

千葉県保健医療計画 (案)

千葉県保健医療計画（案） 目次

第1編 総論

第1章 改定に当たっての基本方針

第1節	計画改定の趣旨	1
第2節	計画の基本理念	2
第3節	計画の性格	3
第4節	計画の策定プロセス	3
第5節	計画の期間	4
第6節	計画の推進体制と評価	4

第2章 保健医療環境の現状

第1節	人口	
1	人口構造	6
2	人口動態	9
第2節	医療資源	
1	医療提供施設等	19
2	医療従事者等	34
第3節	受療動向	
1	受療率	39
第4節	県民の意識・意向	
1	医療提供体制についての認識・希望	44
2	療養等の場所	46
第5節	保健医療圏の状況	
1	人口	47
2	医療資源等	48
3	入院患者の流出入	54

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	59
第2節	保健医療圏	
1	二次保健医療圏	60
2	三次保健医療圏	63
第3節	基準病床数	
1	基準病床数の意義	64
2	基準病床数	64

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	66
2	構想区域	66
3	地域医療構想の内容	66
4	病床機能報告制度	67
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	68
2	将来の医療需要	71
第3節	構想区域の設定	
1	構想区域の意義	78
2	構想区域の設定	78
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	79
2	在宅医療等の必要量	80
3	必要病床数と病床機能報告の結果との比較	81
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	83
第6節	地域医療構想の推進方策	87

第2編 各論

第1章 質の高い保健医療提供体制の構築

第1節	循環型地域医療連携システムの構築	
1	循環型地域医療連携システムの構築について（総論）	
(1)	循環型地域医療連携システムの基本的な考え方	89
(2)	循環型地域医療連携システムの推進に向けた取組	91
2	循環型地域医療連携システム（各論）	
(1)	がん	96
(2)	脳卒中	109
(3)	心筋梗塞等の心血管疾患	117
(4)	糖尿病	124
(5)	精神疾患	
ア	精神疾患（認知症を除く）	132
イ	認知症	153
(6)	救急医療（病院前救護を含む）	165
(7)	災害時における医療	174
(8)	周産期医療	183
(9)	小児医療（小児救急医療を含む）	191

第2節	地域医療の機能分化と連携	
1	医療機能の充実と県民の適切な受療行動の促進	198
2	総合診療機能の充実	204
3	地域医療連携の推進	206
4	自治体病院の連携の推進や経営改善の支援	209
5	県立病院が担うべき役割	211
6	薬局の役割	218
7	患者の意思を尊重した医療	220
第3節	在宅医療の推進	222
第4節	各種疾病対策等の推進	
1	結核対策	233
2	エイズ対策	237
3	感染症対策	241
4	肝炎対策	244
5	難病対策	246
6	小児慢性特定疾病対策	250
7	アレルギー疾患対策	252
8	臓器移植対策	254
9	歯科保健医療対策	255
10	リハビリテーション対策	263
11	高齢化に伴い増加する疾患等対策	268
第5節	人材の養成確保	
1	医師	273
2	歯科医師	278
3	薬剤師	280
4	看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）	282
5	理学療法士・作業療法士	286
6	歯科衛生士	287
7	栄養士（管理栄養士）	288
8	その他の保健医療従事者	290

第2章 総合的な健康づくりの推進 292

第3章 保健・医療・福祉の連携確保

第1節	母子・高齢者・障害者分野における施策の推進	
1	母子保健医療福祉対策	296
2	高齢者保健医療福祉対策	302
3	障害者保健医療福祉対策	304

第2節	連携拠点の整備	
1	健康福祉センター（保健所）	308
2	市町村保健センター	311
3	衛生研究所	312
4	保健医療大学	314

第4章 安全と生活を守る環境づくり

第1節	健康危機管理体制	315
第2節	医療安全対策等の推進	
1	医療安全対策	318
2	医療の情報（IT）化	321
3	医薬品等の安全確保	323
4	薬物乱用防止対策	328
5	血液確保対策	332
6	造血幹細胞移植対策	334
7	毒物劇物安全対策	336
第3節	快適な生活環境づくり	
1	食品の安全確保	338
2	飲料水の安全確保	341
3	生活衛生の充実	345

第3編 地域編

第1章	千葉保健医療圏	347
第1節	圏域の現状	348
第2節	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（千葉区域）	352
第3節	千葉保健医療圏における施策の具体的展開	354
第2章	東葛南部保健医療圏	357
第1節	圏域の現状	358
第2節	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（東葛南部区域）	362
第3節	東葛南部保健医療圏における施策の具体的展開	364
第3章	東葛北部保健医療圏	367
第1節	圏域の現状	368
第2節	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（東葛北部区域）	372
第3節	東葛北部保健医療圏における施策の具体的展開	374

第4章 印旛保健医療圏	377
第1節 圏域の現状	378
第2節 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（印旛区域）	382
第3節 印旛保健医療圏における施策の具体的展開	384
第5章 香取海匝保健医療圏	387
第1節 圏域の現状	388
第2節 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（香取海匝区域）	392
第3節 香取海匝保健医療圏における施策の具体的展開	394
第6章 山武長生夷隅保健医療圏	397
第1節 圏域の現状	398
第2節 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（山武長生夷隅区域）	402
第3節 山武長生夷隅保健医療圏における施策の具体的展開	404
第7章 安房保健医療圏	407
第1節 圏域の現状	408
第2節 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（安房区域）	412
第3節 安房保健医療圏における施策の具体的展開	414
第8章 君津保健医療圏	417
第1節 圏域の現状	418
第2節 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（君津区域）	422
第3節 君津保健医療圏における施策の具体的展開	424
第9章 市原保健医療圏	427
第1節 圏域の現状	428
第2節 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（市原区域）	432
第3節 市原保健医療圏における施策の具体的展開	434
(参考)	
用語解説	437
計画策定の経緯	470
千葉県医療審議会委員名簿	473

基準病床数の算定方法	474
将来の医療需要及び必要病床数の考え方	478
将来の医療需要に対する医療提供体制の考え方	480
千葉県高齢者保健福祉計画との整合性の確保	483

第 1 編

総 論

第1章 改定に当たっての基本方針

第1節 計画改定の趣旨

これまで本県では、医療機関の適正な配置を図り、健康増進から疾病の予防、診断、治療、リハビリテーションに至る総合的な保健医療供給体制を確立するため、昭和63年に「千葉県保健医療計画」を策定し、以後、平成3年、平成8年、平成13年、平成18年、平成23年と5度にわたる全面改定を行いながら、県内の保健医療関係機関・団体の協力のもとに、各種の保健医療施策を推進してきたところです。

その後、平成24年3月の医療法施行規則の改正に伴い、医療計画に定めるべき疾病として精神疾患が追加されたこと等から、平成25年5月に計画の一部を見直しました。

また、平成26年6月の医療法改正を踏まえ、平成28年3月に、2025年（平成37年）を見据えた「地域医療構想」を盛り込むとともに、計画期間の延長や、基準病床数、指標の見直しを行いました。

人口の急速な少子高齢化や医療技術の進歩、県民の意識の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化しています。特に本県では、高齢者人口の急増が見込まれており、疾病構造は大きく変化し、医療需要の増加も見込まれています。発症予防の推進とともに、救急医療、在宅医療、がんや認知症対策など、超高齢社会に対応した保健医療提供体制の充実が緊急の課題です。

また、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人生の最後まで続けられるよう、医療、介護などを一体的に提供できる「地域包括ケアシステム*」の実現を目指す必要があります。地域の医療提供体制は、地域包括ケアシステムの実現も見据えなければなりません。

一方で、本県を含め全国的にも医師・看護師の不足や偏在が指摘されており、地域や診療科によっては診療体制に深刻な影響が生じています。本県においても生産年齢人口の減少は続くものと見込まれ、医療人材の確保と共に、効率的な医療提供体制の構築が重要な課題です。

さらに、地域毎の人口構造の違いから、医療需要の増加幅やピークを迎える時期には地域差があると推計されており、それぞれの地域の課題に応じた対応も重要です。

こうした状況を踏まえ、県民一人ひとりが地域において安心して生活できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保や、医療・介護サービスの連携、総合的な健康づくり、安全な生活環境の実現を目指して、「千葉県保健医療計画」の改定を行うものです。

第2節 計画の基本理念

計画の基本理念

県民一人ひとりが、健やかに地域で暮らし、心豊かに長寿を全うできる
総合的な保健医療福祉システムづくり

1 基本的施策の方向

千葉県総合計画として平成29年10月に策定された「次世代への飛躍 輝け！ちば元気プラン」の内容を踏まえ、以下の4つの柱に沿った施策を展開します。

(1) 質の高い保健医療提供体制の構築

疾病の予防から診断、治療、リハビリテーション、在宅療養に至るまで、県民のニーズに応じた多様なサービスを地域において一貫して提供する保健医療サービスを実現していきます。

- ・ 循環型地域医療連携システム*の強化・充実
- ・ 在宅医療の推進
- ・ 「地域医療構想」達成に向けた取組
- ・ 医療従事者の確保
- ・ 医療と介護の連携の強化
- ・ 高齢化に伴う新たな疾患等への対応

(2) 総合的な健康づくりの推進

個人の健康度の改善や生活の質の向上を目指して、県民一人ひとりが健康づくりに向けた主体的な取り組みを継続的に実施できるための支援を推進します。

(3) 保健・医療・福祉の連携確保

子どもやその親、高齢者、障害のある人に対して適切な保健医療サービスを提供するとともに、保健・医療・福祉の各分野における資源が有機的に連携することで効率的で一貫したサービスを提供できるよう、拠点の整備を進めていきます。

- ・ 母子・高齢者・障害者分野における施策の推進
- ・ 連携拠点の整備

(4) 安全と生活を守る環境づくり

県民の健康と生活環境を守るため、食品や医薬品等の安全・安心の確保、健康を脅かす健康危機*事案等への対策を推進します。

- ・ 健康危機管理体制
- ・ 医療安全対策等の推進
- ・ 快適な生活環境づくり

第3節 計画の性格

この計画は、次の性格を有しています。

- (1) 医療法第30条の4の規定による医療計画です。
- (2) 本県の保健医療に関して総合的・効果的に推進するための基本的な指針です。
- (3) 市町村に対しては計画策定や施策の指針となるものです。
- (4) 県民その他の関係機関・団体にとっては、自主的・積極的活動の指針となるものです。
- (5) 関連する県の計画との整合を図るものです。

第4節 計画の策定プロセス

この計画は、次のプロセスを通じ策定しています。

- (1) 本県における医療機能等を把握するため、「千葉県医療機能調査※」を実施し、その結果を反映させて策定しています。
- (2) 医療法第30条の4第14項の規定により、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴いて策定しています。
- (3) 医療法第30条の4第15項の規定により、千葉県医療審議会、市町村（救急業務を処理する一部事務組合*を含む。）及び千葉県保険者協議会の意見を聴いて策定しています。
- (4) ちばづくり県民コメント制度(パブリックコメント)に関する指針に基づき、県民の意見を聴いて策定しています。
- (5) 各二次保健医療圏の実情を把握し、計画に反映させるため、各地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*等の意見を聴いて策定しています。
- (6) 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（平成26年厚生労働省告示第354号）第2二1により、市町村介護保険事業計画及び千葉県高齢者保健福祉計画との整合性を確保するための協議を実施し、その結果を踏まえて策定しています。

※ 千葉県医療機能調査

平成29年6月から7月にかけて県内に所在する医療機関等を対象に、5疾病（がん、脳卒中*、心筋梗塞*等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）や災害医療、在宅医療等に関する医療機能や課題を把握する調査を実施

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| ① 病院 | [288施設中198施設から回収。回収率68.8%] |
| ② 有床診療所 | [178施設中113施設から回収。回収率63.5%] |
| ③ 無床診療所 | [3,655施設中1,886施設から回収。回収率51.6%] |
| ④ 在宅療養支援歯科診療所 | [311施設中199施設から回収。回収率64.0%] |
| ⑤ 訪問薬剤管理指導等対応薬局 | [1,382施設中1,048施設。回収率75.8%] |
| ⑥ 訪問看護ステーション | [317施設中212施設から回収。回収率66.9%] |

第5節 計画の期間

平成30年度から平成35年度までの6年間の計画の期間とします。

なお、在宅医療その他必要な事項については平成32年度に調査、分析及び評価を行い、中間見直しを行う予定です。

第6節 計画の推進体制と評価

(1) 推進体制

本計画の着実な推進のため、医療審議会（地域保健医療部会等）、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携が推進されるような体制を構築します。

(2) 推進状況の把握、評価及び見直し

計画の実効性を上げるため、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価を踏まえて、必要に応じて計画の内容を見直すこととします。

医療計画全体の達成状況については6年ごとに調査、分析、評価及び公表し、医療審議会等の意見を踏まえて、必要に応じて計画を変更します。

ただし、在宅医療に関する事項については、千葉県高齢者保健福祉計画との整合を図るため、3年ごとに評価等を行うこととします。

なお、5疾病・4事業及び在宅医療において掲げた数値目標については、可能な限り、1年ごとに、指標の数値の推移や施策の進捗状況を把握します。また、施策や事業を実施した結果が、成果に対して影響を与えているかどうかを確認した上で、必要に応じて施策の見直しを行います。

(3) 基盤・過程・結果を用いた評価

数値目標として掲げる指標は、単に羅列するだけでは、どの段階にどのような問題があるのかを十分に分析することはできません。多面的な観点から分類・整理された指標を用いることで、はじめて包括的な評価が可能と考えられます。このような考え方から指標を基盤（ストラクチャー）・過程（プロセス）・成果（アウトカム）に分類しています。

ア 基盤（ストラクチャー）

医療提供サービスを行うための枠組みを形づくる要因であり、人員配置、機器・設備の状況、組織体制など、主に医療資源を指します。代表的なものは地域の医師数や病床*数などであり、その地域の医療の充実度について検討する際などによく用いられます。

イ 過程（プロセス）

医療活動の一連の流れから見た質の側面（どのように診療や看護などのサービスが提供されたか）であり、ガイドラインに基づいた治療などを指します。又、運動する者の割合や喫煙率など人々の健康の質やその保持に直接結びつく動向も過程に該当すると考えられます。

ウ 成果（アウトカム）

医療や保健サービスの提供の結果、何が得られたのかということであり、具体的には治療成績や死亡率などを指します。医療資源などの基盤（ストラクチャー）の整備に加え、医療の質の向上や県民の健康に対する意識の高まりなど、過程（プロセス）が望ましい方向へ変化していくことが、最終的に成果（アウトカム）の改善へ収束・反映されていくと考えられます。

（3）指標・目標値の設定

現状を適切に把握すると共に、今後の評価を行うことを考慮し、以下の点に留意しながら指標・目標値を設定しました。

- ① 他の都道府県や県内の二次保健医療圏との間で現状値の比較が可能な指標
- ② 継続的な把握が可能な指標
- ③ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日 医政地発0331第3号・平成29年7月31日一部改正）で示された指標
- ④ 個別の計画との整合による目標値
- ⑤ 前保健医療計画の指標の達成状況を踏まえた目標値

第2章 保健医療環境の現状

第1節 人口

1 人口構造

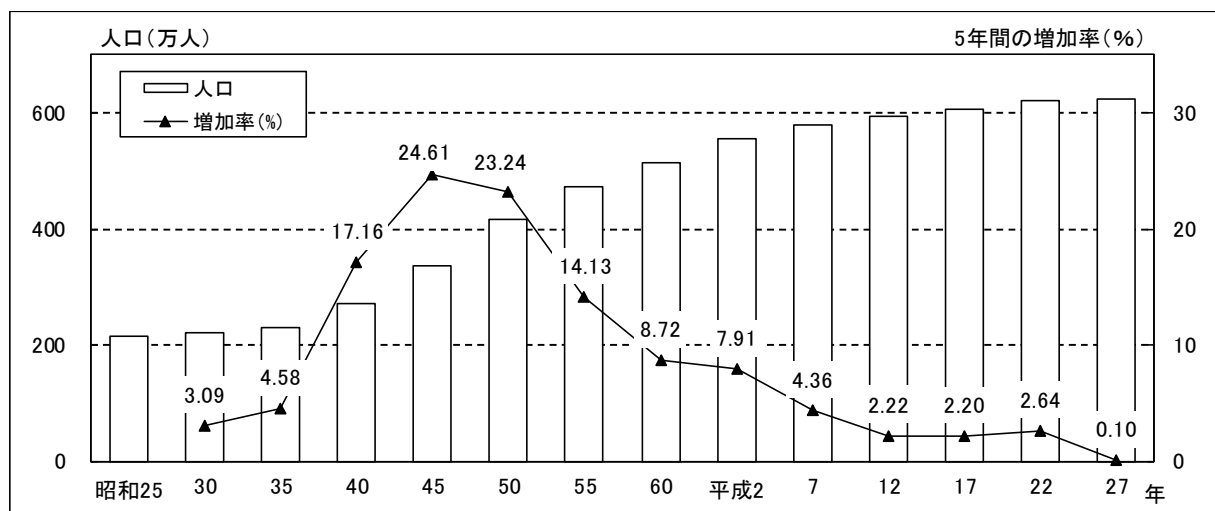
(1) 総人口

平成27年の国勢調査によると、本県の人口は6,222,666人となっており、全国第6位の人口規模の大きさとなっています。

前回調査時（平成22年）よりも全国の人口は0.75%減少しているところ、本県の人口は0.10%増加しており、これは全国第8位の増加率の高さとなっています。市郡別では、市部6,012,551人（構成比96.6%）、郡部210,115人（構成比3.4%）となっており、全国平均（市部91.4%、郡部8.6%）に比べると、市部人口の占める割合が高くなっています。

人口密度は、1平方キロメートル当たり1,206.5人で全国の人口密度340.8人を大きく上回り、高い順では全国第6位となっています。

図表 1-2-1-1-1 人口及び人口増加率の推移



資料：国勢調査（総務省）

(2) 年齢階級別人口

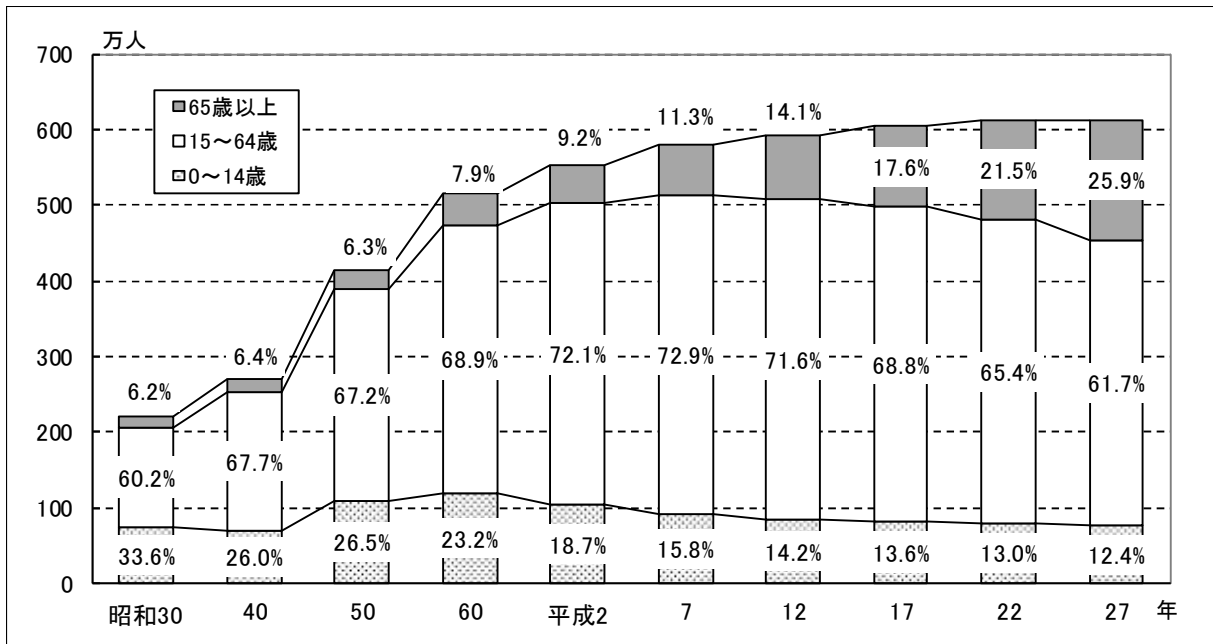
平成27年の国勢調査をもとに本県の人口を年齢により3つに区分してみると、年少人口（0～14歳）は762千人、生産年齢人口（15～64歳）は3,780千人、老年人口（65歳以上）は1,584千人で、総人口（年齢不詳分を除く。）に占める割合は、それぞれ12.4%、61.7%、25.9%となっています。

全国の年齢3区分割合（12.6%、60.7%、26.6%）と比べると、生産年齢人口の割合が若干上回り、年少人口及び老年人口の割合が若干下回っています。

年齢3区分別の人口の割合の推移をみると、年少人口の割合は昭和50年以降減少しており、生産年齢人口の割合は昭和50年以降上昇していましたが、平成7年をピークに減少に転じました。

これに対し、老年人口は昭和50年以降一貫して上昇を続けており、平成17年からは年少人口の割合を上回りました。

図表 1-2-1-1-2 年齢3区分別人口の割合の推移



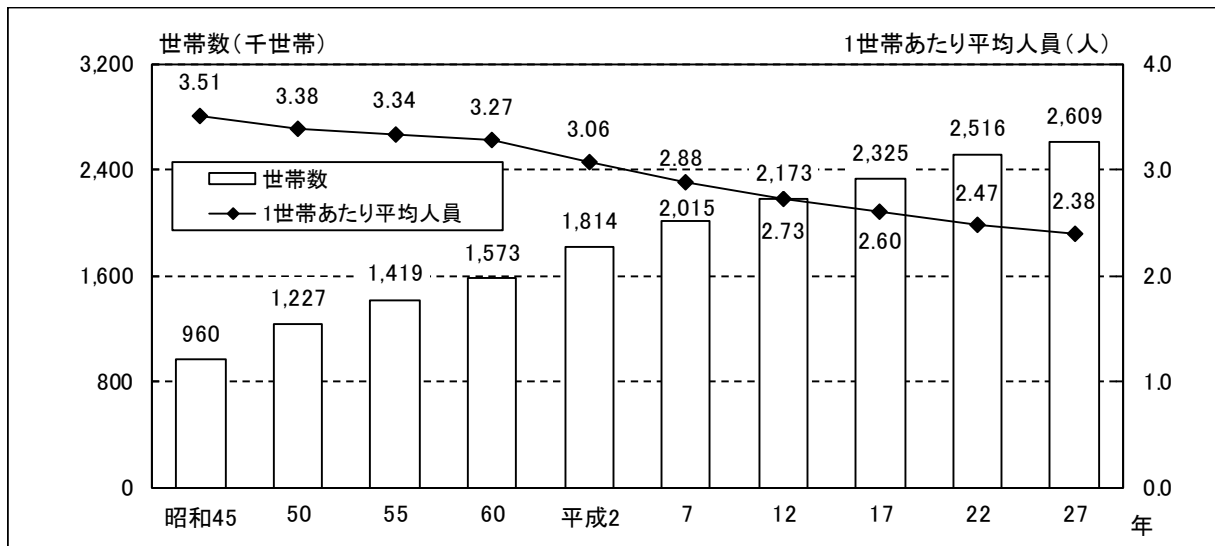
資料：国勢調査（総務省）

(3) 世帯構成

平成27年の国勢調査によると、本県における世帯数は、2,609,132世帯、1世帯当たりの人員は2.38人であり、全国平均の2.38人と同数でした。なお、平成22年の本県の1世帯当たりの人員2.47人からは0.09人減少しています。

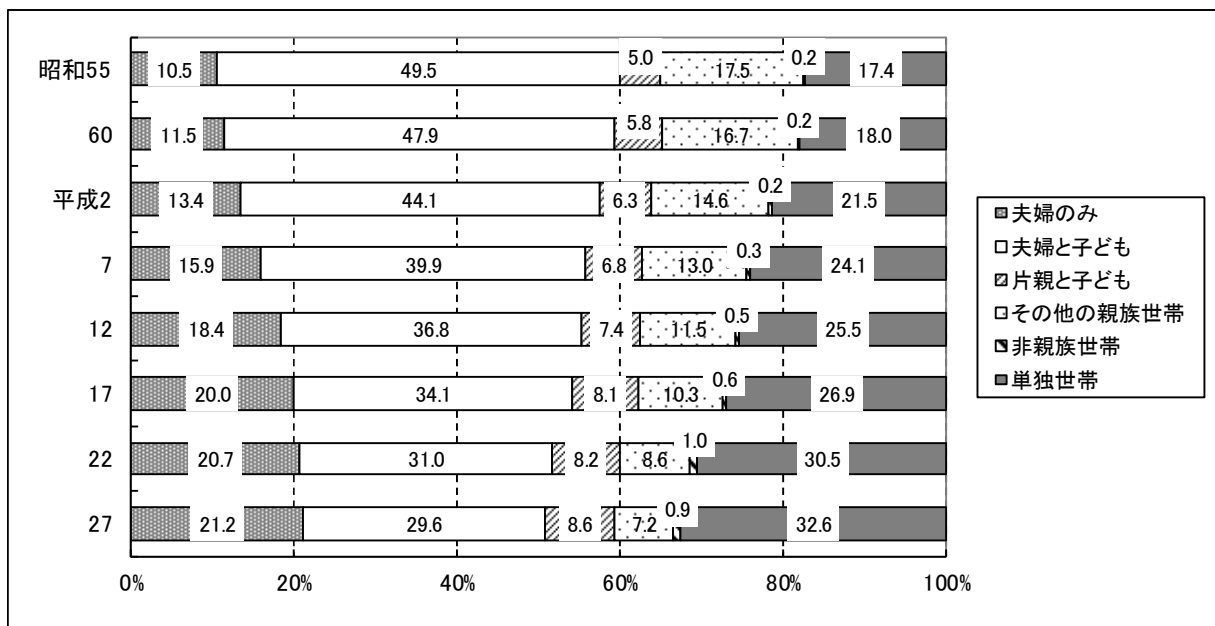
また、国勢調査により家族類型別の推移をみると、都市化の進展や核家族化等により「夫婦のみ」、「片親と子ども」、「単独世帯」の割合が年々上昇しています。

図表 1-2-1-1-3 世帯数と1世帯あたり平均人員の推移



資料：国勢調査（総務省）

図表 1-2-1-1-4 家族類型別一般世帯割合の推移



資料：国勢調査（総務省）

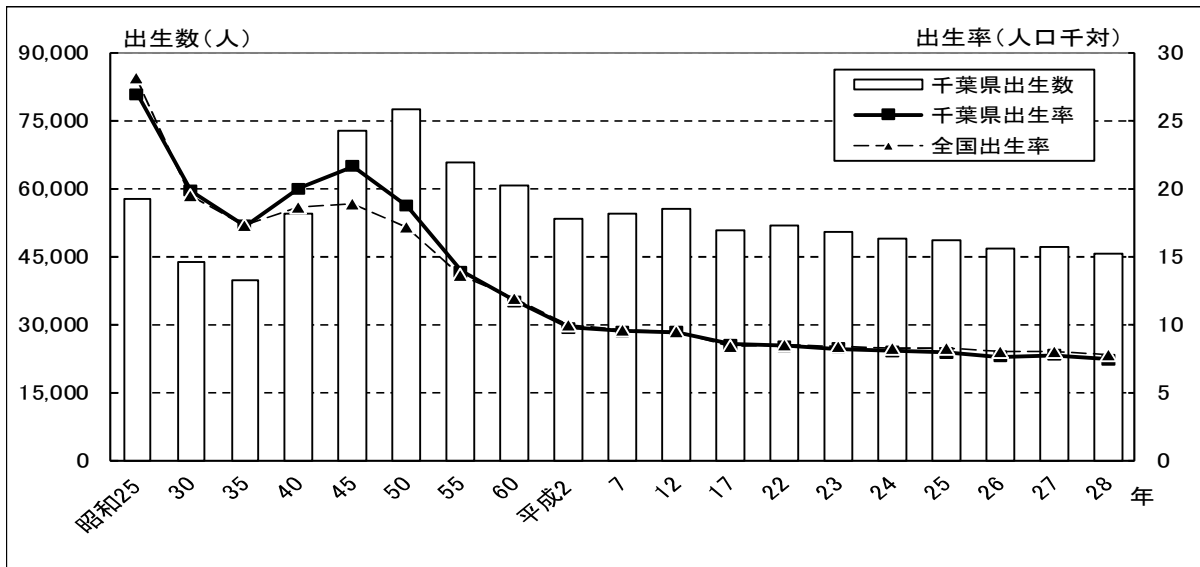
2 人口動態

(1) 出生

ア 出生数・出生率

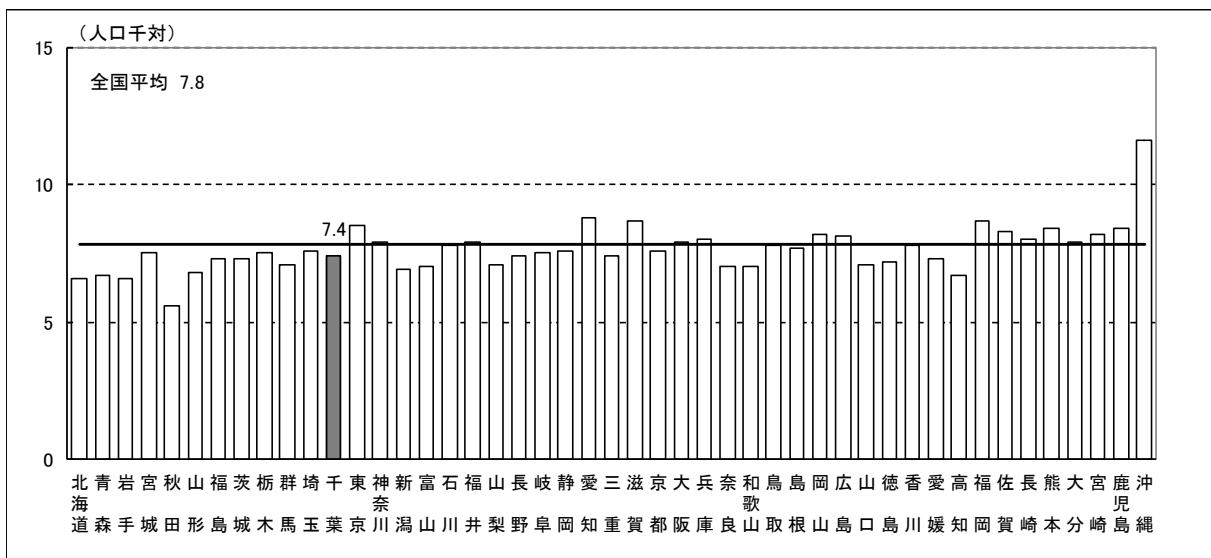
本県の平成28年の出生数は45,387人で、平成27年(47,014人)より1,627人減少しています。出生率(人口千対)は、第二次ベビーブーム期以降低下が続き、平成17年からはほぼ横ばいで推移しています。平成28年は7.4で全国平均の7.8に対し0.4ポイント低く、高い順では全国第28位となっています。

図表 1-2-1-2-1 出生数・出生率の推移



資料：人口動態調査(厚生労働省)

図表 1-2-1-2-2 都道府県別出生率



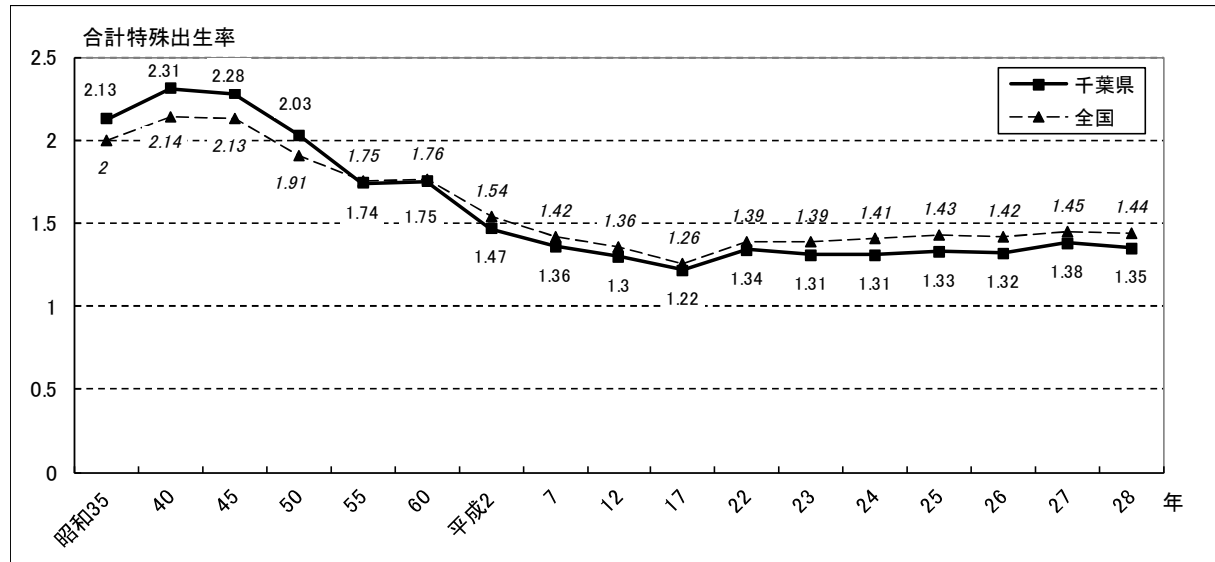
資料：平成28年人口動態調査(厚生労働省)

イ 合計特殊出生率

本県の合計特殊出生率*は、昭和51年に2.0を下回ってから一時的な上昇はあるものの低下を続け、平成20年以降はほぼ横ばいの傾向です。平成28年は1.35となり、全国の1.44に対し0.09ポイント低く、高い順では全国第43位となっています。

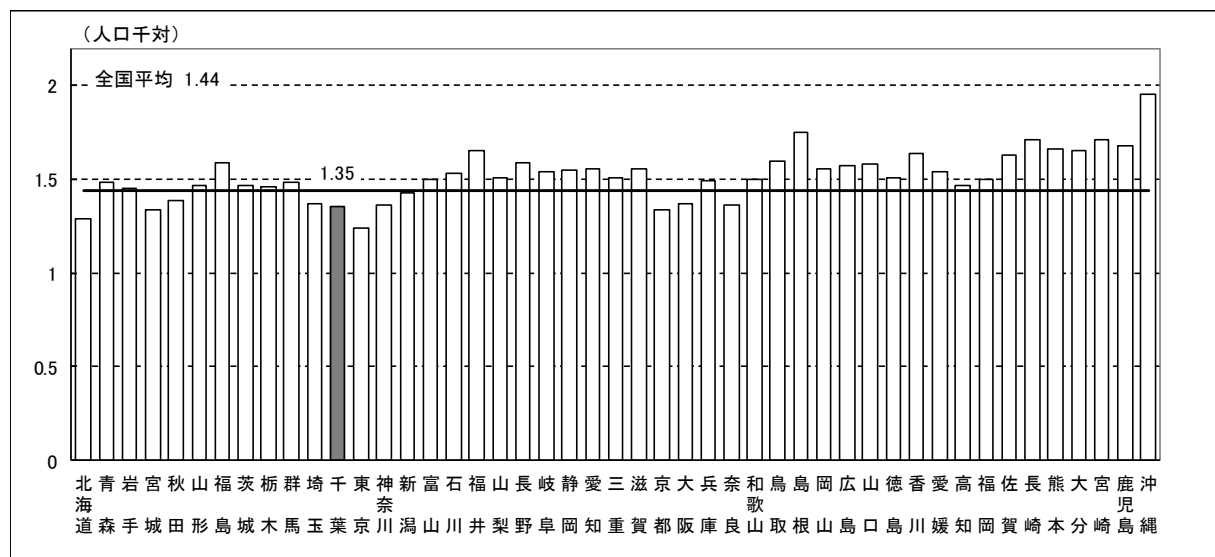
人口の減少を招かないために必要とされる水準2.08を大幅に下回っており、出生率の減少と併せて、少子化の進展が社会問題となっています。

図表 1-2-1-2-3 合計特殊出生率の推移



資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 1-2-1-2-4 都道府県別合計特殊出生率



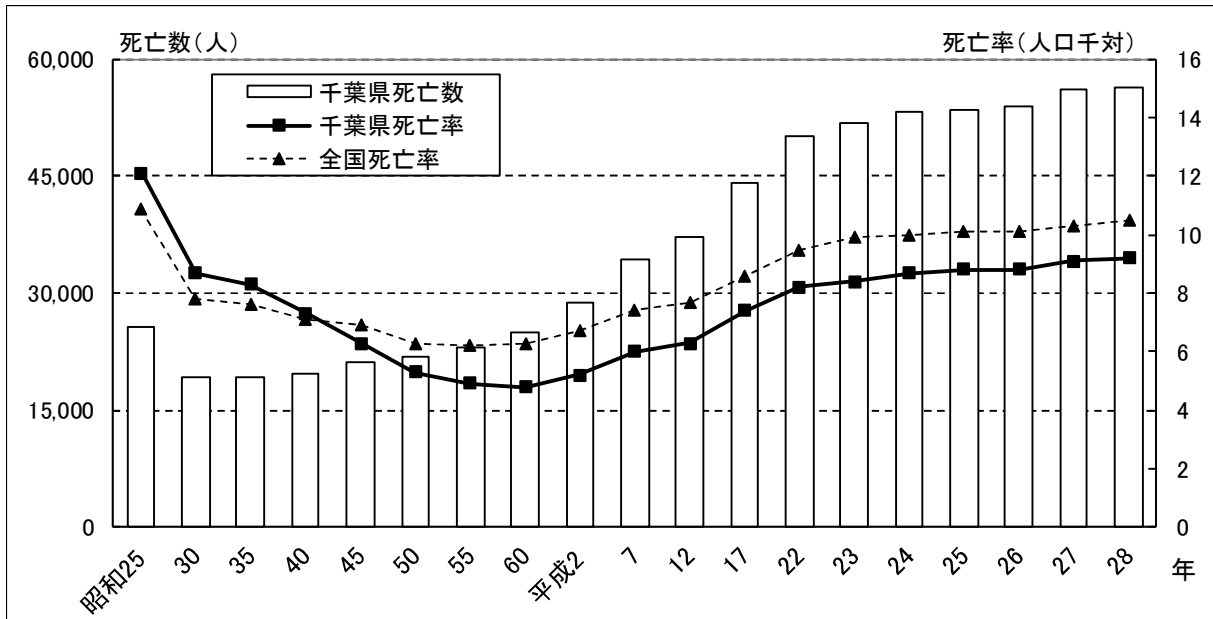
資料：平成28年人口動態調査（厚生労働省）

(2) 死亡

ア 死亡数・死亡率

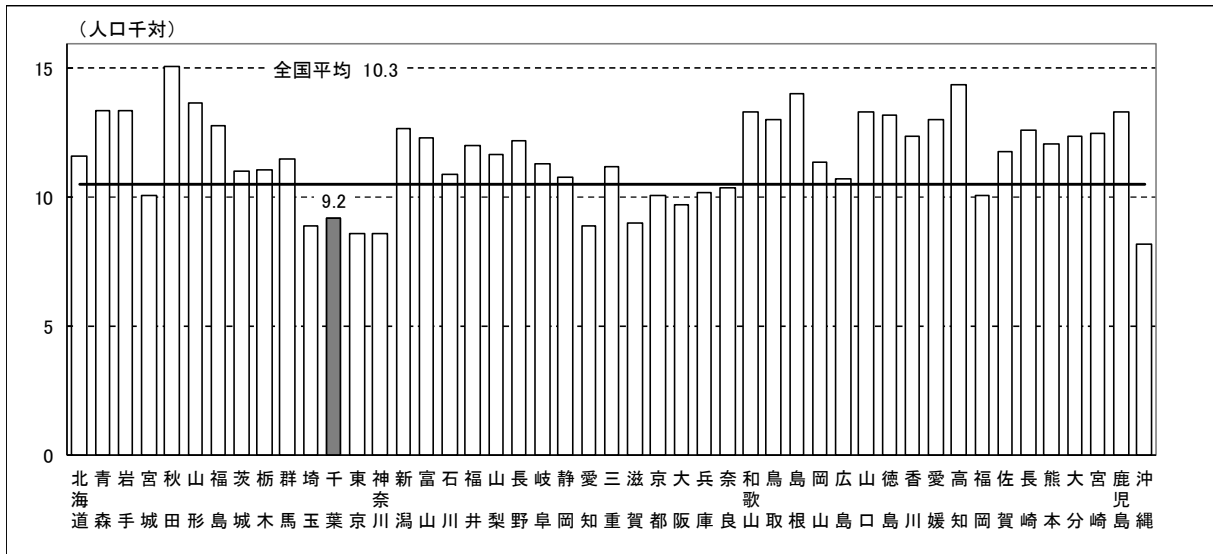
本県の死亡数は長期的には増加傾向で推移しています。平成28年は56,396人で平成27年(56,079人)より317人増加しています。死亡率(人口千対)では、9.2で全国平均の10.5に対し1.3ポイント低く、高い順では全国第41位となっています。

図表 1-2-1-2-5 死亡数と死亡率の推移



資料：人口動態調査(厚生労働省)

図表 1-2-1-2-6 都道府県別死亡率



資料：平成28年人口動態調査(厚生労働省)

イ 死因

(ア) 死因別死亡数

本県の平成28年の死因別死亡数をみると、死因順位の上位10死因は全国とほぼ同じ順位であり、第1位 悪性新生物（死亡総数に占める割合29.8%）、第2位 心疾患*（同17.1%）、第3位 肺炎（同9.7%）の上位3死因で、死亡総数の56.5%（全国52.8%）を占めています。

また、上位3死因の死亡率（人口10万対）は、悪性新生物が273.7（全国298.3）、心疾患が157.2（全国158.4）、肺炎が88.7（全国95.4）となっています。

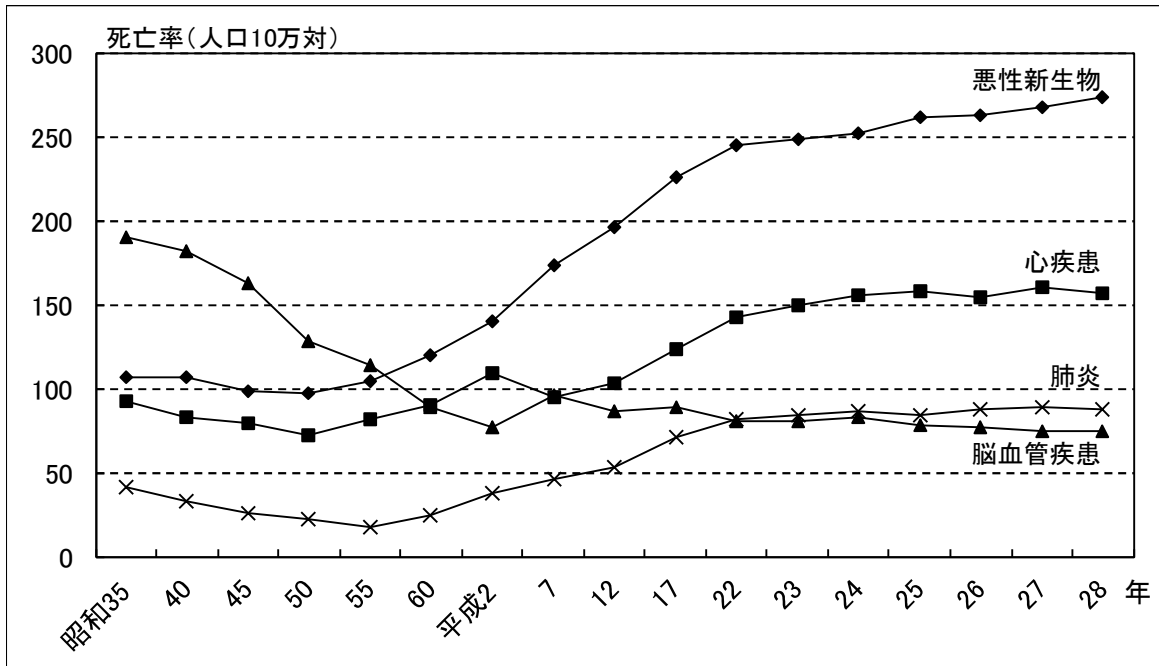
図表 1-2-1-2-7 死因別死亡数と死亡総数に占める割合（上位10位）

順位	全 国			千 葉 県		
	死 因	死亡数 (人)	構成割合 (%)	死 因	死亡数 (人)	構成割合 (%)
1	悪性新生物	372,986	28.5%	悪性新生物	16,798	29.8%
2	心 疾 患	198,006	15.1%	心 疾 患	9,646	17.1%
3	肺 炎	119,300	9.1%	肺 炎	5,443	9.7%
4	脳血管疾患	109,320	8.4%	脳血管疾患	4,584	8.1%
5	老 衰	92,806	7.1%	老 衰	3,950	7.0%
6	不慮の事故	38,306	2.9%	不慮の事故	1,393	2.5%
7	腎 不 全	24,612	1.9%	自 殺	1,026	1.8%
8	自 殺	21,017	1.6%	腎 不 全	905	1.6%
9	大動脈瘤及び解離	18,145	1.4%	大動脈瘤及び解離	831	1.5%
10	肝 疾 患	15,773	1.2%	肝 疾 患	633	1.1%
死亡 総数		1,307,748			56,396	

順位	千 葉 県(男)			千 葉 県(女)		
	死 因	死亡数 (人)	構成割合 (%)	死 因	死亡数 (人)	構成割合 (%)
1	悪性新生物	10,336	33.6%	悪性新生物	6,462	25.2%
2	心 疾 患	5,014	16.3%	心 疾 患	4,632	18.1%
3	肺 炎	3,093	10.1%	老 衰	2,894	11.3%
4	脳血管疾患	2,289	7.4%	肺 炎	2,350	9.2%
5	老 衰	1,056	3.4%	脳血管疾患	2,295	8.9%
6	不慮の事故	849	2.8%	不慮の事故	544	2.1%
7	自 殺	730	2.4%	腎 不 全	427	1.7%
8	腎 不 全	478	1.6%	大動脈瘤及び解離	393	1.5%
9	慢性閉塞性肺疾患	473	1.5%	自 殺	296	1.2%
10	大動脈瘤及び解離	438	1.4%	血管性等の認知症	293	1.1%
死亡 総数		30,736			25,660	

資料：平成28年人口動態調査（厚生労働省）

図表 1-2-1-2-8 主な死因別死亡率の推移（千葉県）



資料：人口動態調査（厚生労働省）

（イ）年齢調整死亡率

本県の年齢調整死亡率*（人口10万対）を主な死因、性別にみると、男性の慢性閉塞性肺疾患*（6.2）は高い順に全国第46位、肺の悪性新生物（36.0）及び不慮の事故（16.7）はいずれも全国第44位、女性の腎不全（3.2）は全国第45位と相対的に低い状況にあります。一方、心疾患については、男性（81.0）で第1位、女性（41.3）で第3位と特に高く、女性の肺炎（18.2）も全国第10位と高い状況にあります。

図表 1-2-1-2-9 主な死因、性別年齢調整死亡率（人口10万対）・順位（平成27年）

	男			女		
	全国	千葉県	順位	全国	千葉県	順位
全死因	486.0	477.2	32	255.0	258.3	16
悪性新生物	165.3	159.3	37	87.7	85.1	28
肺の悪性新生物	39.2	36.0	44	11.1	11.5	14
胃の悪性新生物	22.9	23.2	19	8.3	8.6	22
大腸の悪性新生物	21.0	20.9	20	12.1	11.2	30
心疾患	65.4	81.0	1	34.2	41.3	3
急性心筋梗塞	16.2	17.3	21	6.1	6.5	21
脳血管疾患	37.8	35.8	31	21	21.7	20
脳梗塞	18.1	17.7	27	9.3	9.7	21
肺炎	38.3	38.9	24	15.8	18.2	10
不慮の事故	19.3	16.7	44	8.0	7.4	38
自殺	23.0	23.3	29	8.9	9.5	11
腎不全	7.3	6.7	37	4.0	3.2	45
慢性閉塞性肺疾患	7.5	6.2	46	1.1	0.8	34
肝疾患	9.8	8.0	40	3.5	2.9	38
糖尿病	5.5	4.8	34	2.5	2.3	27
老衰	10.1	10.5	20	13.4	15.0	15
大動脈瘤及び解離	6.4	6.8	17	3.3	3.5	18

千葉県の順位は、47都道府県における高率順。
 全国値より千葉県の値が高い場合、該当する欄に網掛けをしている。

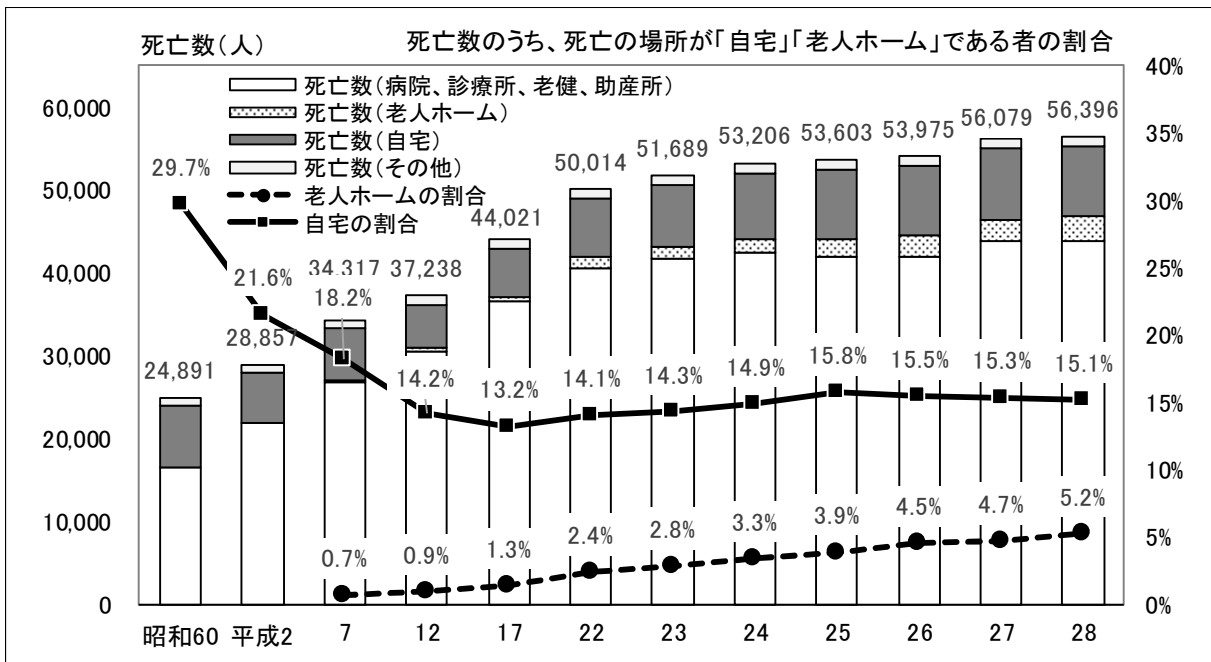
資料：平成27年都道府県別年齢調整死亡率の概況—主な死因別にみた死亡の状況
 （平成29年度人口動態統計特殊報告）（厚生労働省）

ウ 死亡の場所

本県の死亡数を死亡場所別に見ると、その傾向に全国と大きな差はなく、医療提供施設等（病院、診療所、介護老人保健施設*及び助産所）の占める割合が77.7%（全国78.1%）と最も高く、住まいの場である自宅（15.1%）と老人ホーム（5.2%）の合計は20.4%（全国19.8%）となっています。

死亡場所に占める自宅の割合は、下降を続けていましたが、平成17年頃を境に緩やかに上昇し、平成25年からは15%台で推移しています。老人ホームの割合は、平成7年以降上昇を続けています。

図表 1-2-1-2-10 死亡の場所別死者数等の推移



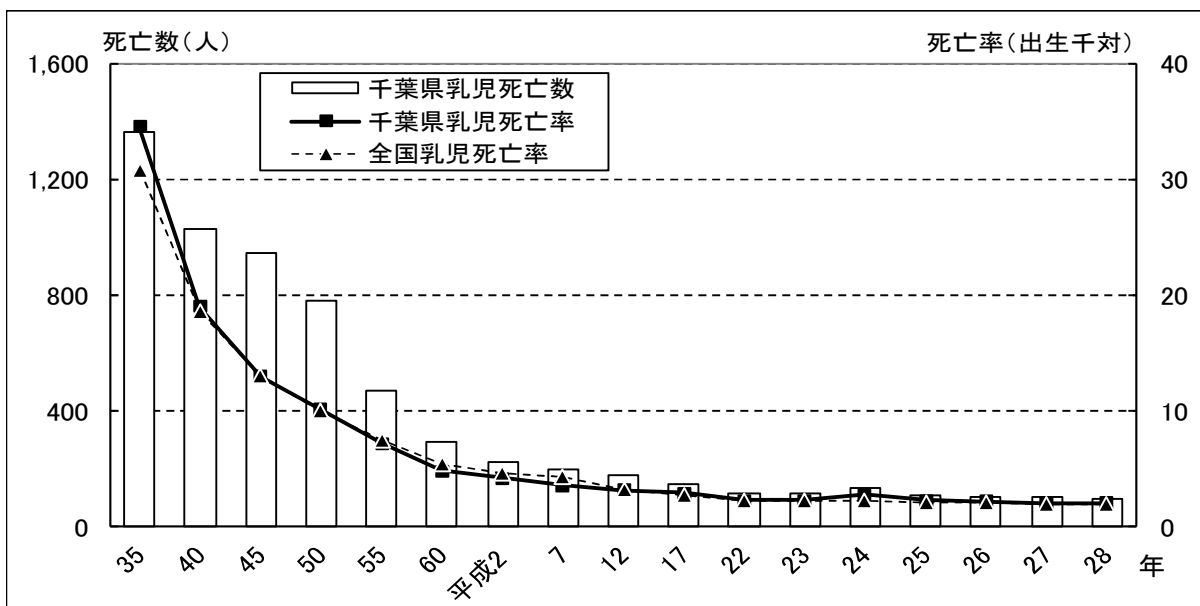
昭和60年及び平成2年における老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている。

資料：人口動態調査（厚生労働省）

エ 乳児死亡率

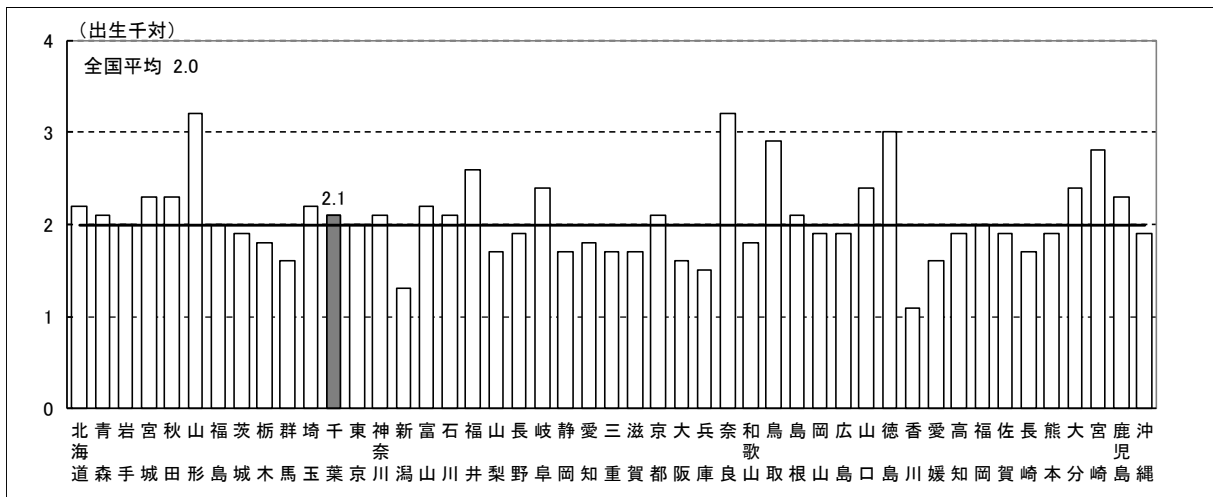
本県の乳児死亡率*（出生千対）は、近年、全国平均と同様にほぼ横ばいで推移しています。平成28年の乳児死亡数は95人で平成27年（101人）より6人減少しています。乳児死亡率は2.1で全国平均の2.0を0.1ポイント上回り、高い順では全国第16位となっています。

図表 1-2-1-2-11 乳児死亡数と乳児死亡率の推移



資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 1-2-1-2-12 都道府県別乳児死亡率

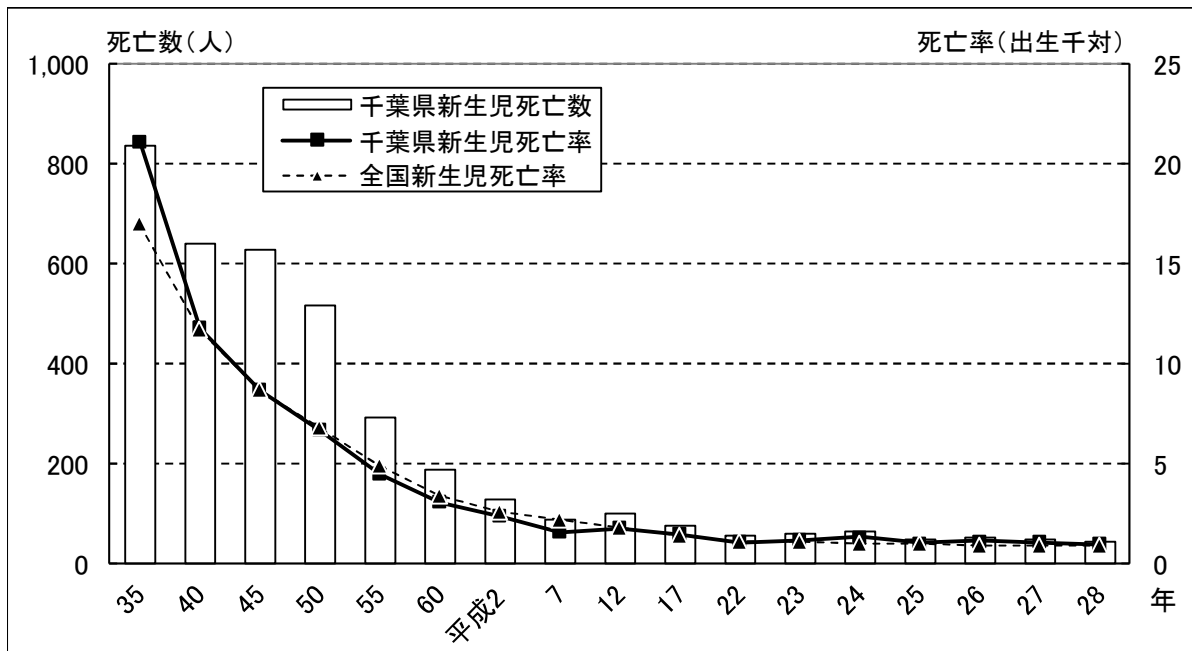


資料：平成28年人口動態調査（厚生労働省）

オ 新生児死亡率

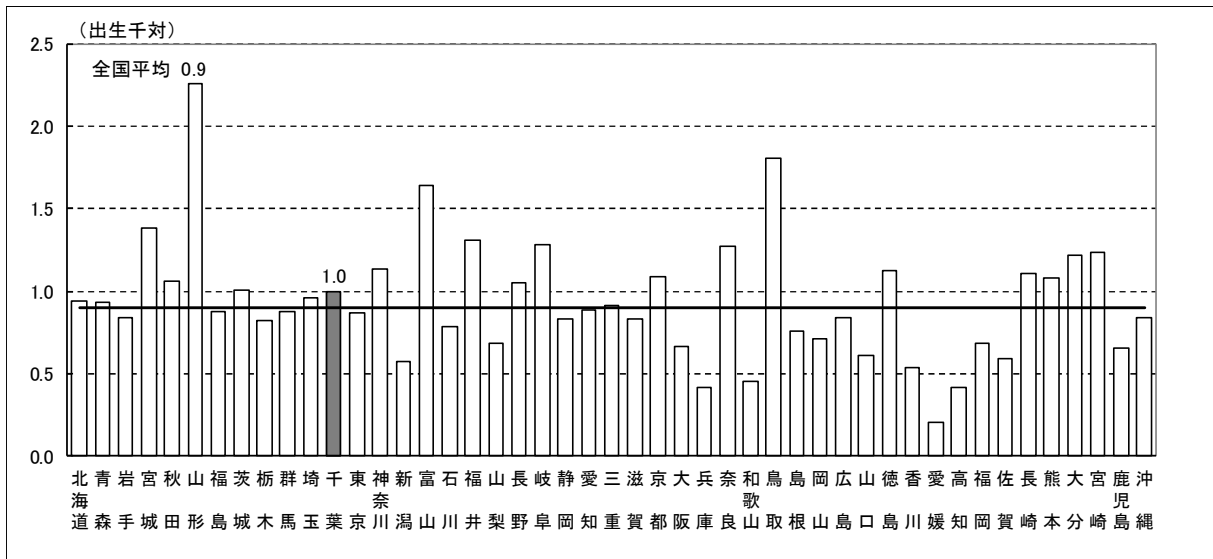
本県の新生児死亡率*（出生千対）は、近年、全国平均と同様にほぼ横ばいで推移しています。平成28年の新生児*死亡数は45人で平成27年（50人）より5人減少し、新生児死亡率は1.0で全国平均の0.9に対し0.1ポイント高く、高い順では全国第18位となっています。

図表 1-2-1-2-13 新生児死亡数と新生児死亡率の推移



資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 1-2-1-2-14 都道府県別新生児死亡率

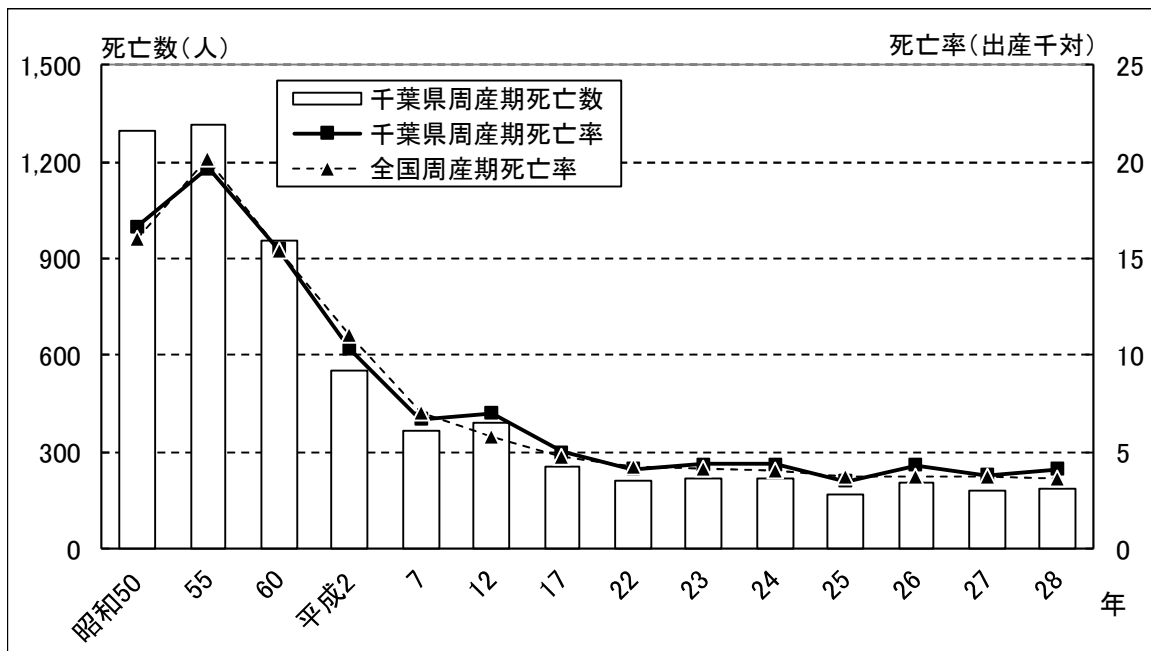


資料：平成28年人口動態調査（厚生労働省）

カ 周産期死亡率

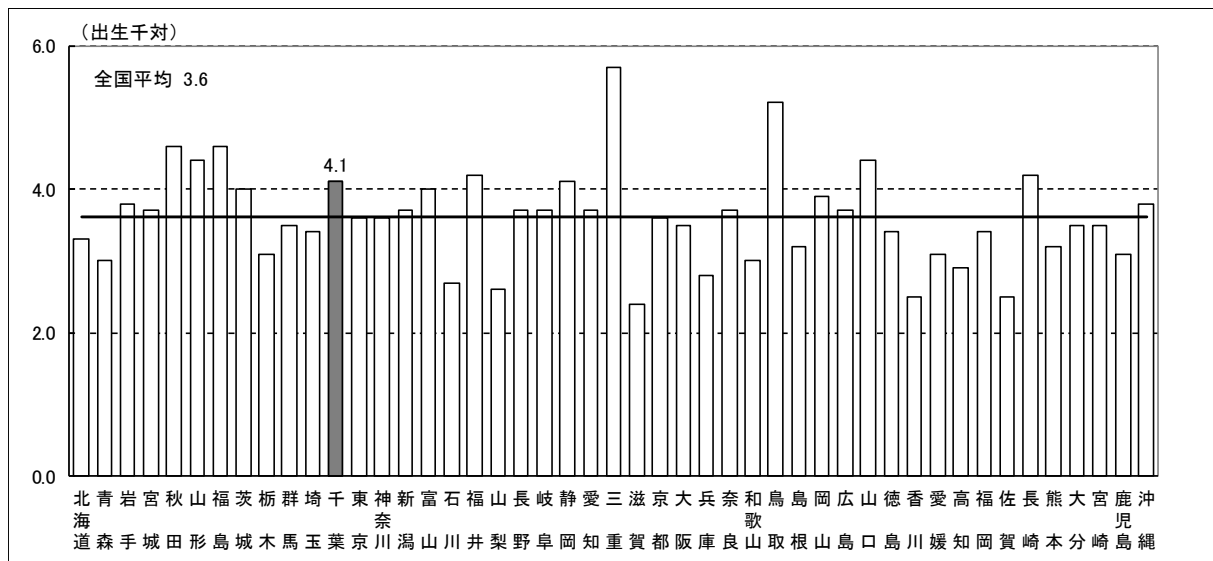
本県の周産期死亡率*（出生千対）は、近年、全国平均と同様にほぼ横ばいで推移しています。平成28年の周産期*死亡数は188人で平成27年（179人）より9人増加し、周産期死亡率は4.1で全国平均の3.6に対し0.5ポイント高く、高い順では全国第9位となっています。

図表 1-2-1-2-15 周産期死亡数と周産期死亡率の推移



資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 1-2-1-2-16 都道府県別周産期死亡率



資料：平成28年人口動態調査（厚生労働省）

第2節 医療資源

1 医療提供施設等

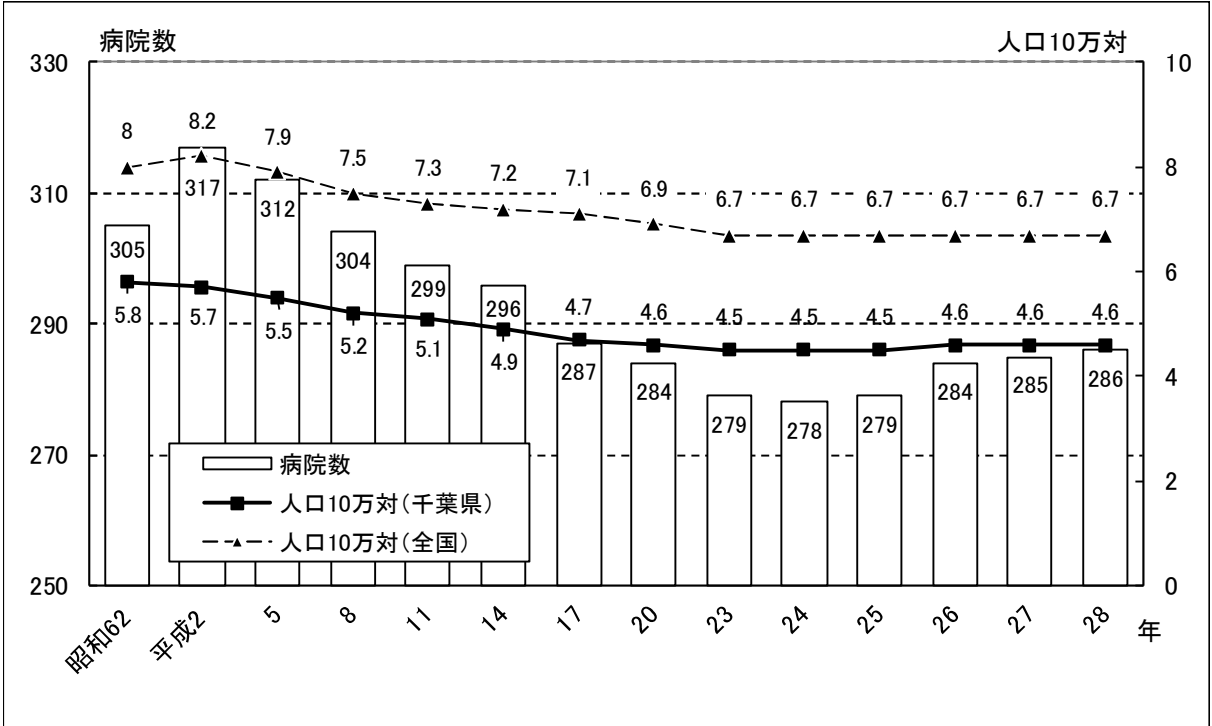
(1) 病院

平成28年10月1日現在の病院数は286施設で、人口10万人当たり4.6と全国平均6.7を2.1ポイント下回り、多い順では全国第44位となっています。病院数の推移をみると、平成2年以降減少が続いていましたが、平成25年以降増加に転じています。

人口10万人当たりの病床*数は、平成28年10月1日現在、療養病床及び一般病床が737.9、精神病床が203.7で、ともに全国平均を下回っています。

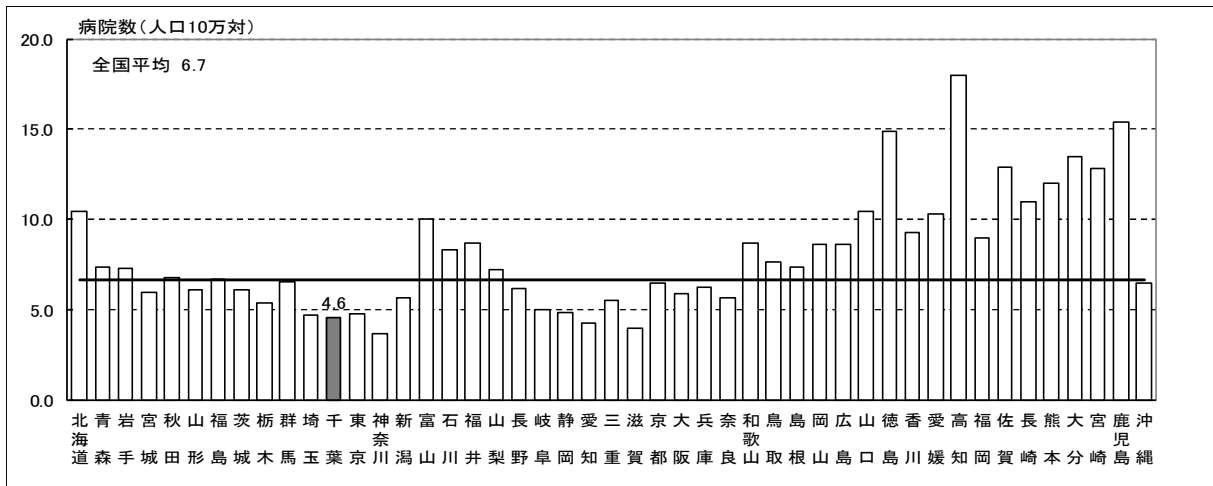
開設主体別の病院数は、国立及び公的病院*が46施設（施設総数の16.1%）、民間病院が240施設（施設総数の83.9%）となっています。

図表 1-2-2-1-1 病院数と人口10万対病院数の推移（千葉県）



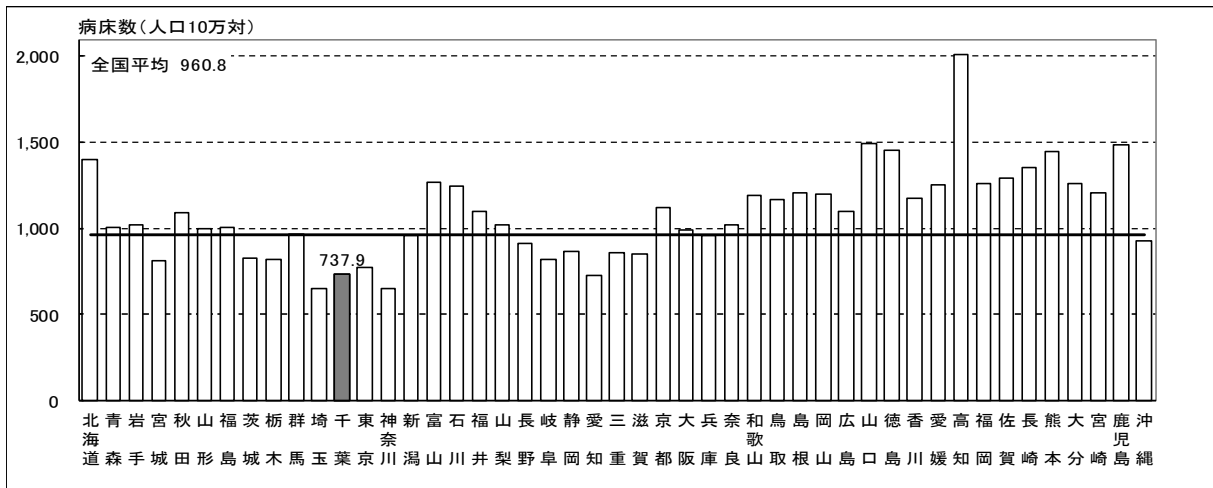
資料：医療施設調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-2 都道府県別人口10万対病院数



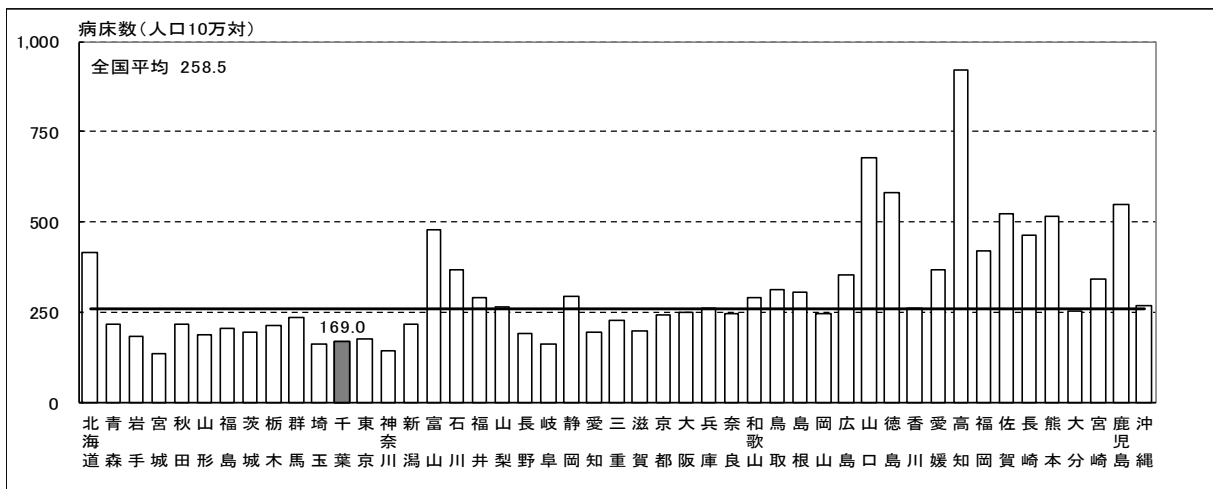
資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-3 都道府県別人口10万対病院病床数（療養病床及び一般病床）



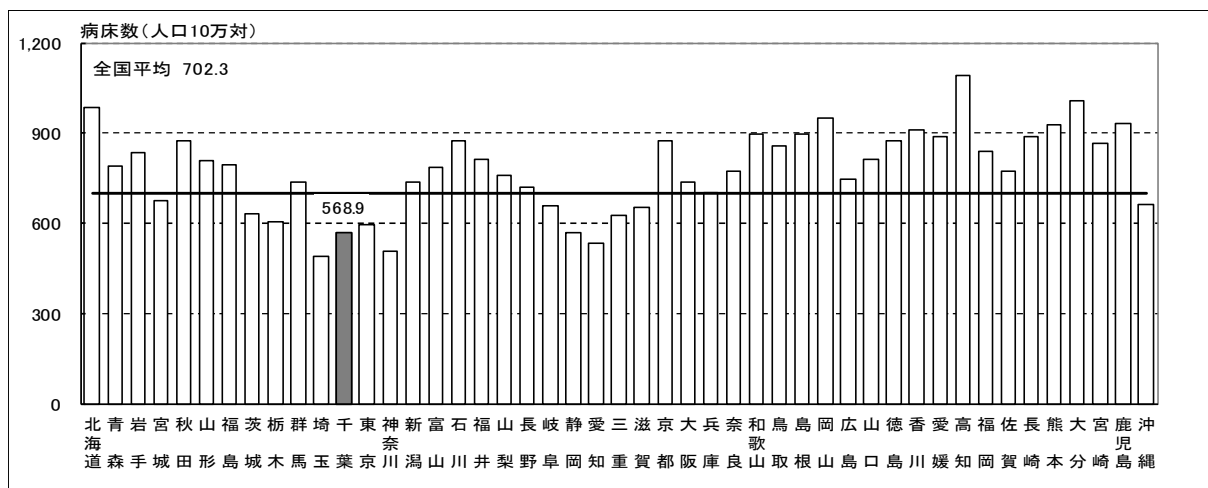
資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-4 都道府県別人口10万対病院病床数（療養病床）



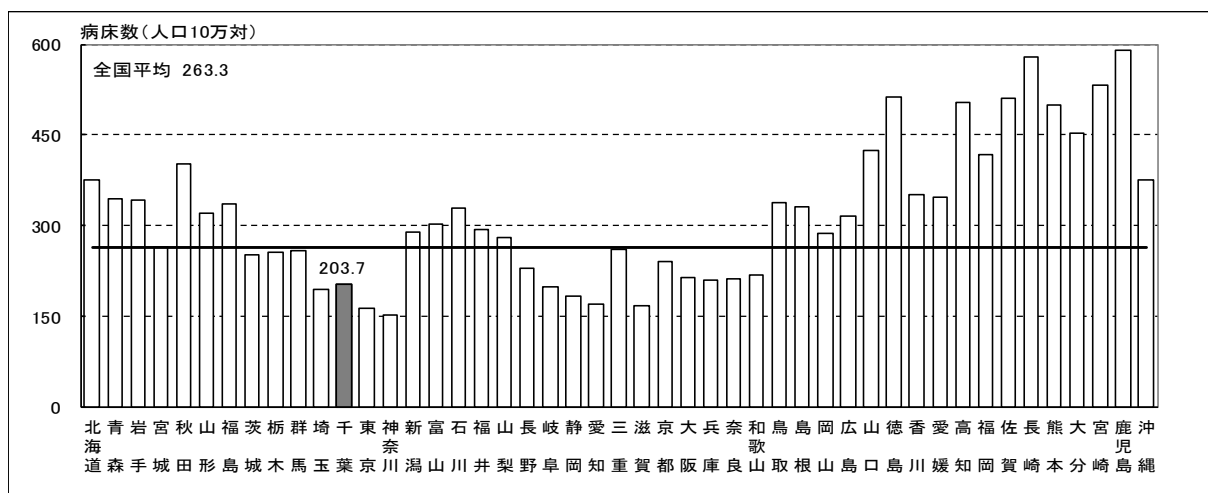
資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-5 都道府県別人口10万対病院病床数（一般病床）



資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-6 都道府県別人口10万対病院病床数（精神病床）



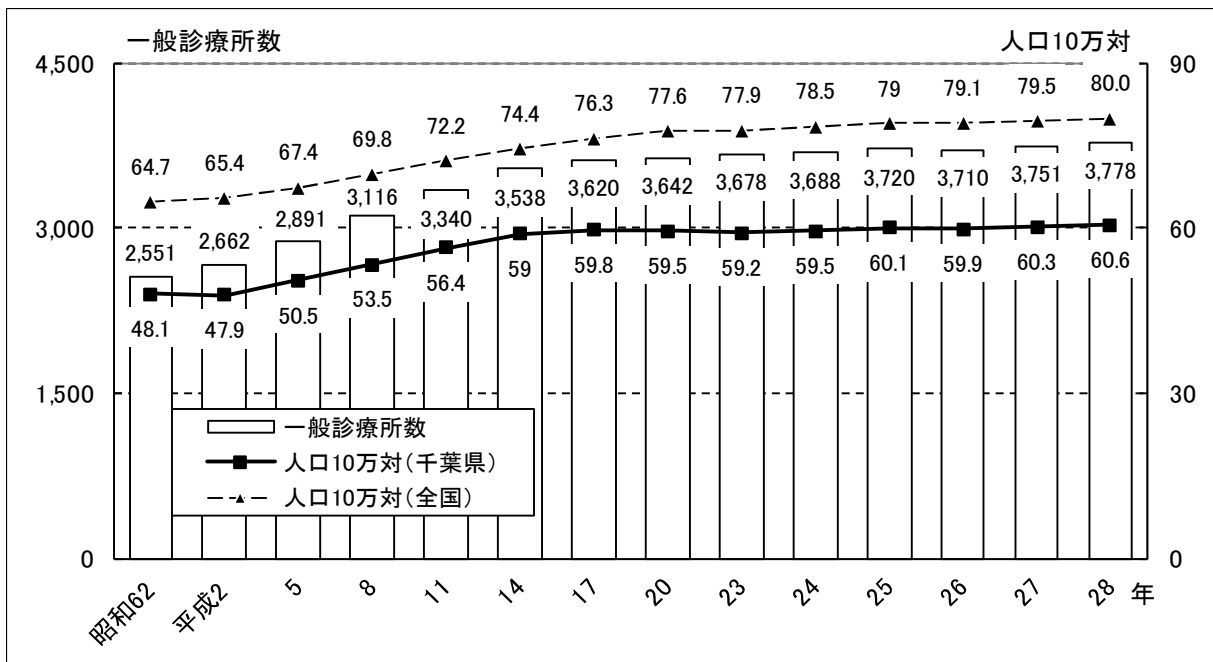
資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

(2) 一般診療所

平成28年10月1日現在の一般診療所*数は3,778施設で、人口10万人当たり60.6と全国平均80.0を大きく下回り、多い順では全国第45位となっています。

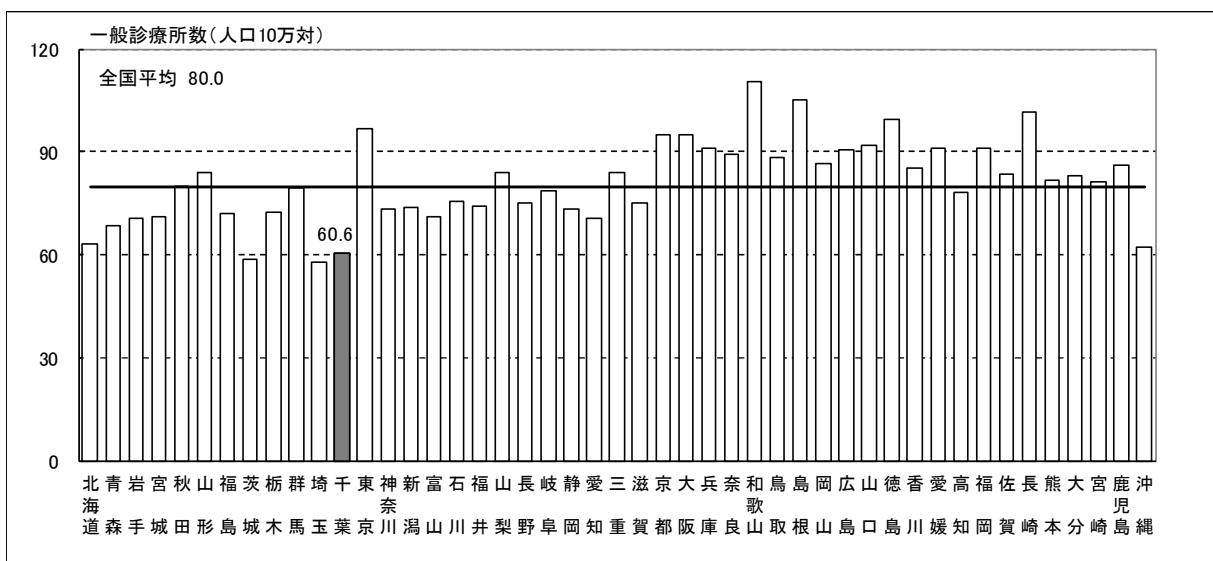
一般診療所3,778施設のうち有床診療所は195施設で、施設総数の5.2%を占めています。また人口10万人当たりの病床数は38.8と全国平均81.5を大きく下回り、多い順では全国第40位となっています。

図表 1-2-2-1-7 一般診療所数と人口10万対一般診療所数の推移（千葉県）



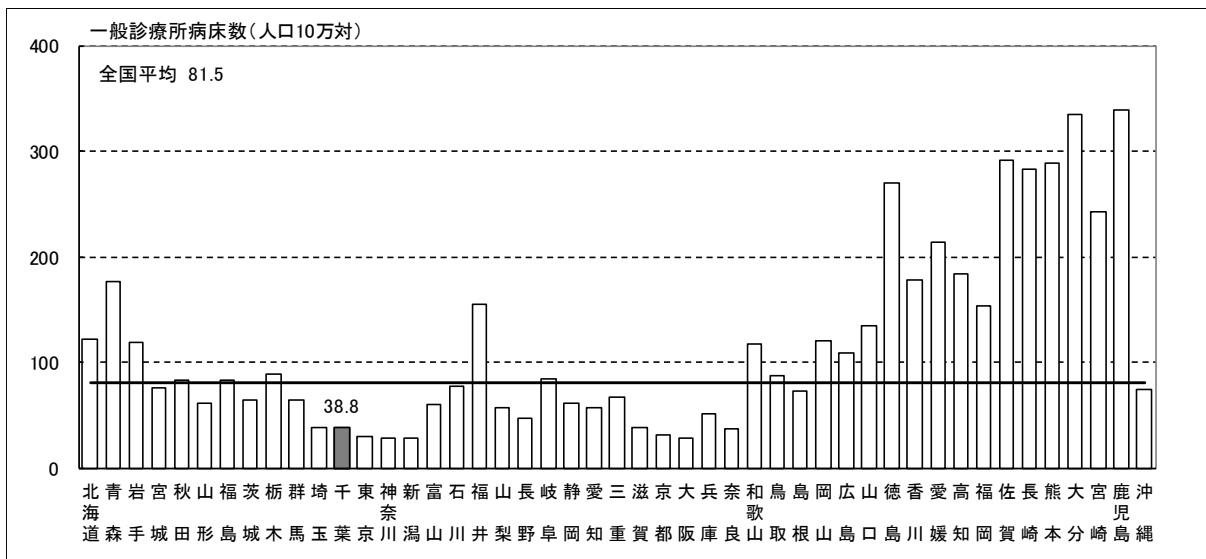
資料：医療施設調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-8 都道府県別人口10万対一般診療所数



資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-9 都道府県別人口10万対一般診療所病床数

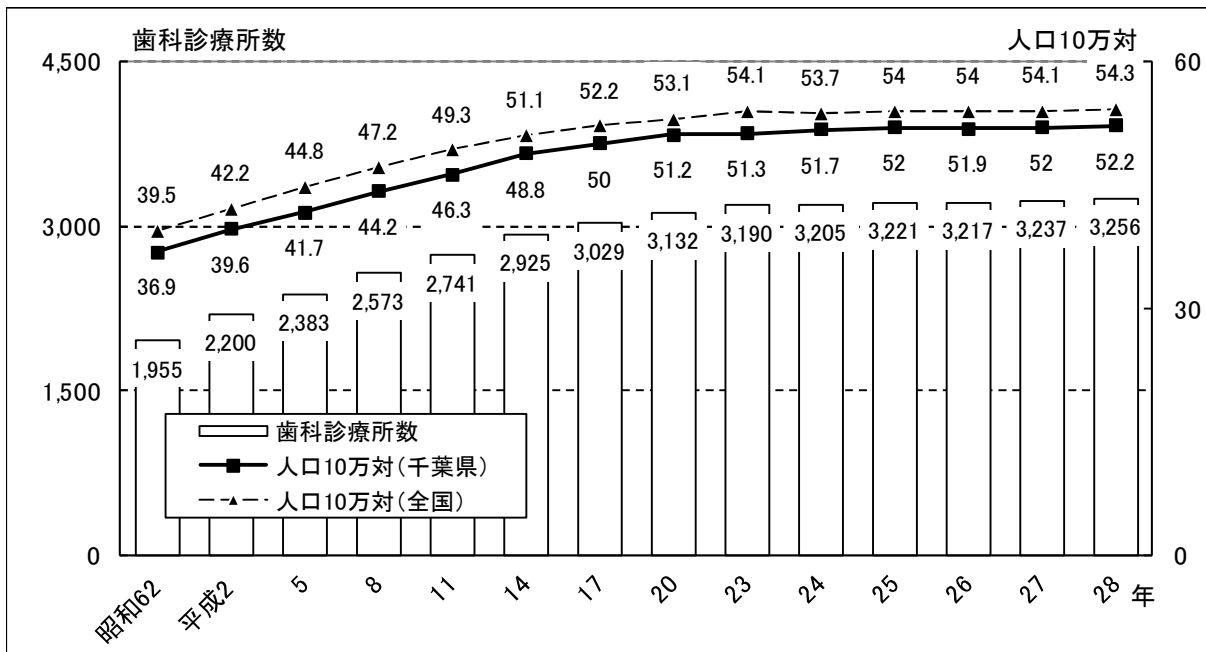


資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

(3) 歯科診療所

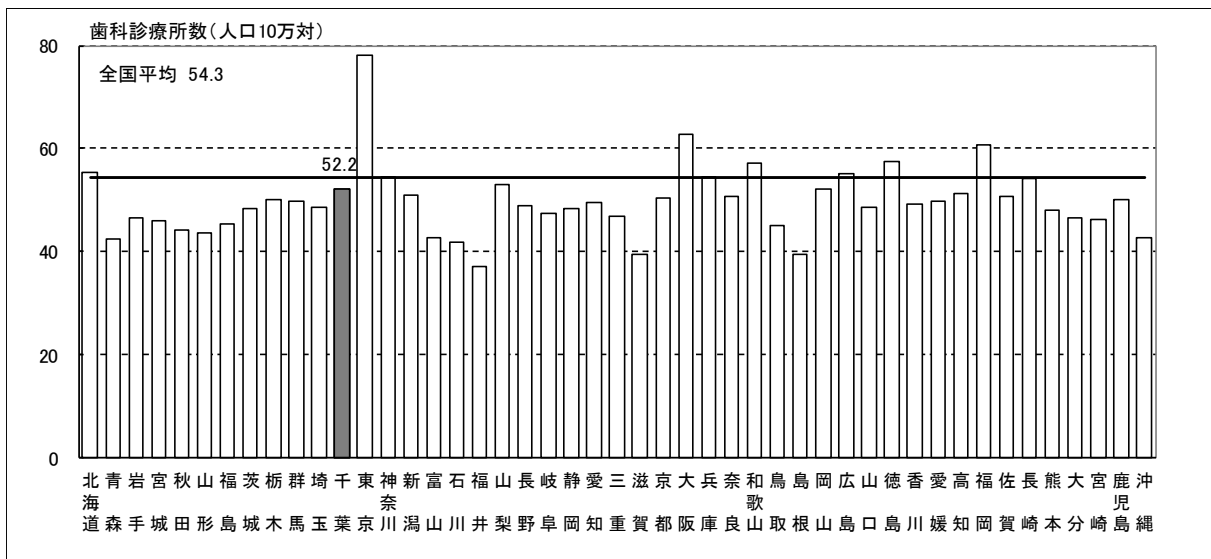
平成28年10月1日現在の歯科診療所数は3,256施設で、人口10万人当たり52.2と全国平均54.3を2.1ポイント下回り、多い順では全国第12位となっています。

図表 1-2-2-1-10 歯科診療所数と人口10万対歯科診療所数の推移（千葉県）



資料：医療施設調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-11 都道府県別人口10万対歯科診療所数

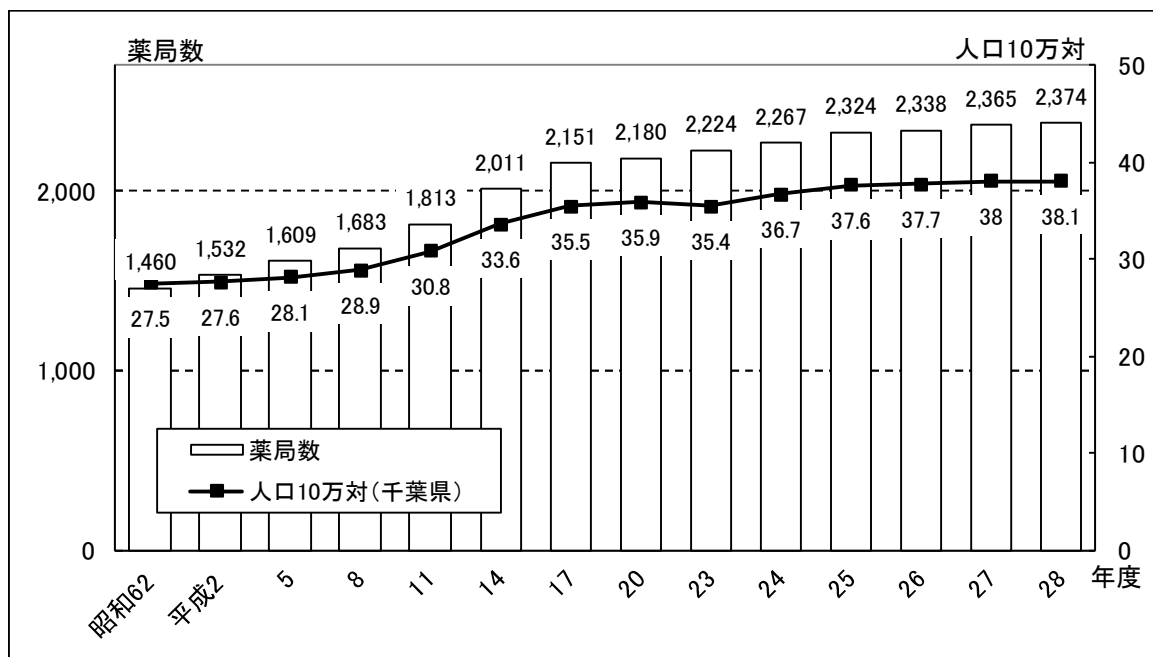


資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

(4) 薬局

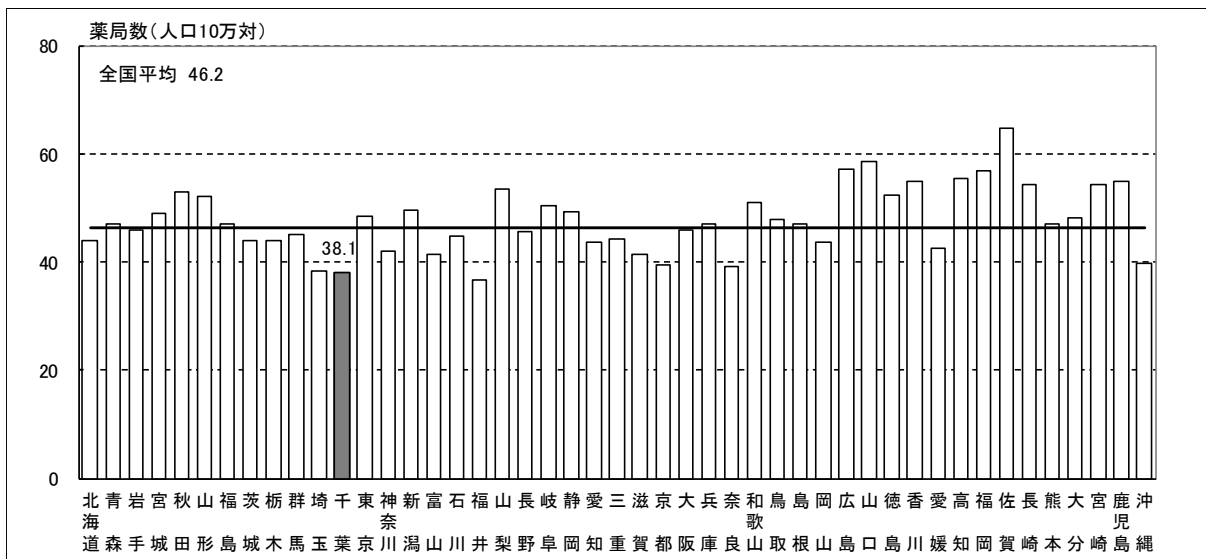
平成29年3月31日現在の薬局数は2,374施設で、人口10万人当たり38.1と全国平均46.2を8.1ポイント下回り、多い順では全国第46位となっています。

図表 1-2-2-1-12 薬局数と人口10万対薬局数の推移（千葉県）



資料：衛生行政報告例（厚生労働省）、人口推計（総務省）

図表 1-2-2-1-13 都道府県別人口10万対薬局数



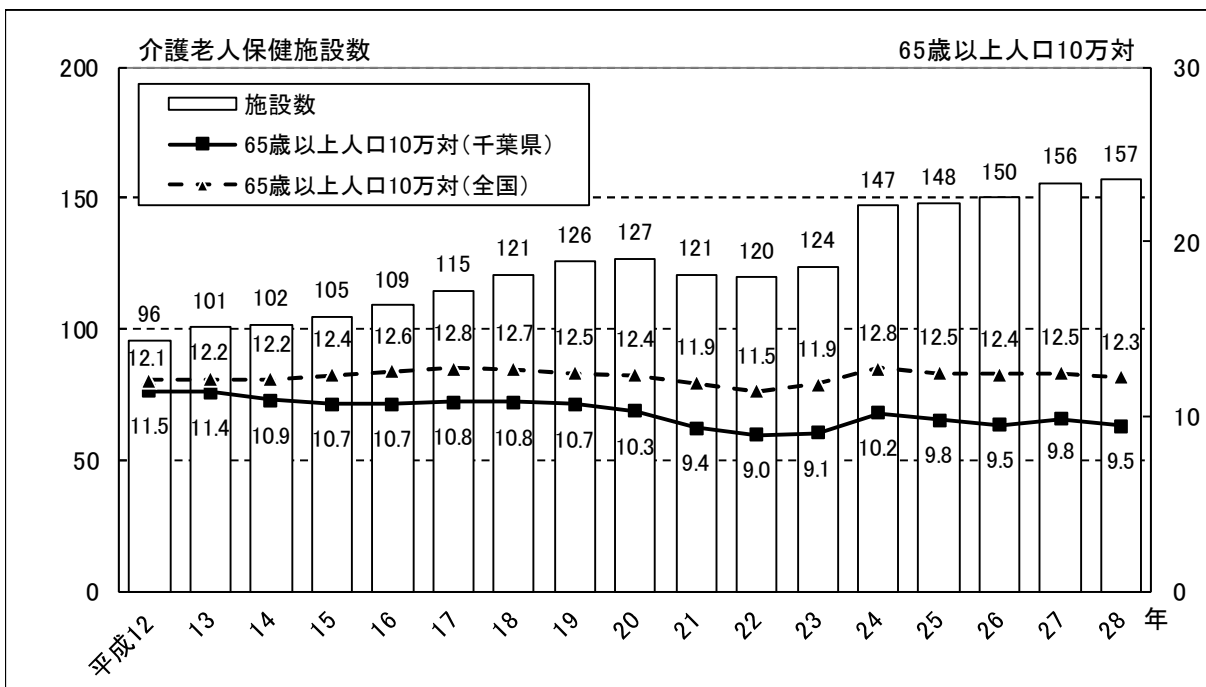
資料：平成28年度衛生行政報告例（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）

(5) 介護老人保健施設

平成28年10月1日現在の介護老人保健施設*数は157施設で、65歳以上人口10万人当たり9.5と、全国平均12.3を2.8ポイント下回り、多い順では全国第43位となっています。

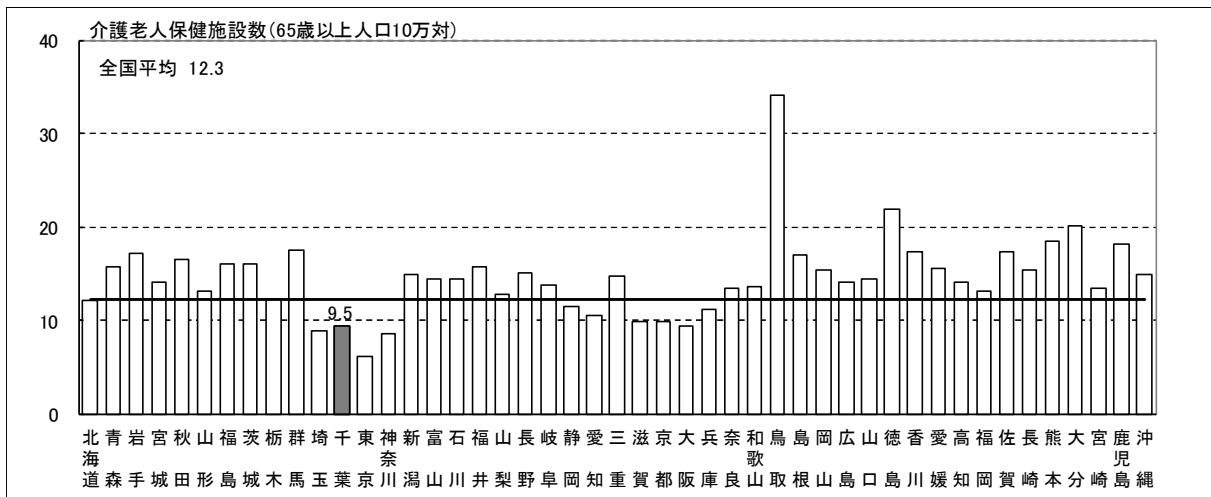
また、65歳以上人口10万人当たりの入所定員数は912.6と全国平均の1,070.7を158.1ポイント下回り、多い順では全国第42位となっています。

図表 1-2-2-1-14 介護老人保健施設数と65歳以上人口10万対施設数の推移（千葉県）



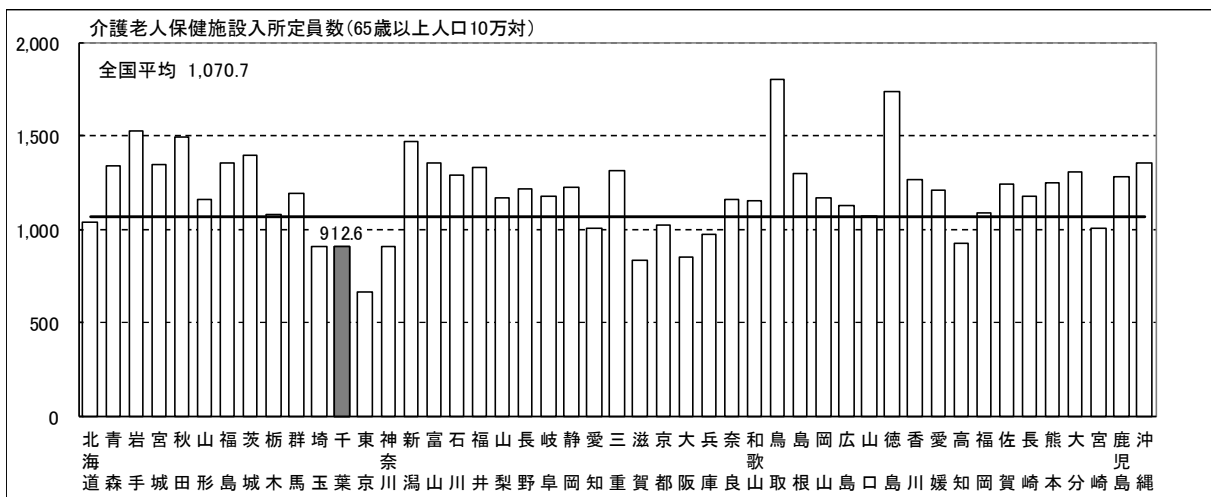
資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-15 都道府県別65歳以上人口10万対施設数(介護老人保健施設)



資料：平成28年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)、平成28年人口推計(総務省)

図表 1-2-2-1-16 都道府県別65歳以上人口10万対入所定員数(介護老人保健施設)



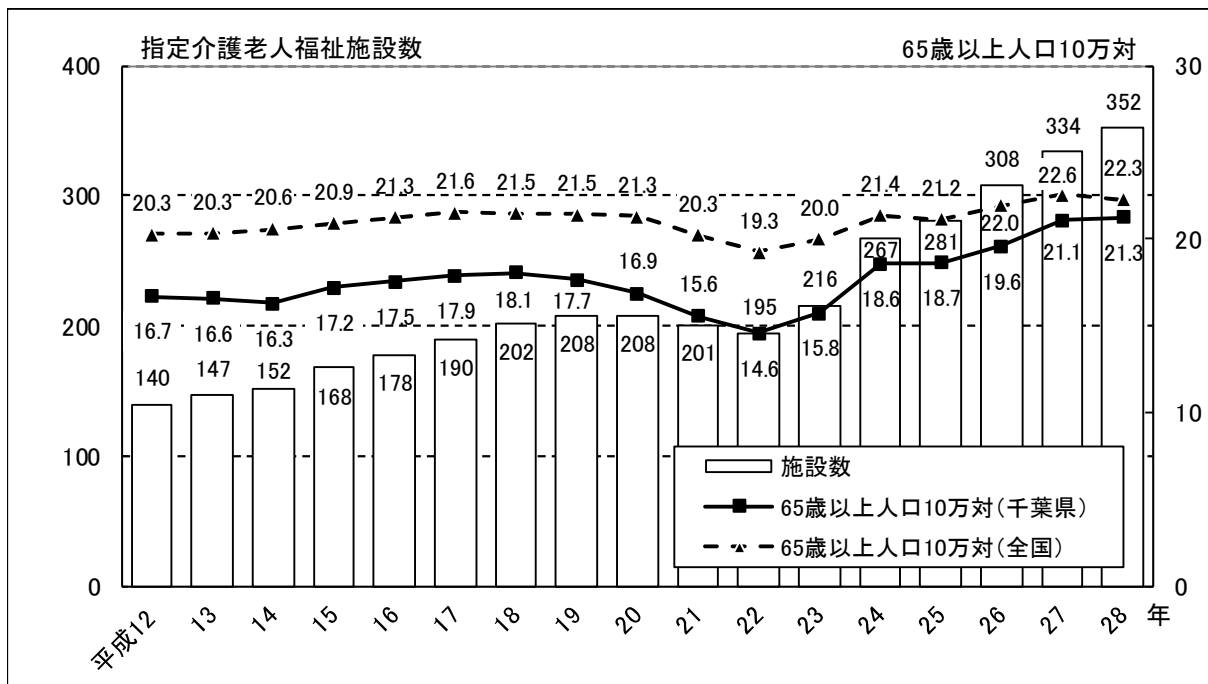
資料：平成28年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)、平成28年国勢調査(総務省)

(6) 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

平成28年10月1日現在の指定介護老人福祉施設*数は352施設で、65歳以上人口10万人当たり21.3と、全国平均22.3を1.0ポイント下回り、多い順では全国第40位となっています。

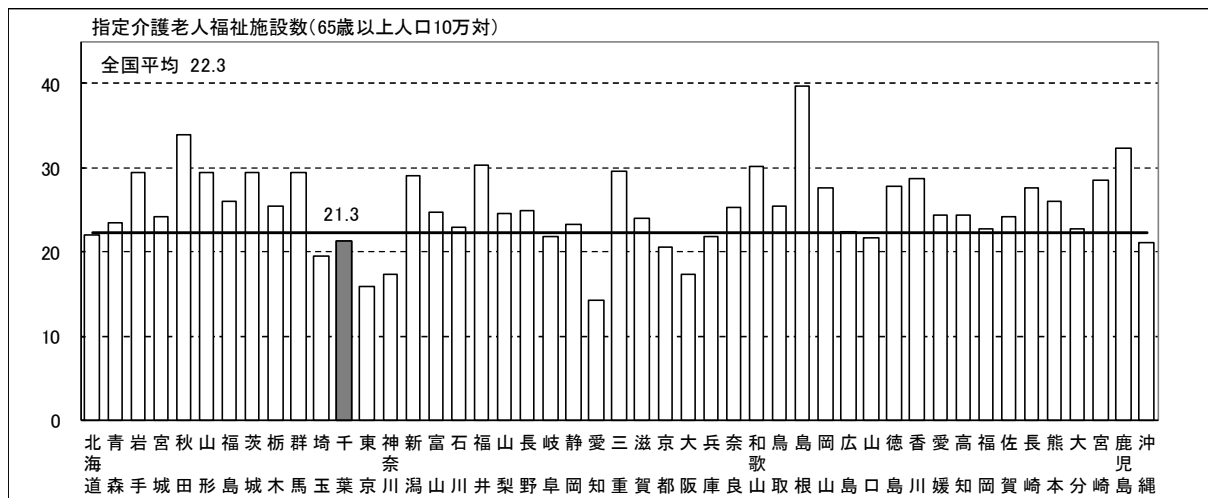
また、65歳以上人口10万人当たりの入所定員数は1,363.3と全国平均の1,533.0を169.4ポイント下回り、多い順では全国第44位となっています。

図表 1-2-2-1-17 指定介護老人福祉施設数と65歳以上人口10万対施設数の推移（千葉県）



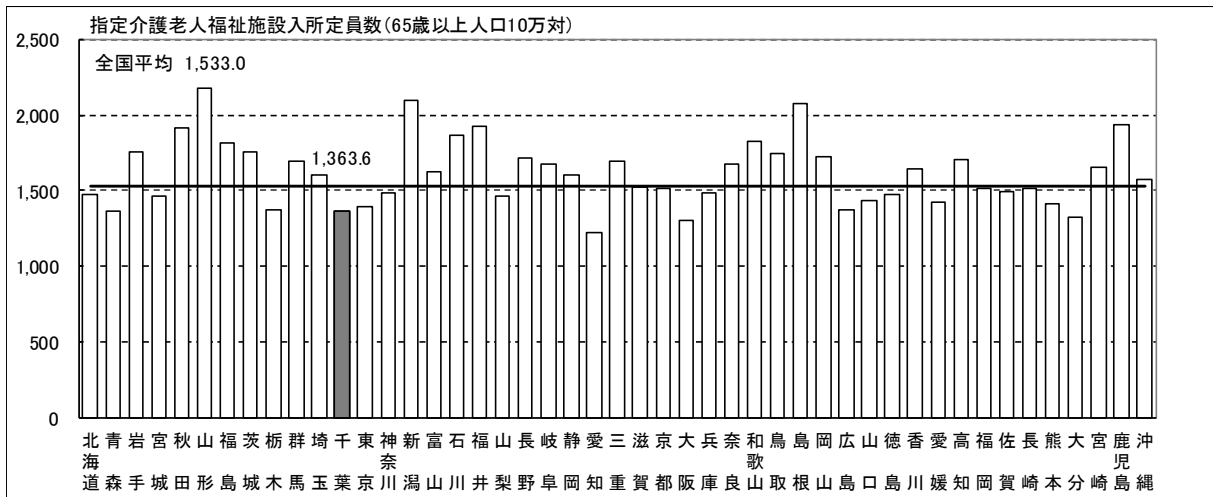
資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-18 都道府県別65歳以上人口10万対施設数（指定介護老人福祉施設）



資料：平成28年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）

図表 1-2-2-1-19 都道府県別65歳以上人口10万対入所定員数（指定介護老人福祉施設）



資料：平成28年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）

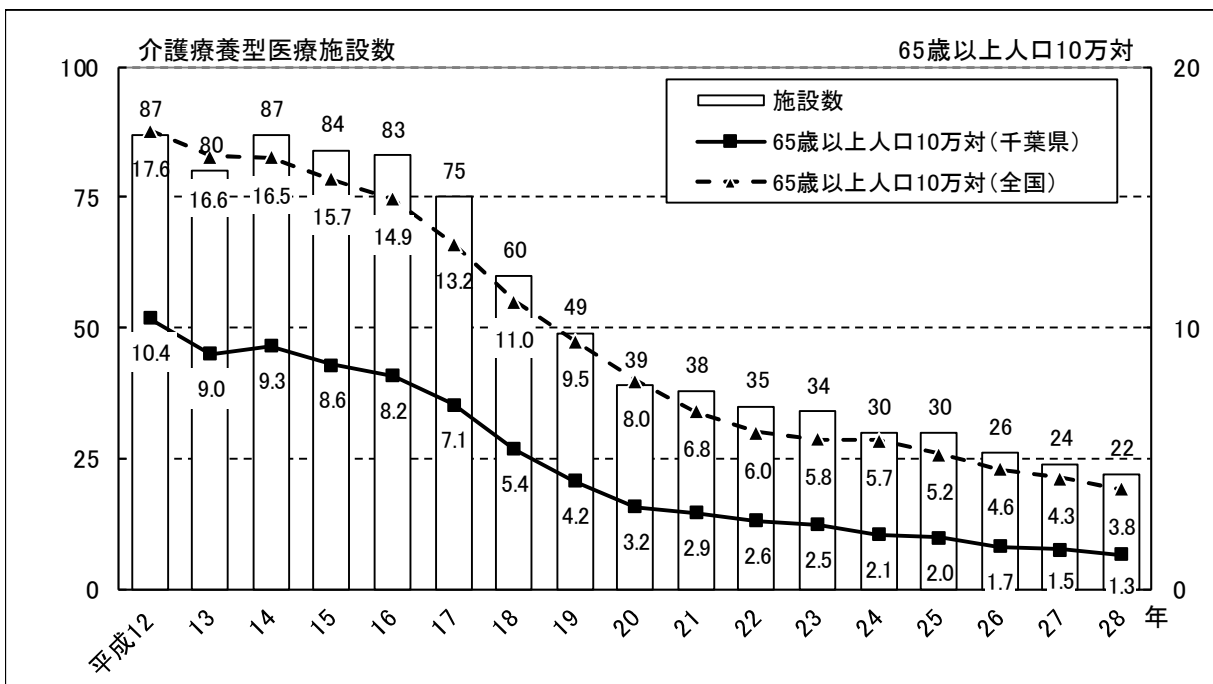
(7) 介護療養型医療施設

平成28年10月1日現在の介護療養型医療施設*数は22施設で、65歳以上人口10万人当たり1.3と、全国平均3.8を2.5ポイント下回り、多い順では全国第45位となっています。

また、65歳以上人口10万人当たり病床数は86.7と全国平均の181.6を94.9ポイント下回り、多い順では全国第45位となっています。

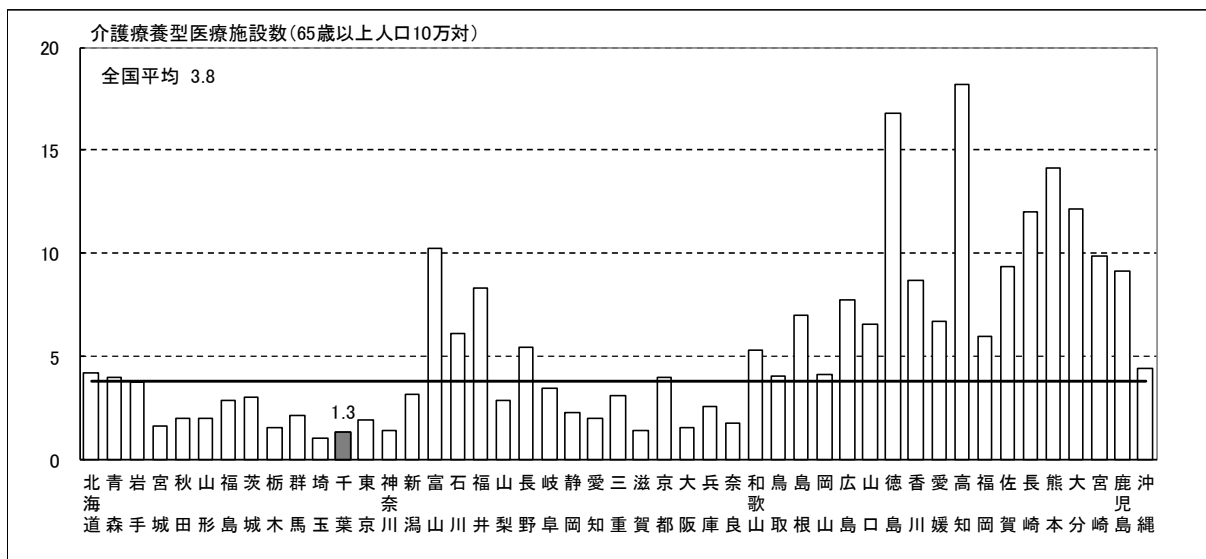
なお、介護療養型医療施設については、平成35年度までに介護医療院*や老人保健施設等へ転換することとされています。

図表 1-2-2-1-20 介護療養型医療施設数と65歳以上人口10万対病床数の推移（千葉県）



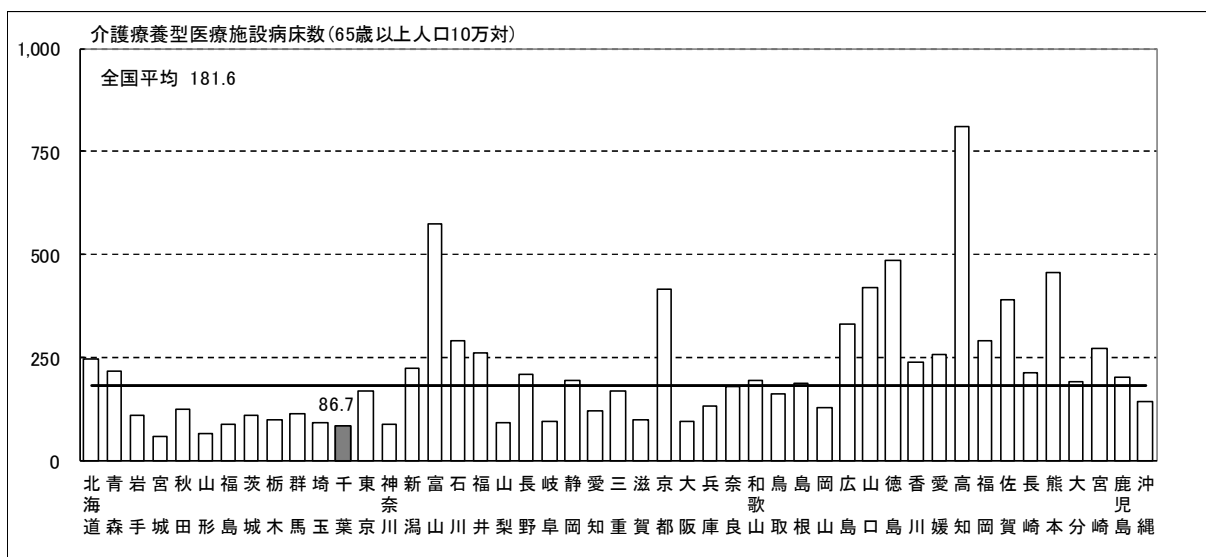
資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-21 都道府県別 65歳以上人口10万対施設数（介護療養型医療施設）



資料：平成28年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）

図表 1-2-2-1-22 都道府県別 65歳以上人口10万対病床数（介護療養型医療施設）



資料：平成28年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）

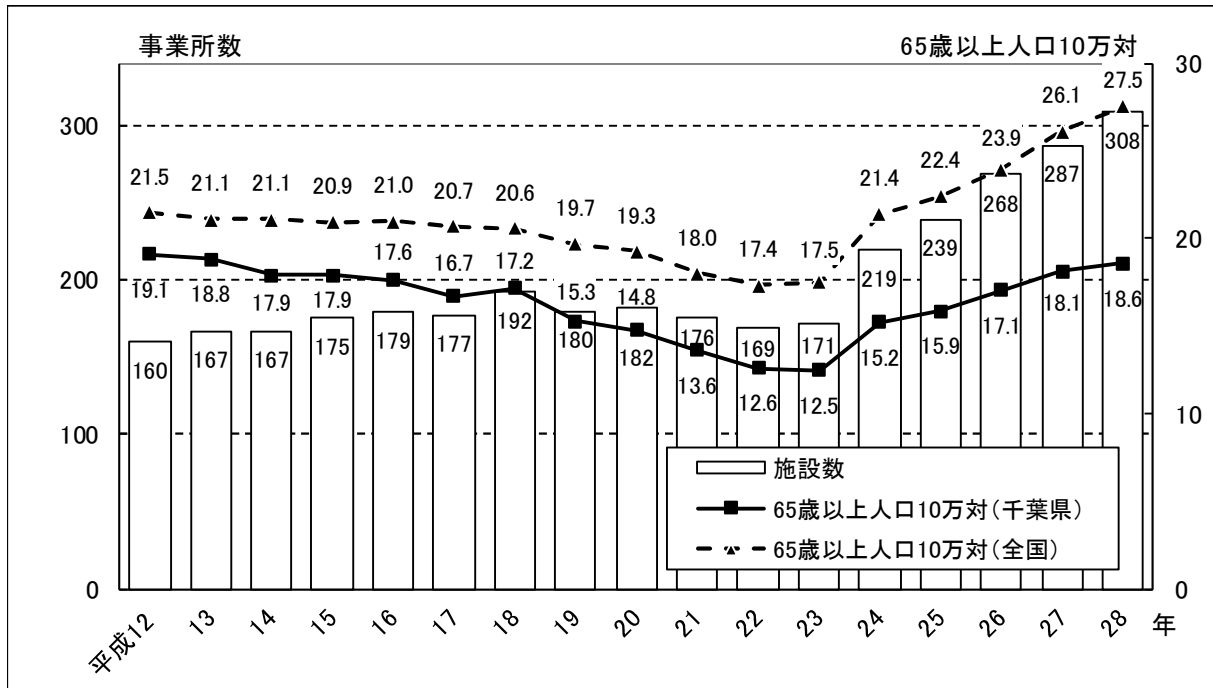
（8）訪問看護ステーション

平成28年10月1日現在の訪問看護ステーション*事業所数は308施設で、65歳以上人口10万人当たり施設数は18.6と、全国平均27.5を8.9ポイント下回り、多い順では全国第40位となっています。

また、65歳以上人口10万人当たりの1か月当たり利用者数は1,109.3と全国平均の1,540.4を431.1ポイント下回り、多い順では全国第39位となっています。

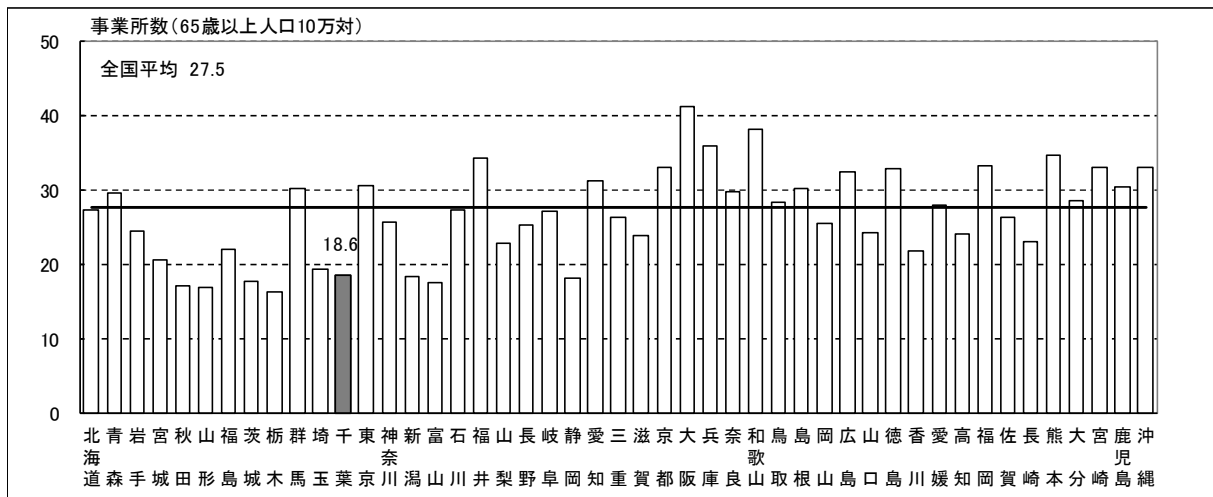
図表 1-2-2-1-23

訪問看護ステーション事業所数と65歳以上人口10万対利用者数の推移（千葉県）



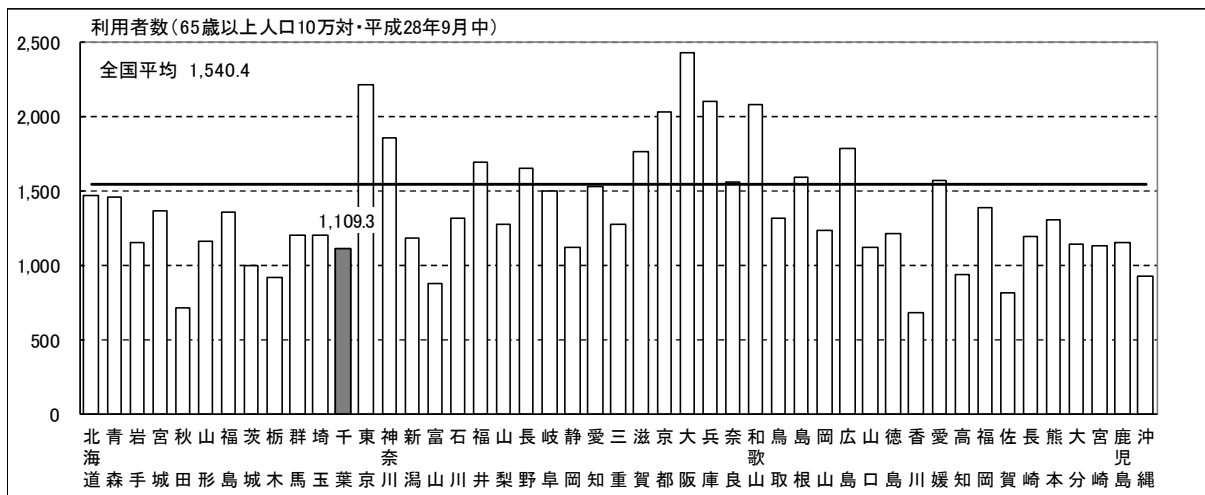
資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-24 都道府県別65歳以上人口10万対施設数（訪問看護ステーション）



資料：平成28年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）

図表 1-2-2-1-25 都道府県別65歳以上人口10万対1か月当たり利用者数（訪問看護ステーション）



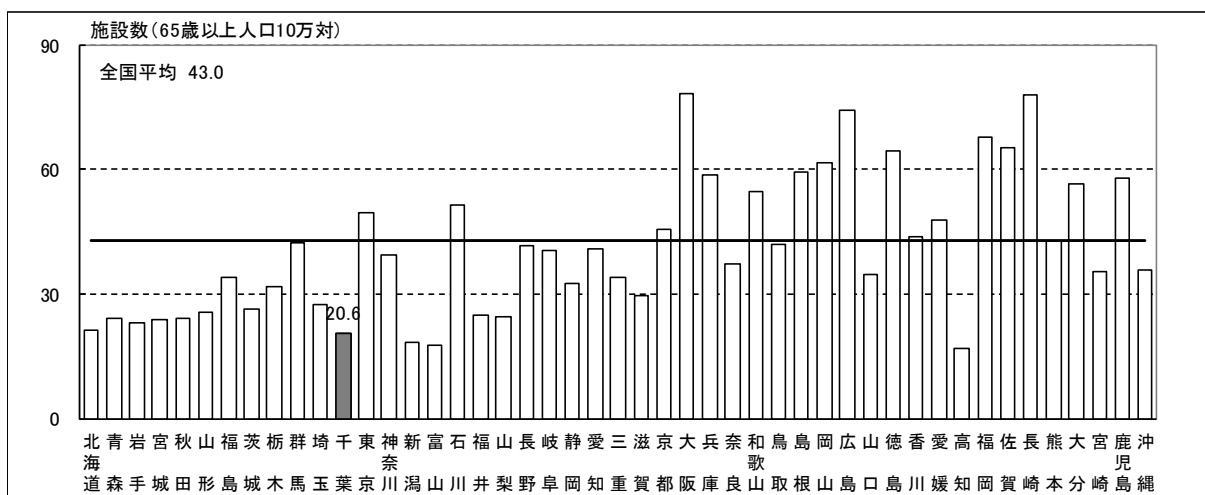
資料：平成28年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）

(9) 在宅療養支援診療所等

65歳以上人口10万人当たり施設数は、在宅療養支援診療所*は20.6（全国平均43.0）、在宅療養支援病院*は1.8（全国平均3.1）、在宅医療サービス実施歯科診療所は29.5（全国平均42.6）、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局*は105.7（全国平均142.8）であり、前項の訪問看護ステーションとあわせ、いずれも全国平均を下回っています。

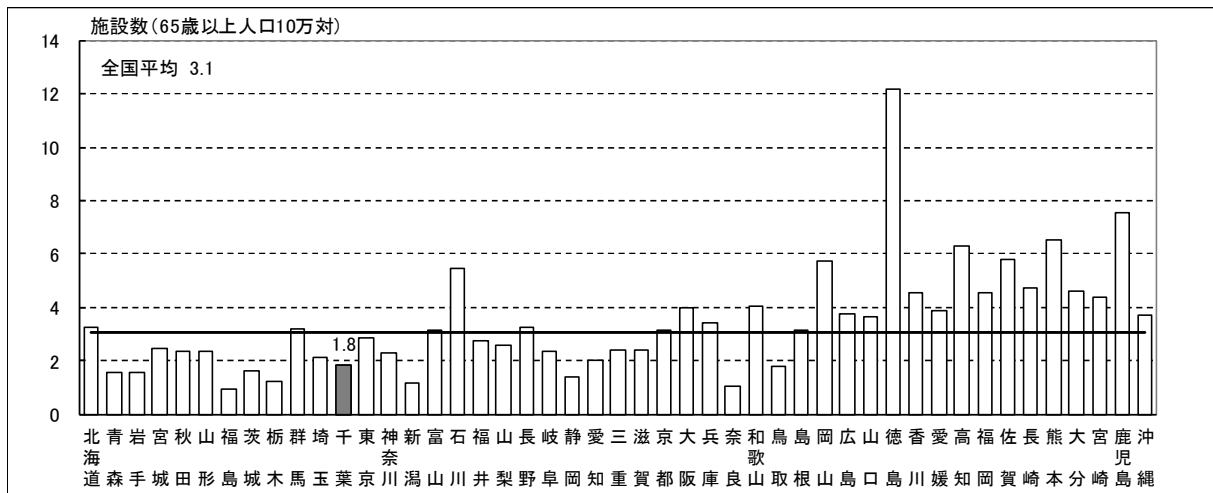
なお、訪問診療*については、在宅療養支援診療所（病院）だけではなく、それ以外の一般診療所や病院においても行われており、平成26年には合わせて491診療所、101病院で実施されていました。

図表 1-2-2-1-26 都道府県別65歳以上人口10万対施設数（在宅療養支援診療所）



資料：平成26年医療施設調査（厚生労働省）、平成26年人口推計（総務省）

図表 1-2-2-1-27 都道府県別 65歳以上人口10万対施設数（在宅療養支援病院）



資料：平成26年医療施設調査（厚生労働省）、平成26年人口推計（総務省）

図表 1-2-2-1-28 訪問診療実施施設数及び在宅療養支援診療所等の数（千葉県）

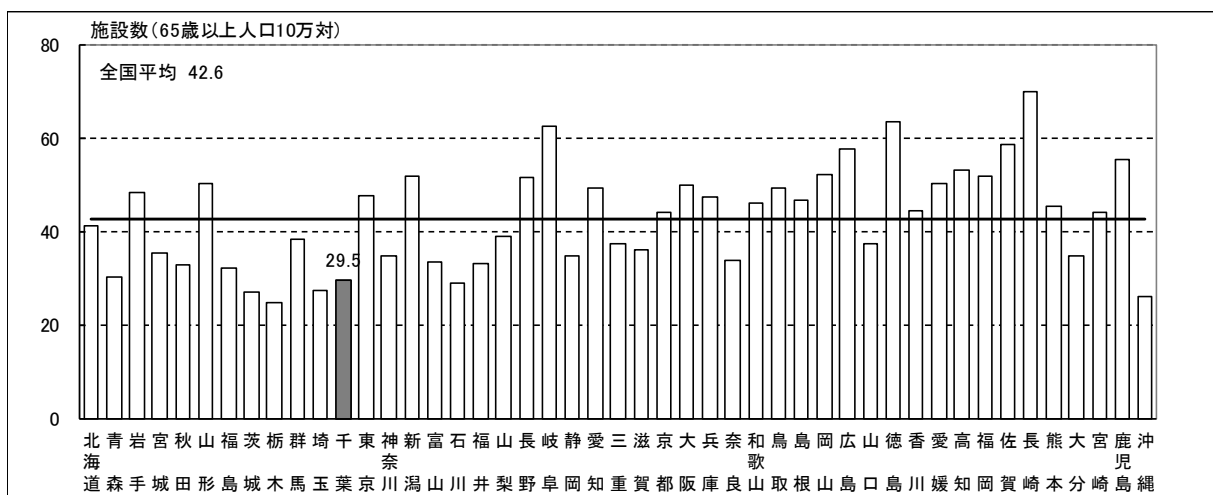
	訪問診療実施施設数(A)	在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院数(B)	(B/A)
診療所	491	323	65.8%
病院	101	29	28.7%

訪問診療実施施設数は平成26年9月に実施した施設数。

在宅療養支援診療所数及び在宅療養支援病院数は平成26年10月1日時点。

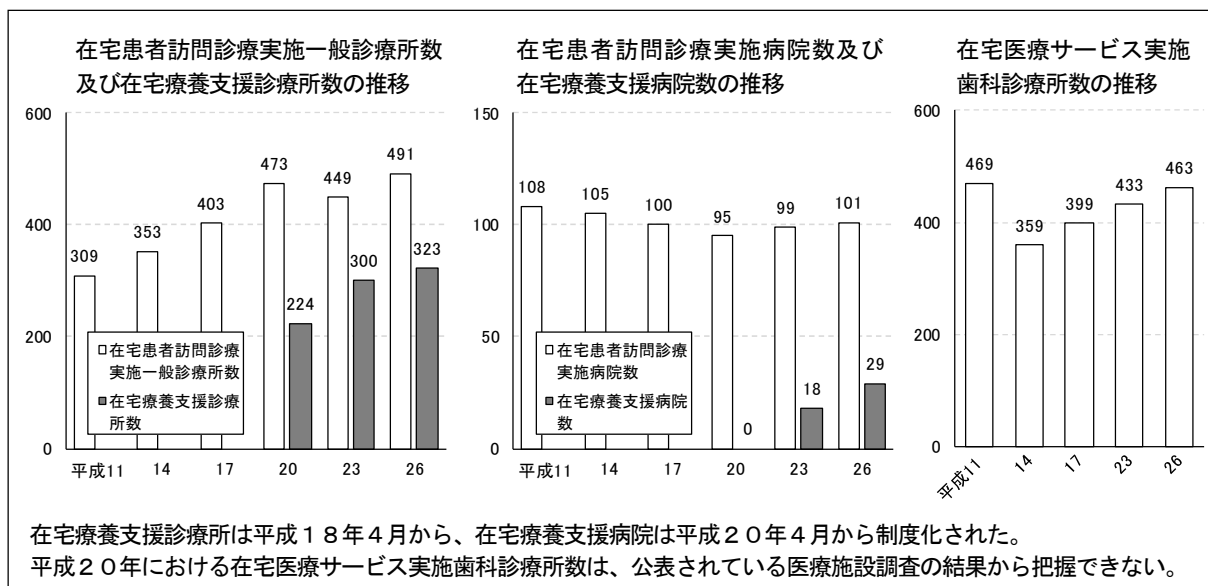
資料：平成26年医療施設調査（厚生労働省）を基に千葉県が作成

図表 1-2-2-1-29 都道府県別 65歳以上人口10万対施設数（在宅医療サービス実施歯科診療所）



資料：平成26年医療施設調査（厚生労働省）、平成26年人口推計（総務省）

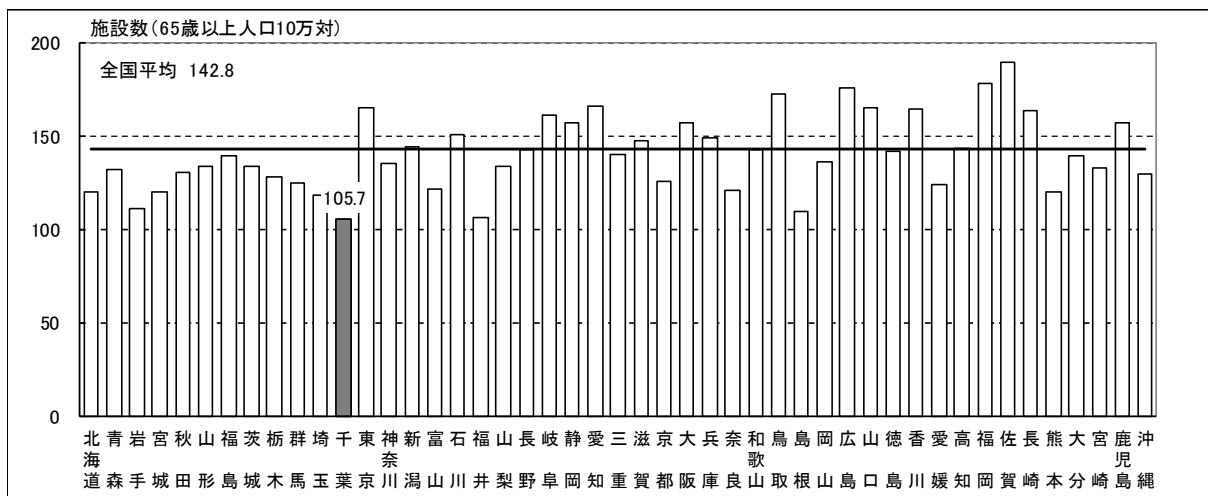
図表 1-2-2-1-30 在宅患者訪問診療実施一般診療所数等の推移（千葉県）



資料：医療施設調査（厚生労働省）

図表 1-2-2-1-31

都道府県別65歳以上人口10万対施設数（在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局）



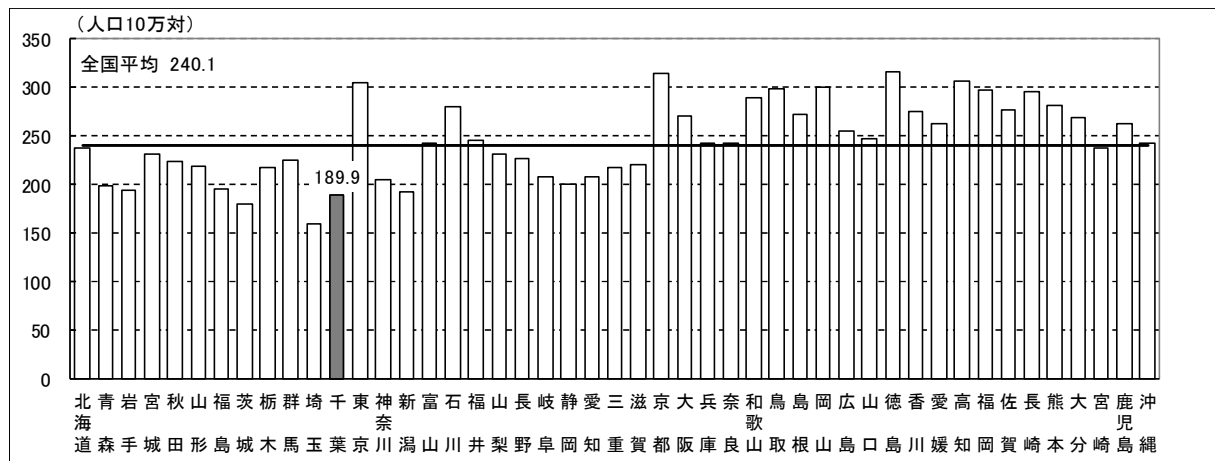
資料：各厚生局公表資料（平成29年7月1日現在）、平成28年人口推計（総務省）

2 医療従事者等

(1) 医師

本県の医療施設従事医師数は平成28年末現在11,843人で、人口10万人当たり医療施設従事医師数は189.9と全国平均240.1を大きく下回っており、全国順位も多い順では第45位になっています。今後、高齢化の一層の進展や高齢者人口の大幅な増加により、医師の不足感はますます強まることが予想されます。

図表 1-2-2-2-1 都道府県別人口10万対医療施設従事医師数

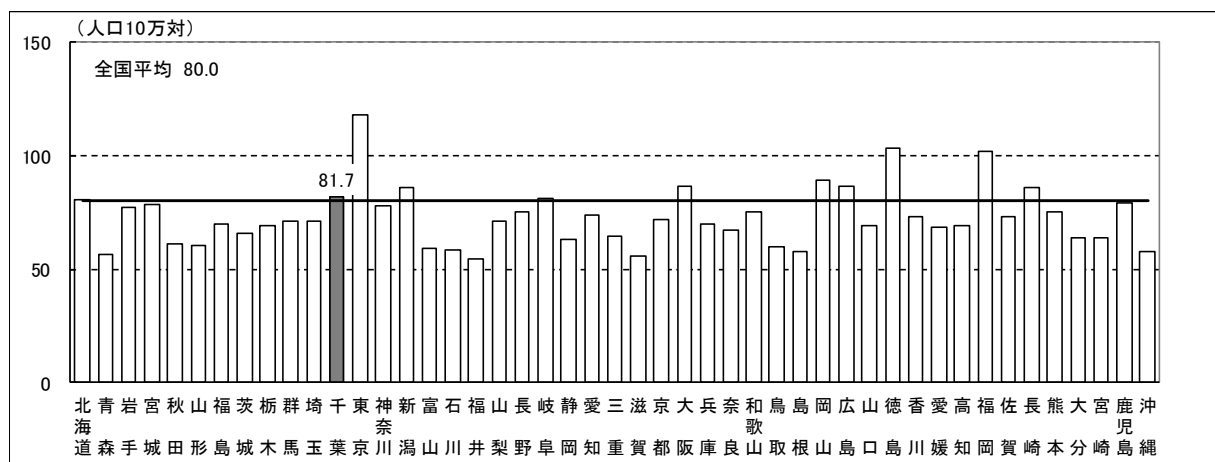


資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

(2) 歯科医師

本県の医療施設従事歯科医師数は平成28年末現在5,095人で、人口10万人当たり医療施設従事歯科医師数は81.7と全国平均80.0を1.7ポイント上回っており、全国順位も多い順では第9位になっています。

図表 1-2-2-2-2 都道府県別人口10万対医療施設従事歯科医師数

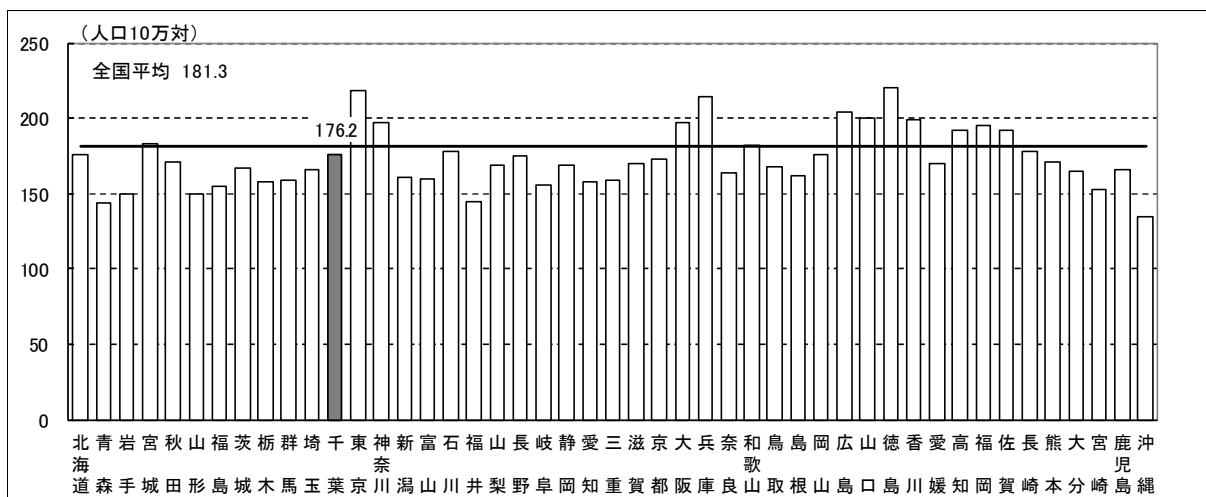


資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

(3) 薬剤師

本県の薬局・医療施設従事薬剤師数は平成28年末現在10,987人で、人口10万人当たり薬局・医療施設従事薬剤師数は176.2と全国平均181.3を5.1ポイント下回っており、全国順位は多い順で第16位となっています。

図表 1-2-2-2-3 都道府県別人口10万対薬局・医療施設従事薬剤師数



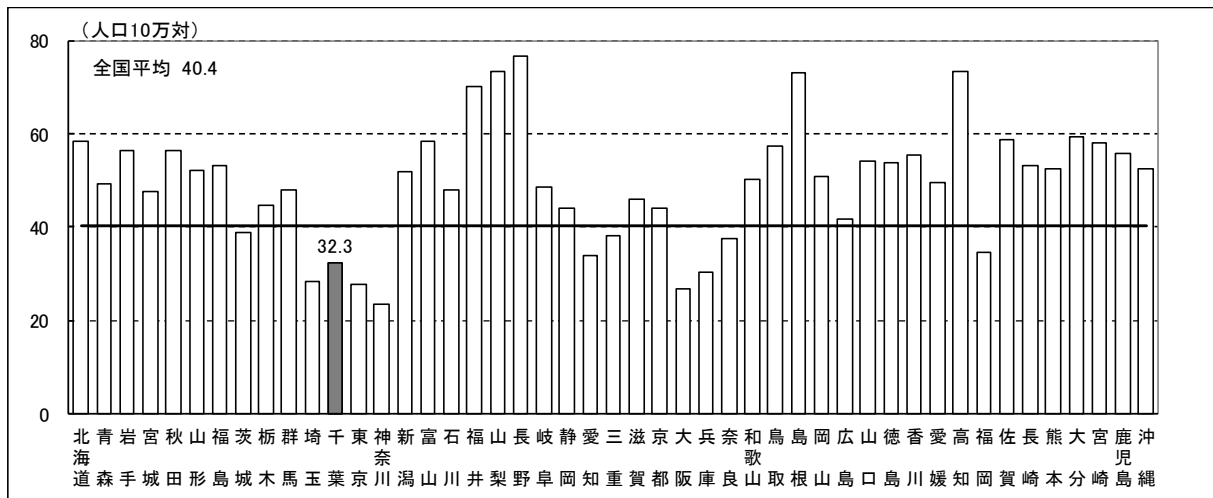
資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

(4) 看護職員

本県の就業看護職員数は平成28年末現在55,759人で、従事する業務の内訳は、保健師2,014人、助産師1,419人、看護師41,999人、准看護師10,327人となっています。

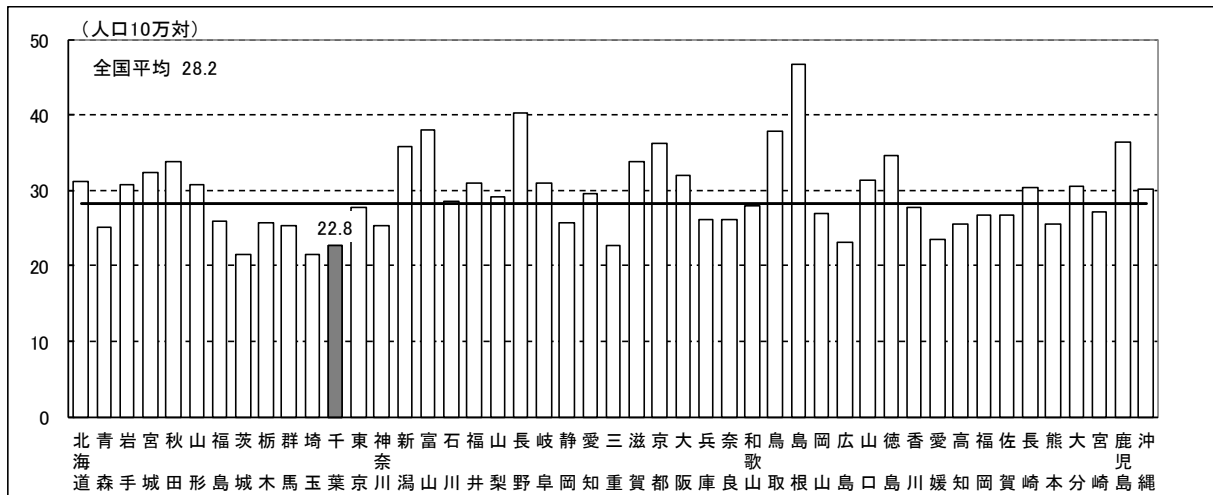
人口10万人当たりでは、保健師は32.3で多い順に全国第42位（全国平均40.4）、助産師は22.8で全国第44位（全国平均28.2）、看護師は673.5で全国第46位（全国平均905.5）、准看護師は165.6で全国第44位（全国平均254.6）となっており、総数では894.2で全国第45位（全国平均1,228.7）と低い状況にあります。今後、高齢化の一層の進展や高齢者人口の大幅な増加により、医師同様、看護職員の不足感はますます高まることが予想されます。

図表 1-2-2-2-4 都道府県別人口10万対就業保健師数



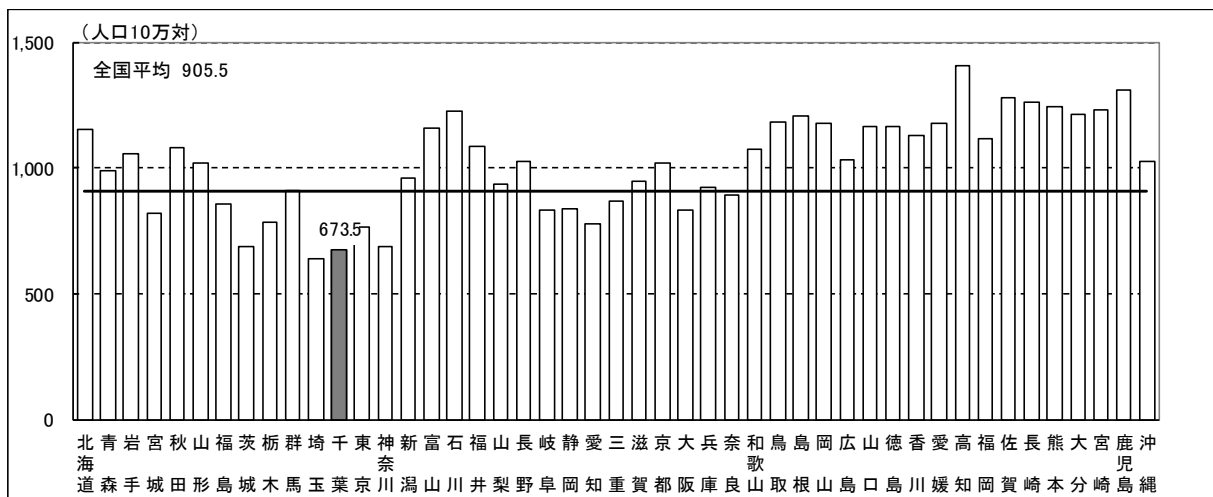
資料：平成28年度衛生行政報告例（厚生労働省）

図表 1-2-2-2-5 都道府県別人口10万対就業助産師数



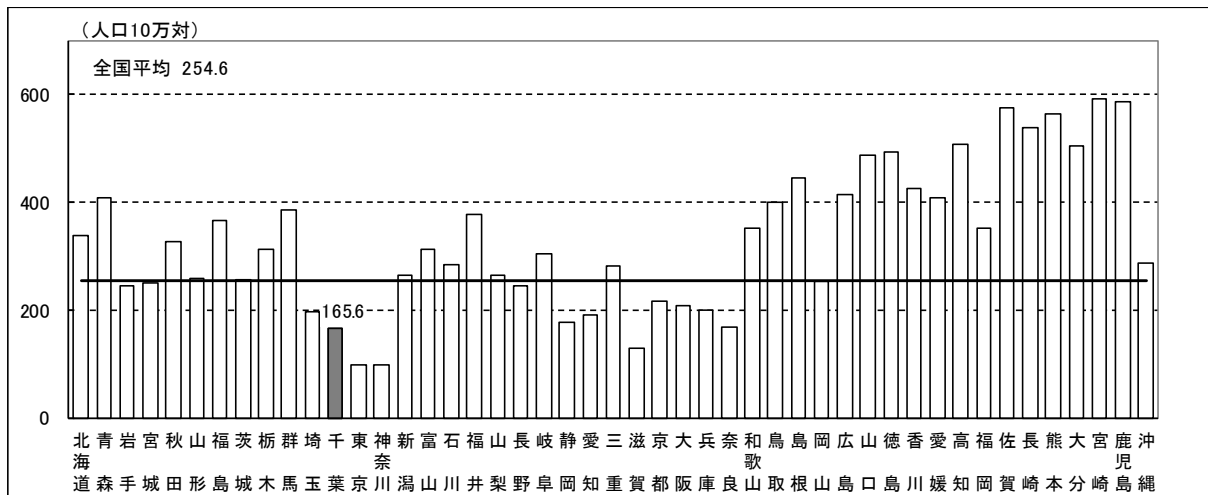
資料：平成28年度衛生行政報告例（厚生労働省）

図表 1-2-2-2-6 都道府県別人口10万対就業看護師数



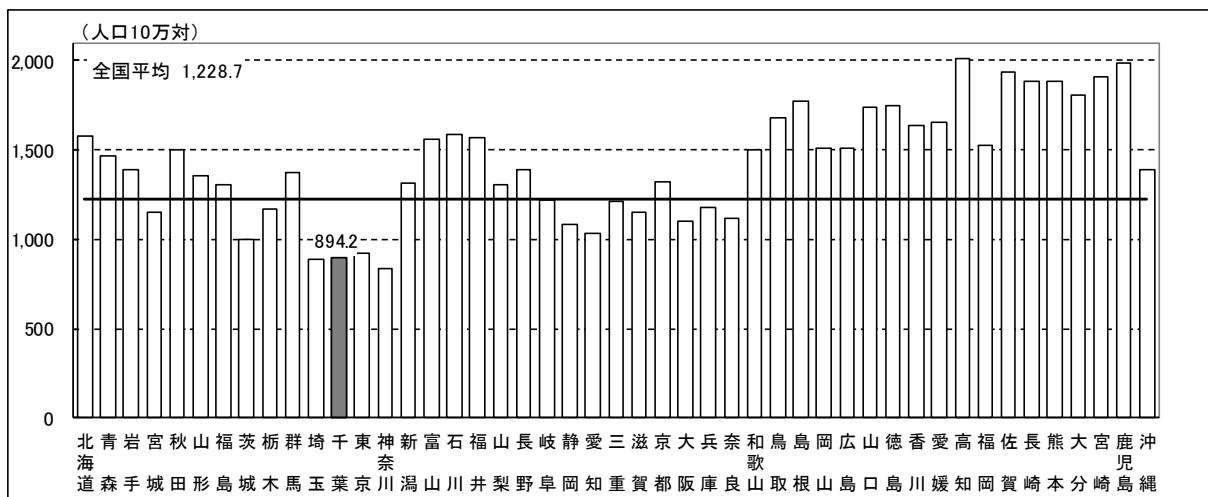
資料：平成28年度衛生行政報告例（厚生労働省）

図表 1-2-2-7 都道府県別人口10万対就業准看護師数



資料：平成28年度衛生行政報告例（厚生労働省）

図表 1-2-2-8 都道府県別人口10万対就業看護職員数



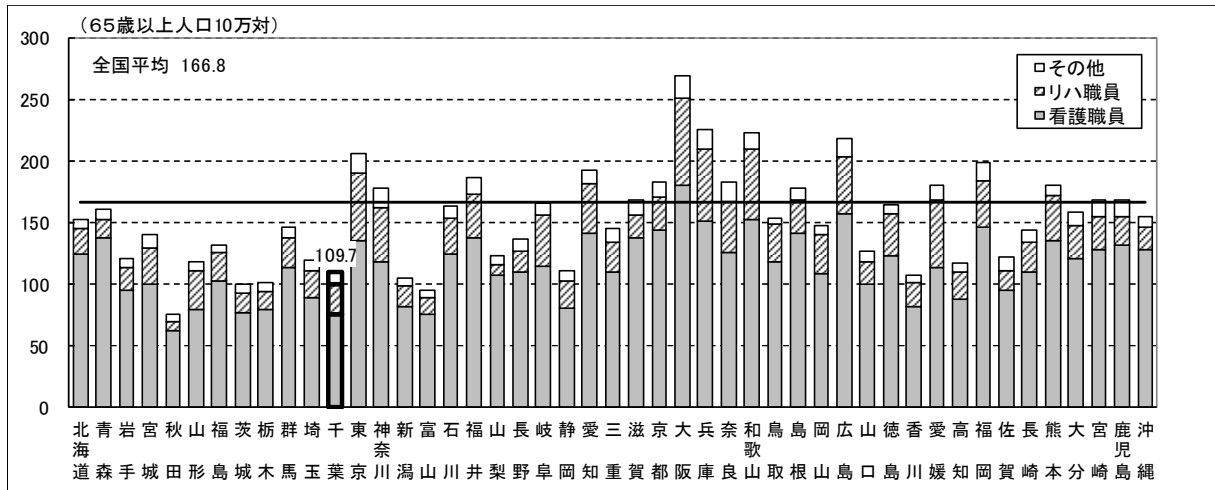
資料：平成28年度衛生行政報告例（厚生労働省）

(5) 訪問看護ステーション、介護保険施設従事者

平成28年10月1日現在の本県の訪問看護ステーション従事者数は常勤換算で1,816人、介護保険施設従事者数は常勤換算で22,669人となっています。

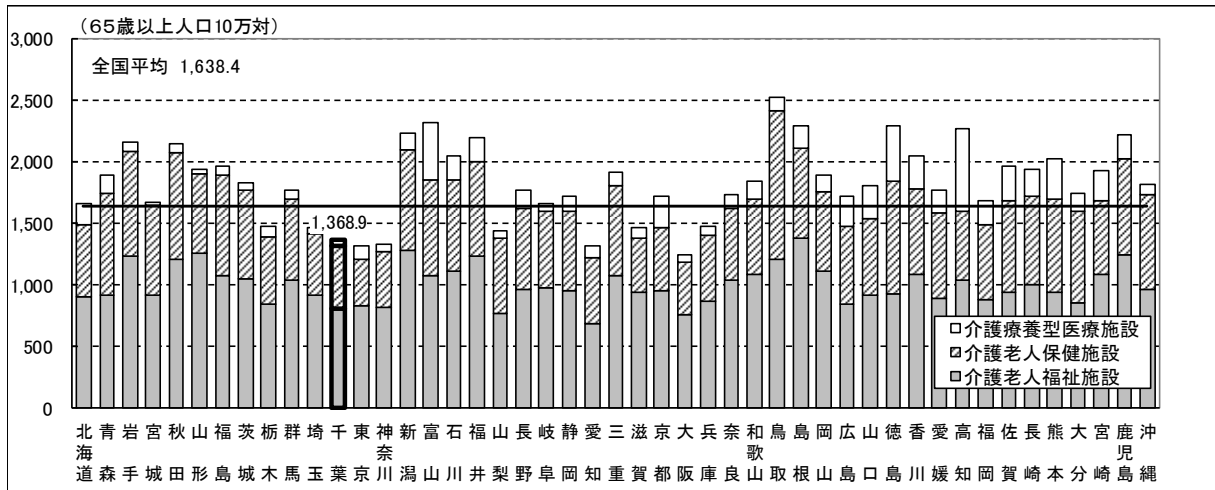
65歳以上人口10万人当たりでは、訪問看護ステーション従事者数は109.7で多い順に全国第41位（全国平均166.8）、介護保険施設従事者数は1,368.9で多い順に全国第43位（全国平均1,638.4）であり、いずれも全国平均を大きく下回っています。

図表 1-2-2-2-9 都道府県別65歳以上人口10万対常勤換算職員数（訪問看護ステーション）



看護職員：保健師、助産師、看護師及び准看護師 リハ職員：理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士
資料：平成28年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）

図表 1-2-2-2-10 都道府県別65歳以上人口10万対常勤換算職員数（介護保険施設）



資料：平成28年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）

第3節 受療動向

1 受療率

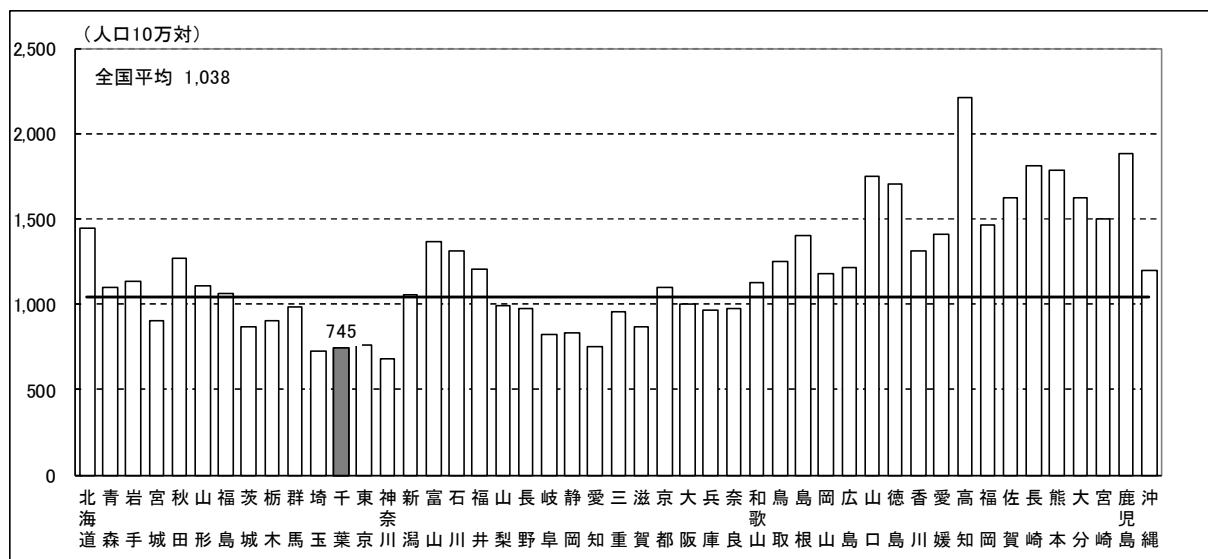
(1) 入院

平成26年患者調査によると、千葉県の入院の受療率*は人口10万人当たり745人であり、全国平均1,038人を293人下回り、高い順に全国第45位となっています。この要因として、平成27年国勢調査による本県の平均年齢が年齢の若い順で全国第9位となっているように、人口の構成が比較的若いことが考えられますが、今後、高齢化の一層の進展により受療率の上昇が予想されるため、適切な対応を図る必要があります。

傷病別にみると、すべての傷病で全国平均を下回っています。

性・年齢階級別にみると、男は15～24歳の階級以降、女性は5～14歳の階級以降、年齢を増すごとに受療率の増加がみられます。また、男性の5～14歳の階級を除くすべての年齢階級で、受療率が全国平均を下回っています。

図表 1-2-3-1-1 都道府県別人口10万対受療率（入院）



資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

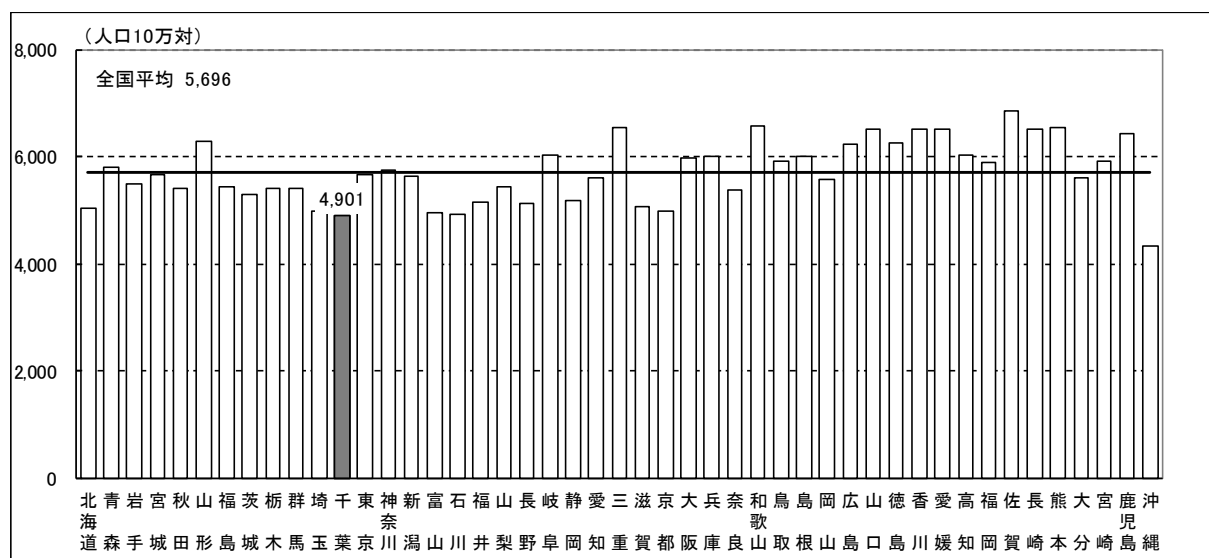
(2) 外来

平成26年患者調査によると、千葉県の外来の受療率は人口10万人当たり4,901人であり、全国平均5,696人を795人下回り、高い順に全国第46位となっています。この要因として、入院と同様に人口の構成が比較的若いことが考えられますが、今後、高齢化の一層の進展により受療率の上昇が予想されるため、適切な対応を図る必要があります。

傷病別にみると、「筋骨格系及び結合組織の疾患」「症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」「損傷、中毒及びその他の外因の影響」を除くすべての疾患で全国平均と同等又はこれを下回っています。

性・年齢階級別にみると、男女とも15～24歳の階級以降、年齢を増すごとに受療率の増加がみられ、また、女性の5～14歳、45～54歳、55～64歳の階級以外では、いずれも全国平均を下回っています。

図表 1-2-3-1-2 都道府県別人口10万対受療率（外来）



資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

図表 1-2-3-1-3 傷病分類別にみた人口10万対受療率

傷病名	入院		外来	
	千葉県	全国	千葉県	全国
総数	745	1,038	4,901	5,696
I 感染症及び寄生虫症	11	16	83	136
II 新生物	95	114	162	182
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	4	5	15	17
IV 内分泌, 栄養及び代謝疾患	18	26	276	344
V 精神及び行動の障害	147	209	136	203
VI 神経系の疾患	49	96	75	136
VII 眼及び付属器の疾患	8	9	168	266
VIII 耳及び乳様突起の疾患	1	2	73	79
IX 循環器系の疾患	140	189	499	734
X 呼吸器系の疾患	54	71	437	526
XI 消化器系の疾患	44	52	924	1031
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	6	9	171	226
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	35	55	829	691
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	26	37	179	223
XV 妊娠, 分娩及び産じょく	9	15	4	11
XVI 周産期に発生した病態	4	5	2	2
XVII 先天奇形, 変形及び染色体異常	4	5	8	11
XVIII 症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	10	13	64	61
XIX 損傷, 中毒及びその他の外因の影響	74	103	264	241
XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	4	8	532	576

資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

図表 1-2-3-1-4 傷病分類別にみた人口10万対受療率（男女別）

傷病名	入院(千葉県)		外来(千葉県)	
	男	女	男	女
総 数	721	769	4,210	5,586
I 感染症及び寄生虫症	10	12	86	80
II 新生物	113	76	160	164
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	3	5	8	22
IV 内分泌, 栄養及び代謝疾患	17	19	233	319
V 精神及び行動の障害	144	150	117	155
VI 神経系の疾患	44	54	65	84
VII 眼及び付属器の疾患	7	8	136	200
VIII 耳及び乳様突起の疾患	2	1	62	85
IX 循環器系の疾患	131	149	493	504
X 呼吸器系の疾患	58	50	409	465
XI 消化器系の疾患	47	41	731	1115
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	6	6	149	193
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	25	44	690	967
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	28	24	148	211
XV 妊娠, 分娩及び産じょく	-	18	-	7
XVI 周産期に発生した病態	4	5	2	2
XVII 先天奇形, 変形及び染色体異常	5	3	7	9
XVIII 症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	8	11	54	75
XIX 損傷, 中毒及びその他の外因の影響	64	84	232	296
XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	2	7	430	634

資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

図表 1-2-3-1-5 性・年齢階級別にみた人口10万対受療率

入院	千葉県	合計	0～	5～	15～	25～	35～	45～	55～	65～	75歳	65歳	70歳
			4歳	14歳	24歳	34歳	44歳	54歳	64歳	74歳	以上	以上	(再掲)
	合計	745	302	95	101	205	250	411	706	1,146	3,116	2,003	2,443
	男	721	295	119	104	163	235	446	855	1,325	3,005	1,989	2,375
	女	769	312	71	98	249	266	375	557	981	3,203	2,015	2,506
	全国	合計	345	92	141	270	318	505	930	1,568	4,205	2,840	3,412
	男	977	370	101	135	198	311	578	1,115	1,842	4,036	2,786	3,311
	女	1,095	318	82	148	345	324	431	750	1,322	4,311	2,881	3,483
外来	千葉県	合計	4,901	3,411	1,898	2,549	2,815	3,945	5,603	8,324	9,670	8,905	9,662
		男	4,210	3,302	1,576	1,818	2,191	3,044	4,635	7,490	10,061	8,491	9,542
		女	5,586	4,761	2,257	3,322	3,475	4,916	6,545	9,120	9,417	9,248	9,788
	全国	合計	5,696	6,762	2,091	2,911	3,334	4,225	5,984	9,455	11,906	10,637	11,530
		男	5,066	6,894	1,746	2,038	2,668	3,691	5,568	8,934	12,169	10,327	11,453
		女	6,292	6,623	2,454	3,817	4,017	4,764	6,388	9,924	11,741	10,872	11,585

資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

第4節 県民の意識・意向

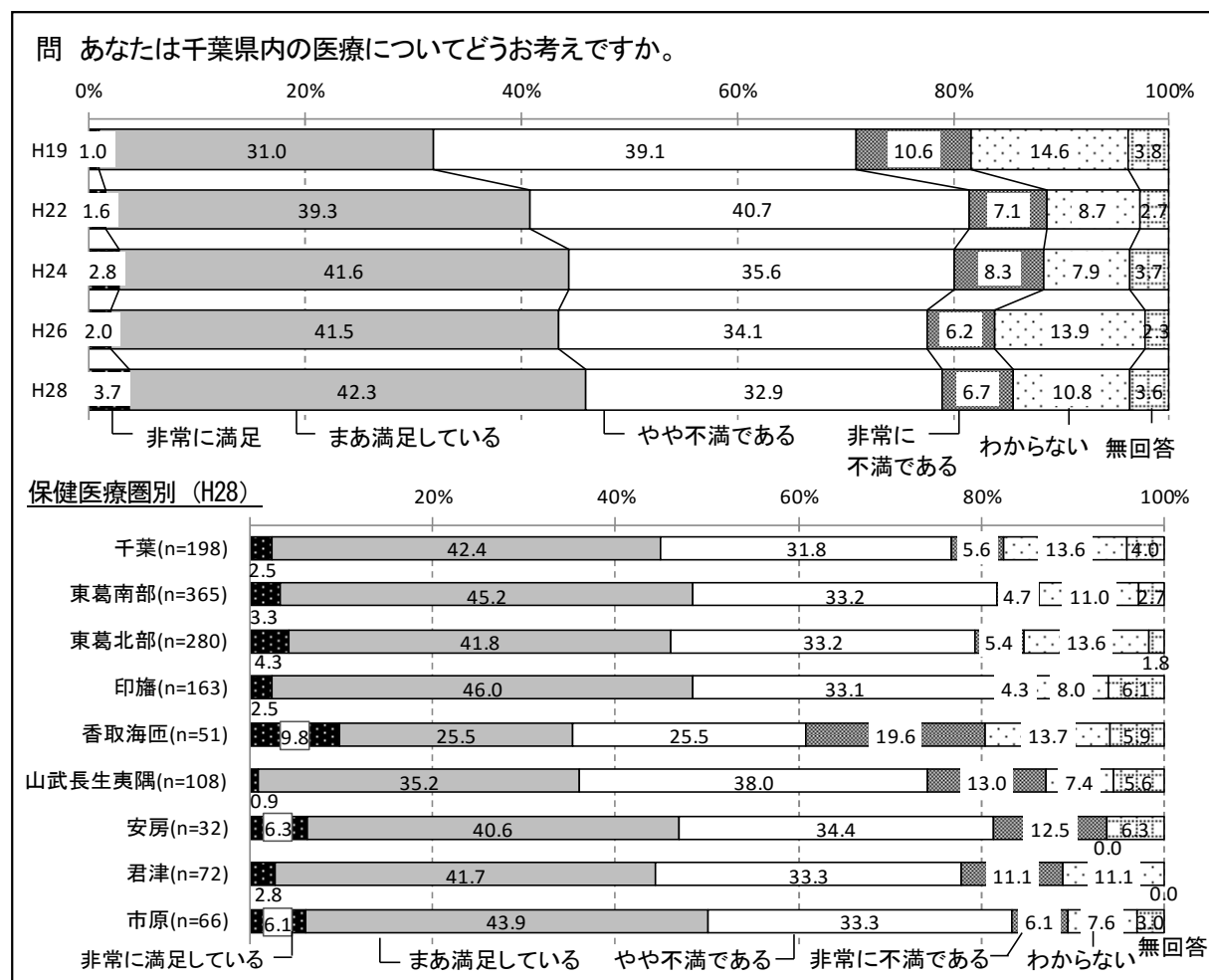
1 医療提供体制についての認識・希望

平成28年度に実施した県政に関する世論調査によれば、県内の医療に「満足している」（「非常に満足している」「まあ満足している」の合計）と回答した方は46.0%でした。一方、「不満である」（「やや不満である」「非常に不満である」の合計）と回答した方は39.6%でした。

また、自分が住み慣れた地域で安心して受診できる医療体制にあると思うかどうかについては、「そう思う」（「そう思う」「どちらかといえばそう思う」の合計）と回答した方は61.9%でした。

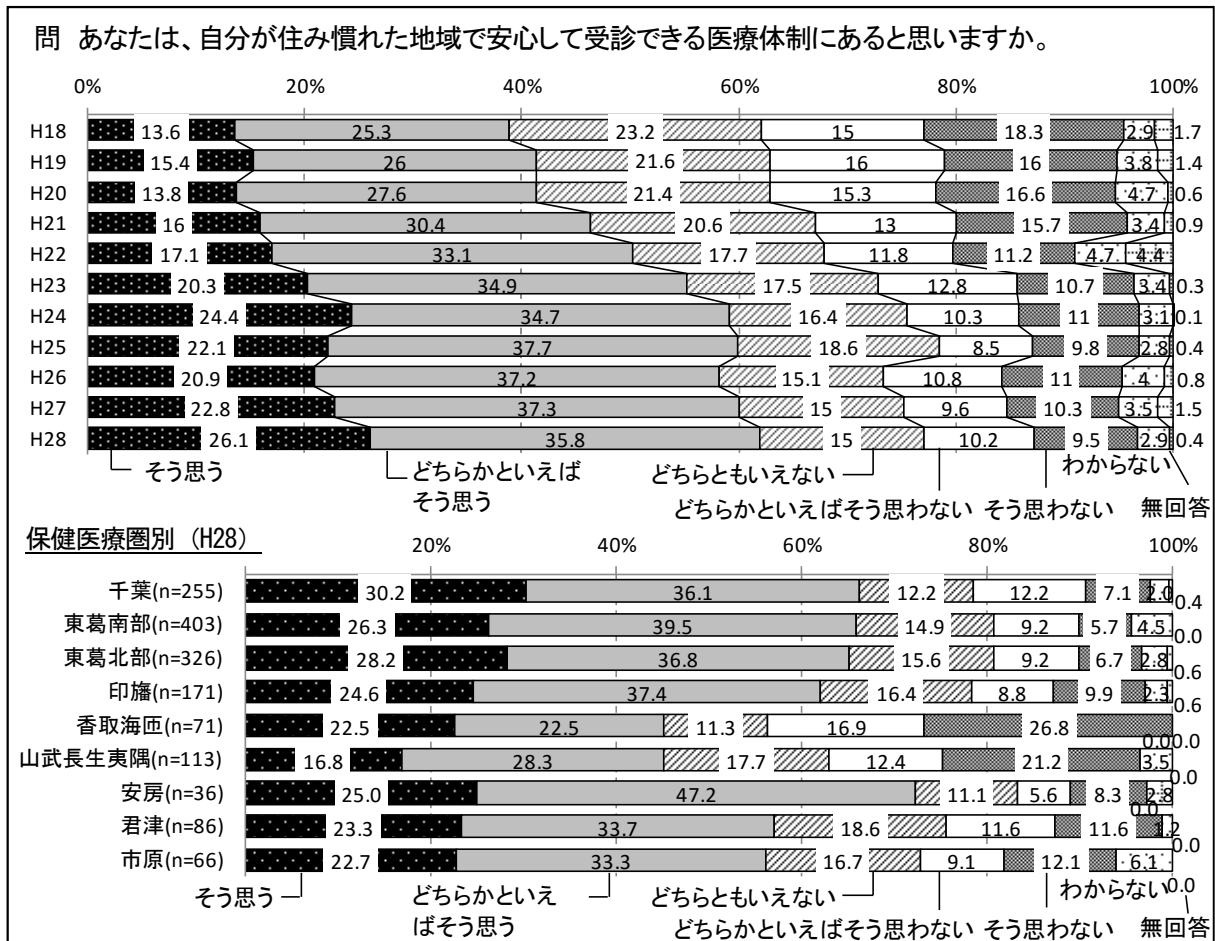
さらに、今後、県に力を入れて欲しい医療について、3つまで選んでもらったところ、「老年医療」（34.8%）、「がん医療」（34.0%）がともに3割台半ばと高くなっています。

図表 1-2-4-1-1 千葉県内の医療に対する県民の認識



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

図表 1-2-4-1-2 地域の医療体制に対する県民の認識



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

図表 1-2-4-1-3 「今後、県に力を入れて欲しい医療」（上位5項目）

問 あなたが今後、県に力を入れて欲しい医療について、選んでください。（3つまで）

年度	第1位	%	第2位	%	第3位	%	第4位	%	第5位	%
平成19	救急救命医療	50.3	がん医療	41.3	循環器(心臓病・脳卒中)医療	34.1	小児科(救急)医療	32.7	地域単位の医療(その地域で完結する医療全般)	28.7
22	救急救命医療	43.4	がん医療	36.5	在宅(訪問)医療	35.6	地域単位の医療(その地域で完結する医療全般)	25.8	循環器(心臓病・脳卒中)医療	25.4
24	救急救命医療	41.0	老年医療	35.4	がん医療	32.8	在宅(訪問)医療	30.7	小児科(救急)医療	22.9
26	在宅(訪問)医療	37.5	救急救命医療	34.0	がん医療	31.2	老年医療	30.4	地域単位の医療(その地域で完結する医療全般)	24.8
28	老年医療	34.8	がん医療	34.0	在宅(訪問)医療	31.2	救急救命医療	29.6	地域単位の医療(その地域で完結する医療全般)	24.3

【最も回答者の多かった項目（保健医療圏別・平成28年）】 (単位：%)

千葉	老年医療	40.9	東葛南部	老年医療	34.8	東葛北部	がん医療	37.5
印旛	老年医療	37.4	香取海匝	がん医療	35.3	山武長生夷隅	老年医療	38.9
安房	がん医療／在宅(訪問)医療	34.4	君津	在宅(訪問)医療	38.9	市原	がん医療	47.0

* 「在宅(訪問)医療」は平成22年度の調査から、「老年医療」は平成24年度の調査から選択肢に追加された。

資料：県政に関する世論調査（千葉県）

2 療養等の場所

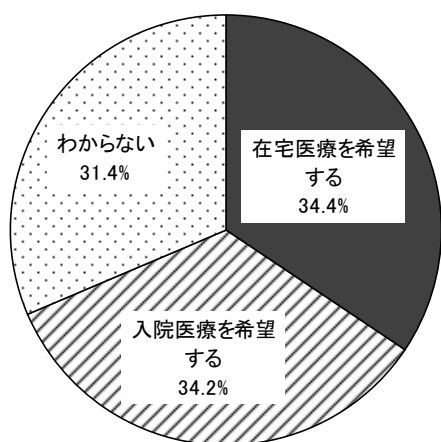
(1) 長期にわたる療養が必要になった場合の療養場所

平成29年度に千葉県が行った「医療に関する県民意識調査」において、長期（1年以上）にわたる治療・療養が必要になった場合の療養場所について県民の意向を調査したところ、「在宅医療を希望する」が34.4%、「入院医療を希望する」が34.2%、「わからない」が31.4%でした。

(2) 最期を迎える場所

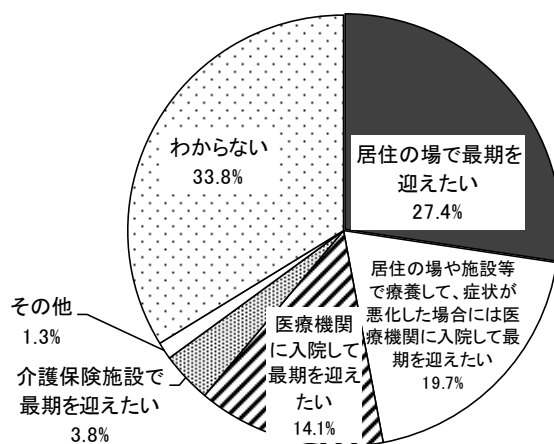
同じく「医療に関する県民意識調査」において、将来、自分が最後を迎える場所についての意向を調査したところ、「居住の場で最期を迎えたい」が27.4%、「居住の場や施設等で療養して、症状が悪化した場合には医療機関に入院して最期を迎えたい」が19.7%、「医療機関に入院して最期を迎えたい」が14.1%、「わからない」が33.8%などとなりました。

図表 1-2-4-2-1 長期にわたる治療・療養が必要になった場合における治療・療養する場所の意向（千葉県）



資料：医療に関する県民意識調査（平成29年・千葉県）

図表 1-2-4-2-2 最期を迎える場所に関する意向（千葉県）



資料：医療に関する県民意識調査（平成29年・千葉県）

第5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22年と平成27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0.10%の増加となっています。

しかし、東葛南部、東葛北部、千葉、印旛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 1-2-5-1-1 二次保健医療圏別人口の推移

保健医療圏	平成22年(人)	伸び率	平成27年(人)
千葉	961,749	1.05%	971,882
東葛南部	1,710,000	1.67%	1,738,624
東葛北部	1,341,961	1.12%	1,356,996
印旛	704,476	0.79%	710,071
香取海匠	299,558	-6.27%	280,770
山武長生夷隅	455,111	-4.53%	434,489
安房	136,110	-5.63%	128,451
君津	326,908	-0.06%	326,727
市原	280,416	-2.05%	274,656
県計	6,216,289	0.10%	6,222,666
全国	128,057,352	-0.75%	127,094,745

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

千葉県の人口10万人当たりの病院数は全国平均の68.6%、病床*数は76.8%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 1-2-5-2-1 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	73.8%
東葛南部	3.5	52.1%
東葛北部	4.2	62.4%
印旛	4.1	60.9%
香取海匝	7.6	113.4%
山武長生夷隅	5.3	80.1%
安房	12.6	188.7%
君津	5.5	82.6%
市原	4.7	71.1%
千葉県	4.6	68.6%
全国	6.7	100%

資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）、
千葉県毎月常住人口調査（千葉県 H28.10.1）

図表 1-2-5-2-2 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	794.8	82.7%
東葛南部	610.6	63.5%
東葛北部	683.9	71.2%
印旛	769.4	80.1%
香取海匝	1,112.0	115.7%
山武長生夷隅	743.3	77.4%
安房	1,645.4	171.3%
君津	706.2	73.5%
市原	754.7	78.5%
千葉県	737.8	76.8%
全国	960.8	100%

資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）、
千葉県毎月常住人口調査（千葉県 H28.10.1）

千葉県の人口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55.2%、回復期リハビリテーション病棟*の病床数は100.9%であり、また、県内でも地域差が見られます。

図表 1-2-5-2-3 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	25.7	62.2%
東葛南部	17.1	41.4%
東葛北部	21.1	51.0%
印旛	17.6	42.7%
香取海匝	24.5	59.2%
山武長生夷隅	53.5	129.4%
安房	41.5	100.4%
君津	12.3	29.7%
市原	26.4	63.8%
千葉県	22.8	55.2%
全国	41.4	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(H29.8.1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(H29.8.1現在・千葉県)

資料(全国): 中央社会保険医療協議会総会資料(H29.7.21開催・H28.10月現在)、人口推計(H28.10.1現在・総務省)

図表 1-2-5-2-4 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	61.7	103.9%
東葛南部	63.2	106.4%
東葛北部	53.8	90.6%
印旛	51.9	87.4%
香取海匝	57.4	96.6%
山武長生夷隅	62.7	105.5%
安房	79.0	133.0%
君津	46.1	77.5%
市原	90.8	152.9%
千葉県	60.0	100.9%
全国	59.4	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(H29.8.1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(H29.8.1現在・千葉県)

資料(全国): 中央社会保険医療協議会総会資料(H29.7.21開催・H27.7.1現在)、人口推計(H27.7.1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79.1%、就業看護職員数は72.8%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。

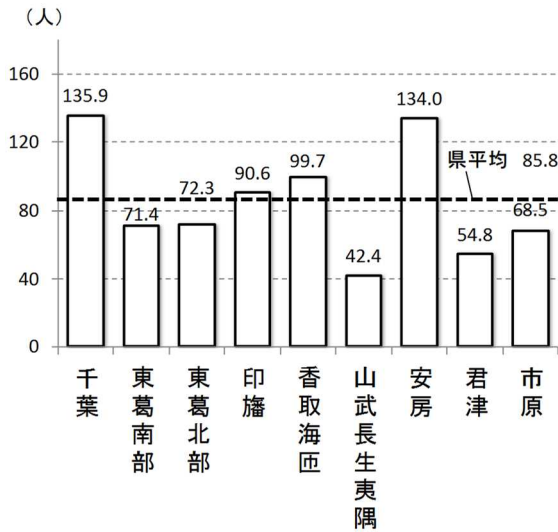
また、診療科別に見ると、小児科を主たる診療科とする医師数(0～14歳人口当たり)は二次保健医療圏間で最大3.2倍の差が、産婦人科又は産科を主たる診療科とする医師数(15～49歳女子人口当たり)で5.5倍の差があります。

図表 1-2-5-2-5 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

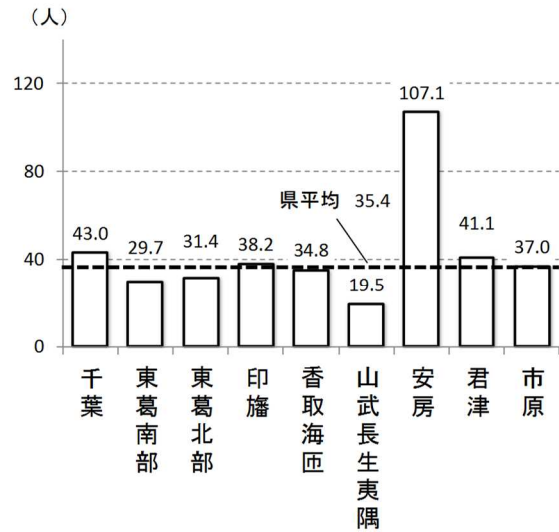
保健医療圏	医療施設従事医師数		就業看護職員数	
	人口10万対	全国平均に対する割合	人口10万対	全国平均に対する割合
千葉	270.7	112.7%	1,065.2	86.7%
東葛南部	173.1	72.1%	748.6	60.9%
東葛北部	172.1	71.7%	862.6	70.2%
印旛	172.7	71.9%	864.4	70.4%
香取海匝	186.2	77.6%	1,141.2	92.9%
山武長生夷隅	112.7	46.9%	796.1	64.8%
安房	419.5	174.7%	1,929.1	157.0%
君津	149.0	62.1%	729.5	59.4%
市原	175.2	73.0%	1,059.0	86.2%
千葉県	189.9	79.1%	894.1	72.8%
全国	240.1	100%	1,228.7	100%

資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）
平成28年度衛生行政報告例（厚生労働省）

図表 1-2-5-2-6 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：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（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（平成29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10万人当たり救急告示病院*数は、全国平均の74.1%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52.7%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182.0%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10万人当たりの病床数は、ICUが4.9（全国平均の95.4%）、NICUが2.1（全国平均の86.7%）となっています。ICUについては、山武長生夷隅保健医療圏（2.3）が全国平均（5.2）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（37.1分）と最長の山武長生夷隅保健医療圏（51.7分）とでは1.4倍の差があります。

図表 1-2-5-2-7 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	74.5%
東葛南部	1.6	52.7%
東葛北部	2.0	65.1%
印旛	2.8	92.6%
香取海匝	2.9	95.2%
山武長生夷隅	3.0	99.7%
安房	5.5	182.0%
君津	2.5	80.9%
市原	2.6	84.3%
千葉県	2.2	74.1%
全国	3.0	100%

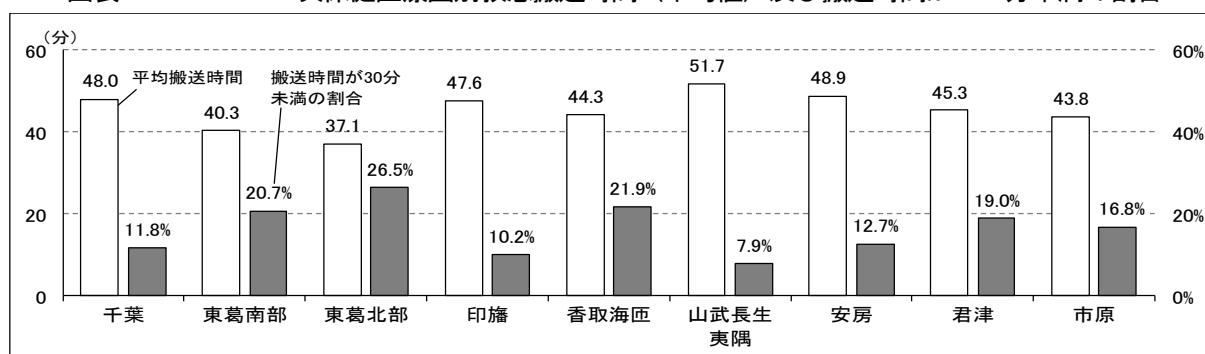
資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）、平成28年人口推計（総務省）、千葉県毎月常住人口調査（千葉県 H28.10.1）

図表 1-2-5-2-8 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	2.8	108.4%	116.4%
東葛南部	4.2	2.6	82.2%	108.8%
東葛北部	5.6	1.1	107.9%	46.4%
印旛	3.8	2.1	73.9%	88.2%
香取海匝	4.6	3.2	88.4%	131.5%
山武長生夷隅	2.3	-	44.2%	-
安房	13.1	6.9	254.0%	288.8%
君津	3.7	2.8	71.4%	115.0%
市原	8.7	-	168.3%	-
千葉県	4.9	2.1	95.4%	86.7%
全国	5.2	2.4	100%	100%

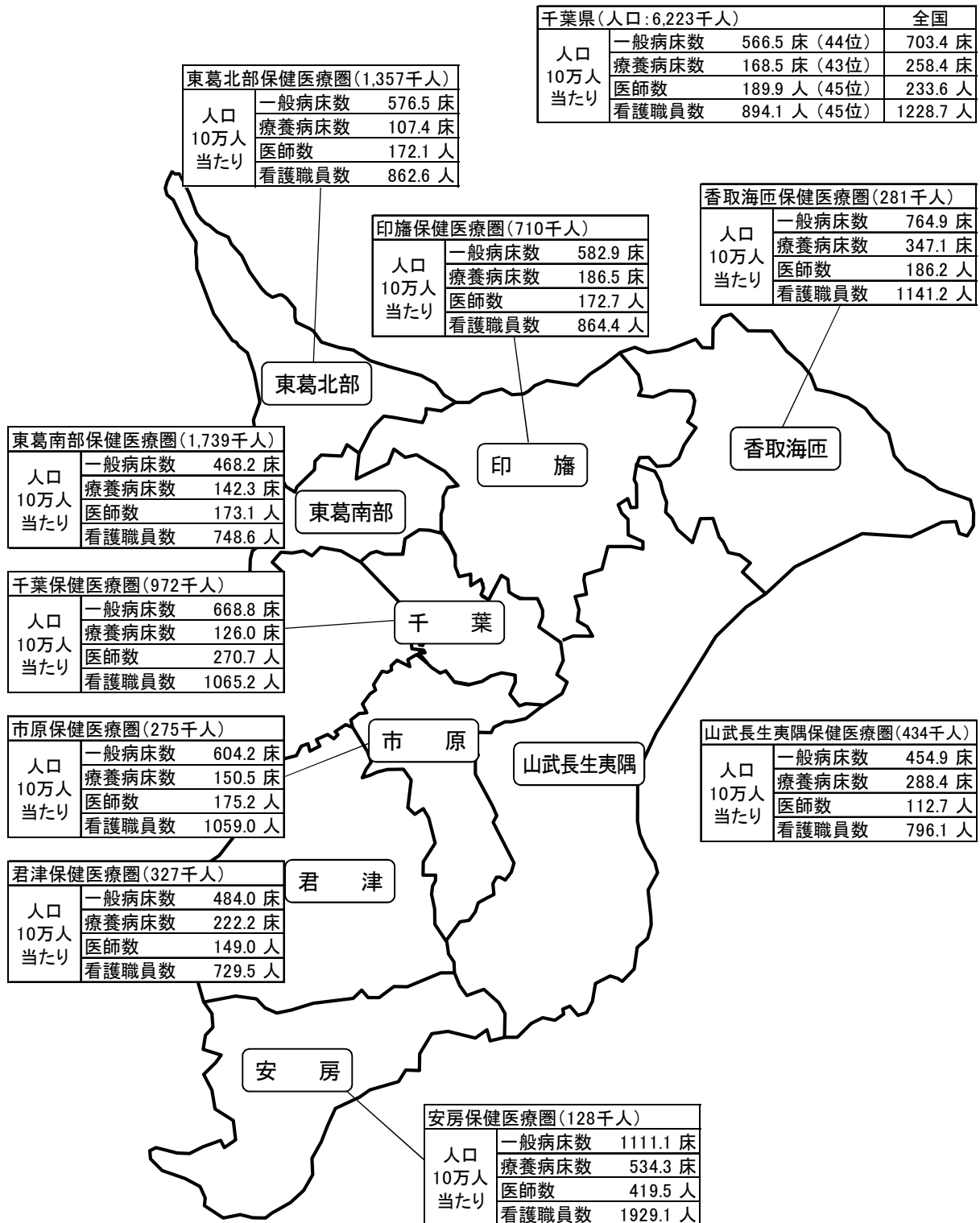
資料：平成26年医療施設調査（厚生労働省）、平成26年人口推計（総務省）、千葉県毎月常住人口調査（千葉県 H26.10.1）

図表 1-2-5-2-9 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：平成27年度救急搬送実態調査（千葉県）

図表 1-2-5-2-10 二次保健医療圏の状況



資料：人口 「平成27年国勢調査」(総務省)による平成27年10月1日現在の人口
 (一般・療養)病床数 「平成28年医療施設調査」(厚生労働省)による平成28年10月1日現在の病院病床数
 医師数 「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)による平成28年12月31日現在の医療施設従事医師数
 看護職員数 「平成28年度衛生行政報告例」(厚生労働省)による平成28年12月31日現在の就業看護職員数

3 入院患者の流出入

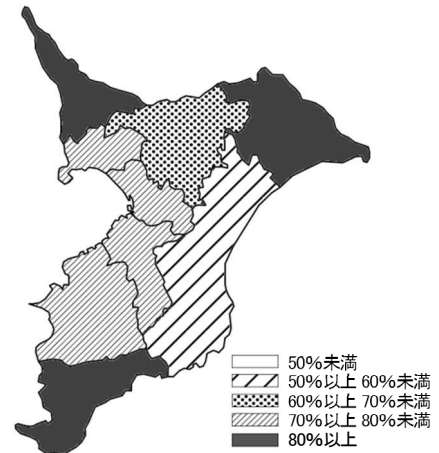
(1) 概況

平成25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80%を超えているのは、安房保健医療圏（96.2%）、香取海匝保健医療圏（81.8%）、東葛北部保健医療圏（81.5%）であり、一般的に医療圏間の入院患者の流動性が比較的高くなっています。

山武長生夷隅保健医療圏は、圏域内完結率が58.3%と低く、千葉保健医療圏や安房保健医療圏、市原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、本県は隣接都県との流出入が比較的多く、特に、東京都、茨城県、埼玉県との間で入院患者の流出入があります。

図表 1-2-5-3-1
入院医療の圏域内完結率（全体）



図表 1-2-5-3-2 入院患者の流出入の状況（全体・平成25年度）

入院患者数 【総数】 (単位:人/日)		医療機関所在地													
		県内									県外				
		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	茨城県	埼玉県	東京都	神奈川県	
患者 住所 地	県内	千葉	3,355.8	394.1	38.0	242.6	12.0	51.8	15.4	30.8	91.4	*	*	138.9	*
		東葛南部	408.4	5,940.9	288.2	299.8	18.2	18.0	12.3	31.6	12.6	*	13.3	708.3	11.4
		東葛北部	43.6	343.6	5,400.5	65.2	*	*	10.1	*	*	160.1	185.1	416.0	*
		印旛	376.4	529.2	120.8	2,450.6	67.7	91.9	*	*	12.2	13.2	*	83.3	*
		香取海匝	65.7	22.0	*	128.9	1,544.9	21.6	*	*	*	92.0	*	14.5	*
		山武長生夷隅	435.9	23.8	15.2	171.2	153.1	1,736.4	223.8	11.1	190.3	*	*	17.2	*
		安房	19.3	*	*	*	*	*	1,084.3	23.5	*	*	*	*	*
		君津	84.6	*	*	12.0	*	*	150.1	1,342.9	126.0	*	*	11.0	*
		市原	210.2	14.4	*	14.0	*	39.7	11.1	50.2	960.1	*	*	*	*
	県外	茨城県	13.0	*	190.8	50.6	168.7	*	*	*	*				
		埼玉県	*	20.5	277.1	11.4	*	*	*	*	*				
		東京都	149.2	531.2	339.9	99.1	11.1	11.6	*	49.0	*				
		神奈川県	*	*	*	*	*	*	13.0	31.3	*				

完結率/流出率 →		医療機関所在地													
		県内									県外				
		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	茨城県	埼玉県	東京都	神奈川県	
患者 住所 地	県内	千葉	76.8%	9.0%	0.9%	5.6%	0.3%	1.2%	0.4%	0.7%	2.1%	*	*	3.2%	*
		東葛南部	5.3%	76.5%	3.7%	3.9%	0.2%	0.2%	0.2%	0.4%	0.2%	*	0.2%	9.1%	0.1%
		東葛北部	0.7%	5.2%	81.5%	1.0%	*	*	0.2%	*	*	2.4%	2.8%	6.3%	*
		印旛	10.0%	14.1%	3.2%	65.4%	1.8%	2.5%	*	*	0.3%	0.4%	*	2.2%	*
		香取海匝	3.5%	1.2%	*	6.8%	81.8%	1.1%	*	*	*	4.9%	*	0.8%	*
		山武長生夷隅	14.6%	0.8%	0.5%	5.7%	5.1%	58.3%	7.5%	0.4%	6.4%	*	*	0.6%	*
		安房	1.7%	*	*	*	*	*	96.2%	2.1%	*	*	*	*	*
		君津	4.9%	*	*	0.7%	*	*	8.7%	77.8%	7.3%	*	*	0.6%	*
		市原	16.2%	1.1%	*	1.1%	*	3.1%	0.9%	3.9%	73.9%	*	*	*	*
	県外	茨城県													
		埼玉県													
		東京都													
		神奈川県													

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による。

患者数が10人/日未満の場合、レセプト情報等活用の際の制約から公表されないため、該当箇所は「*」と表示している。

(2) 高度急性期機能

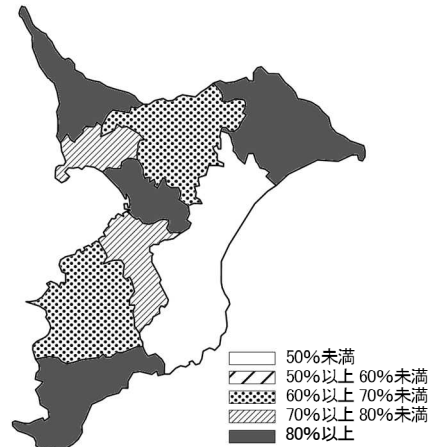
圏域内完結率が高い圏域は、安房保健医療圏（100%）、東葛北部保健医療圏（85.6%）、香取海匝保健医療圏（85.2%）の順になっています。

一方、山武長生夷隅保健医療圏の圏域内完結率（22.5%）は特に低く、次いで、印旛保健医療圏（68.4%）、君津保健医療圏（68.7%）の順になっています。

千葉保健医療圏は、周辺圏域からの流入が多い圏域です。

また、東京都、埼玉県、茨城県に隣接する東葛南部保健医療圏や東葛北部保健医療圏等では、都県間の入院患者の流出入があります。

図表 1-2-5-4-3
入院医療の圏域内完結率（高度急性期）



図表 1-2-5-3-4 入院患者の流出入の状況（高度急性期機能・平成25年度）

入院患者数 【高度急性期】 (単位:人/日)		医療機関所在地											
		県内									県外		
		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	茨城県	東京都	
患者 住所 地	県内	千葉	401.3	39.0	*	22.8	*	*	*	*	10.5	*	17.2
		東葛南部	59.6	645.8	46.4	29.4	*	*	*	*	*	*	123.9
		東葛北部	*	32.5	651.6	*	*	*	*	*	*	11.0	66.0
		印旛	56.4	40.0	16.6	266.5	*	*	*	*	*	*	10.4
		香取海匝	10.9	*	*	16.6	158.4	*	*	*	*	*	*
		山武長生夷隅	73.0	*	*	14.8	26.4	60.8	54.6	*	40.9	*	*
		安房	*	*	*	*	*	*	118.1	*	*	*	*
		君津	16.0	*	*	*	*	*	34.5	147.0	16.5	*	*
		市原	37.1	*	*	*	*	*	*	*	111.6	*	*
	県外	茨城県	*	*	19.5	*	27.7	*	*	*	*	*	*
		埼玉県	*	*	33.2	*	*	*	*	*	*	*	*
		東京都	*	36.6	14.2	*	*	*	*	*	*	*	*

完結率／流出率 →		医療機関所在地											
		県内									県外		
		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	茨城県	東京都	
患者 住所 地	県内	千葉	81.8%	7.9%	*	4.6%	*	*	*	*	2.1%	*	3.5%
		東葛南部	6.6%	71.3%	5.1%	3.3%	*	*	*	*	*	*	13.7%
		東葛北部	*	4.3%	85.6%	*	*	*	*	*	*	1.4%	8.7%
		印旛	14.5%	10.3%	4.3%	68.4%	*	*	*	*	*	*	2.7%
		香取海匝	5.9%	*	*	8.9%	85.2%	*	*	*	*	*	*
		山武長生夷隅	27.0%	*	*	5.5%	9.7%	22.5%	20.2%	*	15.1%	*	*
		安房	*	*	*	*	*	*	100.0%	*	*	*	*
		君津	7.5%	*	*	*	*	*	16.1%	68.7%	7.7%	*	*
		市原	25.0%	*	*	*	*	*	*	*	75.0%	*	*
	県外	茨城県	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による。

患者数が10人/日未満の場合、レセプト情報等活用の際の制約から公表されないため、該当箇所は「*」と表示している。

(3) 急性期*機能

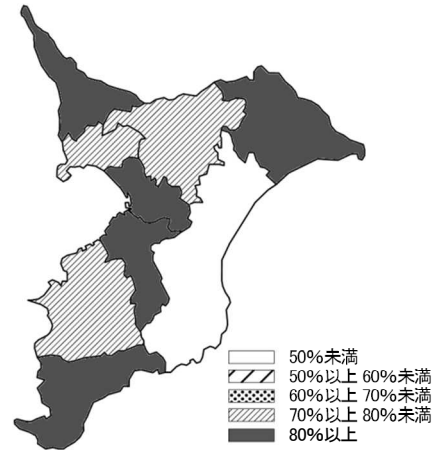
圏域内完結率が高い圏域は、安房保健医療圏（100%）、香取海浜保健医療圏（87.9%）、東葛北部保健医療圏（85.8%）の順になっています。

一方、山武長生夷隅保健医療圏の圏域内完結率（46.3%）は特に低くなっています。

千葉保健医療圏は、周辺圏域からの流入が多い圏域です。

また、東京都、埼玉県、茨城県に隣接する東葛南部保健医療圏や東葛北部保健医療圏等では、都県間の入院患者の流出入があります。

図表 1-2-5-3-5 入院医療の圏域内完結率（急性期）



図表 1-2-5-3-6 入院患者の流出入の状況（急性期機能・平成25年度）

入院患者数 【急性期】 (単位:人/日)		医療機関所在地												
		県内										県外		
		千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海浜	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	埼玉県	東京都	
患者 住所 地	県内	千葉	1,210.8	107.1	*	90.7	*	*	*	*	31.2	*	*	43.0
		東葛南部	126.5	2,159.2	91.4	73.3	*	*	*	*	*	*	*	262.7
		東葛北部	10.1	102.5	1,959.5	15.0	*	*	*	*	*	44.5	17.2	135.1
		印旛	118.4	100.5	42.5	840.0	10.9	*	*	*	*	*	*	20.8
		香取海浜	16.7	*	*	34.9	448.7	*	*	*	*	10.0	*	*
		山武長生夷隅	140.1	*	*	45.4	61.0	361.9	99.0	*	74.6	*	*	*
		安房	*	*	*	*	*	*	337.9	*	*	*	*	*
		君津	25.5	*	*	*	*	*	65.6	427.5	41.6	*	*	*
		市原	71.5	*	*	*	*	*	*	10.7	376.9	*	*	*
		茨城県	*	*	42.9	*	*	*	*	*	*			
患者 住所 地	県外	埼玉県	*	*	78.9	*	*	*	*	*	*	*	*	
		東京都	13.9	134.8	47.4	*	*	*	*	*	*	*	*	

完結率/流出率 →		医療機関所在地												
		県内										県外		
		千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海浜	山武長生夷隅	安房	君津	市原	茨城県	埼玉県	東京都	
患者 住所 地	県内	千葉	81.7%	7.2%	*	6.1%	*	*	*	*	2.1%	*	*	2.9%
		東葛南部	4.7%	79.6%	3.4%	2.7%	*	*	*	*	*	*	*	9.7%
		東葛北部	0.4%	4.5%	85.8%	0.7%	*	*	*	*	*	2.0%	0.8%	5.9%
		印旛	10.4%	8.9%	3.7%	74.1%	1.0%	*	*	*	*	*	*	1.8%
		香取海浜	3.3%	*	*	6.8%	87.9%	*	*	*	*	2.0%	*	*
		山武長生夷隅	17.9%	*	*	5.8%	7.8%	46.3%	12.7%	*	9.5%	*	*	*
		安房	*	*	*	*	*	*	100.0%	*	*	*	*	*
		君津	4.6%	*	*	*	*	*	11.7%	76.3%	7.4%	*	*	*
		市原	15.6%	*	*	*	*	*	*	2.3%	82.1%	*	*	*

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による。

患者数が10人/日未満の場合、レセプト情報等活用の際の制約から公表されないため、該当箇所は「*」と表示している。

(4) 回復期*機能

圏域内完結率が高い圏域は、安房保健医療圏（100%）、香取海匝保健医療圏（87.5%）、東葛北部保健医療圏（83.0%）の順になっています。

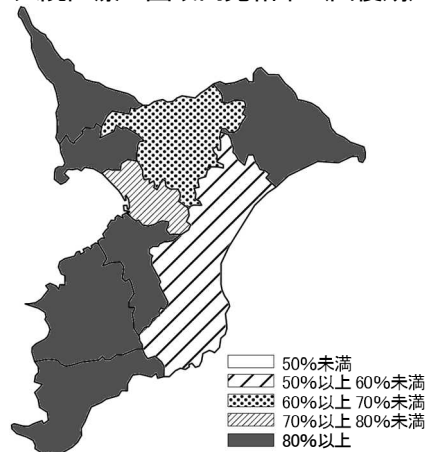
一方、圏域内完結率が低い圏域は、山武長生夷隅保健医療圏（57.5%）、印旛保健医療圏（63.5%）の順になっています。

千葉保健医療圏は、周辺圏域からの流入が多い圏域です。

また、東京都、埼玉県、茨城県に隣接する東葛南部保健医療圏や東葛北部保健医療圏、香取海匝医療圏等では、隣接都県間における患者の流出入があります。

図表 1-2-5-3-7

入院医療の圏域内完結率（回復期）



図表 1-2-5-3-8 入院患者の流出入の状況（回復期機能・平成25年度）

入院患者数【回復期】 (単位:人/日)		医療機関所在地												
		県内									県外			
		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	茨城県	埼玉県	東京都	
患者住所在地	県内	千葉	1,036.6	154.4	*	57.9	*	*	*	*	35.8	*	*	20.1
		東葛南部	105.9	1,882.2	77.1	56.3	*	*	*	*	*	*	*	197.1
		東葛北部	*	110.9	1,758.3	11.0	*	*	*	*	*	37.3	98.7	103.0
		印旛	102.3	199.7	44.9	699.5	15.0	26.4	*	*	*	*	*	14.5
		香取海匝	15.9	*	*	27.3	397.3	*	*	*	*	13.4	*	*
		山武長生夷隅	137.7	*	*	49.4	43.0	482.4	55.4	*	70.3	*	*	*
		安房	*	*	*	*	*	*	230.2	*	*	*	*	*
		君津	23.7	*	*	*	*	*	38.0	484.1	38.5	*	*	*
		市原	59.8	*	*	*	*	*	*	18.9	334.0	*	*	*
	県外	茨城県	*	*	55.9	*	43.8	*	*	*	*			
埼玉県		*	*	70.9	*	*	*	*	*	*				
東京都		13.8	149.7	71.7	*	*	*	*	*	*				

完結率/流出率 →		医療機関所在地												
		県内									県外			
		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	茨城県	埼玉県	東京都	
患者住所在地	県内	千葉	79.4%	11.8%	*	4.4%	*	*	*	*	2.7%	*	*	1.5%
		東葛南部	4.6%	81.2%	3.3%	2.4%	*	*	*	*	*	*	*	8.5%
		東葛北部	*	5.2%	83.0%	0.5%	*	*	*	*	*	1.8%	4.7%	4.9%
		印旛	9.3%	18.1%	4.1%	63.5%	1.4%	2.4%	*	*	*	*	*	1.3%
		香取海匝	3.5%	*	*	6.0%	87.5%	*	*	*	*	3.0%	*	*
		山武長生夷隅	16.4%	*	*	5.9%	5.1%	57.5%	6.6%	*	8.4%	*	*	*
		安房	*	*	*	*	*	*	100.0%	*	*	*	*	*
		君津	4.1%	*	*	*	*	*	6.5%	82.8%	6.6%	*	*	*
		市原	14.5%	*	*	*	*	*	*	4.6%	80.9%	*	*	*
	県外	茨城県												
埼玉県														
東京都														

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による。

患者数が10人/日未満の場合、レセプト情報等活用の際の制約から公表されないため、該当箇所は「*」と表示している。

(5) 慢性期機能

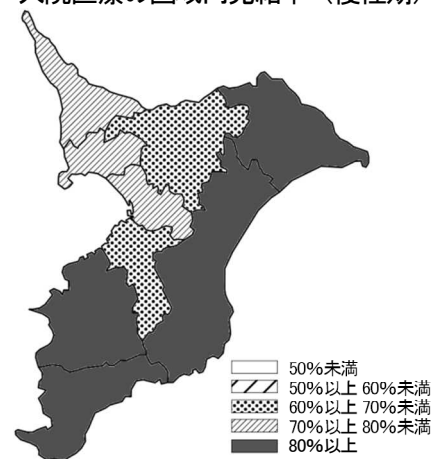
圏域内完結率が高い圏域は、安房保健医療圏（100%）、君津保健医療圏（82.4%）、山武長生夷隅保健医療圏（81.9%）の順になっています。

一方、圏域内完結率が低い圏域は、市原保健医療圏（60.0%）、印旛保健医療圏（61.8%）の順になっています。

千葉圏域は他圏域からの流入が多い圏域です。

また、東京都、埼玉県、茨城県に隣接する東葛南部保健医療圏や東葛北部保健医療圏、香取海匝医療圏等では、隣接都県間における患者の流出入があります。

図表 1-2-5-3-9
入院医療の圏域内完結率（慢性期）



図表 1-2-5-3-10 入院患者の流出入の状況（慢性期機能・平成25年度）

入院患者数 【慢性期】 (単位:人/日)		医療機関所在地												
		県内									県外			
		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	茨城県	埼玉県	東京都	
患者 住所 地	県内	千葉	707.0	93.6	15.6	71.2	*	40.6	*	21.6	14.0	*	*	*
		東葛南部	116.4	1,253.8	73.3	140.8	16.7	14.0	*	26.1	*	*	*	57.9
		東葛北部	20.4	97.7	1,031.1	31.0	*	*	*	*	0.0	42.9	58.1	18.9
		印旛	99.4	189.0	16.8	644.7	38.3	55.4	*	*	*	*	*	*
		香取海匝	22.1	*	*	50.1	540.4	*	*	0.0	*	61.8	*	*
		山武長生夷隅	85.1	*	*	61.6	22.7	831.4	14.7	*	*	*	*	*
		安房	*	*	0.0	*	*	*	398.0	*	*	0.0	0.0	0.0
		君津	19.5	0.0	0.0	*	*	*	11.9	284.3	29.5	0.0	*	*
		市原	41.8	*	*	*	*	35.6	0.0	14.3	137.5	*	0.0	*
	県外	茨城県	*	*	34.0	*	20.6	*	0.0	0.0	0.0			
		埼玉県	*	*	53.7	*	0.0	*	0.0	0.0	0.0			
		東京都	50.1	133.6	130.2	39.3	*	*	*	32.8	*			
		神奈川県	*	*	*	*	*	*	11.9	29.8	0.0			

完結率/流出率 →		医療機関所在地												
		県内									県外			
		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	茨城県	埼玉県	東京都	
患者 住所 地	県内	千葉	73.4%	9.7%	1.6%	7.4%	*	4.2%	*	2.2%	1.4%	*	*	*
		東葛南部	6.8%	73.8%	4.3%	8.3%	1.0%	0.8%	*	1.5%	*	*	*	3.4%
		東葛北部	1.6%	7.5%	79.3%	2.4%	*	*	*	*	0.0%	3.3%	4.5%	1.5%
		印旛	9.5%	18.1%	1.6%	61.8%	3.7%	5.3%	*	*	*	*	*	*
		香取海匝	3.3%	*	*	7.4%	80.1%	*	*	0.0%	*	9.2%	*	*
		山武長生夷隅	8.4%	*	*	6.1%	2.2%	81.9%	1.4%	*	*	*	*	*
		安房	*	*	0.0%	*	*	*	100.0%	*	*	0.0%	0.0%	0.0%
		君津	5.6%	0.0%	0.0%	*	*	*	3.4%	82.4%	8.5%	0.0%	*	*
		市原	18.2%	*	*	*	*	15.5%	0.0%	6.2%	60.0%	*	0.0%	*
	県外	茨城県												
		埼玉県												
		東京都												
		神奈川県												

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による。

患者数が10人/日未満の場合、レセプト情報等活用の際の制約から公表されないため、該当箇所は「*」と表示している。

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。

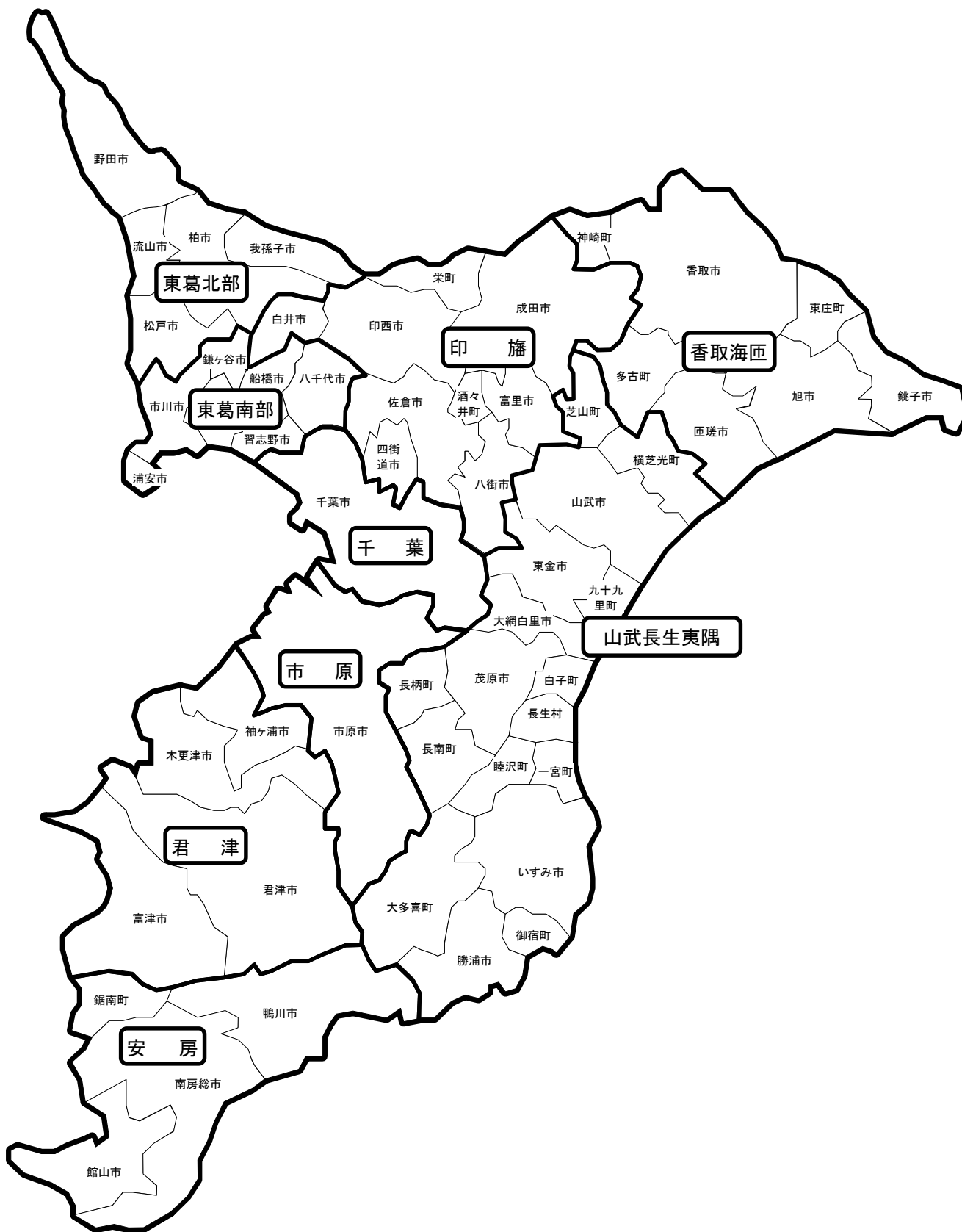
本計画においても、引き続きこの9圏域を基本として、健康づくり・医療・福祉の各種施策を展開することにより、一層の保健医療計画の定着が図られるよう取組みを進めていくこととします。

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

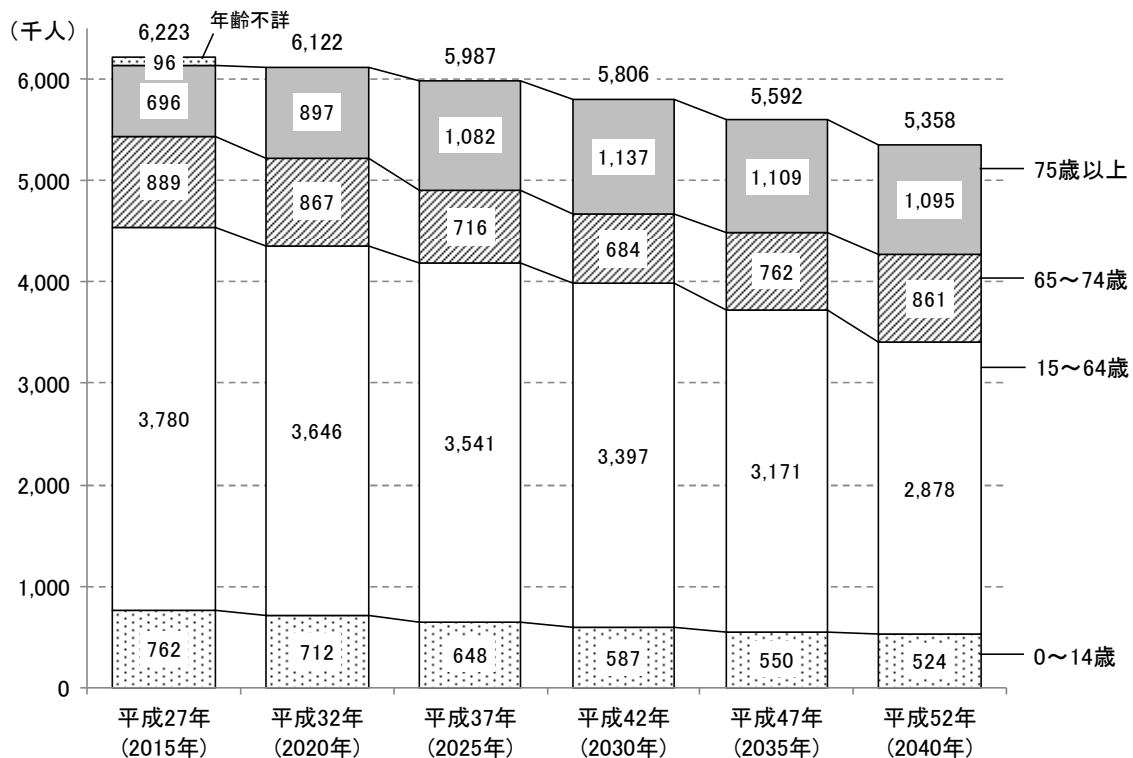
1 人口等の状況

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。

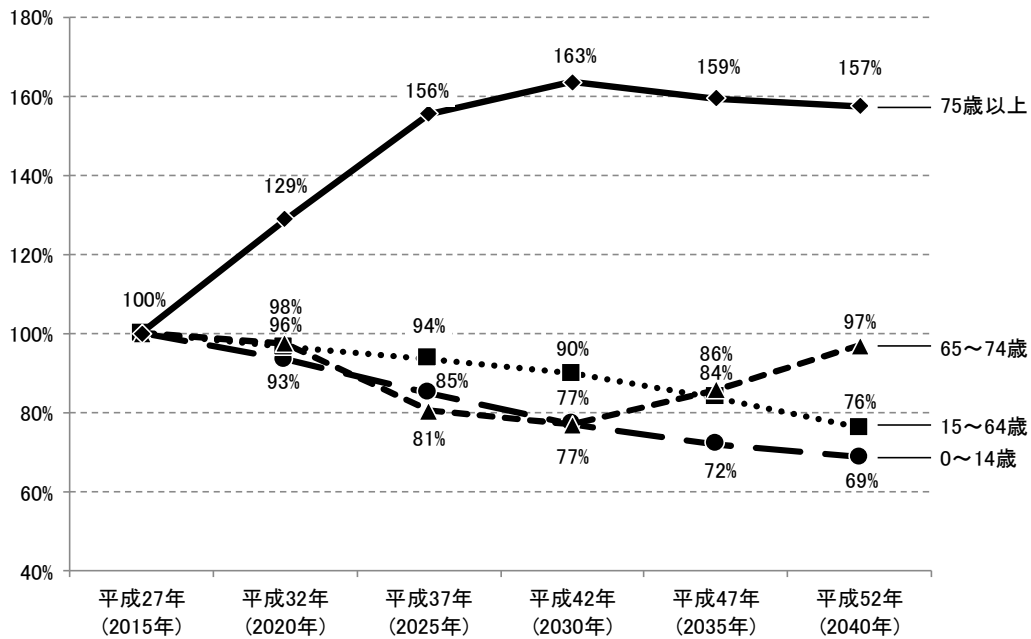
一方、75歳以上の人口は平成27年時点では695,819人でしたが、平成37年には1,082,206人（平成27年の156%）、平成42年には1,137,288人（同163%）と増加し、その後減少に転じ、平成52年には1,095,361人（同157%）になると見込まれています。

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

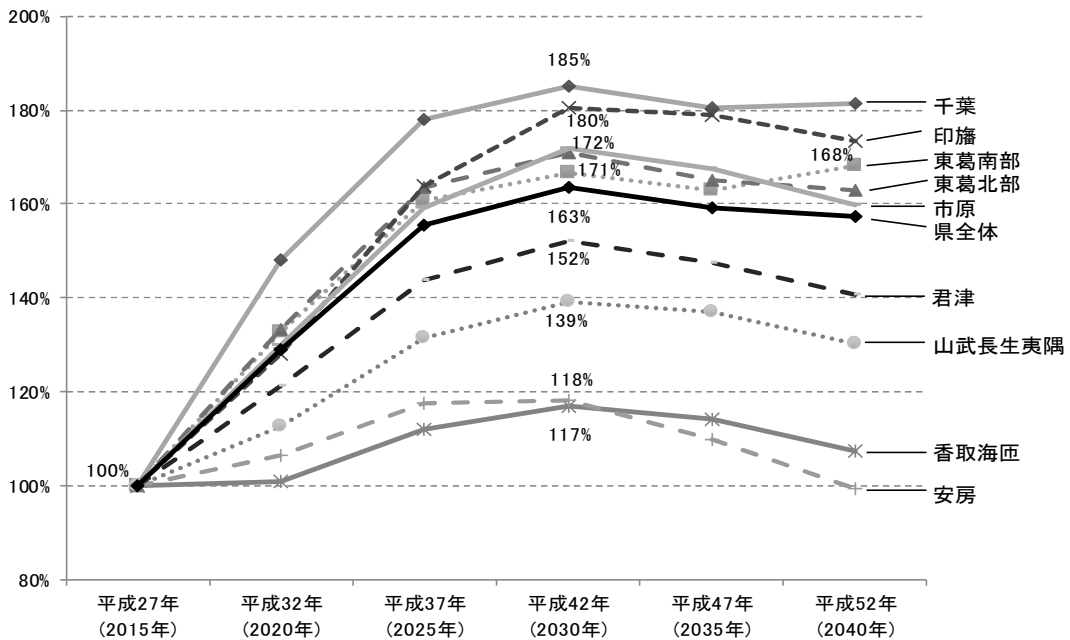
図表 1-4-2-1-2 年齢階級別人口の対平成27年増加率（千葉県）



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）

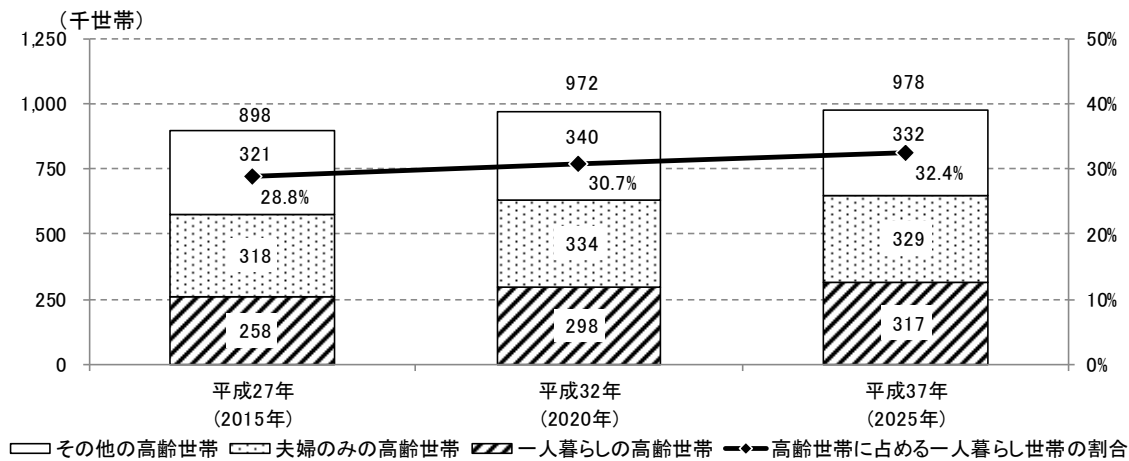


資料：「平成27年国勢調査」（総務省）、「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）をもとに作成

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

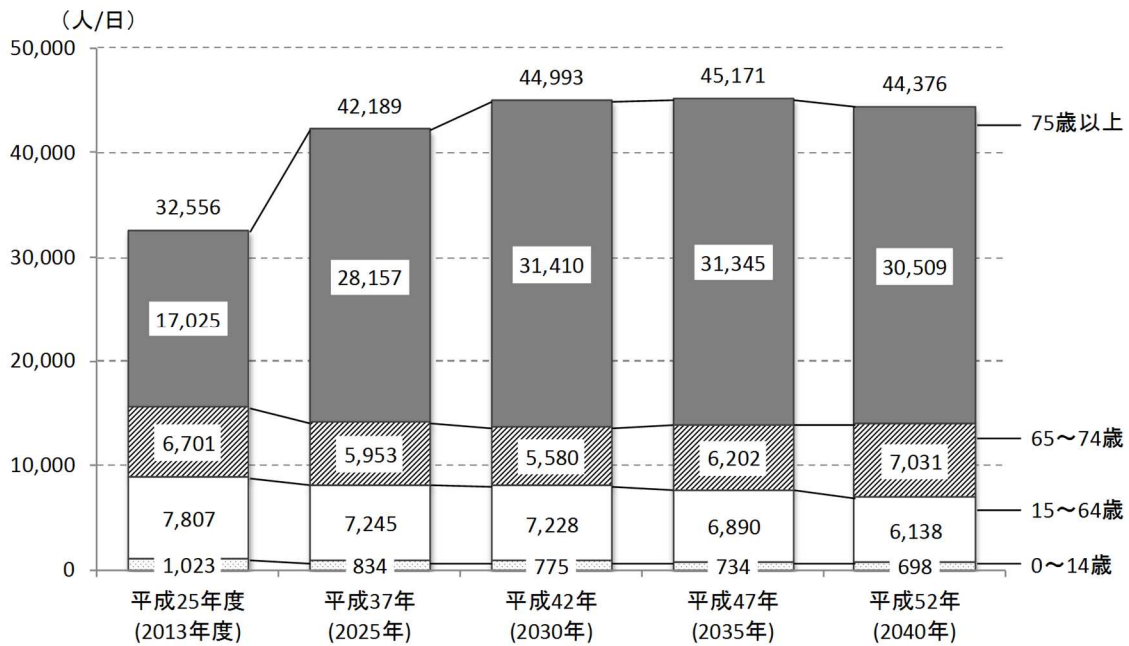
2 将来の医療需要

(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）



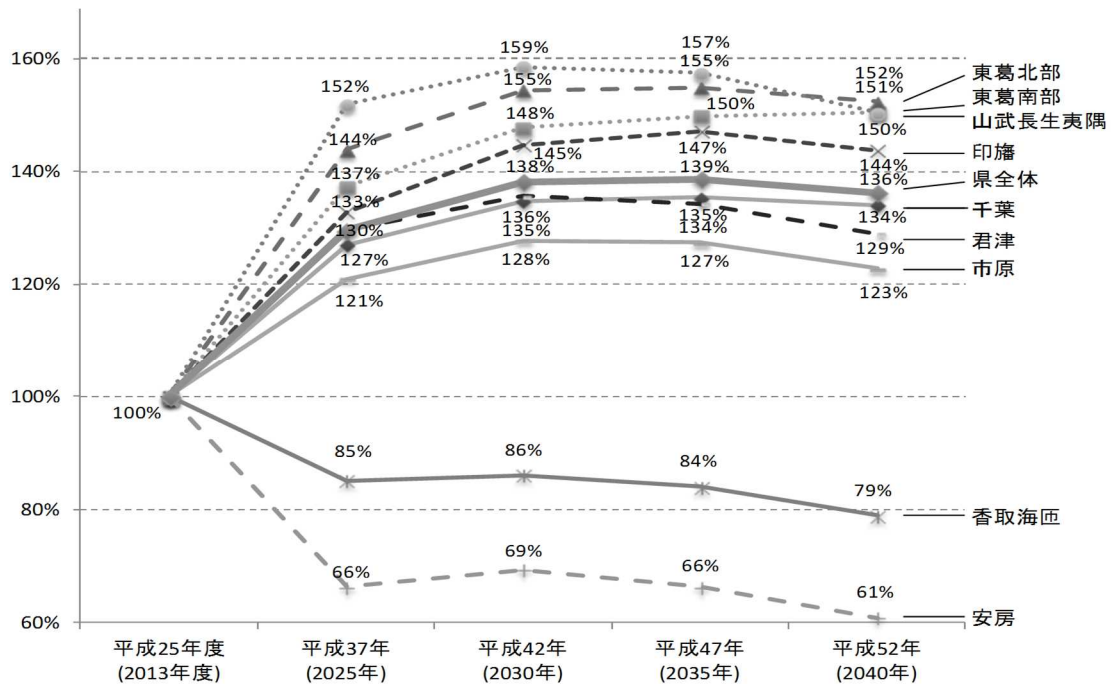
資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計

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）

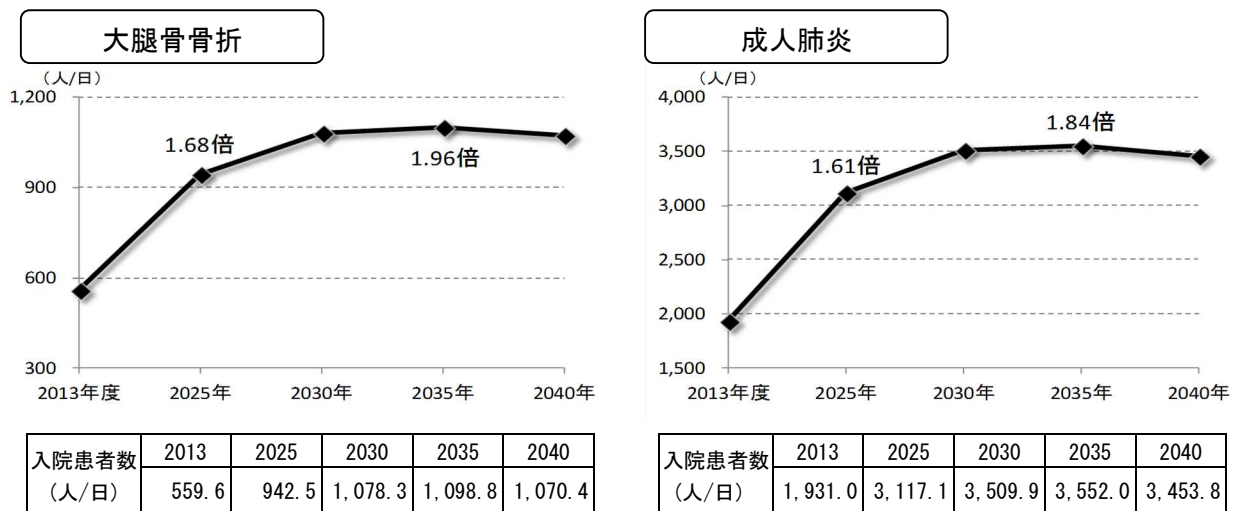


資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計
 推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）

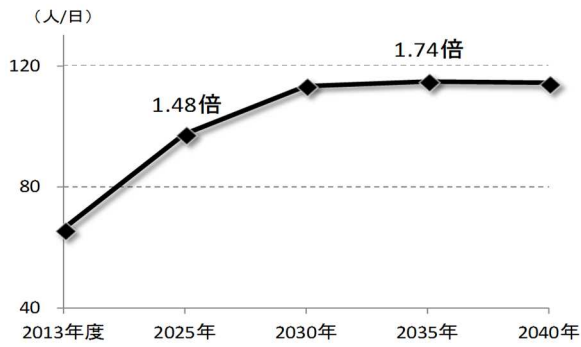
1日当たりの推計入院患者数を主な疾患別にみると、入院患者数が最も多い平成47年においては、高齢者に多い大腿骨骨折や成人肺炎、急性心筋梗塞*、脳卒中*の入院患者数が大きく増加すると見込まれています。

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）

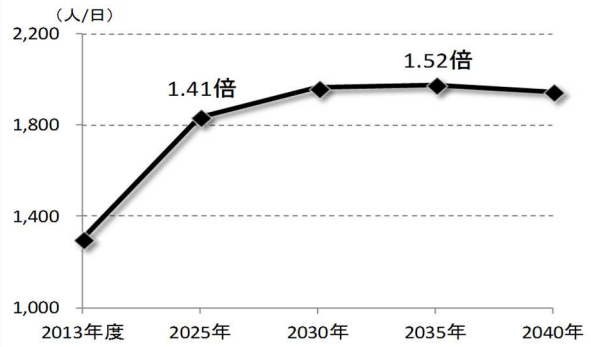


急性心筋梗塞



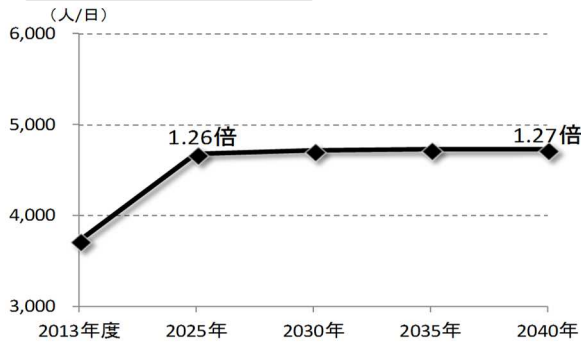
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	65.9	97.3	113.3	114.8	114.3

脳卒中



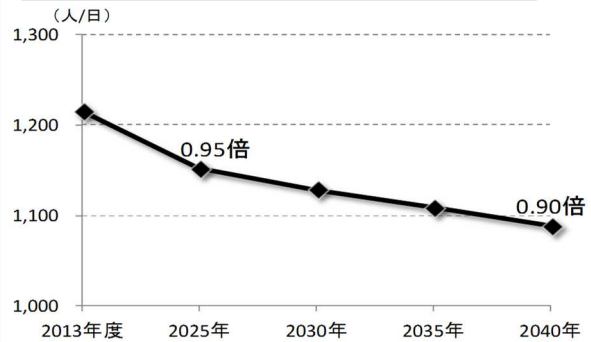
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,300.5	1,836.7	1,963.9	1,976.3	1,945.9

がん



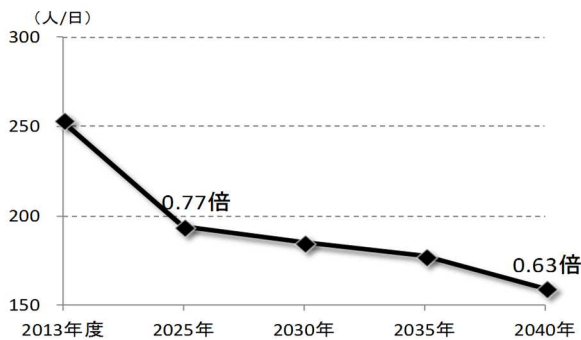
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	3,716.5	4,677.1	4,714.9	4,721.7	4,727.1

女性生殖器系及び産褥期疾患・異常妊娠分娩



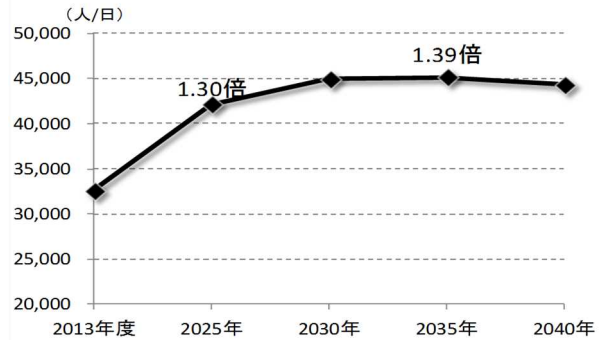
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,215.9	1,151.8	1,128.8	1,109.0	1,088.5

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

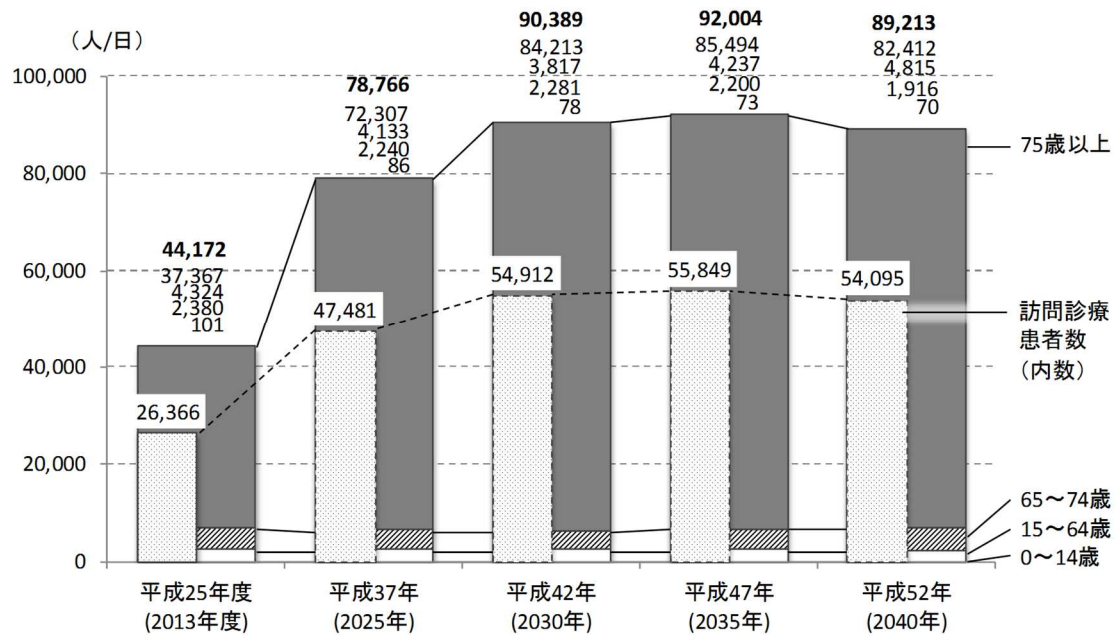
資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。（推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC））なお、同ツールでは慢性期の医療需要については疾患別の推計ができないため、「参考：全疾病」以外の推計値には慢性期分の入院患者数を含んでいない。

(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）

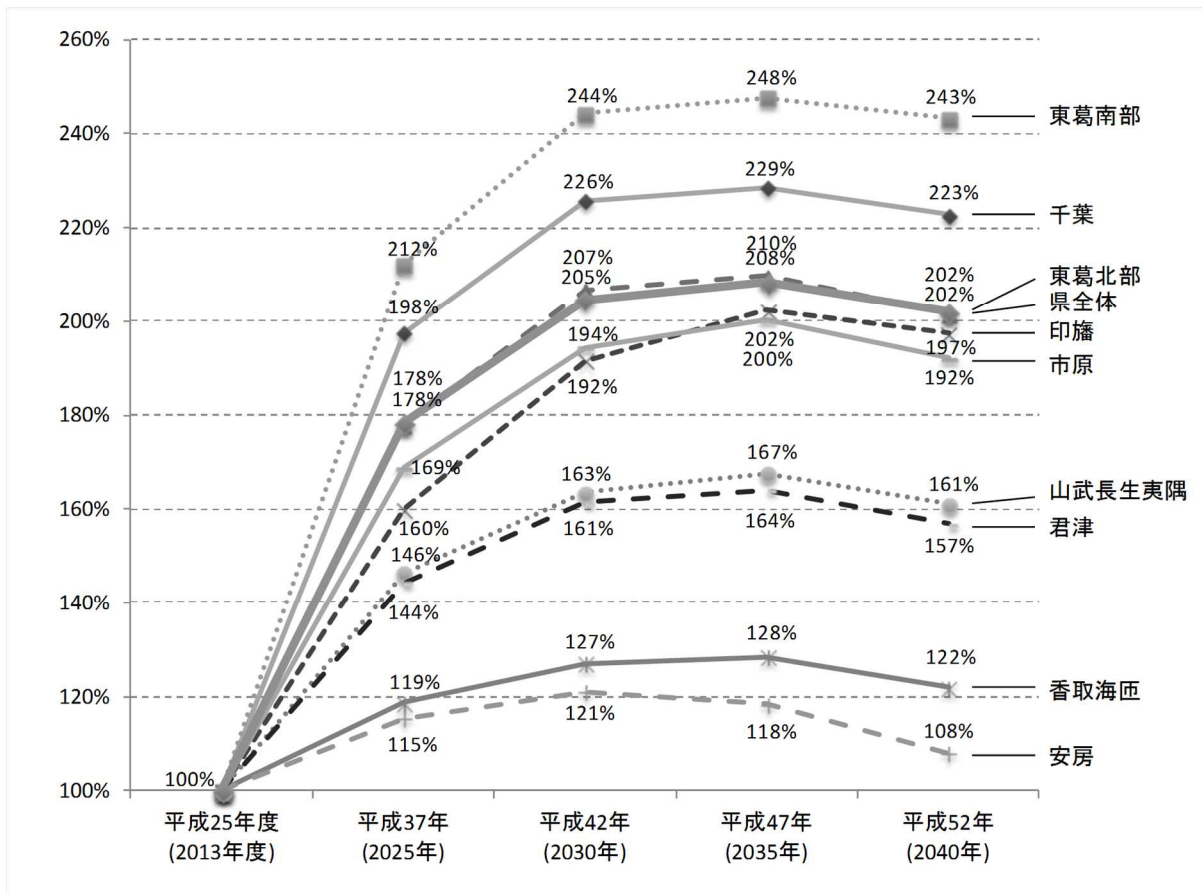
訪問診療*患者数は全体の内数であり、平成25年度時点の訪問診療に係る地域別・性別・年齢階級別受療率*がその後も変化しないと仮定した場合の推計患者数（参考値）。

「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。

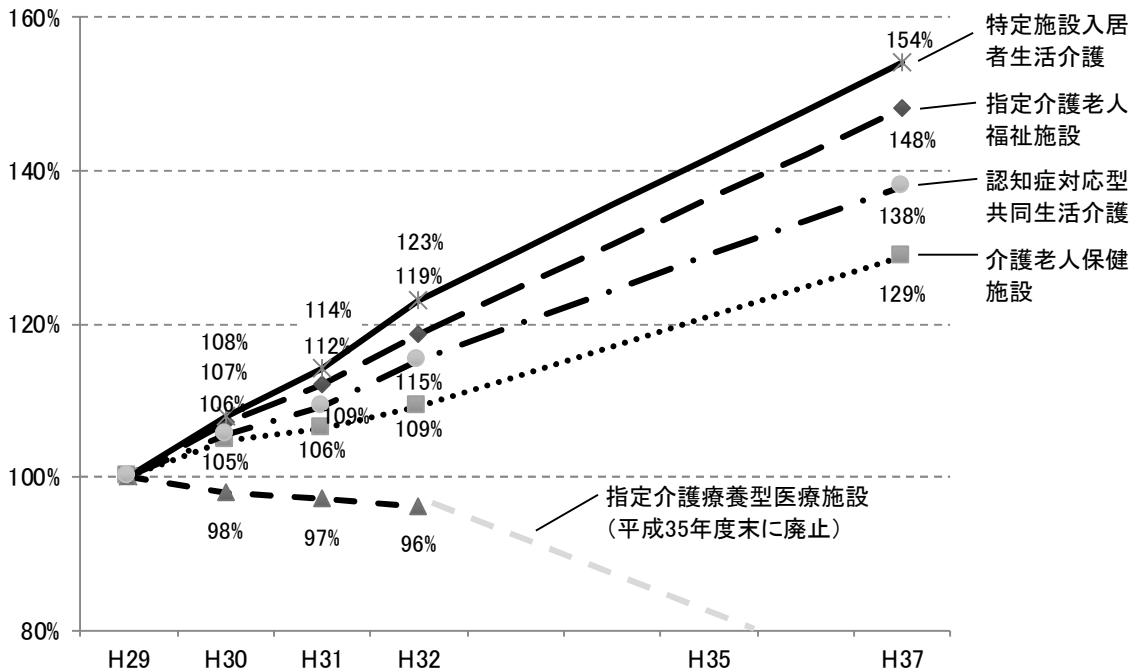
図表 1-4-2-2-7 主な介護サービス量の見込みと中長期的な推計（千葉県）

（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
香取海匠	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

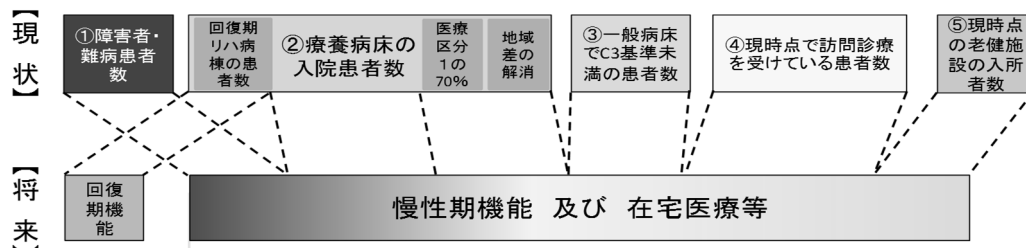
(単位：人／日)

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。

第 2 編

各 論

第1章 質の高い保健医療提供体制の構築

第1節 循環型地域医療連携システムの構築

1 循環型地域医療連携システムの構築について（総論）

（1）循環型地域医療連携システムの基本的な考え方

ア 循環型地域医療連携システムとは

国の定める医療計画作成指針では、医療計画の記載事項として、「がん」「脳卒中*」「心筋梗塞*等の心血管疾患」「糖尿病」「精神疾患」の5疾病、及び「救急医療」「災害時における医療」「へき地の医療」「周産期医療*」「小児医療（小児救急医療を含む）」の5事業（以下、「5疾病5事業」という。）に係る医療連携体制について、患者や住民にわかりやすいように記載することとされています。（なお、「へき地の医療」については、その確保が必要な場合に限ることとされていることから、千葉県においては記載する必要はありません。）

また、課題や数値目標、目標を達成するために必要な施策、各医療機能を担う医療機関等の名称などを記載するとともに、医療機関の連携に留意して記載することとされています。

これらを踏まえ、県では平成20年度に、患者を中心として、急性期*から回復期*までの治療を担う地域の医療機関の役割分担と連携、更には健康づくり・介護サービス等と連動する体制として、「循環型地域医療連携システム」を構築しました。

本計画においても、循環型地域医療連携システムを一層推進し、医療提供体制の強化・充実を目指すとともに、効率的で質の高い医療提供体制の構築を図ります。

併せて、地域医療の機能分化と連携を進めることで、地域医療構想の達成に向けて取り組んでいきます。

イ 循環型地域医療連携システムの効果

① 効果的・効率的な医療の提供

医療機関がそれぞれの役割分担に基づいて機能を発揮しながら地域全体でネットワークを構成することで、患者それぞれの状態や病期に応じた適切な医療を提供することができるとともに、大病院等への患者の集中や病院の疲弊を防止することにもつながります。このため、地域の限りある医療資源を効率的に活用しながら、患者にとって最も効果的な医療を提供する体制を地域で構築することができます。

循環型地域医療連携システムが機能することによって、急性期の治療を終え、回復期、地域生活期*に至った際には、専門医療機関やかかりつけ医*での定期的な診察時

の情報が、相互に共有されることが期待されます。こうした情報は、急性増悪や合併症の早期発見、効果的な治療につながり、より治療効果が高まると考えられます。

患者にとっては、循環型地域医療連携システムにより適切な医療機関の選択を可能とするとともに、生活の質を確保したまま地域生活期への移行を実現することができます。

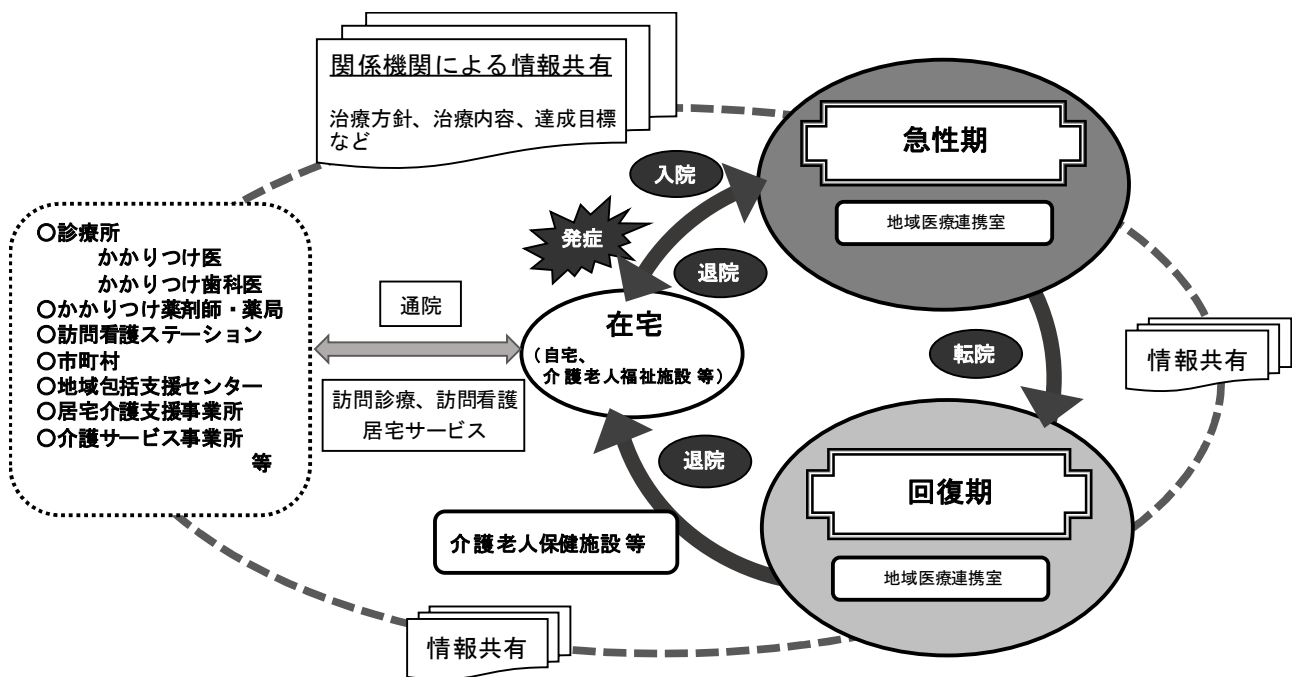
② 医療資源の適正な配置

循環型地域医療連携システムにより複数の医療機関が協力して、効果的な医療提供体制を整備することにより、結果として患者にとって症状に応じた適切な医療機関が選択しやすくなるとともに、医療機関にとっても役割分担が明確になり、地域全体でより効率的な医療の展開が可能となります。

③ 医療費の適正化

循環型地域医療連携システムにより、医療機関相互にネットワークを構築し、患者に関する情報を共有しながら効果的かつ効率的な医療を提供する体制を整備することで、地域における医療資源の重複配置が防止できるとともに、医療資源の浪費が避けられます。

図表 2-1-1-1-1 循環型地域医療連携システムイメージ図



（２）循環型地域医療連携システムの推進に向けた取組

循環型地域医療連携システムを充実・強化するためには、急性期の治療を終了した患者の回復期を担当する医療機関への円滑な紹介や、病院から自宅や施設などに移行した後、必要な在宅医療や介護サービスが切れ目なく受けられるよう、役割分担の明確化だけではなく、医療機関と医療機関、又は医療機関と介護サービス事業者との連携を進める必要があります。

ア 現状及び課題

地域の限りある医療資源を無駄なく効率的に活用し、効果的な医療提供体制を構築するためには、各二次保健医療圏内の診療所や病院等の医療機関の具体的な役割分担を明確化することにより、患者を中心において、急性期、回復期等の段階に応じた医療連携システムを構築し、患者の疾病の段階に応じて最も適切な医療資源を利用することができる流れを構築することが大変重要です。

県民が身近な地域においてかかりつけ医を持ち、それぞれの医療機関の役割に応じて、必要な医療を受け、健康に暮らしていくことが望ましいですが、現状では地域のかかりつけ医で対応可能な患者が、高度医療を提供する病院を受診する例も見られません。

また、医療機関は患者の状態に応じて、必要な機能を持った医療機関への転院や、本人の希望も踏まえた自宅等における在宅医療の提供、介護サービスの利用の検討なども必要になります。

切れ目のない医療・介護サービスを県民に提供するためには、医療と介護の連携の推進や、医療機関等の役割分担を明確化するとともに、県民に対して医療機関の役割に応じて受診することの意義を、わかりやすく啓発することが重要です。

県内医療機関が自らの情報を表示している「ちば医療ナビ*」によると、「地域の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口（地域医療連携室等）を設置している病院」の割合は78.4%（平成29年9月現在）となっています。

平成21年千葉県医療実態調査では、地域医療連携室等の設置状況は、全県でおよそ半数であり、地域連携が進んできていると思われま

す。また、かかりつけ医等を支援し、地域医療の充実を図ることを目的とした「地域医療支援病院」は平成21年10月は5箇所でしたが、平成29年4月現在、県内16箇所に整備されています。

今後も、地域のかかりつけ医等を中心として、病院と診療所が連携しながら、切れ目のない医療提供を推進する必要があります。

イ 連携システム構築の考え方

前計画の策定に当たっては、超高齢社会に向けた連携体制の強化を主眼として、①

急性期と回復期など「病院同士の役割分担」、②退院後の地域生活を担当するかかりつけ医との「病診連携の充実」、③入院（病院）、外来（病院・診療所）に続く第3の医療として在宅医療を充実する「退院後の地域の受け皿の充実」、④制度間の縦割りの排除をし「医療と介護・福祉分野との連携」を中心に進めたところです。

平成28年3月に策定した地域医療構想では、更に進展していく高齢化を踏まえ、医療・介護ニーズの増大を見据え、それに対応できる地域の医療提供体制の構築を目指しています。

前計画の考え方を引継ぎ、医療機能の分化（役割分担）と連携の推進、また、介護との連携の推進に取り組んでいきます。

ウ 連携イメージ図と医療機関一覧

連携体制を構築するためには、圏域ごとに急性期病院・回復期病院の一覧表を表示するだけでは役割分担につながりません。そこで、千葉県では、医療圏ごとに、5疾病と4事業において、必要とされる医療機能を整理・分類し、役割分担を明確にするとともに、連携の流れを具体的に示した連携イメージ図と、連携イメージ図に対応した医療機関一覧を明示しています。なお、医療機関一覧の作成にあたっては、各医療機関からの申出内容を一覧に反映する、いわゆる手挙げ方式を採用しています。

循環型地域医療連携システムのイメージ図は、「第2編第1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おり、医療機関一覧は、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/hokeniryou_h30list.html

また、「循環型地域医療連携システム」は原則として二次保健医療圏内で完結することを目指すものですが、がん、救急医療、小児医療、周産期医療については、各疾病等の高度な医療等について、全県下1箇所または数箇所程度の配置で対応可能な医療機能を担う病院として、各種の指定基準等により全県的な対応を行う医療機関として既に指定されている病院等を、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として位置付けています。

精神病床は二次保健医療圏ごとではなく全県域で基準病床数を定めて整備しているため、「精神疾患（認知症を除く）」の循環型地域医療連携システムに対応した医療機能を持つ医療機関のうち、入院機能を持つ医療機関については、全県域の医療機関名を掲載しました。

なお、改定前の計画では、脳卒中*、急性心筋梗塞*においては、主に救命救急センター*等を全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として位置付けていました。しかし、救命救急センターが二次保健医療圏毎に設置されるなど、各地域の医療提供体制が前計画策定時に比べると整いつつあること、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患については、特に迅速な診断と治療が重要な疾病であり、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保する必要があることから、特定の病院を全県対応型病院として位置づける

のではなく、急性期対応医療機関が、必要に応じて隣接圏域等の急性期対応医療機関と互いに補完しあうことを目指し、イメージ図を変更しました。

また、糖尿病の全県（複数圏域）対応型連携拠点病院についても、各地域の医療提供体制が整ってきていることから、原則として二次医療圏内で完結することを目指し、イメージ図を変更しました。

エ 地域医療連携パスの活用

図表 2-1-1-1-1-1 循環型地域医療連携システムイメージ図で示したとおり、急性期から回復期を経て在宅（かかりつけ医）までを連結し、医療現場で連携を実行するためには、関係者間の情報共有が重要です。そのツールのひとつとして、また、治療方針、治療内容、達成目標などを明示する治療計画として、連携する複数の医療機関が患者とともに情報共有しようとするものが「地域医療連携パス*」です。パスを活用した連携が深まることで、相互に顔の見える信頼関係の構築が進みます。

患者にとっては、地域医療連携パスにより共有された情報を持ったかかりつけ医から、より適切な診療を受けられるとともに、必要に応じて、紹介元の病院にもスムーズに受診できるという安心感を得ることが出来ます。このような地域医療連携パスは、いわば地域におけるチーム医療を推進するためのツールとも言えるものです。

かかりつけ医（地域の診療所）にとっては、病院からの逆紹介患者の増加につながるとともに、病院との強力な連携関係が連携パスによって明示されることで、患者からの信頼度が向上することが期待されます。

なお、県では、平成20年4月の保健医療計画の一部見直しに併せ、平成21年4月に千葉県共用地域医療連携パス*（以下「千葉県共用パス」）を作成し、その普及に取り組んできました。

千葉県共用パスの使用状況（全病院に占める割合）は、平成29年6月に実施した千葉県医療機能調査では、脳卒中は26.8%、がんについては一番多く使われている大腸がんで、19.7%です。平成25年度に実施した調査の結果を比較すると、若干の増加がみられます。

また、調査では、千葉県共用パス以外の連携パス等の使用状況も調べたところ、診療報酬の対象となるパスについて、使用の割合が高くなっています。疾病によりパスの使用状況が異なることは、疾病の特性による連携のあり方や頻度などが影響していると考えられます。

一方、連携パス以外の情報共有のツールとしては、患者自身が管理する「糖尿病連携手帳」や、医療と介護の情報共有ツールである「千葉県地域生活連携シート*」などがあり、疾病の特性や地域の実情に応じて、活用が進んできています。

千葉県共用パスについては、既に一定程度の普及が図られていると思われます。

今後は地域医療連携パスや、その他の情報共有ツールを活用した地域連携の取組を支援していくことが重要です。

オ 「千葉県地域生活連携シート」の活用

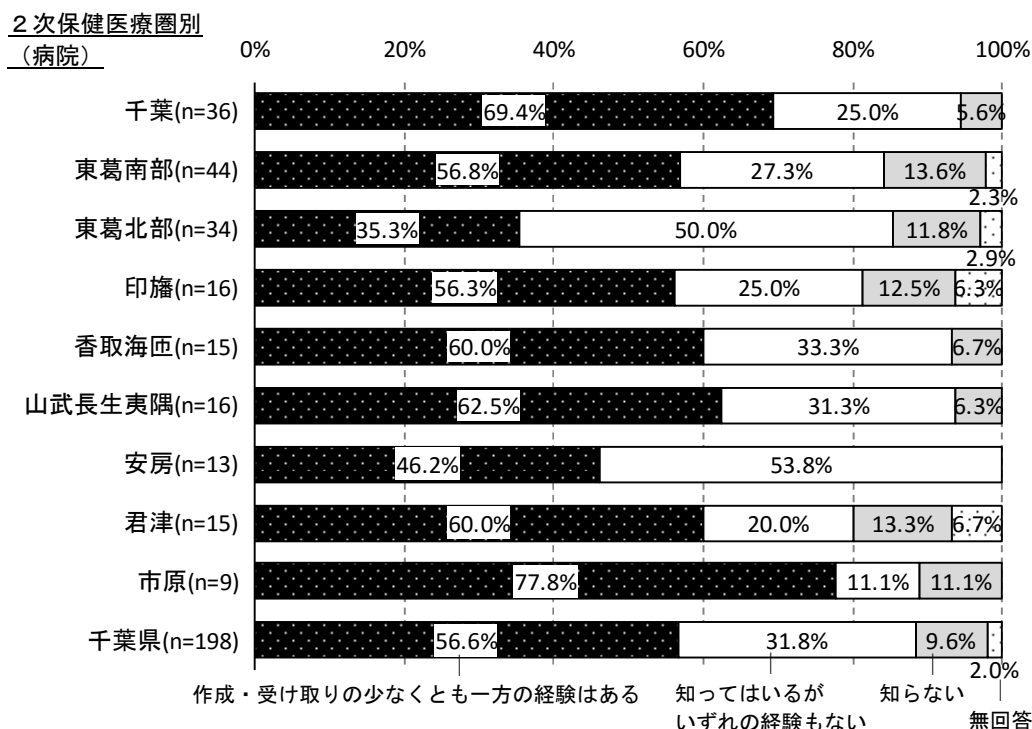
退院後の療養生活や介護までを含め、医療関係者だけでなく多くの介護・福祉関係者がチームとしてかかわるなど、医療と介護・福祉の連携をさらに強化する仕組みが必要です。

県では、医療と介護サービスをスムーズに提供するため、介護支援専門員*や医療機関等の関係者が介護サービスの利用者の身体・生活状況やかかりつけ医などの情報を共有するための「千葉県地域生活連携シート」の普及・活用の促進等により、医療と介護の一層の連携強化を図っているところです。

このシートは、医療機関から地域生活に移行する際に、地域生活を支える介護職員との情報共有を図る目的で千葉県共用脳卒中パスの中の介護シートとしても利用されており、今後一層の普及を図っていく必要があります。

図表 2-1-1-1-2 平成28年度の千葉県地域生活連携シートの作成・受け取りの経験

	病院	診療所
作成した経験・受け取った経験の両方ある	11.6%	1.0%
作成した経験はあるが、受け取った経験はない	2.0%	0.2%
作成した経験はないが、受け取った経験はある	42.9%	3.8%
地域生活連携シートについて知っているが、作成した経験・受け取った経験のいずれもない	31.8%	33.3%
地域生活連携シートを知らない	9.6%	60.0%
無回答	2.0%	1.8%



資料：平成29年度千葉県医療機能調査（千葉県）

カ 県民の理解の促進

医療連携体制の構築は、県民や患者が必要とする医療を提供するための方策ですが、これは医療機関が提供し、患者が受けるという一方通行の関係ではありません。

医療機関は、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関への転院を促したり、入院する病棟を変えたりすることがあるほか、自宅等における在宅医療や介護サービスの利用について、患者や家族と一緒に検討することもあります。

また、かかりつけ医は、各医療資源の紹介・振り分け機能を持っています。循環型地域医療連携システムイメージ図では、急性期から回復期を経て在宅（かかりつけ医）までを連結していますが、退院後に、入院の原因となった疾病の再発等ではなく、肺炎や骨折など別の疾病を発症した場合は、入院していた急性期病院だけに限らず、かかりつけ医に適切な医療機関を紹介してもらう必要も出てきます。

患者や県民が医療連携を築く当事者として、適切な判断ができるよう、医療を取り巻く社会環境に関する理解の促進が不可欠です。

医療法第6条の3の規定による「医療情報*提供制度」（ちば医療なび）の運用のほか、県民の適切な受療行動につながる情報提供を行います。

キ 今後の取組の方向性

本県では、人口当たりの病床*数及び医師数が全国平均を下回るなど、医療資源が十分とはいえません。現状の限られた医療資源を最大限有効に活用しながら連携システムの実現を図り、患者や県民への医療体制を確保していく必要があります。

今後も、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*等を通じた医療連携の促進や、わかりやすい広報による県民理解の促進、地域の実情に応じた入退院支援の仕組みづくりへの取組を進めます。

例えば、患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携の促進や、利便性の向上のため、ICT*の活用等について地域の実情に応じた支援を検討します。

2 循環型地域医療連携システム（各論）

（1）がん

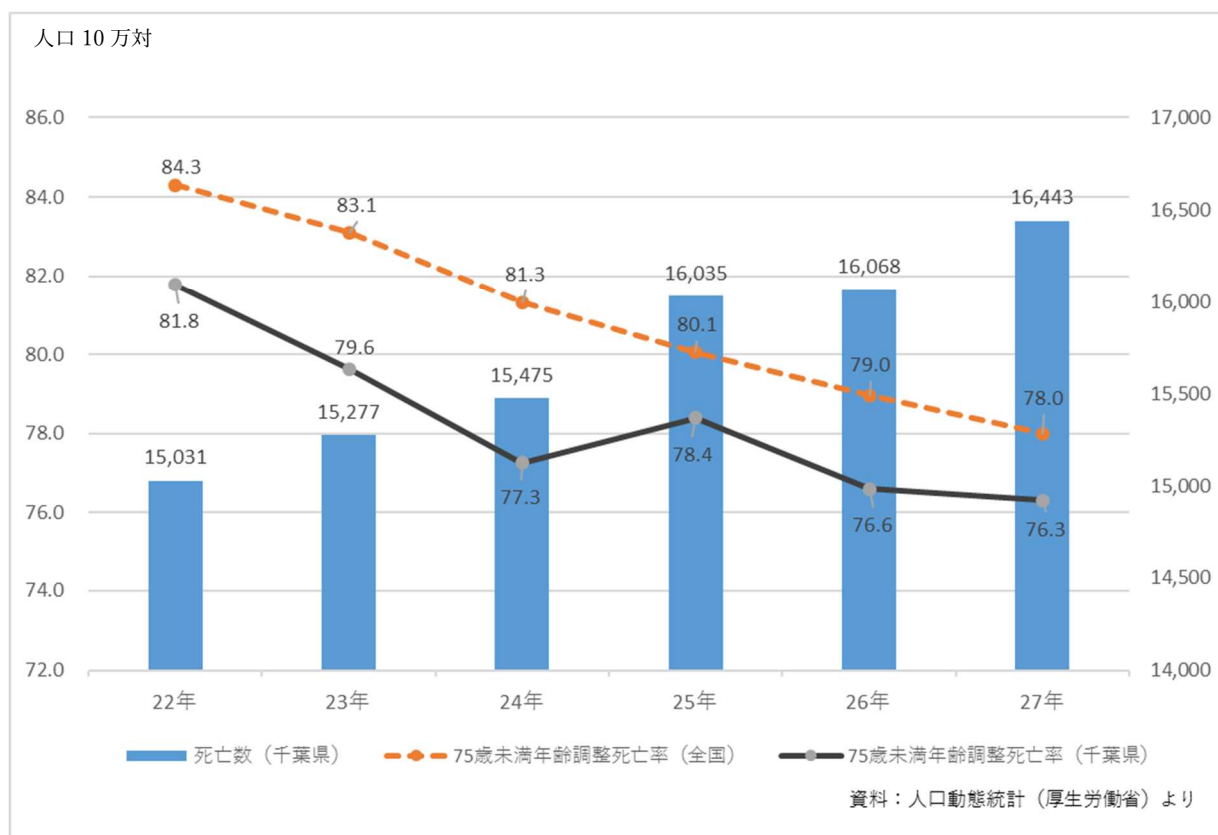
（ア）施策の現状・課題

本県では、昭和57年以降、がんが死因の第1位となっています。千葉県のがんによる死亡者数は平成9年に1万人を超え、平成28年には、年間16,791人と高齢化に伴い増加しており、死亡者総数に占める割合は、29.8%となっています。また、生涯のうちに2人に1人が、がん罹患すると推計されており、依然として、がんは、県民の生命と健康にとって重大な問題となっています。

千葉県では、人口10万人対の医療機関数が少ない状況ですが、がん検診受診率は全国平均より高くなっており、がんによる75歳未満年齢調整死亡率*（人口10万人対）をみると、76.3と全国の78.0より低くなっています。

また75歳未満年齢調整死亡率について、平成22年と平成27年の変化を見ると、男性は102.3から96.3と5.9%の減少、女性は62.1から57.5と7.4%の減少となっています。

図表 2-1-1-2-1-1 がんによる死亡者数と死亡率の推移



〔予防・早期発見〕

がんになる要因として予防可能なものは、喫煙（受動喫煙*を含む）、過剰飲酒、低

身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、がんに関するウイルスや細菌への感染等があげられます。禁煙や受動喫煙の防止、節度ある飲酒、バランスのよい食事、活発な身体活動、適正な体重管理、肝炎ウイルス検査の受検等に努めることが、がんの予防として重要です。

喫煙は、がん発生の大きな要因です。県の「生活習慣に関するアンケート調査*」では、本県の成人喫煙率は、平成23年度は男性29.3%、女性8.7%であったものが、平成27年度には男性25.1%、女性8.4%となっています。

喫煙の健康影響についての啓発、未成年者・妊産婦等に対する健康教育、喫煙をやめたい人への支援、受動喫煙防止対策等のたばこ対策を進めていくことが重要です。

がんの早期発見・早期治療を行うためには、県民一人ひとりが積極的に検診を受けることが大切です。本県のがん検診の受診率は、胃がん42.0%、肺がん49.8%、大腸がん44.4%、乳がん49.9%、子宮がん44.2%となっています。(平成28年国民生活基礎調査)

目標とする50%以上のがん検診受診率に近づいてきており、今後は、検診対象者への個別勧奨、未受診者に対する啓発や受診勧奨を一層強化するとともに、検診後の精密検査についても国が目標とする90%以上を目指した受診率向上の取組が必要です。

がん検診については、精度管理*や事業評価を行い、現状のがん検診が正しく行われているかを検証することが必要であり、千葉県では、全市町村が精度管理・事業評価及び有効性が証明されたがん検診を実施し、集団検診機関においても精度管理に取り組んでいます。今後は、精度管理を一層充実するとともに、個別検診機関において精度管理の取組を導入していくことが課題となっています。

図表 2-1-1-2-1-2 がん検診受診率 (％)

部位	地域	平成22年	平成25年	平成28年
胃がん	全国	32.3	39.6	40.9
	千葉県	33.3	40.9	42.0
大腸がん	全国	26.0	37.9	41.4
	千葉県	27.8	40.0	44.4
肺がん	全国	24.7	42.3	46.2
	千葉県	26.3	45.2	49.8
子宮がん・ 子宮頸がん	全国	37.7	42.1	42.3
	千葉県	39.9	43.7	44.2
乳がん	全国	39.1	43.4	44.9
	千葉県	43.0	48.6	49.9

資料：国民生活基礎調査（厚生労働省）

〔医療連携等〕

県民誰もが、自らが選択し、安心して納得した医療を、身近な地域で受けられるように、がん診療連携拠点病院*等及び千葉県がん診療連携協力病院*を中心に、がん医療を行う医療機関のネットワークを構築し、質の高い医療をはじめ、医療に関する情報提供やきめ細やかな相談支援を行う体制づくりに取り組むことが重要であり、今後の国の動向を踏まえたがんゲノム医療*への対応も課題となっています。

がん治療の副作用による免疫力の低下などでおこりやすくなる口内炎等の口腔内の障害は、患者の生活の質を低下させ、治療効果にも影響を及ぼします。そのため、治療を開始する前に適切な口腔ケア*を受けられ、その後も継続した口腔ケアを受けるための医科歯科連携の取組が必要です。

〔緩和ケア〕

がんになっても、自分らしく生きることができる地域共生社会を実現していくため、住み慣れた地域社会で生活をしていく上で、必要な支援を受けることができる環境整備が重要です。

がん患者は、がんと診断された時から、さまざまな苦痛を抱えており、緩和ケア*が診断の時から適切に提供されることが必要です。

また、住み慣れた地域で自分らしく生活したいという選択を可能とする地域緩和ケアの体制を整備していく必要があります。

千葉県において、人口動態統計によるがん患者の在宅死亡割合は、平成27年で14.4%と全国の13.3%より高くなっていますが、近年は横ばい傾向であり、緩和ケア提供体制の推進のため、地域ごとの特性や医療資源等を把握するとともに、施設内の多職種連携、施設間のネットワーク、医療・介護従事者に向けた緩和ケア研修の実施等に取り組んでいくことが必要です。

〔相談、情報提供、患者の生活支援〕

拠点病院等では、がん相談支援センター*を設置し、患者の不安や疑問・治療選択の悩み等に対応しています。

また千葉県がんセンター内に設置した「地域統括相談支援センター」では、がんに関する療養情報や、患者会、患者サロンなどの地域情報を収集し、「がんサポートブック」や、がん情報提供サイト「ちばがんナビ*」を活用した情報提供、ピア・サポーター*の養成研修、各拠点病院等でのピアサポートサロンの実施を行っています。

がん医療の進歩により、がん患者・経験者が、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まり、がん患者の離職防止や、再就職のための就労支援といった治療と仕事の両立支援の充実が求められています。

就労支援に関する情報の提供、がん相談支援センターの利用促進、雇用者が相談できる窓口の周知等が必要です。

小児・AYA (Adolescent and Young Adult, 思春期・若年成人) 世代のがんについては、専門的な医療機関や医師などの情報が少ないことや、晩期合併症*のため治療後も長期にわたりフォローアップが必要なこと、年代により、就学、就労、妊娠等の状況が異なり、多様なニーズが存在することなどの課題があり、県内医療機関のネットワークの強化、わかりやすい情報の提供、ピアサポート等の相談支援の充実、医療・教育・就労・福祉等に渡る支援が求められています。

〔がん登録〕

がん対策を効果的・効率的に推進し、施策を評価するためには、正確ながんの実態把握が不可欠です。

平成28年1月より、がん登録*等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）に基づく全国がん登録*が開始され、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報が、病院から都道府県を通じて国立がん研究センターへ提出され、一元的に管理されることになりました。

がんの罹患率や生存率・死亡率等の基礎資料を活用・分析するため、がん登録の確実な運用を進める必要があります。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

県は、県民が身近な地域で質の高いがん医療を受けられるように、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院*、千葉県がん診療連携協力病院、がん医療や緩和ケア*に対応する医療機関、かかりつけ医*、在宅療養支援診療所*、かかりつけ歯科医*、在宅療養支援歯科診療所*、かかりつけ薬剤師・薬局*、訪問薬剤管理指導等対応薬局*、訪問看護ステーション*などのほか、がん患者の在宅ケアを支援する居宅介護支援事業所*等の連携により、がんの循環型地域医療連携システム*を構築し、推進します。

また、がん診療だけでなく、行政や保険者等によるがん検診やたばこ対策などのがん予防施策も含まれます。

〔がん診療拠点病院等を中心とした医療連携〕

検診でがんが疑われた場合は、患者は地域のがん対応医療機関を受診します。また、かかりつけ医を受診してがんの疑いありと診断された場合も、地域のがん対応医療機関を受診することになります。

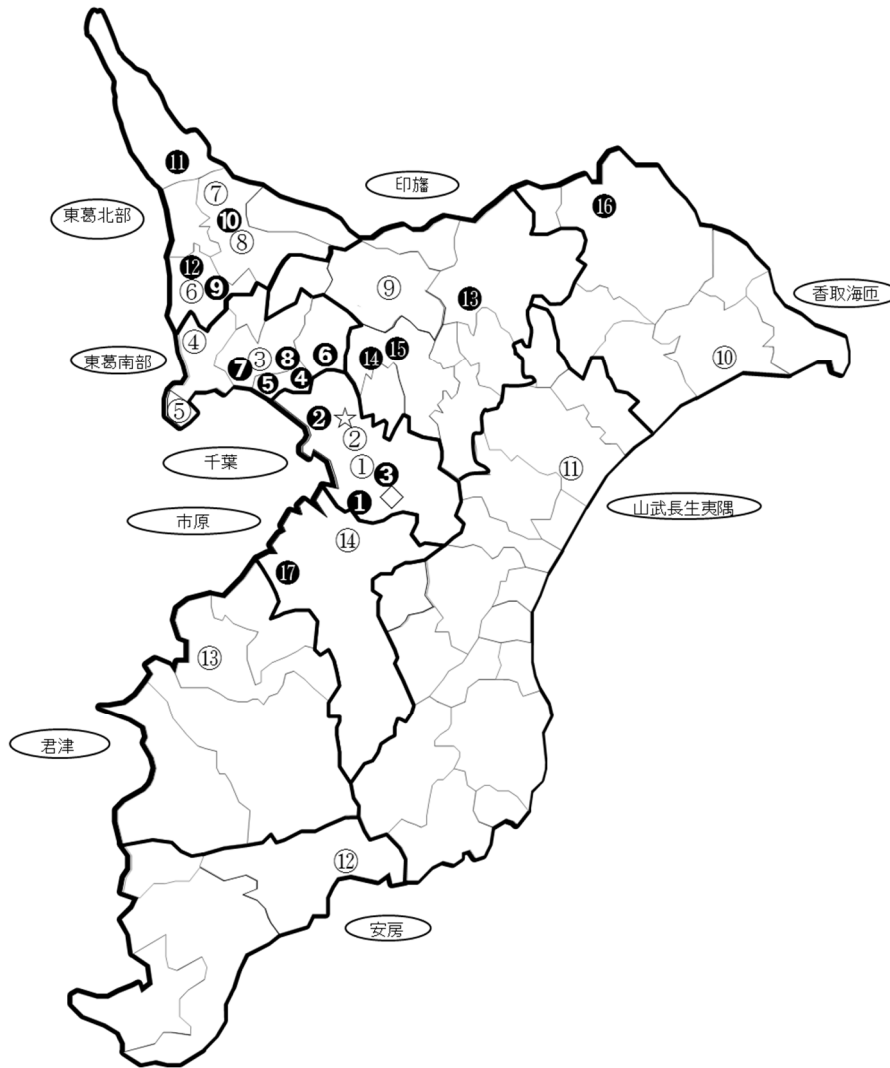
その後の検査の結果、がんと診断された場合には、患者は、そのまま当該医療機関にて治療を受けることになりますが、より専門的な治療が必要であると判断された場合は、地域がん診療連携拠点病院*や地域がん診療病院、全県(複数圏域)対応型がん診療連携拠点病院*、千葉県がん診療連携協力病院*での治療を受けることになります。

地域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院は、地域のがん医療の拠点として、自ら専門的な医療を行うとともに、各部位のがん対応医療機関やかかりつけ医等との連携、医療従事者の研修、患者・家族への情報提供、相談支援等の役割を担います。

また、かかりつけ医やがん対応医療機関との連携により、退院後の患者が地域で安心して治療を継続できる体制を築きます。

千葉県がんセンターとともに、特定機能病院である千葉大学医学部附属病院、国立研究開発法人として高度先進的ながん医療を提供する国立がん研究センター東病院と放射線医学総合研究所病院を、全県（複数県域）対応型がん診療連携拠点病院と位置付け、地域がん診療連携拠点病院等及び千葉県がん診療連携協力病院とネットワークを構築して、県内のがん医療水準の向上及びがん医療の均てん化*に取り組みます。

図表 2-1-1-2-1-3 千葉県内のがん診療連携拠点病院等



医療圏	がん診療連携拠点病院等	千葉県がん診療連携協力病院
千葉	◇千葉県がんセンター ①千葉大学医学部附属病院 ②千葉医療センター	①千葉メディカルセンター（胃・大腸） ②千葉市立海浜病院（胃・大腸） ③千葉市立青葉病院（胃・大腸）
東葛南部	③船橋市立医療センター ④東京歯科大学市川総合病院 ⑤順天堂大学医学部附属浦安病院	④千葉県済生会習志野病院（胃・大腸） ⑤谷津保健病院（胃・大腸） ⑥東京女子医科大学附属八千代医療センター（肺・胃・大腸・肝・乳） ⑦船橋中央病院（胃・大腸） ⑧千葉徳州会病院（胃・大腸）
東葛北部	⑥松戸市立総合医療センター ⑦国立がん研究センター東病院 ⑧東京慈恵会医科大学附属柏病院	⑨千葉西総合病院（胃・大腸） ⑩柏厚生総合病院（胃・大腸） ⑪小張総合病院（肺・胃・大腸） ⑫新松戸中央総合病院（胃・大腸）
印旛	⑨日本医科大学千葉北総病院	⑬成田赤十字病院（胃・大腸） ⑭東邦大学医療センター佐倉病院（胃・大腸・子宮） ⑮聖隷佐倉市民病院（胃・大腸・乳）
香取海匝	⑩旭中央病院	⑯千葉県立佐原病院（胃・大腸）
山武長生夷隅	⑪さんむ医療センター	
安房	⑫亀田総合病院	
君津	⑬君津中央病院	
市原	⑭千葉労災病院	⑰帝京大学ちば総合医療センター（胃・大腸・子宮）

県内の高度先進医療機関

千葉	☆放射線医学総合研究所病院
----	---------------

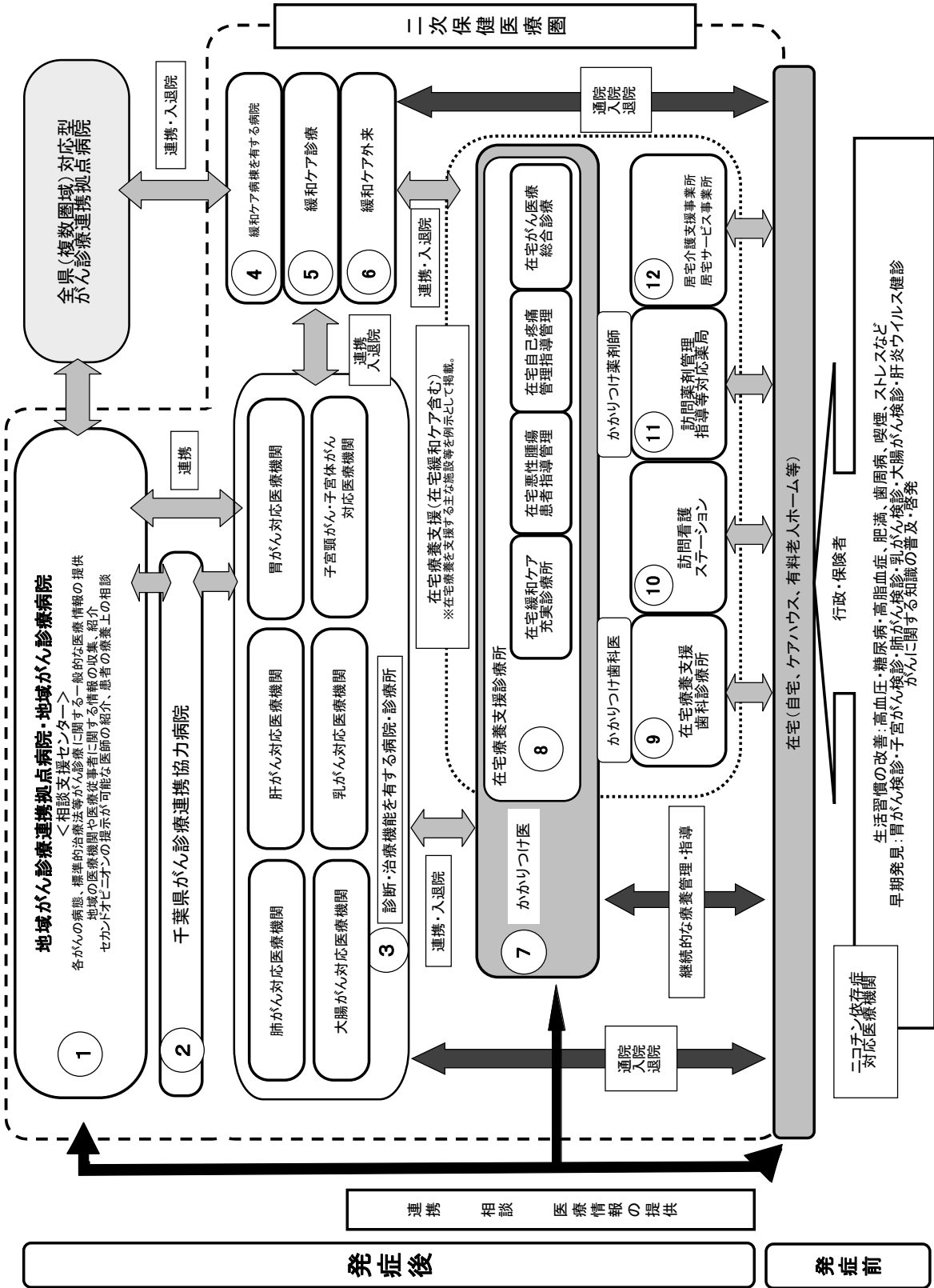
〔地域緩和ケア〕

がんに伴うこころと身体の苦痛を和らげる緩和ケアについて、がんと診断された時から最期を迎えるまで、入院でも外来でも在宅でも、患者と家族の希望に応じて受けられる体制を構築します。このため、がん診療連携拠点病院等を中心に、緩和ケア*を迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチーム*や緩和ケア外来等で提供される専門的緩和ケアの体制整備と質の向上を図ることを目標とします。

住み慣れた自宅や地域での療養生活を希望する患者・家族のために、在宅緩和ケア*を受けられる体制を整備します。在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションを中心に、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導等対応薬局、居宅介護支援事業所などが連携しチームで患者と家族を支え、必要に応じて、がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟を有する病院がサポートします。

在宅療養支援診療所については、がんに関する機能として、在宅緩和ケア充実診療所*、在宅悪性腫瘍患者指導管理*、在宅自己疼痛管理指導管理*、在宅がん医療総合診療*についての対応状況を記載します。また、訪問薬剤管理指導等対応薬局や訪問看護ステーションについても、在宅療養の患者に必要なと思われる機能を記載します。

がんの循環型地域医療連携システムのイメージ図



(ウ) 施策の具体的展開

[がん予防の普及・啓発]

- 世界禁煙デーや禁煙週間、がん征圧月間等を中心に、喫煙による健康への影響について啓発活動を実施します。また、未成年の喫煙防止、妊婦の喫煙防止について対象に応じた啓発を行います。
- 喫煙をやめたい人のために、禁煙外来（ニコチン依存症管理対象医療機関）のある医療機関の情報を提供するほか、職場の衛生管理者等を対象に禁煙支援者研修会を開催するなど、適切な支援を行います。
- 多数の人が利用する施設が適切な受動喫煙対策を講じるよう働きかけ、特に、官公庁、医療機関については禁煙化を推進します。また、禁煙や分煙に取り組んでいる施設の取組内容が利用者にわかりやすく伝わるように、施設の入口等に禁煙や分煙の表示を掲げるよう促していきます。
- 9月のがん征圧月間、10月の乳がん撲滅月間に合わせ、がんの予防・がん検診の重要性を知っていただけるよう、がん予防展・がん講演会や乳がん早期発見のピンクリボンキャンペーンを実施します。また、市町村や関係団体等と協力して啓発を行い、対象者に応じた効果的ながん予防の普及活動を行います。

[がん検診の受診率向上と精度管理]

- 市町村や検診実施機関、企業、患者団体等と協力し、がんの予防を含め、がん検診の必要性、重要性などがんに関する正しい知識の普及啓発を行います。また、市町村研修会等を実施し、効果的な検診等の情報交換や、新しい取組等の情報提供に努めます。
- がん検診に携わる医師、放射線技師等の読影研修や撮影技術研修を実施し、検診の精度を高めます。また、がん検診の受診率、がんの発見率等の集計・分析・検証を行い、市町村や検診実施機関の精度管理を促進します。

[がん診療連携拠点病院等を中心とした医療連携等]

- がん診療連携拠点病院等を中心に、標準的な手術療法、放射線療法、化学療法等の提供体制、がんセンターボード*の実施等について、均てん化の取り組みを進めるとともに、病院内の各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連絡と補完を重視した多職種でのチーム医療体制を整備し、県民誰もが、自らが選択し、安心して納得した医療を身近な地域で受けられる体制づくりを進めます。
- がん医療の連携体制を強化し、がん医療水準の向上を図るため、胃がん、大腸がん、肺がん、肝がん、乳がんの5大がん及び子宮頸がんについて、がん診療連携拠点病院に準ずる診療機能を有する医療機関として、千葉県がん診療連携協力病院を指定します。
- 県のがん医療のネットワークの中心的役割を果たす千葉県がんセンターにおいて、地域がん診療連携拠点病院等に対する研修会の開催やがん診療連携協議会での情報共有を行うとともに、老朽化、狭隘化の課題があるところから、新棟を整備し、

最新のがん治療に質・量ともに適切に対応していきます。

- 地域がん診療連携拠点病院は、放射線療法や化学療法を行う専門的な医師等の育成・確保に努めるとともに、各地域の医療・看護に携わる人材の教育・研修に取り組みます。
千葉大学、千葉県がんセンター、がん診療連携拠点病院等は、良質な腫瘍外科医、腫瘍内科医等の育成を進めるため、連携しながら、研修医や臨床医の幅広いニーズに応えられるような、より一層質の高い研修を行うように積極的に取り組みます。
- がん診療連携拠点病院等と歯科診療所が連携し、がん治療を開始する前に適切な口腔ケアを受けられる体制を整備するとともに、その後も継続した口腔ケアを受けるための医科歯科連携の取組みを促進します。
- 千葉県共用地域医療連携パス*は、多くの医療機関が利用するための共通性と、地域における医療連携から見た利便性とを視野に置き、運用における利用病院数や利用件数を踏まえ、さらなる活用に向けて検討を行います。
- がんゲノム医療について、国の動向を注視し、国立がん研究センター東病院、千葉大学医学部附属病院、千葉県がんセンター等を中心に、提供体制づくりに向けた検討をしていきます。

〔緩和ケアの推進〕

- がんと診断された時から患者・家族のさまざまな苦痛を和らげ、質の高い療養生活を送れるようにするため、病院・診療所の全ての医師、看護師、コメディカルが連携して、患者・家族をサポートする体制を強化します。
- がん診療連携拠点病院等を中心に、緩和ケアチームや緩和ケア外来等で提供される専門的緩和ケアの体制整備と質の向上を図ります。
- がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目指します。
- 地域の状況に応じた地域緩和ケア提供体制の整備を推進します。
- 地域緩和ケアに携る医療・介護従事者の人材育成と連携強化に努めます。
- 患者・家族が求める在宅緩和ケアに関する情報提供、相談支援を充実します。

〔相談、情報提供、患者の生活支援等〕

- 県及び千葉県地域統括相談支援センターは、がん患者・家族にとって必要かつ有効な情報をごん情報提供サイト「ちばがんナビ」や「がんサポートブック」等でわかりやすく発信していきます。
- 千葉県がん診療連携協議会を中心に、各がん診療連携拠点病院等の相談員間の連携や、県内病院のがんに係わる相談員向けの研修会を推進します。
- 県は、ピア・サポーターを育成し、がん診療連携拠点病院等や患者サロン等でのピア・サポーターの活動を支援します。
- 労働局等と協働し、就労支援に関する相談支援体制の周知と充実を図ります。
また、復職・就労支援に関する企業向け情報など就労支援に資する情報の提供に取り組みます。
- 市町村、教育機関、医師会、患者団体等の協力のもと、健康と命の大切さを学ぶ

がん教育を推進します。

〔小児がん等の対策〕

- 小児・AYA (Adolescent and Young Adult, 思春期・若年成人) 世代のがんについては、千葉県こども病院や千葉大学医学部附属病院を中心とした連携体制、医療機関実態調査による情報収集、医療・教育・就労・福祉全般に対応できる相談支援体制の整備、小児がんピア・サポート活動の促進に努めるとともに、国の動向を踏まえながら、長期フォローアップ体制について検討します。

〔がん登録の推進及び活用〕

- 平成28年より開始した全国がん登録について、確実な運用を進めます。がんの罹患率や生存率・死亡率等の基礎資料の分析・公表を進めます。
- 医療の質の向上を図るため、がん診療連携拠点病院以外のがん診療を担う医療機関に対しても、国の標準登録様式に基づく院内がん登録*を推進します。また、千葉県がんセンターは、がん診療連携拠点病院の院内がん登録データを集約し、治療方法による成績の評価及び比較検討を行い、結果の公表を目指します。

〔がん研究の推進〕

- 千葉県がんセンターは、がんの発生メカニズムや抑制等の研究、創薬、治療法の開発、ゲノム解析によるがん原因遺伝子等の探索、疫学調査に基づく予防等の研究など、基礎的な研究成果の臨床応用研究を推進していきます。
- 国立がん研究センター東病院、千葉大学医学部附属病院、千葉県がんセンターが中心となり、他のがん診療連携拠点病院や産業界と連携しながら臨床試験や治験を受け入れるネットワークの構築を目指します。
- 千葉県がんセンターが国立がん研究センターと取り組んでいる大規模な疫学研究を推進し、その成果によって得られる地域的な特徴などを考慮し、検診や予防対策の効果的な実施の検討に活用していきます。

(エ) 施策の評価指標

〔基盤 (ストラクチャー)〕

指 標 名	現状	目標
がん患者の看取りをする在宅療養支援診療所及び一般診療所*の箇所数	155か所 (平成28年度)	増加 (平成34年度)
県の施設の禁煙実施率※	99.4% (平成29年度)	100% (平成34年度)
市町村の施設の禁煙実施率※	91.4% (平成29年度)	100% (平成34年度)

指 標 名	現 状	目 標
医療施設の禁煙実施率※	82.5% (平成26年度)	100% (平成34年度)
口腔ケアの地域医療連携を行っているがん診療連携拠点病院	8病院 (平成29年3月)	11病院 (平成35年)

※敷地内禁煙又は建物内禁煙を実施する施設の割合

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現 状	目 標
成人の喫煙率	男性25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	男性20.0% 女性 5.0% (平成34年度)
がん検診受診率 ・胃がん (40～69歳) ・肺がん (") ・大腸がん (") がん検診受診率 ・乳がん (40～69歳) ・子宮頸がん (20～69歳) ※乳がん、子宮頸がんについては、 過去2年の受診の有無	42.0% 49.8% 44.4% (平成28年度) 49.9% 44.2% (平成28年度)	50% (平成31年)
精密検査受診率 (上記5がんの平均)	74.4% (平成26年度)	90% (平成35年度)
がん診療連携拠点病院等及び千葉県がん診療連携協力病院における地域医療連携パス* (がん) の利用件数	1,047件 (平成28年度)	増加 (平成34年度)
がん診療連携拠点病院等及び千葉県がん診療連携協力病院における緩和ケアチームへの年間依頼件数	4,371件 (平成28年度)	増加 (平成34年度)
がん診療連携拠点病院等におけるがん相談支援センターの相談支援件数	64,557件 (平成27年)	増加 (平成34年)

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
住まいの場(自宅、老人ホーム等)での死亡割合(悪性新生物)	14.4% (平成27年)	増加 (平成33年)
がんによる75歳未満年齢調整死亡率* (人口10万対)	男性 94.9 女性 55.7 (平成28年)	男性 83.5 女性 49.0 (平成34年)

(2) 脳卒中

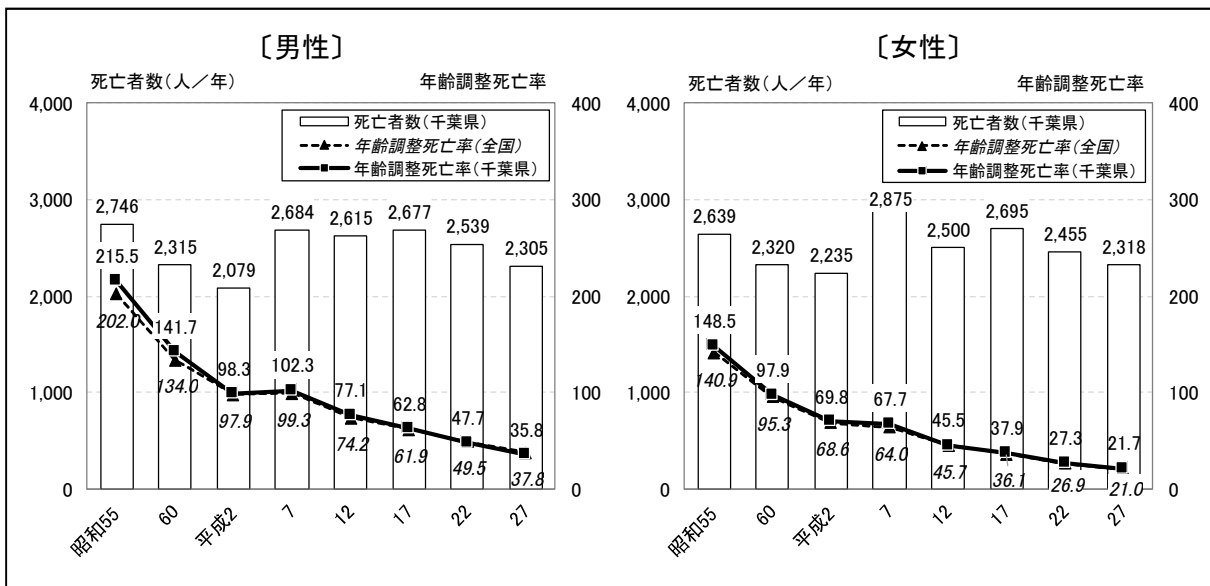
(ア) 施策の現状・課題

脳卒中*を含む脳血管疾患*により救急搬送された患者数は、本県においては1.2万人(平成26年度)となっています。平成28年の脳血管疾患による本県の年間死亡者数は、4,584人と死亡者総数の8.1%を占め、死因順位の第4位です。

また、人口10万対の年齢調整死亡率*(平成27年)は減少傾向にあり、男性は35.8(全国37.8)で高い順に全国第31位、女性は21.7(全国21.0)で第20位となっています。

脳梗塞*、脳出血*、くも膜下出血*等の脳卒中は、死亡を免れても後遺症として、片麻痺、嚥下障害*、言語障害、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)*などの後遺症が残ることがあり、介護が必要となった主な原因の16.6%は脳血管疾患であり、割合の高い順では主な原因の第2位となっています。

図表 2-1-1-2-2-1 脳血管疾患による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計(厚生労働省)、人口動態統計特殊報告(厚生労働省)

〔予防〕

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、糖尿病、脂質異常症*、不整脈*、慢性腎臓病*、睡眠時無呼吸症候群*、喫煙、過度の飲酒なども危険因子です。発症予防のためには、適正な体重の維持及び減塩、栄養素を適量摂る食生活と運動習慣の実践などの生活習慣の改善が重要です。また、高血圧や糖尿病などの適切な治療も必要です。

喫煙は脳卒中発症の大きなリスクであることが確認されており、受動喫煙*の防止や禁煙の支援等に関する情報提供等のたばこ対策が求められます。

医療保険者は生活習慣病予防に向けて特定健診*・特定保健指導*を実施するとともに、医師の判断に基づき、眼底検査*等の詳細な健診を追加実施するなど、脳卒中やそのハイリスク者*の早期発見に努める必要があります。

健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人ひとりの生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施したりするなどにより、血圧のコントロールを図り脳卒中の発症予防に努める必要があります。

〔発症直後の対応、診断と急性期の医療〕

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。できるだけ早く治療をはじめることにより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対応が必要です。

そのため、県民に脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性を周知させるように啓発を進める必要があります。

脳卒中の正確な診断により、個々の病態に応じた治療を行う必要があることから、早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することが重要です。

急性期*の診療提供体制の構築に当たっては、組織プラスミノゲン・アクチベータ(t-PA)*の静脈内投与、血栓回収療法*など、治療開始までの時間が短いほど有効性の高い治療があることを踏まえ、特に時間的制約の観点を考慮する必要があり、単一の医療施設で、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが困難な場合は、地域における複数の医療施設が連携し、24時間体制を確保することが求められます。

〔リハビリテーション〕

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられます。

急性期においては、全身管理のもとに、早期離床を図るとともに誤嚥性肺炎*等の廃用性症候群*の予防や治療を行い、歩行やセルフケアの早期自立を目的としてリハビリテーションを実施します。

回復期*においては、機能回復や日常生活動作(ADL)等の向上を目指し、自宅や地域に戻ることを目的とします。維持期(生活期)においては残存した機能を活用し、歩行や生活機能の維持・向上により地域での生き生きとした生活の実現を目的に実施します。

後遺症として身体活動・高次脳機能・言語・摂食嚥下等に障害を残した場合であっても、必要なリハビリテーションを継続して受けられ、生活の質を落とすことなく、住み慣れた地域で生活できるような体制づくりが必要です。

また、今後は、専門教育等を受けた医師やスタッフによるリハビリテーションの実施など、より質の高いリハビリテーションに向けて取り組む必要があります。

〔急性期以後の医療・在宅療養〕

脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が必要であり、多職種によるアプローチが重要です。在宅療養を支える介護サービスとの連携も重要です。脳卒中の

発症から在宅等における維持期（生活期）まで切れ目のない医療・介護を提供するため、連携のための情報共有ツールの活用が求められます。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

脳卒中の循環型地域医療連携システム*は、県民が身近な地域で質の高い脳卒中医療を受けることができるよう、脳卒中急性期対応医療機関、回復期対応医療機関、療養施設、かかりつけ医*、在宅療養支援診療所*、かかりつけ歯科医*、在宅療養支援歯科診療所*、かかりつけ薬剤師・薬局*、訪問薬剤管理指導等対応薬局*、訪問看護ステーション*など、脳卒中医療を提供する各機関に加え、在宅ケアを支援する地域包括支援センター*、居宅介護支援事業所*等の連携により構築します。行政、保険者による特定健診・特定保健指導における予防対策や受診勧奨、脳卒中に関する知識の普及・啓発も含まれます。

かかりつけ医は、危険因子となる生活習慣の改善の指導や、疾病の早期発見・治療をするとともに、手や足のしびれ等の症状があり、脳卒中の可能性があると診断した場合や、一過性脳虚血発作（T I A）*を疑う場合について、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関を紹介します。その後の検査の結果、脳卒中と診断された場合には、患者は当該医療機関にて入院治療を受けることになります。

また、本人や家族等、周囲にいる者は、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請する等の対処を行います。

救急救命士*を含む救急隊員は、メディカルコントロール*体制の下で定められた基準に即して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行ったうえで対応が可能な医療機関に搬送します。

その後の検査の結果、脳卒中と診断された場合には、患者は当該医療機関等、適切な医療機関にて入院治療を受けることになります。

軽症*の場合には退院後自宅に戻り、引き続きかかりつけ医にて治療を受けることとなりますが、急性期治療終了後の病状により、患者は在宅復帰に向けた治療やリハビリテーションを目的に回復期対応医療機関に転院することもあります。

急性期対応医療機関は、かかりつけ医からの紹介や救急隊による搬送患者に対して、t - P A治療などの専門的な治療を行います。また、必要に応じて血管内治療や外科的治療等が実施できる病院に転院させます。なお、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保するため、急性期対応医療機関は、必要に応じて隣接圏域等の急性期対応医療機関と互いに補完しあいます。

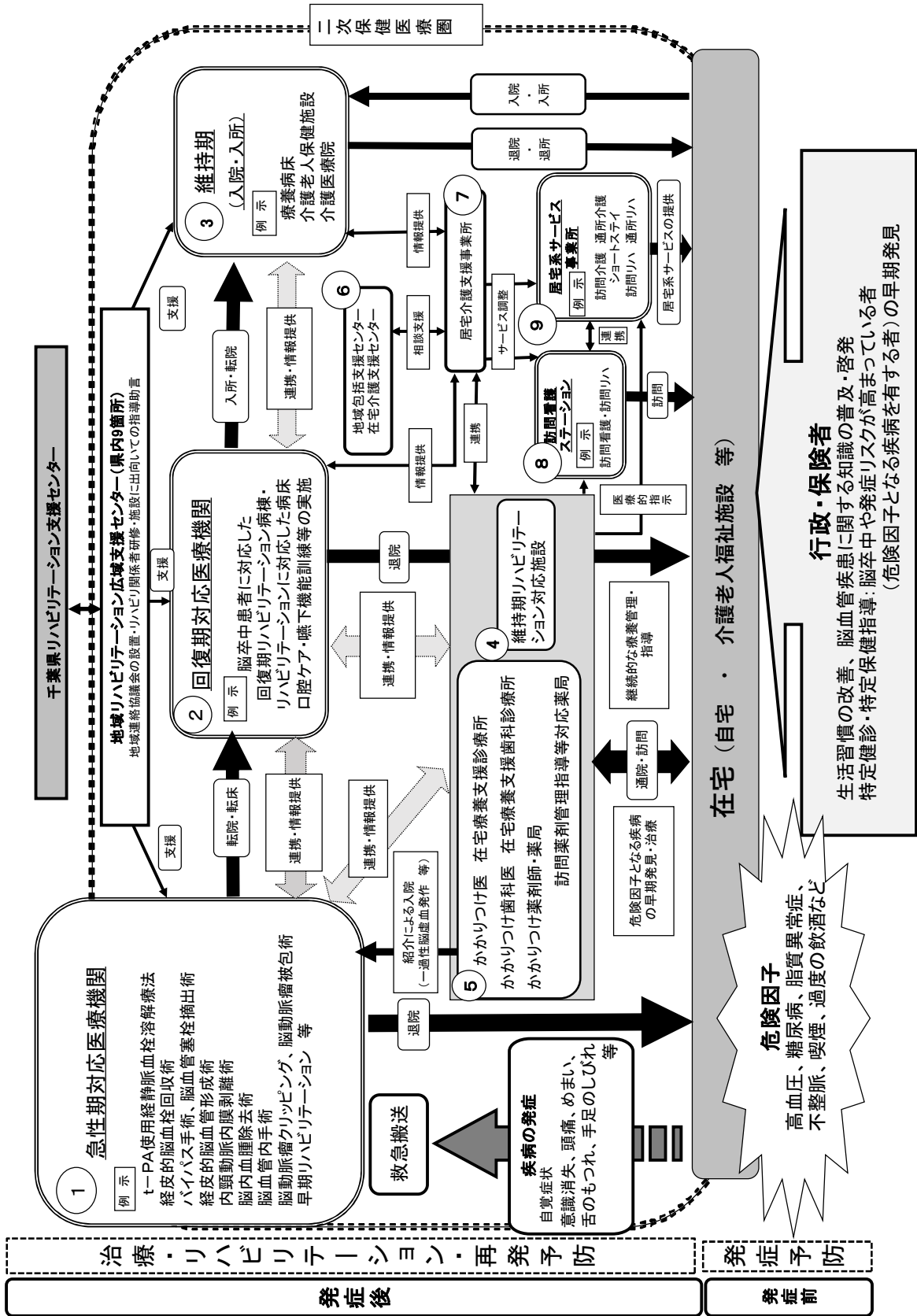
回復期対応医療機関では、早期に在宅に復帰できるよう、専門医療スタッフにより、失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの障害の改善及びADLの向上を目的とした、集中的なリハビリテーション等を実施します。

維持期においては、地域における療養施設、かかりつけ医、在宅療養支援診療所、

かかりつけ歯科医、在宅療養支援歯科診療所、かかりつけ薬剤師・薬局、訪問薬剤管理指導等対応薬局、訪問看護ステーション、など、脳卒中医療を提供する各関係機関に加え、維持期リハビリテーションを提供する施設や、在宅ケアを支援する関係機関により、地域での連携を進めます。

急性期対応医療機関と回復期対応医療機関、維持期に対応する関係機関、地域のかかりつけ医等が、それぞれの機能に応じた役割分担に基づいて連携を強化することによる効果的な脳卒中治療体制の整備を進めます。

脳卒中中の循環型地域医療連携システムのイメージ図



(ウ) 施策の具体的展開

〔生活習慣と脳卒中の関係についての周知〕

- 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と脳卒中の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。
- 特定健診等の定期的な健診を受診する必要性について、また、高血圧や糖尿病等の疾病の適切な治療が脳卒中の発症予防につながることに付いて、周知します。
- 危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。
- 未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

〔特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進〕

- 特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。
- 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。
- 特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

〔脳卒中発症時の対応に関する啓発〕

- 本人や家族等、周囲にいる者が、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請する等の対処を行えるよう、発症時の症状に関する知識を普及啓発します。

〔救急医療体制の整備〕

- 早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準*の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受け入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

〔地域リハビリテーション支援体制の整備〕

- 地域のリハビリテーション実施機関を対象とした研修や相談対応、支援を行う「地域リハビリテーション広域支援センター*」を二次保健医療圏ごとに概ね1箇所指定し、地域リハビリテーション*支援体制の整備を図ります。

〔退院支援〕

- 患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対

応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進します。

- 多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。
- 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療連携協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

(エ) 施策の評価指標

[基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現状	目標
t-P Aの静脈内投与について 24時間対応可能な病院	30箇所 (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
地域包括ケア病棟*の病床*数(人口 10万対)	22.8床 (平成29年8月)	41.4床 (平成35年度)
医療施設従事医師数(神経内科) (人口10万対)	2.9人 (平成28年)	増加 (平成34年)
医療施設従事医師数(脳神経外科) (人口10万対)	4.6人 (平成28年)	増加 (平成34年)
在宅患者訪問診療実施診療所数・病 院数	767箇所 (平成27年)	976箇所 (平成32年)
機能強化型訪問看護ステーション* 数	16箇所 (平成29年6月)	28箇所 (平成32年)
脳卒中の診療を行う病院における 地域医療連携パス*(脳卒中)導入 率	50.8% (平成29年6月)	80% (平成35年度)

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現状	目標
成人の喫煙率	男性 25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	男性 20.0% 女性 5.0% (平成34年度)
成人の1日当たり食塩摂取 量	男性 10.9g 女性 9.4g (平成27年度)	男性 8g 女性 7g (平成34年度)

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
高血圧の改善 (収縮期血圧の中央値の低下)	男性 129mmHg 女性 127mmHg (平成27年度)	男性 126mmHg 女性 124mmHg (平成34年度)
脂質異常症の減少 (LDL-c 160mg/dl以上の者)	男性 9.9% 女性 15.6% (平成27年度)	男性 6.9% 女性 10.7% (平成34年度)

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数* (脳血管疾患)	79.1日 (平成26年度)	期間短縮 (平成35年度)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合 (脳血管疾患)	50.8% (平成26年度)	56.3% (平成35年度)
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性 35.8 女性 21.7 (平成27年)	男性 40.2 女性 25.0 (平成34年度)

※「脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少」については、現状で目標を達成していますが、関連計画の健康ちば21 (第2次) の中間評価を実施した際、各危険因子 (高血圧・脂質異常症・喫煙・糖尿病) の目標が達成されていないことから、年齢調整死亡率の減少が予防対策のみによるものではないと考え、平成34年度まで目標値を維持しているため、保健医療計画においても同様の目標とします。

（3）心筋梗塞等の心血管疾患

（ア）施策の現状・課題

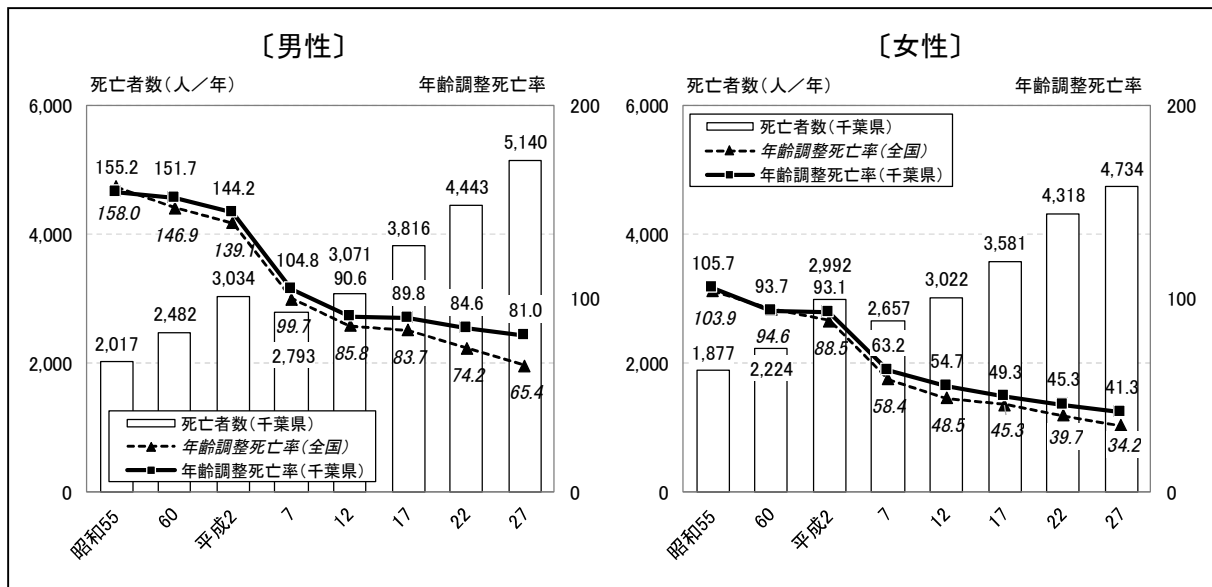
心血管疾患を含む心疾患*（高血圧性を除く）による本県の年間死亡者数は、9,646人（平成28年）と死亡者総数の17.1%を占めています。

人口10万対の年齢調整死亡率*（平成27年）は、心疾患死亡数全体の約19%を占める急性心筋梗塞*においては男性は17.3（全国16.2）で高い順に全国第21位、女性は6.5（全国6.1）で第21位と、男女ともに相対的に高い水準にあります。

心筋梗塞*等の心血管疾患を発症した場合、まず、急性期*には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラム*としての心血管疾患リハビリテーション*が開始されます。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や疾患によって、治療法や予後が大きく変わります。

また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全*の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となります。

図表 2-1-1-2-3-1 心疾患（高血圧性を除く）による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

〔急性心筋梗塞〕

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症*、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム*、ストレスなどです。発症の予防のためには、適正な体重の維持及び減塩・栄養素を適量摂る食生活と運動習慣の実践など、生活習慣の改善が重要です。ま

た、高血圧や糖尿病などの適切な治療も必要です。

喫煙や受動喫煙*により、発症リスクが増大することが確認されています。このため、受動喫煙の防止や禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策が求められます。

医療保険者は生活習慣病予防に向けて特定健診*・特定保健指導*を実施するとともに、医師の判断に基づき、一定の基準に該当する者に対し、心電図の検査を実施するなど、疾患やそのハイリスク*者の早期発見に努める必要があります。

健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人ひとりの生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなどにより、発症予防に努める必要があります。

急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに救急要請を行う必要があります。

また、心臓が止まるような不整脈*が生じた場合には、正常に戻すために心臓に電流を流す「除細動」を早く行うほど救命の効果があります。第一発見者など市民による一次救命処置*（BLS）が重要です。

これを踏まえ、本県では、千葉県AED*の使用及び心肺蘇生法の実施の促進に関する条例が施行されたところですが、AEDの使用率が低いことから、心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法に関する更なる普及啓発が必要です。

心筋梗塞患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施することが必要です。

疾病管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいいます。低下機能（心機能）の回復だけではなく、再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられています。

〔大動脈解離〕

急性大動脈解離*は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間ごとに1から2%ずつ上昇するといわれており、迅速な診断と治療が重要です。

大動脈解離患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群*の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて適切に実施することが必要です。

〔慢性心不全〕

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難*、息切れ、四肢浮腫等、様々な症状をきたします。

心不全の継続的な医療を受けている患者数は、千葉県内で約7千人と推計され、そのうち、約70%が75歳以上の高齢者です。また、本県における心不全による死亡

数（3,381人・平成27年）は心疾患（高血圧性を除く）死亡数全体（9,874人）の約34.2%です。

慢性心不全患者は、心不全増悪による入退院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されています。再入院率改善のためには薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、発症後、生涯にわたって継続して行うことが重要です。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システム*は、県民が身近な地域で質の高い心血管疾患に関する医療を受けることができるよう、かかりつけ医*、急性期対応医療機関などとの連携により構築します。また、行政や保険者による特定健診・特定保健指導や心疾患に関する知識の普及・啓発などの生活習慣病の予防施策も含まれます。

かかりつけ医は、危険因子となる生活習慣の改善の指導や、疾病の早期発見・治療をするとともに、動悸や胸の痛み等の自覚症状のある患者について、専門的な医療機関で治療を受ける必要があるとされた場合、患者の状況に応じて、身近な対応医療機関へ紹介するとともに、退院後は対応医療機関と連携し、継続的な療養管理や指導を行います。

家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急要請を行うことや、心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施します。

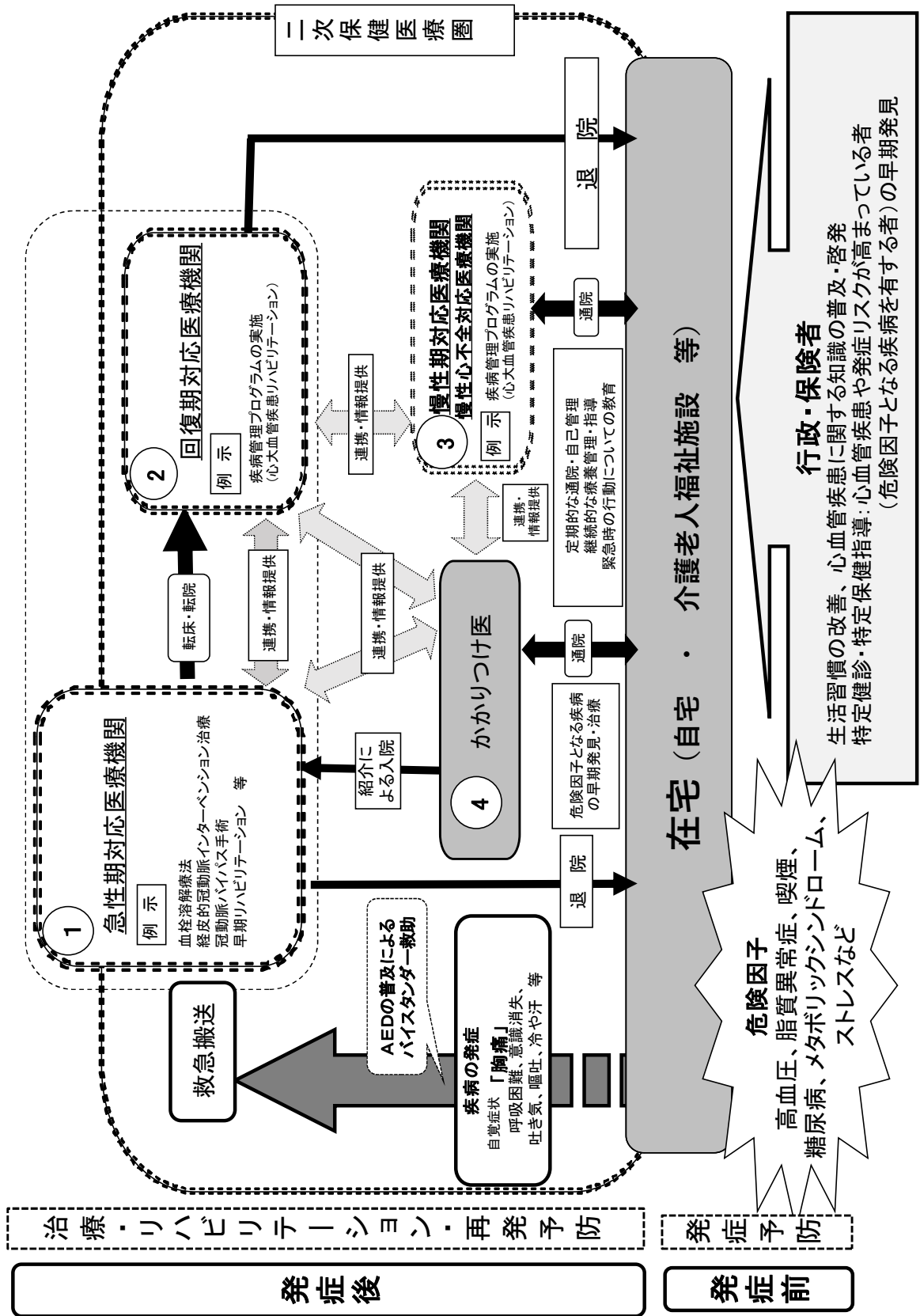
救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール*体制の下で定められた基準に即して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行ったうえで対応が可能な医療機関に搬送します。

急性期を担う医療機関は、専門的な治療を行います。なお、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保するため、急性期対応医療機関は、必要に応じて隣接圏域等の急性期対応医療機関と互いに補完しあいます。

回復期*以降を担う医療機関では、再発予防のため、個々の患者に合わせて、疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを入院または通院により実施します。

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、対応医療機関と地域のかかりつけ診療所*等がそれぞれの機能に応じた役割分担に基づき連携を強化することにより、効果的な医療体制の整備を進めます。

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムのイメージ図



（ウ）施策の具体的展開

〔生活習慣と心血管疾患の関係についての周知〕

- 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と急性及び慢性の心血管疾患の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。
- 特定健診等の定期的な健診を受診する必要性について、また、高血圧や糖尿病等の疾病の適切な治療が心血管疾患の発症予防につながることにについて、周知します。
- 危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。
- 未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

〔特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進〕

- 特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。
- 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。
- 特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

〔急性の心血管疾患発症時の対応に関する啓発〕

- 本人や家族等、周囲にいる者が、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請する等の対応を行えるよう、発症時の症状に関する知識を普及啓発します。

〔応急処置に関する知識・技術の普及〕

- 心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法について一層の普及啓発に努めるとともに、AEDの公共施設への設置を推進し、更にAED設置の必要性を民間事業者に働きかけます。
- また、官民を問わず県内にあるAEDの設置場所をより簡便に把握できるよう、地図情報にAEDの設置場所等（施設名・住所・取付位置・使用可能な日時等）の情報を提供します。

〔救急医療体制の整備〕

- 早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準*の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受け入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

〔退院支援〕

- 患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進します。
- 多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。
- 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療連携協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

(エ) 施策の評価指標

[基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現 状	目 標
医療施設従事医師数 (循環器内科) (人口10万対)	7.1人 (平成28年)	増加 (平成34年)
医療施設従事医師数 (心臓血管外科) (人口10万対)	1.9人 (平成28年)	増加 (平成34年)
心大血管疾患等リハビリテーション (I) または (II) の届出医療機関数	41施設 (平成29年7月)	増加 (平成35年度)

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現 状	目 標
成人の喫煙率	男性 25.1% 女性 8.4% (平成27年度)	男性 20.0% 女性 5.0% (平成34年度)
適正体重を維持している者の増加 (肥満 BMI*25以上・やせ BMI18.5未満の減少)	20～60歳代男性の肥満者割合 28.7% 40～60歳代女性の肥満者割合 23.4% 20歳代女性のやせの者の割合 16.7% (平成27年)	20～60歳代男性の肥満者割合 28.0% 40～60歳代女性の肥満者割合 19.0% 20歳代女性のやせの者の割合 15.0% (平成34年度)

指 標 名	現 状	目 標
-------	-----	-----

運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
高血圧の改善 (収縮期血圧の中央値の低下)	男性 129 mmHg 女性 127 mmHg (平成27年度)	男性 126 mmHg 女性 124 mmHg (平成34年度)
脂質異常症の減少 (LDL-c 160 mg/dl 以上の者)	男性 9.9% 女性 15.6% (平成27年度)	男性 6.9% 女性 10.7% (平成34年度)
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	男性 44.6% 女性 14.8% (平成27年度)	男性 33.2% 女性 13.0% (平成34年度)

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現状	目標
退院患者平均在院日数* (虚血性心疾患)	5.7日 (平成26年度)	期間短縮 (平成35年度)
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合 (虚血性心疾患)	95.4% (平成26年度)	増加 (平成35年度)
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	男性 17.3 女性 6.5 (平成27年)	男性 17.5 女性 7.5 (平成34年度)

※「急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の減少」については、現状で目標を達成していますが、関連計画の健康ちば21(第2次)の中間評価を実施した際、各危険因子(高血圧・脂質異常症・喫煙・糖尿病)の目標が達成されていないことから、年齢調整死亡率の減少が予防対策のみによるものではないと考え、平成34年度まで目標値を維持しているため、保健医療計画においても同様の目標とします。

（4）糖尿病

（ア）施策の現状・課題

千葉県における糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は、平成26年には12万2千人となっており、平成23年の11万8千人よりも増加しています。

糖尿病疾患による本県の年間死亡者数は、平成27年には528人で、人口10万対の年齢調整死亡率*は減少傾向にあり、男性は4.8（全国5.5）で高い順に全国第34位、女性は2.3（全国2.5）で第27位となっています。

糖尿病は脳卒中*、急性心筋梗塞*等、他の疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来すことが多くなります。

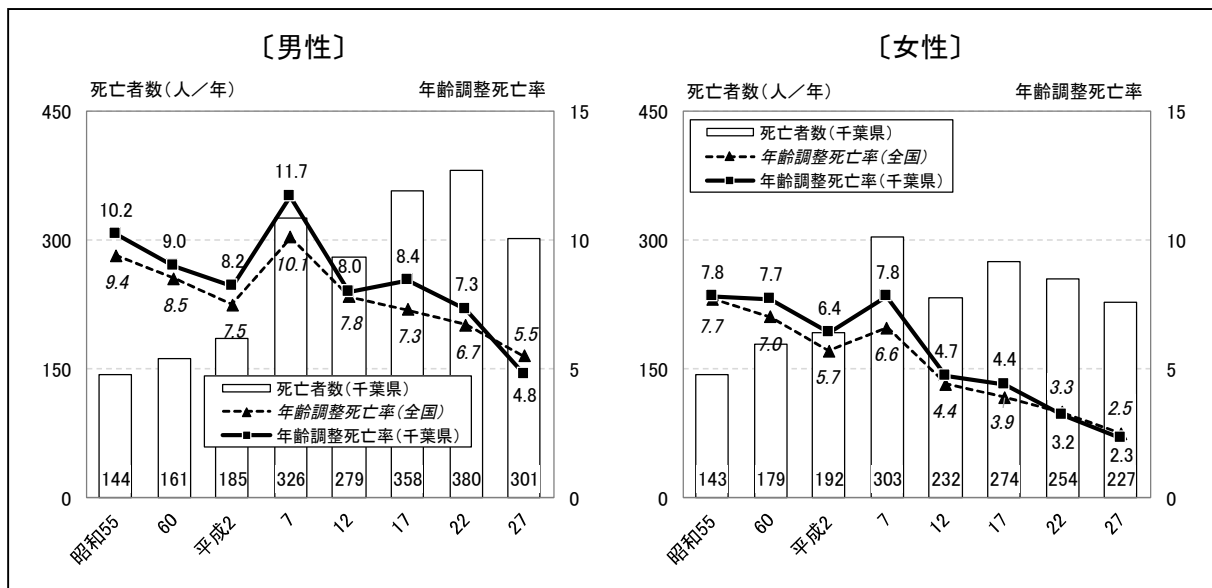
予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科、皮膚科、整形外科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師看護師、助産師、歯科衛生士*、理学療法士*等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となります。

さらに、一人の糖尿病患者には生涯を通じての治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して実施されることが重要になります。

また、糖尿病は血糖コントロールが不良のまま経過すると、血管が傷害され（慢性）合併症が惹き起こされてきます。重篤な合併症として失明に至る網膜症、腎不全により人工透析導入にいたる腎症、神経障害・動脈硬化、易感染*により足の切断に至る壊疽等を引き起こし、本人や家族の生活の質を著しく低下させる恐れがあります。さらに糖尿病患者は、心筋梗塞*、脳梗塞*、がん、認知症、歯周病が発症しやすいことにも注意が必要です。

新規で透析を導入する患者は、（一社）日本透析医学会の調査によると、千葉県の新規透析導入患者は平成27年1年間で、1,753人、うち糖尿病性腎症*を原疾患としている者は839人で約47.9%であり、全国の43.7%よりも糖尿病性腎症による透析導入患者割合が上回っています。

図表 2-1-1-2-4-1 糖尿病による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

〔発症予防・健診・保健指導〕

糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症を予防するためには、適切な食生活、適度な身体活動や運動習慣が重要です。また、不規則な生活習慣等が原因で、糖尿病の発症リスクが高まっている者については、生活習慣の改善により発症を予防することが期待できます。血のつながった家族に糖尿病患者がいる場合も発症リスクが高まることに注意が必要です。

糖尿病のリスクを把握することや、糖尿病の早期発見により重症化を予防するために、特定健診*などの定期的な健診を受診することが必要であるとともに、健診の結果を踏まえ、適切な生活習慣の改善や、必要に応じて専門医療機関を受診することが重要です。その際、我が国の糖尿病患者は非肥満の患者も多いことから、非肥満で特定保健指導*の該当者とならない場合も、血糖値の異常がある場合は医療機関の受診を要することに留意する必要があります。

医療保険者は、特定健診・特定保健指導を実施するとともに、医師の判断に基づき、血清クレアチニン*検査や眼底検査*等の詳細な健診を追加実施するなど、糖尿病やその合併症の早期発見に努める必要があります。また、糖尿病は合併症が進行するまで無症状で経過するため健診結果に応じて医療機関への受診勧奨やそのレベルに応じて、一人ひとりの生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなど、糖尿病の発症予防に努める必要があります。

糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善を促進するため、医療保険者と医療機関、又は医療機関同士の連携促進や、対象者の意識向上につながる効果的な受診勧奨などが課題となっています。

〔治療・指導〕

2型糖尿病*の治療は、初診後、2～3か月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、薬物療法を開始します。

薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、服薬を減量又は中止できることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種が連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を継続することが必要です。

かかりつけ医*、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で、他の医療従事者と連携して療養指導を行い、患者の自己管理を支援する人材として、日本糖尿病療養指導士（CDE J）や千葉県独自に（一社）千葉県糖尿病対策推進会議が養成する千葉県糖尿病療養指導士（CDE-Chiba）の活用や、増加する高齢糖尿病患者の在宅医療が課題となります。

〔重症化と合併症の予防〕

人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病性網膜症*等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、患者自身が重症化予防の重要性を理解し、治療を継続することが必須です。

初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症等を合併していることもあるため、尿アルブミンの測定を含む尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要があります。

また、糖尿病合併症の重症化を予防するため、糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病医療に関わる医療スタッフが治療方針やケアについての情報を一元的に共有し糖尿病の専門的医療機関とかかりつけ医、かかりつけ歯科医*、かかりつけ薬剤師・薬局*や介護スタッフとの連携を基盤とする地域ぐるみの糖尿病地域医療体制の整備を進める必要があります。

また、健診データやレセプトデータを活用し、医療保険者と医療機関が連携して受診勧奨や保健指導を行う体制を構築して糖尿病性腎症による人工透析患者を減少させることが重要です。

平成28年度の調査によると、糖尿病性腎症の重症化予防の取組において、保険者として、一定の抽出基準に基づいて受診勧奨を行っているのは39市町村、保健指導を行っているのは32市町村で、29市町村は双方を実施しています。

網膜症を予防・早期発見するためには内科初診時に眼科に紹介する必要があります。

また、歯周病も糖尿病の合併症のひとつです。高血糖が続くと歯周病菌に対する抵抗力が落ちて細菌が増殖し歯周病は極度に悪化するため、歯科への紹介が重要です。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

糖尿病の循環型地域医療連携システム*は、県民が身近な地域で質の高い糖尿病医療を受けることができるよう、糖尿病やその合併症の専門的な管理を行う医療機関、かかりつけ医、在宅療養支援診療所*、かかりつけ歯科医、在宅療養支援歯科診療所*、

かかりつけ薬剤師・薬局、訪問薬剤管理指導等対応薬局*、訪問看護ステーション*など、糖尿病医療を提供する各機関に加え、居宅介護支援事業所*等の連携により構築します。また、行政、保険者による特定健診、特定保健指導、後期高齢者健診後の生活習慣の改善指導や糖尿病に関する知識の普及・啓発といった予防対策も含まれます。

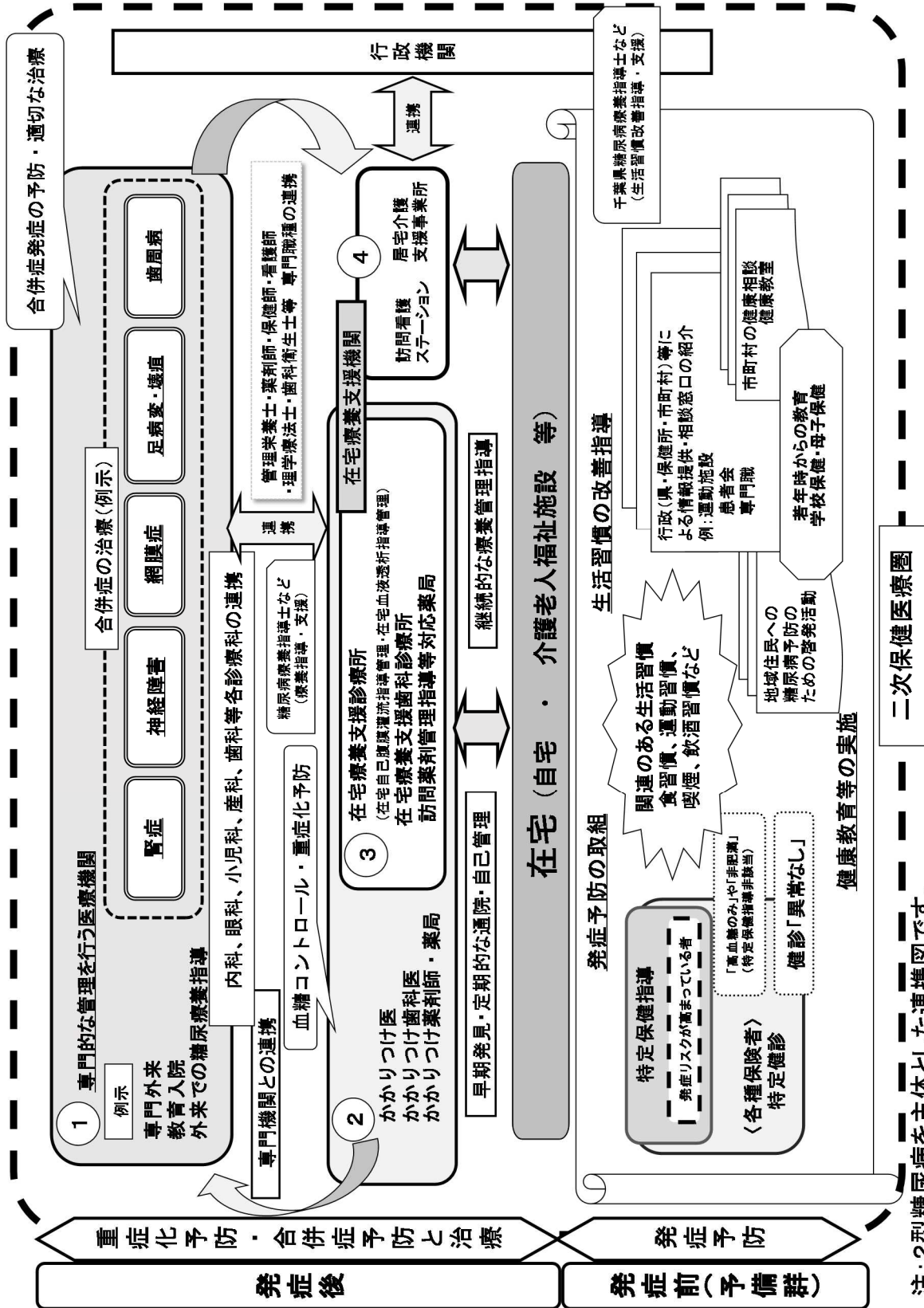
かかりつけ医は、検査により糖尿病が疑われる患者については、病状に応じて、近隣の糖尿病の専門的な管理を行う医療機関を紹介するとともに、治療方針決定後は、専門医やかかりつけ薬剤師・薬局と連携をとりながら、治療を中断させないよう患者の継続的な治療や指導を行います。

糖尿病の専門的な管理を行う医療機関は、千葉県保健医療計画策定に関する調査の回答をもとに位置づけます。当該医療機関については、「糖尿病専門外来」「腎症外来」「糖尿病教育入院」「外来での糖尿病療養指導」の対応状況や、具体的な治療の実施状況について明示します。治療の実施状況については、合併症への対応のため、「腎症」「網膜症」「神経障害」等の治療の実施状況も明示します。

また、地域において在宅療養を支援する在宅療養支援診療所などのリストを掲載し、地域での連携を進めます。在宅療養支援診療所については、糖尿病性腎症にかかる機能として、「在宅自己腹膜灌流指導管理*」、「在宅血液透析指導管理*」への対応状況について明示します。自己腹膜灌流とは自分の腹膜で透析を行う治療法のこと、処方箋にもとづき腹膜透析に用いる医療材料の管理などに関わるかかりつけ薬剤師・薬局の役割も重要になります。

糖尿病の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、行政、保険者と医療機関の連携、及びかかりつけ医等、糖尿病の専門的な管理を行う医療機関との機能分担と連携が推進され、①早期からの適切な薬物療法の開始、②血糖コントロールの改善による腎症、網膜症を含めた合併症の発症・重症化予防、人工透析導入患者の減少を図ります。

糖尿病の循環型地域医療連携システムのイメージ図



（ウ）施策の具体的展開**〔生活習慣と糖尿病の関係についての周知〕**

- 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と脳卒中の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。
- 糖尿病は、自覚症状が乏しいことから年1回の健診で健康管理を行う必要性を周知します。
- 危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。
- 喫煙量の多い者は糖尿病の発症リスクが高いことから、未成年者の喫煙防止、受動喫煙*防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

〔特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進〕

- 特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。
- 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。
- 特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

〔重症化防止に向けた取組の支援〕

- 重症化予防の先駆的事例に関する情報提供とともに、糖尿病に係る医療連携について充実を図ります。
- 発症のリスクが高まっている者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。
- 「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の周知と保健指導従事者等の資質の向上、医療保険者と医療機関等が連携して受診勧奨や保健指導に取り組む体制整備等を図ります。また、糖尿病重症化予防と治療中断防止のため、千葉県糖尿病対策推進会議と連携し、糖尿病患者への療養指導や支援を行う千葉県糖尿病療養指導士（CDE-Chiba）等の活用を図ります。

(エ) 評価指標

[基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病専門外来を有する病院の数	92箇所 (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
糖尿病の重症化予防に取り組む市町村数(保険者努力支援制度において当該取組に係る評価指標を達成した市町村数)	24市町村 (平成28年度)	全市町村の8割 (平成35年度)

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
日常生活における歩数	男性7,253歩 女性6,821歩 (平成27年度)	男性8,800歩 女性7,700歩 (平成34年度)
適正体重を維持している者の増加(肥満 BMI*25以上・やせ BMI 18.5未満の減少)	20～60歳代男性の肥満者割合 28.7% 40～60歳代女性の肥満者割合 23.4% 20歳代女性のやせの者の割合 16.7% (平成27年)	20～60歳代男性の肥満者割合 28.0% 40～60歳代女性の肥満者割合 19.0% 20歳代女性のやせの者の割合 15.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
糖尿病の診療を行う病院における糖尿病連携手帳又は地域医療連携パス* (糖尿病) の利用率	45.7% (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
治療継続者の割合の増加	86.9% (平成27年度)	95.0% (平成34年度)

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	839人 (平成27年)	738人 (平成34年度)
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(国民健康保険加入者で特定健診を受診した者のうちHbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少	40～74歳 男性 1.2% 40～74歳 女性 0.5% (平成27年度)	40～74歳 男性 1.4% 40～74歳 女性 0.6% (平成34年度)

※「血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(国民健康保険加入者で特定健診を受診した者のうちHbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少」については、現状値で目標を達成していますが、関連計画の健康ちば21(第2次)の中間評価を実施した際、特定健診受診率、特定保健指導実施率は目標に達していないことから、血糖コントロール不良者の減少が予防対策のみによるものではないと考え、平成34年度まで目標値を維持しているため、保健医療計画においても同様の目標とします。

（5）精神疾患

ア 精神疾患（認知症を除く）

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

（ア）施策の現状・課題

精神疾患は誰でもかかる可能性のある疾患です。近年、社会生活環境の変化等もあって、精神医療の対象となる疾患にかかる人は増えており、入院と通院（自立支援医療（精神通院医療）受給者）の患者を合わせた精神障害のある人の数は、平成28年度では91,770人で、平成24年度の78,629人に比べて13,141人増加しています。

精神保健福祉に関する相談は、健康福祉センター（保健所）や精神保健福祉センター*、市町村のほか、中核地域生活支援センター*、相談支援事業者などでも応じていますが、精神保健福祉に関する相談窓口の周知や相談支援体制（人員）は十分とは言えず、その充実が求められています。

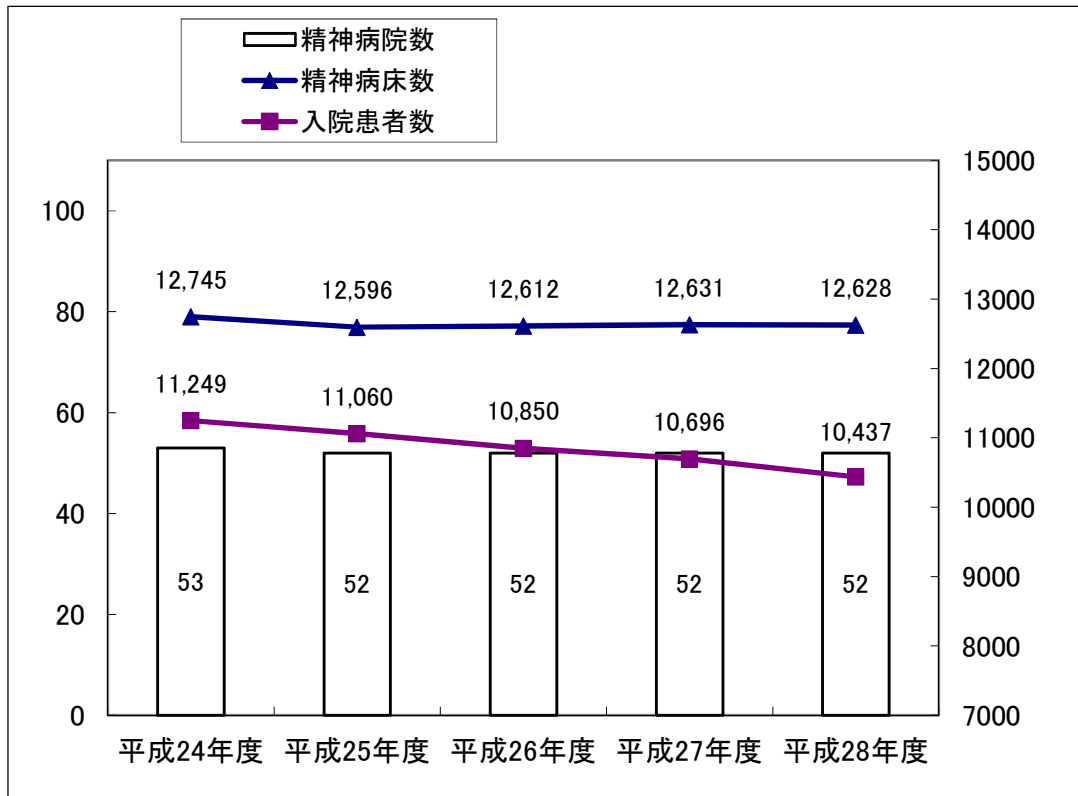
また、精神疾患については、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が重くなって初めて相談や受診に至るという場合が多く見受けられます。近年は、精神科診療所が増え、身近な地域で外来診療を受けやすくなっており、早期に受診しやすい環境となっています。重症化してからでは、回復に時間を要するため、早期に相談や受診ができるような支援体制づくりが必要です。

入院については、発症後間もない患者の多くは短期間で退院していますが、長期入院患者にあっては、高齢化や様々な要因から地域移行に困難を伴う場合が多く、県内精神科病院全体の平均在院日数（認知症含む）は、平成22年度344日、平成27年度325日で、なかなか短縮しない状況にあります。

長期入院患者の退院支援については、従来、病院職員が家族や地域の支援機関と調整して行っていましたが、近年は、障害福祉サービス等が増えたこともあり、相談事業所などの機関や行政が連携して、一人ひとりの患者のニーズに合わせた地域生活を継続していくための支援を行っています。

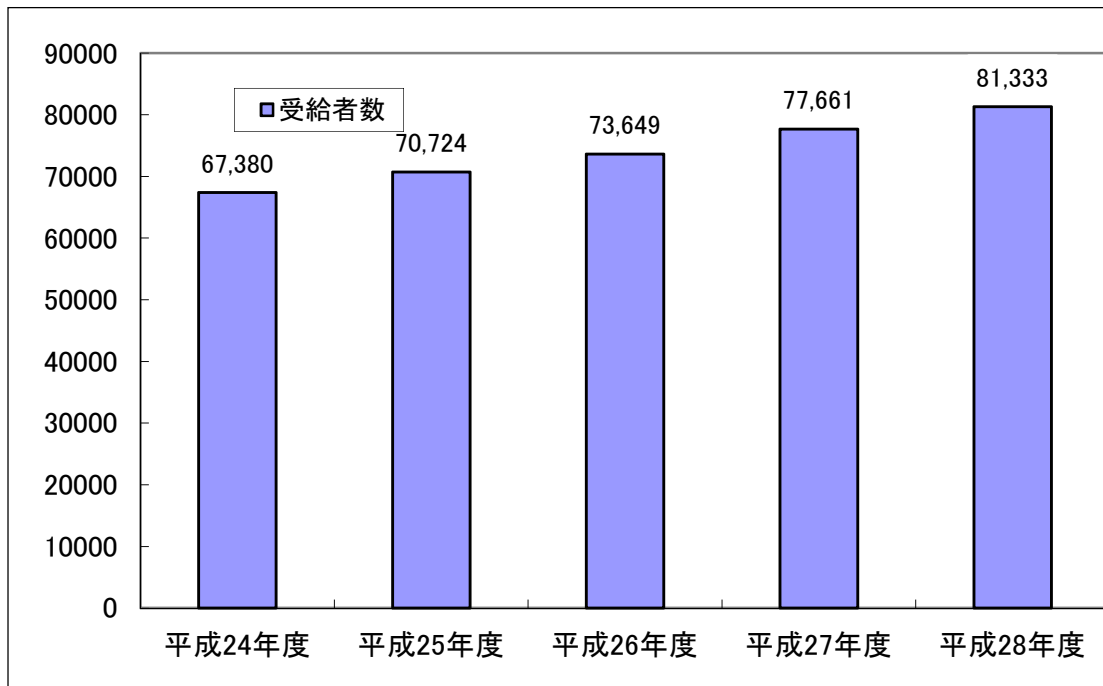
精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、自治体を中心とした地域の関係機関の一体的な取り組みに加え、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる社会「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム*」の構築を進める必要があります。

図表 2-1-1-2-5-1-1 精神科病院入院患者数及び病床数等の推移



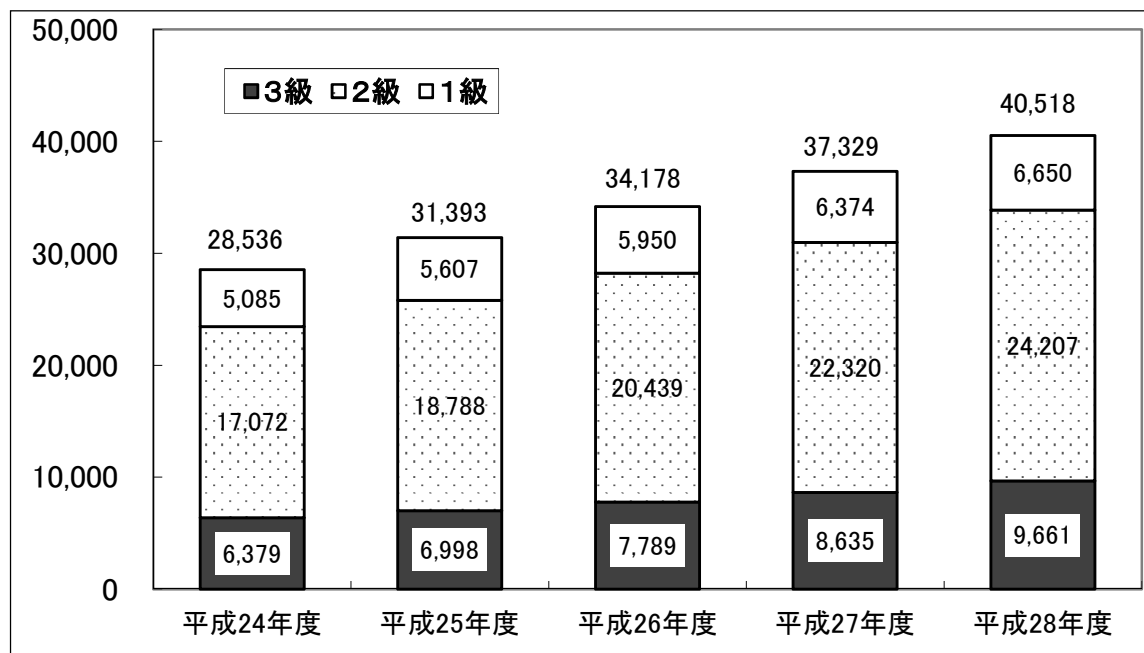
資料：厚生労働省精神・障害保健課調査（6月30日調査）※各年度6月末現在

図表 2-1-1-2-5-1-2 自立支援医療（精神通院医療）受給者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 ※各年度末現在

図表 2-1-1-2-5-1-3 精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 ※各年度末現在

（イ）精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めます。

精神障害のある人が地域で生活する上で必要な、障害福祉サービスや身近な生活支援の相談窓口は、主に市町村や基幹相談支援センター、医療や広域的な制度などの相談窓口は、健康福祉センター（保健所）、精神保健福祉センター、中核地域生活支援センターなどがあります。他にも、相談の内容によって、相談支援事業所、就労支援機関などもあります。

医療については、地域の精神科病院、精神科診療所、また、内科等のかかりつけ医*やかかりつけ薬剤師・薬局*、訪問看護ステーション*などの機関が関わります。

かかりつけ医は、日ごろから、健康管理上のアドバイスを行って発病予防に努めたり、患者や家族等からの相談に応じます。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、健康福祉センター（保健所）等の保健サービス機関を案内します。保健サービス機関では、身近で適切な精神科を案内したり受診調整を行うなどし、発症から精神科に受診できるまでの期間をできるだけ短縮します。

精神科の医療機関は、早期に診断と治療を開始し、重症化を防ぎます。また、必要に応じて、訪問看護を導入し、日常生活の様子や服薬状況を確認し、医療中断しないよう見守ります。

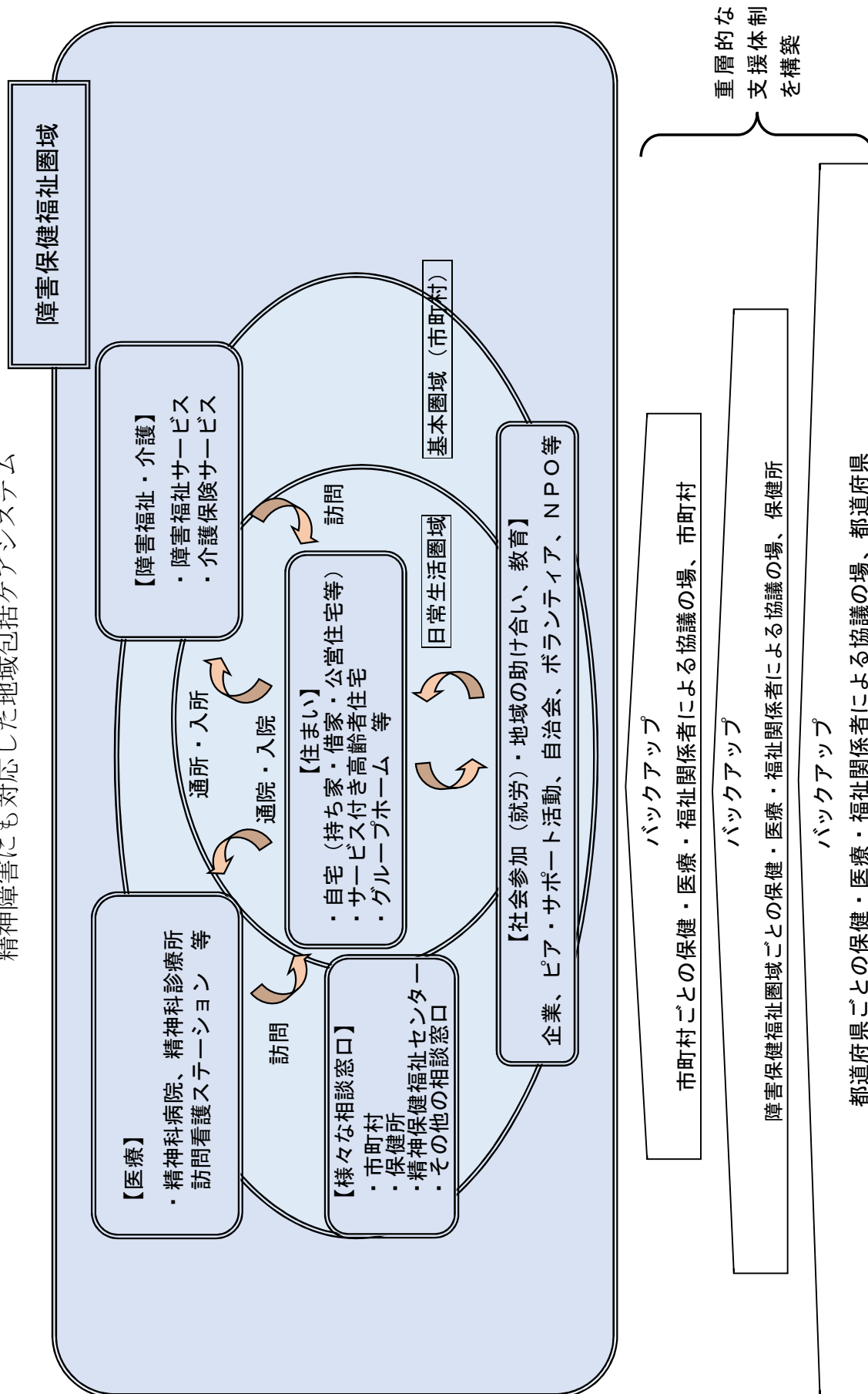
障害福祉サービス等の生活支援については、市町村が窓口になっています。障害支援区分と本人のニーズに沿って、相談支援事業所やケアマネージャー等と必要なサービスの種類や量などの支援計画を立てていきます。

自宅で生活しながら日中活動を行うための支援では、ホームヘルプなどの訪問・生活支援や、生活リズムを整え人と交流するための地域活動（通所）支援、就労支援などがあります。グループホームなどへの入所など居住系のサービスもあります。

その他、制度によらないサービスや支援を行っている機関や、地域・企業などの協力を得るなど、そのような人たちを増やし、精神障害のある人が地域で安心して、その人らしく暮らせるよう、行政や関係機関が連携して、地域生活や社会生活を支えます。

なお、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の「医療」部分を詳細に説明したものが、後述する②の「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」になります。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム



（ウ）施策の具体的展開

〔相談支援窓口の周知と機能の充実〕

- 県民への精神疾患に関する正しい知識の普及に取り組むため、精神保健福祉センター、健康福祉センター（保健所）では、メンタルヘルスの保持・増進について、継続して普及啓発を行います。また、精神疾患の発症年齢を考慮して、教育機関と医療機関、相談支援機関等との連携を推進します。さらに、相談窓口の一層の周知を図ります。また、市町村における相談支援機能の充実を図るために、相談支援に携わる専門職員に対する研修の拡充を図るとともに、市町村職員とともに相談やアウトリーチを行い、技術指導・支援を推進します。

〔発症から精神科受診までの時間の短縮化〕

- 日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握している内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局が、患者や家族等からの相談に応じることができるよう、精神疾患に関する研修を開催するなど人材育成を図ります。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、健康福祉センター（保健所）等の保健サービス機関の案内ができる連携体制を整備します。

〔早期退院への支援〕

- 入院患者の地域生活への移行を促進するため、精神科病院と市町村や地域移行支援事業所などの連携の強化を推進します。また、各障害保健福祉圏域*において、精神障害者地域移行協議会を開催し、医療機関及び地域の支援機関等が相互の取り組みや地域移行への理解、地域移行を進める上での課題等について協議し、緊密な連携体制の構築を図ります。
- 病院職員による退院に向けた取り組みを推進するため、長期入院していた患者が実際に地域で生活している様子などについての研修等を行い、地域移行に関する具体的なイメージと関心を持ってもらうようにします。また、市町村や地域の支援機関に対して、精神障害のある人の特性を理解した地域生活支援ができる人材育成研修を行います。
- 地域移行に向けた独自の取組、地域との連携、退院に向けた会議への関係者の参加や退院後の訪問等を行うなど、精神障害者地域移行支援に積極的に取り組む精神科病院を「地域移行・定着協力病院」として認定するとともに、認定病院の増加に向けて取り組みます。
- 居住地から離れた精神科病院に入院している患者を住み慣れた地域に帰すため、入院先精神科病院、入院先の地域の支援機関、退院先の地域の精神科病院、市町村、支援機関の連携体制を整備します。

〔地域生活の継続のための支援〕

- 地域移行に必要な居住の場を確保するために、障害のある人向けの公共賃貸住宅の供給の推進や、障害のある人に対する優先入居、単身入居を可能とする取り組みを進めます。民間賃貸住宅への入居に関しては、不動産業者等に対して障害に対す

る理解を求め、必要な際に連絡・対応を行いながら信頼関係を築くなどして社会資源の拡充に努めます。共同生活住居については、グループホームの整備やグループホーム支援ワーカーを配置し、円滑な入所ができるよう、引き続き取り組みます。併せて、地域における相談支援関係機関等によるネットワークづくりの促進、当事者会や家族会の活動への支援、ピアサポーター*の養成や活用などに取り組みます。

- 障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、個別支援に関する協議や事例検討、情報交換等を行いながら、精神障害のある人が地域で安定した生活を送れるよう支援する地域の機関の連携を強化していき、圏域における地域包括ケアシステムの構築を目指します。

② 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

(ア) 施策の現状・課題

精神障害のある人の社会参加及び自立を促進し、精神障害のある人が社会貢献できるよう、精神障害のある人の障害特性その他の心身の状態に応じた良質かつ適切な医療の提供を確保することが必要です。

これを踏まえ、入院医療中心の精神医療から精神障害のある人の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向けて、統合失調症、うつ病・躁うつ病、依存症などの多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担や連携体制の構築が必要です。

〔統合失調症〕

統合失調症は、実際にはないものが感覚として感じられる幻覚（誰もいないのに人の声が聞こえてくる幻聴など）や、明らかに誤ったことを信じてしまい訂正不能な妄想が代表的な症状です。およそ100人に1人がかかる身近な病気ですが、自分では病気を自覚しにくいことも特徴の一つです。

平成26年6月30日時点で、統合失調症の入院患者は、7,038人であり、精神科の全入院患者の約65%を占めています。「精神及び行動の障害」で入院している人の平均在院日数は270日ですが、そのうちの「統合失調症圏」では489日と長くなっています。入院の長期化や入院患者が高齢になると、地域生活への移行や社会活動への参加等の支援に時間を要することから、入院の長期化を防ぐことが課題です。

〔気分（感情）障害〕

うつは、内因性の要因やストレスなどの環境要因から憂うつで無気力な状態が長く続く病気です。双極性障害（躁うつ病）は、気分が異常かつ持続的に高揚し、ほとんど眠らずに動き回ったりしゃべり続けるなどの躁状態とうつ状態を繰り返す病気です。躁・うついずれの症状に対しても薬物療法が有効なため、早期に受診して治療を継続することと、社会復帰のためのプログラムや支援が必要です。

気分（感情）障害の早期発見と早期受診のためには、メンタルヘルスに関する啓発などが必要です。

〔依存症〕

依存症は、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症など、様々な依存症があります。適切な治療と支援により回復が十分に可能な疾患である一方、病気に対する本人の否認が強いため、なかなか治療に結びつかない傾向にあります。

依存症の相談や治療を専門的に行っている医療機関は少ないため、依存症に関する相談・支援に対応できる機関を明確にするとともに、周知していくことが必要です。

〔高次脳機能障害〕

高次脳機能障害*は、病気や事故などの後遺症により、注意障害や記憶障害が生じ、

これまでできていた日常生活上のことができない、感情の抑制が効かないなど、生活や社会参加に支障が生じますが、外見ではわかりにくいいため、周囲の人からは理解されにくい障害です。

高次脳機能障害及びその関連障害に関する支援については、3か所の支援拠点機関を設置し、専門的な相談支援、機能回復等のための訓練、関係機関とのネットワークの充実などを行っていますが、高次脳機能障害の診断・治療を行える医療機関は少ないため、高次脳機能障害のある人が身近な地域で必要な治療や支援を受けられるようにすることが必要です。

〔摂食障害〕

摂食障害は、拒食や過食の極端な食行動の異常と、体重に関する過度のこだわりを持つ病気で、若い女性に多い病気です。身体合併症やうつ病などの精神疾患を併発しやすく、致死率も高い疾患です。しかし、患者自身や周囲の者が病気と捉えていなかったり、患者が受診の必要性を感じず、重症化してからようやく受診に至ることがあります。また、身体・精神の両面から専門的な対応ができる医師や医療機関が少ないのが現状です。

摂食障害に関する相談や治療できる医療機関を明確にするとともに、ネットワークを構築し、身近な地域で相談や治療が受けられる体制をつくる必要があります。

〔児童・思春期精神疾患〕

児童・思春期は、身体的・心理的成長過程にある不安定な時期です。特に思春期は、統合失調症やうつ病、様々な神経症性障害の好発年齢であり、専門的な判断が重要になりますが、児童・思春期精神疾患に専門的に対応している医療機関は限られています。

〔発達障害〕

発達障害*は、自閉症*、アスペルガー症候群*、多動性障害（ADHD）*、学習障害*、チック障害などがあります。生まれつき脳の一部の機能に障害があるために興味や行動の偏り（こだわり）やコミュニケーションの障害、不注意など、それぞれの症状が現れます。

県では、発達障害者支援センターを2カ所設置して相談等に応じるとともに、平成29年には、発達障害の支援（診療等を含む。）に関する情報の共有や緊密な連携、体制整備等について検討する発達障害者支援地域協議会を設置しています。

増加している相談に対して、支援を行う人材や機関はまだ不足している状態であり、発達障害に関する知識を有する人材の養成と確保等が必要です。また、学習の遅れや行動の異常などから発達障害が疑われる児童などに対して、早期に適切な治療や支援につなげるため、教育機関と医療機関、相談支援機関との連携が必要です。

〔てんかん〕

てんかんは、意識障害やけいれんなどのてんかん発作を繰り返して起こす病気です。

原因や症状は様々で、乳幼児から高齢者までどの年齢層でも発症する可能性があります。

てんかんは、多くの場合、薬の服用などによって発作を抑えることが可能なため、治療を継続することで生活上の支障を除くことができますが、一部発作が抑えられないなどの難治性の患者がいます。

てんかんに関する相談や治療できる医療機関を明確にするとともに、ネットワークを構築し、身近な地域で相談や治療が受けられる体制をつくる必要があります。

〔精神科救急〕

県では、精神症状の急激な悪化などの緊急時に適切な精神科医療を受けられるよう、「千葉県精神科救急医療システム*」を実施・運営しており、基幹病院を設置するとともに、輪番体制で空床を確保しています。精神科救急情報センター*では、夜間・休日における精神科医療機関への受診相談を受け、必要に応じて、基幹病院や輪番病院への受診調整を行っています。

〔身体合併症〕

身体と精神の両疾患を有して入院が必要な場合、身体疾患を診る科と精神科のどちらで入院を受け入れるかで入院先がなかなか決まらない場合が少なくありません。精神疾患と身体疾患を併発する患者に対応できる総合病院精神科の重要性は増していることから、「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」を整備し、協力病院を登録しています。

〔自殺対策〕

全国の自殺者数は、平成10年から3万人超えで推移してきましたが、平成24年に3万人を下回り、平成29年には2万1,321人となりました。本県でも1,300人前後を推移していたものが平成29年には985人と減少したものの、依然として高い水準にあります。

自殺対策は、千葉県自殺対策推進計画に基づき、保健・教育・労働など総合的に取り組む必要があります。

〔災害精神医療〕

災害時精神医療は、東日本大震災以降、発災直後から被災地に入って精神科医療活動を行う災害派遣精神医療チーム*（以下「DPAT」という。）の体制整備が進められ、本県では、DPAT研修を27年度から開催しています。

今後、当県が被災する場合や派遣が長期に渡ることを想定し、DPATを増やすとともに、他の医療救護チームと共に活動できるよう、スキルアップしていく必要があります。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

精神疾患の循環型地域医療連携システム*（多様な精神疾患等に対応できる医療連携システム）は、県民が身近な地域で、質の高い精神科医療を受けることができるよう、かかりつけ医、精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科、一般の医療機関、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所などによる連携により構築します。また、市町村や健康福祉センター（保健所）、精神保健福祉センター、学校保健、産業保健などによる、精神保健相談の窓口の周知や精神保健福祉に関する知識の普及などの予防対策も含まれます。

内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局等は、日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握し、診療の他に健康管理上のアドバイスなども行うことから、精神疾患を早期に発見し、精神科医の紹介や、初期治療などを行います。精神科のかかりつけ医は、患者の病状に応じて適切な治療を行います。

精神科救急医療体制においては、休日及び夜間を含めて、精神症状の急変などにより、早急に適切な医療を必要とする患者等の相談に応じ、適切な医療サービスを提供します。なお、精神科救急医療機関は、全て全県（複数圏域）対応型連携拠点病院と位置付けています。

精神科病院等は、精神疾患の状態に応じて、薬物療法を中心として、精神療法、作業療法、精神科デイ・ケアなどのリハビリテーションプログラム・家族教育などを適宜行い、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供します。

社会復帰に向けては、訪問看護ステーションや訪問薬剤管理指導等対応薬局*、精神科医、看護師、作業療法士*、精神保健福祉士等といった多職種チームによるアウトリーチ（訪問支援）*の提供により、地域生活や社会生活を支えます。

また、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所等は、精神科医療機関などとの連携により、精神障害のある人の地域生活持続のための支援や復職・就労支援を行います。

精神科を有する総合病院や、一般の医療機関の内科医等と精神科病院や精神科診療所の精神科医師が連携を図ることにより、生活習慣病などの身体疾患を合併している精神疾患患者についての治療を行います。

救命救急センター*や一般の救急医療機関においては、精神科リエゾンチーム*により、自殺未遂者の診療を行うことを促進します。

地域精神科医療機関（病院・診療所）は、精神科のかかりつけ医として、患者の病状に応じて適切な治療を行うとともに、患者の地域生活を支えるため地域の機関と連携を図ります。

地域連携拠点医療機関は、かかりつけ医の役割に加えて、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保します。

また、二次保健医療圏内の病院・診療所間等の連携を推進し、情報収集発信や人材育成に取り組み、地域の拠点としての機能を果たします。さらに、地域精神科医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

都道府県連携拠点医療機関は、県内の病院間等の連携を推進し、情報収集発信や人

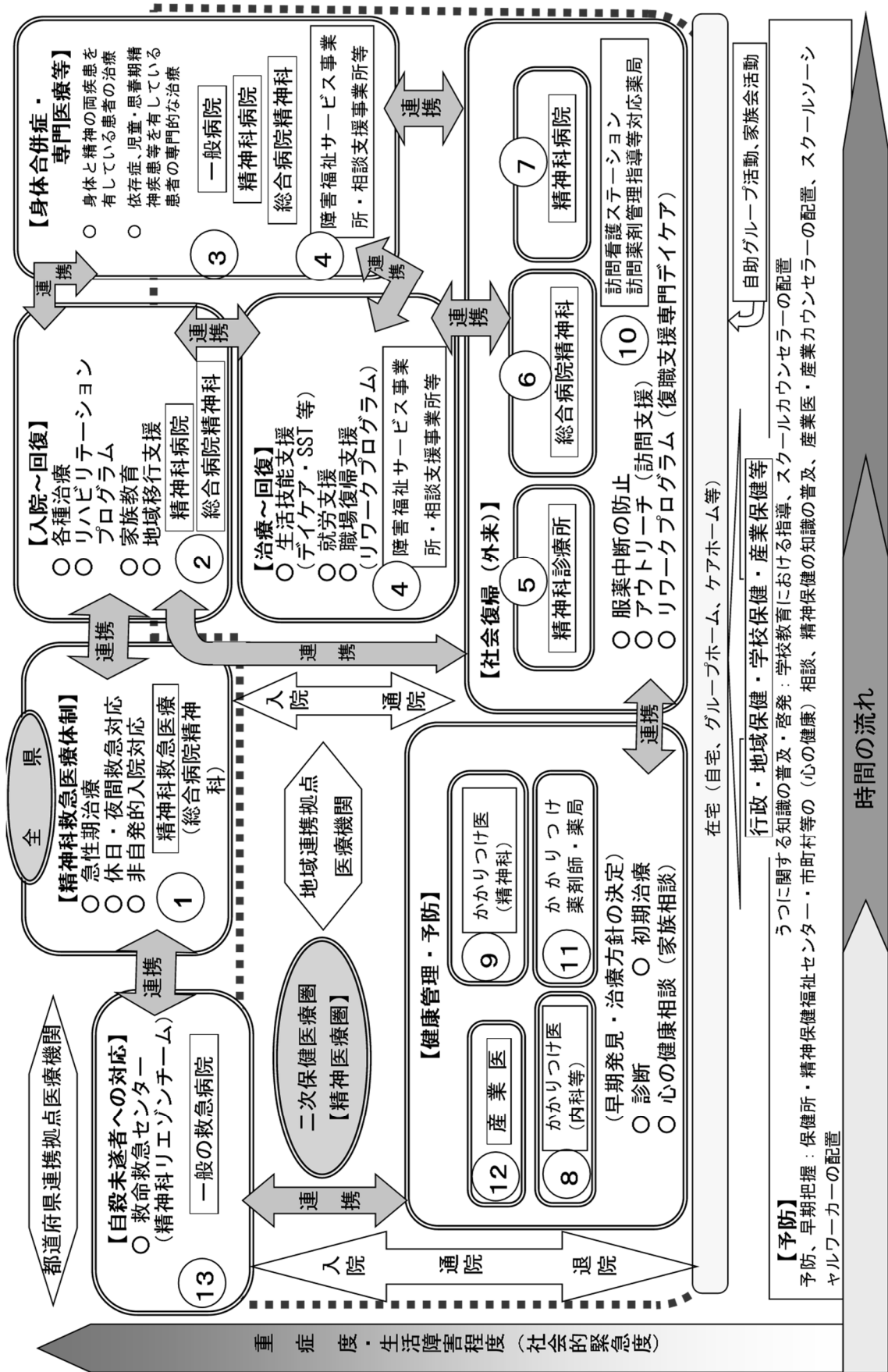
材育成を行うとともに、地域連携拠点医療機関の支援を行い県の拠点としての機能を果たします。さらに、地域連携拠点医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行います。

精神保健福祉センターは、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携を円滑に実施するため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助を行います。

県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努めます。また、圏域ごとの医療連携状況や圏域間の連携状況の把握に努めます。

循環型地域医療連携システムのイメージ図（多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制）



（ウ）施策の具体的展開

- 統合失調症、気分（感情）障害、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にした上で、精神医療圏域内の医療連携による支援体制の構築を目指します。
- 精神医療圏は、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担と医療連携を推進するための単位として設定するもので、二次医療圏に一致するように設定します。

〔統合失調症〕

- 難治性統合失調症を有する患者に対しては、治療抵抗性統合失調症治療薬（クロザピン*など）等の専門的治療により地域生活へ移行する患者が増えていることから、精神科病院と血液内科等を有する医療機関とのネットワークを構築し、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用の普及を進めます。それにより、長期入院患者の地域移行の進展と平均在院日数の短縮化を図ります。

〔気分（感情）障害〕

- 本人や周囲の者がうつ症状に早い段階で気づくことができるよう、メンタルヘルスに関する知識の普及啓発を行います。また、気軽に相談できる窓口についても併せて周知します。普及啓発は、広く県民に対して、パンフレット等の配布や講演会を開催します。また、学校や職場などに対しても同様に啓発を行い、教育・労働関係機関とも連携して、不適応やいじめなどによる孤立化防止やワークライフバランスの改善などに取り組みます。
- うつ病等からの回復のためには、認知行動療法*やリワーク・プログラム（復職支援専門デイケア）*の実施などにより対応できる医療機関を明確にします。うつ病等による休職者に対しては、円滑な職場復帰等が行われるよう、精神科等のかかりつけ医と産業医*等の産業保健スタッフとの連携の強化に取り組んでいきます。

〔依存症〕

- 依存症については、精神保健福祉センターにおいて、薬物依存症に関する治療・回復プログラム、ギャンブル依存症に関する専門相談を継続して行います。また、依存症者に対する支援を行う人材を養成するために、市町村や相談機関等の職員を対象とした研修を実施します。そのほか、家族向けの講演会等を開催する等依存症対策を推進していきます。

〔高次脳機能障害〕

- 高次脳機能障害及びその関連障害に対しては、3カ所の支援拠点機関を中心に、高次脳機能障害に対する普及啓発を行い、早期に専門的な相談支援・訓練につながるよう努めるとともに、地域におけるネットワークの拡大・強化に取り組んでいきます。

〔摂食障害〕

- 摂食障害については、摂食障害治療支援センターにおいて、専門的な相談支援、適切な治療、他の医療機関の医師等への指導助言・研修を行い、身近な地域の医療機関で摂食障害治療を受けられる体制づくりを目指します。また、教育機関と連携し、摂食障害の予防や早期発見・早期受診につながるよう努めます。

〔児童・思春期精神疾患、発達障害、てんかん〕

- 児童・思春期精神疾患、発達障害、てんかんといった専門的な治療を行える医療機関が少ない疾患については、専門的に治療を行っている機関を中心とした広域的な医療ネットワークをつくり、専門的機関から助言・指導等を得ることによって、身近な地域の医療機関で治療を受けられる体制づくりを目指します。

〔精神科救急〕

- 精神科救急医療については、病院の協力を得て、精神科救急基幹病院や精神科救急輪番病院の拡大などにより緊急時に対応できる空床を増やすよう努め、夜間休日に身近な地域で必要な医療を受けられるよう努めます。

〔身体合併症〕

- 身体合併症を有する精神疾患救急患者については、「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」に基づき、引き続き協力病院の増加に努めるとともに、身体疾患に対応できる病院との連携を進めます。
- 千葉県精神科医療センターと千葉県救急医療センターを統合して（仮称）千葉県総合救急災害医療センターを整備し、身体・精神科合併救急患者への対応を強化します。

〔自殺対策〕

- 自殺対策については、自殺対策強化月間などにおいて県民の自殺に関する理解を促進するとともに、相談支援機能を強化し、相談窓口の一層の周知を図ります。また、自殺の危険性の高い人やうつ状態にある人の早期発見、早期対応を図るため、自殺の危険やうつ症状を示すサインに気付き、適切に対応することができる「ゲートキーパー*」の役割を担う人材の養成を行います。
- 自殺未遂者について、救命救急センターや一般の救急医療機関においては、精神科リエゾンチームによる診療や精神科医療機関との連携体制を整備します。
- 自死遺族に対しては、各種支援情報の提供を推進するとともに、自死遺族の心理的影響を和らげるための活動を行う団体を支援するなど、遺族支援に取り組みます。
- 自殺対策は、保健・医療・福祉・教育・労働・警察・民間団体等の様々な分野の機関や団体による総合的な推進が必要であることから、連携して自殺対策に取り組みます。

〔災害精神医療〕

- 災害時の精神医療については、D P A Tの複数チームの派遣または中長期の活動が可能となる体制を整備するため、D P A T養成研修を継続的に開催し、チーム数を増やします。また、構成員の資質向上のためフォローアップ研修や、災害時に迅速かつ適切な支援活動が行えるよう、消防や他の医療チームとの合同訓練に参加します。
- 新たに整備する（仮称）千葉県総合救急災害医療センターでは、D M A T、D P A Tを同一病院内で運用できる機能を生かして身体・精神両面にわたる包括的な災害医療を提供します。
- 精神科病院に対しては、災害時に備えた体制等を検討・整備するよう指導していきます。
- 上記の施策に取り組むとともに、医療圏ごとに各疾患等に対応している医療機関の明確化や、各医療圏及び県全体での協議の場を通じて、多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築を図ります。

（エ）施策の評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
精神科救急基幹病院数※1	1 2 病院 (平成29年7月)	1 2 病院 (平成32年度) 1 4 病院 (平成36年度)
精神科救急身体合併症に対応できる施設数※2	5 病院 (平成29年7月)	5 病院 (平成32年度) 6 病院 (平成36年度)
救命救急センターで「精神科」を有する施設数	1 3 箇所 (平成28年度)	1 4 箇所 (平成35年度)
治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数	7 病院 (平成26年度)	1 3 病院 (平成32年度) 1 8 病院 (平成36年度)

※1 精神科救急入院料算定認可医療施設数として、精神科医療センターを含む

※2 身体疾患合併症対応協力病院運営要領に基づき登録した医療機関数

指 標 名	現 状	目 標
精神疾患の訪問看護を実施している医療機関数（認知症を除く）	139 （平成29年6月）	143 （平成32年度） 147 （平成36年度）
グループホーム等の定員（グループホーム、生活ホーム、ふれあいホームの定員）	4,712人 （平成28年度）	5,900人 （平成32年度）

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人数	8人 （平成27年度）	30人 （平成32年度） 50人 （平成36年度）
地域移行・定着協力病院数	11病院 （平成29年7月）	26病院 （平成32年度）
統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	0.24% （平成26年度）	0.98% （平成32年度） 1.5% （平成36年度）
精神疾患の訪問看護利用者数（認知症を除く）	3,408人 （平成29年6月）	3,437人 （平成32年度） 3,498人 （平成36年度）

〔成果（アウトカム）〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数* （精神病床）	325.1日 （平成27年度）	298日 （平成32年度） 274日 （平成36年度）

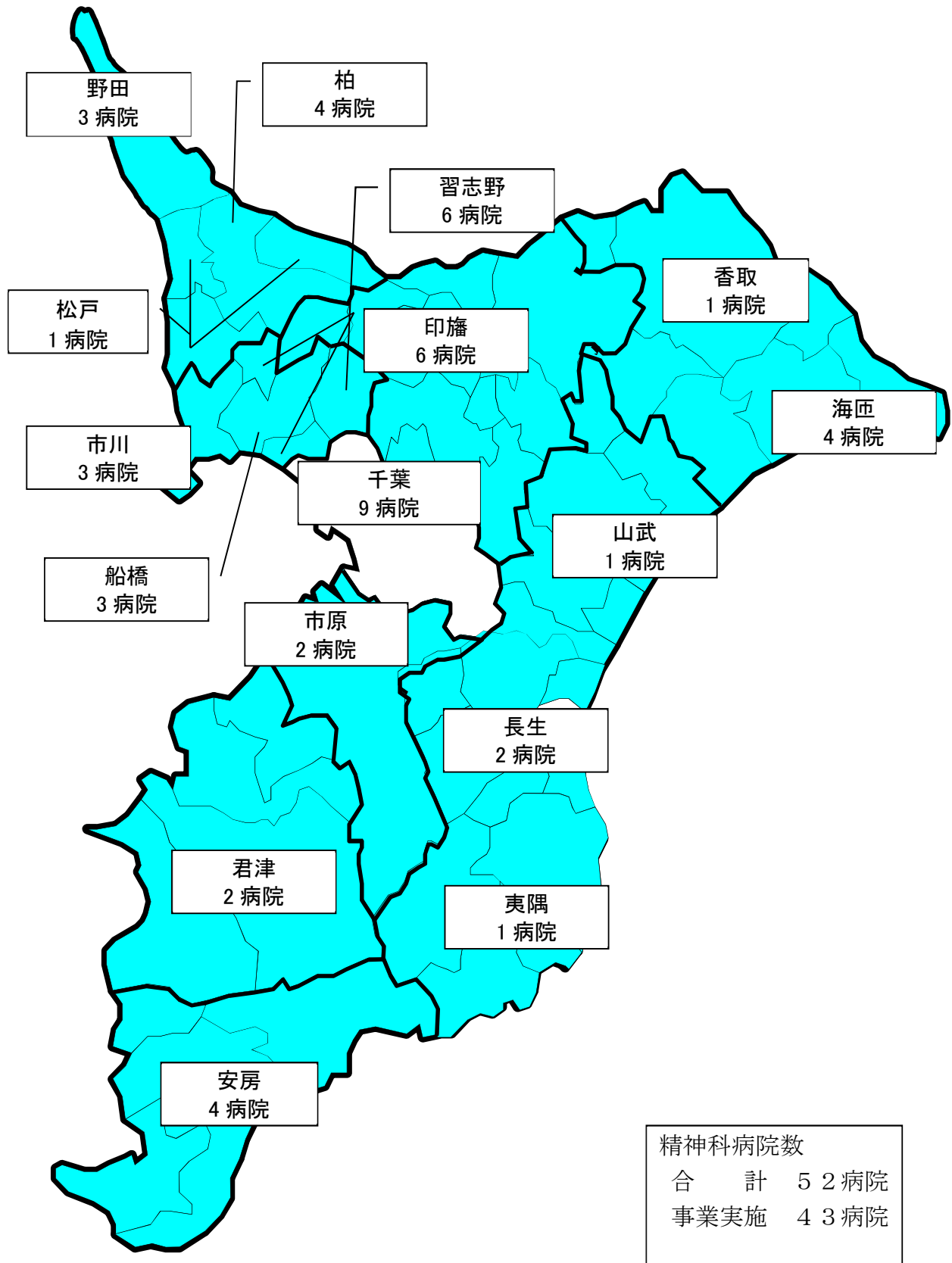
指 標 名	現 状	目 標
在院期間5年以上、かつ65歳以上退院者数	1月あたりの退院者数 20人 (平成28年度)	33人 (平成32年度) 49人 (平成36年度)
精神病床における急性期(3ヵ月未満)入院需要(患者数)	1,783人 (平成26年度)	1,823人 (平成32年度) 1,821人 (平成36年度)
精神病床における回復期(3ヵ月以上1年未満)入院需要(患者数)	1,423人 (平成26年度)	1,507人 (平成32年度) 1,555人 (平成36年度)
精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	6,329人 (平成26年度)	5,510人 (平成32年度) 4,017人 (平成36年度)
精神病床における慢性期入院患者(65歳以上患者数)	3,282人 (平成26年度)	3,058人 (平成32年度) 2,227人 (平成36年度)
精神病床における慢性期入院患者数(65歳未満患者数)	3,046人 (平成26年度)	2,452人 (平成32年度) 1,790人 (平成36年度)
精神病床における入院需要(患者数)	9,535人 (平成26年度)	8,840人 (平成32年度) 7,393人 (平成36年度)

指 標 名	現 状	目 標
地域移行に伴う基盤整備量 (利用者数)	-	1, 104人 (平成32年度) 2, 760人 (平成36年度)
地域移行に伴う基盤整備量 (65歳以上利用者数)	-	627人 (平成32年度) 1, 521人 (平成36年度)
地域移行に伴う基盤整備量 (65歳未満利用者数)	-	477人 (平成32年度) 1, 239人 (平成36年度)
精神病床における入院後3か月 時点の退院率	69% (平成26年度)	72% (平成32年度)
精神病床における入院後6か月 時点の退院率	85% (平成26年度)	88% (平成32年度)
精神病床における入院後1年時 点の退院率	90% (平成26年度)	93% (平成32年度)
自殺死亡率 (人口10万対)	18.6 (平成26~28年平均)	13.0 (平成36~38年平均)

図表 2-1-1-2-5-1-4 千葉県内の精神科救急医療圏域及び救急医療施設



図表 2-1-1-2-5-1-5 精神障害者地域移行支援事業実施状況



※平成29年4月現在

イ 認知症

(ア) 施策の現状・課題

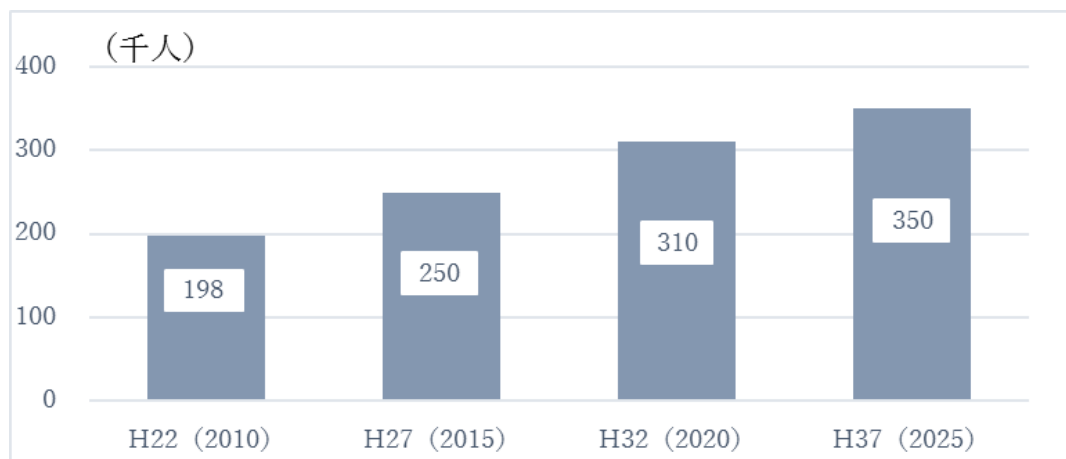
認知症の出現率は、加齢に伴って高まることから、平均寿命の延伸に伴い増加し、認知症高齢者数は平成27年の約25万人から平成37年には約35万人に増加すると見込まれています。また、85歳以上では半数以上に認知症の症状が見られるとの研究報告もあり、誰もが介護者等として認知症にかかわる可能性があるなど、身近な病気であると言えます。

そのため、認知症対策は、単に認知症の人やその家族への支援だけではなく、長寿社会に対する県民自身の意識向上や、認知症予防に向けた日々の取組等、超高齢社会における総合的な対策が必要となります。

また、認知症の初期の段階から終末期に至るまで、疾患の進行とともに大きく変化する症状やケアのニーズに応じて、医療と介護が連携した適切な相談支援とケアマネジメントが連続的に行なわれることが重要です。

図表2-1-1-2-5-2-1 認知症高齢者の将来推計（千葉県）

新オレンジプランにおける認知症高齢者数平成37年全国値約700万人に対応する将来推計※



※平成27年以前の人口は総務省統計局「国勢調査結果」による実績値

※平成32年、37年の人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」による推計値

※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働省科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）による認知症有病率（「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）厚生労働省老健局平成27年1月より」に本県の65歳以上の高齢者数を乗じて推計

〔発症予防・早期発見〕

正常と認知症の中間に当たる状態であるMC I（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害*）は、認知機能（記憶、遂行機能、注意、言語、視空間認知）に低下が生じてはいますが、日常生活は自立している状態です。

MC Iに気づき、対策を行うことで認知機能の改善や認知症の発症を抑制できる可能性があります。

現状では、認知症の発症を完全に防ぐことは困難ですが、原因疾患によっては、介

護予防にもつながる生活習慣病の治療、食生活の見直しなど、定期的な運動や趣味活動による脳の活性化を図ることなどで、認知症の予防、発症や進行を遅らせることも期待されており、県民一人ひとりの生活習慣の改善や健康づくり等の取組をいかに持続させるかが重要となっています。

認知症は、早期に発見し、生活環境の調整や介護の工夫等、適切な対応をすることによって、徘徊、暴力、昼夜逆転等の症状（行動・心理症状（BPSD）*）を抑え、認知症になってもその人らしく生きることができると言われています。

認知症の初期症状は、注意深く観察しないと加齢による症状と見分けがつきにくいものであるとともに、本人やその家族が受診を躊躇したり、世間体を気にして隠したりすることにより、発見と対応が遅れることがあります。

本人やその家族が認知症を疑ったとき、まずどこに相談すればよいか、どこの医療機関を受診すればよいかという情報を、誰でも容易に得られるようにすることが求められています。

〔若年性認知症〕

若年性認知症は、65歳未満での発症により、就労や生活費等の経済的、精神的負担が大きい一方で社会的理解が乏しく支援体制も十分に整っていない現状にあることから、若年性認知症に対する社会的理解を深め、若年性認知症の人やその家族に対する支援体制を整える必要があります。

さらに、患者や親等の介護が重なり、複数介護になったり、子育て等が重なる可能性があることから、様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく必要があります。

〔入退院時からの地域生活への支援〕

身体合併症を伴う認知症の人が医療機関に入院する際、入院生活に慣れるまでに時間がかかることや、患者が入院の必要性を理解できないことなどにより、入院治療が困難になる場合があります。受診・入院治療の受け入れや、症状に即した治療や看護を行うため、認知症に関する正しい知識に基づく対応ができる人材の育成支援が必要となります。

極めて重篤な行動・心理症状（BPSD）により、一時的に精神科での対応が必要となる場合がありますが、精神科で対応すべきBPSDは、3か月程度で軽快することが多いといわれることから、入院にあたっては入院目的を明確にするとともに、入院時から在宅復帰を念頭において退院後の受け入れ先の確保や家族との調整等を行うことが重要です。

また、認知症の進行に伴い、治療とともに介護が中心となることを考えると、地域の中核的な病院の支援体制のもとで、医療機関や介護施設、訪問看護ステーション*、居宅介護サービス事業所等、多様な地域資源が連携し、役割分担をしながら、地域での生活を支える仕組みが求められています。

〔認知症の進行と看取り支援〕

認知症対策は、認知症の人やその家族の視点に立ち、各関係機関が連携して取り組

んでいくことが必要です。

認知症の症状が進むと、身体状況や自分の思い等を周囲にうまく伝えられなくなることがあります。そのため、認知症が進行する前に、早期に身体や口腔機能等を確認し、必要に応じた治療や補聴器等の補助器具・義歯等を作成するほか、終末期の過ごし方を家族や身近な人と話し合っておくこと等が重要になります。

終末期における看取り支援では、尊厳を保ちながら最期まで自分らしく生きられるよう、認知症の人やその家族の意思を尊重する必要があります。判断能力の回復が見込めない状況になっても患者の価値観を尊重し、希望する人生の最終段階における医療や介護等を受けることができるように、自らの意思を表明できない状況になる前に、延命を目的とした医療処置の希望について、かかりつけ医*や家族など身近な人と十分に話し合っておくことが必要です。

(イ) 循環型地域医療連携システムの構築

認知症の循環型地域医療連携システム*は、県民が、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活し続けられるよう、在宅生活を維持するための医療機関、鑑別診断*や専門医療相談ができる医療機関、行動・心理症状（B P S D）が悪化した場合や身体疾患のある認知症患者の入院対応ができる医療機関等の各機関に加え、地域包括支援センター*や介護サービス事業所等の総合的な連携により構築します。また、行政等による認知症に関する正しい知識の普及・啓発といった日常生活支援対策も含まれます。

かかりつけ医は、認知症の可能性について判断するとともに、認知症疾患医療センター*等の専門医療機関による鑑別診断とその治療計画等に基づき、地域包括支援センターや介護支援専門員*等と連携して日常の診療を行います。また、B P S Dや身体疾患により、認知症の人が入院した場合、在宅復帰に向けた退院支援に協力し、退院後は、専門医や地域の介護サービス事業所等と連携をとりながら引き続き療養支援を行います。

認知症サポート医*は、かかりつけ医に対して認知症治療に関する助言を行うとともに、専門医療機関や地域包括支援センター*等との連携の推進役となります。

認知症疾患医療センターは、かかりつけ医等から紹介・相談を受けて、認知症の鑑別診断や専門医療相談を行うとともに、B P S Dや身体合併症に対する急性期*治療を実施するほか、地域の保健・医療・介護関係者との連携を図り、認知症の保健医療水準の向上を図ります。

訪問診療*を行う医療機関は、通院が困難な人や、病気の認識がなく医療機関への受診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活をふまえた診療を行います。

市町村が設置する認知症初期集中支援チーム*は、複数の専門職が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行います。

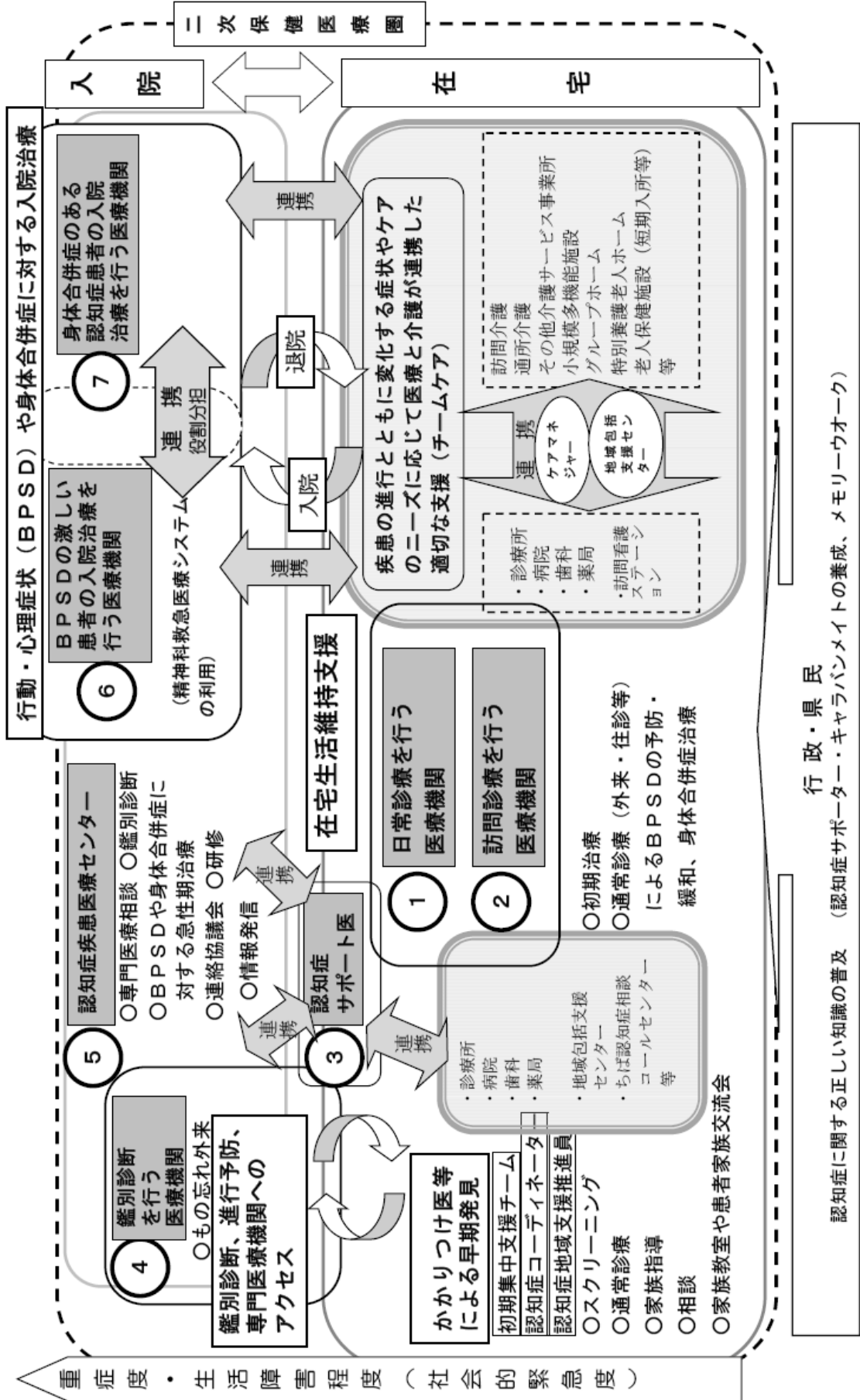
B P S Dや、認知症の人の身体疾患が悪化した場合、一時的に入院治療を行う入院

医療機関は、かかりつけ医等の地域の医療機関や認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携を図り、できる限り短い期間での退院を目指します。

地域における認知症支援体制の構築を推進するため、「千葉県認知症コーディネーター*」を養成します。千葉県認知症コーディネーターは、国により市町村に必置とされている「認知症地域支援推進員*」として活動することができます。

認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができるよう、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート*」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者の連携を図ります。

認知症の循環型地域医療連携システムのイメージ図



(ウ) 施策の具体的展開

a. 認知症に対する正しい理解の普及・啓発とやさしいまちづくりの推進

[本人、家族、地域住民の理解促進]

- 認知症に対する正しい理解を持つ認知症サポーター*の養成や活用、サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイト*の養成、さらには認知症メモリーウォーク*等を通じて、地域住民、学校、企業等への認知症の正しい理解の普及啓発を進めます。
- 行政や保険者による健康診断等の自覚症状・セルフチェック項目に、初期症状の把握等、早期発見のための項目を盛り込むことを検討するとともに、早期受診につながるよう、受診可能な医療機関等の情報収集・整理及び情報提供の促進を図ります。
- 認知症の人や介護者に対し、地域包括支援センターと連携した家族交流会や若年・本人のつどいを開催し、認知症の知識、精神面での支援等を図ります。

b. 認知症予防の推進

[介護予防、自立支援及び重度化防止の推進]

- 市町村が行う介護予防、自立支援及び重度化防止の取組を支援するため、先進的な取組を集積し、情報提供や研修会を行います。
また、介護予防市町村支援検討会議により予防事業の評価・推進を図ります。
- モデル市町村に対し、アドバイザーを派遣し介護予防のための地域ケア個別会議の立ち上げを支援します。
このモデル的な取組で得られた成果をもとに、効果的な介護予防が実施されるよう、市町村支援に努めます。
- 市町村の一般介護予防事業を総合的に支援できるリハビリテーション職を育成するための研修を行います。
- 認知症の早期発見・早期対応に向け、本人や家族が認知症に気づくきっかけの一助とするため、認知症チェックリストを作成・配布します。

[介護予防の推進に資する人材の養成]

- 生活習慣病予防対策として重要な特定健診*・特定保健指導*に従事する人材を育成するため、研修会を行います。
- 第3次食育推進計画に基づき、高齢期の生活習慣病や低栄養*予防、健康づくりのための食育を推進するため、高齢期の食育に携わる専門職及び地域ボランティアの人材育成を行います。

[健康づくりと認知症予防の普及啓発]

- 要介護・要支援にならないよう、早期からの予防につながるロコモティブシンドローム（運動器症候群）*等の予防や、口腔ケア*の大切さと口腔の状態と健康との関係に関する知識等について、ホームページ等を活用した普及啓発を行います。

- 運動だけではなく認知課題（頭の体操）を加え、認知機能維持向上に役立つ運動「コグニサイズ*」の普及啓発を図ります。

c. 早期診断と適切な医療・介護連携体制の整備、多職種協働の推進

〔かかりつけ医、認知症サポート医の診療体制の整備〕

- かかりつけ医に対して認知症診断の知識・技術等を習得するための研修会を開催し、早期の段階において適切な対応が図られるよう支援します。
- 認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言・支援を行うとともに、専門医療機関や市町村等との連携の推進役となる認知症サポート医を、県医師会と連携しながら養成し、認知症の早期発見・早期治療等の医療体制の充実を図ります。

〔多職種のネットワークや継続的で一貫した相談支援体制の構築〕

- 認知症の人の支援も含めた包括的な支援体制を構築するため、地域包括支援センターの機能強化等を図ります。
- 専門医療相談や、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症や行動・心理症状（BPSD）への急性期対応、かかりつけ医への研修、地域包括支援センターや介護サービス事業所等と連携した生活支援等を行う認知症疾患医療センターについて、二次保健医療圏に1か所以上の配置を図り、相談・支援体制の充実を図ります。
- 認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者の連携を図ります。
- 地域における認知症支援体制の構築を推進するために、「千葉県認知症コーディネーター」を養成します。また、「千葉県認知症コーディネーター」と「認知症地域支援推進員」が医療・福祉・介護・行政等の関係者と協力しながら、関係者のネットワーク構築や調整、地域資源情報の提供などを行うことができるよう資質の向上を図ります。
- 複数の専門職が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域ごとに作成される認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れである「認知症ケアパス」等が有効に機能するよう市町村を支援します。
- 認知症の人とその家族の支援には、様々な専門職による連続的かつ包括的な支援が必要であることから、各専門職の研修の実施を進めます。

〔中核症状、行動・心理症状（BPSD）への対応〕

- 中核症状の進行抑制やBPSDの出現予防、緩和を図り、適切な医療やケアの提供及び環境調整が行われるよう、医療体制の充実を図るとともに、医療や介護サービス等の効果的な組み合わせによる支援体制づくりを進めます。
- アルツハイマー型認知症の場合、中核症状については、適切な薬物療法により、

記憶力低下の進行を遅らせることが可能と言われており、早期発見・早期診断が重要なため適切な診療を早期から受けられるよう、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発を進めます。

また、MC Iや認知症の初期段階におけるリハビリテーションが有効とされていることから、本人の生活情報を重視した多職種協働によるリハビリテーションの普及等の施策を検討します。

- B P S Dについては、地域のかかりつけ医等による外来診療や往診*による投薬管理を含めた適切な医療を提供することにより、その軽減を図ることができると言われており、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発や研修の充実を図ります。
- また、B P S Dは、環境調整を行ったり、ケアの対応を変えたりすることで症状が大きく改善されると指摘されており、本人を中心にとらえた課題分析とケアが実践され成果を挙げているため、認知症の人に関わる多職種のスタッフがこれらの手法を活用し、B P S Dを重症化させない予防的な取組に係る施策を推進します。

〔激しい行動・心理症状（B P S D）を伴う認知症患者への対応〕

- 激しいB P S Dは、3か月程度で軽快することが多いと言われていたため、医療機関と介護施設の連携体制の構築を支援するとともに、退院時の一時的な受け入れ先としての施設機能の検討や、施設職員の認知症対応能力の向上を図り、早期在宅復帰を促進します。

d. 認知症支援に携わる人材の養成

〔認知症への対応〕

- 多職種のスタッフが連携してチーム支援を行えるよう、人材の養成や、病院・施設内等において活動しやすい環境づくりを促進します。
- 早期の段階における診断、治療と適切な対応が図られるよう、認知症サポート医の養成及びかかりつけ医、病院勤務の医療従事者、歯科医師・薬剤師・看護職員向け認知症対応力向上研修を行います。

〔身体合併症（行動・心理症状（B P S D）を伴う場合を含む）への対応〕

- 精神科リエゾンチーム*による診療協力など、身体合併症の治療を行う医療機関と、B P S Dの治療を行う医療機関が連携を図り、役割分担しながら治療にあたることのできる体制の構築を促進します。

e. 本人やその家族への支援

〔認知症の人やその家族の視点の重視〕

- 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など、患者やその家族の視点を重視した取組を進めていきます。

〔認知症の人やその家族への支援〕

- 在宅においては認知症の人の最も身近な家族など、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や、介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進します。
- 地域の実情に応じて、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人やその家族が集う取組について市町村へ普及を促進します。
- 「ちば認知症相談コールセンター*（電話番号：043-238-7731）」を設置し、電話相談に加え面接相談を実施します。

〔終末期における看取りの支援〕

- 認知症の人の痛みや苦痛の感じ方、経管栄養等の医療行為の意味、どこまで医療行為を行うか、その医療行為がその後の経過にどのような影響を及ぼすか等について十分に患者やその家族に情報提供することも含め、患者の意思決定や看取りの支援を行う医療機関と看護・介護従事者等による連携体制の構築を支援します。

f. 若年性認知症施策の推進

〔若年性認知症の人やその家族への支援〕

- 当事者ととともに医療、介護、福祉、雇用の関係者が連携するネットワークの充実を図ります。
また、市町村と連携し、症状の進行に応じて若年性認知症の人やその家族が利用できる制度や地域資源の情報の整理を進めます。
- 若年性認知症支援コーディネーター*を配置し、若年性認知症に関する相談体制を整えます。
- 若年性認知症に関する実態調査を実施し、施策の充実を図ります。

(エ) 評価指標

[基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現状 (平成28年度)	目標 (平成32年度)
認知症サポーター数	359,298人 (累計) (H29.9.30 現在)	49万人 (累計) (35年度) 61万人 (累計)
認知症サポート医の養成人数	387人 (累計) (H30.2.28 現在)	500人 (累計)
かかりつけ医認知症対応力 向上研修修了者数	1,076人 (累計)	1,500人 (累計)
病院勤務の医療従事者向け認 知症対応力向上研修修了者数	1,564人 (累計)	3,700人 (累計)
歯科医師認知症対応力向上 研修修了者数	165人 (累計) (H30.2.28 現在)	1,000人 (累計)
薬剤師認知症対応力向上研修 修了者数	437人 (累計) (H30.2.28 現在)	1,900人 (累計)
看護職員認知症対応力向上 研修修了者数	—	755人 (累計)
認知症疾患医療センターの 指定箇所数	11箇所 2次保健医療圏域に1か所以上 設置 (東葛北部、南部は2か所) (H29.7.1 現在)	11箇所
認知症介護実践研修受講者数 (千葉市を除く。)	3,967人 (累計)	5,177人 (累計)

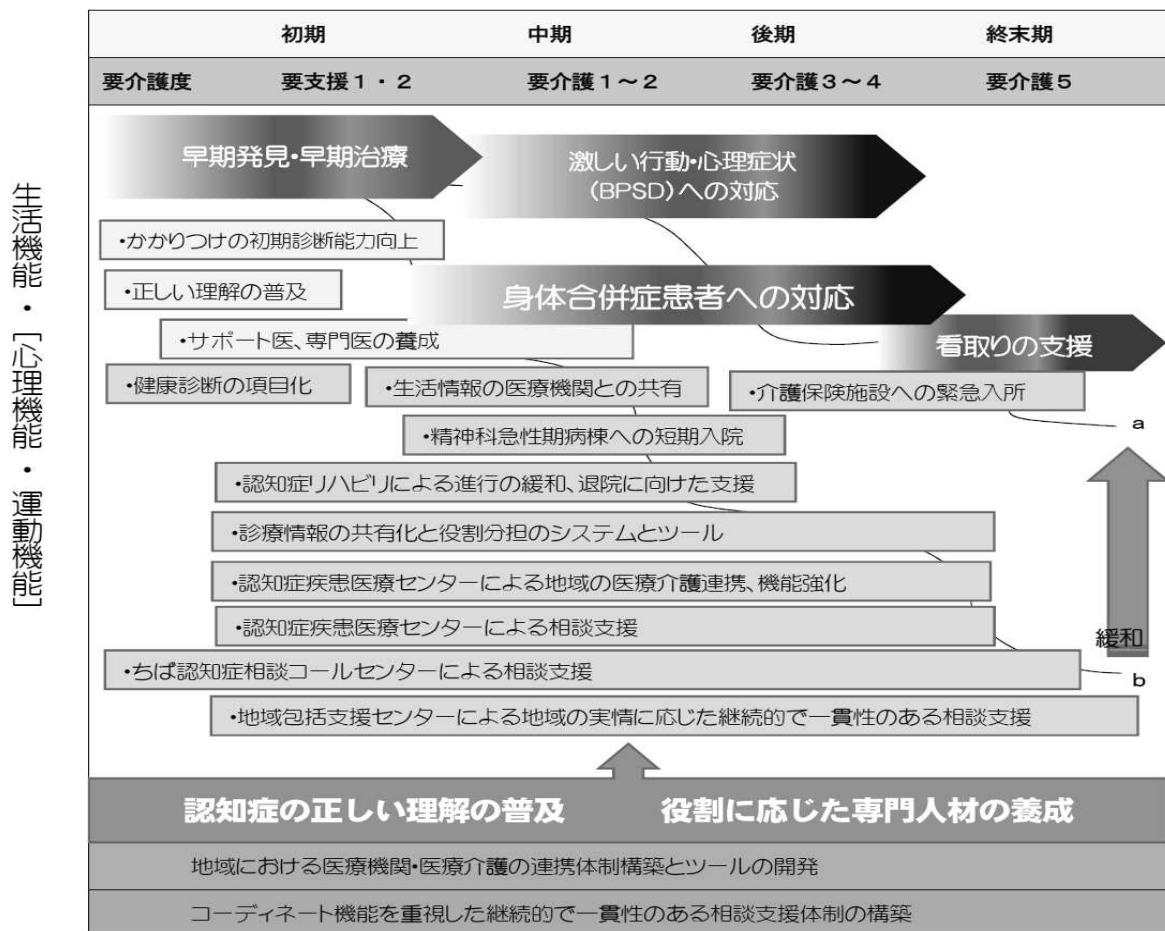
[過程 (プロセス)]

指 標 名	現状 (平成28年度)	目標 (平成32年度)
認知症疾患医療センターの 専門医療相談件数	6,916件	8,500件 (35年度) 8,900件
「千葉県オレンジ連携シー ト」の使用枚数	660枚	900枚

〔結果 (アウトカム)〕

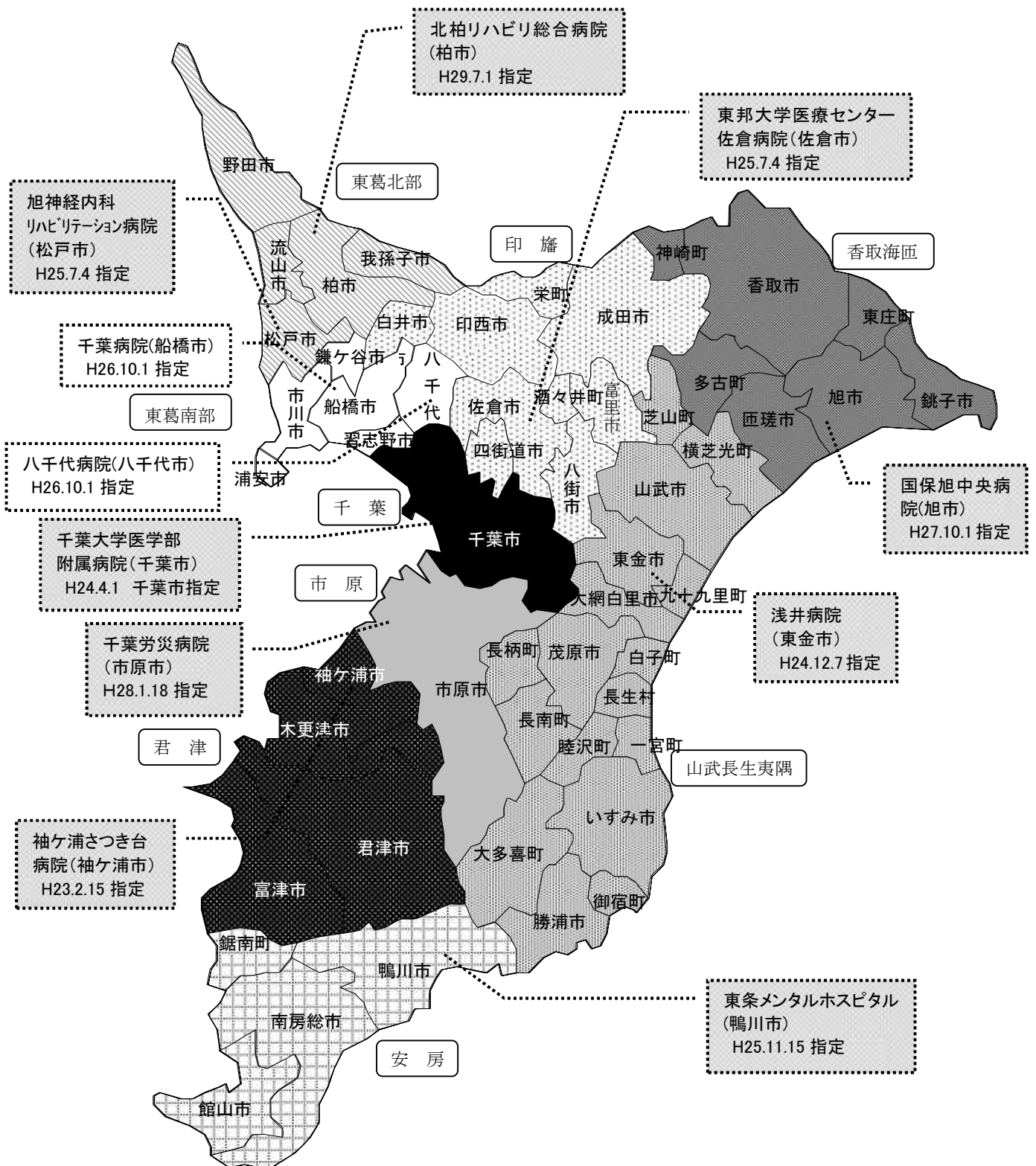
指 標 名	現 状	目 標 (平成32年度)
高齢者人口 10 万人に対する認知症の精神病床での入院患者数	191.6人 (平成26年度)	減少
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) *利用者実績 (地域密着型サービス利用状況)	6,364人/月 (平成28年度)	7,747人/月
特別養護老人ホーム利用者実績 (施設サービス利用状況)	23,224人/月 (平成28年度)	28,485人/月
認知症対応型通所介護利用実績 (地域密着型サービス利用状況)	13,390回/月 (平成28年度)	17,614回/月

図表 2-1-1-2-5-2-2 ステージごとの施策検討の方向性



図表 2-1-1-2-5-2-3 認知症疾患医療センター

H29.10.1 現在



（6）救急医療（病院前救護を含む）

（ア）施策の現状・課題

a. 病院前救護

〔メディカルコントロール体制〕

救急現場から医療機関までの搬送体制の強化や救急救命士*を含む救急隊員が行う応急処置等の質の向上など、病院前救護*体制を充実するため、千葉県では平成14年11月から千葉県救急業務高度化推進協議会を設置し、全県的なメディカルコントロール*体制について協議・調整を行っています。

なお、本県については、県内10地域に地域メディカルコントロール協議会が設置されています。

消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受入れが適切かつ円滑に行われるよう、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準*」（以下「実施基準」という。）を平成23年度から運用しています。掲載内容については、適宜、見直しを行っています。

救急救命士は、心肺停止状態などの重篤な傷病者に対し、医師の具体的な指示のもと、静脈路確保、気管挿管、薬剤投与などの救急救命処置を行うことができ、救命率の向上に大きな役割を果たすことから、救急救命士の技術・質の向上を図る必要があります。

〔AED〕

心肺機能停止患者の救命には、第一発見者など県民による速やかな一次救命処置*（BLS）が重要であり、これを踏まえ「千葉県AED*の使用及び心肺蘇生法の実施の促進に関する条例」が施行されました。しかし、AED使用率が低いことから、心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法に関する更なる普及啓発が必要です。

〔ドクターヘリ及びドクターカー〕

医師等が現場に急行し、速やかな救命医療の開始と高度な医療機関への迅速な収容により、重篤患者の救命率の向上及び後遺症の軽減を図ることを目的に、ドクターヘリ*を日本医科大学千葉北総病院（平成13年10月から）と、国保直営総合病院君津中央病院（平成21年1月から）に配備しており、その出動件数は年々増加しています。

また、救急患者の救命率向上を目的に、救急現場及び搬送途上で応急処置を行うドクターカー*が、救命救急センター*のうち7箇所を整備されています。

さらに、医師をいち早く現場に到着させ、速やかに治療を開始することを目的としたラピッドカー*が、3箇所を整備されています。

〔救急搬送件数の増加〕

救急車の搬送件数は、平成28年が310,602件と30万件を上回っており、搬送される人数は、平成28年で277,167人と増加傾向にあり、急速な高齢化に伴いこの傾向は一層強まることが予想されます。また、119番通報から医療機関に収容するまでの平均時間は、平成28年で44.1分と依然として長時間であり、救急搬送時間を短縮するための対策が喫緊の課題となっています。

また、千葉県における搬送困難事例（受入交渉回数5回以上又は現場滞在時間30分以上）の割合は、年々増加しています。この搬送困難事例を減らすため、消防機関や医療機関といった関係機関と連携を図っていくことが必要です。長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる医療機関を確保する搬送困難事例受入医療機関支援事業を千葉保健医療圏において実施しています。

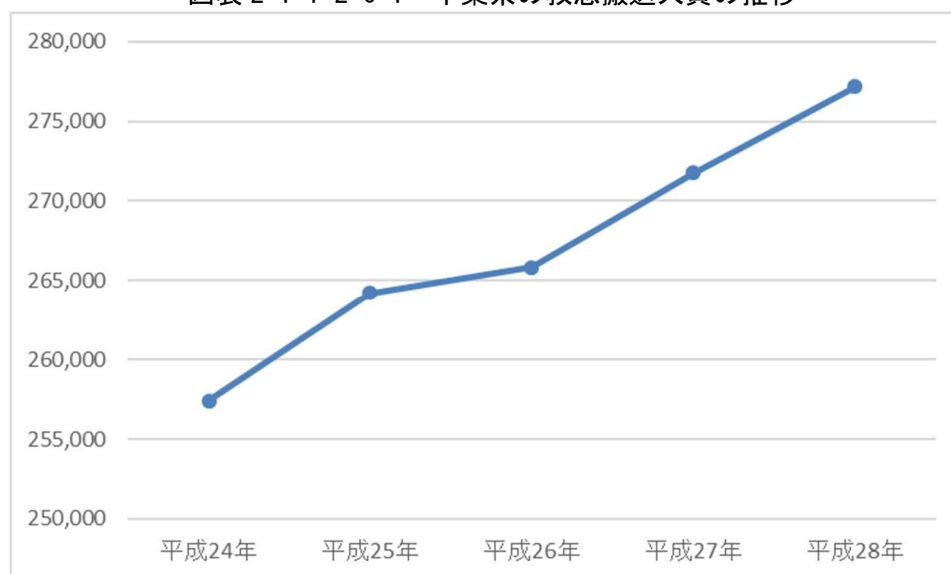
さらに、救急隊と二次及び三次救急医療*機関との間における迅速な搬送先の確保及び救急患者の円滑な搬送を図るため、救急医療機関の応需情報*の集約化と情報提供及び救急隊と医療機関との間で患者搬送支援の調整を行う救急コーディネーターを香取海匝地域に配置しています。

救急患者を迅速かつ適切な医療機関へ搬送する一助として、消防機関及び医療機関に救急医療機関等が入力した応需情報を提供するちば救急医療ネット*を運用しています。

県では、緊急性の高い潜在的な急病傷病者の早期受診の促進など大人を対象とした救急安心電話相談*を実施し、症状の緊急性や救急車の要否について判断に悩む県民に対し、医学的見地から適切に助言します。

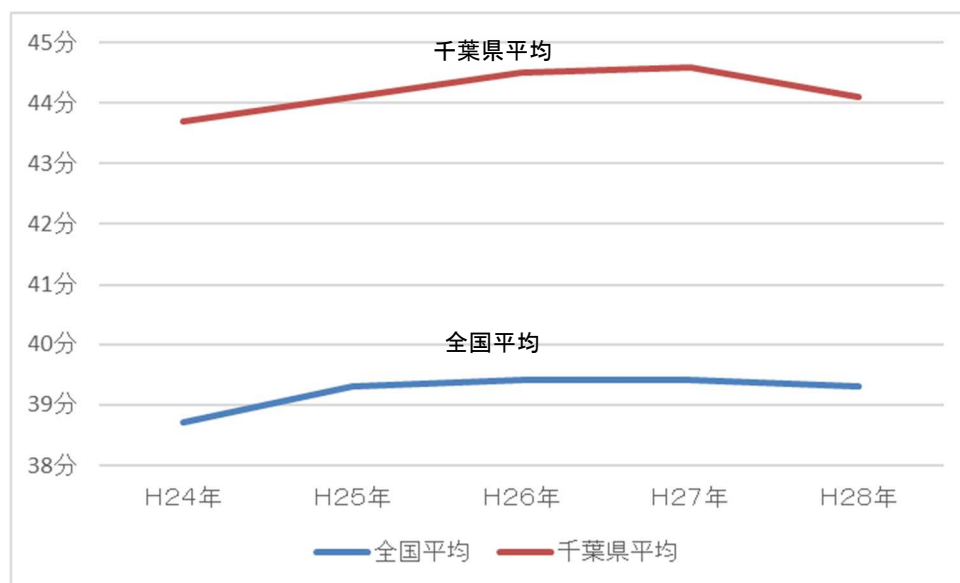
また、軽症*の患者であっても二次や三次の救急医療機関を受診する患者が多く、本来の救急患者の診療に支障をきたすこともあることから、救急医療体制の体系的仕組みや適正な利用方法について普及啓発を図ることが必要です。

図表 2-1-1-2-6-1 千葉県の救急搬送人員の推移



資料：救急・救助の現況（消防庁）

図表 2-1-1-2-6-2 千葉県の救急搬送時間の推移



資料：救急・救助の現況(消防庁)

b. 救急医療(初期～三次)

救急患者が症状の程度に応じて適切な医療が受けられるよう、初期診療を行い、手術や入院治療が必要な救急患者を二次救急医療*施設に転送する役割を受け持つ初期救急医療*、入院や手術を必要とする救急患者に対処するための後方医療施設である二次救急医療*、重篤救急患者に対して迅速な救命医療を提供する三次救急医療と、体系的な整備が図られています。

〔初期救急医療体制の推進〕

初期救急医療*体制については、市町村等が地区医師会の協力を得て行う在宅当番医制*(16地区)や夜間休日急病診療所*(22箇所)により実施しています。歯科については歯科急病診療所*(13箇所)により実施しています。

〔二次救急医療体制の充実〕

二次救急医療体制については、千葉県が認定する救急病院・救急診療所(救急告示医療機関*)や地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により休日・夜間等における救急患者の診療を受け入れる病院群輪番制*(20地区)により実施しています。

〔三次救急医療体制の整備〕

三次救急医療体制については、24時間応需体制の救命救急センター(13箇所)を整備しています。そのうち、千葉県救急医療センターは、広範囲熱傷、指肢切断等の特殊疾病患者に対する救命医療を行うために必要な診療機能を有する「高度救命救急センター*」に認定されています。

本県独自の制度として、人口規模の大きな保健医療圏及び面積規模の大きな保健医療圏等において、三次救急医療機関の補完的役割を果たす救急基幹センター*が5箇所整備されています。

平成28年の救急隊による救急患者の搬送人員277,167人のうち、死亡患者は、約1%、重症*患者は約7%、中等症*患者は約43%、入院を必要としない軽症患者が約49%を占めています。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

効果的、効率的な救急医療の充実を図るため、救急医療の循環型地域医療連携システム*では、軽い症状の患者が自ら受診する「初期救急医療機関」から中等症の場合に搬送される医療機関として「二次救急医療機関」、重症な場合に搬送される「三次救急医療機関」とその機能の一部を補完する「救急基幹センター」に速やかに移行できるよう、機能分担と連携の明確化を図ります。

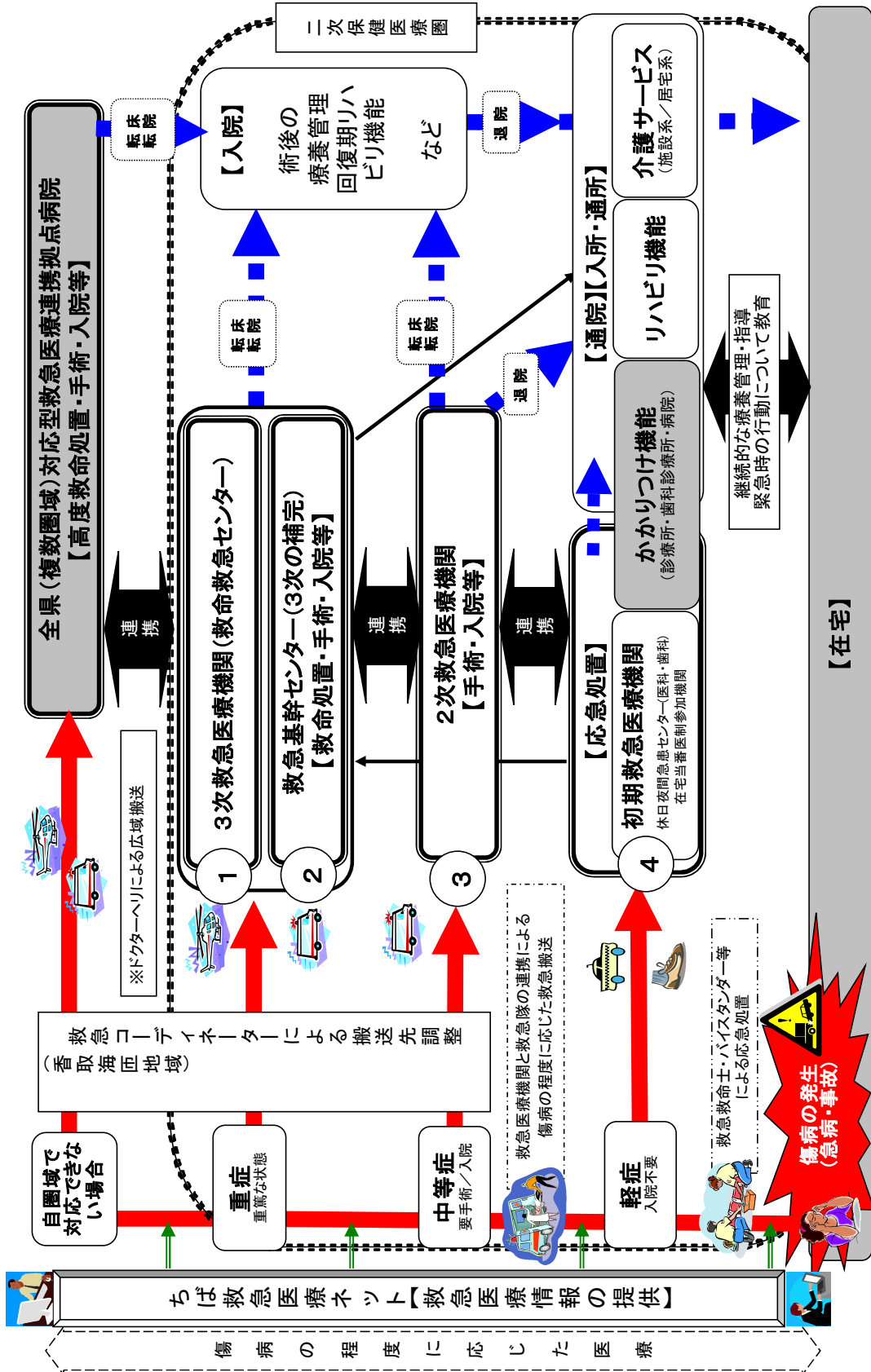
高度で全県的な対応が可能な医療機関を全県（複数圏域）対応型救急医療連携拠点病院*として位置づけ、救命救急センター等と連携し、県内の救急医療水準の向上に取り組んでいきます。

医師の判断を直接救急現場に届けられるようにするためのホットラインや、救急医療機関と消防機関をオンラインで結ぶちば救急医療ネットの活用を図ることで、関係機関の緊密な連携・協力関係を確保しています。

さらにドクターヘリやドクターカーを積極的に活用することにより、患者の救急医療施設への迅速・円滑な収容に努めています。

救急対応医療機関とリハビリテーション対応医療機関、地域のかかりつけ診療所*等が、それぞれの機能に応じた役割分担に基づき、連携を強化することにより、効果的な救急医療体制の整備を進めています。

救急医療における循環型地域医療連携システムのイメージ図



（ウ）施策の具体的展開

a. 病院前救護

〔メディカルコントロール体制の強化〕

- 救急業務の高度化を図るため設置している、「千葉県救急業務高度化推進協議会」と地域メディカルコントロール協議会の活動を推進します。
- 救急救命士の技術向上のため、研修への参加の促進や、病院実習を受け入れる医療機関の体制整備を図ります。また、メディカルコントロールに従事する医師の資質向上を図るための研修への参加を促進します。

〔傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の活用等〕

- 関係機関への詳細な調査を踏まえ、実施基準の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

〔応急処置に関する知識・技術の普及〕

- 心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AEDの使用方法について一層の普及啓発に努めるとともに、AEDの公共施設への設置を推進し、更にAED設置の必要性を民間事業者に働きかけます。
- また、官民を問わず県内にあるAEDの設置場所をより簡便に把握できるよう、地図情報にAEDの設置場所等（施設名・住所・取付位置・使用可能な日時等）の情報を提供します。

〔ドクターヘリの活用〕

- 医師等が現場に急行して速やかに救命医療を開始し、医療機関に迅速に搬送できる医療体制を確保するため、日本医科大学千葉北総病院及び国保直営総合病院君津中央病院に配備されたドクターヘリの効率的な活用に努めます。

〔救急車の適正利用等〕

- 搬送件数が増加している救急車の適正利用について、引き続き普及啓発に取り組みとともに、ドクターカーや民間の搬送事業者等の利用を促進します。

〔搬送困難事例への対応〕

- 千葉医療圏において実施している搬送困難事例受入医療機関支援事業の効果や課題を検証し、他保健医療圏への拡大を検討します。

〔救急医療情報の提供〕

- ちば医療ナビ*やちば救急医療ネットを通じて、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。

b. 救急医療(初期～三次)

〔初期救急医療体制の推進〕

- 初期救急における現状を把握し、夜間休日急病診療所や在宅当番医制による診療体制の充実・強化に努めます。

〔二次救急医療体制の充実〕

- 二次救急医療体制の充実及び三次救急医療体制への支援を強化するため、病院群輪番制に参加している救急病院、救急診療所について、施設整備や設備整備を行うなど、輪番に参加している医療機関の医療提供体制の充実を図るとともに、初期救急医療機関の後方待機医療機関として、その確保に努めます。
- 二次救急医療機関の受入体制の充実と医師等の幅広い知識の取得及び技術の向上が図られるよう、救急医療に関する研修を実施していきます。

〔三次救急医療体制の整備〕

- 高度救命救急センターである千葉県救急医療センターと千葉県精神科医療センターを統合して(仮称)千葉県総合救急災害医療センターを整備することにより、身体・精神科合併救急患者等の三次救急間の受入に係るコーディネートを行い、県内救命救急センター等を結ぶネットワークのハブ的役割を担っていきます。
- 救命救急センターの施設・機能の充実・強化及び運営の円滑化を図るとともに、地域の救急医療の現状を踏まえ、更なる救命救急センターの設置等の検討を行ってまいります。
- 三次救急医療機関の機能を補完する救急基幹センターについて、機能の充実・強化に努めます。

〔救急医療の適正利用についての普及啓発〕

- 救急医療体制の仕組みとその適正な利用方法について、引き続き普及啓発に取り組んでいきます。

(エ) 施策の評価指標

[基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現状	目標
救命講習等受講者数	約100,000人 (平成27年度)	約110,000人以上 (平成35年度)
ドクターカーを配備している医療機関数 (括弧内は救命救急センター数:内数)	21箇所 (7) (平成27年度、救命救急センターは28年度)	30箇所 (10) (平成35年度)
医療施設従事医師数 (救急科) (人口10万対)	2.7人 (平成28年)	増加 (平成34年)
救命救急センター設置数	13箇所 (平成29年度)	14箇所 (平成35年度)

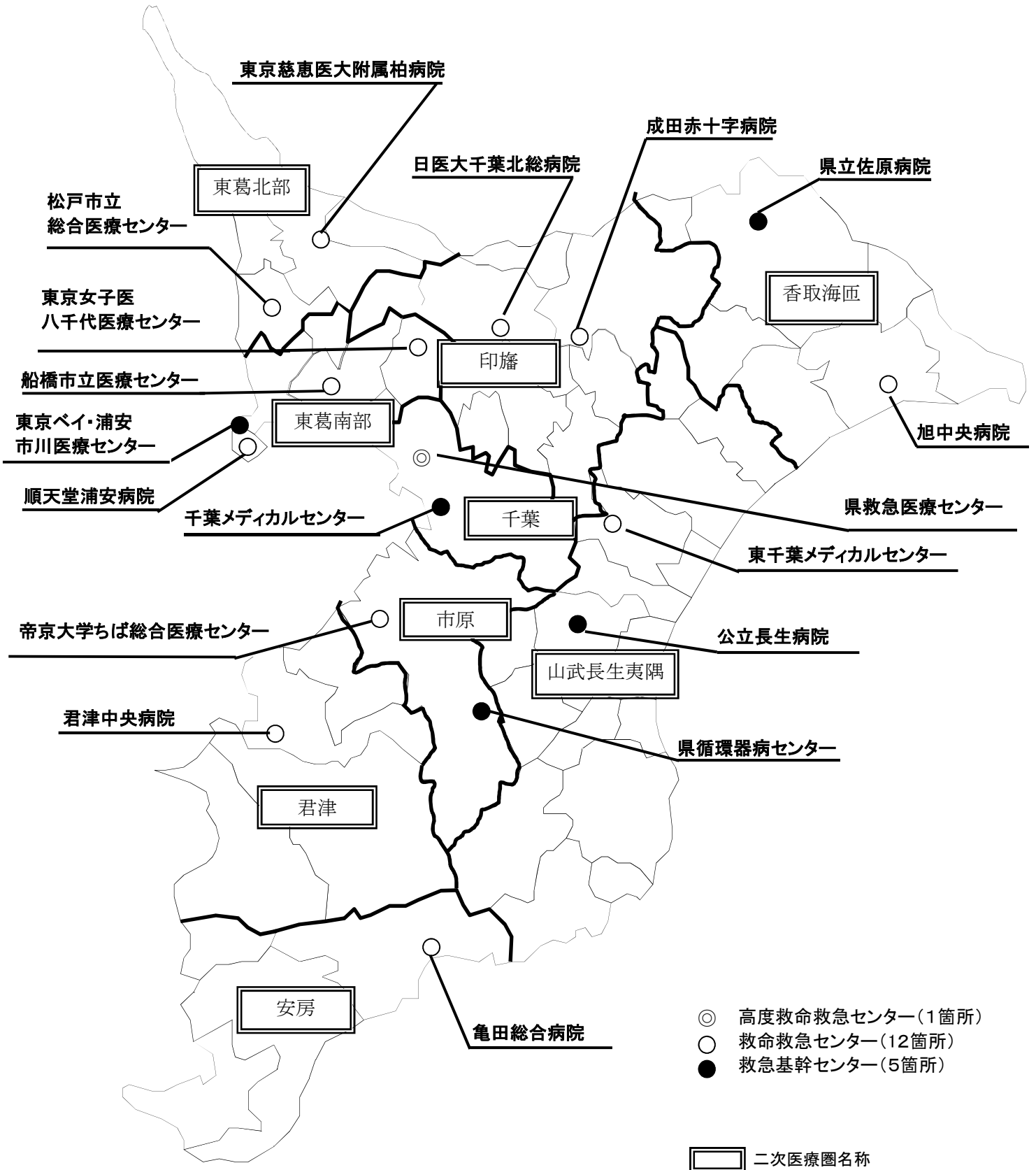
[過程 (プロセス)]

指 標 名	現状	目標
心肺停止状態で見つかった者 (心原性*、一般市民の目撃者有り) のAED使用率	5.4% (平成28年)	10.0%以上 (平成35年)
救急隊と医療機関との平均交渉回数	1.38回 (平成27年度)	1.30回 (平成35年度)
搬送困難事例 (受入交渉回数5回以上又は現場滞在時間30分以上) の割合	15.2% (平成27年度)	14.0% (平成35年度)

[成果 (アウトカム)]

指 標 名	現状	目標
心肺停止状態で見つかった者 (心原性*、一般市民の目撃者有り) の1ヵ月後の生存率	19.0% (平成28年)	20.0%以上 (平成35年)
救急隊覚知*からの医療機関等収容所要時間の平均	44.1分 (平成28年)	40.0分 (平成35年)

図表 2-1-1-2-6-3 千葉県内の救命救急センター及び救急基幹センター



（7）災害時における医療

（ア）施策の現状・課題

〔総論〕

平成23年3月に発生した東日本大震災では、広範囲に渡る被害により、ライフラインの途絶や燃料の不足、医薬品等の物資の不足などによって、医療機関の診療機能へ影響がありました。これらの情報を災害医療に携わる関係者で情報共有が図ることが困難でした。

また、東日本大震災では、阪神・淡路大震災のような外傷や挫滅症候群*等の傷病者への救命医療ニーズが少なかった一方、津波災害により医療機関に甚大な被害が生じたため、災害発生以後、数ヶ月単位の中長期にわたり、慢性疾患への対応を中心とする医療や介護等の支援の必要性が生じ、そのため多くの医療救護班が現地に派遣されたにもかかわらず、医療救護班の派遣調整体制が十分でなかったなどといった課題が認識されました。

本県については、阪神・淡路大震災のような外傷等に対する救命医療、あるいは東日本大震災のような中長期にわたる慢性疾患への対応のいずれの事象についても発生する可能性があり、災害時において円滑な医療提供が行える体制を整備する必要があります。

大規模災害時においては大勢の死傷者が生じ、交通網、通信網、電気、ガス等のライフラインが途絶するなど、県民生活に大きな混乱を引き起こすことが想定される中で、迅速な医療救護活動を行い、被災者への適切な救護・救援活動を行うことが重要です。

〔災害医療体制の整備〕

千葉県では大規模災害の発生に備え、千葉県地域防災計画、千葉県災害医療救護計画等を策定し、災害時の医療救護体制を定めています。また、茨城県、埼玉県、さいたま市、千葉市、東京都、神奈川県、横浜市、川崎市及び千葉県の9都県市において広域医療連携マニュアルを定め、広域的な医療連携を図ることとしています。

〔災害拠点病院等の整備〕

災害時においては、多くの医療機関の機能が停止又は低下することが予想されることから、被災地からの重症*患者の受入機能、災害派遣医療チーム*（DMAT・CLDMAT（以下「DMAT等」という。））及び医療救護班の派遣機能等を備え、広域的な医療活動の拠点となる災害拠点病院*（25箇所）を指定しています。

災害時において、災害拠点病院とともに患者の受入れを行う救急病院（救急告示病院*、病院群輪番制*病院）172箇所（平成29年4月1日時点）を災害医療協力病院*としています。

災害拠点病院では、被災地へのDMAT等及び医療救護班の派遣、負傷者の受入などにおいて、災害時医療の中核として活動することとしています。

〔DMAT等及び医療救護班の体制整備〕

「千葉県DMAT等*運営要綱」に基づき、被災地で救急治療等に対応できる機動性を備え、専門的なトレーニングを受けたDMAT等の派遣を要請し、被災地内におけるトリアージ*や救命処置、患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置、被災地内の病院における診療支援等の救護活動を実施することとしています。

災害拠点病院の他、千葉県医師会、千葉県歯科医師会等の医療関係機関との間で締結している災害時の医療救護活動に関する協定書に基づき、救護所等への医療救護班の派遣を要請することとしています。

〔医薬品等の備蓄体制の整備〕

各健康福祉センターでは、医療救護活動に必要な応急医療資器材や災害用備蓄医薬品を配備しており、被災地内に設置される救護所等に供給することとしています。

〔防災訓練の実施〕

災害時における医療救護活動については、DMAT等及び医療救護班の派遣、重症患者の広域搬送、被災者への情報提供など迅速な対応が求められることから、平時より医療機関、消防、警察、自衛隊等の関係機関間で協議し、災害時におけるそれぞれの役割や連絡体制等を予め決めておくとともに、防災訓練等を通じて連携を強化していく必要があります。

〔医療施設の耐震化の促進〕

県内の病院の耐震化率は平成28年9月1日現在で72.4%と低い状況であり、また災害拠点病院の一部でも未耐震の建物が存在することから、耐震強化の対策を進める必要があります。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

各医療機関が患者の受入状況、ライフラインの稼働状況等の機能情報を「広域災害救急医療情報システム*（EMIS*）」をはじめ、衛星回線や無線等の複数の通信手段を用いて情報提供することにより、関係機関間における情報の共有化を行い、患者の搬送等迅速に対応できるようにします。

災害時において、災害拠点病院、DMAT等、医療救護班、医師会（JMAT）、消防機関、国立大学病院等の災害医療に携わる関係者が、相互に連携してそれぞれの役割を遂行することができるよう、災害医療本部や救護本部を通じて活動を支援します。

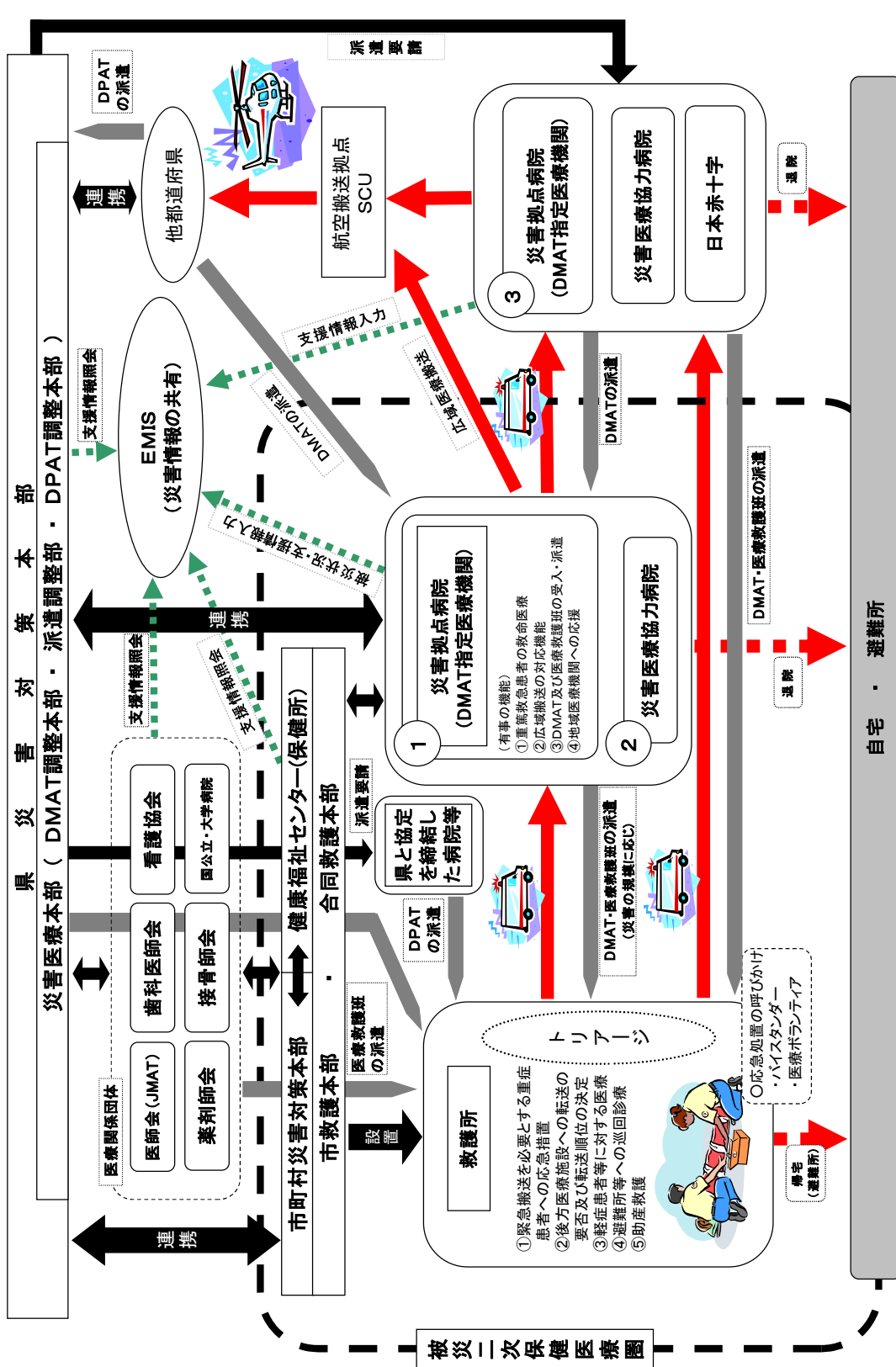
救護所では、緊急搬送を必要とする重症患者等への応急措置、患者のトリアージ、近隣の災害拠点病院や災害医療協力病院など、後方医療施設への転送の可否及び転送順位の決定、軽症*患者等に対する医療、避難所等への巡回診療、助産救護等を実施します。

被災地内の災害拠点病院は、外部の災害拠点病院から派遣されたDMAT等を受け入れながら、重症患者等の受け入れを行うほか、後方病院への転送拠点としても機能します。また、被災地においていち早く医療救護を実施することができることから、救護所や地域の医療機関へのDMAT等及び医療救護班の派遣を行います。

被災地外の災害拠点病院は、DMAT等を派遣するとともに、被災地内の災害拠点病院から重症患者を受け入れます。

千葉県健康福祉部内に災害医療本部を設置した場合には、ドクターヘリ*は原則として災害医療本部からの指示により出動することとされており、災害時には、医師、看護師等医療従事者の派遣、重症患者の治療及び搬送、医薬品等医療資器材の搬送を行います。

災害時における医療の循環型地域医療連携システムのイメージ図(災害発生直後)



バイスタンダー 救急現場に居合わせた人。
適切な処置が出来る人員が到着するまでに、救命のための応急手当を適切に行うことで、救命率を格段に伸ばすことが可能となる。

患者搬送の流れ
DMAT・医療救護班・DPATの派遣の流れ

（ウ）施策の具体的展開

〔災害医療体制の整備〕

- 県災害対策本部設置時に、健康福祉部内に県全体の医療対策を統括する「災害医療本部」を設置し、被災地域における医療機関や救護所等の状況や医療ニーズ等の情報を収集・把握するとともに、DMAT等及び医療救護班の派遣要請及び配置調整、関係機関への支援要請等を行います。
- 県災害医療本部内に、県内で活動するすべてのDMAT等の指揮及び調整を行う「DMAT調整本部」を設置し、県内の病院等の被災情報を収集・把握するとともに、災害拠点病院や他都道府県へDMATの派遣要請、傷病者搬送のため受入病床及び搬送手段の確保等を行います。
- 行政機関、医療機関、医療関係団体等が平時から地域における災害医療対策について協議する場として、健康福祉センター（保健所）所管区域または市単位で「地域災害医療対策会議」を設置します。
- 健康福祉センター（保健所）所管区域を単位として、被災地域の救護活動を統一的に実施するための活動拠点として「合同救護本部」を設置し、被災地内の医療機関や救護所の状況、医療ニーズなどを把握・分析するとともに、派遣された救護チーム等の活動調整や物資等の支援を行います。なお、千葉市、東葛北部・南部各市、市原市にあっては市の救護本部で対応します。
- 医療救護活動を円滑に実施するため、二次医療圏ごとに医薬品や応急医療資器材等を備蓄した健康福祉センター等の地域保健医療救護拠点を整備します。
- 災害時の救護所等における医療救護活動及び被災地外の医療機関における支援体制等に関する医療救護マニュアルを整備します。

〔EMISを活用した収集等〕

- 災害発生時における被災地内の医療機関の被災状況、患者転送の要請、医療スタッフの要請等に関する情報及び被災地内外の医療機関の支援体制等について、EMISを活用し、情報の収集・提供を図るとともに、関係機関における運用体制の充実を図っていきます。
- インターネットを活用した医療機関や県民への情報提供を推進します。

〔慢性疾患患者に対する医療救護体制の整備〕

- 人工透析を必要とする慢性疾患患者等の円滑な治療・収容を図るため、対応可能な災害医療協力病院を把握するとともに、EMISを活用し、患者の迅速な受け入れ体制を確保します。

〔航空機災害に対する医療救護体制の整備〕

- 成田空港及び周辺地域において航空機事故が発生した場合、円滑な医療救護活動が行われるよう三郡医師会航空機対策協議会、三郡市歯科医師会航空機災害対策協議会に対する助成を行います。

- 医療関係機関及び市町村等との連絡体制を整備し、負傷者の広域搬送体制の充実を図るなど、航空機災害に対応した医療救護体制の整備を進めます。

〔災害拠点病院等の整備〕

- 災害時に重症傷病者等の受入れ及び広域医療搬送等に対応するなどの医療救護活動の拠点となる災害拠点病院の施設・設備整備を図ります。また、千葉県救急医療センターと千葉県精神科医療センターを統合して（仮称）千葉県総合救急災害医療センターを整備することにより、高度救命救急医療及び精神科救急の機能を活用するとともに、DMAT、DPATを同一病院内で運用できる機能や高度救命救急医療の機能を活かし、災害医療に関する県の中心的役割を果たしていきます。
- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）を整備します。また、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施し、更なる体制整備を図ります。

〔DMAT等及び医療救護班の体制整備〕

- 大災害等の発生直後の急性期（概ね48時間以内）に医療救護活動を開始できる機動性を持ったDMAT等を確保していますが、今後、すべての災害拠点病院に複数のチームを整備するなどDMATの派遣体制の更なる整備を図ります。
- 活動地域を千葉県内に限定したCLDMAT（Chiba Limited DMAT）を養成しており、DMATと連携した活動を促進します。
- なお、患者を被災地外に搬送するための広域医療搬送拠点や、拠点内に患者を一時収容する航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）*を迅速に設置できるよう、DMATとの訓練を通じて、更なる体制整備を図ります。
- 県立病院、日本赤十字社、国立病院機構等において医療救護班を編成する他、災害時の医療救護活動についての協定に基づき、千葉県医師会（JMAT）、千葉県歯科医師会、千葉県薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県接骨師会及び災害拠点病院に対し、医療救護班の出動を要請することとしています。

今後のこれらの医療救護活動の円滑な実施のために、各機関の連携体制等の強化を進めます。

〔精神科領域における災害医療体制の整備〕

- 精神科領域については、被災地域で活動できる災害派遣精神医療チーム*（以下「DPAT」という。）の体制整備のため、養成研修・訓練を実施しています。災害時には、DMAT等と協働できるよう、各種防災訓練等へも参加していく予定です。

〔医薬品等の備蓄体制の整備〕

- 被災者の救命救急のための初期医療活動に必要な医薬品等を県庁薬務課及び各健康福祉センターに備蓄します。
- 薬剤師会等の薬事関係団体との連携により、地域ごとの医薬品等の搬送・管理体制を充実するとともに、全県的な体制の整備を図ります。

- 県及び薬事関係団体が合同で、緊急輸送の実施訓練を行います。
- 災害時を想定して、常用薬の名称、用法、用量等を知っておくことの重要性や家庭常備薬の必要性を啓発します。また、薬局で交付されるお薬手帳*は、災害時等に服用薬等の医療情報を適切に伝えられることから、お薬手帳の常時携帯等についても併せて啓発します。

〔診療に必要な水・燃料の確保〕

- 災害発生により、ライフラインの途絶が長期間となった場合にも、診療機能が維持できるよう災害対策本部と連携しながら水・燃料を確保します。

〔防災訓練の実施〕

- 災害時における医療救護活動を円滑に行うため、救護所の設置・運営訓練、DMAT活動訓練、大規模地震時医療活動訓練（航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）設置・運営訓練）、災害用備蓄医薬品の輸送訓練、重症患者の後方病院搬送訓練、消毒・防疫訓練、巡回歯科診療車（ビーバー号）による巡回等総合的な防災訓練を実施します。

〔医療施設の耐震化の促進〕

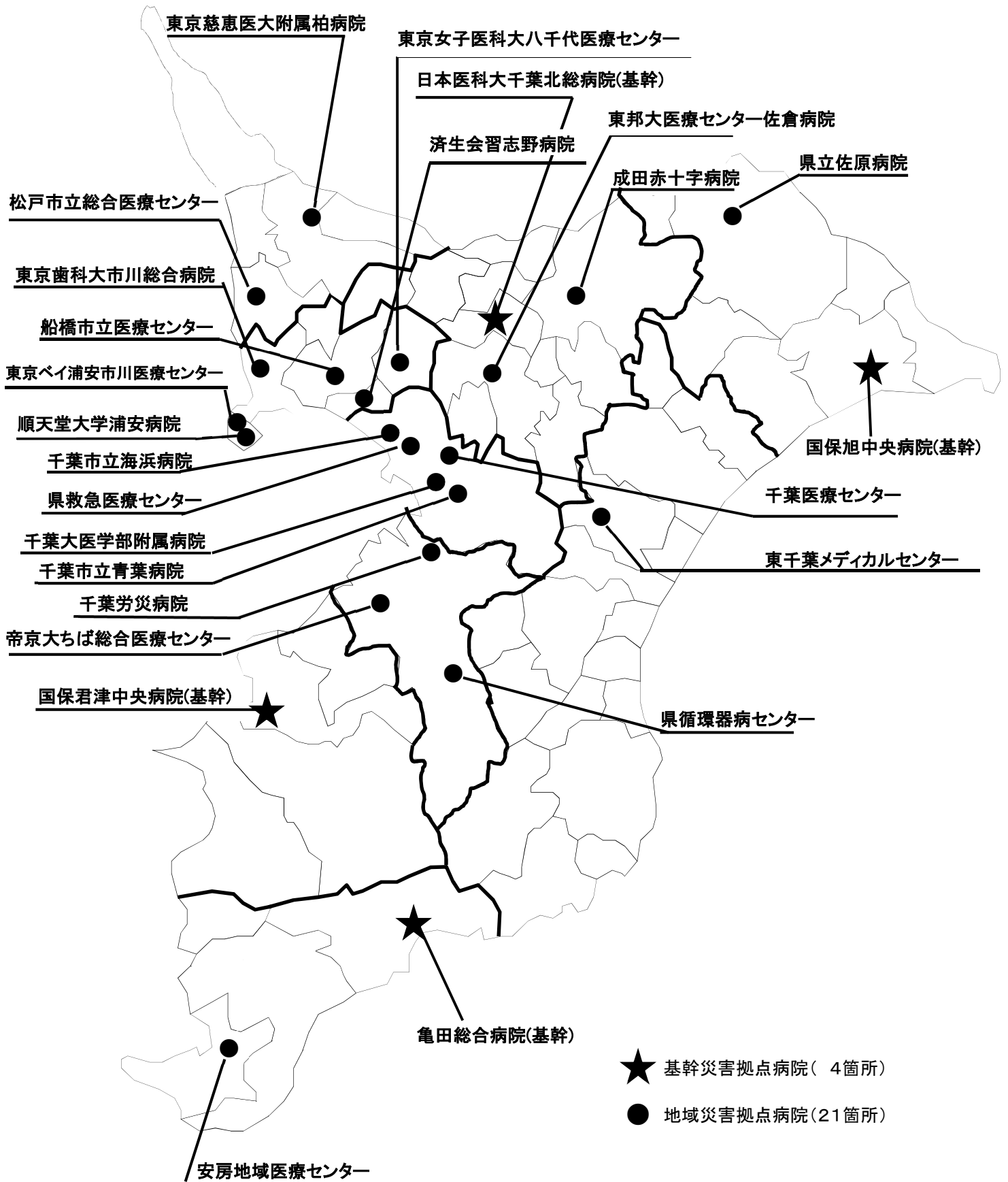
- 災害時に負傷者の受け入れ先となる災害拠点病院や災害医療協力病院等について、耐震化の促進を図ります。

（エ）施策の評価指標

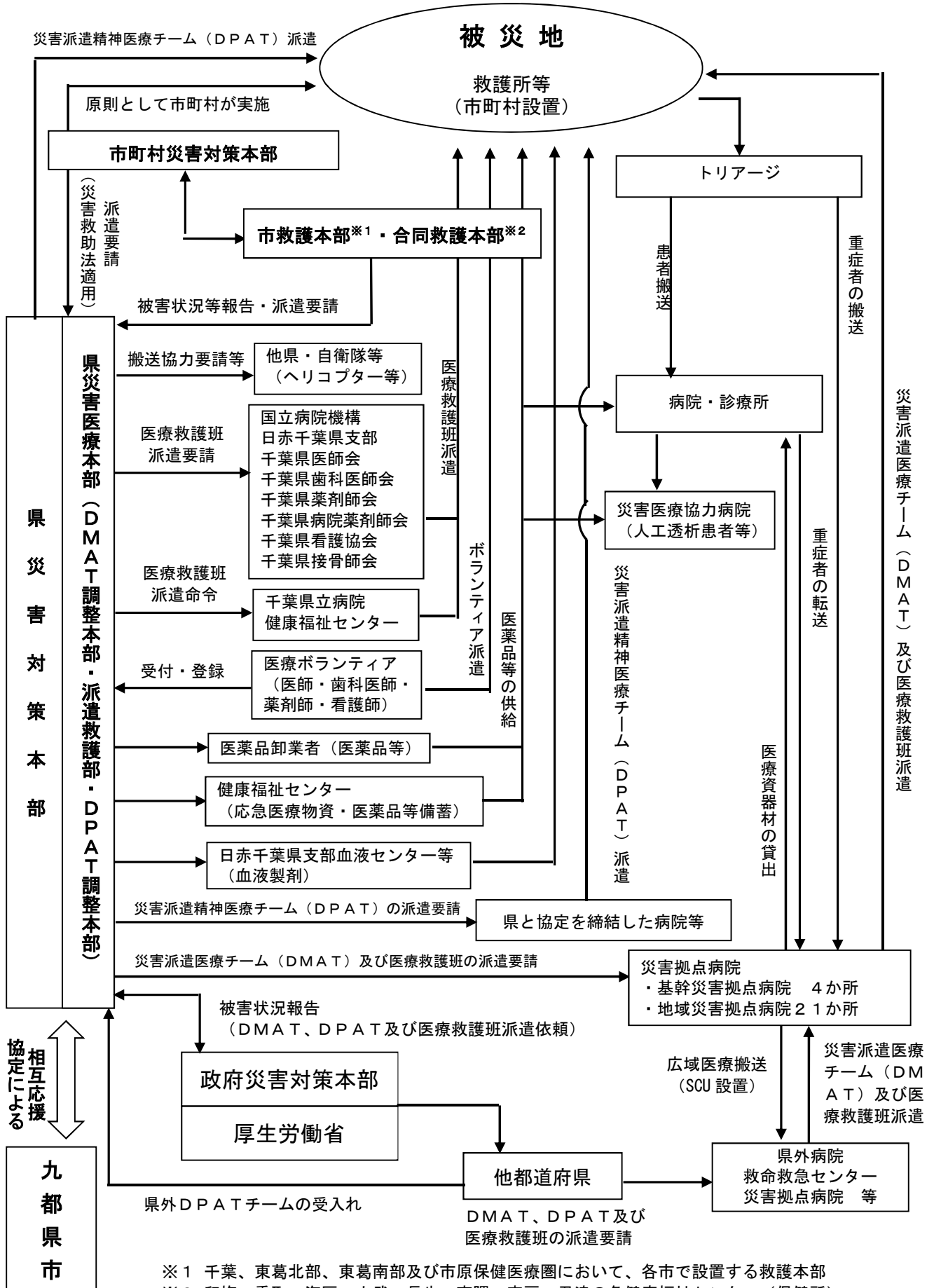
〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状（平成29年度）	目標（平成35年度）
災害派遣医療チーム (DMAT) ・チームの数 ・構成員の数 (CLDMAT) ・チームの数 ・構成員の数	40チーム 224名 23チーム 197名	55チーム 300名 35チーム 250名
災害派遣精神医療チーム (DPAT) ・チームの数 ・構成員の数	13チーム 67名	21チーム 91名

図表 2-1-1-2-7-1 千葉県内の災害拠点病院



図表 2-1-1-2-7-2 医療救護活動の体系図



※1 千葉、東葛北部、東葛南部及び市原保健医療圏において、各市で設置する救護本部
 ※2 印旛・香取・海匝・山武・長生・夷隅・安房・君津の各健康福祉センター（保健所）
 所管区域単位で設置する合同救護本部

（8）周産期医療

（ア）施策の現状・課題

全国的に少子高齢化が急速に進行する中で、子どもを安心して産み、育てる環境づくりを整備することが求められています。このため、県では中長期的な視点から周産期医療*体制の充実を図ることを目的として、平成22年度に「千葉県周産期医療体制整備計画」を策定しましたが、災害、救急などの他事業との連携強化を図るため平成30年から保健医療計画に統合することとしました。

本県の出産の状況としては、出産年齢が35歳以上の割合は、平成18年に19.1%であったものが、平成28年には、29.9%と上昇しています。リスクを伴う出産が増加していることが想定され、周産期医療の更なる充実が求められています。

a. 周産期医療資源の状況

県では、それぞれの二次保健医療圏内で診療や治療等が受けられるよう医療体制の整備を図っており、対応できない地域では隣接する地域の医療機関と連携しています。また、二次保健医療圏で対応しきれない症例等についても、都道府県を単位とした三次保健医療圏で受け入れを行っています。しかしながら、周産期の医療従事者数は全国平均と比べて下回っており、またNICU*等の医療設備については地域により偏在している状況となっています。

〔周産期母子医療センター及び母体搬送ネットワーク連携病院〕

県は、分娩リスクの高い妊娠や高度な新生児*医療等に対応できる医療施設として、周産期母子医療センター*を指定・認定しています。

総合周産期母子医療センター*は、相当規模のMFICU*を含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠(重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等)、胎児・新生児異常(超低出生体重児、先天性異常児等)等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行う施設であり、3施設を指定しています。

地域周産期母子医療センター*は、産科及び小児科(新生児医療を担当するもの)等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設であり、9施設を認定しています。

その他、これらのセンターと連携している母体搬送ネットワーク連携病院*が5病院あります。

〔周産期医療従事者の状況〕

本県の周産期医療従事者については、産科・産婦人科医師数(15～49歳女子人口10万対)は、平成28年で35.4人、就業助産師数(出生千対)は、平成28年で31.3人であり、全国平均(それぞれ43.6人及び36.6人)と比べて大きく下回っています。さらに、NICUに勤務する医師数も全国平均を大きく下回っ

ているという指摘もあり、医療従事者の確保は、重要な課題の1つとなっています。

b. 周産期医療連携の状況

県では、特に、リスクが高く緊急性のある分娩に対応するため、平成19年10月から総合及び地域周産期母子医療センター並びに母体搬送ネットワーク連携病院からなる「母体搬送ネットワーク」を整備し、妊産婦の症例等を考慮しつつ、迅速に対応する医療体制を構築しています。

〔周産期搬送コーディネーター〕

総合周産期母子医療センターである亀田総合病院（平成20年6月から開始）及び東京女子医科大学附属八千代医療センター（平成23年4月から開始）の2病院に母体搬送コーディネーターを配置しています。母体搬送コーディネーターは、24時間365日を通して、母体搬送に係るネットワーク病院の担当医師の存否、緊急手術等の対応の可否、空き病床*の有無等の情報をあらかじめ把握し、症例に応じて医療機関の間で母体の受け入れ先を調整するなど、周産期医療情報センターの役割も担っており、円滑な母体搬送をサポートしています。また、母体搬送の件数や症例等の実態を捕捉し分析するなど、より効果的な母体の搬送に向けて取り組んでいます。

また、新生児専門医を有する医療機関が少ない一方、最近、低出生体重児*等のリスクを伴う分娩が増加傾向にあることから、NICUでの治療や新生児搬送などの充実が求められており、新生児部門における効果的なネットワークの構築も必要となってきました。

〔ちば救急医療ネット〕

搬送時の判断材料とするため、県ホームページ「ちば救急医療ネット*」では、総合及び地域周産期母子医療センター並びに母体搬送ネットワーク連携病院が搬送受入れの可否や、NICUの空床状況等の情報を、随時更新し、提供しています。

〔その他の医療連携〕

分娩リスクの有無や分娩の多様化に対応できるよう、病院、診療所及び助産所が、それぞれの役割に応じた対応を図るとともに、連携を強化する必要があります。妊婦健康診査は診療所や助産所で行い、分娩の際は、診療所等と連携する拠点病院において、オープンシステムやセミオープンシステムが整備されている医療機関があります。また、院内助産所*及び助産師外来*を整備している医療機関もあります。

周産期医療において、妊婦が心筋梗塞*や脳卒中*等の産科領域以外の合併症等を併発した場合に、救命救急センター*との連携が必要となることから、県内では、周産期母子医療センター等との併設を推進しています。

出生後の乳児等への医療については、症例に応じた適切な医療を提供する必要があることから、全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院*である千葉県こども病院をはじめとして、小児科との連携を推進しています。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

周産期医療の循環型地域医療連携システム*では、まず妊婦健診を経て、助産所や病院・診療所で受診することとなります。通常分娩の場合は、助産所や病院・診療所で出産し、ハイリスク妊婦の場合は、地域周産期母子医療センター及び母体搬送ネットワーク連携病院の間に速やかに搬送できるよう役割分担を明確化しています。

地域周産期母子医療センター及び母体搬送ネットワーク連携病院で対応困難な症例（重症*な新生児を含む。）については、総合周産期母子医療センター（全県（複数圏域）対応型周産期医療連携拠点病院*）で、受け入れを行います。

妊婦の搬送については、分娩リスクが伴う場合においても対応できるよう、平成19年10月に総合周産期母子医療センターなどを中心とした母体搬送ネットワーク体制を整備し、ネットワークに参加する病院で速やかに対応できるよう取り組んでいます。また、東京都との間において、県域を越えた搬送体制の整備を進めています。

総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターなどの中核病院と地域の病院・診療所及び助産所において、機能分担と連携を図る「周産期医療の循環型地域医療連携システム」の構築に向け、引き続き取り組んでいきます。

（ウ）施策の具体的展開

〔周産期母子医療センターの整備〕

- 県では、現在、総合周産期母子医療センターを3施設指定し、地域周産期母子医療センターを9施設認定していますが、今後は、人口、出生数、地勢、交通事情や病床配分等の特性を踏まえて、更なる認定を検討します。

〔NICUの整備〕

- 「周産期医療の体制構築に係る指針」に基づき、NICUの整備を促進します。

〔周産期母子医療センターの支援〕

- 周産期母子医療センターは、高度な医療を必要とする施設であり、その運営に費用がかかるとともに、地域によってはNICUが不足している状況にあることから、周産期母子医療センターの運営費に対して支援を行います。

〔周産期医療連携体制の整備〕

- 周産期医療において、妊婦が心筋梗塞や脳卒中等の産科領域以外の合併症等を併発した場合に、救命救急センターとの連携が必要となることから、県内では、周産期母子医療センター等との併設を推進するとともに、地域の救命救急センター及び救急基幹センター*と緊密な連携を図ります。また、総合周産期母子医療センターにおいては、精神疾患を合併する妊産婦への対応可能な体制を整えていきます。
- 出生後の乳児等への医療については、症例に応じた適切な医療を提供する必要があることから、全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院である千葉県こども病院をはじめとして、小児中核病院*等と連携した体制の整備に努めます。
- 施設間での役割分担や、医師及び助産師の役割分担に応じた取組みを促進するため、院内助産所や助産師外来、オープンシステム・セミオープンシステム等の導入について、設置のニーズや医療機関及び地域の実情等に応じて整備するよう推進します。

〔周産期搬送体制の整備〕

- 周産期搬送コーディネーターは、母体の搬送を調整するなど、円滑な搬送に重要な役割を果たしており、また、総合及び地域周産期母子医療センターやネットワーク連携病院との情報交換など、周産期医療情報センターの機能も果たしているため、引き続き2つの総合周産期母子医療センターで母体搬送コーディネート*業務を実施します。さらに、ICT*を利活用したシステムを構築し、より迅速かつ円滑な搬送先決定、正確な情報の収集、集積、解析を行います。また、新生児搬送についても、ネットワークの構築に向けた検討を行います。さらに県域を越えた搬送体制についても、未整備の県との連携を検討します。

〔災害時における周産期医療体制〕

- 災害時小児周産期リエゾン*等を災害医療本部に配置する等、災害時の医療体制について強化を図ります。

〔周産期医療従事者の人材確保と育成〕

- 県では、周産期医療に携わる人材が不足していることから、産科医師、新生児医療担当医師、看護師及び助産師それぞれの人数を確保する事業や育成を実施するとともに、周産期医療に関わる麻酔科医や臨床心理士等、その他のスタッフについても、併せて整備を推進します。

（エ）施策の評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状	目標
分娩実施施設数（15～49歳女子人口十萬対）	7.8 （平成26年度）	増加 （平成35年度）
周産期母子医療センターの数	12箇所 （平成29年度）	13箇所 （平成35年度）
NICUの整備数 ※診療報酬対象	132床 （平成29年度）	141床 （平成35年度）
周産期母子医療センター及び連携病院と救命救急センターの併設数	11箇所 （平成29年度）	12箇所 （平成35年度）
医療施設従事医師数（産科・産婦人科）（15～49歳女子人口十萬対）	35.4 （平成28年）	39 （平成34年）
就業助産師数（出生千対）	31.3 （平成28年）	41 （平成34年）

〔過程（プロセス）〕

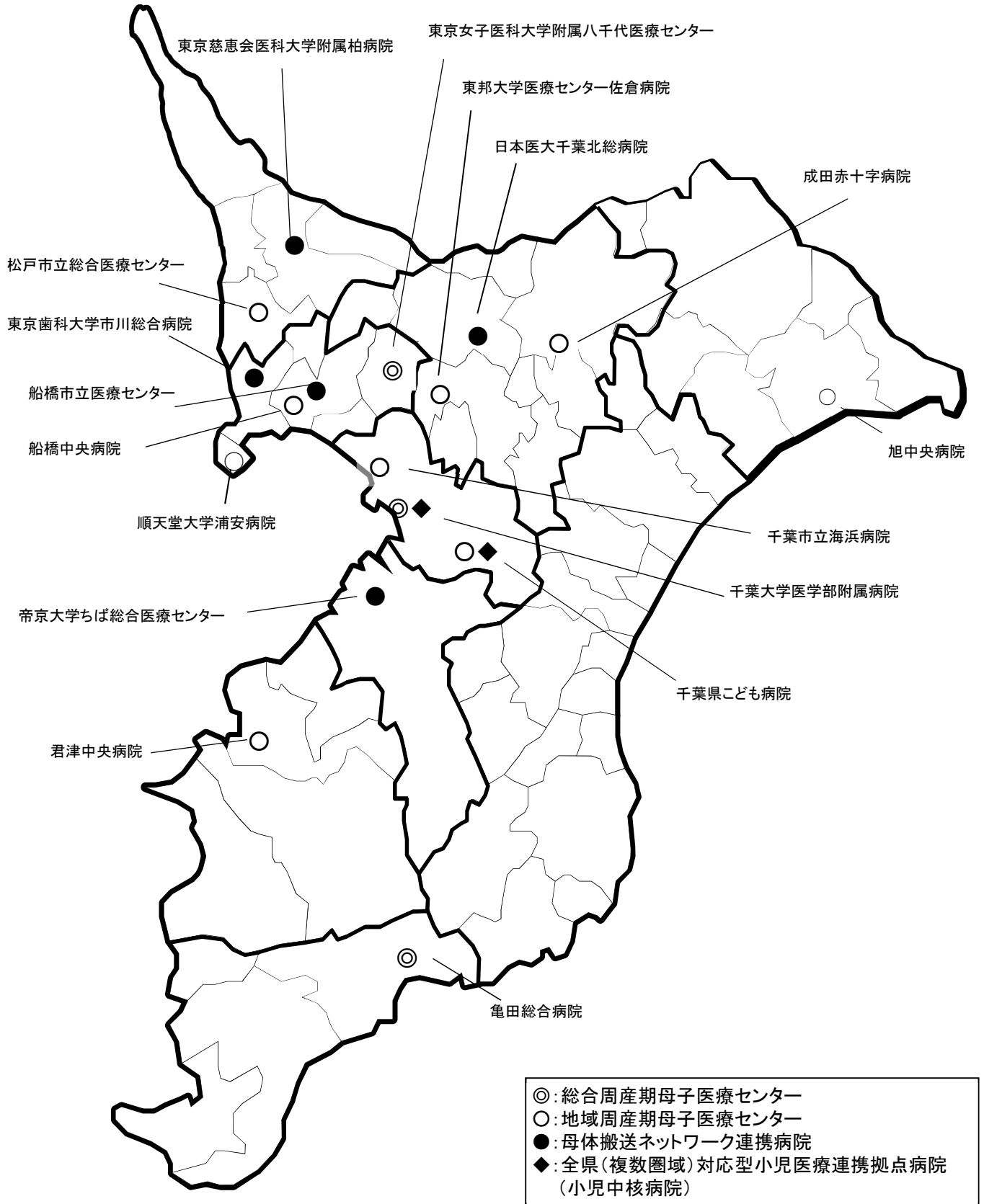
指 標 名	現状	目標
分娩数に対する病院間搬送件数の割合（分娩数千対）	22.3 （平成28年度）	12.8 （平成35年度）

指 標 名	現 状	目 標
産後訪問指導を受けた割合	40.8% (平成27年度)	42.0% (平成35年度)

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
全出生中の低出生体重児の割合	9.2% (平成28年)	減少 (平成35年)
妊産婦死亡率* (出産十万人対)	4.3 (平成28年)	減少 (平成35年)
新生児死亡率* (出生千対)	1.0 (平成28年)	減少 (平成35年)
周産期死亡率* ・後期死産率 (出生千対) ・早期新生児死亡率 (出生千対)	3.4 0.7 (平成28年)	減少 減少 (平成35年)

図表 2-1-1-2-8-1 千葉県内の周産期母子医療センター及び母体搬送ネットワーク連携病院



（9）小児医療（小児救急医療を含む）

（ア）施策の現状・課題

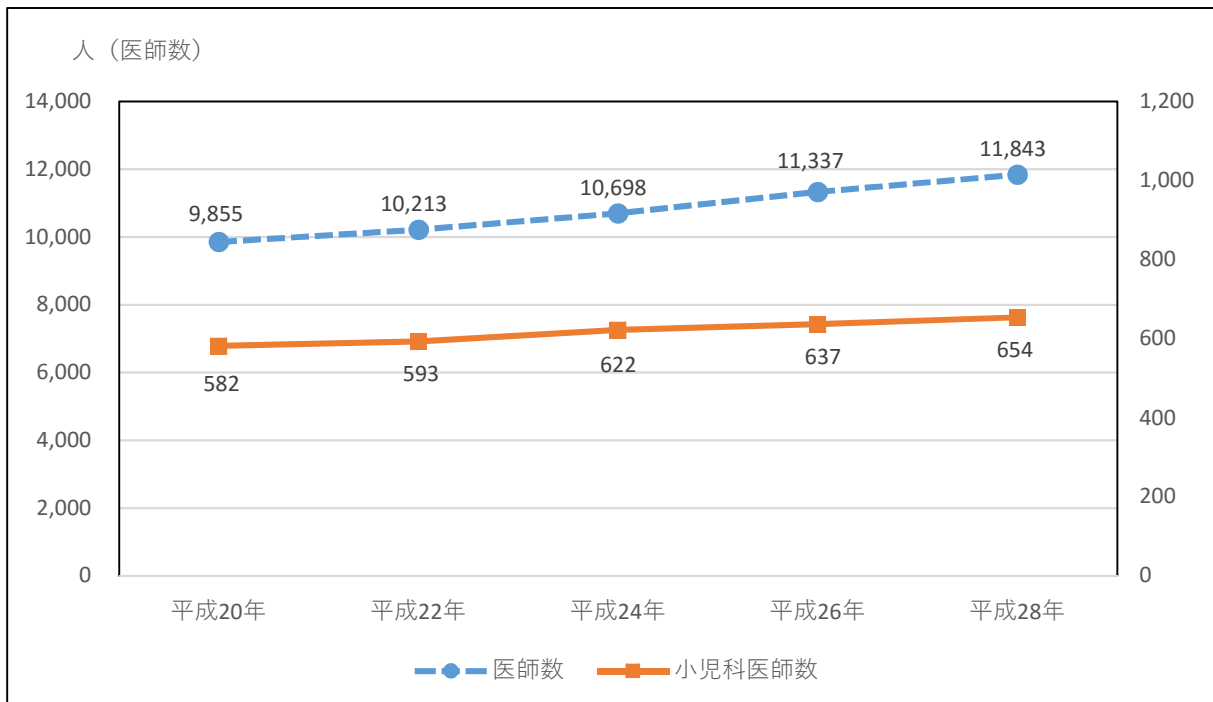
我が国は、新生児死亡率*が世界一低い一方で、1歳から4歳の小児の死亡率は相対的に高い傾向にあります。千葉県でも、死亡率は千対で0.59人となっており、小児救急患者の救命率向上が求められています。

平成28年末現在、本県における小児医療従事医師数は654人であり、増加傾向であるものの、小児人口10万対で85.8人と、全国平均107.3人を大きく下回っています。また、県全体の小児科医数が不足しているばかりでなく、地域による小児科医の偏在がみられます。

また、平成28年度現在、一般病院のうち、小児科を標榜する病院が106病院、小児外科を標榜する病院は19病院となっており、病院数は横ばいです。

小児科医の不足や地域偏在などにより、一部地域では小児救急医療体制の確保が困難な状態です。そのため、限られた医療資源を有効に活用し、適切な医療提供体制を整備する必要があります。

図表 2-1-1-2-9-1 小児科医師数等の推移（千葉県）



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

小児救急患者については、その症状に応じて初期から三次までの救急医療体制に対応する施設で受け入れています。小児初期救急医療については、在宅当番医制*（13地区）及び夜間休日急病診療所*（19箇所）で対応しています。また、救急医療の適正な利用を促進するため、平成17年度から夜間における小児救急電話相談*

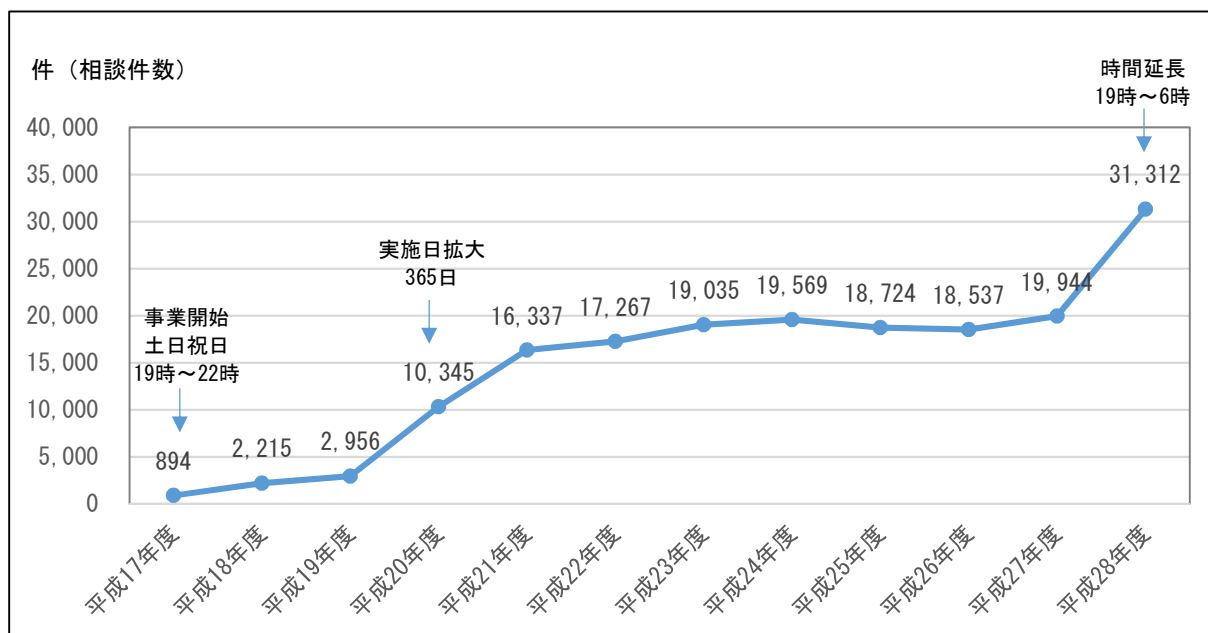
事業を実施しており、平成28年度は、31,312件に対応しています。

小児二次救急医療については、病院群による輪番制*（9地区）や小児救急医療拠点病院*（3箇所）により実施しています。

小児三次救急医療については、全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院*である千葉県こども病院、千葉大学医学部附属病院及び救命救急センター*（千葉県救急医療センターを除く）の計14箇所により実施しています。

しかし、少子化や核家族化の進行、共働き家庭の増加など、子どもを巡る家庭環境の変化や小児患者が自分の症状を伝えられないことが多いこと、保護者の小児専門医志向、疾病に対する知識不足などから、多くの軽症*患者が救急病院に集中し、1歳～14歳では救急搬送の約7割が軽症患者となっています。そのため、救急医療担当小児科医が疲弊するなど、救急医療機関の負担が増大しており、このような状況を改善することが喫緊の課題となっています。

図表 2-1-1-2-9-2 小児救急電話相談件数の推移（千葉県）



資料：小児救急電話相談件数（県医療整備課）

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

子どもの医療に携わる各医療機関が効率的に連携することにより、子どもに対する医療を効果的に提供することを目的とした「小児医療の循環型地域医療連携システム*」を構築します。

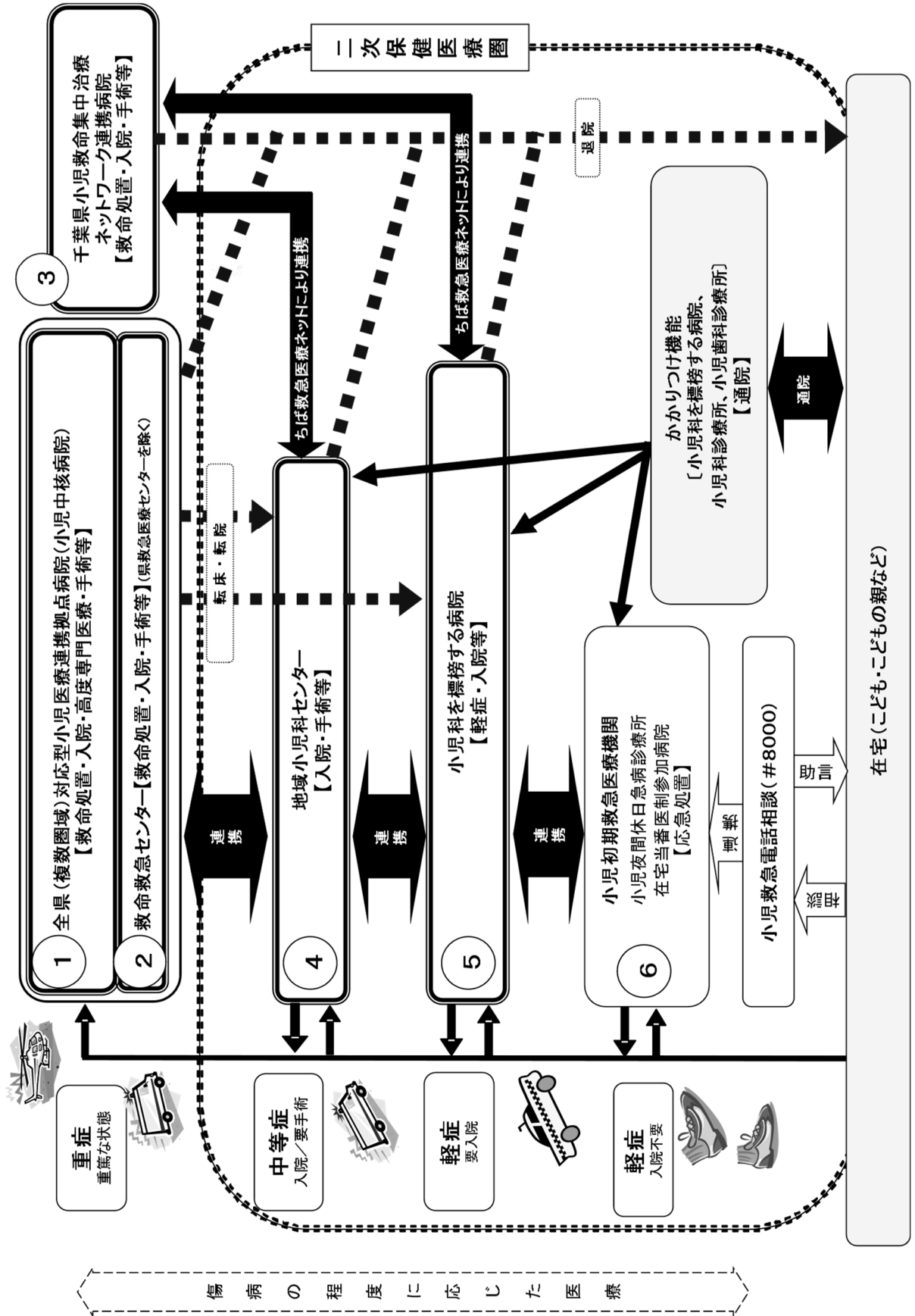
お子さんの具合が急に悪くなった場合、相談できる相手がいない場合には、「小児救急電話相談」を利用することにより、医療機関に受診したほうが良いのかどうか助言を受けることができ、その助言に応じて「かかりつけ医*」や「小児初期救急医療機関」に安心して受診することができるよう、身近な受療体制を構築します。

手術や入院が必要な中等症*の場合は、二次医療圏で中核的な小児医療を実施する

「地域小児科センター*」が診療に当たるとともに、さらに重篤な症状の場合には三次医療圏において中核的な小児医療を実施する「全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院*（小児中核病院*）」において高度小児専門医療を受けられるよう、小児医療におけるそれぞれの役割分担を明確化するとともに、初期、二次及び三次の小児救急医療体制における円滑な受入体制の整備を図ります。

小児専門医療機関と一般病院の小児科、地域のかかりつけ診療所*等が、それぞれの機能に応じた役割分担に基づき、連携を強化することにより、効果的な小児医療体制の整備を進めます。

小児医療の循環型地域医療連携システムのイメージ図



（ウ）施策の具体的展開

〔小児救急医療啓発事業の実施〕

- 核家族化の進行により、子どもの急病時の対応方法を世代間で伝承する機会が減少していることから、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。

〔小児救急電話相談事業の充実・強化〕

- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中の緩和を図るため、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与える小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。

〔小児初期救急医療体制の整備・充実〕

- 小児科医等が夜間・休日に、小児初期救急患者を受け入れる小児初期救急センター*を整備することによって運営を円滑にし、小児初期救急医療体制の充実を図ります。

〔小児二次救急医療体制の整備・充実〕

- 小児科医が夜間・休日に複数医療圏の小児二次救急患者を受け入れる小児救急医療拠点病院や、小児科医を置く病院がグループをつくり夜間・休日に輪番で小児二次救急患者を受け入れる体制を、地域の医療環境に応じて整備することによって、県内全ての地域において、初期救急から二次救急医療施設への円滑な受け入れ体制を整えます。

〔小児三次救急医療体制の整備・充実〕

- 重篤な小児患者の救命率向上を図るため、小児三次救急医療圏の中核を担う医療機関のP I C U*（小児集中治療室）の整備に対し助成するほか、小児救急患者を365日24時間受け入れることのできる小児救命救急センター*の整備を検討し、小児救急医療体制の充実を図ります。

〔小児救命集中治療ネットワーク*の運用〕

- 1歳から4歳の小児死亡率が高いことから、重篤な小児救急患者に対する的確な医療を提供できるよう、ちば救急医療ネット*上で、ネットワーク連携病院が患者の受入可否情報を入力できるシステムを引き続き運用し、消防機関や医療機関が情報を確認し、ネットワーク連携病院への搬送が適切かつ円滑に行われるようにします。

〔小児救急に関する情報発信〕

- ちば救急医療ネットにより、県民に対して休日夜間診療所や小児救急電話相談等の小児救急に関する情報を発信していきます。また、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。

〔災害時における小児医療体制〕

- 災害時小児周産期リエゾン*等を災害医療本部に配置する等、災害時の医療体制について強化を図ります。

(エ) 施策の評価指標

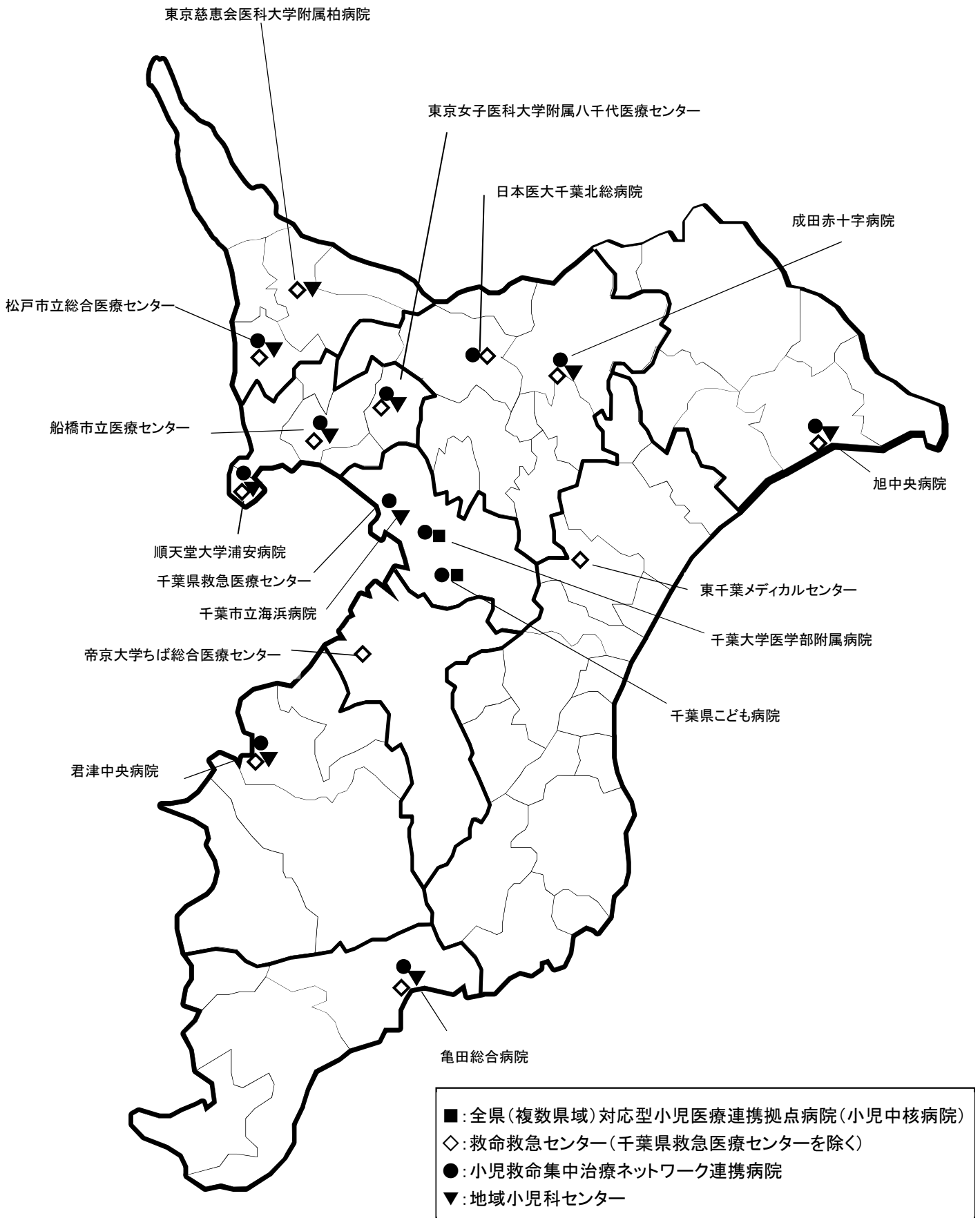
〔基盤 (ストラクチャー)〕

指 標 名	現状	目標
医療施設従事医師数 (小児科) (15歳未満人口10万対)	85.8 (平成28年)	97 (平成34年)
小児救急電話相談件数	31,312件 (平成28年度)	35,000件 (平成35年度)

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現状 (平成28年)	目標 (平成35年)
乳児死亡率*	2.09	減少
乳幼児 (5歳未満) 死亡率*	0.59	減少
小児 (15歳未満) の死亡率	0.24	減少

図表 2-1-1-2-9-3 千葉県内の小児医療体制



第2節 地域医療の機能分化と連携

1 医療機能の充実と県民の適切な受療行動の促進

(ア) 施策の現状・課題

〔医療機関の役割分担〕

それぞれの医療機関は、患者に質が高く効率的な医療が提供されるよう、施設の規模や専門性などに応じて互いに役割を分担し、連携を進めています。

健康相談や、個人や家族が最初に接する、日常的に頻度の高い傷病に対して行われるレベルの医療については、住民に身近なところで確保されるべきであり、診療所などの「かかりつけ医*」「かかりつけ歯科医*」がその役割を担っています。かかりつけ医等は、必要に応じて患者に適切な専門医や専門医療機関等を紹介します。さらに、自宅等の住まいの場へ復帰した後の通院治療や在宅医療についても、かかりつけ医等が担います。

入院医療や専門性の必要な診療などは、地域の中核的病院などが二次医療圏ごとに担っています。このような医療機関は、手術等の後、自宅等への復帰に向けた医療やリハビリテーション、長期の療養が必要な場合の医療を提供する役割も担っています。

先進的な技術等を必要とする高度・特殊な診療などは特定機能病院、県がんセンター、県循環器病センター等の専門性の高い病院、高度救命救急センター*などが、三次医療圏(県全域)を対象として担っています。

また、医療機関は、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関への転院を促したり、入院する病棟を変えたりすることがあるほか、かかりつけ医等と連携し、退院後も必要な管理を継続することがあります。このような場合には、患者の同意のもと、必要な患者情報を関係者間で適切に共有することが重要です。

〔医療体制の充実〕

自治体や日本赤十字社、(社福)恩賜財団済生会などが開設する公的病院*は、平成29年4月現在、県内に35病院が設置されており、各医療圏における中核的病院としての役割とともに、高度専門医療や救急医療、がん診療、小児医療、周産期医療*、リハビリテーション医療等の中心的役割を果たしています。

しかしながら、平成28年度の県政に関する世論調査において、自分が住み慣れた地域で安心して受診できる医療体制が整っていると思うかという設問に対して、「そう思わない」と「どちらかといえばそう思わない」を合わせた『そう思わない』は19.7%あり、また同調査での「県政への要望」でも、「医療サービス体制を整備する」は第3位となっています。

〔不足の見込まれる病床機能の確保〕

地域医療構想で定める病床数の必要量(必要病床数)*と平成28年度病床機能報告*の結果を比較すると、いずれの圏域においても平成37年時点において回復期機能を担う病

床*の不足が見込まれます。一方、急性期*機能を担う病床については過剰となることが見込まれます。

今後の高齢化の進展に伴い、医療に対する需要は質・量ともに変化することが見込まれます。こうした状況に適切に対応できるよう、地域ごとに、その状況に応じた必要な医療機能を確保していくことが重要です。

〔県民の適切な受療行動〕

医療機関の役割分担と併せて、患者が自らにあった医療を受けるためには、医療提供体制の現状を正しく理解し、適切な受療行動を選択することが重要です。

平成29年に千葉県が実施した「医療に関する県民意識調査」によれば、医療機関の役割分担について「知っていた」と回答した県民の割合は45.9%にとどまっています。また、過去1年以内に紹介状が必要な医療機関を紹介状を持たずに受診したことがある県民にその理由を2つまで回答いただいたところ、「紹介状が必要とは知らなかったから」が33.2パーセント、「大きな（専門的な）医療機関の方が安心だから」が30.6パーセントでした。

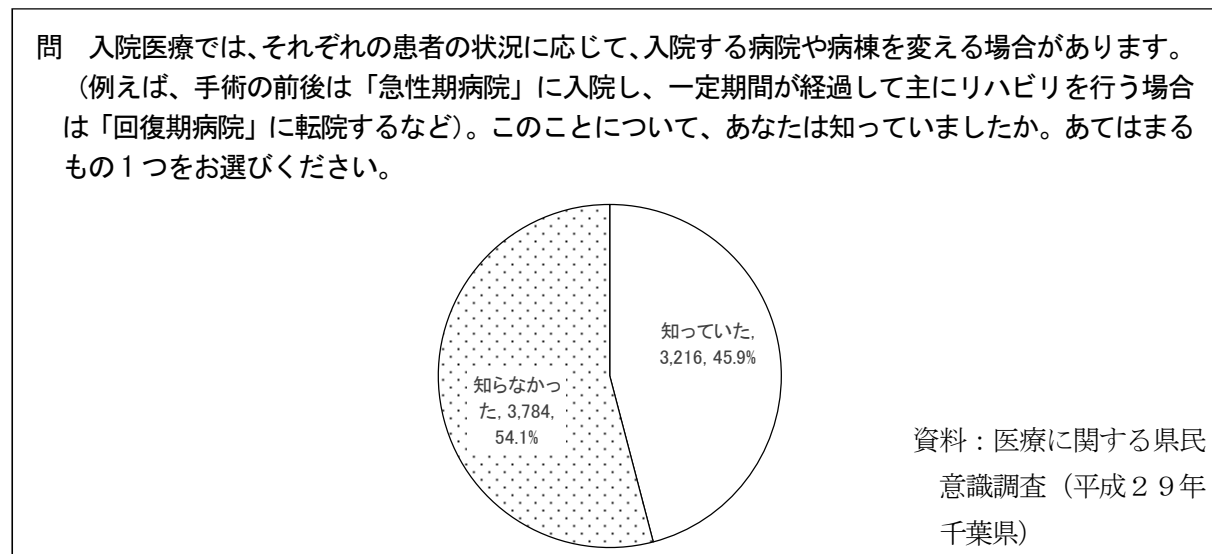
今後の高齢者人口の急増に向け、より質が高く効率的な医療提供体制を構築するためには、医療機関の役割分担や、それを踏まえた適切な受療行動について、県民に更なる理解を求めていく必要があります。

図表 2-1-2-1-1 医療法第6条の2第3項

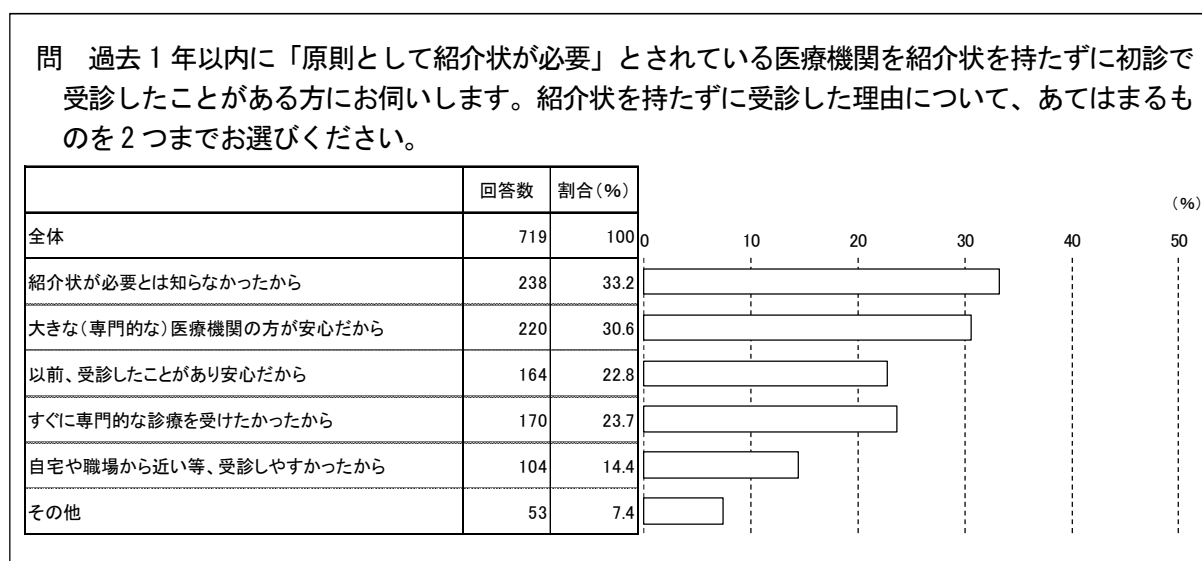
医療法 第6条の2

3 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

図表 2-1-2-1-2 医療に関する県民意識調査の主な結果（1）



図表 2-1-2-1-3 医療に関する県民意識調査の主な結果（2）



資料：医療に関する県民意識調査（平成29年 千葉県）

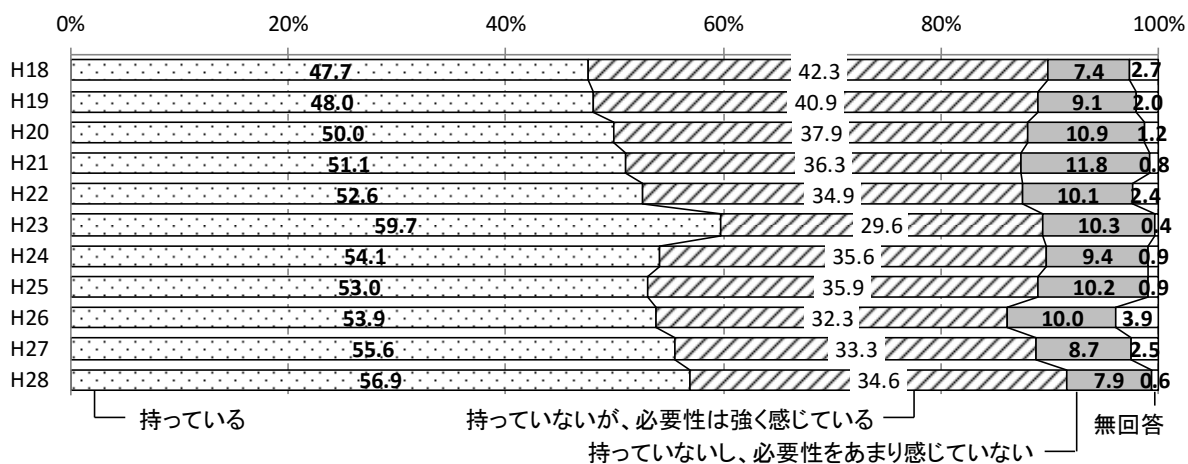
【かかりつけ医、かかりつけ歯科医の定着促進】

県政に関する世論調査によると、「かかりつけ医」を持っている人の割合は、平成28年度は56.9%となっており、平成24年度調査時と比較して2.8ポイント上昇しています。また、「かかりつけ歯科医」を持っている人の割合は、62.2%となっており、平成24年度調査時と比較して1.2ポイント上昇しています。

しかし依然として、「かかりつけ」を持っていないが必要性は強く感じている人の割合は、かかりつけ医で34.6%、かかりつけ歯科医で25.6%と平成24年度に近い水準のままであるなど、県民に意識はあっても実際の定着はなかなか進まない状況です。

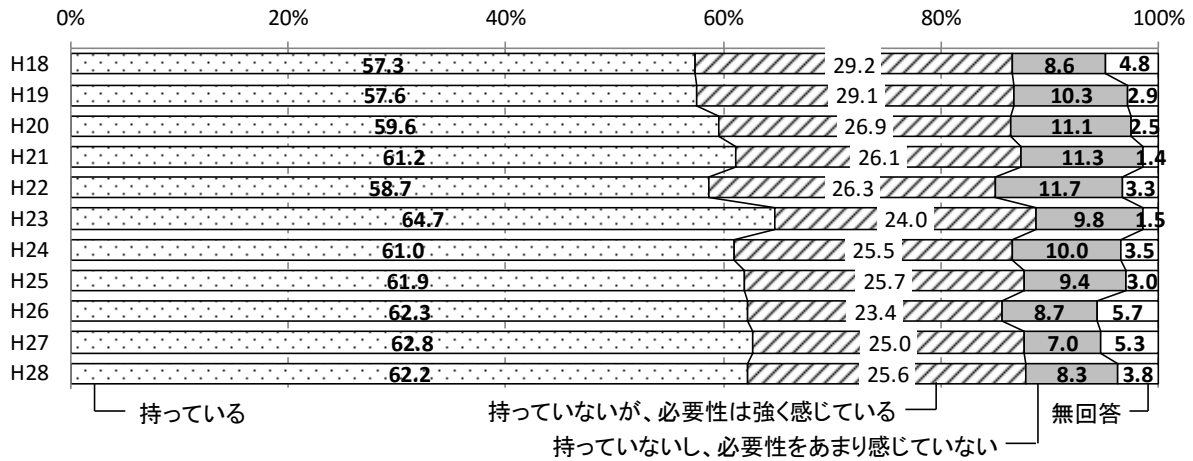
今後も、身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供する役割等を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医について県民に定着促進を図るとともに、かかりつけ医、かかりつけ歯科医の資質向上に向けた取組が必要です。

図表 2-1-2-1-4 かかりつけ医を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

図表 2-1-2-1-5 かかりつけ歯科医を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

(イ) 施策の具体的展開

〔「かかりつけ医」等の機能の向上〕

- 関係団体と協調して、初期診療や健康相談、各医療資源の紹介・振り分け機能、在宅療養支援、地域に根差した福祉のサポート機能等を有する「かかりつけ医」等の機能の向上を図ります。

〔二次医療圏ごとの医療体制の確立〕

- 地域において中核的機能を果たす医療機関の施設整備等に対して助成し、地域医療の充実を図るとともに、がん、小児、救急等の専門的診療機能の充実を促進します。

〔三次医療圏の医療体制の確立〕

- 周産期、感染症等の特殊診療機能の充実や小児の医療機関のネットワーク連携を図るとともに、高度救命救急センター等の機能の強化を進めます。

〔医療機能の分化・連携の推進〕

- 地域の病院や診療所などの医療機関、さらには在宅療養を支える訪問看護ステーション*や介護事業所等が役割分担と相互連携の推進を図るため、地域の実情に応じた情報共有の仕組みづくりを推進します。
- 2次保健医療圏ごとに地域の医療機関や関係団体、市町村などで構成される地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*等を開催し、関係者間の役割分担と相互連携の推進等、保健医療体制の充実に向けた協議を促進します。
- 過剰の見込まれる病床機能から不足の見込まれる病床機能への転換を行う医療機関を支援します。

〔県民への啓発〕

- 各種広報媒体を通じた情報発信や関係団体と連携した啓発活動などにより、県民に対するかかりつけ医、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。
- 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。
- 「千葉県医療情報提供システム」(ちば医療ナビ*)を、より県民が使いやすいものに改善するとともに、常に最新の情報を提供できるような運用に努めます。
- ちば医療ナビやちば救急医療ネット*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。
- 脳卒中*や急性の心血管疾患等の突然の症状出現時には、本人や家族等周囲にいる者が、速やかに救急隊を要請する等の対処を行えるよう、発症時の症状に関する知識を普及啓発します。
- 心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AED*の使用方法について一層の普及啓発に努めます。
- 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。
- 核家族化の進行により、子どもの急病時の対応方法を世代間で伝承する機会が減少していることから、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。
- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中の緩和を図るため、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与える小児救急電話相談*事業の充実・強化を図ります。
- 世代を問わず全ての県民に対し、人生の最終段階においてどのような医療を受けたいのかを日頃から考え、家族などの身近な人や医療者と話し合い、どのような選択肢があるのかを調べ、整理しておくことの重要性を啓発します。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状	目標 (平成35年度)
「かかりつけ医」の定着度	56.9% (平成28年度)	63%
「かかりつけ歯科医」の定着度	62.2% (平成28年度)	65%
「かかりつけ薬局」の定着度	40.5% (平成28年度)	63%
医療機関の役割分担についての認知度	45.9% (平成29年度)	63%
小児救急電話相談件数	31,312件 (平成28年度)	35,000件

図表 2-1-2-1-6 千葉県内の公的病院



2 総合診療機能の充実

(ア) 施策の現状・課題

総合診療とは人々が暮らしの中で直面するさまざまな健康上の心配事について、患者の視点に立ち総合的に問題解決を図ろうとする診療形態を指します。臓器別の診療とは異なり、患者を全人的に診療することが総合診療の特徴であり、このことはかかりつけ医*や病院の総合診療科の医師に求められています。

〔多施設・多職種連携の中心としての総合診療〕

診療所のかかりつけ医は、例えば、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科など専門分野の診療所に紹介したり、合併症を発症した場合に複数の診療科を持つ病院へ紹介するなどして、専門医や地域医療支援病院*などの中核的病院と連携することが求められています。また、中核的病院の総合診療科は他の診療科と連携して患者の多様なニーズに応えることを求められています。

患者の家庭や居住する地域を視野に入れた全人的・包括的な医療を展開するためには、在宅医療、リハビリテーション、健康づくり、福祉・介護サービスなどを包括して提供しなければなりません。

総合診療に従事する医師にはこうした多施設・多職種間の連携を図って、地域ぐるみで患者の生活を支える視点が求められます。

〔医療資源の有効な活用、医療機能の分担〕

地域によっては中核的病院の勤務医は、地域医療を支える立場から自分の専門以外の患者や軽症*の患者まで診療しなければならない状況が見られます。そのため、最初に診療するかかりつけ医が専門医に患者を振り分けたり、専門医による治療の後のフォローアップについて分担したりすることができれば、専門医の負担を減らすことが可能です。そこで、かかりつけ医には幅広い医療分野に対応できる総合診療能力が求められています。

また、高齢者の疾患・病態については、複数の疾患を有すること、慢性疾患が多いこと、症候が非定型的であること等が特徴として指摘されています。超高齢社会の進展に伴い、慢性疾患をはじめとする複数の疾患を有しつつ、外来診療や訪問診療*を利用してそれを管理しながら住み慣れた地域で生活を継続する方が増加すると見込まれます。このため、外来診療や在宅療養、さらには在宅看取りに対するニーズの増大に対応し、患者のQOL*向上を図るため、かかりつけ医を中心に、診療、看護、介護等が一体となった体制づくりが必要となっています。

〔総合診療専門医〕

急速な高齢化等を踏まえ総合的な診療能力を有する医師の必要性がより高まることから、平成30年度から開始される新たな専門医制度*において、「総合診療専門医」が新たな基本診療領域の専門医として位置づけられました。

総合診療を担う医師の専門性が学術的にも評価されたことを受け、県内における養成や質の高い人材の確保への期待が強まっています。

(イ) 施策の具体的展開

〔かかりつけ医の機能強化〕

- 関係団体と協調して、各医療資源の紹介・振り分け機能、在宅療養支援機能、地域に根ざした福祉のサポート機能等を有する「かかりつけ医」の総合診療機能の向上を図ります。

〔総合診療専門医の養成・確保〕

- 地域医療に必要な、幅広い疾患を総合的・継続的・全人的に診療できる能力を持った総合診療専門医の養成・確保に努めます。

3 地域医療連携の推進

(ア) 施策の現状・課題

地域の限りある医療資源を無駄なく効率的に活用し、効果的な医療提供体制を構築するためには、各医療機関の具体的な役割分担を明確化し、疾病の段階に応じて適切な医療資源を利用することが出来る流れを構築することが大変重要です。こうした「循環型地域医療連携システム*」を構築し、推進していくために、地域医療支援病院*などが大きな役割を果たしています。

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、平成30年3月現在で、県内18箇所に整備されています。

また、地域医療の連携強化と施設の効率的な運用を図るため、入院施設や特殊な検査機器を持たないかかりつけ医、かかりつけ歯科医に施設・設備を開放している「開放型病院*」は、平成30年3月現在、県内16箇所に設置されています。

(イ) 施策の具体的展開

〔地域医療支援病院の整備等〕

- 二次保健医療圏ごとに地域医療支援病院が1箇所以上整備されるよう努めるとともに、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。

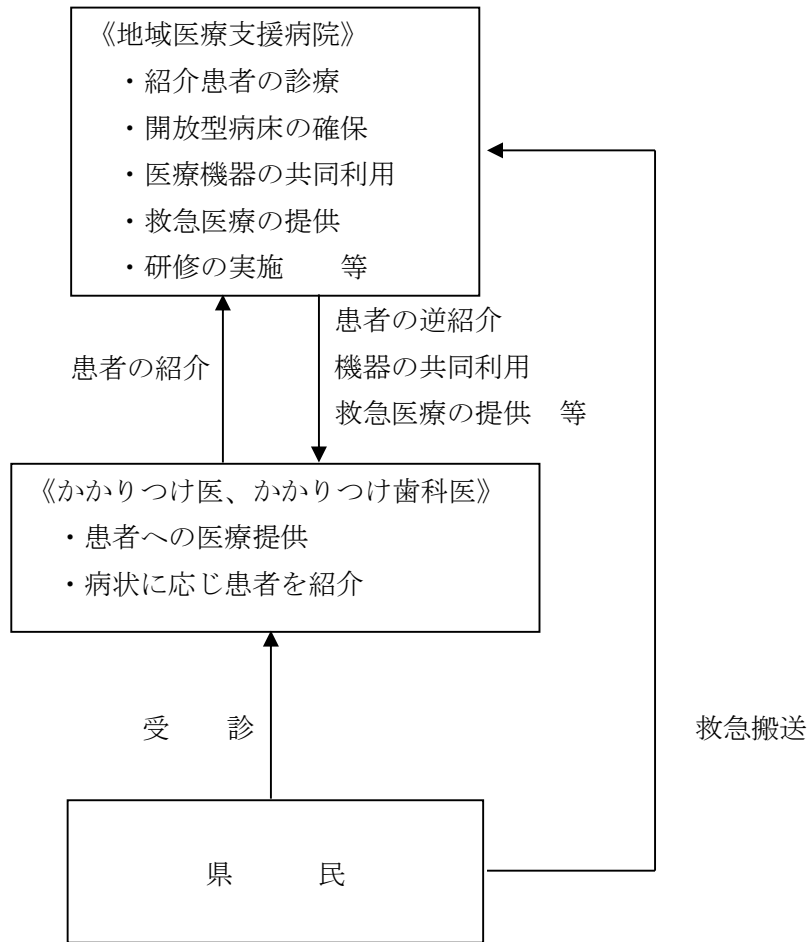
〔地域医療連携の推進〕

- 地域医療支援病院における開放型病床及び高額医療機器の共同利用の促進や地域保健医療連携・地域医療構想調整会議の開催等を通じて地域の医療機関の連携を促進します。

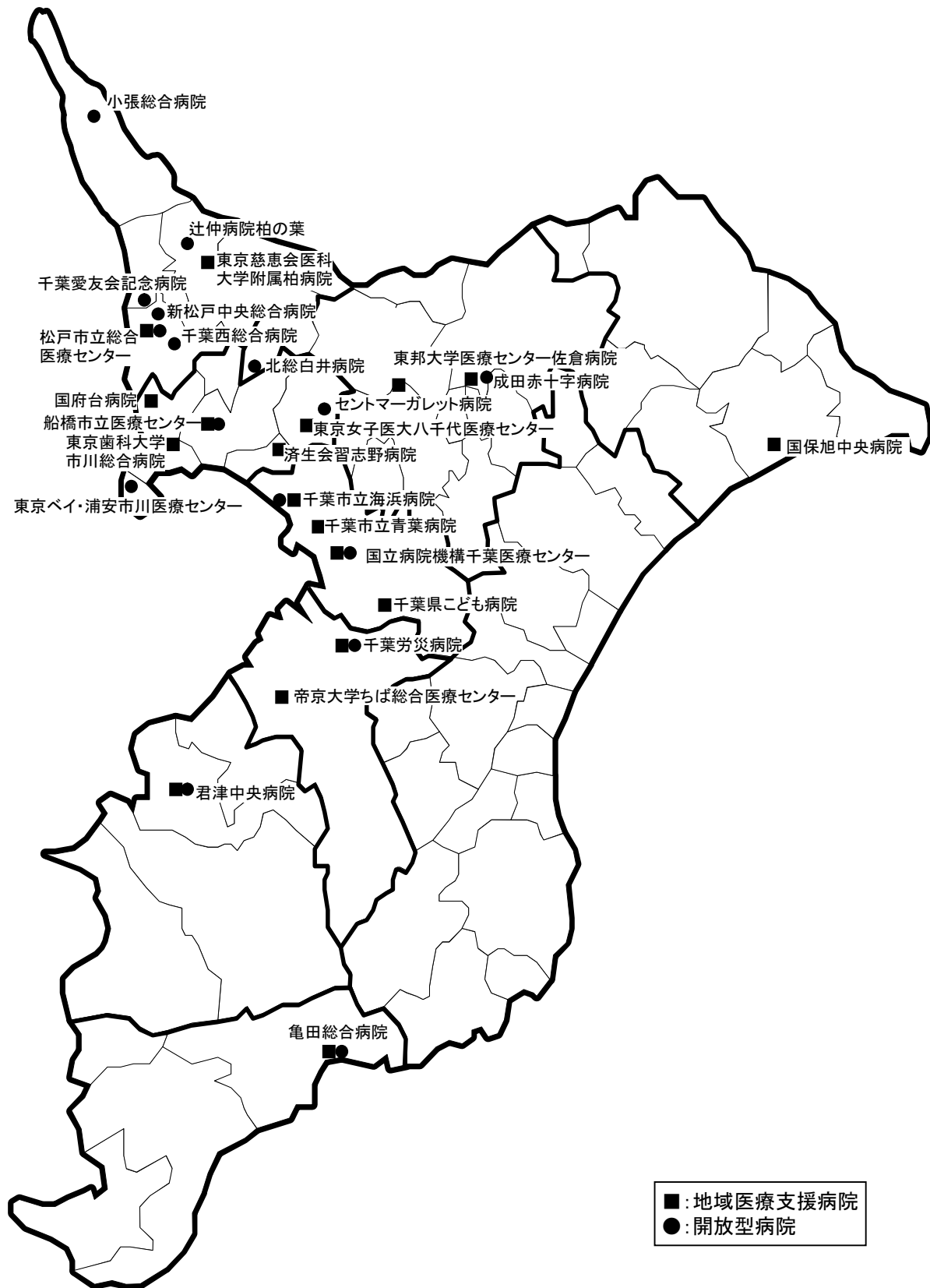
(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状（平成29年度）	目標（平成35年度）
地域医療支援病院数	18箇所（8医療圏）	各医療圏に1箇所以上

図表 2-1-2-3-1 地域医療支援病院のイメージ



図表 2-1-2-3-2 千葉県内の地域医療支援病院及び開放型病院



4 自治体病院の連携の推進や経営改善の支援

(ア) 施策の現状・課題

県内の市町村又は市町村で構成する一部事務組合*等が運営する自治体病院は、平成29年4月現在で26病院あり、それぞれが他の医療機関と協働して、地域医療を支えています。

多くの自治体病院で、医師不足等による診療体制の縮小や経営悪化がみられるなど、地域に必要な医療を安定的に提供することが厳しい状況が続いています。

県では、平成20年9月に千葉県自治体病院支援対策本部*を設置し、その後、毎年、各自治体病院の経営状況や医師不足の影響等について実態調査を実施し、その結果を踏まえて各病院の状況に応じた助言や支援等を行っています。

医療資源に限られる中で地域医療を安定的に提供するためには、今後も自治体病院の連携や経営改善の取組の必要性がさらに高まっていくものと思われま

(イ) 施策の具体的展開

〔自治体病院の連携の推進〕

- 地域医療の中心的な役割を果たしている自治体病院について、自治体病院相互やその他の医療機関との役割分担や連携の推進を支援します。

〔自治体病院間の共同事業の取組支援〕

- 地域における良質で効率的な医療サービスの提供を実現するため、自治体病院を中心とした、診療材料の共同購入や医師の人事交流、病床*の合理化等の相互連携・機能分担を図る取組を支援します。

〔自治体病院の経営改善の支援〕

- 地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくために、平成27年3月に国が公表した「新公立病院改革ガイドライン*」を踏まえて策定した各自治体病院の改革プランに基づき、公立病院の経営健全化に向けた取組について、積極的に支援していきます。

なお、公立病院等の再編・ネットワーク化については、「循環型地域医療連携システム*」や地域における公立病院等の再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等の具体的な動き等を踏まえ、市町村の意向等も十分把握し、総合的に進めていきます。

- 自治医科大学の卒業医師の医師派遣、医師修学資金を受けた医師の自治体病院での勤務、医師が不足する自治体病院への医師派遣などにより、地域の自治体病院に勤務する医師の養成・確保を図り、経営改善につなげます。
- 自治体病院の医師確保や経営状況についての実態調査などを踏まえ、経営改善のためのより効果的な支援策等の検討や、中長期的な視点からの地域医療の安定的な

確保に向けた取組を進めます。

図表 2-1-2-4-1 県内自治体病院（県立病院を除く。）における経常収支の年次推移

（単位：百万円）

年度	H16	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
経常収益	126,208	124,870	120,085	125,319	126,859	126,611	130,326	132,375	96,584
経常費用	127,350	124,225	117,173	122,617	124,600	126,850	130,889	133,662	100,051
経常損益	▲ 1,142	645	2,912	2,702	2,259	▲ 239	▲ 563	▲ 1,287	▲ 3,467

※一般会計及び地方独立行政法人が運営している病院を除く。

資料：平成16、21～28年度市町村公営企業決算概況（千葉県）

図表 2-1-2-4-2 県内自治体病院（県立病院を除く。）における医業収支の年次推移

（単位：百万円）

年度	H16	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
医業収益	108,268	106,306	103,693	108,672	110,333	110,847	112,512	114,250	81,800
医業費用	117,471	115,522	108,590	113,979	116,071	118,343	121,017	123,419	93,460
医業損益	▲ 9,203	▲ 9,216	▲ 4,897	▲ 5,307	▲ 5,738	▲ 7,496	▲ 8,505	▲ 9,169	▲ 11,660

※一般会計及び地方独立行政法人が運営している病院を除く。

資料：平成16、21～28年度市町村公営企業決算概況（千葉県）

図表 2-1-2-4-3 県内自治体病院（県立病院を除く。）における常勤医師数の変化

（平成16年4月1日⇒平成29年4月1日）

	病院数	変化医師数の合計
増加	9	+137
変化なし	1	
減少	13	▲69

※千葉市桜木園、船橋市立リハビリテーション病院及び東千葉メディカルセンターを除く

資料：千葉県医療整備課調べ

5 県立病院が担うべき役割

(ア) 施策の現状・課題

〔県立病院の現況〕

現在、千葉県では、地方公営企業法全部適用*の事業として病院局において管理・運営する高度・特殊な専門医療を取り扱う4病院（がんセンター・救急医療センター・精神科医療センター・こども病院）、循環器に関する高度・特殊な専門医療と地域における中核医療を行う病院（循環器病センター）、地域の中核医療を行う病院（佐原病院）の計6病院と、指定管理者が管理・運営する特殊な専門医療を取り扱う1病院（千葉リハビリテーションセンター）、合わせて7病院を設置しています。

各県立病院は担うべき使命が異なっていますが、それぞれの病院の機能・特性に応じて、地域の将来的な医療需要や地域の医療提供体制などを踏まえた再編・ネットワーク化の検討が求められています。

これからの県立病院の方向性としては、千葉県立病院新改革プランや地域医療構想に沿って、経営健全化や医療機能の見直しを図りつつ、県全体の医療提供体制の見直し等の議論を見据え、その議論の中で県立病院が果たすべき役割を確立し、県民や市町村、関係団体等に示していくことが不可欠です。

〔循環型地域医療連携システムとこれを補完・拡充する全県と複数圏域に対応した医療〕

千葉県では、がん、脳卒中*等の疾病毎、また二次保健医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システム*を通して、可能な限り地域で医療が完結できる体制を目指しています。

二次保健医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システムに加えて、地域を越えた対応が必要な事案など当該システムを補完する役割が必要になってきます。

例えば、県立病院には、圏域では対応できない医療の最後の砦としての役割とともに、高度専門的見地から地域の医療機関を支援していく役割が求められます。

また、こうした高度専門的な医療については、高度専門的技術をもつ人材の適正配置や、高性能・高額な医療機器など施設・設備の重複配置をなくすなど集約化を図っていく必要があります。こうした面からも、二次保健医療圏を越えた対応が必要です。

健康づくり・予防、急性期*医療、回復期*医療、在宅医療、介護・福祉など、段階に応じた循環型地域医療連携システムとこれを補完する高度専門的医療等の全県や複数圏域に対応した医療を医療資源チームの一員として位置付けて、連携を図った保健・医療・福祉の流れを構築することが重要です。

〔県立病院が担うべき政策医療〕

医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能、すなわち、全県的見地で整備すべき全県や複数圏域に対応した医療機能については、県民の命を守るため、県として全力で取り組むべき課題であることから、その責務を果たしうる県立病院の役割を確立することを目指す必要があります。

すなわち、県立病院が担うべき政策医療とは、がん、循環器などの高度専門医療など全県や複数圏域を対象とした医療を中心とします。

また、専門的見地から地域の医療機関への支援や、今後の医療のモデルとなるべき先進的な取組み等も県立病院が担うべき医療です。

もちろん、全県や複数圏域を対象とした医療機能については、県立病院のみが担うものではありません。大学病院や国立病院機構、地域の中核的基幹病院等とも役割分担しながら、全県や複数圏域を対象とした医療機能を担っていく必要があります。

一方、二次保健医療圏で完結する一般医療については、全県的見地からの対応ではなく、地域の実情を踏まえた医療提供体制を整備していく必要があることから、地域の民間病院や市町村等が担うことが重要です。したがって、県立病院の持つ医療資源については、可能な限り全県や複数圏域の見地から配分していくことが重要です。

大規模災害発生時において、効果的な医療救護活動が行えるよう、県立病院は災害時医療の中核的な医療活動を展開する必要があります。

(イ) 施策の具体的展開

〔県立病院の将来方向〕

- 県立病院については、以上のような循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能、すなわち、医療圏内で完結することができない高度専門的な医療について全県及び複数圏域を対象とした医療機能を担っていくことを基本とします。また、県全体の医療の質の向上のための人材育成と情報提供機能を担っていきます。
- 一方、これまで県立病院が担ってきた地域完結型の一般医療については、県民の理解を求めながら、地域の実情に応じて小回りのきいた医療サービスが提供できるよう地域の自治体等が中心となり、新たな医療提供体制の枠組みへの再構築を進めることとします。
- 再構築にあたっては、循環型地域医療連携システムを踏まえるとともに、国の「新公立病院改革ガイドライン*」等を勘案して地域の自治体病院等の再編・ネットワーク化を進めていきます。県は、新たな医療提供体制が整うまでは、これまで県立病院が担ってきた地域医療の水準が後退しないよう医師確保など十分に配慮しながら、こうした地域の自治体等の取組を積極的に支援していきます。
- 災害に備え、医療救護活動に必要な応急医療資器材等の更なる整備や災害派遣医療チーム（DMAT）*、災害派遣精神医療チーム（DPAT）*の派遣体制の強化を進めるとともに、老朽化・狭隘化等が課題となっているがんセンター、救急医療センター、精神科医療センター及び佐原病院の施設整備等を行い、県立病院の病院機能を一層強化し、災害時医療救護活動等の機能を担っていきます。

〔県立病院が担うべき具体的な医療機能〕

- 県立病院が担うべき具体的な医療機能については、以下のような機能が考えられます。
なお、循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能を担うという県立病院の役割分担を踏まえ、全県や複数圏域を対象としたがん医療、循環器医療、小児医療、リハ

ビリテーション医療、救急医療、精神科医療等の高度専門的な医療などに取り組みます。

(1) 先端・高度専門的ながん医療と研究

- 県立病院は、千葉県がん対策推進計画に基づく、がんの予防、早期発見、がん医療の充実、在宅緩和ケア*の推進、がん患者や家族への相談支援、人材の育成、研究など、総合的ながん対策の推進に積極的に協力します。

特に、県のがん対策の中核的役割を担う施設として、がん登録*データの分析、千葉県共用地域医療連携パス*を活用した地域の医療機関との連携、診療支援医師の派遣調整、医療従事者の研修、相談支援、情報提供等の充実強化を図ります。さらに、地域がん診療連携拠点病院*等に対し、情報提供、症例相談や診療支援を行うなど、都道府県がん診療連携拠点病院*としての機能を担います。

- 急速な高齢化に伴って急増が見込まれるがん患者に対して、質の高いがん医療を提供できるよう、がんセンターの新棟建設により増床と機能強化を図ります。特に、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん）については、集学的治療*及び緩和ケア*の体制をさらに整備し、標準的治療*等がん患者の状態に応じた適切な治療を行うほか、循環器疾患や糖尿病などの合併症を有する患者への対応や緩和ケアの医療ニーズの増大などに対応していきます。それに加えて、県内に対応できる医療機関が少ない希少がんについても対応していきます。

- 圏域では対応できない先進的で専門性や難易度の高いがん医療、例えば、専用のコンピュータを用いて、複数のビームを組み合わせることで放射線の強弱をつけ、腫瘍の形に適した放射線治療を行うIMRT（強度変調放射線治療）や胃がんや大腸がんに対する内視鏡的切除、鏡視下手術の実施、人間である術者の手の動きを忠実にロボット鉗子が再現して行う「ロボット手術」、ゲノム医療*への取り組みなど、先端・高度ながん治療や低侵襲治療*を提供します。

また、大学等と連携して、臨床試験・治験を通じた最先端医療の提供や新しい治療薬の開発などに取り組む必要があり、臨床部門と研究部門が有機的な連携を図ることで、これら医療の研究・開発機能を一層強化します。

- 患者の心と体を総合的に支援するため、地域の医療機関、在宅医療資源、ボランティアグループなどと連携し、地域で患者・家族を支える仕組みづくりに取り組んでいきます。
- 研究分野では、がんの発生メカニズムや抑制等の研究、創薬、治療法の開発、ゲノム解析によるがん原因遺伝子等の探索、疫学調査に基づく予防等の研究など、基礎的な研究成果の臨床応用研究を推進していきます。

(2) 高度専門的な循環器医療

- 脳血管疾患*・心血管疾患等の循環器疾患の診断・治療は近年その発達が著しい分野であり、診断には種々の高額医療機器が必要で、治療に関しても開頭手術、血管内治療、特殊な薬物治療などのように多様化、専門化している一方で、これらの全ての診断・治療に対応できる施設は極めて限られています。県立病院は、圏域では対応できない高度専門的で、難易度の高い循環器医療として、ガンマナイフ*、320列CT装置*等の専

門機器の活用など、特殊な脳血管疾患・心血管疾患の診断・治療の機能を担っていく必要があります。

- 急性期については、例えば、脳卒中という緊急性の高い疾患に対応するには、脳神経外科医・神経内科医が常勤医として勤務し、24時間365日対応可能な病院からなる体制が必要です。また、心筋梗塞*の急性期治療においても、循環器科医をはじめとした医療従事者等の24時間365日勤務体制が必要であり、さらに冠動脈撮影、心エコー等の高額医療機器も常時稼働可能な状況でなければなりません。こうした現状を踏まえ、患者搬送への活用など医療圏を越えた強力なネットワークによるバックアップ体制を構築することが求められており、その中核機能を担っていく必要があります。
- こうした中、循環器病センターは、循環器に係る高度専門医療を提供するとともに、地域の一般医療も担っていますが、立地上の課題等から入院患者が減少傾向にあります。また、近年、循環器病センターが所在する市原医療圏、隣接する山武長生夷隅医療圏に相次いで救命救急センター*が指定されたことなどを踏まえ、将来的な専門医療と地域医療のそれぞれのあり方について、全県的な視点と当該地域の状況を踏まえて検討する必要があります。

(3) 高度専門的なこども医療等と周産期医療

- 県立病院は、一般の医療機関で対応が困難な高度専門的で、難易度の高い各種の新生児*疾患や重度小児疾患等の治療を担っていく必要があります。また、全県的な小児科ネットワークの中心的な存在としての機能を果たす必要があるほか、県全体の三次救急医療*を担うとともに、各圏域における小児救急医療体制の現状から必要に応じ、二次救急医療*体制を補完・バックアップする機能を担っていく必要があります。
- 一般的に小児の在宅医療は成人に比べ障害の程度が重く、高度な医療的管理が必要であるとともに、提供されるケアへの親の要求水準は高く、一方で社会資源は乏しいという現状があります。このため、家族が行う医療的ケアへのサポートや関係機関との連絡調整など小児在宅医療に対する支援を充実していきます。
- 異常新生児の治療については、胎児の段階からの対応、出産病院からの搬送によるリスク、搬送に伴う母子分離による母親の不安等を考慮すると、出生前、出生後の一貫した胎児・母体管理、分娩（出生）直後からの新生児治療を可能とする産科を交えた周産期医療*との一体的な展開が必要とされていることから、県立病院において周産期医療に取り組みます。

(4) 高度専門的なリハビリテーション医療

- 県立病院は、個々の医療機関等では対応できない、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種リハビリ療法、補装具*作成、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーションセンター機能（相談、診察、治療、訓練、補装具製作、家屋改造指導、ご家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用のお手伝い、地域との連携等を含む）を担っていく必要があります。
- 特に、

- ・障害のある子どもに対する療育*の提供（医療型障害児入所施設等の運営を含む）
- ・重症化・重複障害化*の脳血管障害のある人に対する効率的な訓練実施
- ・脳外傷等による高次脳機能障害*、脊髄損傷など、一般病院では対応しきれない障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供
- ・障害のある人等に対するテクノエイド*機能の整備
- ・全身性骨・関節疾患（リウマチを含む）への医療・リハビリテーションの提供
- ・四肢の切断患者等への義肢・装具の作製とリハビリテーションの提供
- ・障害のある人・高齢者等の地域在宅生活の促進と維持のための多様な支援ネットワークの構築

等に取り組んでいます。

- また、千葉県リハビリテーション支援センター*の機能を担い、①各二次保健医療圏に指定される地域リハビリテーション広域支援センター*に対する支援、②リハビリテーション資源の調査・情報収集、③関係団体との連絡調整、④リハビリテーション実施機関等のネットワークの構築等の役割を一層果たしていきます。
- 千葉リハビリテーションセンターが、こうした県立施設としての機能・役割を果たし、増加する県民ニーズにこたえるためには、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能の充実などが求められます。このため、施設の整備方針について関係機関や有識者等の意見を聞きながら検討を行い、県民からの高いニーズに対応できる施設の整備に取り組めます。

（5） 全県や複数圏域を対象とした救急医療

- 県立病院は、他の救急医療機関での対応が困難な症例や、受け入れできない場合の受け皿として、各分野の専門医が365日、24時間体制で、心筋梗塞、脳卒中、多発外傷等の重篤救急患者の治療にあたるとともに、高度救命救急センター*として広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊救急疾病患者の救命救急医療を担っていく必要があります。また、各二次保健医療圏において、種々の要因により対応が困難となっている救急患者の収容を日々調整・補完する機能を担う必要があります。さらに、精神科医療との連携により、一般診療科では対応困難な身体・精神科合併救急患者について、迅速かつ適切な医療を提供していく必要があります。

これらの課題に対応するため、救急医療センターと精神科医療センターを統合して、（仮称）千葉県総合救急災害医療センターを整備し、機能強化を図っていきます。

- 県内の三次救急医療機関や消防機関等とのネットワークづくりを進めるとともに、救急医療情報の①収集、②分析・評価、③調整、④提供を行うセンターとしての機能を担っていく必要があります。具体的には、救急患者の搬送をスムーズに行うための情報ネットワークを三次救急医療機関や一部の二次救急医療*機関と消防機関を含めた形で構築・管理することで、多発外傷、全身熱傷、指肢切断などの重症外因性疾患、及び内因性疾患の中でも解離性大動脈瘤*や重症心筋梗塞、重症脳卒中など、緊急に専門的な対処が必要な病態に関する応需情報*などを関係機関が共有するとともに、必要に応じて、身体・精神合併救急患者等の三次救急間の受入に係るコーディネートを行い、県内救命救急センターを結ぶ「ハブ病院」機能を実現します。

- 一方、救急医療体制の確立には、それに従事する医療従事者の確保・育成が大きな柱となります。そこで、全県域を対象に、大学病院や他の救命救急センター等と連携して、県立病院の持つ高度な救命救急医療技術に係る研修の実施等による支援を行うことが、全県にわたる救急医療体制の確保を図る上で効果的です。

(6) 全県や複数圏域を対象とした精神科医療

- 自己の症状についての確実な判断が困難な状態にある精神に障害のある人（特に措置入院*患者）は、公的な医療機関で医療保護を受けることが妥当とされ、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」第19条の7の規定により、都道府県に精神科病院の設置が義務づけられています。
- 特に、県立病院は、休日・夜間等において精神疾患の急激な発症や精神症状の急変等により早急に適切な医療を必要とする患者への相談に応じ、迅速な診察の実施、精神科医療施設の紹介及び必要な医療施設の確保を目的とした精神科救急医療システムの中心的役割を担うセンターとして、急性期患者の24時間体制での受け入れ機能とともに、本人・家族、救急隊等からの直接相談等を受ける精神科救急情報センター*（医療相談窓口）機能を担っています。また、(仮称)千葉県総合救急災害医療センターの整備により、一般診療科では対応困難な身体・精神科合併救急患者について、迅速かつ適切な医療を提供していくほか、身体・精神科合併救急医療の全県ネットワークの構築を目指します。
- 「入院医療中心の治療体制から地域ケアを中心とする体制へ」という精神科医療の大きな流れを先導するため、通院患者の継続医療のための様々な援助により患者の在宅復帰を積極的に支援していきます。
- さらに、精神に障害のある人の早期治療、社会復帰につなげるため、(仮称)千葉県総合救急災害医療センターと同一施設内に再整備が予定されている千葉県精神保健福祉センターと連携を図り、隙間のない精神保健福祉サービスを提供していきます。

(7) 災害医療

- 大規模災害発生時には、県立病院では災害拠点病院*を中心に、各種災害医療の中核的な役割を担う必要があります。
- 特に(仮称)千葉県総合救急災害医療センターでは、高度救命救急医療及び精神科救急の機能を最大限に活用するとともに、DMAT、DPATを同一病院内で運用できる機能を活かして身体・精神両面にわたる包括的な災害医療を提供します。
- さらに、他の医療機関や消防との連携のもと、大規模な自然災害のみならずテロ等の人的災害の発生時においても、県の中心的災害医療センターとしてハブ的な役割を果たしていきます。

(8) 人材育成機能等

- 県立病院の有する様々な資源を活用した卒後臨床研修や平成30年4月に開始される予定である新たな専門医制度*における専門研修*を通じて、総合診療医の育成など全人的で科学的根拠に基づいた医療を実践する多くの優秀な医師の育成機能を担う必要があります。

- また、専門的医療に関する医療関係者に対する研修の実施や研究等を通じて県全体の医療の質の向上に努めることも県立病院が担うべき機能の一つです。
- さらに、県立病院では、今後の医療のモデルとなるような先導的取組も担うべき機能の一つです。団塊の世代全員が75歳以上となる2025年を見据え、地域包括ケアシステムを医療面から支援する、地域と連携した訪問診療*・訪問看護などについてモデル的に取り組んでいきます。

(9) 医療安全

- 県立病院では、県民に安全で良質な医療を提供できるよう、各病院に医療安全管理室を設置し、副病院長等を医療安全管理の責任者とするなど体制の整備を図っているところです。
- さらに、外部有識者で構成された医療安全監査委員会が、定期的に第三者の視点から県立病院の医療安全管理体制を監査し、医療安全の推進を図っています。
- また、医療安全に関する透明性を確保するため、医療上の事故等の公表基準の策定、内部通報制度の新設などを行ったところであり、これらの制度を活用して、安全・安心を最優先に医療を提供していきます。

6 薬局の役割

(ア) 施策の現状・課題

高齢化の進展や疾病構造の変化を背景として、患者の状態や服用薬を一元的・継続的に把握し、処方内容をチェックすることにより、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無や、副作用・期待される効果の継続的な確認ができ、薬物療法の安全性・有効性が向上すること目的に、かかりつけ薬剤師・薬局*が推進されています。

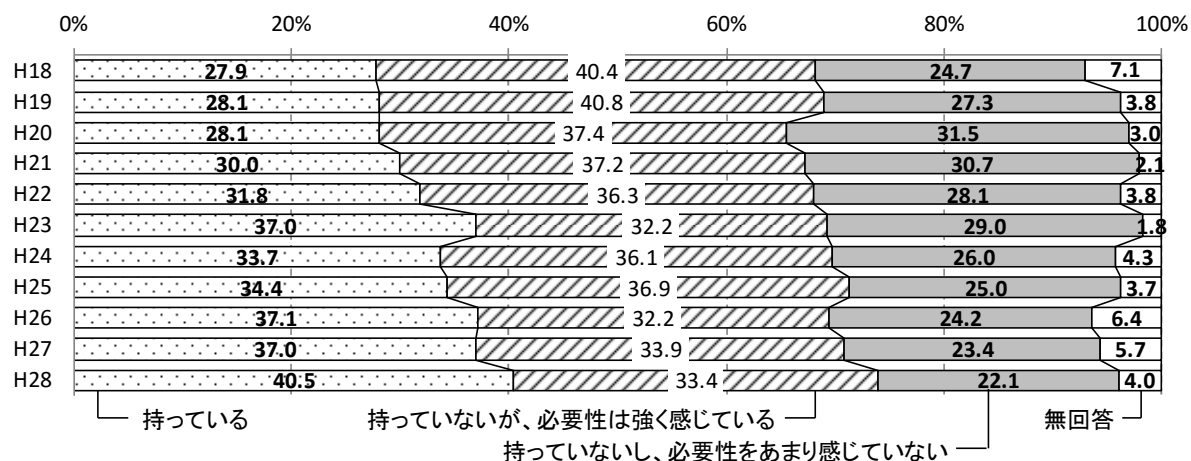
また、かかりつけ薬局では、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことも求められています。

かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、中長期的視野に立って現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示する「患者のための薬局ビジョン」に基づき、平成37年までにすべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことが求められています。

しかしながら、県政に関する世論調査（平成28年度実施）によると、かかりつけ薬局を持っている人の割合は、平成28年度は40.5%であり、平成24年度調査時と比較して6.8ポイント上昇しておりますが、持っていないが必要性を強く感じている人の割合も33.4%と平成24年度に近い水準のままであり、より一層の定着の促進が求められています。

さらに、地域住民が主体的に健康の保持増進を進めるために、健康サポート薬局*による積極的な支援も求められています。

図表 2-1-2-6-1 かかりつけ薬局を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

今後の在宅医療の進展にともない、患者宅に訪問し薬剤管理指導に対応できる薬局の整備と充実を図ることが必要とされるとともに、在宅に係る医療・介護関係者の連携を図ることが期待されています。

また、本県における薬局の処方せん受取枚数は、平成28年度で約3,633万枚

となっており、医薬分業*率（処方せん受取率）は76.5%と、全国平均71.7%を上回っています。

（イ）施策の具体的展開

〔かかりつけ薬剤師・薬局の啓発〕

- 県民にかかりつけ薬剤師・薬局や健康サポート薬局等について理解を得るため、薬剤師による適切な服薬指導の必要性やお薬手帳*の活用などについて、各種広報媒体を活用し広報啓発を行うとともに、県薬剤師会と連携し、高齢者や若年層を対象とした医薬品の適正使用等の講習会を実施します。

〔薬局機能情報等の提供〕

- 薬局機能を公開している「千葉県医療情報提供システム」（ちば医療ナビ*）を、より県民が使いやすいものに改善するとともに、常に最新の情報を提供できるような運用に努めます。

〔地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の役割の確立〕

- 薬局が地域における既存の役割等も生かし、薬物療法に関して、地域包括ケアシステム*の一翼を担うことができるように、訪問薬剤管理指導等対応薬局*の拡充とレベルアップを支援するとともに、薬局と地域の多職種との連携の推進を図ります。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現状（平成28年度）	目標（平成35年度）
かかりつけ薬剤師・薬局の定着度	40.5%	63%

7 患者の意思を尊重した医療

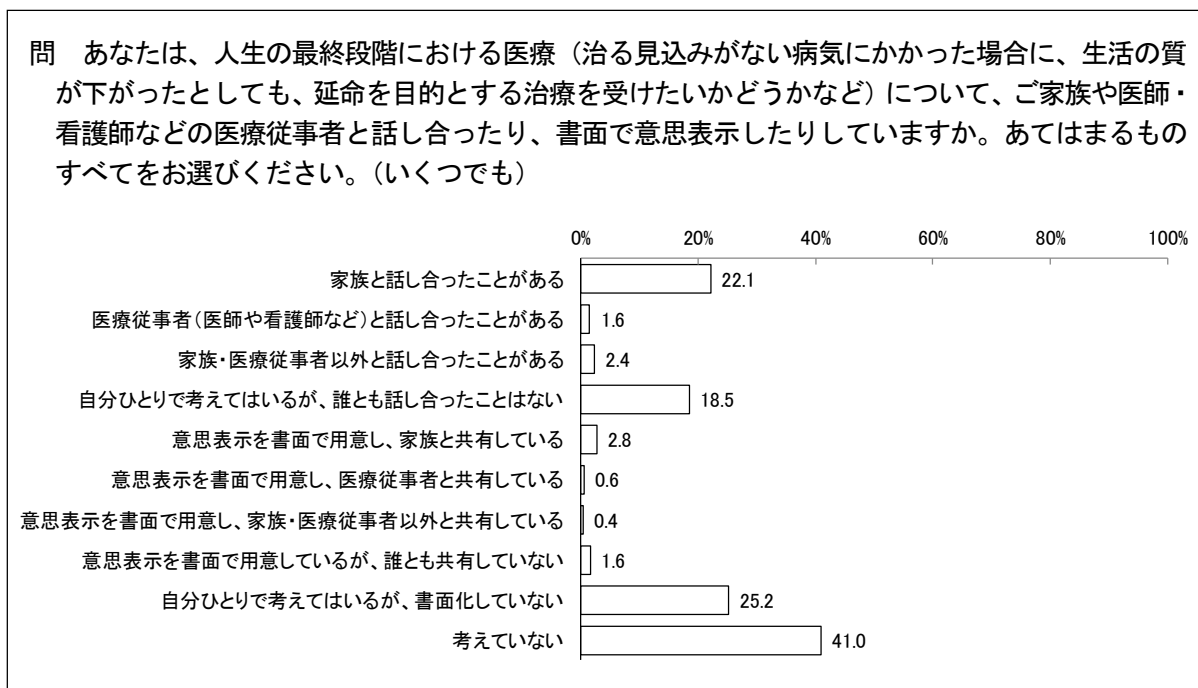
(ア) 施策の現状・課題

重病になった時、認知症が重度化した時、突然の事故に遭って意識を失った時など、自分で意思表示ができない状況になった時に、どのような医療を受けるか、どこでどのように暮らしたいかについて、家族が重要な決断を迫られることがあります。患者本人が望む医療を受けるために、家族の負担を減らすために、日頃から自分なりに考えを整理し、家族や医療従事者などの周囲の人たちと話し合い、共有しておくことが重要です。また、医療に関する正確で十分な情報を持つ患者は多くはないことから、医療従事者側からの必要かつ適切な情報の提供や相談体制の整備も重要です。

また、近年、こうした「今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」「年齢と病気に関わらず、成人患者と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有するプロセス」については、ACP* (Advance Care Planning) として注目されており、国や関係団体においても普及啓発に向けた検討や取組が進められています。

しかしながら、平成29年に千葉県が行った「医療に関する県民意識調査」によれば、人生の最終段階における医療について、家族や医療従事者と話し合ったり、書面で意思表示したりしている県民は多くなく、41.0パーセントの県民は「考えていない」という状況です。

図表 2-1-2-7-1 医療に関する県民意識調査の主な結果



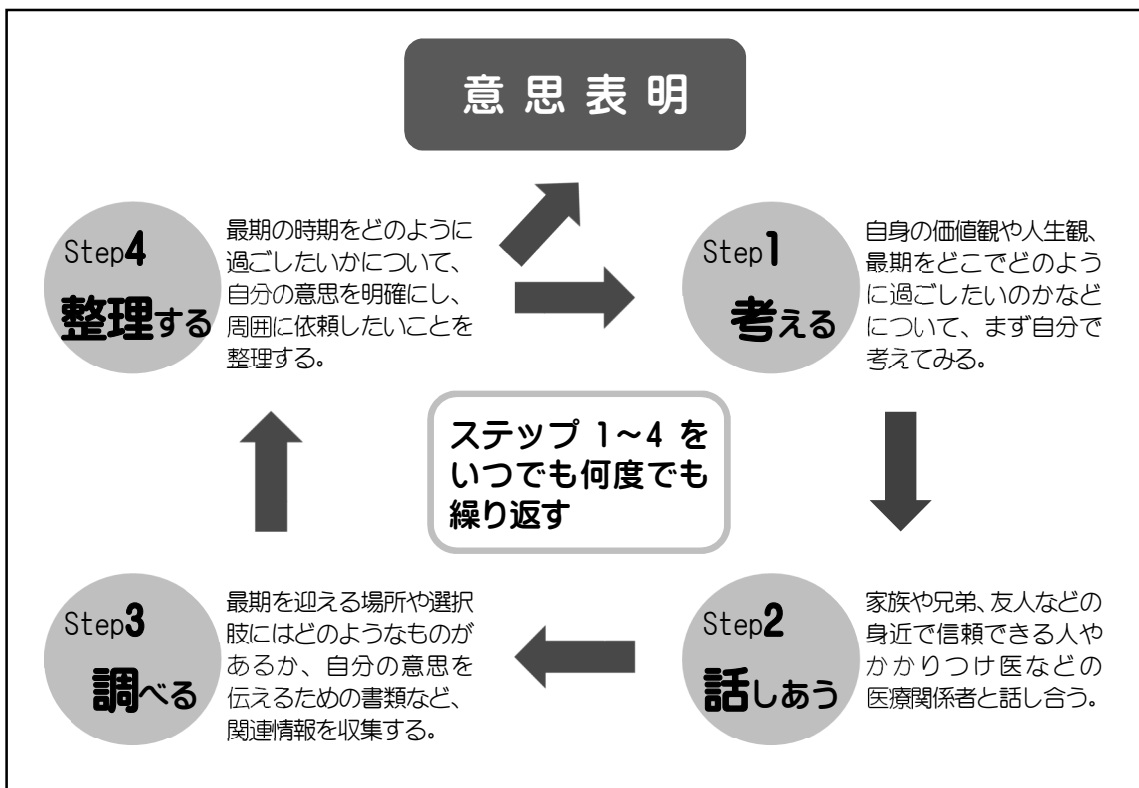
資料：「医療に関する県民意識調査」（平成29年 千葉県）

(イ) 施策の具体的展開

〔患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の推進〕

- 世代を問わず全ての県民に対し、人生の最終段階においてどのような医療を受けたいのかを日頃から考え、家族などの身近な人や医療者と話し合い、どのような選択肢があるのかを調べ、整理しておくことの重要性を啓発します。
- 医療機関に対しては、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として人生の最終段階における医療を進めるプロセスの普及を図ります。

図表 2-1-2-7-2 意思表示のプロセス (例)



第3節 在宅医療の推進

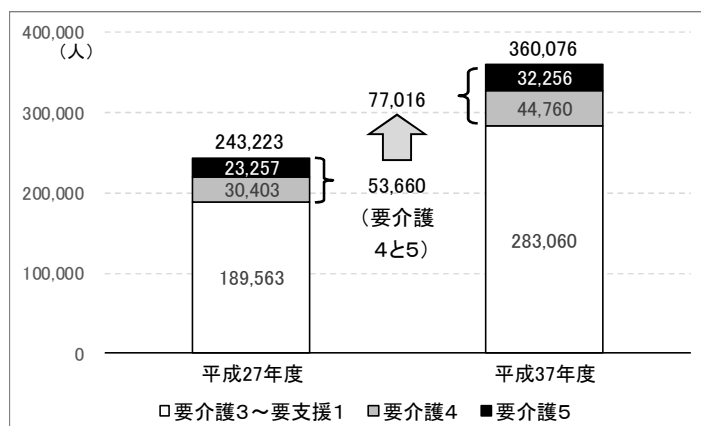
(ア) 施策の現状・課題

a. 在宅医療の対象者の状況

国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所の推計（平成25年3月推計）によると、本県の高齢者人口は、平成27年度（2015年度）から平成37年度（2025年度）までの間に、65歳以上人口の増加率は全国第5位、75歳以上人口の増加率は全国第1位となることを見込まれ、特に75歳以上の人口は平成37年度時点で100万人を超えると推計されています。

また、本県における要介護等認定者数は、平成27年度の24万人が平成37年度には36万人に急増すると見込まれており、このうち、要介護4及び5のいわゆる重度者は、平成27年度の5万4千人から平成37年度には7万7千人を超える見込みとなっています。

図表 2-1-3-1 要介護等認定者数の推計

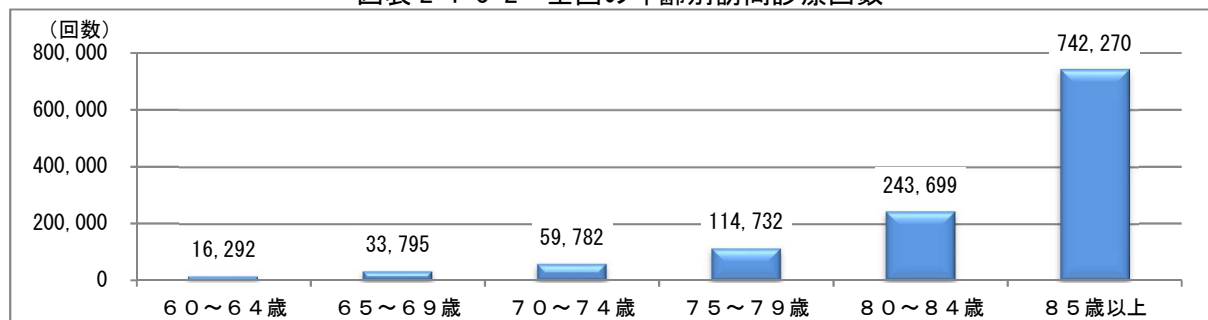


資料：千葉県高齢者保健福祉計画

訪問診療*の需要を年齢別にみると、高齢になるにつれて急増しています。

また、在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、年々増加しており、特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。

図表 2-1-3-2 全国の年齢別訪問診療回数

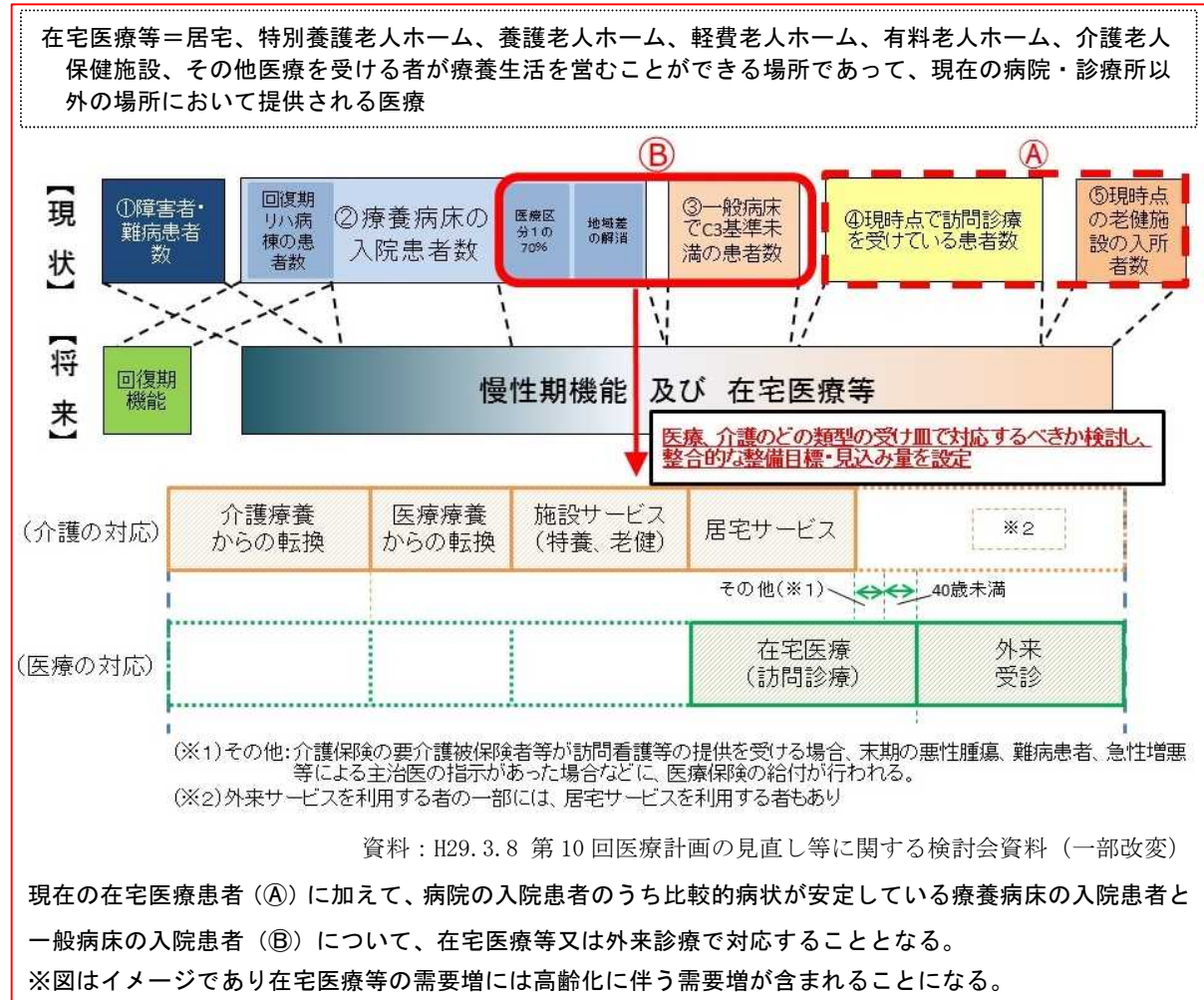


資料：平成27年 社会医療診療行為別統計（厚生労働省・平成27年6月審査分）

疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL向上を重視した医療への期待の高まりなどにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しています。

また、地域医療構想においては、現状の療養病床の患者の一部を、将来的には在宅医療や介護老人保健施設*、特別養護老人ホーム等が担っていくこととされています。病床機能の分化・連携が進んだ先には、在宅医療等の利用見込者数は平成37年には7.8万人になると見込まれており、そのうち訪問診療のニーズは、平成25年度の1.8倍以上になると推計されています。

図表 2-1-3-3 地域医療構想策定における在宅医療等の新たなサービス必要量のイメージ



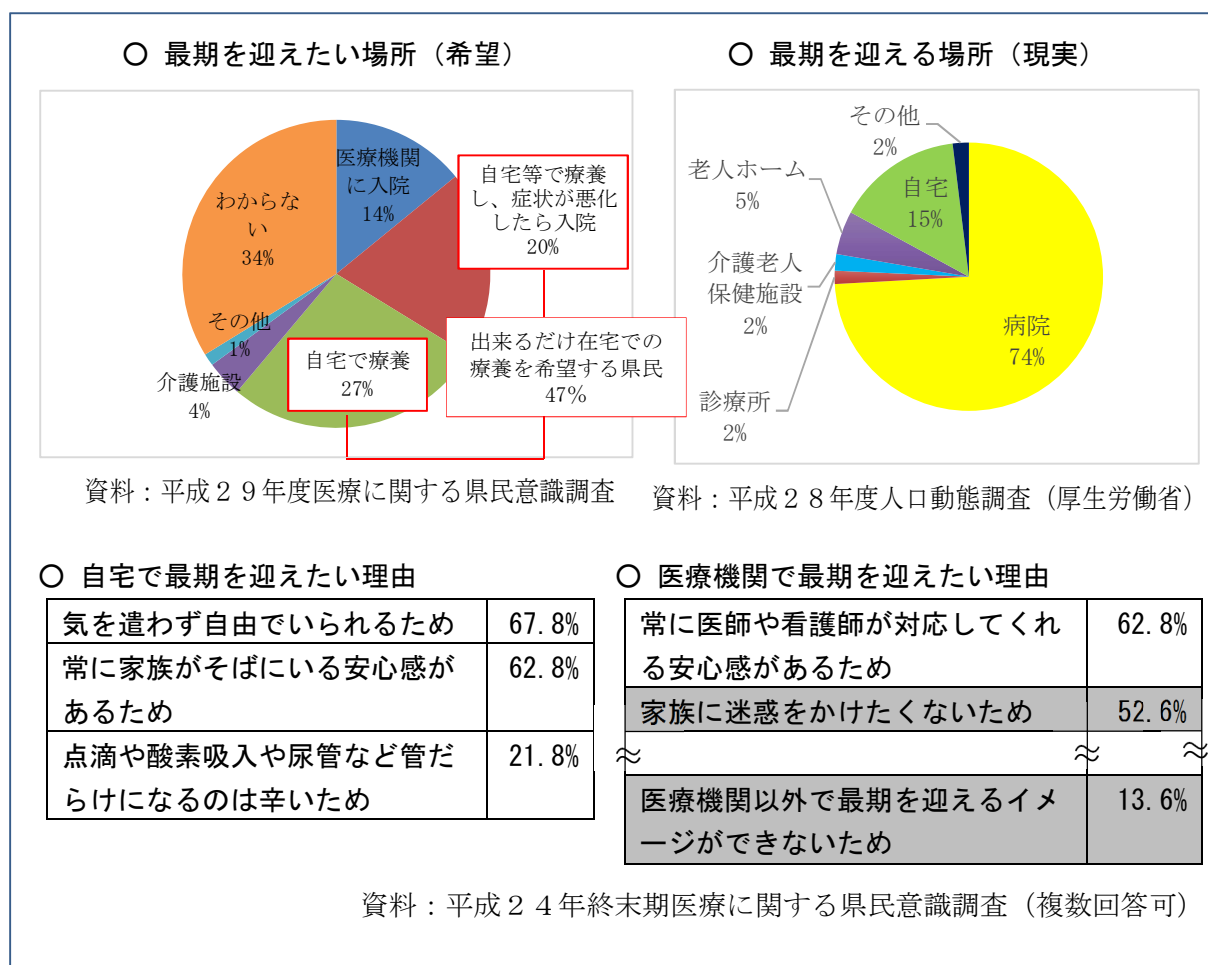
b. 県民の希望と意識

県がインターネット上で実施した「医療に関する県民意識調査（平成29年度）」によれば、病気で長期に渡る治療（療養）が必要になった場合に、「入院治療」を希望すると回答した方は、34.2%、「在宅医療」を希望すると回答した方は34.4%、「わからない」と回答した方が31.4%でした。

自分が最期を迎えたい場所としては、「医療機関への入院」を希望すると回答した方は、14.1%でした。「居住の場（自宅や老人ホームなど）」を希望すると回答した方は27.4%、「居住の場や施設等で療養して、病状が悪化したら医療機関への入院」を希望すると回答した方は、19.7%で、これらを併せると47.1%の方が、出来るだけ居住の場での療養を望んでいます。

また、県が実施した「終末期医療に関する県民意識調査（平成24年）」において、「医療機関に入院して最期を迎えたい」の理由には、「家族に迷惑をかけたくない」「医療機関以外で最期を迎えるイメージができないため」が相当程度あり、在宅での医療・介護の条件が整うならば、自宅での療養を希望する県民が多数いることがうかがえます。

図表 2-1-3-4 最期を迎える場所に関する県民の意識と実態



c. 退院支援

入院中の患者が、安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要であり、診療報酬においても、介護支援専門員*（ケアマネジャー*）との連携など退院支援を積極的に行う医療機関の取組が評価されています。

病床機能報告*では、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している病院は、平成28年度時点で報告のあった245病院中163病院でした。

また、退院困難な患者に対して退院支援計画書や退院目標を設定して、退院までの調整を行っている有床診療所・病院は125箇所（平成27年）であり、全ての医療機関で退院支援が十分に行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援を進めるためには、病院と受け入れ側の医療・介護事業者間において、多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有ができる体制の構築が求められています。

d. 日常の療養支援

〔訪問診療等の医療資源〕

県内で訪問診療を行う病院は101箇所（平成26年9月）であり、訪問診療の実施件数（1ヶ月間）は平成26年には5,240件で、平成23年の3,733件に比べて大きく増加しています。

訪問診療を行う診療所は491箇所（平成26年9月）であり、訪問診療の実施件数（1ヶ月間）は平成26年には37,652件と、平成23年の21,633件から大きく増加しています。これらの内訳は、在宅療養支援診療所*245箇所、34,408件、一般の診療所246箇所、3,244件となっています。

図表 2-1-3-5 訪問診療実施医療機関

	平成23年	平成26年
訪問診療実施診療所数	449 一般診療所総数：3,678	491 一般診療所総数：3,710
訪問診療実施病院数	99 病院総数：279	101 病院総数：284
訪問診療実施件数	合計：25,366 一般診療所：21,633 病院：3,733	合計：42,892 一般診療所：37,652 病院：5,240

資料：医療施設調査

訪問歯科診療*を行う歯科診療所は、居宅への訪問の場合は、実施診療所は342箇所（平成26年）、実施件数（1ヶ月間）は5,171件であり、施設への訪問の場合は、実施診療所は286箇所（平成26年）、実施件数（1ヶ月間）は16,800件でした。平成23年の居宅341箇所・3,402件、施設227箇所・8,459件から、実施件数は大きく増加しています。

図表 2-1-3-6 歯科診療所訪問診療実施機関

	平成23年	平成26年
訪問診療実施診療所（居宅）	341	342
訪問診療実施診療所（施設）	227	286
訪問診療実施件数（居宅）	3,402	5,171
訪問診療実施件数（施設）	8,459	16,800

資料：医療施設調査（厚生労働省）

在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局*数は、1,749箇所（平成29年7月）でした。平成24年9月の1,348箇所から増加しています。

図表 2-1-3-7 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局

	平成24年	平成29年
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	1,348箇所	1,749箇所

資料：関東信越厚生局届出

訪問看護ステーション*の設置数については、平成28年10月時点で308箇所であり、訪問看護ステーションの利用者数は9,470人（平成22年9月）から18,370人（平成28年9月）と増加しています。

在宅医療を支える訪問看護は、このほか、病院や診療所からも実施されています。退院後も継続的な医療的ケアを受けながら日常生活を営むことが出来るよう、病院や診療所からの訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携が重要です。

図表 2-1-3-8 訪問看護ステーション数

	平成24年	平成28年
訪問看護ステーション数	219箇所	308箇所

資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

訪問リハビリテーションの介護給付費請求事業所数は、平成25年4月審査分の108箇所から平成29年4月審査分は、133箇所と1.2倍に増加しています。リハビリテーションは、患者の症状に応じて必要な時期に提供されることが重要であり、医療的ケアを要する人へのリハビリテーションや摂食嚥下障害*のリハビリテーションなども含め、通院、通所が困難になった場合に居宅で実施する訪問リハビリテーションの重要性が増すと考えられます。

図表 2-1-3-9 訪問リハビリテーション請求事業所数

	平成25年4月審査分	平成29年4月審査分
訪問リハビリテーション請求事業所数	108箇所	133箇所

資料：介護給付費等実態調査（厚生労働省）

平成24年9月と平成29年7月時点と比較すると、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所は、302箇所から343箇所、在宅療養支援病院*は23箇所から33箇所、在宅療養支援歯科診療所*は113箇所から329箇所、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は1,348箇所から1,749箇所と概ね増加しています。また、機能強化型訪問看護ステーション*は平成29年6月時点で16箇所となっています。

図表 2-1-3-10 在宅療養支援診療所・病院等の数（千葉県）

	平成24年	平成29年
在宅療養支援診療所	302箇所	343箇所
在宅療養支援病院	23箇所	33箇所
在宅療養支援歯科診療所	113箇所	329箇所
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	1,348箇所	1,749箇所
機能強化型訪問看護ステーション ※平成26年創設	14箇所（27年）	16箇所

資料：関東信越厚生局届出

しかしながら、県内の在宅医療資源は増えているものの、全国的に見ると、人口10万人あたりの在宅療養支援診療所数・病院数が6.1箇所（平成29年8月時点：全国平均11.8）、訪問看護ステーション数は5箇所（平成28年10月時点：全国平均7.6）と相対的に少なく、在宅療養支援診療所が1箇所もない市町村もあるなど資源の偏りも見られます。また、人工呼吸や気管切開などの医療的ケアが必要となる医療的ケア児*等の訪問診療などに対応できる医療機関が少ないことも課題です。これらのことから、在宅療養を希望する患者を日常的に支える医療体制の整備が重要となります。

図表 2-1-3-11 医療的ケア児への対応可能施設数

	調査対象	対応可能機関数
在宅療養支援診療所	326	39
在宅療養支援病院	29	0
訪問看護事業所	242	81

資料：平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業における調査（千葉県）

〔在宅医療・介護の多職種連携〕

在宅医療を必要とする方は、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。外来での診療を通じて患者の生活を支援し、通院が困難に

なっても適切に往診*・訪問診療につなぐことが重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問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推進することが必要です。

その際には、高齢者の孤立化を防ぐ観点からも、在宅生活を支える介護・福祉分野の職種との連携も重要です。

e. 急変時の対応

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族の負担への懸念が挙げられています。(内閣府調査)

在宅療養患者の急変時等に往診を実施している医療機関数は、1, 152箇所(平成27年度)、在宅療養後方支援病院*として届出されている病院は、12箇所(平成29年4月)となっています。24時間対応可能な訪問看護ステーションは、296箇所(平成29年6月時点)となっています。

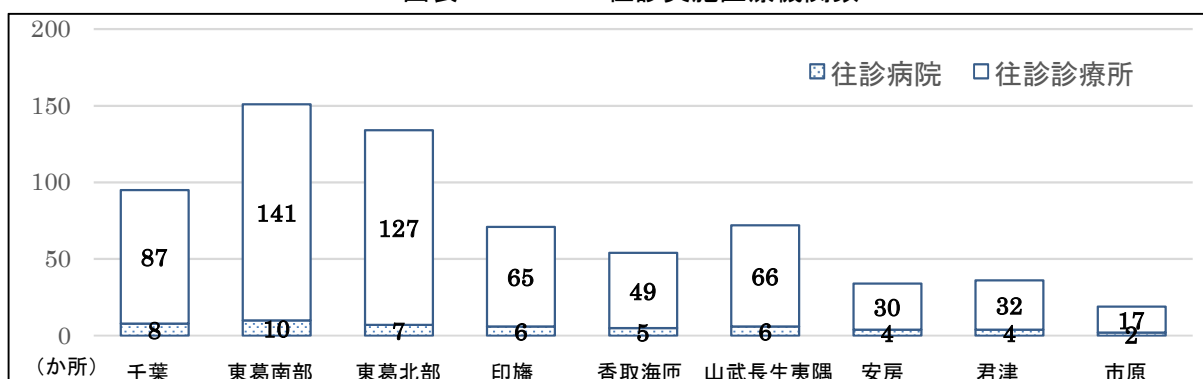
複数の医師や訪問看護師の連携などにより、24時間対応の連携体制の構築や入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要です。

図表 2-1-3-12 往診実施医療機関数

	平成23年	平成26年
往診実施診療所数	610 一般診療所総数：3,678	614 一般診療所総数：3,710
往診実施病院数	49 病院総数：279	52 病院総数：284
往診実施件数	合計：5,649 一般診療所：4,707 病院：942	合計：6,256 一般診療所：5,623 病院：633

資料：医療施設調査(厚生労働省)

図表 2-1-3-13 往診実施医療機関数



資料：平成26年医療施設調査(厚生労働省)

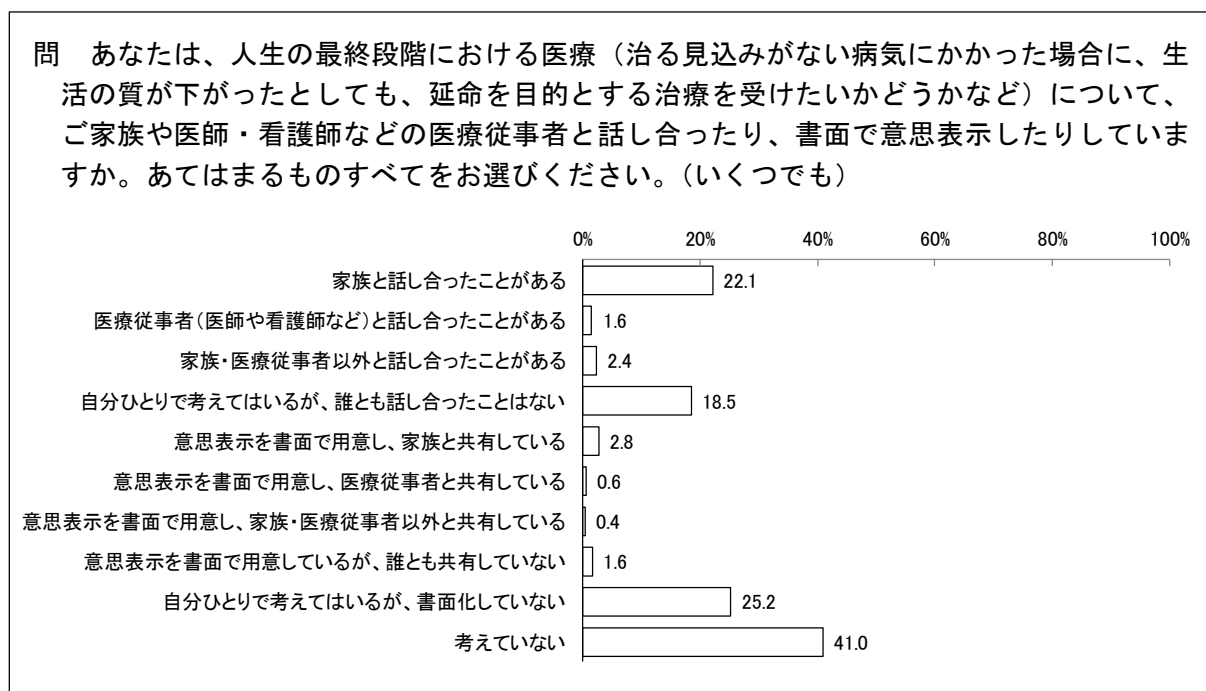
f. 在宅での看取りなど

本県の在宅死亡率は、20.1%で、全国平均の19.1%よりも高くなっていますが、医療機関での看取りが7割を超えており、出来るだけ居住の場での療養を望む県民の希望とはかい離がみられます。

平成29年に千葉県が行った「医療に関する県民意識調査」によれば、人生の最終段階における医療について、41%の方は「考えていない」という状況でした。

そのため、在宅看取りのための医療提供体制の整備と併せて、県民ひとりひとりが、在宅医療の理解を深めるとともに、自身の医療について考え、家族や医療従事者等と話し合い、県民自身が望む場所で看取りができる環境づくりも重要な課題です。

図表 2-1-3-14 医療に関する県民意識調査の主な結果（図表 2-1-2-7-1 再掲）



資料：「医療に関する県民意識調査」（平成29年 千葉県）

g. 市町村等との連携

今後は、在宅医療を担う医療機関の拡充と連携を促進するとともに、地域包括ケアの推進の観点も踏まえ、在宅での療養生活に欠かせない介護・福祉サービスを担う市町村や介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携を強化していくために、市町村圏域を基本としながら、地域の医療・介護資源や連携の状況などを踏まえて、在宅医療の提供体制の整備を進めていく必要があります。

(イ) 施策の具体的展開

a. 退院支援

〔医療・介護の多職種連携の促進〕

- 患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進します。
- 多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。
- 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療推進連絡協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

b. 日常の療養支援

〔在宅医療を担う医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師等の増加、質の向上〕

- 在宅医療を支える診療所や訪問看護ステーションやそれに関わる人材等の医療資源の増加に取り組みます。
- 訪問診療の普及のためには訪問看護の充実が不可欠であることから訪問看護ステーションの増加等対策をすすめるとともに、訪問看護師の人材確保と定着促進のため、訪問看護師の育成や相談、普及啓発等の事業を県看護協会と協働して取り組みます。
- 病院や診療所が実施する訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携を推進します。
- 在宅医療機関等が、がん患者や医療的ケア児等にも対応できるよう、医師、看護師等医療関係者の一層のスキルアップに取り組みます。
- 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にするために、かかりつけ医*を中心とした在宅医療提供体制整備を関係団体と連携を図りながら促進します。
- 「千葉県地域医療総合支援センター」において、県医師会が行う在宅医療に関する県民への普及啓発などについて支援します。
- 在宅歯科診療を担う医療従事者の研修や訪問歯科診療に必要な設備を整備するとともに、「在宅歯科医療連携室」において、在宅歯科診療に関する県民への情報提供や相談などについて県歯科医師会と協働して取り組みます。
- 在宅医療における薬剤師・薬局の役割や機能を確立するために、県薬剤師会が行う市町村など関係機関との多職種連携強化について支援します。

〔市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援〕

- 医療と介護の広域的な連携を図るための場を地域の実情に応じて提供するほか、市町村職員等を対象とした勉強会の開催や医療と介護の連携に関する相談に関する

る研修等を実施するなど、在宅医療・介護連携に取り組む市町村を支援します。

c. 急変時の対応

〔在宅医療に対する医師等の負担の軽減〕

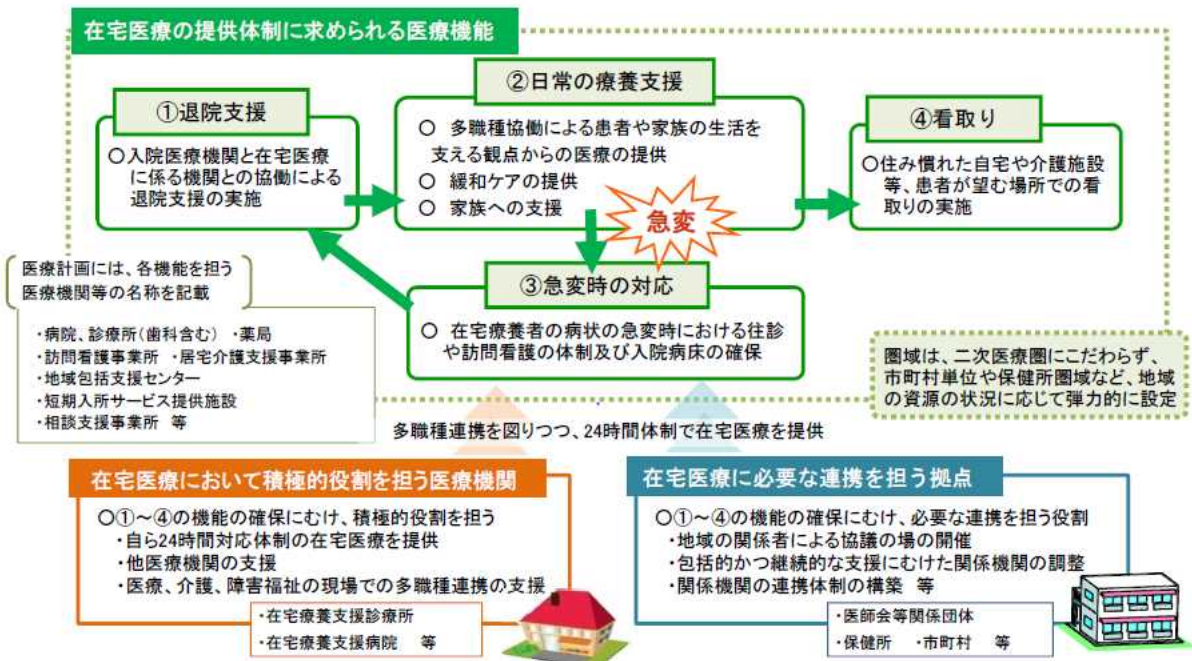
- 在宅医療の推進に当たり、医師が最も負担に感じる24時間体制の確保や急性増悪時等への対応などの医師の負担の軽減に向けた支援に取り組みます。

d. 看取り

〔患者が望む場所で看取りができる環境づくり〕

- 県民に、人生の最終段階の時期における生き方や本人が望む場所での看取りについて考えてもらえるよう、日常の療養支援体制の整備促進に取り組むとともに、医療・介護の関係団体と連携を図りながら啓発活動を行います。

図表 2-1-3-15 在宅医療の提供体制のイメージ



(ウ) 施策の評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状	目標
退院支援を実施している診療所数・病院数 ^{※1}	1 2 5 箇所 (平成 2 7 年)	増 加 (平成 3 2 年)
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	7 6 7 箇所 (平成 2 7 年)	9 7 6 箇所 (平成 3 2 年)
在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数	3 4 2 箇所 (平成26年10月)	4 2 1 箇所 (平成 3 2 年)
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数	1, 7 4 9 箇所 (平成 2 9 年)	1, 8 7 5 箇所 (平成 3 2 年)
訪問看護ステーション数	3 0 8 箇所 (平成28年10月)	3 9 5 箇所 (平成 3 2 年)
往診を実施している診療所・病院	1, 1 5 2 箇所 (平成 2 7 年)	1, 2 6 3 箇所 (平成 3 2 年)
在宅療養後方支援病院数	1 2 箇所 (平成29年4月)	2 3 箇所 (平成 3 2 年)
機能強化型訪問看護ステーション数	1 6 箇所 (平成29年6月)	2 8 箇所 (平成 3 2 年)
在宅看取り（ターミナルケア）実施診療所・病院数 ^{※2}	3 3 5 箇所 (平成 2 7 年)	5 1 1 箇所 (平成 3 2 年)

※1 「退院支援加算」は平成 28 年度の診療報酬改定により変更された「退院支援加算 1、2」を算定した診療所・病院数としているため、現状の値は参考数値として「退院調整加算(退院時 1 回)」を算定した医療機関数を記載。

※2 「在宅ターミナルケア加算」「看取り加算」を算定した医療機関の箇所数。

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現状	目標
訪問診療を受けた患者数	2 6, 3 6 6 人／日 (平成 2 5 年)	3 9, 5 9 5 人／日 (平成 3 2 年)
訪問看護ステーションの利用者数	1 8, 3 7 0 人／月 (平成 2 8 年 9 月)	2 6, 3 7 7 人／月 (平成 3 2 年)
在宅での看取り数 ^{※3}	5, 5 2 8 件 (平成 2 7 年)	増 加 (平成 3 2 年)

※3 看取り加算、死亡診断加算の算定件数

〔成果（アウトカム）〕

指 標 名	現状	目標
介護が必要になっても自宅や地域で暮らし続けられると感じられる県民の割合	4 0. 5 % (平成 2 7 年)	5 0. 0 % (平成 3 2 年)

第4節 各種疾病対策等の推進

1 結核対策

(ア) 施策の現状・課題

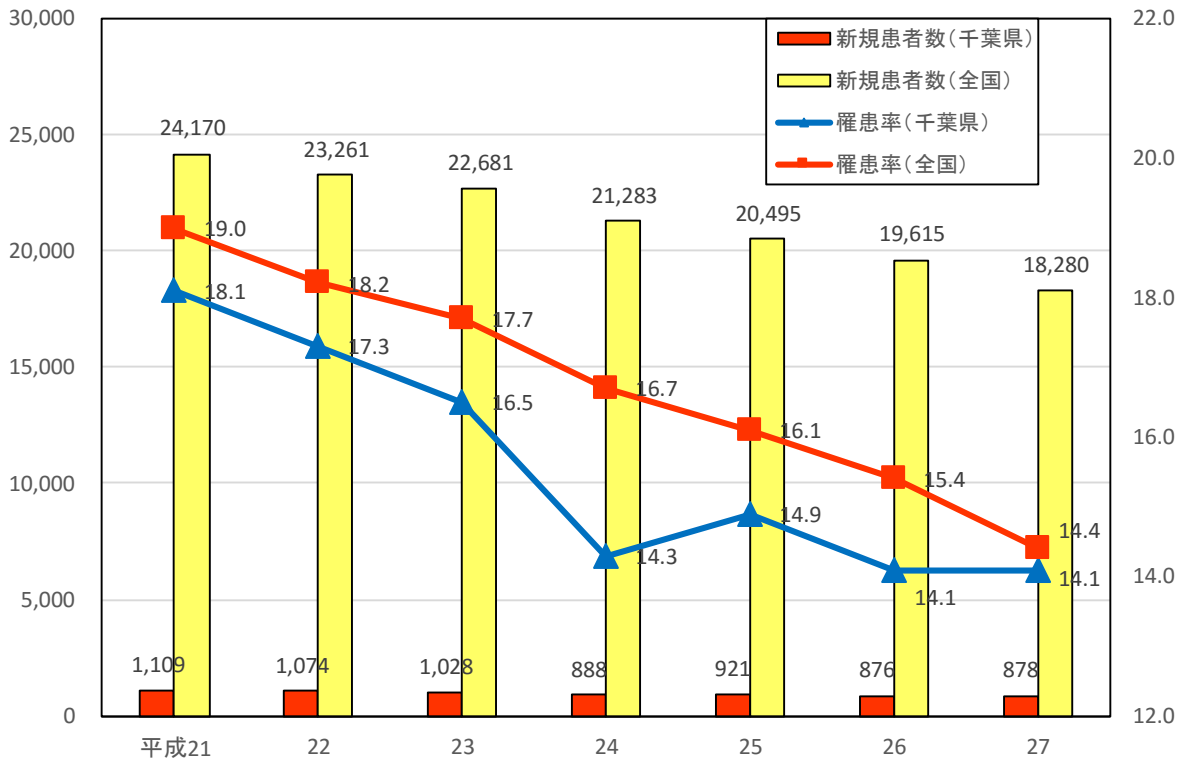
結核は過去の病気と考えられていますが、平成27年には約1万8千人の患者が新たに発生しているなど、今なお、わが国最大の感染症のひとつです。本県における新規登録患者数は878人であり、人口10万対の罹患率は14.1と、全国平均14.4を下回っています。

結核の治療には、長期間、治療薬を服薬することが必要ですが、服薬中断により、結核の発症及び多剤耐性結核*が発生する危険性があるため、確実な服薬を支援する必要があります。

人口の高齢化に伴い、過去に結核菌に感染した高齢結核患者や、合併症を有する結核患者に対する対応が求められており、このような患者に対し総合的な医療を提供できる入院施設を整備する必要があります。

平成29年9月末現在での許可病床数は124床、許可病床のうち結核患者の入院可能な病床*数は92床、結核モデル病床*数は17床となっています。

図表 2-1-4-1-1 結核患者発生状況の推移



資料：結核登録者情報システム年報（厚生労働省）

(イ) 施策の具体的展開

〔受診の遅れ及び診断の遅れの防止〕

- 結核予防のための正しい知識の普及啓発及び医療連携を推進することにより、受診の遅れ及び診断の遅れの防止を図ります。

〔接触者健診の徹底〕

- 患者からの感染の怖れのある人達に対し、接触者健診の対象を的確に決定し、その受診の徹底を図ることにより感染の拡大を防止します。

〔結核の発症、結核菌の多剤耐性化の防止〕

- 服薬治療を必要とする患者及び潜在性結核感染症の者に対し、継続して服薬できるかリスク評価を行い、健康福祉センター（保健所）保健師等によりリスクに見合う服薬指導を実施し、結核の発症及び結核菌の多剤耐性化の防止を図ります。

〔結核病床の整備〕

- 高齢結核患者や合併症を有する結核患者及び患者家族の負担を軽減させるため、身近で総合的な入院治療が受けられるよう、二次医療圏に、結核病床または国の結核患者収容モデル事業*を活用した病床整備を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状	目標（平成32年）
結核罹患率（人口10万対）	14.1 （平成27年）	10.0以下
接触者健診受診率	94.6% （平成27年）	98%以上
結核病床保有病院（モデル病床含む）の確保	8医療圏 （平成28年）	9医療圏

図表 2-1-4-1-2 結核患者年齢別罹患率（人口10万対）の推移

		0～4	5～9	10～14	15～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～	全体
全国	H21	0.6	0.2	0.4	3.4	11.8	11.5	11.3	14.7	20.5	58.8	19.0
	H22	0.6	0.5	0.6	4.2	10.9	10.7	10.6	13.4	19.9	56.4	18.2
	H23	0.6	0.4	0.5	2.6	10.4	9.6	10.5	12.8	17.5	55.7	17.7
	H24	0.6	0.2	0.4	2.7	9.7	8.9	9.1	11.5	16.3	52.4	16.7
	H25	0.5	0.3	0.4	2.7	9.1	7.9	8.3	10.8	15.4	50.7	16.1
	H26	0.3	0.3	0.3	2.8	9.2	7.7	7.8	9.8	14.3	47.9	15.4
	H27	0.6	0.2	0.2	2.8	9.0	7.1	7.5	8.8	13.1	45.2	14.4
千葉県	H21	1.2	0.4	0.4	5.2	15.4	16.1	15.5	17.7	20.0	44.1	18.1
	H22	0.0	0.4	0.4	8.0	11.8	12.4	12.6	16.3	20.9	46.2	17.3
	H23	1.2	0.8	0.4	3.5	14.8	11.5	12.4	16.5	17.4	42.7	16.5
	H24	0.0	1.1	1.1	2.8	8.4	11.8	10.0	11.2	15.7	39.4	14.3
	H25	1.2	0.4	0.7	3.1	12.1	11.3	11.0	11.1	15.9	38.2	14.9
	H26	0.4	0.0	0.7	5.2	10.7	10.2	9.8	12.2	14.3	36.0	14.1
	H27	0.8	0.4	0.0	4.8	10.9	9.9	8.3	11.6	14.2	37.5	14.1

資料：全 国・結核の統計 2016（公益財団法人結核予防会発行）

千葉県・結核登録者情報システム年報（厚生労働省）

図表 2-1-4-1-3 千葉県内の結核病床等保有病院



2 エイズ対策

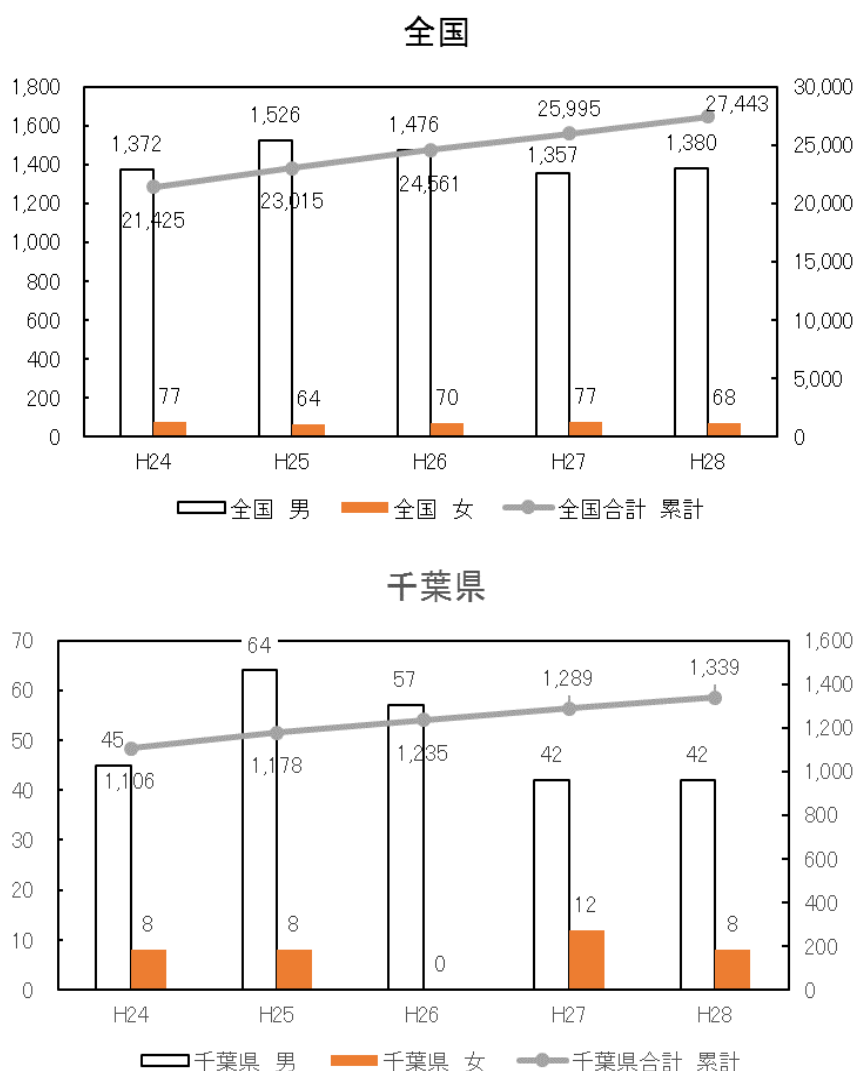
(ア) 施策の現状・課題

平成28年12月末現在の全国のHIV*感染者・エイズ患者の報告件数累計は27,443人で、本県においては1,339人です。

平成28年1年間の県内の感染者・患者を年代別にみると、20歳代の者が20.0%、30歳代の者が38.0%、40歳代の者が20.0%、50歳代以上の者が22.0%となっています。また、診断時に既にエイズを発症している事例が38.0%あることから、受けやすい相談・検査体制の整備・充実を図る必要があります。

HIV感染者・エイズ患者の増加に伴い、エイズ治療拠点病院*等の一部の医療機関へ感染者・患者が集中する状況や療養期間の長期化等の理由から、患者等の転院や在宅療養への移行が円滑に行われるよう、医療提供体制を整備する必要があります。

図表 2-1-4-2-1 HIV感染者・エイズ患者数の推移



資料：エイズ動向委員会報告（厚生労働省）

(イ) 施策の具体的展開

〔エイズに関する正しい知識の普及啓発〕

- HIV感染の予防には、若い世代を中心としたエイズに関する正しい知識の普及啓発が必要なことから、マスメディアを活用した広報、パンフレット類の作成・配布、ピアエデュケイター（同世代の仲間による教育）等を活用した講習会の開催のほか、時機に合わせたキャンペーンの実施等の普及啓発の充実を図ります。

〔相談体制の充実〕

- エイズに対する誤解や不安を取り除き、感染リスクの回避に関する行動変化を促すため、各健康福祉センター（保健所）におけるエイズ相談及び医療機関への専門カウンセラーの派遣等を推進します。

〔検査体制の充実〕

- HIV感染の早期発見を促進するため、各健康福祉センター（保健所）のHIV抗体検査に即日検査と夜間検査、また、休日街頭検査事業を拡充し、検査希望者の利便性の向上と検査を受ける機会の拡大を図ります。

〔医療提供体制の整備〕

- エイズに関する総合的な診療体制を確保するため、中核拠点病院*を中心とし、エイズ治療拠点病院や協力病院*で構成する連絡協議会を開催し、研修会の実施、医療情報の提供及び共有化を推進することにより連携を強化します。併せて、歯科医師会等の医療関係団体や地域の在宅療養支援機関を対象とした研修会等を通じて、適切な感染防止対策の周知徹底を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状（平成28年）	目標（平成35年）
いきなりエイズ率*	38.0%	31.5%

図表 2-1-4-2-2 千葉県内のエイズ拠点病院



図表 2-1-4-2-3 HIV抗体検査体制と実績

項目／区分		昼間検査	夜間・休日検査	備考
実施保健所数		17	13	
実施保健所名		全保健所、成田支所	習志野、市川、松戸、野田、印旛、山武、長生、君津、安房、市原、千葉市、船橋市、柏市	
実施回数		2回／月	県型保健所：1回／月、保健所設置市：各市による	
検査実績	H24	3,883	1,111	陽性数12
	H25	4,158	1,050	11
	H26	4,137	1,449	9
	H27	3,533	1,195	7
	H28	3,155	1,156	12

※ HIV抗体検査は昭和62年3月、夜間検査は平成7年度、即日検査は平成17年度から開始

3 感染症対策

(ア) 施策の現状・課題

感染症患者に対する医療については、入院治療を行う感染症指定医療機関*や、感染症患者専用の受診施設を持った感染症外来協力医療機関*の整備が重要な課題となっています。

また、感染症を予防する上で予防接種は重要であることから、今後も安全な予防接種体制の整備と定期予防接種*の接種率の一層の向上を図る必要があります。

さらに、県では、今後も出現の危険性が高まっているより病原性の強い新型インフルエンザ*の発生に備えた施策を展開していきます。

なお、平成29年12月末現在での感染症指定病床数は、58床（特定：2床、第一種：1床、第二種：55床）となっています。

(イ) 施策の具体的展開

〔感染症の発生予防及びまん延防止対策の推進〕

- 感染症の発生予防対策として、一般県民並びに各種施設関係者等に対する衛生教育を実施するとともに、給食従事者等に対する検便により保菌者の発見に努めます。
- 感染症発生時には、感染経路の究明のための調査や消毒命令等、まん延防止のための防疫活動を実施します。

〔感染症医療機関の整備〕

- 感染症患者の入院治療を行う感染症指定医療機関が、良質かつ適切な医療の提供の確保ができるよう施設整備の促進に努め、まん延防止を図ります。
- 医療機関内での感染拡大を未然に防止するため、感染力の強い感染症の疑いのある患者が一般患者とは別に受診できる施設を持つ感染症外来協力医療機関の整備に努めます。

〔予防接種体制の整備と接種率の向上〕

- 市町村の定期予防接種における個別接種の推進や、予防接種センター事業の充実により、安全な予防接種の実施や接種率の向上を図ります。

〔新たな感染症への対応〕

- 本県は、成田空港や千葉港を抱えていることから、海外から持ち込まれる新たな感染症の発生に備え、検疫所等の関係機関と連携し、例示個別行動計画に基づき迅速かつ的確な対応を図るよう努めます。
- 新型インフルエンザ等の大流行時に備え、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄に努めます。

〔情報の収集還元の推進〕

- 感染症患者の発生状況や病原体情報が予防や治療にとって重要であるので、衛生研究所に設置した基幹感染症情報センターと連携し、感染症の発生状況を迅速に把握し、解析・評価を加え、インターネットなどを通じて県民や医療機関に情報を還元します。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現 状	目 標
感染症外来協力医療機関 の施設整備数	14箇所 (平成28年度末)	27箇所 (平成35年度末)
定期予防接種率	A類疾病* 96.5% B類疾病* 46.1% (平成28年度)	96.5%以上 50.0%以上 (平成35年度)

図表 2-1-4-3-1 千葉県内の感染症指定医療機関及び感染症外来協力医療機関



4 肝炎対策

(ア) 施策の現状・課題

肝炎ウイルス感染者は、全国でB型が110万人～140万人、C型が190万人から230万人存在すると推定されていますが、自覚症状がないことが多いため、本人が気がつかないうちに肝硬変や肝がんへ移行する感染者が多く存在することが問題となっています。

昨今では、C型肝炎の治療が進展し、患者支援が充実されてきた一方で、職域での検診等利便性に配慮した検査体制を整備すること、精密検査や肝炎医療を適切に受診していない肝炎ウイルス検査結果が陽性である者が多数に上ることなどが課題となっており、国が示す「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」（基本指針）が平成28年6月に改正されました。

こうした状況を踏まえ、本県における肝硬変又は肝がんへの移行者を減らすことを目標とした肝炎対策の一層の推進が図られるよう、「千葉県肝炎対策推進計画」を平成29年4月に一部改訂しました。

(イ) 施策の具体的展開

〔ウイルス肝炎に関する正しい知識の普及啓発〕

- 肝炎ウイルス感染を早期に発見し、肝硬変や肝がんに移行しないよう検査を促進することは極めて重要であることから、県ホームページをはじめマスメディアを活用した広報、ポスターの配布、講習会の開催などにより、検査の普及啓発を図ります。

〔検査体制の充実〕

- 検査希望者の利便性の向上と検査を受ける機会の拡大のため、各健康福祉センター及び肝炎検査委託医療機関における無料検査を充実します。

〔医療提供体制の整備〕

- ウイルス肝炎に関する総合的な診療体制の確保のため、肝疾患診療連携拠点病院*を中心とし、専門医療機関等による連絡協議会の開催、医療従事者を対象とした研修会の開催等により、肝炎治療の向上を図ります。
- 肝炎患者に対するインターフェロン治療やインターフェロンフリー治療及び核酸アナログ治療*の医療費の助成事業を行います。

〔肝炎対策の推進〕

- 医師会、肝臓専門医等医療関係者、肝炎患者会の代表等で構成される千葉県感染症対策審議会肝炎対策部会の意見を聞きながら、肝炎対策を推進します。
- 肝炎患者会の協力を得て、肝炎患者への相談体制を充実します。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状 (平成28年度)	目標 (平成33年度までに)
肝炎ウイルス検査件数 (B型・C型)	5, 554件	20, 000件

5 難病対策

(ア) 施策の現状・課題

発病の機構が明らかになっておらず、治療方法が確立していない希少な疾病で長期療養を要するものとして、国の指定した331疾病を対象に医療費の患者負担を軽減する特定医療費（指定難病）助成事業を実施しています。

また、在宅療養中の患者に対し、医療、療養生活に関する相談・指導・助言等を行う各種の難病相談事業を各健康福祉センター（保健所）で実施しています。

入院、治療が必要となった難病患者に対しては、適切な入院施設の確保等を行うための難病医療提供体制整備事業、在宅介護を行っている家族へレスパイトとして利用できる在宅難病患者一時入院事業を実施しています。

さらに、平成17年度から開始した難病相談支援センター事業において、地域で生活する患者等の日常生活における相談・支援、地域交流活動の促進及び就労支援などを行う地域難病相談支援センター*（8箇所）と、地域難病相談支援センターの指導的役割を担う総合難病相談支援センター*（1箇所）を設置しています。

日常生活において多くの困難を抱える難病患者及びその家族等の複雑・多様化するニーズ等に適切に対応し、患者等の生活の質の向上を図っていくためには、的確な実情把握及びそれに適合する健康づくり・医療・福祉サービスの複合的な提供が不可欠です。

難病の患者が、できる限り早期に正しい診断がなされ、また、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けながら、学業・就業生活を両立できるよう支援する医療提供体制の構築が求められています。

(イ) 施策の具体的展開

〔特定医療費（指定難病）助成事業の実施〕

- 原因不明の難病のうち、国が指定した疾病にかかる医療費を負担し、患者に対する経済的支援を行うとともに、国が実施する難病に関する調査及び研究の推進に協力してまいります。

〔難病の医療提供体制の構築〕

- 難病の医療提供体制に求められる個々の医療機能を満たす機関と、難病の患者の療養生活を支援する機関が相互に連携し、必要な難病医療及び各種支援が円滑に提供されるよう難病の医療提供体制を整備してまいります。
- 難病に携わる医療従事者の育成を行い、指定医の質の向上を図るとともに、難病の患者ができる限り早期に正しい診断を受け、より身近な医療機関で適正な医療を受けることができる体制の構築に努めます。

〔難病相談支援センターを中心とした総合的な支援体制の構築〕

- 県内8箇所に設置した地域難病相談支援センターを中心として、難病関係団体の代表を始め、医療、保健、福祉関係者、健康福祉センター（保健所）及び市町村の担当職員等の参画を推進し、地域で生活する難病患者の総合的な支援体制の充実を図ります。さらに、総合難病相談支援センターと地域難病相談支援センターとの有機的な連携を深め、県内全域におけるネットワークを確立し、それぞれの地域難病相談支援センター間の効率的な運営を図ります。

〔一時入所施設の確保〕

- 難病患者が在宅で療養生活を送る上では、家族等の介護の負担が大きく、在宅療養生活の継続が困難となる事例も見受けられるため、県内医療機関に一時入院病床を確保し、在宅難病患者の一時入院の受入により、在宅難病患者に対する定期的な健康管理を行うとともに、家族の介護疲れの軽減等を図ります。
- 社会福祉施設職員を対象とする研修会を開催し、難病患者に対する社会福祉関係者の理解を深め、介護老人福祉施設*や身体障害者施設、知的障害者施設における短期入所の受け入れ体制を整備します。

〔在宅療養環境の整備〕

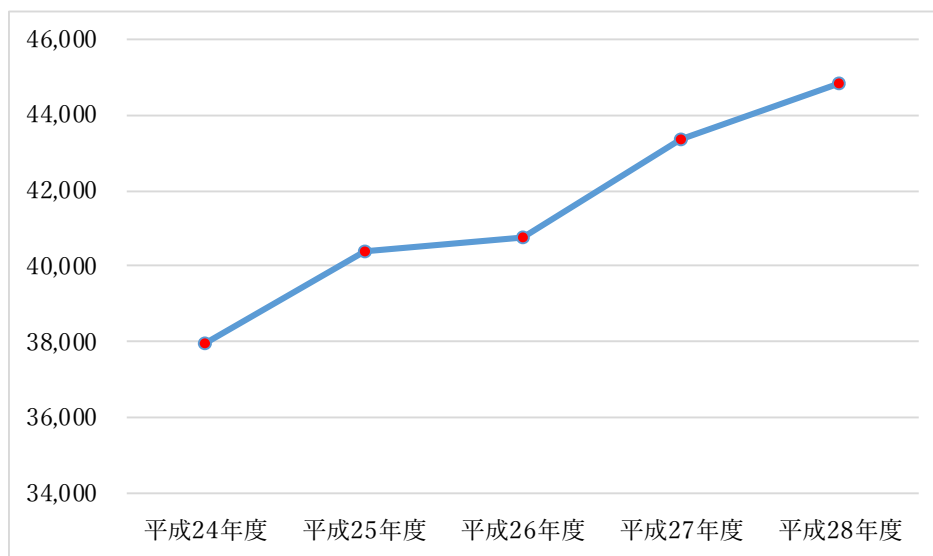
- ホームページによる情報提供活動を活発に展開し、難病患者等に対し、健康づくり・医療・福祉に関する具体的サービス等の情報を提供するとともに、難病相談支援センターや健康福祉センター（保健所）が実施する講演会等、各種行事の情報提供に努めます。
- 難病相談支援センターが実施する講演会や患者・家族等が企画する行事への県民参加を促進し、県民の難病に対する理解の促進と、難病患者を支援するボランティアの育成を行います。
- 障害者支援の実施主体である市町村職員の難病患者に対する理解を深め、在宅福祉を推進します。
- 人工呼吸器等を使用している難病患者等に対し、関係機関と協力しながら、災害を想定した備えを含め在宅療養生活を支援します。

〔難病相談事業の充実〕

- 難病相談支援センターでは、難病患者等からの電話及び面接相談を実施するとともに難病等に関する講演・研修会の開催及び患者団体等が実施する地域交流活動等への支援活動を行います。
- 難病相談支援センターでは、就労支援や難病のピアサポーター養成を行い、難病患者の療養生活や職業生活の支援をします。
- 健康福祉センター（保健所）では、難病相談支援センターとの連携を図り、難病患者やその家族に対し医療及び療養生活に係る相談指導を行い、疾患等に対する不安の解消に努めるとともに、訪問相談、訪問診療*等を実施し、在宅療養の体制整備を行い、安定した療養生活の確保とその生活の質の向上を図ります。

特に在宅にて療養生活を送る要支援患者に対しては、個々の実態に即した支援計画を作成し、適切なサービスを受けられるようにするとともに、適宜、その評価を行うことにより、患者の生活の質の向上を目指したきめ細かな支援を行います。

図表 2-1-4-5-1 指定難病認定者数の推移（人）



* H25 年度までは特定疾患治療研究事業認定者数

資料：千葉県疾病対策課調べ

図表 2-1-4-5-2 千葉県内の難病相談支援センター



6 小児慢性特定疾病対策

(ア) 施策の現状・課題

小児慢性特定疾病児童等の健全育成の観点から、国の指定する756疾病を対象に、小児慢性特定疾病児童等の家庭の医療費の負担軽減を図るため、医療費の助成事業を実施しています。

小児慢性特定疾病医療費の受給者・保護者を対象に平成26年度に実施した「小児慢性特定疾病医療給付受給者・家族の実態調査」によると、現在困っていることについて、「同じ病気の子を持つ方と知り合う機会がない」が40.5%、「近くに専門医がない」が37.9%、「同じ病気を持つ子ども同士の交流の場がない」が26.1%となっていました。

各健康福祉センター（保健所）では、小児慢性特定疾病医療費助成申請の機会を通じて、小児慢性特定疾病児童等及びその家族の療養生活に関する相談・指導・助言等を行っています。

小児慢性特定疾病児童等及びその家族が必要な医療や支援を確実に、かつ、切れ目なく受けられるように、医療、福祉、教育、雇用支援等に関連する関係機関と連携を図りながら支援を行っていくことが重要となっています。

(イ) 施策の具体的展開

〔良質かつ適切な小児慢性特定疾病医療支援の実施〕

- 小児慢性特定疾病児童等の家庭の医療費の負担軽減を図り、健全育成及び福祉の向上を図ることを目的に、小児慢性特定疾病医療費の一部を助成していくとともに、国が実施する小児慢性特定疾病に関する調査及び研究の推進に協力していきます。
- 小児慢性特定疾病の診断後は、できる限り身近な医療機関で適切な治療が受けられるよう、小児慢性特定疾病医療支援を行うことが可能な医療機関に対して指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の申請を促す等、小児慢性特定疾病児童等に対する医療提供体制の確保に努めていきます。
- 小児慢性特定疾病について、できる限り早期に正しい診断が行われるよう、関係機関の協力を得て、指定医の育成を行っていきます。
- 今後、小児慢性特定疾病児童等が成人後に主に成人医療に従事する者に担当が移行する際に必要となる「移行期医療支援体制の構築に係るガイド」を活用して、小児期及び成人期をそれぞれ担当する医療従事者間の連携の推進に努めていきます。

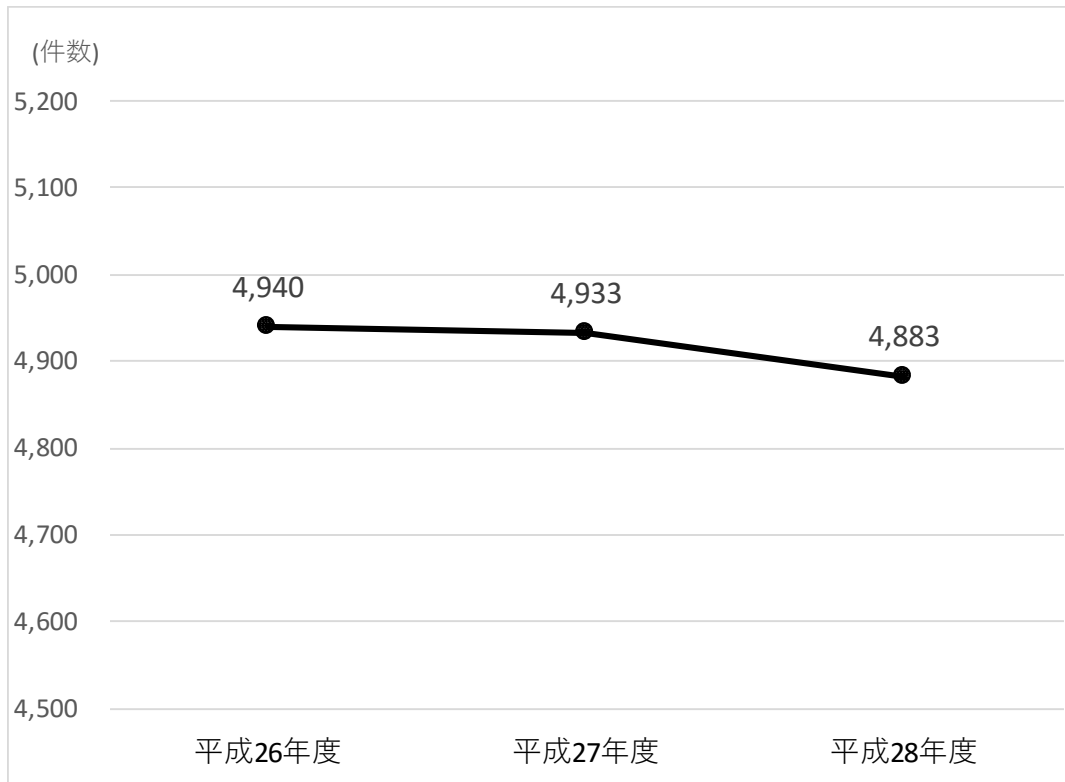
〔小児慢性特定疾病児童等自立支援事業の推進〕

- 各健康福祉センター（保健所）において、小児慢性特定疾病児童等及びその家族からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行うとともに、医療、保健、福祉、教育、就労分野等の関係機関との連絡調整その他の事業を行い、小児慢性特定疾病児童等の健全育成及び自立促進の支援を図っていきます。

〔小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付の実施〕

- 小児慢性特定疾病児童等に、特殊寝台等の日常生活用具を給付することにより、日常生活の便宜を図ります。

図表 2-1-4-6-1 小児慢性特定疾病医療費助成受給件数の推移



資料：千葉県疾病対策課調べ

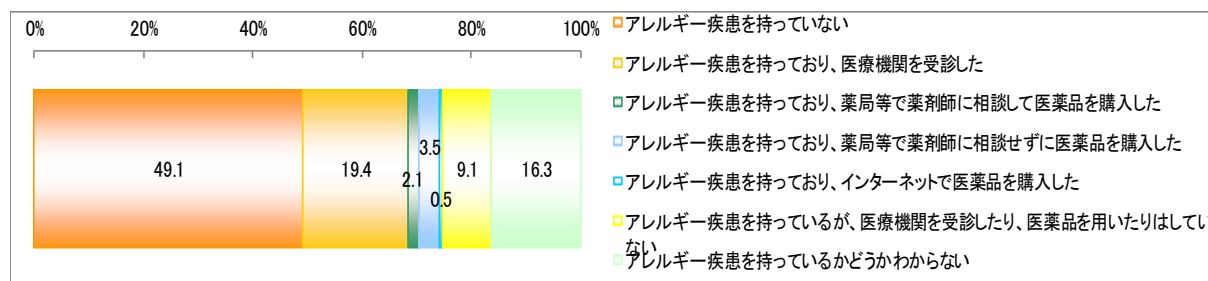
7 アレルギー疾患対策

(ア) 施策の現状・課題

現在、乳幼児から高齢者まで国民の約2人に1人が気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、花粉症、食物アレルギーなどのアレルギー疾患に罹患していると言われており、その患者数は近年増加傾向にあり、重大な問題となっています。

平成29年度に千葉県が行った「医療に関する県民意識調査」によると、34.6%の者がアレルギー疾患（気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー結膜炎、花粉症、食物アレルギー等）を有していると回答し、最近1年間に医療機関の受診や医薬品の購入をしている者は25.5%にのびりました。

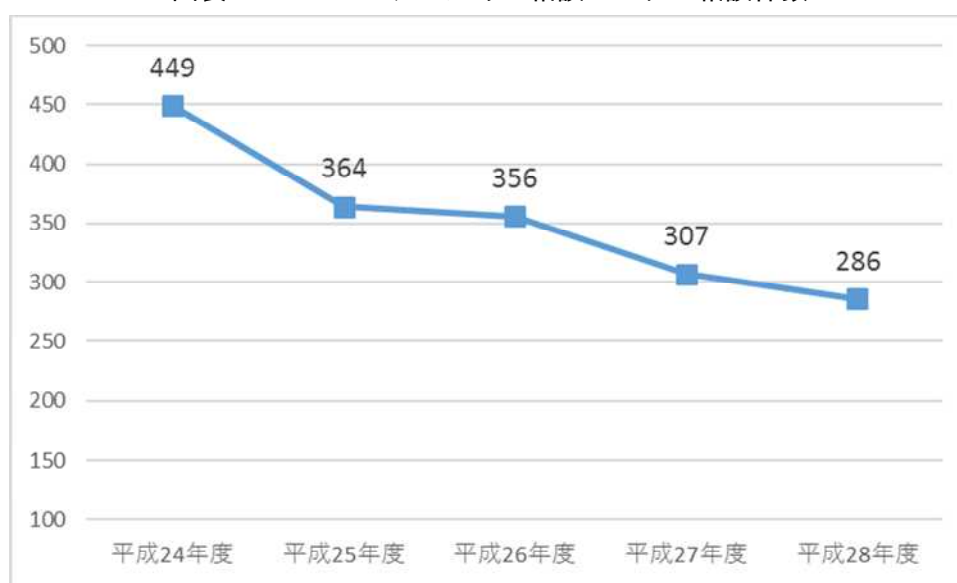
図表 2-1-4-7-1 アレルギー疾患に係る受療状況（千葉県）



資料：医療に関する県民意識調査（平成29年 千葉県）

平成28年度に千葉県アレルギー相談センターによせられた相談内容については、「食物アレルギーに関すること」が最も多く、次いで「アレルギー性鼻炎・花粉症に関すること」、「蕁麻疹に関すること」となっています。

図表 2-1-4-7-2 アレルギー相談センター相談件数



資料：千葉県アレルギー相談センター実績

インターネット等には、アレルギー疾患の原因やその予防法、症状の軽減に関する膨大な情報があふれており、この中から、適切な情報を選択することは困難となっています。アレルギー疾患を有する者の、生活の質の維持向上のための支援の観点から、県民へ適切な情報を発信することが必要です。

また、アレルギー疾患を有する者が、その居住する地域に関わらず、等しく、科学的知見に基づく適切な医療を受けることができるよう、アレルギー疾患医療の提供体制の整備が必要です。

(イ) 施策の具体的展開

〔相談体制の充実〕

- 千葉県アレルギー相談センターを設置し、専門の医師や看護師が、アレルギー疾患に関する電話相談に応じていきます。アレルギー疾患は同じ病名でも個人差が大きいため、適切な対処方法について助言し、身近な相談先として機能していきます。

〔県民向けアレルギーに関する研修会の開催、情報提供の充実〕

- 県ホームページ内に専用サイトを開設し、アレルギー疾患に関する情報をわかりやすく紹介するなど、県民に最新の情報を提供していきます。
- アレルギー疾患に関する正しい知識の普及、啓発を図ることを目的に県内地域においてアレルギー疾患に関する研修を開催します。

〔関係者の資質向上〕

- アレルギー疾患を有する者への対応が求められることが多い健康福祉センター（保健所）、市町村、保育所・幼稚園、学校などの関係職員を対象に、アレルギー疾患に関する知識の向上を図り、相談事業等の円滑な実施に資することを目的に研修会を開催するとともに、情報提供を行います。

〔医療提供体制の整備〕

- 平成29年7月に厚生労働省から「アレルギー疾患医療提供体制の在り方について」が公表されました。アレルギー疾患を有する方が、その状態に応じて適切なアレルギー疾患医療を受けられるよう、かかりつけ医*と連携した、アレルギー疾患医療提供体制の拠点となる「都道府県アレルギー疾患医療拠点病院」を選定し、医療提供体制の構築に向け努めてまいります。

〔アレルギー対策基本法及び基本指針に基づく計画の策定〕

- 平成27年12月に施行されたアレルギー疾患対策基本法及び平成29年3月に公表された「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針」において、都道府県はアレルギー疾患対策の推進に関する計画を策定することができる旨規定されたことから、これまでの本県や関係団体の取組みを踏まえながら、アレルギー疾患の総合的な対策を推進するため、計画策定に向け検討していきます。

8 臓器移植対策

(ア) 施策の現状・課題

公益社団法人日本臓器移植ネットワークの調査によると、平成28年の全国の臓器（腎臓）提供件数は91件、移植件数は177件となっています。このうち、県内の臓器（腎臓）提供は3件、移植件数は4件でした。

本県では、臓器移植時における本人の意思確認や家族への説明等の連絡調整業務や、普及啓発活動等を行う都道府県臓器移植連絡調整者（千葉県臓器移植コーディネーター）を、東京歯科大学市川総合病院に配置しています。

平成22年7月17日に改正臓器移植法が全面施行され、生前に書面で臓器を提供する意思を表示している場合に加え、本人の臓器提供の意思が不明な場合も、家族の承諾があれば臓器提供できるようになりました。

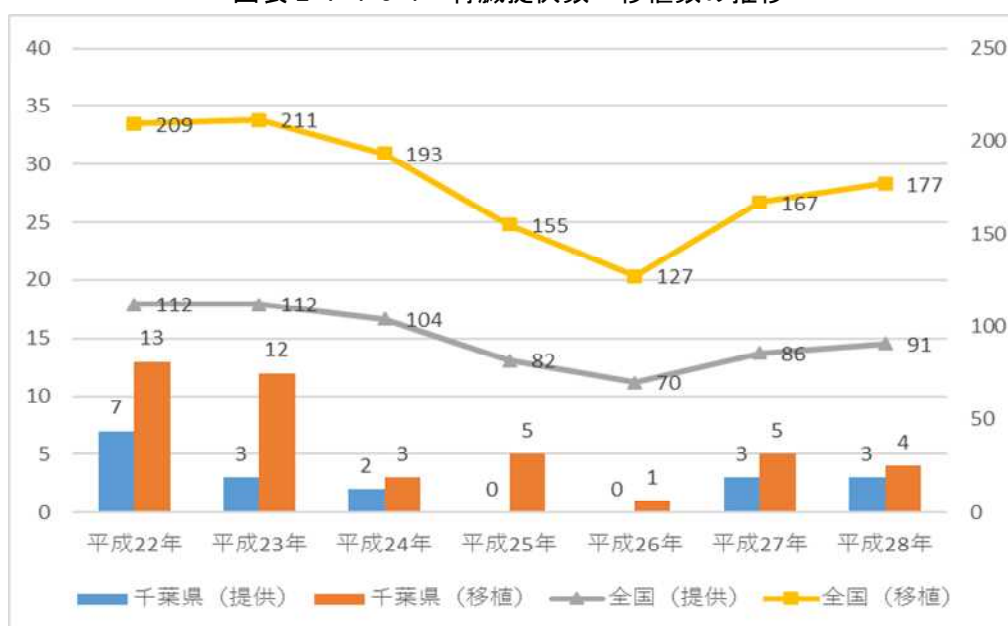
移植医療は、社会の理解と支援があってはじめて成り立つ医療であることから、県では、公益財団法人千葉ヘルス財団と連携し、臓器移植に関する公開講座の開催により啓発活動を行っています。

(イ) 施策の具体的展開

〔臓器移植に関する普及啓発〕

- 臓器移植についての理解が深まり、インターネットによる臓器提供の意思登録や臓器提供意思表示カード、運転免許証・被保険者証の意思表示欄への記入により、本人の意思が尊重されるよう、公開講座や県ホームページでの普及啓発に一層取り組んでまいります。

図表 2-1-4-8-1 腎臓提供数・移植数の推移



資料：(社) 日本臓器移植ネットワーク

9 歯科保健医療対策

(ア) 施策の現状・課題

歯・口腔の健康は、生涯を通じて自分の歯でしっかりと噛んで食べることができるだけでなく、バランスのとれた適切な食生活を送ることを可能にし、肥満や糖尿病などの生活習慣病の予防へとつながるなど、全身の健康を保持増進するための重要な要素の一つです。

また、幼児期から成長期にかけて、噛むこと飲み込むことを正しく習得し、むし歯などの歯科疾患を予防することは、子ども達の健全な成長や成人期以降の歯・口腔の健康に大きな影響を与えます。

さらに、高齢者や要介護者の口腔ケア*は、歯科疾患の重症化を予防するだけでなく、食生活の充実など日常の生活の質(QOL*)を高め、元気な高齢者等を増やし、健康寿命*の延伸に寄与します。

そこで、県では、「歯・口腔の健康づくり」について幼児期から高齢期までライフステージを通じて継続的に取り組むため、「千葉県歯・口腔の健康づくり推進条例」に基づき、平成30年3月に「第2次千葉県歯・口腔保健計画」を策定し、県民の歯・口腔の健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進しています。

3歳児のむし歯有病者率や1人平均むし歯数は近年減少傾向にありますが、1歳6か月からむし歯有病者率の急激な増加が見られるので、この時期の予防対策が必要です。

また、平成28年度の3歳児におけるむし歯のない者の割合の県平均は84%ですが、最も低い市町村と18.2ポイントの開きがあるなど、地域間格差が生じています。

県では、80歳で20本以上の歯を保とうという8020(ハチマル・ニイマル)運動*を推進していますが、50歳代までに歯を20本以上保有している者の割合は80%程度を保っているものの、60歳代からは急激に減り、80歳以上では34.3%に減少しています。

40歳の平成27年度歯周疾患検診指導区分の状況は、85.6%が要精検者と判定され、さらに詳しい診査や治療が必要とされているため、成人期も地域や職場において定期的な歯科健診・歯科健康教育・歯科保健指導を実施する必要があります。

認知症の人や要支援・要介護認定者は、咀嚼や嚥下などの口腔機能が著しく低下していたり、歯・口腔内の清掃不良による誤嚥性肺炎*等の問題があったりすることから、早期からかかりつけ歯科医*と相談し、口腔ケアを実施することが重要です。

障害のある人については、障害によっては摂食嚥下機能の問題を抱えていることや、口腔内の状態が把握しづらく口腔ケアが不十分になりやすいため、歯科疾患が重症化しやすくなります。このため、障害のある人がかかりつけ歯科医を持ち、地域で歯科健診や歯科治療、歯科保健指導等を受けることができる環境づくりが求められています。

(イ) 施策の具体的展開

〔母子歯科保健の充実〕

- 乳幼児のむし歯は、口腔機能の発達の阻害につながることから、市町村による乳幼児歯科保健対策を充実し、母子の心身の健康の保持、増進を図ります。
- 歯・口腔機能の発達段階に応じて適切に離乳を進められるよう、乳幼児を持つ保護者や関係者に対して、乳幼児の嚙む力、飲み込む力の育成を支援するための正しい知識を啓発します。
- 乳幼児健診や保育所・幼保連携型認定こども園・幼稚園等の集団健診等において、関係団体と連携を図り、ネグレクト*等の児童虐待を受けている子どもの早期発見に努めます。

〔学校歯科保健の充実〕

- 学校で実施する定期的な歯科健診や歯科保健教育等で、むし歯の予防と早期治療の推進、歯肉の炎症の予防、不正咬合の予防、セルフチェック等を充実させていきます。
- 集団生活の中で、正しい歯みがき習慣や歯科疾患の予防に関する正しい知識を身につけることは、大変重要かつ効果的であることから、年間の指導計画に位置づけられた学校内の歯科保健推進体制の充実や、家庭やかかりつけ歯科医等との連携の強化を図ります。

〔成人歯科保健の充実〕

- 市町村や関係団体、企業等と連携しながら、地域や職場において正しい歯・口腔保健の知識、歯周病と糖尿病、喫煙等の関連性、妊娠中の口腔ケアの重要性等に関する知識の普及啓発を図ります。
- 市町村や関係団体、事業者と連携し、定期的な歯科健診やセルフケア等の重要性について啓発するとともに、市町村で実施する歯の健康教育、歯の健康相談、歯周病検診等の取組を支援します。
- 口腔がんの早期発見に向けて、関係団体等と連携し、歯科医療関係者の資質の向上に取り組み、県のホームページやポスター等による県民への啓発を行います。

〔高齢者歯科保健の充実〕

- 高齢者が自らの歯で嚙むことができ、歯・口腔の健康を維持できるよう、市町村や関係団体等と連携し、歯・口腔の健康づくりの普及啓発、歯科健康教育や歯科健康相談、歯周病検診、介護予防事業（口腔機能の向上）等の取組を充実させていきます。
- 高齢者が住み慣れた家庭や地域で生活を続けていくために、かかりつけ歯科医をもち、定期的に歯科健診や保健指導を受けられるよう啓発していきます。

〔障害のある人等の歯科保健医療の推進〕

- 障害のある人への口腔ケアや摂食嚥下指導の重要性について、障害のある人や家族、学校や施設の職員等へ周知するとともに、関係する職員等に対して研修を行うなど、資質向上に取り組みます。
- 「かかりつけ歯科医」の普及を図り、障害のある人や子どもが地域で安心して歯科健診や歯科治療、歯科保健指導を受けることができる環境づくりを推進します。
- 施設や在宅の心身に障害のある人の口腔保健対策として、千葉県歯科医師会に委託し、巡回歯科診療車（ビーバー号）による定期的な歯科健診や歯科保健指導、介護者への口腔衛生思想及び技術の普及などを行う心身障害者（児）歯科保健巡回指導事業を実施します。

〔介護を必要とする者等の歯科保健の推進〕

- 市町村等では、高齢者の介護予防や要介護度の重症化を防止するため、摂食嚥下に対する機能訓練を含む歯・口腔の保健医療対策を充実し、口腔機能の向上についての正しい知識を普及啓発します。
- 在宅歯科医療における医科や介護等との連携を図るための窓口を設置し、地域における在宅歯科医療の推進と他分野との連携体制を構築します。
- 在宅歯科を実施する医療機関に対し、在宅歯科医療機器等の設備を整備することにより、安全で安心な質の高い歯科医療提供体制の充実を図ります。
- 摂食嚥下障害*や口腔ケアは多職種でアプローチすることが必要なため、口腔機能管理（摂食嚥下機能等）に関する関係職種に対して研修を実施するなど、人材育成や連携体制の構築を図ります。
- かかりつけ歯科医には、安心して質の高い医療と手厚い福祉・介護を提供するため、専門医、かかりつけ医*をはじめとする医療関係者や地域生活におけるリハビリテーション・介護等に関与する福祉・看護関係者と患者に関する情報を共有することが求められています。これまでの脳卒中*患者を対象に千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの歯科診療情報シート（連携シート）、歯科シート（診療経過表）などを活用した連携体制の構築に向けた取組を踏まえ、今後は脳卒中以外の疾患にも対応した入退院支援の仕組みづくりやICT*等の活用の検討など、効果的・効率的な多職種連携の促進を図っていきます。
- 居宅介護支援サービス等の利用者に関する情報を共有し適切な支援を行うため、「千葉県地域生活連携シート*」を活用して、「かかりつけ歯科医」と介護事業者との連携を図ります。

〔病院入院患者の口腔ケアの推進〕

- 入院患者が適切に口腔ケアを受けることで、口腔内環境の改善及びQOL（生活の質）の向上が図れるよう、看護師等に対して口腔ケアに関する研修を行うとともに、病院とかかりつけ歯科医等が連携する仕組みを構築します。
- がん患者等の周術期*における口腔ケアの重要性について、患者や医療関係者へ普及啓発していきます。

〔情報の収集及び提供〕

- 幼児や児童生徒のむし歯の状況や市町村の歯・口腔保健事業実施状況等の情報を広域的に収集し、市町村その他関係者に提供します。
- 市町村や施設関係者（保育所、幼稚園、小学校、中学校、障害児者施設等）を通して、フッ化物洗口等によるむし歯予防対策を推進します。また、市町村その他関係者がフッ化物の応用等によるむし歯予防対策を行う場合に、効率的・効果的に行われるよう情報提供を行います。

〔市町村その他関係者の連携体制の構築〕

- 県民の生涯を通じた歯・口腔の健康づくりの推進のため、口腔保健支援センターを設置し、情報の収集及び提供、普及啓発、市町村格差の縮小や生涯にわたる歯・口腔の健康づくりに関する事業等を市町村等と連携しながら効率的に行います。

〔かかりつけ歯科医機能の充実〕

- 各ライフステージに沿って、歯科疾患の予防、早期発見や治療等プライマリ・ケアを継続的に実施することにより、地域住民の健康管理を行う「かかりつけ歯科医」機能の充実を図ります。
- 認知症高齢者やその家族を適切に支えるため、早期の段階における診断、治療と適切な対応が図られるよう、歯科医師認知症対応力向上研修を行います。

〔病診連携及び医科歯科連携体制等の整備〕

- かかりつけ歯科医機能を十分に発揮するため、病院歯科等との病診連携及び診療所間の連携等、地域での歯科医療提供体制の在り方を検討していきます。
- がん、脳卒中、心疾患*、糖尿病等の患者が途切れのない歯・口腔の保健医療サービスを受けられる体制を構築するため、これらの疾患の治療にあたる医科と歯科の連携を図ります。

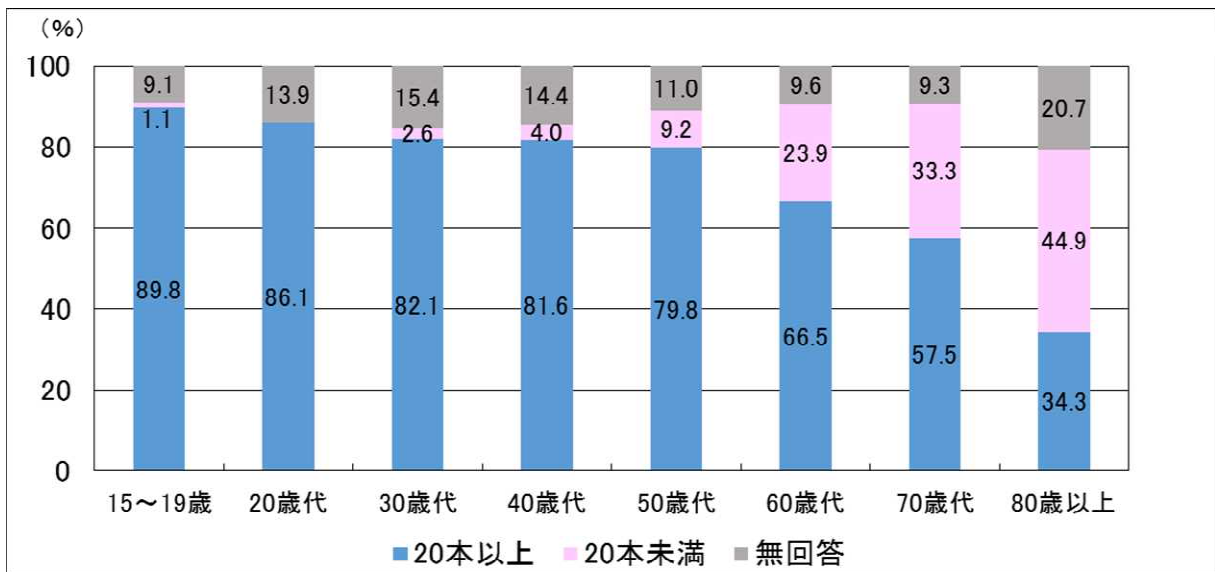
〔調査研究〕

- 県民の歯科疾患や歯・口腔保健の実態について必要な調査を行っていきます。また、国、市町村、関係団体、大学等が実施している調査等により、県では、歯・口腔の健康づくりに関する現状を把握し、分析します。

(ウ) 施策の評価指標

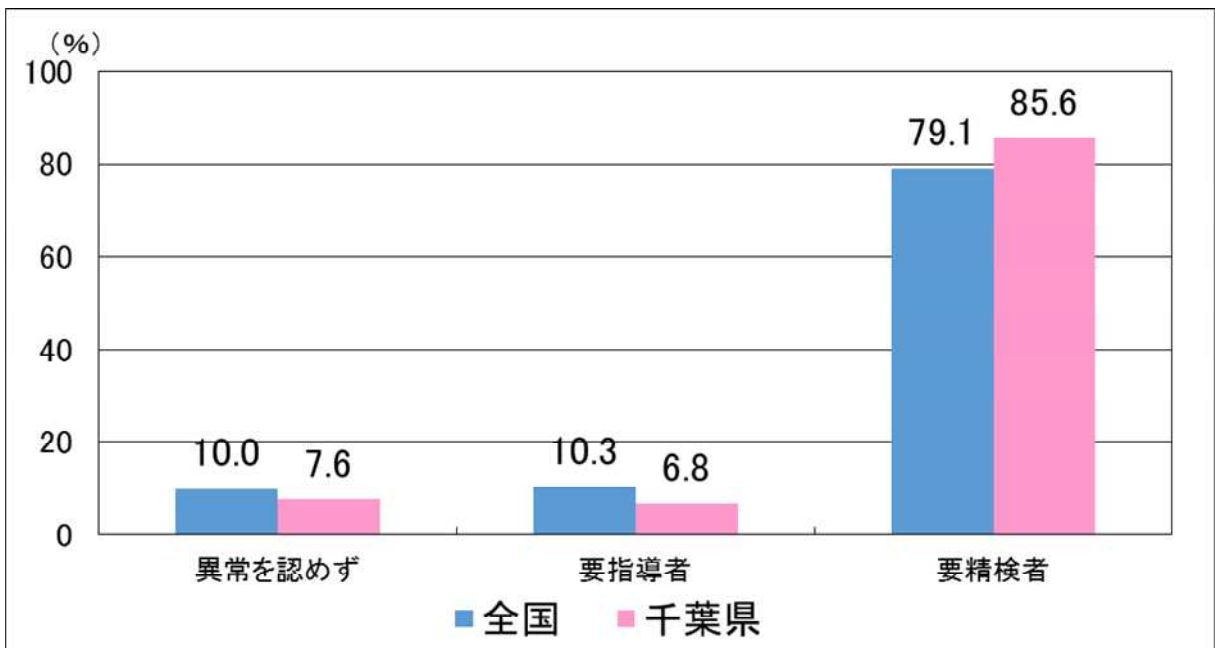
指 標 名	現状	目標 (平成35年度)
むし歯のない3歳児の割合	84.0% (平成28年度)	90%以上
12歳児(中1)の1人平均むし歯数	0.81本 (平成28年度)	0.6本以下
80歳以上で20歯以上自分の歯を有する者の割合	34.3% (平成27年度)	50%以上
進行した歯周炎を有する者の割合	40歳(40~49歳) 45.0% (平成28年度)	20%以下
	50歳(50~59歳) 48.9% (平成28年度)	30%以下
	60歳(60~69歳) 53.5% (平成28年度)	45%以下
3歳児におけるむし歯がない者の割合が80%以上である市町村の増加	36市町村 (平成28年度)	54市町村
12歳児(中1)の1人平均むし歯数が1.0歯未満である市町村の増加	35市町村 (平成28年度)	54市町村

図表 2-1-4-9-1 20歯以上保有者率



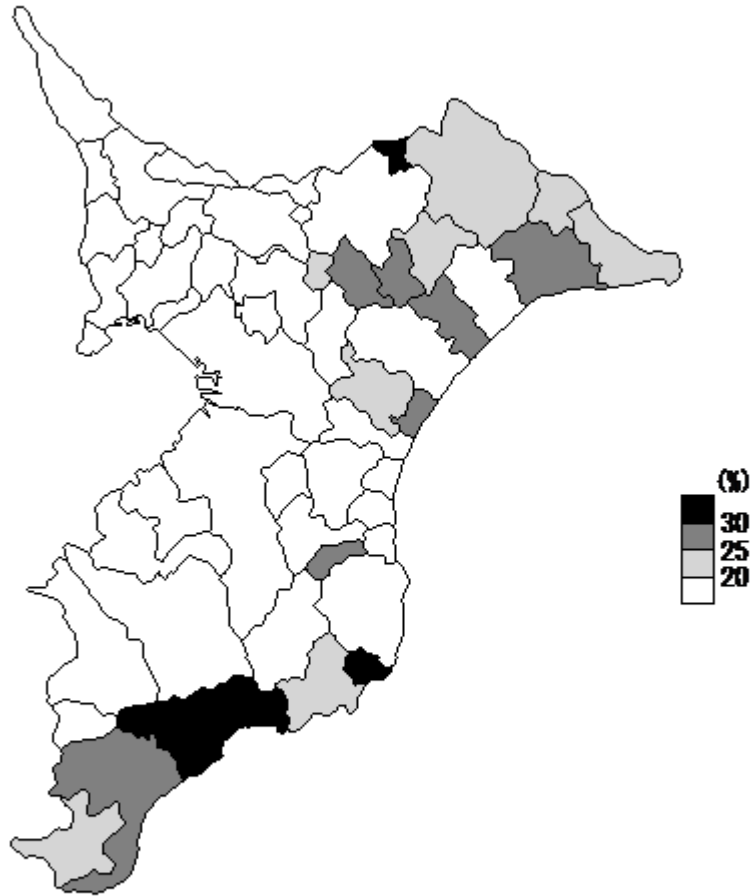
資料：平成27年度千葉県生活習慣に関するアンケート調査（千葉県健康づくり支援課）

図表 2-1-4-9-2 平成27年度歯周疾患検診指導区分の状況（40歳）



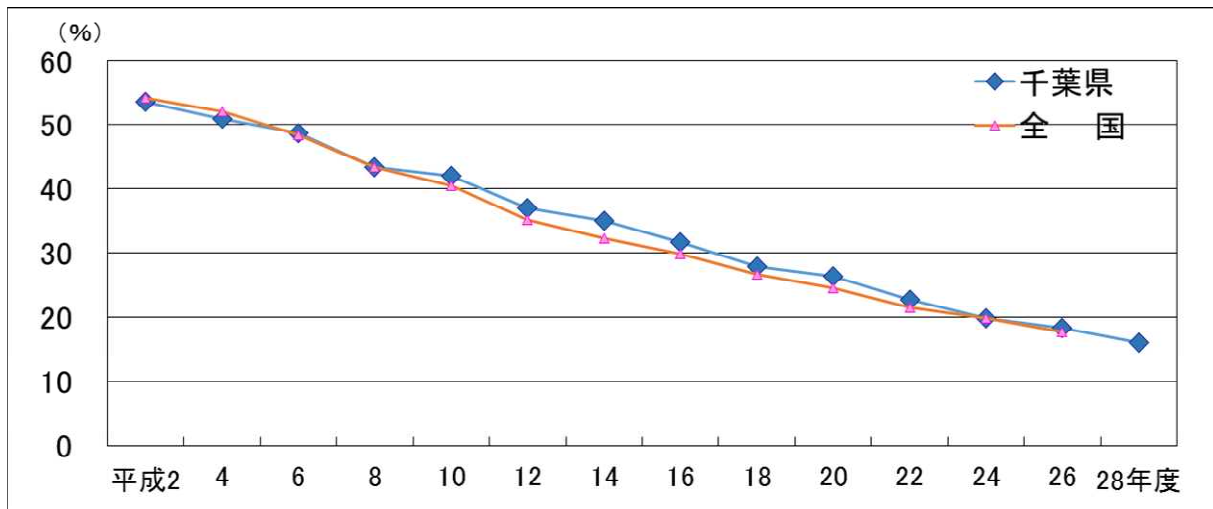
資料：平成27年度地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

図表 2-1-4-9-3 平成28年度市町村別3歳児むし歯有病者率



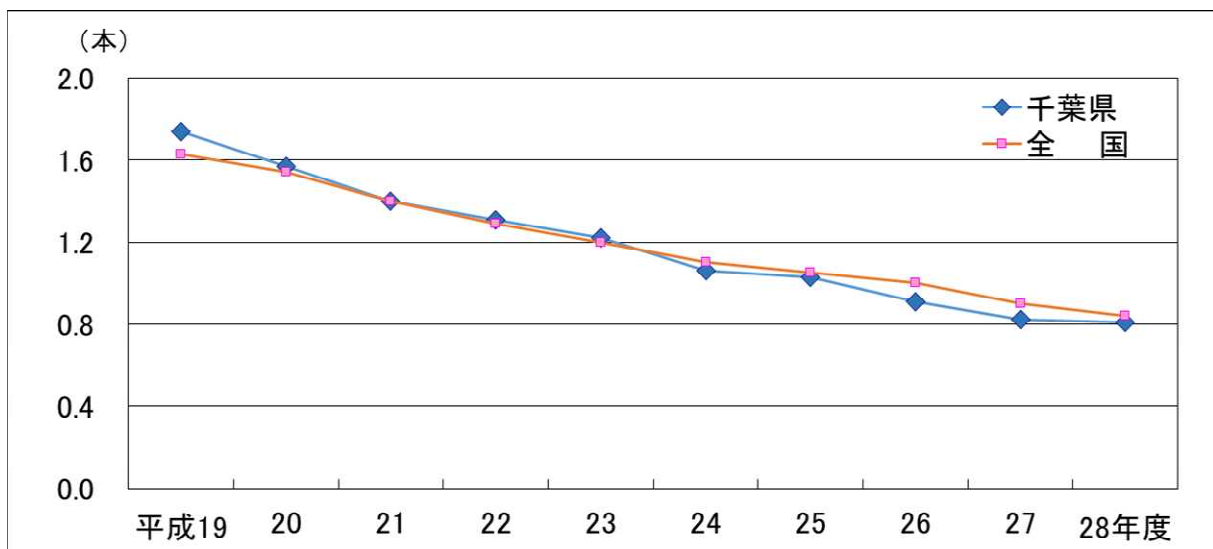
資料：千葉県母子保健事業実績報告

図表 2-1-4-9-4 3歳児むし歯有病者率の年次推移



資料：千葉県母子保健事業実績報告、厚生労働省調査

図表 2-1-4-9-5 12歳児一人平均むし歯数（中学校第1学年）の年次推移



資料：学校保健統計調査（文部科学省）

10 リハビリテーション対策

(ア) 施策の現状・課題

リハビリテーションには、①障害のある人（子どもを含む）や高齢者の機能低下を予防する予防的リハビリテーション*、②各種疾病に対して医療機関が実施する急性期・回復期リハビリテーション*、③主に介護保険で対応される地域生活期リハビリテーション*があり、これらを患者の症状に応じて適切な時期に行うことが必要です。

脳卒中*等の疾患による機能障害への対応や生活の再構築のためには、急性期病院*での早期からのリハビリテーションが重要であり、急性期リハビリテーションのさらなる充実が求められています。さらに、回復期*のリハビリテーションが効果的に実施され、地域生活期*においても回復した機能を向上・維持していくためには、回復期リハビリテーション病棟*や地域生活期を担うリハビリテーション関係機関の質と量の充実とともに、急性期から回復期、地域生活期のリハビリテーションを担う各医療機関及び当事者・家族の生活に関わるさまざまな機関との情報共有と連携が重要です。

〔地域リハビリテーション支援体制の整備〕

障害のある人（子どもを含む）や高齢者を含め地域に暮らすすべての県民が、いつまでもいきいきとした生活を送ることが出来る社会を目指し、リハビリテーションの視点から保健・医療・福祉等の関係機関をつなぎ、適切な支援が切れ目なく提供されるように関係機関等の支援体制の整備を図る「地域リハビリテーション*」の取組が重要です。

高齢化が急速に進む一方で、地域リハビリテーション関連資源の水準は高齢者人口ベースで全国平均を下回っています。また、介護保険制度の改正に伴う介護予防事業の見直しにより、リハビリテーション専門職の同事業への関与が促進されていることから、市町村等からの地域リハビリテーションへの期待が高まっています。

このため、リハビリテーション専門職が在籍していない関係機関に対する支援や多様な分野の関係機関・職種間での情報共有及び協働の充実を図る必要があります。

さらに、リハビリテーションやケアを必要とする県民が地域社会で生活していくためには、本人やその家族を取り巻く地域社会の力が大きな役割を果たすことが期待されているため、地域住民に対しても地域リハビリテーションの理念を広く啓発するとともに、地域住民の主体的活動を促進する体制づくりが必要です。

平成29年4月現在、二次保健医療圏ごとのリハビリテーション関係機関への支援を行う「地域リハビリテーション広域支援センター*」を県内9箇所に、地域リハビリテーション広域支援センターへの支援を行い、県全域の地域リハビリテーションの推進を図る「千葉県リハビリテーション支援センター*」を県内1箇所に指定して、地域リハビリテーションの充実を進めています。

各圏域においては、人口、面積、構成市町村数、地域リハビリテーション関連資源の状況等が大きく異なり、広域支援センターではマンパワー不足や経費不足、さらに

行政機関から事業協力を要望する声などがあります。このため、各広域支援センターが単独で圏域全てを支援していくには限界があることから、関係機関・職種とのさらなる連携強化や県民への直接的支援を主導する市町村等の行政機関との協働を進めていくことが必要です。

〔総合リハビリテーションセンター機能の確保〕

個々の医療機関等では対応できない、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種リハビリテーション療法、補装具*作製、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーションセンター機能（相談、診察、治療、訓練、補装具作成、家屋改造指導、御家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用のお手伝い、地域との連携等を含む）についても、その確保が必要です。

〔高次脳機能障害支援体制の整備〕

外傷性脳損傷などにより、記憶障害、注意障害、遂行機能障害等、外見では判断しにくい後遺症を呈する高次脳機能障害*のある人（子どもを含む）の支援については、県内3カ所に支援拠点機関を設置し、支援コーディネーターを配置して、情報発信、研修等を行い、支援普及を行っています。また、千葉県千葉リハビリテーションセンターに高次脳機能障害支援センターを設置し、県全域を対象として、より専門的な支援を実施しています。

一方、身近な地域における支援を強化するために、相談対応ができる人材の育成や機関間の連携が必要です。

（イ）施策の具体的展開

〔地域リハビリテーション支援体制の整備〕

- 予防的リハビリテーション、急性期・回復期リハビリテーション、地域生活期リハビリテーションを患者の症状に応じて適切な時期に行っていくためには、地域の医療機関、介護保険施設、市町村等の連携を強化・推進していくことが重要であることから、連携・支援の中核となる地域リハビリテーション広域支援センターを二次保健医療圏ごとに概ね1箇所指定するとともに、広域支援センターの支援機能を補完する役割を担う「ちば地域リハ・パートナー」などの協力医療機関等を指定するほか、職能団体や市町村等行政機関との連携・協力を進め、保健・医療・福祉等の関係機関をつなぐ、有機的な連携体制の整備・推進を図ります。
- 広域支援センター、職能団体及び行政機関等が、共通の理念のもと連携を強化し、関係機関に対する支援を充実させることにより、地域リハビリテーションのさらなる推進を図るため、各職能団体の代表者等が一体となって地域リハビリテーションの課題や推進方法を検討する場の設置や職能団体等の組織間連携を強化するための広域支援センター連絡協議会の開催、圏域外における先駆的取組等の導入を支援するための県内全域に係る情報共有体制の構築、リハビリテーション

専門職が在籍していない関係機関に対する相談の支援等を実施します。

- 地域住民の日常の生活・活動に密着した地域リハビリテーションを推進するため、関係機関が協働し、地域住民に対する地域リハビリテーションの理念や意識の啓発の取組、地域住民の主体的活動への助言等を実施します。また、介護予防事業等への事業協力を通じて市町村等行政機関と広域支援センターとの連携を強化するとともに、地域リハビリテーションは各市町村の進める地域包括ケア等の政策と関わり合い、一体となって推進していくことが重要であることから、地域ケア会議等にリハビリテーション専門職等が積極的に参加するよう促進します。

〔総合リハビリテーションセンター機能の確保〕

- 千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーションセンター機能を担います。
特に、
 - ・障害のある子どもに対する療育*の提供（医療型障害児入所施設等の運営を含む）
 - ・重症化・重複障害化*の脳血管障害のある人に対する効率的な訓練実施
 - ・脳外傷等による高次脳機能障害、脊髄損傷など、一般病院では対応しきれない障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供
 - ・障害のある人等に対するテクノエイド*機能の整備
 - ・全身性骨・関節疾患（リウマチを含む）への医療・リハビリテーションの提供
 - ・四肢の切断患者等への義肢・装具の作製とリハビリテーションの提供
 等に取り組みます。
- 千葉県千葉リハビリテーションセンターが、こうした県立施設としての機能・役割を果たし、増加する県民ニーズにこたえるためには、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能の充実などが求められます。このため、施設の整備方針について関係機関や有識者等の意見を聞きながら検討を行い、県民からの高いニーズに対応できる施設の整備に取り組みます。

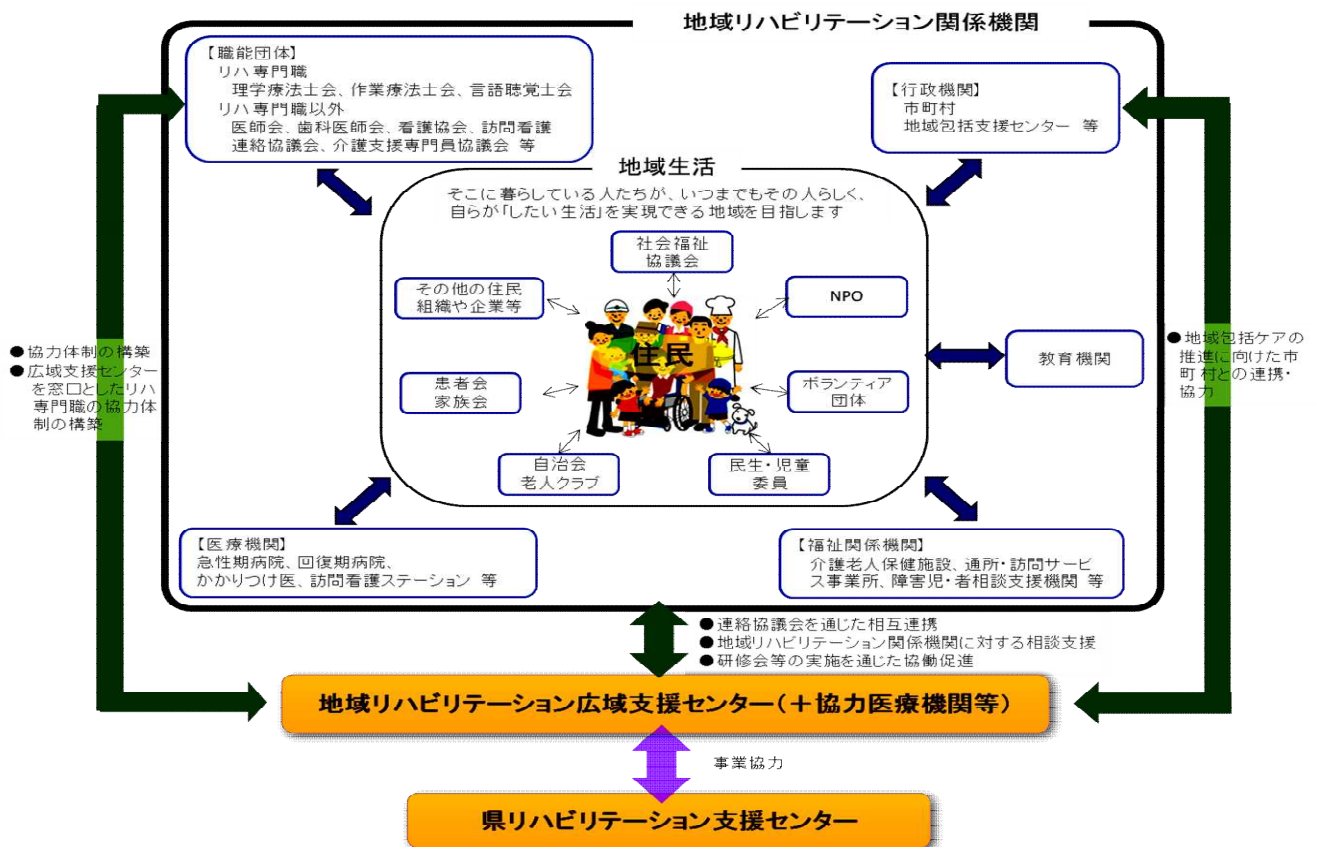
〔高次脳機能障害支援体制の整備〕

- 地域の相談支援事業所等の支援体制を強化するとともに、地域支援拠点機関を中心としたネットワークの構築に取り組みます。

(ウ) 施策の評価指標

指標名	現状	目標（平成35年度）
高次脳機能障害支援普及事業支援拠点機関	3箇所 (平成29年度)	4箇所
広域支援センターの支援機能を補完する指定機関数	— (平成28年度)	200
広域支援センターと連携している行政機関数	市町村 13 地域包括支援センター* 41 (平成27年度)	市町村 40 地域包括支援センター 150

図表 2-1-4-10-1 地域リハビリテーション支援体制の目指す姿



1
2

図表 2-1-4-10-2 千葉県内の地域リハビリテーション支援体制



1.1 高齢化に伴い増加する疾患等対策

(ア) 施策の現状・課題

本県における平成27年の平均寿命は、男性80.96歳、女性86.91歳です。また、平成28年の健康寿命*は、男性72.37歳、女性75.17歳です。平均寿命と健康寿命は、いずれも延伸しています。

県民一人ひとりが個性を發揮しながら質の高い生活を送るためには、生涯を通じた健康づくりを推進し、生活習慣病の発症・重症化予防や介護予防の取組を進めることが重要です。また、健康は社会的環境や経済的影響を受けることから、積極的に社会参加しつつお互いを支えあい、地域等における人とのつながりを深めるなど、健康を支え守るための環境づくりに取り組むことも大切です。高齢者が社会参加することにより、ご自身の生きがいや健康が保持されるのみでなく、活動を通じて世代間交流の促進や人とのつながりの強化も期待できると考えられます。

さらに、本県では、従来健康づくりに関わるボランティア団体の活動や各種患者団体による市民向けの教室の開催等の社会貢献活動が行われてきているところであり、多様な分野で活動が推進されるよう支援する必要があります。

介護保険制度により要支援の認定を受けている方について、介護が必要となった主な原因は、多い順に「関節疾患」「高齢による衰弱」「骨折・転倒」となっています。

図表 2-1-4-11-1 介護が必要となった主な原因（上位5位・全国値）

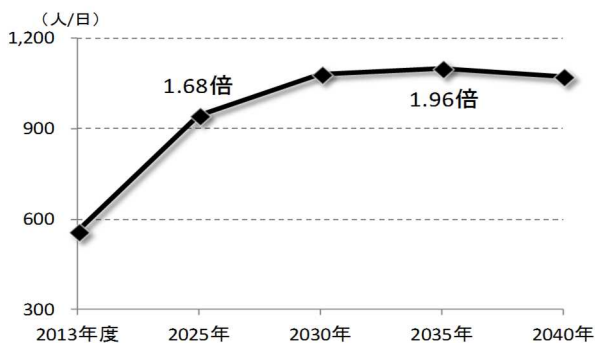
	介護を要する者 (総数)		うち要支援者		うち要介護者	
		10万対		10万対		10万対
第1位	認知症	17,988	関節疾患	5,479	認知症	16,084
第2位	脳血管疾患	16,583	高齢による衰弱	5,162	脳血管疾患	11,908
第3位	高齢による衰弱	13,294	骨折・転倒	4,836	高齢による衰弱	7,850
第4位	骨折・転倒	12,075	脳血管疾患	4,196	骨折・転倒	6,979
第5位	関節疾患	10,172	その他	2,946	その他	4,968

資料：平成28年国民生活基礎調査（厚生労働省）

また、高齢化の進展に伴い、大腿骨近位部骨折*や成人肺炎による入院患者数は、全体の入院患者数の増加率を大きく上回って増加すると見込まれています。

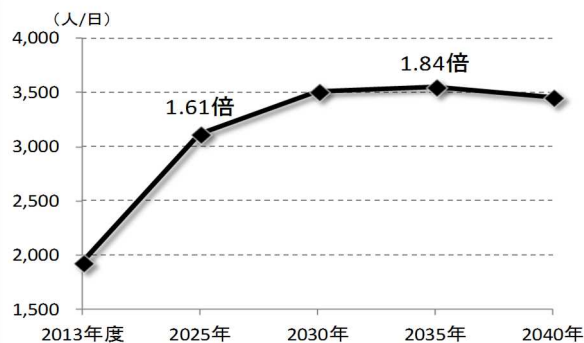
図表 2-1-4-11-2 主な疾患別入院患者数の推移（推計値・千葉県）

大腿骨骨折



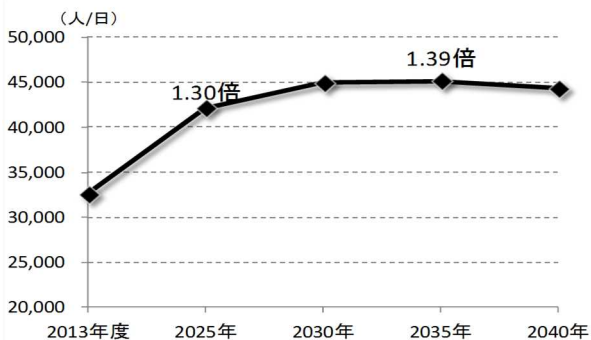
入院患者数	2013	2025	2030	2035	2040
(人/日)	559.6	942.5	1,078.3	1,098.8	1,070.4

成人肺炎



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

参考：全疾患



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

「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。

こうしたことから、関節疾患を含むロコモティブシンドローム*（運動器症候群）やフレイル*（高齢による虚弱）、大腿骨近位部骨折、肺炎などの今後高齢化に伴い増加が見込まれる疾患等については、介護予防・疾病予防を中心に、医療・介護が連携した総合的な取組を推進する必要があります。

【ロコモティブシンドローム】

ロコモティブシンドロームは、骨、関節、筋肉、軟骨、椎間板といった運動器の障害のために「立つ」「歩く」といった移動機能の低下を来した状態をいいます。進行すると日常生活にも支障が生じ、介護が必要になるリスクが高くなります。

ロコモティブシンドロームに関係する要因としては「運動習慣のない生活」「活動量の低下」「やせ過ぎ」「肥満」「スポーツのやりすぎや事故によるケガ」などがあります。運動器

の故障から腰痛、膝痛を起こし、痛みやだるさを放置することによって、重篤化していきます。

ロコモティブシンドローム予防には、自転車や徒歩で通勤する、階段を使うなど、暮らしの中に運動習慣を取り入れることと、正しい食生活により低栄養*等を防ぐことが重要です。また、腰痛・膝痛や骨粗しょう症等の疾病については、適切に医療機関を受診することも大切です。

〔フレイル〕

フレイルとは、加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害*、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態を言います。

低栄養、転倒、サルコペニア*（加齢に伴う筋肉量の低下）、尿失禁、軽度認知障害*（MCI）などは危険な加齢の兆候です。

また、フレイルは、閉じこもり、孤食（ひとりで食事をする事）などの社会的な問題や、低栄養・転倒の増加、口腔機能低下などの身体的な問題、意欲・判断力や認知機能低下、うつなどの精神的な問題など、多面性を持っています。

多くの高齢者が中間的な段階であるフレイルを経て、徐々に要介護状態に陥りますが、フレイルは、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能です。医療・介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策についての検討や、メタボリックシンドローム*対策からフレイル対応への円滑な移行が必要です。

〔大腿骨近位部骨折〕

大腿骨近位部骨折（大腿骨頸部骨折、転子部骨折）の受傷時には、股関節部に痛みがあり、ほとんどの場合、立つことや歩くことができなくなるとされており、早期に適切な治療を行う必要があります。大腿骨近位部は、動きもその範囲も大きく、転倒時などに大きな負荷がかかるため、加齢や運動低下にともない骨密度が減少し、筋力の低下が起こってくると、転倒時などに骨折しやすくなります。

平成26年の患者調査による推計値では、千葉県に住所を持つ患者は、1,700人であり、そのうち1,300人が女性です。人口10万人当たりの患者数は27.4人で、全国と比較すると高い方から42位になります。

骨折は、骨粗しょう症で骨がもろくなった高齢者に多発することが知られており、日常生活動作に大きな影響を及ぼし、寝たきりや閉じこもりの原因にもなっています。このため、骨粗しょう症の予防・治療や骨折時の適切な対応、患者の状態に合わせたリハビリテーションや再発予防の取組が重要です。

〔誤嚥性肺炎〕

誤嚥性肺炎*は、本来は食道に入るべきである唾液や食物などが、誤って気管に入り、その食物や唾液に含まれた細菌が気管から肺に入り込むことで起こります。高齢者は、嚥んだり飲み込んだりする機能の低下や、唾液が出にくくなっていることが多いため、誤嚥*を起こしやすく、菌に対する抵抗力が弱まっていることで、誤嚥性肺炎を含めた肺炎が起こりやすいと言われています。

そのため、食事内容や食事姿勢に配慮して誤嚥を起こしにくくすることや、適切な口腔ケア*により口腔内での細菌の繁殖を抑えること等により、感染のリスクを低減する必要があります。

また、他の疾病等による身体機能の低下や認知症等により、口腔衛生の悪化や摂食嚥下障害*が引き起こされやすいことから、周術期*や入退院時における医科歯科連携を中心とした多職種による口腔機能管理が重要です。

(イ) 施策の具体的展開

〔地域社会のつながりの醸成〕

- 生涯教育、スポーツ、防災、福祉等既に活動している様々な団体活動やコミュニティづくりの場において、健康づくりの視点を取り入れられるよう働きかけます。
- 先駆的な取組やソーシャルキャピタル*の強化の成功事例などについて情報収集に努め、様々な場面で県民に発信します。
- 住民の主體的な活動を推進するための人材の育成を支援します。

〔高齢者の健康づくりや生活習慣病対策等の推進〕

- バランスの良い食生活、運動の習慣化、毎日の口腔ケア等の健康づくりの重要性や病気に対する正しい理解を広めるとともに、定期健診の受診等を促進するための普及啓発を行います。
- 高齢者特に75歳以上の方の低栄養の実態把握を進め、その対応を検討します。
- 健康教育や骨粗しょう症検診、歯周病検診などの健康増進事業に取り組む市町村を支援します。
- 多様な機関における相談体制等の充実と周知により、高齢者の心の健康づくりを進めます。

〔介護予防の推進〕

- 市町村が取り組む介護予防の取組等が効果的に推進できるよう、その支援を行います。
- 要介護・要支援の状態にならないよう、ロコモティブシンドロームやフレイルの予防、口腔ケアの大切さと口腔の状態と健康との関係に関する知識等についての普及啓発を行います。

〔人材の育成・確保〕

- 生活習慣病予防対策として重要な特定健診*・特定保健指導*に従事する人材や、ロコモティブシンドロームの予防に関し実践的に指導を行う人材、在宅歯科診療に携わる歯科衛生士*など、専門性を持った質の高い人材の育成・確保を進めます。

〔医療・介護の連携〕

- 健康寿命の延伸を図るため、保健・医療・福祉・介護の連携を強化します。
- 摂食嚥下について専門的に評価できる医師・歯科医師及びリハビリテーションを支援

る関係職種の人材育成や職種間での連携を図ることで、口腔機能管理支援を推進します。また、地域における医科・歯科・介護等の連携体制の充実を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

〔過程 (プロセス)〕

指 標 名	現状	目標
介護予防に資する住民運営による通いの場への参加人数	37,526人/年 (平成27年度)	46,000人/年 (平成32年度)
低栄養傾向 (BMI * 20以下) の高齢者の割合の増加の抑制	15.1% (平成27年)	22.0%* (平成34年度)
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 (千人当たり)	男性 211人 女性 269人 (平成28年)	男性 177人 女性 258人 (平成34年度)
ロコモティブシンドローム (運動器症候群) を認知している県民の割合の増加	41.4% (平成27年度)	80.0% (平成34年度)

※ 「低栄養傾向 (BMI 20以下) の高齢者の割合の増加の抑制」については、低栄養傾向の高齢者の割合の現状が目標年度における高齢者の割合を下回っていますが、75歳以上の人の低栄養傾向の割合が特に高いことを踏まえ、人口構造の変化による増加を目標値以下に抑制するという趣旨で目標を設定しているものです。

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現状	目標
高齢者 (60歳以上) の社会参加の促進 (就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	男性 67.9% 女性 59.6% (平成27年度)	男性 80.0% 女性 80.0% (平成32年度)

第5節 人材の養成確保

1 医師

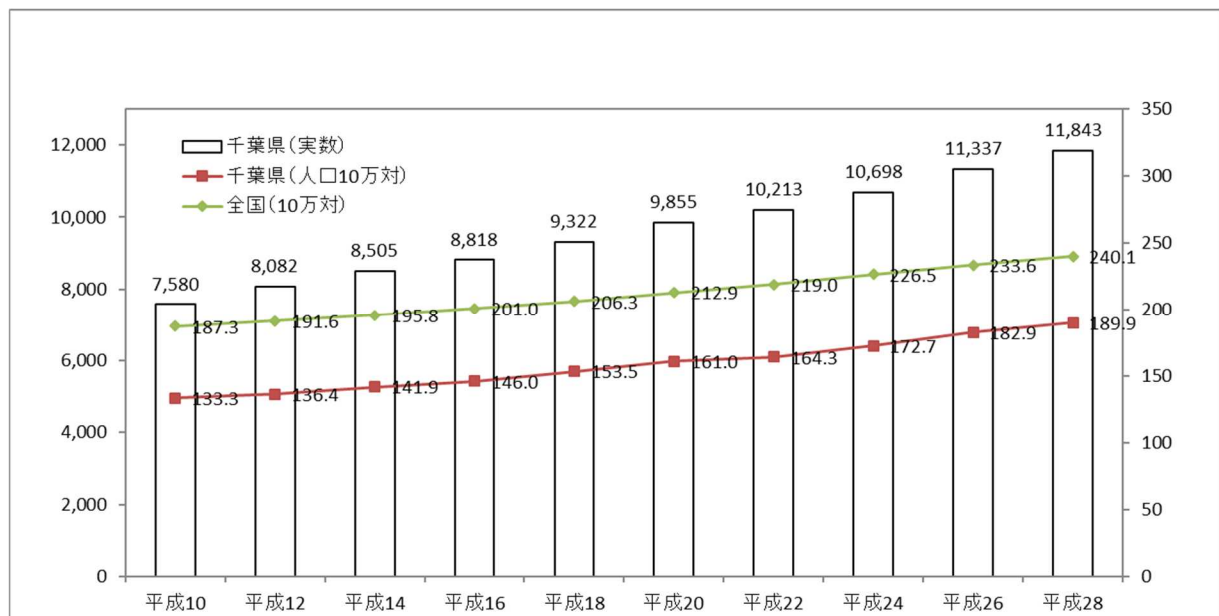
(ア) 施策の現状・課題

本県の医療施設従事医師数は、平成28年末現在、全国で8番目に多い11,843人となっています。しかしながら、人口10万対では189.9人となっており、全国平均の240.1人を大きく下回っています。

初期臨床研修制度*の導入に伴う大学病院の医師派遣機能の低下や、病院勤務医の過酷な勤務実態、医師の価値観の多様化や専門医志向等の要因により、県内の一部の自治体病院でも深刻な医師不足が生じています。

また、産科や小児科などの診療科においては、診療科の休止・廃止が見られ、救急医療の現場でも、二次救急の弱体化や救急搬送の長時間化といった課題も生じています。

図表 2-1-5-1-1 医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

図表 2-1-5-1-2 主たる診療科別の医療施設従事医師数

		総数	内科	小児科		精神科	外科	整形 外科	産婦人科 ・産科		麻酔科	救急科
医師 数 (人)	千葉県	11,843	2,275	654		624	595	873	459		334	169
	全国	304,759	60,855	16,937		15,609	14,423	21,293	11,349		9,162	3,244
人口 10万対	千葉県	189.9	36.5	10.5	85.8*	10.0	9.5	14.0	7.3	35.4*	5.4	2.7
	全国	240.1	47.9	13.3	107.3*	12.3	11.4	16.8	9.0	43.6*	7.2	2.6
	順位	45位	42位	44位	44位*	39位	40位	43位	42位	46位*	38位	13位

※「小児科」「産婦人科・産科」の人口10万対の右欄は、それぞれ、「15歳未満」「15～49歳女子」人口10万人当たりの数値

資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

初期臨床研修制度については、平成30年3月現在、県内36箇所の病院が臨床研修病院*（基幹型・大学附属病院）に指定され、初期臨床研修医*を受け入れています。

平成22年4月以降の研修開始者については、都道府県ごとに募集定員の上限枠が設けられたため、臨床研修病院によっては募集定員の減員を余儀なくされる場合もあるなどの課題も生じています。

さらに、出産、育児、介護等の負担を担う医師が医業と両立できるよう、柔軟かつ多様な勤務体制（短時間勤務・時差出勤など）の導入や施設内保育環境の整備等、ワークライフバランスに配慮した就労環境づくりの必要性が高まっています。

図表 2-1-5-1-3 千葉県内の臨床研修病院



(イ) 施策の具体的展開

〔医師の養成・確保対策の推進〕

- 従来から自治医科大学に毎年2名又は3名の学生を送り、地域医療に従事する医師の養成・確保に努めています。
- 地域医療に従事する人材を確保するため、大学医学部の定員増加に併せて、医学生に対する修学資金の貸付け、また、県外大学医学生のUターンを促すための貸付けを行うなど、将来地域で活躍できる技術、能力を備えた医師の養成・確保を図ります。
なお、修学資金の貸付けに当たっては、事業の効果的な運用を図るため、対象者を本県出身者に限定した上で、キャリア形成プログラム*に基づいて行ってまいります。
- 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。
- 県内の医療関係団体や大学、臨床研修病院等との協働により、県内で初期臨床研修・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み、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することとし、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。
- 地域医療に必要な、幅広い疾患を総合的・継続的・全人的に診療する能力をもった、総合診療専門医など、新たな専門医*の養成・確保に努めます。
- 新たな専門医制度*により、県内の医師の地域偏在及び診療科偏在など、地域医療に支障が生じないように、県内の医療関係団体や大学、基幹施設、市町村等と必要な情報共有、確認、検討を行います。
- 県医療審議会に設置した医療対策部会や、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。
また、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抜本的な対策を講じるよう国に働きかけを行ってまいります。

〔医師の偏在解消対策〕

- 千葉県地域医療支援センターでは修学資金制度などの活用により、以下の点に留意しつつ、地域偏在の改善を図ります。
 - 医師のキャリア形成に関する知見を得ることや、重複派遣の防止など医師確保の観点から大学（医学部・附属病院）と十分連携します。
 - 修学資金受給者については、医師が不足する地域（※）等に一定期間の勤務を義務付けることとします。
 - 特定の開設主体に派遣先が偏らないように配慮します。
 - ※医師不足地域
 - ・ 県内過疎市町（平成の合併によって過疎地域を合併した市町村は当面の間は過疎地域とする。）
 - ・ 二次医療圏単位の10万対医師数が全国平均値を下回る地域
 ただし、医師の需給推計に係る新たな指標が示された場合には見直しを行います。
- 小児科、産科などの特に医師確保の厳しい診療科については、修学資金制度や処遇改善に取り組む医療機関への補助制度などの活用により、重点的に対策を講じます。
- 限られた医療資源の中で、各二次保健医療圏内の診療所や病院等の医療機関の具体的な役割分担を明確化し、急性期*、回復期*等の段階に応じた循環型の医療連携システムを構築します。これにより、医療機関にとって効率的な医療提供体制の整備を進め、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。

〔女性医師等の定着促進・再就業支援対策〕

- 育児と仕事を両立できる働きやすい職場づくりに取り組む医療機関への助成、いったん離職した医師の職場復帰に向けた再就業先のあっせんや復職研修の実施を通し、女性医師等の定着や再就業を促進します。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現状	目標
初期臨床研修修了者の県内定着率	50.8% (平成29年3月修了者)	80.0% (平成35年3月修了者)
医療施設従事医師数（産科・産婦人科）（15～49歳女子人口10万対）	35.4人 (平成28年)	39人 (平成34年)
医療施設従事医師数（小児科）（15歳未満人口10万対）	85.8人 (平成28年)	97人 (平成34年)

2 歯科医師

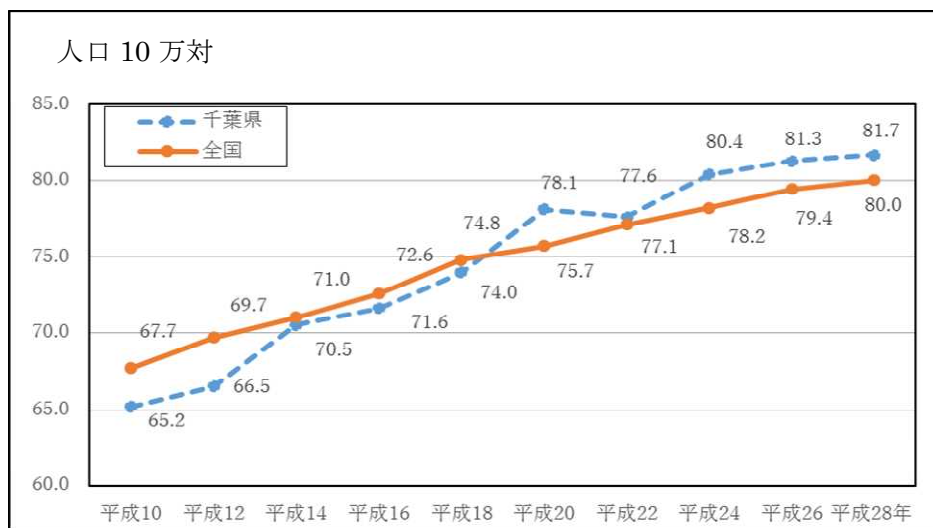
(ア) 施策の現状・課題

本県の医療施設従事歯科医師数は、平成28年末現在、5,095人であり、人口10万対では81.7と、全国平均80.0を上回っています。

診療に従事しようとする歯科医師については1年間の臨床研修が必修となって、平成29年4月現在、県内の研修施設（単独型・管理型）として16箇所の医療機関が指定されています。

口腔ケア*が誤嚥性肺炎*の発症予防につながることなど、口腔と全身の健康との関係が広く指摘され、入院患者等に対する医科歯科連携の推進が求められる中、周術期*の口腔機能管理や在宅歯科医療を担う歯科医師の養成や資質の向上が求められています。

図表 2-1-5-2-1 医療施設従事歯科医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

(イ) 施策の具体的展開

〔高齢者等の歯科治療のための研修会の充実〕

- 高齢者・心身に障害のある人・がん患者等の有病者の歯科治療については、従来の歯科医療に加えて、口腔機能の維持、改善に係る総合的かつ専門的な知識の習得が必要であることから、関係機関との協力のもと研修会の充実に努めます。
- 認知症の人やその家族を適切に支えるため、早期の段階における診断、治療と適切な対応が図られるよう、歯科医師認知症対応力向上研修を行います。

〔臨床研修の充実〕

- 臨床研修の水準を向上させるため、その適切な運営の確保に努めます。

〔在宅歯科医療を担う歯科医師の養成〕

- 増加する要支援・要介護認定者の歯科保健医療の確保を図るため、在宅歯科医療を担う歯科医師の養成に努めます。

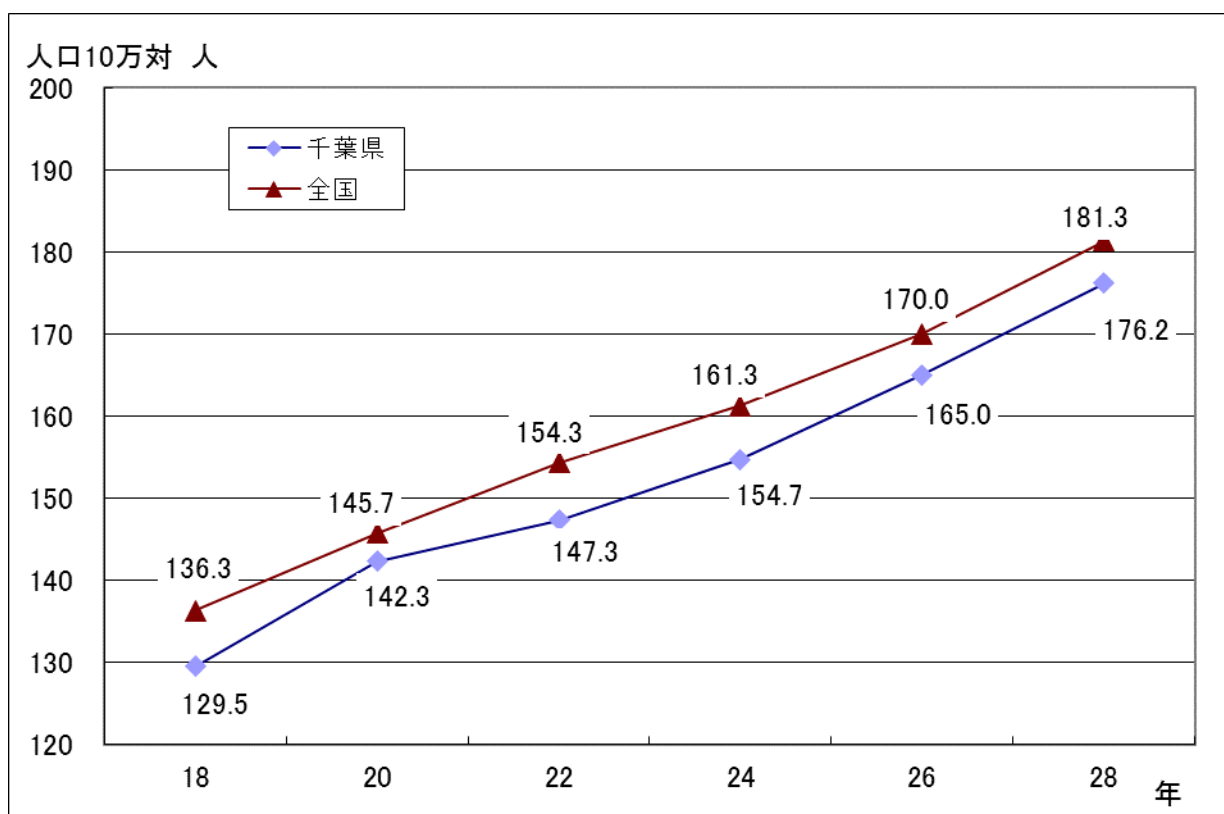
3 薬剤師

(ア) 施策の現状・課題

本県の薬剤師数は、平成28年末現在、13,556人であり、人口10万対では217.4人と、全国平均237.4人を下回っています。

医療機関及び薬局に従事する薬剤師は、10,987人で全体の80%を占め、人口10万対では176.2人と、全国平均181.3人を下回っています。

図表 2-1-5-3-1 薬局・医療施設従事薬剤師数の推移



地域包括ケアシステム*における薬剤師の役割に対応するため、薬剤師の安定的な確保と資質の向上が一層必要となっています。また、就労する薬剤師の地域的な偏在がみられ、新たな薬剤師の確保が困難な地域があります。

今後の超高齢社会においては、医療、看護、介護等が一体となった在宅医療体制を構築することが必要であり、薬剤師もより高度な知識・技能を修得し、地域医療に参画することが求められています。

このような中、薬剤師自身は、高い職業意識と倫理観を持ち、常に自己研鑽に励み、最新の医療及び医薬品等の情報に精通するなど専門性を高めていくことが必要です。

患者・住民が、安心して薬や健康に関する相談に行けるようにするためには、患者の心理等にも適切に配慮して相談に傾聴し、平易でわかりやすい情報提供・説明を心がける薬剤師の存在が不可欠であり、かかりつけ薬剤師には、こうしたヘルスコミュニケーション能力が求められています。

薬学教育6年制では、医療機関や薬局での実務実習が必要なことから、その受入体制を整備することが必要です。

(イ) 施策の具体的展開

〔研修制度の充実〕

- 医薬品の開発技術の進歩等により多様化する医薬品に対応するために最新の医療及び医薬品等に関する専門的な情報の習得を図るとともに、患者に平易でわかりやすい情報提供・説明できるヘルスコミュニケーション能力を向上させるため、関係機関との協力のもと研修会等の充実に努めます。

併せて、多職種と共同で実施する研修を推進し、医療機関等との連携強化に努めます。

〔専門・認定薬剤師の育成〕

- 近年、薬物療法が複雑化し、医薬品の効能効果を得るとともに副作用の発現を極力減少させることができるよう医薬品の専門家として、一層の配慮が求められています。そのために、高度化した薬物療法に対応できる専門・認定薬剤師*の育成を支援します。

〔就業の促進〕

- 医薬分業*及び在宅医療の進展に対応するため、薬剤師の確保が重要であることから、県薬剤師会と協働して、就業を希望する薬剤師に対し、就業に役立つ情報の提供や必要に応じて研修を実施し、就業を促進します。

〔公益活動の実施〕

- 薬物乱用防止活動やスポーツ選手の不注意によるドーピング防止活動等に関する薬剤師の積極的な取組みを促進します。

〔薬学部学生の医療機関等における実習受入体制の整備〕

- 医療機関や薬局での実務実習が義務付けられていることから、千葉県薬剤師会及び千葉県病院薬剤師会が実施する実習生の受入事業を支援します。

(ウ) 施策の評価指標

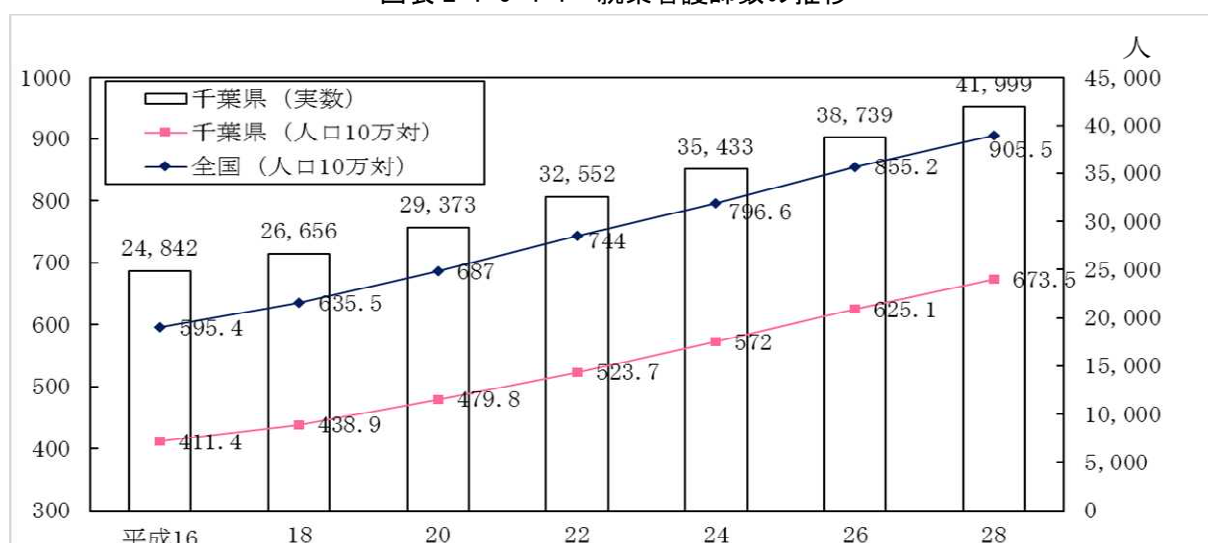
指 標 名	現状（平成28年）	目標（平成34年）
薬局・医療施設従事薬剤師数 （人口10万対）	176.2人	全国平均と同水準

4 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

（ア）施策の現状・課題

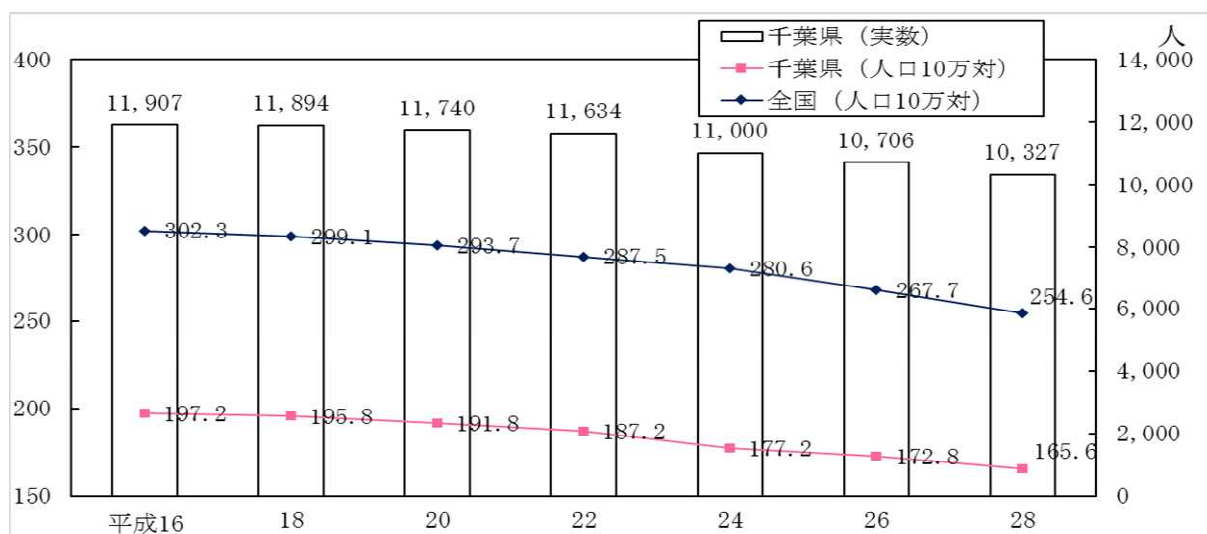
本県の看護職員の就業者数は、平成28年末現在、55,759人であり、職種別では、保健師2,014人、助産師1,419人、看護師41,999人、准看護師10,327人となっています。しかしながら、人口10万対では、保健師32.3（全国40.4）、助産師22.8（同28.2）、看護師673.5（同905.5）、准看護師165.6（同254.6）となっており、本県の就業看護職員数は、全国的に見て低い水準にあります。

図表 2-1-5-4-1 就業看護師数の推移

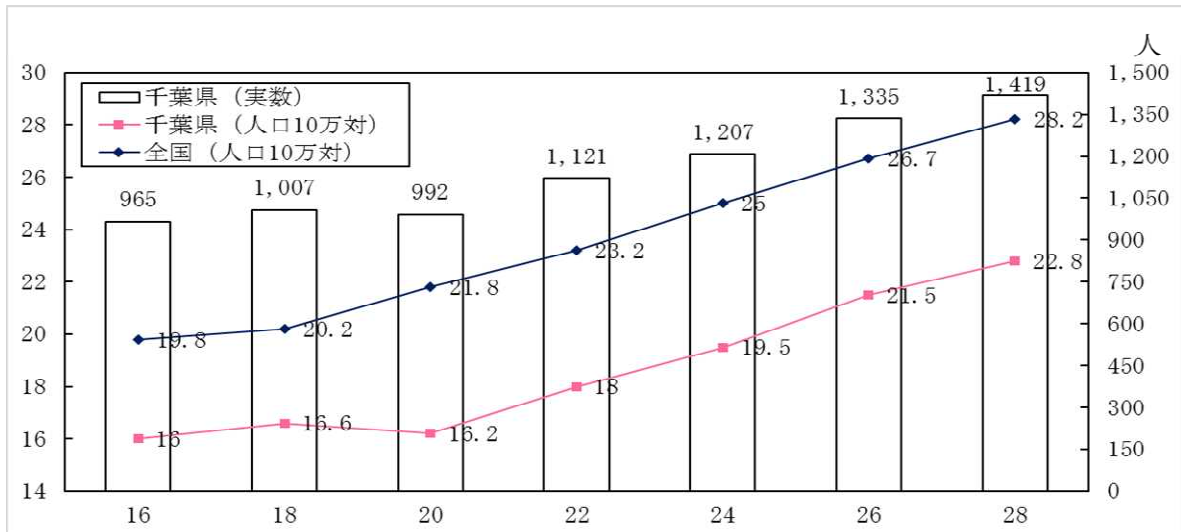


資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

図表 2-1-5-4-2 就業准看護師数の推移

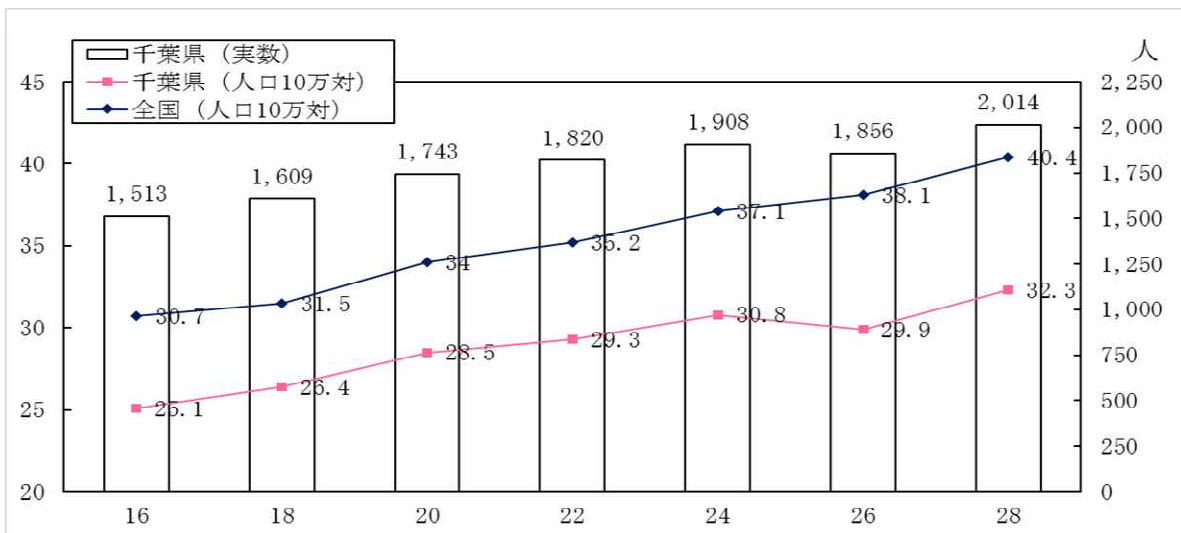


図表 2-1-5-4-3 就業助産師数の推移



資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

図表 2-1-5-4-4 就業保健師数の推移

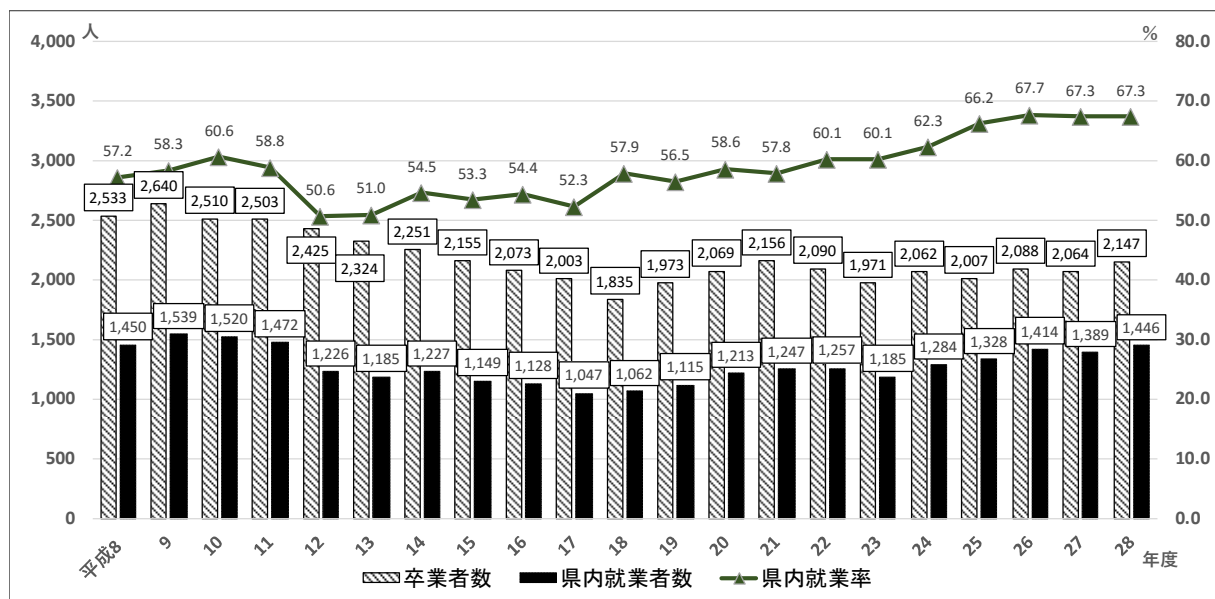


資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

平成29年4月現在、県内の看護師等学校養成所*は41施設、入学定員は2,790人であり、18歳人口が減少する中、学生の確保を図る必要があります。

県内の看護師等学校養成所における卒業生の就業状況を見ると、平成28年度の卒業生数2,147人のうち、県内就業者数は1,446人で、県内就業率は67.3%となっており、より多くの県内就業者を確保する必要があります。

図表 2-1-5-4-5 県内看護師等学校養成所卒業生の就業状況の推移



資料：看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査（厚生労働省）

また、医療機関では、結婚・出産・育児や本人の健康問題などにより離職していることから、離職防止や一旦離職した看護職員の再就業促進を図る必要があります。

さらに、県民が持つ多様な健康づくり・医療・福祉のニーズを総合的にとらえ、関連する職種と連携し、必要なサービスを提供できる看護職員の人材育成を継続的に進める基盤を整備することが必要であることから、看護系大学における優秀な人材育成が求められています。

(イ) 施策の具体的展開

〔看護師等の養成確保〕

- 県立養成機関において看護師等の養成を行うとともに、市町村や民間の看護師等学校養成所の入学生確保と運営を支援します。
- 県内就業を促進し、県内定着を図るため、修学資金貸付制度の活用を進めます。
- 看護基礎教育の充実のため、実習教育環境の整備を推進します。

〔離職防止と再就業の促進対策〕

- 看護職員の離職防止を図るため、院内保育*の運営に対する支援を行うほか、千葉県医療勤務環境改善支援センターによる専門アドバイザーの訪問支援や研修会の実施などを通じて、就労環境の改善を進めます。
- 離職者の再就業を促進するため、ナースセンター事業*を強化し、ハローワークとの連携や看護師等の届出制度の情報を基に個々の状況に応じた支援を行い、再就業を促進します。また、職場復帰を容易にするための研修会などを実施します。

〔人材確保と看護に関する普及啓発〕

- 総合的な人材確保を推進するため、確保策のモデルとなる事業や最新の看護情報等を発信し、その普及を図ります。県民の看護に対する理解を深め、看護師等の職業選択・就業継続の啓発活動を進めます。

〔職種別看護職員の資質の向上〕

- 保健師：地域の健康課題の解決に向け、地域性や住民ニーズに応じ、地域ネットワークの構築など地域づくりを推進する保健師の育成を図ります。また、地域看護の専門職として、行政分野において保健に関する政策決定能力の向上を図ります。
- 助産師：助産師教育を充実させ、分娩技術の獲得ほか、次世代育成を支援する助産師の育成を図ります。
- 看護師・准看護師：高度医療に対応するとともに、安全な医療を提供できる確かな看護技術を習得し、医療機関、福祉施設、在宅など、幅広い分野で看護を実践できる看護師・准看護師の育成を図ります。

〔継続教育の支援、研修体制の整備・充実〕

- 看護職員の資質の向上を図るため、新人看護職員の研修やスキルアップのための継続教育の実施を推進します。
また、医療・保健・福祉の連携を推進する人材を育成します。
- 看護現場で質の高いケアを提供する環境づくりを創造する看護管理者、院内助産所*や助産師外来*を運営できる技能を有する助産師の育成を図ります。
- 在宅医療を支えるために、看護師を対象とした研修を実施し、訪問看護師の育成を図るとともに、特定行為研修*修了者を増やすための方策について検討します。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状	目標
看護師等学校養成所卒業生の県内就業率	67.3% (平成29年3月卒業生)	68.8% (平成36年3月卒業生)
看護職員の離職率	11.7% (平成27年度)	低下を目指します (平成35年度)

5 理学療法士・作業療法士

(ア) 施策の現状・課題

理学療法士*・作業療法士*については、障害発生後の早期リハビリテーションの提供のみならず、回復期*、地域生活期*におけるサービス提供、あるいは介護予防の観点から、その役割はますます重要になっています。

平成28年10月現在、本県の医療施設で就業する常勤換算の理学療法士数は3,255.6人であり、人口10万対では52.2と、全国平均58.5を下回り、作業療法士数は1,541.1人であり、人口10万対では24.7と、全国平均34.6を下回っています。

(イ) 施策の具体的展開

[人材の確保及び資質の向上]

- 高齢化の進展や疾病構造の変化に伴いリハビリテーションへの需要が増加することが予想されるため、今後も理学療法士・作業療法士の養成確保を図り、養成機関等における教育の充実・運営を支援します。
- 急性期*、回復期、地域生活期におけるリハビリテーションを患者の症状に応じて適切な時期に行っていくためには、地域における保健・医療・福祉等の関係機関の連携を強化・推進していくことが重要です。このため、地域リハビリテーション*関係機関従事者の協働促進に向けた研修等を理学療法士・作業療法士に対して実施します。

6 歯科衛生士

(ア) 施策の現状・課題

本県の歯科衛生士*の就業者数は平成28年末現在4,965人であり、人口10万対では79.6と、全国平均97.6を下回っています。

歯科診療所勤務の歯科衛生士は4,328人であり、県内歯科診療所数は3,256か所(平成28年10月)なので、一歯科診療所あたりの歯科衛生士は約1.3人です。

市町村に勤務する歯科衛生士は35市町90名(平成29年4月1日現在)ですが、歯科保健事業の充実を図る上で、歯科衛生士の役割は重要であることから、市町村において歯科衛生士の確保を図る必要があります。

また、高齢化の進展により需要が増加している在宅歯科医療等の充実を図るためにも、技術や知識のある歯科衛生士の確保が求められています。

(イ) 施策の具体的展開

〔人材の確保及び資質の向上〕

- 県民に対する保健医療サービスの提供に支障を生じることのないよう、養成機関等の卒業生の県内就業の促進に努めます。
- 市町村の歯科衛生士が歯・口腔保健サービスに果たす役割は大きいことから、市町村等に歯科衛生士の配置を働きかけるとともに、研修会の開催、業務研究集の作成などにより資質の向上を図ります。

〔歯科衛生士の復職支援〕

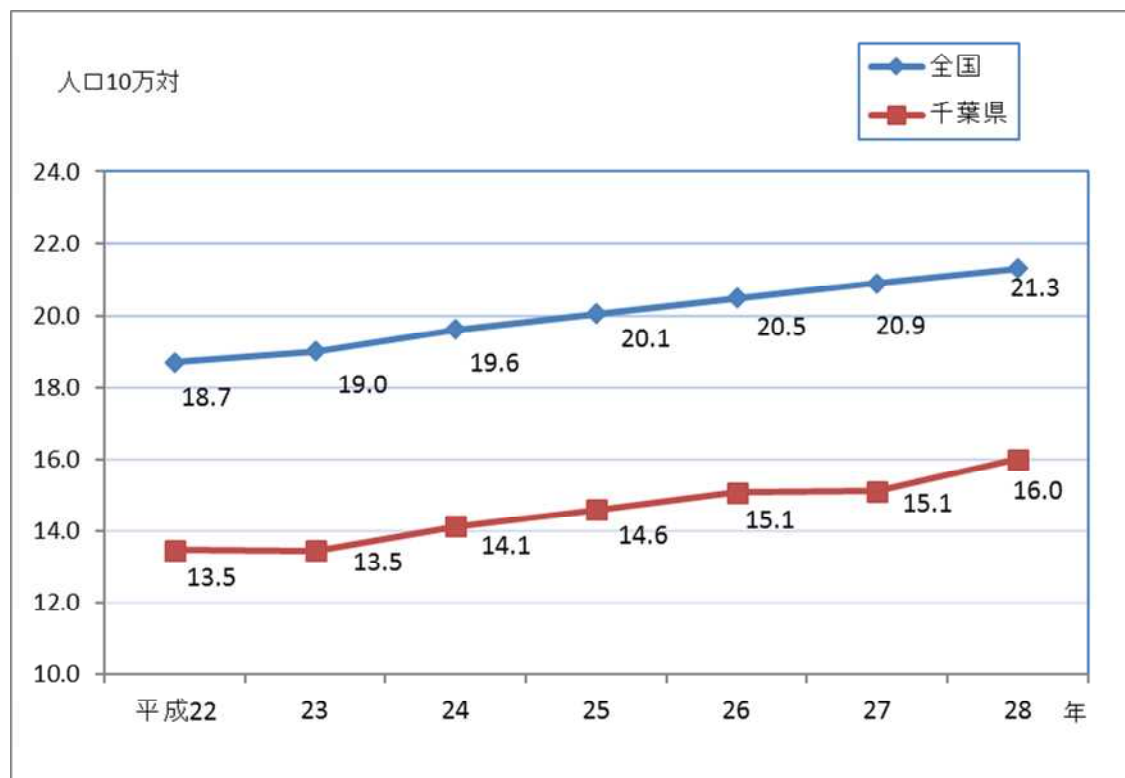
- 在宅歯科医療の充実を図るためにも歯科衛生士の確保が重要であることから、未就業の歯科衛生士に対し、最新の知識と技術を習得するための研修を実施し、復職を支援します。

7 栄養士（管理栄養士）

（ア）施策の現状・課題

本県の医療施設で就業する栄養士（管理栄養士）数は、平成28年10月現在、常勤換算で996.3人であり、人口10万対では16.0と、全国平均21.3を下回っています。

図表 2-1-5-7-1 医療施設従事管理栄養士・栄養士数の推移



県内の全保健所には、栄養指導員として管理栄養士が配置されており、健康増進法やその関連通知に基づき、生活習慣病予防やアレルギー、消化器難病等に対応する病態別栄養指導などを実施しています。

市町村では、生活習慣病予防のための個別指導の充実や、要援護高齢者を対象とした低栄養*予防のための栄養アセスメント*の実施などの幅広い活動が求められています。平成28年6月現在、市町村の健康づくり部署に栄養士（管理栄養士）を配置している市町村は54市町村です。

生活習慣病の発症を予防するためには、県民への適正な生活習慣の実践指導や、生活習慣病予備群に対する栄養指導・生活指導の充実を図ることが重要です。併せて、高齢者への低栄養改善指導*等、地域住民のニーズを的確に捉えた総合的、包括的なサービスを提供するため、管理栄養士・栄養士の資質の向上を図る必要があります。

（イ）施策の具体的展開

〔管理栄養士・栄養士の資質の向上〕

- 行政管理栄養士・栄養士を対象に、専門的、技術的な能力を発揮し、地域保健対策の推進に係る企画調整、計画策定及び事業評価が的確に遂行できる行政能力を養うための研修を実施します。特にライフステージに応じた食育を推進するため、次世代を育む保護者などを対象とした研修や低栄養状態のおそれのある高齢者のための研修などを実施します。

8 その他の保健医療従事者

(ア) 施策の現状・課題

本県の医療施設で就業する言語聴覚士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、介護福祉士等の状況は図表 2-1-5-8-1 のとおりです。

(イ) 施策の具体的展開

〔人材の確保及び資質の向上〕

- 県民に対する保健医療サービスの提供に支障を生じることのないよう、医療施設従事者等の需要と供給の把握に努めるとともに、養成機関等における教育の充実・運営を支援します。

図表 2-1-5-8-1 その他の医療従事者数の状況

	医療施設の従事者数		病院の従事者数		一般診療所の従事者数		歯科診療所の従事者数	
	千葉県	全国	千葉県	全国	千葉県	全国	千葉県	全国
視能訓練士	282.7 (4.6)	7,732.9 (6.1)	154.2 (2.5)	3,968.2 (3.1)	128.5 (2.1)	3,764.7 (3.0)	- -	- -
言語聴覚士	496.2 (8.0)	14,252.0 (11.2)	477.2 (7.7)	13,493.4 (10.6)	19.0 (0.3)	758.6 (0.6)	- -	- -
義肢装具士	3.1 (0.1)	104.4 (0.1)	2.0 (0.0)	62.5 (0.0)	1.1 (0.0)	41.9 (0.0)	- -	- -
歯科技工士	269.2 (4.3)	11,445.3 (9.0)	20.0 (0.3)	712.3 (0.6)	17.1 (0.3)	176.4 (0.1)	232.1 (3.7)	10,556.6 (8.3)
診療放射線技師	2,075.7 (33.5)	50,960.4 (40.1)	1,740.5 (28.1)	42,257.8 (33.3)	335.2 (5.4)	8,702.6 (6.8)	- -	- -
診療エックス線技師	62.7 (1.0)	1,354.5 (1.1)	10.2 (0.2)	179.8 (0.1)	52.5 (0.8)	1,174.7 (0.9)	- -	- -
臨床検査技師	2,468.7 (39.8)	64,080.0 (50.4)	2,064.6 (33.3)	52,961.5 (41.7)	404.1 (6.5)	11,118.5 (8.7)	- -	- -
衛生検査技師	16.9 (0.3)	329.6 (0.3)	6.5 (0.1)	112.6 (0.1)	10.4 (0.2)	217.0 (0.2)	- -	- -
臨床工学技士	1,126.3 (18.2)	23,741.4 (18.7)	777.6 (12.5)	17,918.9 (14.1)	348.7 (5.6)	5,822.5 (4.6)	- -	- -
あん摩マッサージ指圧師	136.3 (2.2)	4,593.8 (3.6)	61.3 (1.0)	1,642.2 (1.3)	75.0 (1.2)	2,951.6 (2.3)	- -	- -
柔道整復師	199.7 (3.2)	4,171.7 (3.3)	12.0 (0.2)	522.9 (0.4)	187.7 (3.0)	3,648.8 (2.9)	- -	- -
精神保健福祉士	351.3 (5.7)	10,504.8 (8.3)	293.3 (4.7)	8,870.1 (7.0)	58.0 (0.9)	1,634.7 (1.3)	- -	- -
社会福祉士	385.4 (6.2)	10,581.6 (8.3)	333.3 (5.4)	9,258.6 (7.3)	52.1 (0.8)	1,323.0 (1.0)	- -	- -
介護福祉士	1,724.3 (27.8)	57,772.5 (45.5)	1,354.5 (21.9)	42,987.9 (33.8)	369.8 (6.0)	14,784.6 (11.6)	- -	- -

* 下段（ ）内は人口10万人当たり従事者数。 * いずれも常勤換算数。

資料：平成26年病院報告（厚生労働省）、平成26年医療施設調査（厚生労働省）

第2章 総合的な健康づくりの推進

(ア) 施策の現状・課題

県では、県民が健康でこころ豊かに暮らす社会の実現を目指し、健康寿命*の延伸と健康格差の縮小に取り組めます。また、ライフステージや健康状態に応じて、生き生きと生活できるよう生活習慣病予防を中心とした健康づくりを推進していきます。

健康寿命とは、一生のうちで健康で支障なく日常の生活を送れる期間であり、自立的に生活できる身体機能だけでなく、こころの健康や年齢等に応じた社会参加の喜びがあることを言います。県民の健康寿命は、平成28年に男性が72.37歳で全国第13位、女性が75.17歳で全国18位であり、65歳における平均寿命と平均自立期間はいずれも延伸しています。急速な高齢化が進む中で、平均自立期間の伸びが平均寿命の伸びを上回り、元気で活発な高齢期の延伸を目指すことが重要です。

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義されています。65歳における平均自立期間について県内市町村毎に見ると、最長の市町村と最短の市町村では2年以上もの差が生じており、この格差を縮小するための施策の実行が重要となります。

県民の健康増進、疾病予防や心身の機能低下の防止を図る上で、基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要な基盤となります。

生活習慣は、乳幼児期から高齢期までのライフステージや男性と女性の性による違い、置かれている社会経済状況による影響等、対象となる人々ごとに異なってきます。こうした違いに注目し、対象となる集団ごとの生活上の特性やニーズ、健康上のリスクについて十分に把握し、背景となる環境も視野に入れて改善に向けて働きかける必要があります。

本県における死因の第1位はがんであり、第2位の心疾患*、第4位の脳血管疾患*を合わせると、生活習慣病による全死亡数に占める割合は約6割に達します。また、脳血管疾患は死亡に至らない場合でも、後遺症となる障害を起こしてQOL*の低下を招く恐れがあります。糖尿病も人工透析や失明などの合併症を引き起こす可能性があり、糖尿病を予防することがQOLの向上に重要な意味を持ちます。

COPD（慢性閉塞性肺疾患）*は、死亡原因として増加が予測されている疾患であり、息切れにより日常生活が制限されて、寝たきりなることもある重要な病気です。COPDの原因の約9割が喫煙とされており、たばこ対策の推進が必要となります。

今後、急速な人口の高齢化を背景に、がん、循環器疾患、糖尿病やCOPDなどに対し、生活習慣の改善を主とする一次予防対策と同時に、健康寿命の延伸に向け、症状の進展や合併症を予防しQOLを維持するための重症化の防止を図る必要があります。

個人の健康は家庭、学校、地域、職場等の社会的な環境の影響を受けることから、個人の健康を支え、守る環境づくりにも目を向け、一人ひとりの健康づくりの取組みを支援する社会環境の整備を進めていきます。

一人ひとりの健康は、社会経済的環境の影響を受けるため、人々が健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、行政機関だけでなく、企業、民間団体等の積極的な協力を得るなど、社会全体として健康を支える環境を整備することが重要です。

これまでの健康づくりの取組みは、個人の健康づくりへの取組みが中心でしたが、今後は個人では解決できない地域社会の課題に取り組むことが求められます。

(イ) 施策の具体的展開

〔個人の生活習慣の改善とそれを支える社会環境の整備〕

- 塩分の過剰摂取、野菜・果物の摂取不足など、県民の栄養・食生活上の課題に対し、最も問題となる対象集団を見極め、効果的に普及啓発します。また、食生活の改善に取り組むための人材の育成や栄養成分表示の推進等を図ります。
- 運動や身体活動による健康への影響や効果について積極的に県民に発信し、日常生活の中での活動量を増やす具体的な方法について紹介するとともに、運動に親しむ環境の整備を図ります。
- 十分で質の高い睡眠を確保するための情報発信やストレスの解消法について、県民に周知します。
- 未成年者の飲酒の低減や根絶に向け、学校教育と協力して家庭や地域を巻き込んだ啓発を行います。
- 喫煙はがんのみでなく、循環器疾患や糖尿病をはじめとする多くの疾患の原因であることから、喫煙や受動喫煙*の健康被害について啓発を継続します。
- 身近な禁煙支援者の育成や禁煙治療に関する情報を提供し、禁煙を支援するとともに公共的な施設における受動喫煙防止対策を推進します。
- 歯・口腔の健康づくりに関する普及啓発や、生涯にわたる歯・口腔の健康づくりに関する先進的事業・調査研究等を市町村・関係機関・団体と連携しながら実施します。

〔ライフステージに応じた心身機能の維持・向上〕

- 学校教育、家庭、地域、企業、民間団体等と連携し、健康な生活習慣を有する子どもの増加を図ります。
- 高齢者保健福祉計画と連動し、健康寿命の延伸を図るため、保健・医療・福祉・介護の連携を強化し、認知症、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）*、口腔機能の低下、低栄養*などの高齢者の健康課題に取り組めます。

〔生活習慣病の発症予防と重症化防止〕

- 県民一人ひとりが、がん及びがん予防に関する知識を持ち、がんを予防するための生活行動をとることができるよう普及啓発を図ります。

- 生活習慣と循環器疾患や糖尿病等生活習慣病の関連についての情報発信や、早期発見のための特定健診*等の受診率向上に向けた取り組みを推進します。
- 糖尿病は自覚症状が乏しいことから、年1回の検診で健康管理を行う必要性を周知します。また、子どものころからの生活習慣病予防への取組を進めます。
- 本県の糖尿病患者の重症化を抑制し、人工透析が必要となる患者を減らすため、「千葉県糖尿病性腎症*重症化予防プログラム」を策定し、関係機関と連携する等、効果的で実行性のある予防対策の推進を図ります。
- また、特定健康診査等を活用しCOPDについての情報を発信します。

〔総合的ながん対策の推進〕

- 県民一人ひとりが、がんに対する正しい知識を習得し、がんの要因となる喫煙や食生活等の生活習慣を見直すための啓発を行います。

たばこは、肺がんをはじめとする様々な健康被害の原因とされており、受動喫煙の防止、未成年・妊婦の喫煙防止等たばこ対策を総合的に推進します。

また、がんを早期に発見し、早期に治療することができるよう、がん検診の受診率の向上に取り組めます。
- がん診療連携拠点病院*が中心となり、手術、放射線療法及び薬物療法等の提供体制の充実とチーム医療の推進を図ります。

がんと診断された時から患者が抱える様々な苦痛に対し、緩和ケアを切れ目なく提供できるよう、人材育成や地域における連携体制づくりなど、緩和ケアの推進に取り組めます。

小児がんやAYA世代のがん等に関する治療や患者ケアについて、国の対策と連動しながら推進します。
- 県民一人ひとりが、若い時からがんを知り、がんの予防から治療に関わる様々な情報について、健康な人、がん患者それぞれにあった、わかりやすく使いやすい情報提供及び相談体制の充実に取り組めます。

がん患者が抱える就労などの生活に関する様々な問題への支援に取り組めます。
- がんの原因や成り立ちから診断、治療まで切れ目のない研究は、がん対策をより効果的に推進するために不可欠であり、基礎研究、臨床研究や将来のがん予防のための疫学研究を推進します。

〔総合的な自殺対策の推進〕

- 県民一人ひとりが、自殺対策に取り組み、予防と早期発見に努め、気づきと見守りにより、自殺による死亡率を減らします。
- 自殺未遂者と自死遺族が、心のケアを受けることができるよう、必要な情報や相談支援を受けられる体制を整備します。
- 市町村をはじめ、医療機関、自殺防止に取り組む民間団体等と連携して自殺対策を推進します。

〔つながりを生かし、健康を守り支える環境づくり〕

- 生涯教育、スポーツ、防災、福祉等すでに活動している様々な団体活動やコミュニティづくりの場において、健康づくりの視点を取り入れられるよう働きかけます。
- 県民の主体的な活動による健康づくりを推進するための人材の育成を支援するとともに、県民の健康づくりを担う市町村等へ、健康に関する各種指標やアンケート結果等の保健所圏域単位の情報提供を行い、健康格差の縮小に向けた取組を推進します。
- 健康づくりに自発的に取り組む企業・団体等の活動を把握し、好事例を情報提供するとともに、地域（行政）と職域の更なる連携を図ります。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現 状	目 標（平成34年）
健康寿命の延伸 （日常生活に制限のない期間 の平均の延伸）	男性 72.37歳 女性 75.17歳 （平成28年）	平均寿命の増加分を 上回る健康寿命の増加
健康格差の縮小 （日常生活に制限のない期間 の平均の市町村格差の縮小）	男性 2.25年 女性 3.11年 （平成25年）	市町村格差の縮小

第3章 保健・医療・福祉の連携確保

第1節 母子・高齢者・障害者分野における施策の推進

1 母子保健医療福祉対策

(ア) 施策の現状・課題

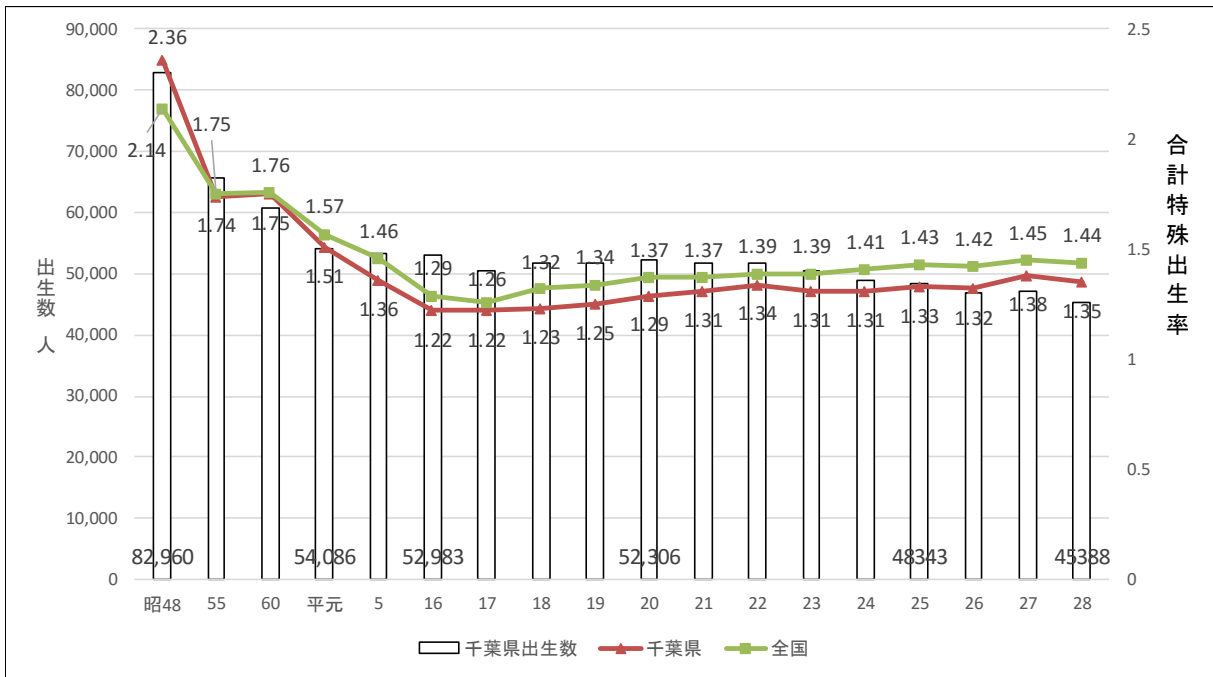
母子保健は、生涯の健康の基礎を築き、次の世代を担う子どもが心身ともに健やかに育つために、思春期から、妊娠・出産・子育て期の各期において、最もふさわしいサービスが提供できるよう体系化が図られているところです。

国は、平成27年度「健やか親子21（第2次）」において、10年後に目指す姿を「すべての子どもが健やかに育つ社会」とし、現在の母子保健を取り巻く状況を踏まえて、「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」等の基盤課題と、「妊娠期からの児童虐待防止対策」等の重点課題に対する取組を掲げ、関係者、関係機関・団体が一体となり推進しています。

また、核家族化、地域のつながりの希薄化等により、妊婦や保護者の不安や負担感が大きくなっていることから、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を行う「子育て世代包括支援センター*」（法律上の名称は「母子健康包括支援センター」という）が母子保健法に位置づけられるなど、妊産婦を支える総合的な支援体制の構築が求められています。

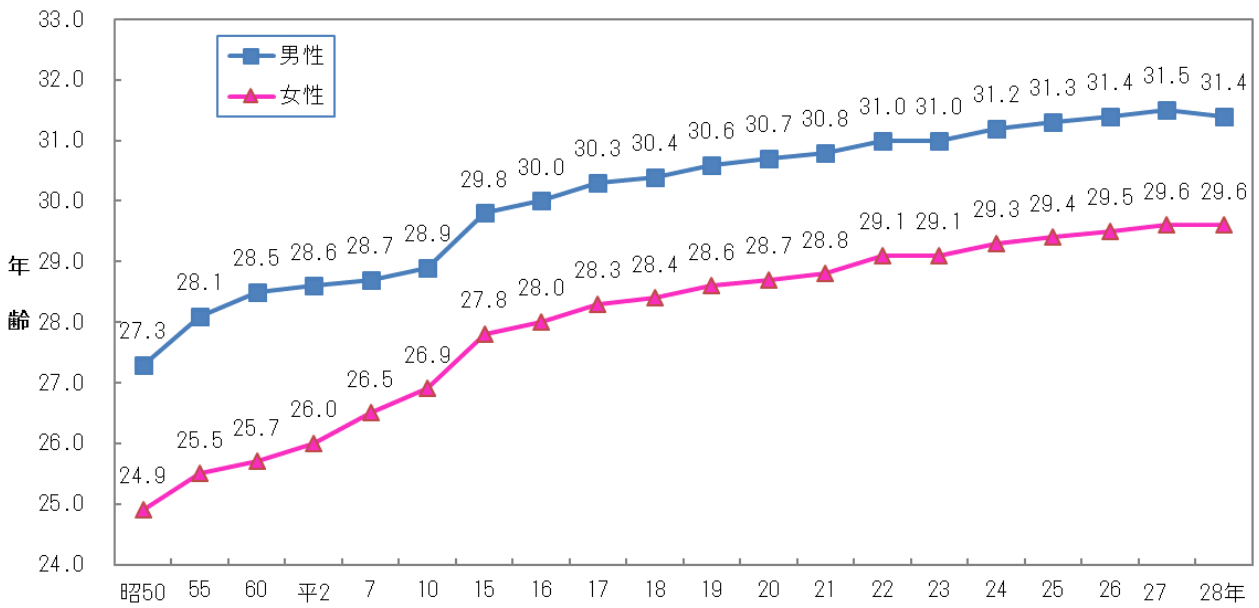
本県における平成28年の出生率は7.4（全国7.8）、合計特殊出生率*は1.35（同1.44）であり、少子化の傾向が続いています。同年の死産率は、21.6（同21.0）、周産期死亡率*は4.1（同3.6）、乳児死亡率*は2.1（同2.0）となっています。また、低出生体重児*の出生数は4,194人で、全出生数のうち9.2%を占めています。そのため、妊娠中の健康管理の充実や、安心して安全な妊娠出産ができる周産期医療*体制の整備が求められています。

図表 2-3-1-1-1 出生数と合計特殊出生率の推移



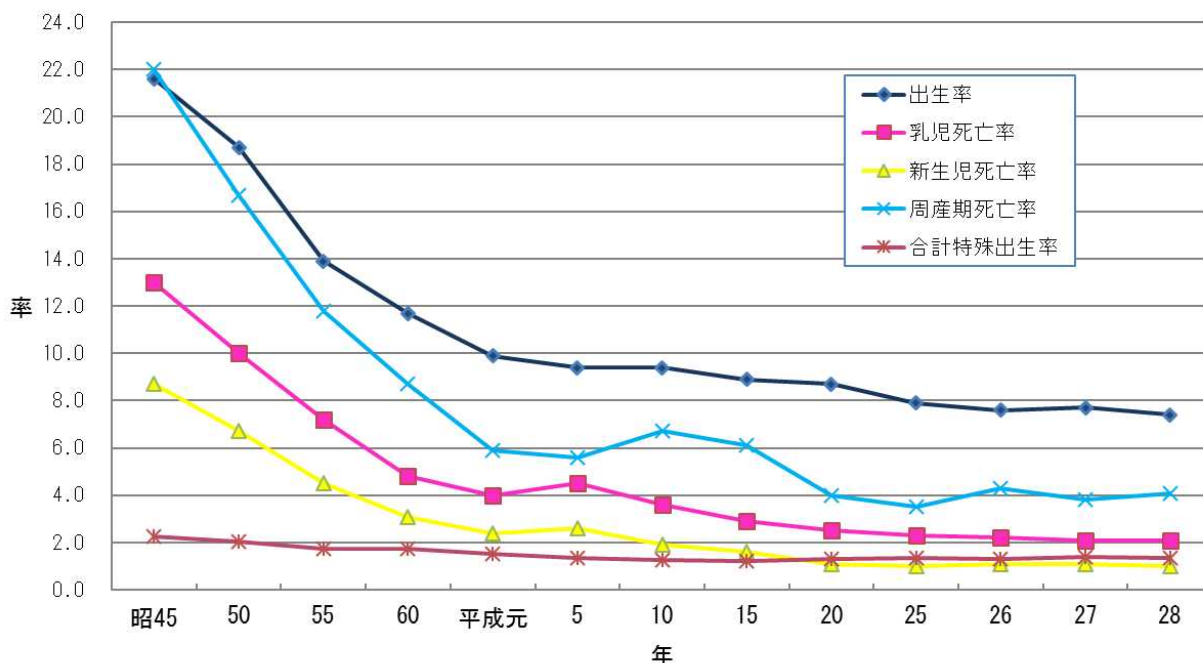
資料：人口動態統計（厚生労働省）

図表 2-3-1-1-2 平均初婚年齢の推移（千葉県）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

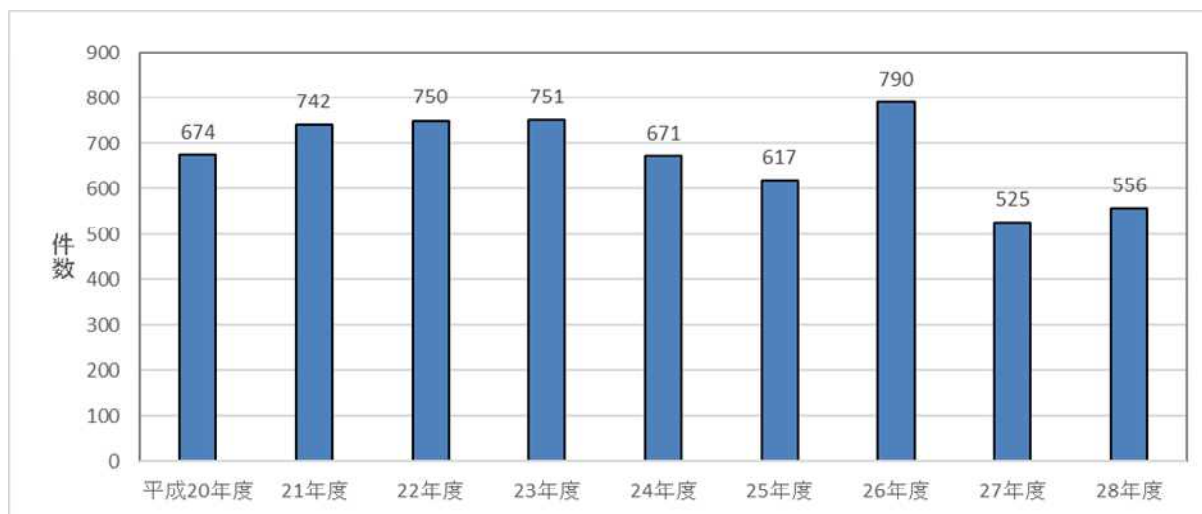
図表 2-3-1-1-3 母子保健指標の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）

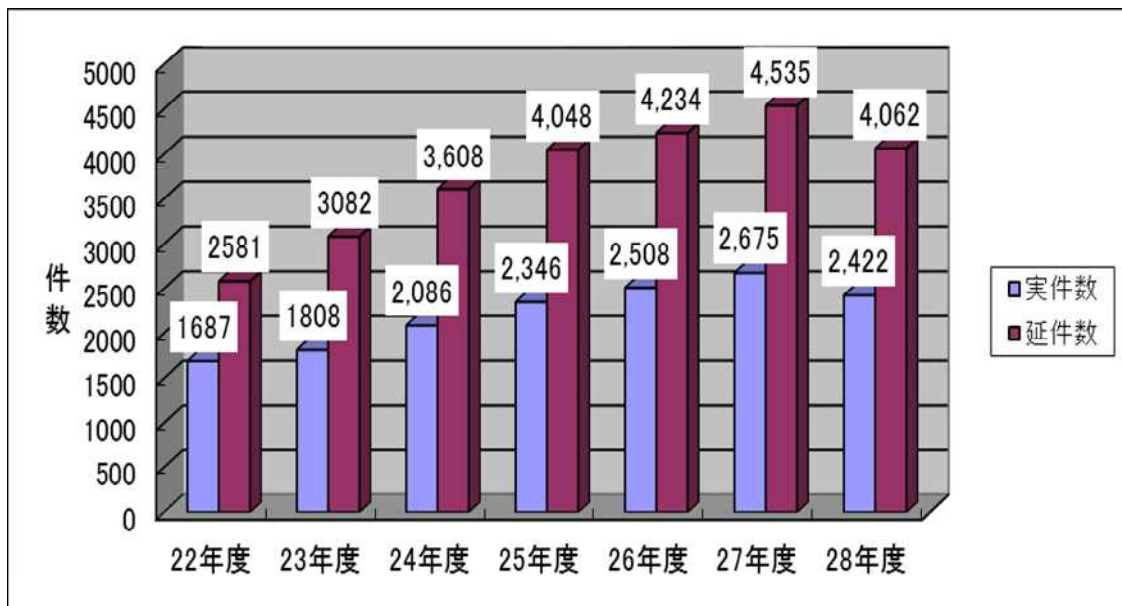
思春期にあたる10代の妊娠中絶は、平成20年度の674件からほぼ横ばいの傾向があり、自殺数も横ばいになっています。また、性感染症患者の低年齢化や過激なダイエット等による健康障害等もみられることから、思春期世代の健全な育成のためには、思春期保健対策の強化が必要です。また、近年、結婚年齢が上昇し、女性の妊娠・出産年齢が上昇する傾向にある中で、不妊に悩む夫婦の増加や不妊治療費の負担が大きいことから、相談体制の整備や特定不妊治療費の助成が重要となっています。

図表 2-3-1-1-4 20歳未満における人工妊娠中絶実施数の推移（千葉県）



資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

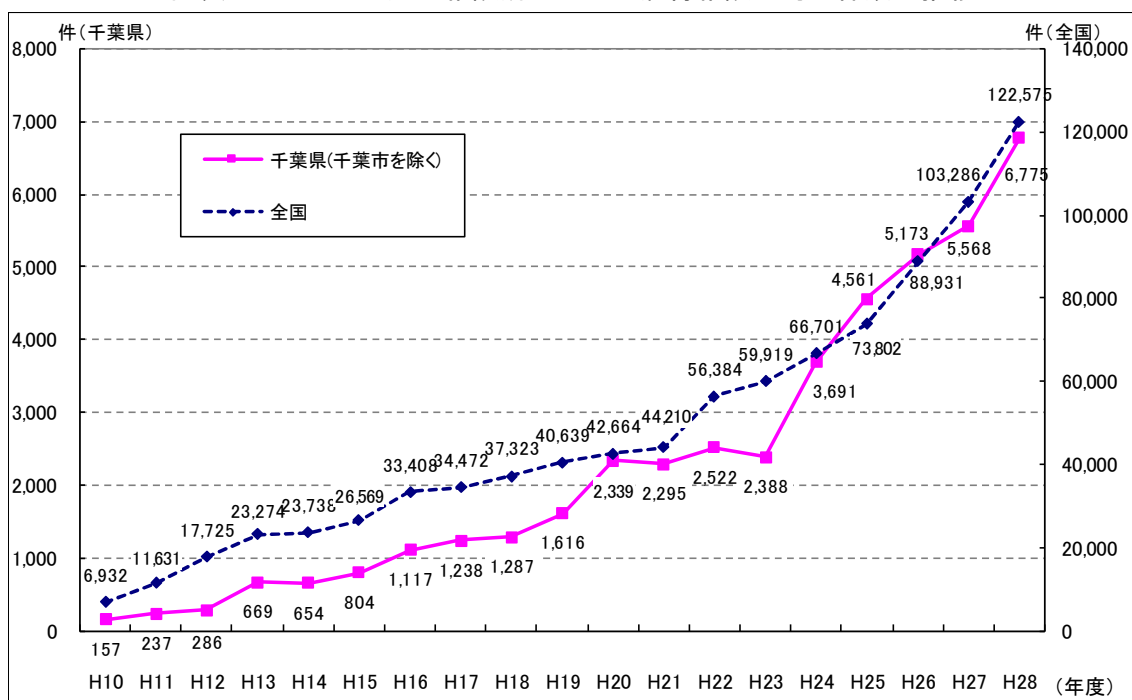
図表 2-3-1-1-5 特定不妊治療費助成件数の推移（千葉県）



資料：千葉県児童家庭課調べ

核家族化や地域社会の人間関係の希薄化等により、育児に関して身近に相談相手がないこと等を背景に、近年、児童虐待が深刻な社会問題になっています。児童虐待の件数は平成18年度は1,287件であったものが、平成28年度には6,775件と約5倍に増加しています。児童虐待の予防や適切な対応をとるためには、児童相談所、市町村、学校、医療機関、保健機関、児童福祉施設、警察等による幅広い連携体制を構築することが必要です。

図表 2-3-1-1-6 児童相談所における虐待相談の対応件数の推移



資料：福祉行政報告例（厚生労働省）

(イ) 施策の具体的展開

〔安心・快適な妊娠・出産・育児のための体制の充実〕

- 出産する全ての女性、その家族が安心して快適な妊娠、出産、育児に臨み、母子がともに健康に過ごせるよう、医療・保健・福祉分野・学校教育等との連携を図りながら、母子保健医療福祉体制の充実に努めます。
- 子育て世代包括支援センターの設置促進や、産後ケア*の推進など、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援体制の構築に努めます。

〔周産期医療の充実〕

- 県では、中長期的な視点から平成22年度に「千葉県周産期医療*体制整備計画」を策定していましたが、平成30年度からは千葉県保健医療計画に統合します。
- 低出生体重児の割合が変わらないことから、出生後に適切な医療を提供できるようNICU（新生児集中治療管理室）*などの整備を推進します。
- 周産期医療に係る医師や看護師・助産師の確保や育成に努めます。また、助産師の新たな活用を図る助産師外来*や院内助産所*などの設置に努めます。

〔専門的相談体制の整備〕

- 不妊に悩む夫婦等に対し、不妊治療に関する情報提供や専門的な相談に応じられる不妊相談センターの充実に努めます。
また、保険が適用にならず高額な治療費が必要とされる体外受精及び顕微授精について、治療費の助成を行います。
- 思春期の男女及び保護者等に対して、不登校や心身症等思春期に関する様々な相談に応じます。また、思春期の性や薬物乱用、喫煙、性感染症や人工妊娠中絶の身体への危険等について、学校保健との連携を図りながら、適切な情報を提供します。

〔地域母子保健体制の充実〕

- 妊娠届の早期の届出や、妊婦の健康管理の充実に努めるため、必要な時期や回数に添って妊婦健康診査を受けるよう勧奨します。
- 妊娠中から乳幼児期において疾病や障害等を早期に発見できるよう、健康教育や健康診査を行い、その結果に基づく保健指導を実施します。
- 地域ぐるみで健やかに子どもを育てるための支援が進められるよう、市町村で活動する母子保健推進員の育成や、乳幼児の育成指導等の充実に努めます。
- 乳幼児の死亡原因の上位を占めている乳幼児突然死症候群（SIDS）*や溺水などの不慮の事故を防止するため、事故防止の方法や応急処置等について普及・啓発を行っていきます。

〔児童虐待の未然防止・早期発見・早期対応のためのネットワークの整備〕

- 児童虐待は発生を防止することが重要であるため、市町村における母子健康手帳交付時に保健師等の専門職による面接や、乳児家庭全戸訪問事業*により、予期し

ない妊娠や育児不安、経済的な問題等を持つ家庭の早期発見に努め、養育支援訪問事業により継続した相談対応を実施します。

- 児童虐待の早期発見とその対応に不可欠なネットワークを実効力のあるものとするため、児童相談所、女性サポートセンター、学校、保健センター、福祉事務所、警察等と連携を深めます。また、市町村に対して、「要保護児童対策地域協議会*」の機能強化を促進し、情報の共有等を行いながら、発見・通告・具体的な支援ができるよう推進します。
- 市町村が実施する乳幼児健診や学校の集団検診等において、医師・歯科医師と関係機関が連携して虐待の早期発見に努めます。また、乳幼児健診の未受診者への対応については、保健師のみならず地域の人的資源を活用して訪問を進め、受診もれ、対応もれがないように関係機関の連携を図ります。

〔虐待を受けた子どもや虐待をした親への支援〕

- 虐待を予防する観点から、子どもとの関係に悩み苦しむ親がいつでも相談でき、悩みを共感的に傾聴してもらえる常設の相談体制を確立します。また、児童虐待等により、心理的な治療を要する子どもへの専門的なケア体制の充実を図るとともに、家族関係支援のためのカウンセリングや指導プログラムを用意し、個別の支援を充実します。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状	目標
1歳6か月児健診未受診者の状況把握	70.2% (平成28年度)	100% (平成32年度)
3歳児健診未受診者の状況把握	83.2% (平成28年度)	100% (平成32年度)
要保護児童対策地域協議会設置市町村数	53市町村 (平成29年4月)	全市町村 (平成35年度)

2 高齢者保健医療福祉対策

(ア) 施策の現状・課題

国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所の推計（平成25年3月推計）によると、本県では都市部を中心に高齢者が増加し、平成27年時点での高齢化率は全国平均より低いもののその差は年々縮まっており、平成27年から平成37年にかけての65歳以上人口の増加率は全国第5位、75歳以上人口の増加率は全国第1位となるなど、今後も高齢化が急速に進展することが見込まれています。

多くの方が、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域や自宅で生活し続けることを望んでいます。このため、身近な地域において、多様な高齢者のニーズや地域の特性に応じて、医療・介護等の様々なサービスを切れ目なく提供していく必要があります。

また、一人ひとりが個性を發揮しながら質の高い生活を送るためには、健康づくりを通じた生活習慣病の発症・重症化予防や介護予防の取組が重要です。本県では、高齢化が進み、要介護（要支援）者の急増が見込まれることから、介護予防、自立支援及び重度化防止の重要性が特に増しています。

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）では、虐待対応の第一義的機関として市町村を位置付けています。高齢者虐待に適切な対応をとるために、市町村及び地域包括支援センター*職員の対応力の向上や市町村における関係機関とのネットワーク体制の整備・円滑な運用が必要です。また、高齢者虐待の防止や早期発見のためには、住民の意識啓発や地域における高齢者の見守り（支援）体制の構築が重要となります。

(イ) 施策の具体的展開

〔介護予防事業の充実強化〕

- 市町村が行う介護予防、自立支援及び重度化防止の取組を支援するため、先進的な取組を集積し、情報提供や研修会を行います。
また、介護予防市町村支援検討会議により予防事業の評価・推進を図ります。
- 地域で暮らす高齢者の自立した生活への支援を促進するため、地域包括支援センター職員に対し、総合相談支援・権利擁護・包括的継続的ケアマネジメント支援・介護予防ケアマネジメント業務に関する研修を行います。
- 高齢者の介護に関する知識及び技術の普及のための研修や情報提供等を行っていきます。

〔高齢者虐待防止対策の充実強化〕

- 市町村や地域包括支援センター職員及び介護サービス事業所職員等に広く虐待防止の理解を深めるとともに、虐待対応技術の向上を図るため研修会を開催します。

また、高齢者虐待防止ネットワークの未設置市町村に対して、早期設置を働きかけます。

- 困難事例に対し市町村が迅速かつ適切に対応できるよう、社会福祉士や弁護士等の専門職団体と連携し、専門性を活かした助言等を行います。
- 「家庭等における暴力対策ネットワーク会議」において、配偶者からの暴力の防止、児童・高齢者に対する暴力の防止及び被害者の速やかな保護を行うため、問題に対する関係機関・団体の認識の共有化と相互の連携強化を図っていきます。

〔地域における生活を支えるための包括的な支援体制の充実強化〕

- 市町村が定める日常生活圏域において、高齢者が要介護等の状態になっても必要に応じ、在宅医療、訪問介護・看護、介護サービスや、見守り・配食等の様々な生活支援サービスの提供等により、住み慣れた居宅、地域で暮らし続けることを目指す「地域包括ケアシステム*」の構築を促進します。
- 地域の実情に応じた地域包括支援センターの設置を促進します。併せて、職員が専門性を生かしながら、住民の多様なニーズや相談に総合的に対応できるよう機能強化を図ります。
- 地域のネットワーク構築や介護予防の取組などの成果につながるよう、地域包括支援センター等が開催する地域ケア会議の運営を支援します。
- 制度の狭間や複合的な課題を抱えた方などを包括的に相談支援する「中核地域生活支援センター*」を運営するとともに、住民に身近な市町村において包括的な相談支援体制が整備されるように市町村等に対する助言等のバックアップを実施します。
- 市町村における地域包括ケアシステム構築をサポートするため、市町村職員への研修や医療と介護の連携を深める場の提供など、市町村の課題に対応した支援を行います。
- 医療と介護サービスをスムーズに提供するため、介護支援専門員*や医療機関等の関係者が介護サービスの利用者の身体・生活状況やかかりつけ医*などの情報を共有するための「千葉県地域生活連携シート*」の普及・活用の促進等により、医療と介護の一層の連携強化を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状（平成28年度）	目標
高齢者の介護に関する知識、技術及び介護予防に関する講習受講者数	37,268人	37,500人 (平成35年度)
地域包括支援センター職員等に係る研修の実施（新任者研修、現任者研修）	347人／年	360人／年 (平成32年度)

3 障害者保健医療福祉対策

(ア) 施策の現状・課題

障害は、人の一生を通じて様々な時期に発生します。家族や本人が障害の状況を正しく認識し、適切な医療サポートを受けることが重要となります。出生期から幼少期に障害が発見される場合は、早期から医療にかかることとなりますし、障害によっては合併症があったり、疾病に罹患しやすい場合もあります。このように障害のある人の医療及び関連機関間の連携は、障害のある人にとって生命や生活の質に大きく関与するものです。

障害があっても、その人らしく地域で安心して暮らしていける社会づくりを進めるため、障害のある人やその生活を視点の中心に置いた、健康づくり・医療・福祉施策の総合的な連携体制と生活基盤の一層の充実に取り組んでいく必要があります。

障害のある人の専門的な相談支援を行う機関として、障害者相談センター、精神保健福祉センター*、健康福祉センター（保健所）、発達障害*者支援センター等を、また制度の狭間にある人や複合的な課題を抱えた人などの相談支援等を行う中核地域生活支援センター*等を地域に設置し、各種の相談・支援を行っているところです。

障害のある人の医療的ケアについては、福祉職であるスタッフが医療的相談に応えることに困難が生じており、日常的に身近な地域で医療的ケアを支える体制づくりも含め、これらへの対応が必要です。

地域における障害のある人の医療的ケアの担い手として訪問看護の役割は重要であり、より身近な地域で必要な支援が受けられるよう、医療的ケア児*等に対応できる訪問看護ステーション*の増加や訪問看護師のスキルアップが必要です。また、医療的ケア児が、その心身の状況に応じた保健、医療、福祉、教育等の各関連分野の支援が受けられるよう、関係機関が連携を図ることが必要です。

医療的ケアを必要とする障害のある人のショートステイ*（短期入所）や障害児通所支援事業所等については、実質的にその事業主体が医療行為を行うことができる一部の施設等に限定されています。

また、在宅の重症心身障害のある子ども等の家族には、24時間の介護を行うことが必要となり、仕事から日常生活に至るまで厳しい負担が生じている状況があります。こうした障害のある子ども等や家族を支援する様々なサービスの充実を図ることが必要です。

医療的ケアの必要な障害のある人の生活や、精神障害のある人が精神疾患の治療のための通院を行いながら生活を維持していくうえで、日常的な生活支援や経済的負担の軽減等が強く求められています。

障害のある人に対する医療の提供に関しては、障害のある人が安心して医療を受けることができるよう、医療関係者の障害のある人への十分な理解や障害に対する知識等の普及を促進していく必要があります。

発達障害については、早期発見・早期支援が重要になりますが、県内に診断・治療できる専門病院が少ない状況です。

(イ) 施策の具体的展開

〔地域における相談・支援体制の充実強化〕

- 障害のある人の相談支援体制の充実を図るため、地域における中核的な役割を担う基幹相談支援センターの設置を支援するとともに、相談支援従事者の安定的な確保と質の向上を図るため、各種研修を実施します。
- 障害のある人の最も身近な相談窓口となる市町村が実施する相談研修会、自立支援協議会等に対して相談支援アドバイザーを派遣し、地域における相談支援体制の構築に向けた支援を行います。
- 発達障害のある人に対する相談支援に係る研修を実施し、地域における相談支援体制の整備を進めるとともに、千葉県発達障害者支援センター（CAS）と地域相談支援機関との役割分担を明確にすることにより連携体制を強化します。
- 千葉県精神保健福祉センターや健康福祉センターにおける精神障害のある人の専門的な相談の充実を図るとともに、地域における精神障害のある人に対する相談機能の充実を図ります。
- 中核地域生活支援センターでは、制度の狭間にある人や複合的な課題を抱えた人等に対して、分野横断的に幅広く受け止めて、市町村、福祉、医療等の各分野の関係機関とともに、相談支援を行います。

〔障害のある人の受診支援の取組推進〕

- コミュニケーションを取ることが苦手な知的障害のある人、自閉症*のある人及び精神障害のある人個々の障害の程度、既往症、投薬、コミュニケーションの取り方等を記載した「受診サポート手帳」の普及を図り、障害を持つ一人ひとりの特性を理解し、円滑に受診できる体制づくりをサポートします。
- 聴覚障害や視覚障害のある人など医療機関等の受診に際し、コミュニケーション面で人的な支援が必要な障害については、手話派遣等のコミュニケーション支援を行なう市町村事業と連携協力しながら、必要な支援が確保されるよう努めます。
- 障害のある人が地域の医療機関において障害特性等への理解に基づき適切な医療が受けられるよう、健康診断等における対応が難しい事例や、その解決方法等について、医療機関向けの実践セミナー等を開催し、適切な対応方法の普及を図ります。
- 発達障害の診断や治療ができる専門病院や専門医師の確保に努めます。

〔訪問看護事業所、居宅介護（ホームヘルプ）事業所、医療機関、福祉施設・事業所等との連携の推進〕

- 地域の訪問看護事業所と居宅介護（ホームヘルプ）事業所*、医療機関、福祉施設・事業所等及び県・市町村等の相談窓口との連携を図り、医療的ケアが必要な障害のある人が安心して在宅で暮らしていくことができるよう支援の方策を検討します。

〔在宅の重症心身障害のある人への支援の推進〕

- 主たる対象を重症心身障害とする障害児通所支援事業所*が各市町村または圏域で1カ所以上確保されるよう、市町村に働きかけるとともに、看護師等の配置により、医療的配慮を必要とする重症心身障害のある人の短期入所支援事業を推進します。また、これらの量的・質的な事業の拡充が求められていることから、主たる対象を重症心身障害とする障害児通所支援事業や医療型短期入所サービス報酬の引き上げ等について、国に働きかけます。

〔在宅の医療的ケア等を要する障害のある子ども等への支援の推進〕

- 地域の障害児（者）施設・事業所の機能を活用し、在宅の障害のある子ども等に早期診断、適切な治療や訓練、相談支援を実施する障害児等療育支援事業*を推進するとともに、主たる対象が重症心身障害でない障害児通所支援事業所等に看護師を配置し、医療的ケアを行っている事業所に対する支援を行います。

〔医療法人の空きベッドを活用したショートステイ事業の推進〕

- 市町村や医師会等の関係機関を通じて制度の周知を図るとともに事業実施を働きかけ、地域の医療機関でのショートステイ事業を推進します。また、国所管の医療法人が運営する医療機関における同様の取り組みについても、国に働きかけます。

〔医療費負担の軽減〕

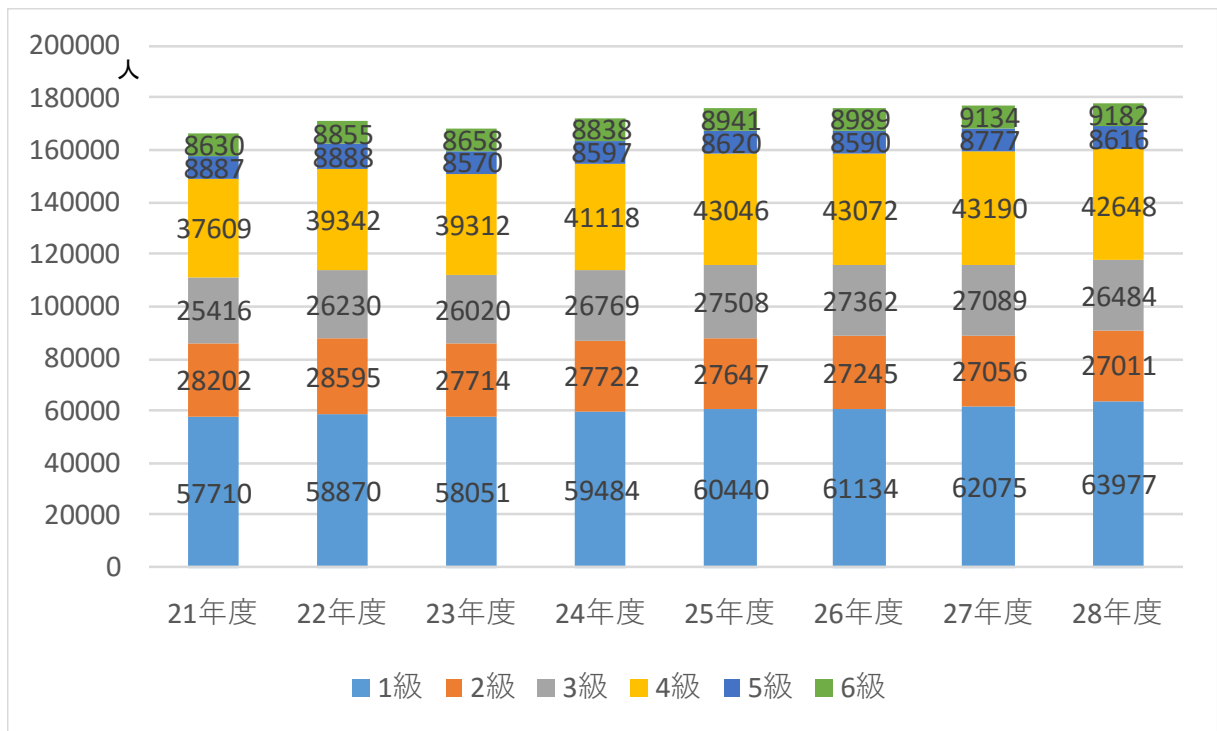
- 障害のある人については、所得状況等が厳しい状況が多い中、障害に伴う多額の医療費負担が課題となっていることから、身体障害者に対する更生医療*の給付、身体障害児に対する育成医療*の給付、未熟児に対する養育医療*の給付等を行い、患者の医療費負担の軽減及び治療の促進を図ります。また、重度心身障害者（児）の医療費自己負担分を公費負担する「重度心身障害者（児）医療給付改善事業*」について、事業主体である市町村との連携のもと制度の安定的運営の確保に努めます。
- 精神障害のある人については、自立支援医療制度による通院医療費の公費負担を引き続き実施し、患者の医療費負担の軽減及び治療の促進を図ります。

〔保健・医療・福祉における障害のある人への理解の促進と差別の解消・虐待の防止〕

- 「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」に基づき、個別の差別事案の解決を図るとともに、差別の背景にある社会慣行などの問題について協議する「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり推進会議」などを通じて、障害のある人への理解を広げる取組や、障害のある人に優しい取組の応援を推進します。

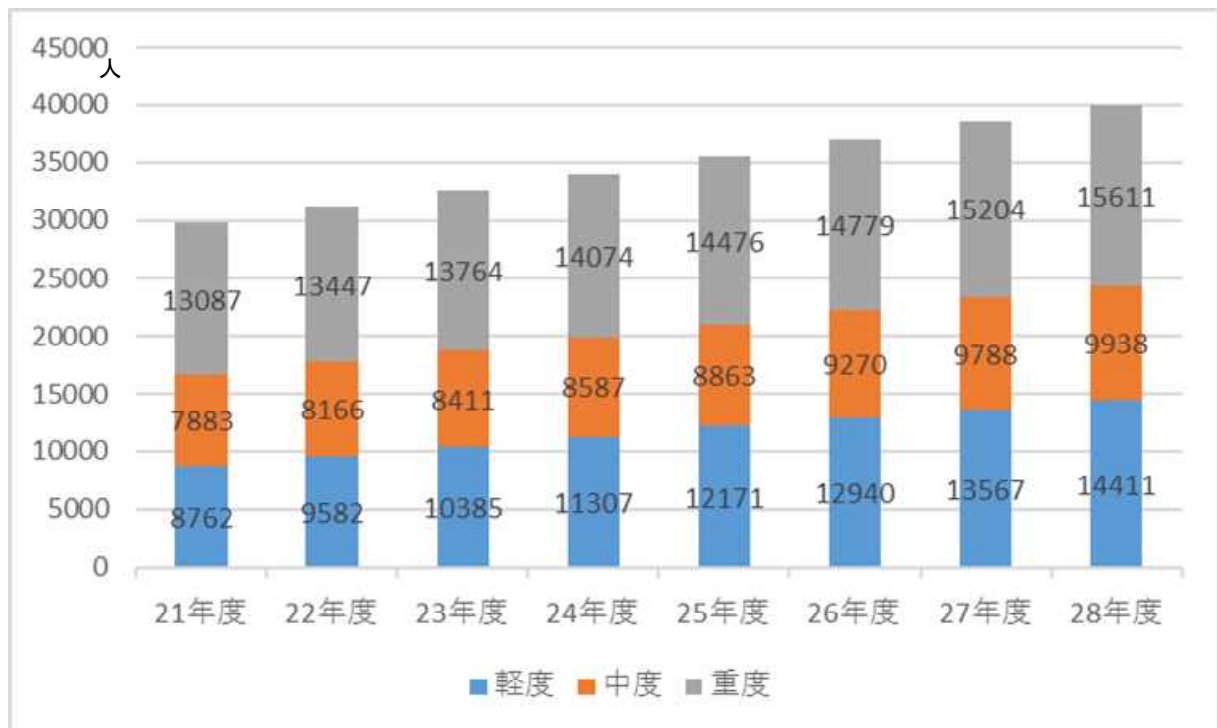
また、障害者虐待防止法に基づき、障害のある人への虐待の防止や早期発見・早期対応に向け、関係機関・団体との連携強化、関係者への研修の実施、県民への普及啓発等に努めます。

図表 2-3-1-3-1 身体障害者手帳所持者数の推移



資料：千葉県障害者福祉推進課調べ

図表 2-3-1-3-2 療育手帳*所持者数の推移



資料：千葉県障害者福祉推進課調べ

第2節 連携拠点の整備

1 健康福祉センター（保健所）

（ア）施策の現状・課題

昭和63年4月に千葉市が保健所設置市*に移行した後、県立の保健所は18本所1支所体制となりましたが、平成9年度に生活者個人の視点に立った新たな地域保健体制の構築を目的として保健所の再編を行い、15本所1支所体制となりました。

その後、平成15年4月から船橋市、平成20年4月から柏市の中核市*移行により、13本所1支所体制となりました。また、平成16年4月には保健所と支庁社会福祉課を統合したことから、健康福祉センター（保健所）を設置しました。

健康福祉センター（保健所）は、地域保健対策の広域・専門・技術的拠点であり、地域の健康課題に関する試験・検査、調査・研究、市町村の支援、保健・医療・福祉資源の連携・調整、専門的人材の確保・資質の向上など、その機能を強化する必要があります。また、地域医療構想の達成を推進するため、協議の場における調整能力が求められています。

大きな健康被害をもたらす感染症（中東呼吸器症候群*、新型インフルエンザ*等）、食中毒や自然災害への対応など、地域における健康危機管理*の拠点としての健康福祉センター（保健所）の役割が増大しています。

生活習慣病を予防し、生涯を通じた健康づくりを継続的に支援するための効果的な保健事業を構築するため、健康福祉センター（保健所）が中心となった地域保健と職域保健の連携強化が重要です。

さらに、制度の狭間にある人や複合的な課題を抱えた人等の相談支援、権利擁護等を行う福祉サービスの拠点として、各健康福祉センター（保健所）管内に設置されている中核地域生活支援センター*（13箇所）と連携して、市町村の圏域を超えた地域福祉を推進する必要があります。

（イ）施策の具体的展開

〔県型保健所と市型保健所の連携〕

- 定期的に県型保健所と市型保健所の所長による会議を開催し、情報共有を図ります。また、広域的な感染症・食中毒発生時に連携できるよう県主催の研修会等に市型保健所職員が参加できるようにします。

〔地域医療の連携〕

- 地域医療の課題を協議する場として地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*等を開催し、地域医療構想の達成を推進します。

〔広域・専門・技術的業務の推進〕

- 大きな健康被害をもたらす感染症（中東呼吸器症候群、新型インフルエンザ等）・結核・エイズ等の感染症対策、難病対策、精神保健福祉対策、成人・老人・母子保健対策等の各種施策の広域的、専門的、技術的な業務の機能強化を図ります。

〔専門的人材の確保と資質の向上〕

- 地域保健に携わる専門技術職員の計画的配置に努めるとともに、市町村も含めた地域保健担当職員の資質向上を図るため、体系的・総合的な研修を計画的に行います。
- 臨床研修医の「地域保健」の研修を充実させるとともに、医師・保健師・看護師等の学生に対する研修も充実させます。

〔健康危機管理の拠点整備〕

- 各健康福祉センター（保健所）に設置された「地域健康危機管理推進会議」を通して、地域の健康危機管理体制の整備並びに充実強化を図ります。また、健康危機事案発生時の現場等における調査・対応を迅速に行う体制を整備します。

〔生活習慣病対策の推進〕

- 生活習慣病を予防するには、特定健診*・特定保健指導*のほか、健康教育、健康相談等の健康増進事業による生涯を通じた継続的な健康管理の支援が必要です。
そこで健康福祉センター（保健所）に設置された「地域・職域連携推進協議会*」を通して、市町村を含めた地域保健と職域保健の連携により情報の共有や保健事業の共同実施を行います。

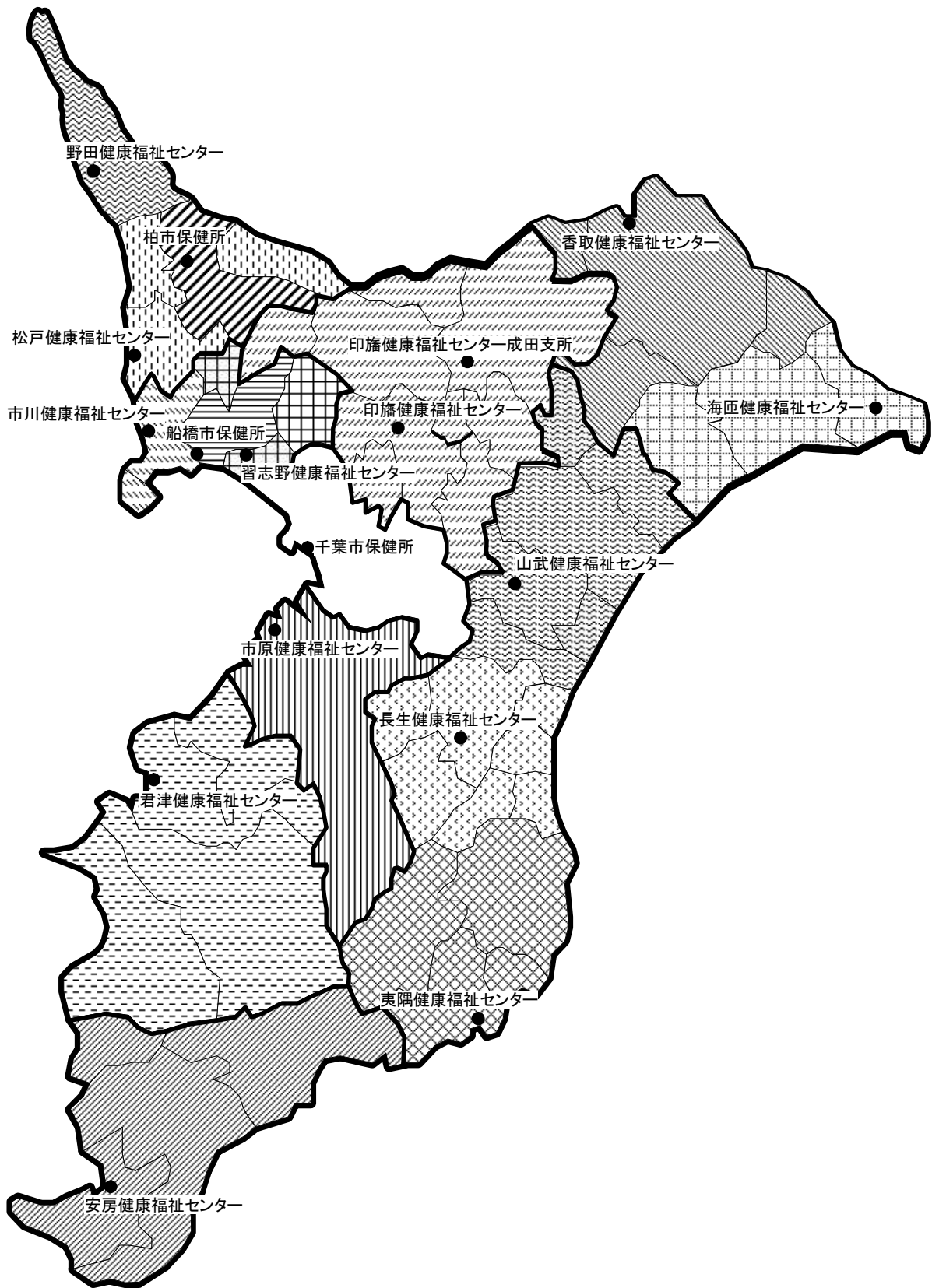
〔地域福祉の推進〕

- 市町村圏域を超えた広域の観点から、福祉・医療・保健の連携を強化し、市町村、中核地域生活支援センターと協働して地域福祉を推進します。

〔災害医療体制の整備〕

- 被災地域の救護活動を統一的に実施するための活動拠点として「合同救護本部」を設置します。なお、千葉市、東葛北部・南部各市、市原市にあっては市の救護本部で対応します。

図表 2-3-2-1-1 健康福祉センター（保健所）管轄図



2 市町村保健センター

(ア) 施策の現状・課題

市町村保健センターは、住民に身近な保健サービスを一体的に提供するための拠点として設置され、平成29年4月1日現在、類似する施設を含め54市町村、86か所に設置されています。

市町村保健センターでは、各種の健康診査や健康相談等の保健事業を、それぞれの市町村の住民ニーズに合わせて提供しており、県が設置する健康福祉センター（保健所）が提供する広域的、専門的な保健活動と連携し、県民の健康づくりを推進しています。

(イ) 施策の具体的展開

〔市町村保健センターへの助言〕

- 保健・福祉サービスに対する住民ニーズが多様化する中、それぞれの地域の実情に合わせ、健康課題に柔軟に対応できる拠点となるよう機能整備について助言していきます。

図表 2-3-2-2-1 市町村保健センター等の各保健医療圏における設置状況

保健医療圏	市町村数	設置市町村数	設置個所数
千葉	1	1	6
東葛南部	6	6	10
東葛北部	5	5	10
印旛	9	9	15
香取海匝	7	7	11
山武長生夷隅	17	17	20
安房	4	4	7
君津	4	4	6
市原	1	1	1
合計	54	54	86

※ 平成29年4月1日現在

3 衛生研究所

(ア) 施策の現状・課題

衛生研究所は、健康福祉行政における科学的・技術的中核機関として、健康福祉センター（保健所）や医療機関等と連携を図り、公衆衛生に関する調査研究、試験検査、研修指導及び情報の収集・解析・提供等を行っている県内唯一の機関です。

このため、試験精度の維持・向上を図るとともに、県内の衛生試験場等の試験精度の向上のため研修・指導・助言などを行う必要があります。

また、健康づくり・疾病予防、治療、健康危機管理*の各施策・取り組みを連動させる科学的・技術的な拠点としての役割も求められています。

このため、県民が必要とする感染症や生活習慣に係る情報を集積・解析し、利用しやすい情報として県民や市町村、関係団体等に提供する必要があります。

さらに、健康危機発生時には、県民の生命の安全確保を図るため、健康危機管理の中核機関として、県担当課、健康福祉センター（保健所）、市町村等に対して、原因究明や拡大防止など技術的・専門的な支援を行う必要があります。

このため、地域の保健関係者等に対して、健康危機管理体制の充実・強化や健康課題を科学的な根拠に基づいて解決するための専門的な研修を行う必要があります。

(イ) 施策の具体的展開

〔健康危機対策機能の強化〕

- 健康危機発生時には、被害拡大防止を図るため、国や関係検査機関との連携のもと衛生研究所と県内健康福祉センター（保健所）とのネットワークにおける技術的中核機関として、感染症情報センター機能を生かした情報発信、原因究明及び現地における調査や拡大防止対策支援を実施します。
- 平常時には、本県の保健医療行政における疫学等の調査、細菌、ウイルス等に係る感染症・食中毒検査、医薬品、食品及び飲用水等の試験検査並びに調査研究、保健所等への研修指導など、技術的・専門的な支援を行います。

〔試験精度の向上〕

- 県における保健衛生行政の科学的かつ技術的な中核センターとして求められる試験精度を維持向上するため、精度管理*部門を中心に内部精度管理の実施や国等が行う外部精度管理に参加するとともに、技術の進歩に併せた検査機器の整備を計画的に進めます。
- 健康危機発生時や平時の試験検査の信頼性を確保するため、健康福祉センター

(保健所) や市町村及び衛生検査所等に対し、研修指導や外部精度管理を実施します。

〔保健関係者等に対する研修の充実〕

- 市町村の地域保健に関わる施策を支援するため、携わる職員に対して、高度な専門的技術研修を実施するとともに、健康指標を読み解き、健康課題を発見し、事業を展開して評価する人材養成と資質向上を目指した研修を実施します。

〔県民等への健康情報発信〕

- 県民の健康等に関する各種指標の現状や推移をわかりやすく提示・発信することにより、市町村等が行なう健康づくりに向けた要因分析等の支援を行ないます。
併せて、衛生研究所を拠点として、県民に向けて健康づくりに有益な情報を研修やホームページなどで提供します。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状 (平成27年度)	目標 (平成35年度)
地域保健関係者に対する研修会の参加者数	528人/年	720人/年
県民等に対する公開講座等の開催	1回/年	8回/年

4 保健医療大学

(ア) 施策の現状・課題

保健医療大学は、千葉県立衛生短期大学、千葉県医療技術大学校を再編整備し、看護学科、栄養学科、歯科衛生学科、リハビリテーション学科（理学療法学専攻、作業療法学専攻）からなる四年制の県立大学として、平成21年4月に開学しました。

公立大学である保健医療大学は、行政や県内関係機関と連携・協働し、保健医療に関するシンクタンク*機能を発揮することや、一般県民への公開講座をはじめとする地域貢献など県民の保健医療福祉の充実に寄与することが求められています。

また、医療の高度化・専門化や社会の多様化により県民が持つ保健医療福祉のニーズも様々であることから、ニーズを総合的にとらえ、対応できる実践力や、関連職種と協働しリーダー的役割を担うなど、優秀な人材の育成とそのための機能充実が求められています。

(イ) 施策の具体的展開

〔県の健康づくり政策に対するシンクタンク機能の強化〕

- 「健康づくり」などの保健医療の政策課題に対して、保健医療大学の最先端の知識や技術を活用し、行政や県内関係機関と連携・協働して実践的研究を行い、その成果を地域に還元し、県の政策運営に貢献します。

〔地域への貢献〕

- 「地域への公開講座」、「地域への歯科診療提供」、「県内関係機関への教員派遣」などの地域への貢献・交流を進め、県の保健医療の発展に寄与します。

〔時代のニーズにあわせた人材育成及び機能充実についての検討〕

- 県内で保健医療技術者を目指す学生を、総合的な健康づくりの推進力となる人材や、実践力があり将来的に指導者となりうる人材として、時代のニーズにあわせて育成するとともに、本県の保健医療の向上に貢献していく大学として、大学院の設置など機能充実について検討していきます。

第4章 安全と生活を守る環境づくり

第1節 健康危機管理体制

(ア) 施策の現状・課題

新興感染症*・再興感染症*、自然災害、NBCテロ*、有害物質に汚染された食品の流通等の健康危機*から県民の生命、身体の安全を図ることは県の責務であり、健康危機発生時には、県が主体となり、医療関係機関・団体、市町村、国や他の都道府県の協力を得て、迅速かつ適切に対策を講じていくことが必要です。

食は生活の基盤であり、食品が有害物質で汚染された場合には、県民の健康被害に直結します。特に、広域に流通する食品の汚染については、早期に情報を収集する必要があり、そのためには、日頃から国や他の都道府県、警察等との連携による情報の共有が重要です。

さらに、汚染した有害物質を特定及び検出するために、衛生研究所等の関係機関の連携が必要となります。

また、平成16年6月に制定された「武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律」において、緊急処理事態*に関する規定が設けられ、同法に基づく国民の保護に関する基本指針においては、健康福祉センター（保健所）、衛生研究所などには、特に生物テロ*等への対応が求められています。

これら健康危機対策については、「千葉県健康危機管理基本指針」に基づき、平時には、情報収集や分析、監視業務等を通じて健康危機の発生を未然に防止するとともに、健康危機発生時にはその状況を把握し、地域に存在する保健医療資源を調整して、関係機関を有機的に機能させることにより、健康被害を最小限に抑えるための迅速な対応及び早急な原因の究明を行う体制を整備してきました。

さらに、新型インフルエンザ*の発生に備え、「千葉県新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づき、医療体制や治療薬の確保・備蓄などの具体的なマニュアルやシステムの整備を図っています。

引き続き、地域における健康危機管理*の拠点として、健康福祉センター（保健所）における健康危機管理体制の充実を図るとともに、健康危機管理の科学的・技術的中核として、衛生研究所の機能を強化することが必要です。

(イ) 施策の具体的展開

〔千葉県総合健康安全対策ネットワークの充実〕

- 健康危機事案の発生予防や発生時に迅速かつ適切な対応を行うため、衛生研究所等の関係機関による千葉県総合健康安全対策ネットワークを構築し、ネットワーク

間の緊急時連絡網を整備しました。また、それぞれの機関で可能な検査についての情報を共有するとともに、検査の相互協力を行います。

〔疫学の専門家の育成と健康危機対策研修の推進〕

- 多数の県民の生命・健康を脅かす新型インフルエンザ等の感染症、天然痘などの生物テロに対応するため、疫学の専門家を育成するとともに、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療・公衆衛生従事者を対象とした健康危機対策研修を実施します。

〔健康福祉センター（保健所）の体制整備〕

- 健康危機発生時の初動を担う地域保健の第一線機関である健康福祉センター（保健所）に設置した「地域健康危機管理推進会議」により、地域の現場における医療体制・関係機関・団体との連携・情報の共有化のあり方等について検討します。

〔衛生研究所の体制整備〕

- 科学的・技術的な専門中核機関として、健康危機に関する情報の収集・蓄積・解析、原因究明・拡大防止のための試験検査・調査研究、予防医学・健康づくりに関する調査研究等を充実します。

〔新型インフルエンザ等対策の充実強化〕

- 千葉県新型インフルエンザ等対策行動計画に基づき、患者発生時における関係機関の具体的な対応を示したマニュアルを策定するとともに、医療体制の整備を図ります。さらに、治療薬の備蓄、患者発生を想定した模擬訓練を実施します。

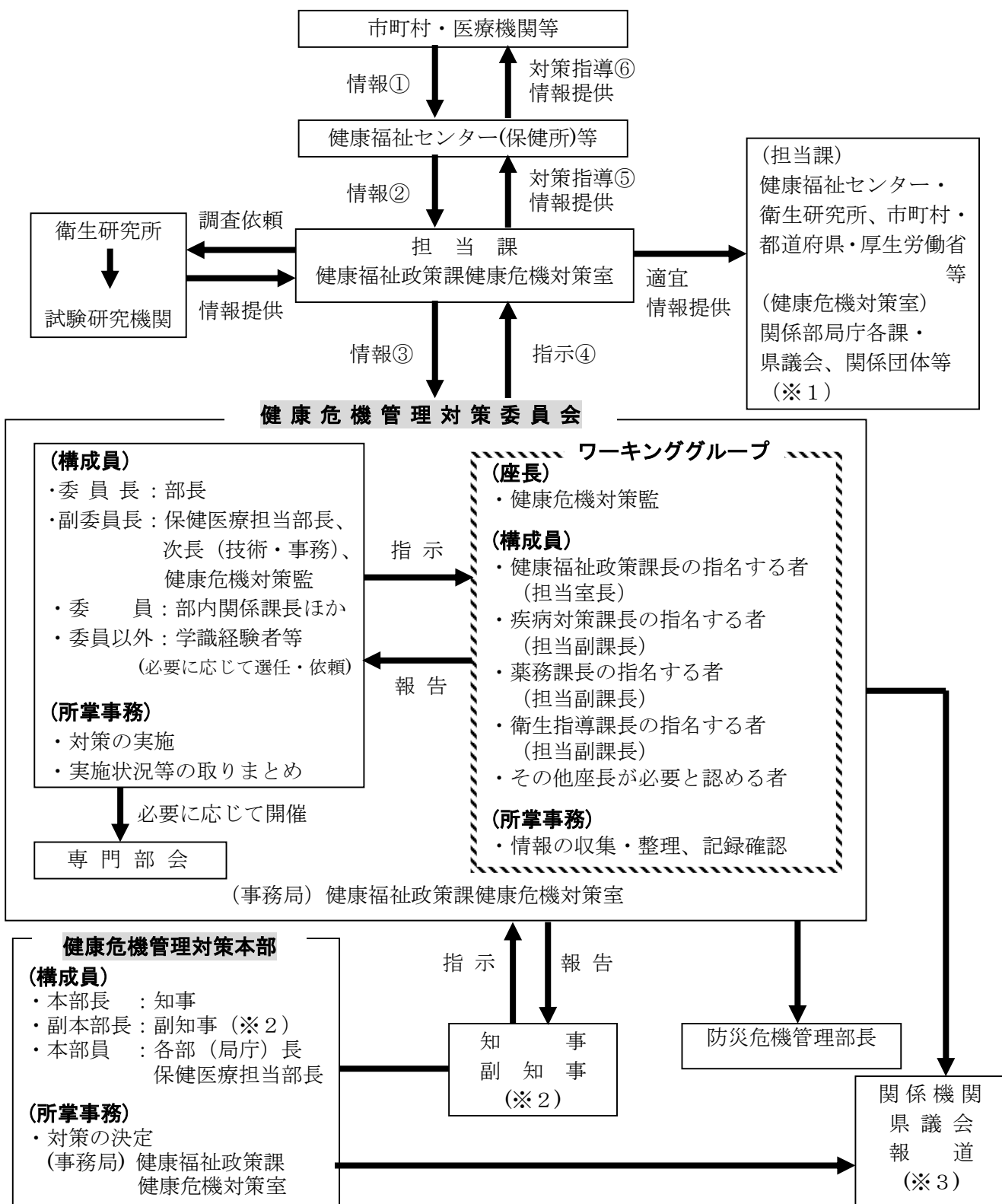
〔健康危機情報の収集・分析・提供〕

- 健康危機発生時の情報を、インターネット等を活用し迅速かつ幅広く収集し、これらの情報を総合的に分析し、的確な対応方策を検討・実施するとともに、関係機関間での情報の共有化を推進します。また、県民に対しては、県のホームページ等を活用し被害状況や基本的な対処方法、注意事項等の情報を発信します。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現状	目標（平成35年度）
健康危機対策研修修了者数	3,395人（累計） （平成29年12月）	6,000人（累計）

図表 2-4-1-1-1 健康危機管理体制フロー図



※1 関係部局各課とは部内関係課、秘書課、報道広報課、危機管理課、病院局、教育庁、県警本部等をいう。
 ※2 副知事に事故あるとき、又は欠けたときは健康福祉部長
 ※3 記者会見は、担当課で発表資料を作成し、健康福祉部長の了解を得た上で健康危機対策監が行う。
 その他の報道対応は、健康福祉部長の了解を得た上で担当課が行う。また、関係機関等への情報提供は担当課で行う。

第2節 医療安全対策等の推進

1 医療安全対策

(ア) 施策の現状・課題

医療機関の安全管理は、良質な医療を提供する基礎であり、それが確保されなければ患者の生命・身体等に重大な危害を及ぼすこととなります。医療機関では、医療技術の高度化、医療施設の環境、職員の接遇など「医療の質」を高めて対応していますが、その一方で、医療事故*等の発生が増加する傾向にあり、苦情や相談も多数あります。

そこで、平成15年4月から県庁医療整備課内に医療安全相談センター*を設置し、医療に関する相談に応じています。平成28年度の相談総数は2,934件でした。

相談の内、苦情内容は「医療行為・医療内容」に関するものが40.1%と最も多く、次いで、医療機関従事者の接遇に対する苦情が22.8%です。医療行為・内容には「説明不足・不安」に基づくものも多く、患者に対するインフォームドコンセント*の充実が求められています。

また、医療機関内の清潔保持に注意することなどの院内感染防止対策には、最新の科学的根拠に基づき、万全を期することが必要となります。

医療機関内の安全管理の徹底を図るためのシステムづくり、医療機関への支援、医療従事者の業務習熟度の向上などが求められています。

(イ) 施策の具体的展開

〔医療機関の安全体制の確立への支援〕

- 医療機関における医療安全管理のための委員会の設置や職員研修の実施など、医療安全体制の整備を推進します。
- 健康福祉センターにおいて、毎年度病院の立入検査を行い、清潔保持の状況、院内感染対策、医療安全管理等について、確認・助言・指導することにより、良質な医療サービスの確保に努めていきます。
- 患者が納得して医療を受けられるよう、医療機関におけるインフォームドコンセントの実践、診療記録等の患者情報の開示、患者の求めるセカンドオピニオン*への協力などを積極的に推進します。
- 最新の科学的根拠に基づいた院内感染対策を実施するために、県内の院内感染に精通した医師などで構成される「院内感染地域支援ネットワーク」（通称：千葉ネット）を活用し、中小の医療機関からの相談に随時応じていきます。

〔医療従事者の研修の充実〕

- 患者の安全を確保するとともに、質の高い医療を提供するため、医師や看護師等の医療従事者を対象とした医療安全に関する研修に対して支援します。

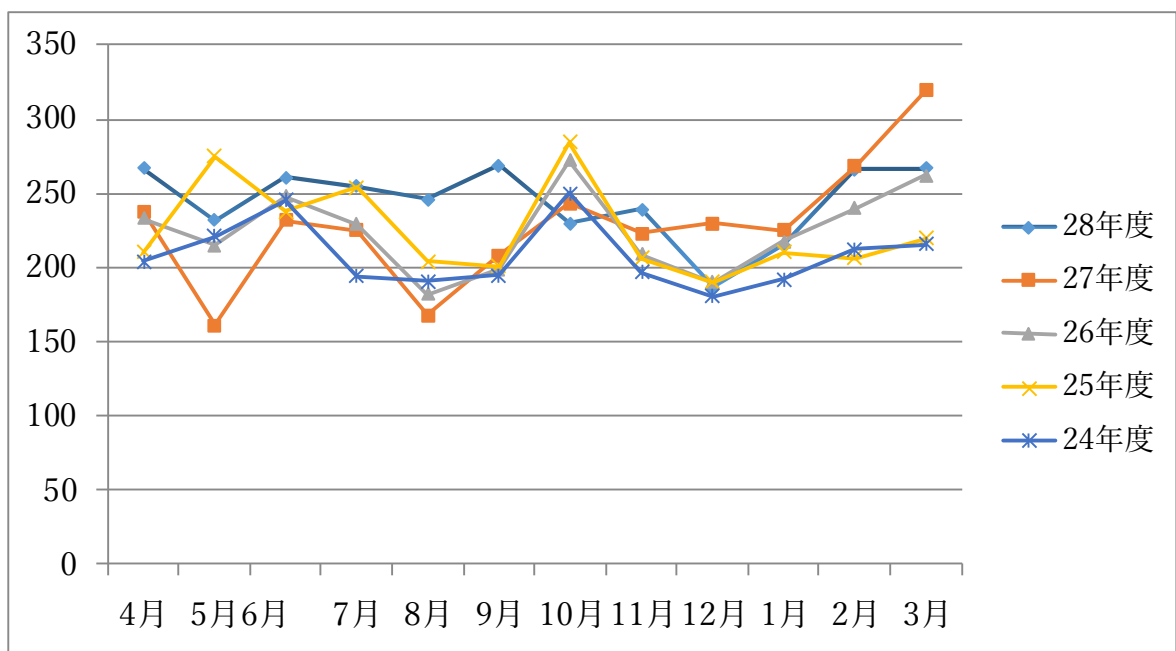
〔医療相談体制の充実〕

- 医療安全相談センターにおける相談体制の充実を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

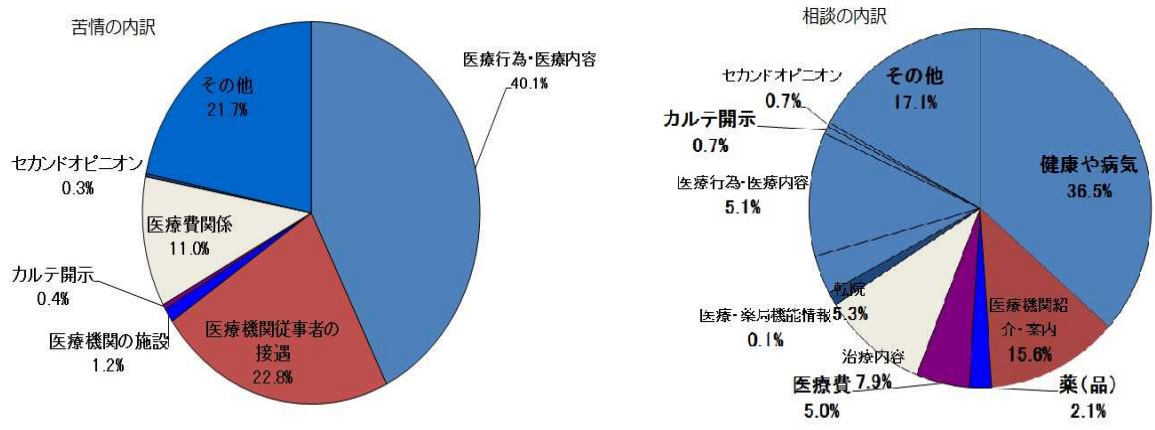
指標名	現状（平成28年度）	目標（平成35年度）
院内感染地域支援ネットワークの活用の向上	相談件数 年間15件	相談件数 年間25件

図表 2-4-2-1-1 県医療安全相談センター相談件数の推移



資料：千葉県医療整備課調べ

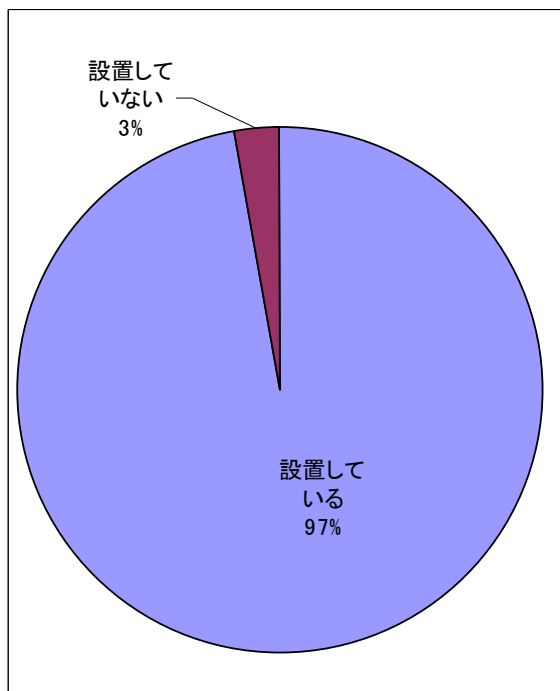
図表 2-4-2-1-2 県医療安全相談センター相談内容の状況



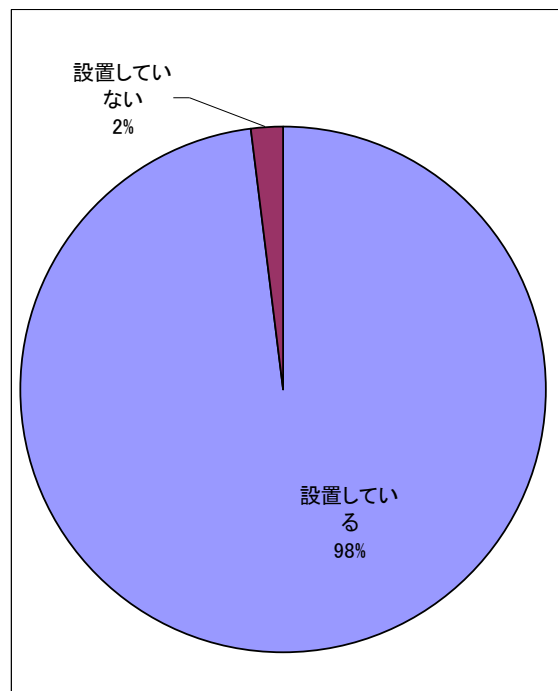
※ 平成28年度実績

資料：千葉県医療整備課調べ

図表 2-4-2-1-3
安全管理委員会の設置状況（病院）



図表 2-4-2-1-4
院内感染防止委員会の設置状況（病院）



資料：平成22年千葉県医療実態調査

2 医療の情報（IT）化

（ア）施策の現状・課題

医療を受ける者が医療機関等を適切に選択するためには、県民等へ当該医療情報をわかりやすく提供する必要があります。

本県の医療情報*は、「千葉県医療情報提供システム」（ちば医療なび*）と「ちば救急医療ネット*」により県民等へ提供されています。

「千葉県医療情報提供システム」（ちば医療なび）では、平成19年の医療法の改正により医療・薬局機能情報提供制度が設けられたことにより、平成21年3月から、県が医療機関・薬局の情報を集約し、インターネットを通じてわかりやすく県民に情報提供しています。

「ちば救急医療ネット」は、医療機関の応需情報*、ドクターヘリ*の運行状況などの救急搬送を支援する機能を備えるとともに、県民に対して救急当番医や夜間休日診療所の情報を提供しています。

災害発生時には、国の広域災害救急医療情報システム*（EMIS*）を活用し、救急医療機関の被災状況等の情報の収集・提供を全国ネットで行える体制が構築されています。

（イ）施策の具体的展開

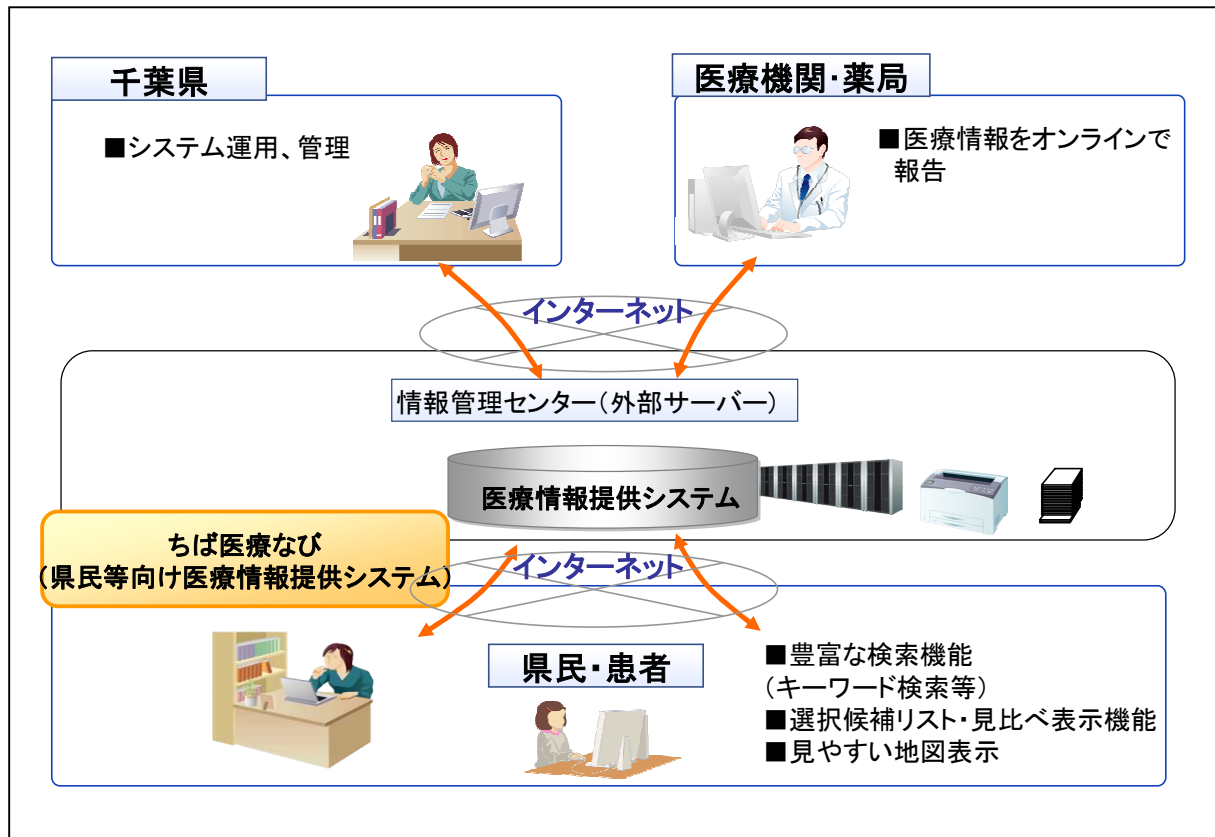
〔千葉県医療情報提供システムの充実〕

- 「千葉県医療情報提供システム」（ちば医療なび）を、より県民が使いやすいものに改善するとともに、常に最新の情報を提供できるような運用に努めます。

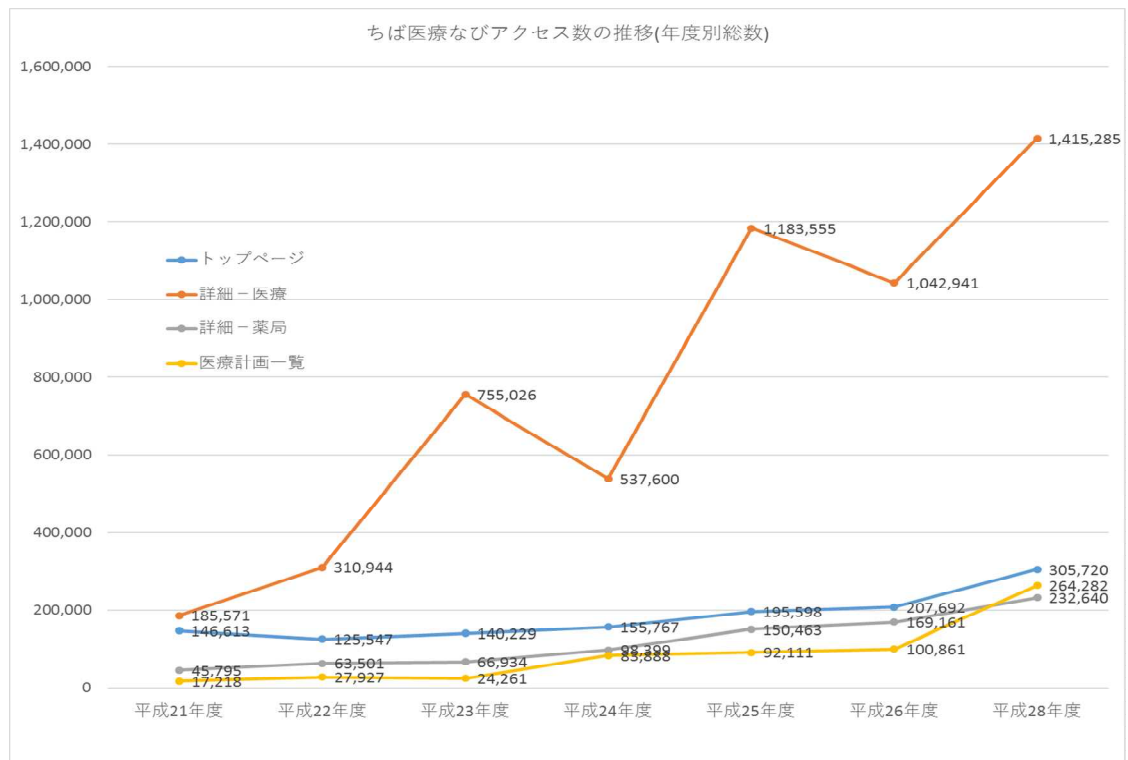
〔ちば救急医療ネットの充実〕

- 「ちば救急医療ネット」の充実を図るとともに、効果的かつ円滑な運用に努めます。

図表 2-4-2-2-1 「千葉県医療情報提供システム」(ちば医療なび)



図表 2-4-2-2-2 ちば医療なびアクセス数の推移



3 医薬品等の安全確保

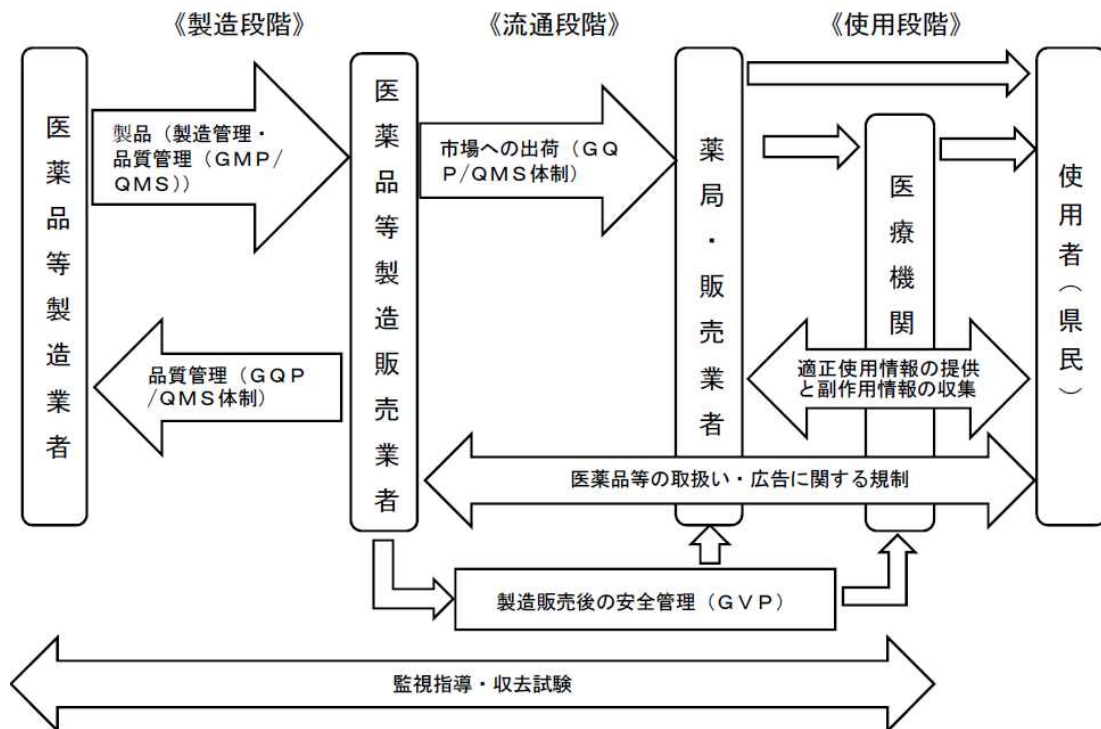
(ア) 施策の現状・課題

医薬品等は、疾病の予防や治療に必要不可欠のものであり、その品質、有効性及び安全性を確保することによって、健康被害の未然防止等県民が安心して医薬品等を使用できるようにすることが必要です。そのため、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」(以下「医薬品医療機器等法」という。)により、規制されています。

医薬品等製造業に関しては、「医薬品等の製造管理及び品質管理の基準に関する省令*」(GMP)及び「医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令*」(QMS)による製品の品質確保が図られています。

医薬品等製造販売業に関しては、「医薬品等の品質管理の基準に関する省令*」(GQP)及び「医療機器等の製造管理又は品質管理に係る業務を行う体制の基準に関する省令*」(QMS体制)に基づき、市場に出荷する製品の品質管理と、「医薬品等の製造販売後安全管理の基準に関する省令*」(GV P)に基づき、医薬品等の安全管理情報の収集・検討等による安全性の確保が図られています。

図表 2-4-2-3-1 医薬品等の規制の仕組み



G M P : 医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令
(平成16年厚生労働省令第179号)

Q M S : 医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令
(平成16年厚生労働省令第169号)

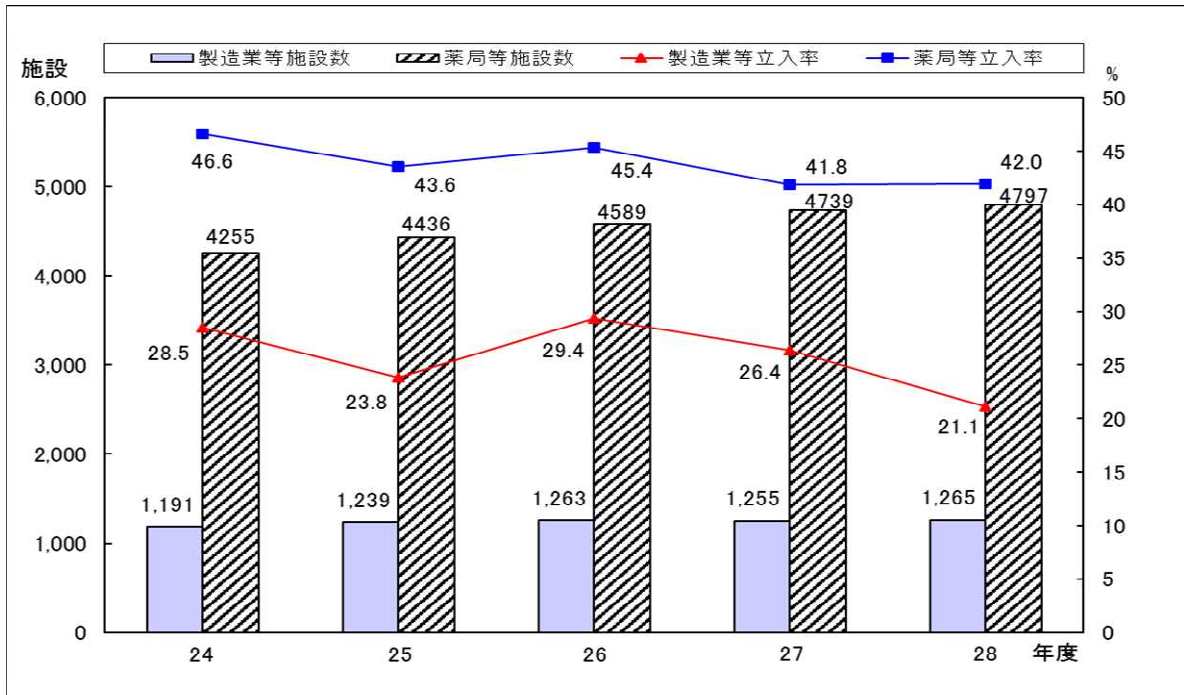
G Q P : 医薬品、医薬部外品、化粧品及び再生医療等製品の品質管理の基準に関する省令
(平成16年厚生労働省令第136号)

QMS体制 : 医療機器又は体外診断用医薬品の製造管理又は品質管理に係る業務を行う体制の基準に関する省令
(平成26年厚生労働省令第94号)

G V P : 医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令
(平成16年厚生労働省令第135号)

薬局、医薬品販売業に関しては、医薬品医療機器等法に基づき、医薬品情報の提供等が求められていることから、監視指導の充実に努める必要があります。

図表 2-4-2-3-2 立入検査実施状況の推移

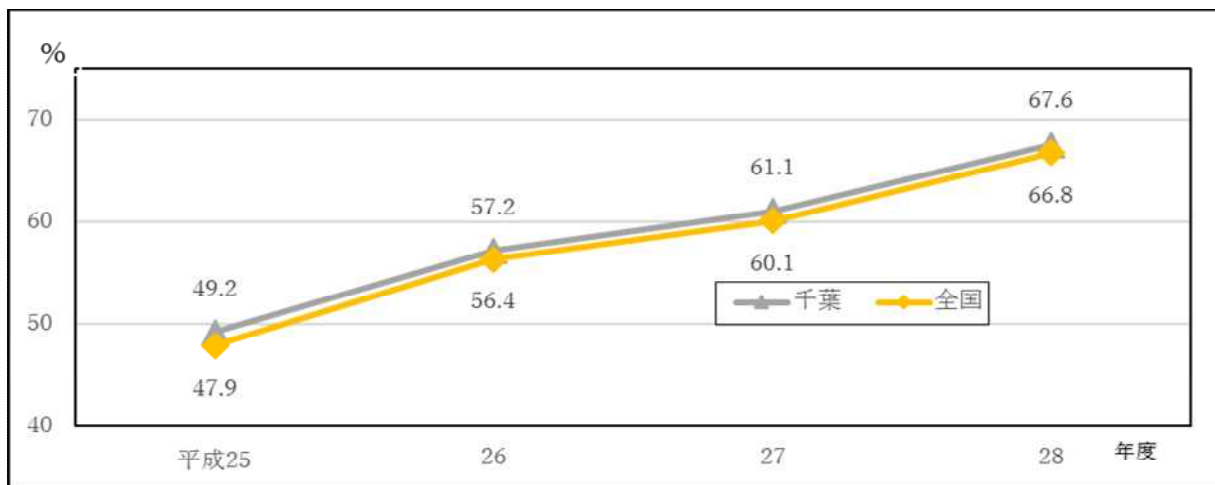


※製造業等とは、医薬品等製造業、医薬品等製造販売業及び医療機器修理業、薬局等とは、薬局、医薬品販売業及び高度管理医療機器等販売業・貸与業を指し、保健所設置市を除く。

資料：薬務行政概要（千葉県薬務課）

医療費の患者負担の軽減とともに、医療保険財政の改善施策として、後発医薬品*の使用促進が求められています。本県における後発医薬品割合は全国平均を上回って推移しており、更なる使用促進のためには、後発医薬品の品質確保や情報提供の充実、使用促進に係る環境整備が必要となっています。

図表 2-4-2-3-3 後発医薬品割合の推移

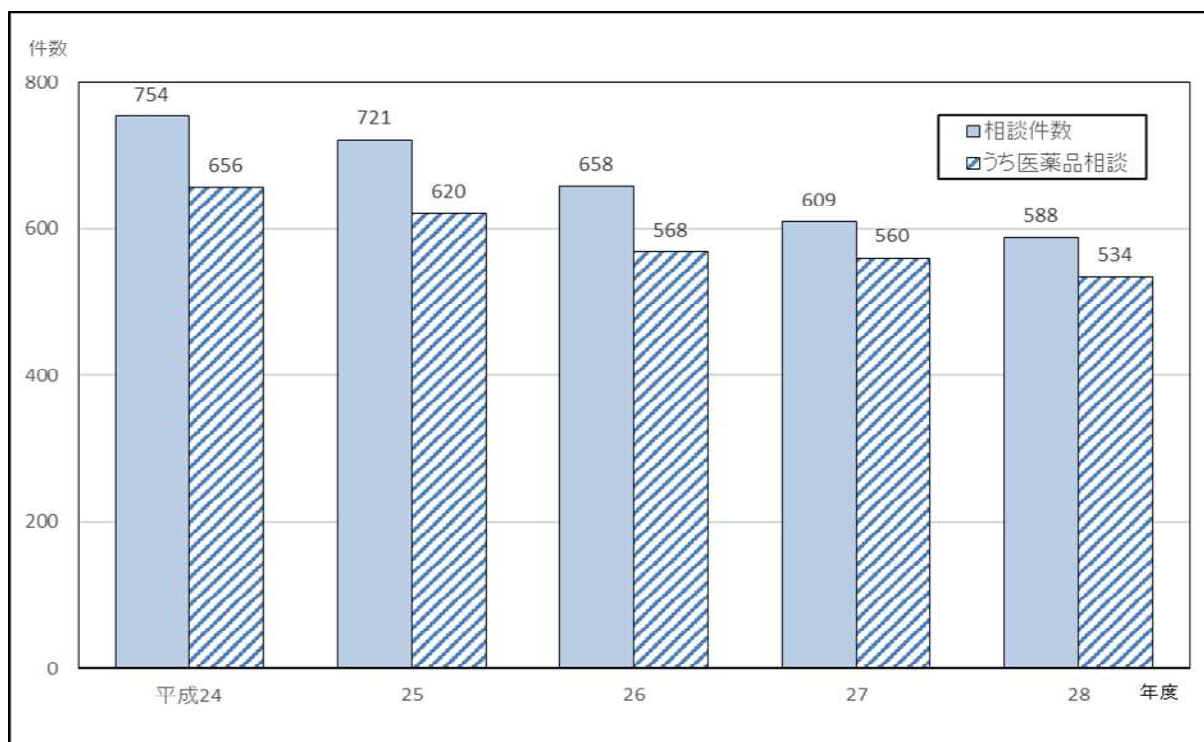


※後発医薬品割合は、保険薬局における、〔後発医薬品の数量〕 / (〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕 + 〔後発医薬品の数量〕) で算出

資料：最近の調剤医療費の動向（厚生労働省）

医薬品等に関する様々な情報を分かりやすく提供することにより、医薬品等による危害の発生を防止するため、県庁薬務課に「薬事アドバイザー*」を配置し、県民からの相談等に応じています。

図表 2-4-2-3-4 薬事アドバイザー相談件数の推移



資料：薬務行政概要（千葉県薬務課）

（イ）施策の具体的展開

〔薬事監視指導の充実〕

- 医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保を図るため、医薬品医療機器等法に基づき、医薬品等製造業者、医薬品等製造販売業者、薬局、医薬品販売業者、医療機器販売業者等に対する効率的な監視指導を実施するとともに、収去検査*や健康食品の買上げ検査の計画的な実施により、不良品及び無承認無許可医薬品等の発見に努め、これらによる健康被害の発生防止に努めます。

〔自主管理体制の確立〕

- 品質管理の徹底を図り、不良品の発生を防止するため、医薬品等製造業、製造販売業及び薬局等における自主管理体制の確立とその励行を指導します。

〔後発医薬品の使用促進〕

- 後発医薬品の検査を行い安全性を確認するとともに、医療関係者、学識経験者や消費者の代表を委員とした「後発医薬品安心使用促進協議会」を開催し、後発医薬品の使用促進方策を検討し、必要な施策を講じるなど使用促進を図ります。

〔医療関係者等への情報提供等〕

- 県薬剤師会と連携し、医療関係者へ「緊急安全性情報*」や「医薬品・医療機器安全性情報」等の迅速な提供を行うとともに、薬事アドバイザーによる県民からの相談対応と適正使用情報の提供に努めます。また、高齢者や若年層を対象とした講習会の開催や、「薬と健康の週間*」の事業等を通じて医薬品等の適正使用の啓発を行います。

(ウ) 施策の評価指標

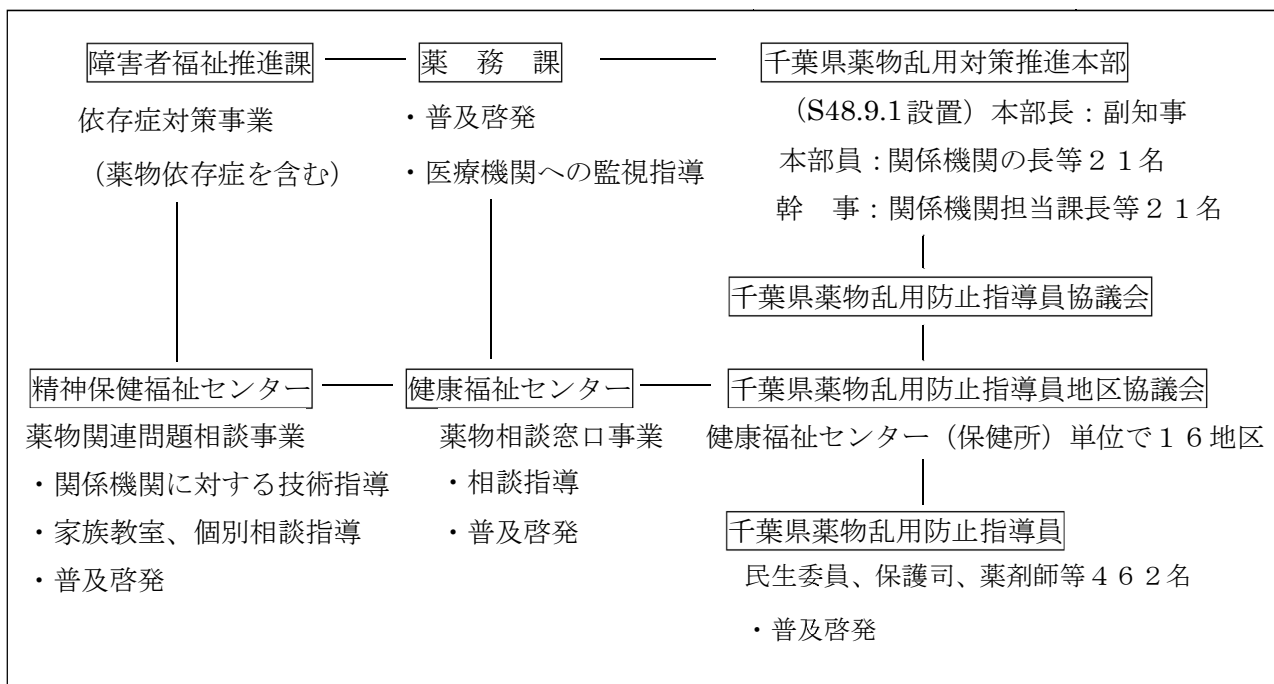
指 標 名	現状（平成28年度）	目標
薬事監視実施率（製造業等）	21.1%	増加 （平成35年度）
薬事監視実施率（薬局等）	42.0%	増加 （平成35年度）
後発医薬品割合（数量ベース）	67.6%	80% （平成32年9月）

4 薬物乱用防止対策

(ア) 施策の現状・課題

本県では薬物の乱用を防止するため、昭和48年9月に設置した「千葉県薬物乱用対策推進本部」を中心に、関係機関と連携を図り、普及啓発活動や麻薬・覚せい剤等の取扱者に対する指導・取締りに努めています。また、薬物乱用防止指導員462人を委嘱し、各健康福祉センター（保健所）に設置した「薬物乱用防止指導員地区協議会」を通じて、地域に密着した各種啓発活動を実施しています。

図表 2-4-2-4-1 千葉県薬物乱用防止対策組織体系



本県の薬物事犯検挙者数は、平成28年で693人であり、人口10万人当たり1.1人と、全国平均10.6人を上回る状況にあることから、引き続き薬物乱用を許さない社会環境づくりを進めていく必要があります。

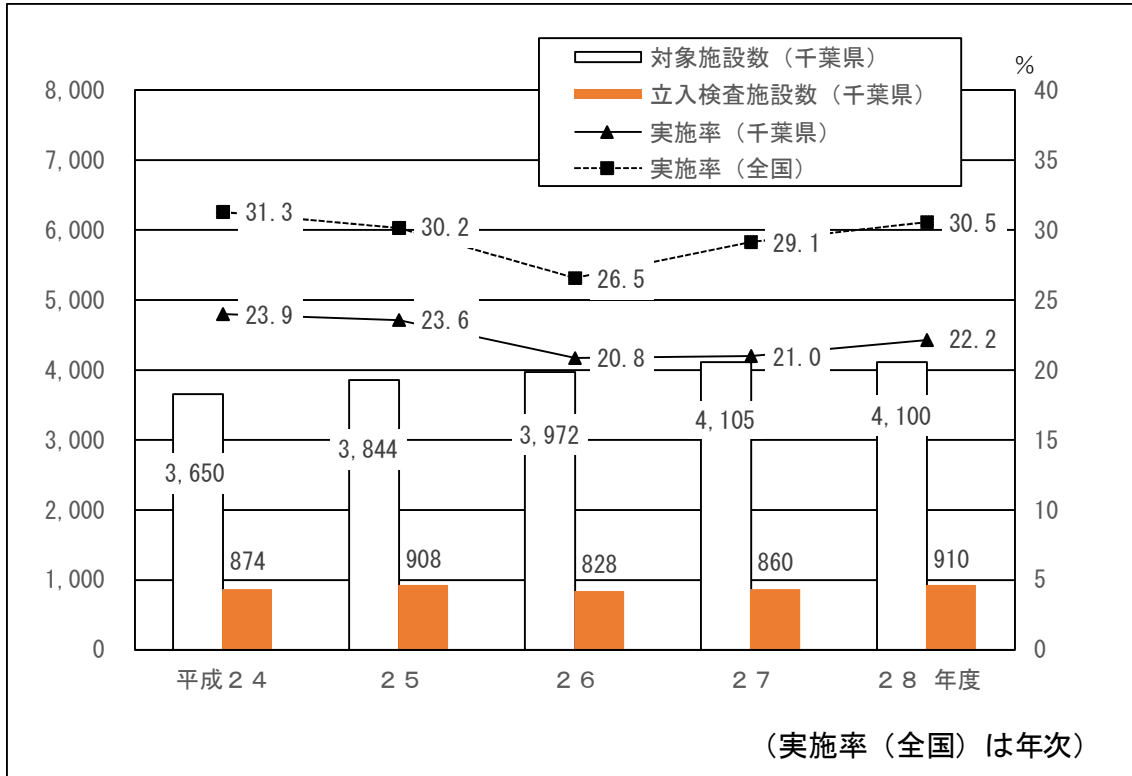
覚せい剤事犯検挙者数は、全薬物事犯の約8割を占め、更に他の薬物事犯と比較して再犯者の割合が6割強と高い状況にあることから、特に再乱用対策が求められています。

大麻事犯については、その検挙者の特徴として、初犯者率が約8割と高水準であるほか、30歳代より若い世代において検挙者数が増加しており、薬物への抵抗感の希薄などによる若年層への拡大が懸念されます。

指定薬物（いわゆる危険ドラッグ）*については、全国的に取締りが強化され、本県においても平成27年4月に「千葉県薬物の濫用の防止に関する条例」を施行し、本県への危険ドラッグの流入を防止するとともに、監視指導や啓発活動を行った結果、

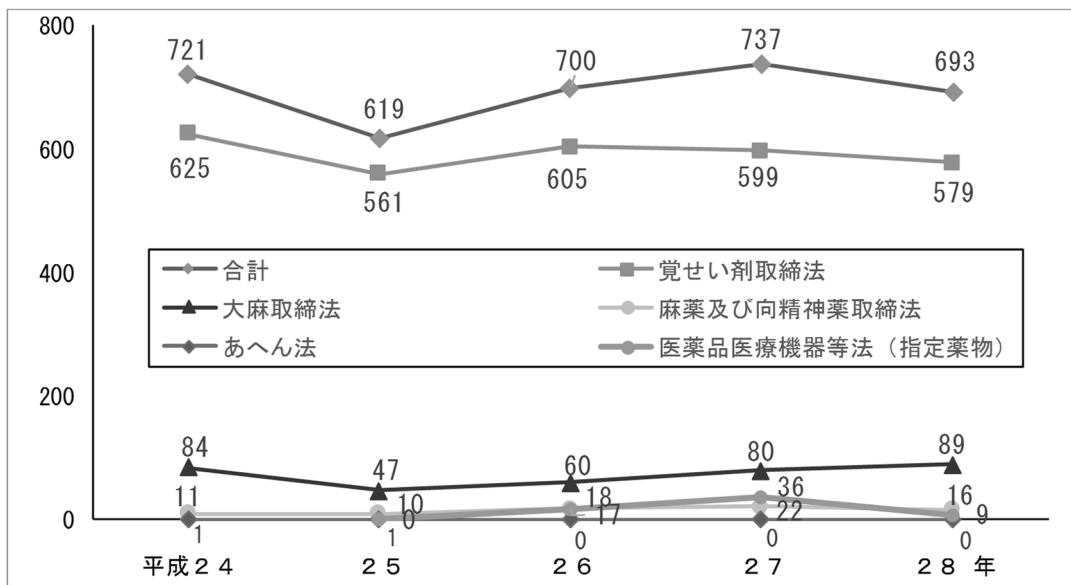
県内の店舗はなくなり検挙者数も減少しましたが、未だインターネット上での販売が見受けられることから、より一層の取締りや啓発活動が必要です。

図表 2-4-2-4-2 麻薬関係施設立入検査実施状況の推移



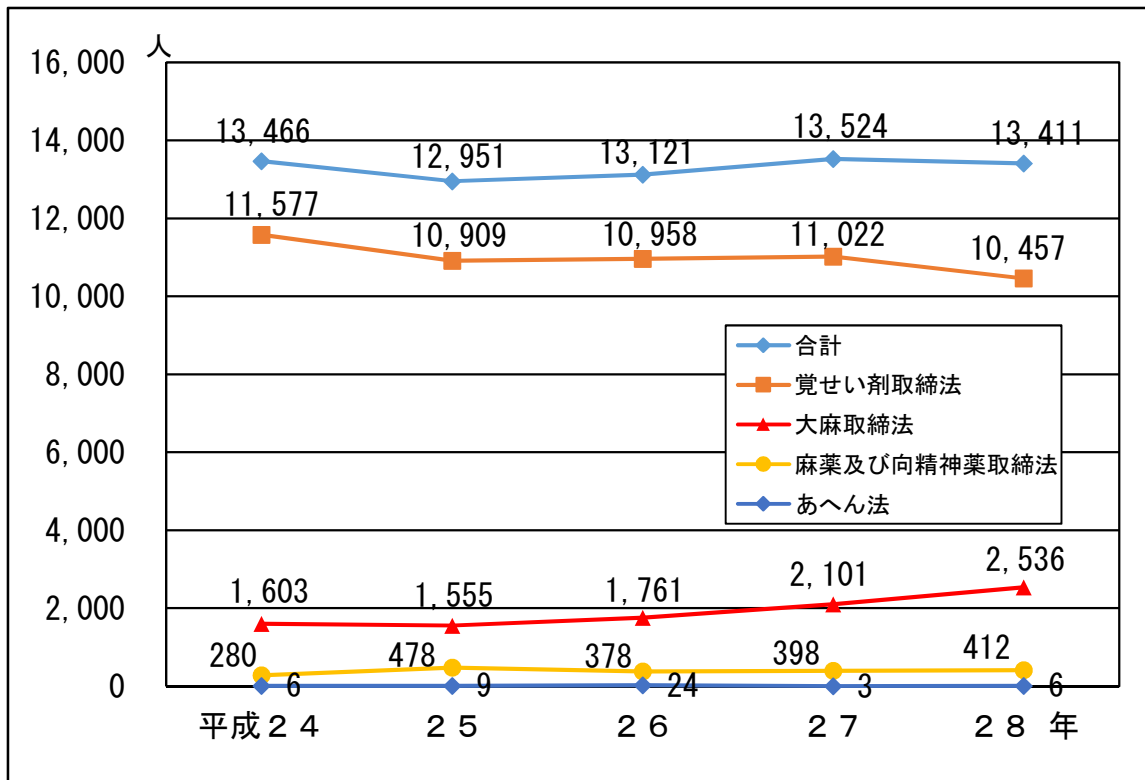
資料：平成 28 年度薬務行政概要 (千葉県薬務課)
麻薬・覚醒剤行政の概況 2016 (厚生労働省)

図表 2-4-2-4-3 千葉県における薬物乱用者検挙状況の推移



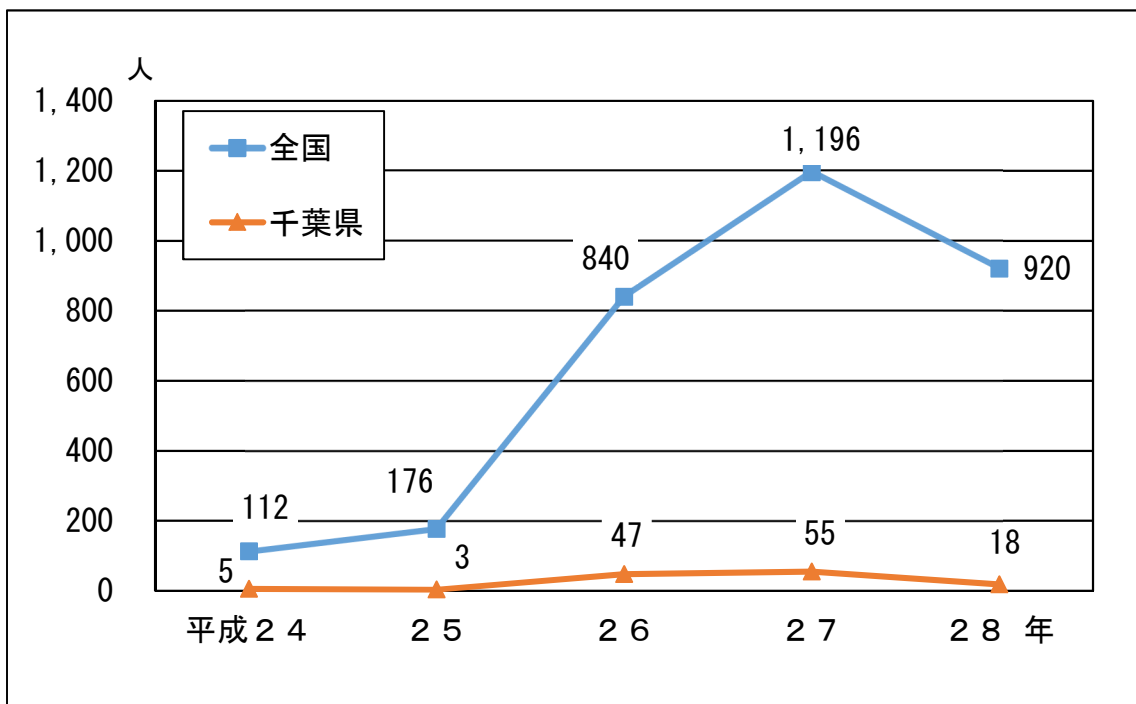
資料：麻薬・覚醒剤等犯罪検挙状況表 (千葉県警察)

図表 2-4-2-4-4 全国における薬物乱用者検挙状況の推移



資料：平成 28 年中の薬物・銃器情勢（警察庁）

図表 2-4-2-4-5 千葉県及び全国における危険ドラッグ事犯検挙状況の推移



資料：平成 28 年中の薬物・銃器情勢（警察庁）

薬物関係統計データ（千葉県警察）

(イ) 施策の具体的展開**〔薬物乱用防止の普及啓発〕**

- 薬物乱用を撲滅するため、ポスター、リーフレット等を活用した広報活動を強化するとともに市町村等の関係機関及び学校薬剤師会等の関係団体と連携して、特に中・高校生を対象とした講習会・講演会を開催し、薬物乱用防止の正しい知識の普及を図ります。
- 薬物乱用防止指導員の組織的活動により、地域ごとに街頭啓発活動を実施し、また、薬物乱用防止指導員が所属する保護司会・薬剤師会・青少年補導員等の各種団体を通じて啓発活動を実施するなど、地域に密着した薬物乱用防止活動を展開します。

〔知事指定薬物の指定〕

- 乱用されるおそれのある薬物を知事指定薬物として指定し、取締りを行うことにより、他都道府県からの流入を防止します。

〔試買調査及び監視指導の推進〕

- 危険ドラッグについて、違法な製品を排除するため、効果的な製品検査の実施と検査体制の整備に加え、県警本部などの関係機関と連携を図り、定期的な監視指導を行います。

〔麻薬取扱者等の指導の徹底〕

- 医療麻薬等の不正使用・不正流出を防止するため、麻薬取扱者等に対し、その適正な使用、管理等の立ち入り指導を徹底します。

〔薬物関連相談の実施〕

- 麻薬及び向精神薬取締法の規定に基づき、麻薬中毒者等からの相談に応ずるとともに必要な指導を行うための職員として、麻薬中毒者相談員5名を委嘱し、再乱用の防止と社会復帰に向けての支援を行います。また、薬物関連問題の発生予防、薬物依存者の社会復帰を促進するため、精神保健福祉センター*において家族教室の開催や個別相談指導等を実施します。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状（平成28年度）	目標（平成35年度）
街頭啓発活動実施回数	125回	増加
麻薬取扱施設立入検査実施回数	910施設	1,000施設

5 血液確保対策

(ア) 施策の現状・課題

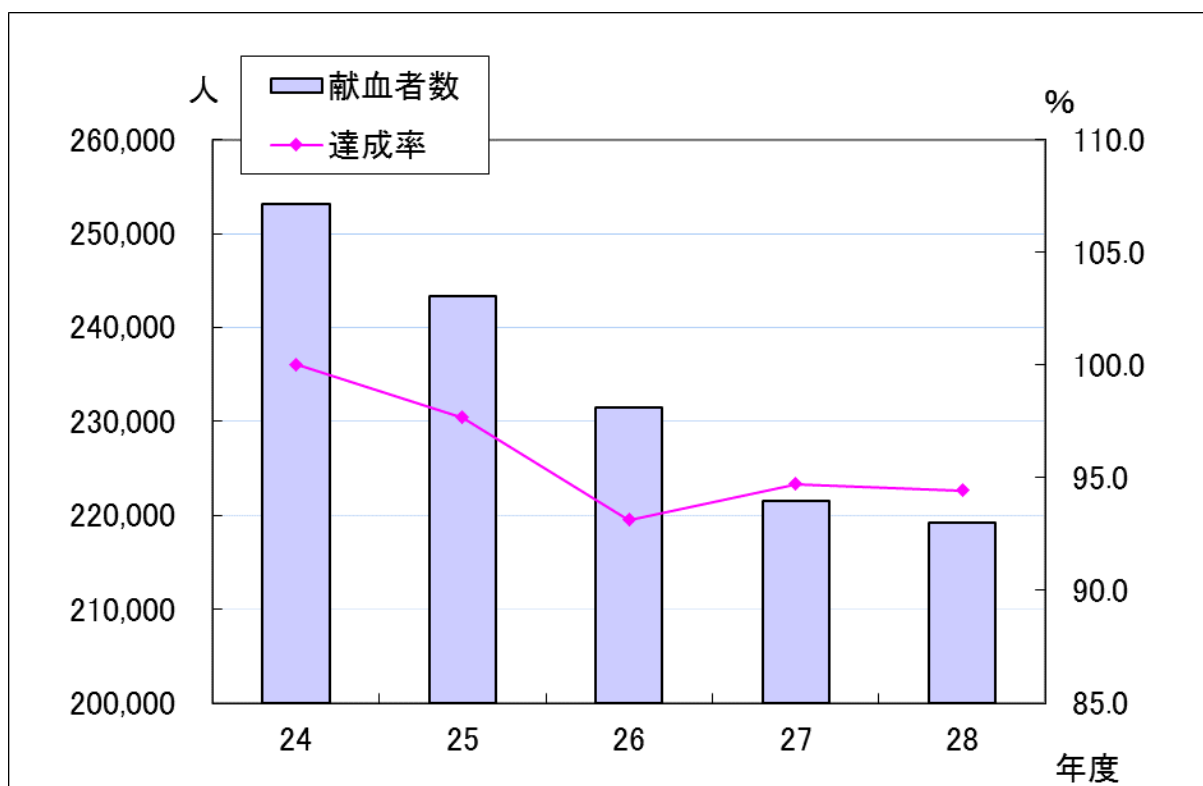
医療の場において、血液製剤*は人の生命と健康を守るためになくってはならないものです。血液製剤の安全性の向上、安定供給の確保及び適正使用の推進を目的として制定された「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」により、血液事業にかかわる関係者の責務が定められるとともに、都道府県における献血推進計画の策定が義務付けられています。

血液製剤の需用に対応するため、県、市町村、血液センター*が一体となって献血の普及、献血協力団体などの育成、献血者の受入体制の整備など献血者の確保に努めています。

血液製剤のうち、輸血用血液については国内の献血で賄っていますが、血漿分画製剤*については一部を輸入に頼っているのが現状であり、血液製剤の国内自給が国の目標とされていることから、献血を一層推進する必要があります。

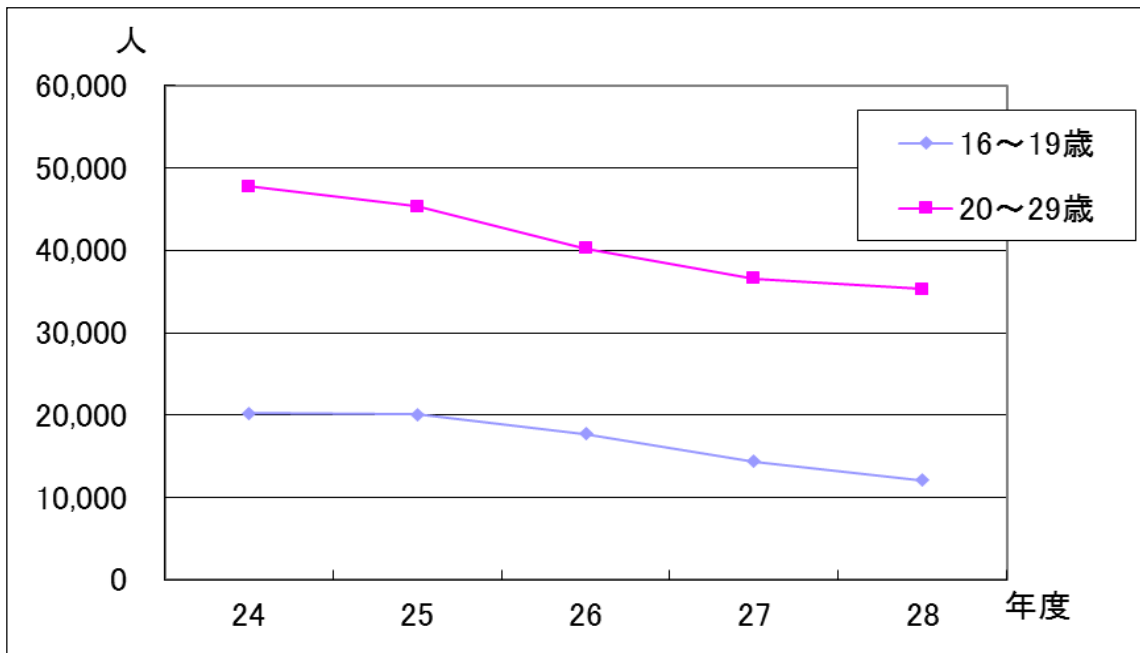
少子高齢化の進展により、全国的に献血可能年齢層*の人口が減少するとともに、若年層の献血者数も減少していることから、特に若年層の献血への理解を深める必要があります。

図表 2-4-2-5-1 献血者数と目標達成率の推移



資料：薬務行政概要（千葉県薬務課）

図表 2-4-2-5-2 10歳代、20歳代献血者数の推移



資料：薬務行政概要（千葉県薬務課）

（イ）施策の具体的展開

〔献血の普及啓発〕

- 県民に献血の重要性について理解を求め、献血に協力が得られるよう各種広報媒体を活用し、献血の普及に努めます。

〔献血組織の育成強化〕

- 市町村献血推進協議会の活性化を図り、地域に密着した広報活動を行うとともに、事業所、各種団体等の献血協力組織を拡充強化することにより、献血者の安定的な確保を図ります。

〔血液製剤使用適正化の推進〕

- 医療関係者に対し血液製剤の使用に関する説明会を開催し、血液製剤使用適正化のより一層の推進を図ります。

〔若年層への献血の普及啓発〕

- 若年層が献血への理解を深められるよう、中学生向け啓発テキストの作成等、各種普及啓発を実施します。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現状（平成28年度）	目標（平成35年度）
献血計画における目標達成率	94.5%	100%

6 造血幹細胞移植対策

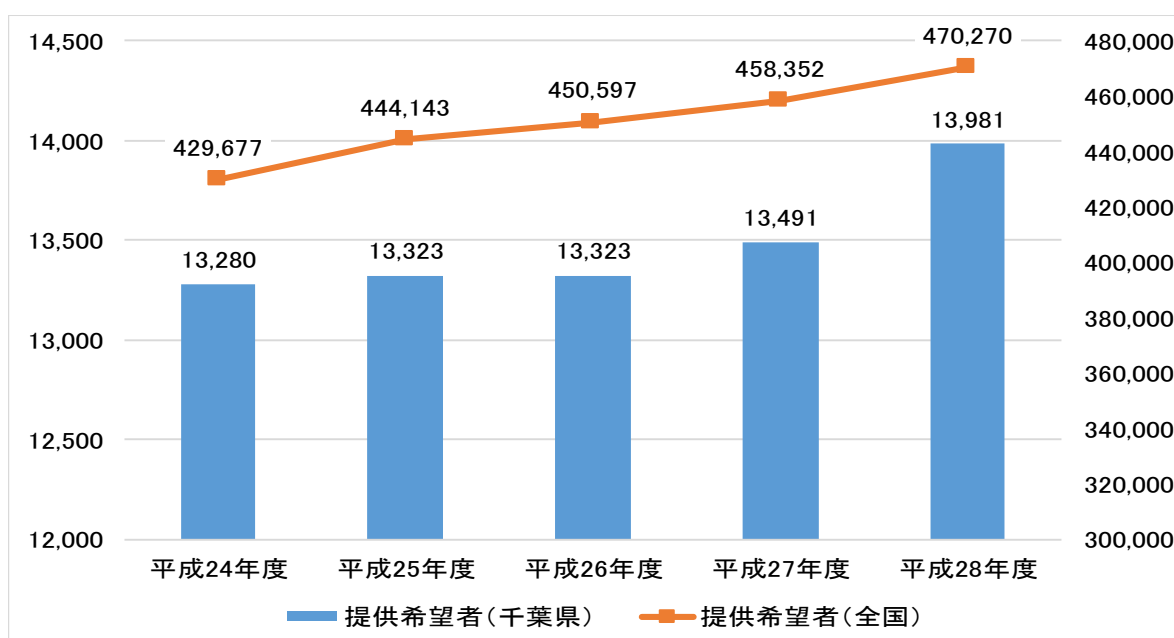
(ア) 施策の現状・課題

白血病などの血液の重い病気を患う患者は、年間約10,000人おり、そのうち造血幹細胞移植を希望する患者は約2,000人います。

(公財)日本骨髄バンクの調査によると、平成28年の全国の非血縁者間の造血幹細胞移植は、1,250件であり、移植を希望する患者の約6割となっています。

骨髄提供希望者(骨髄ドナー)の登録者数は、平成29年3月末現在、全国で470,270名、本県では13,981名であり、近年、登録者数が伸び悩んでいます。

図表 2-4-2-6-1 全国及び千葉県の骨髄ドナー登録者数の推移



資料：千葉県薬務課調べ

平成26年1月に「移植に用いる造血幹細胞移植の適切な提供の推進に係る法律」が施行され、国や地方公共団体をはじめ関係者の責務が規定されるとともに、相互に連携を図りながら協力するよう努めることとされました。

ドナー登録は54歳までとされているため、登録期間が長期となる若年層に対する造血幹細胞移植の正しい知識の普及とドナー登録の啓発が重要です。

また、造血幹細胞を提供しやすい環境づくりとして、企業・団体等においてドナー休暇制度の整備が必要です。

(イ) 施策の具体的展開

[造血幹細胞移植に関する普及啓発・支援]

- 造血幹細胞移植についての理解が深まり、特に若年層のドナー登録を推進するために、様々な広報媒体を活用して広報啓発に取り組んでまいります。
- 骨髄ドナーが造血幹細胞を提供しやすい環境を整備するために、県内企業・団体等におけるドナー休暇制度の整備等を推進してまいります。

7 毒物劇物安全対策

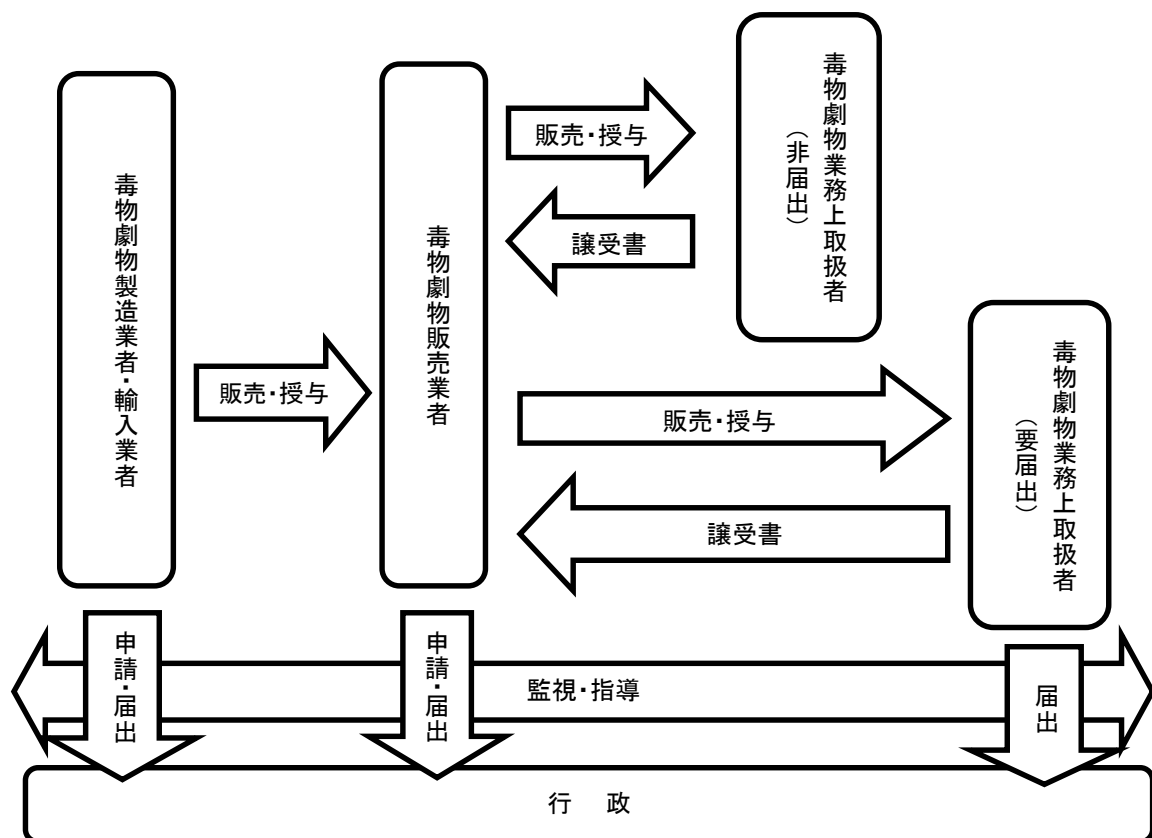
(ア) 施策の現状・課題

毒物劇物は工業薬品や農薬等、様々な用途で使用され、大変有用なものですが、取り扱いによっては、住民の保健衛生上重大な危害を及ぼす可能性があります。そのため、製造、輸入、販売等その取り扱いについて、毒物及び劇物取締法によって規制されています。

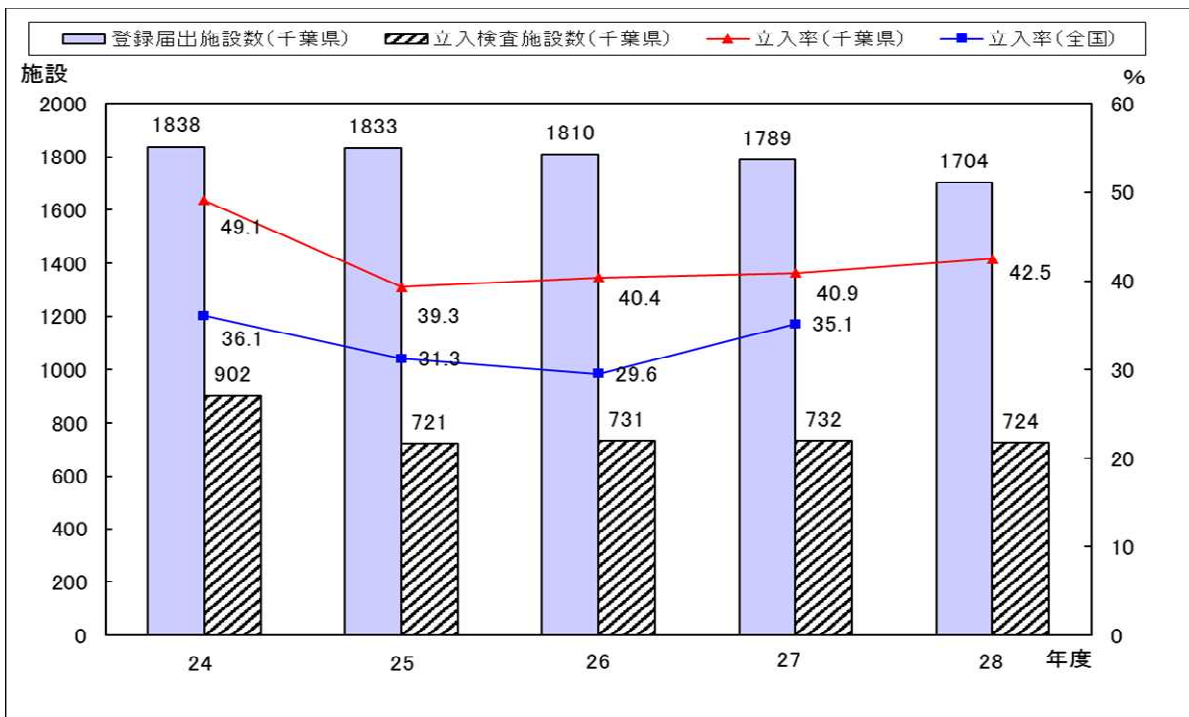
また、毒物劇物による危害を未然に防止するために、毒物劇物営業者、業務上取扱者等に対し、適切な取り扱い方法について指導を行う必要があります。

毒物劇物の漏えい事故や盗難事件等、毒物劇物に起因する健康危機*事案の発生時には、速やかな情報入手を行うとともに、迅速かつ的確な措置を講じ、健康被害の発生予防、拡大防止を行う必要があります。

図表 2-4-2-7-1 毒物劇物の規制の仕組み



図表 2-4-2-7-2 立入検査実施状況の推移



(※販売業、業務上取扱者及び特定毒物研究者は、保健所設置市を除く)

資料：薬務行政概要（千葉県薬務課）、衛生行政報告例（厚生労働省）

(イ) 施策の具体的展開

〔毒物劇物監視指導の強化〕

- 毒物劇物に起因する危害を未然に防止するため、製造業者、輸入業者、販売業者及び業務上取扱者等に立入検査を実施し、毒物劇物の保管管理、盗難防止措置等について監視指導をします。

〔毒物劇物営業者等への情報提供〕

- 毒物劇物営業者等に対する講習会、農薬危害防止運動を通して、毒物劇物に関する情報の提供等を行います。

〔毒物劇物の健康危機管理対策〕

- 毒物劇物監視員の危機管理対応の向上を目的とした研修会の実施や、危機事案発生時における毒物劇物監視員の安全確保のための保護具の整備を行います。

(ウ) 施策の評価指標

指標名	現状値（平成28年度）	目標値（平成35年度）
毒物劇物監視実施率	42.5%	45%

第3節 快適な生活環境づくり

1 食品の安全確保

(ア) 施策の現状・課題

平成13年9月のBSE*感染牛の確認を発端に、食肉の偽装表示や輸入農産物の残留農薬問題など、食品の安全性に係る問題が相次ぎ、消費者の不安や不信が高まったことから、国では、平成15年5月に「食品安全基本法*」を制定するとともに、「食品衛生法」の大幅な改正を行いました。

これらの動きを踏まえ、本県では、「千葉県食の安全・安心対策会議」を設置し、食品の生産から消費に至る総合的な安全確保対策の推進に努めるとともに、消費者や生産者、食品関連事業者、学識経験者で構成する「千葉県食品等安全・安心協議会」において、県民の視点に立った食の安全対策を進めています。

食品等の安全・安心の確保のために必要な取り組みを、総合的・計画的に推進するための新たな枠組みとして、平成18年3月に「千葉県食品等の安心・安全の確保に関する条例」を制定し、この条例に基づく「基本方針」を平成19年3月に策定しました。(平成29年4月改正)

また、食品衛生に関する監視指導については、国が示した指針に基づくとともに、県内の実情等を勘案した監視指導計画を毎年度定め、より効果的な監視指導を実施しています。

さらに、食品等事業者による自主管理体制の強化を図るため、食品衛生管理者等に対する衛生教育を実施し、食品等事業者の自主衛生管理の推進に必要な知識の普及啓発を図っています。

(イ) 施策の具体的展開

〔総合的な食品の安全・安心の確保の推進〕

- 食品衛生法に基づく安全のための対策を図るとともに、「千葉県食品等の安全・安心の確保に関する条例」の基本理念のもと、生産者から消費者に至る各段階におけるリスクコミュニケーション*を促進して相互の理解を深め、消費者や食品関連事業者、県などのすべての関係者が協働して県民の食品の安全と安心の確保を推進します。

〔監視指導の強化と自主管理体制の推進〕

- 本県の地域の実態を踏まえた「食品衛生監視指導計画」を毎年度作成し、効果的な監視指導により違反食品の発見・排除に努めるとともに、食品衛生の維持向上を図るためには食品等事業者自らによる自主衛生管理の徹底が不可欠であることから、講習会の開催や食品衛生に関する情報の提供等により自主衛生管理の推進を図ります。

また、全ての食品等事業者を対象としたHACCP*制度化への動きを踏まえ、HACCPの導入及び運用を支援します。

〔食品による健康危機*発生時の迅速な対応〕

- 食中毒の発生や有害物質に汚染された食品の流通があった場合は、迅速に食品の回収や消費者への注意喚起を行い、健康危害発生の未然防止、拡大防止を図ります。

〔食肉・食鳥肉の安全確保〕

- 食肉として流通する家畜・家きん肉の衛生検査や牛のBSE検査等を的確に実施するとともに、と畜場及び食鳥処理場の衛生指導を行い、県内で処理される食肉・食鳥肉の安全確保に努めます。

〔食品検査体制の充実〕

- 食品に含まれる添加物、残留農薬、遺伝子組換え食品、アレルギー物質等の検査を行い、流通食品の安全性の確認をするとともに、食品衛生検査施設における試験検査等の信頼性確保を図ります。

〔食の安全・安心のための情報発信〕

- 意見交換会形式や施設見学・体験型リスクコミュニケーション等を開催するとともに、「食の安全安心レポート」の定期的な発行や、県のホームページに開設した「食の安全・安心電子館」を通じて、積極的に食品の安全情報を発信します。

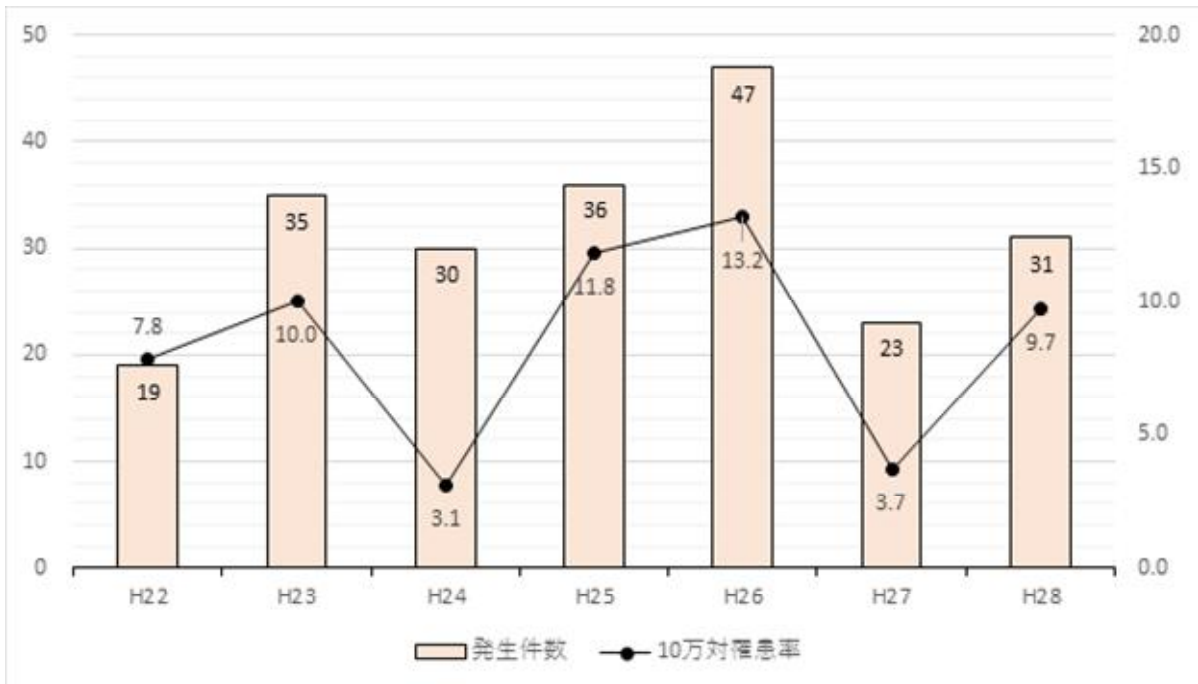
(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状	目標 (平成35年度)
食中毒罹患率 (10万対罹患率)	8.9	8.5
食品検査件数	3,364件/年 (平成28年度)	3,200件/年

※「食中毒罹患率」の現状の値については、平成26年度から平成28年度までの3年間の罹患率の平均です。

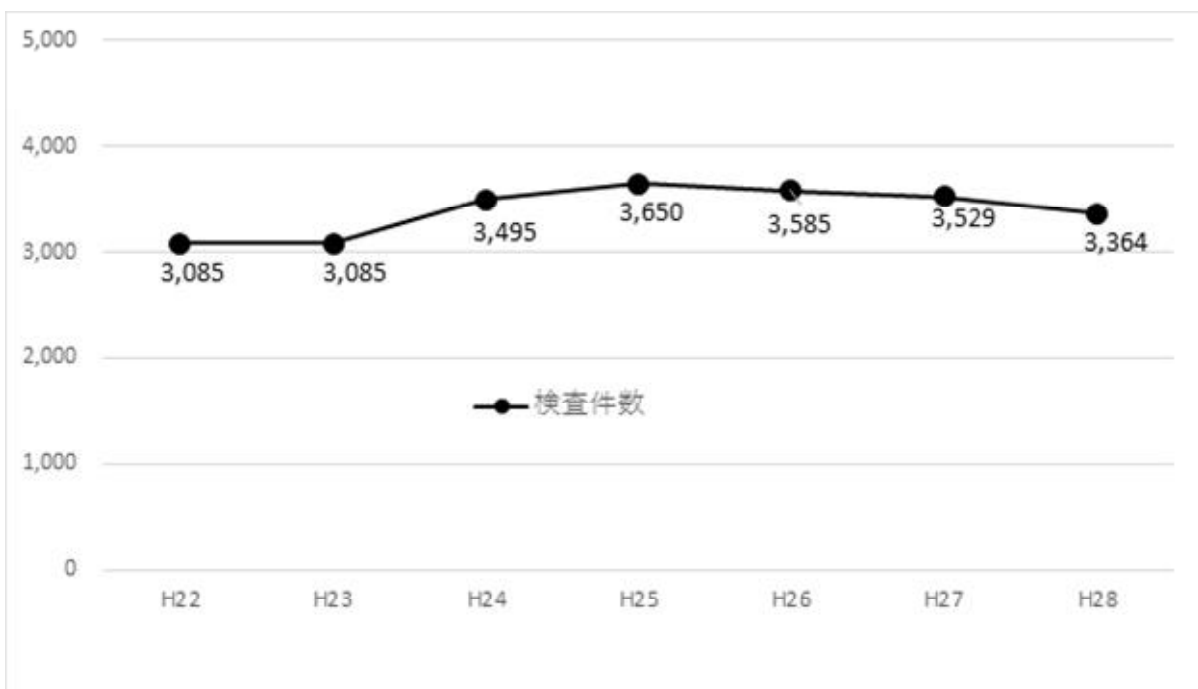
※「食品検査件数」については、食品中の放射性物質濃度が全体として低下傾向にあり、基準値を超える品目も限定的となっていることなどから平成29年度以降の放射性物質検査の検体数の見直しを行いました。

図表 2-4-3-1-1 食中毒発生件数・罹患率の推移



資料：千葉県衛生指導課調べ

図表 2-4-3-1-2 食品検査状況の推移



資料：千葉県衛生指導課調べ

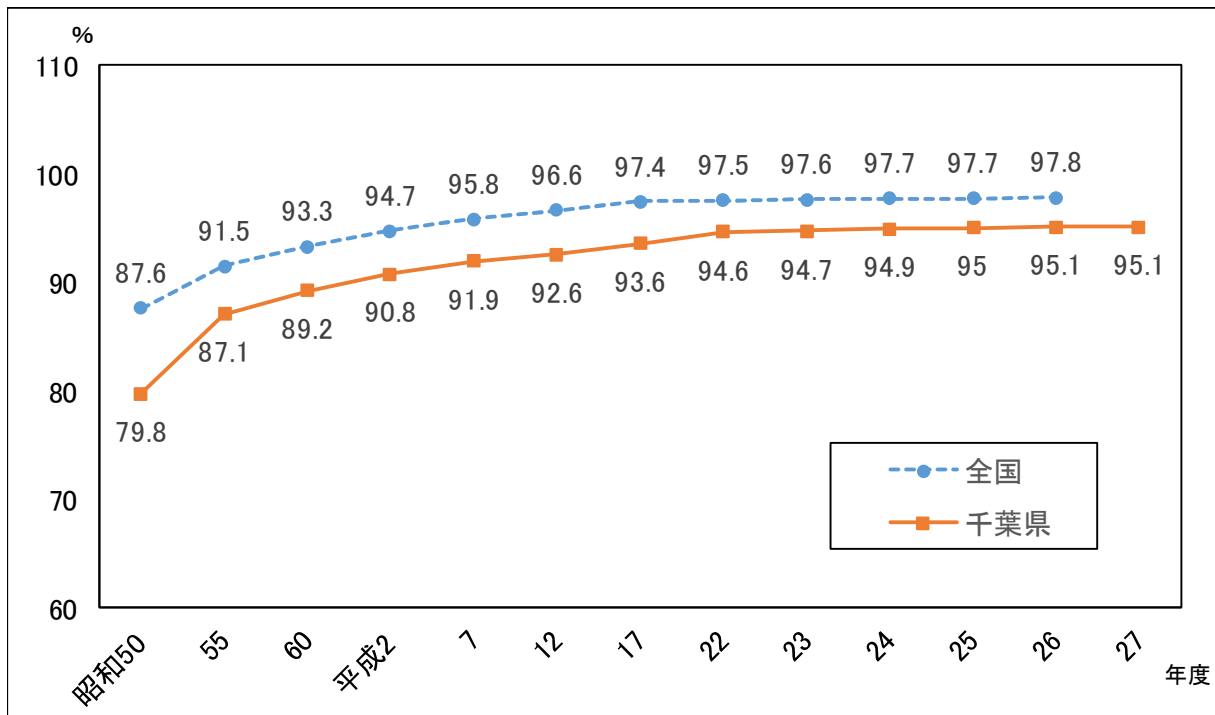
2 飲料水の安全確保

(ア) 施策の現状・課題

本県の水道普及率は、平成27年度末で95.1%です。

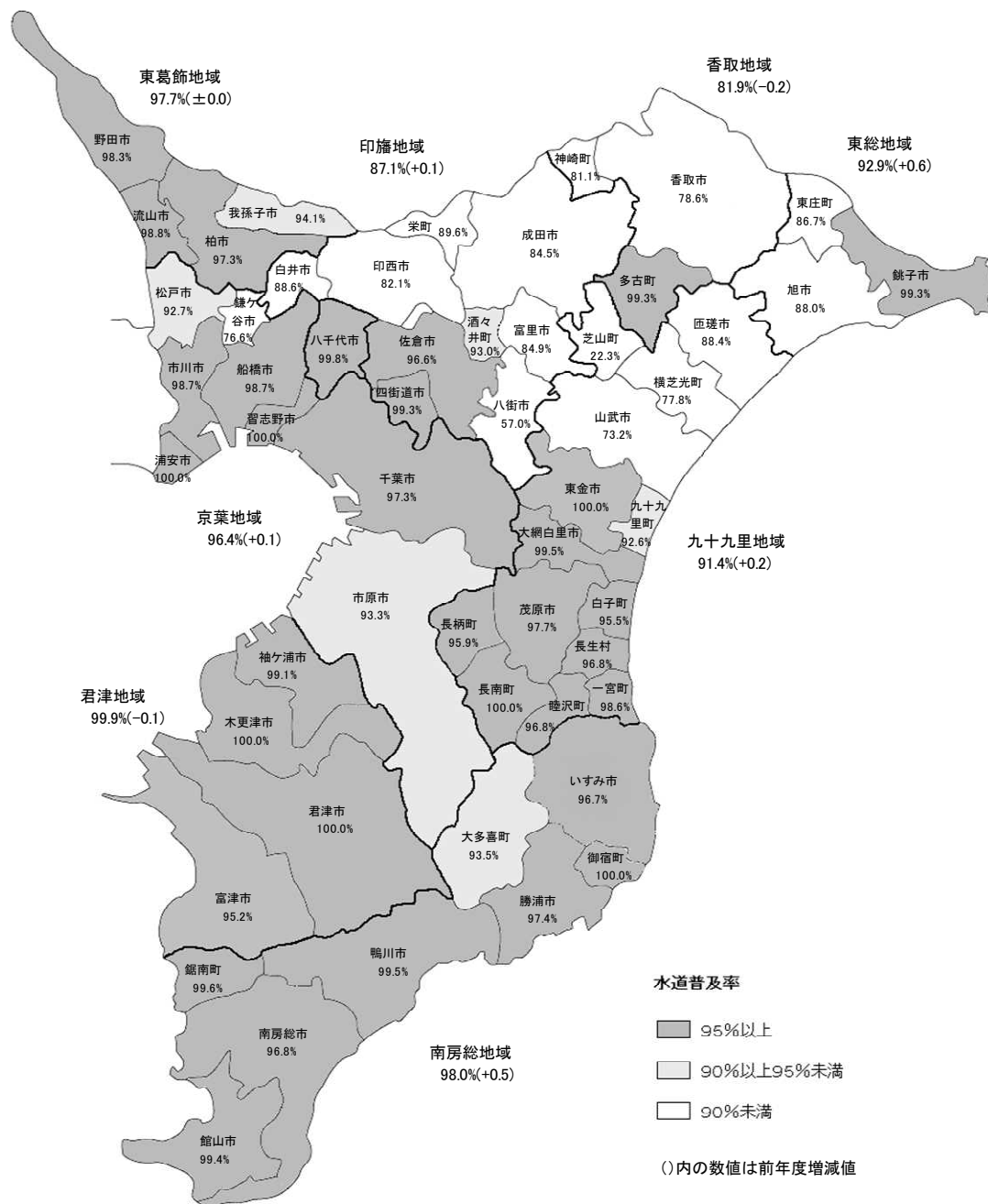
県内を地域別に見ると、印旛、香取地域の普及率が90%未満となっているなど、地域間で大きな格差がみられます。

図表 2-4-3-2-1 水道普及率の推移



資料：千葉県の水道（千葉県水政課）

図表 2-4-3-2-2 平成27年度末市町村別水道普及率の状況



資料：平成27年度千葉県の水道（千葉県水政課）

水道には、市町村等が経営する水道事業並びに簡易水道事業、専用水道及び簡易専用水道があり、これらは、水道法により水質管理や施設管理を行うことが求められています。この他に、千葉県小規模水道条例の適用を受ける小規模水道等があり、それぞれ種別に応じた適切な管理が必要となっています。また、平成25年度から専用水道及び簡易専用水道に係る水道法の権限が市に移譲され、町村に所在する水道施設のみ県が管轄しています。

水道を利用していない約30万人の県民は、法令の適用を受けない飲用井戸等を利用していると推定されますが、飲用井戸等の衛生確保は、原則として設置者の自己責

任となることから、飲用井戸等の管理方法や水質検査の実施の方法、検査結果が不適となった場合の措置などについて、設置者への広報啓発や相談対応が必要となっています。

飲料水の安全性を確保するためには、的確な水質検査が不可欠です。水道事業者や厚生労働大臣の登録を受けた検査機関が行う水質検査の精度管理*のほか、飲料水に起因する健康危機*事案に対応するため、公正かつ高度な水質検査を実施する機関を整備する必要があります。

(イ) 施策の具体的展開

[水道の安全性の向上]

- 水道法及び千葉県小規模水道条例に基づき、町村における各種水道施設(県管轄)に対して安全な飲料水の供給を確保するため、水質基準の適合、施設の維持管理等について計画的な監視指導を実施します。
- 市職員を対象とした研修会の開催や技術的助言、健康危機管理発生時の協力等を行います。

[飲用井戸等の衛生対策の推進]

- 飲用井戸等の設置者に対して、定期的な水質検査及び衛生管理の実施について、パンフレットの作成・配布や県ホームページによる広報啓発を行います。
- 健康福祉センター(保健所)では、飲用井戸等の水質検査結果が不適となった場合の措置などについて、市・設置者等からの相談に応じ、塩素消毒や水源の変更などの対策を指導助言します。

[水質検査の信頼性確保]

- 水質検査の精度と信頼性を確保するため、県では水道事業者及び県内で水質検査を実施する水道法に基づく登録検査機関に対して外部精度管理を計画的に実施します。

[衛生研究所における検査体制の整備]

- 水質異常時や危機管理事案に係る水質検査は、迅速な対応が必要であり、他の業務に優先して実施する必要があります。また、発生状況により通常の検体・項目以外の検査が必要となる可能性があるため、検査技術の維持向上や最新機器の導入など検査体制の整備を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状 (平成28年度)	目標 (平成35年度)
専用水道及び小規模専用水道施設の立入検査実施率(※町村に限る)	98.8%	100%

3 生活衛生の充実

(ア) 施策の現状・課題

県民生活に身近な理容所、美容所、クリーニング所、興行場、公衆浴場、旅館ホテルなどの生活営業関係施設について監視指導を行っています。また、高齢化の進展に伴い抵抗力や免疫力が低下した県民の利用が増えることから、生活衛生関係営業施設等には一層の安全・安心の確保が必要になっています。

レジオネラ症*感染者は年々増加する傾向にあり、建築物における貯湯槽などの給湯設備や入浴設備等について、十分な衛生管理が必要となっています。

また、近年、人とペットの関係が密接になる傾向にあり、犬やねこの濃厚接触によるパストレラ症*、病気のオウムやインコの排泄物を原因とするオウム病*など動物由来感染症の発生が問題となっています。

(イ) 施策の具体的展開

〔生活衛生関係営業施設に対する指導〕

- 生活衛生関係営業施設に対しては、科学的な裏付けのある監視指導を効率的・効果的に行い、併せて営業者による自主衛生管理を推進し、衛生水準の維持向上を図ります。
- 中小零細企業の多い生活衛生関係営業者の経営基盤を強化し、衛生水準の維持向上を図るため、経営相談や情報提供等が円滑に行われるよう、生活衛生営業関係団体を育成指導します。

〔大規模な感染症発生のおそれがある施設に対する指導〕

- レジオネラ症等の感染症発生防止のため、特定建築物*、公衆浴場、遊泳用プール等の関係施設を重点的に立入検査し、適正管理を指導します。

〔福祉施設等に対する指導〕

- 老人福祉・介護関連施設等における入浴、宿泊及び理美容のサービスが、生活衛生関係法令等に準じて衛生的に提供されるよう、関係機関・団体との連携を強化し、助言・指導を行います。

〔動物由来感染症予防に係る普及啓発〕

- 動物由来感染症について、正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を喚起するため、リーフレット配布やホームページなどによる県民への周知や研修会等を通じた動物取扱業者への周知・指導を行い、普及啓発の充実を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状（平成28年度）	目標（平成35年度）
特定建築物、旅館、公衆浴場、プールの立入指導率	80.7%	85%

図表 2-4-3-3-1 生活衛生関係営業施設等の推移

(単位：箇所)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
興行場	108	106	108
映画館	20	20	21
スポーツ施設	2	2	2
その他	86	84	85
旅館	1,911	1,885	1,874
ホテル	122	122	127
旅館	1,045	1,020	997
簡易宿所	735	735	744
下宿	9	8	6
公衆浴場	670	659	659
一般	35	32	31
個室付き	4	4	4
ヘルスセンター	25	26	26
サウナ風呂	21	19	18
スポーツ施設	236	236	235
その他	267	263	266
理容所	3,656	3,607	3,568
美容所	6,208	6,292	6,384
クリーニング	2,453	2,370	2,306
一般	850	824	800
取次所	1,582	1,526	1,485
無店舗取次店	21	20	21
合 計	15,006	14,919	14,899
特定建築物	953	974	986
遊泳用プール	339	341	341
通年プール	160	159	158
季節プール	179	182	183

※各年度末現在

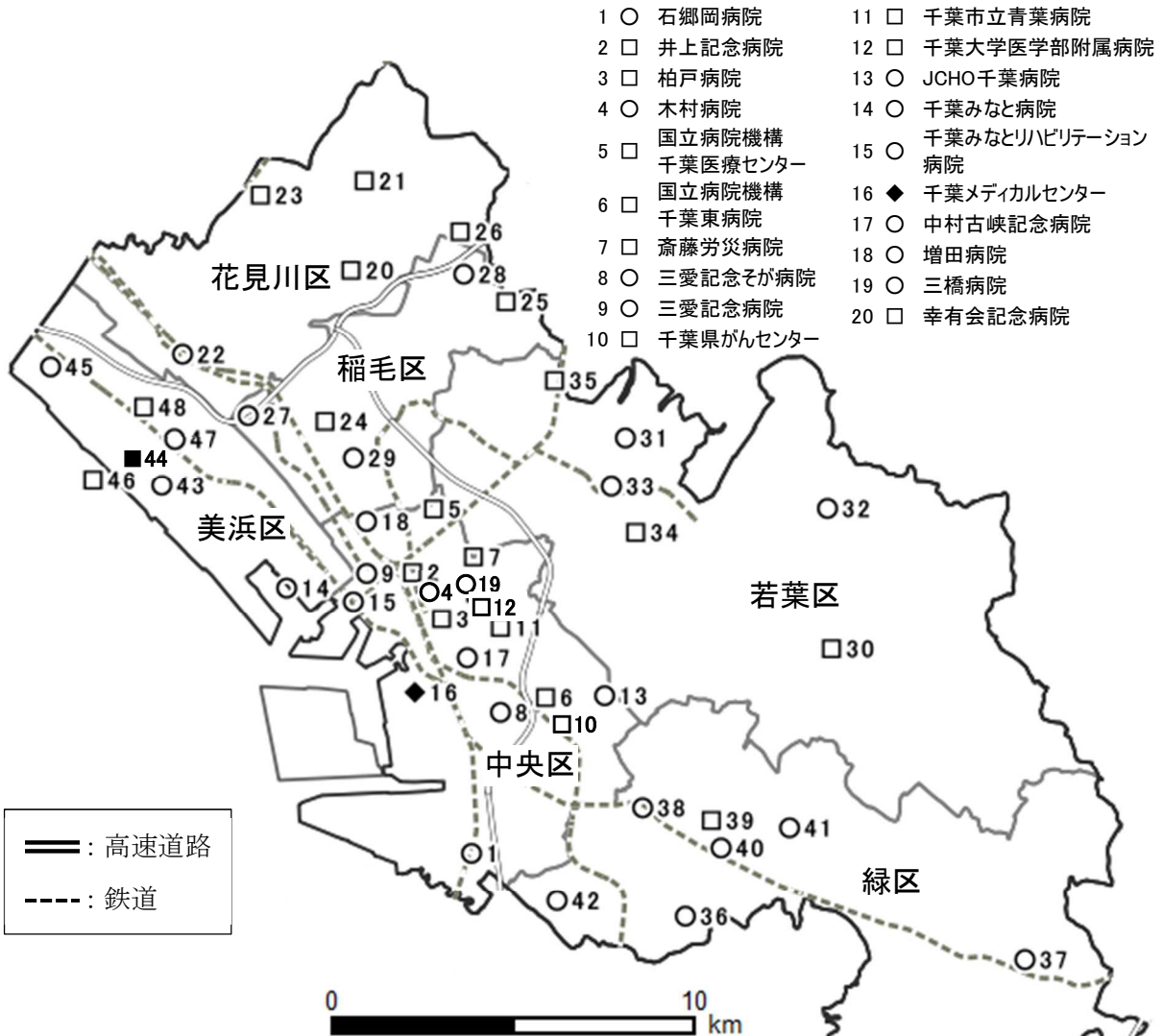
資料：千葉県衛生指導課調べ

第 3 編

地 域 編

第1章 千葉保健医療圏

■ 救命救急センター ◆ 救急基幹センター □ 救急告示病院 ○ その他の病院

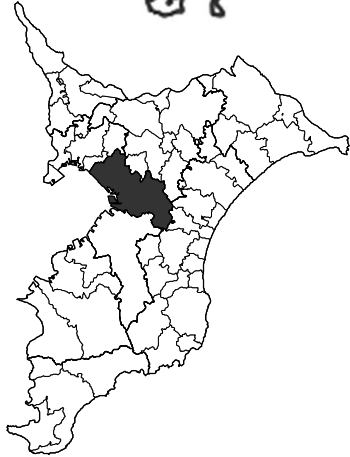


- 1 ○ 石郷岡病院
- 2 □ 井上記念病院
- 3 □ 柏戸病院
- 4 ○ 木村病院
- 5 □ 国立病院機構 千葉医療センター
- 6 □ 国立病院機構 千葉東病院
- 7 □ 斎藤労災病院
- 8 ○ 三愛記念そが病院
- 9 ○ 三愛記念病院
- 10 □ 千葉県がんセンター
- 11 □ 千葉市立青葉病院
- 12 □ 千葉大学医学部附属病院
- 13 ○ JCHO千葉病院
- 14 ○ 千葉みなと病院
- 15 ○ 千葉みなとリハビリテーション病院
- 16 ◆ 千葉メディカルセンター
- 17 ○ 中村古峽記念病院
- 18 ○ 増田病院
- 19 ○ 三橋病院
- 20 □ 幸有会記念病院

== : 高速道路
 ---- : 鉄道

0 10 km

- 21 □ 最成病院
- 22 ○ 千葉健生病院
- 23 □ 平山病院
- 24 □ 稲毛病院
- 25 □ 山王病院
- 26 □ 千葉脳神経外科病院
- 27 ○ 額田医学生物学研究所 附属病院
- 28 ○ 富家千葉病院
- 29 ○ 放射線医学総合研究所 病院
- 30 □ 泉中央病院
- 31 ○ 篠崎病院
- 32 ○ 総泉病院
- 33 ○ 千葉市桜木園
- 34 □ 千葉中央メディカルセンター
- 35 □ みつわ台総合病院
- 36 ○ おゆみの中央病院
- 37 ○ 鏡戸病院
- 38 ○ 国立病院機構 下総精神医療センター
- 39 □ 千葉県こども病院
- 40 ○ 千葉県千葉リハビリテーションセンター
- 41 ○ 千葉南病院
- 42 ○ みどりのは 葉記念病院
- 43 ○ 自動車事故対策機構 千葉療護センター
- 44 ■ 千葉県救急医療センター
- 45 ○ 千葉県精神科医療センター
- 46 □ 千葉市立海浜病院
- 47 ○ 東京歯科大学千葉病院
- 48 □ みはま病院



平成29年10月10日現在の開設許可等の状況に基づき県健康福祉政策課作成

第1節 圏域の現状

(1) 基本的事項

		圏 域	全 県	
構成市町村数		1市	37市16町1村	
面 積 (対全県比)		271.77km ² (5.3%)	5157.64km ²	
人 口 (人)	総 人 口 (対全県比)	971,882 (15.6%)	6,222,666	
	構 成 等	0～14歳	122,062	762,112
		15～64歳	597,580	3,779,812
		65歳～	238,213	1,584,419
		高齢化率	24.9%	25.9%
		75歳以上	103,430	695,819
		75歳以上の割合	10.8%	11.4%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、平成28年10月1日現在）
 国勢調査（総務省、平成27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

		圏 域 (人)		全 県 (人)	
出 生 数	(人口千対)	6,927	(7.1)	45,387	(7.3)
死 亡 数	(人口千対)	8,112	(8.3)	56,396	(9.0)
乳児死亡数	(出生千対)	15	(2.2)	95	(2.1)
死 産 数	(出産千対)	158	(22.3)	1,001	(21.6)
周産期死亡数	(出産千対)	23	(3.3)	188	(4.1)

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(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	2,493	256.1	16,798	269.2
心 疾 患	1,312	134.8	9,646	154.6
肺 炎	776	79.7	5,443	87.2
脳血管疾患	689	70.8	4,584	73.5

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(4) 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	48	4.9	4.6	H28.10.1
2	診療所数	施設	678	69.6	60.5	H28.10.1
3	歯科診療所数	施設	554	56.9	52.2	H28.10.1
4	薬局数	施設	401	41.6	37.7	H28.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	63	6.5	5.2	H29.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	63	6.5	5.5	H29.8.1
7	在宅療養支援病院数	施設	9	0.9	0.5	H29.8.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	3	0.3	0.2	H29.8.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	30	3.1	5.2	H29.8.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	303	31.1	28.1	H29.8.1
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	251	25.7	22.8	H29.8.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	602	61.7	60.0	H29.8.1
13	一般病床数 (病院)	床	6,514	669.1	568.5	H28.10.1
14	一般病床数 (診療所)	床	401	41.2	36.2	H28.10.1
15	一般病床・病床利用率 (病院)	%	72.6		73.7	H28 (年間)
16	一般病床・平均在院日数 (病院)	日	16.4		15.4	H28 (年間)
17	療養病床数 (病院)	床	1,227	126.0	168.8	H28.10.1
18	療養病床数 (診療所)	床	30	3.1	2.6	H28.10.1
19	療養病床・病床利用率 (病院)	%	87.8		87.1	H28 (年間)
20	療養病床・平均在院日数 (病院)	日	166.7		162.4	H28 (年間)
21	医療施設従事医師数	人	2,637	270.7	189.9	H28.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	962	98.8	81.7	H28.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	1,975	202.8	176.2	H28.12.31
24	就業看護職員数	人	10,370	1,065.2	894.1	H28.12.31
25	医療施設従事栄養士 (管理栄養士) 数	人	178	18.4	17.9	H26.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	712	73.7	64.1	H26.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	584	60.4	55.3	H26.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	247	25.6	23.7	H26.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	83	8.5	8.0	H26.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	55	5.6	6.9	H29.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	3,489	357.8	400.2	H29.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	25	2.6	2.7	H29.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	2,213	226.9	246	H29.10.1

資料：1～3、13、14、17、18 「平成28年医療施設調査」(厚生労働省)

4 「平成27年度薬務行政概要」(千葉県)

5、30、31 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 「平成28年病院報告」(厚生労働省)

21～23 「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

24 「平成28年度衛生行政報告例」(厚生労働省)

25～29 「平成28年医療施設調査」、「平成28年病院報告」(厚生労働省)

32、33 千葉県医療整備課調べ

《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	48	20.2	17.9	45.6	40.3
2	診療所数	施設	678	285.9	237.0	644.7	532.6
3	歯科診療所数	施設	554	233.6	204.2	526.8	459.0
4	薬局数	施設	401	168.3	149.3	387.7	339.9
5	訪問看護ステーション数	施設	63	26.0	19.8	63.8	48.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	63	26.0	21.0	63.8	50.9
7	在宅療養支援病院数	施設	9	3.7	2.0	9.1	4.9
8	在宅療養後方支援病院数	施設	3	1.2	0.8	3.0	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	30	12.4	20.0	30.4	48.4
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	303	125.0	107.7	306.8	260.9
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	251	103.5	87.5	254.1	212.0
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	602	248.3	229.9	609.5	556.9
13	一般病床数（病院）	床	6,514	2,746.8	2,225.2	6,193.7	5,000.9
14	一般病床数（診療所）	床	401	169.1	141.7	381.3	318.4
15	療養病床数（病院）	床	1,227	517.4	660.9	1,166.7	1,485.2
16	療養病床数（診療所）	床	30	12.7	10.2	28.5	22.8
17	医療施設従事医師数	人	2,637	1,094.6	725.9	2,390.6	1,605.3
18	医療施設従事歯科医師数	人	962	399.3	312.3	872.1	690.6
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	1,975	819.8	673.5	1,790.5	1,489.2
20	就業看護職員数	人	10,370	4,304.5	3,417.8	9,401.1	7,557.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	178	77.2	71.7	179.8	164.6
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	712	309.2	256.8	720.5	589.8
23	医療施設従事理学療法士数	人	584	253.7	221.7	591.0	509.3
24	医療施設従事作業療法士数	人	247	107.3	95.1	250.1	218.5
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	83	35.9	32.1	83.5	73.7
26	介護老人福祉施設数	施設	55	22.7	26.4	48.9	57.4
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	3,489	1,439.1	1,534.6	3,101.8	3,337.0
28	介護老人保健施設数	施設	25	10.3	10.3	22.2	22.4
29	介護老人保健施設入所定員数	人	2,213	912.8	944	1,967.4	2,052

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。

1～3、13～16 平成28年4月1日

4、21～25 平成27年4月1日

5～12、26～29 平成29年4月1日

17～20 平成29年1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	8,442	6.7	24.4	49.9	H28.10.1
診療所数	施設	101,529	80.0	293.5	600.4	H28.10.1
歯科診療所数	施設	68,940	54.3	199.3	407.7	H28.10.1
薬局数	施設	58,678	46.2	169.6	347.0	H29.3.31
訪問看護ステーション数	施設	9,525	7.5	27.5	56.3	H28.10.1
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	52,492	41.4	151.7	310.4	H28.10.1
回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	75,433	59.4	225.4	467.8	H27.7.1
一般病床数（病院）	床	891,398	702.3	2,576.9	5,271.7	H28.10.1
一般病床数（診療所）	床	93,545	73.7	270.4	553.2	H28.10.1
療養病床数（病院）	床	328,161	258.5	948.7	1,940.7	H28.10.1
療養病床数（診療所）	床	9,906	7.8	28.6	58.6	H28.10.1
医療施設従事医師数	人	304,759	240.1	881.0	1,802.3	H28.12.31
医療施設従事歯科医師数	人	101,551	80.0	293.6	600.6	H28.12.31
薬局・医療施設従事薬剤師数	人	230,186	181.3	665.4	1,361.3	H28.12.31
就業看護職員数	人	1,559,562	1,228.6	4,508.4	9,223.3	H28.12.31

(5) 患者動向

	病院入院患者数（人） （対全県比）	人口10万対（人）
圏域内住民	6,234 (13.4%)	649.7
全 県	46,507	744.8

資料：患者数—千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

人口—千葉県年齢別・町丁字別人口調査（千葉県、平成26年4月1日現在）

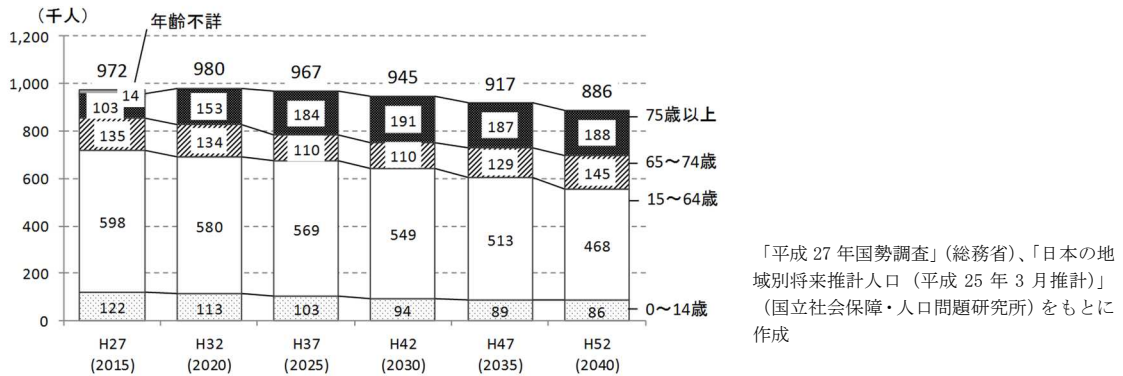
圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の住所地（医療圏別）	
千葉保健医療圏	74.7%	千葉保健医療圏	62.9%
東葛南部保健医療圏	9.8%	東葛南部保健医療圏	7.4%
県 外	4.9%	県 外	7.1%
印旛保健医療圏	4.8%	山武長生夷隅保健医療圏	6.9%
そ の 他	5.8%	そ の 他	15.7%

資料：千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

第2節 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（千葉区域）

（1）人口の推移

図表 千葉区域の人口の推移



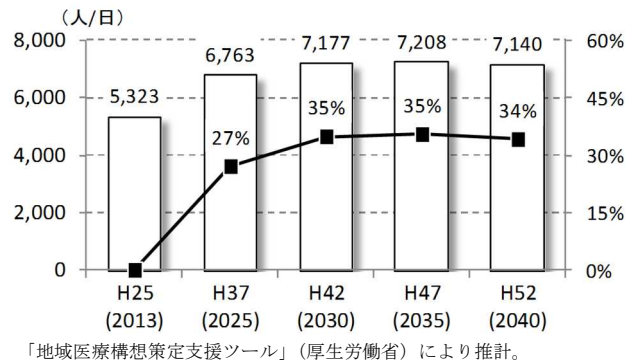
総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年から平成37年にかけて78%・81千人増加すると見込まれます。

（2）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年度から平成37年にかけて27%・1,440人/日の増加が見込まれます。

その後、平成47年にピークを迎え、35%・1,885人/日増加すると見込まれます。

図表 入院患者数の推移と変化率（千葉区域）



（3）4機能別の医療提供体制

図表 4機能別の医療提供体制（千葉区域）

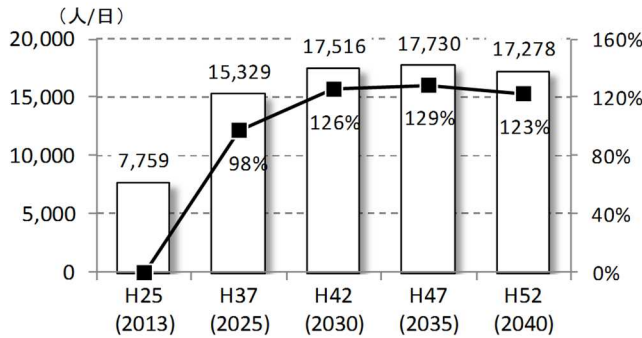
（単位：床）

医療機能	必要病床数 (H37) A	28年度病床機能報告 (H28.7.1) B	差引 B-A	28年度病床機能報告 (H34.7.1) C	差引 C-A	今後整備が予定される病床数等 D
高度急性期	1,077	967	▲ 110	978	▲ 99	183
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	

「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ない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。

(4) 在宅医療等需要の推移

図表 在宅医療等需要推移と変化率（千葉区域）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から平成37年にかけて98%・7,570人の増加が見込まれます。

平成47年にはピークを迎え、129%・9,971人の増加が見込まれます。

(5) 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

- 全県に対応する高度急性期をはじめ、特定機能病院や複数の基幹病院があり、県全域からの入院患者の流入がみられます。平成28年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と平成37年の必要病床数*を比較すると、高度急性期、回復期*及び慢性期が不足し、急性期*が過剰となることが見込まれます。
- 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、必要病床数の確保を図ります。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。

第3節 千葉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、独立行政法人国立病院機構千葉医療センター、千葉市立青葉病院、千葉市立海浜病院及び千葉県こども病院の4つです。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。
- 歯科医師会、歯科医療機関、保健所、各区保健福祉センター等と連携し、ねたきり高齢者や心身に障害のある人等の歯科診療の充実を図ります。

(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。
- 高度医療や身体・精神科合併救急医療など、地域のニーズに即した診療機能の充実を図ります。
- 地域がん診療連携拠点病院*として千葉大学医学部附属病院及び千葉医療センターが、地域リハビリテーション広域支援センター*として千葉中央メディカルセンターが指定されており、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、精神科救急医療センターとして千葉県精神科医療センター1病院、基幹病院として2病院、救急輪番病院・措置輪番病院として1病院、救急輪番病院を1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の増加に努めます。
この地域は、比較的医療機関が点在していますが、今後、更なる体制の整備を図ります。
- 認知症疾患医療センター*として千葉市に指定されている千葉大学医学部附属病院が中心となり、認知症の進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を地域において提供できる体制の構築を推進しており、今後も各関係機関や地域との更なる連携を図ります。
- 訪問診療*実施診療所・病院数などの資源や退院支援を実施している医療機関数については、全県平均(65歳以上人口10万対)を上回っていますが、今後は在宅医療の需要が大きく増加すると見込まれる地域です。そのため、訪問診療実施診

療所・病院数を155施設、訪問看護ステーション*を85施設とする増加目標を置くなど在宅医療に係る資源の更なる拡充と連携を促進するとともに、介護・福祉サービスを担う市との連携を図り、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が千葉市立青葉病院に6床、千葉大学医学部附属病院に1床、結核病床が国立病院機構千葉東病院に19床整備され、また、エイズ治療拠点病院*として、国立病院機構千葉医療センター、千葉大学医学部附属病院、国立病院機構千葉東病院の3病院が指定されており、今後、関係機関と更なる連携を図ります。
- 難病対策として、国立病院機構千葉東病院に千葉市難病相談支援センターが整備されており、今後、関係機関とのさら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
千葉市立海浜病院内千葉市夜間応急診療及び千葉市休日救急診療所等による診療体制の充実を図ります。
- 二次救急医療*体制
初期救急医療機関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のほか、広範囲熱傷、指肢切断等の特殊疾病者に対応する高度な診療機能を有する高度救命救急センター*である千葉県救急医療センターについて、精神科医療センターと統合して（仮称）千葉県総合救急災害医療センターを整備し、医療提供体制の充実を図るとともに、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院*として、幅広い診療科で高度かつ専門的な医療を提供できる千葉大学医学部附属病院について、救命救急における役割と連携について検討していきます。
また、三次救急医療機関を補完する機能を持つ「救急基幹センター*」である千葉メディカルセンターに対し、引き続き助成する等、医療提供体制の充実を図ります。
- 小児救急医療体制
夜間、休日における小児の初期救急医療機関、地域小児科センター*である千葉市立海浜病院等の二次救急医療機関により小児救急医療の体制が確保されているほか、小児救命集中治療ネットワーク*の連携を強化します。また、全県（複数圏域）対応型小児医療拠点病院*である千葉大学医学部附属病院、千葉県こども病院において、高度な小児医療を提供しています。
- 周産期*救急医療体制
千葉大学医学部附属病院、千葉市立海浜病院及び千葉県こども病院を周産期母子医療センター*に指定等を行い、体制を確保するとともに、母体搬送コーディネーター*の連携を強化します。
- 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、「ちば医療なび*」、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救護活動を円滑に実施するために市が設置した救護本部の活動支援や広域的対策に係る調整、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(地域災害拠点病院*)となる、千葉大学医学部附属病院、千葉市立海浜病院、国立病院機構千葉医療センター、千葉市立青葉病院の医療提供体制の充実を図るとともに、千葉県救急医療センターと精神科医療センターを統合して(仮称)千葉県総合救急災害医療センターを整備し、災害派遣医療チーム(DMAT・CLDMAT)*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、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) 保健・医療従事者の養成確保

- 地域医療を支える医師や看護師の確保に努めます。
- 臨床研修及び県内就業支援体制を整備し、初期臨床研修・専門研修*を受ける医師の受入の拡大及び定着対策に努めます。
- 看護師等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。

(5) 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、「第2編第1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/hokeniryous_h30list.html

第2章 東葛南部保健医療圏

■ 救命救急センター ◆ 救急基幹センター □ 救急告示病院 ○ その他の病院

- 1 □ 千葉県済生会習志野病院
- 2 □ 津田沼中央総合病院
- 3 ○ 東京湾岸リハビリテーション病院
- 4 □ 習志野第一病院
- 5 ○ 三橋病院
- 6 □ 谷津保健病院
- 7 □ 島田台総合病院
- 8 □ 勝田台病院
- 9 ○ 小池病院
- 10 ○ しのだの森ホスピタル

- 11 ○ 下総病院
- 12 ○ 新八千代病院
- 13 □ セントマーガレット病院
- 14 ■ 東京女子医科大学附属
八千代医療センター
- 15 ○ 八千代病院

- 16 ○ 八千代リハビリテーション病院
- 17 ○ 秋元病院
- 18 □ 鎌ヶ谷総合病院
- 19 ○ 第2北総病院
- 20 ○ 東邦鎌谷病院
- 21 ○ 初富保健病院
- 22 □ 青山病院



平成29年10月10日現在の開設許可等の状況に基づき県健康福祉政策課作成

第1節 圏域の現状

(1) 基本的事項

		圏 域	全 県	
構成市町村数		6市	37市16町1村	
面 積 (対全県比)		253.91km ² (4.9%)	5157.64km ²	
人 口 (人)	総 人 口 (対全県比)	1,738,624 (27.9%)	6,222,666	
	構 成 等	0～14歳	218,910	762,112
		15～64歳	1,082,432	3,779,812
		65歳～	386,460	1,584,419
		高齢化率	22.9%	25.9%
		75歳以上	165,744	695,819
		75歳以上の割合	9.8%	11.4%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、平成28年10月1日現在）
 国勢調査（総務省、平成27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

		圏 域 (人)		全 県 (人)	
出 生 数	(人口千対)	14,567	(8.3)	45,387	(7.3)
死 亡 数	(人口千対)	12,881	(7.3)	56,396	(9.0)
乳児死亡数	(出生千対)	26	(1.8)	95	(2.1)
死 産 数	(出産千対)	313	(21.0)	1,001	(21.6)
周産期死亡数	(出産千対)	69	(4.7)	188	(4.1)

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(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	4,003	228.3	16,798	269.2
心 疾 患	2,155	122.9	9,646	154.6
肺 炎	1,161	66.2	5,443	87.2
脳血管疾患	903	51.5	4,584	73.5

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(4) 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	61	3.5	4.6	H28.10.1
2	診療所数	施設	1,058	60.3	60.5	H28.10.1
3	歯科診療所数	施設	951	54.2	52.2	H28.10.1
4	薬局数	施設	587	33.6	37.7	H28.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	76	4.3	5.2	H29.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	101	5.7	5.5	H29.8.1
7	在宅療養支援病院数	施設	4	0.2	0.5	H29.8.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	3	0.2	0.2	H29.8.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	106	6.0	5.2	H29.8.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	452	25.6	28.1	H29.8.1
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	302	17.1	22.8	H29.8.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	1,116	63.2	60.0	H29.8.1
13	一般病床数 (病院)	床	8,210	468.2	568.5	H28.10.1
14	一般病床数 (診療所)	床	446	25.4	36.2	H28.10.1
15	一般病床・病床利用率 (病院)	%	72.7		73.7	H28 (年間)
16	一般病床・平均在院日数 (病院)	日	14.3		15.4	H28 (年間)
17	療養病床数 (病院)	床	2,496	142.3	168.8	H28.10.1
18	療養病床数 (診療所)	床	11	0.6	2.6	H28.10.1
19	療養病床・病床利用率 (病院)	%	90.1		87.1	H28 (年間)
20	療養病床・平均在院日数 (病院)	日	174.7		162.4	H28 (年間)
21	医療施設従事医師数	人	3,038	173.1	189.9	H28.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	1,333	75.9	81.7	H28.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	3,126	178.1	176.2	H28.12.31
24	就業看護職員数	人	13,126	748.6	894.1	H28.12.31
25	医療施設従事栄養士 (管理栄養士) 数	人	264	15.3	17.9	H26.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	1,056	61.3	64.1	H26.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	953	55.3	55.3	H26.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	449	26.1	23.7	H26.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	159	9.3	8.0	H26.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	77	4.4	6.9	H29.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	5,029	284.7	400.2	H29.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	35	2.0	2.7	H29.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	3,204	181.4	246	H29.10.1

資料：1～3、13、14、17、18 「平成28年医療施設調査」(厚生労働省)

4 「平成27年度薬務行政概要」(千葉県)

5、30、31 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 「平成28年病院報告」(厚生労働省)

21～23 「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

24 「平成28年度衛生行政報告例」(厚生労働省)

25～29 「平成28年医療施設調査」、「平成28年病院報告」(厚生労働省)

32、33 千葉県医療整備課調べ

《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	61	15.9	17.9	36.2	40.3
2	診療所数	施設	1,058	275.7	237.0	627.1	532.6
3	歯科診療所数	施設	951	247.8	204.2	563.7	459.0
4	薬局数	施設	587	151.9	149.3	354.2	339.9
5	訪問看護ステーション数	施設	76	19.4	19.8	47.9	48.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	101	25.7	21.0	63.6	50.9
7	在宅療養支援病院数	施設	4	1.0	2.0	2.5	4.9
8	在宅療養後方支援病院数	施設	3	0.8	0.8	1.9	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	106	27.0	20.0	66.8	48.4
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	452	115.2	107.7	284.7	260.9
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	302	77.0	87.5	190.2	212.0
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	1,116	284.4	229.9	703.0	556.9
13	一般病床数（病院）	床	8,210	2,139.5	2,225.2	4,866.5	5,000.9
14	一般病床数（診療所）	床	446	116.2	141.7	264.4	318.4
15	療養病床数（病院）	床	2,496	650.5	660.9	1,479.5	1,485.2
16	療養病床数（診療所）	床	11	2.9	10.2	6.5	22.8
17	医療施設従事医師数	人	3,038	779.1	725.9	1,723.4	1,605.3
18	医療施設従事歯科医師数	人	1,333	341.9	312.3	756.2	690.6
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	3,126	801.7	673.5	1,773.3	1,489.2
20	就業看護職員数	人	13,126	3,366.2	3,417.8	7,446.2	7,557.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	264	70.8	71.7	166.3	164.6
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	1,056	283.3	256.8	665.3	589.8
23	医療施設従事理学療法士数	人	953	255.6	221.7	600.2	509.3
24	医療施設従事作業療法士数	人	449	120.5	95.1	283.0	218.5
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	159	42.7	32.1	100.3	73.7
26	介護老人福祉施設数	施設	77	19.6	26.4	42.8	57.4
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	5,029	1,281.6	1,534.6	2,794.4	3,337.0
28	介護老人保健施設数	施設	35	8.9	10.3	19.4	22.4
29	介護老人保健施設入所定員数	人	3,204	816.5	944	1,780.3	2,052

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。

1～3、13～16 平成28年4月1日

4、21～25 平成27年4月1日

5～12、26～29 平成29年4月1日

17～20 平成29年1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	8,442	6.7	24.4	49.9	H28.10.1
診療所数	施設	101,529	80.0	293.5	600.4	H28.10.1
歯科診療所数	施設	68,940	54.3	199.3	407.7	H28.10.1
薬局数	施設	58,678	46.2	169.6	347.0	H29.3.31
訪問看護ステーション数	施設	9,525	7.5	27.5	56.3	H28.10.1
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	52,492	41.4	151.7	310.4	H28.10.1
回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	75,433	59.4	225.4	467.8	H27.7.1
一般病床数（病院）	床	891,398	702.3	2,576.9	5,271.7	H28.10.1
一般病床数（診療所）	床	93,545	73.7	270.4	553.2	H28.10.1
療養病床数（病院）	床	328,161	258.5	948.7	1,940.7	H28.10.1
療養病床数（診療所）	床	9,906	7.8	28.6	58.6	H28.10.1
医療施設従事医師数	人	304,759	240.1	881.0	1,802.3	H28.12.31
医療施設従事歯科医師数	人	101,551	80.0	293.6	600.6	H28.12.31
薬局・医療施設従事薬剤師数	人	230,186	181.3	665.4	1,361.3	H28.12.31
就業看護職員数	人	1,559,562	1,228.6	4,508.4	9,223.3	H28.12.31

(5) 患者動向

	病院入院患者数 (対全県比)	人口10万対
圏域内住民	10,708 (23.0%)	621.8
全 県	46,507	744.8

資料：患者数—千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

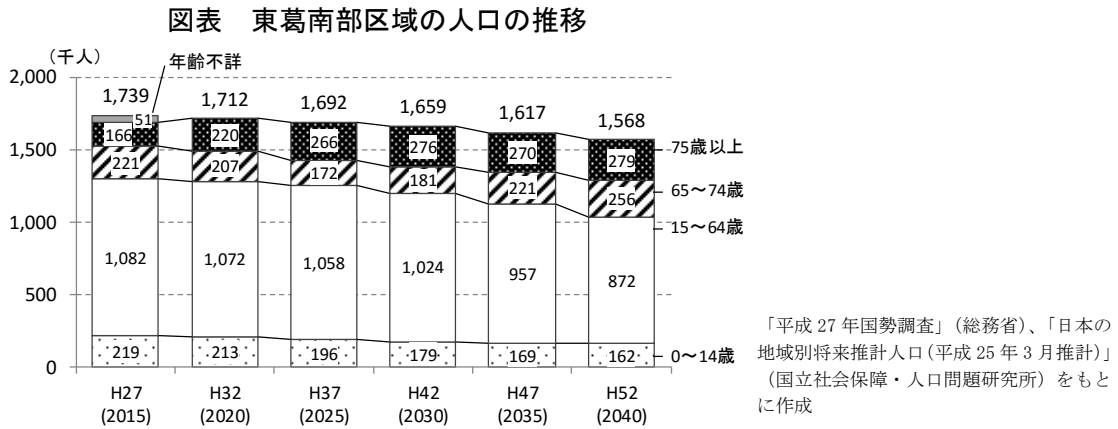
人口—千葉県年齢別・町丁字別人口調査（千葉県、平成26年4月1日現在）

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 患者の住所地（医療圏別）	
東葛南部保健医療圏	75.2%	東葛南部保健医療圏	68.2%
県 外	9.7%	県 外	12.8%
千葉保健医療圏	5.1%	印旛保健医療圏	6.4%
東葛北部保健医療圏	4.8%	東葛北部保健医療圏	6.2%
そ の 他	5.2%	そ の 他	6.4%

資料：千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

第2節 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（東葛南部区域）

（1）人口の推移

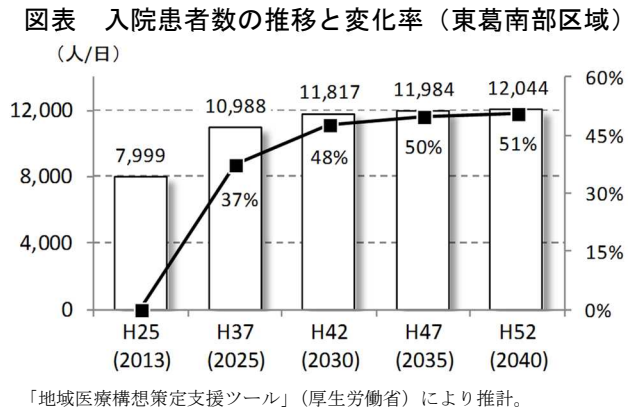


総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年から平成37年にかけて61%・101千人増加すると見込まれます。

（2）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年度から平成37年にかけて37%・2,989人/日の増加が見込まれます。

その後も増加を続け、平成52年には51%・4,045人/日増加すると見込まれます。



（3）4機能別の医療提供体制

図表 4機能別の医療提供体制（東葛南部区域）

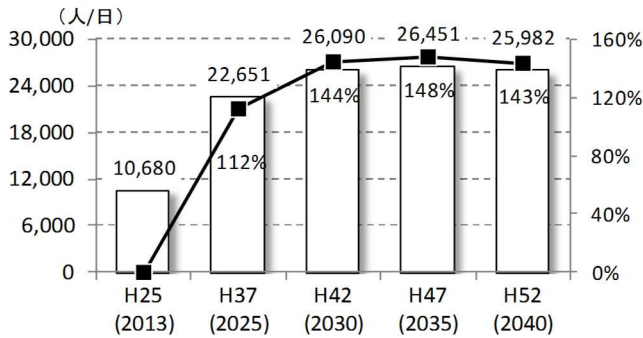
（単位：床）

医療機能	必要病床数 (H37) A	28年度 病床機能報告 (H28.7.1) B	差引 B-A	28年度 病床機能報告 (H34.7.1) C	差引 C-A	今後整備が 予定される 病床数等 D
高度急性期	1,376	1,671	295	1,600	224	
急性期	4,783	5,671	888	5,802	1,077	
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

「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。

(4) 在宅医療等需要の推移

図表 在宅医療等需要推移と変化率（東葛南部区域）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から平成37年にかけて112%・11,971人/日の増加が見込まれます。

平成47年にはピークを迎え、148%・15,771人/日の増加が見込まれます。

(5) 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

- 千葉、東葛北部、印旛等の隣接区域や東京都との入院患者の流出入がみられる区域です。平成28年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と平成37年の必要病床数*を比較すると、回復期*及び慢性期が不足し、高度急性期及び急性期*が過剰となることが見込まれます。
- 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、必要病床数の確保を図ります。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。

第3節 東葛南部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、社会福祉法人恩賜財団済生会千葉県済生会習志野病院、東京女子医科大学附属八千代医療センター、船橋市立医療センター、国立研究開発法人国立国際医療研究センター国府台病院及び東京歯科大学市川総合病院の5つです。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*として船橋市立医療センター、東京歯科大学市川総合病院、及び順天堂大学医学部附属浦安病院が、地域リハビリテーション広域支援センター*として新八千代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、基幹病院として3病院、救急輪番病院・措置輪番病院として6病院が行っています。
身体合併症治療については、引き続き精神科病棟での身体合併症治療が可能な救命救急センター*を有する病院又は二次救急医療機関に協力いただくとともに、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の増加に努めます。
この地域は、比較的医療機関が点在していますが、今後、更なる体制の整備を図ります。
- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、千葉病院及び八千代病院が中心となり、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。
- 在宅医療に関する資源は充実していますが、今後は在宅医療の需要が大きく増加すると見込まれます。また、退院支援を実施している医療機関数が全県平均（65

歳以上人口10万対)よりやや少ない地域です。そのため、訪問診療*実施診療所・病院数を244施設、訪問看護ステーション*を93施設とする増加目標を置くなど、在宅医療に係る資源の拡充と連携を促進するとともに、介護・福祉サービスを担う市との連携を図り、市の圏域を基本として、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東京ベイ・浦安市川医療センターに4床、船橋中央病院に4床、結核病床を国際医療福祉大学市川病院に45床、結核モデル病床*を東京女子医科大学附属八千代医療センターに2床整備しています。また、エイズ治療拠点病院*として、順天堂大学医学部附属浦安病院を指定していますが、県内で最もHIV*感染者、エイズ患者が多い地域であるため、今後、関係機関と更なる連携を図ります。
- 難病対策として、順天堂大学医学部附属浦安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船橋市立医療センター、東京女子医科大学附属八千代医療センター、順天堂大学医学部附属浦安病院について、医療提供体制の充実を図ります。
また、三次救急医療機関を補完する機能を持つ「救急基幹センター*」である東京ベイ・浦安市川医療センターに対し、引き続き助成する等、医療提供体制の充実を図ります。
- 小児救急医療体制
夜間、休日における小児の初期、二次の急病患者を受け入れる体制を確保するため、小児初期救急センター*や病院群輪番制方式による医療体制の整備に対し助成をします。
また、重篤な小児患者の救命率向上を図るため、小児集中治療室*を整備する東京女子医科大学附属八千代医療センターに対し助成する等、小児救急医療体制の充実を図るほか、小児救命集中治療ネットワーク*の連携を強化します。
- 周産期*救急医療体制
総合周産期母子医療センター*である東京女子医科大学附属八千代医療センター及び地域周産期母子医療センター*である船橋中央病院及び順天堂大学医学部附属浦安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*の連携を強化します。

○ 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、「ちば医療なび*」、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救護活動を円滑に実施するために市が設置した救護本部の活動支援や広域的対策に係る調整、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（地域災害拠点病院*）となる、船橋市立医療センター、東京女子医科大学附属八千代医療センター、東京歯科大学市川総合病院、順天堂大学医学部附属浦安病院、東京ベイ・浦安市川医療センター及び千葉県済生会習志野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）*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、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）保健・医療従事者の養成確保

- 地域医療を支える医師や看護師の確保に努めます。
- 地域への定着が期待される初期臨床研修・専門研修*を受ける医師の受入の拡大に努めます。
- 看護師等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。

（5）循環型地域医療連携システム

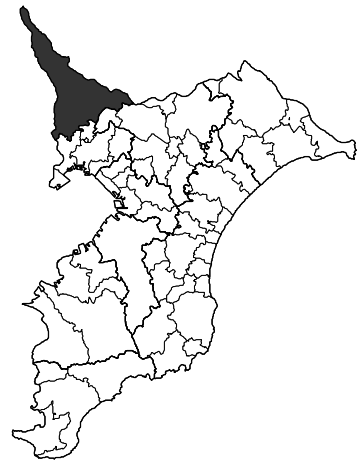
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、「第2編第1章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

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>

第3章 東葛北部保健医療圏



- | | |
|----------------------|---------------------|
| 31 □ 平和台病院 | 44 □ 辻仲病院柏の葉 |
| 32 □ おおたかの森病院 | 45 ○ 手賀沼病院 |
| 33 □ 岡田病院 | 46 ■ 東京慈恵会医科大学附属柏病院 |
| 34 □ 柏厚生総合病院 | 47 □ 名戸ヶ谷病院 |
| 35 □ 柏市立柏病院 | 48 ○ 初石病院 |
| 36 ○ 柏南病院 | 49 □ 深町病院 |
| 37 ○ 北柏リハビリ総合病院 | 50 ○ 江戸川病院 |
| 38 ○ 巻石堂病院 | 51 ○ 岡田病院 |
| 39 ○ 東葛医療福祉センター光陽園 | 52 □ キッコーマン総合病院 |
| 40 ○ 国立がん研究センター東病院 | 53 ○ 木野崎病院 |
| 41 ○ 聖光ヶ丘病院 | 54 □ 小張総合病院 |
| 42 ○ 千葉・柏リハビリテーション病院 | 55 ○ 野田中央病院 |
| 43 □ 柏たなか病院 | 56 □ 野田病院 |
| | 57 ○ 東葛飾病院 |

平成29年10月10日現在の開設許可等の状況に基づき県健康福祉政策課作成

第1節 圏域の現状

(1) 基本的事項

		圏 域	全 県	
構成市町村数		5市	37市16町1村	
面 積 (対全県比)		358.14km ² (6.9%)	5157.64km ²	
人 口 (人)	総 人 口 (対全県比)	1,356,996 (21.8%)	6,222,666	
	構 成 等	0～14歳	168,713	762,112
		15～64歳	826,962	3,779,812
		65歳～	343,065	1,584,419
		高齢化率	25.6%	25.9%
		75歳以上	146,900	695,819
		75歳以上の割合	11.0%	11.4%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、平成28年10月1日現在）
国勢調査（総務省、平成27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

		圏 域 (人)		全 県 (人)	
出 生 数	(人口千対)	10,358	(7.6)	45,387	(7.3)
死 亡 数	(人口千対)	11,196	(8.2)	56,396	(9.0)
乳児死亡数	(出生千対)	16	(1.5)	95	(2.1)
死 産 数	(出産千対)	221	(20.9)	1,001	(21.6)
周産期死亡数	(出産千対)	45	(4.3)	188	(4.1)

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(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	3,524	257.8	16,798	269.2
心 疾 患	1,812	132.5	9,646	154.6
肺 炎	1,100	80.5	5,443	87.2
脳血管疾患	836	61.2	4,584	73.5

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(4) 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	57	4.2	4.6	H28.10.1
2	診療所数	施設	769	56.2	60.5	H28.10.1
3	歯科診療所数	施設	718	52.5	52.2	H28.10.1
4	薬局数	施設	451	33.0	37.7	H28.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	76	5.5	5.2	H29.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	91	6.6	5.5	H29.8.1
7	在宅療養支援病院数	施設	5	0.4	0.5	H29.8.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	4	0.3	0.2	H29.8.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	110	8.0	5.2	H29.8.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	369	26.8	28.1	H29.8.1
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	290	21.1	22.8	H29.8.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	741	53.8	60.0	H29.8.1
13	一般病床数 (病院)	床	7,881	576.5	568.5	H28.10.1
14	一般病床数 (診療所)	床	362	26.5	36.2	H28.10.1
15	一般病床・病床利用率 (病院)	%	79.4		73.7	H28 (年間)
16	一般病床・平均在院日数 (病院)	日	14.6		15.4	H28 (年間)
17	療養病床数 (病院)	床	1,468	107.4	168.8	H28.10.1
18	療養病床数 (診療所)	床	29	2.1	2.6	H28.10.1
19	療養病床・病床利用率 (病院)	%	88.4		87.1	H28 (年間)
20	療養病床・平均在院日数 (病院)	日	145.7		162.4	H28 (年間)
21	医療施設従事医師数	人	2,363	172.1	189.9	H28.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	1,364	99.3	81.7	H28.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	2,415	175.9	176.2	H28.12.31
24	就業看護職員数	人	11,793	862.6	894.1	H28.12.31
25	医療施設従事栄養士 (管理栄養士) 数	人	252	18.7	17.9	H26.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	992	73.6	64.1	H26.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	709	52.6	55.3	H26.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	331	24.5	23.7	H26.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	125	9.3	8.0	H26.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	84	6.1	6.9	H29.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	5,213	378.5	400.2	H29.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	31	2.3	2.7	H29.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	3,137	227.8	246	H29.10.1

資料：1～3、13、14、17、18 「平成28年医療施設調査」(厚生労働省)

4 「平成27年度薬務行政概要」(千葉県)

5、30、31 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 「平成28年病院報告」(厚生労働省)

21～23 「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

24 「平成28年度衛生行政報告例」(厚生労働省)

25～29 「平成28年医療施設調査」、「平成28年病院報告」(厚生労働省)

32、33 千葉県医療整備課調べ

《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	57	16.6	17.9	38.1	40.3
2	診療所数	施設	769	223.3	237.0	513.4	532.6
3	歯科診療所数	施設	718	208.5	204.2	479.4	459.0
4	薬局数	施設	451	131.5	149.3	307.0	339.9
5	訪問看護ステーション数	施設	76	21.5	19.8	54.1	48.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	91	25.8	21.0	64.7	50.9
7	在宅療養支援病院数	施設	5	1.4	2.0	3.6	4.9
8	在宅療養後方支援病院数	施設	4	1.1	0.8	2.8	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	110	31.2	20.0	78.3	48.4
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	369	104.5	107.7	262.5	260.9
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	290	82.2	87.5	206.3	212.0
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	741	209.9	229.9	527.2	556.9
13	一般病床数（病院）	床	7,881	2,288.4	2,225.2	5,261.5	5,000.9
14	一般病床数（診療所）	床	362	105.1	141.7	241.7	318.4
15	療養病床数（病院）	床	1,468	426.3	660.9	980.1	1,485.2
16	療養病床数（診療所）	床	29	8.4	10.2	19.4	22.8
17	医療施設従事医師数	人	2,363	673.7	725.9	1,504.5	1,605.3
18	医療施設従事歯科医師数	人	1,364	388.9	312.3	868.4	690.6
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	2,415	688.5	673.5	1,537.6	1,489.2
20	就業看護職員数	人	11,793	3,362.3	3,417.8	7,508.3	7,557.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	252	75.7	71.7	179.4	164.6
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	992	297.6	256.8	705.8	589.8
23	医療施設従事理学療法士数	人	709	212.7	221.7	504.5	509.3
24	医療施設従事作業療法士数	人	331	99.2	95.1	235.1	218.5
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	125	37.4	32.1	88.8	73.7
26	介護老人福祉施設数	施設	84	23.8	26.4	52.5	57.4
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	5,213	1,476.9	1,534.6	3,255.2	3,337.0
28	介護老人保健施設数	施設	31	8.8	10.3	19.4	22.4
29	介護老人保健施設入所定員数	人	3,137	888.8	944	1,958.8	2,052

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。

1～3、13～16	平成28年4月1日
4、21～25	平成27年4月1日
5～12、26～29	平成29年4月1日
17～20	平成29年1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	8,442	6.7	24.4	49.9	H28.10.1
診療所数	施設	101,529	80.0	293.5	600.4	H28.10.1
歯科診療所数	施設	68,940	54.3	199.3	407.7	H28.10.1
薬局数	施設	58,678	46.2	169.6	347.0	H29.3.31
訪問看護ステーション数	施設	9,525	7.5	27.5	56.3	H28.10.1
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	52,492	41.4	151.7	310.4	H28.10.1
回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	75,433	59.4	225.4	467.8	H27.7.1
一般病床数（病院）	床	891,398	702.3	2,576.9	5,271.7	H28.10.1
一般病床数（診療所）	床	93,545	73.7	270.4	553.2	H28.10.1
療養病床数（病院）	床	328,161	258.5	948.7	1,940.7	H28.10.1
療養病床数（診療所）	床	9,906	7.8	28.6	58.6	H28.10.1
医療施設従事医師数	人	304,759	240.1	881.0	1,802.3	H28.12.31
医療施設従事歯科医師数	人	101,551	80.0	293.6	600.6	H28.12.31
薬局・医療施設従事薬剤師数	人	230,186	181.3	665.4	1,361.3	H28.12.31
就業看護職員数	人	1,559,562	1,228.6	4,508.4	9,223.3	H28.12.31

(5) 患者動向

	病院入院患者数 (対全県比)	人口10万対
圏域内住民	9,832 (21.1%)	727.9
全 県	46,507	744.8

資料：患者数—千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

人口—千葉県年齢別・町丁字別人口調査（千葉県、平成26年4月1日現在）

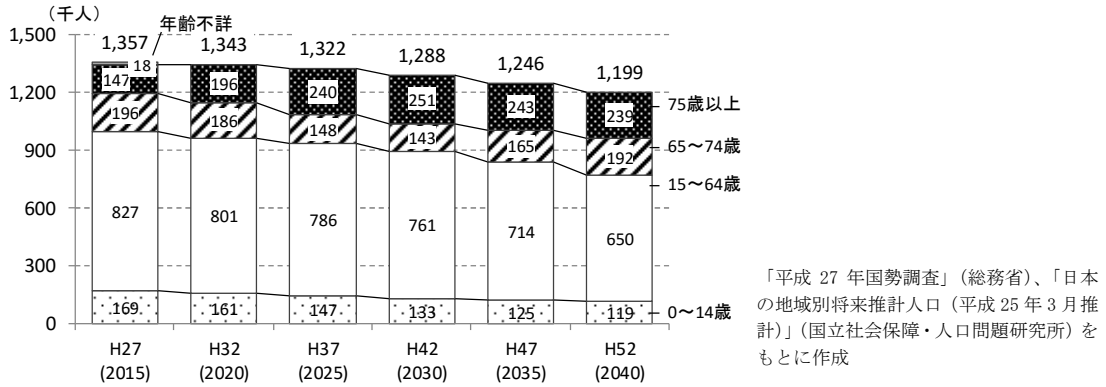
圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の住所地（医療圏別）	
東葛北部保健医療圏	74.6%	東葛北部保健医療圏	74.9%
県 外	15.1%	県 外	17.2%
東葛南部保健医療圏	7.5%	東葛南部保健医療圏	5.3%
印旛保健医療圏	1.5%	印旛保健医療圏	1.8%
そ の 他	1.3%	そ の 他	0.8%

資料：千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

第2節 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（東葛北部区域）

（1）人口の推移

図表 東葛北部区域の人口の推移



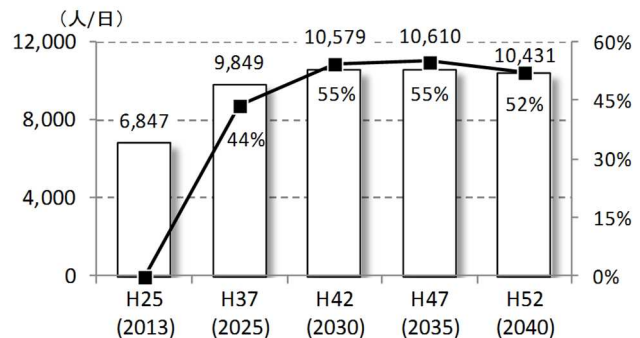
総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年から平成37年にかけて63%・93千人増加すると見込まれます。

（2）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年度から平成37年にかけて44%・3,002人/日の増加が見込まれます。

その後、平成47年にピークを迎え、55%・3,763人/日増加すると見込まれます。

図表 入院患者数の推移と変化率（東葛北部区域）



（3）4機能別の医療提供体制

図表 4機能別の医療提供体制（東葛北部区域）

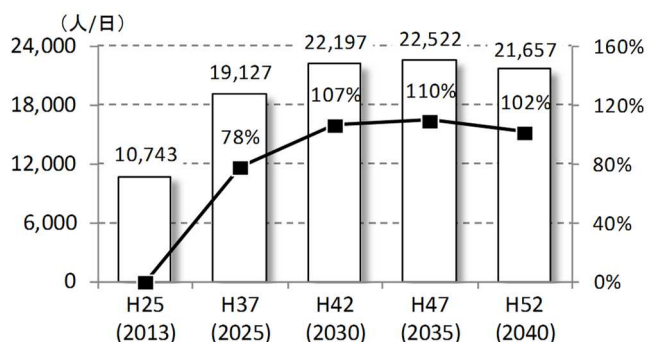
（単位：床）

医療機能	必要病床数 (H37) A	28年度 病床機能報告 (H28.7.1) B	差引 B-A	28年度 病床機能報告 (H34.7.1) C	差引 C-A	今後整備が 予定される 病床数等 D
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

「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。

(4) 在宅医療等需要の推移

図表 在宅医療等需要の推移と変化率（東葛北部区域）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から平成37年にかけて78%・8,384人/日の増加が見込まれます。

平成47年にはピークを迎え、110%・11,779人/日の増加が見込まれます。

(5) 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

- 東葛南部、印旛等の隣接区域や東京都、埼玉県、茨城県等の県外との入院患者の流出入がみられる区域です。平成28年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と平成37年の必要病床数*を比較すると、高度急性期、回復期*及び慢性期は不足し、急性期*は過剰となることが見込まれます。
- 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、必要病床数の確保を図ります。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。

第3節 東葛北部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、松戸市立総合医療センター、東京慈恵会医科大学附属柏病院の2つです。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*として東京慈恵会医科大学附属柏病院及び松戸市立総合医療センターが、地域リハビリテーション広域支援センター*として旭神経内科リハビリテーション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5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の増加に努めます。
この地域は、人口に比して精神科急性期治療病床が少ないため、今後、更なる体制の整備を図ります。
- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、旭神経内科リハビリテーション病院及び北柏リハビリ総合病院が中心となり、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。
- 在宅医療に関する資源が充実していますが、今後は在宅医療の需要が大きく増加すると見込まれます。また、退院支援を実施している医療機関数は全県平均（65歳以上人口10万対）とほぼ同水準の地域です。そのため、訪問診療*実施診療所・病院数を187施設、訪問看護ステーション*を78施設とする増加目標を置くなど、在宅医療に係る資源の拡充と連携を促進するとともに、介護・福祉サービスを

- 担う市との連携を図り、市の圏域を基本として、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松戸市立総合医療センターに8床、結核モデル病床*を東葛病院に1床、初石病院に2床、小張総合病院に2床、整備しています。また、エイズ治療拠点病院*として、東葛病院、東京慈恵会医科大学附属柏病院、新松戸中央総合病院の3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、東京慈恵会医科大学附属柏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松戸市立総合医療センター、東京慈恵会医科大学附属柏病院について、医療提供体制の充実を図ります。
- 小児救急医療体制
夜間、休日における小児の初期の急病患者を受け入れる小児初期救急センターが整備されています。
また、重篤な小児患者の救命率向上を図るため、小児集中治療室*を整備する松戸市立総合医療センターに対し助成する等、小児救急医療体制の充実を図るほか、小児救命集中治療ネットワーク*の連携を強化します。
- 周産期*救急医療体制
地域周産期母子医療センター*である松戸市立総合医療センター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*の連携を強化します。
- 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、「ちば医療なび*」、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など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救護活動を円滑に実施するために市が設置した救護本部の活動支援や広域的対策に係る調整、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（地域災害拠点病院*）となる、松戸市立総合医療センター、東京慈恵医科大学附属柏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）*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、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）保健・医療従事者の養成確保

- 地域医療を支える医師や看護師の確保に努めます。
- 地域への定着が期待される初期臨床研修・専門研修*を受ける医師の受入の拡大に努めます。
- 看護師等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。

（５）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、「第2編第1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/hokeniryou_h30list.html

第4章 印旛保健医療圏



- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1 □ 白井聖仁会病院 | 16 □ 国立病院機構下志津病院 |
| 2 □ 成田富里徳洲会病院 | 17 □ 大日病院 |
| 3 □ 印西総合病院 | 18 ○ 四街道さくら病院 |
| 4 ○ 聖マリア記念病院 | 19 □ 四街道徳洲会病院 |
| 5 ○ 大栄病院 | 20 □ 海保病院 |
| 6 ■ 成田赤十字病院 | 21 ○ 長谷川病院 |
| 7 □ 成田病院 | 22 ○ 南八街病院 |
| 8 ○ 成田リハビリテーション病院 | 23 □ 八街総合病院 |
| 9 ○ 佐倉厚生園病院 | 24 ○ 西佐倉印西病院 |
| 10 ○ 佐倉整形外科病院 | 25 ■ 日本医科大学千葉北総病院 |
| 11 □ 佐倉中央病院 | 26 □ 千葉白井病院 |
| 12 □ 聖隷佐倉市民病院 | 27 □ 北総白井病院 |
| 13 □ 東邦大学医療センター佐倉病院 | 28 ○ 中沢病院 |
| 14 ○ 南ヶ丘病院 | 29 □ 日吉台病院 |
| 15 □ 栗山中央病院 | 30 □ 北総栄病院 |

平成29年10月10日現在の開設許可等の状況に基づき県健康福祉政策課作成

第1節 圏域の現状

(1) 基本的事項

		圏域	全県	
構成市町村数		7市2町	37市16町1村	
面積 (対全県比)		691.66km ² (13.4%)	5157.64km ²	
人口 (人)	総人口 (対全県比)	710,071 (11.4%)	6,222,666	
	構成等	0~14歳	92,268	762,112
		15~64歳	435,858	3,779,812
		65歳~	177,949	1,584,419
		高齢化率	25.2%	25.9%
		75歳以上	71,877	695,819
		75歳以上の割合	10.2%	11.4%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、平成28年10月1日現在）
 国勢調査（総務省、平成27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

		圏域（人）		全県（人）	
出生数	（人口千対）	4,883	（6.9）	45,387	（7.3）
死亡数	（人口千対）	6,217	（8.7）	56,396	（9.0）
乳児死亡数	（出生千対）	14	（2.9）	95	（2.1）
死産数	（出産千対）	111	（22.2）	1,001	（21.6）
周産期死亡数	（出産千対）	22	（4.5）	188	（4.1）

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(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	1,819	255.4	16,798	269.2
心疾患	1,113	156.3	9,646	154.6
肺炎	664	93.2	5,443	87.2
脳血管疾患	527	74.0	4,584	73.5

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(4) 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	29	4.1	4.6	H28.10.1
2	診療所数	施設	401	56.3	60.5	H28.10.1
3	歯科診療所数	施設	344	48.3	52.2	H28.10.1
4	薬局数	施設	286	39.5	37.7	H28.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	23	3.2	5.2	H29.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	27	3.8	5.5	H29.8.1
7	在宅療養支援病院数	施設	4	0.6	0.5	H29.8.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	2	0.3	0.2	H29.8.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	29	4.1	5.2	H29.8.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	190	26.6	28.1	H29.8.1
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	126	17.6	22.8	H29.8.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	371	51.9	60.0	H29.8.1
13	一般病床数 (病院)	床	4,152	582.9	568.5	H28.10.1
14	一般病床数 (診療所)	床	286	40.2	36.2	H28.10.1
15	一般病床・病床利用率 (病院)	%	73.8		73.7	H28 (年間)
16	一般病床・平均在院日数 (病院)	日	17.1		15.4	H28 (年間)
17	療養病床数 (病院)	床	1,328	186.5	168.8	H28.10.1
18	療養病床数 (診療所)	床	24	3.4	2.6	H28.10.1
19	療養病床・病床利用率 (病院)	%	86.6		87.1	H28 (年間)
20	療養病床・平均在院日数 (病院)	日	202.6		162.4	H28 (年間)
21	医療施設従事医師数	人	1,255	172.7	189.9	H28.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	448	61.7	81.7	H28.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	1,237	170.3	176.2	H28.12.31
24	就業看護職員数	人	6,157	864.4	894.1	H28.12.31
25	医療施設従事栄養士 (管理栄養士) 数	人	102	14.5	17.9	H26.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	410	57.9	64.1	H26.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	265	37.4	55.3	H26.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	99	13.9	23.7	H26.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	25	3.6	8.0	H26.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	57	8.0	6.9	H29.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	3,248	454.4	400.2	H29.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	20	2.8	2.7	H29.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	1,773	248.1	246	H29.10.1

資料：1～3、13、14、17、18 「平成28年医療施設調査」(厚生労働省)

4 「平成27年度薬務行政概要」(千葉県)

5、30、31 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 「平成28年病院報告」(厚生労働省)

21～23 「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

24 「平成28年度衛生行政報告例」(厚生労働省)

25～29 「平成28年医療施設調査」、「平成28年病院報告」(厚生労働省)

32、33 千葉県医療整備課調べ

《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	29	15.9	17.9	39.3	40.3
2	診療所数	施設	401	220.5	237.0	543.3	532.6
3	歯科診療所数	施設	344	189.2	204.2	466.0	459.0
4	薬局数	施設	286	160.7	149.3	397.9	339.9
5	訪問看護ステーション数	施設	23	12.2	19.8	33.1	48.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	27	14.4	21.0	38.8	50.9
7	在宅療養支援病院数	施設	4	2.1	2.0	5.7	4.9
8	在宅療養後方支援病院数	施設	2	1.1	0.8	2.9	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	29	15.4	20.0	41.7	48.4
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	190	101.0	107.7	273.1	260.9
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	126	67.0	87.5	181.1	212.0
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	371	197.3	229.9	533.2	556.9
13	一般病床数（病院）	床	4,152	2,283.1	2,225.2	5,624.9	5,000.9
14	一般病床数（診療所）	床	286	157.3	141.7	387.5	318.4
15	療養病床数（病院）	床	1,328	730.2	660.9	1,799.1	1,485.2
16	療養病床数（診療所）	床	24	13.2	10.2	32.5	22.8
17	医療施設従事医師数	人	1,255	673.7	725.9	1,624.3	1,605.3
18	医療施設従事歯科医師数	人	448	240.5	312.3	579.8	690.6
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	1,237	664.0	673.5	1,601.0	1,489.2
20	就業看護職員数	人	6,157	3,305.1	3,417.8	7,968.7	7,557.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	102	58.6	71.7	147.2	164.6
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	410	234.7	256.8	589.6	589.8
23	医療施設従事理学療法士数	人	265	151.5	221.7	380.6	509.3
24	医療施設従事作業療法士数	人	99	56.4	95.1	141.7	218.5
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	25	14.5	32.1	36.5	73.7
26	介護老人福祉施設数	施設	57	30.3	26.4	72.4	57.4
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	3,248	1,727.0	1,534.6	4,124.3	3,337.0
28	介護老人保健施設数	施設	20	10.6	10.3	25.4	22.4
29	介護老人保健施設入所定員数	人	1,773	942.7	944	2,251.4	2,052

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。

1～3、13～16	平成28年4月1日
4、21～25	平成27年4月1日
5～12、26～29	平成29年4月1日
17～20	平成29年1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	8,442	6.7	24.4	49.9	H28.10.1
診療所数	施設	101,529	80.0	293.5	600.4	H28.10.1
歯科診療所数	施設	68,940	54.3	199.3	407.7	H28.10.1
薬局数	施設	58,678	46.2	169.6	347.0	H29.3.31
訪問看護ステーション数	施設	9,525	7.5	27.5	56.3	H28.10.1
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	52,492	41.4	151.7	310.4	H28.10.1
回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	75,433	59.4	225.4	467.8	H27.7.1
一般病床数（病院）	床	891,398	702.3	2,576.9	5,271.7	H28.10.1
一般病床数（診療所）	床	93,545	73.7	270.4	553.2	H28.10.1
療養病床数（病院）	床	328,161	258.5	948.7	1,940.7	H28.10.1
療養病床数（診療所）	床	9,906	7.8	28.6	58.6	H28.10.1
医療施設従事医師数	人	304,759	240.1	881.0	1,802.3	H28.12.31
医療施設従事歯科医師数	人	101,551	80.0	293.6	600.6	H28.12.31
薬局・医療施設従事薬剤師数	人	230,186	181.3	665.4	1,361.3	H28.12.31
就業看護職員数	人	1,559,562	1,228.6	4,508.4	9,223.3	H28.12.31

(5) 患者動向

	病院入院患者数 (対全県比)	人口10万対
圏域内住民	5,438 (11.7%)	752.4
全 県	46,507	744.8

資料：患者数—千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

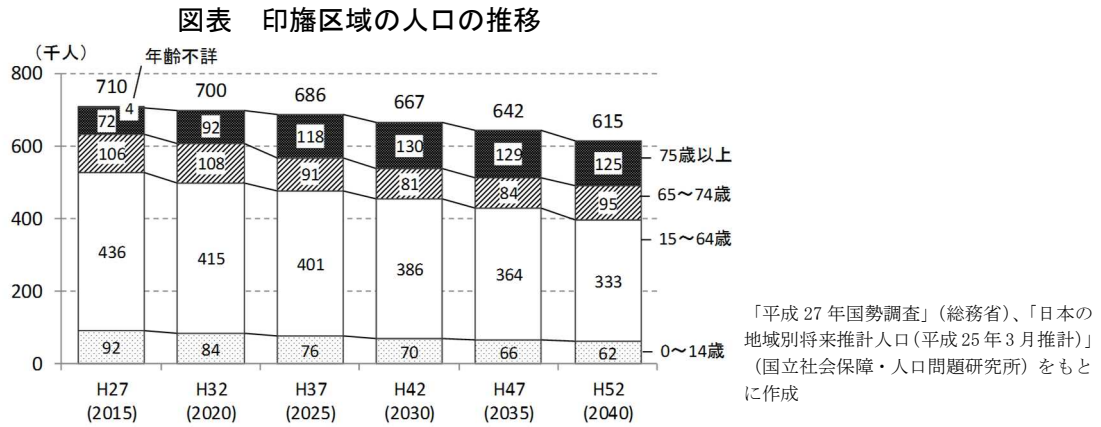
人口—千葉県年齢別・町丁字別人口調査（千葉県、平成26年4月1日現在）

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 患者の住所地（医療圏別）	
印旛保健医療圏	64.3%	印旛保健医療圏	63.1%
東葛南部保健医療圏	14.0%	県 外	9.6%
千葉保健医療圏	9.2%	東葛南部保健医療圏	7.7%
県 外	5.1%	香取海匝保健医療圏	6.7%
そ の 他	7.4%	そ の 他	12.9%

資料：千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

第2節 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（印旛区域）

（1）人口の推移



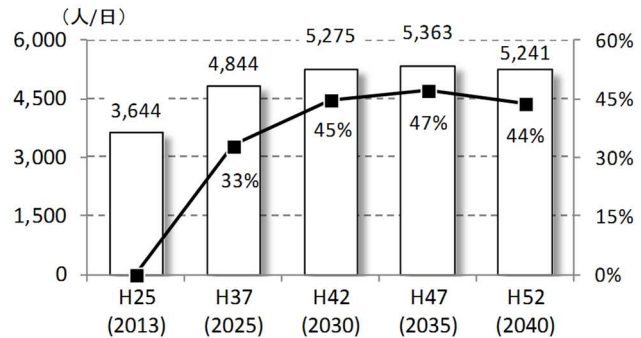
総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年から平成37年にかけて64%・46千人増加すると見込まれます。

（2）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年度から平成37年にかけて33%・1,200人/日の増加が見込まれます。

その後、平成47年にピークを迎え、47%・1,719人/日増加すると見込まれます。

図表 入院患者数の推移と変化率（印旛区域）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

（3）4機能別の医療提供体制

図表 4機能別の医療提供体制（印旛区域）

（単位：床）

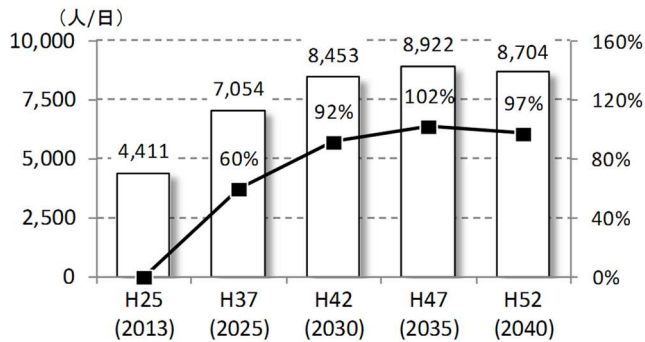
医療機能	必要病床数 (H37) A	28年度 病床機能報告 (H28.7.1) B	差引 B-A	28年度 病床機能報告 (H34.7.1) C	差引 C-A	今後整備が 予定される 病床数等 D
高度急性期	594	544	▲ 50	1,092	498	
急性期	1,947	2,861	914	2,271	324	
回復期	1,625	336	▲ 1,289	477	▲ 1,148	
慢性期	1,382	1,583	201	1,512	130	
休棟等	-	47		3		
計	5,548	5,371	▲ 177	5,355	▲ 193	700

「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ないに至らなかった病床数と、
 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。

(4) 在宅医療等需要の推移

図表 在宅医療等需要の推移と変化率（印旛区域）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から平成37年度にかけて60%・2,643人/日の増加が見込まれます。

平成47年にはピークを迎え、102%・4,511人/日の増加が見込まれます。

(5) 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

- 千葉、東葛南部、東葛北部、香取海匝等の隣接区域や東京都、茨城県との入院患者の流出入がみられる区域です。平成28年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数に今後整備が予定される病床等の状況を加味した病床数と、平成37年の必要病床数*を比較すると、回復期*は不足し、高度急性期、急性期*及び慢性期は過剰となることが見込まれます。
- 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、必要病床数の確保を図ります。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。

第3節 印旛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、成田赤十字病院及び東邦大学医療センター佐倉病院の2つです。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*として日本医科大学千葉北総病院が、地域リハビリテーション広域支援センター*として成田赤十字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、基幹病院として1病院、救急輪番病院・措置輪番病院として2病院が行っています。

身体合併症治療については、引き続き精神科病棟での身体合併症治療が可能な救命救急センター*を有する病院又は二次救急医療機関に協力いただくとともに、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の増加に努めます。

この地域は、人口に比して精神科急性期治療病床が少ないため、今後、更なる体制の整備を図ります。

- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、東邦大学医療センター佐倉病院が中心となり、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。
- 訪問診療*実施診療所・病院や訪問看護事業所など在宅医療に関する資源については、全県平均（65歳以上人口10万対）より比較的少なく、退院支援を実施している医療機関数は、ほぼ同水準の地域です。そのため、訪問診療実施診療所・病院数を122施設、訪問看護ステーション*を37施設とする増加目標を置くなど、在宅医療機関の拡充と連携を促進するとともに、介護・福祉サービスを担う市町と

の連携を図り、市町の圏域を基本としながら、地域の医療・介護資源の状況を踏まえて、在宅医療の体制整備を進めます。

- 感染症については、成田赤十字病院に特定感染症指定病床を2床、第一種感染症指定病床を1床、第二種感染症指定病床を4床整備しています。また、エイズ治療拠点病院*としても、同病院を指定しており、千葉県の感染症対策の拠点となっています。結核モデル病床*については、日本医科大学千葉北総病院に2床整備しています。今後、関係機関と更なる連携を図ります。
- 難病対策として、成田赤十字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。
- 開設が予定されている国際医療福祉大学成田病院については、今後、その役割や地域の医療機関との連携等について、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議等で協議し、検討していきます。

(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成田赤十字病院及び日本医科大学千葉北総病院について、医療提供体制の充実を図ります。
また、医師が現場に急行して速やかに治療を開始するとともに、患者を医療機関に迅速に収容することにより、救命率の向上等を図るドクターヘリ*について、効率的な利用の促進を図ります。
- 小児救急医療体制
夜間、休日における小児の初期、二次の急病患者を受け入れる体制を確保するため、小児初期救急センター*や病院郡輪番制方式による医療体制の整備に対し助成する等、小児救急医療体制の充実を図るほか、小児救命集中治療ネットワーク*の連携を強化します。
- 周産期*救急医療体制
地域周産期母子医療センター*である東邦大学医療センター佐倉病院及び成田赤十字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ター*の連携を強化します。
- 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、「ちば医療なび*」、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、日本医科大学千葉北総病院（基幹災害拠点病院*）、成田赤十字病院及び東邦大学医療センター佐倉病院（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）*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、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）保健・医療従事者の養成確保

- 地域医療を支える医師や看護師の確保に努めます。
- 地域への定着が期待される初期臨床研修・専門研修*を受ける医師の受入の拡大に努めます。
- 看護師等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。

（5）循環型地域医療連携システム

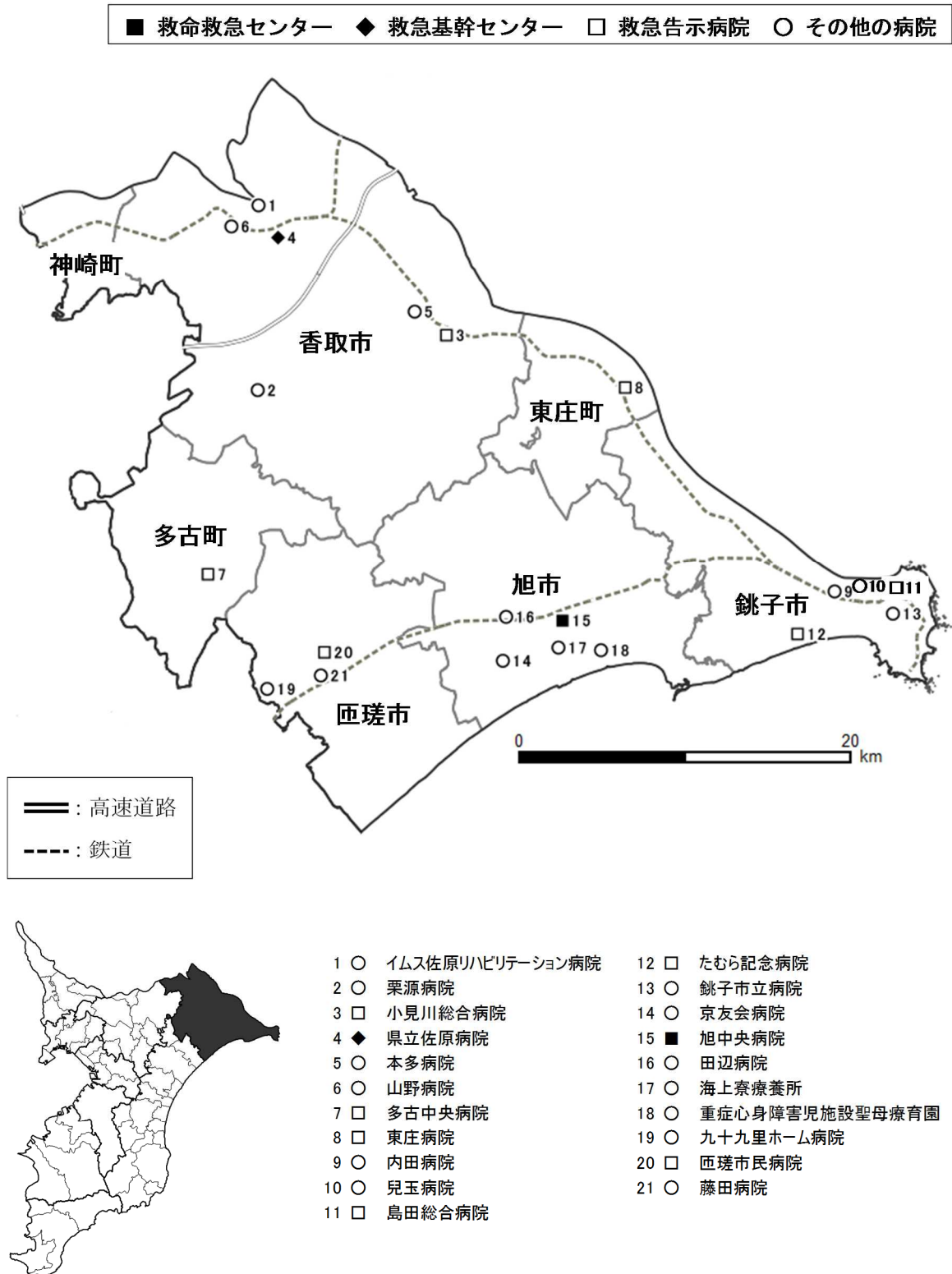
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、「第2編第1章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

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>

第5章 香取海匠保健医療圏



平成29年10月10日現在の開設許可等の状況に基づき県健康福祉政策課作成

第1節 圏域の現状

(1) 基本的事項

		圏域	全県	
構成市町村数		4市3町	37市16町1村	
面積 (対全県比)		717.47km ² (13.9%)	5157.64km ²	
人口 (人)	総人口 (対全県比)	280,770 (4.5%)	6,222,666	
	構成等	0~14歳	29,445	762,112
		15~64歳	161,140	3,779,812
		65歳~	89,471	1,584,419
		高齢化率	31.9%	25.9%
		75歳以上	45,949	695,819
		75歳以上の割合	16.4%	11.4%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、平成28年10月1日現在）
 国勢調査（総務省、平成27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

		圏域（人）		全県（人）	
出生数	（人口千対）	1,470	（5.3）	45,387	（7.3）
死亡数	（人口千対）	4,034	（14.6）	56,396	（9.0）
乳児死亡数	（出生千対）	5	（3.4）	95	（2.1）
死産数	（出産千対）	44	（29.1）	1,001	（21.6）
周産期死亡数	（出産千対）	8	（5.4）	188	（4.1）

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(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	1,062	383.2	16,798	269.2
心疾患	693	250.0	9,646	154.6
肺炎	394	142.2	5,443	87.2
脳血管疾患	454	163.8	4,584	73.5

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(4) 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	21	7.6	4.6	H28.10.1
2	診療所数	施設	161	58.1	60.5	H28.10.1
3	歯科診療所数	施設	152	54.8	52.2	H28.10.1
4	薬局数	施設	130	45.4	37.7	H28.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	18	6.6	5.2	H29.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	15	5.5	5.5	H29.8.1
7	在宅療養支援病院数	施設	1	0.4	0.5	H29.8.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.2	H29.8.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	7	2.6	5.2	H29.8.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	84	30.7	28.1	H29.8.1
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	67	24.5	22.8	H29.8.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	157	57.4	60.0	H29.8.1
13	一般病床数 (病院)	床	2,120	764.9	568.5	H28.10.1
14	一般病床数 (診療所)	床	106	38.2	36.2	H28.10.1
15	一般病床・病床利用率 (病院)	%	65.1		73.7	H28 (年間)
16	一般病床・平均在院日数 (病院)	日	15.1		15.4	H28 (年間)
17	療養病床数 (病院)	床	962	347.1	168.8	H28.10.1
18	療養病床数 (診療所)	床	31	11.2	2.6	H28.10.1
19	療養病床・病床利用率 (病院)	%	84.9		87.1	H28 (年間)
20	療養病床・平均在院日数 (病院)	日	117.9		162.4	H28 (年間)
21	医療施設従事医師数	人	529	186.2	189.9	H28.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	197	69.3	81.7	H28.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	410	144.3	176.2	H28.12.31
24	就業看護職員数	人	3,163	1,141.2	894.1	H28.12.31
25	医療施設従事栄養士 (管理栄養士) 数	人	59	20.7	17.9	H26.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	141	49.3	64.1	H26.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	183	64.1	55.3	H26.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	72	25.3	23.7	H26.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	22	7.8	8.0	H26.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	30	11.0	6.9	H29.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,727	632.3	400.2	H29.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	11	4.0	2.7	H29.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	1,004	367.6	246	H29.10.1

資料：1～3、13、14、17、18 「平成28年医療施設調査」(厚生労働省)

4 「平成27年度薬務行政概要」(千葉県)

5、30、31 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 「平成28年病院報告」(厚生労働省)

21～23 「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

24 「平成28年度衛生行政報告例」(厚生労働省)

25～29 「平成28年医療施設調査」、「平成28年病院報告」(厚生労働省)

32、33 千葉県医療整備課調べ

《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	21	23.1	17.9	45.4	40.3
2	診療所数	施設	161	177.4	237.0	347.8	532.6
3	歯科診療所数	施設	152	167.5	204.2	328.4	459.0
4	薬局数	施設	130	145.3	149.3	282.9	339.9
5	訪問看護ステーション数	施設	18	19.6	19.8	39.4	48.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	15	16.3	21.0	32.8	50.9
7	在宅療養支援病院数	施設	1	1.1	2.0	2.2	4.9
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.8	0.0	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	7	7.6	20.0	15.3	48.4
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	84	91.4	107.7	183.8	260.9
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	67	72.9	87.5	146.6	212.0
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	157	170.8	229.9	343.6	556.9
13	一般病床数（病院）	床	2,120	2,336.3	2,225.2	4,580.3	5,000.9
14	一般病床数（診療所）	床	106	116.8	141.7	229.0	318.4
15	療養病床数（病院）	床	962	1,060.2	660.9	2,078.4	1,485.2
16	療養病床数（診療所）	床	31	34.2	10.2	67.0	22.8
17	医療施設従事医師数	人	529	577.0	725.9	1,131.5	1,605.3
18	医療施設従事歯科医師数	人	197	214.9	312.3	421.4	690.6
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	410	447.2	673.5	877.0	1,489.2
20	就業看護職員数	人	3,163	3,449.7	3,417.8	6,765.6	7,557.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	59	66.4	71.7	129.3	164.6
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	141	157.8	256.8	307.5	589.8
23	医療施設従事理学療法士数	人	183	205.3	221.7	400.0	509.3
24	医療施設従事作業療法士数	人	72	80.9	95.1	157.6	218.5
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	22	25.0	32.1	48.8	73.7
26	介護老人福祉施設数	施設	30	32.6	26.4	64.0	57.4
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,727	1,879.2	1,534.6	3,686.7	3,337.0
28	介護老人保健施設数	施設	11	12.0	10.3	23.5	22.4
29	介護老人保健施設入所定員数	人	1,004	1,092.5	944	2,143.3	2,052

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。

1～3、13～16 平成28年4月1日

4、21～25 平成27年4月1日

5～12、26～29 平成29年4月1日

17～20 平成29年1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	8,442	6.7	24.4	49.9	H28.10.1
診療所数	施設	101,529	80.0	293.5	600.4	H28.10.1
歯科診療所数	施設	68,940	54.3	199.3	407.7	H28.10.1
薬局数	施設	58,678	46.2	169.6	347.0	H29.3.31
訪問看護ステーション数	施設	9,525	7.5	27.5	56.3	H28.10.1
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	52,492	41.4	151.7	310.4	H28.10.1
回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	75,433	59.4	225.4	467.8	H27.7.1
一般病床数（病院）	床	891,398	702.3	2,576.9	5,271.7	H28.10.1
一般病床数（診療所）	床	93,545	73.7	270.4	553.2	H28.10.1
療養病床数（病院）	床	328,161	258.5	948.7	1,940.7	H28.10.1
療養病床数（診療所）	床	9,906	7.8	28.6	58.6	H28.10.1
医療施設従事医師数	人	304,759	240.1	881.0	1,802.3	H28.12.31
医療施設従事歯科医師数	人	101,551	80.0	293.6	600.6	H28.12.31
薬局・医療施設従事薬剤師数	人	230,186	181.3	665.4	1,361.3	H28.12.31
就業看護職員数	人	1,559,562	1,228.6	4,508.4	9,223.3	H28.12.31

(5) 患者動向

	病院入院患者数 (対全県比)	人口10万対
圏域内住民	3,078 (6.6%)	1,048.9
全 県	46,507	744.8

資料：患者数—千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

人口—千葉県年齢別・町丁字別人口調査（千葉県、平成26年4月1日現在）

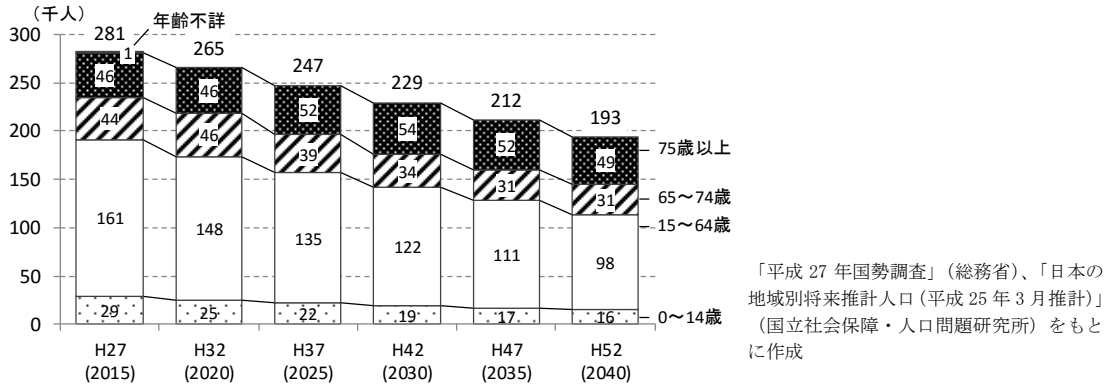
圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の住所地（医療圏別）	
香取海匝保健医療圏	70.9%	香取海匝保健医療圏	76.3%
印旛保健医療圏	12.1%	県 外	11.7%
県 外	10.3%	山武長生夷隅保健医療圏	7.1%
千葉保健医療圏	3.0%	印旛保健医療圏	2.4%
そ の 他	3.7%	そ の 他	2.5%

資料：千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

第2節 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（香取海匠区域）

（1）人口の推移

図表 香取海匠区域の人口の推移



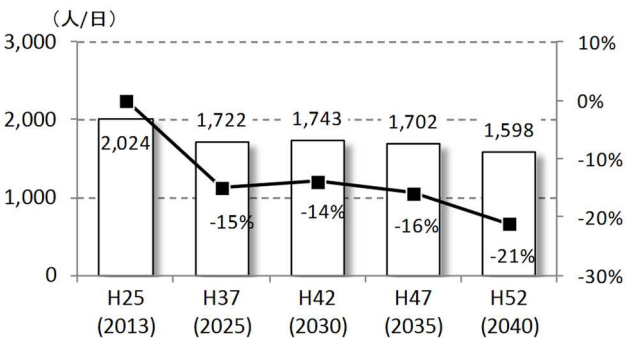
総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年から平成37年にかけて12%・6千人増加すると見込まれます。

（2）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年度から平成37年にかけて15%・302人/日の減少が見込まれます。

その後も減少傾向が続き、平成52年までに21%・426人/日の減少が見込まれます。

図表 入院患者数の推移と変化率（香取海匠区域）



（3）4機能別の医療提供体制

図表 4機能別の医療提供体制（香取海匠区域）

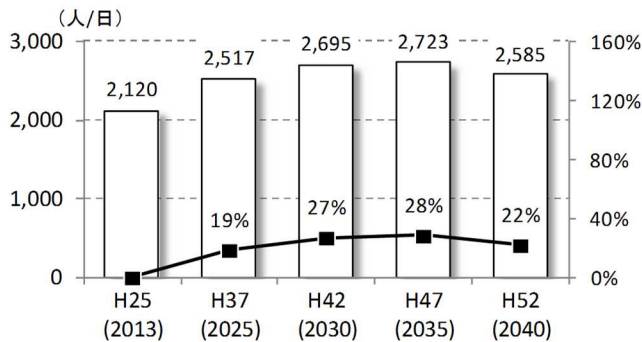
（単位：床）

医療機能	必要病床数 (H37) A	28年度 病床機能報告 (H28.7.1) B	差引 B-A	28年度 病床機能報告 (H34.7.1) C	差引 C-A
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

「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
 「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。

(4) 在宅医療等需要の推移

図表 在宅医療等需要の推移と変化率(香取海匠区域)



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

在宅医療等の需要(患者数)は、平成25年度から平成37年にかけて19%・397人/日の増加が見込まれます。

平成47年にはピークを迎え、28%・603人/日の増加が見込まれます。

(5) 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

- 山武長生夷隅、印旛、千葉等の隣接区域や茨城県との入院患者の流出入がみられる区域です。平成28年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と平成37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。
- 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、必要病床数の確保を図ります。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。

第3節 香取海匠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、総合病院国保旭中央病院です。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*として総合病院国保旭中央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、基幹病院として1病院、救急輪番病院・措置輪番病院として1病院が行っています。
身体合併症治療については、引き続き精神科病棟での身体合併症治療が可能な救命救急センター*を有する病院又は二次救急医療機関に協力いただきながら、機能強化を図ります。
この地域は、精神科急性期治療病床が偏在していることから、今後、さらなる体制の整備を図ります。
- 認知症疾患医療センター*として千葉県で指定している、総合病院国保旭中央病院が中心となり、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。
- 訪問診療*実施診療所・病院数や退院支援を実施している医療機関数については、全県平均(65歳以上人口10万対)とほぼ同水準です。在宅医療機関の目標値は、訪問診療実施診療所・病院数を48施設、訪問看護ステーション*を22施設とし、ほぼ現状維持となりますが、不足が見込まれる市町もあることから、今後とも、在宅医療機関の拡充と連携を促進するとともに、介護・福祉サービスを担う市町と連携を図り、市町圏域を基本としながら、地域の医療・介護資源の状況を踏まえて、

在宅医療の体制整備を進めます。

- 感染症については、総合病院国保旭中央病院に第二種感染症指定病床を6床、結核モデル病床*4床を整備しているほか、エイズ治療拠点病院*として同病院を指定しています。また、本多病院に結核病床10床を整備しています。今後、関係機関と更なる連携を図ります。
- 難病対策として、総合病院国保旭中央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、二次救急医療機関の機能強化を図ります。
- 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総合病院国保旭中央病院について、医療提供体制の充実を図ります。
また、三次救急医療機関を補完する機能を持つ「救急基幹センター*」である千葉県立佐原病院の充実を図ります。
さらに、救急隊と二次及び三次救急医療機関との間における迅速な搬送先の確保、及び救急患者の円滑な搬送を図るため、総合病院国保旭中央病院に配置している救急コーディネート事業の充実を図るなど、救急医療体制の整備に努めます。
- 小児救急医療体制
小児救急医療拠点病院*である総合病院国保旭中央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*の連携を強化します。
- 周産期*救急医療体制
地域周産期母子医療センター*である総合病院国保旭中央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*の連携を強化します。
- 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、「ちば医療なび*」、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、総合病院国保旭中央病院（基幹災害拠点病院*）及び千葉県立佐原病院（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）*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、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）保健・医療従事者の養成確保

- 地域医療を支える医師や看護師の確保に努めます。
- 地域への定着が期待される初期臨床研修・専門研修*を受ける医師の受入の拡大に努めます。
- 看護師等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。

（5）循環型地域医療連携システム

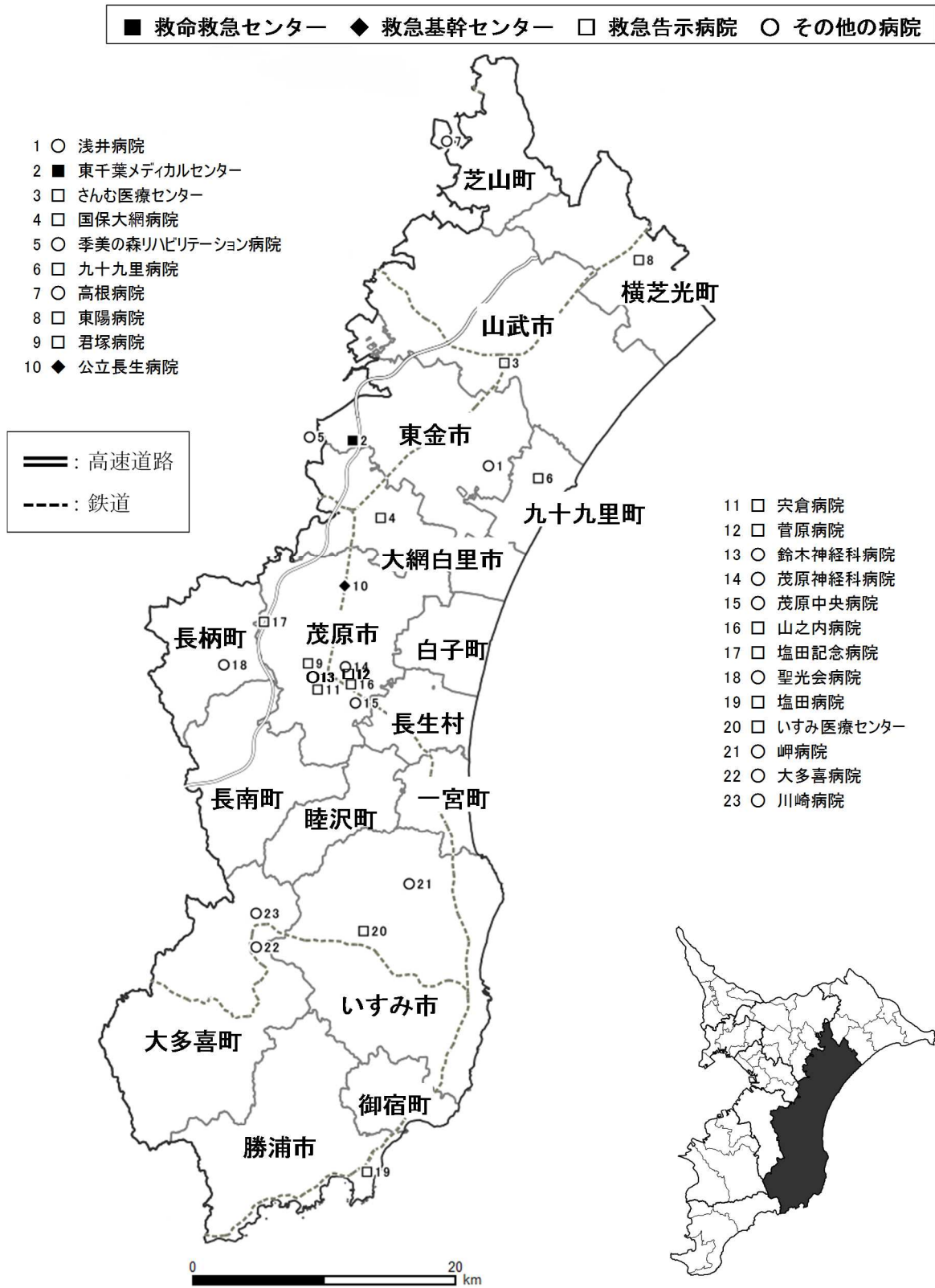
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、「第2編第1章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

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/hokeniryou_h30list.html

第6章 山武長生夷隅保健医療圏



平成29年10月10日現在の開設許可等の状況に基づき県健康福祉政策課作成

第1節 圏域の現状

(1) 基本的事項

		圏 域	全 県	
構成市町村数		6市10町1村	37市16町1村	
面 積 (対全県比)		1161.75km ² (22.5%)	5157.64km ²	
人 口 (人)	総 人 口 (対全県比)	434,489 (7.0%)	6,222,666	
	構 成 等	0～14歳	44,698	762,112
		15～64歳	248,436	3,779,812
		65歳～	138,452	1,584,419
		高齢化率	32.1%	25.9%
		75歳以上	66,307	695,819
		75歳以上の割合	15.4%	11.4%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、平成28年10月1日現在）

国勢調査（総務省、平成27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

		圏 域 (人)		全 県 (人)	
出 生 数	(人口千対)	2,253	(5.2)	45,387	(7.3)
死 亡 数	(人口千対)	5,739	(13.3)	56,396	(9.0)
乳児死亡数	(出生千対)	8	(3.6)	95	(2.1)
死 産 数	(出産千対)	42	(18.3)	1,001	(21.6)
周産期死亡数	(出産千対)	9	(4.0)	188	(4.1)

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(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	1,514	352.1	16,798	269.2
心 疾 患	1,164	270.7	9,646	154.6
肺 炎	538	125.1	5,443	87.2
脳血管疾患	521	121.2	4,584	73.5

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(4) 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	23	5.3	4.6	H28.10.1
2	診療所数	施設	254	59.1	60.5	H28.10.1
3	歯科診療所数	施設	205	47.7	52.2	H28.10.1
4	薬局数	施設	200	45.2	37.7	H28.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	20	4.7	5.2	H29.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	14	3.3	5.5	H29.8.1
7	在宅療養支援病院数	施設	1	0.2	0.5	H29.8.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	1	0.2	0.2	H29.8.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	16	3.8	5.2	H29.8.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	130	30.5	28.1	H29.8.1
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	228	53.5	22.8	H29.8.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	267	62.7	60.0	H29.8.1
13	一般病床数 (病院)	床	1,956	454.9	568.5	H28.10.1
14	一般病床数 (診療所)	床	199	46.3	36.2	H28.10.1
15	一般病床・病床利用率 (病院)	%	68.0		73.7	H28 (年間)
16	一般病床・平均在院日数 (病院)	日	21.0		15.4	H28 (年間)
17	療養病床数 (病院)	床	1,240	288.4	168.8	H28.10.1
18	療養病床数 (診療所)	床	15	3.5	2.6	H28.10.1
19	療養病床・病床利用率 (病院)	%	81.0		87.1	H28 (年間)
20	療養病床・平均在院日数 (病院)	日	155.9		162.4	H28 (年間)
21	医療施設従事医師数	人	496	112.7	189.9	H28.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	297	67.5	81.7	H28.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	618	140.4	176.2	H28.12.31
24	就業看護職員数	人	3,423	796.1	894.1	H28.12.31
25	医療施設従事栄養士 (管理栄養士) 数	人	63	14.4	17.9	H26.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	256	58.5	64.1	H26.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	251	57.3	55.3	H26.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	94	21.4	23.7	H26.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	28	6.4	8.0	H26.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	51	12.0	6.9	H29.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	2,642	620.9	400.2	H29.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	16	3.8	2.7	H29.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	1,535	360.7	246	H29.10.1

資料：1～3、13、14、17、18 「平成28年医療施設調査」(厚生労働省)

4 「平成27年度薬務行政概要」(千葉県)

5、30、31 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 「平成28年病院報告」(厚生労働省)

21～23 「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

24 「平成28年度衛生行政報告例」(厚生労働省)

25～29 「平成28年医療施設調査」、「平成28年病院報告」(厚生労働省)

32、33 千葉県医療整備課調べ

《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	23	16.3	17.9	34.1	40.3
2	診療所数	施設	254	179.9	237.0	376.7	532.6
3	歯科診療所数	施設	205	145.2	204.2	304.0	459.0
4	薬局数	施設	200	144.5	149.3	301.6	339.9
5	訪問看護ステーション数	施設	20	13.9	19.8	30.4	48.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	14	9.7	21.0	21.3	50.9
7	在宅療養支援病院数	施設	1	0.7	2.0	1.5	4.9
8	在宅療養後方支援病院数	施設	1	0.7	0.8	1.5	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	16	11.1	20.0	24.3	48.4
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	130	90.3	107.7	197.8	260.9
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	228	158.5	87.5	346.9	212.0
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	267	185.6	229.9	406.2	556.9
13	一般病床数（病院）	床	1,956	1,385.6	2,225.2	2,900.8	5,000.9
14	一般病床数（診療所）	床	199	141.0	141.7	295.1	318.4
15	療養病床数（病院）	床	1,240	878.4	660.9	1,839.0	1,485.2
16	療養病床数（診療所）	床	15	10.6	10.2	22.2	22.8
17	医療施設従事医師数	人	496	346.4	725.9	720.8	1,605.3
18	医療施設従事歯科医師数	人	297	207.4	312.3	431.6	690.6
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	618	431.7	673.5	898.1	1,489.2
20	就業看護職員数	人	3,423	2,390.9	3,417.8	4,974.6	7,557.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	63	45.9	71.7	96.0	164.6
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	256	186.4	256.8	389.9	589.8
23	医療施設従事理学療法士数	人	251	182.7	221.7	382.2	509.3
24	医療施設従事作業療法士数	人	94	68.3	95.1	142.9	218.5
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	28	20.3	32.1	42.4	73.7
26	介護老人福祉施設数	施設	51	35.4	26.4	73.6	57.4
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	2,642	1,836.2	1,534.6	3,810.4	3,337.0
28	介護老人保健施設数	施設	16	11.1	10.3	23.1	22.4
29	介護老人保健施設入所定員数	人	1,535	1,066.8	944	2,213.8	2,052

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。

- 1～3、13～16 平成28年4月1日
- 4、21～25 平成27年4月1日
- 5～12、26～29 平成29年4月1日
- 17～20 平成29年1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	8,442	6.7	24.4	49.9	H28.10.1
診療所数	施設	101,529	80.0	293.5	600.4	H28.10.1
歯科診療所数	施設	68,940	54.3	199.3	407.7	H28.10.1
薬局数	施設	58,678	46.2	169.6	347.0	H29.3.31
訪問看護ステーション数	施設	9,525	7.5	27.5	56.3	H28.10.1
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	52,492	41.4	151.7	310.4	H28.10.1
回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	75,433	59.4	225.4	467.8	H27.7.1
一般病床数（病院）	床	891,398	702.3	2,576.9	5,271.7	H28.10.1
一般病床数（診療所）	床	93,545	73.7	270.4	553.2	H28.10.1
療養病床数（病院）	床	328,161	258.5	948.7	1,940.7	H28.10.1
療養病床数（診療所）	床	9,906	7.8	28.6	58.6	H28.10.1
医療施設従事医師数	人	304,759	240.1	881.0	1,802.3	H28.12.31
医療施設従事歯科医師数	人	101,551	80.0	293.6	600.6	H28.12.31
薬局・医療施設従事薬剤師数	人	230,186	181.3	665.4	1,361.3	H28.12.31
就業看護職員数	人	1,559,562	1,228.6	4,508.4	9,223.3	H28.12.31

(5) 患者動向

	病院入院患者数 (対全県比)	人口10万対
圏域内住民	4,439 (9.5%)	983.8
全 県	46,507	744.8

資料：患者数—千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

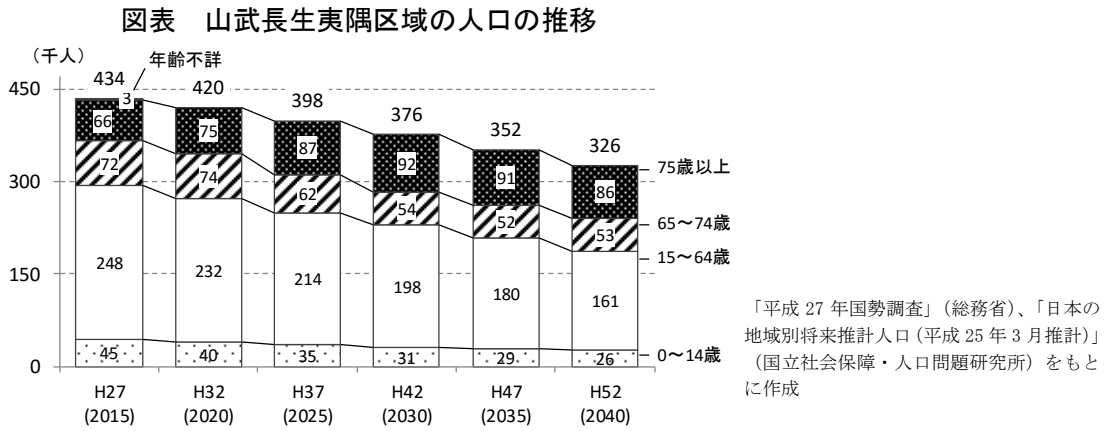
人口—千葉県年齢別・町丁字別人口調査（千葉県、平成26年4月1日現在）

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 患者の住所地（医療圏別）	
山武長生夷隅保健医療圏	63.3%	山武長生夷隅保健医療圏	83.1%
千葉保健医療圏	11.5%	印旛保健医療圏	4.0%
安房保健医療圏	6.5%	県 外	3.4%
市原保健医療圏	4.6%	千葉保健医療圏	3.0%
そ の 他	14.1%	そ の 他	6.5%

資料：千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

第2節 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（山武長生夷隅区域）

（1）人口の推移



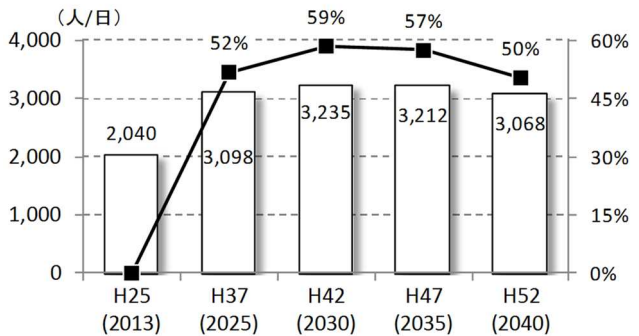
総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年から平成37年にかけて31%・21千人増加すると見込まれます。

（2）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年度から平成37年にかけて52%・1,058人/日の増加が見込まれます。

その後、平成42年にピークを迎え、59%・1,195人/日増加すると見込まれます。

図表 入院患者数の推移と変化率（山武長生夷隅区域）



（3）4機能別の医療提供体制

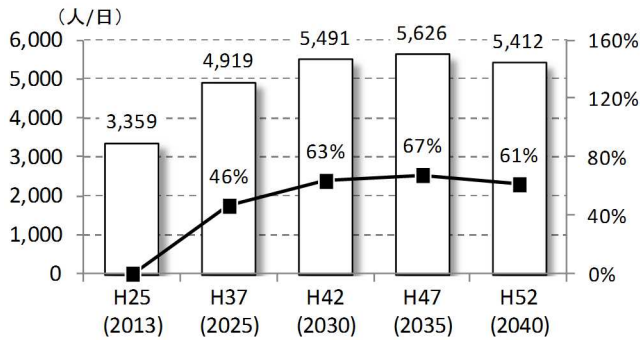
図表 4機能別の医療提供体制（山武長生夷隅区域）（単位：床）

医療機能	必要病床数 (H37) A	28年度 病床機能報告 (H28.7.1) B	差引 B-A	28年度 病床機能報告 (H34.7.1) C	差引 C-A
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

「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
 「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。

(4) 在宅医療等需要の推移

図表 在宅医療等需要の推移と変化率（山武長生夷隅区域）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から平成37年にかけて46%・1,561人/日の増加が見込まれます。

平成47年にはピークを迎え、68%・2,268人/日の増加が見込まれます。

(5) 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

- 千葉、印旛、香取海匝、安房、市原等の隣接区域との入院患者の流出入が多くみられる区域です。また、平成28年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と平成37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。
- 当該区域の中核病院の東千葉メディカルセンター（平成26年4月部分開院）の患者の受療動向をみながら、地域で必要な病床機能を確保するため、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、必要病床数の確保を図ります。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。

第3節 山武長生夷隅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。
- 各病院・診療所相互間の支援体制の構築を進めるため、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*の整備に努めます。
- 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。
- 地域がん診療病院*としてさんむ医療センターが、地域リハビリテーション広域支援センター*として九十九里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、基幹病院として1病院、救急輪番病院・措置輪番病院として2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の増加に努めます。
この地域は、精神科急性期治療病床が1病院にしかないため、今後、更なる体制の整備を図ります。
- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、浅井病院が中心となり、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。
- 訪問看護事業所数は少ないものの、訪問診療*実施診療所・病院数については、全県平均（65歳以上人口10万対）とほぼ同水準であり、退院支援を実施している医療機関数は全県平均を上回っている地域です。在宅医療機関の目標値として、訪問診療実施診療所・病院数を89施設、訪問看護ステーション*を23施設とする増加目標を置くなど、在宅医療機関の拡充と連携を促進するとともに、介護・福祉サービスを担う市町村との連携を図り、市町村圏域を基本としながら、地域の医療・介護資源の状況を踏まえて、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高根病院に4床、いすみ医療センターに4床整備しています。また、東千葉メディカルセンターに結核モデル病床*

1床を整備しており、同病院については、エイズ治療拠点病院*の指定について、調整中です。今後、関係機関と更なる連携を図ります。

- 難病対策として、山武地域については成田赤十字病院に、長生夷隅地域については公立長生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東千葉メディカルセンターについて、医療提供体制の充実を図ります。
また、三次救急医療機関を補完する機能を持つ、「救急基幹センター*」である公立長生病院に対し、引き続き助成する等、医療提供体制の充実を図ります。
- 小児救急医療体制
小児重症救急患者の受け入れ体制を確保するため、複数の二次医療圏を地域単位とする小児救急医療拠点病院*である国保旭中央病院(山武地区)、君津中央病院(長生地区)、亀田総合病院(夷隅地区)に対し、引き続き助成を行うとともに、小児救命集中治療ネットワーク*の構築により、小児救急医療体制の更なる強化を図ります。
- 周産期*救急医療体制
診療所と母体搬送ネットワーク関係医療機関の診療体制の連携を目指すほか、母体搬送コーディネイト*の連携強化と積極的な活用を図ります。
- 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、「ちば医療なび*」、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、地域の中核的病院となる東千葉メディカルセンターを災害時における地域の医療救護活動の拠点(地域災害拠点病院*)とするよう、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)*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、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) 保健・医療従事者の養成確保

- 地域医療を支える医師や看護師の確保に努めます。
- 地域への定着が期待される初期臨床研修・専門研修*を受ける医師の受入の拡大に努めます。
- 看護師等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。

(5) 循環型地域医療連携システム

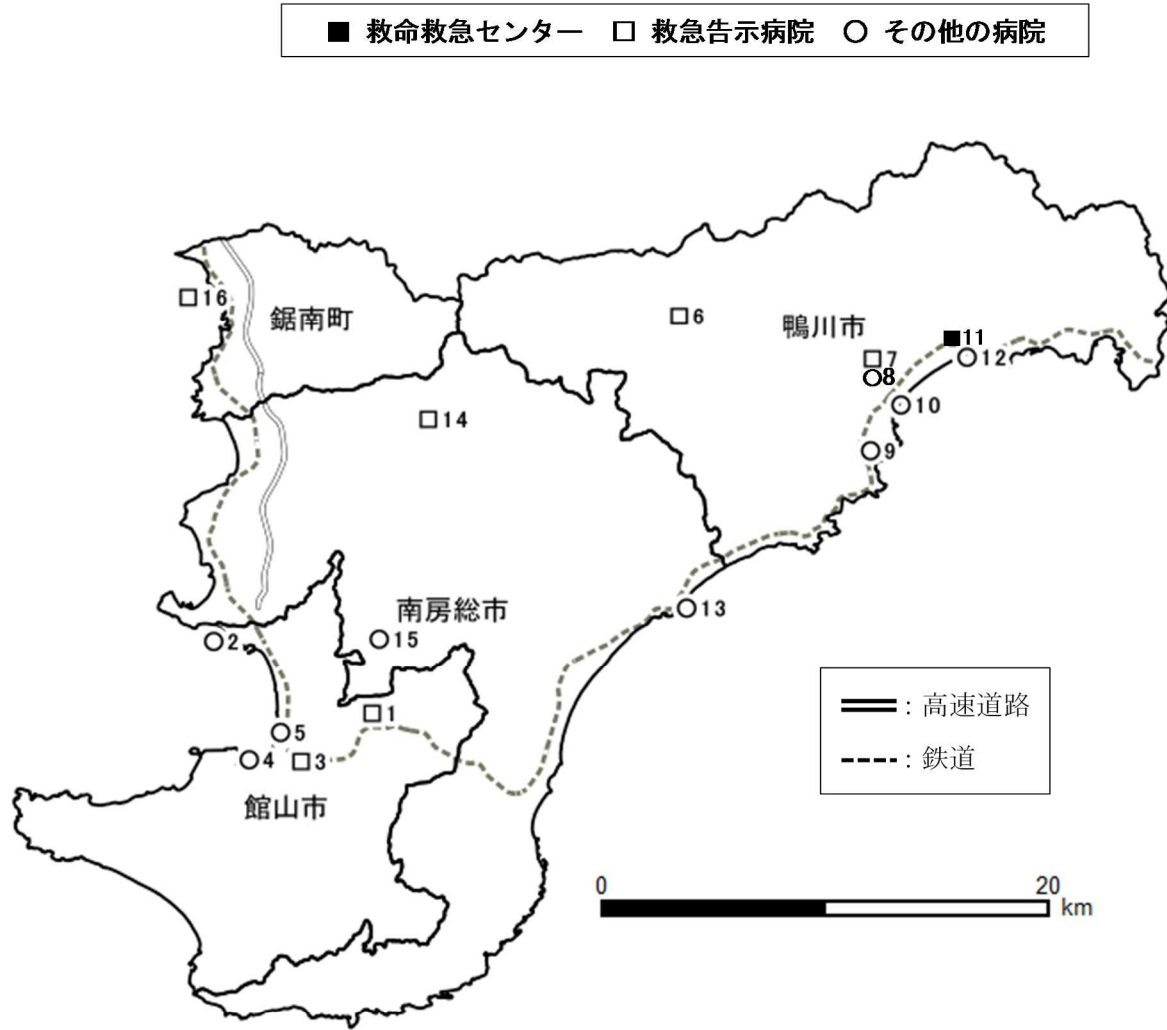
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、「第2編第1章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

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/hokeniryoushiki_h30list.html

第7章 安房保健医療圏



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

平成29年10月10日現在の開設許可等の状況に基づき県健康福祉政策課作成

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)		576.53km ² (11.2%)	5157.64km ²	
人 口 (人)	総 人 口 (対全県比)	128,451 (2.1%)	6,222,666	
	構 成 等	0～14歳	12,983	762,112
		15～64歳	65,090	3,779,812
		65歳～	50,099	1,584,419
		高齢化率	39.1%	25.9%
		75歳以上	25,879	695,819
		75歳以上の割合	20.2%	11.4%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、平成28年10月1日現在）
 国勢調査（総務省、平成27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

		圏 域 (人)		全 県 (人)	
出 生 数	(人口千対)	650	(5.1)	45,387	(7.3)
死 亡 数	(人口千対)	2,137	(16.8)	56,396	(9.0)
乳児死亡数	(出生千対)	1	(1.5)	95	(2.1)
死 産 数	(出産千対)	13	(19.6)	1,001	(21.6)
周産期死亡数	(出産千対)	2	(3.1)	188	(4.1)

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(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	556	438.1	16,798	269.2
心 疾 患	364	286.8	9,646	154.6
肺 炎	194	152.9	5,443	87.2
脳血管疾患	166	130.8	4,584	73.5

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(4) 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	12.6	4.6	H28.10.1
2	診療所数	施設	88	69.3	60.5	H28.10.1
3	歯科診療所数	施設	58	45.7	52.2	H28.10.1
4	薬局数	施設	71	54.3	37.7	H28.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	16	12.7	5.2	H29.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	11	8.8	5.5	H29.8.1
7	在宅療養支援病院数	施設	5	4.0	0.5	H29.8.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.2	H29.8.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	2	1.6	5.2	H29.8.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	46	36.7	28.1	H29.8.1
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	52	41.5	22.8	H29.8.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	99	79.0	60.0	H29.8.1
13	一般病床数 (病院)	床	1,410	1,111.1	568.5	H28.10.1
14	一般病床数 (診療所)	床	136	107.2	36.2	H28.10.1
15	一般病床・病床利用率 (病院)	%	78.7		73.7	H28 (年間)
16	一般病床・平均在院日数 (病院)	日	15.0		15.4	H28 (年間)
17	療養病床数 (病院)	床	678	534.3	168.8	H28.10.1
18	療養病床数 (診療所)	床	4	3.2	2.6	H28.10.1
19	療養病床・病床利用率 (病院)	%	93.1		87.1	H28 (年間)
20	療養病床・平均在院日数 (病院)	日	185.0		162.4	H28 (年間)
21	医療施設従事医師数	人	545	419.5	189.9	H28.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	112	86.2	81.7	H28.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	286	220.1	176.2	H28.12.31
24	就業看護職員数	人	2,380	1,929.1	894.1	H28.12.31
25	医療施設従事栄養士 (管理栄養士) 数	人	75	58.0	17.9	H26.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	90	69.7	64.1	H26.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	180	138.5	55.3	H26.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	53	41.1	23.7	H26.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	19	14.6	8.0	H26.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	19	15.2	6.9	H29.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	961	768.3	400.2	H29.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	10	8.0	2.7	H29.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	756	604.4	246	H29.10.1

資料：1～3、13、14、17、18 「平成28年医療施設調査」(厚生労働省)

4 「平成27年度薬務行政概要」(千葉県)

5、30、31 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 「平成28年病院報告」(厚生労働省)

21～23 「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

24 「平成28年度衛生行政報告例」(厚生労働省)

25～29 「平成28年医療施設調査」、「平成28年病院報告」(厚生労働省)

32、33 千葉県医療整備課調べ

《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	31.6	17.9	61.3	40.3
2	診療所数	施設	88	173.6	237.0	336.9	532.6
3	歯科診療所数	施設	58	114.4	204.2	222.1	459.0
4	薬局数	施設	71	141.7	149.3	274.4	339.9
5	訪問看護ステーション数	施設	16	31.3	19.8	62.1	48.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	11	21.5	21.0	42.7	50.9
7	在宅療養支援病院数	施設	5	9.8	2.0	19.4	4.9
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.8	0.0	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	2	3.9	20.0	7.8	48.4
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	46	90.0	107.7	178.5	260.9
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	52	101.7	87.5	201.7	212.0
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	99	193.7	229.9	384.1	556.9
13	一般病床数（病院）	床	1,410	2,781.7	2,225.2	5,398.8	5,000.9
14	一般病床数（診療所）	床	136	268.3	141.7	520.7	318.4
15	療養病床数（病院）	床	678	1,337.6	660.9	2,596.0	1,485.2
16	療養病床数（診療所）	床	4	7.9	10.2	15.3	22.8
17	医療施設従事医師数	人	545	1,069.6	725.9	2,057.6	1,605.3
18	医療施設従事歯科医師数	人	112	219.8	312.3	422.8	690.6
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	286	561.3	673.5	1,079.8	1,489.2
20	就業看護職員数	人	2,380	4,671.1	3,417.8	8,985.5	7,557.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	75	150.5	71.7	291.8	164.6
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	90	180.9	256.8	350.7	589.8
23	医療施設従事理学療法士数	人	180	359.5	221.7	697.2	509.3
24	医療施設従事作業療法士数	人	53	106.6	95.1	206.8	218.5
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	19	38.0	32.1	73.7	73.7
26	介護老人福祉施設数	施設	19	37.2	26.4	71.3	57.4
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	961	1,880.1	1,534.6	3,607.2	3,337.0
28	介護老人保健施設数	施設	10	19.6	10.3	37.5	22.4
29	介護老人保健施設入所定員数	人	756	1,479.1	944	2,837.7	2,052

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。

1～3、13～16	平成28年4月1日
4、21～25	平成27年4月1日
5～12、26～29	平成29年4月1日
17～20	平成29年1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	8,442	6.7	24.4	49.9	H28.10.1
診療所数	施設	101,529	80.0	293.5	600.4	H28.10.1
歯科診療所数	施設	68,940	54.3	199.3	407.7	H28.10.1
薬局数	施設	58,678	46.2	169.6	347.0	H29.3.31
訪問看護ステーション数	施設	9,525	7.5	27.5	56.3	H28.10.1
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	52,492	41.4	151.7	310.4	H28.10.1
回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	75,433	59.4	225.4	467.8	H27.7.1
一般病床数（病院）	床	891,398	702.3	2,576.9	5,271.7	H28.10.1
一般病床数（診療所）	床	93,545	73.7	270.4	553.2	H28.10.1
療養病床数（病院）	床	328,161	258.5	948.7	1,940.7	H28.10.1
療養病床数（診療所）	床	9,906	7.8	28.6	58.6	H28.10.1
医療施設従事医師数	人	304,759	240.1	881.0	1,802.3	H28.12.31
医療施設従事歯科医師数	人	101,551	80.0	293.6	600.6	H28.12.31
薬局・医療施設従事薬剤師数	人	230,186	181.3	665.4	1,361.3	H28.12.31
就業看護職員数	人	1,559,562	1,228.6	4,508.4	9,223.3	H28.12.31

(5) 患者動向

	病院入院患者数 (対全県比)	人口10万対
圏域内住民	1,854 (4.0%)	1,382.4
全 県	46,507	744.8

資料：患者数—千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

人口—千葉県年齢別・町丁字別人口調査（千葉県、平成26年4月1日現在）

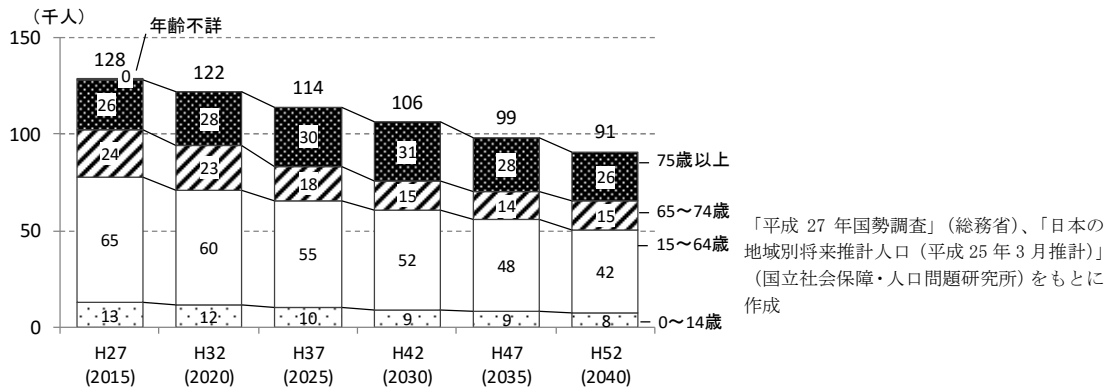
圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の住所地（医療圏別）	
安房保健医療圏	92.0%	安房保健医療圏	69.4%
県 外	3.4%	山武長生夷隅保健医療圏	11.7%
君津保健医療圏	1.3%	君津保健医療圏	8.3%
千葉保健医療圏	1.0%	県 外	6.9%
そ の 他	2.3%	そ の 他	3.7%

資料：千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

第2節 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（安房区域）

（1）人口の推移

図表 安房区域の人口の推移と位置



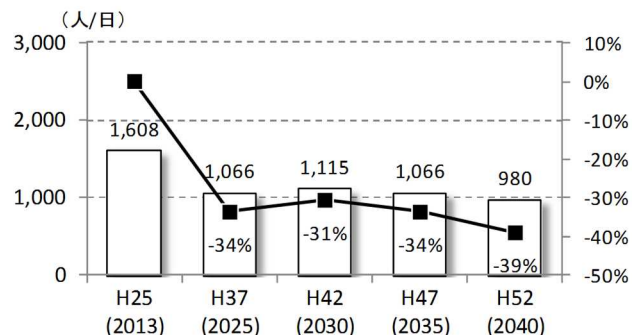
総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年から平成37年にかけて18%・5千人増加すると見込まれます。

（2）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年度から平成37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、平成52年までに39%・628人/日の減少が見込まれます。

図表 入院患者数の推移と変化率（安房区域）



（3）4機能別の医療提供体制

図表 4機能別の医療提供体制（安房区域）

（単位：床）

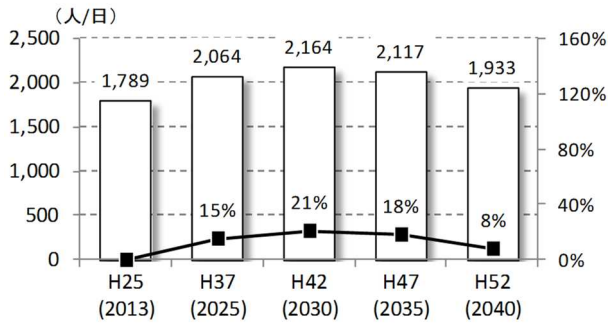
医療機能	必要病床数 (H37) A	28年度 病床機能報告 (H28.7.1) B	差引 B-A	28年度 病床機能報告 (H34.7.1) C	差引 C-A
高度急性期	308	152	▲ 156	152	▲ 156
急性期	602	1,163	561	1,165	563
回復期	358	99	▲ 259	99	▲ 259
慢性期	373	714	341	733	360
休棟等	-	37		16	
計	1,641	2,165	524	2,165	524

「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
 「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。

平成42年における慢性期機能に係る必要病床数：433床

(4) 在宅医療等需要の推移

図表 在宅医療等需要の推移と変化率（安房区域）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から平成37年にかけて15%・275人/日の増加が見込まれます。

平成42年にはピークを迎え、21%・375人/日の増加が見込まれます。

(5) 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。また、平成28年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と平成37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見込まれます。
- 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、必要病床数の確保を図ります。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。

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の増加に努めます。

この地域は、精神科急性期治療病床がなく、また、基幹病院がないため、今後、更なる体制の整備を図ります。

- 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。
- 在宅医療に関する資源や退院支援を実施している医療機関数が全県平均（65歳以上人口10万対）よりも多い地域です。在宅医療機関の目標値として、訪問診療*実施診療所・病院数を47施設とする増加目標と、訪問看護ステーション*を17施設として現状を維持する目標を置くなど、今後とも在宅医療機関の必要に応じた拡充と連携を促進するとともに、介護・福祉サービスを担う市町との連携を強化するため、市町の圏域を基本とした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、医療法人鉄蕉会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*の連携を強化します。
- 周産期*救急医療体制
総合周産期母子医療センター*であり、また母体搬送コーディネーターを配置している亀田総合病院に対し引き続き助成を行い、周産期医療体制の確保と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、「ちば医療なび*」、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）*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、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) 保健・医療従事者の養成確保

- 地域医療を支える医師や看護師の確保に努めます。
- 地域への定着が期待される初期臨床研修・専門研修*を受ける医師の受入の拡大に努めます。
- 看護師等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。

(5) 循環型地域医療連携システム

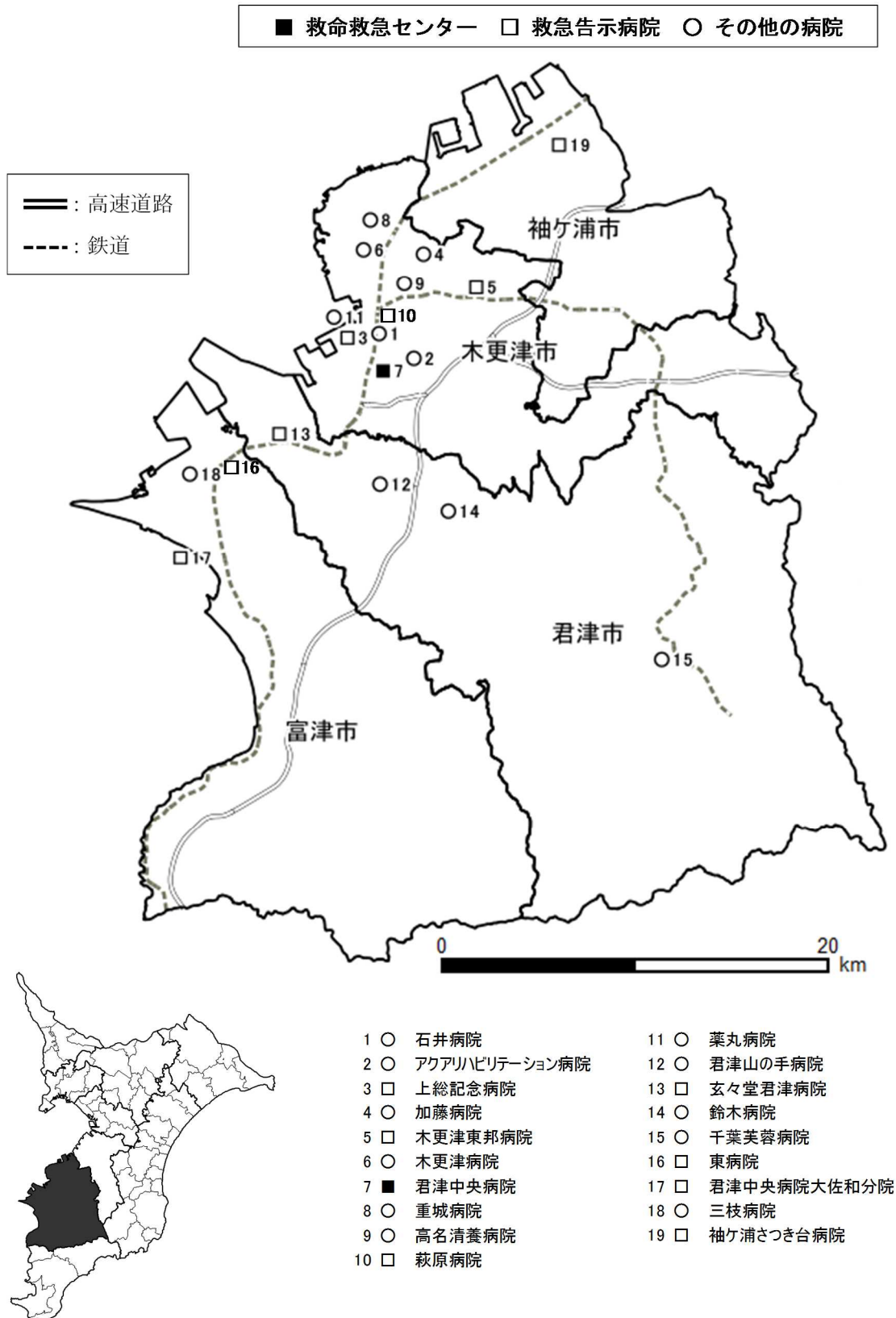
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、「第2編第1章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

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/hokeniryoyou_h30list.html

第8章 君津保健医療圏



平成29年10月10日現在の開設許可等の状況に基づき県健康福祉政策課作成

第1節 圏域の現状

(1) 基本的事項

		圏 域	全 県	
構成市町村数		4市	37市16町1村	
面 積 (対全県比)		758.22km ² (14.7%)	5157.64km ²	
人 口 (人)	総 人 口 (対全県比)	326,727 (5.3%)	6,222,666	
	構 成 等	0～14歳	40,057	762,112
		15～64歳	195,044	3,779,812
		65歳～	89,896	1,584,419
		高齢化率	27.7%	25.9%
		75歳以上	40,246	695,819
		75歳以上の割合	12.4%	11.4%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、平成28年10月1日現在）
国勢調査（総務省、平成27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

		圏 域 (人)		全 県 (人)	
出 生 数	(人口千対)	2,346	(7.2)	45,387	(7.3)
死 亡 数	(人口千対)	3,414	(10.5)	56,396	(9.0)
乳児死亡数	(出生千対)	4	(1.7)	95	(2.1)
死 産 数	(出産千対)	62	(25.7)	1,001	(21.6)
周産期死亡数	(出産千対)	4	(1.7)	188	(4.1)

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(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	1,003	307.4	16,798	269.2
心 疾 患	585	179.3	9,646	154.6
肺 炎	367	112.5	5,443	87.2
脳血管疾患	291	89.2	4,584	73.5

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(4) 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	18	5.5	4.6	H28.10.1
2	診療所数	施設	209	64.1	60.5	H28.10.1
3	歯科診療所数	施設	145	44.4	52.2	H28.10.1
4	薬局数	施設	138	41.9	37.7	H28.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	16	4.9	5.2	H29.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	14	4.3	5.5	H29.8.1
7	在宅療養支援病院数	施設	1	0.3	0.5	H29.8.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.2	H29.8.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	13	4.0	5.2	H29.8.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	109	33.5	28.1	H29.8.1
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	40	12.3	22.8	H29.8.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	150	46.1	60.0	H29.8.1
13	一般病床数 (病院)	床	1,579	484.0	568.5	H28.10.1
14	一般病床数 (診療所)	床	171	52.4	36.2	H28.10.1
15	一般病床・病床利用率 (病院)	%	73.0		73.7	H28 (年間)
16	一般病床・平均在院日数 (病院)	日	15.9		15.4	H28 (年間)
17	療養病床数 (病院)	床	725	222.2	168.8	H28.10.1
18	療養病床数 (診療所)	床	0	0.0	2.6	H28.10.1
19	療養病床・病床利用率 (病院)	%	82.3		87.1	H28 (年間)
20	療養病床・平均在院日数 (病院)	日	259.5		162.4	H28 (年間)
21	医療施設従事医師数	人	491	149.0	189.9	H28.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	217	65.9	81.7	H28.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	502	152.4	176.2	H28.12.31
24	就業看護職員数	人	2,899	729.5	894.1	H28.12.31
25	医療施設従事栄養士 (管理栄養士) 数	人	73	22.3	17.9	H26.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	179	54.9	64.1	H26.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	154	47.2	55.3	H26.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	55	16.8	23.7	H26.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	12	3.6	8.0	H26.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	41	12.6	6.9	H29.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,840	564.8	400.2	H29.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	10	3.1	2.7	H29.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	980	300.8	246	H29.10.1

資料：1～3、13、14、17、18 「平成28年医療施設調査」(厚生労働省)

4 「平成27年度薬務行政概要」(千葉県)

5、30、31 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 「平成28年病院報告」(厚生労働省)

21～23 「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

24 「平成28年度衛生行政報告例」(厚生労働省)

25～29 「平成28年医療施設調査」、「平成28年病院報告」(厚生労働省)

32、33 千葉県医療整備課調べ

《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	18	19.7	17.9	43.9	40.3
2	診療所数	施設	209	229.1	237.0	510.0	532.6
3	歯科診療所数	施設	145	159.0	204.2	353.8	459.0
4	薬局数	施設	138	153.5	149.3	342.9	339.9
5	訪問看護ステーション数	施設	16	17.1	19.8	40.8	48.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	14	15.0	21.0	35.7	50.9
7	在宅療養支援病院数	施設	1	1.1	2.0	2.6	4.9
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.8	0.0	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	13	13.9	20.0	33.2	48.4
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	109	116.8	107.7	278.0	260.9
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	40	42.9	87.5	102.0	212.0
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	150	160.8	229.9	382.6	556.9
13	一般病床数（病院）	床	1,579	1,731.2	2,225.2	3,853.3	5,000.9
14	一般病床数（診療所）	床	171	187.5	141.7	417.3	318.4
15	療養病床数（病院）	床	725	794.9	660.9	1,769.2	1,485.2
16	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	10.2	0.0	22.8
17	医療施設従事医師数	人	491	529.8	725.9	1,157.8	1,605.3
18	医療施設従事歯科医師数	人	217	234.2	312.3	511.7	690.6
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	502	541.7	673.5	1,183.7	1,489.2
20	就業看護職員数	人	2,899	3,128.2	3,417.8	6,836.0	7,557.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	73	81.9	71.7	185.2	164.6
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	179	201.9	256.8	456.5	589.8
23	医療施設従事理学療法士数	人	154	173.4	221.7	392.3	509.3
24	医療施設従事作業療法士数	人	55	61.6	95.1	139.3	218.5
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	12	13.1	32.1	29.6	73.7
26	介護老人福祉施設数	施設	41	43.9	26.4	95.1	57.4
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,840	1,971.9	1,534.6	4,267.9	3,337.0
28	介護老人保健施設数	施設	10	10.7	10.3	23.2	22.4
29	介護老人保健施設入所定員数	人	980	1,050.3	944	2,273.1	2,052

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。

- 1～3、13～16 平成28年4月1日
- 4、21～25 平成27年4月1日
- 5～12、26～29 平成29年4月1日
- 17～20 平成29年1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	8,442	6.7	24.4	49.9	H28.10.1
診療所数	施設	101,529	80.0	293.5	600.4	H28.10.1
歯科診療所数	施設	68,940	54.3	199.3	407.7	H28.10.1
薬局数	施設	58,678	46.2	169.6	347.0	H29.3.31
訪問看護ステーション数	施設	9,525	7.5	27.5	56.3	H28.10.1
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	52,492	41.4	151.7	310.4	H28.10.1
回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	75,433	59.4	225.4	467.8	H27.7.1
一般病床数（病院）	床	891,398	702.3	2,576.9	5,271.7	H28.10.1
一般病床数（診療所）	床	93,545	73.7	270.4	553.2	H28.10.1
療養病床数（病院）	床	328,161	258.5	948.7	1,940.7	H28.10.1
療養病床数（診療所）	床	9,906	7.8	28.6	58.6	H28.10.1
医療施設従事医師数	人	304,759	240.1	881.0	1,802.3	H28.12.31
医療施設従事歯科医師数	人	101,551	80.0	293.6	600.6	H28.12.31
薬局・医療施設従事薬剤師数	人	230,186	181.3	665.4	1,361.3	H28.12.31
就業看護職員数	人	1,559,562	1,228.6	4,508.4	9,223.3	H28.12.31

(5) 患者動向

	病院入院患者数 (対全県比)	人口10万対
圏域内住民	2,805 (6.0%)	850.3
全 県	46,507	744.8

資料：患者数—千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

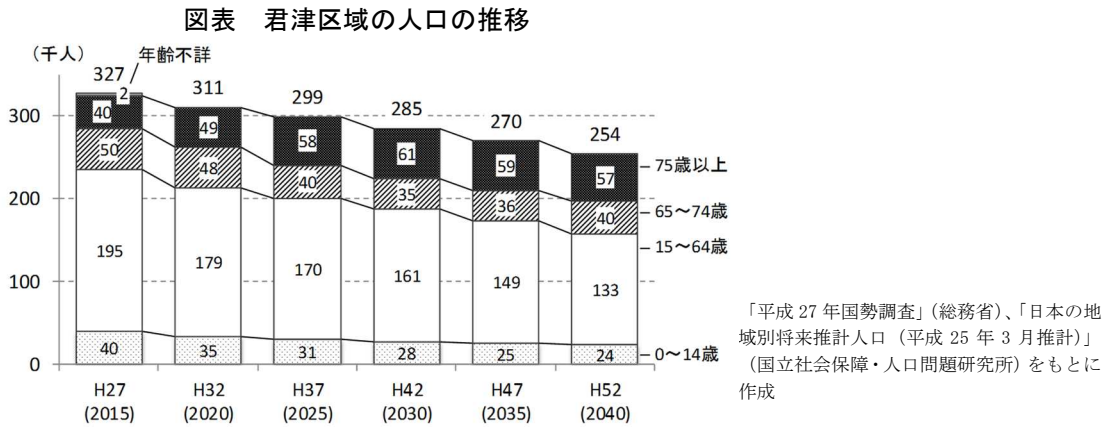
人口—千葉県年齢別・町丁字別人口調査（千葉県、平成26年4月1日現在）

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 患者の住所地（医療圏別）	
君津保健医療圏	77.4%	君津保健医療圏	85.2%
安房保健医療圏	7.3%	県 外	5.3%
市原保健医療圏	4.9%	市原保健医療圏	4.5%
千葉保健医療圏	4.5%	千葉保健医療圏	1.6%
そ の 他	5.9%	そ の 他	3.4%

資料：千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

第2節 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（君津区域）

（1）人口の推移



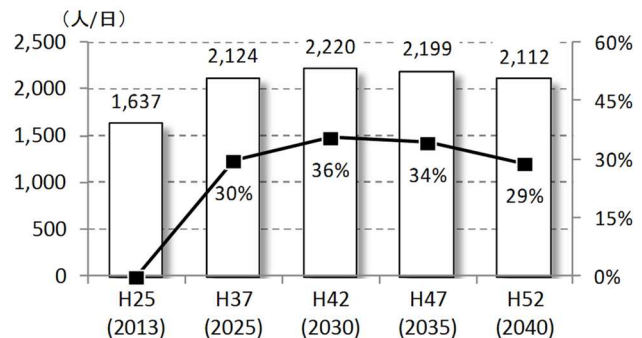
総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年から平成37年にかけて44%・18千人増加すると見込まれます。

（2）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年度から平成37年にかけて30%・487人/日の増加が見込まれます。

その後、平成42年にピークを迎え、36%・583人/日増加すると見込まれます。

図表 入院患者数の推移と変化率（君津区域）



（3）4機能別の医療提供体制

図表 4機能別の医療提供体制（君津区域）

(単位：床)

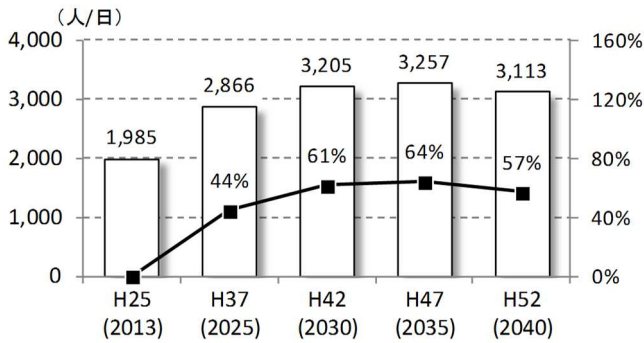
医療機能	必要病床数 (H37) A	28年度 病床機能報告 (H28.7.1) B	差引 B-A	28年度 病床機能報告 (H34.7.1) C	差引 C-A	今後整備が 予定される 病床数等 D
高度急性期	232	492	260	492	260	
急性期	806	959	153	980	174	
回復期	810	142	▲668	142	▲668	
慢性期	522	817	295	760	238	
休棟等	-	2		38		
計	2,370	2,412	42	2,412	42	148

「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ないに至らなかった病床数と、
 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。

(4) 在宅医療等需要の推移

図表 在宅医療等需要の推移と変化率（君津区域）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から平成37年にかけて44%・881人/日の増加が見込まれます。

平成47年にはピークを迎え、64%・1,272人/日の増加が見込まれます。

(5) 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

- 千葉、安房、市原等の隣接区域との入院患者の流出入や東京都、神奈川県からの流入がみられる区域です。また、平成28年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と平成37年の必要病床数*を比較すると、回復期*は不足し、高度急性期、急性期*、慢性期は過剰となることが見込まれます。
- 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、必要病床数の確保を図ります。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。

第3節 君津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、国保直営総合病院君津中央病院です。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*として君津中央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、基幹病院として2病院が行っています。

身体合併症治療については、引き続き精神科病棟での身体合併症治療が可能な救命救急センター*を有する病院又は二次救急医療機関に協力いただくとともに、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の増加に努めます。

この地域は、比較的医療機関が点在していますが、今後、更なる体制の整備を図ります。

- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、袖ヶ浦さつき台病院が中心となり、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。
- 訪問診療*実施診療所・病院や訪問看護事業所など在宅医療に関する資源や退院支援を実施している医療機関数が、全県平均（65歳以上人口10万対）より少ない地域です。在宅医療機関の目標値として、訪問診療実施診療所・病院数を46施設とする増加目標を置くほか、訪問看護ステーション*は18施設と現状維持の目標を置きますが、不足が見込まれる市もあることから、今後とも在宅医療機関の拡充と連携を促進するとともに、介護・福祉サービスを担う市との連携を図り、市圏

域を基本とした在宅医療の体制整備を進めます。

- 感染症については、国保直営総合病院君津中央病院に第二種感染症指定病床6床、結核病床18床を整備しているほか、同病院をエイズ治療拠点病院*と指定しています。今後、関係機関と更なる連携を図ります。
- 難病対策として、君津中央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君津中央病院について、医療提供体制の充実を図ります。
また、医師が現場に急行して速やかに治療を開始するとともに、患者を医療機関へ迅速に収容することにより、救命率の向上等を図るドクターヘリ*について、効率的な利用の促進を図ります。
- 小児救急医療体制
小児救急医療拠点病院*である君津中央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*の連携を強化します。
- 周産期*救急医療体制
地域周産期母子医療センター*である君津中央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ター*の連携を強化します。
- 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、「ちば医療なび*」、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（基幹災害拠点病院*）となる君津中央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）*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、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) 保健・医療従事者の養成確保

- 地域医療を支える医師や看護師の確保に努めます。
- 地域への定着が期待される初期臨床研修・専門研修*を受ける医師の受入の拡大に努めます。
- 看護師等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。

(5) 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、「第2編第1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/hokeniryous_h30list.html

第9章 市原保健医療圏

■ 救命救急センター ◆ 救急基幹センター □ 救急告示病院 ○ その他の病院



平成29年10月10日現在の開設許可等の状況に基づき県健康福祉政策課作成

第1節 圏域の現状

(1) 基本的事項

		圏 域	全 県	
構成市町村数		1市	37市16町1村	
面 積 (対全県比)		368.17km ² (7.1%)	5157.64km ²	
人 口 (人)	総 人 口 (対全県比)	274,656 (4.4%)	6,222,666	
	構 成 等	0～14歳	32,976	762,112
		15～64歳	167,270	3,779,812
		65歳～	70,814	1,584,419
		高齢化率	26.1%	25.9%
		75歳以上	29,487	695,819
		75歳以上の割合	10.9%	11.4%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、平成28年10月1日現在）
 国勢調査（総務省、平成27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

		圏 域 (人)		全 県 (人)	
出 生 数	(人口千対)	1,933	(7.1)	45,387	(7.3)
死 亡 数	(人口千対)	2,666	(9.7)	56,396	(9.0)
乳児死亡数	(出生千対)	6	(3.1)	95	(2.1)
死 産 数	(出産千対)	37	(18.8)	1,001	(21.6)
周産期死亡数	(出産千対)	6	(3.1)	188	(4.1)

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(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	824	301.0	16,798	269.2
心 疾 患	448	163.7	9,646	154.6
肺 炎	249	91.0	5,443	87.2
脳血管疾患	197	72.0	4,584	73.5

資料：動態発生数—平成28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、平成28年10月1日現在）

(4) 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	13	4.7	4.6	H28.10.1
2	診療所数	施設	160	58.4	60.5	H28.10.1
3	歯科診療所数	施設	129	47.1	52.2	H28.10.1
4	薬局数	施設	101	36.1	37.7	H28.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	15	5.5	5.2	H29.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	7	2.6	5.5	H29.8.1
7	在宅療養支援病院数	施設	3	1.1	0.5	H29.8.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.2	H29.8.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	13	4.8	5.2	H29.8.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	74	27.1	28.1	H29.8.1
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	72	26.4	22.8	H29.8.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	248	90.8	60.0	H29.8.1
13	一般病床数 (病院)	床	1,654	604.2	568.5	H28.10.1
14	一般病床数 (診療所)	床	152	55.5	36.2	H28.10.1
15	一般病床・病床利用率 (病院)	%	68.9		73.7	H28 (年間)
16	一般病床・平均在院日数 (病院)	日	14.3		15.4	H28 (年間)
17	療養病床数 (病院)	施設	412	150.5	168.8	H28.10.1
18	療養病床数 (診療所)	施設	18	6.6	2.6	H28.10.1
19	療養病床・病床利用率 (病院)	%	84.7		87.1	H28 (年間)
20	療養病床・平均在院日数 (病院)	日	98.7		162.4	H28 (年間)
21	医療施設従事医師数	人	489	175.2	189.9	H28.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	165	59.1	81.7	H28.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	418	149.8	176.2	H28.12.31
24	就業看護職員数	人	2,448	1,059.0	894.1	H28.12.31
25	医療施設従事栄養士 (管理栄養士) 数	人	43	15.4	17.9	H26.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	136	49.3	64.1	H26.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	152	55.1	55.3	H26.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	73	26.3	23.7	H26.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	23	8.5	8.0	H26.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	17	6.2	6.9	H29.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	886	324.9	400.2	H29.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	10	3.7	2.7	H29.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	792	290.4	246	H29.10.1

資料：1～3、13、14、17、18 「平成28年医療施設調査」(厚生労働省)

4 「平成27年度薬務行政概要」(千葉県)

5、30、31 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 「平成28年病院報告」(厚生労働省)

21～23 「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

24 「平成28年度衛生行政報告例」(厚生労働省)

25～29 「平成28年医療施設調査」、「平成28年病院報告」(厚生労働省)

32、33 千葉県医療整備課調べ

《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	13	17.7	17.9	41.8	40.3
2	診療所数	施設	160	218.1	237.0	514.4	532.6
3	歯科診療所数	施設	129	175.8	204.2	414.7	459.0
4	薬局数	施設	101	142.6	149.3	342.5	339.9
5	訪問看護ステーション数	施設	15	19.9	19.8	50.9	48.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	7	9.3	21.0	23.7	50.9
7	在宅療養支援病院数	施設	3	4.0	2.0	10.2	4.9
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.8	0.0	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	13	17.3	20.0	44.1	48.4
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	74	98.2	107.7	251.0	260.9
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	72	95.6	87.5	244.2	212.0
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	248	329.3	229.9	841.0	556.9
13	一般病床数（病院）	床	1,654	2,254.1	2,225.2	5,317.5	5,000.9
14	一般病床数（診療所）	床	152	207.2	141.7	488.7	318.4
15	療養病床数（病院）	施設	412	561.5	660.9	1,324.5	1,485.2
16	療養病床数（診療所）	施設	18	24.5	10.2	57.9	22.8
17	医療施設従事医師数	人	489	653.8	725.9	1,509.6	1,605.3
18	医療施設従事歯科医師数	人	165	220.6	312.3	509.4	690.6
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	418	558.8	673.5	1,290.4	1,489.2
20	就業看護職員数	人	2,448	3,272.8	3,417.8	7,557.4	7,557.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	43	59.9	71.7	144.1	164.6
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	136	192.1	256.8	462.6	589.8
23	医療施設従事理学療法士数	人	152	214.5	221.7	516.5	509.3
24	医療施設従事作業療法士数	人	73	102.4	95.1	246.5	218.5
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	23	33.0	32.1	79.4	73.7
26	介護老人福祉施設数	施設	17	22.6	26.4	51.6	57.4
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	886	1,176.3	1,534.6	2,689.7	3,337.0
28	介護老人保健施設数	施設	10	13.3	10.3	30.4	22.4
29	介護老人保健施設入所定員数	人	792	1,051.5	944	2,404.3	2,052

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。

1～3、13～16	平成28年4月1日
4、21～25	平成27年4月1日
5～12、26～29	平成29年4月1日
17～20	平成29年1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	8,442	6.7	24.4	49.9	H28.10.1
診療所数	施設	101,529	80.0	293.5	600.4	H28.10.1
歯科診療所数	施設	68,940	54.3	199.3	407.7	H28.10.1
薬局数	施設	58,678	46.2	169.6	347.0	H29.3.31
訪問看護ステーション数	施設	9,525	7.5	27.5	56.3	H28.10.1
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	52,492	41.4	151.7	310.4	H28.10.1
回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	75,433	59.4	225.4	467.8	H27.7.1
一般病床数（病院）	床	891,398	702.3	2,576.9	5,271.7	H28.10.1
一般病床数（診療所）	床	93,545	73.7	270.4	553.2	H28.10.1
療養病床数（病院）	床	328,161	258.5	948.7	1,940.7	H28.10.1
療養病床数（診療所）	床	9,906	7.8	28.6	58.6	H28.10.1
医療施設従事医師数	人	304,759	240.1	881.0	1,802.3	H28.12.31
医療施設従事歯科医師数	人	101,551	80.0	293.6	600.6	H28.12.31
薬局・医療施設従事薬剤師数	人	230,186	181.3	665.4	1,361.3	H28.12.31
就業看護職員数	人	1,559,562	1,228.6	4,508.4	9,223.3	H28.12.31

(5) 患者動向

	病院入院患者数 (対全県比)	人口10万対
圏域内住民	2,120 (4.6%)	755.7
全 県	46,507	744.8

資料：患者数—千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

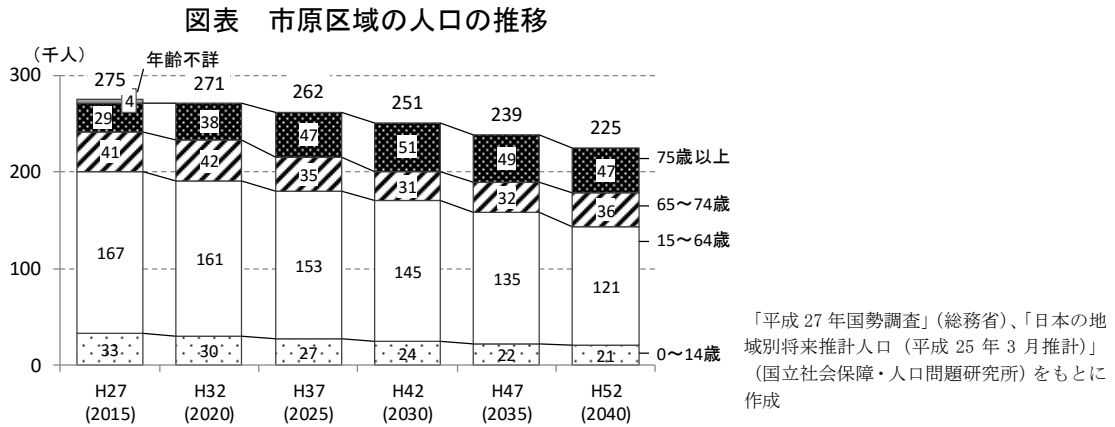
人口—千葉県年齢別・町丁字別人口調査（千葉県、平成26年4月1日現在）

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 患者の住所地（医療圏別）	
市原保健医療圏	66.1%	市原保健医療圏	71.6%
千葉保健医療圏	16.7%	山武長生夷隅保健医療圏	10.4%
君津保健医療圏	5.4%	市原保健医療圏	7.0%
県 外	4.3%	千葉保健医療圏	6.5%
そ の 他	7.5%	そ の 他	4.5%

資料：千葉県医療実態調査（千葉県、平成26年10月調査）※病床種別を問わない。

第2節 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（市原区域）

（1）人口の推移



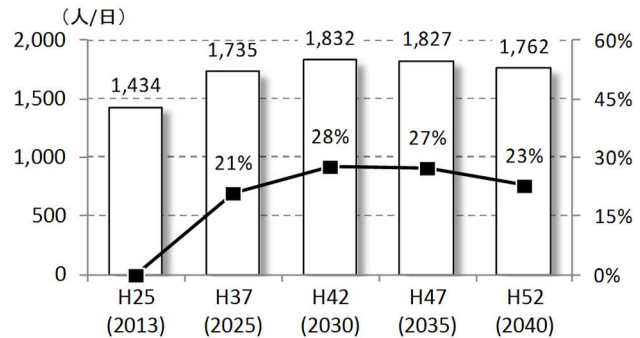
総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、平成27年から平成37年にかけて59%・17千人増加すると見込まれます。

（2）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年度から平成37年にかけて21%・301人/日の増加が見込まれます。

その後、平成42年にピークを迎え、28%・398人/日増加すると見込まれます。

図表 入院患者数の推移と変化率（市原区域）



（3）4機能別の医療提供体制

図表 4機能別の医療提供体制（市原区域）

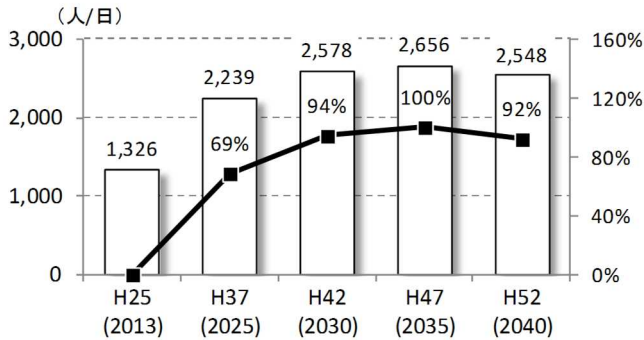
(単位：床)

医療機能	必要病床数 (H37) A	28年度 病床機能報告 (H28.7.1) B	差引 B-A	28年度 病床機能報告 (H34.7.1) C	差引 C-A
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

「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
 「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。

(4) 在宅医療等需要の推移

図表 在宅医療等需要の推移と変化率（市原区域）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から平成37年にかけて69%・913人/日の増加が見込まれます。

平成47年にはピークを迎え、100%・1,330人/日の増加が見込まれます。

(5) 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

- 千葉、山武長生夷隅、君津区域との流出入がみられる区域です。平成28年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と平成37年の必要病床数*を比較すると、高度急性期、回復期*及び慢性期は不足し、急性期*は過剰と見込まれます。
- 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、必要病床数の確保を図ります。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。

第3節 市原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、独立行政法人労働者健康安全機構千葉労災病院、帝京大学ちば総合医療センターの2つです。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*として千葉労災病院が、地域リハビリテーション広域支援センター*として白金整形外科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、基幹病院として1病院、救急輪番病院・措置輪番病院として1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の増加に努めます。

この地域は、精神科急性期治療病床が少ないため、今後、更なる体制の整備を図ります。

- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、千葉労災病院が中心となり、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。
- 訪問診療*実施診療所・病院など在宅医療に関する資源や退院支援を実施している医療機関が、全県平均（65歳以上人口10万対）よりやや少ない地域です。在宅医療機関の目標値として、訪問診療実施診療所・病院数を38施設、訪問看護ステーション*を22施設とする増加目標を置くなど、在宅医療機関の拡充と連携を促進するとともに、介護・福祉サービスを担う市との連携を図り、市の圏域を基本とした在宅医療の体制整備を進めます。

- 感染症については、千葉大学医学部附属病院に第二種感染症指定病床4床を指定しています。この地域には、結核患者の入院施設が整備されていないことから、結核モデル病床*の設置について、関係機関との調整、連携を継続していきます。
- 難病対策として、帝京大学ちば総合医療センター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。
- 千葉県循環器病センターは、循環器に係る高度専門医療を提供するとともに、地域の一般医療も担っていますが、立地上の課題等から入院患者が減少傾向にあります。また、近年、循環器病センターが所在する市原保健医療圏、隣接する山武長生夷隅保健医療圏に相次いで救命救急センター*が指定されたことなどを踏まえ、将来的な専門医療と地域医療のそれぞれのあり方について、全県的な視点と当該地域の状況を踏まえて検討する必要があります。

(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帝京大学ちば総合医療センターについて、医療提供体制の充実を図ります。
また、三次救急医療機関を補完する機能を持つ「救急基幹センター*」として千葉県循環器病センターの充実を図ります。
- 小児救急医療体制
夜間、休日における小児の初期、二次の急病患者を受け入れる体制を確保するため、小児初期救急センター*や病院群輪番制方式による医療体制の整備に対し助成する等、小児救急医療体制の充実を図るほか、小児救命集中治療ネットワーク*の連携を強化します。
- 周産期*救急医療体制
病院、診療所等の診療体制の連携を目指すほか、母体搬送コーディネーター*の連携強化と積極的な活用を図ります。
- 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、「ちば医療なび*」、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救護活動を円滑に実施するために市が設置した救護本部の活動支援や広域的対策に係る調整、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（地域災害拠点病院*）となる、千葉県循環器病センター、帝京大学ちば総合医療センター及び千葉労災病院の医療提供体制の充実を図ります。また、災害派遣医療チーム（DMAT・CLDMAT）*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、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）保健・医療従事者の養成確保

- 地域医療を支える医師や看護師の確保に努めます。
- 地域への定着が期待される初期臨床研修・専門研修*を受ける医師の受入の拡大に努めます。
- 看護師等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。

（５）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、「第2編第1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>

参 考

用語解説

【数字】

2型糖尿病 126

糖尿病には1型と2型とがあり、2型糖尿病は、遺伝的要因に過食や運動不足などの生活習慣が重なって発症するものです。一方、1型糖尿病は、自己免疫疾患などが原因でインスリン分泌細胞が破壊されて発症するものです。日本人の糖尿病患者では、圧倒的に2型の方が多いとされています。

320列CT装置 213

320列の検出器を持つCT装置のことです。従来の16列・64列・128列といった従来のCT装置に比べて一度に撮影できる範囲が広く、体への負担が少ない、三次元画像に時間の流れを加えた検査・解析が可能といったメリットがあります。

8020運動 255

満80歳で歯を20本以上残そうという運動のことです。おおむね20本以上あれば食べ物を容易に噛むことができるとされており、健康な歯は高齢者の健康・生活の基盤となることから推進されています。

【あ】

アスペルガー症候群 140

→「発達障害」参照。

アウトリーチ（訪問支援） 142

在宅での医療や相談等の支援が必要な者に対して、支援機関から出向いて必要な支援を行うことです。

新たな専門医 276

新たな専門医制度において、認定された専門医のことです。

専門医の領域は、新たに設けられた総合診療を含む19の基本領域とサブスペシャリティ領域で構成されています。

新たな専門医制度 84, 204, 216, 276

専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築された制度で、平成30年度から研修が開始されます。

中立的な第三者機関である一般社団法人日本専門医機構が専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を行います。

【い】

易感染 124

通常健康人には感染をおこさない病原性の弱い病原菌による感染（日和見感染）を生じやすいという意味です。

いきなりエイズ率 238

HIV（ヒト免疫不全ウイルス）の感染が判明した人のうち、判明時点ですでにエイズが発症していた人の割合のことです。

育成医療 306

18歳未満の身体に障害のある児童またはそのまま放置すると将来障害を残すと認められる疾患がある児童に対して行われる公費負担医療のことで、障害者自立支援法に規定されています。

一次救命処置（BLS） 118, 165

Basic Life Support の略です。心肺停止の状態にある傷病者が発生した場合に、専門的な器具や薬品などを用いに行う人工呼吸等の救命措置のことであり、一般市民でもその習得が望まれます。

一部事務組合 3, 209

広域行政のうち現在の市町村の区域を変更しないで、一部の行政サービスについて複数の市町村が連携・共同して行う方法です。

一過性脳虚血発作（TIA） 111

脳の一部の血液の流れが一時的に悪くなることで、半身の運動まひなどの症状が現れ、24時間以内に完全に消えてしまいます。脳の動脈が血栓で詰まり症状が現れますが、脳細胞が死んでしまう前に血液の流れが再びよくなるため、脳細胞が元の機能を回復し、症状も消失します。なお、脳の血液の流れが悪い状態が続く脳細胞は死んでしまい、運動まひなどの症状が残る状態を「脳梗塞」と言います。

一般診療所 21, 31, 106

診療所とは病床がない、もしくは病床数が19床以下の医療機関を指します。このうち歯科診療所を除くものを、一般診療所といます。

医薬品等の製造管理及び品質管理の基準に関する省令（GMP） 323

Good Manufacturing Practice の略です。医薬品、医薬部外品を製造するに当たり、製造業者が遵守すべき製造及び品質管理に関する業務、製造所からの出荷の管理等を規定した各種手順書の作成等に関する業務や構造設備を定めたものです。

医薬品等の製造販売後安全管理の基準に関する省令（GVP） 323

Good Vigilance Practice の略です。医薬品等の製造販売をするに当たり、必要な製造販売後安全管理として、安全管理情報の収集、検討、安全確保措置の実施等の業務を定めたものです。

医薬品等の品質管理の基準に関する省令（GQP） 323

Good Quality Practice の略です。医薬品等の製造販売をするに当たり、必要な製品の品質を確保するために行う、市場への出荷の管理、製造業者等に対する管理監督、品質等に関する情報及び品質不良等の処理、回収処理その他製品の品質の管理に必要な業務等を定めたものです。

医薬分業 219, 281

患者の診察、薬剤の処方箋を医師や歯科医師が行い、医師・歯科医師の処方箋に基づいて薬剤の調剤・投与を薬剤師が行うという役割分担を行うことをいいます。処方内容が公開されることによるチェック機能や薬剤師から詳しい服薬指導が受けられる等の利点があります。

医療安全相談センター 318, 319

医療法に基づき設置された医療相談を行う機関です。健康相談や、医療機関の案内、その他医療に関する様々な相談に対し助言を行います。ただし、医療上のトラブルに関しての仲介等はできません。

医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令（QMS） 323

Quality Management System の略です。医療機器及び体外診断用医薬品を製造等するに当たり、製造所等において必要な製造管理及び品質管理の方法を定めたものです。

医療機器等の製造管理又は品質管理に係る業務を行う体制の基準に関する省令（QMS体制） 323

医療機器等を製造販売するに当たり、品質を確保するために行う、市場への出荷の管理、製造業者等に対する管理監督等、品質等に関する情報及び品質不良等の処理、回収処理その他製品の品質管理に必要な業務を行う体制を定めたものです。

医療事故 318

医療に関する事故全般をいい、医療過誤による患者の健康被害だけではなく、医療機関内での転倒等による事故、医療従事者の事故なども含みます。

医療情報（医療の情報（IT）化） 321

医療法等に基づく病院、一般診療所、歯科診療所、助産所、薬局の機能に関する情報をいいます。予約診療、差額ベッド料金、専門医の数、地域医療連携体制など、国が指定する項目のほか、県が独自に項目を定めています。

医療的ケア児 227, 230, 304

NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害のある子どものことを言います。

医療保護入院 151

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律で定められた精神科における入院形態の一つです。精神保健指定医の診察の結果、精神障害（精神疾患）であり、医療及び保護のために入院が必要と診断されたものの、その精神障害のために自ら入院する任意入院の状態にないと判断された場合、本人の同意がなくとも家族等の同意があれば入院させることができます。

院内がん登録 106

医療機関単位で、がんに関する診断・治療・生存率等の情報を集積し、治療成績の評価や医療の向上に活用します。

院内助産所 184, 187, 286, 300

緊急時の対応ができる医療機関等において、正常経過の妊産婦のケア及び助産を助産師が自立して行うものです。医療法第2条でいう助産所には該当しません。

院内保育 285

医師・看護師等の医療従事者の子どもを、医療施設内の施設で保育すること。働きやすい環境を作ることを通じて医療従事者の確保や離職防止を図る上で、重要視されています。

インフォームドコンセント 318

Informed Consent。医師が示した治療方針等について、患者が十分に理解・納得したうえでそれに同意することをいいます。

【え】**エイズ治療拠点病院** 237, 238, 355, 365, 375, 385, 395, 405, 415, 425

病室の個室化、患者専用機器、診療支援のための施設の整備等を促進し、院内感染の防止及びエイズ診療の質的向上を図るなど、エイズ患者等が安心して医療を受けられる体制の整備を図った病院で、県に2か所以上整備することとしています。

栄養アセスメント 289

身体計測値、生化学検査値、食事摂取状況などの指標を組み合わせる個人（あるいは集団）の栄養状態を総合的に評価する方法です。

嚥下障害（えんげしょうがい） 226, 109, 111

脳血管疾患や老化等の様々な原因によって、「食べ物を食べる・飲み込む」機能が低下して起こる障害のことです。むせ、誤嚥、窒息等があります。

【お】**応需情報** 166, 215, 321

救急搬送患者の発生に対し、その受け入れが可能かどうかに関する情報のことです。

往診 160, 228, 232

通院できない患者の要請を受けて、医師がその都度診療を行うことです。

応急入院 151

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律で定められた精神科における入院形態の一つで、都道府県（政令指定都市）の長が指定した精神科病院の管理者による入院です。医療及び保護の依頼があり、急速を要し、精神保健指定医の診察の結果、医療保護入院が必要と判断されたものの、家族等が不明あるいは連絡がつかないため入院の同意が得られない場合に、72時間を限り入院させることができます。

オウム病 344

オウムやインコなどが糞と一緒に排出したクラミジアが、乾燥した糞とともに空中に浮遊し、それを吸い込んだ人がインフルエンザに似た症状（発熱、頭痛、倦怠感、筋肉痛など）を引き起こす病気です。

お薬手帳 180, 219

薬局や医療機関にて調剤された薬の履歴をまとめた手帳のこと。どのような薬を飲んでいくかを記録することで、飲み合わせの悪い薬の投与や重複投与、副作用などを防ぐためのものです。

【か】

介護医療院 28, 77, 475, 484

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた介護保険施設です。

介護支援専門員（ケアマネジャー） 94, 155, 225, 229, 303

要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けたものをいい、要介護者等からの相談に応じ、その心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるようケアプランの作成や市町村、サービス事業者等との連絡調整等を行います。ケアマネジャー、略してケアマネともいわれます。

介護療養型医療施設 28, 77

療養型医療施設とは、医療と介護の両方を必要とする高齢者等が入所する療養病床を有する施設であり、その中で介護保険が適応されるものを介護療養型医療施設と言います。

介護老人福祉施設 26, 77, 247

65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とする者（いわゆる要介護高齢者）であり、居宅において適切な介護を受けることが困難な者を入所させる施設です。施設サービス計画に基づき、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行います。

介護老人保健施設 14, 25, 74, 77, 83, 223, 475

病状安定期にあり入院治療する必要はないものの、リハビリ、看護・介護を必要とする要介護者に対し、看護、医学的管理下での介護、機能訓練その他日常生活上の世話等のサービスの提供を行う施設です。

回復期 57, 67, 81, 83, 85, 89, 91, 92, 93, 94, 110, 111, 112, 119, 198, 211, 263, 277, 286, 353, 363, 373, 383, 393, 403, 413, 423, 432

主に急性疾患において、発症間もない病状の不安定な時期を過ぎて安定している、あるいは緩やかに快方に向かっている時期を言います。

病床機能報告制度において回復期機能とは、「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」とされています。

回復期リハビリテーション病棟 49, 263

回復期リハビリテーションを要する患者が常時80%以上入院している病棟であり、リハビリテーション科を標榜していることや専従の医師、理学療法士、作業療法士を配置している等の基準があります。

開放型病院 206

地域の開業医や診療所の医師に対して、施設・設備を開放している病院のことです。開業医や診療所の医師は患者の手術や検査などを開放型病院において、そこに所属する医師と共同で行なうことが可能であり、患者の入院治療が必要な際にも開放型病床において共同で診療することができます。

解離性大動脈瘤 215

内膜・中膜・外膜の3層からなる大動脈の中膜に血液が入り込むことで膜どうしがはがれてしまい（解離）、血液の圧力で血管の弱くなった部分にこぶができている状態のこと。大動脈の正常な血流の阻害や大動脈の破裂が起き、生命の危機に直結するおそれの高い状態です。

かかりつけ医 83, 84, 89, 91, 92, 93, 94, 99, 100, 111, 112, 119, 126, 127, 134, 137, 142, 145, 155, 156, 159, 160, 192, 198, 200, 201, 202, 204, 205, 206, 230, 253, 257, 305, 354, 364, 374, 384, 394, 404, 414, 424, 434

患者の側からみた「主治医」のことであり、日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握し、診療のほかに健康管理上のアドバイスなどもしてくれる身近な医師のことをいいます。患者にとって医療への最初の接点であり、病状に応じて適切な専門医を紹介するなど医療機能の紹介・振り分けを行います。入院患者が自宅等の住まいの場へ復帰した後の通院治療や在宅医療についても担います。また、予防医学の点からも重要な役割を果たします。

かかりつけ歯科医 99, 111, 112, 126, 127, 198, 200, 202, 205, 206, 255, 256, 257, 258, 354, 364, 374, 384, 394, 404, 414, 424, 434

歯科医療の専門医として治療をするだけでなく、歯や口のプライマリ・ケアを地域住民それぞれのライフサイクルに合わせて継続的に提供する歯科医師のことで、地域に密着した総合的な歯科診療を提供します。

かかりつけ診療所 119, 168, 193

かかりつけ機能を有する医科および歯科を含めた診療所のことです。

かかりつけ薬剤師・薬局 99, 111, 112, 126, 134, 137, 142, 202, 218, 219, 354, 364, 374, 384, 394, 404, 414, 424, 434

患者が持参した処方せんをもとに調剤を行なうほかに、薬の使用歴を記録・管理して、薬の重複投与や相互作用などによる有害事象を回避したり、一般薬を含めた薬について気軽に相談を受けつけたりする薬剤師・薬局のことです。

核酸アナログ治療 244

ウイルス増殖を抑制する効果がある核酸アナログ製剤を用いる治療のことです。内服薬であり、副作用は少ないですが、長期にわたり服用する必要があります。

学習障害 140

→「発達障害」参照。

覚知 172

消防機関が通報等を受け、患者等の発生を認知することです。

看護師等学校養成所 283, 284, 285

保健師、助産師、看護師、准看護師を養成する、大学、高等学校、専門学校の総称です。

肝疾患診療連携拠点病院 244

肝炎を中心とする肝疾患に関する医療情報の提供、研修会の開催、相談支援等の機能を有し、肝疾患の診療ネットワークの中心的役割を果たす医療機関で、都道府県において原則1ヵ所選定することとされています。

がん診療連携拠点病院 98, 99, 100, 102, 104, 105, 106, 107, 213, 294, 354, 364, 374, 384, 394, 414, 424, 434

地域におけるがん医療の拠点として、専門的ながん医療を提供するとともに、地域の医療機関との連携や医療従事者の研修、患者への情報提供、相談支援等の役割を担います。

都道府県がん診療連携拠点病院と地域がん診療連携拠点病院があり、前者は県のがん医療の中心的な医療機関として、高度ながん医療を提供するとともに、がん医療を担う医療従事者に対して、研修や技術的支援を通して人材の育成を行います。

がん相談支援センター 98, 107

がん診療連携拠点病院等に設置されており、その病院に雇っていない場合でも無料で利用できる、がんに関する相談窓口です。

感染症外来協力医療機関 241, 242

感染症専門の外来部門として、一般患者との接触が避けられるような受診施設が整備されている医療機関のことをいいます。

感染症指定医療機関 241

入院が必要な感染症患者に対し、適切な医療を提供することが可能な医療機関であり、感染症の種類に応じ、入院を担当する医療機関として、特定、第一種及び第二種の感染症指定医療機関に分類されています。

眼底検査 109, 125, 126

高血圧などによる動脈硬化の進展具合を調べる、糖尿病による網膜病変の有無やその重症度を診断するためなどに行なわれる検査です。これらの疾患の管理において、またメタボリックシンドロームやその予備群など生活習慣病のリスクが高い人の健康管理においても眼底検査は重要です。

がん登録 99, 106, 213

がん対策の立案・評価等のためにがんの診断・治療・生存率等の情報を収集・整理する仕組みを指します。

鑑別診断（認知症） 155, 155, 159

記憶や計算能力等に関する検査、CTやMRI等による脳の画像診断等により、疾患の原因を特定し、治療方針策定に役立てることであります。

ガンマナイフ 213

ガンマ線（放射線の一種）を周辺の正常組織への影響ができるだけ少なくなるように病変部に集中して照射できるように開発された装置であり、脳腫瘍や脳動静脈奇形などが適応となります。開頭手術や通常の放射線療法に比べ治療期間が短く、患者の負担が軽減します。また、脳深部など手術が難しい部位の病変の治療にガンマナイフが適応となることもあります。

緩和ケア 98, 99, 102, 105, 213, 294

がんなど生命を脅かすような疾患において、その早期から、痛みといった身体的な問題だけでなく不快感や不安感といった精神的な問題等が障害とならないように予防や対処を行なうことです。

緩和ケアチーム 102, 105, 107

医師や看護師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ等が連携して、緩和ケアにあたる

チームのことです。

【き】

キャラバン・メイト 158

認知症に対する正しい知識と具体的な対応方法等を市民に伝える「認知症サポーター養成講座」の講師役のことです。

キャリア形成プログラム 276

修学資金受給者の就業先となる医療機関や就業義務年限、取得可能な資格や出産・子育てなどに対する配慮事項等を定めたものです。

キャンサーボード 104

手術、放射線診断、放射線医療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携る専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認するためのカンファレンスです。

救急安心電話相談 166, 356, 366, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

怪我や急病にどう対処したらよいか、病院の診療を受ける必要があるかなどの判断に迷った時に、医師・看護師に電話相談ができるものです。千葉県では、「救急安心電話相談」の名称で、平日・土曜は午後6時から午後11時まで、日曜・祝日・ゴールデンウィーク・年末年始は午前9時から午後11時まで相談を受け付けています。電話番号は「#7009」（銚子市のみ03-6735-8305）です。

救急救命士 111, 119, 165, 170

厚生労働大臣の免許を受けており、重度傷病者に対して、病院や診療所へ搬送されるまでの間に医師の指示の下で救急救命処置を行います。

救命救急センター 92, 142, 146, 147, 165, 167, 168, 171, 172, 184, 187, 188, 192, 214, 215, 216, 355, 364, 365, 375, 384, 385, 394, 395, 405, 415, 424, 425, 435

重篤救急患者の救命医療を行うことを目的に設置された医療機関で、高度な救急医療を24時間体制で提供できる機能を有しています。

救急基幹センター 168, 171, 187, 355, 365, 395, 405, 435

本県独自の制度として、24時間体制で重症救急患者に相当程度対応可能な高度診療機能を有し、初期及び2次救急医療機関の支援と3次救急医療機関の補完的役割を果たす医療機関です。

救急告示医療機関（救急告示病院） 51, 167, 174

事故や急病等による傷病者を救急隊が緊急に搬送する医療機関で、医療機関からの協力の申出を受けて知事が認定、告示しています。救急告示病院は、救急告示医療機関のうちの病院です。

急性期（病院） 56, 67, 81, 85, 89, 91, 92, 93, 94, 110, 111, 112, 117, 119, 155, 158, 179, 199, 211, 214, 216, 263, 277, 286, 353, 354, 363, 364, 373, 374, 383, 384, 393, 394, 403, 404, 413, 414, 423, 424, 433, 434

急性の疾患が発症して間もない時期で、病状が安定しておらず密度の高い対応が必要とされます。この時期に対応した医療を提供する病院が急性期病院です。

なお、病床機能報告制度において急性期機能とは、「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」とされています。

急性期・回復期リハビリテーション 263, 264

急性期のリハビリテーションは、原因となる疾患の十分な管理のもとに、機能障害の改善、早期離床による歩行を含めた基本的な日常生活動作の獲得を目的として行われ、そのことが廃用性症候群（安静等のために体を動かさないことにより起こる身体の様々な機能

低下)の防止にもつながります。

回復期リハビリテーションでは、在宅復帰を目的として、引き続き機能改善を図り、移動を含む日常生活動作やその患者に必要な日常生活関連動作の獲得・向上を図り、退院に向けて地域との調整を行います。

急性心筋梗塞 72, 85, 92, 117, 118, 123, 124

冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死して心臓機能の低下が起きる疾患です。

急性大動脈解離 118

大動脈壁が二層に剥離し、二腔(真腔・偽腔)になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状を来します。解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。

協力病院(エイズ対策) 238

エイズの治療に積極的に取り組むこととしている病院です。エイズ治療拠点病院とのエイズ医療・情報ネットワークを構築し、地域におけるエイズ医療の向上を図ります。

居宅介護支援事業所 99, 102, 111, 127

都道府県の指定を受けた居宅介護支援事業所では、所属する介護支援専門員(ケアマネージャー)が、介護保険法に定める者で、介護・支援を必要とする者(以下、「要介護者等」)からの相談を受けます。要介護者等がその心身の状況等に応じた適切な介護サービスを利用できるように、市町村・居宅サービスを行う者・介護保険施設等との連絡調整等や介護サービス計画を作成し、日常生活を営むために必要な援助を行います。

機能強化型訪問看護ステーション 115, 227, 232

常勤看護師の人数を多く確保し、ターミナルケア、重症児の受入れなどの対応を充実させた訪問看護ステーションのことです。

緊急安全性情報 327

医薬品又は医療機器について重要かつ緊急な情報伝達が必要な場合(予期せぬ重大な副作用等)に、厚生労働省からの指示に基づいて、その医薬品又は医療機器を取り扱う医薬関係者に対して、製造販売元の企業等が伝達を行う情報のことです。4週間以内に直接配布・説明すること、目立つようにA4黄色の紙に印刷することなどが定められています。

緊急対処事態 315

武力攻撃の手段に準ずる手段を用いて多数の人を殺傷する行為が発生した事態または当該行為が発生する明白な危険が切迫していると認められるに至った事態で、国家として緊急に対処することが必要な事態のこと。武力攻撃やテロなどのケースが想定されています。

均てん化(がん対策) 100, 104

地域間や施設間によるがん治療の格差をなくして、すべての人が同等に良質のがん医療サービスを受けることができるようにすることです。

【く】

薬と健康の週間 327

医薬品及び薬剤師の役割に関する正しい認識を広く国民に浸透させることにより、国民の保健衛生の維持向上に寄与することを目的とし、医薬品及び薬剤師の役割についての正しい知識を消費者の間に普及させるために設定されている週間です。毎年10月17日から23日までの1週間に設定され、医薬分業の推進や医薬品の適正使用等に関する啓発活動が行われます。

くも膜下出血 109

脳卒中のひとつで、脳動脈瘤が破綻し出血する疾患です。

クロザピン 145

数種類の抗精神病薬を十分量・期間投与したにもかかわらず、治療効果の得られない治療抵抗性の統合失調症の最終選択薬として諸外国でも承認されている薬剤です。ただし使用に当たっては、無顆粒球症や糖尿病、心筋炎などの重大な副作用への注意が必要であり、使用する施設では血液内科、糖尿病内科、循環器内科との連携が構築されている必要があります。また、講習等を受けて「クロザリル患者モニタリングサービス」に登録された医師・薬剤師の下でしか使用できません。

【け】**ケアマネジャー** 225, 229

→「介護支援専門員」参照。

軽症 111, 166, 168, 175, 192, 204

使用する機関によって定義は異なりますが、一般に傷病の程度が入院加療を必要としないものを指します。

軽度認知障害（MCI） 153, 270

正常と認知症の中間に当たる状態であり、認知機能（記憶、決定、理由づけ、実行など）のうち一つの機能に問題が生じてはいますが、日常生活には支障がない状態のことです。

ゲートキーパー（自殺対策） 146

悩みを抱える人に気付き、話を聞き、必要な支援につなげる人のことを「自殺を防ぐ門番」という意味でゲートキーパー（Gate Keeper）と呼びます。

血液製剤 332, 333

ヒトの血液を原料として製造される医薬品の総称です。濃厚赤血球製剤や血小板製剤などの輸血用血液製剤とアルブミン製剤や免疫グロブリン製剤などの血漿分画製剤があります。

血液センター 332

輸血用血液の採血・製造・供給を行っている日本赤十字社の施設で、千葉県内には、千葉県赤十字血液センターがあります。

結核患者収容モデル事業 234

結核患者の高齢化等に伴い合併症を有する結核患者又は精神に障害のある人で入院を要する結核患者等に対して、一般病棟又は精神病棟に収容し、治療するために適切な基準を策定することを目的とした事業です。

結核モデル病床 233, 365, 375, 385, 395, 404, 414, 435

結核患者収容モデル事業により、一般病棟又は精神病棟に整備された病床です。

血漿分画製剤 332

ヒトの血液中のタンパク質を分離して製造された医薬品のことです。アルブミン製剤、免疫グロブリン製剤、血液凝固因子製剤などがあります。最近では、一部の製剤に遺伝子組換え製品も流通しています。

血清クレアチニン 125

血液に含まれるクレアチニンの値です。クレアチニンは、アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝された後の老廃物であり、腎臓でろ過されて尿中に排出されます。この値が高いと、腎臓の機能が低下していることを意味します。

血栓回収療法 110

詰まっている血栓を、カテーテルを用いて吸引したり、金網の筒のようにになっている血栓除去デバイス（ステント）を用いて、回収除去したりすることで、脳血流を再開通させる治療法です。

ゲノム医療 98, 105, 213

個人のゲノム情報をもとにした、その人の体質や病状に適した医療です。特に、がんについては、効果が大きく、副作用の小さい治療法がわかると期待されています。

献血可能年齢層 332

献血が可能な年齢層のことです。200 ミリリットルの全血献血の場合は、16歳から69歳まで、400 ミリリットルの全血献血の場合は男性17歳から69歳まで、女性18歳から69歳まで、成分献血の場合18歳から69歳まで（女性のみ血小板成分献血の場合は18歳から54歳まで）が献血可能年齢層です。

健康危機・健康危機管理 2, 308, 309, 312, 315, 316, 336, 339, 343

感染症、食中毒、有毒物混入、その他何らかの原因により生じる県民の生命、健康を脅かす事態を健康危機といい、そのような事態に対し行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務を健康危機管理といいます。

健康サポート薬局 218, 219

かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する機能を有する薬局。厚生労働省の告示で示された一定の基準に適合しており、要指導医薬品を含めた薬の相談や健康相談、地域の医療機関の紹介などを行うことができます。

健康寿命 255, 268, 271, 292, 293, 295

一生のうち、健康で支障なく、日常の生活を送れる期間のことです。

【こ】

広域災害救急医療情報システム（EMIS） 175, 321

救急医療機関における患者の受入の可否等の救急医療情報及び災害時における診療可否・医師等の派遣の可否・医薬品備蓄状況などの支援、被支援などの災害時医療情報を県内の救急医療機関から収集し関係機関に提供するシステムです。

口腔ケア 98, 105, 107, 158, 255, 256, 257, 271, 278

歯ブラシ、歯間ブラシ等を使って歯や口を清潔かつ健康に保つための器質的口腔ケアと、唾液の分泌を促したり舌・口唇・頬などの口腔機能を維持・向上するための機能的口腔ケアがあります。

航空搬送拠点臨時医療施設（SCU） 179, 180

「SCU」とは Staging Care Unit の略です。災害時等に、航空搬送拠点に設置する搬送患者待機のための臨時医療施設であり、症状安定化のための処置・航空搬送のトリアージ等を実施する場のことです。

合計特殊出生率（TFR） 10, 296

15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計した値で、1人の女性が一生の間に生む子どもの平均数を表します。

高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等） 109, 111, 139, 140, 145, 215, 264, 265, 266

脳の損傷により生じる認知・行動機能の障害。事故による頭部外傷や脳血管障害などの脳の疾病、感染症や薬物・アルコールによる中毒など、さまざまな原因によって脳が損傷を受け、言語・思考・記憶・行為などの認知・行動機能に生じる障害のことです。

更生医療（自立支援医療） 306

身体に障害のある人が、障害の程度を軽くしまたは取り除き、あるいは障害の進行を防いで職業上、及び日常生活の便宜を増すために必要なとき受ける公費負担医療であり、障害者総合支援法に規定されています。

公的病院 19, 85, 86, 198

医療法第31条の公的医療機関のうち、病院であるものをいいます。千葉県内では、県立病院を含む公立病院、社会福祉法人恩賜財団済生会千葉県済生会習志野病院及び成田赤十字病院が該当します。

行動・心理症状（BPSD） 85, 153, 154, 158, 159

認知症の記憶障害などの中核症状に伴う徘徊や妄想、不眠や昼夜逆転、暴言や暴力、不潔行為、異食などの症状の総称です。周辺症状と表すこともあります。

BPSDは、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略です。

高度救命救急センター 167, 171, 198, 201, 215, 355

救命救急センターのうち、特に高度な診療機能を有すると認めるものをいい、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者の医療を担当する医療機関のことです。

後発医薬品 325, 326, 327

先発医薬品の特許が切れた後に、効き目や安全性が同等として他の製薬会社による製造・供給が認められた医薬品のこと。「ジェネリック医薬品」ともいいます。一般に先発医薬品と比べて価格が安くなるため、自己負担の軽減や保険財政の改善に資するとして、普及が図られています。

誤嚥（ごえん） 270, 271

本来、気管に入ってはいけないものが気管に入ってしまうことです。例えば、老化や脳血管障害の後遺症などによって、飲み込む機能や咳をする力が弱くなると、口腔内の細菌、食べかす、逆流した胃液などが誤って気管に入りやすくなります。

誤嚥性肺炎（ごえんせいはいえん） 110, 255, 270, 278

嚥下機能が十分働かず、誤って食物等が気道から肺に入り、その浸透圧の影響や細菌感染によって起こる肺炎であり、重症になると命を奪うことがある。

コグニサイズ 159

運動と認知課題（計算、しりとりなど）を組み合わせた、認知症予防を目的とした取組の総称で、英語のcognition（認知）とexercise（運動）を組み合わせた造語です。

子育て世代包括支援センター 296, 300

妊娠・出産・子育てに関する相談や情報提供、関係者との調整など、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を行うワンストップ拠点です。

【さ】

災害医療協力病院 174, 175, 178, 180

災害時において災害拠点病院とともに患者の受け入れを行う医療機関です。

災害拠点病院 174, 175, 176, 178, 179, 180, 216, 356, 366, 376, 386, 396, 405, 415, 429, 436

災害時に多発する重篤患者の救命医療を行う高度の診療機能、患者の広域搬送への対応機能、自己完結型の医療救護班の派遣機能、被災地等の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有する地域災害医療センター、及びこれらの機能に加え災害医療に係る研修機能を有する基幹災害医療センターであり、厚生労働省の承認を得た病院のことです。

災害時小児周産期リエゾン 188, 196

災害時に、小児・周産期医療に特化した調整を行う専門のコーディネーターです。

災害派遣医療チーム（DMAT・CLDMAT） 174, 180, 212, 356, 366, 376, 386, 396, 405, 415, 425, 436

DMATは、Disaster Medical Assistance Teamの略であり、大災害などが起こった場合に、災害発生後の概ね48時間以内の初期段階で、いち早く被災地に駆けつけて急性期の医療救護活動を行う医療チームです。CLDMATは、Chiba Limited Disaster Medical Assistance Teamの略で県内の災害医療体制の充実強化を図るため、県内に活動を限定し

て医療救護活動を行う医療チームです。

災害派遣精神医療チーム（DPA T） 141, 179, 180, 212

DPA Tは、Disaster Psychiatric Assistance Team の略であり、大規模災害等の後に被災者及び支援者に対して、精神科医療及び精神保健福祉活動の支援を行うための専門的な精神医療チームです。発災直後から、被災地の状況によって中長期にわたって活動します。

再興感染症 315

既知の感染症で、既に公衆衛生上ほとんど問題とならない感染症と認識されていましたが、近年再び患者数が増加してきた感染症、あるいは将来的に公衆衛生上問題となる可能性がある感染症です。

在宅悪性腫瘍患者指導管理 102

在宅医療に関する診療報酬の算定項目のひとつです。在宅で鎮痛療法または化学療法を行う悪性腫瘍の末期患者に対する指導・管理を行うものです。

在宅がん医療総合診療 102

在宅医療に関する診療報酬の算定項目のひとつです。通院困難かつ在宅療養中の末期のがん患者に対して、計画的な医学管理の下で総合的な医療を提供するものです。

在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局 31, 226, 227, 232

調剤報酬の項目のひとつである「在宅患者訪問薬剤管理指導(料)」を算定することを地方厚生局に届け出ている薬局のことです。通院が困難で、かつ在宅療養を行っている患者に対して、薬剤師による薬学的管理指導計画の策定や、それに基づく薬学的管理・指導を行うことができます。

在宅緩和ケア 102, 105, 213

がん等の患者において、住みなれた家や地域で、痛みや不安等の症状を和らげ、生活の質を向上させ、その人の尊厳を保ちながら、最後まで安心して自分らしく生きること・生活することができるための支援をすることです。

在宅緩和ケア充実診療所 102

在宅医療において、緊急往診や看取りの十分な実績等があると評価された在宅療養支援診療所のことです。

在宅血液透析指導管理 127

在宅医療に関する診療報酬の算定項目のひとつです。在宅で血液透析を行う患者に対して、その指導管理を行うものです。算定には、在宅血液透析に係る医療の提供に必要な体制の整備が必要となります。

在宅自己疼痛管理指導管理 102

在宅医療に関する診療報酬の算定項目のひとつです。疼痛除去のために、埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後、在宅にて自己疼痛管理を行う難治性慢性疼痛の患者に対して、指導・管理を行うものです。

在宅自己腹膜灌流指導管理 127

在宅医療に関する診療報酬の算定項目のひとつです。「自己腹膜灌流」とは、自分の腹膜で人工透析を行う療法のことで、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行う患者に対して、指導・管理を行うものです。

在宅当番医制 167, 171, 191, 365, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

市町村及び一部事務組合の委託により、地区医師会の医師等が交代で夜間休日診療を実施する体制です。初期診療を行うとともに、必要であれば二次救急医療機関等へ患者を紹介・転送する役割を有しています。

在宅療養後方支援病院 228, 232

在宅療養支援診療所等と連携し、あらかじめ届け出た入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病棟を常に確保している病院のことで。

在宅療養支援歯科診療所 99, 102, 111, 112, 126, 227

在宅又は社会福祉施設等における療養を、後方支援の機能を有する医療機関と連携して歯科医療面から支援する歯科診療所のことで。

在宅療養支援診療所 31, 99, 102, 106, 111, 126, 127, 225, 227

地域における患者の在宅療養について、主体となる責任を有する診療所であり、患者からの連絡を一元的に受ける他、患者の診療情報を集約するなどの機能を有しています。24時間体制で往診や訪問看護を実施します。

在宅療養支援病院 31, 227

許可病床200床未満、または半径4km以内に診療所が存在しない200床以上の病院であり、在宅療養支援診療所同様24時間体制で往診や訪問看護を実施する病院のことで。

作業療法士 142, 286

医師の指示の下に、身体又は精神に障害のある者に、手芸工作その他の作業を行わせ、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図ることを業務内容とする専門職種です。

挫滅症候群 174

身体の一部、特に四肢が瓦礫等により圧迫されると筋肉等が損傷を受け、壊死した筋細胞からカリウム等が漏出し、その後、圧迫が解除されると、血液中にそれらが大量に流れ込むことにより、不整脈や急性腎不全等を来し致命的になる疾患です。

サルコペニア 270

Sarcopenia。高齢になるに伴い、筋肉の量が減少していく老化現象のことで。25～30歳頃から進行が始まり、生涯を通して進行します。

産業医 145

職場において、労働者の健康管理等を効果的に行うためには、医学に関する専門的な知識が不可欠なことから、常時50人以上の労働者を使用する事業場においては、事業者は産業医を選任し、労働者の健康管理等を行わせなければならないこととなっています。労働者数50人未満の事業場については、選任義務はありませんが、労働者に健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師等に労働者の健康管理を行わせるように努めなければならないとされています。

産後ケア 300

分娩後、ホルモンバランスの変化に伴い、疲労と精神的に不安定な状態にある産婦に対して行う心身のケアや育児サポート等のことをいいます。

三次救急医療 166, 167, 168, 171, 192, 195, 214, 215, 355, 365, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

救急車により直接、又は初期・二次救急医療機関から転送される重篤救急患者に対する救命医療を行うことを指し、高度な診療機能を持つ「救命救急センター」により実施されています。

【し】

歯科衛生士 124, 271, 287

歯牙及び口腔の疾患の予防のため歯科医師の指導の下に行う歯石等の除去及びフッ素等薬物の塗布並びに歯科診療の補助並びに歯科保健指導を行う専門職種です。

歯科急病診療所 167

夜間・休日等の急患に対応する歯科診療所です。ちば救急医療ネットで検索が可能です。

脂質異常症 109, 116, 117, 123

血液中の脂肪値が高い状態を脂質異常症（高脂血症）と呼びます。血液中の脂肪分である血清脂質のうち、脂質異常症にかかわる成分は、コレステロールと中性脂肪です。

疾病管理プログラム 117, 118, 119

多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいいます。低下機能（心機能）の回復だけではなく、再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられています。

指定薬物（いわゆる危険ドラッグ） 328, 331

多幸感、快感等を高めるものとして、あたかも合法のように偽装して販売されていたましたが、医薬品医療機器等法により中枢神経の興奮、抑制及び幻覚等の作用を有するとして厚生労働大臣が指定した薬物のことで、製造、販売、所持、購入等が規制されています。

自閉症 140, 305

→「発達障害」参照。

若年性認知症支援コーディネーター 161

若年性認知症の人やその家族等からの相談及び若年性認知症の人やその家族等の支援に携わる者のネットワークを調整する役割を担う者です。

集学的治療 213

がんの治療にあたって放射線療法・化学療法・手術療法を組み合わせるなど、複数の療法を組み合わせることで、より効果的な治療を行うことをいいます。

収去検査 326

食品や医薬品の安全を検査・確認するため、法に基づいて食品衛生監視員や薬事監視員が店舗・薬局などから当該食品・医薬品の必要最少分量の無償提供を受けて行う検査のこと。

周産期（周産期医療） 83, 85, 89, 183, 184, 185, 187, 188, 198, 201, 214, 296, 300, 355, 365, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

周産期とは妊娠後期（妊娠満22週以降）から早期新生児（生後1週未満）までの出産前後の時期を指し、この時期の母子・母胎を総合的に管理してその健康を守るのが周産期医療です。

周産期死亡率 17, 189, 296

全出産数に対する妊娠後期（妊娠満22週以降）の死産数及び早期新生児死亡数の合計の割合です。

周産期母子医療センター 183, 184, 187, 188, 355

周産期を対象とした産科と小児科を組み合わせた医療施設です。

周術期 257, 271, 278

手術中だけでなく、術前から術後の一連の期間の総称です。

重症 168, 174, 175, 176, 179, 180, 185, 215, 355, 365, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

使用する機関によって定義は異なりますが、一般に傷病の程度が3週間以上の入院加療を必要とするものを指します。

重度心身障害者（児）医療給付改善事業 306

重度心身障害のある人の健康・福祉の増進と医療費負担の軽減を図るため、健康保険法、国民健康保険法等に基づく保険による医療給付の自己負担額を助成する制度で、市町村が実施し、千葉県では補助金を交付しています。

受動喫煙 96, 97, 104, 109, 114, 118, 121, 129, 293, 294

室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることです。

受療率 39, 40, 74, 76, 80, 478

ある特定の日に、入院・外来・往診等の診療を受けた人の割合を指します。

循環型地域医療連携システム 2, 60, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 99, 111, 119, 126, 127, 142, 155, 168, 175, 185, 192, 206, 209, 211, 212, 356, 366, 376, 386, 396, 406, 416, 426, 436

患者を中心として、急性期から回復期までの治療を担う地域の医療機関の役割分担と連携、更には健康づくり・介護サービスと連動する体制です。

ショートステイ 304, 306

児童や障害のある人、高齢者の心身の状況や病状、その家族の身体上・精神上・環境上の理由により一時的に養育・介護をすることができない、または家族の精神的・身体的な負担の軽減等を図るために、短期間入所して日常生活全般の養育・介護を受けることができるサービスです。

障害児等療育支援事業 306

在宅の障害のある子ども等やその家族を対象に、障害児（者）施設などがもつ機能を活用した、訪問や外来による療育のための相談や指導を実施すると共に、近隣の保育所や幼稚園等を巡回し、職員を対象にした療育に関する技術の指導を行う事業です。

障害保健福祉圏域 137, 138

障害福祉サービスの実施主体は市町村ですが、サービスを面的・計画的に整備し、重層的なネットワークを構築するための市町村と県の中間的な単位のことです。保健所の区域を基本とした13の健康福祉センター（保健所）の圏域と千葉市、船橋市及び柏市を加えた計16圏域を設定しています。

小児救急医療拠点病院 195, 395, 405, 415, 425

複数の医療圏を対象として、小児救急医療に係る休日夜間の診療体制を常時整えている二次救急拠点病院です。

小児救急電話相談 191, 195, 196, 202, 356, 366, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

小さな子どもを持つ保護者が、休日・夜間の子どもの急病にどう対処したらよいか、病院の診療を受ける必要があるかなどの判断に迷った時に、小児科医師・看護師に電話相談ができるものです。千葉県では、「こども急病電話相談」の名称で、毎日午後7時から翌午前6時まで相談を受け付けています。電話番号は「#8000」（銚子市のみ043-242-9939）です。

小児救命集中治療ネットワーク 195, 355, 365, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

重篤な小児救急患者への的確な対応のための体制整備を目的とした、関係病院間のネットワークのことです。

小児救命救急センター 195

県内全域を対象として、診療科領域を問わず、全ての重篤な小児救急患者を24時間体制で必ず受け入れる三次救急医療機関です。

小児集中治療室（PICU） 67, 195, 365, 375

→「PICU」参照。

小児初期救急センター 195, 365, 375, 385, 435

小児の急病患者を受け入れるため、小児救急医療支援事業等の二次救急病院と連携し、小児患者の休日夜間の診療を行う初期救急医療機関のことです。

小児中核病院 187, 193

三次医療圏において中核的な小児医療を提供する医療機関のことです。

傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準 114, 121, 165, 170

消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、都道府県が定める基準のことで、この実施基準では、傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリスト、救急隊による傷病者の状況の観察基準、受入医療機関が速やかに決定しない場合における受入医療機関を確保するためのルールなどを定めます。

初期救急医療 167, 168, 171, 355, 365, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

救急患者のうち、入院の必要がない軽症者に対し休日や夜間の外来診療を行うことを指します。具体的には「休日夜間急患センター」や「在宅当番医」がその役割を担います。

初期臨床研修医 274

医師免許取得後、臨床研修病院で研修を受けている医師のことです。

初期臨床研修制度 273, 274

平成16年4月の医師法の改正により導入された制度で、診療に従事しようとする医師について、医学を履修する課程をおく大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、2年以上の臨床研修を受けることを義務化したものです。

食品安全基本法 338

食品の安全性の確保に関して、基本理念や基本方針を定め、食品の安全性の確保に関する施策の推進を目的とする法律です。

助産師外来 184, 187, 286, 300

医療機関等において、外来で、正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師が自立して行うものです。

心血管疾患リハビリテーション 117, 118, 119

心血管疾患患者の身体的・心理的・社会的・職業的状態を改善し、基礎にある動脈硬化や心不全の病態の進行を抑制あるいは軽減し、再発・再入院・死亡を減少させ、快適で活動的な生活を実現することをめざして、個々の患者の「医学的評価・運動処方に基づく運動療法・冠危険因子是正・患者教育およびカウンセリング・最適薬物治療」を多職種チームが協調して実践する長期にわたる多面的・包括的プログラムをさします。

心原性 172

心肺停止に陥った原因が、心筋梗塞などの心臓の疾患や機能不全であるものをいいます。他の原因によるものと比べ、救急救命処置による救命の可能性が高く、迅速・適切な救急救命処置の実施がきわめて重要なケースです。

新興感染症 315

人の間に初めて現れた感染症、あるいは既に存在していた可能性のある感染症の中で急性な感染範囲の拡大や感染率の増加が見られた感染症です。

心疾患 12, 13, 117, 119, 258, 292

心臓の疾患の総称、心臓病とも言います。

新生児 16, 72, 183, 184, 185, 187, 188, 214

生後4週未満の乳児です。

新生児死亡率 16, 189, 191

全出生数に対する新生児死亡（生後4週未満の死亡）数の割合です。

新型インフルエンザ 241, 308, 309, 315, 316

新たに人から人に感染する能力を有することとなったインフルエンザウイルスを病原体とするインフルエンザをいいます。毎年流行を繰り返す通常のインフルエンザと異なり、ほとんどの人が新型インフルエンザのウイルスに対する免疫を持っていないため、ウイルスが人から人へ効率よく感染し、急速かつ大規模なまん延を引き起こし、世界的大流行（パ

ンデミック) となるおそれがあります。

心筋梗塞 3, 89, 92, 117, 118, 119, 124, 184, 187, 214, 215

冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患です。

シンクタンク 314

さまざまな領域の専門家を集めて政策や企業戦略の策定・提言などを行う調査研究組織のことです。

新公立病院改革ガイドライン 86, 212

平成27年に総務省自治財政局が策定・通知したガイドラインです。公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制を確保し、その中で公立病院が安定的に不採算医療や高度・先進医療などの重要な役割を担っていくことを目指し、総務省が地方公共団体に対し新公立病院改革プランを要請したものです。プランの内容は、地域医療構想を踏まえた役割の明確化、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しです。

【す】

睡眠時無呼吸症候群 109

眠り出すと呼吸が止まってしまうため、過眠や高血圧などを引き起こす病気です。

【せ】

生活機能障害 270

筋骨格系、心肺機能、認知精神機能において、これらの日常生活動作を支えるために必要な最低限の能力を保てなくなった結果生じる、生活能力の障害のことです。

生活習慣に関するアンケート調査 97

県民の健康に係る生活習慣の現状を把握し、健康や医療に関する課題を明らかにし、今後の健康づくり施策の推進等に必要な基礎資料を得ることを目的に、2年に一度実施する調査です。

調査結果は「健康ちば21」等、保健医療施策を具体的に推進するための資料となります。

精神科救急情報センター 141, 216, 356, 366, 376, 386, 396, 406, 415, 426, 436

精神科救急患者本人や家族、救急隊等からの相談等に直接応じ、必要な対応を行う窓口。千葉県精神科医療センターに設置され、原則として年間を通じ24時間体制で電話により相談に応じている。

精神科リエゾンチーム 142, 146, 160

「リエゾン」とは、フランス語で「連携」や「連絡」を意味する言葉です。「精神科リエゾン」は、身体疾患に伴う様々な心理的問題を一般科と連携しチーム医療の中で扱おうとするもので、精神科医・薬剤師・看護師・臨床心理技術者・精神保健福祉士などの多職種により行われます。

精神保健福祉センター 132, 134, 137, 142, 143, 145, 148, 304, 331

精神保健及び精神に障害のある人の福祉に関する知識の普及や調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑困難なものなどを行っている施設です。都道府県や政令指定都市における精神保健及び精神に障害のある人の福祉に関する総合的技術センターとしての役割を担っています。

精度管理 97, 104, 312, 313, 343

(がん検診・水質検査等の) 水準を高く保つために、方法などについて点検し、評価することです。

セカンドオピニオン 318

Second Opinion。診断や治療方針に関して、主治医以外の専門的知識を有する医師が提

供した意見をいいます。セカンドオピニオンの提供は患者自身が納得した医療を受けるための手助けとなります。

摂食嚥下障害（せっしょくえんげしょうがい） 226, 257, 271

脳血管疾患や老化等の様々な原因によって、「食べ物を食べる・飲み込む」機能が低下して起こる障害のことです。むせ、誤嚥、窒息等があります。

全県（複数圏域）対応型がん診療連携拠点病院 99

県全体のがん診療の質の向上及びがん医療の標準化に取り組み、地域がん診療連携拠点病院とネットワークを構築する病院です。

全県（複数圏域）対応型救急医療連携拠点病院 168

国立大学病院や高度救命救急センター、ドクターヘリ配置医療機関といった、救急に関して高度な医療機能を有し、全県下に1箇所または数箇所程度配置される病院です。なお、救急医療に関する専門的な助言・指導を行う機関でもあります。

全県（複数圏域）対応型周産期医療連携拠点病院 185

リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療を提供し、24時間体制で患者を受け入れることのできる医療施設のことです。

全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院 184, 187, 192, 193

三次医療圏において中核的な小児医療を実施する病院のことです。

全国がん登録 99, 106

日本でがんと診断されたすべての人のデータを、国で1つにまとめて集計・分析・管理する仕組みを指します。病院及び指定された診療所は法の定めにより、診療の過程で得られたがんに関する情報の届出が義務づけられます。

専門研修 84, 216, 276, 356, 366, 376, 386, 396, 406, 416, 426, 436

臨床研修（医師免許取得後2年以上）を終えた医師が、専門的知識を学び経験を積むことにより、各種専門医資格の取得を目指す研修課程のことです。

専門・認定薬剤師 281

専門薬剤師および認定薬剤師のことです。いずれも、特定の医療分野等において高度な知識や技量、経験を持つとして、薬学系の団体・学会等の資格認定機関から認定を受けた薬剤師を指します。

【そ】

総合周産期母子医療センター 183, 184, 185, 187, 365, 415

相当規模の母体・胎児集中治療管理室を含む産科病棟及び新生児集中治療管理室を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、母体又は胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことのできる医療施設で県が指定した病院のことです。

総合難病相談支援センター 246, 247

県内8箇所にある千葉県指定の地域難病相談支援センターをとりまとめる指導的役割を持つ施設で、県内1箇所に設置されています。

ソーシャルキャピタル 271

Social capital。地域のネットワークによってもたらされる規範と信頼を意味し、地域共通の目的に向けて協働するモデルとされ、社会資本と訳されています。しかし、それは施設等の物的な社会資本ではなく、行政・企業・住民を結びつける人間関係、市民関係のネットワークであり、社会関係資本、共同関係資本ともいうべき性格を有しています。

具体的にはボランティア活動や官民連携など幅広い横型ネットワークによって支えられており、地域を支える主体の社会的応答性を高める仕組みでもあります。

組織プラスミノゲン・アクチベータ (t-P A) 110

生体内に存在する組織プラスミノゲン活性化因子のことであり、血栓の溶解作用を有しています。アルテプラゼはこの因子を製剤化したものであり、脳梗塞において発症早期の治療等に用いられます。t-P AはTissue Plasminogen Activator の略です。

措置入院 151, 216

精神科病院での入院治療を受けなければ、その精神障害（精神疾患）のために自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれがあると認められた場合に執られる都道府県（政令指定都市）の長の命令による強制入院を指します。患者の人権の部分的制限を伴う行政処分であることから、2名の精神保健指定医の診察の結果が一致する等の要件や手続きについて精神保健及び精神障害福祉に関する法律で厳密に規定されています。

【た】**退院患者平均在院日数 116, 123, 148**

ある調査期間の間に退院した患者が、平均して何日間入院していたかを表す指標です。

大腿骨近位部骨折 268, 269, 270

大腿骨頸部骨折と大腿骨転子部骨折の総称です。典型的な骨粗しょう症性骨折と言われており、人口の高齢化とともに発生数が増加しています。

多剤耐性結核 233

結核治療の第一選択薬であるイソニコチン酸ヒドラジド（INH）及びリファンピシン（RFP）の両方に耐性を有する結核をいいます。患者が正しく抗結核薬を服薬しなかったり、治療が完了する前に服薬を中止したりすると、多剤耐性結核菌が出現します。一般の結核に比べ、多剤耐性結核の治療は著しく困難であると言われます。

多動性障害（ADHD） 140

→「発達障害」参照。

【ち】**地域医療構想調整会議 88, 353**

都道府県が医療法の規定に基づき開催する会議の一つで、地域医療構想を推進するために必要な協議を行うことを目的としています。

委員は医療関係者、保険者等で構成され、構想区域（千葉県では2次保健医療圏に一致。）ごとに開催されます。

地域医療支援センター 84, 276

医療法に基づき、医師の地域偏在解消等を目的として県が設置した機関です。

県内の医師不足の状況等を把握・分析し、医師のキャリア形成支援と一体的に医師不足病院の医師確保の支援等を行います。

地域医療支援病院 86, 91, 204, 206, 354, 364, 374, 384, 394, 404, 414, 424, 434

かかりつけ医を支援し、地域医療の充実を図ることを目的として、二次保健医療圏ごとに整備される病院です。施設の共同利用、地域医療従事者の研修なども行います。

地域医療連携パス 93, 107, 115, 130

急性期の医療機関から回復期の医療機関を経て自宅に戻るまでの治療経過に従って、各期間の診療内容や達成目標などを明示した治療計画です。患者や関係する医療機関で共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心の確保が見込まれます。

地域がん診療病院 99, 404

がん診療連携拠点病院が整備されていない2次医療圏に整備されています。隣接する地域がん診療連携拠点病院のグループとして指定され、連携しながら専門的ながん医療の提供、相談支援や情報提供などの役割を担っています。

地域がん診療連携拠点病院 99, 354, 364, 374, 384, 394, 414, 424, 434

→「がん診療連携拠点病院」参照。

地域周産期母子医療センター 183, 184, 185, 187, 365, 375, 385, 395, 425

産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設で県が認定した病院のことです。

地域小児科センター 193, 355

二次医療圏において中核的な小児医療を実施する医療機関のことです。

地域・職域連携推進協議会 309

地域保健と職域保健の広域的な連携を図り、地域の実情に応じた協力体制による生涯を通じた継続的な保健サービスの提供・健康管理体制を整備・構築することを目的とした協議会です。

地域生活期 85, 89, 90, 263, 264, 286

地域生活期とは疾患の発症間もない急性期、引き続いて緩やかに病状が回復している回復期の後の段階を指し、退院後の時期に相当します。障害が残った場合など、引き続いてリハビリテーション等の医療や介護が必要とされる状態を言います。維持期とほぼ同義の言葉です。

地域生活期リハビリテーション 263, 264

地域生活において、その方の「したい生活」を実現するために、保健・医療・福祉の地域資源を用いたリハビリテーションの観点に基づいた諸活動を言います。維持期リハビリテーションとほぼ同義の言葉です。

地域難病相談支援センター 246, 247, 365, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

地域で生活する難病患者やその家族の日常生活の質の向上を目的として、保健・医療・福祉の総合的な相談、情報提供、講演会の開催、また患者会等の自主的な活動を支援しており、より身近なところで相談等ができるよう県内に9箇所設置しています。

地域包括ケアシステム 1, 83, 86, 132, 134, 135, 138, 217, 219, 281, 303, 354, 364, 374, 384, 394, 404, 414, 424, 434

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組みです。

地域包括ケア病棟／地域包括ケア入院医療管理料 49, 115

「地域包括ケア病棟」とは急性期医療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟のことです。また、「地域包括ケア入院医療管理料」は病棟ではなく、病室単位で算定できる管理料です。

地域包括支援センター 111, 155, 156, 158, 159, 266, 302, 303

高齢者に関する総合相談、介護予防ケアマネジメント、権利擁護等を行う市町村が設置する機関です。他の行政機関、医療機関等との制度横断的な連携により、高齢者等の住み慣れた地域での暮らしを支援しています。

地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 3, 4, 67, 83, 87, 95, 202, 206, 308, 363, 373, 383, 385, 393, 403, 413, 423, 433

保健医療計画を踏まえ、2次保健医療圏（構想区域）における関係者の連携を図り、保健医療体制について検討するとともに、医療法の規定に基づき地域医療構想を推進するために必要な協議を行うこと目的とする「地域医療構想調整会議」の機能も担うものです。

地域の医療関係者や福祉関係者、医療保険者、市町村等で構成されます。

地域リハビリテーション 114, 263, 264, 265, 286

障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その

人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてを言います。そこに暮らしている人たちが、いつまでもその人らしく自らが「したい生活」を実現できる地域を目指した取組です。

地域リハビリテーション広域支援センター 114, 215, 263, 264, 354, 264, 354, 364, 374, 384, 394, 404, 414, 424, 434

地域におけるリハビリテーション関係機関相互の連携を図るとともに、関係機関への相談、援助、研修等を行う機関です。二次保健医療圏ごとに1箇所の指定を行います。

ちば医療ナビ 91, 94, 170, 202, 219, 321, 356, 366, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

千葉県内の医療機関、薬局の様々な医療機能情報をインターネットにより広く県民に公表するシステムです。最寄りの駅からや病名からでも検索でき、適切に医療機関、薬局を選択することができます。

ちばがんナビ 98, 105

県内の医療機関や、不安や悩みを相談できる身近な窓口、各種の支援制度など、がんに関するさまざまな情報を紹介している、ホームページです。

ちば救急医療ネット 166, 168, 170, 184, 195, 202, 321

病院・診療所を受診する際に役立つ千葉県内の在宅当番医や休日夜間急病診療所などの医療機関情報をホームページで県民に提供するシステムです。

千葉県オレンジ連携シート 156, 159, 162

認知症に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして千葉県が作成した様式です。

千葉県がん診療連携協力病院 98, 99, 100, 104, 107

特定の部位のがん診療において国が指定するがん診療連携拠点病院に準ずる診療機能を有し、地域の医療機関と診断及び治療に関して連携協力を行う医療機関として県が指定する医療機関です。

千葉県共用地域医療連携パス 93, 105, 213

千葉県医師会、関係医療機関等と千葉県が協働で作成し、平成21年4月から運用している地域医療連携パスのことで、がんなどを対象疾病としています。特徴として、千葉県全体で使用できるように共通の様式を取り入れています。

千葉県自治体病院支援対策本部 209

地域に必要な医療を確保するため、県内の自治体病院の経営状態や医師不足による診療体制の縮小などの状況を把握し、各自治体の状況に応じた医療資源の活用や機能分担などを図ることを目的に、平成20年9月に設置した組織。本部長の知事を含め、両副知事や関係部局長計14名で構成されています。

千葉県精神科救急医療システム 141

精神疾患の急激な発症や精神症状の急変などによる精神科救急患者等の相談に応じ、精神科救急医療施設の紹介や受診の調整を行うとともに、主として休日及び夜間における救急医療体制を整備・確保する事業です。

千葉県地域生活連携シート 93, 94, 257, 303

医療と介護サービスをスムーズに提供することを目的に、介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の情報を共有するための千葉県参考様式です。

なお、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの「介護シート（脳卒中患者の退院後（地域生活期）において、介護支援専門員が記入する様式）」としても運用されています。

千葉県認知症コーディネーター 156, 159

認知症に関する地域の資源を把握し、関係機関相互のネットワークを活用しながら、特に初期の対応や生活環境の変化(入退院時等)の際など、連携を円滑に進めていくために、専門職に対する助言等支援を行う者です。

千葉県リハビリテーション支援センター 215, 263

二次保健医療圏ごとに設置された地域リハビリテーション広域支援センターへの支援、リハビリテーション資源の調査・情報提供、関係機関や住民等への講演会の開催等を通して、地域リハビリテーション事業の普及啓発を推進する機関です。

ちば認知症相談コールセンター 161

千葉県と千葉市が共同で委託運営している、認知症に関する電話相談及び面接相談です。認知症介護の専門家や経験者等が相談に応じています。電話番号は「043-238-7731」です。

地方公営企業法全部適用 211

公立医療機関のうち、全ての事務について地方公営企業法が適用されるものをいいます。対義語は一部の事務に自治法が適用される「地方公営企業法一部適用」ですが、これに比べて企業(医療機関)側により大きな権限や経営責任が付与される形態です。

中核拠点病院(エイズ対策) 238

エイズ治療拠点病院の中から1箇所指定されるもので、この中核拠点病院において高度なエイズに関する診療を実施するとともに、他の拠点病院に対する研修や情報の提供、連携を行い総合的なエイズ医療の提供体制の構築を推進します。

中核市 308

人口が20万人以上である市のうち、「中核市」として政令で指定された市をいいます。中核市では、都道府県の業務のうちの一部が市の業務となり、保健医療分野では保健所の設置等の事務がこれに含まれます。千葉県では、船橋市、柏市の2市が中核市です。

中核地域生活支援センター 132, 134, 303, 304, 305, 308, 309

対象者種別にとらわれず、福祉全般にわたる相談に24時間・365日体制で応じるとともに、相談者のニーズを把握し、適切な支援機関へつなぐため、連絡・調整等の必要な活動を行っています。県内では現在、広域福祉圏域ごとに1か所、合計13か所設置されています。

中東呼吸器症候群 308, 309

平成24年に初めて確認されたウイルス性の感染症で、原因となるウイルスはMERSCoRNAウイルスと呼ばれています。主な症状は、発熱、咳、息切れなどで、ヒトコブラクダがMERSCoRNAウイルスの保有動物であるとされており、中東地域の一部で流行している疾患です。

中等症 168, 192

使用する機関によって定義は異なりますが、多くの場合、傷病の程度が3週間以内の入院加療を要するものを指します。

重複障害化 215, 265

脳血管障害に伴い、さまざまな障害が重複している状態のことです。

【て】

低栄養 158, 270, 271, 272, 289, 293

健康的に生きるために必要な量の栄養素が摂れていない状態のことです。

低栄養改善指導 289

高齢者の中には、食物を噛む能力や飲み込む能力、食べる意欲の低下により食事量が減り、栄養不足の状態に陥る人がいます。栄養不足は運動能力や免疫力の低下の原因ともなります。低栄養改善指導とは、やせているなど低栄養状態であると認められる高齢者に対し、

低栄養の危険性に関する意識づけや生活改善指導を行うことをいいます。

定期予防接種 241

予防接種のうち、法律（予防接種法）に基づいて市区町村長の責任で摂取するものをいいます。小児に対するBCGや四種混合ワクチン、高齢者に対するインフルエンザワクチンの接種などが含まれます。対して、法律によらない予防接種を「任意予防接種」と言います。

	定期予防接種対象疾病
A類疾病（主に集団予防、重篤な疾患の予防に重点をおくもの）	ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎（ポリオ）・麻しん・風しん・日本脳炎・結核・H i b感染症・小児の肺炎球菌感染症・水痘・ヒトパピローマウイルス感染症・B型肝炎
B類疾病（主に個人予防、個人の発病・重症化予防に重点をおくもの）	高齢者のインフルエンザ、高齢者の肺炎球菌 感染症

低出生体重児 184, 189, 296, 300

出生時の体重が2,500グラム未満の新生児のことです。

低侵襲治療 213

治療による患者の身体への負担や影響の大きさを「侵襲性」といいます。低侵襲治療とは、この侵襲性が低い治療、すなわち患者身体に対する負担や影響が少なくてすむ治療を指します。

テクノエイド 215, 265

福祉機器や用具を用いて障害のある人の自立を支援することです。

【と】

糖尿病性腎症 124, 126, 127, 129, 294

糖尿病による高血糖が続くと腎臓の血管が障害を受けて腎臓の大切な働きが低下して腎症となり、さらに進むと最終的には重度の腎不全となって人工透析が必要な状態になります。平成10年以降、糖尿病性腎症は透析を必要とする重度の腎不全の原因の第1位となっています。

糖尿病性網膜症 126

糖尿病が原因で目の中の網膜という組織が障害を受け、視力が低下する病気です。

ドクターカー 165, 168, 170, 172

医師が同乗し、重症患者に対し救急現場から高度な医療処置を行えるように、除細動・気道確保セットや点滴・薬剤セットなどを積載した車のことです。

ドクターヘリ 165, 168, 170, 176, 321, 385, 425

医療機器を装備し、救急医療の専門医師と看護師が搭乗した救急専用のヘリコプターのことです。救命救急センターに常駐し、消防機関等からの出動要請に基づいて救急現場に向かい、現場から救命救急センター等の病院に搬送するまでの間、患者に救命医療を行います。

特定健診 109, 111, 114, 118, 119, 121, 125, 126, 129, 131, 158, 271, 294, 309

40歳以上75歳未満の者に対してメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の早期発見を目的として医療保険者が行う健康診査のことであり、平成20年度より実施されています。

特定建築物 344, 345

多数の者が使用し、又は利用する建築物で、延べ面積が3,000㎡以上の百貨店、事務所、集会場及び旅館等並びに延べ面積が8,000㎡以上の学校をいいます。（建築物に

における衛生的環境の確保に関する法律)

特定行為 286

診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして厚生労働省令で定めたものです。

特定行為研修 286

看護師が手順書により特定行為を行う場合に

特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修であって、特定分野区分ごとに厚生労働省令で定める基準に適合するものです。

特定施設入居者生活介護 77

有料老人ホーム、軽費老人ホーム等に入居する要介護者等に、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うサービスのことです。

特定保健指導 109, 111, 114, 116, 118, 119, 121, 123, 125, 126, 129, 130, 158, 271, 309

特定健診によりメタボリックシンドロームあるいはその予備群であることが判明した者に対して行われる保健指導のことです。

都道府県がん診療連携拠点病院 213

→「がん診療連携拠点病院」参照。

トリアージ 175

Triage。傷病者の緊急度や重症度に応じて搬送や適切な処置を行うための優先順位を決定することであり、災害発生時など多数の傷病者が同時に発生した場合等に必要となります。

【な】

ナースセンター事業 285

「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づき、無料職業紹介事業、再就業のための研修会、看護業務のPR等を行う事業です。

【に】

二次救急医療 167, 168, 171, 195, 214, 215, 355, 364, 365, 375, 384, 385, 394, 395, 405, 415, 424, 425, 435

初期救急医療機関で入院や手術を必要とすると判断された救急患者等に対応する医療のことを指します。各地区において病院等が当番制で夜間・休日に対応する「病院群輪番制」や「救急告示医療機関」により実施しています。

乳児家庭全戸訪問事業 300

市町村の区域内における原則としてすべての乳児のいる家庭を訪問し、子育てに関する情報の提供並びに乳児及びその保護者の心身の状況及び養育環境の把握を行うほか、養育についての相談に応じ、助言その他の援助を行う事業です。

乳児死亡率 15, 196, 296

全出生数に対する乳児死亡（生後1年未満の死亡）数の割合です。

乳幼児死亡率 196

5歳未満の人口に対する5歳未満の死亡者の数の割合です。

乳幼児突然死症候群（SIDS） 300

Sudden Infant Death Syndromeの略です。何の予兆や既往歴もないまま乳幼児が死に至る原因のわからない病気で、窒息などの事故とは異なります

尿アルブミンの測定 126

尿の中のタンパク質の濃度を測る検査で、腎症を発見するために実施します。微量アルブミン尿検査により早期の腎症を発見することができます。腎症の重症化に伴い、微量アルブミン尿から顕性アルブミン尿（タンパク尿）へと進みます。

妊産婦死亡率 189

出産（出生＋死産）10万に対する、妊娠中又は分娩後42日未満の母体の死亡数のことです。国際比較をする場合には出生数10万対を用います。

認知行動療法 145

人間の気分や行動が認知のあり方（ものの考え方や受け取り方）の影響を受けることから認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって精神疾患を治療することを目的とした精神療法です。うつ病、不安障害やストレス関連障害、パーソナリティ障害、摂食障害、統合失調症などの精神疾患に対する治療効果があるとされています。

認知症サポーター 158, 162

認知症に対する正しい理解を深め、認知症の人やその家族を温かく見守る応援者のことです。「認知症サポーター養成講座」を受講することで、認知症サポーターになることができます。

認知症サポート医 155, 159, 160, 162

地域において認知症の診療に習熟している医師で、かかりつけ医への支援や助言を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となります。

認知症疾患医療センター 155, 156, 159, 162, 354, 364, 374, 384, 394, 404, 414, 424, 434

保健・医療・介護機関等との連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、行動・心理症状（BPSD）と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を実施することにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図る医療機関です。

認知症初期集中支援チーム 155, 159

認知症専門医の指導の下、医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームです。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 77, 163

共同生活を営むことに支障がない認知症高齢者等が、小規模な生活の場（5人から9人までの共同居住形態）において、食事の支度、掃除、洗濯等を介護従業者と共同で行う介護サービスです。家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活を送ることにより、認知症状の進行を穏やかにします。

認知症地域支援推進員 156, 159

市町村において認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関との連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う者です。

認知症メモリーウォーク 158

認知症に対する偏見を取り払い、理解を深めるために行う啓発活動（パレード）です。

【ね】**ネグレクト** 256

Neglect。保護者などが子供や高齢者などに対して必要な世話を怠ることであり、児童虐待や高齢者虐待のひとつです。

年齢調整死亡率 13, 96, 108, 109, 116, 117, 123, 124, 125

高齢者の割合が多くなると死亡率が上昇します。そのため、異なる集団間あるいは年度

毎の死亡率を比較するために、年齢構成の違いを補正した死亡率のことです。

【の】

脳血管疾患 67, 109, 116, 213, 214, 292

脳血管障害ともいい、外傷によらず発生する脳血管の疾患を指します。脳梗塞、脳出血、くも膜下出血（脳卒中）のほか、もやもや病、高血圧性脳性などもこれに含まれます。

脳梗塞 109, 124

脳卒中のひとつで、脳血管が閉塞する疾患です。アテローム硬（動脈硬化）により血管の内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細かい血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性塞栓症があります。

脳出血 109

脳卒中のひとつで、脳の細かい血管が破綻する疾患です。

脳卒中 3, 72, 85, 89, 92, 93, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 124, 129, 184, 187, 202, 211, 214, 215, 257, 258, 263

脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害がおこる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。

【は】

廃用性症候群 110, 118

安静等のために体を動かさないことにより起こる身体の様々な機能低下のことです。

ハイリスク者 109

疾患にかかりやすいと考えられる者を指します。

パストツレラ症 344

猫に引っ搔かれたり過剰な接触をしたりした人が、猫の口腔内にいるパストツレラ菌に感染し、傷の化膿や肺炎等を引き起こす病気で、特に高齢者や糖尿病などの基礎疾患を持つ人は感染しやすく、重症化する場合があります。

発達障害 140, 146, 304, 305

心理的発達の障害で、障害は発達期（おおむね18歳以下）に顕在化しますが、成績が良く問題行動がない場合は気付かれにくく、大人になって明らかになることもあります。

脳の発達過程において何らかの要因で発達に偏りが生じた結果と考えられますが、明確な原因は不明です。生まれつきの脳神経の特性であり、養育や環境が原因ではありません。発達の特性を理解して本人と周囲の人が長所を生かし苦手は工夫することにより、社会に適応し、うつ病や不安障害などの二次障害を防ぎます。

主なものとして、以下のものがあります。

●自閉症スペクトラム(ASD:Autism Spectrum Disorder)（スペクトラムとは「連続体」の意味）※以下のアスペルガー症候群・高機能自閉症・自閉症等を合わせて自閉症スペクトラムと言います。

① 社会性の問題、② コミュニケーションの問題、③ 想像力の問題（特定の活動や興味、想像力の範囲の著しい限局性）の3つの領域に発達の偏りがある状態。具体的には、相手の気持ちや抽象的なことを理解することが苦手、オウム返し、やり方や手順に極端なこだわりなどが見られます。また感覚の過敏さや鈍感さがみられます。

1) アスペルガー症候群

自閉症と同じ特徴があるが、知的な発達や言葉の発達に遅れのない状態。

2) 高機能自閉症

自閉症スペクトラムの中で、知的発達の遅れを伴わないもの。

3) 自閉症

知的な障害を伴う古典的な自閉症。カナータイプとも言う。

●学習障害 (LD : Learning Disabilities)

基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すもの。

●注意欠如多動性障害 (ADHD : Attention-Deficit Hyperactivity Disorder)

注意が必要なときに集中が困難という不注意、じっとしてられない、しゃべりすぎと言われる多動性、考えるよりも先に動いてしまう突発的な行動がみられる衝動性などの特徴が見られます。

晩期合併症 99

小児がん特有の現象で、子どもが発育途中であること等から、成長や時間の経過に伴って、がん(腫瘍)そのものからの影響や、薬物療法、放射線治療等、治療の影響によって生じる合併症のことを指します。

【ひ】

ピア・サポーター 98, 105, 106, 138, 247

Peer Supporter。ピア(Peer)とは、仲間・対等な人のことです。ピア・サポーターとは、同じ疾患や障害を抱えているという立場から、自らの経験に根ざした理解・共感を基盤に、患者や障害のある人等のサポート(支援)を行う人をいいます。

必要病床数 66, 79, 81, 87, 198, 353, 363, 373, 383, 393, 403, 413, 423, 433, 478, 480

→「病床数の必要量」参照。

標準的治療 213

現存する治療法で最も効果的であると科学的に証明されている、または妥当と考えられている治療法のことです。

病院群(による)輪番制 167, 171, 174, 192, 355, 365, 375, 385, 405, 415, 425, 435

救急車により直接搬送されてくる、又はかかりつけの診療所など初期救急医療機関から転送されてくる救急患者に対応するため、地域ごとに、休日や夜間に対応できる複数の医療機関が当番制で対応するものです。

病院前救護 165, 170, 355, 366, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

救急現場から病院等に運ばれるまでの搬送途上において、救急患者に施される応急処置や治療のことで、重症救急患者の治療成績に大きな影響があると言われています。

病床 4, 19, 48, 60, 64, 65, 66, 67, 81, 83, 87, 95, 115, 184, 198, 199, 209, 233, 234

病院や診療所のベッドのことです。病床は、さらに「一般病床」「療養病床」「精神病床」「結核病床」「感染症病床」の5つに区分されます。

病床機能報告 67, 81, 83, 87, 88, 198, 225, 353, 363, 373, 383, 393, 403, 413, 423, 433

一般・療養病床を有する医療機関が、病床において担っている医療機能を、病棟単位で高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分から選択し、都道府県に報告する制度で、現状と併せて6年後の予定についても報告します。また、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ており、都道府県は、報告された事項を公表しなければならないこととされています。

千葉県においては、千葉県ホームページ上で報告された情報を公開しています。

病床数の必要量(必要病床数) 79, 198, 475

平成37年において必要となる病床数を構想区域毎・病床の機能区分に推計したものです。平成25年度の実績を基に、一般・療養病床のみを対象として国の定める方法により算出することとされています。

【ふ】

腹膜透析 126

腹腔内（おなかの中）に透析液を注入し、一定時間貯留している間に血液中の尿毒素や塩分・水分が腹膜を通して透析液に移動します。その後、透析液を体外に取り出すことで血液を浄化する透析の方法です。

不整脈 109, 118

脈がゆっくり打つ、速く打つ、または不規則に打つ状態を指し、脈が1分間に50以下の場合を徐脈、100以上の場合を頻脈といいます。

不整脈には病気に由来するものと、そうでない、生理的なものがあります。

フレイル 269, 270, 271

加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態をいいます。

閉じこもり、孤食等の社会的な問題や、低栄養・転倒の増加、口腔機能低下等の身体的な問題、意欲・判断力や認知機能低下、うつ等の精神的な問題等の多面性を持ちます。

【ほ】

訪問診療 31, 74, 84, 116, 155, 204, 217, 222, 223, 225, 227, 228, 230, 232, 247, 354, 365, 374, 384, 394, 404, 414, 424, 434

医師が患者の家庭などを定期的に訪問して行なう診療のことです。

訪問看護ステーション 29, 31, 38, 84, 99, 102, 111, 112, 126, 134, 142, 154, 201, 226, 227, 228, 230, 232, 304, 355, 365, 374, 384, 394, 404, 414, 424, 434

病気や障害を持った人が住み慣れた地域や家庭で療養生活を送れるように、看護師等が生活の場に訪問し、療養上の世話又は必要な診療の補助を提供するサービス機関です。

訪問歯科診療 84, 225, 228, 230

患者の家庭などを定期的に訪問して行なう歯科診療のことです。

訪問薬剤管理指導等対応薬局 99, 102, 111, 112, 127, 142, 219

在宅医療に関する診療報酬の算定項目のひとつである「在宅患者訪問薬剤管理指導」と、介護報酬の算定項目のひとつである「居宅療養管理指導」の少なくとも一方に対応している薬局のことです。

補装具 214, 264

身体に障害のある人が、失われた身体機能を補完または代替するために使う用具です。車いす、補聴器、義足などがその一例です。

母体搬送コーディネート 187, 355, 365, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

リスクの高い分娩等が緊急に生じた場合に、円滑な搬送を図るために、搬送先の病院を調整することです。

母体搬送ネットワーク連携病院 183, 184, 185

周産期に係る比較的高度な医療を提供し、24時間体制で患者を受け入れる医療施設のことであり、周産期母子医療センターと合わせ、17病院でネットワークを組んでいます。

保健所設置市 308

保健所の設置は一般に都道府県の業務ですが、人口の多い市の中には、その権限が市に移されているものがあります。このような市を「保健所設置市」または「保健所政令市」といいます。政令指定都市、中核市およびその他に政令で定める市が、保健所設置市となります。千葉県では、政令指定都市である千葉市、中核市である船橋市・柏市が保健所設置市です。

【ま】

慢性腎臓病 109

腎機能が慢性的に低下したり、尿たんぱくが継続して出たりする状態です。CKD (Chronic Kidney Disease) と呼ばれます。

慢性心不全 117, 118, 119

慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状を来します。

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 13, 292

→「COPD」参照。

【め】

メタボリックシンドローム 117, 123, 270

内臓脂肪症候群とも呼ばれ、内臓脂肪型肥満に加えて高血糖、高血圧、脂質異常のうち二つ以上が重なる状態を言います。

メディカルコントロール 111, 119, 165, 170, 356, 366, 375, 386, 395, 405, 415, 425, 435

Medical Control。病院前救護の質を保証するための体制を言います。具体的には、救急救命士を含む救急隊員が、搬送中の傷病者に対して行う処置等の医療行為に関し、医師の指示、指導、助言を受ける体制や事後検証を行う体制を構築することを指します。

【や】

夜間休日急病診療所 167, 171, 191, 365, 375, 385, 405, 415, 425, 435

在宅当番医制と同様の機能を果たすもので、市町村等が設置運営主体となり、地区医師会の医師が交代で休日及び夜間の診療に当たる診療所のことです。

薬事アドバイザー 326, 327

医薬品等に起因する危被害から県民を保護するため、県庁薬務課に専門の薬剤師2名を配置し、知識の啓発・相談・情報の収集及び提供を行っているものです。

【よ】

養育医療 306

出生時体重が2,000g以下であるなど、身体発達が未熟なままで生まれ、入院を必要とする乳児に行われる公費負担医療です。

要保護児童対策地域協議会 301

平成16年の児童福祉法改正により、虐待を受けた児童などに対する市町村の体制強化を固めるために設置が進められている組織です。「要保護児童等に関する情報その他要保護児童の適切な保護を図るために必要な情報の交換を行うとともに、要保護児童等に対する支援の内容に関する協議を行う」ことが役割とされています。多くの場合、実務者会議が円滑に運営されるための環境整備を目的として年1～2回程度開催される「代表者会議」、実際に活動を行う実務者で構成される「実務者会議」、個別の要保護児童に直接関わりを持つ担当者や関係機関等の担当者等が、その児童に対する具体的な支援内容等を検討する「個別ケース会議」の三層構造がとられます。

予防的リハビリテーション 263, 264

リハビリテーションの観点から、疾病の予防や生活機能の低下、寝たきり等の発生を予防するための取組のことです。

【ら】

ラピッドカー 165

Rapid (Response) Car。医師が同乗し、重症患者に対し救急現場から高度な医療処置を行えるように、除細動・気道確保セットや点滴・薬剤セットなどを積載した車のこと。ドクターカーとほぼ同じものですが、患者搬送機能がないところが異なります。

【り】

理学療法士 124, 286

医師の指示の下に、身体に障害のある者に治療体操などの運動を行わせたり、電気刺激、マッサージなどの物理的手段を加えたりして、主にその基本的動作能力の回復を図ることを業務内容とする専門職種です。

リスクコミュニケーション 338, 339

Risk Communication。食品等の安全・安心の確保に関する情報の提供や意見を述べる機会の確保、関係者相互間の情報及び意見の交換などの取り組みをいいます。

療育 215, 265

「療」は医療を、「育」は養育・保育・教育を意味し、障害のある児童及びその家族、障害に関し心配のある方等を対象として、障害の早期発見・早期治療又は訓練等による障害の軽減や基礎的な生活能力の向上を図るため、相談、指導、診断、検査、訓練等の支援を行うことです。

療育手帳 307

知的障害のある人に対して、その障害を認定することにより、各種の必要なサービス・支援を受けることができるよう、各都道府県が発行する手帳です。

リワーク・プログラム（復職支援専門デイケア） 145

うつ病やストレス関連疾患などで、休職中もしくは再就職を目指す方を対象にした、職場復帰を目指したプログラムです。職場復帰を想定したプログラムで、職場に適応できるように心身のコンディションを整え、再発を予防することを目的としています。

臨床研修病院 274, 276

医学を履修する課程をおく大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定を受けた臨床研修を行う病院のことです。

【れ】

レジオネラ症 344

レジオネラ属菌に汚染された細かな水滴（エアロゾル）を吸いこむことで感染する疾患で肺炎により死亡する場合があります。レジオネラ属菌は、通常は土壌や淡水中に生息していますが、循環式浴槽水や空調用冷却塔水などの人工的な水環境中でも繁殖しやすく、入浴施設を原因とするレジオネラ症の集団発生事例が国内でも報告されています。

【ろ】

労作時呼吸困難 118

安静時にはなんともなくても階段を上がったたり、坂道を登ったりなどの日常生活の動作や軽い運動で呼吸困難がでる症状です。運動時発作的呼吸困難(DOE)ともいいます。

ロコモティブシンドローム（運動器症候群） 158, 269, 270, 271, 272, 293

運動器の障害によって日常生活で人や道具の助けが必要な状態やその一歩手前の状態をいいます。

運動器とは筋肉、関節、骨など、人が移動するために使う器官のことを指します。

【A】

A類疾病 242

→「定期予防接種」の「A類疾病」参照。

ACP 220

Advance Care Planning の略です。今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことで、年齢と病期に関わらず、成人患者と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有しあうプロセスです。患者の同

意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましいとされています。

A E D (自動体外式除細動器) 118, 119, 121, 165, 170, 172, 202, 355, 365, 375, 385, 395, 405, 415, 425, 435

Automated External Defibrillator の略です。心臓の心室が小刻みに震えて血液を十分に送り出すことができなくなる心室細動と呼ばれる状態の心停止者に対して、電気ショックを与えて心臓の動きを正常に戻すための装置です。救命のために、一般市民でも使用することができます。

【B】

B 類疾病 242

→「定期予防接種」の「B 類疾病」参照。

B M I 122, 130, 272

Body Mass Index の略です。肥満度を表す指標として一般的に用いられています。

$$B M I = \text{体重 [kg]} \div (\text{身長 [m]})^2$$

$B M I < 18.5$: 低体重、 $18.5 \leq B M I < 25$: 普通体重、

$B M I \geq 25$: 過体重 (肥満)

(日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会、2000年)

B P S D 85, 154, 155, 159, 160

→「行動・心理症状」参照。

B S E 338, 339

Bovine Spongiform Encephalopathy の略です。牛海綿状脳症。伝達性海綿状脳症 (TSE: Transmissible Spongiform Encephalopathy) という、未だ十分に解明されていない伝達因子 (病気を伝えるもの) と関係する病気のひとつで、牛の脳の組織にスポンジ状の変化を起こし、起立不能等の症状を示す遅発性かつ悪性の中樞神経系の疾病です。

【C】

C O P D 292, 294

Chronic Obstructive Pulmonary Disease の略です。たばこなどの有害な空気を吸い込むことによって、空気の通り道である気道や酸素の交換を行う肺などに障害が生じる病気で、長期間にわたる喫煙が主な原因であることから、肺の生活習慣病と言われています。空気の出し入れがうまくいかなくなることによって通常の呼吸ができなくなり、息切れや疲れ、だるさなどの症状が現れ、ひどくなると人工呼吸器がないと生活できなくなります。欧米では寝たきりになる原因の上位を占め、日本でも今後増加が懸念されています。

【D】

D M A T 147, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 212, 216, 356, 366, 376, 386, 396, 405, 415, 425, 436

→「災害派遣医療チーム」参照。

D P A T 141, 147, 179, 180, 212, 216

→「災害派遣精神医療チーム」参照。

D P C データ 478

D P C とは Diagnosis Procedure Combination の略で、診断と処理の組み合わせによる診断群分類のことです。D P C 参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について調査データを全国統一形式の電子データとして提出しています。

【E】

E M I S 175, 178, 321

→「広域災害救急医療情報システム」参照。

【H】

H A C C P 339

Hazard Analysis and Critical Control Point の略です。食品の衛生管理手法の一つで危害分析重要管理点方式ともいいます。

製造における重要な工程を連続的に監視することによって、ひとつひとつの製品の安全性を保証しようとする衛生管理法です。

H I V 237, 238, 365

Human Immunodeficiency Virus の略です。ヒト免疫不全ウイルス。後天性免疫不全症候群（エイズ）の病原ウイルスです。H I Vに感染していても免疫力の低下を認めない状態はH I Vキャリアといい、潜伏期を経て免疫不全を発症した状態がエイズです。

【I】

I C T 95, 115, 122, 187, 230, 257

Information and Communication Technology の略です。情報通信技術。情報処理や通信に関連する技術、産業、設備、サービスなどの総称です。

I C U 51

Intensive Care Unit の略です。重篤な症状を呈している患者や手術直後で状態の安定していない患者を集中的に治療・看護する室のことです。

【M】

M F I C U（母体・胎児集中治療管理室） 183

Maternal Fetal Intensive Care Unit の略です。重症妊娠中毒症、合併症を有する妊娠、胎児異常、母体又は胎児におけるハイリスク妊娠等に対応するため、分娩監視装置、呼吸循環モニター、超音波診断装置、人工呼吸器などの機器を備え、主として産科医療を専門とするスタッフが24時間体制で治療を行う室のことです。

【N】

N B Cテロ 315

核燃料物質等の放射性物質（Nuclear）、天然痘などの生物剤（Biological）、サリンなどの化学剤（Chemical）に関するテロの総称です。

N D Bのレセプトデータ 478

高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣は医療保険者等より診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報を収集し、ナショナル・データ・ベース（N D B・National Database）に格納して管理しています。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれます。

N I C U（新生児集中治療管理室） 51, 183, 184, 187, 188, 300

Neonatal Intensive Care Unit の略です。早産や低体重、先天性の障害などにより集中治療を必要とする新生児のために、保育器、人工呼吸器、微量輸液ポンプ、呼吸管理モニターなどの機器を備え、主として新生児医療を専門とするスタッフが24時間体制で治療を行う室のことです。

【P】

P I C U（小児集中治療室） 195

Pediatric Intensive Care Unit の略です。内科系、外科系を問わず呼吸、循環、代謝そのほかの重篤な急性機能不全の小児患者を収容し強力かつ集中的に治療看護を行うことにより、その効果を期待する病院内の小児患者用の治療室です。

【Q】

QOL 204, 223, 255, 257, 292

Quality of Life の略です。「生活・人生の質」のことです。

【S】

SCU 179, 180

→「航空搬送拠点臨時医療施設」参照。

【T】

t-PA 110, 111, 115

→「組織プラスミノゲン・アクチベータ」参照。

計画改定の経緯

年度	月	日	会議名等	議題等（計画改定関係）
28	11	22	医療審議会	○地域医療構想策定後の取組について ・平成30年度からの保健医療計画の策定について
29	6	2	医療計画策定に係る説明会	○第7次医療計画について 講師：厚生労働省医政局地域医療計画課 対象：医療審議会委員、県関係職員
			医療審議会	○千葉県保健医療計画の改定について ・改定方針について ・計画改定に関する調査について ・計画改定の検討体制について ・計画改定スケジュールについて
	7	19	東葛北部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
		21	印旛地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
		27	東葛南部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
		28	君津地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
		31	市原地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
	8	17	香取海匝地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
		29	医療審議会地域保健医療部会	○千葉県保健医療計画の改定について ・県の保健医療環境の現状について ・現行計画の評価指標の達成状況について ・救急医療について ・災害時における医療について ・小児医療について
		31	千葉地域医療構想調整会議、千葉市地域保健医療協議会	○千葉県保健医療計画の改定について
	9	4	山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について

年度	月	日	会議名等	議題等（計画改定関係）
29	9	12	医療審議会地域保健医療部会	○千葉県保健医療計画の改定について ・がんについて ・脳卒中について ・心筋梗塞等の心血管疾患について ・糖尿病について ・認知症について ・周産期医療について ・在宅医療について
		10	4	安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議
	10	13	医療審議会地域保健医療部会	○千葉県保健医療計画の改定について ・計画（素案）について ・二次保健医療圏について ・精神疾患（認知症を除く）について ・高齢化に伴い増加する疾患等対策について ・人材の養成確保について ・評価指標について ・連携・調整会議の開催概要について
		11	9	東葛南部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議
	11	10	印旛地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
		15	東葛北部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
		16	香取海匝地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
		21	君津地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
		27	市原地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
	12	18	山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○千葉県保健医療計画の改定について
		20	千葉地域医療構想調整会議、千葉市地域保健医療協議会	○千葉県保健医療計画の改定について
	1	30	医療審議会	○千葉県保健医療計画の改定について ・基準病床数について ・計画（試案）について

参考 計画改定の経緯

年度	月	日	会議名等	議題等（計画改定関係）
29	2	5	関係団体からの意見聴取	
		6	市町村等、保険者協議会からの意見聴取	
		6	パブリックコメントの実施	
	3	26	医療審議会	○千葉県保健医療計画の改定について

千葉県医療審議会委員名簿

(平成30年3月26日現在・敬称略・順不同)

区分	氏名	職名	備考
医師・ 歯科 医師・ 薬剤師	○ 田畑 陽一郎	(公社)千葉県医師会会長	会長(部会長)
	○ 土橋 正彦	(公社)千葉県医師会副会長	
	○ 川越 一男	(公社)千葉県医師会副会長	
	○ 森本 浩司	(公社)千葉県医師会副会長	
	○ 松岡 かおり	(公社)千葉県医師会理事	
	○ 砂川 稔	(一社)千葉県歯科医師会会長	
	○ 高原 正明	(一社)千葉県歯科医師会副会長	
	○ 石野 良和	(一社)千葉県薬剤師会会長	
	○ 吉田 象二	(公社)全国自治体病院協議会千葉県支部長	
	○ 木村 章	(一社)千葉県民間病院協会理事長	
○ 梶原 優	(一社)日本病院会千葉県支部副支部長		
医療を 受ける 立場	○ 志賀 直温	東金市長	
	○ 岩田 利雄	東庄町長	
	○ 永井 俊秀	千葉県国民健康保険団体連合会常務理事	
	○ 上原 和男	健康保険組合連合会千葉連合会会長	
	○ 鈴木 一郎	(社福)千葉県社会福祉協議会常務理事	
	○ 黒河 悟	(一社)千葉県労働者福祉協議会会長	
	○ 廣岡 成子	(公社)認知症の人と家族の会千葉県支部代表	
	○ 五十嵐 昭子	千葉県がん患者団体連絡協議会会長	
○ 相原 節子	日本糖尿病協会千葉県支部理事		
学識 経験者	○ 實川 隆	千葉県議会議員(健康福祉常任委員会委員長)	副会長
	○ 山本 修一	国立大学法人千葉大学医学部附属病院院長	
	○ 加藤 誠	成田赤十字病院院長	
	○ 星野 恵美子	(公社)千葉県看護協会会長	
	○ 渡邊 仁志	千葉県消防長会副会長	
	○ 中村 伸枝	千葉大学大学院看護学研究科長・看護学部長	
	○ 鈴木 牧子	鈴木牧子法律事務所所長	
	○ 能川 浩二	(独)労働者健康安全機構千葉産業保健総合支援センター所長	
○ 赤田 靖英	(株)千葉日報社特別顧問		

専門委員

専門 委員	○ 亀田 信介	亀田総合病院院長	
	○ 福山 悦男	(公社)千葉県国民健康保険直営診療施設協会副会長	
	○ 藤澤 武彦	(公財)ちば県民保健予防財団理事長	
	○ 古関 啓二郎	(公社)日本精神科病院協会千葉県支部副支部長	
	○ 杉浦 信之	(独)国立病院機構千葉医療センター院長	
	○ 鶴岡 茂樹	全国健康保険協会千葉支部長	
	○ 平山 登志夫	(一社)千葉県老人保健施設協会会長	

※ ○印は、地域保健医療部会員です。

※ 委員の職名は、就任時のものです。

基準病床数の算定方法

1 療養病床及び一般病床の基準病床数

医療法施行規則第30条の30第1項に定める算定方法により求めた数に、医療法施行令第5条の2第2項により厚生労働大臣の同意を得た数を加えて得た数を基準病床数とします。

(1) 医療法施行規則第30条の30第1項に定める基準病床の算定方法(算定基準)

次の算定式により算定した療養病床、一般病床それぞれの数に、特に必要がある場合には都道府県間を超える患者の流出入について流出入先の都道府県と合意を得た数を加えた数(都道府県間調整数)とし、二次保健医療圏ごとに算出します。

ア 療養病床の算定式

$$(\Sigma A_1 B_1 - G + C_1 - D_1) / E_1$$

A₁: 当該区域の性別及び年齢階級別人口

B₁: 全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率

G: 介護施設、在宅医療等に対応可能な数

C₁: 他区域からの療養病床における流入入院患者数の範囲内で知事が定める数

D₁: 他区域への療養病床における流出院患者数の範囲内で知事が定める数

E₁: 病床利用率

イ 一般病床の算定式

$$(\Sigma A_1 B_2 \times F_1 + C_2 - D_2) / E_2$$

A₁: 当該区域の性別及び年齢階級別人口

B₂: 当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率

F₁: 平均在院日数

C₂: 他区域からの一般病床における流入入院患者数の範囲内で知事が定める数

D₂: 他区域への一般病床における流出院患者数の範囲内で知事が定める数

E₂: 病床利用率

ウ 都道府県間調整数

都道府県外への流出院患者数が流入患者数よりも多い場合は、流出先都道府県との調整協議を行った上で、都道府県間を超える患者の流出入について、合意を得た数(H)を加減することができます。

エ 療養及び一般病床の基準病床数の上限

アからウにより二次保健医療圏ごとに算定した病床数の県における合計数は、以下を超えることができません。

$$(\Sigma A_1 B_1 - G + C_1 - D_1) / E_1 + (\Sigma A_1 B_2 \times F_1 + C_2 - D_2) / E_2 + H$$

- 注1 「性別及び年齢階級別人口」は、平成29年4月1日現在の「千葉県年齢別・町丁字別人口」（千葉県総合企画部統計課）によります。
- 注2 「全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率」「性別及び年齢階級別一般病床退院率」「病床利用率」及び「平均在院日数」は、「医療法第30条の4第2項第14号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等」（最終改正 平成29年3月28日厚生労働省告示第89号）で定められたものです。
- 注3 各区域の「流入・流出患者数」は、厚生労働省「平成26年患者調査」「平成28年病院報告」を用い、平成7年9月29日付け厚生省健康政策局計画課医療計画推進指導官内かんで示された算定方法等により算定したものです。
- 注4 「介護施設、在宅医療等で対応可能な数」は、地域医療構想に定める以下の数の合計数から、平成35年度末時点における以下の数の合計数に相当数する数を比例的に推計した上で、療養病床から介護老人保健施設*又は介護医療院*へ転換することが見込まれる病床数を除いた数です。
- ①慢性期入院患者のうち医療区分Iである患者の数の70%に相当する数
 - ②慢性期入院患者のうち入院受療率の地域差を解消していくことで在宅医療等の医療需要として推計する患者の数（①に掲げる数を除く。）

（2）特例による加算（医療法施行令第5条の2第2項）

千葉、東葛南部及び東葛北部保健医療圏については、既存病床数が算定基準による算定結果を超えているものの、病床数の必要量（必要病床数）*が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれることから、厚生労働大臣の同意を得た数を算定基準による算定結果に加えて得た数を基準病床数とします。

ア 算定の考え方

- （ア）既存病床数と必要病床数の差を計画的に整備していく。
- （イ）当面は、平成30年度（計画初年度）から平成37年（必要病床数の確保が必要とされている年度）までの8年間のうち、千葉県保健医療計画の中間見直し年度である平成32年度までの3年間分の整備が必要な病床数を設定する。
- （ウ）なお、平成32年度に予定される千葉県保健医療計画の中間見直しの際には、基準病床数の見直しについても検討を行う。

イ 基準病床数の算定

$$(\text{基準病床数}) = (\text{既存病床数}) + \{(\text{必要病床数}) - (\text{既存病床数})\} \times 3 / 8$$

保健医療圏	既存病床数 a	必要病床数 b	差 c=b-a	整備が必要な病床数 d=c*3/8	基準病床数 e=a+d
千葉	7,772	8,484	712	267	8,039
東葛南部	11,612	13,010	1,398	524	12,136
東葛北部	10,146	11,699	1,553	582	10,728

ウ 加算しようとする病床数の算定

(加算しようとする病床数) = (基準病床数) - (算定基準による算定結果)

保健医療圏	基準病床数 e	算定基準による 算定結果 f	加算する病床数 g=e-f
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

2 精神病床の基準病床数

次の算定式により都道府県の区域ごとに算出します。

$$(\Sigma A B_1 + \Sigma A B_2 + \Sigma A B_3 \times \alpha \times \beta + \Sigma A B_4 \times \gamma + C - D) \div E$$

A : 当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口

B₁ : 当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率

B₂ : 当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率

B₃ : 当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症でない者に係る慢性期入院受療率

B₄ : 当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症である者に係る慢性期入院受療率

α : 精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合

β : 地域精神保健医療体制の高度化による影響値

γ : 地域精神保健医療体制の高度化による影響値

C : 精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数

D : 精神病床における当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数

E : 精神病床利用率

注1 「性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口」は、「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）によります。

注2 「性別及び年齢階級別の入院受療率」及び「病床利用率」は、「医療法第30条の4第2項第14号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等」（最終改正 平成29年3月31日厚生労働省告示第113号）で定められたものです。

注3 「精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合」は、慢性期入院患者の実態を勘案して知事が定める値です。

注4 「地域精神保健医療体制の高度化による影響値（β）」は、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案し、1年当たりの影響値として知事が定める値を3乗し、当初の普及速度を考慮して調整係数0.95で除した数で

す。

注5 「地域精神保健医療体制の高度化による影響値（ γ ）」は、これまでの認知症施策の実績を勘案し、1年当たりの影響値として知事が定める値を3乗した数です。

注6 「流入・流出患者数」は、厚生労働省「平成26年患者調査」により把握したものです。

3 結核病床の基準病床数

結核の予防及び結核患者に対する適正な医療の提供を図るために必要なものとして知事が都道府県の区域ごとに定める数です。

（技術的助言：平成17年7月19日付け健感発第0719001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知（平成20年3月31日付け健感発第0331001号により一部改正）「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」）

算定式 $(A \times B \times C \times D) + E$

A：1日当たりの当該都道府県の区域内における感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第19条及び第20条の規定に基づき入院した結核患者の数

B：同法第19条及び第20条の規定に基づき入院した結核患者の退院までに要する平均日数

C：次に掲げる当該区域における同法第12条第1項の規定による医師の届出のあった年間新規患者（確定例）発生数の区分に応じ、それぞれに定める数値

① 99人以下 1.8

② 100人以上499人以下 1.5

③ 500人以上 1.2

D：1.3（粟粒結核、結核性髄膜炎等の重症結核、季節変動、結核以外の患者の混入その他当該都道府県の区域の事情に照らして1を超え1.5以下の範囲内で知事が特に定めた場合にあつては、当該数値）

E：医療計画に基準病床数を定めようとする日の属する年度の前の年度の当該都道府県の区域内における慢性排菌患者（2年以上登録されており、かつ、1年以内に受けた検査の結果、菌陽性であった肺結核患者に限る。）のうち入院している者の数

4 感染症病床の基準病床数

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づき厚生労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに同法に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として、知事が都道府県の区域ごとに定める数です。

将来の医療需要及び必要病床数の考え方

1 将来の医療需要

平成37年における病床機能区分ごとの医療需要（推計患者数）は、医療法施行規則第30条の28の3により定められた下記算定方法に従って、構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計します。

基本となるデータは、平成25年度のNDBのレセプトデータ*とDPCデータ*に基づく構想区域ごとの性年齢階級別入院受療率*です。病床機能区分ごとの入院受療率を求めるため、高度急性期、急性期及び回復期については、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値（「医療資源投入量」という。）を主に用い、また、慢性期は療養病床の入院受療率を主に用いています。

<平成37年の医療需要の推計方法>

構想区域の平成37年の医療需要＝

〔当該構想区域の平成25年度性・年齢階級別の入院受療率〕

×〔当該構想区域の平成37年の性・年齢階級別推計人口〕を総和したもの

なお、平成37年の性・年齢階級別人口については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」を用いています。

2 必要病床数

必要病床数*は、医療法施行規則第30条の28の3により定められた算定方法に従って、上記で算出した医療機能ごとの医療需要（推計患者数）を病床稼働率で割り戻して、平成37年における必要病床数を構想区域毎に推計します。なお、病床稼働率については、医療法施行規則により定められています。

（高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%）

3 慢性期における入院受療率の地域差の解消目標

入院受療率の地域差解消については、法令に基づき、都道府県知事が構想区域ごとに次ページのパターンの範囲内で目標が定めることとされています。

本県は、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や医療提供の状況を踏まえ、平成37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を採用することとします。ただし、安房区域のみパターンCを使用します。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

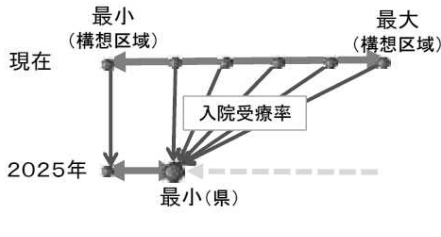
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等^{*}で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、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、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 - その際、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、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

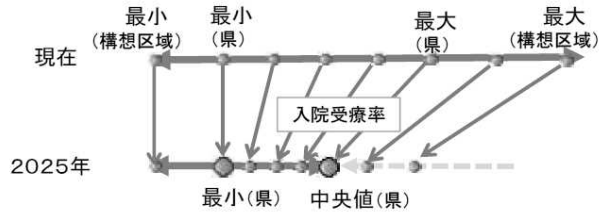
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

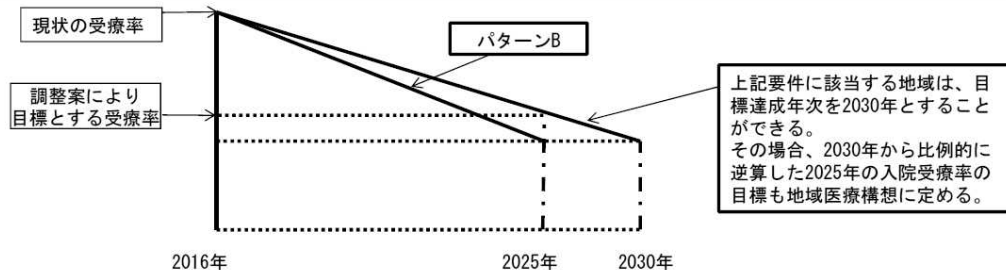
構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例について

- (一定の地域は2030年に目標達成を延長可能)
- 都道府県は、原則、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が、以下の要件に該当する2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。
 - 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を目標とし、当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定めることとする。
- 【要件案】以下の①かつ②に該当する2次医療圏
- ① 当該2次医療圏の慢性期病床の減少率が、全国中央値(34%)よりも大きい
 - ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい
 - ※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の34%を下回らないようにする。
 - ※2 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)
- (地域医療構想策定後の目標修正について)
- 一定の要件に該当する2次医療圏において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。
- 一定の要件→ 全国中央値を超える減少率の都道府県の2次医療圏(中央値を超える減少率の2次医療圏に限る。)その他これに類する2次医療圏
 特別な事情→ やむを得ない事情に限定
 厚生労働大臣が認める方法→ 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法



資料：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 参考資料1 (抜粋)

将来の医療需要に対する医療提供体制の考え方

1 医療提供体制の考え方

国のガイドライン等における医療提供体制の考え方は以下のとおりです。

○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)

○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。

2 都道府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

国のガイドライン等における都道府県間の入院患者の流出入を踏まえた必要病床数*の推計方法の考え方は以下のとおりです。

- 地域医療構想における必要病床数の推計に当たり、都道府県間で一定以上(1日当たり10人以上)の患者の流出流入がある場合は、厚生労働省令等に基づき、当該都道府県間で協議して流入流出の見込みを調整することとされています。

- ・ 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、協議を持ちかける。
- ・ 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))

- 厚生労働省から提供された「必要病床数等推計ツール」によると本県においては、東京都、埼玉県、茨城県、神奈川県との間で、一定の規模以上の患者の流入流出があります。

図表 都県間の患者流出入の内訳

(単位：人/日)

医療機能	流入			流出		
高度急性期	東京都 → 千葉	56	区東部→東葛南部40 区東北部→東葛北部16	千葉 → 東京都	236	千葉→区中央部20 東葛南部→区中央部84 東葛南部→区西部21 東葛南部→区東部32 東葛北部→区中央部56 東葛北部→区西部12 印旛→区中央部11
	埼玉県 → 千葉	39	東部→東葛北部39	千葉 → 埼玉県		
	茨城県 → 千葉	50	鹿行→香取海匝29 取手・竜ヶ崎→東葛北部21	千葉 → 茨城県	14	東葛北部→取手・竜ヶ崎14
急性期	東京都 → 千葉	244	区中央部→東葛南部11 区西部→千葉10 区西部→東葛南部12 区西部→東葛北部10 区東北部→東葛南部21 区東北部→東葛北部40 区東部→千葉17 区東部→東葛南部109 区東部→東葛北部14	千葉 → 東京都	529	千葉→区中央部39 千葉→区東部12 東葛南部→区中央部158 東葛南部→区西部15 東葛南部→区西部43 東葛南部→区東北部16 東葛南部→区東部75 東葛北部→区中央部100 東葛北部→区西部20 東葛北部→区東北部15 東葛北部→区東部13 印旛→区中央部23
	埼玉県 → 千葉	102	東部→東葛北部102	千葉 → 埼玉県	22	東葛北部→東部22
	茨城県 → 千葉	133	鹿行→香取海匝61 つくば→東葛北部11 取手・竜ヶ崎→東葛北部50 取手・竜ヶ崎→印旛11	千葉 → 茨城県	67	東葛北部→つくば11 東葛北部→取手・竜ヶ崎46 香取海匝→鹿行10
回復期	東京都 → 千葉	272	区中央部→東葛南部13 区中央部→東葛北部11 区西部→東葛南部26 区西部→東葛北部22 区東北部→東葛南部25 区東北部→東葛北部34 区東部→千葉17 区東部→東葛南部108 区東部→東葛北部16	千葉 → 東京都	409	千葉→区中央部24 東葛南部→区中央部104 東葛南部→区西部12 東葛南部→区西部33 東葛南部→区東北部21 東葛南部→区東部80 東葛北部→区中央部71 東葛北部→区西部17 東葛北部→区東北部16 東葛北部→区東部15 印旛→区中央部16
	埼玉県 → 千葉	96	東部→東葛北部96	千葉 → 埼玉県	135	東葛北部→東部135
	茨城県 → 千葉	119	つくば→東葛北部13 取手・竜ヶ崎→東葛北部56 鹿行→香取海匝50	千葉 → 茨城県	67	東葛北部→取手・竜ヶ崎54 香取海匝→鹿行13
慢性期	東京都 → 千葉	428	区中央部→東葛南部14 区中央部→東葛北部11 区南部→君津15 区西部→千葉12 区西北部→東葛南部11 区西北部→東葛北部13 区西北部→印旛10 区東北部→千葉12 区東北部→東葛南部39 区東北部→東葛北部65 区東北部→印旛12 区東部→千葉29 区東部→東葛南部85 区東部→東葛北部41 区東部→印旛29 区東部→山武長生夷隅11 区東部→君津19	千葉 → 東京都	123	東葛南部→区西部14 東葛南部→区西北部16 東葛南部→区東北部17 東葛南部→区東部31 東葛北部→区西部16 東葛北部→区東北部29
	埼玉県 → 千葉	82	東部→東葛北部57 東部→印旛11 利根→東葛北部14	千葉 → 埼玉県	82	東葛北部→東部65 東葛北部→利根17
	茨城県 → 千葉	54	鹿行→香取海匝19 取手・竜ヶ崎→東葛北部35	千葉 → 茨城県	98	東葛北部→つくば36 東葛北部→取手・竜ヶ崎29 香取海匝→鹿行33
	神奈川県 → 千葉	41	川崎南部→君津28 横須賀・三浦→安房13	千葉 → 神奈川県	13	東葛南部→相模原13

「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)による平成37年の推計値

3 千葉県の医療提供体制の考え方

医療審議会や各圏域会議での意見を踏まえ、本県の医療提供体制の考え方は以下のとおりです。

高度急性期：医療機関所在地ベースで推計

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

- 診療密度が特に高い高度急性期は広域的に対応し、その他の機能は、圏域内完結を目指すとともに、平成37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、調整しています。

千葉県高齢者保健福祉計画との整合性の確保

1 総合確保方針

「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」（平成26年9月12日告示、平成28年12月26日一部改正）では、医療計画、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画（千葉県においては「千葉県高齢者保健福祉計画」）の整合性を確保するために、以下の取組を推進していくことが重要とされています。

- ・ 計画の一体的な作成体制の整備
- ・ 計画の作成区域の整合性の確保
- ・ 基礎データ、サービス必要量等の推計における整合性の確保

2 千葉県保健医療計画改定に当たっての対応

総合確保方針を踏まえ、次のように両計画の整合性を確保しています。

(1) 計画の一体的な作成体制の整備

千葉県保健医療計画、市町村介護保険事業計画及び千葉県高齢者保健福祉計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、県、市町村及び医療・介護関係者等による協議の場（「介護保険事業支援計画（高齢者保健福祉計画）圏域連絡会議」等）において、圏域ごとに意見交換を行いました。

(協議の場の開催状況)

2次保健医療圏名／高齢者保健福祉圏域名	開催日時
千葉県	平成29年12月5日
東葛南部	平成29年10月12日
東葛北部	平成29年10月5日
印旛	平成29年10月5日
香取海匝	平成29年10月25日
山武長生夷隅	
山武	平成29年10月12日
長生	平成29年10月24日
夷隅	平成29年10月17日
安房	平成29年10月16日
君津	平成29年10月19日
市原	平成29年10月18日

* 山武長生夷隅圏域については、高齢者保健福祉計画上のサブ圏域ごとに開催した。

* 主な出席者

- ・ 市町村（介護保険担当部署） ・ 地区医師会 ・ 介護関係者
- ・ 千葉県（在宅医療担当部署、介護保険・高齢者福祉担当部署、健康福祉センター）

(2) 計画の作成区域の整合性の確保

千葉県保健医療計画で定める二次保健医療圏と、千葉県高齢者保健福祉計画で定める高齢者保健福祉圏域は一致しています。

(3) 基礎データ、サービス必要量等の推計における整合性の確保

ア 計画作成の際に用いる人口推計

いずれの計画においても、「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）を用いています。

イ 病床の機能分化・連携に伴い生じる在宅医療等の新たなサービス必要量

国から情報提供を受けた市町村別の新たなサービス必要量の見込みや、県の実施した療養病床の介護医療院*等への転換見込みについての調査結果を県及び市町村とで共有し、介護保険事業支援計画（高齢者保健福祉計画）圏域連絡会議等における協議を通じ、病床の機能分化・連携に伴い生じる在宅医療等の新たなサービス必要量に関する整合性の確保を図り、市町村が市町村介護保険事業計画において掲げる介護の整備目標と、県が保健医療計画において掲げる在宅医療の整備目標とを整合的なものとししました。

(病床の機能分化・連携に伴い生じる新たな在宅医療・介護施設等の需要)

患者数

(単位：人/日)

平成32年			平成37年		
合計	在宅医療	介護施設	合計	在宅医療	介護施設
1,725	912	813	4,640	2,372	2,268

(参考) 千葉県の在宅医療等需要推計

