

## 第4部 地域医療構想



## 第1章 地域医療構想の概要

## 1 策定の趣旨

急速な高齢化の進展による医療需要・介護需要の大きな変化が見込まれる中、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。

そこで、平成37年（2025年）の医療提供体制に関する構想として、平成28年（2016年）10月に埼玉県地域医療構想を策定しました。

本構想は第6次の埼玉県地域保健医療計画（平成25年度（2013年度）～29年度（2017年度））の一部として策定したのですが、第7次埼玉県地域保健医療計画（平成30年度（2018年度）～35年度（2023年度））に、引き続き位置付けます。

## 2 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。

## 3 構成

### (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。

本県の区域は、二次保健医療圏の圏域と同様に設定しています。

### (2) 平成37年（2025年）における医療需要等

医療機能を、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、在宅医療等についても患者数を推計します。

【図表4-1-1 医療機能区分】

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）。
	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

回復期機能	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み、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合も含む）。
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。

## 4 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、医療需要推計結果は次のとおりです。

【図表4-1-2 医療需要推計結果】

(人/日)

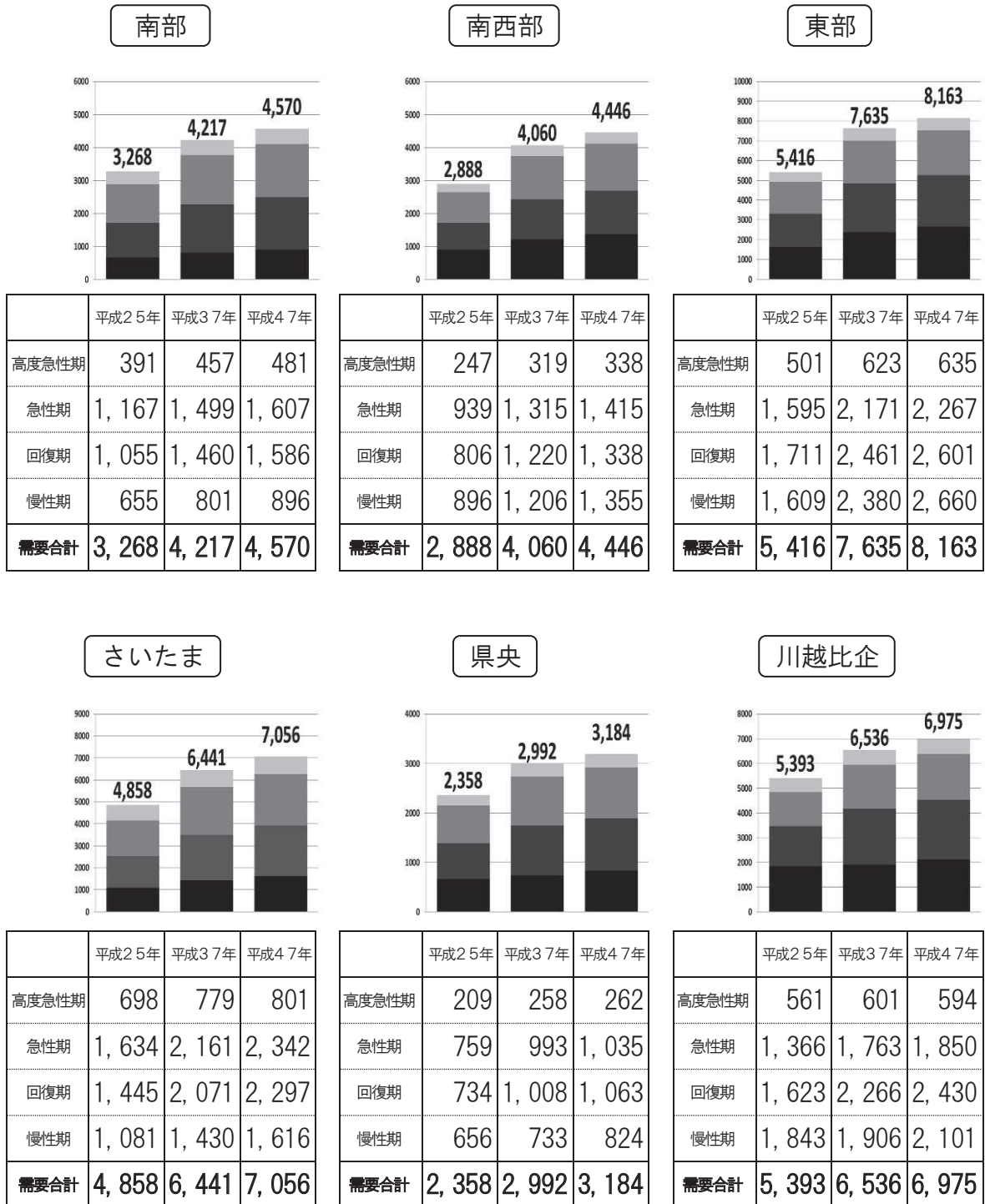
	平成25年 (2013年)	平成37年 (2025年)	平成47年 (2035年)
高度急性期	3, 543	4, 145	4, 232
急性期	10, 625	14, 007	14, 892
回復期	10, 701	15, 044	16, 288
慢性期	10, 942	12, 890	14, 469
需要合計	35, 811	46, 086	49, 881

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により推計

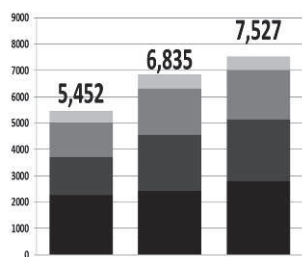
【留意事項】

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4-1-3 各区域の医療需要推計結果（人／日）】

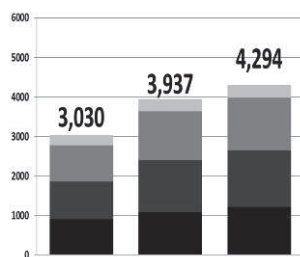


西部



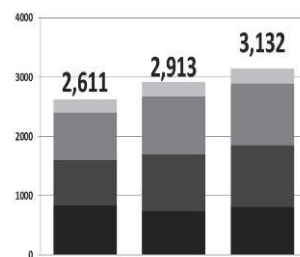
	平成25年	平成37年	平成47年
高度急性期	434	520	527
急性期	1,305	1,755	1,871
回復期	1,467	2,133	2,333
慢性期	2,246	2,427	2,796
<b>需要合計</b>	<b>5,452</b>	<b>6,835</b>	<b>7,527</b>

利根



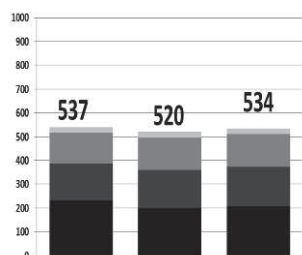
	平成25年	平成37年	平成47年
高度急性期	265	319	324
急性期	925	1,233	1,329
回復期	941	1,303	1,431
慢性期	899	1,082	1,210
<b>需要合計</b>	<b>3,030</b>	<b>3,937</b>	<b>4,294</b>

北部



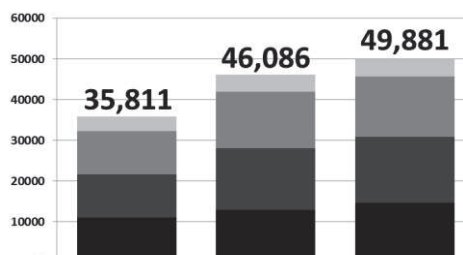
	平成25年	平成37年	平成47年
高度急性期	214	245	247
急性期	806	981	1,038
回復期	765	959	1,042
慢性期	826	728	805
<b>需要合計</b>	<b>2,611</b>	<b>2,913</b>	<b>3,132</b>

秩父



	平成25年	平成37年	平成47年
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
<b>需要合計</b>	<b>537</b>	<b>520</b>	<b>534</b>

全県



	平成25年	平成37年	平成47年
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
<b>需要合計</b>	<b>35,811</b>	<b>46,086</b>	<b>49,881</b>

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により推計

## 5 必要病床数の推計結果（平成37年（2025年））

医療需要の推計結果を基に算定した各区域の必要病床数は次のとおりです。

【図表4-1-4 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

## 【留意事項】

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。



## 6 病床機能報告による病床数と必要病床数との比較

平成28年度（2016年度）の病床機能報告結果と平成37年（2025年）の必要病床数を比較すると、全体で3,838床が不足し、特に回復期機能は12,280床と大幅に不足する結果となっています。

【図表4-1-5 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	休棟 無回答等
平成28年度 病床機能報告	50,372	6,707	24,118	4,437	12,965	2,145
平成37年 必要病床数推計	54,210	5,528	17,954	16,717	14,011	
差引	▲3,838	1,179	6,164	▲12,280	▲1,046	

### 【留意事項】

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るため、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るため、一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基にした医療資源投入量で推計していますので、病床機能の捉え方が違います。

## 7 在宅医療等の必要量の推計結果

在宅医療等の必要量の推計結果は次のとおりです。

なお、在宅医療等とは、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、サービス付き高齢者向け住宅、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・診療所の病床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4-1-6 在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）】

(人/日)

区域	平成25年 (2013年)	平成37年 (2025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)

( ) の数値は全体のうち訪問診療分

## 第2章 地域医療構想の実現に向けた取組

## 1 目指すべき姿

急速な高齢化の進展に伴い医療・介護の需要の大幅な増加が見込まれる中、医療機能の分化・連携と在宅医療等の充実を進め、発症から急性期、回復期、在宅医療等まで良質かつ適切な医療が効率的に提供される体制を構築し、県民が住み慣れた地域に必要な時に、必要なサービスの提供を受けられる体制を確保します。

## 2 現状と課題

### (1) 医療機能の分化・連携と病床整備

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。

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もつながります。

### (2) 在宅医療等の体制整備

高齢化の進展のほか、病床機能の分化・連携の推進に伴い慢性期の入院患者の一部が在宅医療等へ移行することにより、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）の約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、在宅医療等は、高度急性期から回復期、慢性期へ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。

そのため、急変時の対応や看取りのための連携体制の構築など、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います。

【図表4-2-1 病床機能の分化・連携による在宅医療等の新たなサービス必要量の推計結果（患者住所地ベース）】

(人/日)

	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)	平成37年 (2025年)
療養病床からの転換分 (在宅医療等)	2,702	5,403	7,204
一般病床からの転換分 (外来)	1,632	3,264	4,352

### (3) 医療従事者の確保

将来の医療需要を踏まえ、適切かつ持続的な医療提供体制を構築していくためには、

各医療機能に対応できる医療従事者を確保していく必要があります。

医師の都市部への集中などによる地域偏在や、産科、小児科、救急等を担当する医師が少ないなどの診療科偏在への対応も課題となっています。

(4) 地域医療介護総合確保基金

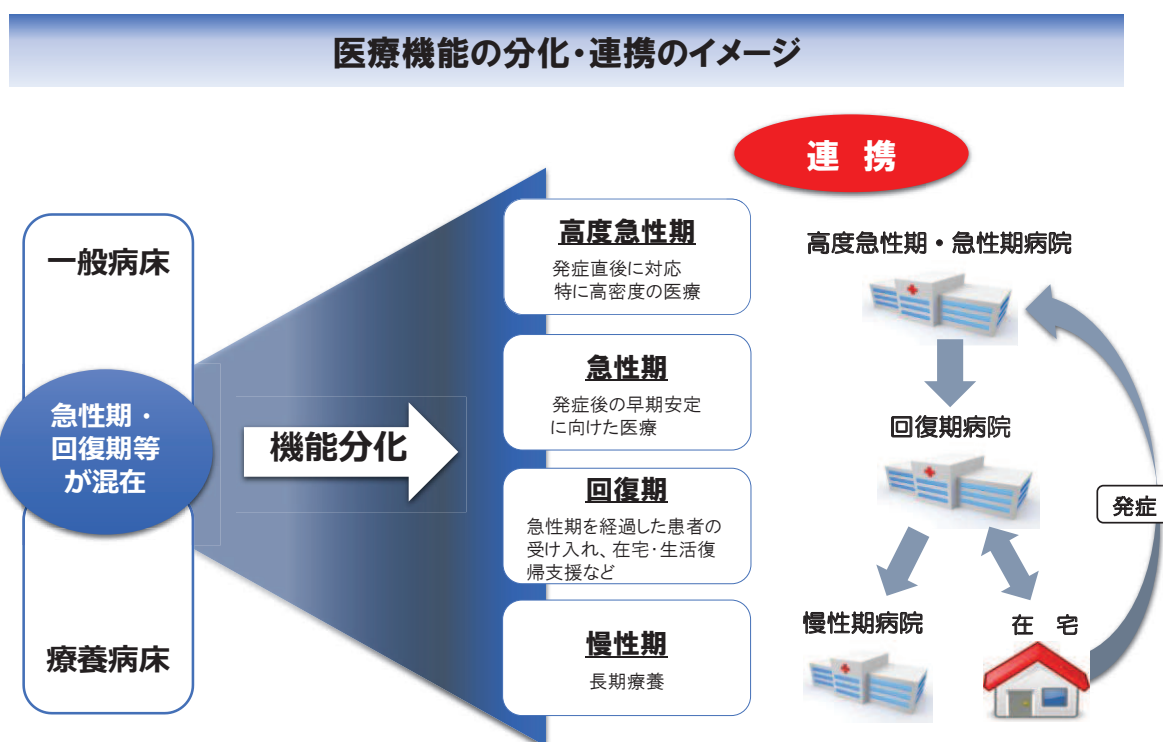
医療と介護サービスの提供体制の改革を推進するため、消費税財源を活用した基金を創設し、病床の機能分化・連携、在宅医療の充実、医療従事者の確保のために必要な事業を実施しています。

基金を活用し、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組などを支援することが必要です。

3 課題への対応

- (1) 医療機能の分化・連携を進め、高度急性期から回復期、在宅医療等まで切れ目のない医療提供体制を整備します。
- (2) 地域包括ケアシステムの構築に併せ、在宅医療連携拠点等の機能強化や、在宅医療を担う医療従事者の確保・養成等、在宅医療体制の整備を進めます。
- (3) 医療従事者の確保・養成を図るとともに、医師の地域偏在や診療科偏在の解消に取り組む、県民が住み慣れた地域で必要な医療を受けられる体制づくりを進めます。
- (4) 地域医療構想の実現に向けた取組については、地域医療介護総合確保基金を有効に活用します。

【図表4-2-2 医療機能の分化・連携のイメージ】



## 4 主な取組

### (1) 医療機能の分化・連携と病床整備

- ア 急性期病床から地域包括ケア病床等回復期病床への転換促進
- イ 地域医療構想調整会議での協議を通じた医療機能の分化・連携
- ウ 病床機能報告制度を活用した医療機能情報の提供と共有
- エ ICTを活用した地域医療連携ネットワークの整備支援（※）

（※）利根保健医療圏では、地域の病院や診療所、臨床検査施設などを安全なネットワークシステムで結び、患者の情報を共有するシステム（とねっと）を平成24年（2012年）7月から運用しており、中核病院の専門医や診療所のかかりつけ医がこれらの情報を診療に役立てている。

### (2) 在宅医療等の体制整備

- ア 地域において在宅療養を支援する連携体制の構築
- イ 患者を支える多職種連携システムの確立
- ウ 在宅医療連携拠点に対する広域的な支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援
- エ 人生の最終段階における医療提供体制の整備
- オ 在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成
- カ 在宅歯科医療の推進を担う地域在宅歯科医療推進拠点の充実
- キ 在宅医療を担う薬局の整備促進と薬剤師の育成

### (3) 医療従事者の確保

- ア 埼玉県総合医局機構による一元的な医師確保対策の推進
- イ 医師の地域偏在・診療科偏在の解消
- ウ 看護職員の養成、離職防止・定着促進、再就業支援
- エ 看護職員の資質の向上

【図表4-2-3 ICTを利用した地域医療連携ネットワークの例】

