

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 保健医療圏の状況

1 人口

千葉県は、戦後の急激な経済発展及び首都圏への人口集中に伴い、著しい人口増加を経験してきましたが、近年、人口増加のスピードは鈍化しています。平成27年と令和2年を比較すると、人口の伸び率は、全国では0.75%の減少でしたが、千葉県全体では0.99%の増加となっています。

しかし、東葛北部、東葛南部、印旛、千葉の各保健医療圏では人口が増加したものの、香取海匠、安房、山武長生夷隅、市原、君津の各保健医療圏では人口が減少しており、県内でも地域差が見られます。

図表 3-2-1-1 二次保健医療圏別人口の推移

保健医療圏	平成27年(人)	伸び率	令和2年(人)
千葉	971,882	0.32%	974,951
東葛南部	1,738,624	3.33%	1,796,572
東葛北部	1,356,996	3.74%	1,407,697
印旛	710,071	1.16%	718,337
香取海匠	280,770	-6.56%	262,351
山武長生夷隅	434,489	-5.58%	410,235
安房	128,451	-6.51%	120,093
君津	326,727	-0.61%	324,720
市原	274,656	-1.87%	269,524
県計	6,222,666	0.99%	6,284,480
全国	127,094,745	-0.75%	126,146,099

資料：国勢調査（総務省）

2 医療資源等

(1) 人口10万対病院数、病院病床数

千葉県の人10万人当たりの病院数は全国平均の70.9%、病床*数は81.2%と全国平均を大きく下回っていますが、いずれも安房、香取海匝の各保健医療圏では全国平均を上回っており、県内でも地域差が見られます。

図表 3-2-2-1 二次保健医療圏別人口10万対病院数

保健医療圏	人口10万対 病院数	全国平均に 対する割合
千葉	4.9	75.1%
東葛南部	3.4	51.9%
東葛北部	4.2	63.7%
印旛	4.2	64.1%
香取海匝	8.3	126.8%
山武長生夷隅	5.7	87.7%
安房	13.8	210.8%
君津	5.9	90.3%
市原	4.9	74.9%
千葉県	4.6	70.9%
全国	6.5	100%

資料：令和4年医療施設調査（厚生労働省）、令和4年人口推計（総務省）、
千葉県毎月常住人口調査（千葉県 R4. 10. 1）

図表 3-2-2-2 二次保健医療圏別人口10万対病院病床数（療養及び一般病床数）

保健医療圏	人口10万対 病床数	全国平均に 対する割合
千葉	810.8	86.9%
東葛南部	608.8	65.3%
東葛北部	704.4	75.5%
印旛	874.9	93.8%
香取海匝	1,064.4	114.1%
山武長生夷隅	773.2	82.9%
安房	1,731.5	185.7%
君津	751.1	80.5%
市原	764.6	82.0%
千葉県	757.1	81.2%
全国	932.7	100%

資料：令和4年医療施設調査（厚生労働省）、令和4年人口推計（総務省）、
千葉県毎月常住人口調査（千葉県 R4. 10. 1）

千葉県の人10万人当たりの地域包括ケア病棟*及び地域包括ケア入院医療管理料*を算定している病床の病床数は全国平均の50.4%、回復期リハビリテーション病棟*の病床数は101.2%であり、また、県内でも地域差が見られます。

図表 3-2-2-3 二次保健医療圏別人口10万対病床数
(地域包括ケア病棟の病床及び地域包括ケア入院医療管理料算定病床)

保健医療圏	人口10万対 病床数	全国平均に 対する割合
千葉	38.9	54.4%
東葛南部	37.0	51.7%
東葛北部	24.5	34.3%
印旛	28.8	40.3%
香取海匝	57.4	80.3%
山武長生夷隅	68.3	95.5%
安房	139.0	194.5%
君津	16.2	22.6%
市原	11.7	16.4%
千葉県	36.0	50.4%
全国	71.5	100%

資料(千葉県分): 保険医療機関の施設基準の届出受理状況(R5.10.1現在・厚生労働省関東信越厚生局)、千葉県毎月常住人口調査(R5.10.1現在・千葉県)

資料(全国): 中央社会保険医療協議会総会資料(R5.12.6開催・R4.7.1現在)、人口推計(R4.10.1現在・総務省)

図表 3-2-2-4 二次保健医療圏別人口10万対病床数(回復期リハビリテーション病棟の病床数)

保健医療圏	人口10万対 病床数	全国平均に 対する割合
千葉	82.4	112.8%
東葛南部	86.7	118.7%
東葛北部	58.3	79.8%
印旛	77.1	105.5%
香取海匝	71.0	97.2%
山武長生夷隅	65.7	90.0%
安房	86.5	118.4%
君津	30.5	41.8%
市原	93.9	128.5%
千葉県	73.9	101.2%
全国	73.1	100%

資料(千葉県分): 保険医療機関の施設基準の届出受理状況(R5.10.1現在・厚生労働省関東信越厚生局)、千葉県毎月常住人口調査(R5.10.1現在・千葉県)

資料(全国): 中央社会保険医療協議会総会資料(R5.12.6開催・R4.7.1現在)、人口推計(R4.10.1現在・総務省)

(2) 人口10万対医療施設従事医師数、看護職員数

千葉県の人口10万人当たりの医療施設従事医師数は全国平均の80.2%、就業看護職員数は74.0%と全国平均を大きく下回っていますが、医師数については安房、千葉の各保健医療圏において、看護職員については安房保健医療圏において、それぞれ全国平均を上回っており、県内でも地域差が見られます。

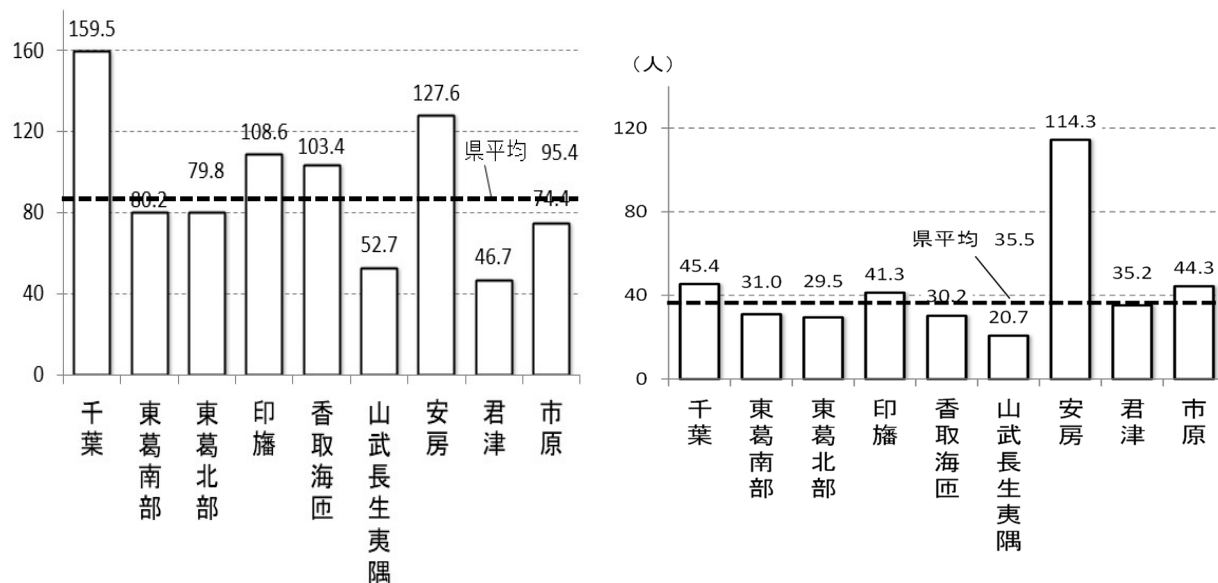
また、診療科別に見ると、小児科を主たる診療科とする医師数（0～14歳人口当たり）は二次保健医療圏間で最大3.4倍の差が、産婦人科又は産科を主たる診療科とする医師数（15～49歳女子人口当たり）で5.5倍の差があります。

図表 3-2-2-5 二次保健医療圏別人口10万対医療施設従事医師数、就業看護職員数

保健医療圏	医療施設従事医師数		就業看護職員数	
	人口10万対	全国平均に対する割合	人口10万対	全国平均に対する割合
千葉	288.4	112.4%	1,161.7	88.3%
東葛南部	184.4	71.8%	806.8	61.3%
東葛北部	184.6	72.0%	915.4	69.6%
印旛	213.0	83.0%	984.8	74.9%
香取海匝	202.8	79.0%	1,266.6	96.3%
山武長生夷隅	132.9	51.8%	900.5	68.5%
安房	497.9	194.1%	2,225.8	169.2%
君津	155.8	60.7%	931.9	70.9%
市原	185.9	72.4%	974.3	74.1%
千葉県	205.8	80.2%	972.6	74.0%
全国	256.6	100%	1,315.2	100%

資料：令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
令和2年度衛生行政報告例（厚生労働省）

(人) 図表 3-2-2-6 二次保健医療圏別・主な診療科別人口当たり医療施設従事医師数



小児科を主たる診療科とする医師数
(0~14歳人口10万人あたり)

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

資料：令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（令和3年1月1日現在・総務省）をもとに作成

(3) 救急医療体制

千葉県の人口10万人当たり救急告示病院*数は、全国平均の75.0%となっています。特に、東葛南部保健医療圏では全国平均の55.8%と大きく下回っており、一方、安房保健医療圏では全国平均の195.2%と大きく上回っています。

また、千葉県のICU*（集中治療管理室）、NICU*（新生児集中治療管理室）の人口10万人当たりの病床数は、ICUが5.0（全国平均の99.0%）、NICUが2.3（全国平均の85.2%）となっています。ICUについては、香取海匝保健医療圏（1.5）が全国平均（5.0）を大きく下回っており、また、NICUについては、山武長生夷隅保健医療圏及び市原医療圏に整備されていません。

さらに、救急搬送時間の平均値についても地域差が見られ、最短の東葛北部保健医療圏（43.9分）と最長の山武長生夷隅保健医療圏（63.1分）とでは1.4倍の差があります。

図表 3-2-2-7 二次保健医療圏別人口10万対救急告示病院数

保健医療圏	人口10万対 救急告示病院数	全国平均に 対する割合
千葉	2.3	76.2%
東葛南部	1.7	55.8%
東葛北部	2.0	64.0%
印旛	2.8	90.4%
香取海匝	3.2	102.2%
山武長生夷隅	3.2	104.9%
安房	6.0	195.2%
君津	2.5	80.4%
市原	2.6	85.3%
千葉県	2.3	75.0%
全国	3.1	100%

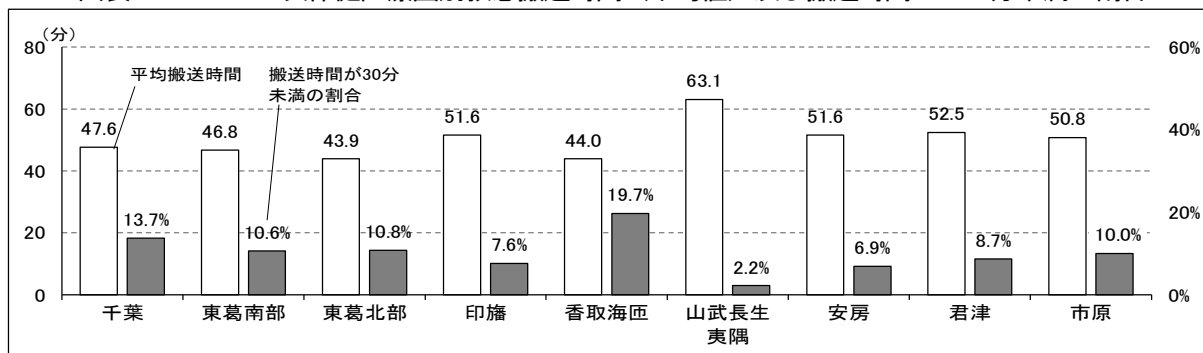
資料：令和4年医療施設調査（厚生労働省）、令和4年人口推計（総務省）、千葉県毎月常住人口調査（千葉県 R4. 10. 1）

図表 3-2-2-8 二次保健医療圏別人口10万対ICU、NICU病床数

保健医療圏	人口10万対病院数		全国平均に対する割合	
	ICU	NICU	ICU	NICU
千葉	5.6	4.0	112.2%	148.7%
東葛南部	3.7	2.5	74.1%	93.1%
東葛北部	6.5	1.3	129.9%	47.5%
印旛	5.0	2.1	99.6%	77.6%
香取海匝	1.5	3.4	30.3%	127.5%
山武長生夷隅	2.0	-	38.8%	-
安房	11.7	7.5	231.8%	278.5%
君津	3.4	2.8	67.3%	103.0%
市原	9.6	-	191.8%	-
千葉県	5.0	2.3	99.0%	85.2%
全国	5.0	2.7	100%	100%

資料：令和2年医療施設調査（厚生労働省）、令和2年国勢調査（総務省）、

図表 3-2-2-9 二次保健医療圏別救急搬送時間（平均値）及び搬送時間が30分未満の割合



資料：令和3年度救急搬送実態調査（千葉県）

図表 3-2-2-10 二次保健医療圏の状況

東葛北部保健医療圏(1,408千人)		
人口 10万人 当たり	一般病床数	581.0 床
	療養病床数	123.4 床
	医師数	184.6 人
	看護職員数	881.6 人

千葉県(人口:6,284千人)			全国
人口 10万人 当たり	一般病床数	583.5 床 (43位)	709.6 床
	療養病床数	173.6 床 (38位)	223.0 床
	医師数	205.8 人 (43位)	256.6 人
	看護職員数	989.8 人 (45位)	1332.1 人

印旛保健医療圏(718千人)		
人口 10万人 当たり	一般病床数	668.5 床
	療養病床数	206.3 床
	医師数	213.0 人
	看護職員数	1010.3 人

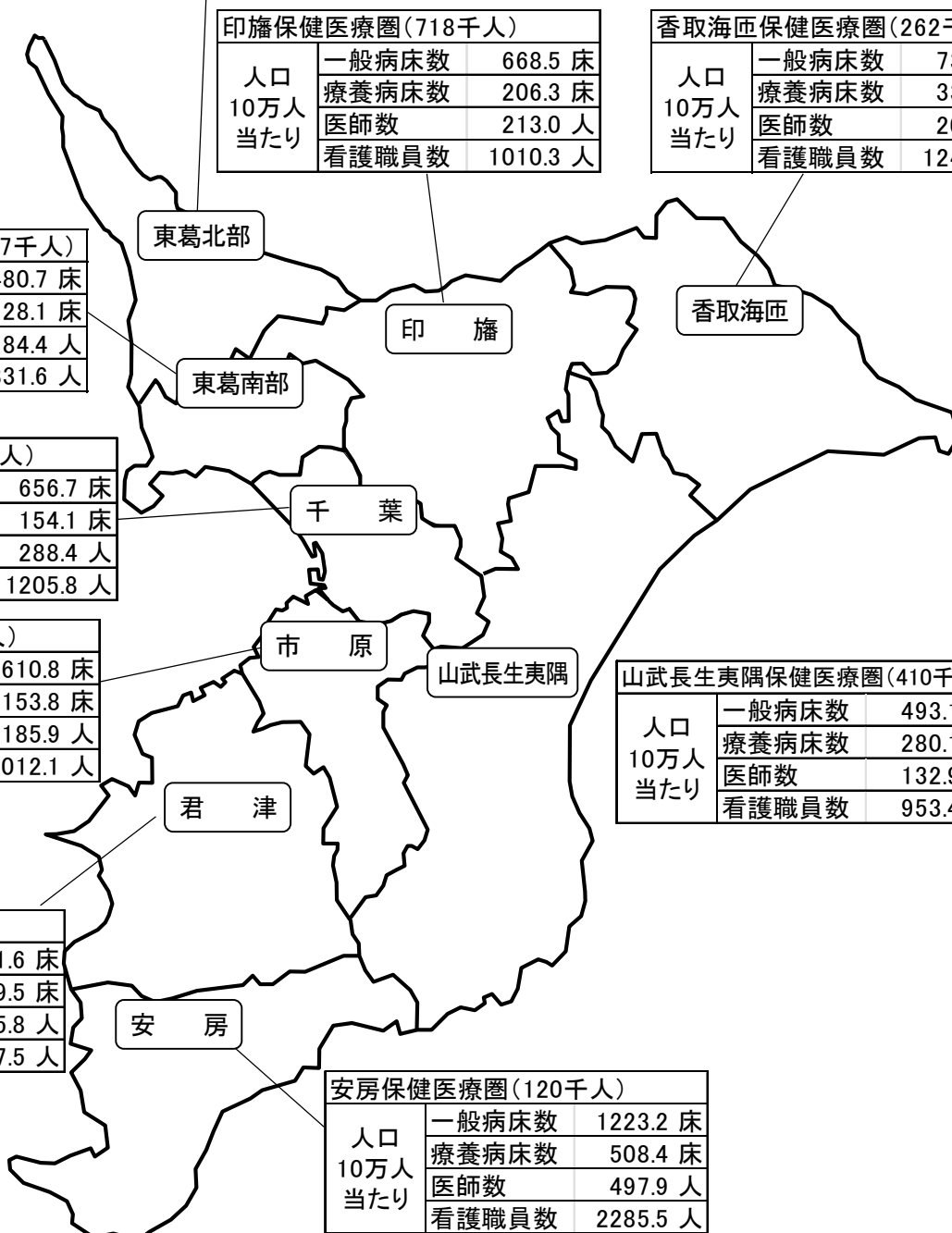
香取海匠保健医療圏(262千人)		
人口 10万人 当たり	一般病床数	733.6 床
	療養病床数	330.7 床
	医師数	202.8 人
	看護職員数	1244.9 人

東葛南部保健医療圏(1,797千人)		
人口 10万人 当たり	一般病床数	480.7 床
	療養病床数	128.1 床
	医師数	184.4 人
	看護職員数	831.6 人

千葉保健医療圏(975千人)		
人口 10万人 当たり	一般病床数	656.7 床
	療養病床数	154.1 床
	医師数	288.4 人
	看護職員数	1205.8 人

市原保健医療圏(270千人)		
人口 10万人 当たり	一般病床数	610.8 床
	療養病床数	153.8 床
	医師数	185.9 人
	看護職員数	1012.1 人

山武長生夷隅保健医療圏(410千人)		
人口 10万人 当たり	一般病床数	493.1 床
	療養病床数	280.1 床
	医師数	132.9 人
	看護職員数	953.4 人



君津保健医療圏(325千人)		
人口 10万人 当たり	一般病床数	481.6 床
	療養病床数	269.5 床
	医師数	155.8 人
	看護職員数	977.5 人

安房保健医療圏(120千人)		
人口 10万人 当たり	一般病床数	1223.2 床
	療養病床数	508.4 床
	医師数	497.9 人
	看護職員数	2285.5 人

資料：人口：「令和2年国勢調査」（総務省統計局）による令和2年10月1日現在の人口

（一般・療養）病床数：「令和4年医療施設調査」（厚生労働省）による令和4年10月1日現在の病院病床数

医師数：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）による令和2年12月31日現在の医療施設従事医師数

看護職員数：「令和4年度衛生行政報告例」（厚生労働省）による令和4年12月31日現在の就業看護職員数

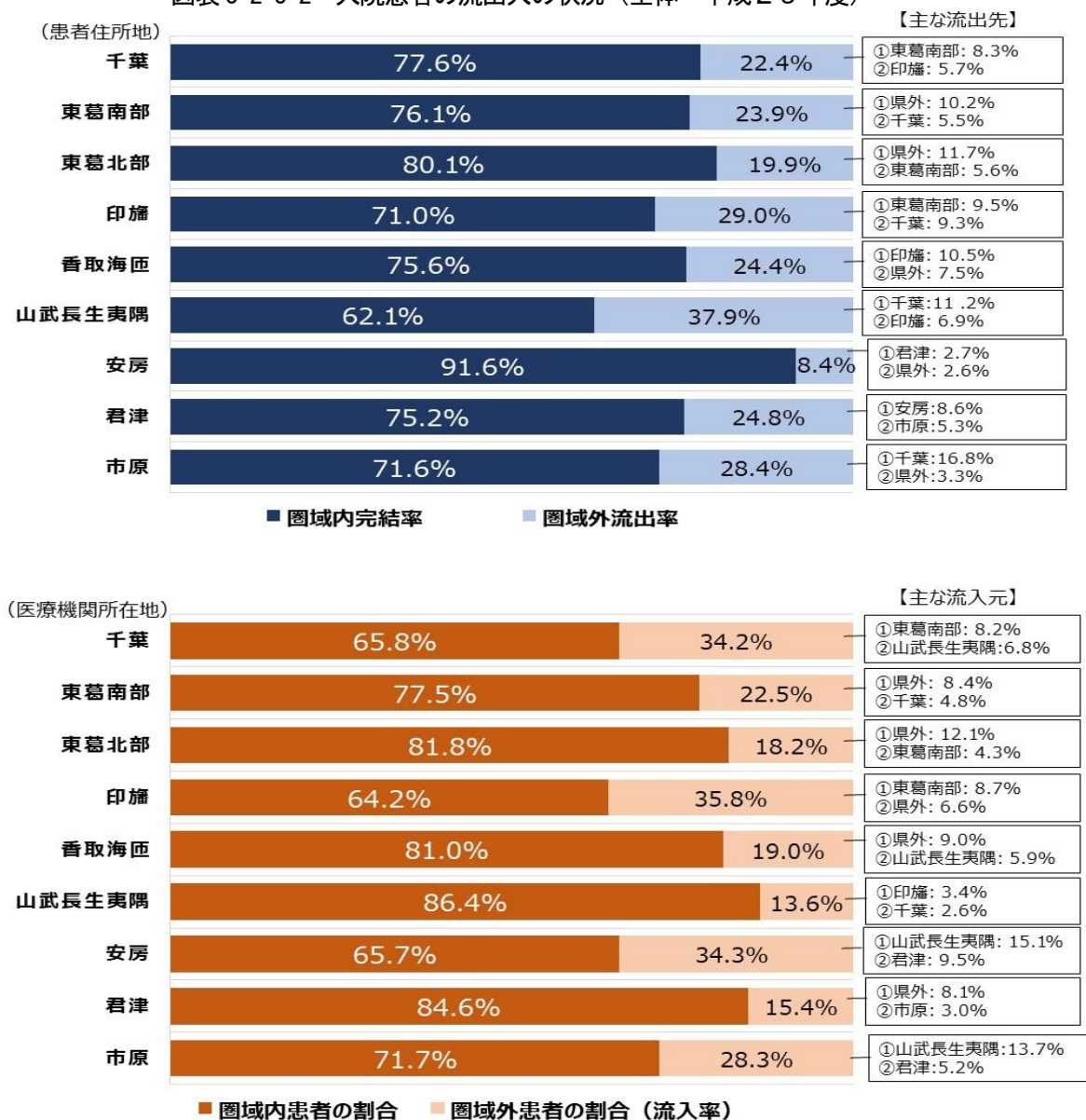
3 入院患者の流出入

平成29年度の各二次保健医療圏の圏域内完結率（入院を必要とする患者のうち患者が住む医療圏域内の医療機関で入院治療を受けている患者の割合）が最も高いのは、安房保健医療圏（91.6%）です。

最も完結率が低いのは山武長生夷隅保健医療圏（62.1%）で、千葉保健医療圏や印旛保健医療圏等の隣接する医療圏に入院患者の流出がみられます。

また、東葛北部保健医療圏、東葛南部保健医療圏は県外との流出入が比較的多くみられます。

図表 3-2-3-2 入院患者の流出入の状況（全体・平成29年度）



資料:平成29年度患者調査の特別集計結果(厚生労働省作成)を元に集計

※患者調査は抽出調査であり、抽出調査では推計誤差が発生するが、一般的に集計対象(データ数)が少なくなるほど推計誤差は大きくなるため、上記はあくまで参考値である。

第3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、学校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。

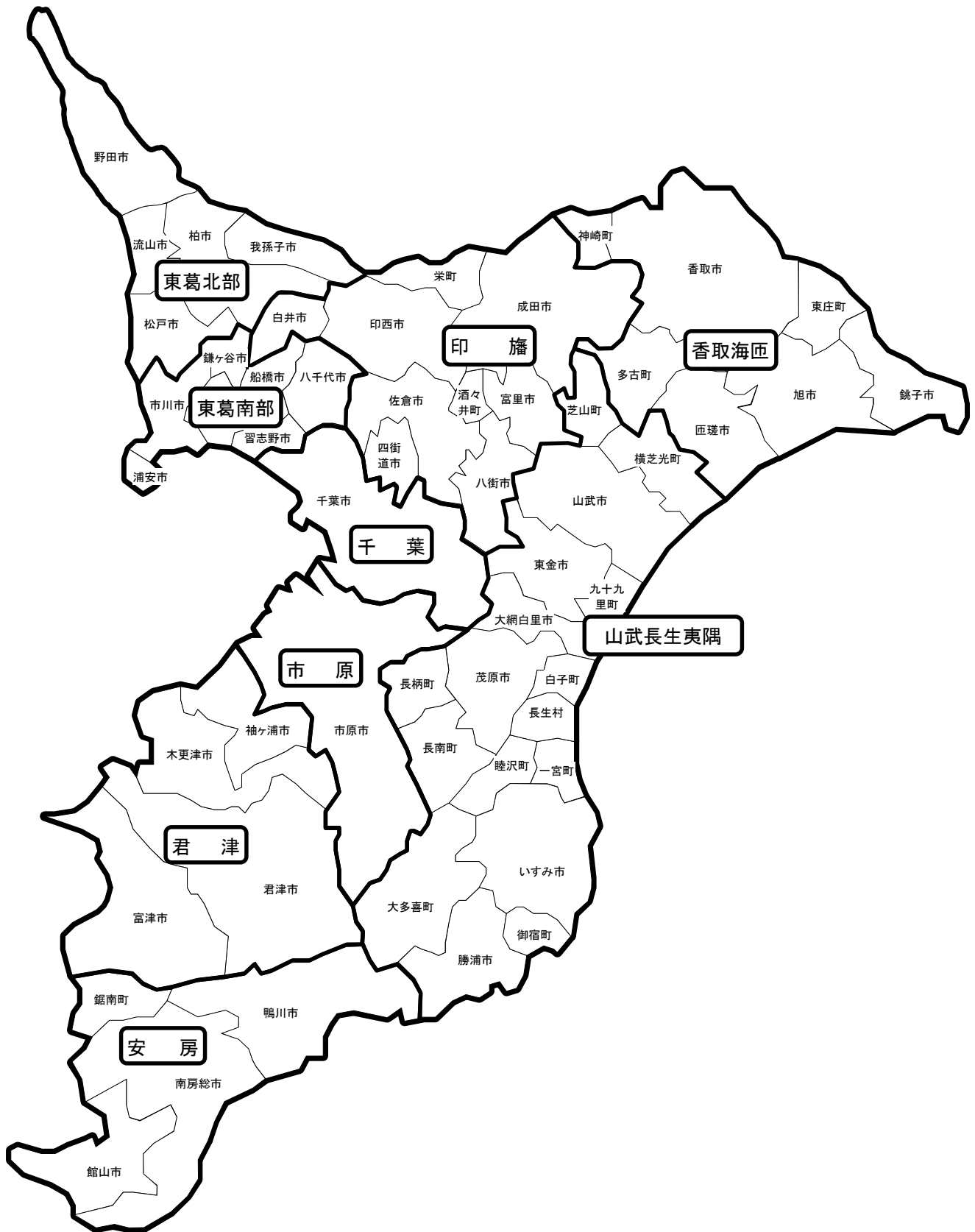
本計画においても、引き続きこの9圏域を基本として、健康づくり・医療・福祉の各種施策を展開することにより、一層の保健医療計画の定着が図られるよう取組を進めていくこととします。

図表 3-3-1-1 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	973,121	271.76	千葉市
東葛南部	1,791,116	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	1,408,495	358.14	松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市
印旛	730,294	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	270,162	717.46	銚子市、旭市、匝瑳市、香取市、香取郡神崎町、多古町、東庄町
山武長生夷隅	422,832	1161.72	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	123,349	575.91	館山市、鴨川市、南房総市、安房郡鋸南町
君津	327,217	758	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	274,780	368.16	市原市
県計	6,321,366	5,156.72	37市16町1村

資料：千葉県年齢別・町丁字別人口調査（令和5年4月1日現在・千葉県）
令和5年全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院）

図表 3-3-1-2 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4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等により、次表のとおり定めます。

なお、有床診療所の療養病床及び一般病床については、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。

図表 3-4-2-1 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)	既存病床数 (床)	差し引き (床)
	A	B	B-A
千葉	8,962	8,097	▲865
東葛南部	13,782	12,546	▲1,236
東葛北部	12,034	11,268	▲766
印旛	6,409	6,252	▲157
香取海匝	2,557	2,760	203
山武長生夷隅	3,544	3,151	▲393
安房	1,621	2,083	462
君津	2,626	2,531	▲95
市原	2,457	2,143	▲314
計	53,992	50,831	▲3,161

注 既存病床数は、令和5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（令和5年度病床整備計画の公募分を含まない）を加えたものです。

(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 3-4-2-2 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	10,677	12,135	1,458
結核病床	63	96	33
感染症病床	60	60	0

注 既存病床数は、令和5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）

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まいります。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 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

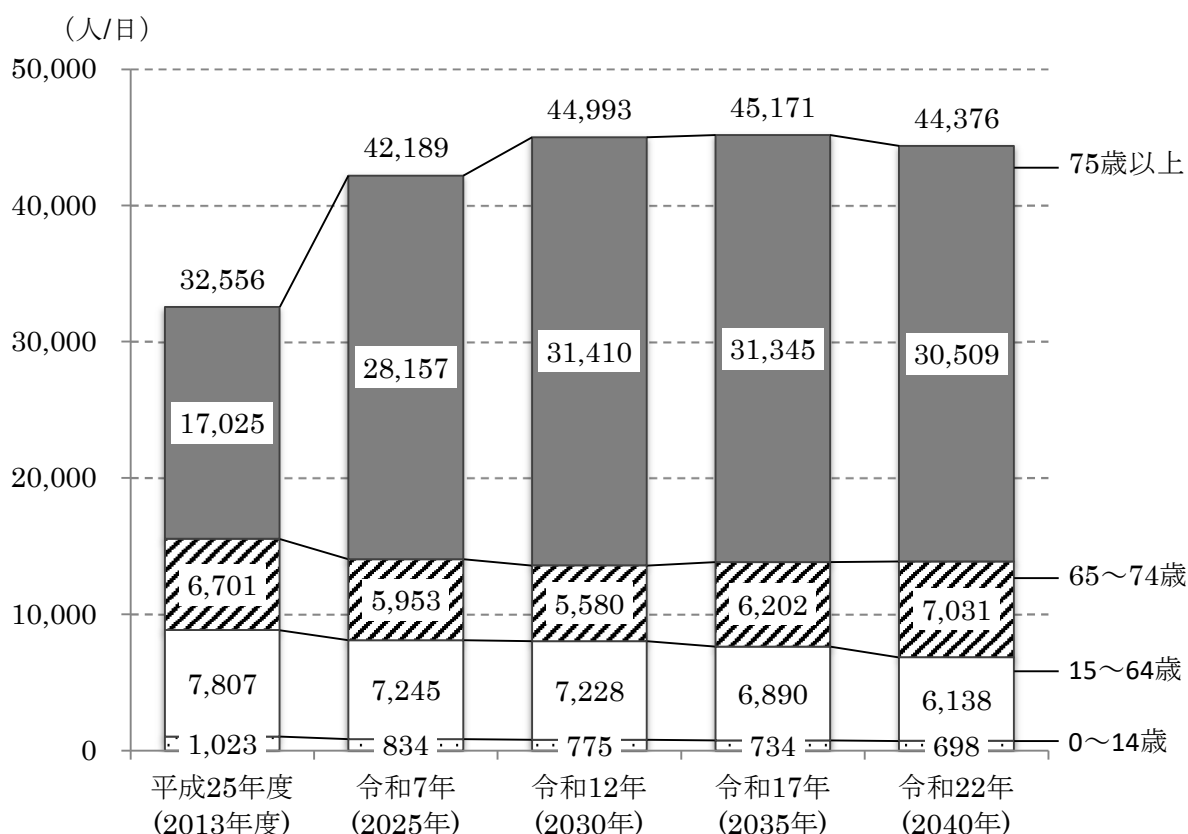
第2節 将来の医療需要

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。

図表 4-2-1-1 一般・療養病床における入院患者数の将来推計（千葉県）



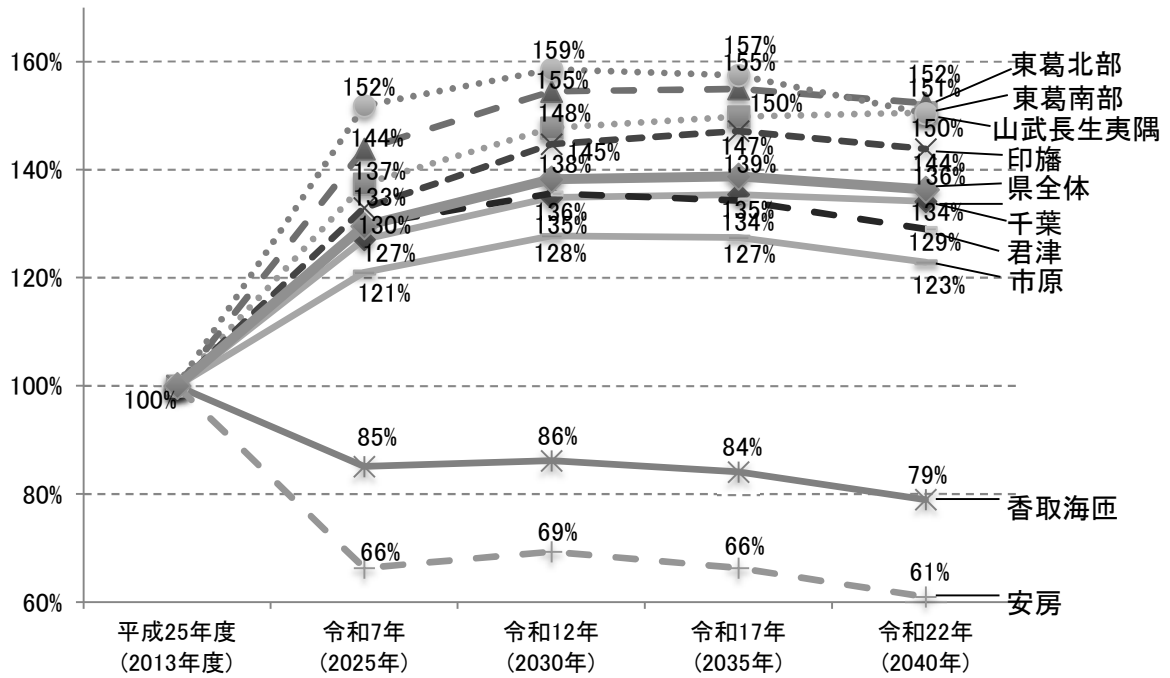
資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計

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）

二次保健医療圏で見ると、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 4-2-1-2 患者住所地別入院患者数の対平成25年度増減率（千葉県）

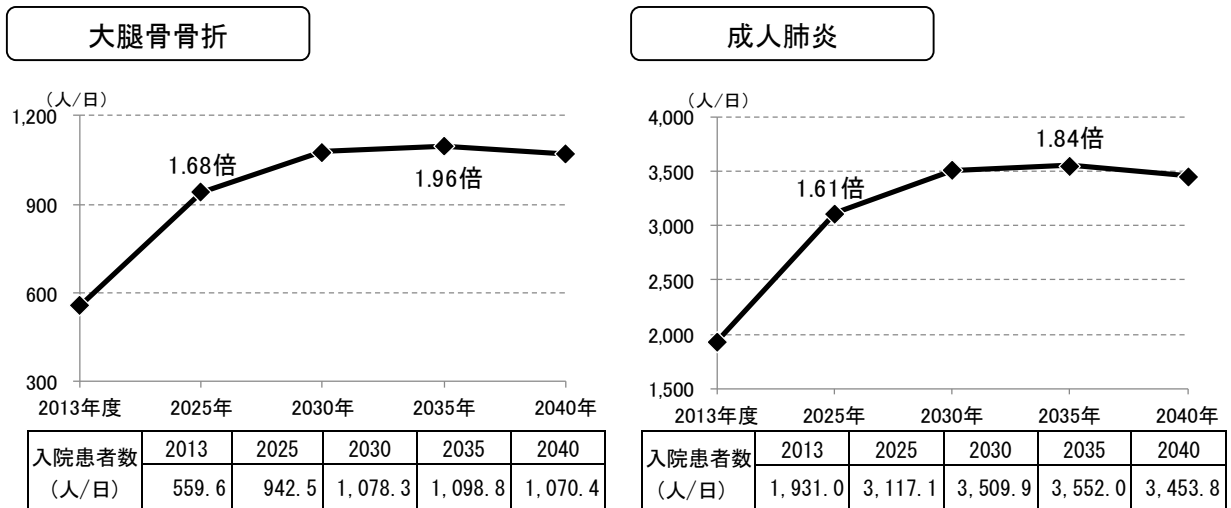


資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計
 推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）

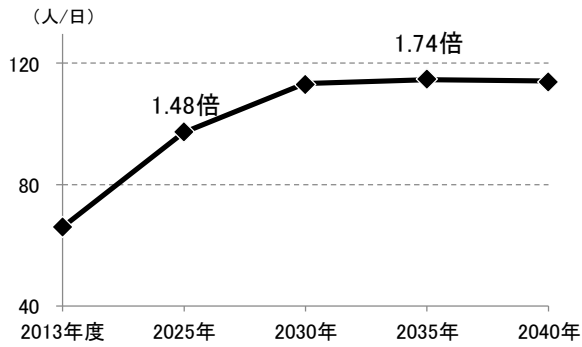
1日当たりの推計入院患者数を主な疾患別にみると、入院患者数が最も多い令和17年においては、高齢者に多い大腿骨骨折や成人肺炎、急性心筋梗塞、脳卒中の入院患者数が大きく増加すると見込まれています。

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。

図表 4-2-1-3 主な疾患別入院患者数の推移（千葉県）

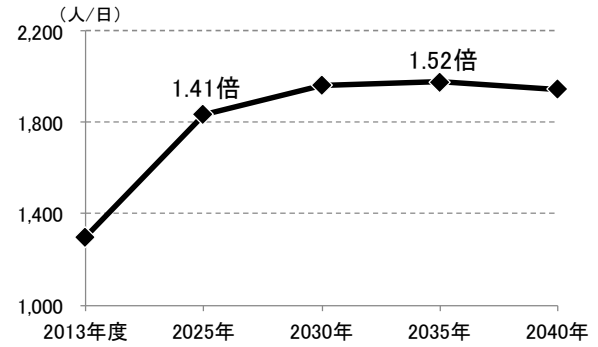


急性心筋梗塞



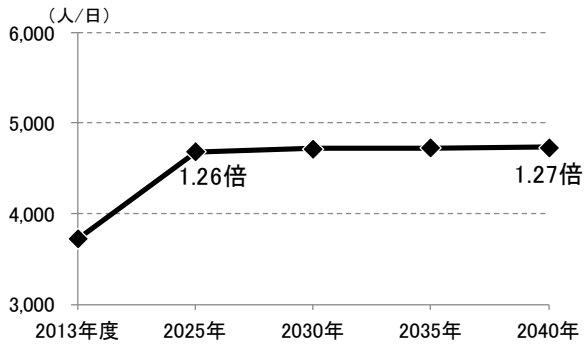
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	65.9	97.3	113.3	114.8	114.3

脳卒中



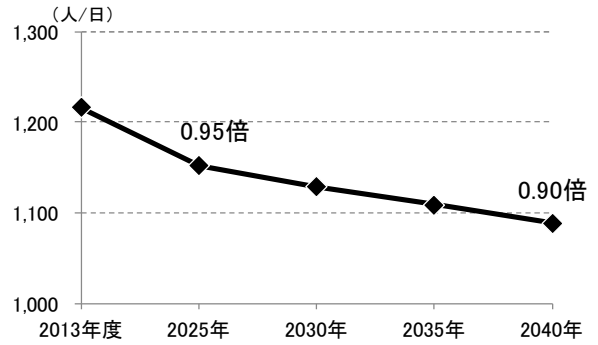
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,300.5	1,836.7	1,963.9	1,976.3	1,945.9

がん



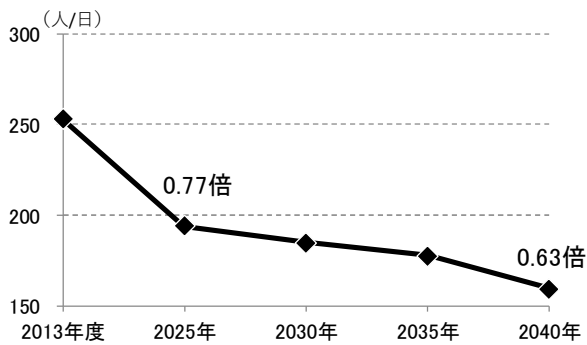
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	3,716.5	4,677.1	4,714.9	4,721.7	4,727.1

女性生殖器系及び産褥期疾患・異常妊娠分



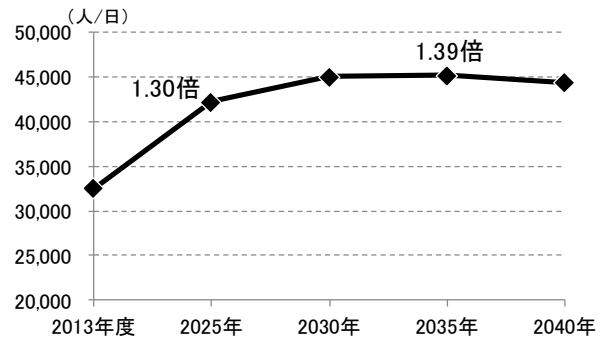
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,215.9	1,151.8	1,128.8	1,109.0	1,088.5

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

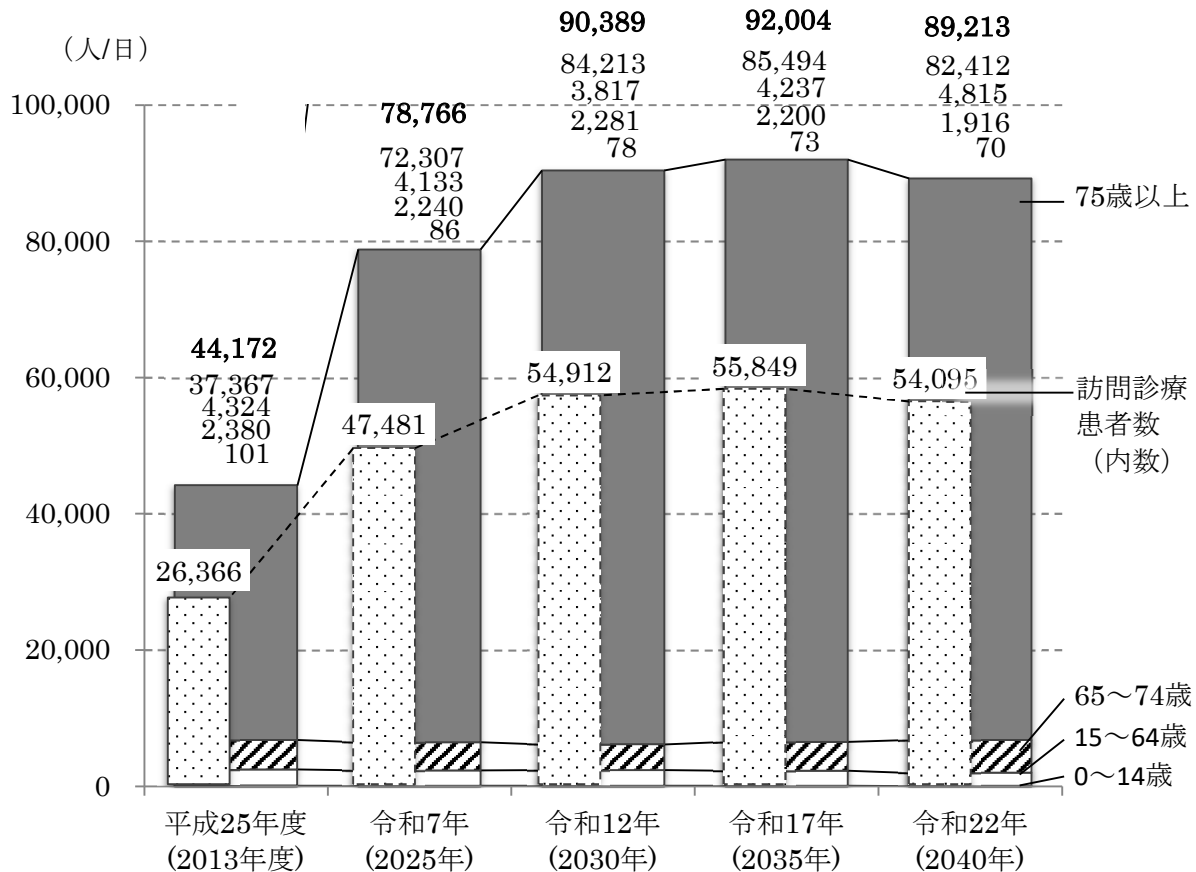
資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。（推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC））なお、同ツールでは慢性期*の医療需要については疾患別の推計ができないため、「参考：全疾病」以外の推計値には慢性期*分の入院患者数を含んでいない。

2 在宅医療

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。

図表 4-2-2-1 在宅医療等需要の将来推計（千葉県）



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）

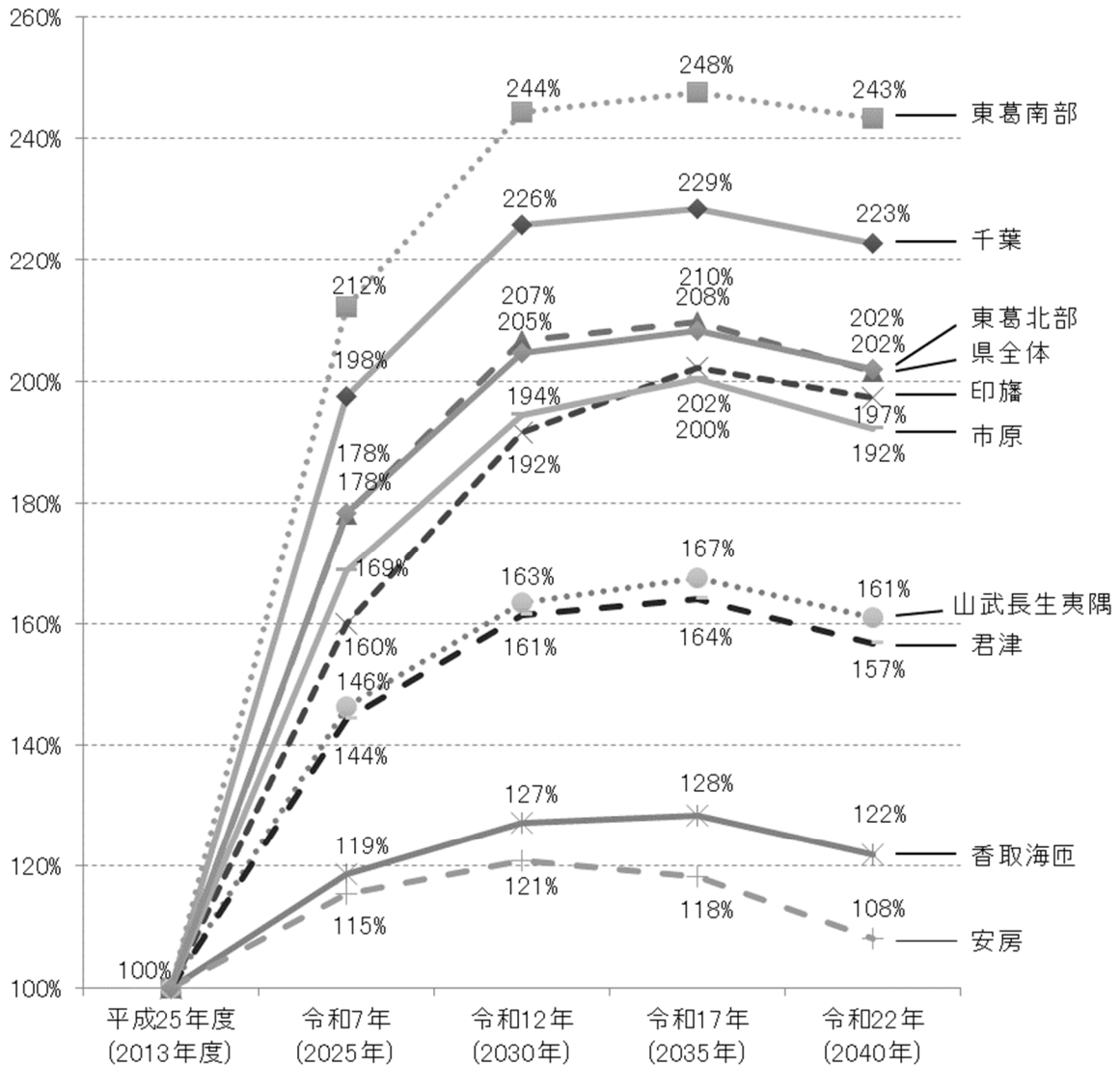
訪問診療患者数は全体の内数であり、平成25年度時点の訪問診療に係る地域別・性別・年齢階級別受療率がある後も変化しないと仮定した場合の推計患者数（参考値）。

「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。

図表 4-2-2-2 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 4-2-2-3 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)	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 4-2-2-4 主な介護サービス量の見込みと中長期的な推計（千葉県）

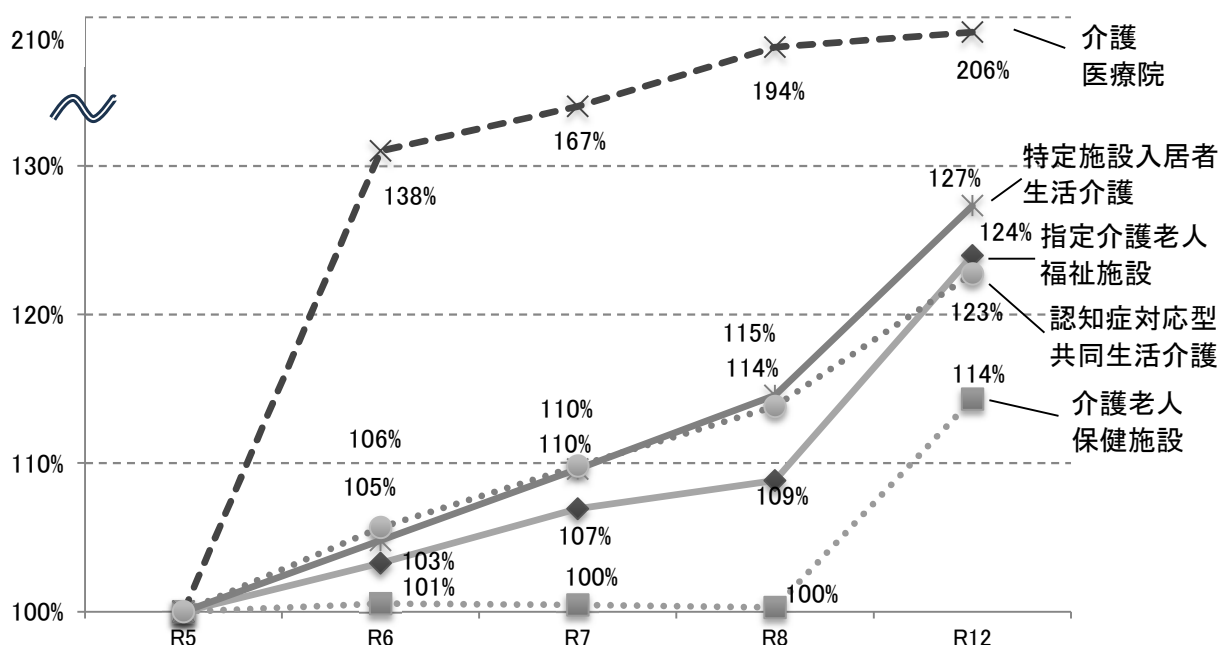
（上段：単位：人／月、下段：令和5年度を100とした場合の増加率）

サービス種別	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度
指定介護老人福祉施設 （地域密着型を含む）	28,743 (100)	29,683 (103)	30,735 (107)	31,277 (109)	35,633 (124)
介護老人保健施設	14,053 (100)	14,130 (101)	14,117 (100)	14,093 (100)	16,064 (114)
介護医療院	1,014 (100)	1,399 (138)	1,692 (167)	1,964 (194)	2,092 (206)
特定施設入居者生活介護* （地域密着型を含む）	12,925 (100)	13,543 (105)	14,165 (110)	14,806 (115)	16,456 (127)
認知症対応型共同生活介護*	7,446 (100)	7,869 (106)	8,176 (110)	8,475 (114)	9,139 (123)

資料：「千葉県高齢者保健福祉計画（令和6年度～令和8年度）」（千葉県）をもとに作成

※ 予防サービスを含む

図表 4-2-2-5 主な介護サービス量の見込みに係る対令和5年度年度増加率（千葉県）



資料：「千葉県高齢者保健福祉計画（令和6年度～令和8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

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。

図表 4-4-1-1 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。

図表 4-4-2-1 令和7年における在宅医療等の必要量

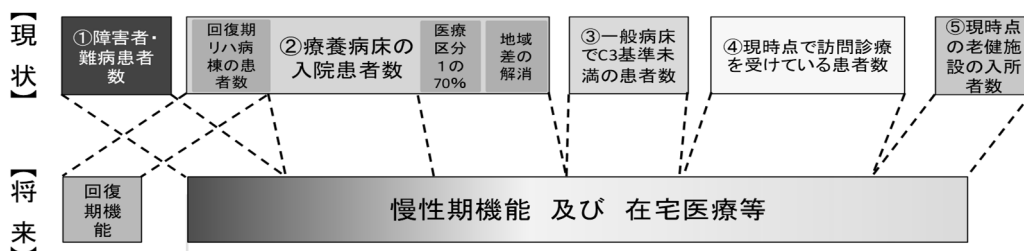
(単位：人／日)

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。

図表 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 (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。

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。
- 公立・公的医療機関等を含む病院・有床診療所について、2025年における役割と医療機能別の病床数を含む具体的対応方針*の策定を依頼し、地域医療構想調整会議*等で地域の関係者と共有し協議を実施することで、病床機能の分化及び連携が一層推進されるよう取り組みます。また、策定された具体的対応方針に変更が生じた場合や2025年以降に医療機能別の病床数等に変更等が生じる場合には、改めて地域医療構想調整会議*等において協議を行います。
- 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、地域医療構想調整会議*等への参加を求め、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、医学部臨時定員増*の活用を推進する等により、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の取組を推進し、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。
- 専門医制度は、医師の質の向上と良質な医療の提供を目的としています。令和2年3月の厚労省の調査によると、臨床研修修了者の約9割が翌年度から専門研修を行う予定と回答していることから、研修プログラムの策定にあたっては地域の医療機関と連携するなど地域医療に配慮したプログラムとすることや、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。
- 引き続き、県内の2つの医学部と連携し、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みます。
- 小児医療や周産期医療、救急医療等、地域により偏在のみられる診療科については、医師確保への支援や、医療機関への助成、研修の充実等により、地域医療の格差解消に努めます。
- 高齢化の更なる進展に伴い、複数の疾患を抱える患者の増加が見込まれるなか、総合診療専門医は、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、総合診療科の専門研修基幹施設による連携を推進するなど、総合診療専門医の育成と確保に努めます。

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、令和4年3月に示された「公立病院経営強化ガイドライン」に基づき、令和5年度までに、「地域医療構想を踏まえた各病院の果たすべき役割」や「医師・看護師等の確保と働き方改革」、「新興感染症等に備えた平時からの取組等」を盛り込んだ経営強化プランを策定することとなっています。公立病院は、策定された経営強化プランに沿って、地域医療構想と整合した持続可能な医療提供体制の確保に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*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。