

全国健康保険協会千葉支部 第81回評議会

(平成28年5月24日開催)

千葉県保健医療計画について

(平成28年3月16日開催 千葉県医療審議会資料より抜粋)

(案)

# 千葉県保健医療計画

地域医療構想・  
基準病床数・評価指標



チーバくん

平成28年 月  
千 葉 県

## 目次

第1部	計画改定の趣旨等	1
1	計画改定の趣旨	1
2	計画期間	2
第2部	地域医療構想	
第1章	地域医療構想について	3
1	地域医療構想の目的	3
2	構想区域	3
3	地域医療構想の内容	3
4	病床機能報告制度	4
第2章	千葉県における現状と将来の医療需要	5
1	千葉県の現状	5
(1)	人口等の状況	5
(2)	医療・介護提供体制	8
(3)	入院患者の流出入	21
(4)	県民の意識・意向	26
(5)	死因・死亡場所	29
2	将来の医療需要	30
(1)	入院医療	30
(2)	在宅医療等	33
第3章	構想区域の設定	36
1	構想区域の意義	36
2	構想区域の設定	36
第4章	千葉県が目指すべき医療提供体制	38
1	医療機能別の医療提供体制	38
2	在宅医療等の必要量	39
3	必要病床数と病床機能報告の結果との比較	40
第5章	千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策	42
1	医療機関の役割分担の促進	42
2	在宅医療の推進	42
3	医療従事者の確保・定着	43
4	地域医療の格差解消	44
5	疾病ごとの医療連携システムの構築	44
6	公的病院の役割	45

7	地域医療連携推進法人制度の活用	45
8	県民の適切な受療行動と健康づくり	45
第6章	各区域における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性	46
1	千葉区域	46
2	東葛南部区域	48
3	東葛北部区域	50
4	印旛区域	52
5	香取海匝区域	54
6	山武長生夷隅区域	56
7	安房区域	58
8	君津区域	60
9	市原区域	62
第7章	地域医療構想の推進体制と評価	64
1	推進体制	64
2	評価の実施	64
	地域医療構想調整会議について	65
第3部	千葉県保健医療計画一部改定	66
1	基準病床数	66
2	評価指標	68

## 第1部 計画改定の趣旨等

### 1 計画改定の趣旨

これまで本県では、医療機関の適正な配置を図り、健康増進から疾病の予防、診断、治療、リハビリテーションに至る総合的な保健医療供給体制を確立するため、昭和63年(1988年)に「千葉県保健医療計画」を策定し、以後、平成3年(1991年)、平成8年(1996年)、平成13年(2001年)、平成18年(2006年)、平成23年(2011年)と五度にわたる全面改定を行いながら、県内の保健医療関係機関・団体の協力のもとに、各種の保健医療施策を推進してきたところです。

また、平成23年(2011年)4月に策定した「千葉県保健医療計画」(平成23～27年度)については、平成24年(2012年)3月の医療法施行規則の改正に伴い、医療計画に定めるべき疾病として精神疾患の追加や、国から示された新たな医療計画作成指針を踏まえて、平成25年5月に計画の一部見直しを行い、保健医療施策の総合的な推進を図ってきました。

さて、本県は、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる平成37年(2025年)に向けて急速に少子高齢化が進む中、医療・介護サービスのニーズの増大が予想されており、それに対応できる地域の医療提供体制の構築が緊急の課題となっています。

こうした中、平成26年(2014年)6月に医療法が改正され、「病床機能報告制度」の創設により、医療機関は、その有する病床が担う医療機能の現状と今後の方向を県に報告することになりました。

また、都道府県は、地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿である『地域医療構想』を医療計画の一部として新たに策定するとともに、医療計画と介護保険事業支援計画の整合性を図ることが定められました。

今後、国から、平成30年度(2018年)を始期とする次期医療計画策定に向けた「医療計画作成指針」が示される予定であり、次期医療計画策定に当たっては、その指針を踏まえるとともに、地域における医療及び介護を総合的に確保するため、介護保険事業支援計画との整合性を図る必要があります。そのため、平成23年(2011年)4月に策定した「千葉県保健医療計画」の計画期間を平成29年度(2017年度)まで延長することとし、それに伴う必要な見直しと、新たに策定した地域医療構想を併せて、別冊としてとりまとめました。

## 2 計画期間

平成 23 年度 (2011 年度) から平成 27 年度 (2015 年度) までの計画期間を、平成 29 年度 (2017 年度) までとします。

## 第2部 地域医療構想

### 第1章 地域医療構想について

#### 1 地域医療構想の目的

- 地域医療構想は、平成26年（2014年）6月に公布された「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（医療介護総合確保推進法）」により改正された医療法で新たに規定され、医療計画の一部として位置付けられています。（医療法第30条の4第2項）
- 平成37年（2025年）に向けて、少子高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に活用し、県民が地域において安心で質の高い医療・介護サービスが受けられるよう、医療機関の病床機能の分化と連携を推進することを目的としたものです。
- 厚生労働省は、都道府県が地域医療構想を策定する際のガイドラインを策定し、都道府県に示しました。（平成27年（2015年）3月31日）

#### 2 構想区域

- 一体区域として地域における病床の機能の分化と連携を推進することが相当であると認められる区域を「構想区域」として定めることとされています。（医療法第30条の4第2項第7号）
- 構想区域の設定に当たっては、二次保健医療圏<sup>1</sup>を原則としつつ、将来（平成37年（2025年））における人口規模、患者の受療動向（流出・流入率）、疾病構造の変化等を考慮することとされています。

#### 3 地域医療構想の内容

- ①構想区域
- ②構想区域における将来の病床の機能区分ごとの必要病床数
- ③構想区域における将来の在宅医療等<sup>2</sup>の必要量
- ④地域医療構想の達成に向けた病床機能の分化と連携の推進に関する事項

<sup>1</sup> 二次保健医療圏：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。

<sup>2</sup> 在宅医療等：地域医療構想ガイドラインでは、「居宅、特別養護老人ホーム、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」することとしている。

#### 4 病床機能報告制度

- 医療機関（一般・療養病床を有する病院及び診療所）が、その有する病床において担っている医療機能の現状と、今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度です。医療機関の自主的な取組を進めるものとして平成26年（2014年）10月に法施行され、都道府県は、報告の内容も勘案し地域医療構想を策定しなければならないこととされています。（医療法第30条の13）
- 各医療機関が報告する医療機能は、「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」、「慢性期機能」の4区分となっています。さらに、具体的な医療の内容に関する項目や構造設備・人員配置等に関する項目についても報告することとされ、毎年7月1日の状況を、その年の10月中に報告します。
- また、都道府県は、省令で定めるところにより報告された事項を公表しなければならないこととされ、千葉県ホームページで公開されています。報告された情報を広く公表することで、関係者が地域の医療体制について共通認識を形成し、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議が進むよう促すとともに、患者や住民が自身に合った適切な医療機関を受診し、地域の医師が患者を適切な医療機関へ紹介できるような環境を整備することが必要です。 [千葉県病床機能報告](#) [検索](#)

表1 医療機能の名称及び内容

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 （救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟）
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL（日常生活における基本的動作を行う能力）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○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）又は難病患者等を入院させる機能

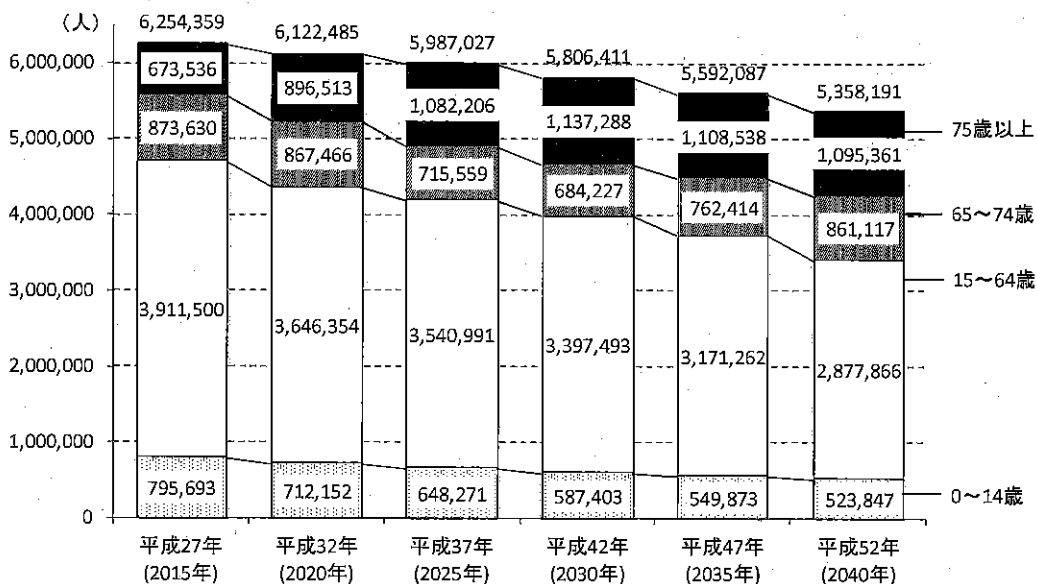


## 第2章 千葉県における現状と将来の医療需要

### 1 千葉県の現状

#### (1) 人口等の状況

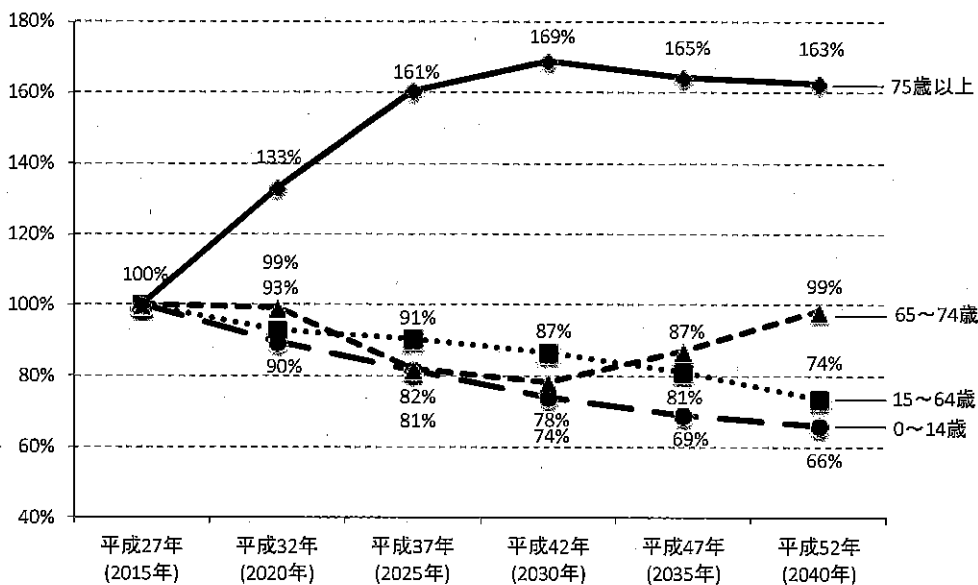
- 千葉県の平成27年(2015年)時点での総人口は6,254,359人ですが、今後は、総人口は緩やかに減少し、平成37年(2025年)には5,987,027人、平成52年(2040年)には5,358,191人まで減少する見込みです。
- 年齢構成別にみると、平成27年(2015年)時点の0歳から14歳までの年少人口は795,693人、15歳から64歳までの生産年齢人口は3,911,500人ですが、平成37年(2025年)には、それぞれ648,271人(平成27年の81%)、3,540,991人(同91%)に、平成52年(2040年)には、それぞれ523,847人(同66%)、2,877,866人(同74%)へと減少する見込みです。
- 一方、75歳以上の人口は平成27年(2015年)時点では673,536人ですが、平成37年(2025年)には1,082,206人(平成27年の161%)、平成42年(2030年)には1,137,288人(同169%)と増加し、その後減少に転じ、平成52年(2040年)には1,095,361人(同163%)になると見込まれています。



「千葉県年齢別・町丁字別人口(平成27年度)」(千葉県)、「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)をもとに作成

図1 千葉県の将来推計人口

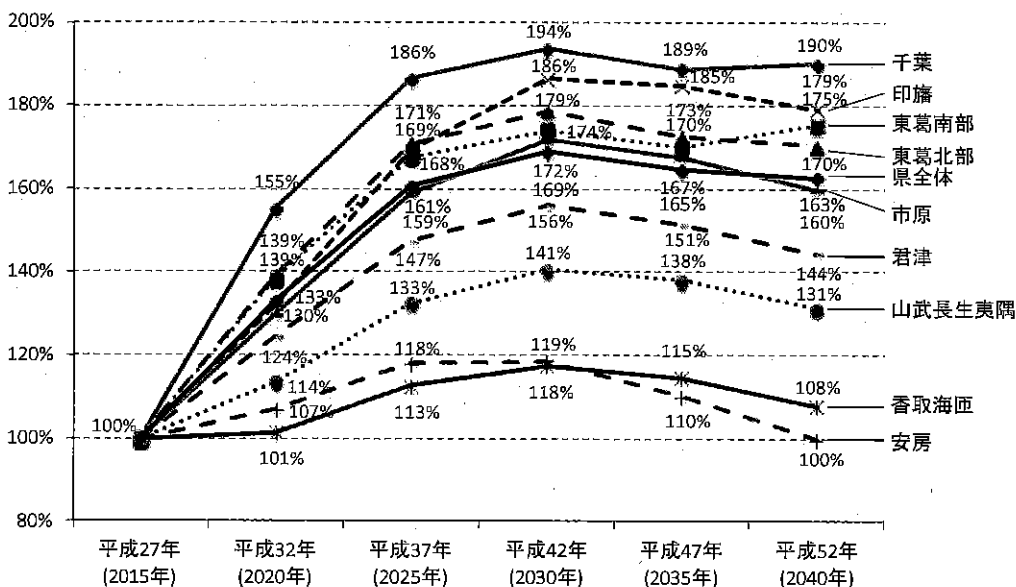
※本計画における将来の人口については、厚生労働省の地域医療構想ガイドラインにおける医療需要推計方法に基づき、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月推計)』を用いています。



「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図2 年齢階級別人口の対平成27年（2015年）増加率（千葉県）

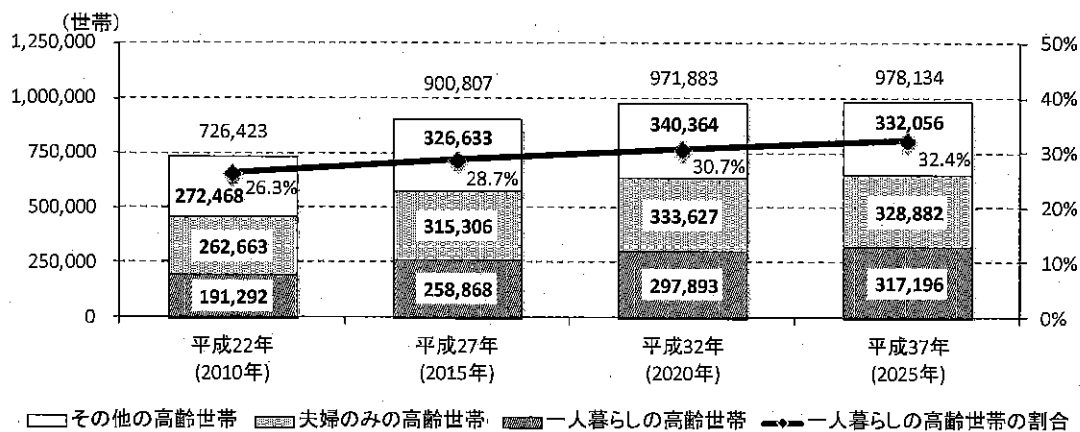
○ 75歳以上の人口の増加数やピークを迎える時期は、地域により大きく異なっています。平成52年（2040年）時点で75歳以上人口増加率が県平均よりも高い地域は、「千葉」、「印旛」、「東葛南部」、「東葛北部」です。



「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図3 75歳以上人口の対平成27年（2015年）増加率（二次保健医療圏別）

- 65 歳以上の老年人口の増加とともに、一人暮らしの高齢世帯や夫婦のみの高齢世帯数も増加することが見込まれています。
- 65 歳以上の一人暮らしの高齢者は、平成 22 年（2010 年）には 191,292 人でしたが、平成 37 年（2025 年）には 317,196 人となり、平成 22 年（2010 年）の約 1.7 倍に増加します。



「平成 22 年国勢調査」（総務省）、「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図 4 今後の高齢単身世帯（65 歳以上の者一人のみの一般世帯）数等の推計（千葉県）

## (2) 医療・介護提供体制

- 人口 10 万人当たりの病院数、一般診療所数、薬局数、訪問看護ステーション数は、いずれも全国平均を大きく下回り、全国順位が下位となっています。

表 2 医療機関等の整備状況

		千葉県				全国			出典	
		実数	人口 10万対	(全国 順位)	65歳 以上人口 10万対	(全国 順位)	実数	人口 10万対		65歳 以上人口 10万対
病院	施設数 (施設)	284	4.6	(44位)	18.1	(45位)	8,493	6.7	25.7	※1
	一般・療養病 床数(床)	45,165	728.8	(45位)	2874.9	(45位)	1,222,360	961.9	3704.1	
	精神病床数 (床)	12,773	206.1	(40位)	813.0	(37位)	338,174	266.1	1024.8	
一般診 療所	施設数 (施設)	3,710	59.9	(45位)	236.2	(44位)	100,461	79.1	304.4	
	有床診療所施 設数(再掲)	211	3.4	(41位)	13.4	(42位)	8,355	6.6	25.3	
	病床数 (床)	2,612	42.1	(39位)	166.3	(40位)	112,364	88.4	340.5	
歯科診 療所	施設数 (施設)	3,217	51.9	(11位)	204.8	(7位)	68,529	54.0	207.9	
薬局	施設数 (施設)	2,338	37.7	(42位)	148.8	(40位)	57,784	45.5	175.1	※2
訪問看 護ス テーシ ョ ン	施設数 (施設)	268	4.3	(43位)	17.1	(40位)	7,903	6.2	23.9	※3
	利用者数(H26 年9月)(人)	14,357	231.7	(40位)	913.9	(38位)	431,588	339.6	1307.8	※4

※1 「医療施設調査」(厚生労働省)、平成 26 年 10 月 1 日現在

※2 「衛生行政報告例」(厚生労働省)、平成 27 年 3 月 31 日現在

※3 「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省)、平成 26 年 10 月 1 日現在

※4 「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省)、平成 26 年 9 月中の利用者数

なお、(65 歳以上) 人口当たりの施設数等を算出するに当たっては、「人口推計」(総務省統計局・平成 26 年 10 月 1 日現在)を用いた。

- 平成 26 年度病床機能報告制度の結果によれば、医療機能別の入院医療提供体制は、次のようになっています。(一般病床及び療養病床に限る。)
- なお、本報告制度における各医療機能については、各医療機関が自主的に選択して報告されたものであること等に留意が必要です。

表 3 平成 26 年 (2014 年) 7 月 1 日時点の医療機能別許可病床数

(単位: 床)

二次保健医療圏	医療機能	病床数	構成比	病床数計
千葉	高度急性期	1,423	18.0%	7,913
	急性期	4,003	50.6%	
	回復期	757	9.6%	
	慢性期	1,592	20.1%	
	無回答	138	1.7%	
東葛南部	高度急性期	1,506	14.5%	10,409
	急性期	5,514	53.0%	
	回復期	1,087	10.4%	
	慢性期	2,102	20.2%	
	無回答	200	1.9%	
東葛北部	高度急性期	2,153	23.6%	9,114
	急性期	4,193	46.0%	
	回復期	841	9.2%	
	慢性期	1,832	20.1%	
	無回答	95	1.0%	
印旛	高度急性期	537	10.4%	5,159
	急性期	2,894	56.1%	
	回復期	162	3.1%	
	慢性期	1,563	30.3%	
	無回答	3	0.1%	
香取海匝	高度急性期	64	2.5%	2,609
	急性期	1,666	63.9%	
	回復期	187	7.2%	
	慢性期	663	25.4%	
	無回答	29	1.1%	
山武長生夷隅	高度急性期	20	0.6%	3,271
	急性期	1,580	48.3%	
	回復期	278	8.5%	
	慢性期	1,325	40.5%	
	無回答	68	2.1%	
安房	高度急性期	159	7.2%	2,194
	急性期	1,264	57.6%	
	回復期	99	4.5%	
	慢性期	672	30.6%	
	無回答	0	0.0%	
君津	高度急性期	492	21.7%	2,267
	急性期	1,020	45.0%	
	回復期	137	6.0%	
	慢性期	580	25.6%	
	無回答	38	1.7%	
市原	高度急性期	454	21.9%	2,073
	急性期	1,121	54.1%	
	回復期	157	7.6%	
	慢性期	295	14.2%	
	無回答	46	2.2%	
千葉県計	高度急性期	6,808	15.1%	45,009
	急性期	23,255	51.7%	
	回復期	3,705	8.2%	
	慢性期	10,624	23.6%	
	無回答	617	1.4%	

(平成 26 年度病床機能報告)

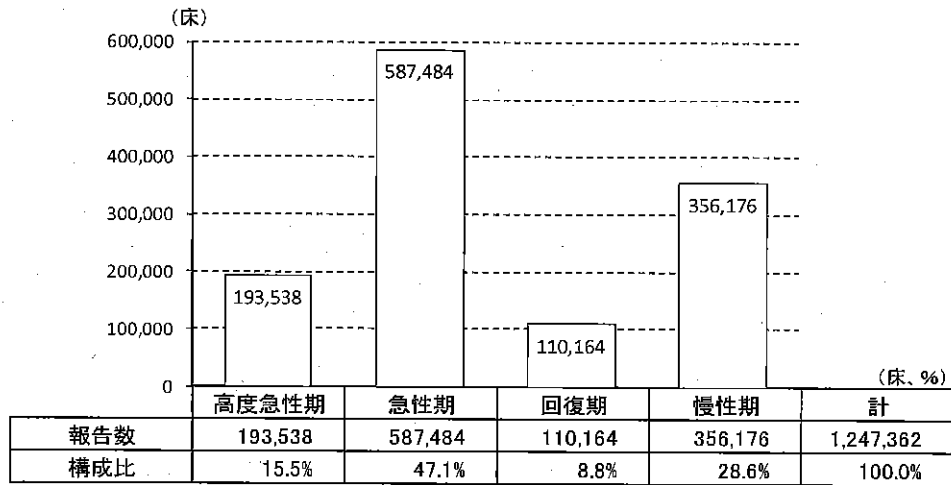
表4 6年が経過した日（平成32年7月1日）における医療機能別許可病床数

(単位：床)

二次保健医療圏	医療機能	病床数	構成比	病床数計
千葉	高度急性期	1,423	18.0%	7,913
	急性期	3,986	50.4%	
	回復期	696	8.8%	
	慢性期	1,714	21.7%	
	無回答	94	1.2%	
東葛南部	高度急性期	1,920	18.4%	10,409
	急性期	4,965	47.7%	
	回復期	1,372	13.2%	
	慢性期	1,998	19.2%	
	無回答	154	1.5%	
東葛北部	高度急性期	2,296	25.2%	9,114
	急性期	4,181	45.9%	
	回復期	825	9.1%	
	慢性期	1,812	19.9%	
	無回答	0	0.0%	
印旛	高度急性期	537	10.4%	5,159
	急性期	2,659	51.5%	
	回復期	388	7.5%	
	慢性期	1,512	29.3%	
	無回答	63	1.2%	
香取海匝	高度急性期	64	2.5%	2,609
	急性期	1,617	62.0%	
	回復期	269	10.3%	
	慢性期	645	24.7%	
	無回答	14	0.5%	
山武長生夷隅	高度急性期	20	0.6%	3,271
	急性期	1,482	45.3%	
	回復期	460	14.1%	
	慢性期	1,269	38.8%	
	無回答	40	1.2%	
安房	高度急性期	159	7.2%	2,194
	急性期	1,245	56.7%	
	回復期	99	4.5%	
	慢性期	691	31.5%	
	無回答	0	0.0%	
君津	高度急性期	492	21.7%	2,267
	急性期	988	43.6%	
	回復期	137	6.0%	
	慢性期	648	28.6%	
	無回答	2	0.1%	
市原	高度急性期	454	21.9%	2,073
	急性期	1,103	53.2%	
	回復期	175	8.4%	
	慢性期	295	14.2%	
	無回答	46	2.2%	
千葉県計	高度急性期	7,365	16.4%	45,009
	急性期	22,226	49.4%	
	回復期	4,421	9.8%	
	慢性期	10,584	23.5%	
	無回答	413	0.9%	

(平成26年度病床機能報告)

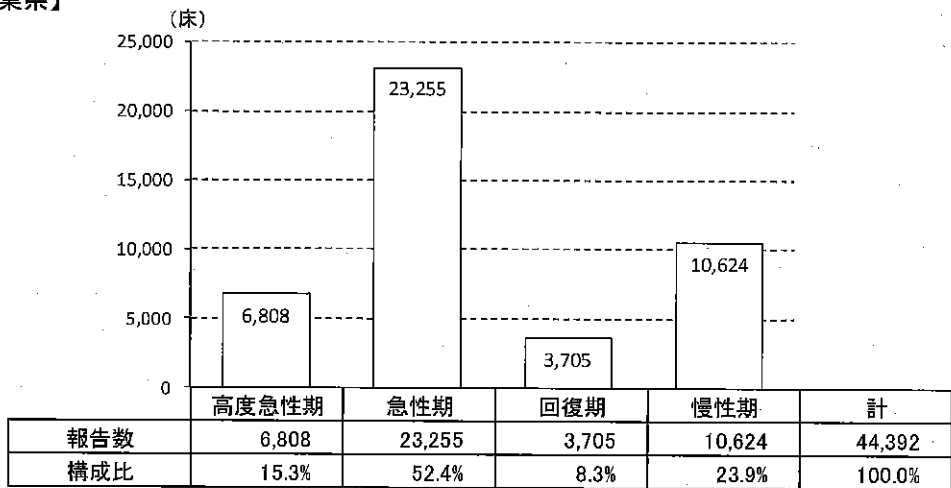
【全 国】



(注) いずれの機能も選択されなかった 13,764 床分は、上表には含めていない。

出典：「第 10 回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会・資料 3」（平成 27 年 7 月 29 日開催・厚生労働省）

【千葉県】

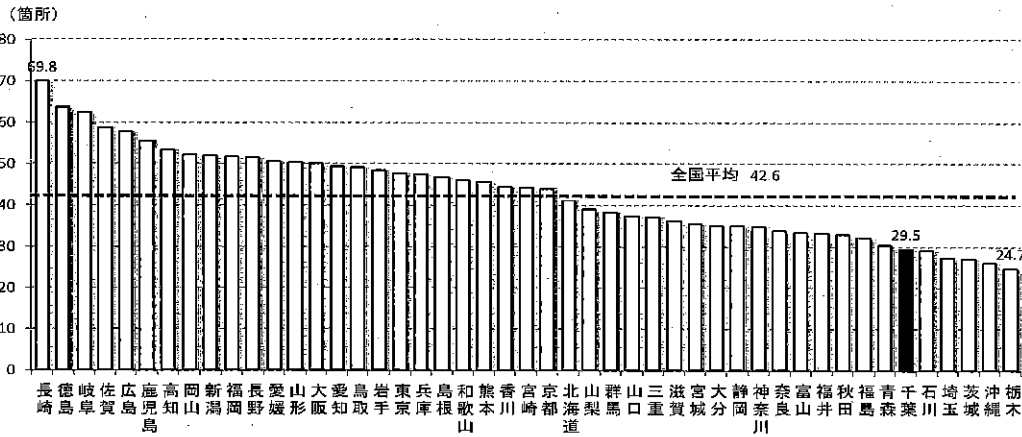


(注) 無回答 617 床分は、上表には含めていない。

図 5 平成 26 年（2014 年）7 月 1 日時点の医療機能別許可病床数の比較（全国—千葉県）

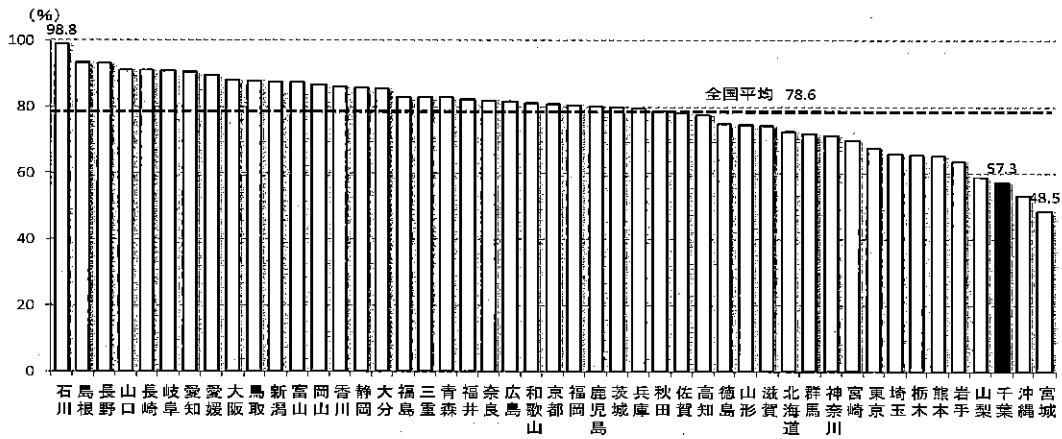






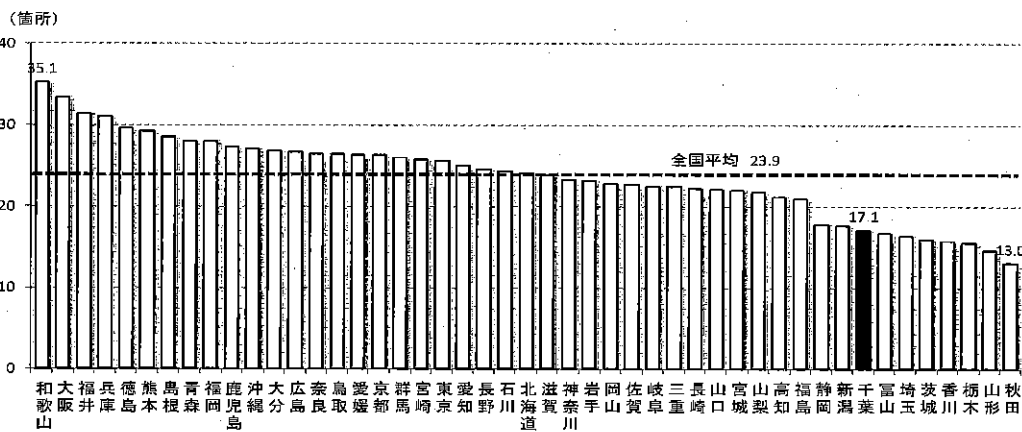
「平成 26 年医療施設調査」(厚生労働省) 及び「平成 26 年人口推計」(総務省) をもとに作成。

図 8 都道府県別 65 歳以上人口 10 万人当たり在宅医療サービス実施歯科診療所数



「医療計画の見直しに関する都道府県担当者向け研修会・資料 A-5 在宅医療について」(厚生労働省) をもとに作成。  
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数 (42, 163) は平成 23 年 8 月時点、全薬局数 (53, 642) は平成 21 年時点。

図 9 都道府県別在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局の割合



「平成 26 年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省) 及び「平成 26 年人口推計」(総務省) をもとに作成。

図 10 都道府県別 65 歳以上人口 10 万人当たり訪問看護ステーション数

- 訪問診療については、在宅療養支援診療所だけでなく、それ以外の一般診療所においても大きな役割を果たしているとの指摘があります。

表5 千葉県での訪問診療実施施設数及び在宅療養支援診療所等の数

	訪問診療実施施設数 (A)	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数 (B)	
			(B/A)
診療所	491	323	65.8%
病院	101	29	28.7%

「平成26年医療施設調査」(厚生労働省)をもとに作成。  
 訪問診療実施施設数は平成26年9月実施施設数。  
 在宅療養支援診療所数及び在宅療養支援病院数は平成26年10月1日時点。

- 介護サービスの利用見込みは、概ね増加していくものと見込まれます。

表6 主な介護サービスの利用見込みと中長期的な推計(千葉県)

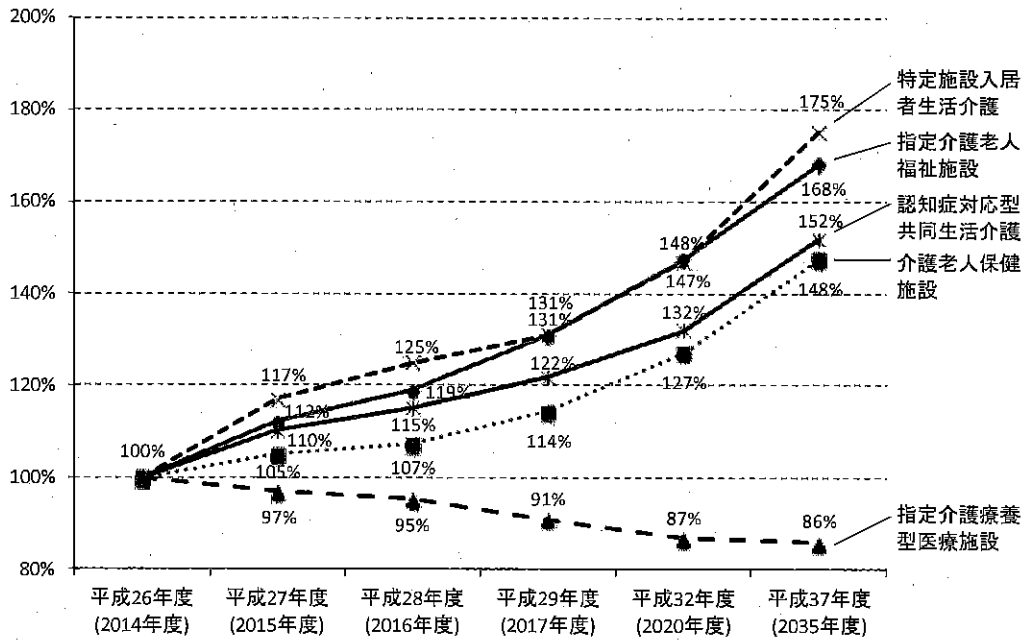
(上段: 単位: 人/月)

(下段: 26年度を100とした場合の増加率)

サービス種別	26年度 (2014年度)	27年度 (2015年度)	28年度 (2016年度)	29年度 (2017年度)	32年度 (2020年度)	37年度 (2025年度)
指定介護老人福祉施設	20,564 (100)	23,047 (112)	24,454 (119)	26,923 (122)	30,345 (147)	34,634 (152)
介護老人保健施設	13,608 (100)	14,299 (105)	14,601 (107)	15,571 (114)	17,309 (127)	20,079 (148)
指定介護療養型医療施設	1,385 (100)	1,341 (97)	1,319 (95)	1,260 (91)	1,204 (87)	1,189 (86)
特定施設入居者生活介護	8,466 (100)	9,904 (117)	10,572 (125)	11,093 (131)	12,454 (148)	14,845 (175)
認知症対応型共同生活介護	5,960 (100)	6,563 (110)	6,868 (115)	7,258 (122)	7,870 (132)	9,055 (152)

「千葉県高齢者保健福祉計画(平成27年度～平成29年度)」(千葉県)をもとに作成。

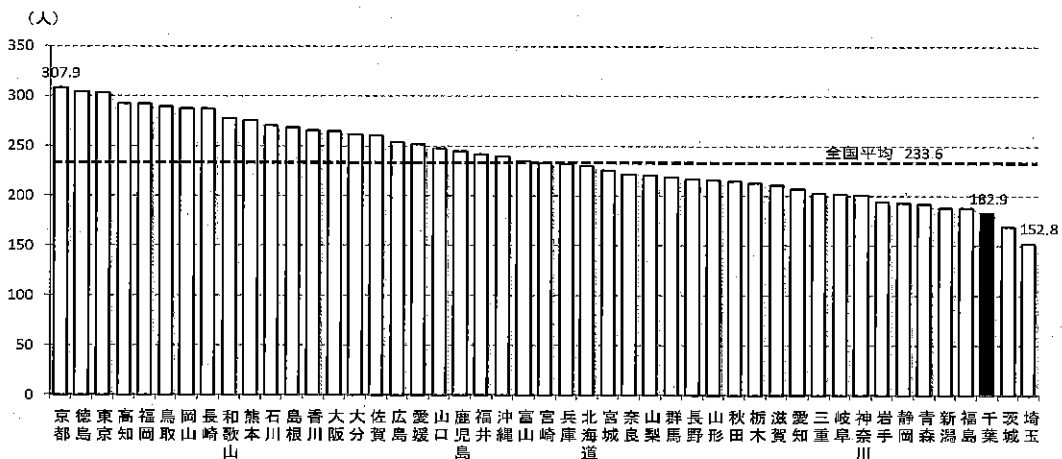
<sup>3</sup> 千葉県高齢者保健福祉計画: 老人福祉法による「老人福祉計画」と介護保険法による「介護保険事業支援計画」を一体的に策定した計画。計画期間は27年度から29年度の3か年。



「千葉県高齢者保健福祉計画（平成27年度～平成29年度）」（千葉県）をもとに作成

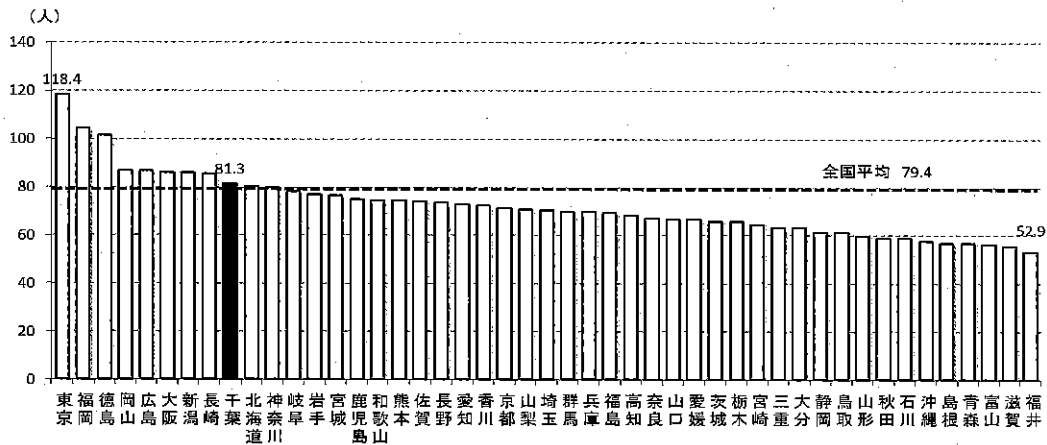
図11 主な介護サービスの利用見込みに係る対平成26年度（2014年度）増加率（千葉県）

- 医療・介護提供体制を支える人材は、医師数、看護職員数において、全国平均を大きく下回っており、人口10万人あたりでは、医師数は全国第45位、歯科医師数は全国第9位、薬剤師数は全国第17位、看護職員数は全国第45位、訪問看護ステーション常勤換算従事者数は全国42位、介護保険施設常勤換算従事者数は全国第43位となっています。



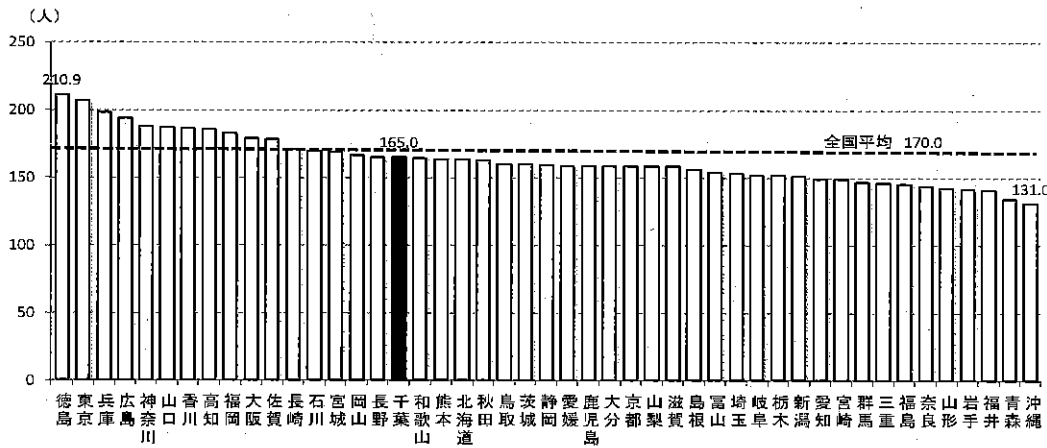
「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）をもとに作成

図12 都道府県別人口10万人あたり医療施設従事医師数



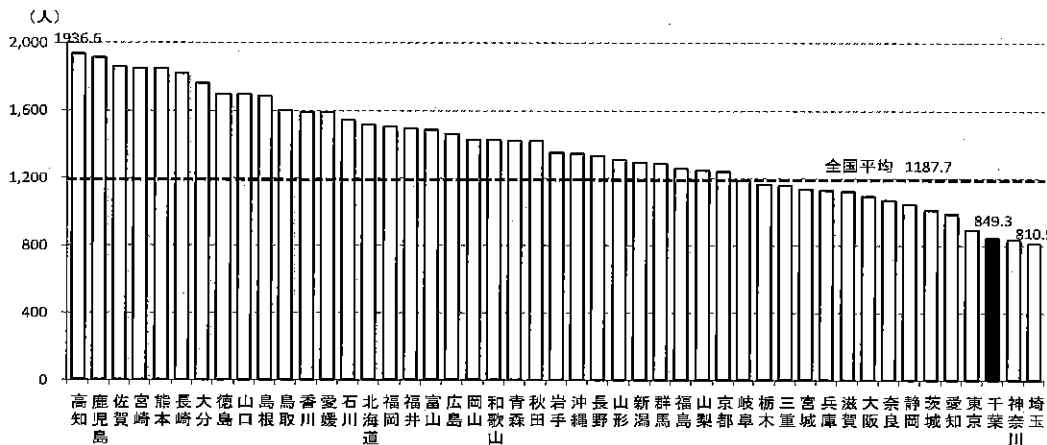
「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)をもとに作成

図 13 都道府県別人口 10 万人当たり医療施設従事歯科医師数



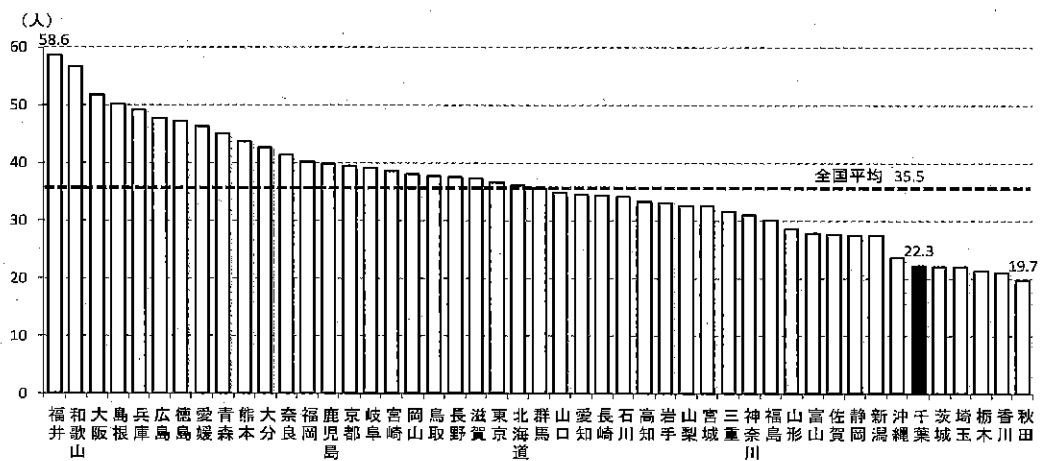
「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)をもとに作成

図 14 都道府県別人口 10 万人当たり薬局・医療施設従事薬剤師数



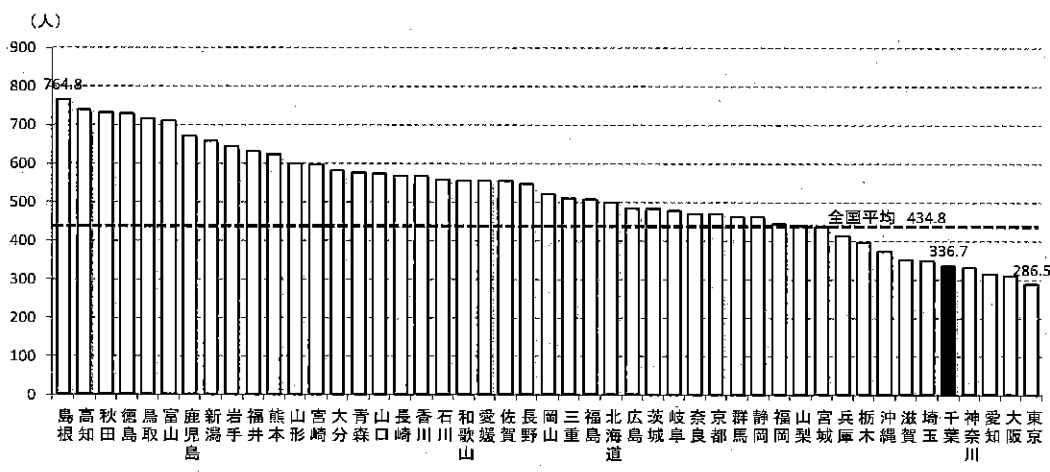
「平成 26 年度衛生行政報告例」(厚生労働省)をもとに作成

図 15 都道府県別人口 10 万人当たり就業看護職員数



「平成 26 年介護サービス施設・事業所調査の概況」(厚生労働省)、「人口推計 (平成 26 年 10 月 1 日現在)」(総務省)をもとに作成

図 16 都道府県別人口 10 万人当たり訪問看護ステーション常勤換算従事者数

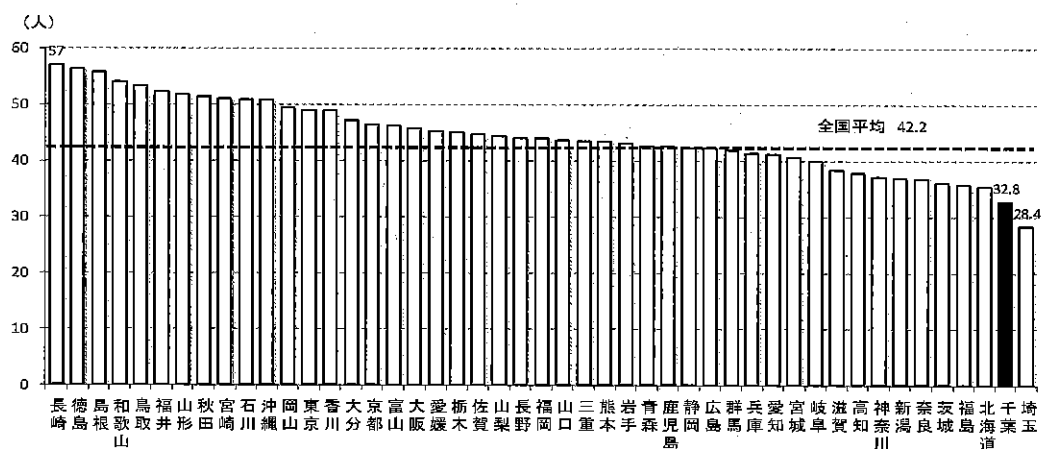


「平成 26 年介護サービス施設・事業所調査の概況」(厚生労働省)、「人口推計 (平成 26 年 10 月 1 日現在)」(総務省)をもとに作成

\* 介護保険施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

図 17 都道府県別人口 10 万人当たり介護保険施設\*常勤換算従事者数

○ また、15～49歳女子人口10万人当たりの産科・産婦人科医師数は全国46位となっています。

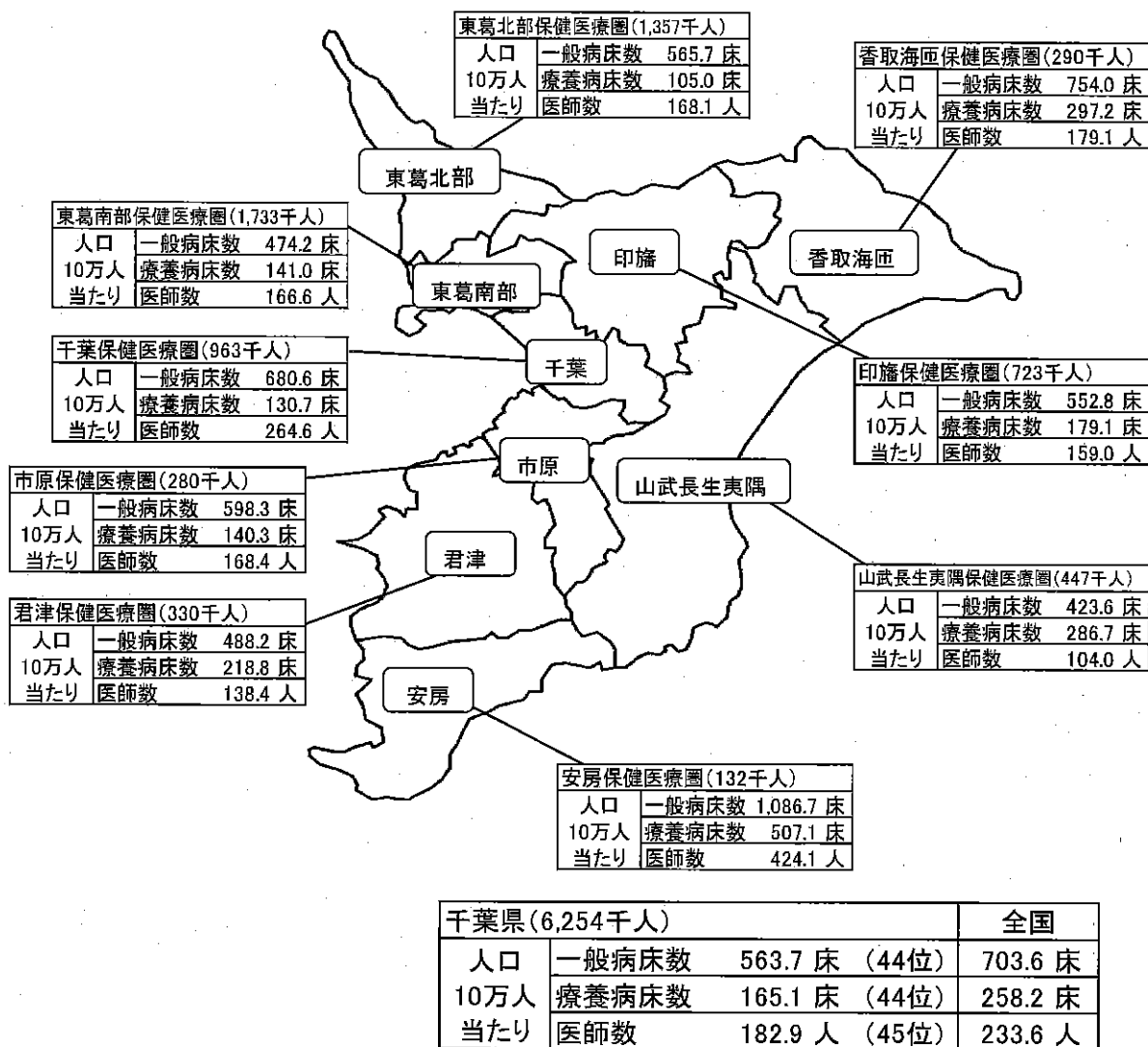


「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)をもとに作成

図18 都道府県別15～49歳女子人口10万人当たり医療施設従事  
産科・産婦人科医師数(主たる診療科)

○ 二次保健医療圏ごとの人口については、最大（東葛南部）と最小（安房）では、約 13 倍の開きがあります。

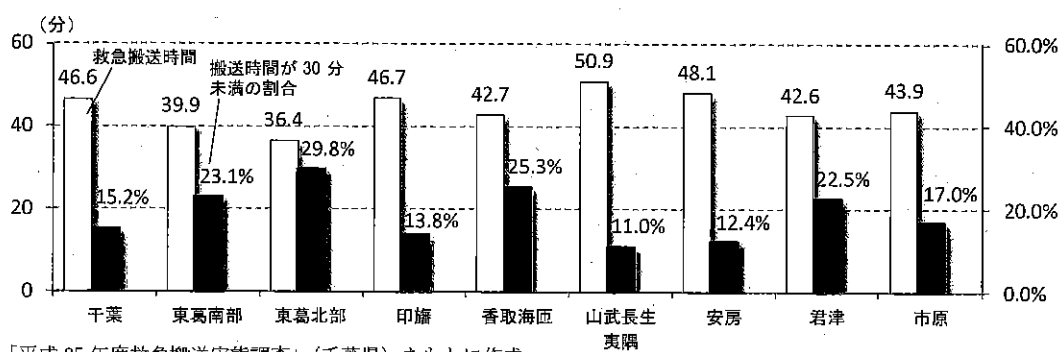
○ 人口 10 万人当たりの病床数（一般病床及び療養病床）及び医師数は全国平均を大きく下回っています。また、二次保健医療圏間では約 2.6 倍、医師数は約 4.1 倍の開きがあり、地域により大きく異なっています。



人口：「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成 27 年度）」（千葉県）による平成 27 年 4 月 1 日現在の人口  
 （一般・療養）病床数：「医療施設調査」（厚生労働省）による平成 26 年 10 月 1 日現在の病院病床数  
 医師数：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）による平成 26 年 12 月 31 日現在の医療施設従事医師数

図 19 9つの保健医療圏の状況

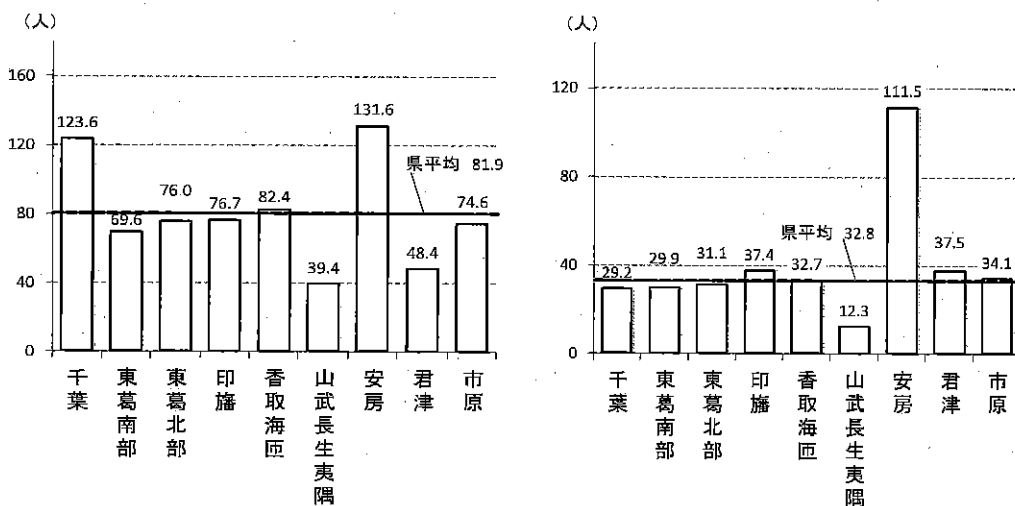
- 救急搬送に要した時間の平均値について、最も長い二次保健医療圏(山武長生夷隅)と最も短い二次保健医療圏(東葛南部)とでは、約 14.5 分間の差があります。また、救急搬送に要した時間が 30 分未満であった搬送件数の割合について、最も高い割合の二次保健医療圏(東葛北部)と最も低い二次保健医療圏(山武長生夷隅)とでは、18.8 ポイントの開きがあります。



「平成 25 年度救急搬送実態調査」(千葉県) をもとに作成。

図 20 二次保健医療圏別救急搬送時間(平均値)及び搬送時間が 30 分未満の割合

- 二次保健医療圏間では、小児科を主たる診療科とする医師数(0~14 歳人口当たり)で 3.3 倍、産婦人科又は産科を主たる診療科とする医師数(15~49 歳女子人口当たり)で 9.1 倍の差があります。



小児科を主たる診療科とする医師数 (0~14 歳人口 10 万人当たり)

産婦人科又は産科を主たる診療科とする医師数 (15~49 歳女子人口 10 万人当たり)

「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)、「千葉県年齢別・町丁別人口(平成 26 年 4 月 1 日現在)」(千葉県) をもとに作成。

図 21 二次保健医療圏別・主な診療科別人口当たり医療施設従事医師数



### (3) 入院患者の流出入

○ 平成 25 年 (2013 年) の各二次保健医療圏の圏域内完結率 (入院を必要とする患者のうち患者が住む医療圏域内の病院で入院治療をしている患者の割合) が 80% を超えているのは、安房保健医療圏 (96.2%)、香取海匝保健医療圏 (81.8%)、東葛北部保健医療圏 (81.5%) であり、全般的に医療圏間の入院患者の流動性が比較的高くなっています。

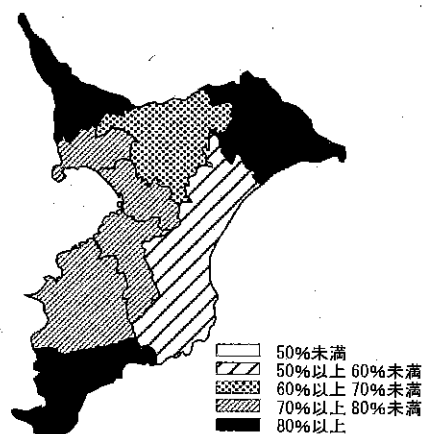


図 22 入院医療の圏域内完結率 (全体)

○ 山武長生夷隅保健医療圏は、圏域内完結率が 58.3% と低く、千葉保健医療圏や安房保健医療圏、市原保健医療圏等の隣接する医療圏に入院患者の流出がみられます。

また、本県は隣接都県からの流出入が比較的高く、特に、東京都、茨城県、埼玉県との間で入院患者の流出入があります。

表 7 入院患者の流出入の状況 (全体・平成 25 年 (2013 年))

入院患者数 【総数】 (単位:人/日)	医療機関所在地													
	県内									県外				
	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	埼玉県	東京都	神奈川県	
県内 患者住所地	千葉	3,355.8	394.1	38.0	242.6	12.0	51.9	15.4	30.8	91.4		136.9		
	東葛南部	408.4	5,940.9	288.2	299.8	18.2	18.0	12.3	31.6	12.6		13.3	708.3	
	東葛北部	43.6	343.6	5,400.5	65.2			10.1				160.1	185.1	416.0
	印旛	376.4	529.2	120.8	2,450.6	67.7	91.9				12.2	13.2		83.3
	香取海匝	65.7	22.0		128.9	1,544.9	21.6					92.0		14.5
	山武長生夷隅	435.9	23.6	15.2	171.2	153.1	1,736.4	223.6	11.1	190.3				17.2
	安房	19.3						1,084.3	23.5					
	君津	84.6			12.0			150.1	1,342.9	126.0				11.0
	市原	210.2	14.4		14.0		39.7	11.1	50.2	960.1				
	茨城県	13.0			50.6	168.7								
県外	埼玉県		20.5	277.1	11.4									
	東京都	149.2	531.2	339.9	99.1	11.1	11.6		49.0					
	神奈川県							13.0	31.3					
完結率/流出率	医療機関所在地													
	県内									県外				
	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	埼玉県	東京都	神奈川県	
県内 患者住所地	千葉	76.8%	9.0%	0.9%	5.6%	0.3%	1.2%	0.4%	0.7%	2.1%			3.2%	
	東葛南部	5.3%	76.5%	3.7%	3.9%	0.2%	0.2%	0.2%	0.4%	0.2%		0.2%	9.1%	
	東葛北部	0.7%	5.2%	81.5%	1.0%			0.2%			2.4%	2.6%	6.3%	
	印旛	10.0%	14.1%	3.2%	65.4%	1.8%	2.5%			0.3%	0.4%		2.2%	
	香取海匝	3.5%	1.2%		6.6%	81.8%	1.1%				4.9%		0.8%	
	山武長生夷隅	14.6%	0.8%	0.5%	5.7%	5.1%	58.3%	7.5%	0.4%	6.4%			0.6%	
	安房	1.7%						96.2%	2.1%					
	君津	4.9%			0.7%			8.7%	77.8%	7.3%			0.6%	
	市原	16.2%	1.1%		1.1%		3.1%	0.9%	3.9%	73.9%				

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による。  
患者数が 10 人/日未満の場合、レセプト情報等活用の際の制約から公表されないため、該当箇所は「\*」と表示している。

【高度急性期機能】

- 圏域内完結率が高い圏域は、安房保健医療圏(100%)、東葛北部保健医療圏(85.6%)、香取海匝保健医療圏(85.2%)の順になっています。
- 一方、山武長生夷隅保健医療圏の圏域内完結率(22.5%)は特に低く、次いで、印旛保健医療圏(68.4%)、君津保健医療圏(68.7%)の順になっています。
- 千葉保健医療圏は、周辺圏域からの流入が多い圏域です。

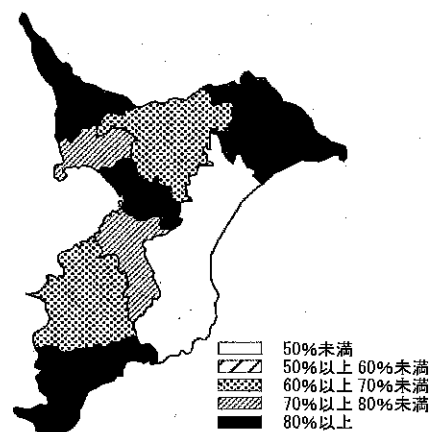


図 23 入院医療の圏域内完結率 (高度急性期機能)

また、東京都・埼玉県・茨城県に隣接する東葛南部保健医療圏や東葛北部保健医療圏では、都県間の入院患者の流出入があります。

表 8 入院患者の流出入の状況 (高度急性期機能・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	
	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	東京都	
患者住所 地	県内	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	東京都
	千葉	401.3	39.0		22.8					10.5		17.2
	東葛南部	59.6	645.8	46.4	29.4							123.9
	東葛北部		32.5	651.6							11.0	66.0
	印旛	56.4	40.0	16.6	266.5							10.4
	香取海匝	10.9			16.6	158.4						
	山武長生夷隅	73.0			14.8	26.4	60.8	54.6		40.9		
	安房							118.1				
	君津	16.0						34.5	147.0	16.5		
	市原	37.1								111.6		
	県外	茨城県			19.5		27.7					
埼玉県			33.2									
東京都		36.6	14.2									

完結率/流出率 →	医療機関所在地											
	県内										県外	
	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	東京都	
患者住所 地	県内	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	東京都
	千葉	81.8%	7.9%		4.6%					2.1%		3.5%
	東葛南部	6.6%	71.3%	5.1%	3.3%							13.7%
	東葛北部		4.3%	85.6%							1.4%	8.7%
	印旛	14.5%	10.3%	4.3%	68.4%							2.7%
	香取海匝	5.9%			8.9%	85.2%						
	山武長生夷隅	27.0%			5.5%	9.7%	22.5%	20.2%		15.1%		
	安房							100.0%				
	君津	7.5%						16.1%	68.7%	7.7%		
	市原	25.0%								75.0%		

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による。  
 患者数が10人/日未満の場合、レセプト情報等活用の際の制約から公表されないため、該当箇所は「\*」と表示している。

【急性期機能】

- 圏域内完結率が高い圏域は、安房保健医療圏(100%)、香取海匠保健医療圏(87.9%)、東葛北部保健医療圏(85.8%)の順になっています。
- 一方、圏域内完結率が低い圏域は、山武長生夷隅保健医療圏(46.3%)、印旛保健医療圏(74.1%)の順になっています。
- 千葉保健医療圏は、周辺圏域からの流入が多い圏域です。

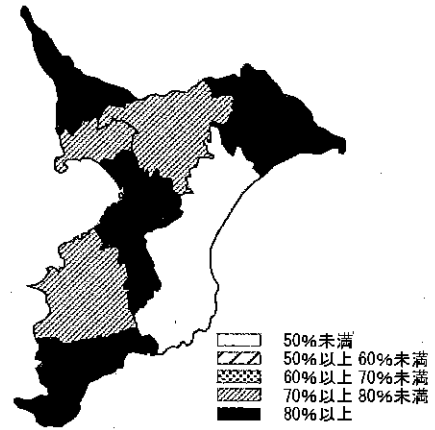


図 24 入院医療の圏域内完結率 (急性期機能)

また、東京都・埼玉県・茨城県に隣接する東葛南部保健医療圏や東葛北部保健医療圏では、都県間の入院患者の流出入があります。

表 9 入院患者の流出入の状況 (急性期機能・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		
		千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匠	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	埼玉県	東京都
患者 住所 地	県内	千葉	1,210.8	107.1		90.7				31.2			43.0
		東葛南部	126.5	2,159.2	91.4	73.3							262.7
		東葛北部	10.1	102.5	1,959.5	15.0					44.5	17.2	135.1
		印旛	118.4	100.5	42.5	840.0	10.9						20.8
		香取海匠	16.7			34.9	448.7				10.0		
		山武長生夷隅	140.1			45.4	61.0	361.9	99.0		74.6		
		安房							337.9				
		君津	25.5						65.6	427.5	41.8		
		市原	71.5							10.7	376.9		
		県外	茨城県			42.9							
埼玉県				78.9									
東京都	13.9		134.8	47.4									

完結率/流出率 →		医療機関所在地											
		県内									県外		
		千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匠	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	埼玉県	東京都
患者 住所 地	県内	千葉	81.7%	7.2%		6.1%				2.1%			2.9%
		東葛南部	4.7%	79.6%	3.4%	2.7%							9.7%
		東葛北部	0.4%	4.5%	85.8%	0.7%					2.0%	0.8%	5.9%
		印旛	10.4%	8.9%	3.7%	74.1%	1.0%						1.8%
		香取海匠	3.3%			6.8%	87.9%				2.0%		
		山武長生夷隅	17.9%			5.8%	7.8%	46.3%	12.7%		9.5%		
		安房							100.0%				
		君津	4.6%						11.7%	76.3%	7.4%		
		市原	15.6%							2.3%	82.1%		

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による。  
患者数が10人/日未満の場合、レセプト情報等活用の際の制約から公表されないため、該当箇所は「\*」と表示している。

【回復期機能】

- 圏域内完結率が高い圏域は、安房保健医療圏(100%)、香取海浜保健医療圏(87.5%)、東葛北部保健医療圏(83%)の順になっています。
- 一方、圏域内完結率が低い圏域は、山武長生夷隅保健医療圏(57.5%)、印旛保健医療圏(63.5%)の順になっています。
- 千葉保健医療圏は、周辺圏域からの流入が多い圏域です。

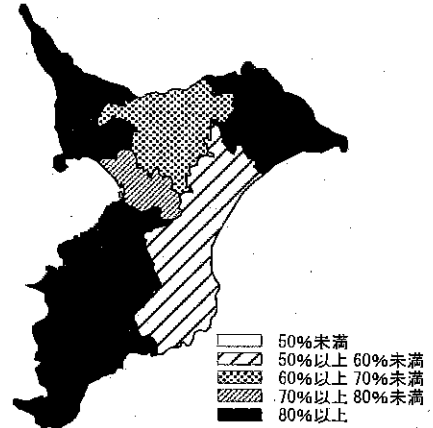


図 25 入院医療の圏域内完結率 (回復期機能)

また、東京都・埼玉県・茨城県に隣接する東葛南部保健医療圏や東葛北部保健医療圏、香取海浜医療圏等では、隣接都県間における患者の流出入があります。

表 10 入院患者の流出入の状況 (回復期機能・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			
		千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海浜	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	埼玉県	東京都	
患者 住所 地	県内	千葉	1,036.6	154.4		57.9					35.8			20.1
		東葛南部	105.9	1,882.2	77.1	56.3								197.1
		東葛北部		110.9	1,758.3	11.0						37.3	98.7	103.0
		印旛	102.3	199.7	44.9	699.5	15.0	26.4						14.5
		香取海浜	15.9			27.3	397.3					13.4		
		山武長生夷隅	137.7			49.4	43.0	482.4	55.4		70.3			
		安房							230.2					
		君津	23.7							38.0	484.1	38.5		
		市原	59.8								18.9	334.0		
		県外	茨城県			55.9		43.8						
埼玉県				70.9										
東京都	13.8		149.7	71.7										

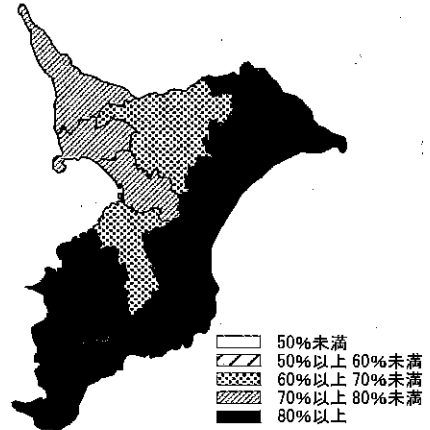
  

完結率/流出率 →		医療機関所在地												
		県内									県外			
		千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海浜	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	埼玉県	東京都	
患者 住所 地	県内	千葉	79.4%	11.8%		4.4%					2.7%		1.5%	
		東葛南部	4.6%	81.2%	3.3%	2.4%							8.5%	
		東葛北部		5.2%	83.0%	0.5%						1.8%	4.7%	4.9%
		印旛	9.3%	18.1%	4.1%	63.5%	1.4%	2.4%						1.3%
		香取海浜	3.5%			6.0%	87.5%					3.0%		
		山武長生夷隅	16.4%			5.9%	5.1%	57.5%	6.6%		8.4%			
		安房							100.0%					
		君津	4.1%							6.5%	82.8%	6.6%		
		市原	14.5%								4.6%	80.9%		

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による。  
患者数が10人/日未満の場合、レセプト情報等活用の際の制約から公表されないため、該当箇所は「\*」と表示している。

【慢性期機能】

- 圏域内完結率が高い圏域は、安房保健医療圏(100%)、君津保健医療圏(82.4%)の順になっています。
- 一方、圏域内完結率が低い圏域は、市原保健医療圏(60.0%)や印旛保健医療圏(61.8%)の順になっています。
- 千葉圏域は他圏域からの流入が多い圏域です。



また、東京都・埼玉県・茨城県に隣接する東葛南部保健医療圏や東葛北部保健医療圏、香取海匝医療圏等では、隣接都県間における患者の流出入があります。

図 26 入院医療の圏域内完結率 (慢性期機能)

表 11 入院患者の流出入の状況 (慢性期機能・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		
		千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生美岡	安房	君津	市原	茨城県	埼玉県	東京都	
患者 住所 地	県内	千葉	707.0	93.8	15.6	71.2		40.6		21.6	14.0			
		東葛南部	116.4	1,253.8	73.3	140.8	16.7	14.0		26.1			57.9	
		東葛北部	20.4	97.7	1,031.1	31.0					0.0	42.9	58.1	18.9
		印旛	99.4	189.0	16.8	644.7	38.3	55.4						
		香取海匝	22.1			50.1	540.4			0.0		61.8		
		山武長生美岡	85.1			61.6	22.7	631.4	14.7					
		安房			0.0				398.0			0.0	0.0	0.0
		君津	19.5	0.0	0.0				11.9	284.3	29.5	0.0		
		市原	41.8					35.6	0.0	14.3	137.5		0.0	
		県外	茨城県			34.0		20.6		0.0	0.0	0.0		
埼玉県				53.7		0.0		0.0	0.0	0.0				
東京都	50.1		133.6	130.2	39.3				32.8					
神奈川県								11.9	29.8	0.0				

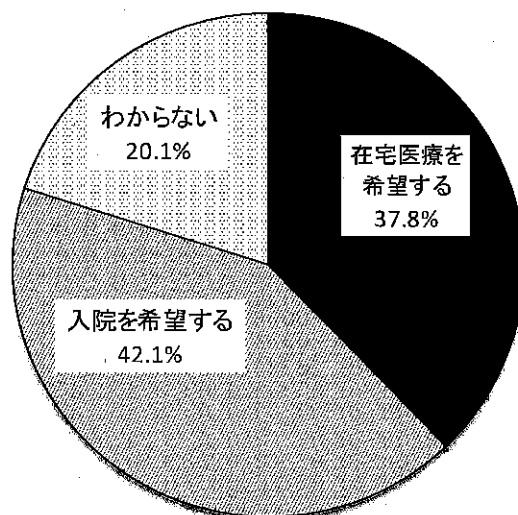
  

完結率/流出率 →		医療機関所在地												
		県内										県外		
		千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生美岡	安房	君津	市原	茨城県	埼玉県	東京都	
患者 住所 地	県内	千葉	73.4%	9.7%	1.6%	7.4%		4.2%		2.2%	1.4%			
		東葛南部	8.8%	73.8%	4.3%	8.3%	1.0%	0.8%		1.5%			3.4%	
		東葛北部	1.6%	7.5%	79.3%	2.4%					0.0%	3.3%	4.5%	1.5%
		印旛	9.5%	18.1%	1.6%	61.8%	3.7%	5.3%						
		香取海匝	3.3%			7.4%	80.1%			0.0%		9.2%		
		山武長生美岡	8.4%			6.1%	2.2%	81.9%	1.4%					
		安房			0.0%				100.0%			0.0%	0.0%	0.0%
		君津	5.6%	0.0%	0.0%				3.4%	82.4%	8.5%	0.0%		
		市原	18.2%					15.5%	0.0%	6.2%	60.0%		0.0%	
		県外	茨城県											
埼玉県														
東京都														
神奈川県														

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による。  
患者数が10人/日未満の場合、レセプト情報等活用の際の制約から公表されないため、該当箇所は「\*」と表示している。

#### (4) 県民の意識・意向

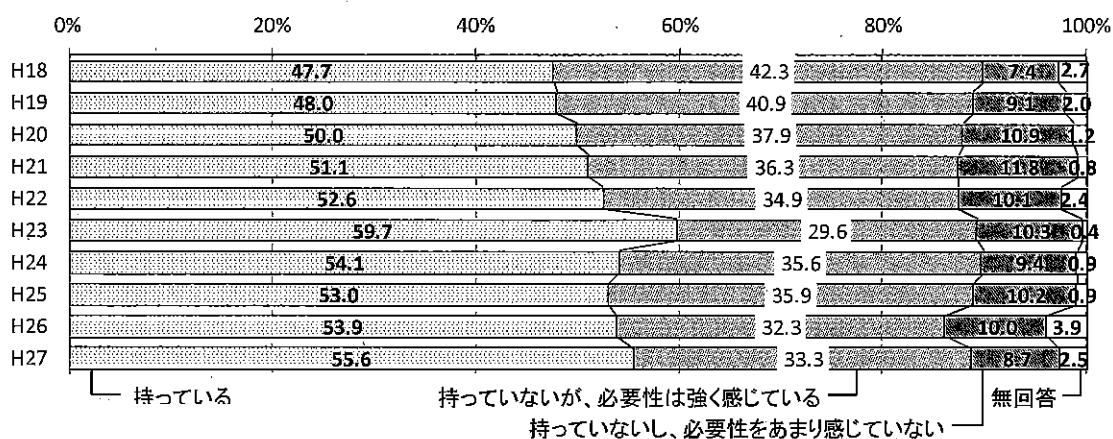
- 長期にわたる療養が必要になった場合の療養場所について、インターネットアンケート調査を実施したところ、「入院を希望する」が 42.1%、「在宅医療を希望する」が 37.8%でした。



出典 「千葉県民の医療に対する意識調査」(千葉県)(平成 26 年 1~2 月・インターネット調査)

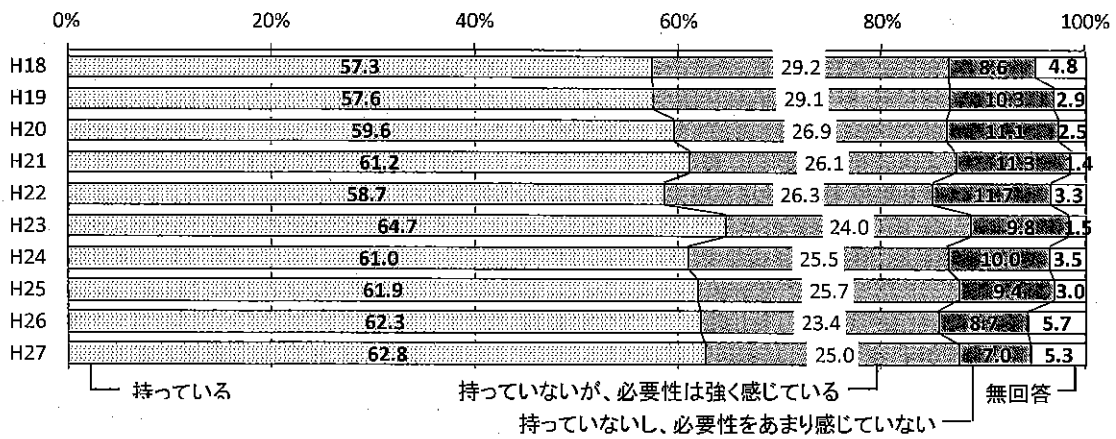
図 27 長期にわたる治療(療養)が必要になった場合における治療(療養)する場所の希望(千葉県)

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の有無については、かかりつけ医については 55.6%が、かかりつけ歯科医については 62.8%が、かかりつけ薬局については 37.0%が「持っている」と回答しています。



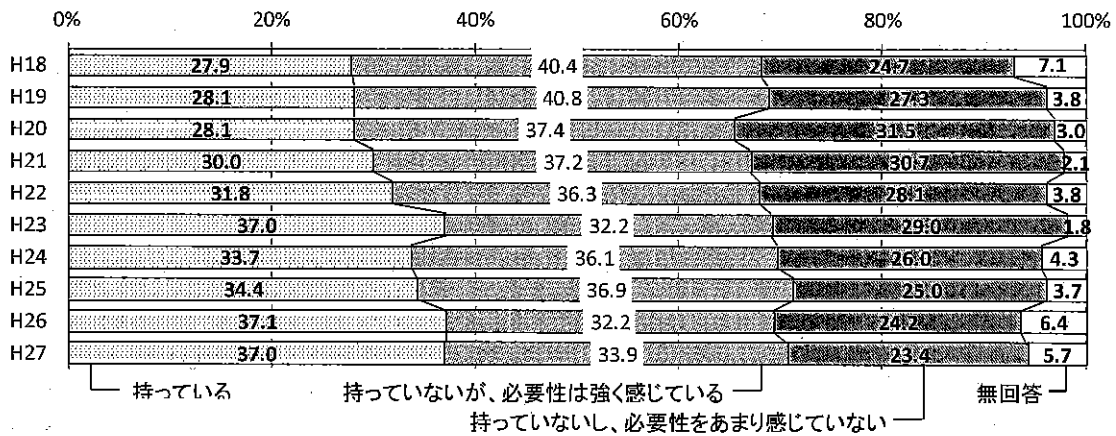
「県政に関する世論調査」(千葉県)をもとに作成

図 28 かかりつけ医の有無(千葉県)



「県政に関する世論調査」(千葉県)をもとに作成

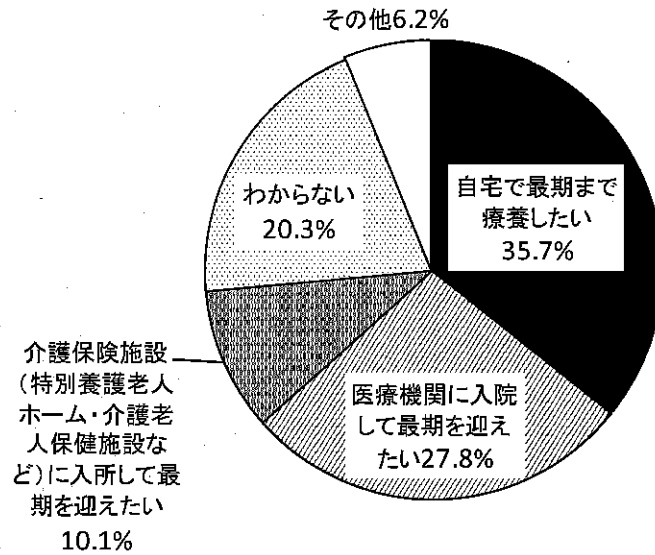
図 29 かかりつけ歯科医の有無 (千葉県)



「県政に関する世論調査」(千葉県)をもとに作成

図 30 かかりつけ薬局の有無 (千葉県)

- 人生の最終段階における医療のあり方について、インターネットアンケート調査を実施したところ、「自宅で最期まで療養したい」が 35.7%、「医療機関に入院して最期を迎えたい」が 27.8%でした。また、「その他」(6.2%)には、「自宅だと家族に迷惑がかかる」、「自身や家族のその時の状況により決めたい」などの意見がありました。



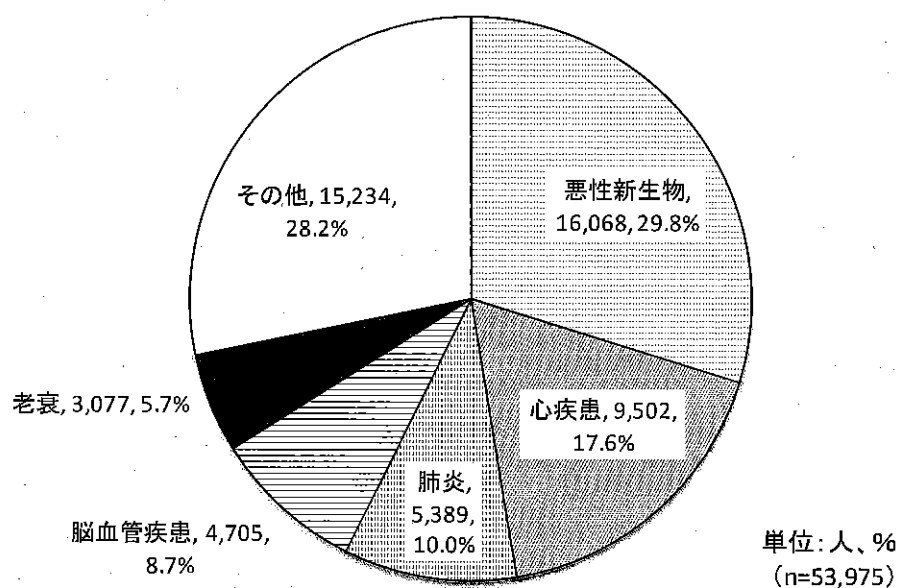
出典：「終末期医療のあり方について」(千葉県)(平成27年2月・インターネットアンケート調査)

図31 どこで最期を迎えたいかの希望(千葉県)



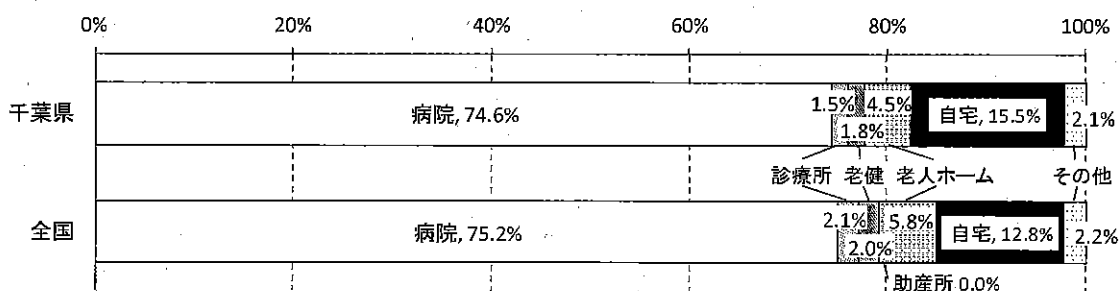
### (5) 死因・死亡場所

- 平成 26 年 (2014 年) の死亡者のうち、29.8%の方の死因は「悪性新生物」でした。次いで「心疾患」(17.6%)、「肺炎」(10.0%)、「脳血管疾患」(8.7%)の順になります。
- 死亡場所は、「病院」(74.6%)、「自宅」(15.5%)、「老人ホーム」(4.5%)の順になります。



「平成 26 年千葉県衛生統計年報」(千葉県) をもとに作成

図 32 死因別死亡者数 (千葉県・平成 26 年)



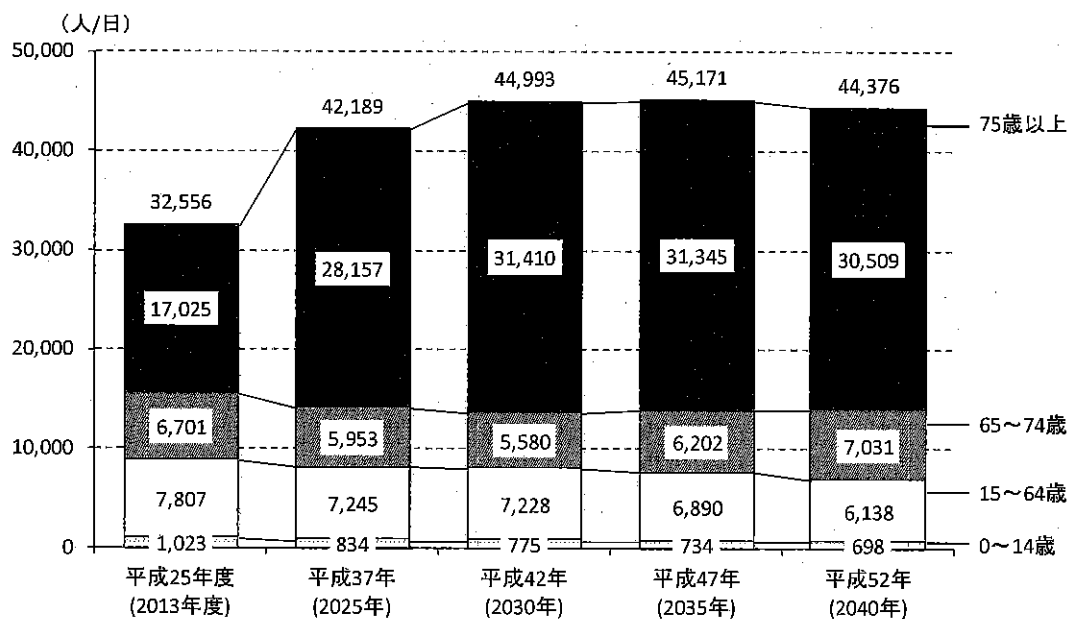
「平成 26 年人口動態調査」(厚生労働省) をもとに作成

図 33 死亡場所別死亡者数の割合 (平成 26 年)

## 2 将来の医療需要

### (1) 入院医療

- 1日あたり推計入院患者数は、平成47年(2035年)にピークを迎えることが見込まれています。
- 特に、75歳以上の患者の増加数が大きいことが見込まれています。



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。  
推計条件：患者住所地ベース、パターンB(安房医療圏のみパターンC)。

図34 一般・療養病床における入院患者数の将来推計(千葉県)

- 二次保健医療圏で見ると、入院患者数の対平成25年度(2013年度)増減率が県平均よりも高い地域は、「東葛北部」、「東葛南部」、「山武長生夷隅」、「印旛」です。
- 一方、「香取海匝」及び「安房」では、今後、入院患者数の減少傾向が続くと見込まれています。

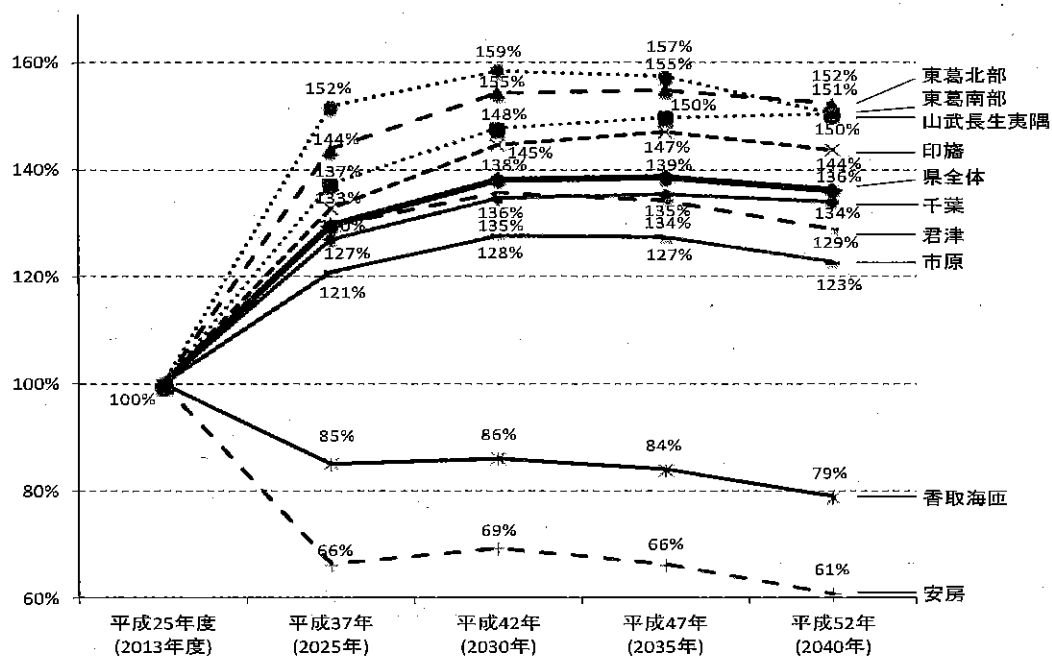
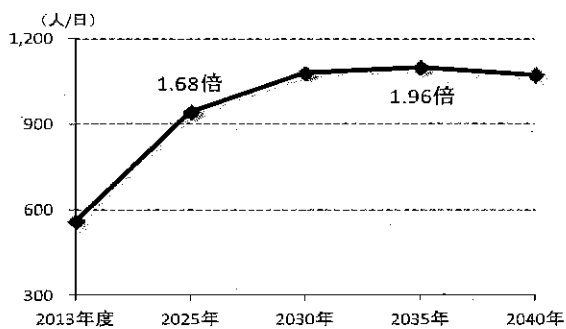


図 35 患者住所地別入院患者数の対平成 25 年度 (2013 年度) 増減率 (千葉県)

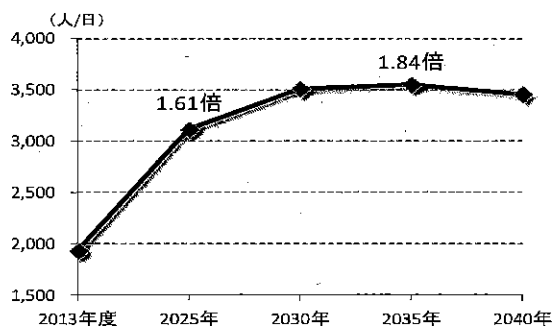
- 1日当たりの推計入院患者数を主な疾患別にみると、入院患者数が最も多い平成47年(2035年)においては、高齢者に多い大腿骨骨折や成人肺炎、急性心筋梗塞、脳卒中の入院患者数が大きく増加すると見込まれています。
- 一方、今後、若年女性の人口減少が見込まれることから、「新生児疾患、先天性奇形」や「女性生殖器系及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」については、入院患者数の大幅な減少が見込まれています。

**大腿骨骨折**



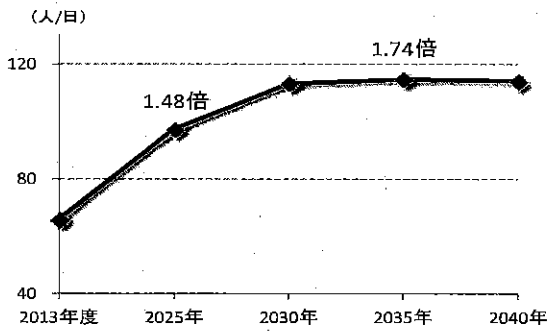
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
入院患者数 (人/日)	559.6	942.5	1,078.3	1,098.8	1,070.4

**成人肺炎**



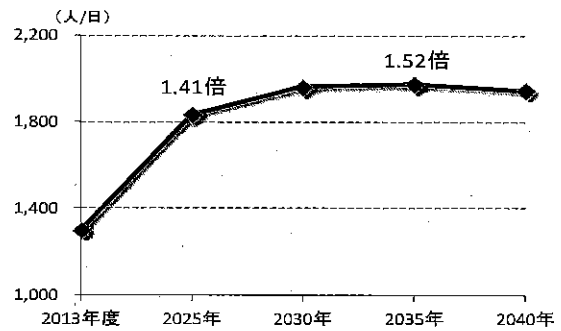
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
入院患者数 (人/日)	1,931.0	3,117.1	3,509.9	3,552.0	3,453.8

### 急性心筋梗塞



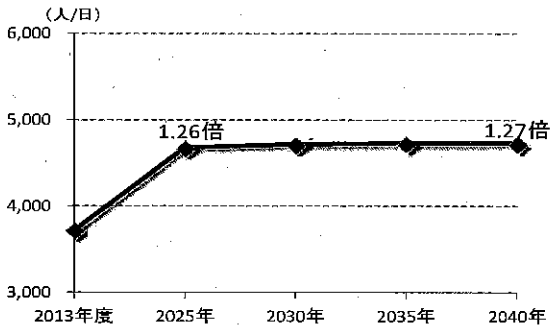
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	65.9	97.3	113.3	114.8	114.3

### 脳卒中



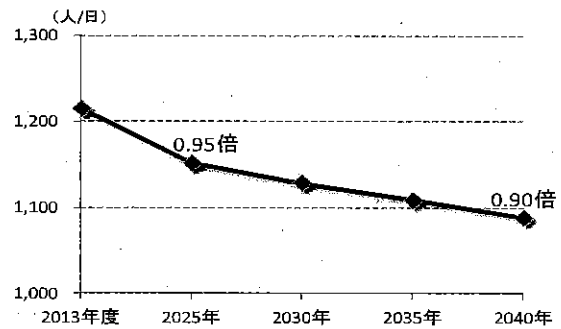
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,300.5	1,836.7	1,963.9	1,976.3	1,945.9

### がん



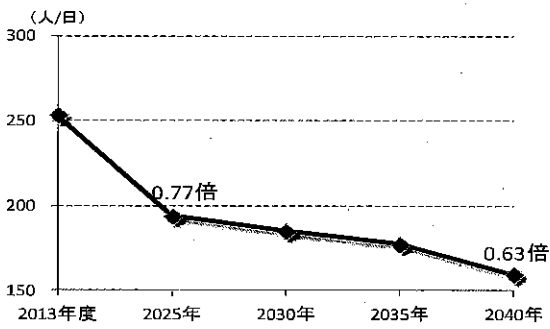
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	3,716.5	4,677.1	4,714.9	4,721.7	4,727.1

### 女性生殖器系及び産褥期疾患・異常妊娠分娩



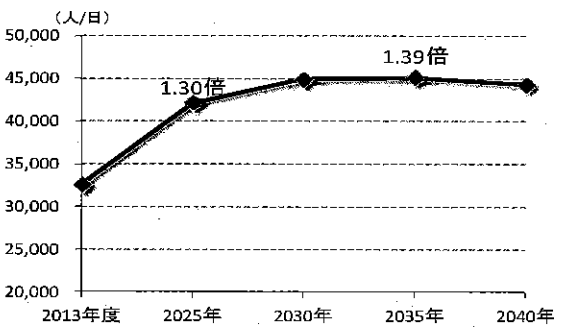
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,215.9	1,151.8	1,128.8	1,109.0	1,088.5

### 新生児疾患・先天性奇形



入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	253.0	193.9	184.8	177.4	159.4

### 参考：全疾患



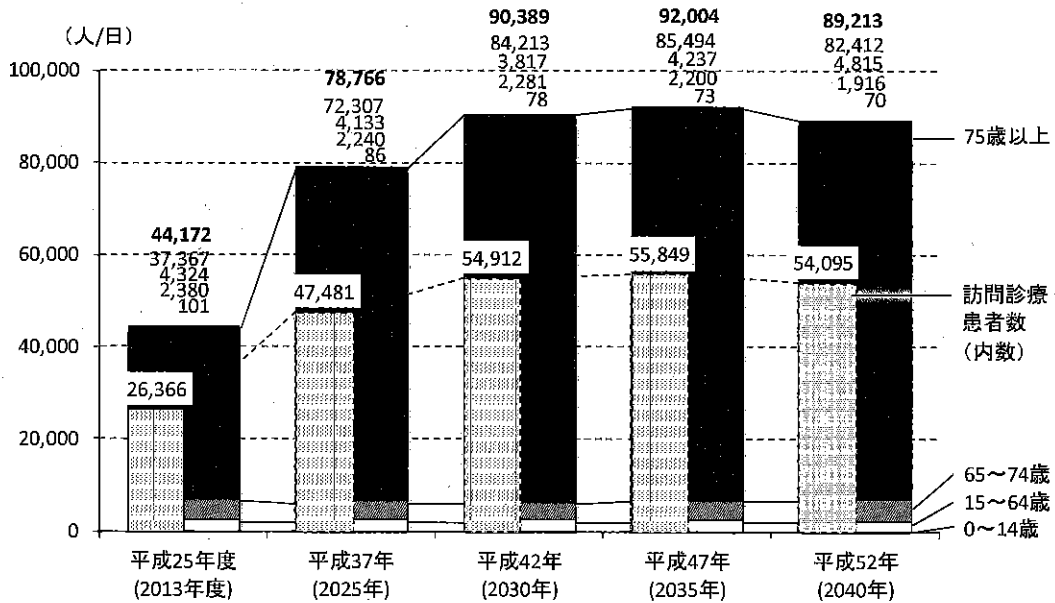
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	32,555.9	42,188.7	44,993.1	45,171.2	44,376.5

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。(推計条件：患者住所地ベース、パターンB(安房医療圏のみパターンC))なお、同ツールでは慢性期の医療需要については疾患別の推計ができないため、「参考：全疾病」以外の推計値には慢性期分の入院患者数を含んでいない。

図36 主な疾患別入院患者数の推移(千葉県)

## (2) 在宅医療等

- 在宅医療等にかかる 1 日あたりの推計患者数は、平成 47 年（2035 年）にピークを迎えることが見込まれています。
- 特に増加数が大きいのは、75 歳以上の患者と見込まれます。



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。  
 推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）  
 訪問診療患者数は全体の内数であり、平成 25 年度時点の訪問診療に係る地域別・性別・年齢階級別受療率がその後も変化しないと仮定した場合の推計患者数（参考値）。

図 37 在宅医療等需要の将来推計（千葉県）

### 「在宅医療等」

地域医療構想策定ガイドラインでは、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、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」としてしています。

- 二次保健医療圏別にみると、「安房」では平成 42 年（2030 年）に、その他の地域においては平成 47 年（2035 年）に在宅医療等需要はピークを迎えることが見込まれています。特に、「東葛南部」、「千葉」及び「東葛北部」においては、平成 47 年（2035 年）までに平成 25 年度（2013 年度）の 2 倍以上に需要が増加すると見込まれています。

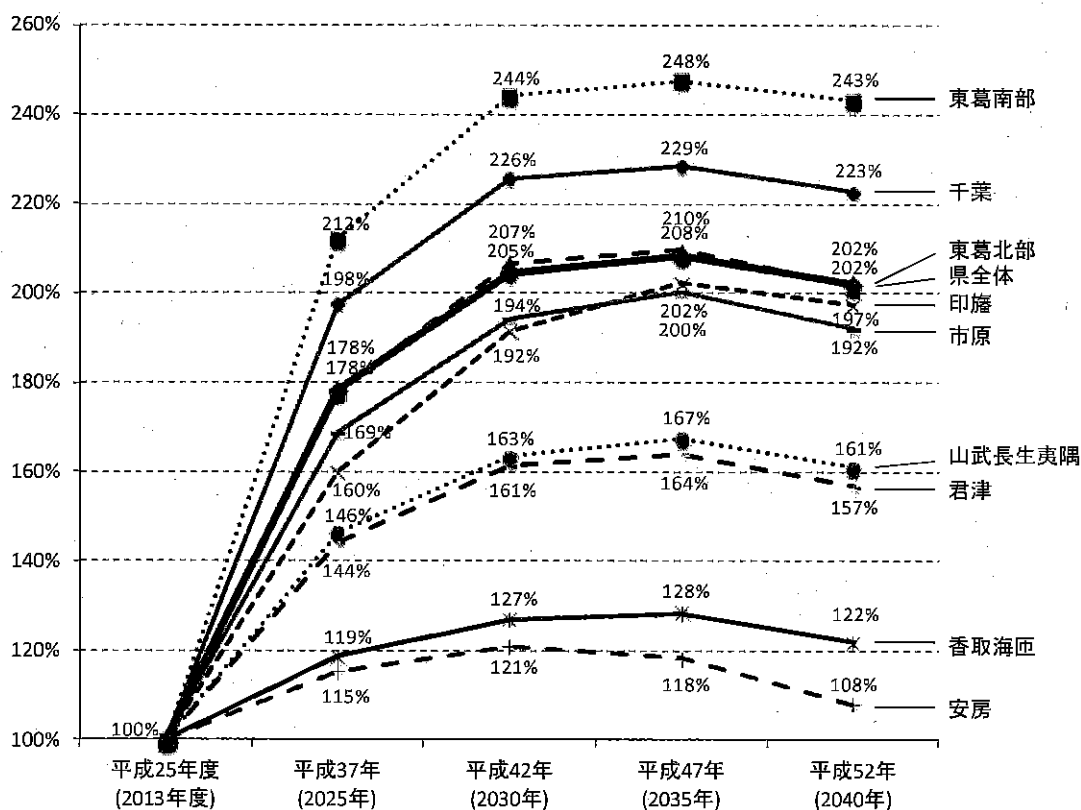


図 38 患者住所地別在宅医療等需要の対平成 25 年度（2013 年度）増減率

表 12 患者住所地別訪問診療患者数の将来推計

(上段：単位 人/日)

(下段：25年度を100とした場合の増加率)

二次保健医療圏	平成 25 年度 (2013 年度)	平成 37 年 (2025 年)	平成 42 年 (2030 年)	平成 47 年 (2035 年)	平成 52 年 (2040 年)
千葉	5,316 (100)	10,406 (196)	11,942 (225)	12,087 (227)	11,757 (221)
東葛南部	6,825 (100)	14,981 (220)	17,347 (254)	17,571 (257)	17,210 (252)
東葛北部	7,290 (100)	12,791 (175)	14,932 (205)	15,153 (208)	14,534 (199)
印旛	2,423 (100)	3,437 (142)	4,162 (172)	4,406 (182)	4,292 (177)
香取海匝	728 (100)	773 (106)	828 (114)	838 (115)	796 (109)
山武長生夷隅	1,577 (100)	2,096 (133)	2,353 (149)	2,414 (153)	2,321 (147)
安房	907 (100)	981 (108)	1,055 (116)	1,033 (114)	942 (104)
君津	770 (100)	1,069 (139)	1,197 (155)	1,217 (158)	1,162 (151)
市原	530 (100)	947 (179)	1,096 (207)	1,130 (213)	1,081 (204)
計	26,366 (100)	47,481 (180)	54,912 (208)	55,849 (212)	54,095 (205)

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。  
 推計条件：患者住所地ベース、パターンB(安房医療圏のみパターンC)  
 平成25年度時点の訪問診療に係る地域別・性別・年齢階級別受療率がその後も変化しないと仮定した場合の推計患者数(参考値)。

### 第3章 構想区域の設定

#### 1 構想区域の意義

構想区域は、医療法第30条の4第2項第7号に基づく区域で、二次保健医療圏を原則とし、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化等を考慮し、地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域です。

#### 2 構想区域の設定

構想区域は、二次保健医療圏<sup>1</sup>とします。

特に、安房圏域と夷隅地域（勝浦市、いすみ市、夷隅郡大多喜町、御宿町）については、人口規模、患者の受療動向、救急医療体制等の実態を踏まえ、連携を進めるとともに、構想区域のあり方について検討を行うこととします。

表13 千葉県における構想区域

構想区域	人口(人)	面積(km <sup>2</sup> )	構成市町村
千葉	962,554	271.76	千葉市
東葛南部	1,733,101	253.91	市川市、船橋市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、浦安市
東葛北部	1,356,964	358.14	松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市
印旛	722,610	691.66	成田市、佐倉市、四街道市、八街市、印西市、白井市、富里市、印旛郡酒々井町、栄町
香取海匝	289,883	717.46	銚子市、旭市、匝瑳市、香取市、香取郡神崎町、多古町、東庄町
山武長生 夷隅	446,917	1,161.69	茂原市、東金市、勝浦市、山武市、いすみ市、大網白里市、山武郡九十九里町、芝山町、横芝光町、長生郡一宮町、睦沢町、長生村、白子町、長柄町、長南町、夷隅郡大多喜町、御宿町
安房	132,451	576.62	館山市、鴨川市、南房総市、安房郡鋸南町
君津	329,654	758.21	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	280,225	368.17	市原市
県計	6,254,359	5,157.62	37市16町1村

人口及び面積については、「千葉県年齢別・町丁字別人口」（平成27年4月1日現在）（千葉県）及び「平成26年全国都道府県市区町村別面積調」（国土地理院）による。

<sup>1</sup> 二次保健医療圏：医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づく区域。特殊な医療を除く病院の病床の整備を図るべき地域単位として設定するもので、医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供していくための場であり、住民が短時間でこれらの保健医療サービスを受けることが可能となる圏域。



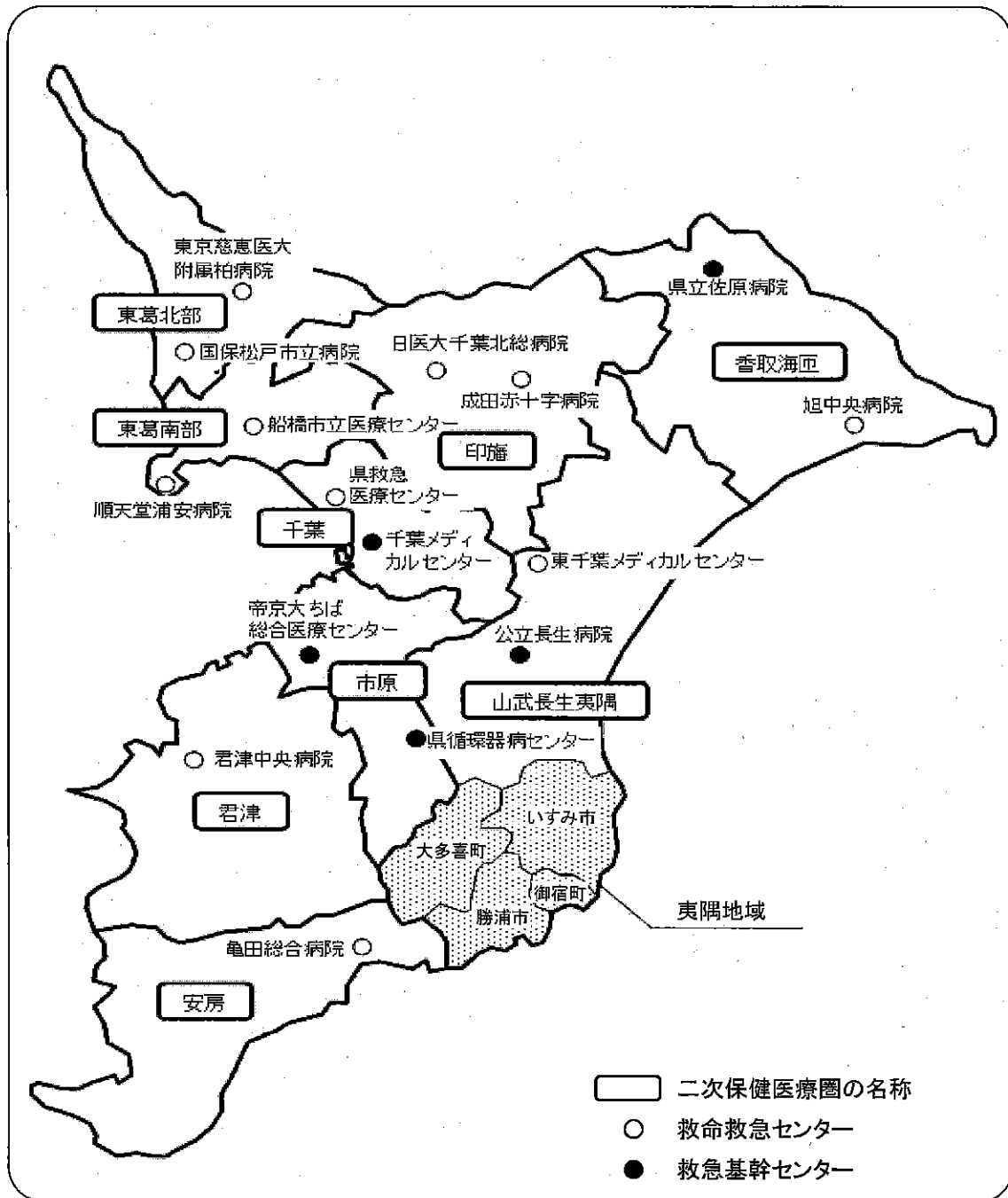


図 39 二次保健医療圏と救命救急センター<sup>2</sup>及び救急基幹センター<sup>3</sup>の配置状況

2 救命救急センター：心筋梗塞、脳卒中、頭部損傷等の重篤救急患者の救命医療を行うことを目的に設置された医療機関で、高度な救急医療を24時間体制で提供できる機能を有している。

3 救急基幹センター：本県独自の制度として、24時間体制で心筋梗塞、脳卒中、頭部外傷等の重症救急患者に相当程度対応可能な高度診療機能を有し、初期及び2次救急医療機関の支援と3次救急医療機関の補完的役割を果たす医療機関。

## 第4章 千葉県が目指すべき医療提供体制

### 1 医療機能別の医療提供体制

- 平成37年(2025年)における病床数の必要量(必要病床数)は、次のとおりです。

表14 平成37年(2025年)における医療機能別必要病床数

(単位:床)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
千葉	1,077	3,028	2,520	1,859	8,484
東葛南部	1,376	4,783	4,072	2,779	13,010
東葛北部	1,386	4,227	3,647	2,439	11,699
印旛	594	1,947	1,625	1,382	5,548
香取海匝	289	745	587	560	2,181
山武長生夷隅	104	887	946	994	2,931
安房	308	602	358	373	1,641
君津	232	806	810	522	2,370
市原	284	826	695	335	2,140
千葉県計	5,650	17,851	15,260	11,243	50,004

- なお、安房区域の慢性期病床については、平成25年度(2013年度)における利用状況や高齢者単身世帯割合の状況を考慮し、その推計年次を平成37年(2025年)から平成42年(2030年)とし、その必要病床数は433床とします。

## 2 在宅医療等の必要量

○ 平成 37 年（2025 年）の在宅医療等の必要量は、次のとおりです。

表 15 平成 37 年（2025 年）における在宅医療等の必要量

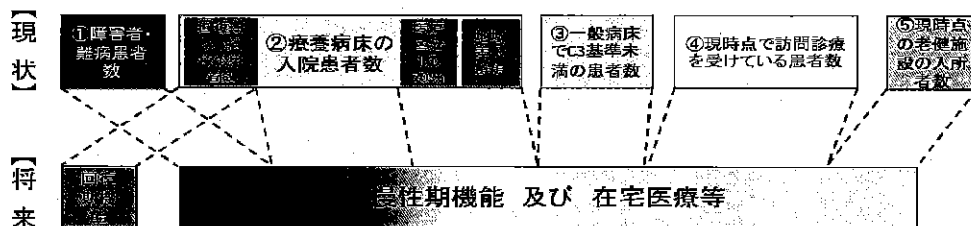
（単位：人／日）

構想区域	在宅医療等の必要量
千葉	15,329
東葛南部	22,651
東葛北部	19,127
印旛	7,054
香取海匝	2,517
山武長生夷隅	4,919
安房	2,064
君津	2,866
市原	2,239
千葉県計	78,766

### 「慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方」

平成 27 年 3 月 18 日「第 9 回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」資料より抜粋

- 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、特殊疾患病棟入院基本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。
- ②療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
  - ・医療区分 1 の患者数の 70%は、将来時点で在宅医療等に対応する患者数として推計。
  - ・その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要として推計。（療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。）
- ③一般病床で医療資源投入量が 175 点未満の患者数については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、当該点数未満の患者数を慢性期・在宅医療等の医療需要として推計。
- ④訪問診療を受けている患者数については、在宅医療等の医療需要として推計。
- ⑤老健施設の入所者数については、在宅医療等の医療需要として推計。



※ 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。

### 3 必要病床数と病床機能報告の結果との比較

- 必要病床数と平成 26 年度病床機能報告との比較は表 16 のとおりです。
- 県全体では、回復期機能及び慢性期機能にかかる病床が不足しており、特に、回復期機能については、全ての区域において不足しています。
- 病床機能報告制度は、以下の特徴を有しており、必要病床数との比較にあたっては、これらの点につき、留意する必要があります。
  - ・平成 26 年度病床機能報告は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期について、病床機能の定量的な基準がなく、病床機能の選択は医療機関の自主的な判断に基づいた報告であること。
  - ・病棟単位の報告となっており、複数の医療機能を担う病棟においても、主に担っている機能を 1 つ選択して報告するものであること。
  - ・病床機能報告は、医療機関が自ら病床機能を選択して報告した結果であるのに対し、地域医療構想で定める必要病床数の推計に当たっては、法令に基づき、診療報酬点数等をもとに区分されており、病床機能自体の捉え方が異なるものであること。
  - ・病床機能報告は、回収率が 100% でないこと。(平成 26 年度は 95.7%)
- 必要病床数は平成 37 年(2025 年)に必要とされる病床数の推計値であり、医療計画上の病床の整備の目標である基準病床数 (66 ページ) とは異なるものです。
- また、将来において過剰又は不足となることが見込まれる病床機能については、病床機能報告制度による各医療機関が担っている病床機能や人員配置、病床の稼働状況等を明らかにしながら、病床の機能の分化及び連携を進めていく必要があります。

表 16 必要病床数と病床機能報告の結果との比較

(単位：床)

構想区域	医療機能	必要病床数 (平成37年) A	病床機能報告 (平成26年度) B	差し引き B-A
千葉	高度急性期	1,077	1,423	346
	急性期	3,028	4,003	975
	回復期	2,520	757	▲ 1,763
	慢性期	1,859	1,592	▲ 267
	無回答	-	138	138
	計	8,484	7,913	▲ 571
東葛南部	高度急性期	1,376	1,506	130
	急性期	4,783	5,514	731
	回復期	4,072	1,087	▲ 2,985
	慢性期	2,779	2,102	▲ 677
	無回答	-	200	200
	計	13,010	10,409	▲ 2,601
東葛北部	高度急性期	1,386	2,153	767
	急性期	4,227	4,193	▲ 34
	回復期	3,647	841	▲ 2,806
	慢性期	2,439	1,832	▲ 607
	無回答	-	95	95
	計	11,699	9,114	▲ 2,585
印旛	高度急性期	594	537	▲ 57
	急性期	1,947	2,894	947
	回復期	1,625	162	▲ 1,463
	慢性期	1,382	1,563	181
	無回答	-	3	3
	計	5,548	5,159	▲ 389
香取海匝	高度急性期	289	64	▲ 225
	急性期	745	1,666	921
	回復期	587	187	▲ 400
	慢性期	560	663	103
	無回答	-	29	29
	計	2,181	2,609	428
山武長生夷隅	高度急性期	104	20	▲ 84
	急性期	887	1,580	693
	回復期	946	278	▲ 668
	慢性期	994	1,325	331
	無回答	-	68	68
	計	2,931	3,271	340
安房	高度急性期	308	159	▲ 149
	急性期	602	1,264	662
	回復期	358	99	▲ 259
	慢性期	373	672	299
	無回答	-	0	0
	計	1,641	2,194	553
君津	高度急性期	232	492	260
	急性期	806	1,020	214
	回復期	810	137	▲ 673
	慢性期	522	580	58
	無回答	-	38	38
	計	2,370	2,267	▲ 103
市原	高度急性期	284	454	170
	急性期	826	1,121	295
	回復期	695	157	▲ 538
	慢性期	335	295	▲ 40
	無回答	-	46	46
	計	2,140	2,073	▲ 67
計	高度急性期	5,650	6,808	1,158
	急性期	17,851	23,255	5,404
	回復期	15,260	3,705	▲ 11,555
	慢性期	11,243	10,624	▲ 619
	無回答	-	617	617
	計	50,004	45,009	▲ 4,995

## 第5章 千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策

### 1 医療機関の役割分担の促進

- 高度急性期から在宅医療まで、一連のサービスを地域において総合的に確保するため、地域で必要な病床機能等を明らかにし、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 地域の中核を担う医療機関や、救急・小児・周産期・がん等の先進・高度・特殊医療機能を有する医療機関等の病床機能を明確化し、医療機関の機能強化や機能の分化を促進するとともに、連携体制の構築を図ります。
- 病床機能の分化及び連携を推進するに当たっては、まず、病床機能報告により、構想区域内の病床機能区分ごとの医療機関の状況を把握した上で、地域医療構想調整会議<sup>1</sup>等を活用した医療機関相互の協議や自主的な取組が行われることが求められます。
- 高齢化の進展に伴い、将来的に不足することが見込まれる回復期機能を担う病床については、それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換を促します。また、将来的に病床機能が過剰となることが見込まれる地域においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供等の支援を行い、丁寧な調整を図ります。
- また、医療機関等の連携により、切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供される必要があるため、人口構造や疾病構造の変化、それに伴う患者の受療行動の変化などを踏まえ、医療機関が有効な役割分担として機能するための施策を進めます。

### 2 在宅医療の推進

- 病気になっても可能な限り住み慣れた生活の場において、必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活が実現できるよう、地域包括ケアシステム<sup>2</sup>の構築が必要です。そのため、病院を退院した患者が自宅や地域で必要な医療が受けられるよう、医療機関の役割分担と連携を進めるとともに介護との連携を構築し、切れ目のない在宅医療の仕組みづくりを進めます。病院から在宅復帰に向けては、病状が安定期の要介護者が居宅への復帰を目指す機能等を担う介護老人保健施設等の役割も重要です。

<sup>1</sup> 地域医療構想調整会議：都道府県が、構想区域その他当該県の知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との間に設ける「協議の場」の名称（医療法第30条の14）

<sup>2</sup> 地域包括ケアシステム：地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。（医療介護総合確保促進法第2条第1項）

- 在宅医療と介護の連携を推進するためには、市町村が地区医師会等、関係団体と連携しながら、患者を日常的に支える医療提供体制の整備を進めることが重要です。訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問薬剤管理指導、リハビリテーション、介護など、在宅医療を担う多職種の協働を支援します。
- 患者が住み慣れた自宅や地域で安心して療養生活を送れるよう、患者との信頼関係に基づいて、日頃の健康管理から医療機関の紹介、在宅療養の支援等を担う「かかりつけ医」を中心とした在宅医療提供体制の整備を図ります。
- 医療関係者に対する在宅医療への参入促進事業や、がんや摂食嚥下、看取り、在宅に必要な専門知識に関する研修を行う等、在宅医療を支える人材の確保・定着を図るとともに、在宅訪問歯科診療等の在宅訪問診療の充実や訪問看護ステーション大規模化等、在宅医療の基盤整備を進めます。
- 人生の最終段階を自宅で過ごすことに対する不安を解消し、患者が住む場所で看取りができる環境づくりも重要な課題です。最期まで自分らしく生きるために、患者自身がどのような最期を迎えたいかを考え、それを実現するために家族等と話し合っ、思いを共有することが必要です。そのため、そうした思いに対応できる医療従事者等の養成を推進するとともに、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する適切な情報提供を推進します。

### 3 医療従事者の確保・定着

- 安心して誰もが医療サービスを受けられるよう、医師、看護師をはじめとする医療従事者の確保・定着を図ります。
- 千葉県地域医療支援センター<sup>3</sup>や、千葉県医療勤務環境改善支援センター<sup>4</sup>等を活用し、医療従事者の地域偏在の解消と働きやすい環境づくりに向けて取り組みます。
- 限られた医療資源を有効活用し、質の高い医療を安全に提供するため、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等の専門職の確保に併せて、各医療職種が連携・補完し合うチーム医療を推進します。
- 医師の質の向上と良質な医療の提供を目的として創設された新たな専門医制度<sup>5</sup>の仕組みが円滑に構築されるためには、地域医療へ配慮した養成プログラムであることや、専門医を適正に配置させることが重要です。

<sup>3</sup> 千葉県地域医療支援センター：医師の地域偏在を解消するため、県内の医師不足の状況等を把握・分析し、医師のキャリア形成支援と一体的に医師不足病院の医師確保の支援等を行う。

<sup>4</sup> 千葉県医療勤務環境改善支援センター：医師や看護師をはじめとした医療従事者の確保・定着を図るため、必要に応じてアドバイザーを派遣し、勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する。

<sup>5</sup> 新たな専門医制度：厚生労働省において、医師の質の一層の向上を図ること等を目的として、平成23年10月より「専門医の在り方に関する検討会」を開催し、平成25年4月に報告書を取りまとめた。この報告書を踏まえ、平成26年5月に設立された、一般社団法人日本専門医機構が、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行うこととされている。新たな専門医の養成は平成29年度を目安に開始する予定とされている。

地域における専門医の定着を図るため、研修施設、大学及び医師会等と連携し、専門研修プログラムを踏まえながら、地域全体で医師のキャリア形成支援に努めるとともに、地域の実情に応じた医療提供体制を構築します。

- 国家戦略特別区域である成田市において医学部新設が予定されていることから、既存大学の医学部に加え、新設医学部においても県内地域医療に従事する医師の養成・定着を促進します。

#### 4 地域医療の格差解消

○ 本県は、地域によって高齢化等の人口動態、医療・介護提供体制、受療動向、地理的条件等が大きく異なっています。誰もがどこでも安心して医療が受けられるよう、地域医療の格差解消に向けて、地域における各医療機関の機能や人員体制等を踏まえた課題の抽出とともに、地域特性に応じた医療提供体制の実現に向けて取組みます。

- 小児医療や周産期医療、救急医療等、地域により偏在のみられる診療科については、医師確保への支援や、医療機関への助成、研修の充実等により、地域医療の格差解消に努めます。

- 高齢化の更なる進展に伴い、複数の疾患を抱える患者の増加が見込まれるなか、総合診療専門医<sup>6</sup>は、他の領域別専門医や他職種と連携し、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において地域のニーズに対応できる重要な役割を担います。そのため、総合診療専門医の育成と医療現場への配置を進めます。

#### 5 疾病ごとの医療連携システムの構築

- 高齢化の進展に伴い、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、成人肺炎、大腿骨骨折等の疾病の増加が見込まれています。

- 脳卒中や急性心筋梗塞等の発症初期における「待てない急性期」への対応については、医療機関の機能に応じた役割分担に基づき、効果的な救急医療体制の構築を進めるとともに、地域で速やかに受療できる医療提供体制を目指します。

- 限られた医療資源であっても、質が高く効果的・効率的な医療提供体制を確保するため、医療資源の適切な活用が図られるよう、地域の実情に応じた医療連携システムの構築を促進します。また、全県的な対応が必要となる高度な医療については、必要に応じて、疾病ごとの圏域を越えた医療連携システムの構築を図ります。

- 本県は交通利便性が高く、患者の移動可能圏域が広いため、県境に隣接した地域や構想区域境に隣接した地域では、急性期から回復期への転院、回復期から地域生活期への移行において、県境や構想区域をまたぐ受療も生じます。県を越えた広域連携や構想区域間連携を進めます。

<sup>6</sup> 総合診療専門医：平成25年4月「専門医の在り方に関する検討会」報告書を踏まえて、新たに、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の一つとして総合診療専門医が位置付けられた。



- 精神科における合併症入院患者の増加を踏まえた一般病床・療養病床と精神科病床の連携を推進します。また、認知症の周辺症状（BPSD）<sup>7</sup>や認知症の人の身体疾患が悪化した場合、できる限り短い期間での退院を目指し、一時的に入院治療を行う医療機関と地域の保健医療・介護関係者との連携を推進します。

## 6 公的病院の役割

- 公的病院<sup>8</sup>は、各構想区域における基幹病院としての役割を果たすことはもとより、地域の特性に応じて、救急医療、災害医療、がん医療、周産期医療、小児医療等の分野や、地域包括ケアシステムの構築に向けて中心的な役割を担う必要があります。
- 公立病院は、国が平成27年3月に示した「新公立病院改革ガイドライン」<sup>9</sup>に沿って、本構想を踏まえ、新たな公立病院改革プランを策定し、果たすべき役割を明確化するとともに、経営の効率化、再編・ネットワーク化の検討などに取り組む必要があります。

## 7 地域医療連携推進法人制度の活用

- 医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、本構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人制度が創設されました。地域医療構想の実現に向けて、病床機能の分担及び業務の連携を進めるに当たっては、当該制度の活用も重要です。

## 8 県民の適切な受療行動と健康づくり

- 本構想の実現に向けては、医療を提供する側だけではなく、医療を受ける県民の理解や受療行動も重要です。具体的には、生活習慣の改善による疾病予防、医療機関の地域連携の理解、不要不急の時間外受診の差し控え等が求められます。
- 医療法にも、国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならないものとされています。
- 県、市町村、医療保険者、医療機関等の関係者は、互いに連携・協力しながら県民に対する保健指導、医療相談、広報等を通じ、県民の適切な受療行動に向けた啓発を行います。
- 県民一人ひとりが健康の状態に応じて生き生きと生活できるよう、個人のみでなく生活背景である家庭・職場・地域にも視点を置いた生活習慣病対策を推進します。

<sup>7</sup> 周辺症状（BPSD）：認知症に伴う徘徊や妄想、不眠や昼夜逆転、暴言や暴力、不潔行為、異食などの行動・心理症状のこと。Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia。

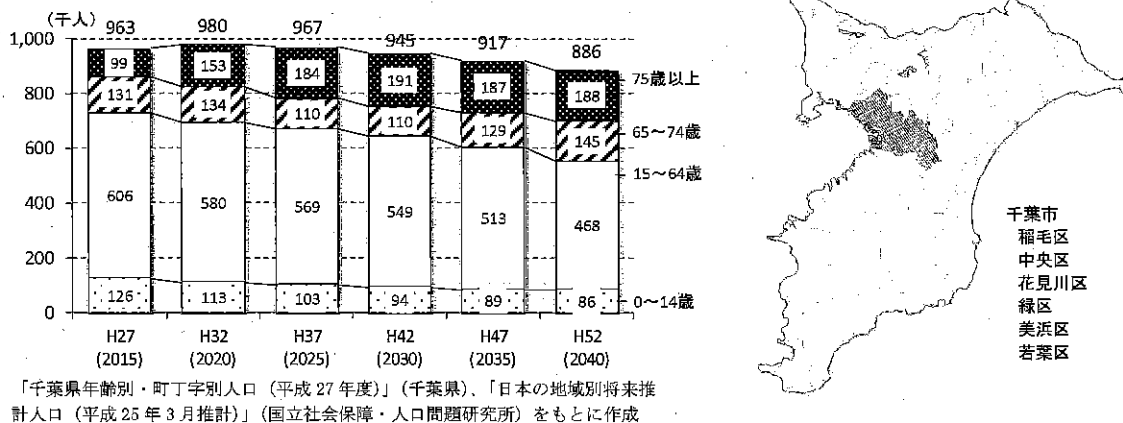
<sup>8</sup> 公的病院：都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（日本赤十字社や済生会など）が開設する病院。（医療法第31条）

<sup>9</sup> 新公立病院改革ガイドライン：平成26年6月の医療介護総合確保推進法に規定されている地域医療構想の実現に向けた取組と連携する事項等を盛り込み、平成27年3月に総務省が策定。新公立病院改革ガイドラインでは、「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」の3つの視点に、新たに「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた。

## 第6章 各区域における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

### 千葉区域

#### 1 人口の推移



「千葉県年齢・町丁別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図40 千葉区域の人口の推移と位置

- 総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年（2015年）から平成37年（2025年）にかけて86%・85千人増加すると見込まれます。

#### 2 区域内に住所を有する入院患者数の推移

- 一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度（2013年度）から平成37年（2025年）にかけて27%・1,440人/日の増加が見込まれます。
- その後、平成47年（2035年）にピークを迎え、35%・1,885人/日増加すると見込まれます。

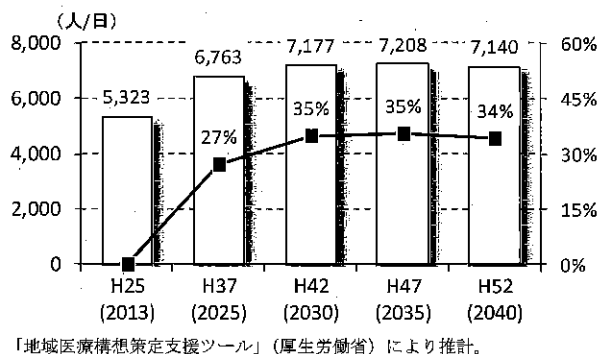


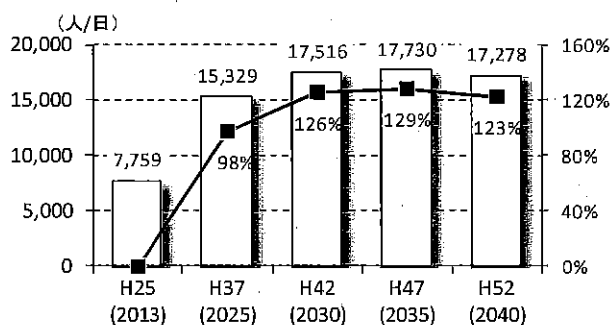
図41 入院患者数の推移と変化率(千葉区域)

#### 3 4機能別の医療提供体制

表17 4機能別の医療提供体制(千葉区域) (単位:床)

	必要病床数 (平成37年) A	病床機能報告 (平成26年度) B	B-A
高度急性期	1,077	1,423	346
急性期	3,028	4,003	975
回復期	2,520	757	▲ 1,763
慢性期	1,859	1,592	▲ 267
無回答	-	138	138
計	8,484	7,913	▲ 571

#### 4 在宅医療等需要の推移



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

図 42 在宅医療等需要推移と変化率(千葉区域)

- 在宅医療等の需要(患者数)は、平成25年度(2013年度)から平成37年(2025年)にかけて98%・7,570人の増加が見込まれます。
- 平成47年(2035年)にはピークを迎え、129%・9,971人の増加が見込まれます。

#### 5 実現に向けた施策の方向性

##### 医療機関の役割分担の促進

- 全県に対応する高度急性期をはじめ、特定機能病院<sup>1</sup>や複数の基幹病院があり、県全域からの入院患者の流入がみられます。病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成37年(2025年)の必要病床数を比較すると、高度急性期及び急性期が過剰となり、回復期及び慢性期が不足することが見込まれます。
- 地域の実情を踏まえ、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるにあたっては、医療機関の自主的な取組と、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すとともに、必要病床数の確保を図ります。

##### 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

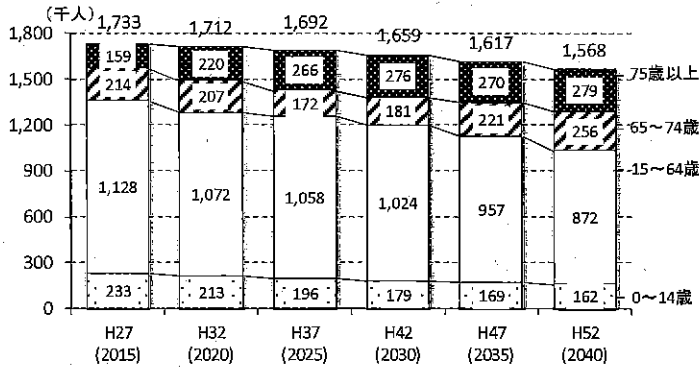
##### 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

<sup>1</sup> 特定機能病院：一般の医療機関では実施が難しい高度先端医療を含む専門的な医療を提供する病院で該当する基準を満たしたものを厚生労働大臣が承認する。県では千葉大学医学部附属病院が該当する。

# 東葛南部区域

## 1 人口の推移



「千葉県年齢別・町丁目別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

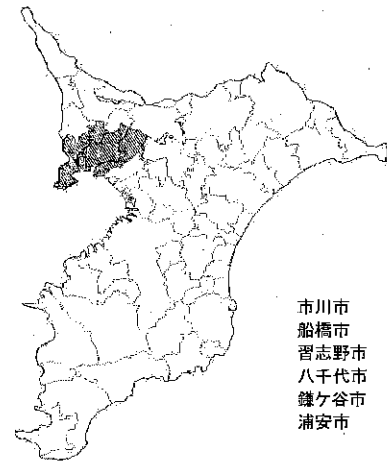
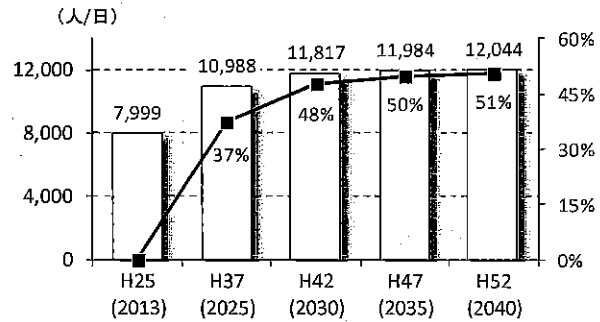


図43 東葛南部区域の人口の推移と位置

- 総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年（2015年）から平成37年（2025年）にかけて68%・108千人増加すると見込まれます。

## 2 区域内に住所を有する入院患者数の推移

- 一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度（2013年度）から平成37年（2025年）にかけて37%・2,989人/日の増加が見込まれます。
- その後も増加を続け、平成52年（2040年）には51%・4,045人/日増加すると見込まれます。



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

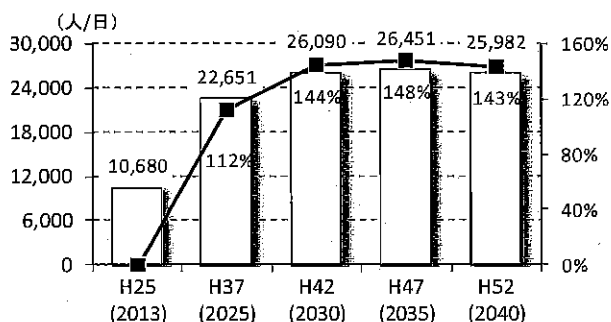
図44 入院患者数の推移と変化率（東葛南部区域）

## 3 4 機能別の医療提供体制

表18 4機能別の医療提供体制（東葛南部区域）（単位：床）

	必要病床数 (平成37年) A	病床機能報告 (平成26年度) B	B-A
高度急性期	1,376	1,506	130
急性期	4,783	5,514	731
回復期	4,072	1,087	▲ 2,985
慢性期	2,779	2,102	▲ 677
無回答	-	200	200
計	13,010	10,409	▲ 2,601

#### 4 在宅医療等の推移



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

図 45 在宅医療等需要推移と変化率(東葛南部区域)

○ 在宅医療等の需要(患者数)は、平成 25 年度(2013 年度)から平成 37 年(2025 年)にかけて 112%・11,971 人/日の増加が見込まれます。

○ 平成 47 年(2035 年)にはピークを迎え、148%・15,771 人/日の増加が見込まれます。

#### 5 実現に向けた施策の方向性

##### 医療機関の役割分担の促進

- 千葉、東葛北部、印旛等の隣接区域や東京都との入院患者の流出入がみられる区域です。病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成 37 年(2025 年)の必要病床数を比較すると、高度急性期及び急性期が過剰となり、回復期及び慢性期が不足することが見込まれます。
- 地域の実情を踏まえ、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるにあたっては、医療機関の自主的な取組と、構想区域ごとに設置された地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、必要病床数の確保を図ります。

##### 在宅医療の推進

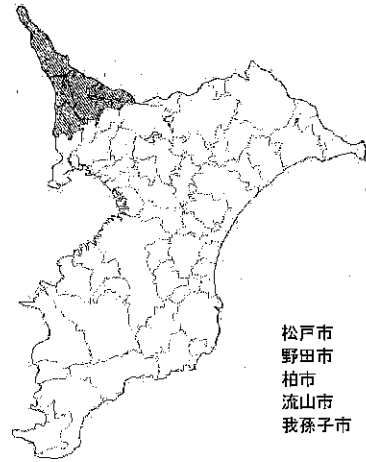
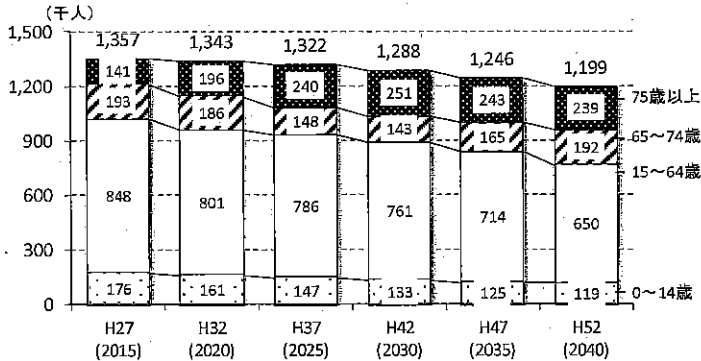
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

##### 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

# 東葛北部区域

## 1 人口の推移



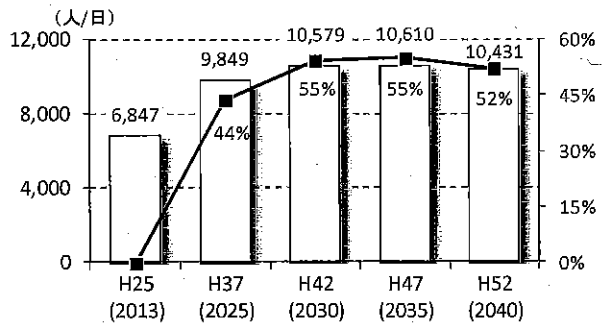
「千葉県年齢別・町字別人口（平成 27 年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図 46 東葛北部区域の人口の推移と位置

- 総人口は減少に向かいますが、75 歳以上人口は、平成 27 年（2015 年）から平成 37 年（2025）にかけて 71%・100 千人増加すると見込まれます。

## 2 区域内に住所を有する入院患者数の推移

- 一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成 25 年度（2013 年度）から平成 37 年（2025 年）にかけて 44%・3,002 人/日の増加が見込まれます。
- その後、平成 47 年（2035 年）にピークを迎え、55%・3,763 人/日増加すると見込まれます。



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

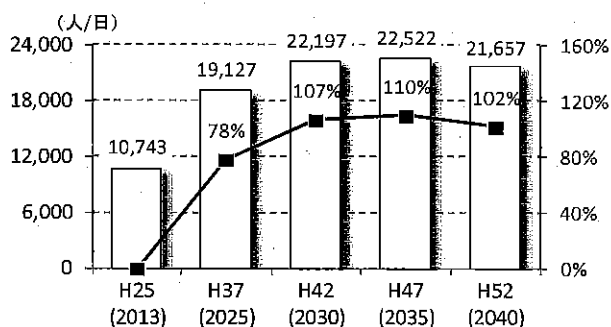
図 47 入院患者数の推移と変化率（東葛北部区域）

## 3 4 機能別の医療提供体制

表 19 4 機能別の医療提供体制（東葛北部区域）（単位：床）

	必要病床数 (平成 37 年) A	病床機能報告 (平成 26 年度) B	B-A
高度急性期	1,386	2,153	767
急性期	4,227	4,193	▲ 34
回復期	3,647	841	▲ 2,806
慢性期	2,439	1,832	▲ 607
無回答	-	95	95
計	11,699	9,114	▲ 2,585

#### 4 在宅医療等の推移



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

- 在宅医療等の需要(患者数)は、平成25年度(2013年度)から平成37年(2025年)にかけて78%・8,384人/日の増加が見込まれます。
- 平成47年(2035年)にはピークを迎え、110%・11,779人/日の増加が見込まれます。

図48 在宅医療等需要の推移と変化率(東葛北部区域)

#### 5 実現に向けた施策の方向性

##### 医療機関の役割分担の促進

- 東葛南部、印旛等の隣接区域や東京都、埼玉県、茨城県等の県外との入院患者の流出入がみられる区域です。病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成37年(2025年)の必要病床数を比較すると、高度急性期は過剰となり、急性期、回復期、慢性期は不足することが見込まれます。
- 地域の実情を踏まえ、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、必要病床数の確保を図ります。

##### 在宅医療の推進

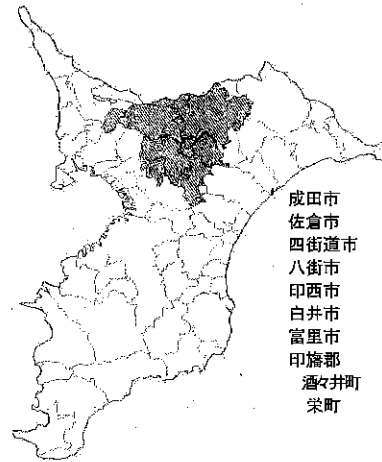
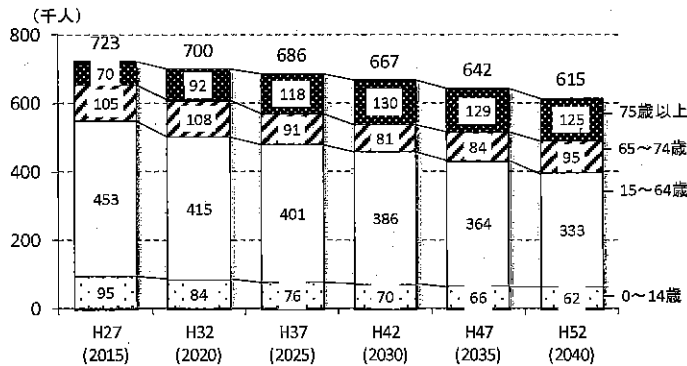
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

##### 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

# 印旛区域

## 1 人口の推移



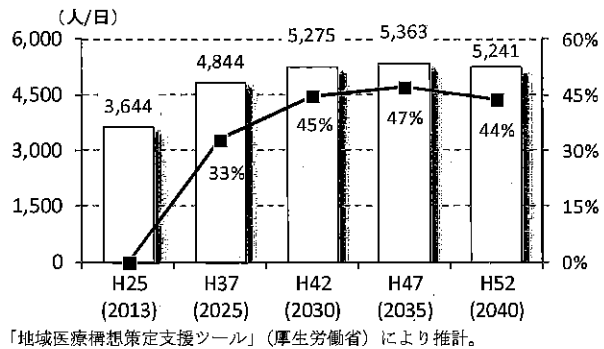
「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図49 印旛区域の人口の推移と位置

- 総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年（2015年）から平成37年（2025年）にかけて69%・48千人増加すると見込まれます。

## 2 区域内に住所を有する入院患者数の推移

- 一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度（2013年度）から平成37年（2025年）にかけて33%・1,200人/日の増加が見込まれます。
- その後、平成47年（2035年）にピークを迎え、47%・1,719人/日増加すると見込まれます。



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

図50 入院患者数の推移と変化率（印旛区域）

## 3 4機能別の医療提供体制

表20 4機能別の医療提供体制（印旛区域）（単位：床）

	必要病床数 (平成37年) A	病床機能報告 (平成26年度) B	B-A
高度急性期	594	537	▲ 57
急性期	1,947	2,894	947
回復期	1,625	162	▲ 1,463
慢性期	1,382	1,563	181
無回答	-	3	3
計	5,548	5,159	▲ 389



#### 4 在宅医療等の推移

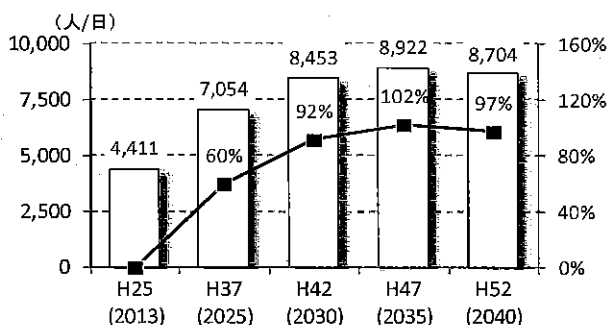


図 51 在宅医療等需要の推移と変化率(印旛区域)

- 在宅医療等の需要(患者数)は、平成 25 年度(2013 年度)から平成 37 年度(2025 年)にかけて 60%・2,643 人/日の増加が見込まれます。
- 平成 47 年(2035 年)にはピークを迎え、102%・4,511 人/日の増加が見込まれます。

#### 5 実現に向けた施策の方向性

##### 医療機関の役割分担の促進

- 千葉、東葛南部、東葛北部、香取海匝等の隣接区域や東京都、茨城県との入院患者の流出入がみられる区域です。病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成 37 年(2025 年)の必要病床数を比較すると、急性期及び慢性期は過剰となり、高度急性期及び回復期は不足することが見込まれます。
- 地域の実情を踏まえ、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、必要病床数の確保を図ります。

##### 在宅医療の推進

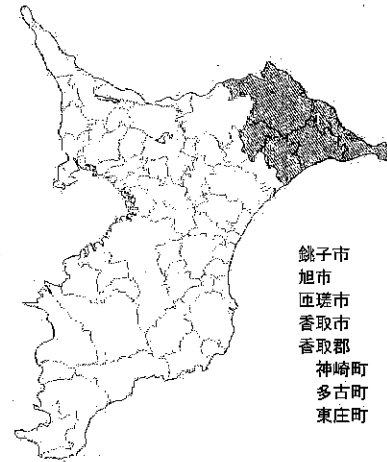
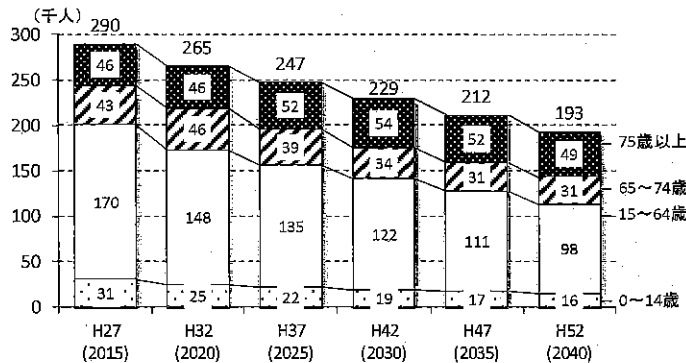
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

##### 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

# 香取海匠区域

## 1 人口の推移



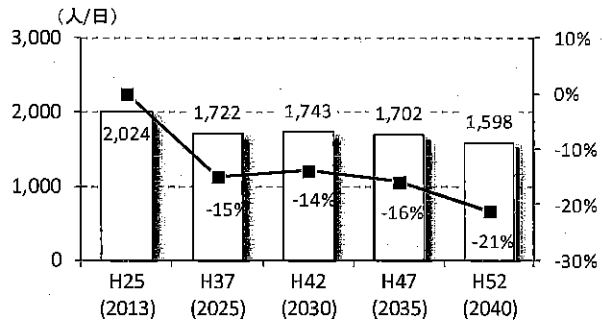
「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成 27 年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図 52 香取海匠区域の人口の推移と位置

- 総人口は減少に向かいますが、75 歳以上人口は、平成 27 年（2015 年）から平成 37 年（2025 年）にかけて 13%・6 千人増加すると見込まれます。

## 2 区域内に住所を有する入院患者数の推移

- 一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成 25 年度（2013 年度）から平成 37 年（2025 年）にかけて 15%・302 人/日の減少が見込まれます。
- その後も減少傾向が続き、平成 52 年（2040 年）までに 21%・426 人/日の減少が見込まれます。



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省) により推計。

図 53 入院患者数の推移と変化率(香取海匠区域)

## 3 4 機能別の医療提供体制

表 21 4 機能別の医療提供体制（香取海匠区域）（単位：床）

	必要病床数 (平成 37 年) A	病床機能報告 (平成 26 年度) B	B-A
高度急性期	289	64	▲ 225
急性期	745	1,666	921
回復期	587	187	▲ 400
慢性期	560	663	103
無回答	-	29	29
計	2,181	2,609	428

#### 4 在宅医療等の推移

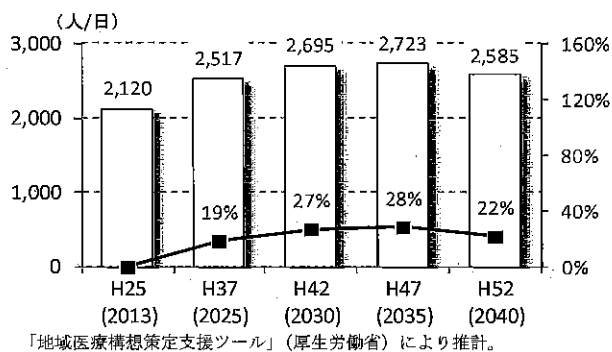


図 54 在宅医療等需要の推移と変化率(香取海浜区域)

- 在宅医療等の需要(患者数)は、平成 25 年度(2013 年度)から平成 37 年(2025 年)にかけて 19%・397 人/日の増加が見込まれます。
- 平成 47 年(2035 年度にはピークを迎え、28%・603 人/日の増加が見込まれます。

#### 5 実現に向けた施策の方向性

##### 医療機関の役割分担の促進

- 山武長生夷隅、印旛、千葉等の隣接区域や茨城県との入院患者の流出入がみられる区域です。病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成 37 年(2025 年)の必要病床数を比較すると、急性期及び慢性期は過剰となり、高度急性期及び回復期は不足することが見込まれます。
- 地域の実情を踏まえ、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、必要病床数の確保を図ります。

##### 在宅医療の推進

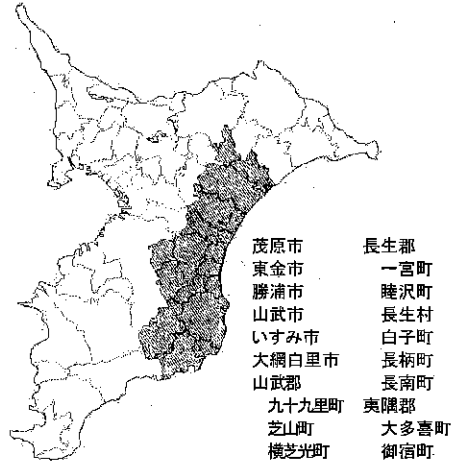
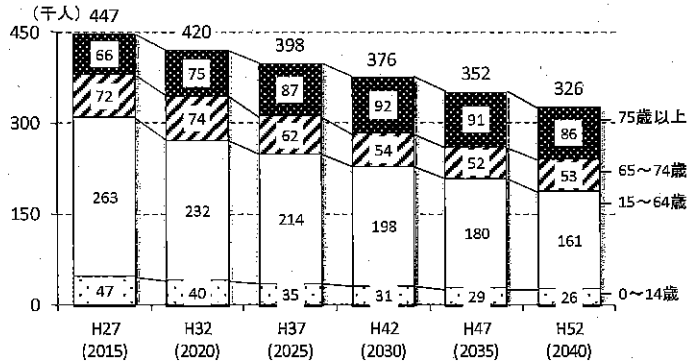
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

##### 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

# 山武長生夷隅区域

## 1 人口の推移



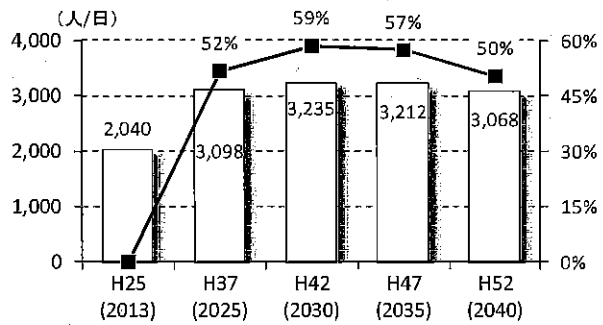
「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図 55 山武長生夷隅区域の人口の推移と位置

- 総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年（2015年）から平成37年（2025年）にかけて33%・21千人増加すると見込まれます。

## 2 区域内に住所を有する入院患者数の推移

- 一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度（2013年度）から平成37年（2025年）にかけて52%・1,058人/日の増加が見込まれます。
- その後、平成42年（2030年）にピークを迎え、59%・1,195人/日増加すると見込まれます。



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

図 56 入院患者数の推移と変化率(山武長生夷隅区域)

## 3 4機能別の医療提供体制

表 22 4機能別の医療提供体制（山武長生夷隅区域）（単位：床）

	必要病床数 (平成37年) A	病床機能報告 (平成26年度) B	B-A
高度急性期	104	20	▲ 84
急性期	887	1,580	693
回復期	946	278	▲ 668
慢性期	994	1,325	331
無回答	-	68	
計	2,931	3,271	340

#### 4 在宅医療等需要の推移

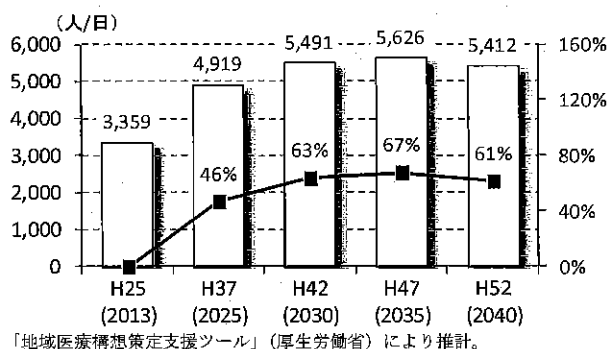


図 57 在宅医療等需要の推移と変化率(山武長生夷隅区域)

- 在宅医療等の需要(患者数)は、平成 25 年度(2013 年度)から平成 37 年(2025 年)にかけて 46%・1,561 人/日の増加が見込まれます。
- 平成 47 年(2035 年)にはピークを迎え、68%・2,268 人/日の増加が見込まれます。

#### 5 実現に向けた施策の方向性

##### 医療機関の役割分担の促進

- 千葉、印旛、香取海匝、安房、市原等の隣接区域との入院患者の流出入が多くみられる区域です。また、病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成 37 年(2025 年)の必要病床数を比較すると、急性期及び慢性期は過剰となり、高度急性期及び回復期は不足することが見込まれます。
- 当該区域の中核病院の東千葉メディカルセンター(平成 26 年 4 月部分開院)の患者の受療動向をみながら、地域に必要な病床機能を確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床の機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、必要病床数の確保を図ります。

##### 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

##### 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

# 安房区域

## 1 人口の推移

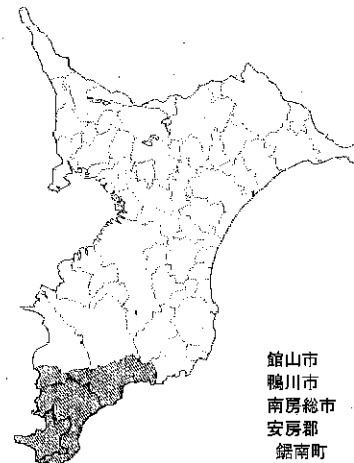
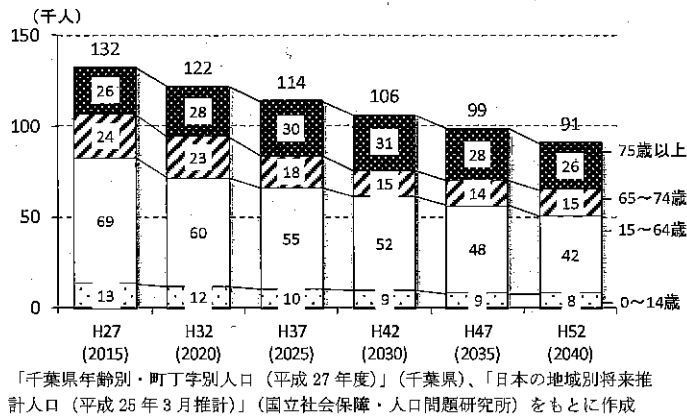


図 58 安房区域の人口の推移と位置

- 総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年（2015年）から平成37年（2025年）にかけて18%・5千人増加すると見込まれます。

## 2 区域内に住所を有する入院患者数の推移

- 一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度（2013年度）から平成37年（2025年）にかけて34%・542人/日の減少が見込まれます。
- その後も減少傾向が続き、平成52年（2040年）までに39%・628人/日の減少が見込まれます。

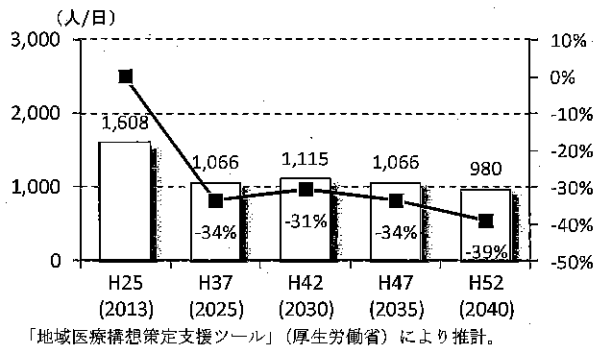


図 59 入院患者数の推移と変化率(安房区域)

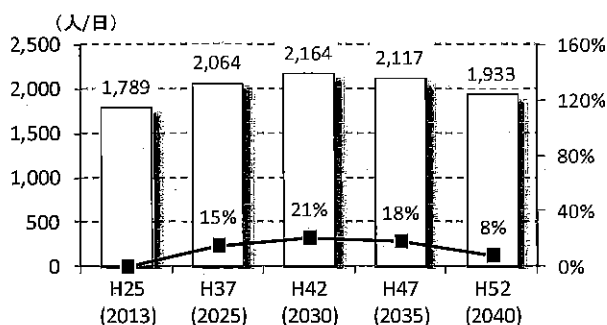
## 3 4機能別の医療提供体制

表 23 4機能別の医療提供体制（安房区域）（単位：床）

	必要病床数 (平成37年) A	病床機能報告 (平成26年度) B	B-A
高度急性期	308	159	▲ 149
急性期	602	1,264	662
回復期	358	99	▲ 259
慢性期	373	672	299
無回答	-	0	0
計	1,641	2,194	553

平成42年（2030年）における慢性期機能に係る病床数の必要量：433床

#### 4 在宅医療等の推移



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

図 60 在宅医療等需要の推移と変化率(安房区域)

- 在宅医療等の需要(患者数)は、平成 25 年度(2013 年度)から平成 37 年(2025 年)にかけて 15%・275 人/日の増加が見込まれます。
- 平成 42 年(2030 年)にはピークを迎え、21%・375 人/日の増加が見込まれます。

#### 5 実現に向けた施策の方向性

##### 医療機関の役割分担の促進

- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の全ての機能において、山武長生夷隅、君津等の隣接区域からの入院患者の流入がみられる区域です。また、病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成 37 年(2025 年)の必要病床数を比較すると、急性期及び慢性期は過剰となり、高度急性期及び回復期は不足することが見込まれます。
- 地域の実情を踏まえ、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床の機能の分化及び連携を進めるにあたっては、医療機関の自主的な取組と、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すとともに、必要病床数の確保を図ります。

##### 在宅医療の推進

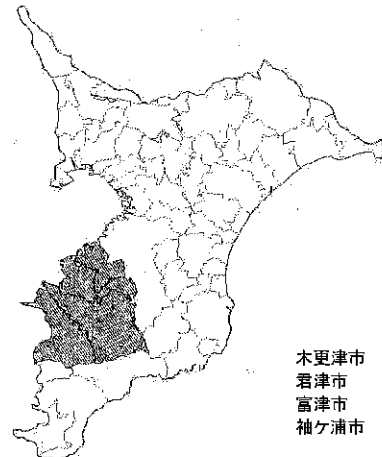
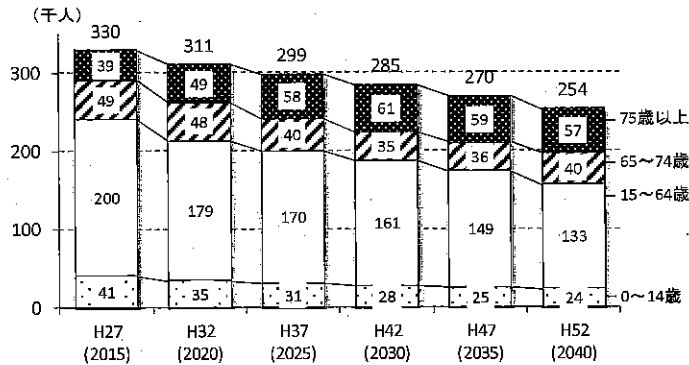
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

##### 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

# 君津区域

## 1 人口の推移



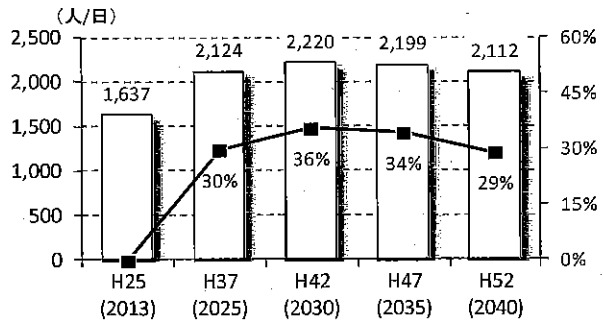
「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図 61 君津区域の人口の推移と位置

○ 総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年（2015年）から平成37年（2025年）にかけて47%・19千人増加すると見込まれます。

## 2 区域内に住所を有する入院患者数の推移

- 一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度（2013年度）から平成37年（2025年）にかけて30%・487人/日の増加が見込まれます。
- その後、平成42年（2030年）にピークを迎え、36%・583人/日増加すると見込まれます。



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

図 62 入院患者数の推移と変化率(君津区域)

## 3 4機能別の医療提供体制

表 24 4機能別の医療提供体制 (君津区域) (単位: 床)

	必要病床数 (平成37年) A	病床機能報告 (平成26年度) B	B-A
高度急性期	232	492	260
急性期	806	1,020	214
回復期	810	137	▲ 673
慢性期	522	580	58
無回答	-	38	38
計	2,370	2,267	▲ 103



#### 4 在宅医療等の推移

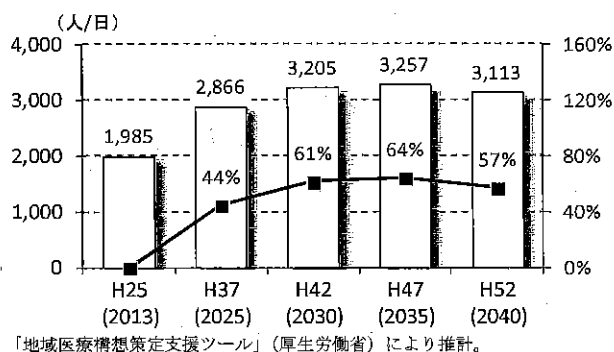


図 63 在宅医療等需要の推移と変化率(君津区域)

- 在宅医療等の需要(患者数)は、平成25年度(2013年度)から平成37年(2025年)にかけて44%・881人/日の増加が見込まれます。
- 平成47年(2035年)にはピークを迎え、64%・1,272人/日の増加が見込まれます。

#### 5 実現に向けた施策の方向性

##### 医療機関の役割分担の促進

- 千葉、安房、市原等の隣接区域との入院患者の流入や東京都、神奈川県からの流入がみられる区域です。また、病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成37年(2025年)の必要病床数を比較すると、高度急性期、急性期、慢性期は過剰となり、回復期は不足することが見込まれます。
- 地域の実情を踏まえ、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床の機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、必要病床数の確保を図ります。

##### 在宅医療の推進

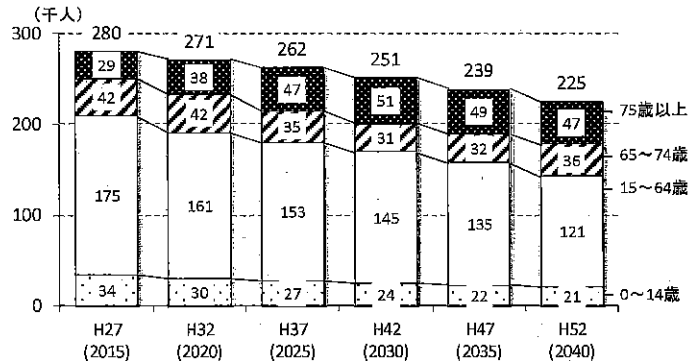
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

##### 医療従事者の確保・定着

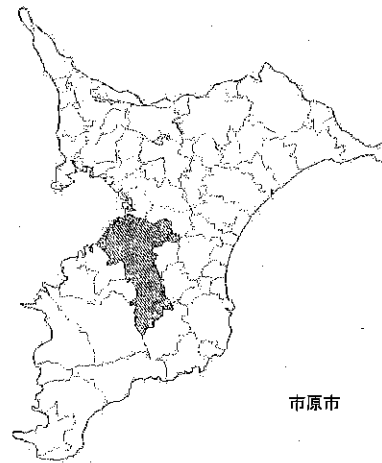
- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

# 市原区域

## 1 人口の推移



「千葉県年齢別・町丁目別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成



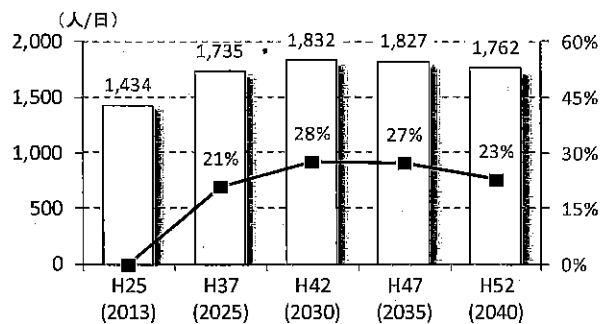
市原市

図 64 市原区域の人口の推移と位置

- 総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年（2015年）から平成37年（2025年）にかけて59%・17千人増加すると見込まれます。

## 2 区域内に住所を有する入院患者数の推移

- 一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度（2013年度）から平成37年（2025年）にかけて21%・301人/日の増加が見込まれます。
- その後、平成42年（2030年）にピークを迎え、28%・398人/日増加すると見込まれます。



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

図 65 入院患者数の推移と変化率(市原区域)

## 3 4機能別の医療提供体制

表 25 4機能別の医療提供体制（市原区域）（単位：床）

	必要病床数 (平成37年) A	病床機能報告 (平成26年度) B	B-A
高度急性期	284	454	170
急性期	826	1,121	295
回復期	695	157	▲ 538
慢性期	335	295	▲ 40
無回答	-	46	46
計	2,140	2,073	▲ 67

#### 4 在宅医療等の推移

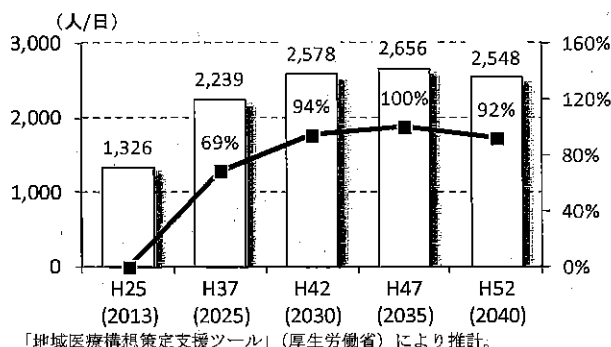


図 66 在宅医療等需要の推移と変化率(市原区域)

- 在宅医療等の需要(患者数)は、平成 25 年度(2013 年度)から平成 37 年(2025 年)にかけて 69%・913 人/日の増加が見込まれます。
- 平成 47 年(2035 年)にはピークを迎え、100%・1,330 人/日の増加が見込まれます。

#### 5 実現に向けた施策の方向性

##### 医療機関の役割分担の促進

- 千葉、山武長生夷隅、君津区域との流入がみられる区域です。病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成 37 年(2025 年)の必要病床数を比較すると、高度急性期及び急性期は過剰となり、回復期及び慢性期は不足することが見込まれます。
- 地域の実情を踏まえ、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床の機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、必要病床数の確保を図ります。

##### 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

##### 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

## 第7章 地域医療構想の推進体制と評価

### 1 推進体制

#### (1) 病床機能報告制度の活用

- 病床の機能の分化及び連携については、まずは病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能の現状を把握・分析し、その結果を踏まえ、地域医療構想において定める構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを、地域全体の状況として把握し、病床の転換等の取組を進めます。

#### (2) 地域医療構想調整会議等の活用

- 地域医療構想は、地域の実情に応じて、県、医療関係者等が話し合い、将来の医療需要の変化の状況を共有し、それに適合した医療提供体制を構築するための、あくまでも自主的な取組が基本です。
- 医療機関の自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて、病床機能の分化及び連携を進めます。
- 地域医療構想調整会議を効果的に運用するため、協議内容や医療提供体制の整備の状況を踏まえ、地域医療構想調整会議の構成員や調整会議のあり方について、柔軟に見直します。

#### (3) 地域医療介護総合確保基金の活用

- 本構想の実現に向けた取組を実効性のあるものとするため、地域医療介護総合確保基金を活用し、医療機関の役割分担を促進するとともに、在宅医療の推進や医療介護人材の確保等の必要な施策を進めます。

### 2 評価の実施

- 地域の医療提供体制の現状を把握するとともに、地域の医療事情に精通した学識経験者や実際に医療を提供する医療関係者等を含め、課題解決に向けて検討を進めます。
- また、必要に応じて、地域医療構想の追記や削除、修正等を行い、より実効性のある地域医療構想への発展を目指します。
- 医療を受ける当事者である患者・県民が、医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとることができるよう、県民に必要な情報や計画の評価等について、県のホームページ等で県民に分かりやすく公表します。

## 地域医療構想調整会議について

### 地域医療構想策定ガイドライン(平成 27 年 3 月)

#### 1 地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議は構想区域ごとに設置することを原則とし、診療に関する学識経験者等との連携を図りつつ、地域医療構想の実現に向けた具体的な協議を行う「協議の場」です。

※千葉県では、地域医療構想の策定の段階から設置しています。

#### 2 協議内容

- ①地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能
- ②病床機能報告制度による情報等の共有
- ③地域医療構想の達成の推進に関すること 等

#### 3 地域医療構想調整会議の参加者

- 地域医療構想は、幅広い関係者の理解を得て達成を推進する必要があるため、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広い者を参加者とすることが望ましい。
- 医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定すること。
- 協議を効果的・効率的に推進する観点から、議事等に応じて参加を求める関係者（代表性を考慮した病院・診療所、学識経験者等）を柔軟に選定すること。

地域医療構想調整会議は、協議をより効果的・効率的に進める観点から、協議内容等に応じて参加を求める関係者を柔軟に選定する等、必要に応じて会議のあり方についても見直します。

## 第3部 千葉県保健医療計画の一部改定

### 1 基準病床数

- 「千葉県保健医療計画」(平成23年4月策定、平成25年5月一部改定)第1編第3章第3節(43ページから44ページまで)については、以下のとおりとします。

### 第3節 基準病床数

#### 1 基準病床数の意義

基準病床数は、医療法第30条の4第2項第14号の規定に基づき、二次保健医療圏の区域における療養病床及び病院の一般病床、並びに県全域における病院の精神病床、結核病床及び感染症病床について定めるものです。

この計画により定めた基準病床数は、圏域内における病床の整備の目標であるとともに、圏域内の適正配置を促進し、各圏域の医療水準の向上を図るために設定するものです。

#### 2 基準病床数

##### (1) 二次保健医療圏における療養病床及び一般病床数

二次保健医療圏における療養病床及び一般病床数を医療法施行規則第30条の30に規定する算定方法等により次表のとおり定めます。

保健医療圏	基準病床数 A	既存病床数 B	過不足病床数 B-A
千葉	7,629	7,495	▲ 134
東葛南部	11,403	10,876	▲ 527
東葛北部	9,999	9,366	▲ 633
印旛	5,251	5,679	428
香取海匝	2,731	3,209	478
山武長生夷隅	3,203	3,603	400
安房	1,577	2,022	445
君津	2,029	2,472	443
市原	2,077	2,135	58
計	45,899	46,857	958

注 既存病床数は、平成28年1月1日現在の開設許可病床数に、集中強化治療室等の病床について医療法施行規則第30条の33に規定する標準により所要の補正を行ったものに、平成27年度までに配分した病床を加えたものです。

また、有床診療所の一般病床については、医療施行規則第1条の14第7項第1号又は第3号に該当する場合は、届出により設置することができます。届出により一般病床を設置した（又は設置予定）診療所の名称について、県ホームページで確認できます。

(2) 県全域における精神病床数、結核病床数及び感染症病床数

県全域における精神病床、結核病床及び感染症病床数を医療法施行規則第30条の30に規定する算定方法等により次表のとおり定めます。

	基準病床数 A	既存病床数 B	過不足病床数 B-A
精神病床	12,052	12,680	628
結核病床	64	130	66
感染症病床	60	58	▲ 2

注 既存病床数は、平成28年1月1日現在の開設許可病床数に、集中強化治療室等の病床について医療法施行規則第30条の33に規定する標準により所要の補正を行ったものに、平成27年度までに配分した病床を加えたものです。

## 2 評価指標

- 「千葉県保健医療計画」(平成 23 年 4 月策定、平成 25 年 5 月一部改定。以下、この項において「本冊」といいます。)における評価指標については、次ページ以降のとおりとします。
- 参考に、改定前の評価指標が記載されている箇所を「(本冊〇〇ページ)」のように示しています。

### 基盤・過程・結果を用いた評価

評価に用いる指標を単に羅列するだけでは、どの段階にどのような問題があるのかを十分に分析することはできません。多面的な観点から分類・整理された指標を用いることで、はじめて包括的な評価が可能と考えられます。このような考え方から指標を基盤(ストラクチャー)・過程(プロセス)・結果(アウトカム)に分類しています。

#### ①基盤(ストラクチャー)

医療提供サービスを行うための枠組みを形づくる要因であり、人員配置、機器・設備の状況、組織体制など、主に医療資源を指します。代表的なものは地域の医師数や病床数などであり、その地域の医療の充実度について検討する際などによく用いられます。

#### ②過程(プロセス)

医療活動の一連の流れから見た質の側面(どのように診療や看護などのサービスが提供されたか)であり、ガイドラインに基づいた治療などを指します。又、運動する者の割合や喫煙率など人々の健康の質やその保持に直接結びつく動向も過程に該当すると考えられます。

#### ③結果(アウトカム)

医療や保健サービスの提供の結果、何が得られたのかということであり、具体的には治療成績や死亡率などを指します。医療資源などの基盤(ストラクチャー)の整備に加え、医療の質の向上や県民の健康に対する意識の高まりなど、過程(プロセス)が望ましい方向へ変化していくことが、最終的に結果(アウトカム)の改善へ収束・反映されていくと考えられます。



第1章 質の高い保健医療提供体制の構築

第1節 循環型地域医療連携システムの構築

2 循環型地域医療連携システム（各論）

(1) がん（本冊 66、67 ページ）

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
緩和ケア病床の数	11 病院 235 床 (H26 年度)	増加 (H29 年度)
県の施設の禁煙実施率	99.4% (H26 年度)	100% (H34 年度)
市町村の施設の禁煙実施率	92.8% (H26 年度)	100% (H34 年度)
医療施設の禁煙実施率	88.5% (H22 年度)	100% (H34 年度)
口腔ケアの地域医療連携を行っている「がん診療連携拠点病院」	6 病院 (H26 年 2 月)	増加 (H29 年度)

※敷地内禁煙又は建物内禁煙を実施する施設の割合

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
喫煙する者の割合（男性） （女性）	23.7% 7.8% (H25 年度)	20% 5% (H34 年度)
がん検診受診率 ・胃がん検診（40～69 歳） ・肺がん検診（40～69 歳） ・大腸がん検診（40～69 歳） ・乳がん検診（40～69 歳） ・子宮がん検診（20～69 歳）	40.9% 45.2% 40.0% 48.6% 43.7% (H25 年)	50%以上 50%以上 50%以上 50%以上 50%以上 (H29 年度)
精度管理・事業評価及び有効性が証明されたがん検診の実施	全市町村において 実施 (H26 年度)	全市町村において 実施 (H29 年度)
「がん診療連携拠点病院」及び「千葉県がん診療連携協力病院」における地域医療連携パス（がん）の利用件数	2,293 件 (H22 年 4 月～H27 年 8 月累計件数)	増加 (H29 年度)

「がん診療連携拠点病院」及び「千葉県がん診療連携協力病院」における化学療法を行っている延べ患者数	15,608人 (H26年4月～7月 延べ患者数)	増加 (H29年度)
「がん診療連携拠点病院」及び「千葉県がん診療連携協力病院」における放射線治療を行っている延べ患者数	7,428人 (H25年の年間延 べ患者数)	増加 (H29年度)

〔結果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
住まいの場 (自宅、老人ホーム等)での死亡割合 (悪性新生物)	14.8% (H26年)	経年ごとに上回る こと (H29年度)
がんによる 75 歳未満年齢調整死亡率 (人口 10 万対) (男性)	93.9	一層の減少
(女性)	60.6 (H26年)	51.7 (H29年)

(2) 脳卒中 (本冊 75、76 ページ)

〔基盤 (ストラクチャー)〕

指 標 名	現 状	目 標
24 時間、治療 (開頭手術、脳血管内手術等) に対応している病院	7 医療圏 (H22年6月)	9 医療圏 (H29年度)
SCU (脳卒中集中治療管理室) を有する病院の数	4 医療圏 (H26年10月)	9 医療圏 (H29年度)
回復期リハビリテーション病棟の病床数 (人口 10 万対)	54 床 (H27年度)	57 床 (H29年度)
地域包括ケア病棟の病床数 (人口 10 万対)	6 床 (H27年度)	13 床 (H29年度)
在宅療養支援診療所数	344 箇所 (H27年9月)	372 箇所 (H29年度)
機能強化型訪問看護ステーション数	14 箇所 (H27年12月)	18 箇所 (H29年度)

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現 状	目 標
成人の喫煙率 (男性) (女性)	23.7% 7.8% (H25 年度)	20% 5% (H34 年度)
成人 1 日当たりの食塩摂取量 (男性) (女性)	11.8g 10.3g (H22 年度)	9.0g 7.5g (H34 年度)
運動習慣のある者の割合 (40～64 歳) (男性) (40～64 歳) (女性) (65 歳以上) (男性) (65 歳以上) (女性)	19.3% 18.1% 31.3% 26.8% (H24 年度)	28.0% 27.0% 38.0% 33.0% (H34 年)
特定健康診査・特定保健指導の 実施率 (健康診査) (保健指導)	35.7% 20.4% (H24 年度)	70% 45% (H29 年度)
脳卒中の診療を行う病院における 地域医療連携パス導入率	35% (H22 年 6 月) ※千葉県共用地域医 療連携パスのみの 実績	80% (H29 年度) ※千葉県共用地域医 療連携パス以外の パスも含む
退院患者平均在院日数 (脳血管疾 患)	79.1 日 (H26 年度)	期間短縮を図る (H29 年度)

(3) 急性心筋梗塞 (本冊 80～82 ページ)

[基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現 状	目 標
急性心筋梗塞 (開胸、経皮的冠動 脈形成術) が 24 時間可能な病院を 有する二次保健医療圏	7 医療圏 (H22 年 6 月)	9 医療圏 (H29 年度)
CABG (冠動脈バイパス手術) の実施 が可能な病院を有する二次保健医 療圏数	8 医療圏 (H22 年 6 月)	9 医療圏 (H29 年度)

心大血管疾患等リハビリテーション(I)または(II)の届出施設を有する二次保健医療圏数	9 医療圏 (H27 年 4 月)	9 医療圏 (H29 年度)
---	----------------------	-------------------

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現 状	目 標
成人の喫煙率 (男性) (女性)	23.7% 7.8% (H25 年度)	20% 5% (H34 年度)
適正体重を維持している者の増加 (肥満 BMI 25 以上、やせ BMI 18.5 未満の減少) (20~60 歳代男性の肥満者割合) (40~60 歳代女性の肥満者割合) (20 歳代女性のやせの者の割合)	33.2% 22.1% 19.0% (H22 年)	28.0% 19.0% 15.0% (H34 年)
運動習慣のある者の割合 (40~64 歳) (男性) (40~64 歳) (女性) (65 歳以上) (男性) (65 歳以上) (女性)	19.3% 18.1% 31.3% 26.8% (H24 年度)	28.0% 27.0% 38.0% 33.0% (H34 年)
特定健康診査・特定保健指導の実施率 (健康診査) (保健指導)	35.7% 20.4% (H24 年度)	70% 45% (H29 年度)
急性心筋梗塞の診療を行う病院における地域医療連携パス導入率	11% (H22 年 6 月) ※千葉県共用地域医療連携パスのみの実績	50% (H29 年度) ※千葉県共用地域医療連携パス以外のパスも含む
退院患者平均在院日数 (虚血性心疾患)	5.7 日 (H26 年度)	。期間短縮を図る (H29 年度)

(4) 糖尿病 (本冊 86、87 ページ)

〔基盤 (ストラクチャー)〕

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病専門外来を有する病院の数	94 箇所 (H22 年 6 月)	129 箇所 (H29 年度)

〔過程 (プロセス)〕

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣のある者の割合 (40～64 歳) (男性)	19.3%	28.0%
(40～64 歳) (女性)	18.1%	27.0%
(65 歳以上) (男性)	31.3%	38.0%
(65 歳以上) (女性)	26.8%	33.0%
	(H24 年度)	(H34 年)
日常生活における歩数 (男性)	7,360 歩	8,800 歩
(女性)	6,203 歩	7,700 歩
	(H22 年度)	(H34 年)
適正体重を維持している者の増加 (肥満 BMI 25 以上、やせ BMI 18.5 未満の減少)		
(20～60 歳代男性の肥満者割合)	33.2%	28.0%
(40～60 歳代女性の肥満者割合)	22.1%	19.0%
(20 歳代女性のやせの者の割合)	19.0%	15.0
	(H22 年)	(H34 年)
特定健康診査・特定保健指導の 実施率 (健康診査)	35.7%	70%
(保健指導)	20.4%	45%
	(H24 年度)	(H29 年度)
糖尿病の診療を行う病院における 地域医療連携パス (糖尿病) 導入 率	4% (H22 年 6 月) ※千葉県共用地域医 療連携パスのみの 実績	50% (H29 年度) ※千葉県共用地域医 療連携パス以外の パスも含む

〔結果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
合併症 (糖尿病腎症による年間新 規透析導入患者数) の減少	777 人 (H24 年度)	738 人 (H34 年)

(5) 精神疾患

ア 精神疾患（認知症を除く）（本冊 101、102 ページ）

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
精神科救急基幹病院数※	6 圏域（9 病院） （H26 年度）	9 圏域（11 病院） （H29 年度）
精神科救急身体合併症に対応できる施設数	4 圏域（4 病院） （26 年度）	9 圏域（9 病院） （H29 年度）
救命救急センターで「精神科」を有する施設数	11 箇所 （H27 年度）	11 箇所 （H29 年度）

※精神科救急入院料算定認可医療施設数として、精神科医療センターを含む

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人員	6 人 （H26 年度）	188 人 （H29 年度）
地域移行・定着協力病院数	-	26 病院 （H29 年度）
精神障害者ホームヘルパー養成数	1,841 人 （H26 年度）	2,020 人 （H29 年度）
精神科病院（単科精神科病院）が実施している精神科訪問看護を受けている患者数	人口 10 万対 17 人 （H25 年度）	人口 10 万対 22 人 （H29 年度）
精神科診療所が実施している精神科訪問看護を受けている患者数	人口 10 万対 1.2 人 （H25 年度）	人口 10 万対 5.1 人 （H29 年度）
遠隔地退院支援者数の実数	10 人 （H26 年）	23 人 （H29 年度）

〔結果（アウトカム）〕

指 標 名	現 状	目 標
1 年入院者の平均退院率	87.7% （H25 年度）	91% （H29 年度）
退院患者平均在院日数	334 日 （H25 年）	290 日 （H29 年）
在院期間 5 年以上、かつ 65 歳以上退院者数（1 月あたり）	26 人 （H25 年度）	49 人 （H29 年度）
精神科病院の長期在院者（1 年以上在院者）の数	7,857 人 （H26 年 6 月）	6,442 人 （H29 年度）

自殺死亡率（人口 10 万対）	19.5 人 (H26 年)	17.6 (H29 年)
-----------------	-------------------	-----------------

イ 認知症（本冊 113 ページ）

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
認知症サポーター数	233,604 人（累計） (H27.7.30 現在)	310,000 人（累計） (H29 年度)
認知症サポート医の養成人数 ※千葉市を除く	207 人（累計） (H27.9.30 現在)	264 人（累計） (H29 年度)
かかりつけ医認知症対応力向上研修 修了者数 ※千葉市を除く	772 人（累計） (H26 年度)	1,072 人（累計） (H29 年度)
認知症疾患医療センターの指定箇 所数 ※千葉市を除く	9 箇所（累計） (H28.1.18 現在)	地域の状況に応じ二 次保健医療圏に 1 か 所以上の設置 (H29 年度)
認知症介護実践研修受講者数	3,223 人（累計） (H26 年度)	4,243 人（累計） (H29 年度)

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
認知症疾患医療センターの専門医 療相談件数	5,211 件 (H26 年度)	7,700 件 (H29 年度)
「千葉県オレンジ連携シート」の 使用枚数	440 枚 (H26 年度)	900 枚以上 (H29 年度)

〔結果（アウトカム）〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数（認知症）	299.1 日 (H20 年)	期間短縮を図る (H29 年度)

(6) 救急医療（病院前救護を含む）（本冊 121 ページ）

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
救命救急センター設置数	11 箇所（8 医療圏） (H26 年度)	13 箇所（9 医療圏） (H29 年度)
ドクターカーを配備している救命 救急センター数	7 箇所 (H26 年度)	9 箇所 (H29 年度)

医療施設従事医師数（救急科）（人口10万対）	2.5人 (H26年)	2.6人 (H28年)
ドクターヘリの出動回数	1,642回 (H26年度)	1,700回 (H29年度)

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
救急隊覚知からの医療機関収容時間の平均	44.5分 (H26年)	30.0分 (H29年)
重症患者の救命救急センターへの搬送率	90.3% (H21年)	95.0% (H29年)

〔結果（アウトカム）〕

指 標 名	現 状	目 標
心肺停止状態で見つかった者（心原性、目撃者あり）の1ヶ月後の生存率	14.3% (H26年)	20.0% (H29年)

(7) 災害時における医療（本冊132ページ）

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
災害拠点病院設置数	21箇所（9医療圏） (H27年度)	各医療圏に2箇所以上 (H29年度)
災害派遣医療チーム（DMAT） ・指定医療機関数	21箇所（9医療圏） (H27年度)	23箇所（9医療圏） (H29年度)
災害派遣医療チーム（DMAT） ・チームの数 ・構成員の数	28チーム 211名 (H26年度)	45チーム 225名 (H29年度)

(8) 周産期医療（本冊139、140ページ）

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
分娩実施施設数（15-49歳女子人口10万対）	7.8 (H26年度)	増加 (H29年度)



NICU(新生児集中管理治療室)を有する周産期母子医療センター及び連携病院の数	12箇所(7医療圏) (H27年度)	14箇所(8医療圏) (H29年度)
NICUの整備数	129床 (H27年度)	141床 (H29年度)
全県(複数圏域)対応型周産期医療連携拠点病院(総合周産期母子医療センター等)の数	3箇所 (H27年度)	4箇所 (H29年度)
周産期母子医療センター及び連携病院と救命救急センターの併設数	10箇所(6医療圏) (H27年度)	11箇所(7医療圏) (H29年度)
医療施設従事医師数(産科医・産婦人科)(人口10万対)	6.8人 (H26年)	7.0人 (H28年)
就業助産師数(出生千対)	29人 (H26年)	31人 (H28年)

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現 状	目 標
分娩数に対する病院間搬送件数の割合(分娩数千対)	21.3 (H26年度)	12.8 (H29年度)
産後訪問指導を受けた割合	38.4 (H25年度)	42.0% (H29年度)
全出生中の低体重児の割合	9.1 (H26年)	減少 (H29年)

[結果 (アウトカム)]

指 標 名	現 状	目 標
妊産婦死亡率(出生10万対)	4.2 (H26年)	減少 (H29年)
新生児死亡率	1.1 (H26年)	減少 (H29年)
周産期死亡率 ・後期死産率	3.4 (H26年)	減少 (H29年)
周産期死亡率 ・早期新生児死亡率	0.9 (H26年)	減少 (H29年)

(9) 小児医療（小児救急医療を含む）（本冊 147 ページ）

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
医療施設従事医師数（小児科）（人口 10 万対）	10.3 (H26 年)	10.5 人 (H28 年)
一般病院（精神病院を除く）に占める小児科を標榜する一般病院の割合	44.5% (H25 年度)	46.0% (H29 年度)
小児電話相談件数	18,537 件 (H26 年度)	30,000 件 (H29 年度)

〔結果（アウトカム）〕

指 標 名	現 状	目 標
乳児死亡率	2.28 (H25 年)	減少 (H29 年)
乳幼児（5 歳未満）死亡率	0.52 (H25 年)	減少 (H29 年)
小児（15 歳未満）死亡率	0.23 (H25 年)	減少 (H29 年)

第 2 節 地域医療の機能分化と連携

1 医療機能の充実（本冊 153 ページ）

指 標 名	現 状	目 標
「かかりつけ医」の定着度	55.6% (H27 年度)	60% (H29 年度)
「かかりつけ歯科医」の定着度	62.8% (H27 年度)	65% (H29 年度)

3 地域医療連携の推進（本冊 160 ページ）

指 標 名	現 状	目 標
地域医療支援病院数	12 箇所（8 医療圏） (H27 年度)	各医療圏に概ね 1 箇所 (H29 年度)

6 医薬分業体制の充実 (本冊 172 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
医薬分業率	73.1% (H26 年度)	77% (H29 年度)

第3節 在宅医療の推進 (本冊 177、178 ページ)

〔基盤 (ストラクチャー)〕

指 標 名	現 状	目 標
在宅患者訪問診療実施診療所数※	491 箇所 (H26 年 9 月)	970 箇所 (H29 年度)
在宅患者訪問診療 (居宅) 実施歯科診療所数※	342 箇所 (H26 年 10 月)	450 箇所 (H29 年度)
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数	1,626 箇所 (H27 年 12 月)	1,740 箇所 (H29 年度)
機能強化型訪問看護ステーション数	14 箇所 (H27 年 12 月)	18 箇所 (H29 年度)

※各種在宅医療サービスのうち「訪問診療」を実施している (歯科) 診療所数

〔過程 (プロセス)〕

指 標 名	現 状	目 標
訪問看護ステーションと医療機関看護師の相互研修実施数	年 2 回 (H26 年度)	年 2 回以上実施 (H29 年度)
入院中の患者に対して退院時共同指導を実施している病院数	37 箇所 (H24 年 9 月時点)	増加 (H29 年度)
在宅患者が緊急時に入院できる体制を提供している病院数	96 箇所 (H24 年 9 月時点)	増加 (H29 年度)

〔結果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
在宅死亡率	20.0% (H26 年)	経年ごとに上回ること (H29 年)

#### 第4節 各種疾病対策等の推進

##### 1 結核対策（本冊 183 ページ）

指 標 名	現 状	目 標
結核罹患率（人口 10 万対）	14.1 (H26 年)	平成 28 年度策定予 定の千葉県結核対策 プランで定める目標
接触者検診受診率	92.7% (H26 年度)	100% (H29 年度)
結核病床保有病院（モデル病床を 含む）を有する二次保健医療圏	7 医療圏 (H26 年度)	9 医療圏 (H29 年度)

##### 2 エイズ対策（本冊 187 ページ）

指 標 名	現 状	目 標
いきなりエイズ率	36.8% (H26 年度)	31.5% (H29 年度)

##### 3 感染症対策（本冊 191 ページ）

指 標 名	現 状	目 標
感染症外来協力医療機関の施設整 備数	12 箇所 (H26 年度)	18 箇所 (H29 年度)
定期予防接種率		
・ A 類疾病	90.4%	95%以上
・ B 類疾病	44.1% (H26 年度)	50%以上 (H29 年度)

##### 4 肝炎対策（本冊 194 ページ）

指 標 名	現 状	目 標
肝炎ウイルス検査件数（B 型・C 型）	7,018 件 (H26 年度)	10,000 件 (H29 年度)

##### 7 歯科保健医療対策（本冊 204 ページ）

指 標 名	現 状	目 標
むし歯のない 3 歳児の割合	81.7% (H26 年度)	85%以上 (H29 年度)
12 歳児の平均むし歯本数	0.91 本 (H26 年度)	0.6 本以下 (H29 年度)

80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合	28.5% (H25年度)	35%以上 (H29年度)
進行した歯周炎に罹っている者の割合・40歳(40～49歳) ・50歳(50～59歳)	41.5% 47.7% (H26年度)	20%以下 30%以下 (H29年度)
3歳児の県平均と最も高い市町村のむし歯有病者率の差を縮小	45.1% (H26年度)	15%以内 (H29年度)
12歳児の県平均と最も高い市町村の1人平均むし歯数の差を縮小	1.7本 (H26年度)	1.0本以内 (H29年度)

#### 8 リハビリテーション対策 (本冊 209 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
高次脳機能障害支援普及事業	3箇所 (H26年度)	4箇所 (H29年度)

#### 第2章 総合的な健康づくりの推進 (本冊 214 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の平均の延伸) (男性) (女性)	71.62歳 73.53年 (H22年)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (H34年)
健康格差の縮小 (日常生活に制限のない期間の平均の市町村格差の縮小) (男性) (女性)	2.83歳 2.90歳 (H23年)	市町村格差の縮小 (H34年)

#### 第3章 保健・医療・福祉の連携確保

##### 第1節 母子・高齢者・障害者分野における施策の推進

##### 1 母子保健医療福祉対策 (本冊 217 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
1歳6ヶ月児健診未受診者の状況把握	76.8% (H26年度)	100% (H29年度)
3歳児健診未受診者の状況把握	79.1% (H26年度)	100% (H29年度)

要保護児童対策地域協議会設置市町村数	53 市町村 (H26 年度)	全市町村 (H29 年度)
--------------------	--------------------	------------------

## 2 高齢者保健医療福祉対策 (本冊 223 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
福祉ふれあいプラザ (介護実習センター) 利用者数	31,307 人 (H26 年度)	35,000 人 (H29 年度)
地域包括支援センター職員等に係る研修の実施	新任者研修・現任者研修 年各 2 回 (H27 年度)	新任者研修・現任者研修 年各 2 回 (H29 年度)

## 3 障害者保健医療福祉対策 (本冊 227 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
障害児等療育支援の実施箇所数	65 箇所 (H26 年度)	65 箇所 (H29 年度)

## 第 2 節 人材の養成確保

### 1 医師 (本冊 230、231 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
初期臨床研修修了者の県内定着率	54.9% (H27 年 3 月修了者)	<u>80.0%</u> (H29 年 3 月修了者)
医療施設従事医師数 (産科・産婦人科) (人口 10 万対)	6.8 人 (H26 年)	<u>7.0 人</u> (H28 年)
医療施設従事医師数 (小児科) (人口 10 万対)	10.3 人 (H26 年)	<u>10.5 人</u> (H28 年)

### 3 薬剤師 (本冊 235 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
医療施設従事薬剤師数 (人口 10 万対)	165.0 (H26 年度)	全国平均と同水準 (H29 年度)

### 4 看護職員 (保健師・助産師・看護師・准看護師) (本冊 238 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
看護師等養成所卒業生の県内就業率	67.7% (H27 年 3 月卒業生)	70.5% (H29 年 3 月卒業生)

看護職員の離職率	12.8% (H25年度)	低下を目指す (H29年度)
----------	------------------	-------------------

#### 5 栄養士 (本冊 242 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
行政栄養士未配置市町村数	なし (H26年度)	なし (H29年度)

### 第3節 連携拠点の整備

#### 3 衛生研究所 (本冊 252 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
地域保健技術職員等に対する研修指導回数	96回/年 (H26年度)	120回/年 (H29年度)

## 第4章 安全と生活を守る環境づくり

### 第1節 健康危機管理体制 (本冊 254 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
健康危機対策研修修了者数	1,172人 (累計) (H26年度)	2,000人 (累計) (H29年度)

### 第2節 医療安全対策等の推進

#### 1 医療安全対策 (本冊 257 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
院内感染ネットワークの活用の向上 (相談件数)	相談件数年間 48件 (H26年度)	相談件数年間 60件 (H29年度)

#### 3 医薬品等の安全確保 (本冊 263 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
薬事監視実施率	102.7% (累計) (H23~H 26年度)	140% (累計) (H23~H29年度)

#### 4 薬物乱用防止対策 (本冊 257 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
街頭啓発活動実施回数	143回 (H26年度)	150回 (H29年度)

危険ドラッグ試買検査実施回数	123 検体 (H26 年度)	200 検体 (H29 年度)
麻薬取扱施設立入検査実施回数	828 施設 (H26 年度)	1,500 施設 (H29 年度)

5 血液確保対策 (本冊 271 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
献血計画における目標達成率	93.1% (H26 年度)	100% (H29 年度)

6 毒物劇物安全対策 (本冊 272 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
毒物劇物監視実施率	40.4% (H26 年度)	全国平均と同水準 (H29 年度)

第3節 快適な生活環境づくり

1 食品の安全確保 (本冊 275 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
食中毒罹患率 (10 万対罹患率)	10.9 (H26 年度)	10.0 (H29 年度)
食品検査件数	3,586 件 (H26 年度)	3,600 件 (H29 年度)

2 飲料水の安全確保 (本冊 278 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
水道施設立入検査実施率	47.5% (H26 年度)	増加 (H29 年度)

3 生活衛生の充実 (本冊 280 ページ)

指 標 名	現 状	目 標
特定建築物、旅館、公衆浴場、プールの立入指導率	80% (H26 年度)	95% (H29 年度)



## 計画改定の経緯

年度	月	日	会議名等	議題等
26年度	3	25	医療審議会	○千葉県保健医療計画の策定に関する基本的考え方について
27年度	7	10	地域保健医療部会	○千葉県保健医療計画の一部改定について ・千葉県の実況と将来の医療需要について ・2025年の医療機能別の医療需要等の試算について ・二次保健医療圏と構想区域について ・地域医療構想調整会議について ・今後のスケジュール ○病床機能報告制度について ○医療介護総合確保促進法に基づく平成27年度千葉県計画（案）について
	7	13	千葉地域保健医療協議会	○千葉県保健医療計画の一部改定について
	8	19	山武長生夷隅圏域地域保健医療連携会議	○千葉県保健医療計画の一部改定について
	8	24	東葛南部圏域地域保健医療連携会議	○千葉県保健医療計画の一部改定について
	8	25	安房圏域地域保健医療連携会議	○千葉県保健医療計画の一部改定について
	9	4	市原圏域地域保健医療連携会議	○千葉県保健医療計画の一部改定について
	9	10	東葛北部圏域地域保健医療連携会議	○千葉県保健医療計画の一部改定について
	9	14	君津圏域地域保健医療連携会議	○千葉県保健医療計画の一部改定について
	9	16	印旛圏域地域保健医療連携会議	○千葉県保健医療計画の一部改定について
	9	17	香取海匝圏域地域保健医療連携会議	○千葉県保健医療計画の一部改定について

年度	月	日	会議名等	議題等
27 年度	11	13	地域保健医療部会	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について <ul style="list-style-type: none"> <li>・構想区域の設定</li> <li>・医療需要の推計について</li> <li>・医療需要に対する医療提供体制の検討について</li> </ul> </li> <li>・地域医療構想調整会議について</li> <li>○千葉県保健医療計画の一部改定について <ul style="list-style-type: none"> <li>・千葉県保健医療計画の一部改定(素案)について</li> <li>・現行計画に掲げた施策の進捗状況の評価について</li> </ul> </li> </ul>
	11	19	印旛区域地域医療構想調整会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について</li> <li>○千葉県保健医療計画の一部改定について</li> </ul>
	11	27	安房区域地域医療構想調整会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について</li> <li>○千葉県保健医療計画の一部改定について</li> </ul>
	12	10	東葛南部区域地域医療構想調整会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について</li> <li>○千葉県保健医療計画の一部改定について</li> </ul>
	12	16	東葛北部区域地域医療構想調整会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について</li> <li>○千葉県保健医療計画の一部改定について</li> </ul>
	12	16	山武長生夷隅区域地域医療構想調整会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について</li> <li>○千葉県保健医療計画の一部改定について</li> </ul>
	12	17	香取海匝区域地域医療構想調整会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について</li> <li>○千葉県保健医療計画の一部改定について</li> </ul>
	12	18	市原区域地域医療構想調整会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について</li> <li>○千葉県保健医療計画の一部改定について</li> </ul>
	12	21	君津区域地域医療構想調整会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について</li> <li>○千葉県保健医療計画の一部改定について</li> </ul>
	12	22	千葉地域保健医療協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について</li> <li>○千葉県保健医療計画の一部改定について</li> </ul>
	1	29	地域保健医療部会	<ul style="list-style-type: none"> <li>○千葉県地域医療構想について</li> <li>○千葉県保健医療計画一部改定(試案)について</li> </ul>
	2	2 3 8	関係団体からの意見聴取 市町村等からの意見聴取 パブリックコメントの実施	
3	16	医療審議会	○千葉県保健医療計画一部改定(案)について	

千葉県医療審議会委員名簿

(平成28年3月16日現在)

区分	氏名	職名	備考
医師・ 歯科医師・ 薬剤師	○ 田畑 陽一郎	(公社)千葉県医師会会長	会長(部会長)
	○ 土橋 正彦	(公社)千葉県医師会副会長	
	○ 川越 一男	(公社)千葉県医師会副会長	
	森本 浩司	(公社)千葉県医師会副会長	
	○ 松岡かおり	(公社)千葉県医師会理事	
	齋藤 英生	(一社)千葉県歯科医師会会長	
	○ 山倉 久史	(一社)千葉県歯科医師会理事	
	○ 石野 良和	(一社)千葉県薬剤師会会長	
	○ 吉田 象二	(公社)全国自治体病院協議会千葉県支部長	
○ 三枝 一雄	(一社)千葉県民間病院協会理事		
○ 梶原 優	(一社)日本病院会千葉県支部監事		
医療を受ける 立場	○ 志賀 直温	東金市長	
	○ 岩田 利雄	東庄町長	
	赤田 靖英	(株)千葉日報社特別顧問	
	○ 戸谷 久子	千葉県国民健康保険団体連合会常務理事	
	○ 上原 和男	健康保険組合連合会千葉連合会会長	
	○ 松澤 一美	(社福)千葉県社会福祉協議会常務理事	
	○ 黒河 悟	(一社)千葉県労働者福祉協議会会長	
	○ 広岡 成子	(公社)認知症の人と家族の会千葉県支部代表	
	○ 齋藤 とし子	アイビー千葉代表	
○ 相原 節子	日本糖尿病協会千葉県支部理事		
学識経験者	○ 松下 浩明	千葉県議会議員(健康福祉常任委員会委員長)	副会長
	山本 修一	国立大学法人千葉大学医学部附属病院長	
	加藤 誠	成田赤十字病院院長	
	○ 星野 恵美子	(公社)千葉県看護協会会長	
	佐山 幸男	千葉県消防長会副会長	
	○ 宮崎 美砂子	千葉大学大学院看護学研究科長・看護学部長	
	鈴木 牧子	鈴木牧子法律事務所長	
	○ 能川 浩二	(独)労働者健康福祉機構千葉産業保健総合支援センター所長	

専門委員

専門委員	○ 亀田 信介	亀田総合病院院長	
	福山 悦男	(公社)千葉県国民健康保険直営診療施設協会副会長	
	藤澤 武彦	(公財)ちば県民保健予防財団理事長	
	○ 木村 章	(公社)日本精神科病院協会千葉県支部長	
	増田 政久	(独)国立病院機構千葉医療センター院長	

※ ○印は、地域保健医療部会委員  
 ※ 委員の職名は、就任時のものです。

## 医療需要及び必要病床数の考え方

### 1 医療需要

- 2025年(平成37年)における病床機能区分ごとの医療需要(推計患者数)は、医療法施行規則第30条の28の3により定められた下記算定方法に従って、構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計します。
- 基本となるデータ<sup>1</sup>は、平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ<sup>2</sup>とDPCデータ<sup>3</sup>に基づく構想区域ごとの性年齢階級別入院受療率です。病床機能区分ごとの入院受療率を求めるため、高度急性期、急性期及び回復期については、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値(「医療資源投入量」という。)を主に用い、また、慢性期は療養病床の入院受療率を主に用いています。

#### <平成37年(2025年)の医療需要の推計方法>

構想区域の2025年の医療需要＝

〔当該構想区域の2013年度性・年齢階級別の入院受療率〕

×〔当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口〕を総和したもの

- なお、平成37年(2025年)の性・年齢階級別人口については、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(2013年)3月中位推計)』を用いています。

### 2 必要病床数

- 必要病床数は、医療法施行規則第30条の28の3により定められた算定方法に従って、上記で算出した医療機能ごとの医療需要(推計患者数)を病床稼働率で割り戻して、2025年における必要病床数を構想区域毎に推計します。なお、病床稼働率については、医療法施行規則により定められています。  
(高度急性期：75% 急性期：78% 回復期：90% 慢性期：92%)

<sup>1</sup> 平成25年(2013年)のデータに基づくため、平成26年度(2014年度)診療報酬改定により導入された地域包括ケア病棟については、含まれていない。

<sup>2</sup> NDBのレセプトデータ：高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納して管理している。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれる。

<sup>3</sup> DPCデータ：診断と処理の組み合わせによる診断群分類のこと。DPC参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。

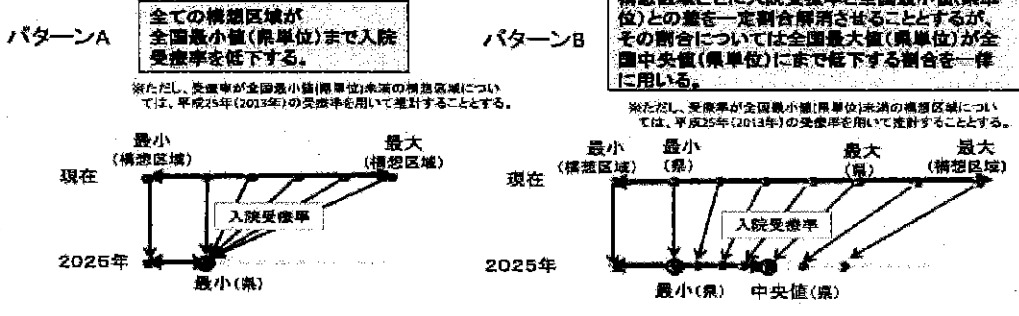
### 3 慢性期における入院受療率の地域差の解消目標

- 入院受療率の地域差解消については、法令に基づき、都道府県知事が構想区域ごとに以下のパターンの範囲内で目標が定めるとされています。
- 本県は、療養病床の受け皿となる介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の充実や介護施設の整備や医療提供の状況を踏まえ、平成 37 年（2025 年）に実現しうる、より現実的な医療提供体制という観点から、パターン B を採用することとします。ただし、安房区域のみパターン C を使用します。

#### 地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

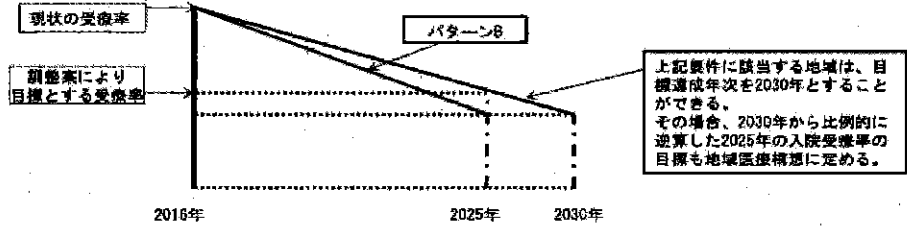
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等<sup>※</sup>で対応するものとして推計する。  
※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。  
その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

#### 【入院受療率の地域差の解消目標】



#### 地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例について

- (一定の地域は2030年に目標達成を延長可能)
- 都道府県は、原則、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めるが、以下の要件に該当する2次医療圏は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。  
その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とし、当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定めることとする。
- 【要件】** 以下の①かつ②に該当する2次医療圏
- ① 当該2次医療圏の慢性期病床の減少率が、全国中央値(34%)よりも大きい
  - ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい  
※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の34%を下回らないようにする。  
※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.52)
- (地域医療構想策定後の目標修正について)
- 一定の要件に該当する2次医療圏において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の運成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。
- 一定の要件 → 全国中央値を超える減少率の都道府県の2次医療圏(中央値を超える減少率の2次医療圏に限る。)その他これに類する2次医療圏  
 特別な事情 → やむを得ない事情に限定  
 厚生労働大臣が認める方法 → 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法



(第9回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会資料)

## 医療需要に対する医療提供体制の考え方

### 1 医療提供体制の考え方

国のガイドライン等における医療提供体制の考え方は以下のとおりです。

#### ○高度急性期

診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該構想区域を完結することを求めるものではない。(医療機関所在地ベース)

#### ○急性期・回復期・慢性期

できるだけ当該構想区域内で完結することが望ましい。(患者住所地ベース)

#### ○在宅医療等の医療需要

高齢化により増大する医療需要に対応するため、病床機能の分化及び連携により、平成 37 年(2025 年)には、現在の療養病床以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を促進する。そのため、平成 25 年(2013 年)における入院外において継続的な療養を必要とする患者数を推計する。

### 2 都道府県間の入院患者の流出入を踏まえた必要病床数の推計方法

国のガイドライン等における都道府県間の入院患者の流出入を踏まえた必要病床数の推計方法の考え方は以下のとおりです。

- 地域医療構想における必要病床数の推計に当たり、都道府県間で一定以上(1日当たり10人以上)の患者の流出流入がある場合は、厚生労働省令等に基づき、当該都道府県間で協議して流入流出の見込みを調整することとされています。

- ・患者住所地ベースの医療需要を基本として必要病床数を推計する。
- ・医療機関所在地ベースの病床数を維持(又は、一部維持)したいと考える県が、流入の相手県に対し、協議を持ちかける。
- ・平成 27 年 12 月までに、協議が不調(調整できない)の場合には、医療機関所在地ベースの医療需要で推計する。

(厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(平成 27 年 9 月 18 日))

- 厚生労働省から提供された「必要病床数等推計ツール」によると本県においては、東京都、埼玉県、茨城県、神奈川県との間で、一定の規模以上の患者の流入流出があります。

表 都県間の患者流出入の内訳

(単位：人/日)

単位：人/日

医療機能	流入			流出		
高度急性期	東京都 → 千葉	56	区東部→東葛南部40 区東北部→東葛北部16	千葉 → 東京都	236	千葉→区中央部20 東葛南部→区中央部84 東葛南部→区西部21 東葛南部→区東部32 東葛北部→区中央部56 東葛北部→区西部12 印旛→区中央部11
	埼玉県 → 千葉	39	東部→東葛北部39	千葉 → 埼玉県		
	茨城県 → 千葉	50	鹿行→香取海匝29 取手・竜ヶ崎→東葛北部21	千葉 → 茨城県	14	東葛北部→取手・竜ヶ崎14
急性期	東京都 → 千葉	244	区中央部→東葛南部11 区西部→千葉10 区西部→東葛南部12 区西部→東葛北部10 区東北部→東葛南部21 区東北部→東葛北部40 区東部→千葉17 区東部→東葛南部109 区東部→東葛北部14	千葉 → 東京都	529	千葉→区中央部39 千葉→区東部12 東葛南部→区中央部158 東葛南部→区西南部15 東葛南部→区西部43 東葛南部→区東北部16 東葛南部→区東部75 東葛北部→区中央部100 東葛北部→区西部20 東葛北部→区東北部15 東葛北部→区東部13 印旛→区中央部23
	埼玉県 → 千葉	102	東部→東葛北部102	千葉 → 埼玉県	22	東葛北部→東部22
	茨城県 → 千葉	133	鹿行→香取海匝61 つくば→東葛北部11 取手・竜ヶ崎→東葛北部50 取手・竜ヶ崎→印旛11	千葉 → 茨城県	67	東葛北部→つくば11 東葛北部→取手・竜ヶ崎46 香取海匝→鹿行10
回復期	東京都 → 千葉	272	区中央部→東葛南部13 区中央部→東葛北部11 区西部→東葛南部26 区西部→東葛北部22 区東北部→東葛南部25 区東北部→東葛北部34 区東部→千葉17 区東部→東葛南部108 区東部→東葛北部16	千葉 → 東京都	409	千葉→区中央部24 東葛南部→区中央部104 東葛南部→区西南部12 東葛南部→区西部33 東葛南部→区東北部21 東葛南部→区東部80 東葛北部→区中央部71 東葛北部→区西部17 東葛北部→区東北部16 東葛北部→区東部15 印旛→区中央部16
	埼玉県 → 千葉	96	東部→東葛北部96	千葉 → 埼玉県	135	東葛北部→東部135
	茨城県 → 千葉	119	つくば→東葛北部13 取手・竜ヶ崎→東葛北部56 鹿行→香取海匝50	千葉 → 茨城県	67	東葛北部→取手・竜ヶ崎54 香取海匝→鹿行13
慢性期	東京都 → 千葉	428	区中央部→東葛南部14 区中央部→東葛北部11 区南部→君津15 区西部→千葉12 区西北部→東葛南部11 区西北部→東葛北部13 区西北部→印旛10 区東北部→千葉12 区東北部→東葛南部39 区東北部→東葛北部65 区東北部→印旛12 区東部→千葉29 区東部→東葛南部85 区東部→東葛北部41 区東部→印旛29 区東部→山武長生夷隅11 区東部→君津19	千葉 → 東京都	123	東葛南部→区西南部14 東葛南部→区西北部16 東葛南部→区東北部17 東葛南部→区東部31 東葛北部→区西南部16 東葛北部→区東北部29
	埼玉県 → 千葉	82	東部→東葛北部57 東部→印旛11 利根→東葛北部14	千葉 → 埼玉県	82	東葛北部→東部65 東葛北部→利根17
	茨城県 → 千葉	54	鹿行→香取海匝19 取手・竜ヶ崎→東葛北部35	千葉 → 茨城県	98	東葛北部→つくば36 東葛北部→取手・竜ヶ崎29 香取海匝→鹿行33
	神奈川県 → 千葉	41	川崎南部→君津28 横須賀・三浦→安房13	千葉 → 神奈川県	13	東葛南部→相模原13

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による平成37年(2025年)の推計値

### 3 千葉県の医療提供体制の考え方

医療審議会や各圏域会議での意見を踏まえ、本県の医療提供体制の考え方は以下のとおりです。

高度急性期：医療機関所在地ベースで推計

急性期・回復期・慢性期：医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの平均値

- 診療密度が特に高い高度急性期は広域的に対応し、その他の機能は、圏域内完結を目指すとともに、平成 37 年（2025 年）に実現しうるより現実的な医療提供体制という観点から、調整しています。



## 基準病床数の算定方法

医療法施行規則第30条の30第1項に定める基準病床の算定方法は次のとおりです。

### 1 療養病床及び一般病床の基準病床数

次の算定式により算定した療養病床、一般病床それぞれの数に、基準病床数の加算部分（流出超過加算数）を加えた数の合計数とし、二次保健医療圏ごとに算出します。

ア 療養病床の算定式  $(\Sigma A_1 B_1 - G + C_1 - D_1) / E_1$

$A_1$  : 当該区域の性別及び年齢階級別人口（5歳毎）

$B_1$  : 当該区域の性別及び年齢階級別の入院・入所需要率（5歳毎等）

$C_1$  : 他区域からの療養病床における流入入院患者数の範囲内で知事が定める数

$D_1$  : 他区域への療養病床における流出入院患者数の範囲内で知事の定める数

$E_1$  : 病床利用率

$G$  : 介護施設等に対応可能な数

ただし、各二次保健医療圏ごとに算定した数の県合計数は、二次保健医療圏ごとの  $(\Sigma A_1 B_1 - G) / E_1$  の県合計数を超えることはできません。

イ 一般病床の算定式  $(\Sigma A_1 B_2 \times F_1 + C_2 - D_2) / E_2$

$A_1$  : 当該区域の性別及び年齢階級別人口（5歳毎）

$B_2$  : 当該区域の性別及び年齢階級別退院率（5歳毎）

$C_2$  : 他区域からの一般病床における流入入院患者数の範囲内で知事が定める数

$D_2$  : 他区域への一般病床における流出入院患者数の範囲内で知事の定める数

$E_2$  : 病床利用率

$F_1$  : 平均在院日数

ただし、各二次保健医療圏ごとに算定した数の県合計数は、二次保健医療圏ごとの  $(\Sigma A_1 B_2 \times F_1) / E_2$  の県合計数を超えることはできません。

ウ 基準病床数の加算部分（流出超過加算数）

県外への流出入院患者数が県内への流入入院患者数よりも多い場合、流出入院患者数と流入入院患者数の差の  $1/3$  の範囲内で加算することができます。

注1 「性別及び年齢階級別人口」は、平成27年4月1日現在の「千葉県年齢別・町丁字別人口調査」（千葉県総合企画部統計課）によります。

注2 「性別及び年齢階級別の入院・入所需要率」、「病床利用率」、「性別及び年齢階級別退院率」及び「平均在院日数」は、「医療法第30条の4第2項第11号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等」(最終改正 平成24年厚生労働省告示第421号)で定められたものです。

注3 各区域の「流入・流出入院患者数」は、厚生労働省「平成26年患者調査」及び「平成26年病院報告」を用い平成7年9月29日付け厚生省健康政策局計画課医療計画推進指導官内かんで示された算定方法等により算定したものです。

注4 「介護施設等で対応可能な数」は、平成27年11月1日時点の介護老人保健施設及び指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の入所定員数に利用率を乗じて算定したものです。

## 2 精神病床の基準病床数

次の算定式により算定した、入院期間1年未満群、入院期間1年群それぞれにかかる数に、基準病床数の加算部分(流出超過加算数)を加えた数の合計数とし、都道府県の区域ごとに算出します。

ア 1年未満群の算定式  $(\Sigma A_2 B_3 + C_3 - D_3) \times F_2 / E_3$

- A<sub>2</sub>: 当該都道府県の年齢階級別人口(4区分)
- B<sub>3</sub>: 当該都道府県の年齢階級別新規入院率(4区分)
- C<sub>3</sub>: 他都道府県からの精神病床における流入入院患者数
- D<sub>3</sub>: 他都道府県への精神病床における流出入院患者数
- E<sub>3</sub>: 病床利用率
- F<sub>2</sub>: 平均残存率

イ 1年以上群の算定式  $(\Sigma I(1 - J) + K - L) / E_4$

- I: 当該都道府県の入院期間1年以上の年齢階級別患者数(4区分)
- J: 当該区域の性別及び年齢階級別退院率(4区分)
- K: 当該年において入院期間が1年に達した入院患者数
- L: 長期入院患者退院目標数
- E<sub>4</sub>: 病床利用率

ウ 基準病床数の加算部分

県内に所在する病院の入院患者のうち、県内に住所を有する者の数が $\Sigma A_2 B_4$ より少ない場合、流出入院患者数を病床利用率で除した数の1/3の範囲内で加算することができます。

- A<sub>2</sub>: 当該都道府県の年齢階級別人口(4区分)
- B<sub>4</sub>: 当該都道府県の年齢階級別入院率(4区分)

注1 「年齢階級別人口」は、平成27年4月1日現在の「千葉県年齢別・町丁目人口調査」（千葉県総合企画部統計課）によります。

注2 「年齢階級別新規入院率」、「年齢階級別入院率」、「病床利用率」、「平均残存率」及び「年齢階級別退院率」は、「医療法第30条の4第2項第11号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等」（最終改正 平成24年厚生労働省告示第483号）で定められたものです。

注3 「他都道府県からの流入入院患者数」、「他都道府県への流出入院患者数」は、「平成26年患者調査」等から推計したものです。

### 3 結核病床の基準病床数

結核の予防及び結核患者に対する適正な医療の提供を図るために必要なものとして知事が都道府県の区域ごとに定める数です。

(技術的助言：平成17年7月19日付け健感発第0719001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知（平成20年3月31日付け健感発第0331001号により一部改正）「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」)

算定式  $(A \times B \times C \times D) + E$

- A：1日当たりの当該都道府県の区域内における法第22条第1項の規定による医師の届出のあった塗抹陽性結核患者の数
- B：塗抹陽性結核患者の感染性消失までに要する平均日数
- C：次に掲げる当該区域における年間新規塗抹陽性結核患者発生数の区分に応じ、それぞれに定める数値
- |   |              |     |
|---|--------------|-----|
| 1 | 99人以下        | 1.8 |
| 2 | 100人以上499人以下 | 1.5 |
| 3 | 500人以上       | 1.2 |
- D：1（粟粒結核、結核性髄膜炎等の重症結核、季節変動、結核以外の患者の混入その他当該都道府県の区域の事情に照らして1を超え1.5以下の範囲で都道府県知事が特に定めた場合にあつては、当該数値）
- E：医療計画に基準病床数を定めようとする日の属する年度の前の年度の当該都道府県の区域内における慢性排菌患者（2年以上登録されており、かつ、1年以内に受けた検査の結果、菌陽性であった肺結核患者に限る。）のうち入院している者の数

### 4 感染症病床の基準病床数

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づき厚生労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに同法に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として、知事が都道府県の区域ごとに定める数です。

千葉県保健医療計画の一部改定（試案）に対する市町村・関係団体等からの意見

- ① 反映：意見の内容を反映し、計画等の案を修正
- ② 趣旨同一：趣旨と計画案の趣旨が同一であると考えられるもの
- ③ 参考：計画案を修正しないが、施策等の実施段階で参考とするもの
- ④ 対応困難：①～③の対応のいずれも困難であると考えられるもの
- ⑤ その他：その他のもの（計画等の案の内容に関する質問等）

No	分類	団体等名	意見の概要	県の考え方	反映区分
1	全体	県医師会	地域保健医療部会の下に、全県にまたがる課題（調整会議の進め方や必要なデータ等）について検討する専門家委員会を設けることを検討していただきたい。	地域医療構想の実現に向けての全県的な課題については、医療審議会地域保健医療部会が御議論いただくことを考えていますが、御意見については、本構想の実現に向けた推進体制の検討の参考とさせていただきます。また、地域医療構想調整会議の構成員や調整会議のあり方については柔軟に真摯します。	参考
2	全体	県歯科医師会	第2部第1章「地域医療構想の目的の「安心で質の高い医療・介護サービス」に歯科医療を追加していただきたい。	地域医療構想は「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（医療介護総合確保推進法）」を受けて医療法で定められており、その表現を使って記述しているところがあります。	参考
3	全体	保険者協議会	地域医療構想の策定に当たっては、医療提供側の意見のみならず、医療の受け手である地域住民の意見の反映もあつてしかるべきである。千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するために、地域ごとに現状と充足に向けた行程表を作成し情報提供することなどにより、県民が安心して医療サービスが受けられるよう要請する。	地域医療構想の策定に当たり、幅広い視点から検討することが必要であり、当事者である県民のニーズを的確に把握し、構想に反映させることが重要であることについては認識しているところであり、医療審議会において、専門的知見とともに住民の視点から御意見を伺うとともに、医療構想に設置された会議やパブリックコメント、ホームページでの意見募集等を通じて、幅広く意見を伺いました。御意見については、本構想の実現に向けた取組の参考とさせていただきます。	趣旨同一
4	全体	保険者協議会	本試案には、入院病床機能分化を目的とした地域医療構想があり、入院患者の流入入によって示された、圏域内完結率において算出された病床数の推計だけでなく、現状の入院病床数に関する稼働について示していただくことが必要と考える。なお、ADBでは把握困難である稼働率の患者住所別の稼働率のデータ分析が被用者保険の保有データ活用により可能であることから、必要病床数等の算出に当たっては、当該データを活用していただきたい。また、入院受療率については、2025年の必要病床数は、人口減少、データヘルス計画等による健康管理意識等により、低下が見込まれるため、必要に応じて圏に見直しを働きかける対応が必要であると考える。	医療需要及び必要病床数は法令で定められた推計方法により算出されるもので、医療圏域ごとの基礎データを国が示し、これを基に県が推計しています。構想策定後は、稼働率ごとの医療需要の地域医療構想調整会議において、関係者が話し合い、病床機能報告と将来の医療需要の変化の状況とを共有し、それに適合した医療提供体制の構築に向けて取組みます。御意見については、本構想の実現に向けた取組の検討の参考とさせていただきます。	参考
5	全体	保険者協議会	千葉県における地域医療構想調整会議の設置要綱の策定をお願いしたい。また、県内全圏域への複数名の保険者協議会推薦人の参画については、住民の代理者である保険者としての意見を反映できる会議のあり方をお願いしたい。	地域医療構想調整会議は、必要な手続きのもと県が設置するものです。また、地域医療構想調整会議の参加者の選定については、国のガイドラインでは、県が県保険者協議会に照会の上、選定することとしています。御意見については、地域医療構想調整会議のあり方の検討の参考とさせていただきます。	参考
6	全体	保険者協議会	圏域における必要病床数と実際の病床数の差異について、県内調整の対応が遅れることにより、不足地域に他県から新規参入病院を誘い、結果的に県全体が病院過多に陥り医療費の拡大に繋がることが懸念され、回避しなければならぬ事態と考えるため、都県間調整を含め早期対応をお願いしたい。	地域医療構想策定に当たっては、医療需要に対する医療提供体制の考え方（90ページ）に記載のとおり、都県間調整を行った上で、本県の医療提供体制を定めることとしております。	その他
7	全体	保険者協議会	病床機能の分化及び連携を推進するための連携体制の構築や在宅医療を24時間対応で圏域の医療機関が対応するためには、地域の医療機関がICTを利用したネットワークを構築するなどの対応を行う必要がある。その整備のために基金等の活用が行われるよう要望する。	急性期病院を中心に回復期病院や診療所など複数の医療機関で患者情報を共有するために必要な医療情報連携システムへの導入経費の助成事業を基金事業として平成27年度から実施しております。頂いたご意見を参考に、引き続き、ICTを活用した医療機関のネットワーク構築等の支援を検討し、質の高い地域医療の提供体制の構築に取り組みます。	その他

千葉県保健医療計画の一部改定（試案）に対する市町村・関係団体等からの意見

- ① 反映：意見の内容を反映し、計画等の案を修正  
 ② 趣旨同一：意見と計画案の趣旨が同一であると考えられるもの  
 ③ 参考：計画案を修正しないが、施策等の実施段階で参考とするもの  
 ④ 対応困難：①～③の対応のいづれも困難であると考えられるもの  
 ⑤ その他：その他のもの（計画等の案の内容に関する質問等）

No.	分類	団体等名	意見の概要	県の考え方	反映区分
8	全体	保険者協議会	療養病床の入院患者のうち、将来においてどの程度、慢性期の病床に対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を設定することとして、医療需要が推計されている。平成32年までの入院医療患者数と在宅医療等の患者数が提示されているものの、現状の療養病床に入院している患者を将来的に在宅医療等へ移行させる対応策について示されていない。在宅への転換方法について具体案が示され、入院患者、在宅医療等での医療需要が的確に実施されたい。	在宅医療への移行については、県民が安心して地域医療を受けられるよう基盤整備を進めることが必要です。本県は平成37年以降においても入院患者数や在宅医療患者数の増加が見込まれることから、人口規模、受療動向、医療・介護資源の偏在等の地域の実情を踏まえながら医療提供体制の構築を進めてまいります。	その他
9	医療需要	県医師会	在宅医療等の需要について、二次医療圏ごとのデータを記載していただきたい。	御指摘を踏まえ、第2部第2章将来の医療需要(2)在宅医療等(33ページ)に、二次医療圏ごとの訪問診療数を記載しました。	反映
10	必要病床数	県医師会	必要病床数について、市町村別・保健所別・MCCコントロール別の数も記載していただきたい。	必要病床数は法令で定められた推計方法により算定されるもので、医療圏域ごとの基礎データを基に算定が推計されています。地域における病床機能の分化及び連携を進めるに当たって必要なデータについては、適宜、国に働きかけてまいります。	対応困難
11	必要病床数と基準病床数	県医師会	必要病床数はあくまで、推計値であって、将来の基準病床とは一致しないこと、受療率の変化は加味されておらず、非稼働病床・病床稼働率なども一緒に検討が必要であることも記載していただきたい。	御指摘を踏まえ、必要病床数と基準病床数は異なるものであり、必要病床数と病床機能報告を比較し、将来において不足が見込まれる場合に、これをもつて病床の整備が可能であることを意味するものではない旨を第4章第3節必要病床数と病床機能報告の結果の比較(40ページ)に追記しました。	反映
12	基準病床数	茂原市	本試案66ページ第3節1基準病床数について、千葉県内の医療提供体制の格差を是正し、地域完結型医療の構築を目指すため、基準病床の算定に当たって流出患者数を最小値でカウントしていただきたい。	基準病床数は、医療法施行規則に定める算定方法に基づき算定したものです。	その他
13	基準病床数	印西市	本試案66ページ第3節1基準病床数について、ニュータウン開発の進展等に伴い、人口の増加が続くことが予想され、入院等を必要とする救急患者や重症患者に対応する二次救急急医療機能の必要性は高まるため、回復期のリハビリテーションを担う病院について整備する必要がある。本市の状況や千葉ニュータウンの特殊性等を考慮し、特段の配慮をお願いしたい。		その他
14	構想区域の設定	勝浦市	第3章構想区域の設定(36ページ)について、「山武県生真陽医療圏」のうち、真陽地域につきましても、「構想区域のあり方について検討する」と表記されておりませんが、今後も、真陽地域と安房圏域との統合について、積極的な検討をお願いしたい。	構想区域のあり方については、地域医療構想策定の中で出された意見を踏まえながら、平成30年度を始期とする次期医療計画策定に向けて、引き続き検討してまいります。	趣旨同一
15	構想区域の設定	いすみ市			
16	構想区域の設定	大多喜町			
17	構想区域の設定	御宿町			
18	医療機能別の医療提供体制	千葉市	本試案38ページ第4章千葉県が目指すべき医療提供体制について、医療機能のうち、急性期、回復期、慢性期の必要病床数の算出に当たっては、千葉保健医療圏における「全県対応」の医療機能考慮し、医療機能所在地別に算出されるべきと考えられる。また、今後、必要病床数の推計を含めた病床機能区分の定義や分類の変更等があった場合は、改めて必要病床数の算定を行っていただきたい。	本県の医療提供体制については、圏域によって患者住所所在地ベースで算定すべきであるが、医療機能所在地ベース等の相応する意見も出されたところですが、地域保健医療圏別において、概ね本計画の必要病床数(高度急性期は医療機能所在地ベース、急性期/回復期/慢性期は医療機能所在地ベースと患者住所所在地ベースの平均値)が妥当であるとの意見をいただいたところです。 なお、地域医療構想策定後も、必要に応じて地域医療構想の追記や削除、修正等を行い、より実効性のある地域医療構想への構築を目指します。	その他

千葉県保健医療計画の一部改定（試案）に対する市町村・関係団体等からの意見

- ① 反映：意見の内容を反映し、計画等の案を修正  
 ② 趣旨同一：意見と計画案の趣旨が同一であると考えられるもの  
 ③ 参考：計画案を修正しないが、施策等の実施段階で参考とするもの  
 ④ 対応困難：①～③の対応のいづれも困難であると考えられるもの  
 ⑤ その他：その他のもの（計画案の内容に関する質問等）

No.	分類	団体等名	意見の概要	県の考え方	反映区分
19	医療機能別の医療提供体制	野田市	本試案38ページ第4章千葉県が目指すべき医療提供体制について、必要病床数と基準病床数の関係性と地域医療格差の実現に至るまでについて記載していただいた	御指前を踏まえ、第4章3必要病床数と病床機能報告の結果の比較（40ページ）に、必要病床数と基準病床数との関係性について追記しました。	反映
20	医療機能別の医療提供体制	野田市	本試案38ページ第4章千葉県が目指すべき医療提供体制について、市民からは急性期を過ぎると監院先がなくなる、退院後の在宅医療の受け皿も不足しているとの声が多くあり、療養病床数が不足していると考えられている。慢性期機能と在宅医療等の推計にあたっては、地域の資源などの実情を踏まえ、推計すべきものと考える	医療需要や必要病床数は、医療法施行規則で定められた方法により算出することとされています。慢性期機能および在宅医療等の必要の算出推計の考え方については39ページに記載されているとおりです。	その他
21	医療機能別の医療提供体制	茂原市	山武長生実働圏においては、地域完結型の医療提供体制が不十分で医療過疎地域であるため、周辺地域への患者流出が多い。住民住所別ベースで算出することが医療提供体制の地域偏在を是正する唯一の算出方法であるので、本試案38ページ第4章千葉県が目指すべき医療提供体制について、山武長生実働圏医療圏の必要病床数は、千葉県③案（高度急性期は医療機能別所在地ベース、急性期・回復期・慢性期は患者住所別ベース）にし、表13の数値等を変更してほしい。	本県の医療提供体制については、圏域によって患者住所別ベースで算定すべきであるが、医療機能別所在地で算定すべき等の相反する意見も出されたところですが、地域保健医療部会において、概ね本計画の必要病床数案（高度急性期は医療機能別所在地ベース、急性期・回復期・慢性期は医療機能別所在地ベースと患者住所別ベースの平均値）が妥当であるとの意見をいただいたことです。 なお、御意見を踏まえ、本試案44ページ第5章4地域医療の格差解消に、地域ごとの課題解決に向けて取組むことについて追記しました。	一部反映
22	医療機能別の医療提供体制	長生郡市広域市町村圏組合	本試案56ページ山武長生実働圏区域の医療提供体制について、地域医療構想調整会議で4つの案が出されたが、どれにするかは今後の調整会議で議論される予定であり、高度急性期から慢性期までをどのように区分したか定義が示されていないなかで、必要病床数は今後の調整会議の中で各医療機能の実態を鑑みながら調整が図られるものと考えられている。	本県の医療提供体制については、圏域によって患者住所別ベースで算定すべきであるが、医療機能別所在地で算定すべき等の相反する意見も出されたところですが、地域保健医療部会において、概ね本計画の必要病床数案（高度急性期は医療機能別所在地ベース、急性期・回復期・慢性期は医療機能別所在地ベースと患者住所別ベースの平均値）が妥当であるとの意見をいただいたことです。 地域医療構想調整会議後、構想区域ごとの地域医療構想調整会議において、地域の事情を踏まえながら、病床機能報告等により地域に必要な病床機能等を明らかにし、各医療機能の医療提供の方針を踏まえつつ、丁寧に調整を図ります。	その他
23	病床機能の分化及び連携	山武市	本試案53ページ第6章印旛区域の実現に向けた施策の方向性について、当区域の成田市では国家戦略特区に基づき医学部開設が決まり、附属病院の新設についても想定されることである。国家戦略特区の性質上、新設病院が高度急性期、急性期を志向することは理解できるが、当区域は他区域と比較して圧倒的に回復期病床の割合が少なく、現状必要量を越えている回復期病床、慢性期病床を回復的に回ることについて、記載していただきたい。	印旛区域において将来的に不足することが見込まれる回復期機能については、充足することができるよう、地域医療構想調整会議における協議等を踏まえ、機能転換が進むよう取り組んでまいります。 なお、新設される医学部の附属病院については、医療機能等を確保しながら、次期保健医療計画に位置付けを検討してまいります。	参考
24	病床機能の分化及び連携	茨町	本県は将来において病床が不足する地域と過剰となる地域があり、それぞれ地域の取り組み方が異なるので、地域医療の実情に応じた取組みをすることについて記載する必要があるのではないかと。	御意見を踏まえ、第5章4地域医療の格差解消（44ページ）に、地域ごとの課題解決に向けて取組むことについて追記しました。	反映
25	地域医療の格差解消	県医師会	本試案44ページ第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策4地域医療の格差解消について、本県は着しい医療格差があるため、地域を特定した真体		
26	地域医療の格差解消	夷隅郡市広域市町村圏事務組合			

千葉県保健医療計画の一部改定（試案）に対する市町村・関係団体等からの意見

- ① 反映：意見の内容を反映し、計画等の案を修正
- ② 趣旨同一：意見と計画案の趣旨が同一であると考えられるもの
- ③ 参考：計画案を修正しないが、施策等の実施段階で参考とするもの
- ④ 対応困難：①～③の対応のいずれも困難であると考えられるもの
- ⑤ その他：その他のもの（計画等の案の内容に関する質問等）

No	分類	団体等名	意見の概要	県の考え方	反映区分
27	指標	県歯科医師会	第3部2評価指標「精神疾患の認知症に「かかりつけ歯科医の認知症対応力向上研修」を追加していただきたい。 (理由) 「新オレジンプラン」では新たに「歯科医師の認知症対応力向上」が位置づけられ、かかりつけの歯科診療所には認知症に伴う生活機能低下等の早期発見がしやすい環境があり、主治医や認知症疾患医療センター連携し、本人の尊厳を守りながら認知症の早期診断のための支援と早期対応の体制整備が求められている。	今回の計画の一部改定では計画自体は見直さず、計画期間を2年間延長することについて見直しています。このため、指標の見直しについては計画期間延長に付随するものについて見直していません。 なお、「かかりつけ歯科医の認知症対応力向上研修」については、平成28年度に「歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修」として実施する予定です。 また、「災害時における歯科医療」及び「歯科衛生士の指標の追加については、平成30年度を始期とする次期保健医療計画をはじめ、次期「高齢者保健福祉計画」や次期「歯・口腔保健計画」の策定の検討に参考とさせていただきます。	
28	指標	県歯科医師会	第3部2評価指標「災害における医療に「災害時における歯科医療」を追加していただきたい。 (理由) 千葉県歯・口腔の健康づくり推進条例が改正され、「災害時における歯・口腔の保健医療サービス」の迅速な提供のための体制の確保に関すること」が追加されたことから、災害時における歯科医療はもとより、災害時に設置される救護所、避難所の巡回診療での口腔衛生維持ならびに認識性肺炎予防等の歯科口腔保健のための体制整備が必要とされている。		参考
29	指標	県歯科医師会	第3部2評価指標「人材の養成確保に「歯科衛生士」を追加していただきたい。 (理由) 県内の就業している歯科衛生士数は全国で下から4番目であり、歯科衛生士不足は、個人歯科診療所内での歯科衛生士数の不足と在宅歯科診療、施設、病院での歯科衛生士不足の問題がある。加える必要高齢者の増加への対応で、今後進められる地域包括ケアシステムの問題においても、在宅や施設内での専門的口腔ケアの生役にならなければならぬ歯科衛生士の不足は緊急な問題である。		

【その他】

No	分類	団体等名	意見の概要	県の考え方	反映区分
1	指標	医療審議会 三枝部委員	本試案69ページの評価指標「医療施設の禁煙実施率」について、直近の実績が把握できないとのことだが、きちんと調査をして把握されたい。	本指標は「健康ちば21（第2次）」に由来するものですが、この中間評価を行うため、平成29年度に調査を行うこととしていきます。	その他
2	指標	医療審議会 上原部委員	「基盤」に係る指標の目標は、具体的な数値で設定すべきではないか。	評価指標「口腔ケアの地域医療連携を行っている「がん診療連携拠点病院」」、「回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の病床数（人口10万対）」、「分娩実施施設数（15-49歳女子人口10万対）」、「医療施設従事医師数（産科・産婦人科）（人口10万対）」、「初期臨床研修修了者の県内定着率」について、可能な範囲で具体的な数値を記載しました。	反映
3	指標	医療審議会 星野部委員	本試案78ページの評価指標「小児電話相談件数」について、改定案の数値目標（30,000件）は、実績から見て妥当なのか。また、適正受診についての啓発が進展すれば、むしろ相談件数は減少すると思うがどうか。	現在19時から22時まで行っている相談時間を翌朝6時まで延長するため、30,000件としたものです。なお、相談件数は多ければよいというものではありませんので、今後の推移を見ながら、次期計画の目標を検討してまいります。	その他

千葉県保健医療計画の一部改定（試案）に対する市町村・関係団体等からの意見

資料 3-3

- ①反映：意見の内容を反映し、計画等の案を修正
- ②趣旨同一：意見と計画案の趣旨が同一であると考えられるもの
- ③参考：計画案を修正しないが、施策等の実施段階で参考とするもの
- ④対応困難：①～③の対応のいずれも困難であると考えられるもの
- ⑤その他：その他のもの（計画等の案の内容に関する質問等）

No	分類	団体等名	意見の概要	県の考え方	反映区分
4	指標	医療審議会 山倉部会員	<p>本試案81ページ第3部2歯科保健医療対策の指標「進行した歯周炎に罹っている者の割合」について、平成27年に「歯周疾患検診マニュアル」が改定されたが、引き継ぎ「進行した歯周炎」を指標として用いても問題はないのか。</p> <p>特に進行した歯周炎の有病率が悪化したことについて、市町村で行われている歯周病検診のデータをもとに評価したと思うが、その受診率についての考え方を示しているのか。</p> <p>就業歯科衛生士数は増加しているとの数字を出しているが、今後病院や介護の環境で歯科衛生士が就業することが増えてくると全体として数が不足することは目に見えてくる。特に千葉県内の歯科衛生士偏在は顕著であり早急の対策を立てる必要がある。</p>	<p>マニキュアル改定の前後において、「進行した歯周炎」の判定に用いている判定基準には変更はありませんでした。本県の市町村における歯周病検診の千葉県の受診率は4%程度と低い状況です。今後、その原因等について検討し受診率向上に努めてまいりたいです。また、歯科衛生士の就業状況については、現状と今後の需要見込みを把握し、対応について検討してまいります。</p>	その他



千葉県保健医療計画の一部改定(試案)に対する意見と県の考え方(パブリック・コメント)

※県民の皆様からの意見については、取りまとめの上、趣旨を損なわない範囲で要約させていただきます。

No	意見の概要	県の考え方
1(1)	千葉県では爆発的な医療介護需要の増加が見込まれるところ、医療介護総合確保推進法は医療・介護の提供体制を抑制・削減し、患者を病院・介護施設から地域へと追い込んで医療従事者・介護職員の増加させ、生存権や地方自治体の役割を否定するものであるから、法の実施中止を国に求めてください。	地域医療構想の策定の目的については、第2部地域医療構想第1章地域医療構想(3ページ)に記載しているところである。医療介護総合確保推進法は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け医療と介護の需要が増加することから、病床機能の分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築などを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するものである。
1(2)	千葉県は医療需要や必要病床数の推計方法など、国に追従するのではなく、県民の健康と命を守る立場から、現状の全国最下位クラスの医療介護提供体制の拡充や地域医療格差の解消、2025年に向けた体制強化を構想の目的とさせていただきます。	医療需要や必要病床数は、医療法施行規則で定められた方法により算出することとされており、医療需要及び必要病床数の考え方(88～89ページ)について記載しています。地域医療構想の目的は「県民が地域において安心して質の高い医療・介護サービスが受けられるよう、医療機関の病床機能の分化と連携を推進すること」であり、これを実現するための施策は、第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策(42～45ページ)に記載されているとおり、「医療機関の役割分担の促進」や「在宅医療の推進」「地域医療の格差解消」等です。
1(3)	2025年の必要病床数は、病床の削減や抑制でなく、全国最下位クラスの病床数の解消に向け、少なくとも現状の全国平均並みに増やし、地域格差をなくしてください。	必要病床数は、医療法施行規則で定められた方法により算出することとされており、医療需要及び必要病床数の考え方(88～89ページ)に記載しています。
1(4)	高度急性期病の患者を早期退院させ、急性期から慢性期医療を担う中小民間病院の経営を直撃することになり、2次や3次救急医療の崩壊にもつながります。超高齢化で救急医療等の需要が増えるのは必至であり、削減ではなく、高度急性期病床の空白地域の解消など充実に求めます。	病床機能の分化及び連携に当たっては第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策1「医療機関の役割分担の促進(42ページ)」に記載のとおり、高度急性期から在宅医療まで、一連のサービスを提供する地域において総合的に確保するため、地域で必要となる病床機能等を明らかにし、丁寧な調整を図ります。
1(5)	一般入院患者をはじめ障害者や難病患者などが慢性期へ移されれば適切な医療を受けられなくなる恐れがあり、また、在宅医療提供体制も乏しいといった地域の実情に鑑みれば、画一的な病床機能の再編ではなく、長期入院患者の療養病床などの確保も必要です。	慢性期機能及び在宅医療等の需要の将来推計の考え方は、本試案39ページ第4章千葉県が目指すべき医療提供体制2「在宅医療等の必要量の必要量」に記載のとおり、障害者数や難病患者数は、慢性期機能の医療需要として推計しています。
1(6)	公立病院には、医師、看護師を増やし非感染病の再稼働、産科、小児科など休診診療科の再開・新設、感染症や災害医療の拠点として地域医療を担う体制を強化してください。	公立病院については、第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策6公的病院の役割(45ページ)に記載のとおり、公立病院は国が平成27年3月に示した「新公立病院改革ガイドライン」に沿って、本構想を踏まえ、新たな公立病院改革プランを策定し、果たすべき役割を明確化していくこととなります。
1(7)	県立佐原病院や循環器病センター地域医療部門の廃止を見直し、引き続き地域医療の中核病院として存続、充実させてください。	平成30年度を始期とする次期保健医療計画改定の中で、医療審議会の意見を伺いながら、御指摘のあり方も含めて検討してまいります。
1(8)	公立病院が、在宅医療部門の新設・増設など保健、医療、福祉のネットワークの拠点としての役割を果たすよう体制整備を支援してください。	公立病院については、現行計画に記載されているところであり、また、第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策6公的病院の役割(45ページ)に記載のとおり、公立病院は、国が平成27年3月に示した「新公立病院改革ガイドライン」に沿って、果たすべき役割を明確化していきます。
1(9)	地域医療構想を推進するため地域医療連携推進法人制度は、病床削減や診療科の縮小、医師・看護師の人材移動を促進させ、株式会社へへの出資ができるなど医療・介護の営利産業化の道につながるもので制度を活用しないでください。	なお、在宅医療の質の向上を図るため、千葉県在宅医療推進連絡協議会を設置し、情報や課題の共有を図るとともに、在宅医療の推進に向けた対策を検討しているところであり、医療・福祉などの連携を超えた連携を進めているところです。
1(10)	構想区域の設定は、現状の患者の受療動向、交通などの実態に即したものに直ちに直に見直ししてください。	第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策7地域医療連携推進法人制度の活用(45ページ)に記載のとおり、地域医療連携推進法人制度は、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として創設されたものです。当制度は、介護事業等を実施する非営利法人も参加することができ、介護との連携も図りながら、地域医療構想や地域包括ケアシステムの構築に資する役割を果たすことを目的としています。

千葉県保健医療計画の一部改定(試案)に対する意見と県の考え方(パブリック・コメント)

資料3-4

※県民の皆様からの意見については、取りまとめの上、趣旨を損なわない範囲で要約させていただきます。

No	意見の概要	県の考え方
1(11)	地域包括ケアは、病床削減の受け皿や「自立・自助・自励」を士念にした安上がりな介護サービス体制づくりではなく、市町村が公的責任で実施できるよう人材配置、財政を支援してください。	在宅医療を推進するためには、第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を表現するための施策2在宅医療の推進(42ページ)に記載の通り、地域医療構想の実現に向けて、市町村が地区医師会や関係団体と連携しながら、患者を日常的に支える医療提供体制の整備を進めてまいります。 なお、千葉県高齢者保健福祉計画において、高齢者の方が、県内で安心して暮らせる地域社会の構築のため、医療・福祉・介護人材の確保・定着や在宅医療の基盤整備と医療介護の連携への支援を推進しています。
1(12)	特別養護老人ホームの不足解消など介護施設の大増、介護サービスを担う市町村への人的、財政的な支援を求めます。	いただいた御意見については本試案に記載はありませんが、千葉県高齢者保健福祉計画にもとづき、高齢者の方が県内で安心して暮らせる地域社会の構築のため、地域包括ケアシステムの推進体制構築等に取組んでいるところです。
1(13)	在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の在宅医療施設について、不足解消に向け大幅に増やし、医療と介護の連携を強化するよう財政支援を求めます。	第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策2在宅医療の推進(42ページ)に記載のとおり、在宅医療を推進するため、在宅医療を支える人材の確保・定着を図るとともに、在宅訪問診療の充実や訪問看護ステーション大規模化等、在宅医療の基盤整備を進めます。
1(14)	医師不足に「特定行為に係る看護師」の配置、看護師不足に介護職等の配置、介護職員不足に元気が高齢者ボランティア等を配置するなど、は、医療介護サービスの低下や安全に問題があるので配置しないでください。	2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくため、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行う特定行為に係る看護師の研修制度が、平成27年10月から開始されました。第5章千葉県が目指す医療提供体制を実現するための施策3医療従事者の確保・定着(43ページ)に記載のとおり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等の専門職の確保に合わせ、各医療職種が連携・補完し合うチーム医療を推進します。
1(15)	医療・介護従事者の不足解消にむけ、2025年までの目標数を決め、国や県の責任で大幅に増やし、専門性を重視した研修や適正な賃金など労働条件の抜本的な改善をしてください。	御指摘のとおり少子高齢化の進展に伴い、2025年に向けて医療介護のニーズが高まることが予想されているため、医療・介護従事者を含めた医療提供体制の構築が喫緊の課題であると認識しています。医療・介護従事者の確保が乏しい本県においては、限られた資源を効果的に活用するため、医療・介護従事者養成力の強化、県内就業への誘導、離職の防止、再就業の促進など、様々な面から対策を講じているところであり、引き続き、医療・介護従事者の確保定着に向けて取り組めます。
1(16)	消費税増徴分を財源にした「地域医療介護総合確保基金」は、病床削減や抑制のためなく、医療・介護に従事者の確保など地域の基盤強化を図るために活用するとともに、一部の事業者への配分に偏ることなく公正で利用しやすく自由度の高いものにしてください。	保健医療計画は医療提供体制の確保を図るための計画です。 なお、医療介護総合確保基金については、医療介護総合確保促進法に基づき「安心で質の高い医療介護サービスが受けられ、豊期まで自分らしく生きられる千葉県」を目指して、医師・看護師等医療従事者の確保定着をばしめ、地域包括ケアの促進、医療機関の役割分担の促進、地域医療の格差解消、介護施設などの整備促進、介護従事者の確保定着に取り組んでいます。医療介護総合確保計画の策定に当たっては、関係団体、医療機関や市町村からの事業提案や、医療介護関係者で構成する千葉県医療介護総合確保促進会議に御意見を伺うとともに、事業の推進に当たっては公平性及び透明性の確保に努めているところであります。
1(17)	地域医療構想調整会議は「自主的な協議の場」としながら、国や県が示した目標を押し付けるものになっていきます。患者や医療・介護職員などの会議への参加を保障し地域の要求や実態をふまえて民主的に協議する場として、タウンミーティングや説明会の開催など県民の意見を広く聞き取りに反映できるようにしてください。	地域医療構想調整会議については、第7章地域医療構想の推進体制と評価1推進体制(64ページ)に記載のとおり、協議内容や医療提供体制の整備の状況を踏まえ、調整会議の構成員や調整会議のあり方について、柔軟に見直します。いただいた御意見については、今後の参考にさせていただきます。
1(18)	予算獲得のために策定を急ぐのではなく、患者や県民の健康と命に重大な影響を及ぼすことから十分な検討、周知期間をおいて決定してください。	今回の計画改定の趣旨については、第1章計画改定の趣旨等(1ページ)に記載されているとおりであり、一部改定のうえ2年間延長することとし、これに合わせて地域医療構想を策定することとさせていただきます。なお、平成30年度からの次期医療計画策定においては、計画の全面改定を予定していません。

千葉県保健医療計画の一部改定(試案)に対する意見と県の考え方(パブリック・コメント)

資料 3-4

※県民の皆様からの意見については、取りまとめの上、趣旨を損なわない範囲で要約させていただきます。

No	意見の概要	県の考え方
2(1)	高齢者の増加に伴い、医療のみでは解決できず、介護の要素も絡むケースが多いので、医療と介護の連携強化が求められるが、本計画には介護の分野については具体的な記述が少なく県民には分かりにくい。 特に医療と介護の橋渡し役を果たしている介護老人保健施設の役割について述べてあればより県民に分かりやすい計画となる。	いただいた御意見を踏まえて、第5章在宅医療の推進(42ページ)に追記しました。
2(2)	医療分野だけではなく広く介護分野の専門家を本計画の素案作りに参加させて、医療と介護の連携強化と在宅復帰に向けて、より県民に分かりやすい具体案を作成したかどうか。	地域医療構想は従来の医療提供体制を定めるものであり、策定に当たっては、医療関係者や医療を受ける立場や学識経験者等で構成されている医療審議会や医療・福祉関係者や市町村等で構成され、受ける立場や学識経験者等の意見を踏まえて策定したところですが、平成30年度は医療と介護の一体的な見直しが行われることが予定されていることから、いただいた御意見についてはその取組の参考にさせていただきます。
3	地域医療構想の基本的な考え方は、各医療圏で完結することを目標としている。これは、この地域の医療資源が山武長生両圏の医療圏では、患者の多くが他の医療圏へ流出している。これは、この地域の医療資源が不足していることを意味しており、県が掲げる「千葉県保健医療計画」第5章4の地域医療の格差解消のためにも、この患者の流出を抑えるための施策が必要と考えます。 また、この流出を抑えた(流出がないものとして)必要病床数を目標値として掲げれば、現在当圏域からの患者の流入の多い他圏域の医療資源、特に医師が当該地域での勤務を希望することも考えられる。 2025年に向けて、山武長生両圏の必要病床数を患者所在地ベースで算出しない場合、当圏域の医療は、益々脆弱化し、他の圏域との医療格差は益々広がると考えられるので、必要病床数の算出については、再考を検討願いたい。	本県の医療提供体制については、圏域によって患者住所地ベースで算定すべきであるとか、医療機関所在地で算定すべき等の相反する意見も出されたところですが、地域保健医療審議会において、圏域別計画の必要病床数(高度急性期)は医療機関所在地ベース、急性期・回復期・慢性期は医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの平均値)が妥当であるとの意見をいただいたところですが。
4(1)	医療機能については診療密度や入院患者の状態等に照らした定義付けが示されていないが、千葉市内には診療密度等からすれば高度急性期に該当しなくとも、その専門性や特殊性から構想圏域を越えて患者を集めているような病院が存在する。(例：小児専門病院、透析患者の合併症入院治療等) そのような事態を踏まえ、病床機能の分化や連携に関する議論を単一の構想圏域だけで行っていくことが妥当なのか、という疑問が残る。地域医療構想調整会議の在り方については、必要に応じて柔軟に見直しという方針が示されているが、今後、隣接する構想圏域同士の話し合いの場を設定するなど、より広域的な単位での話し合いも行うような配慮をお願いしたい。	第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策(第5節)の医療連携システムの構築(44ページ)に記載のとおり、圏域を越えた医療連携システムの構築を図るため、広域連携や区域間連携を進めていきます。そのため、地域医療構想調整会議の開催にあたっては、複数の地域の地域の合同開催や、隣接する圏域の関係者のオブザーバー参加など、柔軟な運用を図ってまいります。
4(2)	地域医療構想の策定や推進に関して大きな役割を担っている地域医療構想調整会議について、現状では、病床機能の分化や連携に関する議論を十分に行える委員構成になっているとは言い難い。特に千葉地域保健医療協議会においては、公的病院はともかく民間病院の病院長がほとんど入っていない。協議の参加者の選定に当たっては地域の実情を踏まえ、代表性や公平性を充分に考慮するとともに、より効果的・効率的に議論を進める観点から、事前にある程度病院間の意見を集約する場を設定しておく必要があるのではないかと考えます。	65ページに記載のとおり、地域医療構想調整会議については、協議をより効果的・効率的に進める観点から、協議内容等に応じて参加を求めざるを得ない関係者を柔軟に選定する等、必要に応じて会議のあり方についても見直しをさせていただきます。いただいた御意見については、地元市と連携し、地域医療構想調整会議のあり方の検討の際に参考にさせていただきます。
4(3)	平成29年度からスタートする専門医制度は、医療提供体制の構築にも大きく関わる語である。国においては現在、医師の需給に関する検討会の中で、医師の地域偏在・診療圏偏在に対する対策についても議論が行われ、平成28年内に取りまとめられる予定である。県としてはこのような偏在の対策状況や専門医制度開始後の医師の動向等を踏まえ、医師確保対策について積極的に取り組んでいく姿勢を計画の中で打ち出していくべきである。	第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策(第3節)医療従事者の確保・定着(43ページ)に記載のとおり、新たな専門医制度は、地域医療への配置や専門医の適正な配置が重要であり、また、専門医の定着を図るため、研修施設、大学及び医師会等と連携し、地域全体で医師のキャリア形成支援に取り組んでまいります。

千葉県保健医療計画の一部改定(試案)に対する意見と県の考え方(パブリック・コメント)

※県民の皆様からの意見については、取りまとめの上、趣旨を損なわない範囲で要約させていただきます。

No	意見の概要	県の考え方
5	<p>第5章 千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策6公的病院の役割の記載について、公的病院を都道府県、市町村その他厚生労働大臣が定める者(日本赤十字社や済生会など)が開設する病院として記載しているが、国が開設している病院の役割について記載がないが如何か。特に独立行政法人国立病院機構の病院は、重症心身障害、筋ジストロフィーをはじめとすると神経、筋疾患、結核、心障害失業者等医療難症法に基づき精神医療など他の設置主体では必ずしも実施されないおそれのある分野の医療、地域ニーズを踏まえたら疾病・5事業の医療について、全国的な病院ネットワークを活用し、診療・臨床研究・教育研修を一体的に提供している。また、独立行政法人地域医療推進機構では、救急からリハビリまでの幅広い医療機能を有し、また約半数の病院に介護老人保健施設が併設されているなどの特長をいかしつつ、地域の医療関係者などとの協力の下、5疾病・5事業の医療、リハビリ、在宅医療等領域において必要な医療及び介護について、全国に施設がある法人として、「急性期医療～回復期リハビリ～介護」まで切れ目なく提供し、地域医療・地域包括ケアの確保に取り組んでいる。</p>	<p>本試案では、医療計画の作成指針を踏まえ、医療法31条に定める「都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者」の開設する病院又は診療所(医療法31条)のうち「の」の病院について記載しています。地域医療推進機構の病院については、独立行政法人国立病院機構や独立行政法人地域医療推進機構を含む県内全ての医療機関における役割分担の議論を進めるとともに、地域に相応しい医療提供体制の構築に向けて取組みます。いただいた御意見については、今後の参考にさせていただきます。</p>
6	<p>精神科医療については、精神障害の診断数の急増、精神医療の拡充等に鑑みて、以前よりもままして統計データ等の収集、把握・公表が重要性を帯びてくることを考えます。そこで、千葉県内の医療機関におけるクロロザピン(クロザリル)治療、電気けいれん療法、電気けいれん療法は、我が国内で、修正型と無修正型との両方が実施されていること、電気けいれん療法の合計の数の減少は、我が国内で、修正型の実施、無修正型の実施をそれぞれ数値として公表していただきます。そのため、精神科と他科とのリエゾンには慎重であるべきです。さらに、精神科医療における強制入院を廃止すること及び向精神薬の多剤大量投与を廃止すること、園科医療において電撃治療の廃止については反対する旨を明文化していただきます。</p>	<p>保健医療計画は本県の医療提供体制の確保に関する事項を定めるものです。現行計画では、精神疾患の医療提供体制についても定められているところであり、本計画別冊1に、精神疾患に係る各病院が行っている療法を記載してあります。いただいた御意見については、今後の参考にさせていただきます。</p>
7(1)	<p>本試案38ページ「医療機能別必要病床数が示されているが、この必要病床数は最低限整備しなくてはならない病床数か、それとも最大限整備してもよい病床数か、またはこの程度の病床数が必要であるという目安を示すものか、数字の距え方が分からないことから、それについての説明を追記するべきである。</p>	<p>御指摘を踏まえ、第4章3必要病床数と病床機能報告の結果の比較(40ページ)に、必要病床数と基準病床数との関係性について追記しました。</p>
7(2)	<p>今回示された数字をみると、2025年に向けて必要病床数は全県では増加しているが、高齢者の増加と比較すれば増加の程度は小さい。つまり、診療の効率化、連携・役割分担の強化などによって提供量を抑制する考え方が表れている。この方針を実現するために提供体制の効率化努力は当然のことながら、一般県民に対しては生活の改善、運動習慣の浸透などの生活習慣の改善による疾病予防への取組、医療機関の地域連携の理解、不要不急の受診の差し控へなどを求めることになる。しかし、現状では保健医療計画を始めた施設は、住民はおろか事業者にも認知されていない。第5章の施策の中で、計画が受け入れられ、実行性が確保されるために県民を含めて多面・多世代にわたる啓蒙が必要であることを記載するべきである。</p>	<p>御指摘いただいた内容を踏まえて、第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策8県民の適切な受療行動と健康づくり(45ページ)に追記しました。</p>
7(3)	<p>本試案44ページ「5 疾病ごとの医療連携システムの構築」に、「限られた医療資源であっても、質が高く効率的・効果的な医療提供体制を確保するため、医療資源の適正配置が図られるよう、地域の事情に依じた医療連携システムの構築を促進します」という記述があるが、医療連携システムの構築によって医療資源の適正配置が図られることではないかという記述が適切でないか。より現実的に即した記載として「医療資源の適切な活用が図られるよう」と修正するべきである。</p>	<p>御指摘いただいた内容を踏まえ変更しました。</p>

資料 3-1-4

千葉県保健医療計画の一部改定(試案)に対する意見と県の考え方(パブリック・コメント)

※県民の皆様からの意見については、取りまとめの上、趣旨を損なわない範囲で要約させていただきます。

No	意見の概要	県の考え方
7(4)	本試案第5章の記述全体が行政による計画の慣用表現に終始している。平成30年の保健医療計画の改定時に向け、国のガイドラインの受け売り、他都道府県との横並びではなく、本県に必要であり具体的な行動に移れるような計画の策定を求める。	地域医療構想は2025年に向け取組んでおり、将来のあるべき医療提供体制の方向性を示すものです。いただいた御意見を踏まえ、平成30年度を始期とする次期医療計画の策定に当たっては、より具体的な計画が策定できるように検討してまいります。
7(5)	次回保健医療計画の改定に向けて、一部の保健医療圏で圏域のあり方を検討するということが(38ページ)、1)人口規模の面で単独の医療圏として小さすぎる、2)大きな圏域があること、2)近年交通網が整備されてきていることを踏まえ、全県を対象とした圏域の再検討を求める。	保健医療圏及び構想区域については、今回の計画改定に当たって出された意見を踏まえ、平成30年度を始期とする次期医療計画の策定に向けて、引き続き検討してまいります。
7(6)	現実には二次保健医療圏で対応すべき疾患に対して単独では対応できず、二次保健医療圏を超えて体制の構築を行っているケースがある(救急、真葛南部の消化管出血への対応など)。このように明示的に体制が構築されているわけではないが、実際には二次保健医療圏を超えて対応している疾患もあることを踏まえ、二次保健医療圏の設定とは別に疾患・病態別の対応を目的として、心筋梗塞、脳卒中、消化管出血などについては二次保健医療圏を超えた2.5次、臨水、喘息重症発作、肺炎などについては二次保健医療圏の中の狭い地域で対応するための1.5次といった中間的な圏域の想定、さらに提供者間で調整を行う仕組みの構築を死生医社画に求めたい。	いただいた御意見については、平成30年度を始期とする次期医療計画の策定に当たり、疾病ごとの医療提供体制の検討の参考にさせていただきます。
8(1)	県民の命に関わる重大なことで、住民説明会などを開催すべきです。県民は2次保健医療圏、構想区域が設定されている事、区域ごとの10万人当たりの医師数や看護師数、病床数の現状及び必要病床数の設定、患者の疾病構造や人口の動向など知る機会がありません。県民生活の実態に沿った計画によるよう、そのことを意見として強調したいと思います。	第7章地域医療構想の推進体制と評価の要約(64ページ)に記載のとおり、医療を受ける当事者である県民が、医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとることができるよう、県民に必要な情報等について、県のホームページ等で県民に分かりやすく公表してまいります。御意見については、今後の地域医療構想の実現に向けて取組の参考とさせていただきます。
8(2)	構想区域が患者の流出、流入の実態に合っているのか、詳細を分析していただきたいです。また、地域の実情を把握し、国の算出基準での一律的な再編にならないように実情にあった計画としてください。	医療需要は構想区域ごとの基礎データが国から示され、それを基に医療法施行規則で定められた方法により県が推計することとされています。また、県は今回の計画改定に当たり、独自で医療実態調査を実施し、圏域間の流出入の状況等の分析も行いながら計画の見直しを行ったところです。なお、医療実態調査については県のホームページで公表してまいります。
8(3)	医師数、看護師数、コメディカルの専門職が充足しているのか?とりわけ医師は専門分野・各科別の圏域ごとの分析をしていただきたいです。病床をもつ全医療機関の実態調査をすべきではないでしょうか。とりわけ、公立病院の実態は深刻です。県民にもきちんと調査結果を公表してください。	二次保健医療圏ごとの診療科目別医師数については、国の医師・歯科医師・薬剤師調査で厚生労働省のホームページで公表されているところです。また、病床をもつ医療機関の看護師等の人員配置の実態については病床機能報告で報告されており、その内容については県のホームページで公表しているところです。なお、地域医療において中心的役割を担う自治体病院では、十分な医師を確保できず、一部で診療体制に影響の出ている場合もあから、県では、安定した地域医療の基盤を構築するため、医療機関が県内自治体病院への医師派遣を行う場合に助成しているところです。
8(4)	基金と一般財源を活用した医師、看護師の修学奨励の金額及び対象者の大幅引き上げが必要ではないでしょうか。	高齢化の進展に伴い、医療・介護サービスのニーズの増大が見込まれるなかで、医療従事者の確保・定着は本県の喫緊の課題であると認識しています。修学資金貸付制度の拡充を図る等、将来の地域医療を担う医師や看護師等の確保促進に取り組んでいるところです。引き続き、安心して誰もが医療サービスが受けられるよう、医療従事者の確保・定着を図ってまいります。
8(5)	成田市の特区による国際医療福祉大学に県としても多額の補助金を出す予算になっっていますが、もともと内閣府、文科省、厚労省の方針には「一般の臨床医になることを良しとしない」旨の記述があります。これによって県内の地域医療を担う医師養成などならないことは明白です。県内の医師不足解消には貢献しません。千葉県として県民の医療を守る立場から是正していただくようお願いいたします。	第5章千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策(医療従事者の確保・定着(44ページ))に記載のとおり、新設医学部においても県内地域医療に従事する医師の養成・定着が図られるよう取り組んでいます。
8(6)	県は2018年に地域医療構想を策定するとしていますが、この2年間で県民への説明、意見を聴く機会を多く持っていただくことを要望します。	いただいた御意見については、平成30年度からの次期医療計画策定の取組の検討の参考にさせていただきます。

意見提出者数：3人、5団体  
 延べ意見数：38件  
 提出方法：郵送(0件)、電子メール(8件)

## 千葉県保健医療計画の一部改定（案）策定の経緯

	医療審議会での検討	圏域での検討
26年6月	・医療法の改正	
27年3月	・地域医療構想ガイドラインの通知 ●医療審議会 総会（25日） 「千葉県保健医療計画の改定について」	
5月		
6月	・国からデータブック・推計ツールの配布	
7月	●第1回医療審議会 地域保健医療部会（10日） 「千葉県保健医療計画の改定について」 ①地域医療構想について ・千葉県の現状と将来の医療需要 ・2025年の医療機能別の医療需要等の試算 ・医療需要及び必要病床数の推計方法 ・二次保健医療圏と構想区域 ・地域医療構想調整会議 ・今後のスケジュール	7月13日～9月17日 地域保健医療連携会議 （各圏域）
8月	・平成26年度病床機能報告結果公表	
9月		
10月		
11月	●第2回医療審議会 地域保健医療部会（13日） 「千葉県保健医療計画の一部改定について」 ①地域医療構想について ・構想区域の設定 ・医療需要の推計 ・医療需要に対する医療提供体制 （医療提供体制の考え方、都県間の調整、県内構想区域間の調整、医療提供体制の検討） ・地域医療構想調整会議 ②本体計画の見直しについて ・千葉県保健医療計画の一部改定（素案）について ・現行計画に掲げた施策の進捗状況の評価	11月19日～12月22日 地域医療構想調整会議 （各区域）
12月		
28年1月	●第3回医療審議会 地域保健医療部会（29日） 「千葉県保健医療計画の一部改定（試案）について」	
2月	○医師会等関係団体への意見聴取 ○市町村への意見聴取 ○パブリックコメント実施（2月8日～3月4日）	
3月	●医療審議会 総会（16日） 「千葉県保健医療計画の一部改定（案）について」	
	計画の決定・公示	