

第3章 保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏設定の趣旨

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

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

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

第2節 保健医療圏の状況

1 人口

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

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

図表 3-2-1-1 二次保健医療圏別人口の推移

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

資料：国勢調査（総務省）

2 医療資源等

(1) 人口10万対病院数、病院病床数

千葉県の人口10万人当たりの病院数は全国平均の70.4%、病床*数は80.9%と全国平均を大きく下回っていますが、いずれも安房、香取海匝の各保健医療圏では全国平均を上回っており、県内でも地域差が見られます。

図表 3-2-2-1 二次保健医療圏別人口10万対病院数

保健医療圏	人口10万対 病院数	全国平均に 対する割合
千葉	4.8	73.5%
東葛南部	3.4	51.9%
東葛北部	4.2	63.9%
印旛	4.2	64.1%
香取海匝	8.1	124.5%
山武長生夷隅	5.7	86.7%
安房	13.5	207.0%
君津	5.9	89.8%
市原	4.9	74.2%
千葉県	4.6	70.4%
全国	6.5	100%

資料：令和3年医療施設調査（厚生労働省）、令和3年人口推計（総務省）、
千葉県毎月常住人口調査（千葉県 R3.10.1）

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

保健医療圏	人口10万対 病床数	全国平均に 対する割合
千葉	793.4	85.1%
東葛南部	609.7	65.4%
東葛北部	706.5	75.7%
印旛	865.3	92.8%
香取海匝	1,062.0	113.8%
山武長生夷隅	793.6	85.1%
安房	1,702.9	182.6%
君津	751.9	80.6%
市原	759.6	81.4%
千葉県	754.4	80.9%
全国	932.8	100%

資料：令和3年医療施設調査（厚生労働省）、令和3年人口推計（総務省）、
千葉県毎月常住人口調査（千葉県 R3.10.1）

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

保健医療圏	人口10万対 病床数	全国平均に 対する割合
千葉	修正中	2%
東葛		4%
東葛		0%
印		7%
香取		2%
山武長		4%
安		4%
君		7%
市		8%
千葉		2%
全		0%

資料 (千葉県分) : 保
信越厚生局)、千

資料 (全国) : 中央社
(H28. 10. 1 現在

9. 8. 1 現在・厚生労働省関東
千葉県)

・H28. 10 月現在)、人口推計

図表 3-2-2-4 二次保健医療

テーション病棟の病床数)

保健医	人口10万対 病床数	全国平均に 対する割合
千葉		9%
東葛		4%
東葛		6%
印		4%
香取		6%
山武長		5%
安		0%
君		5%
市		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10万人当たりの医療施設従事医師数は全国平均の80.2%、就業看護職員数は74.0%と全国平均を大きく下回っていますが、医師数については安房、千葉の各保健医療圏において、看護職員については安房保健医療圏において、それぞれ全国平均を上回っており、県内でも地域差が見られます。

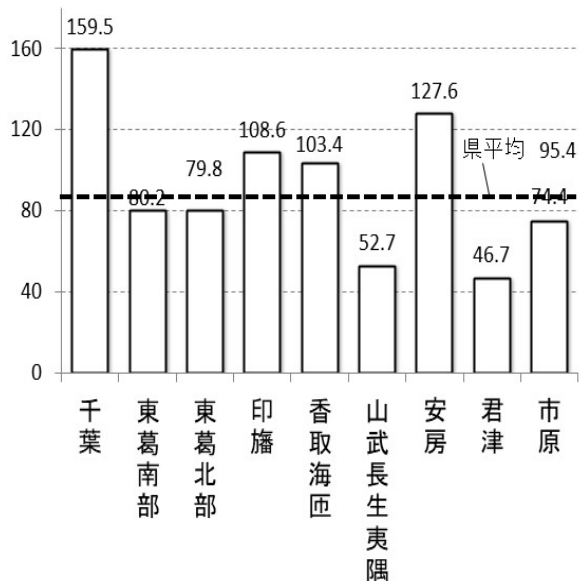
また、診療科別に見ると、小児科を主たる診療科とする医師数(0～14歳人口当たり)は二次保健医療圏間で最大3.4倍の差が、産婦人科又は産科を主たる診療科とする医師数(15～49歳女子人口当たり)で5.5倍の差があります。

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

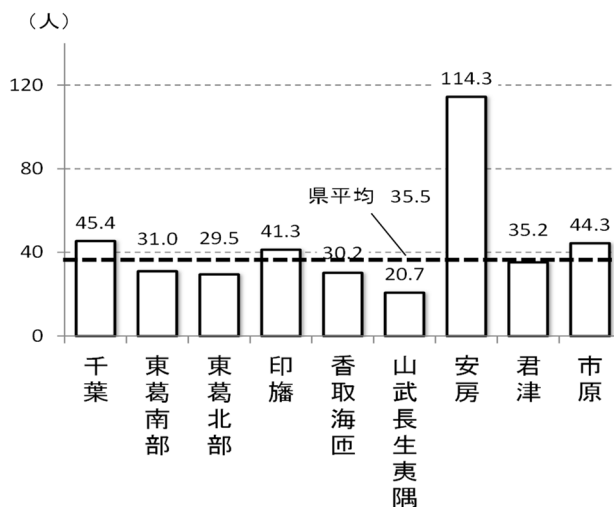
保健医療圏	医療施設従事医師数		就業看護職員数	
	人口10万対	全国平均に対する割合	人口10万対	全国平均に対する割合
千葉	288.4	112.4%	1,161.7	88.3%
東葛南部	184.4	71.8%	806.8	61.3%
東葛北部	184.6	72.0%	915.4	69.6%
印旛	213.0	83.0%	984.8	74.9%
香取海匝	202.8	79.0%	1,266.6	96.3%
山武長生夷隅	132.9	51.8%	900.5	68.5%
安房	497.9	194.1%	2,225.8	169.2%
君津	155.8	60.7%	931.9	70.9%
市原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

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

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



小児科を主たる診療科とする医師数
(0～14歳人口10万人あたり)



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

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

(3) 救急医療体制

千葉県の人10万人当たり救急告示病院*数は、全国平均の74.9%となっています。特に、東葛南部保健医療圏では全国平均の55.9%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192.0%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5.0（全国平均の99.0%）、NICUが2.3（全国平均の85.2%）となっています。ICUについては、香取海匝保健医療圏

(1.5)が全国平均(5.0)を大きく下回っており、また、NICUについては、山武長生夷隅保健医療圏及び市原医療圏に整備されていません。

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

図表 3-2-2-7 二次保健医療圏別人口10万対救急告示病院数

保健医療圏	人口10万対 救急告示病院数	全国平均に 対する割合
千葉	2.4	76.3%
東葛南部	1.7	55.9%
東葛北部	2.0	64.2%
印旛	2.8	90.6%
香取海匝	3.1	100.6%
山武長生夷隅	3.2	103.9%
安房	5.9	192.0%
君津	2.5	80.1%
市原	2.6	84.7%
千葉県	2.3	74.9%
全国	3.1	100%

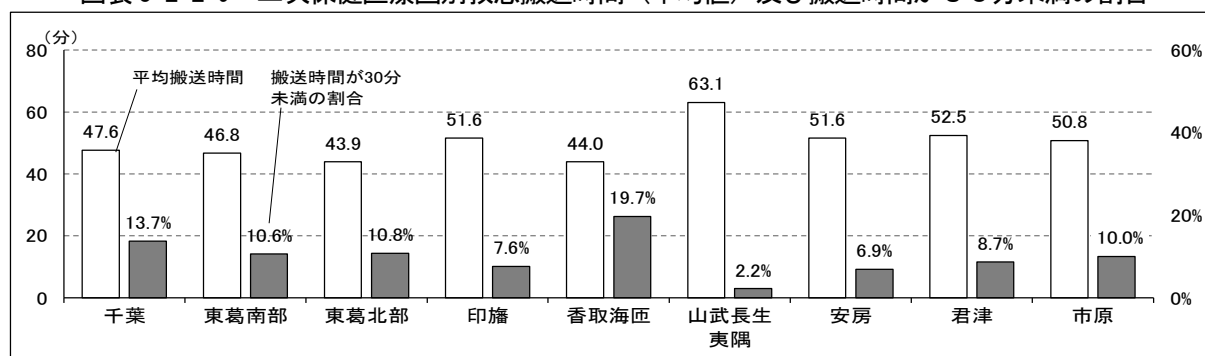
資料：令和3年医療施設調査（厚生労働省）、令和3年人口推計（総務省）、千葉県毎月常住人口調査（千葉県 R3. 10. 1）

図表 3-2-2-8 二次保健医療圏別人口10万対ICU、NICU病床数

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

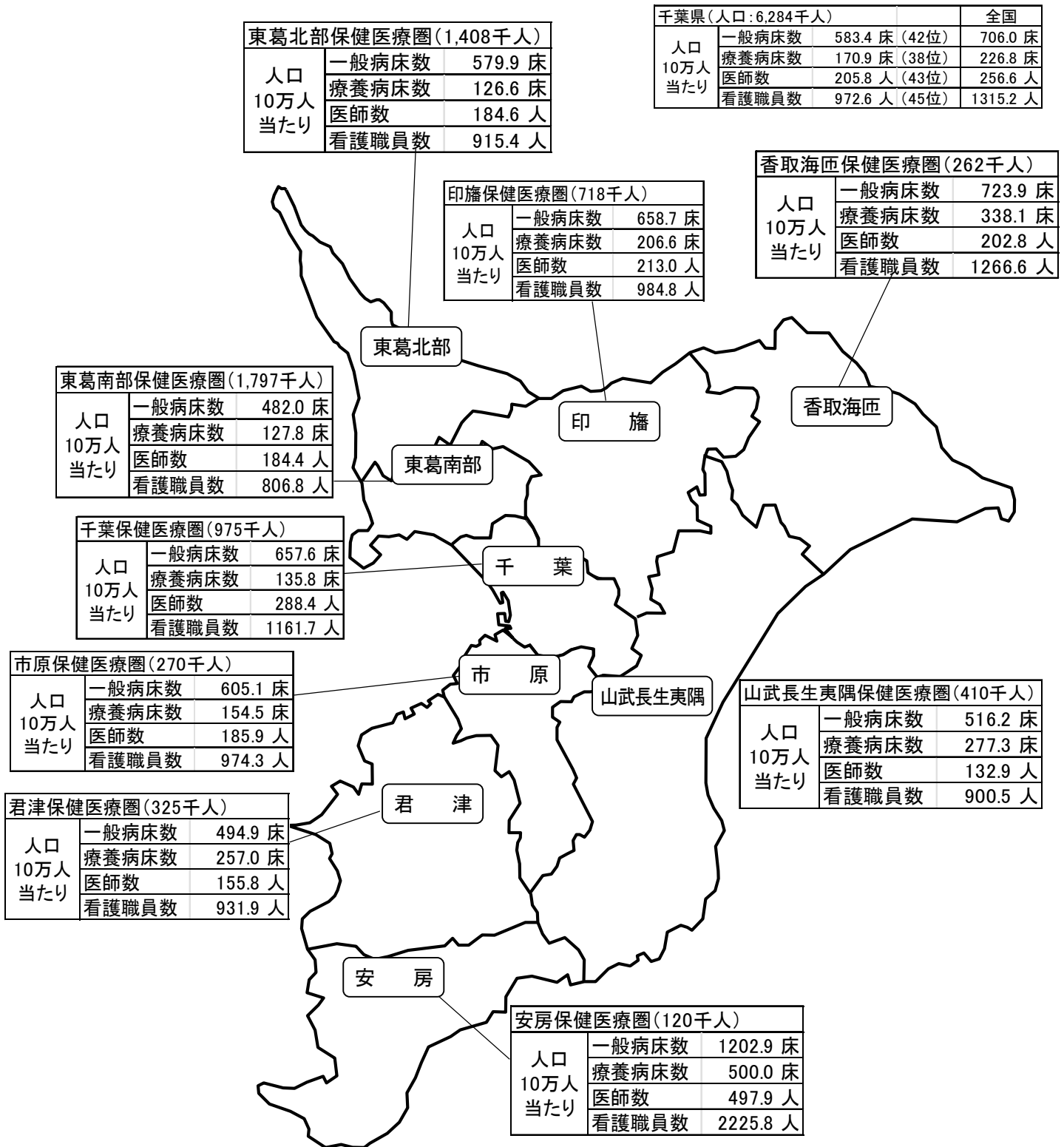
資料：令和2年医療施設調査（厚生労働省）、令和2年国勢調査（総務省）、

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



資料：令和3年度救急搬送実態調査（千葉県）

図表 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

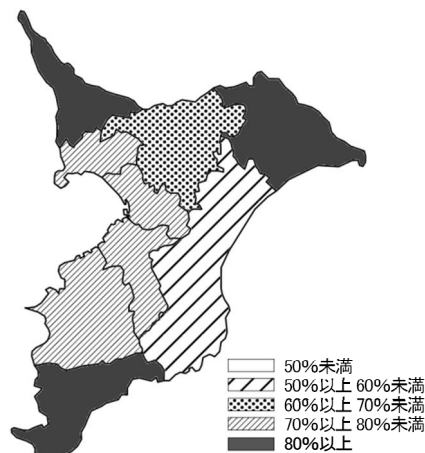
3 入院患者の流出入

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

医療圏(81.2%)であり、全県で最も高くなっている。山武長生圏等と低く、千代田圏等の隣接圏等と比べて、また、本県で入院患者

修正中

図表 1-2-5-3-1
入院医療の圏域内完結率(全体)



東京都、茨城県、埼玉県との間

・平成25年度)

入院患者数【総数】 (単位:人/日)		圏外						
		市原	茨城県	埼玉県	東京都	神奈川県		
患者住所地	県内							
	千葉	91.4	*	*	138.9	*		
	東葛南	12.6	*	13.3	708.3	11.4		
	東葛北	*	160.1	185.1	416.0	*		
	印旛	12.2	13.2	*	83.3	*		
	香取海	*	92.0	*	14.5	*		
	山武長生圏	190.3	*	*	17.2	*		
	安房	*	*	*	*	*		
	君津							
	市原	126.0	*	*	11.0	*		
	県外	960.1	*	*	*	*		
	茨城県	*						
埼玉県	*							
東京都	*							
神奈川県	*							
完結率/流出率		圏外						
		市原	茨城県	埼玉県	東京都	神奈川県		
患者住所地	県内							
	千葉	2.1%	*	*	3.2%	*		
	東葛南	0.2%	*	0.2%	9.1%	0.1%		
	東葛北	*	2.4%	2.8%	6.3%	*		
	印旛	0.3%	0.4%	*	2.2%	*		
	香取海	*	4.9%	*	0.8%	*		
	山武長生圏	6.4%	*	*	0.6%	*		
	安房	*	*	*	*	*		
	君津	4.9%	*	*	0.7%	77.8%		
	市原	16.2%	1.1%	*	1.1%	3.1%	0.9%	3.9%
	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節 保健医療圏

1 二次保健医療圏

(1) 二次保健医療圏の意義

二次保健医療圏は、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づく区域で、特殊な医療を除く病院の病床*の整備を図るべき地域的単位として設定するもので、医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供していくための圏域です。

(2) 二次保健医療圏の設定

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

①人口構造、患者の受療状況、医療提供施設の分布

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

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

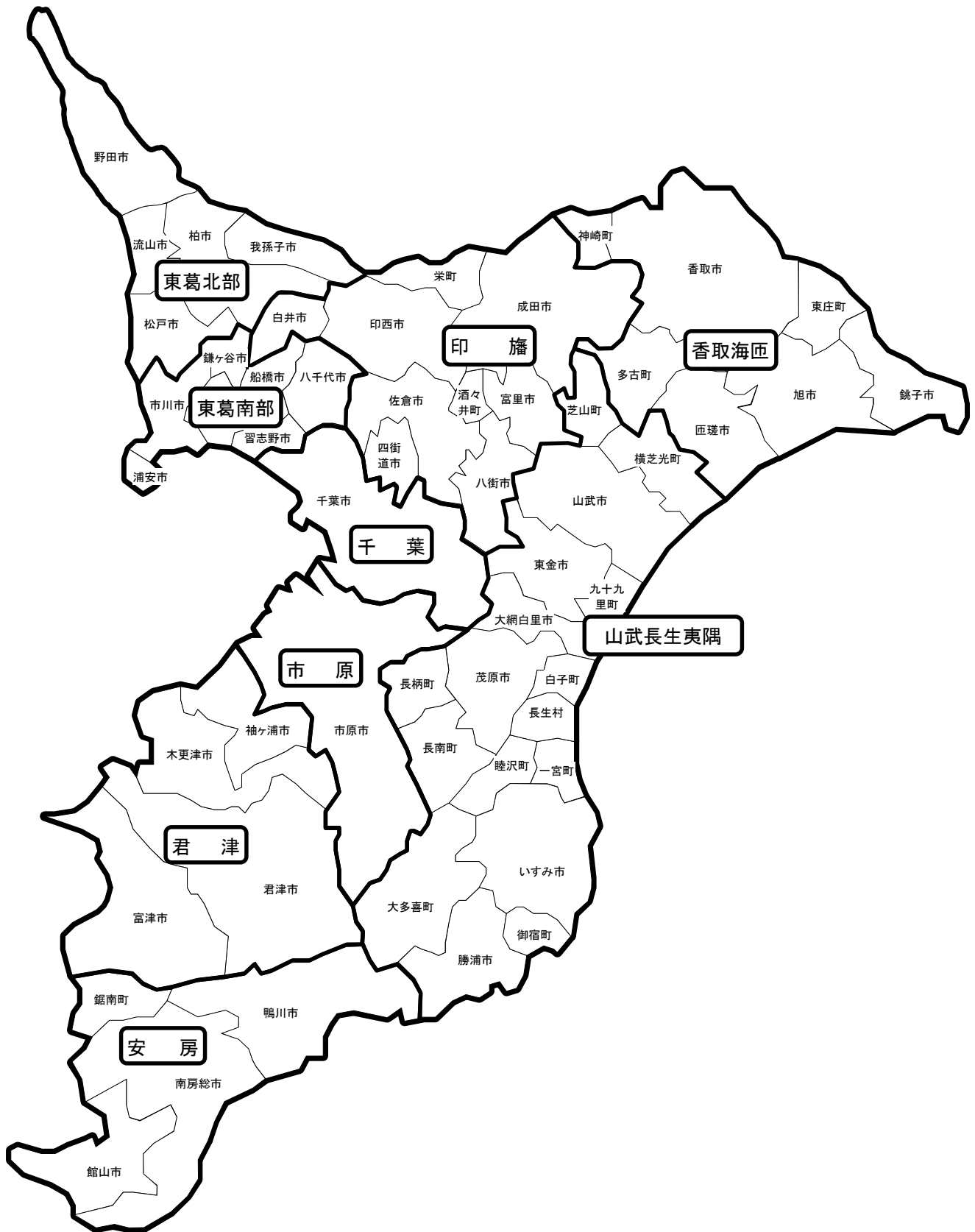
本計画においても、引き続きこの9圏域を基本として、健康づくり・医療・福祉の各種施策を展開することにより、一層の保健医療計画の定着が図られるよう取組みを進めていくこととします。

図表 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	973,121	271.76	千葉市
東葛南部	1,791,116	253.91	市川市、船橋市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、浦安市
東葛北部	1,408,495	358.14	松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市
印旛	730,294	691.66	成田市、佐倉市、四街道市、八街市、印西市、白井市、富里市、印旛郡酒々井町、栄町
香取海匝	270,162	717.46	銚子市、旭市、匝瑳市、香取市、香取郡神崎町、多古町、東庄町
山武長生夷隅	422,832	1161.72	茂原市、東金市、勝浦市、山武市、いすみ市、大網白里市、山武郡九十九里町、芝山町、横芝光町、長生郡一宮町、睦沢町、長生村、白子町、長柄町、長南町、夷隅郡大多喜町、御宿町
安房	123,349	575.91	館山市、鴨川市、南房総市、安房郡鋸南町
君津	327,217	758	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	274,780	368.16	市原市
県計	6,321,366	5,156.72	37市16町1村

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

図表 3-2-1-2 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4節 基準病床数

1 基準病床数の意義

基準病床数は、医療法第30条の4第2項第14号の規定に基づき、二次保健医療圏の区域における療養病床及び一般病床、並びに県全域における病院の精神病床、結核病床及び感染症病床について定めるものです。

この計画により定めた基準病床数は、圏域内における病床*の整備の目標であるとともに、圏域内の適正配置を促進し、各圏域の医療水準の向上を図るためのものです。

2 基準病床数

(1) 二次保健医療圏における療養病床及び一般病床数

二次保健医療圏における療養病床及び一般病床の基準病床数を医療法施行規則第30条の30第1項に規定する算定方法等により、次表のとおり定めます。

図表 3-4-2-1 療養病床及び一般病床に係る基準病床数等

保健医療圏	基準病床数 (床) A	既存病床数 (床) B	差し引き (床) B - A
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			
計			

算定中

※医療審議会第2回総会（1月開催予定）において、お示しします。

注 既存病床数は、令和5年10月1日現在の開設許可病床数に、放射線治療室等の病床について、病院及び療養病床を有する診療所の人員及び施設等に関する基準を定める条例第3条の規定により所要の補正を行った上で、配分済みの病床数を加えたものです。

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

(2) 県全域における精神病床数、結核病床数及び感染症病床数

県全域における精神病床、結核病床及び感染症病床の基準病床数を医療法施行規則第30条の30第1項に規定する算定方法等により、次表のとおり定めます。

図表 3-4-2-2 精神病床、結核病床及び感染症病床に係る基準病床数等

病床の区分	基準病床数 (床) A	既存病床数 (床) B	差し引き (床) B - A
精神病床	算定中 ※医療審議会第2回総会(1月開催予定)において、お示しします。		
結核病床			
感染症病床			

注 既存病床数は、令和5年10月1日現在の開設許可病床数に、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の規定による指定入院医療機関である病院の病床(同法による入院による医療に係るものに限る。)について、病院及び療養病床を有する診療所の人員及び施設等に関する基準を定める条例第3条の規定により所要の補正を行った上で、配分済みの病床数を加えたものです。

第4章 地域医療構想

第1節 地域医療構想について

1 地域医療構想の目的

地域医療構想は、平成26年6月に公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」により改正された医療法で新たに規定され、医療計画の一部として位置付けられています。（医療法第30条の4第2項）

令和7年に向けて、少子高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に活用し、県民が地域において安心して質の高い医療・介護サービスが受けられるよう、医療機関の病床機能の分化と連携を推進することを目的としたものです。

厚生労働省は、都道府県が地域医療構想を策定する際のガイドラインを策定し、都道府県に示しました。（平成27年3月31日）

2 構想区域

一体区域として地域における病床の機能の分化と連携を推進することが相当であると認められる区域を「構想区域」として定めることとされています。（医療法第30条の4第2項第7号）

構想区域の設定に当たっては、二次保健医療圏を原則としつつ、将来（令和7年）における人口規模、患者の受療動向（流出・流入率）、疾病構造の変化等を考慮することとされています。

3 地域医療構想の内容

- ・ 構想区域
- ・ 構想区域における将来の病床の機能区分ごとの必要病床数
- ・ 構想区域における将来の在宅医療等の必要量
- ・ 地域医療構想の達成に向けた病床機能の分化と連携の推進に関する事項

4 病床機能報告制度

医療機関（一般・療養病床を有する病院及び診療所）が、その有する病床において担っている医療機能の現状と、令和7年における予定を都道府県に報告する制度です。病床の機能の分化及び連携の推進のため、平成26年10月から運用が開始されました（医療法第30条の13）。

各医療機関は病棟単位で「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」、「慢性期機能」の4区分から選択した病床機能を報告することとなっています。さらに、具体的な医療の内容に関する項目や構造設備・人員配置等に関する項目についても報告することとされ、毎年7月1日の状況を、その年の10月中に報告します。

また、都道府県は、省令で定めるところにより報告された事項を公表しなければならないこととされ、千葉県ホームページに掲載しています。報告された情報を広く公表するとともに、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議等でも結果を共有することで、関係者が地域の医療体制について共通認識を形成し、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議が進むよう促していきます。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 医療機能の名称及び内容

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 (救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟)
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL（日常生活における基本的動作を行う能力）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）又は難病患者等を入院させる機能

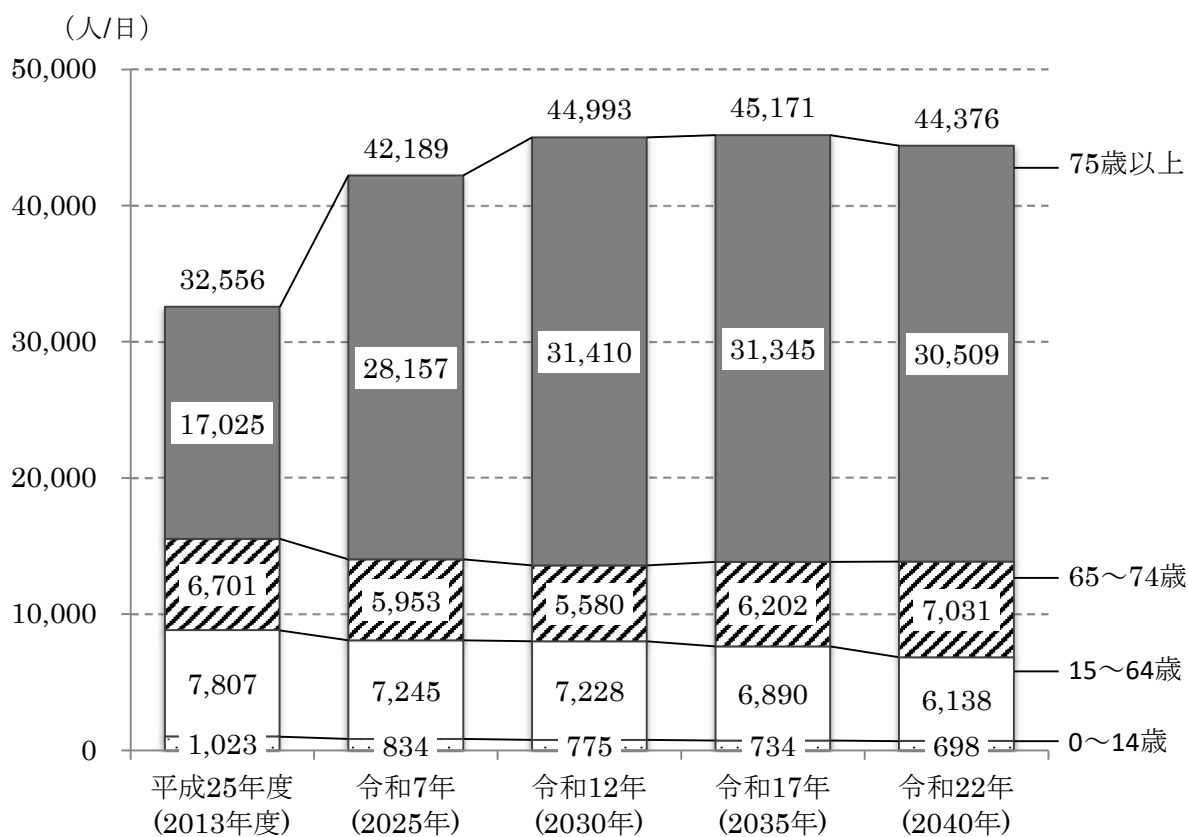
第2節 将来の医療需要

1 入院医療

1日あたり推計入院患者数は、令和17年にピークを迎えることが見込まれています。

特に、75歳以上の患者の増加数が大きいことが見込まれています。

図表 一般・療養病床における入院患者数の将来推計（千葉県）

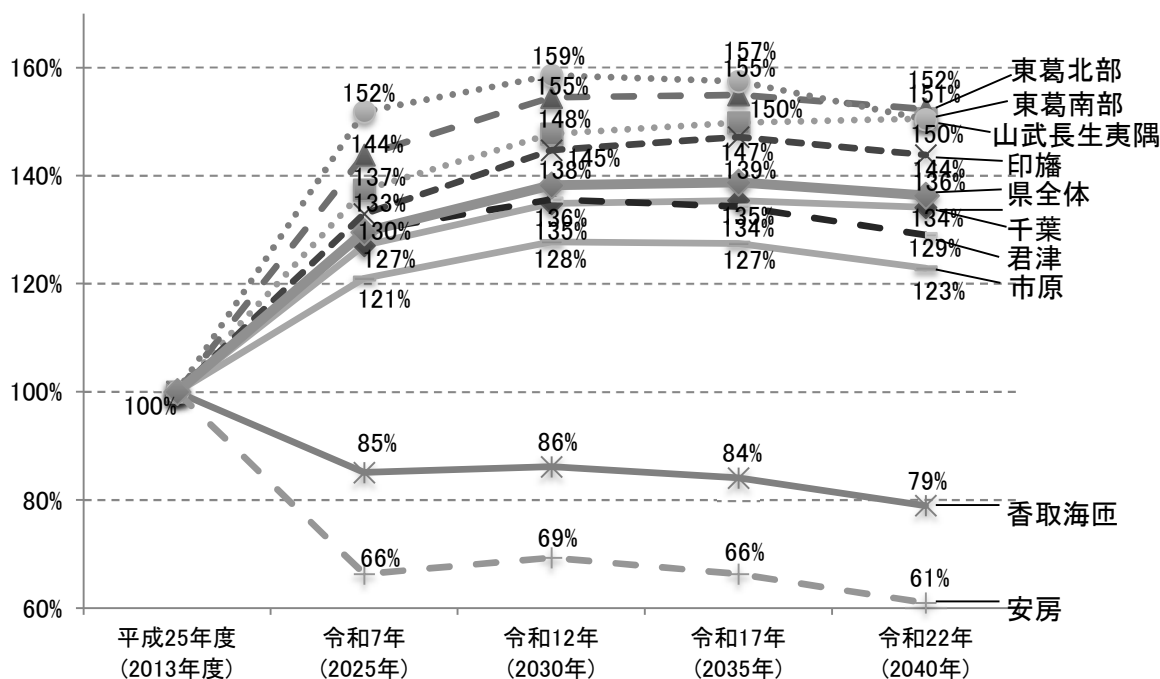


資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計
 推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）

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 患者住所地別入院患者数の対平成25年度増減率（千葉県）

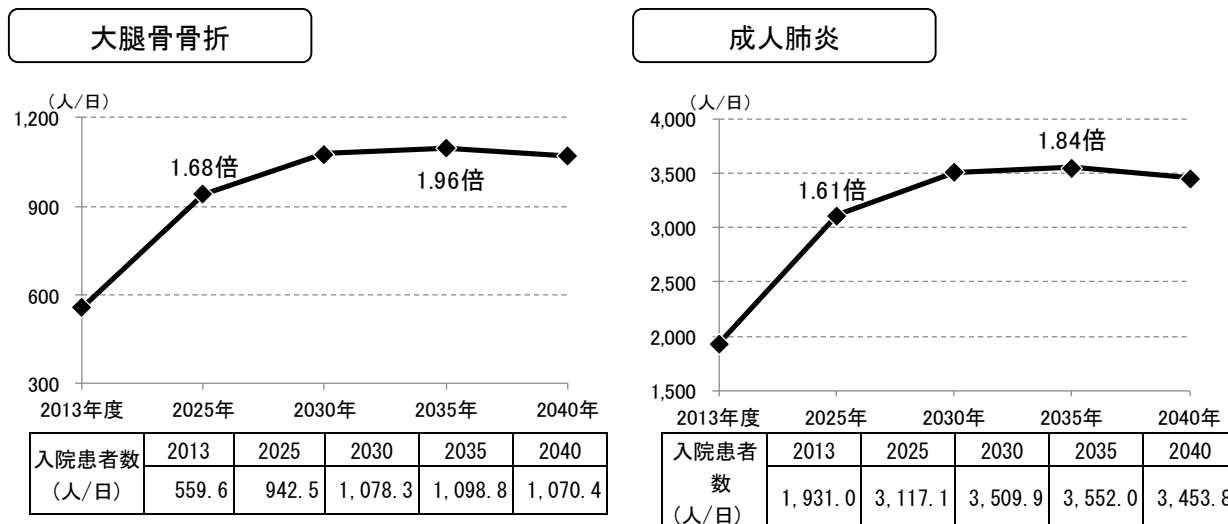


資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計
 推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）

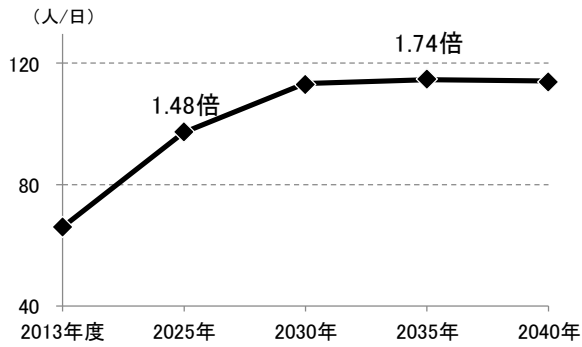
1日当たりの推計入院患者数を主な疾患別にみると、入院患者数が最も多い令和17年においては、高齢者に多い大腿骨骨折や成人肺炎、急性心筋梗塞、脳卒中の入院患者数が大きく増加すると見込まれています。

一方、今後、若年女性の人口減少が見込まれることから、「新生児疾患、先天性奇形」や「女性生殖器系及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」については、入院患者数の大幅な減少が見込まれています。

図表 主な疾患別入院患者数の推移（千葉県）

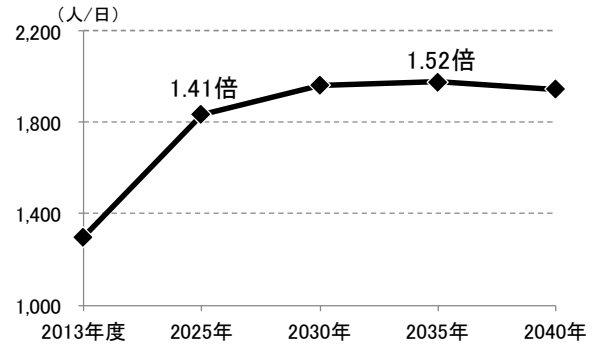


急性心筋梗塞



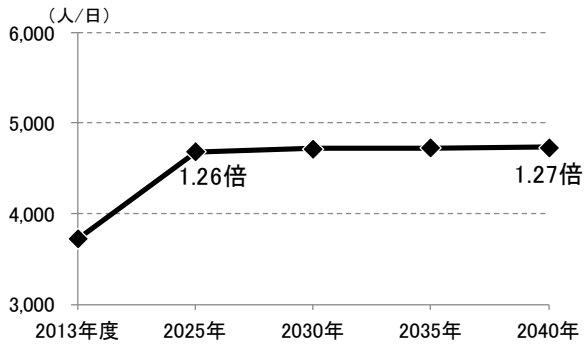
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	65.9	97.3	113.3	114.8	114.3

脳卒中



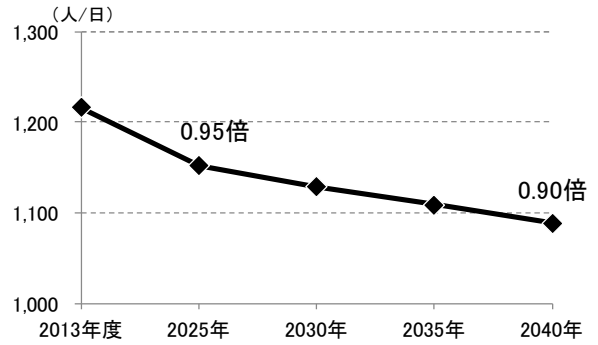
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,300.5	1,836.7	1,963.9	1,976.3	1,945.9

がん



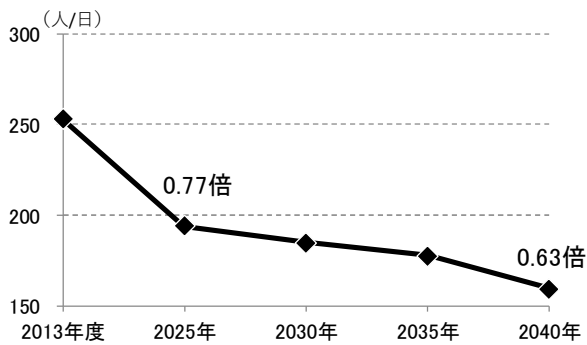
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	3,716.5	4,677.1	4,714.9	4,721.7	4,727.1

女性生殖器系及び産褥期疾患・異常妊娠分



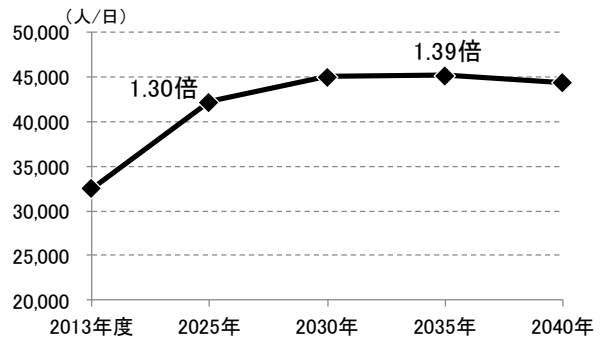
入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	1,215.9	1,151.8	1,128.8	1,109.0	1,088.5

新生児疾患、先天性奇形



入院患者数 (人/日)	2013	2025	2030	2035	2040
	253.0	193.9	184.8	177.4	159.4

参考：全疾患



入院患者数	2013	2025	2030	2035	2040
	32,000	42,000	45,000	45,000	44,000

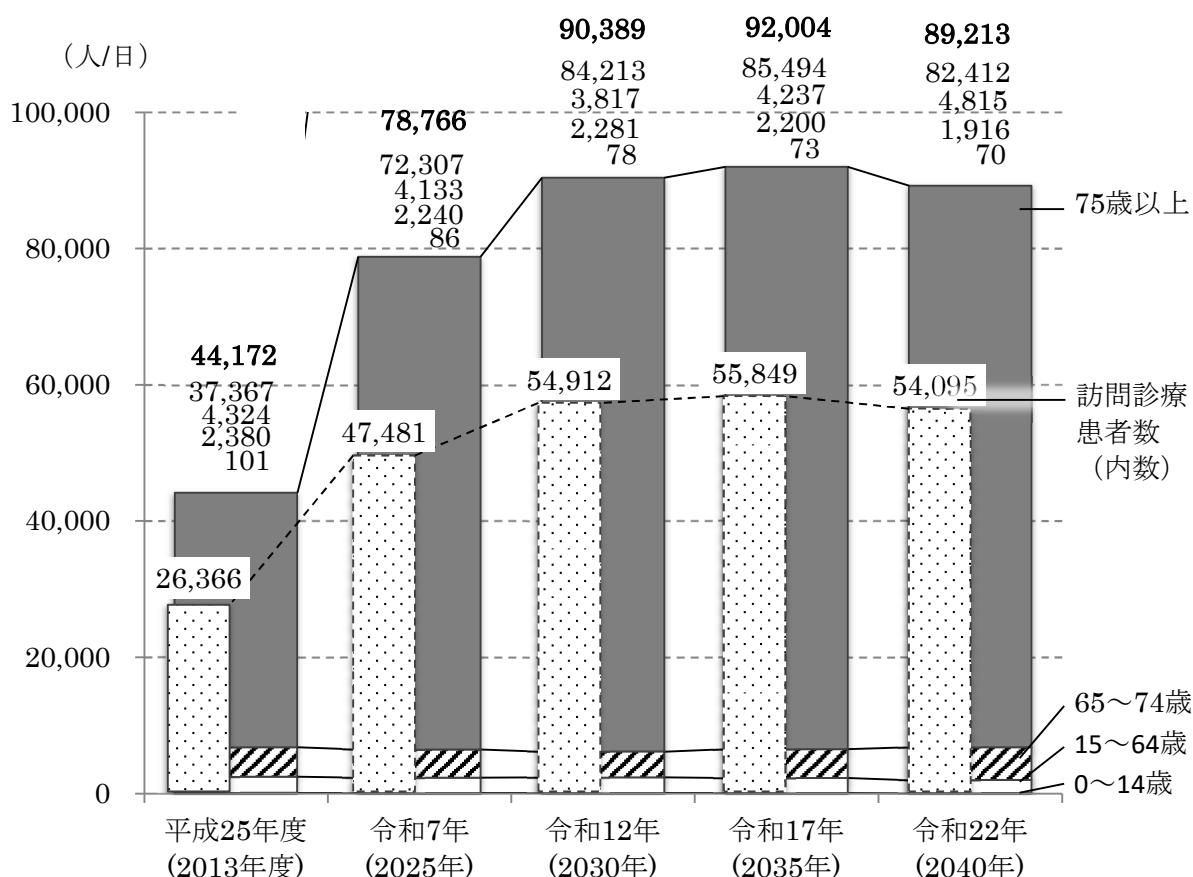
資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。（推計条件：患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC））なお、同ツールでは慢性期の医療需要については疾患別の推計ができないため、「参考：全疾病」以外の推計値には慢性期分の入院患者数を含んでいない。

2 在宅医療

在宅医療等にかかる1日あたりの推計患者数は、令和17年にピークを迎えることが見込まれています。

特に増加数が大きいのは、75歳以上の患者と見込まれます。

図表 在宅医療等需要の将来推計（千葉県）



推計条件・患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）

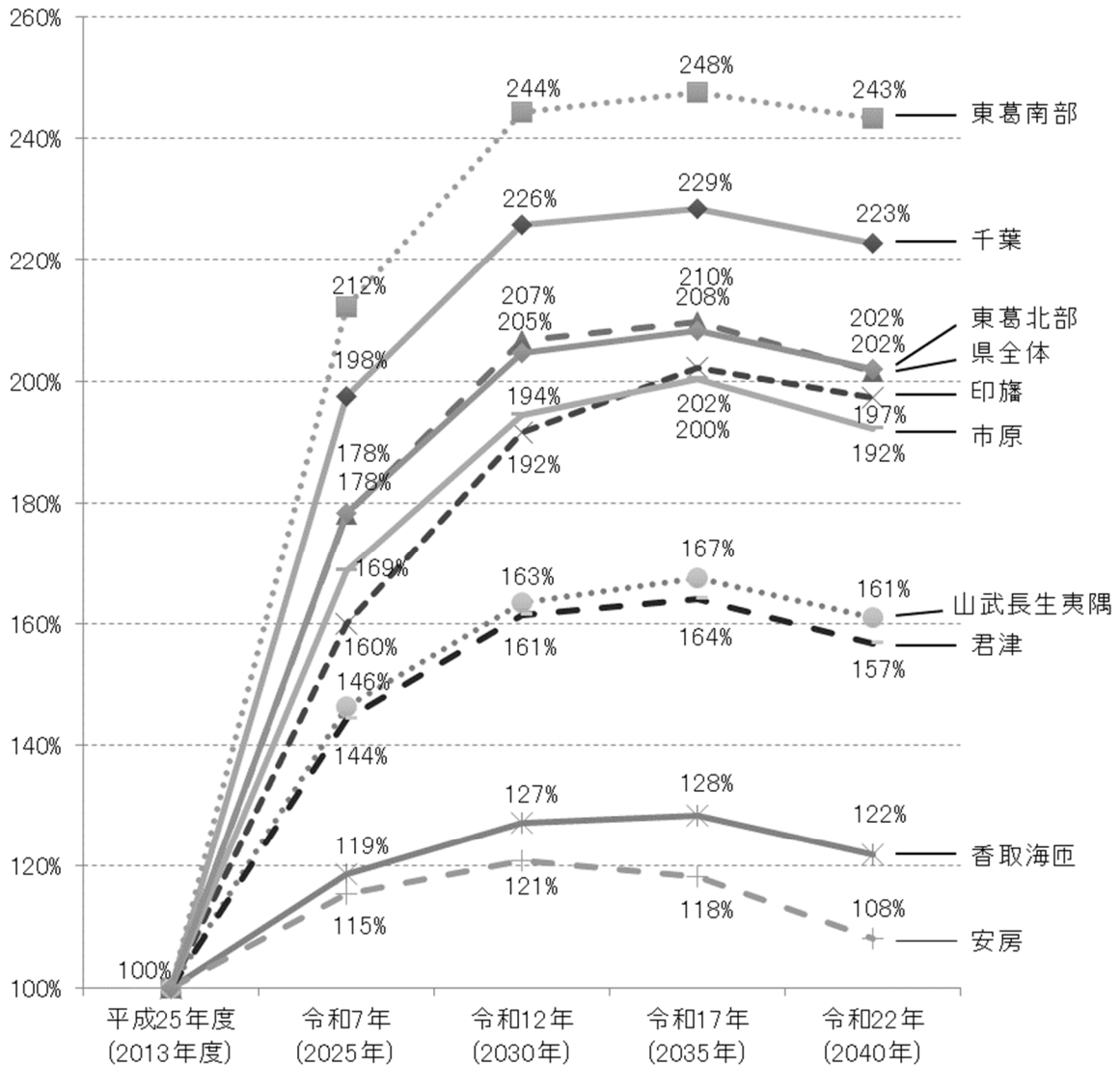
訪問診療患者数は全体の内数であり、平成25年度時点の訪問診療に係る地域別・性別・年齢階級別受療率がその後も変化しないと仮定した場合の推計患者数（参考値）。

「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」としてしています。

二次保健医療圏別にみると、「安房」では令和12年に、その他の地域においては令和17年に在宅医療等需要はピークを迎えることが見込まれています。特に、「東葛南部」、「千葉」及び「東葛北部」においては、令和17年までに平成25年度の2倍以上に需要が増加すると見込まれています。

図表 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 患者住所地別訪問診療患者数の将来推計

(上段：単位 人/日)

(下段：平成25年度を100とした場合の増加率)

二次保健医療圏	平成25年度 (2013年度)	令和7年 (2025年)	令和12年 (2030年)	令和17年 (2035年)	令和22年 (2040年)
千葉	5,316 (100)	10,406 (196)	11,942 (225)	12,087 (227)	11,757 (221)
東葛南部	6,825 (100)	14,981 (220)	17,347 (254)	17,571 (257)	17,210 (252)
東葛北部	7,290 (100)	12,791 (175)	14,932 (205)	15,153 (208)	14,534 (199)
印旛	2,423 (100)	3,437 (142)	4,162 (172)	4,406 (182)	4,292 (177)
香取海匝	728 (100)	773 (106)	828 (114)	838 (115)	796 (109)
山武長生夷隅	1,577 (100)	2,096 (133)	2,353 (149)	2,414 (153)	2,321 (147)
安房	907 (100)	981 (108)	1,055 (116)	1,033 (114)	942 (104)
君津	770 (100)	1,069 (139)	1,197 (155)	1,217 (158)	1,162 (151)
市原	530 (100)	947 (179)	1,096 (207)	1,130 (213)	1,081 (204)
計	26,366 (100)	47,481 (180)	54,912 (208)	55,849 (212)	54,095 (205)

資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

推計条件・患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）

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

参考：介護サービス量の見込み

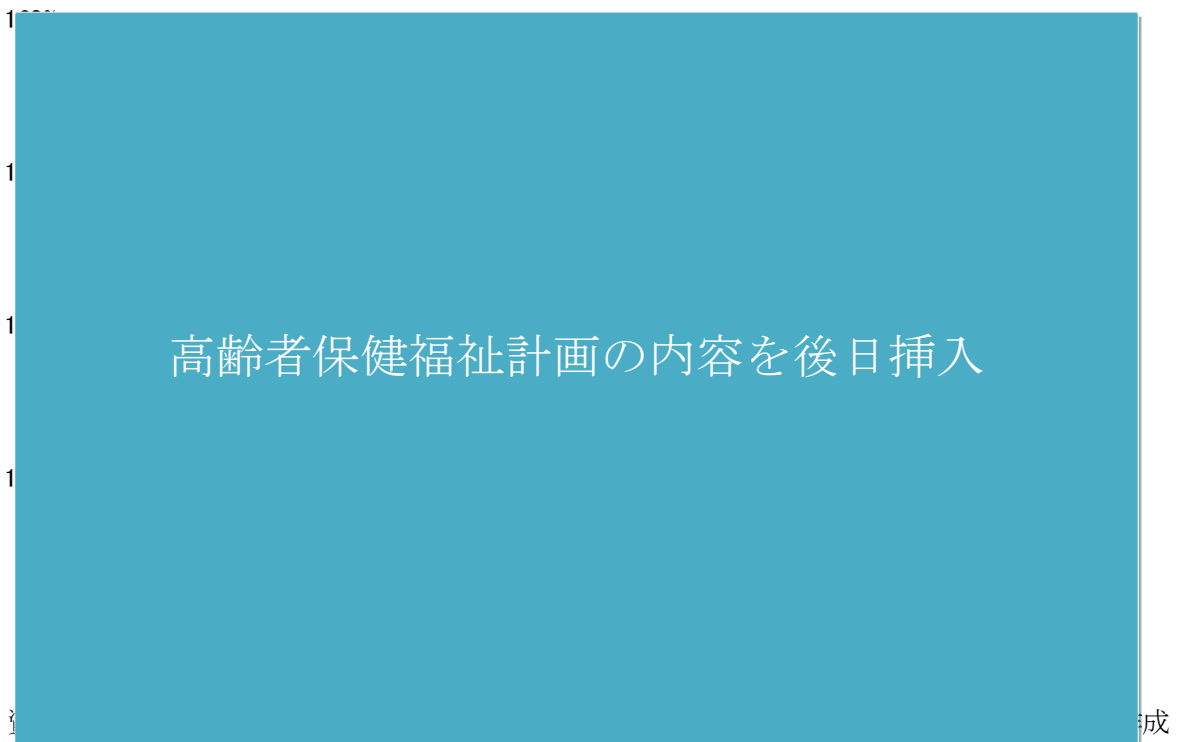
介護サービス量の見込みは、概ね増加していくものと見込まれます。

図表 主な介護サービス量の見込みと中長期的な推計（千葉県）

		年度
指		559
(8)
介		074
		9)
指	高齢者保健福祉計画の内容を後日挿入	5年
		推計
介		481
特		664
(4)
認		274
護		8)

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 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）



第3節 構想区域の設定

1 構想区域の意義

構想区域は、医療法第30条の4第2項第7号に基づく区域で、二次保健医療圏を原則とし、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化等を考慮し、地域における病床*の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域です。

2 構想区域の設定

構想区域は、二次保健医療圏とします。

第4節 千葉県が目指すべき医療提供体制

1 医療機能別の医療提供体制

令和7年における病床数の必要量（必要病床数）は、次のとおりです。

図表 令和7年における医療機能別必要病床数

(単位：床)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
千葉	1,077	3,028	2,520	1,859	8,484
東葛南部	1,376	4,783	4,072	2,779	13,010
東葛北部	1,386	4,227	3,647	2,439	11,699
印旛	594	1,947	1,625	1,382	5,548
香取海匝	289	745	587	560	2,181
山武長生夷隅	104	887	946	994	2,931
安房	308	602	358	373	1,641
君津	232	806	810	522	2,370
市原	284	826	695	335	2,140
千葉県計	5,650	17,851	15,260	11,243	50,004

なお、安房区域の慢性期病床については、平成25年度における利用状況や高齢者単身世帯割合の状況を考慮し、その推計年次を令和7年から令和12年とし、その必要病床数は433床とします。

2 在宅医療等の必要量

令和7年の在宅医療等の必要量は、次のとおりです。

図表 令和7年における在宅医療等の必要量

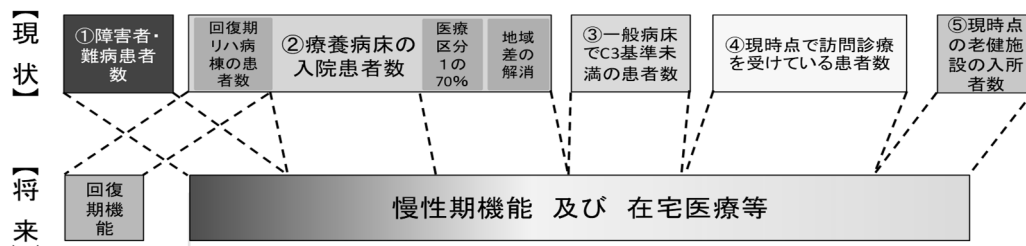
(単位：人／日)

構想区域	在宅医療等の必要量
千葉	15,329
東葛南部	22,651
東葛北部	19,127
印旛	7,054
香取海匝	2,517
山武長生夷隅	4,919
安房	2,064
君津	2,866
市原	2,239
千葉県計	78,766

「慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方」

平成27年3月18日「第9回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」資料より抜粋

- ①一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計。
- ②療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等で対応する患者数として推計。
 - ・その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要として推計。（療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。）
- ③一般病床で医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、当該点数未満の患者数を慢性期・在宅医療等の医療需要として推計。
- ④訪問診療を受けている患者数については、在宅医療等の医療需要として推計。
- ⑤老健施設の入所者数については、在宅医療等の医療需要として推計。



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

3 必要病床数と病床機能報告の結果との比較

必要病床数と令和4年度病床機能報告の結果との比較は図表のとおりです。
県全体では、回復期機能及び慢性期機能にかかる病床が不足しており、特に回復期機能については、全ての区域において不足しています。

病床機能報告制度は、以下の特徴を有しており、必要病床数との比較にあたっては、これらの点につき、留意する必要があります。

- ・病床機能報告では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期について、病床機能の定量的な基準がなく、病床機能の選択は医療機関の自主的な判断に基づいた報告であること。
- ・病棟単位の報告となっており、複数の医療機能を担う病棟においても、主に担っている機能を1つ選択して報告するものであること。
- ・病床機能報告は、医療機関が自ら病床機能を選択して報告した結果であるのに対し、地域医療構想で定める必要病床数の推計に当たっては、法令に基づき、診療報酬点数等をもとに区分されており、病床機能自体の捉え方が異なるものであること。
- ・病床機能報告は、回収率が100%でないこと。(令和4年度は92.6%)

必要病床数は令和7年に必要とされる病床数の推計値であり、医療計画上の病床の整備の目標である基準病床数とは異なるものです。

また、病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能のほか、具体的な医療の内容に関する項目や構造設備・人員配置、病床の稼働状況等についても明らかにするとともに、医療機関の新設などによる病床の増加等についての情報なども踏まえながら、将来において過剰又は不足となることが見込まれる病床機能について、病床の機能の分化及び連携を進めていく必要があります。

「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」

(平成29年6月23日付け 医政地発0623第1号 厚労省地域医療計画課長通知・抜粋)

新たに病床を整備する予定の医療機関に対しては、開設等の許可を待たず、地域医療構想調整会議への参加を求め、以下の事項等について協議を行うこと。

- 新たに整備される病床の整備計画と将来の病床数の必要量との関係性
- 新たに整備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量との関係性 等

その上で、都道府県医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議における協議の内容を参考とすること。

図表 必要病床数と病床機能報告の結果等との比較

(単位：床)

区域	医療機能	必要 病床数 (R7年)	令和4年度 病床機能 報告 (R4.7.1)	差し引き
		A	B	B-A
千葉	高度急性期	1,077	1,010	▲ 67
	急性期	3,028	4,018	990
	回復期	2,520	1,204	▲ 1,316
	慢性期	1,859	1,692	▲ 167
	休棟等	-	172	
	計	8,484	8,096	▲ 388
東葛 南部	高度急性期	1,376	1,720	344
	急性期	4,783	5,340	557
	回復期	4,072	1,904	▲ 2,168
	慢性期	2,779	1,875	▲ 904
	休棟等	-	759	
	計	13,010	11,598	▲ 1,412
東葛 北部	高度急性期	1,386	2,024	638
	急性期	4,227	4,217	▲ 10
	回復期	3,647	1,226	▲ 2,421
	慢性期	2,439	2,075	▲ 364
	休棟等	-	657	
	計	11,699	10,199	▲ 1,500
印旛	高度急性期	594	1,559	965
	急性期	1,947	2,374	427
	回復期	1,625	634	▲ 991
	慢性期	1,382	1,782	400
	休棟等	-	51	
	計	5,548	6,400	852
香取 海匝	高度急性期	289	67	▲ 222
	急性期	745	1,644	899
	回復期	587	273	▲ 314
	慢性期	560	888	328
	休棟等	-	93	
	計	2,181	2,965	784
山武 長生 夷隅	高度急性期	104	32	▲ 72
	急性期	887	1,379	492
	回復期	946	386	▲ 560
	慢性期	994	1,257	263
	休棟等	-	215	
	計	2,931	3,269	338
安房	高度急性期	308	144	▲ 164
	急性期	602	1,105	503
	回復期	358	205	▲ 153
	慢性期	373	412	39
	休棟等	-	264	
	計	1,641	2,130	489
君津	高度急性期	232	272	40
	急性期	806	1,086	280
	回復期	810	213	▲ 597
	慢性期	522	876	354
	休棟等	-	196	
	計	2,370	2,643	273
市原	高度急性期	284	108	▲ 176
	急性期	826	1,351	525
	回復期	695	428	▲ 267
	慢性期	335	198	▲ 137
	休棟等	-	81	
	計	2,140	2,166	26
計	高度急性期	5,650	6,936	1,286
	急性期	17,851	22,514	4,663
	回復期	15,260	6,473	▲ 8,787
	慢性期	11,243	11,055	▲ 188
	休棟等	-	2,488	
	計	50,004	49,466	▲ 538

「休棟等」：非稼働、健診のための病棟などの外、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

第5節 千葉県が目指すべき医療提供体制を実現するための施策

1 医療機関の役割分担の促進

- 高度急性期から在宅医療まで、一連のサービスを地域において総合的に確保するため、地域で必要な病床機能等を明らかにし、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 地域の中核を担う医療機関や、救急・小児・周産期・がん等の先進・高度・特殊医療機能を有する医療機関等の病床機能を明確化し、医療機関の機能強化や機能の分化を促進するとともに、連携体制の構築を図ります。
- 病床機能の分化及び連携を推進するに当たっては、まず、病床機能報告により、構想区域内の病床機能区分ごとの医療機関の状況を把握した上で、地域医療構想調整会議等を活用した医療機関相互の協議や自主的な取組が行われることが求められます。
- 公立・公的医療機関等を含む病院・有床診療所について、2025年における役割と医療機能別の病床数を含む具体的対応方針の策定を依頼し、地域医療構想調整会議等で地域の関係者と共有し協議を実施することで、病床機能の分化及び連携が一層推進されるよう取り組みます。また、策定された具体的対応方針に変更が生じた場合や2025年以降に医療機能別の病床数等に変更等が生じる場合には、改めて地域医療構想調整会議等において協議を行います。
- 高齢化の進展に伴い、将来的に不足することが見込まれる回復期機能を担う病床については、それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換を促します。また、将来的に病床機能が過剰と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す。新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、その開設等の許可を待たず、地域医療構想調整会議等への参加を求め、地域に必要な医療機能等について理解を促し、整備計画等との関係性について協議を行うことで、地域の実情に応じた質が高く効率的な医療提供体制を目指します。

2 在宅医療の推進

- 病気になっても可能な限り住み慣れた生活の場において、必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活が実現できるよう、地域包括ケア

システムの構築が必要です。そのため、病院を退院した患者が自宅や地域で必要な医療が受けられるよう、医療機関の役割分担と連携を進めるとともに介護との連携を構築し、切れ目のない在宅医療の仕組みづくりを進めます。病院から在宅復帰に向けては、病状が安定期の要介護者が居宅への復帰を目指す機能等を担う介護老人保健施設等の役割も重要です。

- 在宅医療と介護の連携を推進するためには、市町村が地区医師会等、関係団体と連携しながら、患者を日常的に支える医療提供体制の整備を進めることが重要です。訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、リハビリテーション、介護など、在宅医療を担う多職種の協働を支援します。
- 患者が住み慣れた自宅や地域で安心して療養生活を送れるよう、患者との信頼関係に基づいて、日頃の健康管理から医療機関の紹介、在宅療養の支援等を担う「かかりつけ医」を中心とした在宅医療提供体制の整備を図ります。
- 医療関係者に対する在宅医療への参入促進事業や、がんや摂食嚥下、看取り、在宅で必要な専門知識に関する研修を行う等、在宅医療を支える人材の確保・定着を図るとともに、在宅訪問歯科診療等の在宅訪問診療の充実や訪問看護ステーション大規模化等、在宅医療の基盤整備を進めます。
- 人生の最終段階を自宅で過ごすことに対する不安を解消し、患者が住む場所で看取りができる環境づくりも重要な課題です。最期まで自分らしく生きるために、患者自身がどのような最期を迎えたいかを考え、それを実現するために家族等と話し合っ、思いを共有することが必要です。そのため、そうした思いに対応できる医療従事者等の養成を推進するとともに、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する適切な情報提供を推進します。

3 医療従事者の確保・定着

- 安心して誰もが医療サービスを受けられるよう、医師、看護師をはじめとする医療従事者の確保・定着を図ります。
- 千葉県地域医療支援センターや千葉県医療勤務環境改善支援センター等の取組を推進し、医療従事者の地域偏在の解消と働きやすい環境づくりに向けて取組みます。
- 限られた医療資源を有効活用し、質の高い医療を安全に提供するため、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等の専門職の確保に併せて、各医療職種が連携・補完し合うチーム医療を推進します。
- 専門医制度は、医師の質の向上と良質な医療の提供を目的としています。令和2年3月の厚労省の調査によると、臨床研修修了者の約9割が翌年度から専門研修を行う予定と回答していることから、研修プログラムの策定にあたっては地域の医療機関と連携するなど地域医療に配慮したプログラムとすることや、専門医を適正に配置させることが重要です。
地域における専門医の定着を図るため、研修施設、大学及び医師会等と連携し、専門研修プログラムを踏まえながら、地域全体で医師のキャリア形成支援に努め

るとともに、地域の実情に応じた医療提供体制を構築します。

- 引き続き、県内の2つの医学部と連携し、医師の養成・就業を促進します。

4 地域医療の格差解消

- 本県は、地域によって高齢化等の人口動態、医療・介護提供体制、受療動向、地理的条件等が大きく異なっています。誰もがどこでも安心して医療が受けられるよう、地域医療の格差解消に向けて、地域における各医療機関の機能や人員体制等を踏まえた課題の抽出とともに、地域特性に応じた医療提供体制の実現に向けて取り組めます。
- 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、総合診療科の専門研修基幹施設による連携を推進するなど、総合診療専門医の育成と確保に努めます。

5 疾病ごとの医療連携システムの構築

- 高齢化の進展に伴い、がん、脳卒中*、急性心筋梗塞*、成人肺炎、大腿骨骨折等の疾病の増加が見込まれています。
- 脳卒中や急性心筋梗塞等の発症初期における「待てない急性期」への対応については、医療機関の機能に応じた役割分担に基づき、効果的な救急医療体制の構築を進めるとともに、地域で速やかに受療できる医療提供体制を目指します。
- 限られた医療資源であっても、質が高く効果的・効率的な医療提供体制を確保するため、医療資源の適切な活用が図られるよう、地域の実情に応じた医療連携システムの構築を促進します。また、全県的な対応が必要となる高度な医療については、必要に応じて、疾病ごとの圏域を越えた医療連携システムの構築を図ります。
- 本県は交通利便性が高く、患者の移動可能圏域が広いため、県境に隣接した地域や構想区域境に隣接した地域では、急性期*から回復期への転院、回復期から地域生活期*への移行において、県境や構想区域をまたぐ受療も生じます。県を越えた広域連携や構想区域間連携を進めます。
- 精神科における合併症入院患者の増加を踏まえた身体疾患を診る科と精神科の連携を推進します。また、認知症の行動・心理症状（B P S D）*や認知症の人の身体疾患が悪化した場合、できる限り短い期間での退院を目指し、一時的に入院治療を行う医療機関と地域の保健医療・介護関係者との連携を推進します。

6 公的医療機関等の役割

- 公的病院*は、各構想区域における基幹病院としての役割を果たすことはもとより、地域の特性に応じて、救急医療、災害医療、がん医療、周産期医療、小児医療等の分野や、地域包括ケアシステムの構築に向けて中心的な役割を担う必要があります。
- 公立病院は、令和4年3月に示された「公立病院経営強化ガイドライン」に基づき、令和5年度までに、「地域医療構想を踏まえた各病院の果たすべき役割」や「医師・看護師等の確保と働き方改革」、「新興感染症等に備えた平時からの取組等」を盛り込んだ経営強化プランを策定することとなっています。公立病院は、策定された経営強化プランに沿って、地域医療構想と整合した持続可能な医療提供体制の確保に取り組む必要があります。
- 公的病院に加え、(独)地域医療機能推進機構や(独)国立病院機構、(独)労働者健康安全機構が開設する医療機関、地域医療支援病院*及び特定機能病院については、その地域において果たしている役割に鑑み、他の医療機関に率先して、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示すことが重要です。

7 地域医療連携推進法人制度の活用

- 医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、本構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人制度が創設されました。地域医療構想の実現に向けて、病床機能の分担及び業務の連携を進めるに当たっては、当該制度の活用も重要です。

8 県民の適切な受療行動と健康づくり

- 本構想の実現に向けては、医療を提供する側だけではなく、医療を受ける県民の理解や受療行動も重要です。具体的には、生活習慣の改善による疾病予防、医療機関の地域連携の理解、不要不急の時間外受診の差し控え等が求められます。
- 医療法にも、国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならないものとされています。
- 県、市町村、医療保険者、医療機関等の関係者は、互いに連携・協力しながら県民に対する保健指導、医療相談、広報等を通じ、県民の適切な受療行動に向けた啓発を行います。
- 県民一人ひとりが健康の状態に応じて生き生きと生活できるよう、個人のみでなく生活背景である家庭・職場・地域にも視点を置いた生活習慣病対策を推進します。

第6節 地域医療構想の推進方策

1 病床機能報告制度の活用

病床の機能の分化及び連携については、まずは病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能の現状を把握・分析し、その結果を踏まえ、地域医療構想において定める構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数を、地域全体の状況として把握し、病床の転換等の取組を進めます。

2 地域医療構想調整会議等の活用

地域医療構想は、地域の実情に応じて、県、医療関係者等が話し合い、将来の医療需要の変化の状況を共有し、それに適合した医療提供体制を構築するための、あくまでも自主的な取組が基本です。

医療機関の自主的な取組を踏まえ、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議等を活用した医療機関相互の協議により、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて、病床機能の分化及び連携を進めます。

地域保健医療連携・地域医療構想調整会議等を効果的に運用するため、協議内容や医療提供体制の整備の状況を踏まえ、構成員や調整会議のあり方について柔軟に見直します。

3 地域医療介護総合確保基金の活用

本構想の実現に向けた取組を実効性のあるものとするため、地域医療介護総合確保基金を活用し、医療機関の役割分担を促進するとともに、在宅医療の推進や医療介護人材の確保等の必要な施策を進めます。

地域医療構想調整会議について

地域医療構想策定ガイドライン（平成27年3月）

1 地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議は構想区域ごとに設置することを原則とし、診療に関する学識経験者等との連携を図りつつ、地域医療構想の実現に向けた具体的な協議を行う「協議の場」です。

※千葉県では、地域医療構想の策定の段階から設置しています。

2 協議内容

- ①地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能
- ②病床機能報告制度による情報等の共有
- ③地域医療構想の達成の推進に関すること 等

3 地域医療構想調整会議の参加者

地域医療構想は、幅広い関係者の理解を得て達成を推進する必要があるため、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広い者を参加者とすることが望ましい。

医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定すること。

協議を効果的・効率的に推進する観点から、議事等に応じて参加を求める関係者（代表性を考慮した病院・診療所、学識経験者等）を柔軟に選定すること。

地域医療構想調整会議は、協議をより効果的・効率的に進める観点から、協議内容等に応じて参加を求める関係者を柔軟に選定する等、必要に応じて会議のあり方についても見直します。

第5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」「新興感染症発生・まん延時における医療」「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6事業（以下、「5疾病6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。

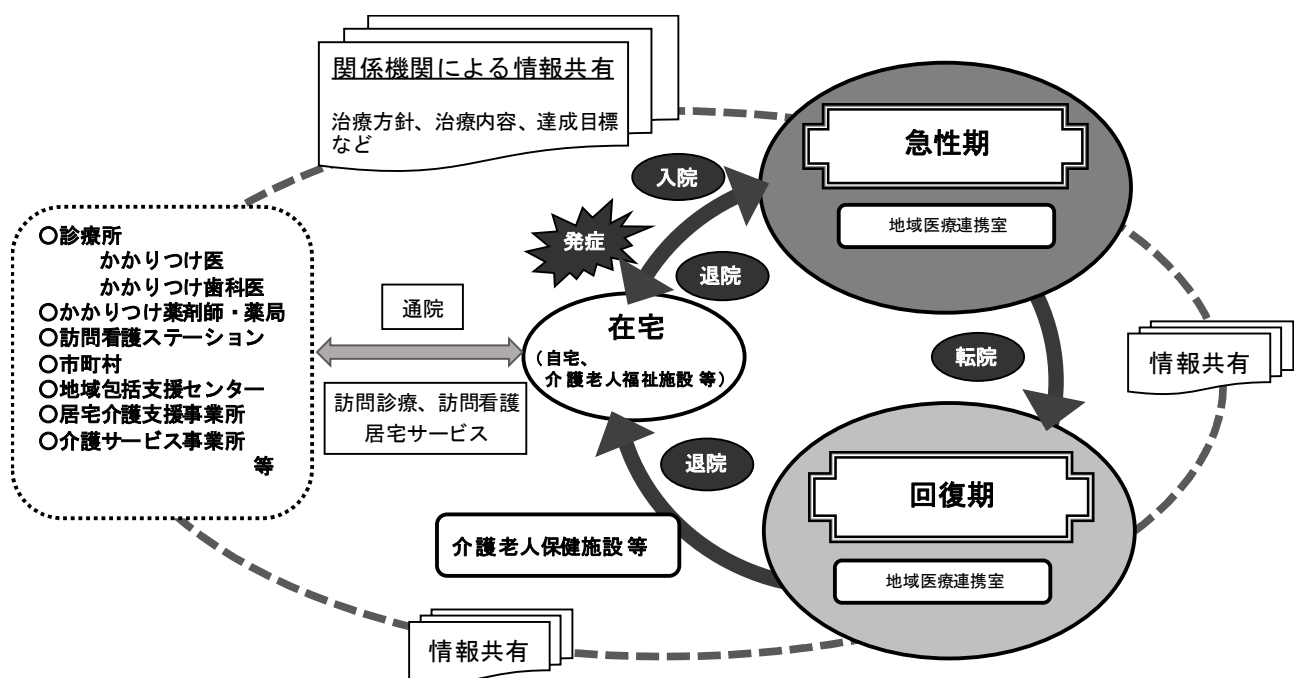
② 医療資源の適正な配置

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 5-1-1-1-1 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82.6%（令和5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、令和5年4月現在、県内23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

これまで、連携システムの構築に当たっては、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」を中心に進めてきたところです。

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。

これまでの考え方を引継ぎ、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5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、「新興感染症発生・まん延時における医療」を除き^{*}、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。

〔^{*} 「新興感染症発生・まん延時における医療」については、感染症法に基づく医療機関との協定締結の内容を参考に医療機関一覧を作成しています。〕

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

エ 地域医療連携パスの活用

図表 5-1-1-1-1 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できます。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
取り
千
千葉
る大
若干
ま
療報
の使
ると
一
携手
どが

地域医療連携パスの活用については、医療機能調査の結果を踏まえ、今後記載。

及に
した
てい
と、
診
パス
てい
病連
な

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。

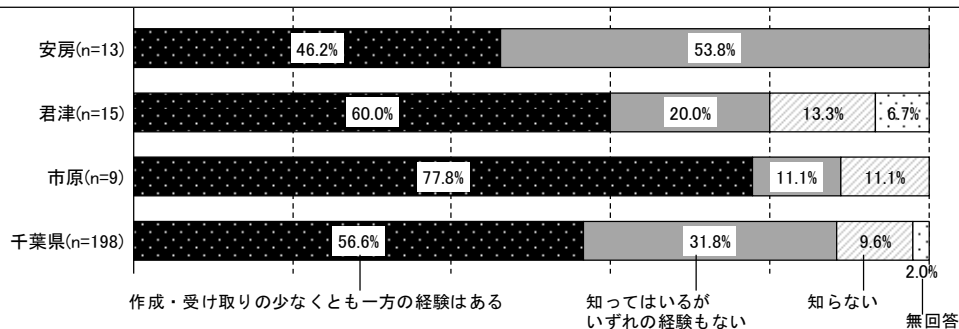
このシートは、医療機関から地域生活に移行する際に、地域生活を支える介護職員との情報共有を図る目的で千葉県共用脳卒中パスの中の介護シートとしても利用されており、今後一層の普及を図っていく必要があります。

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%

2次保健
(病院)

千葉県地域生活連携シートの活用については、医療機能調査の結果を踏まえ、今後記載。



資料：令和 5 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あるため、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

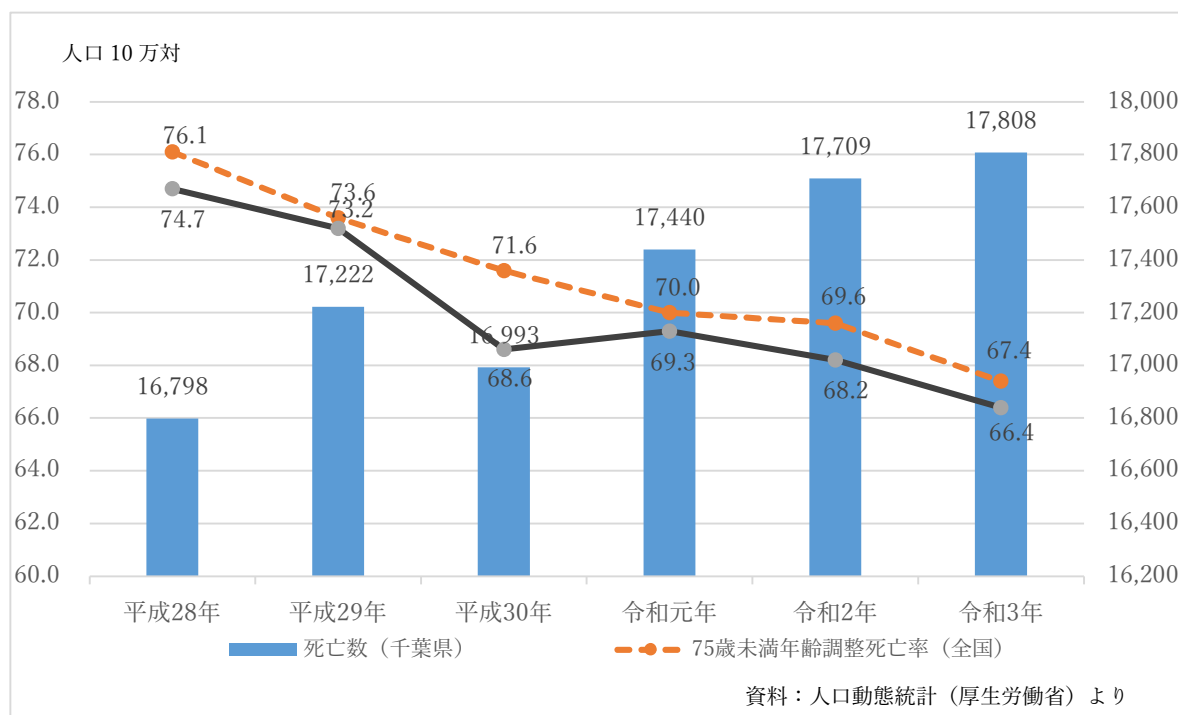
（ア）施策の現状・課題

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、令和3年には、年間17,808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、27.3%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）を見ると、66.4と全国の67.4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28年と令和3年の変化を見ると、男性は94.9から79.5と15.4%の減少、女性は55.7から54.3と1.4%の減少となっています。

図表 1-1 がんによる死亡者数と死亡率の推移



図表 1-1-2 千葉県のがんによる75歳未満年齢調整死亡率（男女別）の推移

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
全 体	74.7	73.2	68.6	69.3	68.2	66.4
男 性	94.9	91.3	85.0	85.5	83.4	79.5
女 性	55.7	56.3	53.3	54.2	54.1	54.3

資料：人口動態統計（厚生労働省）より

〔予防・早期発見〕

○ がんの予防

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、発がんに寄与するウイルスや細菌への感染等が挙げられます。禁煙や受動喫煙の防止、節度ある飲酒、バランスの良い食事、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29年度は男性22.0%、女性6.5%であったものが、令和3年度には男性21.9%、女性6.9%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、喫煙を辞めたい人への支援、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

がんの早期発見・早期治療を行うためには、県民一人一人が積極的に検診を受けることが大切ですが、令和4年の本県のがん検診の受診率は、胃がん49.8%、肺がん52.2%、大腸がん46.2%、乳がん55.0%、子宮頸がん47.5%であり、いずれも全国平均を上回っています。しかしながら、胃がん、大腸がん、子宮頸がんの3つのがん検診について、県が目標とする50%以上を下回っています。

なお、令和5年7月に県が実施した医療に関する県民意識調査では、「新型コロナウイルス感染症が流行した期間、感染を危惧してがん検診の受診をしなかったことはありますか。（単数回答）」との質問に対し、「ある」と回答した方は14.8%（50歳以上の女性では平均約2割）でした。この間に実施されたがん検診の受診率に影響があった可能性があります。

県では、がん検診の受診率向上のため、県ホームページやメールマガジン等での情報発信のほか、県民向けのがん予防展、がん講演会の開催や、県内スポーツ施設におけるピンクリボンキャンペーン、成人式でのリーフレット配布などの普及啓発施策を行ってきました。今後は、市町村実施検診における対象者への個別勧奨、未受診者に対する啓発や受診勧奨などの取組について、市町村や関係団体と連携し、一層強化していく必要があります。さらに、精密検査についても、県の目標である90%以上を目指した受診率向上の取組が必要です。

図表 1-2 がん検診受診率

(%)

部 位	平成25年		平成28年		令和元年		令和4年	
	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県
胃がん	39.6	40.9	40.9	42.0	49.5	50.0	48.4	49.8
肺がん	42.3	45.2	46.2	49.8	49.4	51.3	49.7	52.2
大腸がん	37.9	40.0	41.4	44.4	44.2	45.1	45.9	46.2
乳がん	43.4	48.6	44.9	49.9	47.4	51.9	47.4	55.0
子宮頸がん	42.1	43.7	42.3	44.2	43.7	41.8	43.6	47.5

資料：国民生活基礎調査

図表 1-2-2 精密検査受診率

(%)

部 位	平成28年		平成29年		平成30年		令和元年		令和2年	
	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県
胃がん(X線)	81.7	85.3	82.0	84.9	82.4	86.9	81.4	84.5	81.7	85.2
肺がん	76.8	82.4	82.9	81.1	83.3	81.0	83.4	82.9	82.7	83.3
大腸がん	68.5	66.0	68.6	65.8	69.3	67.4	68.9	67.4	68.6	67.3
乳がん	87.9	92.2	88.9	91.9	89.3	92.1	89.6	90.4	90.1	91.7
子宮頸がん	75.4	75.2	75.2	73.7	75.4	77.2	74.8	77.5	76.6	77.9

資料：地域保健・健康増進事業報告

また、がん検診については、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す。県では、集団検診機関及び個別検診機関において、国のチェックリストに基づく精度管理を実施し、がん検診の質の向上に取り組んでいます。

〔医療連携等〕

○がん医療の均てん化・集約化

県民の誰もが、その居住する地域に関わらず、がんの状態に応じた適切ながん医療や支援等を受けることができる体制整備のため、平成19年にがん診療連携拠点病院等※、医療関係団体、患者団体、県で構成される千葉県がん診療連携協議会を設置しました。同協議会では、各がん診療機能について専門部会（教育研修専門部会、院内がん登録専門部会、緩和医療専門部会、相談支援専門部会、地域連携・臓器別腫瘍専門部会、小児がん専門部会、P D C A サイクル専門部会）を設置し、県内の診療連携体制の強化、及びがん医療の均てん化を進めてきたところです。

国の第4期がん対策推進基本計画における、医療提供体制の均てん化・集約化について取り組むべき施策として、都道府県は、「がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。」こととされ、「感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。」こととされました。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。同協議会を中心にこれらの課題に対応を図っていく必要があります。

※がん診療連携拠点病院：

専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の整備、患者・住民への相談支援や情報提供などの役割を担う病院として、国が定める指定要件を踏まえて都道府県知事が推薦したものについて、厚生労働大臣が適当と認め、指定した病院です。がん診療連携拠点病院には、各都道府県で中心的役割を果たす「都道府県がん診療連携拠点病院」と、都道府県内の各地域（2次医療圏）で中心的役割を果たす「地域がん診療連携拠点病院」があります。

地域がん診療病院：

がん診療連携拠点病院が無い地域（2次医療圏）に、都道府県の推薦を基に厚生労働大臣が指定した病院です。基本的に隣接する地域のがん診療連携拠点病院のグループとして指定され、拠点病院と連携しつつ、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。

○がん治療の合併症

がん診療連携拠点病院等は、がんの治療はもとより、がん治療の合併症予防及びその病状軽減についても、診療科間連携、多職種連携、地域医療機関との連携により対応することが重要です。特に、がん患者の口腔ケアについては、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組む必要があります。

〔緩和ケア〕

緩和ケアとは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応を、全ての医療従事者が診断時から行うとともに、地域の関係機関等とも連携して取り組まれるものであり、こうした取組を通じて、患者やその家族等のQOLの向上を目標とするものです。がん患者やその家族等は、がんと診断された時はもとより、治療の経過においても、さまざまな不安やつらさを抱えており、精神心理面や社会生活の問題も含めたトータルケアを診断時の早期から取り入れていくことが重要です。

がん診療連携拠点病院等では、がんの診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチームの組織や、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備を進められてきました。

千葉県がん診療連携協議会の緩和医療専門部会では、千葉県がんセンターが中心となり、緩和ケアチーム研修会や緩和ケア提供体制に関する調査の実施等、県内の緩和ケアチームの質の向上に取り組んでいます。県の施策としても、地域で緩和ケアに携わる医師、看護師、薬剤師等の医療職、介護職等を対象とした研修会を開催し、緩和ケアを提供する人材の育成を図っています。

〔相談、情報提供、患者の生活支援〕

がん治療技術の進歩により、治療を継続しながら仕事や学業などの社会生活を送る患者が増えていることに伴い、患者やその家族の悩みや不安が多様化してきており、きめ細やかな相談対応と患者の生活への支援が求められています。

がん診療連携拠点病院等に設置された「がん相談支援センター」では、がん専門相談員（専門的な研修を修了した看護師やソーシャルワーカーなど）が、がん患者やその家族等の不安や疑問・治療選択の悩み等の様々な相談に対応しています。同センターでは、

ハローワーク等就労支援機関と連携し、患者の離職防止や再就職など、患者と雇用者の双方に対して、治療と仕事を両立するための支援を行っています。

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、がん診療連携拠点病院等の相談支援機能に加え、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、「千葉県がんサポートブック」や、がん情報提供サイト「千葉県がん情報ちばがんナビ」による情報提供を行っています。また、「千葉県ピア・サポーター」の養成、各拠点病院等でのピアサポートサロンの実施など、患者の視点に立った相談支援に取り組んでいるところです。

〔小児・AYA (Adolescent and Young Adult, 思春期・若年成人) 世代のがん〕

小児・AYA世代のがんについては、乳幼児期から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といったライフステージに合わせて、患者やその家族等が適切な情報を得て、悩みを相談できる支援につながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられる体制づくりが課題となっています。

千葉県では、現在5病院が小児がん連携病院※に指定されており、千葉県がん診療連携協議会の小児がん専門部会において、県内の小児がん連携病院を中心としたネットワーク化を推進しています。

将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者が希望を持って治療等に取り組めるよう、県では、がん等の治療に伴い生殖機能が低下又は喪失するおそれがある方を対象として、令和3年11月から「千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」を開始し、妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療にかかる費用の一部を助成し、患者の経済的負担の軽減を図っています。県では、「千葉県がん・生殖医療相談支援センター」を千葉大学医学部附属病院に設置し、患者やその家族、医療機関等からの相談にワンストップで応じるとともに、妊孕性温存療法等に関する普及啓発、医療機関間の連携促進を行っています。

〔千葉県がん患者QOL向上事業〕

県では、がん患者の経済的負担の軽減を図るため、令和5年度から2つの補助事業から成る「千葉県がん患者QOL向上事業」を開始しました。介護保険等公的助成制度の「はざま」世代にあたる若年末期がん患者の在宅介護サービス利用料等に助成制度を設ける市町村に対し補助する「千葉県若年がん患者在宅療養支援事業」、及びがん治療やその副作用による外見の変化を補うアピアランスケア用品の購入費用等について、助成制度を設ける市町村に対し補助する「千葉県がん患者アピアランスケア支援事業」です。県として今後、市町村における助成制度創設が促進されるよう働きかけていく必要があります。

※ 小児がん連携病院：

小児がん拠点病院と連携して小児がんの医療および支援を提供する病院で、小児がん拠点病院が指定します。

「地域の小児がん診療を行う連携病院(千葉県こども病院、千葉大学医学部附属病院、成田赤十字病院、日本医科大学千葉北総病院)」、

「特定のがん種等についての診療を行う連携病院(千葉県がんセンター：骨・軟部腫瘍、脳脊髄腫瘍)、

「小児がん患者等の長期の診療体制の強化のための連携病院」の3つの類型があります。

〔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っています。

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、がん診療連携拠点病院、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、訪問看護ステーション、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局などのほか、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、がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院、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国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST 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んでいます。