

地域医療構想について

- ・ 医療需要の推計方法について……………P. 1～5
- ・ 入院患者の流出入推計【埼玉県⇔近隣都県】 ……P. 6
- ・ 患者の流出入の状況
 - 【圏域別】……………P. 7
 - 【人口10万人当たり流出数・圏域別】 ……P. 8
- ・ 医療需要推計（圏域別）……………P. 9
 - （疾患別）……………P. 10
- ・ 各二次医療圏における必要病床数の状況……………P. 11
- ・ 各二次医療圏における在宅療養支援病院・
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……………P. 12
- ・ 訪問診療提供量の目安……………P. 13
- ・ 介護施設の整備状況……………P. 14
- ・ 病床利用率と平均在院日数……………P. 15
- ・ 各圏域における検討の進め方について……………P. 16～17

地域医療構想の策定について

1. 経緯

平成26年6月 医療法改正

医療計画に記載すべき項目に「地域医療構想」が追加された

*法律では地域医療構想の策定は第7次計画(H30.4～)以降とされているが、本県においては早期の体制整備を促進するためH28年度半ば頃の策定を目指す

平成27年3月 地域医療構想策定ガイドラインの公表(厚生労働省)

6月 国から推計に必要なデータの提供

2. 目的

① レセプトデータ等を基に平成37年(2025年)の医療需要を推計

② 医療機関による自主的・主体的な取組により、必要な医療を過不足なく提供できるよう構想区域ごとにバランスのとれた医療提供体制を構築することを目指す

3. 策定のプロセス

STEP① 地域医療構想の策定を行う体制の整備

- 医療計画の一部であることを踏まえ、市町村・保険者協議会の意見を聴き、医療審議会へ諮問する
- 構想区域ごとに既存の圏域連携会議等の場を活用して、策定段階から地域の医療関係者、保険者等の意見を聴く

STEP② 策定などに必要なデータの収集・分析・共有

STEP③ 構想区域の設定

- 現行の二次医療圏を原則としつつ、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院までのアクセス時間等の将来における要素を勘案して構想区域を設定

現行の二次医療圏を基本として構想の策定を進める

○現行の二次医療圏の設定経緯

第5次（平成20年度～24年度）期間中に計画の変更を行い、平成22年4月1日から現在の二次医療圏を設定。

医療計画の上位計画である当時の県5か年計画で、地域特性の共通性や日常生活圏の一体性を考慮した現行の地域区分が設定され、医療圏、老人福祉圏域、障害保健福祉圏などの関連する圏域は、基本的に同一の区域となっている。

STEP④ 構想区域ごとに医療需要の推計

- 平成37年（2025年）における病床の4機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに国から示された基礎データを基に医療需要（推計入院患者数）を推計する

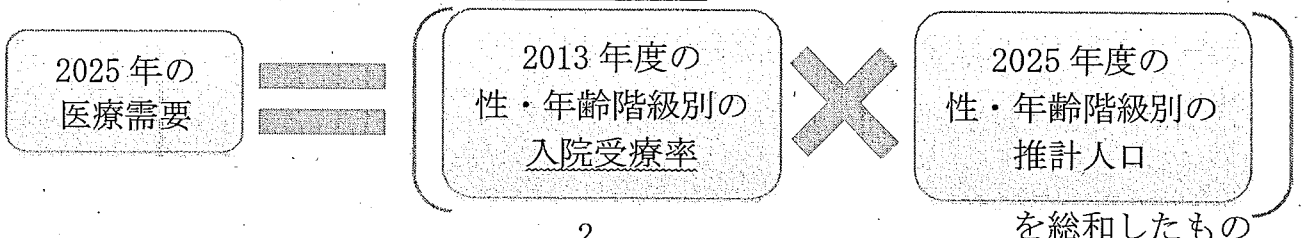
ポイント

《医療資源投入量（診療報酬）で区分する理由》

★ 地域医療構想では、DPCデータやNDBのレセプトデータに基づいて、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することにより、医療資源投入量で機能を区分することになった。

機能別	医療機能の内容	具体的疾患の一例
高度急性期 3,000点	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて診療密度が特に高い医療を提供する機能	劇症肝炎の血漿交換療法、心臓移植
急性期 800点	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能	狭心症の心臓カテーテル手術、胃がん手術
回復期 225点	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能	大腿骨骨折後や脳梗塞後のリハビリ、誤嚥性肺炎で抗菌薬治療を終了し点滴での栄養補給
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害を含む）、難病患者等を入院させる機能	脳梗塞で経口摂取ができなくなり胃瘻をつけている状態

(1) 高度急性期～回復期の医療需要の推計



【参考】高度急性期、急性期、回復期の入院受療率

$$\frac{\text{性・年齢階級別の年間入院患者延べ数(人)}}{365(\text{日})} = \frac{\text{1日当たり入院患者延べ数}}{\text{1日当たり入院患者延べ数}} \Rightarrow \frac{\text{1日当たり入院患者延べ数}}{\text{性・年齢階級別人口}} = \text{入院受療率}$$

*DPC データ

診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPC を利用した包括支払システムに参加した病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして厚生労働大臣に提出する。

《例》簡易診療録情報（カルテのサマリーのような情報）

医科点数表に基づく出来高点数情報（出来高レセプトの情報[実施された診療行為の内容等]）

*NDB レセプトデータ

レセプト情報・特定健診等情報データベースのこと。厚生労働省が医療保険者等から収集した診療報酬明細書・調剤報酬明細書（＝レセプト）、及び特定健康診査・特定保健指導に関する情報を格納・管理している。

《例》レセプトの記載内容：傷病名、診療開始日、診療実日数、医学管理（医師の指導料等）、投薬など

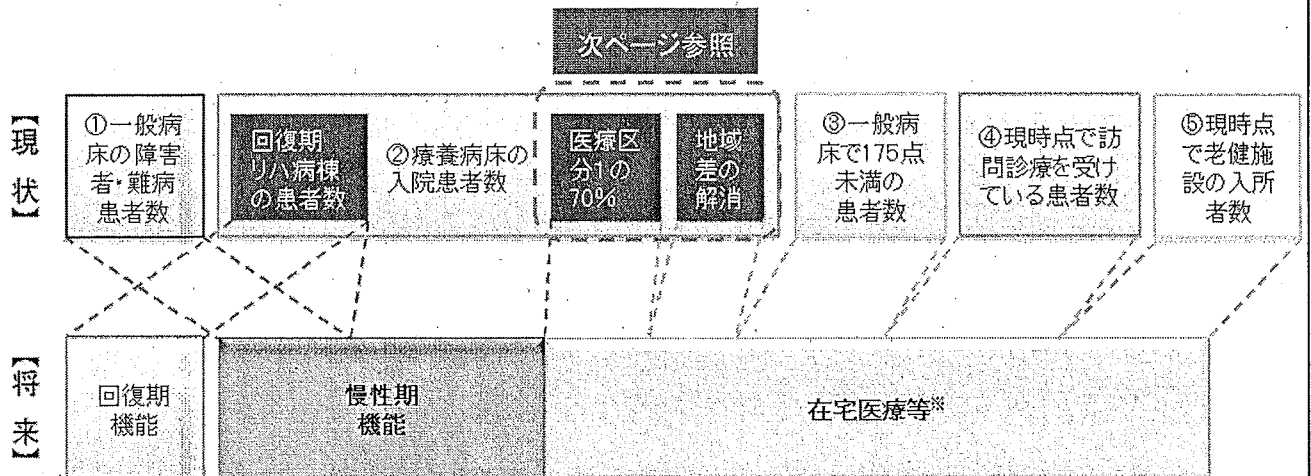
(2) 慢性期及び在宅医療の医療需要の推計

ポイント

《慢性期及び在宅医療の医療需要推計を別に行う理由》

- ★ 療養病床（主に慢性期を担っている）は、現在、診療報酬が包括算定であり、医療行為を出来高換算した医療資源投入量に基づく分析を行えない
- ★ 現段階では、在宅医療の充実、介護施設等の整備状況等にばらつきがあり、療養病床数・入院受療率には大きな地域差が存在し、将来的には解消する必要がある
- ★ 慢性期の入院患者の中には在宅医療等に対応可能な患者が一定数存在すると見込まれている

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要の推計イメージ



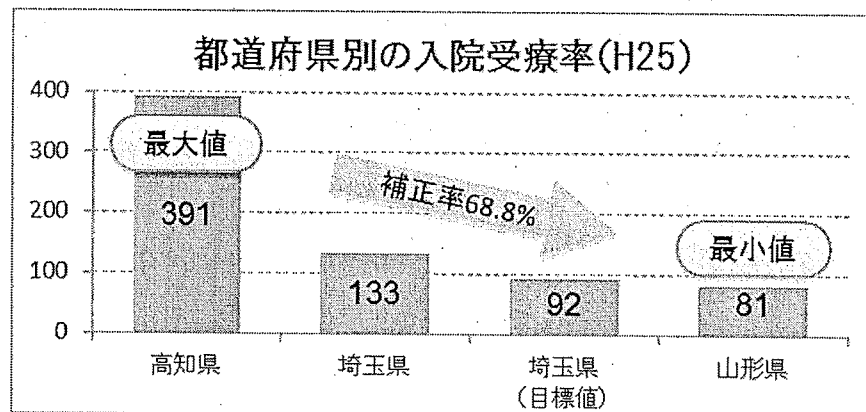
※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

- ① 療養病床に入院している患者のうち、医療資源投入量が最も少ない医療区分1の患者数の70%は在宅医療に移行する

医療区分	
医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頭髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

- ② 地域差を縮小するため、療養病床の入院受療率を都道府県ごとに補正する

※ 入院受療率 (人口10万人当たりの入院患者数)



STEP⑤

医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計

病床稼働率は高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%と設定して必要病床数を算出

STEP⑥

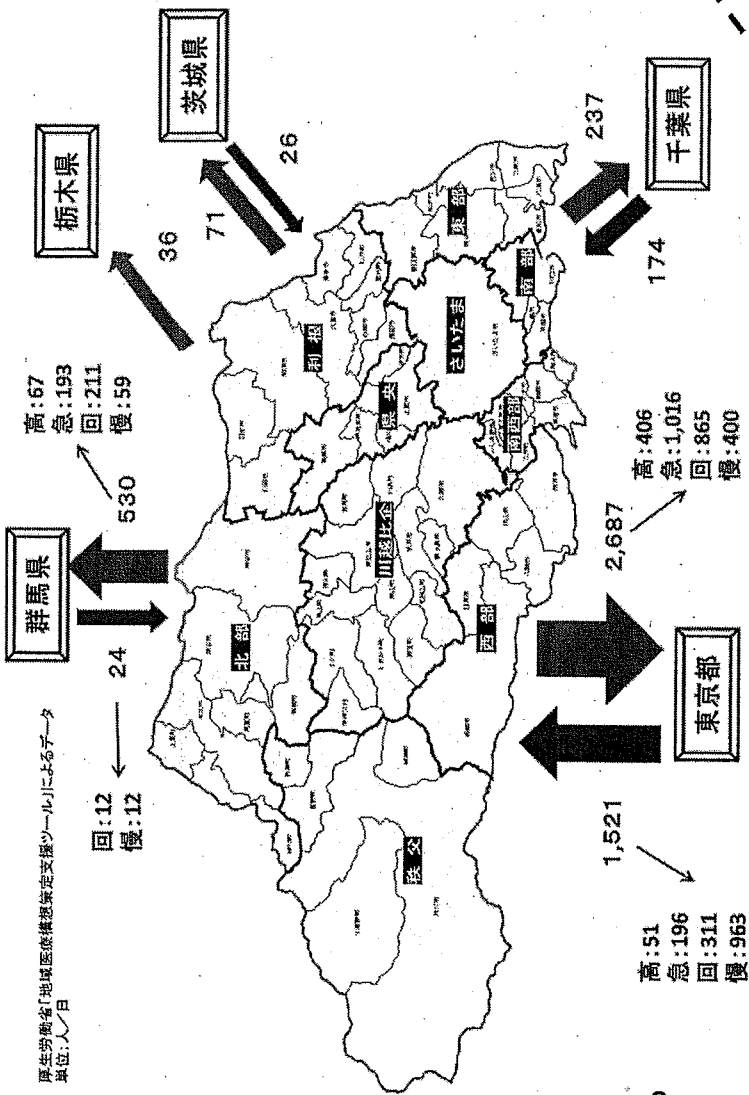
将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

- 基本的な考え方
 - ・高度急性期…他の構想区域の医療機関で、医療を提供することも検討（アクセスを確認）
 - ・急性期…一部を除き、構想区域内で完結
 - ・回復、慢性期…基本的に構想区域内で完結

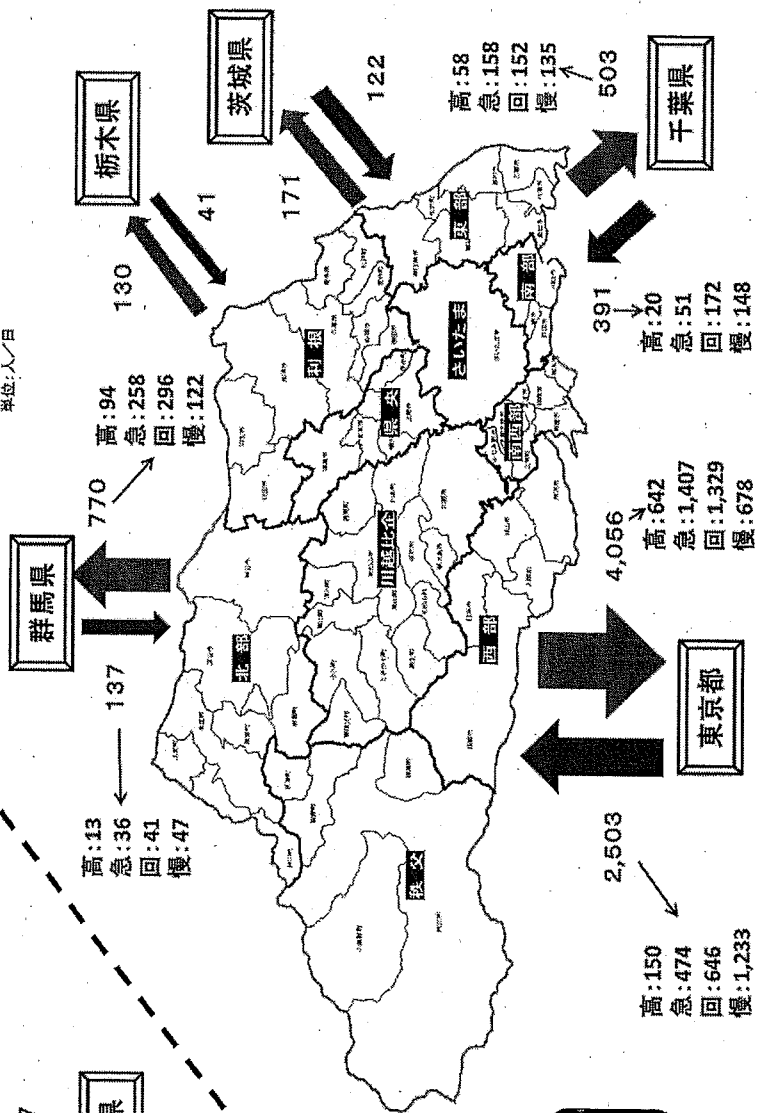
- 地域医療構想で算出した医療需要に対応するために必要な体制の整備に向けて構想区域ごとに課題と実現に向けた施策を検討する。

入院患者の流出入推計【埼玉県⇄近隣都県】

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」によるデータ
単位：人/日

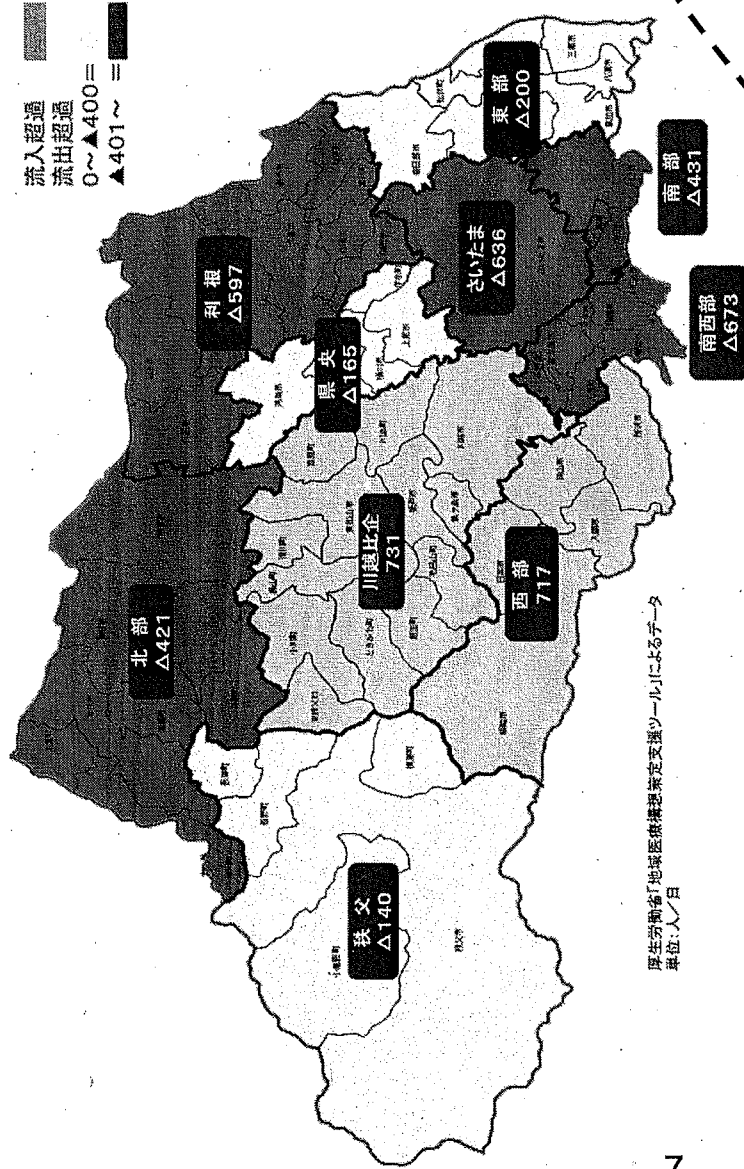


厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」によるデータ
単位：人/日



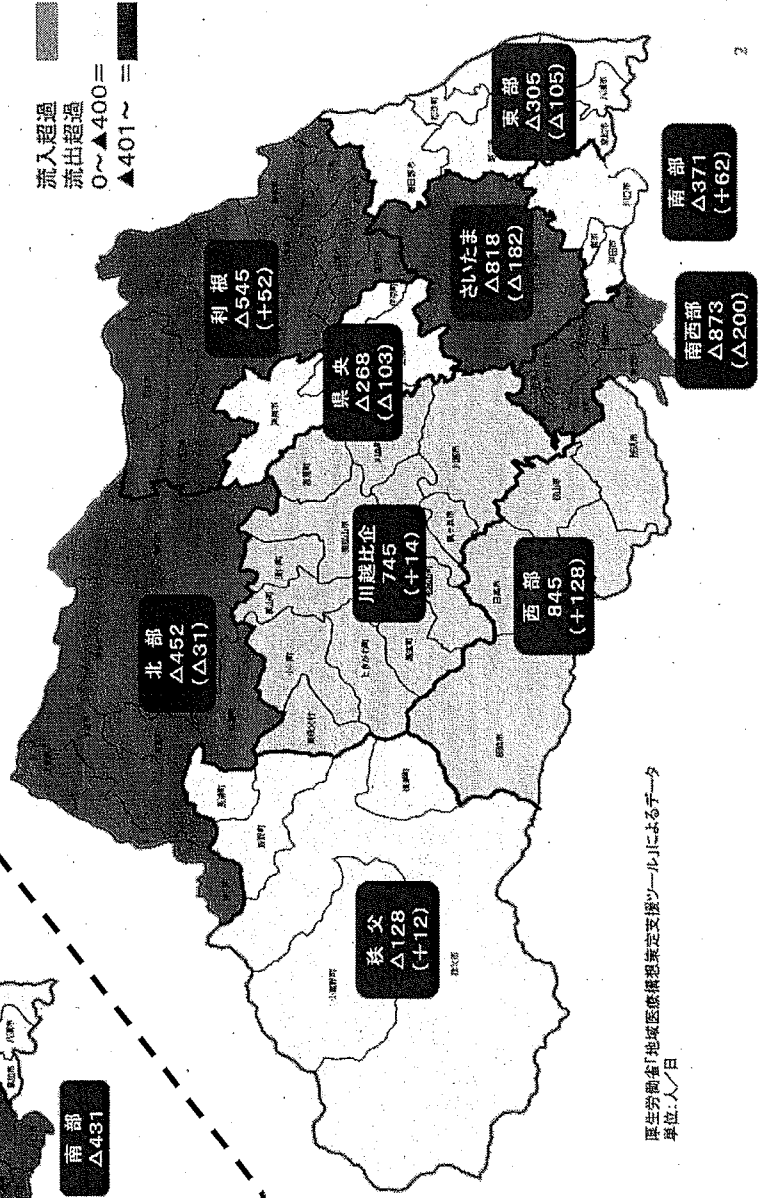
現状と同じ割合で流出入があることを前提とした試算。
県全体: 2,435人/日の流出超過

患者の流出入の状況【圏域別】



厚生労働省「地域医療構想実定支援ツール」によるデータ
単位:人/日

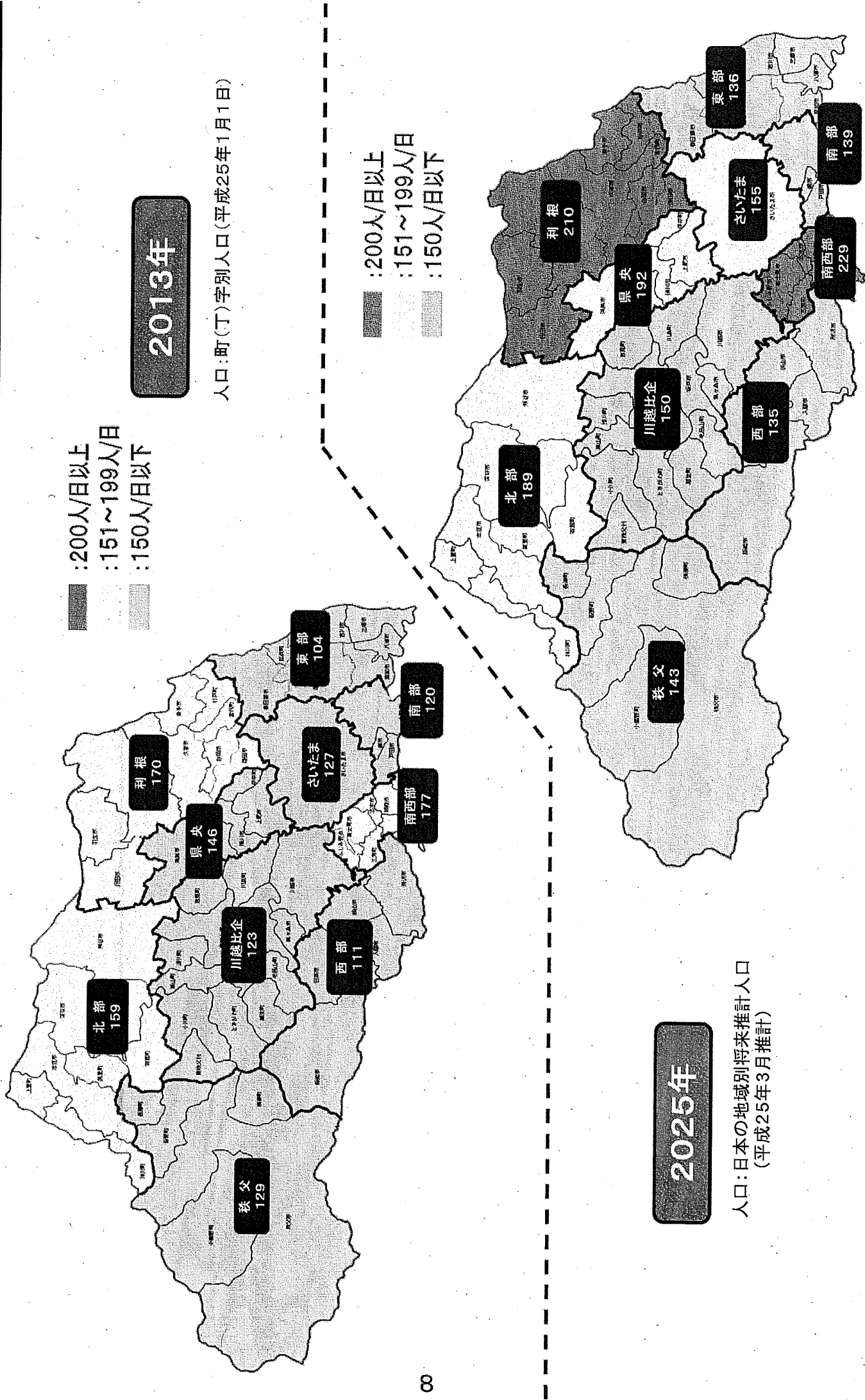
2013年



2025年

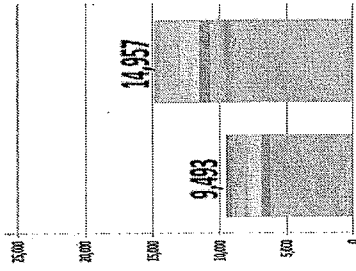
厚生労働省「地域医療構想実定支援ツール」によるデータ
単位:人/日

患者の流出入の状況【人口10万人当たり流出数・圏域別】



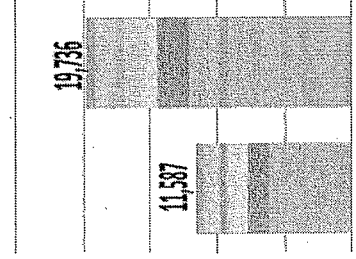
医療需要推計(圏域別)

単位:人/日



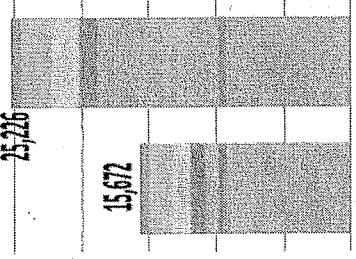
	2013年	2025年	増加率
需要合計	9,493	14,957	157.6%
高度急性期	391	457	116.9%
急性期	1,167	1,499	128.4%
回復期	1,055	1,460	138.4%
慢性期	655	801	122.3%
在宅医療	6,225	10,740	172.5%

南部



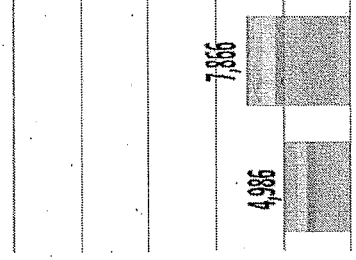
	2013年	2025年	増加率
需要合計	11,587	19,736	170.3%
高度急性期	501	623	124.4%
急性期	1,595	2,171	136.1%
回復期	1,711	2,461	143.8%
慢性期	1,609	2,380	147.9%
在宅医療	6,171	12,101	196.1%

東部



	2013年	2025年	増加率
需要合計	15,672	25,226	161.0%
高度急性期	698	779	111.6%
急性期	1,634	2,161	132.3%
回復期	1,445	2,071	143.3%
慢性期	1,081	1,430	132.3%
在宅医療	10,814	18,785	173.7%

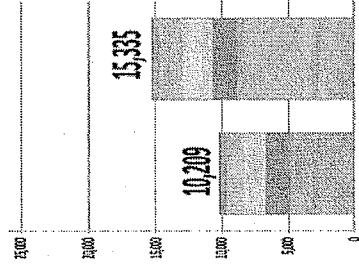
さいたま



	2013年	2025年	増加率
需要合計	4,986	7,866	157.8%
高度急性期	209	258	123.4%
急性期	759	993	130.8%
回復期	734	1,008	137.3%
慢性期	656	733	111.7%
在宅医療	2,628	4,874	185.5%

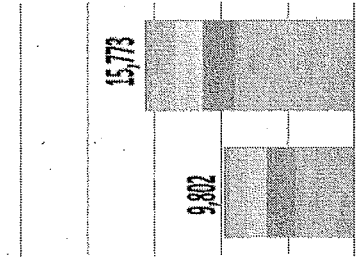
県央

9



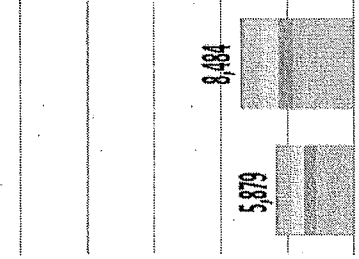
	2013年	2025年	増加率
需要合計	10,209	15,335	150.2%
高度急性期	561	601	107.1%
急性期	1,366	1,763	129.1%
回復期	1,623	2,266	139.6%
慢性期	1,843	1,906	103.4%
在宅医療	4,816	8,799	182.7%

川越比企



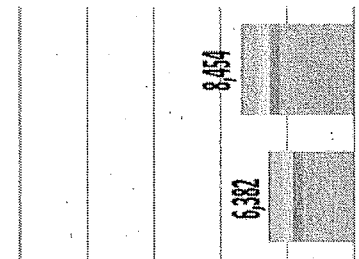
	2013年	2025年	増加率
需要合計	9,802	15,773	160.9%
高度急性期	434	520	119.8%
急性期	1,305	1,755	134.5%
回復期	1,467	2,133	145.4%
慢性期	2,246	2,427	108.1%
在宅医療	4,350	8,938	205.5%

西部



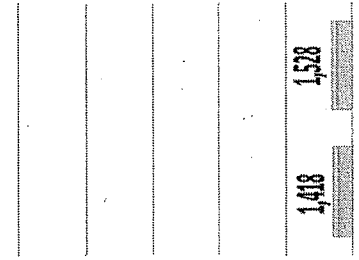
	2013年	2025年	増加率
需要合計	5,879	8,484	144.3%
高度急性期	255	319	125.1%
急性期	925	1,233	133.2%
回復期	941	1,303	138.5%
慢性期	899	1,082	120.4%
在宅医療	2,849	4,547	159.6%

利根



	2013年	2025年	増加率
需要合計	6,382	8,454	132.5%
高度急性期	214	245	114.5%
急性期	806	981	121.7%
回復期	765	959	125.4%
慢性期	826	728	88.1%
在宅医療	3,771	5,541	146.9%

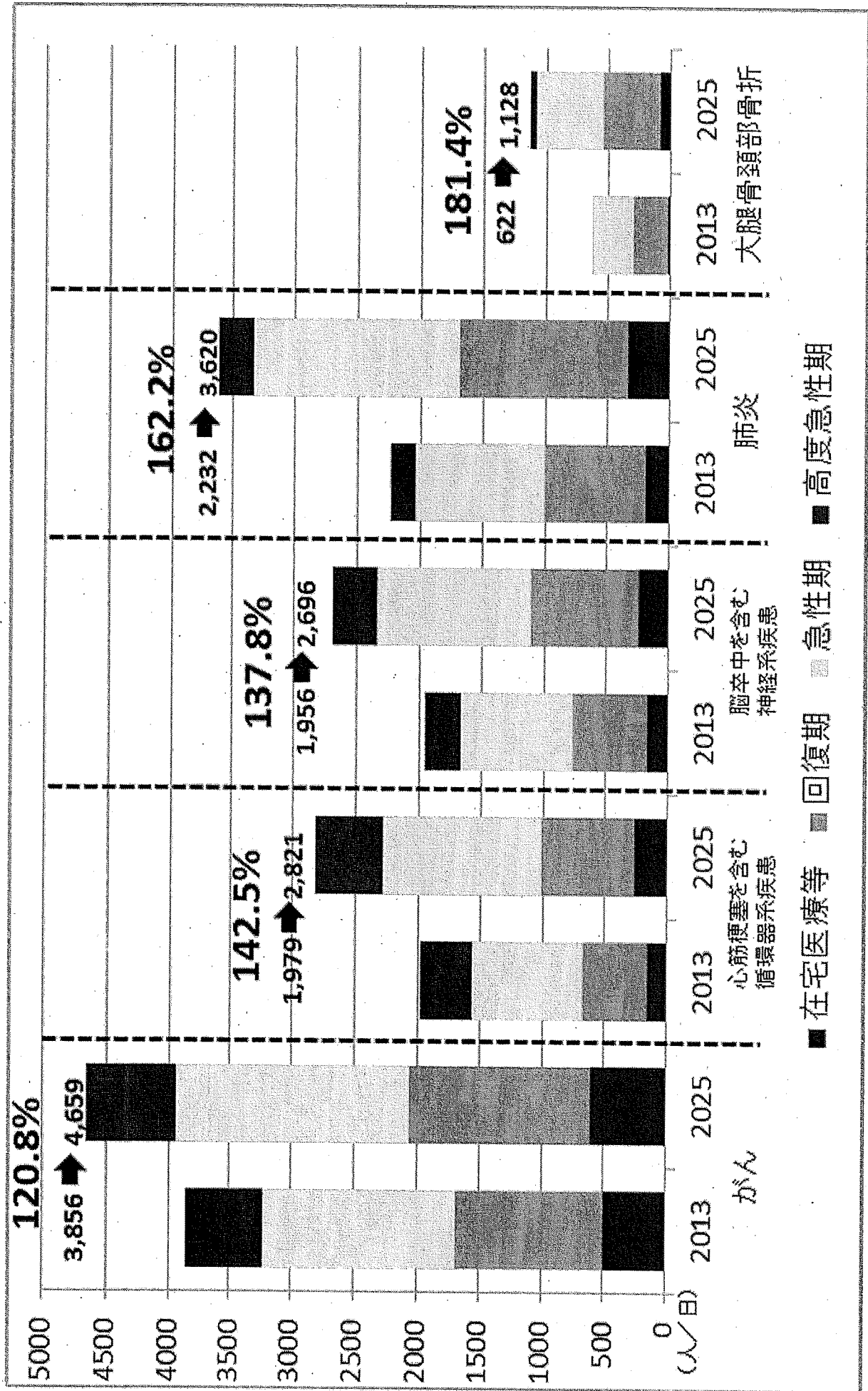
北部



	2013年	2025年	増加率
需要合計	1,418	1,528	107.8%
高度急性期	23	24	104.3%
急性期	129	136	105.4%
回復期	154	163	105.8%
慢性期	231	197	85.3%
在宅医療	881	1,008	114.4%

秩父

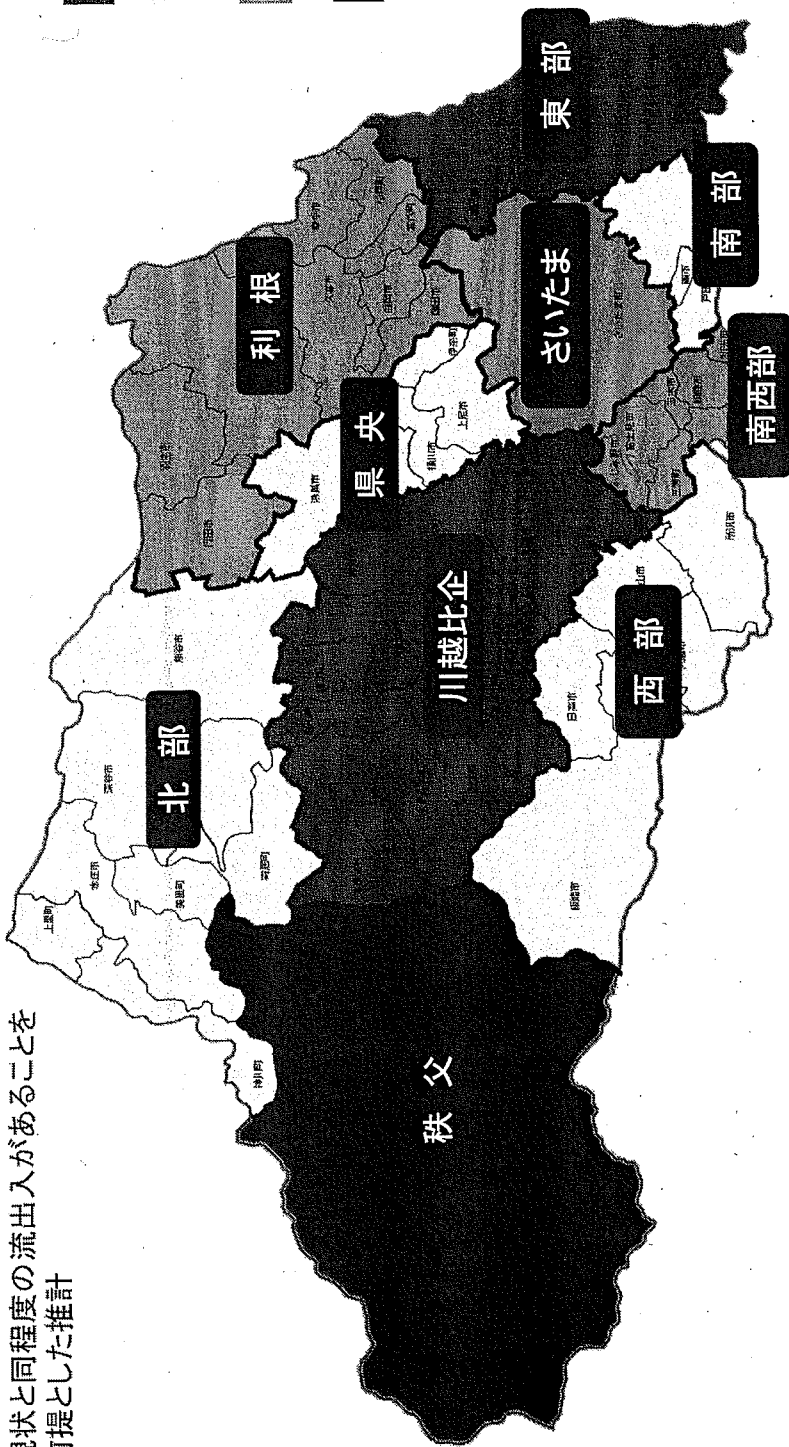
医療需要推計(疾患別)



厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」によるデータ
 ※療養病床のデータが含まれていないため、慢性期の需要が推計されない

各二次医療圏における必要病床数の状況

現状と同程度の流出入があることを前提とした推計



- 病床が大幅に不足する圏域
- 高度急性期～回復期が不足
(慢性期は充足)
- 慢性期が不足
(高度急性期～回復期は充足)
- 病床が充足する圏域

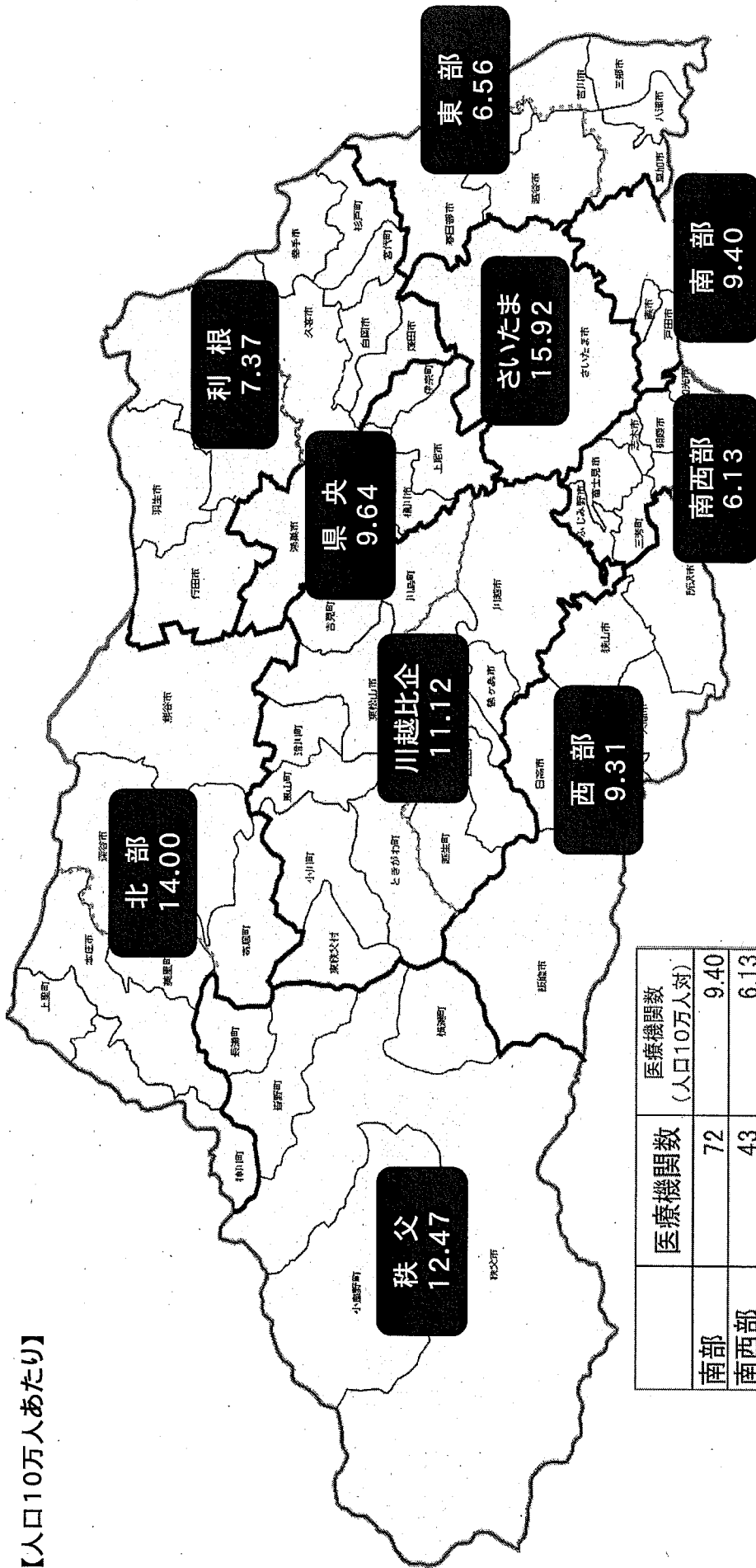
【既存病床数－必要病床数推計≤100床】
の場合を【不足】とした。

	高度急性期～急性期～回復期		慢性期		④-③
	2025年推計①	既存病床数 H27.3.31②	2025年推計③	既存病床数 H27.3.31④	
南部	4,154	3,426	871	940	69
南西部	3,466	3,518	1,311	838	▲ 473
東部	6,348	6,019	2,587	1,641	▲ 946
さいたま	6,110	6,431	1,554	1,332	▲ 222
中央	2,737	2,489	797	769	▲ 28
川越比企	5,580	4,857	2,072	1,919	▲ 153
西部	5,313	4,771	2,638	2,595	▲ 43
利根	3,454	3,415	1,176	669	▲ 507
北部	2,651	2,643	791	919	128
秩父	386	460	214	297	83
合計	40,199	38,029	14,011	11,919	▲ 2,092

※不足病床数は現在実施している公募等、今後の病床整備の状況により変動する。
 ※2025年の推計は、厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による
 ※既存病床は一般と療養の2区分となっており、便宜上以下のとおり分けた。
 ・一般病床＝高度急性期～回復期
 ・療養病床＝慢性期

各二次医療圏における在宅療養支援病院・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10万人あたり】



	医療機関数	医療機関数 (人口10万人対)
南部	72	9.40
南西部	43	6.13
東部	74	6.56
さいたま	198	15.92
県央	51	9.64
川越比企	89	11.12
西部	73	9.31
利根	48	7.37
北部	72	14.00
秩父	13	12.47

※関東信越厚生局「施設基準届出受理機関名簿」(平成27年4月1日現在)
※人口は国立社会保障・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)

訪問診療提供量の目安

2013年の受入割合で案分

医療圏	2013年(実績)			2025年(推計)		
	訪問診療 ①	老健入所者 (2013.4)②	①+②	訪問診療	老健での受入	在宅医療等 推計④
南部	4,408	1,050	5,458	8,674	2,066	10,740
南西部	2,136	1,406	3,542	4,245	2,794	7,039
東部	3,476	1,789	5,265	7,989	4,112	12,101
さいたま	7,752	2,244	9,996	14,568	4,217	18,785
県央	1,220	1,391	2,611	2,277	2,597	4,874
川越比企	2,469	1,806	4,275	5,082	3,717	8,799
西部	1,833	1,581	3,414	4,799	4,139	8,938
利根	967	1,534	2,501	1,758	2,789	4,547
北部	2,000	1,207	3,207	3,456	2,085	5,541
秩父	365	298	663	555	453	1,008
合計	26,626	14,306	40,932	53,582	28,790	82,372

x2.01

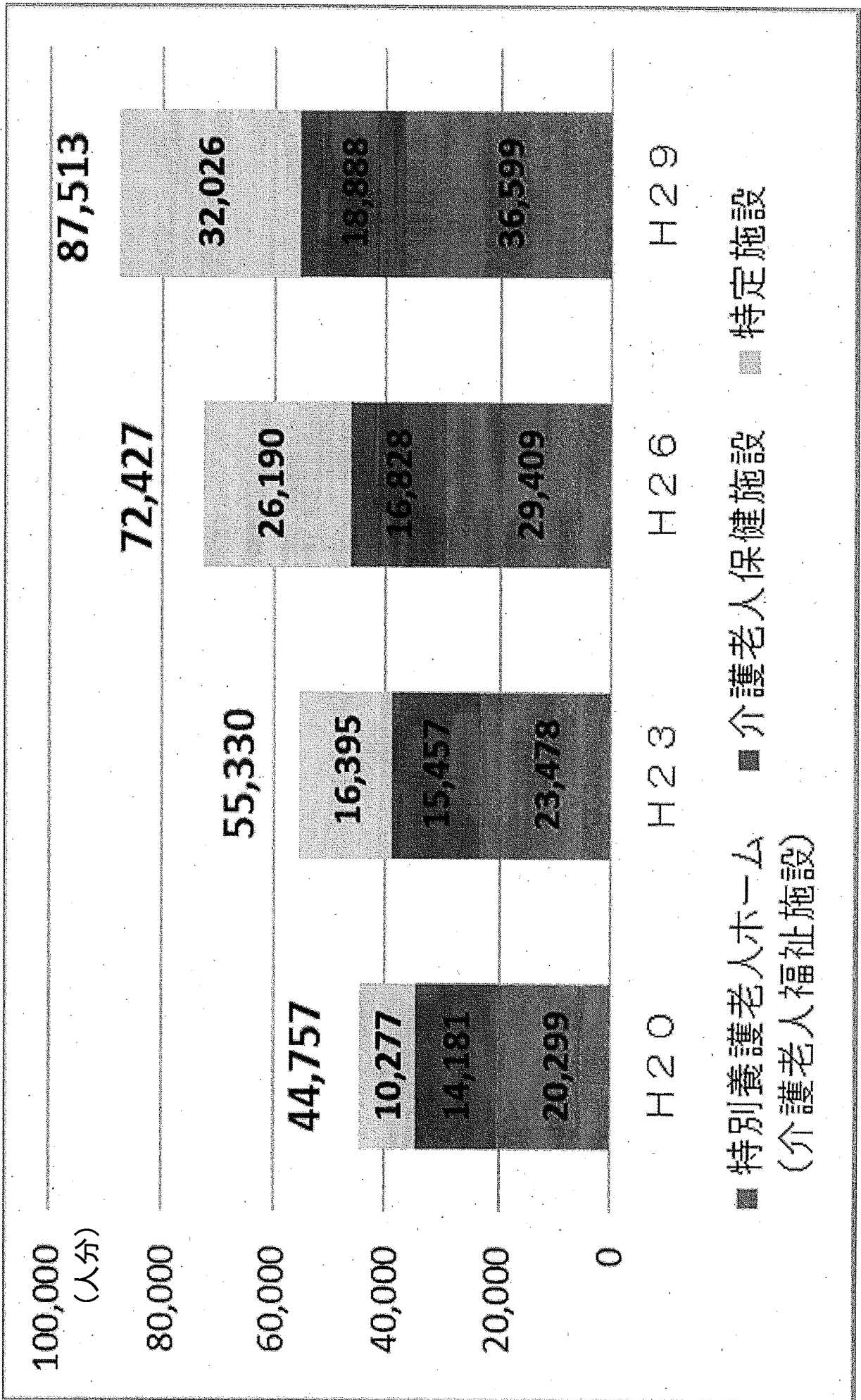
老健の入所者を2013年の1.3倍と見込んだ場合

医療圏	2025年(推計)		
	訪問診療 ④-⑤	老健での受入 (2013年x1.3)⑤	在宅医療等 推計④
南部	9,375	1,365	10,740
南西部	5,211	1,828	7,039
東部	9,775	2,326	12,101
さいたま	15,868	2,917	18,785
県央	3,066	1,808	4,874
川越比企	6,451	2,348	8,799
西部	6,883	2,055	8,938
利根	2,553	1,994	4,547
北部	3,972	1,569	5,541
秩父	621	387	1,008
合計	63,775	18,597	82,372

x2.39

※2013年の在宅医療需要は医療機関所在地ベース
 ※2025年の需要④は医療機関所在地ベース、パターンBで推計したもの
 ※老健入所者数は、2013年4月の実績

介護施設の整備状況



病床利用率と平均在院日数

	病床利用率 (%)			平均在院日数 (日)			
	総数	一般病床	療養病床	総数	一般病床	療養病床	介護療養病床を除く総数
全 国	81.0	75.5	89.9	30.6	17.2	168.3	29.2
埼玉県全体	81.5	74.7	90.6	31.1	17.1	188.3	30.1
南部	85.5	80.5	90.4	24.7	15.1	157.5	
南西部	84.4	78.8	92.0	31.8	18.2	257.0	
東部	80.4	74.3	86.8	29.9	17.3	163.0	
さいたま	81.0	77.2	92.3	23.1	15.5	224.3	
県央	78.7	71.0	91.7	29.1	16.6	313.3	
川越比企	83.3	75.1	92.7	34.8	17.2	189.9	
西部	82.7	71.5	91.5	41.8	18.2	209.5	
利根	75.9	71.0	87.4	30.4	18.8	138.2	
北部	81.1	71.7	92.3	38.0	17.9	164.7	
秩父	79.5	76.0	77.5	37.8	21.1	96.2	

平成25年病院報告

【参考】必要病床数の算出で使用される病床利用率

高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%

	医療需要推計 ①	必要病床数 ②	病床利用率 ①/②
一般病床 (高度急性期～回復期)	33,196	40,199	82.6%
療養病床 (慢性期)	12,890	14,011	92.0%

2025年の医療需要推計を
便宜的に一般・療養別とした
場合の病床利用率

各圏域における検討の進め方について

1 各圏域での検討体制

現在、各医療圏の医療計画などを協議している「地域保健医療協議会」を活用して検討を進める。

- ・現在の委員構成では回復期、慢性期を担う医療機関が入っていない圏域が多く見られる。切れ目のない連携体制を検討するため当該機能を担っている医療機関の代表者の参加を求める。
- ・また、看護協会、保険者協議会に対しても参加を求める。

* 地域保健医療協議会

- ・設置目的

二次医療圏単位での地域保健医療計画の推進

- ・事務局

保健所

- ・主な構成員（現行）

郡市医師会

郡市歯科医師会

地域薬剤師会

拠点病院の長（主に急性期）

母子愛育会

市町村

追加

- ・回復期、慢性期を担う病院
- ・看護協会
- ・保険者協議会

2 各構想区域における検討に当たっての主な論点

ポイント

- ・急性期、回復期、慢性期の機能についてはできるだけ区域内で対応する
- ・将来の需要増を見据えて効率的な医療提供体制を構築する
- ・地域の現状、将来の体制整備の方向性についての関係者の合意を図る。

【各圏域共通】

(1) 病院の新設・増床（病床不足が見込まれる地域）

- ・圏域内で特に不足が見込まれる機能は何か（急性期・回復期・慢性期）
- ・それをどのように整備するか

（例）既存の医療機関による増床、病院の誘致など

増床等は将来不足が見込まれる機能であること。また、スタッフの確保を含めて現時点での見通しを議論する必要がある。

なお、病床の整備など受入体制の整備は困難として、他の圏域に受入を依頼することも考えられる。

この場合、必要な病床数を受入先医療圏に加算する。

(2) 地域の実情に合った医療機能分化・連携体制の確立

- ・「病病連携」、「病診連携」など地域の医療連携体制、がん、脳卒中、急性心筋梗塞など疾患別連携体制の現状はどうか
- ・地域における各医療機関の役割分担を相互に理解しているか
- ・例えば、急性期を担っている病院が回復期などに機能を転換する場合の障壁は何か

(3) 在宅医療（老健等を含む）の体制整備

- ・訪問診療、看取り、急変時の受入等の現状はどうか
- ・訪問診療を担う医療機関をどのように拡充するか
- ・老健など介護施設の整備の見通しはどうか

【圏域特有の課題】

〈例〉

東部医療圏：病病連携、病診連携の拠点となる地域医療支援病院の整備についてどのように考えるか