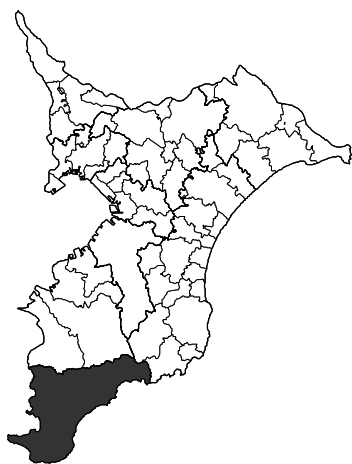
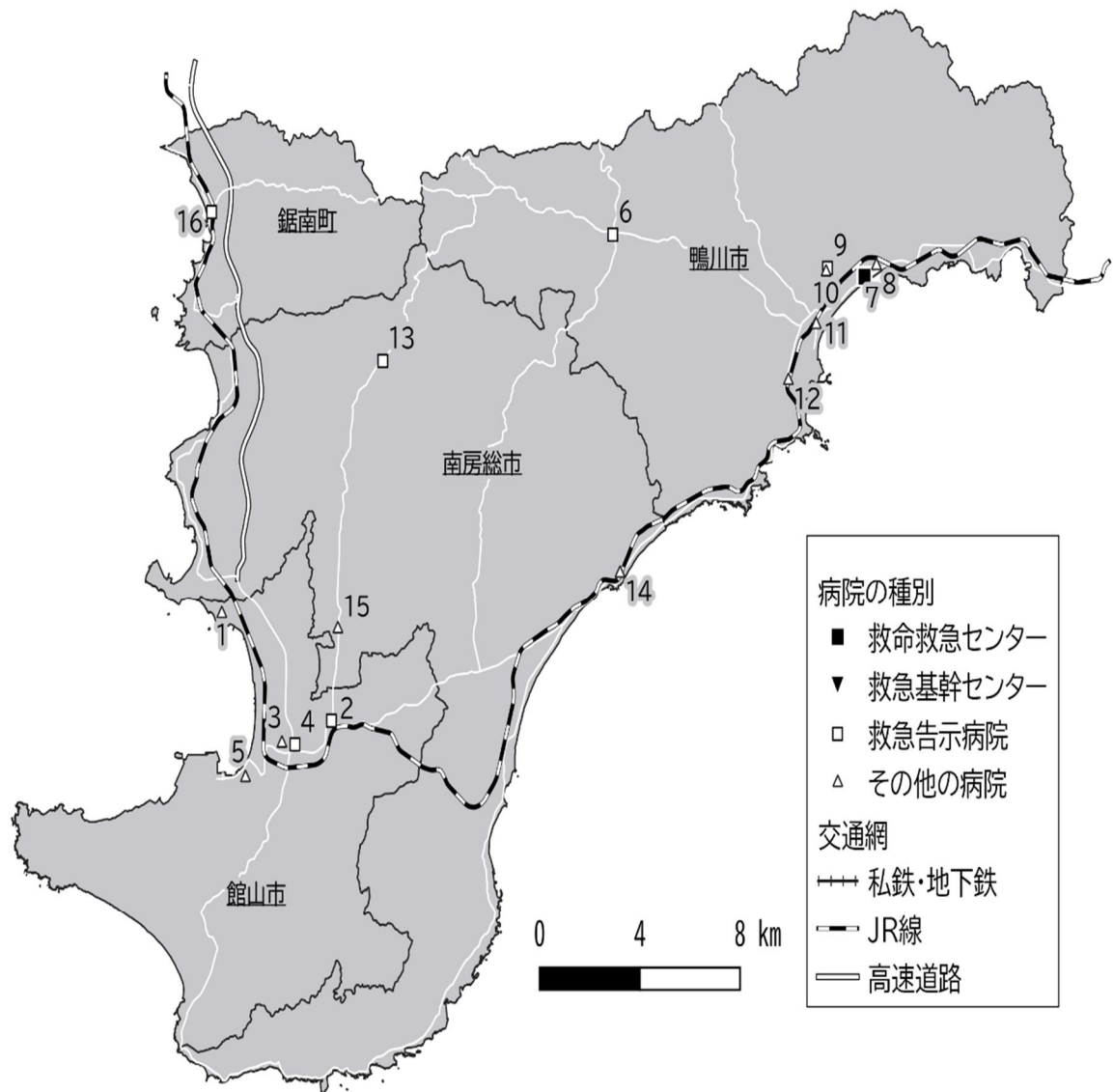


第7章 安房保健医療圏



- 1 △ 小林病院
- 2 □ 安房地域医療センター
- 3 △ 北条病院
- 4 □ 館山病院
- 5 △ 田村病院
- 6 □ 鴨川市立国保病院
- 7 ■ 亀田総合病院
- 8 △ 亀田リハビリテーション病院
- 9 □ 東条病院
- 10 △ 東条メンタルホスピタル
- 11 △ 小田病院
- 12 △ エビハラ病院
- 13 □ 南房総市立富山国保病院
- 14 △ 中原病院
- 15 △ 三芳病院
- 16 □ 鋸南町国民健康保険鋸南病院

令和5年10月17日現在の開設許可等の状況に基づき作成

第1節 圏域の現状

1 基本的事項

		圏域	全県	
構成市町村数		3市1町	37市16町1村	
面積 (対全県比)		575.91km ² (11.2%)	5156.74km ²	
人口 (人)	総人口 (対全県比)	120,093 (1.9%)	6,284,480	
	構成等	0～14歳	10,632	734,496
		15～64歳	56,252	3,715,691
		65歳～	50,365	1,699,991
		高齢化率	43.0%	27.6%
		75歳以上	27,158	859,767
		75歳以上の割合	23.2%	14.0%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、令和5年4月1日現在）
 国勢調査（総務省、令和2年10月1日現在）

注：高齢化率、75歳以上の割合は、年齢不詳を除く総人口に占める割合

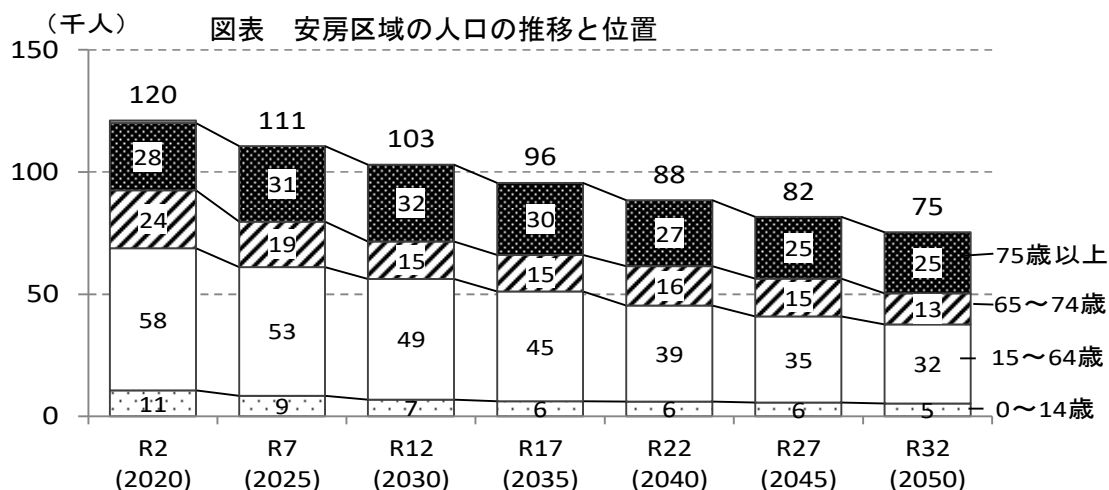
2 人口動態等

(1) 人口動態

		圏域(人)	全県(人)
出生数	(人口千対)	441 (3.8)	36,966 (5.9)
死亡数	(人口千対)	2,428 (20.9)	72,258 (11.5)
乳児死亡数	(出生千対)	4 (9.1)	69 (1.9)
死産数	(出産千対)	15 (32.9)	753 (20.0)
周産期死亡数	(出産千対)	3 (6.8)	120 (3.2)

資料：動態発生数—令和4年人口動態統計（厚生労働省）
 人口—毎月常住人口調査月報（千葉県、令和4年10月1日現在）

(2) 人口の推移、将来推計人口



「日本の地域別将来推計人口（令和5(2023)年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、令和2年から令和12年にかけて14%・4千人増加すると見込まれます。

3 疾病状況（主な死因別死亡数）

	圏域（人）		全県（人）	
	実数	人口10万対	実数	人口10万対
悪性新生物	536	453.4	17,808	283.7
心疾患	322	272.4	10,167	161.9
肺炎	103	87.1	3,636	57.9
脳血管疾患	183	154.8	4,667	74.3

資料：動態発生数—令和3年人口動態統計（厚生労働省）
人口—毎月常住人口調査月報（千葉県、令和3年10月1日現在）

4 患者動向

圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の所在地（医療圏別）	
安房保健医療圏	91.6%	安房保健医療圏	65.7%
君津保健医療圏	2.7%	山武長生夷隅保健医療圏	15.1%
県外	2.6%	君津保健医療圏	9.5%
千葉保健医療圏	1.8%	県外	6.6%
その他	1.3%	その他	3.1%

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。

5 外来医療の現状

(1) 地域における外来医療の概況

安房医療圏の外来医師偏在指標は全国330医療圏中291位・県内9医療圏中7位であり、診療所における外来医療のニーズに対して、診療所医師が少ない地域です。

山武長生夷隅医療圏からの流入がある等、外来診療全体では1日あたり900人程度の流入超過と推計されます。

一般診療所に勤務する医師について主たる診療科別に見ると、一般的な疾病の診療に当たる診療科のうち、他の診療科では代替が難しいと考えられる皮膚科、精神科、眼科、耳鼻科の人口10万人あたり医師数について、精神科及び眼科は県内平均を上回っている一方、皮膚科及び耳鼻科においては県内平均の約2分の1となっています。

図表 7-1-5-1 外来医師偏在指標等の状況

安房保健医療圏	
圏域内人口	123千人
外来医師偏在指標	77.8
偏在指標全国平均値	112.2
偏在指標全国順位(330圏域)	291位
偏在指標県内平均値	88.6
偏在指標県内順位(9圏域)	7位

図表 7-1-5-2 安房医療圏の外来医療に係る流出入状況

【医療圏内の居住地ベース推計外来患者数：6.7千人/日】

(単位：千人)

流出入先圏域	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	県外	計
圏域内への流入	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	—	0.4	0.0	0.1	1.3
圏域外への流出	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—	0.1	0.0	0.1	0.4
差引	▲ 0.0	0.0	▲ 0.0	0.0	0.0	0.7	—	0.3	0.0	▲ 0.1	0.9

資料：平成29年度患者調査とNDBデータをもとに厚生労働省が算出
対象は病院及び一般診療所 単位は千人/日

※端数を切り捨て処理しているため、圏域の和と計が一致しないことがあります。

図表 7-1-5-3 主たる診療科別の一般診療所従事医師数

(単位：人)

内科	56	感染症内科		肛門外科		リハビリテーション科	
呼吸器内科		小児科	2	脳神経外科		放射線科	
循環器内科	1	精神科	6	整形外科	10	麻酔科	
消化器内科 (胃腸内科)	2	心療内科	1	形成外科		病理診断科	
腎臓内科	1	外科		美容外科		臨床検査科	
脳神経内科	1	呼吸器外科		眼科	10	救急科	
糖尿病内科 (代謝内科)	1	心臓血管外科		耳鼻いんこう科	2	臨床研修医	
血液内科		乳腺外科		小児外科		全科	
皮膚科	2	気管食道外科		産婦人科	5	その他	
アレルギー科		消化器外科 (胃腸外科)		産科		主たる診療科不詳	
リウマチ科		泌尿器科	1	婦人科		診療科不詳	1
皮膚科/人口10万	1.6	精神科/人口10万	4.9	眼科/人口10万	8.1	耳鼻科/人口10万	1.6
〃 県内平均	3.6	〃 県内平均	2.5	〃 県内平均	5.4	〃 県内平均	3.1

資料：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

(2) 外来医療機能ごとの現況

ア 通院外来医療

一般診療所数は86か所、一般診療所で診療に従事する医師は102人で、外来患者延数に占める診療所の受診割合は77.3%と、全国及び県内平均を上回っており、県内で最も高い割合であることから、外来診療における診療所の役割が比較的大きい地域と思われます。医療圏内の医療機関からの不足感が強い診療機能は、強い順に小児医療、初期救急、在宅医療となっています。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、安房医師会において在宅当番医制*が運営されているほか、館山市の病院内に安房郡市夜間急病診療部が設置されています。時間外等外来患者延数に占める診療所の受診割合は48.1%と低くなっていますが、これは当該医療圏における夜間急病診療部が病院内に設置されていることが要因と思われます。

ウ 在宅医療

在宅医療については、在宅療養支援診療所（令和5年4月1日時点で12か所・うち機能強化型8か所）のほか、地域の診療所・病院により提供されています。

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

公衆衛生機能については、主に地区医師会に所属する診療所や病院が市町から委託を受けて予防接種や健康診断、検診等を行っているほか、一般的な外来診療を行わない介護施設内診療所等でも入居者や職員向けに実施しています。

図表 7-1-5-4 安房医療圏における外来医療の概況

区分	病院	一般診療所	一般診療所 構成率	構成率の 全国平均	構成率の 千葉県平均
施設数	16	86			
医師数（人）	496	102			
外来患者延数（人/年）	422,239	1,441,132	77.3%	75.8%	73.8%
通院外来患者延数（人/年）	418,140	1,428,810	77.4%	75.6%	73.5%
時間外等外来患者延数（人/年）	26,060	24,154	48.1%	85.0%	85.6%
訪問診療患者延数（人/年）	3,760	11,023	74.6%	87.8%	89.7%

資料：施設数：平成29年度医療施設調査（厚生労働省）
 医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
 患者延数：令和元年度NDB（厚生労働省集計）

図表 7-1-5-5 外来医療機能ごとの過不足感

区分	がん	脳卒中	心血管	糖尿病	精神	認知症	初期救急
不足	24%	20%	20%	15%	31%	29%	33%
充足又は過剰	20%	16%	20%	27%	16%	16%	18%

区分	周産期	小児	在宅	予防接種	健診検診	学校保健	産業保健
不足	18%	35%	33%	7%	13%	7%	9%
充足又は過剰	15%	13%	15%	45%	36%	27%	15%

資料：令和5年度 千葉県保健医療計画改定に関する調査
 医療圏内の医療機関を対象とした「地域で不足していると感じる外来医療機能」の回答集計結果。選択肢で「全く足りない」「やや足りない」を「不足」、「十分である」「過剰である」を「充足又は過剰」として算出。

図表 7-1-5-6 在宅当番医制*の実施状況

令和5年4月1日現在

地区医師会名	診療科目	休日診療時間
安房医師会	内、外、眼、耳	8：30～17：00

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

図表 7-1-5-7 夜間休日急病診療所*の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

施設名	所在地	電話	診療科目	診療日	診療時間
安房地域医療センター 内 安房郡市夜間急病 診療部	館山市山本1155	0470-25-5111	内・外	毎日	19:00～22:00

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

（3）医療機器の共同利用に係る状況

安房医療圏には計画上の対象機器の5種類が全て配置されており、指標においては、CT、MRIは全国平均と県内平均の中間、マンモグラフィは両平均を下回っており、PETと放射線治療機器は両平均を上回っています。

機器1台あたりの年間検査数では、放射線治療機器を除く4種類の機器については全国及び県内平均を上回っており、特にマンモグラフィの稼働数が多くなっています。

共同利用については、地域医療支援病院である医療法人鉄蕉会亀田総合病院において、CT、MRIについて、広く医療圏内の医療機関からの共同利用を受け入れています。そのほか、4か所の病院、診療所において共同利用を受け入れています。

地域医療支援病院以外の医療機関を含めた、共同利用受入医療機関数の増加と可視化により、共同利用を希望する医療機関のニーズに対応するとともに、専門性の高い医療機器については医療機関連携による紹介等により、各医療機器の効率的活用を推進していく必要があります。

図表 7-1-5-8 医療機器保有状況の概況

機器の種類	指標（調整人口あたり台数） （台）			保有台数 （台）			1台あたり年間検査数 （件）		
	安房	千葉県	全国	安房	千葉県	全国	安房	千葉県	全国
全身用CT	10.6	8.5	11.5	17	527	14,595	2,288	1,977	1,523
全身用MRI	5.3	4.8	5.7	8	297	7,240	2,238	1,981	1,834
PET	1.26	0.35	0.5	2	22	594	1,017	850	876
放射線治療	1.22	0.64	0.8	2	40	1,044	2,956	3,563	2,762
マンモグラフィ	2.4	2.9	3.4	3	180	4,261	1,873	669	543

資料：指標…医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集（厚生労働省・令和5年度提供）
保有台数…令和2年度医療施設調査（厚生労働省集計）
検査数…令和元年度NDB（厚生労働省集計）

6 医師の確保の現状

医師全体についての医師偏在指標は、全国330医療圏中31位の322.6であり、医師多数区域とされています。

圏域内には、令和5年4月現在、基幹型臨床研修病院*が1施設、専門研修基幹施設*が3施設立地しています。

図表 7-1-6-1 医師偏在指標、区域の分類及び目標医師数、偏在対策基準医師数（安房保健医療圏）

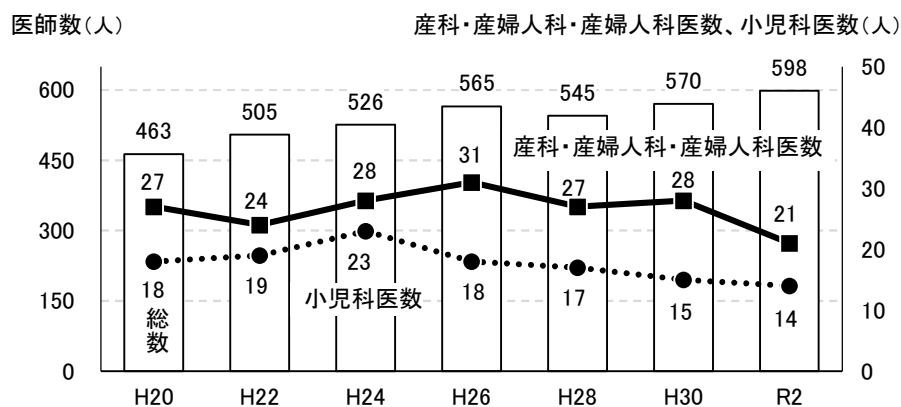
	医師偏在指標	順位	区域の分類	目標医師数 又は偏在対策 基準医師数	現状の 医師数
医師全体	322.6	31位/330	医師多数区域	598人	598人
分娩取扱 医師	19.25	12位/258	(相対的少数でない)	7.0人	21人
小児科	122.8	92位/303	(相対的少数でない)	10.8人	14人

※ 分娩取扱医師及び小児科に係る「偏在対策基準医師数」は、機械的に算出される数値（計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する具体的な医師の数）であって、計画期間中に確保すべき医師数の目標ではない。

※ 「現状の医師数」は、「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」による医療施設従事医師数。

図表 7-1-6-2 二次保健医療圏の概況（安房保健医療圏）

■ 圏域内医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

■ 圏域内の医育機関、研修施設等（令和5年4月現在）

医育機関	基幹型臨床研修病院* (令和5年度研修開始者募集定員)	専門研修基幹施設* (令和5年度研修開始者募集定員)
なし	1 病院 (24 名)	3 施設 (73 名)

施設名	所在地	基幹型臨床 研修病院*	専門研修 基幹施設*	キャリア 形成支援 機関*
亀田総合病院	鴨川市	24	64	○
安房地域医療センター	館山市		2	○
亀田ファミリークリニック館山	館山市		7	○

(施設名は順不同。数字は令和5年度研修開始者に係る募集定員数。)

7 主な医療・介護資源の現状

	項目	単位	実数	人口 10万対	県平均 人口10万対	時点
1	病院数	施設	16	13.8	4.6	R4.10.1
2	診療所数	施設	88	75.7	62.8	R4.10.1
3	歯科診療所数	施設	51	43.9	51.6	R4.10.1
4	薬局数	施設	72	60.2	41.0	R4.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	18	15.7	9.8	R5.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	13	11.4	6.7	R5.10.1
7	在宅療養支援病院数	施設	6	5.2	0.9	R5.10.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.3	R5.10.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	3	2.6	4.9	R5.10.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	51	44.6	36.3	R5.10.1
11	地域包括ケア病棟入院料/ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	159	139.0	36.0	R5.10.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	99	86.5	73.9	R5.10.1
13	一般病床数（病院）	床	1,422	1,223.2	582.6	R4.10.1
14	一般病床数（診療所）	床	121	104.1	30.5	R4.10.1
15	一般病床・病床利用率（病院）	%	73.0		68.7	R4.10.1
16	一般病床・平均在院日数（病院）	日	15.3		15.8	R4.10.1
17	療養病床数（病院）	床	591	508.4	173.3	R4.10.1
18	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	1.0	R4.10.1
19	療養病床・病床利用率（病院）	%	85.9		85.6	R4（年間）
20	療養病床・平均在院日数（病院）	日	213.9		151.2	R4（年間）
21	医療施設従事医師数	人	598	497.9	205.8	R2.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	110	91.6	81.5	R2.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	300	249.8	193.4	R2.12.31
24	就業看護職員数	人	2,673	2,232.4	972.5	R2.12.31
25	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	69	57.4	19.8	R2.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	99	82.3	81.4	R2.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	231	192.7	79.1	R2.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	60	50.3	30.5	R2.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	28	23.6	10.7	R2.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	19	16.6	7.2	R5.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,024	895.1	456.5	R5.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	9	7.9	2.5	R5.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	756	660.9	246	R5.10.1

資料：1～3、13、14、17、18 「令和4年医療施設調査」（厚生労働省）

4 「令和3年度薬務行政概要」（千葉県）

5、30～33 千葉県高齢者福祉課調べ

6～12 「届出受理医療機関名簿」（関東信越厚生局）

15、16、19、20 「令和4年病院報告」（厚生労働省）

21～23 「令和2年千葉県衛生統計年報」（千葉県）

24 「令和2年度千葉県看護の現況」（千葉県）

25～29 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

《参考》

主な医療・介護資源の現状（65歳以上人口10万対・75歳以上人口10万対）

	項目	単位	実数	65歳以上人口10万対		75歳以上人口10万対	
				圏域	県平均	圏域	県平均
1	病院数	施設	16	31.5	16.7	57.6	32.2
2	診療所数	施設	88	173.4	227.0	317.0	437.3
3	歯科診療所数	施設	51	100.5	186.8	183.7	359.8
4	薬局数	施設	72	141.9	149.0	259.3	287.1
5	訪問看護ステーション数	施設	18	35.8	35.5	62.4	65.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	13	25.9	24.3	45.1	44.5
7	在宅療養支援病院数	施設	6	11.9	3.2	20.8	5.8
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	1.0	0.0	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	3	6.0	17.8	10.4	32.6
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	51	101.5	131.0	176.8	239.9
11	地域包括ケア病棟入院料／ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	159	311.1	138.5	551.1	238.2
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	99	193.7	284.4	343.1	488.9
13	一般病床数（病院）	床	1,422	2,802.1	2,107.1	5,121.7	4,058.8
14	一般病床数（診療所）	床	121	238.4	110.4	435.8	212.7
15	療養病床数（病院）	床	591	1,164.6	626.9	2,128.7	1,207.6
16	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	3.7	0.0	7.1
17	医療施設従事医師数	人	598	1,168.0	751.2	2,173.9	1,494.0
18	医療施設従事歯科医師数	人	110	214.9	297.4	399.9	591.4
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	300	586.0	705.9	1,090.6	1,403.8
20	就業看護職員数	人	2,673	5,221.0	3,549.9	9,717.2	7,059.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	69	136.8	73.3	253.7	145.0
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	99	196.2	301.0	363.8	595.2
23	医療施設従事理学療法士数	人	231	459.4	292.5	852.1	578.4
24	医療施設従事作業療法士数	人	60	119.9	112.9	222.4	223.3
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	28	56.2	39.4	104.2	77.9
26	介護老人福祉施設数	施設	19	37.8	25.8	65.8	47.3
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,024	2,038.5	1,648.1	3,548.9	3,018.2
28	介護老人保健施設数	施設	9	17.9	9.0	31.2	16.5
29	介護老人保健施設入所定員数	人	756	1,505.0	887	2,620.1	1,625

注：資料は前ページの表と同じ。ただし、65歳以上人口及び75歳以上人口は以下時点の人口を使用している。

- 1～9、13～16 令和4年4月1日
- 10～12、26～29 令和5年4月1日
- 17～20 令和3年1月1日
- 21～25 令和2年10月1日

《参考》

全国の主な医療・介護資源の現状

	単位	実数	人口10万対	65歳以上 人口10万対	75歳以上 人口10万対	時点
病院数	施設	8,156	6.5	22.5	42.1	R4.10.1
診療所数	施設	105,182	84.2	290.3	543.2	R4.10.1
歯科診療所数	施設	67,755	54.2	187.0	349.9	R4.10.1
薬局数	施設	62,375	49.9	172.1	322.1	R5.3.31
訪問看護ステーション数	施設	13,554	10.8	37.4	72.6	R3.10.1
地域包括ケア病棟入院料/ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	89,296	71.5	246.4	461.1	R4.7.1
回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	91,294	73.1	251.9	471.4	R4.7.1
一般病床数（病院）	床	886,663	709.6	2,446.8	4,578.7	R4.10.1
一般病床数（診療所）	床	74,691	59.8	206.1	385.7	R4.10.1
療養病床数（病院）	床	278,694	223.0	769.1	1,439.2	R4.10.1
療養病床数（診療所）	床	5,745	4.6	15.9	29.7	R4.10.1
医療施設従事医師数	人	323,700	256.6	916.1	1,773.8	R2.12.31
医療施設従事歯科医師数	人	104,118	82.5	294.7	570.5	R2.12.31
薬局・医療施設従事薬剤師数	人	250,585	198.6	709.2	1,373.2	R2.12.31
就業看護職員数	人	1,659,035	1,315.2	4,695.1	9,091.2	R2.12.31

第2節 安房保健医療圏における施策の方向性

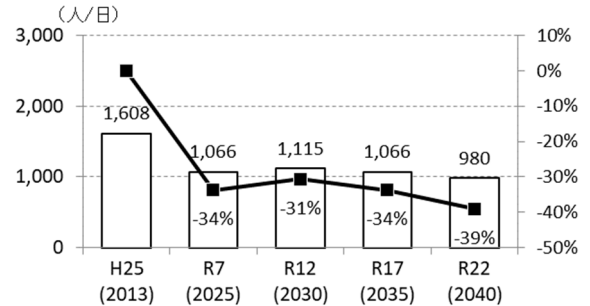
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

(1) 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年度から令和7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、令和22年までに39%・628人/日の減少が見込まれます。

図表 7-2-1-1 入院患者数の推移と変化率（安房）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(2) 4機能別の医療提供体制

令和4年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と令和7年の必要病床数*を比較すると、高度急性期*及び回復期*は不足し、急性期*及び慢性期*は過剰となることが見込まれます。

図表 7-2-1-2 4機能別の医療提供体制（安房）

（単位：床）

医療機能	必要病床数 (R7年) A	令和4年度 病床機能報告 (R4.7.1) B	差し引き B-A
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

「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。

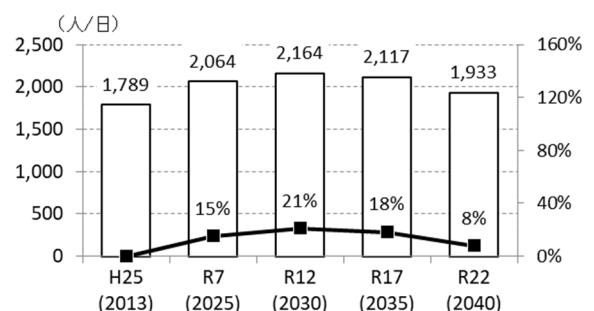
※令和12年における慢性期機能に係る必要病床数：433床

(3) 在宅医療等需要の推移

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から令和7年にかけて15%・275人/日の増加が見込まれます。

令和12年にはピークを迎え、21%・375人/日の増加が見込まれます。

図表 7-2-1-3 在宅医療等需要推移と変化率（安房）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(4) 実現に向けた施策の方向性

ア 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。
- 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、地域保健医療連携・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、不足が見込まれる病床の確保を図ります。調整会議においては、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。

イ 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。

ウ 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。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

(1) 外来医療機能ごとの対応方針

ア 通院外来医療

通院外来医療については、日常の外来診療機能や、小児医療等地域の医療機関からの不足感が強い診療機能に関して、全国的な外来医師偏在是正の進捗、既存の診療所の業務承継状況等も踏まえながら、地域において充実に向けた議論を進める必要があります。

当圏域では、令和5年8月1日時点では紹介受診重点医療機関となる医療機関はありませんが、地域医療支援病院に紹介患者に対する医療の提供等の求められる役割を果たしてもらうことで、医療機関の役割分担の明確化・連携

を促進します。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、地域の医療機関からの不足感改善を図るため、在宅当番医制*や夜間休日急病診療所*等の診療体制について、維持・充実を図ることが重要です。

ウ 在宅医療

在宅医療については、地域が主導して取り組んできた体制や連携を念頭に置きながら、高齢者人口の増加や医療技術の進歩等を背景とした需要の増加や多様化に対応できるよう、在宅医療を担う医師等の増加や多職種による連携を推進します。

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

公衆衛生機能については、課題となっている学校医等について、現在機能を担っている診療所医師の負担状況を踏まえた検討が必要です。また、現在は一定の充足感がある予防接種や健診・検診等についても、供給体制を維持していくことが重要です。

(2) 医療機器の共同利用方針

地域の協議の場における議論を踏まえ、本医療圏においては、以下の共同利用方針に従って各医療機器の共同利用を促進します。

図表 7-2-2-1 医療機器ごとの共同利用方針

対象機器		共同利用の方針
全身用CT	マルチスライス	地域医療支援病院を中心に共同利用を推進します。その他、既に機器を保有している医療機関においても、検査枠に余裕がある場合は共同利用を進めます。
	マルチスライス以外	既に機器を保有している医療機関については、検査枠に余裕がある場合は共同利用を推進します。
全身用MRI	1.5テスラ未満	既に機器を保有している医療機関については、検査枠に余裕がある場合は共同利用を推進します。
	1.5テスラ以上 3テスラ未満	地域医療支援病院を中心に共同利用を推進します。その他、既に機器を保有している医療機関においても、検査枠に余裕がある場合は共同利用を推進します。
	3テスラ以上	機器を保有する医療機関を中心に、患者紹介等により機器の効率的な活用を推進します。
PET	PET	機器を保有する医療機関を中心に、患者紹介等により機器の効率的な活用を推進します。
	PET-CT	
放射線治療 (体外照射)	リニアック	機器を保有する医療機関を中心に、患者紹介等により機器の効率的な活用を推進します。
	ガンマナイフ	
マンモグラフィ		既に機器を保有している医療機関については、検査枠に余裕がある場合は共同利用を推進します。

資料（機器保有状況の把握）：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査

3 医師の確保の方針（医師全体）

研修環境の向上等による県内医師のキャリア形成支援等を行うことで県内の医師少数区域等を支援しつつ、働き方改革への対応等を進め、圏域内の医師数の維持と医療機関間の役割分担と連携、上手な医療のかかり方への県民の理解等を促進することで、圏域内の医療需要に対応していきます。

第3節 安房保健医療圏における施策の具体的展開

1 施設相互の機能分担及び業務の連携

- 県民に身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供するかかりつけ医*、かかりつけ歯科医*、かかりつけ薬剤師・薬局*の定着を図ります。
- 紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用等を通じて、かかりつけ医、かかりつけ歯科医を支援する地域医療支援病院*は、医療法人鉄蕉会亀田総合病院です。患者の紹介・逆紹介、施設・設備の開放、近隣の医療従事者への研修など、病院の実施する地域医療支援活動に対して支援します。
- 地域の中核的病院等に設置された地域医療連携室等と協働し、医療機関や福祉関係機関との連携システムの構築を推進します。

2 地域医療体制の整備

- 介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けられるよう、地域包括ケアシステム*の実現を見据えた地域の医療提供体制の確保を図ります。
- 救急医療など地域のニーズに即した診療機能や診療所の後方支援機能の充実を図ります。
- 地域がん診療連携拠点病院*及び地域リハビリテーション広域支援センター*として亀田総合病院が指定されており、今後、更なる地域との連携を推進します。
- 精神疾患について、急性期治療については、救急輪番病院・措置輪番病院として3病院が行っています。

身体合併症治療については、常勤精神科医が勤務しており、リエゾンによる一般病棟での身体合併症治療が可能な病院との連携を図ります。

- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、東条メンタルホスピタルが中心となり、地域において認知症に対して進行予防からの地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図っており、今後各関係機関や地域との更なる連携を図ります。
- この地域の65歳以上人口10万人当たり訪問診療実施診療所・病院数や訪問看護ステーション数は千葉県平均と比べ上回っていますが、今後も在宅医療等の需要が増加すると見込まれます。

そのため、在宅医療の拡充を引き続き促進するとともに、在宅医療に必要な連携を担う市町と連携し、在宅医療の体制整備を進めます。

- 感染症については、第二種感染症指定病床を南房総市立富山国保病院に4床整備しています。また、医療法人鉄蕉会亀田総合病院に結核モデル病床*3床を整備し、エイズ治療拠点病院*として同病院を指定しています。今後、関係機関と更なる連携を図ります。
- 難病対策として、亀田総合病院に地域難病相談支援センター*が整備されており、今後、関係機関と更なる連携を図ります。

3 救急医療等の確保

- 初期救急医療*体制
夜間休日急病診療所*及び在宅当番医制*による診療体制の充実を図ります。
- 二次救急医療*体制
初期救急医療施設からの転送患者や入院治療を必要とする重症*救急患者の医療を確保するため、「病院群輪番制*」の充実を図ります。
- 三次救急医療*体制
重篤救急患者のための医療を提供する救命救急センター*として、地域医療の中核を担う亀田総合病院について、医療提供体制の充実を図ります。
- 小児救急医療体制
小児救急医療拠点病院*である亀田総合病院に対し引き続き助成を行い、小児救急医療体制を確保するとともに、小児救命集中治療ネットワーク*の連携を行っています。
- 周産期*救急医療体制
総合周産期母子医療センター*である亀田総合病院に対し引き続き助成を行い、周産期医療体制を確保するとともに母体搬送コーディネート*の連携強化を図ります。
- 病院前救護*体制
救急法・心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AED*（自動体外式除細動器）の使用方法に関する普及啓発や、救急安心電話相談*及び小児救急電話相談*事業の利用促進、並びに救急隊員が行う救急救命処置等の質の向上を図るための研修等、メディカルコントロール*体制を充実します。
- 災害時医療体制
災害時に被災地域の広域的救護活動を統一的に実施するため、健康福祉センター（保健所）所管区域を単位として「合同救護本部」を設置し、地域の医療関係団体や関係機関等と連携の強化を図ります。

また、災害時における県内の医療救護活動の拠点となる亀田総合病院（基幹災害拠点病院*）、及び安房地域医療センター（地域災害拠点病院*）の医療提供体制の充実を図るとともに、災害派遣医療チーム（DMAT・CLDMAT）*及び災害派遣精神医療チーム（DPAT）の体制整備を推進します。

○ 精神科救急医療体制

夜間・休日を含め、24時間365日、精神科救急患者の医療を確保するため、精神科救急情報センター*、精神科救急基幹病院、精神科救急輪番病院、千葉県総合救急災害医療センターに設置した精神科救急医療センター、精神科措置輪番病院からなる精神科救急医療システムの体制整備を推進します。

4 外来医療に係る医療提供体制の確保

- 紹介受診重点医療機関等の制度概要のほか、外来受診の流れについて、県ホームページ等を活用して医療関係者や県民等へ周知を図り、外来機能の明確化・連携を一層促進します。
- 外来医療機能毎の過不足感を明らかにすることで、新規開業者又は新規開業者以外の者が地域で不足する医療機能を担うよう検討することを促します。
- 医療機器の配置状況や稼働状況のほか、共同利用の受入状況等について地域の協議の場等で共有するとともに、新たに対象医療機器を購入する医療機関に対して共同利用計画書の提出を求める等、医療機器の共同利用の更なる促進を図り、限りある医療資源の効率的な利活用を推進します。

5 医師の確保（医師全体）

（1）医師数の維持

ア 県内関係者と連携した取組の推進

- 県内医療関係者と連携して地域医療支援センター*の強化を図り、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業（地域医療支援センター事業等）を実施します。
- 医療法上の地域医療対策協議会*でもある千葉県医療審議会医療対策部会や、臨床研修病院*等で構成する「医師臨床研修制度等連絡協議会」において、医師の効果的な確保・配置対策を検討します。
- 医師確保対策については、国の制度によるところが大きいことから、あらゆる機会をとらえて効果的な対策を講じるよう国に働きかけを行っていきます。

イ 地域医療に従事する医師の養成・確保

- 自治医科大学に学生を送り、地域医療に従事する医師の養成・確保を図り

ます。

令和5年度在学学生	15名
令和6年度入学定員（千葉県分）	〇名

- 県内外の関係大学と連携して医学部入学定員数を臨時的に増員します。関係大学は、一般の入試とは別枠で地域医療に意欲のある学生を対象とした入学者選抜を行い、入学後も、地域医療に関する教育を行うなど、卒業後、千葉県内の地域医療への従事が促進されるよう取り組みます。また、県は、当該学生やその他の地域医療に意欲のある学生を対象に、県内での一定期間の就業を条件に返還が免除される修学資金の貸付けを行うことで、千葉県で地域医療に従事する医師の増加を図ります。

県内大学医学部における恒久的な入学定員 240名

臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む）34名（令和6年度）

- 修学資金受給者に対して、医師の確保を特に図るべき区域等（※）での一定期間の勤務を義務付けること等により、積極的に医師少数区域等における医師数の増加を図ります。また、特に医療提供体制の強化・充実を目指すこととされている周産期や救急医療分野（産科、新生児科、救急科）を目指す修学資金受給者に対しては、関係医療機関と連携し、キャリア形成についての配慮を行う等して、その確保を図ります。派遣対象となる医療機関については、キャリア形成プログラムにおいて特定することとし、具体的な派遣先については、医療法の規定に基づき地域医療対策協議会*での協議を経て指定します。派遣対象となる医療機関は、研修環境や就労環境を整えるなど、修学資金受給者にとって魅力的な就業先となるよう努めます。なお、キャリア形成プログラムについては、必要に応じて、特に医師が不足している診療領域の医師確保に資するよう、随時見直しを検討します。

※医師の確保を特に図るべき区域等

医師少数区域（山武長生夷隅保健医療圏、君津保健医療圏）並びに地域医療の確保及び修学資金受給者のキャリア形成支援の観点から医師の派遣が必要と認められる保健医療圏（東葛南部、東葛北部、印旛、香取海匝、安房、市原保健医療圏）

- 県内の専門研修基幹施設*等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先となる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等は、修学

資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。

- 関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医科大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。
- 県は、医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関へ医師派遣を行う医療機関を対象に支援を行うことで、修学資金受給医師の受入体制の強化を含め当該地域の医師の確保を図ります。

ウ 研修環境の充実等による若手医師の確保

- 県内の医療関係団体、大学、臨床研修病院*等は協働し、県内で臨床研修・専門研修*を受ける医師の確保や、修了後の県内就業を促進するための取組、県内医療従事者への医療技術研修の提供や情報発信等を推進します。県は、その協働の場として、地域医療介護総合確保基金を活用して「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を設置・運営します。
- 臨床研修制度*については、令和2年度から臨床研修病院*の指定や定員設定の権限が都道府県へ移譲されています。県は、県内に医学部を設置する大学・臨床研修病院*等と連携し、県内における研修の質の担保に取り組むとともに、移譲された権限を活用することで臨床研修医*の確保・定着につなげ、医師の確保を図ります。
- 専門医制度*の運用により、必要な診療分野の医師が県内で養成・確保されるよう、また、県内の医師の地域偏在及び診療科偏在が助長されるなど、地域医療に支障が生ずることのないよう、県内の医療関係団体や大学、基幹施設、市町村等と、地域医療対策協議会*において必要な情報共有や専門研修プログラムについての確認、協議を行います。
- 千葉大学医学部に寄附講座を設置し、地域で診療する能力につながる多彩な講義や実習を行うとともに、地域医療を担う医療機関で若手医師や医学部生を指導する医師に対し、指導力を向上させるための教育を行います。
- 県内医療機関、関係団体等と連携し、将来的に医療需要の減少が見込まれる地域にあっても、限られた医療人材で幅広い疾患に対応できるよう、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*を

はじめとして地域医療に必要な、幅広い疾患を包括的・協調的・継続的に診療できる能力を持った医師の養成・確保に努めます。

(2) 医師の働き方改革の推進

ア 就労環境の向上と復職支援

- 妊娠中の医師や、性別を問わず、子育て、介護を行う医師に対して仕事と両立できる働きやすい職場づくり等、医療機関における就労環境の改善に係る取組について支援するとともに、医師にわかりやすく周知します。
- 分娩を取り扱う医師や新生児医療担当医等の処遇改善に取り組む医療機関を支援します。
- 医師キャリアアップ・就職支援センターにおいて、いったん離職した医師の職場復帰に向けた再就業のあっせんや復職研修の実施を通し、その復職を支援します。

イ タスク・シフト／シェア*等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応

- 市町村、県内医療機関、関係団体は協力し、医療機関の役割分担の明確化や、地域における効率的な医療提供体制の整備が促進されるよう協議を行い、取組を進めることで、病院勤務医や規模の大きな病院に集中しがちな負担を軽減するよう努めます。
- 県内医療機関は、チーム医療やタスク・シフト／シェア*の推進に努めます。県は、医師の労働時間短縮等に関する指針も踏まえ、労働局等の関係機関とも連携しつつ、医療従事作業補助者の確保や、タスク・シフト／シェア*の推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、県内医療機関の取組を支援します。周産期や救急医療分野等、特に医師確保の厳しい診療科や24時間の応需体制が求められる診療分野、又、地域において拠点的な役割を果たす医療機関等については、特にその取組を推進します。
- 医師の時間外労働の上限規制の水準について、地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する指定を受けた医療機関について、時短計画や健康確保措置の適切な実施のため、必要に応じて勤務環境改善センター等による支援を行います。また、今後、新たに適用を希望する医療機関があった場合は、円滑に指定申請ができるよう、支援します。

(3) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

- 市町村及び県内医療関係者と連携し、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医の定着に努めるとともに、適切な受療行動についての理解を促します。県民は、医療を適切に受けるよう努めます。
- 県内医療関係者と連携し、入院医療では、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関へ転院したり、入院する病棟を変えたりする場合があることについて、県民の理解を促します。
- ホームページを活用した医療機関に関する情報の提供については、令和6年度から国による全国統一のシステムが運用されることから、その周知啓発を行い、県民が適切な最新の情報を得られるように努めます。
- ちば救急医療ネット等を通じて、県民に対し、検索機能による医療機関情報や、在宅当番医療機関、夜間等の急病診療所情報等の提供を行います。
- 市町村及び県内医療関係者と連携し、救急医療体制の仕組み及び救急車や救急医療の適正利用について、普及啓発に取り組みます。
- 県民の不安解消による夜間・休日の不要不急の受診の減少及びその結果による救急医療に係る医療従事者の負担軽減を目的として、県民に対し、病状の緊急性や救急医療機関の受診の要否、応急処置の方法等について、電話による医療的観点からの助言を行う救急安心電話相談事業の充実・強化を図ります。
- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中を緩和するため、夜間に小児患者の保護者等からの電話相談に対し、看護師や小児科医が適切な助言を行う小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。
- 県内関係団体と連携し、保護者向け講習会の実施やガイドブックの配布などを通じて、子どもの急病や事故時の対応に関する知識について普及啓発を図ります。

(4) 産科及び小児科についての医師の確保

千葉県は、産科及び小児科について相対的医師少数都道府県であり、県全体で産科医及び小児科医の確保並びに周産期医療及び小児医療の提供体制確保に取り組む必要があります。

また、産科及び小児科については、従来から効率的な医療提供体制や二次保健医療圏を越えた連携体制の構築に取り組んできました。

こうした観点から、産科及び小児科については、9つの二次保健医療圏が連携し、県全体として周産期及び小児医療提供体制の確保並びに産科医及び小児科医の確保に取り組むこととします。

そのため、各二次保健医療圏における産科及び小児科に係る医師確保の方針及

び医師の確保に関する施策については、千葉県（県全体）における方針及び施策と同一のものとします。

6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保

- 地域医療を支える看護職員等の医療従事者の確保に努めます。
- 看護職員の養成支援及び県内就業促進とともに定着対策や再就業の促進、資質向上に努めます。
- 県民の健康の保持・増進のために、保健師等の人材育成・資質向上に努めます。

7 循環型地域医療連携システム

循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、本冊「第5章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

また、関係機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryoush30list.html>