

1 地域及び診療科ごとの必要医師数等の調査分析、医師確保、育成のための対策の検討

(1) 地域及び診療科ごとの必要医師数等の調査分析

ウ 地域の医療提供体制

(ウ) 病院病床（一般病床・療養病床）の主な機能別病床構成割合（稼働病床/主な機能別病床数/2020年）（図2-112～115）

病床の種類と主な機能との関係については、一般的に、一般病床は急性期医療から回復期医療、療養病床は主として慢性期医療を担うものとしてイメージされることが多い^{*2-19}。（図2-112）

平成30年度（2018年度）診療報酬改定では、新たな入院医療の評価体系が導入され、一般病棟と療養病棟は、それぞれの病棟で算定される入院料に応じて、一般病棟は急性期医療と急性期医療～長期療養、また、療養病棟は長期療養として、3つの機能^{*2-20}に大別されている。（図2-113）

しかしながら、一般病棟（病室）の中には、障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病棟（病室）のように、長期療養に位置づけることができる場合もあれば、療養病棟（病室）の中には、回復期リハビリテーション病棟入院料と地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病棟（病室）のように、回復期医療に位置づけることができる場合もある。

これらを踏まえ、「地域完結型」の医療提供体制の構築を目指した病床の機能分担と連携の視点から、「静岡県保健医療計画」における疾病または事業および在宅医療ごとの医療連携体制^{*2-21}に一般病棟と療養病棟の医療機能を位置づけることを試みた。具体的には、疾病等の発症から在宅医療等に至るまでの医療連携体制のフロー図に、救急医療の対象となる急性疾患・外傷等に専門医療を加えた視点から、一般病棟（病室）と療養病棟（病室）の主な機能ごとに、該当すると考えられた入院基本料・特定入院料（入院医療管理料）を整理した。（図2-114・115）

今回は、病床機能報告の集計結果^{*2-18}を活用して、令和2年（2020年）7月1日時点における一般病棟と療養病棟の主な機能別病床構成割合（稼働病床ベース）について検討した。

なお、今回は周産期医療・小児医療は検討の対象外としたため、一つの一般病棟内で算定する入院料等の病床数の合計が当該病棟の使用許可病床数を超過している場合は、周産期医療・小児医療に係る入院料等を算定する病床数を除外した。

*2-19 厚生労働省「令和2年度診療報酬改定説明資料集等について・令和2年度診療報酬改定の概要（入院医療）令和2年3月5日版」Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（概要）。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691038.pdf>（令和4年3月28日確認）

*2-20 厚生労働省「平成30年度診療報酬改定説明会（平成30年3月5日開催）資料等について・平成30年度診療報酬改定の概要」Ⅰ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価②。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197979.pdf>

（令和4年3月28日確認）

*2-21 静岡県健康福祉部「静岡県保健医療計画」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.

<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-410/documents/6syous.pdf> (令和4年3月28日確認)

○全県 (図 2-116)

静岡県における一般病棟・療養病棟の主な機能別病床構成割合は、全県では、約半数が急性期医療・専門医療（高度急性期医療を含む；以下、急性期医療）を担う救命救急入院料、特定機能病院入院基本料、急性期一般入院料（7対1、10対1）等を算定する一般病棟（病室）で、約2割が急性期医療から回復期医療を担う地域一般入院料（13対1、15対1）、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する一般・療養病棟（病室）、残る約3割が長期療養等を担う緩和ケア病棟入院料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料（入院医療管理料）、療養病棟入院料（療養病床としての介護療養型医療施設を含む）を算定する一般・療養病棟（病室）であった。

地域別では、東部地域は急性期医療を担う病棟等の構成割合が最も低く、急性期医療から回復期医療を担う病棟等の構成割合が最も高かったが、長期療養等を担う病棟等の構成割合は全県と変わらなかった。中部地域では、急性期医療を担う病棟等の構成割合が最も高く、急性期医療から回復期医療を担う病棟等の構成割合が最も低かったが、長期療養等を担う病棟等の構成割合は全県と変わらなかった。西部地域では、いずれの機能を担う病棟等の構成割合も全県とほぼ同程度であった。

入院料別では、地域一般入院料を算定する一般病棟が中部地域にはない、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する一般病棟が東部地域で多く、中部地域で少ない、緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟が中部地域にはないなど、地域ごとに違いがみられた。

○東部地域 (図 2-117)

東部地域全体では、一般病棟・療養病棟の48.0%が急性期医療（高度急性期医療を含む）を担う一般病棟（病室）で、19.4%が急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）、残る28.8%が長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）であった。特に東部地域では、他の地域よりも地域一般入院料と地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する一般病棟（病室）の構成割合が高かった。

二次医療圏別では、圏域により構成割合に大きな違いがみられた。

賀茂医療圏では急性期医療を担う一般病棟（病室）が19.8%と県内で最も低く、急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）は37.2%であった。また、長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）が43.0%を占め、県内で最も高かった。この医療圏では、回復期リハビリテーション病棟入院料と地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病棟（病室）の構成割合が高く、それぞれ14.2%、17.9%を占め、一般病棟・療養病棟のいずれも構成割合が高いことが特徴であった。

熱海伊東医療圏では、急性期医療を担う一般病棟（病室）が 53.1%と東部地域で最も高く、急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）が 13.5%であった。また、長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）が 33.4%を占めた。この医療圏では、地域一般入院料を算定する一般病棟と回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する療養病棟がなく、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する一般病棟・療養病棟（病室）の構成割合が県内の二次医療圏で最も低いこと、長期療養等を担う一般病棟（病室）（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料（入院医療管理料）を算定する一般病棟（病室））の構成割合が県内の二次医療圏で静岡医療圏に次いで高いことが特徴であった。

東部地域全体の一般病床・療養病床の約 6 割を有する駿東田方医療圏では、急性期医療を担う一般病棟（病室）が 50.8%と半数を占め、急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）が 20.8%であった。また、長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）が 28.3%を占めた。この医療圏は、東部地域全体の構成割合と同様の傾向を示し、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する療養病棟と地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する一般病棟の構成割合が比較的高いことが特徴であった。また、数値としては低いですが、緩和ケア病棟入院料の構成割合が県内の二次医療圏で最も高かった。

富士医療圏では、急性期医療を担う一般病棟（病室）が 48.4%、急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）が 26.3%、長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）が 25.3%を占めた。この医療圏では、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する一般病棟・療養病棟の構成割合が中東遠医療圏に次いで高く、中でも、療養病棟の構成割合が県内の二次医療圏で最も高かった。また、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する一般病棟の構成割合も比較的高いこと、緩和ケア病棟を有していることが特徴であった。

○中部地域（図 2-118）

中部地域全体では、一般病棟・療養病棟の 55.9%が急性期医療（高度急性期医療を含む）を担う一般病棟（病室）で、15.8%が急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）、残る 28.3%が長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）であった。特に中部地域では、他の地域よりも急性期医療（高度急性期医療を含む）を担う一般病棟（病室）の構成割合が高い一方、地域一般入院料を算定する一般病棟がないなど、急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）の構成割合が低かった。

二次医療圏別では、算定する入院料等の構成割合は圏域により違いがあったが、入院基本料・特定入院料の種類には違いがなかった。特にこの地域では、地域一般入院料と緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟がないことが特徴であった。

中部地域全体の一般病床・療養病床の約 2 / 3 を有する静岡医療圏では、急性期医療を担う一般病棟（病室）が 53.4%、急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）が 15.0%、長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）が 31.7%を占めた。

この医療圏は、急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）の構成割合が県内の二次医療圏で最も低い一方、長期療養等を担う一般病棟（病室）（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料（入院医療管理料）を算定する一般病棟（病室））の構成割合が県内の二次医療圏で最も高いことが特徴であった。

志太榛原医療圏では、急性期医療を担う一般病棟（病室）が60.4%、急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）が17.3%、長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）が22.3%を占めた。この医療圏は、急性期医療を担う一般病棟（病室）の構成割合が県内の二次医療圏で最も高く、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する一般病棟・療養病棟（病室）が、県内の二次医療圏で熱海伊東医療圏に次いで低いこと、また、長期療養等を担う一般病棟（病室）がなく、療養病棟のみであることが特徴であった。

○西部地域（図 2-119）

西部地域全体では、一般病棟・療養病棟の51.7%が急性期医療（高度急性期医療を含む）を担う一般病棟（病室）で、19.3%が急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）、残る29.0%が長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）で、全県とほぼ同じ構成割合であった。

二次医療圏別では、中東遠・西部の両医療圏で、算定する入院料等の種類や構成割合に違いがみられた。

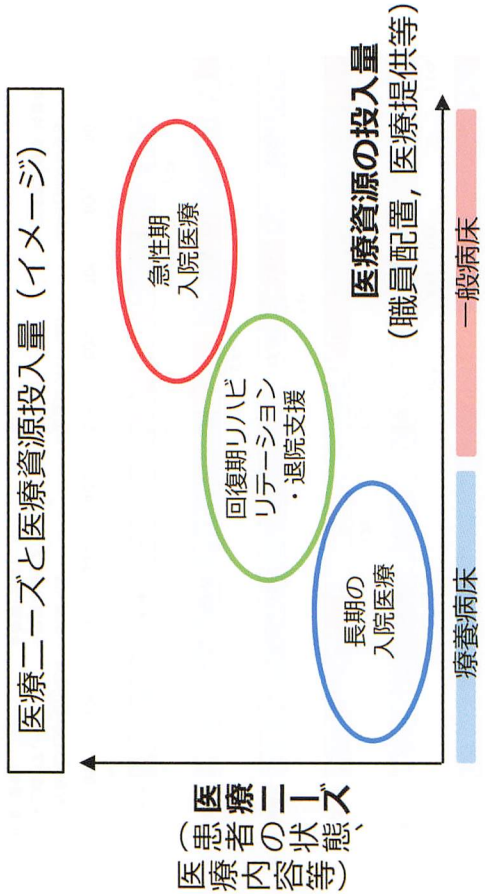
中東遠医療圏では、急性期医療を担う一般病棟（病室）が44.5%、急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）が15.0%、長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）が31.7%を占めた。この医療圏は、急性期医療を担う一般病棟（病室）の構成割合が県内の二次医療圏で賀茂医療圏に次いで低い一方、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する一般病棟・療養病棟の構成割合が県内の二次医療圏で最も高く、一般病棟・療養病棟がほぼ同率であることが特徴であった。また、長期療養等を担う病棟（病室）では、志太榛原医療圏と同様に一般病棟（病室）がなく、療養病棟の構成割合は県内の二次医療圏で最も高かった。

西部地域全体の一般病床・療養病床の約7割を有する西部医療圏では、急性期医療を担う一般病棟（病室）が54.6%、急性期医療から回復期医療を担う一般・療養病棟（病室）が16.6%、長期療養等を担う一般・療養病棟（病室）が28.8%を占めた。この医療圏は、急性期医療を担う一般病棟（病室）の構成割合が県内の二次医療圏で志太榛原医療圏に次いで高い一方、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する一般病棟・療養病棟の構成割合が隣接する中東遠医療圏の半分であることが特徴であった。

病院の病床数に関する調査分析結果のまとめ（3）一般病棟・療養病棟の主な機能

- ・令和2年（2020年）7月1日時点における県内の一般病棟・療養病棟の主な機能について検討した（周産期医療・小児医療を除く）。
- ・全県では、急性期医療・専門医療、急性期医療～回復期医療、長期療養等の構成割合は概ね5：2：3であった。
- ・地域別では、東部地域は急性期医療の構成割合が最も低く、急性期医療～回復期医療の構成割合が最も高かった。中部地域は急性期医療の構成割合が最も高く、急性期医療～回復期医療の構成割合が最も低かった。西部地域はいずれの構成割合も全県とほぼ同程度であった。
- ・入院料別では、地域や二次医療圏により算定する病棟（病室）がないなど、地域や二次医療圏ごとに違いがみられ、それぞれの地域や二次医療圏における医療提供体制（医療機能・連携体制等）を反映していることが考えられた。

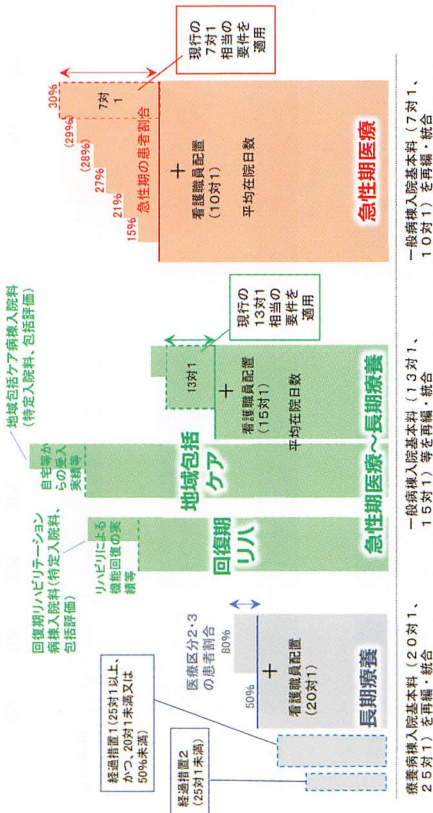
図2-112 医療ニーズと医療資源投入量（イメージ）



厚生労働省「令和2年度診療報酬改定説明資料等」について、令和2年度診療報酬改定の概要（入院医療）令和2年5月5日版）から抜粋（一部拡大）
https://www.nhlw.go.jp/contents/12400000/00691038.pdf（令和3年12月11日確認）

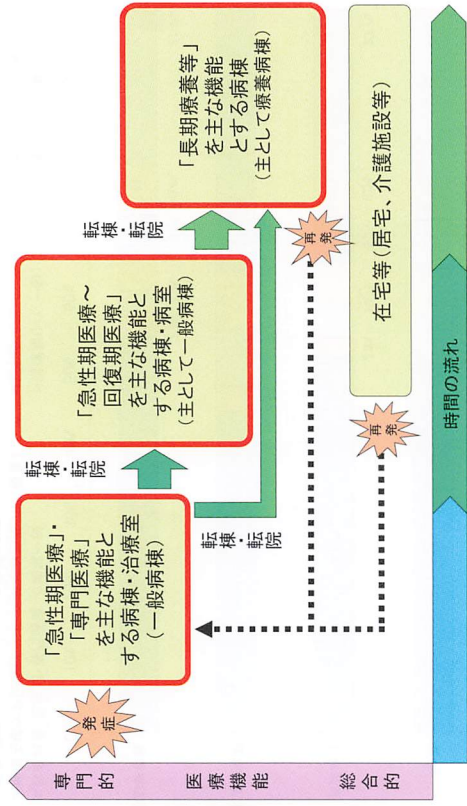
図2-113 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

新たな入院医療の評価体系と主な機能（イメージ）
入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



※ 特定機能病院、専門病院、精神科、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を特定した入院料のため、上記には含めていない。
厚生労働省「平成30年度診療報酬改定説明会（平成30年3月5日開催）資料等」について、平成30年度診療報酬改定の概要「から抜粋」
https://www.nhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenyoku/0000197979.pdf（令和3年12月11日確認）

図2-114 医療機能からみた病院の一般病棟・療養病棟の位置づけ～急性疾患・外傷を中心に専門医療の視点を加えた検討（周産期・小児を除く）～



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

静岡県健康福祉部「第8次静岡県保健医療計画 第6章 疾病又は事業及び在宅医療こととの医療提供体制の構築」(参考)に作成
https://www.pref.shizuoka.jp/rousei/ko-410/documents/6syoyu.pdf（令和3年12月11日確認）
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図2-115 一般病棟・療養病棟における主な機能の考え方（私案）

救急医療の対象となる急性疾患・外傷等に専門医療を加えた視点（周産期・小児を除く）から、診療報酬の入院基本料・特定入院料の届出状況に基づき、一般病棟・療養病棟の主な機能を3つに区分して検討した。

主な機能	診療報酬点数表における入院基本料・特定入院料 (特記しない場合は一般病棟)
急性期医療・専門医療	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、集中治療室管理料等 特定機能病院入院料基本料(7対1) 急性期一般入院料(7対1、10対1)
急性期医療～回復期医療	<ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院料(13対1、15対1) 回復期リハビリテーション病棟入院料(一般病棟・療養病棟) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料(一般病棟・療養病棟)
長期療養等	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケア病棟入院料 障害者施設等入院基本料 特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料 療養病棟入院料(療養病床としての介護療養型医療施設を含む)

浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図2-116 静岡県における主な機能別病床構成割合（一般病棟・療養病棟/全県・地域別/2020年）

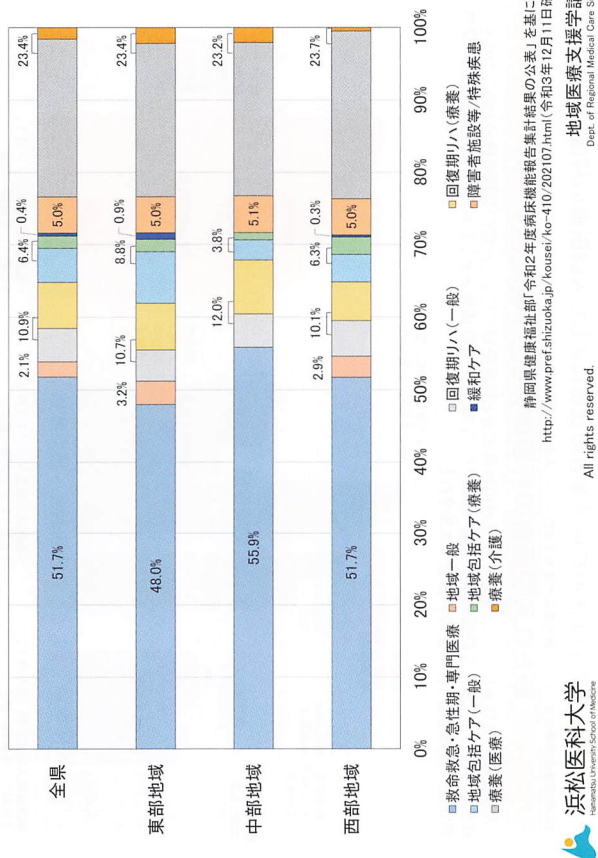


図2-118 中部地域における主な機能別病床構成割合（一般病棟・療養病棟/医療圏別/2020年）

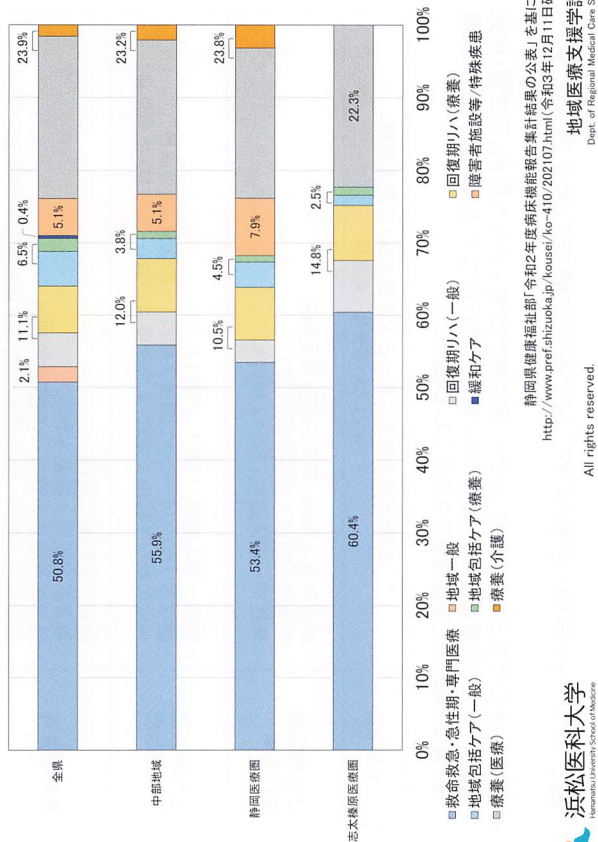


図2-117 東部地域における主な機能別病床構成割合（一般病棟・療養病棟/医療圏別/2020年）

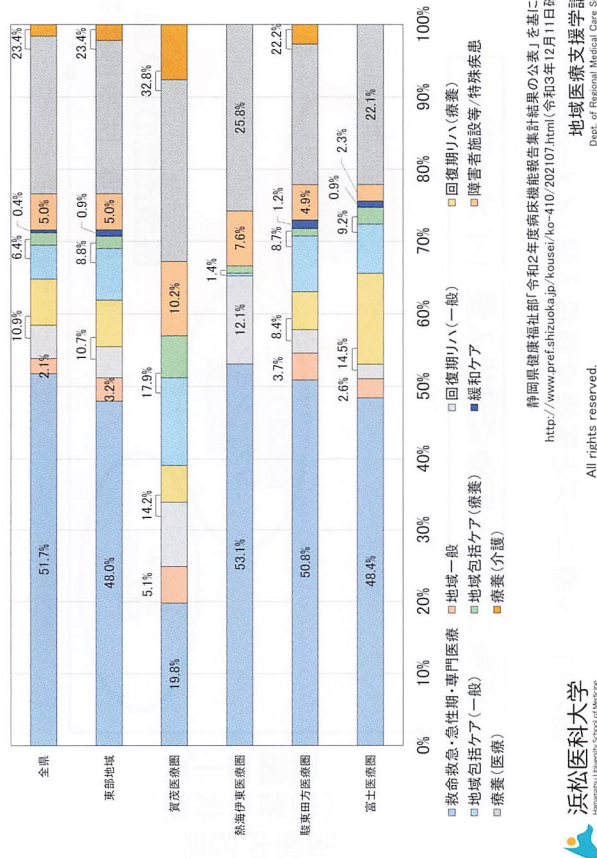
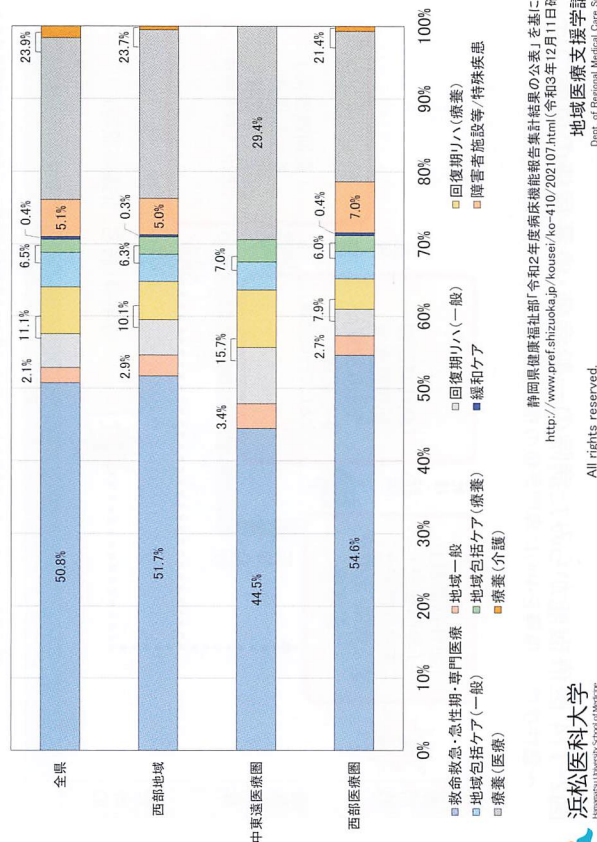


図2-119 西部地域における主な機能別病床構成割合（一般病棟・療養病棟/医療圏別/2020年）



1 地域及び診療科ごとの必要医師数等の調査分析、医師確保、育成のための対策の検討

(1) 地域及び診療科ごとの必要医師数等の調査分析

ウ 地域の医療提供体制

(I) 病院病床（一般病棟）の主な機能別病床数の推移（稼働病床/入院基本料・特定入院料-区分別/2016～2020年）

前項では、一般病棟（病室）と療養病床（病室）の主な機能別病床数について検討したが、前者にはより幅広い機能が含まれる。そのため、前項での「急性期医療・専門医療（高度急性期医療を含む）」あるいは「急性期医療から回復期医療」による機能区分では、病床の機能の違いを十分に把握できないことも考えられる。

そのため、前項における3つの機能区分のうち、「長期療養等」を除いた2つの機能区分に整理した入院料等をまとめ、平成28年度（2016年度）から令和2年度（2020年度）までの病床機能報告の集計結果^{*2-18}を活用して、各年度7月1日時点における一般病棟（病室）の急性期医療・専門医療（高度急性期医療を含む）から回復期医療に至るまでの主な機能別病床数の推移について検討した。

なお、前項と同様に、周産期医療・小児医療を対象に含めていない。また、病床数の重複計上処理を行っていないため病床数の総数は計上せず、各入院料等の推移について検討した。

*2-18 静岡県健康福祉部医療政策課「令和2年度病床機能報告集計結果の公表」（再掲）

<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-410/202107.html>（令和4年3月28日確認）

※ 同ホームページでは、平成26年度（2014年度）からの各年度の集計結果を公表している。

○全県（図2-120）

平成28年（2016年）から令和2年（2020年）までの4年間で、救命救急入院料・集中治療室管理料等を算定する病床は458床から507床（49床、10.7%増）、特定機能病院入院基本料（7対1）を算定する病床は1,039床から1,043床（4床、0.4%増）、急性期一般入院料（7対1）を算定する病床は10,192床から10,035床（▲157床、1.5%減）、急性期一般入院料（10対1）を算定する病床は3,316床から2,808床（▲508床、15.3%減）、地域一般入院料（13対1、15対1）を算定する病床は736床から630床（▲376床、14.4%減）、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床は1,022床から1,270床（248床、24.3%増）、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床は644床から1,254床（610床、94.7%増）に、それぞれ変化した。また、急性期一般入院料（7対1、10対1）を算定する病床において、10対1に対する7対1の比は3.07倍から3.57倍に拡大した。

全体としては、高度急性期医療を担う救命救急・集中治療に関連する病床や急性期一般入院料でも看護配置が高い病床（7対1）、早期在宅復帰や在宅医療支援などを担う回復期リハビリテーションや地域包括ケアに関連する病床が増加し、幅広い診療内容に対応する一般病棟（急性期一般入院料（10対1）や地域一般入院料を算定する

病床)の病床が減少した。この傾向は、病床の機能分化や連携を促進する地域医療構想の方向性と合致したものと考えられた。一方、特定の機能に分化した病床をつなぐ役割を担う、中間的な位置づけにある多機能の病床の減少は、患者の病床間の円滑な移行や複数の慢性疾患を抱えた高齢の患者などに対する弾力的な病床運用を困難にするおそれがあると考えられた。

○東部地域 (図 2-121~125)

東部地域全体では、救命救急入院料・集中治療室管理料等を算定する病床は 112 床から 124 床 (12 床、10.7%増)、特定機能病院入院基本料 (7 対 1) を算定する病床は 533 床から 537 床 (4 床、0.8%増)、急性期一般入院料 (7 対 1) を算定する病床は 3,297 床から 3,235 床 (▲62 床、1.9%減)、急性期一般入院料 (10 対 1) を算定する病床は 1,124 床から 876 床 (▲248 床、22.1%減)、地域一般入院料 (13 対 1、15 対 1) を算定する病床は 489 床から 366 床 (▲123 床、25.2%減)、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床は 301 床から 428 床 (127 床、42.2%増)、地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) を算定する病床は 367 床から 664 床 (297 床、80.9%増) に、それぞれ変化した。また、急性期一般入院料 (7 対 1、10 対 1) を算定する病床において、10 対 1 に対する 7 対 1 の比は 2.93 倍から 3.69 倍に拡大した。(図 2-121)

二次医療圏別では、圏域により算定する入院料等の種類や病床数などに大きな違いがみられた。

賀茂医療圏では、急性期一般入院料を算定する病床に大きな変化がみられた。平成 28 年 (2016 年) は急性期一般入院料を算定する病床のうち、7 対 1 の占める割合が約 8 割を占めたが、令和 2 年 (2020 年) には同入院料を算定する病床が減少し、7 対 1 の占める割合が 5 割以下まで低下した。また、一時期増加した地域一般入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床が、令和 2 年 (2020 年) には平成 28 年 (2016 年) 時点と同程度かそれを下回る病床数となっていた。(図 2-122)

熱海伊東医療圏においても、急性期一般入院料を算定する病床に大きな変化がみられた。令和元年 (2019 年) から令和 2 年 (2020 年) にかけて、10 対 1 の病床がすべて 7 対 1 の病床に転換していた。また、圏域内には地域一般入院料を算定する病床がなく、地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) を算定する病床は 4 床であるなど、在宅復帰・在宅療養の支援を担う病床が非常に少なかった。(図 2-123)

駿東田方医療圏では、急性期一般入院料を算定する病床 (7 対 1、10 対 1) が減少し、回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) を算定する病床に転換していた。特に、地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) を算定する病床は、4 年間で 192 床から 442 床 (250 床、130.2%増) と、大幅に増加した。また、救命救急入院料・集中治療室管理料等を算定する病床が 80 床から 100 床 (20 床、25.0%増) と、高度急性期医療を担う病床が増加した。(図 2-124)

富士医療圏では、急性期一般入院料を算定する病床のうち、7対1の病床が減少する一方で10対1の病床が増加しており、他の医療圏とは異なる傾向を示した。この変化には、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床の増加と併せて、地域一般入院料を算定する病床からの転換が考えられた。（図 2-125）

○中部地域（図 2-126～128）

中部地域全体では、救命救急入院料・集中治療室管理料等を算定する病床は171床から200床（29床、17.0%増）、急性期一般入院料（7対1）を算定する病床は3,116床から3,286床（170床、5.5%増）、急性期一般入院料（10対1）を算定する病床は1,554床から1,399床（▲155床、10.0%減）、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床は376床から400床（24床、6.4%増）、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床は177床から241床（64床、36.2%増）に、それぞれ変化した。なお、中部地域には特定機能病院入院基本料と地域一般入院料（13対1、15対1）を算定する病床はない。また、急性期一般入院料（7対1、10対1）を算定する病床において、10対1に対する7対1の比は2.01倍から2.35倍に拡大したが、この比は県内の3つの地域で最も低かった。（図 2-126）

二次医療圏別では、算定する入院料等ごとの病床数などに違いがみられた。

静岡医療圏では、急性期一般入院料を算定する病床のうち、10対1から7対1への転換が急増したが、その後は回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床への転換などもみられた結果、7対1の病床は一時期よりも減少したが、10対1の病床数は4年間で約2/3まで減少した。

（図 2-127）

志太榛原医療圏では、救命救急入院料・集中治療室管理料等を算定する病床が31床から51床（20床、64.5%増）と、高度急性期医療を担う病床が増加した一方、7対1の病床が微減し、10対1の病床が約2倍に増加した。また、圏域内には地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床は42床あるが、地域一般入院料を算定する病床はなく、在宅復帰・在宅療養の支援を担う病床が少ない印象を受けた。

（図 2-128）

○西部地域（図 2-129～131）

西部地域全体では、救命救急入院料・集中治療室管理料等を算定する病床は175床から183床（8床、4.6%増）、特定機能病院入院基本料（7対1）を算定する病床は506床で変わらず、急性期一般入院料（7対1）を算定する病床は3,779床から3,514床（▲265床、7.0%減）、急性期一般入院料（10対1）を算定する病床は638床から533床（▲105床、16.5%減）、地域一般入院料（13対1、15対1）を算定する病床は247床から264床（17床、6.9%増）、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床は345床から442床（97床、28.1%増）、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床は100床から349床（249床、249%増）に、それぞれ変

化した。また、急性期一般入院料（7対1、10対1）を算定する病床において、10対1に対する7対1の比は5.92倍から6.59倍に拡大したが、この比は県内の3つの地域で最も高かった。（図 2-129）

二次医療圏別では、算定する入院料等の種類や病床数などに違いがみられた。

中東遠医療圏では、急性期一般入院料を算定する病床のうち、10対1の病床の推移をみると、平成28年（2016年）から平成29年（2017年）にかけ、7対1の病床や地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床の増加などにより、圏域内の病床数が0になったが、翌年には揺り戻しのような形で病床が復活し、さらに令和元年（2019年）から令和2年（2020年）にかけての7対1からの再転換などにより、結果的には4年間で約2.3倍に増加した。また、4年間で地域一般入院料を算定する病床は減少した一方、回復期リハビリテーション病棟入院料と地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床はそれぞれ増加した。（図 2-130）

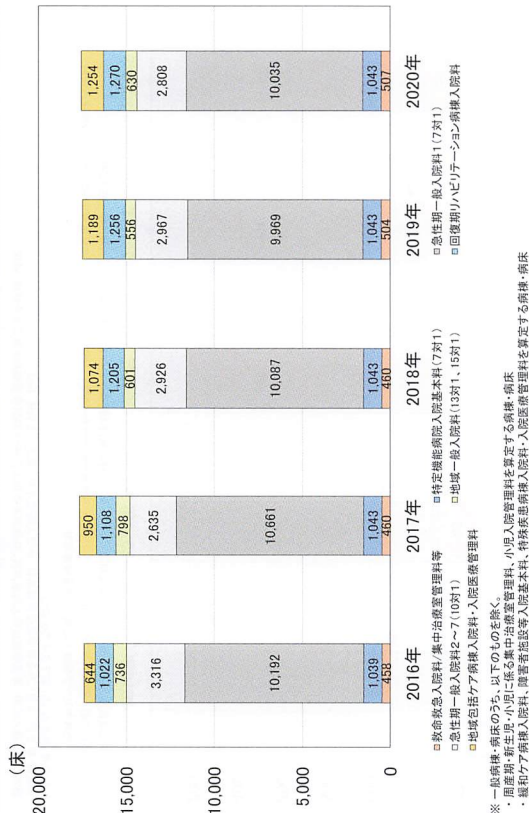
西部医療圏では、急性期一般入院料を算定する病床（7対1、10対1）が減少する一方、地域一般入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床がそれぞれ増加した。特に、急性期一般入院料を算定する病床のうち10対1の病床が約2/3に減少した一方、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床は4.7倍に増加しており、一般病床に占める急性期一般入院料を算定する病床の構成割合が高い中でも、在宅復帰・在宅療養の支援を担う病床が増加していた。（図 2-131）

病院の病床数に関する調査分析結果のまとめ（4）一般病棟の主な機能の推移

- ・平成28年（2016年）から令和2年（2020年）にかけて、各7月1日時点における県内の一般病棟の主な機能の推移について検討した（長期療養等を除く）。
- ・全体として、高度急性期医療を担う救命救急・集中治療に関連する病床や急性期一般入院料でも看護配置が高い病床（7対1）、早期在宅復帰や在宅医療支援などを担う回復期リハビリテーションや地域包括ケアに関連する病床が増加した。
- ・一方、幅広い診療内容に対応する一般病棟（急性期一般入院料（10対1）や地域一般入院料を算定する病床）の病床が減少した。
- ・この傾向は、病床の機能分化や連携を促進する地域医療構想の方向性と合致したものと考えられたが、特定の機能に分化した病床をつなぐ役割を担う、中間的な位置づけにある多機能の病床の減少は、患者の病床間の円滑な移行や複数の慢性疾患を抱えた高齢の患者などに対する弾力的な病床運用を困難にするおそれがあると考えられた。
- ・地域や圏域別では、それぞれに特徴のある傾向が示されたが、地域一般入院料を算定する病床や地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する病床が少ない（あるいは当該病床がない）など、在宅復帰・在宅療養の支援を担う病床が少ない圏域もあり、地域における医療提供体制全体を検証する必要があると考えられた。

精査中

図2-120 静岡県における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療・回復期医療・入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)



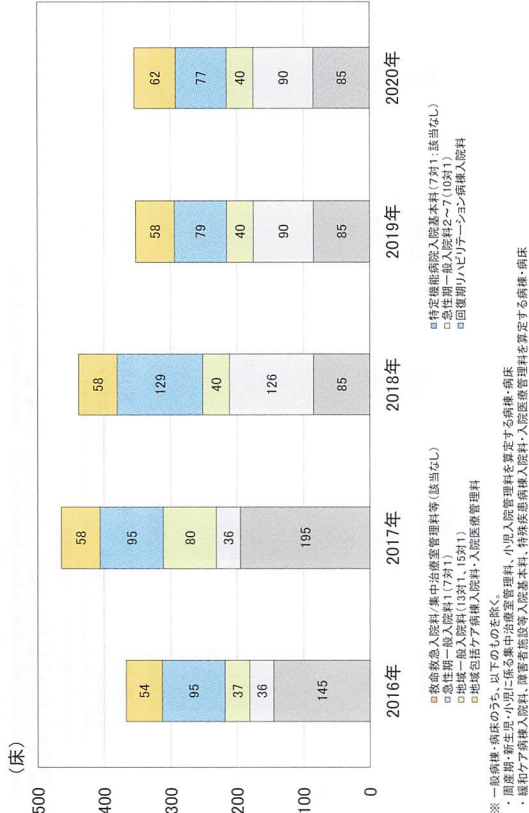
「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



All rights reserved.

精査中

図2-122 賀茂医療圏における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療・回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)



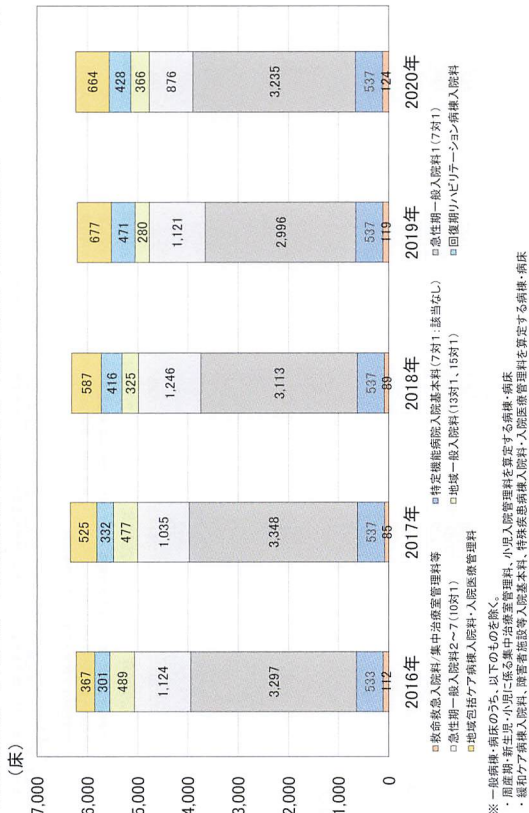
「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



All rights reserved.

精査中

図2-121 静岡県東部地域における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療・回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)



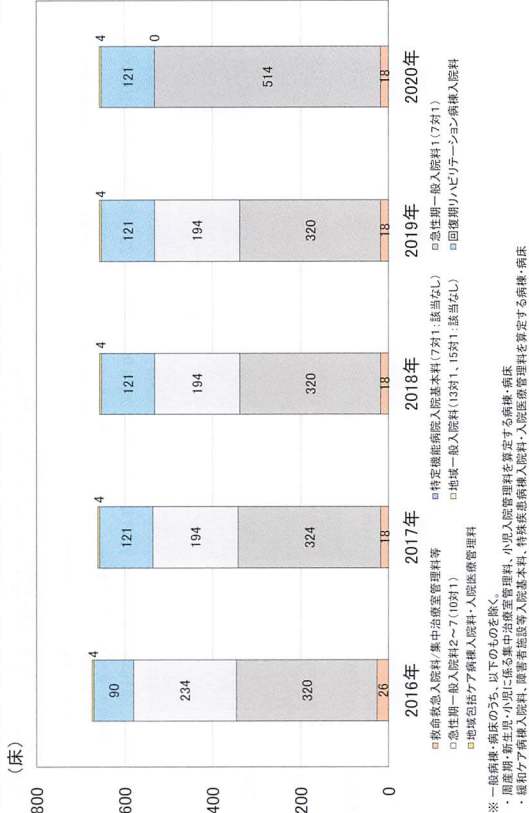
「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



All rights reserved.

精査中

図2-123 熱海伊東医療圏における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療・回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)



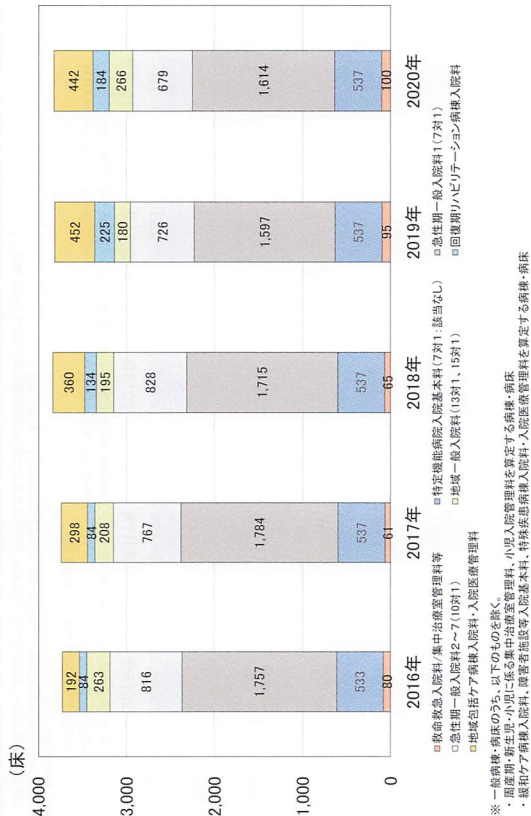
「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



All rights reserved.

精査中

図2-124 駿東田方医療圏における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療～回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)

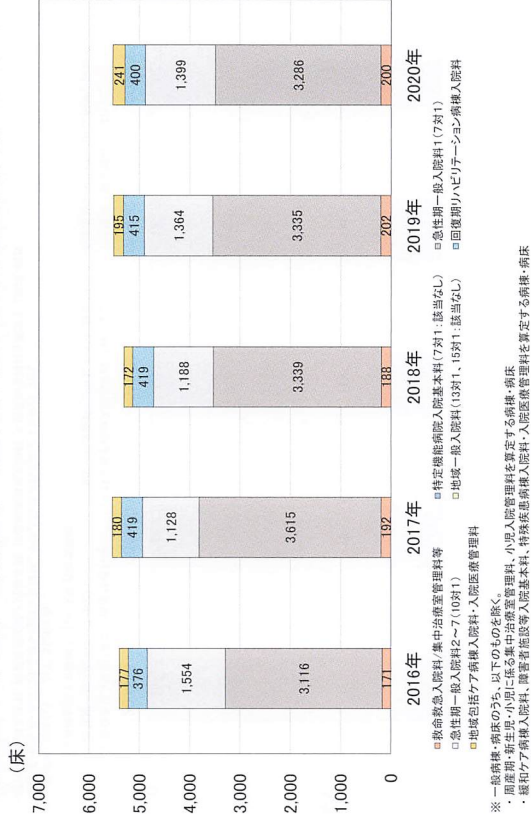


浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
All rights reserved.

精査中

図2-126 静岡県中部地域における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療～回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)

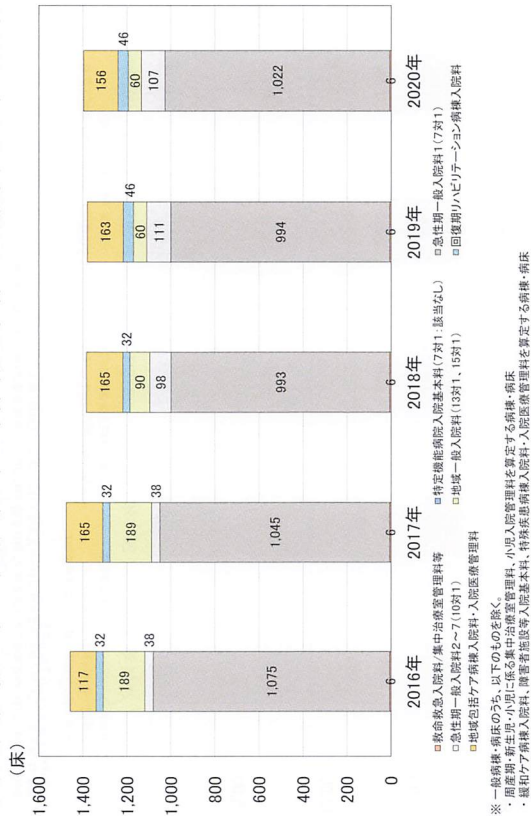


浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
All rights reserved.

精査中

図2-125 富士医療圏における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療～回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)

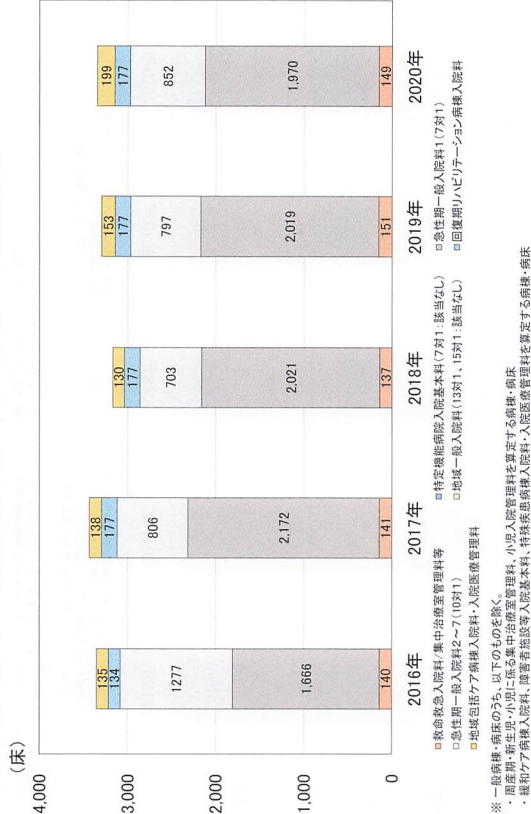


浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
All rights reserved.

精査中

図2-127 静岡医療圏における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療～回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)

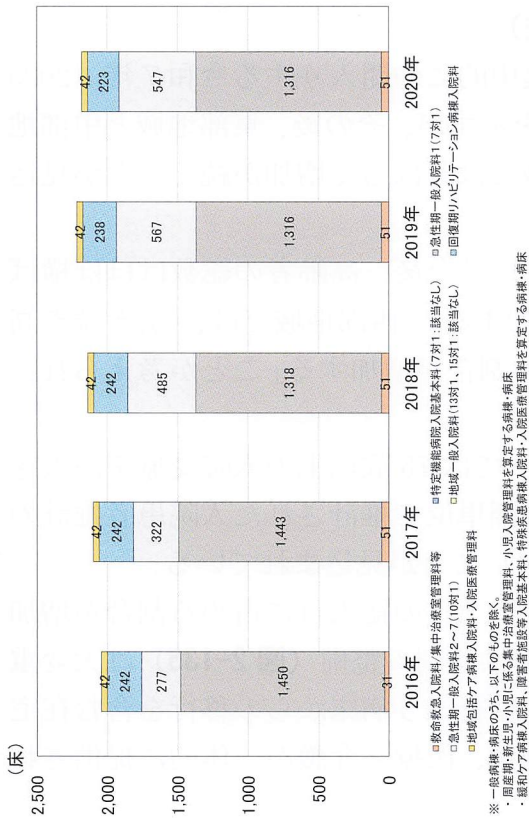


浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
All rights reserved.

精査中

図2-128 志太様原医療圏における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療～回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)

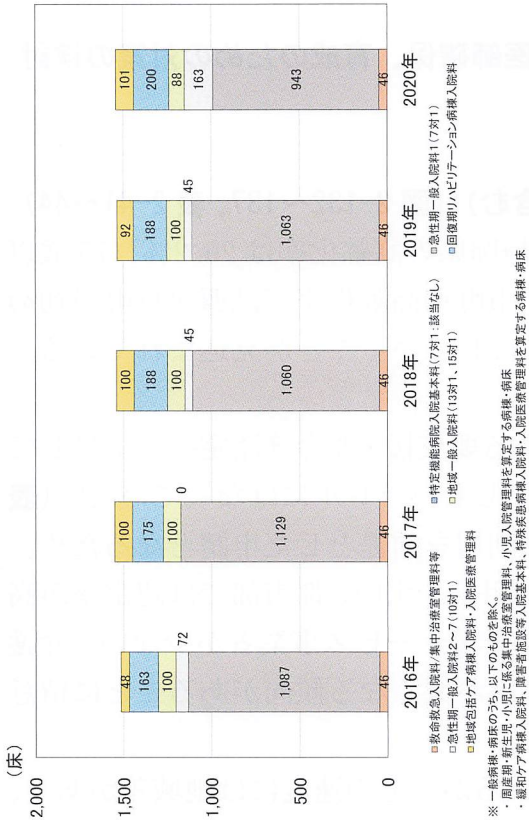


「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
All rights reserved.

精査中

図2-130 中東遠医療圏における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療～回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)

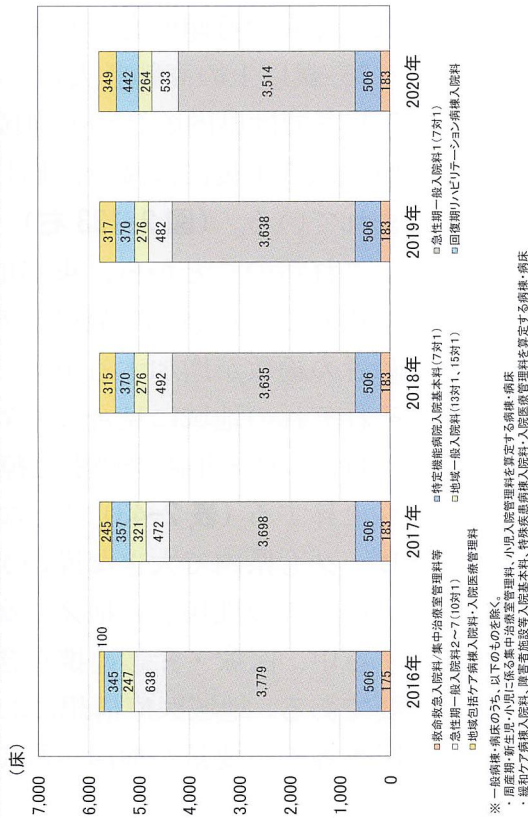


「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
All rights reserved.

精査中

図2-129 静岡県西部地域における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療～回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)

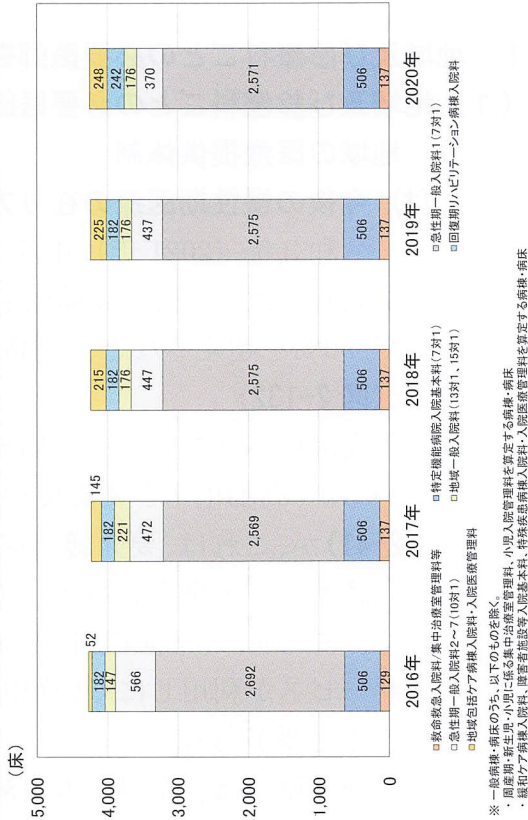


「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
All rights reserved.

精査中

図2-131 西部医療圏における病院一般病床の推移
(急性期医療・専門医療～回復期医療/入院基本料・特定入院料-区分別病床数/2016年～2020年)



「病床機能報告」(各年7月1日時点)を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
All rights reserved.

1 地域及び診療科ごとの必要医師数等の調査分析、医師確保、育成のための対策の検討

(1) 地域及び診療科ごとの必要医師数等の調査分析

ウ 地域の医療提供体制

(オ) 今後の慢性期医療の在り方(在宅医療等を含む)(図 2-132~137、表 2-41~44)

令和3年(2021年)4月1日現在における静岡県の高齢化率は29.2%(75歳以上高齢者比率(後期高齢化率)は15.4%)で、市町別高齢化率では西伊豆町が初めて50%を超えるなど、超高齢社会は今後も進行していくことが見込まれている。

(図 2-132)

高齢化が進む中、介護保険の被保険者に対する要支援・要介護認定率も上昇しているが、高齢化率と要支援・要介護認定率は必ずしもパラレルにはなっていない(表 2-41)が、これは、要介護認定は介護サービスの利用を前提とした申請となるため、介護サービス事業者が多い(介護サービスが利用しやすい)都市部では認定率が高く、また逆に、高齢化率が高い地域であっても介護サービス事業者が少ない(介護サービスが利用しにくい)中山間地域では認定率が低くなる傾向があることに留意する必要がある。

静岡県では、全県で人口減少が見込まれているが、その速度には地域差があり、地域別では東部地域で早く、西部地域で遅くなっている。また、二次医療圏によっても、その速度には違いがある。(表 2-42)

そのうち、65歳以上の高齢者人口は、令和2年(2020年)以降、東部地域と中部地域では「団塊ジュニア世代」が仲間入りするまで横ばい状態が続き、その後は減少する見通しであることに留意する必要がある。一方、西部地域では同時期まで増加が続き、その後も横ばい状態となることを見込まれ、東部地域や中部地域とは大きく異なる傾向を示している。(図 2-133 左)

75歳以上の高齢者人口は、団塊の世代が集中的に仲間入りする令和7年(2025年)までは県内の3つの地域で同様の増加率を示すが、その後、東部地域と中部地域では5年後には減少に転じる一方、西部地域ではしばらく増加が続くことを見込まれている。(図 2-133 右)

これらのことから、東部地域や中部地域では、「今後、高齢者の総数はほぼ横ばい状態であるが、75歳以上の占める割合が増加する」、西部地域では、「引き続き高齢者の総数が増加する中で、75歳以上の占める割合が増加する」ことが考えられ、それぞれの地域に見合った対応が求められる。

特に、性・年齢階級別受療率(人口10万対)では75歳以上の入院受療率が大きく上昇する(表 2-43)ことなどから、二次医療圏単位で推計された入院患者推計のピークも県内で大きな違いが生じる(図 2-134)ことを見込まれている。

複数の慢性疾患を抱えた高齢者(特に75歳以上)の総人口に占める割合が増加する中、医療・介護連携を含む在宅医療等の提供体制の整備(図 2-135)は大変重要である。地域医療構想においても、慢性期医療を担う病床からの移行を含む在宅医療等の必要量が検討されてきた(図 2-136)が、医療と介護が一体的に提供され

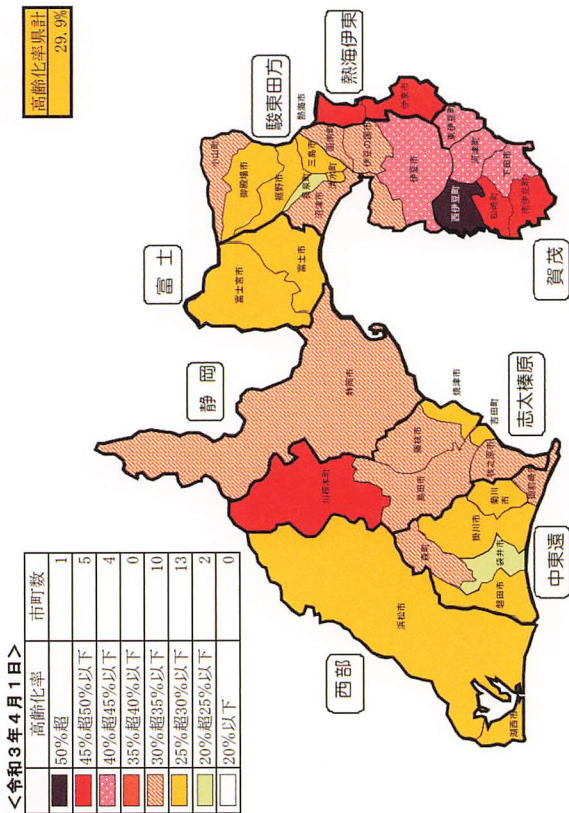
る介護医療院や介護老人保健施設以外では、訪問診療や訪問看護、介護サービスに従事する人材の確保や、外来通院に係る高齢者自身の負担など、数多くの課題がある。

このような中、平成30年度（2018年度）に新たな介護保健施設として介護医療院が創設され、県内でも多くの療養病床が転換された。ただし、病院の療養病床数の変化と整備された介護医療院の療養床数を比べると、西部地域では減少した療養病床の84.0%の療養床が整備されているのに対して、東部地域では56.9%と、県内でも地域により大きな違いがあった。廃止された療養病床が介護医療院や介護老人保健施設に転換されなかった場合、入院していた患者の在宅医療への移行状況や、地域の医療・介護サービスの提供体制への影響などについて、地域医療構想調整会議や地域包括ケア推進ネットワーク会議など、医療・介護関係者や行政担当者等から構成された協議の場で検証しておく必要があると考えられる。（表2-44）

また、人生の最終段階を過ごしたい場所は、それぞれの身体的状態や社会的な状態により大きく異なることが報告されている。（図2-137）

今後は、高齢者世帯（高齢者単身世帯、高齢者のみの世帯）の増加に伴い、認知症を含む複数の慢性疾患を抱える高齢者が在宅での生活を続けることに対して、さらに困難を伴うことが多くなるものと考えられる。それぞれの地域において、地域医療構想にとどまらない、医療療養病床と介護保険施設、その他の高齢者施設等を含めた、医療・介護・福祉の機能分担と連携が求められる。

図2-132 静岡県における市町別高齢化率の状況(令和3年4月1日)



静岡県健康福祉部長事務次長「令和3年度静岡県高齢者福祉行政の基礎調査(令和3年6月4日公表)」から抜粋
<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-210/choujuu/keikaku/Asiochosa/documents/3houreiKaimitu.pdf>(令和3年11月19日確認)

表2-41 静岡県における高齢化率と要支援・要介護認定率(全国・全県、地域・圏域別)

圏域	高齢化率/後期高齢化率(R3)	認定率(R1)
賀茂	45.3/24.6%	16.8%
熱海伊東	44.8/24.8%	16.4%
駿東田方	29.8/15.4%	14.7%
富士	28.6/14.3%	15.6%
静岡	30.5/16.1%	18.7%
志太榛原	30.4/15.5%	15.8%
中東遠	27.9/13.4%	15.1%
西部	28.0/14.4%	17.2%
全県	29.9/15.4%	16.4%
全国	28.9*/14.9*%	18.8%

* 高齢化率/後期高齢化率は令和3年4月1日現在で、各市町の住民基本台帳に基づく報告による。
 * 全国の高齡化率/後期高齡化率は令和3年4月1日現在の概算値。
 ※ 要支援・要介護認定率は令和元年度末現在で、第1号被保険者の認定者数を第1号被保険者数で除した率。
 【高齢化率/後期高齡化率】静岡県(令和3年度静岡県高齢者福祉行政の基礎調査)を基に作成
<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-210/choujuu/keikaku/Asiochosa/documents/3houreiKaimitu.pdf>(令和3年6月15日確認)
 【要支援・要介護認定率】静岡県(令和元年度介護保険事業収支報告書)を基に作成
<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-220/Raigo/RaigoJisshuShinshuKaikan/Asiochosa/documents/14gyoumu.pdf>(令和3年10月10日確認)

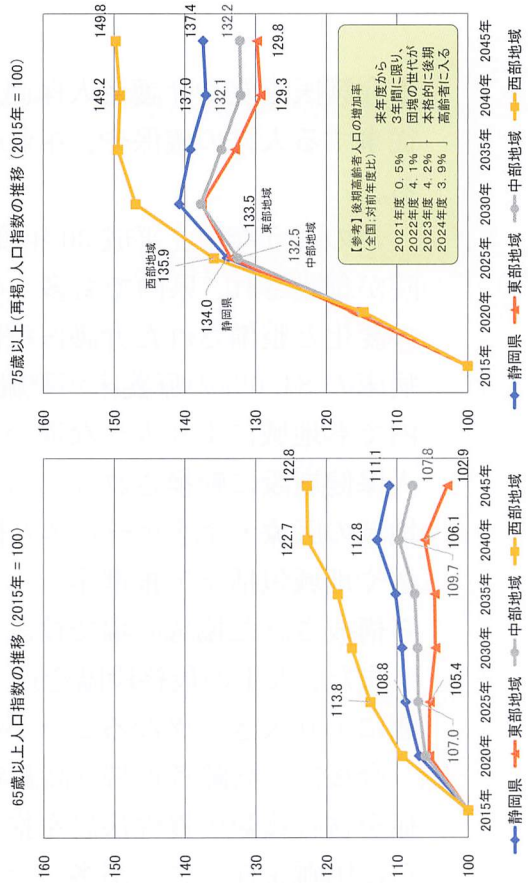
図2-122 静岡県における将来推計人口の推移(総人口:全県、地域・医療圏別)

(単位:人)

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
静岡県	3,700,305	3,615,586	3,506,064	3,380,104	3,241,803	3,094,264	2,942,865
東部地域	1,209,066	1,163,440	1,110,300	1,052,597	992,074	929,994	868,052
中部地域	1,168,000	1,141,199	1,106,337	1,066,040	1,021,937	975,468	928,477
西部地域	1,323,239	1,310,947	1,289,427	1,261,467	1,227,792	1,188,802	1,146,336
賀茂圏域	66,438	59,779	53,467	47,463	41,721	36,339	31,481
熱海伊東圏域	105,889	98,984	91,558	84,042	76,585	69,411	62,728
駿東田方圏域	657,570	636,115	610,286	581,550	551,019	519,353	487,432
富士圏域	379,169	368,562	354,989	339,542	322,749	304,891	286,411
静岡圏域	704,989	689,756	669,536	646,098	620,609	594,305	567,831
志太榛原圏域	463,011	451,443	436,801	419,942	401,328	381,163	360,646
中東遠圏域	465,470	458,278	448,230	436,378	422,763	407,067	390,402
西部圏域	857,769	852,669	841,197	825,089	805,029	781,735	755,934

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(都道府県・市区町村)平成30(2018)年推計」を基に作成
 浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
All rights reserved.
 地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図2-133 静岡県における将来推計人口指数の推移(高齢者人口:全県、3地域別)



国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の地域別将来推計人口(都道府県・市区町村)平成30(2018)年推計」を基に作成
<https://www.pss.go.jp/pp-shicyoson//shicyoson/t-mage.asp?c=shicyoson/18>
 浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
All rights reserved.
 地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

表2-43 性・年齢階級別受療率(人口10万対)

年齢階級	入院		外来		総数
	男	女	男	女	
	総数	総数	総数	総数	
総数	1,036	1,096	5,675	4,953	6,360
0歳	167	124	727	743	1,050
1~4	189	146	651	670	1,050
5~9	86	94	437	425	623
10~14	100	86	276	289	623
15~19	113	110	923	734	2,123
20~24	156	182	1,088	1,599	2,648
25~29	235	314	2,751	1,882	3,663
30~34	291	385	3,104	2,104	4,138
35~39	296	248	3,203	2,260	4,173
40~44	311	327	3,362	2,668	4,075
45~49	398	354	3,782	3,072	4,507
50~54	552	475	4,481	3,802	5,167
55~59	758	628	5,233	4,464	5,998
60~64	997	811	6,279	5,710	6,832
65~69	1,305	1,067	7,824	7,297	8,317
70~74	2,002	1,457	10,174	9,661	10,626
75~79	2,448	2,233	11,764	12,410	12,410
80~84	3,633	3,505	12,551	12,745	12,414
85~89	5,326	5,409	11,608	12,075	11,368
90歳以上	7,815	7,936	10,339	9,988	9,850
(再掲)					
65歳以上	2,734	2,760	10,369	9,977	10,670
75歳以上	3,997	3,868	11,899	12,023	11,820

注：総数には、年齢不詳を含む。

厚生労働省「平成29年(2017)患者調査の概況」表4を基に作成

<https://www.mhlw.go.jp/content/1/1/1/d7/d7d2.pdf>(令和5年12月10日確認)



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

All rights reserved.

図2-134 二次医療圏ごとの入院患者推計のピーク

(参考) 二次医療圏ごとの入院患者推計のピーク

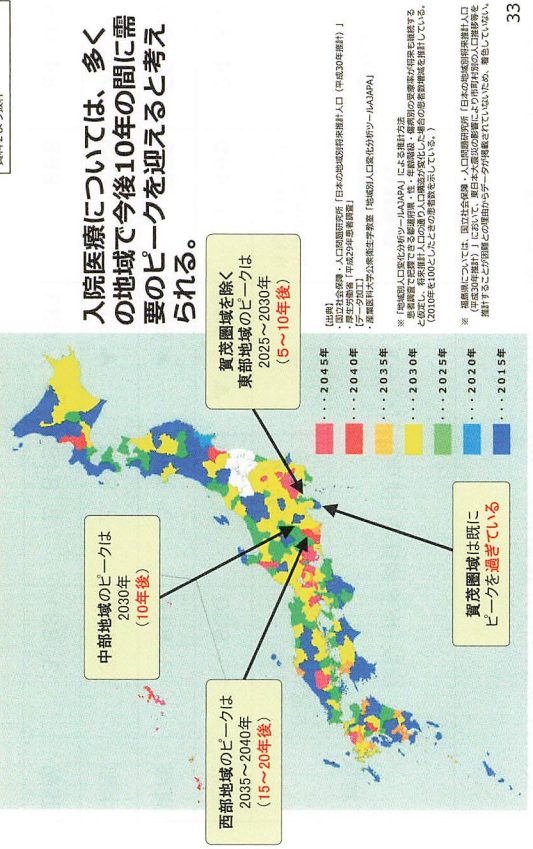


図2-136 在宅医療等の必要量に対する受け皿のイメージ

在宅医療等の必要量に対する受け皿(提供体制)として、医療と介護の両面から

- 2025年の在宅医療等の必要量40,093人の受け皿(提供体制)として、医療と介護の両面から提供体制をつくる必要がある。
- 医療の提供は在宅医療と同様40,093人分必要となる。⇒①~⑥の合計が40,093人
- 介護の提供は在宅医療等の必要量のうち、介護を必要とする人の分を見込むこととなり、合計は必ずしも40,093人とはならない。
- 医療と介護の両方を必要とする人に訪問診療や外来で医療の提供をする場合は、それに対応した介護サービス(訪問介護、訪問看護等)の提供も必要となる。⇒「②+③+④+⑤+⑥」

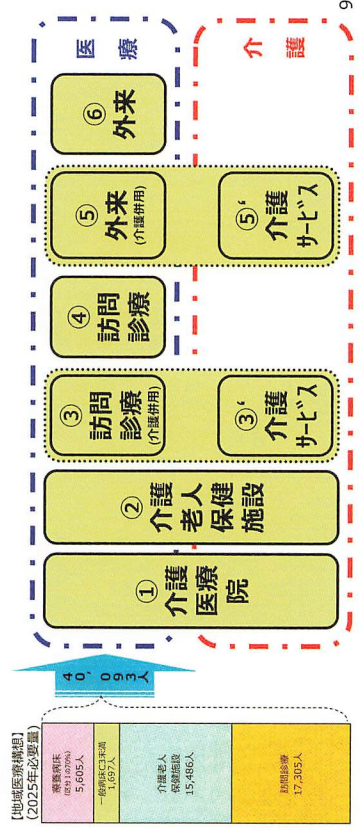
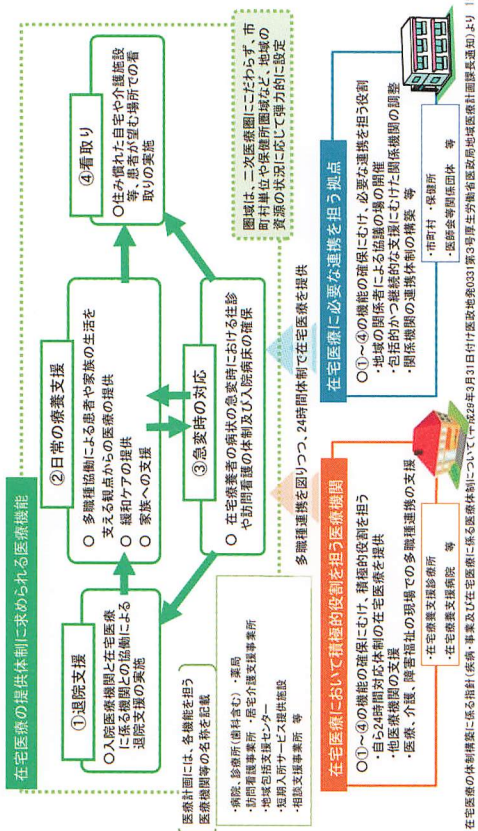


図2-135 在宅医療の体制

在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載、平成30年5月23日改訂版に記述されている。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～



厚生労働省「第1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3年10月13日開催)資料2から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/1/08/00000/000811085.pdf>(令和3年10月27日確認)

表2-44 病院から介護医療院への転換状況(平成30年度～令和2年度)

(特記以外の単位:床)

地域	病院・療養病床数(使用許可ベース)		介護医療院・療養病床数(病院転換分)	転換率(仮称)	
	平成30年4月1日時点	令和3年4月1日時点			
	差				
全県	10,860	8,896	▲ 1,964	1,469	74.8%
東部	3,816	3,196	▲ 620	353	56.9%
中部	3,163	2,852	▲ 311	248	79.7%
西部	3,881	2,848	▲ 1,033	868	84.0%


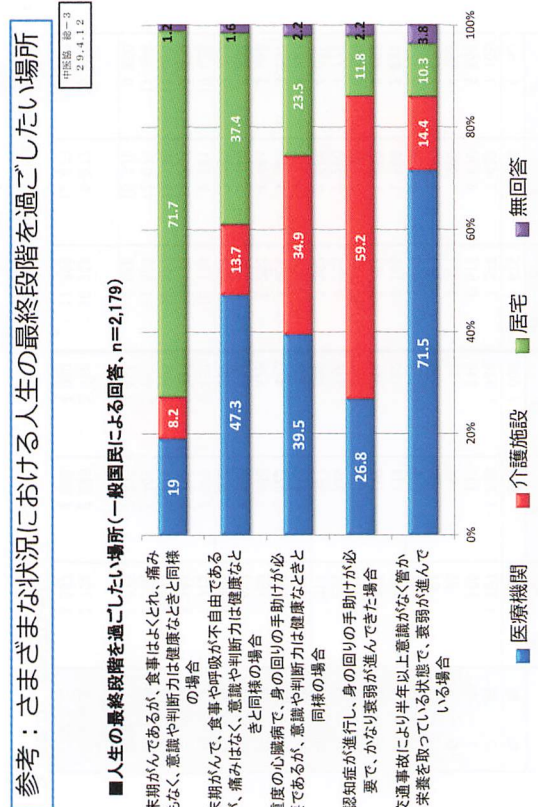

浜松医科大学
 Hamamatsu University School of Medicine
 静岡県健康福祉部医療政策課「静岡県病院名簿」(各年4月1日時点)、地域医療連携調整会議資料等 を基に作成
 地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support
 All rights reserved.

図2-137 ささまざまな状況における人生の最終段階を過ごしたい場所



出典: 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書(平成26年9月) 90

厚生労働省: 平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料「平成30年度診療報酬改定の概要」から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/f1/e/06-sei/sakujyobou-1240000-hokenkyoku/000019799.pdf> (令和3年6月16日確認)

1 地域及び診療科ごとの必要医師数等の調査分析、医師確保、育成のための対策の検討

(2) 医師確保、育成のための対策の検討

直近の「令和2年(2020年)医師・歯科医師・薬剤師統計」の結果公表が年度末直前となったため、今回は平成30年(2018年)の結果を含めて検討を行った。

直近の10・12年間における医師数(総数、人口対数)は増加しているが、全国順位に大きな変化はなく、ほぼ全国並みに増加している。

国では、平成18年(2006年)の4大臣合意による新医師確保総合対策を受け、平成20年度(2008年度)から医学部入学定員増を開始したが、医師需給推計の結果を受け、医師数の増加から地域・診療科偏在の解消に重点を移しつつある^{*2-22}。

これまで、本県では、平成19年度(2007年度)から医学修学研修資金貸与事業^{*2-23}を開始し、平成27年度(2015年度)からは県内外の医学部に地域枠を設置(令和3年度(2021年度)は9大学に計62枠^{*2-24})するなど、若手医師の確保を図ってきた。

しかしながら、国では医学部入学定員の減員に向けた検討の方向性が示される^{*2-25}など、引き続き、本県の医師確保は厳しい状況が続くことが見込まれる。また、直近の10年間前後では、本県の50～60代の男性医師(医療施設従事医師)が大きく増加した一方、30～40代の男性医師(同)が減少している^{*2-26}ほか、全国的に増加傾向が続く女性医師(同)の伸び率で全国を下回る状況が続いている^{*2-26}ことから、若手医師に限らず、病院の中堅医師(指導医レベル)の確保を図っていく必要がある。

今後は、特に地域医療の核となる病院を中心に、令和6年(2024年)4月からの医師の時間外労働上限規制の適用を見据えた医師の働き方改革の推進に向けた取組と併せて、人口減少に伴う患者数(特に65歳以下)の減少が見込まれる中でのキャリア形成支援(専門医・指導医資格の取得・維持のための経験症例数の確保等)も求められることから、地域医療構想調整会議における協議等を通じて、地域における医療施設の機能分担と連携をさらに促進していく必要がある。

このほか、県外大学からの派遣医師を含む女性医師からは、勤務環境に加えて、住環境や子どもの教育環境に関する意見^{*2-27}も出されており、特に病院を支える中堅医師の増加や県内定着を図るためにも、まちづくりを含む地域全体での取組が求められる。

また、病院との機能分担により地域を支える診療所に従事する医師の高齢化も進んでいる^{*2-28}ことから、中小病院が多い医師少数区域や地域の中核的な病院から遠距離にある中山間地域を中心に、医師派遣やICTによる遠隔診療なども活用しながら、診療所医師の確保を図っていく必要がある。

いずれにしても、本県の医師数の増加を図り、県内定着を促進するためには、医師の働き方改革を推進しつつ、医師としてのキャリア形成を支援するだけでなく、家族を含めた住環境や教育環境など、地域住民にも望まれるまちづくりが望まれる。

現在実施されているものを含め、医師確保、育成のための対策を以下に示すが、次項の「2新専門医制度の影響の調査分析、対応方策の検討」において、専門研修における子育て世代の医師に対する支援について示した。

医師確保、育成のための対策（既存事業等を含む）

○共通

- ・ 医師としてのキャリア形成支援（世代別）
 - 若手医師：臨床研修、専門研修による知識・技術の習得。専門医資格の取得。
 - 中堅医師：知識・技量の向上、専門医資格の更新、指導医資格の取得・維持。
 - ベテラン医師：知識・技量の維持・更新、セカンドキャリアへの転向等。
- ・ 勤務環境の整備（「2 新専門医制度の影響の調査分析、対応方策の検討」参照）
 - 医師の働き方改革への対応、子育て・介護支援、医療施設の機能分担・連携促進
- ・ 住環境・教育環境の整備（地域住民にも望まれるまちづくり）

○個別施策

- ・ 若手医師の確保・県内定着促進
 - 医学修学研修資金貸与事業・地域枠設置、病院合同説明会・各種ウェブ紹介等
 - キャリア形成プログラムの充実（総合診療医・家庭医養成を含む）、個別相談支援
- ・ 中堅医師
 - 県外からの指導医確保支援（地域医療の核となる病院の機能強化）、
 - 地域・診療科偏在解消に向けた支援（医師少数区域や医師少数スポットの診療機能強化、診療科偏在解消への支援等）→ キャリア形成プログラムとの連動
- ・ ベテラン医師
 - セカンドキャリアへの支援（県内・県外からの移住促進等）→ 医師バンク事業

*2-22 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第5次中間とりまとめ」（令和4年2月7日公表）。令和2年（2020年）医師需給推計では、地域医療構想や医師の働き方改革の推進などの仮定の下、令和11年（2029年）頃に医師需給が均衡するとしている。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000894411.pdf>（令和4年3月28日確認）

*2-23 静岡県健康福祉部「令和3年度 第3回静岡県医療審議会」（令和4年3月22日開催）資料1-7別冊. 23-3.

*2-24 静岡県健康福祉部「令和3年度 第3回静岡県医療審議会」（令和4年3月22日開催）資料1-7別冊. 23-5.

*2-25 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第36回 医師需給分科会」（令和2年11月18日開催）資料1. 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000695877.pdf>（令和4年3月28日確認）

*2-26 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和元年度（2019年度）実績報告書. P. 47-48.

*2-27 浜松医科大学地域医療支援学講座 平成30年度（2018年度）実績報告書. P. 64-65.

*2-28 静岡県健康福祉部「令和3年度 第3回静岡県医療審議会」（令和4年3月22日開催）資料1-7別冊. 23-11.