

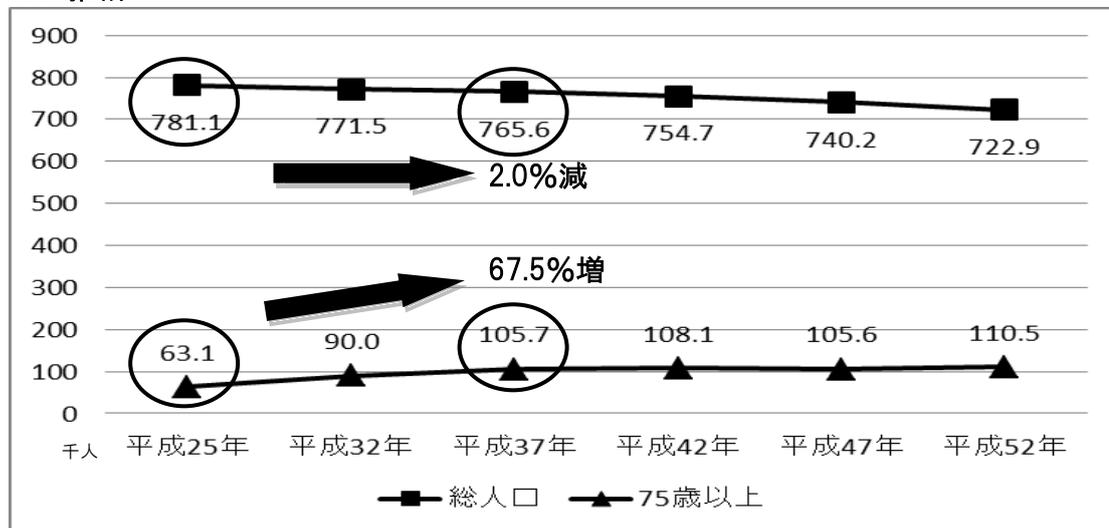
埼玉県地域医療構想

(各区域の概要抜粋)

第2節 南部区域

1 区域の概要

- 区域内市町村：川口市、戸田市、蕨市
- 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：28（うち200床以上の病院：6）（平成27年4月1日現在）
- 特定の医療機能を有する病院

- ・川口市立医療センター…「救」「災」「周」「がん」
- ・埼玉県済生会川口総合病院…「災」「周」「地」「がん」
- ・戸田中央総合病院…「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

- 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
75（人口10万人当たり9.36）
- ・在宅療養支援歯科診療所届出数
29（人口10万人当たり3.62）
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数
209（人口10万人当たり26.09）

※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）

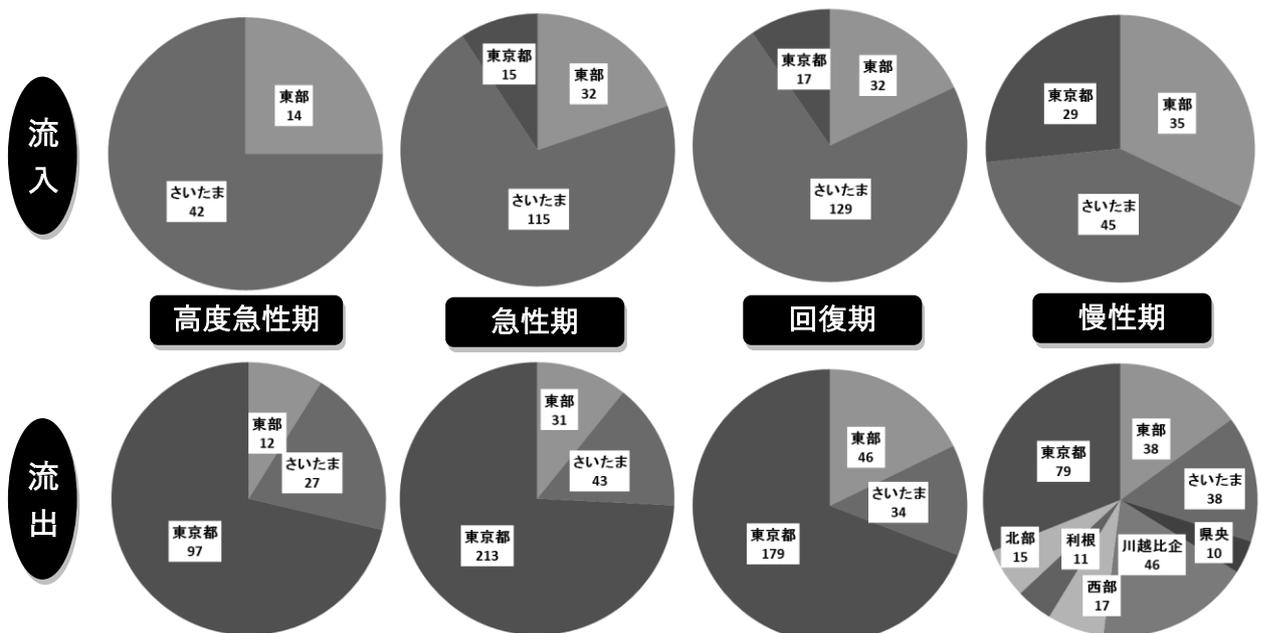
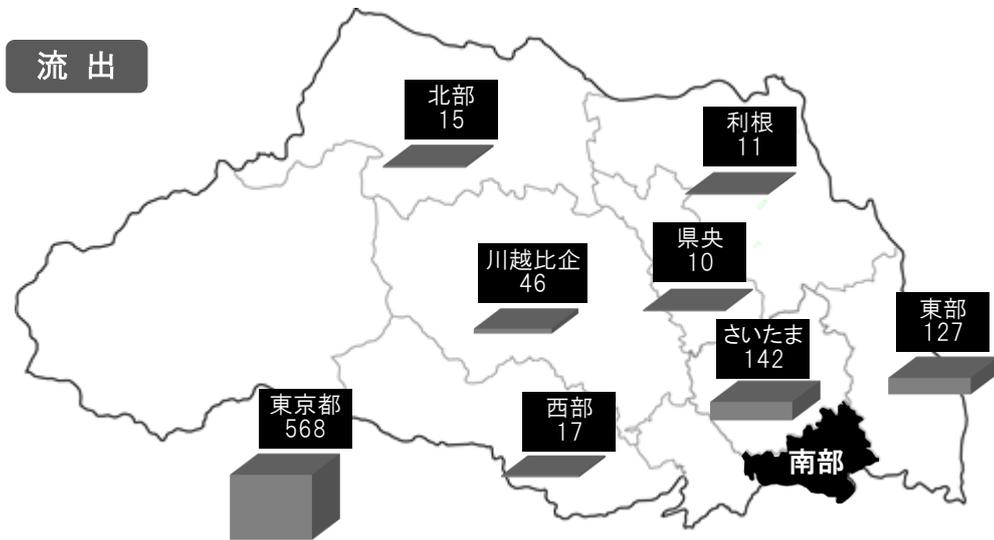
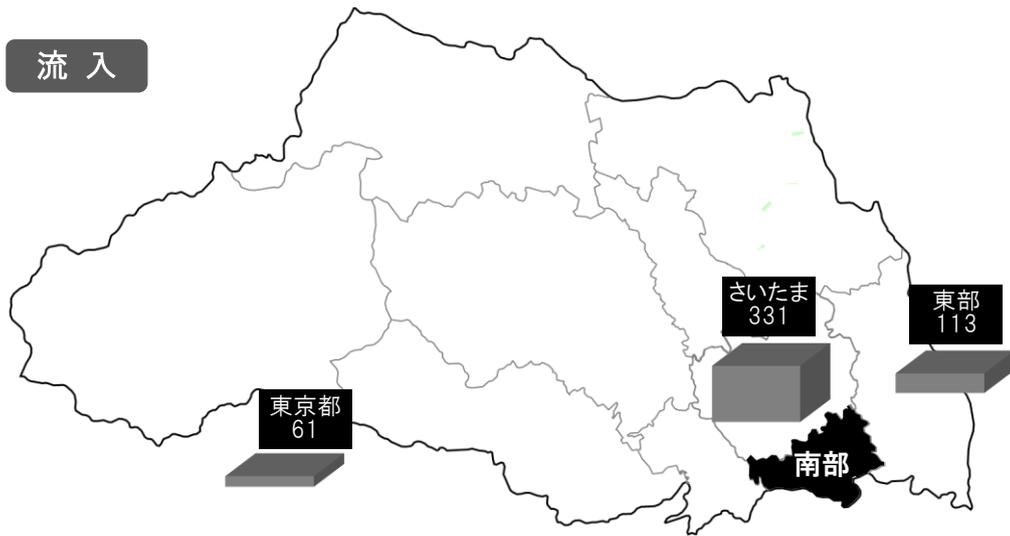
2 入院患者の受療動向（平成25年（2013年））

| | | | | | | (人/日) | |
|---------|-------|------|-----|------|------|-------|------|
| | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 合計 | 県内 | 県外 |
| 流入 | 56 | 162 | 178 | 109 | 505 | 444 | 61 |
| 流出 | 136 | 287 | 259 | 254 | 936 | 368 | 568 |
| (流入－流出) | ▲80 | ▲125 | ▲81 | ▲145 | ▲431 | 76 | ▲507 |

流出超過

- ・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】



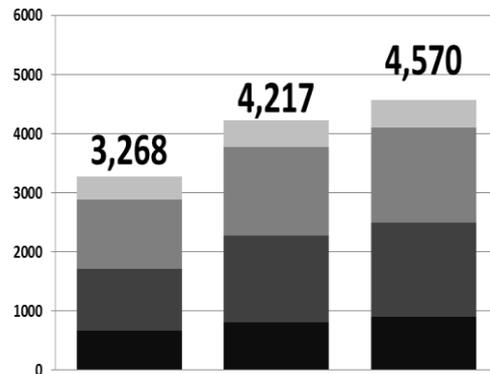
3 医療需要推計

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）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

(1) 入院患者の医療需要

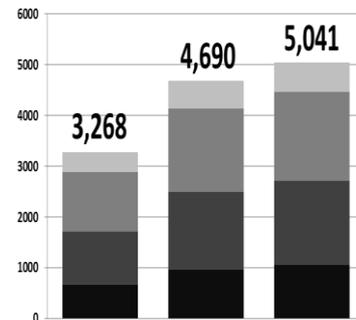
(人/日)



| | 平成25年 | 平成37年 | 平成47年 |
|-------|-------|-------|-------|
| 需要合計 | 3,268 | 4,217 | 4,570 |
| 高度急性期 | 391 | 457 | 481 |
| 急性期 | 1,167 | 1,499 | 1,607 |
| 回復期 | 1,055 | 1,460 | 1,586 |
| 慢性期 | 655 | 801 | 896 |

(参考)

流出入患者を見込まない場合

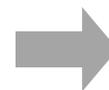


| | 平成25年 | 平成37年 | 平成47年 |
|-------|-------|-------|-------|
| 需要合計 | 3,268 | 4,690 | 5,041 |
| 高度急性期 | 391 | 557 | 584 |
| 急性期 | 1,167 | 1,636 | 1,745 |
| 回復期 | 1,055 | 1,541 | 1,667 |
| 慢性期 | 655 | 956 | 1,045 |

(2) 在宅医療等の必要量

(人/日)

| | 平成25年 |
|---------|-------|
| 全体 | 6,225 |
| うち訪問診療分 | 4,408 |



| | 平成37年 |
|---------|--------|
| 全体 | 10,740 |
| うち訪問診療分 | 7,518 |

(3) 病床の必要量

(1) を基に、機能区分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) | 609 | 1,922 | 1,623 | 871 | 5,025 | |
| 平成27年度 病床機能報告 (b) | 996 | 2,099 | 302 | 723 | 4,120 | 226 |
| 差引 (b-a) | 387 | 177 | ▲1,321 | ▲148 | ▲905 | |
| (参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数 | 743 | 2,097 | 1,712 | 1,039 | 5,591 | |

(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 |
| 南部 | 79.0 | 88.8 |

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 |
| 南部 | 82.2 | 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)

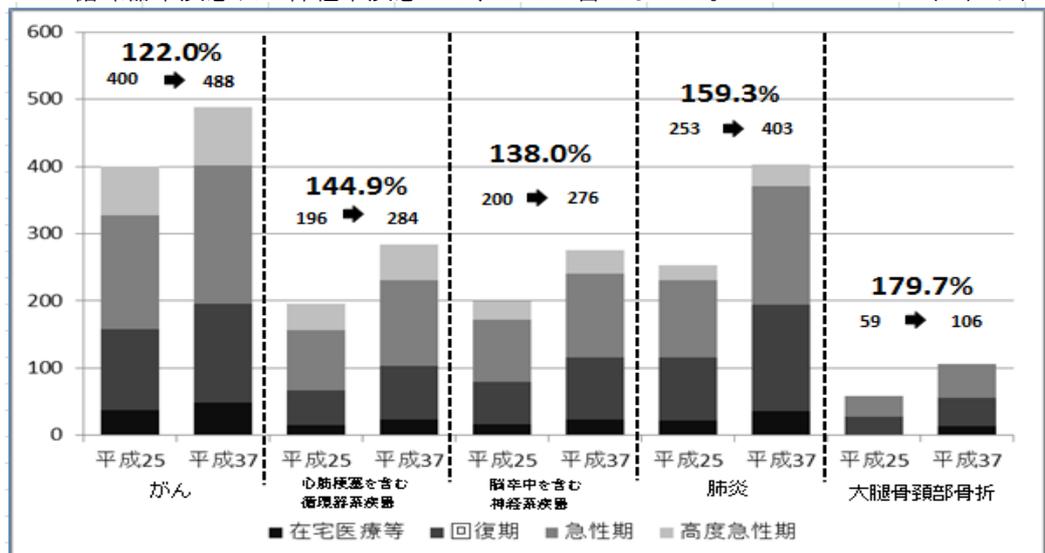
| | | 病床数 | | |
|-------------------|--------|-------|-----------|-------|
| | | 実数 | 人口10万人あたり | |
| | | | 区域内 | 県全体 |
| 一般病棟入院基本料 | 特定機能病院 | 0 | 0.0 | 16.1 |
| | 7対1 | 1,945 | 244.8 | 228.1 |
| | 10対1 | 554 | 69.7 | 76.1 |
| | 13対1 | 120 | 15.1 | 14.0 |
| | 15対1 | 165 | 20.8 | 31.6 |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料 | | 262 | 33.0 | 40.8 |
| 地域包括ケア病棟入院料・管理料 | | 78 | 9.8 | 5.4 |
| 緩和ケア病棟入院料 | | 42 | 5.3 | 4.0 |
| 特殊疾患入院料・管理料 | | 0 | 0.0 | 7.8 |
| 療養病棟入院基本料 | | 486 | 61.2 | 112.9 |
| 障害者施設等入院基本料 | | 42 | 5.3 | 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

南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。

区域内の一般病床利用率は極めて高いものの、東京都を中心に多くの入院患者が区域外に流出し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

- ・ 急性期を脱した患者の受け皿がなく、特に回復期の病床が不足している。
- ・ 急性期から回復期の病床に転院調整を行う上で、合併症の有無が大きなネックになっている。
- ・ 地域包括ケア病床を有する病院と急性期病院との間では、ある程度役割分担が構築されつつあるものの、こうした医療機能・連携についての情報が患者・家族等に対して必ずしも周知徹底されていない状況にある。

➤ 今後の方向性

- ・ 急性期病院の機能を明瞭化し、病床の回転を高めていくことにより、新たな病床の整備を最小限にとどめるべきである。
- ・ 不足する地域包括ケア病床等回復期病床については、急性期等からの転換や整備を進めるとともに、急性期病院においても一定数の回復期病床を確保する必要がある。
- ・ 急性期と慢性期治療の役割分担や在宅医療も含めた医療連携を今後さらに推進していくため、医療・介護・福祉・保健従事者が定期的に情報交換を行う機会を設ける。
- ・ 地域住民に対しては、医療機能の分化・連携について普及啓発を行い、住民の意識を変えていく必要がある。

(2) 在宅医療等の体制整備

➤ 現状

- ・ 訪問診療等を担う医療機関（特に夜間）が不足しており、在宅医療をバック

アップするための空きベッドが確保されていない状況にある。

- ・介護サービスが不足していることから、病院での治療後、急性期を脱しても居宅や介護老人保健施設等の施設での生活に移行できないケースが多い。また、治療後にスムーズに在宅医療に移行できないことが影響し、在宅患者の急変時の受入れに影響が生じるケースもある。
- ・「看取り」ができる在宅医療を支える人材の確保を含めた体制の整備が必要とされている。
- ・在宅療養へ患者を移行させるための急変時の対応、看取り等を行う医療機関が不足しており、在宅で看取りがなされるケースは極めて少数である。

➤ **今後の方向性**

- ・在宅医療の提供に当たり、患者やその家族、住民に対して訪問診療、訪問看護、介護保険などのサポートがあることを周知していく。
- ・患者が自宅で亡くなることを特別なことではないこととして受け入れられるよう、住民に対する啓発が必要である。
- ・在宅患者の容態急変時に対応するための空きベッドを確保するなど、バックアップ体制を強化することで、訪問診療を行う医療機関の増加が図れるのではないか。
- ・医師一人当たりの負担を軽減するため、訪問診療を担う診療所同士で複数のチームを作り、夜間や急変時に合同で対応できる体制の構築が必要である。
- ・課題の抽出や対応策を検討するための協議の場の設置、医療・介護サービス資源の把握、顔の見える関係構築を通じて、定期的に地域の体制を評価するとともに、随時軌道修正していけるような話合いの場を設ける。
- ・地域包括ケアを機能させるには、地域のネットワークを把握して適切な対応を行えるコーディネーターの存在が不可欠であることから、医療を含めた幅広い知識と経験が豊富な専門職（保健所及び市の保健師、薬剤師など）を育成する。
- ・介護老人保健施設など介護施設の受入能力を高めることが重要である。
- ・地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療介護連携を進めるための情報共有システムの導入を検討すべきである。