

埼玉県地域医療構想

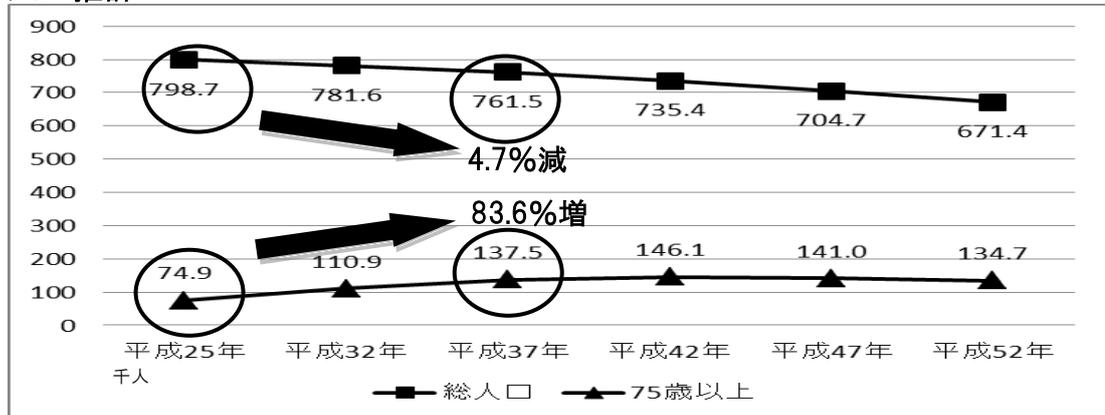
(川越比企区域の概要抜粋)

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）

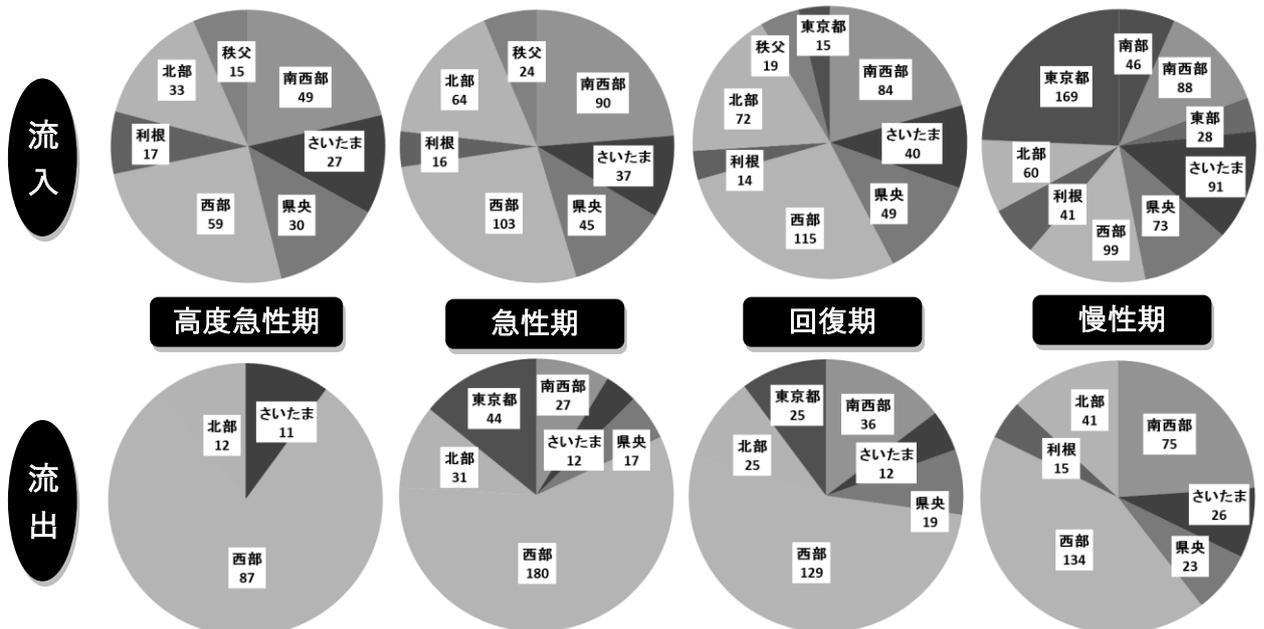
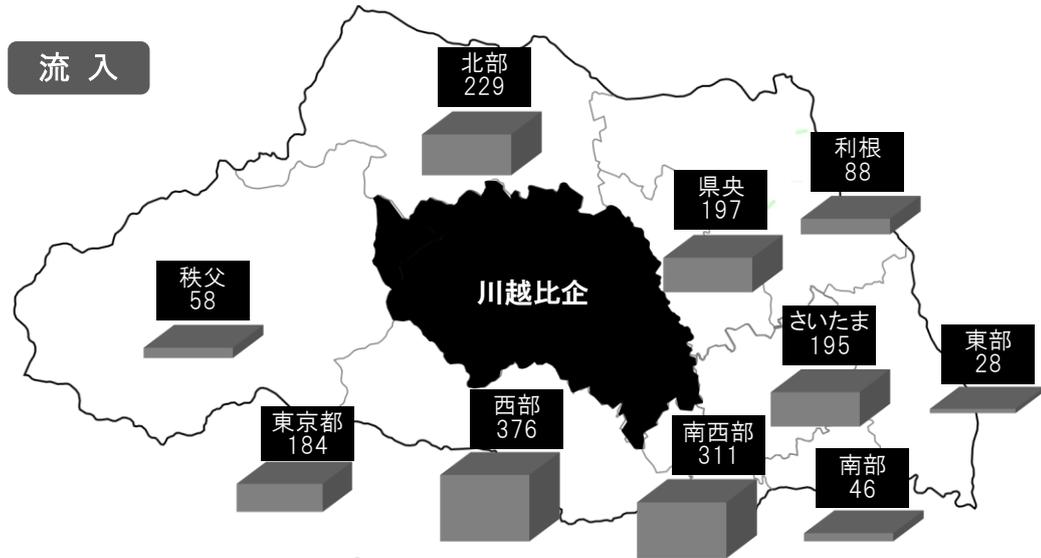
	平成25年（2013年）					（人／日）	
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	230	379	408	695	1,712	1,528	184
流出	110	311	246	314	981	912	69
(流入－流出)	120	68	162	381	731	616	115

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】



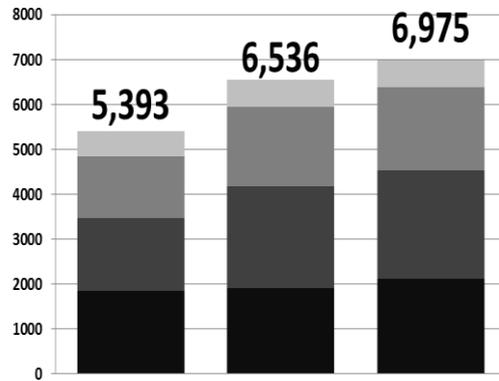
3 医療需要推計

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

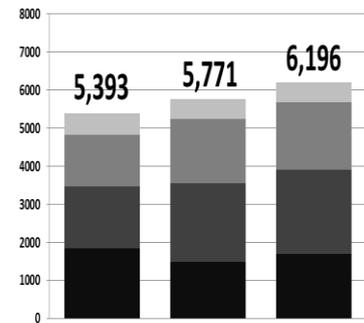
(人/日)



	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

(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	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

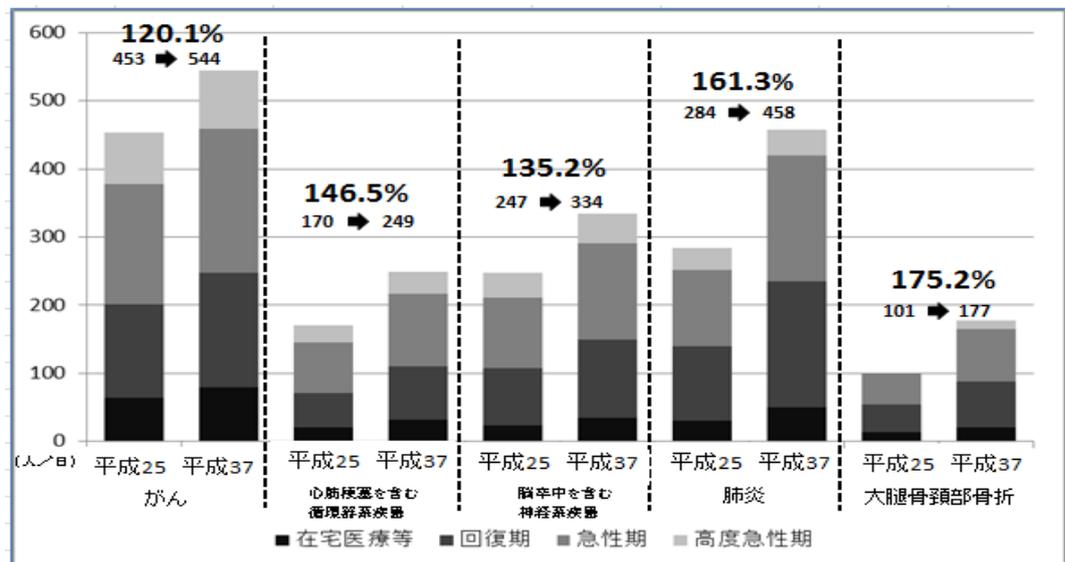
※人口：町(丁)字別人口(平成27年1月1日現在)

		病床数		
		実数	人口10万人あたり	
			区域内	県全体
一般病棟入院基本料	特定機能病院	657	82.4	16.1
	7対1	1,791	224.6	228.1
	10対1	787	98.7	76.1
	13対1	100	12.5	14.0
	15対1	274	34.4	31.6
回復期リハビリテーション病棟入院料		562	70.5	40.8
地域包括ケア病棟入院料・管理料		29	3.6	5.4
緩和ケア病棟入院料		20	2.5	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		1,367	171.5	112.9
障害者施設等入院基本料		319	40.0	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

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を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っているが、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。