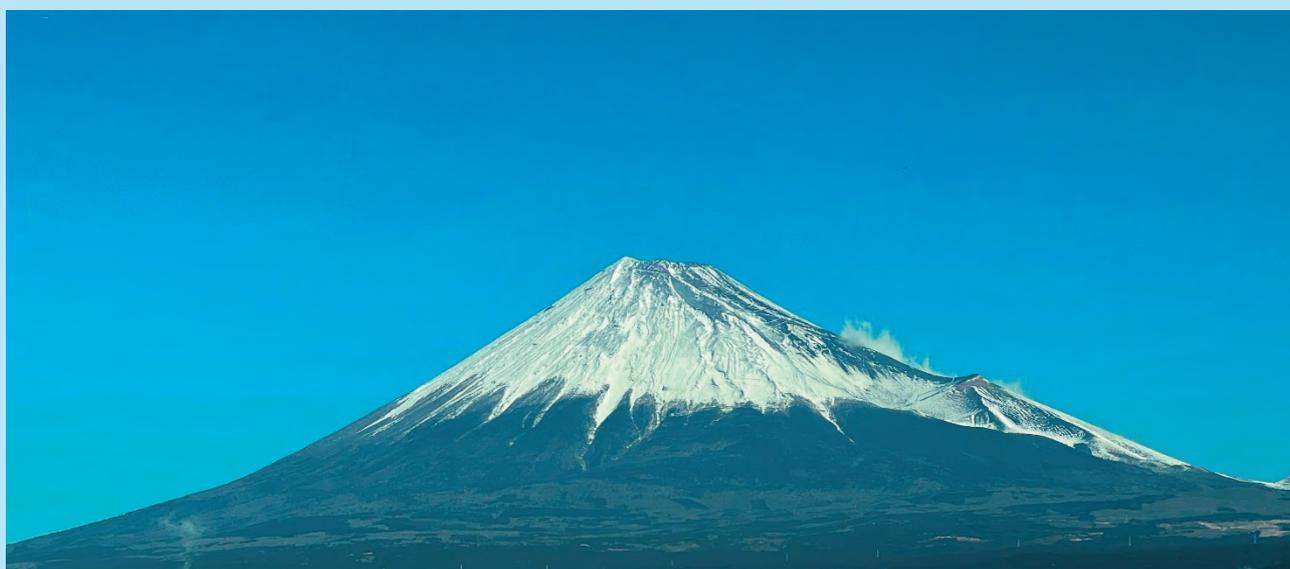


# 浜松医科大学 地域医療支援学講座 令和6（2024）年度 実績報告書



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）

令和7（2025）年3月



# 浜松医科大学 地域医療支援学講座 令和6（2024）年度 実績報告書 目次

はじめに	1
第1章 地域医療支援学講座の概要	5
第2章 令和6（2024）年度事業実績	13
1 医師偏在の解消及び地域医療構想の実現に向けた地域における医療提供体制の在り方に関する検討	14
（1）はじめに	14
（2）静岡県の概要、高齢化の状況、将来推計人口等	14
ア 地形と人口動態・人口移動の状況	14
イ 地域・二次医療圏の状況	15
ウ 高齢化の状況と健康寿命	15
（ア）高齢化の状況	15
（イ）健康寿命	15
まとめ ①	16
図表 2-1～8	17
エ 将来推計人口と医療・介護に及ぼす影響	19
（ア）静岡県における将来推計人口の状況	19
（イ）静岡県の人口ピラミッド（202・2040年）	20
（ウ）年齢階級別受療率	21
（エ）認知症の年齢計級別有病率と将来推計	21
（オ）年齢階級別要介護認定率	22
（カ）世帯数等の将来推計	23
まとめ ②	24
図表 2-9～24	25
（3）静岡県における地域医療の現状と課題	29
ア 医療計画と地域医療構想における病床の状況	29
（ア）医療計画と地域医療構想における病床の考え方等	29
（イ）病床種別ごとの病床数の状況	30
（ウ）一般病床・療養病床を有する病院数・病床規模別病院数の状況	30
まとめ ①-1	31
図表 3-1～7	32
（エ）地域医療構想における病床機能と病床数	34
まとめ ①-2	35
図表 3-8～19	37
イ 入院患者の動向と在宅医療・救急搬送の状況	40
（ア）二次医療圏間における入院患者の流出入の動向	40

(イ) 病院における入院受療率の変化と病床利用率・平均在院日数の推移	41
(ウ) 地域別・手術の有無別 MDC 件数の推移	42
まとめ ②-1	43
図表 3-20~26	44
(エ) 在宅医療の状況	47
(オ) 救急搬送の状況	48
まとめ ②-2	49
図表 3-27~42	50
ウ 医療従事者の状況	54
(ア) 医師-1 (医療施設従事医師数と医師偏在指標)	54
まとめ ③-1	55
図表 3-43~61	56
(イ) 医師-2 (年齢階級別医療従事医師数・構成割合、平均年齢の推移等)	61
まとめ ③-2	62
図表 3-62~72	63
(ウ) 医師-3 (年齢階級別医療施設従事医師数の推移と卒後研修の状況等)	66
まとめ ③-3	70
図表 3-73~88	72
(エ) 医師-4 (女性医師の状況と医師の働き方改革の影響、県外医師の副業・兼業等の状況)	76
まとめ ③-4	79
図表 3-89~107	80
(オ) 看護職員・薬剤師・【参考】介護職員	85
まとめ ③-5	88
図表 3-108~129	89
エ 地域の医療提供体制と令和6年度診療報酬改定の影響	95
(ア) 病棟の医療機能と入院患者の疾病の特徴や状態像	95
まとめ ④	97
図表 3-130~146	98
(4) 今後の地域医療の方向性	103
ア 新たな地域医療構想と医師偏在対策	103
(ア) 2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革	103
(イ) 新たな地域医療構想	103
まとめ ①-1	105
図表 4-1~9	106
(ウ) 医師偏在対策	110
まとめ ①-2	111
図表 4-10~19	112

イ	静岡県における検討の視点（私見）	115
	まとめ ②	117
	図表 4-20～27	118
2	広告可能な専門医資格等の取得医師数の推移（資料）	122
	図表 5-1～42	124
第3章	令和6（2024）年度 活動実績	135
第4章	令和6（2024）年度 業績一覧	143
第5章	資料	147
	○ 浜松医科大学医学部附属病院 レジデントセミナー 「人口減少・超高齢社会における医師のキャリアパス」	148
	おわりに	158

注：本報告書における年度の表記方法は、原則として元号で表記し、西暦を括弧書きで併記した。  
ただし、経年変化が元号を跨ぐ場合やスペースの都合上、一部の図表等ではいずれか一方のみ、  
あるいは西暦を優先した表記とした。



はじめに

## はじめに



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  
特任教授 竹内 浩視

地域医療支援学講座は、平成 30（2018）年 4 月に静岡県による寄附講座として浜松医科大学に設置され、昨年度まで 2 期 6 年間の活動を積み重ねてまいりました。今年度からの 3 期目に当たり、講座を設置いただいている静岡県をはじめ、日頃から当講座の活動にご理解とご支援をいただいている皆様に、この場をお借りして改めて厚くお礼申し上げます。

さて、団塊の世代がすべて 75 歳以上となる 2025 年を目前にした今年度は、第 9 次静岡県保健医療計画（国では第 8 次医療計画）をはじめとした医療・介護分野における静岡県の各種計画の開始年度に当たるほか、医療・介護・障害福祉サービスでは診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス費の同時改定（いわゆるトリプル改定）が行われ、医療人材では医師の働き方改革に伴う時間外労働上限規制が本格的に始まりました。

これらはいずれも、日本全体の高齢者人口がピークを迎える 2040 年頃、あるいはその先を見据えた人口や人口構成を踏まえ、さらなる少子高齢化に対して今のうちから段階的に準備を進めていくために必要があることから、様々な議論や医療・介護・福祉の現場への影響がある中、取り組みが進められているものです。

一方、令和 7（2025）年 2 月には、厚生労働省から人口動態統計速報（令和 6（2024）年 12 月分）が公表されました。それによれば、令和 6（2024）年の出生数は約 72 万人（速報値で対前年約 3 万 8 千人（5.0%）減少）で 9 年連続の減少、死亡数は約 162 万人（同；対前年約 2 万 8 千人（1.8%）増加）で 4 年連続の増加、自然増減数では約 90 万人減少（同；約 6 万 6 千人減少）で過去最大の減少（18 年連続減少）とのことです。

令和 5（2023）年に国立社会保障・人口問題研究所が公表した将来推計人口では、出生数が 72 万人台に落ち込むのは 2039 年とされていたことから、出生数の落ち込みが前年公表されたばかりの推計値より、既に 15 年も早いペースで進んでいることとなります。また、日本人に限れば、令和 6（2024）年の出生数は 70 万人を割り込む公算が大きくなっています。

高齢者については、日本全体では 65 歳以上人口が 2040 年頃にピークを迎えますが、中には既に 65 歳以上人口が減少の一途をたどっている地域もあります。このような地域であっても、人口構成で大きな比率を占める団塊の世代の高齢化に伴い、85 歳以上人口は 2040 年頃までは増加傾向が続く地域が多く、人口構成のアンバランスな状況は今後さらに進んでいくことが見込まれ、世代間で「支え・支えられる」関係が成り立たなくなることも考えられます。

昨年度の報告書の冒頭にもご紹介しましたが、本県においても、2040年の将来推計人口は約312万人で、2050年には約283万人まで減少することが見込まれていますが、東高西低の傾向にある本県の高齢化率を反映し、二次医療圏ごとの将来推計人口の推移には大きな違いが生じています。特に、伊豆半島や中山間地域では、年少人口・現役世代人口の急速な減少に伴い、総人口の大幅な減少が見込まれる中で、85歳以上人口は今後も増加することから、医療・介護の需要と供給にはこれまで以上に大きなギャップが生じることが考えられます。

また、静岡市・浜松市の中心市街地のような都市部であっても、高齢者人口そのものが大きく増加し、平均世帯人員の減少、高齢者世帯（特に高齢者単独世帯や認知症高齢者のいる世帯）の増加に伴い、医療・介護需要が大きく増加することから、医療・介護人材の確保が困難になることが懸念されます。

このような中で、これまで取り組んできた地域医療構想（静岡県では平成28（2016）年3月に「静岡県地域医療構想」を策定）における目標年の2025年を迎えることから、国では、2040年とその先を見据えた「新たな地域医療構想」の策定に向けた検討を進め、令和6（2024）年12月に「とりまとめ」を公表しました。

地域における医療提供体制の構築と医療人材の確保は不可分の関係にあることから、医療法に基づき都道府県が策定する医療計画の一部として、それぞれ地域医療構想と医師確保計画として記載されています。今回の「とりまとめ」においても、「新たな地域医療構想」と「医師偏在対策」がセットとなって示されました。

今後、新たな地域医療構想については、令和8（2026）年度以降の都道府県による新たな地域医療構想の策定・取組に向け、令和7（2025）年度に国によるガイドラインの策定が予定されています。また、医師偏在対策については、都道府県が緊急性の高い事項から「医師偏在是正プラン（仮称）」を策定し、令和8（2026）年度までに全体の策定（完了）が予定されています。

当講座では、講座開設時から毎年度末に実績報告書を作成し、学内はもとより、県内の行政（県、指定都市、市町等）、医療関係団体（静岡県医師会、静岡県病院協会）、全病院等にお届けし、人口構造の変化やそれに伴う医療・介護需要予測、診療科別医師数の推移や女性医師の増加、研修プログラムの実施状況等を報告し、本学の講座サイトでも公表してきました。

また、県（県庁、保健所）が開催する上記の各種会議や、医療関係団体や市町（議会関係を含む）、住民団体の皆様からの依頼による研修会・講演会等を通じて、できる限り最新の国の動向や本県の状況等についてお伝えすることにより、地域全体が将来に向けたベクトルを共有し、限られた医療資源の中で、地域の実情にあった医療提供体制の構築に向けた議論を深めていただく一助となるよう努めてきました。

このほか、本学学部・大学院の講義（オムニバス形式の一部）を担当し、医学生・看護学生の卒前（学部）・卒後（大学院）教育の一翼を担っております。

さらに、今年度からは、本学附属病院の卒後教育センターに正式な構成員（副センター長）として参画することとなり、本学の臨床研修・専門研修に関わる機会が増えています。

今後もこれまでの取り組みを進めながら、学内外での諸活動を通じて医師の研修体制の充実・強化にもさらに力を入れていきたいと考えております。引き続き、当講座にご指導ご鞭撻とご支援を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。



河津桜（賀茂郡河津町）

## 第 1 章

# 地域医療支援学講座の 概要

## 第1章 地域医療支援学講座の概要

地域医療支援学講座（以下、本講座）は、浜松医科大学（以下、本学）における静岡県の寄附講座の一つとして、平成30（2018）年4月1日に設置された。なお、静岡県と本学との協定に基づく本講座（第Ⅲ期）の設置目的や事業概要は以下のとおりとなっている。

### 1 設置目的

医師の地域偏在解消、地域医療構想の実現に向けて、効率的効果的な医師の配置、集約化（拠点化）のための調査分析、医師派遣調整を通じて、医師不足地域における研修体制の充実を図ることを目的とする。

### 2 事業概要

#### （1）事業費

令和6年度静岡県当初予算（地域医療確保支援研修体制充実事業）30,000千円

※ 本事業は、令和6年度地域医療介護総合確保基金（医療分）事業の一部。

※ 本講座の設置期間（第Ⅲ期）は、令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3年間。

#### （2）事業内容

- ① 県東部地域への派遣に向けた調整
- ② ①以外の医師少数区域・医師少数スポットへの医師派遣に向けた調整
- ③ ①・②を行うための臨床研修及び専門研修への支援
- ④ ①から③に資する地域及び診療科ごとの医師数・医療提供体制等の調査分析、医師確保、育成のための対策の検討
- ⑤ その他講座の設置目的を達成するために必要な事業

### 3 寄附講座の背景

当講座の設置目的は1のとおりであるが、医師の需給状況や医師の研修体制は、医師以外の医療従事者の状況や、地域の医療提供体制などに大きく影響される。

令和3（2021）年5月に、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号。以下、医療法等改正法）」が成立・公布された。同法は、医療法のほか、各身分法や地域医療介護総合確保法の一部改正を含み、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めることを目的としている。（**図表 1-1**）

地域における医療提供体制と医療従事者、特に医師の確保は表裏一体であり、令和6（2024）年度からの6年間を計画期間とする第8次医療計画（静岡県（以下、本県）では「第9次静岡県保健医療計画」）では、策定段階から地域医療構想と医師偏在対策（医師確保計画）の一体的な取り組みが求められてきた。（**図表 1-2**）

厚生労働省の医師偏在指標において医師少数県である本県では、医師少数区域以外の地域においても医師数（特に病院に従事する医師数）が少なく、入院が必要な二次救急

医療などの地域医療の確保が困難な地域もあることなどから、医師少数区域とともに「医師の確保を特に図るべき区域」として、医師少数区域以外の区域（医師多数区域、中位区域）の中から11市区町（静岡市、浜松市は行政区単位）が県独自の医師少数スポットとして設定されている。（図表1-3）

また、平成30（2018）年に改正・公布された労働基準法の例外規定により猶予期間が設けられた医師の時間外労働上限規制（看護師等、他の医療従事者については平成31（2019）年4月施行）についても、令和6（2024）年4月から開始されることを踏まえて、救急医療などの地域医療の確保や研修プログラムに基づく臨床研修医・専攻医の研修等を目的に、追加的健康確保措置の実施等を条件とした特定労務管理対象機関の指定が進められている。（図表1-4・5）

このような中で、現行の地域医療構想（静岡県は平成28（2016）年3月に「静岡県地域医療構想」を策定）が2025年に目標年（最終年）を迎えることから、国では、日本全体の高齢者人口がピークを迎える2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の検討を進め、令和6（2024）年12月には、医師偏在対策などを含めた医療提供体制の総合的な改革の方向性をとりまとめ、公表した。（図表1-6）

今後、都道府県では、令和8（2026）年度に予定される現行の医療計画（計画期間は6年間）の中間見直しと並行して、新たな地域医療構想の検討が進められることとなるが、それに先行して、緊急的取組を要する医師偏在対策を前倒しして検討・実施されることになっている。限られた医療人材により効率的で質の高い医療を提供するためには、これまでの地域医療構想における病床機能の分化・連携に加えて、新たな地域医療構想に盛り込まれることとなる医療機関機能に見合った医療従事者の配置と各医療機関の機能分化・連携が重要なポイントになることが考えられる。（図表1-7～9）

#### 4 寄附講座の取組

医師少数県である本県において、医師以外の医療人材も少ない中で医師の地域・診療科偏在の解消に向けた取り組みを進めていくためには、全県や地域<sup>\*1-1</sup>における協議・合意の下で、地域の実情に応じた効率的かつ効果的な医療提供体制を構築する必要がある。

ただし、医療人材の充足状況や医療提供体制の状況、人口減少・少子高齢化の状況等は地域により異なり、年々変化していくことから、これらの情報を集約・整理するとともに、随時更新した上で、関係者が共有して議論を深めていくことが大変重要である。

そのため、当講座では、直近の統計資料や国・県等が開催する各種会議資料等を用いて、医師以外の医療従事者の状況や地域の医療提供体制などについても調査分析を行うとともに、関連する国や県の施策の動向等を加えて、毎年度実績報告書を作成し、学内の臨床系講座や地域医療関連講座等、県内の行政機関（県庁、指定都市の本庁・保健所、市町等）、医療関係団体（県・郡市医師会、県病院協会）、全病院等に提供するとともに、大学ホームページの講座サイトで公開している<sup>\*1-2</sup>。（図表1-10・11）

また、県（本庁、保健所）や医療関係団体（静岡県医師会、静岡県病院協会等）、医療機関への助言や資料提供、各種研修会・講演会での講演等を通じて、医療機関における

医療機能の分担・連携、医療・介護連携による多職種・多施設連携を促し、地域における効率的な医療提供体制の構築を支援した。(図表 1-12)

これらの取り組みを基盤として、本学附属病院の卒後教育センター<sup>\*1-3</sup>や医師トータルサポートセンター<sup>\*1-4</sup>、臨床系・公衆衛生系の各講座、事務部門と連携し、県内の医療関係団体（静岡県医師会、静岡県病院協会等）、市町、病院等への協力・支援を通じて、医師少数区域・少数スポットを含む県内の基幹病院等に従事する医師の確保や派遣調整等につなげた。(図表 1-12)

さらに、本学地域医療学講座（中部電力株式会社による寄附講座）や地域医療を守る県内住民団体などとの連携・協働により、地域医療の現状や課題等に対する県民の理解を深め、地域の医療関係者や行政による取組等への協力を促した。(図表 1-12)

これらに加えて、特任教授は県内公立病院の経営強化プラン策定・評価委員会などの各種委員会・審議会等の外部委員を務めるほか、静岡県医師会理事として県内の臨床研修医に対する研修会の開催や静岡県医師バンク事業（静岡県委託事業）の運営等への関与などを通じて、本県の医療施設に従事する医師の確保や地域医療構想の実現に向けた医療提供体制の構築に寄与した。

また、2名の特任助教は事業内容に沿った調査分析等を行うとともに、各々の専門分野（肝臓内科、小児科）を活かした附属病院や県内医療機関での診療、臨床研修医・専攻医への指導等を通じて、医療提供体制の確保や若手医師の育成・定着促進に寄与した。

\*1-1 本県では、医療計画における二次医療圏（静岡県では、「静岡県保健医療計画」における「二次保健医療圏」）と地域医療構想（同「静岡県地域医療構想」）における構想区域は一致しており、8つの圏域（区域）から構成されている。

\*1-2 浜松医科大学ホームページ:教育-医学科-講座等紹介「地域医療支援学講座」（活動実績）.

<https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/regional-medcare-sprt/act-report/index.html>（令和7年3月31日確認）

\*1-3 臨床系各講座や事務部門と連携して、医師臨床研修マッチングや医師・歯科医師臨床研修を統括するとともに、臨床研修指導医講習会を開催し、県内の臨床研修の質の向上にも寄与している。また、学内の専門研修プログラムに関する情報を一元的に集約し、専門研修プログラム説明会を開催するとともに、医局説明会や専攻医募集情報をホームページに随時掲載するなど、本学附属病院における臨床研修医・専攻医育成の要となっている。

なお、浜松医科大学医学部附属病院は、県内で唯一、日本専門医機構が定める専門研修の基本領域19領域（診療科）すべての専門研修プログラム（サブスペシャリティ領域との連動研修によるものを含む）を有する基幹施設となっている。

\*1-4 平成26（2014）年2月、それまでの文部科学省事業「静岡周産期医師長期支援プログラム」を引き継ぐ形で、静岡県委託「女性医師支援相談窓口設置事業」により浜松医科大学医学部附属病院内に女性医師支援センターが設置された。平成27（2015）年4月からは、静岡県委託による「ふじのくに女性医師支援センター」の機能が付与され、令和5（2023）年に4月、現在の名称に変更された。

## 6 講座構成員（令和6（2024）年度）

講座構成員

特任教授	竹内 浩視
特任助教	千田 剛士
特任助教	増永 陽平
事務補佐（派遣職員）	村松 由記子







## 第2章

令和6(2024)年度

事業実績

## 1 医師偏在の解消及び地域医療構想の実現に向けた地域における医療提供体制の在り方に関する検討

### (1) はじめに

昨年度の実績報告書では、厚生労働省が公表した「令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計」の結果等を用いて、静岡県（以下、本県）における地域・診療科別医師数の状況や直近10年間の変化を取りまとめた結果を報告した。

今年度は、昨年4月から実施された医師の時間外労働上限規制や、国の「新たな地域医療構想等に関する検討会」において昨年末に取りまとめられた「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」、「医師偏在対策に関するとりまとめ」などを踏まえて、本県における医師をはじめとする医療人材や地域の医療提供体制を確保する上での現状と課題、今後の方向性等について総合的に検討し、考察を加えた。

### (2) 静岡県の概要、高齢化の状況、将来推計人口等

#### ア 地形と人口動態・人口移動の状況

首都圏と中京圏の中間に位置する本県は、東西・南北に長く、南側は相模湾と駿河湾を隔てる伊豆半島から遠州灘に沿って約500キロメートルの海岸線を有し、北側は山梨・長野・愛知の各県と県境を接し、富士山をはじめとする3,000メートル級の山岳地帯が連なり、東西に長い地形を囲んでいる<sup>\*2-1</sup>。（図表2-1）

令和6（2024）年4月時点における本県の総人口は約350万人、高齢化率は30.7%で、令和5（2023）年の年間出生数は2万人を下回った一方、死亡数は過去最多の約4万8千人であった。なお、令和5（2023）年の総人口は、死亡が出生を上回る「自然減」と転出が転入を上回る「社会減」の両面から減少している。（図表2-1）

総務省の住民基本台帳人口移動報告によれば、令和6（2024）年における本県の人口移動（国内）は、転出者（63,650人）が転入者（56,379人）を7,271人上回る「転出超過（社会減）」で、その差は前年よりも拡大している<sup>\*2-2</sup>。また、性別では、男性（3,619人）よりも女性（3,652人）の「転出超過数」が多く、年代別では、20～24歳の転出超が最も多く4,473人であった。地域別では、東京圏（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県）には7,485人の「転出超過」で、その差は前年よりも拡大しており、全国的にみても、新型コロナウイルスの感染拡大で一時緩和された東京圏への一極集中が再び進行している<sup>\*2-3</sup>。

\*2-1（参考）静岡県公式ホームページ：「静岡県プロフィール」

<https://www.pref.shizuoka.jp/kensei/information/kengaiyo/profile/index.html>

（令和7年3月31日確認）

\*2-2 総務省：「住民基本台帳人口移動報告 2024年結果」

<https://www.stat.go.jp/data/idou/2024np/jissu/pdf/gaiyou.pdf>（令和7年3月31日確認）

\*2-3 令和7（2025）年2月1日付け静岡新聞1面記事

## イ 地域・二次医療圏の状況

本県は大きく東部・中部・西部の3つの地域に分けられるが、平成の大合併により市町村合併が進んだ中部・西部地域に対して、合併した市町村が少なかった東部地域は人口規模の小さい市町が多い。地域の医療提供体制の基本単位となる二次医療圏（静岡県保健医療計画では「2次保健医療圏」\*2-4）では、東部地域に4つ、中部・西部地域に2つずつとなっている。についても、最も人口規模が小さい二次医療圏は東部地域の賀茂医療圏（人口約5万6千人）で、最も人口規模が大きい二次医療圏は西部地域の西部医療圏（人口約84万人）である。

なお、東部地域では沼津市（令和6年4月1日時点の人口約18万人）や三島市（同・約10万人）を中心とする駿東田方医療圏、中部地域では静岡市（同・人口約67万人）と行政区域が一致する静岡医療圏、西部地域では県内で最も人口が多い浜松市（同・人口約78万人）を含む西部医療圏が、それぞれの地域の中核的な二次医療圏となっている。（図表 2-2・3）

\*2-4 本報告書では、特に必要とする場合を除き、本県の2次保健医療圏を医療法に則り二次医療圏と記載している。

## ウ 高齢化の状況と健康寿命

### (7) 高齢化の状況

令和6（2024）年4月時点における本県の高齢化率は30.7%であるが、市町により状況は大きく異なる。また、2つの指定都市\*2-5（静岡市、浜松市）でも行政区や行政区の中で高齢化率に大きな差があり、これらを含めると、伊豆半島と中部・西部の中山間地域（静岡市葵区の一部、川根本町、浜松市天竜区、浜松市浜名区の一部）で高齢化率が高くなっている。（図表 2-4）

\*2-5 「指定都市」とは、地方自治法で「政令で指定する人口50万以上の市」と規定されている都市のことで、「政令指定都市」、「政令市」、「指定市」と称されることもある。本報告書では、地方自治法に則り「指定都市」と記載している。

（参考）指定都市市長会ホームページ：「指定都市とは」

<https://www.siteitosi.jp/about/designated.html>（令和7年3月31日確認）

### (4) 健康寿命

厚生労働省の研究班は、3年ごとに実施される国民生活基礎調査（大規模調査）の結果を基に、平成13（2001）年から健康寿命を算出し、公表している\*2-6。（図表 2-5）

直近の令和4（2022）年における本県の健康寿命は男性73.75年、女性76.68年で、男女ともに全国1位となっている\*2-7が、平均寿命（男性81.05年、女性87.09年）との差は男性で8.49年、女性で11.63年あり、今後、平均寿命のさらなる延伸が見込まれる\*2-8中で、健康寿命をさらに延伸し、平均寿命と健康寿命の差（「日常生

活に制限がない期間の平均)を短縮することが、「健康日本 21 (第三次)」(「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動」:計画期間は令和 6 (2024) 年度から令和 17 (2033) 年度までの 10 年間<sup>\*2-9</sup>) の目標となっている<sup>\*2-9</sup>。(図表 2-6~8)

\*2-6 厚生労働科学研究:「健康寿命のページ」

<https://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/> (令和 7 年 3 月 31 日確認)

\*2-7 厚生労働省:「第 4 回 健康日本 21 (第三次) 推進専門委員会」(令和 6 年 12 月 24 日開催) 資料 1-1

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001363069.pdf> (令和 7 年 3 月 31 日確認)

\*2-8 内閣府:「令和 6 年版高齢社会白書」第 1 章 第 1 節 1 高齢化の現状と将来像 (図 1-1-4 平均寿命の推移と将来推計)

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/html/zenbun/s1_1_1.html) (令和 7 年 3 月 31 日確認)

\*2-9 厚生労働省告示第 207 号:「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部を改正する件」(令和 5 年 5 月 31 日告示)

<https://www.mhlw.go.jp/content/001102474.pdf> (令和 7 年 3 月 31 日確認)

## 静岡県の概要、高齢化の状況、将来推計人口等のまとめ ①

### ○ 地形と人口動態・人口移動の状況

東西の大都市圏の中間に位置する静岡県は、東西に長く、南側に長い海岸線、北側に富士山や南アルプスの南アルプスに囲まれ、変化に富んだ地形となっている。

令和 6 (2024) 年 4 月時点の総人口は約 350 万人 (高齢化率 30.7%) で、自然減と社会減の両面から人口減少が進んでいる。

### ○ 地域・二次医療圏の状況

静岡県は 3 つの地域、8 つの二次医療圏から構成されているが、二次医療圏は面積・人口規模により大きな差がある。東部地域では駿東田方医療圏、中部地域では静岡医療圏、西部地域では西部医療圏が、それぞれの地域で中核的な二次医療圏となっている。

### ○ 高齢化の状況と健康寿命

高齢化の状況は、県内の市町 (指定都市の行政区を含む) により大きく異なり、伊豆半島と中部・西部の中山間地域で高齢化率が高くなっている。

令和 4 (2022) 年における静岡県の健康寿命は、男性 73.75 年、女性 76.68 年で、男女ともに全国 1 位であるが、平均寿命のさらなる延伸が見込まれる中で、引き続き健康寿命の延伸を図り、平均寿命との差を縮めていくことが「健康日本 21 (第三次)」の目標となっている

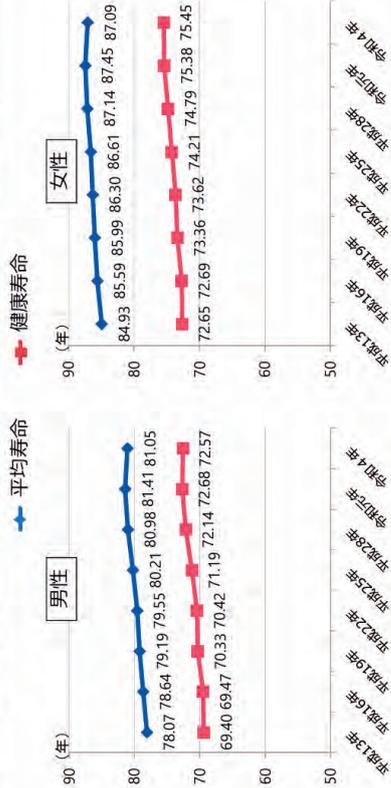


図表2-5

平均寿命と健康寿命の推移

※日常生活に制限がない期間の平均

令和4年の健康寿命は、男性72.57年、女性75.45年であり、前回値（令和元年値）と比較して、男性で短縮、女性で延伸びしたが、いずれも統計的に有意な差は見られなかった。

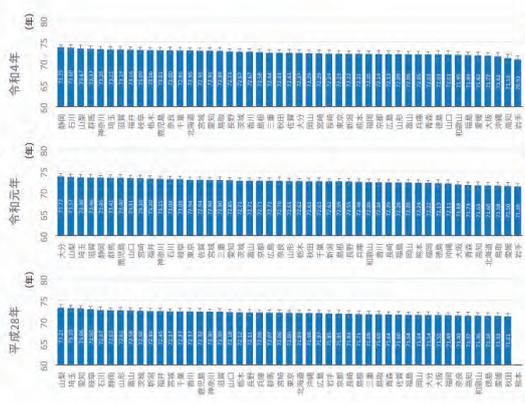


【資料】平均寿命：平成13、16、19、25、28、令和元・4年は、厚生労働省「労働生命表」、平成22年は「完全生命表」、健康寿命：厚生労働科学研究研究において算出

厚生労働省：「第4回健康日本21(第三次)推進専門委員会(令和6年12月24日開催)資料1-1から抜粋  
https://www.mhlw.go.jp/content/0004750/00163689.pdf(令和7年3月31日現在)

図表2-6

都道府県の健康寿命(男性)



※都道府県別25%ile区間を示した。健康寿命の増加については県以上の数値が示されたため、最悪の比較において25%ile区間値と等価して検討する必要がある。  
※平成28年10月1日現在。令和元年10月1日現在。令和4年10月1日現在。令和7年10月1日現在。

厚生労働省：「第4回健康日本21(第三次)推進専門委員会(令和6年12月24日開催)資料1-1から抜粋  
https://www.mhlw.go.jp/content/0004750/00163689.pdf(令和7年3月31日現在)

図表2-8

健康寿命の推移と健康日本21(第三次)の目標

※日常生活に制限がない期間の平均



健康寿命の延伸  
 ● 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加  
 ● 健康格差の縮小  
 (※健康寿命の都道府県格差)  
 : 上位1/4の都道府県の平均の増加分を上回る  
 下位1/4の都道府県の平均の増加

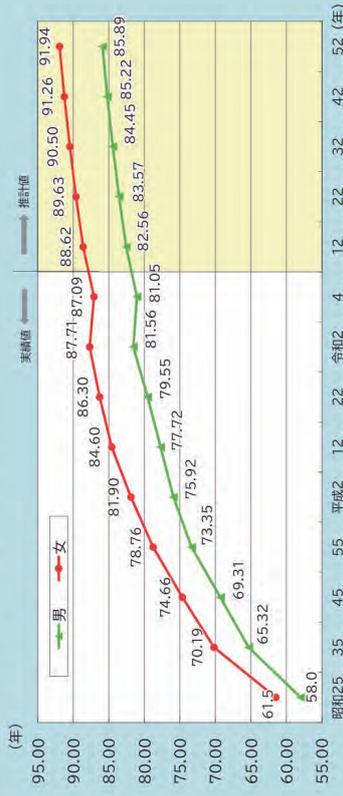
これら目標について、  
 ・令和10年まで中間評価  
 ・令和13年まで最終評価の予定  
 (参考)健康格差のベースライン値(令和4年値)  
 上位1/4の都道府県の平均(年) 73.27  
 女性 76.12  
 下位1/4の都道府県の平均(年) 71.75  
 男性 74.77  
 両者の差(年) 1.51  
 1.35

○平均寿命：厚生労働省「平成28年/令和元年/令和4年労働生命表」  
 ○健康寿命：厚生労働省「平成28年/令和元年/令和4年人口動態調査」  
 ※平成28年、令和元年、令和4年調査は厚生労働省が実施し、令和7年調査は厚生労働省が実施する予定

厚生労働科学研究「次期健康日本21(第三次)推進専門委員会(令和6年12月24日開催)資料1-1から抜粋  
https://www.mhlw.go.jp/content/0004750/00163689.pdf(令和7年3月31日現在)

図表2-7

平均寿命の推移と将来推計



資料：1950年、2022年は厚生労働省「労働生命表」、1960年から2020年までは厚生労働省「完全生命表」、2030年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」の推計値による推計結果  
 (注)1970年以前は神根原を鑑み推定。0歳時点における平均寿命が「平均寿命」である。

内閣府「令和6年版高齢社会白書」から抜粋  
 https://www.8cse.go.jp/kourei/whatsapp/w-2024\_zenbu/pdf/1st10.pdf(令和7年3月31日現在)

## エ 将来推計人口と医療・介護に及ぼす影響

### (7) 静岡県における将来推計人口の状況

令和5（2023）年に国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」<sup>\*2-10</sup>を基に、静岡県-地域・二次医療圏別の人口指数（2020年を100とする）の推移について、総人口・15歳未満人口・15～64歳人口、65歳以上人口・75歳以上人口・85歳以上人口で検討した。（**図表 2-9～14**）

本県の総人口は、2020年を100とした場合、2040年では85.8、2050年には77.9と減少が続くが、2050年の段階では、中東遠医療圏の82.2、西部医療圏の82.5に対して賀茂医療圏は51.2と、二次医療圏間で30ポイント以上の差が生じるなど、人口減少の進行は地域により大きな違いがある。（**図表 2-9**）

15歳未満人口では、2020年を100とした場合、全体では2040年が70.1と20年間で約3割減少し、2050年は62.6と4割近く減少することが見込まれている。ただし、直近の人口動態統計速報<sup>\*2-11</sup>によれば、令和6（2024）年の出生数は約72万人で、9年連続減少が続いている。一方、上記推計（令和5（2023）年推計；中位推計）では2039年の年間出生数を72万人と見込んでおり、実際の少子化は推計よりも15年早いペースで進んでいることになる。二次医療圏別では、賀茂医療圏と熱海伊東医療圏の減少が顕著で、その他の二次医療圏を含む東部地域すべての二次医療圏で、2050年は2020年の半数以下に減少することが見込まれている。一方、静岡医療圏と中東遠医療圏、西部医療圏は減少幅が小さく、2050年の人口は2020年の約2/3程度と見込まれている。（**図表 2-10**）

15～64歳人口では、15歳未満人口よりも人口減少のペースは緩やかなものの、賀茂医療圏と熱海伊東医療圏の減少幅が大きい状況は変わらない。一方、東部地域のうち、富士医療圏は他の医療圏と異なり減少幅が比較的小さく、中部地域や西部地域に近い推移を示している。この年齢階級においても、静岡医療圏と中東遠医療圏、西部医療圏の減少幅が小さくなっている。（**図表 2-11**）

65歳以上人口では、2020年以降、直線的に減少傾向が続く賀茂医療圏に対して、熱海伊東医療圏では2030年まで緩やかに減少し、その後は横ばい状態となるが、2040年以降は再び減少に転じることが見込まれている。その他の二次医療圏は、団塊ジュニアの世代が65歳以上となる2040年頃まで緩やかに増加し、その後は横ばいから減少に転じると見込まれている。この年齢階級では、富士医療圏と中東遠医療圏、西部医療圏の人口指数が、他の二次医療圏よりも比較的高い水準で推移している。（**図表 2-12**）

75歳以上人口では、65歳以上人口とは大きく異なり、2025年まではすべての二次医療圏で増加しており、団塊の世代による伸びがすべての二次医療圏で認められる。このうち、賀茂医療圏と熱海伊東医療圏では、2025年以降は減少に転じ、賀茂医療圏ではその後も直線的に減少傾向が続く一方、熱海伊東医療圏では団塊ジュニアの世代が75歳以上になる2050年以降に向けて、再び増加傾向に転じており、両者に違いが

みられる。その他の二次医療圏の多くは、2030年頃まで増加傾向が続き、一度横ばい状態もしくは微減するが、2040年以降は再び増加に転じている。ただし、中東遠医療圏では、2035年まで増加傾向が続いており、団塊の世代や団塊ジュニアの世代とは別の要因の存在（宅地造成による一時的な社会増の影響）が示唆される。（図表 2-13）

85歳以上人口では、団塊の世代が85歳以上となる2035年に向けて、すべての二次医療圏で人口が増加するが、賀茂医療圏は他の二次医療圏よりも増加幅が小さい。その後は、団塊ジュニアの世代が85歳以上となる2050年以降に向けて、2045年以降は他の二次医療圏の人口が横ばい状態になっても、賀茂医療圏では直線的に減少が続き、団塊ジュニアの世代による増加が見込めないことが示されている。また、熱海伊東医療圏は、2035年までは高い増加率を示す一方、その後、団塊ジュニアの世代が加わるまでは急速に減少が進むことが見込まれている。このほか、85歳以上人口の増加率は東部地域の富士医療圏で最も高く、中東遠医療圏では2040年頃に85歳以上人口のピークがみられるなど、地域により特徴がみられる。（図表 2-14）

このように、全体のトレンドとしては、どの二次医療圏においても人口減少と少子高齢化が進むものの、年齢階級区分により、二次医療圏間で人口の推移や増減幅に大きな違いがある。そのため、後述する認知症や軽度認知障害（MCI）の有病率や要介護認定率の年齢階級による違いも考慮しつつ、地域の実情に応じて、今後の医療・介護サービスの提供体制を検討していく必要がある。（27～28 ページ参照）

\*2-10 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（令和5（2023）年推計）」

<https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/t-page.asp>

（令和7年3月31日確認）

\*2-11 厚生労働省：「人口動態統計速報（令和6年12月分）」報道発表資料（令和7年2月27日）

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/s2024/d1/202412h.pdf>

（令和7年3月31日確認）

#### （イ）静岡県の人口ピラミッド（2020・2040年）

令和5（2023）年に国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」<sup>\*2-10</sup>を基に、2020年（男女計）と2040年（男女計、男女別）における静岡県の人口ピラミッドを作成した。（図表 2-15）

2020年と2040年の比較では、2040年で団塊の世代と団塊ジュニアの世代に該当する年齢階級区分を除き、2020年が2040年を上回っている。また、大学卒業・就職に伴う他県への転出超過による「20～24歳での凹み」が2040年には認められないなど、人口減少と少子化がより顕著になっている。（図表 2-15；左）

2040年における男女比較では、65～69歳が男女ほぼ同数であることを境に、65歳未満では男性が多く、70歳以上では女性が多くなっている。特に、90歳以上では、

女性が男性の2倍以上となり、男女計で約15万4千人に上ることが見込まれ、令和6（2024）年4月時点の沼津市（約18万人）、藤枝市（約14万人）、磐田市（約16万人）の人口に匹敵する人数となっている。（**図表 2-15；右**）

### （ウ）年齢階級別受療率

年齢階級別受療率は、医療提供体制や医療・介護連携を検討する上で重要な指標の一つであるが、令和2（2020）年に世界的大流行（パンデミック）となった新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）は、患者の受療動向に大きな影響を与えた。

年齢階級別受療率（入院・外来）は、3年ごとに実施される厚生労働省の患者調査の結果から推計された入院・外来患者数に基づいて算出される。直近の患者調査は令和5（2023）年に実施されているが、令和7（2025）年3月末の時点では、令和2（2020）年までの調査結果が公表されている<sup>\*2-12</sup>。このうち、入院受療率は、病床を有する医療機関の入院患者数や病床利用率に大きく影響するほか、地域医療構想における病床機能の分化・連携を促進する上でも重要な指標となる。（**41 ページ参照**）

新型コロナの感染拡大前の平成29（2017）年と新型コロナのパンデミックにより受療行動に大きな制約を受けた令和2（2020）年の調査結果（病院）を比較すると、いずれも高齢者（特に75歳以上）の入院受療率が最も高いが、令和2（2020）年は高齢者（特に75歳以上）の入院受療率が低下していることが分かる。（**図表 2-16**）

なお、新型コロナは令和5（2023）年5月8日に感染症法上の位置づけが「新型インフルエンザ等感染症（2類相当）」から「5類」へ変更となった<sup>\*2-13</sup>ことから、同年に実施された直近の患者調査の結果の公表が待たれるところである。

\*2-12 厚生労働省：患者調査

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>（令和7年3月31日確認）

\*2-13 令和5年4月28日厚生労働省健康局長発都道府県知事ほか宛て健発0428第5号通知：「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則の一部を改正する省令及び新型コロナウイルス感染症のまん延を防止するため新型インフルエンザ等対策特別措置法第四十五条第二項の規定による要請を行うことが特に必要な施設等を廃止する件の公布について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/001092883.pdf>（令和7年3月31日確認）

### （エ）認知症の年齢階級別有病率と将来推計

認知症の年齢階級別有病率については、直近では令和4（2022）年～令和5（2023）年に行われた調査により、性-年齢階級別の認知症、軽度認知障害（MCI）の有病率が明らかとなっている<sup>\*2-14</sup>。（**図表 2-17～19**）

本調査によれば、85～89歳（男女）の約1/3、90歳以上（同）の約1/2が認知症であるとされ、85～89歳（男女）の約1/4、90歳以上（同）の約1/5が軽度認

知障害（MCI）と推計されている。また、令和 22（2040）年には、全国の認知症患者数は約 580 万人、軽度認知障害（MCI）患者数は約 610 万人に上るものと推計されている。

認知症の年齢階級別有病率については、上述の 10 年前にも同様の調査が実施されているが、認知症の有病率は直近の調査よりも高値であることが報告されている\*2-15。

#### （図表 2-20）

直近の調査における考察によれば、喫煙率の全体的な低下や中高年の生活習慣病管理の改善、健康に関する情報や教育の普及による健康意識の変化などが認知機能低下を抑制した可能性が指摘されている\*2-14。（図表 2-21）

\*2-14 国立大学法人九州大学：「令和 5 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究 報告書」（研究班長：二宮 利治 国立大学法人九州大学 大学院医学研究院 衛生・公衆衛生学分野教授）

<https://www.eph.med.kyushu-u.ac.jp/jpsc/uploads/resmaterials/0000000111.pdf?1715072186>

（令和 7 年 3 月 31 日確認）

\*2-15 国立保健医療科学院 厚生労働科学研究成果データベース：「厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 認知症対策総合研究 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応（平成 21 年度～平成 24 年度）」（研究代表者：朝田 隆 筑波大学 医学医療系 教授）

[https://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report\\_Part1.pdf](https://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf)（平成 23 年度～平成 24 年度 総合研究報告書）（令和 7 年 3 月 31 日確認）

### （オ）年齢階級別要介護認定率

高齢化の進行に伴い、認知症に限らず、加齢に伴う老化や老化に起因する疾病により介護が必要となる高齢者は増加することが見込まれる。平成 12（2000）年 4 月に始まった介護保険制度における年齢階級別の要介護認定率では、65 歳以上の高齢者における要介護認定率は 2 割に満たないが、75 歳以上では約 3 割、85 歳以上では過半数を占めている\*2-16。（図表 2-22）

今後、75 歳以上（特に 85 歳以上）の高齢者の急速な増加が見込まれることから、年齢階級別の受療率と要介護認定率重ね合わせてみると、医療と介護の複合ニーズを持つ高齢者がさらに増加することが考えられる。そのため、状況の変化に対応可能な医療・介護サービスの提供体制を早急に構築する必要がある。

\*2-16 厚生労働省：「第 2 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 3 月 9 日開催）資料から抜粋

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000911334.pdf>（令和 7 年 3 月 31 日最終確認）

※ 本資料は、厚生労働省が開催する各種審議会・検討会等で頻出している。

## (カ) 世帯数等の将来推計

これまでは人口や個人の状態像について述べたが、医療・介護サービスの提供体制を考える上では、世帯の状況や今後の見通しを把握しておくことも重要である。

令和6（2024）年11月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）-令和6（2024）年推計-」<sup>\*2-17</sup>によれば、全国の世界帯数は当面増加するが、2030年をピークに減少に転じるとされ、静岡県においても、2020年の148.1万世帯から2030年の153.4万世帯まで増加するが、その後は減少に転じて、2040年には146.7万世帯となり、2020年とほぼ同じ水準となり、その後も減少が続くものと見込まれている。（**図表 2-23**）

また、静岡県の平均世帯人員（以下、特記ないものは静岡県の数値）は、2020年の2.40人から、世帯数がピークとなる2030年は2.14人、2040年には2.05人まで減少すると推計されている。（**図表 2-23**）

高齢者のいる世帯では、一般世帯（社会施設入所者や病院入院者等、施設等の世帯以外の世帯）総数に占める世帯主が65歳以上の世帯総数（単独世帯、夫婦のみの世帯を別掲）の割合は、2020年の40.5%（11.9%/12.7%）から、2030年には42.4%（14.3%/12.7%）、2040年には46.7%（17.3%/13.1%）、2050年には49.4%（19.2%/13.5%）と増加傾向が続くと推計されている。

また、65歳以上人口（75歳以上人口を別掲）における独居率は2020年の16.1%（16.9%）から、2030年には19.6%（20.5%）、2040年には21.9%（22.1%）、2050年には23.1%（23.6%）まで増加すると推計されている。（**図表 2-24**）

高齢者の独居率が高くなる理由としては未婚率の上昇が考えられるが、近年の結婚行動の変化として、男女ともに晩婚化と非婚化（50歳時未婚者割合の上昇）が同時進行<sup>\*2-18</sup>しており、それに伴って未婚率が上昇している。今後、50歳以上の未婚率は大幅な上昇が見込まれる<sup>\*2-18</sup>ことから、高齢者の独居率は今後さらに上昇することが考えられる。

\*2-17 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ：「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）  
-令和6（2024）年推計-」

<https://www.ipss.go.jp/pp-pjsetai/j/hpjp2024/t-page.asp>（令和7年3月31日確認）

\*2-18 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ：「日本の世帯数の将来推計（全国推計）  
-令和6（2024）年推計-」

<https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp>（令和7年3月31日確認）

## 静岡県の概要、高齢化の状況、将来推計人口等のまとめ ②

### ○ 将来推計人口の状況

静岡県の総人口は、2020年を100とした場合、2040年では85.8、2050年には77.9まで減少するが、二次医療圏ごとにその減少幅は大きく異なる。

15歳未満人口、15～64歳人口は、すべての二次医療圏で減少傾向が続き、直近の人口動態統計（速報値）では、出生数が人口推計（令和5年値）よりも15年早いペースで減少しているなど、少子化は推計以上に早く進行している。

高齢者では、団塊の世代や団塊ジュニアの世代など、人口規模が大きい世代の動向により、二次医療圏ごとに増減に違いがみられる。このうち、75歳以上人口は、2025年から2035年までの間をピークに、すべての二次医療圏で増加が見込まれている。

### ○ 静岡県の人口ピラミッド（2020・2040年）

将来推計人口（令和5年推計）に基づいて作成した静岡県の人口ピラミッドでは、2040年で団塊の世代と団塊ジュニアの世代に該当する年齢階級区分を除き、2020年が2040年を上回っている。

2040年における男女比較では、65～69歳で男女同数、65歳未満では男性が多く、70歳以上では女性が多くなっている。90歳以上人口（男女計）は約15万4千人で、現在の沼津市、藤枝市、磐田市に匹敵する人数になることが見込まれる。

### ○ 年齢階級別受療率・認知症有病率・要介護認定率

年齢階級別の受療率・認知症有病率・要介護認定率は、いずれも高齢になるほど上昇する傾向にあり、今後、75歳以上人口（特に85歳以上人口）の増加が見込まれることから、医療と介護の複合ニーズを持つ高齢者がさらに増加することが考えられ、状況の変化に対応可能な医療・介護サービスの提供体制を早急に構築する必要がある。

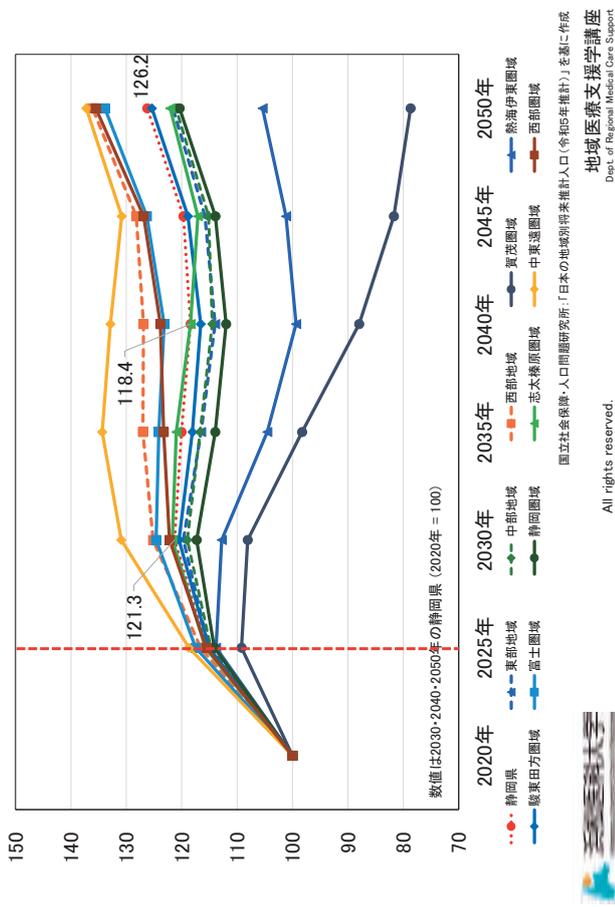
### ○ 世帯数等の将来推計

静岡県の世帯数は、2030年をピークに減少に転じ、2040年には2020年とほぼ同じ水準となり、その後も減少が続くと推計されている。そのうち、高齢者のいる世帯が世帯総数に占める割合は2050年まで増加し、高齢者単独世帯や高齢者の夫婦のみの世帯も同様の傾向が続くと推計されている。また、未婚率の上昇に伴い、高齢者の独居率も2050年まで上昇すると推計されている。

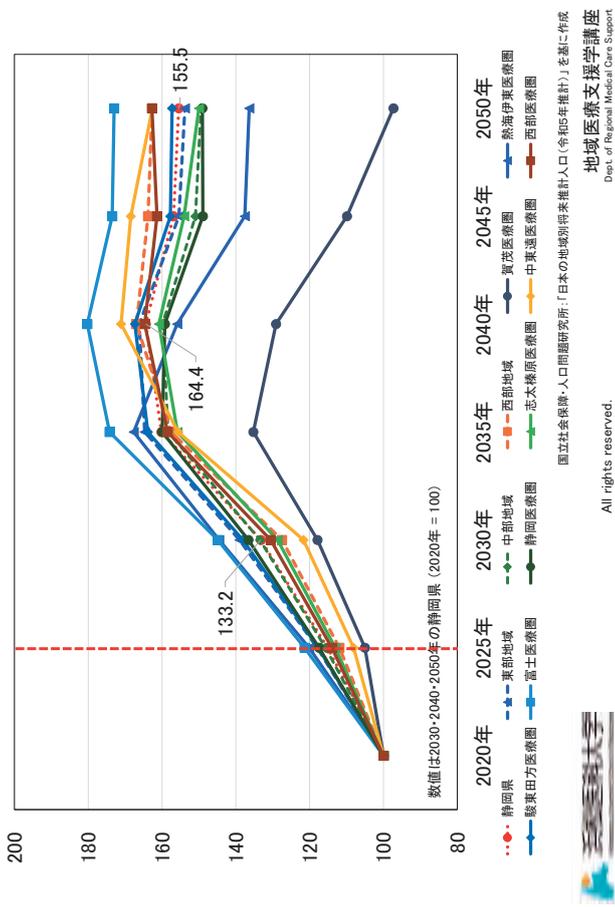
平均世帯人員は、2020年の2.40人から、2040年には2.05人、2050年には2.02人まで減少すると推計されている。



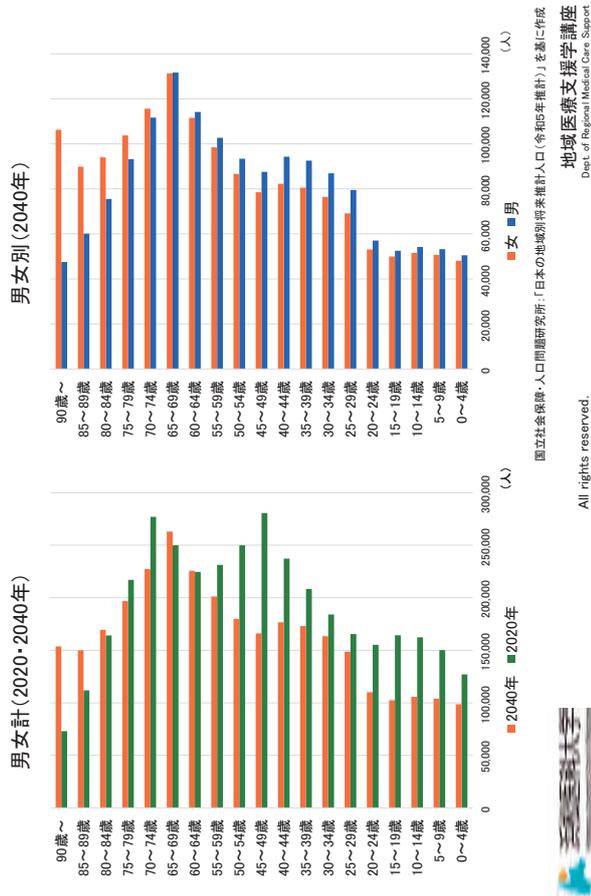
図表2-13 75歳以上人口指数の推移(静岡県-地域・二次医療圏別/2020年~2050年)



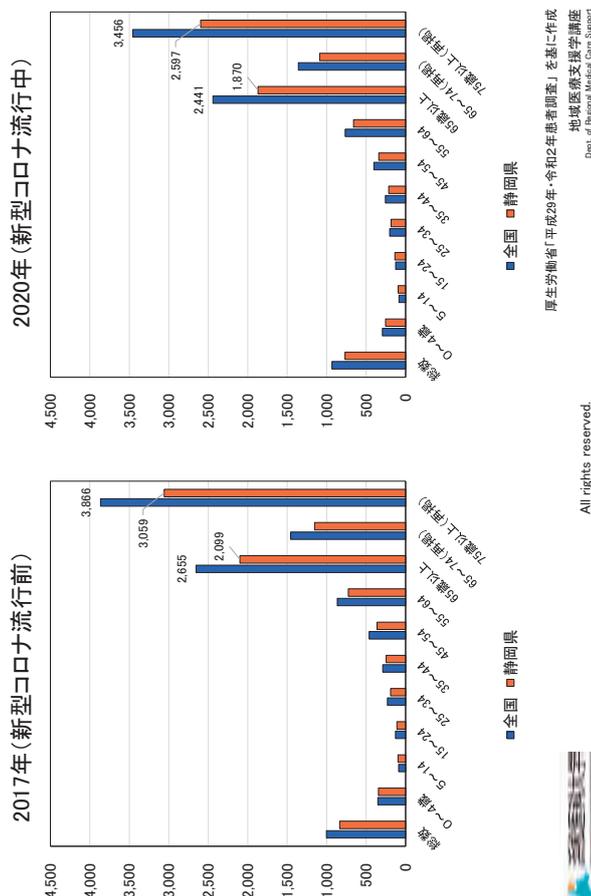
図表2-14 85歳以上人口指数の推移(静岡県-地域・二次医療圏別/2020年~2050年)



図表2-15 静岡県の将来推計人口に基づく人口ピラミッド(2020・2040年)

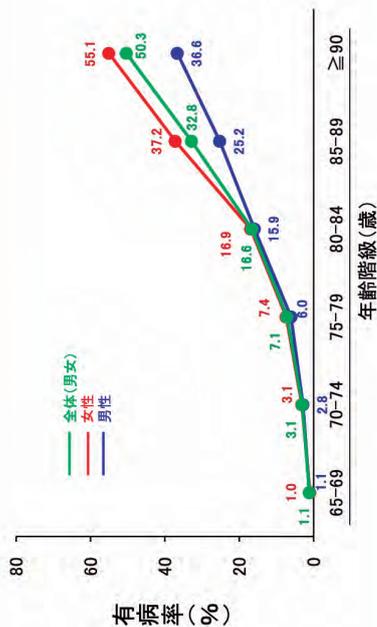


図表2-16 年齢階級別受療率(人口10万対/病院-入院/全国・静岡県/2017・2020年)



図表2-17

### 2022-2023年調査における認知症の年齢階級別有病率 (調査地域:久山町、中島町、中山町、海士町)

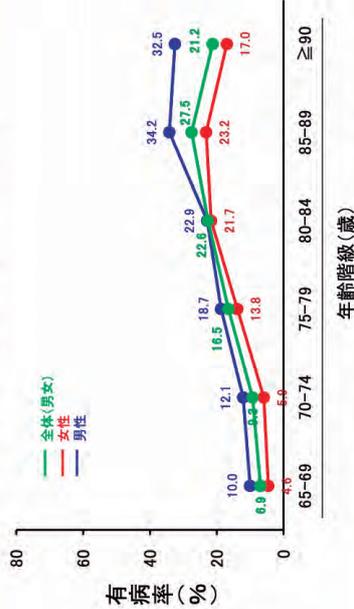


4地域全体の年齢階級の有病率の算出には変量効果モデルを用いた。

内閣府「認知症施策推進関係者会議(第2回)」(令和6年5月8日開催)資料9 から抜粋  
<https://www.cas.go.jp/seisaku/ninchousei/jaketsu/daz/aryoudan/令和7年3月17日確認>

図表2-18

### 2022-2023年調査におけるMCIの年齢階級別有病率 (調査地域:久山町、中島町、中山町、海士町)



4地域全体の年齢階級の有病率の算出には変量効果モデルを用いた。

内閣府「認知症施策推進関係者会議(第2回)」(令和6年5月8日開催)資料9 から抜粋  
<https://www.cas.go.jp/seisaku/ninchousei/jaketsu/daz/aryoudan/令和7年3月17日確認>

図表2-19

### わが国における認知症およびMCIの患者数と有病率の将来推計

年	認知症		MCI	
	患者数の推計値 (95%CI)(万人)	有病率 (95%CI)(%)	患者数の推計値 (95%CI)(万人)	有病率 (95%CI)(%)
2022	443.2 (418.0-468.4)	12.3 (11.6-13.0)	558.5 (382.0-735.1)	15.5 (10.6-20.4)
2025	471.6 (443.3-500.0)	12.9 (12.1-13.7)	564.3 (487.0-641.5)	15.4 (13.3-17.6)
2030	523.1 (492.7-553.6)	14.2 (13.3-15.0)	593.1 (516.3-669.9)	16.0 (14.0-18.1)
2035	565.5 (533.5-597.5)	15.0 (14.1-15.8)	607.7 (530.6-684.7)	16.1 (14.1-18.1)
2040	584.2 (551.0-617.3)	14.9 (14.0-15.7)	612.8 (533.4-692.2)	15.6 (13.6-17.6)
2045	579.9 (546.7-613.2)	14.7 (13.9-15.5)	617.0 (536.2-697.9)	15.6 (13.6-17.7)
2050	586.6 (552.8-620.5)	15.1 (14.2-16.0)	631.2 (547.9-714.4)	16.2 (14.1-18.4)
2055	616.0 (580.9-651.0)	16.3 (15.4-17.2)	639.7 (558.0-721.4)	16.9 (14.8-19.1)
2060	645.1 (608.7-681.4)	17.7 (16.7-18.7)	632.2 (551.4-713.0)	17.4 (15.1-19.6)

CI: 信頼区間

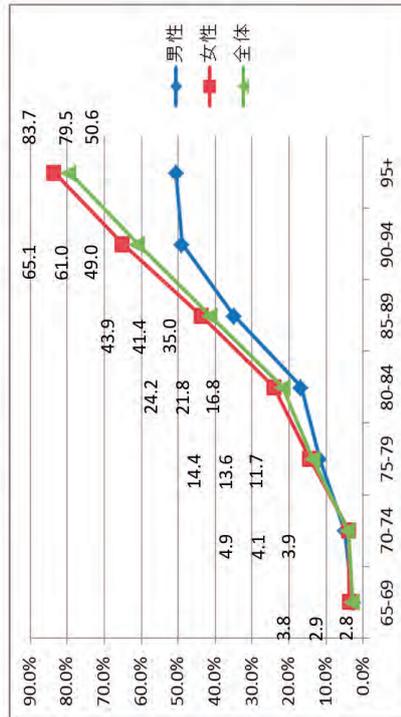
- 2022年の地域(久山町、中山町、中島町、海士町)から得られた認知症およびMCI者の年齢階級別有病率が2025年以降も一定と仮定して推計した。
- 2025年以降の年齢階級別人口分布の推計: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口: 性別年齢階級別人口分布・出生中位(死亡中位)推計」(<https://www.ipss.go.jp/lpp-zenkoku/zenkoku2023/lpp-zenkoku2023.asp>)

10

内閣府「認知症施策推進関係者会議(第2回)」(令和6年5月8日開催)資料9 から抜粋  
<https://www.cas.go.jp/seisaku/ninchousei/jaketsu/daz/aryoudan/令和7年3月17日確認>

図表2-20

### A 年齢階級別の認知症有病率



厚生労働科学研究費補助金「認知症対策総合研究事業」  
「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成21~24)  
総合研究報告書より、認知症・虐待防止対策推進室にて数字を加筆

研究代表者 朝田隆(筑波大学医学部医務系)

首相官邸「認知症施策推進のための有識者会議(第2回)」資料1 から抜粋  
<https://www.kantei.go.jp/singi/ninchousei/jaketsu/yusikansai/daz/aryoudan/令和7年3月31日確認>

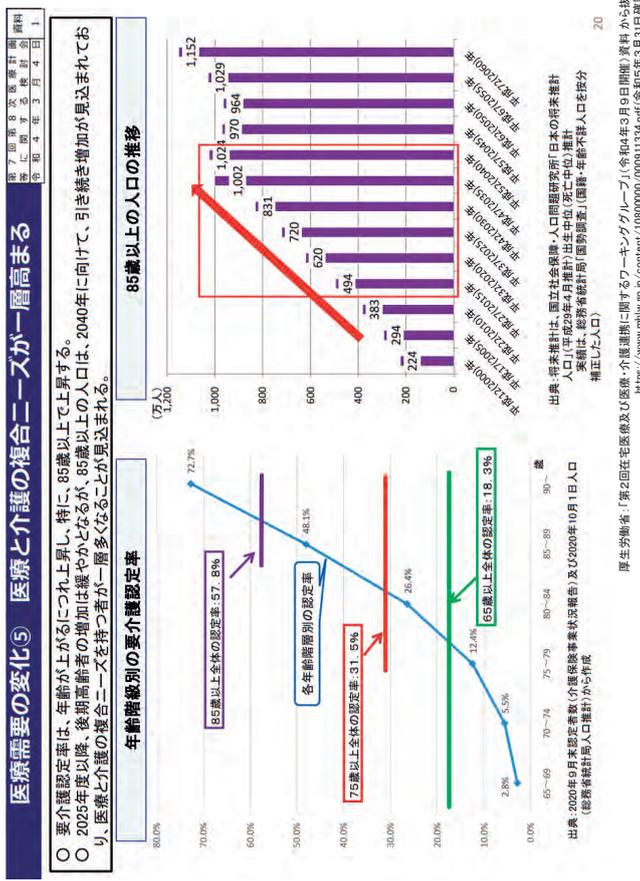
図表2-21

2012年の厚生労働省の報告に比べ、2022年の認知症の有病率が低値であった理由の考察

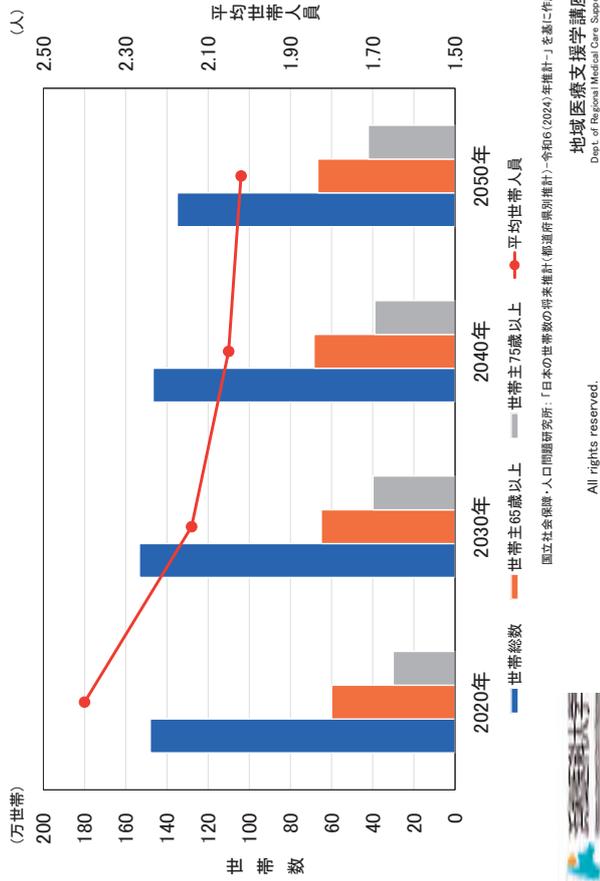
- 2022-2023年の調査におけるMCIまたは認知症の有病率は27.8% (MCI 15.5% + 認知症 12.3%) であり、2012年の厚生労働省の報告の28.0% (MCI 13.0% + 認知症 15.0%) と比べ大きな変化を認めなかった。
- ➡ MCIから認知症へ進展した者の割合が低下した可能性
- 喫煙率の全体的な低下、中年期～高齢早期の高血圧や糖尿病、脂質異常などの生活習慣病管理の改善、健康に関する情報や教育の普及などによる健康意識の変化などにより、認知機能低下の進行が抑制され、認知症の有病率が低下した可能性 (参考情報)
  - 成人の喫煙率は全体的には減少している。
  - 減塩の推進や降圧薬の普及により平均血圧も1970年代以降低下傾向にある。
  - 1990年代よりHMG-CoA還元酵素阻害薬等の高脂血症による治療が徐々に普及している。
  - 糖尿病が強く疑われる者の頻度は、50歳以上の男性および70歳以上の女性では上昇傾向にあるが、50歳代および60歳代の女性では、2010年以降徐々に低下傾向を認めている。
  - 糖尿病の治療・管理方法は2000年代以降低血糖をきたしにくい糖尿病治療が望まれるようになり、DPP4-阻害薬やメトホルミンの処方数が増加した
  - 2017年の内閣府による高齢者の健康に関する調査によると、調査対象者の9割以上が栄養や身体活動、自身の健康などの健康活動に「特に心がけている」と回答している。

九州大学大学院 二宮利治教授・令和5年度老人保健事業推進協議会(老人保健健康増進事業専攻) 内閣府「第2回認知症施策推進協議会(第19回)」資料9 から抜粋  
<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninshisho/kankeisha/daz/siryou9.pdf>(令和6年5月9日閲覧)

図表2-22



図表2-23 世帯主年齢別世帯数と平均世帯人員の推移 (総数・65歳以上・75歳以上/静岡県/2020年～2050年)



図表2-24 人口における独居率(単独世帯主の割合)の推移 (総人口・65歳以上人口・75歳以上人口/静岡県/2020年～2050年)



# 1 医師偏在の解消及び地域医療構想の実現に向けた地域における医療提供体制の在り方に関する検討

## (3) 静岡県における地域医療の現状と課題

### ア 医療計画と地域医療構想における病床の状況

#### (7) 医療計画と地域医療構想における病床の考え方等

医療機関の病床数は、医療法に基づき都道府県が策定する医療計画（静岡県では「静岡県保健医療計画」）で病床種別ごとの基準病床数が定められており、既存病床数が基準病床数を上回る場合は、特例を除き、増床は認められない。なお、一般病床と療養病床はその合計が二次医療圏（一般的な入院医療の提供体制の確保を図る単位）ごとに、精神病床、結核病床、感染症病床については都道府県ごとに、それぞれ基準病床数が定められている。（**図表 3-1～3**）

一方、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据えて、医療機関の機能分化・連携を推進し、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的に、各都道府県では医療計画の一部として地域医療構想を策定している<sup>\*3-1</sup>。

地域医療構想では、主に入院医療を対象として<sup>\*3-2</sup>、一体の区域として地域における病床の機能分化・連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として構想区域が設定されているが、構想区域は、現行の二次医療圏を原則として、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討することとされている。（**図表 3-3**）

また、地域医療構想では、4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに2025年の必要病床数を定め、毎年度行われる病床機能報告等をもとに、各構想区域の地域医療構想調整会議において協議を行い、都道府県による地域医療介護総合確保基金の活用などを通じて、地域の実情に応じた取組が進められてきた<sup>\*3-2</sup>。

なお、静岡県では、二次医療圏と構想区域は同一で8つあるが、これらは静岡県長寿社会保健福祉計画における高齢者保健福祉圏域とも一致しており、保健・医療・介護（福祉）の総合的な連携を図るとしている<sup>\*3-3</sup>。

\*3-1 厚生労働省ホームページ：「地域医療構想」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>（令和7年3月31日確認）

\*3-2 厚生労働省 新たな地域医療構想等に関する検討会：「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」

（令和6年12月18日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf>（令和7年3月31日確認）

\*3-3 静岡県公式ホームページ：「第9次静岡県保健医療計画」第4章 地域医療構想

[https://www.pref.shizuoka.jp/\\_res/projects/default\\_project/\\_page\\_/001/054/250/20240611\\_chiikiiryokouso.pdf](https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/054/250/20240611_chiikiiryokouso.pdf)（令和7年3月31日確認）

#### (イ) 病床種別ごとの病床数の状況

病床種別ごとの基準病床数と既存病床数は、静岡県保健医療計画（計画期間：令和6（2024）年度から令和11（2029）年度の6年間）で示されているが、一般病床と療養病床は、いずれの二次医療圏も既存病床数が基準病床数を上回っており、いわゆる「オーバー圏域」となっている。（**図表 3-4**）

医療計画における二次医療圏ごとの基準病床数は、一般病床と療養病床が一体になっているが、地域医療構想を考える上では、一般病床と療養病床では提供される医療の内容や医療従事者の配置等が異なることから、病院の一般病床と療養病床の構成割合を二次医療圏ごとに算出したところ、賀茂医療圏、富士医療圏、中東遠医療圏で一般病床の占める割合が低く、熱海伊東医療圏、駿東田方医療圏、西部医療圏で高い傾向にあった。（**図表 3-5**）

一般病床の占める割合が低い二次医療圏は、一般病床と療養病床における流出患者割合が高い地域であり、医師や看護師・准看護師が少ない地域でもある。これからの医療提供体制を考える上では、地域の実情を踏まえつつ、一般病床と療養病床のバランスにも留意する必要があるものと考えられる。（**44・58・91 ページ参照**）

#### (ウ) 一般病床・療養病床を有する病院数・病床規模別病院数の状況

医療機関の機能分化・連携を進める上で、また、医療機関の役割に応じた医療従事者の配置を検討する上で、病院の数や病床規模は重要な要素となることから、一般病床・療養病床を有する病院数及び病床規模別病院数について、二次医療圏ごとに集計した。（**図表 3-6・7**）

県内で一般病床を有する病院は、令和6（2024）年4月1日時点で95病院あり、そのうち200床未満の小規模病院は59病院（62.1%）であった。（**図表 3-6**）

地域別では、東部地域が48病院と県全体の約半数を占め、そのうち駿東田方医療圏が29病院で県全体の約3割を占めた。中部地域は22病院（静岡医療圏は15病院）、西部地域は25病院（西部医療圏は18病院）であった。

200床未満の小規模病院が占める割合は、東部地域が79.2%と最も高く、西部地域の52.0%、中部地域の36.4%と続いた。二次医療圏別では、賀茂医療圏が100.0%と最も高く、富士医療圏の80.0%、駿東田方医療圏の79.3%、熱海伊東医療圏の60.0%と、東部地域が上位4位までを占めた。一方、最も低い二次医療圏は志太榛原医療圏の28.6%で、静岡医療圏の40.0%が続き、中部地域で小規模病院の占める割合が低かった。

県内で療養病床を有する病院は、令和6（2024）年4月1日時点で78病院あり、そのうち200床未満の小規模病院は73病院（93.6%）であった。（**図表 3-7**）

地域別では、東部地域が34病院と県全体の43.6%を占め、そのうち駿東田方医療

圏が 21 病院で県全体の 26.9%を占めた。中部地域は 19 病院（静岡医療圏は 12 病院）、西部地域は 25 病院（西部医療圏は 16 病院）であった。

200 床未満の小規模病院が占める割合は、東部地域が 97.1%と最も高く、西部地域の 92.0%、中部地域の 89.5%と続いた。二次医療圏別では、賀茂医療圏、熱海伊東医療圏、駿東田方医療圏がいずれも 100.0%であったほか、中部地域の志太榛原医療圏、西部医療圏の中東遠医療圏も 100.0%であった。その他の二次医療圏も 8 割を超える病院が小規模病院であり、一般病床を有する病院とは大きく傾向が異なった。

## 静岡県における地域医療の現状と課題のまとめ ①-1

### ～医療計画と地域医療構想における病床の状況 その 1～

#### ○ 医療計画と地域医療構想における病床の考え方等

各都道府県は、医療法に基づき医療計画を策定し、二次医療圏と基準病床数を定めるとともに、医療計画の一部として策定する地域医療計画では、構想区域 4 つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに 2025 年の必要病床数を定めている。

静岡県では、二次医療圏と構想区域は同一で 8 つあり、静岡県長寿社会保健福祉計画における高齢者保健福祉圏域と一致している。

#### ○ 病床種別ごとの病床数の状況

現行の第 9 次静岡県保健医療計画における病床種別ごとの病床数のうち、一般病床・療養病床は、すべての二次医療圏で既存病床数が基準病床数を上回る「オーバー圏域」となっている。

病院の一般病床数と療養病床数の構成割合は、賀茂医療圏、富士医療圏、中東遠医療圏で一般病床の占める割合が低く、熱海伊東医療圏、駿東田方医療圏、西部医療圏で高い傾向にあった。

#### ○ 一般病床・療養病床を有する病院数・病床規模別病院数の状況

県内で一般病床を有する 95 病院のうち、200 床未満の小規模病院は 59 病院（62.1%）であった。病院数では、東部地域が 48 病院と県全体の約半数を占めた。小規模病院が占める割合も東部地域が約 8 割と最も高い一方、中部地域で低かった。

療養病床では、78 病院のうち 200 床未満の小規模病院は 73 病院（93.6%）であった。病院数では、東部地域が 34 病院と県全体の約 4 割を占めた。小規模病院が占める割合は、東部地域が最も高かったが、いずれの地域も概ね 9 割以上と高く、5 つの二次医療圏で 100.0%であった。その他の二次医療圏も 8 割を超える病院が小規模病院であり、一般病床を有する病院とは大きく傾向が異なった。

図表3-1

### 基準病床数制度について

#### 目的

病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

#### 仕組み

○病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事(保健所設置市長、特別区長)に開設等の許可申請を行い、許可を受けなければならない。(医療法第7条)

○開設等の許可に対し、既存の病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、以下のとおり対応。

- ①**別の医療機関等**
  - ・都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可をしないことができる。(医療法第7条の2)
  - ※別の医療機関等、医療法第31条に定める別の医療機関(保健所長、市町村長の代理人、労働者代表者、日本赤十字社、社会福祉法人、国民健康保険協会、厚生連、国民健康保険連合会)を開設する医療機関及び医療法第7条の2第1項c号から5号に掲げる者(株式会社、健康保険組合、健康保険組合、地域医療推進協議会等)が開設する医療機関
- ②**その他の医療機関**
  - ・都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設・増床等に関して、勧告を行つことができる。(医療法第30条の1)
  - ・病床過剰地域において、開設許可等に係る都道府県知事の勧告に従わない場合は、**医療機関の指定を行わないことができる。**(健康保険法第65条第4項)

#### 特別措置

- 病床過剰地域であっても、一定の条件を満たす場合には、**特別として新たに病床を整備することが可能。**
  - ＜特別が認められるケース＞
    - ・がん又は循環器疾患に係る専門病床など、特定の病床を整備する場合
    - ・公的医療機関等を含め、複数の医療機関の再編統合を行う場合等

厚生労働省：「第13回新たな地域医療構想等に関する検討会」(令和6年12月5日開催)資料1から抜粋  
https://www.mhlw.go.jp/content/0001940303a001/001940303a001\_001940303a001\_001940303a001.pdf

図表3-3

### 現行の地域医療構想における構想区域について

- ・現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとしている。構想区域の設定に当たって、都道府県において、現行の二次医療圏を原則として、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討することとしている。

#### 構想区域

##### 3.3.9 構想区域 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することと認められる区域を単位として設定

- ※ 地域医療構想策定ガイドライン(平成27年3月31日)抜粋
  - ・構想区域の認定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討することとしている。
  - ・地域医療構想策定ガイドライン(2025年)のあるべき医療提供体制を目標とするものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画(多くの都道府県で平成25年度(2013年度)～平成29年度(2017年度)における二次医療圏と異なっている場合は、平成36年(2024年)3月が期限となる平成30年度(2018年度)からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが相当である。

#### 二次医療圏

##### 3.3.0 医療圏 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することと認められる区域を単位として設定



※令和4年9月時点の二次医療圏(133医療圏)の図と同一。令和6年4月現在、一部の医療圏が再編成されている。

55

図表3-2

### 基準病床数と既存病床数(概要)

**基準病床数:** 全国一律の算定式により、都道府県が設定する病床数(地域で整備する病床数の上限)

**既存病床数:** 基準病床数と比較し、病床過剰地域かどうかを判断する際の基準となる病床数

#### 基準病床数

○都道府県は、以下の算定式(ア+イ+ウ)に基づき、二次医療圏単位で一般病床及び療養病床に係る基準病床数を設定。  
ア(一般病床) = ((性別・年齢別別人口) × (性別・年齢別一般病床過剰率)) × (平均在院日数) ÷ (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ (流出入院患者)  
イ(療養病床) = ((性別・年齢別別人口) × (性別・年齢別療養病床過剰率)) × (平均在院日数) ÷ (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ (流出入院患者)  
ウ(在宅医療等) = 在宅医療等に対する可能な数 ÷ (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ (流出入院患者)  
○都道府県は、算出された患者数を上回る場合、流出患者数を減らすことで基準病床数を削減することができる。

- 「一般病床」及び「療養病床」以外の病床(精神科病床「結核病床」「感染症病床」)の基準病床数は、以下の全国統一の考え方により、都道府県の区域ごとに算定されている。
- 精神科病床**  
都道府県の年齢別別人口、1年以上継続して入院している割合、療養利用患者から計算し算定。
- 結核病床**  
都道府県において結核の平均率を算出するため必要な数と都道府県知事が設定。
- 感染症病床**  
感染症発生医療機関等の感染症発生病床の合計数を基準に都道府県知事が設定。

#### 既存病床数(一般・療養病床)

- ＜既存病床として算定する対象＞
  - ・病院の一般病床及び療養病床
  - ・有床診療所の一般病床(平成19年1月1日以後に使用許可を受けたもの)及び療養病床
  - ・介護老人保健施設及び介護医療院の入所定員数(平成30年4月1日以後に療養病床から転院を行ったものに関し、令和8年3月31日までの間は既存病床数として算定)
- ＜既存病床数の補正＞
  - ・施設等併設の病床は、併設者が利用している部分を減き、特定の患者のみが利用しているため、既存病床数には算定しない。(医療法施行令第30条の33)
- 【地域医療等】
  - ・国等(管内庁、防衛省、労働者健康安全機構等)の開設する病院等
  - ・特定の事業者(家族)の診療のみを行う病院
  - ・医療型障害児入所施設である病院
  - ・放射線治療病室の限尺
  - ・ハンセン病療養所の病床等

厚生労働省：「第13回新たな地域医療構想等に関する検討会」(令和6年12月5日開催)資料1から抜粋  
https://www.mhlw.go.jp/content/0001940303a001/001940303a001\_001940303a001\_001940303a001.pdf

図表3-4 第9次静岡県保健医療計画における病床種別ごとの病床の状況 (単位:床)

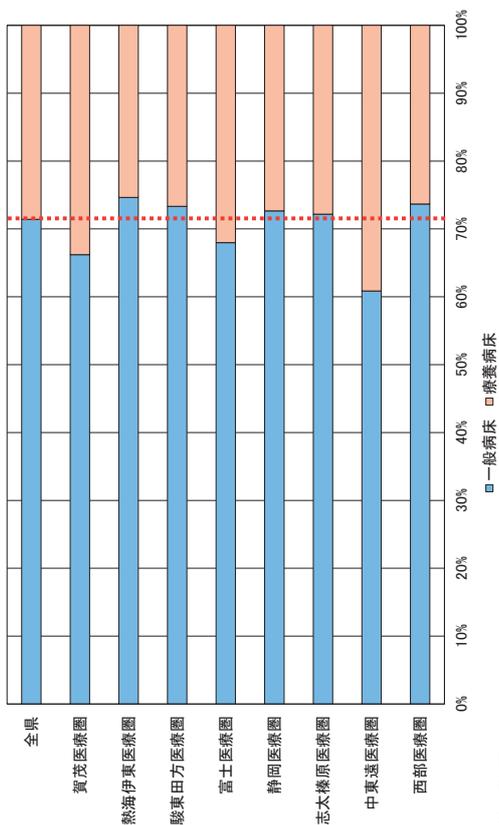
病床種別	二次医療圏	病院数	基準病床数	既存病床数	うち診療所病床数		差引
					診療所	病床数	
一般療養	賀茂	6	420	726	37	306	
	熱海伊東	6	852	1,047	63	195	
	駿東田方	41	5,190	5,954	355	764	
	富士	12	2,365	2,538	173	173	
	静岡	22	5,462	6,029	232	567	
精神	志太榛原	11	2,982	3,304	154	322	
	中東遠	14	2,602	2,757	158	155	
結核	西部	27	5,891	6,723	373	832	
	累計	139	25,764	29,078	1,545	3,314	
感染症	全県	39	5,483	6,400	-	917	
	全県	5	56	92	-	36	
感染症	全県	10	51	48	-	▲3	

※2024年1月1日現在の既存病床数に、医療法施行規則に基づき所定の補正を行った数  
※2024年1月1日より、介護医療院への転換病床数に含まれなくなったことから、基準病床との比較のために転換病床数を除外して記載。  
静岡県健康福祉部「第9次静岡県保健医療計画(2024年度～2029年度)」同「医療施設計画(令和6年度)静岡県診療所名簿(診療所病床数)を基に作成」  
https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default.project/page/001/054/250/20240611\_hokenyosho.pdf (令和6年9月24日現在)  
https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default.project/page/001/023/838/02-02.pdf (令和6年9月24日現在)

地域医療推進協議会  
Doc. of Regional Medical Care Support

All rights reserved.

図表3-5 静岡県における病院病床の圏域別病床比率（一般病床・療養病床）



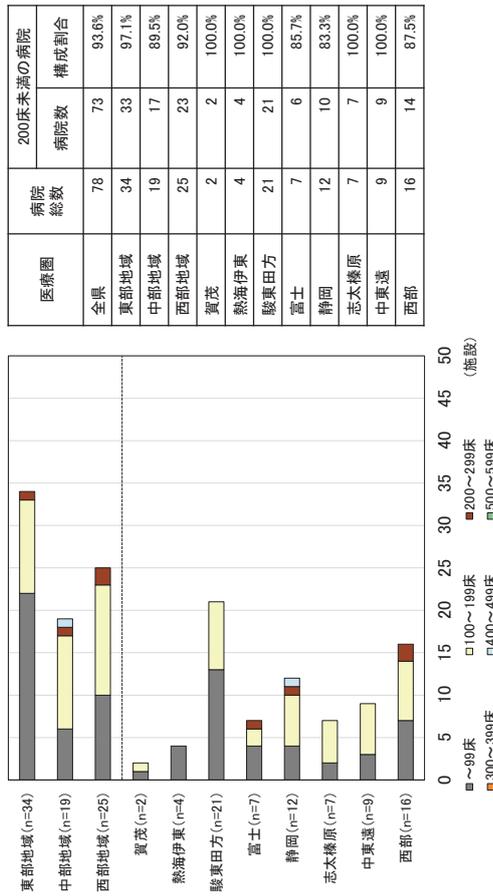
※ 使用許可病床ベース

静岡県健康福祉部医療政策課「令和6年度静岡県病院名簿」(令和6年4月1日時点)を基に作成  
[https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default\\_project/page/001/023/838/01-02.pdf](https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default_project/page/001/023/838/01-02.pdf) (令和6年9月24日確認)  
 地域医療支援学講座  
 Dept. of Regional Medical Care Support

All rights reserved.



図表3-7 静岡県における二次医療圏・病床規模別の病院数（療養病床）



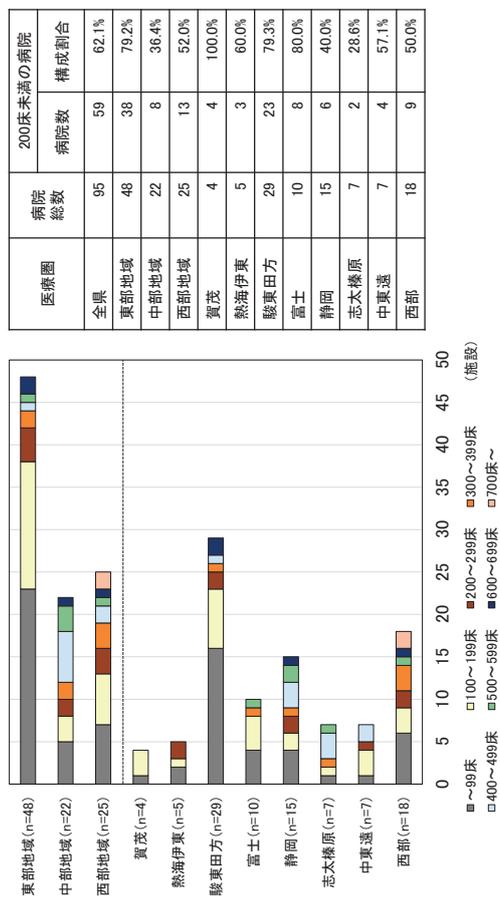
※ 使用許可病床ベース

静岡県健康福祉部医療政策課「令和6年度静岡県病院名簿」(令和6年4月1日時点)を基に作成  
[https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default\\_project/page/001/023/838/01-02.pdf](https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default_project/page/001/023/838/01-02.pdf) (令和6年9月24日確認)  
 地域医療支援学講座  
 Dept. of Regional Medical Care Support

All rights reserved.



図表3-6 静岡県における二次医療圏・病床規模別の病院数（一般病床）



※ 使用許可病床ベース

静岡県健康福祉部医療政策課「令和6年度静岡県病院名簿」(令和6年4月1日時点)を基に作成  
[https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default\\_project/page/001/023/838/01-02.pdf](https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default_project/page/001/023/838/01-02.pdf) (令和6年9月24日確認)  
 地域医療支援学講座  
 Dept. of Regional Medical Care Support

All rights reserved.



### (3) 静岡県における地域医療の現状と課題

#### ア 医療計画と地域医療構想における病床の状況（続）

##### (イ) 地域医療構想における病床機能と病床数

2025年を目標年としている現在の地域医療構想<sup>\*3-1</sup>では、病床の機能を「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4つに区分して、区分ごとに2025年における病床の必要量（必要病床数）が設定されている。（図表3-8）（29ページ参照）

一方、既存病床の医療機能については、病床機能報告制度に基づく各医療機関からの報告を集計し、病床機能ごとの病床数をとりまとめた結果が構想区域ごとに設置された地域医療構想調整会議に報告され、地域医療構想の進捗状況等について協議が行われている。（図表3-8・9）

本県では、平成28（2016）年3月に「静岡県地域医療構想」が策定されている<sup>\*3-3</sup>が、2016年病床機能報告の病床数31,158床に対して、2025年の必要病床数は26,584床と、4,574床の差がある。しかしながら、療養病床を主とした慢性期機能を除く3つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期）に限れば、2016年の21,272床に対して、2025年は20,147床と、その差は1,125床（5.3%）に過ぎない。（図表3-10）

かつて「社会的入院」と呼ばれた長期入院の受け皿であった慢性期機能の病床から介護保険施設の療養床への転換等に伴う減少分を除けば、今後の高齢化等に伴う入院医療の需要に対応するためには、高度急性期と急性期の病床機能を一定程度、回復期に転換した上で、全体の病床数は基本的に維持する必要があるということになる。

なお、病床機能報告における回復期機能については、各医療機関からの報告数が少なく、当該機能を有する病床が「不足している」との評価もあった。

そのため、厚生労働省のワーキンググループでの協議を経て、平成30年度の病床機能報告から、高度急性期・急性期機能を選択した病棟について、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施の有無を確認することとなっている。（図表3-11～13）

##### (オ) 静岡県における一般病床・療養病床の推移と病床機能報告の集計結果

「静岡県地域医療構想」が策定された平成28（2016）年以降、病院における一般病床と療養病床の病床数の推移（使用許可病床数；各年4月1日時点）をみると、2024年までの8年間で、両者の合計病床数は31,954床から209,226床まで2,728床減少（8.5%減）した。そのうち、一般病床は21,083床から20,874床まで209床の減少（1.0%減）にとどまる一方、療養病床は10,871床から8,352床まで2,519床減少（23.2%減）しており、地域医療構想策定後に減少した病床の9割以上は療養病床であった。（図表3-14）

病床の推移について2016年を100とした指数で見ると、2018年までは一般病床、療養病床ともに目立った動きはなかったが、新たな介護保険施設の類型として介護医療院制度が創設された2018年以降、西部地域を皮切りに東部地域、中部地域の順で

療養病床が急速に減少した。療養病床の減少率が最も高い西部地域では、2021年に2016年の3/4程度まで減少し、その後はほぼ横ばいで推移している。(図表 3-15)

2018年と2023年の病床機能報告の集計結果に、それぞれの集計結果を診療報酬の施設基準を用いた定量的基準による再集計結果と2025年の必要病床数を加えた比較をみると、静岡県全体、3つの地域、8つの二次医療圏ともに、病床の総数は減少しているが、減少した病床の多くは慢性期機能であり、高度急性期と急性期の医療機能が減少し、回復期機能は増加しているものの、病床機能報告では2025年の必要病床数までには至っていない。ただし、定量的基準による再集計結果では、回復期機能の病床数が2025年の必要病床数に近い二次医療圏もみられた。(図表 3-16~18)

病床機能報告と定量的基準、2025年の必要病床数の違い(乖離)の原因としては、病床機能報告の病棟単位に対して、定量的基準と2025年の必要病床数は病床単位で計上(算出)されていることも要因として考えられる。具体的には、東部地域では一般病床が200床未満の小規模病院が多く、1つの病棟で複数の医療機能を有していることも多い(病棟内の一部を重症患者等に対応する病床として運用したり、地域包括ケア病床として届出を行い運用するなど)ことから、集計方法の違いによりこのような乖離が一定程度生じることは避けられないものと考えられる。(29ページ参照)

このことについては、厚生労働省においても、「データの特性による差異(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説明できる差異)」としているが、引き続き検証を重ねて、必要な対応を行っていく必要がある。(図表 3-19)

## 静岡県における地域医療の現状と課題のまとめ ①-2

### ～医療計画と地域医療構想における病床の状況 その2～

#### ○ 地域医療構想における病床機能と病床数

静岡県では平成28(2016)年3月に「静岡県地域医療構想」が策定されたが、2016年病床機能報告の病床数31,158床に対して2025年の必要病床数は26,584床と、4,574床の差が生じている。ただし、その差の多くは慢性期機能を有する病床であり、高度急性期、急性期、回復期の3つの医療機能の病床数は、2016年の21,272床に対して2025年は20,147床と、その差は1,125床に過ぎず、今後の高齢化等に伴う入院医療の需要に対応するためには、高度急性期と急性期の病床機能を一定程度、回復期に転換した上で、病床数は基本的に維持する必要がある。

#### ○ 静岡県における一般病床・療養病床の推移と病床機能報告の集計結果

静岡県地域医療構想が策定された平成28(2016)年以降の8年間の一般病床数と療養病床数の推移は、合計病床数は8.5%減少した中で、一般病床は1.0%の減少にとどまる一方、療養病床は23.2%減少し、減少した病床数の9割以上は療養病床であり、平成30(2018)年度の介護医療院制度の創設が契機となっていた。(続)

### ○ 静岡県における一般病床・療養病床の推移と病床機能報告の集計結果（続）

2018年と2023年の病床機能報告の集計結果に、それぞれの集計結果を診療報酬の施設基準を用いた定量的基準による再集計結果と2025年の必要病床数を加えた比較をみると、減少した病床の多くは慢性期機能であり、高度急性期と急性期の医療機能は減少し、回復期機能は増加しているものの、病床機能報告では2025年の必要病床数までには至っていない。ただし、定量的基準による再集計結果では、回復期機能の病床数が2025年の必要病床数に近い二次医療圏もみられた。

この差異は、一般病床が200床未満の小規模病院で1つの病棟に複数の医療機能がある場合など、データの特性による差異（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説明できる差異）が主な要因として考えられた。

