

千葉県地域医療構想及び 保健医療計画の一部改定について

第2回 千葉県医療審議会地域保健医療部会
平成27年11月13日（金）



内 容

- 1 千葉県地域医療構想について
 - (1) 構想区域の設定
 - (2) 医療需要の推計について
 - (3) 医療需要に対する医療提供体制の検討について
 - ①医療提供体制の考え方について
 - ②都県間の調整について
 - ③県内構想区域間の調整について
 - ④医療提供体制の検討
 - (4) 地域医療構想調整会議について
- 2 千葉県保健医療計画の一部改定について
 - (1) 千葉県保健医療計画の一部改定（素案）について
 - (2) 現行計画に掲げた施策の進捗状況の評価について



1 千葉県地域医療構想について

(1) 構想区域の設定



1

構想区域について（ガイドライン）

構想区域の設定にあたっては、
現行の二次保健医療圏を原則としつつ、

- ①人口規模
 - ②患者の受療動向
 - ③疾病構造の変化
 - ④基幹病院までのアクセス時間の変化 等
- 将来における要素を勘案して検討すること。



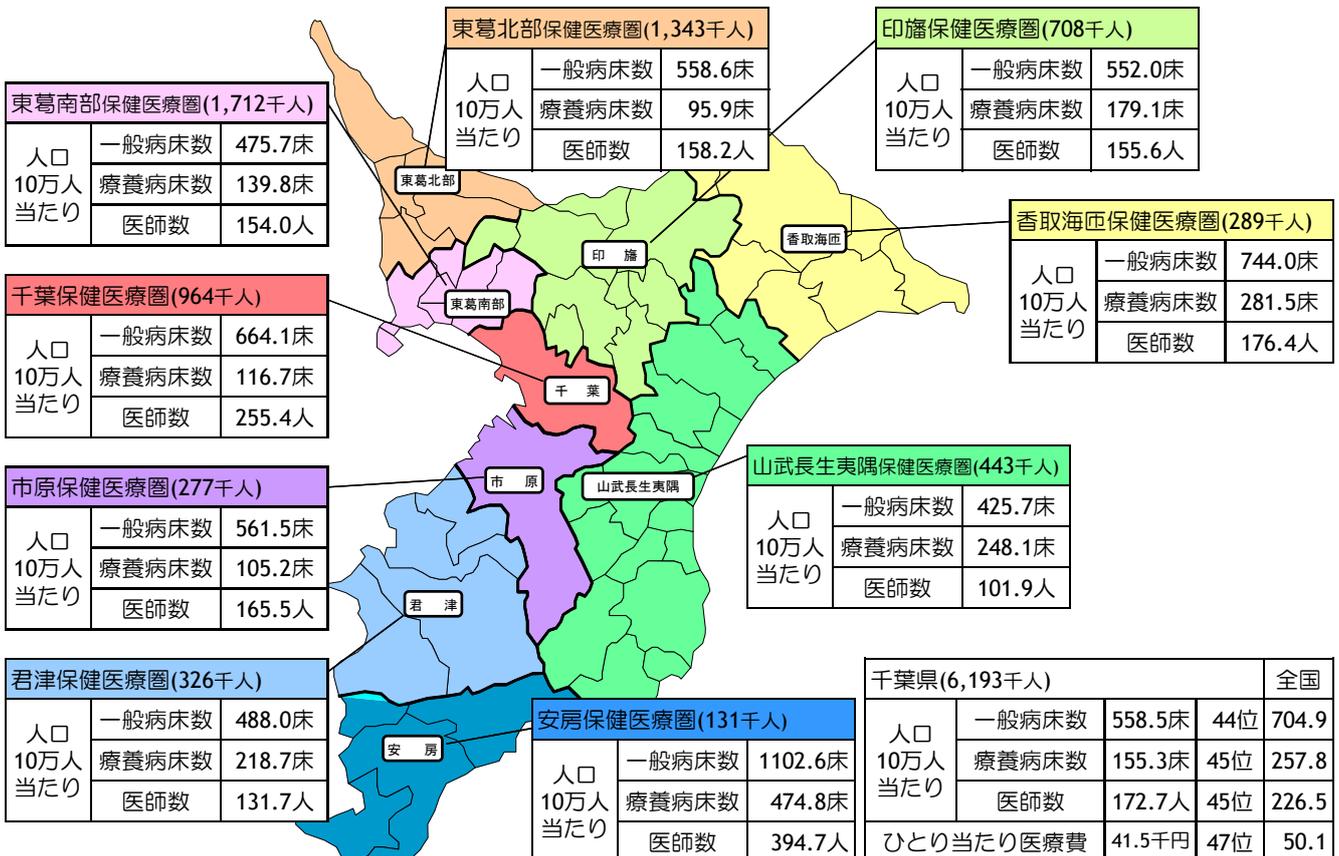
2

- 二次保健医療圏は変更しない
- 構想区域は、現行の9つの二次保健医療圏を基本とする

ただし、二次保健医療圏や構想区域の見直しについては、今回の計画見直しの中で議論される意見を踏まえ、平成30年度を始期とする次期保健医療計画に反映させる。



9つの保健医療圏の状況



圏域に係る意見①

○第1回医療審議会地域保健医療部会

- ・人口規模や患者の受療動向等をみた場合、夷隅地域と安房圏域を一つの圏域として取り扱うのが妥当ではないか。

○山武長生夷隅圏域 地域保健医療連携会議

- ・夷隅地域は、救急搬送や患者の受診、病院同士の連携等において、安房圏域との関係が非常に強い。現実に即した医療圏の設定をしてほしい。
- ・圏域の議論は、東千葉メディカルセンターの実績を加味しないと議論ができないのではないか。

○安房圏域 地域保健医療連携会議

- ・圏域は救急医療の管轄と同一にすべきでないか。
- ・今回の計画に、『夷隅と安房を同一圏域にする方向で再構築していく』との方向性だけでも示してもらえるとよいのではないか。



CHIBA

5

圏域に係る意見②

○地元市町からの要望書

- ・夷隅地域の市町長から、『山武長生夷隅圏域から夷隅地区を切り離し、安房圏域と一緒にするべき』という要望書が千葉県あてに提出された。

○地元地区医師会の意見

※ 現在意見聴取中

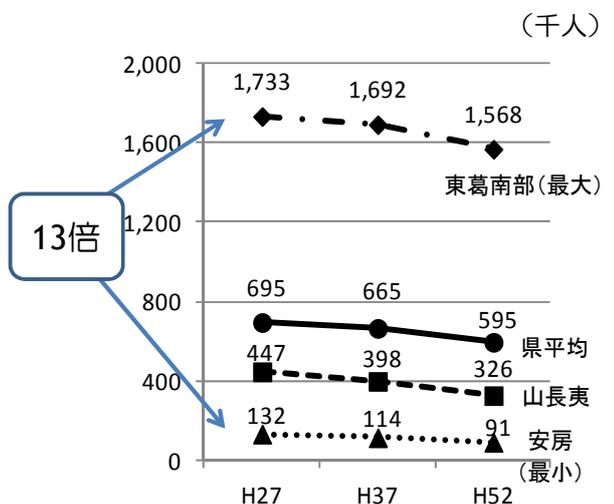


CHIBA

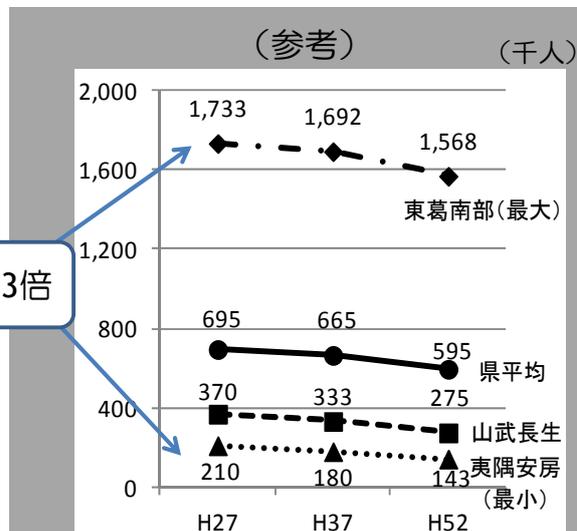
6

構想区域の検討①【人口】

- 平成27年の二次保健医療圏の人口規模は、最大で13倍の開きがある。
- 二次保健医療圏で最小の人口規模は安房医療圏（13.2万人）であり、平成52年（2040年）には10万人を下回る見込み。



現行の二次保健医療圏における人口の推移



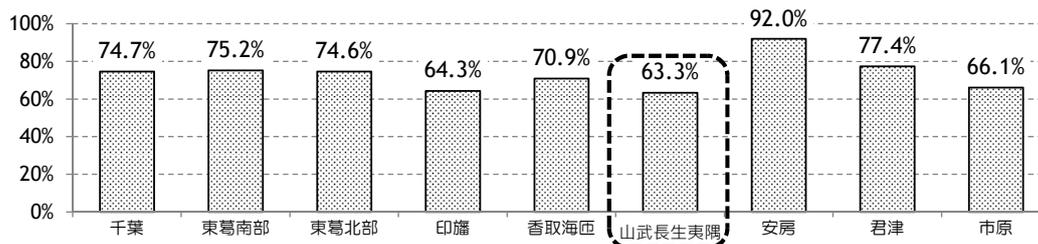
夷隅地域と安房圏域を同一とした場合の人口の推移



CHIBA

構想区域の検討②【患者の受療動向】

入院医療の圏域内完結率（医療圏別）



入院先医療機関所在地の割合（主な地域別）

		医療機関所在地					計
		山武・長生	夷隅	安房	その他(県内)	県外	
患者住所地	山武・長生	57.0%	3.3%	1.8%	34.3%	3.6%	100%
	夷隅	10.6%	60.8%	18.5%	8.9%	1.1%	100%
	安房	0.3%	0.5%	92.0%	3.8%	3.4%	100%

安房医療圏内の医療機関における入院患者の住所所在地（上位7保健所圏域）

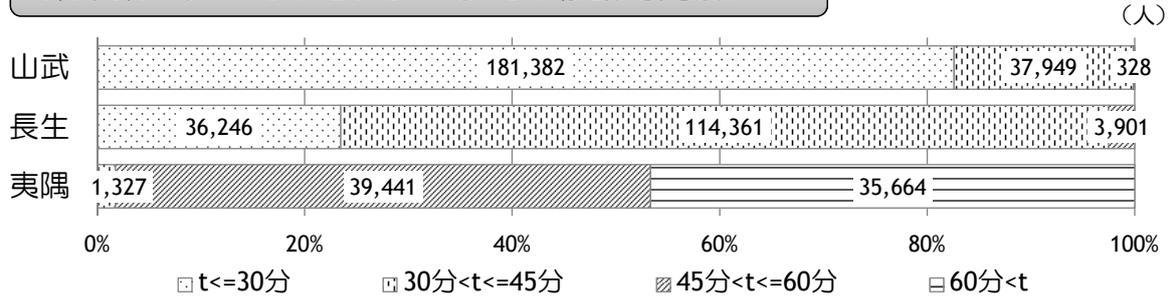
安房	夷隅	君津	県外	長生	千葉市	市原
69.4%	9.4%	8.3%	6.9%	2.0%	0.9%	0.7%



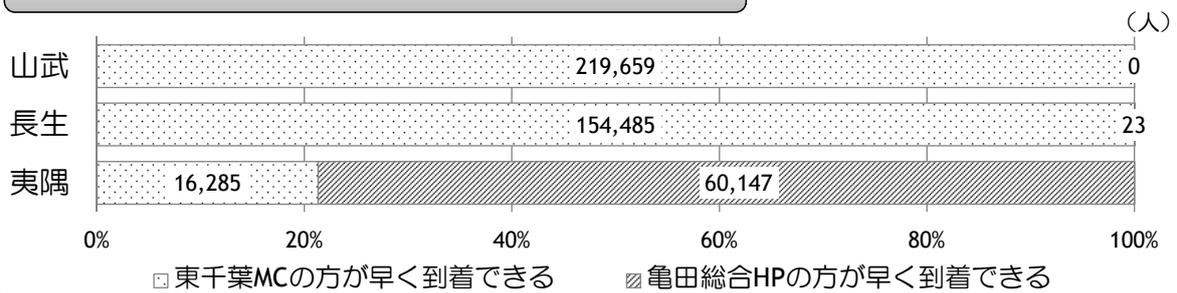
CHIBA

構想区域の検討③【基幹病院までのアクセス】

東千葉メディカルセンターまでの移動時間別人口



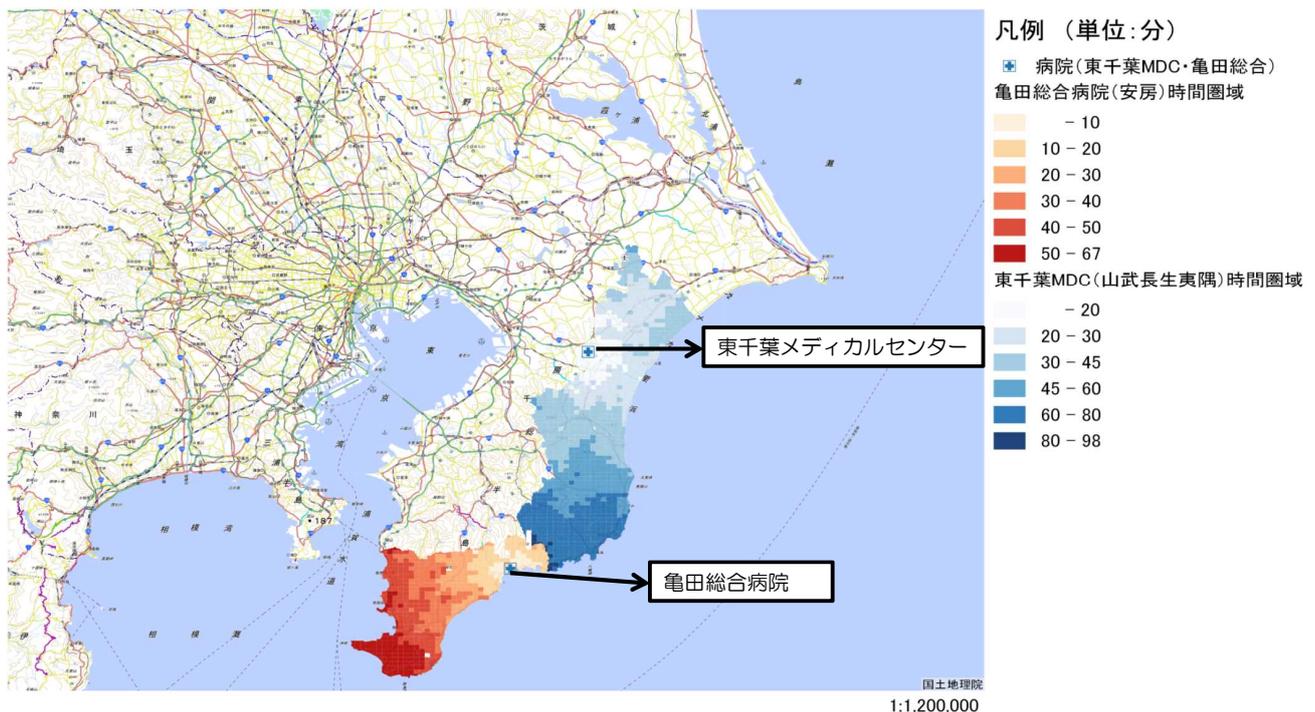
より早く到着できる救命救急センター別人口



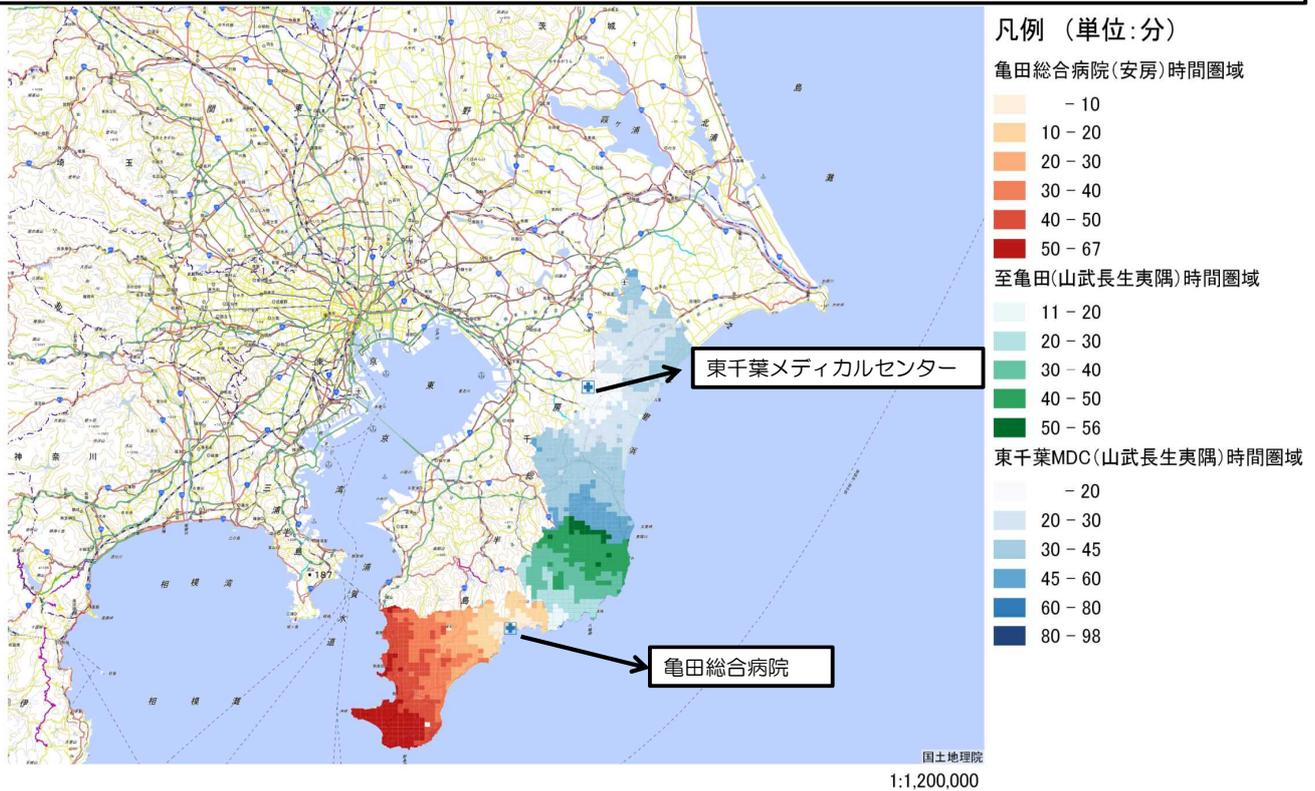
CHIBA

NITAS (全国総合交通分析システム、国土交通省総合政策局) による
 ・ネットワーク年次: 2014年3月 ・「有料道路+一般道路」利用 ・走行速度: 平均旅行速度

山武長生夷隅医療圏における唯一の救命救急センターである東千葉メディカルセンターまでのアクセスについて、山武長生地域の住民の多くは、45分以内に到着できるが、夷隅地域の住民はより多くの時間を要する。



夷隅地域の住民の多くは、東千葉メディカルセンターよりも安房医療圏の救命救急センターである亀田総合病院の方が早く到達できる。



NITAS (全国総合交通分析システム、国土交通省総合政策局) を利用

構想区域の検討④【疾病別の自圏域完結率】

入院医療の自圏域完結率 (主な疾病)

	悪性 新生物		脳血 管疾 患		虚血 性心 疾患		肺炎	骨折
		手術 有		手術 有		手術 有		
山武長生夷隅	18.5	8.8	76.3	83.7	57.7	38.5	79.2	75.4
安房	96.3	100.0	97.7	86.7	94.4	92.3	96.7	96.6
山武長生	12.5	0.0	70.6	80.3	49.2	35.0	70.8	74.7
夷隅安房	89.2	91.5	89.4	80.0	75.7	68.4	97.5	95.5

構想区域の設定（案）

- 現行の二次保健医療圏を基本
- 二次保健医療圏や構想区域の見直しについては、今回の計画見直しの中で議論される意見を踏まえ、平成30年度を始期とする次期保健医療計画に反映させる

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、救急医療提供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。



CHIBA

- 1 千葉県地域医療構想について
 - (2) 医療需要の推計について
 - (3) 医療需要に対する医療提供体制の検討について
 - ①医療提供体制の考え方について
 - ②都県間の調整について
 - ③県内構想区域間の調整について
 - ④医療提供体制の検討



- 1 千葉県地域医療構想について
 - (2) 医療需要の推計について



高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計の考え方（ガイドライン）

高度急性期、急性期及び回復期

構想区域における2025年の医療需要＝**当該構想区域の2013年度性年齢階級別・医療機能別入院受療率**×当該構想区域の2025年の性年齢階級別推計人口

- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、DPC病院の医療行為に関するDPCデータやNDBのレセプトデータを分析。
- 具体的には、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もの（医療資源投入量）の多寡を観察。



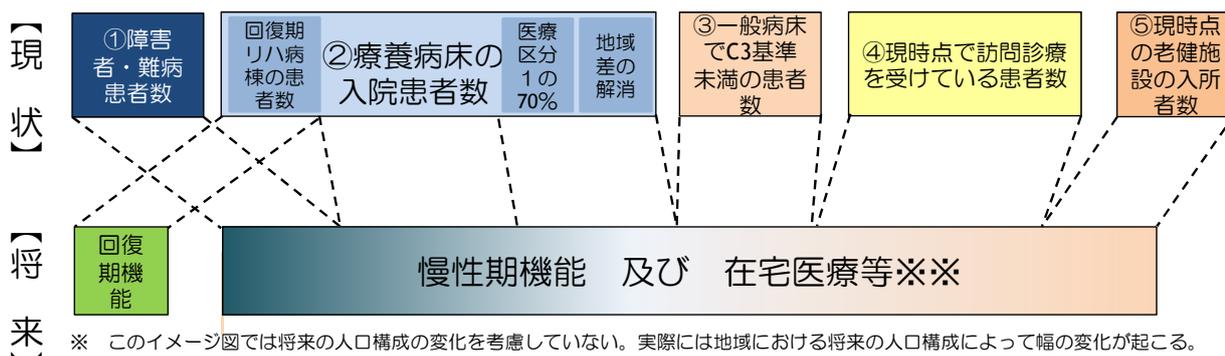
CHIBA

17

慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について①（ガイドライン）

慢性期機能および在宅医療等の医療需要

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、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえて推計。



※※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している。

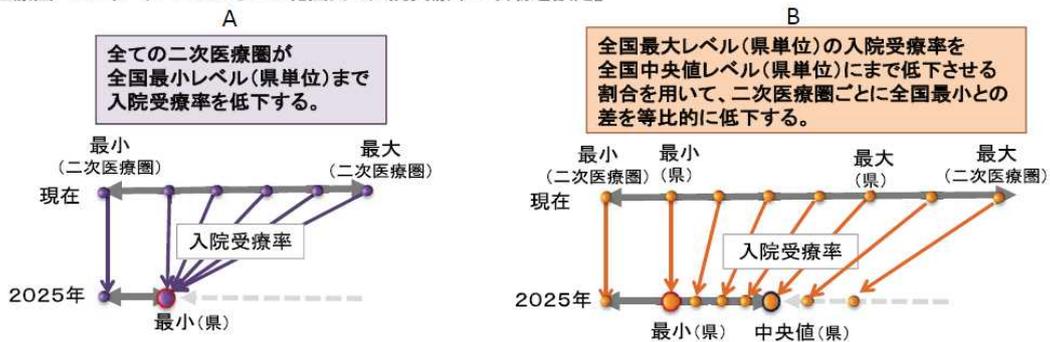
18

慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について②（ガイドライン）

療養病床の入院受療率の地域差への対応①（基本的な対応）

- 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、将来において、どの程度、慢性期の病床で対応し、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定めることとして、医療需要を推計する。
- 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、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、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こととする。
 パターンA：全ての二次医療圏が全国最小レベル（県単位）まで入院受療率を低下する。
 パターンB：全国最大レベル（県単位）の入院受療率を全国中央値レベル（県単位）にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】

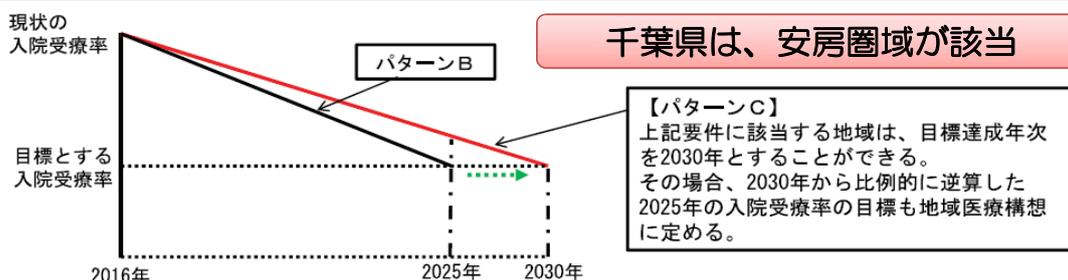


19

慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について③（ガイドライン）

療養病床の入院受療率の地域差への対応②（地域の実情への配慮）

- 原則、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲で入院受療率の目標を定めることとするが、以下の要件に該当する二次医療圏は、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。（パターンC）
 【要件】① 当該二次医療圏の減少率がパターンBによる療養病床の減少率の全国中央値よりも大きい、かつ
 ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい
 [高齢者単身世帯の割合と入院受療率との関係について]
 ・ 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）
 ・ 上記の相関からも、今後、高齢者単身世帯の割合が大きい地域は、在宅医療等への移行を進めにくいと考えられるため、一定の配慮を行う。
- 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の目標とし、当該目標と2030年の目標の双方を地域医療構想に定めることとする。
 ※上記要件に該当する二次医療圏が2030年に目標を設定した場合に、上記要件①を下回らないように対応する。
- なお、地域医療構想の策定後、やむを得ない事情により、必要量の達成が著しく困難となった際は、一定の範囲で目標を修正することができる枠組みを設けることが適当。

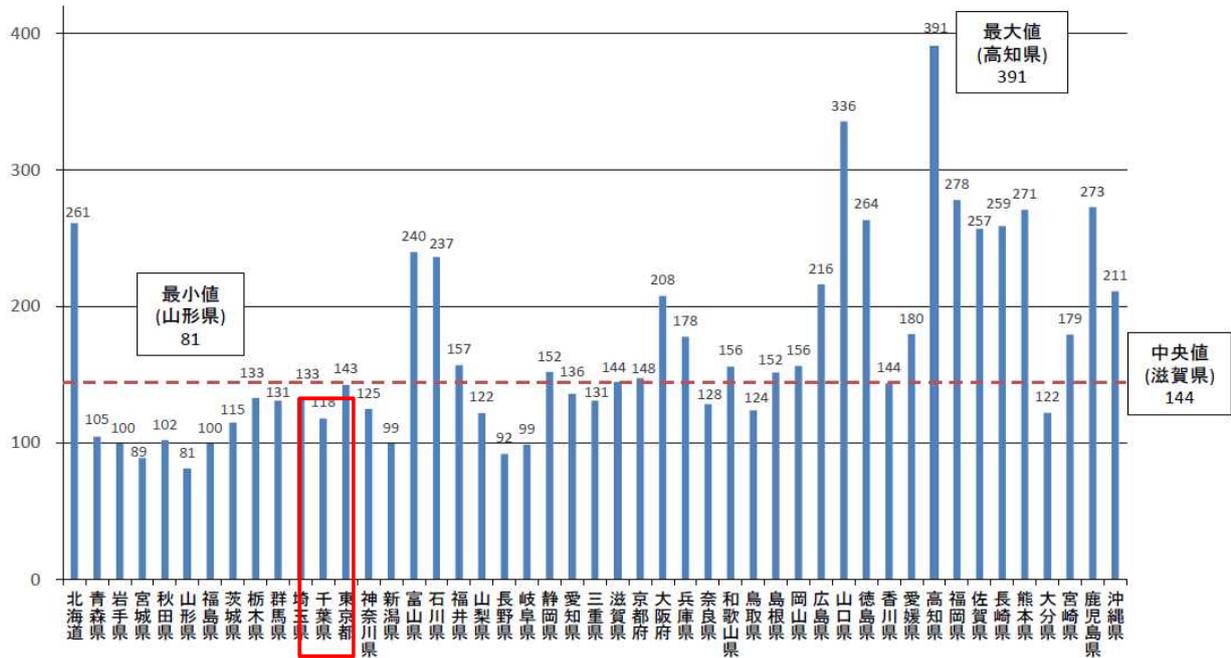


20

(参考) 千葉県の入院受療率は、全国中央値より若干低い。

療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



出典：「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第1次報告～医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって～」(平成27年6月15日 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会)

(参考) 県の介護サービスの利用見込み

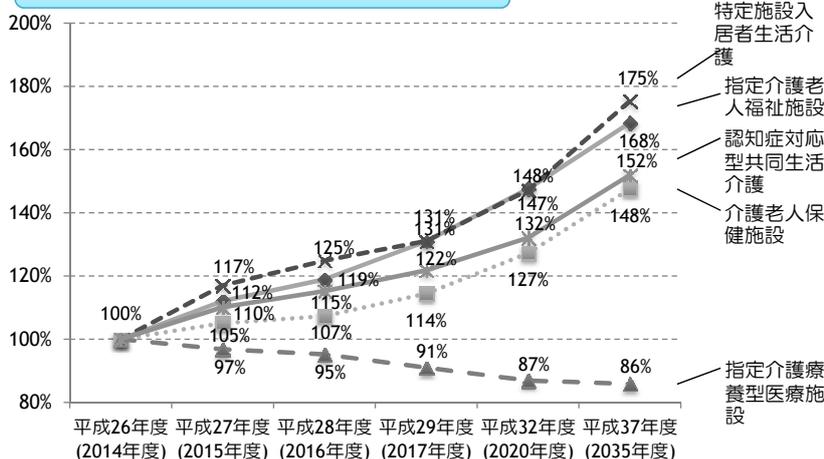
中期的な推計

(単位:人/月)

サービス種別	平成26年度 (2014年度)	平成27年度 (2015年度)	平成28年度 (2016年度)	平成29年度 (2017年度)	平成32年度 (2020年度)	平成37年度 (2035年度)
指定介護老人福祉施設	20,564	23,047	24,454	26,923	30,345	34,634
介護老人保健施設	13,608	14,299	14,601	15,571	17,309	20,079
指定介護療養型医療施設	1,385	1,341	1,319	1,260	1,204	1,189
特定施設入居者生活介護	8,466	9,904	10,572	11,093	12,454	14,845
認知症対応型共同生活介護	5,960	6,563	6,868	7,258	7,870	9,055

「千葉県高齢者保健福祉計画(平成27~29年度)」(千葉県)をもとに作成

対平成26年度(2014年度)増加率



平成26年度(2014年度) 平成27年度(2015年度) 平成28年度(2016年度) 平成29年度(2017年度) 平成32年度(2020年度) 平成37年度(2035年度)

「千葉県高齢者保健福祉計画(平成27~29年度)」(千葉県)をもとに作成

県の現状

(65歳以上人口10万人当たりの状況)

	千葉県 (全国順位)	全国平均
在宅療養支援診療所 (平成25年7月)	21.5 (44位)	44.5
在宅療養支援病院数 (平成25年7月)	1.7 (37位)	2.7
在宅医療サービス実施歯科診療所数 (平成23年医療施設調査)	31.6 (43位)	47.3
訪問看護事業所数 (平成26年介護給付費実態調査報告)	19.7 (40位)	19.7



千葉県の慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について（案）

- パターンBで推計する。
- ただし、安房圏域においては、パターンC（特例）で推計する。

【理由】

- ・ 千葉県の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。
- ・ 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を図る必要がある。



23

- 1 千葉県地域医療構想について
 - (3) 医療需要に対する医療提供体制の検討について
 - ① 医療提供体制の考え方について



24

医療提供体制の考え方①（ガイドライン）

○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）



25

医療提供体制の考え方②（ガイドライン）

○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。

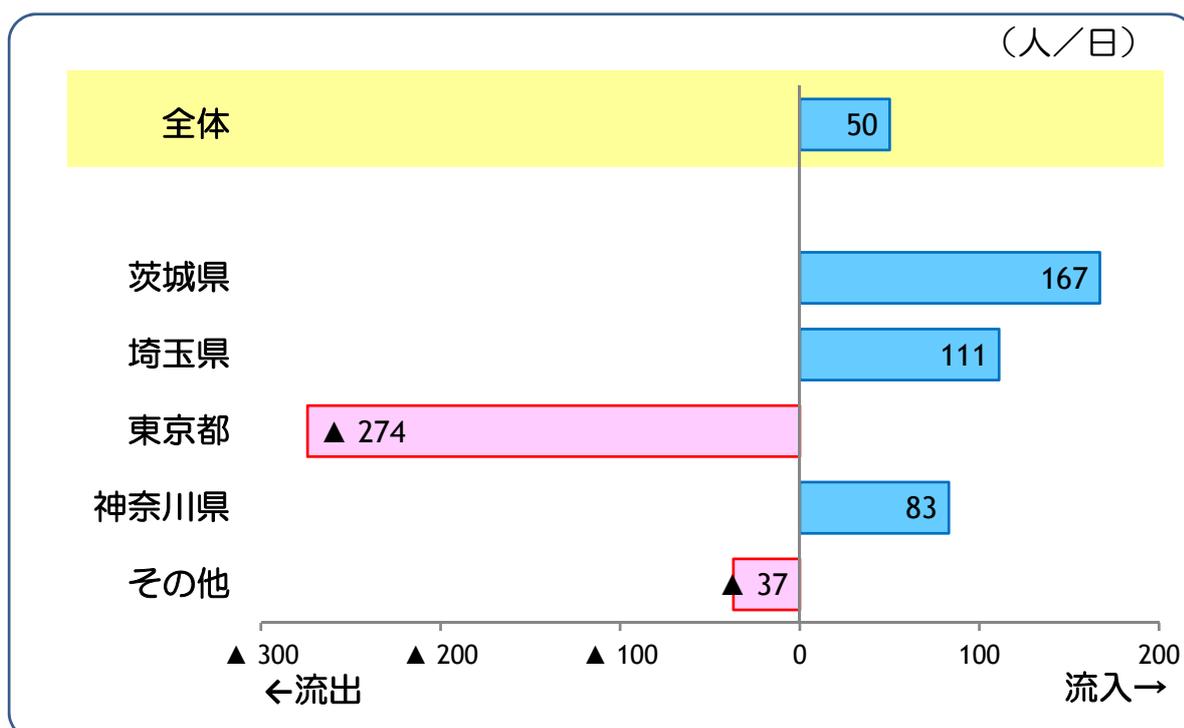


26

1 千葉県地域医療構想について
 (3) 医療需要に対する医療提供体制の検討について
 ② 都県間の調整について



都県間の入院患者の流出入の推計（全体）



国から提供された「策定支援ツール」による平成37（2025）年の推計値
 ※平成25年（2013年）の医療需要をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要



都県間の患者の流出入の推計【高度急性期】

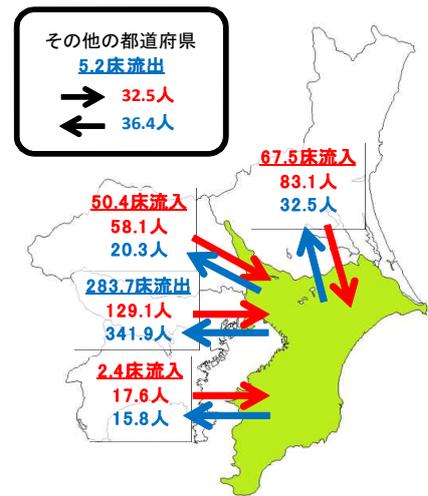
高度急性期

病床稼働率 75%

(人/日)

高度急性期	総数	千葉県←流入患者							
		県内 在住患者	他県 在住患者	首都圏				その他の 都道府県	
				東京都	埼玉県	神奈川県	茨城県		
患者数 (人/日)	4,237.7	3,917.3	320.4	287.9	129.1	58.1	17.6	83.1	32.5
病床数(床)	5,650.3	5,223.1	427.2	383.9	172.1	77.5	23.5	110.8	43.3
割合(%)	100.0	92.4	7.6	6.8	3.0	1.5	5.5	28.9	25.2

高度急性期	総数	千葉県→流出患者							
		県内 在住患者	他県 在住患者	首都圏				その他の 都道府県	
				東京都	埼玉県	神奈川県	茨城県		
患者数 (人/日)	4,364.3	3,917.3	447.0	410.6	341.9	20.3	15.8	32.5	36.4
病床数(床)	5,819.0	5,223.1	596.0	547.4	455.9	27.1	21.1	43.3	48.5
割合(%)	100.0	89.8	10.2	9.4	7.8	0.5	3.5	7.9	10.6



流出超過
126.6人/日 168.8床

国から提供された「策定支援ツール」による平成37（2025）年の推計値
※平成25年（2013年）の医療需要をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要

都県間の患者の流出入の推計【急性期】

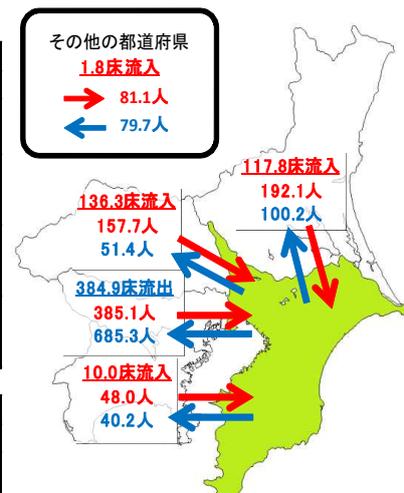
急性期

病床稼働率 78%

(人/日)

急性期	総数	千葉県←流入患者							
		県内 在住患者	他県 在住患者	首都圏				その他の 都道府県	
				東京都	埼玉県	神奈川県	茨城県		
患者数 (人/日)	13,923.8	13,059.8	864.0	782.9	385.1	157.7	48.0	192.1	81.1
病床数(床)	17,851.0	16,743.3	1,107.7	1,003.7	493.7	202.2	61.5	246.3	104.0
割合(%)	100.0	93.8	6.2	5.6	2.8	1.2	5.6	24.5	21.1

急性期	総数	千葉県→流出患者							
		県内 在住患者	他県 在住患者	首都圏				その他の 都道府県	
				東京都	埼玉県	神奈川県	茨城県		
患者数 (人/日)	14,016.6	13,059.8	956.8	877.1	685.3	51.4	40.2	100.2	79.7
病床数(床)	17,970.0	16,743.3	1,226.7	1,124.5	878.6	65.9	51.5	128.5	102.2
割合(%)	100.0	93.2	6.8	6.3	4.9	0.4	4.2	11.4	11.6



流出超過
92.8人/日 119.0床

国から提供された「策定支援ツール」による平成37（2025）年の推計値
※平成25年（2013年）の医療需要をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要

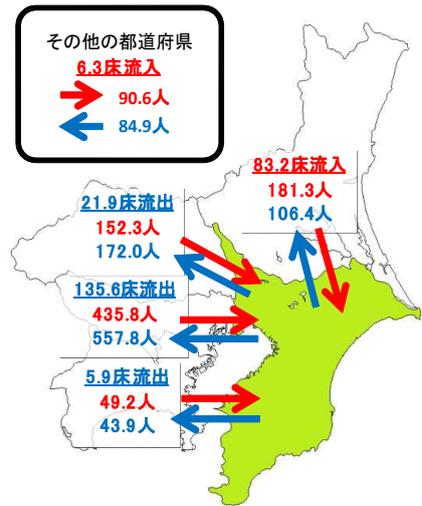
都県間の患者の流出入の推計【回復期】

回復期

病床稼働率 90% (人/日)

回復期	総数	千葉県←流入患者							
		県内 在住患者	他県 在住患者	首都圏				その他の 都道府県	
				東京都	埼玉県	神奈川県	茨城県		
患者数 (人/日)	13,734.1	12,824.9	909.2	818.6	435.8	152.3	49.2	181.3	90.6
病床数(床)	15,260.1	14,249.9	1,010.2	909.6	484.2	169.2	54.7	201.4	100.7
割合(%)	100.0	93.4	6.6	6.0	3.2	1.2	5.4	22.1	20.8

回復期	総数	千葉県→流出患者							
		県内 在住患者	他県 在住患者	首都圏				その他の 都道府県	
				東京都	埼玉県	神奈川県	茨城県		
患者数 (人/日)	13,789.8	12,824.9	964.9	880.0	557.8	172.0	43.9	106.4	84.9
病床数(床)	15,322.0	14,249.9	1,072.1	977.8	619.8	191.1	48.8	118.2	94.3
割合(%)	100.0	93.0	7.0	6.4	4.0	1.3	4.5	12.1	15.2



流出超過
55.7人/日 61.9床

国から提供された「策定支援ツール」による平成37（2025）年の推計値
※平成25年（2013年）の医療需要をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要

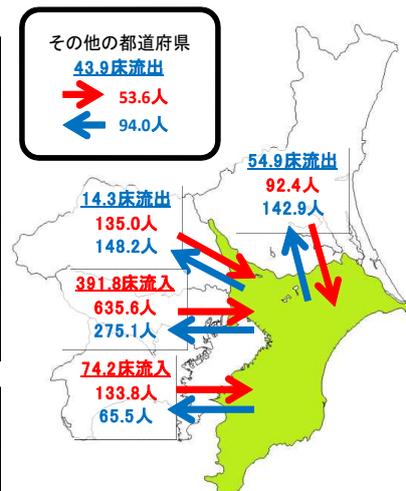
都県間の患者の流出入の推計【慢性期】

慢性期

病床稼働率 92% (人/日)

慢性期 (パターンB)	総数	千葉県←流入患者							
		県内 在住患者	他県 在住患者	首都圏				その他の 都道府県	
				東京都	埼玉県	神奈川県	茨城県		
患者数 (人/日)	10,328.5	9,278.1	1,050.4	996.8	635.6	135.0	133.8	92.4	53.6
病床数(床)	11,226.6	10,084.9	1,141.7	1,083.5	690.9	146.7	145.4	100.4	58.3
割合(%)	100.0	89.8	10.2	9.7	6.2	1.5	12.7	9.3	8.4

慢性期 (パターンB)	総数	千葉県→流出患者							
		県内 在住患者	他県 在住患者	首都圏				その他の 都道府県	
				東京都	埼玉県	神奈川県	茨城県		
患者数 (人/日)	10,003.8	9,278.1	725.7	631.7	275.1	148.2	65.5	142.9	94.0
病床数(床)	10,873.7	10,084.9	788.8	686.6	299.0	161.1	71.2	155.3	102.2
割合(%)	100.0	92.7	7.3	6.3	2.7	1.6	9.0	22.6	34.2



流入超過
324.7人/日 352.9床

国から提供された「策定支援ツール」による平成37（2025）年の推計値
※平成25年（2013年）の医療需要をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要

都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（国の通知）

- ・ 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、協議をもちかける。
- ・ **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）
「地域医療構想策定における患者流出入を踏まえた必要病床数推計の都道府県間調整方法について」



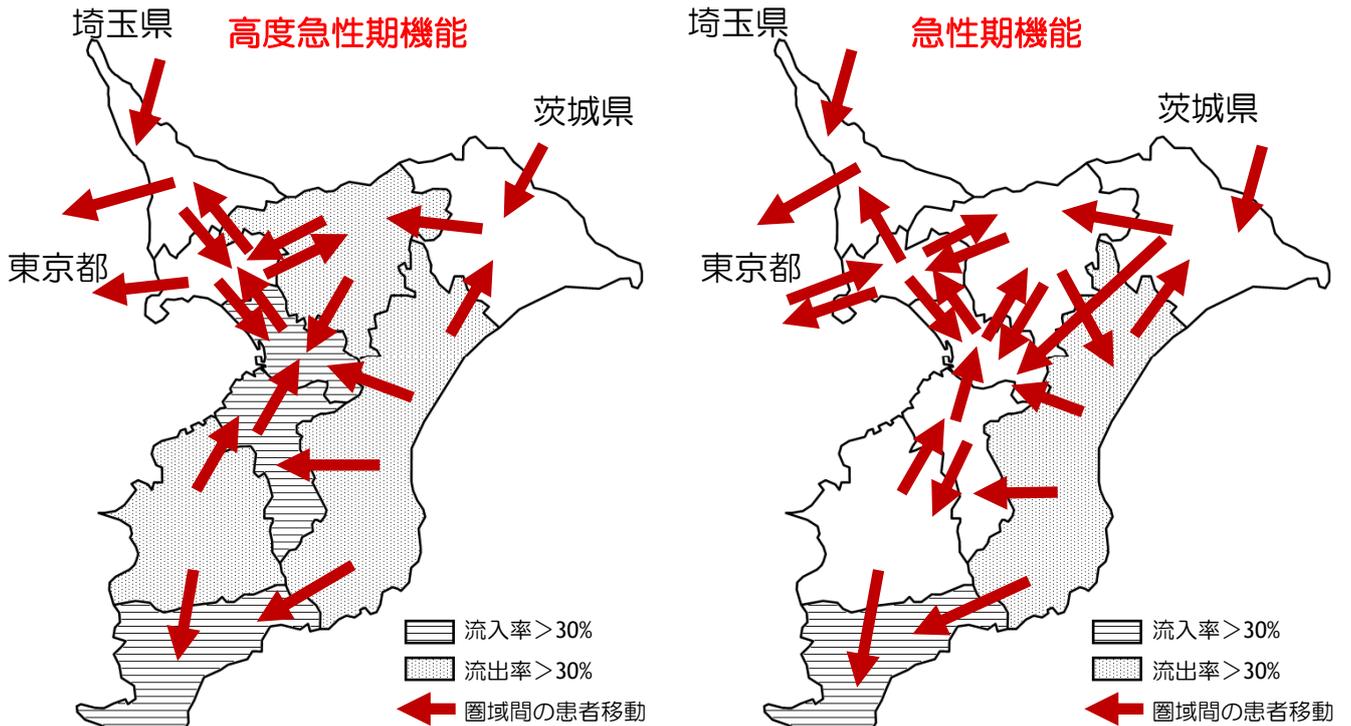
33

- 1 千葉県地域医療構想について
 - (3) 医療需要に対する医療提供体制の検討について
 - ③ 県内構想区域間の調整について



34

県内の圏域間の流出入の状況【高度急性期・急性期】

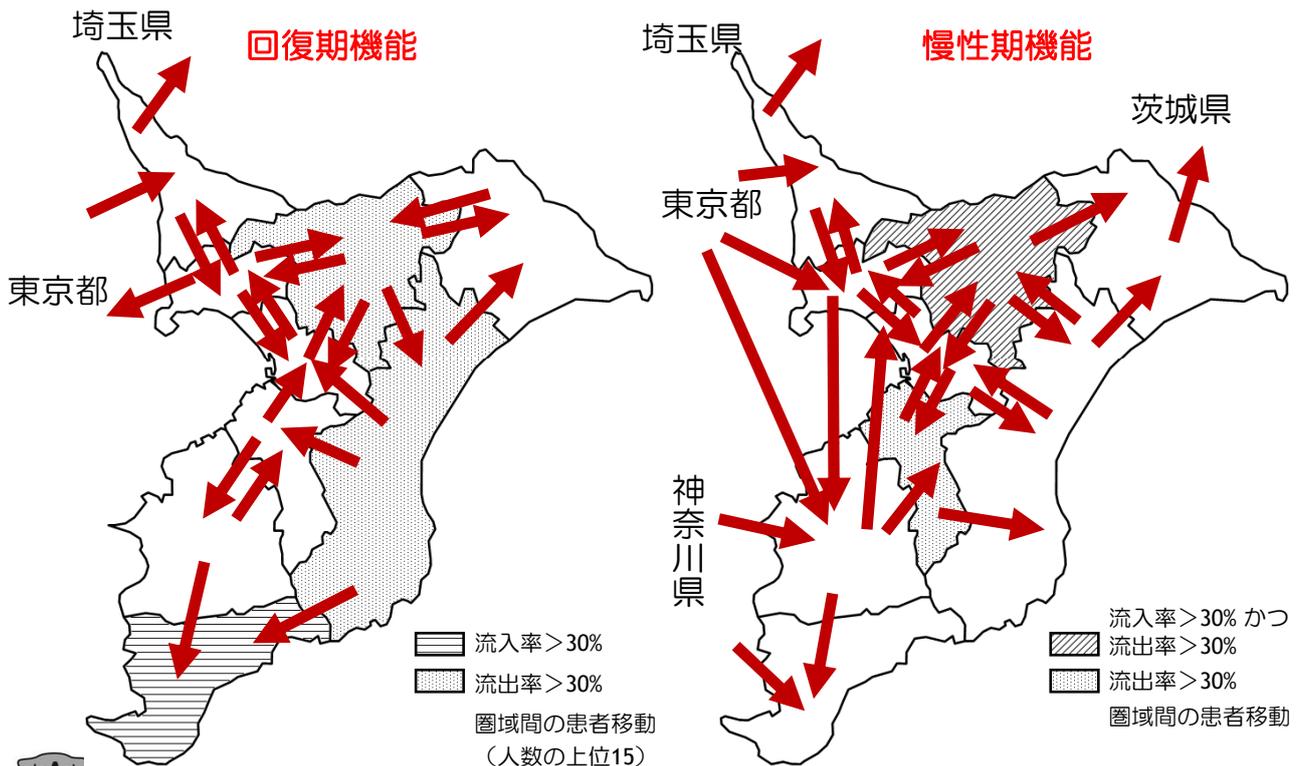


CHIBA

国から提供された「策定支援ツール」による平成37（2025）年の区域別・機能別推計値
 ※平成25年（2013年）の医療需要をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要
 注）矢印は、圏域間の主な入院患者の動きを表したものであり、入院患者数を表したものではない。

35

県内の圏域間の流出入の状況【回復期・慢性期】



CHIBA

国から提供された「策定支援ツール」による平成37（2025）年の区域別・機能別推計値
 ※平成25年（2013年）の医療需要をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要
 注）矢印は、圏域間の主な入院患者の動きを表したものであり、入院患者数を表したものではない。

36

県内構想区域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（ガイドライン）

- ・ 構想区域ごとに、患者住所地に基づき推計した医療需要（患者住所地ベース）と、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数（医療機関所在地ベース）を比較する。
- ・ その上で、県内の医療関係者や市町村の意見を踏まえ、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数を確定することとする。



37

- 1 千葉県地域医療構想について
 - (3) 医療需要に対する医療提供体制の検討について
 - ④医療提供体制の検討



38

千葉県の実医療提供体制（案）

	都県間	県内圏域間				説明
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
①案	患者住所地	患者住所地				医療提供体制について圏域内完結を目指す
②案	医療機関所在地	医療機関所在地				患者の流出入が現状のまま継続すると仮定して推計
③案		患者住所地				診療密度が特に高い高度急性期は、広域的に対応。その他の機能は、圏域内完結を目指す。
④案		医療機関所在地と患者住所地との平均値				診療密度が特に高い高度急性期は、広域的に対応。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する。

39

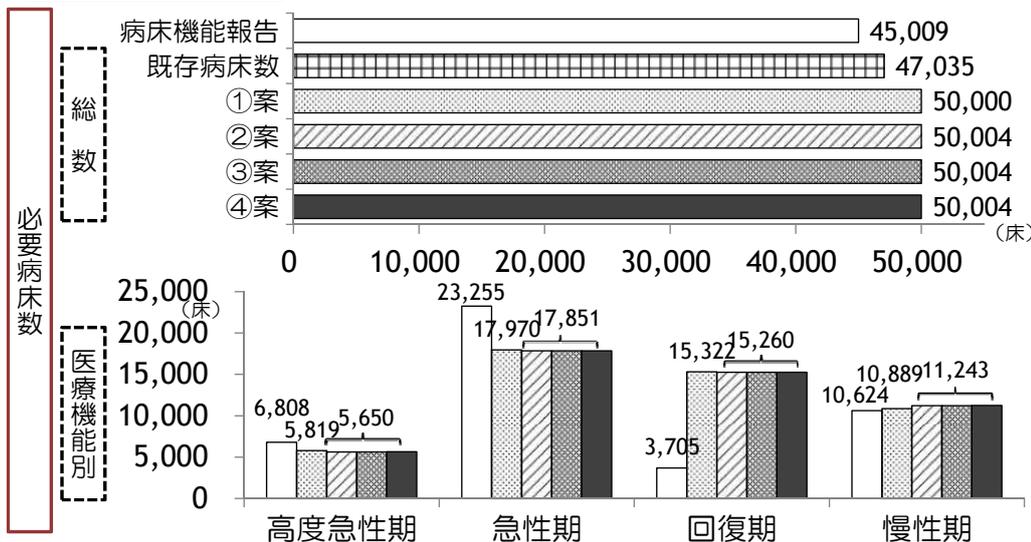
必要病床数等（平成37年・案）

病床機能報告 平成26年度病床機能報告の報告数

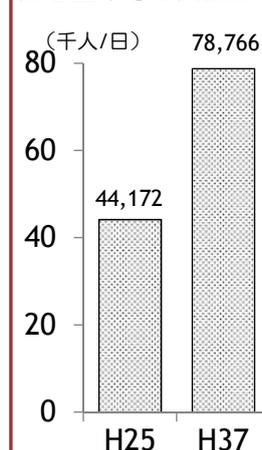
既存病床数 「平成25年医療施設調査」（厚生労働省）による。ただし、一般病床及び療養病床のみ

- ① 患者住所地ベース（患者の流出入がないと仮定する場合）
- ② 医療機関所在地ベース（患者の流出入が現状のまま継続すると仮定する場合）
- ③ 総数は医療機関所在地ベース。圏域への按分は次のとおり。
高度急性期：医療機関所在地ベース 急性期・回復期・慢性期：患者住所地ベース
- ④ 総数は医療機関所在地ベース。圏域への按分は次のとおり。
高度急性期：医療機関所在地ベース
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

千葉県



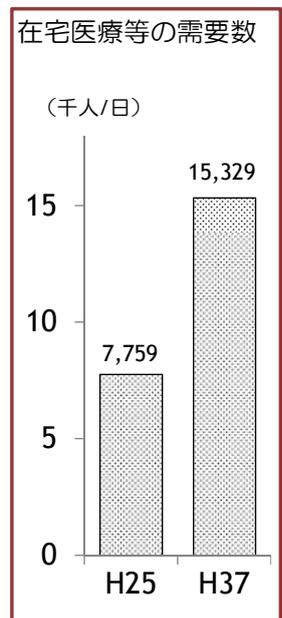
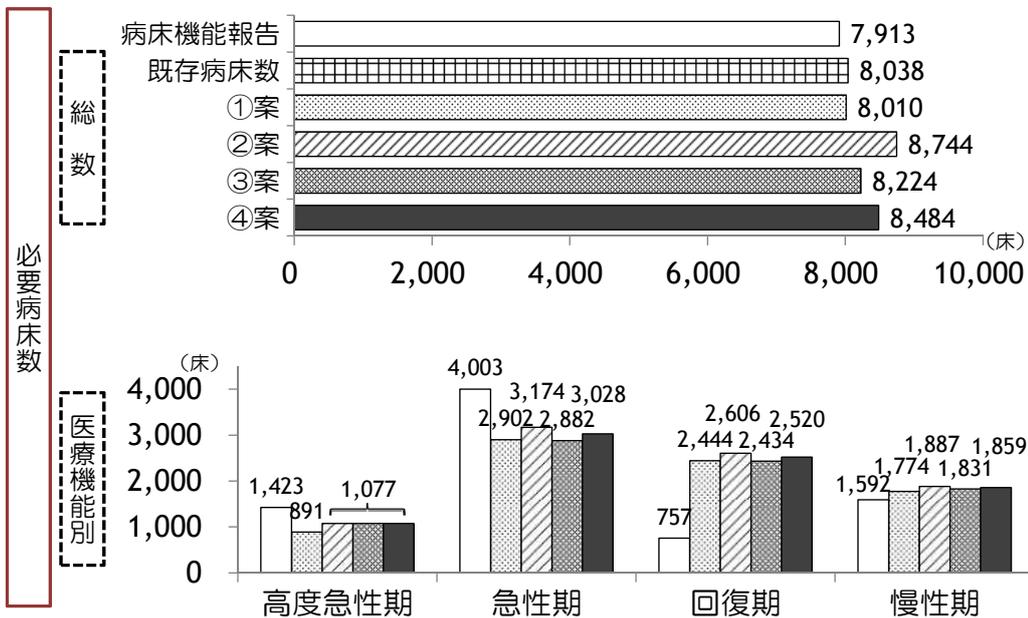
在宅医療等の需要数



圏域別必要病床数等（平成37年・案）

千葉

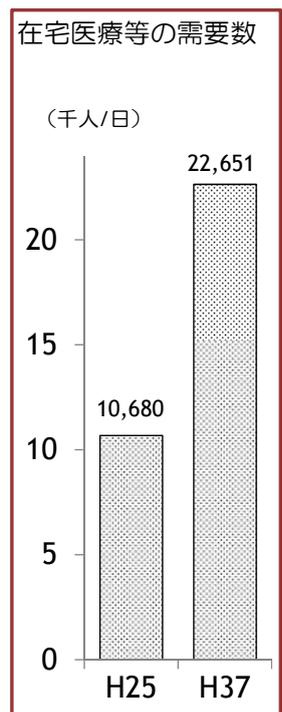
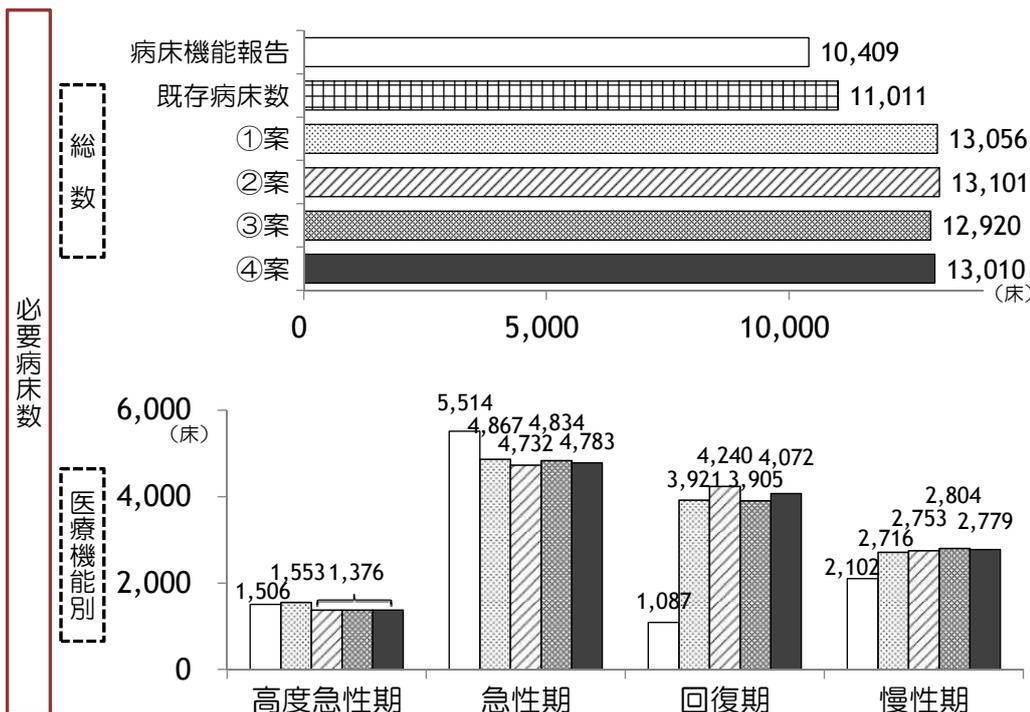
平成37年（2025年）



CHIBA

東葛南部

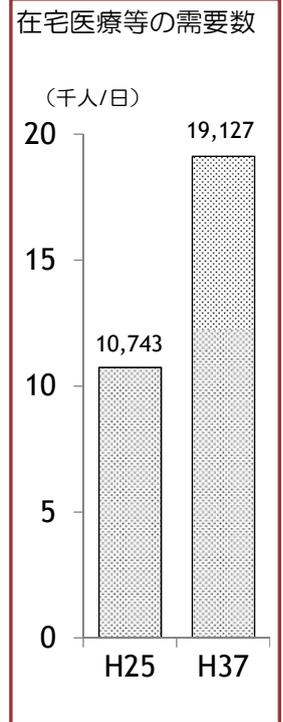
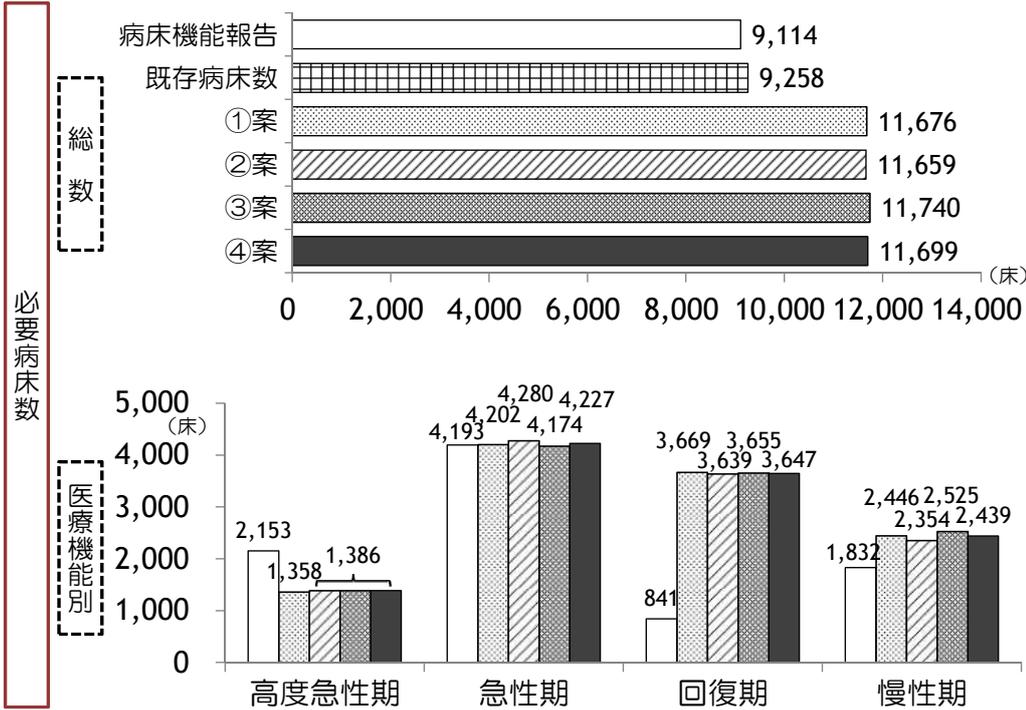
平成37年（2025年）



CHIBA

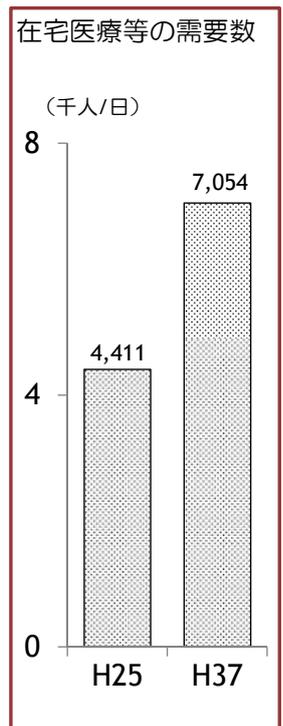
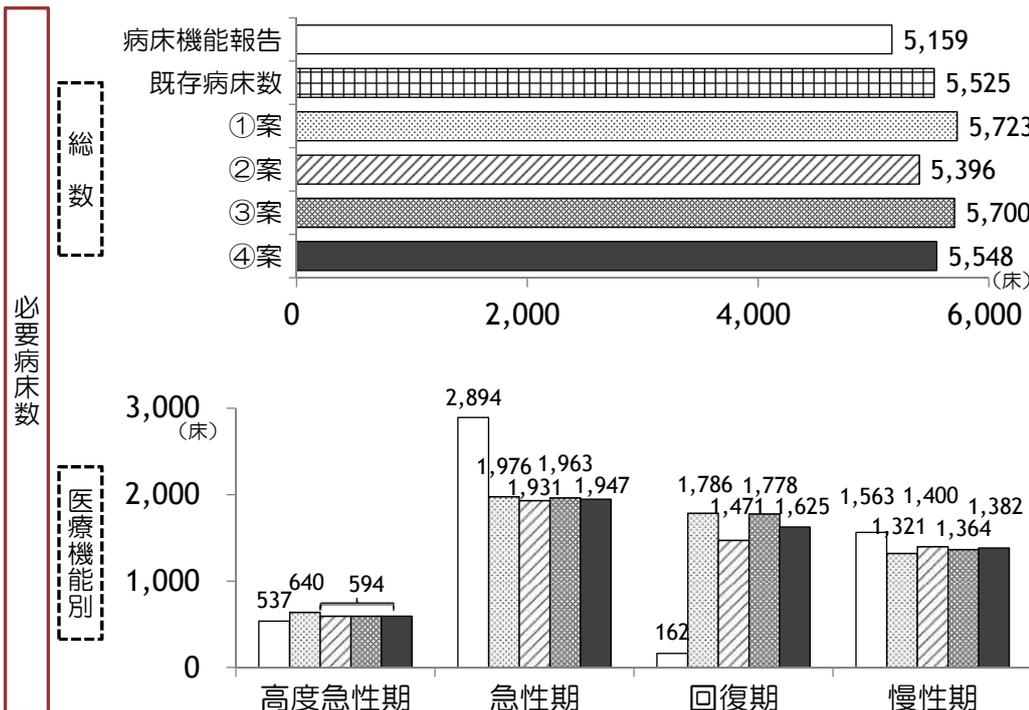
東葛北部

平成37年（2025年）



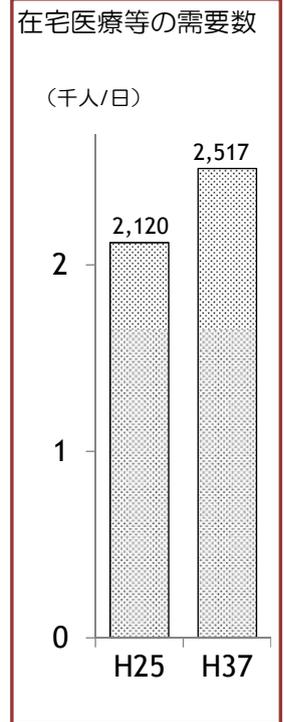
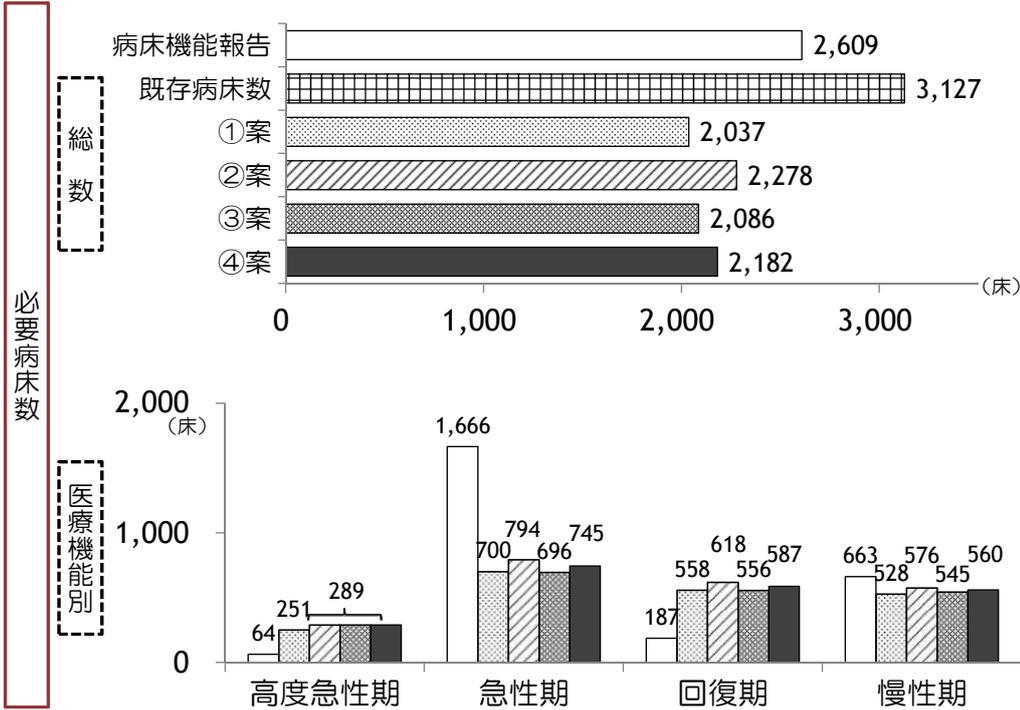
印 旛

平成37年（2025年）



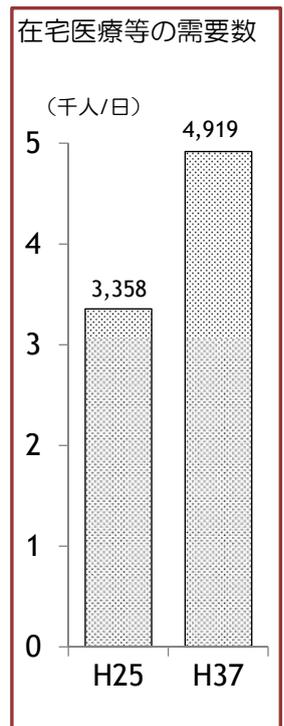
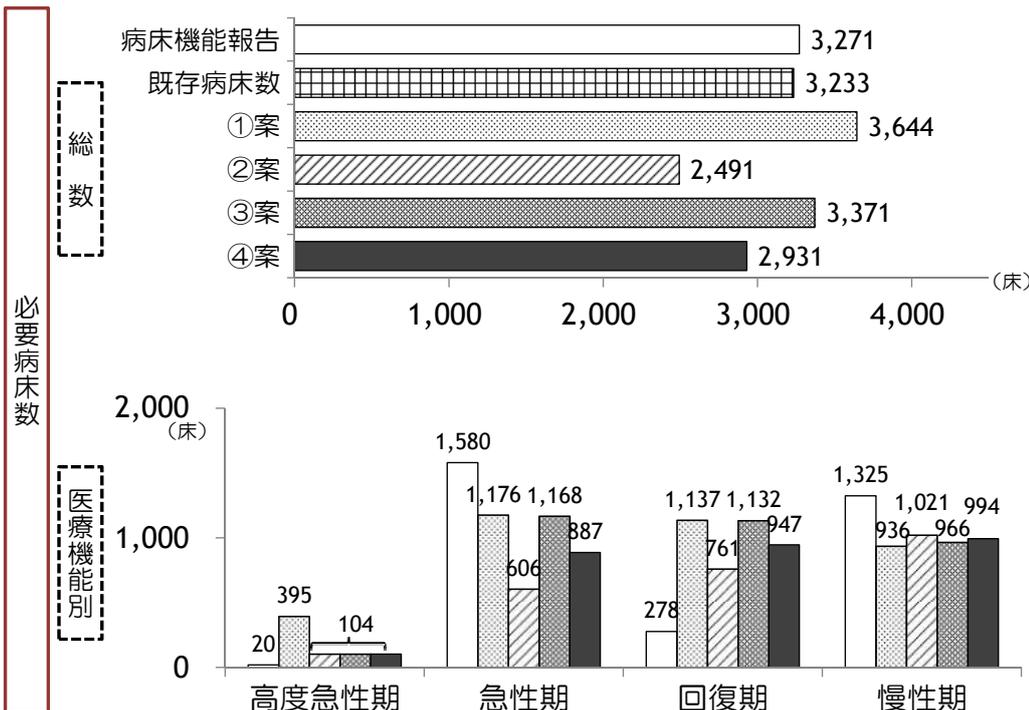
香取海匠

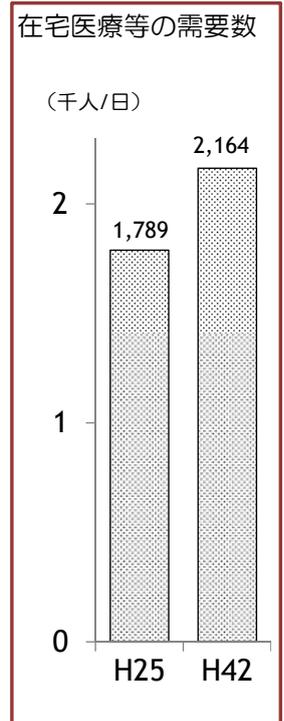
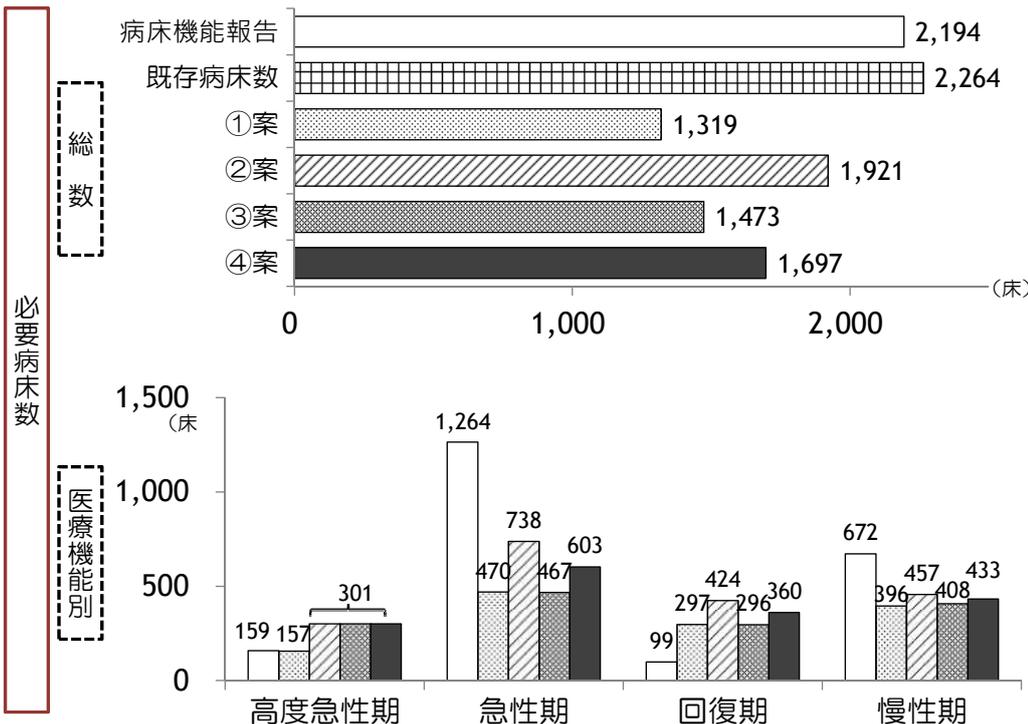
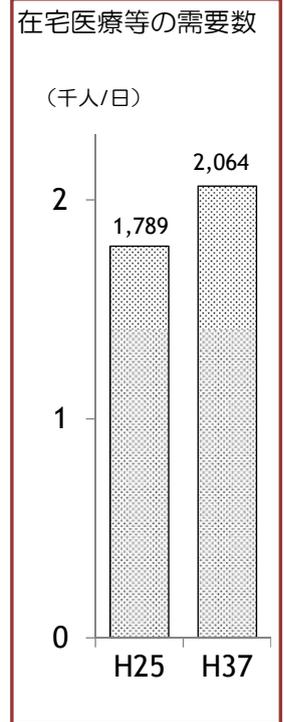
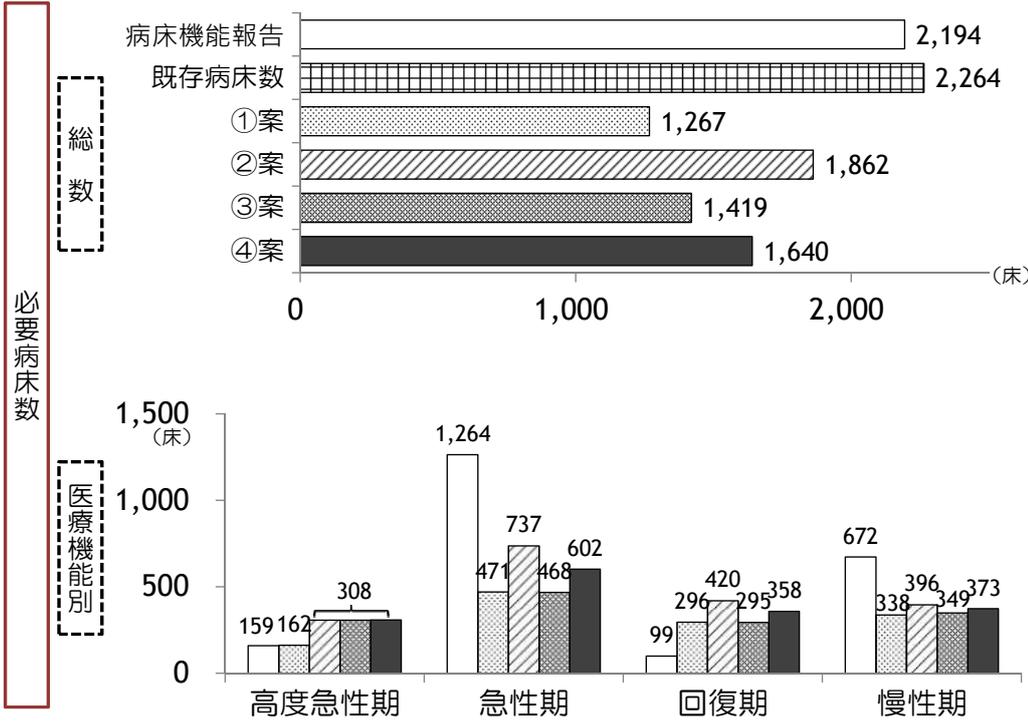
平成37年（2025年）



山武長生夷隅

平成37年（2025年）

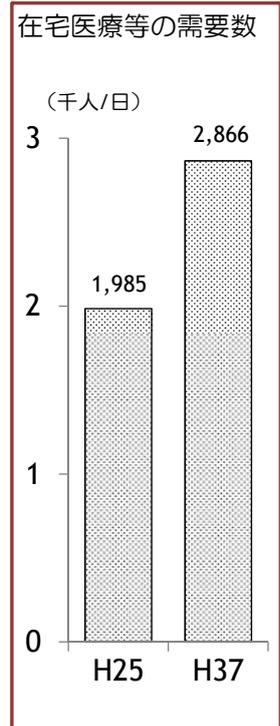
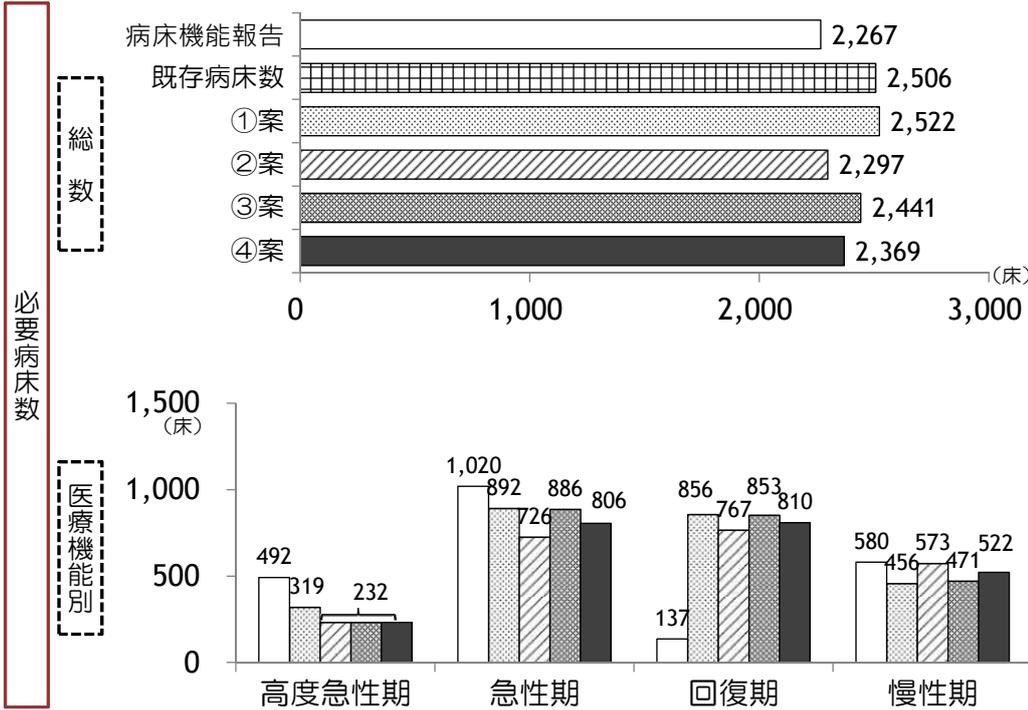




安房地域について、2025年における病床数の必要量を2030年までに達成することとした場合には、2030年に達成すべき病床数の必要量を併せて記載する必要がある。（H27.3.31付け 医政発0331第9号 医政局長通知）

君津

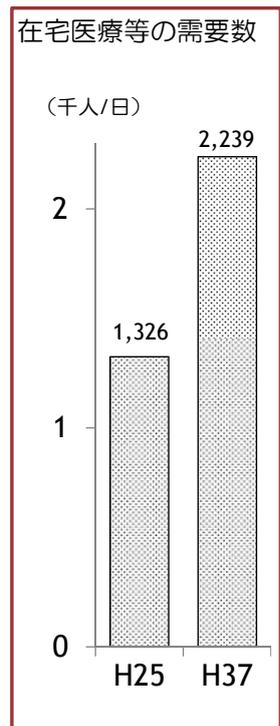
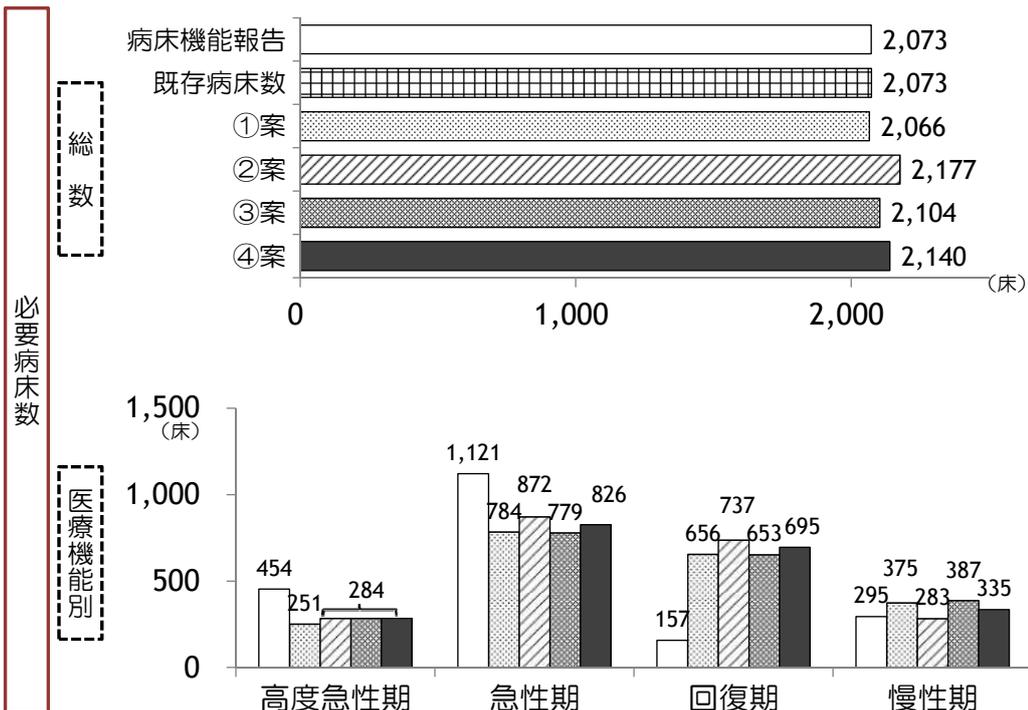
平成37年（2025年）



CHIBA

市原

平成37年（2025年）



CHIBA

- ・医療法の改正で、都道府県知事の対応の規定を新設したが、不足している医療機能の充足等を求めるものなどであり、稼働している病床を削減させるような権限は存在しない。
- ・地域の実情に応じて、関係者が話し合い、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**自主的な取組が基本**。
- ・地域医療構想は、2025年に向けての取組であり、個々の医療機関の医療提供の方針を踏まえつつ、丁寧に調整を行っていくもの。
- ・在宅医療等を含めた地域での医療提供体制を全体として検討する中で、需要に応じた適切な医療提供体制、病床数となっていくように取り組む。



(6月15日の内閣官房専門調査会で報告された必要病床数の試算値について)

CHIBA

51

1 千葉県地域医療構想について

(4) 地域医療構想調整会議について



CHIBA

52

地域医療構想調整会議①（ガイドライン）

○構想区域ごとに設置し、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**。

○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
- 等について協議する。

※千葉県では、地域医療構想の策定の段階から設置する。



地域医療構想調整会議の参加者（ガイドライン）

- ・ 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のが望ましい。
- ・ 医療保険者は、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。
- ・ 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開催スケジュール（予定）

圏域 (事務局保健所)	地域保健医療連携会議(地域医療構想調整会議)	
	日時	場所
千葉 (千葉市)	H27.12.22(火) 19:00～	千葉市総合保健医療センター 5階大会議室
東葛南部 (習志野)	H27.12.10(木) 13:30～	習志野健康福祉センター 3階会議室
東葛北部 (松戸)	H27.12.16(水) 13:30～	ウエルネス柏4階研修室
印旛 (印旛)	H27.11.19(木) 18:00～	印旛合同庁舎2階大会議室
香取海匝 (香取)	H27.12.17(木) 13:30～	東庄町公民館大ホール
山武長生夷隅 (長生)	H27.12.16(水) 18:30～	長生合同庁舎4階大会議室
安房 (安房)	H27.11.27(金) 18:30～20:00	亀田医療大学1階会議室
君津 (君津)	H27.12.21(月) 18:30～	君津健康福祉センター大会議室
市原 (市原)	H27.12.18(金) 13:30～	市原市急病センター2階A会議室

55

調整会議のイメージ



※地域医療構想策定後は、協議をより効果的・効率的に進めるため、地域医療構想調整会議のあり方は、今後の議論を踏まえて来年度以降も柔軟に見直す。

56

2 千葉県保健医療計画の一部改定について

(1) 千葉県保健医療計画の一部改定（素案） について



千葉県保健医療計画の一部改定（素案）

第1部 計画改定の趣旨等

第2部 地域医療構想

第1章 千葉県における現状と将来の医療需要

第2章 構想区域の設定

第3章 千葉県が目指すべき医療提供体制

第4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章 各区域における目指すべき医療提供体制と実現のための
施策

第6章 地域医療構想の推進体制と評価

第3部 千葉県保健医療計画の一部改定

付則 参考資料



地域医療構想（案）①

第1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
人口等の状況／医療・介護提供体制／病床機能報告結果／入院患者の流出入／県民の意識・意向／死因・死亡場所
- 2 将来の医療需要
入院医療／在宅医療

第2章 構想区域の設定

- 1 構想区域の意義
- 2 構想区域の設定

第3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
- 2 在宅医療などの必要量



59

地域医療構想（案）②

第4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
- 2 在宅医療の推進
- 3 医療従事者の確保育成
- 4 地域医療の格差解消
- 5 疾病ごとの医療連携システムの構築
- 6 公的病院等の役割
- 7 地域医療連携推進法人制度の活用
- 8 県民の適切な受療行動と健康づくり

第5章 各区域における目指すべき医療提供体制と実現のための施策

各区域の医療提供体制を記載

第6章 地域医療構想の推進体制と評価

推進体制／評価の実施



60

国における関連施策についての検討等の状況

- 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会
- 療養病床等の在り方等に関する検討会
- 医療従事者の需給関係
- 必要病床数と基準病床数との関係



61

2 千葉県保健医療計画の一部改定について (2) 現行計画に掲げた施策の進捗状況の評価について



62

一部改定と施策の評価指標①

- 平成27年3月に開催された千葉県医療審議会総会において、計画改定にあたっての基本的な考え方として、次のとおり確認されました。

現行の医療計画について、計画に掲げた施策の進捗評価を行い、必要に応じて計画の見直し（一部改定）を行った上で、計画期間を平成29年度まで延長します。



63

一部改定と施策の評価指標②

- 現行計画では、個々の施策等の達成状況の評価を行い、その評価結果を踏まえ、必要に応じて計画の見直しを行っていくため、177の評価指標を設定しています。

評価指標の種類	数
アウトカム指標（結果） 医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標	34
プロセス指標（過程） 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標	85
ストラクチャー指標（基盤） 医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標	58



64

現行計画の評価①

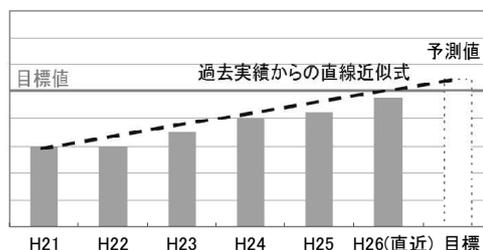
- 平成27年11月1日現在で政府統計等から実績値を把握し、目標を達成したか（達成する見込みがあるのか）否かの評価を行いました。
- 評価基準の定義は次のとおりとします。

達成（◎）

すでに目標値を達成しており、かつ、目標年度においても引き続き達成していると見込まれる。

達成見込み（○）

現時点では目標値を達成していないものの、これまでの実績から推計される目標年度での予測値が目標を満たす。



65

現行計画の評価②

達成見込みなし（△）

現時点では達成しておらず、これまでの実績からも目標年度にも目標値を満たさないとと思われるが、一方で、目標設定時の現状値からの推移が維持・向上傾向にある。

悪化傾向（×）

現時点では達成しておらず、これまでの実績からも目標年度にも目標値を満たさないとと思われる、かつ、目標設定時の現状値からの推移が悪化傾向にある

評価不能・その他（－）

現時点では、「現状値（H25.5改定時）」よりも新しい現状値を把握することができず評価できない など

現行計画の評価③

評価結果（総括）

- 177指標の総合評価の単純集計では、達成（達成見込みありを含む）は全体の52.5%の93指標でした。また、未達成（達成見込みなしを含む）の49指標のうち15指標（8.5%）は指標策定時よりも悪化傾向にありました。

	達成	未達成	うち悪化	評価不能・その他
アウトカム指標	58.8%	32.4%	26.5%	8.8%
プロセス指標	47.1%	25.9%	7.1%	27.1%
ストラクチャー指標	56.9%	27.6%	1.7%	15.5%
計	52.5%	27.7%	8.5%	19.8%

67

現行計画の評価④

評価結果（分野別）

- がん
アウトカム指標である「住まいの場での死亡割合」「75歳未満年齢調整死亡率（男性）」は達成、「同（女性）」は未達成ではあるが改善傾向にあり、概ね進展が図られている。評価可能なプロセス・ストラクチャー指標はすべて達成が見込まれ、進展が図られている。
- 脳卒中
評価が可能なプロセス指標は75%、ストラクチャー指標はすべての達成が見込まれ、進展が図られている。
- 急性心筋梗塞
評価が可能なプロセス指標は75%、ストラクチャー指標はすべての達成が見込まれ、進展が図られている。
- 糖尿病
アウトカム指標である「合併症の減少」は、これまでの改善傾向が継続すれば達成が見込まれ、進展が図られている。評価可能なプロセス指標は67%の達成が見込まれ、概ね進展が図られている。

68

現行計画の評価⑤

評価結果（分野別）

○ 精神疾患

アウトカム指標である「1年入院者の平均退院率」「地域定着支援サービスの利用者数」「自殺死亡率」等は達成（見込み）であり進展が図られている。評価可能なプロセス指標は75%が達成見込みで進展が図られているが、ストラクチャー指標の67%は、改善傾向にあるものの未達成の見込みであり、継続した取組みが必要である。

○ 精神疾患（認知症）

評価可能なプロセス・ストラクチャー指標はすべて達成が見込まれ、進展が図られている。

○ 救急医療

アウトカム指標である「心肺停止状態で見つかった者の1ヶ月後の生存率」は達成見込みであり、進展が図られている。評価可能なプロセス指標は達成が見込めない上悪化しており、継続した取組みが必要である。ストラクチャー指標の50%は達成見込みであり、概ね進展が図られている。

69

現行計画の評価⑥

評価結果（分野別）

○ 災害時における医療

ストラクチャー指標の75%は達成が見込まれ、進展が図られている。

○ 周産期医療

アウトカム指標である「妊産婦死亡率」「新生児死亡率」「周産期死亡率」はいずれも達成しており、進展が図られている。プロセス指標はいずれも達成が見込めない上悪化が見込まれる指標も多く、また、ストラクチャー指標の達成見込みは43%にとどまり、いずれも継続した取組が必要である。

○ 小児医療

アウトカム指標である「乳幼児死亡率」「小児死亡率」はいずれも達成しており、進展が図られている。ストラクチャー指標の67%は達成が見込まれ、概ね進展が図られている。

70

現行計画の評価⑦

評価結果（分野別）

- 機能分化と連携
評価可能なアウトカム指標及びプロセス指標は、いずれも達成の見込みがなく継続した取組が必要である。
- 在宅医療
アウトカム指標である「在宅死亡率」は達成が見込まれ、評価可能なプロセス指標も達成しており、進展が図られている。評価可能なストラクチャー指標の50%は達成見込みであり、概ね進展が図られている。
- 各種疾病対策等（結核、感染症、歯科、リハビリ等）
アウトカム指標である「むし歯のない3歳時の割合」などは達成しているが、「進行した歯周炎にかかっている者の割合」などは達成が見込まれず、継続した取組が必要である。
- 総合的な健康づくりの推進
評価可能なアウトカム指標である「健康格差の縮小」は悪化傾向にあり、継続した取組が必要である。

71

現行計画の評価⑧

評価結果（分野別）

- 保健・福祉・医療の連携確保
評価可能なプロセス・ストラクチャー指標は、未達成と見込まれるものが多く、継続した取組が必要である。
- 人材の養成・確保
アウトカム指標である「看護職員の離職率」は悪化傾向にあり、継続した取組が必要である。プロセス指標1項目は達成され、進展が図られている。ストラクチャー指標の80%は達成（見込み）であり、進展が図られている。
- 連携拠点
プロセス指標1項目は改善傾向にあるものの未達成と見込まれ、継続した取組が必要である。
- 安全と生活
アウトカム指標である「食中毒罹患率」は目標を達成しており、進展が図られている。プロセス指標の78%、ストラクチャー指標の2項目すべてが達成（見込み）であり、いずれも進展が図られている。

72

○平成27年11月1日現在の達成状況

		◎	○	△	×	—	計
がん	結果	2		1			3
	過程	5	4			2	11
	基盤	1	3			1	5
脳卒中	結果						
	過程		6	2		4	12
	基盤	3				2	5
急性心筋 梗塞	結果						
	過程		6	2		5	13
	基盤	1				2	3
糖尿病	結果		1				1
	過程		4	2		6	12
	基盤					1	1
精神疾患	結果	2	2		1		5
	過程	2	1	1		2	6
	基盤	1		2			3



CHIBA

◎：達成 ○：達成見込み △：改善傾向にあるが達成困難 ×：悪化傾向にあり達成困難
—：評価不能・その他（例・評価に使用する統計結果が現時点では把握できない等）

73

○平成27年11月1日現在の達成状況

		◎	○	△	×	—	計
精神疾患 (認知症)	結果					1	1
	過程	2					2
	基盤	4	1				5
救急医療	結果	1					1
	過程				1	1	2
	基盤	2		2			4
災害時に おける医療	結果						
	過程						
	基盤	2	1	1			4
周産期医療	結果	4					4
	過程			1	2		3
	基盤	2	1	4			7
小児医療	結果	3					3
	過程						
	基盤	1	1	1			3



CHIBA

◎：達成 ○：達成見込み △：改善傾向にあるが達成困難 ×：悪化傾向にあり達成困難
—：評価不能・その他（例・評価に使用する統計結果が現時点では把握できない等）

74

○平成27年11月1日現在の達成状況

		◎	○	△	×	—	計
機能分化と連携	結果			1	1		2
	過程			1			1
	基盤					1	1
在宅医療	結果		1				1
	過程	1				2	3
	基盤	1		1		2	4
各種疾病対策	結果	2	1		4		7
	過程	1		4	1		6
	基盤	1		2			3
総合的な健康づくりの推進	結果				2	2	4
	過程						
	基盤						
保健・福祉・医療の連携確保	結果						
	過程			2		1	3
	基盤	1		1	1		3



CHIBA

◎：達成 ○：達成見込み △：改善傾向にあるが達成困難 ×：悪化傾向にあり達成困難
—：評価不能・その他（例・評価に使用する統計結果が現時点では把握できない 等）

75

○平成27年11月1日現在の達成状況

		◎	○	△	×	—	計
人材の養成確保	結果				1		1
	過程	1					1
	基盤	3	1	1			5
連携拠点	結果						
	過程			1			1
	基盤						
安全と生活	結果	1					1
	過程	4	3	1	1		9
	基盤	1	1				2
単純集計	結果	15	5	2	9	3	34
	過程	16	24	17	5	23	85
	基盤	24	9	15	1	9	58
	計	55	38	34	15	35	177
単純集計 (種類別構成比)	結果	44.1%	14.7%	5.9%	26.5%	8.8%	100%
	過程	18.8%	28.2%	20.0%	5.9%	27.1%	100%
	基盤	41.4%	15.5%	25.9%	1.7%	15.5%	100%
	計	31.1%	21.5%	19.2%	8.5%	19.8%	100%



CHIBA

◎：達成 ○：達成見込み △：改善傾向にあるが達成困難 ×：悪化傾向にあり達成困難
—：評価不能・その他（例・評価に使用する統計結果が現時点では把握できない 等）

76

計画期間延長に向けての 指標についての考え方（案）

- 計画期間を延長して引き続き施策を推進することに伴い、次の考え方で指標を見直すこととします。

(1) 目標を達成している場合、又は、今年度中の達成が見込まれる場合

ア 現在の目標値を維持すべき理由のある場合

原則として、現在の目標値を平成29年度の目標値とする。

例：「在宅死亡率 経年ごとに上回る（平成27年度）」

「行政栄養士未配置市町村数 なし（平成27年度）」



CHIBA

77

イ ア以外の場合

原則として、平成29年度を目標年度とする新たな目標値を設定する。

例：「小児電話相談件数 17,500件（平成27年度）」

(2) (1)以外の場合

ア 目標年度が平成28年度以降の場合

現在の目標値及び目標年度を維持する。

例：「成人の喫煙率（男性） 20.0%（平成34年度）」

イ 目標年度が平成27年度以前の場合

原則として、現在の目標値を平成29年度の目標値とする。

例：「かかりつけ医の定着度 60.0%（平成27年度）」

