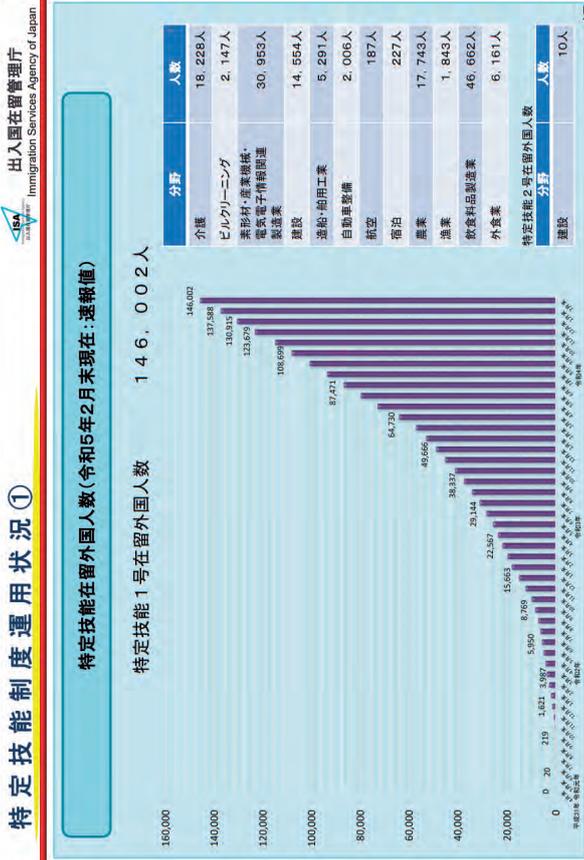
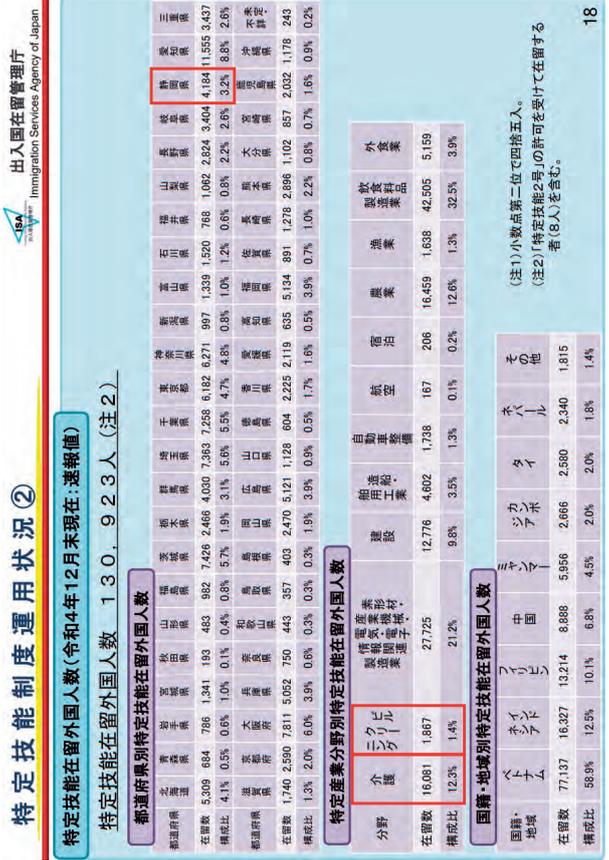


図2-44 特定技能制度運用状況① 特定技能在留外国人人数(総数、分野別)



出入国在留管理庁:「外国人材の受け入れ及び共生社会実現に向けた取組」から抜粋
<https://www.mof.go.jp/iss/content/001332626.pdf>(令和5年4月5日確認)

図2-45 特定技能制度運用状況② 特定技能在留外国人人数(都道府県別、分野別、国籍・地域別)



(4) 地域における医療提供体制の現状と課題

ア はじめに

本県においては、医療施設や医療従事者などの医療資源に乏しく、これまでも様々な方策により医療提供体制の充実・強化が図られてきた。

本項では、医療提供体制の現状について、既存の統計資料等を用いた地域間比較を中心に述べるが、単に不足している医療資源の充足（底上げ）や過不足の調整（平準化）のみに焦点を当ててではなく、今後の人口や人口構造の変化を踏まえて、それぞれの地域における課題にも触れながら進めてみたい。

なお、人口当たりの指標を用いる場合、人口が著しく少ない地域（二次医療圏、市町等）では指標が「高ぶれ」する傾向があるため、指標に含まれる具体的な状況等を確認するなど、その解釈・評価には注意が必要である。

イ 医療施設の状況

(7) 病床（病院・一般診療所）

本県における病院の人口当たり病床数は、全県では全国平均を下回っているが、二次医療圏別にみると大きな違いがある。（図 2-46・47）

その中でも、病院の病床数が賀茂医療圏で突出しているが、賀茂医療圏は人口が少ないため、指標が「高ぶれ」している可能性がある。それを加味した上でも、特に療養病床と精神病床の人口当たり病床数が著しく多くなっている。賀茂医療圏では、従前から、県内外からの患者流入が多いことが指摘されている。そのため、二次医療圏の見直しの基準となる、いわゆる「トリプル 20」^{*13}を満たす二次医療圏には該当してこなかったが、患者の流出の実態や県民目線から医療提供体制を踏まえた場合には、再検討の余地があるものと考えられる。

一方では、富士・志太榛原・中東遠の各二次医療圏では特に一般病床の病床数が少なかった。これらの圏域では、既存病床数が医療法上の基準病床数を上回っていることから増床は不可能であるが、今後も全県並みもしくはそれ以上の高齢者の増加が見込まれることから、現在の医療提供体制の充足状況を再確認するとともに、後述する公立病院経営強化プランの作成等を通じて、圏域内の限られた病床数を最大限に活用できるような病床機能の分担・連携について検討していく必要がある。

精神病床については、基準病床数の設が全県単位であることもあり、熱海伊東医療圏には精神病床がないなど、二次医療圏間の差が大きいが、精神科救急の状況や認知症患者への対応等における課題を検討することにより、圏域内での対応が必要な医療が確保されるように努めていく必要がある。

一般診療所の人口当たり病床数も病院と同様に、全県では全国を下回っているが、分娩を取り扱う産婦人科や手術を行う眼科を標榜する診療所が多くを占めている。

（図 2-46・47）

その中でも、有床診療所の病床数が熱海伊東医療圏で突出しているが、圏域全体の人口の2/3を占める伊東市には病院が1施設（伊東市民病院）しかなく、複数の有床診療所がそれぞれの特性に応じて分娩や人工透析等に対応することにより、圏域全体の医療提供体制を構築している。

一方では、中部地域（静岡・志太榛原医療圏）で有床診療所の病床数が少なくなっている。このうち、静岡医療圏では病院の病床数が全県を上回っているが、志太榛原医療圏は病院・診療所のいずれも全県を下回っており、圏域全体や隣接する静岡医療圏を含めた患者の流出入に基づく病床機能の分担・連携について検討していく必要がある。

*13 「①人口規模が20人未満、②流入患者割合が20%未満、③流出患者割合が20%以上」の3つを同時に満たし、入院医療を提供する区域としてなりなっていないと考えられる二次医療圏。

厚生労働省：「第15回 第8次医療計画等に関する検討会」（令和4年（2022年）10月7日開催）

資料1 医療圏、基準病床数、指標（総論）について（その2）。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000998508.pdf>

（令和5年3月31日確認）

医療施設の状況のまとめ

○その1 病床（病院・一般診療所）

- ・本県における病院の人口当たり病床数は、全県では全国平均を下回っているが、二次医療圏別にみると大きな違いがある。
- ・中でも、賀茂医療圏は病院の病床数が突出しているが、入院医療を提供する区域としての二次医療圏の在り方について再検討する余地がある。また、富士・志太榛原・中東遠医療圏では特に一般病床の病床数が少ないが、高齢者の増加が見込まれることから、公立病院経営強化プランの作成等を通じて、圏域内の限られた病床数を最大限に活用できるような医療機能の分担と連携を検討していく必要がある。
- ・一般診療所の人口当たり病床数も、全県では全国を下回っているが、分娩を取り扱う産婦人科や手術を行う眼科を標榜する診療所が多くを占めている。
- ・中でも、熱海伊東医療圏は有床診療所の病床数が突出しているが、病院が少ない伊東市で複数の有床診療所がそれぞれの特性に応じた機能を担うことにより、圏域全体の医療提供体制を構築している。また、志太榛原医療圏は病院・診療所ともに病床数が少なく、隣接医療圏を含めた患者の流出入に基づく病床機能の分担と連携を検討していく必要がある

(イ) 在宅医療に関わる医療施設（一般診療所・歯科診療所・薬局）

人口減少と少子高齢化のさらなる進行とそれらに伴う世帯構成の変化などにより、今後は、複数の慢性疾患を有する高齢患者、特に通院困難な超高齢者の増加が見込まれることから、在宅医療の需要が増々増加することが見込まれる。(図 2-15・32・37 : P. 22・30・31)

本県における在宅医療に関する医療資源を施設面からみると、全県では在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院は、訪問歯科診療を行っている歯科診療所は全国を下回っているが、訪問指導等を行っている薬局（以下、訪問薬局）は全国並みであった。ただし、二次医療圏別にみると、それぞれに大きな違いがみられた。(図 2-48・49)

その中でも、賀茂医療圏では訪問薬局の数が突出して多いことから、全国並みの在宅療養支援診療所と全国・全国を上回る訪問薬局との連携を強化することにより、在宅高齢者への対応が拡充できる可能性がある。また、熱海伊東医療圏は在宅療養支援診療所と訪問薬局が全国を上回っており、特に熱海市では、静岡県医師会が運営する静岡県地域包括ケア情報システム「シズケア*かけはし」を積極的に活用した取組^{*14}が行われている。在宅療養支援診療所は、静岡県医療圏でも全国を上回っているが、訪問薬局の数が全国・全県を下回っている。

一方では、病院と一般診療所の病床数が少ない富士・志太榛原・中東遠の各二次医療圏では、いずれも在宅療養支援診療所が全県を下回っているほか、富士・中東遠の各二次医療圏では訪問薬局も同様であることから、これらの圏域では今後の高齢者の増加に対応できる入院医療・在宅医療の医療提供体制を検討する必要があると考えられた。

また、上記以外の二次医療圏についても、医療従事者の充足状況や高齢者の日常生活を支える介護サービスの提供体制等と併せて、在宅医療に関する課題を抽出し、対応を協議していく必要がある。

*14 一般社団法人熱海市医師会を中心とした、熱海市や関係団体等から構成された「熱海市在宅医療・介護連携協議会」により、同システムを活用した在宅療養患者や要介護者へのサービス提供のほか、高齢者の見守りや救急要請時の薬剤情報収集など、高齢患者が安心して在宅療養できるような環境整備が図られている。これらの取組は、令和元年（2019年）10月の台風19号による断水や令和3年（2021年）7月の伊豆山地区土石流災害などの災害発生時にも大変有用であったと報告されている。

一般社団法人静岡県医師会 シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター

<https://ssc.shizuoka-med.or.jp>

（令和5年3月31日確認）

医療施設の状況のまとめ

○その2 在宅医療に関わる医療施設（一般診療所・歯科診療所・薬局）

- ・本県における在宅医療に関する医療資源を施設面からみると、全県では在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院は、訪問歯科診療を行っている歯科診療所は全国を下回っているが、訪問指導等を行っている薬局（以下、訪問薬局）は全国並みであった。ただし、二次医療圏別にみると、それぞれに大きな違いがある。
- ・中でも、賀茂医療圏では訪問薬局が多く、在宅療養支援診療所との連携強化で在宅高齢者への対応が拡充できる可能性がある。熱海伊東医療圏は在宅療養支援診療所と訪問薬局が多く、特に熱海市では行政との連携による取組が成果を挙げている。病院一般診療所ともに病床数が少ない富士・志太榛原・中東遠医療圏では、在宅療養支援診療所が少なく、富士・中東遠医療圏では訪問薬局も少ないため、今後の高齢者の増加に対応できる入院医療・在宅医療の医療提供体制を検討する必要がある。その他の二次医療圏についても、医療従事者の充足状況や高齢者の日常生活を支える介護サービスの提供体制等と併せて、在宅医療に関する課題を抽出し、対応を協議していく必要がある。

(ウ) 標榜診療科別一般診療所数

一般診療所数のうち、在宅で療養する高齢者の医療を担う診療科は、高齢者に多くみられる傷病が誤嚥性肺炎や心不全、脳卒中などの循環器疾患、骨折を含む筋骨格系疾患、尿路感染症など^{*15}であることから、主として内科系と外科系の中でも整形外科を標榜する診療所が重要であると考えられる。

本県では、一般診療所の総数が全国を下回っており、特に内科系、小児科系の一般診療所数が少ない。内科は専門性の細分化が進んでおり、県内でも、中山間地域で総合的な内科診療を行っている医師の高齢化と後継者不在が課題となっている^{*16, 17, 18}。また、少子化の進行に伴い、特に人口規模の小さい二次医療圏や中山間地域での周産期医療・小児医療の確保が困難になっている^{*18, 19}。今後、医師の働き方改革の推進に伴い、これらの地域における医師の確保はますます困難になることが推測されることから、隣接する地域を含めた広域的な対応や全県単位での取組をこれまで以上に進めていく必要がある。（図 2-50・51）

*15 静岡県・静岡県医師会共催「介護保険研修会」（令和5年1月7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。

*16 日経 BP 総合研究所ホームページ：「新・公民連携最前線」第19回浜松市：中山間地域の高齢者に MaaS による医療サービス。2021.6.24

<https://project.nikkeibp.co.jp/atclppp/PPP/052500076/061100029/?P=1>

（令和5年3月31日確認）

- *17 令和4年度浜松市在宅医療ICT推進事業実績報告書 ～引佐中山間地域医療の現状と課題解決に向けた取り組み～. 一般社団法人引佐郡医師会. 2023. 3.
<https://www.city.hamamatsu.shizuoka.jp/documents/149201/houkokusho.pdf>
(令和5年4月5日確認) ※編集作業中に追加
- *18 静岡県公式ホームページ:「令和3年度第3回静岡県医療対策協議会」(令和4年3月11日開催)
議事録 P. 17, 31.
https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/023/890/r3-3itaikyougijiroku.pdf (令和5年3月31日確認)
(令和5年4月5日確認) ※編集作業中に追加
- *19 静岡県公式ホームページ:「令和4年度第1回静岡県医療対策協議会」(令和4年7月26日開催)
議事録 P. 11-12.
https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/023/890/0726gijiroku.pdf (令和5年3月31日確認)

医療施設の状況のまとめ

○その3 標榜診療科別一般診療所数

- ・一般診療所数のうち、在宅で療養する高齢者の医療を担う診療科は、高齢者に多くみられる傷病が誤嚥性肺炎や心不全、脳卒中などの循環器疾患、骨折を含む筋骨格系疾患、尿路感染症などであることから、主として内科系と外科系の中でも整形外科を標榜する診療所が重要である。
- ・本県では、一般診療所の総数が全国よりも少なく、特に内科系、小児科系の一般診療所数が少ない。内科は専門性の細分化が進んでおり、県内でも、中山間地域で総合的な内科診療を行っている医師の高齢化と後継者不在が課題となっている。また、少子化の進行に伴い、特に人口規模の小さい二次医療圏や中山間地域での周産期医療・小児医療の確保が困難になっている。
- ・今後、医師の働き方改革の推進に伴い、これらの地域における医師の確保はますます困難になることが推測されることから、隣接する地域を含めた広域的な対応や全県単位での取組をこれまで以上に進めていく必要がある。

図2-46 医療施設の状況(病院・病床数/全国・静岡県・東部地域医療圏別)

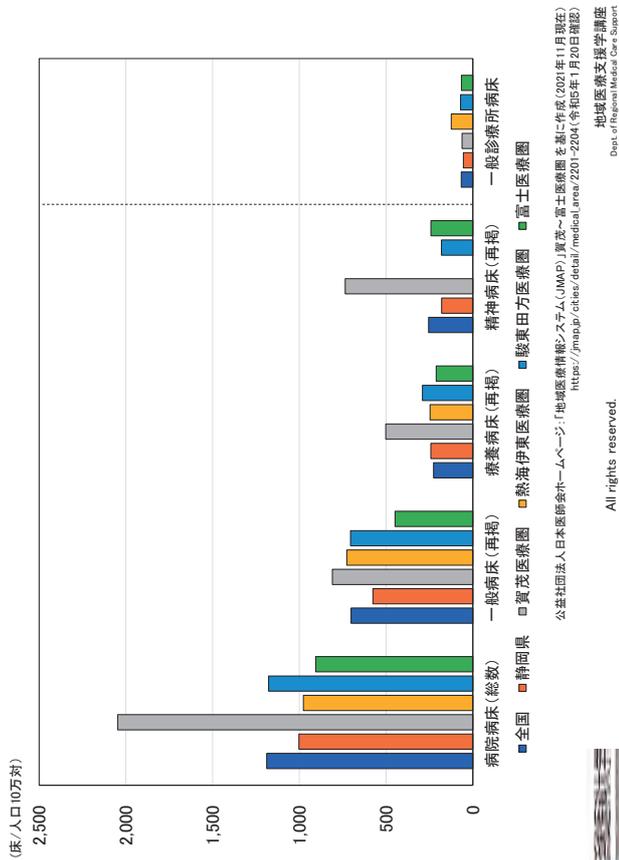


図2-47 医療施設の状況(病院・病床数/全国・静岡県・中部・西部地域医療圏別)

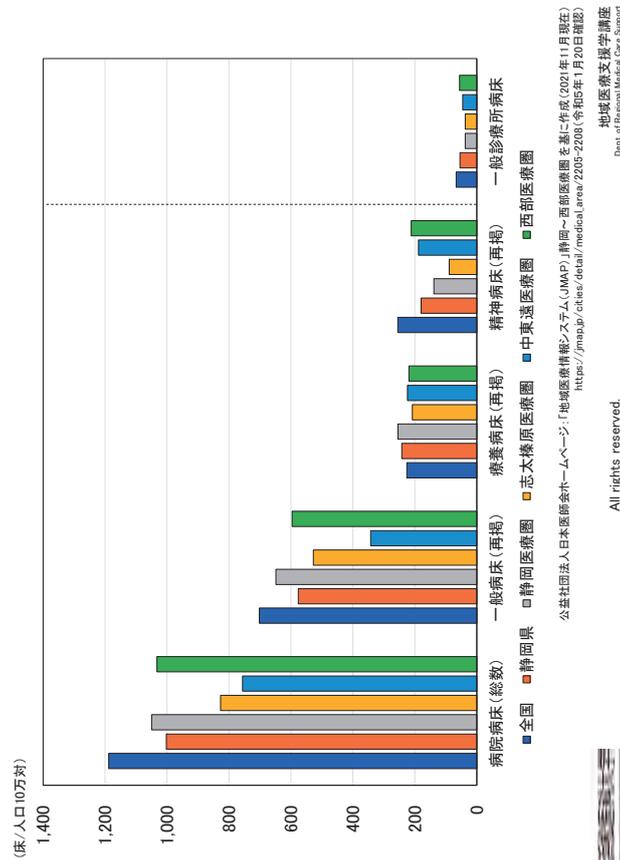


図2-48 医療施設の状況(施設数/全国・静岡県・東部地域医療圏別/在宅医療関係再掲)(1)

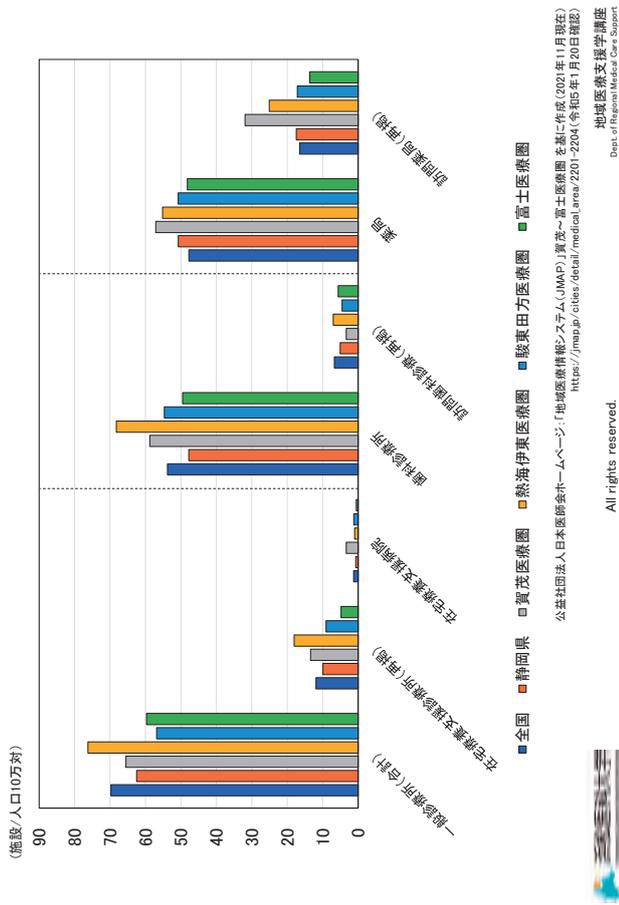


図2-49 医療施設の状況(施設数/全国・静岡県・中部・西部地域医療圏別/在宅医療関係再掲)(1)

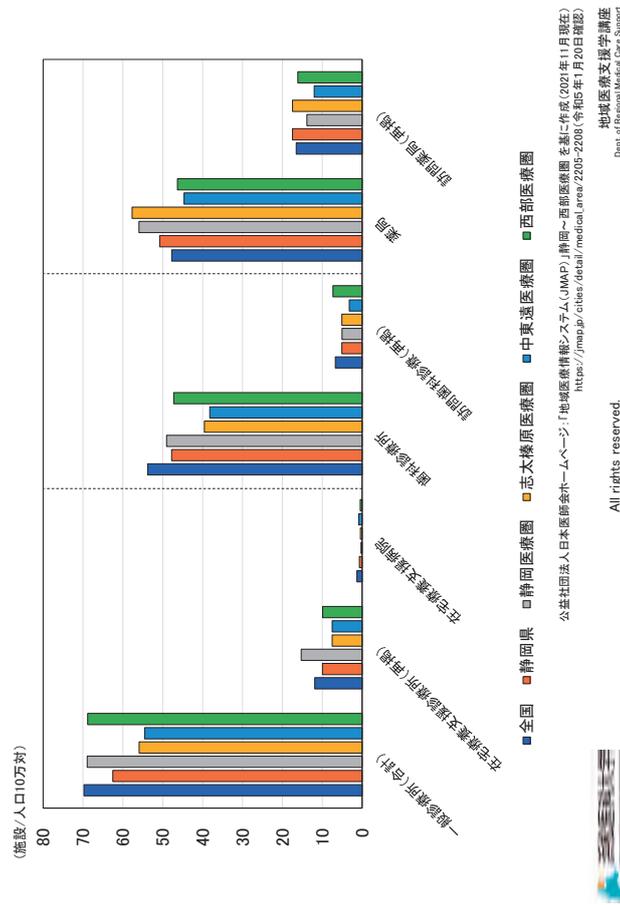


図2-50 医療施設の状態(施設数/全国・静岡県・東部地域医療圏別/在宅医療関係再掲)(2)

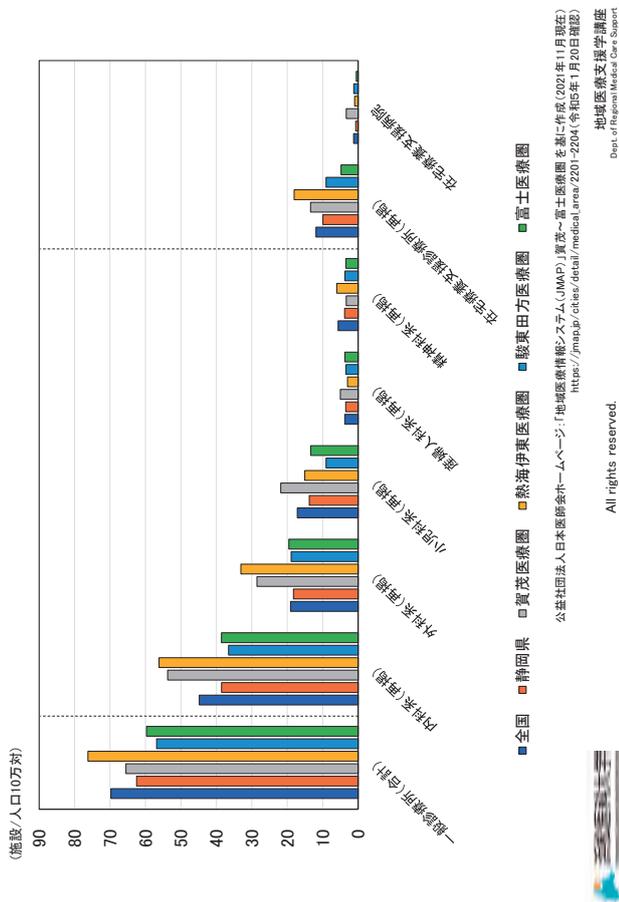
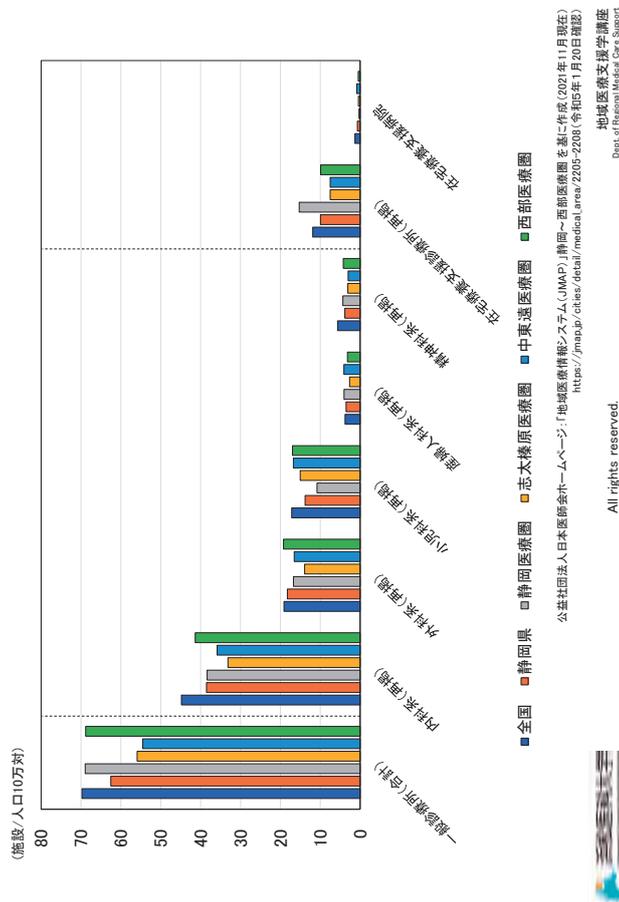


図2-51 医療施設の状態(施設数/全国・静岡県、中部・西部地域医療圏別/在宅医療関係再掲)(2)



(4) 地域における医療提供体制の現状と課題

ウ 医療従事者の状況

(7) 医師・歯科医師・薬剤師（概要）（図 2-52・53）

本県の医療従事者（医師・歯科医師・薬剤師）を人口 10 万対数で見ると、医師と歯科医師は全国を下回っているが、薬剤師は全国を上回っている。

○ 二次医療圏別（図 2-52）

二次医療圏別では職種により大きな違いがあり、圏域間の差は医師が最も大きく、次いで薬剤師、歯科医師の順となっている。

医師は、賀茂・富士・志太榛原・中東遠で少なく、駿東田方医療圏で全県並み、熱海伊東・静岡・西部で多くなっている。

歯科医師は、熱海伊東医療圏が最も多く、静岡医療圏が続き、賀茂・駿東田方・富士・西部が全県並み、志太榛原・中東遠で全県を下回っている。

薬剤師は、静岡医療圏が最も多く、熱海伊東医療圏が続き、駿東田方・富士・志太榛原・西部が全県並み、中東遠・賀茂で全県を下回っている。

なお、薬剤師については、国の検討会において、次期医療計画の策定に向けて「病院薬剤師及び薬局薬剤師それぞれの役割を明確にし、薬剤師の就労状況の把握及び地域の実情に応じた薬剤師の確保策を講じること」^{*20}とされている。本県では、病院薬剤師の確保が困難であるとの意見があり^{*21}、今後は県庁担当課（薬事課）・静岡県薬剤師会・静岡県病院薬剤師会の三者で協議が進められることとなっている。今後、質の高い医療を提供するためのチーム医療を推進する視点からも、病院薬剤師の確保が望まれる。

○ 指定都市（静岡市、浜松市）（図 2-53）

本県には静岡市と浜松市の 2 つの政令指定都市（以下、指定都市）があるが、いずれも面積が広く、北部には広大な中山間地域を有している。そのため、区あるいは同一区内でも地区により、医療従事者の充足状況が大きく異なっている。

今年度行われた静岡県医師確保計画の一部見直しでは、令和 3 年度（2021 年度）の中間見直し時に浜松市天竜区を本県で唯一指定していた医師少数スポット（医師確保計画において、医師少数区域とともに「医師の確保を特に図るべき区域」として指定された区域。）について、後述する医師偏在指標が県内で最も低い賀茂医療圏よりも人口 10 万対病院勤務医数が少ない市区町のうち、公的医療機関等（キャリア形成プログラムにより地域枠医師等の配置対象となる病院）のある市区町を追加指定することとなった^{*22}。

なお、今回は医師少数スポットとして指定されなかった地域（地区）に対する指定要望等についても、引き続き検討が行われることとなっている。

*20 厚生労働省 第8次医療計画等に関する検討会：「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日公表）。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001055132.pdf>

（令和5年3月31日確認）

*21 静岡県健康福祉部：「令和4年度第3回静岡県医療対策協議会」（令和5年3月14日開催）資料2。

*22 静岡県健康福祉部：「令和4年度第2回静岡県医療審議会」（令和5年3月27日開催）資料2。

医療従事者の状況のまとめ

○その1：医師・歯科医師・薬剤師（概要）

- ・本県の医療従事者（医師・歯科医師・薬剤師）を人口10万対数で見ると、医師と歯科医師は全国を下回っているが、薬剤師は全国を上回っている。
- ・二次医療圏別では職種により大きな違いがあり、二次医療圏間の差は医師が最も大きく、次いで薬剤師、歯科医師の順となっている。
- ・医師については、今年度行われた静岡県医師確保計画の一部見直しにおいて、賀茂医療圏の人口10万対病院勤務医数を下回り、地域枠医師等の配置対象病院の位置する市区町を「医師の確保を特に図るべき区域」である医師少数スポットとして追加指定することとなった。
- ・薬剤師については、人口10万対数では全国を上回っているが、県内の病院では薬剤師の確保が困難な状況にあることから、今後、関係者で協議が進められることとなっている。

(1) 医師偏在指標

本県では、医師の地域・診療科の偏在が長年の課題であるが、医師数の指標としては、人口10万対数が長年用いられてきた。現在でも、算出の簡便さから、既存の統計資料（「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」）でも指標として用いられることが多い。（表2-6-7）

一方で、人口10万対数は、現在や将来の人口・人口構造の違いによる医療需要の地域差や変化、患者の流出入、へき地等の地理的条件や、医療施設従事医師の性別や年齢分布、地域・診療科の状況や入院・外来区分などの医療提供側の要因（いわゆる「5要素」）を反映しておらず、医師の偏在の状況を十分に反映した指標ではなかった。そのため、国では、令和元年度（2019年度）に5要素を反映した「医師偏在指標」を算出し、都道府県は、この指標に基づいて二次医療圏ごとに目標医師数を設定した「医師確保計画」を策定することとなった。（図2-54）

本県の二次医療圏ごとの人口10万対医療施設従事医師数の推移と医師偏在指標を比較すると、人口規模が小さい賀茂医療圏（令和2年国勢調査人口 59,546人）

では人口 10 万対医師数が「高ぶれ」して、医師偏在指標で賀茂医療圏よりも高い富士・中東遠医療圏を上回っていることが分かる。(図 2-55・表 2-8)

今後は、医師の不足・偏在を示す指標として、算出の容易な人口対医師数と医師偏在の様々な要因を反映した医師偏在指標の特性を理解した上で、両者を組み合わせて活用することが重要である。

しかしながら、医師偏在の「5 要素」を加味した医師偏在指標についても、従事する医療施設の違い(病院・診療所)や、地域からの要請等に基づいて大学病院等から派遣される非常勤医師の勤務実態が反映されていないなどの課題があり、国のワーキンググループにおいて検討が進められた。(図 2-56)

○ 本県における非常勤医師の勤務実態

本県における非常勤医師の勤務実態については、当講座の令和 2 年度(2020 年度)実績報告書の中で、平成 30 年医師・歯科医師・薬剤師統計の結果から詳細に分析した結果を報告している^{*23}。

県境を越えた複数の医療施設での従事状況は、全県・各地域とも「県外が主で県内が従」の場合がその逆を上回り、非常勤医師は流入超過となっている。(図 2-57)

県内の医療施設を従たる従事先とする医師では、全県・各地域とも県内の医療施設を主たる従事先とする医師が過半数を占めるが、その割合は西高東低の傾向にある。東部・中部地域では、関東・甲信越ブロックの医療施設を主たる従事先とする医師の割合が比較的高く、中でも、東京都と神奈川県が占める割合が圧倒的に高い。一方で、西部地域では、県外に占める東京都と神奈川県が占める割合は全体の約 1/3 程度で、愛知県が 1/2 近くを占めており、主たる医療施設の所在地は地域により大きく異なっている。(図 2-58~60)

県内の複数の医療施設に従事する医師についてみると、主たる従事先では、割合が高い順に、西部>駿東田方>静岡>中東遠>志太榛原>富士>熱海伊東>賀茂の順で、必ずしも医師偏在指標が高い二次医療圏に位置する医療施設が主たる従事先になっていない。地域別では、各地域内の二次医療圏で最も医師偏在指標が高い圏域に位置する医療施設を主たる従事先とする医師が最も多くなっている。(図 2-61)

一方で、従たる従事先では、割合が高い順に、西部>駿東田方>静岡>中東遠・志太榛原>富士>熱海伊東>賀茂の順で、必ずしも医師偏在指標が低い二次医療圏に位置する医療施設が従たる従事先になっていない。地域別では、各地域内の二次医療圏で最も医師偏在指標が高い圏域に位置する医療施設を従たる従事先とする医師が最も多くなっている。(図 2-62)

このように、県内の複数の医療施設に従事する医師では、西部・駿東田方医療圏内に主たる従事先のある医師は、自圏域内のほか、隣接していない(比較的遠方の)

二次医療圏の医療施設を従たる医療施設として従事する医師が多い一方で、医師偏在指標で医師多数区域である静岡医療圏では、自圏域内に複数の従事先がある医師は一定数いるが、隣接していない（比較的遠方の）二次医療圏の医療施設を従たる医療施設として従事する医師は必ずしも多くはなかった。（表 2-9）

○ 複数の医療施設に従事する医師と医師偏在指標

医師偏在指標は、都道府県間あるいは同一都道府県内の医師多数区域から医師少数区域に医師を派遣することにより、医師の地域偏在を解消するための指標として算出された。（図 2-54）

複数の医療施設に従事する医師における医療施設の主・従関係に着目すると、全国では、医師多数区域間が最も多く、医師多数区域・医師少数区域の組み合わせは16.5%に過ぎなかったが、従たる従事先としての医師少数区域からみると、医師多数区域を主とする場合が80.7%を占めており、医師少数区域にとっては医師多数区域からの派遣が大きな役割を占めていることが分かる。（表 2-10）

本県の状況をみると、東部・中部地域の医療施設には、西部地域よりも距離的に近い東京都（医師多数県^{*24}）や神奈川県（医師中程度県^{*24}）に主たる従事先のある医師が従たる従事先として従事している場合が多かった。また、中部地域の医療施設には、静岡医療圏と西部医療圏（いずれも医師多数区域）に主たる従事先のある医師が、西部地域の医療施設には、西部医療圏（医師多数区域）に主たる従事先のある医師が、それぞれ従たる従事先として従事している場合が多かった。（図 2-58～60）

特に、大学病院や地域の医療施設に多くの医師を派遣している基幹病院があり、人口規模も大きい駿東田方医療圏、静岡医療圏、西部医療圏について県内の医療施設間での主従関係をみると、駿東田方医療圏と西部医療圏では、主たる従事先が従たる従事先を上回ったが、静岡医療圏では、従たる従事先が主たる従事先を上回り、医師多数区域であっても、県内医師の派遣先となっている医療施設が比較的多いことが明らかとなった。（表 2-9）

なお、医師・歯科医師・薬剤師統計で記入する従たる従事先は最も従事時間が長い1施設のみであることから、複数の医療施設で従事する医師の勤務実態を解釈する場合には注意が必要である。

○ 新たな医師偏在指標の算出（速報値）

国では、新たな医師偏在指標の算出（速報値）において、従たる従事先のある医師は、主たる従事先を0.8人、従たる従事先を0.2人に按分した結果、医師偏在指標が減少した医師多数区域が多くなったことが報告されている。（表 2-10, 図 2-63）

このほか、新たな医師偏在指標は、性・年齢階級別等の労働時間比などについて最新のデータを用いることによりさらに精度を上げ、医師確保計画を含む次期医療

計画に反映させるとともに、3年ごとの医師確保計画の見直しごとに、このサイクルを繰り返すこととなっている。(図 2-64・65)

次期医療計画(第9次静岡県保健医療計画)の策定に向けては、既に各都道府県に速報値が示されており、都道府県において、都道府県間・二次医療圏間の患者の流出入や、二次医療圏の見直しの有無について検討の上、国において最終的な確定値が示されることとなっている。(図 2-66)

本県の新たな医師偏在指標(速報値)では、2つある医師多数区域を含めて、すべての二次医療圏で医師偏在指標が増加したが、現在3つある医師少数区域(賀茂・富士・中東遠の各二次医療圏)のうち、中東遠医療圏が中位区域となった。また、賀茂医療圏では医師偏在指標が大きく増加した一方で、富士医療圏は伸びが小さく、わずかな増加にとどまっている。(表 2-11)

医師偏在指標の区分は、単に医師の地域偏在の指標を示すだけでなく、今回追加設定される「医師少数スポット」とともに、地域枠医師等の派遣先を決定する「キャリア形成プログラム」にも大きな影響がある^{*25, 26}。(表 2-12, 図 2-67)

そのため、引き続き国の動向を注視していくとともに、医師偏在指標の確定後も、本県における次期医療計画の作成や、医師確保対策への様々な影響を検討し、必要に応じてきめ細かく対応していくことが求められる。

*23 浜松医科大学地域医療支援学講座 令和2年度(2020年度)実績報告書. 令和3年(2021年)3月. 第2章 2(3)複数の医療施設に従事する医師の従事先の状況(地域・二次医療圏別). P.117~148.
https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/regional-medcare-sprt/mt_files/90149bb18e22d238923d6d6e318ef4df.pdf (令和5年3月31日確認)

*24 厚生労働省ホームページ:「第4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5月11日開催)参考資料1 都道府県の現医師確保計画(R2-5年度)に用いられている医師偏在指標.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000936820.pdf>
(令和5年3月31日確認)

*25, 26 地域枠医師等に適用される「キャリア形成プログラム」では、原則9年間の研修プログラムのうち4年間は医師少数区域等での勤務が求められている。

・厚生労働省ホームページ:「キャリア形成プログラムについて」

<https://www.mhlw.go.jp/content/000897717.pdf>

(令和5年3月31日確認)

・厚生労働省ホームページ:「医師確保対策 キャリア形成プログラム」同運用指針(令和3年12月1日改正後全文)

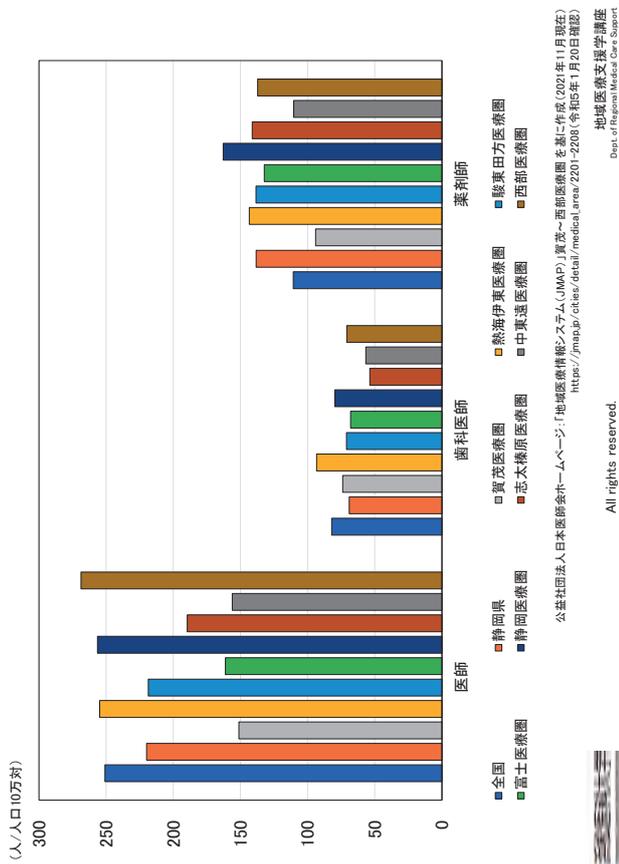
<https://www.mhlw.go.jp/content/000897683.pdf> (令和5年3月31日確認)

医療従事者の状況のまとめ

○その2：医師偏在指標

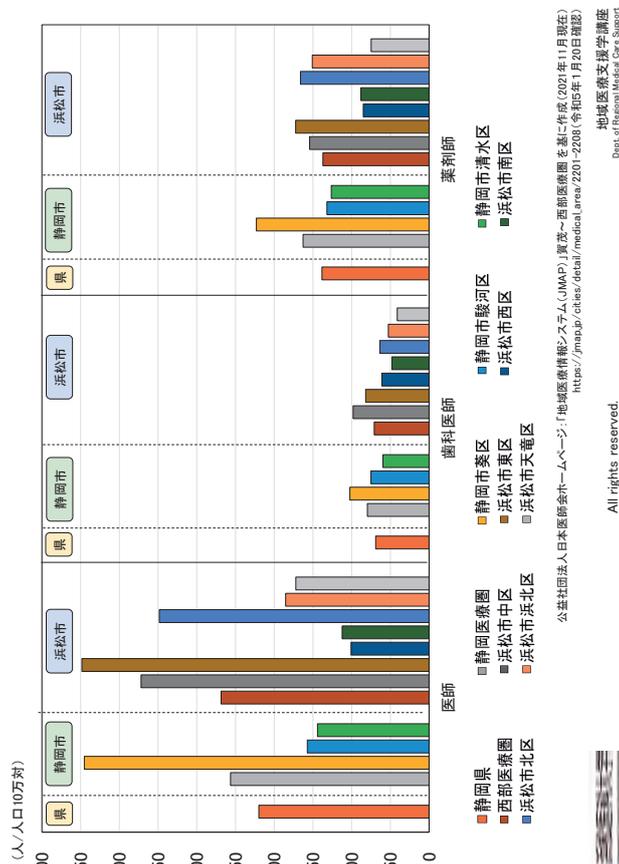
- ・医師数の指標としてよく用いられている人口当たり医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映していないことから、人口や人口構造の違いによる医療需要の地域差や変化、患者の流出入、へき地等の地理的条件といった受療側の要因や、医療施設従事医師の性別や年齢分布、地域・診療科の状況や入院・外来区分などの医療提供側の要因（いわゆる「5要素」）を反映させた「医師偏在指標」が令和元年度（2019年度）に算出され、都道府県は、この指標に基づいて二次医療圏ごとに目標医師数を設定した「医師確保計画」を策定している。
- ・今後は、医師の不足・偏在を示す指標として、既存の統計資料から算出しやすい人口対医師数と医師偏在の様々な要因を反映した医師偏在指標の特性を理解した上で、両者を組み合わせて活用することが重要である。
- ・医師偏在指標は、都道府県間あるいは同一都道府県内の医師多数区域から医師少数区域に医師を派遣することにより、医師の地域偏在を解消するための指標として算出されたが、本県では、東部・中部地域の医療施設には、西部地域よりも距離的に近い東京都（医師多数県）や神奈川県（医師中程度県）に主たる従事先のある医師が従たる従事先として従事している場合が多かった。また、中部地域の医療施設には、静岡医療圏と西部医療圏に主たる従事先のある医師が、西部地域の医療施設には、西部医療圏に主たる従事先のある医師が、それぞれ従たる従事先として従事している場合が多かった。
- ・大学病院や地域の基幹病院がある駿東田方医療圏、静岡医療圏、西部医療圏のうち、駿東田方医療圏と西部医療圏では、主たる従事先のある医師数が従たる従事先のある医師数を上回ったが、静岡医療圏では、従たる従事先が主たる従事先を上回り、医師多数区域であっても、医師の派遣先を受けている医療施設が多いことが明らかとなった。
- ・国は、医師確保計画を含む次期医療計画の作成に向けた新たな医師偏在指標について、従たる従事先のある医師は、主たる従事先を0.8人、従たる従事先を0.2人に按分して算出した速報値を都道府県に示した。本県では、現在3つある医師少数区域のうち、中東遠医療圏が中位となった。
- ・医師偏在指標の区分は、単に医師の地域偏在の指標を示すだけでなく、今回追加設定される「医師少数スポット」とともに、地域枠医師等の派遣先を決定する「キャリア形成プログラム」にも大きな影響があることから、引き続き国の動向を注視していくとともに、医師偏在指標の確定後も、本県における次期医療計画の作成や、医師確保対策への様々な影響を検討し、必要に応じてきめ細かく対応していくことが求められる

図2-52 医療従事者の状況(医師、歯科医師、薬剤師/全国・静岡県・二次医療圏別)



公益社団法人日本医師会ホームページ：「地域医療情報システム(JMAP)」賀茂～西部医療圏を基に作成(2022年11月現在)
<https://jmap.jp/ches/detail/medical/area/2201-2208>(令和5年1月20日確認)
 地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support
 All rights reserved.

図2-53 医療従事者の状況(医師、歯科医師、薬剤師/二次医療圏・指定都市別)



公益社団法人日本医師会ホームページ：「地域医療情報システム(JMAP)」賀茂～西部医療圏を基に作成(2022年11月現在)
<https://jmap.jp/ches/detail/medical/area/2201-2208>(令和5年1月20日確認)
 地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support
 All rights reserved.

表2-6 医療施設従事医師数の変化(実人数・人口10万対数/全国・静岡県・指定都市等(再掲)/2010-2020年)

医療施設従事医師数 (単位:人(比を除く))				
	2010年(A)	2020年(B)	差(B-A)	比(B/A)
全国	280,431	323,700	43,269	1.154
静岡県	6,883 (全国11位)	7,972 (全国11位)	1,089	1.158
静岡市(再掲)	1,514	1,751	237	1.157
浜松市(再掲)	1,908	2,238	330	1.173
指定都市以外の市町(再掲)	3,461	3,983	522	1.151

人口10万人当たり医療施設従事医師数 (単位:人(比を除く))				
	2010年(A)	2020年(B)	差(B-A)	比(B/A)
全国	219.0	256.6	37.6	1.172
静岡県	182.8 (全国40位)	219.4 (全国40位)	36.6	1.200
静岡市(再掲)	211.4	252.5	41.1	1.195
浜松市(再掲)	238.2	283.0	44.8	1.188
指定都市以外の市町(再掲)	154.0	185.3	31.4	1.204

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧:医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
 地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support
 All rights reserved.

表2-7 医療施設従事医師数の推移(人口10万対数/総数/静岡県-地域・医療圏別/2008~2020年)

地域	医療圏	2008年	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年
		(単位:人)						
東部	賀茂	118.3	120.7	133.8	145.0	148.8	156.9	164.6
	熱海伊東	234.9	219.7	216.3	238.8	211.8	224.9	227.7
	駿東田方	192.3	199.7	198.6	210.4	217.7	226.6	235.6
中部	富士	131.3	133.9	132.1	138.6	146.9	148.0	151.3
	地域計	172.9	176.4	175.7	186.7	191.2	198.0	204.5
	静岡	199.8	211.4	210.0	216.8	229.6	240.9	252.5
西部	志太榛原	135.0	133.1	146.5	154.8	155.3	164.6	176.3
	地域計	174.0	180.3	184.8	192.3	200.1	210.7	222.4
	中東遠	113.5	123.4	129.7	134.5	146.3	149.7	156.7
全県計	西部	219.4	228.1	235.1	240.6	244.9	260.1	270.4
	地域計	181.9	191.1	198.0	203.2	210.2	221.1	230.1
	全県計	176.4	182.8	186.5	193.9	200.8	210.2	219.4

※県内の医療施設を主たる従事先として開け出した医師数で、常勤・非常勤の合計数。

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧:医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
 地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support
 All rights reserved.

図2-58 静岡県内を従たる従事先とする医師の主たる従事先 (1)
(全国ブロック別構成割合/全県・地域別/2018年)

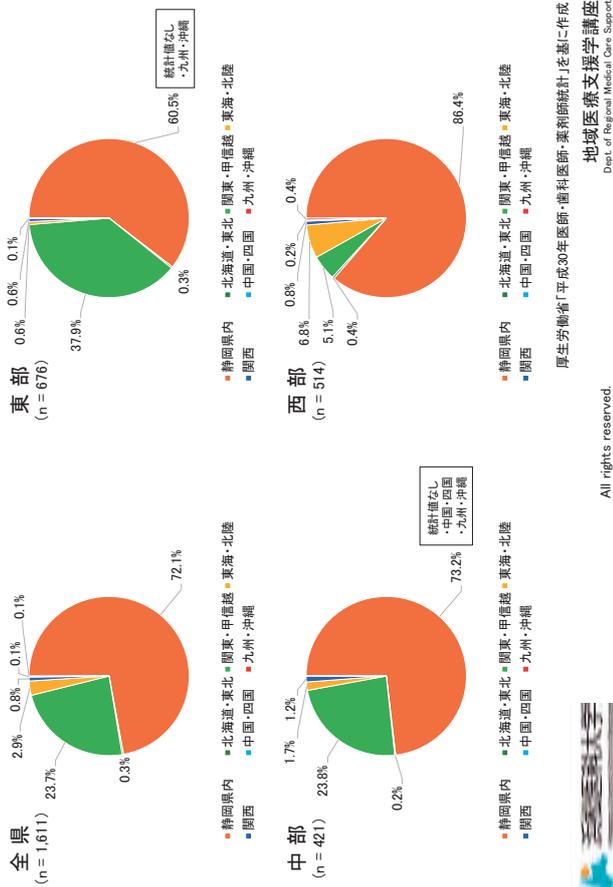


図2-60 静岡県内を従たる従事先とする医師の主たる従事先 (3)
(全県・地域別/主な都府県別構成割合(静岡県除く)/2018年)

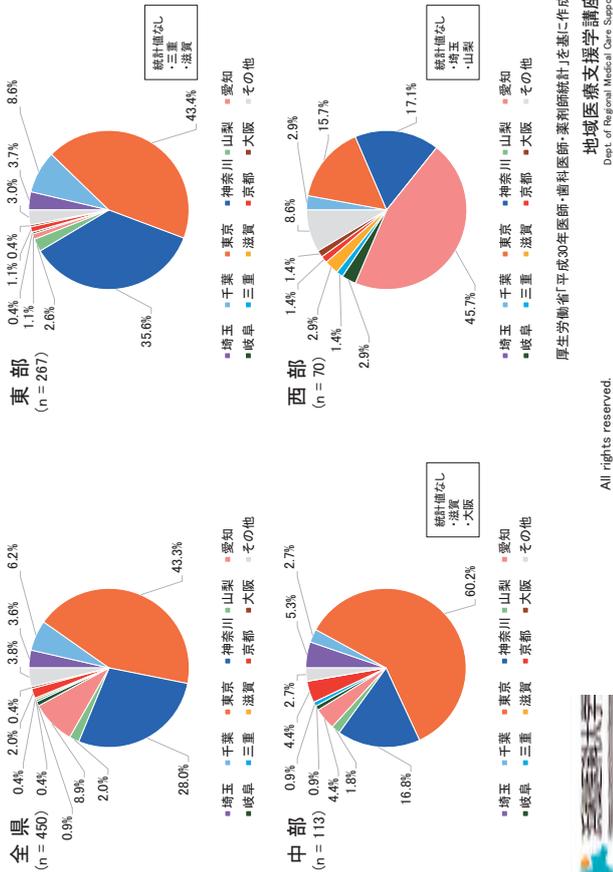


図2-59 静岡県内を従たる従事先とする医師の主たる従事先 (2)
(全国ブロック別構成割合/全県・地域別/2018年)

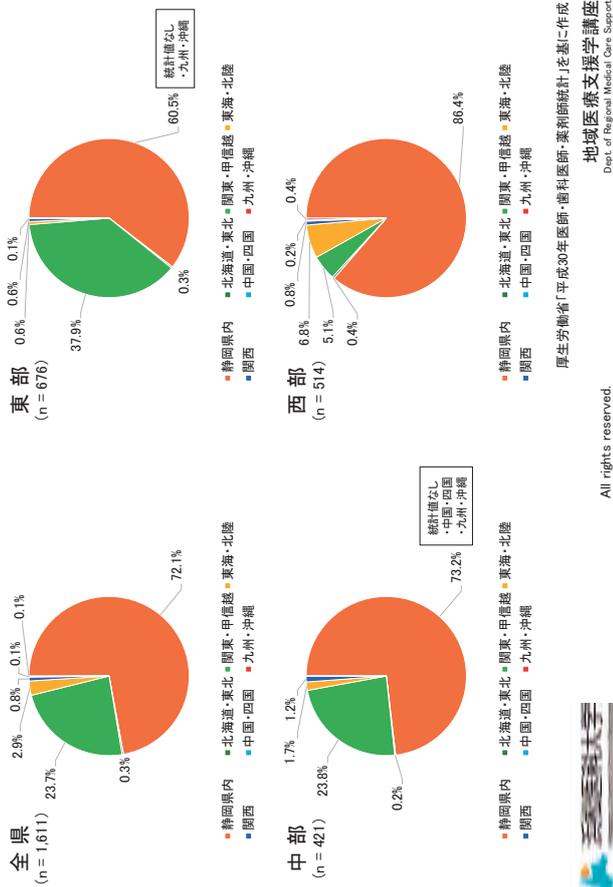


図2-61 静岡県内において複数の施設で従事する医師の状況 (1)
(主たる従事先: 全県・地域別/従たる従事先の二次医療圏別構成割合/2018年)

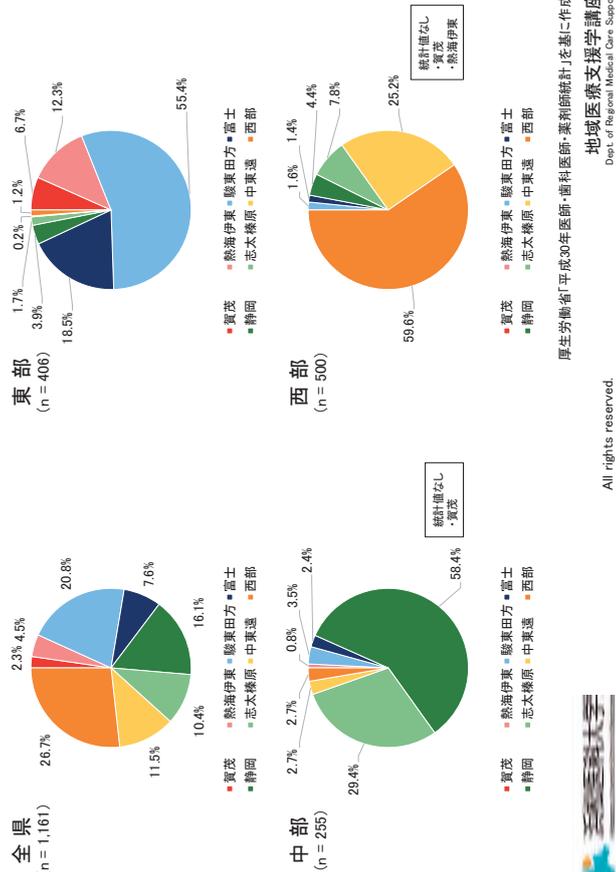
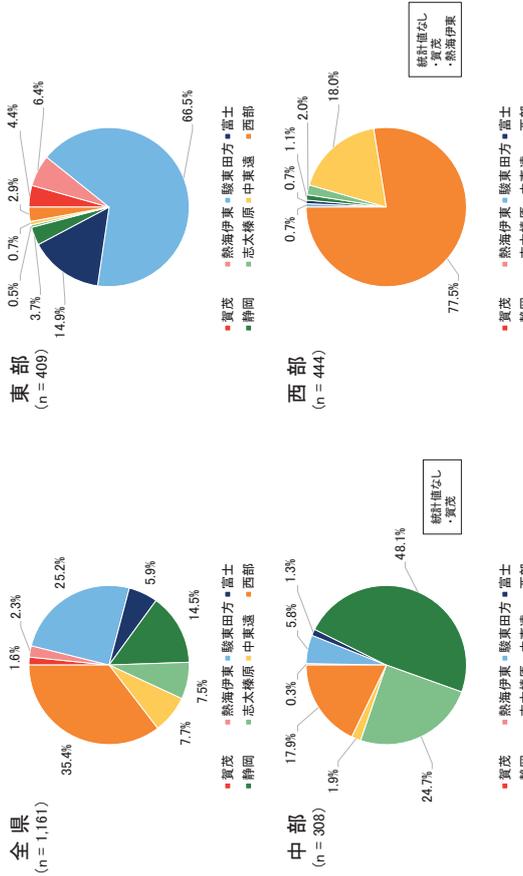


図2-62 静岡県内において複数の施設で従事する医師の状況(2)
(従たる従事先: 全県・地域別/主たる従事先の二次医療圏別構成割合(2018年))



厚生労働省「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

All rights reserved.

表2-9 静岡県内において複数の施設で従事する医師の状況(地域・二次医療圏別)

主たる従事先	従たる従事先					県計
	東部	中部	西部	中部	西部	
賀茂(医師少数区域)	13	0	0	0	0	18
熱海伊東	1	0	0	0	0	27
駿東田方	13	12	6	1	2	293
富士(医師少数区域)	0	6	55	3	0	68
静岡(医師多数区域)	0	2	8	137	3	168
志太榛原	0	0	1	12	64	87
中東遠(医師少数区域)	0	0	0	3	4	89
西部(医師多数区域)	0	0	8	20	35	411
県計	27	52	242	187	310	1,161

注)主たる従事先と従たる従事先の関係: ■同一の医療圏、□隣接する医療圏、□隣接していない医療圏で5人以上の場合(人数に下線あり)

厚生労働省「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

All rights reserved.

表2-10 主たる従事先と従たる従事先の内訳
主たる従事先と従たる従事先の内訳

- 主たる従事先が医師多数区域である医師の中で、最も多い従たる従事先は医師多数区域であった。
- 従たる従事先を医師少数区域とした医師の中で、最も多い主たる従事先は医師多数区域であった。

	従たる従事先				小計
	多数区域	中程度区域	少数区域	小計	
主たる従事先	13,196	9,418	4,474	27,088	
多数区域	3,314	1,411	685	5,410	
中程度区域	1,217	558	380	2,155	
少数区域	17,727	11,387	5,539	34,653	

※集計対象は、主たる従事先・従たる従事先とも医療施設であり、主たる従事先・従たる従事先の二次医療圏が異なる医師
※多数区域等の分類は旧医師偏在指標における分類を用いている

厚生労働省「第9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10月27日開催)資料1から抜粋
https://www.mhw.go.jp/content/00000000_001008008sp01.pdf(令和5年5月31日現在)

図2-63 従たる従事先の加味が医師偏在指標に与える影響
従たる従事先の加味が医師偏在指標に与える影響②

- 新たな医師偏在指標では、三師統計で従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出。
- 主たる従事先と従たる従事先の反映により、とりわけ医師多数区域において、医師偏在指標が減少(分子側である医師数が減少)する区域が多くなっている。



※少数区域等の分類は旧医師偏在指標における分類を用いている

主従反映前の医師偏在指標

厚生労働省「第9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10月27日開催)資料1から抜粋
https://www.mhw.go.jp/content/00000000_001008008sp01.pdf(令和5年5月31日現在)

図2-64 新たな医師偏在指標算出に当たったの留意点 新たな医師偏在指標算出にあたっての留意点

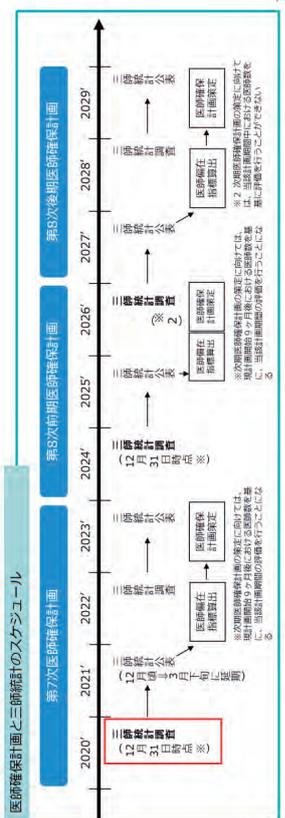
- ・医師偏在指標の算出にあたっては、下表のデータを用いるが、「労働時間比」及び「都道府県・二次医療圏の患者流出数」については、現時点で最新のデータを手当てできていないことから、現在の医師偏在指標の算定に用いた値と同じ値を用いて算出。
- ・また、新たな医師偏在指標では、三師統計で従たる従事先では0.2人と算出。
- ・現時点で示している新たな医師偏在指標は速報値であり、今後、最新の労働時間比や患者流出数の反映により変動することに留意が必要。

用いているデータ	出典	現在の医師偏在指標	新たな医師偏在指標
医師施設従事医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）	2016.12.31現在	2020.12.31現在
労働時間比	医師の勤務実態調査	2016.12	2022年内に入手予定
人口	住民基本台帳人口	2017.1.1現在	2021.1.1現在
患者数	患者調査	2017.9	2017.9
患者流出数	都道府県への調査	2019年実施	2022年11月実施予定

厚生労働省「第9回地域医療確保部会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10月27日開催）資料1から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/00000000/00104963.pdf>（令和4年9月3日確認）

図2-65 新旧医師偏在指標の比較に当たったの留意点 新旧医師偏在指標の比較にあたっての留意点

- ・2016（平成28）年12月末時点の医師数を用いた旧医師偏在指標と、2020（令和2）年12月末時点の医師数を用いた新たな医師偏在指標とを比較するものである。
- ・なお、2020年12月末は、現医師確保計画（2020～2023年度）の開始9ヶ月後であるため、これにより医師確保計画の効果を判定するものではない。
- ・また、新たな医師偏在指標では、三師統計で従たる従事先では0.2人と算出した。
- ・現時点で示している新たな医師偏在指標は速報値であり、今後、最新の労働時間比や患者流出数の反映により変動することがあり得る。



厚生労働省「第9回地域医療確保部会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10月27日開催）資料1から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/00000000/00104963.pdf>（令和4年9月3日確認）

図2-67 医師偏在指標の作成手続 医師偏在指標の作成手続

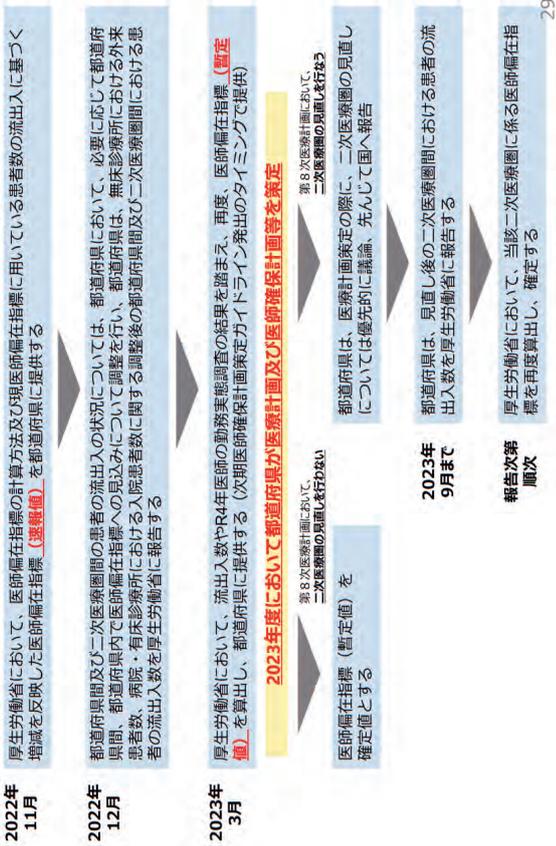


表2-11 新たな医師偏在指標（速報値）：全県・二次医療圏別/全国順位

領域	現行	今回（速報値）
賀茂	医師少数区域 (127.5 全国314位) 中位	医師少数区域 (140.3 全国307位) 中位
熱海伊東	(178.4 全国165位) 中位	(188.9 全国185位) 中位
駿東田方	(188.0 全国137位) 中位	(199.7 全国148位) 中位
富士	医師少数区域 (150.4 全国261位) 医師多数区域 (213.6 全国89位) 中位	医師少数区域 (155.3 全国275位) 医師多数区域 (234.0 全国86位) 中位
志太藤原	(167.4 全国204位) 中位	(190.5 全国183位) 中位
中東遠	医師少数区域 (160.8 全国227位) 医師多数区域 (239.1 全国67位)	医師少数区域 (175.8 全国223位) 医師多数区域 (258.1 全国69位)
西部	(239.1 全国67位)	(258.1 全国69位)

() 内、指標値及び全335医療圏における順位

(4) 地域における医療提供体制の現状と課題

ウ 医療従事者の状況

(ウ) 医療施設種類別医師数と勤務施設別医師偏在指標

○ 医療施設種類別医師数

医師偏在指標における医師少数県の一つである本県では、医療施設従事医師のうち、特に病院に従事する医師が少なく、地域における医療提供体制を構築する上で、高度専門医療や入院を要する救急患者への対応が課題とされてきた。(図 2-68)

本県の医療施設種類別医師数は、実人数では、病院・診療所・計ともに西部地域が最も多く、中部地域>東部地域の順で、人口 10 万対数では、病院・計は西部地域>中部地域>東部地域の順であるが、診療所は中部地域>西部地域>東部地域の順になっている。(表 2-13・14)

また、本県の推移をみると、直近の 12 年間で医療施設従事医師数全体が全県で 18.9% (人口 10 万対では 24.4%) 増加する中で、病院に従事する医師数に限ると 24.9% (同 30.6%) と大きく増加している。(表 2-13・14)

二次医療圏別では、実人数では、賀茂医療圏の診療所と熱海伊東医療圏の病院・診療所の医師数が減少しているが、人口 10 万対数では、熱海伊東医療圏のみ減少している。これは、前述のように、賀茂・熱海伊東医療圏では人口減少率が大きいことによるものと考えられる。(一方では、賀茂医療圏の病院の医師数(実人数)の増加に対して、人口対数の増加率が非常に高くなっている。)(表 2-15・16)

その他の二次医療圏では、賀茂医療圏以外の医師少数区域は、富士医療圏では、病院・診療所とも全県の増加率を下回った一方で、中東遠医療圏では、病院・診療所との全県を大きく上回っている。中位は、駿東田方医療圏では診療所の人口 10 万対数を除き全県を下回った一方で、志太榛原医療圏では病院・診療所とも実人数・人口 10 万対数のいずれも全県を上回っている。医師多数区域である静岡・西部の各二次医療圏では、病院は静岡医療圏では全県を上回って増加した一方で、西部医療圏の増加率は全県を下回った。また、診療所は静岡・西部医療圏ともに実人数は全県をやや上回ったが、人口対数ではほぼ全県並みであった。(表 2-15~20)

このように、全体としては東部地域の増加率が低く、二次医療圏別では志太榛原・中東遠の各医療圏の病院・診療所、静岡医療圏の病院で増加率が高い傾向にあった。

指定都市(静岡市・浜松市)では、各市とも区により医師数の増減の傾向が大きく異なり、中でも、浜松市天竜区のように全体が中山間地域である場合は病院・診療所とも医師数が大きく減少している。なお、静岡市葵区や浜松市北区のように、区全体では医師数の減少はみられないが、区内の中山間地域では住民の高齢化や過疎化の進行とともに医師の高齢化や医師数の減少が進み、医師の確保が困難な地区もあり、きめ細かい検討が必要である。(図 2-5 : P. 19, 表 2-21・22)

○ 勤務施設別医師指標（速報値）

国では、現行の医師偏在指標における課題への対応として、今回、勤務施設別医師偏在指標を算出し、参考資料として都道府県に提示している^{*27}。

それによれば、現行の医師少数区域である3つの二次医療圏（賀茂・富士・中東遠）はともに病院の医師少数区域（診療所は中位）となっている一方で、現行の医師多数区域である2つの二次医療圏（静岡・西部）は病院・診療所ともに医師多数区域となっている。（図 2-56, 表 2-23）

今後は、医療施設種類別医師数（実人数・人口10万対数）と併せて、新たな勤務施設別医師偏在指標も活用して、効果的な医師確保対策を立案・実施していくことが重要である。

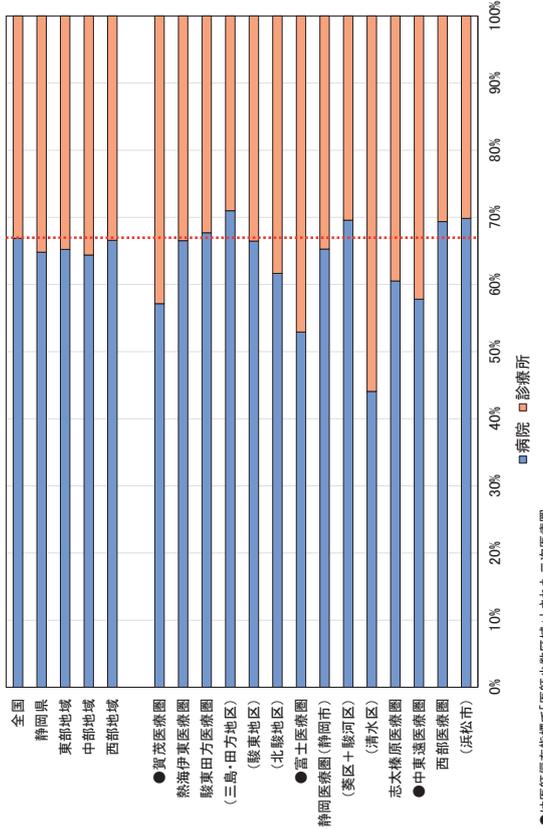
*27 医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数は、勤務実態（常勤・非常勤の別）に関係なく、原則主たる従事先の実人員が集計されている。一方で、勤務施設別医師偏在指標は、複数の医療施設への従事が届け出られている場合は、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人に按分され、勤務実態に近い指標となっている。

医療従事者の状況のまとめ

○その3：医療施設種類別医師数と勤務施設別医師偏在指標

- ・本県の医療施設種類別医師数は、実人数では、病院・診療所・計ともに西部地域が最も多く、中部地域＞東部地域の順で、人口10万対数では、病院・計は西部地域＞中部地域＞東部地域の順であるが、診療所は中部地域＞西部地域＞東部地域の順になっている。また、直近の12年間の推移は、医療施設従事医師数全体が全県で18.9%（人口10万対では24.4%）増加する中で、病院に従事する医師数に限ると24.9%（同30.6%）と大きく増加している。
- ・二次医療圏別では、全体として東部地域の増加率が低く、志太榛原・中東遠の各医療圏の病院・診療所、静岡医療圏の病院で増加率が高い傾向にあった。
- ・指定都市（静岡市・浜松市）では、区により医師数の増減が大きく異なり、特に中山間地域にある区では病院・診療所とも医師数が大きく減少していた。なお、区の一部に中間山間地域を含む場合は、区全体の傾向とは異なり、当該地域では医師の確保が困難な地区もあり、きめ細かい検討が必要である。
- ・今回、新たに勤務施設別医師偏在指標が国から参考資料として都道府県に提示されたが、現行の医師少数区域（賀茂・富士・中東遠の各医療圏）はともに病院の医師少数区域（診療所は中位）であり、現行の医師多数区域（静岡・西部の各医療圏）は病院・診療所ともに医師多数区域であった。今後は、医療施設種類別医師数と併せて、新たな勤務施設別医師偏在指標も活用して、効果的な医師確保対策を立案・実施していくことが重要である。

図2-68 医療施設従事医師の状況(施設種類・地域・医療圏別/令和2年)



厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

表2-13 医療施設従事医師数の推移(病院・診療所別/静岡県-地域別/2008~2020年)

施設種類	年											増減 (B)-(A)	差 (B)/(A)
	2008年 (A)	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年 (B)						
静岡県	病院	4,137	4,272	4,358	4,512	4,717	4,891	5,167	1,030	24.9%			
	診療所	2,565	2,611	2,609	2,673	2,687	2,799	2,805	240	9.4%			
	計	6,702	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690	7,972	1,270	18.9%			
東部地域	病院	1,314	1,343	1,332	1,378	1,405	1,460	1,527	213	16.2%			
	診療所	847	852	833	891	894	891	871	24	2.8%			
	計	2,161	2,195	2,165	2,269	2,299	2,351	2,398	237	11.0%			
中部地域	病院	1,247	1,294	1,327	1,396	1,475	1,508	1,626	379	30.4%			
	診療所	829	849	856	854	852	918	923	94	11.3%			
	計	2,076	2,143	2,183	2,250	2,327	2,426	2,549	473	22.8%			
西部地域	病院	1,576	1,635	1,699	1,738	1,837	1,923	2,014	438	27.8%			
	診療所	889	910	920	928	941	990	1,011	122	13.7%			
	計	2,465	2,545	2,619	2,666	2,778	2,913	3,025	560	22.7%			

※ 県内の医療施設を主たる従事先として届け出た医師数で、常勤・非常勤の合計数(常勤換算ではない)。
厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧 医師・歯科医師・薬剤師統計)」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

表2-14 医療施設従事医師数の推移(人口10万対:病院・診療所別/静岡県-地域別/2008~2020年)

施設種類	年											増減 (B)-(A)	差 (B)/(A)
	2008年 (A)	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年 (B)						
静岡県	病院	108.9	113.5	116.7	121.8	127.9	133.7	142.2	33.3	30.6%			
	診療所	67.5	69.3	69.9	72.1	72.9	76.5	77.2	9.7	14.4%			
	計	176.4	182.8	186.5	193.9	200.8	210.2	219.4	43.1	24.4%			
東部地域	病院	105.1	107.9	108.1	113.4	116.8	122.9	130.2	25.1	23.9%			
	診療所	67.8	68.5	67.6	73.3	74.3	75.0	74.3	6.5	9.6%			
	計	172.9	176.4	175.7	186.7	191.2	198.0	204.5	31.6	18.3%			
中部地域	病院	104.5	108.9	112.3	119.3	126.9	130.9	141.9	37.4	35.7%			
	診療所	69.5	71.4	72.5	73.0	73.3	79.7	80.5	11.1	15.9%			
	計	174.0	180.3	184.8	192.3	200.1	210.7	222.4	48.4	27.8%			
西部地域	病院	116.3	122.7	128.4	132.5	139.0	146.0	153.2	36.9	31.8%			
	診療所	65.6	68.3	69.5	70.7	71.2	75.2	76.9	11.3	17.2%			
	計	181.9	191.1	198.0	203.2	210.2	221.1	230.1	48.2	26.5%			

※ 県内の医療施設を主たる従事先として届け出た医師数で、常勤・非常勤の合計数(常勤換算ではない)。
※ 増減の項は、全国における病院・診療所の合計と対比が一般的でない場合がある。
厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧 医師・歯科医師・薬剤師統計)」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

表2-15 医療施設従事医師数の推移(病院・診療所別/静岡県-東部地域-医療圏別/2008~2020年)

施設種類	年											増減 (B)-(A)	差 (B)/(A)
	2008年 (A)	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年 (B)						
静岡県	病院	4,137	4,272	4,358	4,512	4,717	4,891	5,167	1,030	24.9%			
	診療所	2,565	2,611	2,609	2,673	2,687	2,799	2,805	240	9.4%			
	計	6,702	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690	7,972	1,270	18.9%			
東部地域	病院	1,314	1,343	1,332	1,378	1,405	1,460	1,527	213	16.2%			
	診療所	847	852	833	891	894	891	871	24	2.8%			
	計	2,161	2,195	2,165	2,269	2,299	2,351	2,398	237	11.0%			
真茂医療圏	病院	40	38	44	51	51	55	56	16	40.0%			
	診療所	49	51	51	48	46	43	42	7	14.3%			
	計	89	89	95	99	97	98	98	9	10.1%			
熱海伊東医療圏	病院	174	151	151	163	142	156	151	23	▲13.2%			
	診療所	89	93	85	92	80	75	76	▲13	▲14.6%			
	計	263	244	236	255	222	231	227	▲36	▲13.7%			
駿東田方医療圏	病院	856	902	888	911	936	966	1,021	165	19.3%			
	診療所	447	443	438	475	489	501	487	40	8.9%			
	計	1,303	1,345	1,326	1,386	1,425	1,467	1,508	205	15.7%			
富士医療圏	病院	244	252	249	253	276	283	299	55	22.5%			
	診療所	262	265	259	276	279	272	266	4	1.5%			
	計	506	517	508	529	555	555	565	59	11.7%			

※ 県内の医療施設を主たる従事先として届け出た医師数で、常勤・非常勤の合計数(常勤換算ではない)。
厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧 医師・歯科医師・薬剤師統計)」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

表2-16 医療施設従事医師数の推移(人口10万対:病院・診療所別/静岡県・東部地域-医療圏別/2008~2020年)
(単位:人)

施設種類	2008年(A)	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年(B)	差(B)-(A)	増減(B)/(A)
静岡県	1089	1135	1167	1218	1279	1337	1422	333	30.6%
病院	67.5	69.3	69.9	72.1	72.9	76.5	77.2	9.7	14.4%
診療所	1021.5	1065.7	1097.1	1145.9	1206.1	1260.5	1344.8	423.3	24.4%
計	176.4	182.8	186.5	193.9	200.8	210.2	219.4	43.1	24.4%
東部地域	1051	1079	1081	1134	1168	1229	1302	251	23.9%
病院	67.8	68.5	67.6	73.3	74.3	75.0	74.3	6.5	9.6%
診療所	983.2	1010.5	1013.4	1060.7	1093.7	1154.0	1227.7	344.5	23.9%
計	172.9	176.4	175.7	186.7	191.2	198.0	204.5	31.6	18.3%
病院	53.1	51.6	62.0	74.7	78.2	88.1	94.0	40.9	77.0%
診療所	65.1	69.2	71.8	70.3	70.6	68.9	70.5	5.4	8.3%
計	118.3	120.7	133.8	145.0	148.8	156.9	164.5	46.3	39.2%
熱海伊東医療圏	155.4	136.0	138.4	152.6	135.5	151.9	151.5	▲ 4.0	▲ 2.5%
病院	79.5	83.7	77.9	86.1	76.3	73.0	76.2	▲ 3.3	▲ 4.1%
診療所	75.9	52.3	60.5	66.5	59.2	78.9	75.3	▲ 2.6	▲ 3.1%
計	234.9	219.7	216.3	238.8	211.8	224.9	227.7	▲ 7.2	▲ 3.1%
病院	126.4	133.9	133.0	138.3	143.0	149.2	159.5	33.2	26.2%
診療所	66.0	65.8	65.6	72.1	74.7	71.4	76.1	10.1	15.3%
計	192.3	199.7	198.6	210.4	217.7	226.6	235.6	43.3	22.5%
病院	63.3	65.3	64.7	66.3	73.0	75.5	80.1	16.8	26.5%
診療所	66.0	66.6	67.3	72.3	73.8	72.5	71.2	3.2	4.8%
計	131.3	131.9	132.1	138.6	146.9	148.0	151.3	20.0	15.2%

※ 県内の医療施設を主たる従事先として届け出た医師数で、常勤・非常勤の合計数(常勤換算ではない)。
※ 複数処置の関係から、病院と診療所の合計と計が一致しない場合がある。



厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧 医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
All rights reserved.

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

表2-17 医療施設従事医師数の推移(病院・診療所別/静岡県-中部地域-医療圏別/2008~2020年)
(単位:人)

施設種類	2008年(A)	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年(B)	差(B)-(A)	増減(B)/(A)
静岡県	4137	4272	4358	4512	4717	4891	5167	1030	24.9%
病院	2565	2611	2609	2673	2687	2799	2805	240	9.4%
診療所	1572	1661	1749	1839	2030	2092	2362	795	24.9%
計	6702	6893	6967	7185	7404	7690	7972	1270	18.9%
中部地域	1247	1294	1327	1396	1475	1508	1626	379	30.4%
病院	829	849	856	854	852	918	923	94	11.3%
診療所	418	445	471	542	623	590	703	285	22.8%
計	2076	2143	2183	2250	2327	2426	2549	473	22.8%
病院	885	941	937	982	1046	1068	1143	258	29.2%
診療所	551	573	559	550	565	607	608	57	10.3%
計	1436	1514	1496	1532	1611	1675	1751	315	21.9%
志木橋原医療圏	362	353	390	414	429	440	483	121	33.4%
病院	278	276	297	304	287	311	315	37	13.3%
診療所	84	77	93	110	142	129	168	84	24.7%
計	640	629	687	718	716	751	798	158	24.7%

※ 県内の医療施設を主たる従事先として届け出た医師数で、常勤・非常勤の合計数(常勤換算ではない)。



厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧 医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
All rights reserved.

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

表2-18 医療施設従事医師数の推移(人口10万対:病院・診療所別/静岡県-中部地域-医療圏別/2008~2020年)
(単位:人)

施設種類	2008年(A)	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年(B)	差(B)-(A)	増減(B)/(A)
静岡県	108.9	113.5	116.7	121.8	127.9	133.7	142.2	33.3	30.6%
病院	67.5	69.3	69.9	72.1	72.9	76.5	77.2	9.7	14.4%
診療所	41.4	44.2	46.8	49.7	55.0	57.2	65.0	23.5	24.4%
計	176.4	182.8	186.5	193.9	200.8	210.2	219.4	43.1	24.4%
中部地域	104.5	108.9	112.3	119.3	126.9	130.9	141.9	37.4	35.7%
病院	69.5	71.4	72.5	73.0	73.3	79.7	80.5	11.1	15.9%
診療所	35.0	37.5	39.8	46.3	53.6	51.2	61.4	26.9	27.8%
計	174.0	180.3	184.8	192.3	200.1	210.7	222.4	48.4	27.8%
静岡県医療圏	123.1	131.4	131.5	139.0	149.0	153.6	164.8	41.7	33.9%
病院	76.7	80.0	78.5	77.8	80.5	87.3	87.7	11.0	14.4%
診療所	46.4	51.4	53.3	61.2	68.5	66.3	77.1	30.7	26.4%
計	199.8	211.4	210.0	216.8	229.6	240.9	252.5	52.7	26.4%
志木橋原医療圏	76.3	74.7	83.2	89.3	93.1	96.4	106.7	30.4	39.8%
病院	58.6	58.4	63.3	65.5	62.3	68.2	69.6	11.0	18.7%
診療所	17.7	16.3	20.0	23.8	30.8	28.2	37.1	19.4	30.6%
計	135.0	133.1	146.5	154.8	155.3	164.6	176.3	41.4	30.6%

※ 県内の医療施設を主たる従事先として届け出た医師数で、常勤・非常勤の合計数(常勤換算ではない)。
※ 複数処置の関係から、病院と診療所の合計と計が一致しない場合がある。



厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧 医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
All rights reserved.

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

表2-19 医療施設従事医師数の推移(病院・診療所別/静岡県-西部地域-医療圏別/2008~2020年)
(単位:人)

施設種類	2008年(A)	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年(B)	差(B)-(A)	増減(B)/(A)
静岡県	4137	4272	4358	4512	4717	4891	5167	1030	24.9%
病院	2565	2611	2609	2673	2687	2799	2805	240	9.4%
診療所	1572	1661	1749	1839	2030	2092	2362	795	24.9%
計	6702	6893	6967	7185	7404	7690	7972	1270	18.9%
西部地域	1576	1635	1699	1738	1837	1923	2014	438	27.8%
病院	889	910	920	928	941	990	1011	122	13.7%
診療所	687	725	779	810	896	933	1003	316	22.7%
計	2465	2545	2619	2666	2778	2913	3025	560	22.7%
病院	287	317	338	360	393	394	422	135	47.0%
診療所	258	284	267	261	288	302	308	50	19.4%
計	545	581	605	621	681	696	730	185	33.9%
志木橋原医療圏	1289	1318	1361	1378	1444	1529	1592	303	23.5%
病院	631	646	653	667	653	688	703	72	11.4%
診療所	658	672	708	711	791	841	889	231	19.5%
計	1920	1964	2014	2045	2097	2217	2295	375	19.5%

※ 県内の医療施設を主たる従事先として届け出た医師数で、常勤・非常勤の合計数(常勤換算ではない)。



厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧 医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
All rights reserved.

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

表2-20 医療施設従事医師数の推移(人口10万対:病院・診療所別/静岡県-西部地域-医療圏別/2008~2020年)
(単位:人)

施設種類	2008年 (A)	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年 (B)	差 (B)-(A)	増減 (B)/(A)
静岡県	病院	108.9	113.5	116.7	121.8	127.9	142.2	33.3	30.6%
	診療所	67.5	69.3	69.9	72.1	72.9	77.2	9.7	14.4%
	計	176.4	182.8	186.5	193.9	200.8	219.4	43.1	24.4%
西部地域	病院	1,576	1,635	1,699	1,738	1,837	2,014	438	27.8%
	診療所	889	910	920	928	941	1,011	122	13.7%
	計	2,465	2,545	2,619	2,666	2,778	3,025	560	22.7%
中東遠 医療圏	病院	59.8	67.3	72.4	78.0	84.5	90.6	30.8	51.6%
	診療所	53.7	56.0	57.2	56.5	61.9	66.1	12.4	23.0%
	計	113.5	123.4	129.7	134.5	146.3	156.7	43.2	38.1%
西部医療圏	病院	147.3	153.1	158.9	162.1	168.6	187.6	40.3	27.4%
	診療所	72.1	75.0	76.2	78.5	76.3	82.8	10.7	14.9%
	計	219.4	228.1	235.1	240.6	244.9	270.4	51.0	23.3%

※ 県内の医療施設を主たる従事先として届け出た医師数で、常勤・非常勤の合計数(増減換算ではない)。
 ※ 増減率の算出に際し、病院と診療所の合計とが一致しない場合がある。
 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧 医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
 地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support
 All rights reserved.

表2-21 医療施設従事医師数の推移(病院・診療所別/静岡県医療圏・静岡市-区別/2008~2020年)
(単位:人、%)

施設種類	2008年 (A)	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年 (B)	差 (B)-(A)	増減 (B)/(A)-1	
静岡医療圏 (静岡市全域)	病院	885	941	937	982	1,046	1,143	258	29.2%	
	診療所	551	573	559	550	565	608	57	10.3%	
	計	1,436	1,514	1,496	1,532	1,611	1,751	315	21.9%	
葵区	病院	611	678	682	726	773	794	844	233	38.1%
	診療所	233	237	239	235	239	258	251	18	7.7%
	計	844	915	921	961	1,012	1,052	1,095	251	29.7%
駿河区	病院	132	143	140	140	150	151	169	37	28.0%
	診療所	147	160	152	153	164	184	192	45	30.6%
	計	279	303	292	293	314	335	361	82	29.4%
清水区	病院	142	120	115	116	123	123	130	▲12	▲8.5%
	診療所	171	176	168	162	162	165	165	▲6	▲3.5%
	計	313	296	283	278	285	288	295	▲18	▲5.8%

※ 県内の医療施設を主たる従事先として届け出た医師数で、常勤・非常勤の合計数。
 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧 医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
 地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support
 All rights reserved.

表2-22 医療施設従事医師数の推移(病院・診療所別/浜松市-区別/2008~2020年)
(単位:人、%)

施設種類	2008年 (A)	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年 (B)	差 (B)-(A)	増減 (B)/(A)-1	
浜松市全域	病院	1,267	1,293	1,334	1,347	1,416	1,498	231	23.4%	
	診療所	603	615	622	639	624	660	57	9.5%	
	計	1,870	1,908	1,956	1,986	2,040	2,158	288	15.4%	
中区	病院	456	475	475	507	520	537	575	19.1%	
	診療所	242	250	256	276	265	272	267	10.3%	
	計	698	725	731	783	785	809	842	14.4%	
東区	病院	462	461	474	457	477	552	572	11.0%	
	診療所	82	87	80	83	82	89	92	10.2%	
	計	544	548	554	540	559	641	664	12.0%	
西区	病院	30	30	27	38	44	34	27	▲10.0%	
	診療所	68	70	69	70	65	73	80	12.1%	
	計	98	100	96	108	109	107	111	9.2%	
南区	病院	19	20	38	43	54	48	54	35	184.2%
	診療所	58	56	55	54	53	54	55	▲3	▲5.2%
	計	77	76	93	97	107	102	109	32	41.6%
北区	病院	199	203	207	188	204	204	212	13	6.5%
	診療所	72	71	82	77	77	86	93	21	29.2%
	計	271	274	289	265	281	290	305	34	12.5%
浜北区	病院	89	94	101	105	110	115	116	27	30.3%
	診療所	54	55	52	52	59	62	67	13	24.1%
	計	143	149	153	157	169	177	183	40	28.0%
天竜区	病院	12	10	12	9	7	88	7	▲5	▲41.7%
	診療所	27	26	28	27	23	24	21	▲6	▲22.2%
	計	39	36	40	36	30	32	28	▲11	▲28.2%

※ 県内の医療施設を主たる従事先として届け出た医師数で、常勤・非常勤の合計数。
 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧 医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
 地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support
 All rights reserved.

表2-23 新たな医師偏在指標(速報値;全県・二次医療圏-病院・診療所別)
新たな勤務施設別医師偏在指標(速報値)

二次医療圏	医師偏在指標 (病院のみ)	医師偏在指標 (診療所のみ)
賀茂	81.1 (医師少数区域)	60.5
熱海伊東	129.9	58.9
駿東田方	133.9	64.9
富士	92.1 (医師少数区域)	62.6
静岡	158.6 (医師多数区域)	74.7 (医師多数区域)
志太榛原	130.6	60.7
中東遠	113.3 (医師少数区域)	62.5
西部	186.5 (医師多数区域)	70.8 (医師多数区域)

静岡県健康福祉部:「令和4年度第4回静岡県医師偏在対策協議会医師偏在調査」(令和5年3月2日開催)協議事項5 資料 から抜粋

(4) 地域における医療提供体制の現状と課題

ウ 医療従事者の状況

(イ) 女性医師の増加と医師の働き方改革・医師需給推計

○ 女性医師の増加

医師数を表す代表的な統計である「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」（以下、三師統計）によれば、本県の医療施設（病院・診療所）に従事する医師は、平成22年（2010年）から令和2年（2020年）までの直近の10年間で15.8%増えた。（図2-69）

性・年齢階級別では、50代後半から70代前半の男性医師と40代以上の女性医師、29歳以下の男性・女性医師の増加が目立つが、30代では女性医師は横ばいでも男性医師は後半で減少し、40代では女性医師が100人近く増えた半面、男性医師ではほぼ同数が減少している。（図2-70）

また、三師統計の主な集計では勤務形態（常勤・非常勤）や診療科を問わないため、実際のマンパワー（労働時間）を反映した人数（常勤換算数）ではない（表2-24・25）ことを考慮すると、本県の地域医療は、浜松医科大学を含む新設医大が全国の無医大県に設置され、医学部定員が大きく増加した時期に医師となった65歳前後の男性医師が医療現場を支える中で（注：女性医師も増加したが、この年代では男性医師が絶対多数を占めている。）、その後の年代では女性医師の比率が急速に増加した結果（図2-71）、中堅クラスで減少した男性医師、あるいは家庭の事情などで勤務に制約のある女性医師（図2-72～76）のマンパワーを補っている状態にあると考えられる。

なお、三師統計では、29歳以下の医師が男性・女性とも増加しているが、これは全国の医学部への地域枠設置による臨時定員増（図2-77）や、本県の医学修学研修資金貸与事業などによる臨床研修医の増加（図2-78）によるもの（臨床研修医のマッチャー数は、10年間で191人増加。）で、臨床研修修了後の県外流出が本県の医師確保における大きな課題となっている。

○ 医師の働き方改革・医師需給推計

このような中で、労働基準法の改正に伴う令和6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て、令和3年5月28日に、「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（医療法等改正法）」が公布された。（図2-79）

病院常勤勤務医の長時間労働（図2-80）の改善を図るためには、医師に対する様々な取組だけでなく、タスク・シフト/シェアの推進による医療関係職種の業務範囲の見直しによる医療機関全体での取組が求められている。（図2-81）

また、病院に限らず、地域の初期救急医療を担う休日夜間急患センターを含む一

般診療所など、地域の医療機関には大学や地域の基幹病院等から多くの医師が非常勤医師として派遣されて地域医療を支えている（図 2-82）が、時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用に伴い、救急医療や周産期医療などの勤務環境が厳しい部門や診療科を中心に、地域の医療提供体制への影響が懸念されている。

一方で、平成 20 年度（2008 年度）以降、医学部入学定員が過去最大規模まで増員され、今後も医師数の増加が見込まれる（図 2-77）中で、病院常勤勤務医の長時間労働（図 2-80）を週 60 時間程度に制限することなどにより、令和 5 年度（2023 年度）医学部入学者が医師となる令和 11 年（2029 年）頃に医師需給が均衡すると推計されている。（図 2-83）

今年度末から 17 年後の 2040 年には、現在臨床・専門研修中の若手医師は 40 代前半となるが、令和 2 年（2020 年）の三師統計では県内の 49 歳以下の医師の 1 / 4、29 歳以下の 3 割は女性医師（図 2-71）であり、2040 年には県内の 65 歳未満の医師の 1 / 4、49 歳以下では 3 割近くが女性医師となることが見込まれる。

このような状況では、現在のような男性優位の世代のベテラン医師によるマンパワーの確保は見込めないことから、勤務環境の改善などにより、女性医師の就業率・常勤比率の向上を図りつつ男性医師の負担を軽減することで、男女間の労働力格差を縮小し、医師全体としてマンパワーを確保・最大化していく必要がある。

医療従事者の状況のまとめ

○その 4：女性医師の増加と医師の働き方改革

- ・本県の医療施設従事医師数は直近の 10 年間で 15.8%増加した。そのうち、49 歳以下の 1 / 4、29 歳以下の 3 割を女性医師が占めている。
- ・性・年齢階級別医療施設従事医師数からは、60 代で大きく増加した男性医師が、30～40 代で減少した男性医師や同年代で勤務に制約のある女性医師のマンパワーを補っている状況にあると考えられる。
- ・令和 3 年（2021 年）5 月に公布された医療法等改正法に伴い、令和 6 年（2024 年）4 月からの医師の時間外労働上限規制と健康確保措置の適用に対応するため、個々の医療機関での取組が求められているが、大学や地域の基幹病院等からの医師の派遣に支えられている地域の医療提供体制への影響も懸念されている。
- ・一定の仮定の下で、令和 5 年度（2023 年度）医学部入学者が医師となる令和 11 年（2029 年）頃に医師需給が均衡すると推計されているが、今後は現在のような世代間を通じたマンパワーの確保は見込めなくなることから、勤務環境の改善などにより、男性医師と女性医師の労働力格差を縮小し、医師全体のマンパワーを確保・最大化していく必要がある。

(オ) 看護職員

本県で就業している看護職員数（看護師数と准看護師数の合計；以下、看護職員数）は、平成22年（2010年）の3万3千人余から令和2年（2020年）の4万人余へと、直近の10年間に実人数で21.0%（常勤換算で19.7%）増加し、ともに全国を上回る増加率を示した。人口10万対数でみると、平成22年（2010年）・令和2年（2020年）ともに、実人数・常勤換算は全国を大きく下回っていたが、増加率では実人数・常勤換算ともに全国を上回っており、都道府県順位（多い方から41位）に変化はなかったが、直近の10年間で、看護職員数（人口10万対数；常勤換算）は全国の84.8%から88.7%まで増加していた。（表2-26）

看護職員の常勤率は、直近10年間の前後とも約9割で、全国をわずかに下回ったがほぼ同レベルであった。また、看護職員全体に占める看護師比率（常勤換算ベース）では、いずれも全国を上回っていた。（表2-26）

これらの結果から、本県の看護職員数は、人口10万対数では全国を下回っているが、直近10年間の増加率は全国を上回っているほか、常勤率も全国レベルの約9割で推移し、看護師比率では全国を上回る水準で増加していることから、医療の質の向上につながる看護職員の確保が進んでいることが明らかとなった。

一方で、本県では、2025年の地域医療構想実現時の看護職員需要数が地域医療構想策定時（2016年時点）の看護職員数を上回り、今後も看護職員数の不足が続くことが見込まれている。（図2-84）

また、医療従事者、特に医師の働き方改革の推進に伴い、医療従事者間におけるタスク・シフト/シェアの促進が求められている（図2-79・81）ことから、特定行為研修制度（図2-85）も有効に活用しながら、引き続き、質の高い看護職員の確保を図っていく必要がある。

医療従事者の状況のまとめ

○その5：看護職員

- ・本県の就業看護職員数は、直近の10年間に実人数・人口10万対数ともに全国を上回る増加率を示したが、人口10万対数の都道府県順位は41位で変化はなかった。
- ・看護職員の常勤率は全国レベルの約9割で推移し、看護師比率では全国を上回る水準で増加しており、医療の質の向上につながる看護職員の確保が進んでいた。
- ・一方で、2025年の看護職員需要数が地域医療構想策定時（2016年時点）の看護職員数を上回ることから、今後も看護職員数の不足が続くことが見込まれている。
- ・医療従事者、特に医師の働き方改革の推進に伴い、医療従事者間におけるタスク・シフト/シェアの促進が求められていることから、特定行為研修制度等も活用しながら、引き続き、質の高い看護職員の確保を図っていく必要がある。

図2-71 医療施設従事医師に占める女性医師構成割合の推移(年齢階級別/全国・静岡県/2008～2020年)

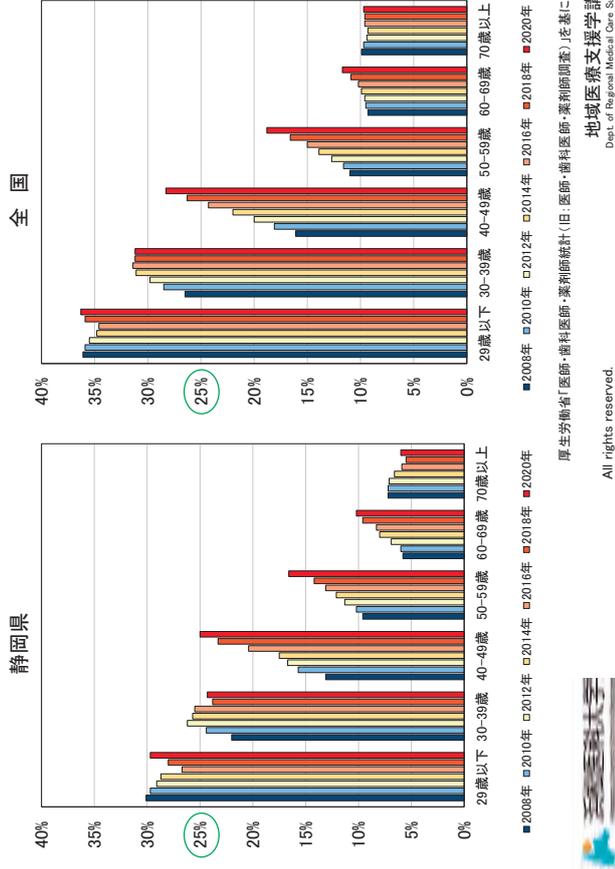


図2-73 診療科別生残率(男性)

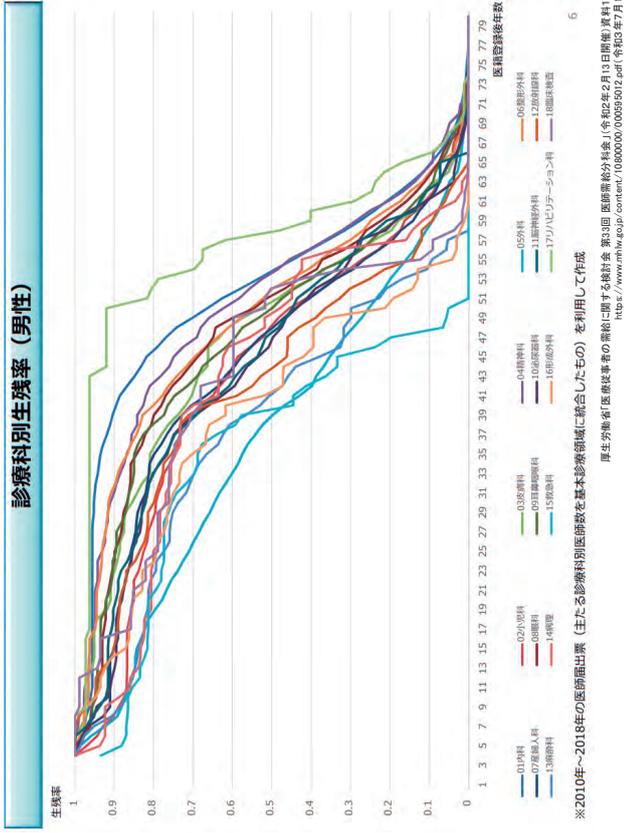


図2-72 医籍登録後年数別の就業率(性別)

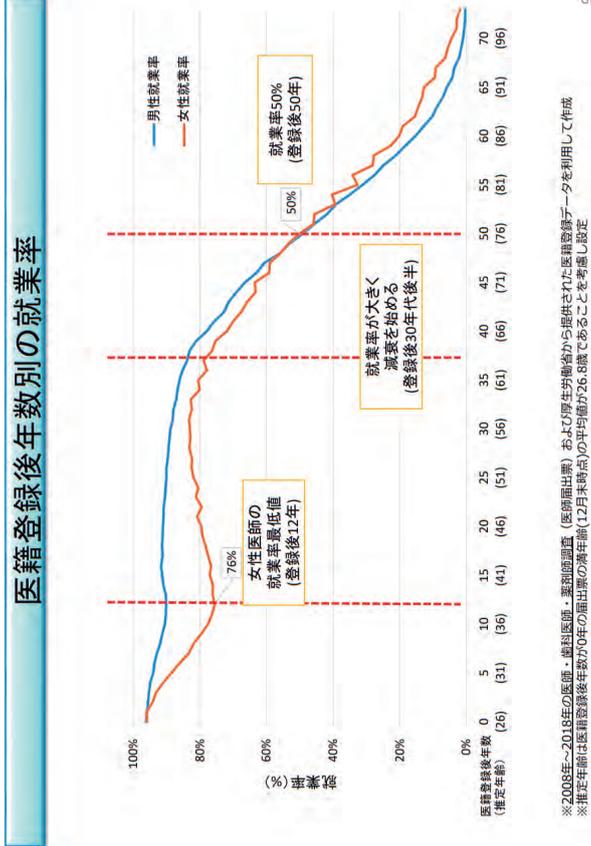


図2-74 診療科別生残率(女性)

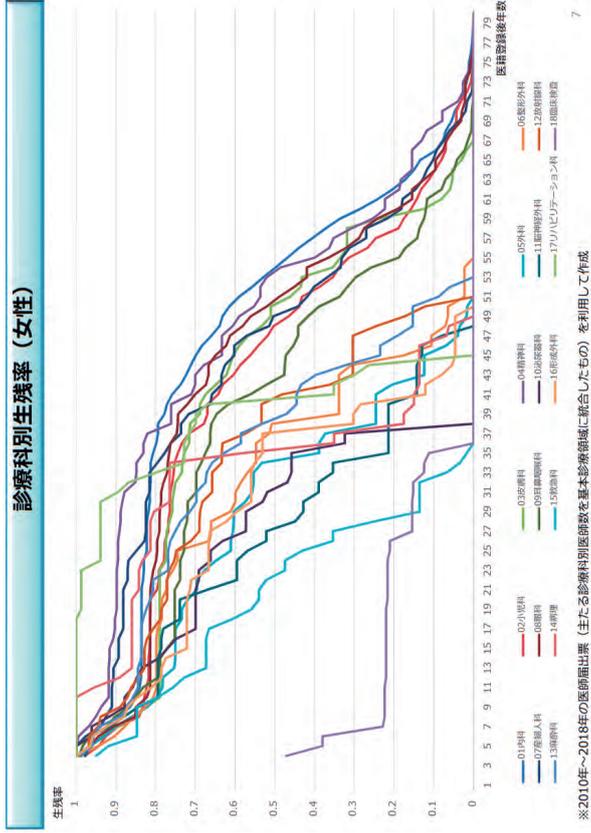


図2-75 診療科別生残率(男性・病院勤務医)

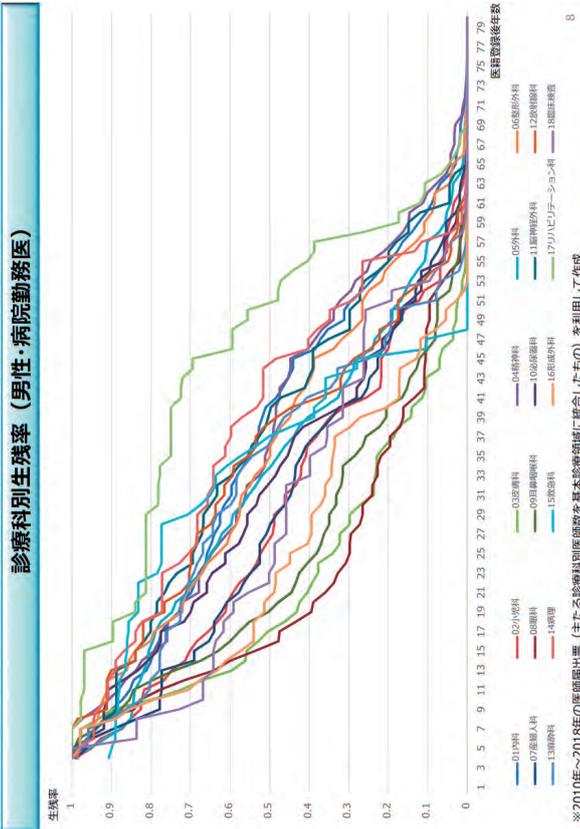


図2-76 診療科別生残率(女性・病院勤務医)

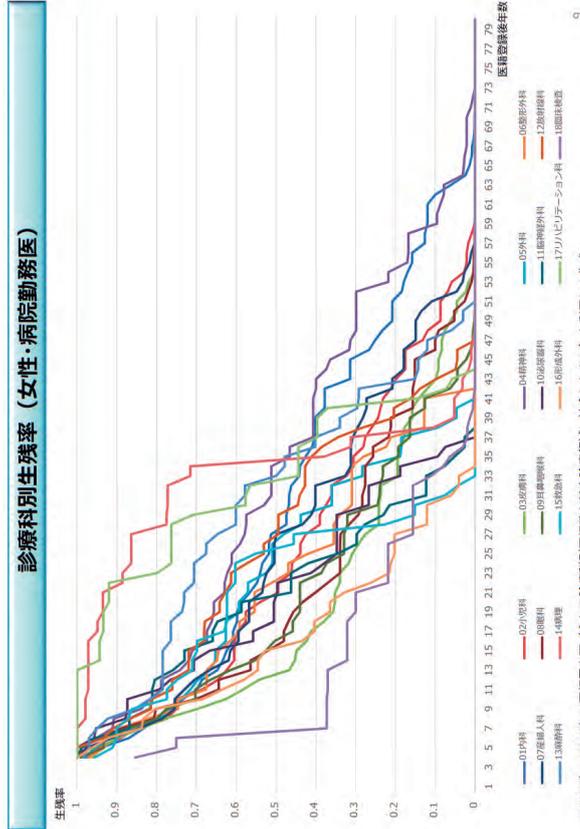


図2-77 医学部入学定員と地域枠の年次推移

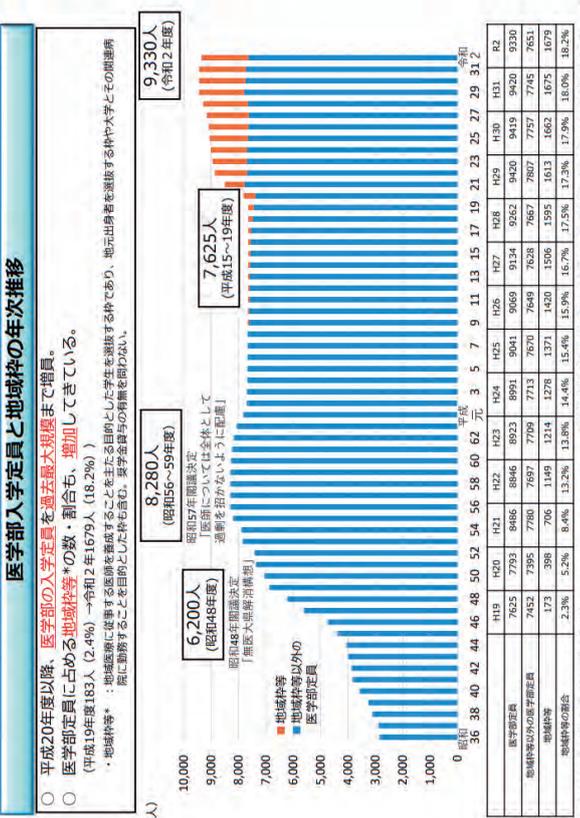


図2-78 医学修学研修資金貸与事業と医学部入学定員(地域枠)の状況

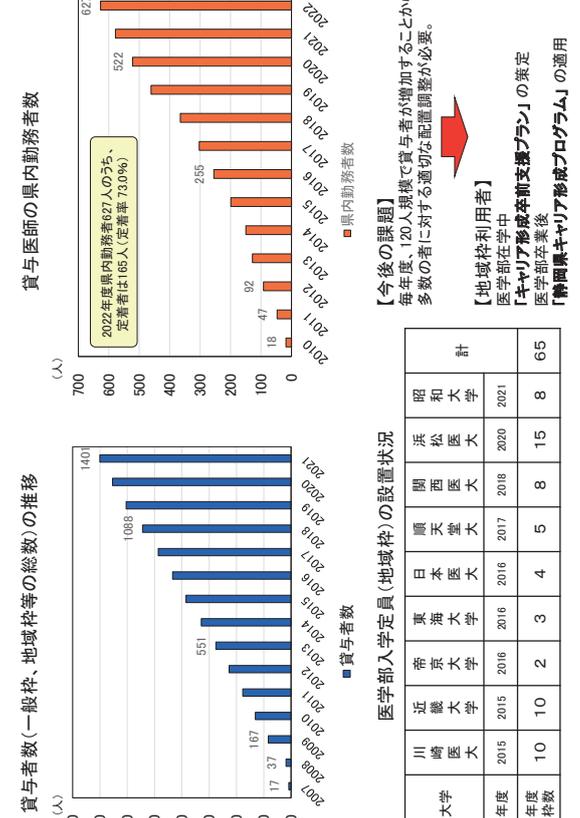


図2-83 令和2年度 医師の需給推計

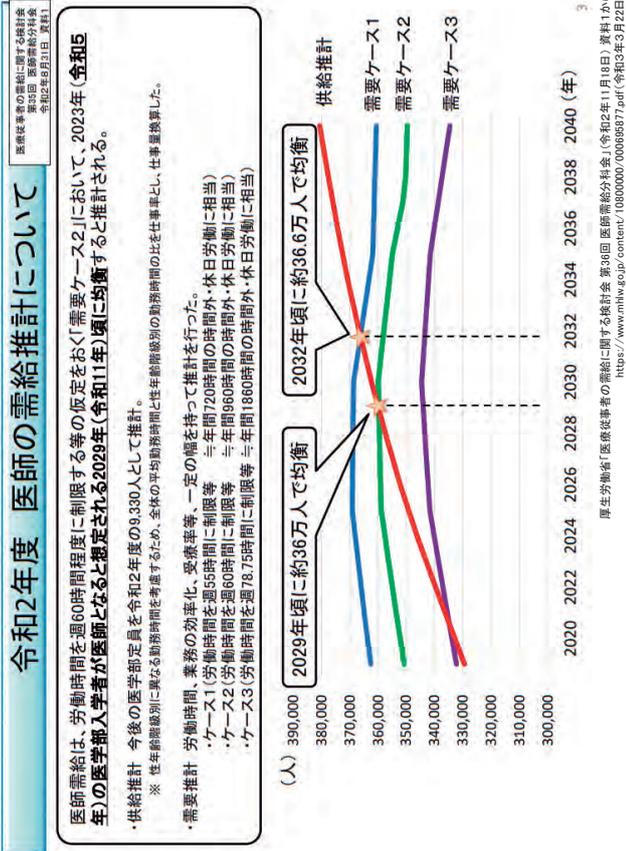


表2-26 就業看護職員(看護師十准看護師)の状況

(実人数・常勤換算・常勤率、人口10万対数・常勤換算・全国順位/静岡県・全国/2010・2020年)
(単位:人、%)

項目	2010年	2020年	増減
実人数(①)	33,492	40,513	21.0%
常勤換算(②)	30,265.2	36,236.9	19.7%
常勤率(②/①)	90.4%	89.4%	▲0.9%
看護師比率(常勤換算)	78.1%	86.0%	7.9%
人口10万対数	889.6 (41位)	1,115.1 (41位)	25.3%
常勤換算	803.9 (41位)	997.4 (41位)	24.1%
実人数(③)	1,320,871	1,565,500	18.5%
常勤換算(④)	1,212,825.7	1,418,710.1	17.0%
常勤率(④/③)	91.8%	90.6%	▲1.2%
看護師比率(常勤換算)	72.9%	82.6%	9.7%
人口10万対数	1,031.5	1,241.0	20.3%
常勤換算	947.1	1,124.7	18.8%

※ 静岡県の人口10万対数のカッコ内は全国順位(簡略)

厚生労働省「衛生行政報告例(就業医療関係係者)」, 総務省統計局「国勢調査人口等基本集計」を基に作成



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

All rights reserved.

図2-84 看護職員の需給推計結果(都道府県別)

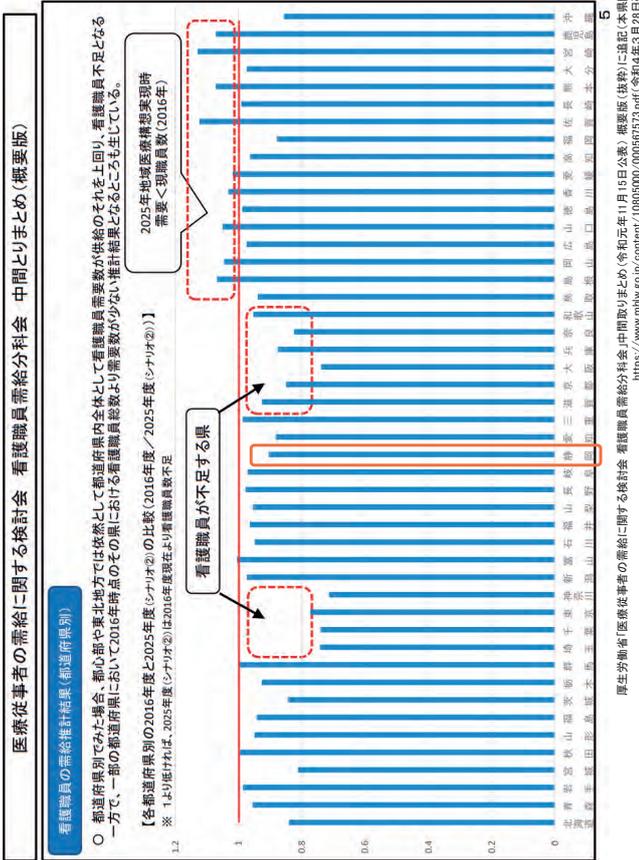


図2-85 看護師の特定行為研修制度

特定行為研修制度とは

「特定行為に係る看護師の研修制度」は、看護師助産師看護師等に位置付けられた研修制度で、2015年10月から開始されています。研修により特定行為を行う場合は、本研修の受講が必要となります。研修を修了した看護師には、患者さんの状態を長期的・タイムリーに対応できることなどが評価されています。

研修を受けると、このようになります

タイムリーなケアの提供が可能に!

- 研究 最新の医療技術、エビデンスに基づいたケアの提供
- 看護 患者の病状、状態に応じた適切な看護を提供
- 診療 患者の病状、状態に応じた適切な診療を提供
- 救急 救急現場での迅速な対応
- 手術 手術室での手術の補助
- 産科 産科現場での迅速な対応
- 小児科 小児科現場での迅速な対応
- 在宅医療 在宅医療現場での迅速な対応
- 地域医療 地域医療現場での迅速な対応
- 国際医療 国際医療現場での迅速な対応
- 災害医療 災害現場での迅速な対応
- 高齢者医療 高齢者医療現場での迅速な対応
- がん医療 がん医療現場での迅速な対応
- 脳卒中医療 脳卒中医療現場での迅速な対応
- 循環器医療 循環器医療現場での迅速な対応
- 呼吸器医療 呼吸器医療現場での迅速な対応
- 腎臓医療 腎臓医療現場での迅速な対応
- 糖尿病医療 糖尿病医療現場での迅速な対応
- がん医療 がん医療現場での迅速な対応
- 脳卒中医療 脳卒中医療現場での迅速な対応
- 循環器医療 循環器医療現場での迅速な対応
- 呼吸器医療 呼吸器医療現場での迅速な対応
- 腎臓医療 腎臓医療現場での迅速な対応
- 糖尿病医療 糖尿病医療現場での迅速な対応

厚生労働省「看護職員の特定行為に係る研修期間拡大促進事業」, 看護職の特定行為研修制度, 本一から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/nursing_education/10dokenhanu_pofact/about/(令和5年2月6日現在)

(4) 地域における医療提供体制の現状と課題

エ 介護施設・介護職員の状況

少子高齢化と世帯構造の変化に伴い、在宅等で生活する高齢者の日常生活を支える介護サービス（居宅サービス・施設サービス・地域密着型サービス等）の提供体制は、地域の医療提供体制の構築に大きな影響を与えることが考えられる。（図 2-86）

(7) 高齢化率と要支援・要介護認定率（表 2-27）

介護サービスの提供体制を検討する際の留意事項として、検討対象地域の高齢化率と要支援・要介護認定率は必ずしも相関しないことがある。例えば、本県では賀茂医療圏と熱海伊東医療圏の高齢化率が突出して高いが、要支援・要介護認定率は全県並みとなっている。一方で、要支援・要介護認定率が最も高い二次医療圏は静岡医療圏で、次いで西部医療圏の認定率が高くなっている。

高齢化率と要支援・要介護認定率が乖離する要因として、高齢化率が高い地域であっても、過疎化が進行し人口密度が低く、サービスを効率的に提供しにくい中山間地域などでは、民間の介護（予防）サービス事業者が進出しにくく、介護に従事する人材も少ないため、サービスの種類や提供量が限られることから、要支援・要介護認定の申請が少ないことが考えられる。

(4) 介護施設数・介護入所定員数

○ 介護施設数（図 2-87・88）

本県の介護施設数（総数；以下、施設数）は、人口 10 万対数（以下同じ）で全国を下回っている。二次医療圏別では、静岡医療圏以東は全県並み以上で、志太榛原医療圏以西が全県を下回っており、東高西低の傾向にあるが、最も施設数が多い二次医療圏は静岡医療圏で、全国並みとなっている。

居宅サービスについては、通所型は全県、各二次医療圏ともに全国並みの施設数がある一方で、訪問型は全国を大きく下回り、特に志太榛原・中東遠の各医療圏で少なくなっている。また、居宅介護支援事業所は、全県では全国をやや下回るが、賀茂・静岡の各医療圏でやや多く、福祉用具事業所は、全県では全国並みであるが、賀茂・静岡の各医療圏で多く、中東遠医療圏で少ない傾向にある。

入所サービスについては、入所型は、全県では全国をやや下回り、中でも、富士医療圏を除く東部地域で少なく、富士・静岡の各医療圏で多い傾向にある。また、特定施設は、熱海伊東医療圏で多くなっている。

なお、いずれのサービスについても、人口 10 万対数で表した場合、人口規模が小さい賀茂医療圏（令和 2 年国勢調査人口 59,546 人）では「高ぶれ」することと、面積が広い二次医療圏では実際の介護サービスの提供状況に留意する必要がある。

○ 介護入所定員数（図 2-89・90）

入所型介護施設の入所定員数は、全県では全国をやや上回っており、中東遠・西

部の各医療圏で突出して多い一方で、賀茂・熱海伊東・富士・志太榛原の各医療圏で全県を下回っており、全体としては西高東低の傾向にある。また、特定施設の入所定員は、全県では全国並みであるが、熱海伊東医療圏で突出して多く、志太榛原・中東遠の各医療圏では全県を大きく下回っている。

(ウ) 介護職員数 (図 2-89・90)

本県の介護職員数(常勤換算)は、人口10万対数(以下同じ)で全国を下回っている。二次医療圏別では、熱海伊東・静岡の各医療圏は全県を上回り、富士・中東遠・西部の各医療圏は全県並み、賀茂・志太榛原の各医療圏は全県を下回っており、二次医療圏間で差がみられる。

(エ) 介護施設数と介護職員数からみた課題等(二次医療圏別)

本県では、今後も高齢者(特に「超高齢者」と呼ばれる90歳以上の高齢者)が大きく増加することが見込まれている。この年齢層では、複数の慢性疾患を有し、日常生活に何らかの支障がある者が相当程度を占めることから、自力・他力を問わず、移動が困難な者が増加するものと考えられる。(図 2-15~26 : P. 22~25)

そのため、今後は訪問型介護サービスの需要増加が見込まれるが、本県では現時点においても訪問型の介護施設数が少ないことから、訪問型の介護施設・サービスのさらなる充実・強化を図っていく必要がある。

二次医療圏別では、高齢化率が高い賀茂医療圏は、入所型の介護施設と入所定員、介護職員が少ないが、今後は高齢者人口も減少することから、新たな施設整備を進めるよりも、居宅サービスの充実・強化を図っていく方が望ましいものと考えられる。(図 2-11・19 : P. 21・23)

リゾート産業が盛んな熱海伊東医療圏では、入所型の介護施設と入所定員は少ないが、特定施設の入所定員が突出して多く、介護職員数も全県を上回っている。当該圏域は、首都圏からの流入も少なくないことから、介護サービスの提供体制を検討する上で難しい面もあるが、地域住民の状況をきめ細かく把握し、需要に応じた体制を整備していくことが望まれる。(図 2-11・20 : P. 21・23)

駿東田方医療圏は、介護施設と入所定員は全県並みのものが多いが、介護職員が全県を下回っており、介護人材不足が懸念される。当該圏域は、都市部から中山間地域まで面積も広いことから、三島・田方、駿東、北駿の地区ごとに、状況に応じた体制を整備していくことが望まれる。(図 2-11・12・21 : P. 21・23)

富士医療圏は、入所型の介護施設で施設数に対して入所定員が少ないことから、小規模施設が多いことが考えられる。介護職員が全県をやや下回っているが、今後、当該圏域は高齢者の増加に伴う介護サービスの需要増加が見込まれることから、介護職員の確保に努めていく必要があると考えられる。(図 2-11・22 : P. 21・24)

静岡医療圏は、介護施設、介護職員ともに全国・全県並み以上であり、体制整備

は進んでいるが、超高齢者の増加と現役世代人口の減少の状況をみながら、必要に応じて整備を図っていくことが望まれる。(図 2-13・23 : P. 21・24)

志太榛原医療圏では、訪問型介護施設と介護職員が少ないほか、入所型施設と特定施設は施設数に対して入所定員が少ないことから、小規模施設が多いことが考えられる。当該圏域は、当面高齢者の増加が見込まれることから、居宅、施設サービスともに需給状況を確認し、必要な体制整備を図っていくことが望まれる。(図 2-13・24 : P. 21・24)

中東遠医療圏は、訪問型介護施設や特定施設、福祉用具事業所が少ない一方で、入所型介護施設が多くなっている。当該圏域は、当面高齢者の急速な増加が見込まれるが、2035年以降は75歳以上人口が急速に減少することから、中長期的な視点も持ちながら、短期的な対応を進めていく必要がある。(図 2-14・25 : P. 22・24)

西部医療圏は、介護施設全体では全県をやや下回るものの、個別ではほぼ全県並みで、中でも入所型介護施設の入所定員は全国・全県を大きく上回っている。介護職員は全県並みであるが、少なくとも今後20年間は高齢者の増加が見込まれることから、居宅、施設サービスともに需給状況を確認し、必要な体制整備を図っていくことが望まれる。(図 2-14・26 : P. 22・25)

介護施設・介護職員の状況のまとめ

- ・少子高齢化と世帯構造の変化に伴い、在宅等で生活する高齢者の日常生活を支える介護サービス（居宅サービス・施設サービス・地域密着型サービス等）の提供体制は、地域の医療提供体制の構築に大きな影響を与えることが考えられる。
- ・介護サービスの提供体制を検討する際は、検討対象地域の高齢化率と要支援・要介護認定率は必ずしも相関しないことに留意する必要がある。
- ・本県の介護施設数（総数；以下、施設数）は、人口10万対数（以下同じ）で全国を下回っている。二次医療圏別では、静岡医療圏以東は全県並み以上で、志太榛原医療圏以西が全県を下回っており、東高西低の傾向にあるが、最も施設数が多い二次医療圏は静岡医療圏で、全国並みとなっている。
- ・本県の介護職員数（常勤換算）は、人口10万対数（以下同じ）で全国を下回っている。二次医療圏別では、熱海伊東・静岡の各医療圏は全県を上回り、富士・中東遠・西部の各医療圏は全県並み、賀茂・志太榛原の各医療圏は全県を下回っており、二次医療圏間で差がみられる。
- ・介護施設数と介護職員数の現在の状況と将来推計人口からみた課題は、二次医療圏ごとに異なることから、今後は居宅・施設サービスの需給状況を確認しつつ、中長期的な視点も持ちながら、それぞれの圏域に応じた体制整備やサービスの充実・強化を図っていく必要がある。

図2-89 介護施設の状況(施設数・職員数/全国・静岡県・東部地域各医療圏別)(2)

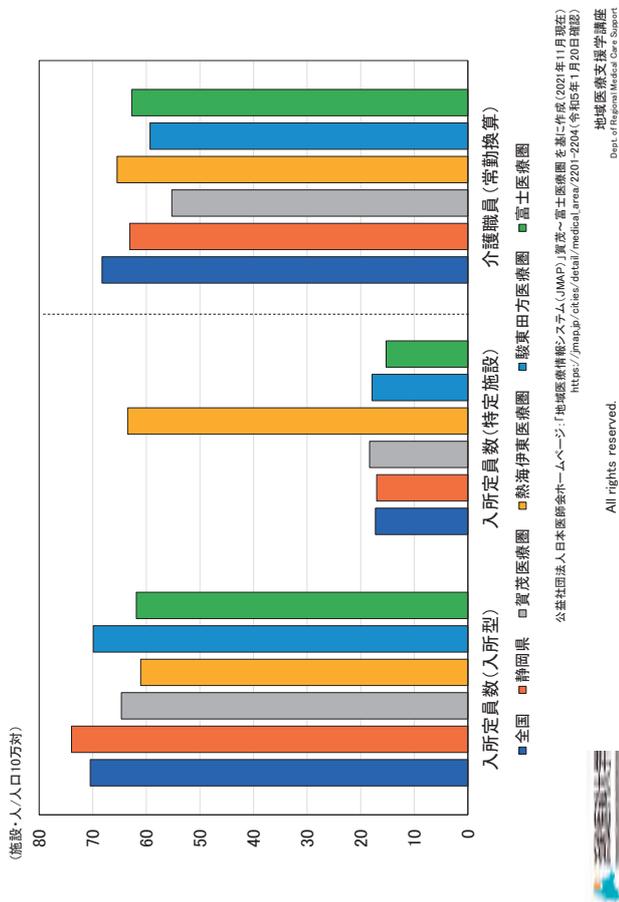
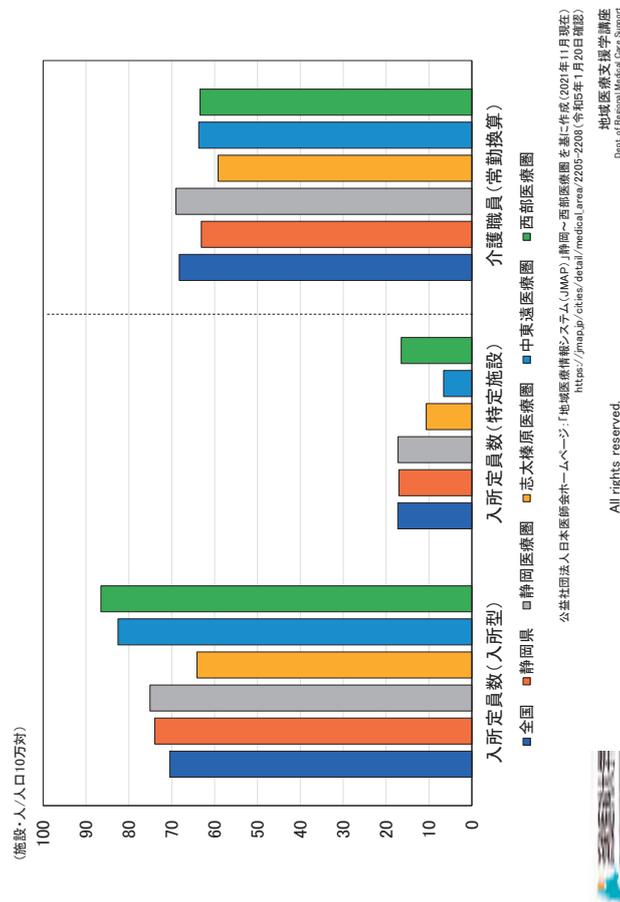


図2-90 介護施設の状況(施設数・職員数/全国・静岡県、中部・西部地域各医療圏別)(2)



(4) 地域における医療提供体制の現状と課題

オ 在宅医療の状況

(7) 在宅医療の体制と今後の見通し

在宅医療を担う医療機関には、日常の療養支援を中心に、急変時の対応やそれに伴う入院後の退院支援、最終的には看取りまで、非常に幅広い対応が求められており、行政を含む地域の保健・医療・介護・福祉サービス関係者との連携が不可欠である。(図 2-91)

また、在宅医療では外来もしくは訪問のいずれかにより受診することとなるが、介護度が上がるほど訪問診療を受ける者の割合が高くなっており、今後、75 歳以上の高齢者（特に 90 歳以上の超高齢者）の増加に伴い、介護度が高い高齢者が増加し、訪問診療の需要増加が見込まれていることから、これまで以上に在宅医療と介護の連携が求められる。(図 2-92～95)

(4) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

在宅療養患者を 24 時間体制で支える在宅療養支援診療所（以下、在支診）・在宅療養支援病院（在支病）は、在宅医療の提供体制の要となるが、本県ではいずれも人口 10 万対数で全国を下回っており、二次医療圏別で見ると、賀茂医療圏では在支診・在支病ともに全国平均を上回っており、熱海伊東・静岡の各二次医療圏では在支診が全国を上回っている。(図 2-96)

このうち、賀茂医療圏は人口が少ないため、人口対数で「高ぶれ」している可能性もあるが、診療所医師の高齢化が進んでいることもあり、圏域内の病院が診療所の外来機能を補完する形（在支病）で在宅療養患者を支えている。また、熱海伊東・静岡の各二次医療圏では、圏域内の病院と医療機能を分担（在宅後方支援病院等）している。

(4) 標準化レセプト出現比（SCR）を用いた在宅医療の現状分析

内閣府では、レセプト情報等を集約した NDB (National Data Base) を活用して、各種の診療行為や薬剤の地域差を「見える化」した結果をホームページで公表している^{*28}。

具体的には、特定の地域で発生したレセプト数を全国の性・年齢人口構成で補正して標準化した「標準化レセプト出現比（SCR : Standardized Claim Ratio）」^{*29}を用いて、指数化されたレセプトの出現頻度を他地域と比較することにより、その地域での診療行為（医療提供量）の多寡を確認することができる。

今回、在宅医療に関連した診療行為を中心に、SCR を用いて、全県と二次医療圏別の提供量を検討した。なお、新型コロナウイルス感染症の影響についても検討するため、平成 30 年度（2018 年度）と令和 2 年度（2020 年度）の SCR を比較した。

その結果、本県では、診療所での往診、訪問診療、訪問看護指示、緊急時等カンファレンスなど、全国に比べて提供量が少ない在宅関連診療行為が多かったほか、病院でも退院前訪問指導が少ないなど、退院支援の体制も十分ではないことが明らかとなった。これらの傾向は、平成30年度（2018年度）と令和2年度（2020年度）で大きな変化がなく、新型コロナウイルス感染症の影響は小さかったものと考えられる。（表2-28・29）

今後、本県ではすべての二次医療圏で90歳以上の超高齢者の増加が見込まれることから、介護と連携して、在宅医療の提供体制を充実・強化していく必要がある。

*28 内閣府ホームページ：「医療提供状況の地域差」

<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/tiikisa.html>

（令和5年3月31日確認）

*29 全国を100.0とし、それより小さければ全国より提供された診療行為（医療提供量）が少ないことを意味する。

【参考文献】

松田晋哉ほか：標準化レセプト出現比（Standardized Claim Ratio：SCR）を用いた我が国の在宅医療の現状分析．Review of Japan Society of Health Support Science Vol.3.

<https://www.jshss.org/wp-content/uploads/2018/11/37a9a1e9b90415bb36d25fe27e420e8a.pdf>

（令和5年3月31日確認）

在宅医療の状況のまとめ

- ・在宅医療を担う医療機関には非常に幅広い対応が求められており、行政を含む地域の保健・医療・介護・福祉サービス関係者との連携が不可欠である。
- ・在宅療養患者は介護度が上がるほど訪問診療を受ける者の割合が高いが、今後、超高齢者の増加に伴い介護度が高い高齢者が増加することから、訪問診療の需要増加が見込まれている。
- ・本県の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院は、いずれも人口10万対数で全国を下回っているが、一部の二次医療圏では全国を上回り、地域差がある。
- ・地域の診療行為の多寡を表す標準化レセプト出現比（SCR）では、本県は在宅関連の診療行為で全国を下回る項目が多く、診療所だけでなく、病院の退院前訪問指導が少ないなど、退院支援の体制も十分ではないことが明らかとなった。
- ・これらの傾向は、平成30年度（2018年度）と令和2年度（2020年度）で大きな変化がなく、新型コロナウイルス感染症の影響は小さかった
- ・今後、本県ではすべての二次医療圏で90歳以上の超高齢者の増加が見込まれることから、介護と連携して、在宅医療の提供体制を充実・強化していく必要がある。

図2-91 在宅医療の体制について

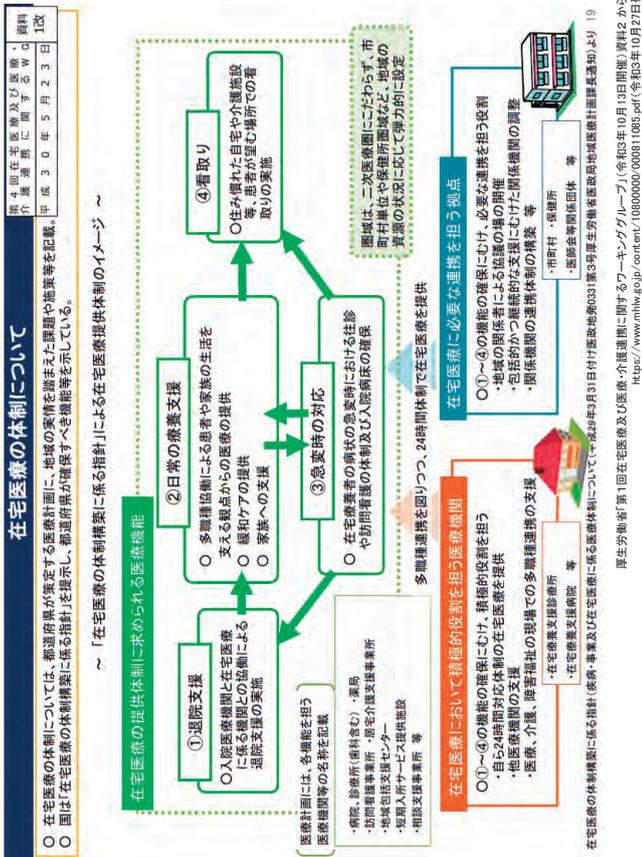
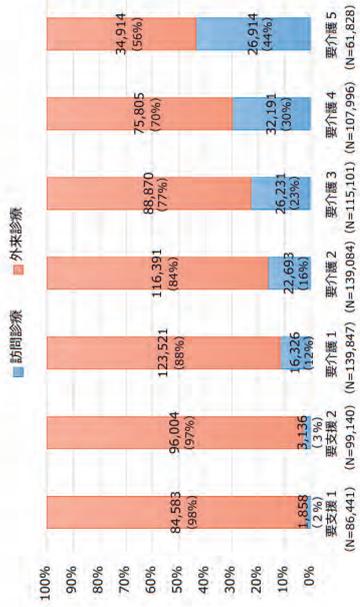


図2-93 在宅医療を行っている要介護者の受診形態

在宅療養を行っている要介護者の受診形態

- 退院後6ヶ月時において、在宅療養をしている要介護認定を受けた者における、介護度別の外来診療と訪問診療の受診割合。
- 介護度が上がるにつれて、外来診療と比較し、訪問診療を受ける者の割合の増加がみられる。



出典：2018年国勢調査データベース（KDB）（国勢調査6ヶ月時における世帯の世帯員状況）から分析。
訪問診療：当該時期における在宅医療提供機関診療（1）-1、在宅介護支援診療所（1）-2を指定した件数。
外来診療：当該時期において訪問診療を受診した件数、ほか、訪問診療を受診した者は除く。
※ 退院後6ヶ月時における訪問診療を受診している者や、再入院している者は除く。
30
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1から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/00091334.pdf(令和5年5月31日確認)

図2-92 在宅医療等の必要量に対する受け皿のイメージ (図2-171改)

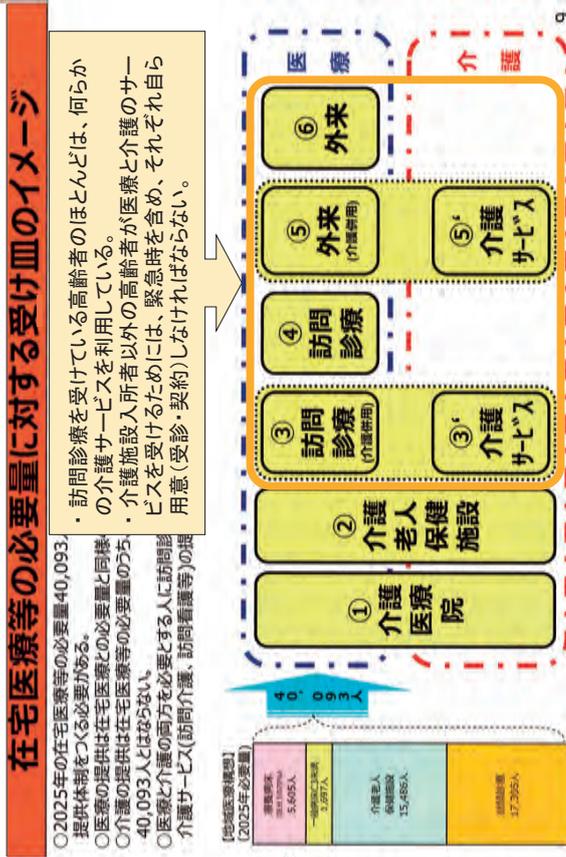
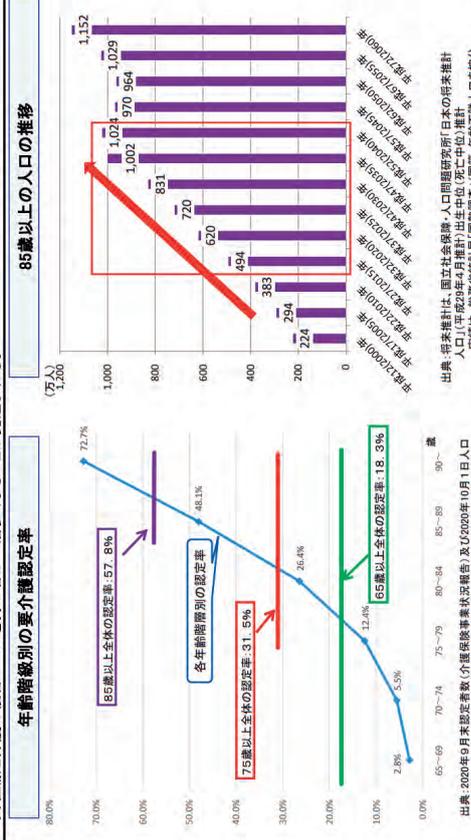


図2-94 医療と介護の複合ニーズの増加

医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2035年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。



(4) 地域における医療提供体制の現状と課題

カ 地域医療構想と病床機能報告

(7) 地域医療構想と病床機能報告制度（概要）

今後の人口減少・高齢化に伴う医療需要の質・量の変化や労働力人口の減少を見据えて、効率的で質の高い医療を提供できる体制を構築するために、医療機関の機能分化・連携を進めていくことを目的として、各都道府県において地域医療構想を策定することとなった。（図 2-97）

ここで、病床の必要量は、都道府県が構想区域（原則二次医療圏単位）で推計した医療需要に対して、医療機能ごとに設定した病床稼働率で割り戻した病床数に設定されているが、特に高度急性期・急性期の病床稼働率は、実際の一般病床の病床稼働率と大きく乖離していることに注意する必要がある。（図 2-98）

また、地域医療構想に基づき医療機関の機能分化・連携を進めるための基礎資料として、医療法に規定された病床機能報告制度により、病床を有するすべての医療機関（病院・診療所）から病棟単位の病床機能が報告されているが、病棟の医療機能は各医療機関からの自主的な選択によることから、一部の報告では実際に提供されている医療の内容との不整合があることが明らかとなり、その後は実際の運用状況に即した医療機能が報告されるような改善が図られている。（図 2-99～101）

(4) 静岡県地域医療構想と病床機能報告集計結果、定量的基準の導入

本県では、平成 28 年（2016 年）3 月に「静岡県地域医療構想」が策定され^{*30}、構想区域ごとに設置された「地域医療構想調整会議」において、地域における医療提供体制の検討が進められてきた^{*31}。

静岡県地域医療構想における病床の必要量（慢性期を除く）についてみると、地域医療構想策定当時（2016 年）の病床機能報告での病床数と当時推計した 2025 年の病床の必要量との差は、全県で 1,125 床（▲5.3%）に過ぎない。つまり、慢性期を除く 3 区分（高度急性期・急性期・回復期）の病床数の合計は、2016 年当時の病床数と 2025 年の病床の必要量とは大きな差がないことが明らかとなっている^{*32}。

（図 2-102）

実際に、地域医療構想策定後の 5 年間では、本県の一般病床の病床数はほとんど変化がなく、療養病床のみが大きく減少した。（図 2-103）

また、慢性期の病床（主として療養病床）については、介護施設への転換などにより在宅医療等への移行が進められることとなったが、平成 30 年度（2018 年度）の介護医療院制度創設により、西部地域を中心に、その動きが一気に加速した。（図 2-103・104）

ただし、訪問診療を含む外来医療の機能が十分でない地域においては、療養病床が廃止された場合、患家や介護施設等における地域（主として診療所）の外来医療

で十分対応できないことも想定される。介護医療院制度の創設以降における廃止された療養病床数（病院分）と病院からの転換により整備された介護医療院の療養病床数との比較では、西部地域はほぼ同数であったが、東部地域では、介護医療院での療養病床数（病院転換分）は廃止された療養病床数の6割未満であった。（表 2-30）

今後も、介護施設等における医療の提供を含め、各地域における外来医療への影響について注視していく必要がある。

また、地域医療構想調整会議で病床機能報告の集計結果について議論する際の医療機能や供給量を把握するための目安として、各都道府県が地域の実情に応じた「定量的な基準」を導入することとなり^{*33}、本県においても、診療報酬の施設基準等に基づいた区分を設定している。（表 2-31・32）

病床機能報告集計結果と定量的基準による区分結果について、2018年度と2021年度を比べると、いずれの二次医療圏でも病床数（総数）は減少しているが、全県のほか、地域や圏域によっては、病床機能報告集計結果と定量的基準による区分との間で乖離がみられる状況が続いており、引き続き地域医療構想調整会議において、実際の病床運用の状況等も踏まえながら、医療機能の充足状況やさらなる機能分化・連携等について協議を重ねていく必要がある。（図 2-105～107）

なお、地域医療構想は、「地域完結型による効率的で質の高い医療提供体制の構築」を目指すものであり、単なる「医療機関の病床削減や統廃合」が目的ではないが、未だに一部の関係者の間ではそのような見方が払拭されておらず、引き続き地域医療構想の趣旨に対する理解を深めていく必要がある。

*30 静岡県公式ホームページ：「静岡県地域医療構想（平成28年3月）」

https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/023/957/kakuteikousou0323.pdf（令和5年3月31日確認）

*31 静岡県公式ホームページ：「地域医療構想調整会議 概要」

<https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/iryo/chiikiiryokousou/1003039/1023958.html>
（令和5年3月31日確認）

*32 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.250. 2021.3.

<https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/regional-medcare-sprt/718071d4d0e397f00199705ba5684ceb.pdf>（令和5年3月31日確認）

*33 平成30年8月16日付け医政地発0816第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知：「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について」.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000711424.pdf>
（令和5年3月31日確認）

地域医療構想と病床機能報告のまとめ

○その1 地域医療構想と病床機能報告制度（概要）

- ・地域医療構想は、今後の人口減少・高齢化に伴う医療需要の質・量の変化や労働力人口の減少を見据えて、「地域完結型による効率的で質の高い医療提供体制」を構築するため、医療機関の機能分化・連携を進めていくことを目的に策定された。
- ・本県では、平成28年（2016年）3月に「静岡県地域医療構想」が策定され、構想区域ごとに設置された「地域医療構想調整会議」において、地域における医療提供体制の検討が進められている。
- ・構想策定後5年間で、本県の一般病床数にはほとんど変化はないが、平成30年度（2018年度）の介護医療院制度創設以降、西部地域を中心に、療養病床数は大きく減少した。ただし、地域により、療養病床の減少数と介護医療院の療養床の整備数に乖離があることから、療養病床の廃止に伴う外来医療への影響について注視していく必要がある。
- ・医療機能や供給量を把握するための目安として導入された定量的基準による区分結果について、2018年度と2021年度の病床機能報告集計結果と比べると、いずれの二次医療圏でも病床数（総数）は減少しているが、両者の結果に乖離がみられる地域・圏域もあることから、引き続き地域医療構想調整会議において、実際の病床運用の状況等も踏まえながら、医療機能の充足状況やさらなる機能分化・連携等について協議を重ねていく必要がある。