

千葉県保健医療計画 試案

(別冊・地域編)

- ・計画の体裁については、今後修正いたします。
- ・調整中の項目があります。

千葉県保健医療計画（別冊） 目次（案）

第1章 千葉保健医療圏	1
第1節 圏域の現状	2
1 基本的事項	2
2 人口動態等	2
3 疾病状況（主な死因別死亡数）	3
4 患者動向	3
5 外来医療の現状	4
6 医師の確保の現状	9
7 主な医療・介護資源の現状	11
第2節 千葉保健医療圏における施策の方向性	14
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性	14
2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	15
3 医師の確保の方針（医師全体）	17
第3節 千葉保健医療圏における施策の具体的展開	18
1 施設相互の機能分担及び業務の連携	18
2 地域医療体制の整備	18
3 救急医療等の確保	19
4 外来医療に係る医療提供体制の確保	20
5 医師の確保（医師全体）	20
6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保	24
7 循環型地域医療連携システム	24
第2章 東葛南部保健医療圏	25
第1節 圏域の現状	26
1 基本的事項	26
2 人口動態等	26
3 疾病状況（主な死因別死亡数）	27
4 患者動向	27
5 外来医療の現状	28
6 医師の確保の現状	32
7 主な医療・介護資源の現状	34
第2節 東葛南部保健医療圏における施策の方向性	37
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性	37
2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	38
3 医師の確保の方針（医師全体）	40

第3節	東葛南部保健医療圏における施策の具体的展開	41
1	施設相互の機能分担及び業務の連携	41
2	地域医療体制の整備	41
3	救急医療等の確保	42
4	外来医療に係る医療提供体制の確保	43
5	医師の確保（医師全体）	43
6	保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保	48
7	循環型地域医療連携システム	48
第3章	東葛北部保健医療圏	49
第1節	圏域の現状	50
1	基本的事項	50
2	人口動態等	50
3	疾病状況（主な死因別死亡数）	51
4	患者動向	51
5	外来医療の現状	52
6	医師の確保の現状	56
7	主な医療・介護資源の現状	58
第2節	東葛北部保健医療圏における施策の方向性	61
1	地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性	61
2	外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	62
3	医師の確保の方針（医師全体）	64
第3節	東葛北部保健医療圏における施策の具体的展開	65
1	施設相互の機能分担及び業務の連携	65
2	地域医療体制の整備	65
3	救急医療等の確保	66
4	外来医療に係る医療提供体制の確保	67
5	医師の確保（医師全体）	67
6	保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保	71
7	循環型地域医療連携システム	71
第4章	印旛保健医療圏	72
第1節	圏域の現状	73
1	基本的事項	73
2	人口動態等	73
3	疾病状況（主な死因別死亡数）	74
4	患者動向	74
5	外来医療の現状	75
6	医師の確保の現状	79
7	主な医療・介護資源の現状	81

第2節	印旛保健医療圏における施策の方向性	84
1	地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性	84
2	外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	85
3	医師の確保の方針（医師全体）	87
第3節	印旛保健医療圏における施策の具体的展開	88
1	施設相互の機能分担及び業務の連携	88
2	地域医療体制の整備	88
3	救急医療等の確保	89
4	外来医療に係る医療提供体制の確保	90
5	医師の確保（医師全体）	90
6	保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保	95
7	循環型地域医療連携システム	95
第5章	香取海匝保健医療圏	96
第1節	圏域の現状	97
1	基本的事項	97
2	人口動態等	97
3	疾病状況（主な死因別死亡数）	98
4	患者動向	98
5	外来医療の現状	99
6	医師の確保の現状	102
7	主な医療・介護資源の現状	104
第2節	香取海匝保健医療圏における施策の方向性	107
1	地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性	107
2	外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	108
3	医師の確保の方針（医師全体）	110
第3節	香取海匝保健医療圏における施策の具体的展開	111
1	施設相互の機能分担及び業務の連携	111
2	地域医療体制の整備	111
3	救急医療等の確保	112
4	外来医療に係る医療提供体制の確保	113
5	医師の確保（医師全体）	113
6	保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保	118
7	循環型地域医療連携システム	118
第6章	山武長生夷隅保健医療圏	119
第1節	圏域の現状	120
1	基本的事項	120
2	人口動態等	120

3	疾病状況（主な死因別死亡数）	121
4	患者動向	121
5	外来医療の現状	122
6	医師の確保の現状	126
7	主な医療・介護資源の現状	128
第2節	山武長生夷隅保健医療圏における施策の方向性	131
1	地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性	131
2	外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	132
3	医師の確保の方針（医師全体）	134
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	135
1	施設相互の機能分担及び業務の連携	135
2	地域医療体制の整備	135
3	救急医療等の確保	136
4	外来医療に係る医療提供体制の確保	137
5	医師の確保（医師全体）	137
6	保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保	142
7	循環型地域医療連携システム	142
第7章	安房保健医療圏	143
第1節	圏域の現状	144
1	基本的事項	144
2	人口動態等	144
3	疾病状況（主な死因別死亡数）	145
4	患者動向	145
5	外来医療の現状	146
6	医師の確保の現状	150
7	主な医療・介護資源の現状	152
第2節	安房保健医療圏における施策の方向性	155
1	地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性	155
2	外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	156
3	医師の確保の方針（医師全体）	158
第3節	安房保健医療圏における施策の具体的展開	159
1	施設相互の機能分担及び業務の連携	159
2	地域医療体制の整備	159
3	救急医療等の確保	160
4	外来医療に係る医療提供体制の確保	161
5	医師の確保（医師全体）	161
6	保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保	166
7	循環型地域医療連携システム	166

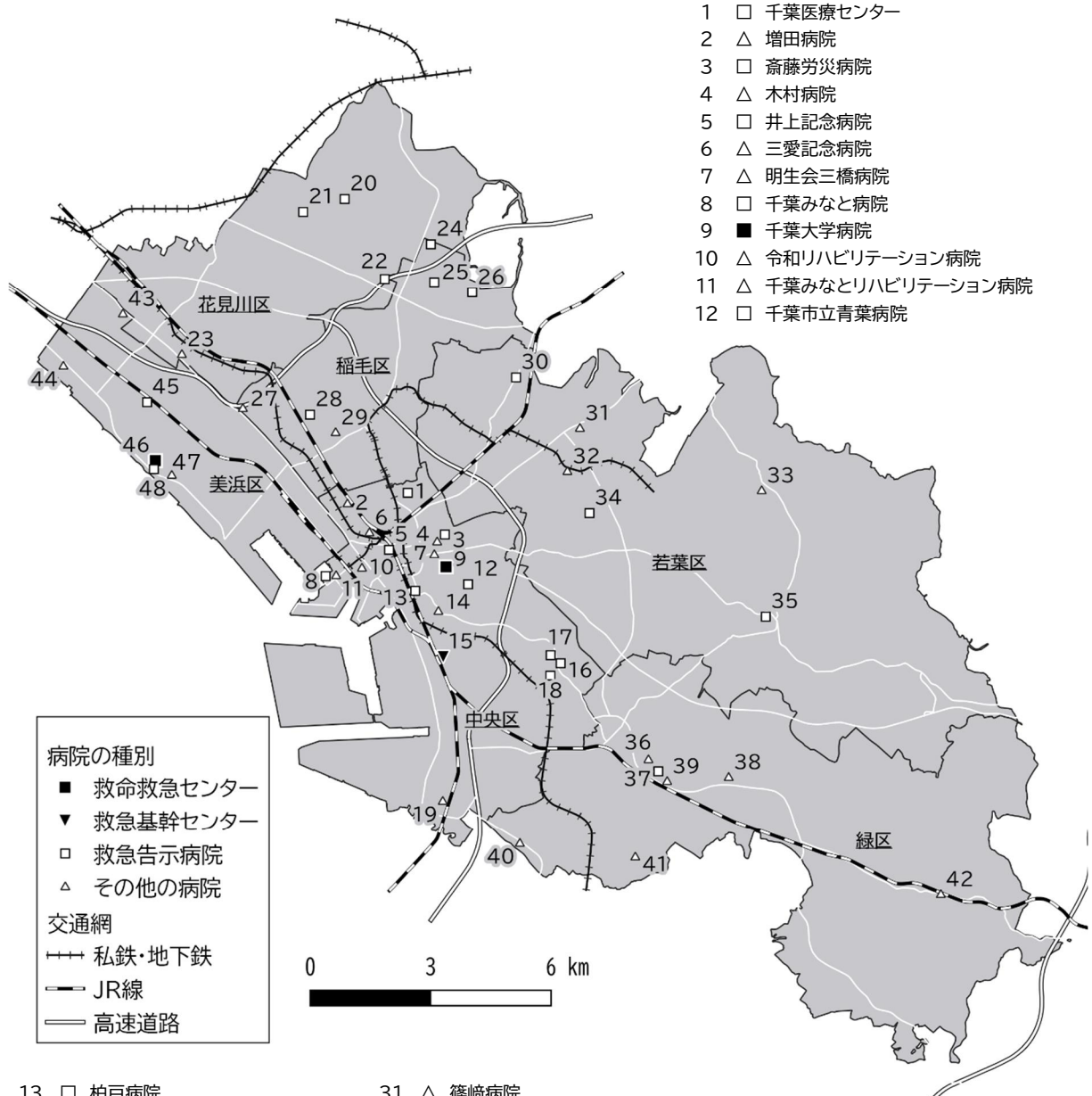
第8章 君津保健医療圏	167
第1節 圏域の現状	168
1 基本的事項	168
2 人口動態等	168
3 疾病状況（主な死因別死亡数）	169
4 患者動向	169
5 外来医療の現状	170
6 医師の確保の現状	174
7 主な医療・介護資源の現状	175
第2節 君津保健医療圏における施策の方向性	178
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性	178
2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	179
3 医師の確保の方針（医師全体）	181
第3節 君津保健医療圏における施策の具体的展開	182
1 施設相互の機能分担及び業務の連携	182
2 地域医療体制の整備	182
3 救急医療等の確保	183
4 外来医療に係る医療提供体制の確保	184
5 医師の確保（医師全体）	184
6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保	188
7 循環型地域医療連携システム	188
第9章 市原保健医療圏	189
第1節 圏域の現状	190
1 基本的事項	190
2 人口動態等	190
3 疾病状況（主な死因別死亡数）	191
4 患者動向	191
5 外来医療の現状	192
6 医師の確保の現状	196
7 主な医療・介護資源の現状	198
第2節 市原保健医療圏における施策の方向性	201
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性	201
2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	202
3 医師の確保の方針（医師全体）	204
第3節 市原保健医療圏における施策の具体的展開	205
1 施設相互の機能分担及び業務の連携	205
2 地域医療体制の整備	205
3 救急医療等の確保	206

4	外来医療に係る医療提供体制の確保	207
5	医師の確保（医師全体）	207
6	保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保	211
7	循環型地域医療連携システム	212

(参考)

用語解説	213
計画策定の経緯	255
千葉県医療審議会委員名簿	258
医師偏在指標の算定方法	259

第1章 千葉保健医療圏



- 1 □ 千葉医療センター
- 2 △ 増田病院
- 3 □ 斎藤労災病院
- 4 △ 木村病院
- 5 □ 井上記念病院
- 6 △ 三愛記念病院
- 7 △ 明生会三橋病院
- 8 □ 千葉みなと病院
- 9 ■ 千葉大学病院
- 10 △ 令和リハビリテーション病院
- 11 △ 千葉みなとリハビリテーション病院
- 12 □ 千葉市立青葉病院

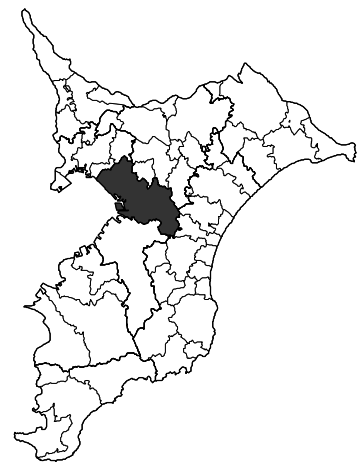
病院の種別

- 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

交通網

- +++ 私鉄・地下鉄
- JR線
- 高速道路

- 13 □ 柏戸病院
- 14 △ 中村古峽記念病院
- 15 ▼ 千葉メディカルセンター
- 16 □ 地域医療機能推進機構千葉病院
- 17 □ 千葉東病院
- 18 □ 千葉県がんセンター
- 19 △ 石郷岡病院
- 20 □ 最成病院
- 21 □ 平山病院
- 22 □ 幸有会記念病院
- 23 △ 千葉健生病院
- 24 □ 千葉脳神経外科病院
- 25 □ 富家千葉病院
- 26 □ 山王病院
- 27 △ いなげ西病院
- 28 □ 稲毛病院
- 29 △ QST病院
- 30 □ みつわ台総合病院
- 31 △ 篠崎病院
- 32 △ 千葉市桜木園
- 33 △ 総泉病院
- 34 □ 千葉中央メディカルセンター
- 35 □ 泉中央病院
- 36 △ 下総精神医療センター
- 37 □ 千葉県こども病院
- 38 △ 千葉南病院
- 39 △ 千葉県千葉リハビリテーションセンター
- 40 △ みどりのは 葉記念病院
- 41 △ おゆみの中央病院
- 42 △ 鏡戸病院
- 43 △ 幕張病院
- 44 △ 千葉県精神科医療センター
- 45 □ みはま病院
- 46 ■ 千葉県救急医療センター
- 47 □ 千葉市立海浜病院
- 48 △ 千葉療護センター



令和5年10月17日現在の開設許可等の状況に基づき作成

第1節 圏域の現状

1 基本的事項

		圏 域	全 県	
構成市町村数		1市	37市16町1村	
面 積 (対全県比)		271.76km ² (5.3%)	5156.74km ²	
人 口 (人)	総 人 口 (対全県比)	974,951 (15.5%)	6,284,480	
	構 成 等	0～14歳	110,929	734,496
		15～64歳	569,887	3,715,691
		65歳～	249,963	1,699,991
		高齢化率	26.9%	27.6%
		75歳以上	130,246	859,767
		75歳以上の割合	14.0%	14.0%

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

注：高齢化率、75歳以上の割合は、年齢不詳を除く総人口に占める割合

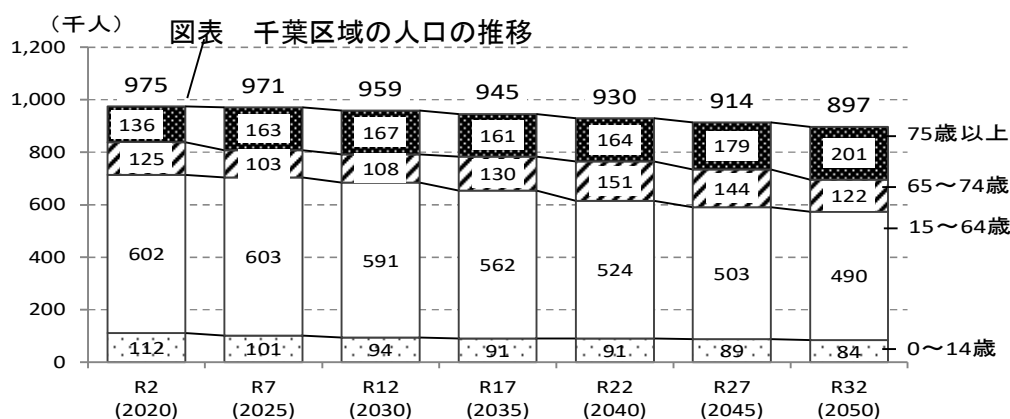
2 人口動態等

(1) 人口動態

	圏 域 (人)	全 県 (人)
出生数 (人口千対)	5,777 (5.9)	36,966 (5.9)
死亡数 (人口千対)	10,840 (11.1)	72,258 (11.5)
乳児死亡数 (出生千対)	11 (1.9)	69 (1.9)
死産数 (出産千対)	102 (17.3)	753 (20.0)
周産期死亡数 (出産千対)	16 (2.8)	120 (3.2)

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

(2) 人口の推移、将来推計人口



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

総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、令和2年から令和12年にかけて22%・31千人増加すると見込まれます。

3 疾病状況（主な死因別死亡数）

	圏域（人）		全県（人）	
	実数	人口10万対	実数	人口10万対
悪性新生物	2,668	272.9	17,808	283.7
心疾患	1,421	145.3	10,167	161.9
肺炎	530	54.2	3,636	57.9
脳血管疾患	680	69.5	4,667	74.3

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

4 患者動向

圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の所在地（医療圏別）	
千葉保健医療圏	77.6%	千葉保健医療圏	65.8%
東葛南部保健医療圏	8.3%	東葛南部保健医療圏	8.2%
印旛保健医療圏	5.7%	山武長生夷隅保健医療圏	6.8%
県外	4.7%	印旛保健医療圏	6.3%
その他	3.7%	その他	12.9%

資料：平成29年度患者調査の特別集計結果（厚生労働省作成）を元に集計。

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

。

5 外来医療の現状

(1) 地域における外来医療の概況

千葉医療圏の外来医師偏在指標は、全国330医療圏中150位・県内9医療圏中1位であり、診療所*における外来医療のニーズに対する診療所*医師数は県内では最多ですが、全国的には中位です。

東葛南部医療圏との間に流出入があるほか、印旛医療圏、山武長生夷隅医療圏、市原医療圏からは流入、県外へは流出があります。外来患者数全体では、1日あたり2,300人程度の流入超過と推計されます。

一般診療所*に勤務する医師について主たる診療科別に見ると、診療している医師の診療科は多様であり、一般的な疾病の診療に当たる診療科のうち、他の診療科では代替が難しいと考えられる皮膚科、精神科、眼科、耳鼻科の人口10万人当たり医師数は、いずれも県内平均を上回っています。

また、紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関*が13施設あり、本県における紹介受診重点医療機関*の約3割が当該医療圏に位置しています（令和5年8月1日時点）。

図表 1-1-5-1 外来医師偏在指標等の状況

千葉保健医療圏	
圏域内人口	975千人
外来医師偏在指標	103.0
偏在指標全国平均値	112.2
偏在指標全国順位(330圏域)	150位
偏在指標県内平均値	88.6
偏在指標県内順位(9圏域)	1位

図表 1-1-5-2 千葉医療圏の外来医療に係る流出入状況

【医療圏内の居住地ベース推計外来患者数：40.4千人/日】

(単位：千人)

流出入先圏域	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	県外	計
圏域内への流入	—	1.6	0.1	1.7	0.2	1.4	0.0	0.3	1.6	0.5	7.4
圏域外への流出	—	2.1	0.1	0.7	0.0	0.3	0.0	0.1	0.5	1.4	5.1
差引	—	▲ 0.5	0.0	1.0	0.2	1.1	0.0	0.2	1.1	▲ 0.9	2.3

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

※端数を切り捨て処理しているため、圏域の和と計が一致しないことがあります。

図表 1-1-5-3 主たる診療科別の一般診療所* 従事医師数

(単位：人)

内科	281	感染症内科		肛門外科	4	リハビリテーション科	
呼吸器内科	4	小児科	53	脳神経外科	6	放射線科	7
循環器内科	10	精神科	35	整形外科	61	麻酔科	5
消化器内科 (胃腸内科)	44	心療内科	3	形成外科	4	病理診断科	1
腎臓内科	4	外科	10	美容外科	11	臨床検査科	
脳神経内科	3	呼吸器外科	2	眼科	58	救急科	
糖尿病内科 (代謝内科)	6	心臓血管外科	2	耳鼻いんこう科	35	臨床研修医	
血液内科		乳腺外科	3	小児外科		全科	
皮膚科	38	気管食道外科		産婦人科	33	その他	11
アレルギー科		消化器外科 (胃腸外科)	1	産科	3	主たる診療科不詳	1
リウマチ科	1	泌尿器科	14	婦人科	16	診療科不詳	
皮膚科/人口10万	3.9	精神科/人口10万	3.6	眼科/人口10万	5.9	耳鼻科/人口10万	3.6
〃 県内平均	3.6	〃 県内平均	2.5	〃 県内平均	5.4	〃 県内平均	3.1

資料：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

図表 1-1-5-4 医療圏内に位置する紹介受診重点医療機関* 一覧（令和5年8月1日時点）

No.	医療機関名	基準（％）		参考水準（％）		一般病床数（床）	備考
		「初診」のうち、 重点外来の割合	「再診」のうち、 重点外来の割合	紹介率	逆紹介率		
1	独立行政法人地域医療機能推進機構千葉病院	51.5	48.9	62.6	69.0	160	
2	千葉県がんセンター	89.1	53.5	82.0	64.4	450	
3	千葉市立海浜病院	32.2	28.5	72.8	69.6	293	地域医療支援病院
4	医療法人社団創進会みつわ台総合病院	50.5	27.0	29.7	35.2	261	
5	医療法人社団誠馨会自動車事故対策機構千葉療護センター	42.5	32.0	50.0	57.7	80	
6	千葉市立青葉病院	66.9	22.6	79.0	64.2	307	地域医療支援病院
7	医療法人社団誠馨会千葉メディカルセンター	57.4	23.3	50.0	51.0	348	
8	独立行政法人国立病院機構千葉医療センター	64.6	30.2			410	地域医療支援病院
9	国立研究開発法人量子科学技術研究機構QST病院	71.5	43.5	100.0	313.6	100	
10	千葉大学医学部附属病院	65.0	30.5	82.6	115.0	800	特定機能病院
11	独立行政法人国立病院機構千葉東病院	54.7	27.4	75.5	74.8	344	
12	東京ベイ先端医療・幕張クリニック	98.6	49.8	95.5		0	
13	幕張不整脈クリニック	46.9	32.7			16	

資料：令和5年度第1回千葉地域医療構想調整会議 とりまとめ

（2）外来医療機能ごとの現況

ア 通院外来医療

一般診療所*数は730か所、一般診療所*で診療に従事する医師は770人で、外来患者延数に占める診療所*の受診割合は74.7%であり、全国及び県内平均と概ね同じ割合となっている地域です。医療圏内の医療機関からの不足感が強い診療機能は、強い順に初期救急、認知症、精神疾患となって

います。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、在宅当番医制*や夜間休日急病診療所*が運営されています。時間外等外来患者延数に占める診療所*の受診割合は89.5%と、全国及び県内平均を上回っています。

ウ 在宅医療

在宅医療については、在宅療養支援診療所*（令和5年4月1日時点で72か所・うち機能強化型40か所）のほか、地域の診療所*・病院により提供されています。

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

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

図表 1-1-5-5 千葉医療圏における外来医療の概況

区分	病 院	一般診療所	一般診療所 構成率	構成率の 全国平均	構成率の 千葉県平均
施 設 数	47	730			
医 師 数 (人)	2,042	770			
外来患者延数(人/年)	2,820,088	8,317,421	74.7%	75.8%	73.8%
通院外来患者延数(人/年)	2,785,927	8,131,282	74.5%	75.6%	73.5%
時間外等外来患者延数(人/年)	51,506	439,694	89.5%	85.0%	85.6%
訪問診療患者延数(人/年)	32,942	168,892	83.7%	87.8%	89.7%

資料：施設数：令和3年度医療施設調査（厚生労働省）
 医師数：令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
 患者延数：令和元年度NDB（厚生労働省集計）

図表 1-1-5-6 外来医療機能ごとの過不足感

区分	がん	脳卒中	心血管	糖尿病	精神	認知症	初期救急
不足	17%	20%	18%	18%	33%	34%	36%
充足又は過剰	20%	14%	18%	23%	7%	6%	9%

区分	周産期	小児	在宅	予防接種	健診検診	学校保健	産業保健
不足	17%	28%	24%	18%	14%	19%	10%
充足又は過剰	8%	10%	8%	32%	29%	18%	8%

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

図表 1-1-5-7 在宅当番医制*の実施状況

令和5年4月1日現在

地区医師会名	診療科目	休日診療時間
千葉市医師会	産	9:00～17:00

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

図表 1-1-5-8 夜間休日急病診療所*の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

施設名	所在地	電話	診療科目	診療日	診療時間
千葉市夜間応急診療	千葉市美浜区磯辺3-31-1 千葉市立海浜病院内	043-279-3131	内・小	月～金	19:00～24:00（受付 18:30～23:30）
				土・休日※1	18:00～24:00（受付 17:30～23:30）
千葉市休日救急診療所	千葉市美浜区幸町1-3-9 千葉市総合保健医療センター内	043-244-5353	内・小・外・整 外・耳・眼	休日※1	9:00～17:00 （受付 8:30～11:30、13:00～16:30）

※1 12/29～1/3も診療

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

（3）医療機器の共同利用に係る状況

千葉医療圏には計画上の対象機器のうち5種類全てが配置されており、指標においてはMRI、PET及び放射線治療機器が県内平均及び全国平均値を上回っています。

機器1台あたりの年間検査数では、マンモグラフィについては全国及び千葉県平均を上回っており、千葉県平均の約1.7倍程度となっています。

共同利用については、地域医療支援病院である千葉県こども病院、独立行政法人国立病院機構千葉医療センターにおいて、CT、MRI、PET、リニアック及びマンモグラフィ等について、広く医療圏内の医療機関からの共同利用を受け入れています。そのほか、25か所の病院、診療所*において共同利用を受け入れています。

地域医療支援病院以外の医療機関を含めた、共同利用受入医療機関数の増加と可視化により、共同利用を希望する医療機関のニーズに対応するとともに、

専門性の高い医療機器については医療機関連携による紹介等により、各医療機器の効率的活用を推進していく必要があります。

図表 1-1-5-9 医療機器保有状況の概況

機器の種類	指標(調整人口あたり台数) (台)			保有台数 (台)			1台あたり年間検査数 (件)		
	千葉	千葉県	全国	千葉	千葉県	全国	千葉	千葉県	全国
全身用CT	10.6	8.5	11.5	99	527	14,595	1,763	1,977	1,523
全身用MRI	6.7	4.8	5.7	64	297	7,240	1,878	1,981	1,834
PET	1.16	0.35	0.5	11	22	594	889	850	876
放射線治療	0.96	0.64	0.8	9	40	1,044	3,721	3,563	2,762
マンモグラフィ	3.4	2.9	3.4	33	180	4,261	1,137	669	543

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

6 医師の確保の現状

医師全体についての医師偏在指標は、全国330医療圏中58位の268.6であり、医師多数区域とされています。

圏域内には、医育機関である千葉大学医学部が立地しているほか、令和5年4月現在、基幹型臨床研修病院*が7施設、専門研修基幹施設*が11施設立地しています。

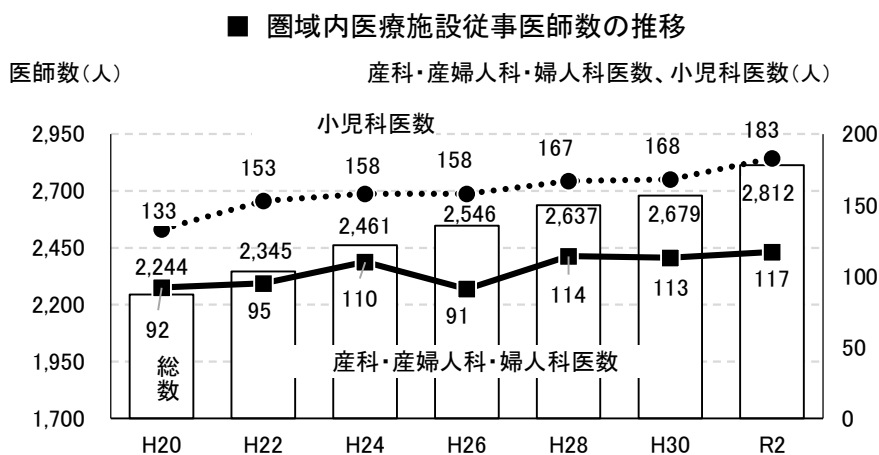
図表 1-1-6-1 医師偏在指標、区域の分類及び目標医師数、偏在対策基準医師数（千葉保健医療圏）

	医師偏在指標	順位	区域の分類	目標医師数 又は偏在対策 基準医師数	現状の 医師数
医師全体	268.6	58位/330	医師多数区域	2,812人	2,812人
分娩取扱 医師	11.93	66位/258	(相対的少数でない)	43.3人	78人
小児科	125.3	82位/303	(相対的少数でない)	124.3人	183人

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

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

図表 1-1-6-2 二次保健医療圏の概況（千葉保健医療圏）



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

■ 圏域内の医育機関、研修施設等（令和5年4月現在）

医育機関	基幹型臨床研修病院* (令和5年度研修開始者募集定員)	専門研修基幹施設* (令和5年度研修開始者募集定員)
千葉大学医学部（千葉市）	7病院（101名）	11施設（292名）

施設名	所在地	基幹型臨床 研修病院*	専門研修 基幹施設*	キャリア 形成支援 機関*
千葉医療センター	中央区	9	4	○
千葉大学医学部附属病院	中央区	51	244	○
千葉県がんセンター (県立病院群)	中央区	13	3	
千葉市立青葉病院	中央区	8		
千葉市立海浜病院	美浜区	8	12	○
千葉メディカルセンター	中央区	7	4	
千葉中央メディカルセンター	若葉区	5		
下総精神医療センター	緑区		4	
千葉県こども病院	緑区		7	○
千葉県救急医療センター	美浜区		2	
千葉県精神科医療センター	美浜区		4	
千葉県千葉リハビリテーション センター	緑区		4	○
木村病院	中央区		4	

(施設名は順不同。数字は令和5年度研修開始者に係る募集定員数。)

7 主な医療・介護資源の現状

	項目	単位	実数	人口 10万対	県平均 人口10万対	時点
1	病院数	施設	48	4.9	4.6	R4.10.1
2	診療所数	施設	720	73.6	62.8	R4.10.1
3	歯科診療所数	施設	555	56.7	51.6	R4.10.1
4	薬局数	施設	441	45.2	41.0	R4.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	114	11.6	9.8	R5.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	76	7.8	6.7	R5.10.1
7	在宅療養支援病院数	施設	11	1.1	0.9	R5.10.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	4	0.4	0.3	R5.10.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	32	3.3	4.9	R5.10.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	389	39.7	36.3	R5.10.1
11	地域包括ケア病棟入院料／ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	381	38.9	36.0	R5.10.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	807	82.4	73.9	R5.10.1
13	一般病床数（病院）	床	6,428	656.7	582.6	R4.10.1
14	一般病床数（診療所）	床	377	38.5	30.5	R4.10.1
15	一般病床・病床利用率（病院）	%	69.4		68.7	R4.10.1
16	一般病床・平均在院日数（病院）	日	16.4		15.8	R4.10.1
17	療養病床数（病院）	床	1,508	154.1	173.3	R4.10.1
18	療養病床数（診療所）	床	12	1.2	1.0	R4.10.1
19	療養病床・病床利用率（病院）	%	83.0		85.6	R4（年間）
20	療養病床・平均在院日数（病院）	日	126.9		151.2	R4（年間）
21	医療施設従事医師数	人	2,812	288.4	205.8	R2.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	886	90.9	81.5	R2.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	2,182	223.8	193.4	R2.12.31
24	就業看護職員数	人	11,326	1,160.8	972.5	R2.12.31
25	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	197	20.2	19.8	R2.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	886	90.9	81.4	R2.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	886	90.9	79.1	R2.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	330	33.9	30.5	R2.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	119	12.2	10.7	R2.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	63	6.4	7.2	R5.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	4,262	435.1	456.5	R5.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	19	1.9	2.5	R5.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	1,764	180.1	246	R5.10.1

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

4 「令和3年度薬務行政概要」（千葉県）

5、30～33 千葉県高齢者福祉課調べ

6～12 「届出受理医療機関名簿」（関東信越厚生局）

15、16、19、20 「令和4年病院報告」（厚生労働省）

21～23 「令和2年千葉県衛生統計年報」（千葉県）

24 「令和2年度千葉県看護の現況」（千葉県）

25～29 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

《参考》

主な医療・介護資源の現状（65歳以上人口10万対・75歳以上人口10万対）

	項目	単位	実数	65歳以上人口10万対		75歳以上人口10万対	
				圏域	県平均	圏域	県平均
1	病院数	施設	48	18.7	16.7	34.9	32.2
2	診療所数	施設	720	280.9	227.0	524.2	437.3
3	歯科診療所数	施設	555	216.5	186.8	404.1	359.8
4	薬局数	施設	441	172.1	149.0	321.1	287.1
5	訪問看護ステーション数	施設	114	44.4	35.5	78.8	65.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	76	29.6	24.3	52.5	44.5
7	在宅療養支援病院数	施設	11	4.3	3.2	7.6	5.8
8	在宅療養後方支援病院数	施設	4	1.6	1.0	2.8	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	32	12.5	17.8	22.1	32.6
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	389	151.5	131.0	268.8	239.9
11	地域包括ケア病棟入院料／ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	381	157.1	138.5	263.2	238.2
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	807	332.9	284.4	557.6	488.9
13	一般病床数（病院）	床	6,428	2,507.8	2,107.1	4,679.9	4,058.8
14	一般病床数（診療所）	床	377	147.1	110.4	274.5	212.7
15	療養病床数（病院）	床	1,508	588.3	626.9	1,097.9	1,207.6
16	療養病床数（診療所）	床	12	4.7	3.7	8.7	7.1
17	医療施設従事医師数	人	2,812	1,104.9	751.2	2,134.7	1,494.0
18	医療施設従事歯科医師数	人	886	348.1	297.4	672.6	591.4
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	2,182	857.3	705.9	1,656.4	1,403.8
20	就業看護職員数	人	11,326	4,450.1	3,549.9	8,598.0	7,059.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	197	79.0	73.3	151.6	145.0
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	886	354.5	301.0	680.3	595.2
23	医療施設従事理学療法士数	人	886	354.5	292.5	680.4	578.4
24	医療施設従事作業療法士数	人	330	132.1	112.9	253.6	223.3
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	119	47.6	39.4	91.4	77.9
26	介護老人福祉施設数	施設	63	24.5	25.8	43.5	47.3
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	4,262	1,660.0	1,648.1	2,944.7	3,018.2
28	介護老人保健施設数	施設	19	7.4	9.0	13.1	16.5
29	介護老人保健施設入所定員数	人	1,764	687.1	887	1,218.8	1,625

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

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

《参考》

全国の主な医療・介護資源の現状

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

第2節 千葉保健医療圏における施策の方向性

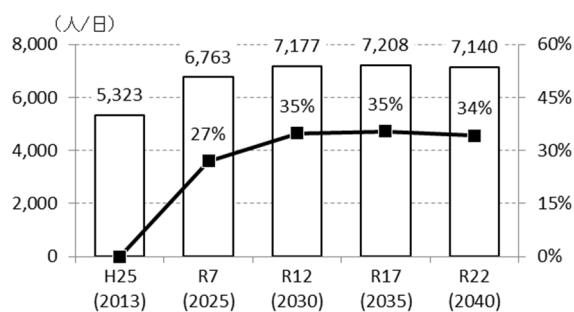
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

(1) 区域内に住所を有する入院患者数の推移

一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度から令和7年にかけて27%・1,440人/日の増加が見込まれます。

その後、令和17年にピークを迎え、35%・1,885人/日に増加すると見込まれます。

図表 1-2-1-1 入院患者数の推移と変化率（千葉）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

(2) 4機能別の医療提供体制

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

図表 1-2-1-2 4機能別の医療提供体制（千葉）

(単位：床)

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

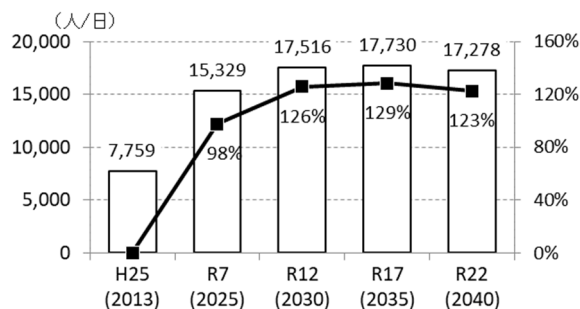
「休棟等」：非稼働、健診のための病棟などの外、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

(3) 在宅医療等需要の推移

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から令和7年にかけて98%・7,570人/日の増加が見込まれます。

令和17年にはピークを迎え、129%・9,971人/日の増加が見込まれます。

図表 1-2-1-3 在宅医療等需要推移と変化率（千葉）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

(4) 実現に向けた施策の方向性

ア 医療機関の役割分担の促進

- 全県に対応する高度急性期*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。
- 地域の実情を踏まえ、急性期*ら回復期*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、不足が見込まれる病床の確保を図ります。調整会議においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供等の支援を行い、丁寧な調整を図ります。

イ 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

ウ 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

(1) 外来医療機能ごとの対応方針

ア 通院外来医療

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

また、紹介受診重点医療機関*のとりまとめ等を通じて、医療機関の役割分担の明確化・連携を促進します。

イ 初期救急医療

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

ウ 在宅医療

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

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

公衆衛生機能については、現状では一定の充足感がある項目も含め、現在機能を担っている医師の負担状況も考慮しながら供給体制を維持していくことが重要です。

（２）医療機器の共同利用方針

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

図表 1-2-2-1 医療機器ごとの共同利用方針

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

資料（機器保有状況の把握）：令和5年度 千葉県保健医療計画改定に関する調査

3 医師の確保の方針（医師全体）

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

第3節 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*としておゆみの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、精神科救急医療センターとして千葉県総合救急災害医療センター、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病院が行っています。

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

- 認知症疾患医療センター*として千葉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。
- この地域の65歳以上人口10万人当たり訪問診療実施診療所・病院数や訪問看護ステーション数は千葉県平均と比べ上回っていますが、今後も在宅医療等の需要が増加すると見込まれます。

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

- 感染症については、第二種感染症指定病床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、結核モデル病床を千葉中央メディカルセンターに2床、国立病院機構下総精神医療センターに4床整備しています。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の2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、千葉市の指定により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*である千葉県総合救急災害医療センターが整備され、医療提供体制の充実が図られました。
また、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。
なお、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*の連携を行っています。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、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千葉県総合救急災害医療センター（機関災害拠点病院及び災害拠点精神科病院に指定）を整備し、災害派遣医療チーム（DMAT・CLDMAT）*及び災害派遣精神医療チーム（DPAT）の体制整備を推進します。

○ 精神科救急医療体制

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

4 外来医療に係る医療提供体制の確保

○ 紹介受診重点医療機関*等の制度概要のほか、外来受診の流れについて、県ホームページ等を活用して医療関係者や県民等へ周知を図り、外来機能の明確化・連携を一層促進します。

○ 外来医療機能毎の過不足感を明らかにすることで、新規開業者又は新規開業者以外の者が地域で不足する医療機能を担うよう検討することを促します。

○ 医療機器の配置状況や稼働状況のほか、共同利用の受入状況等について地域の協議の場等で共有するとともに、新たに対象医療機器を購入する医療機関に対して共同利用計画書の提出を求める等、医療機器の共同利用の更なる促進を図り、限りある医療資源の効率的な利活用を推進します。

5 医師の確保（医師全体）

（1）医師数の維持

ア 県内関係者と連携した取組の推進

○ 県内医療関係者と連携して地域医療支援センター*の強化を図り、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業（地域医療支援センター事業等）を実施します。

○ 医療法上の地域医療対策協議会*でもある千葉県医療審議会医療対策部会や、臨床研修病院*等で構成する「医師臨床研修制度等連絡協議会」において、医師の効果的な確保・配置対策を検討します。

- 医師確保対策については、国の制度によるところが大きいことから、あらゆる機会をとらえて効果的な対策を講じるよう国に働きかけを行っていきます。

イ 地域医療に従事する医師の養成・確保

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

県内大学医学部における恒久的な入学定員 240名

臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む）34名（令和6年度）

- 県内の専門研修基幹施設*等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先となる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等は、修学資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。なお、特に医療提供体制の強化・充実を目指すこととされている周産期や救急医療分野（産科、新生児科、救急科）を目指す修学資金受給者に対しては、県と関係医療機関とが連携し、キャリア形成についての配慮を行う等して、その確保を図ります。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。
- 関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医科大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。

ウ 研修環境の充実等による若手医師の確保

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

(2) 医師の働き方改革の推進

ア 就労環境の向上と復職支援

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

イ タスク・シフト／シェア*等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応

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

(3) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

- 市町村及び県内医療関係者と連携し、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医の定着に努めるとともに、適切な受療行動についての理解を促します。県民は、医療を適切に受けるよう努めます。
- 県内医療関係者と連携し、入院医療では、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関へ転院したり、入院する病棟を変えたりする場合があることについて、県民の理解を促します。
- ホームページを活用した医療機関に関する情報の提供については、令和6年度から国による全国統一のシステムが運用されることから、その周知啓発を行い、県民が適切な最新の情報を得られるように努めます。
- ちば救急医療ネット等を通じて、県民に対し、検索機能による医療機関情報や、在宅当番医療機関、夜間等の急病診療所情報等の提供を行います。
- 市町村及び県内医療関係者と連携し、救急医療体制の仕組み及び救急車や救急医療の適正利用について、普及啓発に取り組みます。
- 県民の不安解消による夜間・休日の不要不急の受診の減少及びその結果による救急医療に係る医療従事者の負担軽減を目的として、県民に対し、病状

の緊急性や救急医療機関の受診の要否、応急処置の方法等について、電話による医療的観点からの助言を行う救急安心電話相談事業の充実・強化を図ります。

- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中を緩和するため、夜間に小児患者の保護者等からの電話相談に対し、看護師や小児科医が適切な助言を行う小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。
- 県内関係団体と連携し、保護者向け講習会の実施やガイドブックの配布などを通じて、子どもの急病や事故時の対応に関する知識について普及啓発を図ります。

(4) 産科及び小児科についての医師の確保

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

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

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

そのため、各二次保健医療圏における産科及び小児科に係る医師確保の方針及び医師の確保に関する施策については、千葉県（県全体）における方針及び施策と同一のものとします。

6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保

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

7 循環型地域医療連携システム

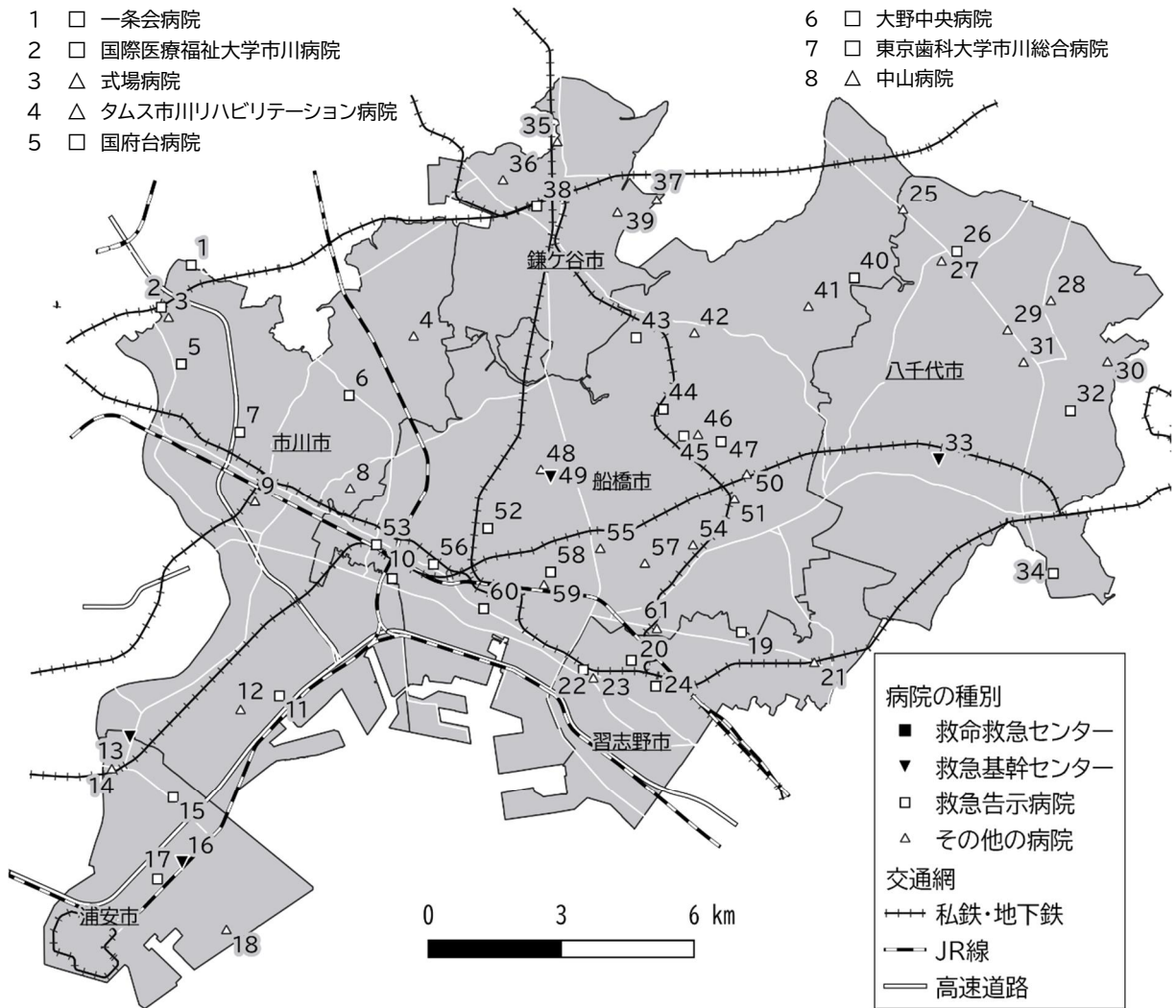
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、本冊「第5章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

また、関係機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

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

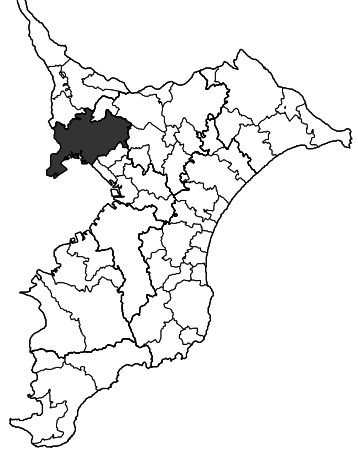
第2章 東葛南部保健医療圏



- 9 △ 大村病院
- 10 □ 市川東病院
- 11 □ 行徳総合病院
- 12 △ 行徳中央病院
- 13 ■ 東京ベイ・浦安市川医療センター
- 14 △ 浦安高柳病院
- 15 □ 浦安病院
- 16 ■ 順天堂大学浦安病院
- 17 □ 浦安中央病院

- 18 △ タムス浦安病院
- 19 □ 千葉県済生会習志野病院
- 20 □ 津田沼中央総合病院
- 21 △ 和康会三橋病院
- 22 □ 谷津保健病院
- 23 △ 東京湾岸リハビリテーション病院
- 24 □ 習志野第一病院
- 25 △ 小池病院
- 26 □ 島田台総合病院
- 27 △ しのだの森ホスピタル
- 28 △ 下総病院
- 29 △ 新八千代病院
- 30 △ 八千代病院
- 31 △ 八千代リハビリテーション病院
- 32 □ セントマーガレット病院
- 33 ■ 東京女子医科大学八千代医療センター
- 34 □ 勝田台病院
- 35 △ 東邦鎌谷病院
- 36 △ 初富保健病院
- 37 △ 第2北総病院
- 38 □ 鎌ヶ谷総合病院
- 39 △ 秋元病院

- 40 □ セコムメディック病院
- 41 △ 船橋北病院
- 42 △ 大島記念嬉泉病院
- 43 □ 船橋二和病院
- 44 □ 滝不動病院
- 45 □ 千葉徳洲会病院
- 46 △ 高根台病院
- 47 □ 東船橋病院
- 48 △ 船橋市立リハビリテーション病院
- 49 ■ 船橋市立医療センター
- 50 △ 北習志野花輪病院
- 51 △ 共立習志野台病院
- 52 □ 船橋総合病院
- 53 □ 山口病院
- 54 △ 薬園台リハビリテーション病院
- 55 △ 船橋整形外科病院
- 56 □ 船橋中央病院
- 57 △ 同和会千葉病院
- 58 □ 青山病院
- 59 △ 総武病院
- 60 □ 板倉病院
- 61 △ いけだ病院



令和5年10月17日現在の開設許可等の状況に基づき作成

第1節 圏域の現状

1 基本的事項

		圏域	全県	
構成市町村数		6市	37市16町1村	
面積 (対全県比)		253.91km ² (4.9%)	5156.74km ²	
人口 (人)	総人口 (対全県比)	1,796,572 (28.6%)	6,284,480	
	構成等	0～14歳	219,729	734,496
		15～64歳	1,133,961	3,715,691
		65歳～	408,564	1,699,991
		高齢化率	23.2%	27.6%
		75歳以上	210,916	859,767
		75歳以上の割合	12.0%	14.0%

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

注：高齢化率、75歳以上の割合は、年齢不詳を除く総人口に占める割合

2 人口動態等

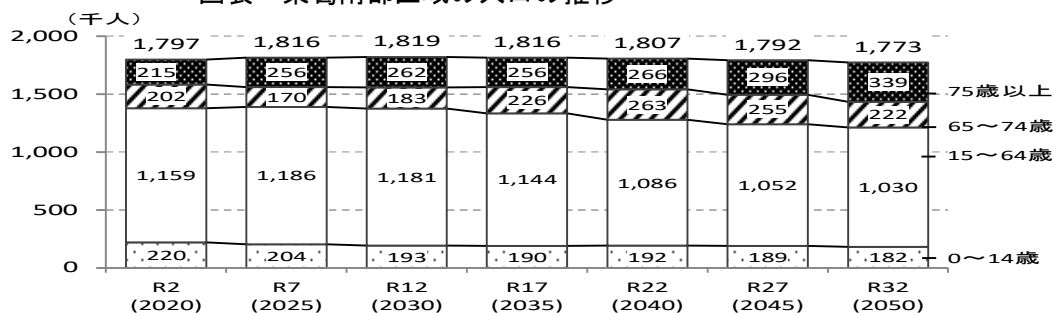
(1) 人口動態

		圏域(人)	全県(人)
出生数	(人口千対)	11,827 (6.6)	36,966 (5.9)
死亡数	(人口千対)	17,034 (9.5)	72,258 (11.5)
乳児死亡数	(出生千対)	22 (1.9)	69 (1.9)
死産数	(出産千対)	247 (20.5)	753 (20.0)
周産期死亡数	(出産千対)	32 (2.7)	120 (3.2)

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

(2) 人口の推移、将来推計人口

図表 東葛南部区域の人口の推移



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

総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、令和2年から令和12年にかけて22%・47千人増加すると見込まれます。

3 疾病状況（主な死因別死亡数）

	圏域（人）		全県（人）	
	実数	人口10万対	実数	人口10万対
悪性新生物	4,274	237.7	17,808	283.7
心疾患	2,345	130.4	10,167	161.9
肺炎	831	46.2	3,636	57.9
脳血管疾患	1,035	57.6	4,667	74.3

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

4 患者動向

圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の所在地（医療圏別）	
東葛南部保健医療圏	76.1%	東葛南部保健医療圏	77.5%
県外	10.2%	県外	8.4%
千葉保健医療圏	5.5%	千葉保健医療圏	4.8%
印旛保健医療圏	4.3%	印旛保健医療圏	4.4%
その他	3.9%	その他	4.9%

資料：平成29年度患者調査の特別集計結果（厚生労働省作成）を元に集計。

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

5 外来医療の現状

(1) 地域における外来医療の概況

東葛南部医療圏の外来医師偏在指標は全国330医療圏中223位・県内9医療圏中2位であり、診療所における外来医療のニーズに対する診療所医師数は県内では上位ですが、全国的には中位以下です。

千葉医療圏、東葛北部医療圏、印旛医療圏及び県外との間に流出入があり、外来患者数全体では1日あたり1,600人程度の流出超過と推計されます。

一般診療所に勤務する医師について主たる診療科別に見ると、診療している医師の診療科は多様であり、一般的な疾病の診療に当たる診療科のうち、他の診療科では代替が難しいと考えられる皮膚科、精神科、眼科、耳鼻科の人口10万人あたり医師数について、皮膚科、精神科及び耳鼻科においては県内平均を上回っており、眼科のみわずかに下回っています。

医療圏内には紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関*が7施設立地しています(令和5年8月1日現在)。

図表 2-1-5-1 外来医師偏在指標等の状況

東葛南部保健医療圏	
圏域内人口	1,795千人
外来医師偏在指標	92.3
偏在指標全国平均値	112.2
偏在指標全国順位(330圏域)	223位
偏在指標県内平均値	88.6
偏在指標県内順位(9圏域)	2位

図表 2-1-5-2 東葛南部医療圏の外来医療に係る流出入状況

【医療圏内の居住地ベース推計外来患者数：69.8千人/日】

(単位：千人)

流出入先圏域	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生 夷隅	安房	君津	市原	県外	計
圏域内への流入	2.1	—	1.8	1.8	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	1.8	7.8
圏域外への流出	1.6	—	1.3	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.1	9.4
差引	0.5	—	0.4	0.5	0.1	0.1	▲ 0.0	0.0	0.0	▲ 3.2	▲ 1.6

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

※端数を切り捨て処理しているため、圏域の和と計が一致しないことがあります。

図表 2-1-5-3 主たる診療科別の一般診療所従事医師数

(単位：人)

内科	390	感染症内科		肛門外科	3	リハビリテーション科	2
呼吸器内科	8	小児科	77	脳神経外科	4	放射線科	3
循環器内科	15	精神科	60	整形外科	78	麻酔科	4
消化器内科 (胃腸内科)	32	心療内科	8	形成外科	6	病理診断科	1
腎臓内科	12	外科	17	美容外科	4	臨床検査科	
脳神経内科	14	呼吸器外科		眼科	94	救急科	
糖尿病内科 (代謝内科)	9	心臓血管外科	1	耳鼻いんこう科	61	臨床研修医	
血液内科	1	乳腺外科	3	小児外科	1	全科	
皮膚科	76	気管食道外科	1	産婦人科	46	その他	8
アレルギー科	2	消化器外科 (胃腸外科)	1	産科	1	主たる診療科不詳	16
リウマチ科	1	泌尿器科	27	婦人科	20	診療科不詳	16
皮膚科/人口10万	4.2	精神科/人口10万	3.3	眼科/人口10万	5.2	耳鼻科/人口10万	3.4
〃 県内平均	3.6	〃 県内平均	2.5	〃 県内平均	5.4	〃 県内平均	3.1

資料：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

図表 2-1-5-4 医療圏内に位置する紹介受診重点医療機関*一覧（令和5年8月1日時点）

No.	医療機関名	基準 (%)		参考水準 (%)		一般病床数 (床)	備考
		「初診」のうち、 重点外来の割合	「再診」のうち、 重点外来の割合	紹介率	逆紹介率		
1	(社福) 恩賜財団済生会千葉県済生会習志野病院	66.4	25.6	55.1	77.3	400	地域医療支援病院
2	東京女子医科大学附属八千代医療センター	45.2	26.6	71.1	59.3	500	地域医療支援病院
3	順天堂大学医学部附属浦安病院	59.0	21.9	60.8	62.7	785	地域医療支援病院
4	東京ベイ・浦安市川医療センター	53.5	30.6	97.5	161.1	340	地域医療支援病院
5	東京歯科大学市川総合病院	66.0	26.6	78.9	70.5	570	地域医療支援病院
6	独立行政法人地域医療機能推進機構船橋中央病院	44.1	21.8	27.1	44.5	395	
7	船橋市立医療センター	72.6	33.5	63.5	102.0	449	地域医療支援病院

資料：令和5年度第1回東葛南部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 とりまとめ

(2) 外来医療機能ごとの現況

ア 通院外来医療

一般診療所数は1,015か所、一般診療所で診療に従事する医師は1,123人で、外来患者延数に占める診療所の受診割合は76.3%であり、全国平均と概ね同じ割合となっています。医療圏内の医療機関からの不足感が強い診療機能は、強い順に初期救急、認知症、精神疾患となっています。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、習志野市、八千代市、船橋市、市川市、浦安市において在宅当番医制*又は夜間休日急病診療所*が運営されています。時間外等外来患者延数に占める診療所の受診割合は88.8%と、全国及び県内平均を上回っています。

ウ 在宅医療

在宅医療については、在宅療養支援診療所（令和5年4月1日時点で119か所・うち機能強化型53か所）のほか、地域の診療所・病院により提供されています。

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

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

図表 2-1-5-5 東葛南部医療圏における外来医療の概況

区分	病 院	一般診療所	一般診療所 構成率	構成率の 全国平均	構成率の 千葉県平均
施 設 数	61	1,015			
医 師 数 (人)	2,189	1,123			
外来患者延数(人/年)	4,190,050	13,487,674	76.3%	75.8%	73.8%
通院外来患者延数(人/年)	4,173,091	13,232,829	76.0%	75.6%	73.5%
時間外等外来患者延数(人/年)	100,238	793,038	88.8%	85.0%	85.6%
訪問診療患者延数(人/年)	15,411	231,561	93.8%	87.8%	89.7%

資料：施設数：令和3年度医療施設調査（厚生労働省）
 医師数：令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
 患者延数：令和元年度NDB（厚生労働省集計）

図表 2-1-5-6 外来医療機能ごとの過不足感

区分	がん	脳卒中	心血管	糖尿病	精神	認知症	初期救急
不足	20%	19%	16%	19%	32%	34%	38%
充足又は過剰	19%	18%	24%	26%	8%	7%	13%

区分	周産期	小児	在宅	予防接種	健診検診	学校保健	産業保健
不足	20%	29%	24%	16%	13%	26%	13%
充足又は過剰	7%	13%	12%	40%	34%	20%	9%

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

図表 2-1-5-7 在宅当番医制*の実施状況

令和5年4月1日現在

地区医師会名	診療科目	休日診療時間
習志野市医師会	内	9:00～17:00
八千代市医師会	内、外、小、眼、耳、産、皮、その他	9:00～17:00
船橋市医師会	内、外、その他	9:00～17:00

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

図表 2-1-5-8 夜間休日急病診療所*の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

施設名	所在地	電話	診療科目	診療日	診療時間		
習志野市急病診療所	習志野市鷺沼1-2-1 保健会館2F	047-451-4205 (診療時間内)	内・小	毎日	20:00～23:00		
やちよ夜間小児急病センター	八千代市大和田新田477-96 東京女子医科大学八千代医療センター内	047-458-6090	小	毎日	18:00～23:00		
船橋市夜間休日急病診療所	船橋市北本町1-16-55 船橋市保健福祉センター1階	047-424-2327	内・小・外	毎日	21:00～6:00 (受付 21:00～5:45)		
			以下の時間は小児科の担当医が診療可能				
			小	月～金	20:00～23:00 (受付 20:00～22:30)		
			土	18:00～21:00 (受付 18:00～20:30)			
日・休日※1	9:00～17:00 (受付 8:45～11:30、13:45～16:30) 18:00～21:00 (受付 18:00～20:30)						
市川市急病診療所	市川市大洲1-18-1	047-377-1222	内・小	毎日	20:00～23:00 (10:00～17:00※2)		
			外	土曜日	20:00～23:00		
				休日※3	10:00～17:00 20:00～23:00		
浦安市急病診療所	浦安市猫実1-2-5	047-381-9999	内・小	毎日	20:00～23:00 (10:00～17:00※4)		

※1 12/29～1/3も診療

※2 休日(12/30～1/4含む)は夜間に加えて昼間も診療

※3 12/30～1/4も診療

※4 休日(12/30～1/3含む)は夜間に加えて昼間も診療

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

(3) 医療機器の共同利用に係る状況

東葛南部医療圏には計画上の対象機器の5種類全てが配置されており、指標においては全ての種類の機器について、全国及び千葉県平均を下回っています。

機器1台あたりの年間検査数では、マンモグラフィの検査数が両平均を下回っていますが、CT、MRI及び放射線治療機器については、両平均を上回っています。

共同利用については、地域医療支援病院である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、社会福祉法人恩賜財団済生会千葉県済生会習志野病院、東京歯科大学市川総合病院、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、順天堂大学附属浦安病院及び東京ベイ・浦安市川医療センターにおいて、CT、MRI、マンモグラフィ、PET、リニアック等について、広く医療圏内の医療機関からの共同利用を受け入れています。そのほか、31か所の病院、診療所において共同利用を受け入れています。

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

図表 2-1-5-9 医療機器保有状況の概況

機器の種類	指標(調整人口あたり台数) (台)			保有台数 (台)			1台あたり年間検査数 (件)		
	東葛 南部	千葉県	全国	東葛 南部	千葉県	全国	東葛 南部	千葉県	全国
全身用C T	6.6	8.5	11.5	105	527	14,595	2,317	1,977	1,523
全身用MR I	4.4	4.8	5.7	72	297	7,240	2,073	1,981	1,834
P E T	0.13	0.35	0.5	2	22	594	861	850	876
放射線治療(体外照射)	0.51	0.64	0.8	8	40	1,044	3,901	3,563	2,762
マンモグラフィ	2.8	2.9	3.4	50	180	4,261	440	669	543

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

検査数…令和元年度NDB（厚生労働省集計）

6 医師の確保の現状

医師全体についての医師偏在指標は、全国330医療圏中163位の199.5であり、医師多数区域、医師少数区域のどちらでもない区域とされています。

圏域内には、令和5年4月現在、基幹型臨床研修病院*が13施設、専門研修基幹施設*が13施設立地しています。

図表 2-1-6-1 医師偏在指標、区域の分類及び目標医師数、偏在対策基準医師数（東葛南部保健医療圏）

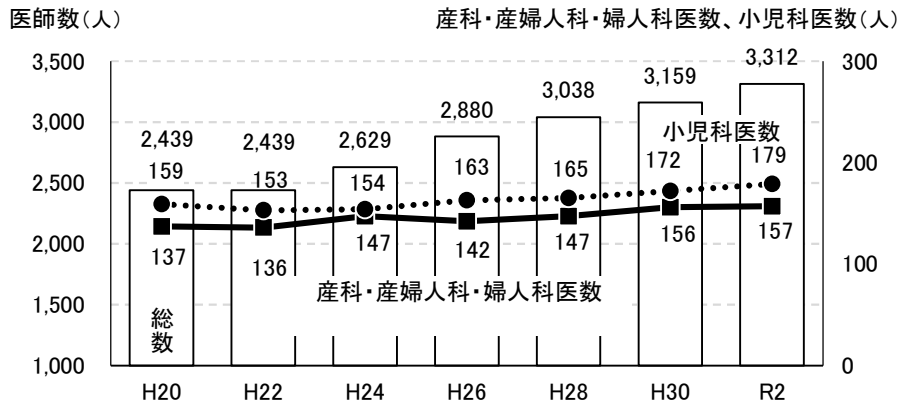
	医師偏在 指標	順位	区域の分類	目標医師数 又は偏在対策 基準医師数	現状の 医師数
医師全体	199.5	163位/330	(どちらでもない)	3,624人	3,312人
分娩取扱 医師	9.22	129位/258	(相対的少数でない)	76.8人	108人
小児科	78.3	262位/303	相対的医師少数区域	185.9人	179人

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

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

図表 2-1-6-2 二次保健医療圏の概況（東葛南部保健医療圏）

■ 圏域内医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

■ 圏域内の医育機関、研修施設等（令和5年4月現在）

医育機関	基幹型臨床研修病院* (令和5年度研修開始者募集定員)	専門研修基幹施設* (令和5年度研修開始者募集定員)
なし	13病院 (131名)	13施設 (236名)

施設名	所在地	基幹型臨床 研修病院*	専門研修 基幹施設	キャリア 形成支援 機関*
千葉県済生会習志野病院	習志野市	10	3	
津田沼中央総合病院	習志野市	5		
東京女子医科大学附属八千代医療センター	八千代市	11	47	○
船橋市立医療センター	船橋市	12	24	○
船橋中央病院	船橋市	5		
千葉徳洲会病院	船橋市	5	2	
船橋二和病院	船橋市	4	5	○
セコメディック病院	船橋市	4	2	
総武病院	船橋市		1	
国立国際医療研究センター 国府台病院	市川市	10	15	
東京歯科大学市川総合病院	市川市	10	30	
行徳総合病院	市川市	4		
中山病院	市川市		2	
順天堂大学医学部附属浦安病院	浦安市	43	74	○
東京ベイ・浦安市川医療センター	浦安市	8	29	
南浜診療所	船橋市		2	○

(施設名は順不同。数字は令和5年度研修開始者に係る募集定員数。)

7 主な医療・介護資源の現状

	項目	単位	実数	人口 10万対	県平均 人口10万対	時点
1	病院数	施設	61	3.4	4.6	R4. 10. 1
2	診療所数	施設	1,102	61.2	62.8	R4. 10. 1
3	歯科診療所数	施設	959	53.3	51.6	R4. 10. 1
4	薬局数	施設	637	35.5	41.0	R4. 3. 31
5	訪問看護ステーション数	施設	155	8.6	9.8	R5. 6. 1
6	在宅療養支援診療所数	施設	123	6.8	6.7	R5. 10. 1
7	在宅療養支援病院数	施設	11	0.6	0.9	R5. 10. 1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	4	0.2	0.3	R5. 10. 1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	88	4.9	4.9	R5. 10. 1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	577	32.0	36.3	R5. 10. 1
11	地域包括ケア病棟入院料/ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	667	37.0	36.0	R5. 10. 1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	1,565	86.7	73.9	R5. 10. 1
13	一般病床数（病院）	床	8,656	480.7	582.6	R4. 10. 1
14	一般病床数（診療所）	床	397	22.0	30.5	R4. 10. 1
15	一般病床・病床利用率（病院）	%	66.6		68.7	R4. 10. 1
16	一般病床・平均在院日数（病院）	日	15.2		15.8	R4. 10. 1
17	療養病床数（病院）	床	2,307	128.1	173.3	R4. 10. 1
18	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	1.0	R4. 10. 1
19	療養病床・病床利用率（病院）	%	87.7		85.6	R4（年間）
20	療養病床・平均在院日数（病院）	日	129.0		151.2	R4（年間）
21	医療施設従事医師数	人	3,312	184.4	205.8	R2. 12. 31
22	医療施設従事歯科医師数	人	1,418	78.9	81.5	R2. 12. 31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	3,428	190.8	193.4	R2. 12. 31
24	就業看護職員数	人	14,494	806.6	972.5	R2. 12. 31
25	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	314	17.5	19.8	R2. 10. 1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	1,420	79.1	81.4	R2. 10. 1
27	医療施設従事理学療法士数	人	1,409	78.4	79.1	R2. 10. 1
28	医療施設従事作業療法士数	人	564	31.4	30.5	R2. 10. 1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	217	12.1	10.7	R2. 10. 1
30	介護老人福祉施設数	施設	91	5.0	7.2	R5. 10. 1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	6,396	354.4	456.5	R5. 10. 1
32	介護老人保健施設数	施設	32	1.8	2.5	R5. 10. 1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	3,366	186.5	246	R5. 10. 1

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

4 「令和3年度薬務行政概要」（千葉県）

5、30～33 千葉県高齢者福祉課調べ

6～12 「届出受理医療機関名簿」（関東信越厚生局）

15、16、19、20 「令和4年病院報告」（厚生労働省）

21～23 「令和2年千葉県衛生統計年報」（千葉県）

24 「令和2年度千葉県看護の現況」（千葉県）

25～29 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

《参考》

主な医療・介護資源の現状（65歳以上人口10万対・75歳以上人口10万対）

	項目	単位	実数	65歳以上人口10万対		75歳以上人口10万対	
				圏域	県平均	圏域	県平均
1	病院数	施設	61	14.7	16.7	27.6	32.2
2	診療所数	施設	1,102	265.3	227.0	498.6	437.3
3	歯科診療所数	施設	959	230.9	186.8	433.9	359.8
4	薬局数	施設	637	153.3	149.0	288.2	287.1
5	訪問看護ステーション数	施設	155	37.3	35.5	66.6	65.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	123	29.6	24.3	52.8	44.5
7	在宅療養支援病院数	施設	11	2.6	3.2	4.7	5.8
8	在宅療養後方支援病院数	施設	4	1.0	1.0	1.7	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	88	21.2	17.8	37.8	32.6
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	577	138.7	131.0	247.9	239.9
11	地域包括ケア病棟入院料／ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	667	170.0	138.5	286.6	238.2
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	1,565	398.8	284.4	672.4	488.9
13	一般病床数（病院）	床	8,656	2,083.7	2,107.1	3,916.7	4,058.8
14	一般病床数（診療所）	床	397	95.6	110.4	179.6	212.7
15	療養病床数（病院）	床	2,307	555.3	626.9	1,043.9	1,207.6
16	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	3.7	0.0	7.1
17	医療施設従事医師数	人	3,312	802.5	751.2	1,559.8	1,494.0
18	医療施設従事歯科医師数	人	1,418	343.6	297.4	667.8	591.4
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	3,428	830.6	705.9	1,614.4	1,403.8
20	就業看護職員数	人	14,494	3,511.9	3,549.9	6,825.9	7,059.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	314	76.9	73.3	149.0	145.0
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	1,420	347.6	301.0	673.4	595.2
23	医療施設従事理学療法士数	人	1,409	344.8	292.5	668.0	578.4
24	医療施設従事作業療法士数	人	564	138.1	112.9	267.6	223.3
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	217	53.2	39.4	103.0	77.9
26	介護老人福祉施設数	施設	91	21.9	25.8	39.1	47.3
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	6,396	1,537.4	1,648.1	2,748.0	3,018.2
28	介護老人保健施設数	施設	32	7.7	9.0	13.7	16.5
29	介護老人保健施設入所定員数	人	3,366	809.1	887	1,446.2	1,625

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

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

《参考》

全国の主な医療・介護資源の現状

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

第2節 東葛南部保健医療圏における施策の方向性

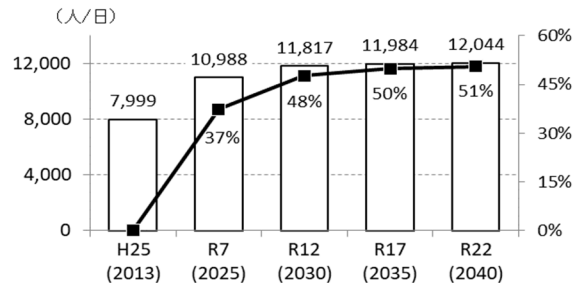
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

(1) 区域内に住所を有する入院患者数の推移

一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度から令和7年にかけて37%・2,989人/日の増加が見込まれます。

その後も増加を続け、令和22年には51%・4,045人/日に増加すると見込まれます。

図表 2-2-1-1 入院患者数の推移と変化率（東葛南部）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(2) 4機能別の医療提供体制

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

図表 2-2-1-2 4機能別の医療提供体制（東葛南部）

(単位：床)

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

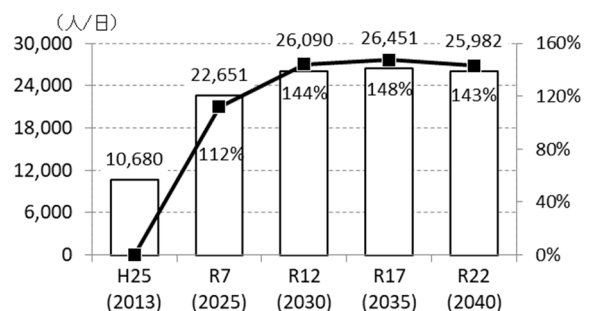
「休棟等」：非稼働、健診のための病棟などの外、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

(3) 在宅医療等需要の推移

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から令和7年にかけて112%・11,971人/日の増加が見込まれます。

令和17年にはピークを迎え、148%・15,771人/日の増加が見込まれます。

図表 2-2-1-3 在宅医療等需要推移と変化率（東葛南部）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(4) 実現に向けた施策の方向性

ア 医療機関の役割分担の促進

- 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。
- 地域の実情を踏まえ、急性期*から回復期*、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、不足が見込まれる病床の確保を図ります。調整会議においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供等の支援を行い、丁寧な調整を図ります。

イ 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

ウ 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

(1) 外来医療機能ごとの対応方針

ア 通院外来医療

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

また、紹介受診重点医療機関*のとりまとめ等を通じて、医療機関の役割分担の明確化・連携を促進します。

イ 初期救急医療

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

ウ 在宅医療

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

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

公衆衛生機能については、現状では一定の充足感がある項目も含め、現在機能を担っている医師の負担状況も考慮しながら供給体制を維持していくことが重要です。

（２）医療機器の共同利用方針

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

図表 2-2-2-1 医療機器ごとの共同利用方針

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

資料（機器保有状況の把握）：令和5年度 千葉県保健医療計画改定に関する調査

3 医師の確保の方針（医師全体）

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

第3節 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、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及び東京ベイ・浦安市川医療センターの7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との連携を図ります。
- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、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。
- この地域の65歳以上人口10万人当たり訪問診療実施診療所・病院数や訪問看護ステーション数は千葉県平均と比べ少なく、今後も在宅医療等の需要が増加すると見込まれます。

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

- 感染症については、第二種感染症指定病床を東京ベイ・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H I V*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のほか、広範囲熱傷、指肢切断等の特殊疾病患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順天堂大学医学部附属浦安病院や、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及び東京ベイ・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、小児救命救急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*の連携を行っています。
- 周産期*救急医療体制
総合周産期母子医療センター*である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、A E D*（自動体外式除細

動器)の使用方法に関する普及啓発や、救急安心電話相談*及び小児救急電話相談*事業の利用促進、並びに救急隊員が行う救急救命処置等の質の向上を図るための研修等、メディカルコントロール*体制を充実します。

○ 災害時医療体制

災害時に被災地域の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)*及び災害派遣精神医療チーム(DPAT)の体制整備を推進します。

○ 精神科救急医療体制

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

4 外来医療に係る医療提供体制の確保

○ 紹介受診重点医療機関等の制度概要のほか、外来受診の流れについて、県ホームページ等を活用して医療関係者や県民等へ周知を図り、外来機能の明確化・連携を一層促進します。

○ 外来医療機能毎の過不足感を明らかにすることで、新規開業者又は新規開業者以外の者が地域で不足する医療機能を担うよう検討することを促します。

○ 医療機器の配置状況や稼働状況のほか、共同利用の受入状況等について地域の協議の場等で共有するとともに、新たに対象医療機器を購入する医療機関に対して共同利用計画書の提出を求める等、医療機器の共同利用の更なる促進を図り、限りある医療資源の効率的な利活用を推進します。

5 医師の確保(医師全体)

(1) 医師数の増加

ア 県内関係者と連携した取組の推進

○ 県内医療関係者と連携して地域医療支援センター*の強化を図り、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業(地域医療支援センター事業等)を実施します。

- 医療法上の地域医療対策協議会*でもある千葉県医療審議会医療対策部会や、臨床研修病院*等で構成する「医師臨床研修制度等連絡協議会」において、医師の効果的な確保・配置対策を検討します。
- 医師確保対策については、国の制度によるところが大きいことから、あらゆる機会をとらえて効果的な対策を講じるよう国に働きかけを行っていきます。

イ 地域医療に従事する医師の養成・確保

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

県内大学医学部における恒久的な入学定員 240名

臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む）34名（令和6年度）

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

※医師の確保を特に図るべき区域等

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

- 県内の専門研修基幹施設*等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先と

なる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等は、修学資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。

- 関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医科大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。

ウ 研修環境の充実等による若手医師の確保

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

診療科の専門研修基幹施設*による連携を推進するなど、総合診療専門医*をはじめとして地域医療に必要な、幅広い疾患を包括的・協動的・継続的に診療できる能力を持った医師の養成・確保に努めます。

(2) 医師の働き方改革の推進

ア 就労環境の向上と復職支援

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

イ タスク・シフト／シェア*等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応

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

(3) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

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

(4) 産科及び小児科についての医師の確保

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

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

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

そのため、各二次保健医療圏における産科及び小児科に係る医師確保の方針及び医師の確保に関する施策については、千葉県（県全体）における方針及び施策

と同一のものとしてします。

6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保

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

7 循環型地域医療連携システム

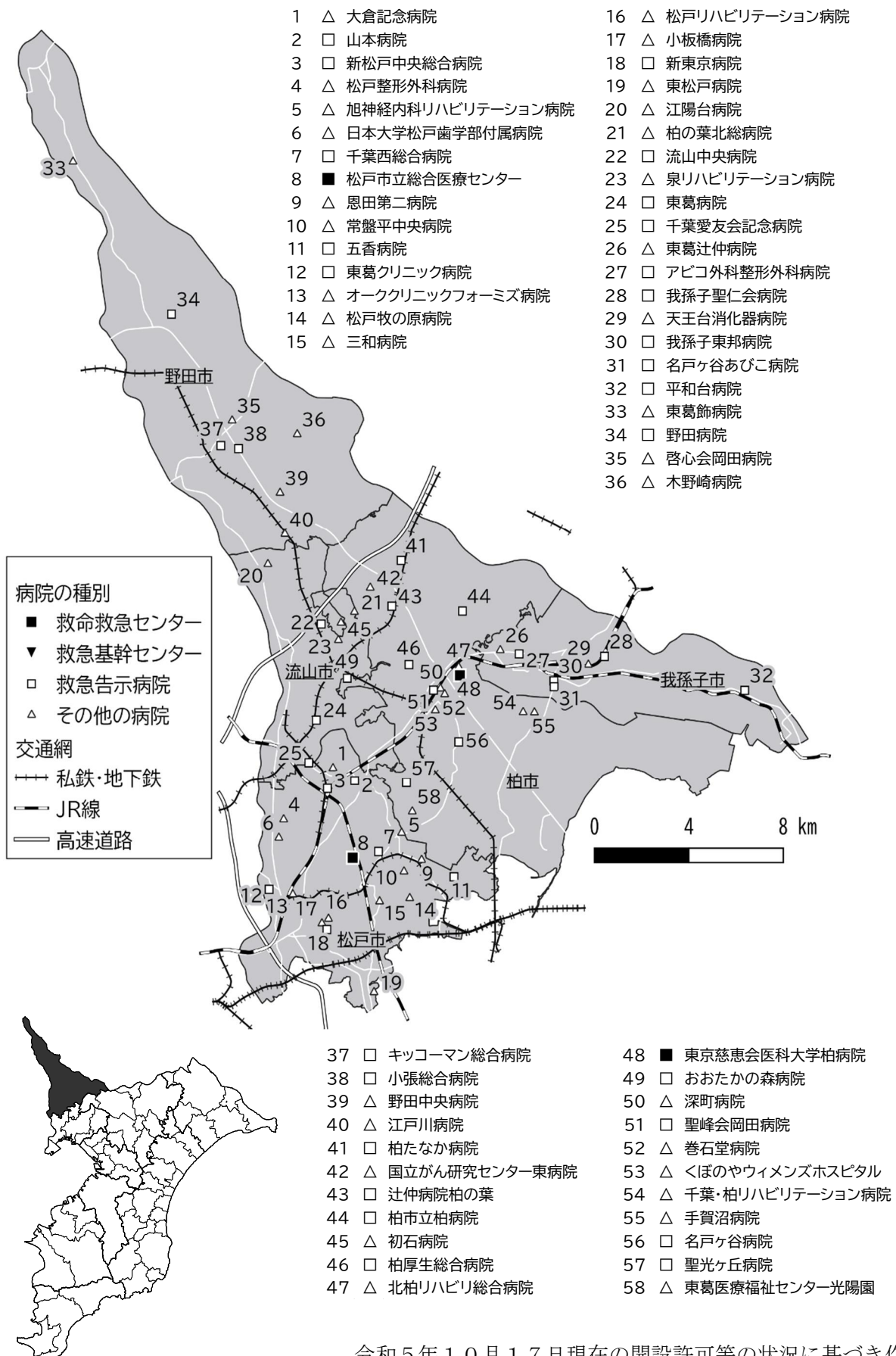
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、本冊「第5章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

また、関係機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryous_h30list.html

第3章 東葛北部保健医療圏



令和5年10月17日現在の開設許可等の状況に基づき作成

第1節 圏域の現状

1 基本的事項

		圏 域	全 県	
構成市町村数		5市	37市16町1村	
面積 (対全県比)		358.14km ² (6.9%)	5156.74km ²	
人口 (人)	総人口 (対全県比)	1,407,697 (22.4%)	6,284,480	
	構成等	0～14歳	173,077	734,496
		15～64歳	836,774	3,715,691
		65歳～	370,784	1,699,991
		高齢化率	26.9%	27.6%
		75歳以上	189,315	859,767
		75歳以上の割合	13.7%	14.0%

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

注：高齢化率、75歳以上の割合は、年齢不詳を除く総人口に占める割合

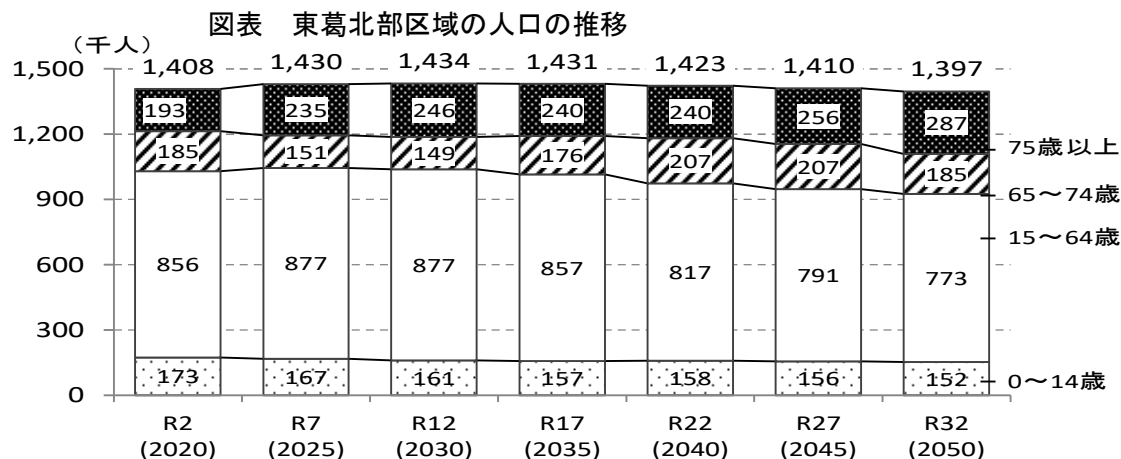
2 人口動態等

(1) 人口動態

	圏 域 (人)	全 県 (人)
出生数 (人口千対)	9,108 (6.4)	36,966 (5.9)
死亡数 (人口千対)	15,450 (10.9)	72,258 (11.5)
乳児死亡数 (出生千対)	16 (1.8)	69 (1.9)
死産数 (出産千対)	192 (20.6)	753 (20.0)
周産期死亡数 (出産千対)	35 (3.8)	120 (3.2)

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

(2) 人口の推移、将来推計人口



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

総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、令和2年から令和12年にかけて28%・53千人増加すると見込まれます。

3 疾病状況（主な死因別死亡数）

	圏域（人）		全県（人）	
	実数	人口10万対	実数	人口10万対
悪性新生物	3,818	270.2	17,808	283.7
心疾患	1,968	139.3	10,167	161.9
肺炎	717	50.7	3,636	57.9
脳血管疾患	914	64.7	4,667	74.3

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

4 患者動向

圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の所在地（医療圏別）	
東葛北部保健医療圏	80.1%	東葛北部保健医療圏	81.8%
県外	11.7%	県外	12.1%
東葛南部保健医療圏	5.6%	東葛南部保健医療圏	4.3%
印旛保健医療圏	1.5%	印旛保健医療圏	1.2%
その他	1.1%	その他	0.6%

資料：平成29年度患者調査の特別集計結果（厚生労働省作成）を元に集計。

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

5 外来医療の現状

(1) 地域における外来医療の概況

東葛北部医療圏の外来医師偏在指標は全国330医療圏中233位・県内9医療圏中3位であり、診療所における外来医療のニーズに対する診療所医師数は県内では上位ですが、全国的には中位以下です。

東葛南部医療圏及び県外との間に流出入があり、外来患者数全体では、1日あたり2,400人程度の流出超過と推計されます。

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

医療圏内には紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関*が8施設立地しています（令和5年8月1日現在）。

図表 3-1-5-1 外来医師偏在指標等の状況

東葛北部保健医療圏	
圏域内人口	1,414千人
外来医師偏在指標	90.0
偏在指標全国平均値	112.2
偏在指標全国順位(330圏域)	233位
偏在指標県内平均値	88.6
偏在指標県内順位(9圏域)	3位

図表 3-1-5-2 東葛北部医療圏の外来医療に係る流出入状況

【医療圏内の居住地ベース推計外来患者数：55.2千人/日】

(単位：千人)

流出入先圏域	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生 夷隅	安房	君津	市原	県外	計
圏域内への流入	0.1	1.3	—	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	4.0
圏域外への流出	0.1	1.8	—	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.2	6.3
差引	▲ 0.0	▲ 0.4	—	0.3	0.0	0.0	0.0	▲ 0.0	0.0	▲ 2.2	▲ 2.4

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

※端数を切り捨て処理しているため、圏域の和と計が一致しないことがあります。

図表 3-1-5-3 主たる診療科別の一般診療所従事医師数

(単位：人)

内科	302	感染症内科		肛門外科		リハビリテーション科	
呼吸器内科	8	小児科	62	脳神経外科	5	放射線科	
循環器内科	17	精神科	37	整形外科	52	麻酔科	7
消化器内科 (胃腸内科)	32	心療内科	6	形成外科	2	病理診断科	
腎臓内科	9	外科	10	美容外科	6	臨床検査科	
脳神経内科	10	呼吸器外科		眼科	76	救急科	
糖尿病内科 (代謝内科)	5	心臓血管外科		耳鼻いんこう科	40	臨床研修医	6
血液内科		乳腺外科	3	小児外科	1	全科	
皮膚科	54	気管食道外科		産婦人科	31	その他	3
アレルギー科		消化器外科 (胃腸外科)	3	産科	1	主たる診療科不詳	13
リウマチ科	1	泌尿器科	11	婦人科	6	診療科不詳	23
皮膚科/人口10万	3.8	精神科/人口10万	2.6	眼科/人口10万	5.4	耳鼻科/人口10万	2.8
〃 県内平均	3.6	〃 県内平均	2.5	〃 県内平均	5.4	〃 県内平均	3.1

資料：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

図表 3-1-5-4 医療圏内に位置する紹介受診重点医療機関*一覧（令和5年8月1日時点）

No.	医療機関名	基準 (%)		参考水準 (%)		一般病床数 (床)	備考
		「初診」のうち、 重点外来の割合	「再診」のうち、 重点外来の割合	紹介率	逆紹介率		
1	医療法人社団 豊春会 小張総合病院	37.4	68.4	39.6	78.6	350	
2	東京慈恵会医科大学附属柏病院	67.4	27.5	62.0	59.6	664	地域医療支援病院
3	社会医療法人社団 蛸水会 名戸ヶ谷病院	41.7	26.1	10.0	9.4	300	
4	くぼのやウイメンズホスピタル	47.3	25.4	29.8	25.1	40	
5	医療法人徳洲会 千葉西総合病院	38.9	36.1	51.1	72.0	608	地域医療支援病院
6	松戸市立総合医療センター	59.8	28.9	62.4	112.7	592	地域医療支援病院
7	医療法人社団 太公会 我孫子東邦病院	40.4	33.3			140	
8	国立研究開発法人 国立がん研究センター 東病院	86.5	48.6	92.1	79.9	425	特定機能病院

資料：令和5年度第1回東葛北部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 とりまとめ

(2) 外来医療機能ごとの現況

ア 通院外来医療

一般診療所数は806か所、一般診療所で診療に従事する医師は842人で、外来患者延数に占める診療所の受診割合は72.0%であり、全国及び県内平均を下回っています。医療圏内の医療機関からの不足感が強い診療機能は、強い順に初期救急、認知症、精神疾患となっています。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、医療圏内の各市において在宅当番医制*又は夜間休日急病診療所*が運営されています。時間外等外来患者延数に占める診療所の

受診割合は81.1%と、全国及び県内平均を下回っています。

ウ 在宅医療

在宅医療については、在宅療養支援診療所（令和5年4月1日時点で110か所・うち機能強化型52か所）のほか、地域の診療所・病院により提供されています。

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

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

図表 3-1-5-5 東葛北部医療圏における外来医療の概況

区分	病院	一般診療所	一般診療所 構成率	構成率の 全国平均	構成率の 千葉県平均
施設数	59	806			
医師数（人）	1,757	842			
外来患者延数（人/年）	3,854,764	9,895,421	72.0%	75.8%	73.8%
通院外来患者延数（人/年）	3,834,670	9,596,706	71.4%	75.6%	73.5%
時間外等外来患者延数（人/年）	123,528	529,949	81.1%	85.0%	85.6%
訪問診療患者延数（人/年）	18,872	273,704	93.5%	87.8%	89.7%

資料：施設数：令和3年度医療施設調査（厚生労働省）
 医師数：令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
 患者延数：令和元年度NDB（厚生労働省集計）

図表 3-1-5-6 外来医療機能ごとの過不足感

区分	がん	脳卒中	心血管	糖尿病	精神	認知症	初期救急
不足	19%	17%	13%	17%	32%	33%	34%
充足又は過剰	25%	22%	31%	27%	12%	12%	18%

区分	周産期	小児	在宅	予防接種	健診検診	学校保健	産業保健
不足	22%	31%	26%	15%	14%	20%	14%
充足又は過剰	11%	16%	14%	40%	35%	25%	13%

資料：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査
 医療圏内の医療機関を対象とした「地域で不足していると感じる外来医療機能」の回答集計結果。
 選択肢で「全く足りない」「やや足りない」を「不足」、「十分である」「過剰である」を「充足又は過剰」として算出。

図表 3-1-5-7 在宅当番医制*の実施状況

令和5年4月1日現在

地区医師会名	診療科目	休日診療時間
松戸市医師会	内、外、小、眼、耳、産、皮、その他	9:00～17:00
柏市医師会	内、小	9:00～17:00
野田市医師会	内	9:00～16:00

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

図表 3-1-5-8 夜間休日急病診療所*の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

施設名	所在地	電話	診療科目	診療日	診療時間
松戸市夜間小児急病センター	松戸市千駄堀993-1 松戸市立総合医療センター内	047-712-2513	小	毎日	18:00～23:00
流山市平日夜間・休日診療所	流山市西初石4-1433-1	04-7155-3456	内・小	月～土	19:00～21:00（受付は20:30まで）
				休日※1	9:00～17:00（受付は16:30まで）
流山市夜間小児救急	流山市中102-1 東葛病院内	04-7159-1011	小	毎日	21:00～8:00
柏市夜間急病診療所	柏市柏下65-1 ウェルネス柏内	04-7163-0813	内・小	毎日	19:00～22:00
我孫子市休日診療所	我孫子市湖北台1-12-17	04-7187-7020	内・小	休日※1	9:00～17:00 （受付は9:00～11:30/13:00～16:30）

※1 12/30～1/3も診療

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

（3）医療機器の共同利用に係る状況

東葛北部医療圏には計画上の対象機器のうち5種類全てが配置されており、指標においては全ての種類の機器について、全国及び千葉県平均を下回っています。

機器1台あたりの年間検査数では、すべての機器で両平均を上回っており、CTは35.1%、PETは67.4%、放射線治療機器は43.1%県内平均を上回っています。

共同利用については、地域医療支援病院である東京慈恵会医科大学附属柏病院及び医療法人徳洲会千葉西総合病院において、CT、MRI、PET、リニアック及びマンモグラフィ等について、広く医療圏内の医療機関からの共同利用を受け入れています。そのほか、25か所の病院、診療所において共同利用を受け入れています。

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

図表 3-1-5-9 医療機器保有状況の概況

機器の種類	指標(調整人口あたり台数) (台)			保有台数 (台)			1台あたり年間検査数 (件)		
	東葛 北部	千葉県	全国	東葛 北部	千葉県	全国	東葛 北部	千葉県	全国
全身用CT	7.4	8.5	11.5	100	527	14,595	2,671	1,977	1,523
全身用MRI	4.1	4.8	5.7	56	297	7,240	2,123	1,981	1,834
PET	0.15	0.35	0.5	2	22	594	1,423	850	876
放射線治療(体外照射)	0.44	0.64	0.8	6	40	1,044	5,103	3,563	2,762
マンモグラフィ	2.4	2.9	3.4	33	180	4,261	710	669	543

資料：指標…医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集（厚生労働省・令和5年度提供）

保有台数…令和2年度医療施設調査（厚生労働省集計）

検査数…令和元年度NDB（厚生労働省集計）

6 医師の確保の現状

医師全体についての医師偏在指標は、全国330医療圏中147位の203.1であり、医師多数区域、医師少数区域のどちらでもない区域とされています。

圏域内には、令和5年4月現在、基幹型臨床研修病院*が8施設、専門研修基幹施設*が10施設立地しています。

図表 3-1-6-1 医師偏在指標、区域の分類及び目標医師数、偏在対策基準医師数（東葛北部保健医療圏）

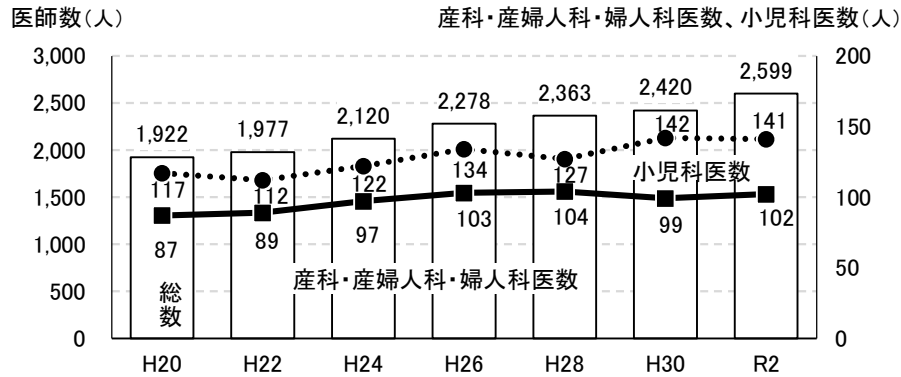
	医師偏在 指標	順位	区域の分類	目標医師数 又は偏在対策 基準医師数	現状の 医師数
医師全体	203.1	147位/330	(どちらでもない)	2,792人	2,599人
分娩取扱 医師	6.98	203位/258	相対的医師少数区域	65.4人	71人
小児科	83.3	236位/303	相対的医師少数区域	134.8人	141人

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

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

図表 3-1-6-2 二次保健医療圏の概況（東葛北部保健医療圏）

■ 圏域内医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

■ 圏域内の医育機関、研修施設等（令和5年4月現在）

医育機関	基幹型臨床研修病院* (令和5年度研修開始者募集定員)	専門研修基幹施設* (令和5年度研修開始者募集定員)
なし	8病院 (92名)	10施設 (143名)

施設名	所在地	基幹型臨床 研修病院*	専門研修 基幹施設	キャリア 形成支援 機関*
松戸市立総合医療センター	松戸市	14	19	○
千葉西総合病院	松戸市	22	33	
新東京病院	松戸市	5	4	
新松戸中央総合病院	松戸市	6	13	○
名戸ヶ谷病院	柏市	8		
東京慈恵会医科大学附属柏病院	柏市	25	56	
国立がん研究センター東病院	柏市		3	
初石病院	柏市		2	
東葛病院	流山市	4	7	
小張総合病院	野田市	8	4	
いらはら診療所	松戸市		2	

(施設名は順不同。数字は令和5年度研修開始者に係る募集定員数。)

7 主な医療・介護資源の現状

	項目	単位	実数	人口 10万対	県平均 人口10万対	時点
1	病院数	施設	59	4.2	4.6	R4. 10. 1
2	診療所数	施設	820	57.8	62.8	R4. 10. 1
3	歯科診療所数	施設	729	51.4	51.6	R4. 10. 1
4	薬局数	施設	520	36.7	41.0	R4. 3. 31
5	訪問看護ステーション数	施設	154	10.8	9.8	R5. 6. 1
6	在宅療養支援診療所数	施設	107	7.5	6.7	R5. 10. 1
7	在宅療養支援病院数	施設	7	0.5	0.9	R5. 10. 1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	5	0.4	0.3	R5. 10. 1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	107	7.5	4.9	R5. 10. 1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	474	33.3	36.3	R5. 10. 1
11	地域包括ケア病棟入院料/ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	349	24.5	36.0	R5. 10. 1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	830	58.3	73.9	R5. 10. 1
13	一般病床数（病院）	床	8,244	581.0	582.6	R4. 10. 1
14	一般病床数（診療所）	床	230	16.2	30.5	R4. 10. 1
15	一般病床・病床利用率（病院）	%	74.9	/	68.7	R4. 10. 1
16	一般病床・平均在院日数（病院）	日	15.2	/	15.8	R4. 10. 1
17	療養病床数（病院）	床	1,751	123.4	173.3	R4. 10. 1
18	療養病床数（診療所）	床	29	2.0	1.0	R4. 10. 1
19	療養病床・病床利用率（病院）	%	86.0	/	85.6	R4（年間）
20	療養病床・平均在院日数（病院）	日	149.7	/	151.2	R4（年間）
21	医療施設従事医師数	人	2,599	184.6	205.8	R2. 12. 31
22	医療施設従事歯科医師数	人	1,392	98.9	81.5	R2. 12. 31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	2,798	198.8	193.4	R2. 12. 31
24	就業看護職員数	人	12,886	914.4	972.5	R2. 12. 31
25	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	276	19.6	19.8	R2. 10. 1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	1,327	94.2	81.4	R2. 10. 1
27	医療施設従事理学療法士数	人	978	69.5	79.1	R2. 10. 1
28	医療施設従事作業療法士数	人	403	28.6	30.5	R2. 10. 1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	143	10.1	10.7	R2. 10. 1
30	介護老人福祉施設数	施設	81	5.7	7.2	R5. 10. 1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	5,673	398.3	456.5	R5. 10. 1
32	介護老人保健施設数	施設	31	2.2	2.5	R5. 10. 1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	3,191	224.0	246	R5. 10. 1

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

4 「令和3年度薬務行政概要」（千葉県）

5、30～33 千葉県高齢者福祉課調べ

6～12 「届出受理医療機関名簿」（関東信越厚生局）

15、16、19、20 「令和4年病院報告」（厚生労働省）

21～23 「令和2年千葉県衛生統計年報」（千葉県）

24 「令和2年度千葉県看護の現況」（千葉県）

25～29 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

《参考》

主な医療・介護資源の現状（65歳以上人口10万対・75歳以上人口10万対）

	項目	単位	実数	65歳以上人口10万対		75歳以上人口10万対	
				圏域	県平均	圏域	県平均
1	病院数	施設	59	15.7	16.7	29.7	32.2
2	診療所数	施設	820	217.8	227.0	412.9	437.3
3	歯科診療所数	施設	729	193.6	186.8	367.0	359.8
4	薬局数	施設	520	138.1	149.0	261.8	287.1
5	訪問看護ステーション数	施設	154	40.8	35.5	73.3	65.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	107	28.4	24.3	50.9	44.5
7	在宅療養支援病院数	施設	7	1.9	3.2	3.3	5.8
8	在宅療養後方支援病院数	施設	5	1.3	1.0	2.4	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	107	28.4	17.8	50.9	32.6
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	474	125.7	131.0	225.6	239.9
11	地域包括ケア病棟入院料／ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	349	98.9	138.5	166.1	238.2
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	830	235.2	284.4	395.1	488.9
13	一般病床数（病院）	床	8,244	2,189.9	2,107.1	4,150.7	4,058.8
14	一般病床数（診療所）	床	230	61.1	110.4	115.8	212.7
15	療養病床数（病院）	床	1,751	465.1	626.9	881.6	1,207.6
16	療養病床数（診療所）	床	29	7.7	3.7	14.6	7.1
17	医療施設従事医師数	人	2,599	694.8	751.2	1,366.4	1,494.0
18	医療施設従事歯科医師数	人	1,392	372.1	297.4	731.8	591.4
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	2,798	748.0	705.9	1,471.1	1,403.8
20	就業看護職員数	人	12,886	3,444.7	3,549.9	6,774.9	7,059.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	276	74.5	73.3	145.8	145.0
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	1,327	357.8	301.0	700.7	595.2
23	医療施設従事理学療法士数	人	978	263.7	292.5	516.5	578.4
24	医療施設従事作業療法士数	人	403	108.6	112.9	212.7	223.3
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	143	38.5	39.4	75.3	77.9
26	介護老人福祉施設数	施設	81	21.5	25.8	38.6	47.3
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	5,673	1,504.5	1,648.1	2,700.2	3,018.2
28	介護老人保健施設数	施設	31	8.2	9.0	14.8	16.5
29	介護老人保健施設入所定員数	人	3,191	846.3	887	1,518.8	1,625

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

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

《参考》

全国の主な医療・介護資源の現状

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

第2節 東葛北部保健医療圏における施策の方向性

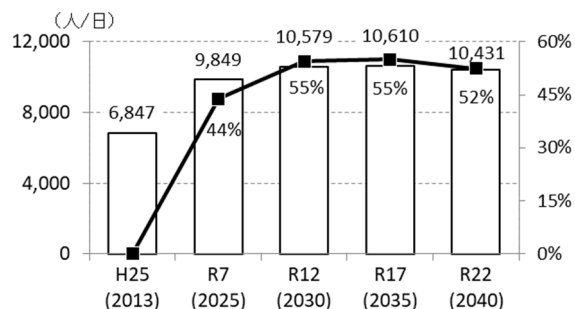
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

(1) 区域内に住所を有する入院患者数の推移

一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度から令和7年にかけて44%・3,002人/日の増加が見込まれます。

その後、令和17年にピークを迎え、55%・3,763人/日に増加すると見込まれます。

図表 3-2-1-1 入院患者数の推移と変化率（東葛北部）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

(2) 4機能別の医療提供体制

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

図表 3-2-1-2 4機能別の医療提供体制（東葛北部）

(単位：床)

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

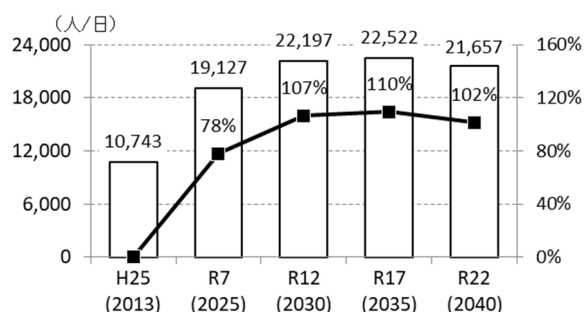
*「休棟等」：非稼働、健診のための病棟などの外、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

(3) 在宅医療等需要の推移

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から令和7年にかけて78%・8,384人/日の増加が見込まれます。

令和17年にはピークを迎え、110%・11,779人/日の増加が見込まれます。

図表 3-2-1-3 在宅医療等需要推移と変化率（東葛北部）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

(4) 実現に向けた施策の方向性

ア 医療機関の役割分担の促進

- 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。
- 地域の実情を踏まえ、急性期*から回復期*、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、不足が見込まれる病床の確保を図ります。調整会議においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供等の支援を行い、丁寧な調整を図ります。

イ 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

ウ 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

(1) 外来医療機能ごとの対応方針

ア 通院外来医療

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

また、紹介受診重点医療機関*のとりまとめ等を通じて、医療機関の役割分担の明確化・連携を促進します。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、地域の医療機関からの不足感改善を図るため、医療圏内で運営されている在宅当番医制*や夜間休日急病診療所*等の診療体制

について、維持・充実を図ることが重要です。

ウ 在宅医療

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

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

公衆衛生機能については、現状では一定の充足感がある項目も含め、現在機能を担っている医師の負担状況も考慮しながら供給体制を維持していくことが重要です。

（２）医療機器の共同利用方針

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

図表 3-2-2-1 医療機器ごとの共同利用方針

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

資料（機器保有状況の把握）：令和5年度 千葉県保健医療計画改定に関する調査

3 医師の確保の方針（医師全体）

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

第3節 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及び医療法人徳洲会千葉西総合病院の3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及び国立がん研究センター東病院が、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、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4病院が行っています。
身体合併症治療については、常勤精神科医が勤務しており、リエゾンによる一般病棟での身体合併症治療が可能な病院との連携を図ります。
- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、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。
- この地域の65歳以上人口10万人当たり訪問診療実施診療所・病院数や訪問看護ステーション数は千葉県平均と比べ少なく、今後も在宅医療等の需要が増加すると見込まれます。
そのため、在宅医療の拡充を引き続き促進するとともに、在宅医療に必要な連携を担う市と連携し、在宅医療の体制整備を進めます。
- 感染症については、第二種感染症指定病床を松戸市立総合医療センターに8床、結核モデル病床*を初石病院に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*の連携を行っています。
- 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、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）*及び災害派遣精神医療チーム（DPAT）の体制整備を推進します。
- 精神科救急医療体制

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

4 外来医療に係る医療提供体制の確保

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

5 医師の確保（医師全体）

（1）医師数の増加

ア 県内関係者と連携した取組の推進

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

イ 地域医療に従事する医師の養成・確保

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

県内大学医学部における恒久的な入学定員

240名

臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む）34名（令和6年度）

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

※医師の確保を特に図るべき区域等

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

- 県内の専門研修基幹施設*等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先となる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等は、修学資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。
- 関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医科大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。

ウ 研修環境の充実等による若手医師の確保

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

(2) 医師の働き方改革の推進

ア 就労環境の向上と復職支援

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

イ タスク・シフト／シェア*等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応

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

(3) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

- 市町村及び県内医療関係者と連携し、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医の定着に努めるとともに、適切な受療行動についての理解を促します。県民は、医療を適切に受けるよう努めます。
- 県内医療関係者と連携し、入院医療では、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関へ転院したり、入院する病棟を変えたりする場合があることについて、県民の理解を促します。
- ホームページを活用した医療機関に関する情報の提供については、令和6年度から国による全国統一のシステムが運用されることから、その周知啓発を行い、県民が適切な最新の情報を得られるように努めます。
- ちば救急医療ネット等を通じて、県民に対し、検索機能による医療機関情報や、在宅当番医療機関、夜間等の急病診療所情報等の提供を行います。
- 市町村及び県内医療関係者と連携し、救急医療体制の仕組み及び救急車や救急医療の適正利用について、普及啓発に取り組みます。
- 県民の不安解消による夜間・休日の不要不急の受診の減少及びその結果による救急医療に係る医療従事者の負担軽減を目的として、県民に対し、病状

の緊急性や救急医療機関の受診の要否、応急処置の方法等について、電話による医療的観点からの助言を行う救急安心電話相談事業の充実・強化を図ります。

- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中を緩和するため、夜間に小児患者の保護者等からの電話相談に対し、看護師や小児科医が適切な助言を行う小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。
- 県内関係団体と連携し、保護者向け講習会の実施やガイドブックの配布などを通じて、子どもの急病や事故時の対応に関する知識について普及啓発を図ります。

(4) 産科及び小児科についての医師の確保

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

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

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

そのため、各二次保健医療圏における産科及び小児科に係る医師確保の方針及び医師の確保に関する施策については、千葉県（県全体）における方針及び施策と同一のものとしします。

6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保

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

7 循環型地域医療連携システム

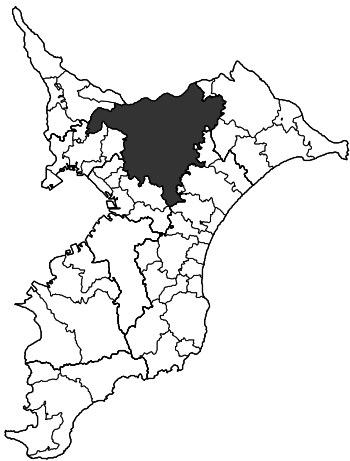
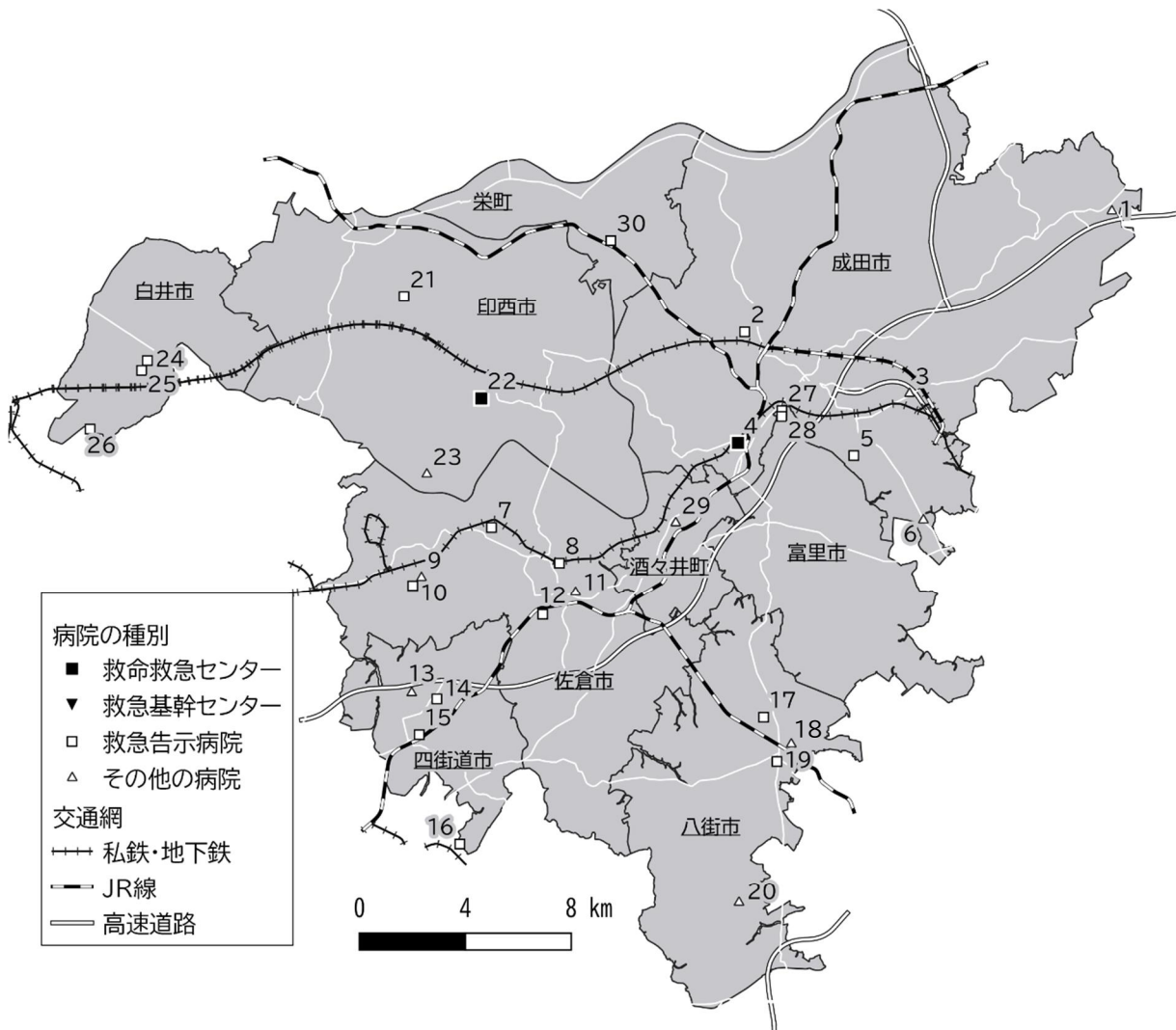
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、本冊「第5章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

また、関係機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryoku_h30list.html

第4章 印旛保健医療圏



- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1 △ 大栄病院 | 16 □ 四街道徳洲会病院 |
| 2 □ 成田病院 | 17 □ 新八街総合病院 |
| 3 △ 聖マリア記念病院 | 18 △ 誠和会長谷川病院 |
| 4 ■ 成田赤十字病院 | 19 □ 海保病院 |
| 5 □ 国際医療福祉大学成田病院 | 20 △ 南八街病院 |
| 6 △ 成田リハビリテーション病院 | 21 □ 印西総合病院 |
| 7 □ 聖隷佐倉市民病院 | 22 ■ 日本医科大学千葉北総病院 |
| 8 □ 佐倉中央病院 | 23 △ 西佐倉印西病院 |
| 9 △ 南ヶ丘病院 | 24 □ 千葉白井病院 |
| 10 □ 東邦大学医療センター佐倉病院 | 25 □ 白井聖仁会病院 |
| 11 △ 佐倉厚生園病院 | 26 □ 北総白井病院 |
| 12 □ 佐倉整形外科眼科病院 | 27 □ 成田富里徳洲会病院 |
| 13 △ 四街道さくら病院 | 28 □ 日吉台病院 |
| 14 □ 栗山中央病院 | 29 △ 千葉しすい病院 |
| 15 □ 下志津病院 | 30 □ 北総栄病院 |

令和5年10月17日現在の開設許可等の状況に基づき作成

第1節 圏域の現状

1 基本的事項

		圏域	全県	
構成市町村数		7市2町	37市16町1村	
面積 (対全県比)		691.66km ² (13.4%)	5156.74km ²	
人口 (人)	総人口 (対全県比)	718,337 (11.4%)	6,284,480	
	構成等	0~14歳	88,573	734,496
		15~64歳	418,184	3,715,691
		65歳~	203,814	1,699,991
		高齢化率	28.7%	27.6%
		75歳以上	94,760	859,767
		75歳以上の割合	13.3%	14.0%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、令和5年4月1日現在）

国勢調査（総務省、令和2年10月1日現在）

注：高齢化率、75歳以上の割合は、年齢不詳を除く総人口に占める割合

2 人口動態等

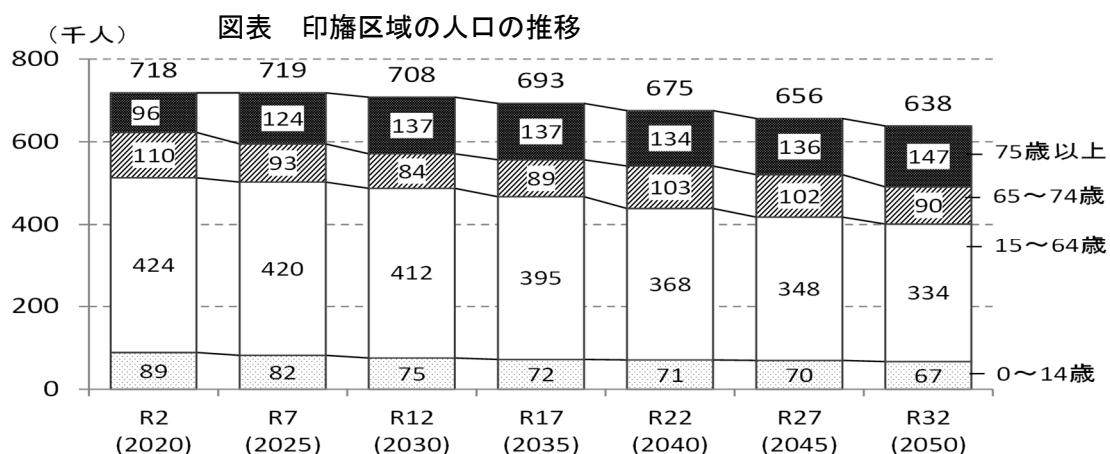
(1) 人口動態

	圏域(人)	全県(人)
出生数 (人口千対)	3,875 (5.4)	36,966 (5.9)
死亡数 (人口千対)	7,674 (10.7)	72,258 (11.5)
乳児死亡数 (出生千対)	4 (1.0)	69 (1.9)
死産数 (出産千対)	67 (17.0)	753 (20.0)
周産期死亡数 (出産千対)	7 (1.8)	120 (3.2)

資料：動態発生数—令和4年人口動態統計（厚生労働省）

人口—毎月常住人口調査月報（千葉県、令和4年10月1日現在）

(2) 人口の推移、将来推計人口



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

総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、令和2年から令和12年にかけて43%・41千人増加すると見込まれます。

3 疾病状況（主な死因別死亡数）

	圏域（人）		全県（人）	
	実数	人口10万対	実数	人口10万対
悪性新生物	1,999	279.3	17,808	283.7
心疾患	1,109	154.9	10,167	161.9
肺炎	446	62.3	3,636	57.9
脳血管疾患	485	67.8	4,667	74.3

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

4 患者動向

圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の所在地（医療圏別）	
印旛保健医療圏	71.0%	印旛保健医療圏	64.2%
東葛南部保健医療圏	9.5%	東葛南部保健医療圏	8.7%
千葉保健医療圏	9.3%	県外	6.6%
県外	4.3%	千葉保健医療圏	6.5%
その他	5.9%	その他	14.0%

資料：平成29年度患者調査の特別集計結果（厚生労働省作成）を元に集計。

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

5 外来医療の現状

(1) 地域における外来医療の概況

印旛医療圏の外来医師偏在指標は全国330医療圏中294位・県内9医療圏中8位であり、診療所における外来医療のニーズに対して、診療所医師が少ない地域です。

東葛南部医療圏との間で患者の流出入があるほか、千葉医療圏及び県外への流出があり、外来診療全体では1日あたり1,800人程度の流出超過と推計されます。

一般診療所に勤務する医師について、一般的な疾病の診療に当たる診療科のうち、他の診療科では代替が難しいと考えられる皮膚科、精神科、眼科、耳鼻科の人口10万人当たりの医師数は、皮膚科は県内平均と同程度である一方、精神科、眼科、耳鼻科においては下回っており、特に精神科は県内平均の2分の1以下と少ない状況です。

医療圏内には紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関*が5施設立地しています（令和5年8月1日現在）。

図表 4-1-5-1 外来医師偏在指標等の状況

印旛保健医療圏	
圏域内人口	730千人
外来医師偏在指標	77.5
偏在指標全国平均値	112.2
偏在指標全国順位(330圏域)	294位
偏在指標県内平均値	88.6
偏在指標県内順位(9圏域)	8位

図表 4-1-5-2 印旛医療圏の外来医療に係る流出入状況

【医療圏内の居住地ベース推計外来患者数：29.2千人/日】

(単位：千人)

	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生 夷隅	安房	君津	市原	県外	計
圏域内への流入	0.7	1.3	0.2	—	0.5	0.6	0.0	0.0	0.0	0.4	3.8
圏域外への流出	1.7	1.8	0.6	—	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0	1.0	5.6
差引	▲ 1.0	▲ 0.5	▲ 0.3	—	0.3	0.3	▲ 0.0	▲ 0.0	▲ 0.0	▲ 0.6	▲ 1.8

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

※端数を切り捨て処理しているため、圏域の和と計が一致しないことがあります。

図表 4-1-5-3 主たる診療科別の一般診療所従事医師数

(単位：人)

内科	136	感染症内科		肛門外科		リハビリテーション科	1
呼吸器内科	3	小児科	30	脳神経外科	1	放射線科	2
循環器内科	4	精神科	8	整形外科	30	麻酔科	
消化器内科 (胃腸内科)	11	心療内科		形成外科	2	病理診断科	
腎臓内科	2	外科	9	美容外科		臨床検査科	
脳神経内科	1	呼吸器外科		眼科	33	救急科	1
糖尿病内科 (代謝内科)	4	心臓血管外科		耳鼻いんこう科	21	臨床研修医	
血液内科		乳腺外科		小児外科		全科	
皮膚科	26	気管食道外科		産婦人科	21	その他	3
アレルギー科		消化器外科 (胃腸外科)	3	産科		主たる診療科不詳	
リウマチ科		泌尿器科	9	婦人科	3	診療科不詳	7
皮膚科/人口10万	3.6	精神科/人口10万	1.1	眼科/人口10万	4.5	耳鼻科/人口10万	2.9
〃 県内平均	3.6	〃 県内平均	2.5	〃 県内平均	5.4	〃 県内平均	3.1

資料：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

図表 4-1-5-4 医療圏内に位置する紹介受診重点医療機関*一覧（令和5年8月1日時点）

No.	医療機関名	基準 (%)		参考水準 (%)		一般病床数 (床)	備考
		「初診」のうち、 重点外来の割合	「再診」のうち、 重点外来の割合	紹介率	逆紹介率		
1	日本医科大学千葉北総病院	51.1	26.4	46.9	86.1	574	地域医療支援病院
2	東邦大学医療センター佐倉病院	73.1	25.4	83.7	96.6	405	地域医療支援病院
3	聖隷佐倉市民病院	46.0	36.9	38.6	39.0	377	
4	成田赤十字病院	59.7	27.3	62.3	66.2	653	地域医療支援病院
5	国際医療福祉大学成田病院	45.8	28.0	44.0	21.6	573	

資料：令和5年度第1回印旛地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 とりまとめ

(2) 外来医療機能ごとの現況

ア 通院外来医療

一般診療所数は408か所、一般診療所で診療に従事する医師は371人で、外来患者延数に占める診療所の受診割合は71.3%と、全国及び県内平均を下回っています。医療圏内の医療機関からは、精神疾患、認知症及び初期救急に係る外来診療体制について不足感が強い状況です。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、成田市、佐倉市、四街道市において夜間休日急病診療所*が運営されています。また、佐倉市には医療圏内全域を対象とする小児初期急病診療所が併設されています。時間外等外来患者延数に占める診療所の受診割合は87.4%と全国及び県内平均を上回っています。

ウ 在宅医療

在宅医療については、在宅療養支援診療所（令和5年4月1日時点で34か所・うち機能強化型18か所）のほか、地域の診療所・病院により提供されています。

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

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

図表 4-1-5-5 印旛医療圏における外来医療の概況

区分	病院	一般診療所	一般診療所 構成率	構成率の 全国平均	構成率の 千葉県平均
施設数	30	408			
医師数（人）	1,159	371			
外来患者延数（人/年）	1,991,716	4,949,539	71.3%	75.8%	73.8%
通院外来患者延数（人/年）	1,981,100	4,883,078	71.1%	75.6%	73.5%
時間外等外来患者延数（人/年）	31,140	216,688	87.4%	85.0%	85.6%
訪問診療患者延数（人/年）	10,089	59,376	85.5%	87.8%	89.7%

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

図表 4-1-5-6 外来医療機能ごとの過不足感

区分	がん	脳卒中	心血管	糖尿病	精神	認知症	初期救急
不足	21%	19%	21%	19%	37%	37%	37%
充足又は過剰	26%	22%	25%	31%	7%	8%	15%

区分	周産期	小児	在宅	予防接種	健診検診	学校保健	産業保健
不足	20%	32%	32%	13%	15%	23%	18%
充足又は過剰	12%	15%	10%	45%	33%	26%	9%

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

図表 4-1-5-7 夜間休日急病診療所*の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

施設名	所在地	電話	診療科目	診療日	診療時間	
					月～土	休日※1
印旛市郡小児初期急病診療所	佐倉市江原台2-27	043-485-3355	小	月～土	19:00～23:00(受付は22:45まで)	
				休日※1	9:00～17:00(受付は16:45まで) 19:00～23:00(受付は22:45まで)	
佐倉市休日夜間急病診療所	佐倉市江原台2-27	043-239-2020	内	休日※1	19:00～22:00(受付は21:45まで)	
成田市急病診療所	成田市赤坂1-3-1	0476-27-1116	内・小	毎日	19:00～23:00(受付は22:45まで)	
				休日※2	10:00～17:00(受付は16:45まで)	
			外	休日※2	10:00～17:00(受付は16:45まで)	
四街道市休日夜間急病診療所	四街道市鹿渡無番地	043-423-0342	内・外	休日※3	19:00～22:00	

※1 12/29～1/3も診療
 ※2 8/13～8/15及び12/29～1/3も診療
 ※3 12/31～1/3も診療

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

（3）医療機器の共同利用に係る状況

印旛医療圏には計画上の対象機器のうち5種類全てが配置されており、指標においては、MRIが県内平均を下回っており、放射線治療機器を除く4種類の機器が全国平均を下回っています。

機器1台あたりの年間検査数では、MRIとPETが全国平均を下回っており、特にPETについては10分の1以下となっています。

共同利用については、地域医療支援病院である東邦大学医療センター佐倉病院、成田赤十字病院において、CT、MRI、PET、リニアック及びマンモグラフィ等について、広く医療圏内の医療機関からの共同利用を受け入れています。そのほか、15か所の病院、診療所において共同利用を受け入れています。

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

図表 4-1-5-8 医療機器保有状況の概況

機器の種類	指標（調整人口あたり台数） （台）			保有台数 （台）			1台あたり年間検査数 （件）		
	印旛	千葉県	全国	印旛	千葉県	全国	印旛	千葉県	全国
全身用CT	8.8	8.5	11.5	63	527	14,595	1,679	1,977	1,523
全身用MRI	4.7	4.8	5.7	34	297	7,240	1,804	1,981	1,834
PET	0.40	0.35	0.5	3	22	594	58	850	876
放射線治療	0.81	0.64	0.8	6	40	1,044	2,834	3,563	2,762
マンモグラフィ	3.0	2.9	3.4	22	180	4,261	578	669	543

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

6 医師の確保の現状

医師全体についての医師偏在指標は、全国330医療圏中128位の210.3であり、医師多数区域、医師少数区域のどちらでもない区域とされています。

圏域内には、医育機関である国際医療福祉大学医学部が立地しているほか、令和5年4月現在、基幹型臨床研修病院*が5施設、専門研修基幹施設*が5施設立地しています。また、令和2年3月には、国際医療福祉大学成田病院が開設されました。

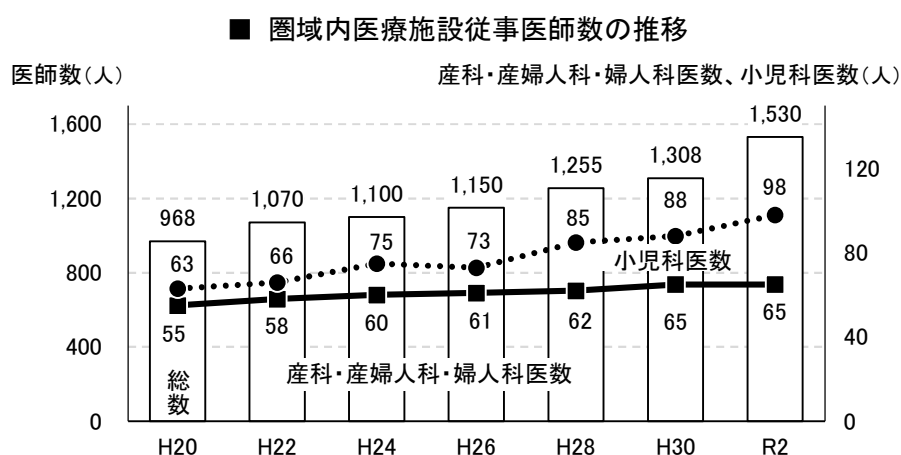
図表 4-1-6-1 医師偏在指標、区域の分類及び目標医師数、偏在対策基準医師数（印旛保健医療圏）

	医師偏在指標	順位	区域の分類	目標医師数 又は偏在対策 基準医師数	現状の 医師数
医師全体	210.3	128位/330	(どちらでもない)	1,537人	1,530人
分娩取扱 医師	11.57	72位/258	(相対的少数でない)	28.8人	50人
小児科	106.8	151位/303	(相対的少数でない)	74.7人	98人

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

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

図表 4-1-6-2 二次保健医療圏の概況（印旛保健医療圏）



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

■ 圏域内の医育機関、研修施設等（令和5年4月現在）

医育機関	基幹型臨床研修病院* （令和5年度研修開始者募集定員）	専門研修基幹施設* （令和5年度研修開始者募集定員）
国際医療福祉大学医学部 （成田市）	5 病院（94 名）	5 施設（201 名）

施設名	所在地	基幹型臨床 研修病院*	専門研修 基幹施設*	キャリア 形成支援 機関*
成田赤十字病院	成田市	20	14	○
国際医療福祉大学成田病院	成田市	40	79	○
東邦大学医療センター佐倉病院	佐倉市	19	59	○
聖隷佐倉市民病院	佐倉市	4		
日本医科大学千葉北総病院	印西市	11	46	○
下志津病院	四街道市		3	

（施設名は順不同。数字は令和5年度研修開始者に係る募集定員数。）

7 主な医療・介護資源の現状

	項目	単位	実数	人口 10万対	県平均 人口10万対	時点
1	病院数	施設	30	4.2	4.6	R4. 10. 1
2	診療所数	施設	413	57.6	62.8	R4. 10. 1
3	歯科診療所数	施設	341	47.6	51.6	R4. 10. 1
4	薬局数	施設	302	41.6	41.0	R4. 3. 31
5	訪問看護ステーション数	施設	59	8.2	9.8	R5. 6. 1
6	在宅療養支援診療所数	施設	37	5.1	6.7	R5. 10. 1
7	在宅療養支援病院数	施設	6	0.8	0.9	R5. 10. 1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	2	0.3	0.3	R5. 10. 1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	31	4.3	4.9	R5. 10. 1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	259	36.0	36.3	R5. 10. 1
11	地域包括ケア病棟入院料/ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	207	28.8	36.0	R5. 10. 1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	554	77.1	73.9	R5. 10. 1
13	一般病床数（病院）	床	4,792	668.5	582.6	R4. 10. 1
14	一般病床数（診療所）	床	265	37.0	30.5	R4. 10. 1
15	一般病床・病床利用率（病院）	%	68.2		68.7	R4. 10. 1
16	一般病床・平均在院日数（病院）	日	16.7		15.8	R4. 10. 1
17	療養病床数（病院）	床	1,479	206.3	173.3	R4. 10. 1
18	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	1.0	R4. 10. 1
19	療養病床・病床利用率（病院）	%	91.4		85.6	R4（年間）
20	療養病床・平均在院日数（病院）	日	188.9		151.2	R4（年間）
21	医療施設従事医師数	人	1,530	213.0	205.8	R2. 12. 31
22	医療施設従事歯科医師数	人	439	61.1	81.5	R2. 12. 31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	1,360	189.3	193.4	R2. 12. 31
24	就業看護職員数	人	7,074	984.2	972.5	R2. 12. 31
25	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	135	18.8	19.8	R2. 10. 1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	526	73.2	81.4	R2. 10. 1
27	医療施設従事理学療法士数	人	525	73.1	79.1	R2. 10. 1
28	医療施設従事作業療法士数	人	189	26.3	30.5	R2. 10. 1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	66	9.2	10.7	R2. 10. 1
30	介護老人福祉施設数	施設	57	7.9	7.2	R5. 10. 1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	3,667	510.3	456.5	R5. 10. 1
32	介護老人保健施設数	施設	19	2.6	2.5	R5. 10. 1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	1,946	270.8	246	R5. 10. 1

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

4 「令和3年度薬務行政概要」（千葉県）

5、30～33 千葉県高齢者福祉課調べ

6～12 「届出受理医療機関名簿」（関東信越厚生局）

15、16、19、20 「令和4年病院報告」（厚生労働省）

21～23 「令和2年千葉県衛生統計年報」（千葉県）

24 「令和2年度千葉県看護の現況」（千葉県）

25～29 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

《参考》

主な医療・介護資源の現状（65歳以上人口10万対・75歳以上人口10万対）

	項目	単位	実数	65歳以上人口10万対		75歳以上人口10万対	
				圏域	県平均	圏域	県平均
1	病院数	施設	30	14.3	16.7	29.9	32.2
2	診療所数	施設	413	197.3	227.0	411.5	437.3
3	歯科診療所数	施設	341	162.9	186.8	339.7	359.8
4	薬局数	施設	302	144.3	149.0	300.9	287.1
5	訪問看護ステーション数	施設	59	28.0	35.5	55.0	65.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	37	17.5	24.3	34.5	44.5
7	在宅療養支援病院数	施設	6	2.8	3.2	5.6	5.8
8	在宅療養後方支援病院数	施設	2	0.9	1.0	1.9	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	31	14.7	17.8	28.9	32.6
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	259	122.7	131.0	241.6	239.9
11	地域包括ケア病棟入院料／ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	207	110.1	138.5	193.1	238.2
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	554	294.6	284.4	516.8	488.9
13	一般病床数（病院）	床	4,792	2,289.1	2,107.1	4,774.2	4,058.8
14	一般病床数（診療所）	床	265	126.6	110.4	264.0	212.7
15	療養病床数（病院）	床	1,479	706.5	626.9	1,473.5	1,207.6
16	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	3.7	0.0	7.1
17	医療施設従事医師数	人	1,530	744.0	751.2	1,613.5	1,494.0
18	医療施設従事歯科医師数	人	439	213.5	297.4	462.9	591.4
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	1,360	661.3	705.9	1,434.2	1,403.8
20	就業看護職員数	人	7,074	3,439.9	3,549.9	7,459.9	7,059.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	135	66.1	73.3	142.1	145.0
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	526	257.9	301.0	554.8	595.2
23	医療施設従事理学療法士数	人	525	257.6	292.5	554.0	578.4
24	医療施設従事作業療法士数	人	189	92.5	112.9	199.0	223.3
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	66	32.6	39.4	70.1	77.9
26	介護老人福祉施設数	施設	57	27.0	25.8	53.2	47.3
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	3,667	1,737.4	1,648.1	3,420.9	3,018.2
28	介護老人保健施設数	施設	19	9.0	9.0	17.7	16.5
29	介護老人保健施設入所定員数	人	1,946	922.0	887	1,815.4	1,625

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

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

《参考》

全国の主な医療・介護資源の現状

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

第2節 印旛保健医療圏における施策の方向性

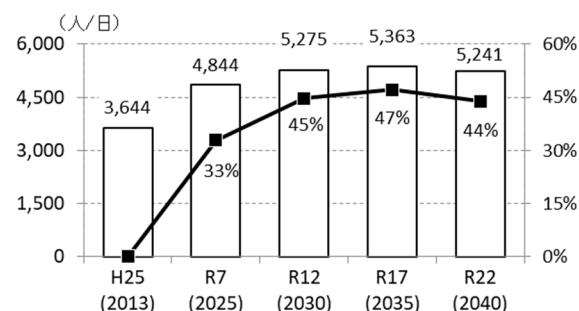
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

(1) 区域内に住所を有する入院患者数の推移

一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度から令和7年にかけて33%・1,200人/日の増加が見込まれます。

その後、令和17年にピークを迎え、47%・1,719人/日に増加すると見込まれます。

図表 4-2-1-1 入院患者数の推移と変化率（印旛）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(2) 4機能別の医療提供体制

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

図表 4-2-1-2 4機能別の医療提供体制（印旛）

(単位：床)

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

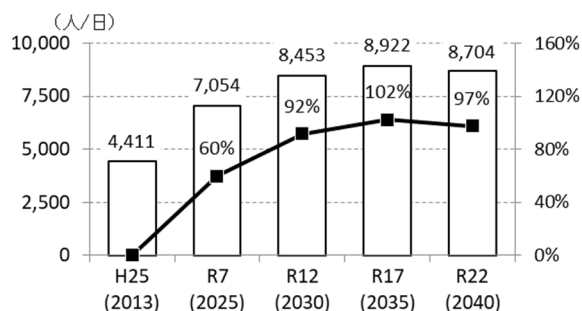
「休棟等」：非稼働、健診のための病棟などの外、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

(3) 在宅医療等需要の推移

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から令和7年にかけて60%・2,643人/日の増加が見込まれます。

令和17年にはピークを迎え102%・4,511人/日の増加が見込まれます。

図表 4-2-1-3 在宅医療等需要推移と変化率（印旛）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(4) 実現に向けた施策の方向性

ア 医療機関の役割分担の促進

- 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。
- 地域の実情を踏まえ、急性期*から回復期*、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、不足が見込まれる病床の確保を図ります。調整会議においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供等の支援を行い、丁寧な調整を図ります。

イ 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

ウ 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

(1) 外来医療機能ごとの対応方針

ア 通院外来医療

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

また、紹介受診重点医療機関のとりまとめ等を通じて、医療機関の役割分担

の明確化・連携を促進します。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、地域の医療機関からの不足感改善を図るため、医療圏内で運営されている夜間休日急病診療所*等の診療体制について、維持・充実を図ることが重要です。

ウ 在宅医療

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

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

公衆衛生機能については、比較的不足感の強い産業医等の充実だけでなく、現状では一定の充足感がある項目も含め、現在機能を担っている医師の負担状況も考慮しながら供給体制を維持していくことが重要です。

（２）医療機器の共同利用方針

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

図表 4-2-2-1 医療機器ごとの共同利用方針

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

3 医師の確保の方針（医師全体）

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

第3節 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、東邦大学医療センター佐倉病院及び日本医科大学千葉北総病院の3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及び成田赤十字病院が、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、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との連携を図ります。

- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、日本医科大学千葉北総病院が中心となり、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。
- この地域の65歳以上人口10万人当たり訪問診療実施診療所・病院数や訪問看

護ステーション数は千葉県平均と比べ少なく、今後も在宅医療等の需要が増加すると見込まれます。

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

- 感染症については、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、第一種感染症指定病床は国際医療福祉大学成田病院にも2床整備しています。また、エイズ治療拠点病院*として、成田赤十字病院を指定しています。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。

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*の連携を行っています。
- 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、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、東邦大学医療センター佐倉病院及び国際医療福祉大学成田病院（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）*及び災害派遣精神医療チーム（DPAT）の体制整備を推進します。

○ 精神科救急医療体制

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

4 外来医療に係る医療提供体制の確保

○ 紹介受診重点医療機関等の制度概要のほか、外来受診の流れについて、県ホームページ等を活用して医療関係者や県民等へ周知を図り、外来機能の明確化・連携を一層促進します。

○ 外来医療機能毎の過不足感を明らかにすることで、新規開業者又は新規開業者以外の者が地域で不足する医療機能を担うよう検討することを促します。

○ 医療機器の配置状況や稼働状況のほか、共同利用の受入状況等について地域の協議の場等で共有するとともに、新たに対象医療機器を購入する医療機関に対して共同利用計画書の提出を求める等、医療機器の共同利用の更なる促進を図り、限りある医療資源の効率的な利活用を推進します。

5 医師の確保（医師全体）

（1）医師数の増加

ア 県内関係者と連携した取組の推進

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

イ 地域医療に従事する医師の養成・確保

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

県内大学医学部における恒久的な入学定員 240名

臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む）34名（令和6年度）

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

※医師の確保を特に図るべき区域等

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

- 県内の専門研修基幹施設*等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先となる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等は、修学資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。
- 関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医科大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。

ウ 研修環境の充実等による若手医師の確保

- 県内の医療関係団体、大学、臨床研修病院*等は協働し、県内で臨床研修・専門研修*を受ける医師の確保や、修了後の県内就業を促進するための取組、県内医療従事者への医療技術研修の提供や情報発信等を推進します。県は、その協働の場として、地域医療介護総合確保基金を活用して「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を設置・運営します。
- 臨床研修制度*については、令和2年度から臨床研修病院*の指定や定員設定の権限が都道府県へ移譲されています。県は、県内に医学部を設置する大学・臨床研修病院*等と連携し、県内における研修の質の担保に取り組むとともに、移譲された権限を活用することで臨床研修医*の確保・定着につなげ、医師の確保を図ります。
- 専門医制度*の運用により、必要な診療分野の医師が県内で養成・確保されるよう、また、県内の医師の地域偏在及び診療科偏在が助長されるなど、地域医療に支障が生ずることのないよう、県内の医療関係団体や大学、基幹施

設、市町村等と、地域医療対策協議会*において必要な情報共有や専門研修プログラムについての確認、協議を行います。

- 千葉大学医学部に寄附講座を設置し、地域で診療する能力につながる多彩な講義や実習を行うとともに、地域医療を担う医療機関で若手医師や医学部生を指導する医師に対し、指導力を向上させるための教育を行います。
- 県内医療機関、関係団体等と連携し、将来的に医療需要の減少が見込まれる地域にあっても、限られた医療人材で幅広い疾患に対応できるよう、総合診療科の専門研修基幹施設*による連携を推進するなど、総合診療専門医*をはじめとして地域医療に必要な、幅広い疾患を包括的・協調的・継続的に診療できる能力を持った医師の養成・確保に努めます。

(2) 医師の働き方改革の推進

ア 就労環境の向上と復職支援

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

イ タスク・シフト/シェア*等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応

- 市町村、県内医療機関、関係団体は協力し、医療機関の役割分担の明確化や、地域における効率的な医療提供体制の整備が促進されるよう協議を行い、取組を進めることで、病院勤務医や規模の大きな病院に集中しがちな負担を軽減するよう努めます。
- 県内医療機関は、チーム医療やタスク・シフト/シェア*の推進に努めます。県は、医師の労働時間短縮等に関する指針も踏まえ、労働局等の関係機関とも連携しつつ、医療従事作業補助者の確保や、タスク・シフト/シェア*の推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、県内医療機関の取組を支援します。周産期や救急医療分野等、特に医師確保の厳しい診療科や24時間の応需体制が求められる診療分野、又、地域において拠点的な役割を果たす医療機関等については、特にその取組を推進します。

- 医師の時間外労働の上限規制の水準について、地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する指定を受けた医療機関について、時短計画や健康確保措置の適切な実施のため、必要に応じて勤務環境改善センター等による支援を行います。また、今後、新たに適用を希望する医療機関があった場合は、円滑に指定申請ができるよう、支援します。

(3) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

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

(4) 産科及び小児科についての医師の確保

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

組む必要があります。

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

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

そのため、各二次保健医療圏における産科及び小児科に係る医師確保の方針及び医師の確保に関する施策については、千葉県（県全体）における方針及び施策と同一のものとします。

6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保

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

7 循環型地域医療連携システム

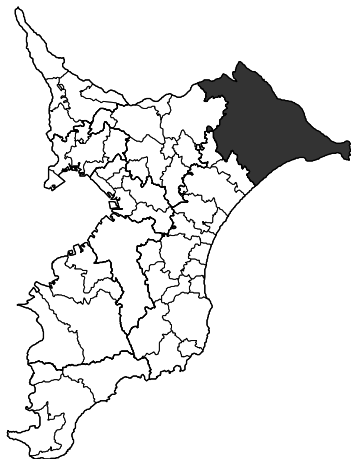
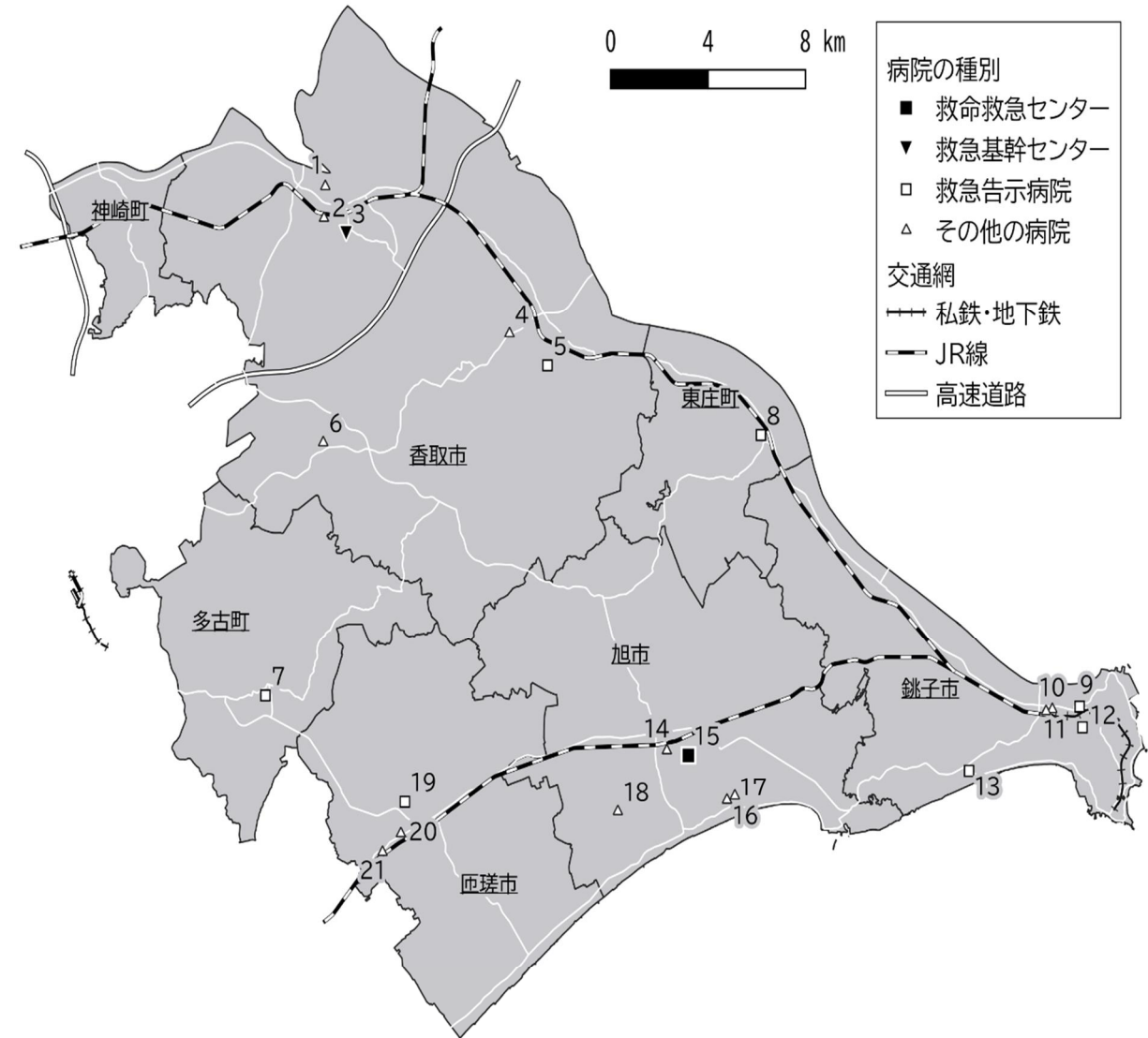
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、本冊「第5章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

また、関係機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryoku_h30list.html

第5章 香取海匠保健医療圏



- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1 △ イムス佐原リハビリテーション病院 | 12 □ 銚子市立病院 |
| 2 △ 山野病院 | 13 □ たむら記念病院 |
| 3 ▼ 千葉県立佐原病院 | 14 △ 田辺病院 |
| 4 △ 本多病院 | 15 ■ 総合病院国保旭中央病院 |
| 5 □ 香取おみがわ医療センター | 16 △ 海上寮療養所 |
| 6 △ 栗源病院 | 17 △ 重症心身障害児施設聖母療育園 |
| 7 □ 国保多古中央病院 | 18 △ 京友会病院 |
| 8 □ 東庄病院 | 19 □ 匠瑳市民病院 |
| 9 □ 島田総合病院 | 20 △ 藤田病院 |
| 10 △ 兒玉病院 | 21 △ 九十九里ホーム病院 |
| 11 △ 内田病院 | |

令和5年10月17日現在の開設許可等の状況に基づき作成

第1節 圏域の現状

1 基本的事項

		圏域	全県	
構成市町村数		4市3町	37市16町1村	
面積 (対全県比)		717.46km ² (13.9%)	5156.74km ²	
人口 (人)	総人口 (対全県比)	262,351 (4.2%)	6,284,480	
	構成等	0～14歳	24,750	734,496
		15～64歳	141,938	3,715,691
		65歳～	93,431	1,699,991
		高齢化率	35.9%	27.6%
		75歳以上	47,428	859,767
		75歳以上の割合	18.2%	14.0%

資料：全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院、令和5年4月1日現在）

国勢調査（総務省、令和2年10月1日現在）

注：高齢化率、75歳以上の割合は、年齢不詳を除く総人口に占める割合

2 人口動態等

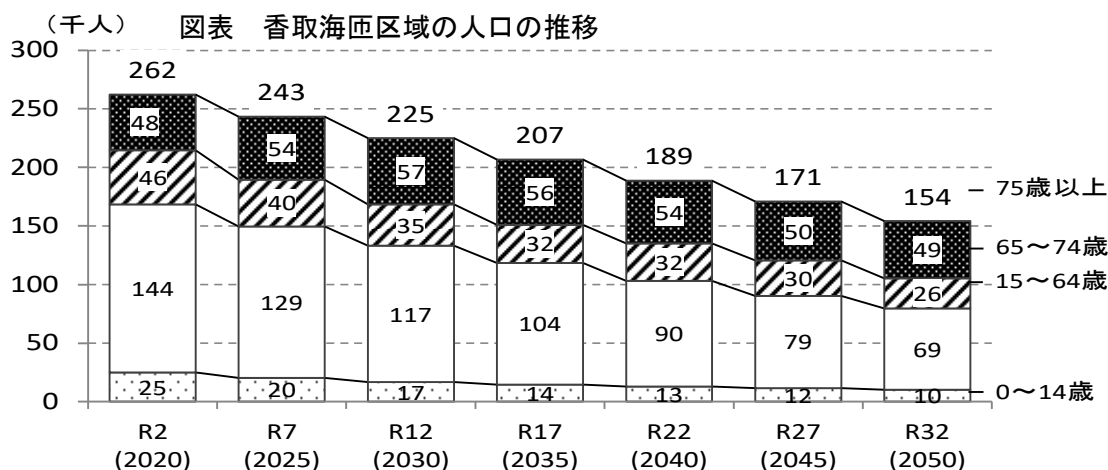
(1) 人口動態

	圏域（人）	全県（人）
出生数（人口千対）	983（3.9）	36,966（5.9）
死亡数（人口千対）	4,474（17.6）	72,258（11.5）
乳児死亡数（出生千対）	0（0.0）	69（1.9）
死産数（出産千対）	30（29.6）	753（20.0）
周産期死亡数（出産千対）	3（3.0）	120（3.2）

資料：動態発生数—令和4年人口動態統計（厚生労働省）

人口—毎月常住人口調査月報（千葉県、令和4年10月1日現在）

(2) 人口の推移、将来推計人口



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

総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、令和2年から令和7年にかけて19%・9千人増加すると見込まれます。

3 疾病状況（主な死因別死亡数）

	圏域（人）		全県（人）	
	実数	人口10万対	実数	人口10万対
悪性新生物	979	379.6	17,808	283.7
心疾患	776	300.9	10,167	161.9
肺炎	269	104.3	3,636	57.9
脳血管疾患	353	136.9	4,667	74.3

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

4 患者動向

圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の所在地（医療圏別）	
香取海匝保健医療圏	75.6%	香取海匝保健医療圏	81.0%
印旛保健医療圏	10.5%	県外	9.0%
県外	7.5%	山武長生夷隅保健医療圏	5.9%
千葉保健医療圏	3.1%	印旛保健医療圏	2.5%
その他	3.3%	その他	1.6%

資料：平成29年度患者調査の特別集計結果（厚生労働省作成）を元に集計。

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

5 外来医療の現状

(1) 地域における外来医療の概況

香取海匠医療圏の外来医師偏在指標は全国330医療圏中290位・県内9医療圏中6位であり、診療所における外来医療のニーズに対して、診療所医師が少ない地域です。

県外との間に流出入があるほか、山武長生夷隅医療圏からは流入、印旛医療圏へは流出がありますが、外来患者数全体では、流出、流入がほぼ均衡しています。

一般診療所に勤務する医師について主たる診療科別に見ると、一般的な疾病の診療に当たる診療科のうち、他の診療科では代替が難しいと考えられる皮膚科、精神科、眼科、耳鼻科について、精神科、眼科、耳鼻科の人口10万人あたり医師数は県内平均と同程度ですが、皮膚科は県内平均の2分の1以下と少ない状況です。

医療圏内には紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関*が1施設立地しています（令和5年8月1日現在）。

図表 5-1-5-1 外来医師偏在指標等の状況

香取海匠保健医療圏	
圏域内人口	268千人
外来医師偏在指標	77.9
偏在指標全国平均値	112.2
偏在指標全国順位(330圏域)	290位
偏在指標県内平均値	88.6
偏在指標県内順位(9圏域)	6位

図表 5-1-5-2 香取海匠医療圏の外来医療に係る流出入状況

【医療圏内の居住地ベース推計外来患者数：13.2千人/日】

(単位：千人)

流出入先圏域	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匠	山武長生 夷隅	安房	君津	市原	県外	計
圏域内への流入	0.0	0.0	0.0	0.2	—	0.7	0.0	0.0	0.0	0.6	1.6
圏域外への流出	0.2	0.1	0.0	0.5	—	0.1	0.0	0.0	0.0	0.5	1.5
差引	▲ 0.2	▲ 0.1	▲ 0.0	▲ 0.3	—	0.6	▲ 0.0	▲ 0.0	▲ 0.0	0.1	0.1

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

※端数を切り捨て処理しているため、圏域の和と計が一致しないことがあります。

図表 5-1-5-3 主たる診療科別の一般診療所従事医師数

(単位：人)

内科	62	感染症内科		肛門外科	1	リハビリテーション科	
呼吸器内科		小児科	7	脳神経外科	3	放射線科	
循環器内科	1	精神科	6	整形外科	10	麻酔科	2
消化器内科 (胃腸内科)	2	心療内科		形成外科		病理診断科	
腎臓内科		外科	7	美容外科		臨床検査科	
脳神経内科		呼吸器外科		眼科	15	救急科	
糖尿病内科 (代謝内科)		心臓血管外科	1	耳鼻いんこう科	9	臨床研修医	
血液内科		乳腺外科		小児外科		全科	
皮膚科	4	気管食道外科		産婦人科	3	その他	2
アレルギー科		消化器外科 (胃腸外科)	1	産科		主たる診療科不詳	
リウマチ科		泌尿器科	7	婦人科	2	診療科不詳	3
皮膚科/人口10万	1.5	精神科/人口10万	2.2	眼科/人口10万	5.6	耳鼻科/人口10万	3.4
〃 県内平均	3.6	〃 県内平均	2.5	〃 県内平均	5.4	〃 県内平均	3.1

資料：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」(厚生労働省)

図表 5-1-5-4 医療圏内に位置する紹介受診重点医療機関*一覧(令和5年8月1日時点)

No.	医療機関名	基準 (%)		参考水準 (%)		一般病床数(床)	備考
		「初診」のうち、 重点外来の割合	「再診」のうち、 重点外来の割合	紹介率	逆紹介率		
1	総合病院国保旭中央病院	50.3	34.0	58.9	76.0	763	地域医療支援病院

資料：令和5年度第1回香取海浜地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 とりまとめ

(2) 外来医療機能ごとの現況

ア 通院外来医療

一般診療所数は161か所、一般診療所で診療に従事する医師は148人で、外来患者延数に占める診療所の受診割合は63.6%であり、全国及び県内平均を10ポイント程度下回っていることから、他の医療圏と比較すると、外来診療における病院の役割が大きい地域と思われます。医療圏内の医療機関からの不足感が強い診療機能は、強い順に初期救急、小児医療、認知症、在宅医療となっています。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、旭匠瑳医師会、銚子市医師会において、在宅当番医制*が運営されています。時間外等外来患者延数に占める診療所の受診割合は69.2%と、全国及び県内平均と比較して約15%下回っています。

ウ 在宅医療

在宅医療については、在宅療養支援診療所（令和5年4月1日時点で16か所・うち機能強化型3か所）のほか、地域の診療所・病院により提供されています。

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

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

図表 5-1-5-5 香取海匠医療圏における外来医療の概況

区分	病院	一般診療所	一般診療所 構成率	構成率の 全国平均	構成率の 千葉県平均
施設数	21	161			
医師数(人)	384	148			
外来患者延数(人/年)	1,186,872	2,072,326	63.6%	75.8%	73.8%
通院外来患者延数(人/年)	1,184,533	2,065,029	63.5%	75.6%	73.5%
時間外等外来患者延数(人/年)	34,496	77,567	69.2%	85.0%	85.6%
訪問診療患者延数(人/年)	1,991	5,311	72.7%	87.8%	89.7%

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

図表 5-1-5-6 外来医療機能ごとの過不足感

区分	がん	脳卒中	心血管	糖尿病	精神	認知症	初期救急
不足	36%	35%	27%	35%	48%	50%	56%
充足又は過剰	19%	18%	29%	24%	6%	10%	8%

区分	周産期	小児	在宅	予防接種	健診検診	学校保健	産業保健
不足	48%	56%	50%	22%	19%	25%	25%
充足又は過剰	6%	6%	6%	38%	30%	23%	7%

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

図表 5-1-5-7 在宅当番医制*の実施状況

令和5年4月1日現在

地区医師会名	診療科目	休日診療時間
銚子市医師会	内、外、小	9:00～17:00
旭叵瑳医師会	内、外、小	24時間

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

(3) 医療機器の共同利用に係る状況

香取海匠医療圏には計画上の対象機器のうち5種類全てが配置されており、指標においてはCT、MRI及びPETについて県内平均よりも低く、マンモグラフィは県平均と全国平均の中間、放射線治療機器は全国平均を上回っています。

機器1台あたりの年間検査数では、マンモグラフィについては全国平均及び千葉県平均を下回っていますが、CT、MRI、PET及び放射線治療機器についてはいずれも全国平均を上回り、特にPETは全国及び県内平均を大きく上回っています。

共同利用については、地域医療支援病院である総合病院国保旭中央病院において、CT、MRI、PET、リニアック及びマンモグラフィ等について、広く医療圏内の医療機関からの共同利用を受け入れています。そのほか、11か所の病院において共同利用を受け入れています。

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

図表 5-1-5-8 医療機器保有状況の概況

機器の種類	指標(調整人口あたり台数) (台)			保有台数 (台)			1台あたり年間検査数 (件)		
	香取海匠	千葉県	全国	香取海匠	千葉県	全国	香取海匠	千葉県	全国
全身用CT	8.4	8.5	11.5	24	527	14,595	2,043	1,977	1,523
全身用MRI	4.7	4.8	5.7	16	297	7,240	2,083	1,981	1,834
PET	0.32	0.35	0.5	1	22	594	1,217	850	876
放射線治療	0.94	0.64	0.8	3	40	1,044	4,095	3,563	2,762
マンモグラフィ	3.0	2.9	3.4	8	180	4,261	358	669	543

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

6 医師の確保の現状

医師全体についての医師偏在指標は、全国330医療圏中175位の196.4であり、医師多数区域、医師少数区域のどちらでもない区域とされています。

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

図表 5-1-6-1 医師偏在指標、区域の分類及び目標医師数、偏在対策基準医師数（香取海匠保健医療圏）

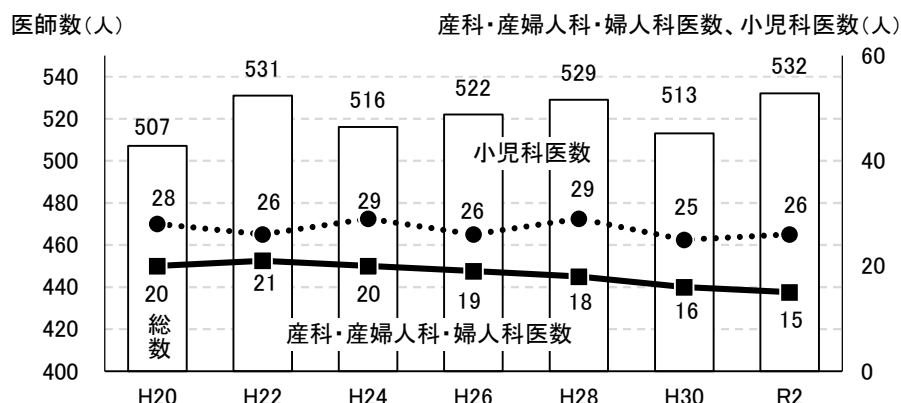
	医師偏在指標	順位	区域の分類	目標医師数 又は偏在対策 基準医師数	現状の 医師数
医師全体	196.4	175 位／330	(どちらでもない)	535 人	532 人
分娩取扱 医師	6.13	232 位／258	相対的医師少数区域	11.1 人	11 人
小児科	111.8	127 位／303	(相対的少数でない)	18.5 人	26 人

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

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

図表 5-1-6-2 二次保健医療圏の概況（香取海匠保健医療圏）

■ 圏域内医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

■ 圏域内の医育機関、研修施設等（令和 5 年 4 月現在）

医育機関	基幹型臨床研修病院* (令和 5 年度研修開始者募集定員)	専門研修基幹施設* (令和 5 年度研修開始者募集定員)
なし	1 病院 (30 名)	1 施設 (54 名)

施設名	所在地	基幹型臨床 研修病院*	専門研修 基幹施設	キャリア 形成支援 機関*
旭中央病院	旭市	30	54	○

(数字は令和 5 年度研修開始者に係る募集定員数。)

7 主な医療・介護資源の現状

	項目	単位	実数	人口 10万対	県平均 人口10万対	時点
1	病院数	施設	21	8.3	4.6	R4.10.1
2	診療所数	施設	156	61.5	62.8	R4.10.1
3	歯科診療所数	施設	143	56.4	51.6	R4.10.1
4	薬局数	施設	135	51.7	41.0	R4.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	25	10.0	9.8	R5.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	16	6.4	6.7	R5.10.1
7	在宅療養支援病院数	施設	3	1.2	0.9	R5.10.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.3	R5.10.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	8	3.2	4.9	R5.10.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	112	44.9	36.3	R5.10.1
11	地域包括ケア病棟入院料/ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	143	57.4	36.0	R5.10.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	177	71.0	73.9	R5.10.1
13	一般病床数（病院）	床	1,861	733.6	582.6	R4.10.1
14	一般病床数（診療所）	床	58	22.9	30.5	R4.10.1
15	一般病床・病床利用率（病院）	%	66.0		68.7	R4.10.1
16	一般病床・平均在院日数（病院）	日	15.2		15.8	R4.10.1
17	療養病床数（病院）	床	839	330.7	173.3	R4.10.1
18	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	1.0	R4.10.1
19	療養病床・病床利用率（病院）	%	82.2		85.6	R4（年間）
20	療養病床・平均在院日数（病院）	日	149.9		151.2	R4（年間）
21	医療施設従事医師数	人	532	202.8	205.8	R2.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	194	73.9	81.5	R2.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	426	162.4	193.4	R2.12.31
24	就業看護職員数	人	3,323	1,270.5	972.5	R2.12.31
25	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	61	23.3	19.8	R2.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	134	50.9	81.4	R2.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	233	89.0	79.1	R2.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	94	35.8	30.5	R2.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	29	11.1	10.7	R2.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	25	10.0	7.2	R5.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,674	671.6	456.5	R5.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	11	4.4	2.5	R5.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	1,004	402.8	246	R5.10.1

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

4 「令和3年度薬務行政概要」（千葉県）

5、30～33 千葉県高齢者福祉課調べ

6～12 「届出受理医療機関名簿」（関東信越厚生局）

15、16、19、20 「令和4年病院報告」（厚生労働省）

21～23 「令和2年千葉県衛生統計年報」（千葉県）

24 「令和2年度千葉県看護の現況」（千葉県）

25～29 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

《参考》

主な医療・介護資源の現状（65歳以上人口10万対・75歳以上人口10万対）

	項目	単位	実数	65歳以上人口10万対		75歳以上人口10万対	
				圏域	県平均	圏域	県平均
1	病院数	施設	21	22.2	16.7	43.5	32.2
2	診療所数	施設	156	164.6	227.0	322.9	437.3
3	歯科診療所数	施設	143	150.9	186.8	296.0	359.8
4	薬局数	施設	135	142.4	149.0	279.4	287.1
5	訪問看護ステーション数	施設	25	26.5	35.5	50.2	65.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	16	16.9	24.3	32.1	44.5
7	在宅療養支援病院数	施設	3	3.2	3.2	6.0	5.8
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	1.0	0.0	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	8	8.5	17.8	16.1	32.6
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	112	118.6	131.0	224.8	239.9
11	地域包括ケア病棟入院料／ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	143	155.6	138.5	287.0	238.2
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	177	192.6	284.4	355.2	488.9
13	一般病床数（病院）	床	1,861	1,963.3	2,107.1	3,852.2	4,058.8
14	一般病床数（診療所）	床	58	61.2	110.4	120.1	212.7
15	療養病床数（病院）	床	839	885.1	626.9	1,736.7	1,207.6
16	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	3.7	0.0	7.1
17	医療施設従事医師数	人	532	562.7	751.2	1,119.7	1,494.0
18	医療施設従事歯科医師数	人	194	205.2	297.4	408.3	591.4
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	426	450.6	705.9	896.6	1,403.8
20	就業看護職員数	人	3,323	3,514.6	3,549.9	6,993.9	7,059.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	61	65.4	73.3	128.8	145.0
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	134	142.9	301.0	281.5	595.2
23	医療施設従事理学療法士数	人	233	249.8	292.5	492.1	578.4
24	医療施設従事作業療法士数	人	94	100.6	112.9	198.2	223.3
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	29	31.0	39.4	61.1	77.9
26	介護老人福祉施設数	施設	25	26.5	25.8	50.2	47.3
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,674	1,772.7	1,648.1	3,359.5	3,018.2
28	介護老人保健施設数	施設	11	11.6	9.0	22.1	16.5
29	介護老人保健施設入所定員数	人	1,004	1,063.2	887	2,014.9	1,625

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

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

《参考》

全国の主な医療・介護資源の現状

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

第2節 香取海匠保健医療圏における施策の方向性

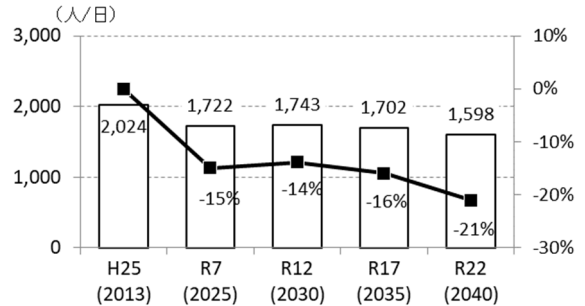
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

(1) 区域内に住所を有する入院患者数の推移

一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度から令和7年にかけて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、令和22年までに21%・426人/日の減少が見込まれます。

図表 5-2-1-1 入院患者数の推移と変化率（香取海匠）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

(2) 4機能別の医療提供体制

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

図表 5-2-1-2 4機能別の医療提供体制（香取海匠）

(単位：床)

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

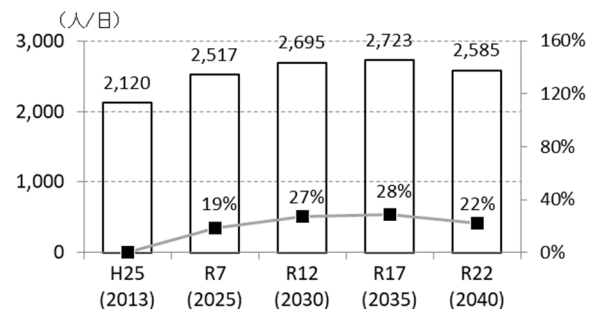
「休棟等」：非稼働、健診のための病棟などの外、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

(3) 在宅医療等需要の推移

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から令和7年にかけて19%・397人/日の増加が見込まれます。

令和17年にはピークを迎え、28%・603人/日の増加が見込まれます。

図表 5-2-1-3 在宅医療等需要推移と変化率（香取海匠）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

(4) 実現に向けた施策の方向性

ア 医療機関の役割分担の促進

- 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。
- 地域の実情を踏まえ、急性期*から回復期*、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、不足が見込まれる病床の確保を図ります。調整会議においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供等の支援を行い、丁寧な調整を図ります。

イ 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

ウ 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます

2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

(1) 外来医療機能ごとの対応方針

ア 通院外来医療

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

また、紹介受診重点医療機関のとりまとめ等を通じて、医療機関の役割分担の明確化・連携を促進します。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、地域の医療機関からの不足感改善を図るため、

医療圏内で運営されている在宅当番医制*等の診療体制について、維持・充実を図ることが重要です。

ウ 在宅医療

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

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

公衆衛生機能については、比較的不足感の強い産業医等の充実だけでなく、現状では一定の充足感がある項目も含め、現在機能を担っている医師の負担状況も考慮しながら供給体制を維持していくことが重要です。

（２）医療機器の共同利用方針

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

図表 5-2-2-1 医療機器ごとの共同利用方針

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

資料（機器保有状況の把握）：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査

3 医師の確保の方針（医師全体）

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

第3節 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、連携を図ります。
- 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。
- この地域の65歳以上人口10万人当たり訪問診療実施診療所・病院数や訪問看護ステーション数は千葉県平均と比べ上回っていますが、今後も在宅医療等の需要が増加すると見込まれます。
そのため、在宅医療の拡充を引き続き促進するとともに、在宅医療に必要な連携を担う市町と連携し、在宅医療の体制整備を進めます。
- 感染症については、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*の連携を行っています。
- 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、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）*及び災害派遣精神医療チーム（DPAT）の体制整備を推進します。

○ 精神科救急医療体制

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

4 外来医療に係る医療提供体制の確保

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

5 医師の確保（医師全体）

（1）医師数の増加

ア 県内関係者と連携した取組の推進

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

イ 地域医療に従事する医師の養成・確保

- 自治医科大学に学生を送り、地域医療に従事する医師の養成・確保を図ります。

令和5年度在学学生	15名
令和6年度入学定員（千葉県分）	〇名
- 県内外の関係大学と連携して医学部入学定員数を臨時的に増員します。関係大学は、一般の入試とは別枠で地域医療に意欲のある学生を対象とした入学者選抜を行い、入学後も、地域医療に関する教育を行うなど、卒業後、

千葉県内の地域医療への従事が促進されるよう取り組みます。また、県は、当該学生やその他の地域医療に意欲のある学生を対象に、県内での一定期間の就業を条件に返還が免除される修学資金の貸付けを行うことで、千葉県で地域医療に従事する医師の増加を図ります。

県内大学医学部における恒久的な入学定員 240名

臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む）34名（令和6年度）

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

※医師の確保を特に図るべき区域等

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

- 県内の専門研修基幹施設*等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先となる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等は、修学資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。
- 関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医

療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医科大学大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。

- 医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関へ医師派遣を行う医療機関を対象に支援を行うことで、修学資金受給医師の受入体制の強化を含め当該地域の医師の確保を図ります。

ウ 研修環境の充実等による若手医師の確保

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

(2) 医師の働き方改革の推進

ア 就労環境の向上と復職支援

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

イ タスク・シフト／シェア*等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応

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

(3) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

- 市町村及び県内医療関係者と連携し、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医の定着に努めるとともに、適切な受療行動についての理解を促します。県民は、医療を適切に受けるよう努めます。

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

(4) 産科及び小児科についての医師の確保

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

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

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

そのため、各二次保健医療圏における産科及び小児科に係る医師確保の方針及び医師の確保に関する施策については、千葉県（県全体）における方針及び施策と同一のものとします。

6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保

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

7 循環型地域医療連携システム

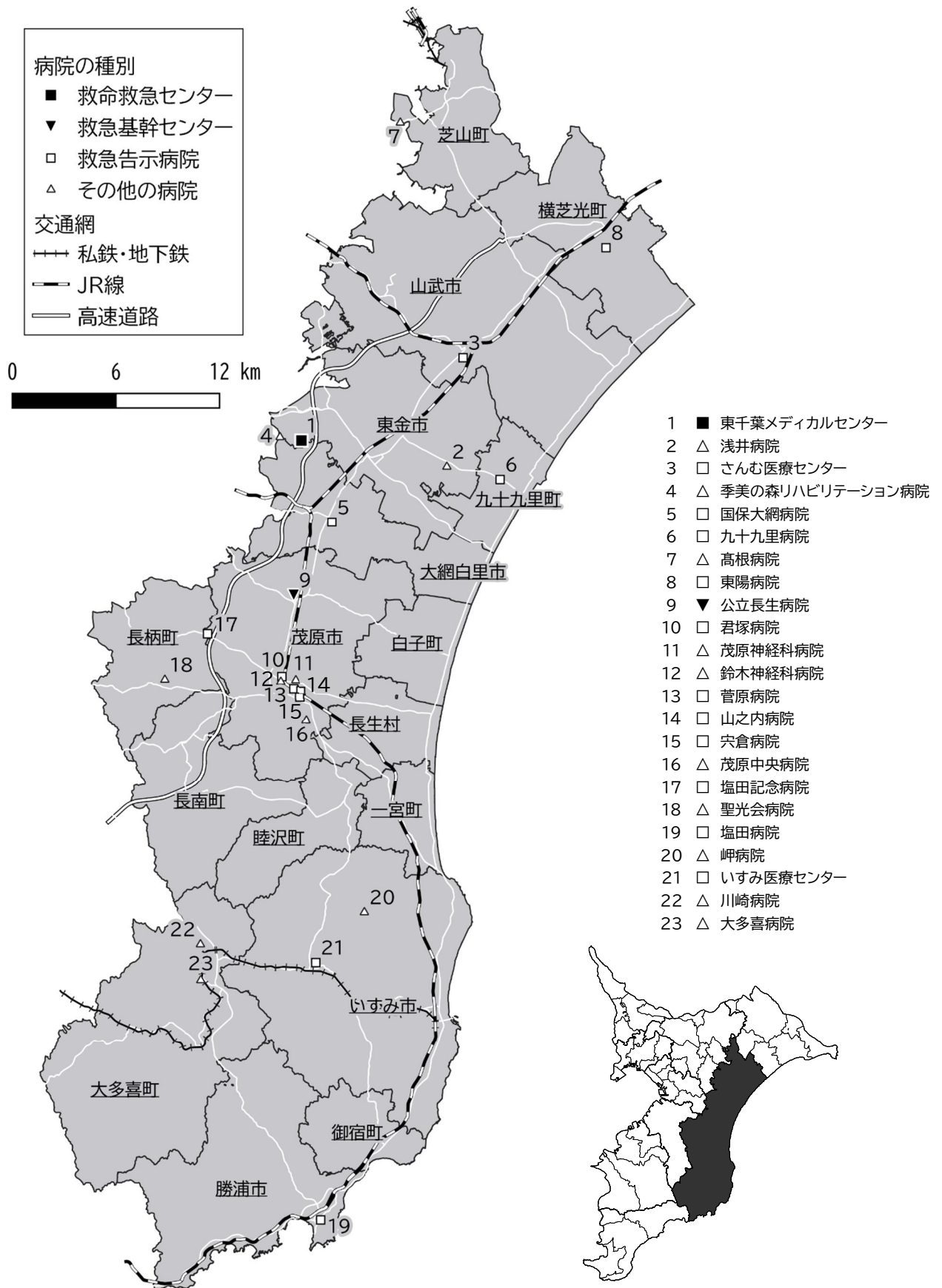
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、本冊「第5章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

また、関係機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryous_h30list.html

第6章 山武長生夷隅保健医療圏



令和5年10月17日現在の開設許可等の状況に基づき作成

第1節 圏域の現状

1 基本的事項

		圏 域	全 県	
構成市町村数		6市10町1村	37市16町1村	
面 積 (対全県比)		1161.71km ² (22.5%)	5156.74km ²	
人 口 (人)	総 人 口 (対全県比)	410,235 (6.5%)	6,284,480	
	構 成 等	0～14歳	38,902	734,496
		15～64歳	219,882	3,715,691
		65歳～	147,498	1,699,991
		高齢化率	36.3%	27.6%
		75歳以上	73,668	859,767
		75歳以上の割合	18.1%	14.0%

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

注：高齢化率、75歳以上の割合は、年齢不詳を除く総人口に占める割合

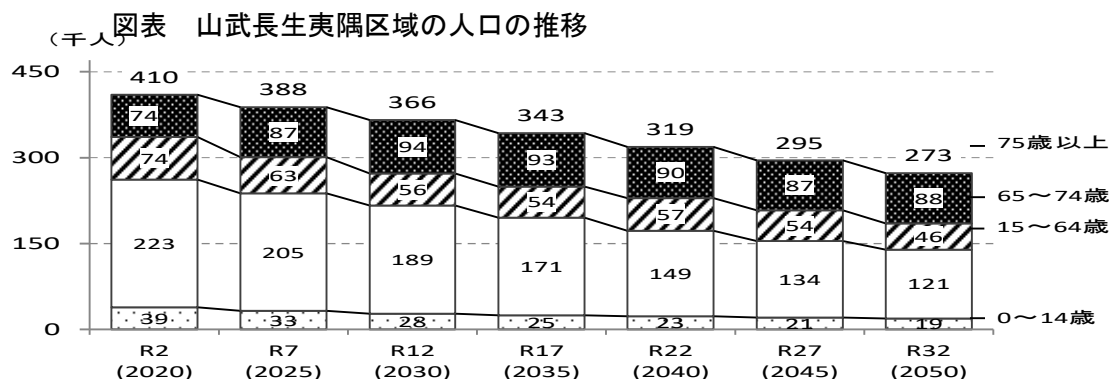
2 人口動態等

(1) 人口動態

		圏 域 (人)	全 県 (人)
出 生 数	(人口千対)	1,552 (3.9)	36,966 (5.9)
死 亡 数	(人口千対)	6,710 (16.7)	72,258 (11.5)
乳児死亡数	(出生千対)	1 (0.6)	69 (1.9)
死 産 数	(出産千対)	37 (23.3)	753 (20.0)
周産期死亡数	(出産千対)	7 (4.5)	120 (3.2)

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

(2) 人口の推移、将来推計人口



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

総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、令和2年から令和7年にかけて27%・20千人増加すると見込まれます。

3 疾病状況（主な死因別死亡数）

	圏域（人）		全県（人）	
	実数	人口10万対	実数	人口10万対
悪性新生物	1,632	402.3	17,808	283.7
心疾患	1,122	276.6	10,167	161.9
肺炎	334	82.3	3,636	57.9
脳血管疾患	500	123.3	4,667	74.3

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

4 患者動向

圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の所在地（医療圏別）	
山武長生夷隅保健医療圏	62.1%	山武長生夷隅保健医療圏	86.4%
千葉保健医療圏	11.2%	印旛保健医療圏	3.4%
印旛保健医療圏	6.9%	千葉保健医療圏	2.6%
安房保健医療圏	6.8%	県外	2.4%
その他	13.0%	その他	5.2%

資料：平成29年度患者調査の特別集計結果（厚生労働省作成）を元に集計。

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

5 外来医療の現状

(1) 地域における外来医療の概況

山武長生夷隅医療圏の外来医師偏在指標は全国330医療圏中255位・県内9医療圏中4位であり、診療所における外来医療のニーズに対して、診療所医師が少ない地域です。

千葉医療圏等に流出があり、外来患者数全体では1日あたり3,500人程度の流出超過と推計されます。

一般診療所に勤務する医師について主たる診療科別に見ると、一般的な疾病の診療に当たる診療科のうち、他の診療科では代替が難しいと考えられる皮膚科、精神科、眼科、耳鼻科の人口10万人あたり医師数は、眼科及び耳鼻科は県内平均と同程度である一方、皮膚科及び精神科は約2分の1以下となっています。

医療圏内には紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関*が2施設立地しています(令和5年8月1日現在)。

図表 6-1-5-1 外来医師偏在指標等の状況

山武長生夷隅保健医療圏	
圏域内人口	421千人
外来医師偏在指標	85.9
偏在指標全国平均値	112.2
偏在指標全国順位(330圏域)	255位
偏在指標県内平均値	88.6
偏在指標県内順位(9圏域)	4位

図表 6-1-5-2 山武長生夷隅医療圏の外来医療に係る流出入状況

【医療圏内の居住地ベース推計外来患者数：19.9千人/日】

(単位：千人)

流出入先圏域	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	県外	計
圏域内への流入	0.3	0.0	0.0	0.3	0.1	—	0.0	0.0	0.1	0.1	1.0
圏域外への流出	1.4	0.1	0.0	0.6	0.7	—	0.7	0.0	0.4	0.5	4.5
差引	▲ 1.1	▲ 0.1	▲ 0.0	▲ 0.3	▲ 0.6	—	▲ 0.7	▲ 0.0	▲ 0.3	▲ 0.4	▲ 3.5

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

※端数を切り捨て処理しているため、圏域の和と計が一致しないことがあります。

図表 6-1-5-3 主たる診療科別の一般診療所従事医師数

(単位：人)

内科	119	感染症内科		肛門外科		リハビリテーション科	
呼吸器内科	1	小児科	12	脳神経外科	2	放射線科	
循環器内科	2	精神科	3	整形外科	23	麻酔科	
消化器内科 (胃腸内科)	11	心療内科	1	形成外科		病理診断科	
腎臓内科	2	外科	6	美容外科		臨床検査科	
脳神経内科		呼吸器外科		眼科	24	救急科	
糖尿病内科 (代謝内科)	4	心臓血管外科		耳鼻いんこう科	12	臨床研修医	
血液内科		乳腺外科	1	小児外科		全科	
皮膚科	7	気管食道外科		産婦人科	8	その他	7
アレルギー科		消化器外科 (胃腸外科)	1	産科		主たる診療科不詳	
リウマチ科		泌尿器科	3	婦人科	2	診療科不詳	2
皮膚科/人口10万	1.7	精神科/人口10万	0.7	眼科/人口10万	5.7	耳鼻科/人口10万	2.9
〃 県内平均	3.6	〃 県内平均	2.5	〃 県内平均	5.4	〃 県内平均	3.1

資料：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

図表 6-1-5-4 医療圏内に位置する紹介受診重点医療機関*一覧（令和5年8月1日時点）

No.	医療機関名	基準 (%)		参考水準 (%)		一般病床数 (床)	備考
		「初診」のうち、 重点外来の割合	「再診」のうち、 重点外来の割合	紹介率	逆紹介率		
1	東千葉メディカルセンター	53.0	29.8	67.5	92.7	314	地域医療支援病院
2	医療法人社団明生会東葉クリニック大網 脳神経外科	80.2	92.1			19	

資料：令和5年度第1回山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 とりまとめ

(2) 外来医療機能ごとの現況

ア 通院外来医療

一般診療所数は263か所、一般診療所で診療に従事する医師は253人で、外来患者延数に占める診療所の受診割合は77.2%と、全国及び県内平均を上回っており、外来診療における診療所の役割が比較的大きい地域と思われる。医療圏内の医療機関からの不足感が強い診療機能は、強い順に初期救急、小児医療、認知症、在宅医療となっています。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、山武郡市医師会、茂原市長生郡医師会において、在宅当番医制*が運営されているほか、東金市、茂原市において、各郡市を対象とする夜間休日急病診療所*が設置されています。時間外等外来患者延数に占める診療所の受診割合は88.7%と全国及び県内平均を上回る数値となっています。

ウ 在宅医療

在宅医療については、在宅療養支援診療所（令和5年4月1日時点で16か所・うち機能強化型7か所）のほか、地域の診療所・病院により提供されています。

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

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

図表 6-1-5-5 山武長生夷隅医療圏における外来医療の概況

区分	病院	一般診療所	一般診療所 構成率	構成率の 全国平均	構成率の 千葉県平均
施設数	23	263			
医師数(人)	292	253			
外来患者延数(人/年)	934,745	3,166,772	77.2%	75.8%	73.8%
通院外来患者延数(人/年)	928,683	3,119,145	77.1%	75.6%	73.5%
時間外等外来患者延数(人/年)	19,156	149,945	88.7%	85.0%	85.6%
訪問診療患者延数(人/年)	5,801	41,275	87.7%	87.8%	89.7%

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

図表 6-1-5-6 外来医療機能ごとの過不足感

区分	がん	脳卒中	心血管	糖尿病	精神	認知症	初期救急
不足	39%	44%	46%	35%	42%	49%	58%
充足又は過剰	14%	11%	6%	20%	8%	6%	4%

区分	周産期	小児	在宅	予防接種	健診検診	学校保健	産業保健
不足	44%	52%	49%	17%	22%	28%	25%
充足又は過剰	2%	3%	5%	33%	24%	22%	6%

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

図表 6-1-5-7 在宅当番医制*の実施状況

令和5年4月1日現在

地区医師会名	診療科目	休日診療時間
山武郡市医師会	内、外、小、その他	9:00～17:00
茂原市長生郡医師会	内、外	9:00～17:00

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

図表 6-1-5-8 夜間休日急病診療所*の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

施設名	所在地	電話	診療科目	診療日	診療時間
山武郡市急病診療所	東金市堀上360-2	0475-50-2511	内・小・外	毎日	20:00～22:00（受付は21:45まで）
長生郡市保健センター 夜間急病診療所	茂原市八千代1-5-4	0475-24-1010	内・小	毎日	20:00～23:00 （受付は19:45～22:45）

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

（3）医療機器の共同利用に係る状況

山武長生夷隅医療圏には計画上の対象機器のうち4種類が配置されており、指標においては、CT、MRI及びマンモグラフィについては県内平均を上回っていますが、放射線治療機器は県内平均及び全国平均を下回っています。

機器1台あたりの年間検査数では、全ての機器で県内平均及び全国平均を下回っており、放射線治療機器については千葉県平均の10分の1以下となっています。

共同利用については、10か所の病院、診療所においてCT、MRI、リニアック及びマンモグラフィ等について共同利用を受け入れています。

地域医療支援病院以外の医療機関を含めた、共同利用受入医療機関数の増加と可視化により、共同利用を希望する医療機関のニーズに対応するとともに、専門性の高い医療機器については医療機関連携による紹介等により、各医療機器の効率的活用を推進していく必要があります。特に圏域内に機器を保有する医療機関がないPETについては、隣接する医療圏に所在する医療機関との連携を図ることが重要です。

図表 6-1-5-9 医療機器保有状況の概況

機器の種類	指標（調整人口あたり台数） （台）			保有台数 （台）			1台あたり年間検査数 （件）		
	山武長生夷隅	千葉県	全国	山武長生夷隅	千葉県	全国	山武長生夷隅	千葉県	全国
全身用CT	10.0	8.5	11.5	49	527	14,595	1,220	1,977	1,523
全身用MRI	5.3	4.8	5.7	21	297	7,240	1,758	1,981	1,834
PET	0.00	0.35	0.5	0	22	594	-	850	876
放射線治療	0.20	0.64	0.8	1	40	1,044	122	3,563	2,762
マンモグラフィ	3.3	2.9	3.4	14	180	4,261	175	669	543

資料：指標…医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集（厚生労働省・令和5年度提供）

保有台数…令和2年度医療施設調査（厚生労働省集計）

検査数…令和元年度NDB（厚生労働省集計）

6 医師の確保の現状

医師全体についての医師偏在指標は、全国330医療圏中298位の145.1であり、医師少数区域とされています。

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

図表 6-1-6-1 医師偏在指標、区域の分類及び目標医師数、偏在対策基準医師数（山武長生夷隅保健医療圏）

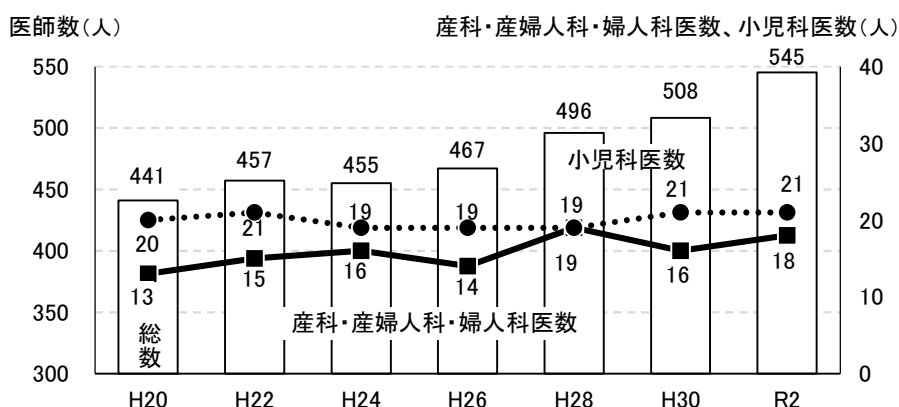
	医師偏在指標	順位	区域の分類	目標医師数 又は偏在対策 基準医師数	現状の 医師数
医師全体	145.1	298位／330	医師少数区域	640人	545人
分娩取扱 医師	7.85	171位／258	(相対的少数でない)	7.8人	10人
小児科	79.1	260位／303	相対的医師少数区域	19.3人	21人

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

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

図表 6-1-6-2 二次保健医療圏の概況（山武長生夷隅保健医療圏）

■ 圏域内医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

■ 圏域内の医育機関、研修施設等（令和5年4月現在）

医育機関	基幹型臨床研修病院* (令和5年度研修開始者募集定員)	専門研修基幹施設* (令和5年度研修開始者募集定員)
なし	なし	3施設（8名）

施設名	所在地	基幹型臨床 研修病院*	専門研修 基幹施設*	キャリア 形成支援 機関*
浅井病院	東金市		3	
東千葉メディカルセンター	東金市		3	○
さんむ医療センター	山武市		2	○

(施設名は順不同。数字は令和5年度研修開始者に係る募集定員数。)

7 主な医療・介護資源の現状

	項目	単位	実数	人口 10万対	県平均 人口10万対	時点
1	病院数	施設	23	5.7	4.6	R4.10.1
2	診療所数	施設	267	66.5	62.8	R4.10.1
3	歯科診療所数	施設	198	49.3	51.6	R4.10.1
4	薬局数	施設	204	49.4	41.0	R4.3.31
5	訪問看護ステーション数	施設	39	9.8	9.8	R5.6.1
6	在宅療養支援診療所数	施設	17	4.3	6.7	R5.10.1
7	在宅療養支援病院数	施設	6	1.5	0.9	R5.10.1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	2	0.5	0.3	R5.10.1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	17	4.3	4.9	R5.10.1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	172	43.3	36.3	R5.10.1
11	地域包括ケア病棟入院料/ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	271	68.3	36.0	R5.10.1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	261	65.7	73.9	R5.10.1
13	一般病床数（病院）	床	1,981	493.1	582.6	R4.10.1
14	一般病床数（診療所）	床	150	37.3	30.5	R4.10.1
15	一般病床・病床利用率（病院）	%	59.9		68.7	R4.10.1
16	一般病床・平均在院日数（病院）	日	21.2		15.8	R4.10.1
17	療養病床数（病院）	床	1,125	280.1	173.3	R4.10.1
18	療養病床数（診療所）	床	15	3.7	1.0	R4.10.1
19	療養病床・病床利用率（病院）	%	86.5		85.6	R4（年間）
20	療養病床・平均在院日数（病院）	日	149.8		151.2	R4（年間）
21	医療施設従事医師数	人	545	132.9	205.8	R2.12.31
22	医療施設従事歯科医師数	人	300	73.1	81.5	R2.12.31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	661	161.1	193.4	R2.12.31
24	就業看護職員数	人	3,694	902.1	972.5	R2.12.31
25	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	80	19.6	19.8	R2.10.1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	300	73.0	81.4	R2.10.1
27	医療施設従事理学療法士数	人	317	77.2	79.1	R2.10.1
28	医療施設従事作業療法士数	人	102	24.9	30.5	R2.10.1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	29	7.1	10.7	R2.10.1
30	介護老人福祉施設数	施設	63	15.9	7.2	R5.10.1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	3,210	808.5	456.5	R5.10.1
32	介護老人保健施設数	施設	16	4.0	2.5	R5.10.1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	1,535	386.6	246	R5.10.1

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

4 「令和3年度薬務行政概要」（千葉県）

5、30～33 千葉県高齢者福祉課調べ

6～12 「届出受理医療機関名簿」（関東信越厚生局）

15、16、19、20 「令和4年病院報告」（厚生労働省）

21～23 「令和2年千葉県衛生統計年報」（千葉県）

24 「令和2年度千葉県看護の現況」（千葉県）

25～29 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

《参考》

主な医療・介護資源の現状（65歳以上人口10万対・75歳以上人口10万対）

	項目	単位	実数	65歳以上人口10万対		75歳以上人口10万対	
				圏域	県平均	圏域	県平均
1	病院数	施設	23	15.2	16.7	30.1	32.2
2	診療所数	施設	267	176.9	227.0	349.2	437.3
3	歯科診療所数	施設	198	131.2	186.8	259.0	359.8
4	薬局数	施設	204	135.1	149.0	266.8	287.1
5	訪問看護ステーション数	施設	39	25.8	35.5	48.9	65.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	17	11.3	24.3	21.3	44.5
7	在宅療養支援病院数	施設	6	4.0	3.2	7.5	5.8
8	在宅療養後方支援病院数	施設	2	1.3	1.0	2.5	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	17	11.3	17.8	21.3	32.6
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	172	114.0	131.0	215.6	239.9
11	地域包括ケア病棟入院料／ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	271	188.3	138.5	339.7	238.2
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	261	181.4	284.4	327.2	488.9
13	一般病床数（病院）	床	1,981	1,312.2	2,107.1	2,591.0	4,058.8
14	一般病床数（診療所）	床	150	99.4	110.4	196.2	212.7
15	療養病床数（病院）	床	1,125	745.2	626.9	1,471.4	1,207.6
16	療養病床数（診療所）	床	15	9.9	3.7	19.6	7.1
17	医療施設従事医師数	人	545	363.3	751.2	733.9	1,494.0
18	医療施設従事歯科医師数	人	300	200.0	297.4	404.0	591.4
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	661	440.6	705.9	890.1	1,403.8
20	就業看護職員数	人	3,694	2,462.3	3,549.9	4,974.2	7,059.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	80	54.4	73.3	109.0	145.0
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	300	203.1	301.0	406.6	595.2
23	医療施設従事理学療法士数	人	317	214.6	292.5	429.8	578.4
24	医療施設従事作業療法士数	人	102	69.4	112.9	138.9	223.3
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	29	19.7	39.4	39.4	77.9
26	介護老人福祉施設数	施設	63	41.7	25.8	79.0	47.3
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	3,210	2,126.7	1,648.1	4,024.1	3,018.2
28	介護老人保健施設数	施設	16	10.6	9.0	20.1	16.5
29	介護老人保健施設入所定員数	人	1,535	1,017.0	887	1,924.3	1,625

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

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

《参考》

全国の主な医療・介護資源の現状

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

第2節 山武長生夷隅保健医療圏における施策の方向性

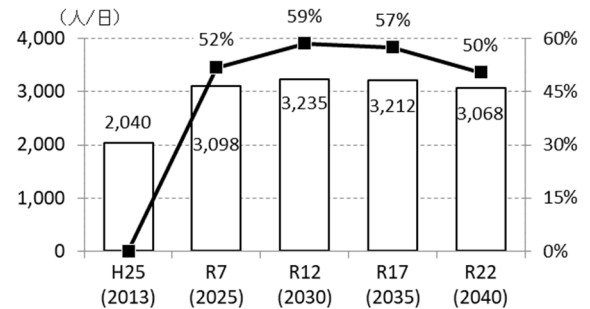
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

(1) 区域内に住所を有する入院患者数の推移

一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度から令和7年にかけて52%・1,058人/日の増加が見込まれます。

その後、令和12年にピークを迎え、59%・1,195人/日に増加すると見込まれます。

図表 6-2-1-1 入院患者数の推移と変化率（山武長生夷隅）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(2) 4機能別の医療提供体制

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

図表 6-2-1-2 4機能別の医療提供体制（山武長生夷）
(単位：床)

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

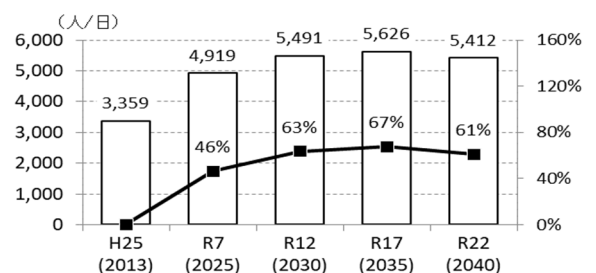
*「休棟等」：非稼働、健診のための病棟などの外、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

(3) 在宅医療等需要の推移

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から令和7年にかけて46%・1,561人/日の増加が見込まれます。

令和17年にはピークを迎え、67%・2,267人/日の増加が見込まれます。

図表 6-2-1-3 在宅医療等需要推移と変化率（山武長生夷隅）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(4) 実現に向けた施策の方向性

ア 医療機関の役割分担の促進

- 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。
- 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、不足が見込まれる病床の確保を図ります。調整会議においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供等の支援を行い、丁寧な調整を図ります。

イ 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

ウ 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

(1) 外来医療機能ごとの対応方針

ア 通院外来医療

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

また、紹介受診重点医療機関のとりまとめ等を通じて、医療機関の役割分担の明確化・連携を促進します。

イ 初期救急医療

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

ウ 在宅医療

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

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

公衆衛生機能については、比較的不足感の強い産業医等の充実だけでなく、現状では一定の充足感がある項目も含め、現在機能を担っている医師の負担状況も考慮しながら供給体制を維持していくことが重要です。

（２）医療機器の共同利用方針

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

図表 6-2-2-1 医療機器ごとの共同利用方針

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

資料（機器保有状況の把握）：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査

3 医師の確保の方針（医師全体）

研修環境の向上等による県内医師のキャリア形成支援等、医師多数区域等からの医師派遣の促進、働き方改革への対応等により、積極的に圏域内の医師数の増加を図るとともに、医療機関間の役割分担と連携、上手な医療のかかり方への県民の理解等を促進することで、圏域内の医療需要に対応していきます。

第3節 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。
- 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、東千葉メディカルセンターです。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との連携を図ります。
- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、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。
- この地域の65歳以上人口10万人当たり訪問診療実施診療所・病院数は千葉県平均を上回っている一方、訪問看護ステーション数は千葉県平均を下回っている地域であり、今後も在宅医療等の需要が増加すると見込まれます。

そのため、在宅医療の拡充を引き続き促進するとともに、在宅医療に必要な連携

を担う市町村と連携し、在宅医療の体制整備を進めます。

- 感染症については、第二種感染症指定病床を高根病院に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*の連携を行っています。
- 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、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）*及び災害派遣精神医療チーム（DPAT）の体制整備を推進します。

○ 精神科救急医療体制

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

4 外来医療に係る医療提供体制の確保

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

5 医師の確保（医師全体）

（1）医師数の増加

ア 県内関係者と連携した取組の推進

- 県内医療関係者と連携して地域医療支援センター*の強化を図り、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業（地域医療支援センター事業等）を実施します。
- 医療法上の地域医療対策協議会*でもある千葉県医療審議会医療対策部会や、臨床研修病院*等で構成する「医師臨床研修制度等連絡協議会」において、医師の効果的な確保・配置対策を検討します。

- 医師確保対策については、国の制度によるところが大きいことから、あらゆる機会をとらえて効果的な対策を講じるよう国に働きかけを行っていきます。

イ 地域医療に従事する医師の養成・確保

- 自治医科大学に学生を送り、地域医療に従事する医師の養成・確保を図ります。

令和5年度在学学生	15名
令和6年度入学定員（千葉県分）	○名

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

県内大学医学部における恒久的な入学定員 240名

臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む）34名（令和6年度）

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

※医師の確保を特に図るべき区域等

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

- 県内の専門研修基幹施設*等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先となる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等は、修学資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。
- 関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医科大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。
- 医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関へ医師派遣を行う医療機関を対象に支援を行うことで、修学資金受給医師の受入体制の強化を含め当該地域の医師の確保を図ります。
- 医師少数区域で一定期間（6か月以上）勤務し、国から認定された医師（認定医師）が勤務を継続できるよう経済的支援を行います。

ウ 研修環境の充実等による若手医師の確保

- 県内の医療関係団体、大学、臨床研修病院*等は協働し、県内で臨床研修・専門研修*を受ける医師の確保や、修了後の県内就業を促進するための取組、県内医療従事者への医療技術研修の提供や情報発信等を推進します。県は、その協働の場として、地域医療介護総合確保基金を活用して「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を設置・運営します。
- 専門医制度*の運用により、必要な診療分野の医師が県内で養成・確保されるよう、また、県内の医師の地域偏在及び診療科偏在が助長されるなど、地域医療に支障が生ずることのないよう、県内の医療関係団体や大学、基幹施設、市町村等と、地域医療対策協議会*において必要な情報共有や専門研修プログラムについての確認、協議を行います。
- 千葉大学医学部に寄附講座を設置し、地域で診療する能力につながる多彩な講義や実習を行うとともに、地域医療を担う医療機関で若手医師や医学部生を指導する医師に対し、指導力を向上させるための教育を行います。

- 県内医療機関、関係団体等と連携し、将来的に医療需要の減少が見込まれる地域にあっても、限られた医療人材で幅広い疾患に対応できるよう、総合診療科の専門研修基幹施設*による連携を推進するなど、総合診療専門医*をはじめとして地域医療に必要な、幅広い疾患を包括的・協動的・継続的に診療できる能力を持った医師の養成・確保に努めます。

(2) 医師の働き方改革の推進

ア 就労環境の向上と復職支援

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

イ タスク・シフト/シェア*等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応

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

(3) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

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

(4) 産科及び小児科についての医師の確保

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

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

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

そのため、各二次保健医療圏における産科及び小児科に係る医師確保の方針及び医師の確保に関する施策については、千葉県（県全体）における方針及び施策と同一のものとします。

6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保

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

7 循環型地域医療連携システム

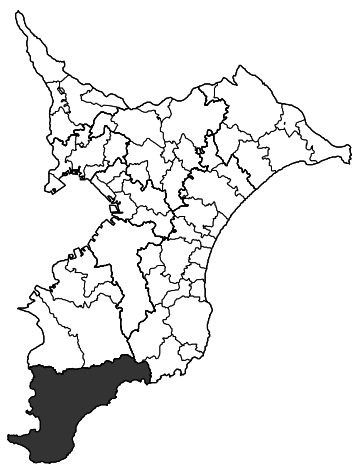
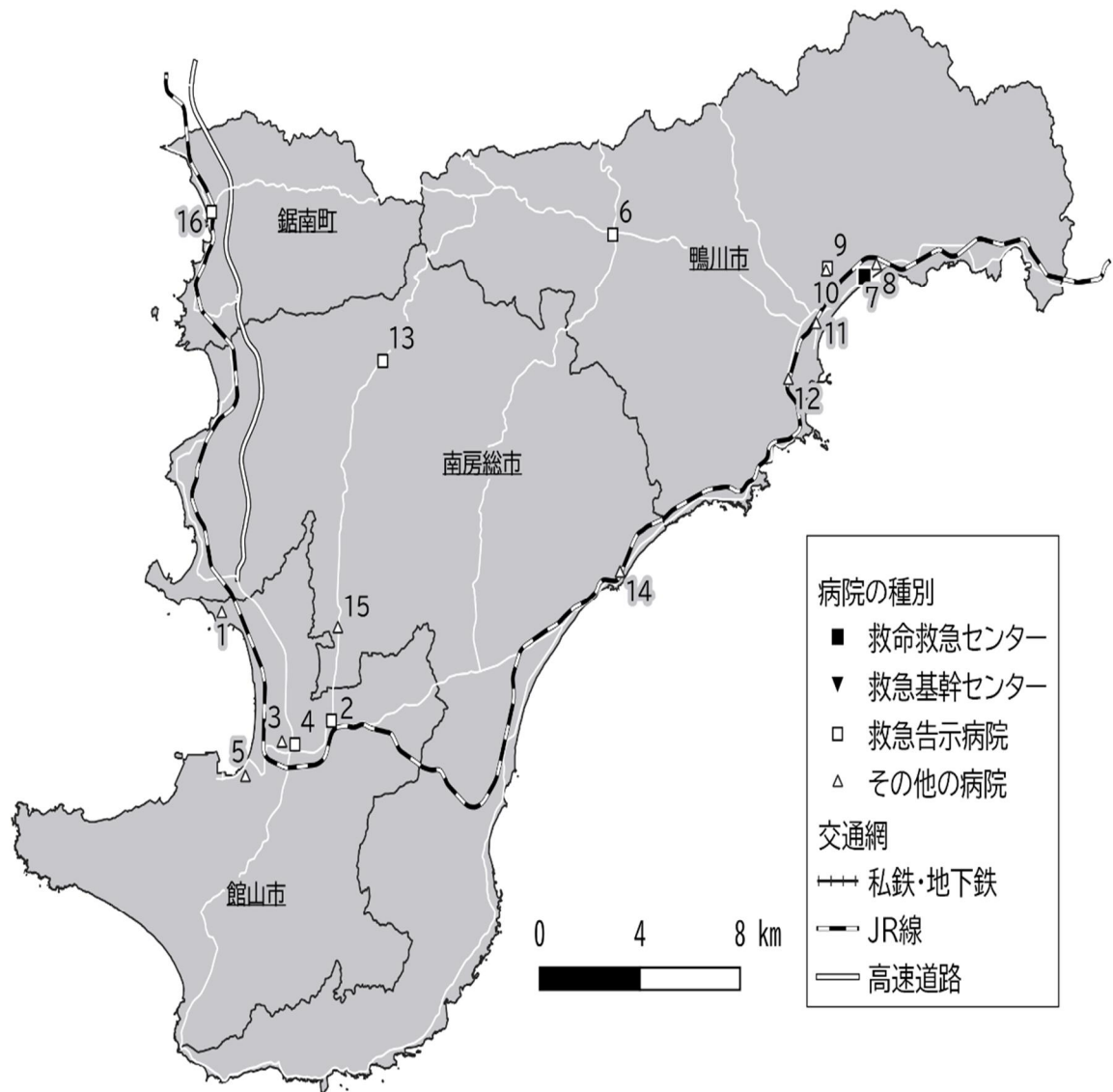
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、本冊「第5章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

また、関係機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryous_h30list.html

第7章 安房保健医療圏



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

令和5年10月17日現在の開設許可等の状況に基づき作成

第1節 圏域の現状

1 基本的事項

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

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

注：高齢化率、75歳以上の割合は、年齢不詳を除く総人口に占める割合

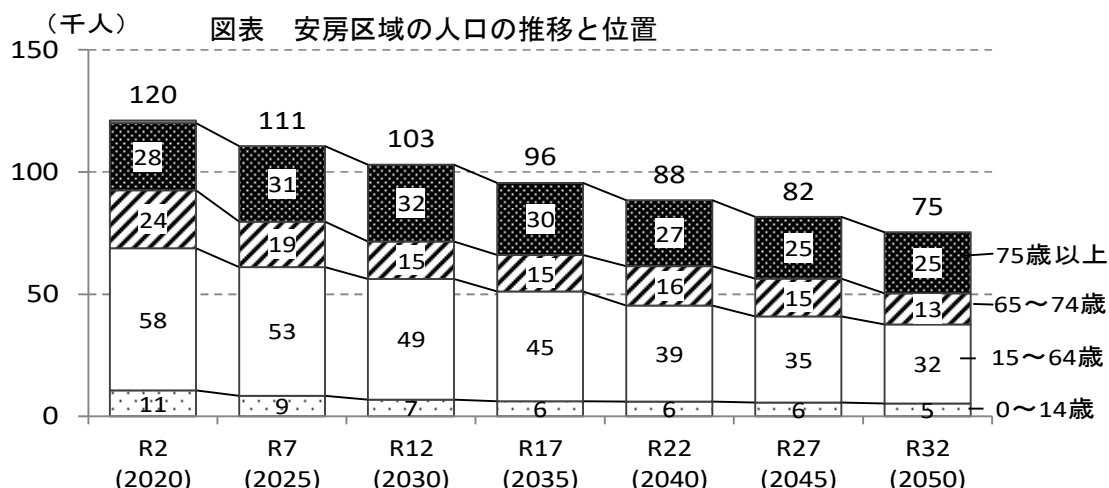
2 人口動態等

(1) 人口動態

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

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

(2) 人口の推移、将来推計人口



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

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

3 疾病状況（主な死因別死亡数）

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

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

4 患者動向

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

資料：平成29年度患者調査の特別集計結果（厚生労働省作成）を元に集計。

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

5 外来医療の現状

(1) 地域における外来医療の概況

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

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

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

図表 7-1-5-1 外来医師偏在指標等の状況

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

図表 7-1-5-2 安房医療圏の外来医療に係る流出入状況

【医療圏内の居住地ベース推計外来患者数：6.7千人/日】

(単位：千人)

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

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

※端数を切り捨て処理しているため、圏域の和と計が一致しないことがあります。

図表 7-1-5-3 主たる診療科別の一般診療所従事医師数

(単位：人)

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

資料：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

(2) 外来医療機能ごとの現況

ア 通院外来医療

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

イ 初期救急医療

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

ウ 在宅医療

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

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

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

図表 7-1-5-4 安房医療圏における外来医療の概況

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

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

図表 7-1-5-5 外来医療機能ごとの過不足感

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

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

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

図表 7-1-5-6 在宅当番医制*の実施状況

令和5年4月1日現在

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

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

図表 7-1-5-7 夜間休日急病診療所*の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

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

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

（3）医療機器の共同利用に係る状況

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

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

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

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

図表 7-1-5-8 医療機器保有状況の概況

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

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

6 医師の確保の現状

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

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

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

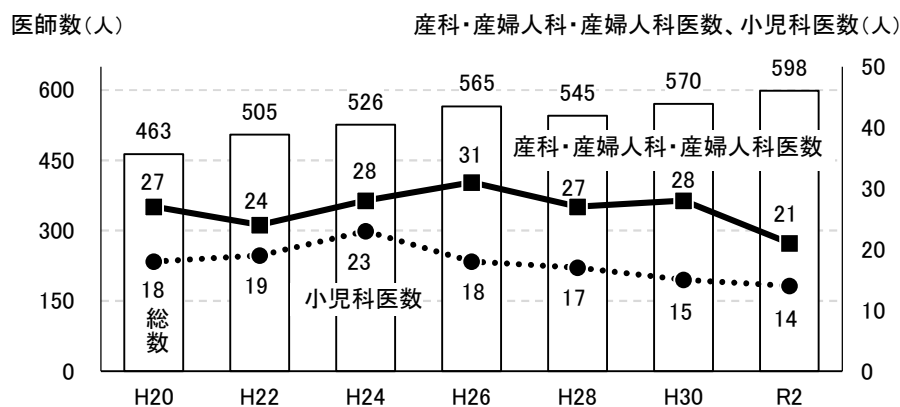
	医師偏在指標	順位	区域の分類	目標医師数 又は偏在対策 基準医師数	現状の 医師数
医師全体	322.6	31位/330	医師多数区域	598人	598人
分娩取扱 医師	19.25	12位/258	(相対的少数でない)	7.0人	21人
小児科	122.8	92位/303	(相対的少数でない)	10.8人	14人

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

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

図表 7-1-6-2 二次保健医療圏の概況（安房保健医療圏）

■ 圏域内医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

■ 圏域内の医育機関、研修施設等（令和5年4月現在）

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

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

(施設名は順不同。数字は令和5年度研修開始者に係る募集定員数。)

7 主な医療・介護資源の現状

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

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

4 「令和3年度薬務行政概要」（千葉県）

5、30～33 千葉県高齢者福祉課調べ

6～12 「届出受理医療機関名簿」（関東信越厚生局）

15、16、19、20 「令和4年病院報告」（厚生労働省）

21～23 「令和2年千葉県衛生統計年報」（千葉県）

24 「令和2年度千葉県看護の現況」（千葉県）

25～29 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

《参考》

主な医療・介護資源の現状（65歳以上人口10万対・75歳以上人口10万対）

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

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

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

《参考》

全国の主な医療・介護資源の現状

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

第2節 安房保健医療圏における施策の方向性

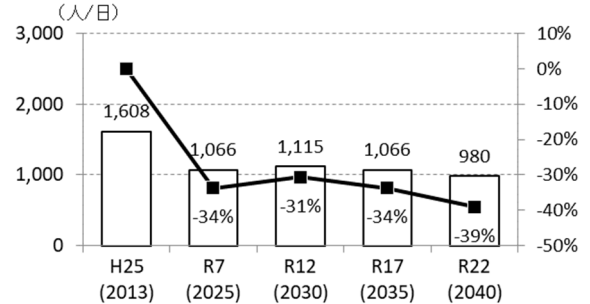
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

(1) 区域内に住所を有する入院患者数の推移

一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度から令和7年にかけて34%・542人/日の減少が見込まれます。

その後も減少傾向が続き、令和22年までに39%・628人/日の減少が見込まれます。

図表 7-2-1-1 入院患者数の推移と変化率（安房）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(2) 4機能別の医療提供体制

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

図表 7-2-1-2 4機能別の医療提供体制（安房）

（単位：床）

医療機能	必要病床数 (R7年) A	令和4年度 病床機能報告 (R4.7.1) B	差し引き B-A
高度急性期	308	144	▲ 164
急性期	602	1,105	503
回復期	358	205	▲ 153
慢性期	373	412	39
休棟等	-	264	
計	1,641	2,130	489

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

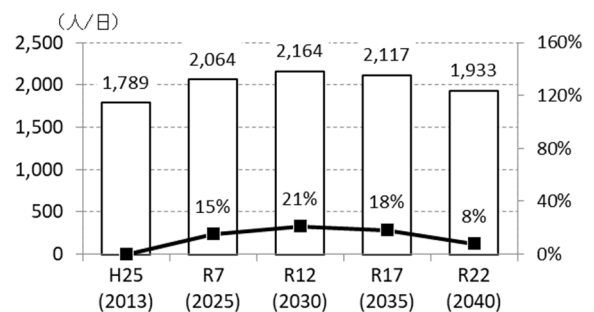
※令和12年における慢性期機能に係る必要病床数：433床

(3) 在宅医療等需要の推移

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

令和12年にはピークを迎え、21%・375人/日の増加が見込まれます。

図表 7-2-1-3 在宅医療等需要推移と変化率（安房）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(4) 実現に向けた施策の方向性

ア 医療機関の役割分担の促進

- 高度急性期*、急性期*、回復期*、慢性期*の全ての機能において、山武長生夷隅、君津等の隣接区域からの入院患者の流入がみられる区域です。
- 地域の実情を踏まえ、急性期*から回復期*、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、不足が見込まれる病床の確保を図ります。調整会議においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供等の支援を行い、丁寧な調整を図ります。

イ 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

ウ 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

(1) 外来医療機能ごとの対応方針

ア 通院外来医療

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

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

を促進します。

イ 初期救急医療

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

ウ 在宅医療

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

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

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

(2) 医療機器の共同利用方針

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

図表 7-2-2-1 医療機器ごとの共同利用方針

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

資料（機器保有状況の把握）：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査

3 医師の確保の方針（医師全体）

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

第3節 安房保健医療圏における施策の具体的展開

1 施設相互の機能分担及び業務の連携

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

2 地域医療体制の整備

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

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

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

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

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

3 救急医療等の確保

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

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

○ 精神科救急医療体制

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

4 外来医療に係る医療提供体制の確保

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

5 医師の確保（医師全体）

（1）医師数の維持

ア 県内関係者と連携した取組の推進

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

イ 地域医療に従事する医師の養成・確保

- 自治医科大学に学生を送り、地域医療に従事する医師の養成・確保を図り

ます。

令和5年度在学学生	15名
令和6年度入学定員（千葉県分）	〇名

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

県内大学医学部における恒久的な入学定員 240名

臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む）34名（令和6年度）

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

※医師の確保を特に図るべき区域等

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

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

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

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

ウ 研修環境の充実等による若手医師の確保

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

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

(2) 医師の働き方改革の推進

ア 就労環境の向上と復職支援

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

イ タスク・シフト／シェア*等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応

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

(3) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

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

(4) 産科及び小児科についての医師の確保

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

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

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

そのため、各二次保健医療圏における産科及び小児科に係る医師確保の方針及

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

6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保

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

7 循環型地域医療連携システム

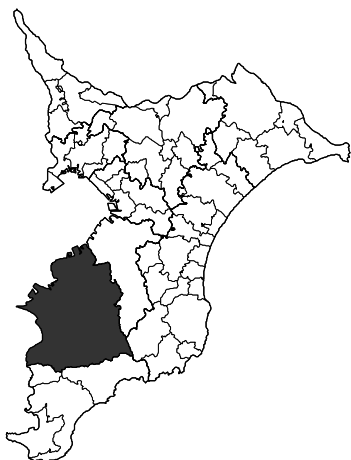
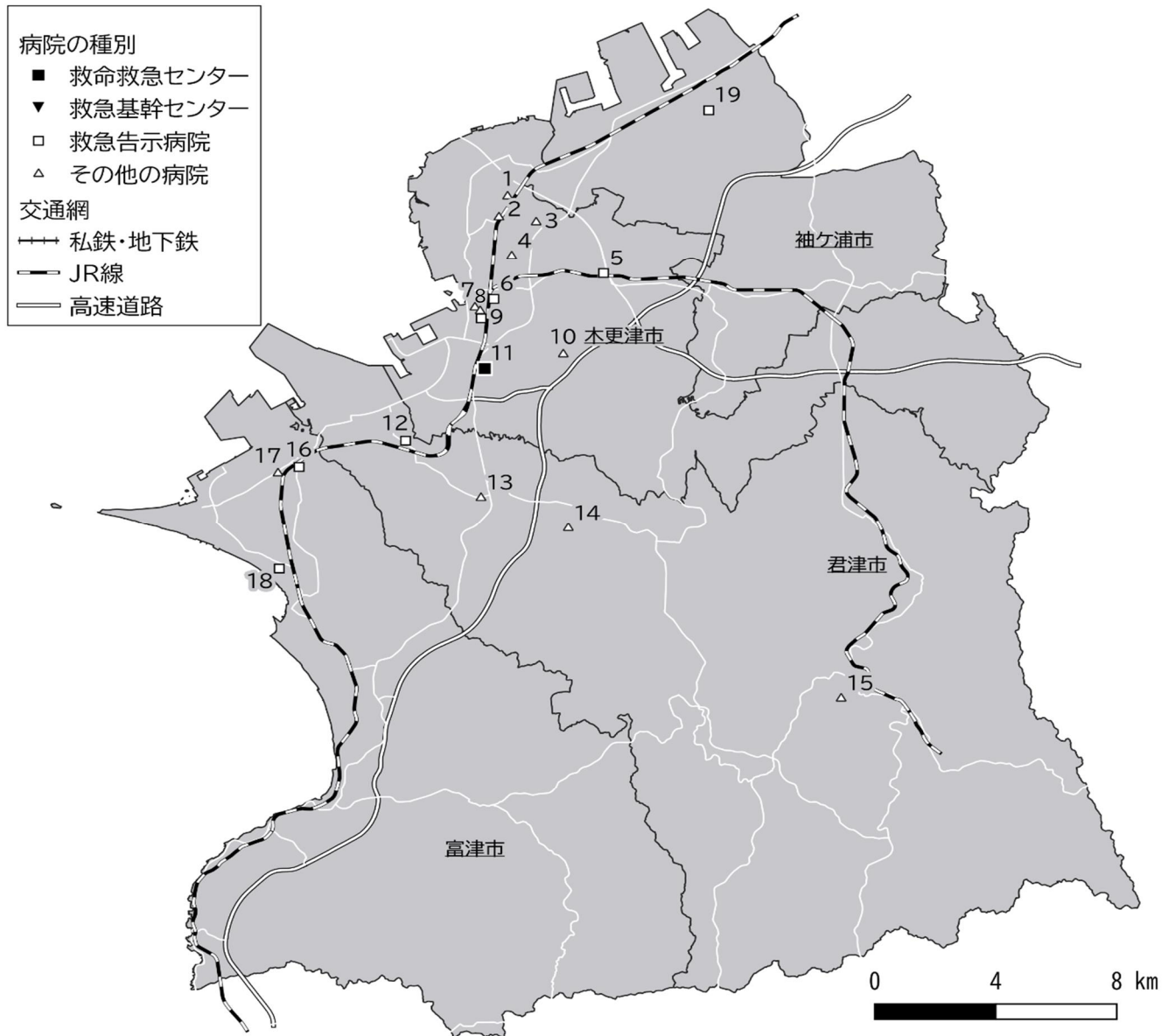
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、本冊「第5章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

また、関係機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

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

第8章 君津保健医療圏



- | | |
|---------------------|------------------|
| 1 △ 重城病院 | 11 ■ 君津中央病院 |
| 2 △ 木更津病院 | 12 □ 玄々堂君津病院 |
| 3 △ 加藤病院 | 13 △ 君津山の手病院 |
| 4 △ 高名清養病院 | 14 △ 鈴木病院 |
| 5 □ 木更津東邦病院 | 15 △ 千葉芙蓉病院 |
| 6 □ 萩原病院 | 16 □ 東病院 |
| 7 △ 薬丸病院 | 17 △ 三枝病院 |
| 8 △ 石井病院 | 18 □ 君津中央病院大佐和分院 |
| 9 □ 上総記念病院 | 19 □ 袖ヶ浦さつき台病院 |
| 10 △ アクアリハビリテーション病院 | |

令和5年10月17日現在の開設許可等の状況に基づき作成

第1節 圏域の現状

1 基本的事項

		圏域	全県	
構成市町村数		4市	37市16町1村	
面積 (対全県比)		758.00km ² (14.7%)	5156.74km ²	
人口 (人)	総人口 (対全県比)	324,720 (5.2%)	6,284,480	
	構成等	0～14歳	37,858	734,496
		15～64歳	184,172	3,715,691
		65歳～	96,911	1,699,991
		高齢化率	30.4%	27.6%
		75歳以上	48,446	859,767
		75歳以上の割合	15.2%	14.0%

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

注：高齢化率、75歳以上の割合は、年齢不詳を除く総人口に占める割合

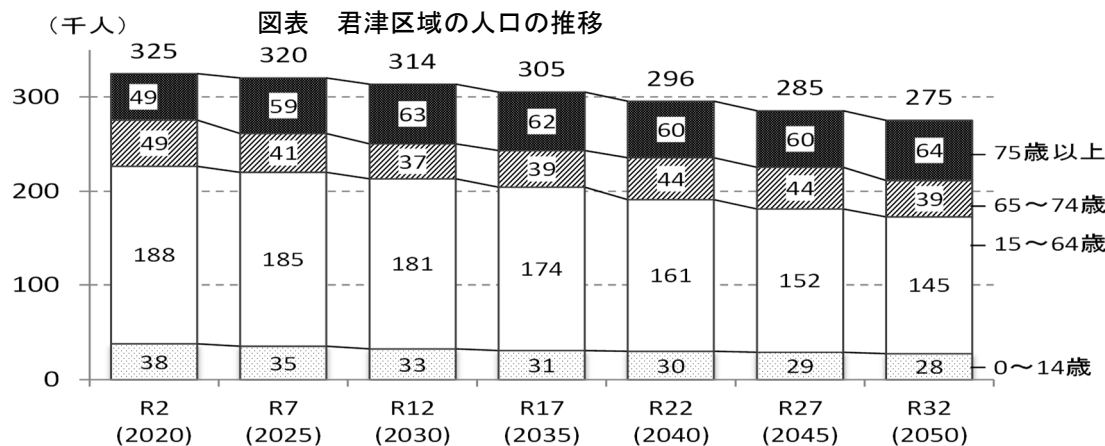
2 人口動態等

(1) 人口動態

		圏域(人)	全県(人)
出生数	(人口千対)	2,004 (6.2)	36,966 (5.9)
死亡数	(人口千対)	4,377 (13.6)	72,258 (11.5)
乳児死亡数	(出生千対)	4 (2.0)	69 (1.9)
死産数	(出産千対)	36 (17.6)	753 (20.0)
周産期死亡数	(出産千対)	8 (4.0)	120 (3.2)

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

(2) 人口の推移、将来推計人口



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

総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、令和2年から令和12年にかけて29%・14千人増加すると見込まれます。

3 疾病状況（主な死因別死亡数）

	圏域（人）		全県（人）	
	実数	人口10万対	実数	人口10万対
悪性新生物	1,038	320.7	17,808	283.7
心疾患	752	232.3	10,167	161.9
肺炎	271	83.7	3,636	57.9
脳血管疾患	293	90.5	4,667	74.3

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

4 患者動向

圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の所在地（医療圏別）	
君津保健医療圏	75.2%	君津保健医療圏	84.6%
安房保健医療圏	8.6%	県外	8.1%
千葉保健医療圏	5.3%	市原保健医療圏	3.0%
市原保健医療圏	4.6%	東葛南部保健医療圏	0.8%
その他	6.3%	その他	3.5%

資料：平成29年度患者調査の特別集計結果（厚生労働省作成）を元に集計。

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

5 外来医療の現状

(1) 地域における外来医療の概況

君津医療圏の外来医師偏在指標は全国330医療圏中268位・県内9医療圏中5位であり、診療所における外来医療のニーズに対する診療所医師数は県内では中位ですが、全国的には平均以下となっています。

千葉医療圏や安房医療圏、市原医療圏へ若干の患者流出があり、外来診療全体では1日あたり700人程度の流出超過と推計されます。

一般診療所に勤務する医師について主たる診療科別に見ると、一般的な疾病の診療に当たる診療科のうち、他の診療科では代替が難しいと考えられる皮膚科、精神科、眼科、耳鼻科の人口10万人あたり医師数は、皮膚科及び眼科については、概ね県内平均と同程度ですが、精神科については2分の1以下となっています。

医療圏内には紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関*が1施設立地しています（令和5年8月1日現在）。

図表 8-1-5-1 外来医師偏在指標等の状況

君津保健医療圏	
圏域内人口	328千人
外来医師偏在指標	83.6
偏在指標全国平均値	112.2
偏在指標全国順位(330圏域)	268位
偏在指標県内平均値	88.6
偏在指標県内順位(9圏域)	5位

図表 8-1-5-2 君津医療圏の外来医療に係る流出入状況

【医療圏内の居住地ベース推計外来患者数：15.4千人/日】

(単位：千人)

流出入先圏域	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生 夷隅	安房	君津	市原	県外	計
圏域内への流入	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	—	0.4	0.1	0.8
圏域外への流出	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	—	0.4	0.3	1.5
差引	▲ 0.2	▲ 0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	▲ 0.3	—	▲ 0.1	▲ 0.2	▲ 0.7

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

※端数を切り捨て処理しているため、圏域の和と計が一致しないことがあります。

図表 8-1-5-3 主たる診療科別の一般診療所従事医師数

(単位：人)

内科	79	感染症内科		肛門外科		リハビリテーション科	
呼吸器内科	1	小児科	10	脳神経外科	1	放射線科	
循環器内科	6	精神科	3	整形外科	17	麻酔科	1
消化器内科 (胃腸内科)	7	心療内科		形成外科		病理診断科	
腎臓内科	1	外科	4	美容外科		臨床検査科	
脳神経内科		呼吸器外科		眼科	18	救急科	
糖尿病内科 (代謝内科)	2	心臓血管外科		耳鼻いんこう科	8	臨床研修医	
血液内科		乳腺外科	1	小児外科		全科	1
皮膚科	13	気管食道外科		産婦人科	6	その他	
アレルギー科		消化器外科 (胃腸外科)		産科		主たる診療科不詳	1
リウマチ科		泌尿器科	3	婦人科		診療科不詳	5
皮膚科/人口10万	4.0	精神科/人口10万	0.9	眼科/人口10万	5.5	耳鼻科/人口10万	2.4
〃 県内平均	3.6	〃 県内平均	2.5	〃 県内平均	5.4	〃 県内平均	3.1

資料：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

図表 8-1-5-4 医療圏内に位置する紹介受診重点医療機関*一覧（令和5年8月1日時点）

No.	医療機関名	基準 (%)		参考水準 (%)		一般病床数 (床)	備考
		「初診」のうち、 重点外来の割合	「再診」のうち、 重点外来の割合	紹介率	逆紹介率		
1	国保直営総合病院君津中央病院	66.2	31.1	69.5	70.0	636	地域医療支援病院

資料：令和5年度第1回君津地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 とりまとめ

(2) 外来医療機能ごとの現況

ア 通院外来医療

一般診療所数は214か所、一般診療所で診療に従事する医師は188人で、外来患者延数に占める診療所の受診割合は72.4%と、全国及び県内平均を下回っています。医療圏内の医療機関からの不足感が強い診療機能は、強い順に、初期救急、小児医療、精神疾患、認知症となっています。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、君津木更津医師会において在宅当番医制*が運営されているほか、木更津市に医療圏全域を対象とする夜間急病診療所*が設置されています。時間外等外来患者延数に占める診療所の受診割合は88.7%と、全国及び県内平均を上回っています。

ウ 在宅医療

在宅医療については、在宅療養支援診療所（令和5年4月1日時点で20か所・うち機能強化型7か所）のほか、地域の診療所・病院により提供されています。

エ 公衆衛生（学校医*・産業医*・予防医療等）

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

図表 8-1-5-5 君津医療圏における外来医療の概況

区分	病院	一般診療所	一般診療所 構成率	構成率の 全国平均	構成率の 千葉県平均
施設数	19	214			
医師数（人）	318	188			
外来患者延数（人/年）	1,026,884	2,691,444	72.4%	75.8%	73.8%
通院外来患者延数（人/年）	1,024,118	2,645,993	72.1%	75.6%	73.5%
時間外等外来患者延数（人/年）	15,804	124,490	88.7%	85.0%	85.6%
訪問診療患者延数（人/年）	2,350	37,594	94.1%	87.8%	89.7%

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

図表 8-1-5-6 外来医療機能ごとの過不足感

区分	がん	脳卒中	心血管	糖尿病	精神	認知症	初期救急
不足	33%	34%	37%	32%	49%	49%	57%
充足又は過剰	15%	13%	15%	24%	10%	8%	5%

区分	周産期	小児	在宅	予防接種	健診検診	学校保健	産業保健
不足	34%	50%	43%	15%	14%	22%	12%
充足又は過剰	8%	8%	7%	38%	35%	21%	18%

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

図表 8-1-5-7 在宅当番医制*の実施状況

令和5年4月1日現在

地区医師会名	診療科目	休日診療時間
君津木更津医師会	内、外、小	9:00～17:00

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

図表 8-1-5-8 夜間休日急病診療所*の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

施設名	所在地	電話	診療科目	診療日	診療時間
君津郡市夜間急病診療所	木更津市中央1-5-18 旧木更津市保健相談センター内 1階	0438-25-6284	内・小	毎日	20:00～23:00 (9:00～17:00※1)

※1 休日（12/30～1/3含む）は夜間に加えて昼間も診療

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

(3) 医療機器の共同利用に係る状況

君津医療圏には計画上の対象機器のうち5種類全てが配置されており、指標においては、CT*は全国及び県内平均を上回っており、マンモグラフィ*については全国平均と県内平均の間ですが、それ以外の機器については両平均を下回っています。

機器1台あたりの年間検査数では、CT*が全国及び県内平均を下回る一方、残りの機器は両平均を上回っており、特に放射線治療機器の稼働件数は県内平均の1.5倍程度となっています。

共同利用については、地域医療支援病院である国保直営総合病院君津中央病院において、CT*、MRI*、PET*について、広く医療圏内の医療機関からの共同利用を受け入れています。そのほか、7か所の病院、診療所において共同利用を受け入れています。

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

図表 8-1-5-9 医療機器保有状況の概況

機器の種類	指標(調整人口あたり台数) (台)			保有台数 (台)			1台あたり年間検査数 (件)		
	君津	千葉県	全国	君津	千葉県	全国	君津	千葉県	全国
全身用CT	12.2	8.5	11.5	41	527	14,595	1,331	1,977	1,523
全身用MRI	3.3	4.8	5.7	11	297	7,240	2,142	1,981	1,834
PET	0.29	0.35	0.5	1	22	594	898	850	876
放射線治療	0.29	0.64	0.8	1	40	1,044	5,442	3,563	2,762
マンモグラフィ	3.2	2.9	3.4	10	180	4,261	699	669	543

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

6 医師の確保の現状

医師全体についての医師偏在指標は、全国330医療圏中234位の173.5であり、医師少数区域とされています。

圏域内には、令和5年4月現在、基幹型臨床研修病院*が1施設、専門研修基幹施設*が2施設立地しています。

図表 8-1-6-1 医師偏在指標、区域の分類及び目標医師数、偏在対策基準医師数（君津保健医療圏）

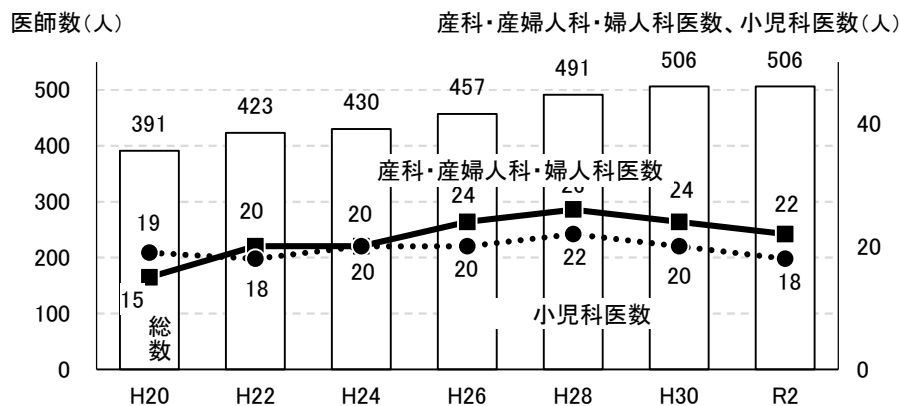
	医師偏在指標	順位	区域の分類	目標医師数 又は偏在対策 基準医師数	現状の 医師数
医師全体	173.5	234位/330	医師少数区域	519人	506人
分娩取扱 医師	9.04	134位/258	(相対的少数でない)	14.9人	20人
小児科	45.9	299位/303	相対的医師少数区域	31.0人	18人

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

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

図表 8-1-6-2 二次保健医療圏の概況（君津保健医療圏）

■ 圏域内医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

■ 圏域内の医育機関、研修施設等（令和5年4月現在）

医育機関	基幹型臨床研修病院* (令和5年度研修開始者募集定員)	専門研修基幹施設* (令和5年度研修開始者募集定員)
なし	1病院(14名)	2施設(12名)

施設名	所在地	基幹型臨床 研修病院*	専門研修 基幹施設*	キャリア 形成支援 機関*
君津中央病院	木更津市	14	10	○
袖ヶ浦さつき台病院	袖ヶ浦市		2	

(施設名は順不同。数字は令和5年度研修開始者に係る募集定員数。)

7 主な医療・介護資源の現状

	項目	単位	実数	人口 10万対	県平均 人口10万対	時点
1	病院数	施設	19	5.9	4.6	R4. 10. 1
2	診療所数	施設	215	66.7	62.8	R4. 10. 1
3	歯科診療所数	施設	142	44.0	51.6	R4. 10. 1
4	薬局数	施設	160	49.2	41.0	R4. 3. 31
5	訪問看護ステーション数	施設	26	8.1	9.8	R5. 6. 1
6	在宅療養支援診療所数	施設	19	5.9	6.7	R5. 10. 1
7	在宅療養支援病院数	施設	2	0.6	0.9	R5. 10. 1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	0.3	R5. 10. 1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	13	4.0	4.9	R5. 10. 1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	143	44.5	36.3	R5. 10. 1
11	地域包括ケア病棟入院料/ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	52	16.2	36.0	R5. 10. 1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	98	30.5	73.9	R5. 10. 1
13	一般病床数（病院）	床	1,553	481.6	582.6	R4. 10. 1
14	一般病床数（診療所）	床	181	56.1	30.5	R4. 10. 1
15	一般病床・病床利用率（病院）	%	65.6		68.7	R4. 10. 1
16	一般病床・平均在院日数（病院）	日	15.4		15.8	R4. 10. 1
17	療養病床数（病院）	床	869	269.5	173.3	R4. 10. 1
18	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	1.0	R4. 10. 1
19	療養病床・病床利用率（病院）	%	79.6		85.6	R4（年間）
20	療養病床・平均在院日数（病院）	日	253.3		151.2	R4（年間）
21	医療施設従事医師数	人	506	155.8	205.8	R2. 12. 31
22	医療施設従事歯科医師数	人	213	65.6	81.5	R2. 12. 31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	513	158.0	193.4	R2. 12. 31
24	就業看護職員数	人	3,026	932.5	972.5	R2. 12. 31
25	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	69	21.2	19.8	R2. 10. 1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	240	74.0	81.4	R2. 10. 1
27	医療施設従事理学療法士数	人	202	62.2	79.1	R2. 10. 1
28	医療施設従事作業療法士数	人	90	27.6	30.5	R2. 10. 1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	12	3.8	10.7	R2. 10. 1
30	介護老人福祉施設数	施設	32	10.0	7.2	R5. 10. 1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,703	530.1	456.5	R5. 10. 1
32	介護老人保健施設数	施設	10	3.1	2.5	R5. 10. 1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	980	305.1	246	R5. 10. 1

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

4 「令和3年度薬務行政概要」（千葉県）

5、30～33 千葉県高齢者福祉課調べ

6～12 「届出受理医療機関名簿」（関東信越厚生局）

15、16、19、20 「令和4年病院報告」（厚生労働省）

21～23 「令和2年千葉県衛生統計年報」（千葉県）

24 「令和2年度千葉県看護の現況」（千葉県）

25～29 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

《参考》

主な医療・介護資源の現状（65歳以上人口10万対・75歳以上人口10万対）

	項目	単位	実数	65歳以上人口10万対		75歳以上人口10万対	
				圏域	県平均	圏域	県平均
1	病院数	施設	19	19.2	16.7	37.7	32.2
2	診療所数	施設	215	216.9	227.0	426.4	437.3
3	歯科診療所数	施設	142	143.2	186.8	281.7	359.8
4	薬局数	施設	160	161.4	149.0	317.4	287.1
5	訪問看護ステーション数	施設	26	26.3	35.5	49.2	65.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	19	19.2	24.3	36.0	44.5
7	在宅療養支援病院数	施設	2	2.0	3.2	3.8	5.8
8	在宅療養後方支援病院数	施設	0	0.0	1.0	0.0	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	13	13.1	17.8	24.6	32.6
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	143	144.5	131.0	270.9	239.9
11	地域包括ケア病棟入院料／ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	52	55.7	138.5	98.5	238.2
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	98	105.0	284.4	185.6	488.9
13	一般病床数（病院）	床	1,553	1,566.5	2,107.1	3,080.3	4,058.8
14	一般病床数（診療所）	床	181	182.6	110.4	359.0	212.7
15	療養病床数（病院）	床	869	876.5	626.9	1,723.6	1,207.6
16	療養病床数（診療所）	床	0	0.0	3.7	0.0	7.1
17	医療施設従事医師数	人	506	515.4	751.2	1,039.9	1,494.0
18	医療施設従事歯科医師数	人	213	217.0	297.4	437.7	591.4
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	513	522.6	705.9	1,054.3	1,403.8
20	就業看護職員数	人	3,026	3,082.4	3,549.9	6,218.7	7,059.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	69	71.1	73.3	142.2	145.0
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	240	248.0	301.0	496.0	595.2
23	医療施設従事理学療法士数	人	202	208.5	292.5	417.2	578.4
24	医療施設従事作業療法士数	人	90	92.5	112.9	184.9	223.3
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	12	12.8	39.4	25.6	77.9
26	介護老人福祉施設数	施設	32	32.3	25.8	60.6	47.3
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,703	1,720.8	1,648.1	3,225.8	3,018.2
28	介護老人保健施設数	施設	10	10.1	9.0	18.9	16.5
29	介護老人保健施設入所定員数	人	980	990.3	887	1,856.3	1,625

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

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

《参考》

全国の主な医療・介護資源の現状

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

第2節 君津保健医療圏における施策の方向性

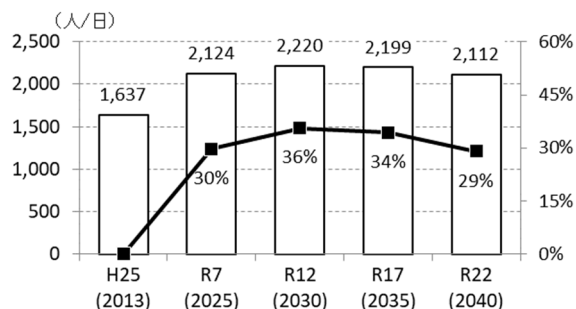
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

(1) 区域内に住所を有する入院患者数の推移

一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度から令和7年にかけて30%・487人/日の増加が見込まれます。

その後、令和12年にピークを迎え、36%・583人/日に増加すると見込まれます。

図表 8-2-1-1 入院患者数の推移と変化率（君津）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(2) 4機能別の医療提供体制

令和4年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と令和7年の必要病床数を比較すると、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。

図表 8-2-1-2 4機能別の医療提供体制（君津）

(単位：床)

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

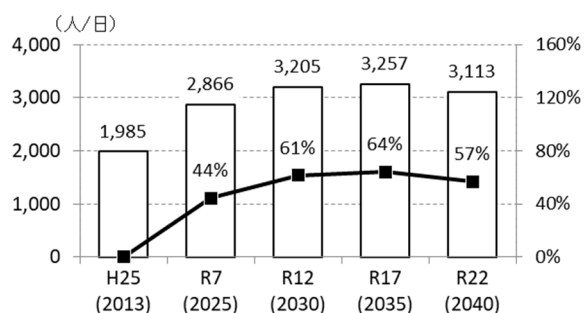
「休棟等」：非稼働、健診のための病棟などの外、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

(3) 在宅医療等需要の推移

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から令和7年にかけて44%・881人/日の増加が見込まれます。

令和17年にはピークを迎え、64%・1,272人/日の増加が見込まれます。

図表 8-2-1-3 在宅医療等需要推移と変化率（君津）



「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

(4) 実現に向けた施策の方向性

ア 医療機関の役割分担の促進

- 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。
- 地域の実情を踏まえ、急性期*から回復期*、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、不足が見込まれる病床の確保を図ります。調整会議においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供等の支援を行い、丁寧な調整を図ります。

イ 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

ウ 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

(1) 外来医療機能ごとの対応方針

ア 通院外来医療

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

また、紹介受診重点医療機関*のとりまとめ等を通じて、医療機関の役割分担の明確化・連携を促進します。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、地域の医療機関からの不足感改善を図るため、医療圏

内で運営されている在宅当番医制*や夜間休日急病診療所*等の診療体制について、維持・充実を図ることが重要です。

ウ 在宅医療

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

エ 公衆衛生（学校医・産業医・予防医療等）

公衆衛生機能については、現状では一定の充足感がある項目も含め、現在機能を担っている医師の負担状況も考慮しながら供給体制を維持していくことが重要です。

（２）医療機器の共同利用方針

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

図表 8-2-2-1 医療機器ごとの共同利用方針

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

資料（機器保有状況の把握）：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査

3 医師の確保の方針（医師全体）

研修環境の向上等による県内医師のキャリア形成支援等、医師多数区域等からの医師派遣の促進、働き方改革への対応等により、積極的に圏域内の医師数の増加を図るとともに、医療機関間の役割分担と連携、上手な医療のかかり方への県民の理解等を促進することで、圏域内の医療需要に対応していきます。

第3節 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*として国保直営総合病院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との連携を図ります。
- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、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。
- この地域の65歳以上人口10万人当たり訪問診療実施診療所・病院数は千葉県平均を上回っている一方、訪問看護ステーション数は千葉県平均を下回っている地域であり、今後も在宅医療等の需要が増加すると見込まれます。
そのため、在宅医療の拡充を引き続き促進するとともに、在宅医療に必要な連携を担う市と連携し、在宅医療の体制整備を進めます。
- 感染症については、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、国保直営総合病院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*の連携を行っています。
- 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、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）*及び災害派遣精神医療チーム（DPAT）の体制整備を推進します。
- 精神科救急医療体制
夜間・休日を含め、24時間365日、精神科救急患者の医療を確保するため、精神科救急情報センター*、精神科救急基幹病院、精神科救急輪番病院、千葉県総合救急災害医療センターに設置した精神科救急医療センター、精神科措置輪番病院からなる精神科救急医療システムの体制整備を推進します。

4 外来医療に係る医療提供体制の確保

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

5 医師の確保（医師全体）

（1）医師数の増加

ア 県内関係者と連携した取組の推進

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

イ 地域医療に従事する医師の養成・確保

- 県は、自治医科大学に学生を送り、地域医療に従事する医師の養成・確保を図ります。

令和5年度在学学生 15名
令和6年度入学定員（千葉県分） 〇名

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

県内大学医学部における恒久的な入学定員 240名
臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む） 34名（令和6年度）

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

※医師の確保を特に図るべき区域等

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

- 県内の専門研修基幹施設*等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先となる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等は、修学資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。
- 関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医科大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。
- 医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関へ医師派遣を行う医療機関を対象に支援を行うことで、修学資金受給医師の受入体制の強化を含め当該地域の医師の確保を図ります。
- 医師少数区域で一定期間（6か月以上）勤務し、国から認定された医師（認定医師）が勤務を継続できるよう経済的支援を行います。

ウ 研修環境の充実等による若手医師の確保

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

(2) 医師の働き方改革の推進

ア 就労環境の向上と復職支援

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

イ タスク・シフト／シェア*等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応

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

(3) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

- 市町村及び県内医療関係者と連携し、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医の定着に努めるとともに、適切な受療行動についての理解を促します。県民は、医療を適切に受けるよう努めます。
- 県内医療関係者と連携し、入院医療では、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関へ転院したり、入院する病棟を変えたりする場合があることについて、県民の理解を促します。
- ホームページを活用した医療機関に関する情報の提供については、令和6年度から国による全国統一のシステムが運用されることから、その周知啓発を行い、県民が適切な最新の情報を得られるように努めます。
- ちば救急医療ネット等を通じて、県民に対し、検索機能による医療機関情報や、在宅当番医療機関、夜間等の急病診療所情報等の提供を行います。
- 市町村及び県内医療関係者と連携し、救急医療体制の仕組み及び救急車や救急医療の適正利用について、普及啓発に取り組みます。
- 県民の不安解消による夜間・休日の不要不急の受診の減少及びその結果による救急医療に係る医療従事者の負担軽減を目的として、県民に対し、病状の緊急性

や救急医療機関の受診の要否、応急処置の方法等について、電話による医療的観点からの助言を行う救急安心電話相談事業の充実・強化を図ります。

- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中を緩和するため、夜間に小児患者の保護者等からの電話相談に対し、看護師や小児科医が適切な助言を行う小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。
- 県内関係団体と連携し、保護者向け講習会の実施やガイドブックの配布などを通じて、子どもの急病や事故時の対応に関する知識について普及啓発を図ります。

(4) 産科及び小児科についての医師の確保

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

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

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

そのため、各二次保健医療圏における産科及び小児科に係る医師確保の方針及び医師の確保に関する施策については、千葉県（県全体）における方針及び施策と同一のものとしします。

6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保

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

7 循環型地域医療連携システム

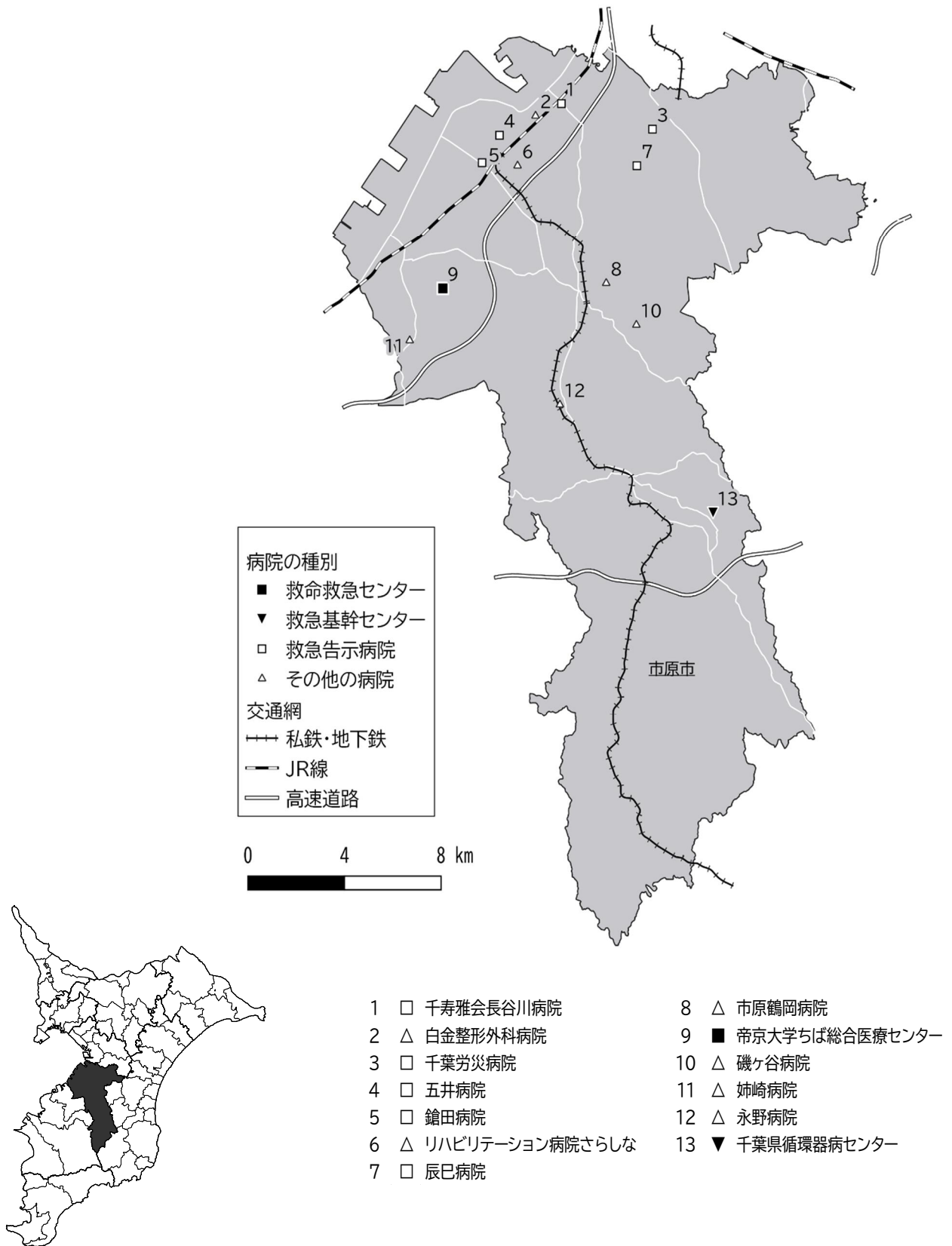
循環型地域医療連携システム*のイメージ図は、本冊「第5章第1節2 循環型地域医療連携システム（各論）」の各疾病・事業のページに掲載しています。

また、関係機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryoyou_h30list.html

第9章 市原保健医療圏



令和5年10月17日現在の開設許可等の状況に基づき作成

第1節 圏域の現状

1 基本的事項

		圏域	全県	
構成市町村数		1市	37市16町1村	
面積 (対全県比)		368.16km ² (7.1%)	5156.74km ²	
人口 (人)	総人口 (対全県比)	269,524 (4.3%)	6,284,480	
	構成等	0～14歳	30,046	734,496
		15～64歳	154,641	3,715,691
		65歳～	78,661	1,699,991
		高齢化率	29.9%	27.6%
		75歳以上	37,830	859,767
		75歳以上の割合	14.4%	14.0%

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

注：高齢化率、75歳以上の割合は、年齢不詳を除く総人口に占める割合

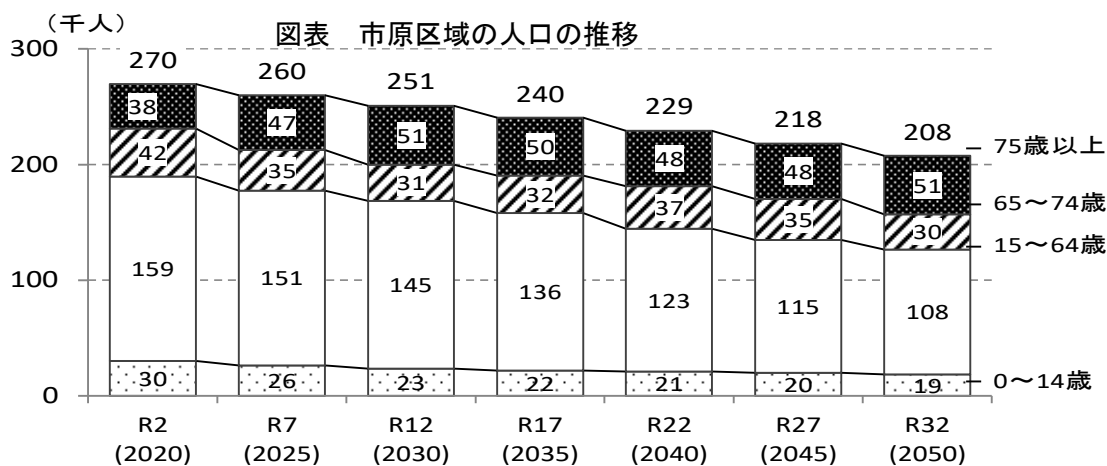
2 人口動態等

(1) 人口動態

	圏域 (人)	全県 (人)
出生数 (人口千対)	1,399 (5.3)	36,966 (5.9)
死亡数 (人口千対)	3,271 (12.3)	72,258 (11.5)
乳児死亡数 (出生千対)	7 (5.0)	69 (1.9)
死産数 (出産千対)	27 (18.9)	753 (20.0)
周産期死亡数 (出産千対)	9 (6.4)	120 (3.2)

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

(2) 人口の推移、将来推計人口



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

総人口は減少に向かいますが、75歳以上人口は、令和2年から令和12年にかけて33%・13千人増加すると見込まれます。

3 疾病状況（主な死因別死亡数）

	圏域（人）		全県（人）	
	実数	人口10万対	実数	人口10万対
悪性新生物	864	322.5	17,808	283.7
心疾患	352	131.4	10,167	161.9
肺炎	135	50.4	3,636	57.9
脳血管疾患	224	83.6	4,667	74.3

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

4 患者動向

圏域内の住民が入院している 医療機関の所在地（医療圏別）		圏域内の医療機関へ入院している 患者の所在地（医療圏別）	
市原保健医療圏	71.6%	市原保健医療圏	71.7%
千葉保健医療圏	16.8%	山武長生夷隅保健医療圏	13.7%
県外	3.3%	君津保健医療圏	5.2%
山武長生夷隅保健医療圏	3.0%	千葉保健医療圏	4.9%
その他	5.3%	その他	4.5%

資料：平成29年度患者調査の特別集計結果（厚生労働省作成）を元に集計。

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

5 外来医療の現状

(1) 地域における外来医療の概況

市原医療圏の外来医師偏在指標は全国330医療圏中318位・県内9医療圏中9位であり、診療所における外来医療のニーズに対して、診療所医師が少ない地域です。

千葉医療圏への流出があり、外来患者数全体では1日あたり1,000人程度の流出超過と推計されます。

一般診療所に勤務する医師について主たる診療科別に見ると、一般的な疾病の診療に当たる診療科のうち、他の診療科では代替が難しいと考えられる皮膚科、精神科、眼科、耳鼻科の人口10万人あたり医師数はいずれも県内平均を下回っており、特に精神科は県内平均の2分の1以下となっています。

医療圏内には紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関*が2施設立地しています（令和5年8月1日現在）。

図表 9-1-5-1 外来医師偏在指標等の状況

市原保健医療圏	
圏域内人口	274千人
外来医師偏在指標	69.4
偏在指標全国平均値	112.2
偏在指標全国順位(330圏域)	318位
偏在指標県内平均値	88.6
偏在指標県内順位(9圏域)	9位

図表 9-1-5-2 市原医療圏の外来医療に係る流出入状況

【医療圏内の居住地ベース推計外来患者数：12.3千人/日】

(単位：千人)

流出入先圏域	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生 夷隅	安房	君津	市原	県外	計
圏域内への流入	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.4	—	0.1	1.4
圏域外への流出	1.6	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.4	—	0.2	2.4
差引	▲ 1.1	▲ 0.0	▲ 0.0	0.0	0.0	0.3	▲ 0.0	0.1	—	▲ 0.2	▲ 1.0

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

※端数を切り捨て処理しているため、圏域の和と計が一致しないことがあります。

図表 9-1-5-3 主たる診療科別の一般診療所従事医師数

(単位：人)

内科	51	感染症内科		肛門外科	1	リハビリテーション科	
呼吸器内科		小児科	7	脳神経外科	2	放射線科	
循環器内科	4	精神科	3	整形外科	12	麻酔科	
消化器内科 (胃腸内科)	8	心療内科	1	形成外科		病理診断科	
腎臓内科	1	外科	3	美容外科		臨床検査科	
脳神経内科		呼吸器外科		眼科	11	救急科	
糖尿病内科 (代謝内科)	1	心臓血管外科		耳鼻いんこう科	5	臨床研修医	
血液内科		乳腺外科	2	小児外科		全科	
皮膚科	6	気管食道外科		産婦人科	7	その他	
アレルギー科		消化器外科 (胃腸外科)	2	産科	1	主たる診療科不詳	
リウマチ科	1	泌尿器科	4	婦人科		診療科不詳	
皮膚科/人口10万	2.2	精神科/人口10万	1.1	眼科/人口10万	4.0	耳鼻科/人口10万	1.8
〃 県内平均	3.6	〃 県内平均	2.5	〃 県内平均	5.4	〃 県内平均	3.1

資料：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

図表 9-1-5-4 医療圏内に位置する紹介受診重点医療機関*一覧（令和5年8月1日時点）

No.	医療機関名	基準 (%)		参考水準 (%)		一般病床数 (床)	備考
		「初診」のうち、 重点外来の割合	「再診」のうち、 重点外来の割合	紹介率	逆紹介率		
1	独立行政法人労働者健康安全機構千葉労災病院	70.9	30.2	76.4	76.7	400	地域医療支援病院
2	帝京大学ちば総合医療センター	28.3	22.8	66.0	60.9	475	地域医療支援病院

資料：令和5年度第1回市原地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 とりまとめ

(2) 外来医療機能ごとの現況

ア 通院外来医療

一般診療所数は155か所、一般診療所で診療に従事する医師は133人であり、外来患者延数に占める診療所の受診割合は75.9%と、全国及び県内平均とおおむね同じ割合です。医療圏内の医療機関からの不足感が強い診療機能は、強い順に初期救急、認知症、小児医療となっています。

イ 初期救急医療

初期救急医療については、在宅当番医制*や夜間休日急病診療所*が運営されています。時間外等外来患者延数に占める診療所の受診割合は89.0%と、全国及び県内平均上回っています。

ウ 在宅医療

在宅医療については、在宅療養支援診療所（令和5年4月1日時点で13か所・うち機能強化型5か所）のほか、地域の診療所・病院により提供されています。

エ 公衆衛生（学校医*・産業医*・予防医療等）

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

図表 9-1-5-5 市原医療圏における外来医療の概況

区分	病院	一般診療所	一般診療所 構成率	構成率の 全国平均	構成率の 千葉県平均
施設数	13	155			
医師数（人）	368	133			
外来患者延数（人/年）	690,251	2,168,218	75.9%	75.8%	73.8%
通院外来患者延数（人/年）	685,331	2,157,278	75.9%	75.6%	73.5%
時間外等外来患者延数（人/年）	14,561	117,476	89.0%	85.0%	85.6%
訪問診療患者延数（人/年）	4,769	8,812	64.9%	87.8%	89.7%

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

図表 9-1-5-6 外来医療機能ごとの過不足感

区分	がん	脳卒中	心血管	糖尿病	精神	認知症	初期救急
不足	25%	22%	16%	15%	32%	39%	43%
充足又は過剰	24%	22%	34%	32%	14%	10%	18%

区分	周産期	小児	在宅	予防接種	健診検診	学校保健	産業保健
不足	27%	37%	33%	13%	15%	22%	11%
充足又は過剰	11%	16%	8%	42%	35%	30%	19%

資料：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査
 医療圏内の医療機関を対象とした「地域で不足していると感じる外来医療機能」の回答集計結果。
 選択肢で「全く足りない」「やや足りない」を「不足」、「十分である」「過剰である」を「充足又は過剰」として算出。

図表 9-1-5-7 在宅当番医制*の実施状況

令和5年4月1日現在

地区医師会名	診療科目	休日診療時間
市原市医師会	内、外、小、眼、耳、産、皮、その他	9:00～17:00

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

図表 9-1-5-8 夜間休日急病診療所*の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

施設名	所在地	電話	診療科目	診療日	診療時間
市原市急病センター	市原市更級5-1-48	0436-21-5771	内・小	毎日	20:30～23:30 (9:00～17:00※1)

※1 休日(12/29～1/3含む)は夜間に加えて昼間も診療

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

(3) 医療機器の共同利用に係る状況

市原医療圏には計画上の対象機器のうち4種類が配置されており、指標においてはCT*が全国と県内平均の中間、MRI*と放射線治療機器については両平均を上回っていますが、マンモグラフィは両平均を下回っています。

機器1台あたりの年間検査数では、MRI*と放射線治療機器については両平均を下回っていますが、マンモグラフィ*は両平均を上回っています。

共同利用については、地域医療支援病院である独立行政法人労働者健康安全機構千葉労災病院において、CT*、MRI*、リニアック*及びマンモグラフィ*等について、広く医療圏内の医療機関からの共同利用を受け入れることが可能な体制や規定の整備がなされています。そのほか、2か所の病院、診療所において共同利用を受け入れています。

地域医療支援病院以外の医療機関を含めた、共同利用受入医療機関数の増加と可視化により、共同利用を希望する医療機関のニーズに対応するとともに、専門性の高い医療機器については医療機関連携による紹介等により、各医療機器の効率的活用を推進していく必要があります。特に医療圏内に機器を保有する医療機関がないPET*については、隣接する医療圏に所在する医療機関との連携を図ることが重要です。

図表 9-1-5-9 医療機器保有状況の概況

機器の種類	指標(調整人口あたり台数) (台)			保有台数 (台)			1台あたり年間検査数 (件)		
	市原	千葉県	全国	市原	千葉県	全国	市原	千葉県	全国
全身用CT	9.7	8.5	11.5	27	527	14,595	1,670	1,977	1,523
全身用MRI	6.1	4.8	5.7	17	297	7,240	1,829	1,981	1,834
PET	0.00	0.35	0.5	0	22	594	—	850	876
放射線治療	1.39	0.64	0.8	4	40	1,044	1,607	3,563	2,762
マンモグラフィ	2.7	2.9	3.4	7	180	4,261	969	669	543

資料：指標…医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集（厚生労働省・令和5年度提供）

保有台数…令和2年度医療施設調査（厚生労働省集計）

検査数…令和元年度NDB（厚生労働省集計）

6 医師の確保の現状

医師全体についての医師偏在指標は、全国330医療圏中161位の200.1であり、医師多数区域、医師少数区域のどちらでもない区域とされています。

圏域内には、令和5年4月現在、基幹型臨床研修病院*が2施設、専門研修基幹施設*が2施設立地しています。

図表 9-1-6-1 医師偏在指標、区域の分類及び目標医師数、偏在対策基準医師数（市原保健医療圏）

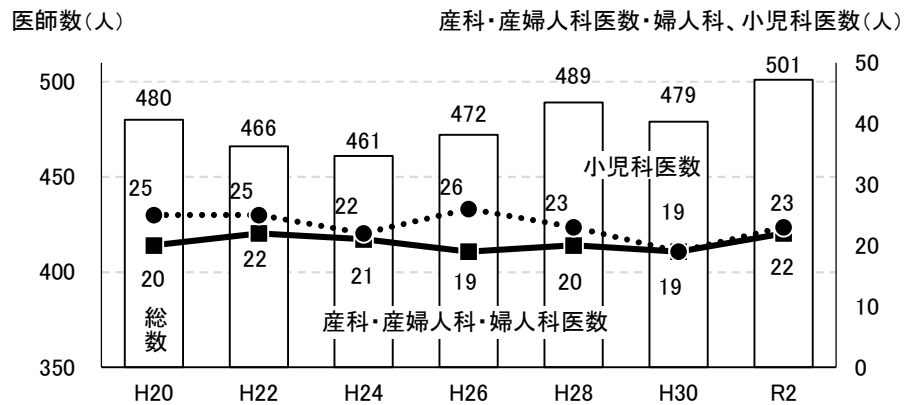
	医師偏在指標	順位	区域の分類	目標医師数 又は偏在対策 基準医師数	現状の 医師数
医師全体	200.1	161位/330	(どちらでもない)	508人	501人
分娩取扱 医師	9.40	122位/258	(相対的少数でない)	11.2人	17人
小児科	94.9	188位/303	(相対的少数でない)	19.0人	23人

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

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

図表 9-1-6-2 二次保健医療圏の概況（市原保健医療圏）

■ 圏域内医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

■ 圏域内の医育機関、研修施設等（令和5年4月現在）

医育機関	基幹型臨床研修病院* (令和5年度研修開始者募集定員)	専門研修基幹施設* (令和5年度研修開始者募集定員)
なし	2病院（13名）	2施設（27名）

施設名	所在地	基幹型臨床 研修病院*	専門研修 基幹施設*	キャリア 形成支援 機関*
千葉労災病院	市原市	10	11	
帝京大学ちば総合医療センター	市原市	3	16	○

（施設名は順不同。数字は令和5年度研修開始者に係る募集定員数。）

7 主な医療・介護資源の現状

	項目	単位	実数	人口 10万対	県平均 人口10万対	時点
1	病院数	施設	13	4.9	4.6	R4. 10. 1
2	診療所数	施設	158	59.4	62.8	R4. 10. 1
3	歯科診療所数	施設	123	46.3	51.6	R4. 10. 1
4	薬局数	施設	115	42.4	41.0	R4. 3. 31
5	訪問看護ステーション数	施設	27	10.2	9.8	R5. 6. 1
6	在宅療養支援診療所数	施設	14	5.3	6.7	R5. 10. 1
7	在宅療養支援病院数	施設	3	1.1	0.9	R5. 10. 1
8	在宅療養後方支援病院数	施設	1	0.4	0.3	R5. 10. 1
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	10	3.8	4.9	R5. 10. 1
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	99	37.5	36.3	R5. 10. 1
11	地域包括ケア病棟入院料/ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	31	11.7	36.0	R5. 10. 1
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	248	93.9	73.9	R5. 10. 1
13	一般病床数（病院）	床	1,624	610.8	582.6	R4. 10. 1
14	一般病床数（診療所）	床	137	51.5	30.5	R4. 10. 1
15	一般病床・病床利用率（病院）	%	61.1		68.7	R4. 10. 1
16	一般病床・平均在院日数（病院）	日	14.1		15.8	R4. 10. 1
17	療養病床数（病院）	床	409	153.8	173.3	R4. 10. 1
18	療養病床数（診療所）	床	8	3.0	1.0	R4. 10. 1
19	療養病床・病床利用率（病院）	%	75.8		85.6	R4（年間）
20	療養病床・平均在院日数（病院）	日	117.2		151.2	R4（年間）
21	医療施設従事医師数	人	501	185.9	205.8	R2. 12. 31
22	医療施設従事歯科医師数	人	168	62.3	81.5	R2. 12. 31
23	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	486	180.3	193.4	R2. 12. 31
24	就業看護職員数	人	2,626	975.8	972.5	R2. 12. 31
25	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	45	16.5	19.8	R2. 10. 1
26	医療施設従事歯科衛生士数	人	187	69.4	81.4	R2. 10. 1
27	医療施設従事理学療法士数	人	192	71.1	79.1	R2. 10. 1
28	医療施設従事作業療法士数	人	88	32.5	30.5	R2. 10. 1
29	医療施設従事言語聴覚士数	人	26	9.6	10.7	R2. 10. 1
30	介護老人福祉施設数	施設	18	6.8	7.2	R5. 10. 1
31	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,028	389.2	456.5	R5. 10. 1
32	介護老人保健施設数	施設	10	3.8	2.5	R5. 10. 1
33	介護老人保健施設入所定員数	人	872	330.1	246	R5. 10. 1

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

4 「令和3年度薬務行政概要」（千葉県）

5、30～33 千葉県高齢者福祉課調べ

6～12 「届出受理医療機関名簿」（関東信越厚生局）

15、16、19、20 「令和4年病院報告」（厚生労働省）

21～23 「令和2年千葉県衛生統計年報」（千葉県）

24 「令和2年度千葉県看護の現況」（千葉県）

25～29 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

《参考》

主な医療・介護資源の現状（65歳以上人口10万対・75歳以上人口10万対）

	項目	単位	実数	65歳以上人口10万対		75歳以上人口10万対	
				圏域	県平均	圏域	県平均
1	病院数	施設	13	15.9	16.7	32.1	32.2
2	診療所数	施設	158	192.8	227.0	390.1	437.3
3	歯科診療所数	施設	123	150.1	186.8	303.7	359.8
4	薬局数	施設	115	140.3	149.0	284.0	287.1
5	訪問看護ステーション数	施設	27	32.9	35.5	63.1	65.0
6	在宅療養支援診療所数	施設	14	17.0	24.3	32.7	44.5
7	在宅療養支援病院数	施設	3	3.7	3.2	7.0	5.8
8	在宅療養後方支援病院数	施設	1	1.2	1.0	2.3	1.9
9	在宅療養支援歯科診療所数	施設	10	12.2	17.8	23.4	32.6
10	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数	施設	99	120.5	131.0	231.4	239.9
11	地域包括ケア病棟入院料／ 地域包括ケア入院医療管理料 病床数	床	31	41.2	138.5	72.5	238.2
12	回復期リハビリテーション病棟 病床数	床	248	329.3	284.4	579.8	488.9
13	一般病床数（病院）	床	1,624	1,981.6	2,107.1	4,009.9	4,058.8
14	一般病床数（診療所）	床	137	167.2	110.4	338.3	212.7
15	療養病床数（病院）	床	409	499.1	626.9	1,009.9	1,207.6
16	療養病床数（診療所）	床	8	9.8	3.7	19.8	7.1
17	医療施設従事医師数	人	501	619.2	751.2	1,293.6	1,494.0
18	医療施設従事歯科医師数	人	168	207.6	297.4	433.8	591.4
19	薬局・医療施設従事薬剤師数	人	486	600.6	705.9	1,254.8	1,403.8
20	就業看護職員数	人	2,626	3,245.3	3,549.9	6,780.3	7,059.8
21	医療施設従事栄養士（管理栄養士）数	人	45	56.7	73.3	117.9	145.0
22	医療施設従事歯科衛生士数	人	187	237.7	301.0	494.3	595.2
23	医療施設従事理学療法士数	人	192	243.4	292.5	506.2	578.4
24	医療施設従事作業療法士数	人	88	111.2	112.9	231.3	223.3
25	医療施設従事言語聴覚士数	人	26	33.1	39.4	68.7	77.9
26	介護老人福祉施設数	施設	18	21.9	25.8	42.1	47.3
27	介護老人福祉施設入所定員数	人	1,028	1,251.3	1,648.1	2,403.2	3,018.2
28	介護老人保健施設数	施設	10	12.2	9.0	23.4	16.5
29	介護老人保健施設入所定員数	人	872	1,061.4	887	2,038.5	1,625

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

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

《参考》

全国の主な医療・介護資源の現状

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

第2節 市原保健医療圏における施策の方向性

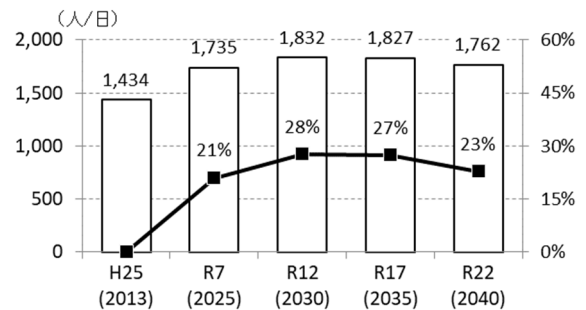
1 地域医療構想における目指すべき医療提供体制と実現に向けた施策の方向性

(1) 区域内に住所を有する入院患者数の推移

一般病床及び療養病床への入院患者数は、平成25年度から令和7年にかけて21%・301人/日の増加が見込まれます。

その後、令和12年にピークを迎え、28%・398人/日に増加すると見込まれます。

図表 9-2-1-1 入院患者数の推移と変化率（市原）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

(2) 4機能別の医療提供体制

令和4年度病床機能報告*による病床機能ごとの病床数と令和7年の必要病床数*を比較すると、高度急性期*、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。

図表 9-2-1-2 4機能別の医療提供体制（市原）

(単位：床)

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

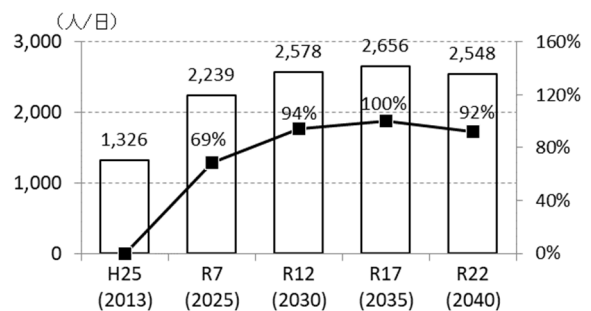
*「休棟等」：非稼働、健診のための病棟などの外、令和4年度病床機能報告の対象医療機関のうち未報告の病床等を含む。

(3) 在宅医療等需要の推移

在宅医療等の需要（患者数）は、平成25年度から令和7年にかけて69%・913人/日の増加が見込まれます。

令和17年にはピークを迎え、100%・1,330人/日の増加が見込まれます。

図表 9-2-1-3 在宅医療等需要推移と変化率（市原）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

(4) 実現に向けた施策の方向性

ア 医療機関の役割分担の促進

- 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。
- 地域の実情を踏まえ、急性期*から回復期*、在宅医療に至るまで、一連のサービスを総合的に確保するため、病床機能の分化及び連携を推進します。
- 病床機能の分化及び連携を進めるに当たっては、医療機関の自主的な取組と、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*における医療機関相互の協議による病床機能の調整、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促すことで、不足が見込まれる病床の確保を図ります。調整会議においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供等の支援を行い、丁寧な調整を図ります。

イ 在宅医療の推進

- 県民に、質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。

ウ 医療従事者の確保・定着

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、医師・看護職員の確保はもとより、限られた医療資源の中にあってもより高度で幅広いサービスを提供できるよう、他の職種とのチーム医療の取組を推進します。
- 医療従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

(1) 外来医療機能ごとの対応方針

ア 通院外来医療

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

また、紹介受診重点医療機関のとりまとめ等を通じて、医療機関の役割分担の明確化・連携を促進します。

イ 初期救急医療

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

ウ 在宅医療

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

エ 公衆衛生（学校医*・産業医*・予防医療等）

公衆衛生機能については、現状では一定の充足感がある項目も含め、現在機能を担っている医師の負担状況も考慮しながら供給体制を維持していくことが重要です。

（２）医療機器の共同利用方針

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

図表 9-2-2-1 医療機器ごとの共同利用方針

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

資料（機器保有状況の把握）：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査

3 医師の確保の方針（医師全体）

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

第3節 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及び帝京大学ちば総合医療センターです。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との連携を図ります。
- 認知症疾患医療センター*として千葉県が指定している、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。
- この地域の65歳以上人口10万人当たり訪問診療実施診療所・病院数や訪問看護ステーション数は千葉県平均と比べ少なく、今後も在宅医療等の需要が増加すると見込まれます。
そのため、在宅医療の拡充を引き続き促進するとともに、在宅医療に必要な連携を担う市と連携し、在宅医療の体制整備を進めます。
- 感染症については、千葉大学医学部附属病院に第二種感染症指定病床4床、結核モデル病床を千葉県循環器病センターに1床整備しています。

- 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、循環器病センターが所在する市原保健医療圏及び隣接する山武長生夷隅保健医療圏内に複数の救命救急センター*が指定されていることなどを踏まえ、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を行っています。
- 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、A E D*（自動体外式除細動器）の使用方法に関する普及啓発や、救急安心電話相談*及び小児救急電話相談*事業の利用促進、並びに救急隊員が行う救急救命処置等の質の向上を図るための研修等、メディカルコントロール*体制を充実します。
- 災害時医療体制
災害時に被災地域の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るとともに、災害派遣医療チーム(DMAT・CLDMAT)*及

び災害派遣精神医療チーム(DPAT)の体制整備を推進します。

○ 精神科救急医療体制

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

4 外来医療に係る医療提供体制の確保

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

5 医師の確保（医師全体）

（1）医師数の増加

ア 県内関係者と連携した取組の推進

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

イ 地域医療に従事する医師の養成・確保

- 県内外の関係大学と連携して医学部入学定員数を臨時的に増員します。関係大学は、一般の入試とは別枠で地域医療に意欲のある学生を対象とした入学者選抜を行い、入学後も、地域医療に関する教育を行うなど、卒業後、千葉県内の地域医療への従事が促進されるよう取り組みます。また、県は、当該学生やその他の地域医療に意欲のある学生を対象に、県内での一定期間

の就業を条件に返還が免除される修学資金の貸付けを行うことで、千葉県で地域医療に従事する医師の増加を図ります。

県内大学医学部における恒久的な入学定員 240名

臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む）34名（令和6年度）

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

※医師の確保を特に図るべき区域等

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

- 県内の専門研修基幹施設*等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先となる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設*等は、修学資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。
- 関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医

科大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。

- 医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関へ医師派遣を行う医療機関を対象に支援を行うことで、修学資金受給医師の受入体制の強化を含め当該地域の医師の確保を図ります。

ウ 研修環境の充実等による若手医師の確保

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

(2) 医師の働き方改革の推進

ア 就労環境の向上と復職支援

- 妊娠中の医師や、性別を問わず、子育て、介護を行う医師に対して仕事と両立できる働きやすい職場づくり等、医療機関における就労環境の改善に係る取組について支援するとともに、医師にわかりやすく周知します。

- 分娩を取り扱う医師や新生児医療担当医等の処遇改善に取り組む医療機関を支援します。
- 医師キャリアアップ・就職支援センターにおいて、いったん離職した医師の職場復帰に向けた再就業のあっせんや復職研修の実施を通し、その復職を支援します。

イ タスク・シフト／シェア*等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応

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

(3) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

- 市町村及び県内医療関係者と連携し、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医の定着に努めるとともに、適切な受療行動についての理解を促します。県民は、医療を適切に受けるよう努めます。
- 県内医療関係者と連携し、入院医療では、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関へ転院したり、入院する病棟を変えたりする場合があることについて、県民の理解を促します。
- ホームページを活用した医療機関に関する情報の提供については、令和6年度から国による全国統一のシステムが運用されることから、その周知啓発を行い、県民が適切な最新の情報を得られるように努めます。

- ちば救急医療ネット等を通じて、県民に対し、検索機能による医療機関情報や、在宅当番医療機関、夜間等の急病診療所情報等の提供を行います。
- 市町村及び県内医療関係者と連携し、救急医療体制の仕組み及び救急車や救急医療の適正利用について、普及啓発に取り組みます。
- 県民の不安解消による夜間・休日の不要不急の受診の減少及びその結果による救急医療に係る医療従事者の負担軽減を目的として、県民に対し、病状の緊急性や救急医療機関の受診の要否、応急処置の方法等について、電話による医療的観点からの助言を行う救急安心電話相談事業の充実・強化を図ります。
- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中を緩和するため、夜間に小児患者の保護者等からの電話相談に対し、看護師や小児科医が適切な助言を行う小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。
- 県内関係団体と連携し、保護者向け講習会の実施やガイドブックの配布などを通じて、子どもの急病や事故時の対応に関する知識について普及啓発を図ります。

(4) 産科及び小児科についての医師の確保

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

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

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

そのため、各二次保健医療圏における産科及び小児科に係る医師確保の方針及び医師の確保に関する施策については、千葉県（県全体）における方針及び施策と同一のものとしします。

6 保健・医療従事者（医師を除く）の養成確保

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

7 循環型地域医療連携システム

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

また、関係機関一覧は、千葉県ホームページの以下のURLに掲載しています。

「循環型地域医療連携システムにおける医療機関一覧」

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

参 考

用語解説

【数字】

2型糖尿病

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

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

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】

アウトリーチ（訪問支援）

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。

アスペルガー症候群

→「発達障害」参照。

アドバンス助産師

助産師の助産実践能力が一定の水準に対しているとして日本助産評価機構により認証された助産師のことです。

アピアランスケア

広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」のことをいいます。がん治療（薬物療法や放射線治療）による外見の変化（頭髪の脱毛や、皮膚や爪の変化、手術による傷など）に対する患者の苦痛を和らげるためのケアの総称であり、外見を繕うことではなく、心理・社会的なケアを用いて、患者ひとりひとりが安心して社会生活を送りながら治療することを目指すものです。

アレルギー

体に侵入してくるものうち、体にとっては本来無害なものにまで排除しようと、過剰に免疫反応が働きすぎ、粘膜や皮膚の炎症等を引き起こす状態のことです。

アレルギー疾患医療拠点病院

県内でアレルギー疾患医療の中心的な役割を果たし、診断が困難な症例や標準的治療では病状が安定化しない重症及び難治性アレルギー疾患患者に対し、関係する複数の診療科が連携して、診断、治療、管理を行います。また、県アレルギー疾患医療連絡協議会での検討を基にした、診療連携体制、情報提供、人材育成、研究、助言等のアレルギー疾患対策に主体的に取り組めます。

アレルギー

アレルギーを引き起こす原因となる物質のことで。

【い】

医学部臨時定員増

医学部の入学定員について、地域の医師確保等の観点から臨時的に認められた定員増のことです。地域の医師確保のための入学定員増については、卒業一定期間の地域医療等の従事を条件とする修学資金を都道府県が設定すること等が条件とされています。

医科歯科連携

患者に対して、医科（医師）と歯科（歯科医師）が協働することで総合的な治療を提供することです。

易感染

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

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

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。

移行期医療支援

小児期に発症した慢性疾患を持っている患者本人が、自律（自立）し、自分の病気を管理できるよう、また成人期以降も適切な医療を受けられるよう、小児期医療から成人期医療へスムーズに移行できるようにするためのサポートのことを指します。

医師事務作業補助体制加算

入院診療に係る診療報酬の項目のひとつであり、病院勤務の負担軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者を配置している体制を評価するものです。

医師の時間外労働時間の上限規制

医師の働き方改革を進めるべく、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」により、令和6年4月から施行されるものです。

一次救命処置（BLS）

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ずに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

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）

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き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

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、一般診療所といいます。

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（GMP）

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、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（GVP）

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、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（GQP）

0

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

患者の診察、薬剤の処方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

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自主的に解決するための助言を行います。ただし、医療行為の過失の有無の判断、医療機関に対する調査、交渉等はできません。

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）

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（QMS体制）

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

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。

医療事故調査・支援センター

医療法に基づき厚生労働大臣が定める団体で、医療事故調査を行うこと及び医療事故が発生した医療機関における医療事故調査への支援を行います。

医療事故調査制度

医療事故が発生した医療機関における院内調査の報告を収集し整理・分析することで医

療事故の再発防止につなげ、医療の安全を確保することを目的として実施されます。

医療DX 1

医療分野におけるDX（デジタルトランスフォーメーション）を指し、デジタル技術によって、より良質な医療やケアを受けられるよう、社会や生活の形を変えることです。

医療的ケア児

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子どものことを言います。

医療保護入院

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

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

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条が規定する助産所には該当しません。

院内保育

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

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

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

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）

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

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 ￥

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

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 ㍶

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。

オープンシステム ㍶

地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院に出向き、出産に対応する方式です。

お薬手帳 ㍶

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を指し、スマートフォンなどで利用できる電子版お薬手帳もあります。どのような薬を飲んでいる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。

オレンジライトアップ

世界アルツハイマーデー及び月間等の機会に、全国各地のランドマークや官公庁舎などを、認知症支援のシンボルカラーであるオレンジ色にライトアップするイベントです。

【か】

介護医療院 ㍶

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。

外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関 ㍶

外国人患者の受入が可能であり、かつ、外国人患者を積極的に受け入れることを公表する医療機関として県が選出した医療機関のことです。

介護支援専門員（ケアマネジャー） ㍶

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 ㍶

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 ㍶

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

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

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。

なお、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

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

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

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。

化学療法

がんの治療法のうち、薬を使う治療法です。注射や内服によって、からだの中に薬を入れ、がんが増えるのを抑えたり、がんを破壊したりします。

かかりつけ医

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

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 本 178、218

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

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

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

→「発達障害」参照。

覚知

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。

学校医

学校保健法に基づき任命・委嘱され、学校における保健管理に関する専門的事項について指導・助言を行うとともに、児童生徒等の健康診断等を行う医師です。

看護師等学校養成所 本 380、381、382、383、384

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 本 298

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

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

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

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

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が位置づけられています。

加えて、令和4年の感染症法の改正により、新興感染症の発生・まん延時に、入院医療、外来医療及び在宅医療を行う協定を締結した医療機関について、第一種及び第二種協定指定医療機関が位置づけられています。

眼底検査 本 114、134、135

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 本 97、101、107、108、111、113、236

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）

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

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

がんなど生命を脅かすような疾患において、その診断を受けた時から、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

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あります。

【き】

基幹型臨床研修病院

→「臨床研修病院」参照。

基幹災害拠点病院

→「災害拠点病院」参照。

義肢

手や足を失った人が装着し、元の手や足の形や機能を復元させるために使う用具です。手の代わりになる義手と、足の代わりになる義足に分類されます。

希少がん

2015年の厚生労働省の検討会によって、『人口10万人あたりの年間発生率（罹患率）が6例未満のもの、数が少ないがゆえに診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きいもの』と定められました。この定義に従うと、骨の肉腫、軟部肉腫、脳のグリオーマ、眼の腫瘍、中皮腫、神経内分泌腫瘍、小児がん、など200種類近い悪性腫瘍が希少がんに分類されます。

機能強化型在宅療養支援病院

在宅医療を担当する常勤医師を3人以上確保し、緊急時の往診や入院体制、看取りの対応などを充実させた在宅療養支援病院のことであります。

キャラバン・メイト

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」の講師役のことであります。

キャリア形成支援機関

キャリア形成プログラムの対象となる医師修学資金受給者向けに、専門研修以降のキャリア形成をスムーズにする診療科別コース（モデルコース）の策定等を行う県内の専門研修基幹施設等です。

キャリア形成プログラム

医師修学資金受給者の就業先となる医療機関の要件や就業義務年限、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。

救急安心電話相談

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時から翌朝8時まで、日曜・祝日・ゴールデンウィーク・年末年始は午前9時から翌朝8時まで相談を受け付けています。電話番号は「#7119」です。

救急医療等業務支援システム（救急搬送一斉照会システム）1

救急隊及び救急医療機関の間で、患者情報を共有し、複数の救急医療機関へ一斉に受入れの可否を照会できるシステムです。

救急救命士

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。

救急基幹センター

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）

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）

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

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

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

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。

救急患者退院コーディネーター

医療機関等に配置され、急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院の調整を行います。

救急救命士における特定行為

救急救命士が実施できる救急救命処置のうち、医師の具体的な指示が必要な処置のことです。

救急搬送実態調査

救急搬送の実態を把握するため、県において消防機関と医療機関に対して隔年で行っている調査のことであります。

救命救急センター

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。

協定指定医療機関

新興感染症発生・まん延時に、病床確保、発熱外来及び自宅療養者等への医療の提供を行う医療措置協定を締結する医療機関であり、第一種又は第二種協定指定医療機関に分類されています。

第一種協定医療機関は、新興感染症患者を入院させるための病床を確保する医療機関、第二種協定指定医療機関は発熱外来や自宅療養者等の外来医療・在宅医療を提供する医療機関です。

業務継続計画（BCP）

災害発生時に、利用できる資源に制約がある状況下において、災害時の優先業務を特定するとともに、災害時の優先業務の継続に必要な資源の確保・配分や、そのための手続きの簡素化、指揮命令系統の明確化等について必要な措置を講じることにより、大規模な災害時であっても、適切な業務執行を行うことを目的とした計画のことであります。

協力病院（エイズ対策）

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（ホームヘルプ）事業所

障害のある人が居宅において日常生活が営めるよう、入浴・排せつ及び食事等の身体介護、調理、洗濯及び掃除等の家事援助、生活等の相談・助言、その他日常生活を営むのに必要な援助を行います。

居宅介護支援事業所

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

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あります。

緊急安全性情報

医薬品、医療機器又は再生医療等製品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、製造販売元の企業等が国民や医薬関係者に対して伝達を行う情報のことであります。

緊急処理事態

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）

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

医薬品及び薬剤師等の専門家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、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。

具体的対応方針

各医療機関が定める「2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割」や「2025年に持つべき医療機能ごとの病床数」等についての方針を言います。

くも膜下出血

脳卒中のひとつで、脳動脈瘤が破綻し出血する疾患です。

【け】

ケアマネジャー

→「介護支援専門員」参照。

経営強化プラン

病院事業を設置している地方公共団体が策定するものです。公立病院が地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を踏まえ、経営強化のために必要な取組を記載しています。

軽症

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）

健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）

悩みを抱える人に気づき、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

ヒトの血液を原料として製造される医薬品の総称です。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

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

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

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

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

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

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

ゲノムとは、遺伝子をはじめとした遺伝情報の全体を意味します。ゲノムは体をつくるための、いわば設計図のようなもので、1人1人違っています。

ゲノム医療は、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。一部のがん治療では、すでに標準治療として実施されています。

献血可能年齢層

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。

健康運動指導士

個々人の心身の状態に応じた安全で効果的な運動を実施するための運動プログラムの作成と指導をする者のことです。

健康危機・健康危機管理

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

かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する機能を有する薬局です。

健康寿命

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）

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。

後期高齢者

75歳以上の方のことです。

口腔ケア

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）

「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）3

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）

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）

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

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）

認知症の記憶障害などの中核症状に環境要因等が作用し、心理的不安やストレスが強まることで誘発される、幻覚・妄想・興奮・衝動的行為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。

高度急性期

病床機能報告制度において高度急性期機能とは、「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能」とされています。

具体例としては、救命救急病棟や集中治療室などが該当します。

高度救命救急センター

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

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。

公立病院経営強化ガイドライン

令和4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の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことを目指し、総務省が地方公共団体に対し公立病院経営強化プランの策定を要請したものです。

プランの内容は、役割・機能の最適化と連携の強化、医師・看護師等の確保と働き方改革、経営形態の見直し、新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組などです。

誤嚥（ごえん）

食べ物を飲み込むことを「嚥下（えんげ）」といい、口から食道でなく気管に入ってしまうことをいいます。

誤嚥性肺炎（ごえんせいはいえん）

嚥下時に、本来気管に入ってはいけない物が気管に入り、そのために生じた肺炎のことです。

老化等により、飲み込む機能（嚥下機能）や咳をする力が弱くなると、口腔内の細菌、食べかすなどが誤って気管に入りやすくなり、その結果、誤嚥性肺炎が発症しやすくなります。

子育て世代包括支援センター

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。

骨髓ドナー登録説明員

献血会場などで行われるドナー登録会で、登録希望者に対し、登録の説明やサポートを行うボランティアのことです。

こども家庭センター

全ての妊産婦、子育て世帯、こどもへ一体的に相談支援を行う機能を有する機関

【さ】

災害医療協力病院

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。

災害医療コーディネーター

災害時に、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うコーディネーターです。

災害拠点精神科病院

災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能を有し、被災地からの精神疾患を有する患者の受入れ、D P A Tの派遣に係る対応等を行う病院のことです。

災害拠点病院

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、知事の指定する病院のことです。

災害支援ナース

被災地域に派遣されて、被災した医療機関における看護業務、避難所の環境整備や感染症対策、避難所における心身の体調不良者に対する受診支援、医療チームへの患者の引継ぎ及び救急搬送等の活動を行います。

災害時小児周産期リエゾン

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（D M A T）

D M A T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。

災害派遣精神医療チーム（DPAT）

DPAT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。

災害薬事コーディネーター

災害時に、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握等を行うコーディネーターです。

再興感染症

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。

在宅医療・介護連携推進事業

介護保険法で定める地域支援事業で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿を共有しつつ、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的とした事業です。

在宅患者訪問栄養食事指導

在宅療養を行っている患者に対して、医師の指示に基づき、管理栄養士が訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立等を示した栄養食事指導箋を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導箋に従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を行うことです。

在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局

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。

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理

在宅療養を行っている患者に対して、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問し、患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導を行うことです。

在宅緩和ケア

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。

在宅血液透析指導管理

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。

在宅自己腹膜灌流指導管理

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・在宅当番医療機関

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。在宅当番医療機関は、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

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す。

在宅療養支援歯科診療所

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す。

在宅療養支援診療所

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

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す。

在留外国人

在留外国人とは、観光目的を除き90日を超えて日本に滞在する外国人のことです。

作業療法士

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、

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

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す。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

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

出産後1年以内の母子に対して行う授乳指導や乳房マッサージ、心理的ケア等の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

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。

三次（保健）医療圏

先進的な技術や特殊な機器の使用を必要とする医療、発生頻度が低い疾病の治療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。千葉県では、県全域をもって三次保健医療圏としています。

【し】

歯科衛生士

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

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

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

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）

多快感、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

→「発達障害」参照。

若年性認知症支援コーディネーター

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。

ジャパンインターナショナルホスピタルズ

ジャパンインターナショナルホスピタルズ（J I H）は、渡航受診者受入に意欲のある病院の受入体制や取組み、主に受け入れる診療科が提供する診断・治療の実績について一定の基準を満たすとして、一般社団法人 Medical Excellence JAPAN (MEJ) により認証を受けた病院のことです。

収去検査、

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）

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。

周産期医療圏

「医師確保計画策定ガイドライン」（令和 5 年 3 月 31 日付け医政地発 0331 第 4 号、医政地発 0331 第 3 号）では、二次医療圏と同一である場合も含め、周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」と呼称しています。

周産期死亡率

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

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

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

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 本 413、

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

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

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

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。

紹介受診重点医療機関

紹介受診重点医療機関は、かかりつけ医からの紹介状を持って受診いただくことに重点を置き、手術・処置や化学療法等を必要とする外来や、放射線治療等の高額医療機器等を必要とする外来といった、医療資源を重点的に活用する外来（紹介受診重点外来）を地域で基幹的に担う医療機関です。

障害児通所支援事業所

児童福祉法に基づき、主に施設などへの通所によって、日常生活における基本的な動作の指導、生活能力の向上のために必要な訓練、知識技能の付与、集団生活への適応訓練を行う事業所です。

障害児等療育支援事業

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

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。

ショートステイ

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。

小児医療協議会

小児医療体制に係る調査分析に関する事項等、県の小児医療体制の整備に関する協議を行う協議会です。

小児医療圏

「医師確保計画策定ガイドライン」（令和 5 年 3 月 31 日付け医政地発 0331 第 4 号、医政医発 0331 第 3 号）では、二次医療圏と同一である場合も含め、小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と呼称しています。

小児がん連携病院

小児がん連携病院とは、地域の質の高い小児がん医療及び支援を提供し、一定程度の医療資源の集約化を図るため、国に定められた指針に基づき、各地域ブロック協議会により指定された病院です。千葉県では 6 病院が小児がん連携病院に指定されています。

小児救急医療拠点病院

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

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 8 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

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です。

小児救命救急センター

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）

→「PICU」参照。

小児初期救急センター

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です。

小児中核病院

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です。

傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準 本 119、129、175、180

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です。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

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。

助産師外来

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

心血管疾患患者の身体的・心理的・社会的・職業的状态を改善し、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

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

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激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。

なお、「第 5 章第 1 節 2 (8) 新興感染症発生・まん延時における医療」においては、感染症法に規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症であって、そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症を指します。

心疾患

心臓の疾患の総称、心臓病とも言います。

人生会議

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の愛称です。

→「ACP」参照。

新生児

生後 4 週未満の乳児です。

新生児死亡率

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。

新生児集中ケア認定看護師

認定看護師の内、新生児集中ケア分野における熟練した看護技術及び知識を有する者として日本看護協会の認定を受けた看護師のことです。

新型インフルエンザ

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

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

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。

診療所

入院のための病床がない、又は病床数が 19 床以下の医療機関です。前者を無床診療所、

後者を有床診療所と呼びます。また、診療所のうち歯科診療所を除いたものを一般診療所と呼びます。

【す】

推算糸球体濾過量（eGFR）

どれくらい腎臓に老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の機能が悪いということになります。

睡眠時無呼吸症候群

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。

スティグマ

日本語の「差別」や「偏見」などに対応しています。具体的には、「糖尿病など個人の持つ特徴に対して、周囲から否定的な意味づけをされ、不当な扱いことをうけること」です。

【せ】

生活機能障害

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失った結果生じる、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

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

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

「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

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

（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。

世界アルツハイマーデー及び月間

1994年「国際アルツハイマー病協会」（ADI）は、世界保健機関（WHO）と共同で毎年9

月 21 日を「世界アルツハイマーデー」と制定し、この日を中心に認知症の啓蒙を実施しています。また、9 月を「世界アルツハイマー月間」と定め、全国各地で様々な取組を行っています。

セカンドオピニオン

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（せつしょくえんげしょうがい）

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。

摂食障害支援拠点病院

摂食障害患者及びその家族への専門的な相談、治療及び回復支援、県内の医療機関への助言・指導や関係機関との連携・調整のほか、医療従事者等に対する研修や普及啓発を実施する病院です。

セミオープンシステム

健診は地元で、分娩は連携病院で行い、出産には連携病院の医師・助産師が対応する方式です。

全県（複数圏域）対応型がん診療連携拠点病院

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

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

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（小児中核病院）

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

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。

専門医

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、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ます。

専門医制度

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。

専門医療機関連携薬局

がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる、高度薬学管理機能を持つ薬局です。

専門看護師

看護師として5年以上の実践経験を持ち、看護系大学院で修士課程を修了して必要な単位を取得した後に専門看護師認定審査に合格した専門看護分野において、卓越した看護実践能力を有することを認められた看護師のことです。

専門研修

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。

専門研修基幹施設

専門研修のプログラムを管理し、当該プログラムに参加する専攻医（専門研修を受ける医師）及びプログラムを形成する他の施設を統括するとともに、研修環境整備の責任を負うなど、中心的な役割を果たす施設のことです。学会の定める施設基準や指導体制等を整えている必要があります

【そ】

装具

手足や胴体の機能に障害がある人が装着し、その機能の回復や症状の軽減のために使う用具です。

造血幹細胞移植

白血病などの血液の重い病気の患者に、ドナーから採取した健康な造血幹細胞（赤血球、白血球、血小板等を造る細胞）を移植することで正常に血液を造る力を回復させる治療法のことです。骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植といった複数の治療法があります。

総合周産期母子医療センター

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。

総合診療専門医

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問題について、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。総合診療医は、全ての臓器・領域の高頻度疾患に対処できる全科的医療を実践できる臓器横断包括性にその専門性があり、専門医制度における基本領域の1つとして位置付けられています。

総合難病相談支援センター

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

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）

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

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

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。

退院前カンファレンス

患者の退院前に、退院後の療養や生活面の課題等について、関係する多職種間で情報共有し、支援内容や方法を確認するとともに、患者や家族の希望を確認し、より安定した療養生活に向けて準備を行う会議のことです。

大腿骨近位部骨折

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。

多言語対応

外国語を話す人の対象の言語でコミュニケーションを取れる状態にするために、通訳者・電話通訳・文書翻訳・多言語音声翻訳サービスなどで対応することです。

タスクシェア

医師の業務を複数の職種で分け合う「業務の共同化」を指します。

タスク・シフト／ シェア

当事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化のことです。

多剤耐性結核

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）

→「発達障害」参照。

【ち】

地域医療構想調整会議

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

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の不足する医療機関の医師確保の支援等を行います。

地域医療支援病院

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

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。

地域医療対策協議会

医療法に基づき、医師の確保に関する事項の実施に必要な事項について協議を行うために県が設置した協議の場です。

千葉県では、千葉県医療審議会医療対策部会が地域医療対策協議会を兼ねることとしています。

地域がん診療病院

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

→「がん診療連携拠点病院」参照。

地域災害拠点病院

→「災害拠点病院」参照。

地域周産期母子医療センター

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ものです。

地域小児科センター

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

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

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

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

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）

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

「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

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

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

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

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

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。

地域連携薬局

入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる、かかりつけ機能が充実した薬局です。

チェックリスト

住民検診に関与する各組織（都道府県、市区町村、検診機関）において、最低限整備すべき技術・体制が備わっているかをチェックするものであり、国が「事業評価のためのチェックリスト」として公表しています。

チェックリストは、都道府県用、市区町村用、検診機関用の3種類に分かれています。

国の指針により、検診機関は、各々チェックリストに基づいて現在の体制を自己点検し、課題に応じて改善策を検討することが求められています。

チーム医療

多種多様な医療スタッフが、互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することです。

ちば医療ナビ

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

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

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

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

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。

千葉県がん・生殖医療相談支援センター

千葉大学医学部附属病院に設置し、患者や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

将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるように、将来子どもを授かる可能性を温存するための妊孕性温存療法及び妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療等に要する費用の一部を助成し、その経済的負担の軽減を図るとともに、患者からの臨床情報等のデータを収集し、妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療の有効性・安全性のエビデンス創出や長期にわたる検体保存のガイドライン作成等の妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療の研究を促進することを目的とする事業です。

千葉県自治体病院支援対策本部

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人材確保の状況等を把握し、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

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。

千葉県赤十字血液センター

輸血用血液の製剤に係る採血・検査・製造・供給を行う日本赤十字社の施設として各都道府県にあり、千葉県内には、採血・供給を行っている千葉県赤十字血液センターがあります。

千葉県地域生活連携シート

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。

千葉県地域統括相談支援センター

千葉県がんセンター内に設置され、がん相談支援センターと協同し、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・サポートサロンの運営など、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。

千葉県てんかん支援拠点病院

てんかん患者及びその家族への専門的な相談支援や治療、県内の医療機関等への助言・指導や関係機関との連携・調整のほか、医療従事者等に対する研修や普及啓発を実施する病院です。

千葉県認知症コーディネーター

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

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

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

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）

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

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

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

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MERSCoロナ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MERSCoロナ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

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。

超低出生体重児

出生時の体重が1,000グラム未満新生児のことです。

重複障害化

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

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

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

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

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

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すむ治療を指します。

テクノエイド

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

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

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

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

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。基地病院に常駐し、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

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

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。（建築物における衛生的環境の確保に関する法律）

特定行為

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

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

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

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。

特別養護老人ホーム

在宅での介護が困難な主に要介護3以上の高齢者が利用する、食事介助や入浴・排せつ、日常生活における生活支援サービス、機能訓練などの介護サービスが受けられる公的施設です。

都道府県がん診療連携拠点病院

→「がん診療連携拠点病院」参照。

ドナー休暇制度

造血幹細胞の提供に要する期間を、通常の年次有給休暇等とは別の特別休暇として取り扱うことで、社員等がドナーになった際の就業上の負担を軽減する制度のことです。

トリアージ

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

「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（保健）医療圏

一般的な入院医療を提供するための病床の整備を図るとともに、医療機関相互の機能分担に基づく連携により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。千葉県では、9つの二次保健医療圏を設定しています。

二次救急医療

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

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

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

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）

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

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。

妊婦健康診査

妊娠した方が出産までの間に医療機関にて定期的な検査や診察等を受ける健康診断のことです。

妊産婦死亡率

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。

妊産婦入院調整業務支援システム

ハイリスク妊産婦の迅速な入院調整を支援するため、周産期母子医療センター等から関係医療機関に受入可否等を一斉照会し、自動集計された結果を関係者で情報共有できるシステムです。

認知行動療法

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

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

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

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

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）

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

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の間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

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。

認定看護師

看護師として5年以上の実践経験を持ち、日本看護協会が定める600時間以上の認定看護師教育を修め、認定看護師認定審査に合格した、特定の認定看護分野において、熟練した看護技術と知識を有する看護師のことです。

認定薬局

患者が自身に適した薬局を選択することができるよう、地域の医療・介護の関係施設と連携しながら患者を支えていく役割を持つとして都道府県が認定した薬局で、「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」が該当します。

【ね】

ネグレクト

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

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

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

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

脳卒中のひとつで、脳の細い血管が破綻する疾患です。

脳卒中

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】

バイオ後続品

国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品のことです。

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ことです。

ハイリスク者

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

猫に引っ掻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

発達障害者支援法では、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障

害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義しています。

平成17年に発達障害者支援法が施行された際の厚生労働省の通知では、発達障害をICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）における「心理的発達の障害（F80-F89）」及び「小児＜児童＞期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F90-F98）」に含まれる障害であるとしています。

また、発達障害では障害ごとの特徴がそれぞれ少しずつ重なり合っている場合も多く、障害の種類を明確に分けて診断することは大変難しいとされています。近年では、症状の程度や知的な遅れの有無にかかわらず自閉症と同質の障害がある場合、自閉スペクトラム症として幅広く捉えられるようになっていきます。

●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。3歳までにはこれらについて何らかの症状が見られます。

詳細については、以下のとおりです。

1) アスペルガー症候群

対人関係の障害があり、限定した常同的な興味、行動及び活動をするという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。カナタイプとも言います。

●学習障害 (LD : Learning Disabilities)

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、推論するなどの特定の能力を学んだり、行ったりすることに著しい困難がある状態をいいます。

●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

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

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

→「病床数の必要量」(必要病床数)参照。

標準的治療

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

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

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しています。

病床

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

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、現状と令和7年における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）

令和7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

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

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。

不法滞在者

日本に在留する資格が無いにも係わらず、日本に在留する人のことです。

フレイル

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】

訪日外客数

外国人正規入国者から、日本を主たる居住国とする永住者等の外国人を除き、これに外国人一時上陸客等を加えた入国外国旅行者のことです。

訪問診療

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

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。

訪問歯科衛生指導

歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問し、患者やその家族に対して行う患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃にかかわる実施指導のことです。

訪問歯科診療

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

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

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ター

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

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

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】

慢性期

病状は比較的安定しているが、治癒が困難で病気の進行は穏やかな状態が続いている時期を言います。

なお、病床機能報告制度において慢性期機能とは、「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）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能」とされています。

慢性腎臓病（CKD）

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）とも呼ばれます。

慢性心不全

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）

→「COPD」参照。

マンモグラフィ（装置）

乳房専用のエックス線撮影装置であり、乳がんの早期発見に活用されます。乳房を圧迫し、乳腺を薄く伸ばして撮影することで、小さな病変も確認することができます。

【み】

未収金

患者が支払う医療費のうち、医療費等が支払われる期日までに支払われなかった金額のことです。

【め】

メタボリックシンドローム

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

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。

【も】

目標偏在指標

目標年次（2036年）において到達すべき薬剤師偏在指標の水準を示す指標として、地域や業態によらず全国共通の指標として国において設定された指標です。「調整薬剤師労働時間」と「病院・薬局における薬剤師の業務量」が等しくなる時の偏在指標である「1.0」が目標偏在指標です。

【や】

夜間休日急病診療所（夜急診）

在宅当番医制と同様の機能を果たすもので、市町村や一部事務組合等が設置運営主体となり、地区医師会の医師等が交代で休日及び夜間の診療に当たる診療所です。

薬剤師偏在指標

全国的に統一的な尺度を用いて各地域の薬剤師の偏在状況を相対的に示す指標です。具体的には、都道府県や二次医療圏などの個々の地域における、薬剤師の必要業務時間（需要）に対する、薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率を指標として用います。

薬事アドバイザー

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。

薬物有害事象

薬剤の使用後に発現する有害な症状や徴候のことです。

【よ】

養育医療

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

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

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

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です。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。

【リ】

理学療法士

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。

リカレント教育

学校教育からいったん離れて社会に出た後も、それぞれの人が必要なタイミングで再び教育を受け、仕事と学習を繰り返すことです。

リスクコミュニケーション

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。

リニアック（ライナック）

Linear Accelerator の略称で、加速した電子から放射線治療用の電子線・エックス線を生成し、がん等の病変部に照射する装置です。日本語では「直線加速器」と呼ばれます。技術進歩に伴い、放射線を照射する範囲の形状を変化させて正常組織への負担を軽減するIMRT（強度変調放射線治療）や、アーム等に取り付けた小型のリニアックを用いて病変部に集中的に照射を行うサイバーナイフ等が開発されています。

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

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・政令指定都市等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）

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、職場に適應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。

臨床研修医

医師免許取得後、医師法第 16 条の 2 に定める臨床研修を受けている医師のことです。

臨床研修制度

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対し、都道府県知事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。

臨床研修病院

医師法第 16 条の 2 の規定により臨床研修を行う病院として都道府県知事の指定を受けた病院です。

このうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の全体的な管理・責任を有するものを基幹型臨床研修病院、他の病院と共同して臨床研修を行う病院であって、基幹型臨床研修病院でないものを協力型臨床研修病院といいます。

【れ】

レジオネラ症

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。

レスパイト

レスパイトとは「休息」「小休止」「息抜き」を意味する言葉で、在宅で介護をしている家族が休息を取れるようにサポートするレスパイトケアを意味します。

【ろ】

労作時呼吸困難

安静時にはなんともなくても階段を上がったり、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)とも言います。

ロコモティブシンドローム（運動器症候群）

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步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

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。

AED（自動体外式除細動器）

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

→「定期予防接種」の「B類疾病」参照。

BMI

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。

$$BMI = \text{体重 [kg]} \div (\text{身長 [m]})^2$$

BMI < 18.5 : 低体重、18.5 ≤ BMI < 25 : 普通体重、

BMI ≥ 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

→「行動・心理症状」参照。

【C】

C L D M A T

C L D M A T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。

C O P D

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。

C T (コンピューター断層撮影装置)

照射したエックス線が人体に一部吸収され減衰する状況を、機械が体の周囲を回転しながら連続的に検出しコンピューター処理することで、照射部分の断層像を撮影する装置です。検出器の数により、16列、64列、128列といった規格が存在し、一般的に列数が多いほど一度に撮影できる範囲が広く、撮像時間も短くなり、320列CTでは三次元画像に時間の流れを加えた検査・解析が可能です

【D】

D M A T

→「災害派遣医療チーム」参照。

D P A T

→「災害派遣精神医療チーム」参照。

D P C データ

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

→「広域災害救急医療情報システム」参照。

【H】

H A C C P

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

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

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

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。

【J】

J M I P

Japan Medical Service Accreditation for International Patients の略。多言語による診療案内や、異文化・宗教に配慮した対応など、外国の方々が安心・安全に日本の医療サービスを受けられる体制を整えている医療機関を認証する制度のことです。

【K】

K D B（国保データベースシステム）

国民健康保険や後期高齢者医療制度の「健診」「医療」「介護」の各種データを利活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステムです。K D Bシステムを活用することにより、地域の現状や健康課題を把握することができます。

【M】

M F I C U（母体・胎児集中治療管理室）

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。

M R I（磁気共鳴画像診断装置）

強い磁場の中で人体から発生する電磁波を検出し画像化することで、断層像や三次元画像を撮影することができる装置です。C Tと比較すると放射線を用いないため被ばくがない一方で、強い磁場が発生するためペースメーカー等の体内金属を有する患者の撮影ができない場合があります。発生する磁場の強さにより1.5テスラ、3テスラといった規格が存在し、一般的に磁場が強いほど高画質の画像を撮影することが可能になります。

【N】

N B Cテロ

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

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（NDB・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）

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 E T（ポジトロン断層撮影装置）

がん細胞はブドウ糖等一部の物質を健常細胞よりも多く取り込む性質があります。この性質を利用し、ブドウ糖等に放射性物質を標識した薬剤を体内に注入して体内からの放射線を検出することで、がんの場所や大きさ、悪性度等を把握する装置です。現在は、CTと一体化し、CTの断層像にがん細胞の在り処を反映させることができるPET-CTが主流となっています。

P I C U（小児集中治療室）

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】

Q O L

Quality of Life の略です。「生活・人生の質」のことです。

【S】

S C U

→「航空搬送拠点臨時医療施設」参照。

【T】

t - P A

→「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）
4	12	19	医療審議会	○千葉県保健医療計画について
5	6	7	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 ・計画改定に関する調査 ・計画改定の検討体制 ・計画改定スケジュール
		7	香取海匝地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
		12	安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
			印旛地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
		18	市原地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
		19	東葛北部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
		24	千葉市地域保健医療協議会	○次期保健医療計画について
		26	君津地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
		28	東葛南部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
		31	山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
8	31	第1回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 ・現行計画の評価指標の達成状況 ・次期千葉県保健医療計画の構成（案） ・県民意識調査の結果 ・県の保健医療環境の現状 ・救急医療 ・災害時における医療 ・周産期医療 ・小児医療 ・地域医療構想 ・在宅医療の推進 ・外来医療計画	

年度	月	日	会議名等	議題等（計画改定関係）
5	9	11	第2回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 ・脳卒中 ・心筋梗塞等の心血管疾患 ・糖尿病 ・精神疾患（認知症を除く） ・認知症 ・新興感染症発生・まん延時における医療 ・医師の確保（医師確保計画） ・歯科医師の養成確保 ・歯科保健医療対策 ・薬剤師の養成確保 ・看護職員の養成確保
		10	23	第3回医療審議会地域保健医療部会
		27	市原地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
	11	1	東葛北部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
			香取海匝地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
		東葛南部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について	
		6	千葉市地域保健医療協議会	○次期保健医療計画について
		7	安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
			印旛地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
	17	君津地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について	

年度	月	日	会議名等	議題等（計画改定関係）
5	11	20	山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	○次期保健医療計画について
	1	31	医療審議会	○千葉県保健医療計画の改定について ・千葉県保健医療計画試案 ・基準病床数 ・次期計画における評価指標
	2	1	<ul style="list-style-type: none"> ・関係団体からの意見聴取 ・市町村等、保険者協議会からの意見聴取 ・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
6	4	千葉県保健医療計画の公示		

千葉県医療審議会委員名簿

(令和6年3月26日現在・敬称略・順不同)

委員区分	氏名	役職名	役職名
医師・ 歯科医師・ 薬剤師	○ 入江 康文	公益社団法人千葉県医師会会長	会長(部会長)
	○ 金 江 清	公益社団法人千葉県医師会副会長	
	○ 今井 俊哉	公益社団法人千葉県医師会副会長	
	○ 小嶋 良宏	公益社団法人千葉県医師会副会長	
	○ 松岡 かおり	公益社団法人千葉県医師会理事	
	○ 大河原 伸浩	一般社団法人千葉県歯科医師会会長	
	○ 新井 康仁	一般社団法人千葉県歯科医師会副会長	
	○ 杉浦 邦夫	一般社団法人千葉県薬剤師会会長	
	○ 吉田 象二	公益社団法人全国自治体病院協議会千葉県支部長	
	○ 木村 直人	一般社団法人千葉県民間病院協会副理事長	
○ 亀田 信介	一般社団法人日本病院会千葉県支部長		
医療を受ける立場	○ 金坂 昌典	大網白里市長	
	○ 佐藤 晴彦	横芝光町長	
	○ 神部 真一	千葉県国民健康保険団体連合会常務理事	
	○ 澤井 謙一	健康保険組合連合会千葉連合会会長	
	○ 渡辺 絹代	社会福祉法人千葉県社会福祉協議会常務理事	
	○ 永富 博之	一般社団法人千葉県労働者福祉協議会会長	
	○ 合江 みゆき	公益社団法人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	
○ 有光 孝生	千葉県糖尿病協会理事		
学識経験者	○ 伊藤 寛	千葉県議会議員(健康福祉常任委員会委員長)	
	○ 横手 幸太郎	国立大学法人千葉大学医学部附属病院院長	
	○ 角南 勝介	成田赤十字病院名誉院長	
	○ 寺口 恵子	公益社団法人千葉県看護協会会長	
	○ 市川 敬章	千葉県消防長会救急委員会委員長	
	○ 諏訪 さゆり	千葉大学大学院看護学研究院院長	
	○ 鈴木 牧子	鈴木牧子法律事務所所長	
	○ 藤澤 武彦	公益財団法人ちば県民保健予防財団理事長	副会長
○ 山田 亮	株式会社千葉日報社取締役総務局長		

専門委員

専門委員	○ 鈴木 孝徳	公益社団法人千葉県国民健康保険直営診療施設協会副会長	
	○ 関根 博	千葉県精神科病院協会理事	
	○ 森嶋 友一	独立行政法人国立病院機構千葉医療センター院長	
	○ 佐藤 信行	全国健康保険協会千葉支部長	
	○ 平山 登志夫	一般社団法人千葉県老人保健施設協会会長	
	○ 山口 武人	独立行政法人地域医療機能推進機構船橋中央病院院長	
	○ 菊池 周一	社会医療法人社団さつき会袖ヶ浦さつき台病院院長	
	○ 吉野 一郎	国際医療福祉大学成田病院院長	

※ ○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。

医師偏在指標の算定方法

1 外来医師偏在指標の算定方法

- 外来医療については診療所の担う役割が大きいため、人口 10 万人対の一般診療所医師数を指標のベースとする。
- 医師数を性・年齢階級別に区分し、各階級の平均労働時間の違いを用いて調整し、地域における外来医療の提供能力を「標準化診療所従事医師数」として算出する。
- 医療需要については域内人口をベースに、性・年齢階級による外来受療率の違いや、外来患者の診療所受診割合、患者の流出入状況を調整する。

図表 外来医師偏在指標の算定式

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所従事医師数}^{\ast 1}}{\text{地域の人口 (10 万人)} \times \text{地域の標準化外来受療率比}^{\ast 2} \times \text{診療所外来患者数割合} \times \text{病院＋一般診療所外来患者流出入調整係数}^{\ast 4}}$$

- ・ 標準化診療所従事医師数^{※1} = \sum (性・年齢階級別診療所従事医師数 × 性・年齢階級別労働時間比)
- ・ 地域の標準化外来受療率比^{※2} = $\frac{\text{地域の期待外来受療率}^{\ast 3}}{\text{全国の期待外来受療率}}$
- ・ 地域の期待外来受療率^{※3} = $\frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$
- ・ 病院＋一般診療所外来患者流出入調整係数^{※4}

$$= 1 + \frac{(\text{地域の外来患者流入数} - \text{地域の外来患者流出数})}{\text{地域の外来患者総数}}$$

(出典) 診療所従事医師数：平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査
 労働時間比：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成 28 年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)
 人口：住民基本台帳人口 (平成 30 年 1 月 1 日現在)
 外来受療率：平成 29 年患者調査、住民基本台帳人口 (平成 30 年 1 月 1 日現在)
 診療所外来患者数割合：NDB (レセプト情報・特定健診等情報データベース) の平成 29 年 4 月から 30 年 3 月までの診療分データ (12 か月) に基づき抽出・集計したもの

2 医師偏在指標の算定方法

- 人口 10 万人対の医師数をベースとする。
- 医師数を性・年齢階級別に区分し、各階級の平均労働時間の違いを用いて調整し、地域における医療提供能力を「標準化医師数」として算出する。
- 医療需要については域内人口をベースに、入院及び外来（無床診療所）について性・年齢階級による受療率の違いや患者の流出入状況踏まえた「標準化受療率比」を算出して調整する。

図表 医師偏在指標の算定式

$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{*1}}{\text{地域の人口 (10 万人)} \times \text{地域の標準化受療率比}^{*2}}$
<ul style="list-style-type: none"> ・ 標準化医師数^{*1} = $\sum (\text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性・年齢階級別労働時間比})$ ・ 地域の標準化受療率比^{*2} = $\frac{\text{地域の期待受療率}^{*3}}{\text{全国の期待受療率}}$ ・ 地域の期待受療率^{*3} = $\frac{\text{地域の入院医療需要}^{*4} + \text{地域の無床診療所医療需要}^{*5}}{\text{地域の人口}}$ ・ 地域の入院医療需要^{*4} (流出入調整係数反映) = $\sum \left[\frac{\text{全国の性・年齢階級別入院受療率}}{\text{階級別入院受療率}} \times \frac{\text{地域の性・年齢階級別人口}}{\text{階級別人口}} \right] \times \frac{\text{地域の入院患者流出入調整係数}^{*6}}{\text{地域の入院患者総数}}$ ・ 地域の無床診療所医療需要^{*5} (流出入調整係数反映) = $\sum \left[\frac{\text{全国の性・年齢階級別無床診療所受療率}}{\text{階級別無床診療所受療率}} \times \frac{\text{地域の性・年齢階級別人口}}{\text{階級別人口}} \right] \times \frac{\text{無床診療所医療医師需要度}^{*7}}{\text{無床診療所患者流出入調整係数}^{*8}} \times \frac{\text{地域の無床診療所患者流出入調整係数}^{*8}}{\text{地域の無床診療所患者総数}}$ ・ 入院患者流出入調整係数^{*6} = $1 + \frac{(\text{地域の入院患者流入数} - \text{地域の入院患者流出数})}{\text{地域の入院患者総数}}$ ・ 無床診療所医療医師需要度^{*7} = $\frac{(\text{マクロ医師需要推計における外来医師需要} \div \text{無床診療所患者総数})}{(\text{マクロ医師需要推計における入院医師需要} \div \text{入院患者総数})}$ ・ 無床診療所患者流出入調整係数^{*8} = $1 + \frac{(\text{地域の無床診療所患者流入数} - \text{地域の無床診療所患者流出数})}{\text{地域の無床診療所患者総数}}$
<p>(出典) 医療施設従事医師数：平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査 労働時間比：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成 28 年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班） 人口：住民基本台帳人口（平成 30 年 1 月 1 日現在） 入院受療率：平成 29 年患者調査、住民基本台帳人口（平成 30 年 1 月 1 日現在） 無床診療所受療率：平成 29 年患者調査、平成 29 年社会医療診療行為別統計、住民基本台帳人口（平成 30 年 1 月 1 日現在） 外来／入院医師需要：医師需給分科会第 3 次中間取りまとめにおける医師の将来の需給推計における医師需要数</p>

3 産科における医師偏在指標の算定方法

- 産科・産婦人科医師数を性・年齢階級別に区分し、各階級の平均労働時間の違いを用いて調整し、地域における医療提供能力を「標準化産科・産婦人科医師数」として算出する。
- 「標準化産科・産婦人科医師数」の算出にあたっては、産科・産婦人科医師の労働時間と医師全体の平均労働時間の差異を調整する。
- 医療需要については、地域の医療施設における分娩件数を用いる。

図表 産科における医師偏在指標の算定式

$$\text{産科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}^{\ast 1}}{\text{分娩件数} \div 1,000 \text{ 件}}$$
$$\cdot \text{標準化産科・産婦人科医師数}^{\ast 1} = \frac{\sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

(出典) 産科・産婦人科医師数：平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査
平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成 28 年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）
分娩件数：平成 29 年医療施設調査（医療施設調査の分娩件数は 9 月中の分娩数であることから、平成 29 年人口動態調査の年間出生数を用いて調整している。）

4 小児科における医師偏在指標の算定方法

- 小児科医師数を性・年齢階級別に区分し、各階級の平均労働時間の違いを用いて調整し、地域における医療提供能力を「標準化医師数」として算出する。
- 医療需要については域内の年少（15歳以下）人口をベースに、入院及び外来（無床診療所）について性・年齢階級による受療率の違いや患者の流出入状況踏まえた「標準化受療率比」を算出して調整する。

図表 小児科における医師偏在指標の算定式

$$\text{小児科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}^{\ast 1}}{\text{地域の年少人口（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比}^{\ast 1}}$$

- ・標準化小児科医師数^{※1} = \sum （性・年齢階級別小児科医師数 × 性・年齢階級別労働時間比）
- ・地域の標準化受療率比^{※2} = $\frac{\text{地域の期待受療率}^{\ast 3}}{\text{全国の期待受療率}}$
- ・地域の期待受療率^{※3} = $\frac{\text{地域の入院医療需要}^{\ast 4} + \text{地域の無床診療所医療需要}^{\ast 5}}{\text{地域の年少人口}}$
- ・地域の入院医療需要^{※4}（流出入調整係数反映） = $\sum \left[\frac{\text{全国の性・年齢階級別入院受療率}}{\text{地域の性・年齢階級別年少人口}} \times \text{地域の入院患者流出入調整係数}^{\ast 6} \right]$
- ・地域の無床診療所医療需要^{※5}（流出入調整係数反映） = $\sum \left[\frac{\text{全国の性・年齢階級別無床診療所受療率}}{\text{地域の性・年齢階級別年少人口}} \times \frac{\text{無床診療所医療医師需要度}^{\ast 7}}{\text{地域の無床診療所患者流出入調整係数}^{\ast 8}} \right]$
- ・入院患者流出入調整係数^{※6} = $1 + \frac{(\text{地域の入院患者流入数} - \text{地域の入院患者流出数})}{\text{地域の入院患者総数}}$
- ・無床診療所医療医師需要度^{※7} = $\frac{(\text{マクロ医師需要推計における外来医師需要} \div \text{無床診療所患者総数})}{(\text{マクロ医師需要推計における入院医師需要} \div \text{入院患者総数})}$
- ・無床診療所患者流出入調整係数^{※8} = $1 + \frac{(\text{地域の無床診療所患者流入数} - \text{地域の無床診療所患者流出数})}{\text{地域の無床診療所患者総数}}$

(出典) 医療施設従事医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
労働時間比：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）
年少人口：住民基本台帳（平成30年1月1日現在）
入院受療率：平成29年患者調査、住民基本台帳人口（平成30年1月1日現在）
無床診療所受療率：平成29年患者調査、平成29年社会医療診療行為別統計、住民基本台帳人口（平成30年1月1日現在）
外来／入院医師需要：医師需給分科会第3次中間取りまとめにおける医師の将来の需給推計における医師需要数

(注意) 「主たる診療科が小児科」ではない医師も、小児に対する医療を一定程度提供している場合がある。