

## 地域医療構想について

### 1 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）

令和7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、二次保健医療圏を原則としつつ、将来（令和7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

- ・ 構想区域
- ・ 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
- ・ 構想区域における将来の在宅医療等の必要量
- ・ 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

#### (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、令和7年における予定を都道府県に報告する制度です。病床の機能の分化及び連携の推進のため、平成26年10月から運用が開始されました（医療法第30条の13）。

各医療機関は病棟単位で「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」、「慢性期機能」の4区分から選択した病床機能を報告することとなっています。

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に掲載しています。報告された情報を広く公表するとともに、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議等でも結果を共有することで、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していきます。さらに、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を目指します。

#### 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

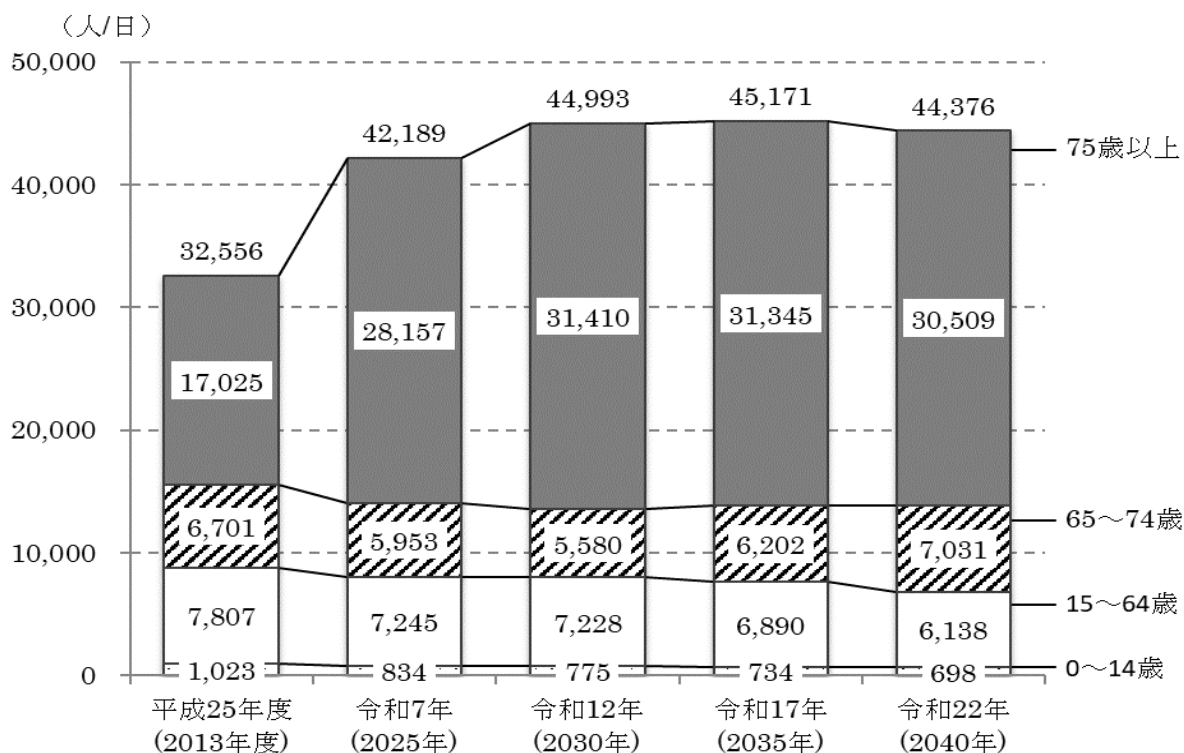
## 2 将来の医療需要

### (1) 入院医療

1日あたり推計入院患者数は、令和17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。

一般・療養病床における入院患者数の将来推計（千葉県）

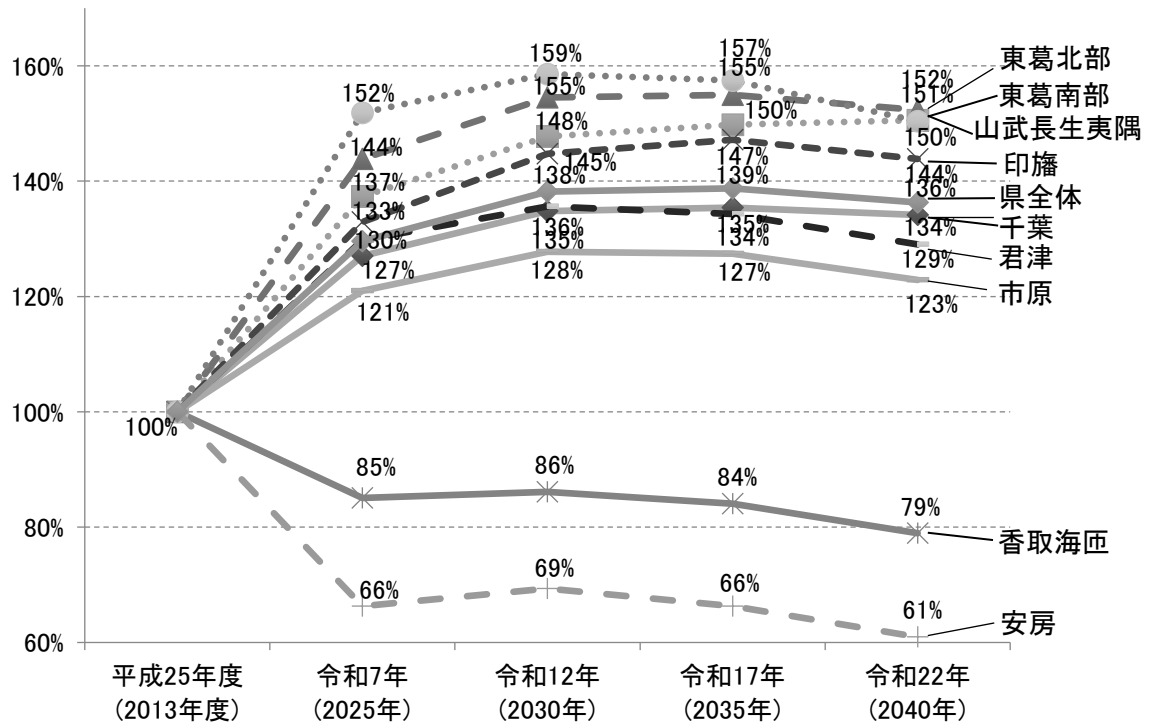


資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。  
推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）。

二次保健医療圏でみると、入院患者数の対平成25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。

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）

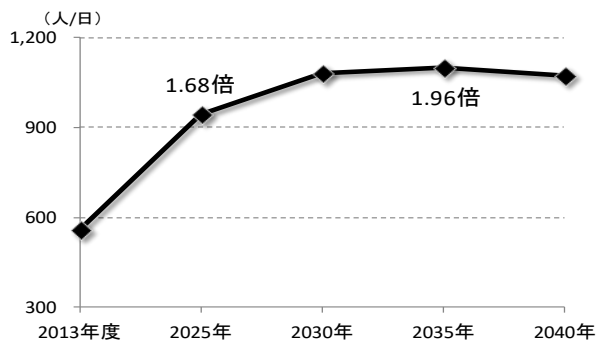


1日当たりの推計入院患者数を主な疾患別にみると、入院患者数が最も多い令和17年においては、高齢者に多い大腿骨骨折や成人肺炎、急性心筋梗塞、脳卒中の入院患者数が大きく増加すると見込まれています。

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。

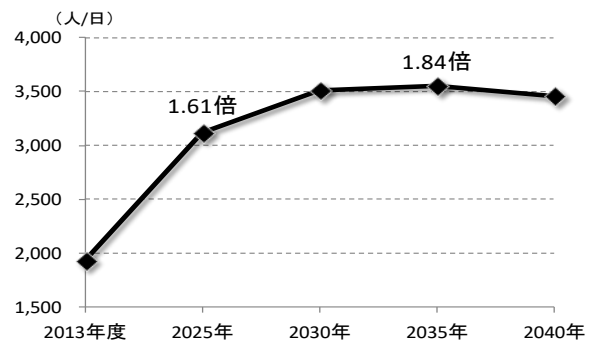
主な疾患別入院患者数の推移（千葉県）

大腿骨骨折



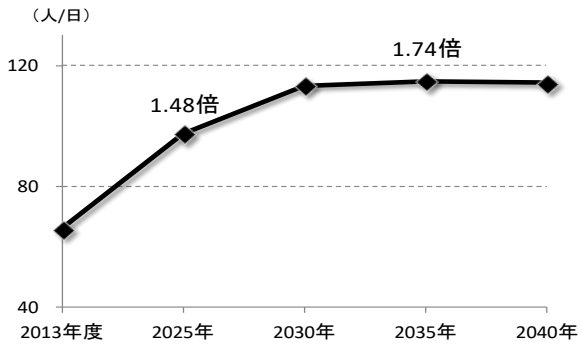
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	559.6	942.5	1,078.3	1,098.8	1,070.4

成人肺炎



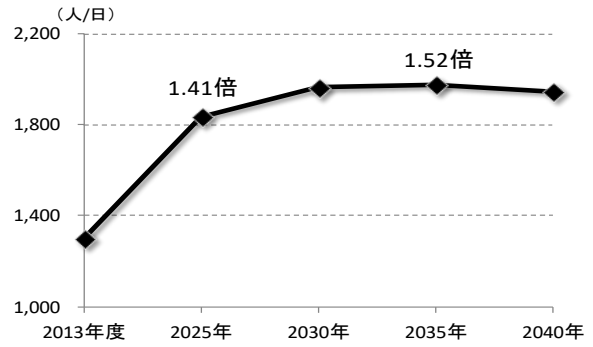
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,931.0	3,117.1	3,509.9	3,552.0	3,453.8

### 急性心筋梗塞



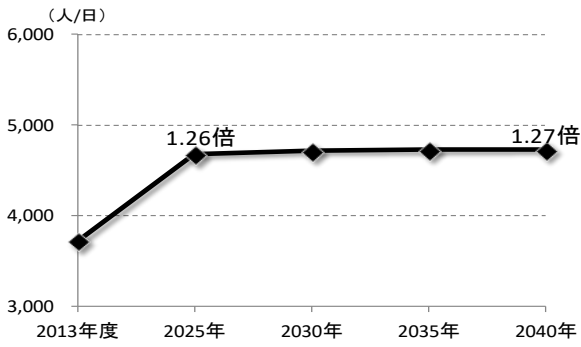
入院患者数	2013	2025	2030	2035	2040
(人/日)	65.9	97.3	113.3	114.8	114.3

### 脳卒中



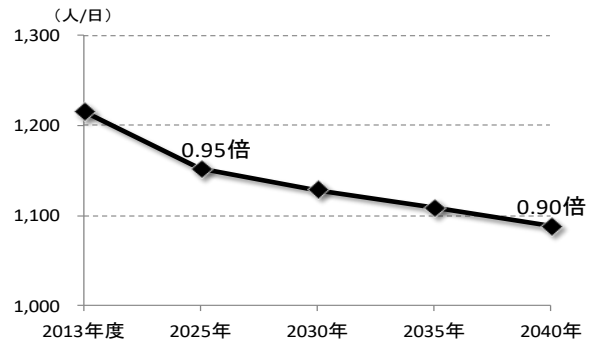
入院患者数	2013	2025	2030	2035	2040
(人/日)	1,300.5	1,836.7	1,963.9	1,976.3	1,945.9

### がん



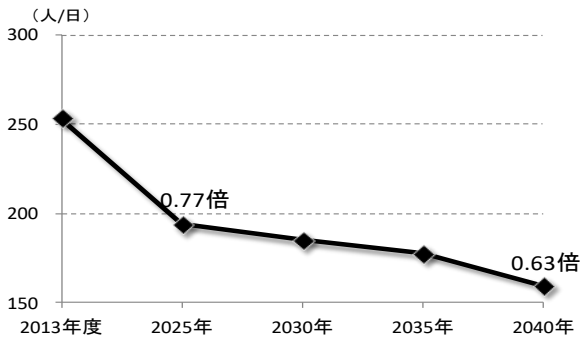
入院患者数	2013	2025	2030	2035	2040
(人/日)	3,716.5	4,677.1	4,714.9	4,721.7	4,727.1

### 女性生殖器系及び産褥期疾患・異常妊娠分



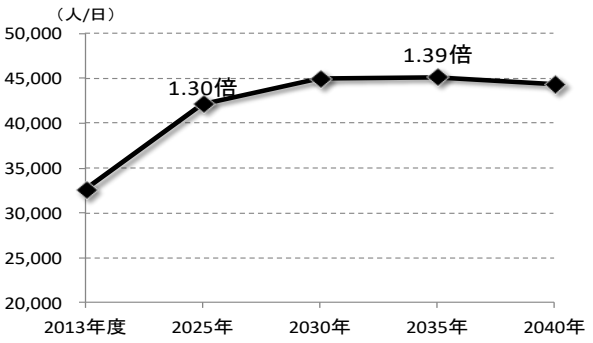
入院患者数	2013	2025	2030	2035	2040
(人/日)	1,215.9	1,151.8	1,128.8	1,109.0	1,088.5

### 新生児疾患、先天性奇形



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

### 参考：全疾患



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

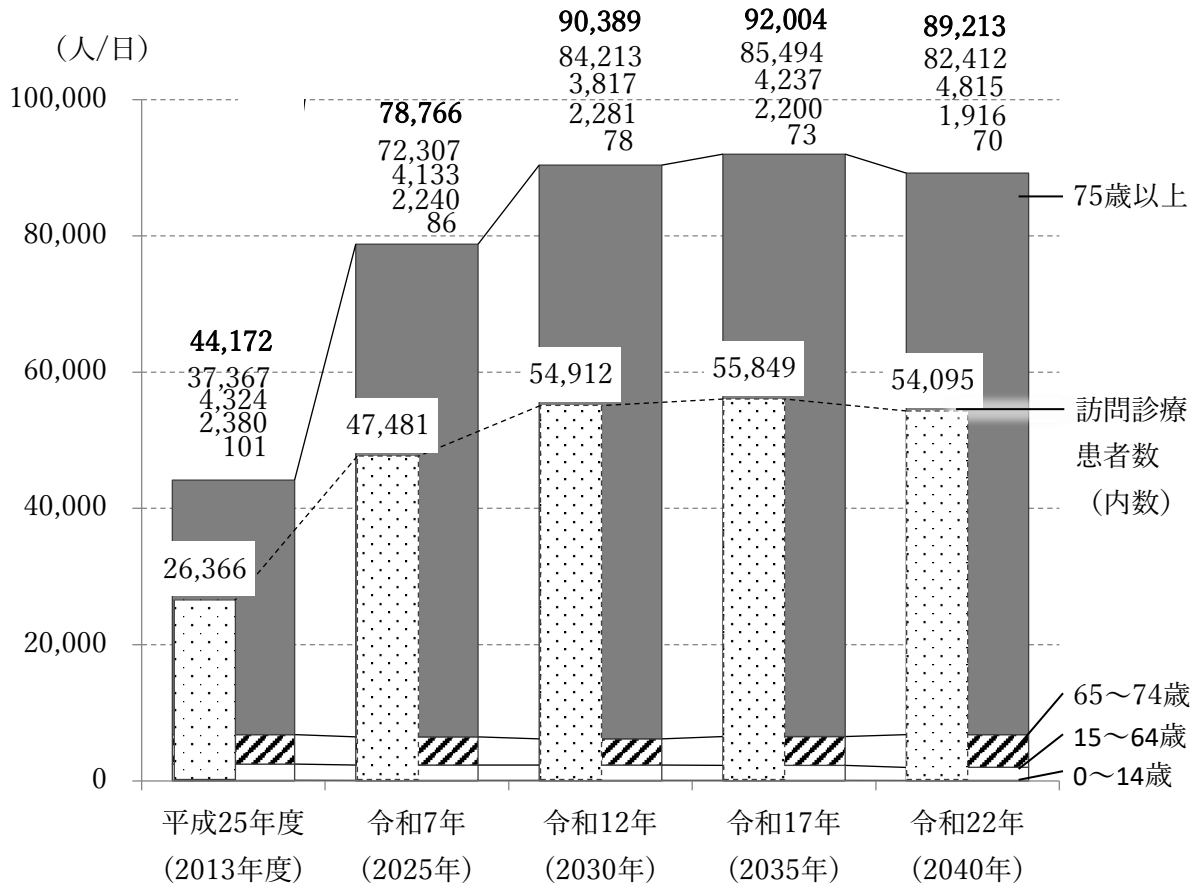
資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。（推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC））なお、同ツールでは慢性期の医療需要については疾患別の推計ができないため、「参考：全疾病」以外の推計値には慢性期分の入院患者数を含んでいない。

## (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、令和17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。

在宅医療等需要の将来推計（千葉県）



資料：「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）

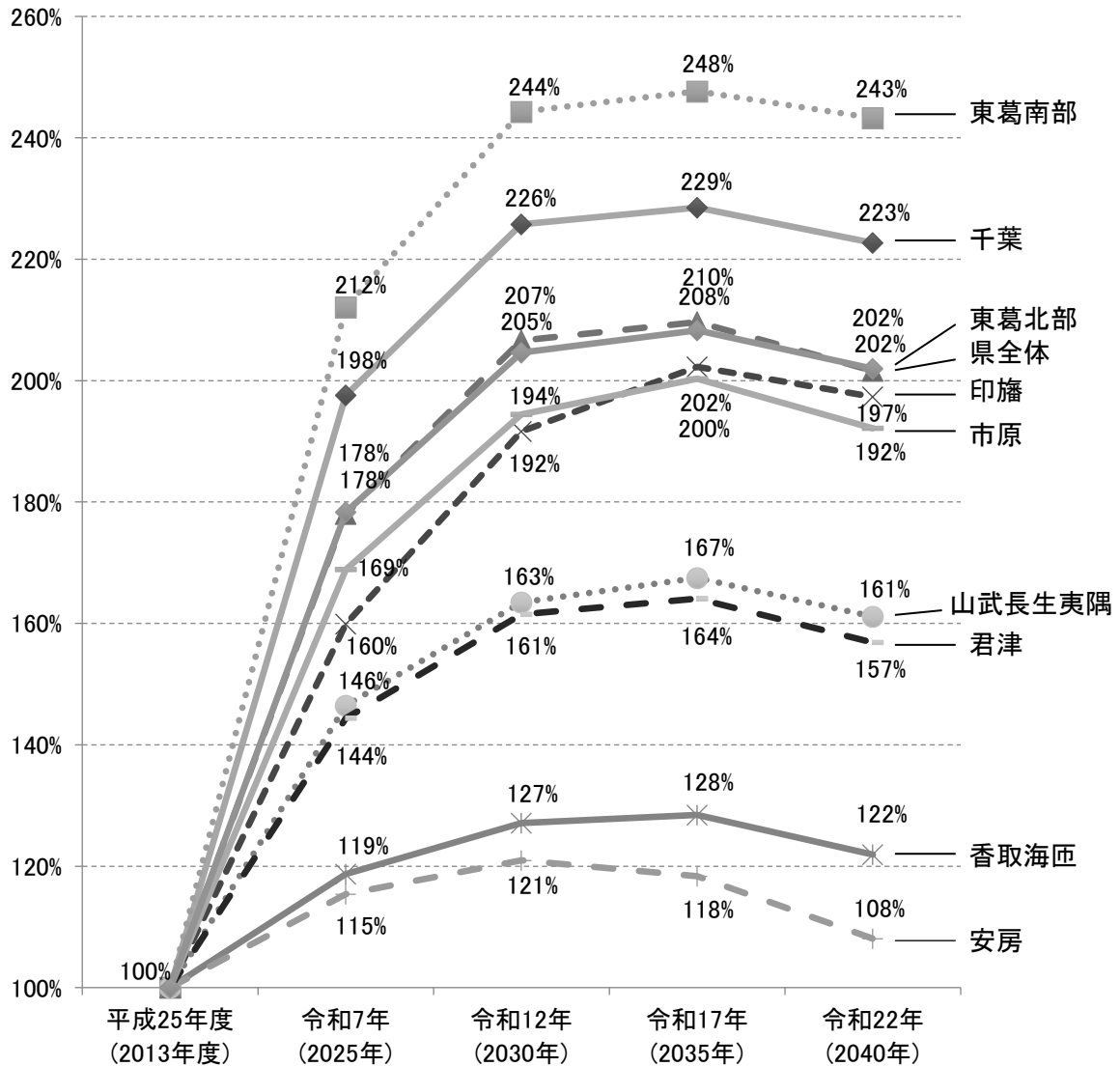
訪問診療患者数は全体の内数であり、平成25年度時点の訪問診療に係る地域別・性別・年齢階級別受療率がその後も変化しないと仮定した場合の推計患者数（参考値）。

### 「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」するとしています。

二次保健医療圏別にみると、「安房」では令和12年に、その他の地域においては令和17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、令和17年までに平成25年度の2倍以上に需要が増加すると見込まれています。

患者住所地別在宅医療等需要の対平成25年度増減率



資料：「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）

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)	令和 7 年 (2025 年)	令和 12 年 (2030 年)	令和 17 年 (2035 年)	令和 22 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)

資料：「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ある後も変化しないと仮定した場合の推計患者数（参考値）。



### 3 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、二次保健医療圏とします。

### 4 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

令和7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。

令和7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、その推計年次を令和7年から令和12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

令和7年の在宅医療等の必要量は、次のとおりです。

### 令和7年における在宅医療等の必要量

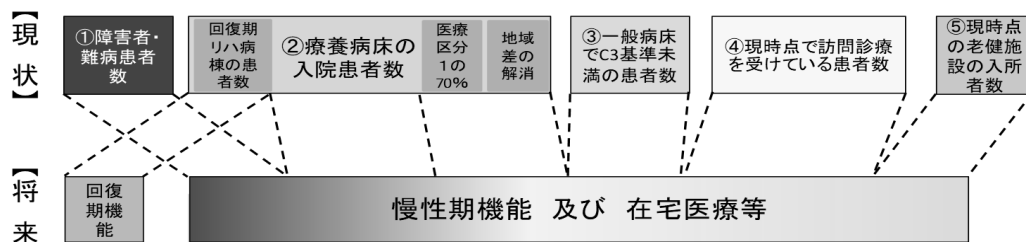
(単位：人／日)

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で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

必要病床数と令和4年度病床機能報告の結果との比較は次ページ図表のとおりです。

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。

- ・ 病床機能報告では、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。(令和4年度は92.6%)  
必要病床数は令和7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とは異なるものです。

また、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ほか、具体的な医療の内容に関する項目や構造設備・人員配置、病床の稼働状況等についても明らかにするとともに、医療機関の新設などによる病床の増加等についての情報なども踏まえながら、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、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。

#### 「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」

(平成29年6月23日付け 医政地発0623第1号 厚労省地域医療計画課長通知・抜粋)

新たに病床を整備する予定の医療機関に対しては、開設等の許可を待たず、地域医療構想調整会議への参加を求め、以下の事項等について協議を行うこと。

- 新たに整備される病床の整備計画と将来の病床数の必要量との関係性
- 新たに整備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量との関係性 等

その上で、都道府県医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議における協議の内容を参考とすること。

必要病床数と病床機能報告の結果等との比較

(単位：床)

区域	医療機能	必要 病床数 (R7年)	令和4年度 病床機能 報告 (R4.7.1)	差し引き
		A	B	B-A
千葉	高度急性期	1,077	1,010	▲ 67
	急性期	3,028	4,018	990
	回復期	2,520	1,204	▲ 1,316
	慢性期	1,859	1,692	▲ 167
	休棟等	-	172	
	計	8,484	8,096	▲ 388
東葛 南部	高度急性期	1,376	1,720	344
	急性期	4,783	5,340	557
	回復期	4,072	1,904	▲ 2,168
	慢性期	2,779	1,875	▲ 904
	休棟等	-	759	
	計	13,010	11,598	▲ 1,412
東葛 北部	高度急性期	1,386	2,024	638
	急性期	4,227	4,217	▲ 10
	回復期	3,647	1,226	▲ 2,421
	慢性期	2,439	2,075	▲ 364
	休棟等	-	657	
	計	11,699	10,199	▲ 1,500
印旛	高度急性期	594	1,559	965
	急性期	1,947	2,374	427
	回復期	1,625	634	▲ 991
	慢性期	1,382	1,782	400
	休棟等	-	51	
	計	5,548	6,400	852
香取 海匝	高度急性期	289	67	▲ 222
	急性期	745	1,644	899
	回復期	587	273	▲ 314
	慢性期	560	888	328
	休棟等	-	93	
	計	2,181	2,965	784
山武 長生 夷隅	高度急性期	104	32	▲ 72
	急性期	887	1,379	492
	回復期	946	386	▲ 560
	慢性期	994	1,257	263
	休棟等	-	215	
	計	2,931	3,269	338
安房	高度急性期	308	144	▲ 164
	急性期	602	1,105	503
	回復期	358	205	▲ 153
	慢性期	373	412	39
	休棟等	-	264	
	計	1,641	2,130	489
君津	高度急性期	232	272	40
	急性期	806	1,086	280
	回復期	810	213	▲ 597
	慢性期	522	876	354
	休棟等	-	196	
	計	2,370	2,643	273
市原	高度急性期	284	108	▲ 176
	急性期	826	1,351	525
	回復期	695	428	▲ 267
	慢性期	335	198	▲ 137
	休棟等	-	81	
	計	2,140	2,166	26
計	高度急性期	5,650	6,936	1,286
	急性期	17,851	22,514	4,663
	回復期	15,260	6,473	▲ 8,787
	慢性期	11,243	11,055	▲ 188
	休棟等	-	2,488	
	計	50,004	49,466	▲ 538

「休棟等」：非稼働、健診のための病棟などの外、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

## 5 施策展開の方向性

- ・ 医療機関の役割分担の促進
- ・ 在宅医療の推進
- ・ 医療従事者の確保・定着
- ・ 地域医療の格差の解消
- ・ 疾病ごとの医療連携システムの構築
- ・ 公的医療機関等の役割
- ・ 地域医療連携推進法人制度の活用
- ・ 県民の適切な受療行動と健康づくり