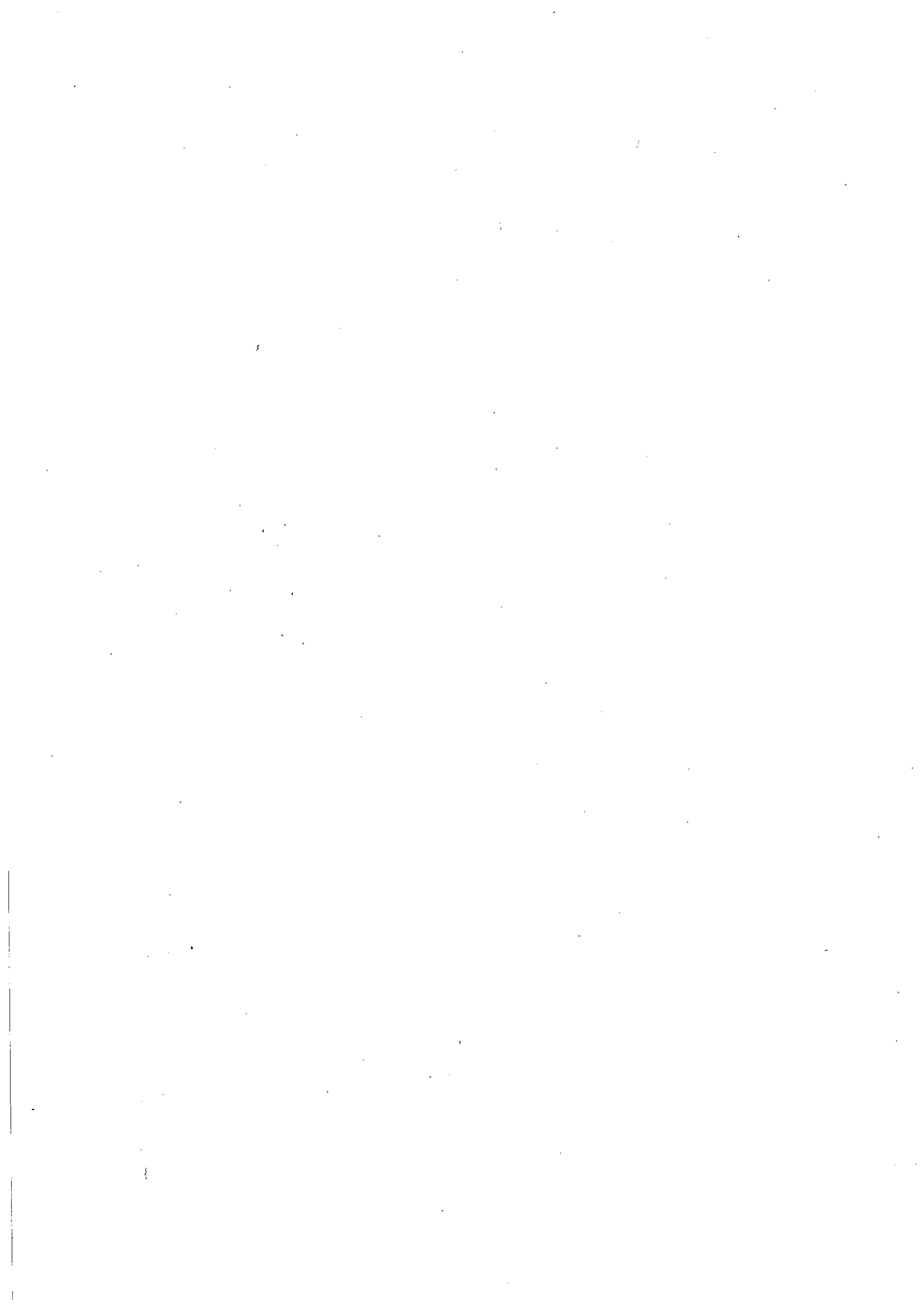


埼玉県地域医療構想

秩父区域抜粋版





目 次

第1章 基本的事項

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

第2章 区域の設定

- 第1節 基本的な考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- 第2節 本県の二次医療圏（二次保健医療圏）の状況・・・・・・・・ 6
- 第3節 区域の設定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

第3章 本県の概況と平成37年(2025年)における医療需要等

- 第1節 本県の概況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- 第2節 平成37年(2025年)における医療需要及び
必要病床数の推計・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21

第4章 医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制

- 第1節 将来の医療需要等を踏まえた医療提供体制整備の方向性・・・ 34
- 第2節 地域医療構想の推進体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34

第5章 各区域の概要及び医療提供体制整備の方向性

- 第1節 総論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
- 第2節 南部区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41
- 第3節 南西部区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 47
- 第4節 東部区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 53
- 第5節 さいたま区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 59
- 第6節 県央区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 65
- 第7節 川越比企区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 71
- 第8節 西部区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 77
- 第9節 利根区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 83
- 第10節 北部区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 89
- 第11節 秩父区域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 96

埼玉県地域医療構想策定の経緯・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 102



第 1 章

基本的事項

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

第1節 地域医療構想策定の趣旨

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

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

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

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

第2節 地域医療構想の性格及び構成

1 性格

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

2 構成

地域医療構想は、次の内容により構成されます。

(1) 区域の設定

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

(2) 本県の概況と平成37年（2025年）における医療需要等

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

さらに、医療機能を、医療資源投入量（※1）により、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能に区分して、将来の医療需要及び必要病床数を推計します。

また、在宅医療（※2）等についても患者数を推計します。

- (※1) 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
- (※2) 在宅医療：居宅等における医療であり、在宅歯科医療を含む。
 【参考】平成24年3月30日付け医政発0330第28号 厚生労働省医政局長通知「医療計画について」

【図表1】医療機能区分

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

(3) 医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制

平成37年（2025年）における医療需要等を基に、本県の医療提供体制整備の方向性を示します。

さらに、将来の必要病床数など地域医療構想の達成を推進するための体制などを示します。

(4) 各区域の概要及び医療提供体制整備の方向性

地域医療構想は、区域ごとに策定することになっています。

県内10区域ごとに、入院患者の受療動向を基に、将来の医療需要を推計し、その上で必要な医療提供体制の整備の方向性を示します。



第 2 章

区域の設定

第1節 基本的な考え方

第2節 本県の二次医療圏（二次保健医療圏）の状況

第3節 区域の設定

第1節 基本的な考え方

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

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

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

（※1）二次医療圏（医療法第30条の4第2項第12号）

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

（※2）老人福祉圏域（介護保険法第118条第2項）

介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域。

第2節 本県の二次医療圏（二次保健医療圏）の状況

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

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

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

第3節 区域の設定

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

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

【図表2】区域と区域内市町村

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

【図表3】区域図





第 3 章

本県の概況と平成37年 (2025年)における医療需要等

第1節 本県の概況

第2節 平成37年(2025年)における医療需要及び必要病床数の推計

第1節 本県の概況

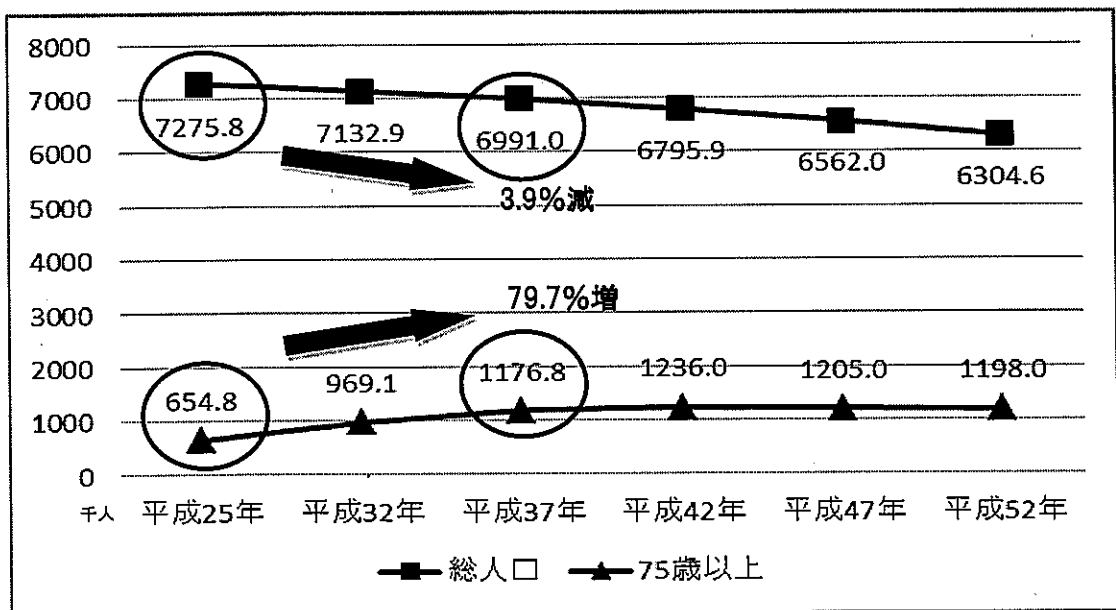
1 将来人口の見通し

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

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

【図表4】 将来推計人口



出典：平成25年：町（丁）字別人口（平成25年1月1日現在）
 平成32年～：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

2 入院患者の受療動向

(1) 医療機能全体の受療動向

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

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

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

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

【図表5-1】入院患者の流出の状況(全体・平成25年(2013年))

入院患者数 【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	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	2,579		127	142	10	46	17	11	15	0						598
南西部		2,163		39		311	231									655
東部	113		4,224	137		28	10	87	15					224	566	
さいたま	331	70	188	3,669	259	195	64	128	39						308	
県央				322	1,596	197		184	53						27	
川越比企		138		61	59	3,461	530	15	109						69	
西部		71				376	3,515								427	
利根			216	207	252	88		2,294	134			71	36	43	13	65
北部					38	229	39	41	2,029					486		
秩父						58	46		36	509						
計											26,039					

完結率及び流出率	医療機関所在地															
	県内										県外					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	73.4%		3.6%	4.0%	0.3%	1.3%	0.5%	0.3%	0.4%	0.0%					16.2%	
南西部		63.6%		1.1%		9.1%	6.8%								19.3%	
東部	2.1%		78.2%	2.5%		0.5%	0.2%	1.6%	0.3%					4.1%	10.5%	
さいたま	6.3%	1.3%	3.6%	69.9%	4.9%	3.7%	1.2%	2.4%	0.7%						5.9%	
県央				13.5%	67.1%	8.3%		7.7%	2.2%						1.1%	
川越比企		3.1%		1.4%	1.3%	77.9%	11.9%	0.3%	2.5%						1.6%	
西部		1.6%				8.6%	80.1%								9.7%	
利根			6.3%	6.1%	7.4%	2.6%		67.1%	3.9%			2.1%	1.1%	1.3%	0.4%	1.9%
北部					1.3%	8.0%	1.4%	1.4%	70.9%					17.0%		
秩父						8.9%	7.1%		5.5%	78.4%						
計											72.9%					

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意事項】

- 慢性期の流出患者数については、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。
- 流出患者数が10人/日未満の場合は非公表となることから、集計していません。

(2) 高度急性期の受療動向

区域内で完結している割合は、県全体で65.9%となっています。

完結率が最も高いのは川越比企区域(73.2%)で、最も低いのは秩父区域(43.8%)となっています。

秩父区域では、主に川越比企区域及び西部区域に流出しています。

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

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

一方、北部区域では、群馬県への流出率が高く(24.6%)なっています。

【図表5-2】入院患者の流出の状況(高度急性期・平成25年(2013年))

入院患者数 【高度急性期】 (単位:人/日)	医療機関所在地															
	県内										県外					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	307		12	27						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						
計											2,442					

完結率及び流出率	医療機関所在地															
	県内										県外					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	69.3%		2.7%	6.1%						0.0%						21.8%
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%						
計											65.9%					

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意事項】図表5-1と同様

(3) 急性期の受療動向

区域内で完結している割合は、県全体で73.4%となっています。

完結率が最も高いのは西部区域（79.0%）で、最も低いのは秩父区域（66.1%）となっています。

秩父区域については、隣接する川越比企、西部、北部の各区域へ流出しています。

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

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

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

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

【図表5-3】入院患者の流出の状況（急性期・平成25年（2013年））

入院患者数 【急性期】 (単位:人/日)	医療機関所在地															
	県内										県外					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	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	1,296	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		38
北部					11	64	17	13	648					171		
秩父						24	19		20	123						
計											8,278					

完結率及び流出率	医療機関所在地															
	県内										県外					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	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									10.8%	66.1%						
計											73.4%					

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意事項】図表5-1と同様

(4) 回復期の受療動向

区域内で完結している割合は、県全体で73.6%となっています。

完結率が最も高いのは川越比企区域(82.5%)で、最も低いのは南西部区域(61.6%)となっています。

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

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

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

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

【図表5-4】入院患者の流出の状況(回復期・平成25年(2013年))

入院患者数 【回復期】 (単位:人/日)	医療機関所在地															
	県内											県外				
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	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			
計										8,083						

完結率及び流出率	医療機関所在地															
	県内											県外				
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
南部	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%	7.8%		8.1%	74.7%			0.0%	0.0%		
計										73.6%						

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意事項】図表5-1と同様

(5) 慢性期の受療動向

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、西部区域に次いで川越比企区域への流入が多くなっています。

【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	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
患者住所地	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							0	0			217
	計															7,236

完結率及び流出率	医療機関所在地															
	県内										県外					
	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父	計	茨城県	栃木県	群馬県	千葉県	東京都
患者住所地	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%							0.0%	0.0%			100.0%
	計											0.0%	0.0%			74.3%

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意事項】図表5-1と同様

(6) 疾患別の受療動向

本県では、平成25年の悪性新生物、心疾患及び脳血管疾患のいわゆる三大生活習慣病の死亡者数が33,758人で、死亡総数の56%を占めています（平成25年人口動態統計（厚生労働省））。

これらの疾患について、各区域での医療提供状況を見ると次のとおりです。

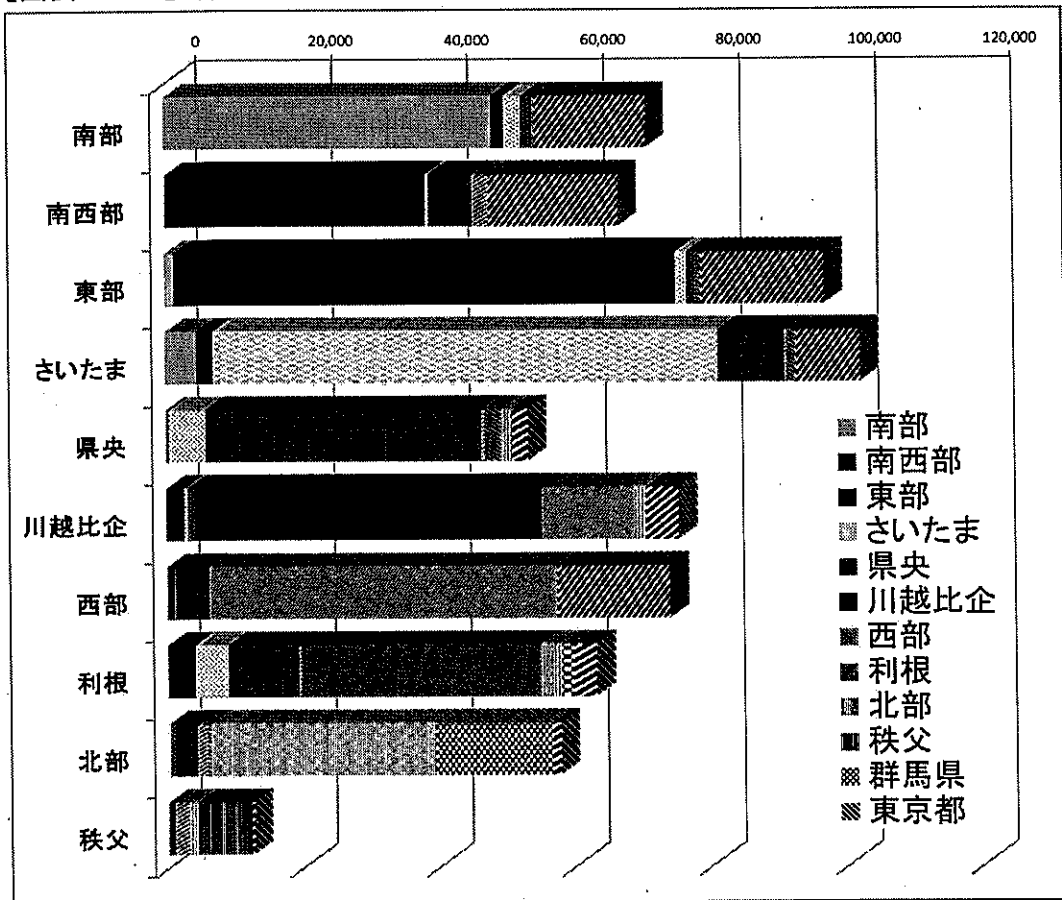
ア 悪性新生物（がん）

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

一方、北部区域では群馬県への流出が多くなっています。

自区域内での完結率を見ると、南西部、利根、北部の各区域の割合が低い状況となっています。

【図表6-1】各区域における診療件数（入院（悪性新生物）・平成25年）（件）



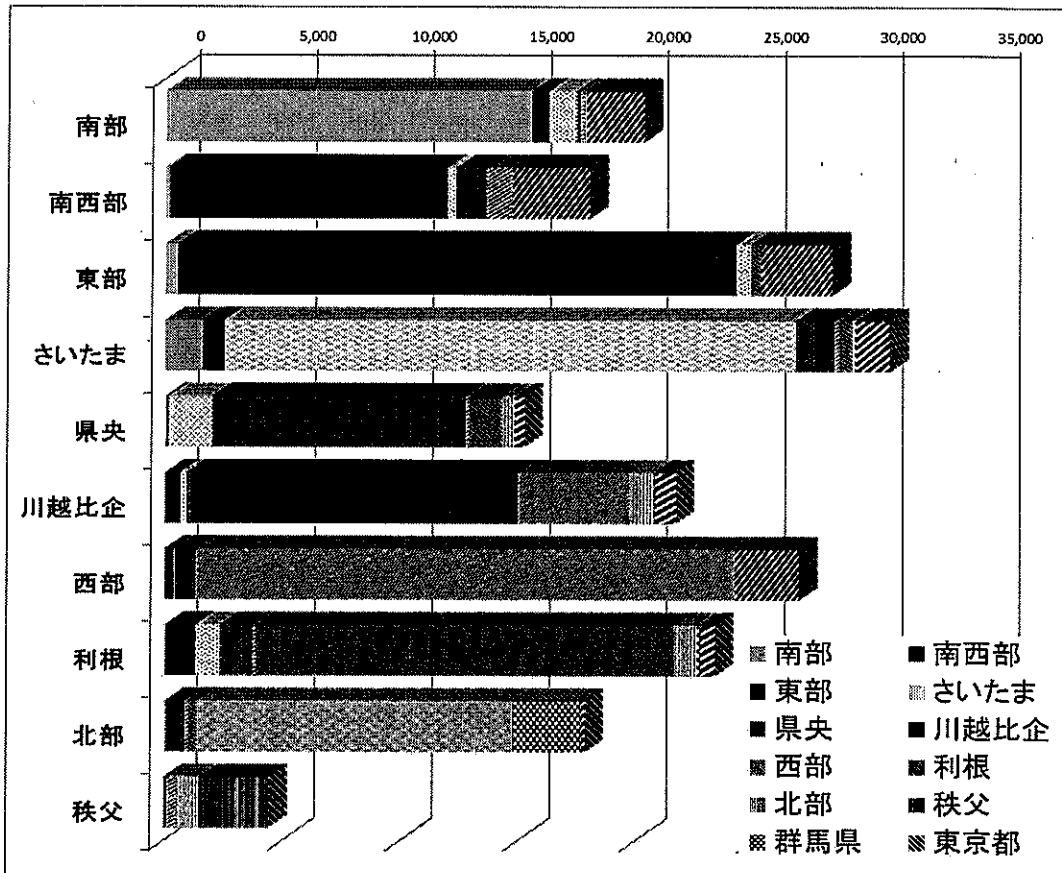
厚生労働省「医療計画作成支援データブック」により作成
 保険者の居住地に地域性の明確な地域保険の電子レセプトのみを集計

イ 心疾患（虚血性心疾患）

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

一方、北部区域では群馬県への流出が見られます。

【図表6-2】各区域における診療件数（入院（心疾患）・平成25年）（件）



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

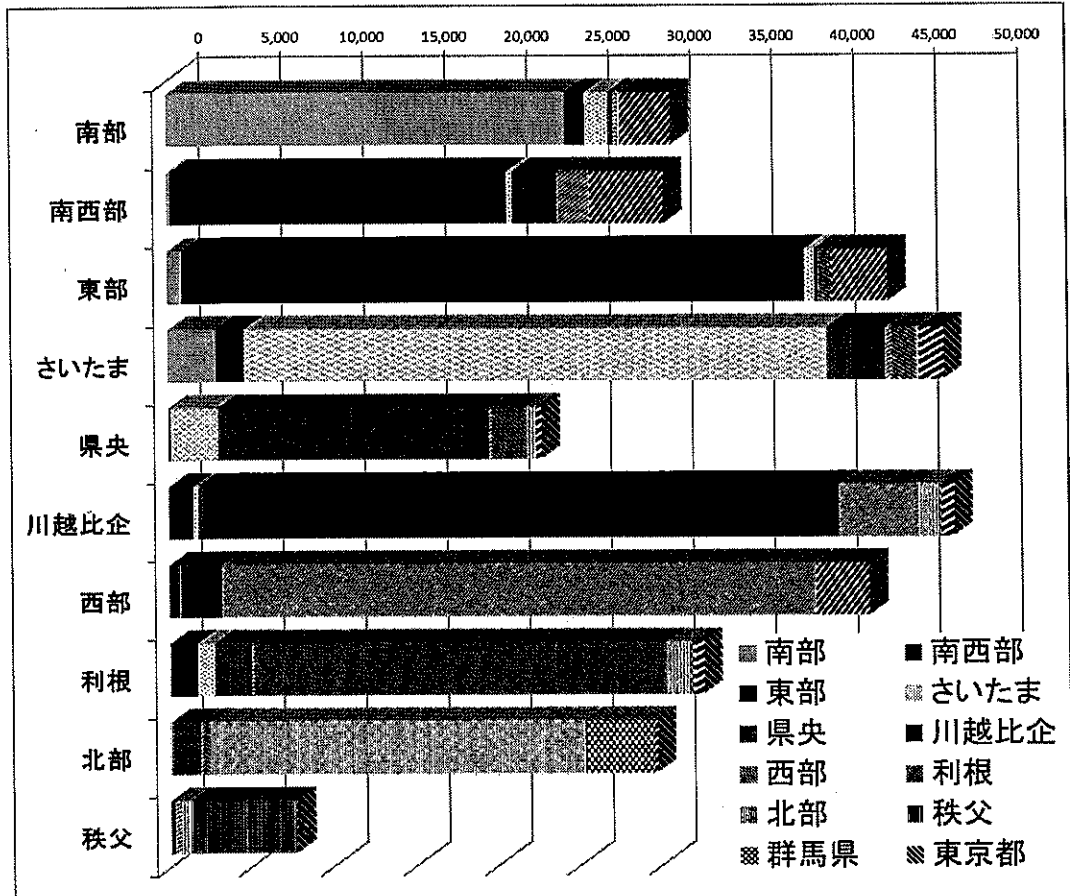
ウ 脳血管疾患（脳卒中）

全県的に東京都への流出が見られますが、南部、南西部、東部の各区域で比較的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、南西部及び県央両区域で割合が低い状況となっています。

【図表6-3】各区域における診療件数（入院（脳血管疾患）・平成25年）（件）



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

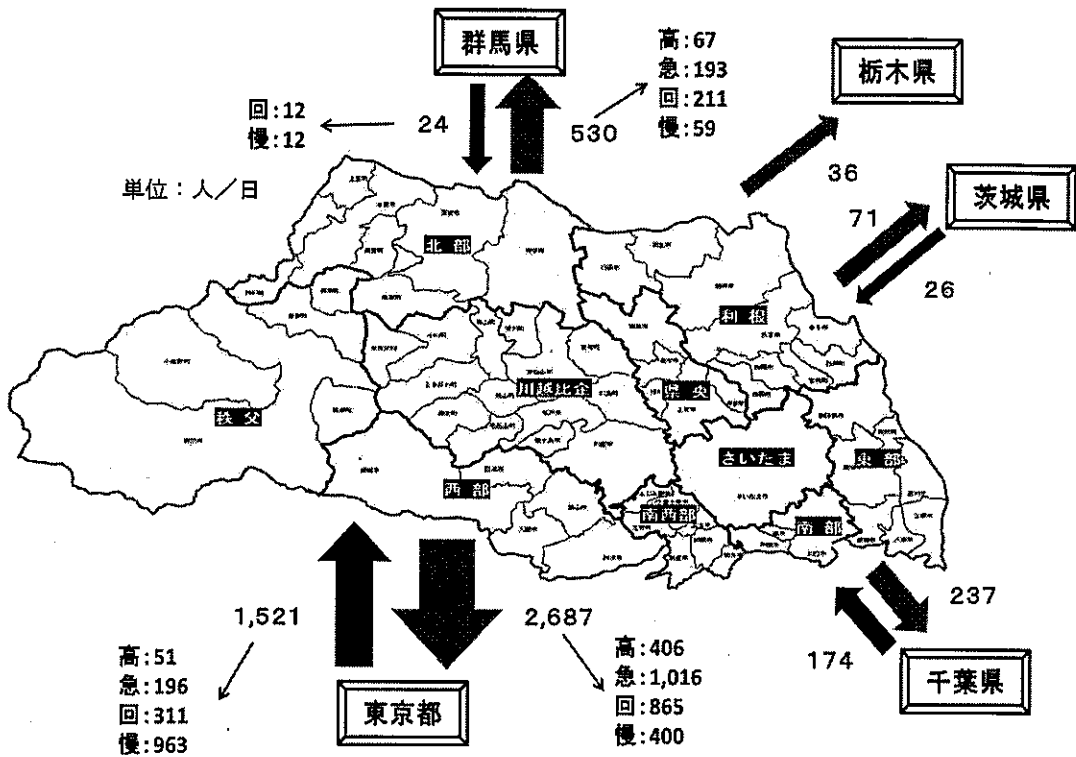
(7) 隣接都県への入院患者の流出入状況

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

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

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

【図表7】 隣接する都県への流出入患者数（平成25年（2013年））



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

3 病床利用率及び平均在院日数の状況

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

【図表8】平成26年の病床利用率及び平均在院日数

	病床利用率 (%)			平均在院日数 (日)			
	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

県全体の病床利用率は、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：67.9%（県央）～79.0%（南部）
県平均（74.1%）よりも高い区域：南部、南西部、東部、さいたま、秩父
- 療養病床：73.6%（秩父）～92.9%（南西部）
県平均（89.4%）よりも高い区域：南西部、さいたま、県央、川越比企、西部、北部

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

- 一般病床：14.5日（南部）～20.9日（秩父）
県平均（16.6日）よりも短い区域：南部、さいたま、県央
- 療養病床：108.5日（秩父）～307.8日（県央）
県平均（189.2日）よりも短い区域：南部、東部、川越比企、利根、北部、秩父

第2節 平成37年（2025年）における医療需要及び必要病床数の推計

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

推計の基礎となる主なデータは次のとおりです。

- ・NDBレセプトデータ及びDPCデータ（平成25年度（2013年度））
- ・正常分娩、生活保護、労働者災害補償保険、自動車損害賠償責任保険等のデータ
- ・国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年（2013年）3月 中位推計）」

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

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

1 医療需要の推計方法

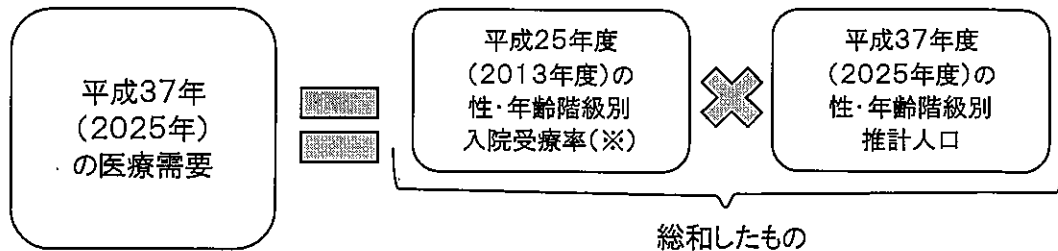
「高度急性期・急性期・回復期」と「慢性期・在宅医療等」で推計方法が異なります。

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

各医療機能区分での医療資源投入量	
高度急性期：3,000点以上	急性期：600点以上3,000点未満
回復期：175点以上600点未満	慢性期：175点未満

(1) 高度急性期・急性期・回復期

次の算定式により医療需要を推計します。



(※) 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

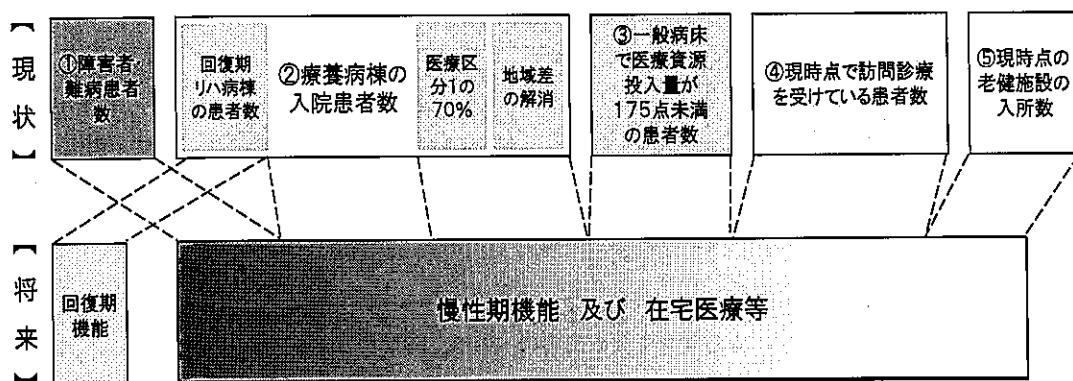
(2) 慢性期・在宅医療等

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

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

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

【図表9】慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ※

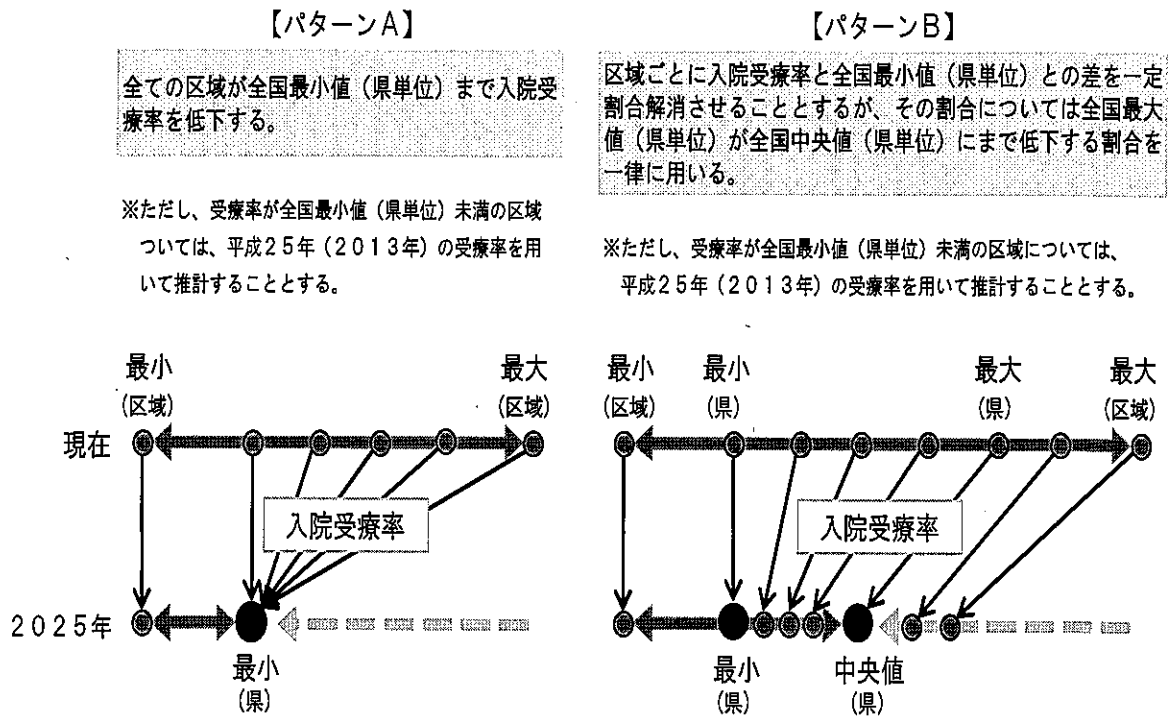


※このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

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

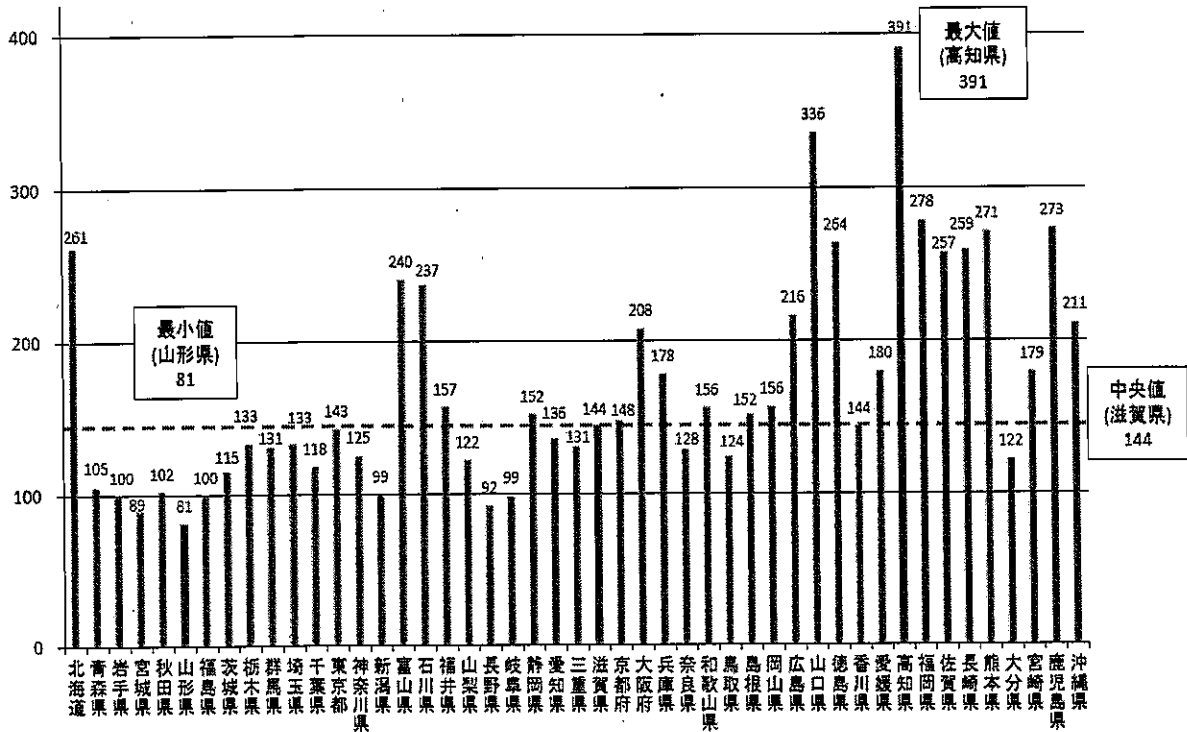
具体的には、各区域の入院受療率について、【図表10】のパターンAからパターンBの範囲内で定めることとされています。

【図表10】入院受療率の地域差解消



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

【図表11】療養病床の入院受療率（平成25年 人口10万人当たり）



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

（3）入院患者の流出入数の調整

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

（※1）患者住所地：患者の住所がある区域の医療需要とするもの

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

ア 県内の区域間の調整

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

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

イ 都道府県間の調整

都道府県間の調整について、ガイドラインでは次のように示されています。

- i 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。
- ii 都道府県間の①と②の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まずは、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する必要がある。（以下略）

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

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

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

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

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

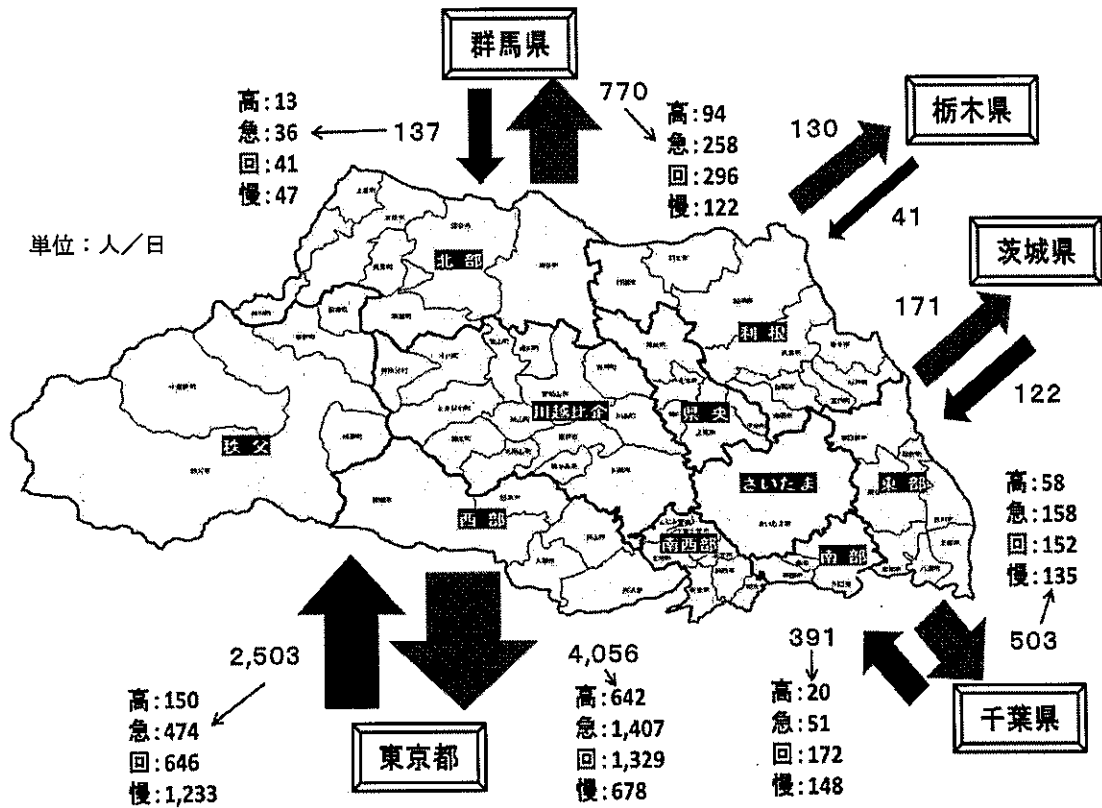
こうしたことから、平成37年（2025年）においては、流出入ともに平成25年（2013年）比で半減とすることを目標とし、近隣都県と協議を行いましたが、近隣都県からは、引き続き本県からの現状の流出入を前提とした体制整備を行う旨の意向が示されました。

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

その推計結果は、【図表12】のとおりです。

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

【図表12】隣接する都県への流出入患者数推計（平成37年（2025年））



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

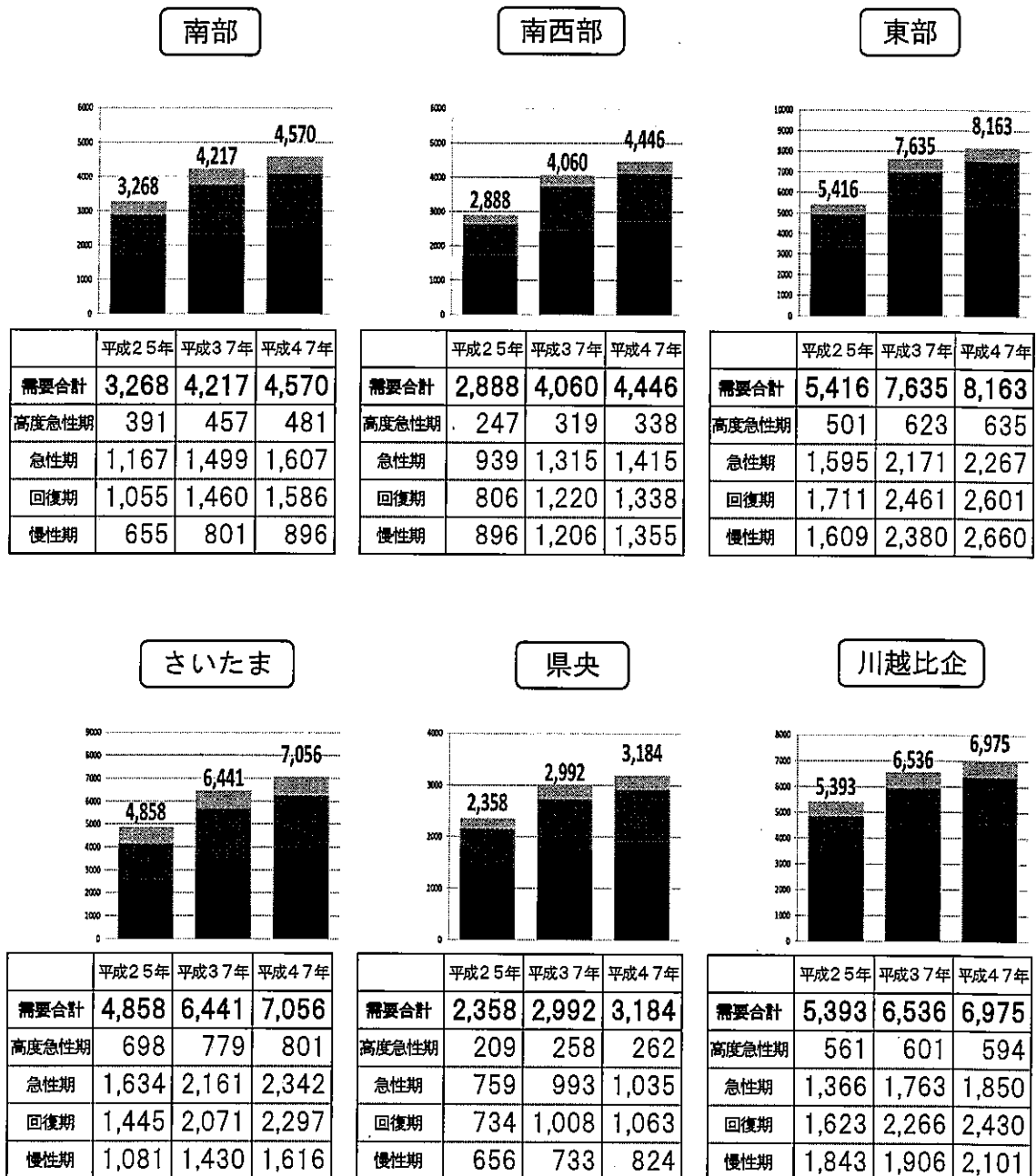
***隣接都県との連携**
 平成37年（2025年）における隣接都県へ流出入患者数は、流出が5,630人、流入が3,194人と、それぞれ平成25年（2013年）の約1.6倍、1.8倍と推計されており、県民に良質で過不足のない医療を提供するためには、当然に、隣接する都県の医療資源を有効に活用していくことが必要となります。
 こうしたことから、県では、隣接都県と十分に連携を図り、効率的な医療提供体制の整備を進めていきます。

2 医療需要の推計結果

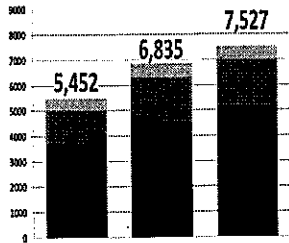
平成37年（2025年）及び平成47年（2035年）における、各区域の医療需要推計結果は次のとおりです。

なお、医療需要については、前述した第2節1（3）「入院患者の流出入数の調整」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13】各区域の医療需要推計結果（人／日）

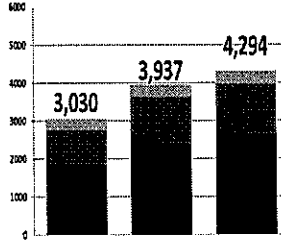


西部



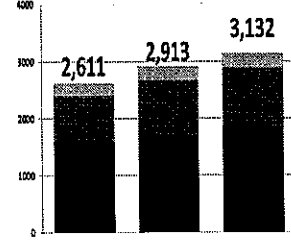
	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	5,452	6,835	7,527
高度急性期	434	520	527
急性期	1,305	1,755	1,871
回復期	1,467	2,133	2,333
慢性期	2,246	2,427	2,796

利根



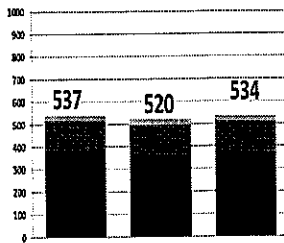
	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	3,030	3,937	4,294
高度急性期	265	319	324
急性期	925	1,233	1,329
回復期	941	1,303	1,431
慢性期	899	1,082	1,210

北部



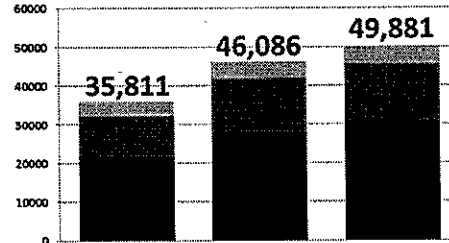
	平成25年	平成37年	平成47年
需要合計	2,611	2,913	3,132
高度急性期	214	245	247
急性期	806	981	1,038
回復期	765	959	1,042
慢性期	826	728	805

秩父



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

全県



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

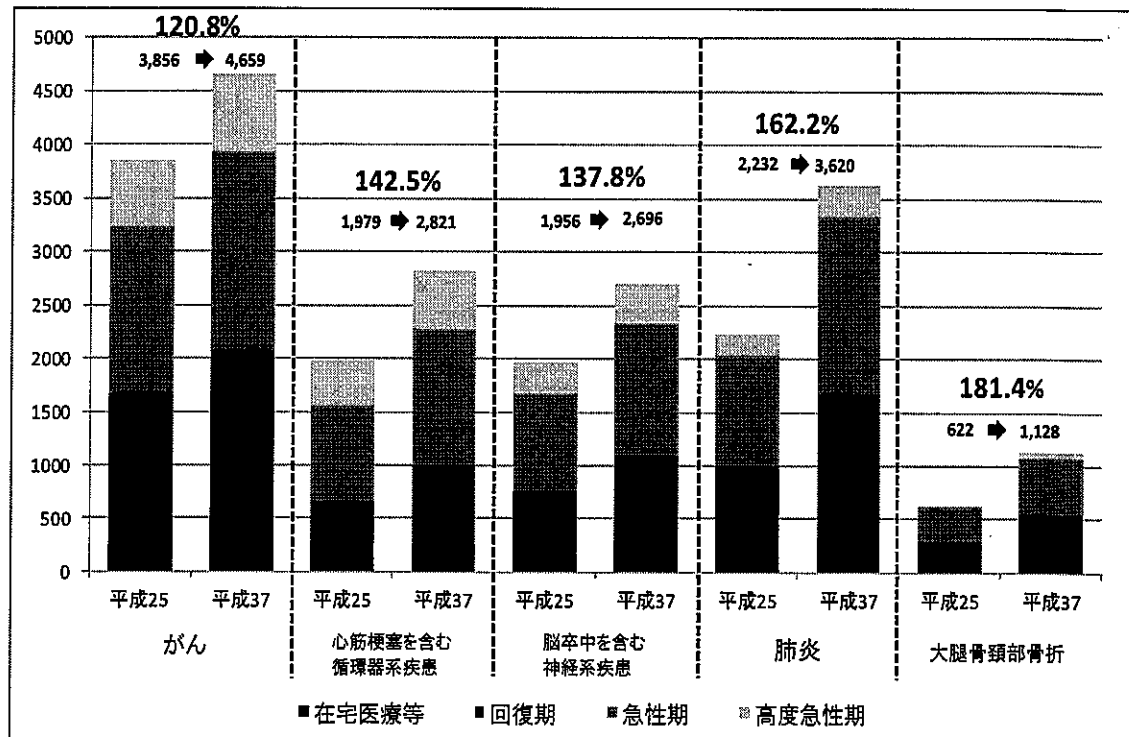
厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意事項】

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

【図表14】（参考）主な疾患別の需要推計結果

（人／日）



厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

【留意事項】

- ・療養病床のデータが含まれていないため、慢性期の需要は推計していません。
- ・循環器系疾患及び神経系疾患には、がんは含みません。

3 必要病床数の推計方法

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

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。

4 必要病床数の推計結果（平成37年（2025年））

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

【図表15】各区域における必要病床数推計結果 (床)

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

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

5 病床機能報告制度による報告状況

(1) 制度の概要

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

各医療機関は、毎年、「現状」、「6年後の予定」、「平成37年（2025年）の予定（任意）」について、自らが有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能（高度急性期～慢性期）を選択し、病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されています。

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

(2) 平成27年度報告結果

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

【図表16】平成27年度病床機能報告結果 (床)

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

(3) 病床機能報告による病床数と必要病床数との比較

平成27年度の病床機能報告結果と平成37年（2025年）の必要病床数推計の比較は【図表17】のとおりです。

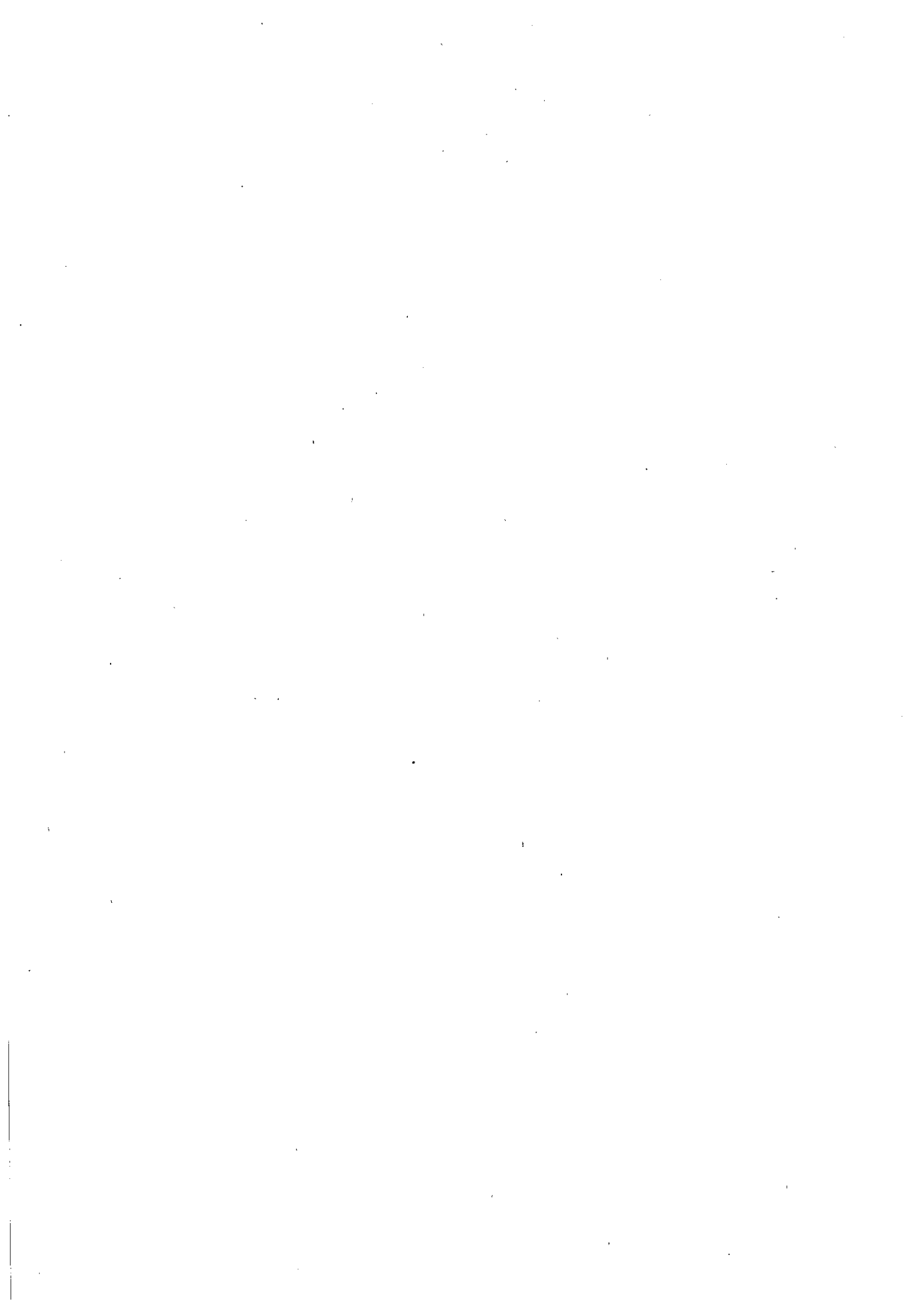
病床数で比較すると、平成37年（2025年）に向けて全体で4,187床が不足します。特に回復期機能が12,694床と大幅に不足する結果になっています。

なお、各病床機能の構成割合については、全国とほぼ同様の割合となっています。

【図表17】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27年度 病床機能報告	50,023	6,389	24,674	4,023	12,552	2,385
平成37年 必要病床数推計	54,210	5,528	17,954	16,717	14,011	
差引	▲4,187	861	6,720	▲12,694	▲1,459	

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



第 5 章

各区域の概要及び 医療提供体制整備の方向性

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

第1節 総論

1 経緯

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

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

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

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

2 医療機能の分化・連携及び病床の整備

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

特に、回復期は12,694床と大幅に不足する結果となっています。

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

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

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

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

3 在宅医療等の体制整備

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

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

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

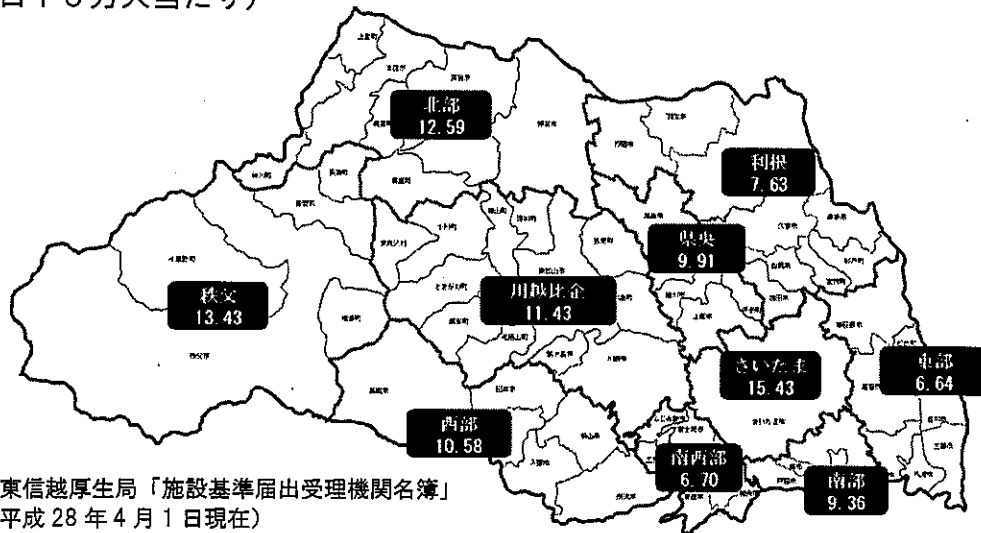
看護師・歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保、養成が求められています。

高齢化率や世帯人員、高齢者施設の状況など在宅医療等を取り巻く現状は区域により差異があります。

こうした区域の実情を踏まえ、県民誰もが、住み慣れた地域に必要な医療・介護が受けられる体制を目指し、地域包括ケアシステムの構築に併せ、在宅医療等の体制整備を進めていきます。

【図表20】（参考）

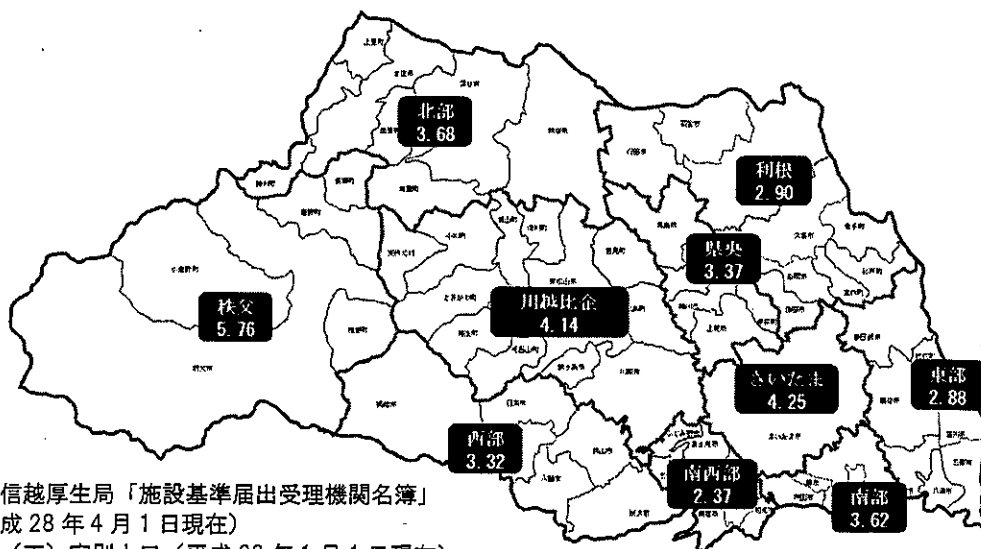
在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所及び在宅時医学総合管理料の届出医療機関数（人口10万人当たり）



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

【図表21】（参考）

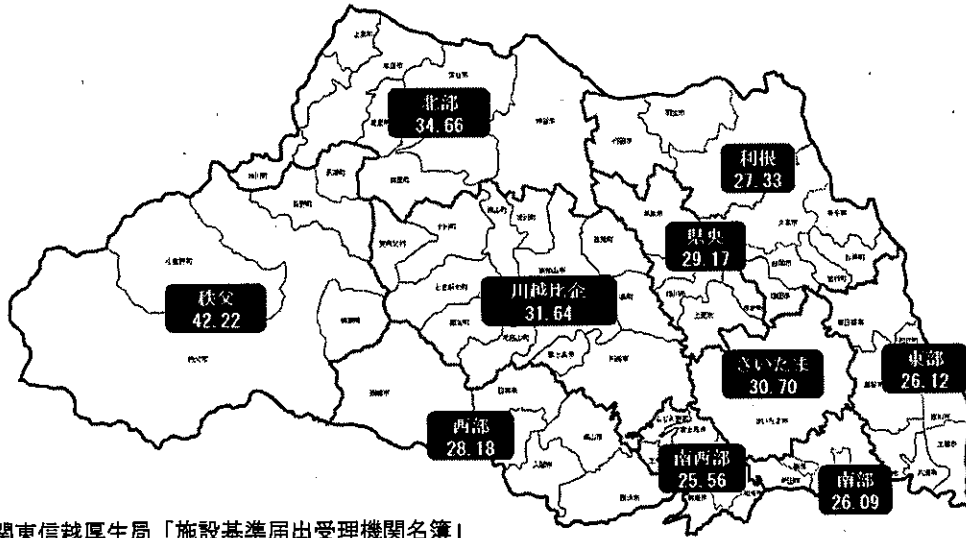
在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数（人口10万人当たり）



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

【図表22】（参考）

在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局数（人口10万人当たり）

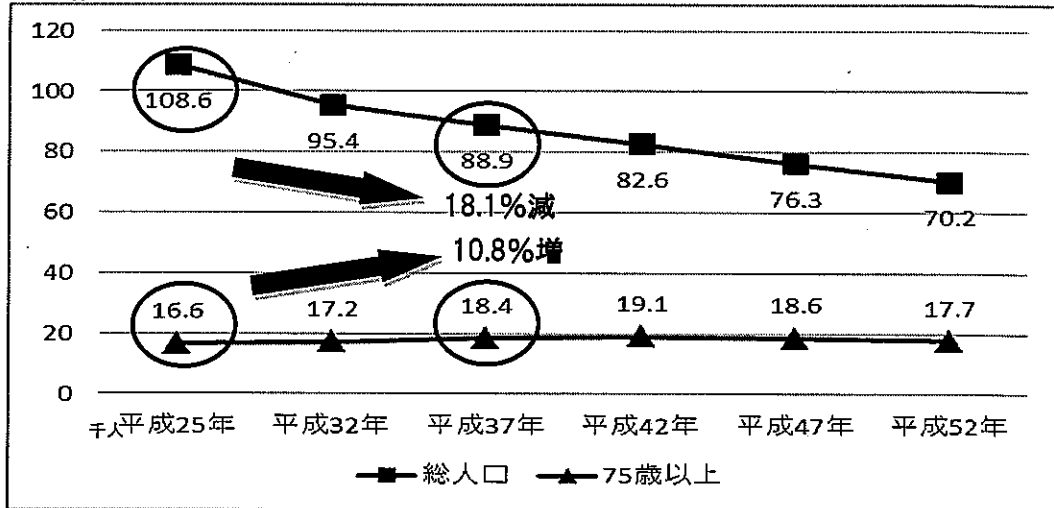


出展：関東信越厚生局「施設基準届出受理機関名簿」
 （平成28年4月1日現在）
 人口は、町（丁）字別人口（平成28年1月1日現在）

第11節 秩父区域

1 区域の概要

- 区域内市町村：秩父市、横瀬町、皆野町、長瀬町、小鹿野町
- 人口推計



※平成25年：町（丁）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
なし
 - 在宅療養支援医療機関等の状況
 - ・在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数 14（人口10万人当たり13.43）
 - ・在宅療養支援歯科診療所届出数 6（人口10万人当たり5.76）
 - ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数 44（人口10万人当たり42.22）
- ※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理機関名簿」（平成28年4月1日現在）
 ※人口は、町（丁）字別人口（平成28年1月1日現在）

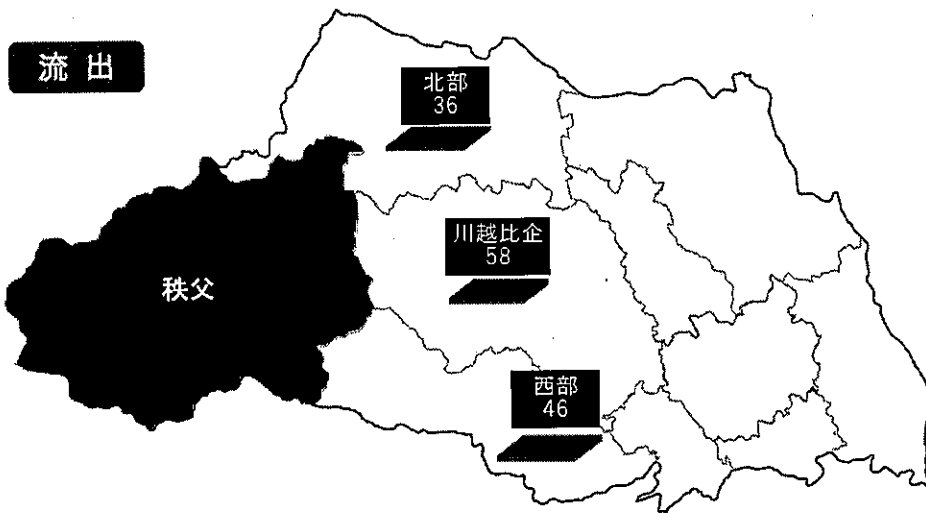
2 入院患者の受療動向（平成25年（2013年））

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

流出超過

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

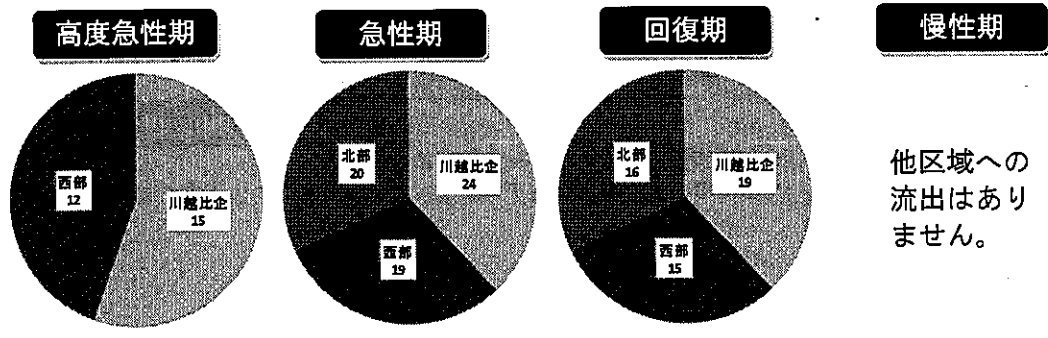
【区域・都県別】



流入

(他区域からの流入はありません。)

流出

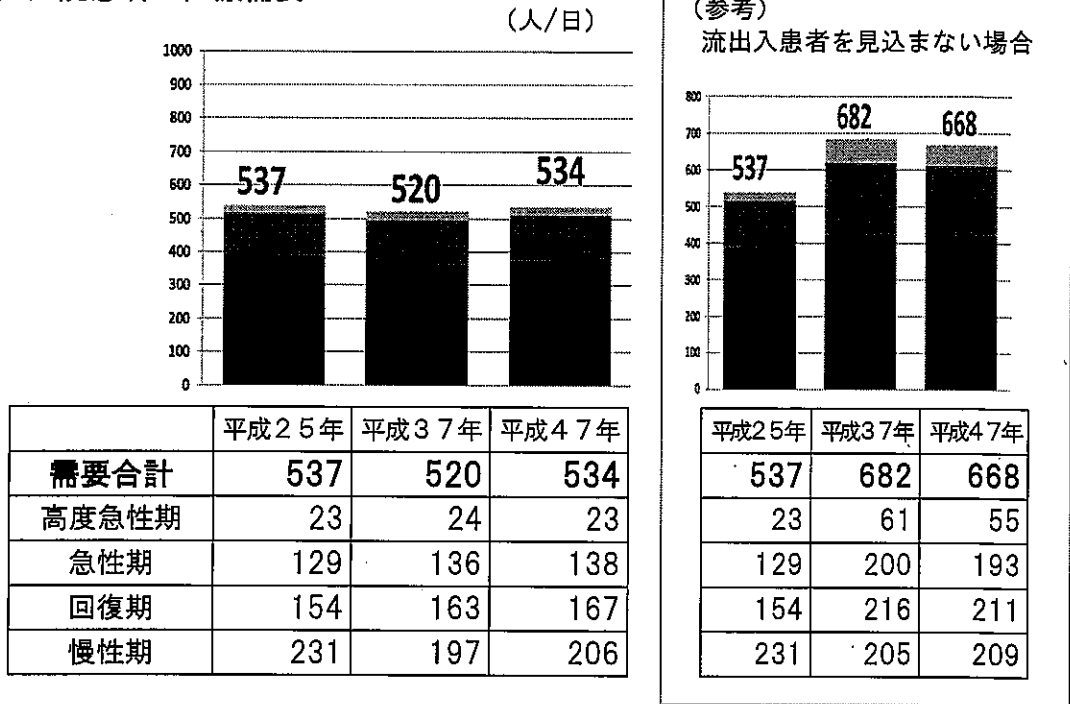


3 医療需要推計

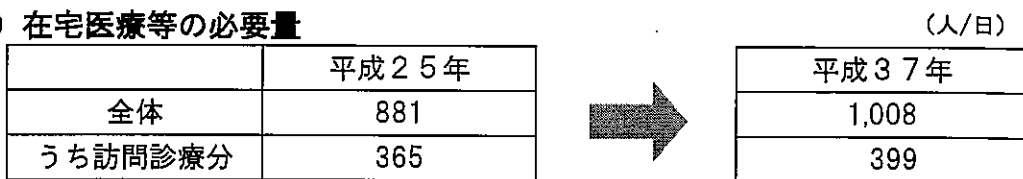
平成37年（2025年）及び平成47年（2035年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

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

(1) 入院患者の医療需要



(2) 在宅医療等の必要量



(3) 病床の必要量

(1)を基に、機能区別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により平成37年（2025年）における病床の必要量を算出 (床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	無回答
平成37年 必要病床数推計 (a)	31	174	181	214	600	/
平成27年度 病床機能報告 (b)	0	359	71	376	806	24
差引 (b-a)	▲31	185	▲110	162	206	/
(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	81	256	240	222	799	/

(4) 病床利用率

		（％）	
	一般病床	療養病床	
全国	74.8	89.4	
県全体	74.1	89.4	
秩父	75.4	73.6	

平成26年病院報告

(参考)
平成37年(2025年)の推計患者を受入れるために必要な病床利用率 (％)

	一般病床	療養病床
県全体	82.6	92.0
秩父	83.7	92.0

※平成37年の必要病床数を基に算出。なお、病床の定義は次のとおりとした。
 ・一般病床＝高度急性期、急性期、回復期の合計
 ・療養病床＝慢性期

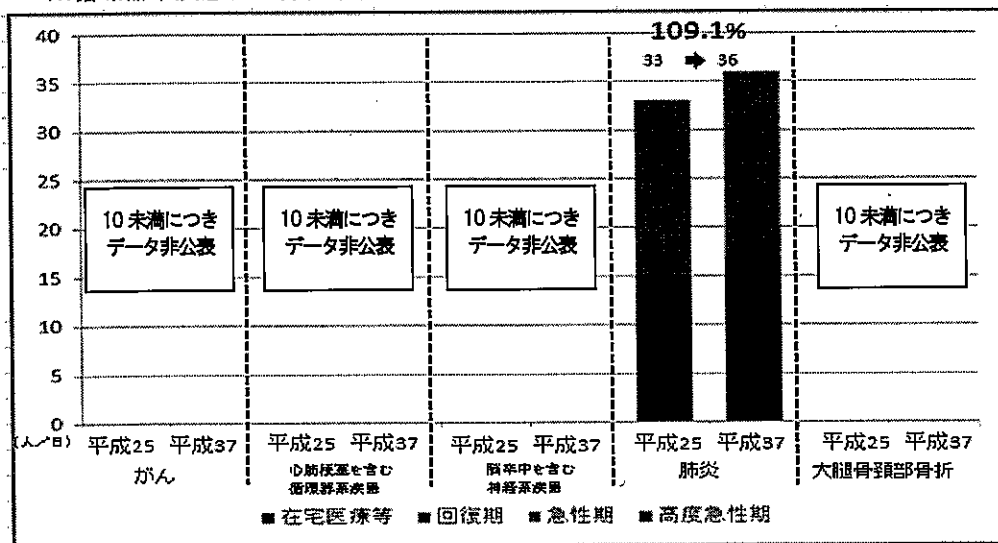
【参考資料1】入院基本料等からみた区域内の病床の現状

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

		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	16.1
	7対1	129	122.0	228.1
	10対1	147	139.1	76.1
	13対1	0	0.0	14.0
	15対1	0	0.0	31.6
回復期リハビリテーション病棟入院料		0	0.0	40.8
地域包括ケア病棟入院料・管理料		44	41.6	5.4
緩和ケア病棟入院料		0	0.0	4.0
特殊疾患入院料・管理料		0	0.0	7.8
療養病棟入院基本料		196	185.4	112.9
障害者施設等入院基本料		60	56.8	26.5

【参考資料2】主な疾患の医療需要推計（医療機関所在地）

※療養病床については、診療報酬が包括算定されており推計ができないため、慢性期の需要は推計していません。
 ※循環器系疾患及び神経系疾患には、がんは含みません。 (人/日)



4 医療提供体制の整備

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

さらに、在宅医療等の必要量も増加することが見込まれています。

このことを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

- ・ 区域内の医療機関がそれぞれの地域で安定的に医療を提供していくために、医師、看護師等医療従事者の確保を進めます。
- ・ 現在の病床機能を維持し、必要な医療を提供していきます。
- ・ 在宅医療等の体制整備は、山間部という地域の特性を踏まえた地域包括ケアシステムの構築に併せて行います。
- ・ 増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。
- ・ 在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。
- ・ ICTを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

5 地域保健医療協議会における関係者の主な意見

(1) 医療機能の分化・連携及び病床の整備

▶ 現状

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

▶ 今後の方向性

- ・ 1市4町と医師会、歯科医師会等による連携を進め、地域の中で横断的に構成された「ちちぶ版地域包括ケアシステム」による取組を推進する。
- ・ 高齢化に伴う区域の現状について住民に周知を図り、特に高齢の外来患者に関しては生活圏にある近くの診療所へ、入院は病院へという役割分担の理解を促進する。
- ・ 高度急性期を担う医療機関が区域内に存在しないことから、この機能を他区域の医療機関に依存している。このため、地域外の医療機関との連携を更に強化するほか、患者の搬送に必要な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。

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

(2) 在宅医療等の体制整備

➤ 現状

- ・ 退院を支援しても、高齢独居や老老介護の増加に伴い、在宅での療養が困難となってきており、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いため、1日に訪問できる件数が限られる。

➤ 今後の方向性

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

■ 埼玉県地域医療構想策定の経緯

【策定】

- ・ 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）に基づき、埼玉県地域保健医療計画（第6次）の一部として策定。

1 埼玉県医療審議会における審議、諮問・答申

【審議等】

- ・ 平成26年9月2日 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定について報告
- ・ 平成27年7月17日 地域医療構想の策定について審議
- ・ 平成27年11月2日 地域医療構想策定に向けた各圏域の医療需要推計等について審議
- ・ 平成28年3月29日 地域医療構想の検討状況について報告

【諮問・答申】

- ・ 平成28年8月23日 地域医療構想の策定について（諮問）
- ・ 平成28年9月1日 地域医療構想の策定について（答申）

2 埼玉県地域保健医療計画等推進協議会における検討

- ・ 平成26年8月6日 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定について検討
- ・ 平成27年11月12日 地域医療構想について検討
- ・ 平成28年6月2日 同上

3 埼玉県地域医療構想検討会における検討

- ・ 平成27年7月30日 地域医療構想の策定プロセス等について検討
- ・ 平成27年11月12日 在宅医療提供体制、都道府県間調整等について検討
- ・ 平成28年3月17日 地域医療構想の素案、地域医療構想調整会議について検討

4 埼玉県地域医療構想案の保健医療関係団体及び市町村等への意見照会

- ・ 平成28年6月15日 埼玉県医師会、埼玉県歯科医師会、埼玉県薬剤師会あて意見照会（～7月29日）
- ・ 平成28年6月15日 埼玉県保険者協議会あて意見照会（～7月29日）
- ・ 平成28年6月20日 市町村あて意見照会（～7月15日）
- ・ 平成28年6月20日 救急業務を有する一部事務組合あて意見照会（～7月15日）

5 県民の意見募集

- ・ 平成28年6月28日 埼玉県県民コメント制度に基づく意見募集（～7月25日）

6 県議会における計画の議決

- 平成28年9月定例会第104号議案「埼玉県地域保健医療計画の変更について」（平成28年10月14日原案可決）
※本計画は、埼玉県行政に係る基本的な計画について議会の議決事件と定める条例第2条第2号の規定に基づき議決すべき計画とされている。

7 計画変更

- 平成28年10月14日 「埼玉県地域保健医療計画（第6次）の一部変更について」知事決定