

# 埼玉県地域医療構想

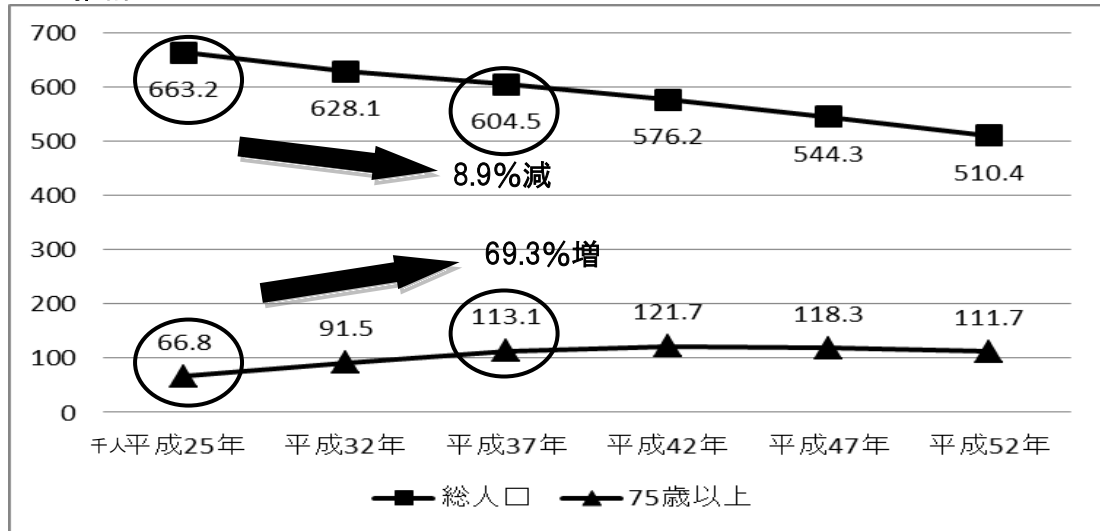
## (利根区域の概要抜粋)

## 第9節 利根区域

### 1 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  
50（人口10万人当たり7.63）
- ・在宅療養支援歯科診療所届出数  
19（人口10万人当たり2.90）
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数  
179（人口10万人当たり27.33）

※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））

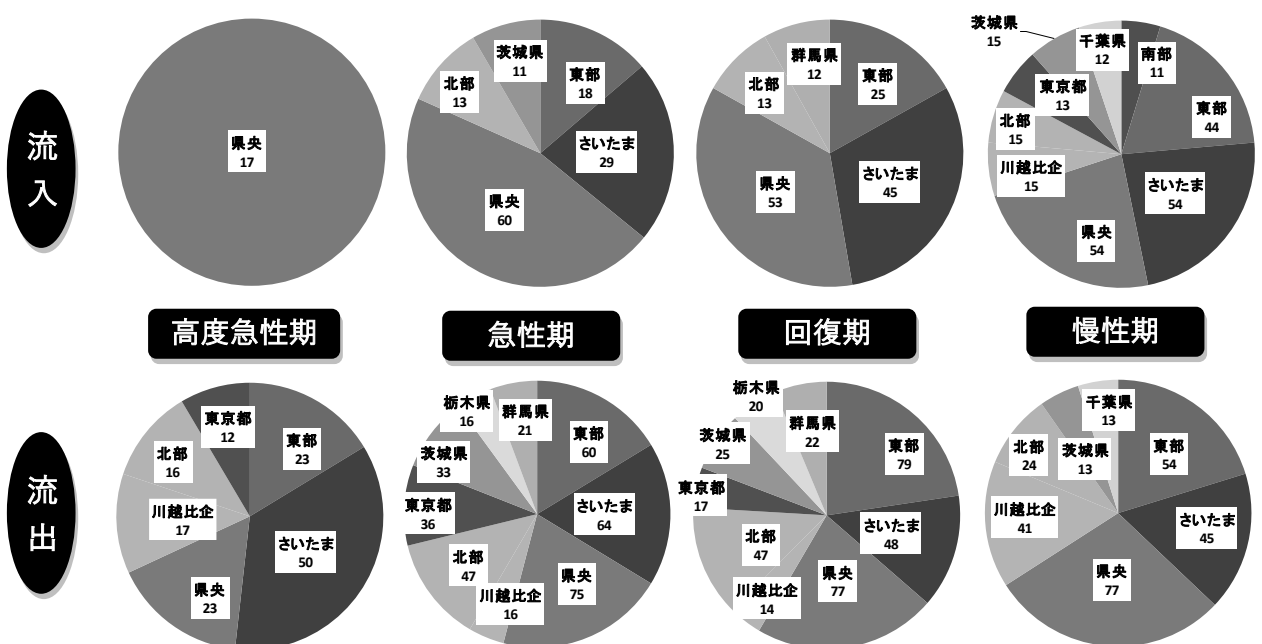
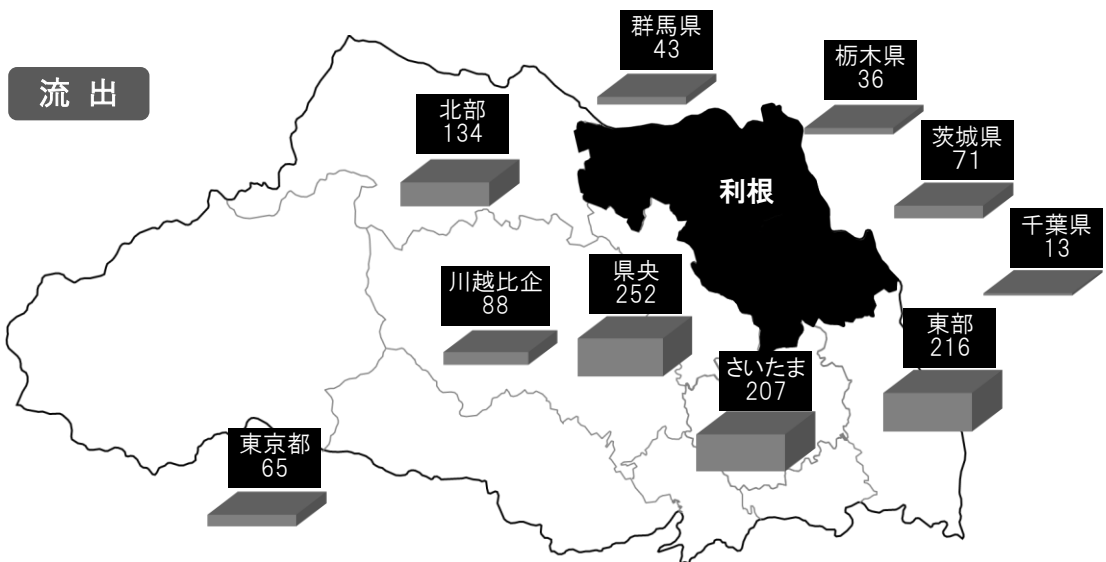
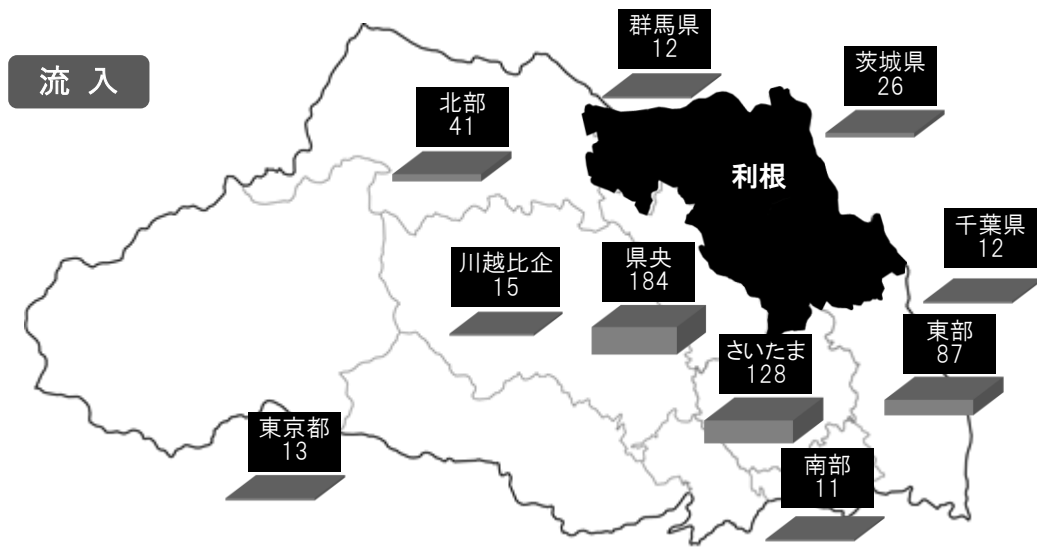
（人／日）

	受療動向					地域別	
	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	368	349	267	1,125	897	228
(流入－流出)	▲124	▲237	▲201	▲34	▲596	▲431	▲165

**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】

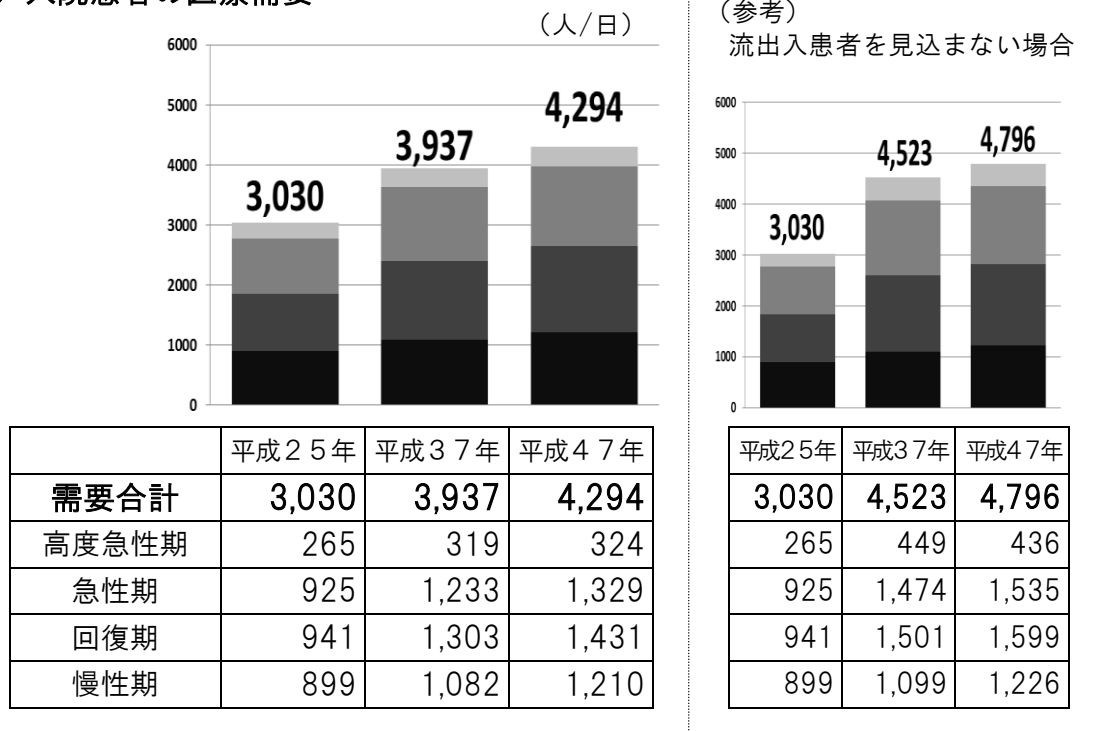


### 3 医療需要推計

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

	平成25年	平成37年
全体	2,849	4,547
うち訪問診療分	967	1,492

#### (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)	426	1,580	1,448	1,176	4,630	
平成27年度 病床機能報告 (b)	38	2,707	383	1,092	4,220	203
差引 (b-a)	▲388	1,127	▲1,065	▲84	▲410	
(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	599	1,890	1,668	1,195	5,352	

#### (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)

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
利根	82.7	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)

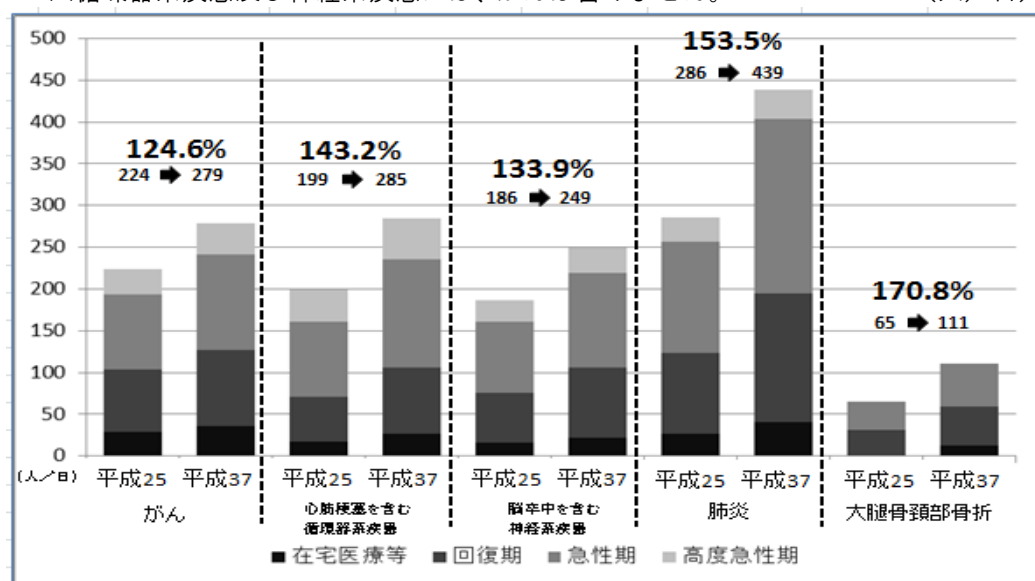
		病床数		
		実数	人口10万人あたり	
			区域内	県全体
一般病棟入院基本料	特定機能病院	0	0.0	16.1
	7対1	1,522	231.6	228.1
	10対1	598	91.0	76.1
	13対1	53	8.1	14.0
	15対1	374	56.9	31.6
回復期リハビリテーション病棟入院料		239	36.4	40.8
地域包括ケア病棟入院料・管理料		40	6.1	5.4
緩和ケア病棟入院料		21	3.2	4.0
特殊疾患入院料・管理料		0	0.0	7.8
療養病棟入院基本料		540	82.2	112.9
障害者施設等入院基本料		436	66.3	26.5

#### 【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

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ています。

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

区域内に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従事者の不足です。

また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不足が見込まれています。

さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。

これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

- ・ 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ます。
- ・ 高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。
- ・ 回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進めます。
- ・ 増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。
- ・ 在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。
- ・ ICTを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

#### 5 地域保健医療協議会における関係者の主な意見

##### (1) 医療機能の分化・連携及び病床の整備

###### ➤ 現状

- ・ 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いという特徴がある。病床利用率が低い理由として、地域完結医療体制の構築が万全でないため、当区域から周辺の区域への入院患者の流出が多いことが挙げられる。
- ・ 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。
- ・ 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、多職種・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は、地域によっては診療所の医師が域外在住者であることも多いため、十分な連携が図られていないケースもある。

###### ➤ 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、県だけでなく市町の力を更に発揮すべきである。
- ・急性期医療機関の負担軽減のために回復期、慢性期医療機関でも急性期後の転院のみならず、対応可能な新規入院の受け入れが必要である。
- ・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。
- ・人材確保のための登録・紹介機関の設置、養成のための奨学金の活用や、県内の人材育成機関の拡充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に対する支援が求められる。

## (2) 在宅医療等の体制整備

### ➤ 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いるが、地域によっては診療所の医師が域外在住者であることも多いため、24時間体制の訪問ができないケースもある。

### ➤ 今後の方向性

- ・訪問診療医の負担軽減を図り、受持ち患者数を増やすため、ICT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する。そして、高度な医療処置が必要な患者の転送をスムーズに行える体制を整備していく。
- ・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る。