

第3章 保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏設定の趣旨

少子・高齢化の進展、疾病構造の変化、医療技術の進歩による医療の高度化、専門化、また、健康に対する県民意識の高まり等により、保健医療需要は今後ますます増大、多様化するとともに、より質の高いサービスが求められるものと考えられます。

これらに対応しながら、県民に適切な保健医療サービスを効率的に提供するためには、県民の生活行動の実態を踏まえ、適当な広がりを持った圏域を設定し、それぞれの圏域における保健医療需要を把握し、これに基づいて保健医療サービスのあり方を検討し、計画的に提供していくことが必要なことから、保健医療サービスを提供していくための地域的単位として、保健医療圏を設定します。

ただし、保健医療圏の設定はあくまでも行政的配慮に基づくもので、圏域を超えての県民に対する保健医療サービスの提供や、県民の受診が制限されるものではありません。

第2節 保健医療圏

1 二次保健医療圏

(1) 二次保健医療圏の意義

二次保健医療圏は、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づく区域で、特殊な医療を除く病院の病床*の整備を図るべき地域的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圏域です。

(2) 二次保健医療圏の設定

二次保健医療圏の設定に当たっては、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療を提供する体制の整備を図ることが相当であると認められるものを単位として設定することとなりますが、この他に、

①人口構造、患者の受療状況、医療提供施設の分布

②高齢者保健福祉圏域、広域市町村圏、健康福祉センター（保健所）・福祉事務所等、県の行政機関の管轄区域、学区等といった既存の圏域との整合性等を総合的に勘案し、二次保健医療圏を設定しています。

千葉県では、平成20年4月に保健医療計画の一部見直しを行い、循環型地域医療連携システム*を構築する観点から現行の9つの二次保健医療圏を設定しました。

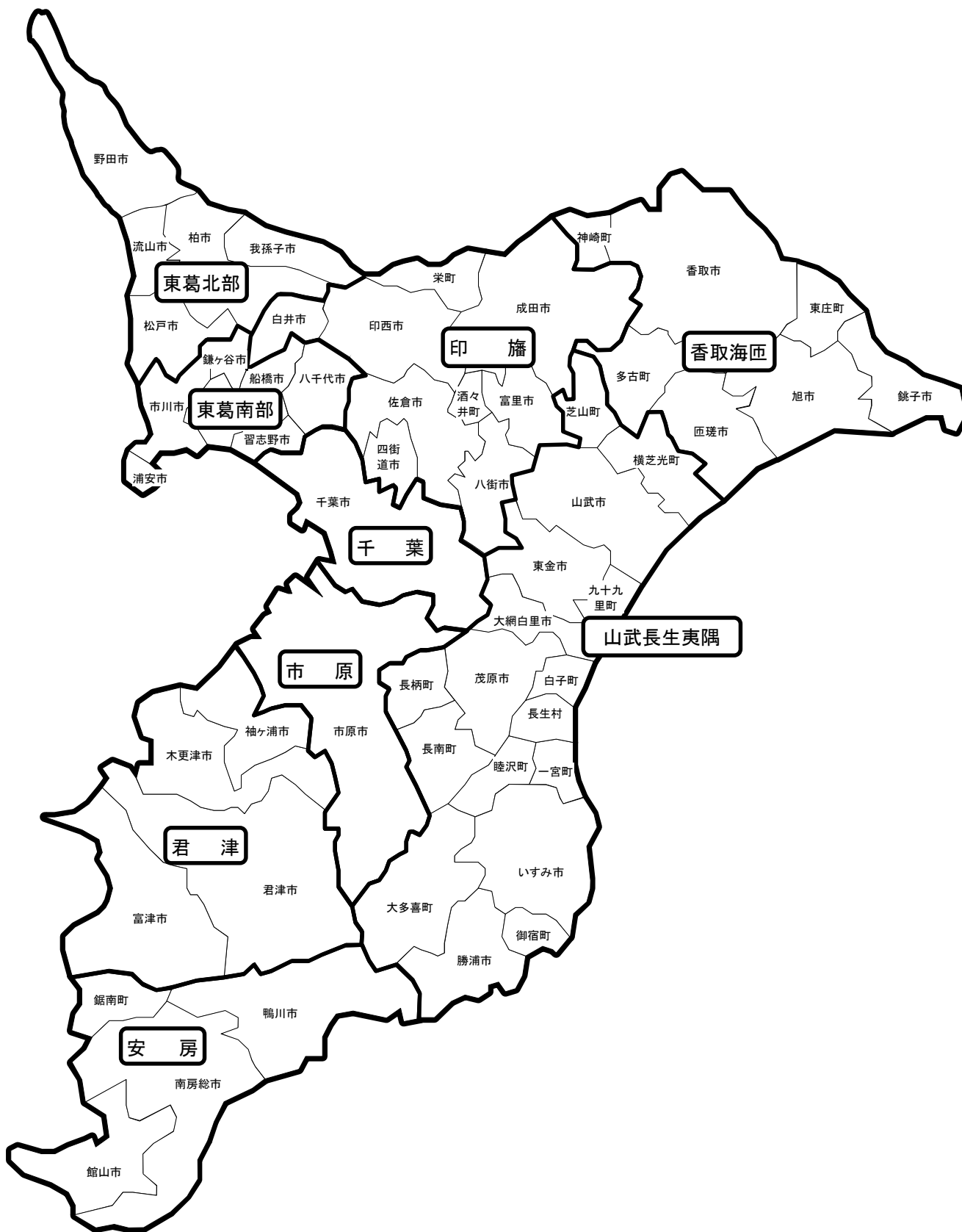
本計画においても、引き続きこの9圏域を基本として、健康づくり・医療・福祉の各種施策を展開することにより、一層の保健医療計画の定着が図られるよう取組みを進めていくこととします。

図表 1-3-2-1-1 千葉県における二次保健医療圏の人口、面積及び構成市町村

保健医療圏	人口（人）	面積（k m ² ）	構成市町村
千葉	966,154	271.77	千葉市
東葛南部	1,760,137	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	1,375,743	358.14	松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市
印旛	726,140	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	282,442	717.47	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	437,962	1161.75	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	129,159	576.53	館山市、鴨川市、南房総市、安房郡鋸南町
君津	328,836	758.22	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	278,587	368.17	市原市
県計	6,285,160	5,157.64	37市16町1村

資料：千葉県年齢別・町丁字別人口調査（平成29年4月1日現在・千葉県）
平成28年全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院）

図表 1-3-2-1-2 千葉県における二次保健医療圏



2 三次保健医療圏

(1) 三次保健医療圏の意義

三次保健医療圏は、医療法第30条の4第2項第13号の規定に基づく区域で、先進的な技術や特殊な医療機器の使用を必要とするもの、発生頻度が低い疾病や特に専門性の高い救急医療などの保健医療サービスを提供するための圏域です。

(2) 三次保健医療圏の設定

三次保健医療圏は、県全域とします。

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のものです。

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の基準病床数を医療法施行規則第30条の30第1項に規定する算定方法（以下、算定基準という。）等により、次表のとおり定めます。

千葉、東葛南部及び東葛北部の各保健医療圏における基準病床数については、中間見直し年度（平成32年度）までの整備目標とし、算定基準に従い算定した数に、厚生労働大臣へ協議を行い、その同意を得られた数を加えて得た数を基準病床数としています。（医療法施行令第5条の2第2項）（図表1-3-3-2-2参照）

なお、中間見直し年度（平成32年度）において基準病床数の見直しについて検討を行います。

図表 1-3-3-2-1 療養病床及び一般病床に係る基準病床数等

保健医療圏	基準病床数（床） A	既存病床数（床） B	差し引き（床） B－A
千葉	8,039	7,772	▲267
東葛南部	12,136	11,612	▲524
東葛北部	10,728	10,146	▲582
印旛	4,342	6,405	2,063
香取海匝	2,284	3,205	921
山武長生夷隅	2,717	3,516	799
安房	1,694	2,092	398
君津	2,479	2,532	53
市原	2,007	2,132	125
計	46,426	49,412	2,986

注 既存病床数は、平成29年10月1日現在の開設許可病床数に、放射線治療室等の病床について、病院及び療養病床を有する診療所の人員及び施設等に関する基準を定める条例第3条の規定により所要の補正を行った上で、配分済みの病床数を加えたものです。

図表 1-3-3-2-2 基準病床数の内訳

(単位：床)

保健医療圏	基準病床数	算定基準に従い 算定した数	国に協議を行い 同意を得た数
千葉	8,039	7,302	737
東葛南部	12,136	11,336	800
東葛北部	10,728	9,902	826

また、有床診療所の療養病床及び一般病床については、平成30年4月1日から改正後の医療法施行規則第1条の14第7項第1号及び第2号に該当する場合、千葉県医療審議会の意見を聴いて、知事が必要と認める場合は、届出により病床を設置することができます。

(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の基準病床数を医療法施行規則第30条の30第1項に規定する算定方法等により、次表のとおり定めます。

図表 1-3-3-2-3 精神病床、結核病床及び感染症病床に係る基準病床数等

病床の区分	基準病床数 (床) A	既存病床数 (床) B	差し引き (床) B - A
精神病床	10,674	12,525	1,851
結核病床	72	124	52
感染症病床	60	60	0

注 既存病床数は、平成29年10月1日現在の開設許可病床数に、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の規定による指定入院医療機関である病院の病床（同法による入院による医療に係るものに限る。）について、病院及び療養病床を有する診療所の人員及び施設等に関する基準を定める条例第3条の規定により所要の補正を行った上で、配分済みの病床数を加えたものです。

第4章 地域医療構想

第1節 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）

平成37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（平成37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

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、現状から6年後の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。

病床機能報告の結果は千葉県ホームページで公表しています。

千葉県病床機能報告

検索

図表 1-4-1-4-1 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節 千葉県における現状と将来の医療需要

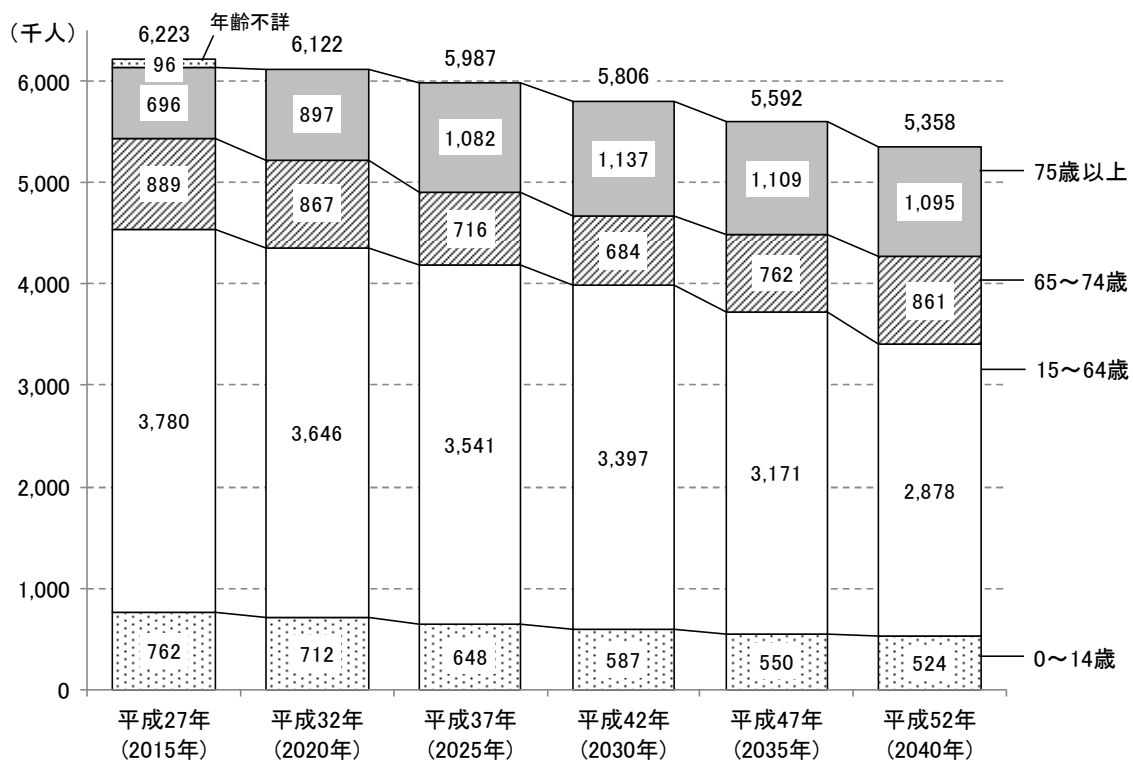
1 人口等の状況

千葉県の平成27年時点での総人口は6,222,666人でしたが、今後は、総人口は緩やかに減少し、平成37年には5,987,027人、平成52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年時点の0歳から15歳までの年少人口は762,112人、15歳から64歳までの生産年齢人口は3,779,812人でしたが、平成37年には、それぞれ648,271人（平成27年の85%）、3,540,991人（同94%）に、平成52年には、それぞれ523,847人（同69%）、2,877,866人（76%）へと減少する見込みです。

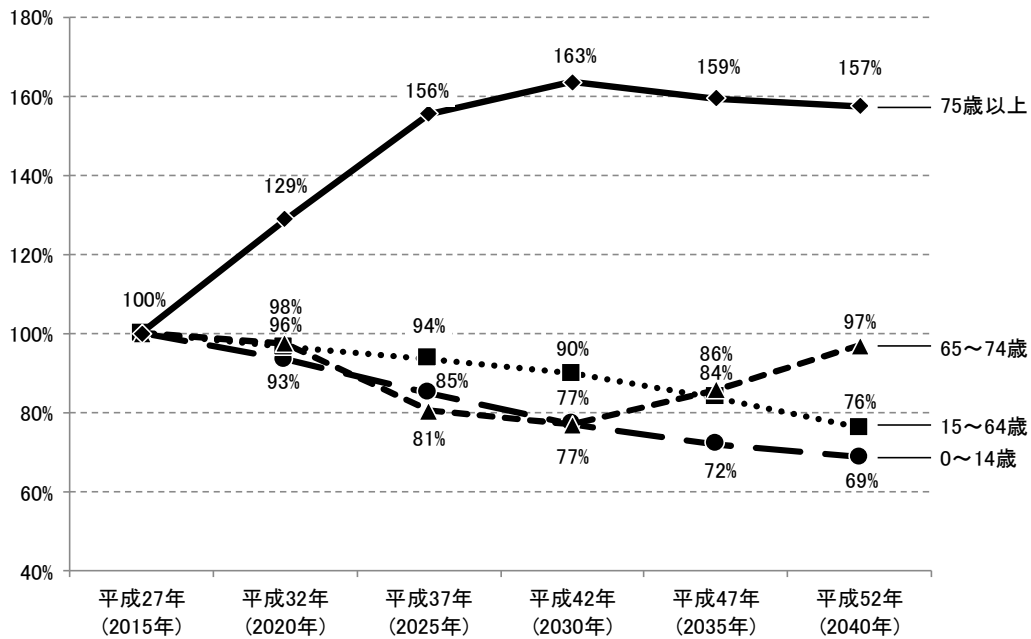
一方、75歳以上の人口は平成27年時点では695,819人でしたが、平成37年には1,082,206人（平成27年の156%）、平成42年には1,137,288人（同163%）と増加し、その後減少に転じ、平成52年には1,095,361人（同157%）になると見込まれています。

図表 1-4-2-1-1 千葉県の将来推計人口



資料：「平成27年国勢調査」（総務省）、「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

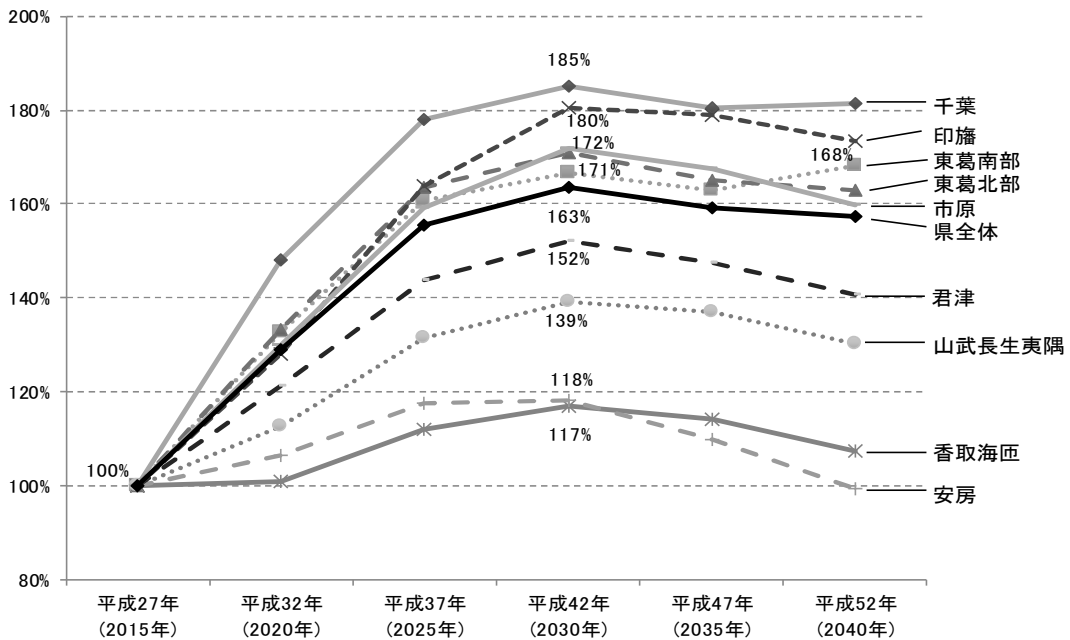
図表 1-4-2-1-2 年齢階級別人口の対平成27年増加率（千葉県）



資料：「平成27年国勢調査」（総務省）、「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

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ります。平成52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」、「市原」です。

図表 1-4-2-1-3 75歳以上人口の対平成27年増加率（二次保健医療圏別）

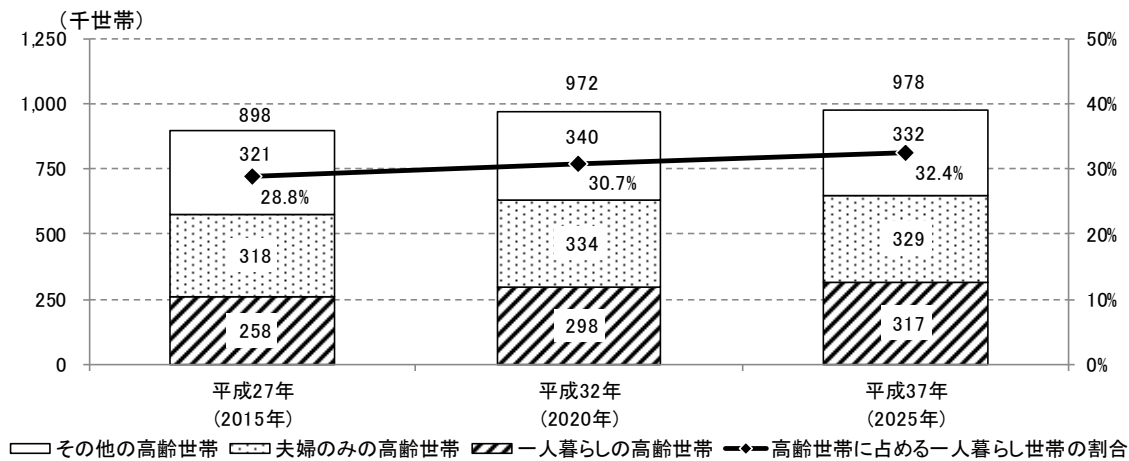


資料：「平成27年国勢調査」（総務省）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

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27年には258千人でしたが、平成37年には317千人となり、平成27年の約1.2倍に増加します。

図表 1-4-2-1-4 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）



資料：「平成27年国勢調査」（総務省）、「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

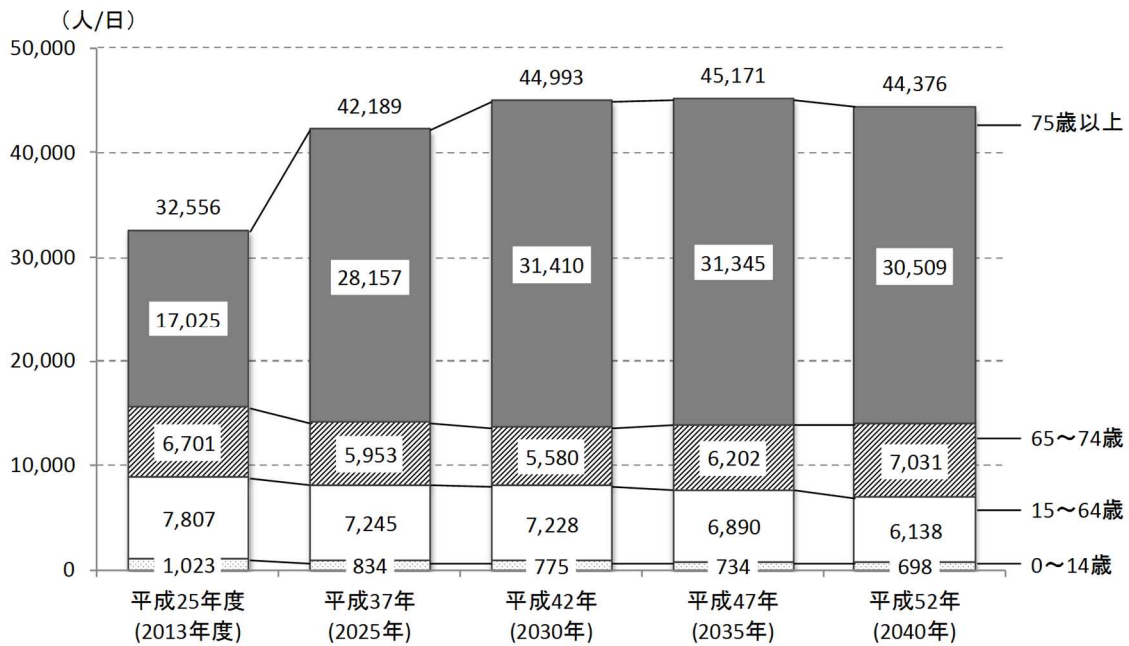
2 将来の医療需要

(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。

図表 1-4-2-2-1 一般・療養病床における入院患者数の将来推計（千葉県）



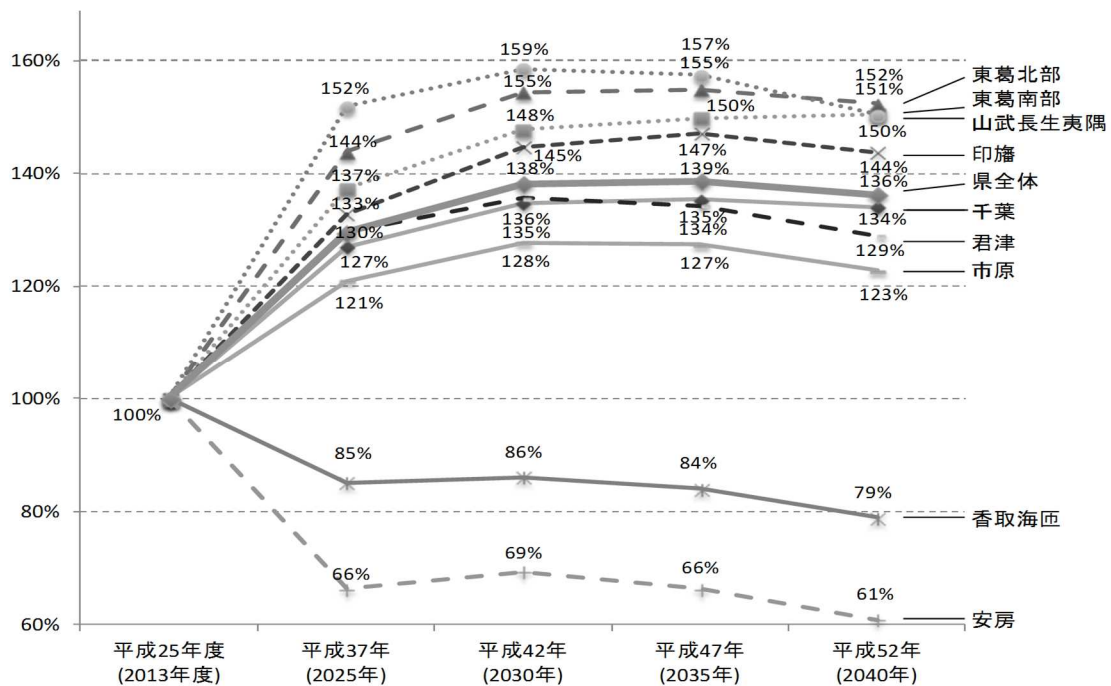
資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計

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。

図表 1-4-2-2-2 患者住所地別入院患者数の対平成25年度増減率（千葉県）

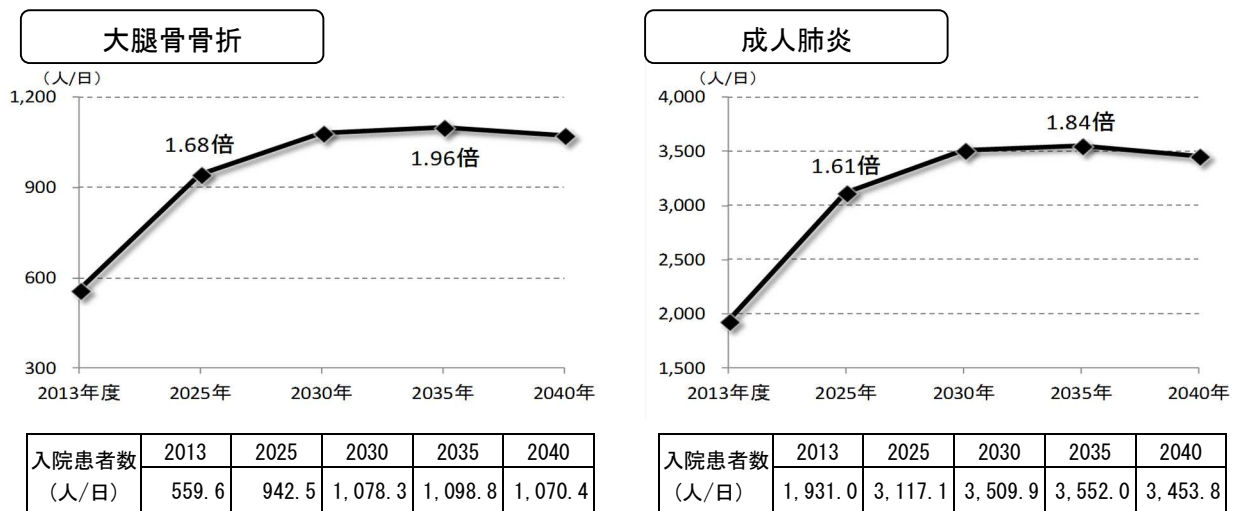


資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計
 推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）

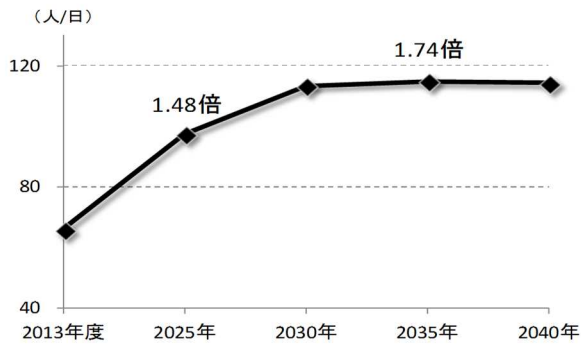
1日当たりの推計入院患者数を主な疾患別にみると、入院患者数が最も多い平成47年においては、高齢者に多い大腿骨骨折や成人肺炎、急性心筋梗塞*、脳卒中*の入院患者数が大きく増加すると見込まれています。

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。

図表 1-4-2-2-3 主な疾患別入院患者数の推移（千葉県）

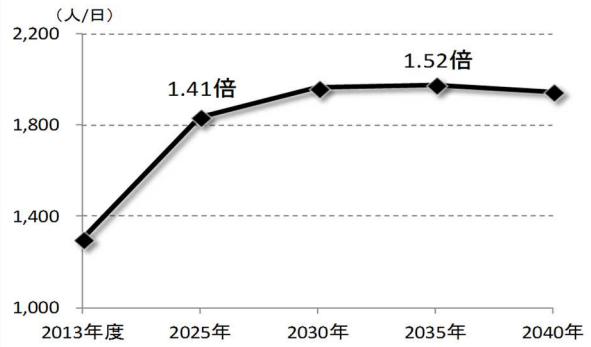


急性心筋梗塞



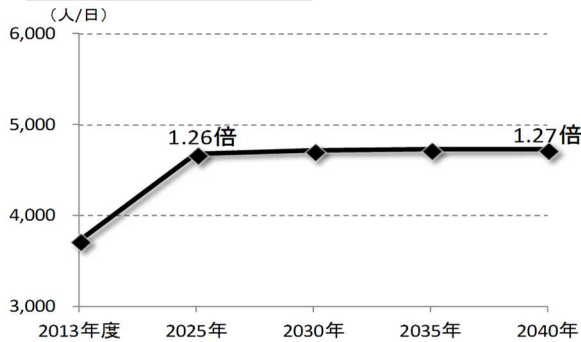
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	65.9	97.3	113.3	114.8	114.3

脳卒中



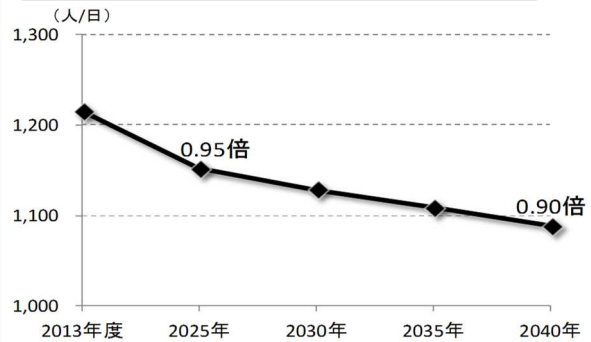
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,300.5	1,836.7	1,963.9	1,976.3	1,945.9

がん



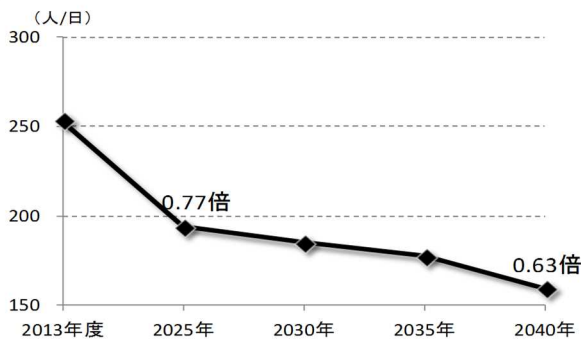
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	3,716.5	4,677.1	4,714.9	4,721.7	4,727.1

女性生殖器系及び産褥期疾患・異常妊娠分娩



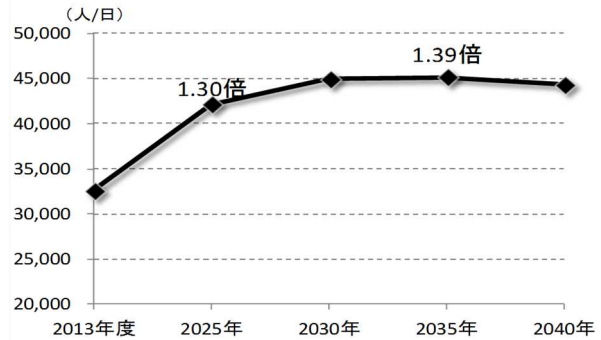
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,215.9	1,151.8	1,128.8	1,109.0	1,088.5

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

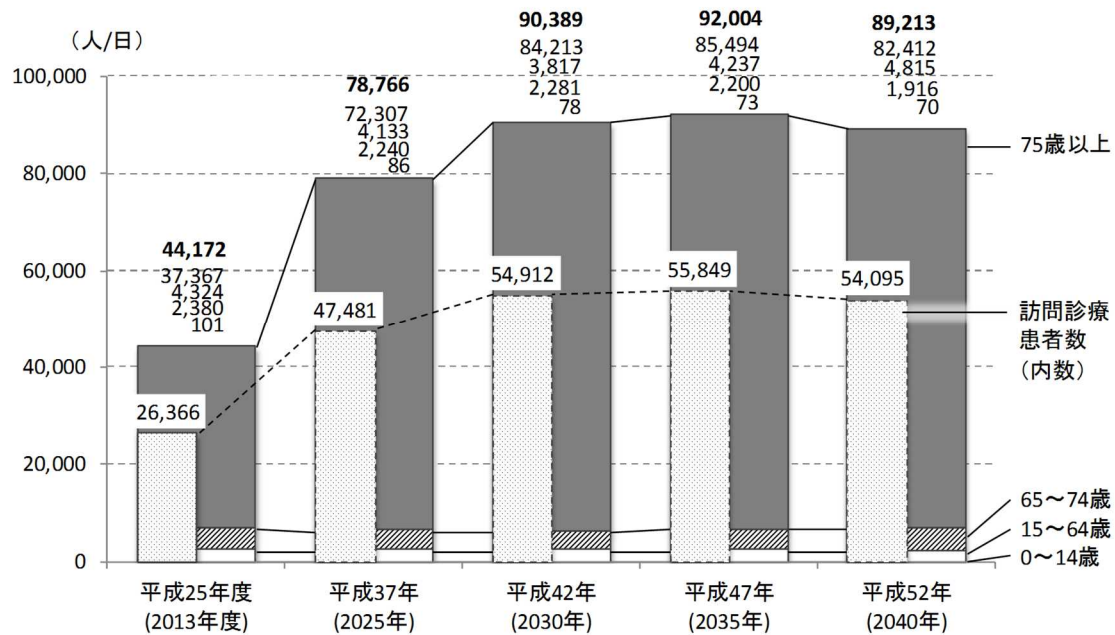
資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。（推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC））なお、同ツールでは慢性期の医療需要については疾患別の推計ができないため、「参考：全疾病」以外の推計値には慢性期分の入院患者数を含んでいない。

(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、平成47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。

図表 1-4-2-2-4 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）

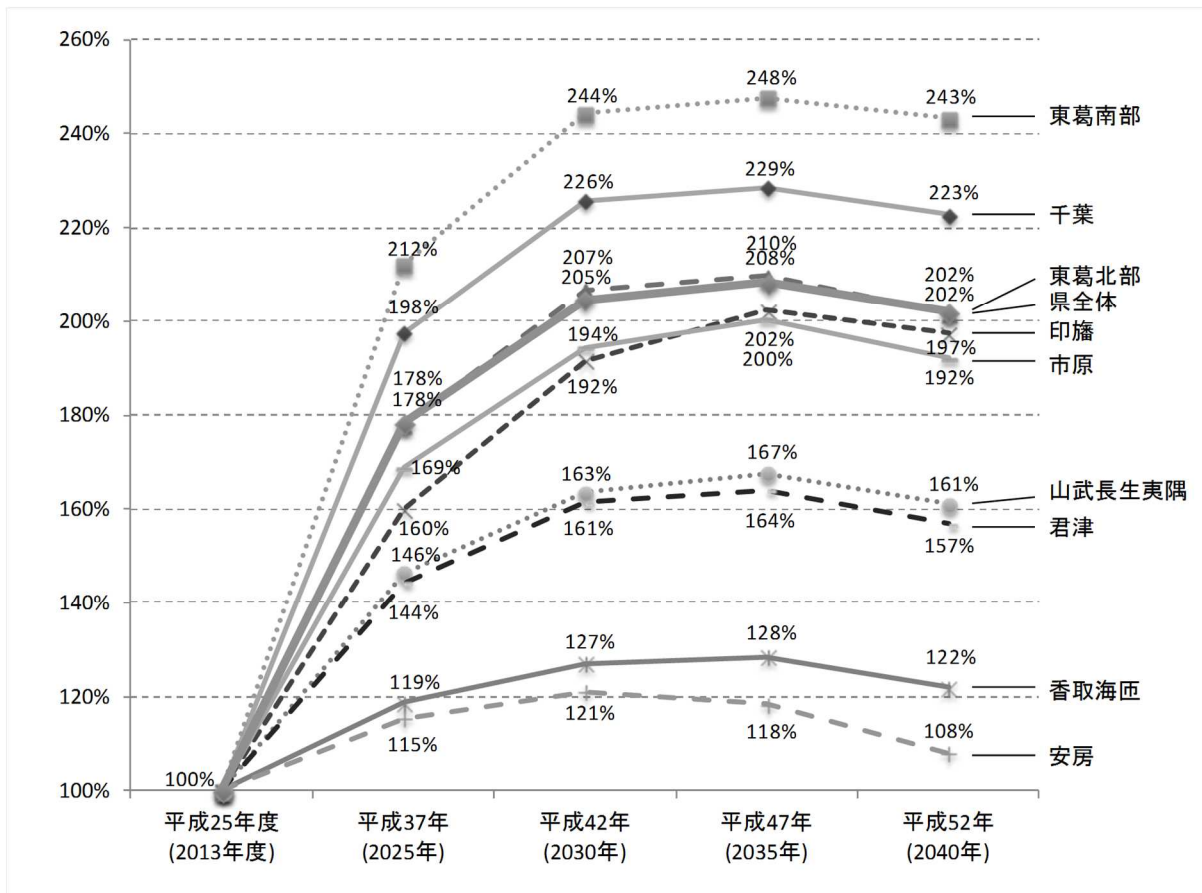
訪問診療*患者数は全体の内数であり、平成25年度時点の訪問診療に係る地域別・性別・年齢階級別受療率*がその後も変化しないと仮定した場合の推計患者数（参考値）。

「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」では平成42年に、その他の地域においては平成47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。

図表 1-4-2-2-5 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）

図表 1-4-2-2-6 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：平成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)

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）。

参考：介護サービス量の見込み

介護サービス量の見込みは、概ね増加していくものと見込まれます。

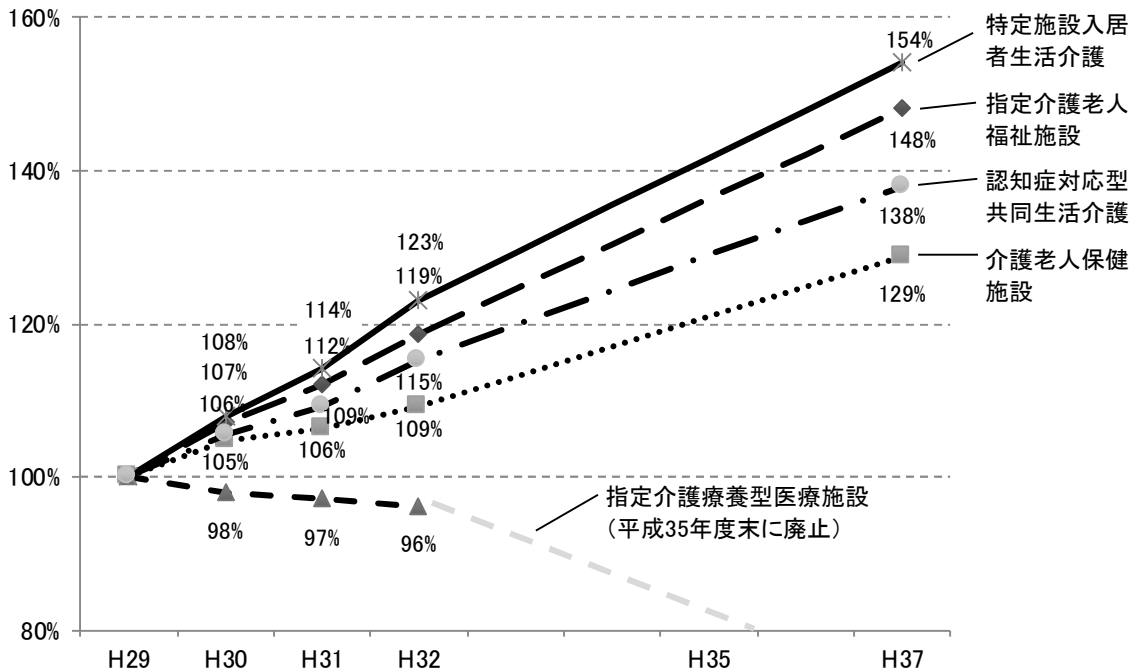
図表 1-4-2-2-7 主な介護サービス量の見込みと中長期的な推計（千葉県）

（上段：単位：人／月、下段：平成29年度を100とした場合の増加率）

サービス種別	29年度	30年度	31年度	32年度	37年度
指定介護老人福祉施設* （地域密着型を含む）	24,025 (100)	25,737 (107)	26,922 (112)	28,485 (119)	35,559 (148)
介護老人保健施設*	14,024 (100)	14,699 (105)	14,921 (106)	15,316 (109)	18,074 (129)
指定介護療養型医療施設*	1,052 (100)	1,031 (98)	1,021 (97)	1,012 (96)	平成35年度末に廃止
介護医療院*	—	39	75	104	1,481
特定施設入居者生活介護* （地域密着型を含む）	10,171 (100)	10,960 (108)	11,611 (114)	12,515 (123)	15,664 (154)
認知症対応型共同生活介護*	6,720 (100)	7,091 (106)	7,337 (109)	7,747 (115)	9,274 (138)

資料：「千葉県高齢者保健福祉計画（平成30年度～平成32年度）」（千葉県）をもとに作成

図表 1-4-2-2-8 主な介護サービス量の見込みに係る対平成29年度増加率（千葉県）



資料：「千葉県高齢者保健福祉計画（平成30年度～平成32年度）」（千葉県）をもとに作成

第3節 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。

第4節 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年における病床数の必要量（必要病床数）*は、次のとおりです。

図表 1-4-4-1-1 平成37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、その推計年次を平成37年から平成42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年の在宅医療等の必要量は、次のとおりです。

図表 1-4-4-2-1 平成37年における在宅医療等の必要量

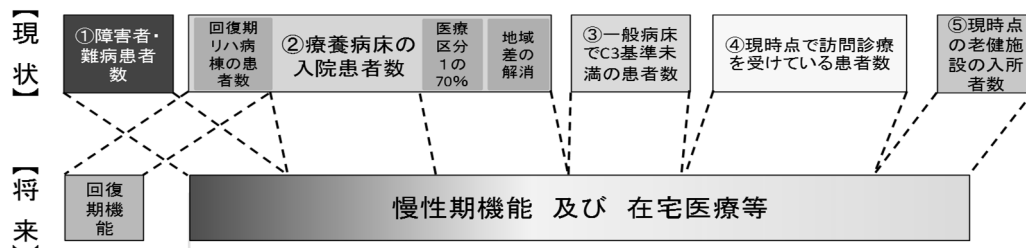
(単位：人／日)

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*と平成28年度病床機能報告*の結果との比較は図表1-4-4-3-1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。(平成28年度は97.9%)

必要病床数は平成37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。

図表 1-4-4-3-1 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 (H37年)	28年度 病床機能 報告 (H28.7.1)	差し引き	28年度 病床機能 報告 (H34.7.1)	差し引き	今後整備 が予定 される 病床数等 D
		A	B	B-A	C	C-A	
千葉	高度急性期	1,077	967	▲ 110	978	▲ 99	
	急性期	3,028	4,380	1,352	4,272	1,244	
	回復期	2,520	893	▲ 1,627	944	▲ 1,576	
	慢性期	1,859	1,720	▲ 139	1,636	▲ 223	
	休棟等	-	39		126		
	計	8,484	7,999	▲ 485	7,956	▲ 528	183
東葛 南部	高度急性期	1,376	1,671	295	1,600	224	
	急性期	4,783	5,671	888	5,802	1,019	
	回復期	4,072	1,242	▲ 2,830	1,288	▲ 2,784	
	慢性期	2,779	2,156	▲ 623	2,194	▲ 585	
	休棟等	-	179		35		
	計	13,010	10,919	▲ 2,091	10,919	▲ 2,091	527
東葛 北部	高度急性期	1,386	1,297	▲ 89	1,313	▲ 73	
	急性期	4,227	5,504	1,277	5,517	1,290	
	回復期	3,647	920	▲ 2,727	920	▲ 2,727	
	慢性期	2,439	1,760	▲ 679	1,711	▲ 728	
	休棟等	-	96		102		
	計	11,699	9,577	▲ 2,122	9,563	▲ 2,136	659
印旛	高度急性期	594	544	▲ 50	1,092	498	
	急性期	1,947	2,861	914	2,271	324	
	回復期	1,625	336	▲ 1,289	477	▲ 1,148	
	慢性期	1,382	1,583	201	1,512	130	
	休棟等	-	47		3		
	計	5,548	5,371	▲ 177	5,355	▲ 193	700
香取 海匝	高度急性期	289	64	▲ 225	64	▲ 225	
	急性期	745	1,757	1,012	1,734	989	
	回復期	587	195	▲ 392	288	▲ 299	
	慢性期	560	973	413	872	312	
	休棟等	-	164		125		
	計	2,181	3,153	972	3,083	902	0
山武 長生 夷隅	高度急性期	104	20	▲ 84	20	▲ 84	
	急性期	887	1,684	797	1,750	863	
	回復期	946	317	▲ 629	365	▲ 581	
	慢性期	994	1,274	280	1,274	280	
	休棟等	-	113		12		
	計	2,931	3,408	477	3,421	490	0
安房	高度急性期	308	152	▲ 156	152	▲ 156	
	急性期	602	1,163	561	1,165	563	
	回復期	358	99	▲ 259	99	▲ 259	
	慢性期	373	714	341	733	360	
	休棟等	-	37		16		
	計	1,641	2,165	524	2,165	524	0
君津	高度急性期	232	492	260	492	260	
	急性期	806	959	153	980	174	
	回復期	810	142	▲ 668	142	▲ 668	
	慢性期	522	817	295	760	238	
	休棟等	-	2		38		
	計	2,370	2,412	42	2,412	42	148
市原	高度急性期	284	100	▲ 184	100	▲ 184	
	急性期	826	1,515	689	1,515	689	
	回復期	695	267	▲ 428	294	▲ 401	
	慢性期	335	216	▲ 119	216	▲ 119	
	休棟等	-	94		67		
	計	2,140	2,192	52	2,192	52	0
計	高度急性期	5,650	5,307	▲ 343	5,811	161	
	急性期	17,851	25,494	7,643	25,006	7,155	
	回復期	15,260	4,411	▲ 10,849	4,817	▲ 10,443	
	慢性期	11,243	11,213	▲ 30	10,908	▲ 335	
	休棟等	-	771		524		
	計	50,004	47,196	▲ 2,808	47,066	▲ 2,938	2,217

「28年度病床機能報告（H34.7.1）」：H28.7.1時点で開設許可を受けていた病床に係るH34.7.1における病床機能の予定

「今後整備が予定される病床数等」：H28.7.1時点で病床配分を受けていたが開設許可を受けるに至っていなかった病床数と、H28.7.2からH29.6.1までの間に配分を受けた病床数の合計

「休棟等」：休棟中である場合や休棟後再開予定のない場合、休棟・廃止予定の場合のほか、機能が不詳である場合を含む。

第5節 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*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。
- 高齢化による大幅な医療需要の増加が予測される地域では増床等が見込まれ、また、平成32年度には国際医療福祉大学成田病院の開設が予定されています。新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、その開設等の許可を待たず、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*への参加を求め、地域に必要な医療機能等について理解を促し、整備計画等との関係性について協議を行うことで、地域の実情に応じた質が高く効率的な医療提供体制を目指します。

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。

- 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*、訪問薬剤管理指導、訪問看護、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*や、千葉県医療勤務環境改善支援センター等を活用し、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めます。
- 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*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。

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。
- 成田市に医学部が新設されたことから、県は大学との協定に基づき、医師の養成・就業を促進します。

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。
- 精神科における合併症入院患者の増加を踏まえた身体疾患を診る科と精神科の連携を推進します。また、認知症の行動・心理症状（B P S D）*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 公的医療機関等の役割

- 公的病院*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*」に沿って、本構想を踏まえた公立病院改革プランを策定しています。公立病院は、その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引き続き取り組む必要があります。
- 公的病院に加え、(独)地域医療機能推進機構や(独)国立病院機構、(独)労働者健康安全機構が開設する医療機関、地域医療支援病院*及び特定機能病院については、その地域において果たしている役割に鑑み、他の医療機関に率先して、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示すことが重要です。

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。

第6節 地域医療構想の推進方策

(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、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*等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。

地域保健医療連携・地域医療構想調整会議等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、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。

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。