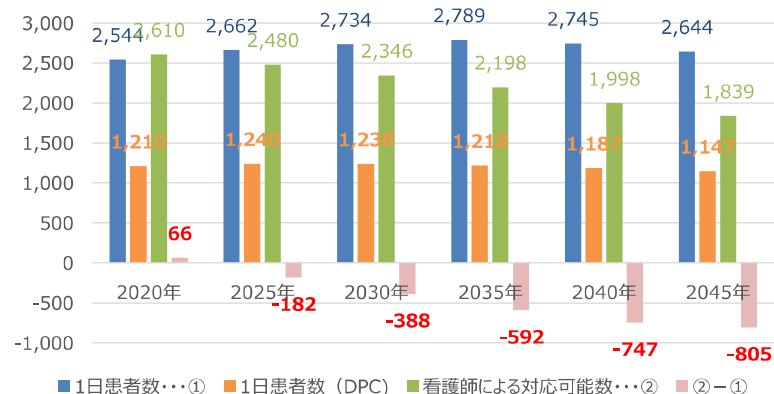
供給体制の特徴と地域医療構想

地域医療構想の推進とこれからの論点 | 供給力の制約条件について

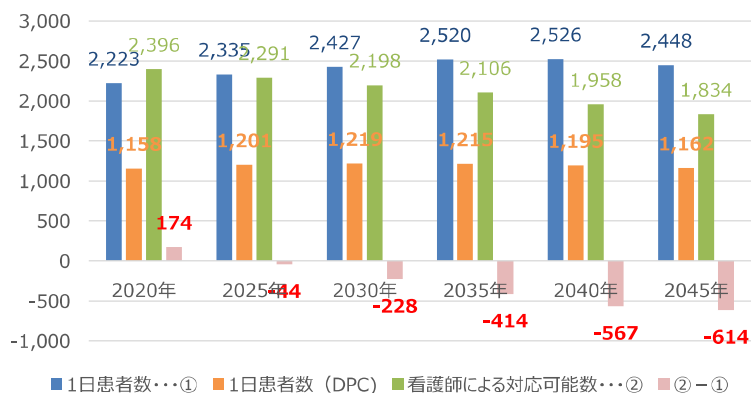
静岡医療圏



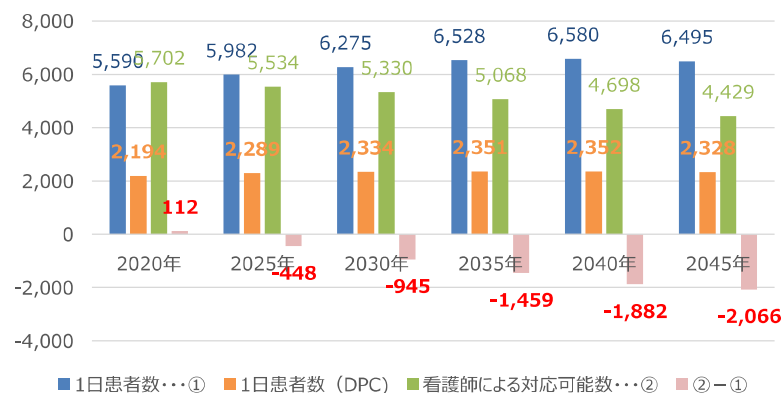
志太榛原医療圏



中東遠医療圏



西部医療圏



■情報照会先

株式会社日本経営

〒561-8510
大阪府豊中市寺内2-13-3
TEL:06-6865-1373
FAX:06-6865-2502

- 本資料に提供されている内容は万全を期しておりますが、入手し得る資料及び情報に基づいて作成したものであり、その内容の正確性や安全性を保障するものではありません。
- 本資料を弊社に何の断りなく用い、貴社、貴法人が損害等を被った場合において、弊社は一切の責任を負いかねます。
- 本資料は弊社独自のものですので、取り扱いには十分注意していただけますようお願い申し上げます。

令和5年度第3回賀茂地域医療構想調整会議
令和6年(2024年)2月14日(水)
静岡県下田総合庁舎(オンライン併用)

地域医療構想と医師確保計画について

国立大学法人浜松医科大学 医学部医学科 地域医療支援学講座(静岡県寄附講座)

竹内 浩視

e-mail: hrmt2018@hama-med.ac.jp

※ COI開示: 開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

※ 本資料の内容については、発表者の個人的な視点や見解に基づくものであり、公表資料からの引用を除き、浜松医科大学、静岡県、厚生労働省、その他の公式な見解ではありません。

地域医療構想と医師確保計画について

- 地域医療構想の進捗状況の検証について
(特に2025年の予定病床数について)
- 均てん化と拠点化・重点化
(医師確保計画と地域医療構想との整合について)
- これからの地域における医療提供体制について
(新たな病棟体系とこれからの地域医療の在り方について)

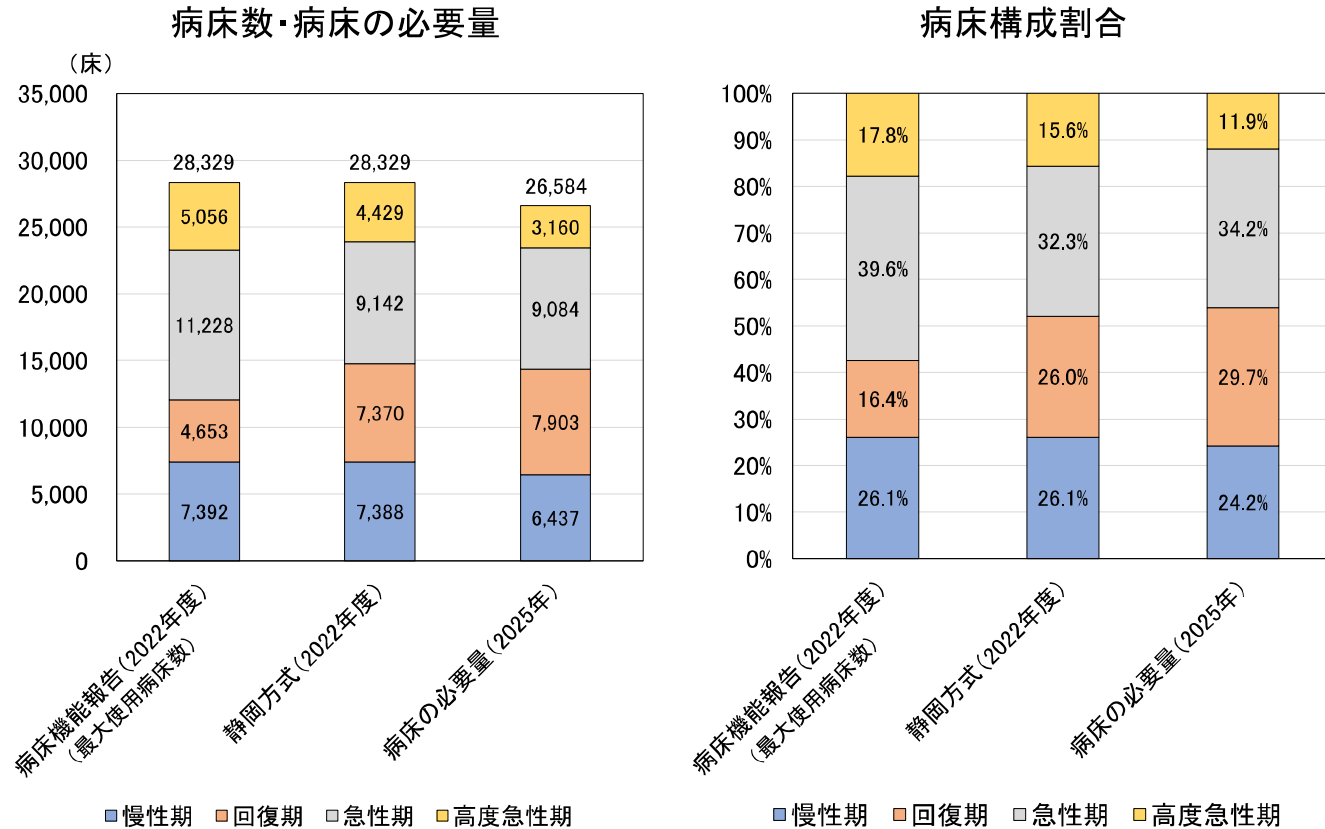
地域医療構想と医師確保計画について

- 地域医療構想の進捗状況の検証について
(特に2025年の予定病床数について)
- 均てん化と拠点化・重点化
(医師確保計画と地域医療構想との整合について)
- これからの地域における医療提供体制について
(新たな病棟体系とこれからの地域医療の在り方について)

病床機能報告と地域医療構想調整会議

- 病床機能報告では、毎年度、病床の種類ごと(療養病床の場合は医療保険区分ごと)に、2025年の予定病床数の記載を求めている。
- 一方、本県では、これまで主として、直近の病床機能報告の集計結果、つまり、報告時点における医療従事者の確保状況に応じた病床の整備状況(病床機能別病床数)に着目し、地域医療構想調整会議において協議の上、各病院の今後の対応方針について協議し、合意してきた。

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (静岡県)

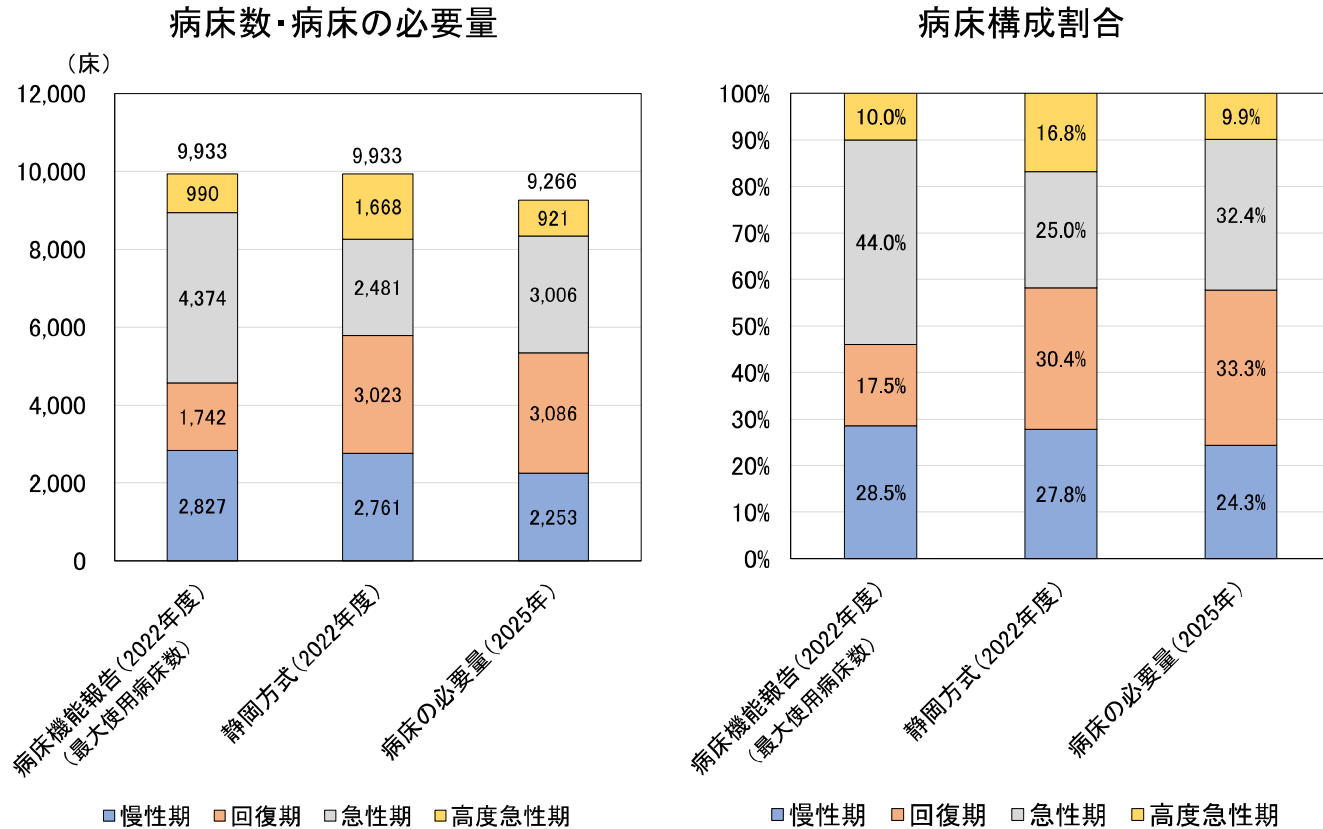


静岡県健康福祉部:「令和4年度病床機能報告の集計結果の状況(概要)」(令和5年度第1回地域医療構想調整会議 資料)を基に作成

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (静岡県)

- 2022年度病床機能報告の報告率は、病院・診療所ともに100%であった。
- 2022年度病床機能報告における最大使用病床数(以下報告数)は 28,329床で、2025年の病床の必要量(26,584床;以下必要量)に比べて 1,745床多かった(報告数/必要量:106.6%)。
- 病床機能別の病床数では、高度急性期は 5,056床/4,429床/3,160床(報告数/定量的基準/必要量;以下同じ)、急性期 11,228床/9,142床/9,084床、回復期 4,653床/7,370床/7,903床、慢性期 7,392床/7,388床/6,437床と、回復期以外で報告数と定量的基準が必要量を上回った。ただし、定量的基準では、慢性期以外で必要量との差が縮小し、急性期と回復期は必要量に近似(両者の差が10%以内)した。
- 高度急性期は、定量的基準でも必要量との差があるが、病床機能報告が病棟単位であることに起因するほか、細分化された高度専門医療等の提供体制の整備や、医療・看護必要度が高い入院患者を受け入れていることによるものと考えられた。
- 慢性期は、非稼働病床の廃止や介護医療院への転換等によっても、定量的基準と必要量には差があるが、医療・介護人材の不足による医療・介護提供体制の脆弱性や、伊豆半島や中山間地域の地理的特性などから、医療療養病床のニーズが当初の想定よりも高いことによるものと考えられた。
- 以上のことから、病床機能に係る報告数・定量的基準と必要量との差には一定の合理性があるものと考えられた。

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (東部地域)

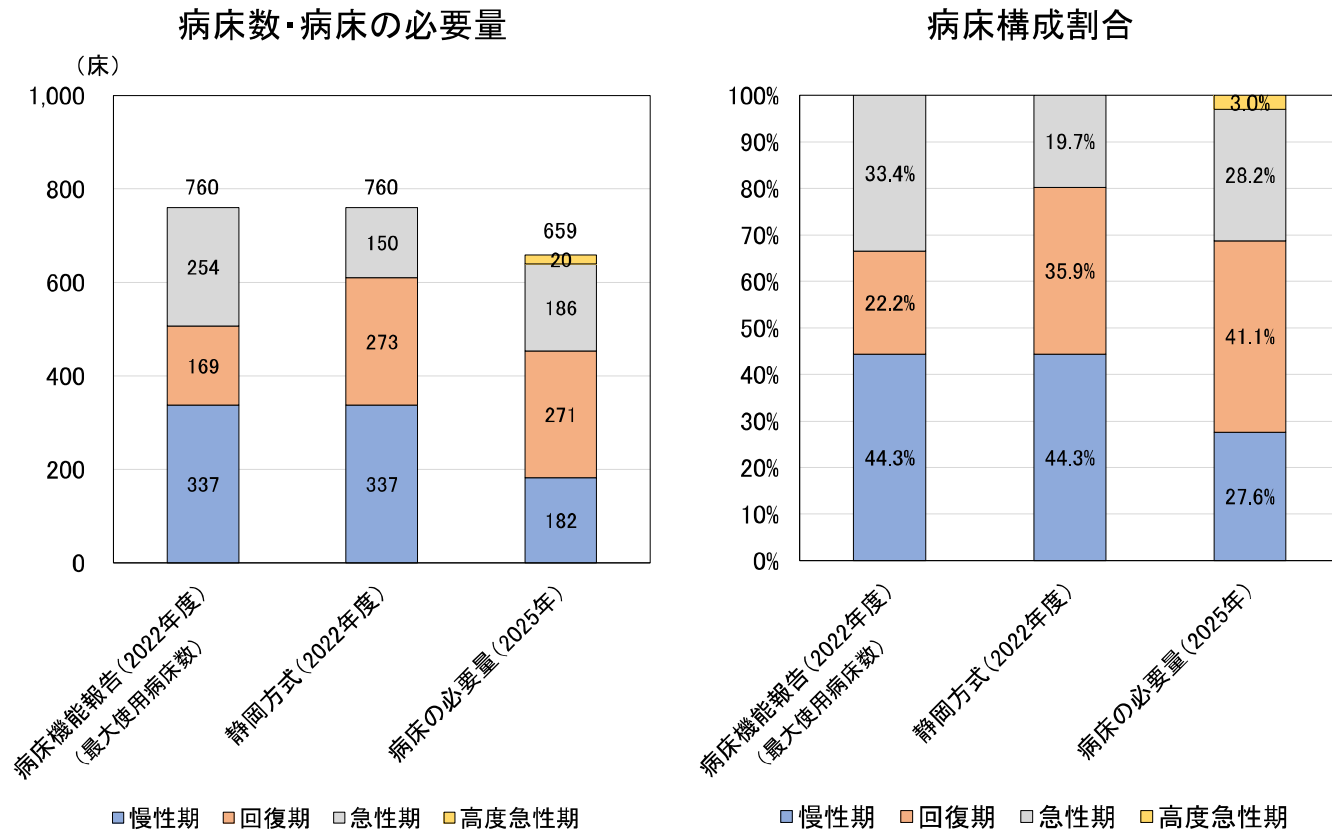


静岡県健康福祉部:「令和4年度病床機能報告の集計結果の状況(概要)」(令和5年度第1回地域医療構想調整会議 資料)を基に作成

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (東部地域)

- 2022年度病床機能報告の報告率は、病院・診療所ともに100%であった。
- 2022年度病床機能報告における最大使用病床数(以下報告数)は 9,933床で、2025年病床の必要量(9,266床;以下必要量)に比べて 667床多かった(報告数/必要量: 107.2%)。
- 病床機能別の病床数では、高度急性期は 990床/1,668床/921床(報告数/定量的基準/必要量;以下同じ)、急性期 4,374床/2,481床/3,006床、回復期 1,742床/3,023床/3,086床、慢性期 2,827床/2,761床/2,253床と、報告数では回復期以外、定量的基準では急性期と回復期以外で病床の必要量を上回った。また、定量的基準では、回復期は必要量とほぼ同数(両者の差が5%以内)となった。
- 高度急性期は、定量的基準で報告数よりも必要量との差が拡大した一方、急性期は、報告数よりも減少し、逆に必要量を下回った。これは、広域から入院患者を受け入れる大規模病院で高度専門医療が細分化するとともに、中小規模の二次救急医療機関で医療・看護必要度が高い入院患者を受け入れていることによるものと考えられた。
- 慢性期は、非稼働病床の廃止や介護医療院への転換等によっても、定量的基準と必要量には差があるが、医療・介護人材の不足による在宅医療・介護提供体制の脆弱性や、伊豆半島や中山間地域の地理的特性などから、医療療養病床に対するニーズが当初の想定よりも高いことによるものと考えられた。
- 以上のことから、病床機能に係る報告数・定量的基準と必要量との差には一定の合理性があるものと考えられた。

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (賀茂構想区域)



静岡県健康福祉部:「令和4年度病床機能報告の集計結果の状況(概要)」(令和5年度第1回地域医療構想調整会議 資料)を基に作成

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (賀茂構想区域)

- 2022年度病床機能報告の報告率は、病院・診療所ともに100%であった。
- 2022年度病床機能報告における最大使用病床数(以下報告数)は760床で、2025年の病床の必要量(659床;以下必要量)に比べて101床多かった(報告数/必要量:115.3%)。
- 病床機能別の病床数では、高度急性期は0床/0床/20床(報告数/定量的基準/必要量;以下同じ)、急性期254床/150床/186床、回復期169床/273床/271床、慢性期337床/337床/182床と、報告数では急性期と慢性期で、定量的基準では慢性期で必要量を上回った。また、定量的基準では、急性期は必要量とほぼ同数(両者の差が5%以内)となった。
- 賀茂構想区域は人口規模が約5万6千人(2023年12月現在)と小さく、一般・療養病床ともに200床以上を有する病院はないため、高度専門医療や重篤な救急患者、ハイリスク分娩、入院を要する小児患者等は隣接する駿東田方構想区域の病院で対応しており、広域による病床機能の分担が進んでいる。
- 一方、高齢化率が約46%(2023年4月現在)と高く、医療・介護人材の不足が著しいため、在宅医療・介護提供体制が脆弱で、療養環境に適した地理的特性や歴史的背景もあることから、県外からの流入患者を含め、慢性期に対するニーズが高いものと考えられた。
- 以上のことから、病床機能に係る報告数・定量的基準と必要量との差には一定の合理性があるものと考えられた。

地域医療構想の進捗状況の検証に関する国通知

- 厚生労働省は、令和5年3月31日に、都道府県に対して地域医療構想の進捗状況の検証を求める通知を発出した。
- その中で、病床機能報告に基づく病床数と将来の病床の必要量について、「データの特徴だけでは説明できない差異」が生じている構想区域においては、地域医療構想調整会議においてその要因の分析及び評価を行い、「必要な対応」を行うことを求めている。

医政地発0331第1号
令和5年3月31日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（公 印 省 略）

地域医療構想の進め方について

地域医療構想については、これまで、「地域医療構想の進め方について」（平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）（以下「平成30年通知」という。）、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（令和2年1月17日付け医政発0117第4号厚生労働省医政局長通知）、「地域医療構想の進め方について」（令和4年3月24日付け医政発0324第6号厚生労働省医政局長通知）（以下「令和4年通知」という。）があるが、引き続き、関係機関等からの意見のとりまとめ等を行い、令和5年度に地域医療構想の進め方について整理した。この通知は、地域医療構想の実現に向けた関係機関等に対するものである。なお、本通知は、関係機関等に対する技術的助言である。

（2）地域医療構想の進捗状況の検証

地域医療構想の進捗状況を検証し、病床機能報告に基づく病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域においては、当該構想区域の地域医療構想調整会議においてその要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、当該会議の意見を踏まえ、以下（3）に示すとおり必要な対応を行うこと。

「データの特性だけでは説明できない差異が生じている」とは、病床機能報告に基づく地域の医療機能に過剰又は不足が生じている場合において、病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異や、地域の実情に応じた定量的基準の導入により当該過剰又は不足について説明ができる場合を除き、これに該当するものとする。

なお、人員・施設整備等のやむを得ない事情により、2025年までに医療機能の再編の取組が完了しない場合においては、完了できない事情やその後の見通しについて具体的な説明を行うことが必要である。

1. 都道府県において、令和4年通知の年度～2029年度までの事項（新興感染症・連携に関する年度及び2023年度の対応方針の策定）は、都道府県は、地域医療構想の対応方針の策定とする。

（1）年度目標の都道府県が

という。）第30条の4第2項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）毎の地域医療構想の推進に係る目標については、対応方針の策定率（医療機関において策定するだけでなく、地域医療構想調整会議で合意しているものであることとす

各都

地
2月
成30
(令
の進
知)
であ
る意
りま
整理
医療
団体
な
づく1.
年
事
分
年
の
地
応
と

(1)

(3) 進捗状況の検証を踏まえて講ずるべき必要な対応について

データの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域については、以下の対応を行うこと。

① 非稼働病棟等への対応

対応方針に基づく取組を実施し、データ等に基づく説明を尽くした上で、なお生じている差異として、非稼働病棟や非稼働病床の影響が考えられる(※)。

これを踏まえ、非稼働病棟に対しては平成30年通知の1(1)イに基づく対応を行うこと。その際、非稼働病棟を再稼働しようとする医療機関の計画については、2025年が間近に迫っていることを鑑み、当該病棟の再稼働のための医療従事者の確保の具体的な見込み等も含めて地域医療構想調整会議において詳細な説明を求め、十分に議論すること。

なお、生じている差異の要因の分析及び評価や必要な対応の検討に当たっては、病棟単位では非稼働とはなっていないが、非稼働となっている病床数の影響や病床稼働率が著しく低い病棟についても、病床機能報告等より把握し(※※)、その影響にも留意する必要がある。

※ 非稼働病棟等の影響について

病床機能報告においては、報告年の7月1日時点において、休棟中であって医療機能の選択が困難である場合には、今後再開予定か廃止予定かを報告し、再開予定がある場合には、2025年時点の医療機能を選択することとしている。よって、報告時点で休棟中の病床も、具体的な再開予定のある場合には2025年の見込み量に計上されている。

※※ 病床機能報告において、許可病床数と最大使用病床数を比較し、病棟単位では非稼働とはなっていないが、非稼働となっている病床数を把握することが可能である。

医政地発0331第1号
令和5年3月31日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

地域医療構想の進め方について

地域医療構想については、これまで、「地域医療構想の進め方について」（平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）（以下「平成30年通知」という。）、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（令和2年1月17日付け医政発0117第4号厚生労働省医政局長通知）、「地域医療構想の進め方について」（令和4年3月24日付け医政発0324第6号厚生労働省医政局長通知）（以下「令和4年通知」という。）等に基づき、取組を進めていただいていたところであるが、引き続き、これらの通知の記載を基本としつつ、「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和4年12月28日第8次医療計画等に関する検討会、以下「とりまとめ」という。）を踏まえ、地域医療構想の進め方について、整理した。医療構想調整会議において、関係団体及び関係機関と連携し、なお、技術的課題の整理等を行うこととする。

② 構想区域全体の2025年の医療提供体制の検討について

地域医療構想調整会議において生じている差異の要因の分析及び評価を行った結果、①の対応のみによっては、生じている差異への対応が不十分であると認められる場合には、構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議を行い、その協議を踏まえて2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）について議論し、当該構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化した上で、当該課題を解決するための年度毎の工程表（KPIを含む。）を策定し、公表すること。

1. 都道府県
令和5年度
医療提供
体制の
整備・
強化の
対応
地域医療
構想の進め方について

（1）年度目標の設定について

都道府県が毎年度設定する構想区域（医療法（昭和23年法律第205号、以下「法」という。）第30条の4第2項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）毎の地域医療構想の推進に係る目標については、対応方針の策定率（医療機関において策定するだけでなく、地域医療構想調整会議で合意しているものであることとす

2022年度病床機能報告における 2025年の予定病床数の状況

2024/1/24時点

16

2025年の予定病床数（２）＜一般病床＞

地域	構想区域 (二次医療圏)	一般病床					
		使用許可 病床数	最大使用 病床数	2025年予定病床数 (C)	2025年予定病床数との差		
					使用許可病床数との差		最大使用病床 数との差
					(D)		(E)
		(A)	(B)	(C)	(C)-(A)	うち休棟による差	(C)-(B)
東部	賀茂	474	443	474	0	0	31
	熱海伊東	724	651	724	0	0	73
	駿東田方	4,521	4,065	4,520	-1	0	455
	富士	1,675	1,484	1,669	-6	0	185
	地域 計	7,394	6,643	7,387	-7	0	744
中部	静岡	4,496	4,031	4,353	-143	46	322
	志太榛原	2,377	2,105	2,359	-18	0	254
	地域 計	6,873	6,136	6,712	-161	46	576
西部	中東遠	1,622	1,591	1,621	-1	0	30
	西部	5,058	4,776	5,049	-9	0	273
	地域 計	6,680	6,367	6,670	-10	6	303
全県 計		20,947	19,146	20,769	-178	46	1,623

静岡県健康福祉部:「令和4年度病床機能報告集計結果」を基に作成

地域医療支援学講座

Dept. of Regional Medical Care Support

2024/1/24時点

17

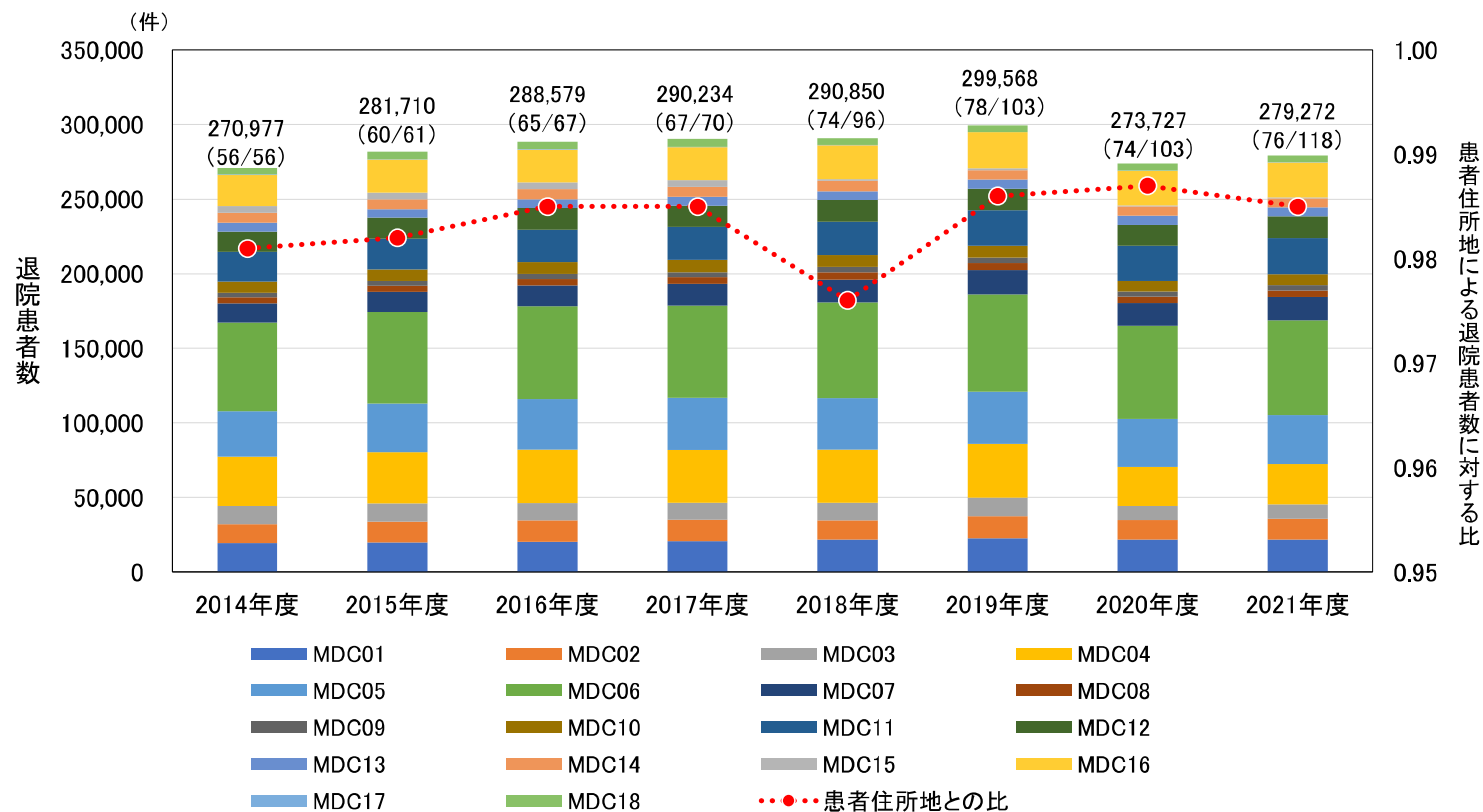
2025年の予定病床数（3）＜療養病床＞

地域	構想区域 (二次医療圏)	療養病床											
		使用許可病床数			最大使用病床数			2025年予定病床数					
		医療療養病床	介護療養病床	計	医療療養病床		介護療養病床	計	医療療養病床＋ 介護療養病床		使用許可病床数との差		最大使用病床数との差
		(F)	(G)	(H) (F)+(G)	(I)	(I)のうち 医療療養2	(J)	(K) (I)+(J)	(L)	(L)のうち 介護療養病床	(M) (L)-(H) うち休棟による差		(N) (L)-(K)
東部	賀茂	239	60	299	237	0	59	296	239	0	-60	0	-57
	熱海伊東	246	0	246	229	0	0	229	246	0	0	0	17
	駿東田方	1,587	157	1,744	1,431	0	157	1,588	1,647	0	-97	75	59
	富士	789	0	789	762	60	0	762	789	0	0	0	27
	地域 計	2,861	217	3,078	2,659	60	216	2,875	2,921	0	-157	75	46
中部	静岡	1,703	60	1,763	1,538	0	60	1,598	1,722	0	-41	41	124
	志太榛原	942	0	942	915	180	0	915	876	0	-66	0	-39
	地域 計	2,645	60	2,705	2,453	180	60	2,513	2,598	0	-107	41	85
西部	中東遠	1,043	0	1,043	1,027	0	0	1,027	1,043	0	0	0	16
	西部	1,805	0	1,805	1,731	0	0	1,731	1,805	0	0	0	74
	地域 計	2,848	0	2,848	2,758	0	0	2,758	2,848	0	0	0	90
全県 計		8,354	277	8,631	7,870	240	275	8,146	8,367	0	-264	116	221

静岡県健康福祉部：「令和4年度病床機能報告集計結果」を基に作成

「退院患者調査」からみた入院患者数と救急車搬送 患者の占める割合・主な病院別搬送件数の推移

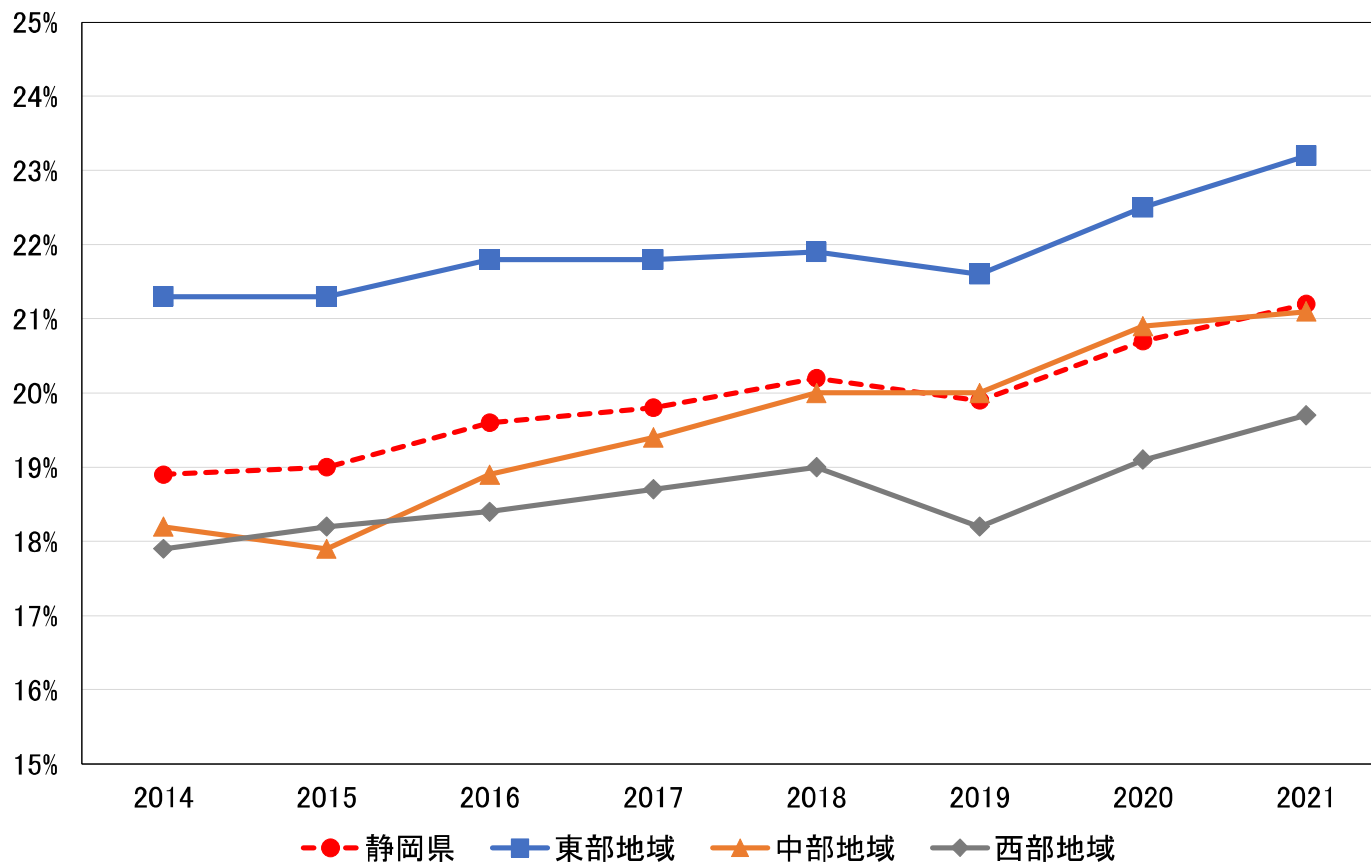
MDC分類別退院患者数の推移(医療機関所在地/静岡県/2014～2021年度)



※ 棒グラフの上の数字はMDC01～18の合計退院患者数、カッコ内は(すべてのMDCが10未満の医療機関を除くデータ提出医療機関数/全てのデータ提出医療機関数)

厚生労働省: DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について(各年度分)
 参考資料1(18)医療圏別MDC別患者数(患者住所地ベース)、参考資料2(2)MDC別医療機関別件数(割合)を基にMDC01～18を集計して作成
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128164.html

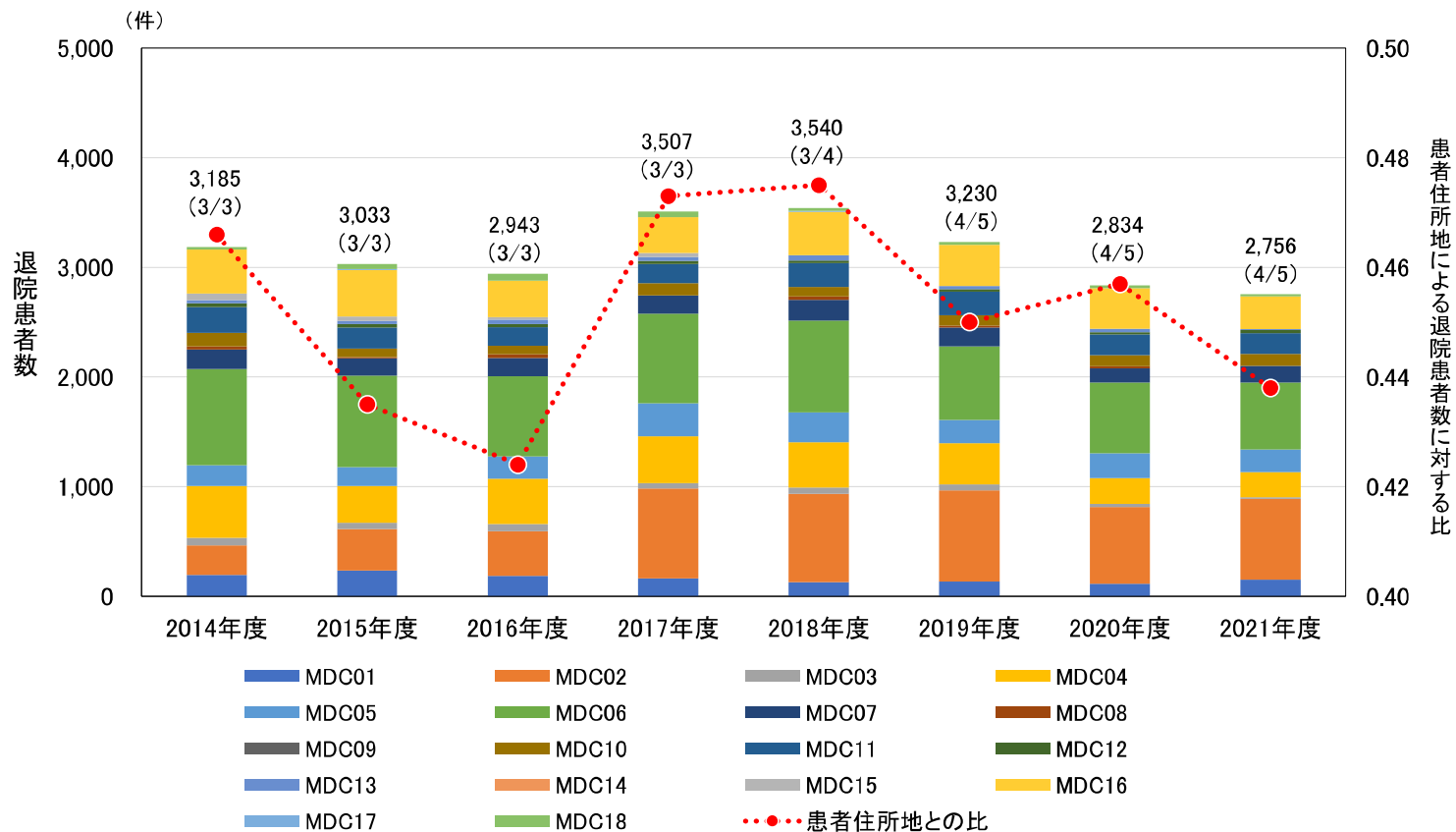
退院患者に占める救急車搬送患者の割合の推移(静岡県・地域別/2014～2021年度)



厚生労働省:「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について」(各年度分)参考資料2(4)を基に作成

精査中

MDC分類別退院患者数の推移(医療機関所在地/賀茂医療圏/2014～2021年度)

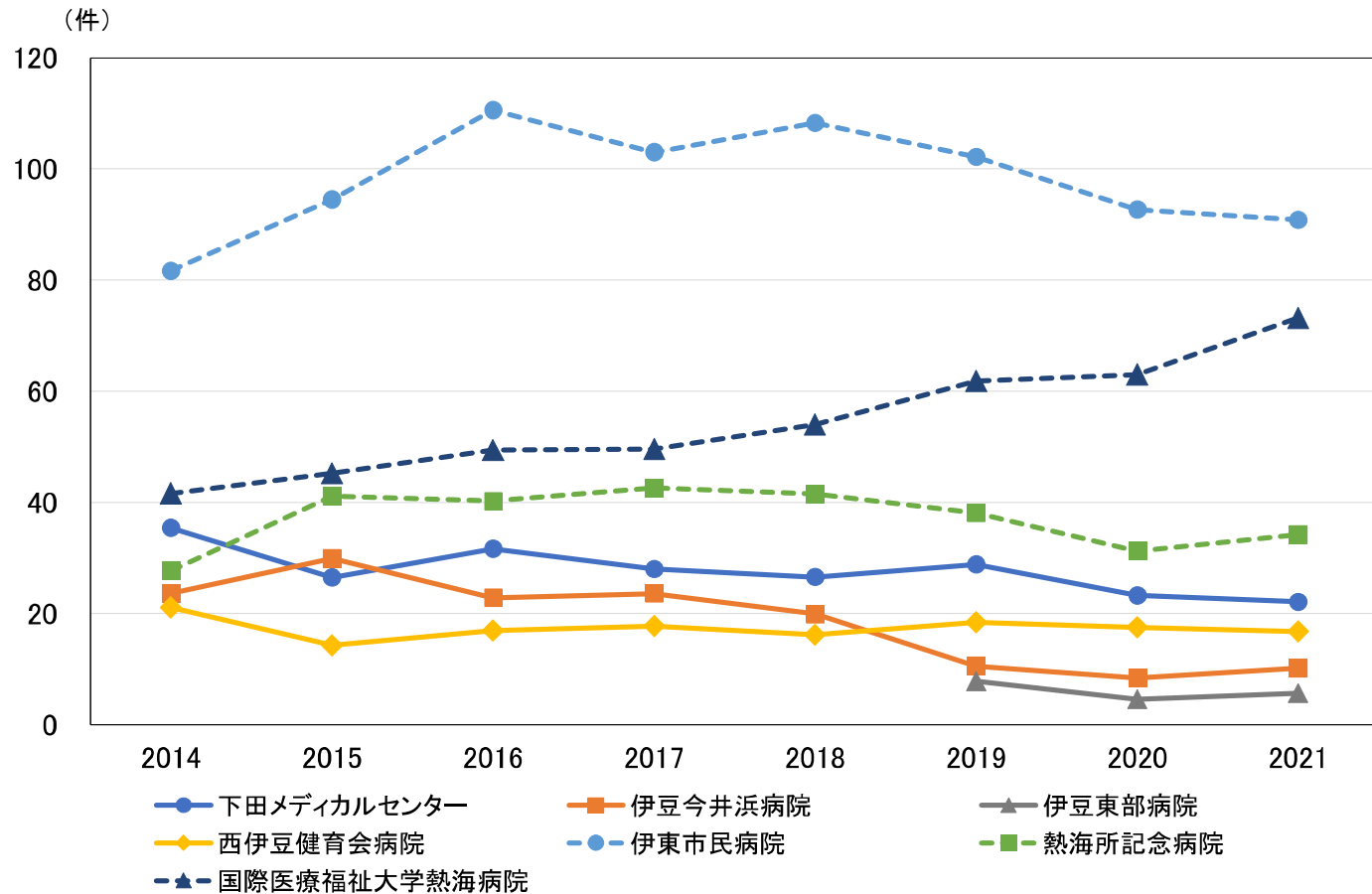


※ 棒グラフの上の数字はMDC01～18の合計退院患者数、カッコ内は(すべてのMDCが10未満の医療機関を除くデータ提出医療機関数/全てのデータ提出医療機関数)

厚生労働省ホームページ: DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について(各年度分)を基に作成

精査中

医療機関別1カ月当たり救急車搬送件数の推移(賀茂・熱海伊東医療圏/2014～2021年度)



厚生労働省:「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について」(各年度分)参考資料1(5)を基に作成
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128164.html ほか(令和5年12月18日確認)

2025年の予定病床数と今後との対応

- 2025年の予定病床数については、ほとんどの病院から報告時点での使用許可病床数の上限もしくはそれに近い数値が報告され、県全体では2022年度の最大使用病床数を大きく上回った。
- しかしながら、今後は現役世代人口が急速に減少し、医療従事者の確保がさらに困難になることが見込まれる。
- また、今後の医療需要の総量は横ばいから減少傾向が見込まれる一方、入院患者に占める救急車搬送の割合が増えており、高齢者の増加に伴い、今後もこの傾向が続くことが見込まれる。
- そのため、各病院は、中長期的な医療需要予測と医療従事者の確保の見込みを踏まえ、2025年の予定病床数とその病床機能について精査するとともに、構想区域(医療圏)ごとに、地域医療構想調整会議や医療対策協議会等での協議を通じて、病床の機能分担・連携をさらに推進していく必要がある。

地域医療構想と医師確保計画について

- 地域医療構想の進捗状況の検証について
(特に2025年の予定病床数について)
- 均てん化と拠点化・重点化
(医師確保計画と地域医療構想との整合について)
- これからの地域における医療提供体制について
(新たな病棟体系とこれからの地域医療の在り方について)

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・患者の流入等
- ・へき地等の地理的条件
- ・医師の性別・年齢分布
- ・医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
- ・中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

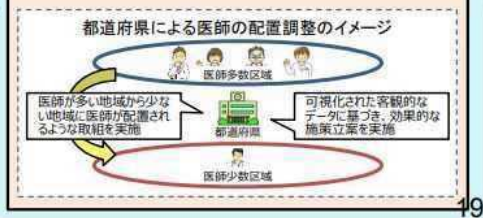
医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- （例）・大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

3年ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)



* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）



県内の医師少数区域等(令和5年4月時点)

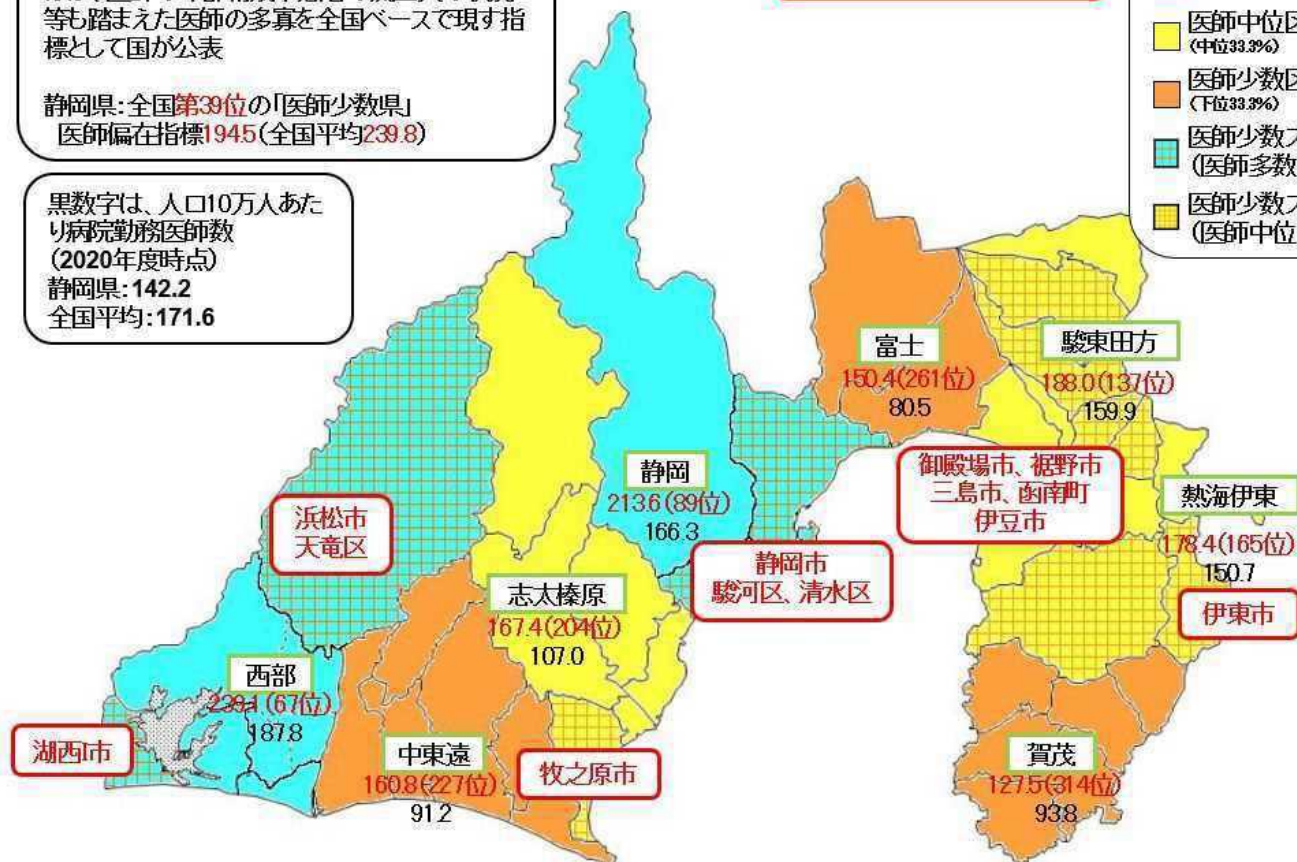
赤数字は、医師偏在指標:人口当たり医師数のほか、医師の年齢構成や患者の流出入の状況等も踏まえた医師の多寡を全国ベースで現す指標として国が公表

静岡県:全国第39位の「医師少数県」
医師偏在指標194.5(全国平均239.8)

黒数字は、人口10万人あたり
病院勤務医師数
(2020年度時点)
静岡県:142.2
全国平均:171.6

医師少数スポットの市区町

- 医師多数区域
(上位33.3%)
- 医師中位区域
(中位33.3%)
- 医師少数区域
(下位33.3%)
- 医師少数スポット
(医師多数区域内)
- 医師少数スポット
(医師中位区域内)



第9次静岡県保健医療計画(素案)における目標医師数

【数値目標】

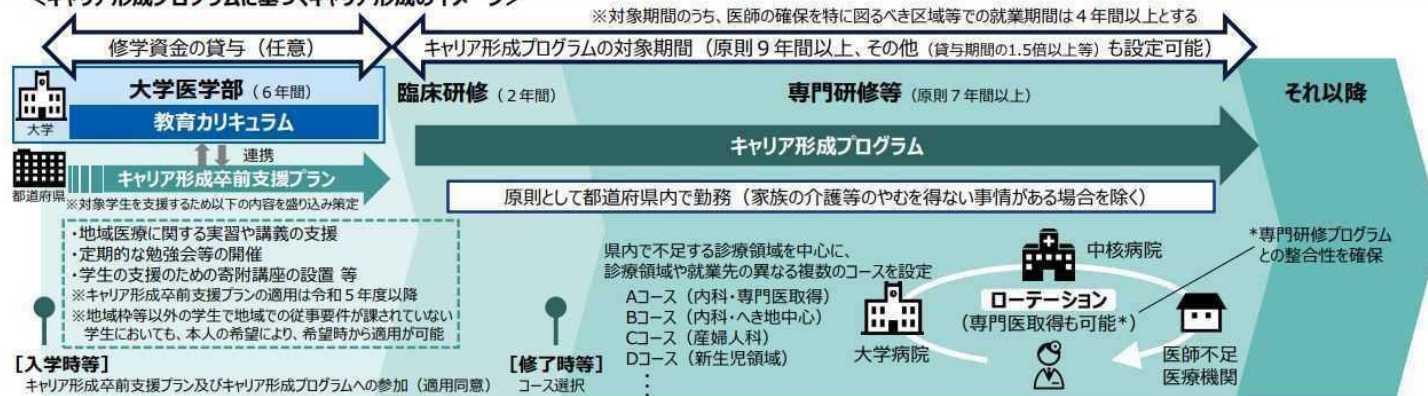
項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
県内医療施設従事 医師数	<u>7,972 人</u> (2020 年 12 月)	<u>8,317 人</u> (2026 年度)	医師確保計画に定める 目標医師数(下位 1/3 から脱するために必要 な医師数)	厚生労働省「医 師偏在指標」
人口 10 万人当たり 医師数 (県内医療施設従事医師数)	<u>219.4 人</u> (2020 年 12 月)	<u>238.9 人</u> (2026 年度)		
医師偏在指標 賀茂医療圏 富士医療圏 中東遠医療圏	<u>98 人</u> <u>565 人</u> <u>730 人</u> (2020 年度)	<u>107 人</u> <u>617 人</u> <u>730 人</u> (2026 年度)	医師確保計画に定める 医師少数区域の目標医 師数(下位 1/3 から脱す るために必要な医師数) 【参考:医師偏在指標(現状値)】 賀茂医療圏:144.4 富士医療圏:157.9 中東遠医療圏:176.3 (目標指標:179.7)	厚生労働省「医 師偏在指標」
医師少数スポットの病院 勤務医師数				
伊東市	<u>52 人</u>	<u>61 人</u>		
伊豆市	<u>26 人</u>	<u>27 人</u>		
三島市	<u>60 人</u>	<u>101 人</u>		
裾野市	<u>11 人</u>	<u>48 人</u>	人口 10 万人当たり病院 勤務医師数が医師少数区 域(下位 1/3)から脱す るために必要な医師数	厚生労働省「医 師・歯科医師・薬 剤師統計」
函南町	<u>34 人</u>	<u>35 人</u>		
御殿場市	<u>64 人</u>	<u>81 人</u>		
静岡市清水区	<u>130 人</u>	<u>215 人</u>		
静岡市駿河区	<u>169 人</u>	<u>197 人</u>		
牧之原市	<u>26 人</u>	<u>41 人</u>		
浜松市天竜区	<u>7 人</u>	<u>25 人</u>		
湖西市	<u>29 人</u>	<u>54 人</u>		
	(2020 年 12 月)	(2026 年度)		

キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

※医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定

＜キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ＞



＜キャリア形成プログラムの対象者＞

- ・ 地域枠を卒業した医師
- ・ 地域での従事要件がある地元出身者枠を卒業した医師
- ・ 自治医科大学卒業医師(平成30年度入学者までは任意適用)
- ・ その他プログラムの適用を希望する医師

※キャリア形成プログラムの適用に同意した学生に対しては、修学資金の貸与に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

＜キャリア形成プログラムに基づく医師派遣＞

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

※都道府県は、医師偏在対策と対象医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、各地域の医師偏在の状況や対象医師の希望を勘案しつつ、就業先について、大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行うとともに、対象学生の支援を行う人材(キャリアコーディネーター)を配置する

※都道府県は、対象医師から満足度等も含む意見聴取を定期的に実施し、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

- ・ 都道府県は、対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定する
- ・ 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める
- ・ 出産、育児等のライフイベントや、大学院進学・海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とする(中断可能事由は都道府県が設定)

＜プログラム満了前の離脱の防止＞

- ・ キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示
- ・ 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認(中断事由が虚偽の場合は、契約違反となる)
- ・ 都道府県は、キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とする(家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く)

医師養成過程を通じた医師の偏在対策等、医学部臨時定員等にかかる今後の課題

- 人口減少や全体の医師数増を踏まえ、医師の増加ペースについて検討する必要があるのではないかと。
- 個別の地域や医療機関における医師不足感については今後も生じうるが、医師不足感の原因は様々であり、単に医師数の増加により改善するものではないことから、原因に応じた対策を推進する必要があるのではないかと。

1. 医師増加ペースについての検討	・ 医師数は、全国レベルで平成22年から令和2年までの10年間で約4万5千人増加 ・ 中長期的な医療ニーズや医師の働き方改革を織り込んだ医師の需給推計を踏まえると、令和11年頃に需給が均衡（※） ・ 人口減少に伴い将来的には医師需要が減少局面 など 【医師需給分科会第5次とりまとめ R4.2.7】 ※労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおくケースにおいて、令和5年の医学部入学者が医師となると想定される令和11年頃に均衡。
2. 医師不足感の原因への対応	・ 医師の地域偏在・診療科偏在 ・ 提供体制の非効率・医師の散在（*） ・ 働き方のミスマッチ（*） など * 当検討会の主たる検討課題ではないものの、関連する課題として必要に応じ検討を実施。

今後の検討事項

令和3年7月29日
地域医療構想及び医師確保に
関するWG資料（一部改）

1. 地域医療構想

(1) 各地域における検討・取組状況に関するさらなる把握

- 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討）

※ 新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行い、具体的な工程の設定について検討（2023年度に各都道府県において第8次医療計画の策定作業が進められることを念頭に置き、2022年度中を目途に地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進められていることが重要となることにも留意）

(2) 地域における協議・取組の促進策に関する検討

- 新型コロナ対応の経験も踏まえた、地域医療構想調整会議など都道府県による取組の在り方
- 積極的に検討・取組を進めている医療機関・地域に対する支援の在り方 等

(3) 2025年以降を見据えた枠組みの在り方に関する検討

地域の医療提供体制（地域医療構想）と
医師偏在対策（医師確保）は表裏一体！

2. 医師偏在対策（医師確保計画）

(1) 各都道府県における計画の策定状況や取組状況に関するさらなる把握

(2) 次期医師確保計画の策定（ガイドライン改定）に向けた検討

- 医師偏在指標や医師多数区域・医師少数区域の在り方
- 医師の確保の方針や目標医師数の在り方
- 医師確保に向けた効果的な施策の在り方 等

地域医療構想と医師確保計画について

- 地域医療構想の進捗状況の検証について
(特に2025年の予定病床数について)
- 均てん化と拠点化・重点化
(医師確保計画と地域医療構想との整合について)
- これからの地域における医療提供体制について
(新たな病棟体系とこれからの地域医療の在り方について)

静岡県における将来推計人口の推移(総人口:全県、地域・医療圏別)

(単位:人)

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2050/2020比
静岡県	3,633,202	3,510,509	3,385,506	3,253,591	3,115,777	2,973,451	2,828,823	0.779
東部地域	1,172,838	1,117,913	1,068,481	1,017,200	964,473	910,902	856,936	0.731
中部地域	1,145,922	1,109,325	1,068,268	1,024,975	980,093	934,503	889,122	0.776
西部地域	1,314,442	1,283,271	1,248,757	1,211,416	1,171,211	1,128,046	1,082,765	0.824
賀茂医療圏	59,546	53,880	48,606	43,624	38,891	34,465	30,512	0.512
熱海伊東医療圏	99,699	93,919	87,869	81,850	75,853	70,052	64,552	0.647
駿東田方医療圏	640,096	609,111	584,012	557,794	530,723	503,123	475,079	0.742
富士医療圏	373,497	361,003	347,994	333,932	319,006	303,262	286,793	0.768
静岡医療圏	693,389	673,766	649,978	624,853	598,680	572,318	546,205	0.788
志太榛原医療圏	452,533	435,559	418,290	400,122	381,413	362,185	342,917	0.758
中東遠医療圏	465,839	455,052	442,999	429,588	415,057	399,302	382,872	0.822
西部医療圏	848,603	828,219	805,758	781,828	756,154	728,744	699,893	0.825

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(令和5(2023)年推計)」を基に作成

主な傷病別医療需要等のピーク予測(二次医療圏-入院・外来等別)

傷病等	入院患者 (総数)	悪性 新生物 患者数 (入院)	脳梗塞 患者数 (入院)	肺炎 患者数 (入院)	骨折 患者数 (入院)	虚血性 心疾患 患者数 (外来)	外来 患者数	訪問 診療 患者数	救急 搬送 件数
賀茂医療圏	2015年	～2015年	2030年	2035年	2030年	～2015年	～2015年	2035年	～2015年
熱海伊東医療圏	2025年	2020年	2030年	2035年	2030年	2020年	～2015年	2035年	2025年
駿東田方医療圏	2030年	2030年	2040年～	2040年～	2035年	2025年	2020年	2040年～	2035年
富士医療圏	2030年	2030年	2040年～	2040年～	2040年～	2040年～	2020年	2040年～	2035年
静岡医療圏	2030年	2030年	2035年	2040年～	2035年	2025年	2020年	2040年～	2035年
志太榛原医療圏	2030年	2030年	2040年～	2040年～	2035年	2030年	2020年	2040年～	2035年
中東遠医療圏	2035年	2035年	2040年～	2040年～	2040年～	2030年	2025年	2040年～	2040年～
西部医療圏	2040年	2040年～	2040年～	2040年～	2040年～	2040年～	2030年	2040年～	2040年～

※「外来」には、「通院」、「往診」、「訪問診療」、「医師以外の訪問」が含まれる。

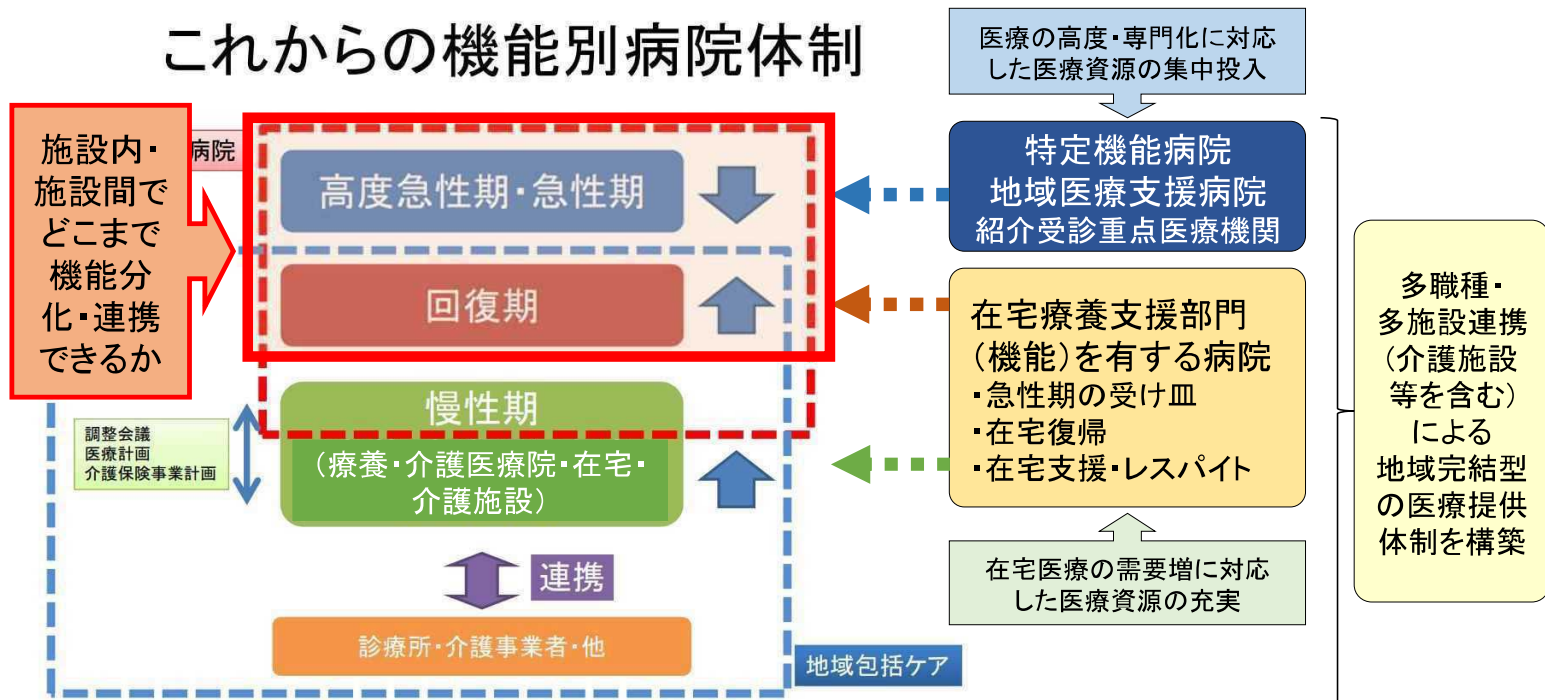
出典：【入院患者(総数)】厚生労働省：「第25回地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和2年3月19日開催)資料1
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000609881.pdf>(令和3年12月8日確認)

【悪性新生物・脳梗塞・肺炎・骨折・虚血性心疾患】厚生労働省：「第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」(令和4年3月2日開催)参考資料2
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000904952.pdf>(令和4年7月30日確認)

【外来患者数・救急搬送件数】厚生労働省：「第9回第8次医療計画等に関する検討会」(令和4年6月15日開催)資料1
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000950765.pdf>(令和4年7月7日確認)

【訪問診療患者数】厚生労働省：「第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」(令和4年9月28日開催)資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000994910.pdf>(令和5年3月31日確認)

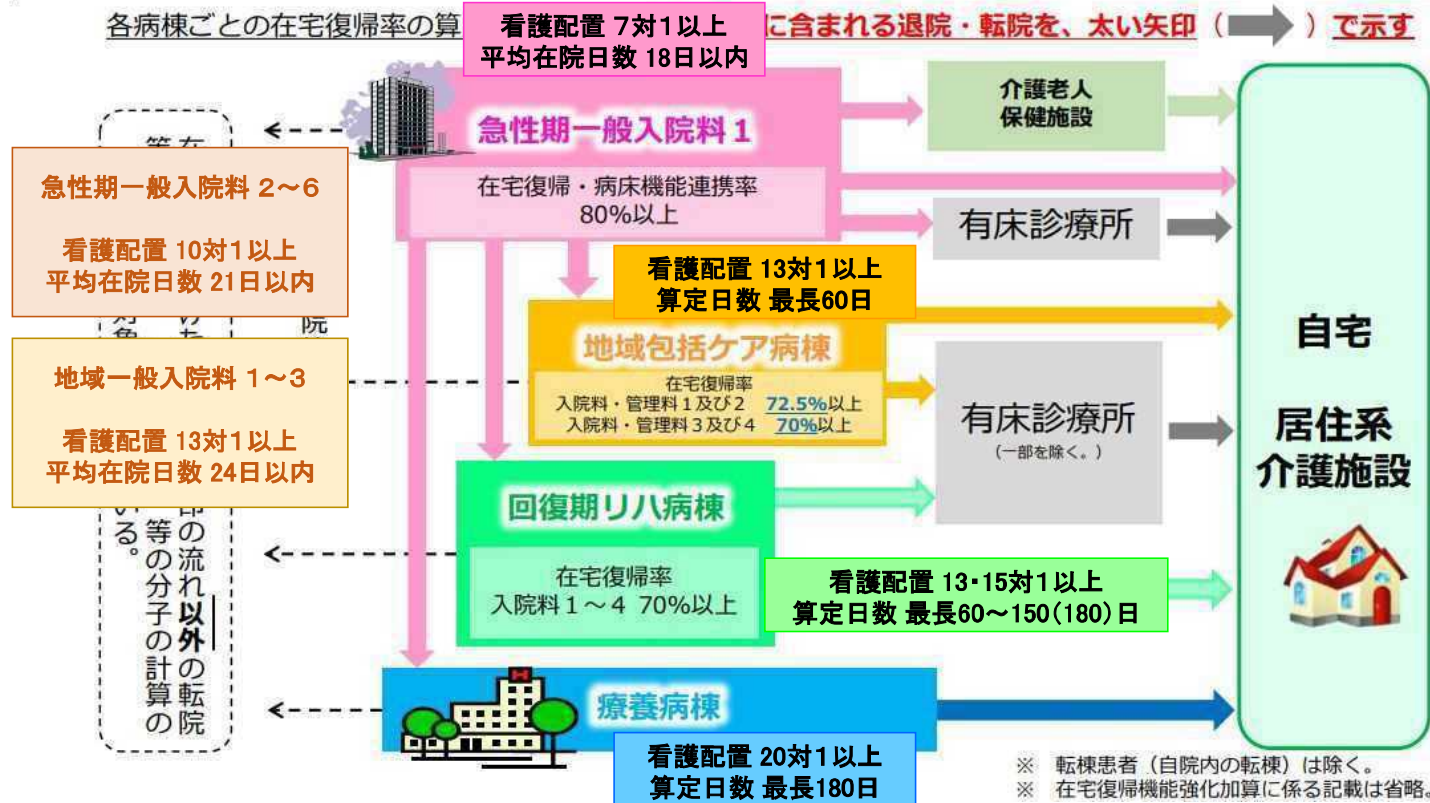
病床機能別にみた今後の医療需要の動向と病院の立ち位置(イメージ)



一般社団法人医療介護福祉政策研究フォーラム(虎ノ門フォーラム)「平成30年新春座談会」(平成30年1月10日開催)
産業医科大学医学部公衆衛生学教室 松田晋哉 教授 講演資料から許可を得て引用・改変(左半分:新類型一介護医療院)、追加(右半分:コメント)
http://www.mcw-forum.or.jp/image_report/DL-etc/20180110/05.pdf

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。



【Ⅱ-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための
取組-①】

① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第1 基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料(1日につき) ●●点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、●●日を超過して入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の●●に相当する点数を減算する。
 - イ 年6日以内であること。
 - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

[施設基準]

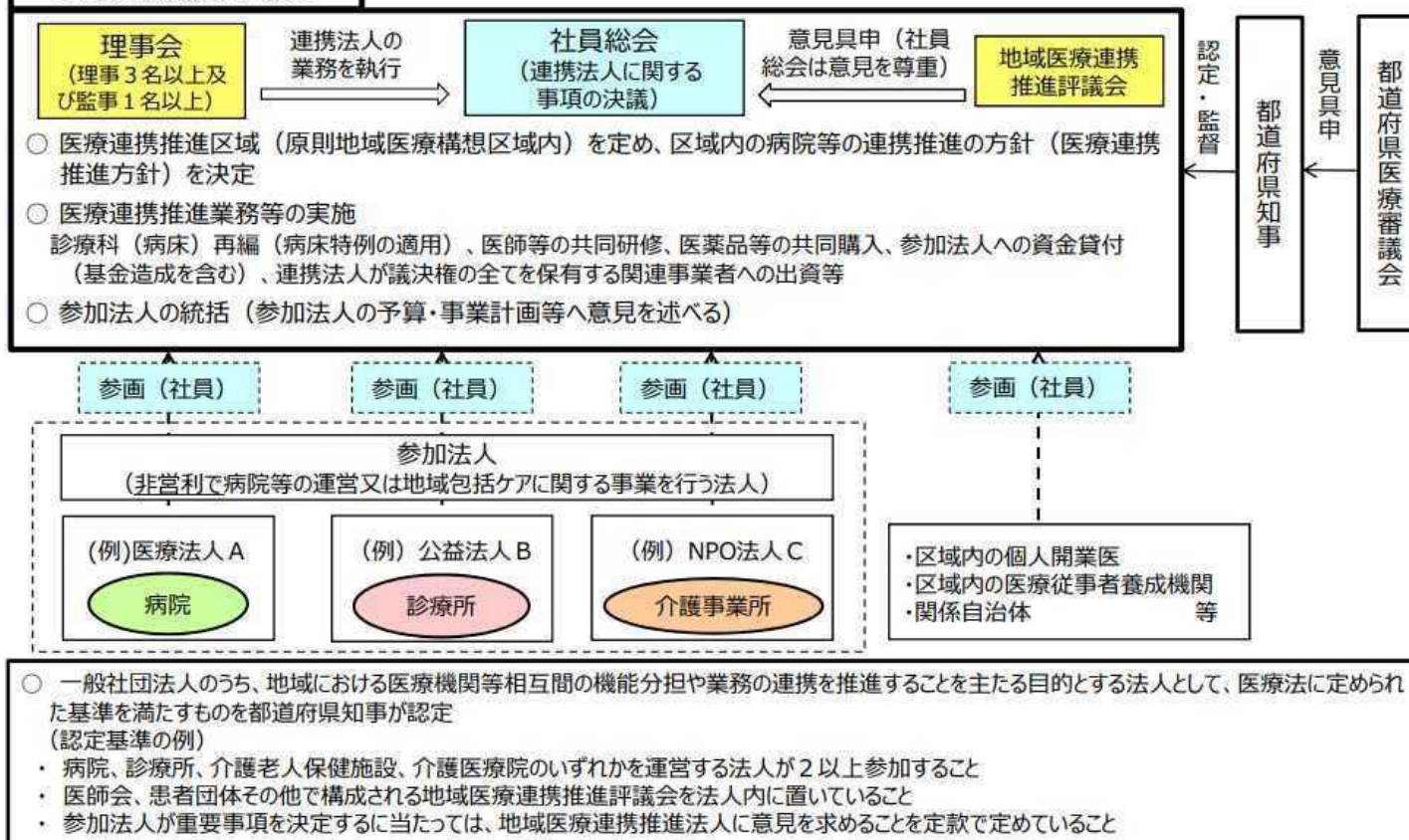
- (1) 病院の一般病棟を単位として行うものであること。
- (2) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。

- (3) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の●割以上が看護師であること。
- (4) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が●名以上配置されていること。
- (5) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が●名以上配置されていること。
- (6) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
- (7) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
- (8) 次のいずれかに該当すること。
 - ① 当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表●●の基準を満たす患者の割合が別表●●のとおりであること。
 - ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表●●の基準を満たす患者の割合が別表●●のとおりであること。
- (9) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。
- (10) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が●●以上であること。
- (11) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が●●未満であること。
- (12) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号●●に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が●●以上であること。
- (13) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
- (14) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (15) 特定機能病院以外の病院であること。
- (16) 急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (17) 専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (18) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (20) 入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

地域医療連携推進法人制度の概要

- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保

地域医療連携推進法人



厚生労働省：「地域医療連携推進法人制度の概要」

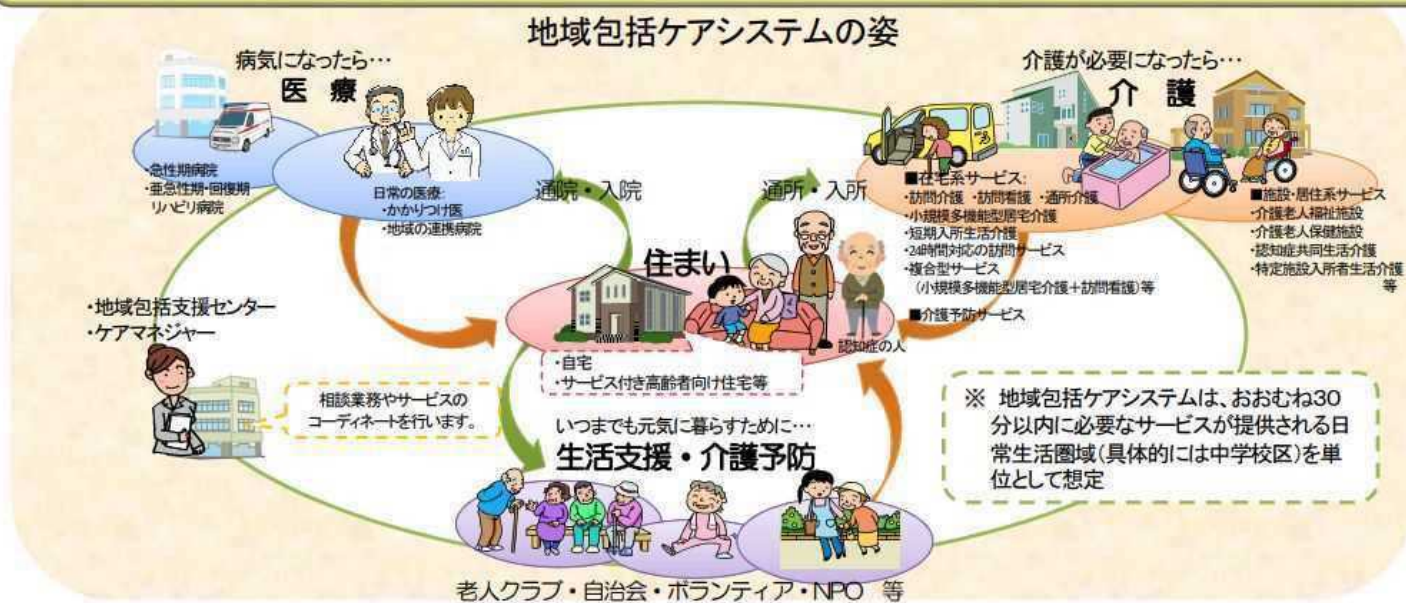
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000205204.pdf> (令和4年5月16日確認)

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。

通院・入院



厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (令和5年11月7日確認)

Take Home Message

- 地域の医療提供体制は、人口規模や人口構造の変化に伴う疾病構造の変化、また、世帯の状況の変化や在留外国人の増加等による社会構造の変化、さらには、働き方改革の推進等、急速に進行しつつあるこれらの複合的な課題に対して、的確に対応していくことが求められる。
- 限られた医療資源を効率的に活用しつつ、質の高い医療を提供するためには、各々の医療機関が地域における自らの立ち位置を確認するとともに、地域包括ケアシステムを基盤とした医療・介護連携の下、地域医療構想の実現に向け、地域完結型医療の提供体制を構築することが必要である。
- 地域医療の関係者には、随時更新・見直しを加えた地域診断の結果を共有した上で、各病院の対応方針や地域全体の方向性等について、「協議の場」である地域医療構想調整会議等において協議を重ねていくことが望まれる。



浜松医科大学は、来年
開学50周年を迎えます。



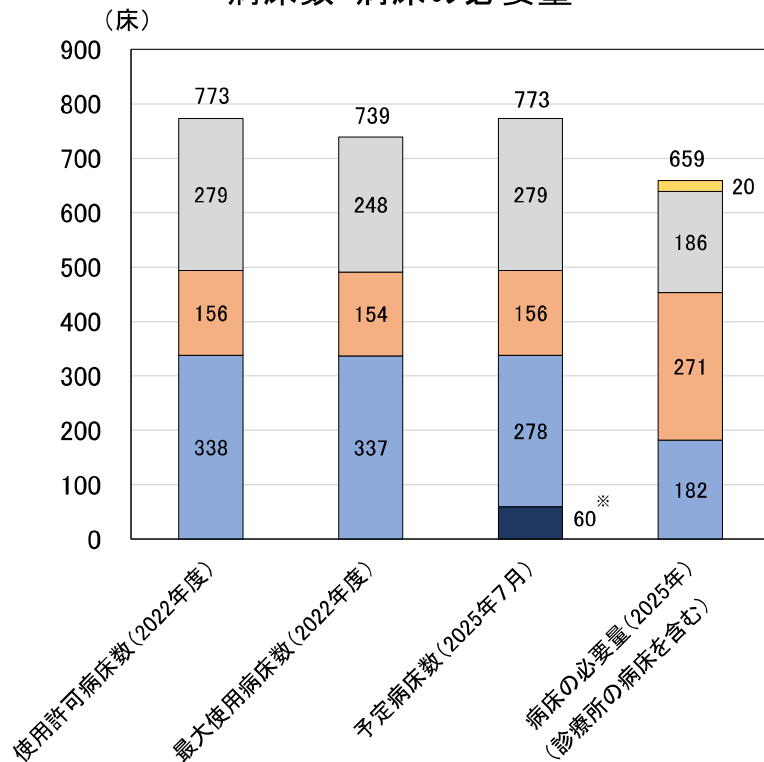
ご清聴ありがとうございました

精査中

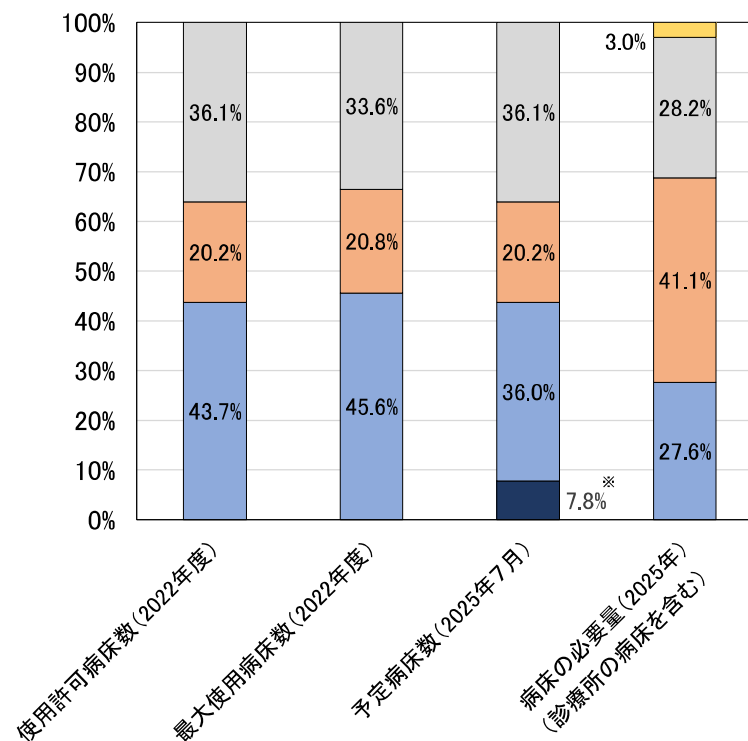
追加1

2022年度使用許可病床数・最大使用病床数、2025年予定病床数・病床の必要量の比較 (病院/賀茂構想区域/報告数ベース)

病床数・病床の必要量



病床構成割合



■休棟等 ■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

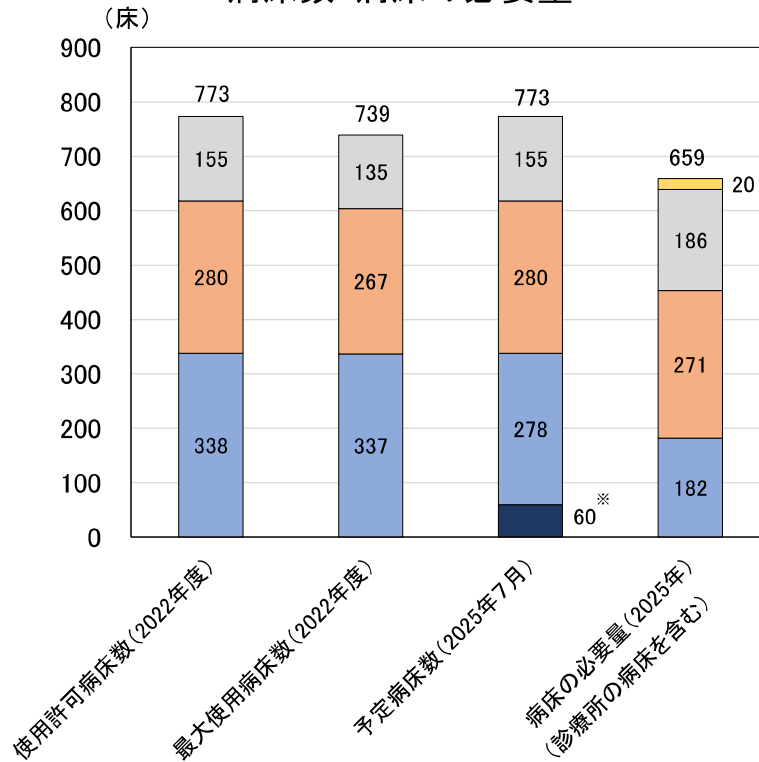
■休棟等 ■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

※ 2025年予定病床数で「休棟等」となっている60床については、介護医療院へ転換済み。

静岡県健康福祉部:「令和4年度病床機能報告の集計結果の状況(概要)」(令和5年度第1回地域医療構想調整会議 資料)などを基に作成

2022年度使用許可病床数・最大使用病床数、2025年予定病床数・病床の必要量の比較 (病院/賀茂構想区域/静岡方式ベース)

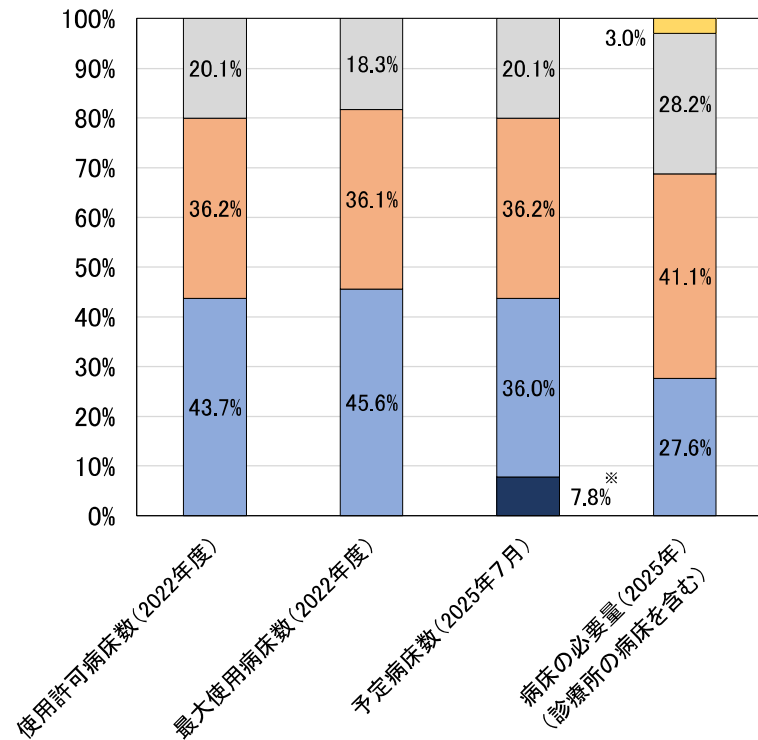
病床数・病床の必要量



■休棟等 ■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

※ 2025年予定病床数で「休棟等」となっている60床については、介護医療院へ転換済み。

病床構成割合



■休棟等 ■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

静岡県健康福祉部:「令和4年度病床機能報告の集計結果の状況(概要)」(令和5年度第1回地域医療構想調整会議 資料)などを基に作成