

埼玉県地域保健医療計画（第7次）の変更



埼玉県マスコット「コバトン」「さいたまっち」

彩の国  埼玉県

1 変更の内容

(1) 第2部第3章に係る指標の変更

改正後	現 行
H A C C P <u>に基づく衛生管理を行う施設数</u> 現状値 56施設（平成28年度末） → 目標値 <u>561施設（令和3年度末）</u>	H A C C P <u>導入型基準を選択する施設数</u> 現状値 56施設（平成28年度末） → 目標値 <u>300施設（平成33年度末）</u>

(2) 医師の確保等に関する事項を追加

目 次

第5部 医師の確保等に関する事項

第1章 基本的事項.....	4
第1節 埼玉県地域保健医療計画（第7次）の一部変更の趣旨	5
第2節 構成.....	5
第3節 期間.....	5
第2章 医師の確保に関する事項	6
第1節 医師確保の方針及び必要医師数	7
第2節 必要医師数の確保に向けた施策	12
第3節 産科・小児科における医師の確保に関する事項	18
第4節 医療圏ごとの令和5年（2023年）に目指す医療の姿.....	20
第3章 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項	38
第1節 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	39
第2節 区域の設定と推進体制	39
第3節 外来医療の提供状況	40
第4節 外来医療に係る医療提供体制の確保に向けた取組	55
資料編	56
1 医師の確保に関する事項	57
2 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項.....	66

第5部 医師の確保等に関する事項

第1章 基本的事項

第1節 埼玉県地域保健医療計画（第7次）の一部変更の趣旨

住み慣れた地域で必要な医療を受けられる体制を整備する上で、医師の地域偏在や診療科偏在が課題となっています。地域における医療提供体制を確保するためには、これらの偏在を解消し、必要な医師数を確保することが求められます。

また、外来医療が入院医療や在宅医療と切れ目なく提供されるよう、外来医療の状況を可視化し共通認識を形成することで、医療機関の自発的な取組や地域の医療関係者間の協議等による連携を進める必要があります。

こうした中、医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）が平成30年（2018年）7月に成立し、平成31年（2019年）4月1日から施行されました。この改正により、医師の確保に関する事項及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項が、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、第7次の埼玉県地域保健医療計画（平成30年度（2018年度）～令和5年度（2023年度））の一部として、医師の確保に関する事項及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を定めるものです。

第2節 構成

1 医師の確保に関する事項

医師確保の方針及び必要医師数、必要医師数の確保に向けた施策、産科・小児科における医師の確保に関する事項、医療圏ごとの令和5年（2023年）に目指す医療の姿について定めています。

なお、医師の確保に関する事項は、医療提供体制の確保に必要な医師数を示すもので、個別の医療機関の求めに応じて医師を確保することを目的としたものではありません。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

外来医療に係る医療提供体制の確保の方針、区域の設定と推進体制、外来医療の提供状況、外来医療に係る医療提供体制の確保に向けた取組について定めています。

第3節 期間

第5部の計画期間は、令和2年度（2020年度）から、埼玉県地域保健医療計画（第7次）の終期である令和5年度（2023年度）までの4年間とします。

第2章 医師の確保に関する事項

第1節 医師確保の方針及び必要医師数

埼玉県の令和5年（2023年）に目指す医療の姿

1 埼玉県地域医療構想に基づく医師確保の方針

国は、医療法改正を踏まえ「医師偏在指標」を公表しました。これは、これまで使われてきた人口十万人当たりの医師数と異なり、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映して作成されたものです。この医師偏在指標では、本県は全国第44位で「医師少数県」とされています。

全国の中では相対的に医師が少ないとされている本県において、県内の医師の配置や分布をみると地域や診療科による偏りがみられます。

また、平成28年（2016年）から地域医療構想に基づき、地域に必要な医療体制の整備を進めていますが、令和7年（2025年）に向けて医療需要が高まると見込んでいます。

そのため、今後の本県の医師確保の方針は、従来からの課題である地域偏在と診療科偏在を解消するとともに地域医療構想の実現に向けて必要な医師を確保していくこととします。

地域医療構想では、令和7年（2025年）における医療需要を「入院需要」と「在宅需要」に分けて定めています。

このため、必要医師数についても「入院需要」と「在宅需要」に分けて推計しています。

2 入院需要

(1) 医療機能ごとの必要病床数

地域医療構想では、入院需要について、4つの医療機能「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」ごとに令和7年（2025年）時点の医療需要（必要病床数）を定めています。

これを基に、令和5年（2023年）の必要病床数を推計すると次のとおりとなります。

【図表 5-2-1-1 医療機能ごとの必要病床数】

（単位：床）

必要病床数	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)	令和7年 (2025年)
高度急性期	4,044	5,157	5,528
急性期	18,678	18,135	17,954
回復期	13,379	15,883	16,717
慢性期	12,752	13,696	14,011
その他	1,829	457	—
合計	50,682	53,328	54,210

(2) 病床当たり勤務医師数

医療機能ごとの100床当たりの勤務医師数は、平成29年度（2017年度）病床機能報告の分析データに基づき算出します。

【図表 5-2-1-2 医療機能ごとの100床当たりの勤務医師数（常勤換算）】

（単位：人）

医療機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
100床当たりの勤務医師数	37.7	21.9	14.3	7.5

(3) 働き方改革（時間外労働規制）の影響

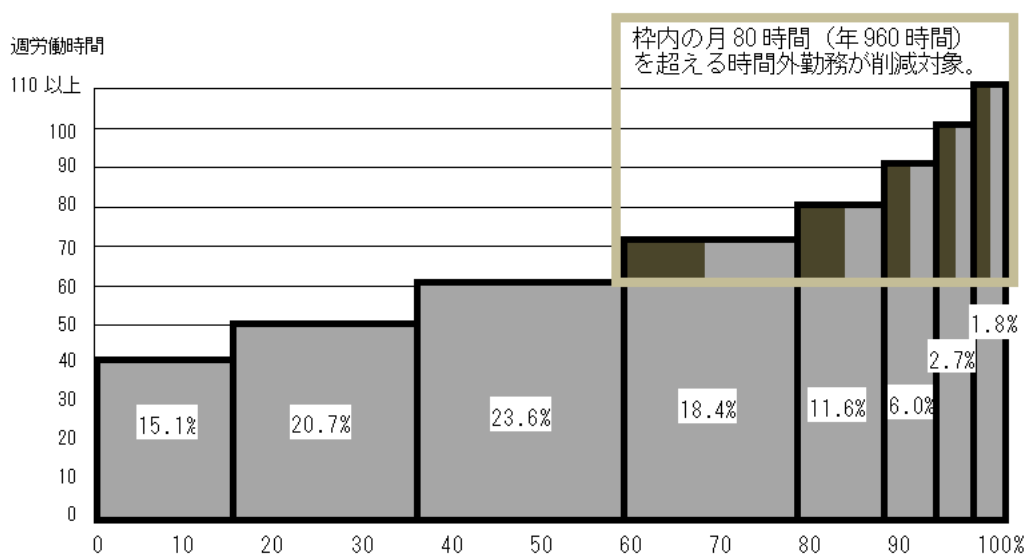
病院勤務医については、働き方改革（時間外労働規制）の影響を考慮する必要があります。

令和6年（2024年）4月から始まる時間外労働規制では、原則として病院勤務医の時間外勤務は年間960時間（月平均80時間）が上限となり、週勤務時間でみると、週労働時間の60時間を超える勤務が規制の対象となります。国の調べによると、現状では勤務医の約4割がこの上限を超えた労働時間（週当たり60時間超）となっています。

なお、救命救急センターや第二次救急医療機関のうち救急車の受入件数が年間1,000件以上などの病院は、この規制の例外規定が適用されます。

時間外労働規制の対象となる病院で、令和2年（2020年）から令和5年（2023年）までの4年間で一定の時間外労働の削減が進むと仮定して推計した結果、総労働時間の削減率は5.2%となり、その分医師の労働力が減ることが想定されます。

【図表 5-2-1-3 病院勤務医の週勤務時間の区分割合】



資料：第9回医師の働き方改革に関する検討会（平成30年（2018年）9月3日）資料

この影響を考慮した令和5年（2023年）時点での100床当たりの必要な勤務医師数は次のとおりとなります。

【図表 5-2-1-4 働き方改革の影響を考慮した100床当たりの必要医師数（常勤換算）】

（単位：人）

医療機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
100床当たりの勤務医師数	39.8	23.1	15.1	7.9

(4) 入院需要に対する必要医師数

以上の(1)～(3)の内容を考慮して算出した結果、令和5年（2023年）における入院需要に必要な医師数は、9,720.3人となります。

【図表 5-2-1-5 入院需要に対する必要医師数】

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)	
医療需要推計 (病床数)	50,682床	53,328床	
	高度急性期	4,044床	5,157床
	急性期	18,678床	18,135床
	回復期	13,379床	15,883床
	慢性期	12,752床	13,696床
	その他	1,829床	457床
医師の働き方改革の推定値 (時間外労働規制)	—	時間外労働規制後の総労働時間の削減率 5.2%	
病院勤務医師数(常勤換算)	8,487.2人	9,720.3人	

なお、令和5年（2023年）の必要医師数（病院勤務医師数）のうち、地域医療構想において特定の医療機能を有する病院の医師数は次のとおりです。

【図表 5-2-1-6 政策医療として必要な医師数（常勤換算）】

（単位：機関、人）

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
救命救急センター	8	551.2
周産期母子医療センター	12	563.0
第二次小児救急医療輪番病院 (小児救急医療拠点病院を含む)	27	268.4
合計	47	1,382.6

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査（県医療人材課）

3 在宅需要

(1) 在宅療養患者数

地域医療構想では、在宅需要について、令和7年（2025年）の訪問診療分の在宅療養患者数（1日当たり）を定めています。

これを基に、令和5年（2023年）の在宅療養患者数を推計すると次のとおりとなります。

【図表 5-2-1-7 在宅療養患者数（訪問診療分）】

（単位：人）

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)	令和7年 (2025年)
在宅療養患者	32,994	42,547	45,731

(2) 在宅医療を実施している医師数

在宅医療を実施している医師数は、訪問診療を実施している診療所・病院（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を算定している医療機関）の施設基準などから推計すると、平成29年（2017年）は1,171.2人（常勤換算）となります。

(3) 在宅需要に対する必要医師数

以上の(1)及び(2)から算出した結果、患者一人当たり医師数は0.035人となり、令和5年（2023年）における在宅需要に必要な医師数は、1,489.1人（常勤換算）となります。

【図表 5-2-1-8 在宅需要に対する必要医師数（常勤換算）】

（単位：人）

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅医療の医師数	1,171.2	1,489.1

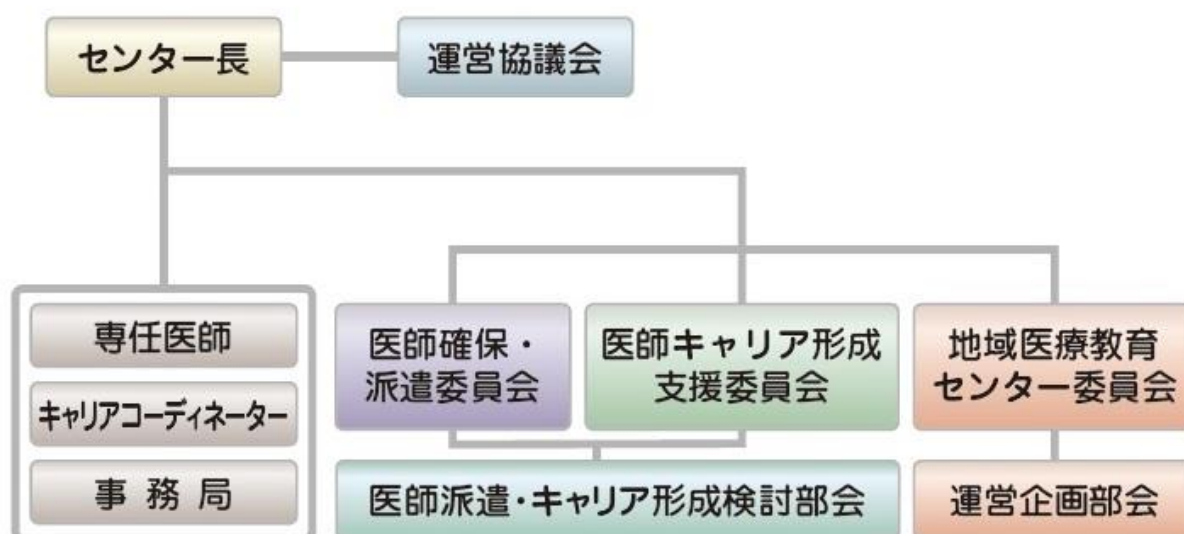
第2節 必要医師数の確保に向けた施策

本県では、埼玉県医師会、県内医療機関、大学等と協力して、平成25年（2013年）に埼玉県総合医局機構（以下「医局機構」という。）を創設しました。

医局機構では、本県の医師確保に関する情報発信や若手医師のキャリアアップ支援など医師の県内定着を進めているほか、奨学金貸与者等を医師が不足している病院や地域に派遣するなどの役割を果たしています。

なお、本県では、平成30年度（2018年度）から、医局機構を医療法第30条の23に基づく地域医療対策協議会に位置付けています。

【図表 5-2-2-1 埼玉県総合医局機構の組織】



1 医師を増やす施策

県内で医療に従事する医師の数を着実に増やしていきます。

(1) 埼玉県医学生奨学金による医師養成

特定地域（川越比企（北）保健医療圏、利根保健医療圏、北部保健医療圏、秩父保健医療圏）や特定診療科（県内の病院の産科、小児科又は救命救急センター）への一定期間の勤務を条件として、医学生（対象者は以下「奨学金貸与者」という。）への奨学金を貸与し、医局機構が特定地域や特定診療科へ医師を誘導します。

【図表 5-2-2-2 奨学金制度による医師確保数（見込み）】

（単位：人）

制度名	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
県外医学生奨学金	16	33	53	73
地域枠医学生奨学金	45	61	77	101
合計	61	94	130	174

地域枠については、本県の必要医師数を確保するため各医科大学に設置を要請していきます。

【図表 5-2-2-3 各医科大学への地域枠の設置数】

（単位：人）

大学名	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
埼玉医科大学	19	19	19	19
日本医科大学	4	4	4	4
順天堂大学	7	7	7	7
合計	30	30	30	30

(2) 自治医科大学卒業医師の派遣

へき地等の医療に恵まれない地域における医療を確保するために、全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業した医師を秩父保健医療圏や北部保健医療圏など医師確保が困難な地域の医療機関へ派遣し、地域医療の確保を図ります。

【図表 5-2-2-4 自治医科大学の卒業医師派遣数】

（単位：人）

	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
自治医科大学卒業医師	21	20	25	25

(3) 研修資金制度

本県では、臨床研修医及び後期研修医に対する研修資金貸与制度があります。

産科、小児科、救命救急センターにおいて一定期間の勤務を条件として、臨床研修医や後期研修医に対して研修資金を貸与します(対象者は以下「研修資金貸与者」という。)

【図表 5-2-2-5 研修資金制度による医師確保数（見込み）】

（単位：人）

制度名	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
臨床研修医研修資金	19	18	18	14
後期研修医研修資金	67	70	66	68
合計	86	88	84	82

(4) 臨床研修医の県内誘導

民間主催の大規模な臨床研修病院合同説明会で、全国からの医学生に県内臨床研修病院の特色や魅力をPRし、県内への誘導・定着を図ります。

また、臨床研修病院に対して外部の評価機関による臨床研修評価受審に要する費用を助成することで、質の高い研修を求める臨床研修希望者を県内に誘導します。全ての臨床研修病院の臨床研修評価の認定を目指します。

(5) 後期研修医の県内誘導

寄附講座を活用して県外大学病院から県内病院へ指導医及び専門医を招へいし、後期研修の指導体制を強化します。

また、民間主催の大規模な後期研修病院合同説明会への出展や、臨床研修医向けのセミナーを開催することで、県内の後期研修病院をPRします。

さらに、県内の後期研修基幹施設に対し研修環境改善を支援することで、専門医を目指せる魅力ある研修環境を整備します。

これらの施策により、後期研修医の県内への誘導・定着を図ります。

【図表 5-2-2-6 後期研修医採用者（見込み）】

（単位：人）

	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
後期研修医採用者	275	295	314	333

(6) 高校生等の志養成

本県で医師になることへの志をかん養するために、高校生等を対象に模擬医療体験や病院見学、医師との懇談会等を実施します。

(7) 順天堂大学医学部附属病院・医学系大学院等の整備支援

医師の地域偏在や診療科偏在解消のためには、安定的、継続的に医師を派遣する必要があります。

そこで、医師派遣を条件に大学附属病院及び医学系大学院の整備計画を公募し、学校法人順天堂の計画を採用しました。

現在整備を進めており、開院後は、附属病院を拠点として医師確保が困難な地域等への医師派遣を行っていきます。

2 医師のキャリア形成支援、質の向上と負担軽減

県内で医療に従事する医師への支援や負担軽減により、定着を図ります。

(1) 医師のキャリア形成支援

ア 奨学金貸与者へのキャリア形成プログラム

特定地域や特定診療科での勤務が義務付けられる奨学金貸与者（医師）の能力開発・資質向上の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムを個々の医師のニーズに合わせて策定するとともに、奨学金貸与者（医師）が専門医を取得できるようにキャリア形成支援を進めます。

イ キャリアコーディネーターの設置

医師のキャリア形成に精通したキャリアコーディネーターを設置し、医療機関や医学生・若手医師に対しての助言・支援を行います。

ウ 学位取得などのキャリア形成支援

最先端の医療技術等を研究し県内医療に還元するため、大学院に進学し博士号の取得などのキャリア形成支援を行います。

(2) 医師の質の向上

ア 海外留学支援制度の拡充

最先端の知識・技術を修得し、県内で後進養成として還元できるようにするため、医師の海外留学を支援します。

イ 地域医療教育センターの運用

県内研修医向けに高規格シミュレータを用いた研修や学会認定資格取得研修のほか、県内の医療の魅力を伝える研修などを定期的で開催します。

本県の地域医療を担う毎年2,000人以上の医師の教育・環境の向上を支援します。

(3) 医師の負担軽減

ア 医療勤務環境改善支援センターの運営

埼玉県医療勤務環境改善支援センターを運営し、医業経営コンサルタント協会や社会保険労務士会等と連携して医療機関の勤務環境改善の取組へ総合的な支援を行います。

(ア) 医療機関からの勤務環境改善に向けた相談に対する対応

(イ) 医療機関の勤務環境改善に資する研修会の開催

また、令和6年（2024年）4月からの医師の時間外労働規制に向けて、診療従事勤務医の時間外労働時間の上限が年960時間、月100時間となるよう支援します。

イ 女性医師支援

埼玉県女性医師支援センターを運営し、女性医師の就業を支援します。

- (ア) 就業や復職に関する相談対応
- (イ) 育児や介護支援の情報提供
- (ウ) 復職研修のための研修病院との調整
- (エ) 病院への就労環境改善支援
- (オ) 県内病院の勤務体制、求人情報の提供
- (カ) 女性医師の情報交換の場の提供

また、就業継続を目的に、女性医師の短時間勤務等に伴う代替医師配置を行う医療機関への助成を実施します。

ウ タスクシフトの推進

医療秘書の導入など医師の事務負担を減らし、診療に専念できる環境づくりを支援します。

3 地域医療体制のための医師確保

地域医療構想では、構想区域ごとにおいて医療従事者、医療保険者などの関係者が協議・連携を進め、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、構想区域全体でどのように対応していくかの方向性を定めています。

一方、地域医療に不可欠な医療機能については、県や市町村が政策的にその体制の構築を図っていく必要があります。前述した奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導も含め、特に本県としては、特定地域の医療体制や在宅医療体制の支援のほか、第三次救急医療体制、周産期医療体制、第二次小児救急医療体制の確保・充実を進めます。

(1) 救命救急センター

ア 寄附講座

第三次救急医療体制を担う救命救急センターの整備に向けた医師確保を支援するため、大学医学部に寄附講座を設置し、指導医等の派遣を受けることにより医師の確保・養成を図ります。

イ 運営支援

救命救急センターの運営費の一部を補助します。

(2) 周産期医療体制

ア 寄附講座

大学医学部との連携により寄附講座を設置し、地域周産期母子医療センターの安定運営に向けた医師の育成及び確保や、新生児集中治療室（NICU）の安定運営に向けた支援を行います。

イ 周産期医療従事者処遇改善

産科、小児科（新生児医療）を担当する医師等の不足により診療体制を維持することが困難な医療機関が増加しているため、これらの医師等の処遇改善を推進して、離職防止を図ることにより医療体制を維持します。

ウ 周産期医療体制整備

周産期医療施設運営費補助や周産期医療従事者研修等を実施することにより、周産期医療施設の安定的な運営を確保するとともに、周産期医療体制の充実・強化を図ります。

(3) 第二次小児救急医療体制

ア 寄附講座

第二次小児救急医療体制の安定運営に向けた医師確保を支援するため、大学医学部に寄附講座を設置し、指導医等の派遣を受けることにより医師の確保・養成を図ります。

イ 第二次小児救急医療輪番体制維持のための医師派遣

県立小児医療センターや大学病院の小児科医等を地域の拠点病院へ当直派遣することで、病院勤務医の負担軽減や第二次小児救急医療輪番の空白日の解消を図るなど救急医療体制を強化します。

(4) 特定地域の医療支援

ア 開業医による救急医療支援

救急医療における病院勤務医の確保に資するため、開業医が休日や夜間に救急医療の拠点となる病院で軽症患者を診察する仕組みをつくり、医療体制整備と病院勤務医の負担軽減を図ります。

イ 秩父保健医療圏医師派遣支援

秩父保健医療圏内における産科医療の維持を図るため、ちちぶ医療協議会が実施する産科医等の派遣事業に対して補助を行います。

(5) 在宅医療

高齢化の進展に伴う医療・介護需要の大幅な増加に対応するため、訪問診療等を行う医師育成のための研修を実施するなど、在宅医療を担う医師の確保を進めます。

第3節 産科・小児科における医師の確保に関する事項

1 趣旨

国のガイドラインにより、医師全体の医師確保とは別に産科・小児科に限定した医師の確保に関する事項について定めることとされています。

これに伴い、国が産科・小児科における医師偏在指標を公表しています。

この医師偏在指標では、本県は、産科が全国第45位、小児科が全国第46位でいずれも「相対的医師少数県」となっています。

この節では、地域医療構想に基づき、地域に必要となる周産期医療体制及び第二次小児救急医療体制の確保・充実を目的として、必要医師数や医師確保対策を取りまとめます。

2 産科・小児科における医師確保の方針

周産期母子医療センターの医療体制の維持や第二次小児救急医療体制の確保・維持のため、各医療機関は不足する医師の確保に努めるとともに、県は医師育成奨学金貸与制度等の施策を利用した医師の誘導・定着に努めます。

3 必要医師数の確保に向けた施策

特定の医療機能を有する医療機関である周産期母子医療センターの医療体制及び第二次小児救急医療体制を確保・維持するための令和5年（2023年）の必要医師数は、次のとおりです。

【図表 5-2-3-1 医療機関ごとの必要医師数（常勤換算）】

（単位：人）

医療機関		令和元年 (2019年)	令和5年 (2023年)
周産期母子医療 センター	産科	165.9	213.4
	小児科	260.7	349.6
第二次小児救急医療輪 番病院(小児救急医療 拠点病院を含む)	小児科	217.8	268.4
合計	産科	165.9	213.4
	小児科	478.5	618.0

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査（県医療人材課）

周産期母子医療センターや第二次小児救急医療輪番病院の本来担うべき医療機能を果たすために必要な医師は、医局機構が対象医療機関を決定した上で、次の施策により誘導していきます。

- (1) 大学医学部との連携により寄附講座を設置し、地域周産期母子医療センターとし

て安定運営のための支援や新生児集中治療室（NICU）の安定運営のための支援を行います。（再掲）

- (2) 産科、小児科（新生児医療）を担当する医師等の不足により診療体制を維持することが困難な医療機関が増加しているため、これらの医師等の処遇改善を推進して、離職防止を図ることにより医療体制を維持します。（再掲）
- (3) 周産期医療施設運営費補助や周産期医療従事者研修等を実施することにより、周産期医療施設の安定的な運営を確保するとともに、周産期医療体制の充実・強化を図ります。（再掲）
- (4) 第二次小児救急医療体制の安定運営に向けた医師確保を支援するため、大学医学部に寄附講座を設置し、指導医等の派遣を受けることにより医師の確保・養成を図ります。（再掲）
- (5) 県立小児医療センターや大学病院の小児科医等を地域の拠点病院へ当直派遣することで、病院勤務医の負担軽減や第二次小児救急医療輪番の空白日の解消を図るなど救急医療体制を強化します。（再掲）
- (6) 第二次小児救急医療輪番病院（小児救急医療拠点病院を含む。）の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。

第4節 医療圏ごとの令和5年（2023年）に目指す医療の姿

1 南部保健医療圏

地域医療構想における南部保健医療圏の病床数は、平成29年（2017年）の4,452床から令和5年（2023年）の4,882床と増加するため、病院勤務に必要な医師数は866.2人から960.7人となります。また、在宅療養患者数が5,445人から7,000人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、193.3人から245.0人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-1 入院需要】

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
	4,452床	4,882床
医療需要推計 (病床数)	高度急性期	290床
	急性期	2,173床
	回復期	1,114床
	慢性期	729床
	その他	146床
病院勤務医師数（常勤換算）	866.2人	960.7人

うち政策医療として必要な医師数（常勤換算）

（単位：機関、人）

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
救命救急センター	1	11.5
周産期母子医療センター	2	46.6
第二次小児救急医療輪番病院	5	52.4
合計	8	110.5

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査（県医療人材課）

【図表 5-2-4-2 在宅需要】

（単位：人）

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
在宅療養患者の数	5,445	7,000
在宅医療の医師数 (常勤換算)	193.3	245.0

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。
- イ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。
- ウ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。

2 南西部保健医療圏

地域医療構想における南西部保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の4,070床から令和5年(2023年)の4,600床と増加するため、病院勤務に必要な医師数は650.2人から839.9人となります。また、在宅療養患者数が2,736人から3,635人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、97.1人から127.2人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-3 入院需要】

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
	4,070床	4,600床
医療需要推計 (病床数)	高度急性期	441床
	急性期	1,584床
	回復期	1,309床
	慢性期	1,262床
	その他	4床
病院勤務医師数(常勤換算)	650.2人	839.9人

うち政策医療として必要な医師数(常勤換算)

(単位:機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
周産期母子医療センター	1	56.0
第二次小児救急医療輪番病院	2	32.5
合計	3	88.5

資料:政策医療を担う病院に対する医師配置数調査(県医療人材課)

【図表 5-2-4-4 在宅需要】

(単位:人)

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
在宅療養患者の数	2,736	3,635
在宅医療の医師数 (常勤換算)	97.1	127.2

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

ア 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支

援します。

- イ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。
- ウ 大学医学部との連携により寄附講座を設置し、地域周産期母子医療センターとして安定運営のための支援や新生児集中治療室（NICU）の安定運営のための支援を行います。
- エ 第二次小児救急医療体制の安定運営に向けた医師確保を支援するため、大学医学部に寄附講座を設置し、指導医等の派遣を受けることにより医師の確保・養成を図ります。
- オ 地域医療体制の整備、地域の救急医療における病院勤務医の負担軽減のため、地域の第二次小児救急医療輪番病院において、地域の開業医が休日・夜間の外来患者を診察する協力体制の構築を支援します。

3 東部保健医療圏

地域医療構想における東部保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の7,571床から令和5年(2023年)の8,594床と増加するため、病院勤務の必要な医師数は1,321.8人から1,524.0人となります。また、在宅療養患者数が4,527人から6,103人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、160.7人から213.6人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-5 入院需要】

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
	7,571床	8,594床
医療需要推計 (病床数)	高度急性期	503床
	急性期	2,848床
	回復期	2,170床
	慢性期	1,786床
	その他	264床
病院勤務医師数(常勤換算)	1,321.8人	1,524.0人

うち政策医療として必要な医師数(常勤換算)

(単位:機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
救命救急センター	1	36.0
周産期母子医療センター	1	55.0
第二次小児救急医療輪番病院	5	53.9
合計	7	144.9

資料:政策医療を担う病院に対する医師配置数調査(県医療人材課)

【図表 5-2-4-6 在宅需要】

(単位:人)

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
在宅療養患者の数	4,527	6,103
在宅医療の医師数 (常勤換算)	160.7	213.6

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

ア 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者

の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。

イ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。

ウ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。

4 さいたま保健医療圏

地域医療構想におけるさいたま保健医療圏の病床数は、平成29年（2017年）の7,136床から令和5年（2023年）の7,532床と増加しますが、急性期から回復期・慢性期への機能転換により、病院勤務に必要な医師数は1,505.7人から1,504.0人と減少となります。なお、在宅療養患者数は9,643人から12,480人に増加するため、在宅医療に必要な医師数は、342.3人から436.8人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-7 入院需要】

	平成 29 年 (2017 年)		令和 5 年 (2023 年)
医療需要推計 (病床数)	7,136 床		7,532 床
	高度急性期	1,090 床	1,052 床
	急性期	2,954 床	2,816 床
	回復期	1,440 床	2,086 床
	慢性期	1,436 床	1,524 床
	その他	216 床	54 床
病院勤務医師数 (常勤換算)	1,505.7 人		1,504.0 人

うち政策医療として必要な医師数 (常勤換算)

(単位：機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和 5 年 (2023 年)
救命救急センター	2	242.8
周産期母子医療センター	4	178.6
第二次小児救急医療輪番病院	1	12.3
合計	7	433.7

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査（県医療人材課）

【図表 5-2-4-8 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	9,643	12,480
在宅医療の医師数 (常勤換算)	342.3	436.8

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

ア 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。

イ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。

5 県央保健医療圏

地域医療構想における県央保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の3,430床から令和5年(2023年)の3,508床と増加するため、病院勤務に必要な医師数は577.5人から651.7人となります。また、在宅療養患者数が1,541人から2,022人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、54.7人から70.8人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-9 入院需要】

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
	3,430 床	3,508 床
医療需要推計 (病床数)	高度急性期	232 床
	急性期	1,407 床
	回復期	905 床
	慢性期	812 床
	その他	74 床
病院勤務医師数 (常勤換算)	577.5 人	651.7 人

うち政策医療として必要な医師数 (常勤換算)

(単位：機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和 5 年 (2023 年)
第二次小児救急医療輪番病院	2	14.3

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査 (県医療人材課)

【図表 5-2-4-10 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	1,541	2,022
在宅医療の医師数 (常勤換算)	54.7	70.8

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

ア 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図るなど、第二次小児救急医療輪番体制の充実を支援します。

6 川越比企保健医療圏

地域医療構想における川越比企保健医療圏の病床数は、平成29年（2017年）の7,304床から令和5年（2023年）の7,565床と増加しますが、急性期から回復期・慢性期への機能転換により、病院勤務に必要な医師数は1,390.1人から1,352.8人と減少となります。なお、在宅療養患者数は3,014人から3,832人に増加するため、在宅医療に必要な医師数は、107.0人から134.1人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-11 入院需要】

	平成 29 年 (2017 年)		令和 5 年 (2023 年)
医療需要推計 (病床数)	7,304 床		7,565 床
	高度急性期	654 床	765 床
	急性期	2,361 床	2,285 床
	回復期	1,988 床	2,386 床
	慢性期	1,905 床	2,030 床
	その他	396 床	99 床
病院勤務医師数 (常勤換算)	1,390.1 人		1,352.8 人

うち政策医療として必要な医師数 (常勤換算)

(単位：機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和 5 年 (2023 年)
救命救急センター	1	45.0
周産期母子医療センター	2	193.0
第二次小児救急医療輪番病院 (小児救急医療拠点病院)	2	45.1
合計	5	283.1

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査（県医療人材課）

【図表 5-2-4-12 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	3,014	3,832
在宅医療の医師数 (常勤換算)	107.0	134.1

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 川越比企（北）保健医療圏の公的医療機関や特定診療科（病院の産科、小児科又は救命救急センター）へ奨学金貸与者の医師を誘導します。
- イ 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。
- ウ 地域医療体制の整備、地域の救急医療における病院勤務医の負担軽減のため、地域の第二次小児救急医療輪番病院（小児救急医療拠点病院）において、地域の開業医が休日・夜間の外来患者を診察する協力体制の構築を支援します。
- エ 圏内はもとより秩父医療圏等圏外からの患者受け入れも行う小児救急医療拠点病院の運営を支援し、第二次小児救急医療体制の確保を図ります。
- オ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。

7 西部保健医療圏

地域医療構想における西部保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の7,440床から令和5年(2023年)の7,823床と増加するため、病院勤務に必要な医師数は1,092.9人から1,313.6人となります。また、在宅療養患者数が2,303人から3,009人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、81.8人から105.3人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-13 入院需要】

	平成 29 年 (2017 年)		令和 5 年 (2023 年)
医療需要推計 (病床数)	7,440 床		7,823 床
	高度急性期	421 床	625 床
	急性期	2,232 床	2,245 床
	回復期	1,897 床	2,252 床
	慢性期	2,542 床	2,614 床
	その他	348 床	87 床
病院勤務医師数 (常勤換算)	1,092.9 人		1,313.6 人

うち政策医療として必要な医師数 (常勤換算)

(単位：機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和 5 年 (2023 年)
救命救急センター	2	126.0
周産期母子医療センター	1	17.1
第二次小児救急医療輪番病院	4	19.8
合計	7	162.9

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査 (県医療人材課)

【図表 5-2-4-14 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	2,303	3,009
在宅医療の医師数 (常勤換算)	81.8	105.3

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

ア 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者

- の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。
- イ 地域医療体制の整備、地域の救急医療における病院勤務医の負担軽減のため、地域の拠点病院において、地域の開業医が休日・夜間の外来患者を診察する協力体制の構築を支援します。
 - ウ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の確保・充実を支援します。
 - エ 大学病院の小児科医等を医師確保の困難な地域の拠点病院等へ当直要員等として派遣することにより、勤務医の負担を軽減し、救急医療体制の強化を促進します。
 - オ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保を支援します。
 - カ 全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で、地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業医師の派遣を行います。

8 利根保健医療圏

地域医療構想における利根保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の4,510床から令和5年(2023年)の4,600床と増加するため、病院勤務に必要な医師数は515.6人から821.6人となります。また、在宅療養患者数が1,142人から1,405人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、40.5人から49.2人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-15 入院需要】

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
	4,510床	4,600床
医療需要推計 (病床数)	高度急性期	223床
	急性期	1,593床
	回復期	1,396床
	慢性期	1,023床
	その他	275床
病院勤務医師数 (常勤換算)	515.6人	821.6人

うち政策医療として必要な医師数(常勤換算)

(単位：機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
第二次小児救急医療輪番病院	4	29.9

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査(県医療人材課)

【図表 5-2-4-16 在宅需要】

(単位：人)

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
在宅療養患者の数	1,142	1,405
在宅医療の医師数 (常勤換算)	40.5	49.2

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

ア 利根保健医療圏の公的医療機関や特定診療科(病院の産科、小児科又は救命救急センター)へ奨学金貸与者の医師を誘導します。

イ 大学医学部との連携により寄附講座を設置し、東部北地区救急医療圏に関する

課題を調査・研究するとともに、救命救急センターの開設に向け、救急専門医を確保します。

ウ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。

エ 県立小児医療センター・大学病院の小児科医等を医師確保の困難な地域の救急医療の拠点となる病院等へ当直要員等として派遣することにより、勤務医の負担を軽減し、医療体制の強化を促進します。

オ 地域医療体制の整備、地域の救急医療における病院勤務医の負担軽減のため、地域の第二次小児救急医療輪番病院において、地域の開業医が休日・夜間の外来患者を診察する協力体制の構築を支援します。

9 北部保健医療圏

地域医療構想における北部保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の3,939床から令和5年(2023年)の3,566床と減少しますが、回復期・慢性期から高度急性期への機能転換により、病院勤務に必要な医師数は491.7人から650.1人と増加となります。なお、在宅療養患者数は2,267人から2,668人に増加するため、在宅医療に必要な医師数は、80.5人から93.4人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-17 入院需要】

	平成29年 (2017年)		令和5年 (2023年)
医療需要推計 (病床数)	3,939床		3,566床
	高度急性期	140床	280床
	急性期	1,580床	1,339床
	回復期	1,088床	1,071床
	慢性期	1,052床	856床
	その他	79床	20床
病院勤務医師数(常勤換算)	491.7人		650.1人

うち政策医療として必要な医師数(常勤換算)

(単位:機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
救命救急センター	1	89.9
周産期母子医療センター	1	16.7
第二次小児救急医療輪番病院	2	8.2
合計	4	114.8

資料:政策医療を担う病院に対する医師配置数調査(県医療人材課)

【図表 5-2-4-18 在宅需要】

(単位:人)

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
在宅療養患者の数	2,267	2,668
在宅医療の医師数 (常勤換算)	80.5	93.4

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 北部保健医療圏の公的医療機関や特定診療科（病院の産科、小児科又は救命救急センター）へ奨学金貸与者の医師を誘導します。
- イ 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。
- ウ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。
- エ 県立小児医療センター・大学病院の小児科医等を医師確保の困難な地域の救急医療の拠点となる病院等へ当直要員等として派遣することにより、勤務医の負担を軽減し、第二次小児救急医療輪番空白日の解消を図る等救急医療体制の強化を促進します。
- オ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。
- カ 全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で、地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業医師の派遣を行います。

10 秩父保健医療圏

地域医療構想における秩父保健医療圏の病床数は、平成29年（2017年）の830床から令和5年（2023年）の658床と減少しますが、回復期・慢性期から高度急性期への機能転換により、病院勤務の必要な医師数は75.8人から101.9人と増加となります。なお、在宅療養患者数は376人から393人に増加するため、在宅医療に必要な医師数は、13.3人から13.7人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-19 入院需要】

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
	830床	658床
医療需要推計 (病床数)	高度急性期	—
	急性期	248床
	回復期	213床
	慢性期	352床
	その他	17床
病院勤務医師数（常勤換算）	75.8人	101.9人

【図表 5-2-4-20 在宅需要】

(単位：人)

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
在宅療養患者の数	376	393
在宅医療の医師数 (常勤換算)	13.3	13.7

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 秩父保健医療圏の公的医療機関や特定診療科（病院の産科、小児科又は救命救急センター）へ奨学金貸与者の医師を誘導します。
- イ 地域医療体制の整備、地域の救急医療における病院勤務医の負担軽減のため、地域の拠点病院において、地域の開業医が休日・夜間の外来患者を診察する協力体制の構築を支援します。
- ウ 秩父保健医療圏内における産科医療の維持を図るため、ちちぶ医療協議会が実施する産科医等の派遣事業に対して補助を行います。
- エ 全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で、地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業医師の派遣を行います。

第3章 外来医療に係る医療提供体制の確保 に関する事項

第1節 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

外来医療に係る医療提供体制を確保するため、地域ごとに課題を共有し、解決に向けた協議を行う必要があります。そこで、外来医療機能に関する情報等に基づいて地域偏在状況を可視化し、初期救急医療や在宅医療など不足している外来医療機能を明らかにして、地域における協議に活用します。

また、今後も医療需要の増加が見込まれる本県においては、検査等に使用する高額な医療機器について効率的に活用することが求められており、各医療機関が保有する医療機器の共同利用の協議を進めていく必要があります。そこで、医療機器の配置・利用状況を、各医療機関が把握できるよう必要な情報を提供します。

第2節 区域の設定と推進体制

1 区域単位

医療法に基づき、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する取組を推進するための区域を設定します。

本県の区域は、現在の二次保健医療圏の圏域と同様に設定します。

これは、二次保健医療圏が、「埼玉県5か年計画」における、県民の生活圏としての一体性を考慮した「地域区分」などとの整合が図られていることや、地域医療構想においても、二次保健医療圏の圏域を、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」として定めていることを踏まえたものです。

2 推進体制

医療法に基づき、外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項について協議を行う場を区域ごとに設置します。

外来医療に係る医療提供体制に関する事項は、地域医療構想等の入院医療及び在宅医療等に関する事項とも関係するものです。

このことから、本県においては、地域医療構想調整会議の機能を果たすとともに、地域保健医療計画を推進するために二次保健医療圏ごとに設置している「地域保健医療・地域医療構想協議会」を協議の場として位置付けます。

この協議の場において、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者による協議を進めていきます。

第3節 外来医療の提供状況

1 外来医師偏在指標

(1) 基本的な考え方

外来医師偏在指標は、二次医療圏ごとの外来医療機能の偏在・不足等の状況を可視化するために、人口十万人当たりの診療所医師数を指標化したものです。

指標の値は、国が一元的に整理したデータを基に、医療需要と人口構成、医師の性別・年齢区分、病院と診療所の外来医療に関する対応割合等を勘案して、全国一律の計算式により算定され、国から県に提供されるものです。

国のガイドラインでは、外来医師偏在指標の値が全国の二次医療圏（335医療圏）の上位3分の1に該当する場合、当該二次医療圏を「外来医師多数区域」と設定することとされています。

その上で、外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対しては、当該区域において不足する医療機能を担うよう求めることとされています。

一方で、外来医師偏在指標の活用にあたっての留意事項として、ガイドラインでは次のように示されています。

「外来医師偏在指標の活用においては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に踏まえた上で、外来医師偏在指標の数値を絶対的な基準として取り扱うことや外来医師偏在指標のみに基づく機械的な運用を行うことの無いよう十分に留意する必要がある。」

(2) 本県の状況

外来医師偏在指標の算定に用いられるデータのうち、診療所の医師数及び外来患者延数については、次のとおりです。

【図表 5-3-3-1 診療所の医師数及び外来患者延数】

(単位：人)

区域	医師数	外来患者延数
埼玉県	4,321	4,941,866
南部	422	514,447
南西部	388	411,339
東部	575	749,844
さいたま	980	1,035,373
県央	301	400,543
川越比企	454	513,607
西部	425	488,974
利根	347	397,704
北部	346	357,725
秩父	83	72,310

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※ 医師数は厚生労働省「平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査」

※ 外来患者延数は、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）の平成29年（2017年）4月から平成30年（2018年）3月までの診療分データ（NDBのデータ期間は、以下同じ。）に基づき集計した医科レセプト（入院外）の初診・再診及び往診・在宅訪問診療の診療行為の算定回数を合算したもの（月平均算定回数）

診療所の医師数や外来患者延数、その他の要素を加味して算定された県全体の外来医師偏在指標は、全国平均を下回っており、相対的には外来医師が少ない状況です。

区域ごとにみると、秩父区域の外来医師偏在指標が上位3分の1に該当していません。

【図表 5-3-3-2 外来医師偏在指標】

区域	指標
全国	106.3
埼玉県	86.3
南部	84.2
南西部	91.2
東部	75.6
さいたま	98.1
県央	77.6
川越比企	83.9
西部	80.6
利根	85.6
北部	95.2
秩父	110.1

しかしながら、秩父区域の外来医療は以下のような状況にあります。

- ア 平成18年（2006年）から平成28年（2016年）の10年間で、県内二次保健医療圏の中で唯一診療所医師数が減少している（△15.3%）。
- イ 区域内の診療所に自治医科大学卒業医師を配置し、政策的に医療体制の維持を図っている。

このことから、秩父区域については外来医師偏在指標を機械的に適用することせず、外来医師多数区域と設定しないこととします。

2 外来医療の状況

新規開業希望者を含めた各医療機関が、本県の外来医療の現状を把握できるよう、国のNDBを活用して医療施設数及び診療所当たりの患者延数を集計するとともに、外来医療機能の不足感を地域の医療関係者等から聴取しました。

(1) 医療施設数

国のNDBデータを活用して集計した診療実績がある医療施設数（以下「実施施設数」という。）は、次のとおりです。

ア 時間外等診療

県全体では、外来診療実施施設数に対する時間外等（時間外、夜間、休日、深夜）診療実施施設数の割合は、全国平均と比べて、病院、診療所のいずれも上回っています。

一方、区域ごとにみると、病院では県央、川越比企及び西部において、診療所

ではさいたま及び西部において、全国平均の割合を下回っています。

【図表 5-3-3-3 時間外等診療実施施設数（月平均施設数）】

（単位：施設、％）

区域	外来診療実施施設数（A）		時間外等診療実施施設数（B）		時間外等診療実施施設の割合（B/A）	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	8,277	79,985	6,489	34,523	78.4	43.2
埼玉県	337	3,410	274	1,513	81.3	44.4
南部	29	365	23	161	79.3	44.1
南西部	28	294	23	141	82.1	48.0
東部	50	483	43	211	86.0	43.7
さいたま	35	736	32	288	91.4	39.1
県央	18	234	13	115	72.2	49.1
川越比企	49	367	35	165	71.4	45.0
西部	55	338	42	143	76.4	42.3
利根	32	262	27	124	84.4	47.3
北部	34	268	28	128	82.4	47.8
秩父	8	63	8	37	100.0	58.7

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※ 小数点第1位を四捨五入しているため、埼玉県の実施施設数と各区域における実施施設数の積上げ合計が一致しない場合がある。

※ 外来診療実施施設数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料及び往診・在宅訪問診療の診療行為が算定された病院及び診療所数

※ 時間外等診療実施施設数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の時間外等加算（時間外、夜間、休日、深夜）の診療行為が算定された病院及び診療所数

イ 往診

県全体では、外来診療実施施設数に対する往診実施施設数の割合は、病院では全国平均を上回っていますが、診療所では全国平均を下回っています。

一方、区域ごとにみると、病院では南部、東部、西部及び利根において、診療所では北部及び秩父を除く区域において、全国平均の割合を下回っています。

【図表 5-3-3-4 往診実施施設数（月平均施設数）】

（単位：施設、％）

区域	外来診療実施施設数（A）（再掲）		往診実施施設数（B）		往診実施施設の割合（B/A）	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	8,277	79,985	1,936	21,317	23.4	26.7
埼玉県	337	3,410	83	662	24.6	19.4
南部	29	365	6	69	20.7	18.9
南西部	28	294	8	43	28.6	14.6
東部	50	483	10	73	20.0	15.1
さいたま	35	736	12	145	34.3	19.7
県央	18	234	*	44	*	18.8
川越比企	49	367	17	78	34.7	21.3
西部	55	338	6	61	10.9	18.0
利根	32	262	6	53	18.8	20.2
北部	34	268	11	72	32.4	26.9
秩父	8	63	*	24	*	38.1

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※ 小数点第1位を四捨五入しているため、埼玉県の実施施設数と各区域における実施施設数の積上げ合計が一致しない場合がある。

※ 「*」は実施施設数が3件未満の場合を指す。

※ 往診実施施設数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の往診の診療行為が算定された病院及び診療所数

ウ 訪問診療

県全体では、外来診療実施施設数に対する訪問診療実施施設数の割合は、全国平均と比べて、病院、診療所のいずれにおいても下回っています。

一方、区域ごとにみると、病院では東部、利根及び秩父を除く区域において、診療所では全ての区域において、全国平均の割合を下回っています。

【図表 5-3-3-5 訪問診療実施施設数（月平均施設数）】

（単位：施設、％）

区域	外来診療実施施設数（A）（再掲）		訪問診療実施施設数（B）		訪問診療実施施設の割合（B/A）	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	8,277	79,985	3,003	21,507	36.3	26.9
埼玉県	337	3,410	110	622	32.6	18.2
南部	29	365	10	60	34.5	16.4
南西部	28	294	9	42	32.1	14.3
東部	50	483	20	75	40.0	15.5
さいたま	35	736	12	163	34.3	22.1
県央	18	234	3	43	16.7	18.4
川越比企	49	367	14	62	28.6	16.9
西部	55	338	13	54	23.6	16.0
利根	32	262	12	46	37.5	17.6
北部	34	268	12	64	35.3	23.9
秩父	8	63	4	14	50.0	22.2

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※ 小数点第1位を四捨五入しているため、埼玉県の実施施設数と各区域における実施施設数の積上げ合計が一致しない場合がある。

※ 訪問診療実施施設数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の在宅患者訪問診療の診療行為が算定された病院及び診療所数

(2) 診療所当たりの患者延数

国のNDBデータを活用して、診療実績がある診療所（以下「実施診療所」という。）当たりの患者延数を、外来患者延数、時間外等外来患者延数、往診患者延数及び訪問診療患者延数の区分ごとに集計しました。

県全体では、実施診療所当たりの患者延数は、全国平均と比べて、全ての区分で上回っており、一人の医師が担う患者数が相対的に多い状況です。

一方、区域ごとにみると、以下の区分では全国平均の患者延数を下回っています。

ア 外来患者延数

秩父

イ 時間外等外来患者延数

さいたま、西部、利根、北部及び秩父

ウ 往診患者延数
利根、北部及び秩父

エ 訪問診療患者延数
北部及び秩父

【図表 5-3-3-6 実施診療所当たり患者延数（医科レセプト算定回数）】

（単位：人）

区域	実施診療所当たり外来患者延数	実施診療所当たり時間外等外来患者延数	実施診療所当たり往診患者延数	実施診療所当たり訪問診療患者延数
全国	1,214	29	9	59
埼玉県	1,449	31	15	94
南部	1,411	36	17	165
南西部	1,398	32	14	131
東部	1,552	35	14	87
さいたま	1,407	28	13	103
県央	1,714	30	19	67
川越比企	1,400	38	28	79
西部	1,448	25	15	111
利根	1,518	28	8	62
北部	1,333	25	7	35
秩父	1,139	16	8	49

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

このほか、県内の医療施設の情報は、県ホームページの「埼玉県医療機能情報提供システム」により情報提供します。

URL：http://www.iryu-kensaku.jp/saitama/

(3) 各区域において不足している外来医療機能

本県では、各区域の協議の場を活用して、区域ごとの外来医療機能の不足感について意見聴取を行いました。

提出された意見に基づき、4項目の医療提供体制（夜間や休日等における初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（産業医・学校医・予防接種）及び介護認定審査）について、区域ごとの状況を郡市医師会の管轄市区町村単位で取りまとめました。

これらの項目以外の意見については、県ホームページで情報提供します。

ア 南部区域

(7) 川口市

- a 初期救急医療及び在宅医療は不足感が強い。
- b 公衆衛生（産業医・学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(1) 蕨市・戸田市

- a 初期救急医療及び在宅医療にやや不足感がある。

イ 南西部区域

(7) 朝霞市・志木市・和光市・新座市

- a 在宅医療及び介護認定審査にやや不足感がある。

(1) 富士見市・ふじみ野市・三芳町

- a 在宅医療、公衆衛生（産業医・学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

ウ 東部区域

(7) 春日部市

- a 在宅医療及び公衆衛生（産業医）は不足感が強い。
- b 初期救急医療及び公衆衛生（学校医）にやや不足感がある。

(1) 草加市・八潮市

- a 初期救急医療、在宅医療及び介護認定審査にやや不足感がある。

(7) 越谷市

- a 在宅医療及び公衆衛生（学校医）は不足感が強い。
- b 公衆衛生（産業医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(1) 三郷市

- a 初期救急医療、公衆衛生（学校医・予防接種）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(7) 吉川市・松伏町

- a 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（産業医・学校医・予防接種）及び介護認定審査全てに不足感が強い。

エ さいたま区域

(7) 桜区・浦和区・南区・緑区

- a 介護認定審査は不足感が強い。

b 初期救急医療及び公衆衛生（学校医）にやや不足感がある。

(イ) 西区・北区・大宮区・見沼区

a 介護認定審査は不足感が強い。

b 初期救急医療のうち小児救急医療、在宅医療及び公衆衛生（産業医・学校医・予防接種）にやや不足感がある。

(ウ) 中央区

a 公衆衛生（学校医）にやや不足感がある。

(I) 岩槻区

a 初期救急医療、在宅医療及び介護認定審査にやや不足感がある。

オ 県央区域

(7) 鴻巣市・桶川市・北本市・伊奈町

a 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(イ) 上尾市

a 初期救急医療及び在宅医療は不足感が強い。

b 公衆衛生（産業医・学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

カ 川越比企区域

(7) 川越市

a 初期救急医療、在宅医療及び介護認定審査にやや不足感がある。

(イ) 東松山市・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

a 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(ウ) 坂戸市・鶴ヶ島市

a 公衆衛生（学校医）及び介護認定審査は不足感が強い。

b 初期救急医療、在宅医療及び公衆衛生（産業医）にやや不足感がある。

(I) 毛呂山町・越生町

a 初期救急医療にやや不足感がある。

キ 西部区域

(7) 所沢市

- a 公衆衛生（産業医）は不足感が強い。
- b 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(1) 飯能市・日高市

- a 公衆衛生（産業医・学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(7) 狭山市

- a 初期救急医療にやや不足感がある。

(1) 入間市

- a 初期救急医療は不足感が強い。

ク 利根区域

(7) 行田市

- a 在宅医療、公衆衛生（産業医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(1) 加須市・羽生市

- a 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（産業医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(7) 久喜市・蓮田市・白岡市・宮代町

- a 初期救急医療及び公衆衛生（学校医）は不足感が強い。
- b 在宅医療、公衆衛生（産業医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(1) 幸手市・杉戸町

- a 在宅医療及び介護認定審査は不足感が強い。
- b 初期救急医療及び公衆衛生（産業医・学校医）にやや不足感がある。

ケ 北部区域

(7) 熊谷市

- a 初期救急医療のうち小児救急医療、在宅医療及び介護認定審査にやや不足感がある。

(1) 本庄市・美里町・神川町・上里町

- a 小児救急医療をはじめとした初期救急医療及び公衆衛生（学校医）は不足感が強い。

(ウ) 深谷市・寄居町

- a 初期救急医療は、小児救急医療をはじめとして不足感が強い。
- b 在宅医療及び公衆衛生（予防接種）にやや不足感がある。
- c 介護認定審査は、区域内の一部にやや不足感がある。

コ 秩父区域

- a 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（産業医・学校医・予防接種）及び介護認定審査全てに不足感が強い。

3 医療機器の効率的な活用

(1) 医療機器の配置状況

国のガイドラインに基づき、CT、MRI、PET、マンモグラフィ及び放射線治療の配置台数を集計しました。

平成29年（2017年）10月1日現在、CT、MRI及びマンモグラフィについては全ての区域に配置されていますが、PETについては南西部、利根、北部及び秩父での配置がなく、放射線治療は秩父での配置がありません。

今後は、区域ごとに医療機器の配置にばらつきが生じていることを含め、各区域で、医療機器の配置の必要性や利用状況について、課題の有無等を地域の関係者との協議を通じて把握して行く必要があります。

【図表 5-3-3-7 病院、診療所の医療機器の保有台数】

（単位：台）

区域	CT		MRI		PET		マンモグラフィ		放射線治療	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
南部	25	26	17	7	1	0	11	9	3	0
南西部	28	17	14	7	0	0	11	6	1	0
東部	49	42	22	14	2	0	17	7	4	0
さいたま	38	41	31	22	3	2	18	23	9	0
県央	22	26	14	7	2	0	7	5	6	0
川越比企	46	30	25	8	1	0	16	16	2	0
西部	50	26	29	10	2	4	17	7	4	0
利根	30	26	16	8	0	0	9	1	1	0
北部	32	25	22	6	0	0	8	7	2	0
秩父	7	12	3	1	0	0	4	0	0	0

厚生労働省「平成29年（2017年）医療施設調査」を基に集計

(2) 医療機器の調整人口当たり台数

「医療機器の調整人口当たり台数」は、医療機器の配置状況を可視化するため、人口十万人当たりの医療機器の台数を医療需要と人口構成を勘案して指標化したものです。

指標の値は、国が一元的に整理したデータを基に、全国一律の計算式により算定され、国から県に提供されています。

県全体では、調整人口当たりの医療機器の台数は、全国平均と比べて、全ての医療機器で下回っており、相対的に医療機器の台数は少なくなっています。

一方、区域ごとにみると、以下の医療機器では、調整人口当たりの台数が全国平均を上回っています。

ア CT
秩父

イ PET
西部

ウ マンモグラフィ
川越比企及び秩父

エ 放射線治療
県央

こうした状況を踏まえ、各区域で医療機器の効率的な活用についての協議を進めて行く必要があります。

【図表 5-3-3-8 調整人口当たりの医療機器の台数】

(単位：台)

区域	調整人口当たり台数				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療
全国	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91
埼玉県	8.5	4.0	0.24	2.7	0.45
南部	7.3	3.3	0.14	2.6	0.43
南西部	7.0	3.1	0	2.4	0.16
東部	8.4	3.2	0.18	2.1	0.36
さいたま	6.8	4.4	0.43	3.2	0.78
県央	9.1	3.9	0.36	2.2	1.11
川越比企	9.6	4.1	0.12	4.0	0.24
西部	9.7	4.9	0.74	3.0	0.50
利根	8.4	3.6	0	1.5	0.14
北部	11.1	5.4	0	2.9	0.38
秩父	16.3	3.6	0	4.0	0

厚生労働省「医療機器の調整人口当たり台数に係るデータ集」を基に集計

※ 医療機器の台数は厚生労働省「平成29年(2017年)医療施設調査」による。

(3) 稼働状況

ア 病院の医療機器

県全体では、医療機器1台当たりの稼働件数は、全国平均と比べて、全ての医療機器で上回っており、相対的に利用率は高くなっています。

一方、区域ごとにみると、以下の医療機器では、全国平均の稼働件数を下回っています。

(ア) CT

西部、北部及び秩父

(イ) MRI

利根、北部及び秩父

(ウ) PET

東部

(I) マンモグラフィ
南西部、東部、西部、北部及び秩父

(オ) 放射線治療
南部、南西部、東部、県央及び利根

イ 診療所の医療機器

県全体では、医療機器1台当たりの稼働件数は、全国平均と比べて、マンモグラフィを除き全ての医療機器において上回っています。

一方、区域ごとにみると、以下の医療機器では、全国平均の稼働件数を下回っています。

(ア) CT
南部、さいたま、川越比企、北部及び秩父

(イ) MRI
西部

(ウ) マンモグラフィ
南部、南西部、県央、川越比企、西部、利根及び北部

なお、放射線治療については、県内の診療所に配置はありません。

こうした状況を踏まえ、各区域で医療機器の利用率についての協議を進めて行く必要があります。

【図表 5-3-3-9 病院、診療所の医療機器の稼働件数（機器1台当たり年間件数）】

（単位：件数／台）

区域	C T		M R I		P E T		マンモグラフィ		放射線治療	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	2,437	662	1,890	1,945	794	1,019	482	625	20	23
埼玉県	2,879	747	2,079	2,600	1,001	1,331	525	503	49	-
南部	4,039	608	2,328	2,422	812	-	653	341	11	-
南西部	2,829	693	2,331	2,810	-	-	361	214	*	-
東部	2,942	906	2,230	2,415	397	-	432	1,028	8	-
さいたま	3,927	648	2,174	3,130	933	1,571	489	778	81	-
県央	3,483	877	2,461	2,164	1,120	-	1,126	394	16	-
川越比企	2,525	526	2,102	3,146	1,399	-	695	232	44	-
西部	2,233	1,353	2,002	1,709	1,483	1,211	431	396	78	-
利根	2,609	859	1,745	2,177	-	-	490	39	*	-
北部	2,244	391	1,600	2,914	-	-	422	398	121	-
秩父	1,882	359	1,462	2,393	-	-	147	-	-	-

厚生労働省「医療機器の調整人口当たり台数に係るデータ集」を基に集計

※ 「-」は台数がない場合、「*」は検査件数が10件未満の場合を表す。

第4節 外来医療に係る医療提供体制の確保に向けた取組

1 外来医療機能の確保に関する協議

地域の実情に応じた望ましい外来医療に係る医療提供体制を確保するために、協議の場における議論を通じて地域における課題を共有します。その上で、各区域の協議の場において合意が得られた場合には、新規開業希望者を含め区域内の医療機関に対して不足する外来医療機能を担うことへの協力を求めています。

また、計画策定段階において意見聴取を行った外来医療機能の不足の状況は年月を経ると変化することも想定されるため、計画期間中においても必要に応じて協議の場での状況確認を行い、県ホームページ等により情報提供します。

さらに、協議の場における協議内容等を広く周知し、新規開業希望者へも積極的に情報提供することにより、新規開業者も含めた各医療機関の自発的な取組を促していきます。

2 医療機器の効率的な活用に関する協議

地域医療支援病院では、地域の病院・診療所との医療機器の共同利用が承認要件の一つとされており、積極的な役割を担うことが期待されています。

このため、地域医療支援病院における共同利用の状況や課題の有無を整理し、医療機器の効率的な活用方針の検討に向け、地域において必要な協議を進めています。

また、共同利用における検査依頼の受付から検査結果の提供までの流れが円滑に進むよう、予約体制や読影を行う医師の配置状況、検査結果の提供体制等について、地域における協議を通じて情報共有を進めています。

資料編

1 医師の確保に関する事項

(1) 医師偏在指標

都道府県名	医師偏在指標	全国順位（位）
全国	239.8	—
北海道	224.7	29
青森県	173.6	45
岩手県	172.7	46
宮城県	234.9	22
秋田県	186.3	41
山形県	191.8	40
福島県	179.5	43
茨城県	180.3	42
栃木県	215.3	32
群馬県	210.9	34
埼玉県	177.1	44
千葉県	197.3	38
東京都	332.8	1
神奈川県	230.9	26
新潟県	172.7	47
富山県	220.9	30
石川県	272.2	7
福井県	233.7	24
山梨県	224.9	28
長野県	202.5	37
岐阜県	206.6	36
静岡県	194.5	39
愛知県	224.9	27
三重県	211.2	33
滋賀県	244.8	16
京都府	314.4	2
大阪府	275.2	6
兵庫県	244.4	17
奈良県	242.3	19
和歌山県	260.3	10
鳥取県	256.0	13
島根県	238.7	21

岡山県	283.2	4
広島県	241.4	20
山口県	216.2	31
徳島県	272.2	8
香川県	251.9	15
愛媛県	233.1	25
高知県	256.4	12
福岡県	300.1	3
佐賀県	259.7	11
長崎県	263.7	9
熊本県	255.5	14
大分県	242.8	18
宮崎県	210.4	35
鹿児島県	234.1	23
沖縄県	276.0	5

(2) 産科医師偏在指標

都道府県名	産科 医師偏在指標	全国順位（位）
全国	12.8	—
北海道	12.8	17
青森県	9.4	43
岩手県	10.7	36
宮城県	12.5	21
秋田県	16.5	3
山形県	12.1	23
福島県	8.6	46
茨城県	10.3	41
栃木県	12.9	16
群馬県	11.4	30
埼玉県	8.9	45
千葉県	11.0	33
東京都	18.0	1
神奈川県	13.8	10
新潟県	9.4	44
富山県	13.3	13
石川県	13.1	14
福井県	14.5	8

山梨県	14.0	9
長野県	10.7	37
岐阜県	10.5	39
静岡県	12.6	19
愛知県	11.9	27
三重県	12.9	15
滋賀県	11.3	32
京都府	15.1	7
大阪府	16.0	4
兵庫県	12.5	20
奈良県	16.8	2
和歌山県	13.7	11
鳥取県	15.8	6
島根県	11.9	25
岡山県	12.8	18
広島県	12.2	22
山口県	11.5	29
徳島県	15.8	5
香川県	11.4	31
愛媛県	10.8	35
高知県	10.6	38
福岡県	13.5	12
佐賀県	10.9	34
長崎県	12.1	24
熊本県	8.2	47
大分県	11.9	26
宮崎県	10.4	40
鹿児島県	10.1	42
沖縄県	11.8	28

(3) 小児科医師偏在指標

都道府県名	小児科 医師偏在指標	全国順位 (位)
全国	106.2	—
北海道	109.1	24
青森県	93.4	38
岩手県	94.8	36
宮城県	99.3	30

秋田県	119.9	11
山形県	108.0	25
福島県	96.3	34
茨城県	82.2	47
栃木県	91.4	40
群馬県	117.5	15
埼玉県	83.9	46
千葉県	84.5	44
東京都	139.3	3
神奈川県	97.6	33
新潟県	103.4	29
富山県	128.6	6
石川県	116.9	16
福井県	123.7	8
山梨県	129.1	5
長野県	112.0	22
岐阜県	98.8	31
静岡県	84.2	45
愛知県	89.2	41
三重県	92.5	39
滋賀県	113.1	21
京都府	143.6	2
大阪府	110.6	23
兵庫県	104.3	28
奈良県	98.3	32
和歌山県	121.6	9
鳥取県	168.6	1
島根県	117.6	14
岡山県	118.8	12
広島県	95.7	35
山口県	107.0	27
徳島県	126.5	7
香川県	120.2	10
愛媛県	115.1	20
高知県	130.5	4
福岡県	115.4	18
佐賀県	116.5	17
長崎県	118.5	13

熊本県	107.9	26
大分県	115.4	19
宮崎県	86.8	42
鹿児島県	85.9	43
沖縄県	93.4	37

(4) 医師偏在指標の算定方法

医師偏在指標は、次に掲げる式により算定されます。

$$\frac{\text{標準化医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万人}}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}$$

※1 標準化医師数

$$\sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

※2 地域の標準化受療率比

$$\frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

※3 地域の期待受療率

$$\frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別調整受療率 (※4)} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

※4 性・年齢階級別調整受療率

$$\text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整係数} + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数}$$

注1：「地域の人口」及び「地域の性・年齢階級別人口」は、「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」によるものです。

注2：「性・年齢階級別医師数」は、厚生労働省の「平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年（2016年）12月31日現在）」における医療施設（病院・診療所）従事医師数のうち、性・年齢階級別（5歳ごと）医師数によるものです。

注3：「性・年齢階級別平均労働時間」（5歳ごと）及び「全医師の平均労働時間」は「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度（2016年度）厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）によるものです。

- 注4：「入院受療率」は「平成29年（2017年）患者調査」の全国性・年齢階級別入院患者数と「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」の性・年齢階級別人口を用いて厚生労働省において計算されたものです。
- 注5：「入院患者流出入調整係数」は各都道府県が報告した入院患者流入数・流出数及び地域の入院患者総数に基づき、厚生労働省において計算されたものです。
- 注6：「無床診療所受療率」は「平成29年（2017年）患者調査」の全国性年齢階級別一般診療所の外来患者数を社会医療診療行為別統計平成29年（2017年）6月審査分、診療所・無床診療所における初再診・外来診療科・在宅医療等算定回数で按分した無床診療所患者数と、「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」の性・年齢階級別人口を用いて厚生労働省において計算されたものです。
- 注7：「無床診療所医療医師需要度」は「医師需給分科会第3次中間取りまとめ」における医師の将来の需給推計における医師需要数を用いて厚生労働省において計算されたものです。
- 注8：「無床診療所患者流出入調整係数」は各都道府県が報告した地域の無床診療所患者流入数・流出数及び地域の無床診療所患者総数に基づき、厚生労働省において計算されたものです。

(5) 産科医師偏在指標の算定方法

産科医師偏在指標は、次に掲げる式により算定されます。

$$\frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}(\ast 1)}{\text{分娩件数} \div 1,000 \text{件}}$$

※1 標準化産科・産婦人科医師数

$$\sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

注1：「産科・産婦人科医師数」は厚生労働省の「平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年（2016年）12月31日現在）」のうち、主たる診療科の「産科」、「産婦人科」のいずれかに従事している医師数（性・年齢階級別）です。

注2：「分娩件数」は、医療施設調査が9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用いて調整を行っています。

(6) 小児科医師偏在指標の算定方法

小児科医師偏在指標は、次に掲げる式により算定されます。

$$\frac{\text{標準化小児科医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10\text{万人}}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}$$

※1 標準化小児科医師数

$$\sum \text{性・年齢階級別小児科医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

※2 地域の標準化受療率比

$$\frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

※3 地域の期待受療率

$$\frac{\text{地域の入院医療需要 (※4)} \times \text{地域の無床診療所医療需要 (※5)}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10\text{万人}}}$$

※4 地域の入院医療需要

$$(\sum \text{全国の性・年齢階級別入院受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別年少人口}) \times \text{地域の入院患者流出入調整係数}$$

※5 地域の無床診療所医療需要

$$(\sum \text{全国の性・年齢階級別無床診療所受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別年少人口}) \times \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{地域の無床診療所患者流出入調整係数}$$

注1：「地域の年少人口」及び「地域の性・年齢階級別年少人口」は、「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」によるものです。

注2：「性・年齢階級別小児科医師数」は、厚生労働省の「平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年（2016年）12月31日現在）」における医療施設（病院・診療所）従事医師数のうち、小児科の性・年齢階級別（5歳ごと）医師数によるものです。

(7) 総労働時間の削減率の算定方法

総労働時間の削減率は、次に掲げる式により算定されます。

$$\left(1 - \frac{\text{規制適用後の週労働時間 (※6)}}{\text{病院勤務医の一人当たり週労働時間 (※1)}} \right) \times 100$$

※1 病院勤務医の一人当たり週労働時間

$$\begin{aligned} & \Sigma (\text{病院勤務医の1週当たりの労働時間 (40~110時間の8区分 (10時間ごと)}) \times 1週当たりの労働時間ごとの区分割合 (全体を1とした場合)) \\ & = ((40時間 \times 15.1\%) + (50時間 \times 20.7\%) + (60時間 \times 23.6\%) + (70時間 \times 18.4\%) + (80時間 \times 11.6\%) + (90時間 \times 6.0\%) + (100時間 \times 2.7\%) + (110時間 \times 1.8\%)) \\ & \div 100 \\ & = 62.79 \text{時間} \end{aligned}$$

※2 時間外労働規制の対象となる割合

$$\begin{aligned} & \text{平成29年度 (2017年度) 病床機能報告の病床数のうち、地域医療確保暫定特例水準の対象となりうる医療機関の病床数以外の時間外労働規制の対象となる病床数の割合} \\ & = (50,682 \text{床} - 24,559 \text{床}) \div 50,682 \text{床} \\ & = 0.515 \end{aligned}$$

※3 令和5年 (2023年) に時間外労働規制を受ける勤務割合

$$\begin{aligned} & \text{時間外労働規制の対象となる割合 (※2)} \times \text{令和4年 (2022年) までの取組を仮定した割合 (4年/5年)} \\ & = 0.515 \times 4 \text{年} / 5 \text{年} \\ & = 0.41 \end{aligned}$$

※4 週60時間を超える部分の労働時間

$$\begin{aligned} & \Sigma (\text{病院勤務医の1週当たりの労働時間 (70~110時間の5区分 (10時間ごと)}) \times 1週当たりの労働時間ごとの区分割合 (全体を1とした場合)) \\ & = (((70時間 - 60時間) \times 18.4\%) + ((80時間 - 60時間) \times 11.6\%) + ((90時間 - 60時間) \times 6.0\%) + ((100時間 - 60時間) \times 2.7\%) + ((110時間 - 60時間) \times 1.8\%)) \div 100 \\ & = 7.94 \text{時間} \end{aligned}$$

※5 規制により削減される週労働時間

$$\begin{aligned} & \text{週60時間を超える部分の労働時間 (※4)} \times \text{令和5年 (2023年) に時間外労働規制を受ける勤務割合 (※3)} \\ & = 7.94 \text{時間} \times 0.41 \end{aligned}$$

= 3. 26時間

※6 規制適用後の週労働時間

病院勤務医の一人当たり週労働時間(※1) - 規制により削減される週労働時間(※5)

= 62. 79時間 - 3. 26時間

= 59. 53時間

注1 : ※1及び4の出典は、第9回医師の働き方改革に関する検討会資料「病院勤務医の週勤務時間の区分割合」によるものです。

(8) 在宅医療を実施している医師数(平成29年)の算定方法

在宅医療を実施している医師数(平成29年(2017年))は、次に掲げる式により算定されます。

診療所の在宅医師数(※1) + 在宅療養支援病院の医師数(※2)
+ 在宅療養支援病院以外の病院の在宅医師数(※3)

※1 「在宅医学総合管理料及び施設入所時等医学総合管理料」の届出診療所数(695か所)に、平成29年(2017年)医療施設調査における診療所あたりの平均医師数(1. 44人)を乗じて計算した医師数です。

※2 平成29年在宅療養支援病院の届出数(45か所(3区分合計))と、在宅療養支援病院の施設基準(1区分1人又は3人)を用いて計算した医師数(101人)です。

※3 「在宅医学総合管理料及び施設入所時等医学総合管理料」の在宅療養支援病院以外の届出医療機関数(31か所)に在宅療養支援病院当たりの在宅医師数(2. 24人)を乗じて計算した医師数です。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

(1) 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	南部保健所・川口市保健所
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	朝霞保健所
東部	春日部市・草加市・越谷市・八潮市・三郷市・吉川市・松伏町	春日部保健所・草加保健所・越谷市保健所
さいたま	さいたま市	さいたま市保健所
県央	鴻巣市・上尾市・桶川市・北本市・伊奈町	鴻巣保健所
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	東松山保健所・坂戸保健所・川越市保健所
西部	所沢市・飯能市・狭山市・入間市・日高市	狭山保健所
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	加須保健所・幸手保健所
北部	熊谷市・本庄市・深谷市・美里町・神川町・上里町・寄居町	熊谷保健所・本庄保健所
秩父	秩父市・横瀬町・皆野町・長瀨町・小鹿野町	秩父保健所

(2) 外来医師偏在指標の算定方法

外来医師偏在指標は、区域ごとに次に掲げる式により算定されます。

標準化診療所医師数(※1)

$$\left(\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万人}} \times \frac{\text{地域の標準化受療率比(※2)}}{\text{地域の診療所の外来患者対応割合(※4)}} \right) \times \frac{\text{外来患者流出入調整係数}}{\text{全診療所医師の平均労働時間}}$$

※1 標準化診療所医師数

$$\sum \text{性・年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全診療所医師の平均労働時間}}$$

※2 地域の標準化受療率比

$$\frac{\text{地域の外来期待受療率(※3)}}{\text{全国の外來期待受療率}}$$

※3 地域の外来期待受療率

$$\frac{\Sigma (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

※4 地域の診療所の外来患者対応割合

$$\frac{\text{地域の診療所の外来患者延数}}{\text{地域の診療所+病院の外来患者延数}}$$

注1：「地域の人口」及び「地域の性・年齢階級別人口」（5歳ごと）は、「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」によるものです。

注2：「性・年齢階級別診療所医師数」は、厚生労働省の「平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年（2016年）12月31日現在）」における診療所従事医師数（5歳ごと）によるものです。

注3：「性・年齢階級別平均労働時間」（5歳ごと）及び「全診療所医師の平均労働時間」は、「平成28年度（2016年度）厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」（研究班）」に基づき、厚生労働省において計算されたものです。

注4：「全国の性・年齢階級別外来受療率」（5歳ごと）は、厚生労働省の「平成29年（2017年）患者調査」に基づく全国の性・年齢階級別の外来患者数（5歳ごと）を全国の性・年齢階級別人口（5歳ごと 住民基本台帳人口（平成30年（2018年）1月1日現在））で除すことにより、厚生労働省において計算されたものです。

注5：「外来患者延数」は、厚生労働省において、NDBの平成29年（2017年）4月から平成30年（2018年）3月までの診療分データ（12か月）に基づき抽出・集計したものです。なお、ここでの外来患者延数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診及び往診・在宅訪問診療の診療行為の算定回数を合算したものです。

注6：「外来患者流出入調整係数」は、各都道府県が報告した外来患者流入数・流出数、及び地域の外来患者総数に基づき、厚生労働省において計算されたものです。

(3) 各区域において不足している外来医療機能の意見聴取

国のガイドラインでは、現時点で不足している外来医療機能に関する検討に当たっては、協議の場における地域の医療関係者等の意見を適切に集約するものとされています。

このため、本県では、4項目の医療提供体制（夜間や休日等における初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（産業医・学校医・予防接種）及び介護認定審査）をはじめとした外来医療機能の不足感について、協議の場の委員から意見を聴取しました。

意見聴取に当たっての不足感の区分は、次のとおりです。

- ア とても不足していると感じる
- イ やや不足していると感じる
- ウ あまり不足していると感じない
- エ 不足していると感じない
- オ 無回答・分からない

(4) 医療機器の調整人口当たり台数の算定方法

医療機器の調整人口当たり台数は、医療機器の項目及び区域ごとに次に掲げる式により算定されます。

$$\frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万人}}} \times \text{地域の標準化検査率比（※1）}$$

※1 地域の標準化検査率比

$$\frac{\text{地域の人口当たり期待検査数（入院＋外来）（※2）}}{\text{全国の人口当たり期待検査数（入院＋外来）}}$$

※2 地域の人口当たり期待検査数

$$\frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性・年齢階級別検査数（入院＋外来）}}{\text{全国の性・年齢階級別人口}} \times \text{地域の性・年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

注1：「地域の人口」、「全国の性・年齢階級別人口」及び「地域の性・年齢階級別人口」（5歳ごと）は、「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」によるものです。

注2：「検査数」は、NDBの平成29年（2017年）4月から平成30年（2018年）3月までの医科レセプト及びDPCレセプトから、該当する診療行為の年間算定回数を抽出し、厚生労働省において計算したものです。