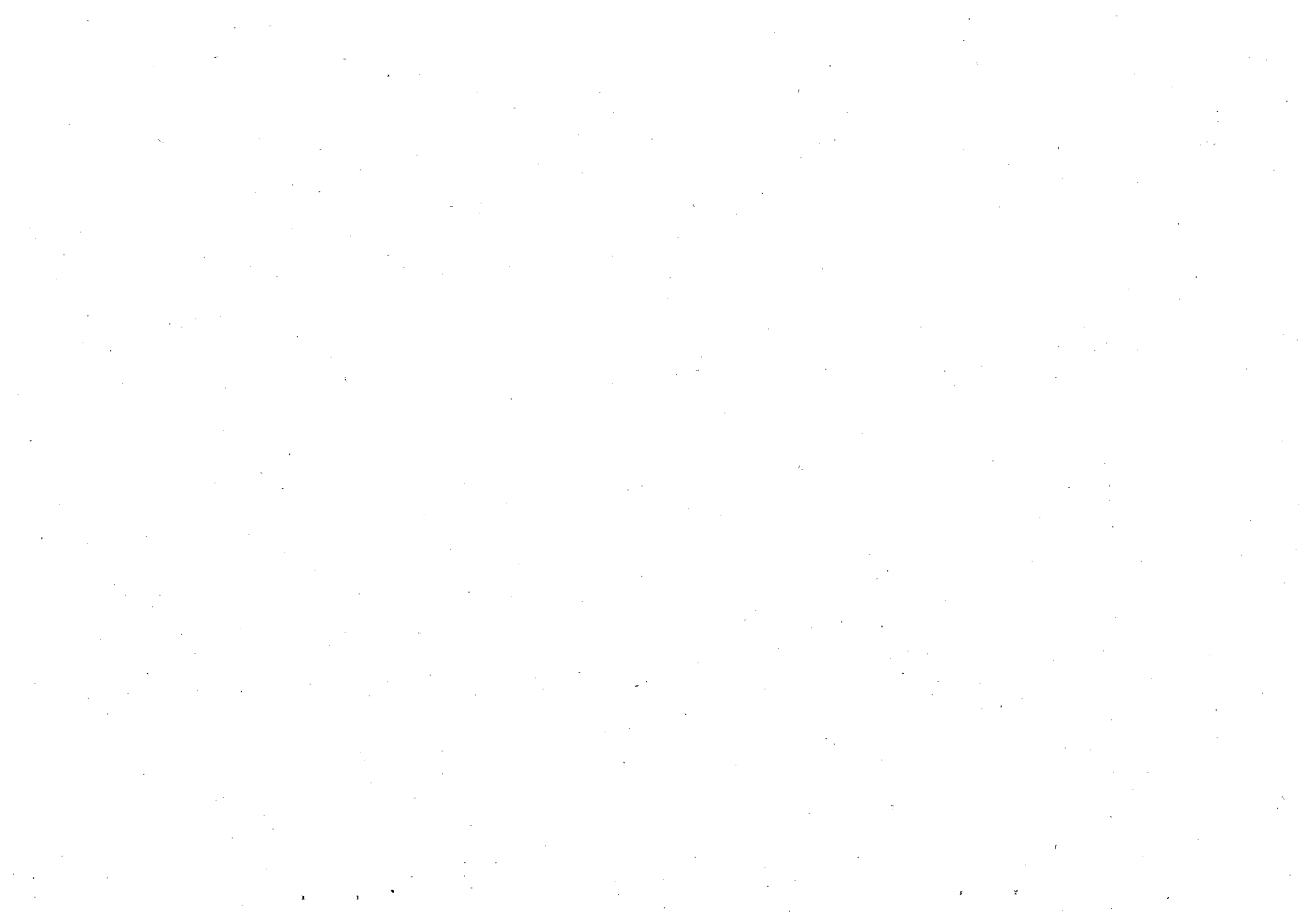


埼玉県地域医療構想（案）





目次

第1章 基本的事項	
第1節 地域医療構想策定の趣旨	2
第2節 地域医療構想の性格及び構成	2
第2章 区域の設定	
第1節 基本的な考え方	6
第2節 本県の二次医療圏（二次保健医療圏）の状況	6
第3節 区域の設定	6
第3章 本県の概況と平成37年(2025年)における医療需要等	
第1節 本県の概況	10
第2節 平成37年(2025年)における医療需要及び 必要病床数の推計	21
第4章 医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制	
第1節 将来の医療需要等を踏まえた医療提供体制整備の方向性	34
第2節 地域医療構想の推進体制	34
第5章 各区域の概要及び医療提供体制整備の方向性	
第1節 総論	38
第2節 南部区域	41
第3節 南西部区域	47
第4節 東部区域	53
第5節 さいたま区域	59
第6節 県央区域	65
第7節 川越比企区域	71
第8節 西部区域	77
第9節 利根区域	83
第10節 北部区域	89
第11節 秩父区域	96

第 1 章 基本的事項

- 第 1 節 地域医療構想策定の趣旨
- 第 2 節 地域医療構想の性格及び構成

第1節 地域医療構想策定の趣旨

急速な高齢化の進展により、本県においても、いわゆる「団塊の世代」の全てが75歳以上となる平成37年(2025年)には、年齢構成などの人口構造の変化に伴う医療・介護の需要の大きな変化が見込まれています。このような中、医療や介護を必要とする県民が、できる限り住み慣れた地域で必要なサービスの提供を受けられる体制を確保することが求められます。

そのためには、地域ごとに異なる条件や実情を踏まえ、限られた医療資源を効率的に活用できる医療提供体制の「将来像」を明らかにしていく必要があります。

こうした中、平成26年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)が成立し、改正された医療法(昭和23年法律第205号)が平成27年4月1日から施行されました。この改正により、各構想区域における将来の医療提供体制に関する構想(以下「地域医療構想」という。)が、各都道府県が定める医療計画の一部に加えられることとなりました。

そこで、医療法関係法令及び「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日付け医政発0331第53号。以下「ガイドライン」という。)に基づき、第6次の埼玉県地域保健医療計画(平成25年度～29年度)の一部として地域医療構想を策定するものです。

第2節 地域医療構想の性格及び構成

1 性格

地域医療構想は、医療法により都道府県に策定が義務付けられている医療計画において定める事項として同法第30条の4第2項第7号に規定されている将来(平成37年(2025年))の医療提供体制に関する構想です。

2 構成

地域医療構想は、次の内容により構成されます。

(1) 区域の設定

地域の特性を踏まえた医療提供体制を構築するための構想区域(以下「区域」という。)を設定します。

(2) 本県の概況と平成37年(2025年)における医療需要等

将来人口の見通し、入院患者の受療動向、病床利用率及び平均在院日数の状況を示します。

さらに、医療機能を、医療資源投入量(※)により、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能に区分して、将来の医療需要及び必要病床数を推計します。

また、在宅医療等についても患者数を推計します。

(※) 医療資源投入量：DPCデータやNDBのレセプト（診療報酬明細書・調剤報酬明細書）データに基づいて、患者に対して実際に行われた医療の内容に着目し、それを診療報酬の出来高点数で換算したものを、
 ・DPCデータ：診断と処置の組み合わせによる診断群分類を行ったデータ
 ・NDBレセプトデータ：厚生労働省が医療保険者等から収集した「レセプト情報・特定健診等情報データベース」のデータ

【図表1】医療機能区分

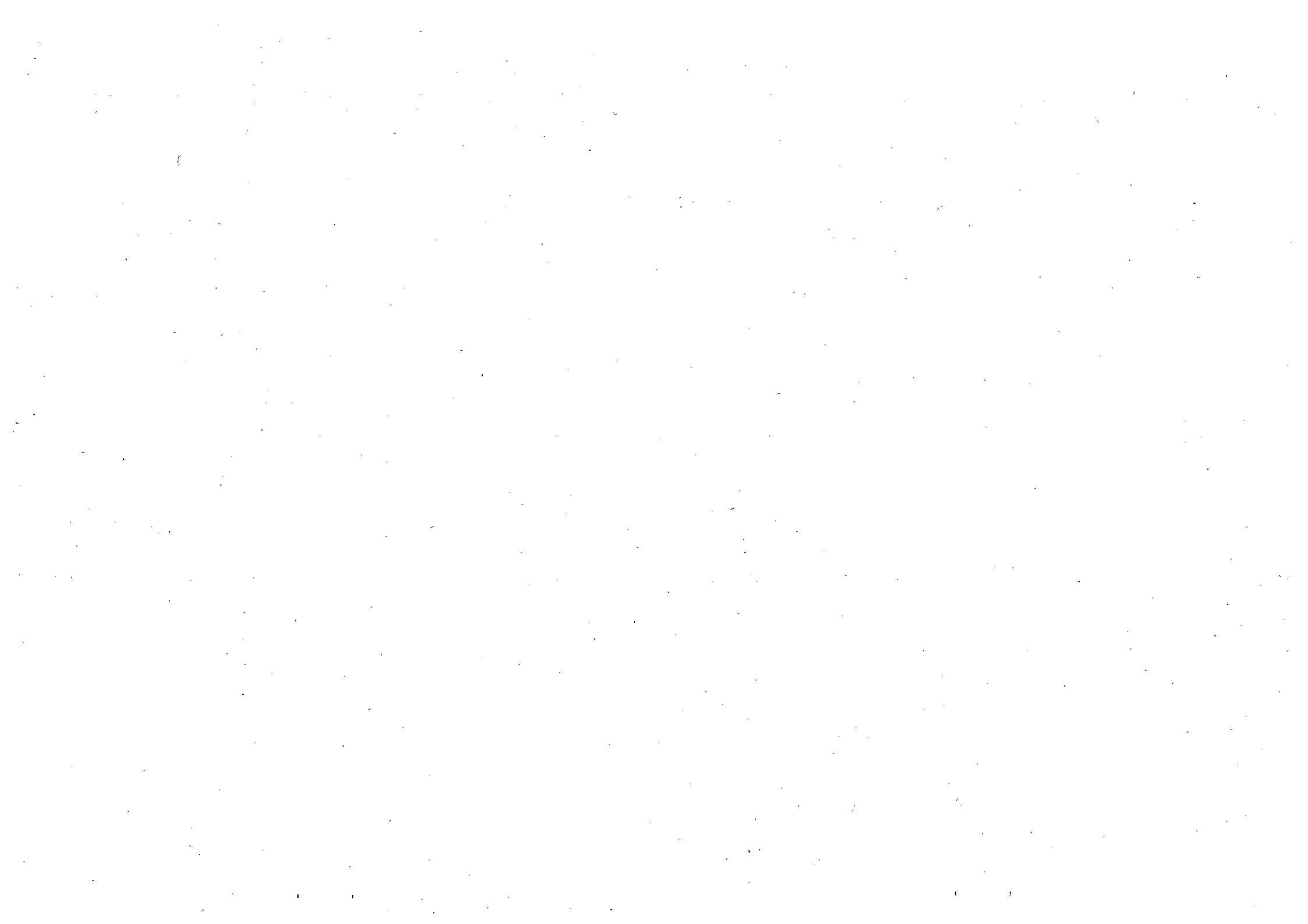
高度急性期機能	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの
急性期機能	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（高度急性期機能に該当するものを除く）
回復期機能	急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADL（日常生活における基本的動作を行う能力をいう。）の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。）
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者（長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者、難病患者その他の疾患の患者を含む。）を入院させるもの

(3) 医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制

平成37年（2025年）における医療需要等を基に、本県の医療提供体制整備の方向性を示します。
 さらに、将来の必要病床数など地域医療構想の達成を推進するための体制などを示します。

(4) 各区域の概要及び医療提供体制整備の方向性

地域医療構想は、区域ごとに策定することになっていきます。
 県内10区域ごとに、入院患者の受療動向を基に、将来の医療需要を推計し、その上で必要な医療提供体制の整備の方向性を示します。



第 2 章 区域の設定

- 第 1 節 基本的な考え方
- 第 2 節 本県の二次医療圏（二次保健医療圏）の状況
- 第 3 節 区域の設定

第1節 基本的な考え方

「区域」とは、地域における病床の機能の分化・連携を推進するために定めるもので、ガイドラインでは次のように示されています。

構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏（※1）を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。

また、介護保険事業支援計画で定める老人福祉圏域（※2）とも整合的な設定が求められています。

（※1）二次医療圏（医療法第30条の4第2項第12号）

地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位。埼玉県地域保健医療計画においては、これを「二次保健医療圏」として設定しています。

（※2）老人福祉圏域（介護保険法第118条第2項）

介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域。

第2節 本県の二次医療圏（二次保健医療圏）の状況

現在の二次保健医療圏は平成22年4月1日から設定されていますが、次の関係計画等との整合が図られています。

- ・埼玉県5か年計画における、地域特性の共通性や日常生活圏の一体性を考慮した「地域区分」
- ・埼玉県高齢者支援計画における「老人福祉圏域」
- ・埼玉県障害者支援計画における「障害保健福祉圏域」

また、各圏域には「地域保健医療協議会」を設置して、重点的に取り組む目標を定めるなど、地域保健医療計画の推進のための協議を行っています。

第3節 区域の設定

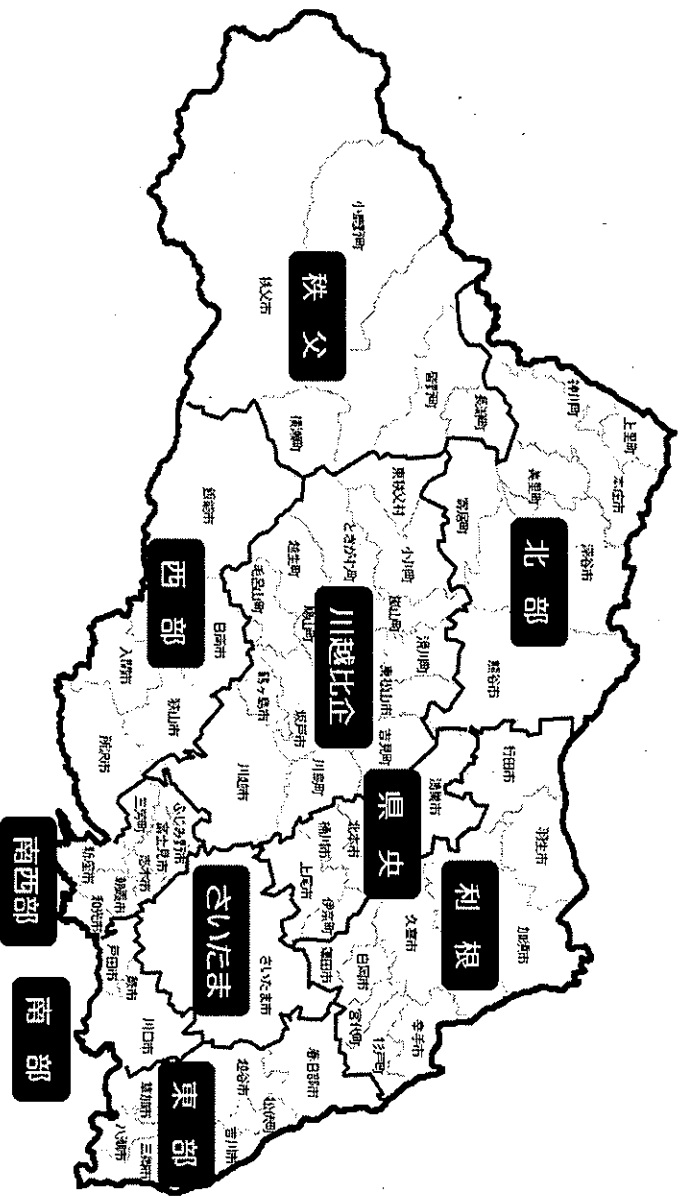
本県の区域については、第1節及び第2節を踏まえて、現在の二次保健医療圏と同様に、【図表2】のとおり設定することとします。

なお、構想策定後、この区域の設定が医療機能の分化・連携体制の構築の支障となるなどの不都合が生じる場合は、第7次の埼玉県地域保健医療計画（平成30年度～35年度予定）の策定時に二次保健医療圏と併せて見直しを行うこととします。

【図表2】 区域と区域内市町村

区域	区域内市町村	(参考) 区域内保健所
南部	川口市・蕨市・戸田市	川口
南西部	朝霞市・志木市・和光市・新座市・富士見市・ふじみ野市・三芳町	朝霞
東部	春日部市・草加市・越谷市・八潮市・三郷市・吉川市・松伏町	春日部・草加・越谷市
さいたま	さいたま市	さいたま市
県央	鴻巣市・上尾市・桶川市・北本市・伊奈町	鴻巣
川越比企	川越市・東松山市・坂戸市・鶴ヶ島市・毛呂山町・越生町・滑川町・嵐山町・小川町・川島町・吉見町・鳩山町・ときがわ町・東秩父村	東松山・坂戸・川越市
西部	所沢市・飯能市・狭山市・入間市・日高市	狭山
利根	行田市・加須市・羽生市・久喜市・蓮田市・幸手市・白岡市・宮代町・杉戸町	加須・幸手
北部	熊谷市・本庄市・深谷市・美里町・神川町・上里町・寄居町	熊谷・本庄
秩父	秩父市・横瀬町・皆野町・長瀨町・小鹿野町	秩父

【図表3】 区域図





第 3 章

本県の概況と平成 37 年
(2025年)における医療需要等

第 1 節 本県の概況
第 2 節 平成 37 年（2025年）における医療需要及び必要病床数の推計

第1節 本県の概況

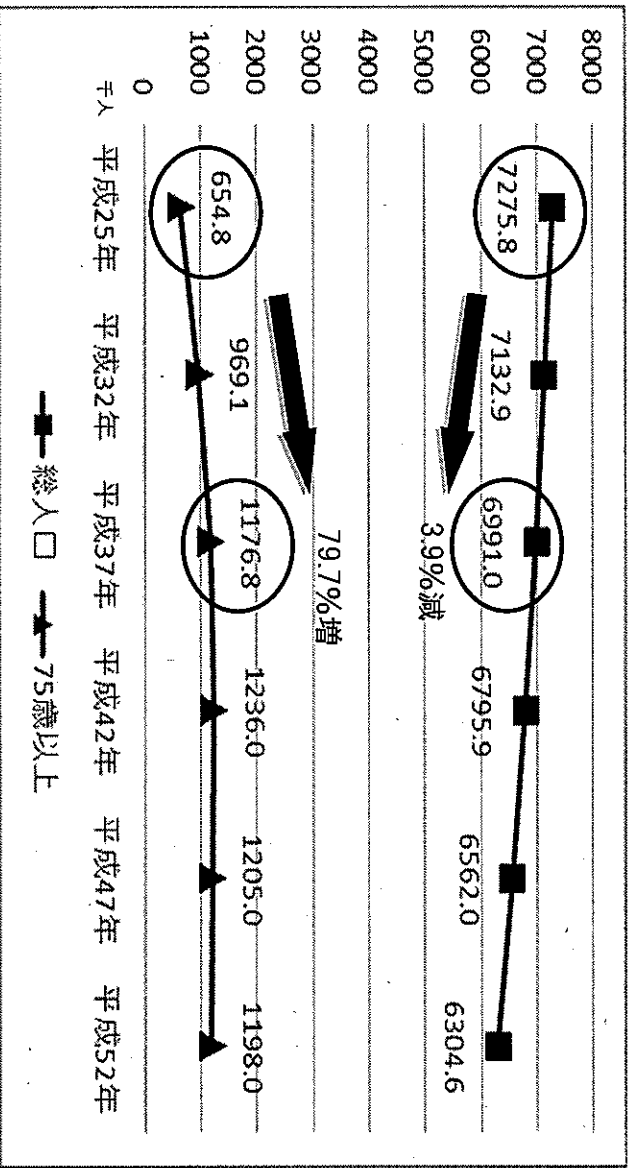
1 将来人口の見通し

総人口については減少が見込まれ、平成37年（2025年）には平成25年（2013年）と比べ3.9%の減少となっています。

一方、75歳以上の人口は大幅な増加が見込まれ、79.7%の増加となつていきます。増加傾向は平成42年（2030年）まで続き、その後減少に転ずる見込みです。

なお、総人口に占める75歳以上人口の割合は、平成25年（2013年）の約9%に対して平成37年（2025年）は約16.8%と、急速に高齢化が進むことが見込まれています。

【図表4】 将来推計人口



出典：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）」

2 入院患者の受療動向

(1) 医療機能全体の受療動向

患者の住所地と入院している医療機関の所在地が同一の区域内で完結している割合は、県全体で72.9%となっています。川越比企区域については、県内各区域から多くの患者が流入しています。

完結率が最も高いのは西部区域（80.1%）で、最も低いのは南西部区域（63.6%）となっています。

県外への流出先は主に東京都となっており、南部、南西部、東部の各区域など、県の南側からの流出の割合が高くなっています。

北部区域については、群馬県への流出率が高く（17.0%）なっているほか、利根区域については近隣都県に幅広く流出しています。

【図表5-1】入院患者の流出の状況（全体・平成25年（2013年））

入院患者数 （単位：人/日）	医療機関所在地															
	県内											県外				
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	2,373	2,163	127	142	10	46	17	11	15	0						588
南西部				39		311	231									655
東部	113		4,224	137		28	10	87	15					224	566	308
さいたま	331	70	188	3,689	259	195	64	128	39						308	27
県央				322	1,396	197	184	184	53						69	99
川越比企		138		61	59	3,461	530	15	109						427	
西部		71				376	3,315									427
利根			216	207	252	88		2,294	134					71	36	43
北部					38	229	39	41	2,023							486
秩父						58	46		36	509						
計																26,039

完結率及び流出率	医療機関所在地															
	県内											県外				
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	73.4%		3.6%	4.0%	0.3%	1.3%	0.5%	0.3%	0.4%	0.0%						16.2%
南西部		63.6%		1.1%		9.1%	6.8%									19.3%
東部	2.1%		78.2%	2.5%		0.5%	0.2%	1.6%	0.3%					4.1%	10.5%	
さいたま	6.3%	1.3%	3.6%	69.9%	4.9%	3.7%	1.2%	2.4%	0.7%						5.9%	
県央				13.5%	67.1%	8.3%	7.7%	7.7%	2.2%						1.1%	
川越比企		3.1%		1.4%	1.3%	77.9%	11.9%	0.3%	2.5%						1.6%	
西部		1.6%				8.6%	80.1%								9.7%	
利根			6.3%	6.1%	7.4%	2.6%		67.1%	3.9%					2.1%	1.1%	
北部					1.3%	8.0%	1.4%	1.4%	70.9%						1.3%	
秩父						8.9%	7.1%		5.3%	78.4%					17.0%	
計																72.9%

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意事項】

・慢性期の流出入患者数については、平成37年（2025年）の医療需要推計において在宅医療等に移行するとされている数を含んでいません

・流出入患者数が10人/日未満の場合は非公表となることから、集計していません

(2) 高度急性期の受療動向

区域内で完結している割合は、県全体で65.9%となっています。完結率が最も高いのは川越比企区域（73.2%）で、最も低いのは秩父区域（43.8%）となっています。

秩父区域では、主に川越比企区域及び西部区域に流出しています。県外への流出先は主に東京都となっており、県の南側からの流出の割合が高くなっています。

特に南西部区域については、完結率が低く（51.8%）、東京都への流出率が全区域中、最も高く（28.2%）なっています。

一方、北部区域では、群馬県への流出率が最も高く（24.6%）なっています。

【図表5-2】入院患者の流出の状況（高度急性期・平成25年（2013年））

入院患者数 （高度急性期） （単位：人/日）	医療機関所在地															
	県内										県外					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	307		12	27		49	15			0						97
南西部		191		10												104
東部	14		411	47											33	90
さいたま	42		17	444	23	27										63
県央				59	144	30		17		12						
川越比企				11		300	87									
西部						59	253								39	
利根			23	50	23	17		213	16						12	
北部						33			158							
秩父						15				21						
計																2,442

完結率及び流出率	医療機関所在地															
	県内										県外					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	69.3%		27%	6.1%		13.3%	4.1%			0.0%						21.9%
南西部		51.8%		2.7%												28.2%
東部	2.4%		69.1%	7.9%		4.4%									5.3%	15.1%
さいたま	6.8%		2.8%	72.1%	3.7%	12.0%		6.8%							10.2%	
県央				23.0%	57.6%	12.0%		6.8%		2.9%						
川越比企				2.7%		73.2%	21.2%									
西部						16.8%	72.1%									
利根			6.5%	14.1%	6.5%	4.8%		60.2%	4.5%							11.1%
北部						12.3%		59.0%								3.4%
秩父						31.3%		43.8%								
計																63.9%

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
【留意事項】図表5-1と同様

(3) 急性期の受療動向

区域内で完結している割合は、県全体で73.4%となっています。完結率が最も高いのは西部区域（79.0%）で、最も低いのは秩父区域（66.1%）となっています。

秩父区域については、隣接する川越比企、西部、北部の各区域へ流出しています。

県外への流出先は主に東京都となっており、県の南側からの流出の割合が高くなっています。

特に南西部区域については、完結率が低く（67.3%）、東京都への流出率が全区域中、最も高く（20.1%）なっています。

利根区域についても完結率が低く（67.3%）、県内他区域や近隣都県に幅広く流出しています。

また、北部区域については、群馬県への流出率が高く（18.5%）なっています。

【図表5-3】入院患者の流出の状況（急性期・平成25年（2013年））

入院患者数 【急性期】 （単位：人/日）	県内										県外					
	医療機関所在地										医療機関所在地					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	947		31	43												213
南西部		751		15		90	36									224
東部			1,346	29			18							79		225
さいたま			115	18	50	1,298	67	37	13	29						130
県央						104	548	45		60	20					16
川越比企						27		12	17	934	180			31		44
西部						15				103	927					128
利根								60	64		756					36
北部										11	75					
秩父											11				646	
計											24			19	20	123
																8,278

完結率及び流出 率	県内										県外					
	医療機関所在地										医療機関所在地					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	76.7%		2.5%	3.5%												17.3%
南西部		67.3%		1.3%		8.1%	3.2%									20.1%
東部			77.8%	1.7%			1.0%							4.6%		13.0%
さいたま			0.9%	2.8%	74.0%	2.1%	0.7%	1.7%		2.5%						7.4%
県央					13.1%	69.1%	5.7%	7.6%		2.5%						2.0%
川越比企						2.2%	1.0%			2.5%						3.5%
西部						1.3%	8.8%	79.0%		2.5%						10.9%
利根							5.3%	67.3%		4.2%						3.2%
北部								6.7%		1.4%						
秩父										1.2%						
計										12.9%				10.2%		66.1%
																73.4%

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
【留意事項】図表5-1と同様

(4) 回復期の受療動向

区域内で完結している割合は、県全体で73.6%となっています。完結率が最も高いのは川越比企区域(82.5%)で、最も低いのは南西部区域(61.6%)となっています。

県外への流出先は主に東京都となっており、県の南側からの流出の割合が高くなっています。

特に完結率が低い南西部区域(61.6%)については、東京都への流出率が全区域中、最も高く(22.6%)なっています。

利根区域についても完結率が低く(68.1%)、県内他区域や近隣都県に幅広く流出しています。

北部区域についても完結率が低く(67.4%)、群馬県への流出率が高く(20.9%)なっています。

【図表5-4】入院患者の流出の状況(回復期・平成25年(2013年))

入院患者数 (回復期) (単位:人/日)	医療機関所在地															
	県内						県外									
	南	南西	東	さびま	県央	川越比企	西	利根	北	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南	814		46	34												179
南西		612		14		84	59									225
東	32		1257	24				23							71	199
さびま	129	18	65	1166	84	40	17	45	17							98
県央					502	49		53								11
川越比企				12	19	1159	129			25						25
西		21				115	1068									112
利根			79	48	77	14		745	47			25	20	22		17
北					10	72	11	13	612							190
秩父						19	15		16	148			0	0		0
計																8083

完結率及び流出 率	医療機関所在地															
	県内						県外									
	南	南西	東	さびま	県央	川越比企	西	利根	北	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南	75.9%		4.3%	3.2%		8.3%	5.3%				0.0%					16.7%
南西		61.6%		1.4%												22.6%
東	2.0%		78.2%	1.5%				1.8%							4.4%	12.4%
さびま	7.7%	1.1%	3.9%	69.4%	5.0%	2.4%	1.0%	2.7%	1.0%							5.8%
県央				11.5%	70.4%	6.9%		7.4%	2.2%							1.5%
川越比企				2.6%		82.5%	9.2%		1.8%							1.8%
西		16.1%		0.9%	1.4%	8.7%	81.2%									8.3%
利根			7.2%	4.4%	7.0%	1.3%		68.1%	4.3%			2.3%	1.8%	2.0%		1.6%
北					1.1%	7.9%	1.2%	1.4%	67.4%					20.9%		
秩父						9.8%	7.8%		8.1%	74.7%			0.0%	0.0%		
計																73.6%

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
【留意事項】図表5-1と同様

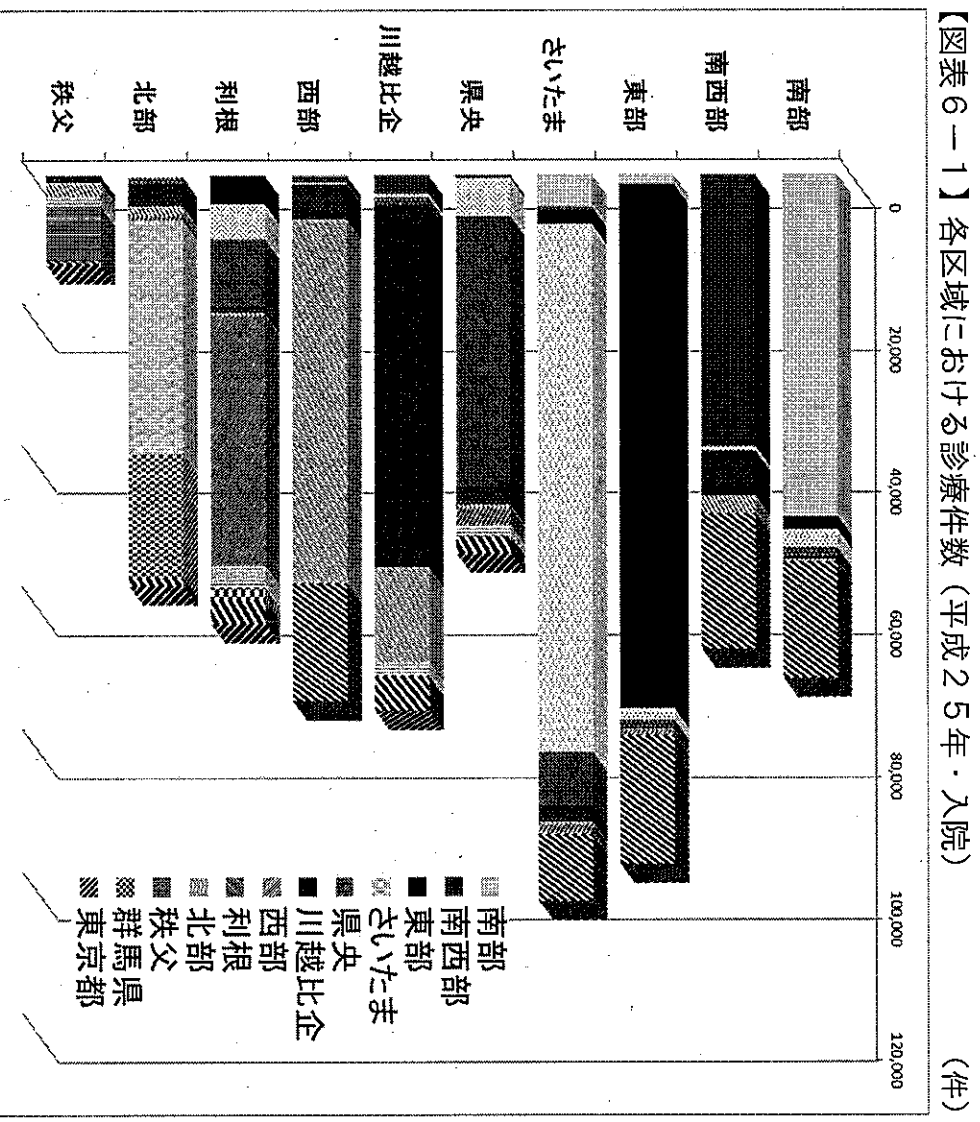
(6) 疾患別の受療動向

本県では、平成25年の悪性新生物、心疾患及び脳血管疾患のいわゆる三大生活習慣病の死者数が33,758人で、死亡総数の56%を占めています(平成25年人口動態統計(厚生労働省))。これらの疾患について、各区域での医療提供状況を見ると次のとおりです。

ア 悪性新生物(がん)

全県的に東京都への流出が見られますが、特に南部、南西部、西部の各区域からの流出の割合が高くなっています。

一方、北部区域では群馬県への流出が多くなっています。自区域内での完結率を見ると、南西部、利根、北部の各区域の割合が低い状況となっています。

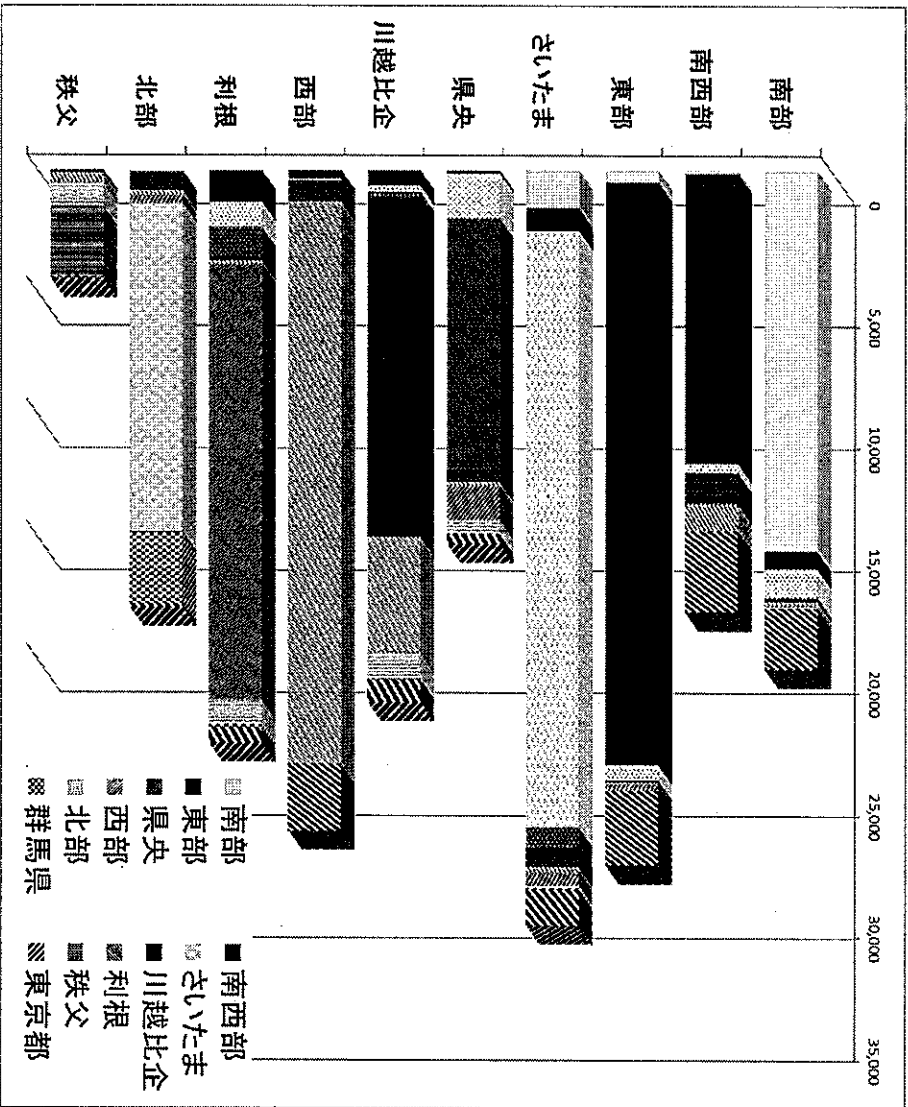


厚生労働省「医療計画作成支援データベース」により作成
 保険者の居住地に地域性の明確な地域保険の電子レセプトのみを集計

イ 心疾患（虚血性心疾患）

全県的に東京都への流出が見られますが、特に南西部では東京都への流出の割合が高く、自区域内での完結率も低い状況となっています。一方、北部区域では群馬県への流出が見られます。

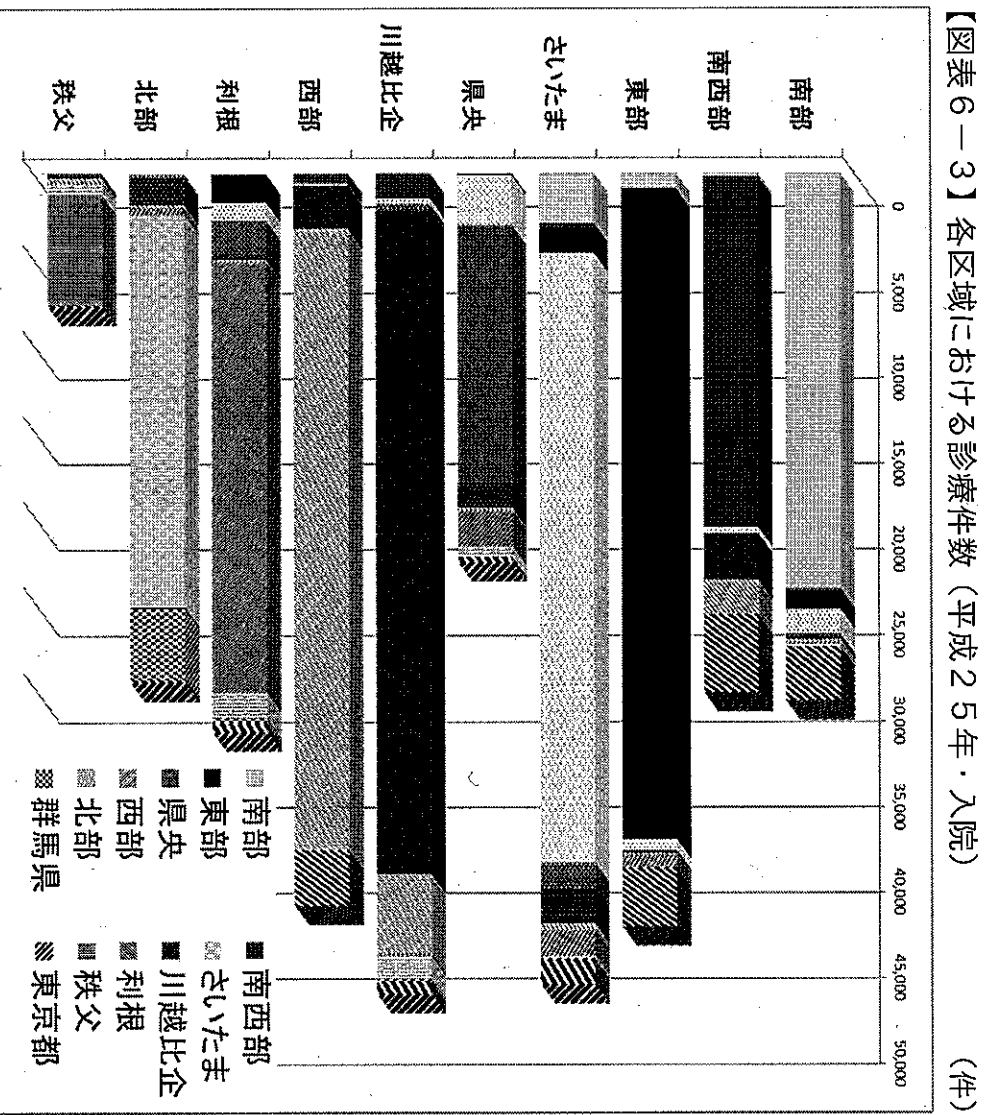
【図表6-2】各区域における診療件数（平成25年・入院） (件)



厚生労働省「医療計画作成支援データベース」により作成
 保険者の居住地に地域性の明確な地域保険の電子レセプトのみを集計

ウ 脳血管疾患（脳卒中）

全県的に東京都への流出が見られますが、南部、南西部、東部の各区域で比較的高割合となっています。
 一方、北部区域では群馬県への流出が見られます。
 自区域内での完結率を見ると、南西部及び県央両区域で割合が低い状況となっています。



厚生労働省「医療計画作成支援データベース」により作成
 保険者の居住地に地域性の明確な地域保険の電子レセプトのみを集計

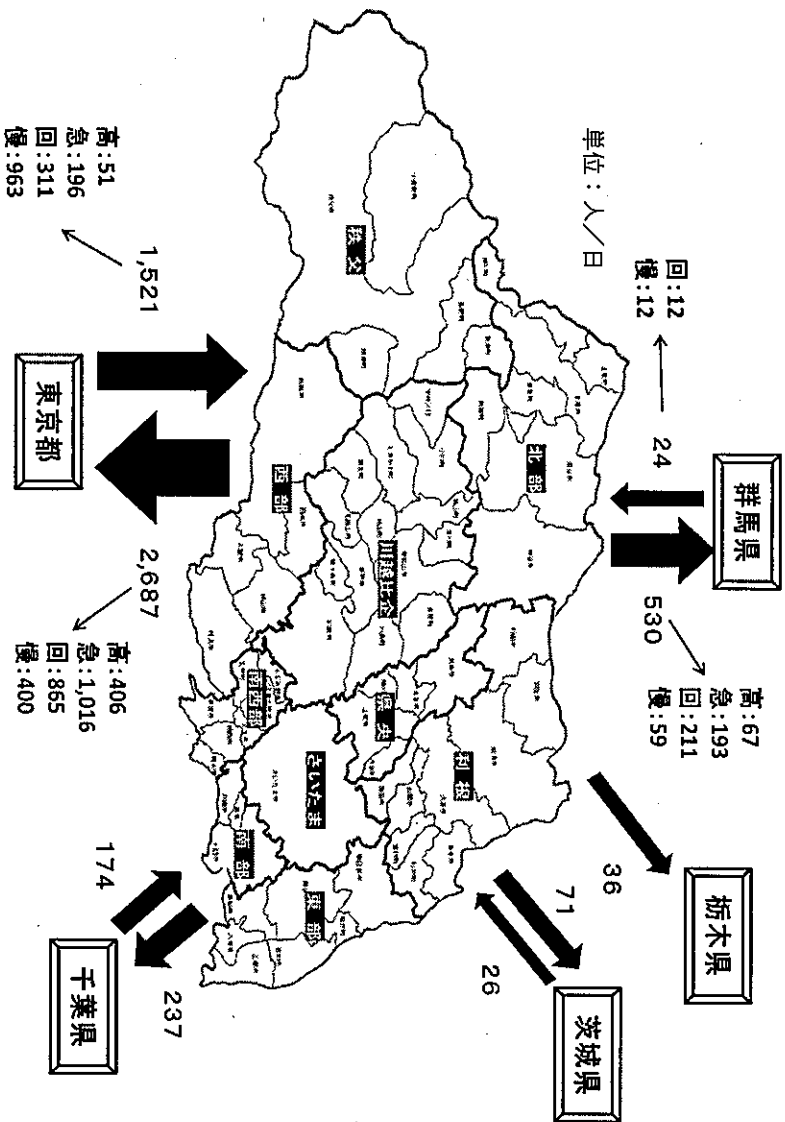
(7) 隣接都県への入院患者の流出入状況

本県では、主に隣接する1都4県に入院患者の流出入が発生しており、県全体では、1日当たり1,816人の流出超過となっています。

東京都との流出入については、高度急性期、急性期、回復期が流出超過の一方、慢性期は流入超過となっています。

また、群馬県との流出入については、すべての機能について流出超過となっています。

【図表7】 隣接する都県への流出入患者数（平成25年（2013年））



厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
 高：高度急性期 急：急性期 回：回復期 慢：慢性期
 【留意事項】図表5-1と同様

3 病床利用率及び平均在院日数の状況
 平成26年の病院報告における各区域の病床利用率及び平均在院日数の状況
 は次のとおりです。

【図表8】平成26年の病床利用率及び平均在院日数

	病床利用率 (%)			平均在院日数 (日)			介護療養 病床を 除く総数
	総数	一般 病床	療養 病床	総数	一般 病床	療養 病床	
全 国	80.3	74.8	89.4	29.9	16.8	164.6	28.6
埼玉県全体	80.9	74.1	89.4	30.0	16.6	189.2	29.2
南部	84.5	79.0	88.8	23.8	14.5	157.8	
南西部	84.2	78.5	92.9	30.5	17.6	235.2	
東部	80.7	74.6	87.4	29.2	17.0	175.6	
さいたま	80.0	76.5	90.4	22.4	15.1	218.0	
県央	76.7	67.9	92.2	28.1	16.2	307.8	
川越比企	82.4	73.6	91.1	33.4	16.6	187.5	
西部	81.5	71.3	89.8	39.4	17.5	198.6	
利根	76.0	72.1	82.6	30.1	19.0	138.9	
北部	80.5	71.0	92.0	37.0	17.3	182.8	
秩父	77.8	75.4	73.6	37.5	20.9	108.5	

出典：平成26年病院報告

県全体の病床利用率は、全国平均とほぼ同じとなっておりますが、各区域を比較すると大きな差があります。

▶一般病床：67.9% (県央) ~ 79.0% (南部)

県平均 (74.1%) よりも高い区域：南部、南西部、東部、さいたま、秩父
 ▶療養病床：73.6% (秩父) ~ 92.9% (南西部)

県平均 (89.4%) よりも高い区域：南西部、さいたま、県央、川越比企、
 西部、北部

県全体の平均在院日数は、総数及び一般病床では全国平均とほぼ同じですが、療養病床については、全国平均を大きく上回っています。また、病床利用率同様に各区域で大きな差が生じています。

▶一般病床：14.5日 (南部) ~ 20.9日 (秩父)

県平均 (16.6日) よりも短い区域：南部、さいたま、県央

▶療養病床：108.5日 (秩父) ~ 307.8日 (県央)

県平均 (189.2日) よりも短い区域：南部、東部、川越比企、利根、
 北部、秩父

第2節 平成37年（2025年）における医療需要及び必要病床数の推計

平成37年（2025年）の医療需要（推計入院患者数）及び必要病床数の推計は、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第30条の28の3で規定された方法により、区域ごとに行います。

推計の基礎となる主なデータは次のとおりです。

- ・ NDBレセプトデータ及びDPCデータ（平成25年度（2013年度））
- ・ 正常分娩、生活保護、労働者災害補償保険、自動車損害賠償責任保険等のデータ
- ・ 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（2013年）3月 中位推計）」

上記の基礎データについては、厚生労働省が一元的に整備し、「必要病床数等推計ツール」として都道府県に提供されており、この推計ツールを使用して推計を行います。

なお、需要推計の対象に外来患者数は含まれません。また、精神病床も対象外となっています。

1 医療需要の推計方法

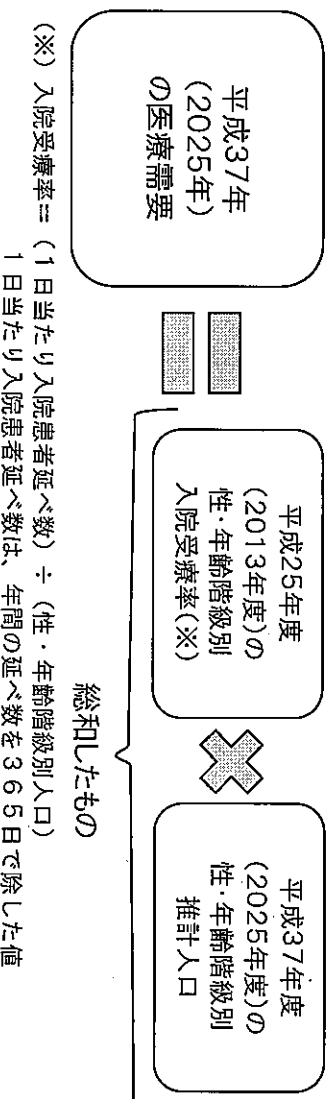
「高度急性期・急性期・回復期」と「慢性期・在宅医療等」で推計方法が異なります。

高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各医療機能は医療資源投入量により、下記のとおり区分します。

各医療機能区分での医療資源投入量

高度急性期：3,000点以上 急性期：600点以上3,000点未満
回復期：175点以上600点未満 慢性期：175点未満

(1) 高度急性期・急性期・回復期 次の算定式により医療需要を推計します。



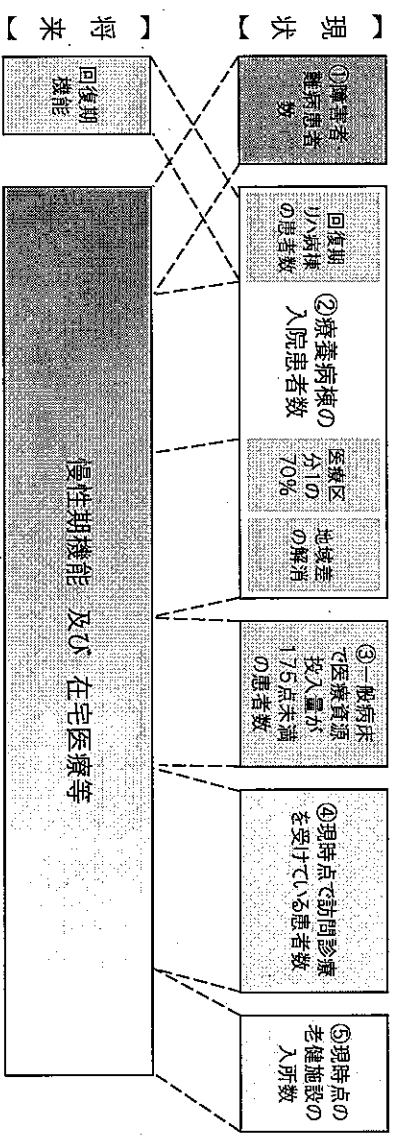
(2) 慢性期・在宅医療等

将来の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要は次の五つを合計することにより推計します。

- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
- ② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等で対応する患者数として推計する。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくことで、将来時点の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。
- ③ 一般病床の入院患者数（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く。）のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等で対応する患者数の医療需要として推計するが、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、一体的に推計することとする。
- ④ 平成25年（2013年）に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。
- ⑤ 平成25年（2013年）の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。

なお、ここでいう在宅医療等とは、居宅に限らず、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定しています。

【図表9】慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ※



※このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる

慢性期及び在宅医療等については、地域によって在宅医療の充実度や介護施設等の整備状況等が異なり、療養病床の入院受療率に大きな地域差が存在することから、この地域差を将来的に縮小していくというガイドラインの考え方に基づいて推計を行います。

具体的には、各区域の入院受療率について、【図表10】のパターンAからパターンBの範囲内で定めることとされています。

【図表10】入院受療率の地域差解消

【パターンA】

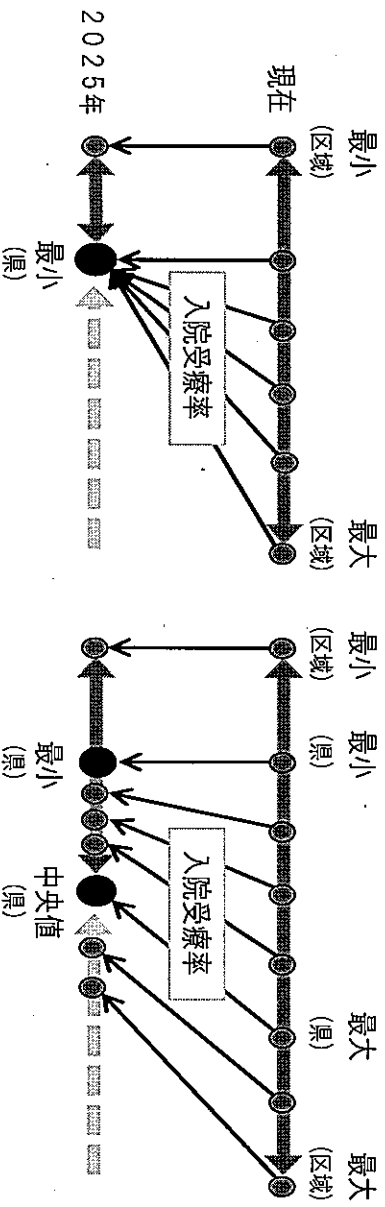
全ての区域が全国最小値（県単位）まで入院受療率を低下する。

※ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。

【パターンB】

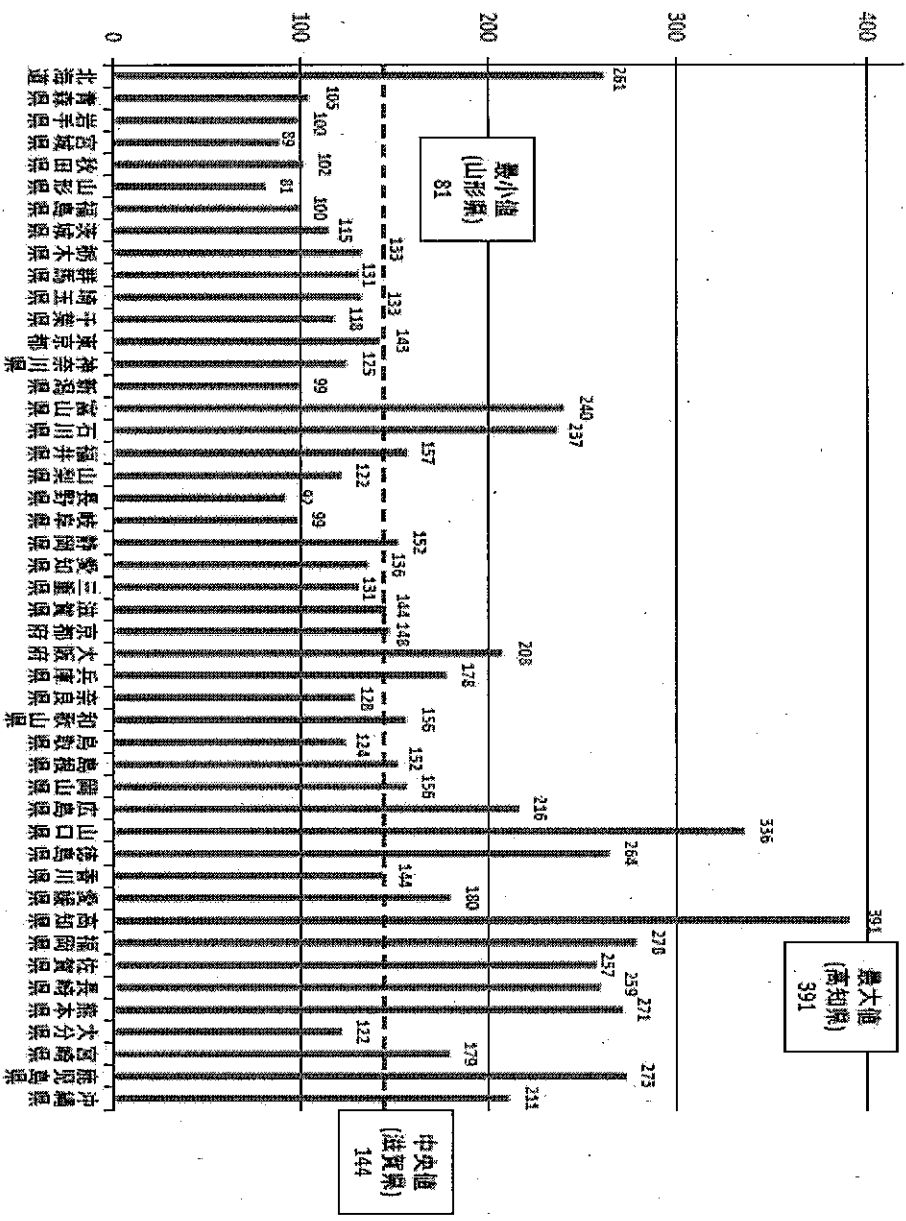
区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。



本県では、今後急速に高齢化が進むことが見込まれ、慢性期や在宅医療等の需要が大幅に増加すると考えられることから、慢性期の入院受療率については、緩やかな地域差解消を目指す「パターンB」を採用して推計することとします。

【図表 1 1】療養病床の入院受療率（平成25年 人口10万人当たり）



出典：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会
「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告（案）」

(3) 入院患者の流出入数の調整

地域医療構想における医療需要は、患者住所地を基本として算出(※1)しますが、その中で他区域との流出入がある需要(医療機関所在地による需要(※2))については、どちらの区域の医療需要とするかを調整する必要があります。

(※1) 患者住所地：患者の住所がある区域の医療需要とするもの

(※2) 医療機関所在地：患者が医療提供を受けている医療機関がある区域の医療需要とするもの

ア 県内の区域間の調整

県内の区域間については、次の点を考慮して、現状と同じ流出入があるものとして調整することとします。

- ・現在の医療提供体制が、流出入を考慮して整備されていること
- ・新たな提供体制の整備には時間を要すること

イ 都道府県間の調整

都道府県間の調整について、ガイドラインでは次のように示されています。

- 都道府県の構想区域ごとに、患者住所地に基づき推計した医療需要(①)と、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数(他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの)(②)を比較する。
- 都道府県間の①と②の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まずは、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する必要がある。(以下略)

また、国(厚生労働省)の通知(平成27年9月18日付け医政地発0918第1号)では、次のとおり具体的な調整方法を定めています。

- 医療機能別かつ構想区域別に流出入している患者数が10人/日未満の場合は調整の対象外として、医療機関所在地の医療需要とする。
- 平成27年12月までに調整できなかった場合は、医療機関所在地の医療需要とする。

本県では、前述のとおり、隣接都県に対し入院患者の流出入が発生し、全体では1日当たり1,816人の流出超過となっています。

本県は、その地理的条件や交通機関の状況等から、通勤通学や買い物など日常生活行動が県内で完結していない県民も多く、平成37年(2025年)においても一定の流出入は発生するものと推測されます。

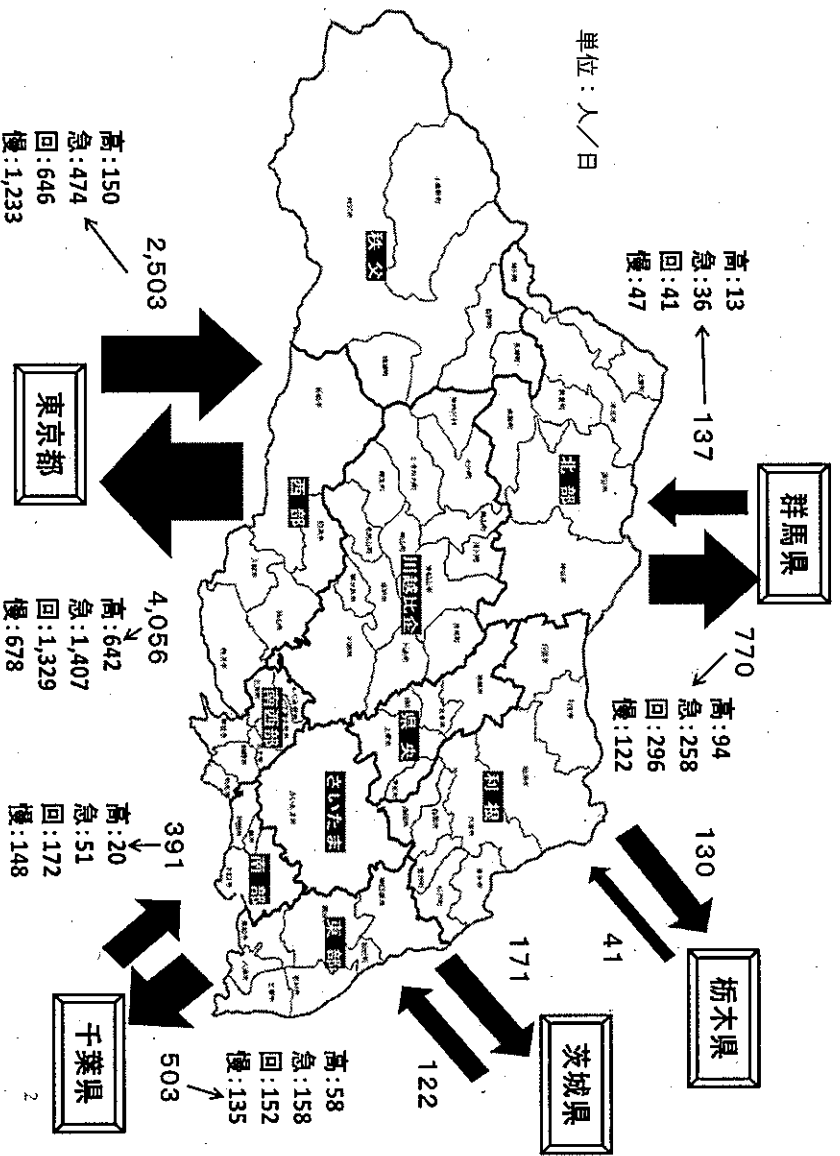
一方、急速に高齢化が進み、長距離の移動が困難となる高齢者の増加が想定される中、本県に居住する全ての患者を県内の医療機関で受け入れられるような医療提供体制の整備を目指すことが基本となります。

こうしたことから、平成37年(2025年)においては、流出入とともに平成25年(2013年)比で半減とすることを目標とし、近隣都県と協議を行いました。近隣都県からは、引き続き本県からの現状の流出入を前提とした体制整備を行う旨の意向が示されました。

この協議結果を受けて、平成37年(2025年)の医療需要については、国の通知に基づき、医療機関所在地の需要として算出することとしました。

その推計結果は、【図表12】のとおりです。
 なお、入院患者の流出入数の考え方については、今後の医療提供体制の整備状況や疾病構造の変化などを踏まえ、随時、近隣都県と調整・見直しを行っていきます。

【図表12】隣接する都県への流出入患者数推計（平成37年（2025年））



厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
 高：高度急性期 急：急性期 回：回復期 慢：慢性期
 【留意事項】図5-1と同様

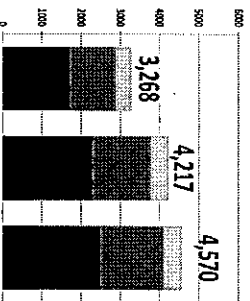
2 医療需要の推計結果

平成37年（2025年）及び平成47年（2035年）における、各区域の医療需要推計結果は次のとおりです。

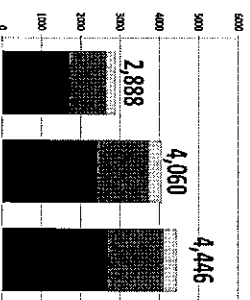
なお、医療需要については、前述した第2節1（3）「入院患者の流出入数の調整」とおり、現状と同じ流出入があるもの（＝医療機関所在地に基づく需要）として推計しています。

【図表13】各区域の医療需要推計結果（人/日）

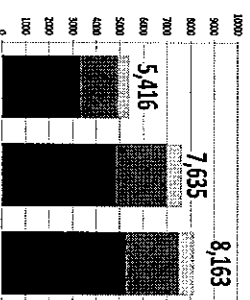
南部



南西部



東部

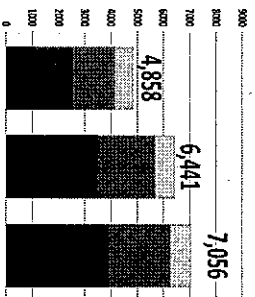


	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	3,268	4,217	4,570
高度急性期	391	457	481
急性期	1,167	1,499	1,607
回復期	1,055	1,460	1,586
慢性期	655	801	896

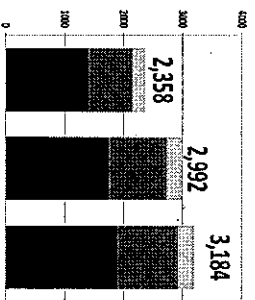
	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	2,888	4,060	4,446
高度急性期	247	319	338
急性期	939	1,315	1,415
回復期	806	1,220	1,338
慢性期	896	1,206	1,355

	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	5,416	7,635	8,163
高度急性期	501	623	635
急性期	1,595	2,171	2,267
回復期	1,711	2,461	2,601
慢性期	1,609	2,380	2,660

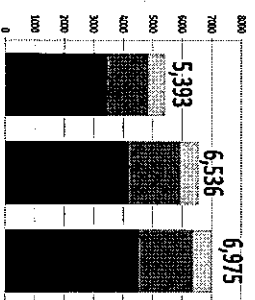
さいたま



県央



川越比企

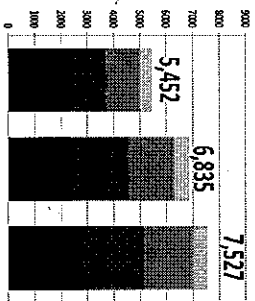


	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	4,858	6,441	7,056
高度急性期	698	779	801
急性期	1,634	2,161	2,342
回復期	1,445	2,071	2,297
慢性期	1,081	1,430	1,616

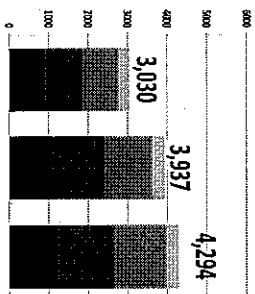
	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	2,358	2,992	3,184
高度急性期	209	258	262
急性期	759	993	1,035
回復期	734	1,008	1,063
慢性期	656	733	824

	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	5,393	6,536	6,975
高度急性期	561	601	594
急性期	1,366	1,763	1,850
回復期	1,623	2,266	2,430
慢性期	1,843	1,906	2,101

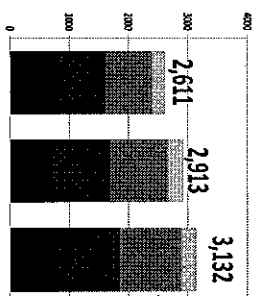
西部



利根



北部

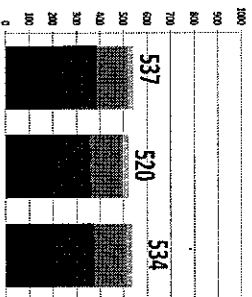


	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	5,452	6,835	7,527
高度急性期	434	520	527
急性期	1,305	1,755	1,871
回復期	1,467	2,133	2,333
慢性期	2,246	2,427	2,796

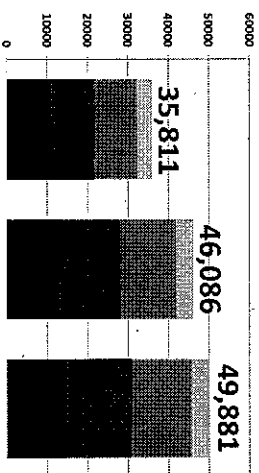
	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	3,030	3,937	4,294
高度急性期	265	319	324
急性期	925	1,233	1,329
回復期	941	1,303	1,431
慢性期	899	1,082	1,210

	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	2,611	2,913	3,132
高度急性期	214	245	247
急性期	806	981	1,038
回復期	765	959	1,042
慢性期	826	728	805

秩父



全県



	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	537	520	534
高度急性期	23	24	23
急性期	129	136	138
回復期	154	163	167
慢性期	231	197	206

	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	35,811	46,086	49,881
高度急性期	3,543	4,145	4,232
急性期	10,625	14,007	14,892
回復期	10,701	15,044	16,288
慢性期	10,942	12,890	14,469

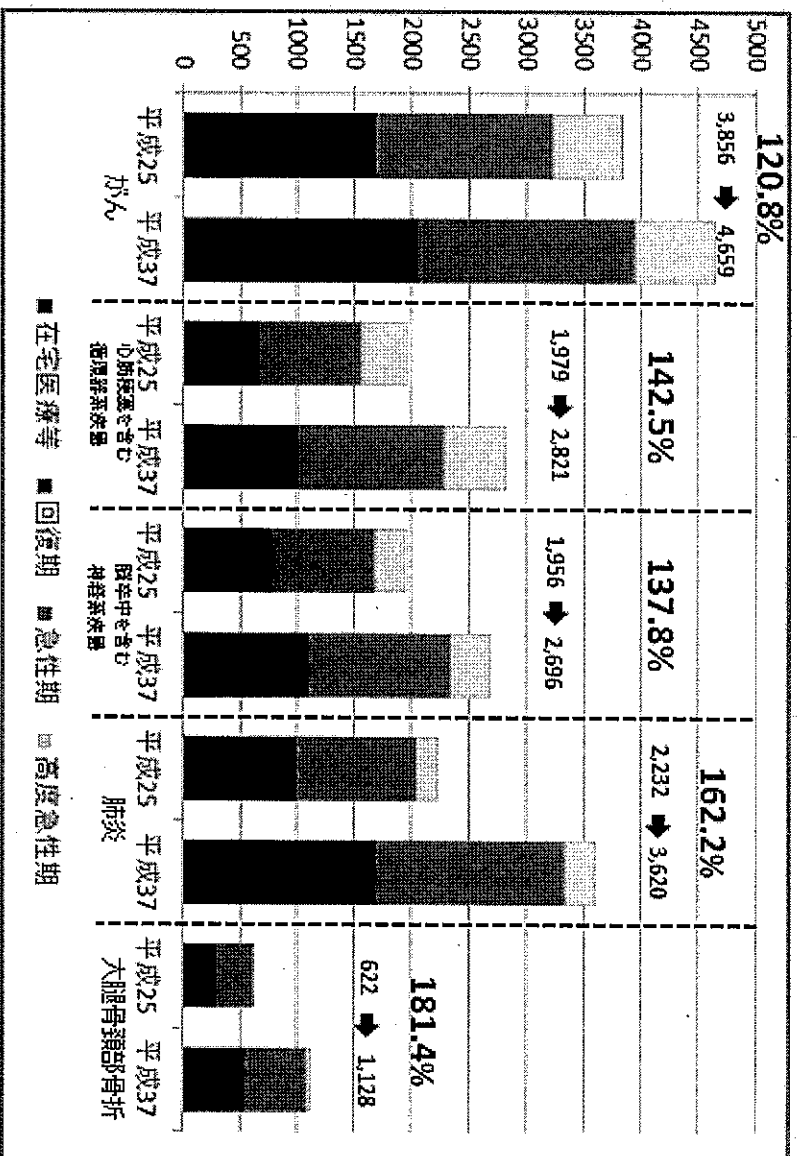
厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意事項】

平成25年(2013年)の慢性期の医療需要については、平成37年(2025年)の医療需要推計において在宅医療等に移行するとされている数を含みません

【図表 1 4】（参考）主な疾患別の需要推計結果

（人／日）



厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意事項】

- ・療養病床のデータが含まれていないため、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

3 必要病床数の推計方法

必要病床数は、医療需要（推計入院患者数）を医療法施行規則で定められた機能別の病床稼働率で除して算出することとされています。

- ・高度急性期：75%
- ・急性期：78%
- ・回復期：90%
- ・慢性期：92%

なお、ここでいう必要病床数とは、各区域の目指すべき医療提供体制を検討していく際の「目安」として算出した「将来必要と推計される病床数」という意味です。

4 必要病床数の推計結果（平成37年（2025年））

2の医療需要推計結果、3で示す病床稼働率を基にした必要病床数は次のとおりです。

【図表 15】各区域における必要病床数推計結果

(床)

区域	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
南部	5,025	609	1,922	1,623	871
南西部	4,777	425	1,685	1,356	1,311
東部	8,935	831	2,783	2,734	2,587
さいたま	7,664	1,039	2,770	2,301	1,554
県央	3,534	344	1,273	1,120	797
川越比企	7,652	802	2,260	2,518	2,072
西部	7,951	694	2,249	2,370	2,638
利根	4,630	426	1,580	1,448	1,176
北部	3,442	327	1,258	1,066	791
秩父	600	31	174	181	214
合計	54,210	5,528	17,954	16,717	14,011

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

5 病床機能報告制度による報告状況

(1) 制度の概要

病床機能報告制度は、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握と分析を行うために必要なデータを収集することを目的として導入されたもので、医療法に規定されています。

各医療機関は、毎年、「現状」、「6年後の予定」、「平成37年(2025年)の予定(任意)」について、自らが有する病床(一般病床及び療養病床)において担っている医療機能(高度急性期～慢性期)を選択し、病床単位を基本として都道府県に報告することとなります。

また、医療機能に加えて、その病床における設備や医療スタッフの配置状況、医療行為の内容等についても報告することとされています。

このように病床機能報告制度における医療機能区分は、病床の性質に着目し、各医療機関が判断するものであることから、医療資源投入量を基準とする地域医療構想の推計における区分とは捉え方が異なります。

(2) 平成27年度報告結果

平成27年(2015年)7月1日時点で各医療機関が自主的に選択した機能の状況は次のとおりです。

【図表 1 6】平成 2 7 年度病床機能報告結果

(床)

区域 (二次医療圏)	合計	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答 休棟等
南部	4,346	996	2,099	302	723	226
南西部	3,909	391	2,196	168	979	175
東部	7,474	142	4,364	901	1,726	341
さいたま	7,007	1,478	3,546	362	1,493	128
県央	3,525	391	1,721	232	877	304
川越比企	7,273	1,763	2,566	703	1,784	457
西部	7,350	780	2,961	663	2,517	429
利根	4,423	38	2,707	383	1,092	203
北部	3,886	410	2,155	238	985	98
秩父	830	0	359	71	376	24
合計	50,023	6,389	24,674	4,023	12,552	2,385

(3) 病床機能報告による病床数と必要病床数との比較

平成 2 7 年度の病床機能報告結果と平成 3 7 年(2025年)の必要病床数推計の比較は【図表 1 7】のとおりです。

病床数で比較すると、平成 3 7 年(2025年)に向けて全体で 4,187 床が不足します。特に回復期機能が 1 2,694 床と大幅に不足する結果になっています。

なお、各病床機能の構成割合については、全国とほぼ同様の割合となっています。

【図表 1 7】病床機能報告による病床数と必要病床数の比較

(床)

	全体	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
平成 2 7 年度 病床機能報告	50,023	6,389	24,674	4,023	12,552	2,385
平成 3 7 年 必要病床数推計	54,210	5,528	17,954	16,717	14,011	
差引	▲4,187	861	6,720	▲12,694	▲1,459	

※全体の差引(4,187床)には、第6次の地域保健医療計画において公募により整備予定の病床数を含んでいません。

【図表 18】 (参考) 各病床機能の構成割合

		高度急性期		急性期	回復期	慢性期	無回答
		全国	埼玉県				非公表
平成27年度 病床機能報告		13.6%	12.8%	47.6%	10.4%	28.4%	4.8%
平成37年 必要病床数推計			10.2%	33.1%	30.8%	25.8%	

必要病床数推計は厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意点】

- ・病床機能報告の結果と地域医療構想策定支援ツールによる必要病床数を比較する際は、次の点に留意する必要があります。
- ・病床機能報告の病床機能区分は性質的な基準となっておりますので、医療機関ごとの判断に差があります。
- ・病床機能報告では病床単位での報告となっておりますので、一つの病棟で複数の病床機能を担っている場合は、主たる機能を選択することになっていきます。
- ・病床機能報告は各医療機関の自己申告ですが、必要病床数は診療報酬の点数を基にした医療資源投入量で算出されていますので、病床機能の捉え方が異なります。

6

在宅医療等の必要量の推計結果

在宅医療等の範囲については、ガイドラインに次のとおり示されています。

在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

これを踏まえて推計した在宅医療等の必要量は次のとおりです。

【図表 19】 在宅医療等の必要量の推計結果

(人/日)

区域	平成25年	平成37年
南部	6,225 (4,408)	10,740 (7,518)
南西部	3,647 (2,136)	7,039 (3,935)
東部	6,171 (3,476)	12,101 (6,628)
さいたま	10,814 (7,752)	18,785 (13,425)
県央	2,628 (1,220)	4,874 (2,183)
川越比企	4,816 (2,469)	8,799 (4,105)
西部	4,350 (1,833)	8,938 (3,244)
利根	2,849 (967)	4,547 (1,492)
北部	3,771 (2,000)	5,541 (2,802)
秩父	881 (365)	1,008 (399)
合計	46,152 (26,626)	82,372 (45,731)

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

() の数値は全体のうち、訪問診療分

第 4 章

医療提供体制整備の方向性と 地域医療構想の推進体制

- 第 1 節 将来の医療需要等を踏まえた医療提供体制整備の方向性
- 第 2 節 地域医療構想の推進体制

第1節 将来の医療需要等を踏まえた医療提供体制整備の方向性

- 医療機能の分化・連携を進め、高度急性期から回復期、在宅医療等まで切れ目のない医療供給体制を整備します。
- 医師の診療科偏在や地域偏在の解消に取り組み、住み慣れた地域で必要な医療を受けられる体制作りを進めます。
- 地域包括ケアシステムの構築に併せ、在宅医療連携拠点等の機能強化や、医療従事者の確保・養成等、在宅医療体制の整備を進めます。
- ICTを活用した医療・介護連携システムの構築を進めます。

第2節 地域医療構想の推進体制

地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携は、県（行政）が主導的に権限行使して行うものではなく、あくまでも医療機関の自主的な取組によることが原則です。

こうした取組を促すため、今般の医療法の改正により、新たに、区域ごとの協議の場（地域医療構想調整会議）の設置や病床機能報告制度が盛り込まれました。

地域医療構想調整会議は、地域医療構想の推進のため、医療従事者、医療保険者などの関係者が協議・連携を図ることを目的に、各区域に設置するものです。病床機能報告制度による病床の現状を踏まえながら、将来必要となる医療需要に対し、区域全体としてどのように対応していくかを決定する仕組みを構築します。

さらに、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（以下「医療総合確保促進法」という。）に基づき、新たな財政支援制度となる地域医療介護総合確保基金が各都道府県に設置されました。

県は、国からの交付金を財源の一部として基金を造成し、不足する病床機能への転換を進める医療機関に補助を行うなど、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を支援していきます。

なお、病床の機能分化・連携を進めるためには、医療機関の施設・設備の整備はもとより、在宅医療等の推進、医療従事者の確保・養成が不可欠となります。

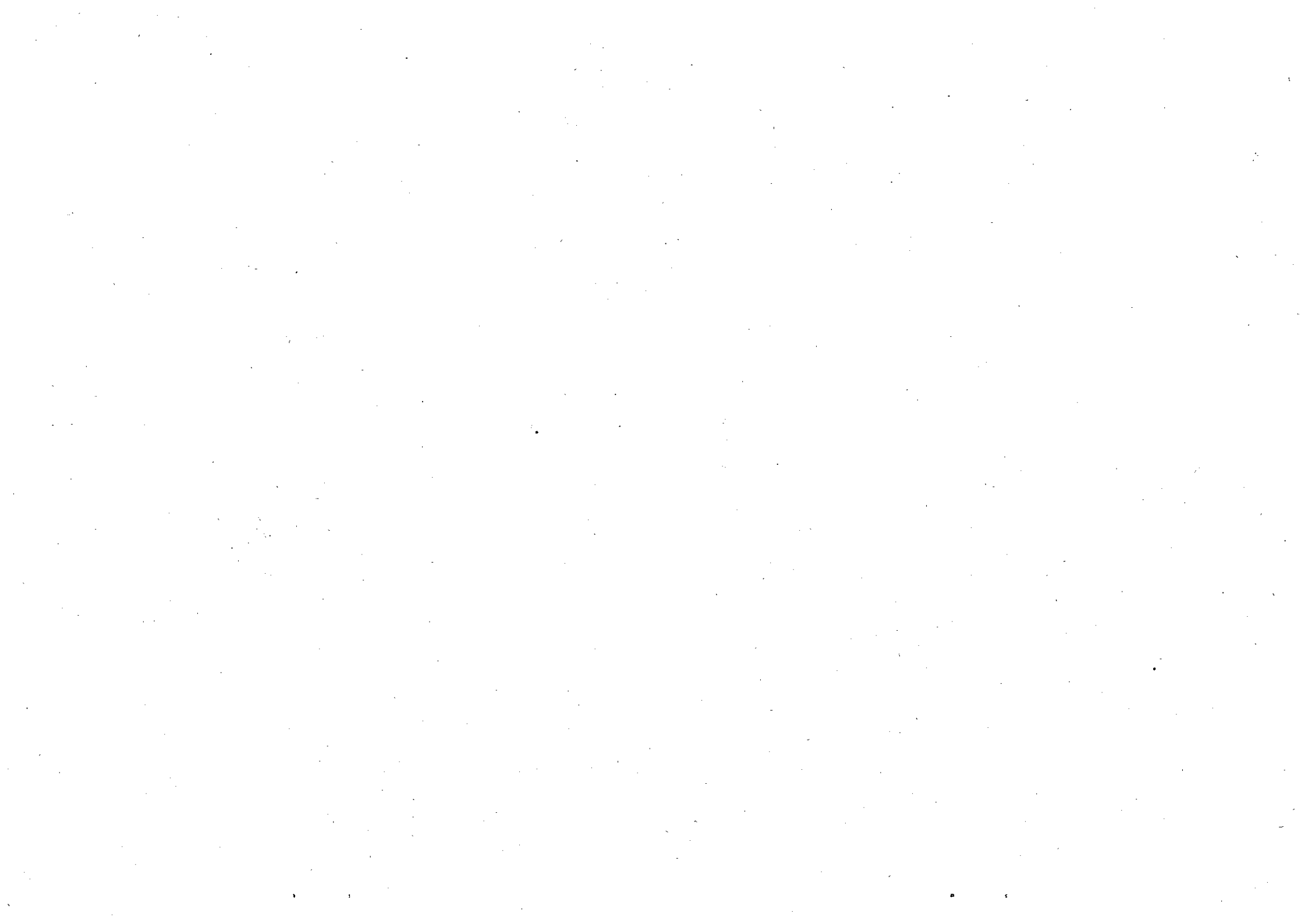
とりわけ、将来に向けて医療需要の増大が見込まれる本県においては、早急な対応が必要となることから、区域の実情を踏まえ、柔軟に活用できる地域医療介護総合確保基金のあり方が望まれます。

➤ 地域医療構想調整会議の設置

将来の必要病床数を達成するための方策や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場として、医療法に基づき区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置します。

この会議において、医療関係者をはじめとする関係者による協議を進めていきます。

- ▶ 病床機能報告制度の活用
毎年度実施される病床機能報告の結果を活用して、各区域における病床の機能区分ごとの将来の必要病床数との比較を行い、地域の課題を分析することにより病床の機能の分化と連携を推進します。
- ▶ 埼玉県地域医療介護総合確保基金の活用
地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備において、財政的支援が必要な事業については、医療介護総合確保促進法に基づき埼玉県地域医療介護総合確保基金を活用して必要な経費を支援することとします。



第 5 章 各区域の概要及び 医療提供体制整備の方向性

第 1 節	総論
第 2 節	南部区域
第 3 節	南西部区域
第 4 節	東部区域
第 5 節	さいたま区域
第 6 節	県央区域
第 7 節	川越比企区域
第 8 節	西部区域
第 9 節	利根区域
第 10 節	北部区域
第 11 節	秩父区域

第1節 総論

1 経緯

各区域の構想を策定するに当たっては、医療専門職をはじめとする関係者の方々に参加していただき、現在の病院の整備状況（医療機関数及び医療機能）等を踏まえた上で、医療機能の分化・連携及び病床の整備、在宅医療等の体制整備についての検討を進めました。

具体的には、各区域において、地元の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院、福祉施設、医療保険者、市町村などの関係者で構成される「地域保健医療協議会」で平成27年11月から平成28年3月にかけて議論を行い、意見を取りまとめました。

この章は、それらの意見を基に、各区域における現在の課題や今後の医療提供体制整備の方向性を示したものです。

構想策定後は、ここで示す方向性の実現に向けて、各医療機関や県で具体的な取組等を進めていくこととなります。

2 医療機能の分化・連携及び病床の整備

本県の平成37年（2025年）の必要病床数の推計結果は54,210床で、平成27年度の病床機能報告と比較すると、4,187床が不足することとなります。

特に、回復期は12,694床と大幅に不足する結果となっています。

こうしたことから、各区域において、将来不足する医療機能をどのように確保していくかが大きな課題となっています。

限られた医療資源で、増大する医療需要に対応するためには、各医療機関が担う医療機能を明確にするとともに、病床機能に応じた患者を受け入れる体制を構築し、医療機関相互の連携を図る、医療機能の分化・連携を進めることが重要です。

また、医療機能の分化・連携は、病床稼働率の向上に寄与することが見込まれることから、結果として将来の必要病床数の減少に繋がります。

区域の実情に応じた取組を通じ、高度急性期から在宅医療等まで切れ目のない医療提供の整備を目指します。

3 在宅医療等の体制整備

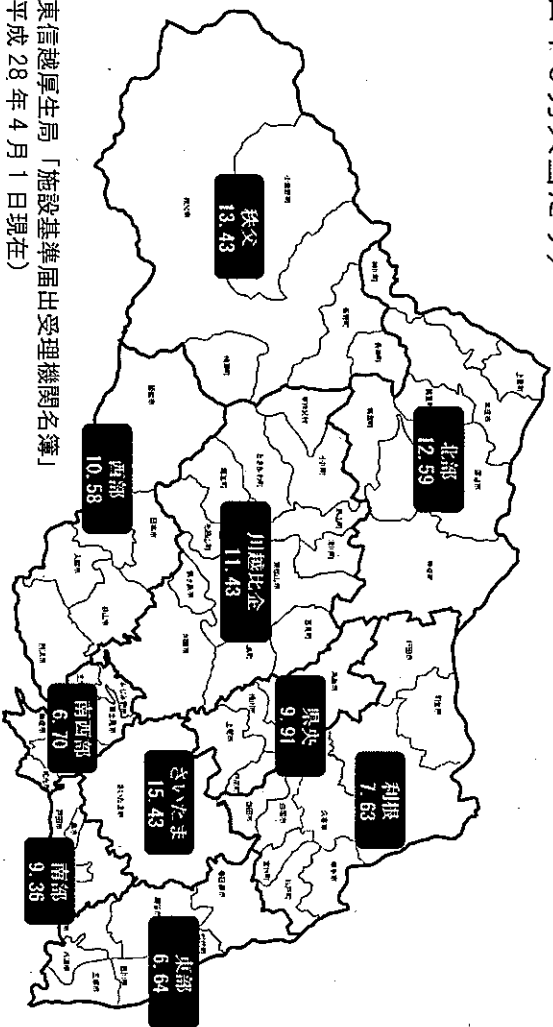
医療機能の分化・連携を図る中で、在宅医療等は、高度急性期から回復期、慢性期へと移行した患者の退院後の受け皿として、極めて重要な役割を担うこととなります。

本県では、平成37年（2025年）に在宅医療等の必要量が平成25年（2013年）の1.8倍になるなど、その需要が大幅に増加することが見込まれています。

こうした中、急変時の対応や看取りのための連携体制の構築、口腔機能の低下や誤嚥性肺炎予防等のための歯科受療の促進、薬剤の適正管理や飲み残しの防止対策など、在宅等での長期療養を支援する多職種協働による包括的かつ継続的な医療提供体制の確保が急務となっており、在宅医療等を担う医療機関・歯科医療機関・薬局・訪問看護ステーションなどの整備の推進、医師・歯科医師・薬剤師・

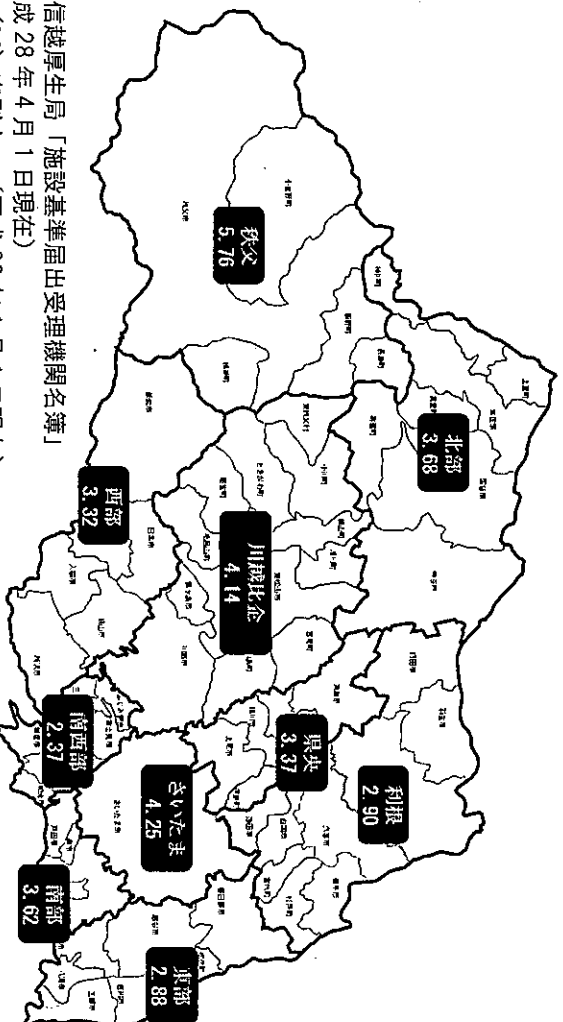
看護師・歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保、養成が求められています。
 高齢化率や世帯人員、高齢者施設の状態など在宅医療等を取り巻く現状は区域により差異があります。
 こうした区域の実情を踏まえ、県民誰もが、住み慣れた地域で必要な医療・介護が受けられる体制を目指し、地域包括ケアシステムの構築に併せ、在宅医療等の体制整備を進めていきます。

【図表 20】（参考）
 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所及び在宅時医学総合管理料の届出医療機関数（人口10万人当たり）



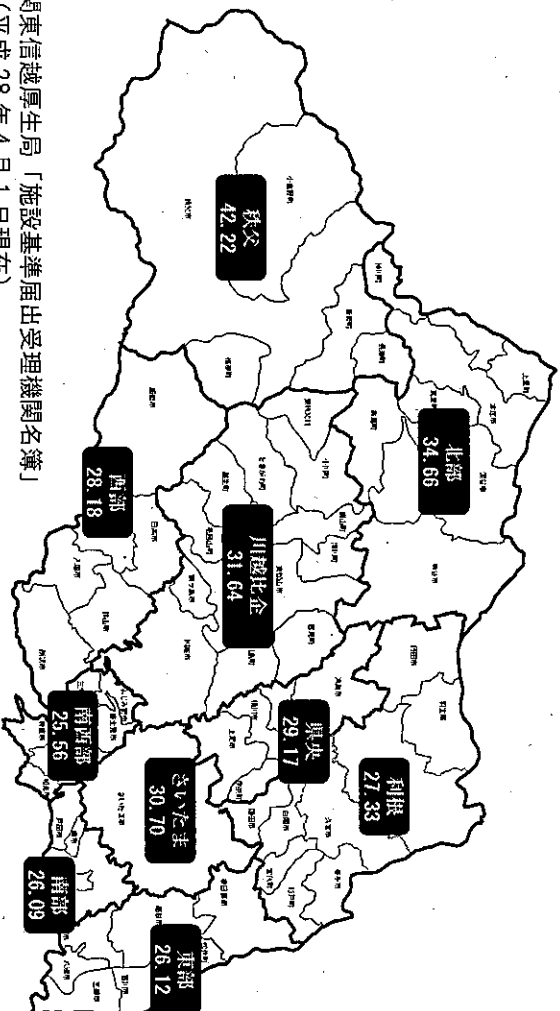
出展：関東信越厚生局「施設基準届出受理機関名簿」
 (平成 28 年 4 月 1 日現在)
 人口は、町 (丁) 字別人口 (平成 28 年 1 月 1 日現在)

【図表 21】（参考）
 在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数（人口10万人当たり）



出展：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)

【図表22】(参考)
在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局数(人口10万人当たり)

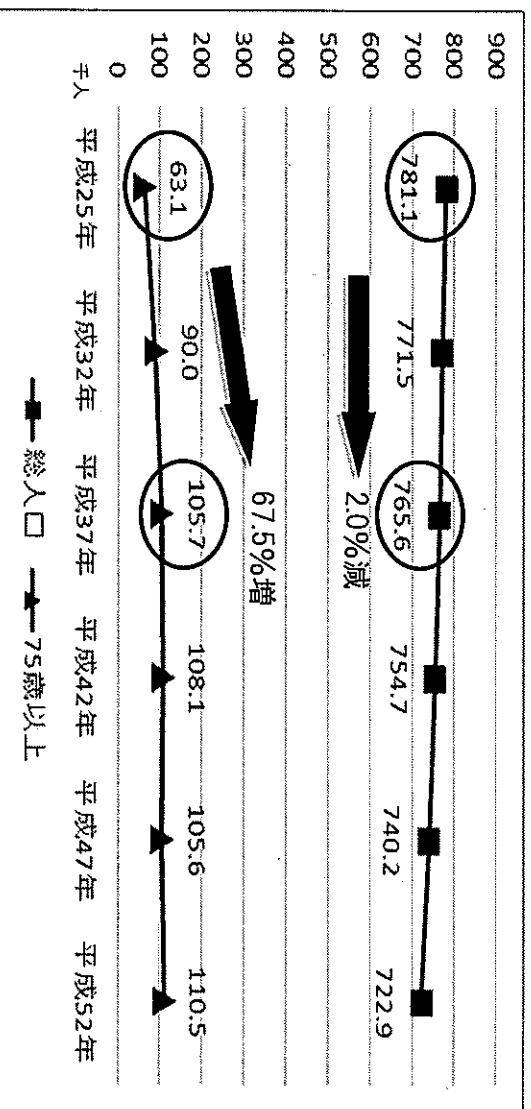


出展：関東信越厚生局「施設基準届出受理機関名簿」
(平成28年4月1日現在)
人口は、町(丁)字別人口(平成28年1月1日現在)

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)

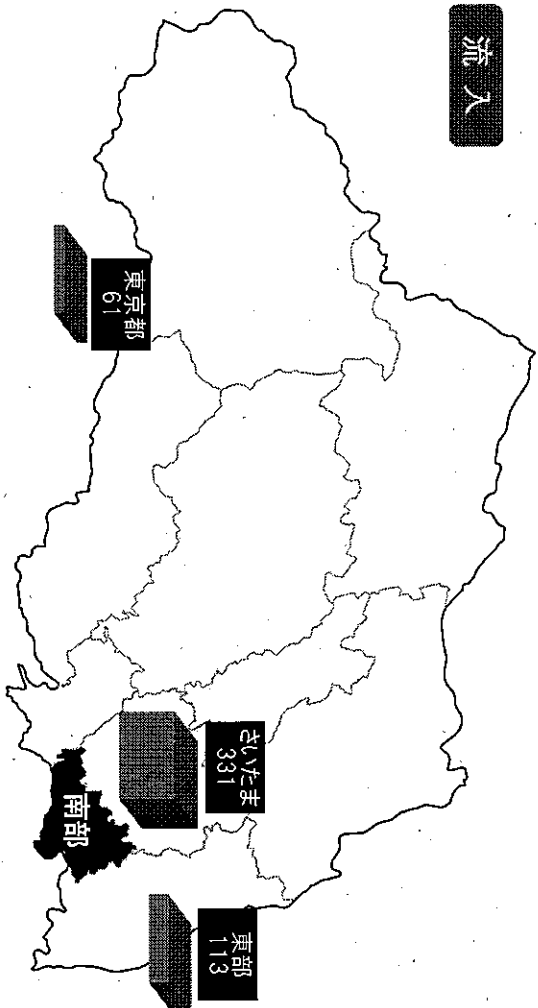
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	56	162	178	109	505	444	61
流出	136	287	259	254	936	368	568
(流入-流出)	▲80	▲125	▲81	▲145	▲431	76	▲507

流出超過

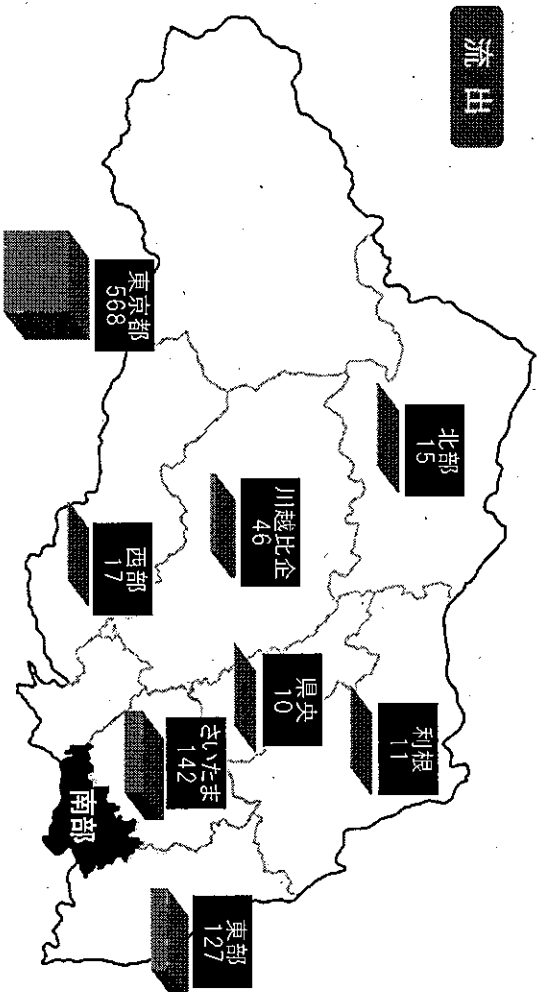
・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
 ・平成25年(2013年)の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

【区域・都県別】

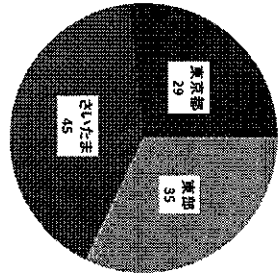
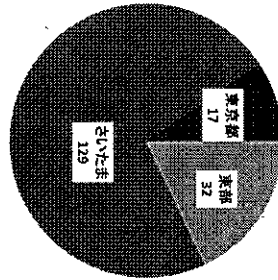
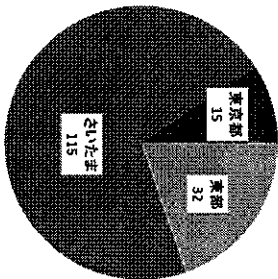
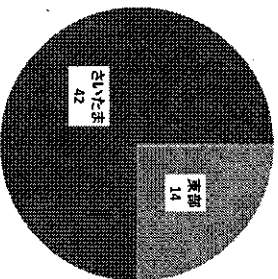
流入



流出



流入



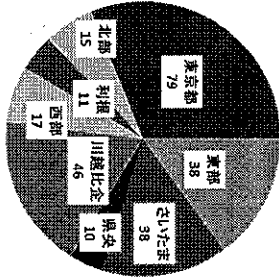
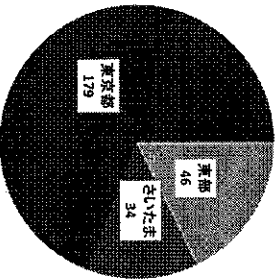
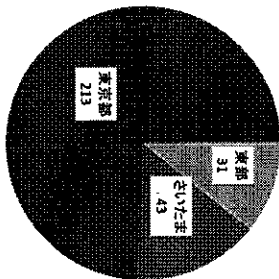
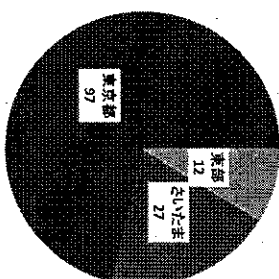
高度急性期

急性期

回復期

慢性期

流出



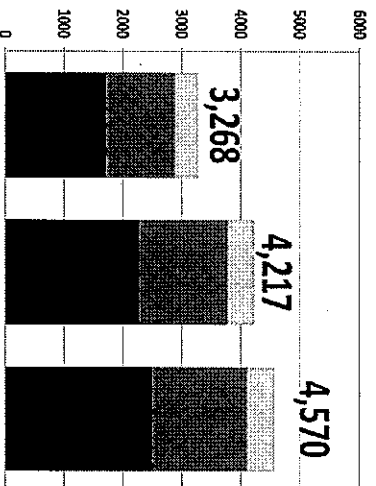
3 医療需要推計

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

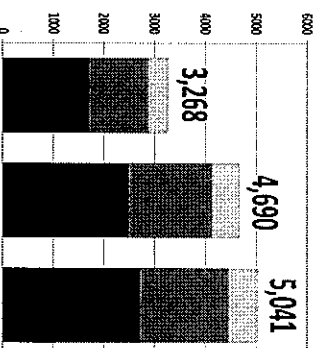
(1) 入院患者の医療需要

(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



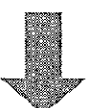
	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	3,268	4,690	5,041
高度急性期	391	557	584
急性期	1,167	1,636	1,745
回復期	1,055	1,541	1,667
慢性期	655	956	1,045

(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 (未)

	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

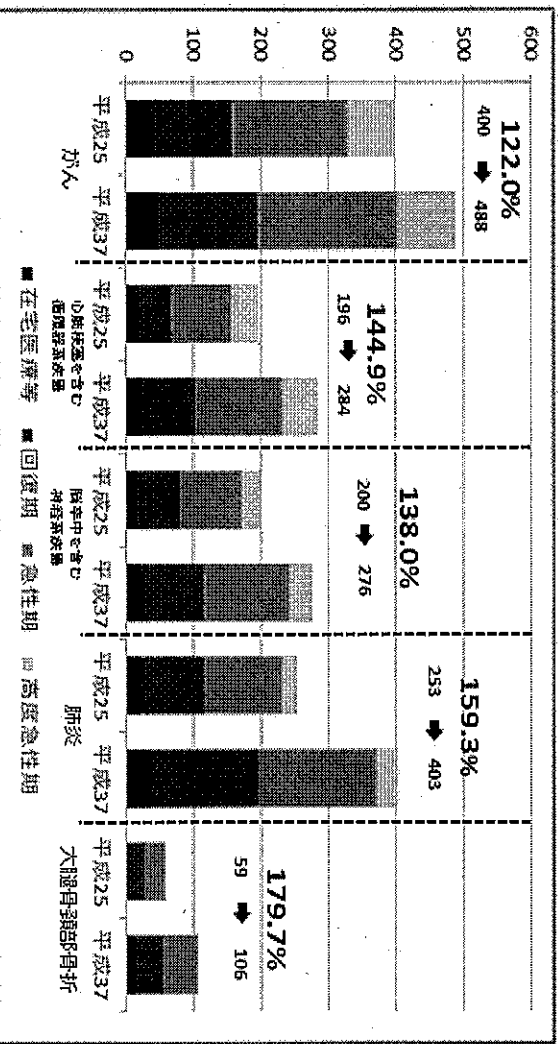
※人口：町(丁)字別人口(平成27年1月1日現在)

	実数	病床数	
		人口10万人あたり	県全体
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。

- ・患者が自宅です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。

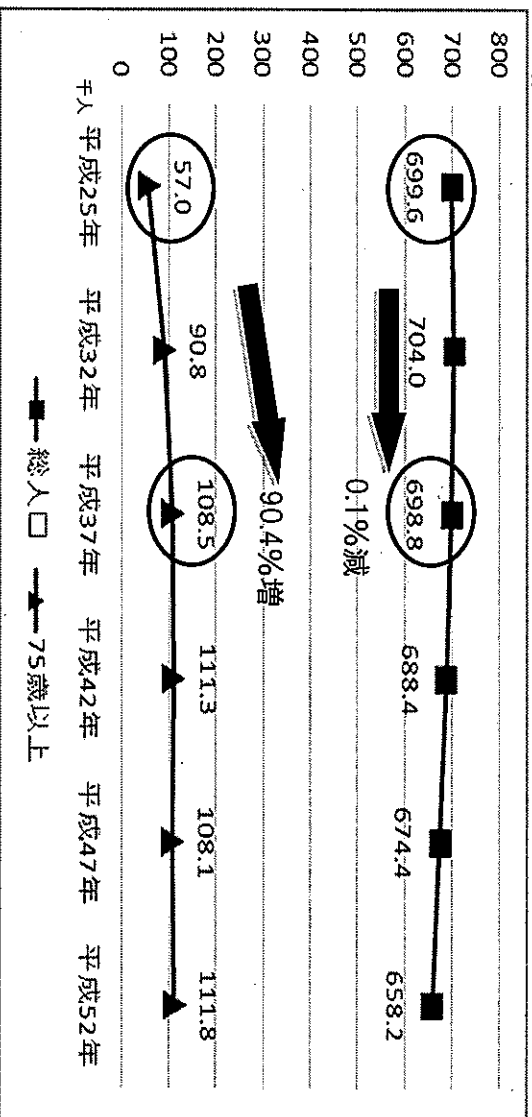
- ・地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療介護連携を進めるための情報共有システムの導入を検討すべきである。

第3節 南西部区域

1 区域の概要

- ▶ 区域内市町村：朝霞市、志木市、和光市、新座市、富士見市、ふじみ野市、三芳町

▶ 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：25（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

- ・ 独立行政法人国立病院機構 埼玉病院…「災」「周」「地」「がん」
- ※「災」災害拠点病院 「地」地域医療支援病院 「がん」がん診療連携拠点病院
- 「周」周産期母子医療センター

▶ 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 48（人口10万人当たり6.70）
- ・ 在宅療養支援歯科診療所届出数 17（人口10万人当たり2.37）
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数 183（人口10万人当たり25.56）

※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）

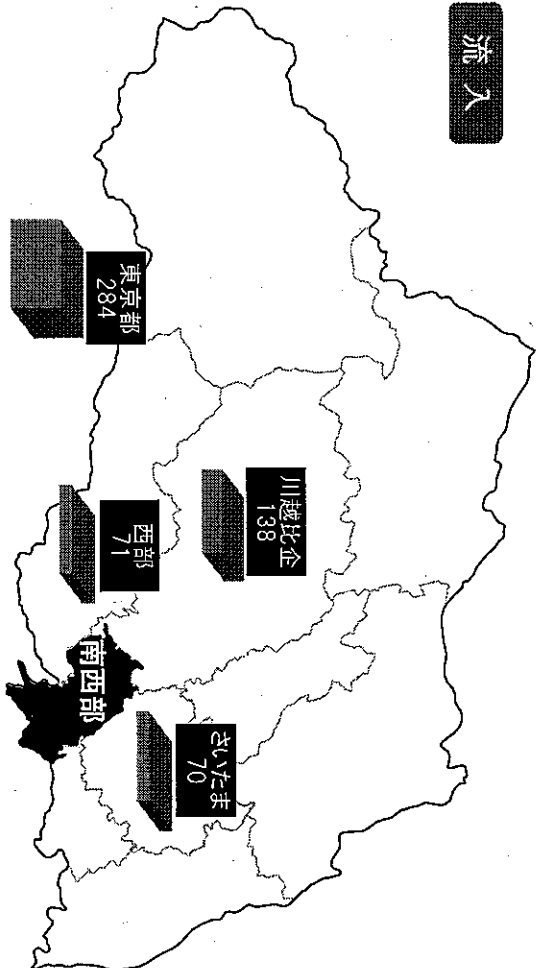
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	25	153	157	228	563	279	284
流出	178	365	382	311	1,236	581	655
（流入－流出）	▲153	▲212	▲225	▲83	▲673	▲302	▲371

流出超過

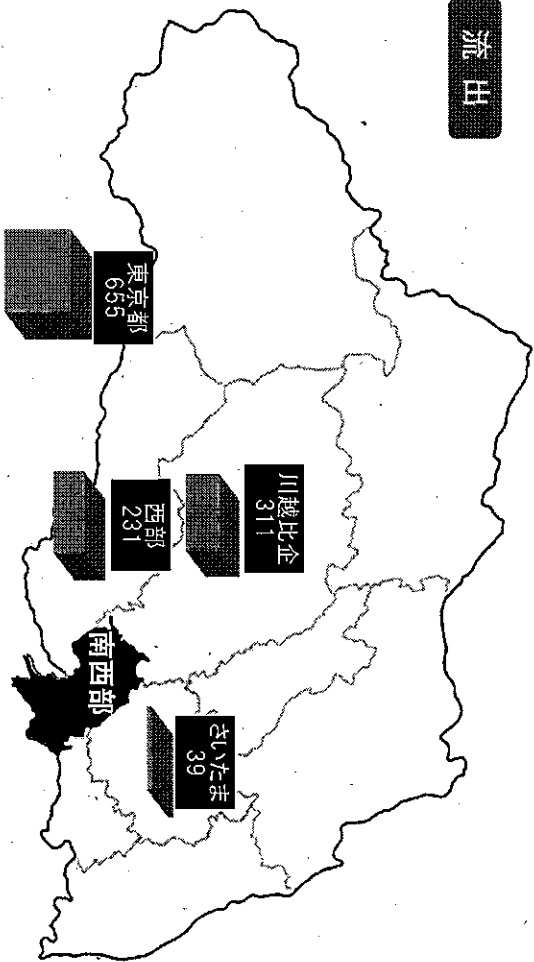
・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
 ・平成25年（2013年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

【区域・都県別】

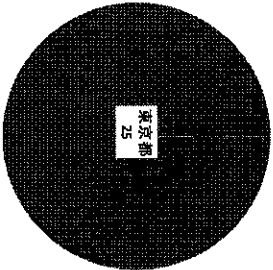
流入



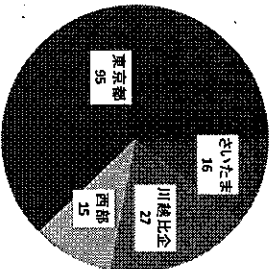
流出



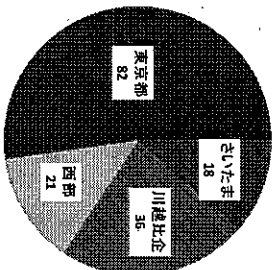
流入



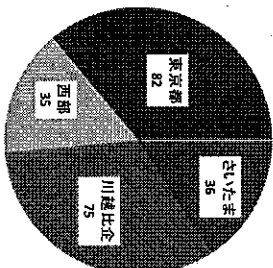
高度急性期



急性期

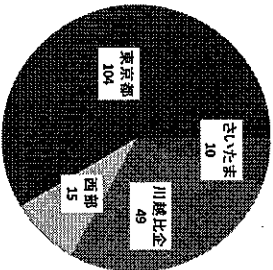


回復期

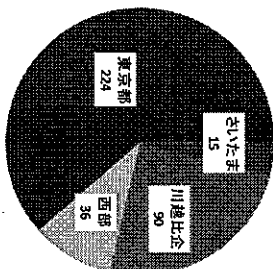


慢性期

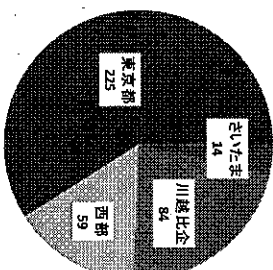
流出



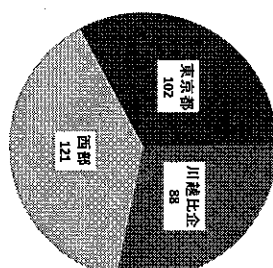
高度急性期



急性期



回復期



慢性期

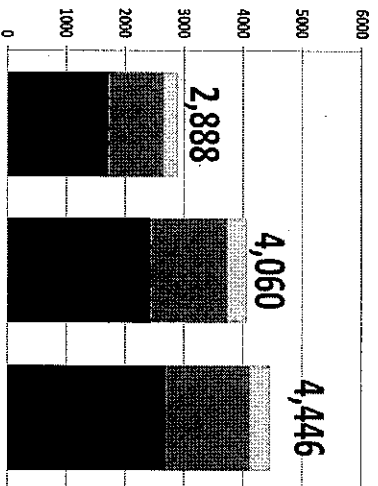
3 医療需要推計

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。

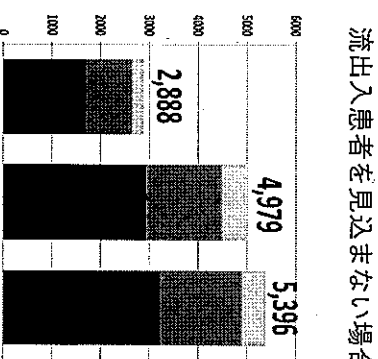
- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
- ・平成25年(2013年)の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

(1) 入院患者の医療需要

(人/日)



(参考)
流出入患者を見込まない場合



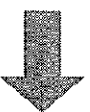
	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	2,888	4,060	4,446
高度急性期	247	319	338
急性期	939	1,315	1,415
回復期	806	1,220	1,338
慢性期	896	1,206	1,355

	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	2,888	4,979	5,396
高度急性期	247	476	497
急性期	939	1,571	1,677
回復期	806	1,557	1,688
慢性期	896	1,375	1,534

(2) 在宅医療等の必要量

(人/日)

	平成25年
全体	3,647
うち訪問診療分	2,136



	平成37年
全体	7,039
うち訪問診療分	3,935

(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)	425	1,685	1,356	1,311	4,777	/
平成27年度 病床機能報告 (b)	391	2,196	168	979	3,734	175
差引 (b-a)	▲34	511	▲1,188	▲332	▲1,043	/

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	635	2,015	1,730	1,494	5,874	/
---------------------------	-----	-------	-------	-------	-------	---

(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
南西部	78.5	92.9

平成26年病院報告

一般病床	療養病床	
県全体	82.6	92.0
南西部	82.3	92.0

(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 (%)

※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)

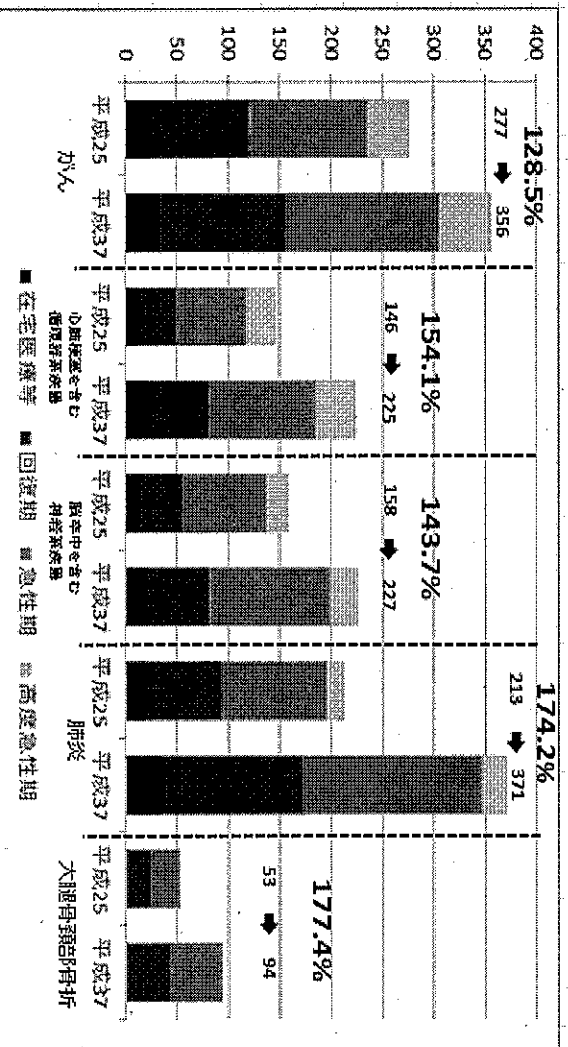
	病床数		人口10万人あたり	
	実数	区域内		県全体
特定機能病院	0	0.0	16.1	
一般病床入院基本料	7対1	1,246	175.5	228.1
	10対1	388	54.6	76.1
	13対1	148	20.8	14.0
	15対1	320	45.1	31.6
回復期リハビリテーション病棟入院料		168	23.7	40.8
地域包括ケア病棟入院料・管理料		0	0.0	5.4
緩和ケア病棟入院料		21	3.0	4.0
特殊疾患入院料・管理料		77	10.8	7.8
療養病棟入院基本料		594	83.7	112.9
障害者施設等入院基本料		337	47.5	26.5

【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。

区域内の病床利用率は全国平均を上回っていますが、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

➤ 現状

- ・ 救急患者を受け入れても、病状安定後に次の受入先病院が見付からないため、転院させることができない状況にある。
- ・ 高齢者の場合、回復期を脱しても退院後の受入先の確保が難しく、自宅等に戻れないケースや、受入施設が見付からないケースが多い。
- ・ 重症感染症、周産期、未熟児などについては、国立病院機構埼玉病院が受入先の中心となっている。

➤ 今後の方向性

- ・ 高度急性期病床については、他区域との連携も視野に入れて整備していくことが必要である。
- ・ 大規模な病院では同一の病院内に複数の機能を持つ必要がある。
- ・ 放射線治療や心臓血管手術などが行える病院は、区域内に複数ある必要はないため、今後医療機器の整備状況などを踏まえて役割を整理すべきである。

(2) 在宅医療等の体制整備

➤ 現状

- ・ 看取りを行う医師、訪問リハビリテーションを行う理学療法士等の専門人材や訪問看護師が不足している。
 - ・ 在宅医療を行う開業医は増えているが、医師会などの団体に必ずしも全ての医師が入会していないことなどから、連携が難しい状況にある。
- 今後の方向性
- ・ 深夜の看取りについて、直ちに確認して欲しいと考える住民が多い一方で、

実際には翌朝の対応で問題がないケースも多くあることから、住民に対する
看取りについての啓発が必要である。

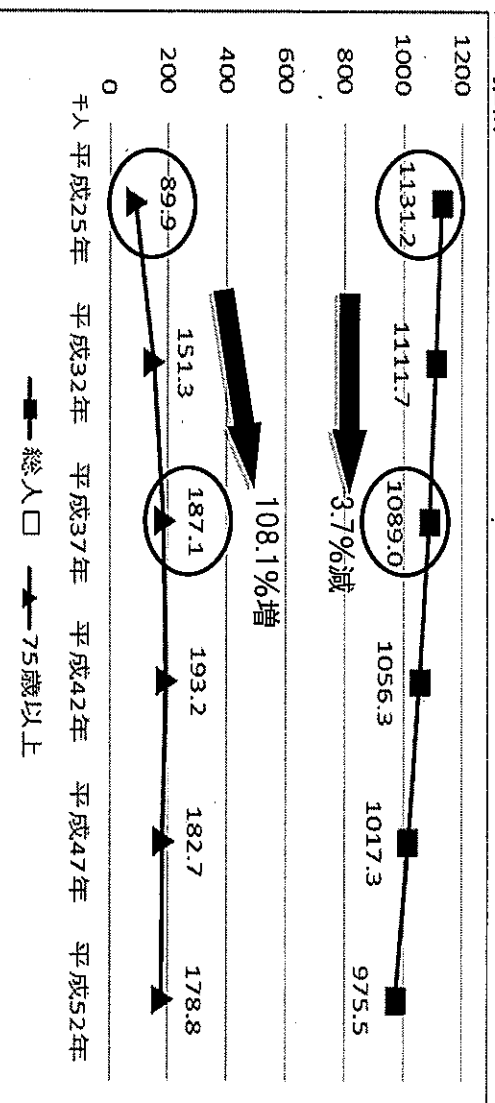
- ・訪問リハビリテーション、訪問看護を充実していく必要がある。
- ・在宅医療を支えるための医師や看護師等の医療従事者の早急な確保が急務である。

第4節 東部区域

1 区域の概要

- ▶ 区内市町村：春日部市、草加市、越谷市、八潮市、三郷市、吉川市、松伏町

▶ 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：37（うち200床以上の病院：12）（平成27年4月1日現在）

- ▶ 特定の医療機能を有する病院

- ・春日部市立医療センター…「がん」

- ・草加市立病院…「災」

- ・獨協医科大学越谷病院…「救」「災」「がん」

- ※「救」救命救急センター「災」災害拠点病院「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 76（人口10万人当たり6.64）
- ・在宅療養支援歯科診療所届出数 33（人口10万人当たり2.88）
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数 299（人口10万人当たり26.12）

※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）

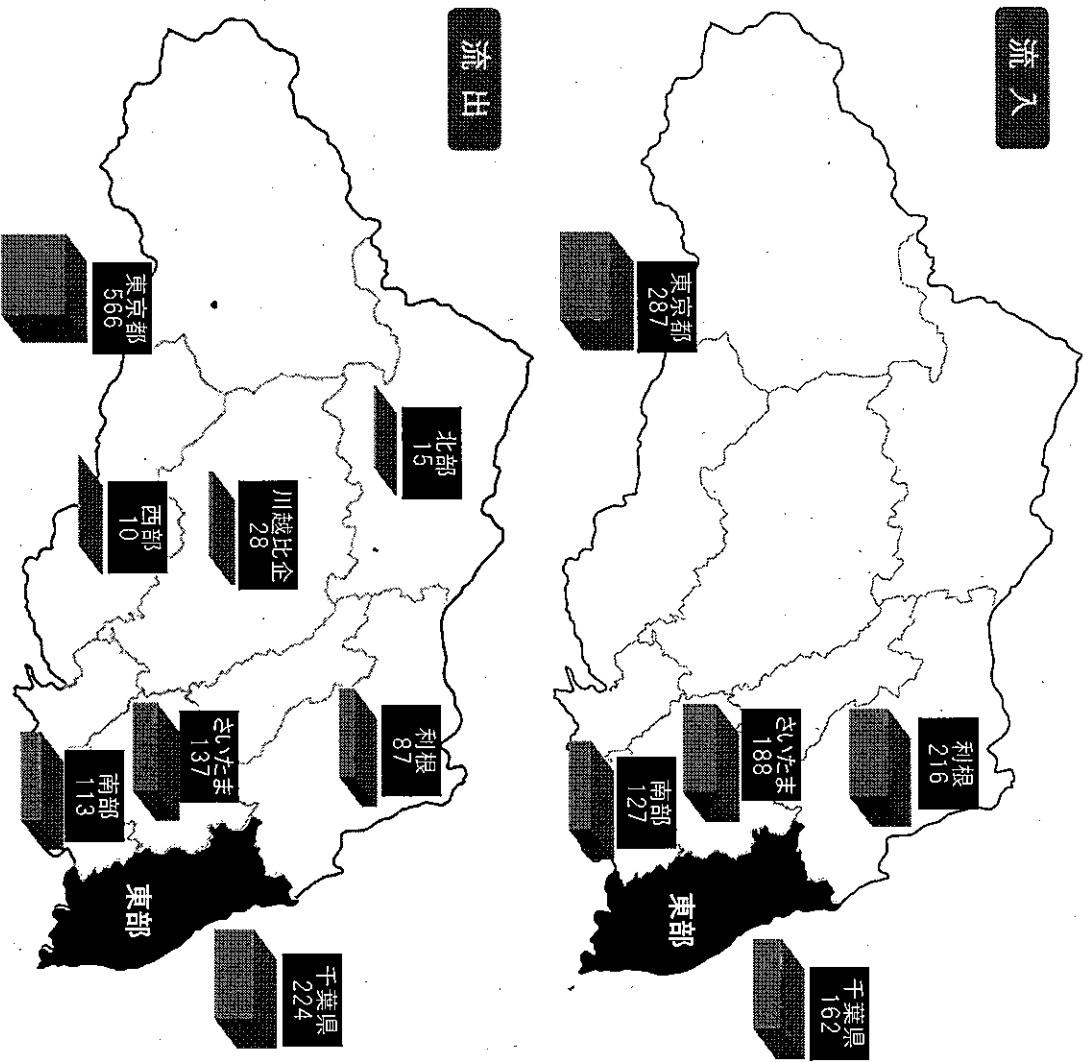
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	67	203	389	321	980	531	449
流出	184	383	351	262	1,180	390	790
（流入－流出）	▲117	▲180	38	59	▲200	141	▲341

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

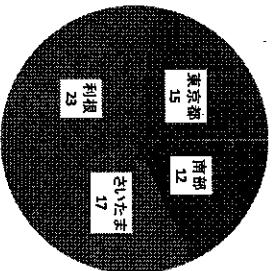
【区域・都県別】

流入

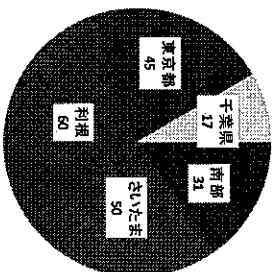


流出

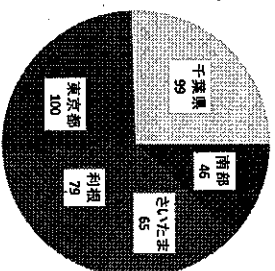
流入



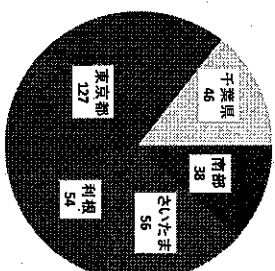
高度急性期



急性期

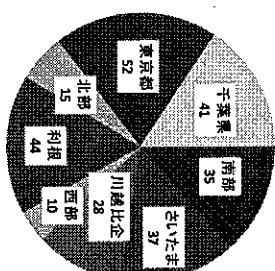
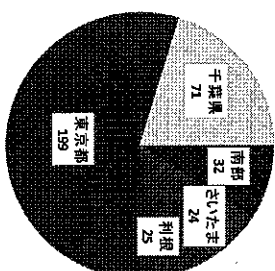
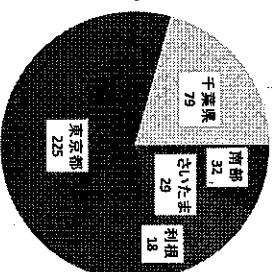
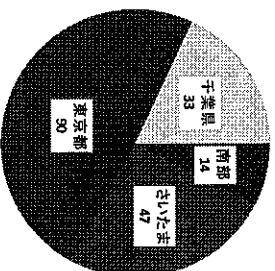


回復期



慢性期

流出



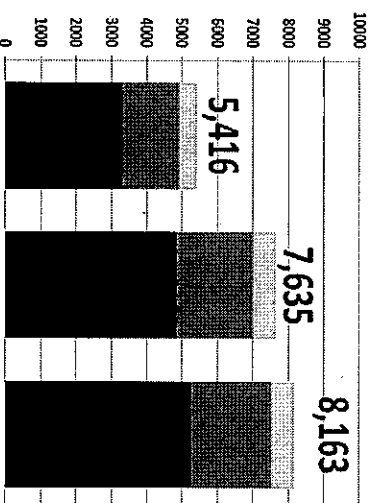
3 医療需要推計

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分別に推計

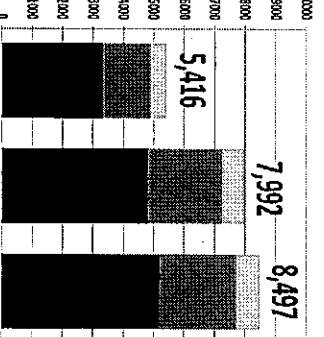
(1) 入院患者の医療需要

(人/日)



(参考)

流出入患者を見込まない場合



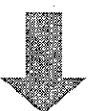
	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	5,416	7,635	8,163
高度急性期	501	623	635
急性期	1,595	2,171	2,267
回復期	1,711	2,461	2,601
慢性期	1,609	2,380	2,660

	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	5,416	7,992	8,497
高度急性期	501	768	775
急性期	1,595	2,423	2,521
回復期	1,711	2,425	2,553
慢性期	1,609	2,376	2,648

(2) 在宅医療等の必要量

(人/日)

	平成25年
全体	6,171
うち訪問診療分	3,476



	平成37年
全体	12,101
うち訪問診療分	6,628

(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 (未)

	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)	831	2,783	2,734	2,587	8,935	
平成27年度 病床機能報告 (b)	142	4,364	901	1,726	7,133	341
差引 (b-a)	▲689	1,581	▲1,833	▲861	▲1,802	

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	1,024	3,106	2,695	2,582	9,407	
---------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	--

(4) 病床利用率

(%)

一般病床	療養病床
全国	74.8
県全体	74.1
東部	74.6

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
東部	82.8

※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

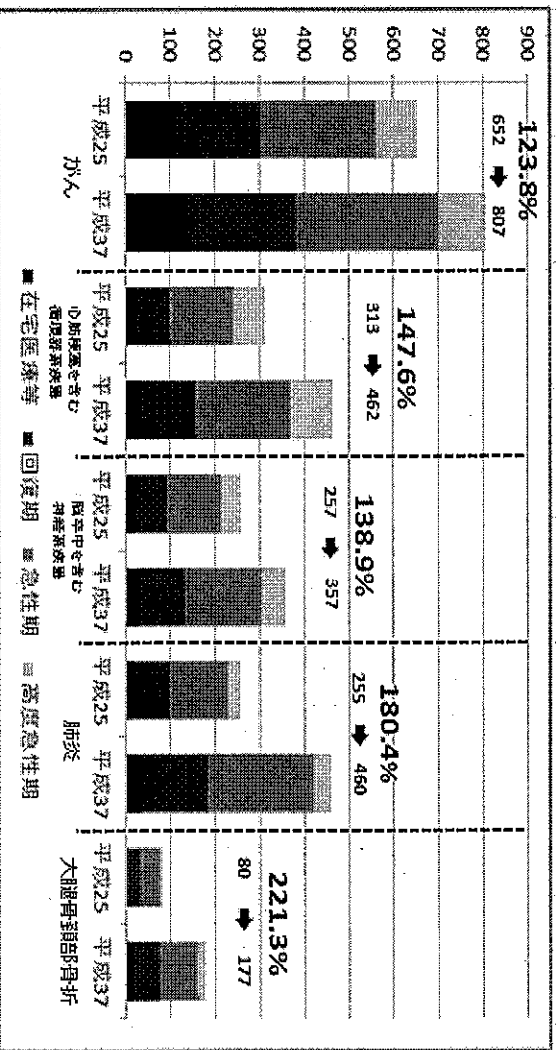
※人口：町(丁)字別人口(平成27年1月1日現在)

実数	病床数	
	人口10万人あたり	県全体
特定機能病院	0	0.0
7対1	3,241	284.4
10対1	288	25.3
13対1	162	14.2
15対1	300	26.3
回復期リハビリテーション病棟入院料	753	66.1
地域包括ケア病棟入院料・管理料	69	6.1
緩和ケア病棟入院料	34	3.0
特殊疾患入院料・管理料	97	8.5
療養病棟入院基本料	903	79.2
障害者施設等入院基本料	452	39.7

【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

東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。

東京都を中心に多くの入院患者が区域外に流出している中で、一般病床の利用率は県平均を上回るものの、全国平均より低い状況にあります。

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

- ・ 回復期病床・慢性期病床の不足のため、急性期での治療が終了した患者を転院させる医療機関が少ない状況にある。
- ・ 多くの入院患者が東京都、千葉県などに流出していることや病床利用率を見る限り、必ずしも一般病床に不足感はない。
- ・ 各医療機関の機能が相互で把握されておらず、また、機能分化についての地域住民の理解が十分でない。

➤ 今後の方向性

- ・ 医師・看護師の確保が最重要課題である。
- ・ 医療連携を推進するために、その核となる地域医療支援病院が必要である。
- ・ 大学病院、市立病院など規模の大きい病院が中心となり、医師及び医療スタッフを、回復期や慢性期の機能を持つ病院へ派遣することで、病院間の役割や機能について相互理解を深め、密接な連携を可能にする。

(2) 在宅医療等の体制整備

➤ 現状

- ・ 在宅での看取りについて住民に聞いかけるような啓発活動が必要である。
- ・ 訪問診療を担う医師、急変時の受入れを行う施設が明らかに不足しており、特に夜間対応は地元以外の医療機関に依存している状況にある。
- ・ 在宅医療の推進にも有効性の高い地域包括ケア病棟が区域内に全くない。

➤ 今後の方向性

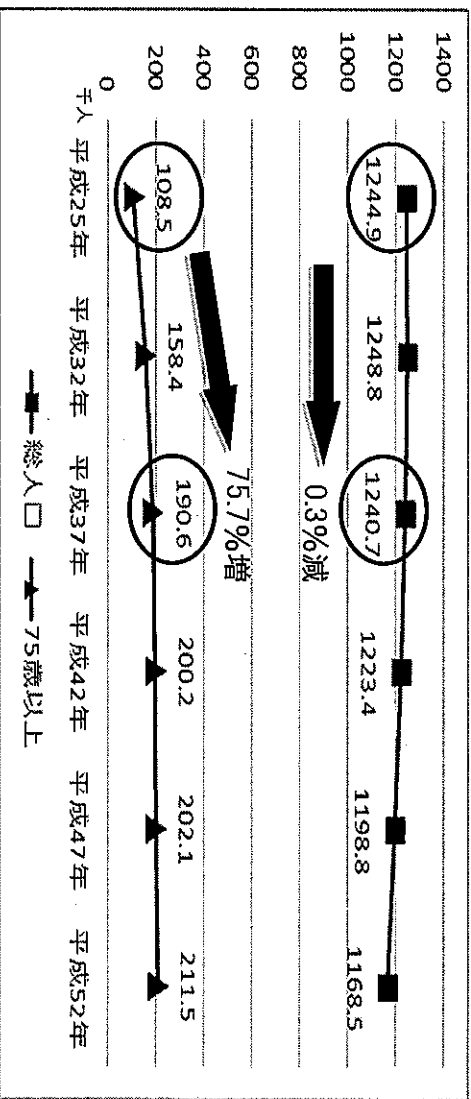
- ・ 在宅医療を推進するため、住民側の意識の変化を促す啓発（特に終末期をど

- ・のように迎えるか、延命治療、人工呼吸器の装着、胃ろうの造設に対する自己決定等)が必要となる。
- ・医師会立などの在宅医療専門診療所、訪問看護ステーションの開設を検討していくべきである。

第5節 さいたま区域

1 区域の概要

- ▶ 区域内市町村：さいたま市
- ▶ 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：33（うち200床以上の病院：14）（平成27年4月1日現在）
- ▶ 特定の医療機能を有する病院

- ・さいたま赤十字病院…「救」「災」「周」「地」「がん」
- ・さいたま市立病院…「災」「周」「がん」
- ・自治医科大学附属さいたま医療センター…「救」「災」「周」「がん」
- ・埼玉県立小児医療センター…「周」「地」「小が」
- ・さいたま市民医療センター…「地」

※「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 「小が」小児がん拠点病院

- ▶ 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
196（人口10万人当たり15.43）
- ・在宅療養支援歯科診療所届出数
54（人口10万人当たり4.25）
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数
390（人口10万人当たり30.70）

※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））

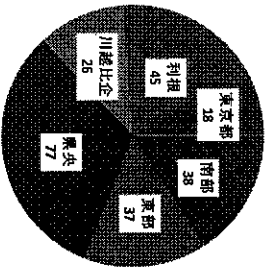
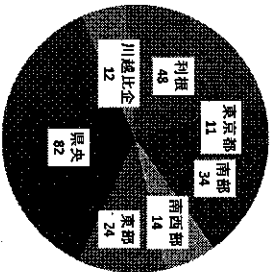
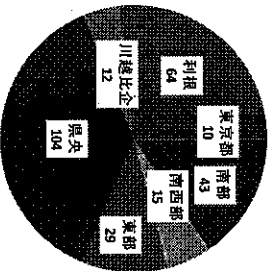
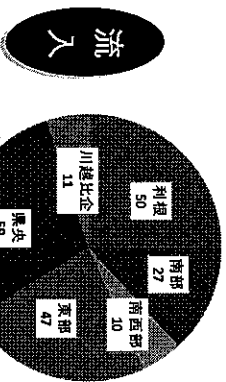
（人/日）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	204	277	225	241	947	908	39
流出	172	457	513	440	1,582	1,274	308
（流入－流出）	32	▲180	▲288	▲199	▲635	▲366	▲269

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】

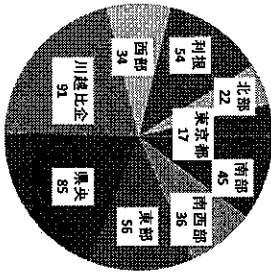
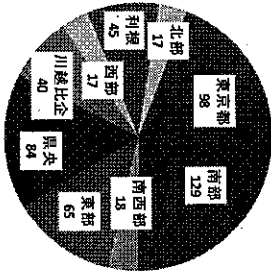
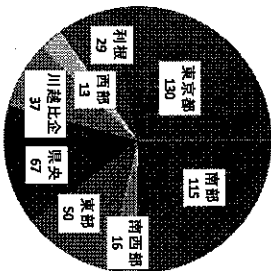
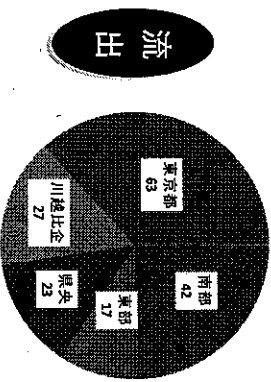


高度急性期

急性期

回復期

慢性期



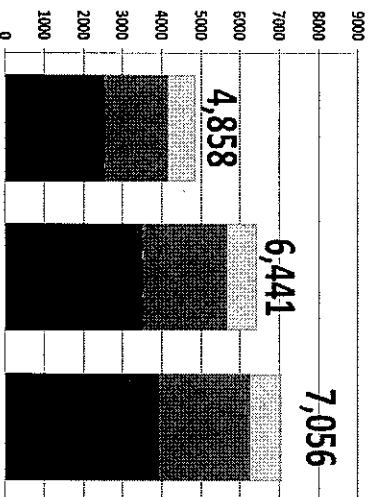
3 医療需要推計

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。

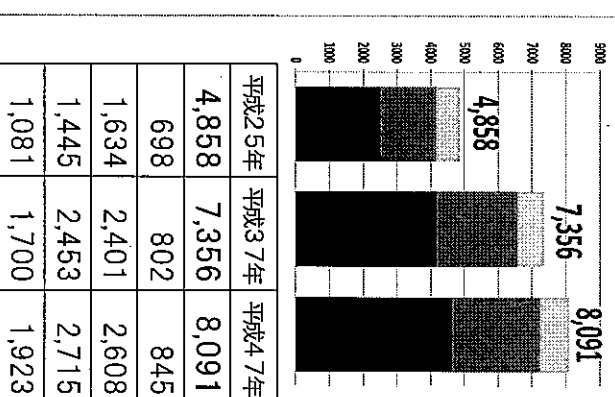
- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
- ・平成25年（2013年）医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

(1) 入院患者の医療需要

(人/日)



(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	4,858	6,441	7,056
高度急性期	698	779	801
急性期	1,634	2,161	2,342
回復期	1,445	2,071	2,297
慢性期	1,081	1,430	1,616

(2) 在宅医療等の必要量

(人/日)

	平成25年
全体	10,814
うち訪問診療分	7,752

	平成37年
全体	18,785
うち訪問診療分	13,425

(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 (末)

	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)	1,039	2,770	2,301	1,554	7,664	/
平成27年度 病床機能報告 (b)	1,478	3,546	362	1,493	6,879	128
差引 (b-a)	439	776	▲1,939	▲61	▲785	/

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	1,069	3,078	2,726	1,847	8,720	/
---------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	---

(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
さいたま	76.5	90.4

平成26年病院報告

一般病床	療養病床	
県全体	82.6	92.0
さいたま	82.0	92.0

(参考) 7年(2025年)の推計患者を
受入れるために必要な病床利用率 (%)

※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

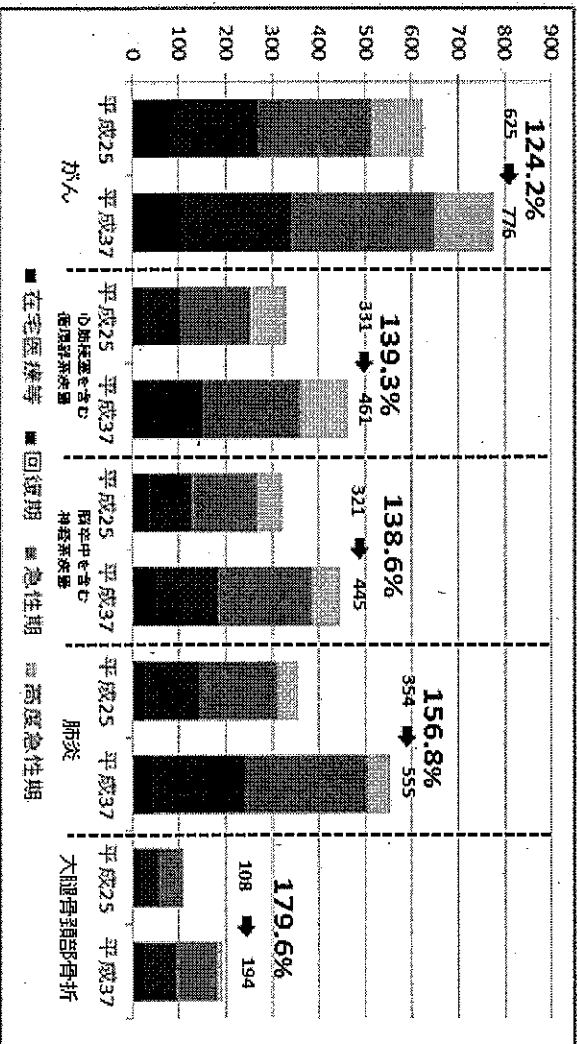
※平成27年度病床機能報告による報告結果
※人口：町(丁)字別人口(平成27年1月1日現在)

	病床数		実数	人口10万人あたり	
	区域内	県全体		区域内	県全体
特定機能病院	0	0.0	0	0.0	16.1
	7対1		3,298	261.6	228.1
一般病棟入院基本料	10対1		745	59.1	76.1
	13対1		132	10.5	14.0
	15対1		248	19.7	31.6
回復期リハビリテーション病棟入院料			262	20.8	40.8
地域包括ケア病棟入院料・管理料			0	0.0	5.4
緩和ケア病棟入院料			72	5.7	4.0
特殊疾患入院料・管理料			142	11.3	7.8
療養病棟入院基本料			880	69.8	112.9
障害者施設等入院基本料			0	0.0	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

さいたま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。

区域内の病床利用率は全国平均、県平均を上回る状況にあり、周辺区域から患者を受け入れる一方、多くの入院患者が東京都や南部などの区域外に流出しています。

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

- ・ 回復期及び慢性期病床が相対的に不足しており、特に慢性期病床については県内他区域への流出が多い状況にある。一方、高度急性期及び急性期病床は、既に平成47年(2035年)の推計需要を上回っている。
- ・ 病病連携、病診連携のため、各医師会による各地域内の病院や診療所の情報共有、分析が行われているが、各医療機能内、医療機能間での意見交換や情報共有に関する区域全体としての取組が十分ではない。

▶ 今後の方向性

- ・ 各医療機関間の意見交換や情報共有に加え、市と各医師会が協力し、区域全体あるいは地域ごとの意見交換、情報共有の活性化を図り、医療機能ごとの役割分担、連携を進めていく。
- ・ 高度急性期においては、先進・先端医療の提供の観点からも、原則として特定の医療機能を有する基幹病院が担い、慢性期病床については原則として地域に密着する中小病院や有床診療所がその役割を担うことが望ましいと考えられる。基幹病院と地域に密着した中小病院や診療所の機能分担により、地域完結型のチームスナな病病連携、病診連携を構築していく。
- ・ 回復期機能、慢性期機能、在宅医療をサポートする機能等への機能転換を推進する必要がある。
- ・ 周辺医療機関間における医療機能や実情について理解を深めるための相互訪問の実施を推進する。
- ・ 外部有識者等による各病院、各診療所の医療機能や強み・弱み等の収集・分

- ・ 析・評価などが必要である。
- ・ 認知症に限らず、精神疾患など多様な疾患を有する患者を受け入れる際の課題の把握及び医療機関相互の情報交換や連携等の場を創出していくため、地域医療介護総合確保基金を活用した支援が必要である。

(2) 在宅医療等の体制整備

▶ 現状

- ・ 介護老人保健施設や特定施設については、一部の施設で待機者が減少傾向にある。
- ・ 在宅医療に関して積極的に取り組む医療機関でも、人力的な余裕がない。必要病床数推計を踏まえれば、今後、在宅医療を行う患者に対する医療提供を拡大する必要がある。
- ・ 在宅での看取りに医師が立ち会うケースは少なく、在宅医療、訪問診療を行う医師自体も高齢化しつつある。

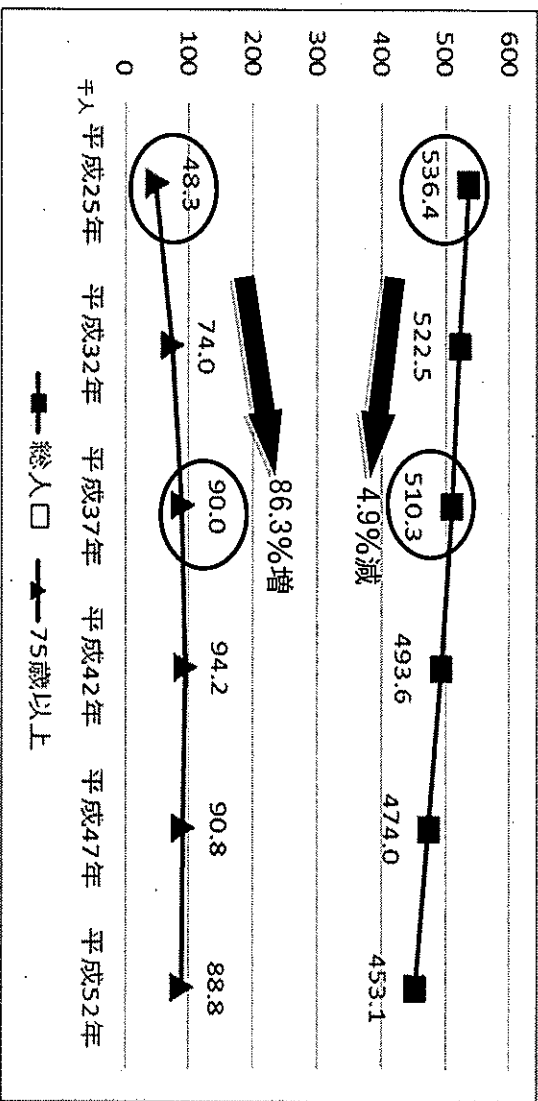
▶ 今後の方向性

- ・ 既存の病床機能から、在宅医療をサポートするような医療機能へ転換を行うことを希望する医療機関について、県の統一的なルールの下で地域医療介護総合確保基金の活用を検討していく。
- ・ 市民に対してかかりつけ医やかかりつけ薬局を持つよう呼びかける取組などの啓発を引き続き実施し、在宅医療等に対する理解を進める。
- ・ 高度急性期及び急性期病院は、医療従事者が安心して在宅医療に取り組むことができるよう、重症化した患者のスムーズな受入れや、在宅医療機関に対する教育活動など、様々な形で協力していくことが求められる。
- ・ 在宅医療、訪問診療等に興味のある若手医師を養成する取組を進めていく必要がある。
- ・ 地域包括ケアシステムの一環として在宅医療を進めるために、訪問看護、訪問介護、薬局等との連携を推進する必要がある。併せて、医療的ケアが必要な障害児・者が安心して生活できるよう、在宅医療と障害福祉施策との連携も進めていく必要がある。
- ・ 地域医療介護総合確保基金を活用し、ICＴ技術により、高度急性期病院や訪問診療等を実施する医療機関が、在宅患者の状態を把握し急変時に効率的な対応を行うためのシステムや、介護にあたる家族の負担軽減を図るためのシステムを構築すべきである。

第6節 県央区域

1 区域の概要

- 区域内市町村：鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、伊奈町
- 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：16（うち200床以上の病院：4）（平成27年4月1日現在）
- 特定の医療機能を有する病院

- ・埼玉県立がんセンター…「がん」

- ・北里大学メダイカルセンター…「災」「地」

- ・上尾中央総合病院…「地」

- ※「災」災害拠点病院 「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 53（人口10万人当たり9.91）

- ・在宅療養支援歯科診療所届出数 18（人口10万人当たり3.37）

- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数 156（人口10万人当たり29.17）

- ※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）

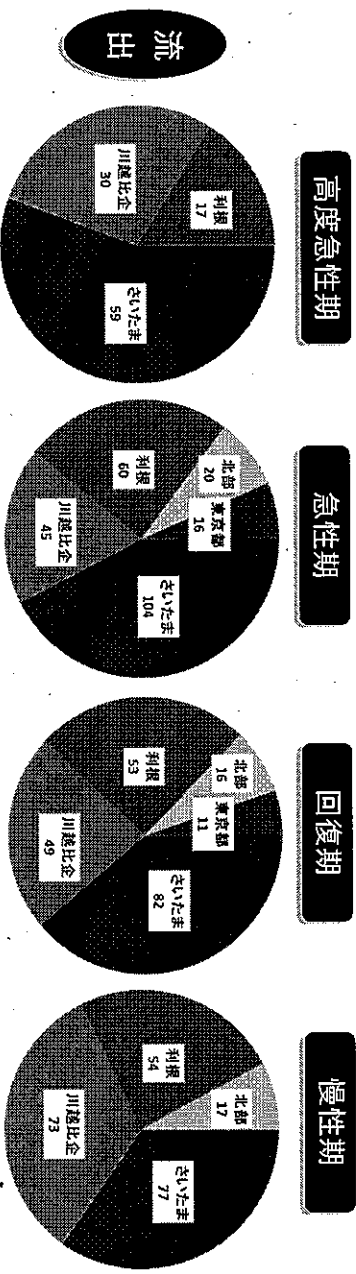
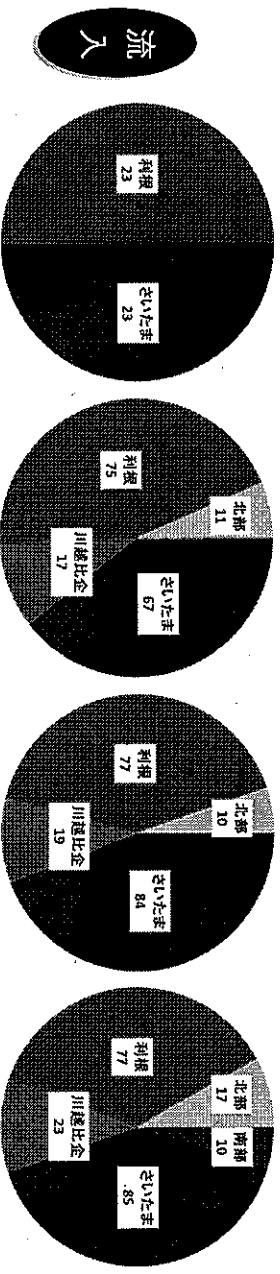
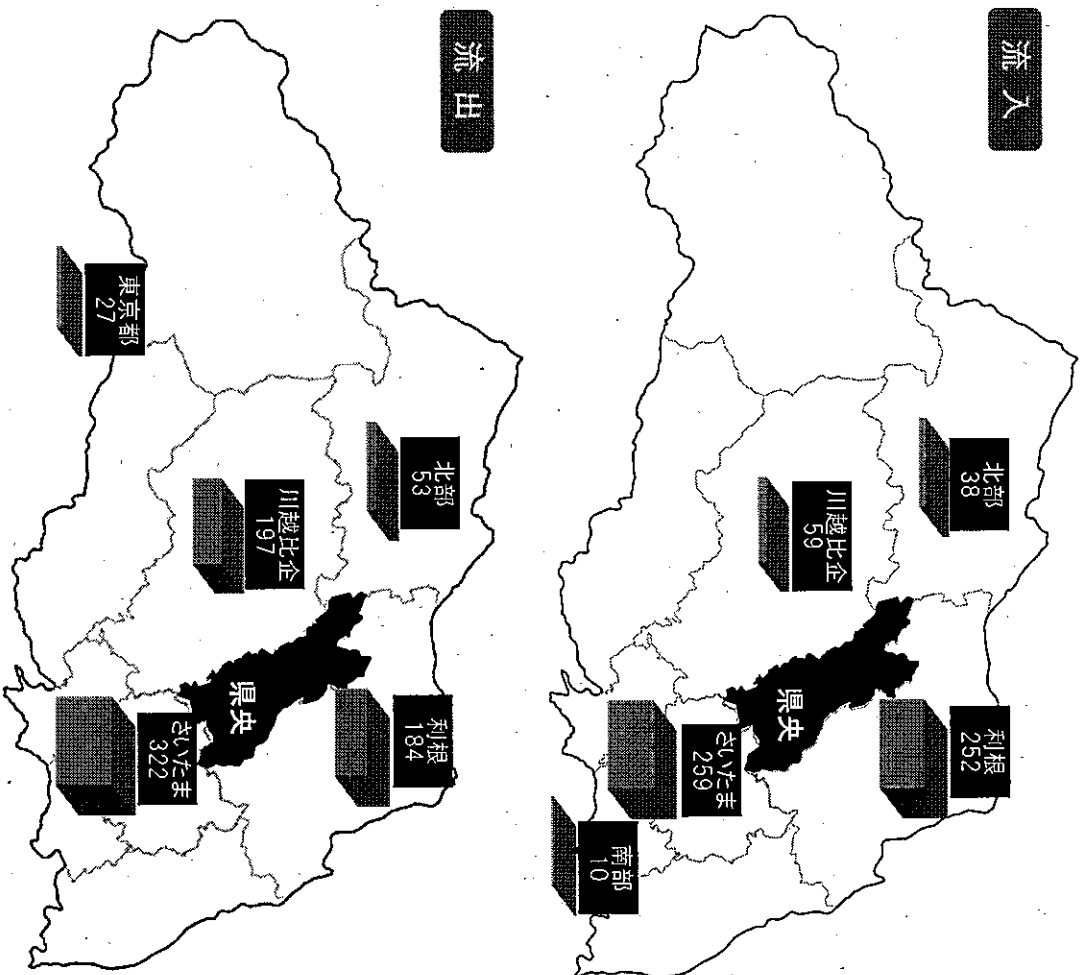
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	46	170	190	212	618	618	0
流出	106	245	211	221	783	756	27
（流入－流出）	▲60	▲75	▲21	▲9	▲165	▲138	▲27

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】



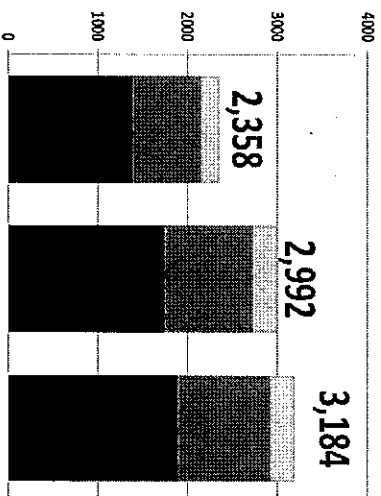
3 医療需要推計

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。

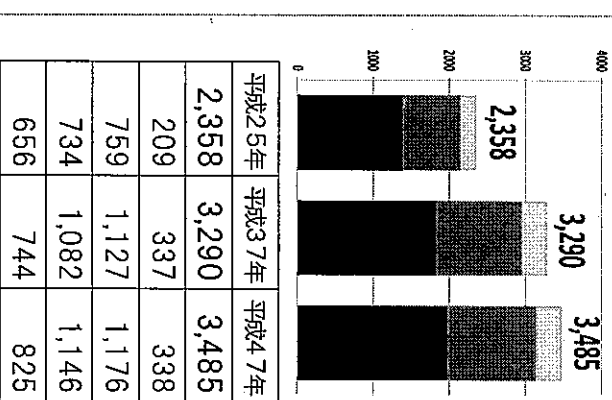
- ・厚生労働省「地域医療構想特定支援ツール」により作成
- ・平成25年(2013年)医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

(1) 入院患者の医療需要

(人/日)



(参考)
流出入患者を見込まない場合

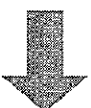


	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	2,358	2,992	3,184
高度急性期	209	258	262
急性期	759	993	1,035
回復期	734	1,008	1,063
慢性期	656	733	824

(2) 在宅医療等の必要量

(人/日)

	平成25年
全体	2,628
うち訪問診療分	1,220



	平成37年
全体	4,874
うち訪問診療分	2,183

(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 (未)

	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)	344	1,273	1,120	797	3,534	/
平成27年度 病床機能報告(b)	391	1,721	232	877	3,221	304
差引(b-a)	47	448	▲888	80	▲313	/

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	450	1,445	1,203	809	3,907	/
---------------------------	-----	-------	-------	-----	-------	---

(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
県央	67.9	92.2

平成26年病院報告

一般病床	療養病床	
県全体	82.6	92.0
県央	82.5	92.0

(参考) 7年(2025年)の推計患者を
受入れるために必要な病床利用率 (%)

※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)

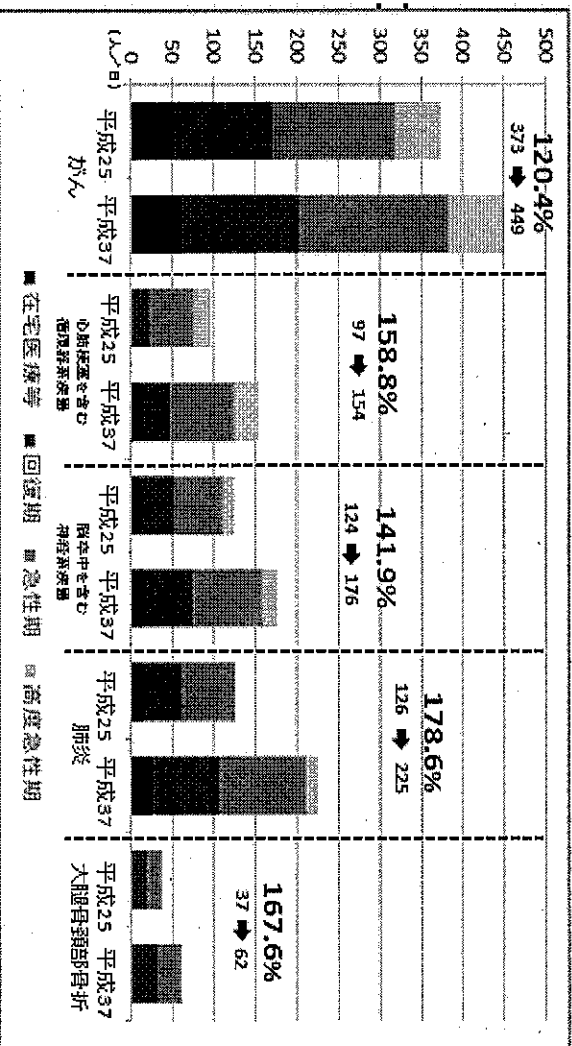
	実数	病床数		
		人口10万人あたり	原全体	
一般病棟入院基本料	特定機能病院	0	0.0	16.1
	7対1	1,142	213.4	228.1
	10対1	150	28.0	76.1
	13対1	0	0.0	14.0
	15対1	97	18.1	31.6
回復期リハビリテーション病棟入院料	185	34.6	40.8	
地域包括ケア病棟入院料・管理料	0	0.0	5.4	
緩和ケア病棟入院料	72	13.5	4.0	
特殊疾患入院料・管理料	0	0.0	7.8	
療養病棟入院基本料	737	137.7	112.9	
障害者施設等入院基本料	82	15.3	26.5	

【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

県央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。

さいたま、川越比企など近隣の区域に多くの入院患者が流出している中で、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

- ・ 病床数は充足しているが、病床利用率は季節等によってばらつきがある。
- ・ 同一の医療機関に留まることを希望する患者が一定数存在し、転院までの期間が長くかかることもある。

➤ 今後の方向性

- ・ 一定数の増床(約270床)により、将来の医療需要に対してある程度対応が可能となるのではないか。
- ・ 関係者間の連携が重要であることから、つなぎ役を担うコーディネーターとして地域をコントロールできる能力のある人材の養成が不可欠である。

(2) 在宅医療等の体制整備

➤ 現状

- ・ 慢性期から移行する場合、在宅での療養への流れはほとんどなく、介護施設等への入所が多い状況にある。
- ・ 在宅療養への移行は、医療機関や医療従事者のみならず、介護関係者との連携や家族の支えがあつて初めて実現するものであるが、医療と福祉の連携が十分でない状況にある。

➤ 今後の方向性

- ・ 在宅医療を支える人々を地域包括ケアシステムによりバックアップする仕組みを整備する必要がある。
- ・ 医療機関から在宅医療への移行だけではなく、地域に潜むニーズを掘り起こし、そのニーズに対応していく必要がある。

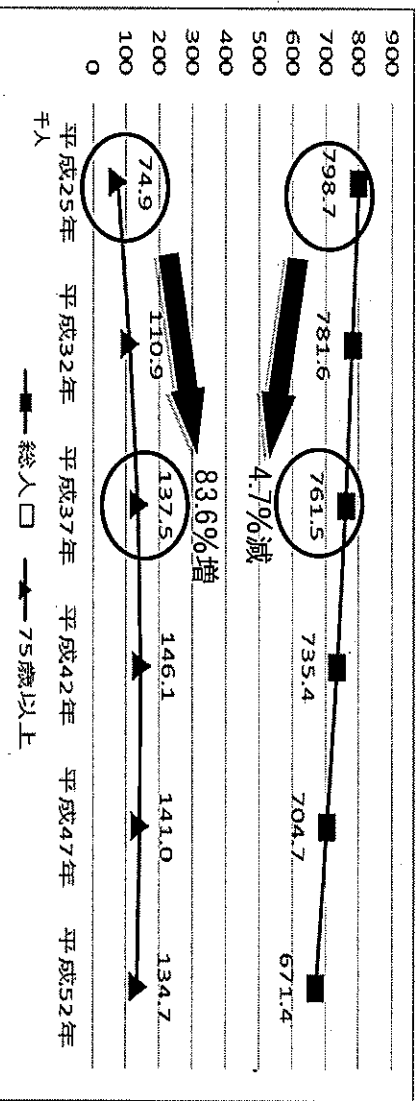
- ・医療機関間及び医療・福祉の連携を推進するため、連携のための体制整備や
コーディネーター等の人材育成を図る。

第7節 川越比企区域

1 区域の概要

- ▶ 区域内市町村：川越市、東松山市、坂戸市、鶴ヶ島市、毛呂山町、越生町、滑川町、嵐山町、小川町、川島町、吉見町、鳩山町、ときがわ町、東秩父村

▶ 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：43（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

- ・ 埼玉医科大学総合医療センター…「救」〔高度〕「災」〔周〕〔総合〕「がん」〔小救〕

- ・ 埼玉医科大学病院…「周」〔特〕「災」
- ・ 東松山医師会病院…「地」

- ※「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
- 「小救」小児救命救急センター

▶ 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 91（人口10万人当たり11.43）
- ・ 在宅療養支援歯科診療所届出数 33（人口10万人当たり 4.14）
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数 252（人口10万人当たり31.64）

※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理機関名簿」（H28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）

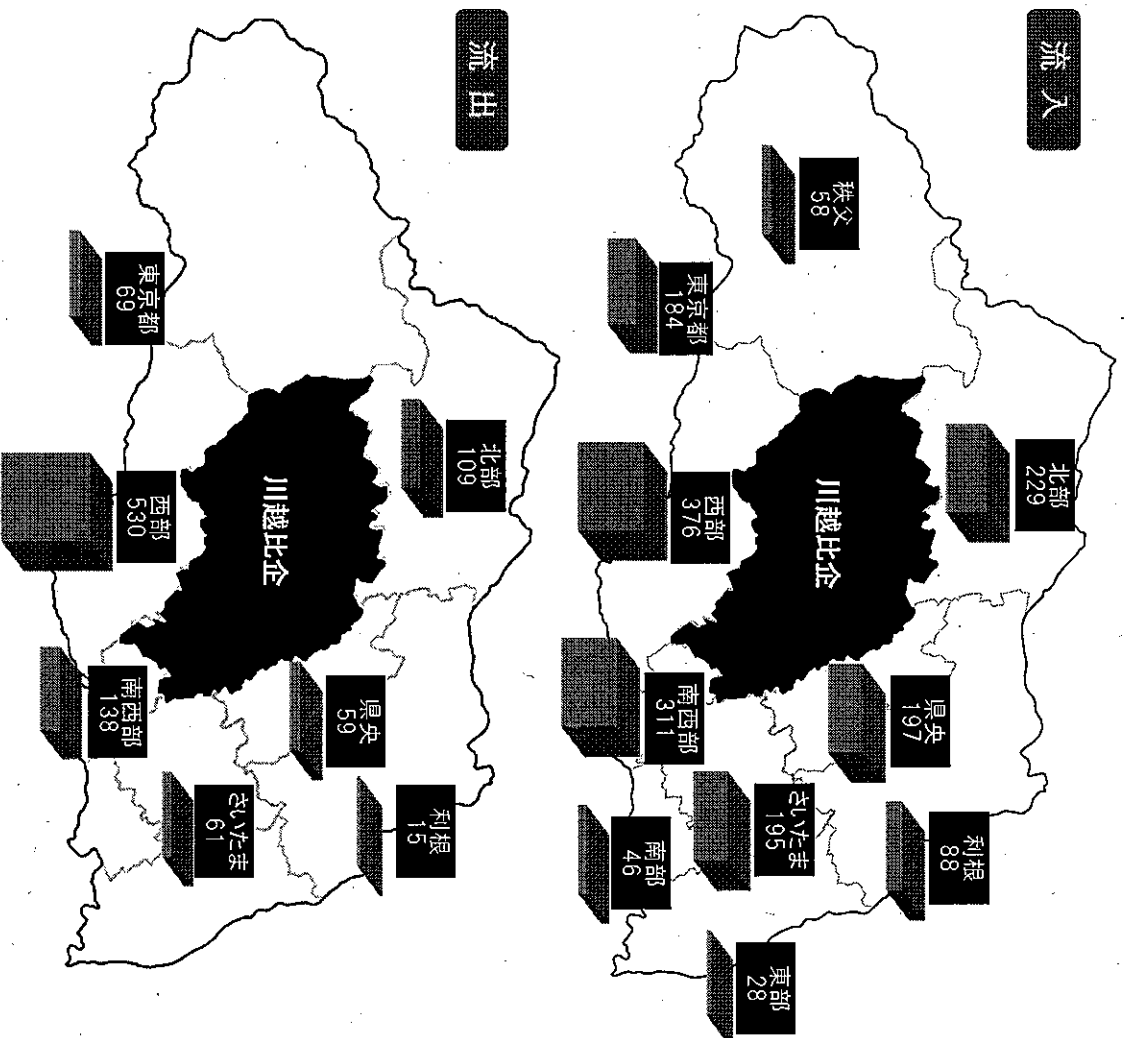
2 入院患者の受療動向（平成25年（2013年）） (人/日)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	230	379	408	695	1,712	1,528	184
流出	110	311	246	314	981	912	69
(流入－流出)	120	68	162	381	731	616	115

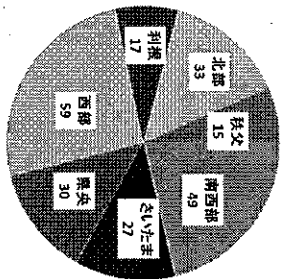
流入超過

- ・ 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

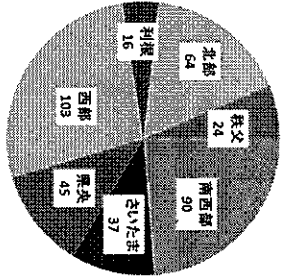
【区域・都県別】



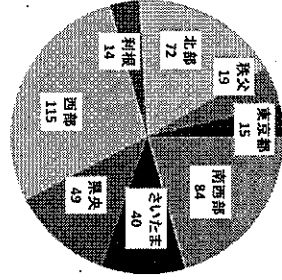
流入



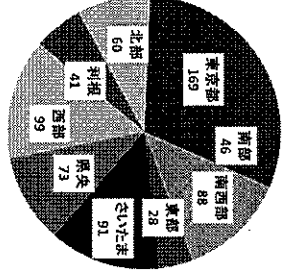
高度急性期



急性期

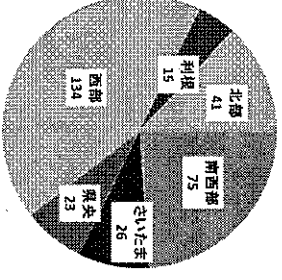
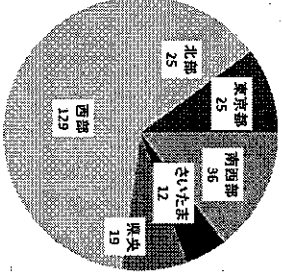
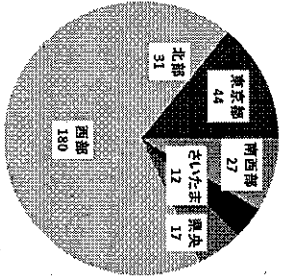
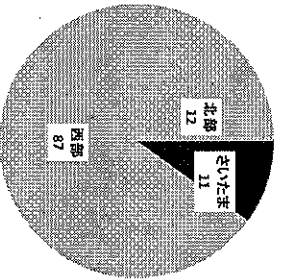


回復期



慢性期

流出



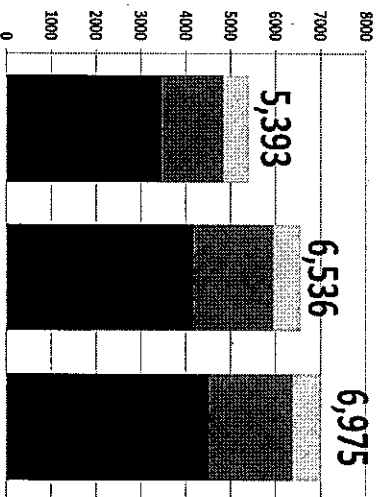
3 医療需要推計

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。

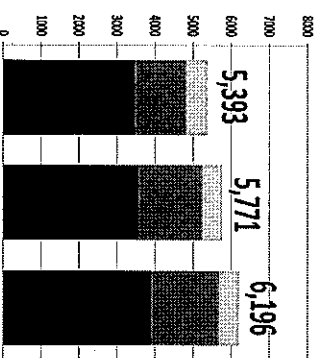
- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
- ・平成25年(2013年)医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

(1) 入院患者の医療需要

(人/日)



(参考)
流出入患者を見込まない場合



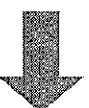
	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	5,393	6,536	6,975
高度急性期	561	601	594
急性期	1,366	1,763	1,850
回復期	1,623	2,266	2,430
慢性期	1,843	1,906	2,101

	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	5,393	5,771	6,196
高度急性期	561	528	524
急性期	1,366	1,687	1,769
回復期	1,623	2,070	2,219
慢性期	1,843	1,486	1,684

(2) 在宅医療等の必要量

(人/日)

	平成25年
全体	4,816
うち訪問診療分	2,469



	平成37年
全体	8,799
うち訪問診療分	4,105

(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)	802	2,260	2,518	2,072	7,652	
平成27年度 病床機能報告(b)	1,763	2,566	703	1,784	6,816	457
差引(b-a)	961	306	▲1,815	▲288	▲836	

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	703	2,163	2,300	1,615	6,781	
---------------------------	-----	-------	-------	-------	-------	--

(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
川越比企	73.6	91.1

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
川越比企	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)

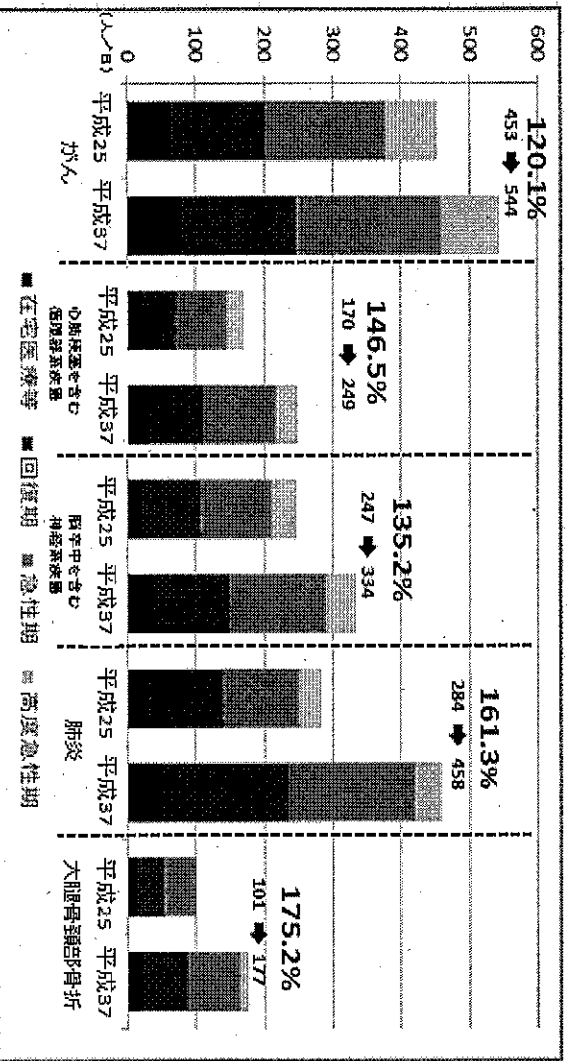
	実数	病床数	
		人口10万人あたり	県全体
		区域内	
特定機能病院	657	82.4	16.1
	7対1	224.6	228.1
一般病棟入院基本料	1,791	78.7	76.1
	10対1	98.7	14.0
	13対1	100	31.6
	15対1	274	40.8
回復期リハビリテーション病棟入院料	562	70.5	5.4
地域包括ケア病棟入院料・管理料	29	3.6	4.0
緩和ケア病棟入院料	20	2.5	7.8
特殊疾患入院料・管理料	0	0.0	112.9
療養病棟入院基本料	1,367	171.5	26.5
障害者施設等入院基本料	319	40.0	

【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

川越比企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。

高度急性期を中心に県内他区域からの多くの入院患者を受け入れており、本県の医療の中心となっています。

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

- ・ 救急で搬送される患者の大半を高齢者が占める中で、高度急性期においては不安定な病状が続く患者を直ちに転送できないケースも少なくなく、また回復期・慢性期への転院が円滑に進んでいない。また、高度急性期から急性期、回復期へという本来あるべき機能分化が成立していない状況にある。
- ・ 回復期病床では、すべての医療機関が満床という状況ではない。在宅医療・介護については、関係者間で話し合いがなされているが、病院間での連携の協議は実施されていない。
- ・ 医療連携の最前線であるべき医療機関の地域連携室のスタッフに、それぞれの医療機関の機能が、必ずしも十分に理解されていない。
- ・ 高度急性期を担う病院からの紹介について、受入先の連携室では社会福祉士だけで対応しているケースもあり、患者の病状が的確に伝わらないことがある。

▶ 今後の方向性

- ・ 地域医療介護総合確保基金の活用並びに必要な財源の確保を進め、不足が見込まれる病床機能の整備を行う必要がある。
- ・ 病床の整備に伴って、必要となる医師・看護師等の人材の養成・確保を行うべきである。
- ・ 既存医療機関の病床数を増やす方向で整備していくことが現実的である。
- ・ 区域内の医師会が中心となって、回復期病床の定義を明確にした上で詳細な調査を行い、現状の問題点を整理していく。
- ・ 個々の病院がそれぞれの機能を生かし、相互に一層の連携を図るため、病院

の経営層（院長・事務部長・看護部長）と医師会、行政が一堂に会し、最新の医療政策の動向を含め、地域の医療を考える場として、地域医療構想調整会議及び部会等の下部組織を設置する。

- ・医療機関の地域連携室に社会福祉士のほか看護師を常駐させ、医師もメンバーに加えた中で、チームワークで取り組む体制を構築することが必要である。また、地域連携クリティカルパスやICＴを積極的に活用し、情報の共有を図るべきである。

(2) 在宅医療等の体制整備

▶ 現状

- ・病院、診療所ともに、在宅での看取りや訪問診療を担える医師は極めて少なく、マンパワーが不足している。特に、急変した患者は必ず受け入れるというバックアップ体制が構築されていない。
- ・介護を受ける高齢者の多くは年金のみで生計を立てている状況であるため、特別養護老人ホームのみが入所待ちとなり、入居費用のかさむ介護老人保健施設やサービス付き高齢者向け住宅はベッドが埋まらなくなることが懸念されている。実際に金銭的な理由で居宅での療養を選択するケースも見受けられる。

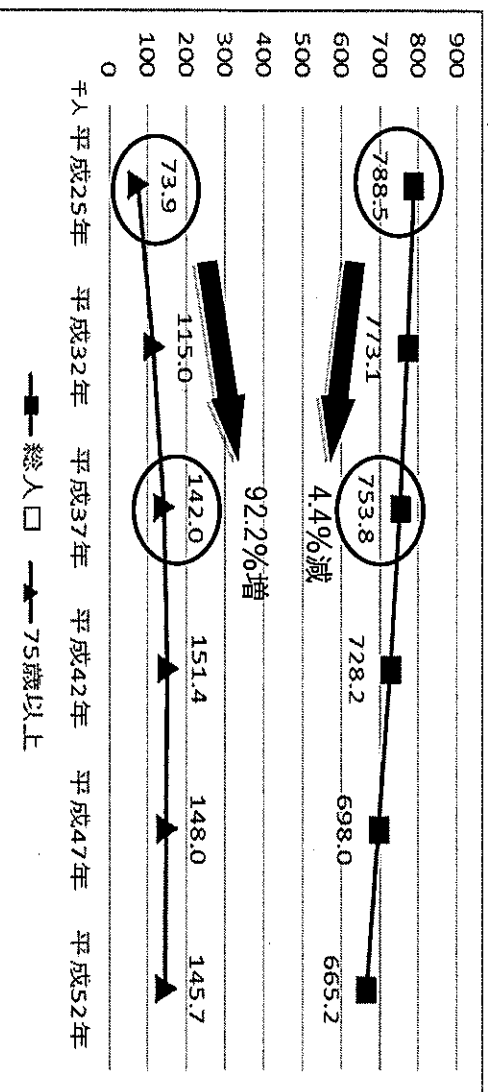
▶ 今後の方向性

- ・入院治療から在宅医療に移行する場合は、直近で入院していた病院等がかかりつけ病院と位置付け、急変時は漏れなく受け入れるシステムの導入を検討すべきである。
- ・特別養護老人ホーム、介護型老人保健施設等が主に看取りの場となつているが、今後はサービス付き高齢者向け住宅についても看取りが可能な施設を増やす必要がある。
- ・地域の医師会では患者が相談できる拠点を設置し、後方ベッドならびに在宅登録医の確保について体制づくりを進めるなど、今後地域内での共通理解を進めていく。
- ・訪問看護ステーションの多くは小規模多機能型であるため、これらのステーションを統合集約するなどにより、24時間対応など、利用者ニーズに対応できる看護多機能型のステーション整備を進め、地域における訪問看護の体制を充実・強化していく必要がある。

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））

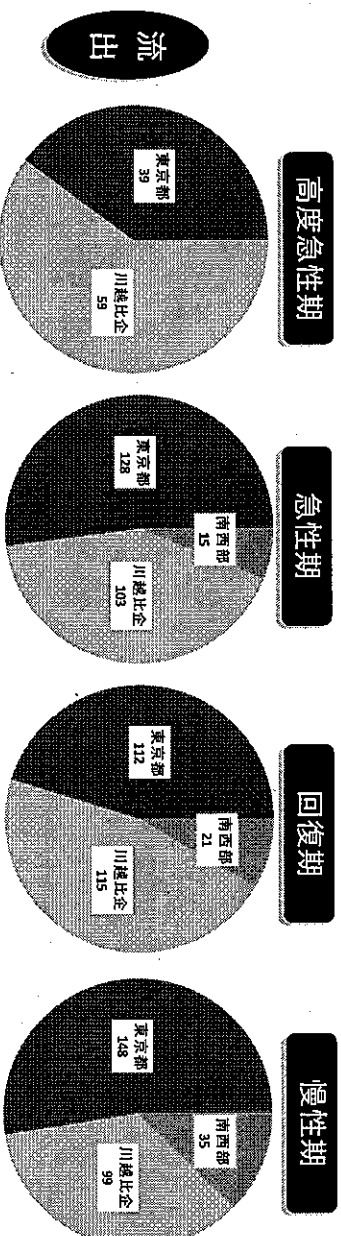
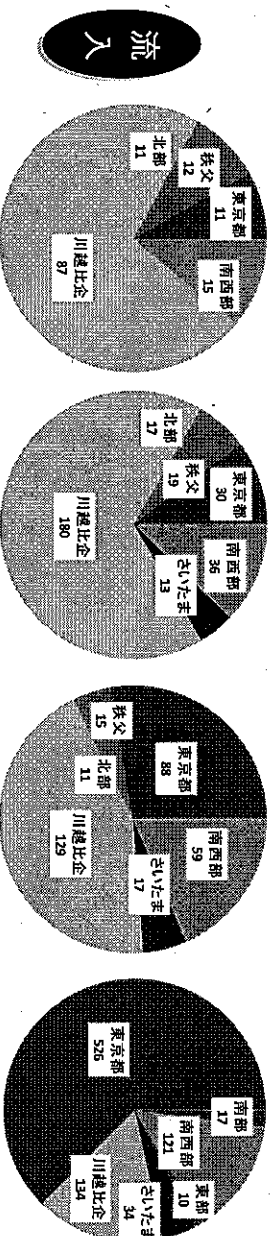
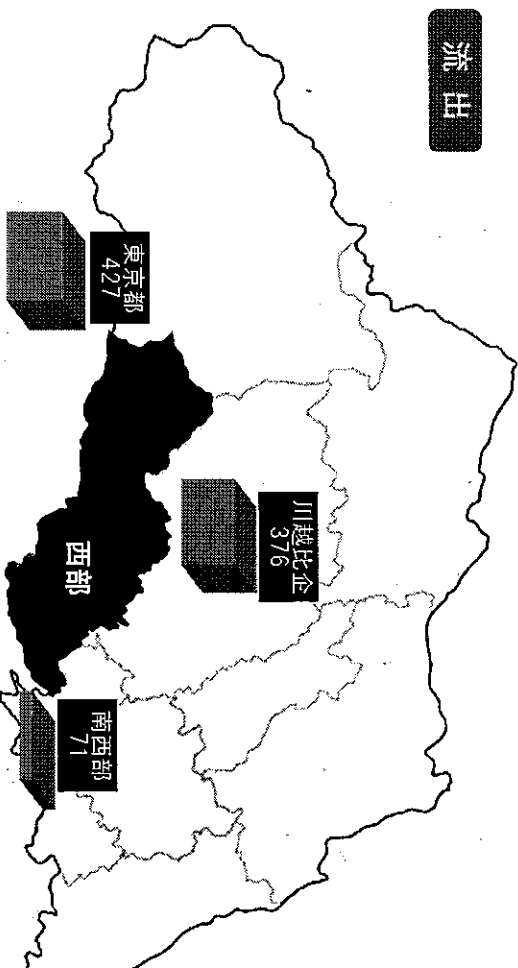
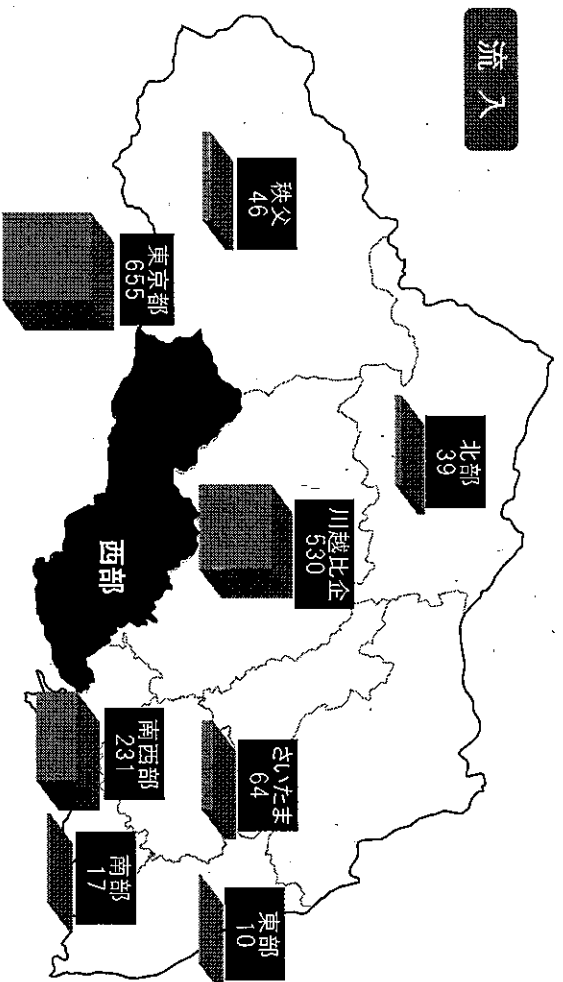
（人/日）

	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】



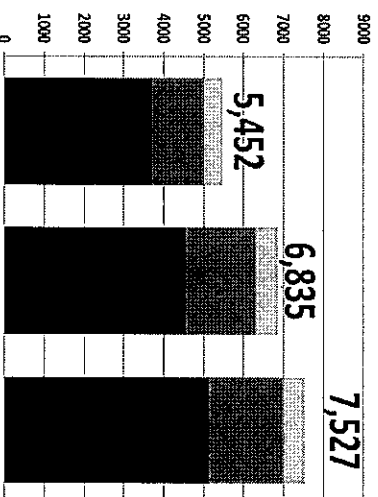
3 医療需要推計

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。

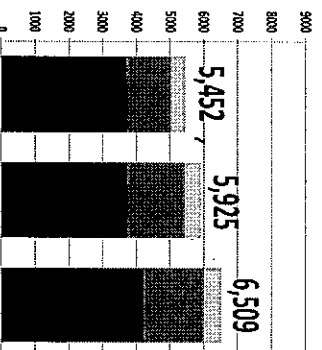
- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
- ・平成25年(2013年)医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

(1) 入院患者の医療需要

(人/日)



(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	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

	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

(人/日)

	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 (末)

	平成37年	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

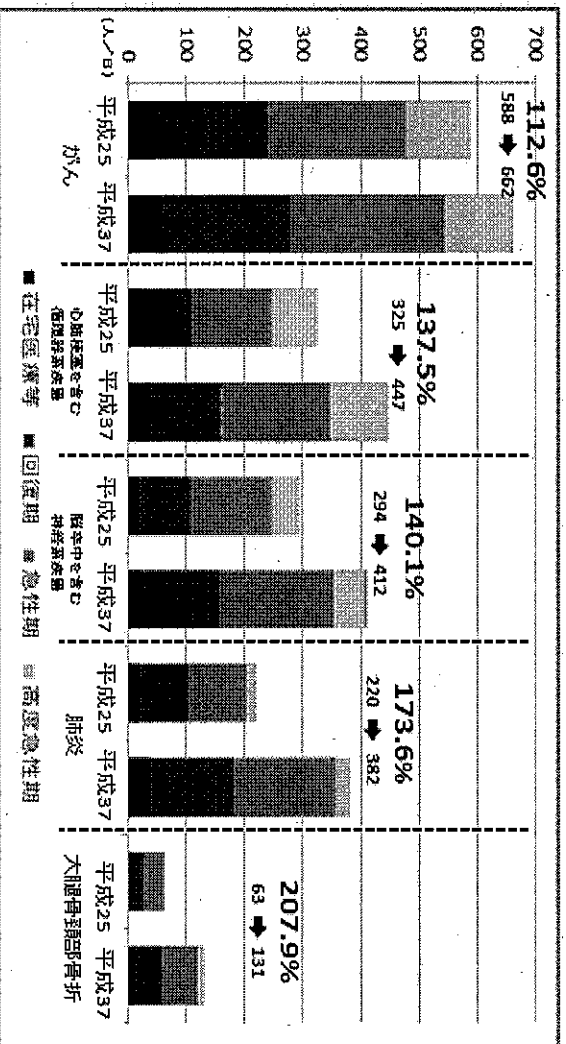
※人口：町(丁)字別人口(平成27年1月1日現在)

	実数	病床数	
		人口10万人あたり	県全体
		区域内	
特定機能病院	516	65.7	16.1
	7対1	1,402	228.1
一般病棟入院基本料	1,039	132.3	76.1
	13対1	95	14.0
	15対1	367	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る。
- ・ 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（ロールドカフエニ多職種連携座談会など）を進めている。

▶ 今後の方向性

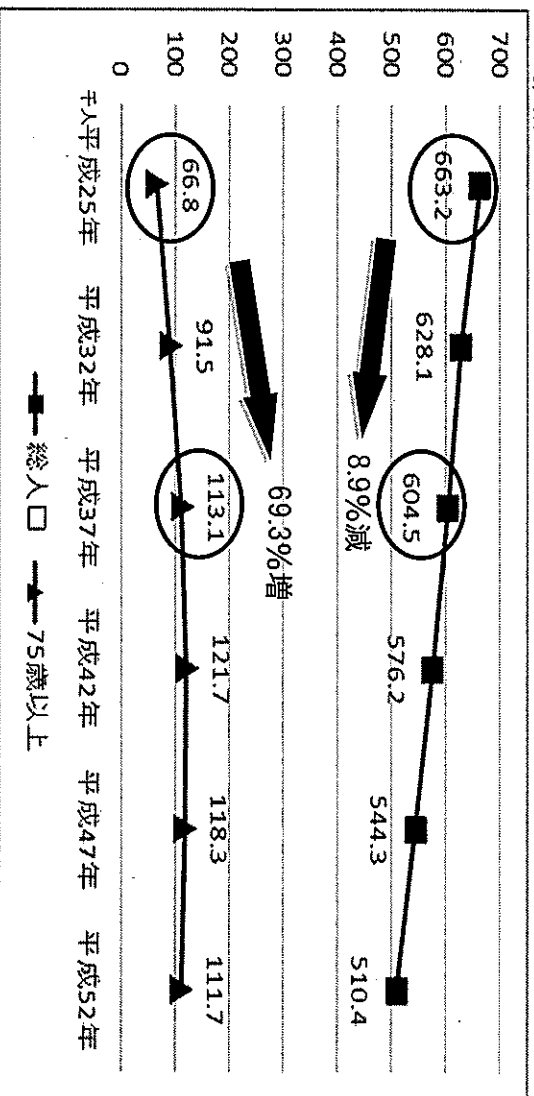
- ・ 在宅医療を担うスタッフを増やすため、居宅での救急診療体制の整備をはじめ、患者急変時の対応や患者の状態に応じた医療機関の役割分担の明確化などを進めることが重要である。
- ・ ロールドカフエ等により、在宅医療・介護関係者に対する研修をはじめ情報の共有支援、地域住民への普及啓発等を推進する。
- ・ 往診医の確保や充実、往診医を支える仕組み等の整備について、地域医療介護総合確保基金の活用を図るべきである。

第9節 利根区域

1 区域の概要

- ▶ 区域内市町村：行田市、加須市、羽生市、久喜市、蓮田市、幸手市、白岡市、宮代町、杉戸町

▶ 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：7）（平成27年4月1日現在）
- ▶ 特定の医療機能を有する病院

- ・ 行田総合病院…「災」「地」
- ・ 埼玉県済生会栗橋病院…「災」「地」
- ・ 新久喜総合病院…「災」

※「災」災害拠点病院 「地」地域医療支援病院

▶ 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 50（人口10万人当たり7.63）
- ・ 在宅療養支援歯科診療所届出数 19（人口10万人当たり2.90）
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数 179（人口10万人当たり27.33）

※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））

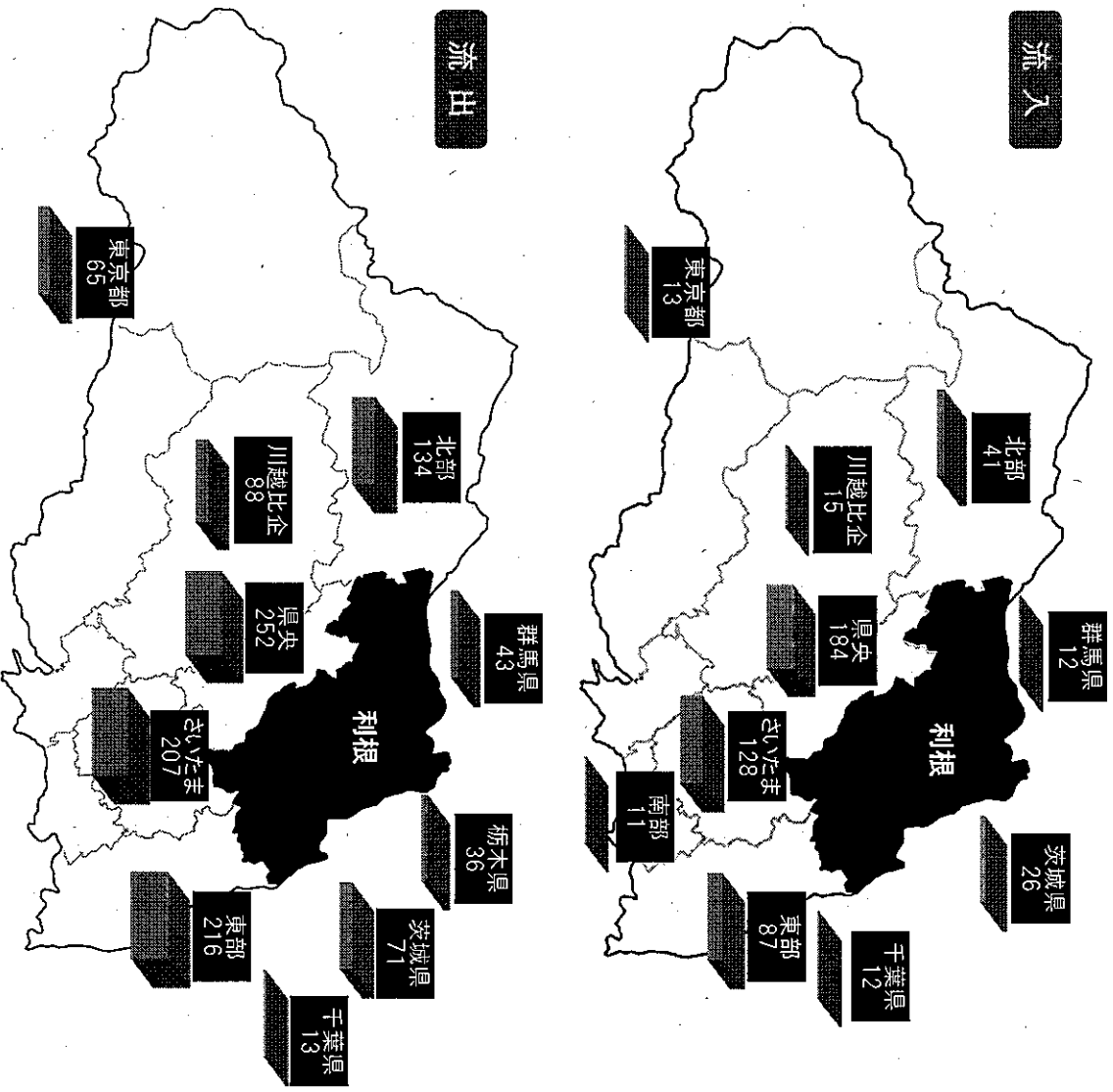
（人/日）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	17	131	148	233	529	466	63
流出	141	368	349	267	1,125	897	228
（流入－流出）	▲124	▲237	▲201	▲34	▲596	▲431	▲165

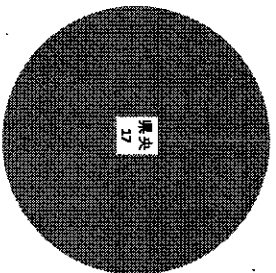
流出超過

- ・ 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

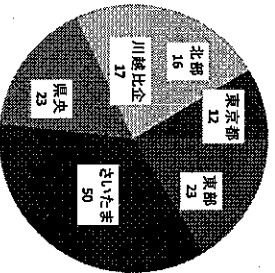
【区域・都県別】



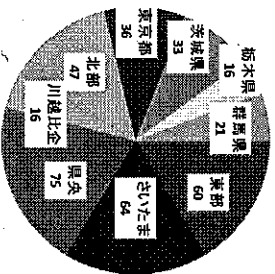
流入



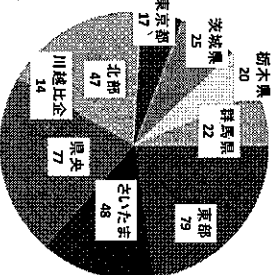
高度急性期



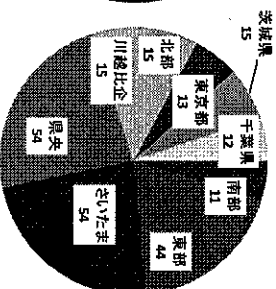
急性期



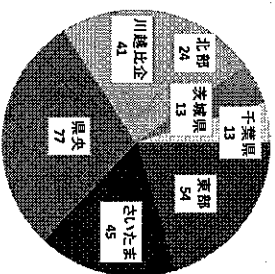
回復期



慢性期



流出

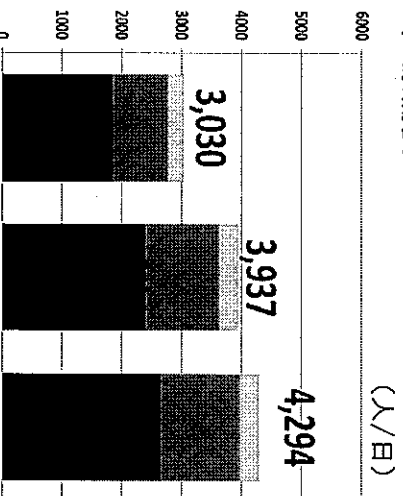


3 医療需要推計

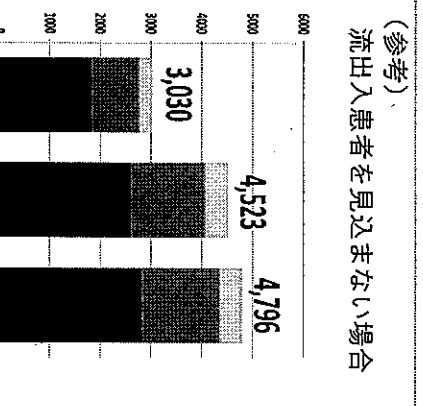
平成37年(2025年)及び平成47年(2035年)の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

- ・厚生労働省「地域医療構想決定支援ツール」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分別に推計

(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	3,030	3,937	4,294
高度急性期	265	319	324
急性期	925	1,233	1,329
回復期	941	1,303	1,431
慢性期	899	1,082	1,210



	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	3,030	4,523	4,796
高度急性期	265	449	436
急性期	925	1,474	1,535
回復期	941	1,501	1,599
慢性期	899	1,099	1,226

(2) 在宅医療等の必要量

	平成25年
全体	2,849
うち訪問診療分	967

➔

	平成37年
全体	4,547
うち訪問診療分	1,492

(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)	426	1,580	1,448	1,176	4,630	
平成27年度 病床機能報告 (b)	38	2,707	383	1,092	4,220	203
差引 (b-a)	▲388	1,127	▲1,065	▲84	▲410	

(参考)流出入を見込まない場合の必要病床数

599	1,890	1,668	1,195	5,352	
-----	-------	-------	-------	-------	--

(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
利根	72.1	82.6

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
利根	82.7	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

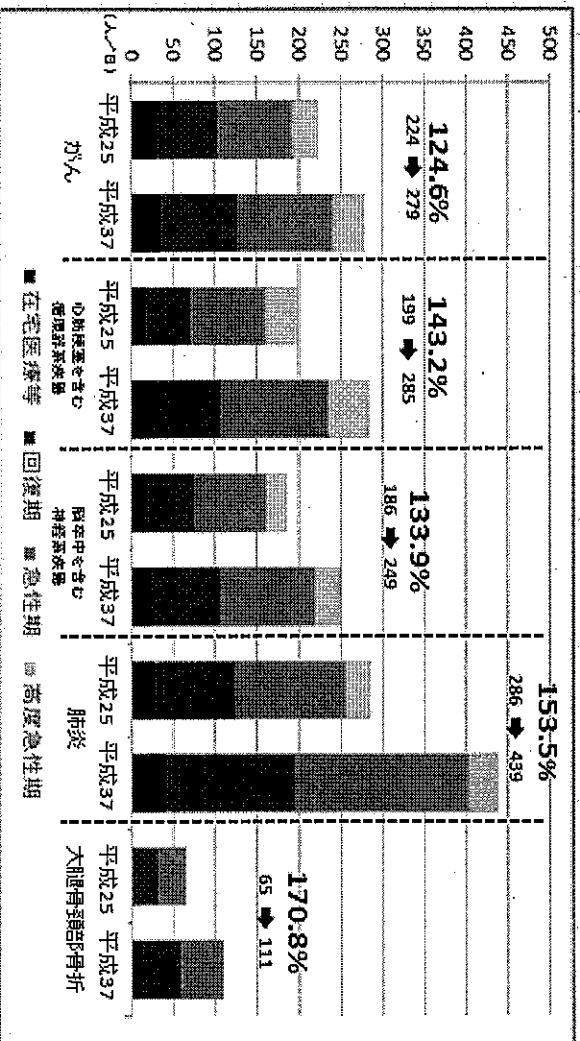
※人口：町(丁)字別人口(平成27年1月1日現在)

	実数	病床数	
		人口10万人あたり	県全体
特定機能病院	0	0.0	16.1
7対1	1,522	231.6	228.1
10対1	598	91.0	76.1
13対1	53	8.1	14.0
15対1	374	56.9	31.6
回復期リハビリテーション病棟入院料	239	36.4	40.8
地域包括ケア病棟入院料・管理料	40	6.1	5.4
緩和ケア病棟入院料	21	3.2	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	540	82.2	112.9
障害者施設等入院基本料	436	66.3	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

利根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。

入院患者の多くがさいたま、県央、東部など近隣の区域に流出しており、病床利用率が全国平均、県平均を下回っている状況にあります。

区域内に高度急性期の病床が極めて少なく、急性期医療を安定して提供していることが最大の課題となっていますが、最も大きい要因が医療従事者の不足です。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。

- ・ 医師、看護師等の確保を進め、地域全体の受入機能を向上させます。
- ・ 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

- ・ 平成37年（2025年）の必要病床のうち、慢性期の病床について、現在の療養病床との比較で不足が見込まれるものの、病床機能報告の病床数では充足している。
- ・ 病床利用率が県内で最も低いという特徴がある。病床利用率が低い理由として、地域完結医療体制の構築が万全でないため、当区域から周辺の区域への入院患者の流出が多いことが挙げられる。
- ・ 医師や看護師等の絶対数が不足している。従来から相応の許可病床を有しているも、マンパワーが不足していることから病床が十分利用されていない状況にある。
- ・ 急性期医療では、一定の病病・病診連携は形成されている。
- ・ 慢性期医療においては、在宅での医療・介護連携をコーディネートする人材が不足しており、多職種・多施設の連携が十分に図られていない。
- ・ かかりつけ医としての訪問診療や看取りなどへの対応は、地域によっては診療所の医師が域外在住者であることも多いため、十分な連携が図られないケースもある。

▶ 今後の方向性

- ・ 病床の整備に当たっては、単にベッドを増やすだけでなく、医療提供体制を整備することが重要である。

- ・既に県と医師会との連携による総合医局制度や新たな専門医制度に対応する利根保健医療圏の医療機関と県内大病院との研修プログラムの策定など、医師確保のための施策は進んでいるが、県だけでなく市町の力を更に発揮すべきである。
- ・急性期医療機関の負担軽減のために回復期、慢性期医療機関でも急性期後の転院のみならず、対応可能な新規入院の受け入れが必要である。
- ・在宅における医療・介護全般にわたり患者ケアをコーディネートできる人材を増やし、医療機能連携の充実を図る必要がある。
- ・人材確保のための登録・紹介機関の設置、養成のための奨学金の活用や、県内の人材育成機関の拡充を検討すべきである。
- ・医療連携や分化を促進するための事業や介護との連携の勉強会等の開催に対する支援が求められる。

(2) 在宅医療等の体制整備

▶ 現状

- ・人口に対する在宅療養支援診療所等、在宅医療を提供する医療機関数が少ない。
- ・訪問診療や在宅での看取りなどは、かかりつけ医の献身的な取組に支えられているが、地域によっては診療所の医師が域外在住者であることも多いため、24時間体制の訪問ができないケースもある。

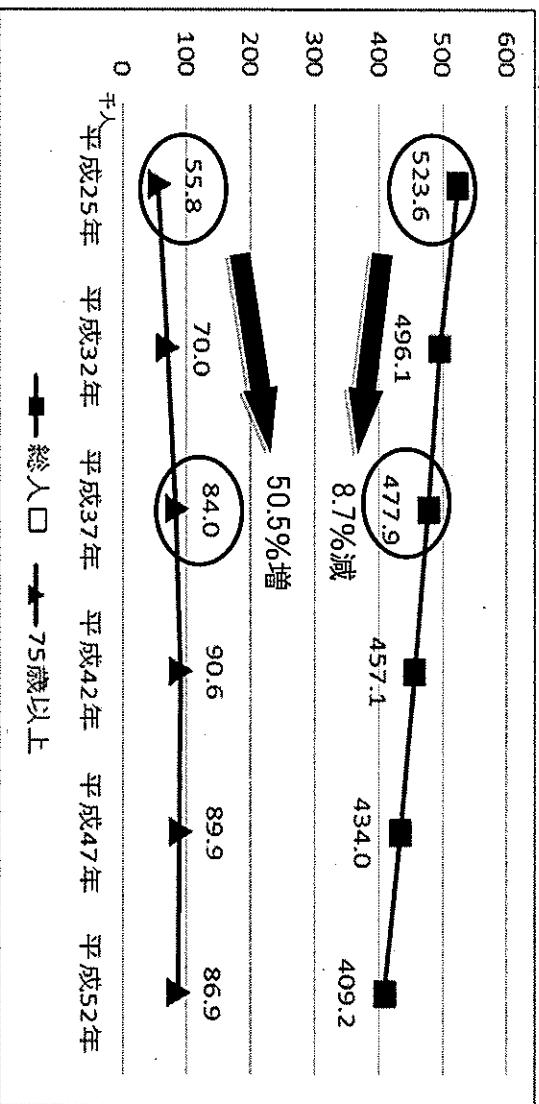
▶ 今後の方向性

- ・訪問診療医の負担軽減を図り、受持ち患者数を増やすため、ICTを活用した双方向性のリモート診療を可能とするシステムを導入していく。
- ・特別養護老人ホームや介護老人保健施設等の介護施設の利用情報を一元化し、より効率的な施設運用を行っていく。
- ・救急ではないが入院させて様子を見ろという事例の増加が想定されるため、軽度の医療処置を必要とする在宅高齢者の介護施設への一時入所や病病連携を推進する。そして、高度な医療処置が必要な患者の転送をスムーズに行える体制を整備していく。
- ・訪問診療については自治体の境界を越えるため、近隣自治体間の連携を強化する。

第10節 北部区域

1 区域の概要

- ▶ 区域内市町村：熊谷市、本庄市、深谷市、寄居町、美里町、神川町、上里町
- ▶ 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：33 (うち200床以上の病院：4) (平成27年4月1日現在)
- ▶ 特定の医療機能を有する病院
 - ・ 深谷赤十字病院…「救」「災」「周」「地」「がん」
 - ・ 埼玉県立循環器・呼吸器病センター…「地」
 - ※ 「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 65 (人口10万人当たり12.59)
 - ・ 在宅療養支援歯科診療所届出数 19 (人口10万人当たり 3.68)
 - ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数 179 (人口10万人当たり34.66)

※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)

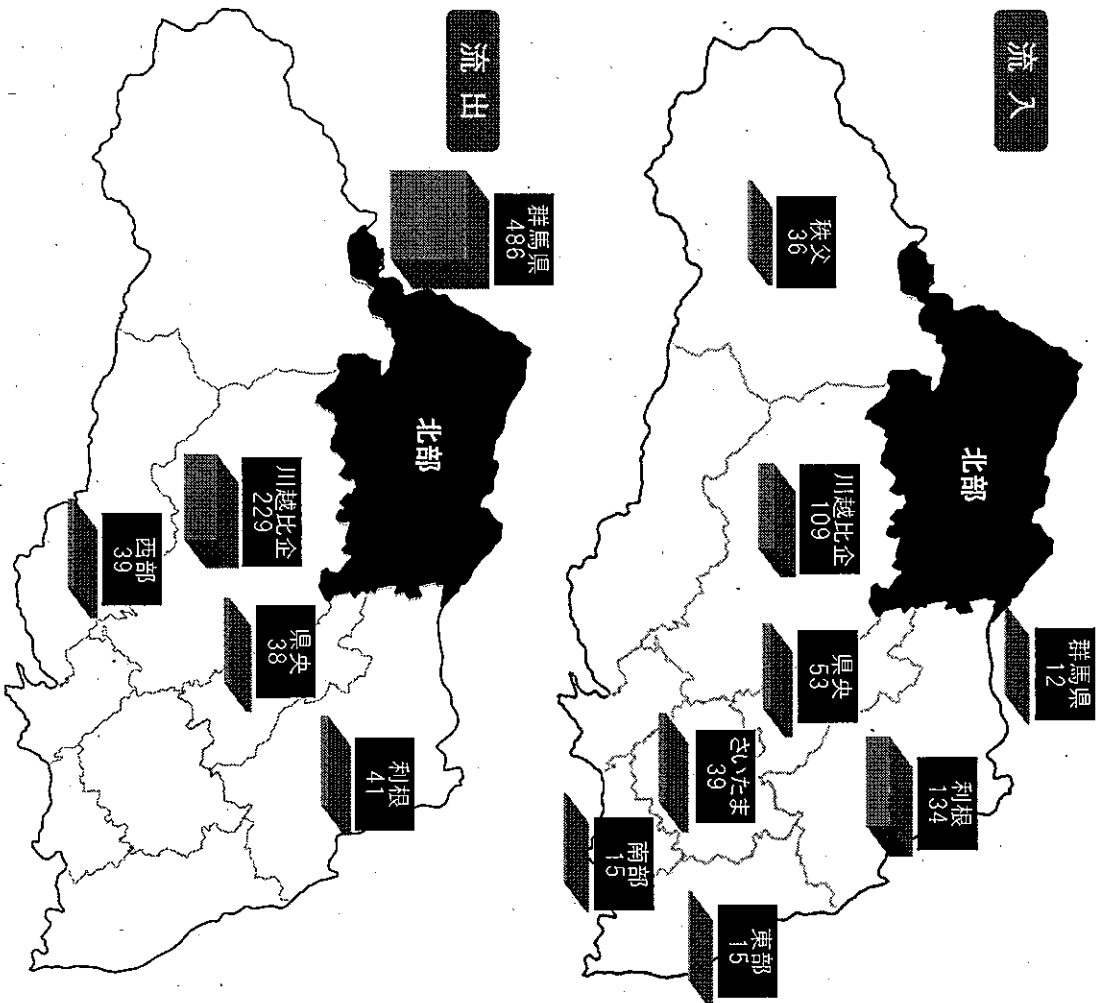
2 入院患者の受療動向 (平成25年(2013年)) (人/日)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	28	118	121	146	413	401	12
流出	110	276	296	151	833	347	486
(流入-流出)	▲82	▲158	▲175	▲5	▲420	54	▲474

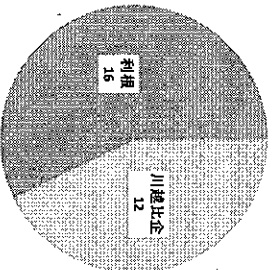
流出超過

・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

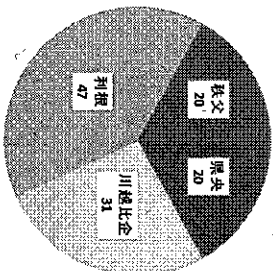
【区域・都県別】



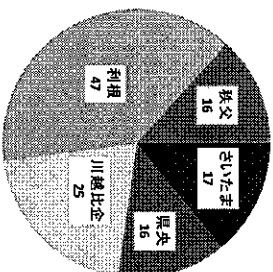
流入



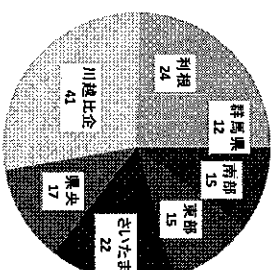
高度急性期



急性期

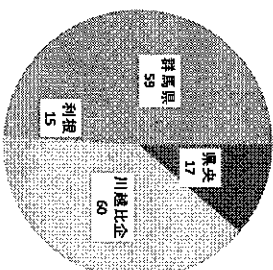
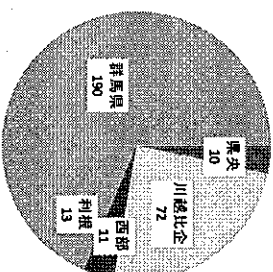
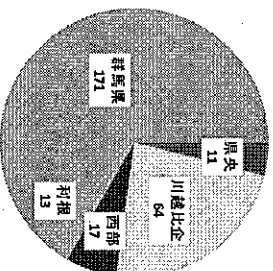
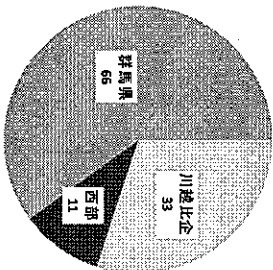


回復期



慢性期

流出



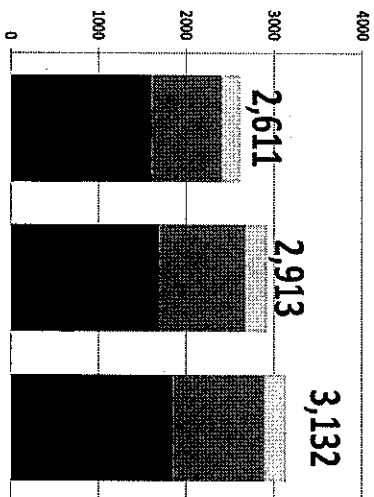
3 医療需要推計

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。

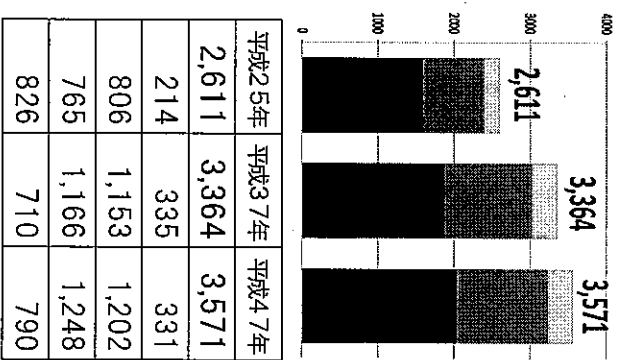
・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
 ・平成25年(2013年)医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

(1) 入院患者の医療需要

(人/日)



(参考)
流出入患者を見込まない場合

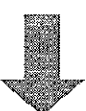


	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	2,611	2,913	3,132
高度急性期	214	245	247
急性期	806	981	1,038
回復期	765	959	1,042
慢性期	826	728	805

(2) 在宅医療等の必要量

(人/日)

	平成25年
全体	3,771
うち訪問診療分	2,000



	平成37年
全体	5,541
うち訪問診療分	2,802

(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)	327	1,258	1,066	791	3,442	
平成27年度 病床機能報告 (b)	410	2,155	238	985	3,788	98
差引 (b-a)	83	897	▲828	194	346	

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	447	1,478	1,296	772	3,993	
---------------------------	-----	-------	-------	-----	-------	--

(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
北部	71.0	92.0

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
北部	82.4	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

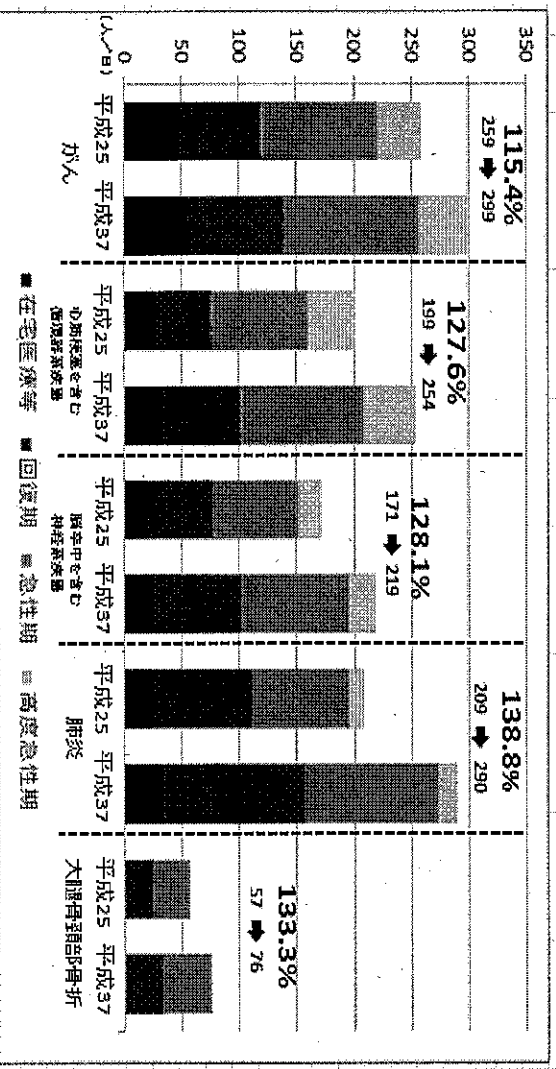
※人口：町(丁) 字別人口(平成27年1月1日現在)

	実数	病床数	
		人口10万人あたり	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	948	182.6	228.1
10対1	866	166.8	76.1
13対1	213	41.0	14.0
15対1	162	31.2	31.6
回復期リハビリテーション病棟入院料	96	18.5	40.8
地域包括ケア病棟入院料・管理料	84	16.2	5.4
緩和ケア病棟入院料	0	0.0	4.0
特殊疾患入院料・管理料	20	3.9	7.8
療養病棟入院基本料	865	166.6	112.9
障害者施設等入院基本料	59	11.4	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、がんは含まれません。

(人/日)



4 医療提供体制の整備

北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。

北部地域では、多くの入院患者が群馬県を中心に流出しています。一般病床については、医師、看護師等医療従事者が充足していないためフル稼働しておらず、病床の利用率が全国平均、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。また、群馬県への流出率が高いことから、群馬県との調整を図りつつ、北部区域に不足している救急医療、周産期医療及び小児医療の機能を確保するため、医師、看護師等医療従事者の確保を進めます。
- ・ 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

- ・ 北部区域では、救急医療、周産期医療及び小児医療の機能が不足しており、群馬県への多くの患者の流出がある。
- ・ 病病連携や病診連携を図るための情報収集や情報共有の機能が不十分で、個人的な人脈などを活用し連携先を探している状況にある。
- ・ 既存病床数の中には、相応の未稼働病床が存在する。
- ・ 医療機能の分化と連携を進めることで、他の医療機関への転院が必要となることについて、地域住民の理解が不足している。

▶ 今後の方向性

- ・ 単に必要な病床数の推計により機能分化するのではなく、北部区域に不足している救急医療、周産期医療及び小児医療の機能の確保に十分考慮する必要がある。
- ・ 高度急性期を中心に多くの患者が流出している群馬県との連携を深化させるため、群馬県との定例的な会議の設置や救急医療に係る県をまたぐ補助制度の充実を図る。
- ・ 不足病床の整備に当たっては、病床数を単に増やすだけでなく、平均在院日数の短縮や病床稼働率を向上させることも必要である。
- ・ 回復期機能の病床が大幅に不足しているので、他機能から回復期機能に変更する場合には、リハビリテーション室の増設や備品整備に係る費用を支援す

べきである。

- ・ 病病連携や病診連携を図るためには、各病院に退院・転院調整機能等の専門部署（地域連携室）を一定の補助制度により設置誘導し、医療機能別に具体的に提供できる医療内容を共有するための共通フォーマットを作成し、情報を集約して提供するシステムを構築する。
- ・ 地域連携クリネイカルパスについては、群馬県と埼玉県では様式が異なるため、様式の統一や標準化に向けた検討を行うべきである。
- ・ 未稼働病床については、経過期間を設けた上でもなお未稼働である場合には病床を返上させ、今後必要な医療機能を整備していくための病床に充てるなどの方策を検討していく必要がある。
- ・ CT、MRIなどの高額な医療機器を病院単独で整備している医療機関が多いため、高額な医療機器は地域で共同利用できるように、整備情報を共有し、簡易な手続きで共同利用できるようシステムを構築していくことが重要となる。
- ・ 各病院の地域医療連携室・連携担当者の情報を集約し、患者や地域住民からの相談に応じる窓口を設置する必要がある。
- ・ 地域住民に対し、医療機能の分化による10年後の体制について周知する。

(2) 在宅医療等の体制整備

▶ 現状

- ・ 現在訪問診療を行っている医師が今後高齢化する一方、新規参入する医師が非常に少ない。開業医の中から、在宅医療を担う医師をどう増やしていくかが今後の課題である。
- ・ 現在の若手医師は在宅医療をやりたいがらない傾向にある。
- ・ 発熱等により、担当医師が在宅での医療提供に不安を感じた場合に、患者を臨機に受け入れる後方支援病院の整備が求められている。
- ・ 訪問看護ステーションを増やし、一人当たりの医師の負担を増やさずに在宅医療を行う仕組みづくりが必要となっている。
- ・ 大規模訪問看護ステーション（訪問看護師10人程度）の整備に当たっては、初年度経費の負担が大きい。

▶ 今後の方向性

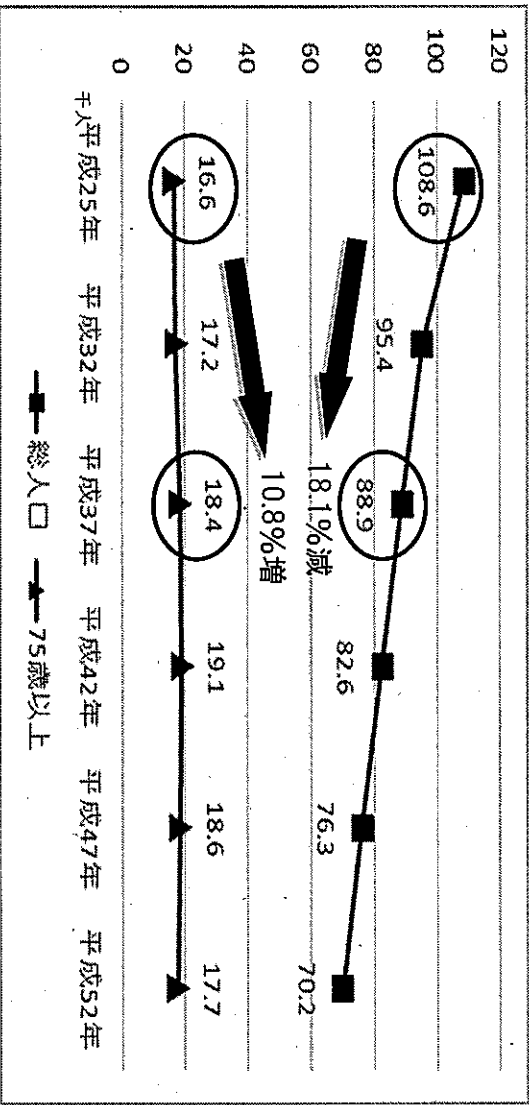
- ・ 医師・看護師等の人材の確保は、最重要事項として、永続的かつ充実した取組を進めることが重要である。特に、専門医システムと連動し若手医師が在宅医療に取り組むための方策が必要である。
- ・ 後方支援病院の整備については、現在、在宅医療提供体制充実支援事業において1日1床の空床を確保しているが、将来的には在宅診療登録医の数に比例させて病床を確保することとし、そのための予算を十分確保する必要がある。
- ・ 訪問看護ステーションについて、小規模なステーションでは24時間対応は困難で、医師を支えることができないため、看護師が10人以上いるような大規模なステーションの整備を誘導していく必要がある。特に、事務所賃料や移動用の自動車購入費への支援が必要である。
- ・ 地域単位で、在宅医療の提供を総合的に企画運用し、随時情報を提供する司令塔的な役割を果たす組織を構築する必要がある。

- ・地域包括ケアを機能させるため、地域のネットワークを把握して適切な対応を行うコーディネーターを養成する。

第11節 秩父区域

1 区域の概要

- 区域内市町村：秩父市、横瀬町、皆野町、長瀬町、小鹿野町
- 人口推計



※平成25年：町（丁）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：8（うち200床以上の病院：0）（平成27年4月1日現在）
- 特定の医療機能を有する病院なし

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
 - 14（人口10万人当たり13.43）
- 在宅療養支援歯科診療所届出数
 - 6（人口10万人当たり5.76）
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数
 - 44（人口10万人当たり4.22）

※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））

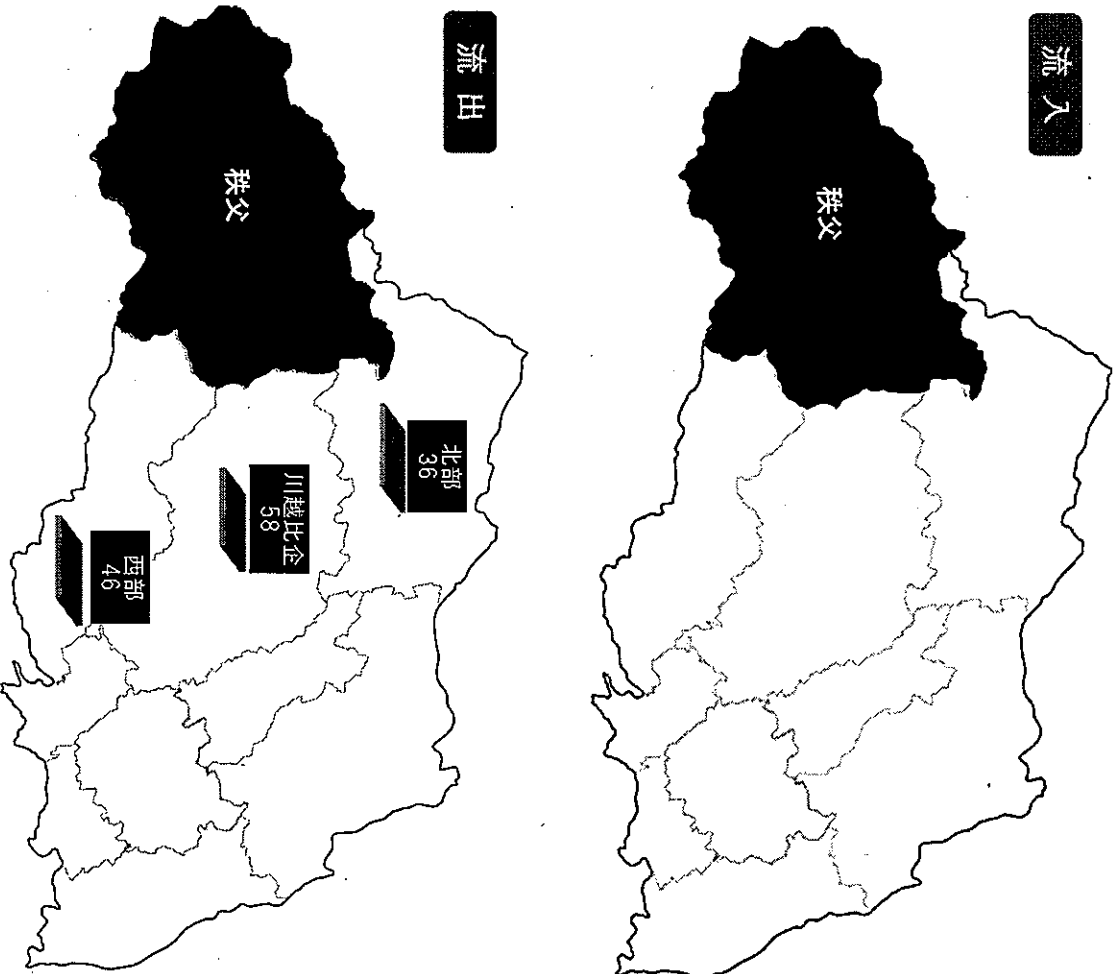
（人/日）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	0	0	0	0	0	0	0
流出	27	63	50	0	140	140	0
（流入－流出）	▲27	▲63	▲50	0	▲140	▲140	0

流出超過

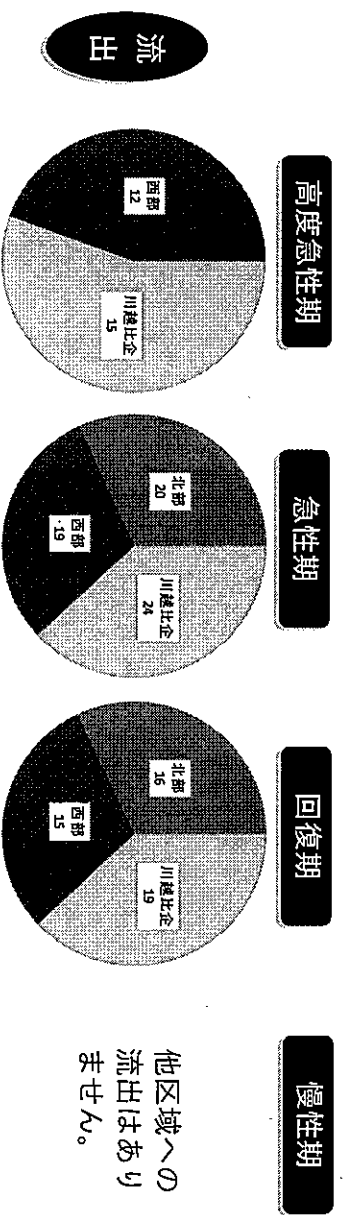
・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
 ・平成25年（2013年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区別に推計

【区域・都県別】



(他区域からの流入はありません。)

流入



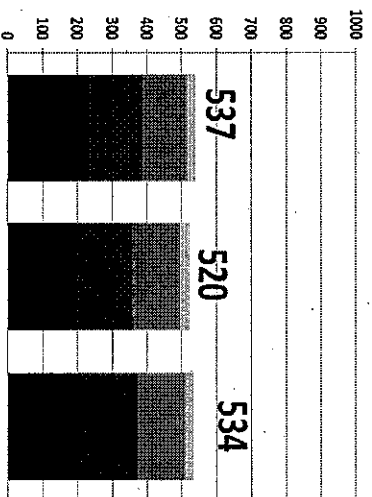
3 医療需要推計

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。

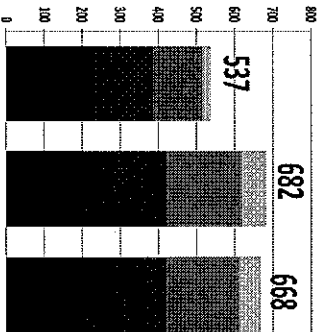
- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
- ・平成25年(2013年)医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区別に推計

(1) 入院患者の医療需要

(人/日)



(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	537	520	534
高度急性期	23	24	23
急性期	129	136	138
回復期	154	163	167
慢性期	231	197	206

	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	537	682	668
高度急性期	23	61	55
急性期	129	200	193
回復期	154	216	211
慢性期	231	205	209

(2) 在宅医療等の必要量

(人/日)

	平成25年
全体	881
うち訪問診療分	365

	平成37年
全体	1,008
うち訪問診療分	399

(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)	31	174	181	214	600	/
平成27年度 病床機能報告 (b)	0	359	71	376	806	24
差引 (b-a)	▲31	185	▲110	162	206	/

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	81	256	240	222	799	/
---------------------------	----	-----	-----	-----	-----	---

(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
秩父	75.4	73.6

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
秩父	83.7	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

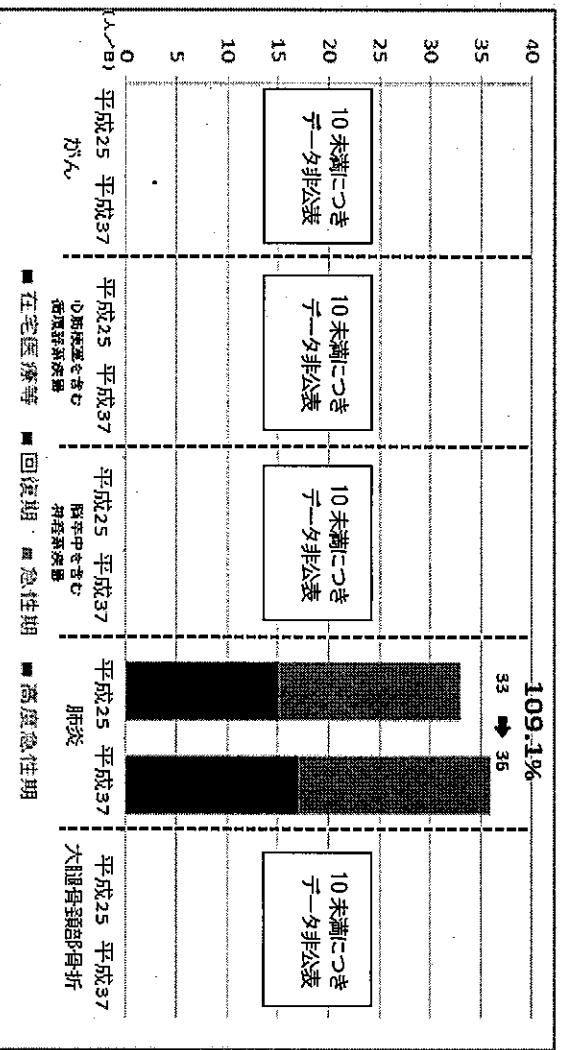
【参考資料1】入院基本料等からみた区域内の病床の現状

※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)

	実数	病床数	
		人口10万人あたり	県全体
		区域内	
特定機能病院	0	0.0	16.1
7対1	129	122.0	228.1
10対1、	147	139.1	76.1
13対1	0	0.0	14.0
15対1	0	0.0	31.6
回復期リハビリテーション病棟入院料	0	0.0	40.8
地域包括ケア病棟入院料・管理料	44	41.6	5.4
緩和ケア病棟入院料	0	0.0	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	196	185.4	112.9
障害者施設等入院基本料	60	56.8	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

秩父地域の医療需要は今後ほぼ横ばいで推移すると見込まれ、現状では将来必要となる病床数は確保されています。しかし、医療従事者の不足から、確保が困難な診療科が発生しつつあります。

さらに、在宅医療等の必要量も増加することが見込まれています。

このこと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。

- ・区域内の医療機関がそれぞれの地域で安定的に医療を提供していくために、医師、看護師等医療従事者の確保を進めます。
- ・現在の病床機能を維持し、必要な医療を提供していきます。
- ・在宅医療等の体制整備は、山間部という地域の特性を踏まえた地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。
- ・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

- ・相互に顔が見える関係が構築されており、MSW（医療ソーシャルワーカー）の連携も良好であるため、区域内の病院機能はある程度明確になっている。今後、病診連携、歯科との連携等の一層の推進が必要である。
- ・この地域は人口が少なく、患者数も少ないため、機能を集約しても効率が悪く、厳格な機能分化は住民の不便に繋がる。むしろ現状の緩やかな分化と連携がこの地域には適していると考えられる。
- ・7病院で運営されていた救急輸送番病院は、現在は3病院になっている。また、分娩を取り扱う産科医療機関が減少し、平成25年には1診療所のみになっている。診療科によつては特定の医療機関に依存している状況にあり、地域で確保が困難な診療科が発生しつつある。

➤ 今後の方向性

- ・1市4町と医師会、歯科医師会等による連携を進め、地域の中で横断的に構成された「ちちぶ版地域包括ケアシステム」による取組を推進する。
- ・高齢化に伴う区域の現状について住民に周知を図り、特に高齢の外来患者に関しましては生活圏にある近くの診療所へ、入院は病院へという役割分担の理解を促進する。
- ・高度急性期を担う医療機関が区域内に存在しないことから、この機能を他区域の医療機関に依存している。このため、地域外の医療機関との連携を更に強化するほか、患者の搬送に必要なケアネットワークの整備充実を秩父地域全体で取り組む必要がある。
- ・地域が広範囲であり、交通手段も限られる中で、住民の高齢化や単身化が進み、老老介護が実態化している現状などを踏まえれば、各地区の病院には単独機能と併せて、急性期や慢性期、在宅支援のための機能が求められる。

- ・医療従事者の確保が特に困難である現状を踏まえ、救急医療、産科医療等の確保が困難な診療科に対して、引き続きさまざまな充実・支援策を実施していく必要がある。

(2) 在宅医療等の体制整備

▶ 現状

- ・退院を支援しても、高齢独居や老老介護の増加に伴い、在宅での療養が困難となってきたしており、介護が必要な高齢者の受入れを家族が同意しないケースがある。
- ・単身の高齢者が多く、居宅へ戻れないケースや在宅療養に移行しても、家族の居住地が遠方であるため家族からの十分な支援が受けられないケースもある。
- ・現状では、訪問医療に従事するスタッフを確保することが難しく、介護老人保健施設等の新設や拡充も大きくは見込めない状況にある。
- ・この区域では各患者の居宅間の距離や動線が長いいため、1日に訪問できる件数が限られる。

▶ 今後の方向性

- ・地域医療を地域の基幹インフラとして捉え、医療に対する需給ギャップの解消を目指した事業を実施している「ちちぶ医療協議会」による取組を、引き続き推進する。
- ・在宅医療を支える施設や人材確保を進めるため、様々な取組を進めていく必要がある。
- ・レスパイト入所や介護しやすい住まいの整備、その整備に対する支援のほか、地域包括支援センターごとの訪問看護ステーションの整備などについての検討を行う必要がある。
- ・医療・介護・福祉の情報が集約でき、対応できる施設（訪問看護など複合施設）の整備が求められる。

