

令和5年度

「静岡県地域医療構想の推進に係るデータ分析業務」

報告書

令和6年3月29日

産業医科大学ヘルスマネジメントシステム有限責任事業組合

目次

要約	-----	2
第1章 分析の目的	-----	4
第2章 本分析で用いたデータの概要		
1. 分析に用いたデータ	-----	10
2. 地区診断の考え方	-----	11
第3章 各二次医療圏の地区診断	-----	17
1. 賀茂医療圏		
2. 熱海伊東医療圏		
3. 駿東田方医療圏		
4. 富士医療圏		
5. 静岡医療圏		
6. 志太榛原医療圏		
7. 中東遠医療圏		
8. 西部医療圏		
第4章 まとめ	-----	138

要約

- ・ 静岡県は急激な人口構造の変化（少子高齢化の進行）の過程にある。高齢化の進行は複数の慢性疾患をもち、医療と介護のニーズが複合化した高齢患者の増加を意味し、また、典型的な急性疾患による入院の減少をもたらす。さらに、少子化の進行は医療介護サービスを提供する労働力の減少を意味する。
- ・ 人口構造の変化に伴う傷病構造の変化は確実な未来であり、しかもその様相は地域によって異なる。したがって、各地域はそれぞれの地域の将来の医療介護ニーズを、利用可能なデータを用いて分析し、それに対応するための準備（＝医療提供体制の再構築）が求められる。これが地域医療構想の目的であり、単に機能別病床数の数合わせをすることがその目的ではない。
- ・ 本報告書では静岡県の二次医療圏別の医療介護提供体制の状況を公開データ（患者報告、介護保険事業報告、社会保障人口問題研究所の人口推計、厚生労働省が公開しているDPCデータ、病床機能報告、内閣府が公開しているNational Databaseを用いたSCR）を用いて可視化した。
- ・ そしてこのデータをもとに各医療圏における医療提供体制の再構築を検討するための基礎資料を作成した。
- ・ その結果、高度急性期・急性期の入院機能については、現在の中核施設を維持しながらも、隣接する二次医療圏との連携のもとで、高度急性期・急性期の入院医療の提供を検討すべき地域（賀茂医療圏、熱海伊東医療圏）、現在の中核施設を維持することで対応が可能な地域（富士医療圏、志太榛原医療圏、中東遠医療圏）、中核施設の絞り込みが必要な地域（駿東田方医療圏、静岡医療圏、西部医療圏）に区分された。ただし、中核施設の絞り込みが必要な地域は、中核施設以外の病院の統廃合が必要というよりは、今後各地域でそのニーズが高まる在宅療養支援病院的な機能を有する病院として高齢者救急やプライマリケアや在宅医療を担う診療所、介護施設などの介護事業者を支援することが期待される。現在の中核施設を維持することで対応可能な地域も、この在宅療養支援病院的な機能を有する病院の整備が必要である。
- ・ 上記のような機能分化は、専門医制度が始まり専門医志向の強い若手医師やコメディカル職を地域に確保するためにも不可欠である。なぜならば、十分な症例が確保できず、また指導医の体制や設備が不十分な地域には若手医師は勤務を望まないからである。この点については、各病院に医師派遣を行っている大学医局との十分な協議が必要である。
- ・ 他方で、今後そのニーズが高まる総合医の確保については、各病院において十分な臨床経験を持つ各科の専門医が、これまでのキャリアで修得してきた総合医的な診療能力を、日本病院会などが行っている病院総合医の研修で体系的に整理することで対応可能であると考えられる。静岡県の医育機関、病院会、医師会などが共同でそのような研修の場を設置することが望ましい。

- ・ 高齢化の進行は異なる施設間、サービス提供者間の情報共有に基づく連携を求める。はこだて医療介護連携サマリーなどの先進事例を参考に、静岡県においてもそのような連携システムの構築が必要である。

第1章 分析の目的

我が国は急激な人口構造および傷病構造の変化の過程にある。日本のような成熟した社会では、人口の変化はほぼ確実な未来であり、したがって、予想される変化に対して準備をすることは、将来の世代に対する現世代の責任でもある。2025年そして2040年にどのような傷病構造になり、それに対してどのような準備をしなければならないかを考えるための資料の一つが地域医療構想で準備された各種データである。これらのデータは、社会保障改革国民会議における永井良三氏の「この国は市場原理で改革をすることも、国の命令で改革をすることもできない。サービス提供者が情報に基づいて、自らの判断と意思で改革をするしかない」といった趣旨の意見を受けて整備が進められたものである¹⁾。日本は、イギリスやフランスのように国が強制力を持って病院機能の再編を進めることができないし、またアメリカのように市場原理に任せて医療提供体制を変革させることもできない。この社会的環境を踏まえて、日本は、各施設の意思に基づいて変革を行っていくということが、国の委員会で合意された。これが地域医療構想の基本的姿勢である。国が準備したデータとその分析結果を用いて、各地域が各地域の責任でこれからの高度高齢社会で必要となる医療提供体制の整備を関係者との協議に基づいて行っていくことが求められているのである。

しかし、地域医療構想に関する議論は満足が行くレベルでは進んでいないのが現状である。その大きな原因の一つは、準備されたデータが活用されていないことにある。地域医療構想で示された医療提供体制は、中長期的な視点からのものである。他方、現実の医療経営においては2年ごとの診療報酬の改定に対応することが主な関心となる。このために、医療経営者の多くは、現状維持を是とする保守的な思考になりがちである。そして時には、現状維持を求めるロビイング活動によって、必要な改革を阻害する弊害も起こりうる。

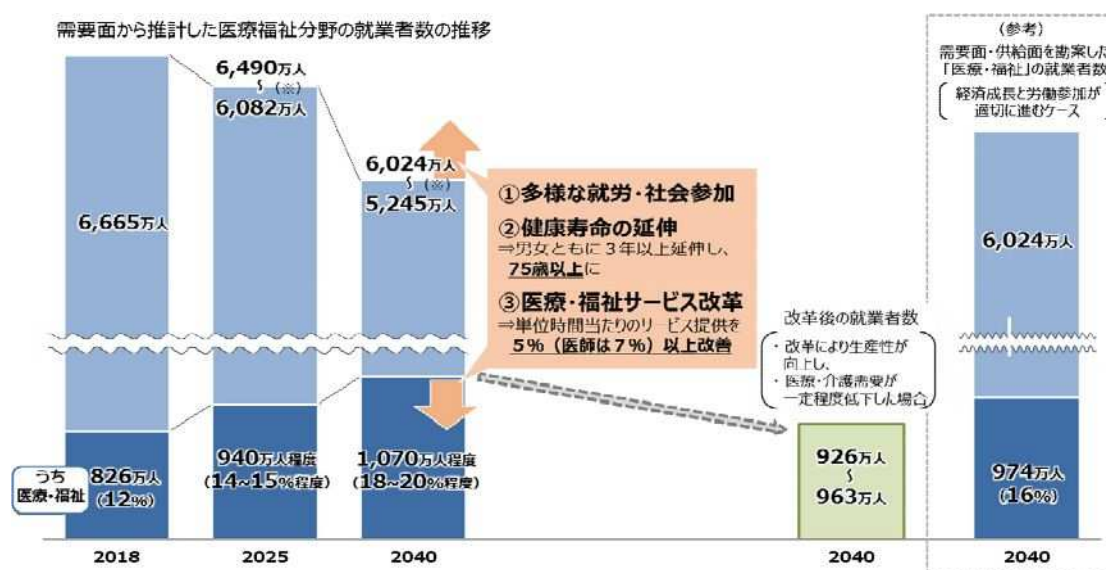
データ至上主義は危険である。しかし、データを無視した経営も危ない。行政担当者は、地域全体の医療介護の構造を、そして各施設の経営担当者は自施設のポジショニングを時間的要素も含めてデータを用いて分析し、予見的に適切な地域経営、施設経営の在り方を検討していくことが求められる。

この検討にあたっては、医療だけでなく、全産業における今後の変化についても検討することが必要である。2040年には就業者数が大きく減少する中で、高齢者の増加と現在の医療現場における働き方を前提とすれば、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となることは明らかである。しかし、人材が不足するのは医療以外の他分野も同様である。しかも、医師の働き方改革が進むことで、病院医療職の労働時間の制約も強まっていく。したがって、医療・介護の現場は、より効率的に質の高い医療サービスを提供することが可能になるよう、組織改革、提供体制改革を行っていくことを求められている。図表 1-1 は第7回第8次医療計画等に関する検討会（令和4年3月4日）で示された資料である。この資料では①多様な就労・社会参加、②健康寿命の延伸（⇒男女ともに3年以上延伸し、75歳以上にすること）、③医療・福祉サービス改革（⇒単位時間当たりのサービス提供を5%（医師は7%）以上改善）することが目標として提示され、これらが実現することで1070万人程度必要な医療介護分野での就業者数を926～936万に圧縮する方針が示されている。

また、社会の高齢化は医療者の高齢化も意味する。図表 1-2 は年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移を見たものである。病院勤務医の場合、40歳以下の総数は変わらないが、40歳以上の医師数が増加し、その割合が高くなっていく。他方、診療所医師の場合、50歳以下の医師の絶対数もそのシェアも低下していく。いずれにしても、病院と診療所ともに医師の平均年齢は高くなっていく。

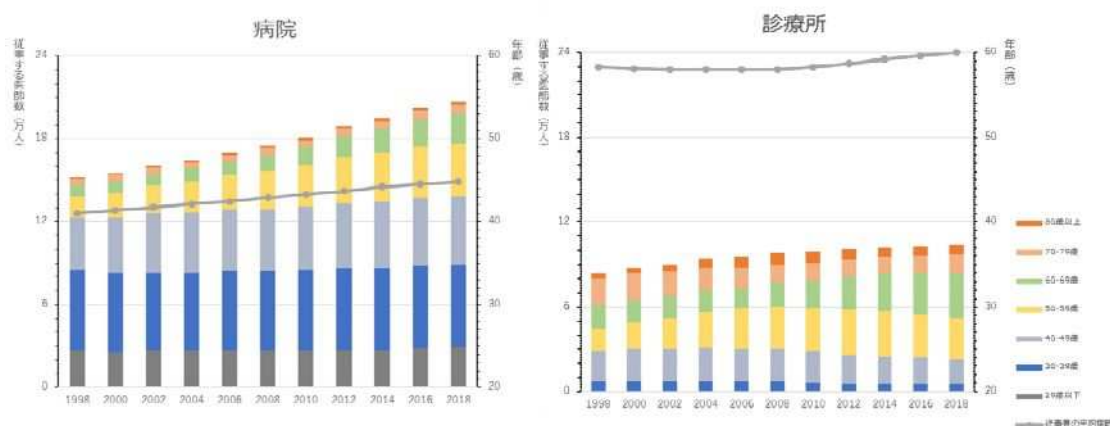
団塊ジュニアの世代が40歳を超えるまでに有効な少子化対策をとれなかった我が国の場合、労働者不足は「確実な未来」である。医療界もそれを前提として、今後の医療介護サービスの提供体制を考える必要がある。

表 1-1 我が国の労働力の将来推計



出典： 第7回第8次医療計画等に関する検討会 (令和4年3月4日) 資料1

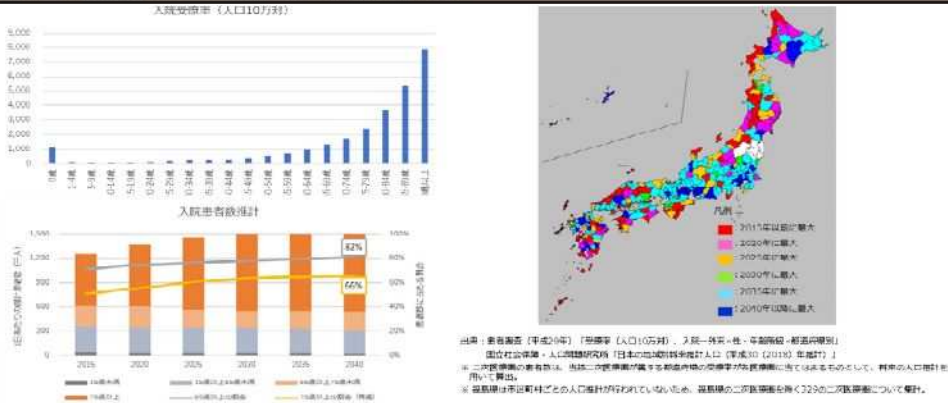
図表 1-2 年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移



厚生労働省は、高齢化に伴う医療ニーズの変化に関する資料も公開している。図表 1-3 は入院受療率、図表 1-4 は外来受療率、図表 1-5 は訪問診療の受療率の経時的変化とその地域差を見たものである。外来受療率は全国レベルで 2025 年にピークを迎えるが、多くの地域ですでにピークを過ぎていることが分かる。入院受療率は全国レベルで 2040 年にピークとなるが、2020 年ですでにピークを迎えている医療圏がすでに 90 ある。なお、入院受療率の増加は急性期以後が中心となる。他方、訪問診療の受療率のピークはほとんどの地域で 2040 年以降になる。この増大する訪問診療のニーズを支える体制をいかに確保するかが、各地域の病院機能の物価と連携を考えるうえでも最重要課題の一つとなる。

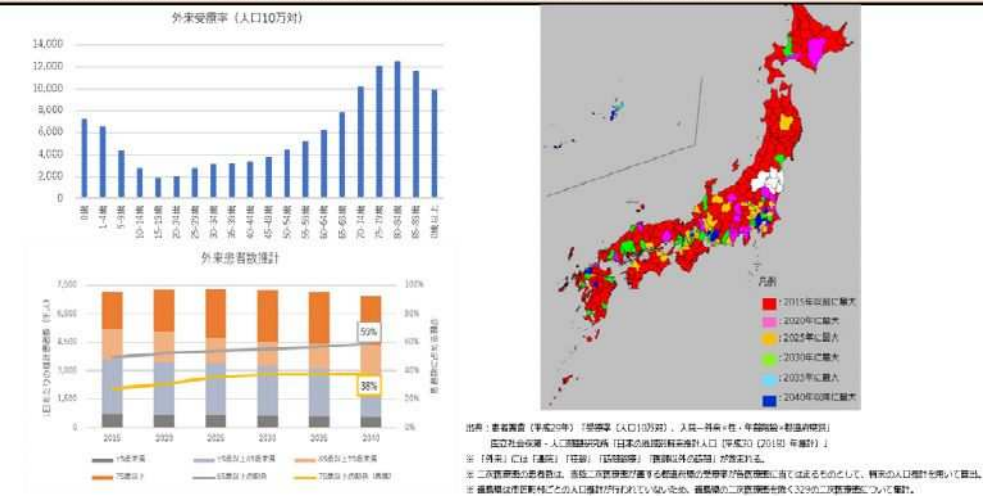
図表 1-3 年齢階級別にみた入院受療率とその年次推移及び地域差

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 24次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに90の医療圏が、また2035年までは261の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。



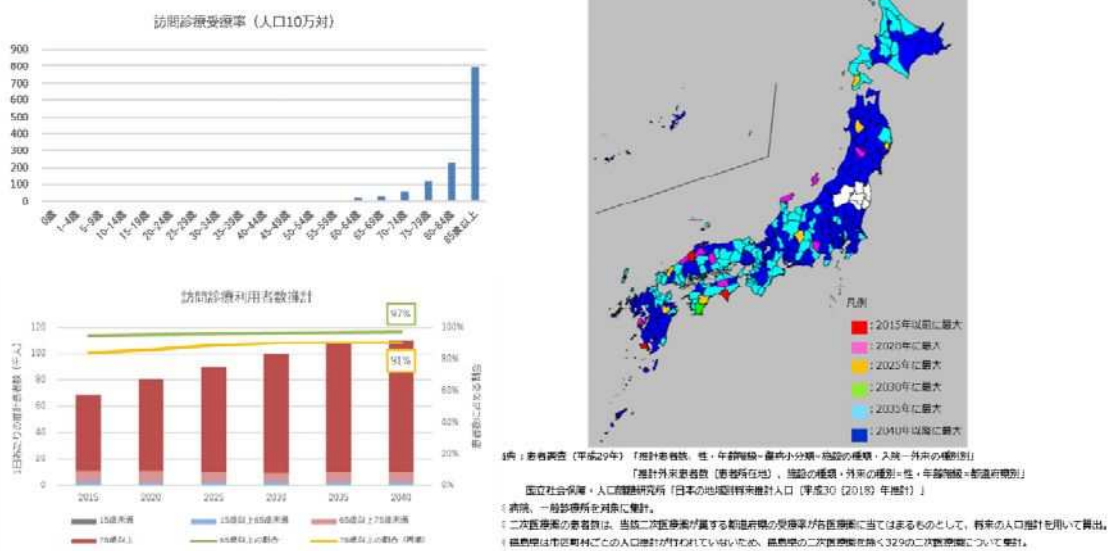
図表 1-4 年齢階級別にみた外来受療率とその年次推移及び地域差

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



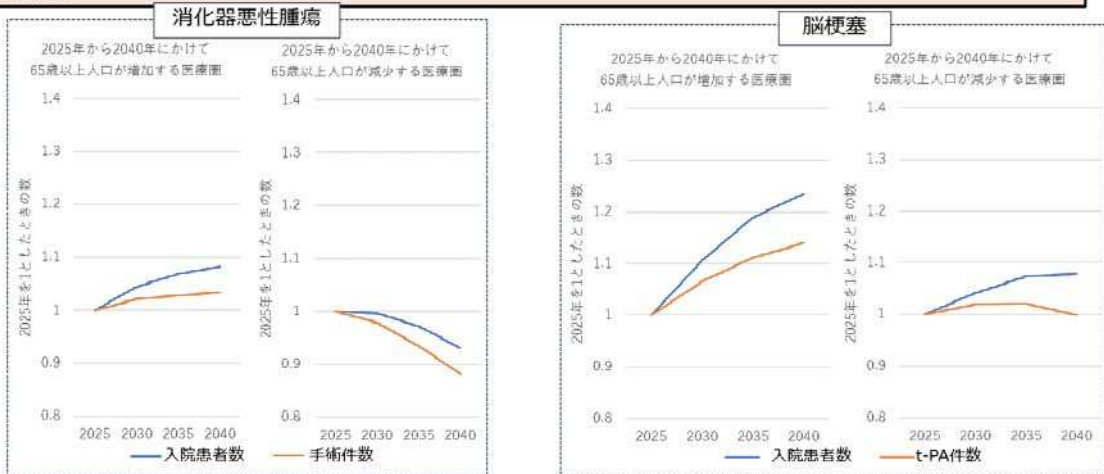
図表 1-5 年齢階級別にみた訪問診療の受療率とその年次推移及び地域差

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



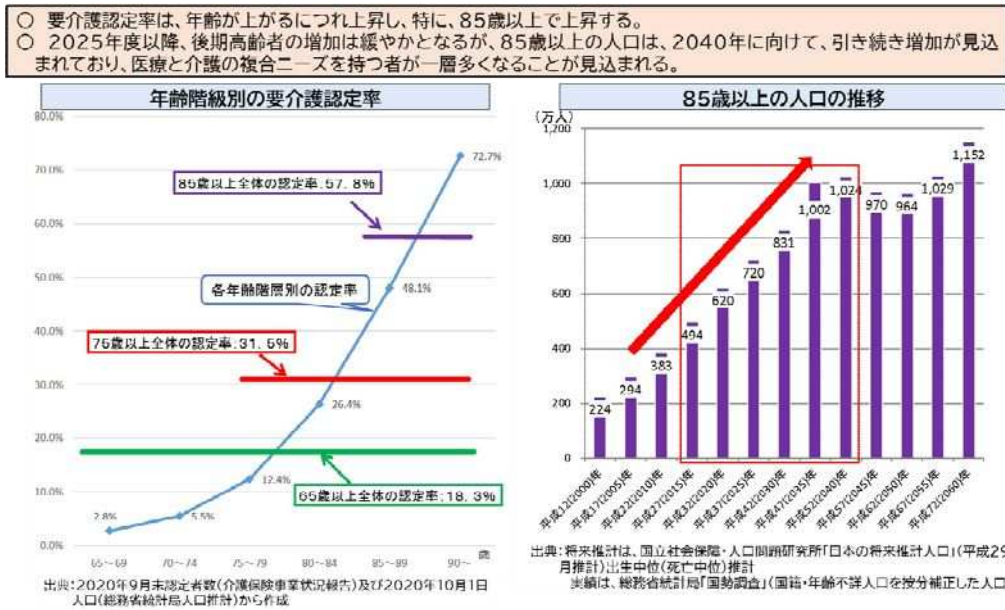
図表 1-6 消化器悪性腫瘍及び脳梗塞の治療ニーズの経時的変化に関する地域差

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏(132の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏(197の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



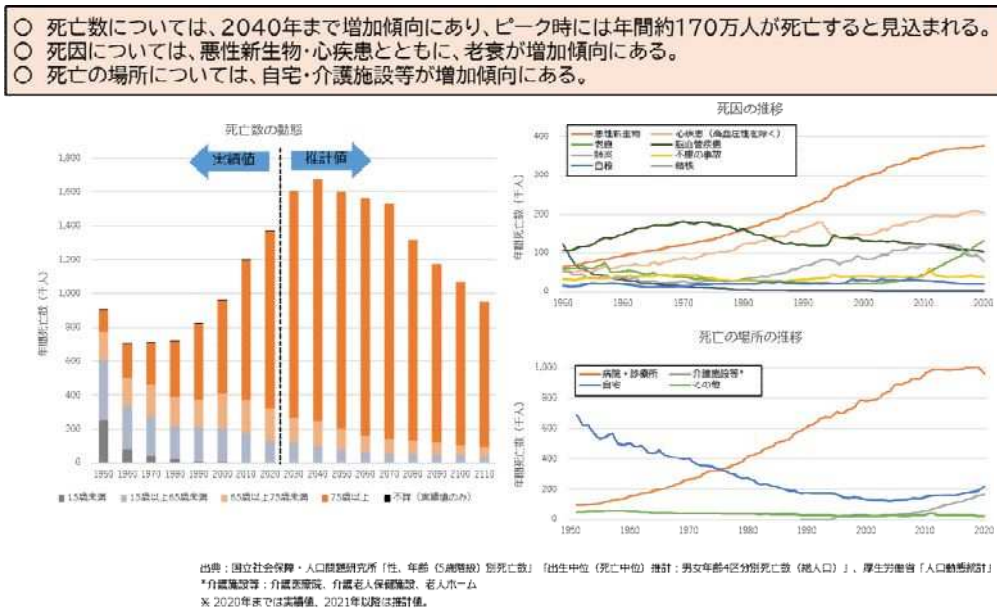
図表 1-6 は消化器悪性腫瘍及び脳梗塞の治療ニーズの経時的変化に関する地域差を人口変化の状況別にみたものである。この図表が示しているように、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域では、傷病構造及び必要な治療行為の内容に差が生じてくる。このような変化は専門医の研修課程の整備に大きな影響を及ぼす。従って、各地域の医療関係者はこの構造変化に予見的に対応して医療提供体制を整備する必要がある。

図表 1-7 年齢階級別にみた要介護認定率及び 85 歳以上人口の推移



図表 1-7 は年齢階級別にみた要介護認定率及び 85 歳以上人口の推移を示したものである。この図表が示しているように、今後 85 歳以上の人口が急増するため、要介護高齢者数も急増する。したがって、医療介護の複合ニーズに対応する体制を整備することが重要な課題となる。

図表 1-8 日本の死亡数の時系列変化



図表 1-8 は日本の死亡数の時系列変化を示したものである。我が国の死亡数は 2040 年に年間 170 万人とピークになり、その後減少する。この死亡数の増加に対処するために、質の高い end of life care の体制を整備する必要がある。

以上のデータから読み取れることをまとめると以下のようにできる。

- ・ 高齢化は、これからも進展し、それに伴い医療需要が変化
- ・ 多くの地域は、医師は充足しておらず、マンパワーの確保が必要
- ・ 現状の提供体制のままでは、働き方改革後の供給体制の確保が困難
- ・ 人口構造の変化のスピードが速いことを踏まえると、今の医療体制ではなく、10 年後・20 年後の医療体制を、今、考える必要がある。
- ・ また、医療介護ニーズの状況に大きな地域差があることから、各地域で対応策を考える必要がある。

本章で示したデータはほぼ「確実な未来」である。しかしこうした変化に対応するためには、地域の医療需要と供給体制を将来予測も含めて可視化し、各施設がこの予想される変化に対応するために、地域においてどのような役割を担うかを、他の医療機関との協力関係のもとで協議、決定していく必要がある。こうした関係者間の合意に基づく地域医療(介護)提供体制の具体化が地域医療構想の目的であり、機能別病床数の数合わせはその本質ではないことを関係者は理解しなければならない。

第2章 本分析で用いたデータの概要

1. 分析に用いたデータ

本分析では、下記の公開データをもとに、静岡県内の二次医療圏の地区診断を行い、その結果を踏まえて検討すべき医療介護サービス提供体制の提言を行っている。

- ① DPC 公開データ: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049343.html>
- ② 病床機能報告: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>
- ③ NDB 集計データ(SCR)内閣府経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト:
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>

以下の式は SCR の計算式を示したものである。標準化死亡比(Standardized Mortality Ratio: SMR)と同じ考え方で、当該地域においてある医療機能に対応するレセプトが全国の性年齢階級別の出現率で発生した場合の期待値を求め、その値で実際の出現数を除し、100 を乗じた値が SCR である。この値が100より大きいということは、当該機能に相当する医療が性年齢を補正しても全国より多く提供されていることを意味し、100より小さければ全国より提供量が少ないことを意味する。

$$\begin{aligned} \text{SCR} &= \frac{\sum \text{性年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{性年齢階級別レセプト期待数}} \times 100.0 \\ &= \frac{\sum \text{性年齢階級別レセプト数} \times 100.0}{\sum \text{性年齢階級別人口} \times \text{全国の性年齢階級別レセプト出現率}} \end{aligned}$$

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 年齢階級は原則5才刻みで計算• 100.0を全国平均としている |
|--|

SCR: Standardized Claim Ratio

- ④ 人口構造の推移とそれに伴う傷病別入院受療率及び外来受療率の変化の推計: 産業医科大学医学部公衆衛生学教室で開発した地域別人口変化分析ツール(All Japan Areal Population-change Analyses: AJAPA) <https://sites.google.com/site/pmchuoeh/files/chv-1>
- ⑤ 人口構造の推移とそれに伴う要介護度別及びサービス別介護需要の推計: 保険者別要介護者数及び介護サービス受給者数推計ツール(Carest) <https://sites.google.com/site/pmchuoeh/files/chv-1>

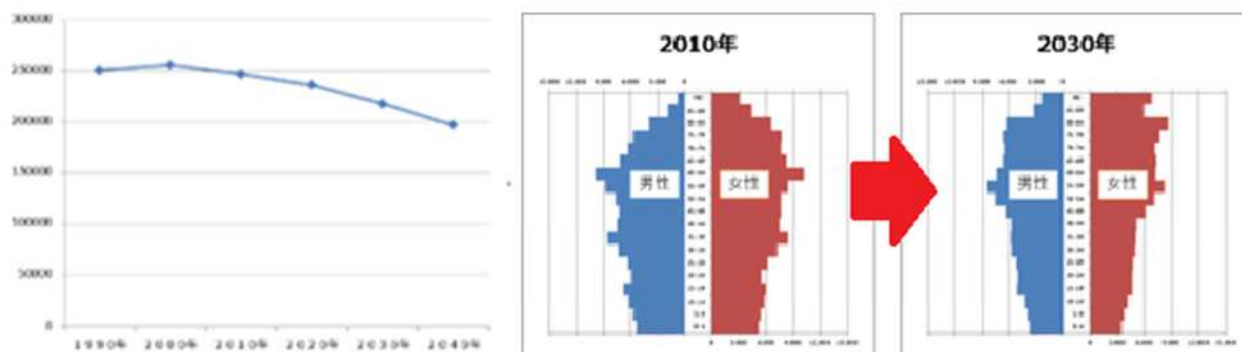
ここで、上記の各データを利用する上での注意点を説明する。①のDPC公開データについては、厚生労働省のDPC調査に参加している施設のみのものであること、病院単位で各分類区分で10例未満の症例しか

ない場合、個人情報保護の観点から0件とみなして処理されている。②の病床機能報告については、各病院の報告ベースであり、しかもDPCデータと異なり、提出に際してエラーチェックなどが体系的に行われていないため不正確なデータが公開されている場合がある。さらに、本分析では常勤医率などの計算を行っているが、非常勤医の定義が施設によって異なるため、解釈にあたっては注意が必要である。③のSCRデータについてもDPCデータと同様、個人情報保護の観点から少数例についてはその数がマスクされている。本分析では0として処理しているが、全くの0でない場合もあることに留意が必要である。④の人口構造の推移については、平成25年3月推計をベースにしたバージョンを使用している。産業医科大学医学部公衆衛生学教室のホームページでは平成30年3月推計をベースにしたバージョンも公開しているが、中位推計の仮定が平成25年版の方が実態に近いと考えられるため、本報告書ではこれを用いている。傷病別の計算は患者調査を用いているため、第一主傷病に基づく推計になっている。高齢患者が増加し、複数の傷病に罹患している患者多いこと、また認知症のように主傷病と選択されにくい傷病が含まれる分類については過少推計になっている可能性があることに留意されたい。⑤の介護需要については、2015年の性年齢階級別・要介護度別のサービス利用率が続くとした場合の値であり、必ずしもこれだけの量が実際に提供されるという推計ではない。また、サービス付き高齢者住宅などの代替サービスの影響も加味されていないことに留意されたい。

2. 地区診断の考え方

社会の高齢化は医療と介護との連続化を促進する。しかしながら、我が国の公衆衛生行政では医療は医療計画、介護は介護保険事業計画で規定されており、その二つは必ずしも相互の整合性をもって運用されていない。他方で、我が国の公衆衛生行政は今後地域包括ケアを基本理念として進められて行くことが予定されている。地域包括ケアは住民の身近な生活圏域（おおむね30分で移動できる範囲）で、医療、介護、予防、日常生活支援、住を保障していこうというものであり、さらに各地域で住民が自らの生き方に自律的になることを前提としている¹⁾。本報告書では、地域医療構想に基づく各地域における病床機能の分化と連携について、この地域包括ケアの視点に基づいて論考する。

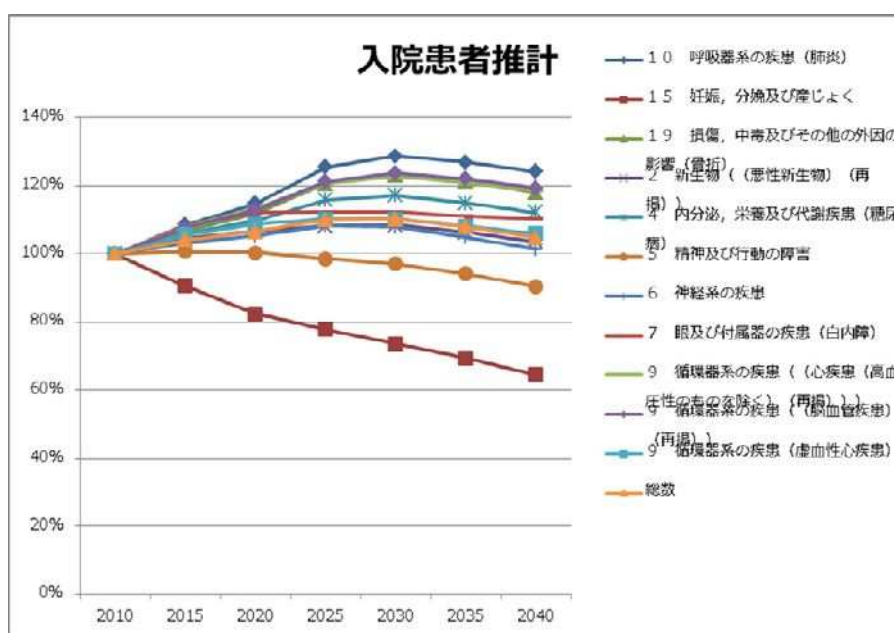
図表 2-1 ある中核地方都市のある医療圏の人口推移



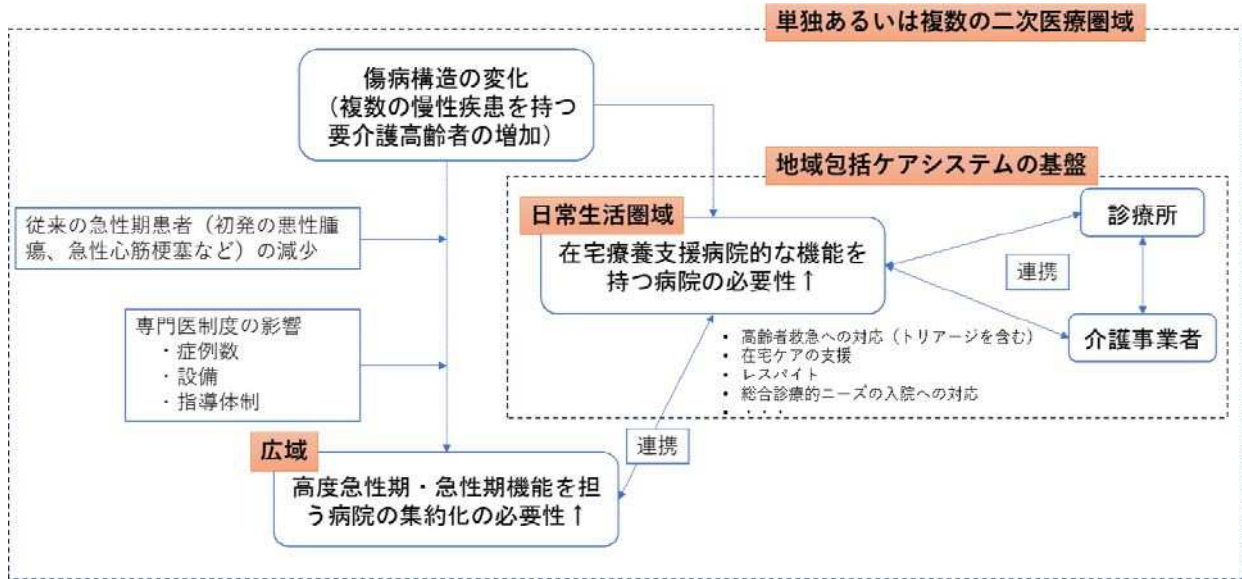
図表 2-1 はある地方中核都市のある医療圏の人口推移を見たものである。今後、同地域は死亡者数の増加により人口が減少していく。その結果、人口ピラミッドは図表 2-1 の右側のように変化していく。若年層の急激な減少と後期高齢者、特に 85 歳以上の女性の数の急増が予想されている。

このような人口構造の変化は傷病構造の変化をもたらす。図表 2-2 は、仮に現在の年齢別・主たる傷病別の入院受療率が今後も続いた場合の傷病別患者数の推移について 2010 年を 100 として指数化してみたものである。若年層の減少により、分娩は 2040 年には 40%減少する。他方、入院総数は 2030 年ごろをピークに以後減少する。この間、悪性腫瘍や虚血性心疾患などの典型的な急性期の患者はあまり伸びず、慢性心不全などの「その他心疾患」、脳血管障害、肺炎、骨折が 2030 年ごろまで 20~30%増加する。推計は急性期から慢性期までを含んだものになっており、脳血管障害は急性期の患者が増えるというよりは、救命率の改善によって急性期から慢性期の患者が積みあがっていくことを意味する。他方、肺炎、骨折、慢性心不全は高齢者の増大とともに増加するが、それはすでに要介護状態になっている高齢者を含めて、慢性期の状態にある患者の急性イベントという形態のものが増加すると予測される。

図表 2-2 ある中核地方都市のある医療圏の傷病別入院受療率の推移



図表 2-3 地域ニーズ及び外部環境の変化に対応した入院医療提供体制の再構築

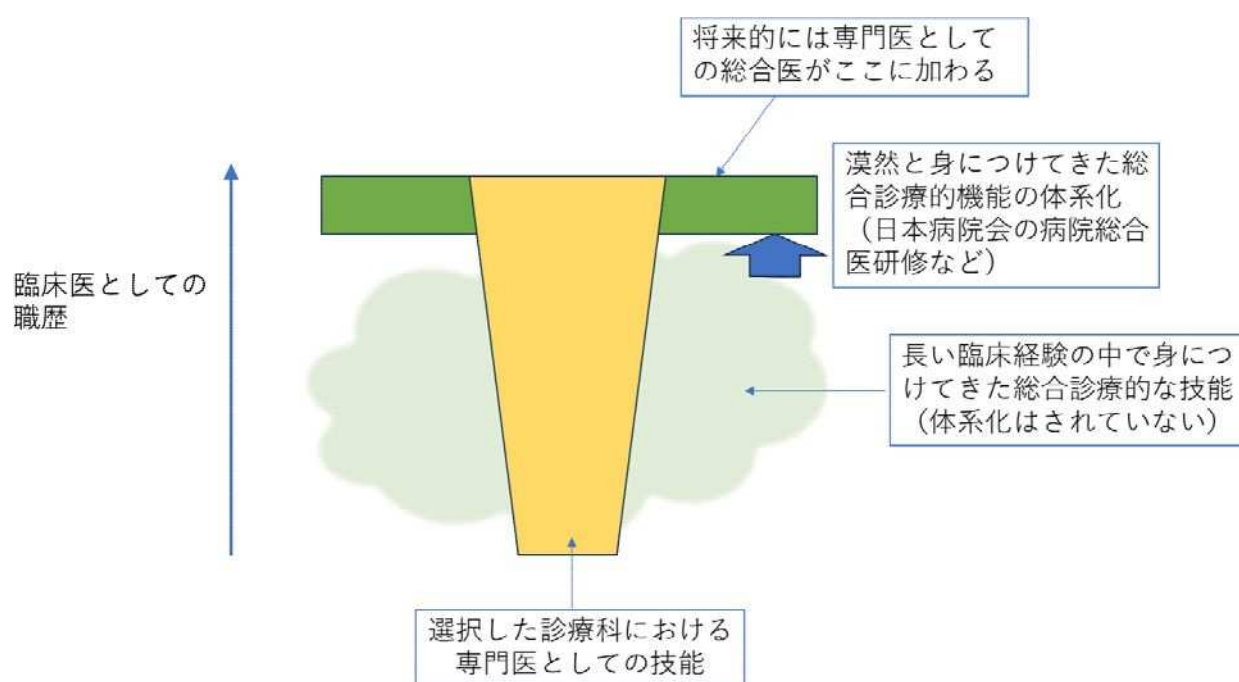


図表 2-3 は上述のような地域ニーズの変化及び新臨床研修制度や専門医制度の導入と言った外部環境の変化に対応した入院医療提供体制の再構築の必要性について模式化したものである。複数の慢性疾患を持つ要介護高齢者の増加という傷病構造の変化は、従来型の高度急性期・急性期の医療を必要とする患者数の減少をもたらす。しかし、他方で専門医制度が導入されたことにより、その養成を担う病院は症例数、設備、指導体制の整備を求められるため、必然的に高度急性期・急性期機能を担う病院は集約せざるを得ない。専門医の育成機能のない地域・病院に若手医師は集まりにくいからである。したがって、各圏域では、傷病構造の変化を踏まえて、どの病院でどの領域の専門医を育成するのかということを考えながら、高度急性期・急性期を担う病院の選定を行うことを求められる。この選定にあたっては、派遣元の大学医局との協議も必要である。

他方で、慢性期の複合ニーズを持つ高齢患者の増加は、地域の患者のプライマリケアを担っている診療所や介護事業者を支援する在宅療養支援病院的な機能を持つ病院の必要性を増大させる。こうした病院は日常生活圏域にあることが望ましく、機能としてはトリアージも含めた高齢者救急への対応、在宅療養の支援、ターミナルケアへの対応などが重要なものになる。こうした病院が受け入れる患者の多くが複数の慢性疾患を抱えていることを考えれば、勤務する医師は総合診療医であることが望ましいだろう。しかし、専門医としての総合医課程に進む若手医師がまだ少ないことを踏まえると、現在病院に勤務している医師が総合医的に機能する体制を作ることが实际的であるし、またそれは十分可能であると考えられる。このことについて図表 2-4 を用いて説明する。公的に専門医制度が導入される前から、わが国の医療界では非公式に専門医の育成が学会主導で行われてきた。ただし、こうした専門医も大学を離れて市中病院に移ると、その必要性から専門領域以外の患者についても対応することを求められる。個人レベルでの学習や多科へのコンサルテーションを通じて、医師は臨床医と

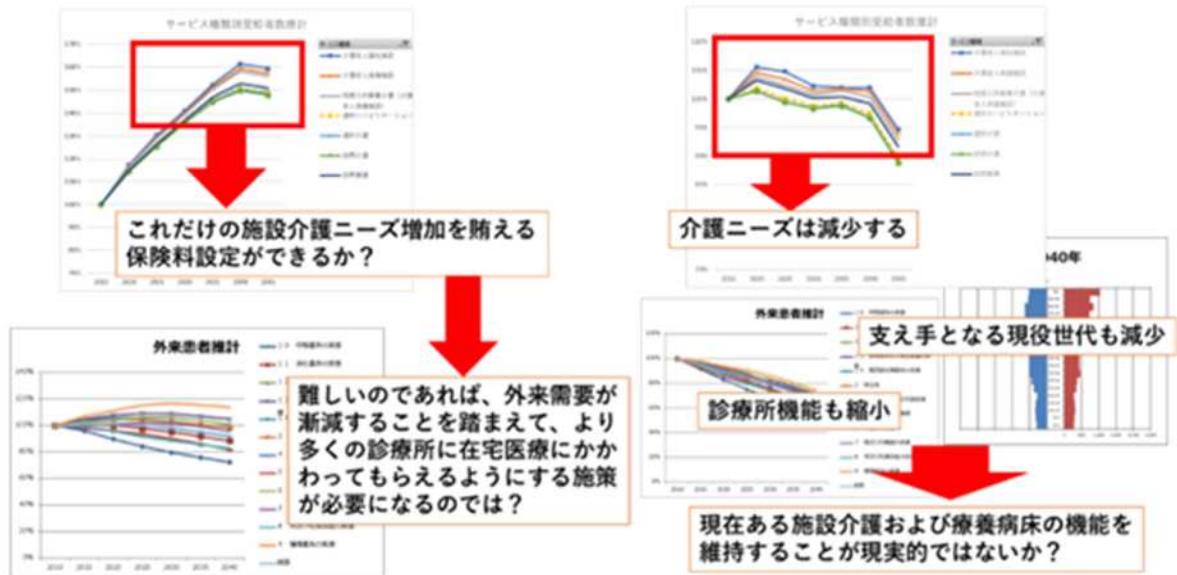
しての長い経歴の中で、専門診療科以外の領域についても一定の技能を身につけていく。ただし、それは体系化され、また整理されたものでもない。このような漠然とした技能を日本病院会や日本医師会などが行っている総合診療やかかりつけ医の研修の中で整理することで、専門診療科をもちながら幅広に種々の患者に対応できる日本型の病院総合医を育成していくことが当面は合理的であると考えられる。もちろん、将来的にはここに専門医としての総合医が加わっていくことになる。

図表 2-4 日本的総合医育成の T 字フォーメーション



急性期病院として有名な熊本済生会病院では、このようにして育成された病院総合医が院内主治医として活躍している。例えば、股関節・大腿近位骨折で入院した高齢患者は、その手術治療を終えると、整形外科の患者というよりは、糖尿病や心不全、認知症など複数の慢性疾患を抱えた総合診療科が対応すべき患者になる。こうした総合診療機能が、医療体系全体で必要となるのが高齢社会である。また、こうした複数の慢性疾患とADL上の課題を抱えた高齢患者のケアに当たっては看護師や薬剤師、OT/PT/ST、栄養士、ソーシャルワーカーなど多職種がチームで対応することが必要となる。病院機能の種類にかかわらずこのようなチームケアを実現するための体制づくりが求められる。そして、こうしたチームケアは院内で完結するのではなく、地域におけるケアとの連続性のなかで行われなければならない。この連携のための仕組みを実装することも必要である。この点については函館地区の実践が参考になる(巻末の参考資料参照)。

図表 2-5 慢性期の医療介護ニーズへの対応方法の選択



人口構造の変化に伴いわが国はこれから慢性期ケアのニーズが急増する。しかしながら、現在行われている地域医療構想調整会議の議論の中心は、高度急性期・急性期そして回復期の病床数をどのようなものにするかというものになりがちである。この整理の考え方についてはすでに述べた。しかし、それと同等かそれ以上に重要なのは慢性期のケアを各地域でどのように保障していくのかということである。慢性期のケアを担うのは以下の式が示すように病院、施設介護、在宅の3つの場所しかない。

$$\text{慢性期ケア} = \text{病院(療養病床が中心)} + \text{施設介護} + \text{在宅ケア}$$

3つのサービスをどのように組み合わせることができるかは、各地域の制約条件に規定される。この制約条件を無視して、国が示す数字を実現することに固執すると、今後その必要性が急増する慢性期ケアの基盤構築を行うことが困難になる。

図表 2-5 は AJAPA と NewCarest を用いて、各地域で慢性期ケアの体制をどのように整備すべきかを分析するための考え方を示したものである。高齢社会は介護を必要とする高齢者が相対的に増加する社会である。まず、Newcarest で 2013 年の要介護度別・サービス別需要の変化を分析する。左の地域の場合は、特に施設介護の伸びが大きい。次に、施設介護の介護給付費への影響の大きさを検討する。仮に、これだけの需要増に対応できないのであれば現在施設介護を受けている状態像の要介護高齢者を在宅でケアすることになる。すでに述べたように要介護高齢者は多様な慢性疾患に複数罹患しており、したがって在宅医療の提供が必要となる。ここで AJAPA を用いて外来医療の提供の推移を検討する。左の地域の場合、都市部であるにもかかわらず外

来需要が漸減傾向にある。したがって、医師会等に現在より多くの診療所に訪問診療を行ってもらおうよう働き替えると同時に、在宅を支える後方病院とのネットワーク、特に高齢者救急の体制をどう構築するかが、地域医療構想調整会議の重要な課題となる。図表 2-3 で示した在宅療養支援病院的な機能をもつ病院の整備が求められるのである。

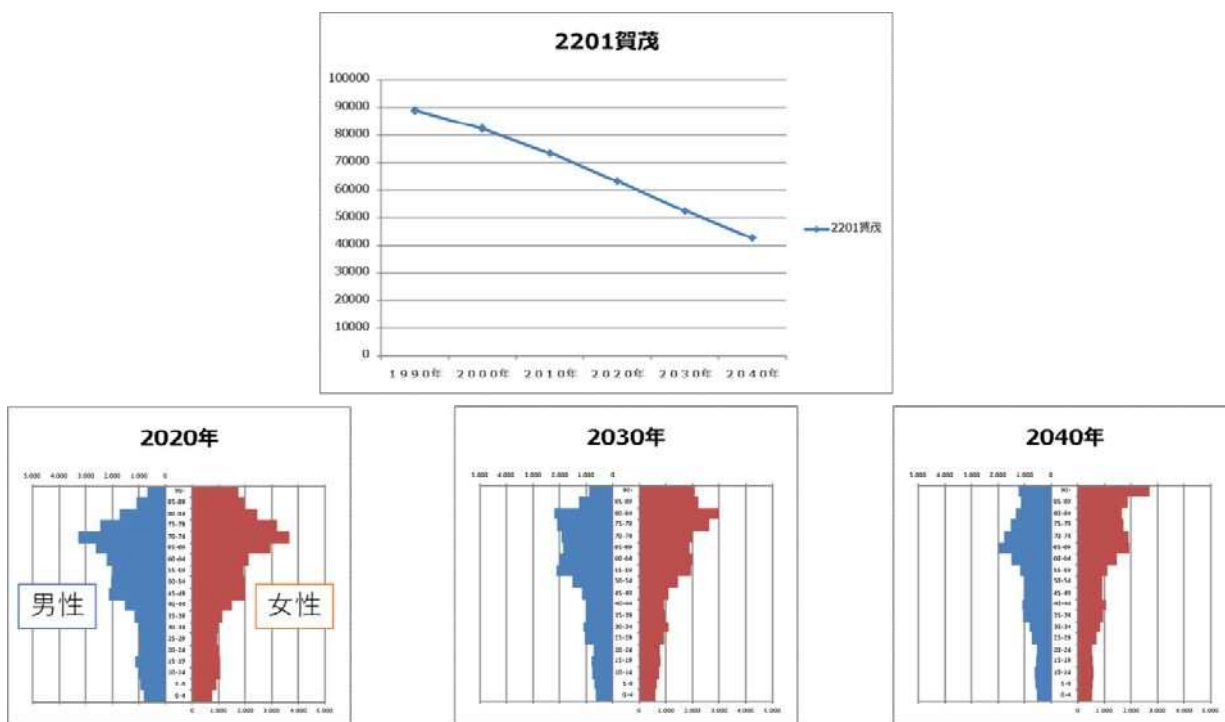
他方、図の右側の地域のように高齢化が進み、すでに介護ニーズが減少傾向にある地域の場合、外来機能も低下しているのがほとんどである。こうした地域では新規の診療所の開業を期待することは難しく、したがって、既存のサービスを如何に維持するかが課題となる。具体的には、既存の療養病床や介護施設を維持するための施策、さらにはこうした施設を柔軟に活用しながら、「ほぼ在宅、時々入院・入所」を実現するネットワークの合理的な選択となる。国は在宅ケアの推進を目指しているが、そうした対応が難しい地域もある。静岡県各地域の慢性期ケアの体制づくりの検討にあたってはこのような視点からの議論が必要となる。

第3章 各二次医療圏の地区診断

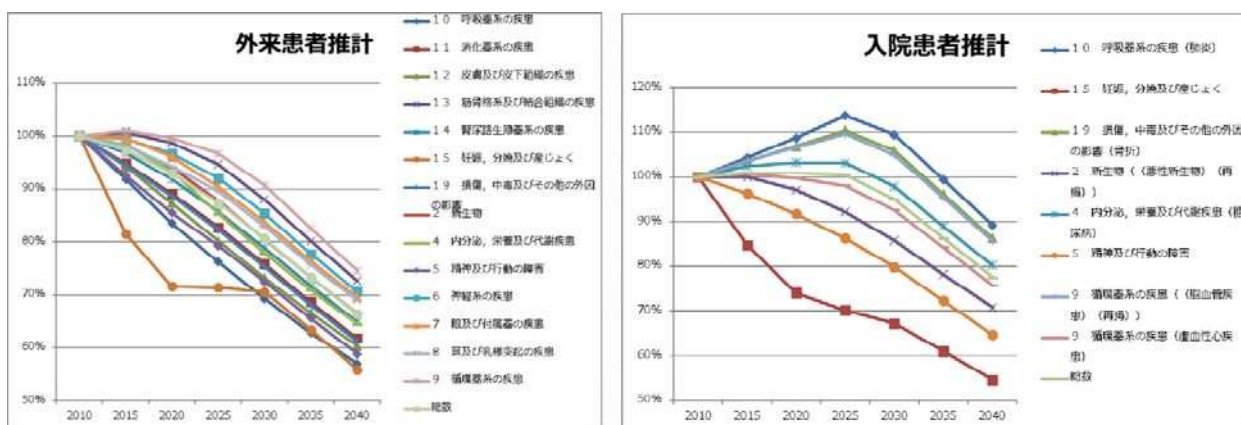
1. 賀茂医療圏

図表 3-1-1 から図表 3-1-2 に AJAPA を用いて推計した賀茂医療圏の人口構造の変化とそれに対応した傷病別入院受療率と外来受療率を示した。また、図表 3-1-3-1 から図表 3-1-3-6 に賀茂医療圏内の市町別の介護需要の推移を示した。分析結果の概要は本節の最後にまとめて記載している。

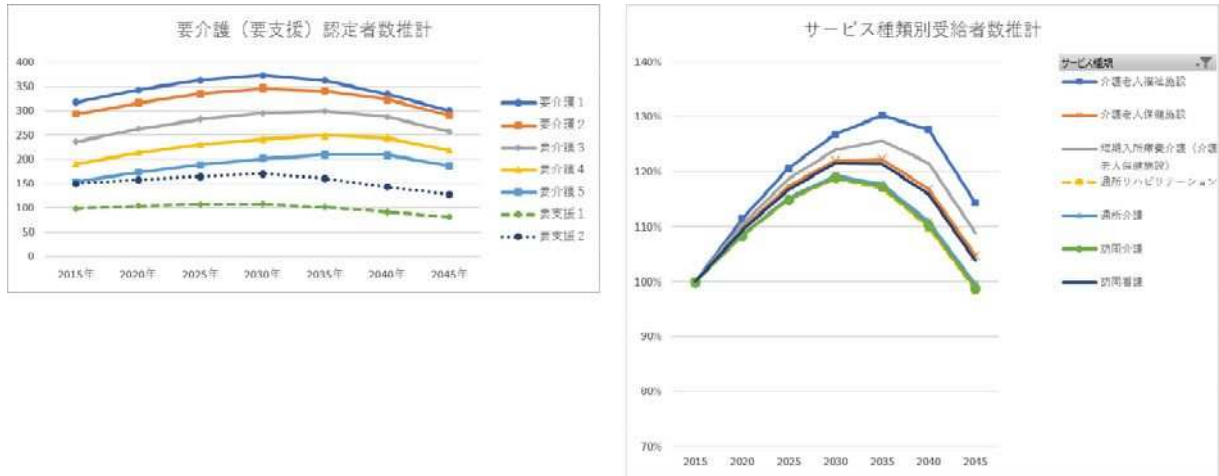
図表 3-1-1 人口推計の結果(賀茂医療圏)



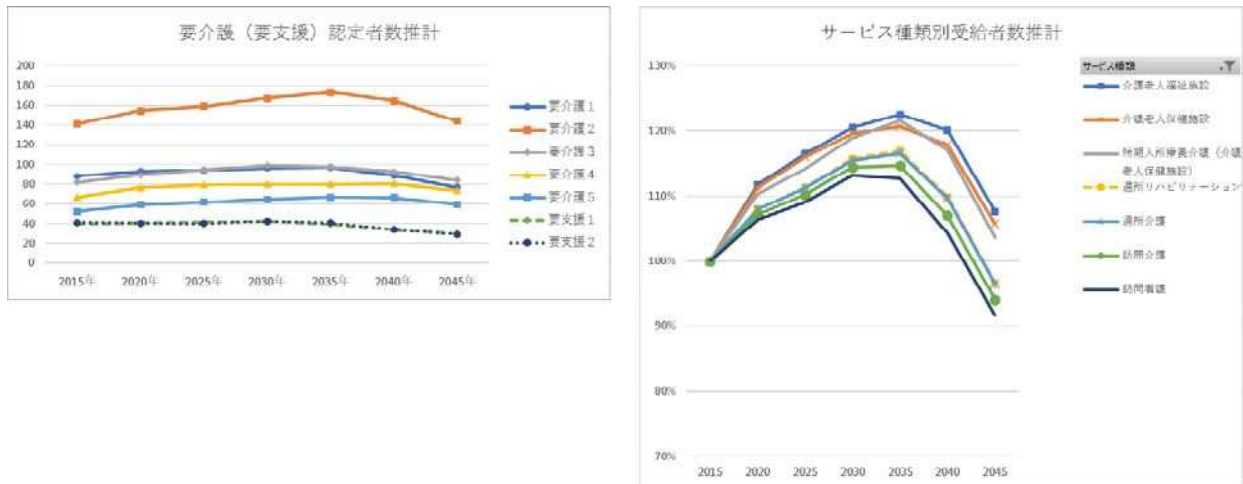
図表 3-1-2 傷病別患者数の推移(賀茂医療圏)



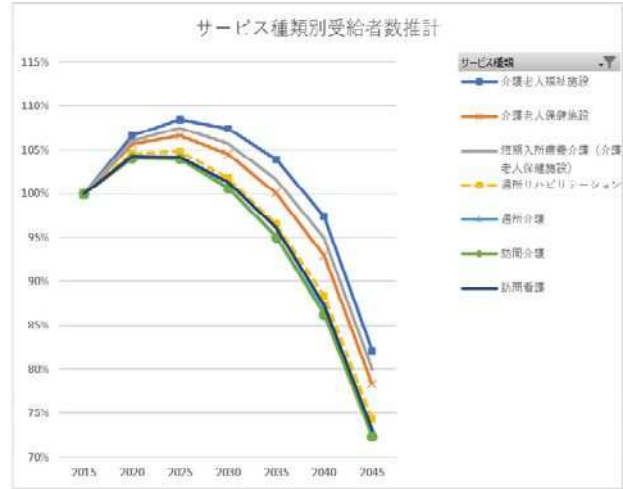
図表 3-1-3-1 介護サービス提供量の推計（賀茂医療圏 下田市）



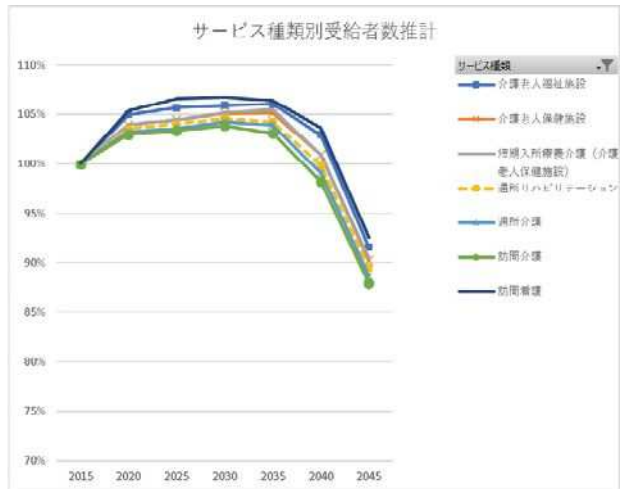
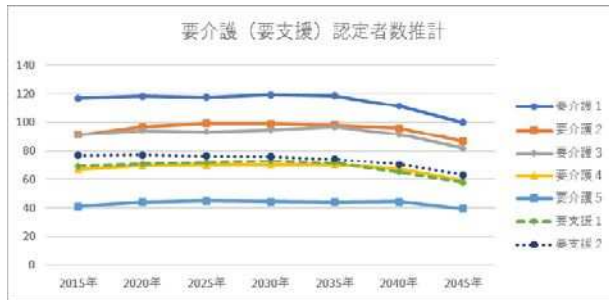
図表 3-1-3-2 介護サービス提供量の推計（賀茂医療圏 河津町）



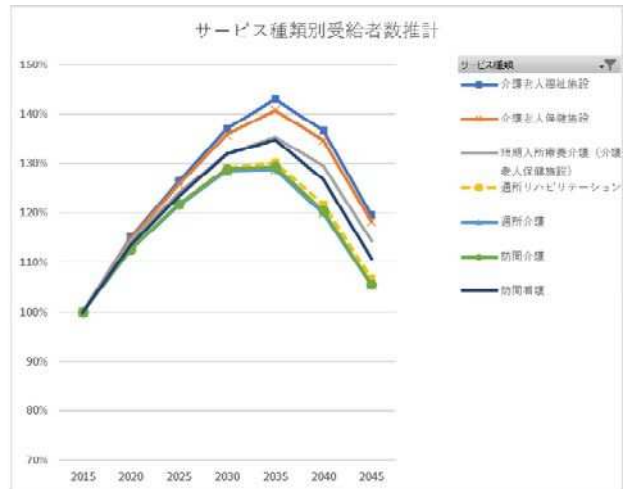
図表 3-1-3-3 介護サービス提供量の推計（賀茂医療圏 西伊豆町）



図表 3-1-3-4 介護サービス提供量の推計（賀茂医療圏 松崎町）



図表 3-1-3-5 介護サービス提供量の推計（賀茂医療圏 東伊豆町）

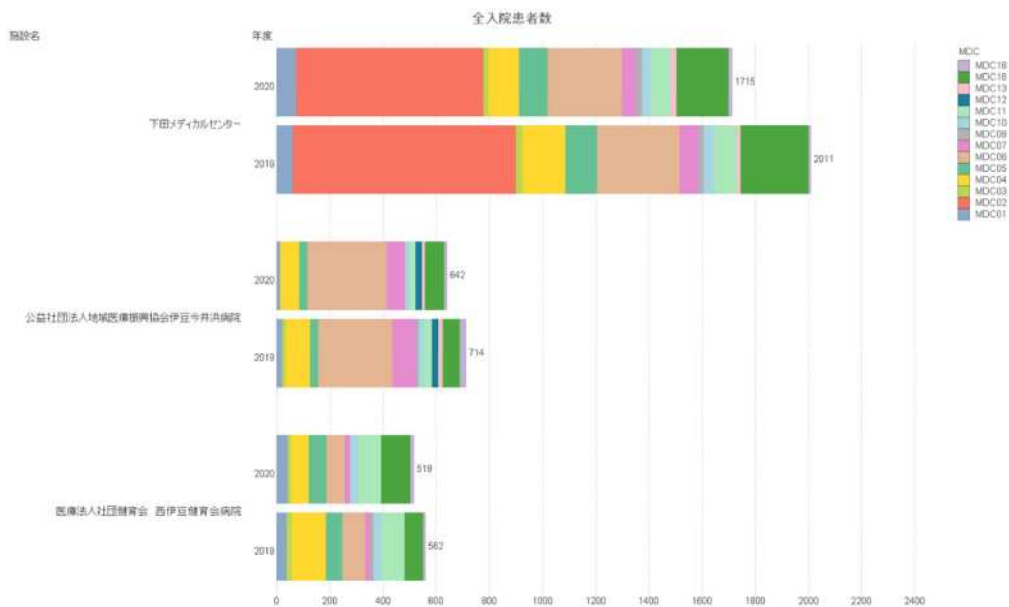


図表 3-1-3-6 介護サービス提供量の推計（賀茂医療圏 南伊豆町）

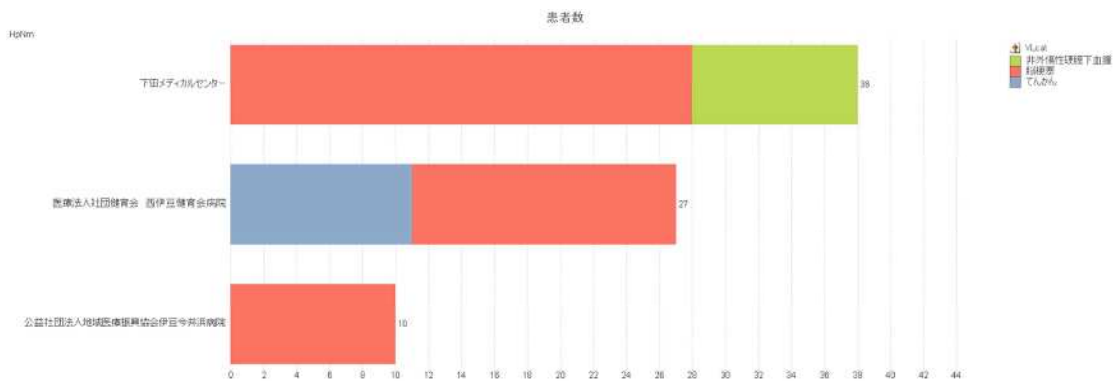


図表 3-1-4-1 から図表 3-1-8 に 2019 年度と 2020 年度 (DPC6 析別は 2020 年度のみ) の賀茂医療圏内の DPC 対象病院の診療実績を示した。分析結果の概要は本節の最後にまとめて記載している。

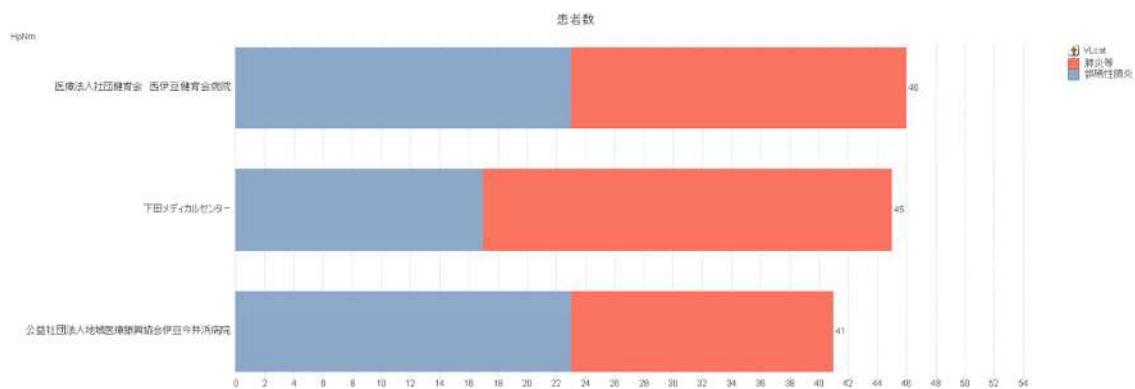
図表 3-1-4-1 MDC 別入院患者数 全入院 (賀茂医療圏 2019-20)



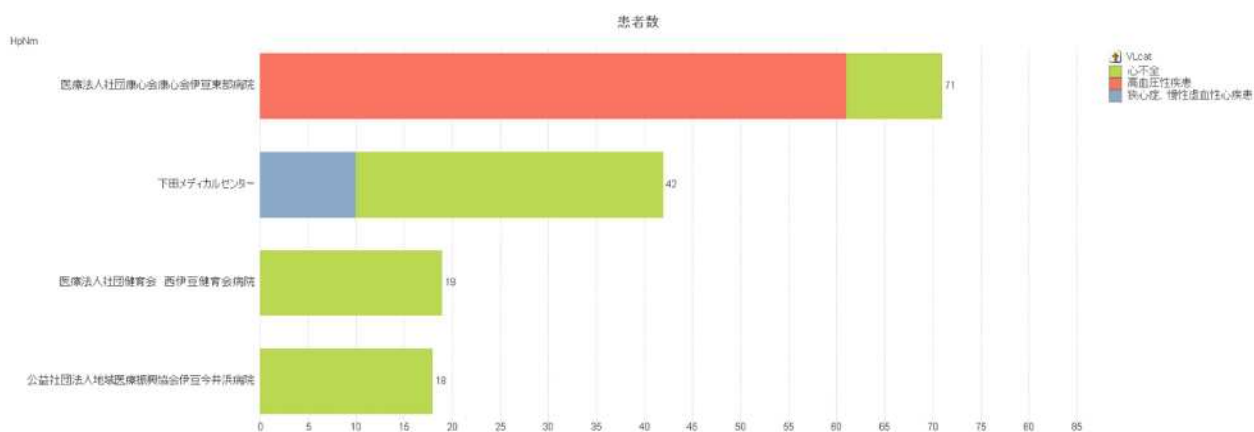
図表 3-1-4-2 DPC6 別入院患者数 MDC01 全入院 (賀茂医療圏 2020)



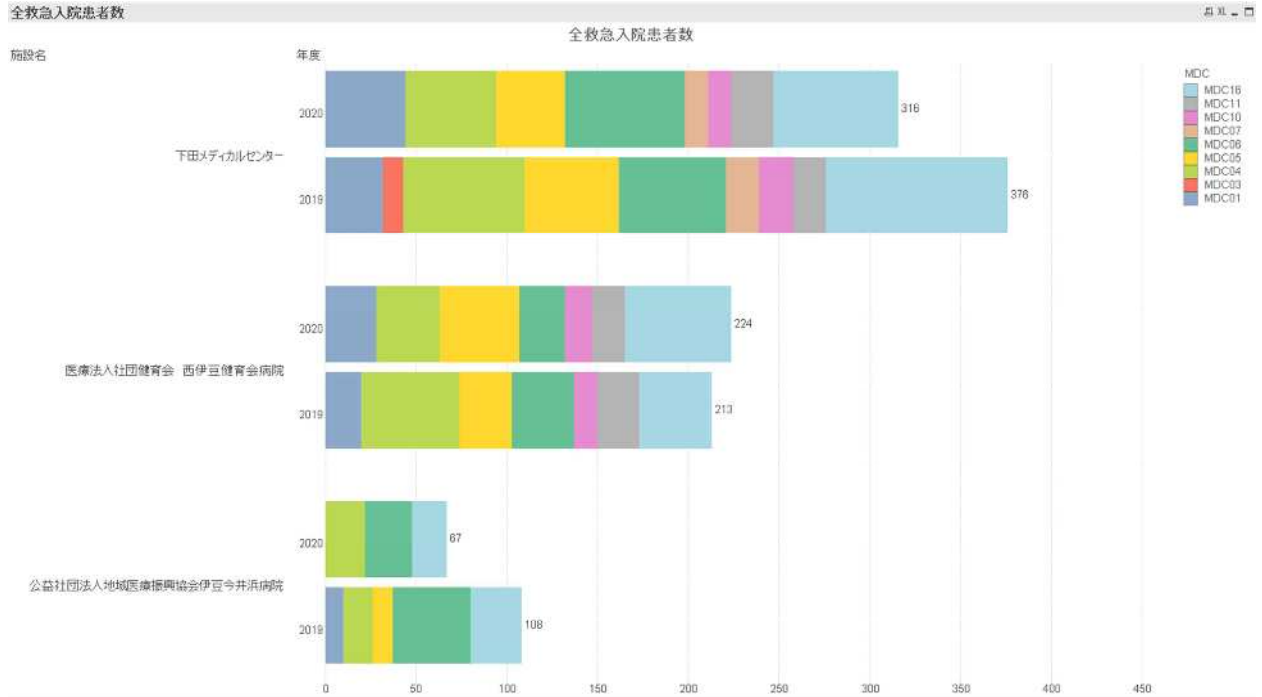
図表 3-1-4-3 DPC6 別入院患者数 MDC04 全入院（賀茂医療圏 2020）



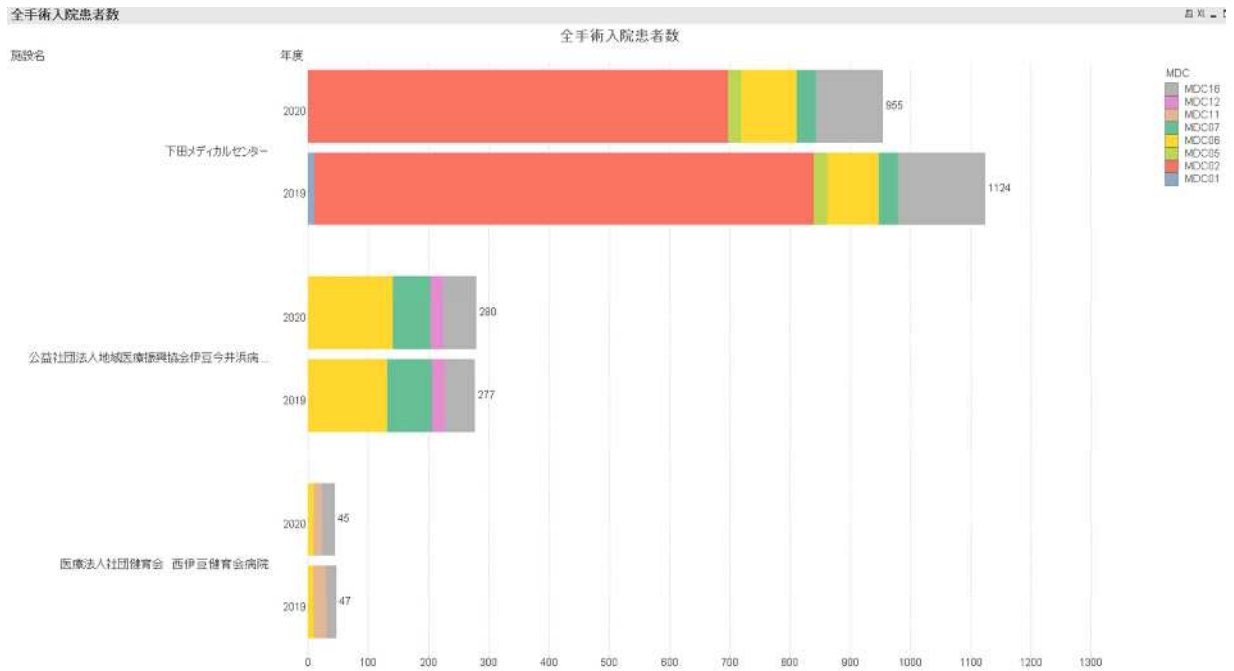
図表 3-1-4-4 DPC6 別入院患者数 MDC05 全入院（賀茂医療圏 2020）



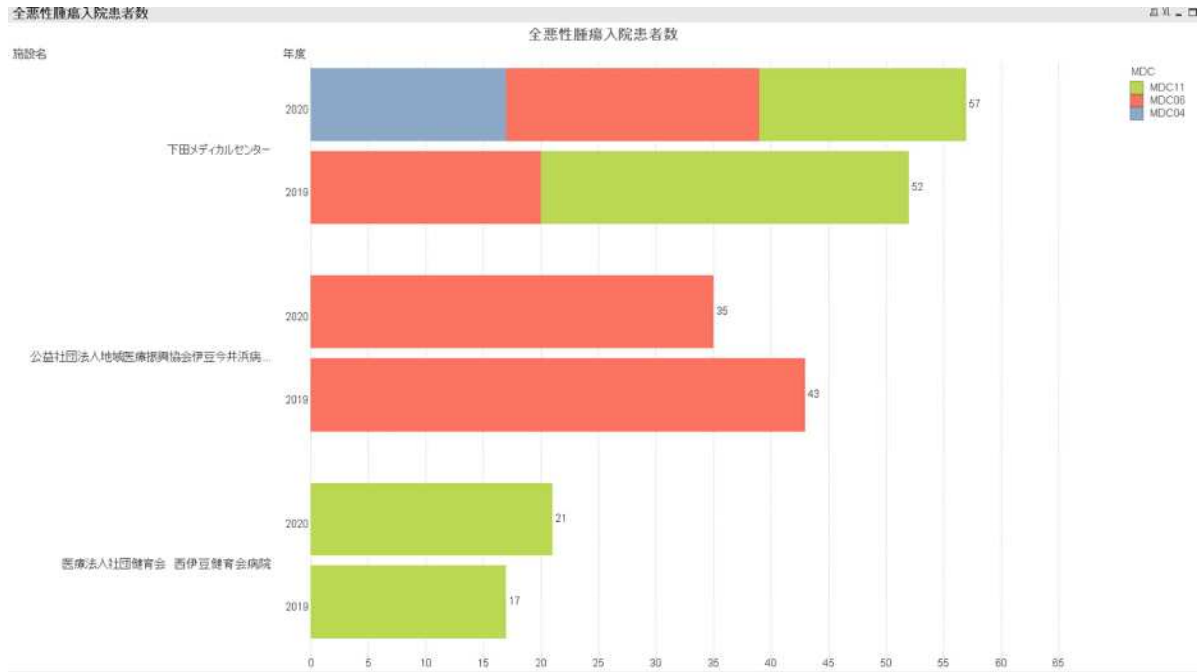
図表 3-1-5 MDC 別入院患者数 救急車搬送による入院（賀茂医療圏 2019-20）



図表 3-1-6 MDC 別入院患者数 手術入院（賀茂医療圏 2019-20）



図表 3-1-7 MDC 別入院患者数 全がん入院（賀茂医療圏 2019-20）



図表 3-1-8 MDC 別入院患者数 がん手術入院（賀茂医療圏 2019-20）

※ がんの手術入院はいずれの施設も10症例未満であるため、データなし

図表 3-1-9-1 から図表 3-1-13-2 に 2017(平成 29)年と 2020 年(令和 2 年)の病床機能報告を用いて分析した結果を示した。分析結果の概要は本節の最後にまとめて記載している。

図表 3-1-9-1 施設別にみた病床稼働率と平均在院日数 (R02 年度病床機能報告 賀茂医療圏)

急性期

病床数_患者数_UR_ALOS	一般病床数	療養病床数	在床患者延べ数_年間	新規入床患者数_年間	病床稼働率	平均在院日数
2222010007 下田メディカルセンター	253	0	69,361	4,796	74.0	14.1
2222010004 医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	97	0	24,922	2,235	70.4	10.9
2222010009 公益社団法人地域医療振興協会伊豆今井浜病院	36	0	10,922	911	83.1	11.8
2222010002 医療法人社団康心会 康心会伊豆東部病院	80	0	22,094	1,170	75.7	19.0
2222010002 医療法人社団康心会 康心会伊豆東部病院	40	0	10,423	470	71.4	22.5

回復期・慢性期

病床数_患者数_UR_ALOS	一般病床数	療養病床数	在床患者延べ数_年間	新規入床患者数_年間	病床稼働率	平均在院日数
2222010004 医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	199	197	130,287	1,280	90.1	102.9
2222010007 下田メディカルセンター	42	0	14,422	491	94.1	30.3
2222010002 医療法人社団康心会 康心会伊豆東部病院	37	0	7,937	215	58.8	37.3
2222010005 医療法人社団健育会 熱川温泉病院	120	0	40,418	258	92.3	155.2
2222010005 医療法人社団健育会 熱川温泉病院	0	197	67,510	316	93.9	212.6

図表 3-1-9-2 施設別にみた病床稼働率と平均在院日数 (H29 年度病床機能報告 賀茂医療圏)

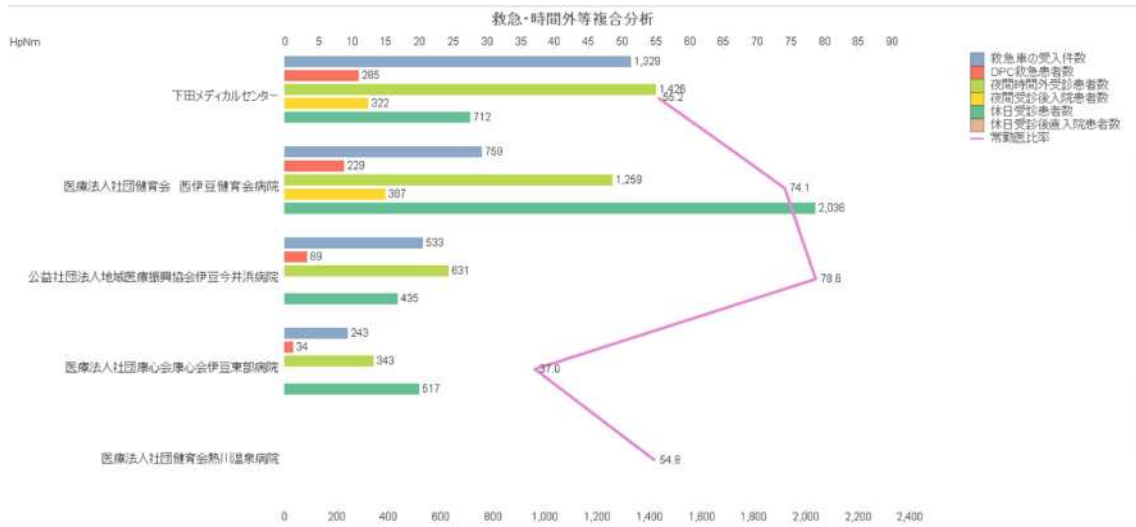
急性期

病床数_患者数_UR_ALOS	一般病床数	療養病床数	在床患者延べ数_年間	新規入床患者数_年間	病床稼働率	平均在院日数
2222010007 下田メディカルセンター	297	0	56095	4601	51.7	12.3
2222010009 公益社団法人地域医療振興協会伊豆今井浜病院	99	0	24037	2254	66.5	10.7
2222010004 医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	82	0	17628	1262	58.9	14.4
2222010004 医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	36	0	12349	1041	94.0	11.9
2222010002 伊豆東部総合病院	80	0	2081	44	7.1	46.2

回復期・慢性期

病床数_患者数_UR_ALOS	一般病床数	療養病床数	在床患者延べ数_年間	新規入床患者数_年間	病床稼働率	平均在院日数
2222010005 医療法人社団健育会熱川温泉病院	189	299	139242	607	78.2	144.5
2222010007 下田メディカルセンター	0	199	70308	383	96.8	184.1
2222010007 下田メディカルセンター	45	0	7707	139	46.9	55.4
2222010009 公益社団法人地域医療振興協会伊豆今井浜病院	30	0	7567	89	69.1	68.5
2222010003 医療法人社団森寿会下田温泉病院	0	100	36112	50	98.9	612.1
2222010004 医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	42	0	15158	16	98.9	58.4
2222010002 伊豆東部総合病院	72	0	2390	12	9.1	177.0

図表 3-1-10 施設別にみた救急医療の状況 (R02 年度病床機能報告 賀茂医療圏)



図表 3-1-11-1 施設別にみた職員状況 (R02 年度病床機能報告 賀茂医療圏)

医療機関名	入院患者数合計_1年	退院患者数合計_1年	常勤医師数	非常勤医師数	常勤看護師数	非常勤看護師数	常勤准看護師数	非常勤准看護師数	常勤医師割合	常勤正看護師割合
下田メディカルセンター	2484	2,551	10.0	8.1	49.0	20.2	1.0	2.9	55.2	98.0
医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	1477	1,393	8.0	2.8	29.0	1.9	7.0	2.0	74.1	80.6
公益社団法人 地域医療振興協会 伊豆今井浜病院	1170	1,153	11.0	3.0	46.0	6.3	8.0	2.3	78.6	85.2
医療法人社団康心会 康心会伊豆東部病院	742	720	4.0	6.8	37.0	12.1	7.0	2.5	37.0	84.1
医療法人社団健育会 熱川温泉病院	316	319	4.0	3.3	35.0	7.4	6.0	4.9	54.8	85.4

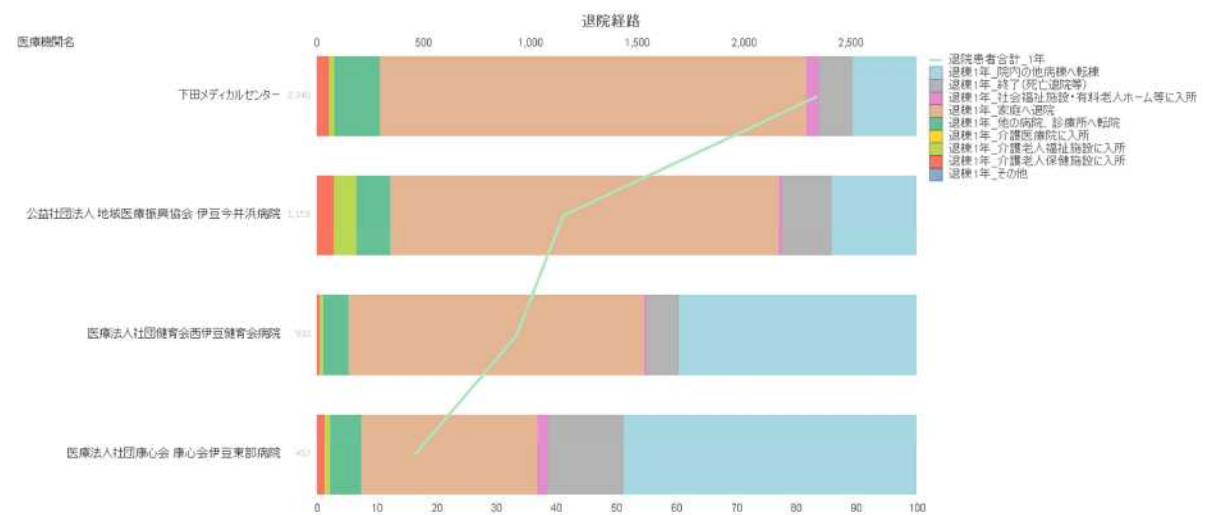
図表 3-1-11-2 施設別にみた職員状況 (H29 年度病床機能報告 賀茂医療圏)

医療機関名	入院患者数合計_1年	退院患者数合計_1年	常勤医師数	非常勤医師数	常勤看護師数	非常勤看護師数	常勤准看護師数	非常勤准看護師数	常勤医師割合	常勤正看護師割合
下田メディカルセンター	2393	2,389	12.0	4.7	54.0	11.1	6.0	1.0	71.9	90.0
公益社団法人 地域医療振興協会 伊豆今井浜病院	1351	1,324	13.0	2.9	64.0	6.1	11.0	2.3	81.8	85.3
医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	0	0	9.0	0.8	27.0	3.1	5.0	1.8	91.8	84.4
伊豆東部総合病院	56	61	7.0	3.2	42.0	6.4	9.0	3.6	68.6	82.4
医療法人社団健育会熱川温泉病院	0	0	4.0	3.2	35.0	6.6	6.0	0.7	55.6	85.4
医療法人社団桑寿会下田温泉病院	0	0	1.0	1.8	10.0	0.4	9.0	0.0	35.7	52.6

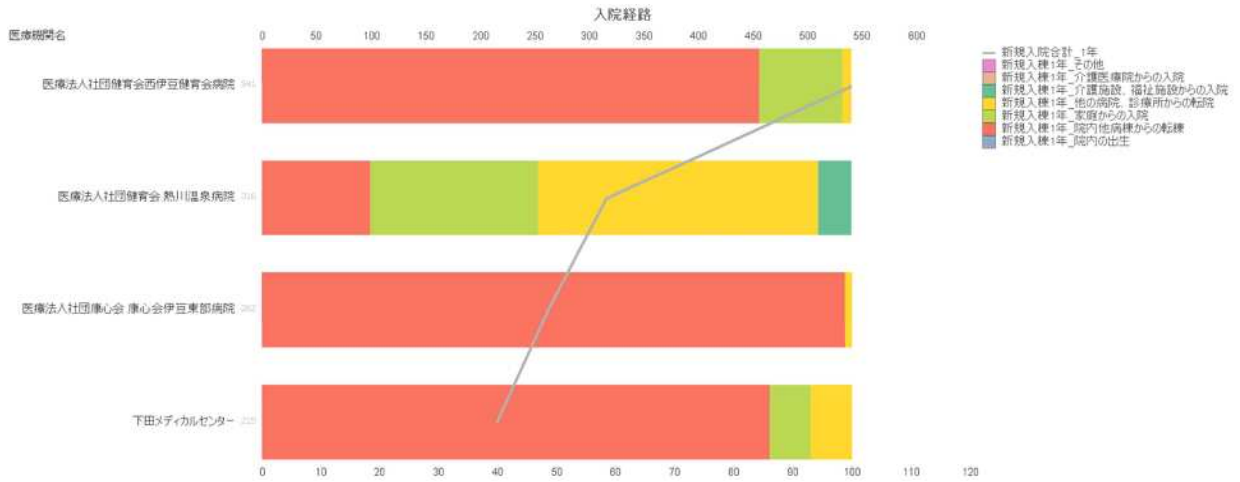
図表 3-1-12-1 施設別にみた入院経路の状況 (R02 年度病床機能報告 高度急性期・急性期 賀茂医療圏)



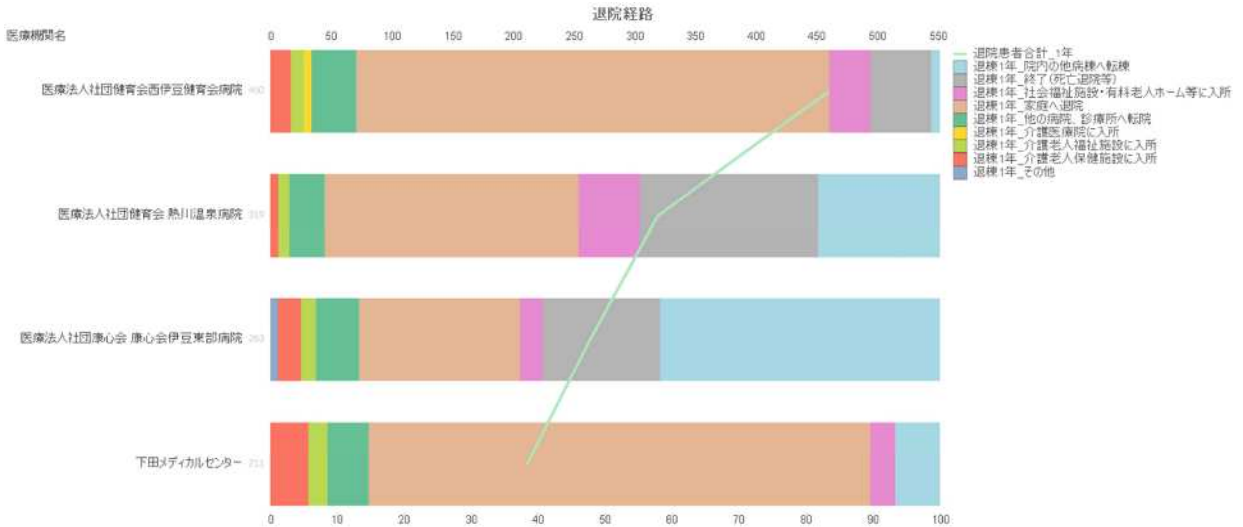
図表 3-1-12-2 施設別にみた退院経路の状況 (R02 年度病床機能報告 高度急性期・急性期 賀茂医療圏)



図表 3-1-13-1 施設別にみた入院経路の状況 (R02 年度病床機能報告 回復期・慢性期 賀茂医療圏)



図表 3-1-13-2 施設別にみた入院経路の状況 (R02 年度病床機能報告 回復期・慢性期 賀茂医療圏)



図表 3-1-14 に 2019 年における賀茂医療圏の二次医療圏別 SCR の状況を示した。分析結果の概要は本節の最後にまとめて記載している。

図表 3-1-14 静岡県二次医療圏別 SCR の状況(2019 年)

二次医療圏	初再診料 外未	一般病棟 入院基本 料等	療養病棟 入院基本 料	回復期リ ハビリ テーション 病棟入院 料	地域包括 ケア入院 医療管理 料	往診等	在宅患者 訪問診療 料等	救急搬送 診療料	訪問看護 指本料	介護施設 SCR	サービス 付き高齢 者住宅 SCR	ショートス テイ SCR	訪問看護 SCR	通所サー ビスSCR	訪問介護 SCR
2201賀茂	68.1	56.6	0.0	133.6	141.6	68.2	48.5	92.1	27.2	119.5	6.4	132.3	49.6	85.8	91.0
2202熱海伊東	86.3	84.3	80.1	110.0	0.0	65.0	80.5	113.6	60.7	92.6	297.5	89.2	56.3	77.6	97.9
2203駿東田方	96.2	92.1	112.0	104.8	100.7	85.0	87.2	159.4	69.3	97.1	152.9	105.8	72.2	82.4	86.5
2204富士	96.9	73.1	94.4	126.1	78.0	78.6	74.3	26.6	67.5	87.1	112.8	91.0	43.8	112.3	68.5
2205静岡	96.5	93.5	90.5	107.5	50.9	95.3	90.9	9.1	72.7	106.7	94.2	110.8	87.9	109.9	71.1
2206志太榛原	93.3	83.0	91.9	121.4	0.0	47.9	48.4	60.0	31.5	100.5	81.7	101.4	29.5	120.5	43.6
2207中東遠	91.1	70.3	115.8	131.3	45.4	47.2	48.0	37.4	51.5	119.0	15.8	85.1	66.7	137.7	30.3
2208西部	96.6	93.4	96.0	87.7	54.8	70.7	68.7	47.0	71.1	128.4	125.2	118.4	65.1	116.9	37.6

図表 3-1-15 に 2019 年における賀茂医療圏の病院の地理的分布を示した。分析結果の概要は本節の最後にまとめて記載している。

図表 3-1-15 賀茂医療圏の病院の地理的分布(2019 年病床機能報告)



以上の資料を基に賀茂医療圏の現状と課題を列挙すると以下ようになる。

- 1990年以降人口が減少。2040年には大きく減少する現役層で、多くの高齢者(特に85歳以上の女性)を支える人口構造になる。入院需要は2025年まで維持されたのち、その後急速に低下する。ただし、維持される入院数の主体は急性期以後。外来需要は2010年以降低下している。
- 入院需要は肺炎、心不全、骨折、脳血管障害が2025年まで増加。これらの傷病については要介護高齢者からの発生が増加する。
- 慢性期の医療・介護サービスを必要とする後期高齢者の絶対数が増加する。介護需要をみると、圏域内のいずれの自治体も2025～2035年まで増加する。地域差は大きい。2015年の要介護度別の利用状況を前提とすると、多くの自治体で施設介護のニーズが在宅介護のニーズより増加するが、松崎町、南伊豆町では施設介護と在宅介護のニーズの増加量に大きな差はない。
- SCRで見ると病院の地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟を除いて病院入院医療の提供量は少ない。また、外来、訪問診療の提供量は少ない。
- 急性期入院は下田メディカルセンターと西伊豆健育会病院、伊豆今井浜病院、伊豆東部病院が中核施設となっている。救急車による搬送、手術、がん診療の状況をみると下田メディカルセンターが基幹施設であると考えられる。ただし、下田メディカルセンターの手術症例の過半数は眼科疾患となっている。救急における一次患者については、他の3病院の貢献が大きい。圏域内の病院の地理的配置には問題はない。
- DPC対象病院の診療実績をMDC別にみると、いずれの施設もMDC04では肺炎及び誤嚥性肺炎、MDC05では心不全の症例が大半を占めている。
- 2019年、2021年度の病床機能報告を総合的にみると、常勤医比率がいずれも50%台から70%と低くなっている。
- 療養病床が不足しており、また在宅医療の提供体制も弱い。施設介護提供量が全国より多く、またショートステイの提供量も多い。不足している慢性期対応機能(療養病床入院+在宅医療)を補うために介護施設のショートステイが活用されていると推察される。

以上を踏まえて、賀茂医療圏における今後の医療提供体制の課題を以下のように整理した。

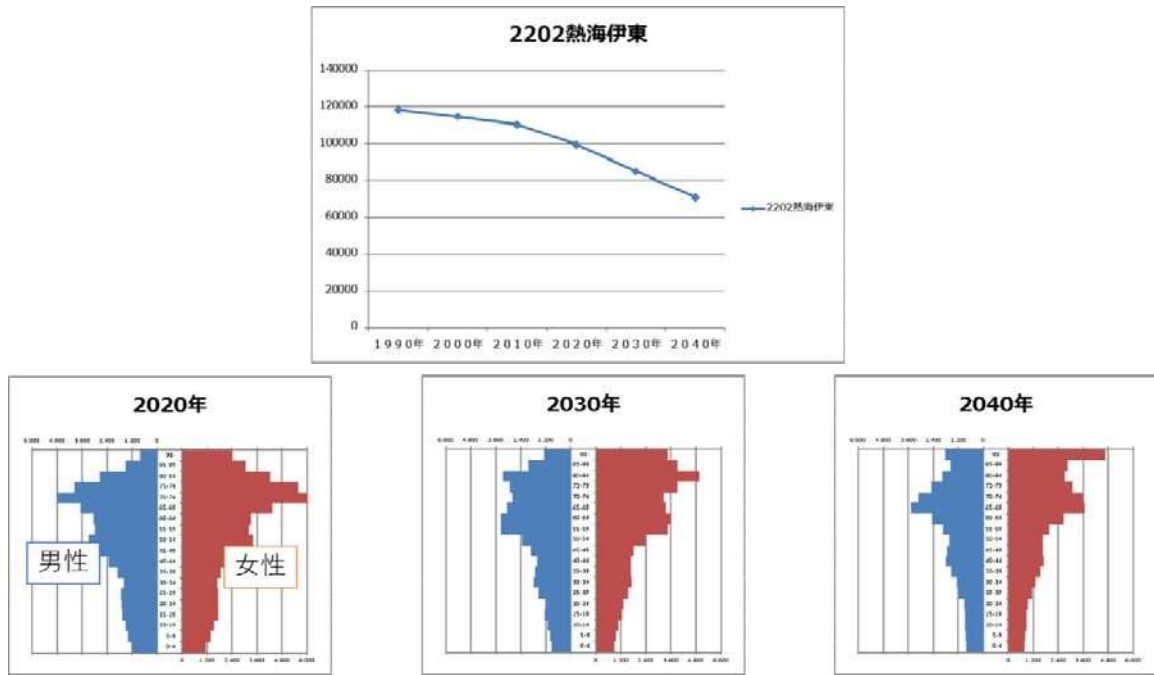
- 賀茂医療圏の場合、急性期医療の主体は脳梗塞や肺炎、心不全といった内科的な疾患であり、手術症例は極端に眼科領域に偏っている。他の手術が必要な症例は隣接する医療圏の医療機関で治療を受けていることが推察される。

- 救急も含めて急性期の入院症例の多くが多様な内科系疾患であること、高齢患者が多いことなどを勘案すると、地域全体として病院総合医の確保が、今後安定的に入院医療を行っていくために必要であると考ええる。
- 一定以上、需要が継続する慢性期医療にどのように対応するのか？
 - 療養病床と在宅医療体制が弱いことを前提として、現在行われている介護施設におけるショートステイの活用を医療との連携の上で今後も維持していく必要がある。
 - 慢性期から発生する急性期への対応(肺炎、骨折、心不全、尿路感染症、再梗塞、・・・)→地域 RRS の必要性
 - 増加する介護ニーズにどのように対応するのか？→施設介護を大幅に増やすことは介護保険財政的に難しい。したがって、在宅ケアの提供量を増やすことが必要となる→在宅療養支援病院の整備が不可欠(圏域内の病院の積極的な対応が必要ではないか)
 - これらのニーズに応えるために、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者など、関係者間の情報共有の仕組みを実装する必要がある(i.e., はこだて医療介護連携サマリー)
 - 平野部が少なく、地域の交通事情の問題もあり、難しい点はあると思われるが、小規模な介護保険者(各自治体)で今後も介護保険を維持していくことは可能なのか？広域連合の創設なども検討すべきではないか。

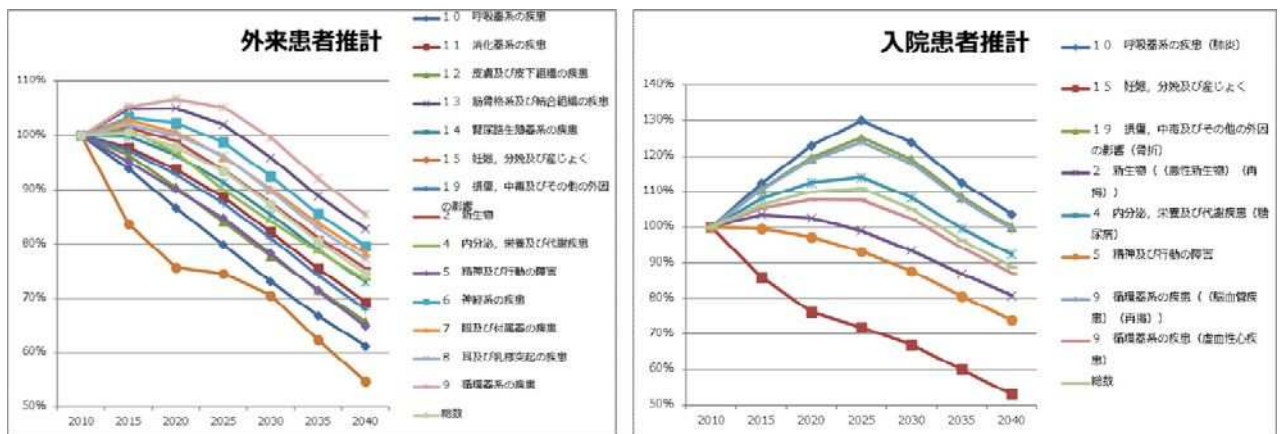
2. 熱海伊東医療圏

図表 3-2-1 から図表 3-2-2 に AJAPA を用いて推計した熱海伊東医療圏人口構造の変化とそれに対応した傷病別入院受療率と外来受療率を示した。また、図表 3-2-3-1 から図表 3-1-3-2 に熱海伊東医療圏内の市町別の介護需要の推移を示した。分析結果の概要は本節の最後にまとめて記載している。

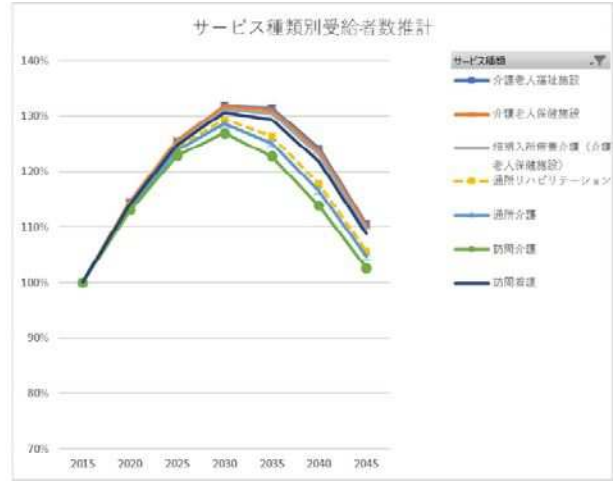
図表 3-2-1 人口推計の結果(熱海伊東医療圏)



図表 3-2-2 傷病別患者数の推移(熱海伊東医療圏)



図表 3-2-3-1 介護サービス提供量の推計（熱海伊東医療圏 熱海市）

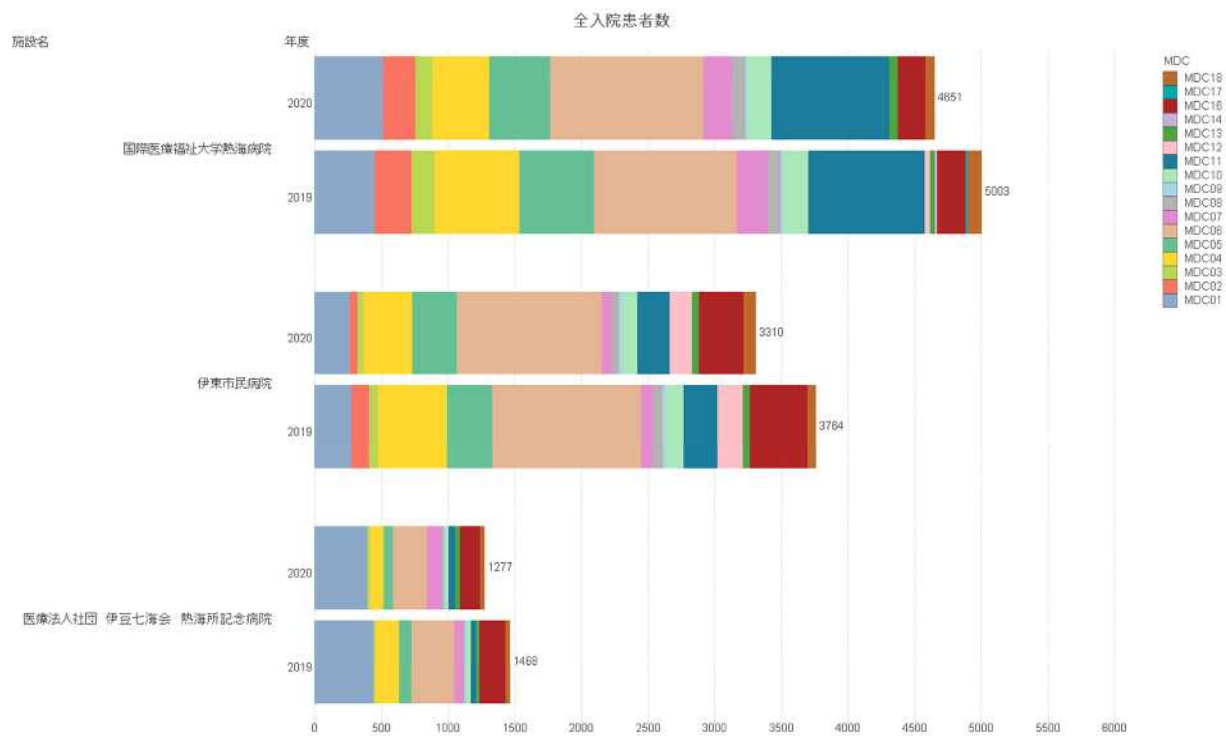


図表 3-2-3-2 介護サービス提供量の推計（熱海伊東医療圏 伊東市）

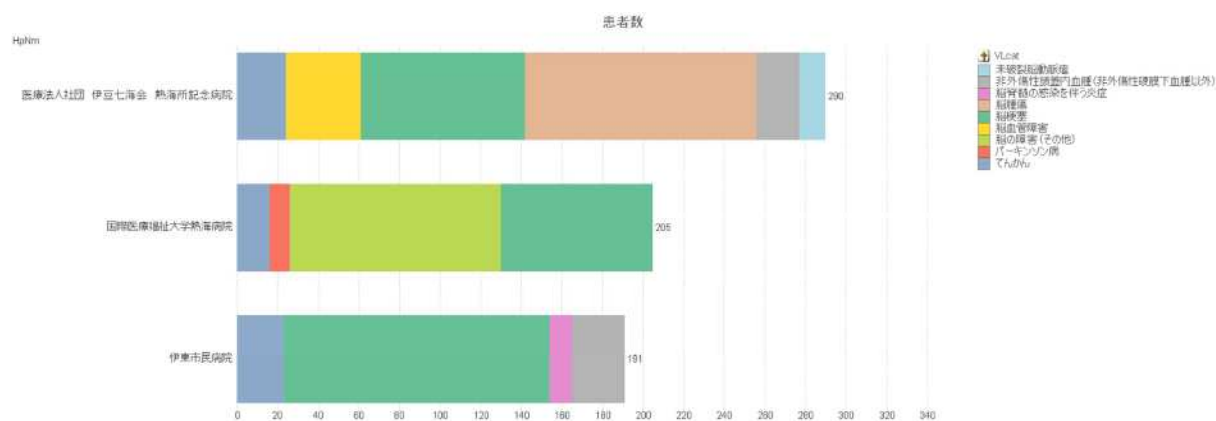


図表 3-2-4-1 から図表 3-2-8 に 2019 年度と 2020 年度(DPC6 析別は 2020 年度のみ)の熱海伊東医療圏内の DPC 対象病院の診療実績を示した。分析結果の概要は本節の最後にまとめて記載している。

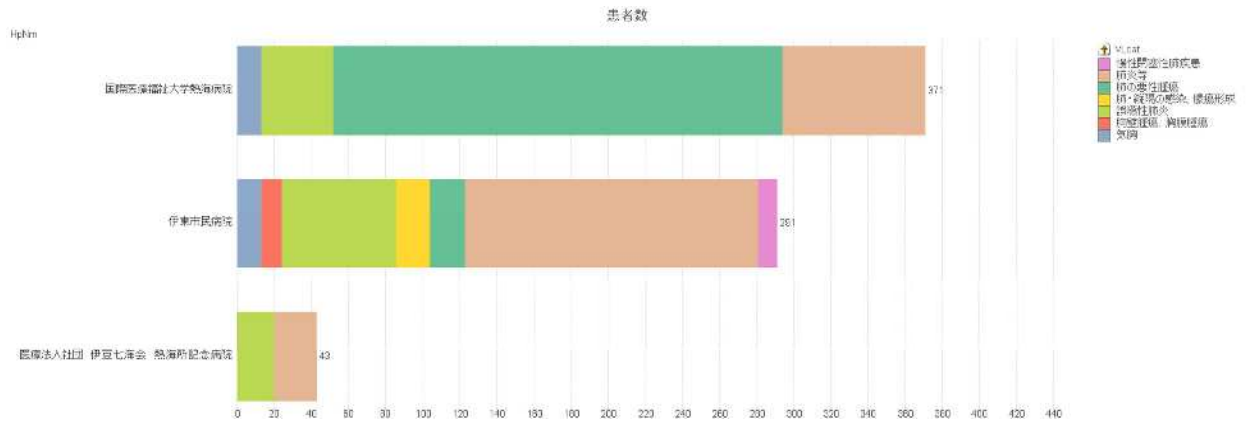
図表 3-2-4-1 MDC 別入院患者数 全入院（熱海伊東医療圏 2019-20）



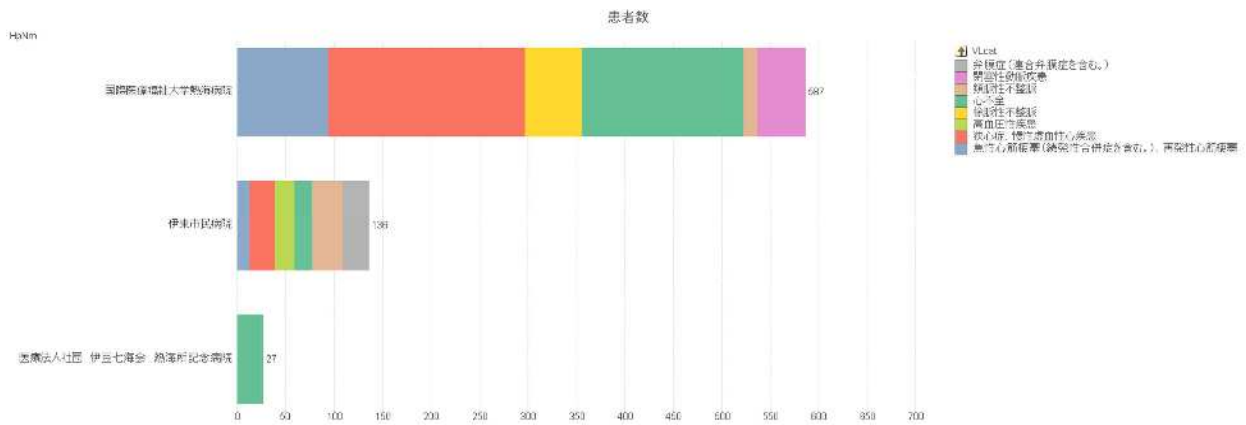
図表 3-2-4-2 DPC6 別入院患者数 MDC01 全入院（熱海伊東医療圏 2020）



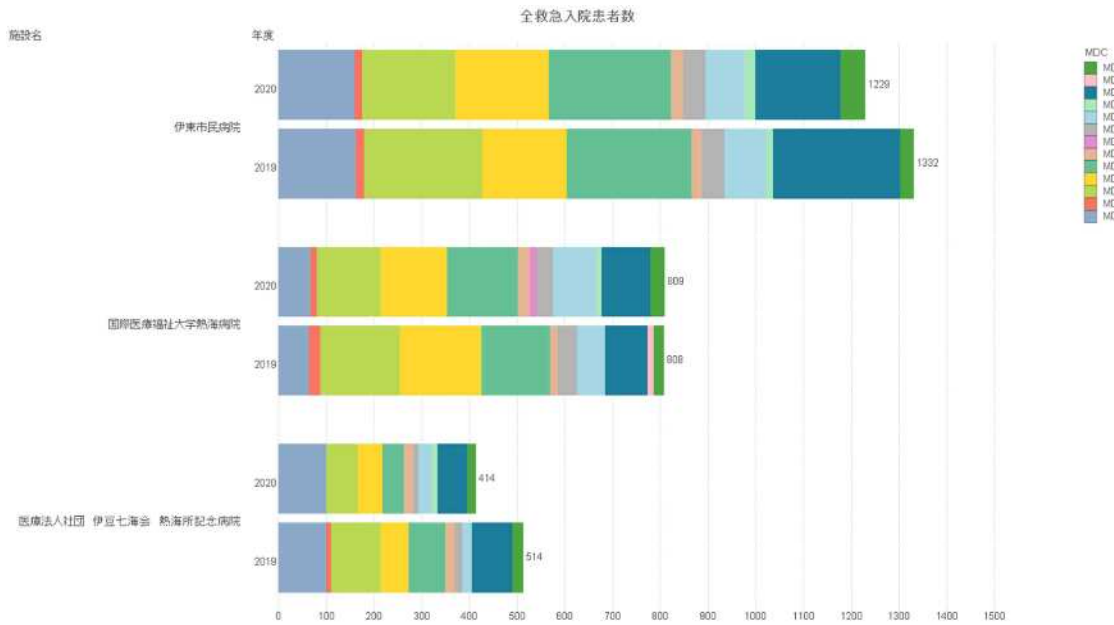
図表 3-2-4-3 DPC6 別入院患者数 MDC04 全入院（熱海伊東医療圏 2020）



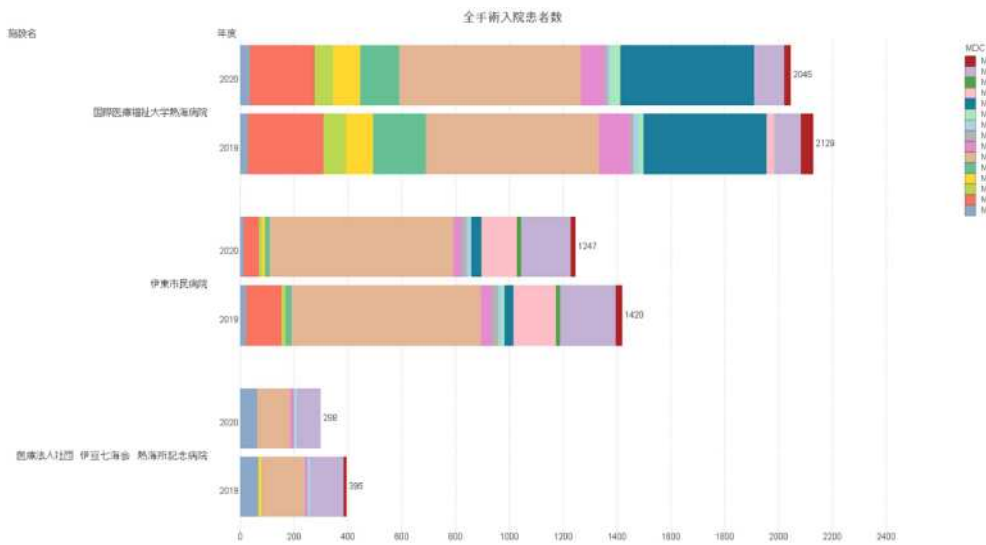
図表 3-2-4-4 DPC6 別入院患者数 MDC05 全入院（熱海伊東医療圏 2020）



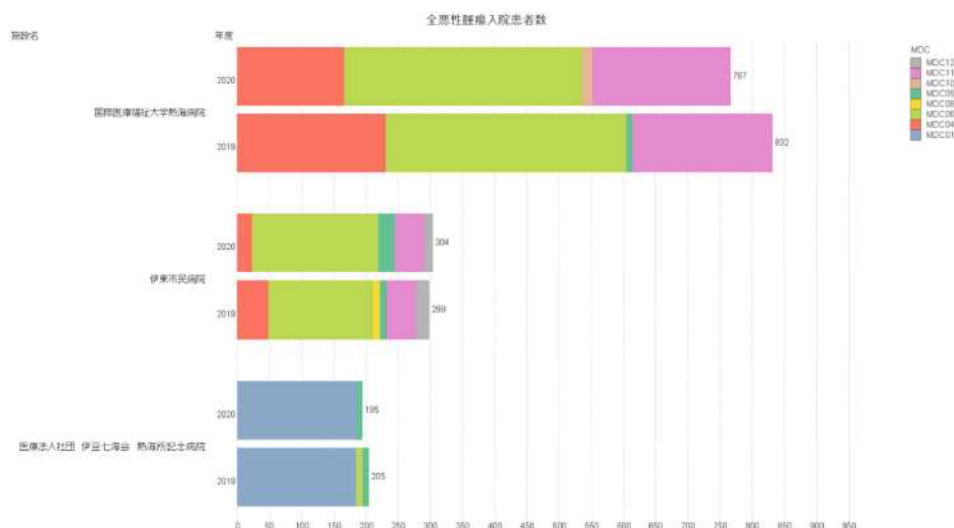
図表 3-2-5 MDC 別入院患者数 救急車搬送による入院 熱海伊東医療圏 2019-20)



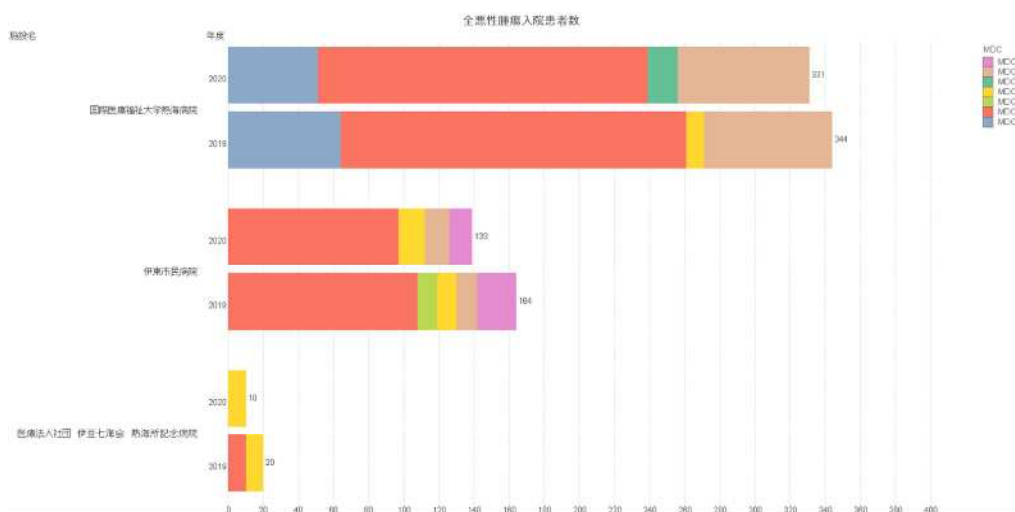
図表 3-2-6 MDC 別入院患者数 手術入院 (熱海伊東医療圏 2019-20)



図表 3-2-7 MDC 別入院患者数 全がん入院（熱海伊東医療圏 2019-20）



図表 3-2-8 MDC 別入院患者数 がん手術入院（熱海伊東医療圏 2019-20）



図表 3-2-9-1 から図表 3-2-13-2 に 2017(平成 29)年と 2020 年(令和 2 年)の病床機能報告を用いて分析した結果を示した。分析結果の概要は本節の最後にまとめて記載している。

図表 3-2-9-1 施設別にみた病床稼働率と平均在院日数 (R02 年度病床機能報告 熱海伊東医療圏)

高度急性期・急性期

病床数_患者数_UR_ALOS オープンデータ医療 機関コード 医療機関名	一般病床数	療養病床数	在床患者延べ数 年間	新規入床患者数 年間	病床稼働率	平均在院日数
2222020012 国際医療福祉大学熱海病院	523	0	145,364	11,790	76.1	12.1
2222020003 伊東市民病院	232	0	63,128	5,947	74.5	10.5
2222020008 医療法人社団伊豆七海会 熱海所記念病院	195	0	51,363	4,117	72.2	12.2
2222020008 医療法人社団伊豆七海会 熱海所記念病院	96	0	30,873	1,726	88.1	17.9

回復期・慢性期

病床数_患者数_UR_ALOS オープンデータ医療 機関コード 医療機関名	一般病床数	療養病床数	在床患者延べ数 年間	新規入床患者数 年間	病床稼働率	平均在院日数
2222020007 医療法人社団伊豆七海会 熱海 海の見える病院	164	157	105,095	1,188	90.5	85.7
2222020010 医療法人社団陽光会 南あみ 第一病院	76	36	40,513	350	99.1	114.6
2222020008 医療法人社団伊豆七海会 熱海所記念病院	0	90	24,966	36	76.0	201.4
2222020008 医療法人社団陽光会南あみ 第一病院	48	0	17,676	226	100.9	78.6
2222020003 伊東市民病院	40	0	13,396	391	91.8	34.3
2222020012 国際医療福祉大学熱海病院	0	31	9,444	165	83.5	55.1

図表 3-2-9-2 施設別にみた病床稼働率と平均在院日数 (H29 年度病床機能報告 熱海伊東医療圏)

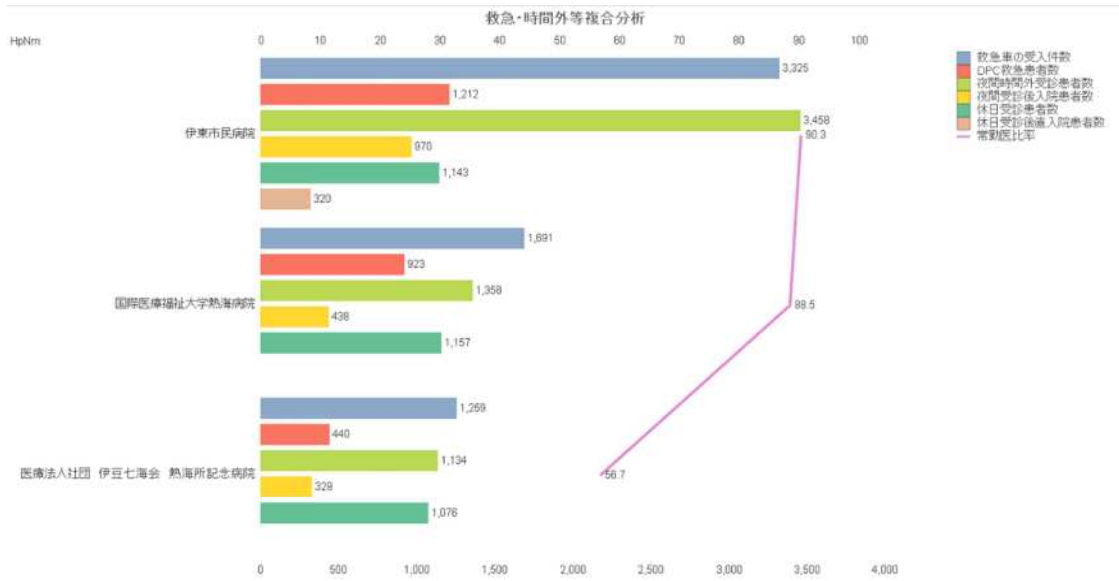
高度急性期・急性期

病床数_患者数_UR_ALOS オープンデータ医療 機関コード_H29 医療機関名	一般病床数	療養病床数	在床患者延べ数 年間	新規入床患者数 年間	病床稼働率	平均在院日数
2222020012 国際医療福祉大学熱海病院	590	0	170,355	13,972	79.0	12.3
2222020003 伊東市民病院	236	0	71,881	6,076	83.4	11.6
2222020008 医療法人社団伊豆七海会熱海所記念病院	306	0	49,507	5,545	65.8	9.2
2222020010 医療法人社団陽光会南あみ 第一病院	96	0	31,166	1,969	80.9	16.1
2222020010 医療法人社団伊豆七海会熱海海の見える病院	20	0	5,430	208	74.4	25.9
2222020007 医療法人社団伊豆七海会熱海海の見える病院	40	0	12,371	174	84.7	75.7

回復期・慢性期

病床数_患者数_UR_ALOS オープンデータ医療 機関コード_H29 医療機関名	一般病床数	療養病床数	在床患者延べ数 年間	新規入床患者数 年間	病床稼働率	平均在院日数
2222020003 伊東市民病院	121	346	127,735	1,237	74.9	108.8
2222020008 医療法人社団伊豆七海会熱海所記念病院	42	0	12,911	272	84.2	48.2
2222020012 国際医療福祉大学熱海病院	48	0	1,453	264	8.3	5.6
2222020012 国際医療福祉大学熱海病院	31	0	9,491	234	83.9	51.2
2222020007 医療法人社団伊豆七海会熱海海の見える病院	0	72	19,331	135	73.6	155.3
2222020006 医療法人社団とせ会熱海とせ病院	0	89	31,111	128	95.8	240.2
2222020010 医療法人社団陽光会南あみ 第一病院	0	90	22,782	114	69.4	191.4
2222020014 佐藤病院	0	52	15,234	53	80.3	304.7
2222020004 伊東病院	0	43	15,422	37	98.3	422.5

図表 3-2-10 施設別にみた救急医療の状況 (R02 年度病床機能報告 熱海伊東医療圏)



図表 3-2-11-1 施設別にみた職員状況 (R02 年度病床機能報告 熱海伊東医療圏)

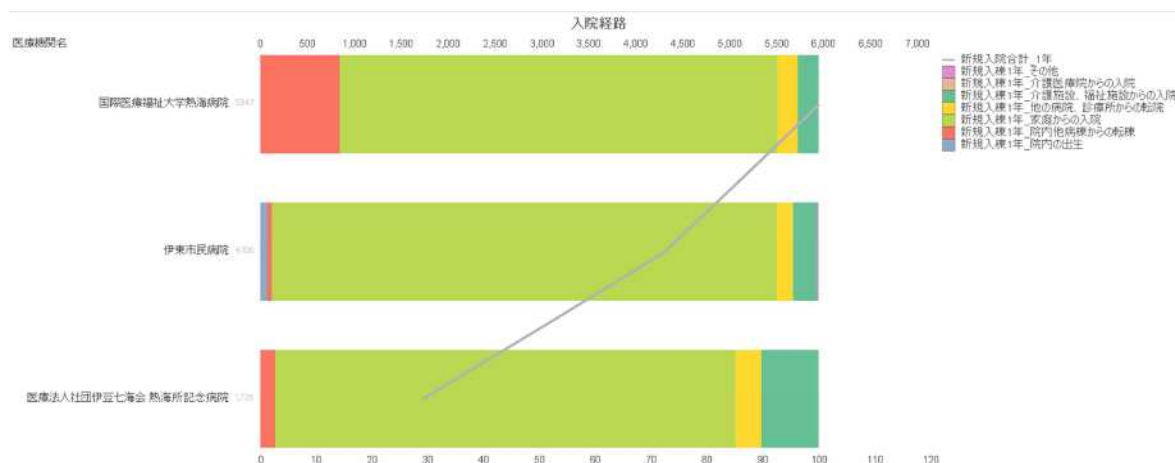
医療機関名	入院患者数合計_1年	退院患者合計_1年	常勤医師数	非常勤医師数	常勤看護師数	非常勤看護師数	常勤准看護師数	非常勤准看護師数	常勤医師割合	常勤正看護師割合
国際医療福祉大学熱海病院	6112	6,302	76.0	9.9	229.0	6.9	2.0	0.0	88.5	99.1
伊東市民病院	4697	4,679	38.0	4.1	151.0	5.2	5.0	0.0	90.3	96.8
医療法人社団伊豆七海会 熱海所記念病院	1952	1,952	14.0	10.7	82.0	8.2	8.0	0.9	56.7	91.1
医療法人社団伊豆七海会 熱海 海の見える病院	359	357	4.0	2.1	61.0	2.4	2.0	0.8	65.6	96.8
医療法人社団陽光会 南あたり第一病院	140	135	3.0	2.0	15.0	6.0	6.0	1.0	60.0	71.4

図表 3-2-11-2 施設別にみた職員状況 (H29 年度病床機能報告 熱海伊東医療圏)

医療機関名	入院患者合計_1年	退院患者合計_1年	常勤医師数	非常勤医師数	常勤看護師数	非常勤看護師数	常勤准看護師数	非常勤准看護師数	常勤医師割合	常勤正看護師割合
伊東市民病院	0	0	43.0	8.8	160.0	4.8	9.0	1.5	83.0	94.7
国際医療福祉大学熱海病院	0	0	60.0	6.2	229.0	7.1	2.0	0.0	90.6	99.1
医療法人社団伊豆七海会熱海所記念病院	0	0	13.0	8.4	82.0	5.8	9.0	2.0	60.7	90.1
医療法人社団陽光会南あたり第一病院	322	336	4.0	2.7	14.0	13.2	7.0	6.2	59.7	66.7
医療法人社団伊豆七海会熱海 海の見える病院	309	267	3.0	1.5	48.0	1.3	5.0	0.8	66.7	90.6
医療法人社団ちとせ会熱海ちとせ病院	128	131	2.0	0.8	8.0	4.5	10.0	0.4	71.4	44.4
佐藤病院	0	0	3.0	0.3	0.0	0.0	5.0	3.0	90.9	0.0
伊東病院	37	36	2.0	0.8	4.0	2.1	7.0	2.0	71.4	36.4

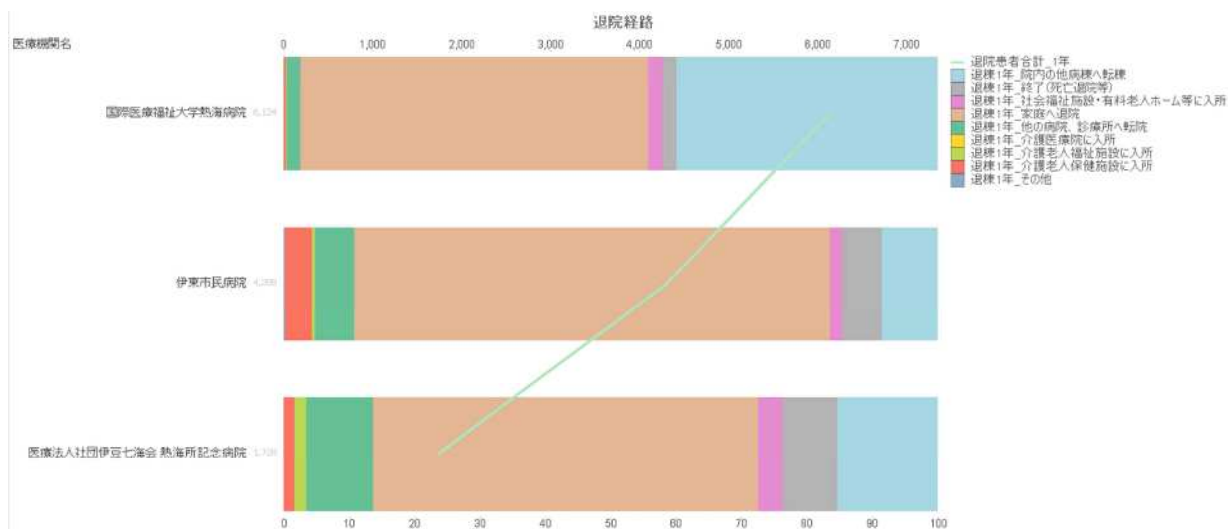
図表 3-2-12-1 施設別にみた入院経路の状況

(R02 年度病床機能報告 高度急性期・急性期 熱海伊東医療圏)



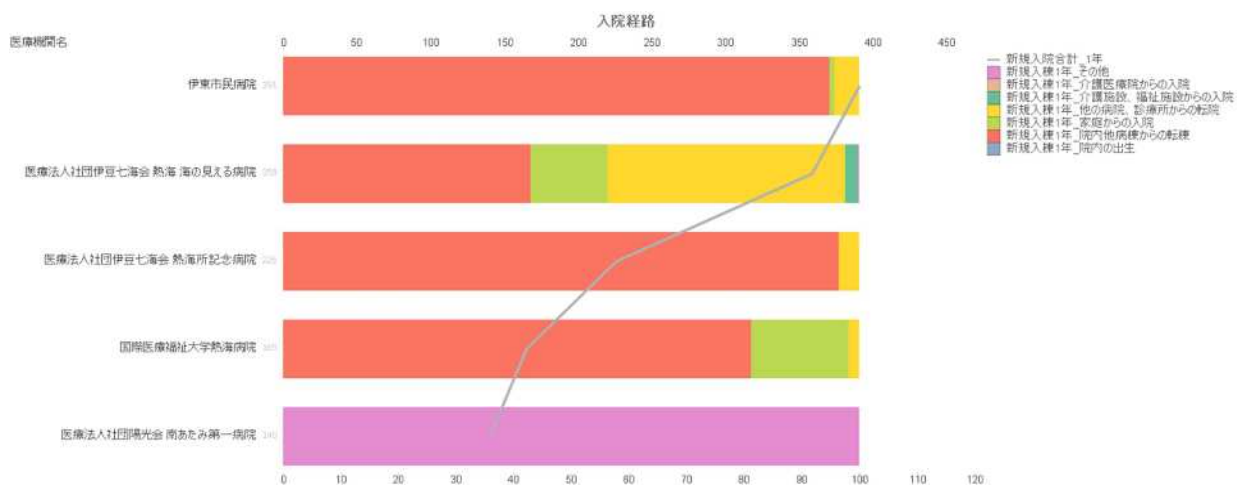
図表 3-2-12-2 施設別にみた退院経路の状況

(R02 年度病床機能報告 高度急性期・急性期 熱海伊東医療圏)



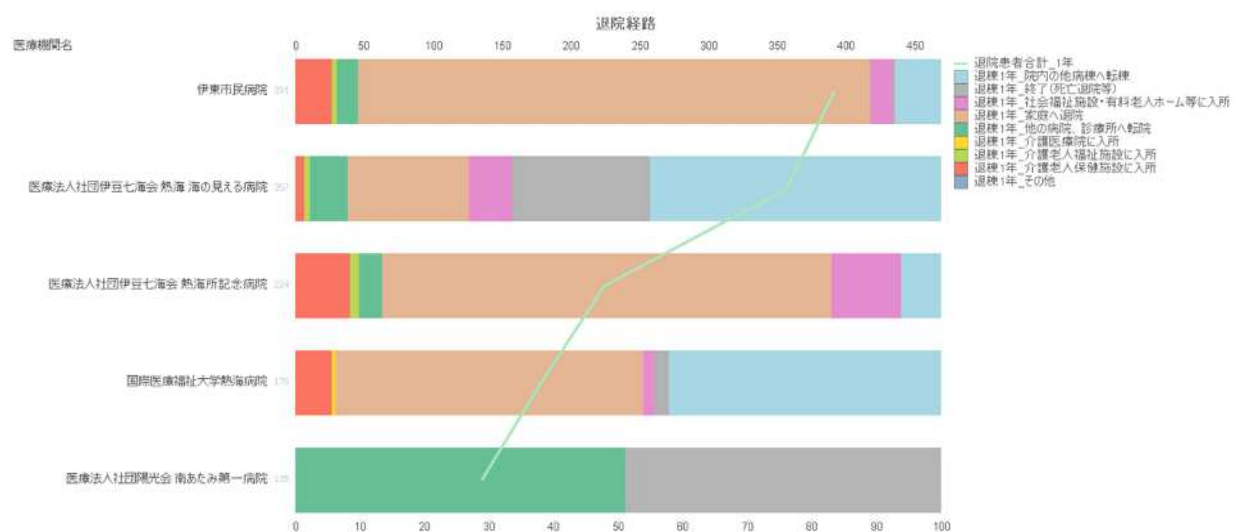
図表 3-2-13-1 施設別にみた入院経路の状況

(R02 年度病床機能報告 回復期・慢性期 熱海伊東医療圏)



図表 3-2-13-2 施設別にみた退院経路の状況

(R02 年度病床機能報告 回復期・慢性期 熱海伊東医療圏)



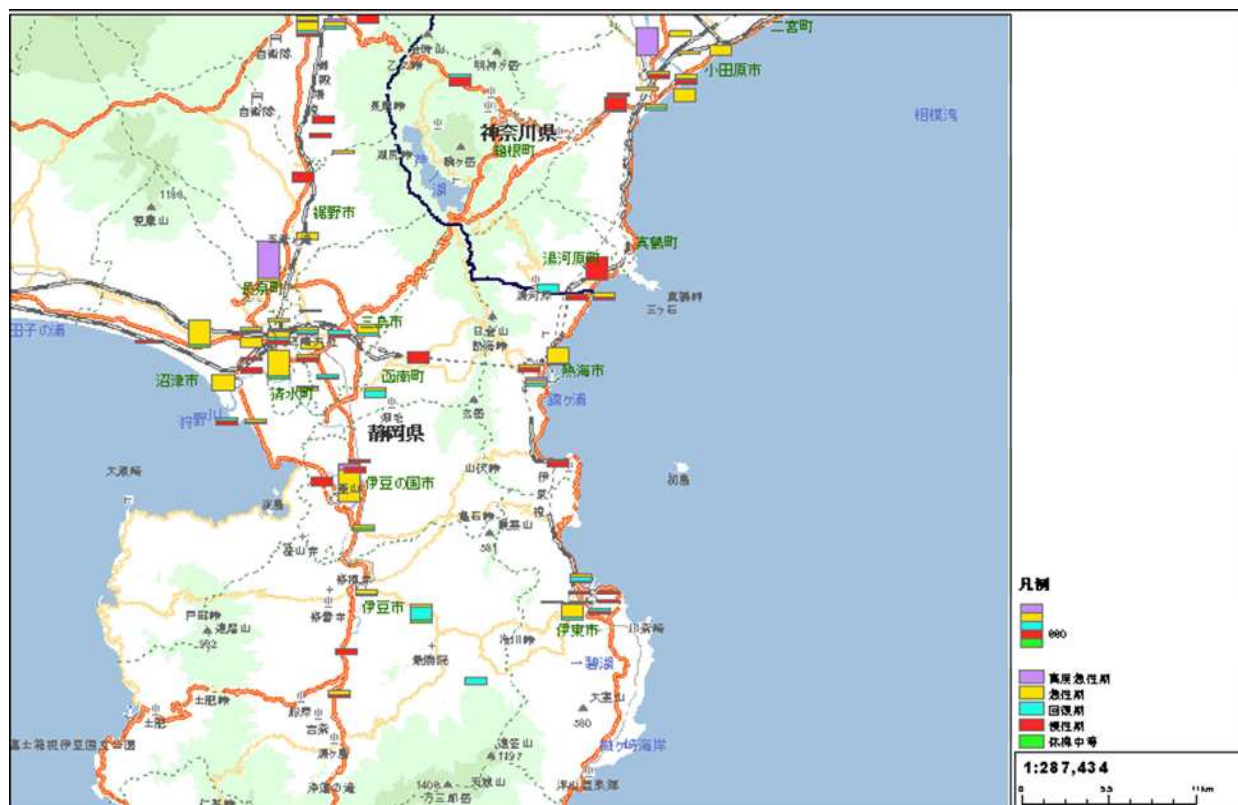
図表 3-2-14 に 2019 年における熱海伊東医療圏の二次医療圏別 SCR の状況を示した。分析結果の概要は本節の最後にまとめて記載している。

図表 3-2-14 静岡県の二次医療圏別 SCR の状況(2019 年)

二次医療圏	初再診料 外未	一般病棟 入院基本 料等	療養病棟 入院基本 料	回復期リ ハビリ テーション 病棟入院 料	地域包括 ケア入院 医療管理 料	往診等	在宅患者 訪問診療 料等	救急搬送 診療料	訪問看護 指示料	介護施設 SCR	サービス 付き高齢 者住宅 SCR	ショートス テイ SCR	訪問看護 SCR	通所サー ビスSCR	訪問介護 SCR
2201賀茂	68.1	56.6	0.0	133.6	141.6	68.2	48.5	92.1	27.2	119.5	6.4	132.3	49.6	85.8	91.0
2202熱海伊東	86.3	84.3	80.1	110.0	0.0	65.0	80.5	113.6	60.7	92.6	297.5	89.2	56.3	77.6	97.9
2203駿東田方	96.2	92.1	112.0	104.8	100.7	85.0	87.2	159.4	69.3	97.1	152.9	105.8	72.2	82.4	86.5
2204富士	96.9	73.1	94.4	126.1	78.0	78.6	74.3	26.6	67.5	87.1	112.8	91.0	43.8	112.3	68.5
2205静岡	96.5	93.5	90.5	107.5	50.9	95.3	90.9	9.1	72.7	106.7	94.2	110.8	87.9	109.9	71.1
2200志太榛原	93.3	83.0	91.9	121.4	0.0	47.9	48.4	60.0	31.5	100.5	81.7	101.4	29.5	120.5	43.6
2207中東遠	91.1	70.3	115.8	131.3	45.4	47.2	48.0	37.4	51.5	119.0	15.8	85.1	66.7	137.7	30.3
2208西部	96.6	93.4	96.0	87.7	54.8	76.7	68.7	47.0	71.1	128.4	125.2	118.4	65.1	116.9	37.6

図表 3-2-15 に 2019 年における熱海伊東医療圏の病院の地理的分布を示した。分析結果の概要は本節の最後にまとめて記載している。

図表 3-2-15 熱海伊東医療圏の病院の地理的分布(2019 年病床機能報告)



以上の資料を基に熱海伊東医療圏の現状と課題を列挙すると以下のようになる。

- 1990年以降人口が減少。入院需要は2025年まで漸増した後低下する。入院数の増加の主体は急性期以後。外来需要は2015年以降低下。ただし、熱海伊東医療圏は別荘地であるため、この地域に住所を登録していない人口が相当数いることに留意する必要がある。
- 入院需要は肺炎、心不全、骨折、脳血管障害が2025年まで特に増加、その後も他の傷病よりも多い状況が継続する。これらの傷病については要介護高齢者からの発生が増加する。
- 慢性期の医療・介護サービスを必要とする後期高齢者の絶対数が増加する。介護需要をみると、熱海市は2030年、伊東市は2035年まで増加しその後減少する。2015年の要介護度別の利用状況を前提とすると、2市とも施設介護のニーズが在宅介護の伸びより若干高い。県内の他地域に比べて、相対的に現役世代の減少が大きいと、介護サービスの担い手の確保が課題になると予想される。
- SCRで見ると回復期リハビリテーション以外の入院医療、外来医療、在宅医療の提供量は全国よりいずれも少ない。介護領域では全国に比較するとサービス付き高齢者施設の提供量が多いが、他のサービスは少ない。
- 急性期入院の中心は国際医療福祉大学熱海病院と伊東市民病院、熱海所記念病院で、いずれの施設もほぼ全領域の診療科に対応した入院医療を行っている。ただし、MDC12(産婦人科)は伊東市民病院の症例数が多い。圏域内の病院の地理的配置に問題はない。
- DPC対象病院の診療実績をMDC別にみると、MDC01では熱海所記念病院が最も症例が多く、国際医療福祉大学熱海病院とともに多様な疾患に対応している。伊東市民病院は主に脳梗塞の入院治療を行っている。MDC04では国際医療福祉大学熱海病院が肺の悪性腫瘍、肺炎、誤嚥性肺炎など多様な呼吸器疾患の入院治療を行っている。他の2病院は肺炎、誤嚥性肺炎が大半の症例を占めている。MDC05については国際医療福祉大学熱海病院が最も症例数が多く、伊東市民病院とともに虚血性心疾患、心不全など多様な循環器疾患の入院治療を行っている。
- 2019年、2021年度の病床機能報告を総合的にみると、高度急性期・急性期病床の中核を担っている国際医療福祉大学熱海病院と伊東市民病院の病床稼働率が80%を下回っている。ただし、この二病院の常勤医率はいずれも90%前後である。熱海所記念病院は常勤医率が60%を割り込んでいる。回復期・慢性期病院については熱海海の見える病院が病床稼働率99.1%、常勤医師率65.6%、南熱海第一病院が病床稼働率76.0%、常勤医師率60.0%となっている。

以上を踏まえて、熱海伊東医療圏における今後の医療提供体制の課題を以下のように整理した。

- 高度急性期・急性期については、専門医制度との関係性及び地理的配置も踏まえて、国際医療福祉大

学熱海病院と伊東市民病院の機能を維持することが最重要課題であるとする。

- 一定以上、需要が継続する慢性期医療にどのように対応するのか？
 - 療養病床を維持することは可能か？→非常勤医師の計画的確保(大学病院、地区医師会の協力)
 - 慢性期から発生する急性期への対応(肺炎、骨折、心不全、尿路感染症、再梗塞、・・・)→地域 RRS の必要性
 - 相対的に需要の高い介護ニーズにどのように対応するのか？→施設介護を大幅に増やすことは介護保険財政的に難しい。したがって、在宅ケアの提供量を増やすことが必要となる→在宅療養支援病院の整備が不可欠(圏域内の病院の在宅へのかかわり方に関する協議が必要)
 - これらのニーズに応えるために、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者など、関係者間の情報共有の仕組みを実装する必要がある(i.e., はこだて医療介護連携サマリー)