

図2-97 地域医療構想の概要

地域医療構想について

- 今後の人口減少、高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めなければならない。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。
- その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」し、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



1. 2025年の医療需要と病床の必要量
- 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
  - 在宅医療等の医療需要を推計
  - 都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を表現するための施策
- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

厚生労働省「第1回地域医療構想及び医療機能報告に関するワーキンググループ」(令和6年7月29日開催)資料2 から抜粋  
<https://www.mhw.go.jp/content/00001085.pdf> (令和6年5月12日確認)

図2-98 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方
- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	○○○○人/日
急性期機能	□□□□人/日
回復期機能	△△△△人/日
慢性期機能	▽▽▽▽人/日

都道府県が構想区域ごとに推計

病床稼働率で割り戻して、病床数を算出して、病床数に変換

2025年の病床数の必要量

- 床
- ■ ■ ■ 床
- ▲ ▲ ▲ ▲ 床
- ▼ ▼ ▼ ▼ 床

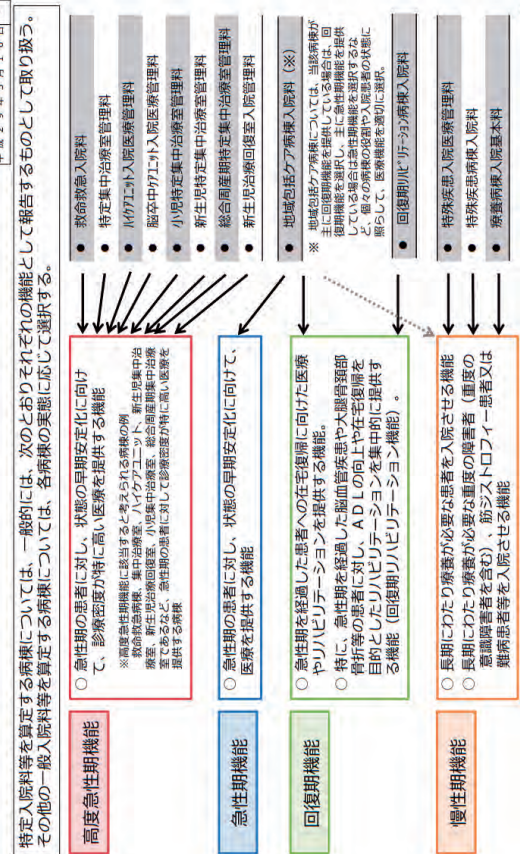
高度急性期50%・急性期78%・回復期50%・慢性期52%

- 推計に当たっている限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

厚生労働省「第1回地域医療構想及び医療機能報告に関するワーキンググループ」(令和6年7月29日開催)資料2 から抜粋  
<https://www.mhw.go.jp/content/00001085.pdf> (令和6年5月12日確認)

図2-99 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い



厚生労働省「令和6年度第1回医療政策研究会」(令和6年8月13日開催)資料1 から抜粋  
<https://www.mhw.go.jp/content/00001084.pdf> (令和6年5月12日確認)

図2-100 地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について

- 地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を出しているのに対し、病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能一つを選択して報告する仕組みである。例えば回復期機能は、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を指すものであり、当該機能を主として担当する病棟が報告されるものであるから、単に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している病棟のみを指すものではない。
- しかしながら、この点の理解が不十分であるために、これまでの病床機能報告では、主として「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を有する病棟であっても、急性期機能や慢性期機能と報告されている病棟が一定数存在することが想定される。
- また、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして回復期機能以外の機能が報告された病棟においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供されていたり、在宅医療の支援のため急性期医療が提供されていたりする場合がありますと考えられる。また、回復期機能が報告された病棟においても、急性期医療が行われている場合がある。
- これらを踏まえ、現時点では、全国的に回復期を担う病棟が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないかと考えているが、病床機能報告の集計結果と患者の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病棟が各医療圏で大幅に不足しているように懸念させる状況が生じていると想定される。
- このため、今後は、各医療圏に、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能報告をしていただくこと、また、高齢化の進展により、将来的に回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、地域医療構想調整会議において、地域の医療機能の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、機能分化・連携を進めていただくことが重要と考えており、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。

厚生労働省「第1回地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和6年5月9日開催)資料2 から抜粋  
<https://www.mhw.go.jp/content/00002002.pdf> (令和6年5月12日確認)



図2-101 高度急性期・急性期病棟として報告された病棟の状況(平成29年度病床機能報告)  
**急性期医療を全く提供していないと考えられる病棟について**

- 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。

※ 平成29年度機能報告において、様式1で高度急性期又は急性期機能を提供している病棟の病棟及び病床数等のうち、様式2で以下の項目でレポートした病棟、病床数が0又は未報告と報告された病棟数を算出

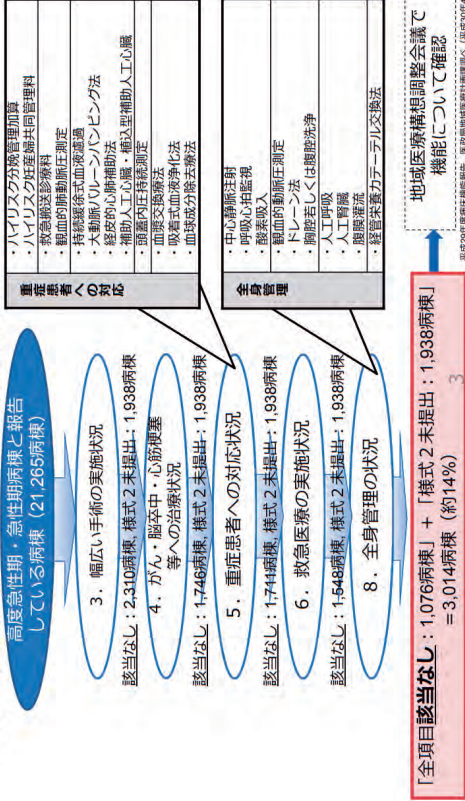


図2-102 静岡県地域医療構想(病床の必要量)

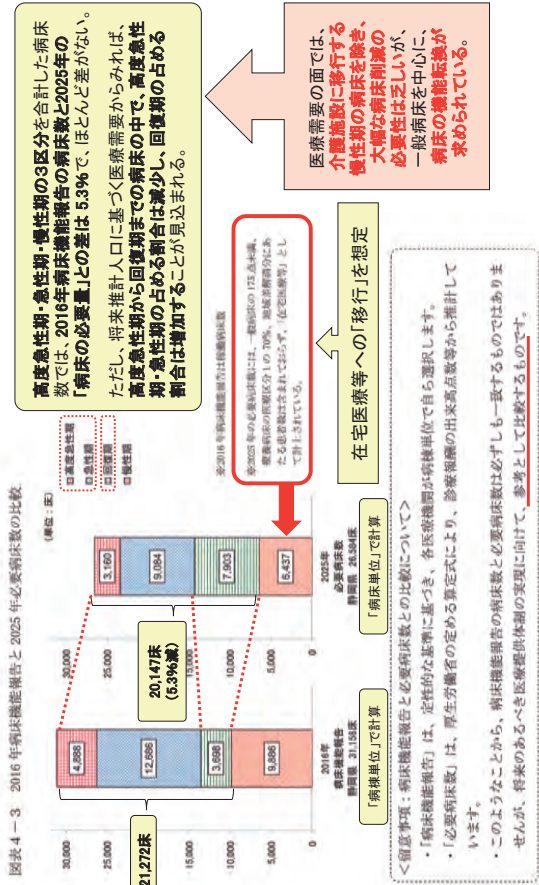
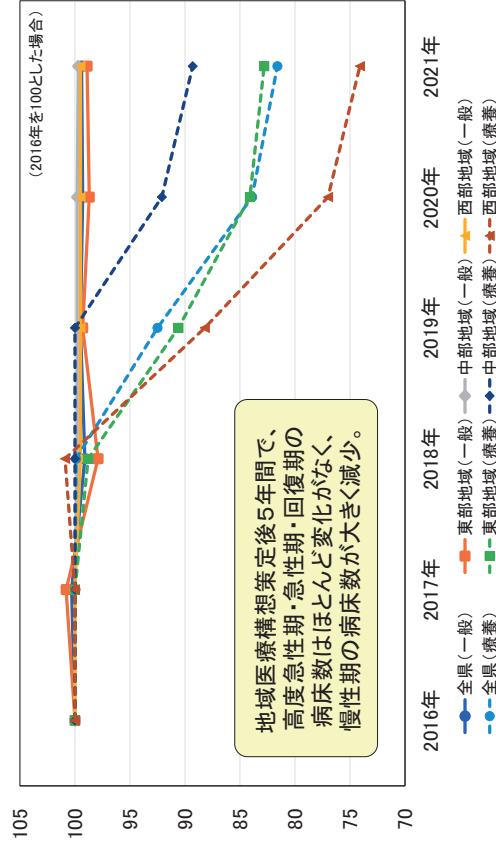
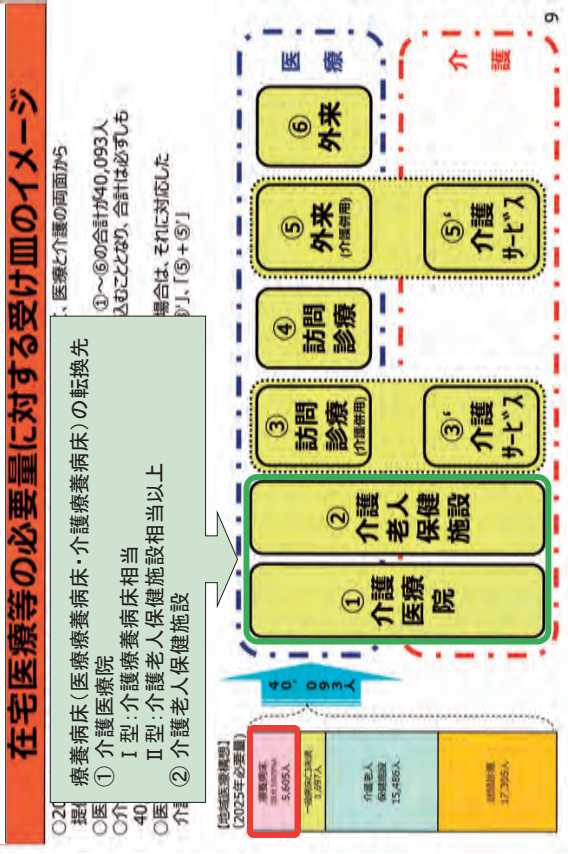


図2-103 静岡県における病院病床数の推移(増減比)  
 (使用許可病床/全県・地域・病床種類別病床数増減(一般・療養)/2016年~2021年)



静岡県健康福祉部医療政策課「静岡県病院名簿(各年4月1日時点)」を基に作成  
 地域医療支援学講座  
 Dept. of Regional Medical Care Support

図2-104 療養病床から介護施設への転換(イメージ)



令和2年度第2回静岡県医療政策協議会(令和2年11月24日開催)資料2-1(当日配布資料・抜粋)に記載  
[http://www2.pref.shizuoka.jp/all/shingikai/10811006-Iseikyoku\\_Soumuka/00020107.pdf](http://www2.pref.shizuoka.jp/all/shingikai/10811006-Iseikyoku_Soumuka/00020107.pdf) (令和5年2月4日確認・HP更新後)  
 ※ 静岡県ホームページでは宅/介護

静岡県健康福祉部「第8次静岡県医療構想」を基に作成  
 地域医療支援学講座  
 Dept. of Regional Medical Care Support

All rights reserved.

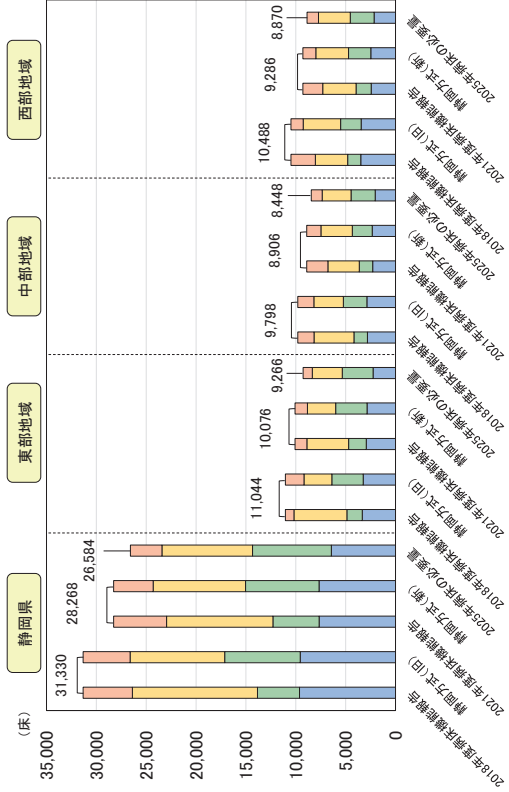
表2-32 定量的基準「静岡方式」による病床機能の区分イメージ(令和3年度報告版)

「静岡方式」における区分イメージ

医療機能	病院		有床診療所
	【特定入院科等からの区分】	【重症度、医療・看護必要度】及び平均在床日数による区分	
高度急性期	救急救急・ICU・HCU・SCU・PICU・NICU・MFICU・GCU・CCU・PICU・SCU・HCU ・小児入院医療管理科1	＜急性期一般入院科1～3、特定機能病院一般入院科＞ ・重症度、医療・看護必要度が【I:40%以上、II:35%以上】かつ平均在床日数14日未満	・手術あり(年間100件以上) ・放射線治療あり ・化学療法あり(年間50件以上)
急性期	急性期一般入院科 4～6 ・地域一般入院科 ・回復期一般入院科 ・地域包括ケア連携入院科 ・療養ケア連携入院科 ・特定一般併入入院科	＜急性期一般入院科1～3、特定機能病院一般入院科7対1入院基本料＞ ・小児入院医療管理科2・3 ・上記入院科のうち、 「高度急性期」の基準を満たさないもの	・上記、下記を1つも満たさない診療所
回復期	回復期特別入院基本料 ・障害者施設等入院基本料 ・障害者施設等併入入院科 ・障害者施設等併入入院科	・一般病棟特別入院基本料 ・障害者施設等入院基本料 ・障害者施設等併入入院科 ・障害者施設等併入入院科	・有床診療所併入入院基本料
慢性期			

※「回復期」には地域医療構想の「在宅医療等」相当を含む。 ※区分は目安であり、医療機関の自主的判断も尊重する。  
 静岡県健康福祉部医療政策課「病床機能報告」の導入～病院機能遷移の目安～から抜粋  
[https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default\\_project\\_page/001/022/879/shizuokenaiki/shoudoukan.pdf](https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default_project_page/001/022/879/shizuokenaiki/shoudoukan.pdf) (令和5年2月4日確認;HP更新後)

図2-105 病床機能報告集計結果と定量的基準による区分(病床数/静岡県・地域別/2018-2021年度)



静岡県健康福祉部チームページ「病床機能報告」における定量的基準「静岡方式」について」を基に作成  
<https://www.pref.shizuoka.jp/kenfukushibu/kyouka/040022/102875.html> (令和5年2月4日確認;HP更新後)  
 地域医療支援学講座  
 Dept. of Regional Medical Care Support  
 All rights reserved.

表2-30 病院から介護医療院への転換状況(平成30年度～令和3年度)

地域	病院・療養病床数(使用許可ベース)		介護医療院・療養病床数(病院転換分)	転換率(仮称)
	平成30年4月1日時点	令和4年4月1日時点		
全県	10,860	8,632	▲ 2,228	80.5%
東部	3,816	3,078	▲ 738	56.0%
中部	3,163	2,706	▲ 457	80.5%
西部	3,881	2,848	▲ 1,033	98.1%

廃止された療養病床は地域で有効に活用されたか?

静岡県健康福祉部医療政策課「静岡県病院数(令和4年1日時点)」  
 令和4年度第1回静岡県医療政策協議会(令和4年7月28日開催)参考資料1(7-4)を基に作成  
 地域医療支援学講座  
 Dept. of Regional Medical Care Support  
 All rights reserved.

表2-31 定量的基準「静岡方式」による病床機能の区分イメージ(平成30年度報告版)

「静岡方式」における区分イメージ

医療機能	病院		有床診療所
	【特定入院科等からの区分】	【一般病棟の区分】	
高度急性期	救急救急・ICU・MFICU・NICU・GCU・CCU・PICU・SCU・HCU ・小児入院医療管理科1・2・3	・重症度、医療・看護必要度が【I:35%以上、II:30%以上】かつ平均在床日数14日以内	・手術あり(1件以上/月・ベッド) ・放射線治療あり ・化学療法あり(0.5件以上/月・ベッド)
急性期	回復期小児併入入院科 ・小児入院医療管理科4・5 ・療養ケア連携入院科 ・地域包括ケア連携入院科	・重症度、医療・看護必要度が【I:20%以上、II:15%以上】かつ平均在床日数21日以内 ・手術あり(2件以上/月・ベッド) ・放射線治療あり(0.1件以上/月・ベッド) ・化学療法あり(1件以上/月・ベッド)	・上記、下記を1つも満たさない診療所
回復期	障害者施設等入院科 ・障害者施設等併入入院科 ・障害者施設等併入入院科	・上記を1つも満たさない診療所	・有床診療所併入入院基本料
慢性期			

※「回復期」には地域医療構想の「在宅医療等」相当を含む。 ※区分は目安であり、医療機関の自主的判断も尊重する。  
 静岡県健康福祉部医療政策課「病床機能報告」における定量的基準「静岡方式」の導入～病院機能遷移の目安～から抜粋  
[https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default\\_project\\_page/001/022/875/shizuokenaiki.pdf](https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default_project_page/001/022/875/shizuokenaiki.pdf) (令和5年2月4日確認;HP更新後)  
 地域医療支援学講座  
 Dept. of Regional Medical Care Support  
 All rights reserved.



図2-106 病床機能報告集計結果と定量的基準による区分(病床数/東部地域・医療圏別/2018・2021年度)

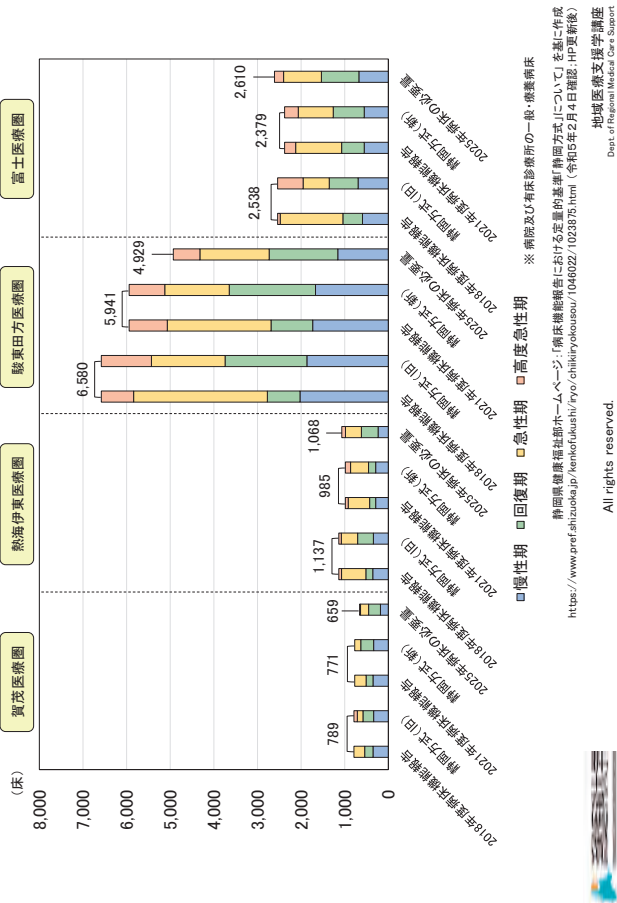
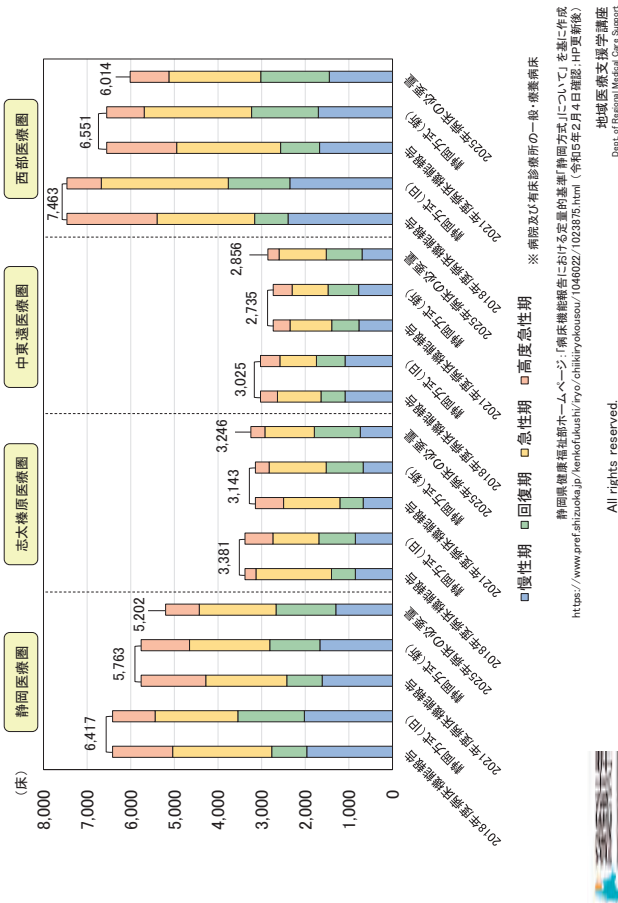


図2-107 病床機能報告集計結果と定量的基準による区分(病床数/中部・西部地域・医療圏別/2018・2021年度)





#### (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

###### (ウ)-1 病床機能報告集計結果と病院・病床、患者の流出入の状況等（全県・地域別）

令和2年初頭からの新型コロナウイルス感染症の度重なる流行は、地域の医療提供体制に大きな影響を与えた。令和4年度診療報酬改定における基本方針では、それまでの地域医療構想の実現に向けた取組に加えて、令和6年度からの次期医療計画の策定や新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた「効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」が重点課題として取り上げられ、「効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」についても具体的方向性が示された<sup>\*34</sup>。

特に、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するため、医療機関連携による感染対策の向上とともに、様々な施設基準の見直しなどにより「在宅復帰に向けた流れに沿った連携を促進する」改定となった<sup>\*34</sup>。（図 2-108～110）

このような視点から、一般病棟・療養病棟における主な機能の考え方（私案）により、令和3年度病床機能報告集計結果<sup>\*35</sup>の分析・評価を試みた。

今回の分析・評価のポイントとしては、二次救急医療機関は、高度救命救急センターを有する大規模病院から療養病床を主体とする小規模病院まで、地域により多様な診療機能を有する病院から構成されていること、また、今後は75歳以上の高齢者の増加に伴い、比較的重症度の低い救急入院患者（例えば、誤嚥性肺炎や経口摂取不良による全身衰弱、脱水症等）の増加が見込まれることから、地域医療構想では回復期機能に分類される、地域一般入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料・地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟の病床機能を「急性期機能～回復期機能」として位置付けたことにある。（表 2-33）

なお、周産期・新生児・小児に係る病床は除いて検討を行った。

##### ○ 全県

全県では、一般病棟と療養病棟の計27,346床のうち、高度急性期・急性期機能に該当する病床は14,384床（52.6%）、急性期機能から回復期機能に該当する病床は5,426床（19.8%）、慢性期機能のうち療養病床は5,948床（21.8%）、その他の病床は1,588床（5.8%）と、概ね5：2：2：1の割合であった。

また、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床は療養病床が60.8%を占めた一方で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病床は一般病床が74.0%を占めた。これらの違いは、回復期リハビリテーション病棟は急性期後方機能、地域包括ケア病棟は軽症急性期やレスパイトなどの在宅療養支援機能と、それぞれの病床機能の特性の違いによるものと考えられる。（図 2-111・112）

人口 10 万人当たり病床数は、一般病床 584.2 床、療養病床 240.7 床、計 824.8 床で、一般病床が 70.8%を占めた。(図 2-113・114)

病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院 62.1%、療養病床を有する病院 92.3%で、特に療養病床を有する病院で病床規模が小さい病院が占める割合が高かった。(図 2-115・116, 表 2-34・35)

開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床 45.2%、療養病床 12.8%、病床数では、公立・公的病院は一般病床 65.3%、療養病床 8.2%と、開設主体・病床種類別で病院数と病床数に大きな違いがある<sup>\*36</sup> ことに注意する必要がある。(表 2-36・37)

\*34 厚生労働省保険局医療課：「令和 4 年度診療報酬改定の概要」（令和 4 年 3 月 4 日版）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079187.pdf>（令和 5 年 3 月 31 日確認）

\*35 静岡県公式ホームページ：「令和 3 年度病床機能報告集計結果 概要」

<https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/iryo/chiikiiryokousou/1040332/1046843/1043306.html>  
（令和 5 年 3 月 31 日確認）

\*36 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. 34. 2021. 3.

<https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/regional-medcare-sprt/249d643580e869883e034c2ba41f1ecd.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 2 病床機能報告集計結果と病院・病床、患者の流入の状況等（全県）

- ・令和 4 年度診療報酬改定では、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するため、医療機関連携による感染対策の向上と、在宅復帰に向けた連携を促進するため、施設基準の見直しが行われた。
- ・今回は、令和 3 年度病床機能報告集計結果について、二次救急医療機関の多様な診療機能や、高齢者救急入院患者の増加を踏まえて、地域一般入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料・地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟の病床機能を「急性期機能～回復期機能」として位置付けて分析・評価を試みた。

### 【全県】

- ・一般・療養病棟（計 27,346 床）の構成割合は、高度急性期・急性期機能、急性期機能～回復期機能、慢性期機能（療養病床）、慢性期機能（その他の病床）で概ね 5 : 2 : 2 : 1 の割合であった。
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床は療養病床が 6 割、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病床は一般病床が 3 / 4 を占めたが、これらの違いはそれぞれの病床機能の特性の違いによるものと考えられる。



- ・病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が約 6 割、療養病床を有する病院が 9 割以上で、特に療養病床を有する病院で病床規模が小さい病院の割合が高かった。
- ・開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床 45.2%、療養病床 12.8%、病床数では、公立・公的病院は一般病床 65.3%、療養病床 8.2%と、開設主体・病床種類別で病院数と病床数に大きな違いがあった。

## ○ 地域別

### 【東部地域】

東部地域は、病床数が 9,784 床で 3 地域の中で最も多いが、高度急性期・急性期機能の構成割合が 49.4%と全県よりも低く、急性期機能～回復期機能 21.7%、慢性期機能のうちその他の病床は 7.2%でいずれも全県よりも高かった。慢性期機能のうち療養病床は 21.6%で全県とほぼ同率であった。(図 2-117・118)

人口 10 万人当たり病床数は、一般病床 640.2 床、療養病床 266.8 床、計 907.0 床で、いずれも全県よりも多く、一般病床の割合は 70.5%とほぼ同率であった。(図 2-113・114)

病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院 79.2%、療養病床を有する病院 97.1%で、いずれも全県よりも小規模病院の割合が高く、病院数の全県に占める割合が病床数よりも高かった。(図 2-115・116, 表 2-34・35・38)

開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床 28.3%、療養病床 8.8%で、全県よりも公立・公的病院の割合が低かったが、病床数では、公立・公的病院は一般病床 47.8%、療養病床 9.9%と、療養病床で全県よりも公立・公的病院の割合が高かった。(表 2-36・37)

### 【中部地域】

中部地域は、病床数が 8,639 床で 3 地域の中で最も少ないが、高度急性期・急性期機能の構成割合が 56.3%と全県よりも高く、急性期機能～回復期機能は 16.9%で全県よりも低かった。慢性期機能（療養病床・その他の病床）は 21.7%、5.1%で全県とほぼ同率であった。(図 2-117・118)

人口 10 万人当たり病床数は、一般病床 608.4 床、療養病床 239.2 床、計 847.6 床で、一般病床は全県よりもやや多かったが療養病床は全県並みであった。また、一般病床の割合は 71.8%とほぼ同率であった。(図 2-113・114)

病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が 36.4%、療養病床を有する病院が 84.2%で、いずれも全県よりも小規模病院の割合が低く、特に一般病床を有する病院で低かった。また、病院数の全県に占める割合が病床数よりも低かった。(図 2-115・116, 表 2-34・35・38)

開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床 63.6%、療養病床 10.5%で、一般病床では全県よりも公立・公的病院の割合が高く、療養病床で低かった。病床数では、公立・公的病院は一般病床 83.0%、療養病床 3.5%と、病院数の傾向がさらに強まった。(表 2-36・37)

### 【西部地域】

西部地域は、病床数が 8,923 床で中部地域よりもやや多かったが、高度急性期・急性期機能の構成割合が 52.5%、慢性期機能のうち療養病床が 21.9%と、いずれも全県とほぼ同率で、急性期機能～回復期機能が 20.6%と、全県よりもやや高く、慢性期機能（その他の病床）が 4.9%で、全県よりもやや低かった。(図 2-117・118)

人口 10 万人当たり病床数は、一般病床が 523.5 床、療養病床が 218.9 床、計 742.3 床で、いずれも全県よりも少なく、一般病床は 70.5%とほぼ同率であった。

### 【図 2-113・114】

病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が 52.0%、療養病床を有する病院が 92.0%で、一般病床は全県よりも小規模病院の割合が低かったが、療養病床では全県とほぼ同率であった。また、病院数と病床数で全県に占める割合はほぼ同率であった。(図 2-115・116, 表 2-34・35・38)

開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床 60.0%、療養病床 20.0%で、ともに全県よりも公立・公的病院の割合が高かった。病床数では、公立・公的病院は一般病床 65.6%、療養病床 10.0%と、一般病床では全県とほぼ同率であったが、療養病床では病院数と同様の傾向であった。(表 2-36・37)

## 地域医療構想と病床機能報告のまとめ

### ○その3 病床機能報告集計結果と病院・病床、患者の流出入の状況等（地域別）

#### 【東部地域】

- ・一般・療養病棟の病床数（計 9,784 床）は 3 地域の中で最も多いが、高度急性期・急性期機能の構成割合が全県よりも低く、急性期機能～回復期機能、慢性期機能（その他の病床）が高かった。慢性期機能（療養病床）は全県とほぼ同率であった。
- ・人口 10 万人当たり病床数は、一般・療養病床ともに全県よりも多く、一般病床は全体の 7 割で全県とほぼ同率であった。
- ・病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が約 8 割、療養病床を有する病院が 97%で、いずれも全県よりも高かった。
- ・開設主体別にみると、病院数では全県よりも公立・公的病院の占める割合が低く、病床数では療養病床で全県よりも公立・公的病院の占める割合が高かった。



### 【中部地域】

- ・一般・療養病棟の病床数（計 8,639 床）は 3 地域の中で最も少ないが、高度急性期・急性期機能の構成割合が高く、急性期機能～回復期機能は全県よりも低かった。慢性期機能（療養病床・その他の病床）は全県とほぼ同率であった。
- ・人口 10 万人当たり病床数は、一般病床は全県よりもやや多く、療養病床は全県並みであった。一般病床の占める割合は、全県とほぼ同率であった。
- ・病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般・療養病床を有する病院ともに全県よりも低く、特に一般病床を有する病院で低かった。
- ・開設主体別にみると、病院数では一般病床で全県よりも公立・公的病院の占める割合が高く、療養病床で低かった。病床数では、病院数での傾向が強まった。

### 【西部地域】

- ・一般・療養病棟の病床数（計 8,923 床）は中部地域よりもやや多く、高度急性期・急性期機能、慢性期機能（療養病床）は全県とほぼ同率で、急性期機能～回復期機能が全県よりもやや高く、慢性期機能（その他の病床）が全県よりもやや低かった。
- ・人口 10 万人当たり病床数は、一般・療養病床いずれも全県よりも少なく、一般病床の占める割合は全県とほぼ同率であった。
- ・病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床は全県よりも小規模病院の占める割合が低く、療養病床は全県とほぼ同率であった。
- ・開設主体別にみると、病院数では、一般・療養病床ともに全県よりも公立・公的病院の占める割合が高かった。病床数では、一般病床では全県とほぼ同率であったが、療養病床では病院数と同様の傾向であった。





図2-111 静岡県における機能別病床数(病院—一般・療養病床・入院基本料・特定入院料—区分別/静岡県/2021年)

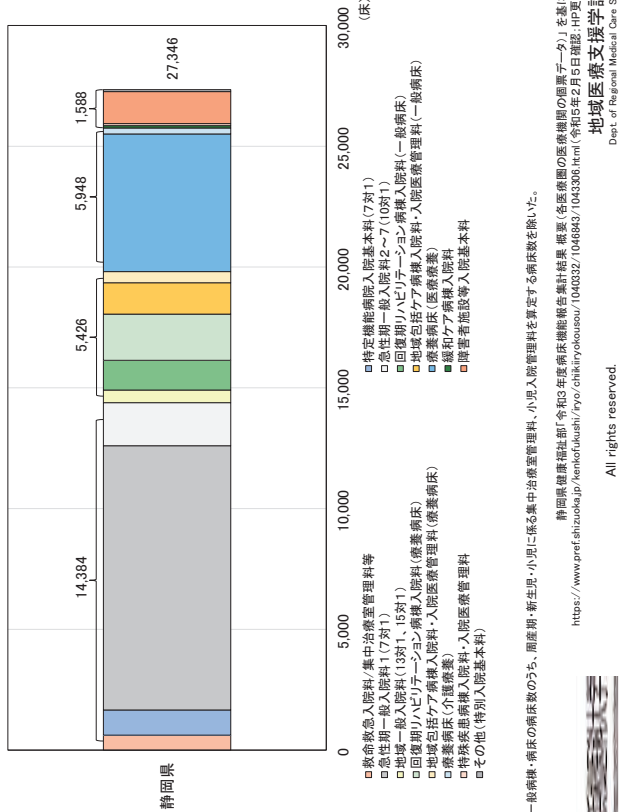


図2-112 静岡県における機能別病床構成割合(病院—一般・療養病床・入院基本料・特定入院料—区分別/静岡県/2021年)

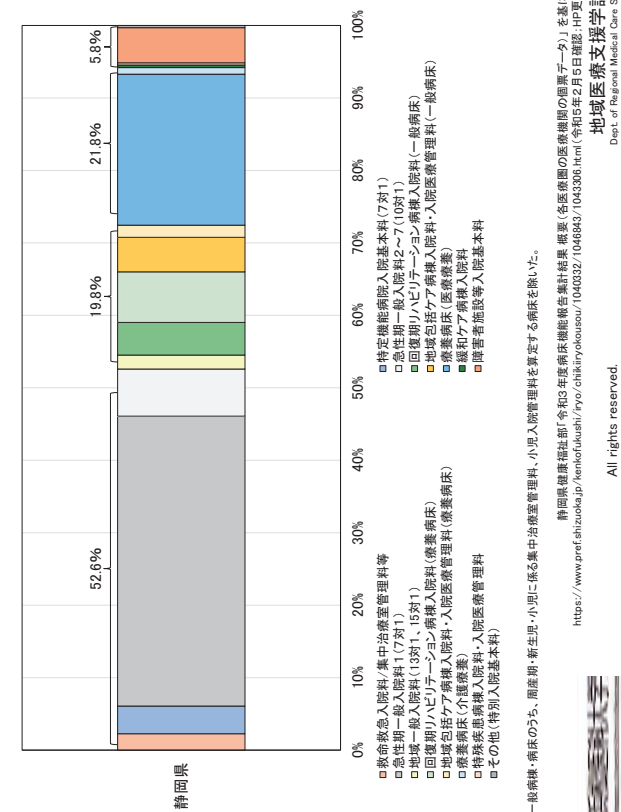


図2-113 静岡県における人口10万人当たり病床数(全県・地域・二次医療圏—一般・療養病床—令和4年4月1日時点)

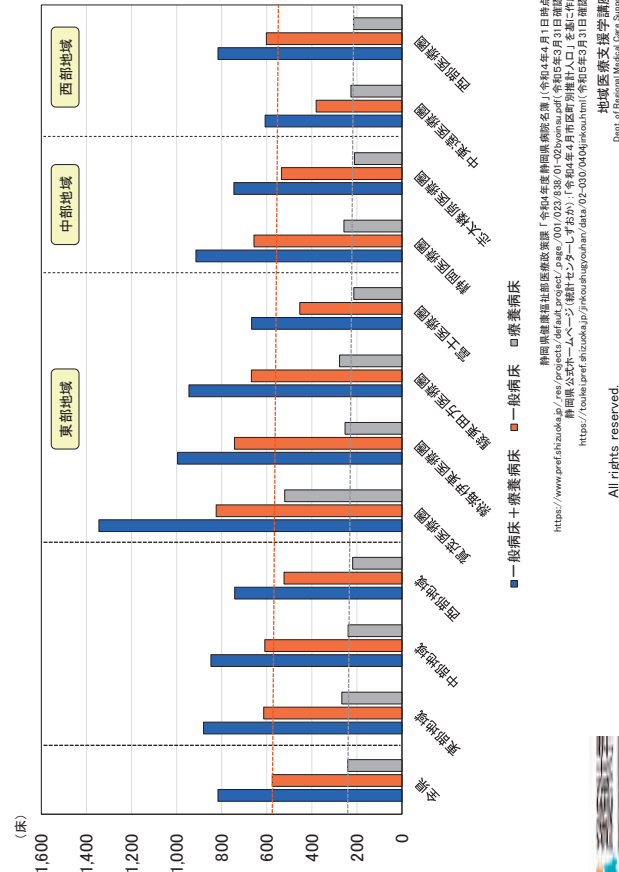


図2-114 静岡県における病院病床の圏域別病床比率(一般病床・療養病床)

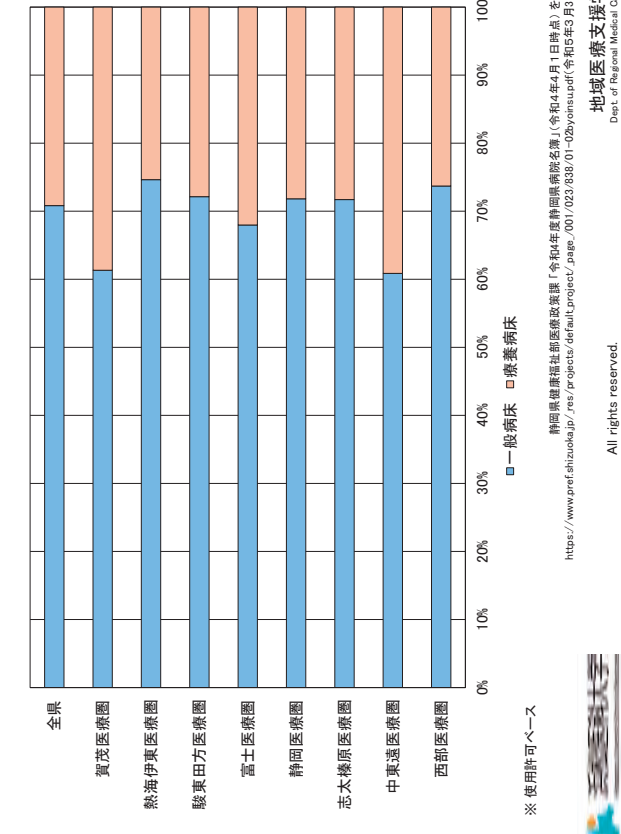


表2-36 静岡県における病院の開設主体の公民比率(施設数/全県・地域・二次医療圏・病床種類別/令和4年4月1日時点)

全病床 地域	東部			中部			西部					
	全県	東部	中部	西部	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
二次医療圏												
公立・公約	27.1%	19.5%	37.5%	30.2%	12.5%	16.7%	21.7%	17.6%	40.7%	30.8%	31.6%	29.4%
その他	72.9%	80.5%	62.5%	69.8%	87.5%	83.3%	78.3%	82.4%	59.3%	69.2%	68.4%	70.6%

一般病床	東部			中部			西部					
	全県	東部	中部	西部	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
二次医療圏												
公立・公約	45.2%	28.3%	63.6%	60.0%	25.0%	20.0%	29.6%	30.0%	66.7%	57.1%	85.7%	50.0%
その他	54.8%	71.7%	36.4%	40.0%	75.0%	80.0%	70.4%	70.0%	33.3%	42.9%	14.3%	50.0%

\* 国立聖隷湘南病院、自前藤富士病院(いずれも駿東田方医療圏)を除く。

療養病床	東部			中部			西部					
	全県	東部	中部	西部	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
二次医療圏												
公立・公約	12.8%	8.8%	10.5%	20.0%	0.0%	0.0%	9.5%	14.3%	8.3%	14.3%	22.2%	18.8%
その他	87.2%	91.2%	89.5%	80.0%	100.0%	100.0%	90.5%	85.7%	91.7%	85.7%	77.8%	81.3%

※ 公立・公約:開設主体が国、独立行政法人、県、単独行政法人、市町、市独立行政法人、日本赤十字社、済生会、厚生連であるもの。  
 ※ その他:開設主体が公益法人、一般財団法人、医療法人、その他の法人、個人であるもの。

静岡県健康福祉部医療政策課「令和4年度静岡県病院名簿」(令和4年4月1日時点)を基に作成  
[https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default/project\\_page/001/023/838/01-02byoin.pdf](https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default/project_page/001/023/838/01-02byoin.pdf) (令和5年3月31日現在)

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

All rights reserved.



表2-37 静岡県における病院の開設主体の公民比率(病床数/全県・地域・二次医療圏・病床種類別/令和4年4月1日時点)

全病床 地域	東部			中部			西部					
	全県	東部	中部	西部	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
二次医療圏												
公立・公約	41.8%	31.0%	56.6%	39.9%	11.4%	25.7%	33.2%	34.5%	59.2%	51.6%	49.0%	36.1%
その他	58.2%	69.0%	43.4%	60.1%	88.6%	74.3%	66.8%	65.5%	40.8%	48.4%	51.0%	63.9%

一般病床	東部			中部			西部					
	全県	東部	中部	西部	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
二次医療圏												
公立・公約	65.3%	47.8%	83.0%	65.6%	28.3%	34.5%	46.1%	63.2%	86.4%	76.4%	96.9%	55.6%
その他	34.7%	52.2%	17.0%	34.4%	71.7%	65.5%	53.9%	36.8%	13.6%	23.6%	3.1%	44.4%

\* 国立聖隷湘南病院、自前藤富士病院(いずれも駿東田方医療圏)を除く。

療養病床	東部			中部			西部					
	全県	東部	中部	西部	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
二次医療圏												
公立・公約	8.2%	9.9%	3.5%	10.8%	0.0%	0.0%	12.2%	11.7%	2.9%	4.5%	10.0%	11.3%
その他	91.8%	90.1%	96.5%	89.2%	100.0%	100.0%	87.8%	88.3%	97.1%	95.5%	90.0%	88.7%

※ 公立・公約:開設主体が国、独立行政法人、県、単独行政法人、市町、市独立行政法人、日本赤十字社、済生会、厚生連であるもの。  
 ※ その他:開設主体が公益法人、一般財団法人、医療法人、その他の法人、個人であるもの。

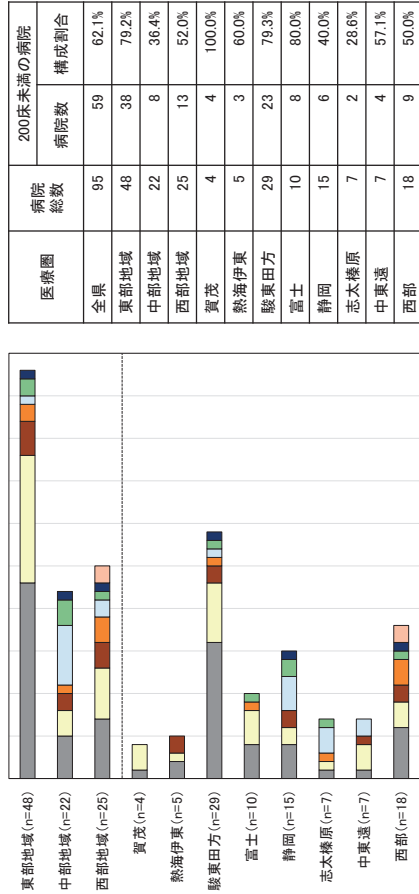
静岡県健康福祉部医療政策課「令和4年度静岡県病院名簿」(令和4年4月1日時点)を基に作成  
[https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default/project\\_page/001/023/838/01-02byoin.pdf](https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default/project_page/001/023/838/01-02byoin.pdf) (令和5年3月31日現在)

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

All rights reserved.



図 2-115・表2-34 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)



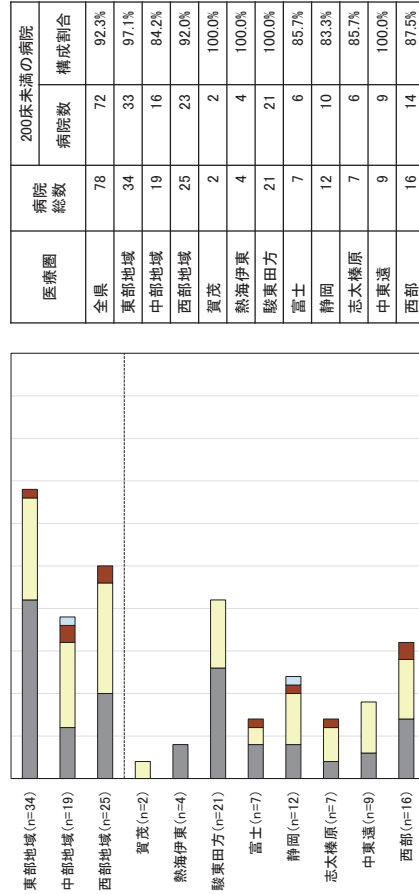
静岡県健康福祉部医療政策課「令和4年度静岡県病院名簿」(令和4年4月1日時点)を基に作成  
[https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default/project\\_page/001/023/838/01-02byoin.pdf](https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default/project_page/001/023/838/01-02byoin.pdf) (令和5年3月31日現在)

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

All rights reserved.



図 2-116・表2-35 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)



静岡県健康福祉部医療政策課「令和4年度静岡県病院名簿」(令和4年4月1日時点)を基に作成  
[https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default/project\\_page/001/023/838/01-02byoin.pdf](https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default/project_page/001/023/838/01-02byoin.pdf) (令和5年3月31日現在)

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

All rights reserved.





図2-117 静岡県における機能別病床数(病院一般・療養病棟/入院基本料・特定入院料/地域別/2021年)

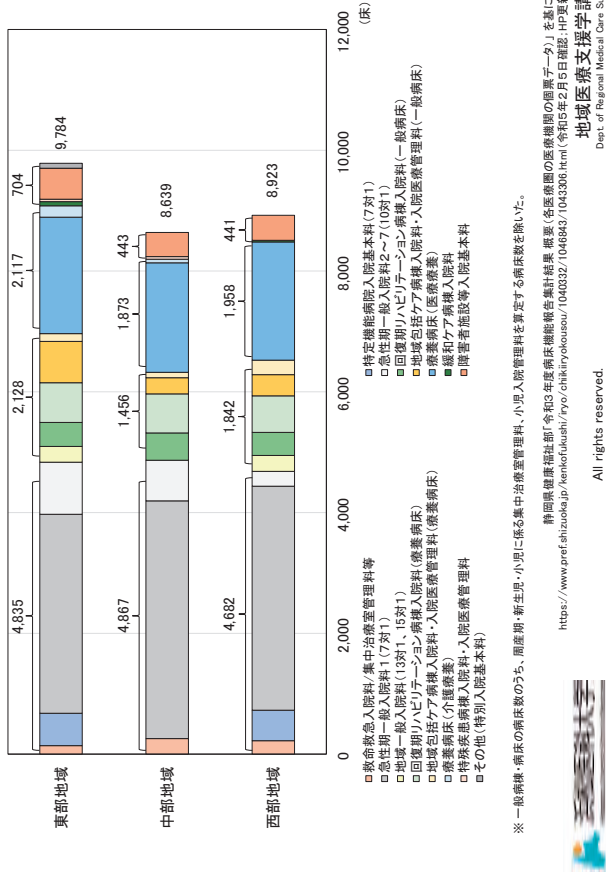


図2-118 静岡県における機能別病床構成割合(病院一般・療養病棟/入院基本料・特定入院料/地域別/2021年)

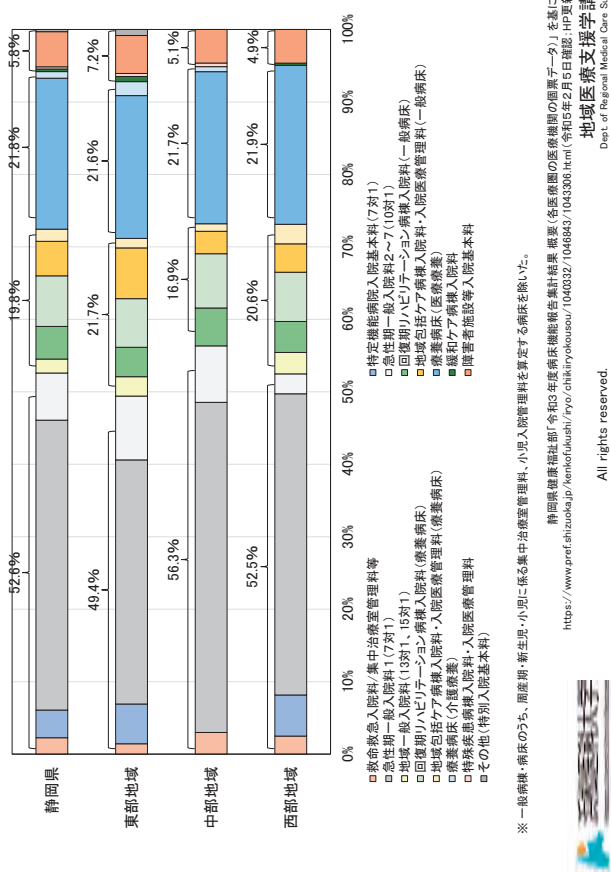


図2-119 東部地域における機能別病床数(病院一般・療養病棟/入院基本料・特定入院料/区分別/医療圏別/2021年)

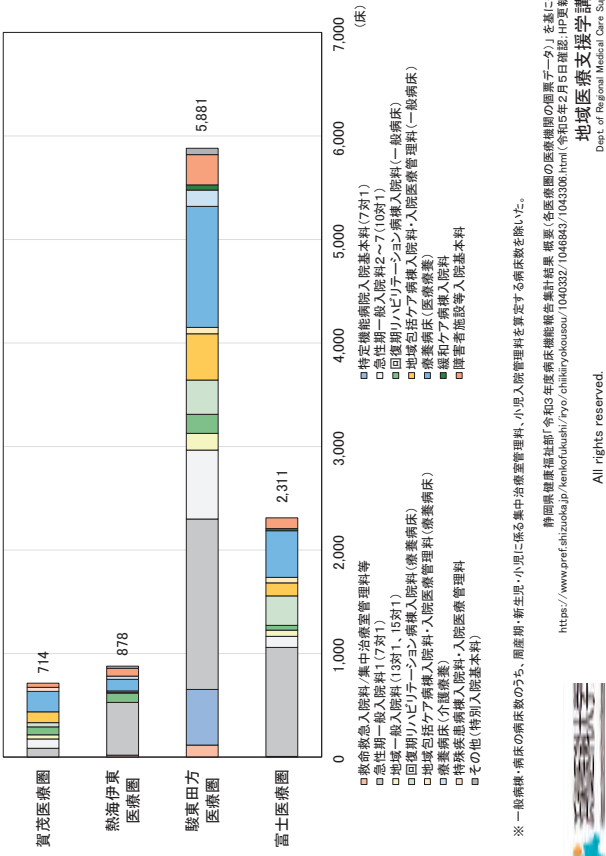


図2-120 東部地域における機能別病床構成割合(病院一般・療養病棟/入院基本料・特定入院料/区分別/医療圏別/2021年)

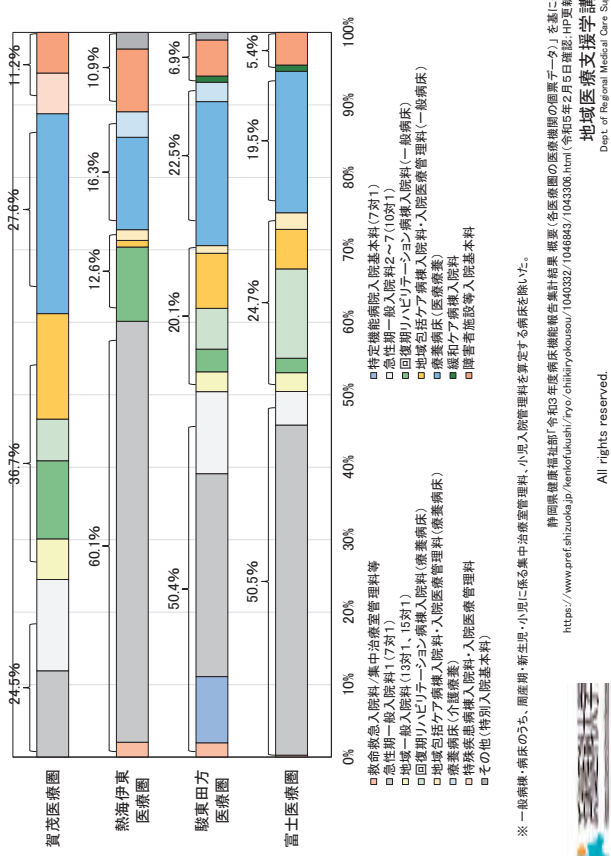
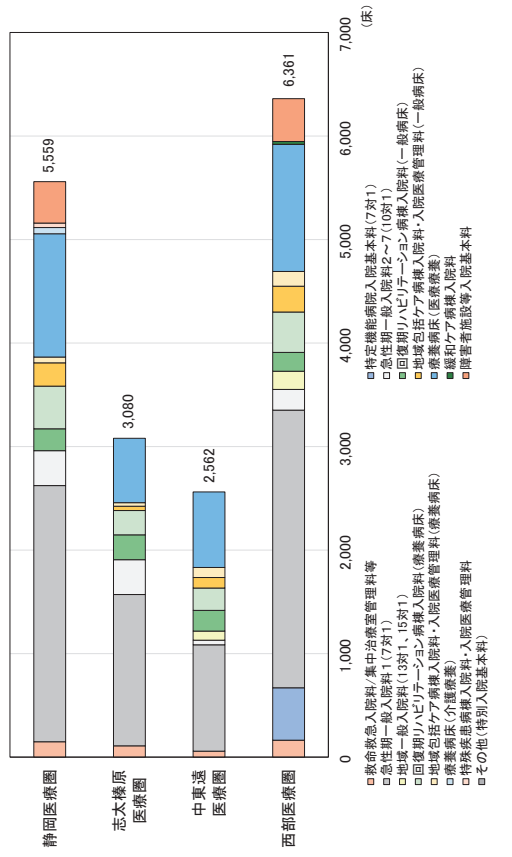
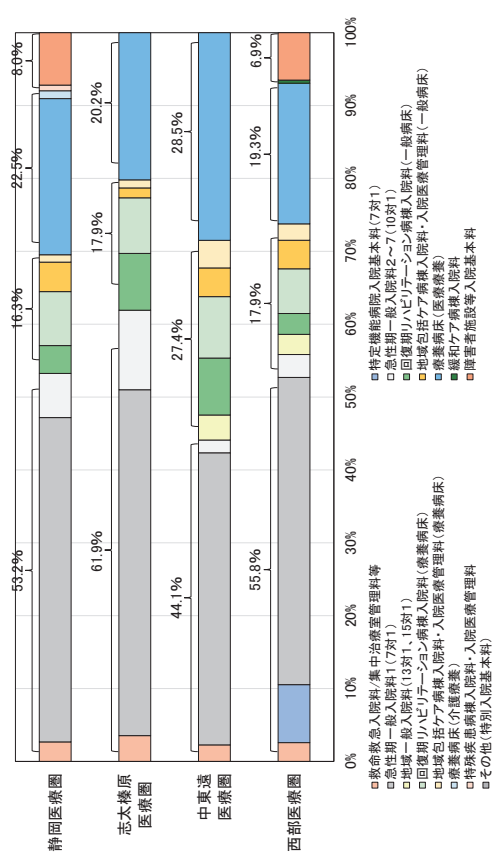


図2-121 中部・西部地域における機能別病床数(病院一般・療養病棟/入院基本料・特定入院料/医療圏別/2021年)



※ 一般病棟・病床の病床数のうち、産産期・新生児・小児に係る集中治療管理科・小児入院管理科を除いた。  
 静岡県健康福祉部「令和3年度病床機能報告集計結果 概要(各医療圏の医療圏別の箇所一斉)」を基に作成  
<https://www.pref.shizuoka.jp/kemohokushu/ryo/chikiryokouseu/1040332/1046843/1043306.html>(令和15年2月5日確認:HP更新後)  
**地域医療支援学講座**  
 Dept. of Regional Medical Care Support  
 All rights reserved.

図2-122 中部・西部地域における機能別病床構成割合(病院一般・療養病棟/入院基本料・特定入院料/医療圏別/2021年)



※ 一般病棟・病床のうち、産産期・新生児・小児に係る集中治療管理科・小児入院管理科を除いた。  
 静岡県健康福祉部「令和3年度病床機能報告集計結果 概要(各医療圏の医療圏別の箇所一斉)」を基に作成  
<https://www.pref.shizuoka.jp/kemohokushu/ryo/chikiryokouseu/1040332/1046843/1043306.html>(令和15年2月5日確認:HP更新後)  
**地域医療支援学講座**  
 Dept. of Regional Medical Care Support  
 All rights reserved.

表2-38 静岡県の地域・二次医療圏別病院数と使用許可病床数(令和4年4月1日時点)

地域名	二次医療圏名	病院数(施設)	全県に占める割合	一般病床数(床)	全県に占める割合	療養病床数(床)	全県に占める割合
東部	賀茂	8	4.7%	474	2.3%	299	3.5%
	熱海伊東	6	3.5%	724	3.5%	246	2.8%
	駿東田方	46	27.1%	4,514	21.5%	1,744	20.2%
	富士	17	10.0%	1,675	8.0%	789	9.1%
中部	計	77	45.3%	7,387	35.3%	3,078	35.7%
	静岡	27	15.9%	4,496	21.5%	1,764	20.4%
	志太榛原	13	7.6%	2,388	11.4%	942	10.9%
西部	計	40	23.5%	6,884	32.9%	2,706	31.3%
	中東遠	19	11.2%	1,622	7.7%	1,043	12.1%
	西部	34	20.0%	5,058	24.1%	1,805	20.9%
県計	計	53	31.2%	6,680	31.9%	2,848	33.0%
県計	計	170	100.0%	20,951	100.0%	8,632	100.0%

静岡県健康福祉部医療政策課「令和4年度静岡圏医療圏別名簿(令和4年4月1日時点)を基に作成  
[https://www.pref.shizuoka.jp/ryo/projects/default\\_project\\_page\\_001/023/838/01/02oyonupdf\(令和15年3月31日確認\)](https://www.pref.shizuoka.jp/ryo/projects/default_project_page_001/023/838/01/02oyonupdf(令和15年3月31日確認))  
**地域医療支援学講座**  
 Dept. of Regional Medical Care Support  
 All rights reserved.

#### (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

##### (ウ)-2 病床機能報告集計結果と病院・病床、患者の流出入の状況等（二次医療圏別）

##### ○ 東部地域

##### 【賀茂医療圏】

賀茂医療圏の一般・療養病床数（計 714 床）は、8 圏域の中で最も少ない。高度急性期・急性期機能の構成割合が 24.5%と県内で最も低く、急性期機能～回復期機能 36.7%、慢性期機能のうち療養病床は 27.6%、その他は 11.2%であった。（図 2-119・120）

このうち、高度急性期・急性期機能では、救命救急入院料等を算定する病床はなく、急性期一般入院料 1 では、看護配置が 10 対 1 の比率が高く 7 対 1 とほぼ同率で、急性期機能～回復期機能では、地域一般入院料を算定する病床の割合が県内で最も高かった。

また、一般病床の回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の占める割合が県内で最も高く、高度急性期・急性期機能で一定の治療を行った後の後方支援的な医療機能を有する病床が多くを占めた。慢性期機能のその他の病床については、構成割合が県内で最も高くなっているが、熱海伊東医療圏とともに、圏域の地域特性（温泉）を活かして、従前から慢性疾患等の長期療養患者を対象とした入院医療が提供されてきたことによるものと考えられた。

人口 10 万人当たり病床数は、一般病床 824.4 床、療養病床 520.0 床、計 1,344.4 床で、いずれも県内で突出して多く、一般病床の割合は 61.3%と全県を大きく下回った。（図 2-113・114）

病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般・療養病床を有する病院ともに 100.0%で、すべて小規模病院であった。（図 2-115・116, 表 2-34・35）

圏域内の病院・病床を開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床 25.0%、療養病床 0.0%で、ともに全県よりも公立・公的病院の割合が低かった。病床数では、公立・公的病院は一般病床 28.3%、療養病床 0.0%と、一般病床では病院数よりも公立・公的病院の割合がやや高く、療養病床では病院数と同様であった。（表 2-36・37・38）

流出入患者割合では、流出入患者割合が流入・流出ともに高く（図 2-123）、高度急性期・急性期機能を隣接する駿東田方医療圏の 2 病院（順天堂大学医学部附属静岡病院、静岡県立静岡がんセンター）に依存している状況<sup>\*37</sup>と一致した。

##### 【熱海伊東医療圏】

熱海伊東医療圏の一般・療養病床数（計 878 床）は、8 圏域の中で賀茂医療圏に次いで少ない。高度急性期・急性期機能の構成割合は 60.1%と志太榛原医療圏に次いで高い一方で、急性期機能～回復期機能 12.6%、慢性期機能のうち療養病



床が 16.3%と低く、慢性期機能のうちその他は 10.9%と高かった。(図 2-119・120)

このうち、高度急性期・急性期機能の看護配置はすべて 7 対 1 以上であった。

人口 10 万人当たり病床数は、一般病床 743.1 床、療養病床 252.5 床、計 995.6 床で、特に一般病床が全県よりも多く、一般病床の割合も 74.6%と全県を上回った。(図 2-113・114)

病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が 60.0%、療養病床を有する病院が 100.0%で、一般病床は全県とほぼ同率、療養病床は全県よりも小規模病院の割合が高かった。また、病院数の全県に占める割合は、一般病床数とほぼ同率で、療養病床数よりもやや高かった。(図 2-115・116, 表 2-34・35・38)

なお、熱海伊東医療圏は、使用許可病床数が医療法上の基準病床数を上回っている「オーバー圏域」であるが、地域医療構想における 2025 年の病床の必要量は 2021 年度の病床機能報告による病床数を 8.4%上回っており、医療法上の基準病床数と 2025 年の病床の必要量は必ずしも一致していないことに留意する必要がある。(表 2-106)

また、圏域を構成する熱海市と伊東市では、人口規模<sup>\*38</sup>と病院・病床数が逆転しており(熱海市の人口は約 3 万 3 千人と少ないが、大学病院をはじめとする複数の病院がある一方で、人口約 6 万 4 千人の伊東市には公立病院 1 つしかない。)、医療需要と医療提供体制のミスマッチがあるが、地理的条件や交通アクセスなどから、両市間で患者の流出入は少なく、各市内の医療機関は隣接する駿東田方医療圏<sup>\*37</sup>や県外(主として神奈川県、東京都)の医療機関(特に高度急性期・急性期機能を有する病院)との間で連携を図っている場合も多く、患者が圏域外の医療機関を直接受診することも少なくない。さらに、伊東市内には療養病床がないこともあり、県内で最も流出入患者割合が高い二次医療圏となっている。(図 2-123)

圏域内の病院・病床を開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床 20.0%、療養病床 0.0%で、ともに全県よりも公立・公的病院の割合が低かった。病床数では、公立・公的病院は一般病床 34.5%、療養病床 0.0%と、一般病床では病院数よりも公立・公的病院の割合が高く、療養病床では病院数と同様であった。(表 2-36・37)

### 【駿東田方医療圏】

駿東田方医療圏の一般・療養病床数(計 5,881 床)は、8 圏域の中で西部医療圏に次いで多い。高度急性期・急性期機能の構成割合が 50.4%と全県よりもやや低い一方で、その他の病床機能は、急性期機能～回復期機能 20.1%、慢性期機能(療養病床) 22.5%、同(その他の病床) 6.9%と、いずれも全県よりもやや高かった。(図 2-119・120)

このうち、高度急性期・急性期機能で看護配置が10対1の占める割合と、急性期機能～回復期機能で地域包括ケア病棟の占める割合が、いずれも賀茂医療圏に次いで高かった。また、急性期機能～回復期機能と慢性期機能の構成割合が全県よりもやや高く、特に介護療養病床の占める割合が高かった。

人口10万人当たり病床数は、一般病床717.0床、療養病床277.0床、計994.0床で、いずれも全県を上回った。特に、一般病床が全県よりも多く、一般病床の割合も72.1%と全県を上回った。(図2-113・114)

駿東田方医療圏は、県内の全病院170病院のうち46病院(27.1%；一般病床を有する病院の30.5%、療養病床を有する病院の26.9%)が位置しており、最も病院数が多い圏域であるが、病床数が200床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が79.3%、療養病床を有する病院が100.0%で、ともに全県よりも小規模病院の割合が高かった。また、病院数の全県に占める割合は、一般・療養病床数の割合よりも高かった。(図2-115・116, 表2-34・35・38)

圏域内の病院・病床を開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床29.6%、療養病床9.5%で、ともに全県よりも公立・公的病院の割合が低く、病床数では、公立・公的病院は一般病床46.1%、療養病床12.2%と、一般病床では病院数よりも公立・公的病院の割合が高かったが、全県65.3%を大きく下回り、療養病床では病院数とは異なり、公立・公的病院の割合が全県を上回った。(表2-36・37)

駿東田方医療圏は、人口約63万人と全県の17.6%、東部地域の54.6%を占める<sup>\*38</sup>本県の核となる二次医療圏の一つであり、人口当たり病床数は一般・療養病床ともに全県よりも多いが、病床規模が400床以上の大規模病院は3病院(国立病院機構静岡医療センター、静岡県立静岡がんセンター、順天堂大学医学部附属静岡病院)で、中小規模の病院が多く、開設主体も公立・公的以外の病院が多くを占めていた。

流出入患者割合では、「流出型」となっている東部地域の賀茂・熱海伊東・富士の各医療圏に加えて、都道府県がん診療連携拠点病院である静岡県立静岡がんセンターには中部地域からの受診患者も多く<sup>\*39</sup>、流入患者割合が高い「流入型」となっているが、流出患者割合も10%以上あり、一定程度の流出がみられた。(図2-123・124)

### 【富士医療圏】

富士医療圏の一般・療養病床数(計2,311床)は、8圏域の中で賀茂・熱海伊東医療圏に次いで少ない。高度急性期・急性期機能の構成割合が50.5%、慢性期機能(療養病床)が19.5%と全県よりも低い一方で、急性期機能～回復期機能が24.7%と全県よりも高く、慢性期機能(その他の病床)は5.4%でほぼ全県と同率であった。(図2-119・120)

このうち、高度急性期・急性期機能で救命救急入院料等を算定する病棟の構成割合は0.3%と非常に低かった。また、急性期機能～回復期機能のうち回復期リハビリテーション病棟では一般病床が全体の2.0%で全県を下回り、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟での療養病床がそれぞれ12.3%、2.3%を占め、全県を大きく上回った。

人口10万人当たり病床数は、一般病床453.5床、療養病床213.6床、計667.1床で、一般・療養病床ともに全県を下回ったが、特に一般病床で少なく、一般病床の割合も68.0%と全県を下回った。(図2-113・114)

病床数が200床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が80.0%で全県を上回ったが、療養病床を有する病院が85.7%で全県を下回った。病院数の全県に占める割合は、一般・療養病床数の割合よりも高かった。(図2-115・116, 表2-34・35・38)

圏域内の病院・病床を開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床30.0%、療養病床14.3%で、一般病床で全県よりも低く、療養病床で高かった。病床数では、公立・公的病院は一般病床63.2%、療養病床11.7%で、病院数と同様の傾向であった。(表2-136・37)

流出入患者割合では、流入患者割合が約10%と少ない一方で、流出患者割合が20%を超える「流出型」となっている。(図2-123)

\*37 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.29. 2021.3.

<https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/regional-medcare-sprt/249d643580e869883e034c2ba41f1ecd.pdf> (令和5年3月31日確認)

\*38 静岡県静岡県公式ホームページ(統計センターしずおか):「令和4年4月市区町別推計人口」

<https://toukei.pref.shizuoka.jp/jinkoushugyouhan/data/02-030/0404jinkou.html>  
(令和5年3月31日確認)

\*39 静岡県立静岡がんセンターホームページ:「診療実績・統計データ」

[https://www.scchr.jp/about-us/know/various\\_statistics.html](https://www.scchr.jp/about-us/know/various_statistics.html)  
(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4 病床機能報告集計結果と病院・病床、患者の流出入の状況等

(二次医療圏別: 東部地域)

#### 【賀茂医療圏】

- ・一般・療養病床数が最も少ない。高度急性期・急性期機能の割合が県内で最も低く、看護配置が少ない急性期一般病棟の比率が高かった。
- ・急性期機能～回復期機能の一般病床や慢性期機能(その他の病床)の割合が県内で最も高く、後方支援や特殊疾患等の機能を有する病床が多かった。



- ・人口 10 万人当たり病床数は、一般・療養病床ともに県内で突出して多かったが、一般病床の割合は全県を大きく下回った。
- ・圏域内の病院は、一般・療養病床ともにすべて病床数が 200 床未満で、開設主体別では、一般・療養病床ともに全県よりも公立・公的の割合が低かった。
- ・流出入患者割合はともに 20%超の「流出入型」であるが、流出率の方が高い。

### 【熱海伊東医療圏】

- ・一般・療養病床数は賀茂医療圏に次いで少ない。高度急性期・急性期機能や慢性期機能（その他の病床）の割合が高い一方で、急性期機能～回復期機能や慢性期機能（療養病床）で低かった。
- ・人口 10 万人当たり病床数は、一般・療養病床ともに全県よりも多く、特に一般病床で全県よりも多かった。また、一般病床の割合も全県を上回った。
- ・病床数が 200 床未満の病院の割合は、一般病床が全県とほぼ同率、療養病床はすべて小規模病院であった。開設主体別では、一般・療養病床ともに全県よりも公立・公的病院の割合が低かった。
- ・流出入患者割合はともに 20%超の「流出入型」で、流出率が県内で最も高い。

### 【駿東田方医療圏】

- ・一般・療養病床数は西部医療圏に次いで多い。高度急性期・急性期機能の割合が全県よりもやや低く、急性期機能～回復期機能、慢性期機能（療養病床・その他の病床）は全県よりもやや高かった。
- ・高度急性期・急性期機能で看護配置が 10 対 1 の病棟や急性期機能～回復期機能で地域包括ケア病棟、慢性期機能の介護療養病床の占める割合が高かった。
- ・人口 10 万人当たり病床数は、一般・療養病床ともに全県よりも多く、特に一般病床で多かった。また、一般病床の割合も全県を上回った。
- ・病院数は県内で最も多いが、病床数が 200 床未満の病院の割合が一般・療養病床ともに全県を上回った。開設主体別では、病院数は一般・療養病床ともに全県よりも公立・公的病院の割合が低く、病床数は療養病床で全県よりも公立・公的病院の割合が高かった。
- ・流出入患者割合では、隣接圏域からの流入患者割合が高い「流入型」であるが、流出患者割合も 10%以上あり、一定程度の流出がみられた。

### 【富士医療圏】

- ・一般・療養病床数は賀茂・熱海伊東医療圏に次いで少ない。高度急性期・急性期機能、慢性期機能（療養病床）の割合が全県よりも低い一方で、急性期機能～回復期機能が高く、慢性期機能（その他の病床）はほぼ同率であった。

- ・高度急性期・急性期機能で救命救急入院料等を算定する病棟の割合が非常に低かった。急性期機能～回復期機能のうち回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の療養病床の割合が高かった。
- ・人口10万人当たり病床数は、一般・療養病床ともに全県よりも少なく、特に一般病床で少なかった。また、一般病床の割合も全県を下回った。
- ・病床数が200床未満の病院の割合は、一般病床が全県を上回り、療養病床は下回った。開設主体別では、病院数は公立・公的病院の割合は一般病床で低く、療養病床で高かったが、病床数は一般病床で全県とほぼ同率、療養病床で高かった。
- ・流入患者割合では、流入患者割合が約10%と少ない一方で、流出患者割合が20%を超える「流出型」である。

## ○ 中部地域

### 【静岡医療圏】

静岡医療圏の一般・療養病床数（計5,559床）は、8圏域の中で西部・駿東田方医療圏に次いで多い。高度急性期・急性期機能の構成割合が53.2%、慢性期機能（療養病床）22.5%、同（その他の病床）8.0%と全県よりも高い一方で、急性期機能～回復期機能が16.3%と全県よりも低かった。（図2-121・122）

このうち、一般病棟と療養病棟の割合は、それぞれの医療機能で全県とほぼ同様の傾向であった（特定機能病院入院基本料を算定する病棟はない）。また、急性期機能～回復期機能のうち、地域一般入院料を算定する病棟はなかった。

静岡医療圏は、人口約68万人と西部医療圏に次いで大きい人口規模を有し、全県の19.1%、中部地域の60.5%を占める<sup>\*38</sup>本県の核となる二次医療圏の一つとなっている。人口10万人当たり病床数は、一般病床656.4床、療養病床257.5床、計913.9床で、一般・療養病床ともに全県よりも多かったが、一般病床の割合は71.8%で、全県とほぼ同率であった。（図2-113・114）

また、静岡医療圏は、県内の全病院170病院のうち27病院（15.9%；一般病床を有する病院の15.8%、療養病床を有する病院の15.8%）が位置しており、8圏域の中で駿東田方・西部医療圏に次いで病院数が多い圏域であるが、病床数が200床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が40.0%、療養病床を有する病院が83.3%でともに全県を下回っている。一般病床400床以上（稼働病床ベース）の6病院は、いずれも公立・公的病院であるが、葵区4病院、駿河区1病院、清水区1病院にあり、葵区に多い。病院数の全県に占める割合は、一般・療養病床数の割合よりも低かった。（図2-115・116、表2-34・35・38）

圏域内の病院・病床を開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床66.7%、療養病床8.3%で、一般病床で公立・公的病院の割合が全県を大きく上回り、療養病床で全県を下回った。また、病床数では、公立・公的病院は一般病床86.4%、療養病床2.9%と、一般病床では公立・公的病院の割合が病院

数よりも高く、療養病床では病院数よりも低かった。開設主体別の病院数・病床数に占める公立・公的病院の割合（それぞれ 66.7%、86.4%）は、中東遠医療圏に次いで高かった。（表 2-36・37）

流出入患者割合では、流出・流入ともに 20%未満の「自己完結型」で、流出が 10%未満と低い一方で、周産期・小児医療やがん、高度救命救急などの高度専門医療の領域では、隣接する二次医療圏や東部地域などから高度急性期・急性期機能を有する病院を受診する患者も多い<sup>\*40</sup>ことから、流入が 15%を超えている。（図 2-123・125）

### 【志太榛原医療圏】

志太榛原医療圏の一般・療養病床数（計 3,080 床）は、8 圏域の中で多い順に 4 番目であるが、上位 3 医療圏との間には大きな差があり、3 番目の静岡医療圏の病床数（計 5,559 床）の 55.4%である。高度急性期・急性期機能の構成割合が 61.9%で、熱海伊東医療圏に次いで高い一方で、急性期機能～回復期機能 17.9%、慢性期機能（療養病床）20.2%と全県よりも低く、慢性期機能（その他の病床）は病床がなかった。（図 2-121・122）

このうち、救命救急入院料等を算定する病棟の構成割合は 3.5%と県内で最も高い一方で、急性期機能～回復期機能で地域一般入院料を算定する病棟がなく、地域包括ケア病棟は、一般・療養病床を合わせても 2.5%で、県内で最も低い。

人口 10 万人当たり病床数は、一般病床 534.8 床、療養病床 211.0 床、計 745.8 床で、いずれも全県を下回り、療養病床は 8 医療圏の中で最も少なかった。また、一般病床の割合は 71.7%で、全県を上回った。（図 2-113・114）

病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が 28.6%、療養病床を有する病院が 85.7%で、いずれも全県を下回ったが、特に一般病床は県内で最も低かった。また、病院数の全県に占める割合は、一般・療養病床数の割合よりも低かった。（図 2-115・116、表 2-34・35・38）

圏域内の病院・病床を開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床 57.1%、療養病床 14.3%で、一般・療養病床ともに公立・公的病院の割合が全県を上回った。また、病床数では、公立・公的病院は一般病床 76.4%、療養病床 4.5%と、一般病床では公立・公的病院の割合が病院数よりも高い一方で、療養病床では全県を下回った。開設主体別の病院数・病床数に占める公立・公的病院の割合（それぞれ 57.1%、76.4%）は、中東遠・静岡医療圏に次いで高かった。（表 2-36・37）

流出入患者割合では、流出・流入ともに 20%未満の「自己完結型」であるが、流入は約 5%と低いが流出は 20%に迫り、「流出型」に近い。（図 2-123）

\*40 静岡県立子ども病院ホームページ：「広報誌・年報」

<第 43 号（令和元年度）・第 42 号（平成 30 年度）>（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5 病床機能報告集計結果と病院・病床、患者の流出入の状況等

#### (二次医療圏別：中部地域)

##### 【静岡医療圏】

- ・一般・療養病床数は西部・駿東田方医療圏に次いで多い。高度急性期・急性期機能、慢性期機能（療養病床・その他の病床）の割合が全県よりも高く、急性期機能～回復期機能は全県よりも低かった。
- ・急性期機能～回復期機能のうち、地域一般入院料を算定する病棟はなかった。
- ・人口10万人当たり病床数は、一般・療養病床ともに全県よりも多く、一般病床の割合は全県とほぼ同率であった。
- ・病院数は駿東田方・西部医療圏に次いで多く、病床数が200床未満の病院の割合は、一般・療養病床ともに全県を下回っている。開設主体別では、病院数は一般病床で公立・公的病院の割合が全県を大きく上回ったが、療養病床では下回った。病床数では、その傾向がさらに強まった。
- ・流出入患者割合では、流出・流入ともに20%未満の「自己完結型」である。高度専門医療では、隣接する二次医療圏や東部地域からの流入患者も多く、流入患者割合が15%を超える一方で、流出患者割合は10%未満であった。

##### 【志太榛原医療圏】

- ・一般・療養病床数は8圏域の中で多い順に4番目であるが、上位3医療圏との間には大きな差がある。高度急性期・急性期機能の割合が全県よりも高い一方で、急性期機能～回復期機能、慢性期機能（療養病床）は低く、慢性期機能（その他の病床）はない。
- ・救命救急入院料等を算定する病棟の構成割合が県内で最も高い一方で、地域医療一般入院料を算定する病棟がなく、地域包括ケア病棟は県内で最も低かった。
- ・人口10万人当たり病床数は、一般・療養病床ともに全県よりも少なく、特に療養病床で少なかった。また、一般病床の割合は全県を上回った。
- ・病床数が200床未満の病院の構成割合は、一般・療養病床ともに全県を下回り、特に一般病床で低かった。開設主体別では、病院数は公立・公的病院の割合は一般・療養病床ともに全県を上回った。病床数では、一般病床は全県を上回る一方で、療養病床は全県を下回った。
- ・流出入患者割合では、流入患者割合が約10%と少ない一方で、流出患者割合が20%を超える「流出型」である。

## ○ 西部地域

### 【中東遠医療圏】

中東遠医療圏の一般・療養病床数（計 2,562 床）は、8 圏域の中で多い順に 5 番目であるが、4 番目の志太榛原医療圏（計 3,080 床）との差は 518 床、6 番目の富士医療圏（計 2,311 床）との差は 251 床と小さい。高度急性期・急性期機能の構成割合が 44.1%で、賀茂医療圏に次いで低い一方で、急性期機能～回復期機能 27.4%、慢性期機能（療養病床）28.5%と全県よりも高く、慢性期機能（その他の病床）は病床がなかった。（図 2-121・122）

このうち、高度急性期・急性期機能全体の割合は低かったが、救命救急入院料等を算定する病棟は全県と同率の割合を占め、圏域内で救命救急・集中治療の医療機能を有する病床は確保されていた。また、急性期機能～回復期機能の中では、回復期リハビリテーション病棟が一般・療養病床ともに高かった。

人口 10 万人当たり病床数は、一般病床 380.7 床、療養病床 226.5 床、計 607.2 床で、8 医療圏の中で一般病床は最も少なく、療養病床は志太榛原・西部医療圏に次いで少なかった。また、一般病床の割合は 62.7%で、8 医療圏の中で最も低かった。（図 2-113・114）

病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が 57.1%、療養病床を有する病院が 100.0%で、一般病床では全県を下回ったが、療養病床では上回った。また、病院数の全県に占める割合は、一般病床数の割合よりも高く、療養病床数の割合よりも低かった。（図 2-115・116、表 2-34・35・38）

圏域内の病院・病床を開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床 85.7%、療養病床 22.2%で、一般・療養病床ともに、8 医療圏の中で公立・公的病院の割合が最も高かった。また、病床数では、公立・公的病院は一般病床 96.9%、療養病床 10.0%と、一般病床では公立・公的病院の割合が病院数よりも高く、8 医療圏の中で最も高い一方で、療養病床では病院数よりも低かったが全県を上回った。（表 2-36・37）

流入患者割合では、流入患者割合が 10%未満と少ない一方で、流出患者割合が 25%を超える「流出型」である。（図 2-123）

### 【西部医療圏】

西部医療圏の一般・療養病床数（計 6,361 床）は、8 圏域の中で最も多い。高度急性期・急性期機能の構成割合が 55.8%、慢性期機能（その他の病床）6.9%と全県よりも高い一方で、急性期機能～回復期機能 17.9%、慢性期機能（療養病床）19.3%と全県よりも低く、特に後者は熱海伊東医療圏に次いで低かった。（図 2-121・122）

西部医療圏は、人口約 84 万人と県内で最も人口規模が大きく、全県の 23.4%、西部地域の 64.6%を占める<sup>\*38</sup> 本県の核となる二次医療圏の一つとなっている。人口 10 万人当たり病床数は、一般病床 601.6 床、療養病床 214.7 床、計

816.3床で、一般病床は全県よりも多く、療養病床は少なかった。また、一般病床の割合は73.7%で、全県を上回った。(図 2-113・114)

また、西部医療圏は、県内の全病院170病院のうち34病院(20.0%；一般病床を有する病院の18.9%、療養病床を有する病院の20.5%)が位置しており、8圏域の中で駿東田方医療圏に次いで病院数が多い圏域である。そのうち、病床数が200床未満の病院の構成割合は、一般病床を有する病院が50.0%、療養病床を有する病院が87.5%で、ともに全県を下回った。病院数の全県に占める割合は、一般・療養病床数の割合よりも低かった。(図 2-115・116, 表 2-34・35・38)

圏域内の病院・病床を開設主体別にみると、病院数では、公立・公的病院は一般病床50.0%、療養病床81.3%で、一般・療養病床ともに公立・公的病院の割合が全県をやや上回った。また、病床数では、公立・公的病院は一般病床55.6%、療養病床11.3%と、一般病床では公立・公的病院の割合が病院数よりもやや高く、療養病床では病院数よりも低かった。(表 2-36・37)

西部医療圏(浜松市、湖西市)には一般病床400床以上の病院は4病院あるが、いずれも浜松市内の公立・公的病院もしくは社会福祉法人が開設する病院で、中区2病院、東区1病院、北区1病院と、中央部と周辺部に分散している。

流出入患者割合では、流出・流入ともに20%未満の「自己完結型」であるが、周産期・小児医療やがん、高度救命救急などの領域では、隣接する二次医療圏や西部地域から高度急性期・急性期機能を有する病院への流入患者も多い<sup>\*41</sup>一方で、流出患者割合も約10%みられた。(図 2-123・126)

\*41 浜松医科大学ホームページ：「浜松医科大学概要」

<2022年度><https://www.hama-med.ac.jp/about-us/publication/gaiyou2022/book.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6 病床機能報告集計結果と病院・病床、患者の流出入の状況等

#### (二次医療圏別：西部地域)

##### 【中東遠医療圏】

- ・一般・療養病床数は、8圏域の中で多い順に5番目で、4番目の志太榛原医療圏、6番目の富士医療圏との差は小さい。高度急性期・急性期機能の割合が賀茂医療圏に次いで低い一方で、急性期機能～回復期機能、慢性期機能(療養病床)は高く、慢性期機能(その他の病床)はない。
- ・高度急性期・急性期機能全体の割合は低いが、救命救急入院料等を算定する病棟は全県と同率の割合を占め、急性期機能～回復期機能の中では、回復期リハビリテーション病棟が一般・療養病床ともに高かった。

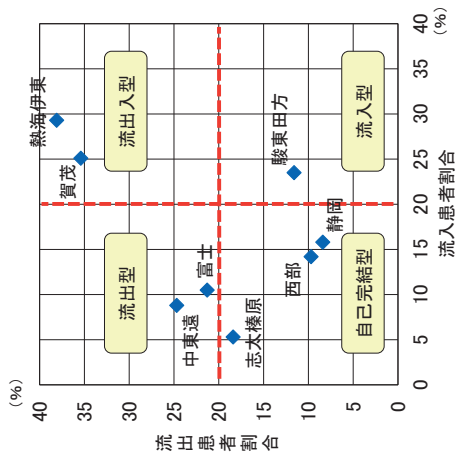


- ・人口 10 万人当たり病床数では、一般病床は県内で最も少なく、療養病床も全県を下回ったが、一般病床の割合は 8 医療圏の中で最も低かった。
- ・病床数が 200 床未満の病院の構成割合は、一般病床では全県を下回ったが、療養病床はすべてが小規模病院であった。開設主体別では、病院数は一般・療養病床ともに、8 医療圏の中で公立・公的病院の割合が最も高かった。病床数では、一般病床は公立・公的病院の割合が 8 医療圏の中で最も高く、療養病床では病院数よりも低かったが全県を上回った。
- ・流出入患者割合では、流入患者割合が 10%未満と少ない一方で、流出患者割合が 25%を超える「流出型」である。

### 【西部医療圏】

- ・一般・療養病床数は 8 圏域の中で最も多い。高度急性期・急性期機能、慢性期機能（その他の病床）の割合は全県よりも高く、急性期機能～回復期機能、慢性期機能（療養病床）は低かった。
- ・人口 10 万人当たり病床数は、一般病床は全県よりも多く、療養病床は少なかった。また、一般病床の割合は全県を上回った。
- ・病院数は 8 圏域の中で駿東田方医療圏に次いで多いが、病床数が 200 床未満の病院の割合は、一般・療養病床ともに全県を下回った。開設主体別では、病院数は、一般・療養病床ともに公立・公的病院の割合が全県をやや上回った。また、病床数では、一般病床では公立・公的病院の割合が病院数よりもやや高く、療養病床では病院数よりも低かったが全県を上回った。
- ・流出入患者割合では、流出・流入ともに 20%未満の「自己完結型」である。高度専門医療では、隣接する二次医療圏を主とする他圏域からの流入患者も多く、流入患者割合が 15%近い一方で、流出患者割合も約 10%みられた。

図2-123 静岡県における二次医療圏間の流出入患者割合（平成29年）



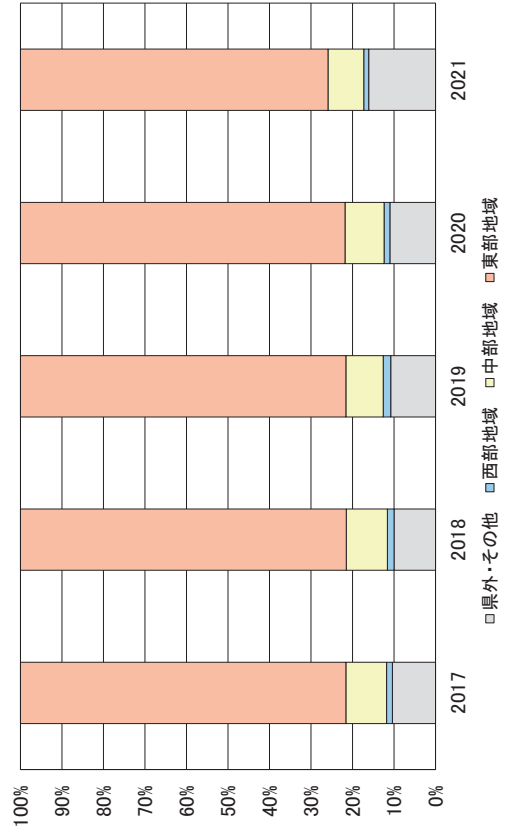
静岡県健康福祉部「静岡県医療圏計画策定作業部会」（令和4年12月1日開催）資料2-8を基に作成  
 <出典> 静岡県健康福祉部「在院患者調査」（平成29年5月31日実施）

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



All rights reserved.

図2-124 静岡県立静岡がんセンターにおける地域別初診患者割合（2017年度～2021年度）

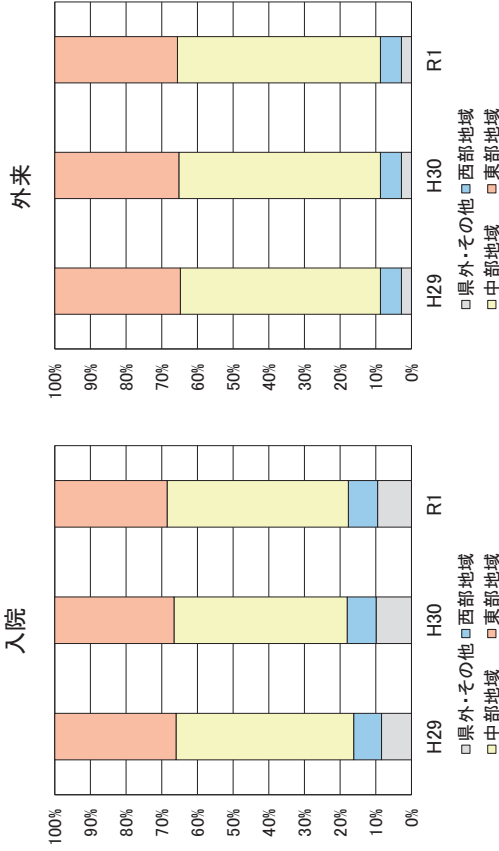


静岡県立静岡がんセンターホームページ：「診療実績・統計データ」を基に作成

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



図2-125 静岡県立こども病院における地域別患者割合（2017年度～2019年度）



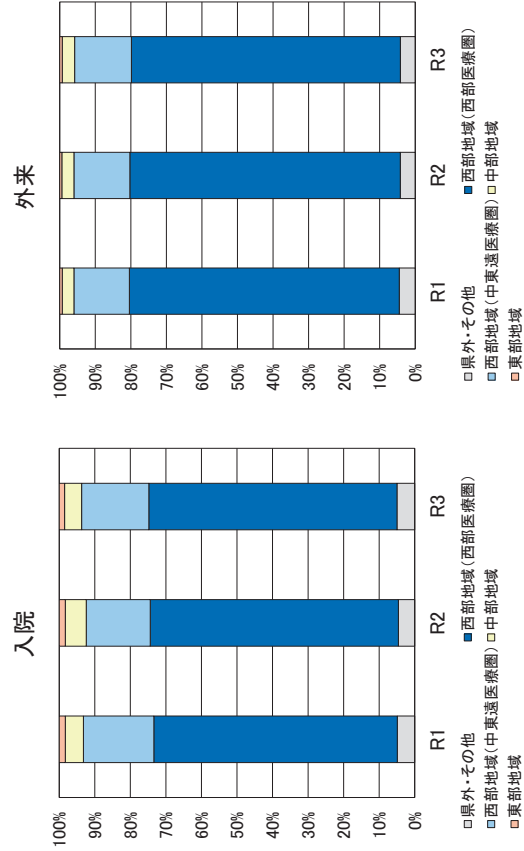
※ 患者数はレセプト件数

静岡県立こども病院ホームページ：「年報第42・43号（平成30年度～令和元年度）」を基に作成

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



図2-126 浜松医科大学医学部附属病院における地域別患者割合（2019年度～2021年度）



浜松医科大学ホームページ：「浜松医科大学概要 2020～2022」を基に作成

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



## (4) 地域における医療提供体制の現状と課題

### キ 退院患者数の推移

#### (7) 退院患者調査（概要）

厚生労働省が開催する中央社会保険医療協議会（中医協）<sup>\*42</sup>では、診療報酬におけるDPC導入の影響評価等を行うことを目的に、診断群分類別の退院患者について毎年度調査（「退院患者」）を行い、その結果をホームページ上で公開している<sup>\*43</sup>。

#### （図 2-127）

ここでは、DPC対象病院、DPC準備病院に加えて、DPCデータを提出する病院<sup>\*44</sup>（図 2-128）から提出された1年間の退院患者データ（約1,400万件）のうち、調査対象外のデータを除外した約1,100万件のデータが分析され、患者住所地ベース（二次・三次医療圏単位）の集計結果と医療機関の個別データ、施設類型別の集計結果が掲載されている<sup>\*45</sup>。

DPCデータは、主要診断群分類（Major Diagnostic Category）に基づき18の診断群に分類され、医療機関別・二次医療圏別・施設類型別などの区分ごとに、退院患者数や構成比・比率などが算出されている<sup>\*45</sup>。（図 2-129）

このほか、在院日数の状況（平均在院日数等）、救急車による搬送の有無、救急医療入院、他院よりの紹介の有無なども集計・公開されている<sup>\*45</sup>。

なお、患者住所地ベースでは、患者住所地の郵便番号によりMDC別の件数が集計されているが、症例数が10症例未満の場合は「-」で表示されているため、今回の検討では便宜上「0」とした。また、「患者住所地の郵便番号」が複数の二次医療圏を跨る場合は、それぞれの二次医療圏に件数が計上されている<sup>\*45</sup>。

\*42 中央社会保険医療協議会（中医協）

基本的な医療政策について審議する社会保障審議会医療保険部会・医療部会で策定・決定された、診療報酬改定に係る「基本方針」に基づき、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率から確保された医療費総額の配分を決定する会議体。

\*43 厚生労働省ホームページ：「中央社会保険医療協議会（中央社会保険医療協議会診療報酬専門組織（DPC評価分科会）」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi-chuo\\_128164.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi-chuo_128164.html)

（令和5年3月31日確認）

\*44 平成26年度診療報酬改定時に急性期一般入院基本料1（当時の一般病棟入院基本料7対1）の施設基準に要件化され、以後の診療報酬改定ごとに、他の入院料にも徐々に要件が拡大している。

\*45 厚生労働省ホームページ：中央社会保険医療協議会（中央社会保険医療協議会診療報酬専門組織（DPC評価分科会）「令和2年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について」。DPC導入の影響評価に関する調査。参考資料1（1）対象データについて。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000917016.pdf>

（令和5年3月31日確認）



#### (イ) 退院患者数の推移（総数：患者住所地ベース-全県、二次医療圏別）

平成 26 年度（2014 年度）から令和 2 年度（2020 年度）までの退院患者数（総数；患者住所地ベース）について、全県と二次医療圏別に、その推移を検討した。

なお、二次医療圏については、一般・療養病床数の推移を併せて示した。

#### ○ 全県

平成 26 年度（2014 年度）から令和元年度（2019 年度）まで、退院患者数は緩やかな増加傾向が続いていたが、令和 2 年度（2020 年度）は、平成 26 年度（2014 年度）の水準まで大きく減少（対前年度比 0.913）した。（**図 2-130**）

#### ○ 東部地域

##### 【賀茂医療圏】（**図 2-131・139・140**）

賀茂医療圏では、退院患者数が平成 26 年度（2014 年度）から平成 28 年度（2016 年度）まで横ばい状態であったが、平成 29 年度（2017 年度）は増加に転じた（対前年度比 1.067）。平成 30 年度（2018 年度）は前年度とほぼ同数を維持したが、令和元年度（2019 年度）は減少に転じて、令和 2 年度（2020 年度）にはさらに減少幅が大きくなった（対前年度比 0.864）。

病院病床数との関係では、平成 29 年度（2017 年度）の退院患者数の増加は一般病床の増加と一致している。その後は、一般病床数は徐々に減少しているが、退院患者数の推移と明らかな関連はみられない。

##### 【熱海伊東医療圏】（**図 2-132・139・140**）

熱海伊東医療圏では、退院患者数が平成 26 年度（2014 年度）から平成 30 年度（2018 年度）まで緩やかに増加した。令和元年度（2019 年度）は前年度とほぼ同数を維持したが、令和 2 年度（2020 年度）は平成 26 年度（2014 年度）の水準まで大きく減少した（対前年度比 0.881）。

病院病床数との関係では、一般・療養病床数はともに平成 30 年（2018 年）までは横ばいで、令和元年（2019 年）に一般病床は増加、療養病床は減少し、全体としては微減していることから、退院患者数の推移と明らかな関連はみられない。

##### 【駿東田方医療圏】（**図 2-133・139・141**）

駿東田方医療圏では、退院患者数が平成 26 年度（2014 年度）から令和元年度（2019 年度）まで、一時横ばい状態になりつつも、増加傾向にあったが、令和 2 年度（2020 年度）は平成 28～29 年度（2016～2017 年度）と同じ水準まで大きく減少した（対前年度比 0.909）。

病院病床数との関係では、一般病床数は横ばい状態が続く一方で、療養病床は平成 30 年（2018 年）以降に減少傾向にあることから、退院患者数の推移と明らかな関連はみられない。

### 【富士医療圏】（図 2-134・139・142）

富士医療圏では、退院患者数が平成 26 年度（2014 年度）から平成 27 年度（2015 年度）に増加した後は、平成 30 年度（2018 年度）まで微増・微減を繰り返し、令和元年度（2019 年度）は再び増加に転じたが、令和 2 年度（2020 年度）は平成 26 年度（2014 年度）とほぼ同じ水準まで大きく減少した（対前年度比 0.909）。

病院病床数との関係では、一般病床数は平成 30 年（2018 年）に減少した後は、令和 2 年（2020 年）まで横ばい状態が続く一方で、療養病床は令和 2 年（2020 年）までは横ばい状態であることから、退院患者数の推移と明らかな関連はみられない。

## ○ 中部地域

### 【静岡医療圏】（図 2-135・139・141）

静岡医療圏では、退院患者数が平成 26 年度（2014 年度）から平成 28 年度（2016 年度）まで緩やかに増加した後は、平成 30 年度（2018 年度）まで微減傾向が続き、令和元年度（2019 年度）は前年度とほぼ同数を維持したが、令和 2 年度（2020 年度）は平成 26 年度（2014 年度）を大きく下回る水準まで減少（対前年度比 0.909）した。

病院病床数との関係では、一般・療養病床数ともに令和元年（2019 年）までは横ばい状態が続き、療養病床のみ令和 2 年（2020 年）に微減していることから、退院患者数の推移と明らかな関連はみられない。

### 【志太榛原医療圏】（図 2-136・139・142）

志太榛原医療圏では、退院患者数が平成 26 年度（2014 年度）から平成 27 年度（2015 年度）は増加したが、平成 28 年度（2016 年度）には減少に転じて、一時横ばい状態になりつつも、令和元年度（2019 年度）まで微減傾向が続き、令和 2 年度（2020 年度）は、平成 26 年度（2014 年度）を下回る水準まで減少した（対前年度比 0.946）。

病院病床数との関係では、一般・療養病床数ともに令和 2 年（2020 年）までは横ばい状態が続いていることから、退院患者数の推移と明らかな関連はみられない。

## ○ 西部地域

### 【中東遠医療圏】（図 2-137・139・142）

中東遠医療圏では、退院患者数が平成 26 年度（2014 年度）から平成 30 年度（2018 年度）まで微増・微減を繰り返した後に、令和元年度（2019 年度）に一旦増加したが、令和 2 年度（2020 年度）は平成 26 年度（2014 年度）を下回る水準まで減少した（対前年度比 0.932）。

病院病床数との関係では、一般・療養病床数はともに平成 30 年（2018 年）までは横ばいで、令和元年（2019 年）以降は療養病床のみ減少していることから、退院患者数の推移と明らかな関連はみられない（平成 30 年（2018 年）から令和元年（2019 年）にかけての年間 700 件余の退院患者数の増加を療養病床数の減少で説明することには無理がある）。

## 【西部医療圏】（図 2-138・139・141）

西部医療圏では、退院患者数が平成 26 年度（2014 年度）から令和元年度（2019 年度）まで増加したが、令和 2 年度（2020 年度）は平成 27 年度（2015 年度）と同じ水準まで大きく減少した（対前年度比 0.905）。

病院病床数との関係では、一般・療養病床数はともに平成 30 年（2018 年）までは横ばいで、令和元年（2019 年）以降は療養病床のみ減少していることから、退院患者数の推移と明らかな関連はみられない（中東遠医療圏と同様の理由による）。

### 退院患者数の推移のまとめ

#### ○その 1 「退院患者調査」からみた退院患者数の推移（総数）

- ・厚生労働省の「退院患者調査」では、DPC 対象病院、DPC 準備病院、その他のデータ提出病院から提出された 1 年間の退院患者データ（対象外データを除く約 1,100 万件）について、患者住所地ベース（二次・三次医療圏単位）の集計結果と医療機関の個別データ、施設類型別の集計結果が同省ホームページで公開されている。
- ・今回は、平成 26 年度（2014 年度）から令和 2 年度（2020 年度）までの退院患者数（総数）の推移について検討した。

#### 【全県】

- ・退院患者数は緩やかな増加傾向が続いていたが、令和 2 年度（2020 年度）は、平成 26 年度（2014 年度）の水準まで大きく減少（対前年度比 0.913）した。

#### 【二次医療圏別】

- ・賀茂・静岡・志太榛原の各医療圏では、新型コロナウイルスの流行拡大前（令和元年度以前）に退院患者数がピークを迎え、令和 2 年度はさらに減少した。
- ・熱海伊東・駿東田方・西部の各医療圏では、全県と同様に、退院患者数は緩やかな増加傾向が続いていたが、令和 2 年度（2020 年度）は大きく減少した。
- ・富士・中東遠の各医療圏では、増減を繰り返しながら令和元年度にピークを迎え、令和 2 年度に大きく減少した。
- ・賀茂医療圏の一時期を除いて、退院患者数の推移と病院病床数の推移との間に明らかな関連はみられなかった。





図2-131 MDC分類別退院患者数の推移(賀茂医療圏/2014~2020年度)

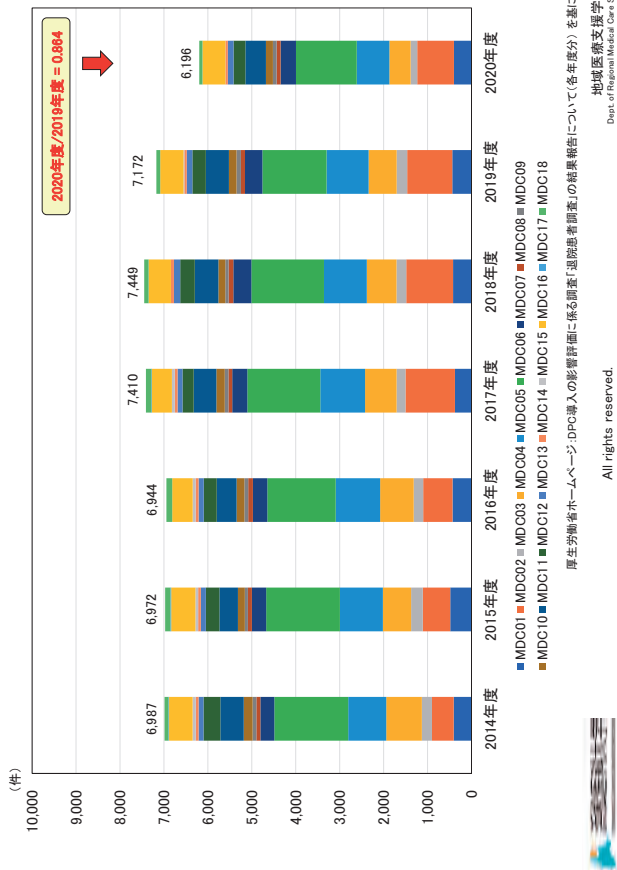


図2-132 MDC分類別退院患者数の推移(熱海伊東医療圏/2014~2020年度)

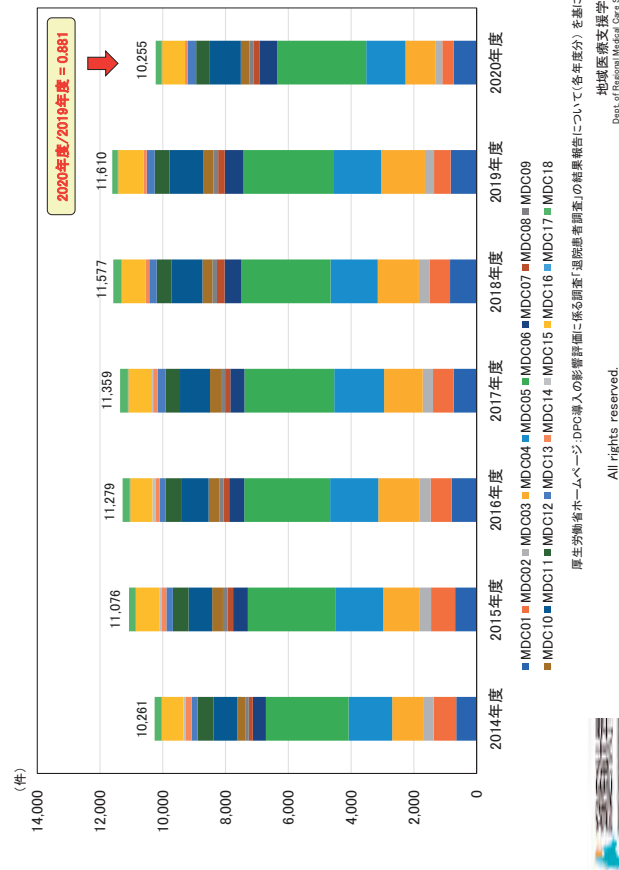


図2-133 MDC分類別退院患者数の推移(駿東田方医療圏/2014~2020年度)

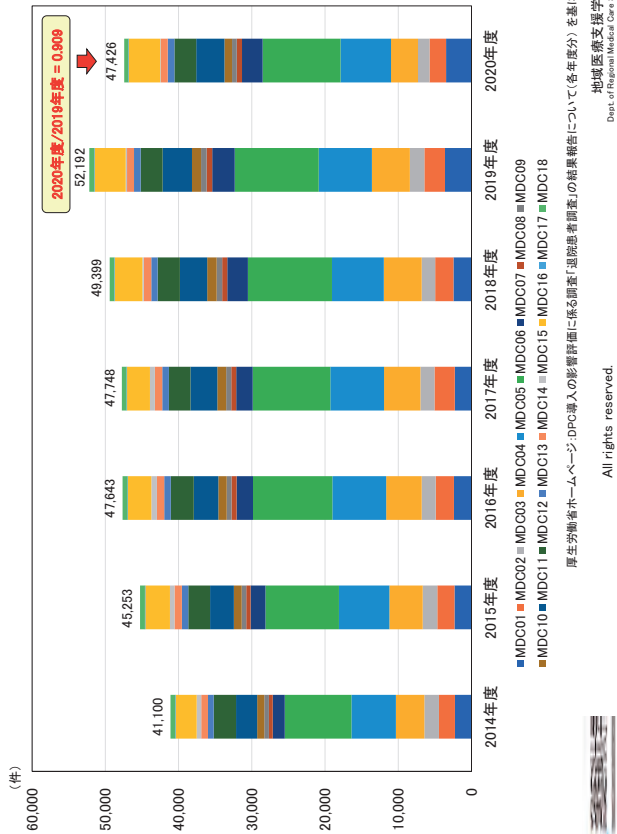


図2-134 MDC分類別退院患者数の推移(富士医療圏/2014~2020年度)

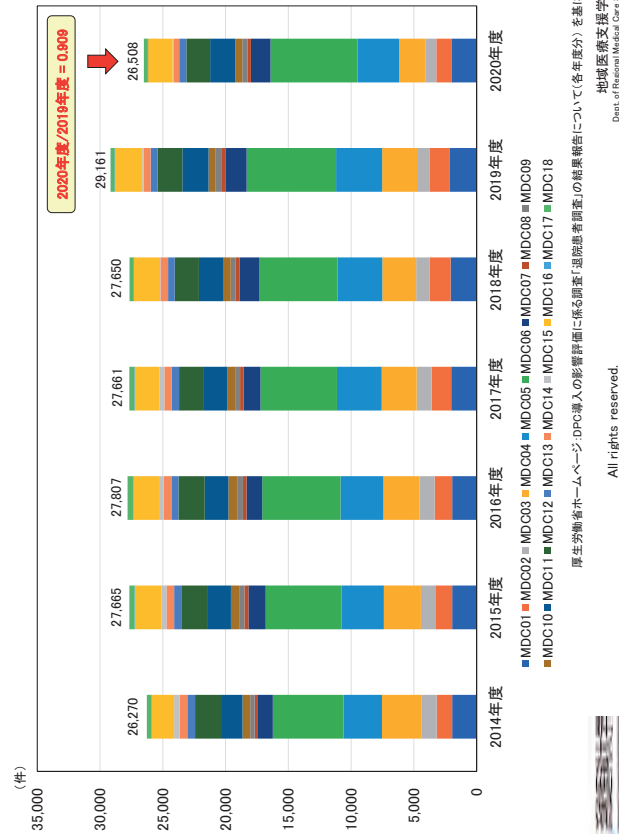


図2-135 MDC分類別退院患者数の推移(静岡医療圏/2014～2020年度)

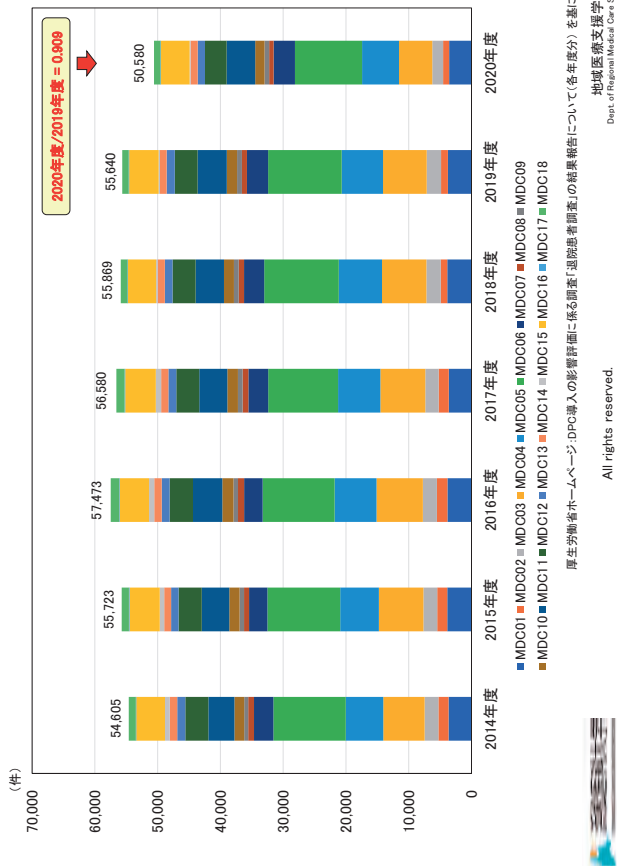


図2-136 MDC分類別退院患者数の推移(志太榛原医療圏/2014～2020年度)

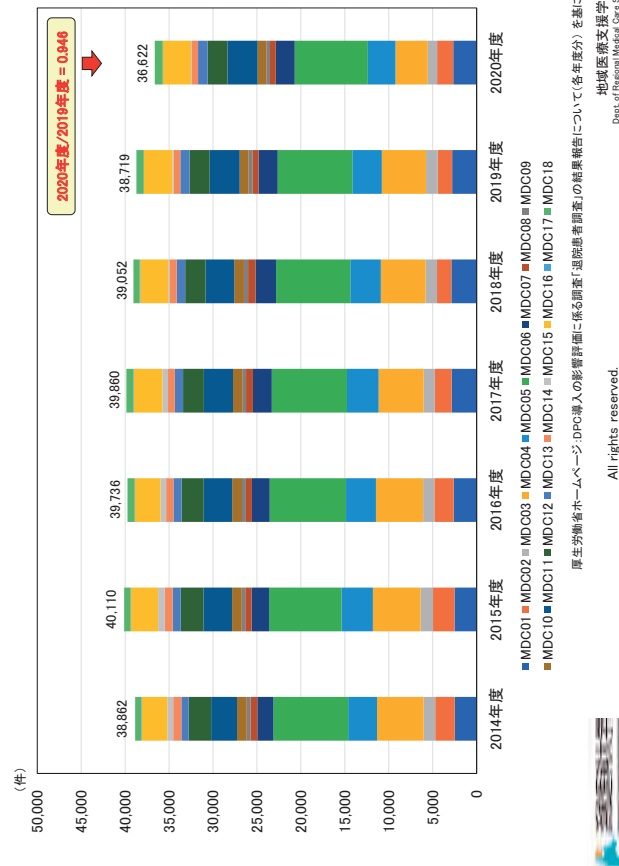


図2-137 MDC分類別退院患者数の推移(中東遠医療圏/2014～2020年度)

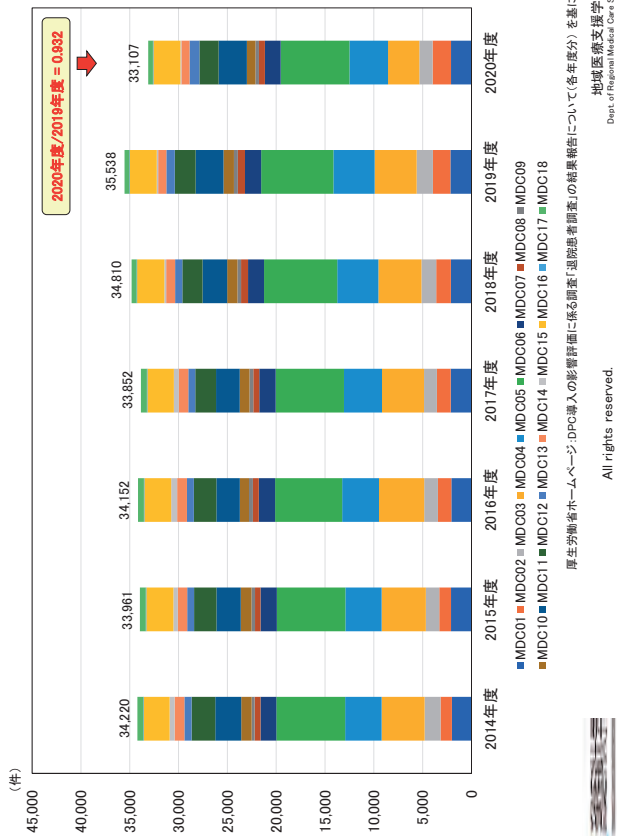


図2-138 MDC分類別退院患者数の推移(西部医療圏/2014～2020年度)

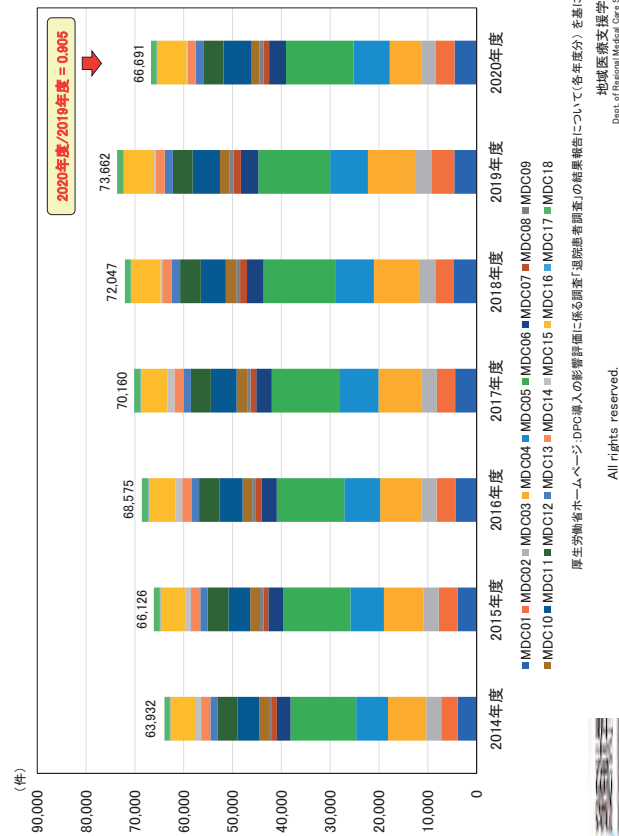




図2-139 静岡県における病院病床数の推移（一般・療養病床数（計）/平成28年～令和4年）

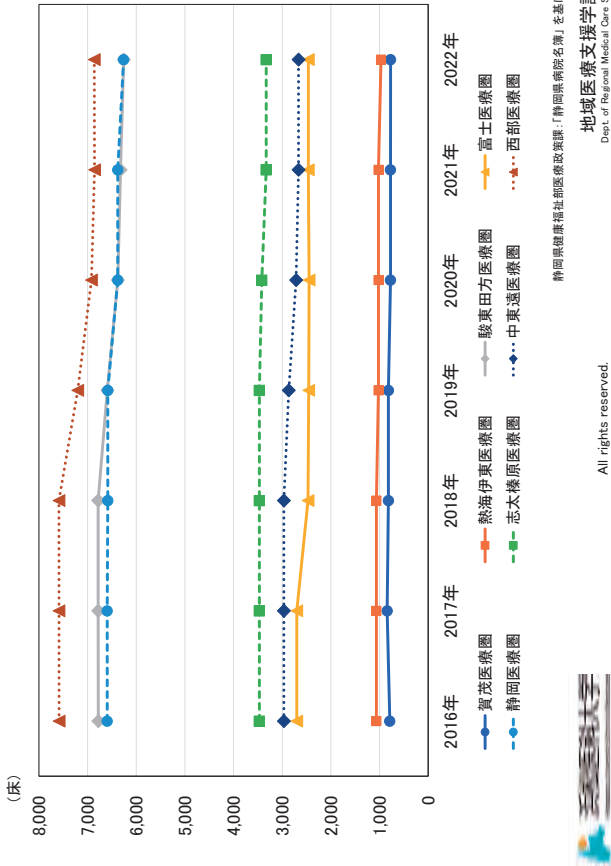


図2-140 静岡県における病院病床数の推移（一般・療養病床/賀茂・熱海伊東医療圏/平成28年～令和4年）

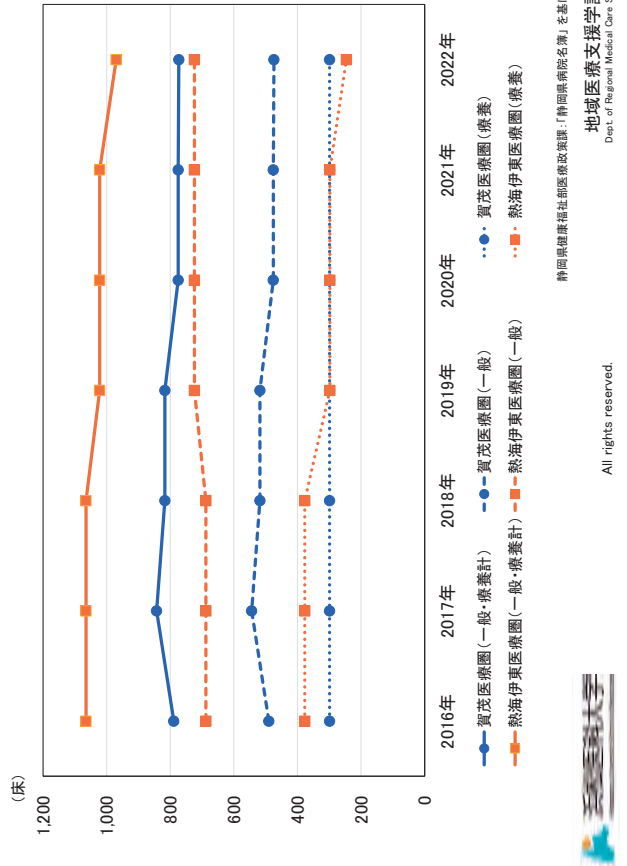


図2-141 静岡県における病院病床数の推移（一般・療養病床数（計）/駿東田方・静岡・西部医療圏/平成28年～令和4年）

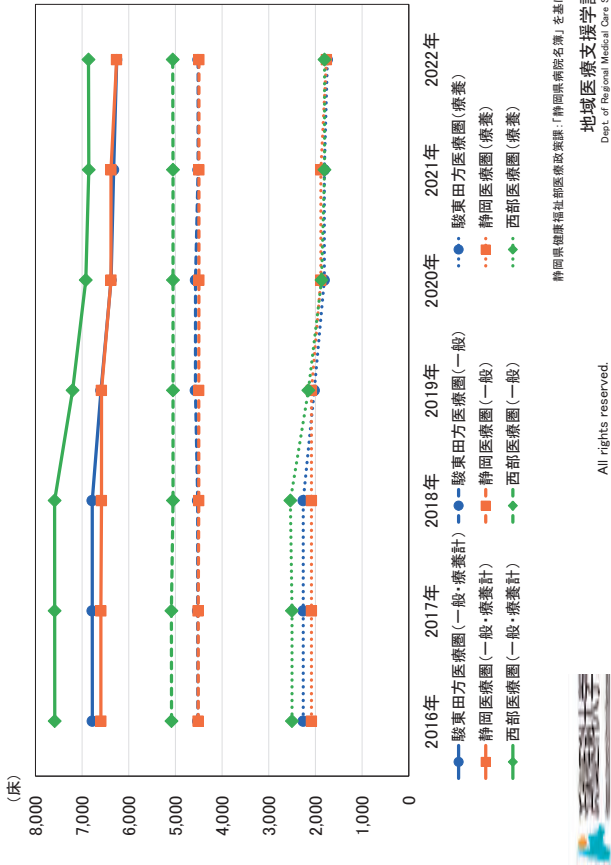
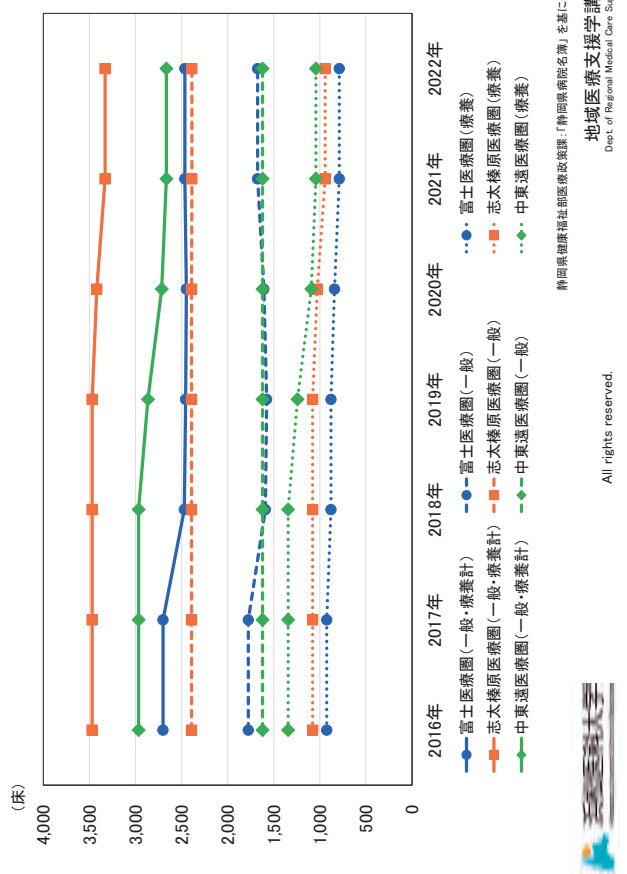


図2-142 静岡県における病院病床数の推移（一般・療養病床数（計）/富士・志太療原・中東遠医療圏/平成28年～令和4年）



#### (4) 地域における医療提供体制の現状と課題

##### キ 退院患者数の推移

##### (ウ) 新型コロナウイルス流行に伴う退院患者数の変化

##### (総数・MDC別：患者住所地ベース-全県、二次医療圏別)

新型コロナウイルス感染症は、本県の地域医療にも大きな影響を及ぼした。

今回は、新型コロナウイルスの感染拡大初期の令和元年度（2019年度）と令和2年度（2020年度）で、総数とMDC別の変化（2020年度/2019年度比）を検討した。

##### ○ 全県（図 2-143～150）

MDC03（耳鼻咽喉科系疾患）、MDC04（呼吸器系疾患）、MDC15（小児疾患）<sup>\*46</sup>で、対前年度比が0.80（80%）未満と大きく減少した。また、MDC02（眼科系疾患）、MDC08（皮膚・皮下組織の疾患）、MDC10（内分泌・栄養・代謝に関する疾患）、MDC17（精神疾患）で、対前年度比が0.80（80%）以上0.90（90%）未満と減少した。

##### ○ 東部地域

##### 【賀茂医療圏】（図 2-143）

MDC03（耳鼻咽喉科系疾患）、MDC04（呼吸器系疾患）、MDC05（循環器疾患）で、対前年度比が0.80（80%）未満と大きく減少した。また、MDC02（眼科系疾患）、MDC07（筋骨格系疾患）、MDC09（乳房の疾患）、MDC11（腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患）、MDC18（その他）で、対前年度比が0.80（80%）以上0.90（90%）未満と減少した。

なお、MDC15（小児疾患）<sup>\*46</sup>は、症例数が少ないため比較できなかった。

##### 【熱海伊東医療圏】（図 2-144）

MDC02（眼科系疾患）、MDC03（耳鼻咽喉科系疾患）、MDC04（呼吸器系疾患）で、対前年度比が0.80（80%）未満と大きく減少した。また、MDC01（神経系疾患）、MDC05（循環器疾患）、MDC08（皮膚・皮下組織の疾患）、MDC10（内分泌・栄養・代謝に関する疾患）、MDC01～18（計）で、対前年度比が0.80（80%）以上0.90（90%）未満と減少した。

一方で、MDC17（精神疾患）は、対前年度比1.30（130%）と大きく増加した。

なお、MDC15（小児疾患）<sup>\*46</sup>は、症例数が少ないため比較できなかった。

##### 【駿東田方医療圏】（図 2-145）

MDC03（耳鼻咽喉科系疾患）、MDC04（呼吸器系疾患）、MDC15（小児疾患）<sup>\*46</sup>で、対前年度比が0.80（80%）未満と大きく減少した。また、MDC02（眼科系疾患）、MDC09（乳房の疾患）、MDC10（内分泌・栄養・代謝に関する疾患）、MDC17（精神疾患）、MDC18（その他）で、対前年度比が0.80（80%）以上0.90（90%）未満と減少した。

### 【富士医療圏】(図 2-146)

MDC02 (眼科系疾患)、MDC04 (呼吸器系疾患)、MDC15 (小児疾患)<sup>\*46</sup>、MDC17 (精神疾患) で、対前年度比が 0.80 (80%) 未満と大きく減少した。また、MDC03 (耳鼻咽喉科系疾患)、MDC08 (皮膚・皮下組織の疾患)、MDC14 (新生児疾患、先天性奇形)、MDC16 (外傷・熱傷・中毒) で、対前年度比が 0.80 (80%) 以上 0.90 (90%) 未満と減少した。

## ○ 中部地域

### 【静岡医療圏】(図 2-147)

MDC03 (耳鼻咽喉科系疾患)、MDC04 (呼吸器系疾患)、MDC15 (小児疾患)<sup>\*46</sup> で、対前年度比が 0.80 (80%) 未満と大きく減少した。また、MDC02 (眼科系疾患)、MDC05 (循環器疾患)、MDC08 (皮膚・皮下組織の疾患)、MDC13 (血液・造血器・免疫臓器の疾患)、MDC17 (精神疾患) で、対前年度比が 0.80 (80%) 以上 0.90 (90%) 未満と減少した。

### 【志太榛原医療圏】(図 2-148)

MDC03 (耳鼻咽喉科系疾患)、MDC04 (呼吸器系疾患)、MDC15 (小児疾患)<sup>\*46</sup> で、対前年度比が 0.80 (80%) 未満と大きく減少した。また、MDC02 (眼科系疾患) は、対前年度比が 0.80 (80%) 以上 0.90 (90%) 未満と減少した。

一方で、MDC17 (精神疾患) は、対前年度比 1.25 (125%) と大きく増加した。

## ○ 西部地域

### 【中東遠医療圏】(図 2-149)

MDC04 (呼吸器系疾患)、MDC15 (小児疾患)<sup>\*46</sup> で、対前年度比が 0.80 (80%) 未満と大きく減少した。また、MDC03 (耳鼻咽喉科系疾患)、MDC08 (皮膚・皮下組織の疾患)、MDC09 (乳房の疾患)、MDC10 (内分泌・栄養・代謝に関する疾患) で、対前年度比が 0.80 (80%) 以上 0.90 (90%) 未満と減少した。

一方で、MDC13 (血液・造血器・免疫臓器の疾患) は、対前年度比 1.17 (117%) と大きく増加した。

### 【西部医療圏】(図 2-150)

MDC03 (耳鼻咽喉科系疾患)、MDC04 (呼吸器系疾患)、MDC15 (小児疾患)<sup>\*46</sup>、MDC17 (精神疾患) で、対前年度比が 0.80 (80%) 未満と大きく減少した。また、MDC02 (眼科系疾患)、MDC08 (皮膚・皮下組織の疾患)、MDC10 (内分泌・栄養・代謝に関する疾患) で、対前年度比が 0.80 (80%) 以上 0.90 (90%) 未満と減少した。

\*46 熱性けいれん、川崎病、虐待症候群、染色体異常 (一部を除く)、脳性麻痺に限る。他の傷病は、年齢に関係なく他の MDC に計上されている。

## 退院患者数の推移のまとめ

### ○その2 「退院患者調査」からみた新型コロナウイルス流行に伴う退院患者数 (総数・MDC別)の変化

- ・新型コロナウイルスがパンデミックとなった令和2年(2020年)3月をはさむ令和元年度(2019年度)と令和2年度(2020年度)について、退院患者数(総数・MDC別)の変化を検討した

#### 【全県】

MDC03(耳鼻咽喉科系疾患)、MDC04(呼吸器系疾患)、MDC15(小児疾患)で、対前年度比が0.80(80%)未満と大きく減少し、MDC02(眼科系疾患)、MDC08(皮膚・皮下組織の疾患)、MDC10(内分泌・栄養・代謝に関する疾患)、MDC17(精神疾患)で、対前年度比が0.80(80%)以上0.90(90%)未満と減少した。総数とその他のMDCは、対前年度比が0.80(80%)以上~1.10(110%)未満の範囲内であった。

#### 【二次医療圏別】

診察・検査時などに飛沫が拡散しやすく、顔面が近接することの多い診療科で対前年度比が低下した二次医療圏が多かった。また、その他特徴的な変化がみられたMDCもあった。

- ・対前年度比が0.80(80%)未満となった二次医療圏が多いMDC
  - MDC03(耳鼻咽喉科系疾患)：6圏域(残る2圏域も0.90(90%)未満)
  - MDC04(呼吸器系疾患)：8圏域すべて
  - MDC15(小児疾患)：6圏域(残る2圏域は症例数が少なく比較不可)
- ・対前年度比が0.80(80%)以上0.90(90%)未満となった二次医療圏が多いMDC
  - MDC02(眼科系疾患)：5圏域(残る3圏域のうち2圏域は0.80(80%)未満)
  - MDC08(皮膚・皮下組織の疾患)：5圏域(残る3圏域は0.90(90%)以上)
  - MDC10(内分泌・栄養・代謝に関する疾患)：4圏域(残る4圏域はMDC08に同じ)
- ・その他特徴的な変化がみられたMDC
  - MDC13(血液・造血器・免疫臓器の疾患)：1圏域で対前年度比が1.10(110%)以上(中東遠医療圏：1.17)
  - MDC17(精神疾患)：2圏域で対前年度比が0.80(80%)未満(富士・西部医療圏)、2圏域で対前年度比が0.80(80%)以上0.90(90%)未満(駿東田方・静岡医療圏)、2圏域で対前年度比が1.20(120%)未満(熱海伊東・志太榛原医療圏)



図2-143 MDC分類別退院患者数の変化(静岡県・賀茂医療圏/2019・2020年度比)

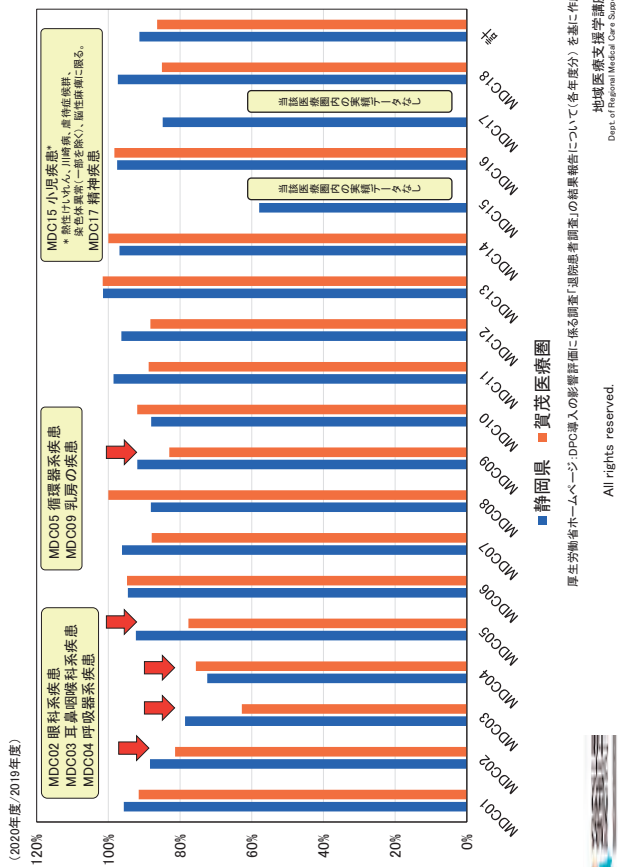


図2-144 MDC分類別退院患者数の変化(静岡県・熱海伊東医療圏/2019・2020年度比)

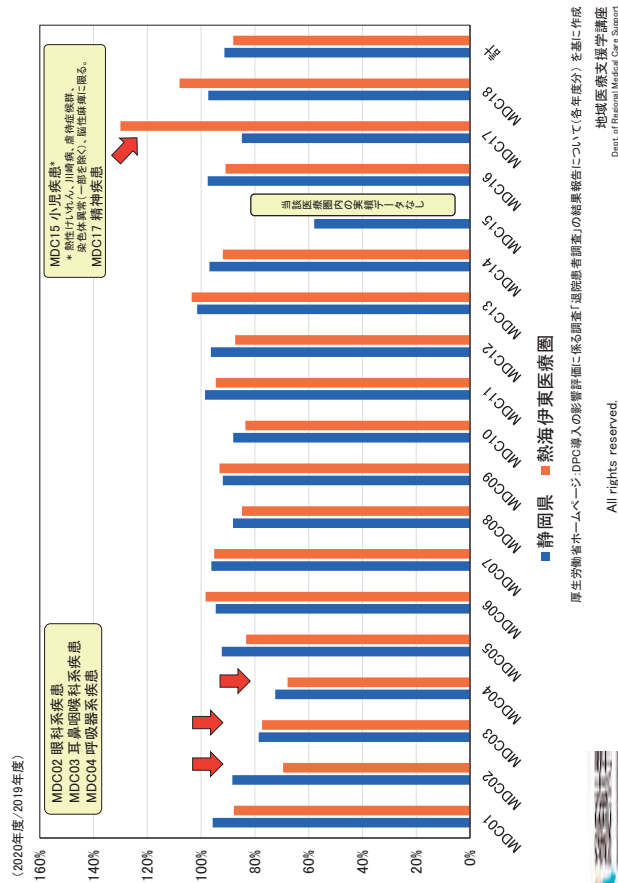


図2-145 MDC分類別退院患者数の変化(静岡県・駿東田方医療圏/2019・2020年度比)

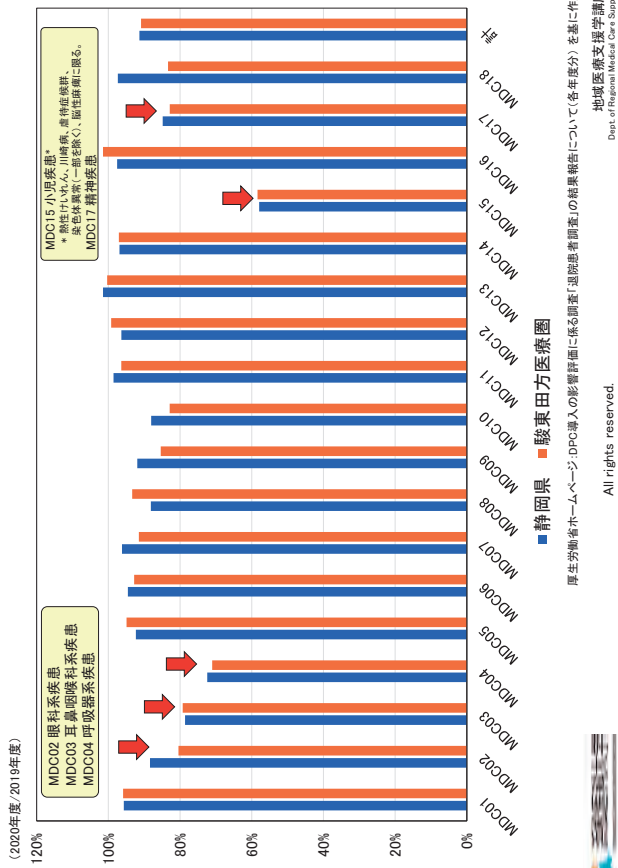


図2-146 MDC分類別退院患者数の変化(静岡県・富士医療圏/2019・2020年度比)

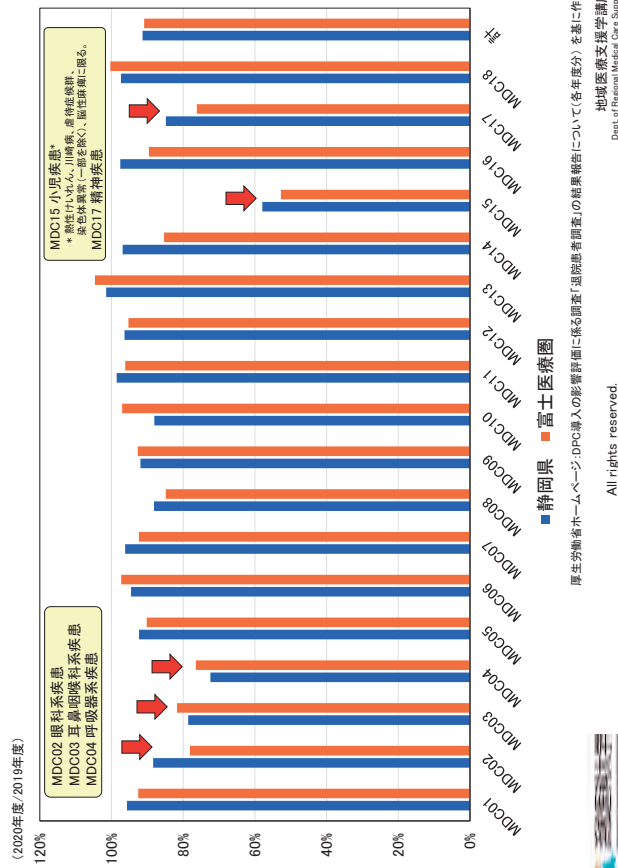


図2-147 MDC分類別退院患者数の変化(静岡県・静岡医療圏/2019・2020年度比)

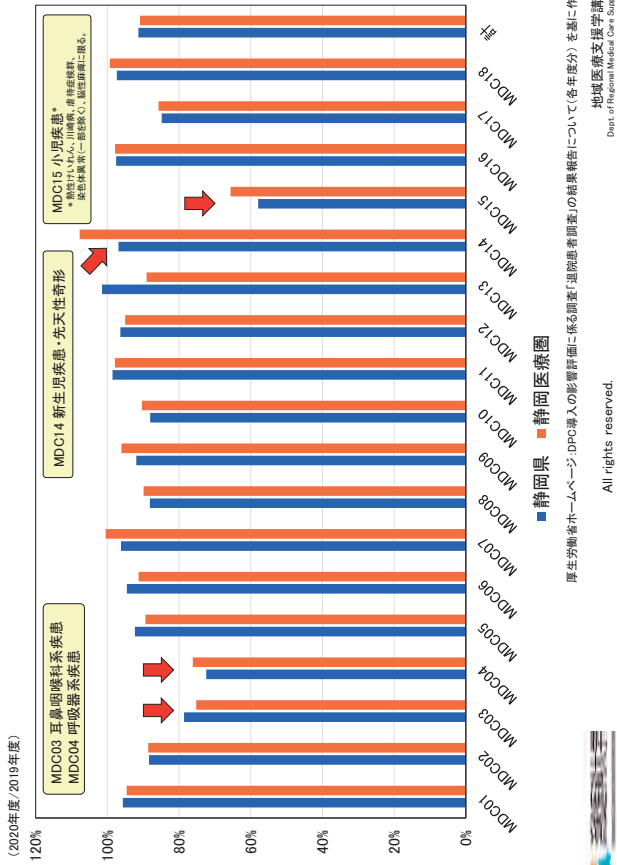


図2-148 MDC分類別退院患者数の変化(静岡県・志太様原医療圏/2019・2020年度比)

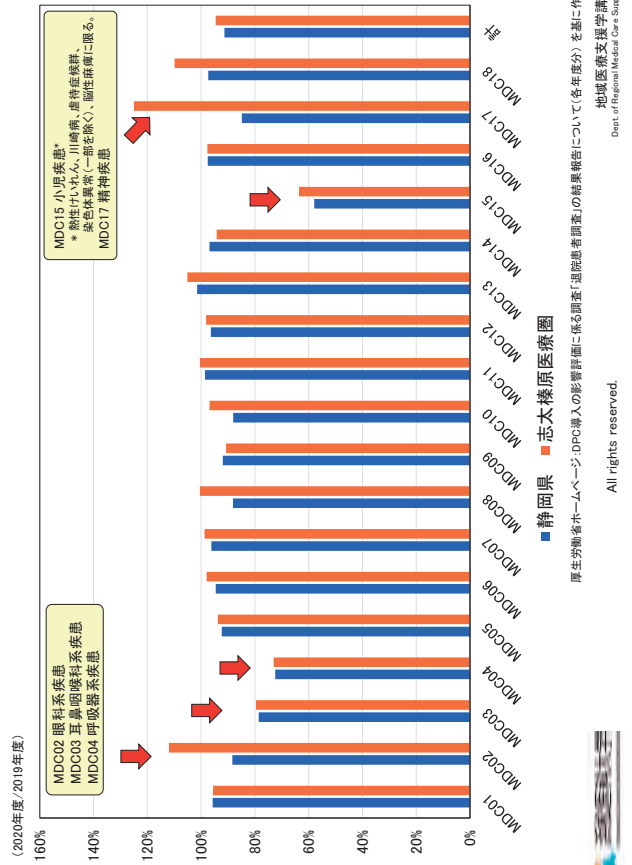


図2-149 MDC分類別退院患者数の変化(静岡県・中東遠医療圏/2019・2020年度比)

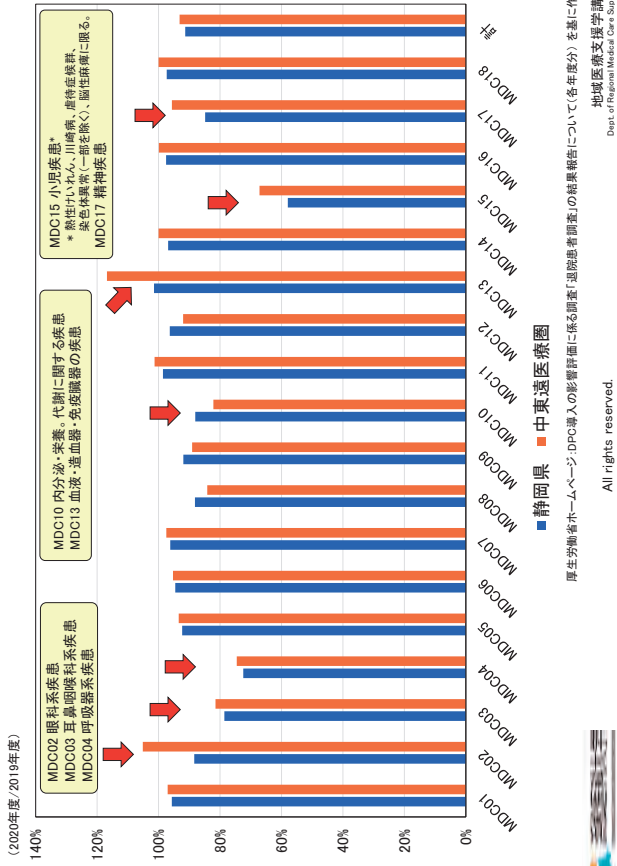
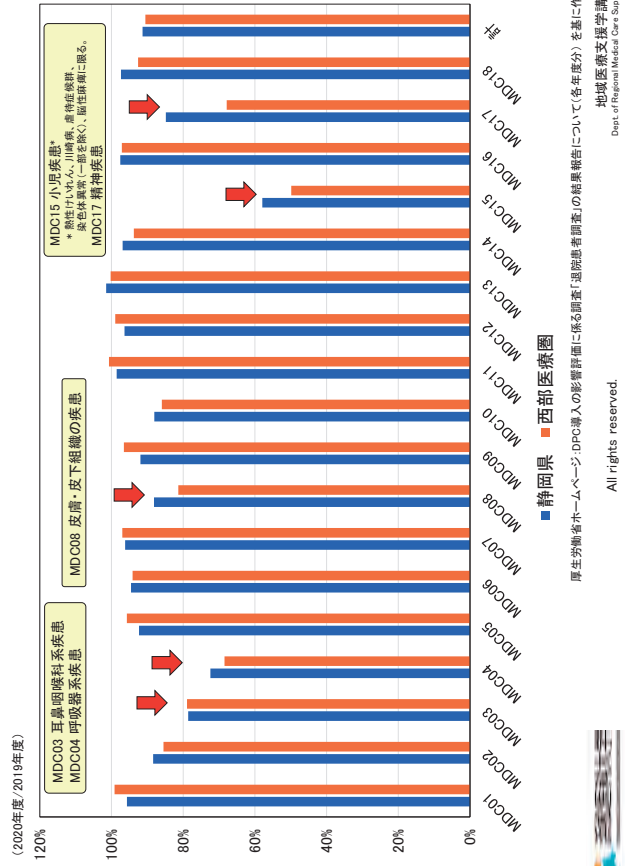


図2-150 MDC分類別退院患者数の変化(静岡県・西部医療圏/2019・2020年度比)



#### (4) 地域における医療提供体制の現状と課題

##### ク 救急車搬送件数の推移

###### (7) 退院患者調査を用いた救急車搬送件数（定義）

厚生労働省が毎年度実施している「退院患者調査」では、各医療機関における調査対象（各年度に退院または転棟した患者）の入退院経路等についても集計結果が公表されており、救急車による搬送の有無についても MDC 別に集計（「救急車による搬送の有無の医療機関別 MDC 別集計<sup>\*47</sup>」）されている。

今回は、全県と医療機関所在地による地域・二次医療圏別に集計した結果を検討した。

なお、本項における“救急車搬送件数”は、「退院患者調査」の集計条件に基づき“救急車による搬送有”として報告のあった医療機関別 MDC 別件数を集計したものであり、総務省消防庁が毎年公表している「救急救助の現況」<sup>\*48</sup>における“救急自動車による救急出動件数及び搬送人員”とは集計対象が異なる（「救急救助の現況」は年次集計（1～12月）で、集計期間も異なる。）ので、単純には比較できない。

\*47 厚生労働省ホームページ：「中央社会保険医療協議会（中央社会保険医療協議会診療報酬専門組織（DPC 評価分科会）」。各年度結果報告「DPC 導入の影響評価に関する調査」参考資料 2（4）。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi-chuo\\_128164.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi-chuo_128164.html)

（令和 5 年 3 月 31 日確認）

\*48 総務省消防庁ホームページ：「刊行物 救急救助の現況」

<https://www.fdma.go.jp/publication/#rescue>

（令和 5 年 3 月 31 日確認）

###### (4) 退院患者調査に基づく救急車搬送件数の推移（全県、地域、二次医療圏別）

###### ○ 全県（図 2-151）

本県の DPC 対象病院等における退院患者の救急車搬送件数は、平成 26 年度（2014 年度）の 127,558 件から令和元年度（2019 年度）の 144,852 件まで増加傾向にあったが、新型コロナウイルスの感染が拡大した令和 2 年度（2020 年度）に大きく減少し、翌年の令和 3 年度（2021 年度）も減少傾向が続いた結果、令和 3 年度は令和元年度比で 0.867 となり、ピークの 5 年前である平成 26 年度（2014 年度）の水準を下回った。

###### ○ 地域別（図 2-151）

地域別では、東部地域の救急車搬送件数は平成 26 年度（2014 年度）の 40,096 件から増加し、令和元年度（2019 年度）の 45,380 件をピークに、その後は減少に転じて、令和 3 年度（2021 年）は 39,786 件（令和元年度比 0.877）となった。中部地域も同様に、平成 26 年度（2014 年度）の 43,368 件から令和元年度（2019 年度）の

48,435 件をピークに、令和 3 年度（2021 年度）の 41,212 件（令和元年度比 0.851）まで減少し、西部地域では、平成 26 年度（2014 年度）の 44,094 件から令和元年度（2019 年度）の 51,037 件をピークに、令和 3 年度（2021 年度）は 44,574 件（令和元年度比 0.873）まで減少した。

このように、3 地域とも新型コロナウイルス感染拡大直前の令和元年度がピークで、その後は平成 26 年度（2014 年度）以下の水準に減少した。令和元年度から令和 3 年度の救急車搬送件数の減少率は、中部地域が 3 地域の中で最も高く、東部・西部地域が同レベルであった。

## ○ 二次医療圏別（図 2-152）

二次医療圏別では、平成 26 年度（2014 年度）以降における救急車搬送件数のピークが圏域により異なり、賀茂・熱海伊東医療圏では平成 29 年度（2017 年度）、他の 6 医療圏では令和元年度（2019 年度）にピークとなった。

新型コロナウイルスの発生以前に救急車搬送件数がピークを迎えていた賀茂・熱海伊東の各医療圏のうち、賀茂医療圏では、平成 26 年度（2014 年度）以降、微減傾向にある中で、平成 29 年度（2017 年度）に一時的に増加してピークとなっていた。一方で、熱海伊東医療圏では、ピークとなる平成 29 年度（2017 年度）までは救急搬送件数が増加していたが、ピークの翌年度の平成 30 年度（2018 年度）に若干減少した後は横ばい状態となり、医療圏によって異なっていた。

また、新型コロナウイルスの感染が拡大した令和 2 年度（2020 年度）以降、すべての医療圏で救急車搬送件数が減少したが、最も減少率が高い医療圏は志太榛原医療圏（令和 3 年度/令和元年度比 0.804）で、減少率が高い順に、熱海伊東医療圏（同 0.820）、中東遠医療圏（同 0.830）、駿東田方医療圏（同 0.860）、賀茂医療圏（同 0.869）、静岡医療圏（同 0.876）、西部医療圏（同 0.890）となり、最も減少率が低い医療圏は富士医療圏（同 0.928）と、医療圏により減少率に違いがみられた。

このほか、令和元年度から令和 3 年度にかけての救急車搬送件数の動向では、駿東田方・中東遠医療圏のように、令和 2 年度に大きく減少した後、令和 3 年度の減少は比較的緩やかなパターン、令和 2 年度と令和 3 年度で同程度の減少率であっても、静岡・志太榛原・西部医療圏のように比較的減少率が大きく急激に減少するパターンと熱海伊東・富士医療圏のように比較的減少率が小さく緩やかに減少するパターン、賀茂医療圏のように、ほぼ横ばい状態が続く中でわずかに減少するパターンと、医療圏により減少率に特徴がみられた。



## 救急搬送件数の推移のまとめ

### ○ 退院患者調査に基づく救急搬送件数の推移

- ・退院患者調査の「救急車による搬送の有無の医療機関別 MDC 別集計」から、全県と医療機関所在地による地域・二次医療圏別の集計結果について検討した。

#### 【全県】

- ・本県における退院患者の入院時救急搬送件数は、平成 26 年度（2014 年度）から令和元年度（2019 年度）まで増加傾向にあったが、新型コロナウイルスの流行が拡大した令和 2 年度（2020 年度）に大きく減少した後、翌年の令和 3 年度（2021 年度）も減少傾向が続いた。令和 3 年度は、令和元年度比 0.867 まで減少し、ピークから 5 年前の平成 26 年度（2014 年度）を下回った。

#### 【地域別】

- ・地域別では、3 地域とも全県と同様に、平成 26 年度（2014 年度）から令和元年度（2019 年度）まで増加傾向にあったが、令和 2 年度（2020 年度）に大きく減少し、令和 3 年度（2021 年）は平成 26 年度（2014 年度）以下の水準まで減少した。令和元年度から令和 3 年度の救急車搬送件数の減少率は、中部地域が 3 地域の中で最も高く、東部・西部地域が同レベルであった。

#### 【二次医療圏別】

- ・二次医療圏別では、平成 26 年度（2014 年度）以降における救急車搬送件数のピークが圏域により異なり、賀茂・熱海伊東医療圏では平成 29 年度（2017 年度）、他の 6 医療圏では令和元年度（2019 年度）にピークとなった。
- ・特に、賀茂医療圏では、平成 26 年度（2014 年度）以降、微減傾向にある中で、平成 29 年度（2017 年度）に一時的に増加してピークとなっていた。熱海伊東医療圏では、ピークとなる平成 29 年度（2017 年度）までは救急搬送件数が増加していたが、ピークの翌年度の平成 30 年度（2018 年度）に若干減少した後は横ばい状態となっていた。
- ・令和 2 年度（2020 年度）以降、すべての医療圏で救急車搬送件数が減少したが、最も減少率が高い志太榛原医療圏（令和 3 年度/令和元年度比 0.804）と最も減少率が低い医療圏は富士医療圏（同 0.928）との間には大きな差がみられた。
- ・令和元年度から令和 3 年度にかけての動向では、医療圏により減少するパターンが異なり、地域ごとに特徴がみられた。

図2-151 退院患者調査に基づく救急車搬送件数の推移(二次医療圏別/2014~2020年度)

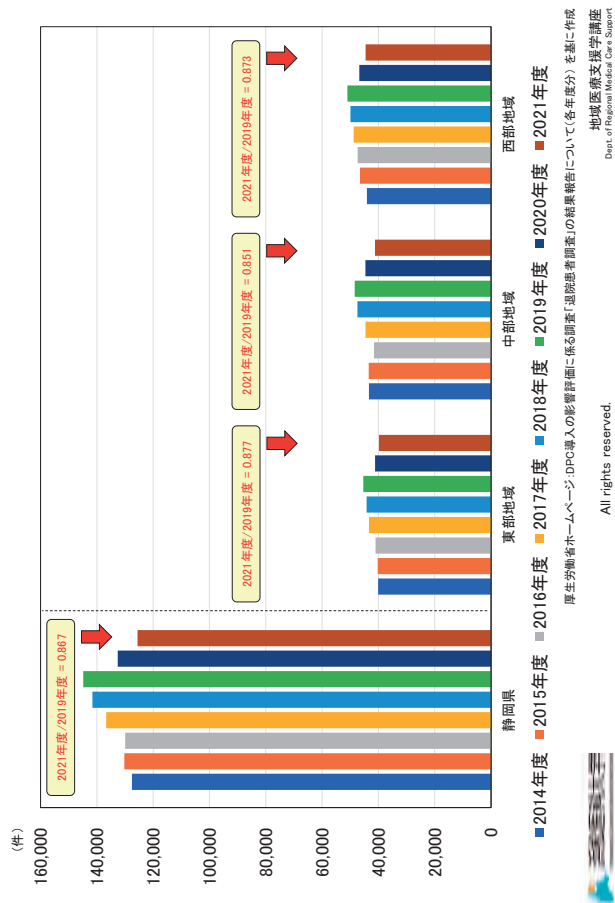
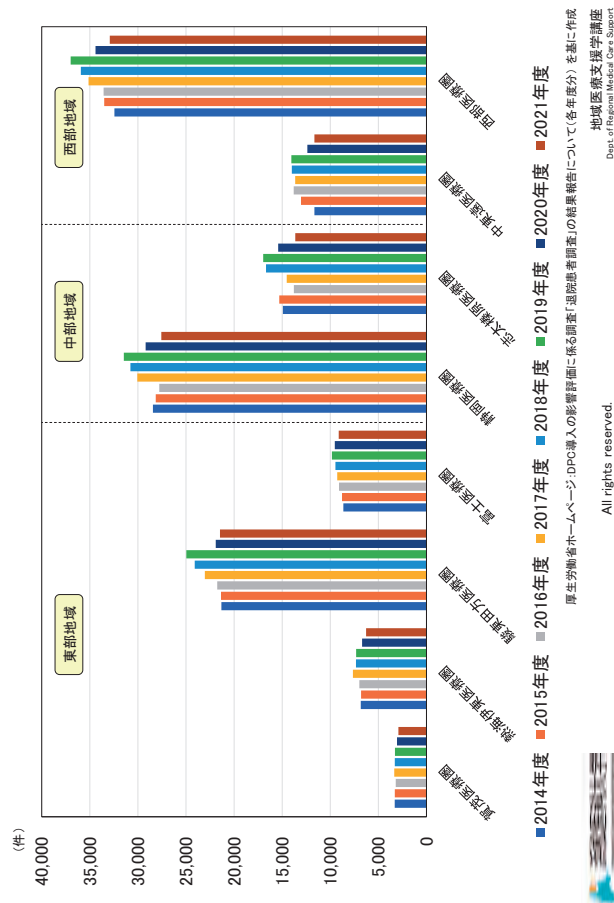


図2-152 退院患者調査に基づく救急車搬送件数の推移(二次医療圏別/2014~2020年度)



#### (4) 地域における医療提供体制の現状と課題

##### ケ 受療率・病床利用率・平均在院日数の推移

###### (7) 患者調査（受療率・平均在院日数）

厚生労働省では、医療施設（病院・診療所）を対象（層化無作為抽出）に、3年ごとに「患者調査」を実施し、利用する患者の実態を調査するとともに、その結果を用いて地域別患者数を推計している。

今回は、平成29年（2017年）と令和2年（2020年）に実施された「患者調査」の結果<sup>\*49,50</sup>を用いて、病院における受療率と平均在院日数の変化を検討した。

受療率（入院・外来）については、性・年齢階級別により差があり、65歳以上の高齢者では受療率が高くなっている。特に75歳以上では、外来に比べて入院の受療率が大きく上がることが特徴である。（表2-39）

本県における病院の受療率は、45歳未満では全国とほとんど差はないが、45歳以上では全国を下回り、特に75歳以上で全国との差が拡大している。（図2-153）

平成29年（2017年）と令和2年（2020年）における病院の年齢階級別入院受療率を比べると、新型コロナウイルスが流行した令和2年（2020年）は、全国・静岡県ともに高齢者を中心に受療率が低下した。その傾向は受療率が高い75歳以上において特に顕著で、病床利用率にも影響を与えたことが考えられる。（図2-153）

本県における病院の入院患者の平均在院日数は、平成29年（2017年）時点では、一部の主な傷病（脳血管疾患、肺炎、糖尿病）では全国を上回ったが、総数や一部の主な傷病（心疾患（高血圧性のものを除く）、虚血性心疾患、骨折）では下回るなど、傷病により違いがみられた。（図2-154）

また、令和2年（2020年）時点では、総数をはじめ多くの傷病で平均在院日数が全国を上回り、平成29年（2017年）時点と比べて、総数で約1.46倍、悪性新生物では2.36倍、虚血性心疾患では3.74倍など、高い伸び率を示した。（図2-154）

平均在院日数が伸びた理由としては、令和2年（2020年）の調査時期は新型コロナウイルスの「第7波」の収束時期に当たり、調査対象期間（9月1日～同月30日）に退院した患者の多くは「第7波」の流行初期から最盛期にかけて（調査対象期間の前90日以内に）入院したものと見込まれることが考えられる。ただし、本県と全国で流行時期に差がないことから、本県では入院患者の在宅復帰や後方支援病院への転院に課題があった可能性が考えられた。（図2-154・155）

なお、令和2年（2020年）における受療率の調査期日（10月20～22日のうち指定された1日）は、第7波の収束後、新規陽性者数が比較的落ち着いた時期であったが、高齢者を中心に、平成29年（2017年）時点よりも受療率は低下していた。

（図2-153）

\*49 厚生労働省：「平成 29 年（2017）患者調査の概況」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf>

（令和 5 年 3 月 31 日確認）

\*50 厚生労働省：「令和 2 年（2020）患者調査（確定数）の概況」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/kanjya.pdf>

（令和 5 年 3 月 31 日確認）

#### （イ）病院報告（病床利用率・平均在院日数）

厚生労働省では、全国の病院と療養病床を有する診療所を対象に、毎月「病院報告」の提出を求め、患者の利用状況を把握している。

今回は、平成 25 年（年次）から令和 3 年（同）までの「病院報告」の結果<sup>\*51</sup>を用いて、病院の一般病床における病床利用率と平均在院日数の推移を検討した。

なお、病院報告の病床利用率と平均在院日数は、いずれも年間の数値であり、調査時期の影響を受けやすい「患者調査」とは異なることに留意する必要がある。

本県の病床利用率は、全国と比べて低い傾向にあったが、新型コロナウイルスの感染が拡大した令和 2 年（2020 年）以降は本県・全国ともに大きく低下し、令和 2 年（2020 年）・令和 3 年（2021 年）は全国並みとなっている。（**図 2-156**）

二次医療圏別では、各年の変動が大きく、新型コロナウイルスの感染拡大後に病床利用率が上昇した賀茂医療圏を除けば、令和 2 年（2020 年）以降、ほとんどの二次医療圏で病床稼働率が大きく低下した。（**図 2-156**）

特に、富士・志太榛原・中東遠の各医療圏で病床稼働率が大きく低下したが、これらの二次医療圏は人口当たり一般病床数が全県を下回っており（**図 2-113 : P. 102**）、新型コロナウイルス感染症への対応において、重点医療機関を中心に病棟単位で病床を確保したことが影響している可能性がある。

一方で、人口当たり一般病床数が全県を上回る駿東田方・静岡・西部の各医療圏（**図 2-113 : P. 102**）では、駿東田方医療圏は病床稼働率が横ばい、静岡・西部の各医療圏では低下（特に静岡医療圏で大きく低下）と傾向が異なることから、重点医療機関の指定状況やそれらの病院の確保病床数などから検証していく必要がある。

平均在院日数は、本県・全国ともに減少傾向にある中で、本県は全国よりも短かった。新型コロナウイルスの感染が拡大した令和 2 年（2020 年）は本県・全国ともに微増したが、令和 3 年（2021 年）には再び減少傾向に戻っている。（**図 2-157**）

二次医療圏別では、全体として横ばい状態から微減傾向を示す二次医療圏が多い中で、賀茂医療圏での平均在院日数の増加と、富士・中東遠の各医療圏での減少が目立っている。（**図 2-157**）

病床利用率と平均在院日数からみると、高齢者（特に高齢者単独世帯）が多い賀茂医療圏（**図 2-39 : P. 32**）では、新型コロナウイルスの感染拡大により、入院患者



の在宅復帰や後方支援病院への転院が困難となり平均在院日数が延びた可能性が考えられ、富士・中東遠の各医療圏では、新型コロナウイルス対応のために限られた一般病床を病棟単位で転用しつつ、その他の傷病にも対応するために病床回転率を上げた結果、平均在院日数が短縮した可能性が考えられた。(図 2-157)

\*51 厚生労働省：「患者調査」(e-Stat 政府統計ポータルサイト)

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450023&tstat=000001030749>

(令和5年3月31日確認)

### 受療率・病床利用率・平均在院日数の推移のまとめ

#### ○「患者調査」からみた受療率と平均在院日数

- ・病院の受療率(入院・外来)は、性・年齢階級別により差があるが、65歳以上の高齢者で高く、特に75歳以上では入院の受療率が大きく上がっている。
- ・本県における病院の受療率は、45歳未満では全国とほとんど差はないが、45歳以上では全国を下回り、特に75歳以上で全国との差が大きかった。
- ・平成29年(2017年)と令和2年(2020年)との比較では、新型コロナウイルスが流行した後で、全国・静岡県ともに高齢者の入院受療率が低下し、特に受療率が高い75歳以上において顕著であった。
- ・病院の入院患者の平均在院日数についても、新型コロナウイルス流行の影響が考えられたが、本県では全国よりも平均在院日数が大きく延びたことから、新興感染症等の発生時における医療提供体制の課題について検討する必要がある。

#### ○「病院報告」からみた病床利用率と平均在院日数

- ・本県の病床利用率は、全国と比べて低い傾向にあったが、新型コロナウイルスの感染が拡大した令和2年(2020年)以降は本県・全国ともに大きく低下し、令和2・3年(2020・2021年)は全国並みとなっている。
- ・二次医療圏別では、令和2年(2020年)以降、賀茂医療圏を除くほとんどの二次医療圏で病床稼働率が大きく低下した。
- ・本県の平均在院日数は、全国と比べて短く、令和2年(2020年)は一時的に延びたが、本県・全国ともに年々短縮傾向にある。
- ・二次医療圏別では、横ばい状態から微減傾向を示す二次医療圏が多い一方で、賀茂医療圏での平均在院日数の増加と、富士・中東遠の各医療圏での減少が目立ったが、前者では高齢者(特に高齢者単独世帯)が多く、後者では一般病床数が少ないことがその要因として考えられた。

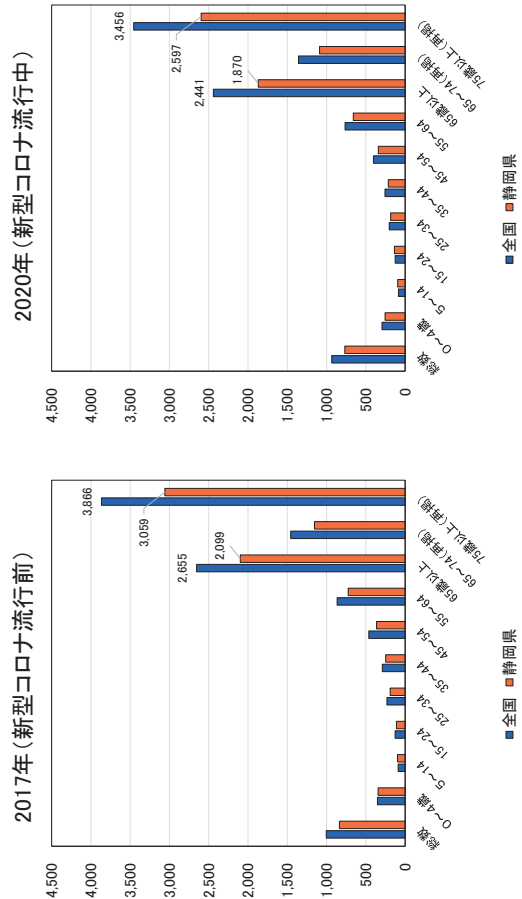
表2-39 性・年齢階級別受療率(人口10万対)

年齢階級	入院		外来	
	総数	男	女	総数
総数	960	910	1,007	6,308
0歳	1,065	1,155	971	7,403
1～4	134	153	115	6,103
5～9	71	79	64	4,540
10～14	99	106	92	3,328
15～19	123	121	126	2,372
20～24	141	128	156	2,885
25～29	198	142	258	3,563
30～34	246	165	331	3,977
35～39	257	215	301	4,074
40～44	273	278	267	4,220
45～49	345	387	302	3,063
50～54	478	551	404	4,444
55～59	664	776	551	5,856
60～64	895	1,064	730	6,702
65～69	1,207	1,444	983	7,369
70～74	1,544	1,797	1,318	10,083
75～79	2,204	2,461	1,997	11,843
80～84	3,234	3,440	3,088	12,077
85～89	4,634	4,795	4,546	11,308
90歳以上	6,682	6,706	6,673	9,667
(再掲)				
65歳以上	2,512	2,518	2,507	9,718
70歳以上	2,899	2,887	2,907	10,525
75歳以上	3,568	3,534	3,590	11,332

注：総数には、年齢不詳を含む。

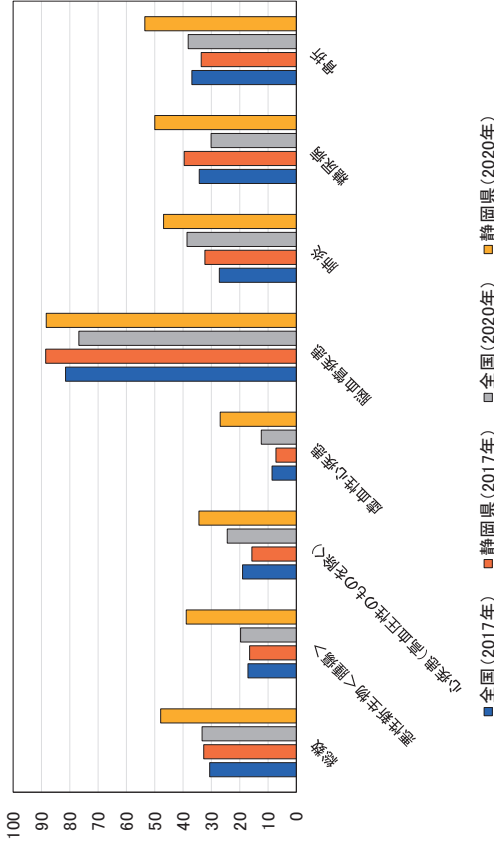
厚生労働省「令和2年(2020)患者調査の概況」表4  
<https://www.mhlw.go.jp/foukei/saikin/hw/kenja/20/dl/kenjya.pdf>(令和4年7月6日確認)

図2-153 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)



厚生労働省「平成29年-令和2年患者調査」を基に作成  
 地域医療支援センター  
 Dept. of Regional Medical Care Support

図2-154 主な傷病分類別退院患者平均在院日数(患者住所地/病院-入院/全国・静岡県/2017-2020年)

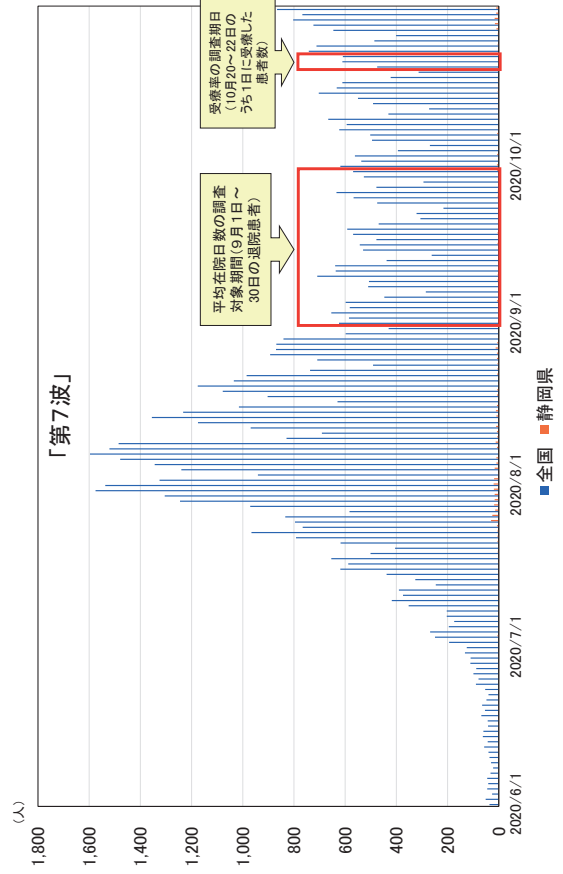


※ 調査対象期間中(調査年の9月1日～30日)に退院した患者の在院日数の平均。  
 ※ 令和2年調査の退院患者の平均在院日数には注意を要する。  
 詳細については、厚生労働省「令和2年患者調査(確定数)の概況」を参照。

厚生労働省「令和2年患者調査」を基に作成  
 地域医療支援センター  
 Dept. of Regional Medical Care Support

All rights reserved.

図2-155 新型コロナウイルス感染症の新規陽性者数の推移(日別/全国・静岡県/2020年6月～10月)



厚生労働省ホームページ「新型コロナウイルス感染症について」オープンデータ「新規陽性者数の推移(日別)」を基に作成  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>(令和5年1月6日確認)

All rights reserved.

図2-156 静岡県における病院の病床利用率の推移（一般病床：二次医療圏別/2013～2021年）

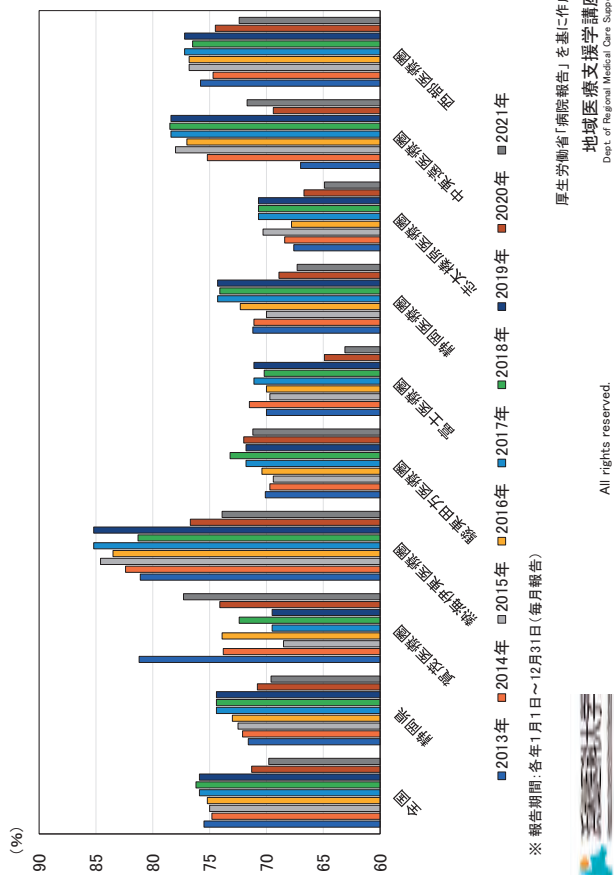
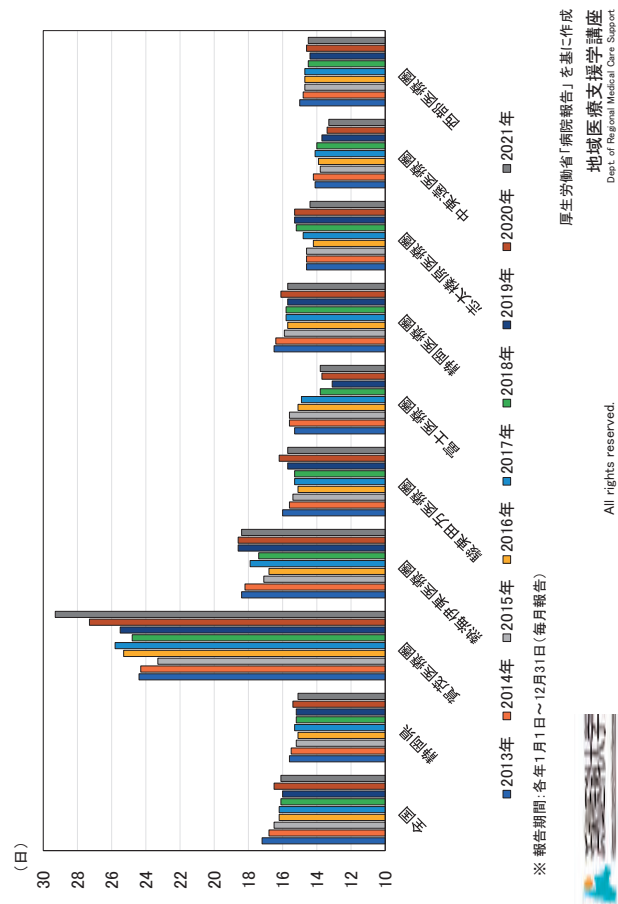


図2-157 静岡県における病院の平均在院日数の推移（一般病床：二次医療圏別/2013～2021年）



## (5) 医療・介護需要予測

### ア 医療・介護需要予測（概要）

#### (7) 人口規模と人口構造の変化に伴う医療・介護需要の変化

人口規模と人口構造の変化に伴う疾病構造や受療率の変化により、必要とされる医療の内容や量は大きく変化する。(図 2-159)

今後、75 歳以上人口（特に 90 歳以上人口）が大きく増加することから、医療に加えて介護の需要（ニーズ）が増加することが見込まれる。(図 2-94 : P. 76)

これからの医療・介護需要については、公益社団法人日本医師会が医療・介護関連データをホームページで公開している<sup>\*52</sup> 中で、都道府県・二次医療圏・指定都市行政区別の医療介護需要予測指数の推移を示しているほか、厚生労働省の医療計画等に関する各種の検討会・ワーキンググループでは、二次医療圏別の入院・外来別患者数<sup>\*53, 54</sup>・主な傷病別患者数<sup>\*55</sup>・訪問診療患者数等の在宅医療体制の関連指標<sup>\*54</sup>のピーク予測が示されている。

\*52 公益社団法人日本医師会：「地域医療情報システム（JMAP）」

<https://jmap.jp>（令和 5 年 3 月 31 日確認）

\*53 厚生労働省「第 25 回地域医療構想に関するワーキンググループ」（令和 2 年 3 月 19 日開催）

資料 1.（入院患者（総数））

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000609881.pdf>（令和 5 年 3 月 31 日確認）

\*54 厚生労働省「第 9 回第 8 次医療計画等に関する検討会」（令和 4 年 6 月 15 日開催）資料 1.

（外来患者数・訪問診療患者数・救急搬送件数）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000950765.pdf>（令和 5 年 3 月 31 日確認）

\*55 厚生労働省「第 3 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」

（令和 4 年 3 月 2 日開催）参考資料 2.（悪性新生物・脳梗塞・肺炎・骨折・虚血性心疾患）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000904952.pdf>（令和 5 年 3 月 31 日確認）

#### (4) 医療介護需要予測指数の推移（全県、二次医療圏別）

##### ○ 全県（図 2-159）

公益社団法人日本医師会による医療・介護需要予測<sup>\*47</sup>によれば、静岡県全体の医療需要は、令和 2 年（2020 年）以降わずかに増加するが、令和 7 年（2025 年）から令和 12 年（2030 年）は横ばい状態が続き、その後は減少することが見込まれている。

介護需要は、さらなる高齢化に伴う 75 歳以上人口の増加を受け、令和 12 年（2030 年）にピークとなるまで急増し、その後は、医療需要の変化よりも緩やかに減少することが見込まれている。

##### ○ 二次医療圏別（図 2-160・161，表 2-40・41）

二次医療圏別では、圏域内の高齢化率が 4 割超の賀茂医療圏と熱海伊東医療圏は、既に医療需要が減少局面にあり、令和 22 年（2040 年）には、賀茂医療圏は令和 2 年



(2020年)の3割減、熱海伊東医療圏では同時期の2割減が見込まれているほか、介護需要についても、高齢者人口(総数)の減少(図 2-11 : P. 21)に伴い、令和7年(2025年)をピークに減少が見込まれている。

その他の医療圏では、医療需要は、西部医療圏で緩やかな増加後に横ばい状態が続き、全国を上回る水準での推移が見込まれるが、中東遠医療圏で全国とほぼ同水準の推移をとるが、駿東田方・富士・静岡・志太榛原の各医療圏ではいずれも全国を下回る水準で推移し、駿東田方・静岡医療圏では令和7年(2025年)、富士・志太榛原医療圏では令和12年(2030年)をピークに減少が見込まれている。

また、賀茂・熱海伊東医療圏以外の医療圏での介護需要は、圏域により多少の違いはあるが、当面は75歳以上人口の増加に伴い急速に増加し、介護需要の増加が続く西部医療圏を除き、令和7年(2025年)から令和17年(2035年)にかけてピークを迎える。その後は、富士医療圏では横ばい状態が続くが、駿東田方・静岡医療圏では減少後に横ばい状態に移行するほか、志太榛原・中東遠医療圏では「くの字」型に減少が続くなど、圏域により異なる推移を示すことが見込まれている。

## 医療・介護需要予測のまとめ

### ○ その1 医療・介護需要予測(概要:全県、二次医療圏別)

#### 【全県】

- ・静岡県全体の医療需要は、令和2年(2020年)以降わずかに増加するが、令和7年(2025年)から令和12年(2030年)は横ばい状態が続き、その後は減少が見込まれている。介護需要は、75歳以上人口の増加を受け、令和12年(2030年)にピークとなるまで急増し、その後は、医療需要よりも緩やかな減少が見込まれている。

#### 【二次医療圏別】

- ・二次医療圏別では、少子高齢化と人口減少が顕著な賀茂医療圏と熱海伊東医療圏は、既に医療需要が急速に減少しつつあり、高齢者人口の減少に伴い、介護需要についても、令和7年(2025年)をピークに減少が見込まれている。
- ・その他の医療圏では、医療需要は、中東遠・西部の各医療圏では全国と同水準以上で推移する一方で、駿東田方・富士・静岡・志太榛原の各医療圏では全国を下回り、令和12年(2030年)までをピークに、その後は減少が見込まれている。
- ・介護需要は、圏域により違いはあるが、当面は75歳以上人口の増加に伴い増加し、介護需要の増加が続く西部医療圏を除き、令和17年(2035年)までピークを迎え、その後は圏域により横ばいから減少が見込まれている。



表2-40 静岡県における医療需要予測指数の比較(全国・静岡県・二次医療圏別/抜粋)

(2015年=100)	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
全国	102	105	105	103	102
静岡県	101	103	103	100	99
賀茂医療圏	100	95	88	79	70
熱海伊東医療圏	100	98	92	85	80
駿東田方医療圏	100	101	100	97	95
富士医療圏	100	102	102	100	98
静岡医療圏	101	103	101	99	98
志太榛原医療圏	101	103	103	100	98
中東遠医療圏	100	104	105	104	102
西部医療圏	103	107	108	108	108 (2045年 = 107)

※ヒークを色付け示した。

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)」を基に作成  
<https://jmap.jp> (令和4年9月28日確認)

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

All rights reserved.



表2-41 静岡県における介護需要予測指数の比較(全国・静岡県・二次医療圏別/抜粋)

(2015年=100)	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
全国	103	116	121	120	120
静岡県	102	115	120	119	118
賀茂医療圏	100	106	102	91	81
熱海伊東医療圏	101	108	103	94	88
駿東田方医療圏	100	112	116	113	112
富士医療圏	101	115	121	120	120
静岡医療圏	102	113	116	113	112
志太榛原医療圏	102	116	121	120	117
中東遠医療圏	101	117	127	130	128
西部医療圏	105	120	128	130	131 (2045年 = 133)

※ヒークを色付け示した。

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)」を基に作成  
<https://jmap.jp> (令和4年9月28日確認)

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

All rights reserved.



## (5) 医療・介護需要予測

### イ 医療需要予測（入院・外来別患者数等の推計）

#### (7) 入院・外来別患者数と在宅医療関連指標のピーク予測（二次医療圏別）

患者数（総数：入院・外来別）<sup>\*53,54</sup>は、年齢階級により受療率（入院・外来）が大きく異なることから、人口規模と人口構成の影響が大きい。（表 2-39）

##### ○ 入院（図 2-162, 表 2-42）

賀茂医療圏が 2015 年にピークを過ぎ、熱海伊東医療圏が 2025 年にピークを迎えるほかは、駿東田方・富士・静岡・志太榛原の各医療圏が 2030 年、中東遠医療圏が 2035 年、西部医療圏が 2040 年にピークを迎えることが見込まれている。

##### ○ 外来（表 2-42）

賀茂・熱海伊東医療圏が 2015 年までにピークを過ぎ、駿東田方・富士・静岡・志太榛原の各医療圏では 2020 年にピークを迎えているほかは、中東遠医療圏が 2025 年、西部医療圏が 2030 年にピークを迎えることが見込まれているが、いずれも入院患者数よりもピークが前倒しになっていることに注意する必要がある。

ただし、在宅医療の体制（図 2-91 : P. 76）に関連する指標として「訪問診療患者数」と「救急搬送件数」が示されている<sup>\*54</sup>が、前者については、すべての医療圏で 2035 年もしくは 2040 年以降にピークを迎えることが見込まれており、外来患者数（総数）のピーク予測との間にかなり乖離があることに注意する必要がある。これは、今後の高齢者人口が 75 歳以上人口の中でも 90 歳以上人口（超高齢者人口）が急速に増加する（図 2-15～26 : P. 22～35）一方で、85 歳以上の高齢者単独世帯の構成割合の増加が見込まれる（図 2-32 : P. 30）ことから、通院困難な在宅療養患者が増加し、訪問診療を必要とする患者数の増加が見込まれる（図 2-93 : P. 76）ことを示唆しているものと考えられる。

また、在宅で療養する高齢者単独世帯の増加に伴い、慢性疾患の増悪時や誤嚥性肺炎に伴う発熱、あるいは転倒に伴う骨折等の急変・急病時は自力での受診が困難なことから、救急要請せざるを得ないケースが増加するものと見込まれ、「救急搬送件数」のピーク予測が外来患者数（総数）よりも遅くなっているものと考えられる。

なお、賀茂・熱海伊東医療圏については、今後は高齢者人口の減少が見込まれる（図 2-11 : P. 21）ことから、救急搬送件数は他の医療圏よりもピークが早くなっているものと考えられる。

#### (4) 主な傷病別患者数のピーク予測（二次医療圏別）

入院・外来患者を構成する各傷病の患者推計<sup>\*55</sup>には、人口規模や人口構成に加えて、患者の性別やそれぞれの傷病の好発年齢や発症率、検査・治療法などが影響している。



### ○ 悪性新生物（入院）（表 2-42）

近年は外来で実施可能な検査・治療も多くなったため、入院患者推計のピークは高齢者に多い脳梗塞や肺炎、骨折のピーク（いずれも入院患者）に比べて早くなっていることが考えられる。

### ○ 脳梗塞・肺炎・骨折（入院）（表 2-42）

いずれも高齢者、特に 75 歳以上で受療率が高くなる疾患であるが、入院患者数のピークは 75 歳以上人口がピークとなる 2030～2035 年（図 2-11・13・14：P. 21・22）よりも遅くなっている。これは、前項で述べたように、超高齢者の増加と高齢者単独世帯の増加が相まって、75 歳以上人口が減少に転じても、入院需要の減少には直ちにつながらないことが考えられる。

### ○ 虚血性心疾患（外来）（表 2-42）

65 歳以上人口が比較的高く推移する富士・志太榛原・中東遠・西部の各医療圏（図 2-11・13・14：P. 21・22）では、外来需要のピークが 2030 年以降になっている。

その他の医療圏（賀茂・熱海伊東・駿東田方・静岡の各医療圏）では、2025 年までに外来需要がピークを迎えるものと見込まれている。

## 医療・介護需要予測のまとめ

### ○ その 2 医療需要予測（入院・外来別患者数等の推計）

#### 【入院・外来別患者数】

- ・入院患者数（総数）では、賀茂医療圏が 2015 年にピークを過ぎ、熱海伊東医療圏が 2025 年、駿東田方・富士・静岡・志太榛原の各医療圏が 2030 年、中東遠医療圏が 2035 年、西部医療圏が 2040 年にピークを迎えることが見込まれている。
- ・外来患者数（総数）では、賀茂・熱海伊東医療圏が 2015 年までにピークを過ぎ、駿東田方・富士・静岡・志太榛原の各医療圏では 2020 年、中東遠医療圏が 2025 年、西部医療圏が 2030 年にピークを迎えることが見込まれ、いずれも入院患者数よりもピークが前倒しになっている。
- ・ただし、在宅医療関連指標のうち「訪問診療患者数」では、すべての医療圏で 2035 年以降にピークが見込まれ、外来患者数（総数）との間で乖離がある。これは、今後増加する高齢者の人口構成（90 歳以上人口）や世帯構成（高齢者単独世帯に占める 85 歳以上の高齢者割合）により、通院困難な在宅療養患者が増加し、訪問診療を必要とする患者数の増加によるものと考えられる。
- ・また、「救急搬送件数」では、在宅で療養する高齢者単独世帯の増加に伴い、急変・急病時には救急要請せざるを得ないケースが増加するため、外来患者数（総数）よりもピーク予測が遅くなっていることが考えられる。

### 【主な傷病別患者数】

- ・各傷病の患者推計には、人口規模や人口構成に加えて、患者の性別やそれぞれの傷病の好発年齢や発症率、検査・治療法などが影響している。
- ・悪性新生物は、性別を問わず罹患率が高い疾患であるが、外来で実施可能な検査・治療も多くなったため、入院患者数のピーク予測は、高齢者に多い脳梗塞や肺炎、骨折に比べて早くなっていることが考えられる。
- ・虚血性心疾患の外来患者推計では、65歳未満の将来推計人口指数が比較的高い富士・志太榛原・中東遠・西部の各医療圏のピーク予測が2030年以降となる一方で、その他の医療圏では2025年までにピークを迎えることが見込まれている。

### 【参考】

産業医科大学公衆衛生学教室（松田晋哉教授）のホームページ<sup>\*56</sup>では、全国の二次医療圏-市町別の主な傷病別入院・外来推計患者数の推移（グラフ）を検索することができる。

\*56 産業医科大学公衆衛生学教室ホームページ:「地域別人口変化分析ツール(AJAPA:All Japan Areal Population-change Analysis)」

<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/files/chv-1?pli=1>（令和5年3月31日確認）



## (6) 今後の医療の方向性

### ア 超高齢社会の進行に伴う医療・介護需要の増大と人材確保

平均寿命が延伸する中でも、最も年齢階級別人口が多い団塊の世代が75歳以上となり、人口構造や疾病構造が大きく変化する中で、これからも死亡数の増加が見込まれることから、今後は「多死社会」がさらに身近になるものと考えられる。(図 2-3・15・158 (以上再掲)・163)

また、医療と介護を同時に必要とする高齢者単身世帯の増加が見込まれる一方で、現役世代人口がさらに減少することから、医療・介護の需要と人材供給とのギャップがこれまで以上に拡大し、今後は医療・介護(福祉)関連職種の人材(以下、医療・介護人材)の確保はますます困難になるものと考えられる。(図 2-164・165, P. 76)

今後は、限られた現役世代人口の中で、ICTの活用による生産性の向上や外国人材の受入等により医療・介護人材を確保しつつ、後述する医療・介護デジタルトランスフォーメーション(以下、医療・介護DX)を推進することにより、さらに効率的で質の高い医療・介護の提供体制を構築していくことが、地域医療に求められている方向性であると考えられる。

### イ 今後の地域における機能分担と連携の在り方

令和3年(2021年)5月28日に公布された医療法等改正法では、2025年を目標年としてきた地域医療構想に加えて、今回の新型コロナウイルスの感染拡大への対応の経験を踏まえ、令和6年度(2024年度)からの6年間を計画期間とする次期医療計画を策定する中で、効率的で質が高い医療提供体制を構築し、持続可能性を高めるための取組が求められている。(図 2-79 (再掲)・166)

### ○ 紹介受診重点医療機関と医療機能情報提供制度

今後は、地域における医療機関や薬局等のさらなる機能分担と連携が求められているが、「かかりつけ医機能の制度整備」と併せて、地域医療支援病院制度を参考にした「紹介受診重点医療機関」の明確化が打ち出されている。

「紹介受診重点医療機関」については、地域医療支援病院や特定機能病院についても、地域医療構想調整会議などで協議することが求められており、「かかりつけ医機能を担う医療機関」と「紹介受診重点医療機関」が地域の中で車の両輪のように機能することが期待されている。(図 2-167)

しかしながら、現状においても、一般診療所や小規模病院の中で高度専門医療を提供できる医療機関(あるいは、専門医療に特化した医療機関)がみられることから、「紹介受診重点医療機関」に限らず、地域の中で個々の医療機関がそれぞれの専門性を発揮するとともに、近日中に各都道府県単位から全国統一システムへ移行する医療機能情報提供制度を十分に活用することで、住民自らが適切に受診する医療機関を選択ができるような環境整備と情報提供を行うことにより、医療機関相互の機能分担と連携がさらに高まることが期待できる。(図 2-168)



## ウ 病床機能別にみた病院の立ち位置と今後の方向性

人口減少と少子高齢化が同時並行して加速化する中で、それぞれの病院は、これまで以上にその医療機能を明確化した上で、必要な施設・設備と人材（職種・人員）を確保することが求められている。

さらに、地域完結型医療を目指す視点からは、地域における「協議の場」などを通じて合意された、地域で求められている（あるいは、今後求められる）医療機能と地域全体の医療提供体制における位置付けについて、医療機能情報提供制度などを通じて、受療側である住民を含む地域全体で共有することが重要であると考えられる。（**図 2-169**）

### (7) 地域完結型医療における二次救急医療機関の立ち位置

地域完結型医療の視点では、日本医師会から、「かかりつけ医機能」に焦点を当てた診療所・病院の機能分化・連携のイメージが示されている。（**図 2-170**）

このイメージの中で、救急医療機関は、診療所または地域型病院（特段、「初期救急医療機関」の明示はないが、「24 時間体制」とあることから、「在宅輪番制またはセンター方式による初期救急医療体制」を示しているものと思われる。）、二次救急医療機関、三次救急医療機関として、医療機能と紹介・逆紹介の2つの側面からの位置付けが示されているが、ここでは、「日常診療」と紹介・逆紹介の中間に位置付けられている二次救急医療機関に着目したい。

二次救急医療機関は、入院医療を必要とする救急患者に対応する医療機関（基本的に病院）であるが、地域により、開設主体や病床規模、標榜診療科等が異なっている。

本県の場合、富士医療圏を除く東部地域では、多様な開設主体による中小規模の病院が多いのに対して、東部地域の富士医療圏や中部地域（静岡・志太榛原医療圏）、西部地域の中東遠医療圏では、公立・公的病院が地域全体の一般病床数の多くを占め、病院の病床規模は比較的大きい。また、西部地域の西部医療圏では、公立・公的病院と公的要素が強い社会福祉法人が開設する病院が開設主体となり、地域全体の一般病床数の多くを占め、病院の病床規模が大きい。（**図 2-115, 表 2-34（再掲）：P. 92**）

特に、中小規模の二次救急医療機関については、病床当たり常勤医師数が少なく、受入可能な領域（診療科）や重症度も限られることから、救急車受入件数も少ない傾向にある<sup>\*57</sup>。また、大学病院等から派遣された非常勤医師にマンパワーを頼る部分も多いことから、令和6年4月からの医師の時間外労働上限規制の適用に伴い、救急医療への対応が困難になる可能性も懸念される。（**図 2-82（再掲）：P. 67**）

### (4) 公立病院経営強化プランの策定と民間病院を含む「対応方針の策定」

公立病院については、次期医療計画の策定作業に連動する形で、令和5年3月に総務省から新たなガイドライン「公立病院経営強化ガイドライン」が示された。

令和5年度末までに公立病院が策定する「公立病院経営強化プラン」では、「中核

的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、「不採算地区病院等への医師派遣を強化」するなど、「役割・機能の最適化と連携の強化」や「医師・看護師等の確保と働き方改革」が特に強調されている。(図 2-171)

また、「経済財政運営と改革の基本方針 2022 (骨太の方針 2022)」(令和 4 年 (2022 年) 6 月 7 日閣議決定)を踏まえた内閣府が開催する経済財政諮問会議の経済・財政一体改革推進委員会で示された「新経済・財政再生計画 改革工程表 2022」では、「地域医療構想に係る(追記: =病床を有する)民間医療機関を含めた各医療機関」について、今後の対応方針の策定が求められている。(図 2-172)

このような国の動向の中で、2025 年を目標年として策定された地域医療構想は、新たな地域医療構想の策定に向けた取組が進められており、地域の医療提供体制についても、人口動態や世帯構造、疾病構造の変化、医療従事者の働き方改革の動向等を踏まえ、医療・介護連携を図りつつ、適時適切な見直しを行っていくことが必要である。(図 2-173・174)

\*57 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. P. 68-71.  
浜松医科大学ホームページ 地域医療支援学講座ウェブサイト  
ホーム>教育>医学部医学科>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/index.html>  
(令和 5 年 3 月 31 日確認)

## 今後の地域医療の方向性のまとめ

### ○ その 1 今後の地域医療における機能分担と連携の在り方

- ・ 今後は、医療と介護を同時に必要とする高齢者単身世帯の増加し、「多死社会」がさらに身近になる一方で、需要の増加が見込まれる医療・介護(福祉)関連職種の人材確保はますます困難になるものと考えられる。
- ・ 地域医療の方向性として、医療・介護デジタルトランスフォーメーション(以下、医療・介護 DX)の推進が求められている。
- ・ 医療法等改正法では、地域医療構想に加えて、新型コロナウイルスへの対応の経験を踏まえ、次期医療計画策定において、効率的で質が高い医療提供体制を構築し、持続可能性を高める取組が求められている。
- ・ 特に病院では、全病院で「対応方針の策定」と地域医療構想調整会議等での合意が求められており、地域完結型医療の中で担うべき医療機能とその位置付けを地域全体で共有することが重要である。
- ・ 地域医療構想については、2025 年以降の新たな地域医療構想の策定に向けた動向を注視しつつ、人口動態や世帯構造、疾病構造の変化、医療従事者の働き方改革の動向等を踏まえ、医療・介護連携を図りつつ、適時適切な見直しを行っていくことが必要である。

## エ 医療・介護提供体制の再構築と並行した「まちづくり」の必要性

令和4年（2022年）の年間出生数（速報値）は、将来推計より11年早く80万人を割り込む<sup>\*2</sup>ことが見込まれており、今後も人口減少が加速することが懸念されている。

90歳以上の超高齢者が急速に増加する2040年に向けて、特に現役世代人口や将来を担う15歳未満の年少人口の減少が見込まれる地域では、医療・介護の提供体制の再構築は避けられないものと思われる。また、減少率が比較的低い地域であっても、将来予測を踏まえた不断の見直しが必要であるが、人口構成の変化が着実に進む中で、人口の減少率が低い場合は目に見えた変化に乏しいことから、医療関係者に限らないステークホルダー（利害関係者）間の調整が先延ばしされることも予測され、結果的に医療・介護の提供体制の適時適切な見直しが難しくなる可能性も考えられる。

医療・介護の提供体制は、医療・介護分野は様々な職種による労働集約型産業であることから、医療・介護施設や医療・介護関係者、行政機関（担当部局）のみで構築できるものではなく、それらの施設の従事者とその家族の生活環境や子どもの教育環境なども大きく関わってくることから、地域の生活基盤の安定性が非常に重要である。

今後、医療・介護人材を安定的に確保し、医療・介護従事者、患者・利用者の双方にとって、効率的で質の高い医療・介護の提供体制を構築していくためには、将来推計人口と流動人口の推移などの確度の高い人口予測に基づいた「未来予想図」が明確に示されることにより、医療・介護関連職種以外の住民にとっても安定した生活基盤が確保され、安心して生活を送ることができる環境を整備することが求められている。

## オ 医療・介護DXと「まちづくり」（図2-175・176）

このような限られた医療・介護人材の中で、効率的で質の高い医療・介護の提供体制を確保・再構築していくためには、個人情報保護やサーバーセキュリティ対策などの情報管理・安全対策を十分に行いつつ、個人認証や定形化した事務処理等を標準化・デジタル化するなど、医療・介護DXを推進する中で可能な限り省力化を進める一方で、共有化された客観的データに基づき、医療・介護関連職種がそれぞれの専門性を最大限に発揮できるような機能分担と連携を深めていくことが求められている。

また、医療・介護分野は住民の日々の生活基盤そのものであることから、医療・介護DXの推進は日常生活全般におけるDXの推進に他ならない。現在は、マイナンバーカードが保険証としても利用できるようになり、本人同意の下で医療従事者が健診データや薬剤処方の内容を確認できるようになっている。このような仕組みを、全体最適された基盤を通じて、保健・医療・介護の各段階に広げることにより、本人自身による意思決定に基づく予防活動や受療行動につなげることが期待されている。

今後は、将来にわたって持続可能な地域社会を目指す「まちづくり」において、医療・介護分野を含む日常生活の幅広い生活基盤における各種のサービスで、利用者にとって負担が少なく、利便性の高いDXを推進することにより、誰もが生活しやすい環境整備を図ることが重要であると考えられる。

\*2 (再掲) 厚生労働省：「人口動態統計速報 (令和4年12月分)」(令和5年2月28日発表)

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/s2022/dl/202212.pdf>

(令和5年3月31日確認)

詳しくは、「(2) ア 人口の推移と少子高齢化の進行」(P.15-17)を参照。

## 今後の地域医療の方向性のまとめ

### ○ その2 医療介護DXと「まちづくり」

- ・令和4年(2022年)の年間出生数(速報値)は、将来推計よりも11年早く80万人を割り込むことが見込まれ、今後も人口減少が加速していくものと推測されている。
- ・2040年に向けて、特に現役世代人口や年少人口の減少が見込まれる地域では、医療・介護の提供体制の再構築は避けられないものと思われ、人口減少率が比較的低い地域であっても、人口構成の変化は着実に進むことから、医療・介護の提供体制の適時適切な見直しを重ねていく必要がある。
- ・医療・介護分野は労働集約型産業であり、施設従事者の家族の生活環境や子どもの教育環境なども関わることから、地域の生活基盤の安定性が非常に重要である。
- ・医療・介護人材を安定的に確保し、効率的で質の高い医療・介護の提供体制を構築していくためには、確度の高い人口予測に基づく「未来予想図」が明確に示され、安定した生活基盤が確保され、安心して生活を送ることができる環境を整備することが求められる。
- ・限られた医療・介護人材の中で、効率的で質の高い医療・介護の提供体制を確保・再構築していくためには、情報管理や安全対策を十分に行いつつ医療・介護DXを推進し、省力化を進める一方で、共有化された客観的データに基づき、医療・介護関連職種がそれぞれの専門性を最大限に発揮できるような機能分担と連携を深めていくことが求められる。
- ・医療・介護分野は**住民**の生活基盤そのものであり、医療・介護DXの推進は日常生活全般におけるDXの推進につながる。全体最適された基盤を通じて、保健・医療・介護の各段階に広げることにより、本人自身による意思決定に基づく予防活動や受療行動につながることを期待される。
- ・今後は、将来にわたって持続可能な地域社会を目指す「まちづくり」において、医療・介護分野を含む日常生活の幅広い生活基盤における各種のサービスで、利用者にとって負担が少なく、利便性の高いDXを推進することにより、誰もが生活しやすい環境整備を図ることが重要である。

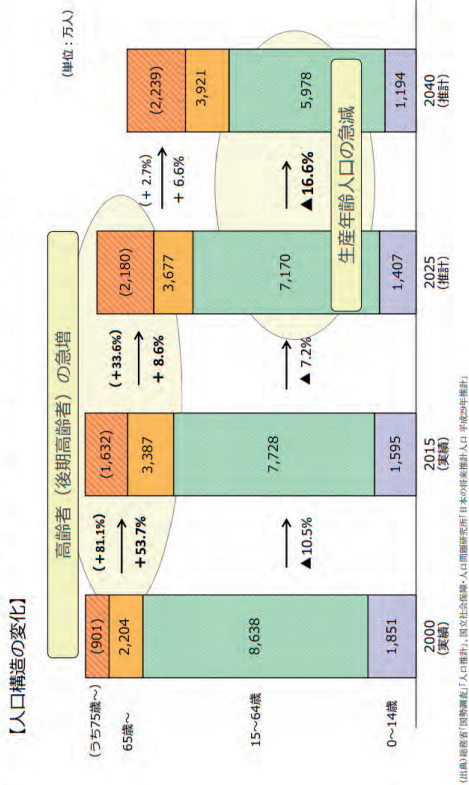




図2-164 2025年を境目とした人口動態における局面の変化

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

○ 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年に降さらに減少が加速する。

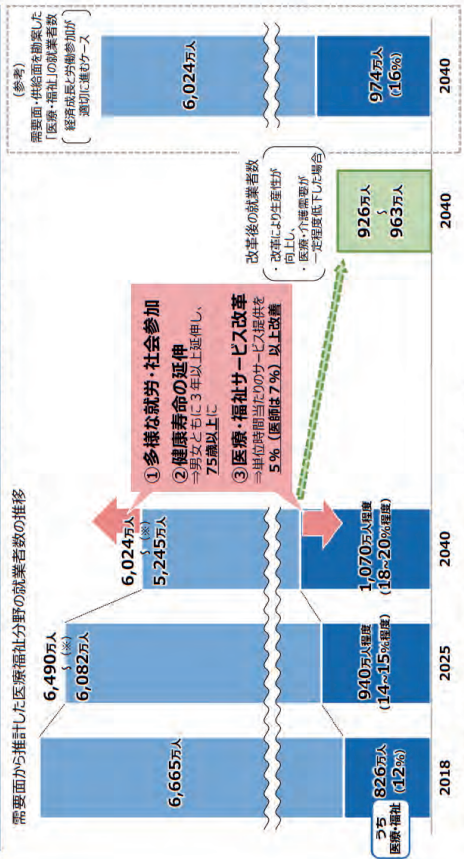


厚生労働省「第3回地域医療連携型及び医師確保計画に関するワーキンググループ」(令和4年3月2日開催)資料1「から抜粋」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000011301.pdf>(令和4年5月12日確認)

図2-165 総就業者数と需要面からみた医療・福祉分野の就業者数の推移

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。



※総就業者数は厚生労働省「労働力調査」(2019年3月)による。  
 ※医療・福祉は厚生労働省「労働力調査」(2019年3月)による。  
 ※2018年度の実績、推計の就業者数は1歳未満を除く。  
 厚生労働省「第3回地域医療連携型及び医師確保計画に関するワーキンググループ」(令和4年3月2日開催)資料1「から抜粋」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000011301.pdf>(令和4年5月12日確認)

図2-79 (再掲) 医療法等改正法の概要 (令和3年5月28日公布)

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の概要

**改正の趣旨**  
 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、各医療関係職種の専門性の活用、地域の特性に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し、医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や医療提供体制の充実に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

**改正の概要**

**＜Ⅰ. 医師の働き方改革＞**  
**長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等** (医療法) (令和6年4月1日に向け段階的に施行)  
 医師に対する長時間労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。  
 ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成  
 ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設  
 ・当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施等

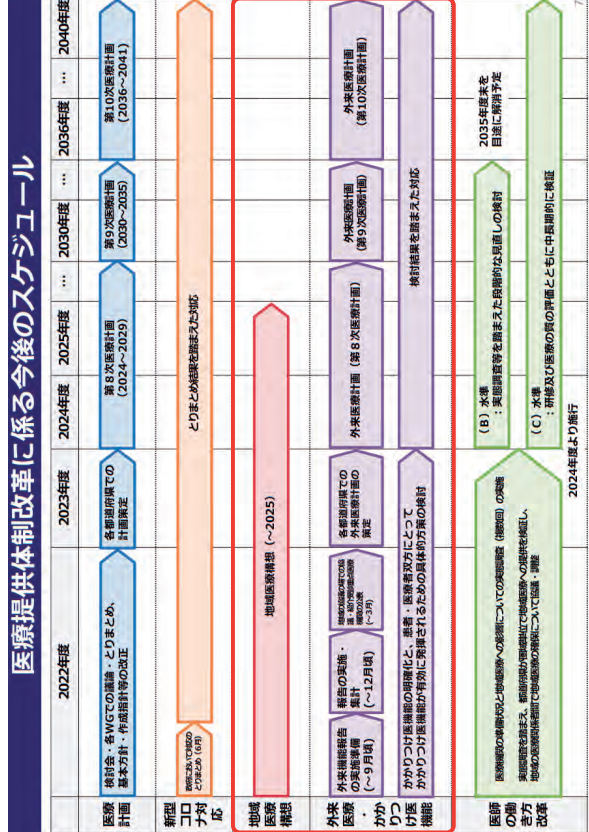
**＜Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用＞**  
**1. 医療関係職種の業務範囲の見直し** (医療法、医療技術法、臨床検査技術法等に関する法律、臨床工学士法、獣医師法) (令和3年10月1日施行)  
 タスクシフトエクスを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。  
**2. 医師養成課程の見直し** (医師法、歯科医師法) (①は令和7年4月1日、②は令和6年4月1日施行) ※医師医師と同様の措置  
 ①採用試験合格者の医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学学生が臨床実習として医療を行うことができる旨を明確化。

**＜Ⅲ. 地域の実情に合わせた医療提供体制の確保＞**  
**1. 新興感染症等の感染拡大防止に資する事項の医療計画への位置付け** (医療法) (令和6年4月1日施行)  
 医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。  
**2. 地域医療連携の取組の支援** (地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律) (公布日施行)  
 令和2年度に創設した「臨床機能再編支援事業」を地域医療分譲総合支援基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。  
**3. 外来医療の機能化・連携** (医療法) (令和4年4月1日施行)

**＜Ⅳ. その他＞** 持分のない医療法人への移行計画認定制度の延長(公布日施行)。

厚生労働省「第79回社会保険審議会医療部会」(2021年6月3日開催)資料1「(抜粋)に添付追加」  
[https://www.mhlw.go.jp/content/000180000\\_000787030.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/000180000_000787030.pdf)(令和4年4月10日確認)

図2-166 医療提供体制改革に係る今後のスケジュール



厚生労働省「第79回社会保険審議会医療部会」(令和4年3月2日開催)資料1「(抜粋)に添付追加」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000011301.pdf>(令和4年5月12日確認)



