

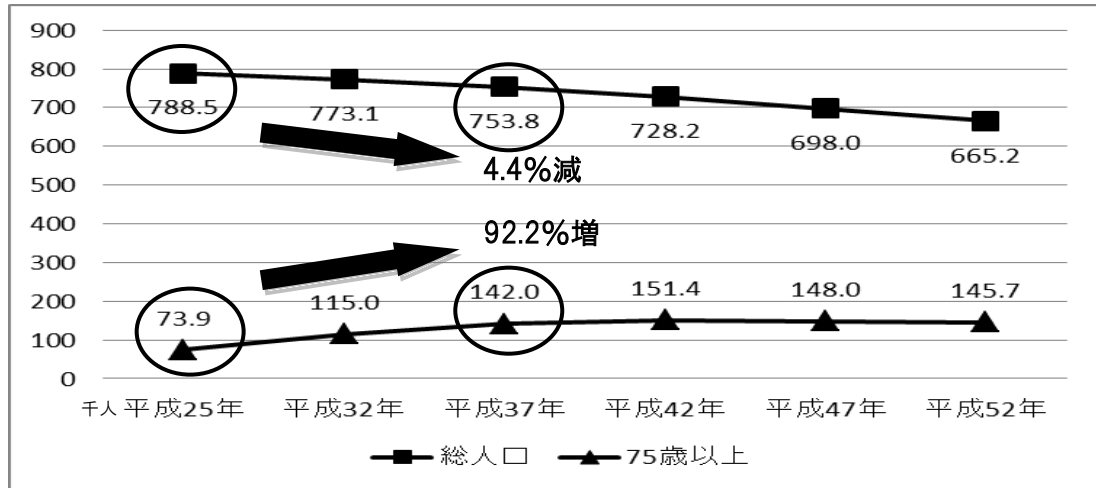
# 埼玉県地域医療構想

## (各区域の概要抜粋)

## 第8節 西部区域

### 1 区域の概要

- 区域内市町村：所沢市、飯能市、狭山市、入間市、日高市
- 人口推計



※平成25年：町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）  
平成32年～：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（平成25年3月推計）」

- 病院数：46（うち200床以上の病院：8）（平成27年4月1日現在）

#### ➤ 特定の医療機能を有する病院

- ・埼玉石心会病院…「地」
- ・防衛医科大学校病院…「救」「災」「特」
- ・独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院…「周」「地」
- ・埼玉医科大学国際医療センター…「救」「災」「がん」
- ※「救」救命救急センター 「災」災害拠点病院 「周」周産期母子医療センター  
「地」地域医療支援病院 「がん」がん診療連携拠点病院 「特」特定機能病院

#### ➤ 在宅療養支援医療機関等の状況

- ・在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数  
83（人口10万人当たり10.58）
- ・在宅療養支援歯科診療所届出数  
26（人口10万人当たり 3.32）
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数  
221（人口10万人当たり28.18）

※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理機関名簿」（平成28年4月1日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（平成28年1月1日現在）

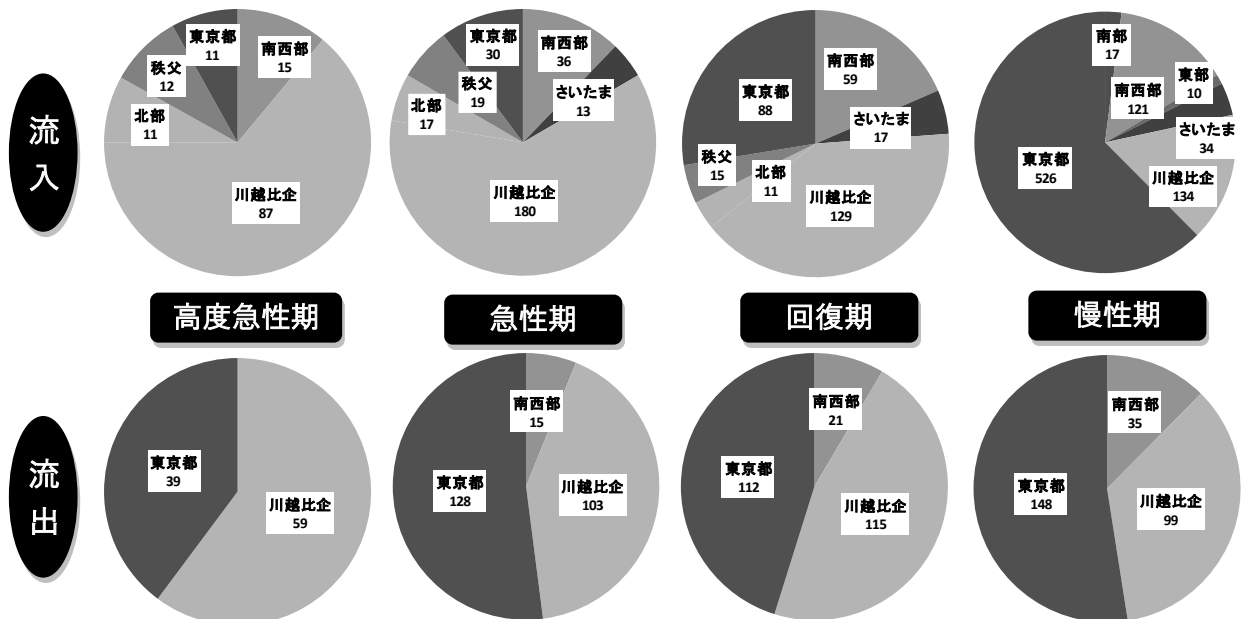
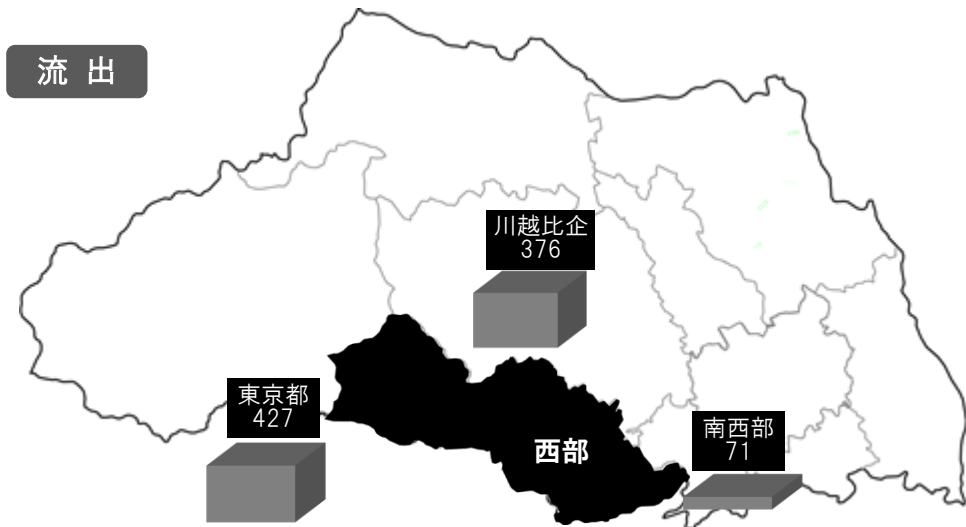
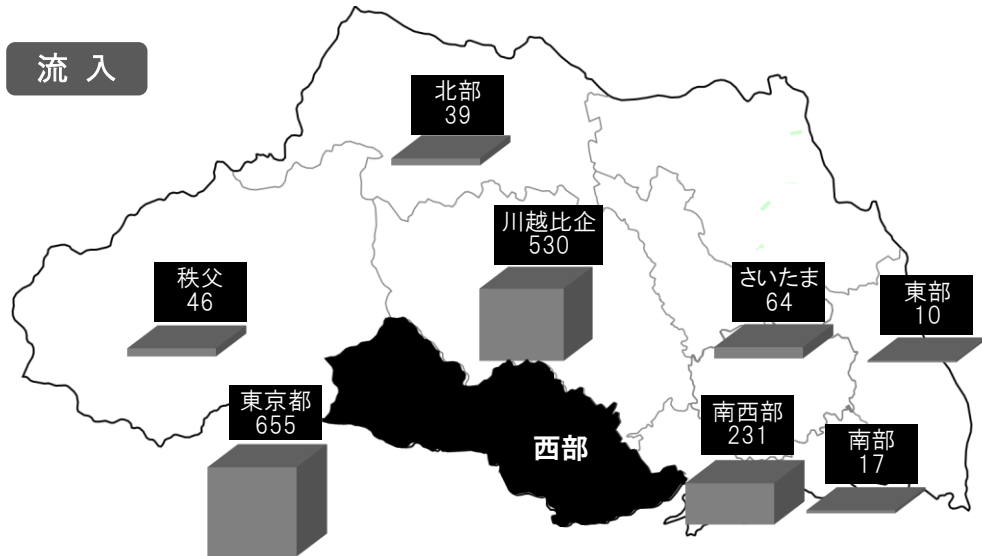
### 2 入院患者の受療動向（平成25年（2013年））

						(人/日)	
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	136	295	319	842	1,592	937	655
流出	98	246	248	282	874	447	427
(流入－流出)	38	49	71	560	718	490	228

**流入超過**

- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
- ・平成25年（2013年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

【区域・都県別】

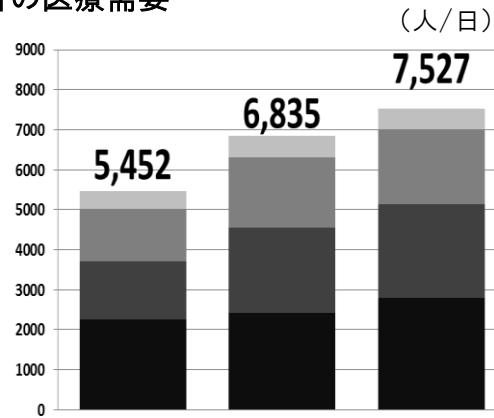


### 3 医療需要推計

平成37年（2025年）及び平成47年（2035年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

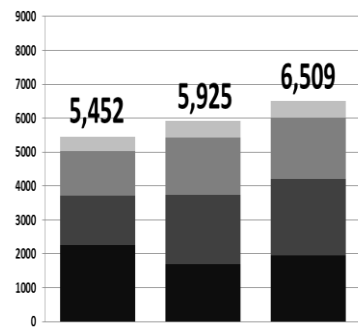
- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
- ・平成25年（2013年）医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区別に推計

#### (1) 入院患者の医療需要



	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	5,452	6,835	7,527
高度急性期	434	520	527
急性期	1,305	1,755	1,871
回復期	1,467	2,133	2,333
慢性期	2,246	2,427	2,796

(参考)  
流出入患者を見込まない場合



	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	5,452	5,925	6,509
高度急性期	434	485	491
急性期	1,305	1,697	1,810
回復期	1,467	2,048	2,247
慢性期	2,246	1,695	1,961

#### (2) 在宅医療等の必要量

	平成25年
全体	4,350
うち訪問診療分	1,833



	平成37年
全体	8,938
うち訪問診療分	3,244

#### (3) 病床の必要量

(1) を基に、機能区別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により平成37年（2025年）における病床の必要量を算出 (床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	無回答
平成37年 必要病床数推計 (a)	694	2,249	2,370	2,638	7,951	
平成27年度 病床機能報告 (b)	780	2,961	663	2,517	6,921	429
差引 (b-a)	86	712	▲1,707	▲121	▲1,030	
(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	647	2,176	2,276	1,842	6,941	

#### (4) 病床利用率

(%)

	一般病床	療養病床
全国	74.8	89.4
県全体	74.1	89.4
西部	71.3	89.8

平成26年病院報告

(参考)

平成37年(2025年)の推計患者を受入れるために必要な病床利用率 (%)

	一般病床	療養病床
県全体	82.6	92.0
西部	83.0	92.0

※平成37年の必要病床数を基に算出。なお、病床の定義は次のとおりとした。

- ・一般病床=高度急性期、急性期、回復期の合計
- ・療養病床=慢性期

#### 【参考資料1】入院基本料等からみた区域内の病床の現状

※平成27年度病床機能報告による報告結果

※人口：町(丁)字別人口(平成27年1月1日現在)

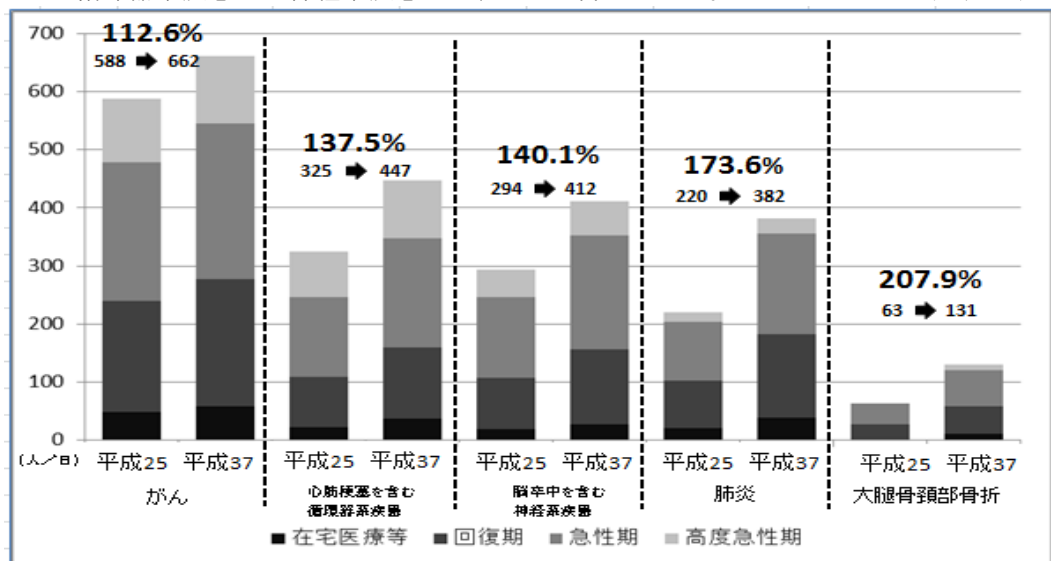
		病床数		
		実数	人口10万人あたり	
			区域内	県全体
一般病棟入院基本料	特定機能病院	516	65.7	16.1
	7対1	1,402	178.5	228.1
	10対1	1,039	132.3	76.1
	13対1	95	12.1	14.0
	15対1	367	46.7	31.6
回復期リハビリテーション病棟入院料		453	57.7	40.8
地域包括ケア病棟入院料・管理料		50	6.4	5.4
緩和ケア病棟入院料		8	1.0	4.0
特殊疾患入院料・管理料		233	29.7	7.8
療養病棟入院基本料		1,677	213.5	112.9
障害者施設等入院基本料		147	18.7	26.5

#### 【参考資料2】主な疾患の医療需要推計(医療機関所在地)

※療養病床については、診療報酬が包括算定されており推計ができないため、慢性期の需要は推計していません。

※循環器系疾患及び神経系疾患には、がんは含みません。

(人/日)



#### 4 医療提供体制の整備

西部区域は高齢者の増加などを背景として、平成37年（2025年）以降も医療需要が増加すると見込まれています。

東京都などから慢性期を中心に多くの入院患者を受け入れているものの、一般病床の利用率は全国平均、県平均を下回っている状況にあります。

また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不足が見込まれています。

さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。

これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

- ・ 高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。
- ・ 回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進めます。
- ・ 増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。
- ・ 在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。
- ・ ICTを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

#### 5 地域保健医療協議会における関係者の主な意見

##### (1) 医療機能の分化・連携及び病床の整備

###### ➤ 現状

- ・ 回復期リハビリテーション病棟の整備状況について、区域内で次のような大きなバラつきがある。  
所沢（人口10万人対87.9床）、飯能（56.6床）、日高（58.1床）は充足。狭山（27.6床）、入間（20.9床）は不足。（県平均42.3床）
- ・ 地域の連携検討会等を通じて連携が強化されており、地域医療連携は円滑に進められている。
- ・ 一方、医療機能の分化（急性期病院と回復期病院の役割分担など）について、患者や家族の理解が十分に得られず、転院の同意が得にくいことがある。

###### ➤ 今後の方向性

- ・ 区域に不足する地域包括ケア病床等回復期病床について、急性期からの機能転換を中心として最優先に整備を進める必要がある。なお、整備に当たっては、区域内における地域バランスに配慮する必要がある。
- ・ 各病院の病床機能別受入可能患者数がリアルタイムに把握できるシステムの構築を検討すべきである
- ・ 地域医療連携を推進するため、現状では十分に活用されていない「がん」のクリティカルパスの活用を進めることが必要である。
- ・ 地域住民に対し、医療機能の分化や在宅医療についての普及啓発を行っていく。
- ・ 地域医療介護総合確保基金を活用し、急性期治療や在宅療養患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う上で必要となる病床を整備する必要がある。

## (2) 在宅医療等の体制整備

### ➤ 現状

- ・ 訪問診療を担う医師（開業医、勤務医）の絶対数が不足しており、例えば、深夜における看取りなどの時間的拘束や急変時の受入れ病院の確保など、未だ医師個人レベルの負担になっている。また、訪問看護を担う看護師や在宅医療に関与する歯科医師、薬剤師も不足している。
- ・ 介護施設での看取りを増やすとしても、緩和ケアなどの医療行為を含むことから、介護職員のみでの対応には限界があり、社会的責任の在り方など多くの問題が残っている。
- ・ 各市医師会を中心に在宅医療連携拠点を設置し、往診医の登録や患者情報を共有するためのシステム導入、容態急変時の受入ベッドの確保が進められている。
- ・ 医師、看護師、介護福祉士などの多職種が連携し、在宅医療・介護サービスの更なる充実に向けたネットワーク作り（ワールドカフェ＝多職種連携座談会など）を進めている。

### ➤ 今後の方向性

- ・ 在宅医療を担うマンパワーを増やすため、居宅での救急診療体制の整備をはじめ、患者急変時の対応や患者の状態に応じた医療機関の役割分担の明確化などを進めることが重要である。
- ・ ワールドカフェ等により、在宅医療・介護関係者に対する研修をはじめ情報の共有支援、地域住民への普及啓発等を推進する。
- ・ 往診医の確保や充実、往診医を支える仕組み等の整備について、地域医療介護総合確保基金の活用を図るべきである。