

本案は平成 28 年 3 月 29 日に開催された医療審議会への報告後、修正加筆を加えた 5 月時点のものです。

埼玉県地域医療構想 (第一次修正案)

目 次

1	地域医療構想策定の趣旨	1
2	地域医療構想の性格及び構成	1
3	区域の設定	3
4	本県の概況	5
5	平成 37 年（2025 年）における医療需要及び必要病床数の推計	15
6	各区域の現状及び医療提供体制整備の方向性	25
	（1）南部区域	26
	（2）南西部区域	32
	（3）東部区域	38
	（4）さいたま区域	44
	（5）県央区域	50
	（6）川越比企区域	56
	（7）西部区域	62
	（8）利根区域	68
	（9）北部区域	74
	（10）秩父区域	80
7	地域医療構想の推進体制	86

1 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。その中、医療や介護を必要とする県民には、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ています。

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、医療法（昭和23年法律第205号）が改正され、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、埼玉県地域保健医療計画（第6次・平成25～29年度）の一部として地域医療構想を策定するものです。

2 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医療法第30条の4第2項第7号の規定に基づく、平成37年（2025年）における将来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。

ア 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。

イ 本県の概況

埼玉県全体の将来人口の見通し、入院患者の医療機能別、疾患別の受療動向、病床利用の現状などを示します。

ウ 平成37年における医療需要及び必要病床数の推計

医療機能を、医療資源投入量（※）により次のとおり区分して将来の医療需要及び必要病床数を推計します。

(※) 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。

- ・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	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	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（高度急性期に該当するものを除く）
回復期	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	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

在宅医療等についても、患者数を推計します。

なお、在宅医療等の範囲は、ガイドラインでは次のように示されています。

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

エ 各区域の現状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ます。

県内10区域ごとに、入院患者の受療動向をもとに、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。

オ 地域医療構想の推進体制

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。

3 区域の設定

(1) 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。

(2) 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性が図られています。

- ・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。

(3) 区域の設定

本県の区域については、上記（1）及び（2）を踏まえて、現在の二次保健医療圏と同様に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及び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、次期地域保健医療計画（第7次・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 - 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	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・長瀬町・小鹿野町	秩父

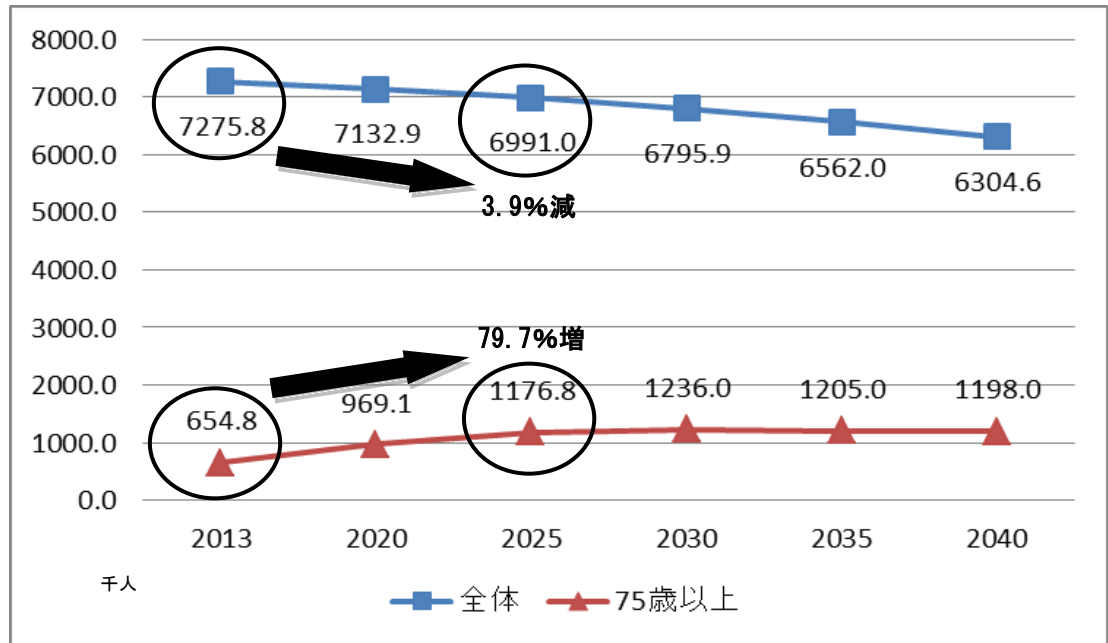
【図表 2 - 2】 区域図



4 本県の概況

(1) 将来人口の見通し

【図表3】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）」

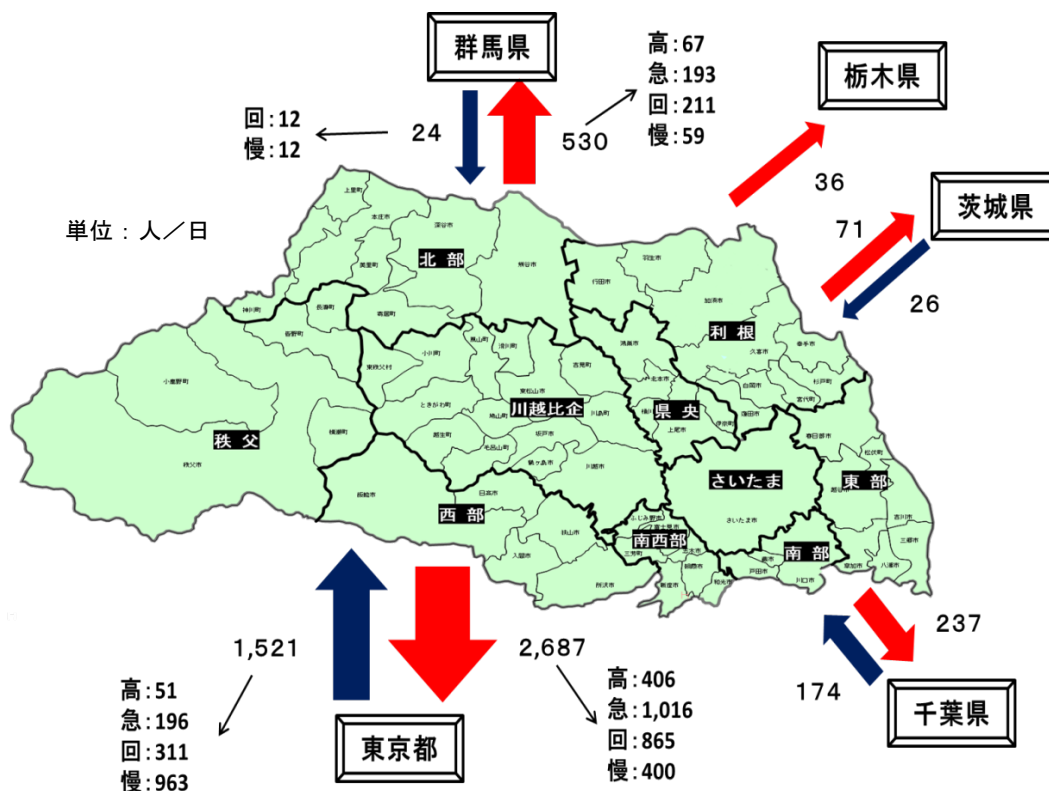
全人口については減少が見込まれ、平成37年（2025年）には平成25年（2013年）と比べ3.9%の減少となっています。

一方、75歳以上の人口は大幅な増加が見込まれ、79.7%の増加となっています。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、全人口に占める75歳以上人口の割合は、平成25年（2013年）が約9%に対して平成37年（2025年）が約16.8%で、急速に高齢化が進むことが見込まれています。

(2) 入院患者の受療動向

【図表4】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】

- ・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

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。

ア 医療機能全体の受療動向

【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 【全体】 (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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
患者住所地	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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
	2,579	*	127	142	10	46	17	11	15	0	*	*	*	*	568
	*	2,163	*	39	*	311	231	*	*	*	*	*	*	*	655
	113	*	4,224	137	*	28	10	87	15	*	*	*	*	224	566
	331	70	188	3,669	259	195	64	128	39	*	*	*	*	*	308
	*	*	*	322	1,596	197	*	184	53	*	*	*	*	*	27
	*	138	*	61	59	3,461	530	15	109	*	*	*	*	*	69
	*	71	*	*	*	376	3,515	*	*	*	*	*	*	*	427
	*	*	216	207	252	88	*	2,294	134	*	71	36	43	13	65
	*	*	*	*	38	229	39	41	2,029	*	*	*	486	*	*
	*	*	*	*	*	58	46	*	36	509	*	*	*	*	*

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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
患者住所地	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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
	73.4%	*	3.6%	4.0%	0.3%	1.3%	0.5%	0.3%	0.4%	0.0%	*	*	*	*	16.2%
	*	63.6%	*	1.1%	*	9.1%	6.8%	*	*	*	*	*	*	*	19.3%
	2.1%	*	78.2%	2.5%	*	0.5%	0.2%	1.6%	0.3%	*	*	*	*	4.1%	10.5%
	6.3%	1.3%	3.6%	69.9%	4.9%	3.7%	1.2%	2.4%	0.7%	*	*	*	*	*	5.9%
	*	*	*	13.5%	67.1%	8.3%	*	7.7%	2.2%	*	*	*	*	*	1.1%
	*	3.1%	*	1.4%	1.3%	77.9%	11.9%	0.3%	2.5%	*	*	*	*	*	1.6%
	*	1.6%	*	*	*	8.6%	80.1%	*	*	*	*	*	*	*	9.7%
	*	*	6.3%	6.1%	7.4%	2.6%	*	67.1%	3.9%	*	2.1%	1.1%	1.3%	0.4%	1.9%
	*	*	*	*	1.3%	8.0%	1.4%	1.4%	70.9%	*	*	*	17.0%	*	*
	*	*	*	*	*	8.9%	7.1%	*	5.5%	78.4%	*	*	*	*	*

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 4 と同様

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、県の南部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。

イ 高度急性期の受療動向

【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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都	
患者住所在地	県内	南部	307	*	12	27	*	*	*	*	*	0	*	*	*	*	97
	南西部	*	191	*	10	*	49	15	*	*	*	*	*	*	*	104	
	東部	14	*	411	47	*	*	*	*	*	*	*	*	33	90		
	さいたま	42	*	17	444	23	27	*	*	*	*	*	*	*	63		
	県央	*	*	*	59	144	30	*	17	*	*	*	*	*	*		
	川越比企	*	*	*	11	*	300	87	*	12	*	*	*	*	*		
	西部	*	*	*	*	*	59	253	*	*	*	*	*	*	39		
	利根	*	*	23	50	23	17	*	213	16	*	*	*	*	12		
	北部	*	*	*	*	*	33	11	*	158	*	*	*	66	*		
秩父	*	*	*	*	*	15	12	*	*	21	*	*	*	*			

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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都	
患者住所在地	県内	南部	69.3%	*	2.7%	6.1%	*	*	*	*	*	0.0%	*	*	*	*	21.9%
	南西部	*	51.8%	*	2.7%	*	13.3%	4.1%	*	*	*	*	*	*	28.2%		
	東部	2.4%	*	69.1%	7.9%	*	*	*	*	*	*	*	*	5.5%	15.1%		
	さいたま	6.8%	*	2.8%	72.1%	3.7%	4.4%	*	*	*	*	*	*	*	10.2%		
	県央	*	*	*	23.6%	57.6%	12.0%	*	6.8%	*	*	*	*	*	*		
	川越比企	*	*	*	2.7%	*	73.2%	21.2%	*	2.9%	*	*	*	*	*		
	西部	*	*	*	*	*	16.8%	72.1%	*	*	*	*	*	*	11.1%		
	利根	*	*	6.5%	14.1%	6.5%	4.8%	*	60.2%	4.5%	*	*	*	*	3.4%		
	北部	*	*	*	*	*	12.3%	4.1%	*	59.0%	*	*	*	24.6%	*		
秩父	*	*	*	*	*	31.3%	25.0%	*	*	43.8%	*	*	*	*			

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4と同様

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。

県外の流出先は主に東京都となっており、県の南部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高く（24.6%）なっています。

ウ 急性期の受療動向

【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)		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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
患者 住所地	県内	947	*	31	43	*	*	*	*	*	0	*	*	*	*	213
	南西部	*	751	*	15	*	90	36	*	*	*	*	*	*	*	224
	東部	32	*	1,346	29	*	*	*	18	*	*	*	*	*	79	225
	さいたま	115	16	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	75	16	*	756	47	*	33	16	21	*	36
	北部	*	*	*	*	11	64	17	13	648	*	*	*	171	*	*
	秩父	*	*	*	*	*	24	19	*	20	123	*	*	*	*	*

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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
患者 住所地	県内	76.7%	*	2.5%	3.5%	*	*	*	*	*	0.0%	*	*	*	*	17.3%
	南西部	*	67.3%	*	1.3%	*	8.1%	3.2%	*	*	*	*	*	*	*	20.1%
	東部	1.9%	*	77.8%	1.7%	*	*	*	1.0%	*	*	*	*	*	4.6%	13.0%
	さいたま	6.6%	0.9%	2.8%	74.0%	3.8%	2.1%	0.7%	1.7%	*	*	*	*	*	*	7.4%
	県央	*	*	*	13.1%	69.1%	5.7%	*	7.6%	2.5%	*	*	*	*	*	2.0%
	川越比企	*	2.2%	*	1.0%	1.4%	75.0%	14.5%	*	2.5%	*	*	*	*	*	3.5%
	西部	*	1.3%	*	*	*	8.8%	79.0%	*	*	*	*	*	*	*	10.9%
	利根	*	*	5.3%	5.7%	6.7%	1.4%	*	67.3%	4.2%	*	2.9%	1.4%	1.9%	*	3.2%
	北部	*	*	*	*	1.2%	6.9%	1.8%	1.4%	70.1%	*	*	*	18.5%	*	*
	秩父	*	*	*	*	*	12.9%	10.2%	*	10.8%	66.1%	*	*	*	*	*

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4と同様

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。

県外の流出先は主に東京都となっており、県の南部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。

エ 回復期の受療動向

【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					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都	
患者住所在地 県内	南部	814	*	46	34	*	*	*	*	*	0	*	*	*	*	179
	南西部	*	612	*	14	*	84	59	*	*	*	*	*	*	*	225
	東部	32	*	1,257	24	*	*	*	25	*	*	*	*	*	71	199
	さいたま	129	18	65	1,166	84	40	17	45	17	*	*	*	*	*	98
	県央	*	*	*	82	502	49	*	53	16	*	*	*	*	*	11
	川越比企	*	36	*	12	19	1,159	129	*	25	*	*	*	*	*	25
	西部	*	21	*	*	*	115	1,068	*	*	*	*	*	*	*	112
	利根	*	*	79	48	77	14	*	745	47	*	25	20	22	*	17
	北部	*	*	*	*	10	72	11	13	612	*	*	*	190	*	*
	秩父	*	*	*	*	*	19	15	*	16	148	*	0	0	*	*

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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都	
患者住所在地 県内	南部	75.9%	*	4.3%	3.2%	*	*	*	*	*	0.0%	*	*	*	*	16.7%
	南西部	*	61.6%	*	1.4%	*	8.5%	5.9%	*	*	*	*	*	*	*	22.6%
	東部	2.0%	*	78.2%	1.5%	*	*	*	1.6%	*	*	*	*	*	4.4%	12.4%
	さいたま	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%	*	0.9%	1.4%	82.5%	9.2%	*	1.8%	*	*	*	*	*	1.8%
	西部	*	1.6%	*	*	*	8.7%	81.2%	*	*	*	*	*	*	*	8.5%
	利根	*	*	7.2%	4.4%	7.0%	1.3%	*	68.1%	4.3%	*	2.3%	1.8%	2.0%	*	1.6%
	北部	*	*	*	*	1.1%	7.9%	1.2%	1.4%	67.4%	*	*	*	20.9%	*	*
	秩父	*	*	*	*	*	9.6%	7.6%	*	8.1%	74.7%	*	0.0%	0.0%	*	*

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4と同様

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。

県外の流出先は主に東京都となっており、県の南部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については、東京都への流出率が最も高く（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、群馬県への流出率が高く（20.9%）なっています。

オ 慢性期の受療動向

【図表 5-5】入院患者の流出の状況（慢性期・平成25年（2013年））

入院患者数 【慢性期】 (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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都	
患者住所在地	県内	南部	511	*	38	38	10	46	17	11	15	*	*	*	*	79	
		南西部	*	609	*	*	*	88	121	*	*	0	*	0	*	102	
		東部	35	*	1,210	37	*	28	10	44	15	0	*	*	*	41	52
		さいたま	45	36	56	761	85	91	34	54	22	*	*	*	*	*	17
		県央	*	*	*	77	402	73	*	54	17	*	*	*	*	*	*
		川越比企	*	75	*	26	23	1,068	134	15	41	*	*	*	*	*	*
		西部	*	35	*	*	*	99	1,267	*	*	*	*	*	*	*	148
		利根	*	*	54	45	77	41	*	580	24	*	13	*	*	13	*
		北部	*	*	*	*	17	60	*	15	611	*	0	0	59	*	*
		秩父	0	0	*	0	*	*	*	*	*	217	0	0	*	*	*

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	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都	
患者住所在地	県内	南部	66.8%	*	5.0%	5.0%	1.3%	6.0%	2.2%	1.4%	2.0%	*	*	*	*	10.3%	
		南西部	*	66.2%	*	*	*	9.6%	13.2%	*	*	0.0%	*	0.0%	*	11.1%	
		東部	2.4%	*	82.2%	2.5%	*	1.9%	0.7%	3.0%	1.0%	0.0%	*	*	*	2.8%	3.5%
		さいたま	3.7%	3.0%	4.7%	63.4%	7.1%	7.6%	2.8%	4.5%	1.8%	*	*	*	*	1.4%	
		県央	*	*	*	12.4%	64.5%	11.7%	*	8.7%	2.7%	*	*	*	*	*	*
		川越比企	*	5.4%	*	1.9%	1.7%	77.3%	9.7%	1.1%	3.0%	*	*	*	*	*	*
		西部	*	2.3%	*	*	*	6.4%	81.8%	*	*	*	*	*	*	*	9.6%
		利根	*	*	6.4%	5.3%	9.1%	4.8%	*	68.5%	2.8%	*	1.5%	*	*	1.5%	*
		北部	*	*	*	*	2.2%	7.9%	*	2.0%	80.2%	*	0.0%	0.0%	7.7%	*	*
		秩父	0.0%	0.0%	*	0.0%	*	*	*	*	*	100.0%	0.0%	0.0%	*	*	*

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4と同様

区域内で完結している割合は県全体で74.3%となっています。

完結率が最も高いのは秩父区域（100.0%）で、最も低いのはさいたま区域（63.4%）となっています。

さいたま区域では、県内各区域に幅広く流出しているほか、東京都への流出もあります。

一方、川越比企区域は県内各区域から幅広く流入しています。図表にはありませんが、慢性期については東京都からの流入も多く、西部地域に次いで川越比企区域への流入が多くなっています。

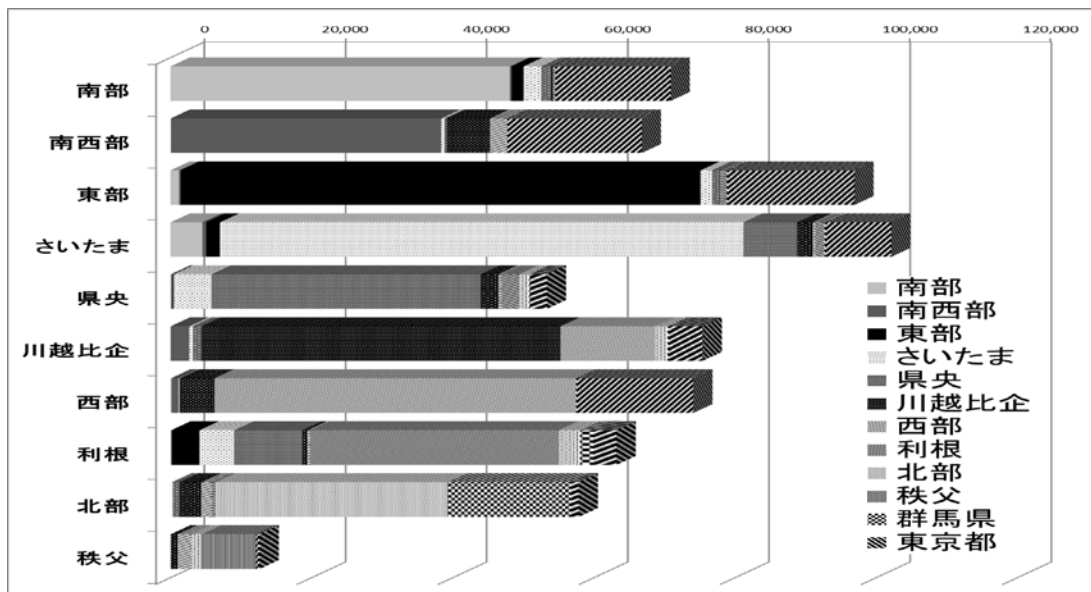
カ 疾患別の受療動向

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亡者数が33,758人で、死亡総数の56%を占めています（厚生労働省「人口動態統計」）。

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）

【図表6-1】各区域における診療件数（平成25年・入院）



厚生労働省「医療計画作成支援データブック」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

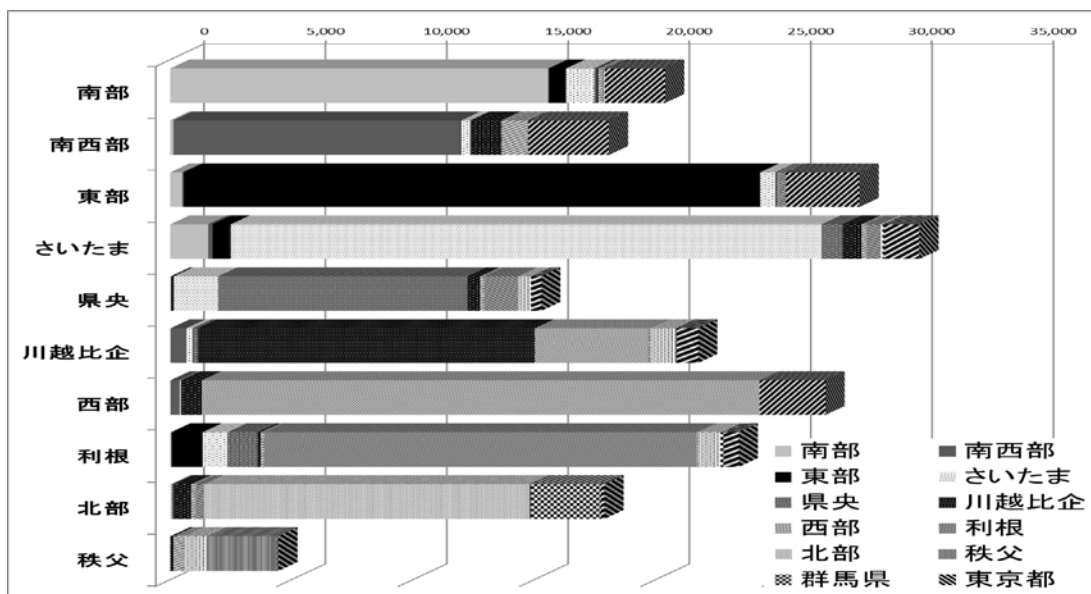
全県的に東京都への流出が見られますが、特に南部、南西部、西部の各区域からの流出の割合が高くなっています。

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。

(イ) 心疾患（虚血性心疾患）

【図表6-2】各区域における診療件数（平成25年）



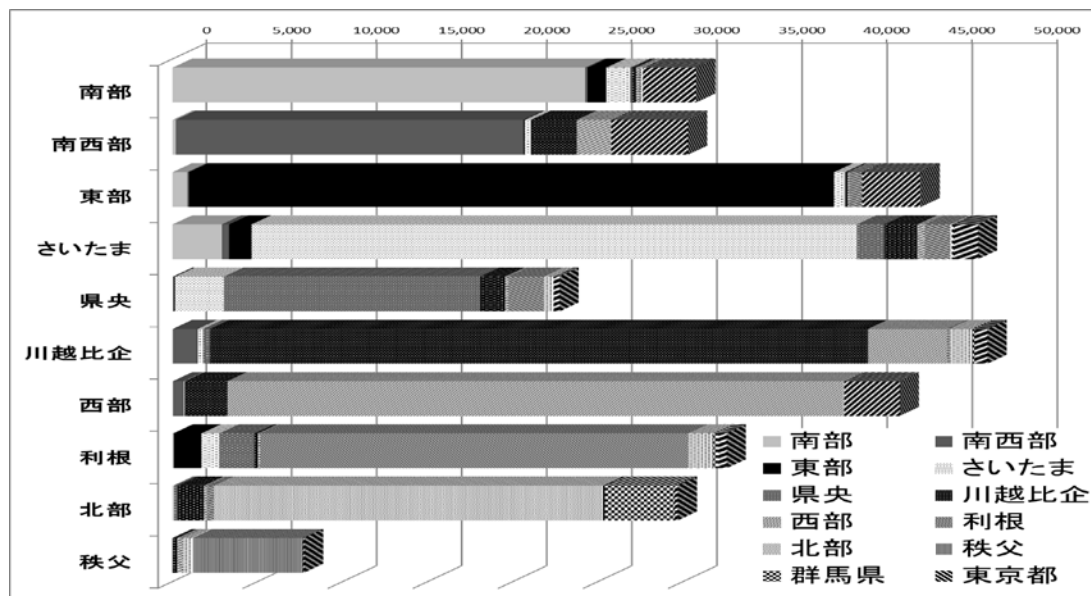
厚生労働省「医療計画作成支援データブック」により作成
 保険者の居住地に地域性の明確な地域保険の電子レセプトのみを集計

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。

(ウ) 脳血管疾患（脳卒中）

【図表 6 - 3】各区域における診療件数（平成 25 年・入院）



厚生労働省「医療計画作成支援データブック」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

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、南西部及び県央区域で割合が低い状況となっています。

(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6】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)			
	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	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

県全体で見た病床利用率については、全国平均とほぼ同じとなっていますが、各区域を比較すると大きな差があります。

- ・一般病床：県央（67.9%）～南部（79.0%）
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：秩父（73.6%）～南西部（92.9%）
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

県全体で見た平均在院日数については、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：南部区域（14.5%）～秩父区域（20.9%）
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：秩父区域（108.5日）～県央区域（307.8日）
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

5 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で定められた方法により、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、技術的支援として「必要病床数等推計ツール」（以下「推計ツール」という。）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。

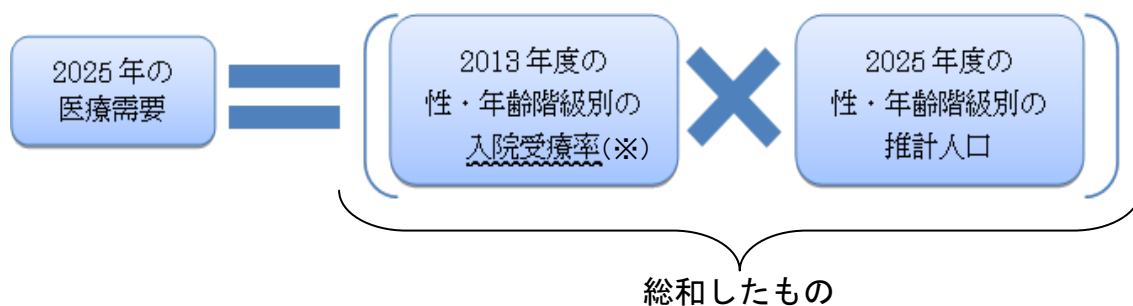
なお、需要推計の対象に外来患者数は含みません。また、精神病床も対象外となっています。

（1）医療需要の推計

高度急性期、急性期及び回復期と慢性期、在宅医療等で推計方法が異なります。

ア 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。



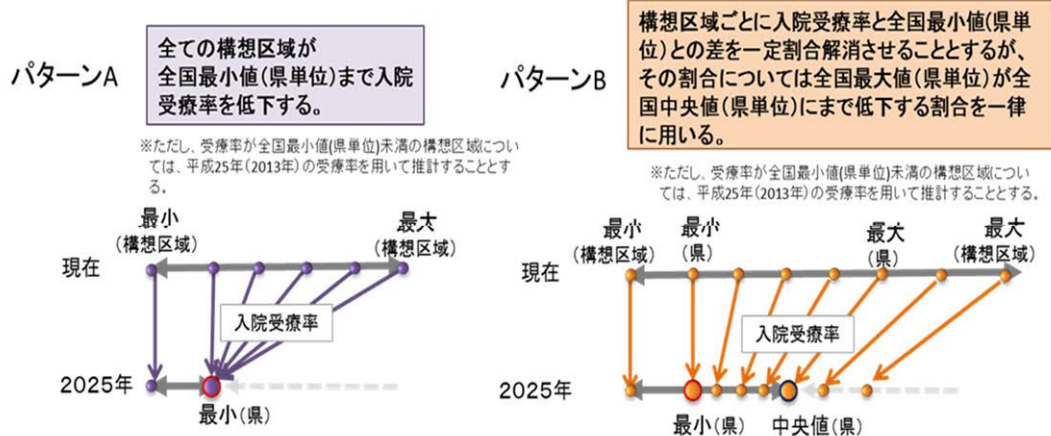
(※) 入院受療率 = (1日当たり入院患者延べ数) ÷ (性・年齢階級別人口)
1日当たり入院患者延べ数は、年間の延べ数を365日で除した値

イ 慢性期及び在宅医療等

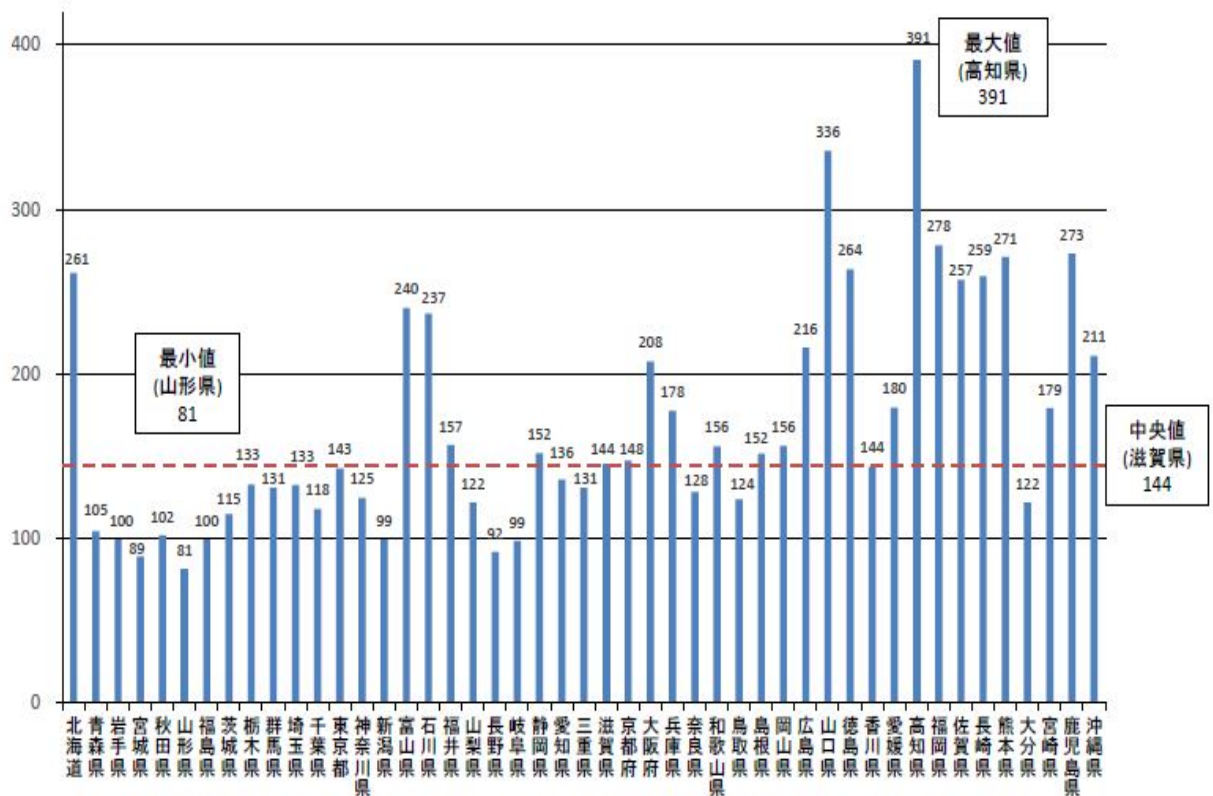
慢性期及び在宅医療等については、療養病床（主に慢性期を担っている）が、現在診療報酬が包括算定で出来高換算ができないこと及び地域によって在宅医療の充実度や介護施設等の整備状況等が異なり、療養病床の入院受療率に大きな地域差が存在することから、この地域差を将来的に縮小していくという前提での推計を行います。

具体的には、各区域の入院受療率について、次のパターン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7】入院受療率の地域差解消



【図表8】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）」

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。

ウ 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。

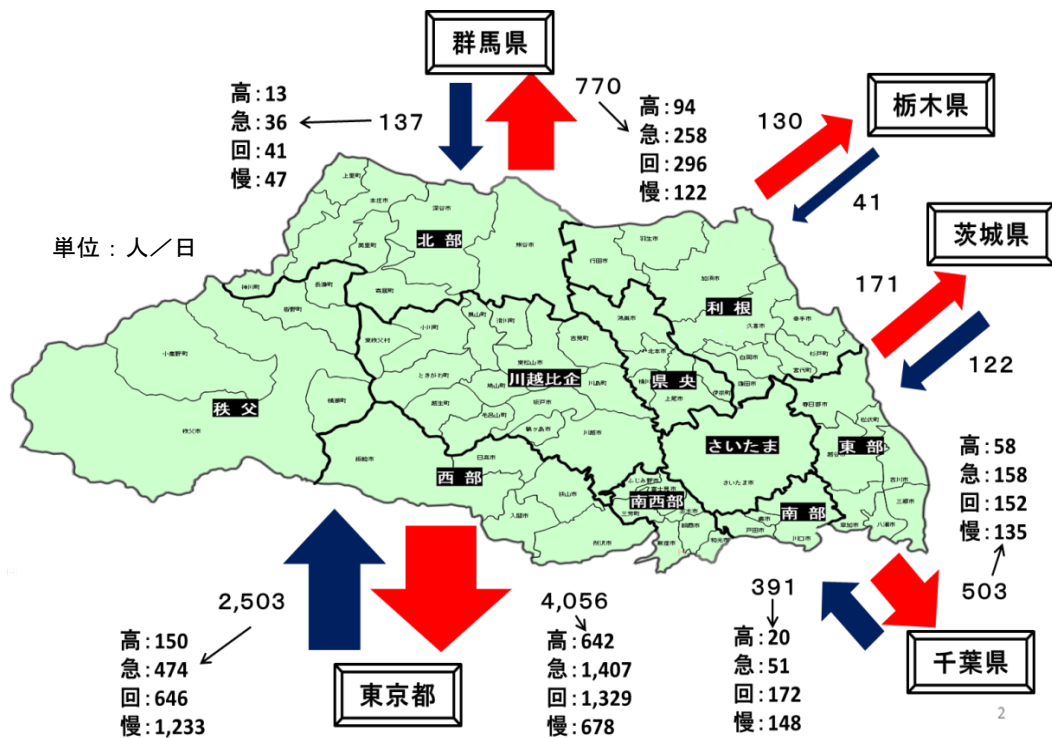
本県では、将来的には本県に居住する全ての患者が県内で医療を受けられる体制を目指すことを基本として、調整対象となる都県との協議を行いました。引き続き本県からの患者を受け入れることを前提にして体制の整備を行う意向が示されました。

この協議結果を受けて、国の通知に基づき、医療機関所在地の医療需要として算出することとしました。

なお、各都県との調整は、今後の医療提供体制の整備状況を踏まえて見直しを随時行っていくこととなります。

医療機関所在地による医療需要を踏まえた、平成37年（2025年）の入院患者の流出入状況は次のとおりです。

【図表9】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】

- ・ 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) 必要病床数の推計

必要病床数は、医療需要（推計入院患者数）をもとに医療法施行規則で定められた機能別の病床稼働率により算出することとされています。

機能別の病床稼働率は次のとおりです。

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

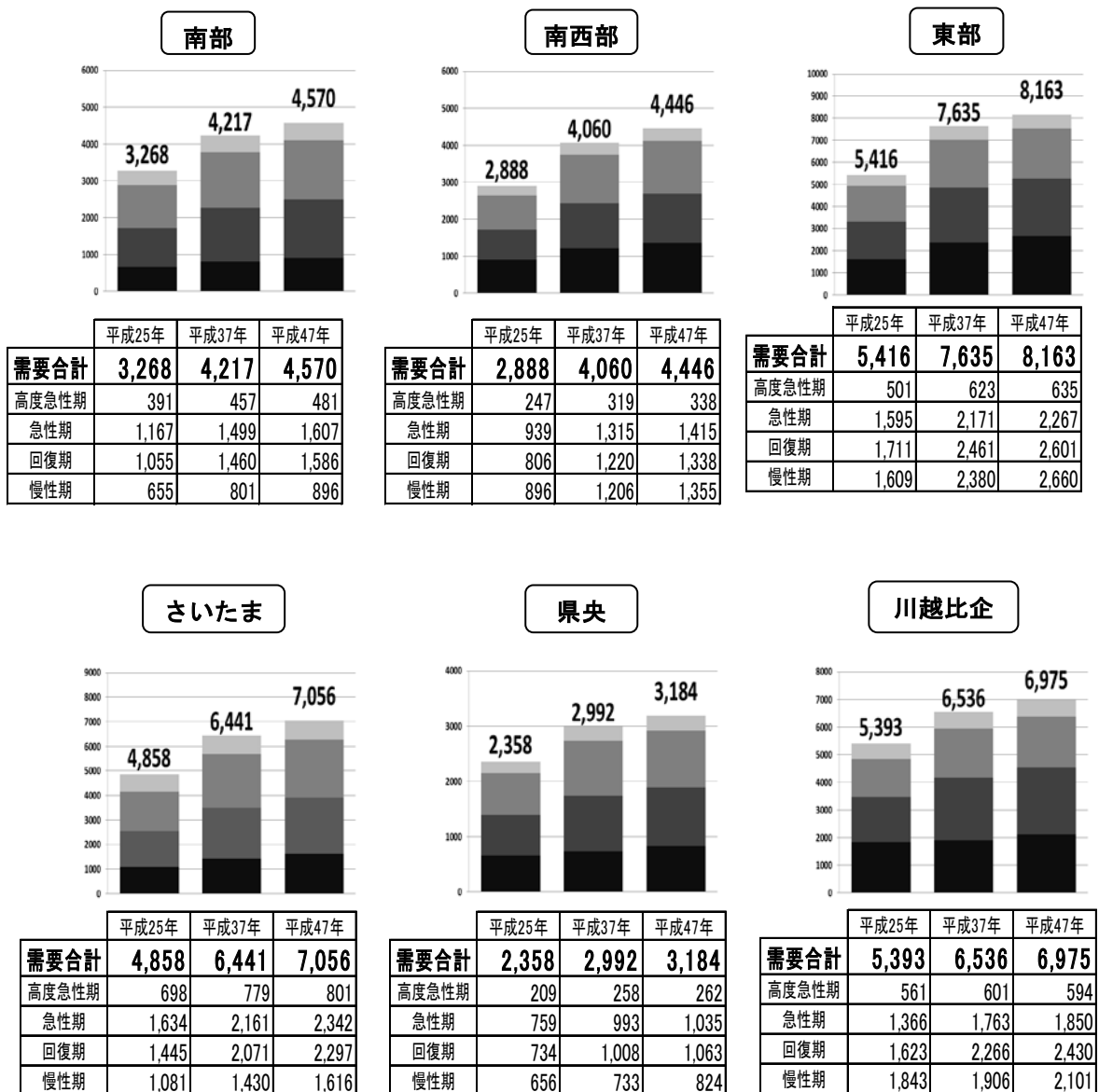
なお、ここでいう必要病床数とは、各区域の目指すべき医療提供体制を検討していく際の「目安」として算出した「将来必要と推計される病床数」という意味です。

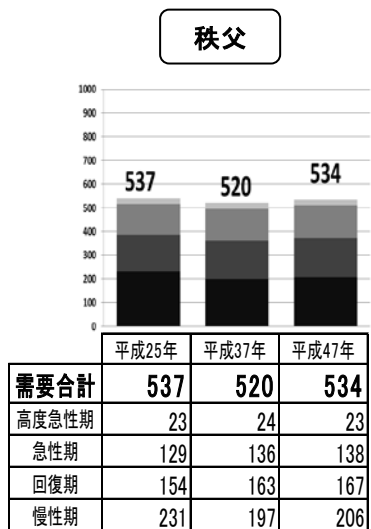
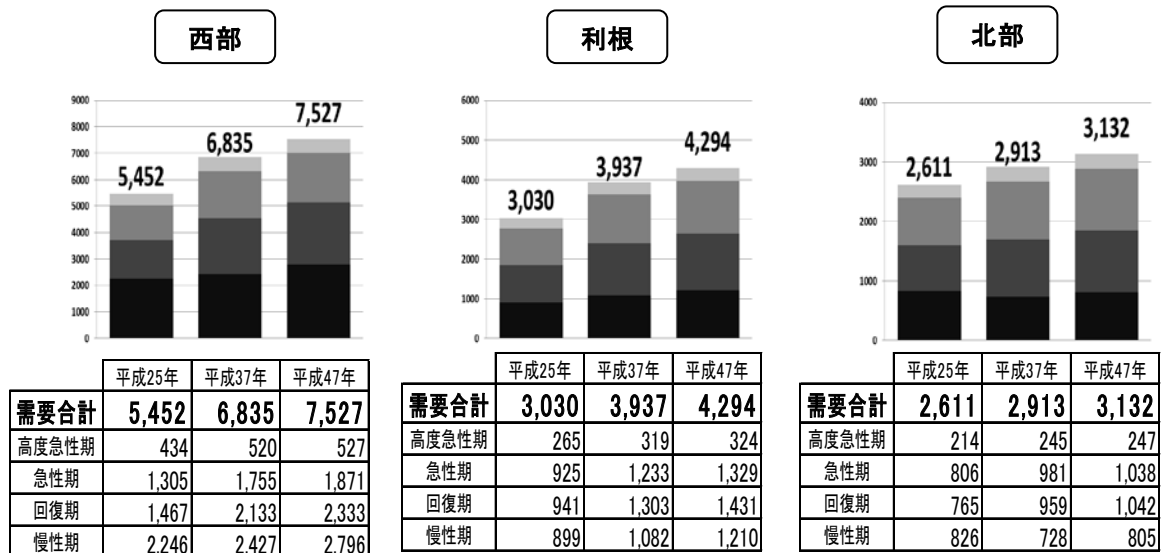
(3) 需要推計結果

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5（1）ウ「入院患者の流出入数の調整」のとおり、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10】各区域の医療需要推計結果



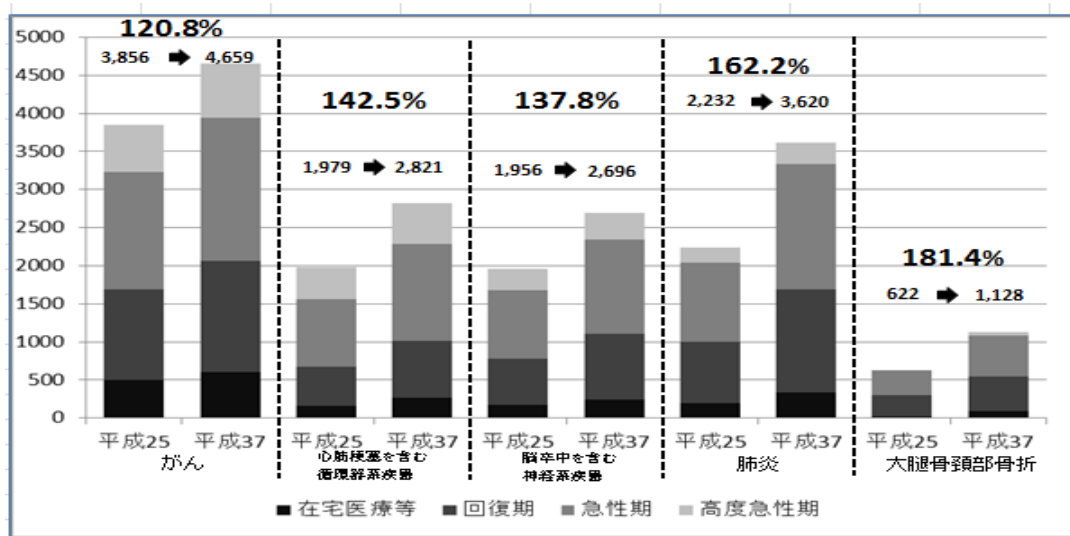


厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【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 1】（参考）主な疾患別の需要推計結果



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

(4) 必要病床数の推計結果（平成37年（2025年））

(3) の医療需要推計結果、(2) の病床稼働率を勘案した必要病床数は次のとおりです。

【図表12】各区域における必要病床数推計結果

(床)

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

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

ア 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、病棟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、医療機能の報告に加えて、その病棟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しています。

なお、医療機能区分については、地域医療構想における推計では医療資源投入量を基準としていますが、病床機能報告制度では量的ではなく性質的な基準による各医療機関の報告となっていますので、区分の判断基準が異なります。

イ 平成26年度報告結果

平成26年（2014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 3】平成 2 6 年度病床機能報告結果

(床)

区域 (二次医療圏)	全体	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
南部	4,369	1,025	2,109	262	939	34
南西部	3,802	528	2,018	172	1,076	8
東部	7,439	160	4,460	819	1,830	170
さいたま	6,892	1,648	3,399	360	1,431	54
県央	3,276	495	1,630	185	947	19
川越比企	6,977	1,771	2,705	729	1,763	9
西部	7,232	1,478	2,532	544	2,577	101
利根	4,379	34	2,742	300	1,186	117
北部	3,868	597	2,002	277	954	38
秩父	828	0	395	54	364	15
県合計	49,062	7,736	23,992	3,702	13,067	565

ウ 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 6 年度の病床機能報告結果と平成 3 7 年（2 0 2 5 年）の必要病床数推計を比較すると次のとおりです。

【図表 1 4 - 1】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 6 年度 病床機能報告	49,062	7,736	23,992	3,702	13,067	565
平成 3 7 年 必要病床数推計	54,210	5,528	17,954	16,717	14,011	
差引	▲ 5,148	2,208	6,038	▲ 13,015	▲ 944	

※全体の差引（5,148床）には、第6次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。

	全体	一般病床	療養病床
(参考) 既存病床数 (27.3.31時点)	49,948	38,029	11,919

【図表 1 4 - 2】（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
平成 2 6 年度 病床機能報告	全国	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	未公表
	埼玉県	15.8%	48.9%	7.5%	26.6%	1.2%
平成 3 7 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

病床数で比較すると、平成37年（2025年）に向けて全体で5,148床の増床が必要となります。特に回復期機能が13,015床の大幅な増床が必要という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。

【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いますので、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棟単位での報告となっていますので、ひと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もと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違います。

（6）在宅医療等の必要量の推計結果

在宅医療等の必要量について、ガイドラインに示す在宅医療等の範囲（2（2）ウ 参照）を踏まえて推計した結果は、次のとおりです。

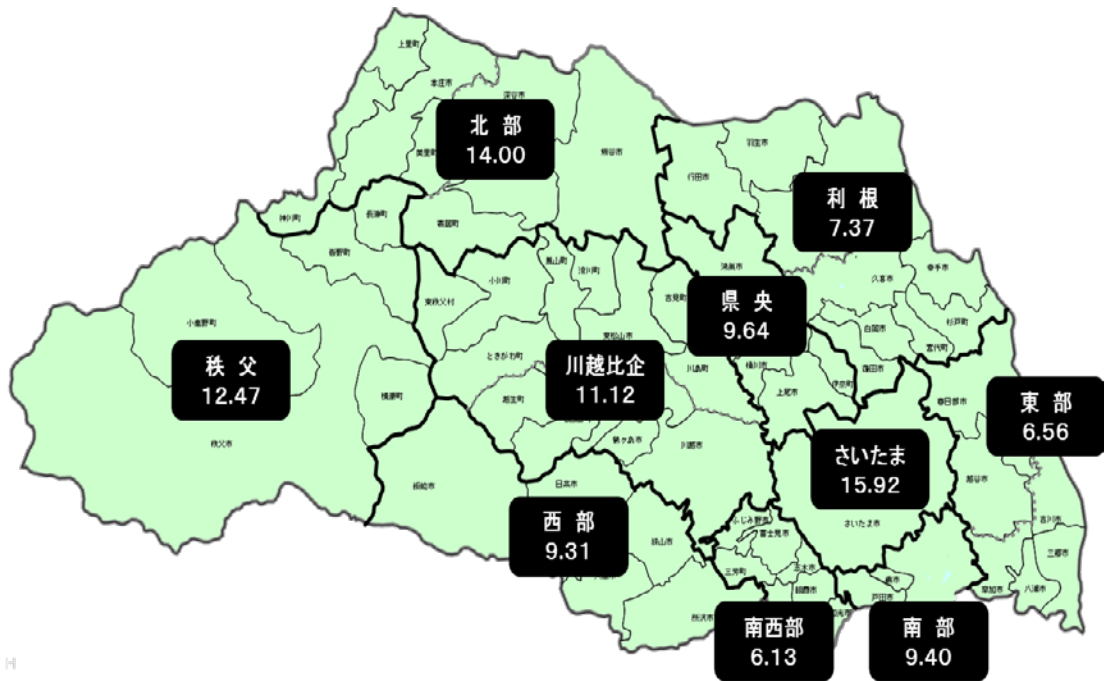
【図表 15】在宅医療等の必要量の推計結果

(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

【図表 16】（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10万人あたり）



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）

6 各区域の現状及び医療提供体制整備の方向性

この構想を策定するに当たって、構想区域ごとに厚生労働省から示された現在の入院患者の受療動向をもとに将来の医療需要の推計を行った。

次いで各地域において医療専門職をはじめとする関係者の方々に参加いただき、現在の病院の整備状況（医療機関数及び医療機能）等を踏まえたうえで、①医療機能の分化、連携及び病床の整備、②在宅医療（介護老人保健施設等を含む）の体制整備についての検討を行った。

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、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、意見の取りまとめを行った。

そこでの意見をもとにした、各構想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以下に示すものである。

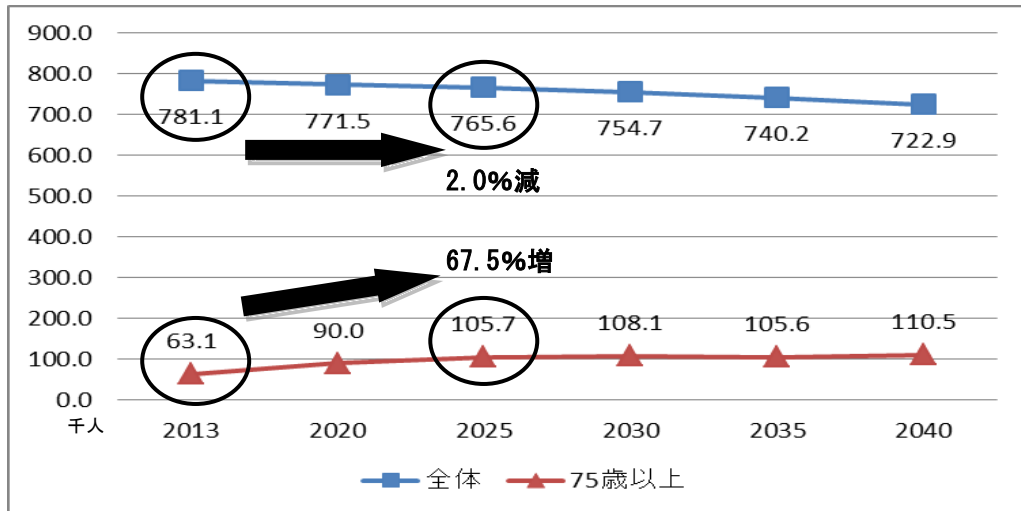
構想策定後は、ここで示す方向性の実現に向けて、各医療機関や県で具体的な取組等を進めていくことになる。

推進体制の具体的内容については、項を改めて後に述べるが、今後、各区域に設置する地域医療構想調整会議において、さらに議論を進め、医療機関が自主的に取り組む具体的な事業において、財政的支援を必要とするものについては、地域医療介護総合確保基金の活用など、その取組を促進していくこととする。

(1) 南部区域

【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

- ・在宅療養支援病院及び診療所並びに在宅時医学総合管理料の届出

- 医療機関数 72（人口10万人当たり9.22）
- ・在宅療養支援歯科診療所数 28（人口10万人当たり3.58）
 - ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

197（人口10万人当たり25.22）

※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27年4月1日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）

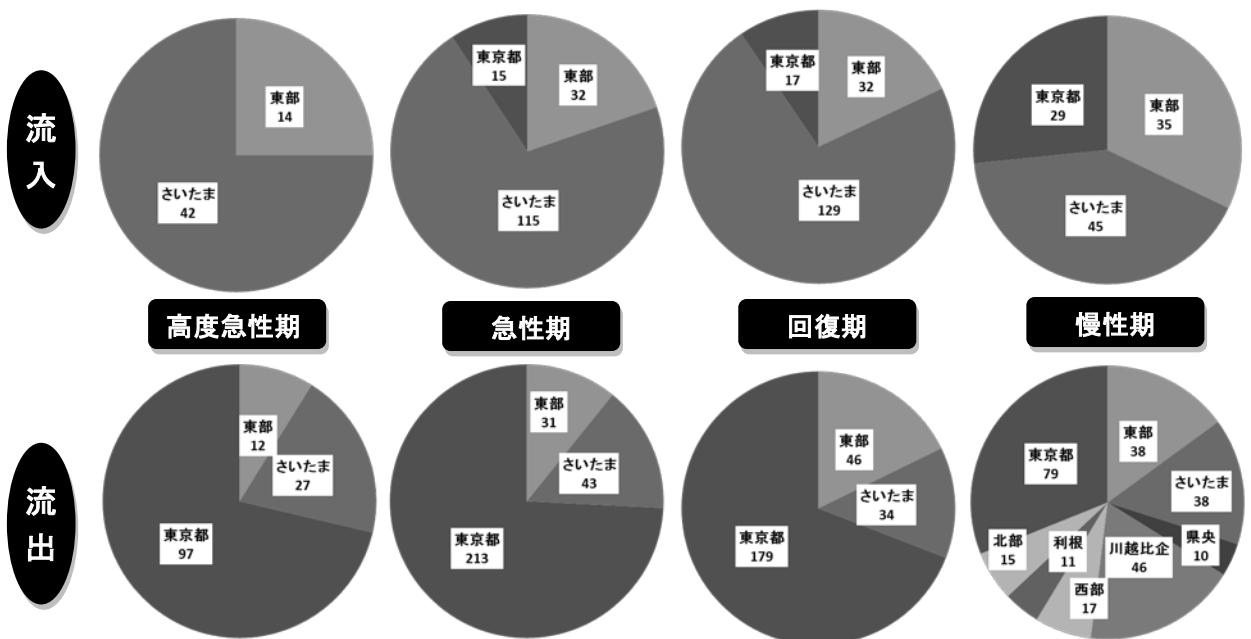
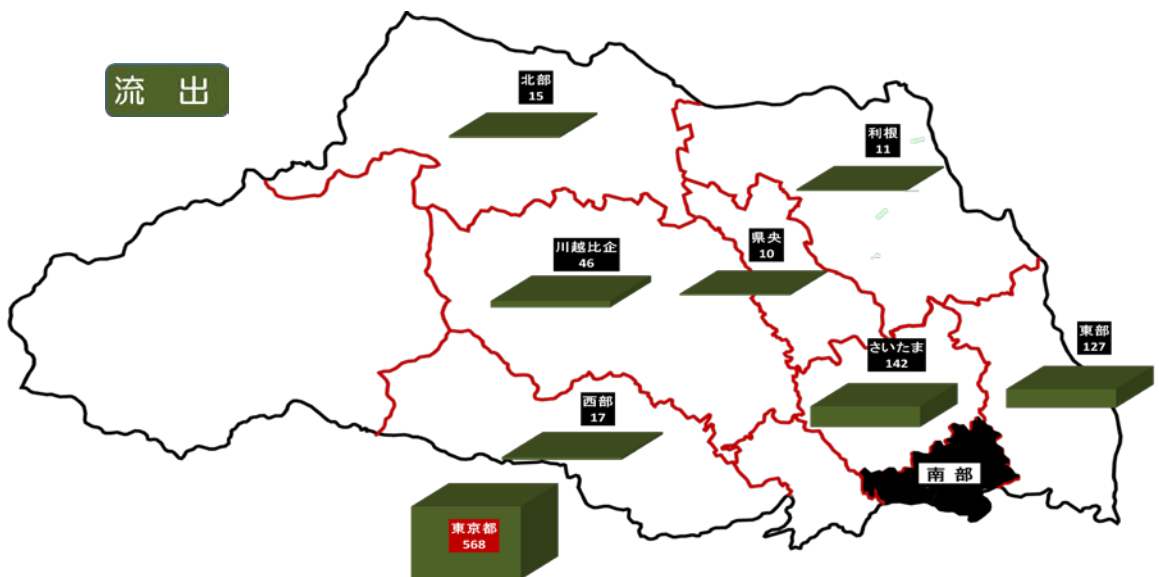
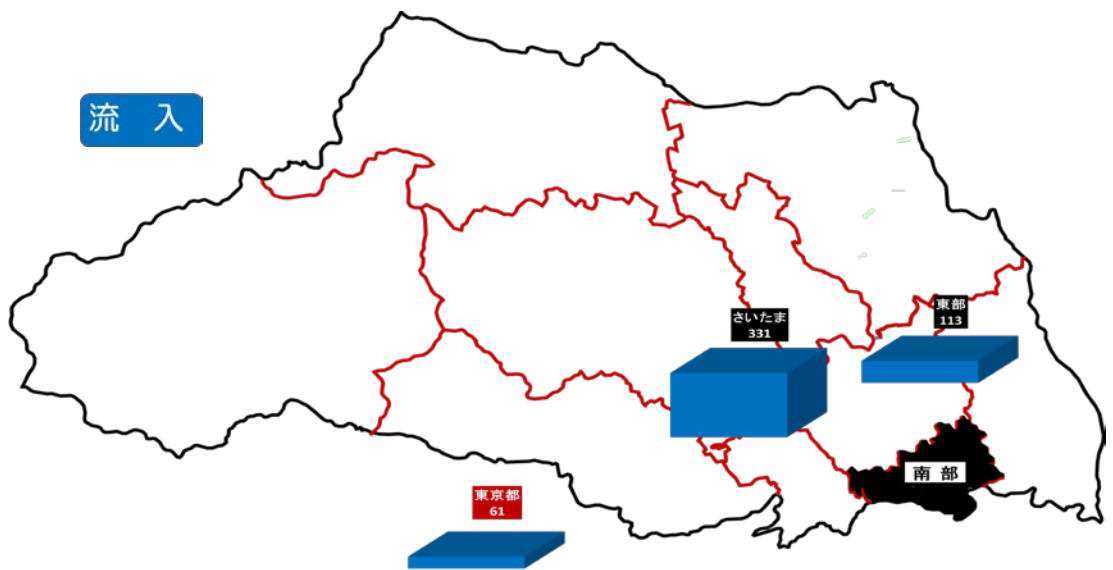
(ア) 入院患者の受療動向（平成25年）

- ・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

【全体】

						(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
	流出超過					▲ 431	

【区域・都県別】



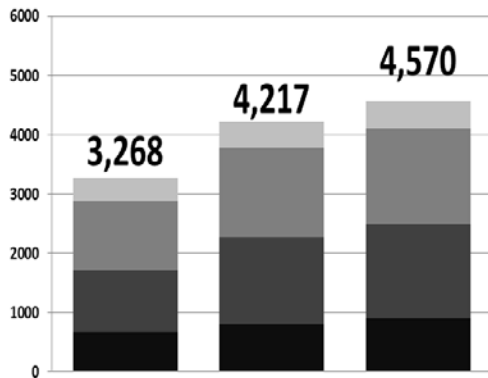
(イ) 医療需要推計

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

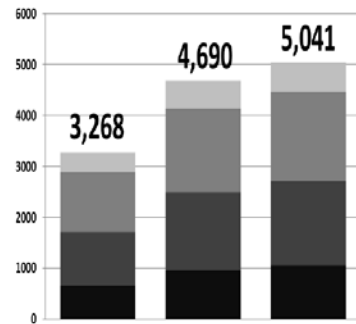
(人/日)



	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
3,268	4,690	5,041
391	557	584
1,167	1,636	1,745
1,055	1,541	1,667
655	956	1,045

② 在宅医療の必要量

(人/日)

	平成25年	平成37年
全体	6,225	10,740
うち訪問診療分	4,408	7,518

③ 病床の必要量

「①入院患者の医療需要」を基に、機能区分別に厚生労働省令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	
必要量	609	1,922	1,623	871	5,025	無回答
平成26年度 病床機能報告	1,025	2,109	262	939	4,335	34

参考

流出入を見込まない場合

743	2,097	1,712	1,039	5,591
-----	-------	-------	-------	-------

既存病床数
(平成28年3月29日)

合計
4,536

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】 (%)

	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(2025年)の推計患者を受入れるために必要な病床利用率

※便宜的に次のとおり分類
 ・一般病床＝高度急性期～回復期の必要病床数合計
 ・療養病床＝慢性期の必要病床数利用率

【参考資料1】入院基本料等からみた区域内的病床の現状

※平成26年度病床機能報告による報告結果

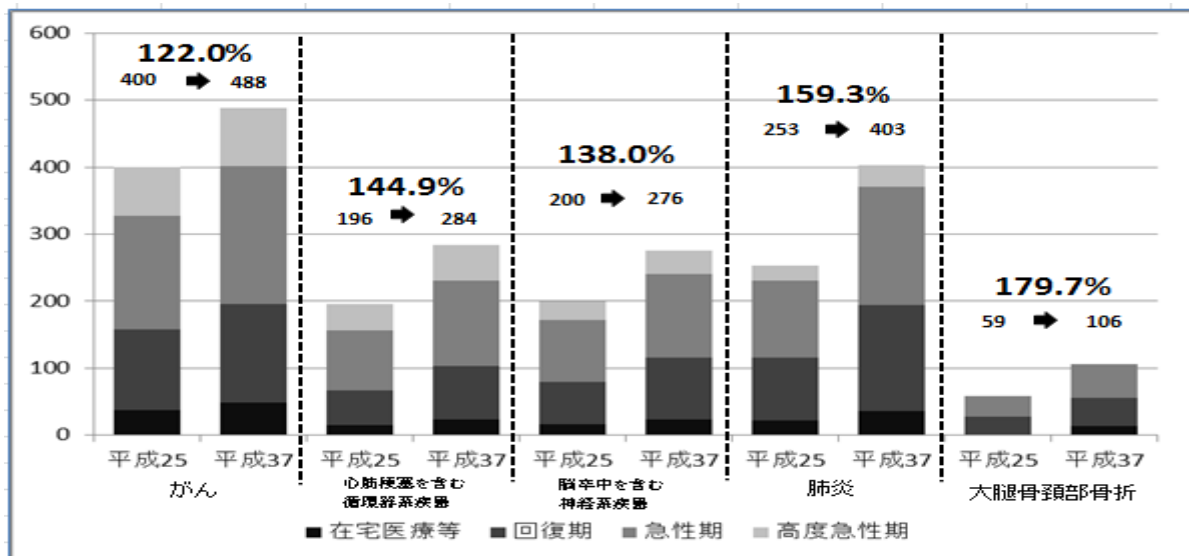
※人口：町(丁)字別人口(平成25年1月1日現在)

	実数	病床数	
		人口10万人あたり	
		区域内	県全体
特定機能病院	0	0.0	17.5
一般病棟入院基本料	7対1	1,925	246.4
	10対1	516	66.1
	13対1	120	15.4
	15対1	165	21.1
回復期リハビリテーション病棟入院料	262	33.5	38.6
地域包括ケア病棟入院料・管理料	78	10.0	1.7
緩和ケア病棟入院料	42	5.4	2.4
特殊疾患入院料・管理料	0	0.0	8.0
療養病棟入院基本料	512	65.5	109.2
障害者施設等入院基本料	42	5.4	25.9

【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。



(ウ) 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。

一方、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。

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。
- ・ 在宅医療の体制整備は、今後の地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。

(エ) 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。
- ・ 地域で不足している医療機能に対する、ハード面の整備だけでなく、ソフト面の充実のための支援が求められる。

② 在宅医療(介護老人保健施設等を含む)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。
- ・ 地域包括ケアシステムの整備が未着手の市において、「看取り」ができる在宅医療を支える人材の確保を含めた体制の整備が必要とされている。
- ・ 在宅療養へ患者を移行させるための急変時の対応、看取り等を行う医療機関が不足しており、在宅で看取りがなされるケースは極めて少数である。

(今後の方向性)

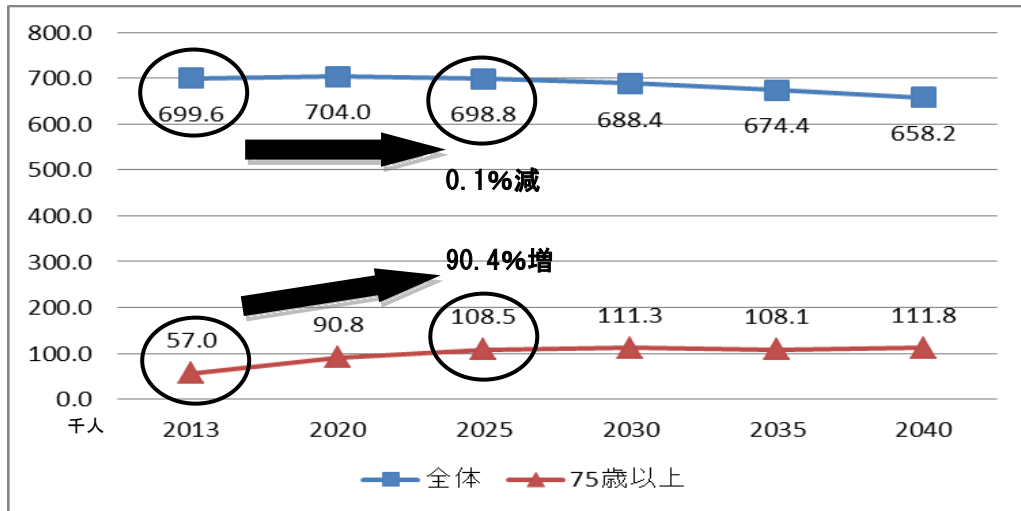
- ・ 在宅医療の提供に当たり、患者やその家族、住民に対して訪問診療、訪問看護、介護保険などのサポートがあることを周知していく。
- ・ 患者が自宅で亡くなることを特別なことではないこととして受け入れられるよう、住民に対する啓発が必要である。
- ・ 在宅患者の容態急変時に対応するための空きベッドを確保するなど、バックアップ体制を強化することで、訪問診療を行う医療機関の増加が図れるのではないかと。
- ・ 医師一人当たりの負担を軽減するため、訪問診療を担う診療所同士で複数のチームを作り、夜間や急変時に合同で対応できる体制の構築が必要である。
- ・ 課題の抽出や対応策を検討するための協議の場の設置、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し合いの場を設ける。
- ・ 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。

(2) 南西部区域

【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

- ・在宅療養支援病院及び診療所並びに在宅時医学総合管理料の届出

医療機関数 43（人口10万人当たり6.15）

- ・在宅療養支援歯科診療所数 14（人口10万人当たり2.00）

- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

182（人口10万人当たり26.01）

※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27年4月1日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）

(ア) 入院患者の受療動向（平成25年）

- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

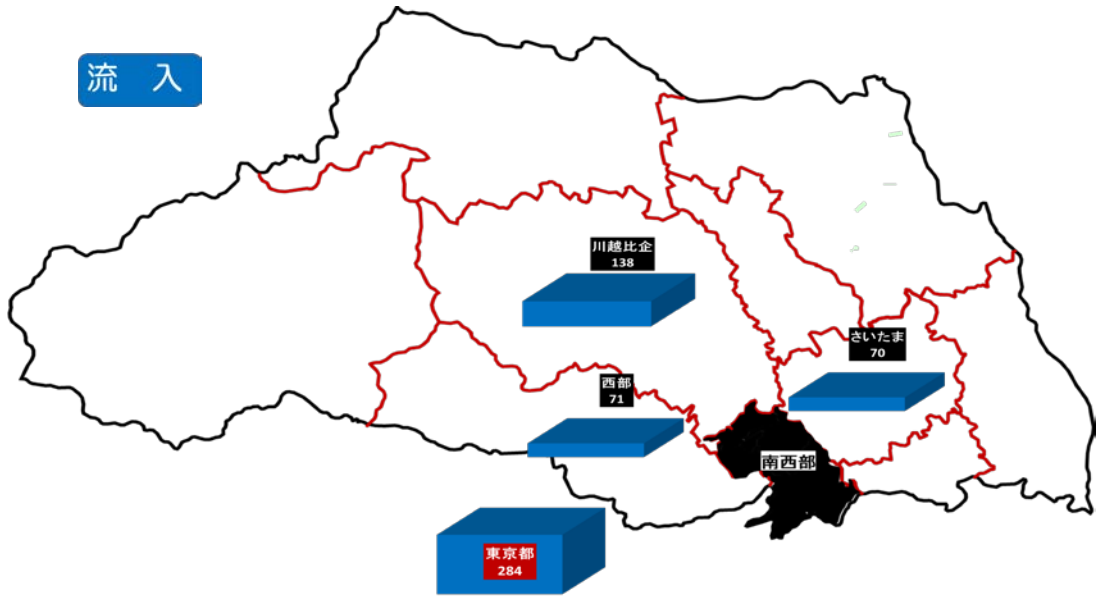
- ・平成25年（2013年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

【全体】

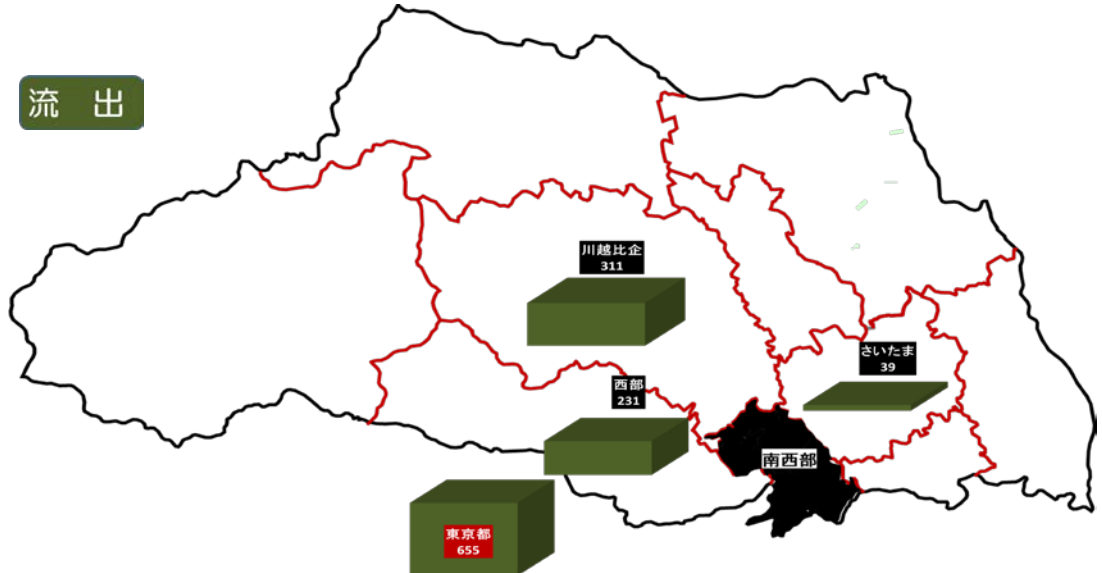
						(人/日)	
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	25	153	157	228	563	279	284
流出	177	365	382	312	1236	581	655
				流出超過	▲ 673		

【区域・都県別】

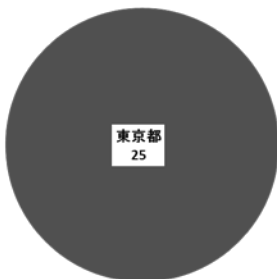
流入



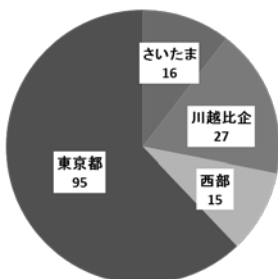
流出



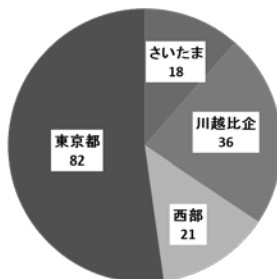
流入



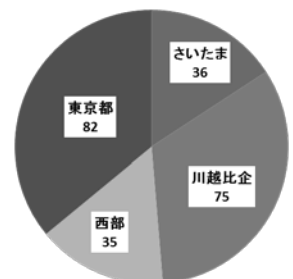
高度急性期



急性期

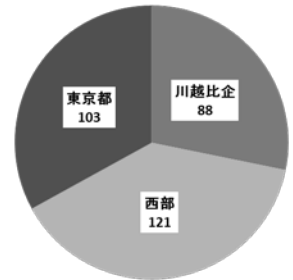
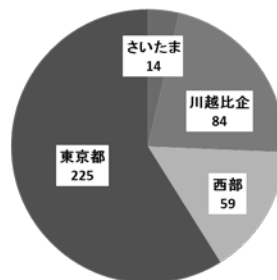
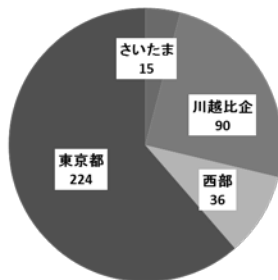
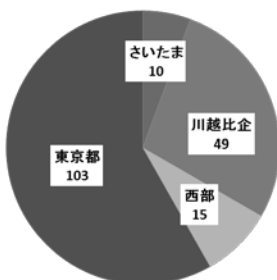


回復期



慢性期

流出

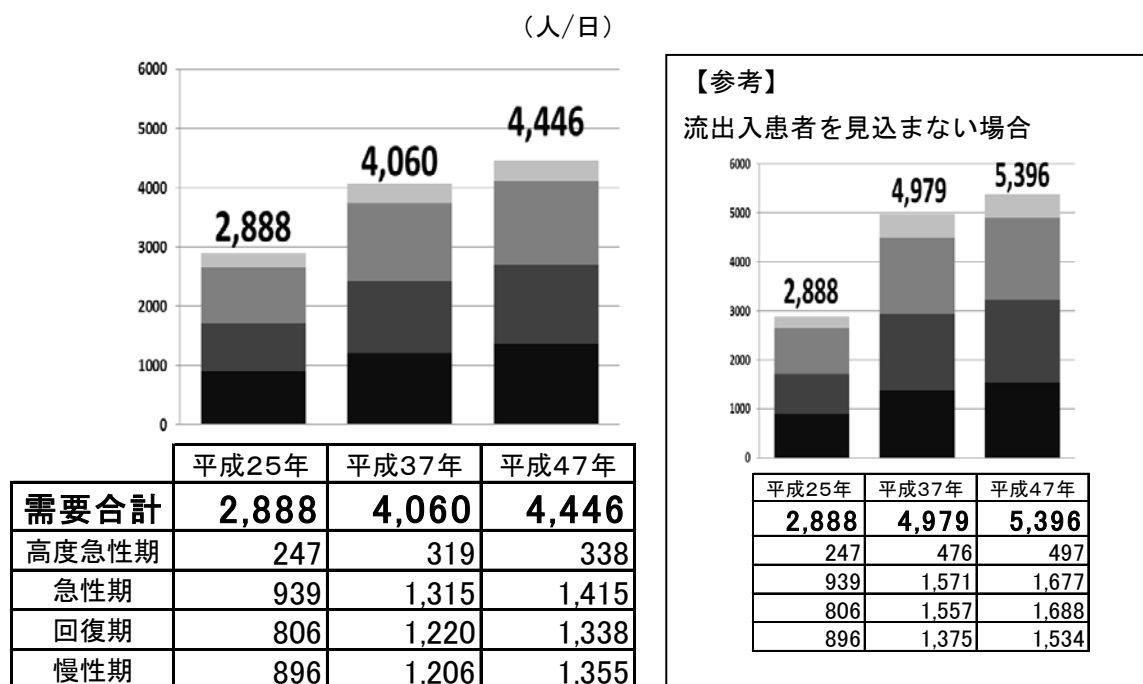


(イ) 医療需要推計

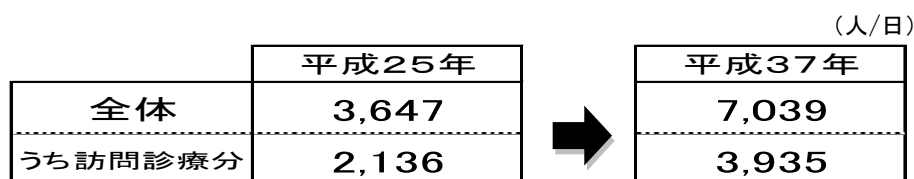
平成37年(2025年)及び平成47年(2035年)の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

- ・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



② 在宅医療の必要量



③ 病床の必要量

「①入院患者の医療需要」を基に、機能区分別に厚生労働省令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	
必要量	425	1,685	1,356	1,311	4,777	無回答
平成26年度 病床機能報告	528	2,018	172	1,076	3,794	8
流出入を見込 まない場合	635	2,015	1,730	1,494	5,874	
					既存病床数 (H28.3.29)	合計
						4,501

参考

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

【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
南西部		82.3	92.0

※便宜的に次のとおり分類
 ・一般病床＝高度急性期～回復期の必要病床数合計
 ・療養病床＝慢性期の必要病床数利用率

【参考資料1】入院基本料等からみた区域内的の病床の現状

※平成26年度病床機能報告による報告結果

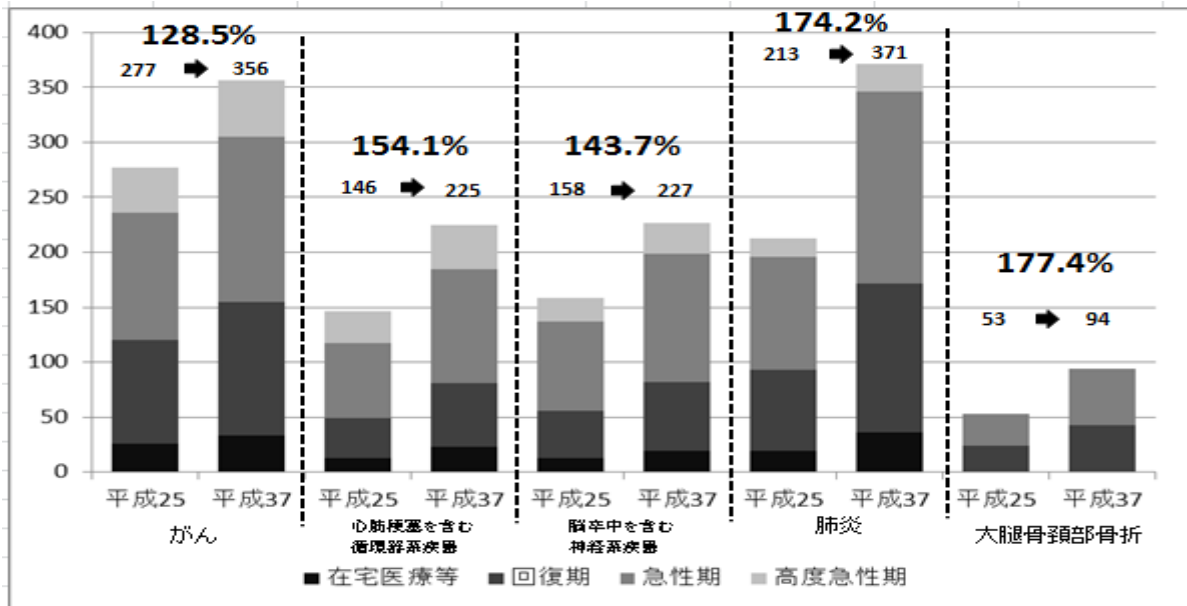
※人口：町(丁)字別人口(平成25年1月1日現在)

		病床数		
		実数	人口10万人あたり	
			区域内	県全体
一般病棟入院基本料	特定機能病院	0	0.0	17.5
	7対1	1,270	181.5	224.2
	10対1	285	40.7	66.5
	13対1	51	7.3	13.4
	15対1	573	81.9	32.1
回復期リハビリテーション病棟入院料		144	20.6	38.6
地域包括ケア病棟入院料・管理料		0	0.0	1.7
緩和ケア病棟入院料		0	0.0	2.4
特殊疾患入院料・管理料		48	6.9	8.0
療養病棟入院基本料		505	72.2	109.2
障害者施設等入院基本料		322	46.0	25.9

【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。



(ウ) 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大きく上回っていますが、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。

一方、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。

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。
- ・ 在宅医療の体制整備は、今後の地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。

(エ) 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（介護老人保健施設等を含む）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）

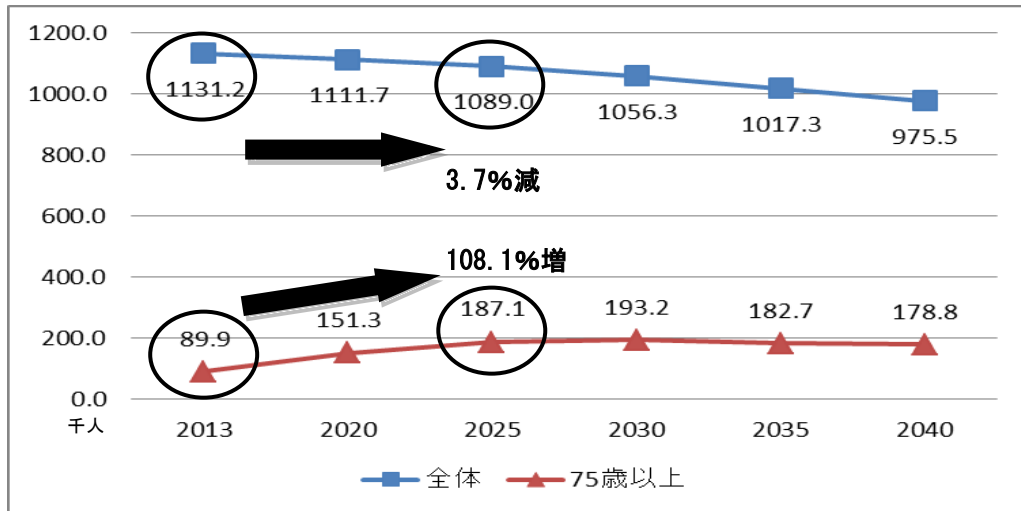
- 深夜の看取りについて、直ちに確認して欲しいと考える住民が多い一方で、実際には翌朝の対応で問題がないケースも多くあることから、住民に対する看取りについての啓発が必要である。
- 訪問リハビリテーション、訪問看護を充実していく必要がある。
- 在宅医療を支えるための医師や看護師等の医療従事者の早急な確保が急務である。

(3) 東部区域

【区域の概要】

- 区域内市町村：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

- ・春日部市立病院・・・「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

- ・在宅療養支援病院及び診療所並びに在宅時医学総合管理料の届出

医療機関数 74（人口10万人当たり6.54）

- ・在宅療養支援歯科診療所数 25（人口10万人当たり2.21）
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

290（人口10万人当たり25.63）

※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27年4月1日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）

(ア) 入院患者の受療動向（平成25年）

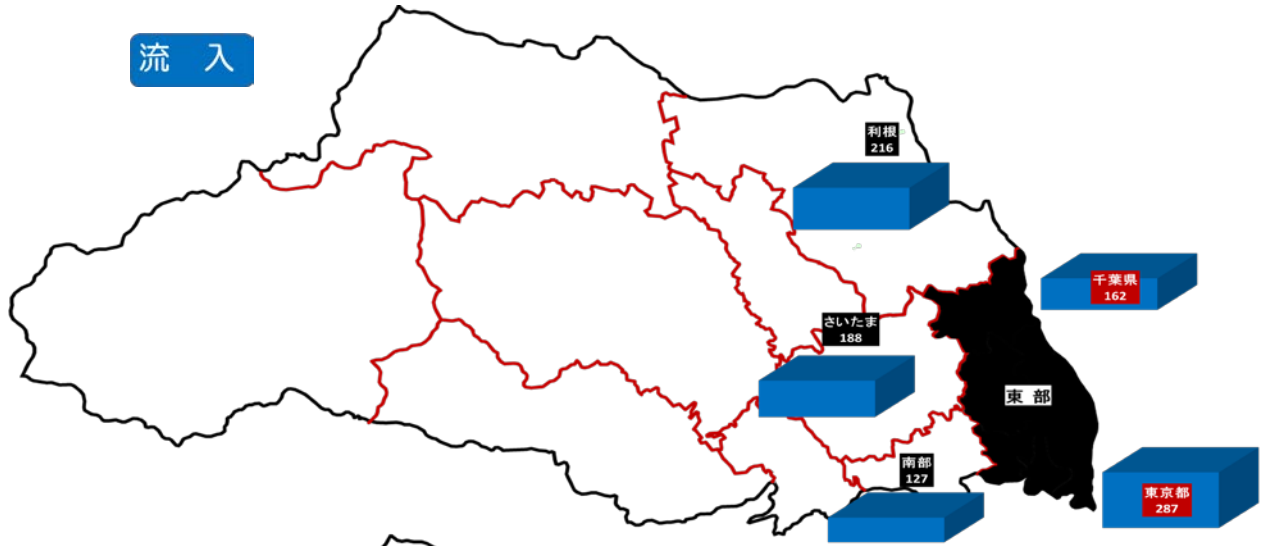
- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
- ・平成25年（2013年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

【全体】

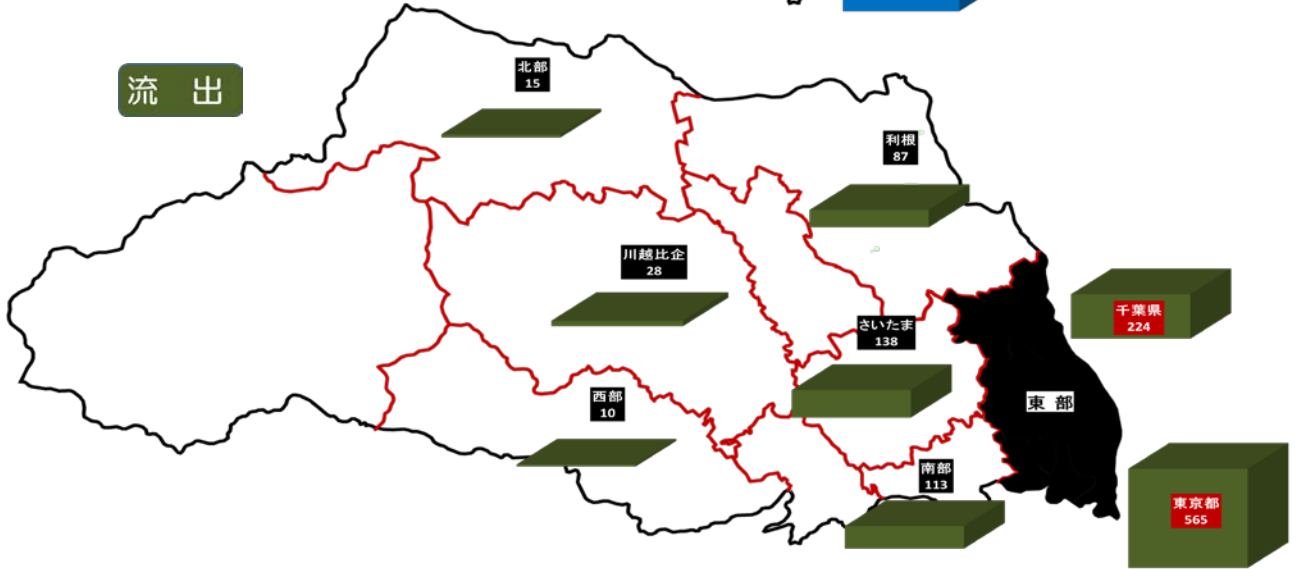
						(人/日)	
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	67	203	389	321	980	531	449
流出	184	383	351	262	1180	391	789
			38	流出超過	▲ 200		

【区域・都県別】

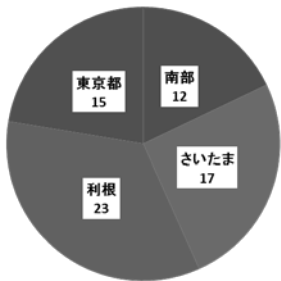
流入



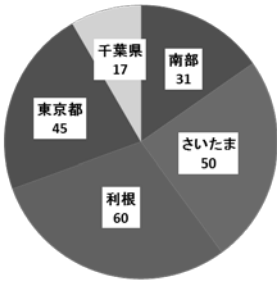
流出



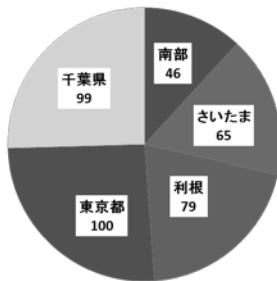
流入



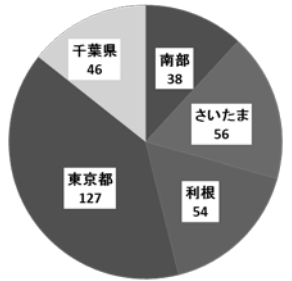
高度急性期



急性期

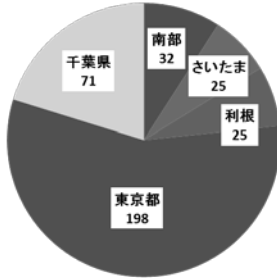
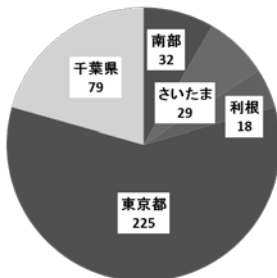
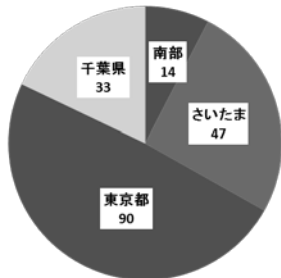


回復期



慢性期

流出



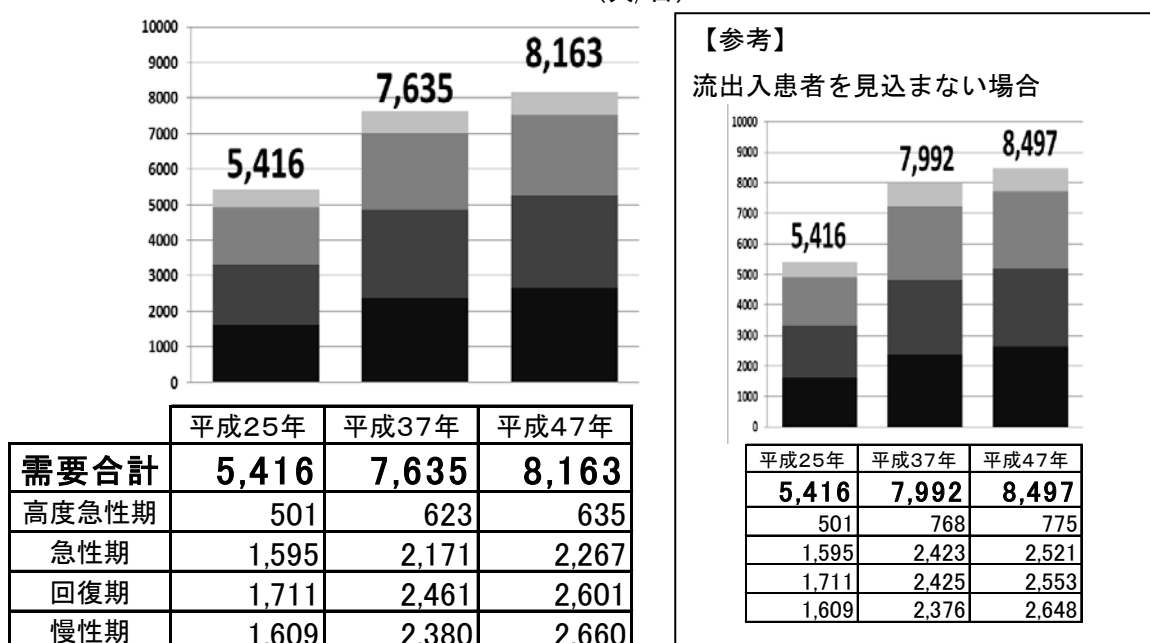
(イ) 医療需要推計

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)



② 在宅医療の必要量

(人/日)

	平成25年	平成37年
全体	6,171	12,101
うち訪問診療分	3,476	6,628

③ 病床の必要量

「①入院患者の医療需要」を基に、機能区分別に厚生労働省令で定める病床稼働率等により平成37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	
必要量	831	2,783	2,734	2,587	8,935	無回答
平成26年度 病床機能報告	160	4,460	819	1,830	7,269	170
参考 流出入を見込 まない場合	1,024	3,106	2,695	2,582	9,407	
					合計	
					7,721	

既存病床数
(H28.3.29)

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
東部	74.6	87.4

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	
東部	82.8	92.0	

※便宜的に次のとおり分類
 ・一般病床＝高度急性期～回復期の必要病床数合計
 ・療養病床＝慢性期の必要病床数利用率

【参考資料1】入院基本料等からみた区域内的の病床の現状

※平成26年度病床機能報告による報告結果

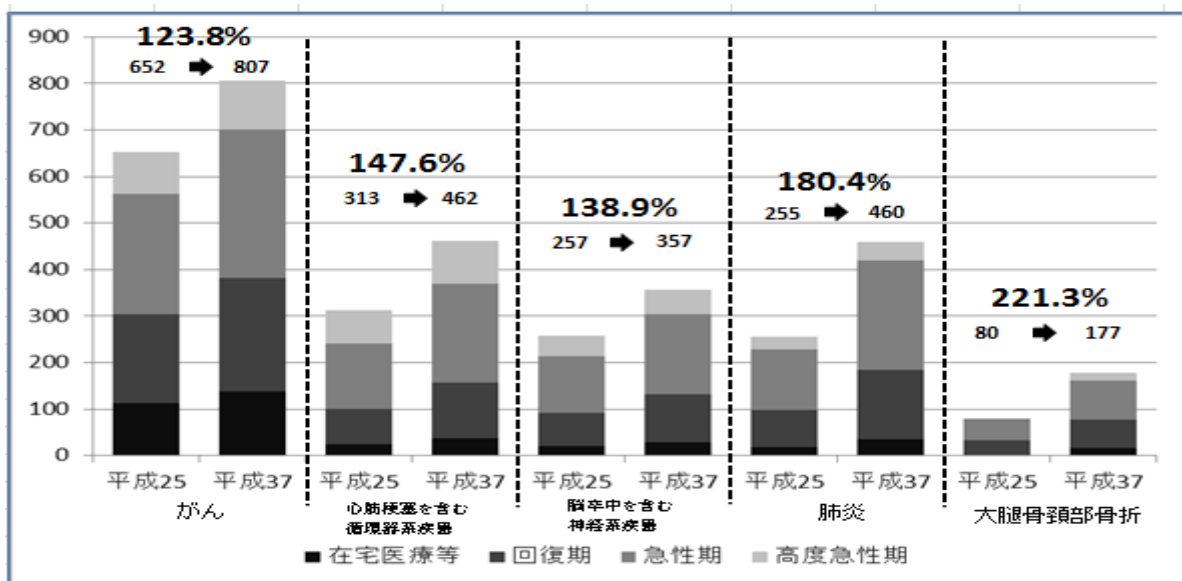
※人口：町(丁)字別人口(平成25年1月1日現在)

		病床数		
		実数	人口10万人あたり	
			区域内	県全体
一般病棟入院基本料	特定機能病院	0	0.0	17.5
	7対1	3,230	285.5	224.2
	10対1	208	18.4	66.5
	13対1	162	14.3	13.4
	15対1	364	32.2	32.1
回復期リハビリテーション病棟入院料		642	56.8	38.6
地域包括ケア病棟入院料・管理料		0	0.0	1.7
緩和ケア病棟入院料		20	1.8	2.4
特殊疾患入院料・管理料		89	7.9	8.0
療養病棟入院基本料		874	77.3	109.2
障害者施設等入院基本料		507	44.8	25.9

【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。



(ウ) 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状況にある中で、病床利用率は全国平均、県平均を下回る状況にあります。

一方、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。

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。
- ・ 在宅医療の整備は、今後の地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。

(エ) 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)

- ・ 回復期病床の不足とともに、特に慢性期病床が極端に少ないため、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連携する必要がある。

ることから、病院間の役割や機能についての相互理解を深めることが不可欠である。

② 在宅医療（介護老人保健施設等を含む）の体制整備

（現状）

- ・ 在宅での看取りについて住民に問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。

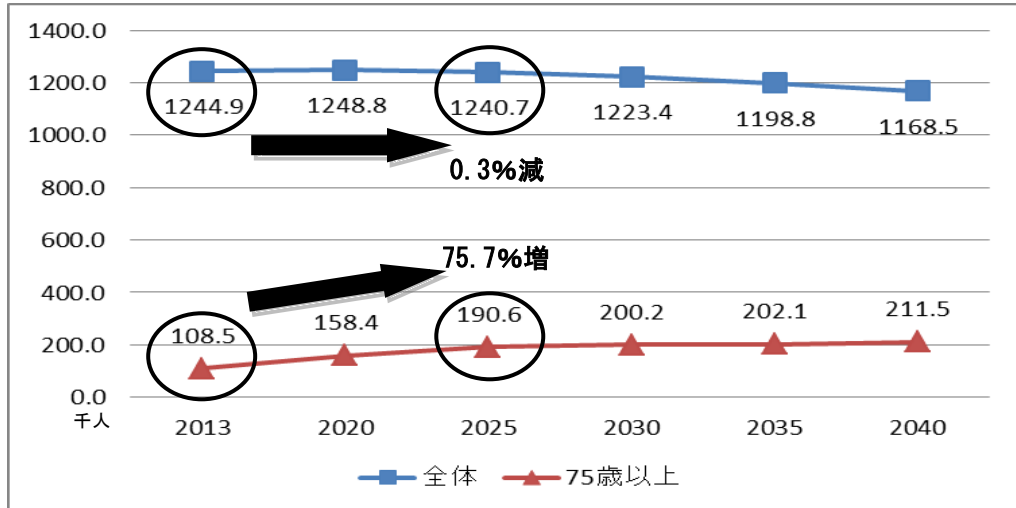
（今後の方向性）

- ・ 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。

(4) さいたま区域

【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」「小児がん」
- ・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 「小児がん」小児がん拠点病院

○ 在宅療養支援医療機関等の状況

- ・在宅療養支援病院及び診療所並びに在宅時医学総合管理料届出

医療機関数 198（人口10万人当たり15.90）

- ・在宅療養支援歯科診療所数 49（人口10万人当たり3.94）

- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

378（人口10万人当たり30.36）

※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27年4月1日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）

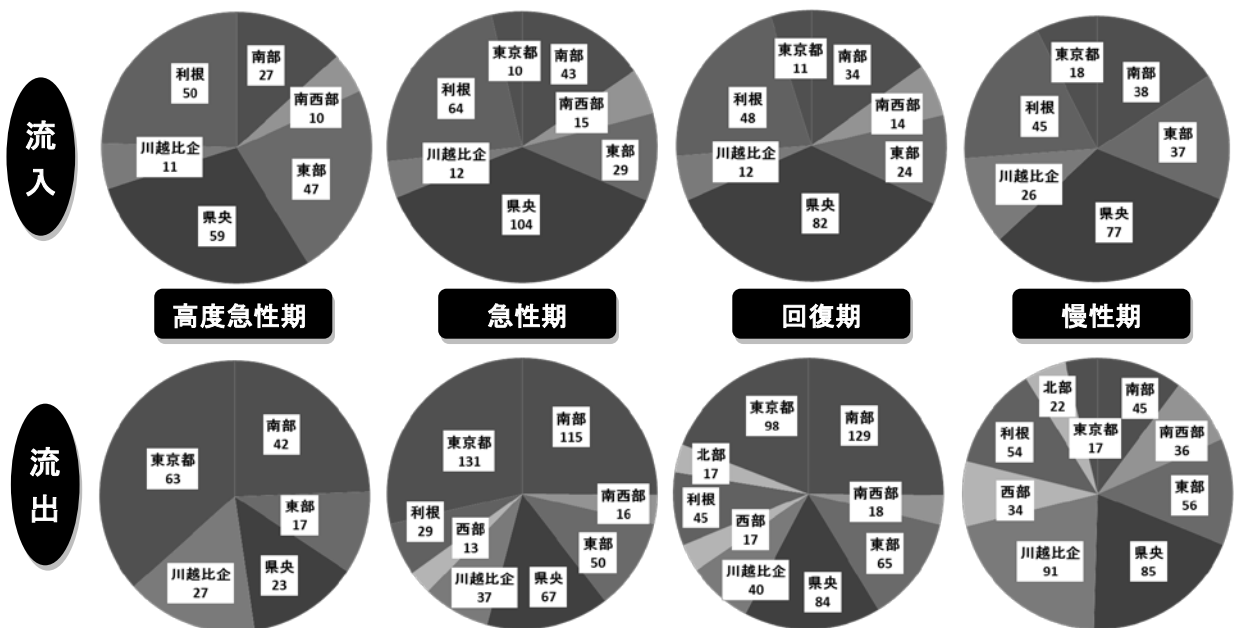
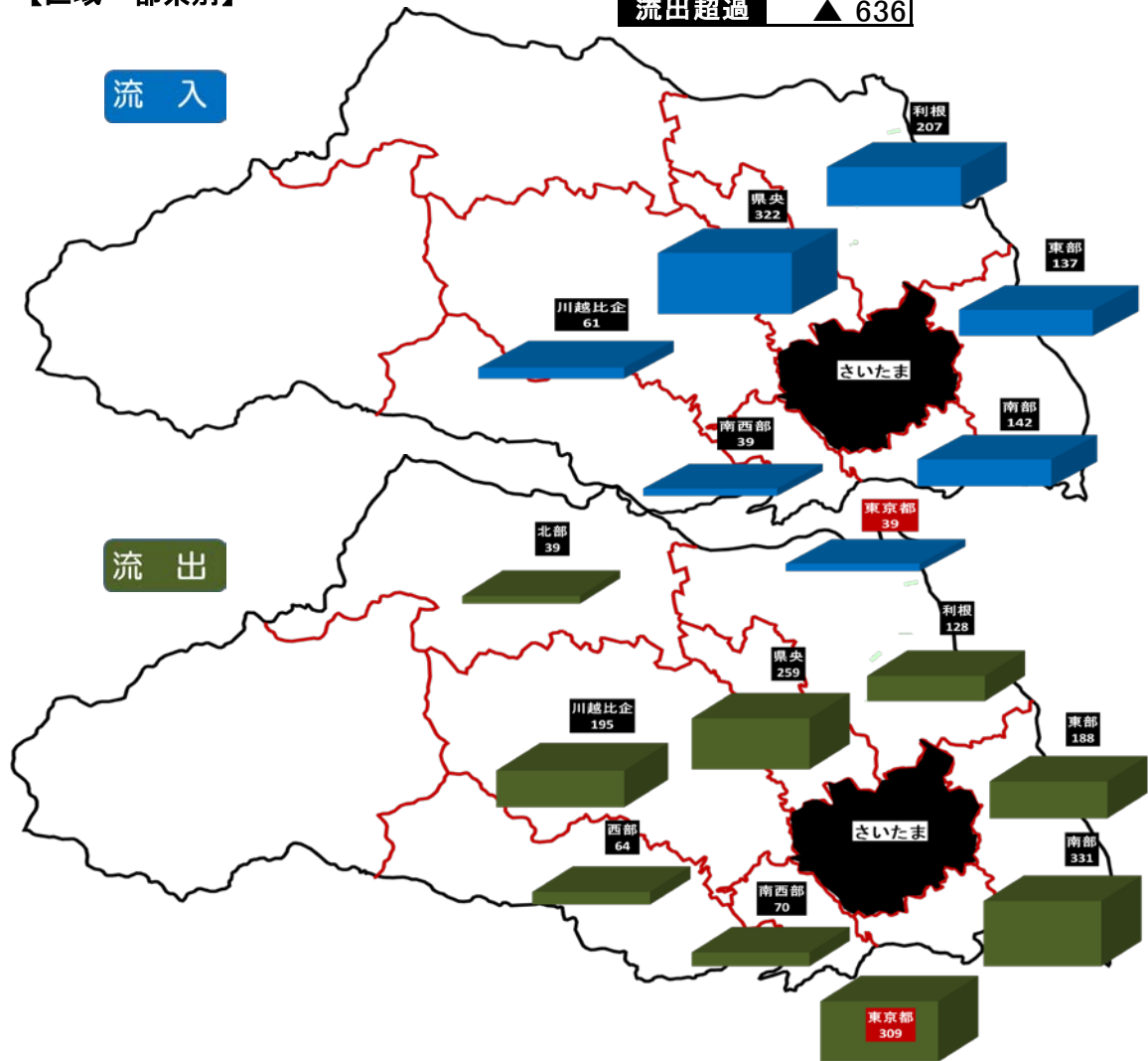
(ア) 入院患者の受療動向（平成25年）

- ・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

【全体】

(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	458	513	440	1,583	1,274	309
【区域一都県別】				流出超過 ▲ 636			



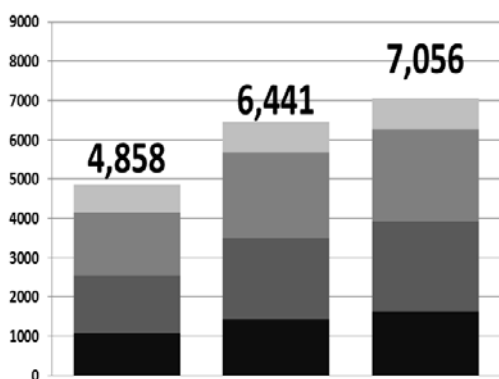
(イ) 医療需要推計

平成37年(2025年)及び平成47年(2035年)の需要を、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

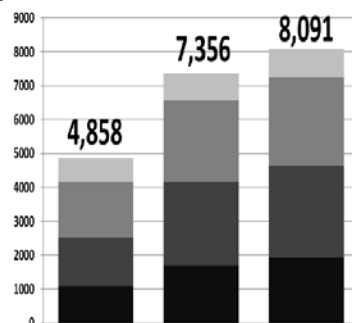
(人/日)



	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

【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
4,858	7,356	8,091
698	802	845
1,634	2,401	2,608
1,445	2,453	2,715
1,081	1,700	1,923

② 在宅医療の必要量

(人/日)

	平成25年	平成37年
全体	10,814	18,785
うち訪問診療分	7,752	13,425

③ 病床の必要量

「①入院患者の医療需要」を基に、機能区分別に厚生労働省令で定める病床稼働率等により平成37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	
必要量	1,039	2,770	2,301	1,554	7,664	無回答
平成26年度 病床機能報告	1,648	3,399	360	1,431	6,838	54

参考

流出入を見込まない場合

1,069	3,078	2,726	1,847	8,720
-------	-------	-------	-------	-------

合計

7,853

既存病床数
(H28.3.29)

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

【参考】 (%)

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

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

※便宜的に次のとおり分類
 ・一般病床＝高度急性期～回復期の必要病床数合計
 ・療養病床＝慢性期の必要病床数利用率

【参考資料1】入院基本料等からみた区域内的の病床の現状

※平成26年度病床機能報告による報告結果

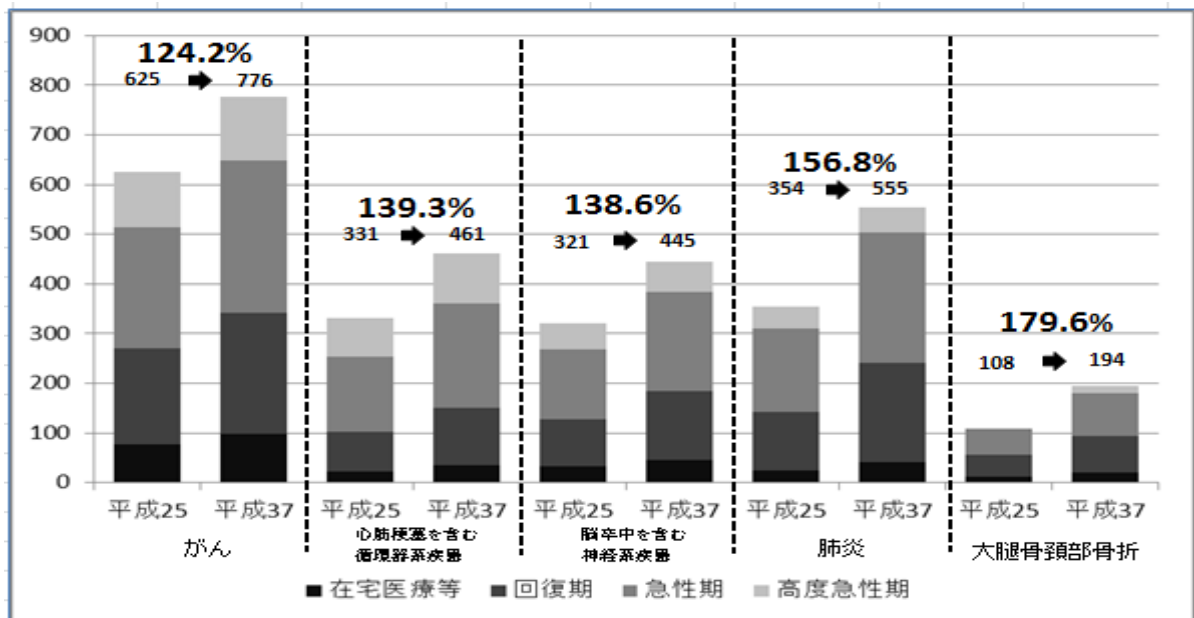
※人口：町(丁)字別人口(平成25年1月1日現在)

		病床数		
		実数	人口10万人あたり	
			区域内	県全体
一般病棟入院基本料	特定機能病院	0	0.0	17.5
	7対1	2,960	237.8	224.2
	10対1	666	53.5	66.5
	13対1	132	10.6	13.4
	15対1	203	16.3	32.1
回復期リハビリテーション病棟入院料		310	24.9	38.6
地域包括ケア病棟入院料・管理料		0	0.0	1.7
緩和ケア病棟入院料		0	0.0	2.4
特殊疾患入院料・管理料		192	15.4	8.0
療養病棟入院基本料		679	54.5	109.2
障害者施設等入院基本料		0	0.0	25.9

【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。



(ウ) 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、周辺圏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る状況にあります。

一方、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。

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。
- ・ 在宅医療の整備は、今後の地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。

(エ) 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)の推定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、地域完結型のシームレスな病病連携、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（介護老人保健施設等を含む）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、人員的な余裕がない。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。

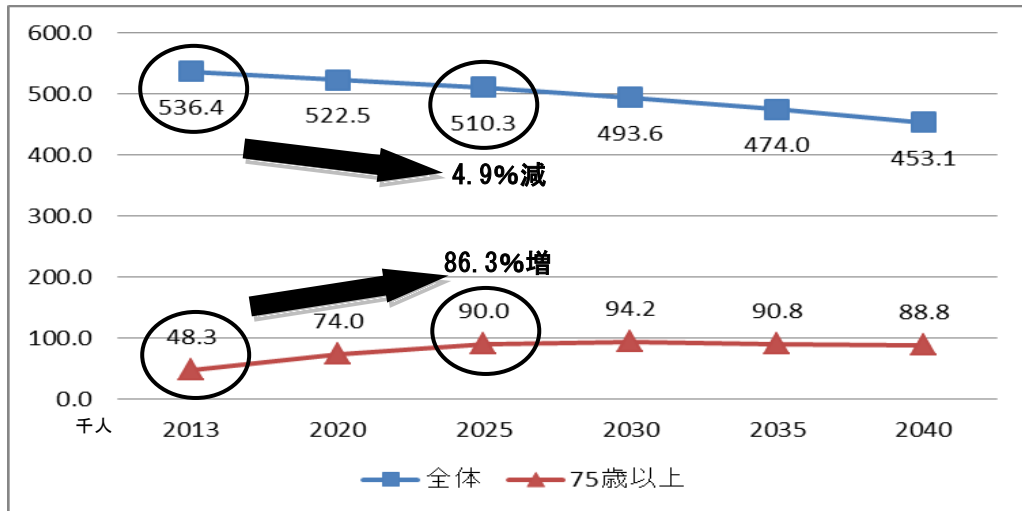
（今後の方向性）

- ・ 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。

(5) 県央区域

【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」
 - ・北里大学メディカルセンター・・・「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

- ・在宅療養支援病院及び診療所並びに在宅時医学総合管理料届出

医療機関数 51（人口10万人当たり9.51）

- ・在宅療養支援歯科診療所数 12（人口10万人当たり2.23）
- ・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29.08）

※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27年4月1日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）

(ア) 入院患者の受療動向（平成25年）

- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

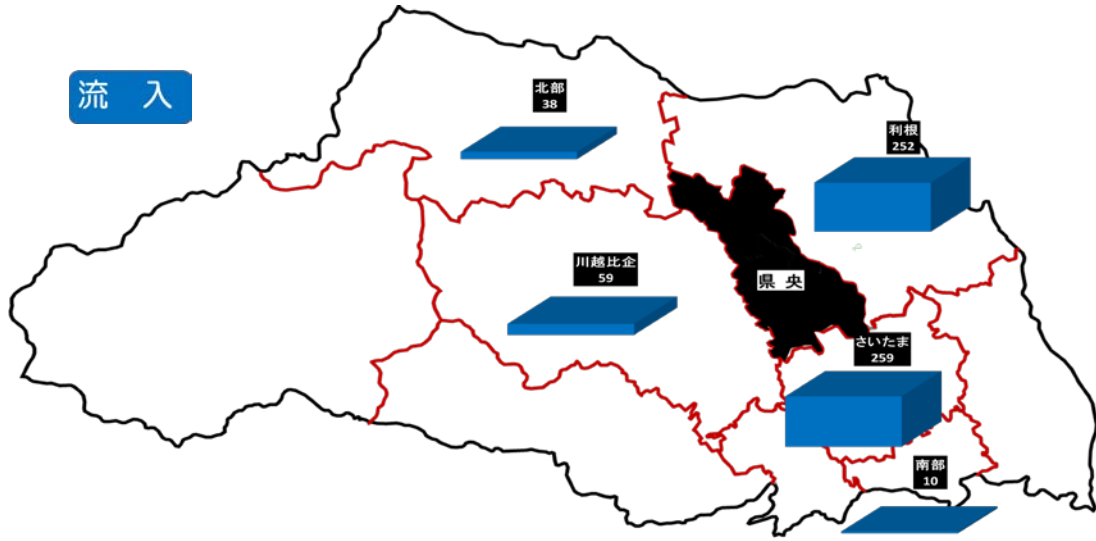
・平成25年（2013年）の医療需要データを、地域医療構想策定ガイドライン（以下、ガイドラインという）による方法で機能区分別に推計

【全体】

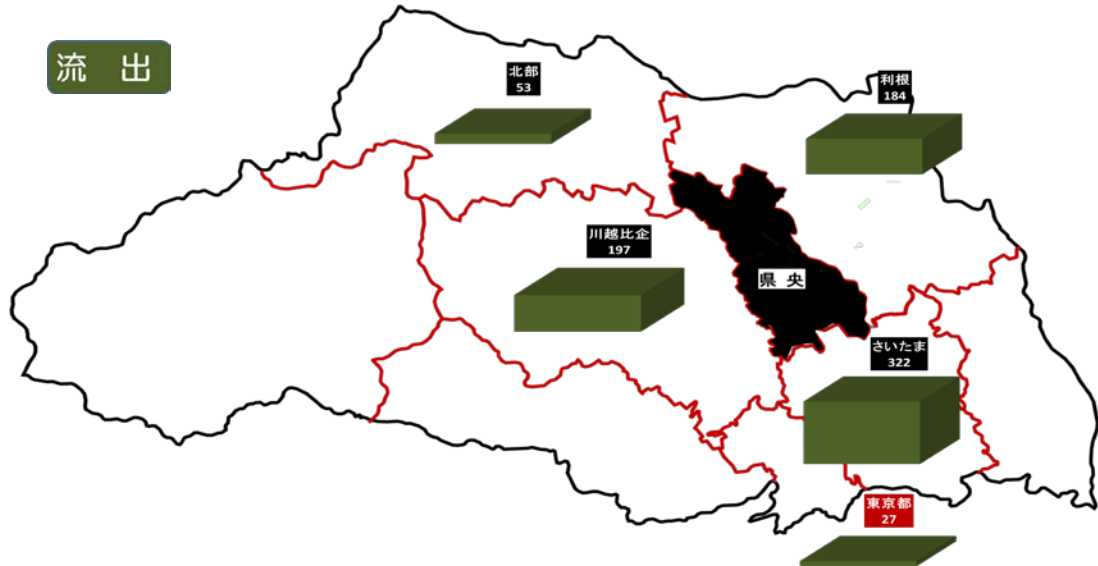
						(人/日)	
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	46	170	190	212	618	618	0
流出	106	245	211	221	783	756	27
				流出超過	▲165		

【区域・都県別】

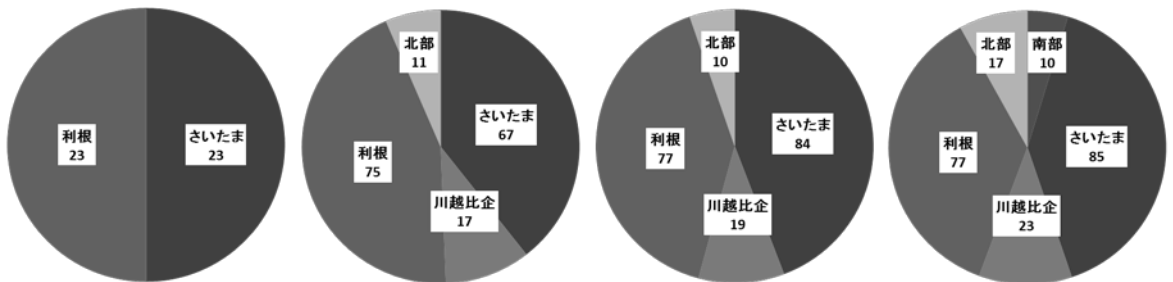
流入



流出



流入



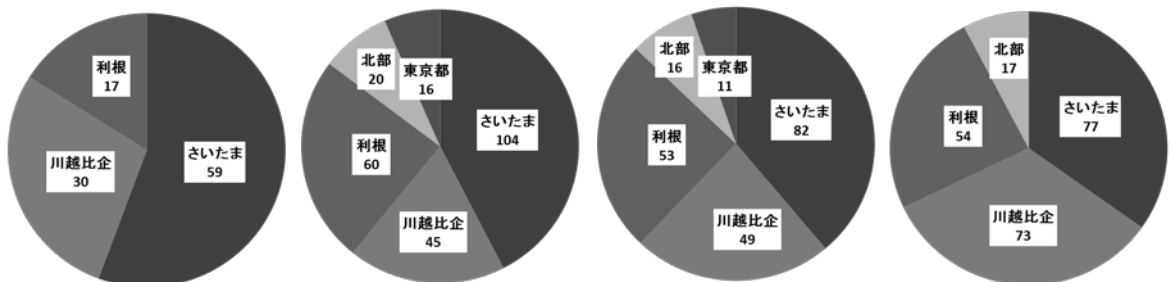
高度急性期

急性期

回復期

慢性期

流出

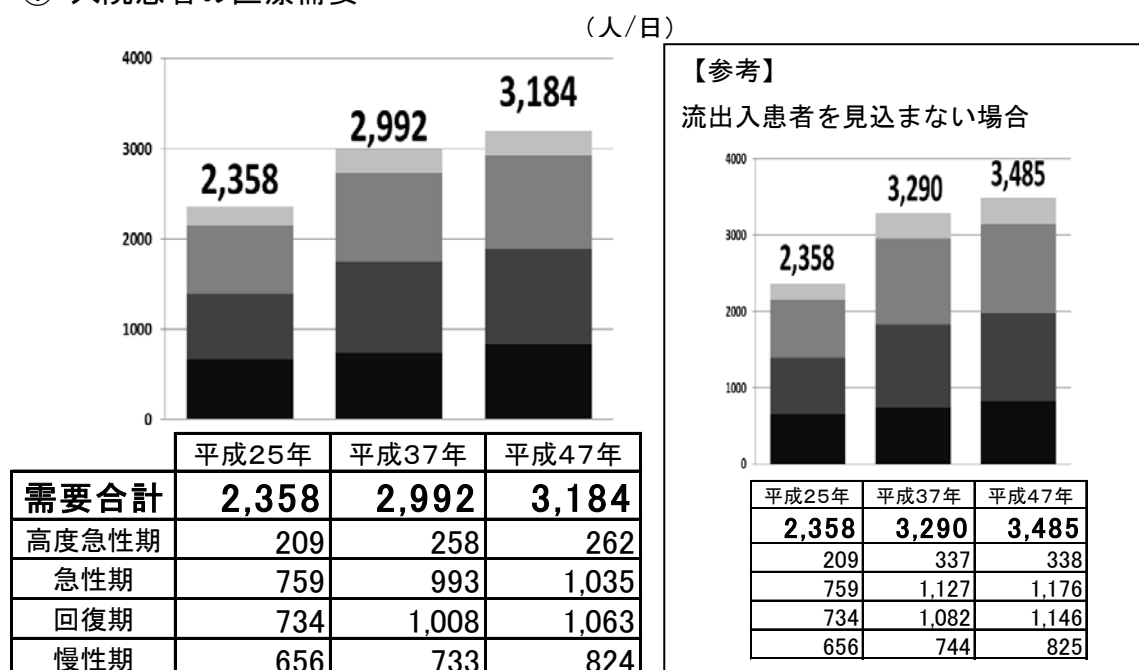


(イ) 医療需要推計

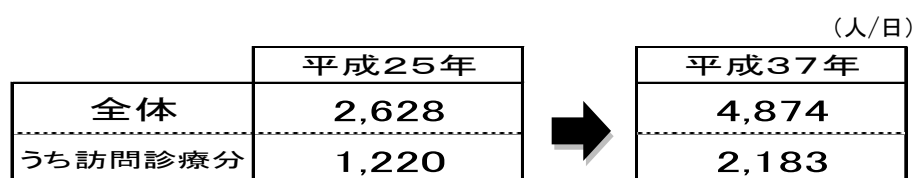
平成37年(2025年)及び平成47年(2035年)の需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

- ・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



② 在宅医療の必要量



③ 病床の必要量

「①入院患者の医療需要」を基に、機能区分別に厚生労働省令で定める病床稼働率等により平成37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	
必要量	344	1,273	1,120	797	3,534	無回答
平成26年度病床機能報告	495	1,630	185	947	3,257	19
流出入を見込まない場合	450	1,445	1,203	809	3,907	

既存病床数 (H28.3.29)	合計
	3,300

参考

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

【参考】 (%)

	一般病床	療養病床
県全体	82.6	92.0
県央	82.5	92.0

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

※便宜的に次のとおり分類
 ・一般病床＝高度急性期～回復期の必要病床数合計
 ・療養病床＝慢性期の必要病床数利用率

【参考資料1】入院基本料等からみた区域内的の病床の現状

※平成26年度病床機能報告による報告結果

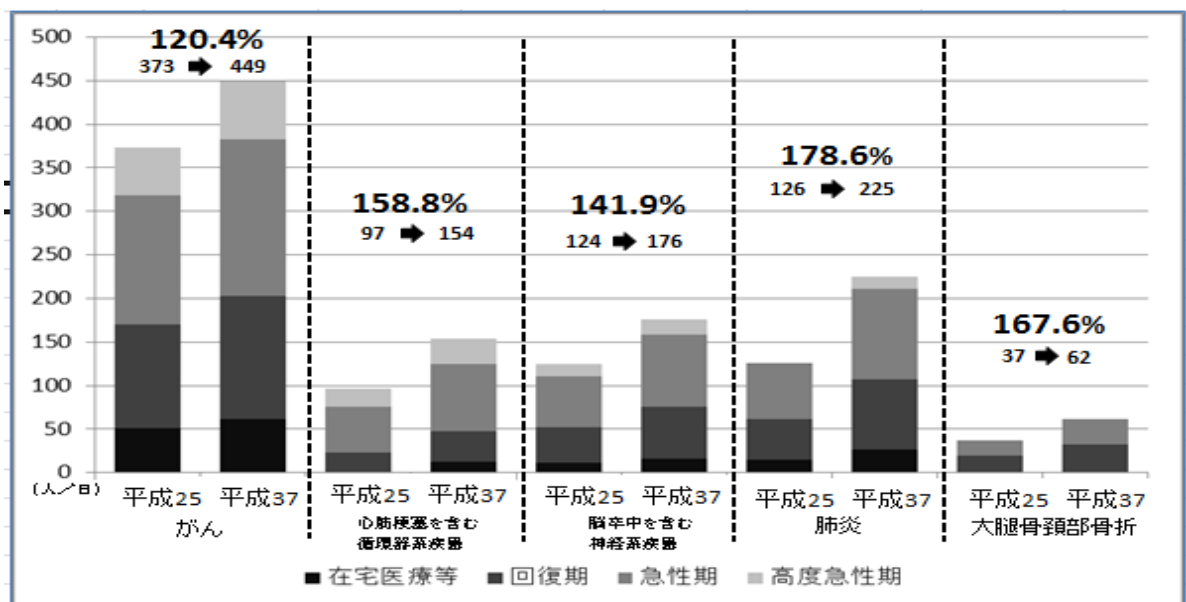
※人口：町(丁)字別人口(平成25年1月1日現在)

		病床数		
		実数	人口10万人あたり	
			区域内	県全体
一般病棟入院基本料	特定機能病院	0	0.0	17.5
	7対1	1,128	210.3	224.2
	10対1	113	21.1	66.5
	13対1	0	0.0	13.4
	15対1	97	18.1	32.1
回復期リハビリテーション病棟入院料		185	34.5	38.6
地域包括ケア病棟入院料・管理料		0	0.0	1.7
緩和ケア病棟入院料		72	13.4	2.4
特殊疾患入院料・管理料		0	0.0	8.0
療養病棟入院基本料		737	137.4	109.2
障害者施設等入院基本料		82	15.3	25.9

【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。



(ウ) 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。

また、さいたま、川越比企など近隣の構想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、県平均を大きく下回っている状況にあります。

一方、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。

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。
- ・ 在宅医療の体制整備は、今後の地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。

(エ) 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(介護老人保健施設等を含む)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っ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たち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

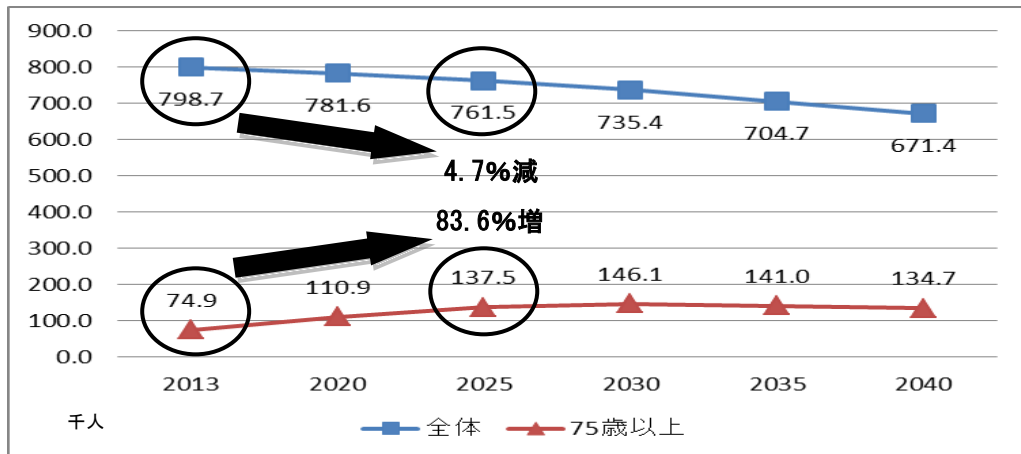
し、そのニーズに対応していく必要がある。

(6) 川越比企区域

【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」

「小児救急」

- ・埼玉医科大学病院…「周」「特」

- ・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
「小児救急」小児救命救急センター

○ 在宅療養支援医療機関等の状況

- ・在宅療養支援病院及び診療所並びに在宅時医学総合管理料届出

医療機関数 89（人口10万人当たり11.14）

- ・在宅療養支援歯科診療所数 29（人口10万人当たり3.63）

- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

242（人口10万人当たり30.30）

※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理機関名簿」（H27年4月1日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）

(ア) 入院患者の受療動向（平成25年）

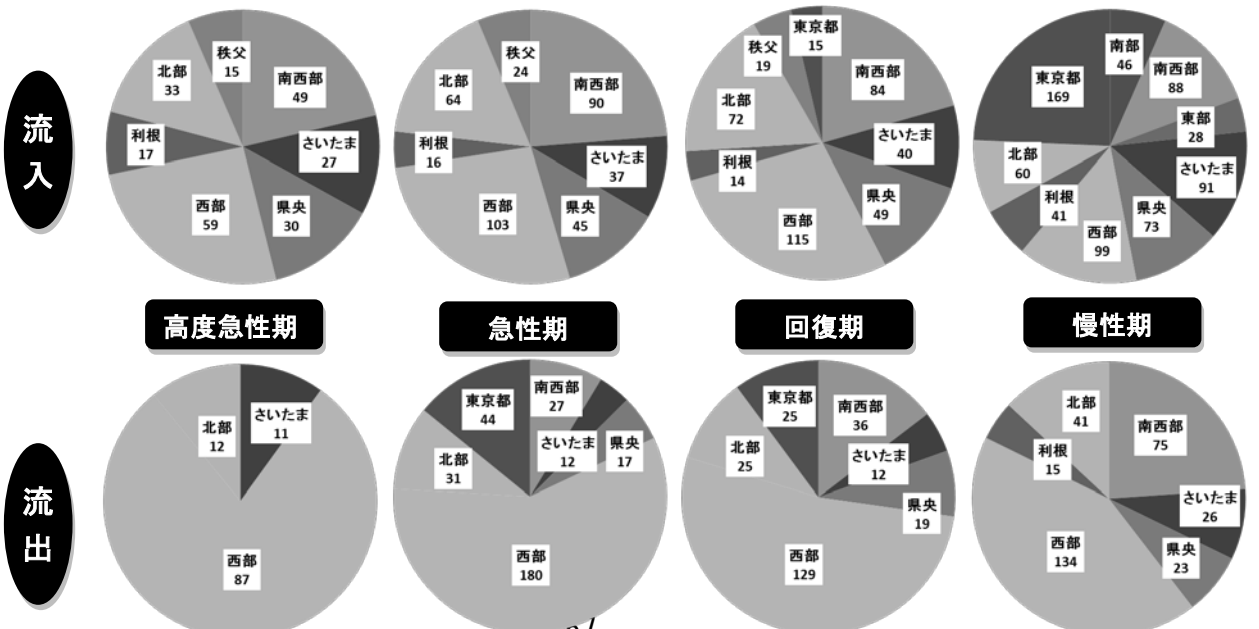
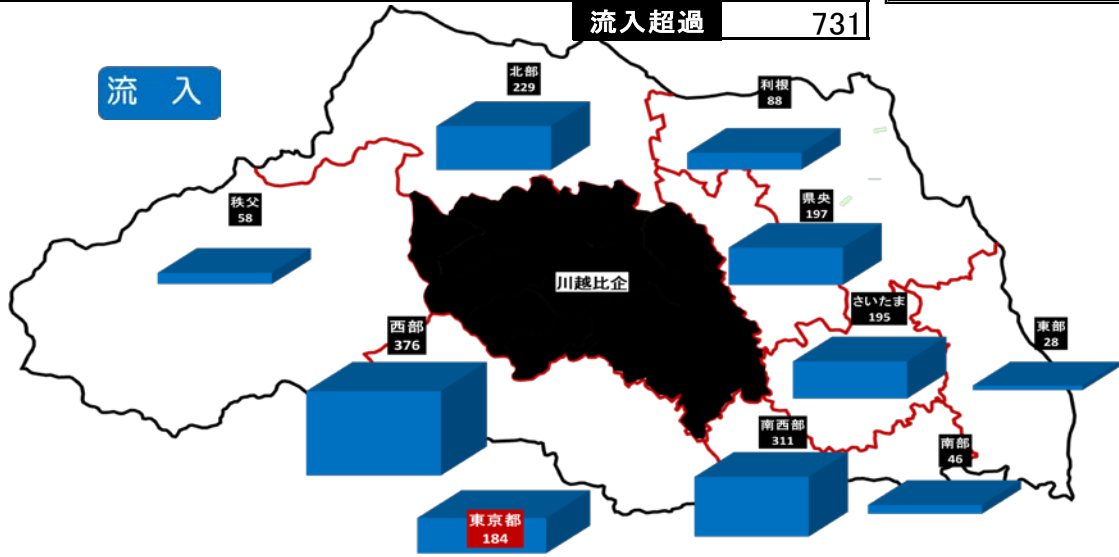
- ・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

- ・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

【全体】

(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	1712	1528	184
流出	110	311	246	314	981	912	69
流入超過					731		



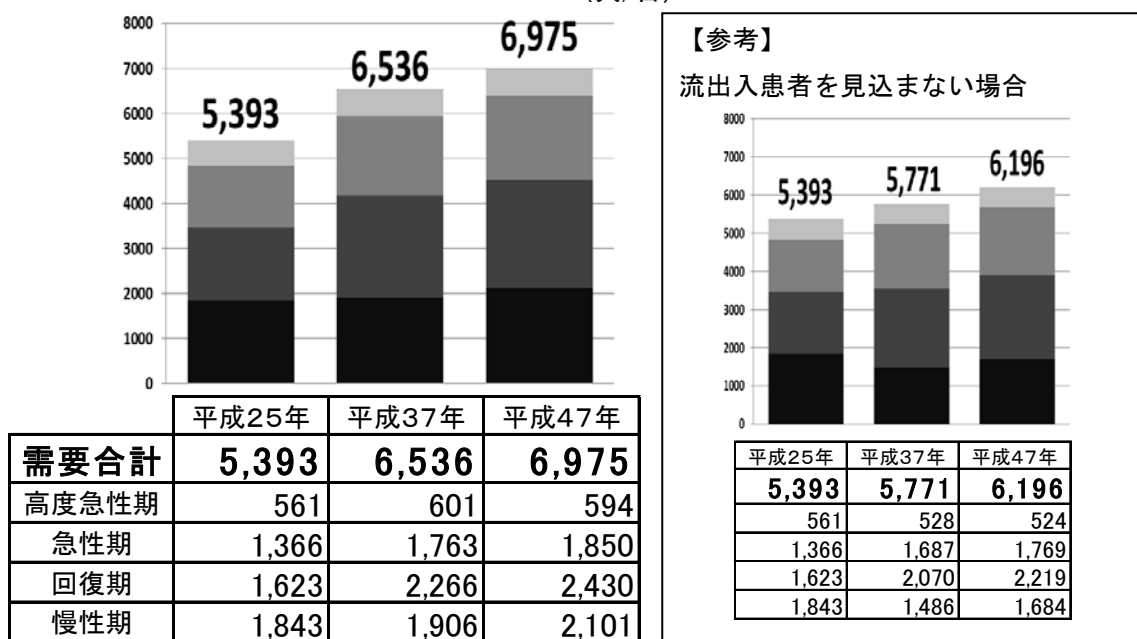
(イ) 医療需要推計

平成37年(2025年)及び平成47年(2035年)の需要を、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)



② 在宅医療の必要量

(人/日)

	平成25年	平成37年
全体	4,816	8,799
うち訪問診療分	2,469	4,105

③ 病床の必要量

「①入院患者の医療需要」を基に、機能区分別に厚生労働省令で定める病床稼働率等により平成37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	
必要量	802	2,260	2,518	2,072	7,652	無回答
平成26年度 病床機能報告	1,771	2,705	729	1,763	6,968	9
参考 流出入を見込まない場合	703	2,163	2,300	1,615	6,781	
					合計	
					6,781	

既存病床数
(H28年3月29日)

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	

※便宜的に次のとおり分類
 ・一般病床＝高度急性期～回復期の必要病床数合計
 ・療養病床＝慢性期の必要病床数利用率

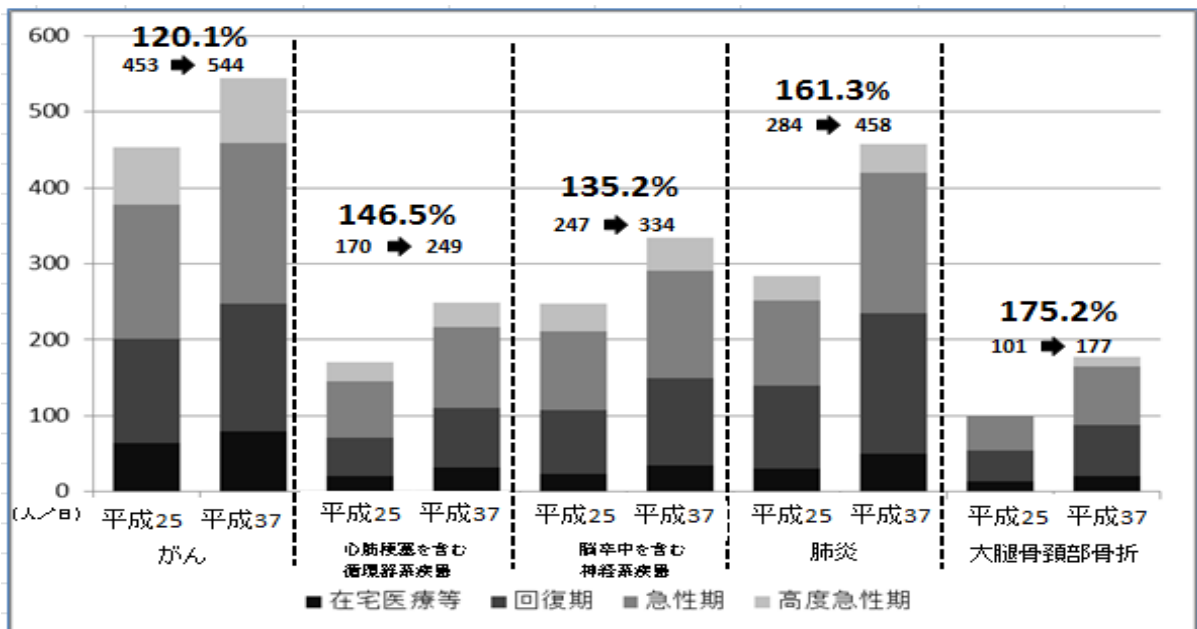
【参考資料1】入院基本料等からみた区域内的の病床の現状

※平成26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25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	662	82.9	17.5
	7対1	2,038	255.2	224.2
	10対1	698	87.4	66.5
	13対1	137	17.2	13.4
	15対1	217	27.2	32.1
回復期リハビリテーション病棟入院料		534	66.9	38.6
地域包括ケア病棟入院料・管理料		0	0.0	1.7
緩和ケア病棟入院料		12	1.5	2.4
特殊疾患入院料・管理料		0	0.0	8.0
療養病棟入院基本料		1,455	182.2	109.2
障害者施設等入院基本料		228	28.5	25.9

【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。



(ウ) 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。

また、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。

一方、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。

これらを踏まえた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。
- ・ 在宅医療の体制整備は、今後の地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。

(エ) 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)

- ・ 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（介護老人保健施設等を含む）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。

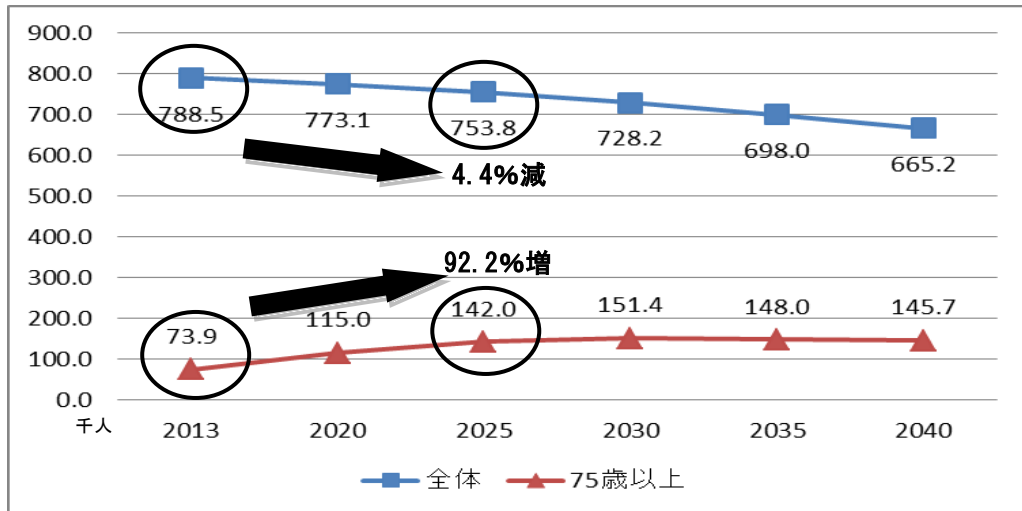
（今後の方向性）

- ・ 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、看護多機能型への改変について、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。

(7) 西部区域

【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

- ・ 在宅療養支援病院及び診療所並びに在宅時医学総合管理料届出

医療機関数 89（人口10万人当たり11.14）

- ・ 在宅療養支援歯科診療所数 29（人口10万人当たり3.63）
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

214（人口10万人当たり27.14）

※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27年4月1日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）

(ア) 入院患者の受療動向（平成25年）

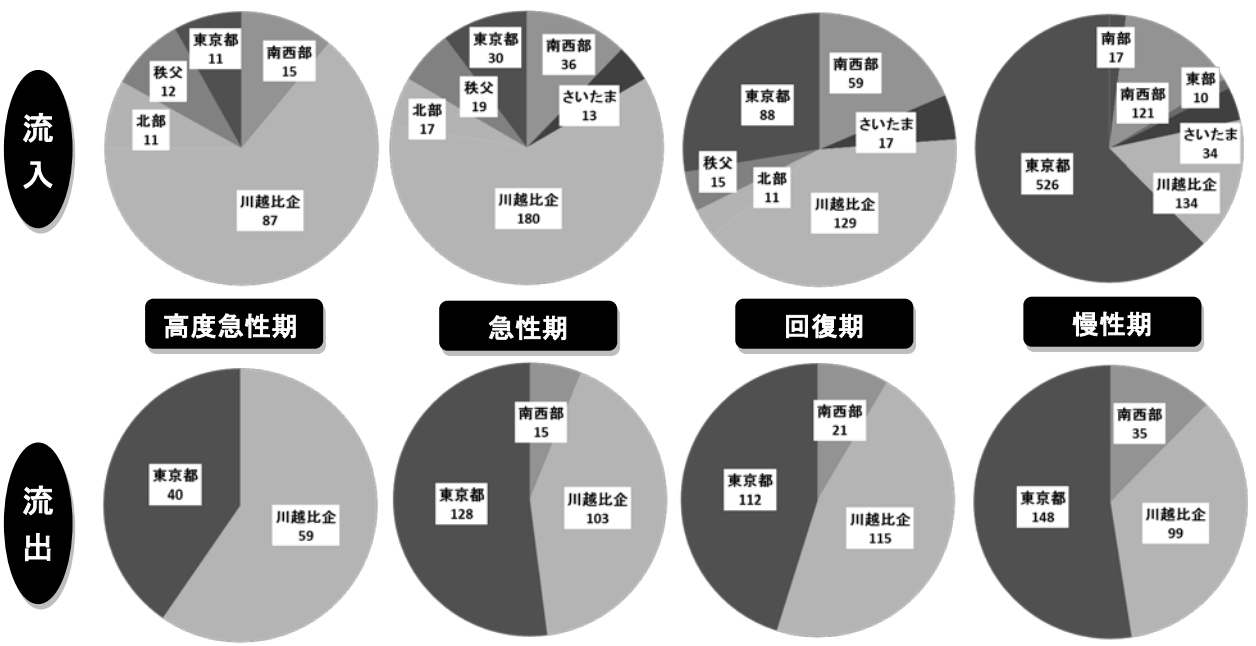
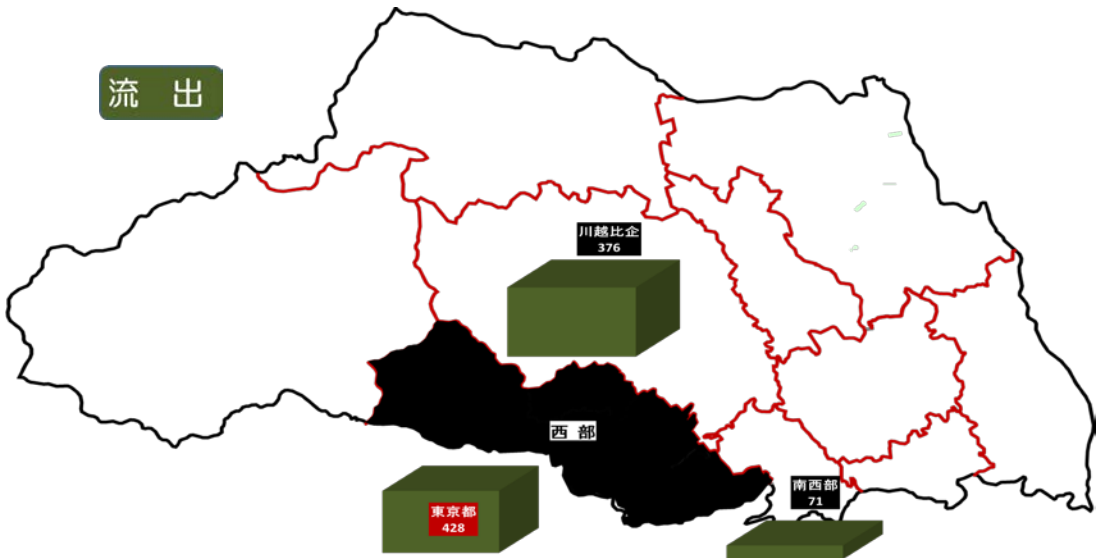
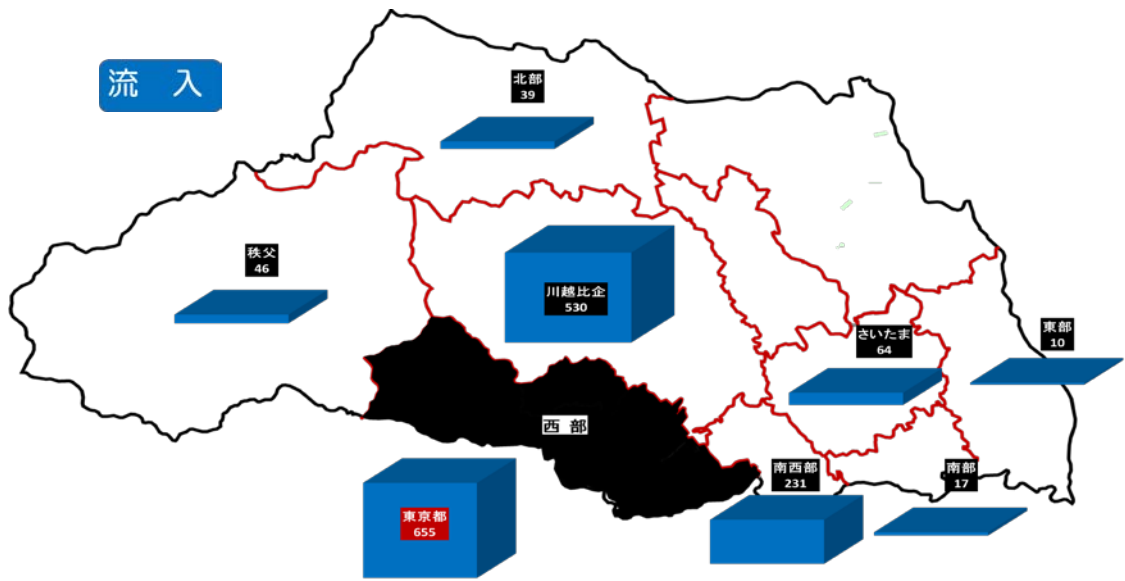
・ 厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

・ 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

【全体】

						(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	1592	937	655
流出	99	246	248	282	875	447	428
				流入超過	717		

【区域・都県別】



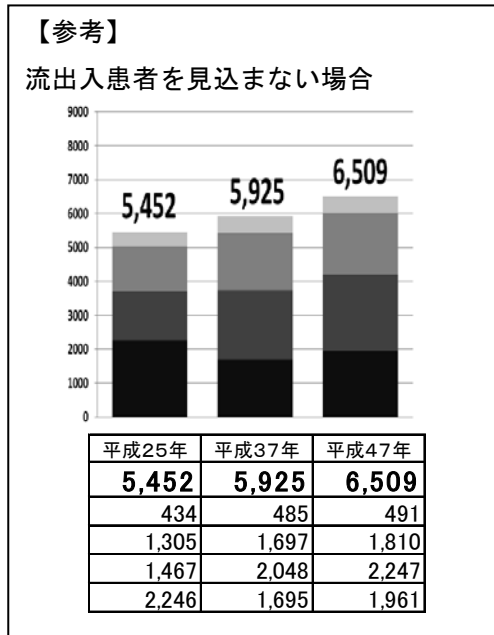
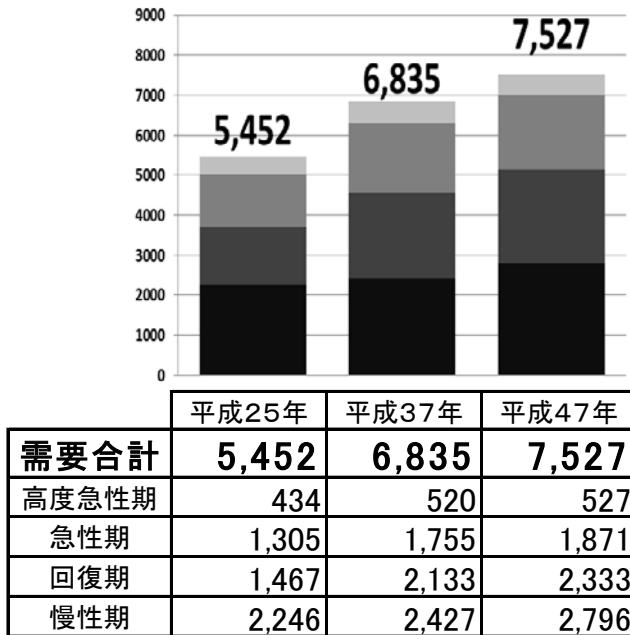
(イ) 医療需要推計

平成37年(2025年)及び平成47年(2035年)の需要を、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)



② 在宅医療の必要量

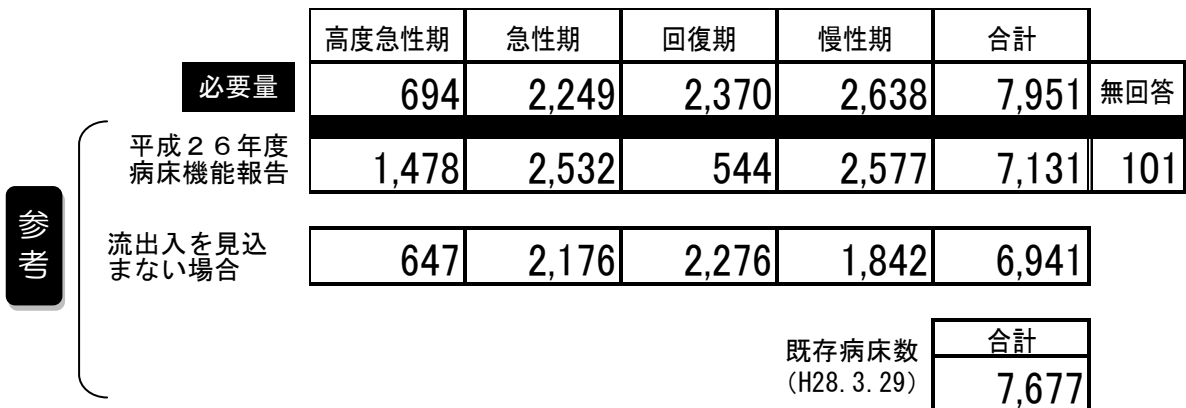
(人/日)



③ 病床の必要量

「①入院患者の医療需要」を基に、機能区別に厚生労働省令で定める病床稼働率等により平成37年における病床の必要量を算出

(床)



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】 (%)

	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(2025年)の推計患者を受入れるために必要な病床利用率

※便宜的に次のとおり分類
 ・一般病床＝高度急性期～回復期の必要病床数合計
 ・療養病床＝慢性期の必要病床数利用率

【参考資料1】入院基本料等からみた区域内的の病床の現状

※平成26年度病床機能報告による報告結果

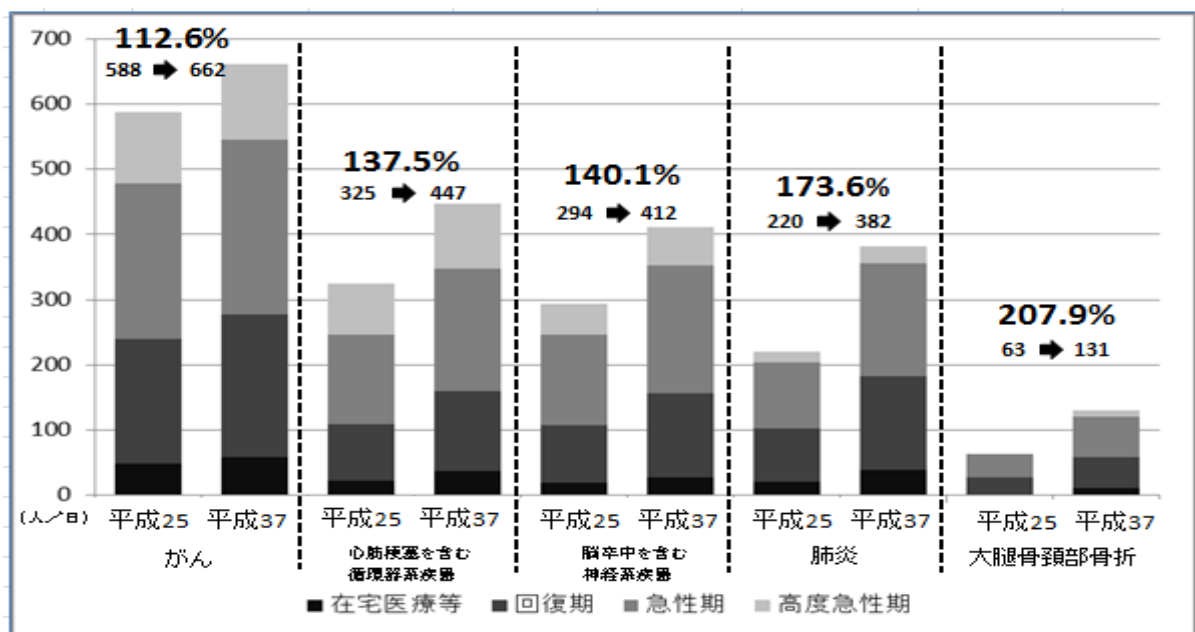
※人口：町(丁)字別人口(平成25年1月1日現在)

		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	610	77.4	17.5
	7対1	1,106	140.3	224.2
	10対1	924	117.2	66.5
	13対1	95	12.0	13.4
	15対1	308	39.1	32.1
回復期リハビリテーション病棟入院料		412	52.3	38.6
地域包括ケア病棟入院料・管理料		0	0.0	1.7
緩和ケア病棟入院料		8	1.0	2.4
特殊疾患入院料・管理料		233	29.5	8.0
療養病棟入院基本料		1,538	195.1	109.2
障害者施設等入院基本料		147	18.6	25.9

【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。



(ウ) 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中で、一般病床の利用率は全国平均、県平均を大きく下回っている状況にあります。

一方、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。

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。
- ・ 在宅医療の体制整備は、今後の地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。

(エ) 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状況にある。

(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く。
- ・ 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（介護老人保健施設等を含む）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、容態急変時の受入れ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（ワールドカフェ＝多職種連携座談会など）を進めている。

（今後の方向性）

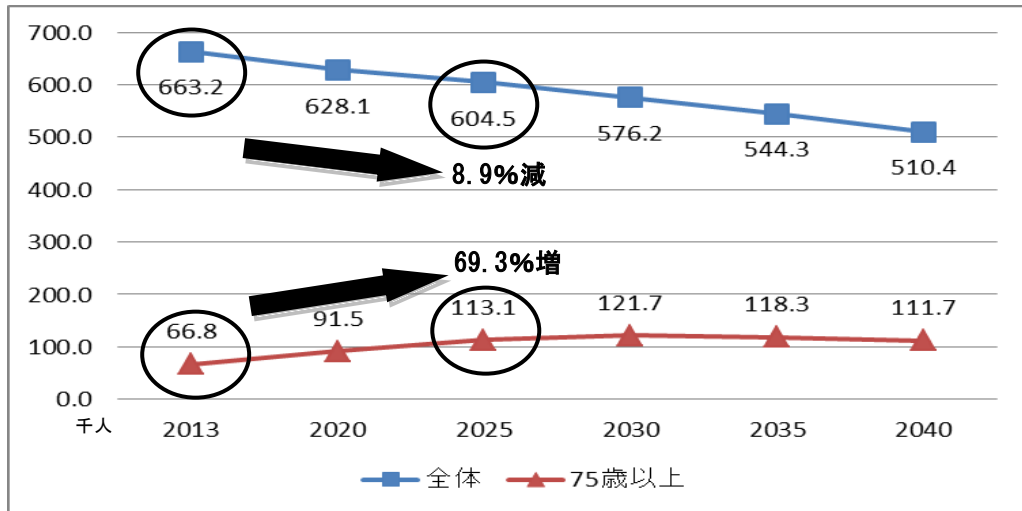
- ・ 在宅医療を担うマンパワーを増やすため、居宅での救急診療体制の整備をはじめ、患者急変時の対応や患者の状態に応じた医療機関の役割分担の明確化などを進めることが重要である。
- ・ ワールドカフェ等により、在宅医療・介護関係者に対する研修をはじめ情報の共有支援、地域住民への普及啓発等を推進する。
- ・ 往診医の確保や充実、往診医を支える仕組み等の整備について、地域医療介護総合確保基金の活用を図るべきである。

(8) 利根区域

【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

- ・ 在宅療養支援病院及び診療所並びに在宅時医学総合管理料届出

医療機関数

48（人口10万人当たり7.24）

- ・ 在宅療養支援歯科診療所数 16（人口10万人当たり2.41）

- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

177（人口10万人当たり26.69）

※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27年4月1日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）

(ア) 入院患者の受療動向（平成25年）

- ・ 厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

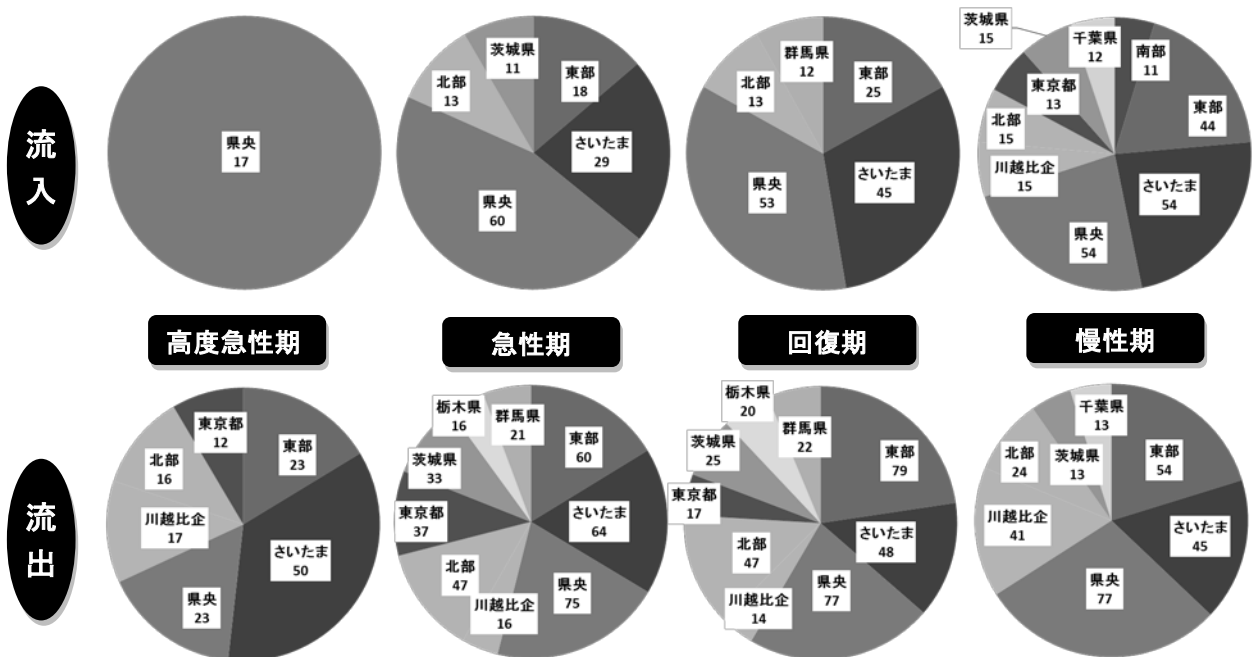
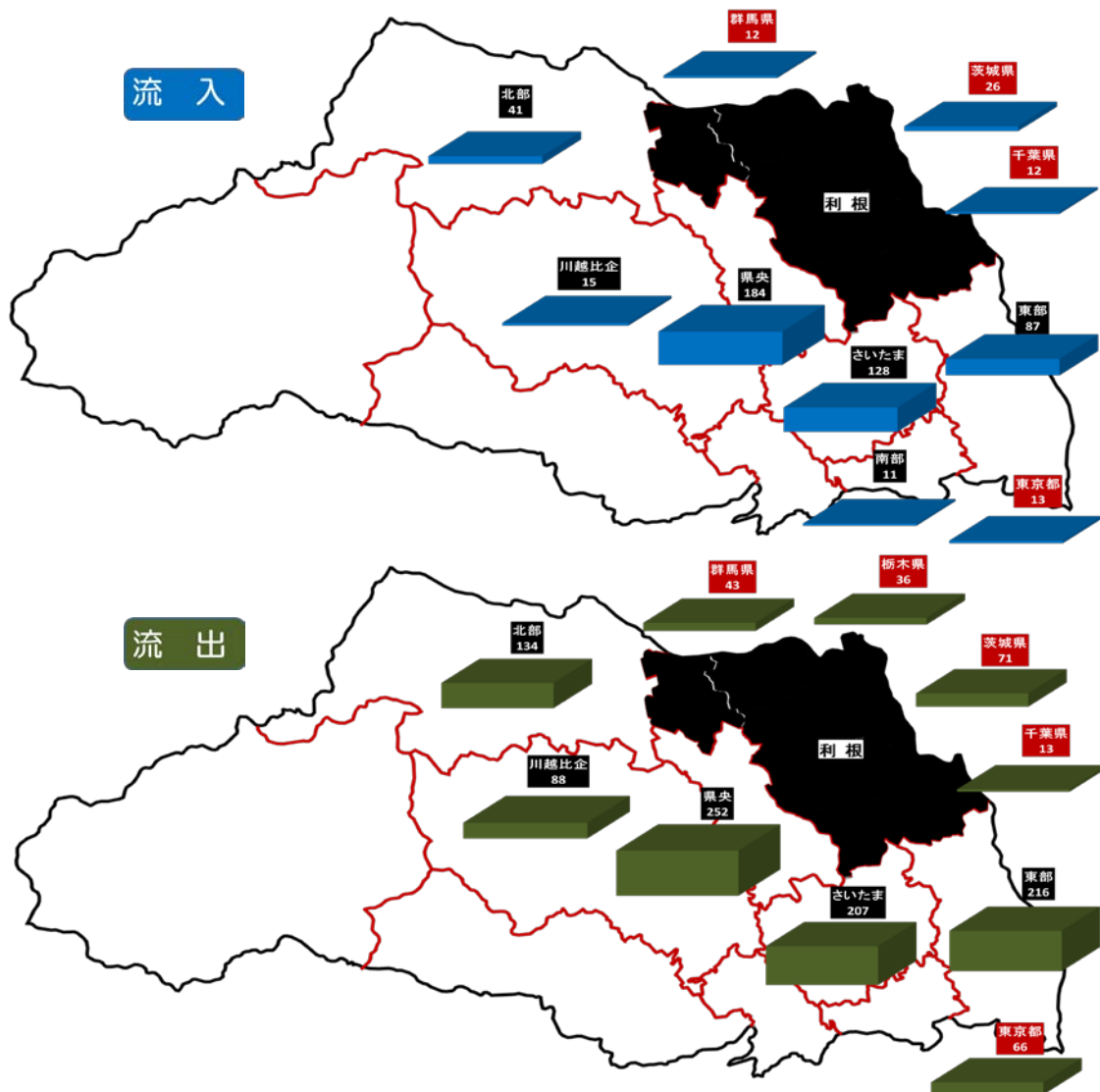
- ・ 平成25年（2013年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

【全体】

	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	369	349	267	1126	897	229
				流出超過	▲ 597		

(人/日)

【区域・都県別】



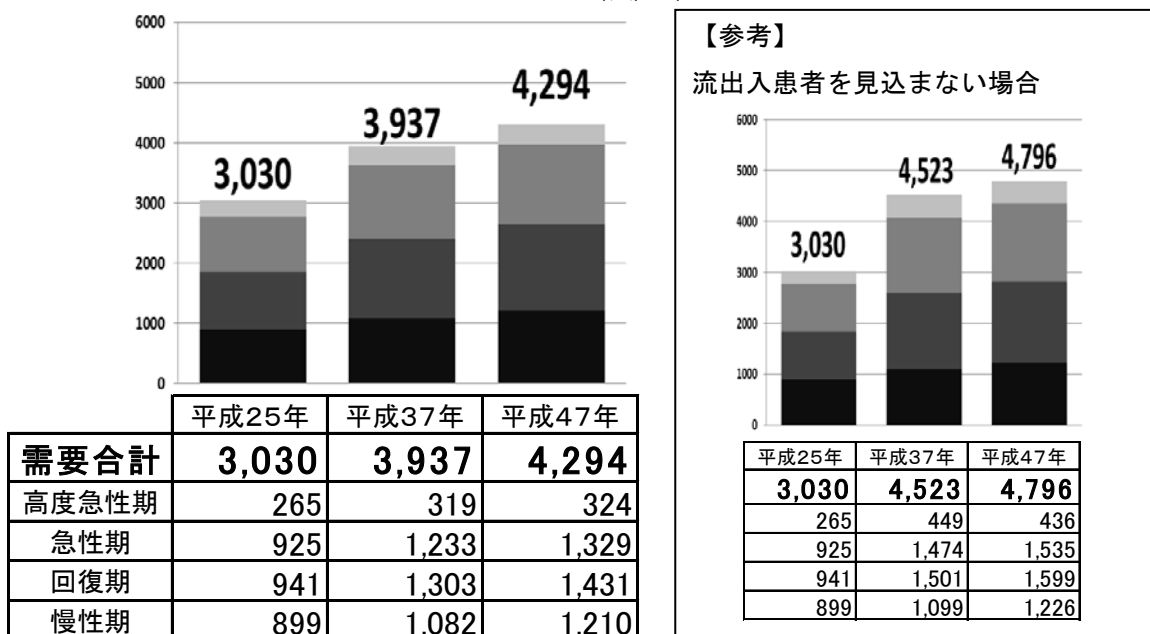
(イ) 医療需要推計

平成37年(2025年)及び平成47年(2035年)の需要を、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)



② 在宅医療の必要量

(人/日)

	平成25年	平成37年
全体	平成25年	平成37年
うち訪問診療分	967	1,492

③ 病床の必要量

「①入院患者の医療需要」を基に、機能区分別に厚生労働省令で定める病床稼働率等により平成37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		
必要量	426	1,580	1,448	1,176	4,630	無回答	
平成26年度 病床機能報告	34	2,742	300	1,186	4,262	117	
流出入を見込まない場合	599	1,890	1,668	1,195	5,352		
既存病床数 (H28.3.29)						合計	4,164

参考

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】 (%)

	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(2025年)の推計患者を受入れるために必要な病床利用率

※便宜的に次のとおり分類
 ・一般病床＝高度急性期～回復期の必要病床数合計
 ・療養病床＝慢性期の必要病床数利用率

【参考資料1】入院基本料等からみた区域内的の病床の現状

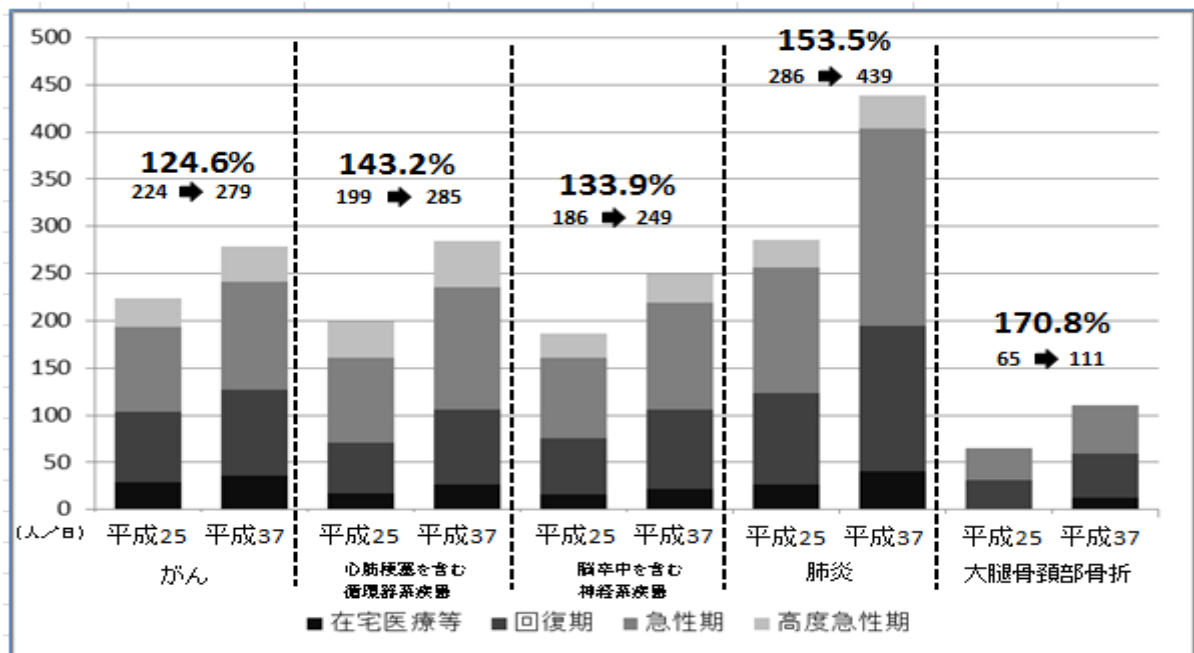
※平成26年度病床機能報告による報告結果
 ※人口：町(丁)字別人口(平成25年1月1日現在)

		病床数		
		実数	人口10万人あたり	
			区域内	県全体
一般病棟入院基本料	特定機能病院	0	0.0	17.5
	7対1	1,486	224.1	224.2
	10対1	501	75.5	66.5
	13対1	45	6.8	13.4
	15対1	206	31.1	32.1
回復期リハビリテーション病棟入院料		189	28.5	38.6
地域包括ケア病棟入院料・管理料		45	6.8	1.7
緩和ケア病棟入院料		21	3.2	2.4
特殊疾患入院料・管理料		0	0.0	8.0
療養病棟入院基本料		590	89.0	109.2
障害者施設等入院基本料		436	65.7	25.9

【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。



(ウ) 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ます。

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

また、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く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スタッフの不足です。

一方、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。

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るとともに、高度急性期を担う医療機関が、その機能を維持できるよう負担の軽減を図っていきます。
- ・ 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。
- ・ 在宅医療の体制整備は、今後の地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。

(エ) 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く、周辺の区域に万遍なく入院患者が流出しているという特徴がある。その理由として、地域完結型の医療体制が脆弱なことがあげられる。
- ・ 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ても、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が、慢性期の入院患者に対して高度な医療処置が必要となった時などの潜在的な需要が大きい。
- ・ 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、他職種・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についても、診療所の医師が域外在住者であることから、十分な連携が図られていない。

(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学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、市町も含め更に連携を深めていく必要がある。
- ・ 回復期、慢性期でも急性期を脱した患者の転院や新規入院の受入れを進めることが必要である。
- ・ 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。
- ・ 病病連携において、地域内で調和を図るため、新規開院や病床の転換にあつては、地域内での位置付けを明確にすることで、地域全体の理解を得る必要がある。
- ・ 人材確保のための登録、紹介機関の設置、医師や看護師の育成、養成のための奨学金の活用や、教育機関の誘致と指導者等への支援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の支援が求められる。

② 在宅医療（介護老人保健施設等を含む）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おり、また域外居住の医師が多いため、24時間体制の訪問ができないケースがある。

（今後の方向性）

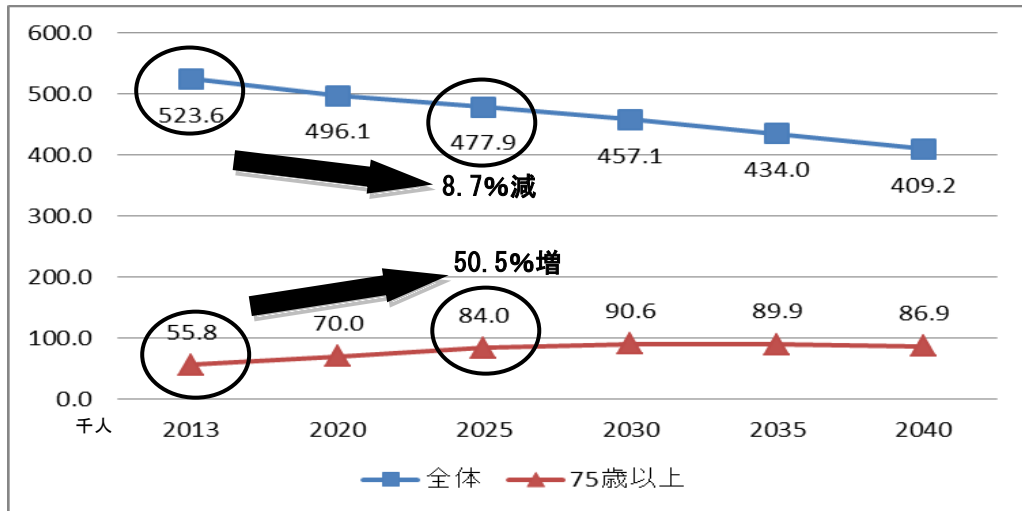
- ・ 訪問診療医の負担軽減を図りながら、受持ち患者数を増やすため、ITを活用した双方向性のリモート診療を可能とするシステムを導入していく。
- ・ 特別養護老人ホームや介護老人保健施設等の介護施設の利用情報を一元化し、より効率的な施設運用を行っていく。
- ・ 救急ではないが入院させて様子を見るという事例の増加が想定されるため、軽度の医療処置を必要とする在宅高齢者の介護施設への一時入所や病病連携を推進し、高度な医療処置を必要とする患者の転送が保証される体制を確立することが重要である。
- ・ 訪問診療については自治体の境界を越えるため、近隣自治体間の連携を強化すべきである。

(9) 北部区域

【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

・ 在宅療養支援病院及び診療所並びに在宅時医学総合管理料届出

医療機関数 72（人口10万人当たり13.75）

・ 在宅療養支援歯科診療所数 18（人口10万人当たり3.43）

・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

166（人口10万人当たり31.70）

※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27年4月1日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）

(ア) 入院患者の受療動向（平成25年）

・ 厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

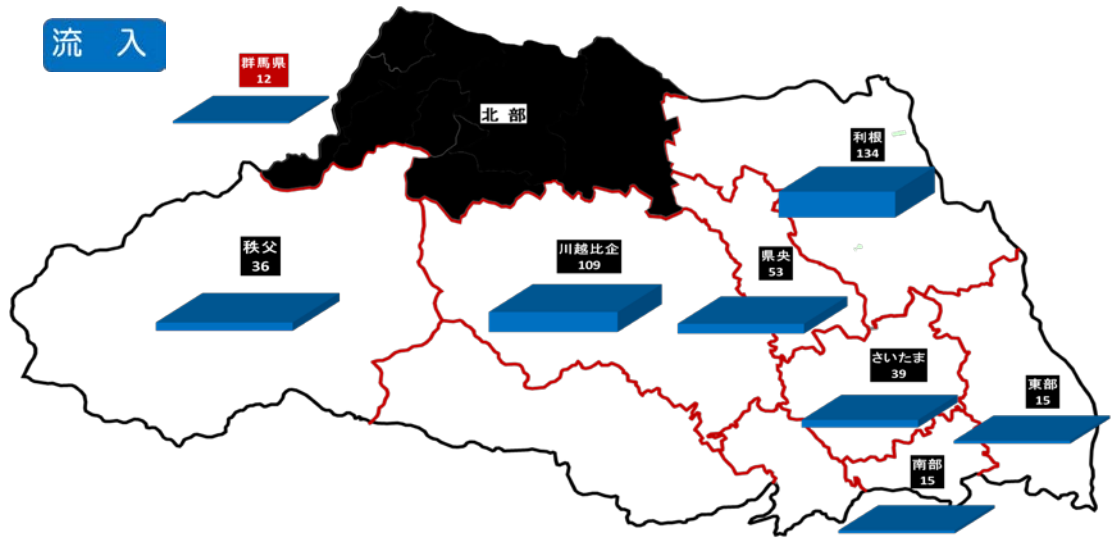
・ 平成25年（2013年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

【全体】

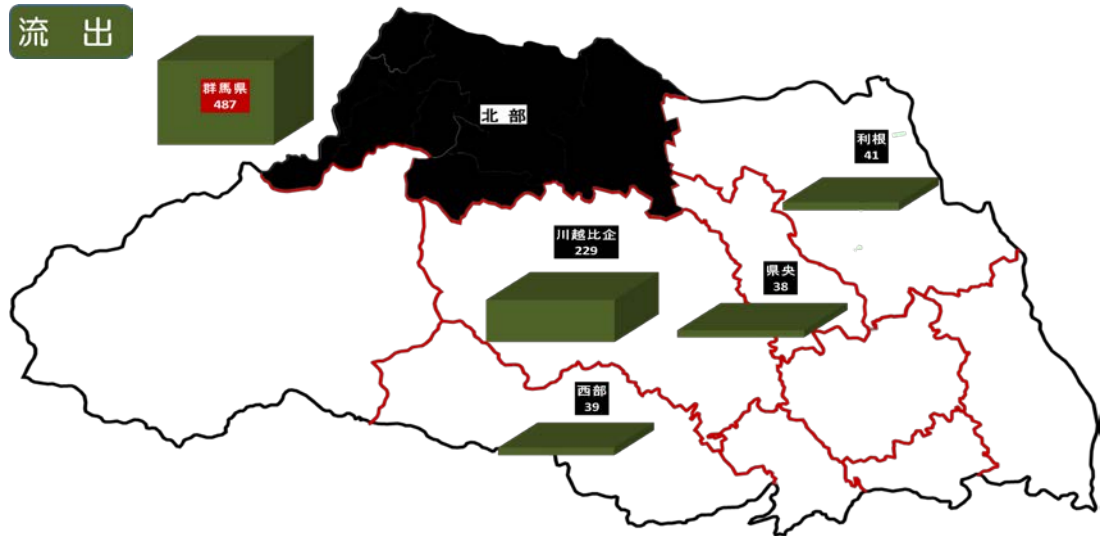
						(人/日)	
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外
流入	28	118	121	146	413	401	12
流出	111	276	296	151	834	347	487
				流出超過	▲ 421		

【区域・都県別】

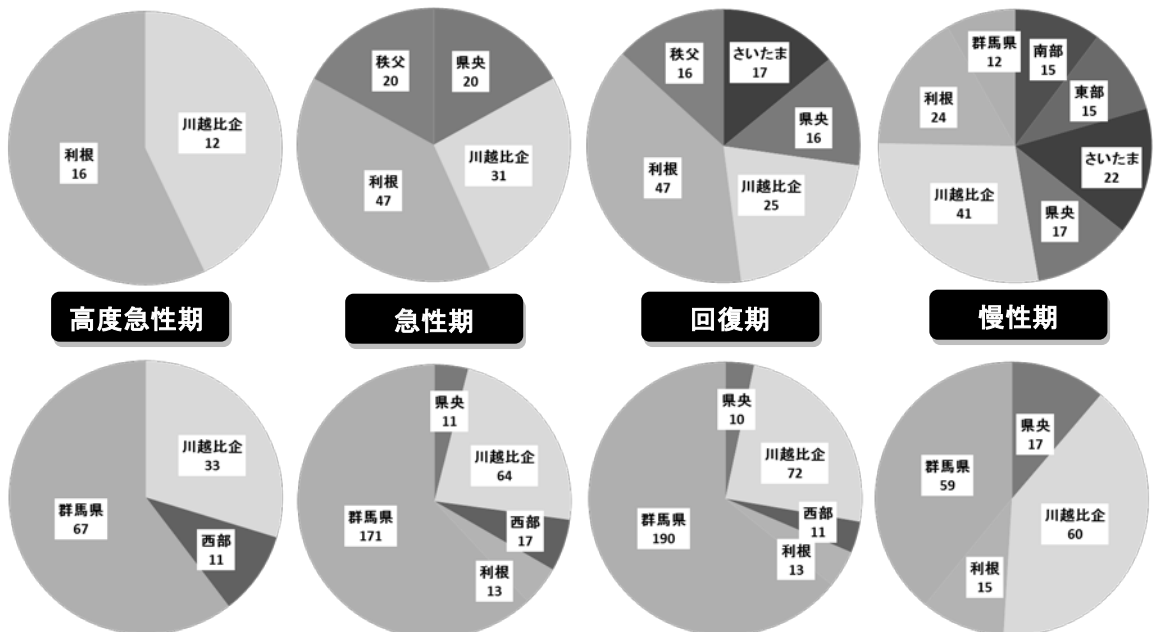
流入



流出



流入



流出

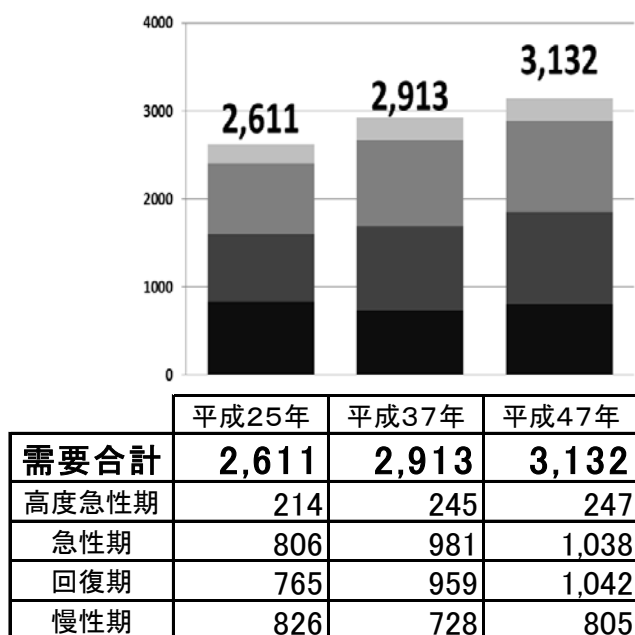
(イ) 医療需要推計

平成37年(2025年)及び平成47年(2035年)の需要を、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

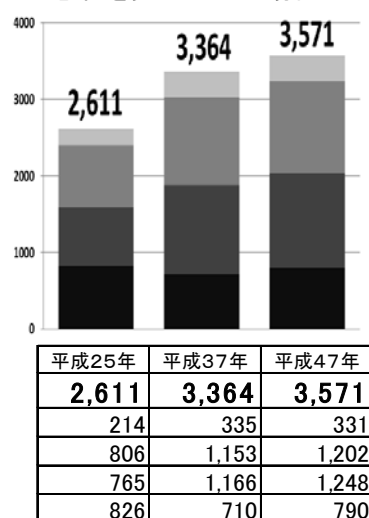
① 入院患者の医療需要

(人/日)



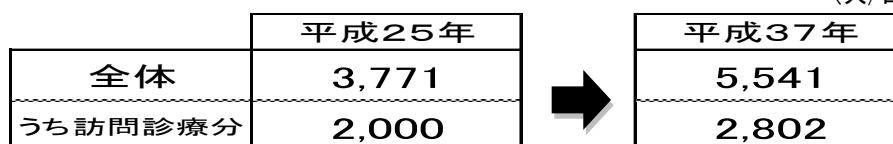
【参考】

流出入患者を見込まない場合



② 在宅医療の必要量

(人/日)



③ 病床の必要量

「①入院患者の医療需要」を基に、機能区別に厚生労働省令で定める病床稼働率等により平成37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	
必要量	327	1,258	1,066	791	3,442	無回答
平成26年度 病床機能報告	597	2,002	277	954	3,830	38
流出入を見込まない場合	447	1,478	1,296	772	3,993	
合計					3,603	

参考

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

既存病床数
(H28.3.29)

【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

※便宜的に次のとおり分類
 ・一般病床＝高度急性期～回復期の必要病床数合計
 ・療養病床＝慢性期の必要病床数利用率

【参考資料1】入院基本料等からみた区域内的の病床の現状

※平成26年度病床機能報告による報告結果

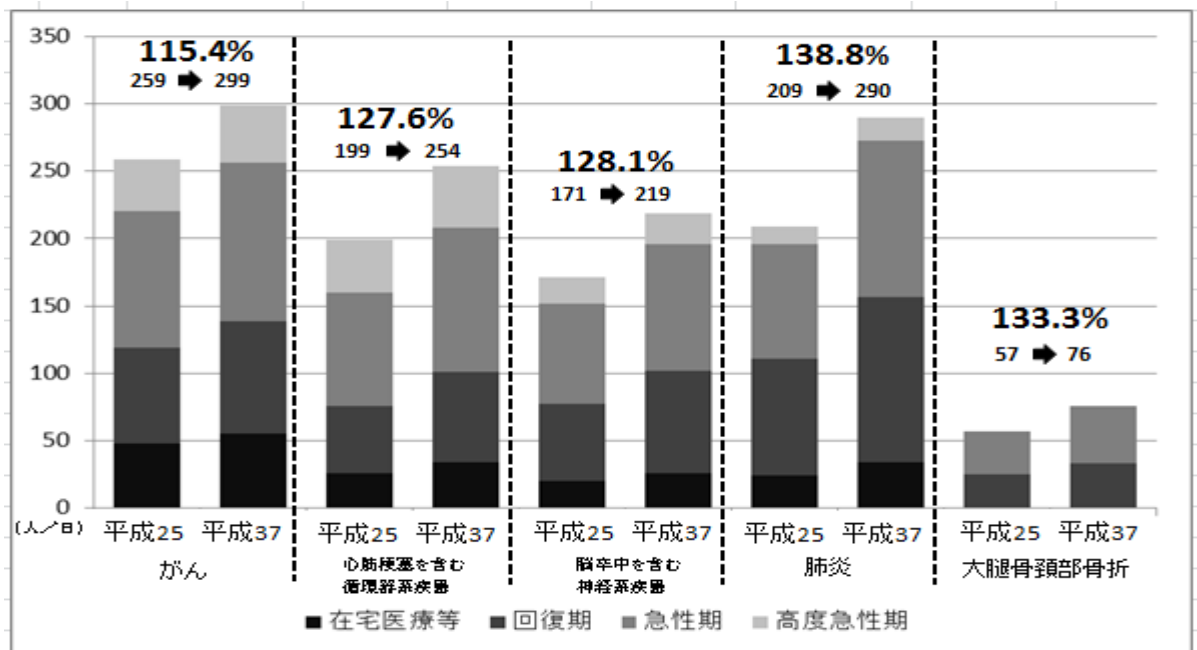
※人口：町(丁)字別人口(平成25年1月1日現在)

	実数	病床数		
		人口10万人あたり		
		区域内	県全体	
一般病棟入院基本料	特定機能病院	0	0.0	17.5
	7対1	1,005	191.9	224.2
	10対1	769	146.9	66.5
	13対1	233	44.5	13.4
	15対1	200	38.2	32.1
回復期リハビリテーション病棟入院料	96	18.3	38.6	
地域包括ケア病棟入院料・管理料	0	0.0	1.7	
緩和ケア病棟入院料	0	0.0	2.4	
特殊疾患入院料・管理料	20	3.8	8.0	
療養病棟入院基本料	816	155.8	109.2	
障害者施設等入院基本料	59	11.3	25.9	

【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。



(ウ) 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。

群馬県などに多くの入院患者が流出している中で、一般病床の利用率が全国平均、県平均を大きく下回っている状況にあります。

一方、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。

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。
- ・ 在宅医療の体制整備は、今後の地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。

(エ) 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・連携及び一般病床の整備

(現状)

- ・ 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。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。
- ・ 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)

- ・ 病病連携や病診連携を図るため、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の構築を検討する。
- ・ 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。
- ・ 各病棟機能の定義、要件、診療報酬上の位置付けなどを明確にしていく必要がある。
- ・ 各病院の地域医療連携室・連携担当者の情報を集約し、連携する場合の相談窓口の情報を、行政機関が一元的に提供できるように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、整備情報を共

有し、簡易な手続きで共同利用できるようなシステムを構築していくことが重要となる。

- ・ 地域連携クリティ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。
- ・ 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はなく、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ため、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。

② 在宅医療（介護老人保健施設等を含む）の体制整備

（現状）

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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がらない傾向にある。
- ・ 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、初度経費の負担が大きい。

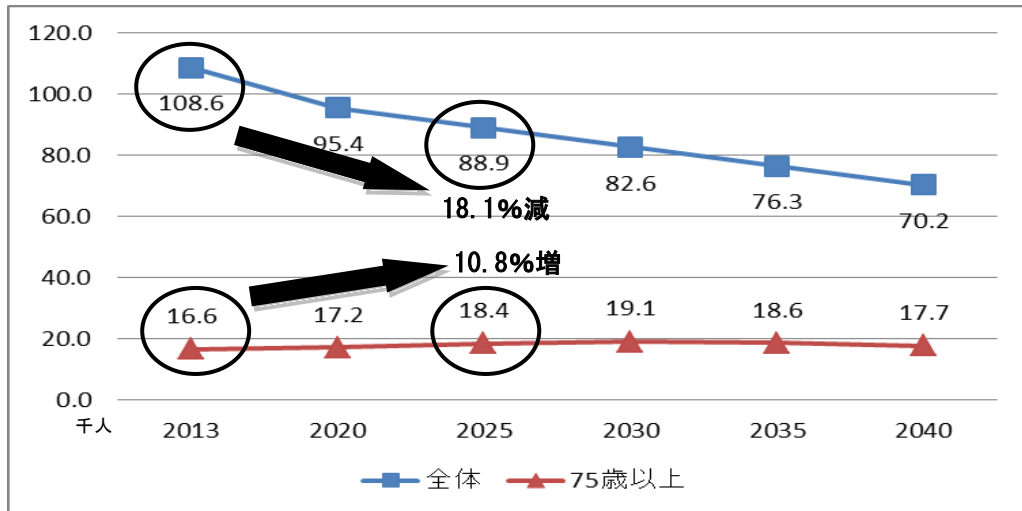
（今後の方向性）

- ・ 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数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、事務所賃貸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。
- ・ 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、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。

(10) 秩父区域

【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）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：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
 - 在宅療養支援医療機関等の状況
 - ・在宅療養支援病院及び診療所並びに在宅時医学総合管理料届出医療機関数 13（人口10万人当たり11.97）
 - ・在宅療養支援歯科診療所数 6（人口10万人当たり5.52）
 - ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数 43（人口10万人当たり39.59）
- ※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27年4月1日現在）
 ※人口は、町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）

(ア) 入院患者の受療動向（平成25年）

- ・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

【全体】

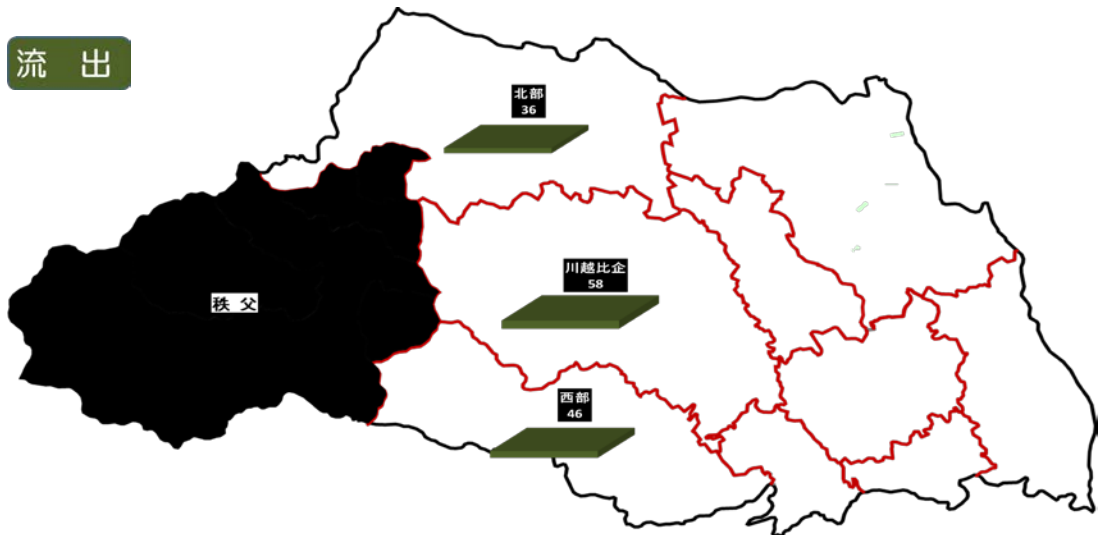
						(人/日)		
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	県内	県外	
流入	0	0	0	0	0	0	0	
流出	27	63	50	0	140	140	0	
	流出超過					▲ 140		

【区域・都県別】

流入



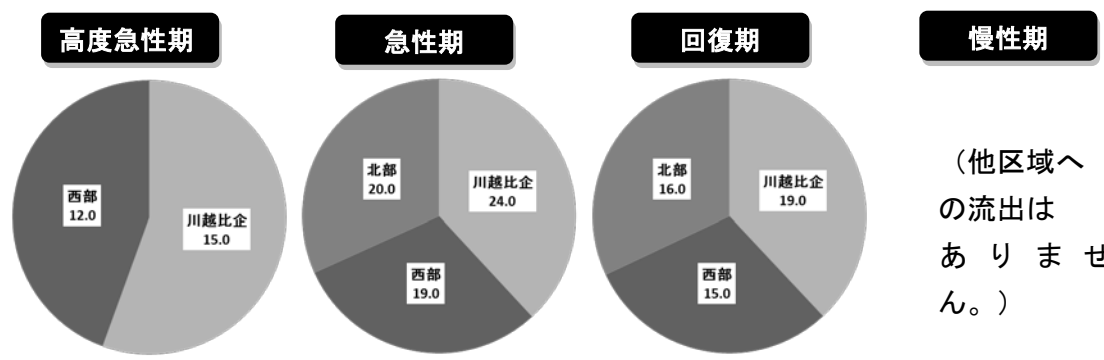
流出



流入

(他区域からの流入はありません。)

流出



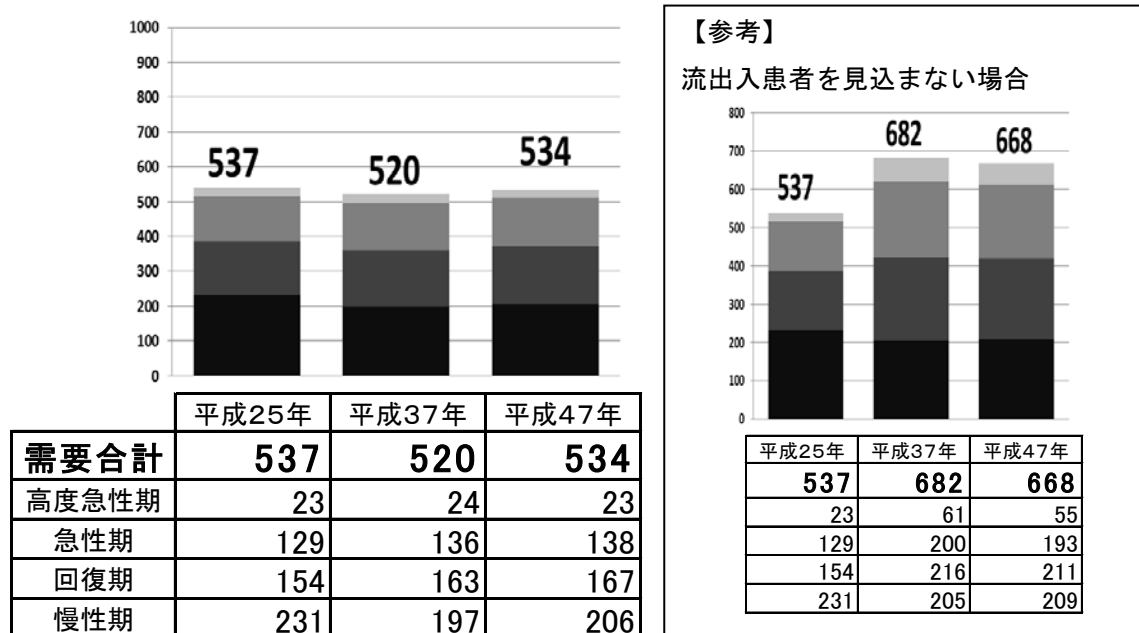
(イ) 医療需要推計

平成37年(2025年)及び平成47年(2035年)の需要を、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)



② 在宅医療の必要量

(人/日)

	平成25年	平成37年
全体	881	1,008
うち訪問診療分	365	399

③ 病床の必要量

「①入院患者の医療需要」を基に、機能区別に厚生労働省令で定める病床稼働率等により平成37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	
必要量	31	174	181	214	600	無回答
平成26年度病床機能報告	0	395	54	364	813	15
流出入を見込まない場合	81	256	240	222	799	

既存病床数 (H28. 3. 29)	合計
	757

参考

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

※便宜的に次のとおり分類
 ・一般病床＝高度急性期～回復期の必要病床数合計
 ・療養病床＝慢性期の必要病床数利用率

【参考資料1】入院基本料等からみた区域内的の病床の現状

※平成26年度病床機能報告による報告結果

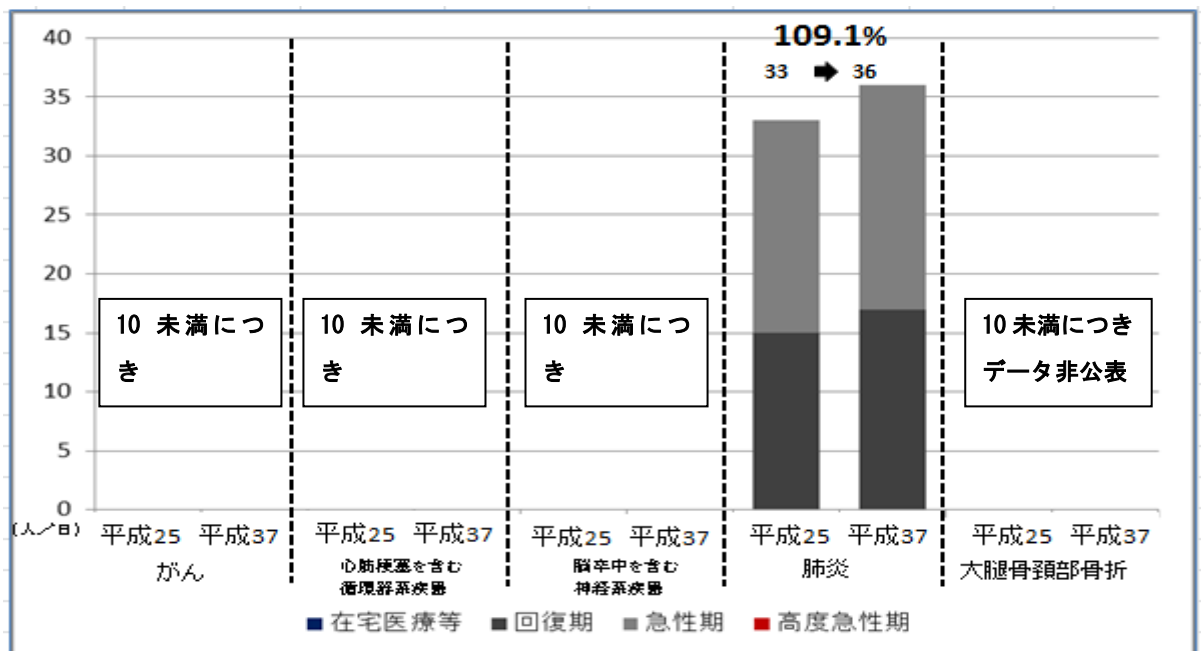
※人口：町(丁)字別人口(平成25年1月1日現在)

		病床数		
		実数	人口10万人当たり	
			区域内	県全体
一般病棟入院基本料	特定機能病院	0	0.0	17.5
	7対1	165	152.0	224.2
	10対1	157	144.6	66.5
	13対1	0	0.0	13.4
	15対1	0	0.0	32.1
回復期リハビリテーション病棟入院料		35	32.2	38.6
地域包括ケア病棟入院料・管理料		0	0.0	1.7
緩和ケア病棟入院料		0	0.0	2.4
特殊疾患入院料・管理料		0	0.0	8.0
療養病棟入院基本料		239	220.2	109.2
障害者施設等入院基本料		60	55.3	25.9

【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。



(ウ) 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、将来必要となる病床数は確保されています。

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、看護師等医療スタッフの確保を進めます。
- ・ 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。

(エ) 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。一方、病診連携については、特に慢性期病院と診療所の連携があまりうまく機能していない。
- ・ 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。

(今後の方向性)

- ・ 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。また、住民に向けて「かかりつけ医をつくろう」などのキャンペーンも行っていく。
- ・ 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、この機能を他地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アクセス網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。

② 在宅医療の体制整備

(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厳しく、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ため、1日に訪問できる件数が限られる。

(今後の方向性)

- ・ 1市4町と医師会による連携を進め、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。
- ・ 在宅医療を支える施設や人材確保を進めるため、医療や介護関係者による協議の場を設置する。
- ・ 介護老人保健施設等の受入れ人数増や訪問診療体制の充実などについて、具体的な数値を用いて検討を行うなど、医療関係者と介護・福祉関係者による協議の場を設ける。
- ・ 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。

7 地域医療構想の推進体制

(1) 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、医療法に基づき構想区域ごとに「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。

(2) 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、各構想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。

(3) 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て、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。