

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¹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を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²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。

¹ 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）

² 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、在宅で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³や、千葉県医療勤務環境改善支援センター⁴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⁵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。

³ 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。

⁴ 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。

⁵ 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り組めます。
- 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⁶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。

⁶ 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）⁷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⁸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」⁹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。

⁷ 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。

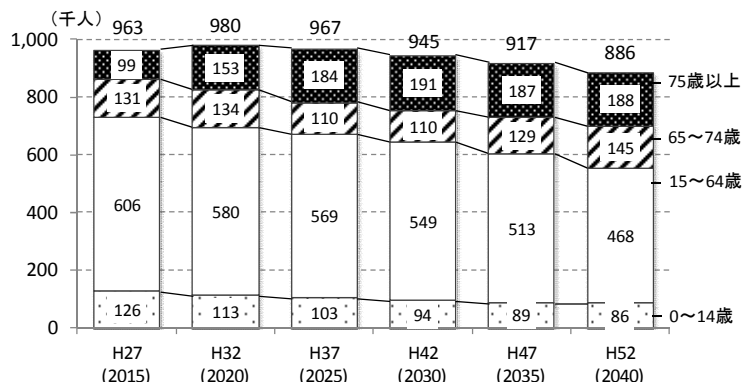
⁸ 公的病院：都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（日本赤十字社や済生会など）が開設する病院。（医療法第31条）

⁹ 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



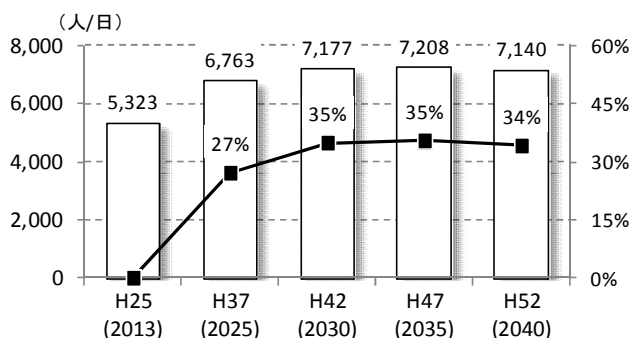
「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

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。



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

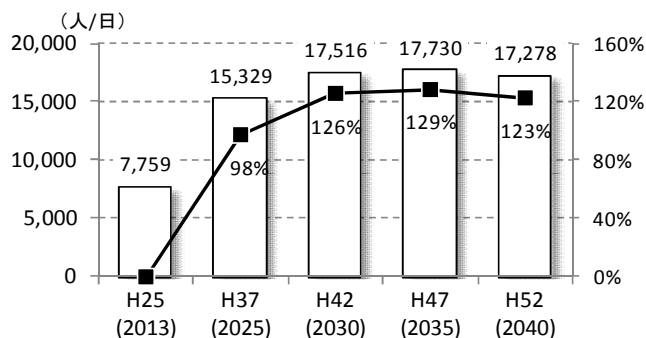
図41 入院患者数の推移と変化率(千葉区域)

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¹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。

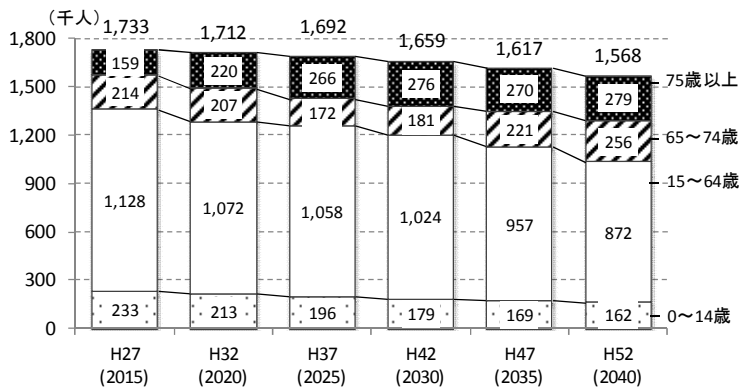
医療従事者の確保・定着

- 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。

¹ 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



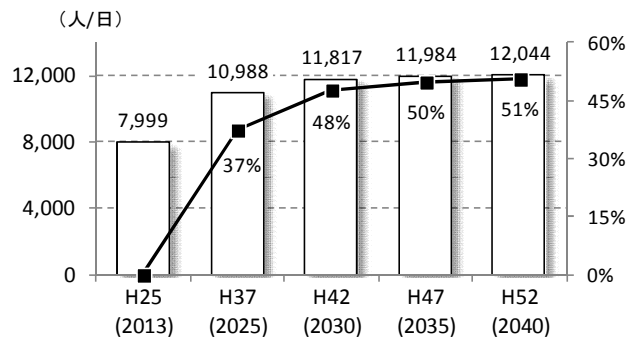
「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成 27 年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図 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。

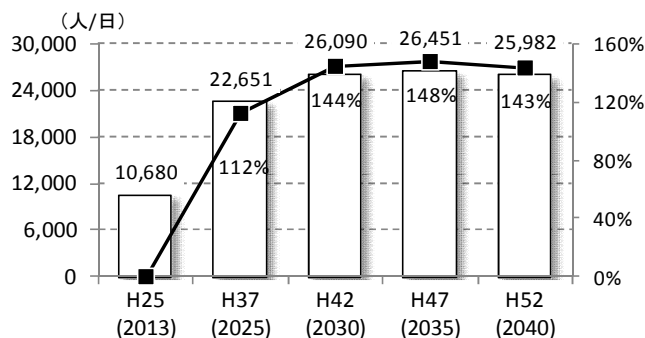
図 44 入院患者数の推移と変化率（東葛南部区域）

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

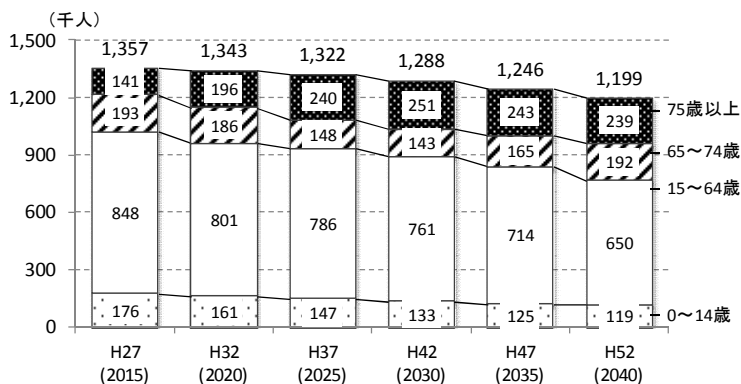
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

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



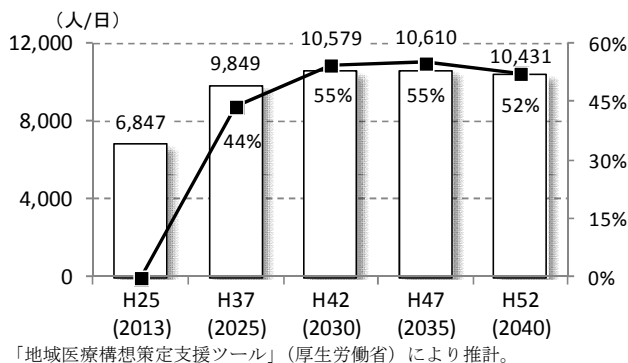
「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成 27 年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図 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 年）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。

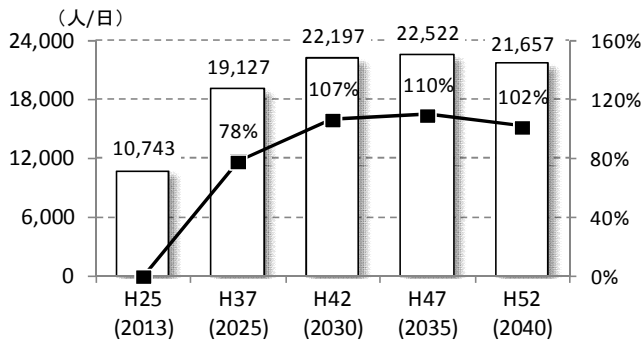
図 47 入院患者数の推移と変化率(東葛北部区域)

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

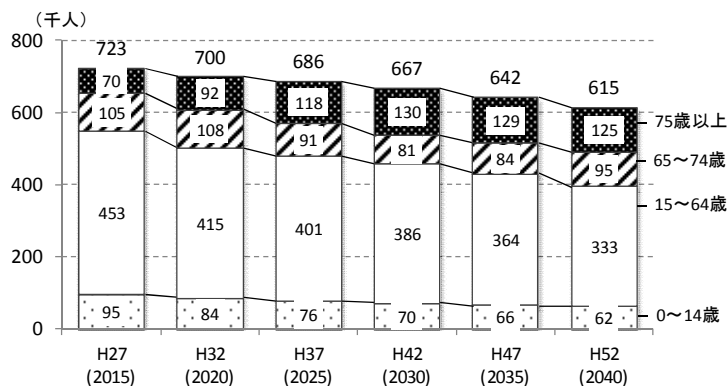
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

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



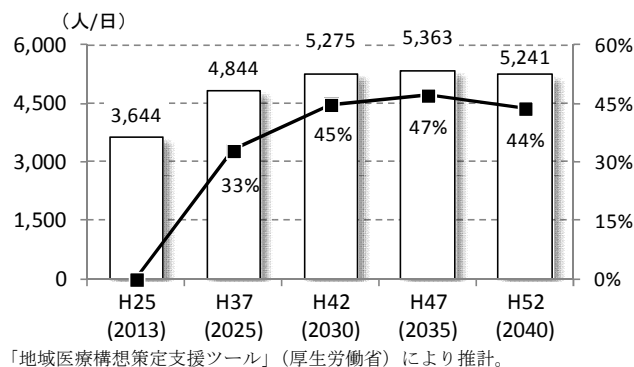
「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

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

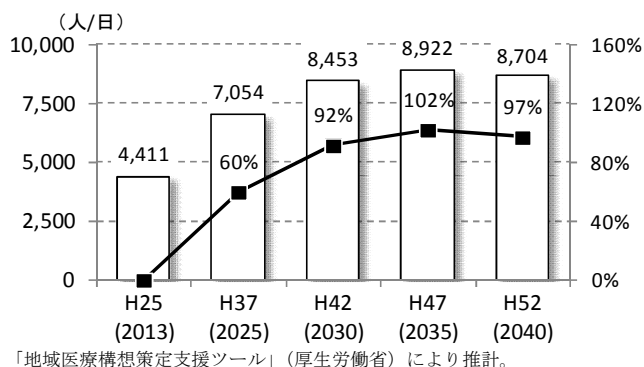


図 51 在宅医療等需要の推移と変化率(印旛区域)

- 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。

4 在宅医療等の推移

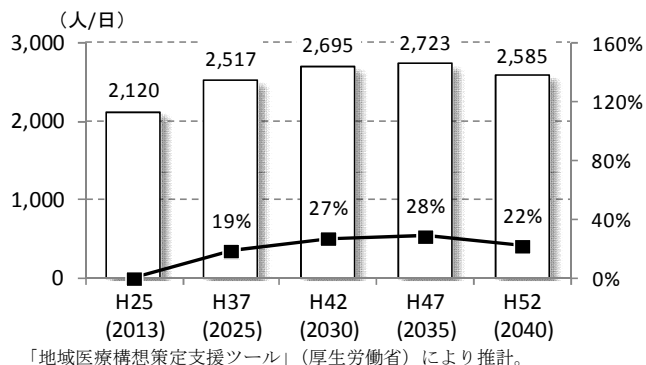


図 54 在宅医療等需要の推移と変化率(香取海浜区域)

- 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

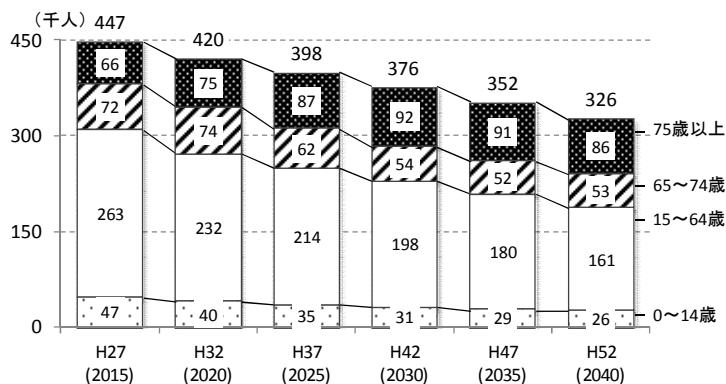
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

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



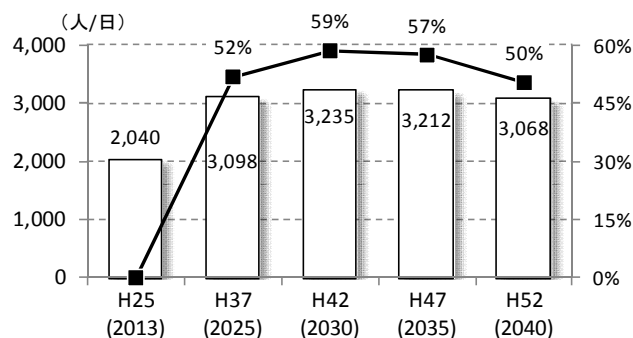
「千葉県年齢別・町丁別人口（平成 27 年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

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

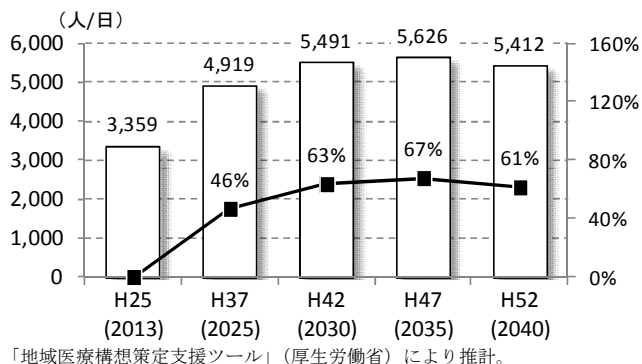


図 57 在宅医療等需要の推移と変化率(山武長生夷隅区域)

- 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、地域で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

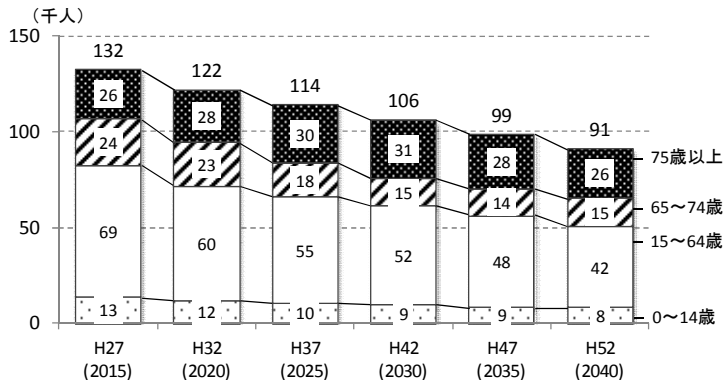
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

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



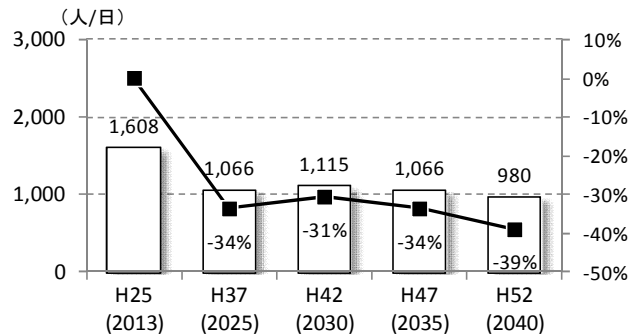
「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成 27 年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図 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。



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

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

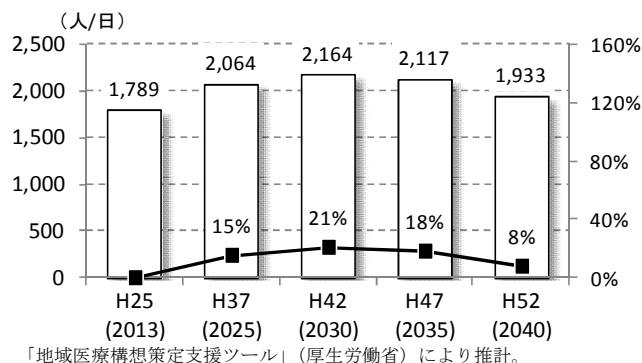


図 60 在宅医療等需要の推移と変化率(安房区域)

- 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

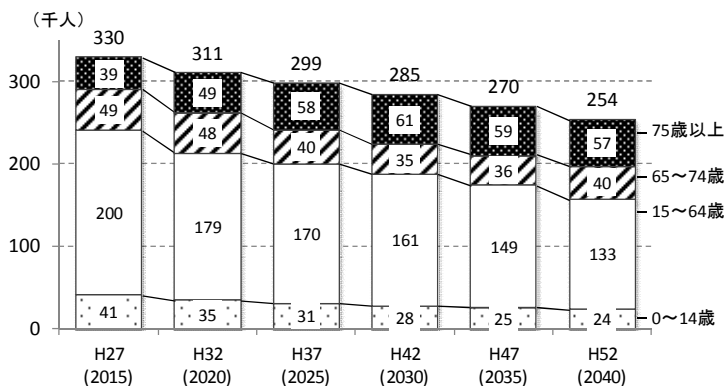
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

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

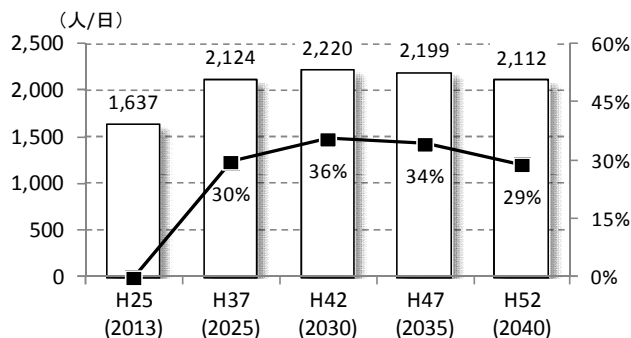


図 61 君津区域の人口の推移と位置

- 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

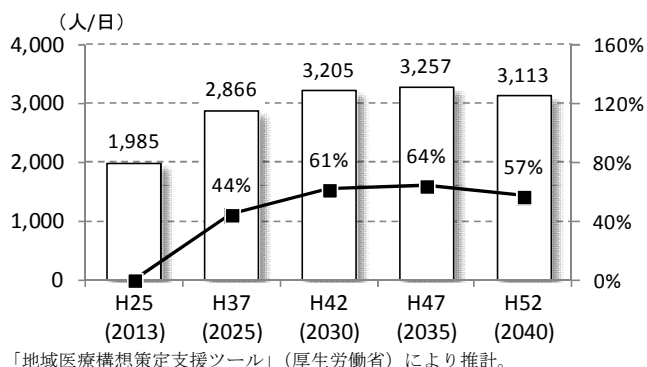


図 63 在宅医療等需要の推移と変化率(君津区域)

- 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出入や東京都、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

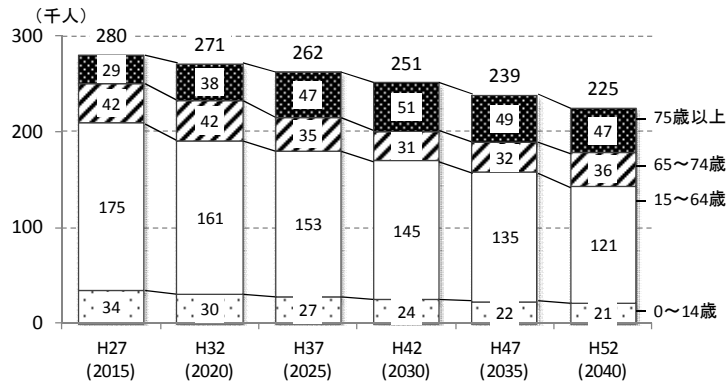
- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

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



市原市

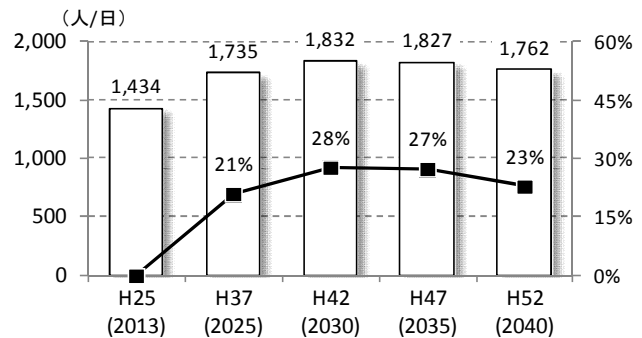
「千葉県年齢別・町丁字別人口（平成27年度）」（千葉県）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

図 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

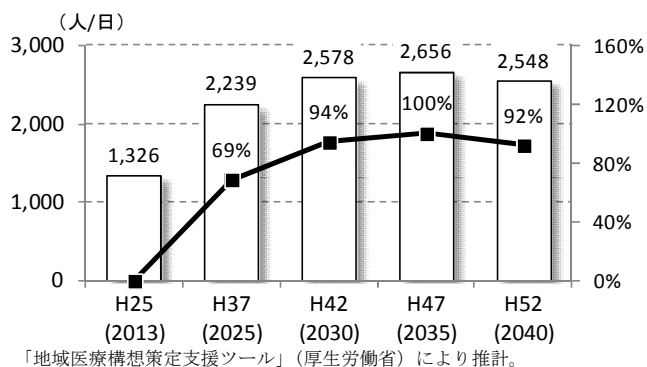


図 66 在宅医療等需要の推移と変化率(市原区域)

- 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
香取海匠	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	51.7
	(H26年)	(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 ※千葉県を除く	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 ※千葉県を除く	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 ※千葉県を除く	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 ・ B 類疾病	90.4% 44.1% (H26 年度)	95%以上 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)	80.0% (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)	7.0 人 (H28 年)
医療施設従事医師数（小児科）（人口 10 万対）	10.3 人 (H26 年)	10.5 人 (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 ・千葉県の現状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	千葉市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	○千葉県地域医療構想について ・構想区域の設定 ・医療需要の推計について ・医療需要に対する医療提供体制の検討について ・地域医療構想調整会議について ○千葉県保健医療計画の一部改定について ・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について
	11	19	印旛区域地域医療構想調整会議	○千葉県地域医療構想について ○千葉県保健医療計画の一部改定について
	11	27	安房区域地域医療構想調整会議	○千葉県地域医療構想について ○千葉県保健医療計画の一部改定について
	12	10	東葛南部区域地域医療構想調整会議	○千葉県地域医療構想について ○千葉県保健医療計画の一部改定について
	12	16	東葛北部区域地域医療構想調整会議	○千葉県地域医療構想について ○千葉県保健医療計画の一部改定について
	12	16	山武長生夷隅区域地域医療構想調整会議	○千葉県地域医療構想について ○千葉県保健医療計画の一部改定について
	12	17	香取海匝区域地域医療構想調整会議	○千葉県地域医療構想について ○千葉県保健医療計画の一部改定について
	12	18	市原区域地域医療構想調整会議	○千葉県地域医療構想について ○千葉県保健医療計画の一部改定について
	12	21	君津区域地域医療構想調整会議	○千葉県地域医療構想について ○千葉県保健医療計画の一部改定について
	12	22	千葉市地域保健医療協議会	○千葉県地域医療構想について ○千葉県保健医療計画の一部改定について
	1	29	地域保健医療部会	○千葉県地域医療構想について ○千葉県保健医療計画一部改定（試案）について
	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
			千葉県保健医療計画の公示	

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	
	斎藤 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¹は、平成25年度（2013年度）のNDBのレセプトデータ²とDPCデータ³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%)

¹ 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。

² 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。

³ 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られることとされています。
- 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

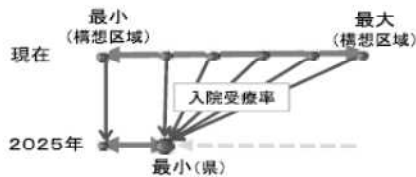
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等[※]で対応するものとして推計する。
※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- 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】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

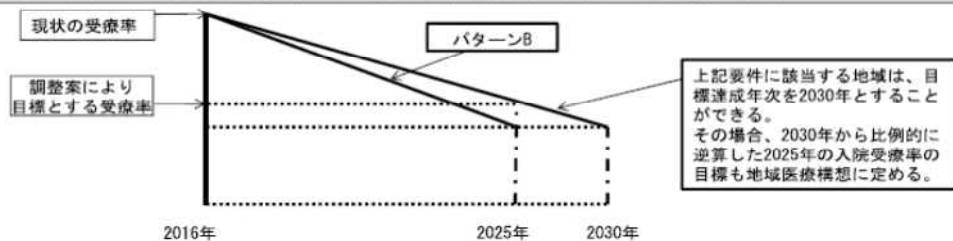
構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



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。
- 【要件案】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 0.62)
- (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達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27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 $(\Sigma A_2 B_3 + C_3 - D_3) \times F_2 / E_3$

- A₂ : 当該都道府県の年齢階級別人口 (4区分)
- B₃ : 当該都道府県の年齢階級別新規入院率 (4区分)
- C₃ : 他都道府県からの精神病床における流入入院患者数
- D₃ : 他都道府県への精神病床における流出入院患者数
- E₃ : 病床利用率
- F₂ : 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
- E₄ : 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。

- A₂ : 当該都道府県の年齢階級別人口 (4区分)
- B₄ : 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・町丁字別人口調査」（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。