

令和6年度第1回 熱海伊東地域医療構想調整会議

令和6年7月12日（金）

19:00～Web 会議（Zoom）

次 第

○ 議 題

- （1）地域医療構想の推進に関する医療機関の具体的対応方針の見直し
南あたみ第一病院
- （2）地域医療構想に係るデータ分析について（熱海伊東圏域）

○ 報 告

- （1）地域医療構想における推進区域（仮称）の設定
- （2）令和5年度病床機能報告結果
- （3）地域医療介護総合確保基金

【議題資料1】南あたみ第一病院 2025 年に向けた対応方針

【議題資料2】熱海伊東医療圏地域医療構想調整会議 株式会社日本経営

【報告資料1】地域医療構想における推進区域（仮称）の設定

【報告資料2】令和5年度病床機能報告の集計結果の状況（概要）

【報告資料3】令和5年度病床機能報告

【報告資料4】病床機能報告における定量的基準「静岡方式」の導入

【報告資料5】地域医療介護総合確保基金（医療分）

令和6年度第1回 熱海伊東地域医療構想調整会議 出席者名簿

(令和6年7月12日開催)

職 名	氏 名	備考	
熱海市健康福祉部長	三枝壮一郎	出(Web)	
伊東市健康福祉部長	松下 義己	出(Web)	
熱海市医師会長	渡辺 英二	出(会場)	
熱海市医師会副会長	服部 真紀	出(Web)	
伊東市医師会長	岡田 典之	出(Web)	新
熱海市歯科医師会理事	松本 晃	出(Web)	新
伊東市歯科医師会長	稲葉 雄司	出(Web)	
伊東熱海薬剤師会理事	秋本 佳秀	出(Web)	
伊東熱海薬剤師会理事	岩瀬 裕	出(Web)	新
国際医療福祉大学熱海病院長	山田 佳彦	出(Web)	新
伊東市民病院管理者	川合 耕治	出(Web)	
熱海所記念病院長	金井 洋	出(Web)	
南あたま第一病院長	岡村 律子	出(会場)	新
熱海 海の見える病院長	鈴木 和浩	出(Web)	
静岡県看護協会熱海伊東支部幹事	西島 志枝	出(Web)	新
熱海市介護サービス提供事業者連絡協議会長	水谷 光一郎	出(Web)	新
伊東市介護保険事業者連絡協議会副会長	森 典世	出(Web)	
全国健康保険協会静岡支部レセプトグループ長	日野 靖幸	出(Web)	
静岡県熱海保健所長	下窪 匡章	出(会場)	

(アドバイザー)

地域医療構想アドバイザー	小林 利彦	出(Web)	
地域医療構想アドバイザー	竹内 浩視	出(Web)	

欠席

熱海ちとせ病院長	山口 俊夫	出(Web)	新
----------	-------	--------	---

南あたま第一病院 2025年に向けた対応方針

令和6年 7月 策定

【1. 現状と課題】

① 自施設の現状

- 医療提供体制の構築に向けて、各医療機関が、地域における自らの立ち位置を把握するため、地域の実情に加え、自施設の現状を把握することが必要。
- 自施設の現状として、自施設の持つ設備・人材などの医療資源や、地域において現在果たしている役割等について記載。

* 当院の設備・人材

療養病棟 90床 一般病棟 20床（現在休床中）
計110床（うち20床休床中）
透析室 35床（オンラインHDF17床）
理学療法室

医師 看護師 薬剤師 臨床工学技師 理学療法士 作業療法士
臨床検査技師 診療放射線技師 管理栄養師 社会福祉士 看護補助者 等

* 地域において現在果たしている役割

- ・ 網代、多賀など南熱海地域の外来患者の診療及び同地区の診療所からの入院加療の受け入れ
- ・ 主に熱海伊東、駿東田方地区の急性期病院からの療養入院患者の受け入れ
- ・ 静岡東部、伊豆、神奈川西部の急性期病院や診療所からの長期入院透析患者の受け入れ

② 自施設の課題

- 各医療機関が、地域において今後担うべき役割を検討するに当たり、地域ごとの課題を踏まえ、自施設の持つ課題を整理することが必要。
- 自施設の課題について、①の記載事項を踏まえて整理し、記載。

設備・人材

- ・ 透析装置など医療機器の更新は進めているが、看護師、看護補助者などの人材確保が大変困難であり一般病床の再開が実現していない状況

【2. 今後の方針】 ※ 「静岡県地域医療構想」及び1. ①～②を踏まえた、具体的な方針について記載

① 地域において今後担うべき役割

- ・ 引き続き、熱海伊東、駿東田方地区の急性期病院からの長期療養患者の受け入れを行う

特に伊東市は、2021年9月に佐藤病院が閉院されてから市内の療養病床が皆無の状態であり、伊東市に隣接する当院は、伊東市民病院からの療養患者の受け入れを積極的に

行いたい。

- ・広域でも長期入院治療が必要な透析患者を受け入れ可能な慢性期病院が少なく、透析患者に限り、熱海伊東、駿東田方地区以外からの受け入れ要請に応じていかなくてはならない。
- ・災害時は熱海伊東地区の透析患者の受け入れる役割を担う

② 今後持つべき病床機能

- ・慢性期病床90床の維持。

③ その他見直すべき点

- ・急性期病床（一般病棟）は今後の人員充足状況及び医療需要の動向を確認しながら検討していく。

3. 具体的な計画】

① 4機能ごとの病床のあり方について

- ・熱海伊東地区の著しい高齢化に伴い、今後在宅医療が整備されたとしてもある程度の慢性期病床は必要と思われる。
特に伊東市内の慢性期病床は現在0である。
今後の医療需要の動向を確認しながら急性期病床の今後について検討していきたい。

② 診療科の見直しについて

- ・特に予定なし
診療科目：内科・整形外科・泌尿器科・皮膚科
リハビリテーション科・腎臓内科（血液透析、腹膜透析）

③ その他の数値目標について

医療提供に関する項目

- ・病床稼働率 90%

【4. その他】

看護補助者の人材確保のため技能実習生の受け入れ開始。
（法人の事業の一環として既に行われており当院においても5月から受け入れを開始している）

熱海伊東医療圏 地域医療構想調整会議

2024年7月12日

株式会社日本経営

会社概要

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

主なサービス

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

病院支援

1,578 件

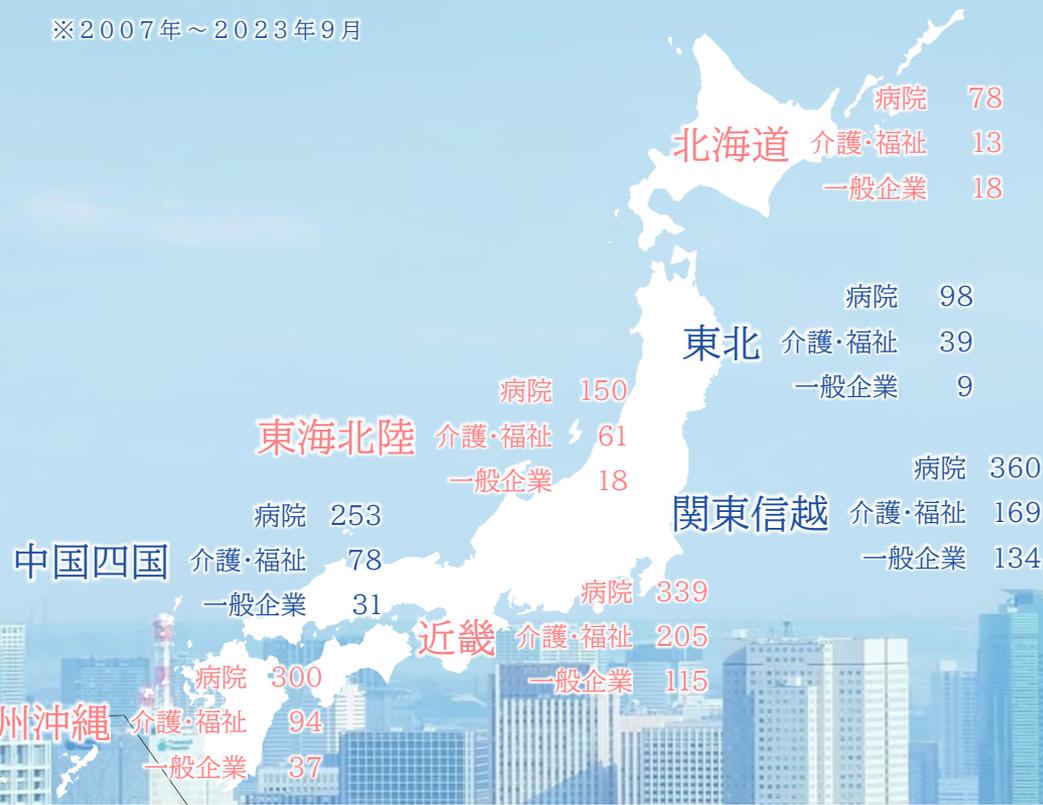
介護・福祉支援

659 件

一般企業支援

362 件

※2007年～2023年9月



株式会社日本経営 大阪本社

ヘルスケア事業部 課長代理 松村駿佑

■ 照会先

Email : shunsuke.matsumura2@nkgr.co.jp

Tel : 06-6865-1373

■ 専門分野

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

■ 経歴

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

■ 支援実績

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

はじめに | 地域医療構想の趣旨と調整会議の役割

地域医療構想策定の趣旨（静岡県地域医療構想より抜粋）

- 本県では、県民がいつでも、どこでも、安心して必要な保健医療サービスが受けられる医療体制の整備及び質の向上を目指すための基本指針として、保健医療計画を策定し、その推進に取り組んでいます。現在の計画は、平成 27 年度から平成 29 年度までの 3 年間を計画期間とする、本県では第 7 次となる静岡県保健医療計画です。
- 現在、医療を取り巻く環境は、かつてないほど大きな変化に直面しています。[少子高齢化が急速に進行していく中で、限られた資源で、増加する医療及び介護需要に対応していくためには、今まで以上に医療と介護の連携が重要](#)になってきます。
- こうした中、平成 26 年（2014 年）6 月に医療法が改正され、都道府県は、地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿である「地域医療構想」を医療計画の一部として新たに策定し、[構想区域ごとに各医療機能の将来の必要量を含め、その区域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進](#)することが定められました。
- このような状況を踏まえ、本県においても医療環境の変化や制度改革等に適切に対応し、県民が安心して暮らすことができる医療の充実をさらに推進するため、国が示した「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき、地域の実情に即した「静岡県地域医療構想」として策定します。

地域医療構想調整会議の役割

- 区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、[関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。](#)

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

はじめに | 本資料の使用データ及び各データの特性について

- 国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口（2018年推計）
- 厚生労働省 2017年患者調査
- 総務省消防統計
- NDBオープンデータ
- 厚生労働省 DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について（2022年度）
※症例数が10件未満のものについては公表がされません。また、DPCデータを作成する病棟のみを対象とした統計資料を用いていますので、例えば地域包括ケア病棟で急患を受けている場合などは実績として反映されません。
- 病床機能報告 2018年度～2022年度
※公表資料に記載された情報を転記しています。一部入力エラーと思われる数字がありますが、明らかに異常値が疑われる場合は資料への掲載対象から除外をしていますが、その他は修正や加工を施していません。

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

静岡県の特徴 | 静岡県と同規模都道府県との比較

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

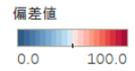
■ : 全国平均と比較して多い
■ : 全国平均と比較して少ない

項目	静岡県	福岡県	茨城県	広島県	京都府	全国
人口	3,633,202人	5,135,214人	2,867,009人	2,799,702人	2,578,087人	126,146,099人
面積	7,774km ²	4,987km ²	6,097km ²	8,480km ²	4,612km ²	377,976km ²
人口密度	467人/km ²	1,030人/km ²	470人/km ²	330人/km ²	559人/km ²	338人/km ²
高齢化率	30.1%	27.9%	29.7%	29.4%	29.3%	28.6%
医療圏数	8圏域	13圏域	9圏域	7圏域	6圏域	335圏域
病院数	171病院	456病院	173病院	237病院	163病院	8,238病院
人口10万人あたり病院数	4.7病院	8.8病院	6.0病院	8.5病院	6.3病院	6.5病院
病院病床数	36,636床	82,664床	30,700床	37,996床	32,606床	1,507,526床
人口10万人あたり病院病床数	1,008床	1,610床	1,071床	1,357床	1,265床	1,195床
一般診療所数	2,715施設	4,711施設	1,743施設	2,533施設	2,449施設	102,612施設
人口10万人あたり一般診療所数	74.7施設	91.7施設	60.8施設	90.5施設	95.0施設	81.3施設

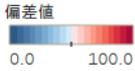
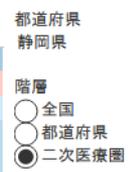
静岡県の特徴 | 二次医療圏別の人口あたり医療介護サービスの供給量 (全国偏差値)

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

二次医療圏別の人口あたり医療介護サービスの供給量 (全国偏差値)



二次医療圏	病院数	病院病床数	一般病床数	療養病床数	精神病床数	回復期病床数	地域包括ケア..	全身麻酔件数	分娩件数	病院医師数	総合内科医数	小児科医数	産婦人科医数	皮膚科医数
賀茂	61.9	64.8	55.3	59.6	69.0	80.4	56.3	38.9	34.1	38.5	43.8	33.9	39.3	36.6
熱海伊東	52.1	45.6	47.7	54.9	37.6	60.9	42.5	42.6	34.9	46.5	43.0	39.5	46.8	55.8
駿東田方	51.5	49.7	49.4	54.3	45.9	52.2	49.5	46.3	49.2	47.7	45.8	44.5	53.0	48.6
富士	45.9	43.4	37.5	48.8	49.3	51.6	46.2	41.9	51.1	38.0	41.9	40.9	42.4	44.2
静岡	44.5	47.2	47.3	52.0	44.5	52.9	46.2	45.6	46.8	48.5	47.7	62.5	47.8	42.1
志太榛原	41.6	42.2	41.7	48.9	42.2	53.4	43.3	42.4	33.4	40.8	46.0	42.1	36.1	40.6
中東遠	44.4	41.9	34.2	51.6	47.0	52.1	44.5	40.8	52.7	39.6	44.5	38.0	43.0	39.5
西部	44.9	47.5	45.2	51.8	47.6	48.7	45.5	52.7	54.5	51.3	54.5	51.9	54.7	52.2



二次医療圏	眼科医数	耳鼻科医数	精神科医数	外科医数	整形外科医数	泌尿器科医数	脳外科医数	放射線科医数	麻酔科医数	病理医数	救急科医数	形成外科医数	リハビリ専門医数
賀茂	30.9	32.8	59.6	39.3	35.1	34.7	53.0	35.3	33.0	37.2	65.8	48.6	35.9
熱海伊東	46.6	55.7	40.0	53.1	42.4	45.5	67.4	41.5	44.5	56.4	49.2	44.1	42.6
駿東田方	47.3	46.1	46.3	59.9	45.7	49.2	58.4	49.8	47.8	52.6	42.4	49.9	48.9
富士	46.5	44.1	43.6	38.5	42.6	48.9	50.9	39.6	39.4	39.8	38.6	40.8	47.2
静岡	45.0	51.8	50.0	45.9	43.5	43.7	42.5	40.0	45.5	53.0	47.0	50.1	49.0
志太榛原	38.2	43.5	37.8	39.9	41.2	49.1	51.2	40.3	37.6	48.2	41.2	50.3	43.6
中東遠	40.8	42.6	42.8	36.9	42.5	42.9	42.9	45.2	40.8	41.5	44.5	40.0	42.0
西部	51.4	52.3	47.0	54.1	48.7	55.2	47.2	50.2	54.3	56.2	48.4	50.5	60.8

二次医療圏	総看護師数	病院看護師数	診療所看護師数	総療法士数	薬剤師数	在宅療養支援診療所数	在宅療養支援病院数	訪問看護ステーション数	在宅医療利用者数	訪問看護利用者数	訪問介護利用者数
賀茂	38.9	39.5	41.0	43.0	42.5	41.5	48.0	41.9	34.9	35.4	45.9
熱海伊東	45.1	45.4	46.2	53.6	43.9	48.2	44.5	46.9	35.0	44.0	51.5
駿東田方	48.2	48.5	47.7	50.3	52.8	45.7	49.6	46.1	44.6	48.4	48.5
富士	42.6	40.8	51.5	47.3	46.6	39.4	44.0	41.8	44.7	42.0	39.1
静岡	47.2	47.7	46.7	45.8	51.3	55.1	39.4	43.0	42.4	48.2	47.0
志太榛原	40.4	39.7	46.3	44.4	48.6	41.2	40.1	37.0	36.3	39.1	35.7
中東遠	38.9	38.3	45.0	47.5	42.0	43.6	42.8	37.4	37.6	45.7	33.7
西部	47.1	47.0	48.4	48.6	47.2	46.8	40.5	38.5	39.7	45.8	35.3

二次医療圏	総高齢者施設・住宅定員数	介護保険施設定員(病床)数	高齢者住宅定員数	老人保健施設定員数	特別養護老人ホーム定員数	介護療養病床数	有料老人ホーム数	軽費ホーム数	グループホーム数	サ高住(全施設)数	サ高住(特定施設)数
賀茂	36.9	46.7	38.6	45.7	47.8	51.5	54.6	43.3	37.5	29.7	42.5
熱海伊東	77.4	45.4	83.0	54.9	45.0	40.8	103.9	49.9	47.5	42.3	42.5
駿東田方	51.1	52.9	48.8	51.5	49.5	58.3	50.0	65.5	47.2	45.0	42.5
富士	43.4	50.6	42.5	54.2	47.3	52.5	46.7	53.2	44.6	41.8	50.5
静岡	50.7	51.4	49.7	50.7	51.1	50.5	48.3	49.0	59.8	44.1	60.6
志太榛原	39.3	50.2	38.4	54.4	47.8	49.6	43.1	48.6	44.9	39.3	53.8
中東遠	51.9	61.7	42.7	55.2	59.0	56.5	42.0	45.7	50.4	47.2	47.3
西部	59.9	66.5	47.5	62.8	58.4	61.6	49.2	49.7	48.1	47.2	52.2

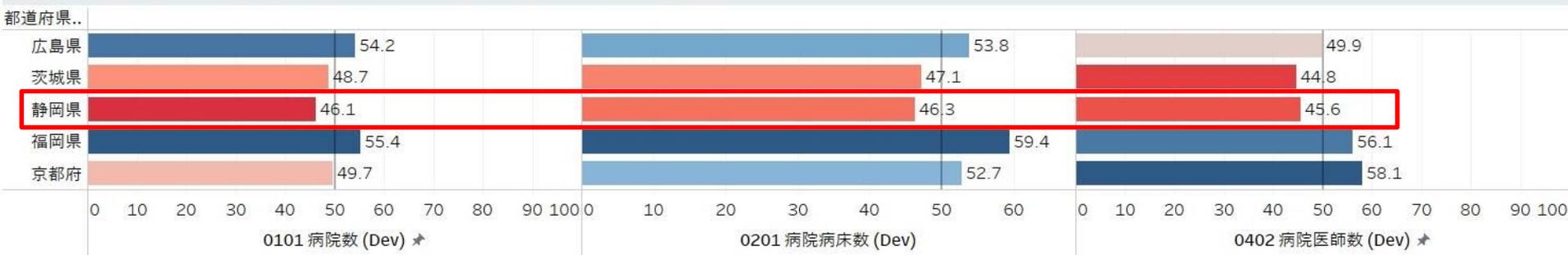
出典：日医総研日医総研ワーキングペーパー地域の医療提供体制の現状都道府県別・二次医療圏別データ集--(2020年度4月第8版より作成)

静岡県の特徴 | 人口あたり病院数・病院病床数、病院あたり病院医師数

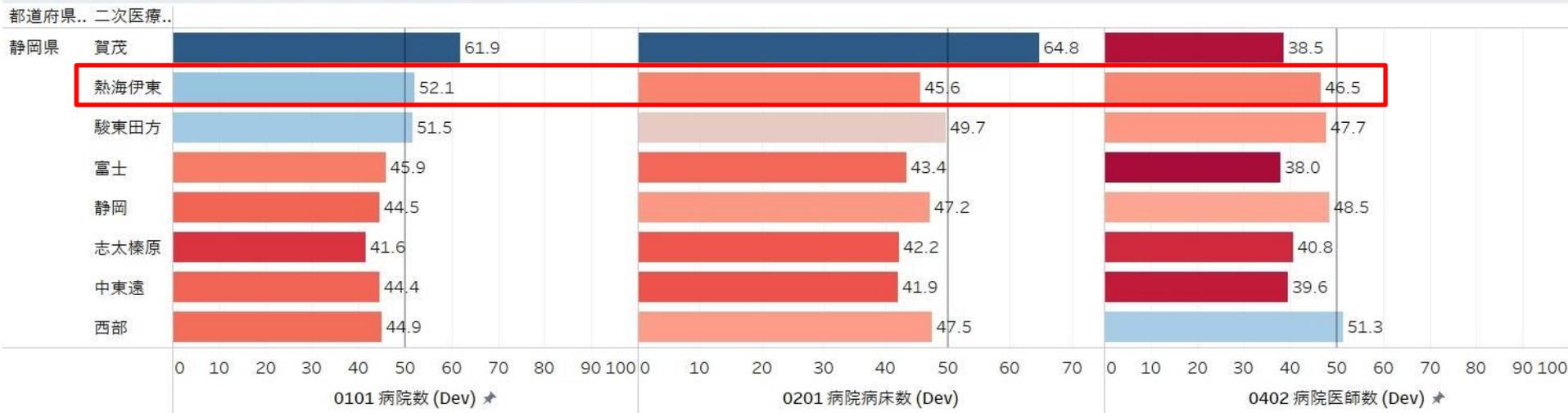
- 同規模の都道府県と比較した場合、静岡県は人口あたりの病院数、病院病床数が全国偏差値を下回っており、併せて、病院あたり病院医師数も全国平均を下回っていることが特徴として挙げられる。
- 医療圏別では、東部エリアは病院・病床数は充実しているが医師数は少ない、中部エリアおよび西部エリアは病院・病床数・医師数すべて少ない傾向にある。

人口あたり病院数・病院病床数、病院あたり病院医師数（偏差値対全国平均）

人口あたり病院数・病院病床数、病院あたり病院医師数 | 静岡県と同規模都道府県



人口あたり病院数・病院病床数、病院あたり病院医師数 | 静岡県8医療圏



静岡県の特徴 | 静岡県全体の将来推計人口と年齢区分別人口の増減率

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

年齢区分別の人口推計



年齢区分別の人口の増減率



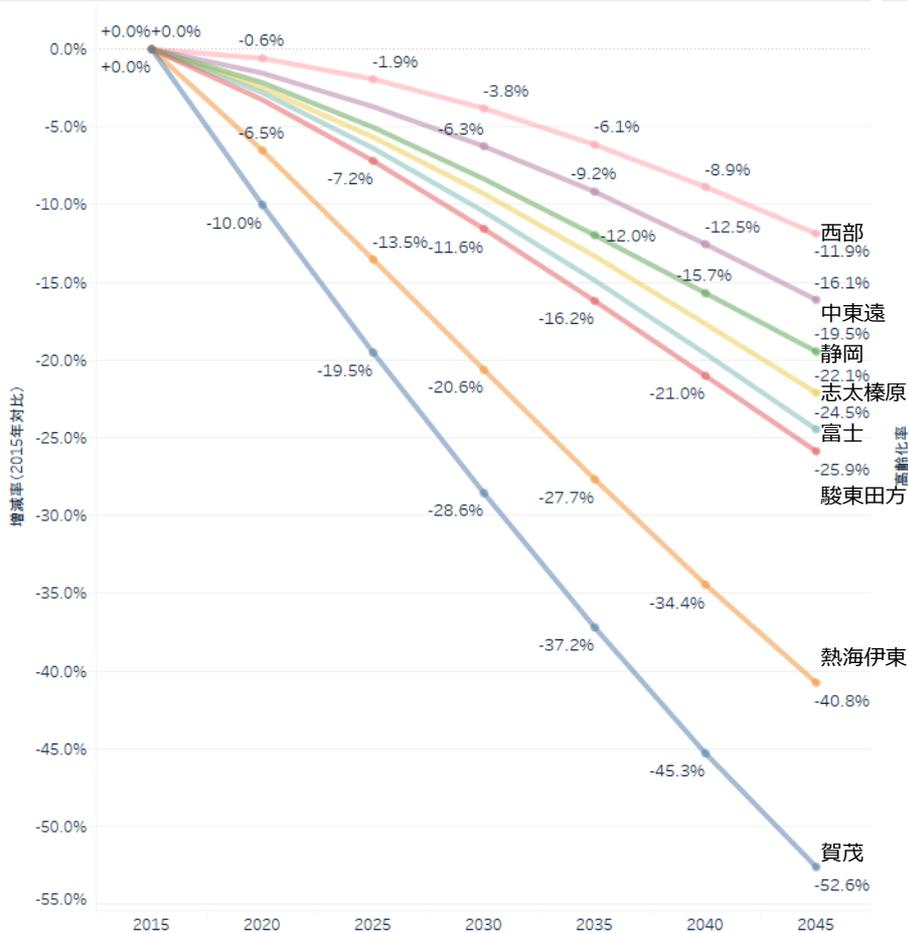
出典:「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

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

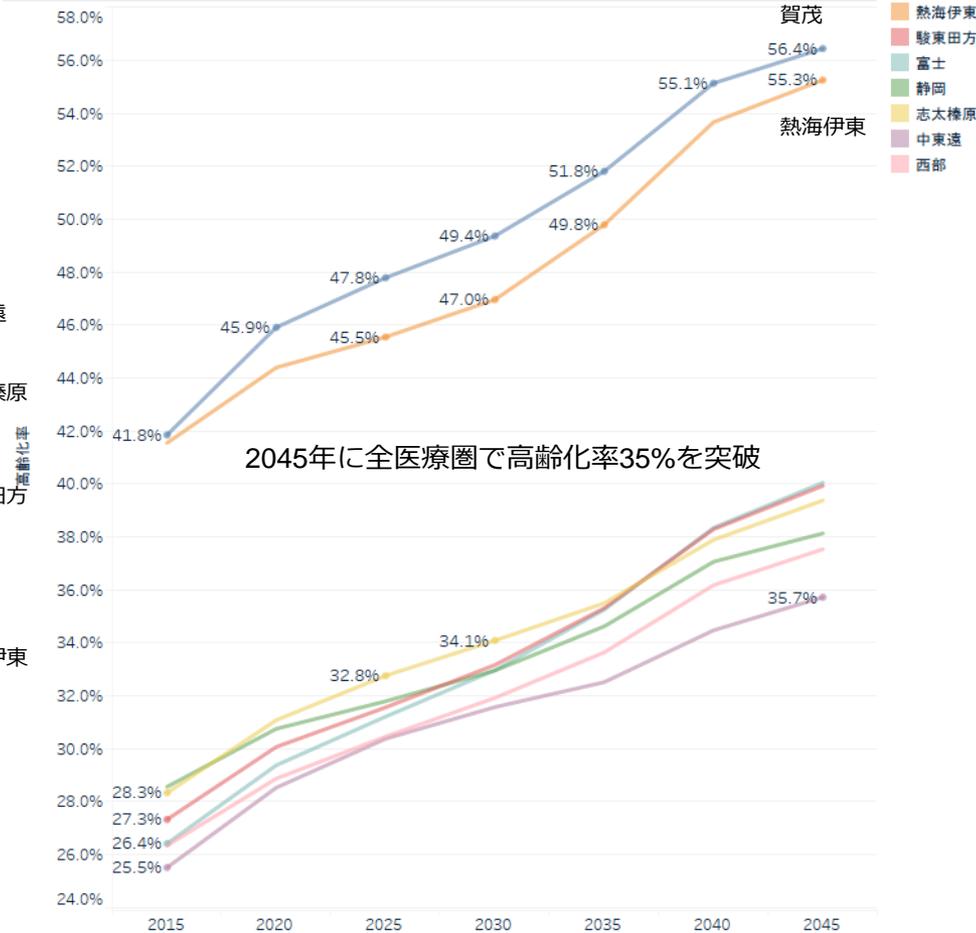
静岡県の特徴 | 医療圏別の人口と高齢化率の推移

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

医療圏別将来推計人口



医療圏別推計高齢化率



二次医療圏
 ■ 賀茂
 ■ 熱海伊東
 ■ 駿東田方
 ■ 静岡
 ■ 志太榛原
 ■ 中東遠
 ■ 西部

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

熱海伊東医療圏の医療介護需要について

分析サマリ | 熱海伊東医療圏

需要

人口動態	<ul style="list-style-type: none"> 総人口は既にピークを迎えており、2045年に対2015年比で43千人（▲40%）減少する見込み。 年齢区分別では生産年齢人口は2045年に2015年比で54%減少することが予想される。 受療率の高い後期高齢者は2025年まで増加し、その後は減少に転じることが予想される。
需要推計 (入院全体)	<ul style="list-style-type: none"> 回復期や慢性期を含めた全体の入院需要は2025年にピークを迎える見込み。 外来需要は既にピークを迎えている見込み。 入院需要（DPC）と手術需要は既にピークを迎えている見込み。
需要推計 (5疾病)	<p><悪性新生物> 入院需要、入院需要（DPC）、手術需要は既にピークを迎えている見込み。</p> <p><脳卒中> 入院需要は2025年にピークを迎え、入院需要（DPC）と手術需要は既にピークを迎えている見込み。</p> <p><心血管疾患> 入院需要および入院需要（DPC）は2025年、手術需要は既にピークを迎えている見込み。</p> <p><糖尿病> 入院需要、入院需要（DPC）、外来需要は既にピークを迎えている見込み。</p> <p><精神疾患> 入院需要、入院需要（DPC）、外来需要は既にピークを迎えている見込み。</p>
在宅医療・介護	後期高齢者の増加により在宅医療需要・介護需要は2030年まで増加する見込み。

POINT：需要と供給のバランスが取れているか

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

供給

機能別病床数	<ul style="list-style-type: none"> 2022年度の総病床数は地域医療構想上の必要病床数とほぼ同水準となっている。 病床機能別では、急性期と慢性期が余剰、高度急性期、回復期が不足している。
供給体制 (3疾病)	<p><悪性新生物> DPC症例数は国際医療福祉大学熱海病院が最多となる。 手術ありのDPC症例数では、国際医療福祉大学熱海病院が最多、次いで伊東市民病院となる。</p> <p><脳卒中> DPC症例数は国際医療福祉大学熱海病院が最多となり、手術実績は熱海所記念病院でのみ確認された。</p> <p><心血管疾患> DPC症例数は国際医療福祉大学熱海病院が最多、次いで伊東市民病院となる。 手術実績は国際医療福祉大学熱海病院でのみ確認された。</p>

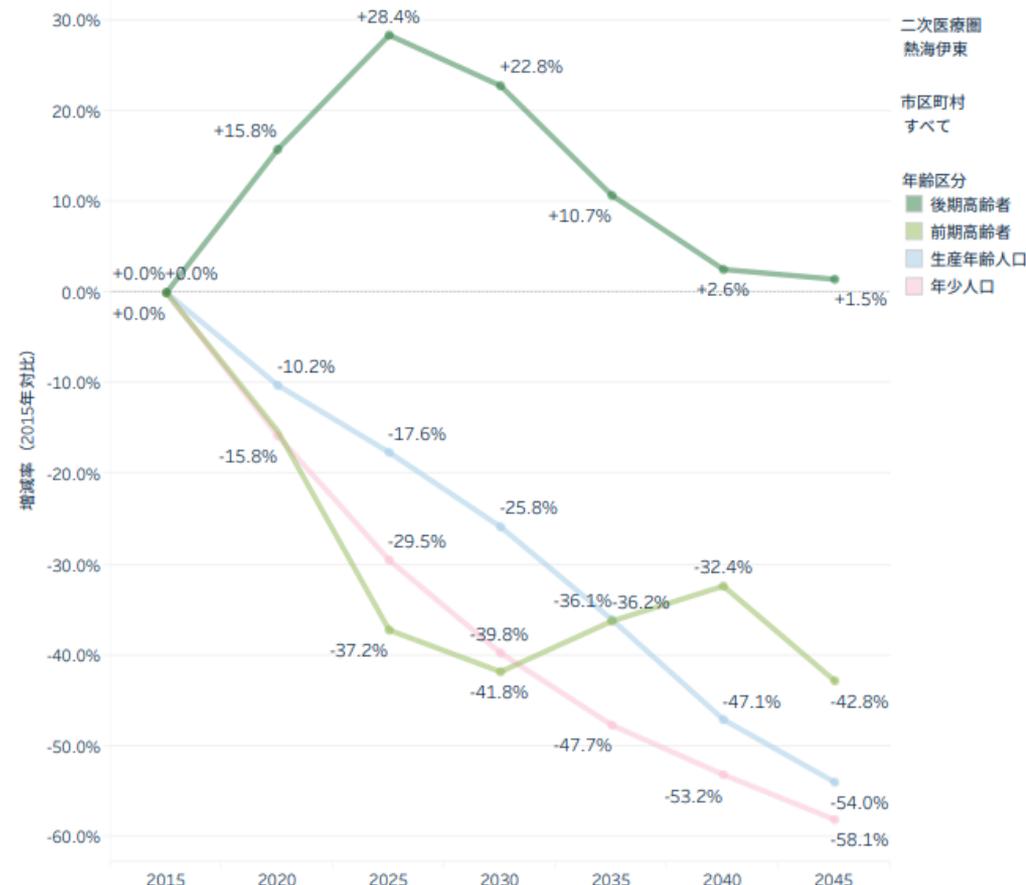
熱海伊東医療圏の医療介護需要について 将来推計人口

- 総人口は既にピークを迎えており、2045年時点では、2015年対比で43,161人（▲40%）減少することが予想されている。
- 年齢区分別では生産年齢人口は既にピークを迎えているのに対して、受療率の高い後期高齢者は2025年まで増加し、その後減少に転じることが予想されている。

年齢区分別の人口推計



年齢区分別の人口の増減率



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

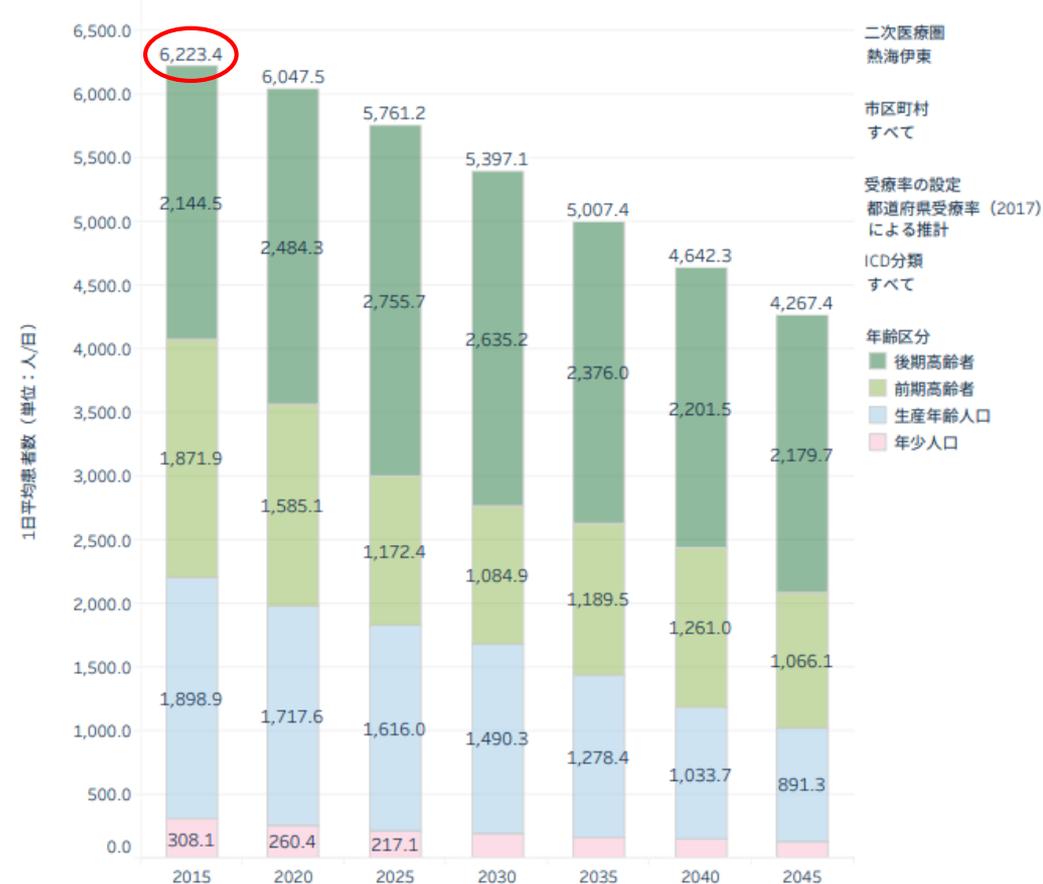
熱海伊東医療圏の医療介護需要について 将来推計患者数（入院・外来）

- 入院需要は受療率の高い後期高齢者数が増加する2025年まで増加しその後減少に転じることが予想される。
- 外来需要は既にピークを迎えている。

入院患者数の推計



外来患者数の推計



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

熱海伊東医療圏の医療介護需要について 将来推計MDC別急性期1日入院患者数

- MDC別急性期需要は全体の推計患者数がピークを迎える2025年より前の2020年にピークを迎え、その後減少に転じていくことが予想される。

【医療】急性期入院患者数の推計③DPC分類別の1日平均患者数の推計

1日平均患者数の推計

1日平均患者数の増減率



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

熱海伊東医療圏の医療介護需要について 将来推計手術件数

- 推計手術件数はMDC別急性期需要がピークを2020年より前の2015年にピークを迎え、その後減少に転じていくことが予想される。

【医療】手術件数の推計②部位（款）・Kコード別の手術件数の推計

手術件数の推計



手術件数の増減率



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

熱海伊東医療圏の医療介護需要について

将来推計救急搬送件数

- 推計救急搬送件数は既に減少傾向に転じていることが予想される。

【医療】救急搬送件数の推計

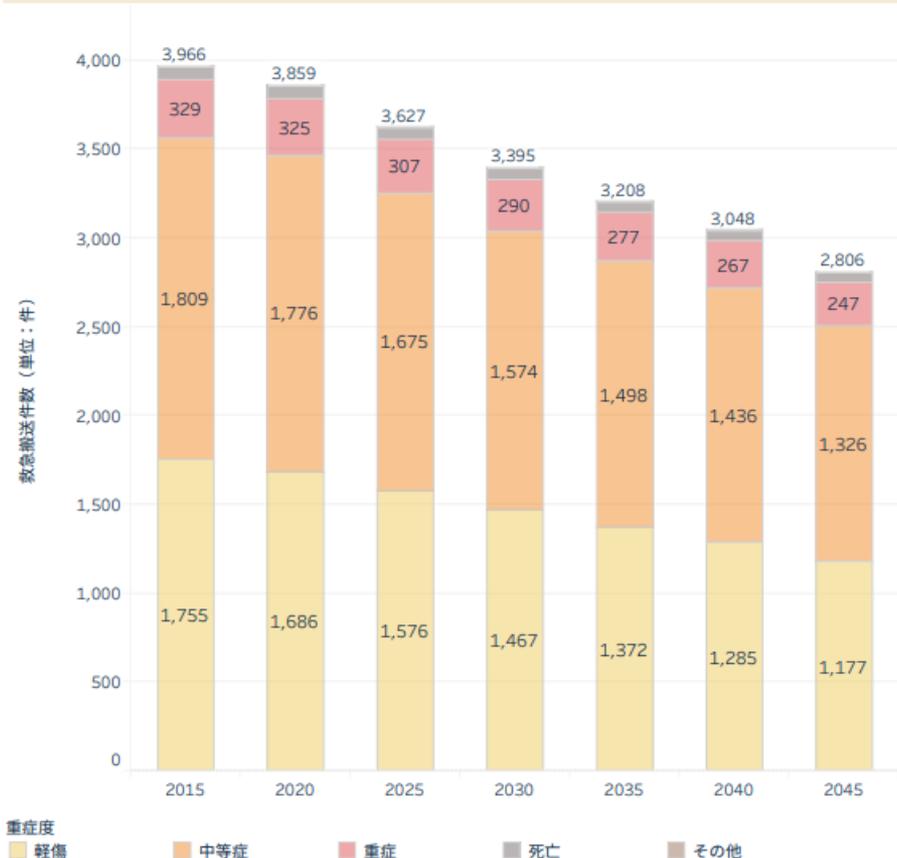
年齢区別の搬送件数の推計

重症度別の搬送件数の推計

都道府県
22_静岡県

二次医療圏
熱海伊東

市区町村
すべて

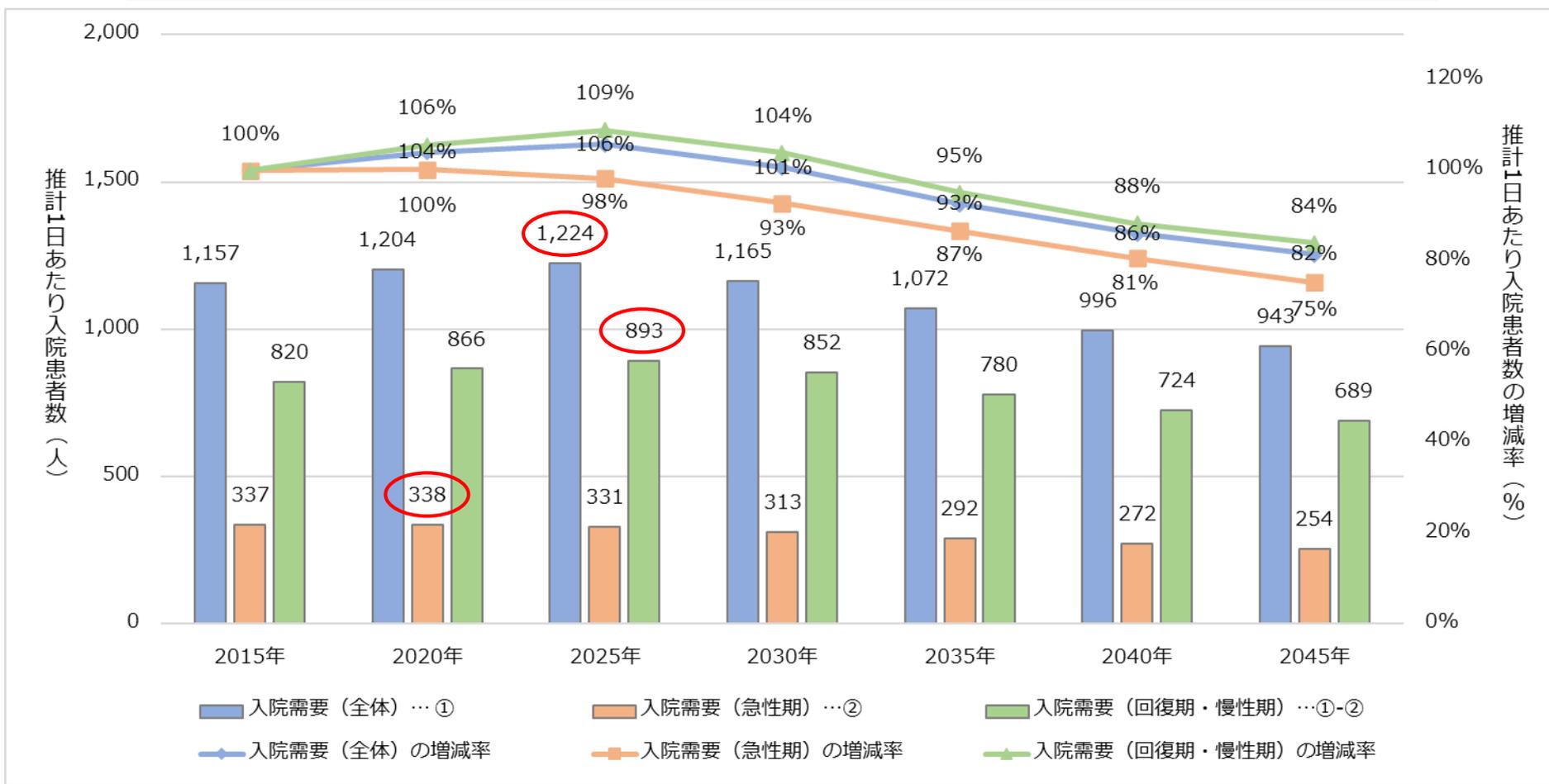


出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「救急救助の現況 2020年版（2019年度調査）」（総務省消防庁）を用いて発生率を推計（「急病」のみを使用）
その発生率と「日本の将来推計人口（平成30年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて救急搬送件数を推計

将来推計患者数（入院全体、急性期、回復期・慢性期）

- 入院需要（全体）は2025年にピークを迎える。2035年時点で2015年時点の需要を下回ることが見込まれる。
- 入院需要（急性期）は2020年にピークを迎える。2025年時点で2015年時点の需要を下回ることが見込まれる。
- 入院需要（回復期・慢性期）は2025年にピークを迎える。2035年時点で2015年時点の需要を下回ることが見込まれる。

図：将来推計患者数（入院全体、急性期、回復期・慢性期）



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

熱海伊東医療圏の医療介護需要について

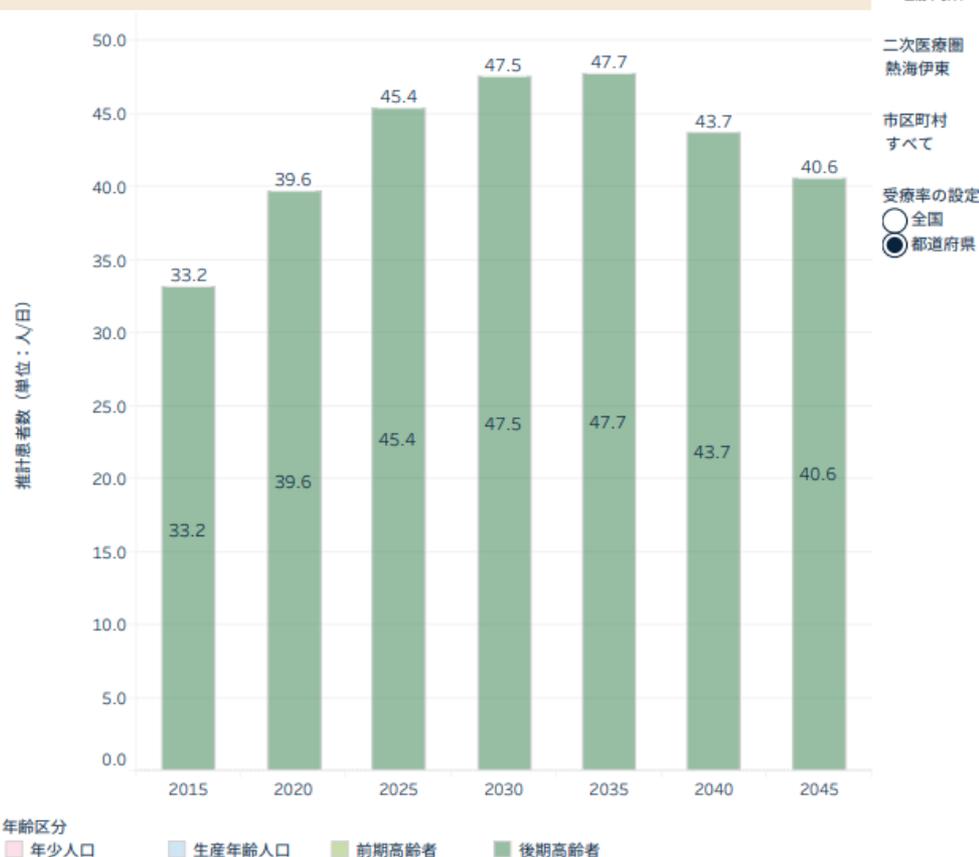
将来推計在宅患者数

- 在宅医療の患者層は後期高齢者がメインとなるため、医療需要よりやや遅れて需要のピークを迎える。
- 熱海伊東医療圏の在宅医療需要は2035年まで需要が増大することが予想される。

在宅医療（通院以外の外来）の患者数の推計



うち訪問診療の患者数の推計（年齢区分別）



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

熱海伊東医療圏の医療介護需要について

将来推計要介護者数

- 要介護者の主な年齢層は85歳以上の高齢者となり、医療需要よりも需要のピークを遅く迎える。
- 熱海伊東医療圏の介護需要は2030年まで需要が増大することが予想される。

年齢区別の被保険者数の推計



要介護度別の被保険者数の推計



都道府県
22_静岡県

二次医療圏
熱海伊東

市区町村
すべて

発生率の設定
○ 全国
● 都道府県

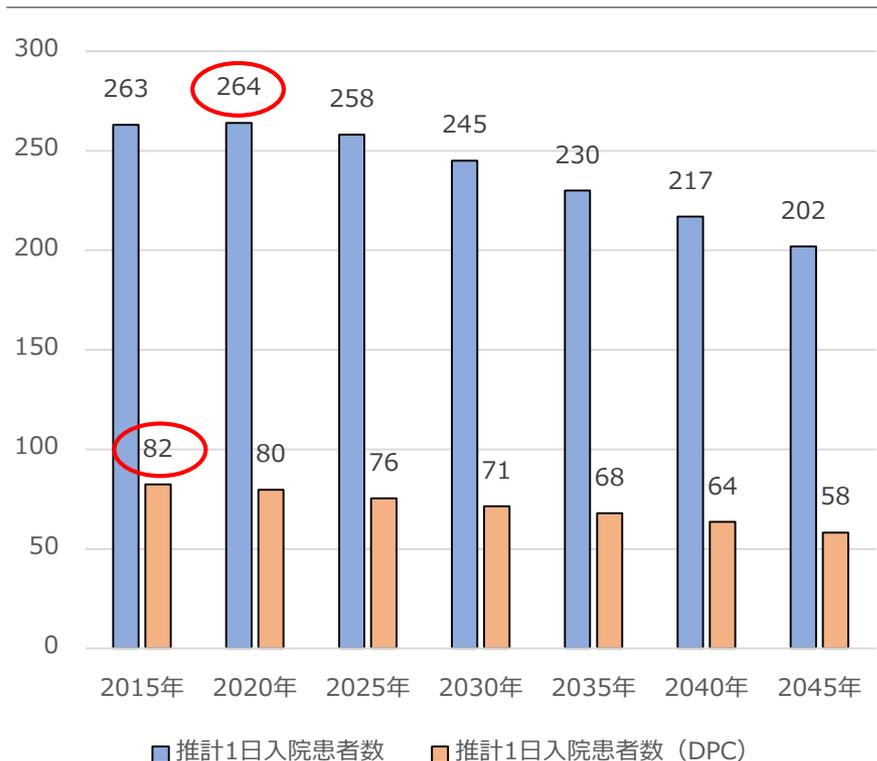
出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度介護保険事業状況報告（年報）表04-1<都道府県別>要介護（要支援）認定者数」（厚生労働省）を用いて発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて介護保険被保険者数を推計

熱海伊東医療圏の医療介護需要について

5疾病の需給状況：悪性新生物

- 悪性新生物の入院需要（全体）は2020年にピークを迎える見込み。
- 入院需要（DPC）は2015年に既にピークを迎えている見込み。
- 手術需要は2015年にピークを迎えている見込み。

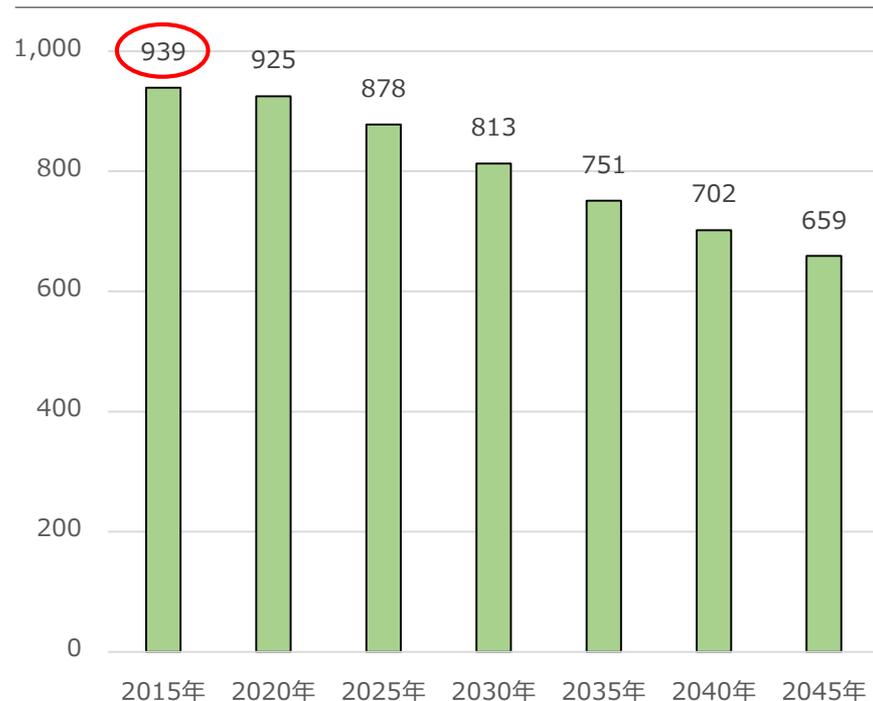
図1：推計1日入院患者数の推移



(備考)

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

図2：推計手術数の推移



(備考)

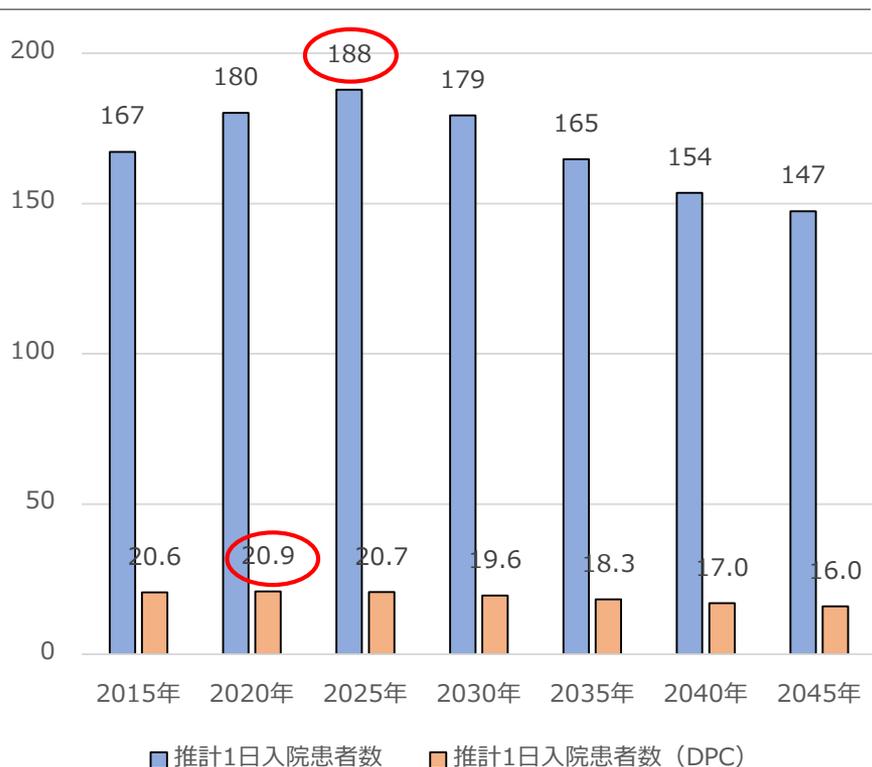
手術名称に「腫瘍」「癌」「郭清」を含めるものに絞り手術数を推計。手術の発生率は性別・年齢5歳階級別の全国の発生率を計算し、当該地域の推計人口に掛け合わせることで算出した。

熱海伊東医療圏の医療介護需要について

5疾病の需給状況：脳卒中

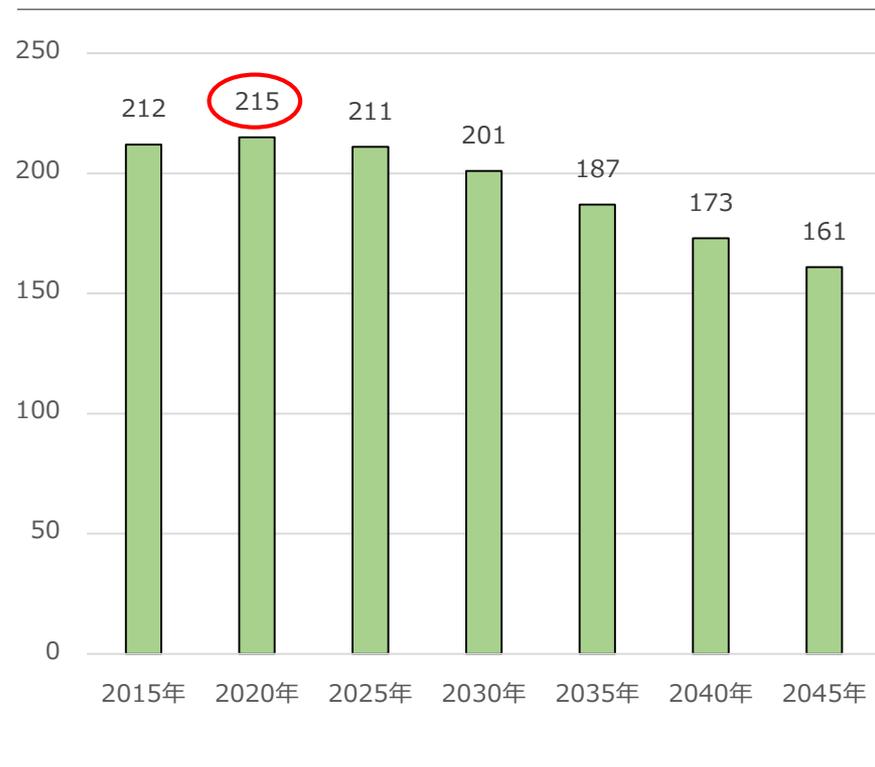
- ・ 脳卒中の入院需要（全体）は2025年にピークを迎える見込み。
- ・ 入院需要（DPC）は2020年にピークを迎える見込み。
- ・ 手術需要は2020年にピークを迎える見込み。

図1：推計1日入院患者数の推移



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

図2：推計手術数の推移



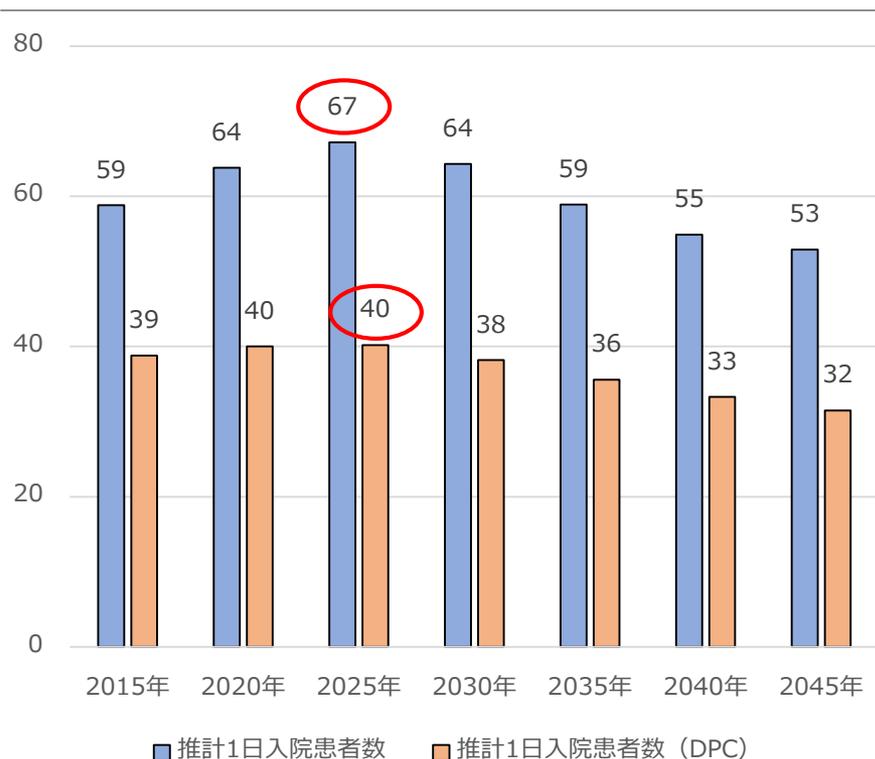
(備考)
 「神経系・頭蓋」の手術数を推計
 手術の発生率は性別・年齢5歳階級別の全国の発生率を計算し、当該地域の推計人口に掛け
 合わせることで算出した。

熱海伊東医療圏の医療介護需要について

5疾病の需給状況：心血管疾患

- 心血管疾患の入院需要（全体）は2025年にピークを迎える見込み。
- 入院需要（DPC）は2025年にピークを迎える見込み。
- 手術需要は2025年にピークを迎える見込み。

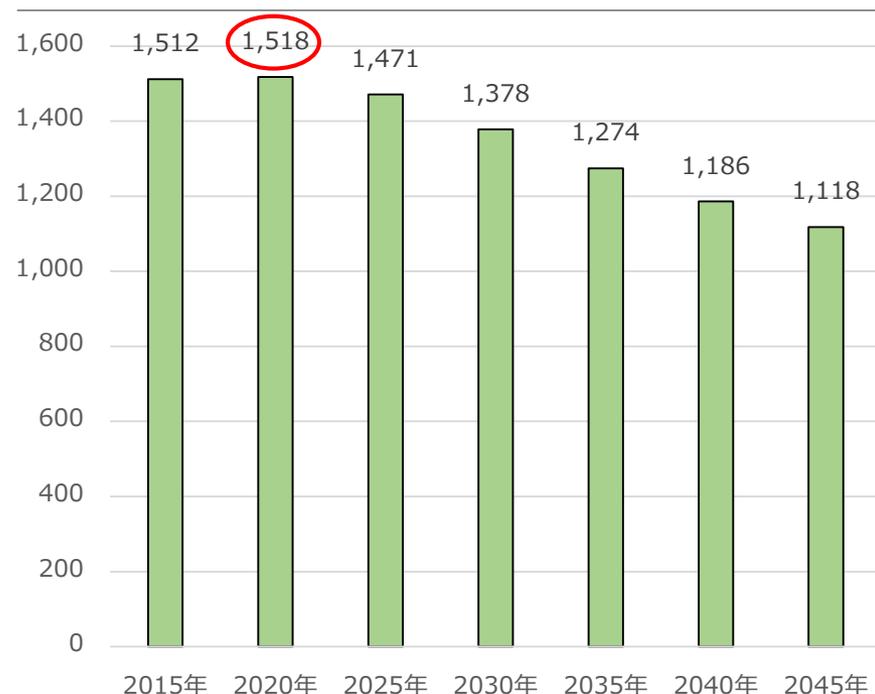
図1：推計1日入院患者数の推移



（備考）

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

図2：推計手術数の推移



（備考）

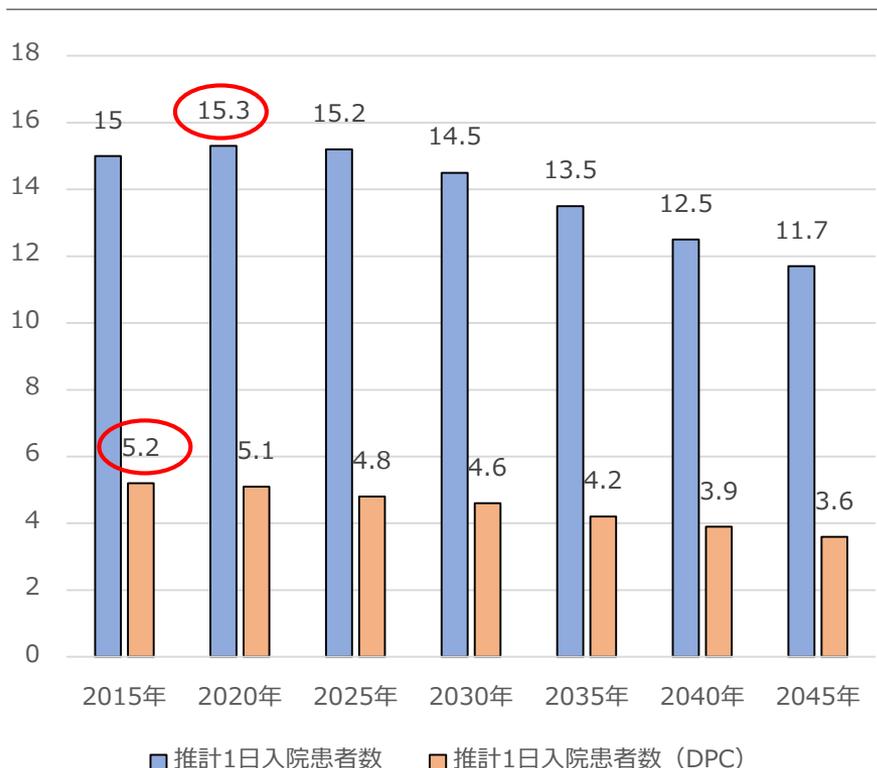
「心・脈管」の手術数を推計
手術の発生率は性別・年齢5歳階級別の全国の発生率を計算し、当該地域の推計人口に掛け
合わせることで算出した。

熱海伊東医療圏の医療介護需要について

5疾病の需給状況：糖尿病

- 糖尿病の入院需要（全体）は2020年にピークを迎える見込み。
- 入院需要（DPC）、外来需要は2015年にピークを迎える見込み。

図1：推計1日入院患者数の推移



(備考)

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

図2：推計1日外来患者数の推移



(備考)

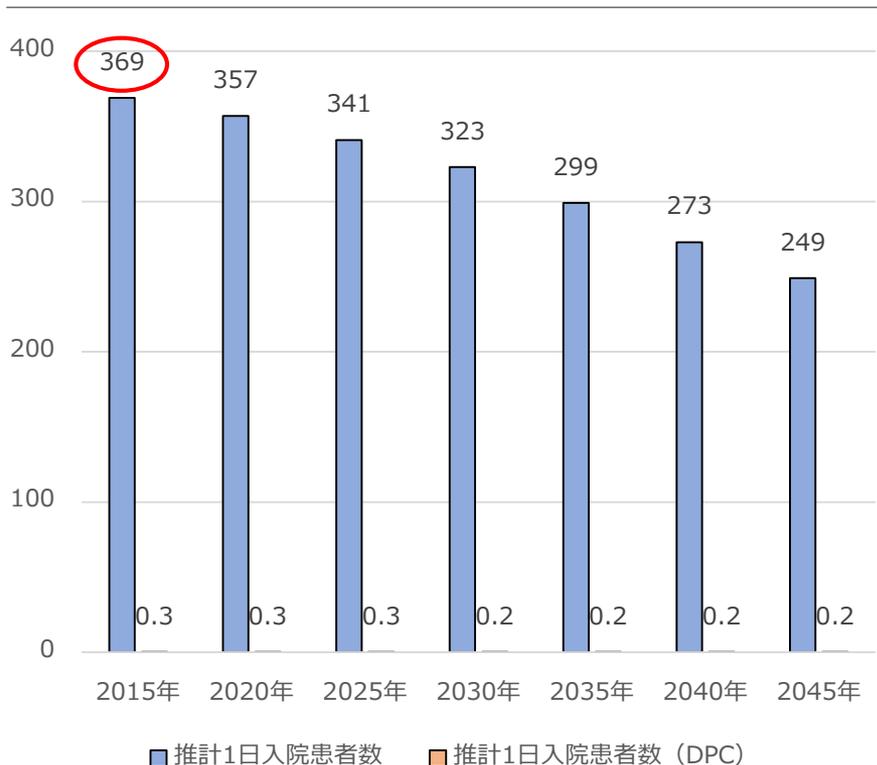
推計1日患者数は傷病分類「糖尿病」の静岡県受療率より推計

熱海伊東医療圏の医療介護需要について

5疾病の需給状況：精神疾患

- 精神疾患の入院需要（全体）は2015年にピークを迎える見込み。
- 外来需要は既にピークを迎えている見込み。

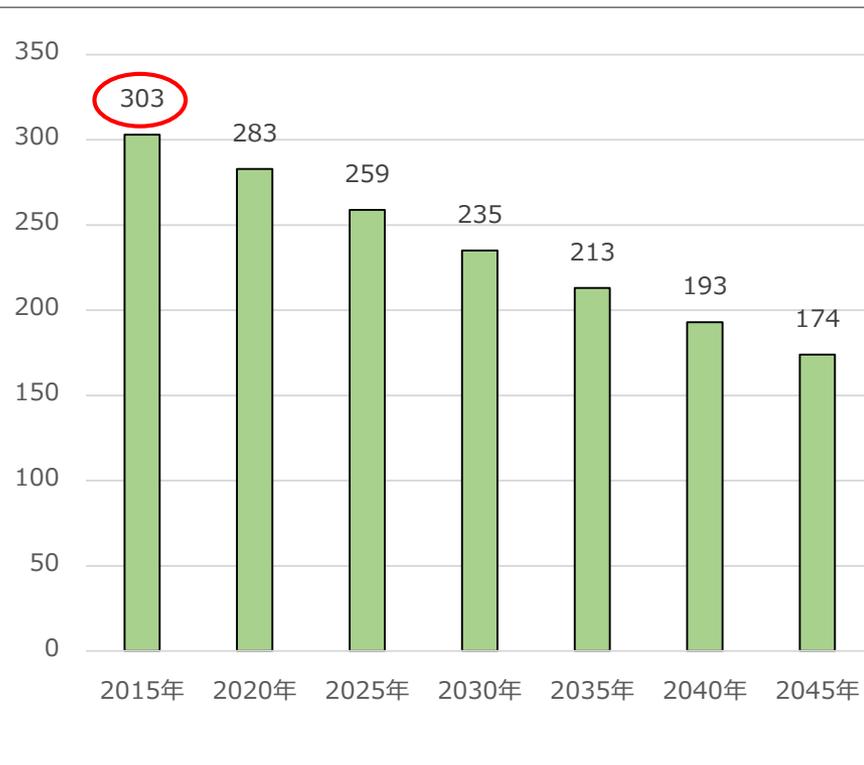
図1：推計1日入院患者数の推移



(備考)

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

図2：推計1日外来患者数の推移



(備考)

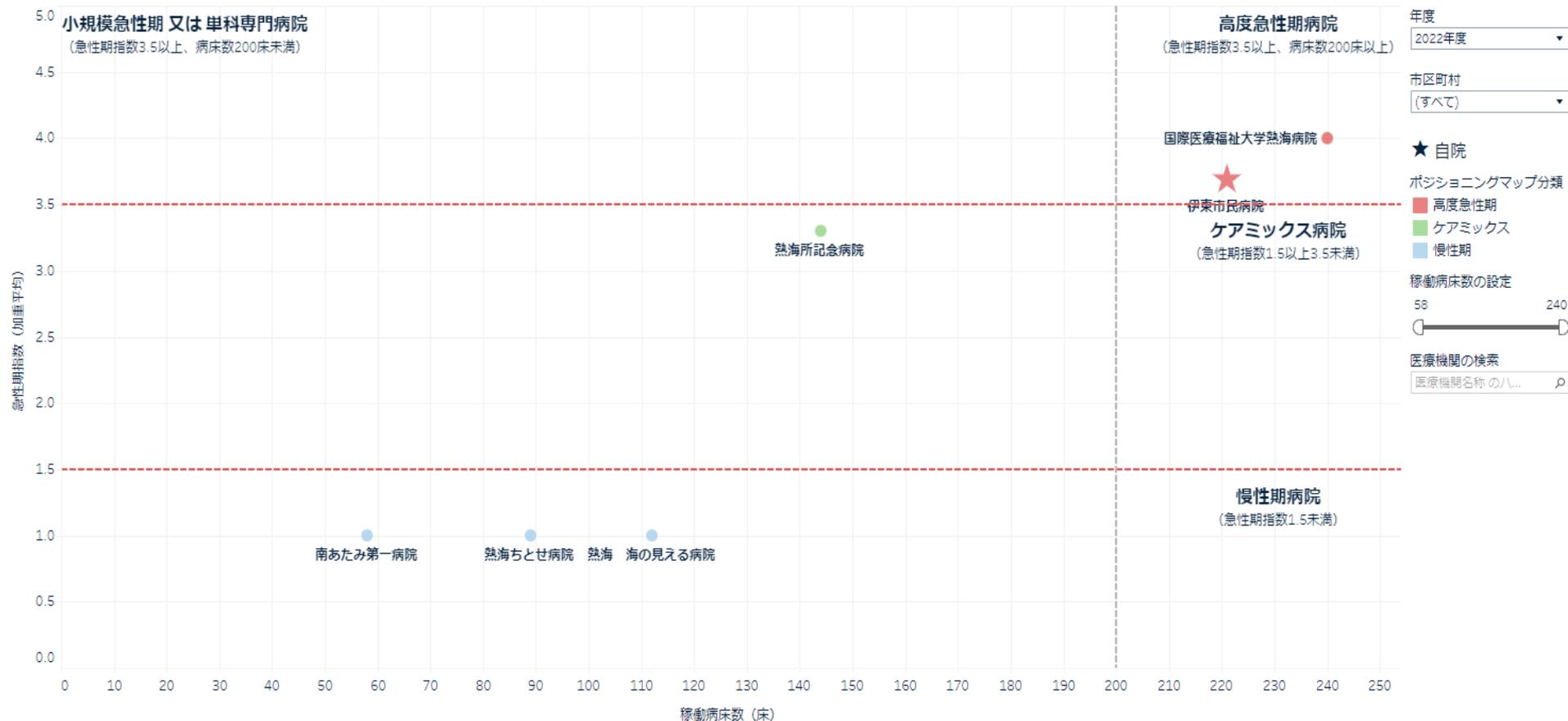
推計1日患者数はICD分類「V.精神行動の障害」の静岡県受療率より推計

熱海伊東医療圏の医療提供体制について

熱海伊東医療圏の医療提供体制について ポジショニングマップ

- 当医療圏は国際医療福祉大学熱海病院と伊東市民病院が地域の中核的役割を担っていることが確認できる。

ポジショニングマップ



熱海伊東医療圏の医療提供体制について

(参考) 届出病床の急性期指数の設定について

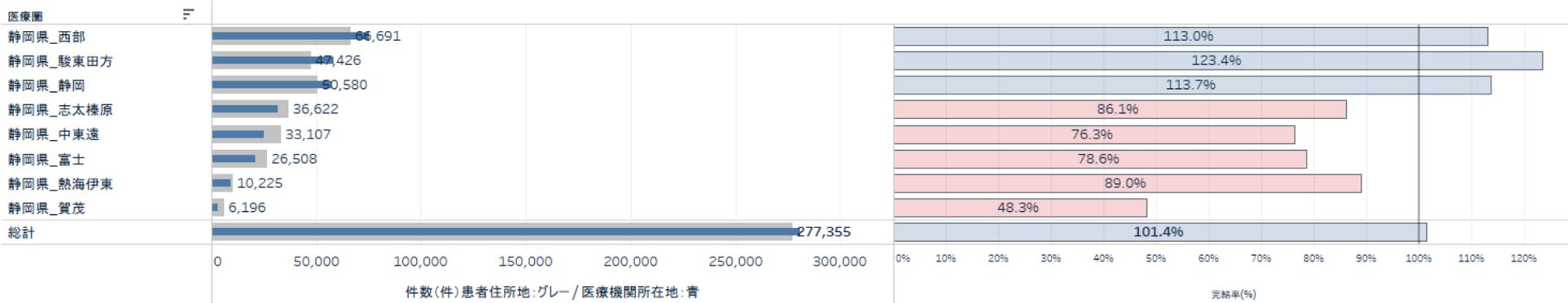
各届出入院料に下記指数を設定し、指数×病床数の総和を総病床数で割り加重平均を求めている

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

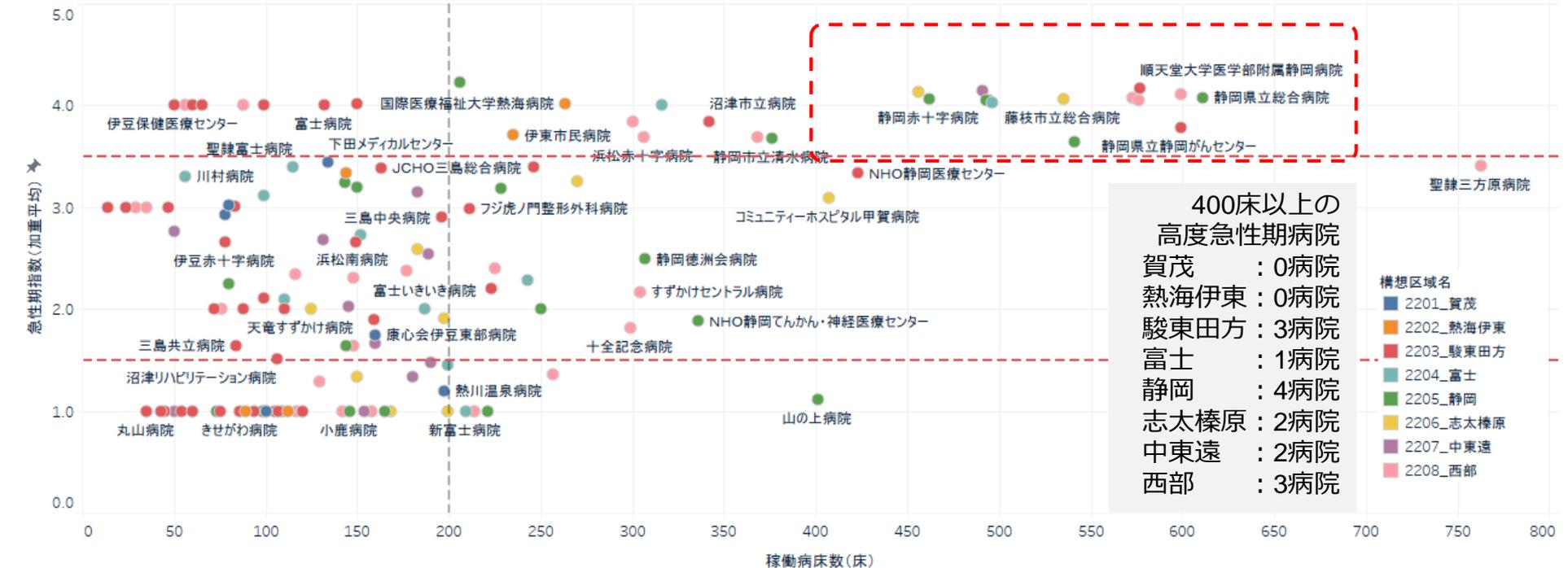
熱海伊東医療圏の医療提供体制について

DPC請求対象患者の流出入

流出入(医療圏別)_2020年度



ポジショニングマップ(2021年度)

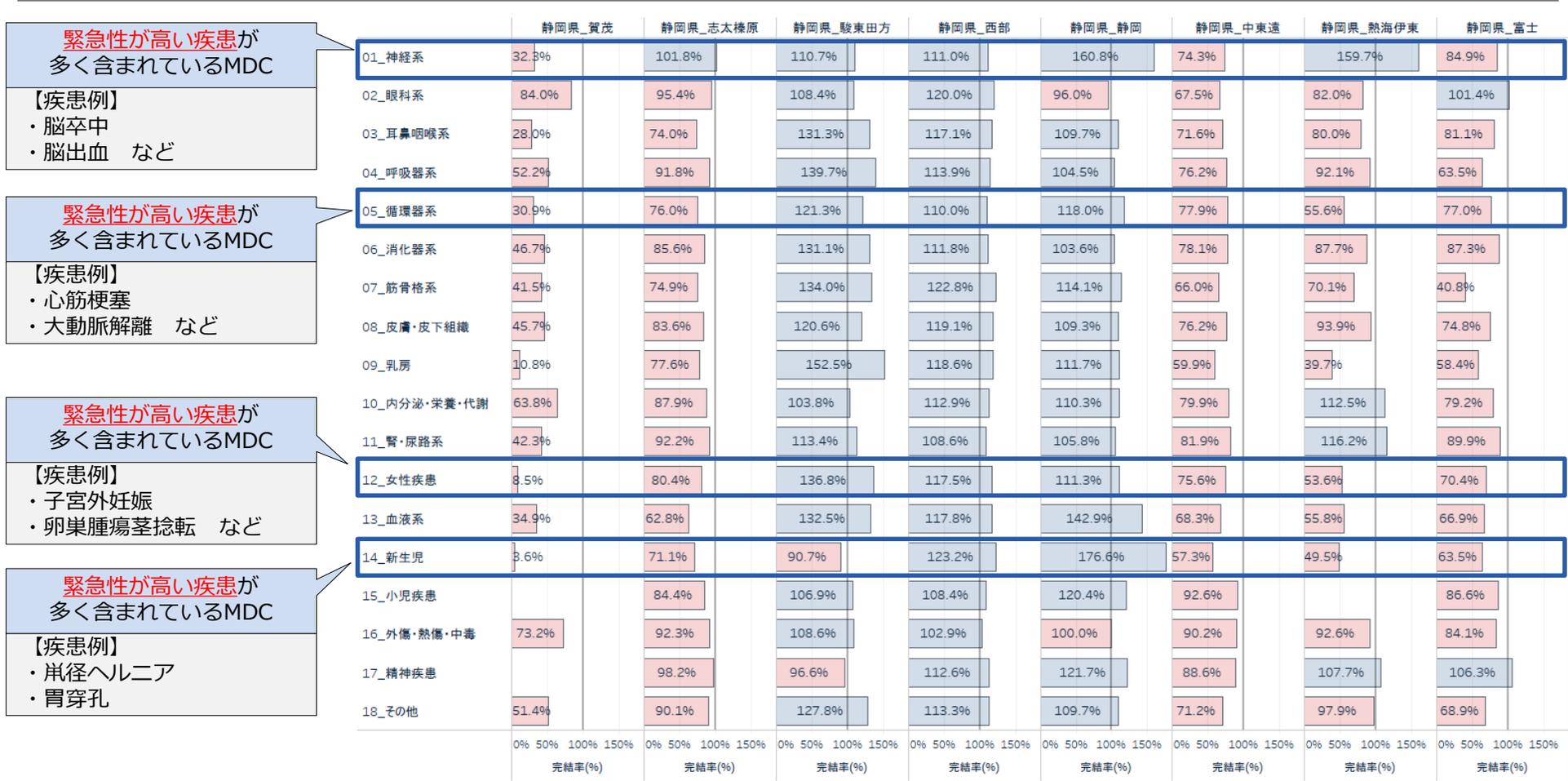


熱海伊東医療圏の医療提供体制について

DPC症例から見た医療圏別地域完結率

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

医療圏別MDC別の地域完結率

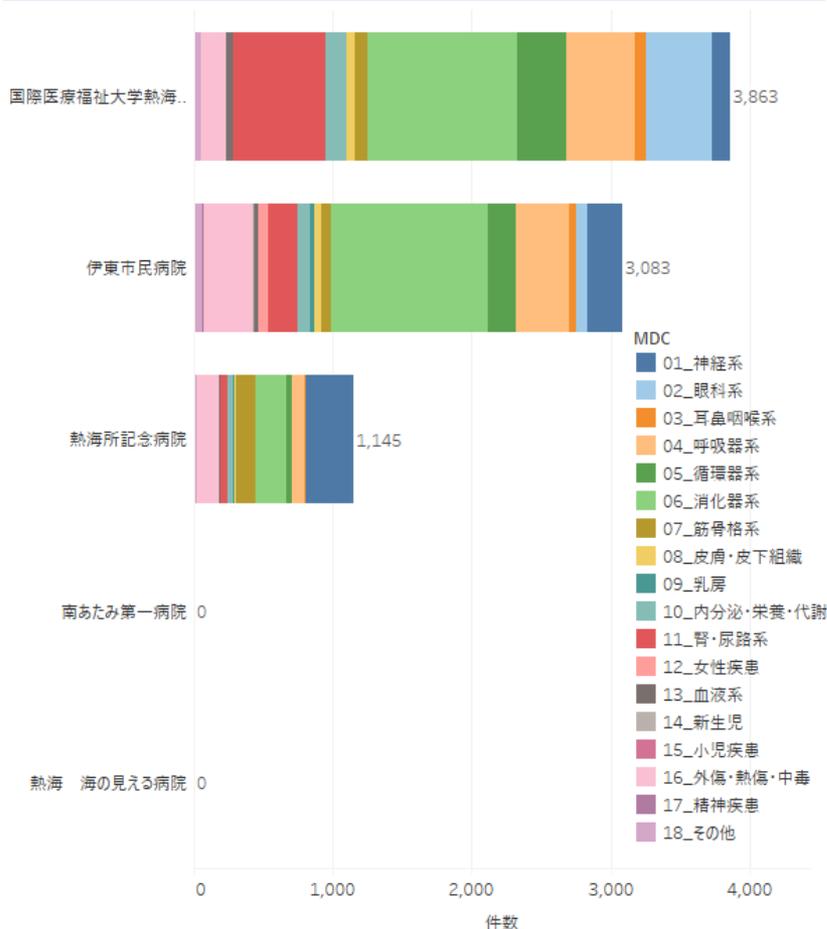


出典：DPC退院患者調査 2020年度

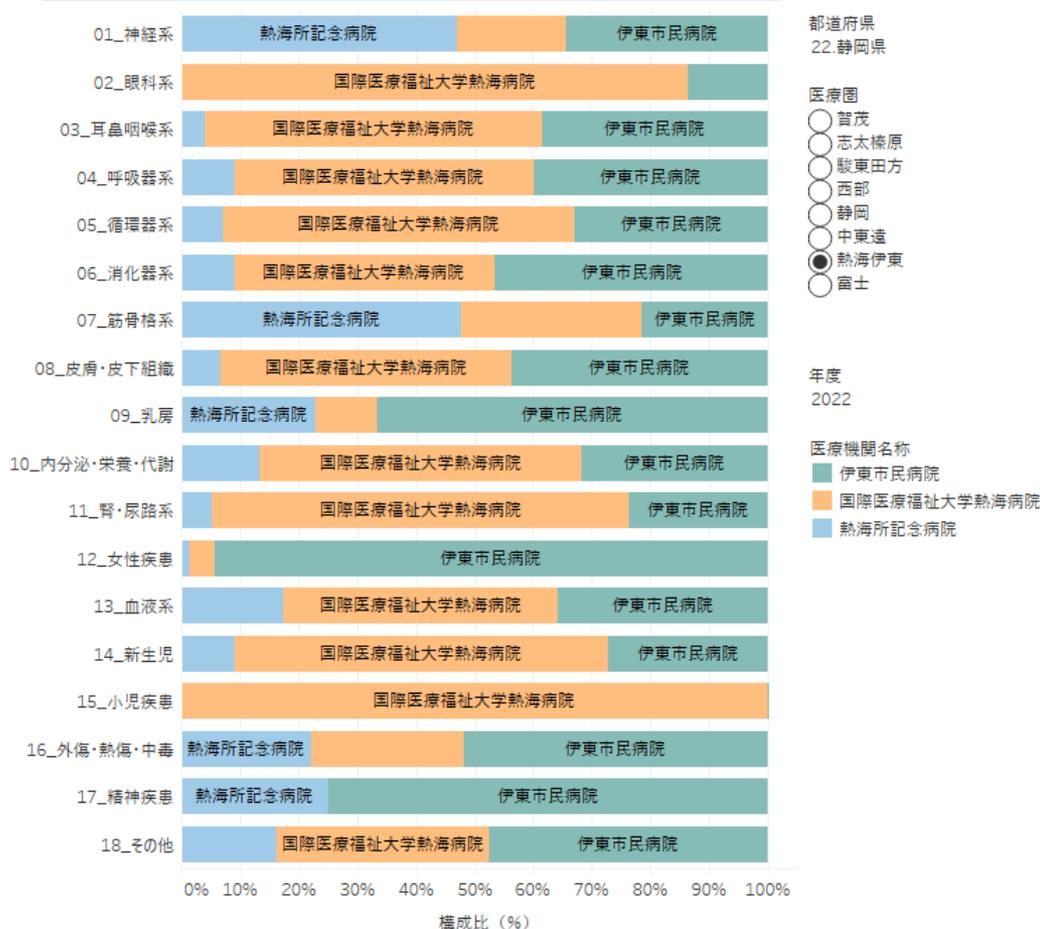
熱海伊東医療圏の医療提供体制について 病院別DPC症例数と構成比

- DPC症例数（急性期系症例）は国際医療福祉大学熱海病院が最多、次いで伊東市民病院、熱海所記念病院となる。

医療機関別MDC別患者数



医療機関別MDC別患者数：構成比



都道府県
22.静岡県

医療圏
○ 賀茂
○ 志太榛原
○ 駿東田方
○ 西部
○ 静岡
○ 中東遠
● 熱海伊東
○ 富士

年度
2022

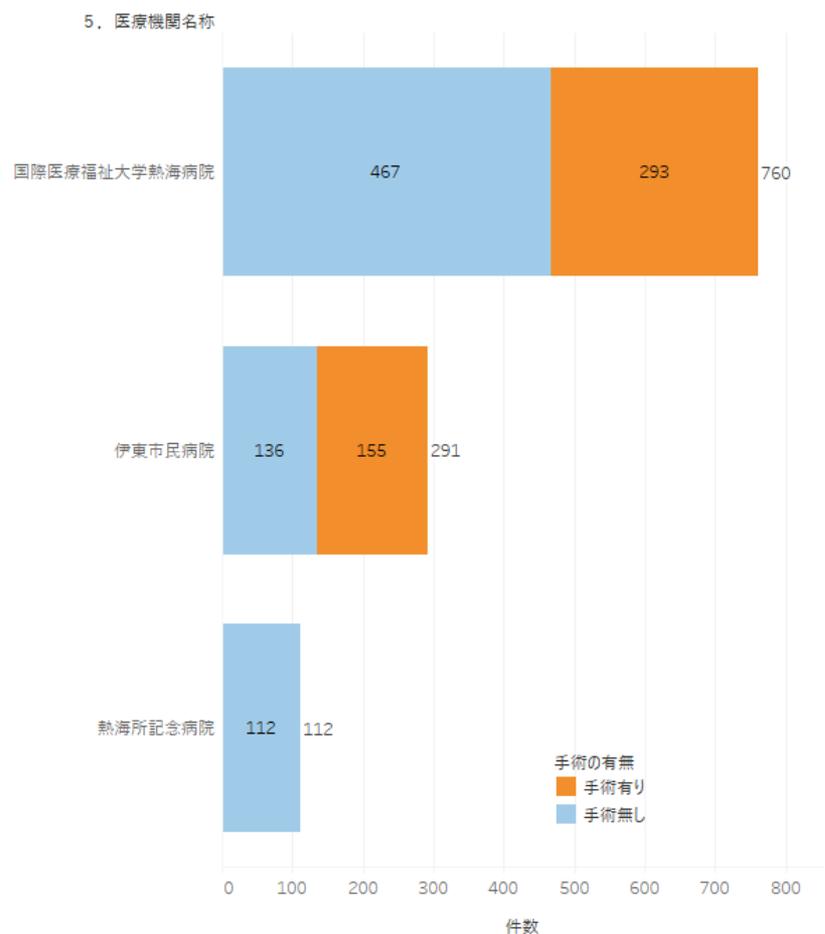
医療機関名称
■ 伊東市民病院
■ 国際医療福祉大学熱海病院
■ 熱海所記念病院

熱海伊東医療圏の医療提供体制について

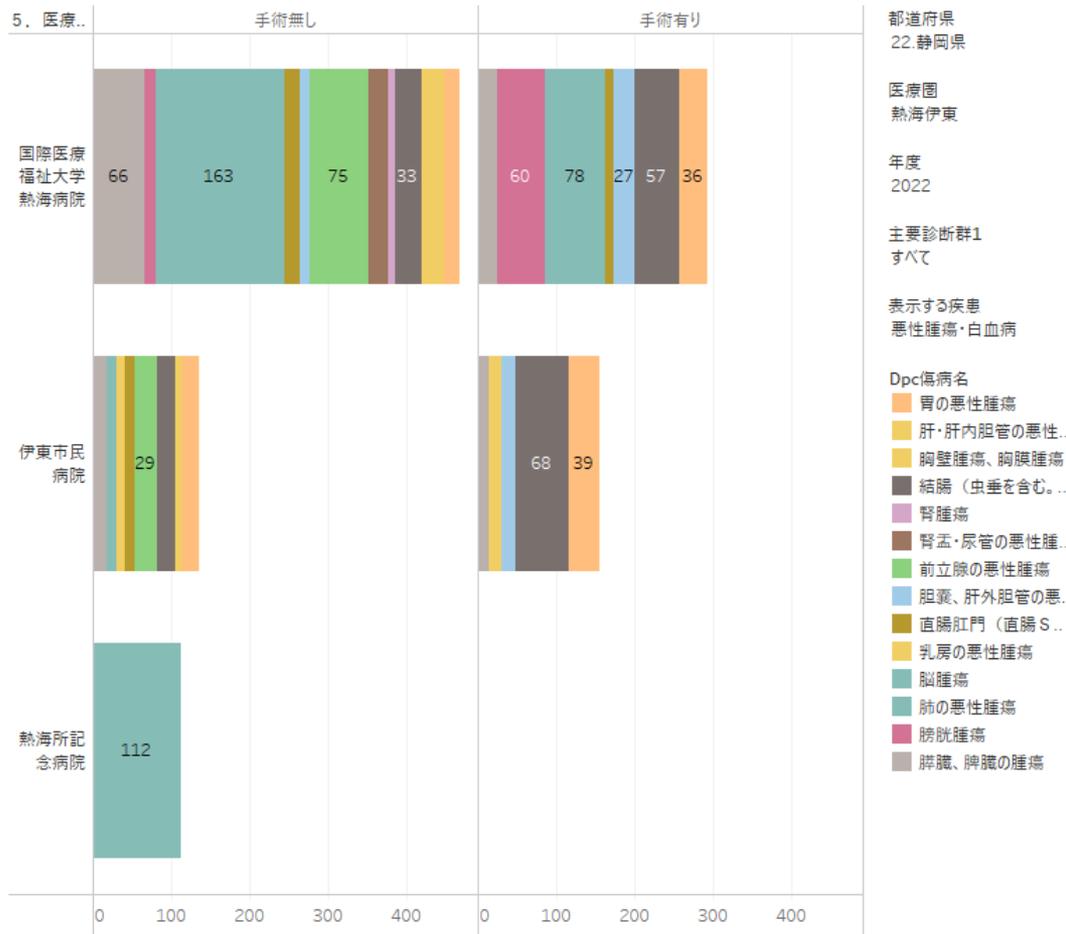
5疾病の需給状況 | 悪性新生物

- 悪性新生物のDPC症例数は国際医療福祉大学熱海病院が最多、次いで伊東市民病院、熱海所記念病院となる。
- 手術有り症例は、国際医療福祉大学熱海病院、伊東市民病院の2病院が担っている。

MDC別手術有無別（悪性腫瘍・白血病）



傷病別手術有無別（悪性腫瘍・白血病）

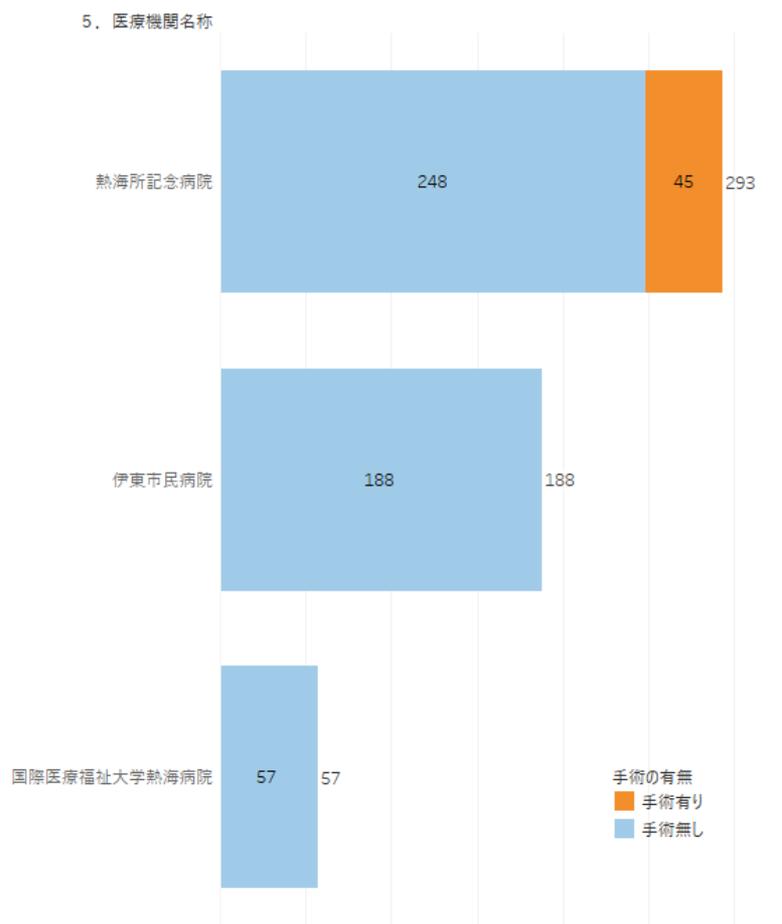


熱海伊東医療圏の医療提供体制について

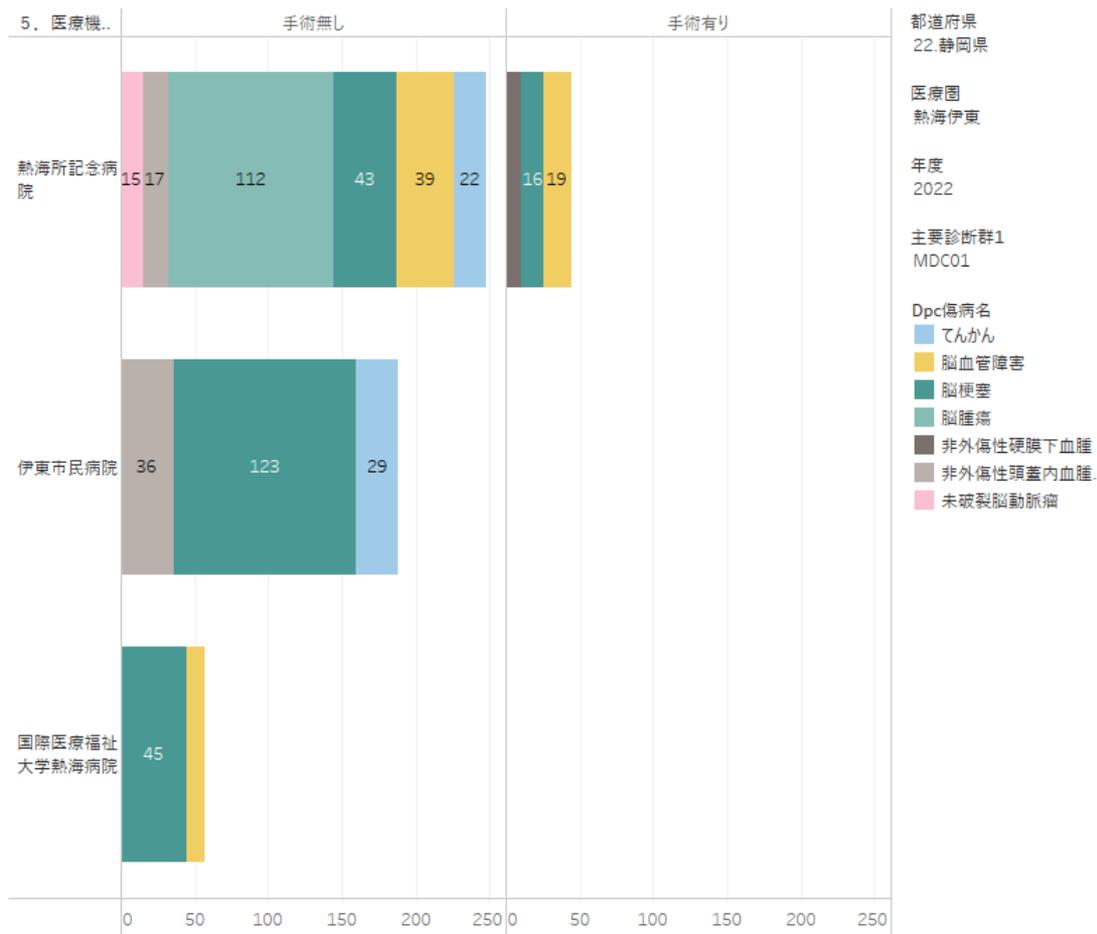
5疾病の需給状況 | 神経系疾患

- 神経系疾患のDPC症例数は熱海所記念病院が最多、次いで、伊東市民病院、国際医療福祉大学熱海病院となる。
- 手術有り症例は、熱海所記念病院が担っている。

MDC別手術有無別件数（神経系疾患）



傷病別手術有無別件数（神経系疾患）

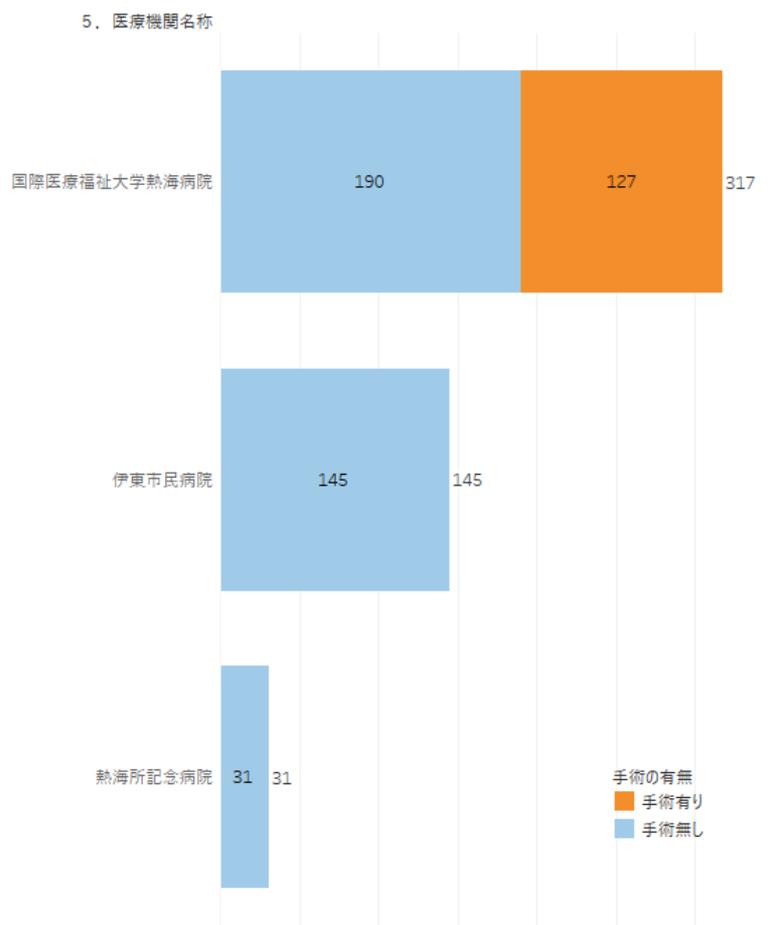


熱海伊東医療圏の医療提供体制について

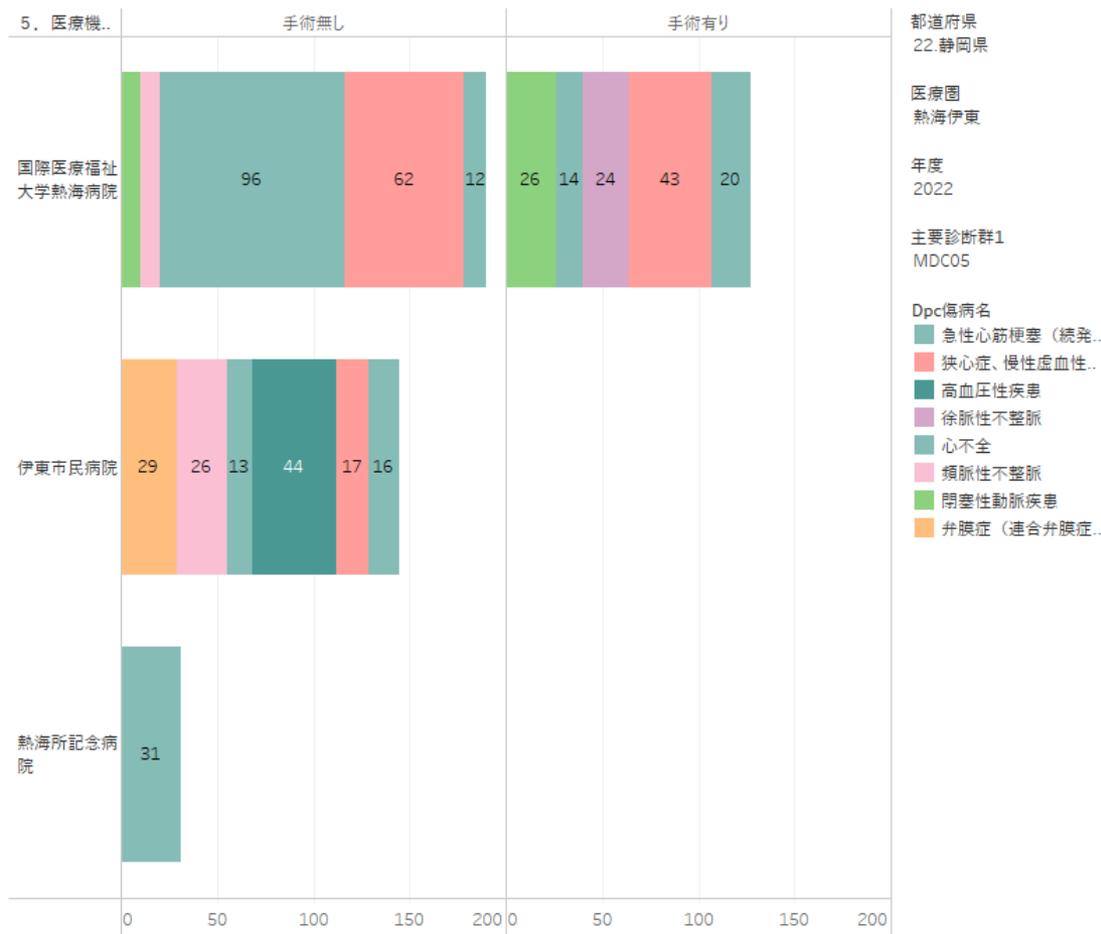
5疾病の需給状況 | 循環器系疾患

- 循環器系疾患のDPC症例数は国際医療福祉大学熱海病院が最多、次いで、伊東市民病院、熱海所記念病院となる。
- 手術有り症例は、国際医療福祉大学熱海病院が担っている。

MDC別手術有無別件数（循環器系疾患）



傷病別手術有無別件数（循環器系疾患）



都道府県
22 静岡県

医療圏
熱海伊東

年度
2022

主要診断群1
MDC05

Dpc傷病名

- 急性心筋梗塞(続発)
- 狭心症、慢性虚血性心疾患
- 高血圧性疾患
- 徐脈性不整脈
- 心不全
- 頻脈性不整脈
- 閉塞性動脈疾患
- 弁膜症(連合弁膜症)

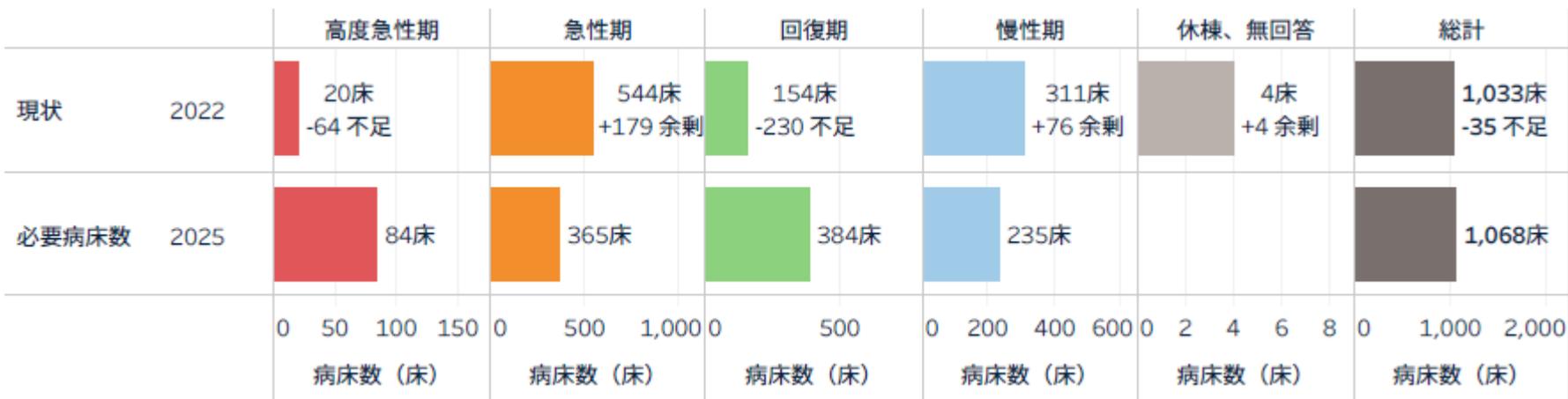
熱海伊東医療圏の医療提供体制について 現状の病床数と2025年必要病床数の比較

- 熱海伊東医療圏の総病床数は地域医療構想上の必要病床数とほぼ同程度となっている。

病床数の推移



地域医療構想における必要病床数と現状（2022年度）の比較



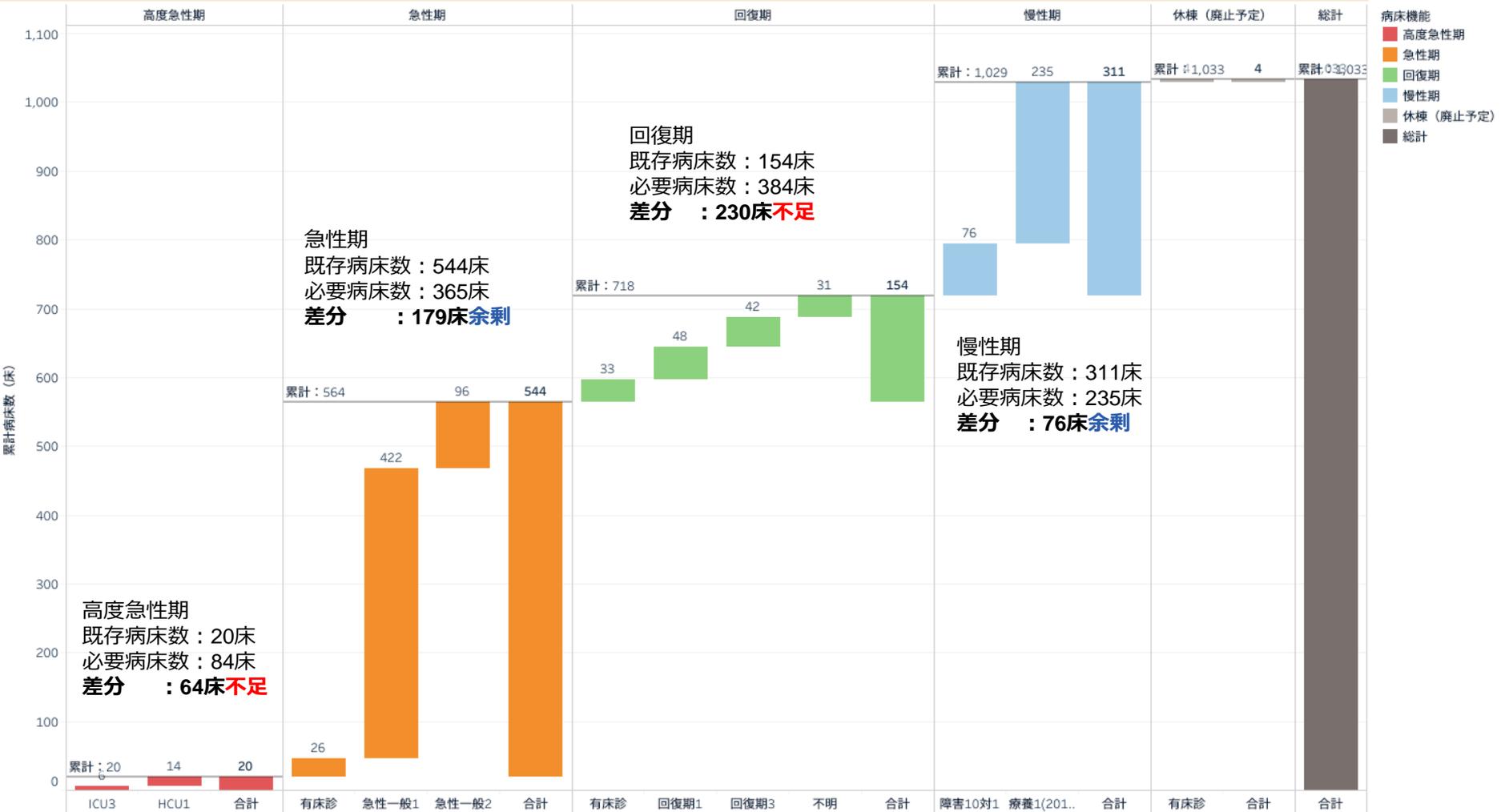
※ 2021年度病床機能報告において南あたま第一病院は休診中のためデータなし

出典：静岡県地域医療構想
病床機能報告（2017年度～2022年度）

熱海伊東医療圏の医療提供体制について 入院料別の病床数

- 病床機能区分ごとの入院料別病床数の内訳は以下の通り。

入院料別病床数の分布



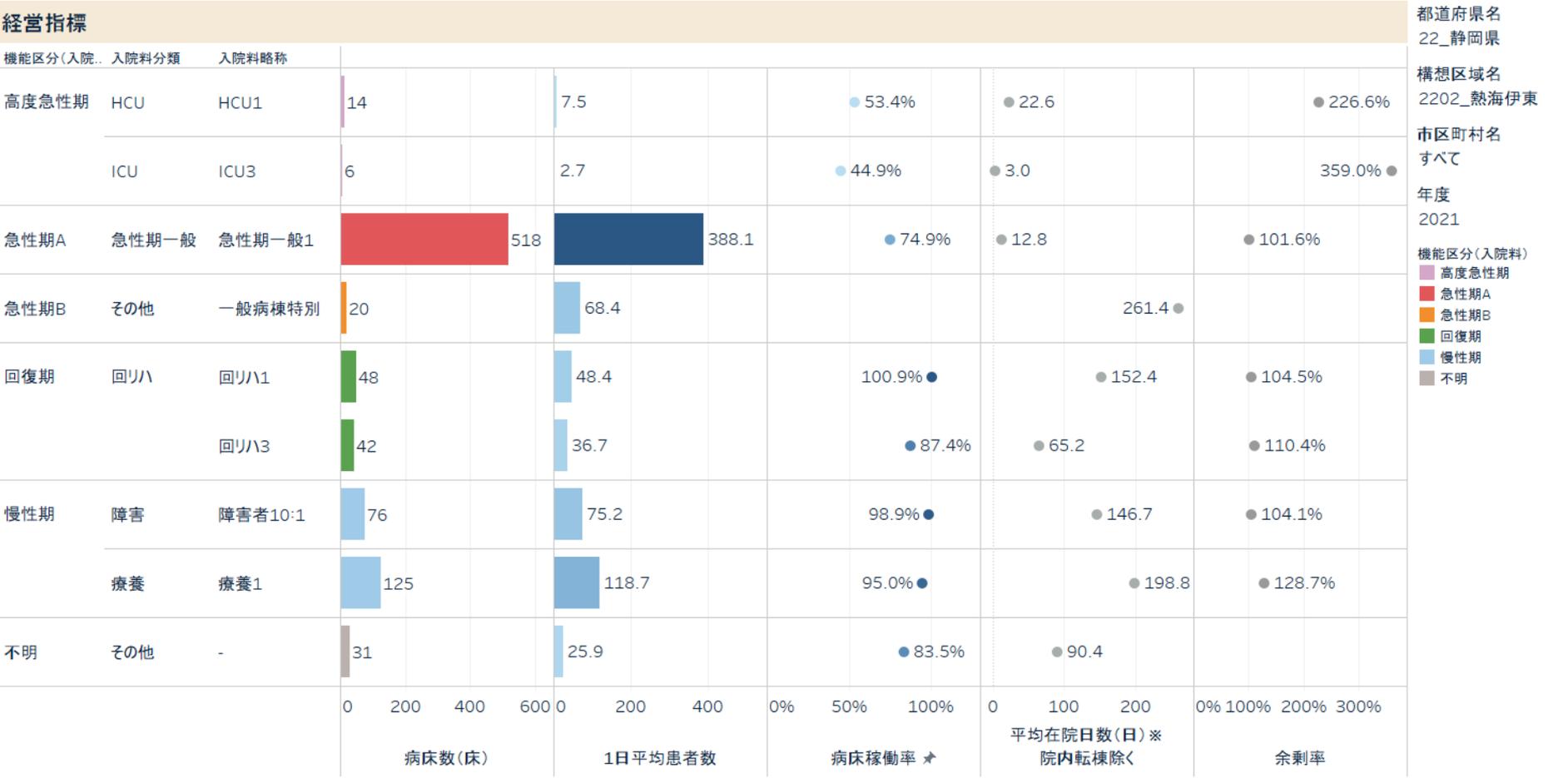
出典：静岡県地域医療構想
病床機能報告 (2022年度)

熱海伊東医療圏の医療提供体制について

入院料別の稼働状況

- 入院料別の稼働状況では、急性期機能の病床稼働率が低く、回復期・慢性期機能の病床稼働率は90%前後になっている。
- 看護配置の余剰率では、高度急性期機能を除き低い水準になっている。

主要指標(構想区域)

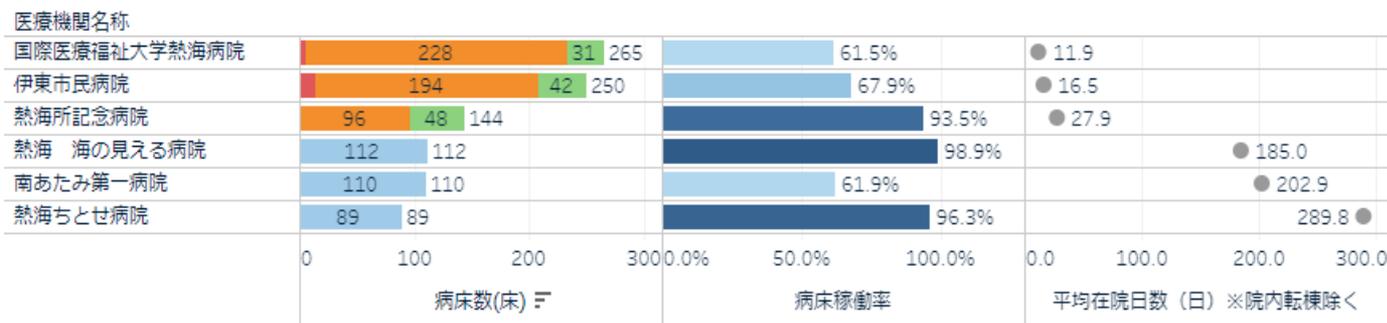


出典：病床機能報告（2022年度）

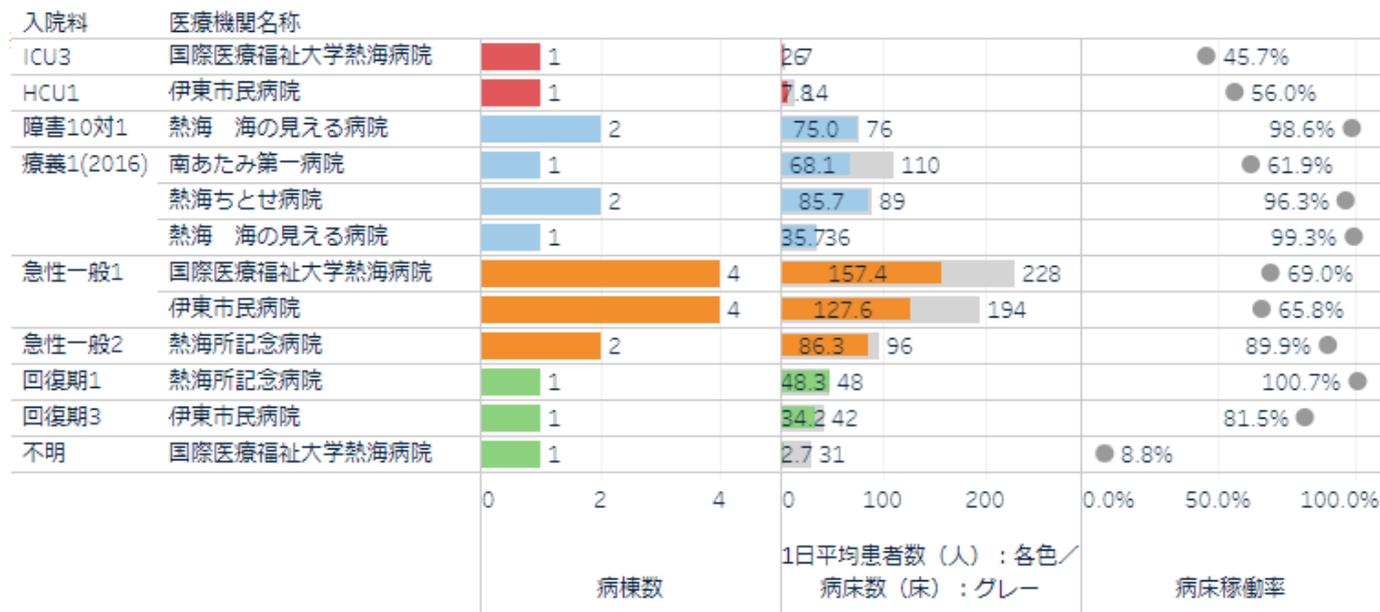
熱海伊東医療圏の医療提供体制について

病院別の主要経営指標

経営指標_2022年度



入院料別×医療機関名別にみた指標



- 病院別の主要経営指標は左図の通り。
- 今後の需要予測に対する機能別の病床整備状況を鑑み、今後の機能再編の在り方を検討していく必要がある。

熱海伊東医療圏の医療提供体制について 救急医療

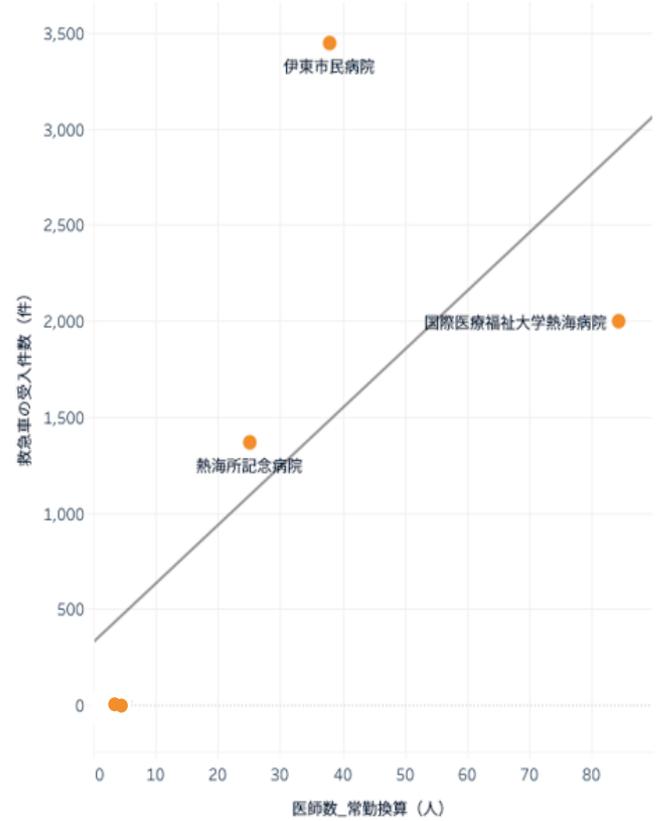
- 救急車の受入件数は伊東市民病院が最も多く、次いで、国際医療福祉大学熱海病院、熱海所記念病院となっている。

救急指標（医師数と受入）

設定中の構想区域：2202_静岡県_熱海伊東

設定中の市区町村：すべて

医師数×救急受入件数



救急医療

医療機関名称	医師数_常勤換算 (人)	救急車の受入件数 (件)	夜間休日の受入件数 (件)	夜間休日の入院件数 (件)	夜間休日の入院率
伊東市民病院	38.00	3,443	4,761	1,218	25.6%
国際医療福祉大学熱海病院	84.40	1,994	3,353	588	17.5%
熱海所記念病院	25.20	1,365	1,707	429	25.1%
熱海ちとせ病院	4.10	0	0	0	0.0%
南あたま第一病院	3.30	0	0	0	0.0%
熱海 海見える病院	4.00	0	386	0	0.0%

年度
2022年度

市区町村
すべて

救急指定
■ 二次救急
■ 指定なし

医療機関の検索
 ハイライトされたアイテ..

医療従事者数からみる供給面の課題

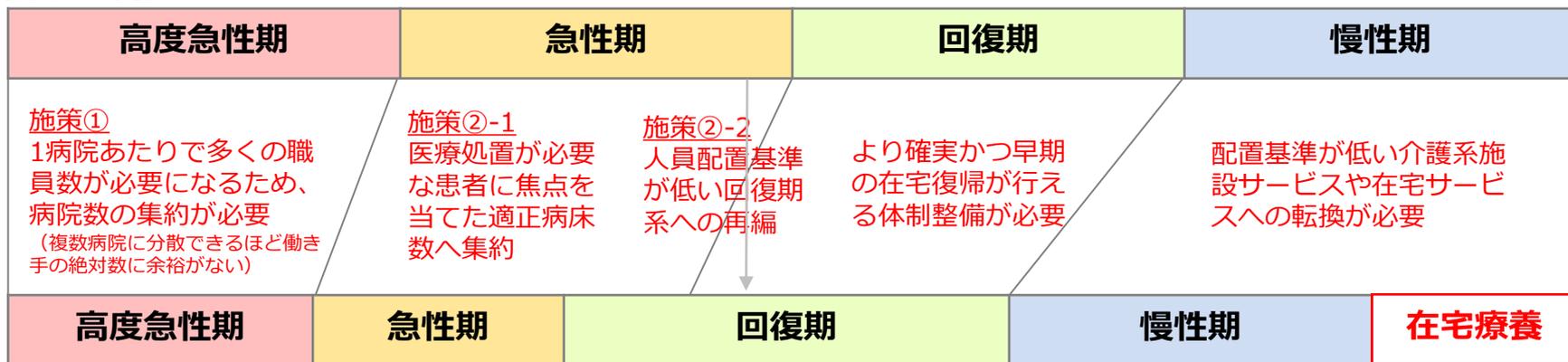
機能再編や解決の方向性について

■ 需要と供給力（経営資源）から見た集約の必要性について

✓ 病院の機能からみた職種別職員・設備の必要性（大まかな特徴）

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

■ 解決の方向性



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



シミュレーションの条件

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

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

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

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

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

看護師による対応可能数な1日患者数の算出は下記の計算式による

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

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

$$\text{法定勤務時間 (必要な看護師数} \times 150 \text{時間)} = 1 \text{日患者数} \div \text{配置基準} \times 3 \times 8 \times 31$$

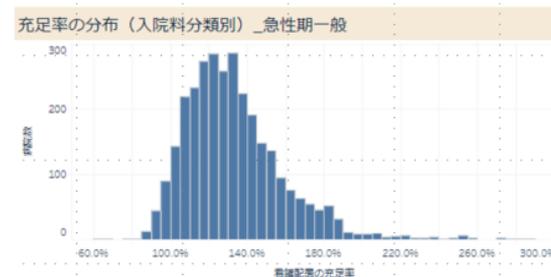
$$\text{必要な看護師数} = 1 \text{日患者数} \div \text{配置基準} \times 3 \times 8 \times 31 \div 150 \quad \text{※ 診療報酬上最低限必要な看護師数}$$

$$\text{運用に要する看護師数} = 1 \text{日患者数} \div \text{配置基準} \times 3 \times 8 \times 31 \div 150 \times \text{余剰率} \quad \text{※ 余剰率は入院料別に設定}$$

$$\text{対応可能な1日患者数} = \text{看護師数} \times \text{配置基準} \div (4.96 \times \text{余剰率})$$

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

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



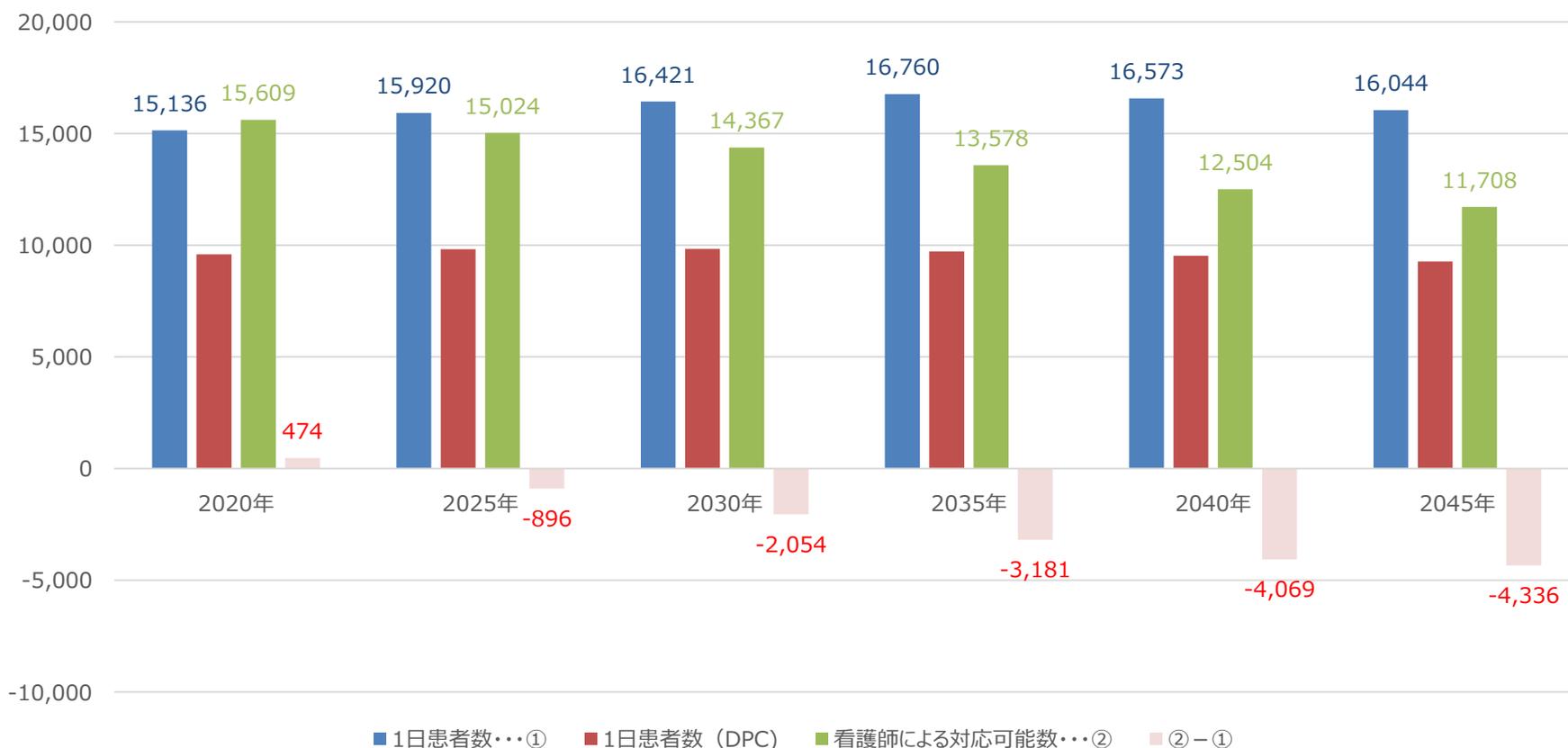
(参考)

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

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

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

静岡県における働き手の数から対応可能な病床数の試算



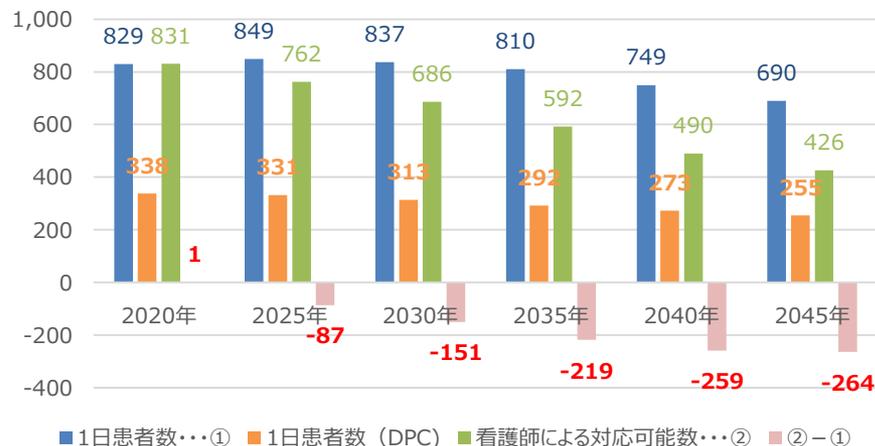
供給体制の特徴と地域医療構想

地域医療構想の推進とこれからの論点 | 供給力の制約条件について

賀茂医療圏



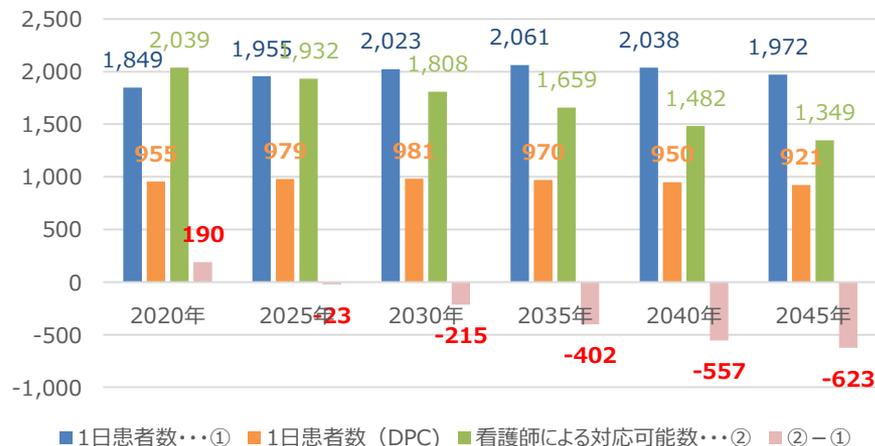
熱海伊東医療圏



駿東田方医療圏



富士医療圏



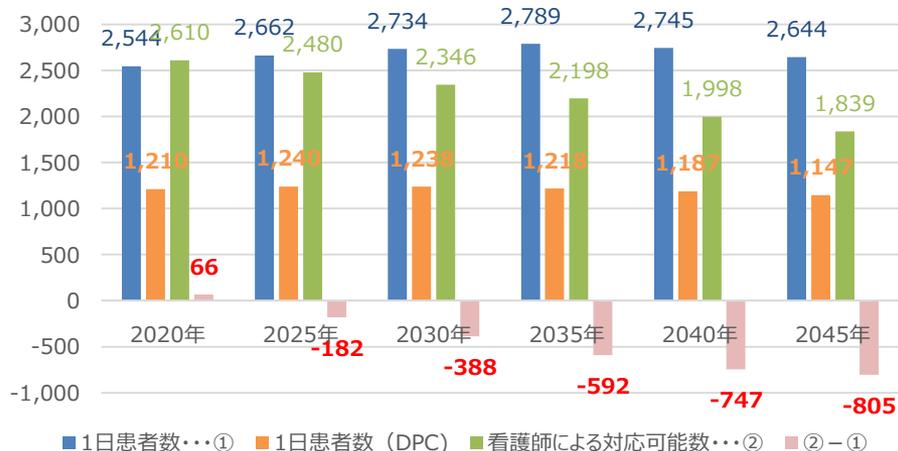
供給体制の特徴と地域医療構想

地域医療構想の推進とこれからの論点 | 供給力の制約条件について

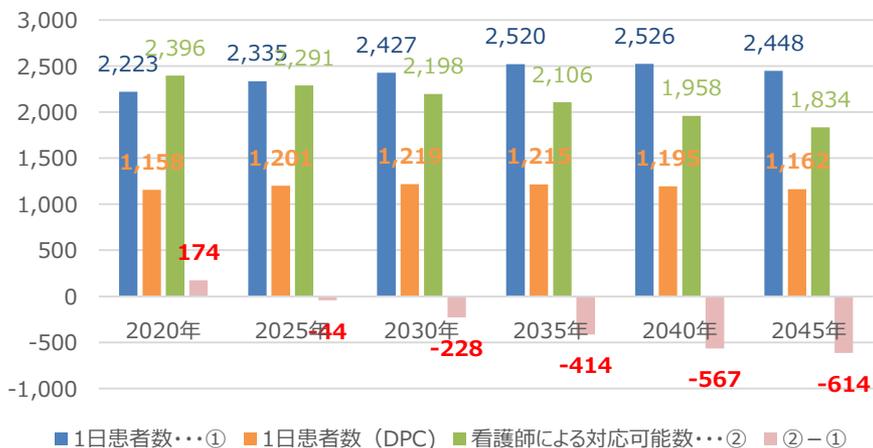
静岡医療圏



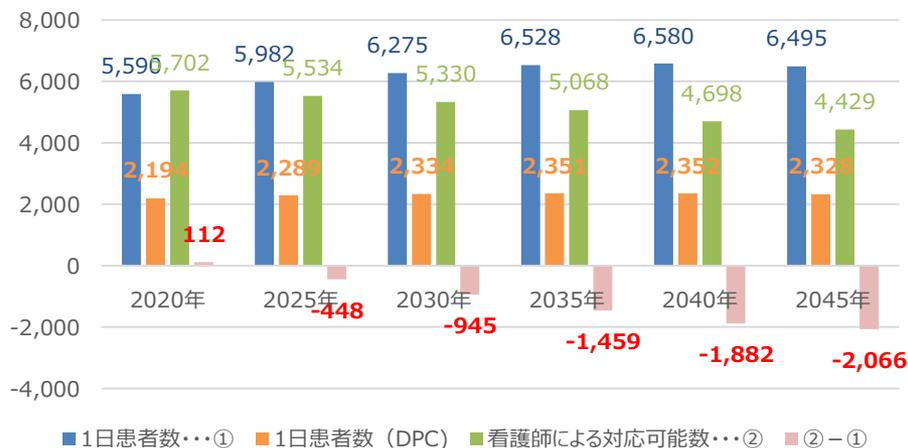
志太榛原医療圏



中東遠医療圏



西部医療圏



■情報照会先

株式会社日本経営

〒561-8510

大阪府豊中市寺内2-13-3

TEL:06-6865-1373

FAX:06-6865-2502

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

地域医療構想

- ◆「医療介護総合確保推進法」の施行により、静岡県では平成28年3月に「静岡県地域医療構想」を策定
- ◆「地域医療構想」は、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を両輪として、県民の皆様が安心して生活できるようにする構想
- ◆医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計している
- ◆病床削減ありきでなく医療機関等の機能分化・連携を進める

背景・課題

- ・令和7年(2025年)には「団塊の世代」が全て75歳以上になり、静岡県においても県民の約5人に1人が75歳以上となる見込み
- ・少子高齢化が進行する中、増加する医療及び介護需要への対応が必要

医療と介護の一体的な改革

2025年に向けて

◎「効率的かつ質の高い医療提供体制」
と「地域包括ケアシステム」の構築

- ・利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築
- ・急性期の医療から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において切れ目なく総合的に確保

主な取組

病床機能報告制度

地域医療構想調整会議等
における協議

地域医療介護総合確保基金や
地域医療連携推進法人制度の
活用

目指す姿＝県民がいつでも、どこでも、安心して必要な保健医療サービスが受けられる医療体制の整備

推進区域の設定

1 地域医療構想

- 団塊の世代が後期高齢者となる**2025年(令和7年)を想定**した地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿(2018年(平成28年)3月策定)
- 県内を8区域に分け、各区域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を推進するため、2025年における機能別(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)の必要病床数を、目安として算定

2 推進区域の設定

- 厚生労働省は、目標年である2025年に向け、取組を更に推進するため、**各県において、1~2か所の「推進区域」を設定**
- 設定に当たり、各県に候補区域の選定を要請
- 推進区域では、医療提供体制の課題、課題解決に向けた取組内容を含む「区域対応方針」を策定
- 策定の過程で、課題認識を共有し、地域での議論を進めることにより、構想の更なる推進を目指す
- 国からの技術的・財政的な支援は特段無い

3 本県の推進区域選定(案)

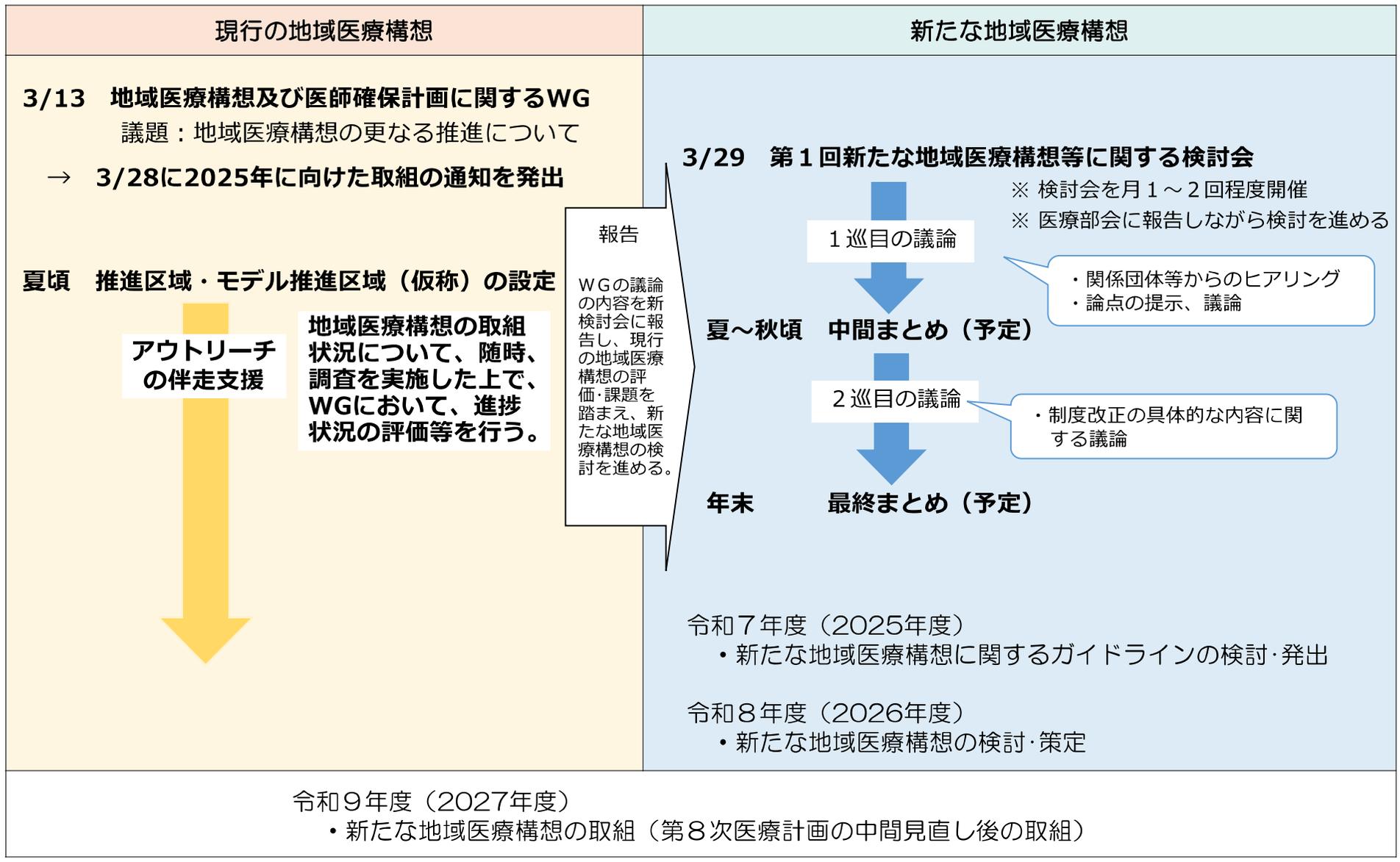
選定区域	駿東田方
選定理由	必要病床数と現状病床数が最も乖離しており、適正な病床数や機能分化・連携に関して検討が必要

4 スケジュール

- 7月4日:駿東田方地域医療構想調整会議にて報告
- 7月10日:国が各県の推進区域を公表
- 国正式通知発出後、「区域対応方針」策定等について、関係者で調整**

2025年必要病床数と現状病床数の比較

区分	A: 2025年必要病床数 (地域医療構想策定時(2018年)推計)					B: 2023年病床機能報告 (稼働病床ベース)					必要量との差 (B-A) ※必要量に対して+は余剰、▲は不足				
	計	急性 高度 期	急性 期	回復 期	慢性 期	計	急性 高度 期	急性 期	回復 期	慢性 期	計	急性 高度 期	急性 期	回復 期	慢性 期
賀茂	659	20	186	271	182	683	0	243	163	277	24	▲ 20	57	▲ 108	95
熱海伊東	1,068	84	365	384	235	929	16	486	145	282	▲ 139	▲ 68	121	▲ 239	47
駿東田方	4,929	609	1,588	1,572	1,160	5,813	671	2,572	931	1,639	884	62	984	▲ 641	479
富士	2,610	208	867	859	676	2,340	243	1,064	484	549	▲ 270	35	197	▲ 375	▲ 127
静岡	5,202	773	1,760	1,370	1,299	5,817	1,399	1,987	835	1,596	615	626	227	▲ 535	297
志太榛原	3,246	321	1,133	1,054	738	3,140	198	1,807	486	649	▲ 106	▲ 123	674	▲ 568	▲ 89
中東遠	2,856	256	1,081	821	698	2,671	385	909	653	724	▲ 185	129	▲ 172	▲ 168	26
西部	6,014	889	2,104	1,572	1,449	6,645	1,953	2,170	880	1,642	631	1,064	66	▲ 692	193
計	26,584	3,160	9,084	7,903	6,437	28,038	4,865	11,238	4,577	7,358	1,454	1,705	2,154	▲ 3,326	921



報告

WGの議論の内容を新検討会に報告し、現行の地域医療構想の評価・課題を踏まえ、新たな地域医療構想の検討を進める。

・関係団体等からのヒアリング
 ・論点の提示、議論

・制度改正の具体的な内容に関する議論

推進区域について（案）

（厚生労働省）令和6年7月10日
地域医療構想及び医師確保計画に関するWG
資料抜粋

推進区域の設定

- 推進区域について、地域の実情に応じた地域医療構想の取組を更に推進するため、都道府県との調整を踏まえ、①～④の事項等を総合的に勘案して、以下のとおり設定する。
- ① データの特性だけでは説明できない合計病床数の必要量との差異が特に生じていること
 - ② データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じていること
 - ③ 令和5年9月末調査において再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関があること
 - ④ その他医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられること
- ※「調整中」の都道府県について、引き続き調整を行う。

【7月5日時点】

- | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ▪ 北海道【調整中】 | ▪ 茨城県【土浦、鹿行、取手・竜ヶ崎】 | ▪ 富山県【新川】 |
| ▪ 青森県【青森】 | ▪ 栃木県【宇都宮】 | ▪ 石川県【能登北部】 |
| ▪ 岩手県【両磐】 | ▪ 群馬県【伊勢崎、藤岡】 | ▪ 岐阜県【飛騨、東濃】 |
| ▪ 宮城県【石巻・登米・気仙沼】 | ▪ 埼玉県【北部】 | ▪ <u>静岡県【駿東田方】</u> |
| ▪ 秋田県【大館・鹿角、能代・山本】 | ▪ 千葉県【香取海匝】 | ▪ 愛知県【東三河北部】 |
| ▪ 山形県【庄内】 | ▪ 東京都【区中央部、区南部、区西南部、区西部、
区西北部、区東北部、区東部、西多摩、南多摩、
北多摩西部、北多摩南部、北多摩北部、島しょ】 | ▪ 三重県【松阪】 |
| ▪ 福島県【会津・南会津】 | ▪ 神奈川県【県西】 | |
| | ▪ 新潟県【中越】 | |
| | ▪ 山梨県【峡南】 | |
| | ▪ 長野県【上小】 | |
| | | |
| ▪ 福井県【嶺南】 | ▪ 鳥取県【調整中】 | ▪ 福岡県【調整中】 |
| ▪ 滋賀県【湖北】 | ▪ 島根県【調整中】 | ▪ 佐賀県【中部、南部】 |
| ▪ 京都府【丹後】 | ▪ 岡山県【真庭】 | ▪ 長崎県【長崎】 |
| ▪ 大阪府【南河内】 | ▪ 広島県【呉】 | ▪ 熊本県【熊本・上益城】 |
| ▪ 兵庫県【調整中】 | ▪ 山口県【宇部・小野田】 | ▪ 大分県【東部、北部】 |
| ▪ 奈良県【調整中】 | ▪ 徳島県【東部】 | ▪ 宮崎県【西諸】 |
| ▪ 和歌山県【有田、新宮】 | ▪ 香川県【東部】 | ▪ 鹿児島県【始良・伊佐】 |
| | ▪ 愛媛県【松山】 | ▪ 沖縄県【中部、南部】 |
| | ▪ 高知県【中央】 | |

- ※ 原則として各都道府県あたり1～2か所設定することとしているが、地域の実情等を踏まえ、複数の圏域にまたがる課題の解決が必要な場合等には、複数の構想区域を設定。
- ※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。
- ※ 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

令和5年度病床機能報告の集計結果の状況（概要）

1 病床機能報告制度（医療法第30条の13）

- 病床機能報告制度は、医療介護総合確保推進法（平成26年6月成立）により改正された医療法第30条の13に基づく制度である。（平成26年10月施行）
- 医療機能の分化・連携の推進のため、県は毎年度医療機関からその有する病床において担っている医療機能の現状等を病棟単位で報告を受ける。
- 県には公表義務があり、県ホームページでの公表や、地域医療構想調整会議等での協議に活用していく。

2 令和5年度報告結果

(1) 報告状況

報告対象	R 4	R 5	増減	備考
病院	139施設	139施設	0	報告率100%
診療所	143施設	143施設	0	報告率100%
合計	282施設	282施設	0	

(2) 過去3年間の病床数の推移と地域医療構想における病床の必要量との比較

○全体

- ・令和5年度の最大使用病床数は28,038床であり、昨年度の28,329床から291床減少した。

○一般病床（高度急性期、急性期、回復期）

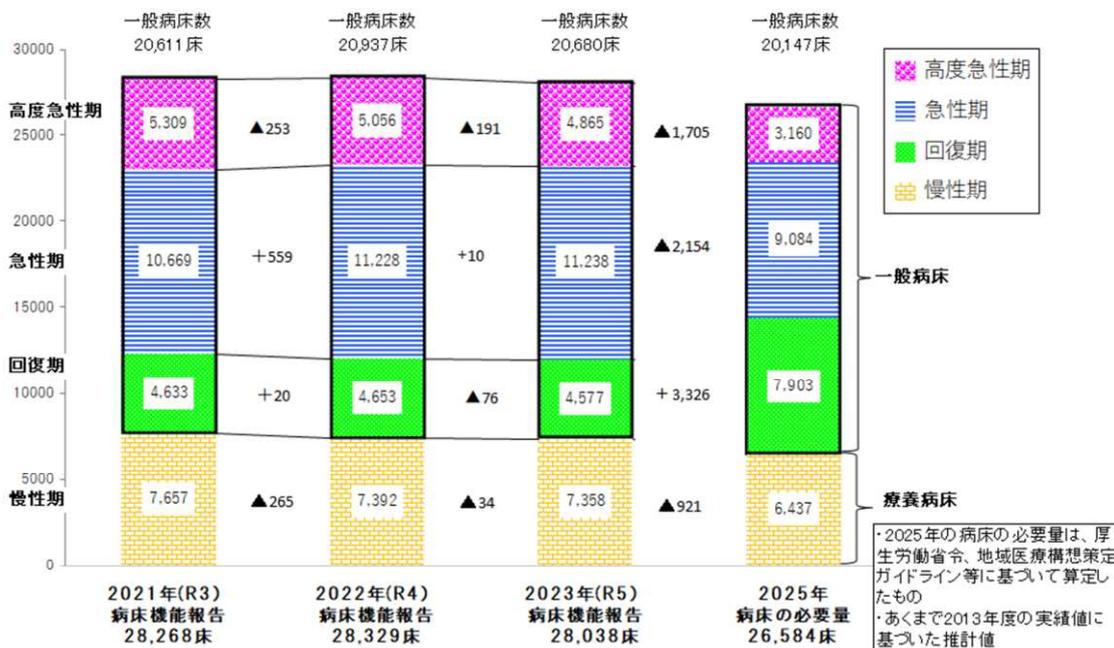
- ・高度急性期、急性期、回復期の割合は令和4年度病床機能報告と同様の傾向であった。
- ・2025年の必要病床数と比較した場合には、回復期が不足していることから、さらに回復期への機能転換を進めていく。

○療養病床（慢性期）

- ・慢性期の割合は令和4年度病床機能報告と同様の傾向であった。
- ・2025年の病床必要量と比較して900床以上多い状態であるが、毎年順調に減少し続けている。今後も介護医療院等への転換を推進し、乖離を解消していく。

(全県)

(確定値)



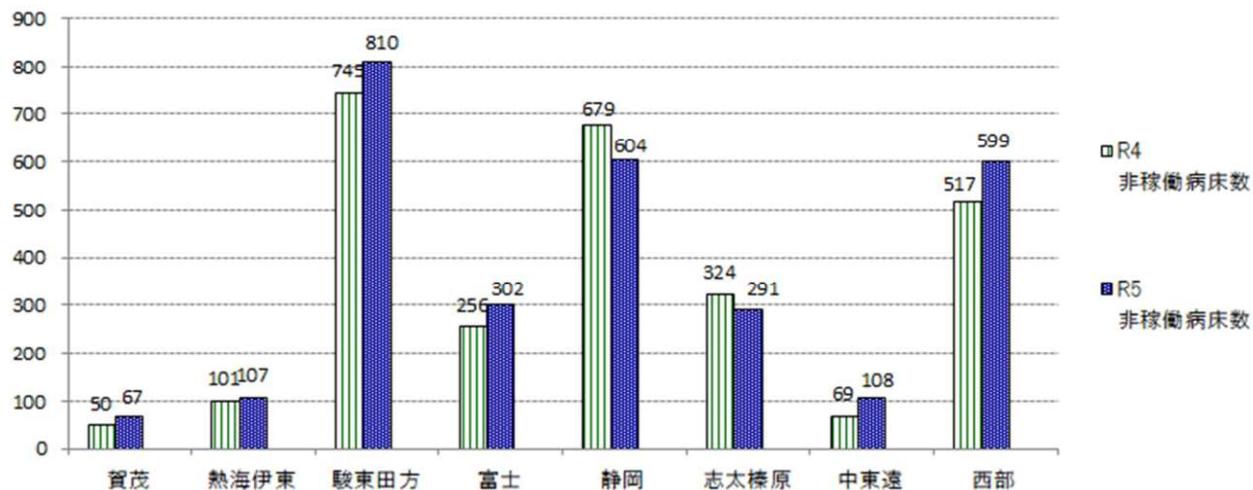
(3) 構想区域別の病床の稼働状況と構成比

(単位：床)

構想区域	医療機能	病床機能報告				病床の必要量		比較	
		2022年 (R4)		2023年 (R5)		2025年		2022⇔2023	2023⇔2025
		実数	構成比	実数	構成比	実数	構成比		
県全体	高度急性期	5,056	18%	4,865	17%	3,160	12%	▲ 191	▲ 1,705
	急性期	11,228	40%	11,238	40%	9,084	34%	10	▲ 2,154
	回復期	4,653	16%	4,577	16%	7,903	30%	▲ 76	3,326
	慢性期	7,392	26%	7,358	26%	6,437	24%	▲ 34	▲ 921
	計	28,329		28,038		26,584		▲ 291	▲ 1,454
賀茂	高度急性期	0	0%	0	0%	20	3%	0	20
	急性期	254	33%	243	36%	186	28%	▲ 11	▲ 57
	回復期	169	22%	163	24%	271	41%	▲ 6	108
	慢性期	337	44%	277	41%	182	28%	▲ 60	▲ 95
	計	760		683		659		▲ 77	▲ 24
熱海伊東	高度急性期	17	2%	16	2%	84	8%	▲ 1	68
	急性期	494	53%	486	52%	365	34%	▲ 8	▲ 121
	回復期	146	16%	145	16%	384	36%	▲ 1	239
	慢性期	275	30%	282	30%	235	22%	7	▲ 47
	計	932		929		1,068		▲ 3	139
駿東田方	高度急性期	719	12%	671	12%	609	12%	▲ 48	▲ 62
	急性期	2,563	44%	2,572	44%	1,588	32%	9	▲ 984
	回復期	910	16%	931	16%	1,572	32%	21	641
	慢性期	1,670	28%	1,639	28%	1,160	24%	▲ 31	▲ 479
	計	5,862		5,813		4,929		▲ 49	▲ 884
富士	高度急性期	254	11%	243	10%	208	8%	▲ 11	▲ 35
	急性期	1,063	45%	1,064	45%	867	33%	1	▲ 197
	回復期	517	22%	484	21%	859	33%	▲ 33	375
	慢性期	545	23%	549	23%	676	26%	4	127
	計	2,379		2,340		2,610		▲ 39	270
静岡	高度急性期	1,552	27%	1,399	24%	773	15%	▲ 153	▲ 626
	急性期	1,825	32%	1,987	34%	1,760	34%	162	▲ 227
	回復期	843	15%	835	14%	1,370	26%	▲ 8	535
	慢性期	1,539	27%	1,596	27%	1,299	25%	57	▲ 297
	計	5,759		5,817		5,202		58	▲ 615
志太榛原	高度急性期	251	8%	198	6%	321	10%	▲ 53	123
	急性期	1,761	56%	1,807	58%	1,133	35%	46	▲ 674
	回復期	466	15%	486	15%	1,054	32%	20	568
	慢性期	677	21%	649	21%	738	23%	▲ 28	89
	計	3,155		3,140		3,246		▲ 15	106
中東遠	高度急性期	384	14%	385	14%	256	9%	1	▲ 129
	急性期	974	35%	909	34%	1,081	38%	▲ 65	172
	回復期	675	25%	653	24%	821	29%	▲ 22	168
	慢性期	719	26%	724	27%	698	24%	5	▲ 26
	計	2,752		2,671		2,856		▲ 81	185
西部	高度急性期	1,879	28%	1,953	29%	889	15%	74	▲ 1,064
	急性期	2,294	34%	2,170	33%	2,104	35%	▲ 124	▲ 66
	回復期	927	14%	880	13%	1,572	26%	▲ 47	692
	慢性期	1,630	24%	1,642	25%	1,449	24%	12	▲ 193
	計	6,730		6,645		6,014		▲ 85	▲ 631

(4) 非稼働病床の状況

- ・令和5年度報告における非稼働病床数（2,888床）は、昨年度（2,741床）と比較して増加している。
- ・今後、病棟ごとの状況についても調整会議で情報共有を図り、協議を促していく。



※非稼働病床：1年間入院実績のない病床

参考：本県における介護医療院の開設状況（令和6年3月末現在）

- ・本県では令和6年3月末現在、31施設2,518床が開設している。
- ・転換元は、介護療養病床1,406床、医療療養病床480床、介護療養型老人保健施設（転換老健）617床となっている。

所在市町	名 称	人員基準	開設年月日	転換元	療養床数
浜松市	介護医療院 有玉病院	I型	H30. 6. 1	介護療養病床	58床
浜松市	介護医療院 西山ナーシング	I型	H30. 8. 1	介護療養病床	164床
浜松市	湖東ケアセンター	I型	H30. 9. 1	介護療養型老人保健施設（転換老健）	60床
浜松市	天竜すずかけ病院・介護医療院	II型	H30.10. 1	医療療養病床	55床
浜松市	介護医療院浜北さくら台	I型	H30.11. 1	介護療養病床	54床
函南町	介護医療院 伊豆平和病院	II型	H30.11. 1	介護療養病床 医療療養病床	60床
袋井市	介護医療院 袋井みつかわ病院	I型	H31. 2. 1	介護療養病床 医療療養病床	101床
浜松市	介護医療院 有玉病院	I型	H31. 4. 1	医療療養病床	55床
浜松市	和恵会医療院	II型	H31. 4. 1	介護療養型老人保健施設（転換老健）	80床
御殿場市	神山復生病院介護医療院	II型	H31. 4. 1	医療療養病床	40床
焼津市	駿河西病院 介護医療院	I型	R元. 6. 1	医療療養病床	50床
掛川市	掛川東病院 介護医療院	I型	R元. 6. 1	医療療養病床	50床
静岡市	静岡広野病院 介護医療院	I型	R元.10. 1	介護療養病床	198床
裾野市	東名裾野病院 介護医療院	I型	R 2. 4. 1	医療療養病床	48床
御殿場市	富士山麓病院 介護医療院	II型	R 2. 4. 1	介護療養病床 医療療養病床	158床
磐田市	白梅豊岡病院 介護医療院	I型	R 2. 4. 1	介護療養病床	50床
掛川市	掛川北病院 介護医療院	I型	R 2. 4. 1	介護療養病床	100床
浜松市	湖東病院 介護医療院	I型	R 2. 4. 1	介護療養病床	169床
浜松市	西山病院 介護医療院	I型	R 2. 4. 1	介護療養病床	113床
浜松市	和恵会ケアセンター	I型	R 2. 4. 1	介護療養型老人保健施設（転換老健）	100床
湖西市	浜名病院 介護医療院	I型	R 2. 8. 1	介護療養病床	44床
伊豆市	伊豆慶友病院 介護医療院	I型	R 2. 8. 1	医療療養病床	47床
伊豆市	伊豆慶友病院 介護医療院（増設）	I型	R 3. 5. 1	介護療養型老人保健施設（転換老健）	57床
伊豆市	伊豆赤十字介護医療院	II型	R 3. 5. 1	介護療養型老人保健施設（転換老健）	96床
静岡市	静岡瀬名病院 介護医療院	I型	R 3. 6. 1	介護療養病床	120床
下田市	下田温泉病院介護医療院	II型	R 3.11. 1	介護療養病床	60床
富士市	介護医療院新富士ケアセンター	II型	R 3.12. 1	介護療養型老人保健施設（転換老健）	104床
沼津市	介護医療院 あしたか	II型	R 4. 4. 1	（新規）	15床
浜松市	遠江病院 介護医療院	II型	R 4. 4. 1	介護療養病床	52床
藤枝市	介護医療院 誠和藤枝病院	I型	R 5.11. 1	医療療養病床	40床
静岡市	山の上介護医療院	II型	R6. 2. 1	介護療養型老人保健施設（転換老健）	120床
計	31施設				2,518床

（I型：介護療養病床相当、II型：老健施設相当以上）

報告資料 3

【令和5年度病床機能報告】

病床が稼働していない理由と今後の運用見通し(病院：最大使用病床数が0床又は非稼働病床（許可病床数－最大使用病床数）が20床以上） ※最大使用病床数調査対象期間：R4.4.1～R5.3.31

圏域	医療機関名	令和5年度病床機能報告 ローデータ							最大使用病床数が0床の理由・対応方針等	今後の運用見通しに関する計画 (計画の具体的な時期)				
		病棟名	許可病床数 (R5.7.1時点)	最大使用病床数	許可－最大使用病床数	病床種別	入院基本料	医療機能 (R5.7.1時点) (※1)		既に再開済み	再開を 予定/検討中	病床返還を 予定/検討中	介護医療院へ転換 予定/検討中	対応方針 検討中
熱海伊東	伊東市民病院	3南	50	23	27	一般	急性期一般入院料1	急性期	稼働済み	○				

※1 医療機能は各医療機関の選択に従う。

病床機能報告における定量的基準 「静岡方式」の導入

～病床機能選択の目安～

静岡県健康福祉部
医療局医療政策課

< 内 容 >

I 導入の背景

- ・ 病床機能報告制度の現状と課題
- ・ 厚生労働省からの要請

II 定量的基準「静岡方式」

- ・ 「静岡方式」について
- ・ 「静岡方式」による基準
- ・ 「静岡方式」の位置付けと取り扱い

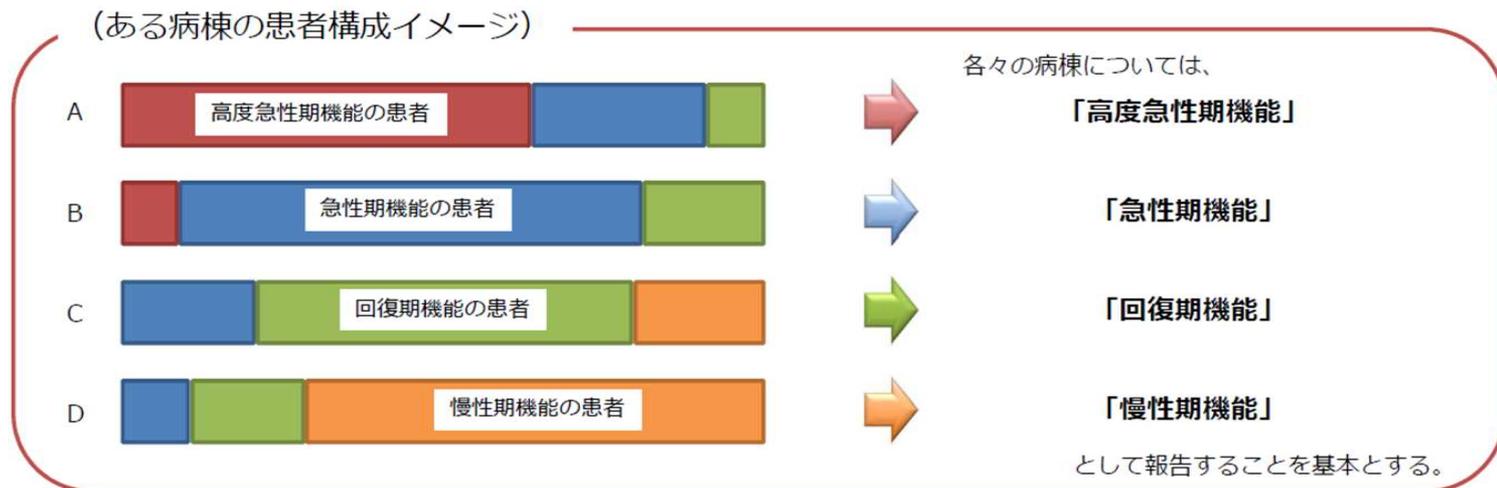
III 「静岡方式」の適用結果（参考）

I 導入の背景

◆ 病床機能報告制度の現状と課題

- ・ 病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告しますが、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、当該病棟で最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することを基本としています。
- ・ 一方で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能を区分する基準が不明瞭のため、現在報告されている内容の妥当性や実態の把握に課題があることが指摘されています。

【参考】医療機能の選択における基本的な考え方（厚生労働省「病床機能報告マニュアル」より）



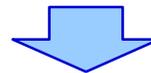
◆ 厚生労働省からの要請

- ・ 病床機能報告の課題や一部府県の取組を踏まえ、厚生労働省から各都道府県に対して、地域医療構想調整会議の議論を活性化する観点から、地域の実情に応じた定量的な基準の導入を求める通知が発出されています。



【参考】「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」（平成30年8月16日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より

- ・ 病床機能報告に関しては、詳細な分析や検討が行われないうまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がある。
- ・ 各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。



静岡県においても、関係者の御意見を踏まえ、実情に応じた「定量的基準」を導入します

Ⅱ 定量的基準「静岡方式」

定量的基準「静岡方式」について

<検討経緯>

- ・平成30年度に地域医療構想アドバイザーである小林利彦氏に作成を依頼
- ・令和3年度病床機能報告の報告内容の変更を受け、「静岡方式」の見直しを実施

<視点>

◆ 現場の病院事務職員の負担軽減

- ・日常診療で忙しい現場の関係者があまり労力を割かなくてもすむよう、
極めてシンプルな定量的基準
- ・「特定入院料」「重症度、医療・看護必要度」「平均在棟日数」による区分

◆ 医療機能を選択する際の「目安」を提供

- ・医療機関の裁量的判断は許容することを前提

<機能区分の流れ>

① 特定入院料等からの区分（厚労省指針を大原則にして）



② 病院の「高度急性期＋急性期」グループから「高度急性期」を抽出

【 病院の基準 】

① 特定入院料等からの区分

- ◆ 救命救急、ICU、HCU、SCU、PICU、NICU、MFICU、GCU、小児入院医療管理料1
→ 「高度急性期」
- ◆ 小児入院医療管理料2・3 → 「急性期」
- ◆ 急性期一般入院料4～6、地域一般入院料、小児入院医療管理料4・5、回復期リハ入院料、地域包括ケア入院料、緩和ケア入院料、特定一般病棟入院料 → 「回復期」
- ◆ 一般病棟特別入院基本料、療養病棟入院料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料
→ 「慢性期」



急性期一般入院料（1～3）、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院入院基本料について

② 「高度急性期」「急性期」の振り分け

- ◆ 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」及び「平均在棟日数」
・ [I：40%以上 II：35%以上] かつ平均在棟日数11日未満 → 「高度急性期」
- ◆ 上記を満たさない病棟
(重症度、医療・看護必要度の記載のないものを含む) → 「急性期」



【有床診療所の基準】



① 入院基本料からの区分

◆ 有床診療所療養病床入院基本料 → 「慢性期」



② 「急性期」と「回復期（在宅医療等相当を含む）」の振り分け

◆ 年間の「手術」件数が100件以上 or 「放射線治療」あり or 「化学療法」件数が50件以上
→ 「急性期」

◆ 上記をひとつも満たさない診療所 → 「回復期（在宅医療等相当を含む）」

「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
	【特定入院料等による区分】	【「重症度、医療・看護必要度」及び平均在棟日数による区分】	
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急 ICU・HCU・SCU PICU・NICU・MFICU・GCU 小児入院医療管理料 1 	<ul style="list-style-type: none"> <急性期一般入院料 1～3、特定機能病院一般病棟 7対1 入院基本料、専門病院入院基本料> ・上記入院料のうち、「重症度、医療・看護必要度」が [I : 40%以上, II : 35%以上] かつ平均在棟日数11日未満 	-
急性期	<ul style="list-style-type: none"> 小児入院医療管理料 2・3 	<ul style="list-style-type: none"> <急性期一般入院料 1～3、特定機能病院一般病棟 7対1 入院基本料、専門病院入院基本料> ・上記入院料のうち、「高度急性期」の基準を満たさないもの 	<ul style="list-style-type: none"> 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)
回復期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 4～6 地域一般入院料 小児入院医療管理料 4・5 回復期リハ病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料 	-	<ul style="list-style-type: none"> 上記、下記を1つも満たさない診療所
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟特別入院基本料 療養病棟入院料 障害者施設等入院基本料 特殊疾患病棟入院料 	-	<ul style="list-style-type: none"> 有床診療所療養病床入院基本料

病院の一般病棟

有床診療の一般病床

※「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。

◆ 「静岡方式」の位置付け

- ・ 「静岡方式」については、病床機能報告制度の課題を踏まえ、より実態に近い内容となるよう努めるとともに調整会議の議論を活性化し、地域の実状を踏まえた医療機能の分化・連携を進めるための目安として活用します。

◆ 「静岡方式」の病床機能報告上の取り扱い

- ・ 基準はあくまで「目安」であり、病床機能の選択を強制するものではありません。
- ・ 各医療機関においては、これまでどおり自主的に病床機能を選択いただくこととなります。

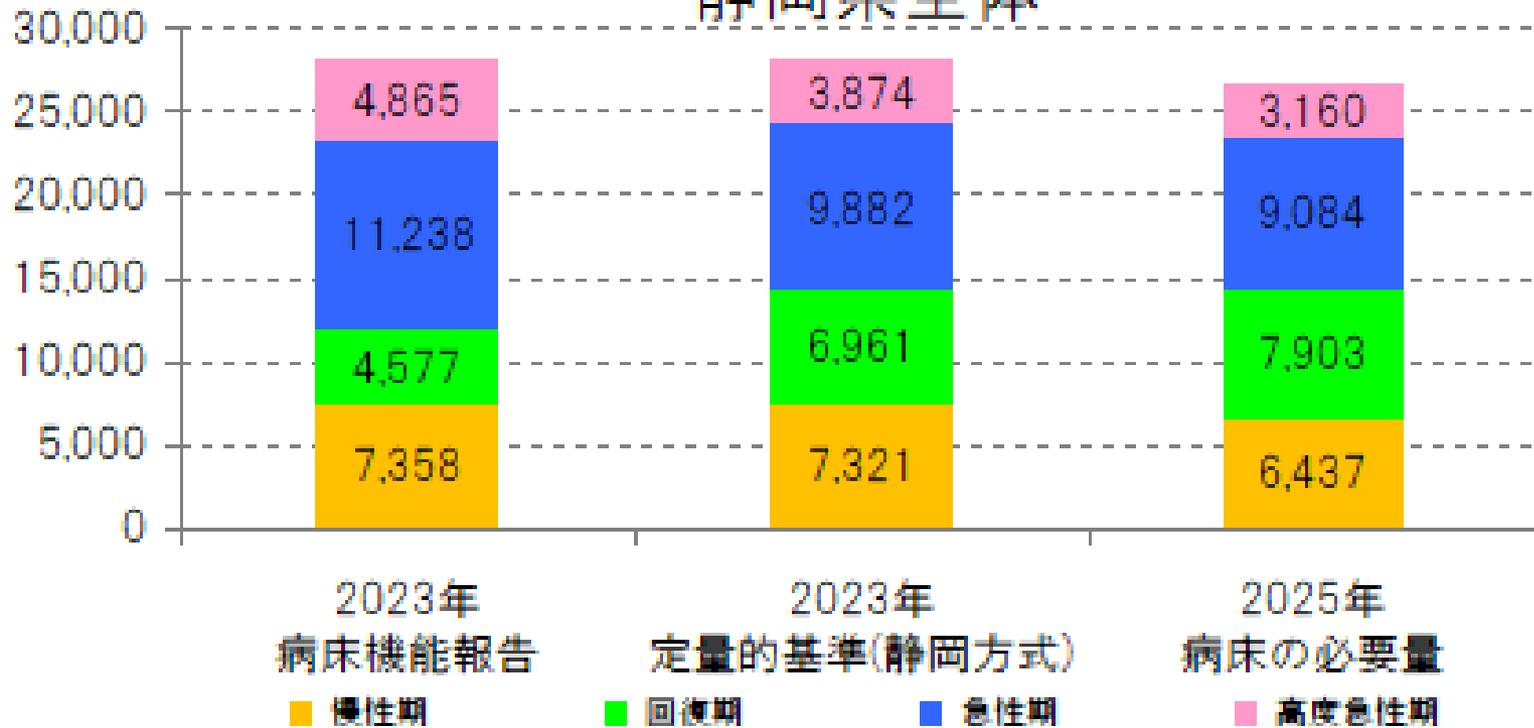
◆ 「静岡方式」適用後の病棟別データの取り扱い

- ・ 基準に沿った報告を求めるものではないため、病棟別データの公表は行いません。
- ・ なお、参考に自院の区分を知りたいなどといった場合には、個別にお問い合わせいただければ対応いたします。

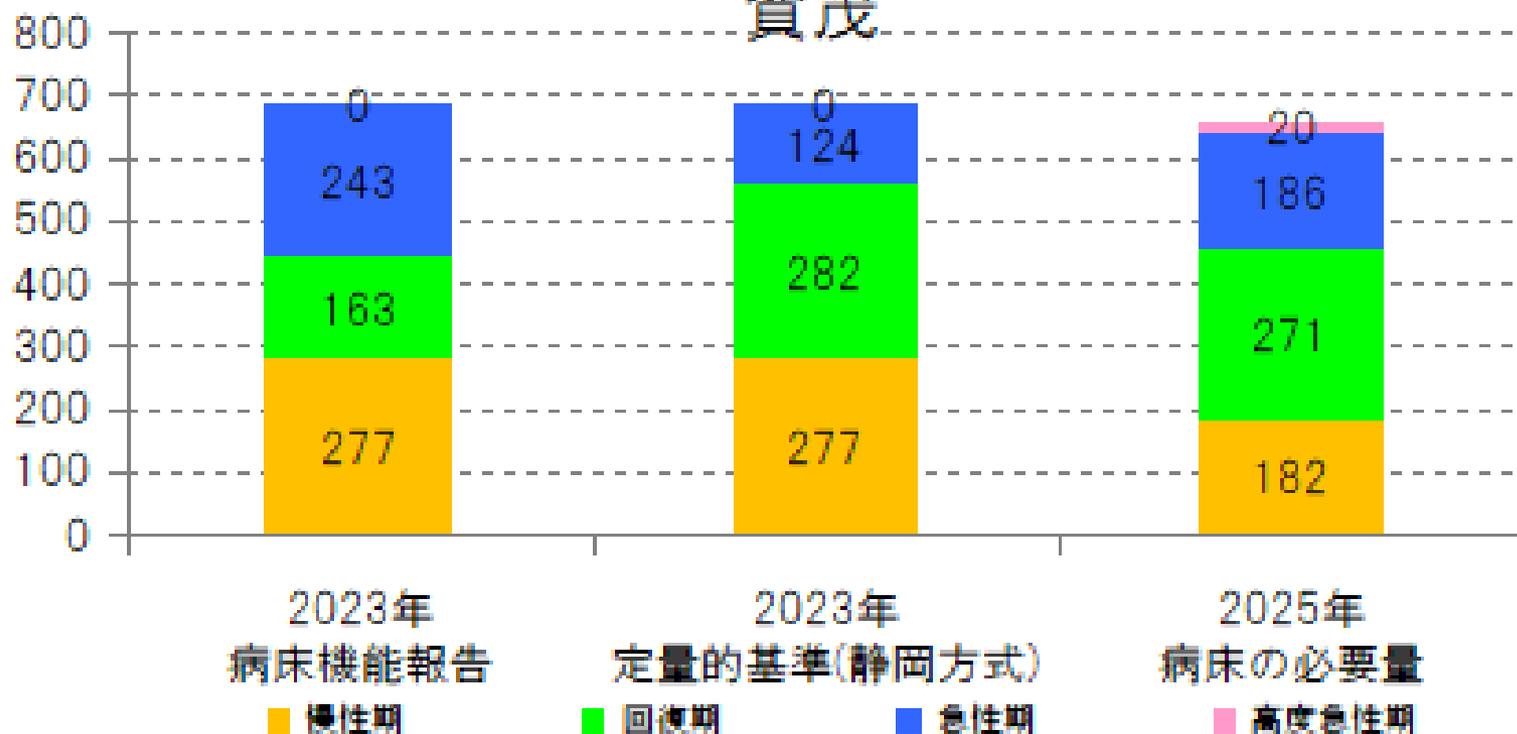
Ⅲ 参考：「静岡方式」の適用結果

(最大使用病床数ベース)

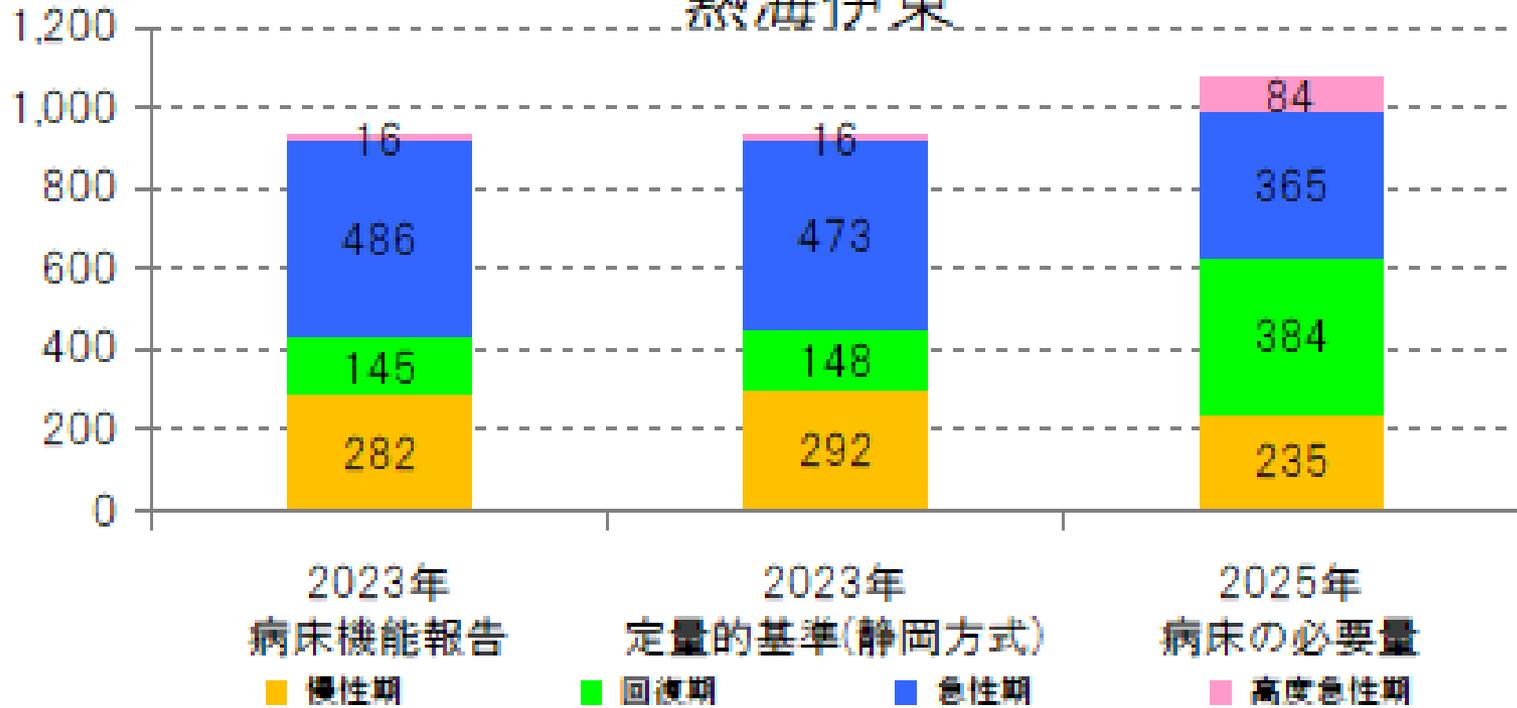
静岡県全体



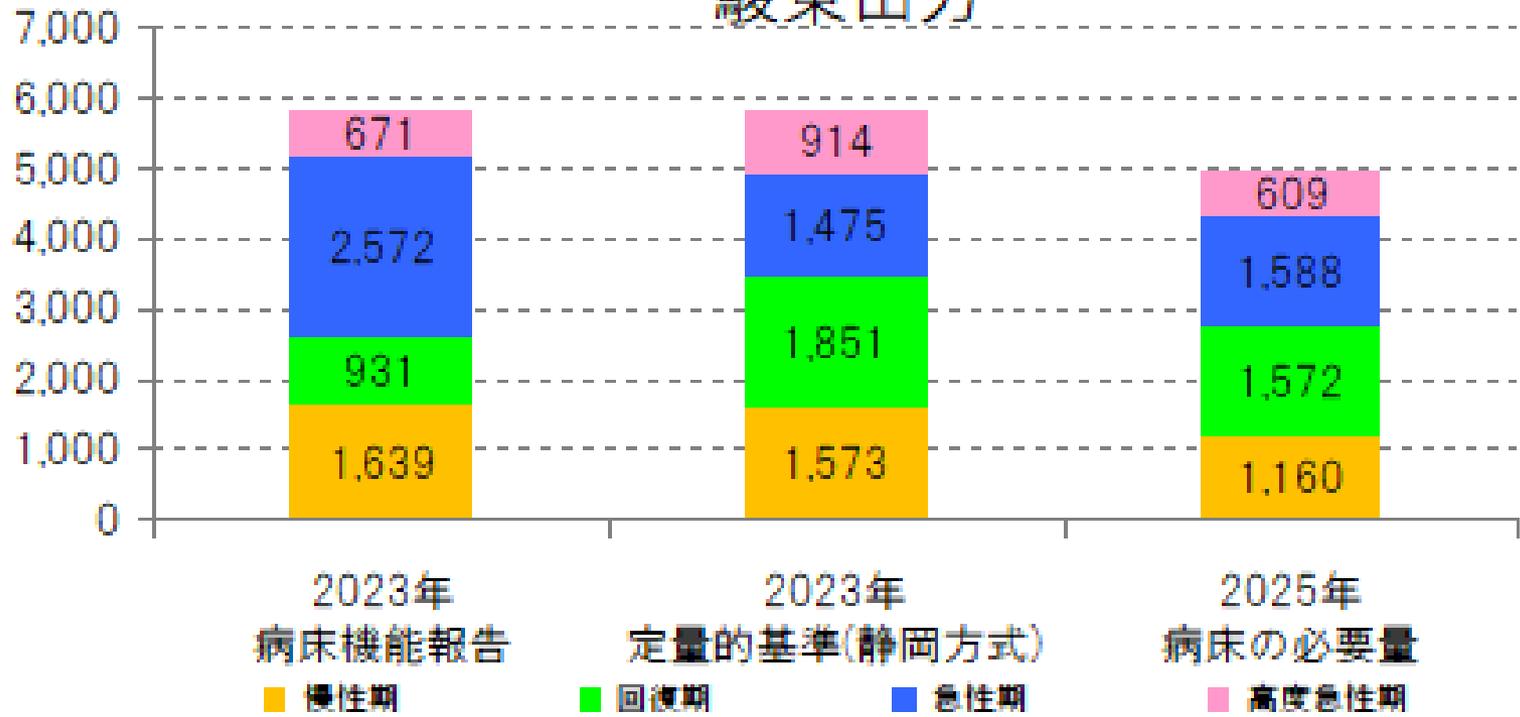
賀茂



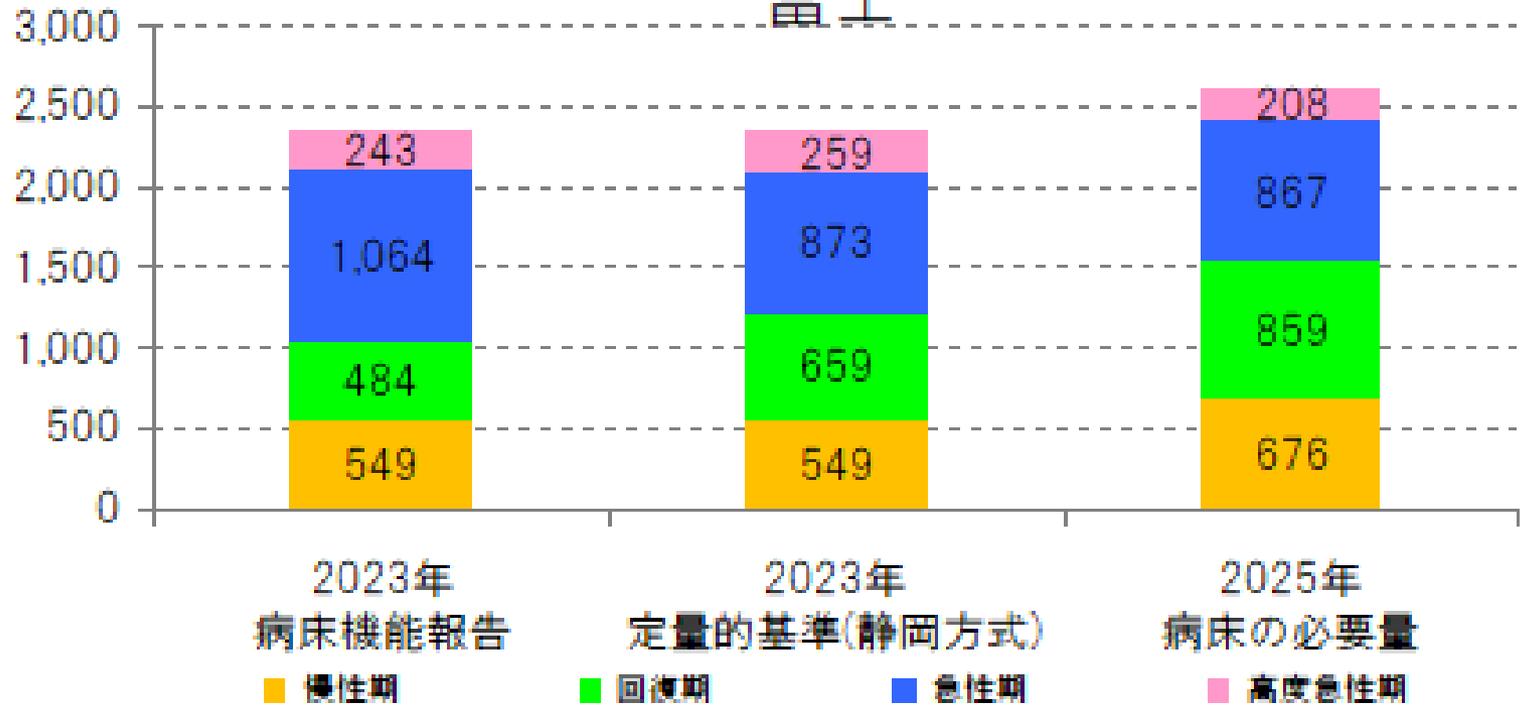
熱海伊東



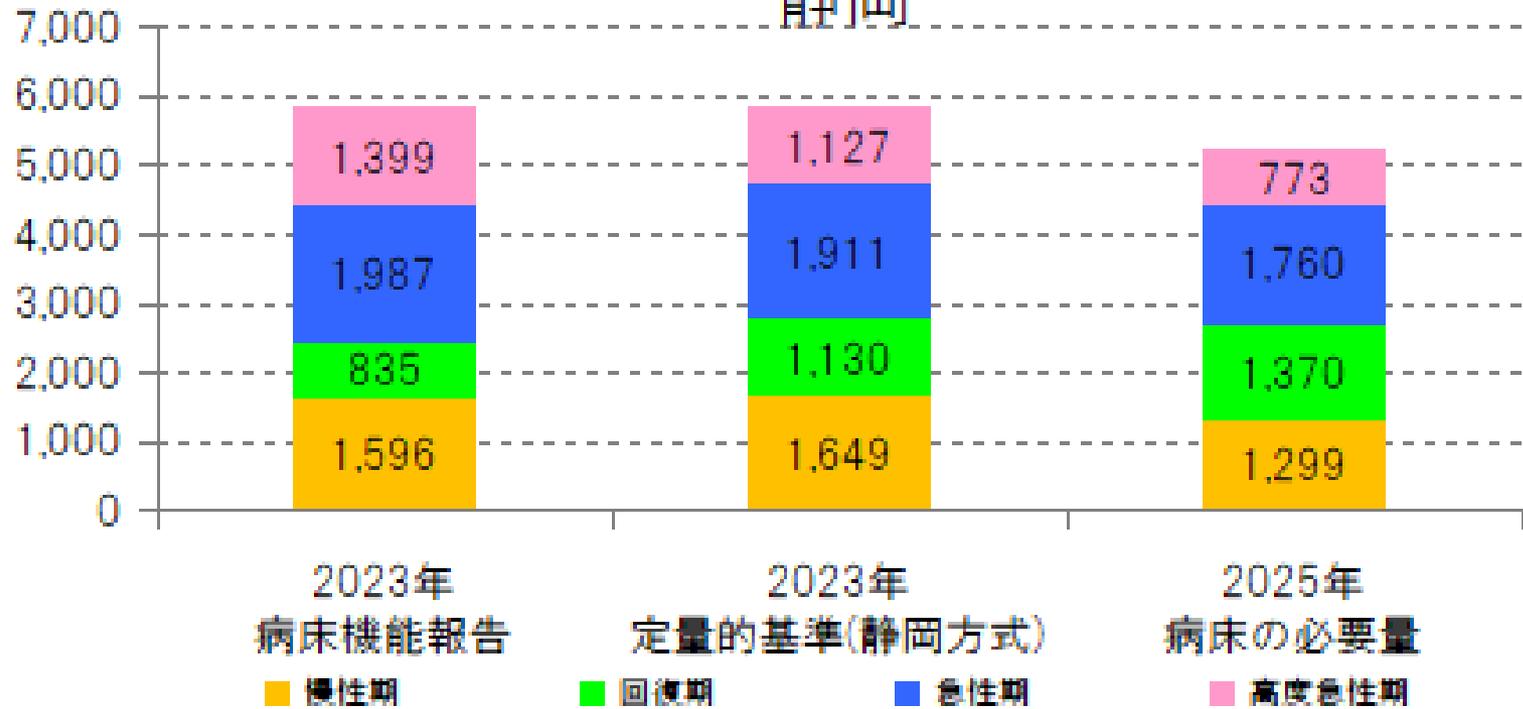
駿東田方



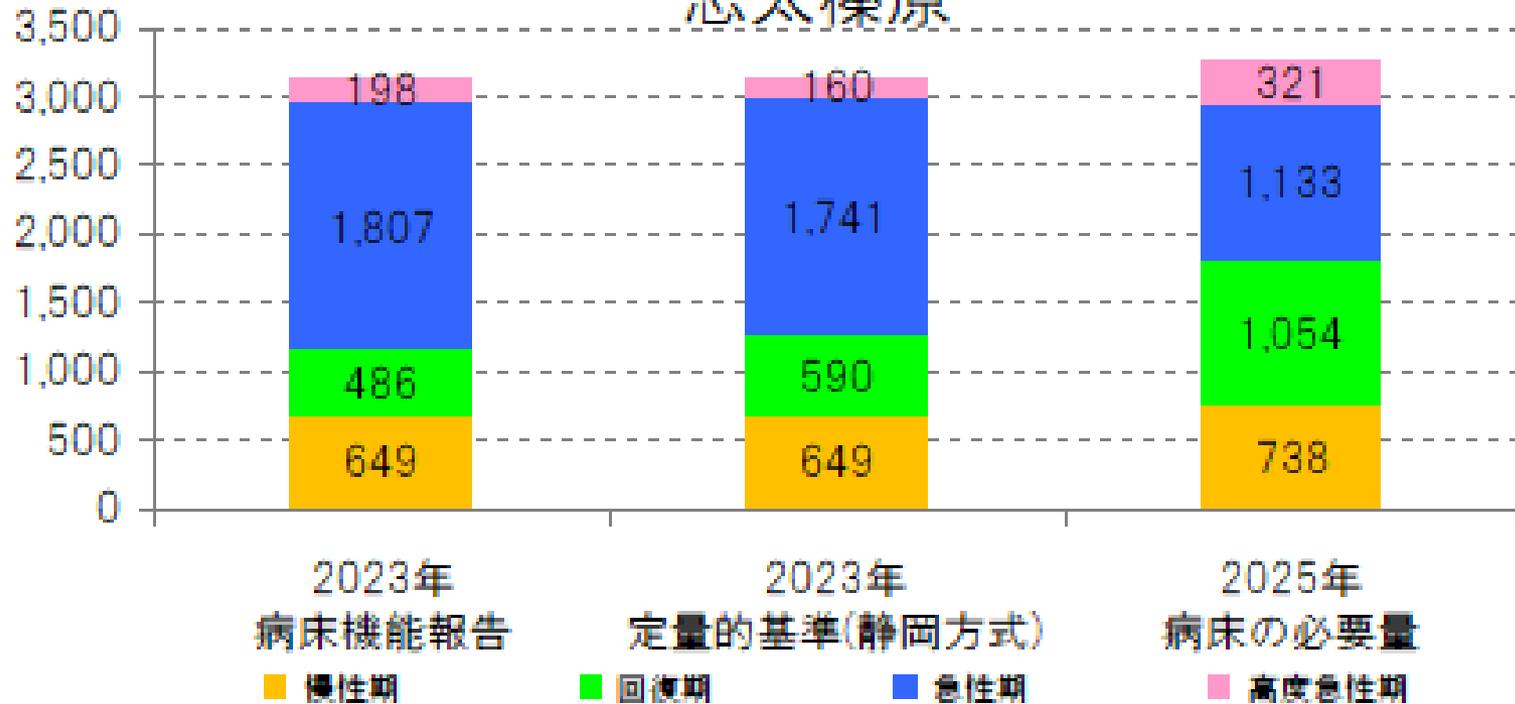
富士



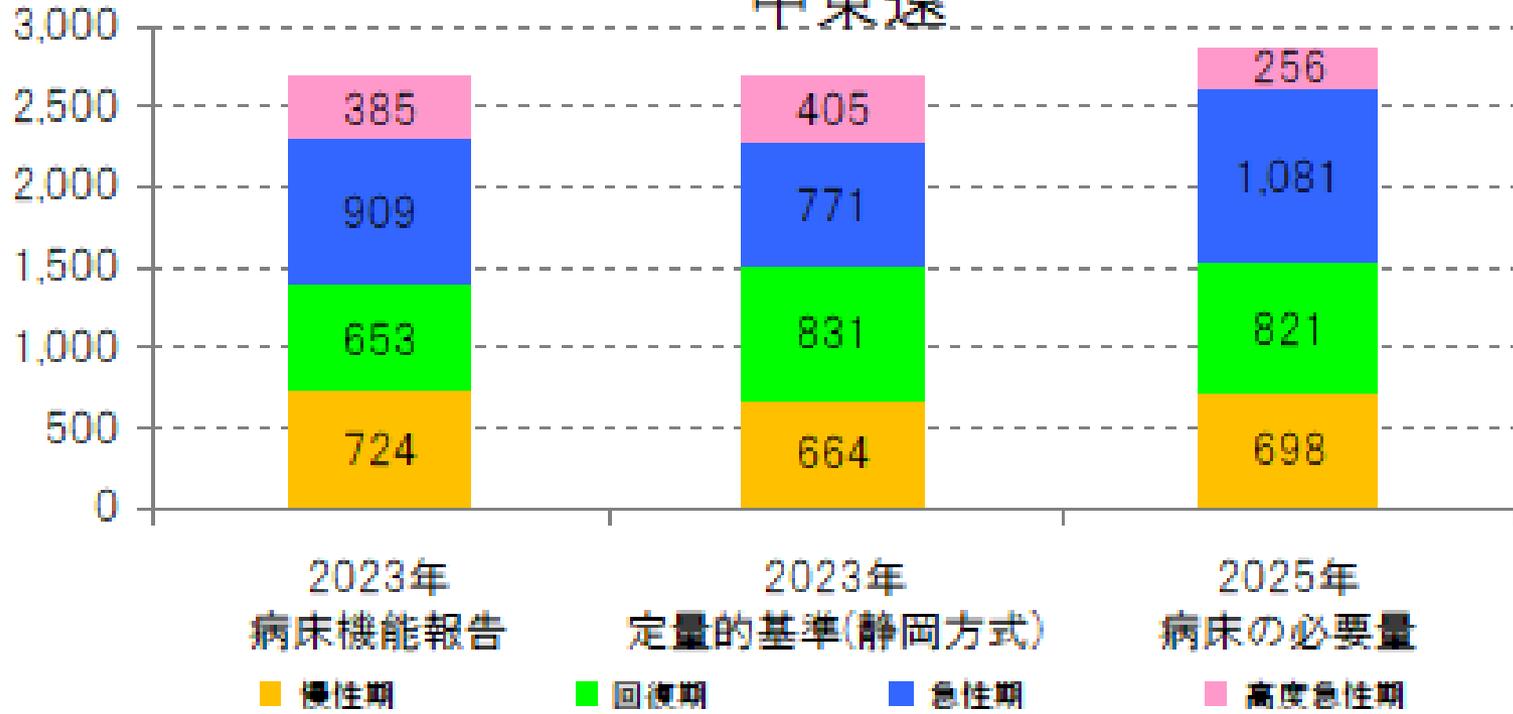
静岡



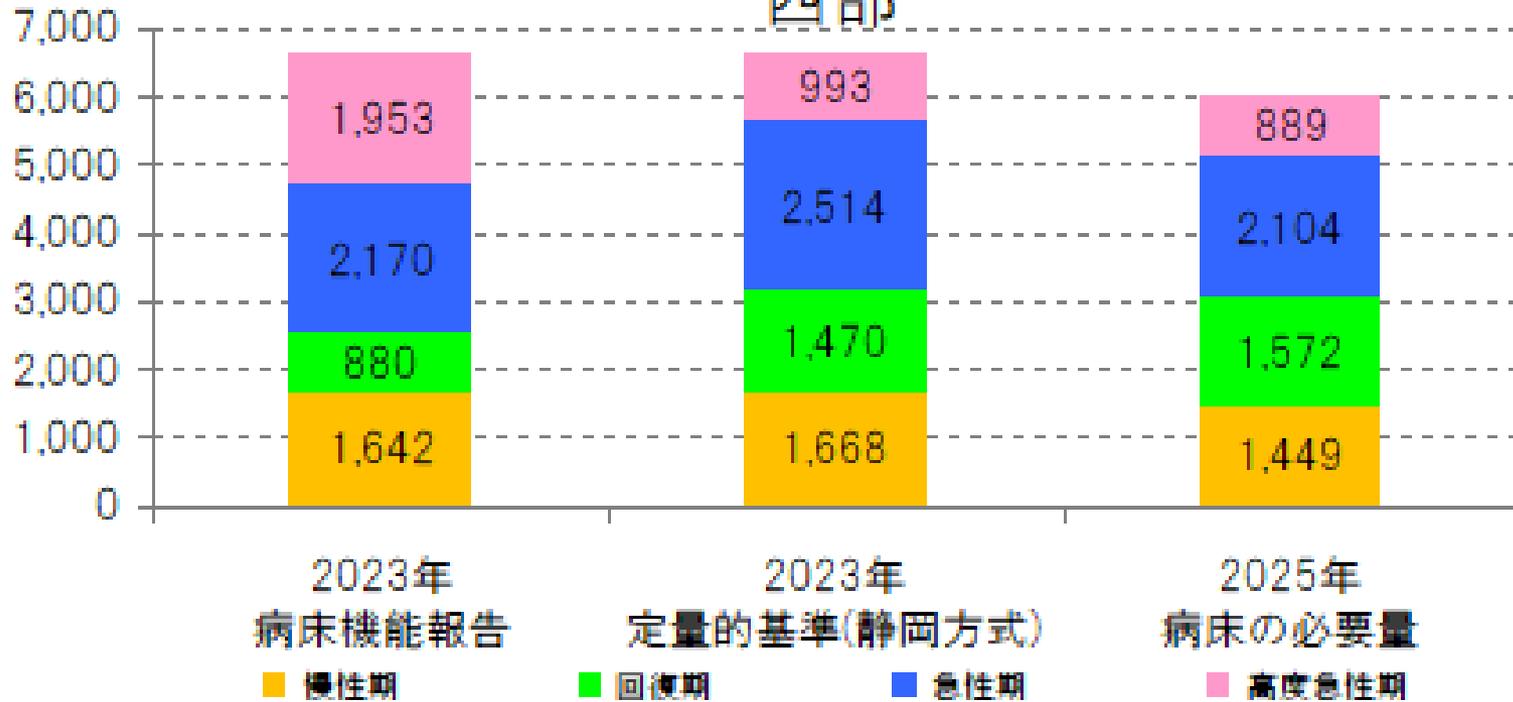
志太榛原



中東遠



西部

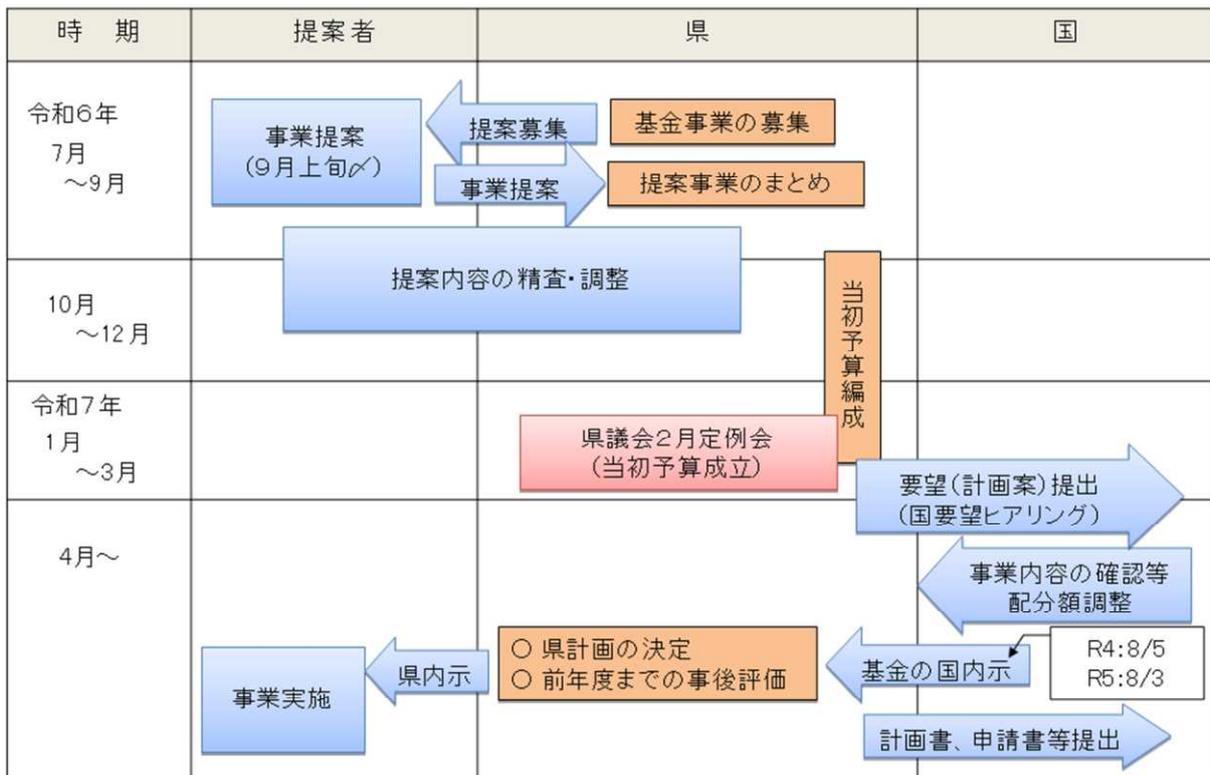


地域医療介護総合確保基金（医療分）

1 基金の概要

名称	静岡県地域医療介護総合確保基金（H26年条例制定）
趣旨等	<ul style="list-style-type: none"> ・団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題 ⇒消費税増収分を活用した新たな財政支援制度として都道府県に基金設置 ・都道府県計画を作成し、この計画に基づいて事業を実施
負担割合	国 2 / 3、都道府県 1 / 3（法定負担率） 区分 I -②は国10/10
国予算（億円）	<ul style="list-style-type: none"> ・1,553億円（公費ベース） → うち、医療分1,029億円（対前年比同額） 区分 I : 200億円（±0）、区分 I -② : 142億円（-53） 区分 II・IV : 544億円（+53）、区分 VI : 143億円（±0）

2 基金事業化に向けたスケジュール（予定）



3 事業提案で留意いただきたい事項

目的	基金の目的（医療と介護の総合的な確保）や各区分の趣旨（I：地域医療構想の達成、II：在宅医療の推進、IV：医療従事者の確保）につながる提案をすること。
財源	診療報酬や他の補助金等で措置されているものを基金事業の対象とすることは不可であること。
公共性	個別の医療機関等の機能強化ではなく、全県や圏域・地域の医療ニーズを捉えた、公共性の高い事業であること。
事業効果	事後評価の検証が必要とされることから、定量的な事業効果の測定ができる目標を設定すること

※区分VI：勤務医の働き方改革については、対象医療機関に別途照会予定。