

---

「安心安全な県民生活に向けた千葉県の医療体制の確立に向けて」  
【公益財団法人ひまわりベンチャー育成基金】（調査研究部門 千葉経済センター）

---

## 目次

はじめに .....	1
I. 千葉県医療体制の現状と課題 .....	2
1. 千葉県の医療環境.....	2
2. 住民アンケート調査結果.....	9
II. 千葉県医療体制の将来像 .....	16
1. 将来推計人口 .....	16
2. 将来の医療需要 .....	17
3. 将来の医療供給 .....	18
III. 提言 .....	21
1. 県内医療体制の再構築 .....	21
2. 誰もが住み慣れた地域で安心して医療が受けられる体制の確保.....	23
3. 医療資源を核とするまちづくりの推進.....	24

### はじめに

すべての団塊世代（1947～49 年生まれ）が 75 歳以上の後期高齢者となり医療・介護需要の増加が見込まれる「2025 年問題」が間近に迫っている。千葉県は、人口当たりの医師数や看護師数が全国最低水準にあり、増大する医療ニーズに対応できる医療体制の整備が喫緊の課題となっている。

本稿では、千葉県医療体制の現状と課題及び将来推計人口に基づく今後の医療資源の見通しについて統計・文献調査や住民向けアンケート調査結果から整理したうえで、誰もが安心して医療が受けられる体制を確保するための取り組みと今後の方向性を提言する。

本調査が、千葉県内の医療関係者のみならず、幅広い方々に今後の方向性や対応策を考えるうえで少しでも参考になれば幸いである。

# I. 千葉県医療体制の現状と課題

## 1. 千葉県の医療環境

### (1) 千葉県の医療資源

ここではまず、千葉県の医療資源を「人的資源（医療従事者数）」と「物的資源（医療施設数、病床数）」別に整理する。

#### ①医療従事者数

千葉県（人口 10 万人当たり）の医療従事者の推移をみると、医療施設従事医師数は、2010 年の 164.3 人から 20 年には 205.8 人（10 年比+25.3%）、就業看護師数は、10 年の 523.7 人から 20 年には 770.0 人（同+47.0%）と増加傾向が続いている。

都道府県別にみると、千葉県は、医療施設従事医師数が全国 43 位（205.8 人）、就業看護師数が同 46 位（770.0 人）と、埼玉県や神奈川県と並んで全国最低水準となっている。

図表 1 医療施設従事医師数の推移（人口 10 万人当たり）

（単位：人）

	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年	2010年比 (%)
千葉県	164.3	172.7	182.9	189.9	194.1	205.8	25.3
東京都	285.4	295.7	304.5	304.2	307.5	320.9	12.4
神奈川県	187.8	193.7	201.7	205.4	212.4	223.0	18.7
埼玉県	142.6	148.2	152.8	160.1	169.8	177.8	24.7
全国	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7	256.6	17.2

（出所）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」をもとにちばぎん総合研究所が作成

図表 2 就業看護師数の推移（人口 10 万人当たり）

（単位：人）

	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年	2010年比 (%)
千葉県	523.7	572.0	625.1	673.5	722.7	770.0	47.0
東京都	653.8	682.8	727.3	768.8	792.3	854.6	30.7
神奈川県	569.2	625.1	672.4	686.6	738.4	791.8	39.1
埼玉県	486.9	528.4	568.9	636.8	693.6	736.9	51.3
全国	744.0	796.6	855.2	905.5	963.8	1015.4	36.5

（出所）厚生労働省「衛生行政報告例」をもとにちばぎん総合研究所が作成

図表 3 医療従事者（人口 10 万人当たり）の全国順位

（単位：人）

	医療施設従事医師		就業看護師		医療施設従事歯科医師		薬局・医療施設従事薬剤師	
1 位	徳島県	338.4	高知県	1,623.4	東京都	118.4	徳島県	238.6
2 位	京都府	332.6	鹿児島県	1,476.0	徳島県	112.6	東京都	234.9
3 位	高知県	322.0	佐賀県	1,403.6	福岡県	104.1	兵庫県	233.9
千葉県	43位	205.8	46位	770.0	11位	81.5	15位	193.4
東京都	4位	320.9	43位	854.6	1位	118.4	2位	234.9
神奈川県	39位	223.0	45位	791.8	13位	80.1	9位	213.5
埼玉県	47位	177.8	47位	736.9	23位	74.4	27位	185.0
全国平均	256.6		1,015.4		82.5		198.6	

（出所）厚生労働省「2020年医師・歯科医師・薬剤師統計」「2020年衛生行政報告例」をもとにちばぎん総合研究所が作成

## ②医療施設数、病床数

千葉県（人口 10 万人当たり）の医療施設数の推移をみると、病院数は、2010 年と 21 年ともに 4.6 施設（10 年比 0.0%）、一般診療所数は 10 年の 59.2 施設から 21 年には 61.2 施設（同+3.4%）、病院病床数は 10 年の 917.5 床から 21 年には 952.3 床（同+3.8%）で微増傾向となっている。

都道府県別にみると、千葉県は、病院数が全国 43 位（4.6 施設）、一般診療所数が同 46 位（61.2 施設）、病院病床数が同 43 位（952.3 床）となっている。医療資源は、人的・物的資源とも四国や九州など西日本で手厚く、1 都 3 県では相対的に不足感が強い。

図表 4 病院数の推移（人口 10 万人当たり）

（単位：施設）

	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年	2021年	2010年比 (%)
千葉県	4.6	4.5	4.6	4.6	4.6	4.6	4.6	0.0
東京都	4.9	4.8	4.8	4.8	4.7	4.5	4.5	▲ 8.2
神奈川県	3.8	3.8	3.8	3.7	3.7	3.6	3.6	▲ 5.3
埼玉県	4.8	4.8	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7	▲ 2.1
全国	6.8	6.7	6.7	6.7	6.6	6.5	6.5	▲ 4.4

（出所）厚生労働省「医療施設調査」をもとにちばぎん総合研究所が作成（図表 4～6）

図表 5 一般診療所数の推移（人口 10 万人当たり）

（単位：施設）

	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年	2021年	2010年比 (%)
千葉県	59.2	59.5	59.9	60.6	60.6	60.1	61.2	3.4
東京都	96.4	96.1	95.4	96.8	97.2	98.9	102.3	6.1
神奈川県	70.8	71.7	72.1	73.4	73.4	74.8	75.7	6.9
埼玉県	56.4	57.0	57.3	58.0	59.0	59.7	60.9	8.0
全国	78.0	78.5	79.1	80.0	80.8	81.3	83.1	6.5

（出所）厚生労働省「医療施設調査」をもとにちばぎん総合研究所が作成

図表 6 病院病床数の推移（人口 10 万人当たり）

（単位：床）

	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年	2021年	2010年比 (%)
千葉県	917.5	920.0	938.0	944.5	954.4	951.9	952.3	3.8
東京都	971.2	963.6	949.3	942.1	927.4	896.0	897.4	▲ 7.6
神奈川県	813.1	821.0	814.9	808.9	811.4	800.8	800.0	▲ 1.6
埼玉県	872.7	867.6	857.3	852.1	856.8	856.9	856.4	▲ 1.9
全国	1,244.3	1,237.7	1,234.0	1,229.8	1,223.1	1,195.1	1,195.2	▲ 3.9

（出所）厚生労働省「医療施設調査」をもとにちばぎん総合研究所が作成

図表 7 医療施設（人口 10 万人当たり）の全国順位

（単位：施設、床）

	病院		一般診療所		病院病床	
1 位	高知県	17.8	和歌山県	111.7	高知県	2,334.9
2 位	徳島県	14.9	島根県	106.6	鹿児島県	2,032.6
3 位	鹿児島県	14.8	長崎県	103.9	長崎県	1,979.5
千葉県	43位	4.6	46位	61.2	43位	952.3
東京都	44位	4.5	4位	102.3	44位	897.4
神奈川県	47位	3.6	37位	75.7	47位	800.0
埼玉県	41位	4.7	47位	60.9	46位	856.4
全国平均	6.5		83.1		1,195.2	

（出所）厚生労働省「2021年医療施設調査」をもとにちばぎん総合研究所が作成

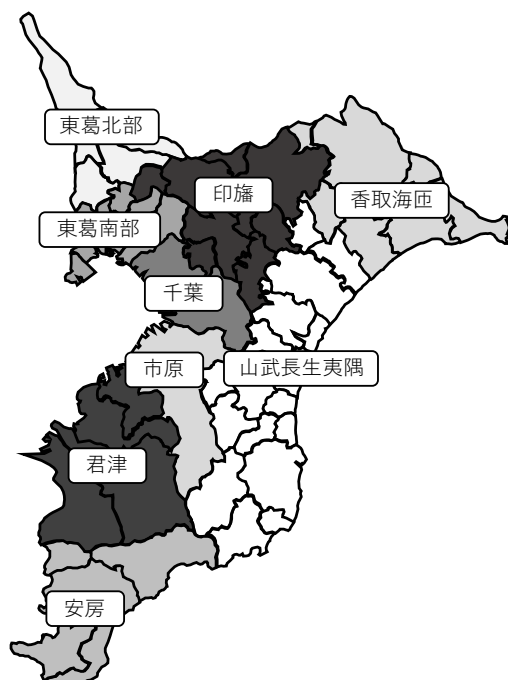
千葉県は、「千葉県保健医療計画」において保健医療サービスを提供していくための地域的単位として9つの二次保健医療圏<sup>1</sup>を設定しており、一般病床及び療養病床に係る病床配分は、二次保健医療圏単位で行われている。

二次保健医療圏別にみると、「安房」は中核病院である亀田総合病院の存在から、医療資源の状況の各項目で1～2位となっている。医療施設従事医師数では、「安房」（497.9人）が、最も少ない「山武長生夷隅」（132.9人）の3.7倍、病院病床数は、「安房」（2,269.4床）が最も少ない「東葛南部」（809.8床）の2.8倍と医療資源の状況には地域差がみられる。

図表 8 二次保健医療圏別医療資源の状況（人口10万人当たり）

	医療施設従事 医師数（人）		就業看護師数 （人）		病院数 （施設）		一般診療所数 （施設）		病院病床数 （床）	
		順位		順位		順位		順位		順位
千葉	288.4	2	990.5	2	4.8	5	74.8	1	931.8	6
東葛南部	184.4	7	667.2	7	3.4	9	56.6	8	809.8	9
東葛北部	184.6	6	747.5	5	4.2	7	56.8	7	868.2	8
印旛	213.0	3	786.0	4	4.1	8	56.2	9	1,067.2	3
香取海匠	202.8	4	874.4	3	8.0	2	61.2	5	1,368.7	2
山武長生夷隅	132.9	9	548.7	9	5.5	4	63.4	4	1,028.8	4
安房	497.9	1	1,660.4	1	13.3	1	71.3	2	2,269.4	1
君津	155.8	8	627.6	8	5.8	3	65.6	3	939.4	5
市原	185.9	5	743.2	6	4.8	6	57.0	6	884.7	7
千葉県	205.8	—	770.0	—	4.6	—	61.2	—	952.3	—

（出所）厚生労働省「医療施設調査」、千葉県ホームページをもとにちばぎん総合研究所が作成



圏域	構成自治体
千葉	千葉市
東葛南部	市川市、船橋市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、浦安市
東葛北部	松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市
印旛	成田市、佐倉市、四街道市、八街市、印西市、白井市、富里市、酒々井町、栄町
香取海匠	銚子市、旭市、匝瑳市、香取市、神崎町、多古町、東庄町
山武長生夷隅	茂原市、東金市、勝浦市、山武市、いすみ市、大網白里市、九十九里町、芝山町、横芝光町、一宮町、睦沢町、長生村、白子町、長柄町、長南町、大多喜町、御宿町
安房	館山市、鴨川市、南房総市、鋸南町
君津	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	市原市

（出所）千葉県

<sup>1</sup> 医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づく区域で、特殊な医療を除く病院の病床の整備を図るべき地域的単位として設定するもので、医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供していくための圏域。一次保健医療圏は市町村、三次保健医療圏は県全域としている。

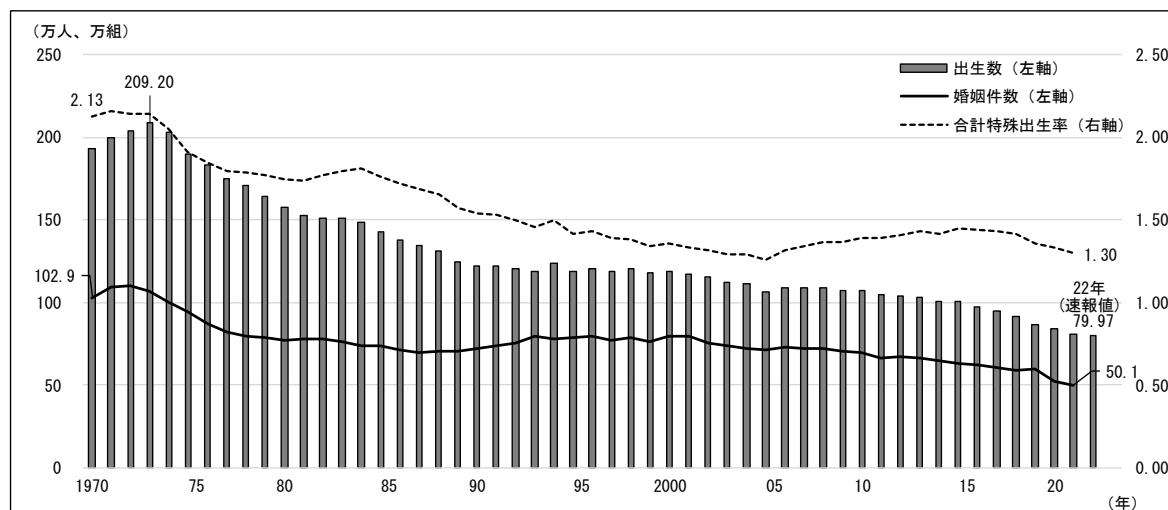
## （２）人口動態

### ①出生

わが国の出生数は、第２次ベビーブームにあたる 1973 年（209.20 万人）以降、減少傾向が続いている。2016 年（97.72 万人）にはじめて 100 万人を下回り、22 年（速報値）には 79.97 万人（前年比▲5.1%）と統計開始以来初めて 80 万人を割り込んでいる。

合計特殊出生率を都道府県別にみると、千葉県（1.21）は全国 44 位で、沖縄と九州が上位を占めている。

図表 9 国内の出生数、婚姻件数等の推移



（出所）厚生労働省「人口動態統計」をもとにちばぎん総合研究所が作成

図表 10 合計特殊出生率の全国順位

合計特殊出生率		
1 位	沖縄県	1.80
2 位	鹿児島県	1.65
3 位	宮崎県	1.64
4 位	島根県	1.62
5 位	長崎県	1.60
6 位	熊本県	1.59
7 位	福井県	1.57
8 位	佐賀県	1.56
9 位	大分県	1.54
10 位	鳥取県	1.51
千葉県	44位	1.21
東京都	47位	1.08
神奈川県	43位	1.22
埼玉県	42位	1.22
全国平均	1.30	

（出所）厚生労働省「2021年人口動態統計」  
をもとにちばぎん総合研究所が作成

### ②死亡

千葉県の全死因死亡率（人口 10 万人当たり）は、全国 41 位（1,067.1 人）となっている。死因別では、悪性新生物（腫瘍）は同 41 位（291.3 人）、心疾患（高血圧性を除く）は同 40 位（166.3 人）、脳血管疾患は同 39 位（76.3 人）と相対的に低い。

全死因死亡率（年齢未調整）を縦軸、医師数、病床数を横軸としてマトリックスで表示すると、全体的には正の相関関係はみられない。すなわち、千葉県は人口当たりでみた人的・物的資源は全国最低水準にあるものの、全死因死亡率の観点からすれば、医療の質は保たれているとも考えることができ、現時点で必ずしも医療供給体制に絶対的な不足が生じているとは断言できない<sup>2</sup>。もっとも、この評価はあくまでも現時点のものであり、団塊ジュニア世代（1971～74 年生まれ）の高齢化に伴い今後高齢者数が 1 都 3 県で最大の伸びになっていくことから、引き続き医療体制の整備を進める必要がある。

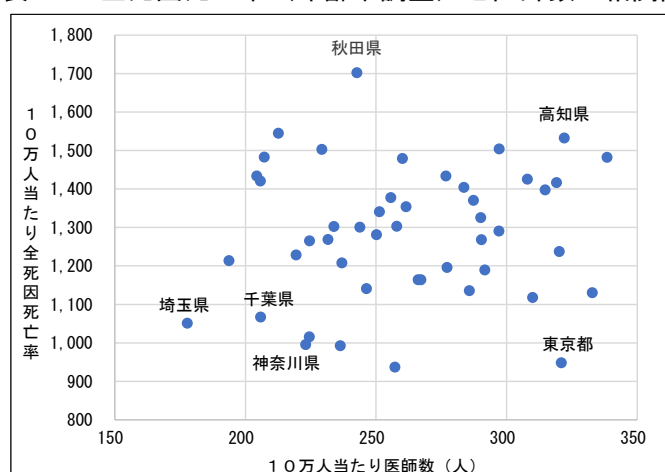
図表 11 死亡率（人口 10 万人当たり）の全国順位

（単位：人）

	全死因	悪性新生物 ＜腫瘍＞	心疾患 （高血圧性を除く）	脳血管疾患	肺炎
1 位	秋田県 1,702.3	秋田県 439.5	愛媛県 258.8	秋田県 167.4	山口県 105.6
2 位	青森県 1,544.8	青森県 422.3	山口県 245.4	岩手県 156.6	高知県 103.1
3 位	高知県 1,532.8	北海道 391.2	山形県 243.1	新潟県 126.1	徳島県 97.7
千葉県	41位 1,067.1	41位 291.3	40位 166.3	39位 76.3	32位 59.5
東京都	46位 948.4	46位 255.2	44位 141.2	45位 66.2	43位 43.6
神奈川県	44位 995.9	44位 275.3	43位 145.5	44位 66.5	46位 40.7
埼玉県	42位 1,051.0	42位 287.7	41位 160.9	41位 72.5	20位 66.8
全国平均	1,172.7	310.7	174.9	85.2	59.6

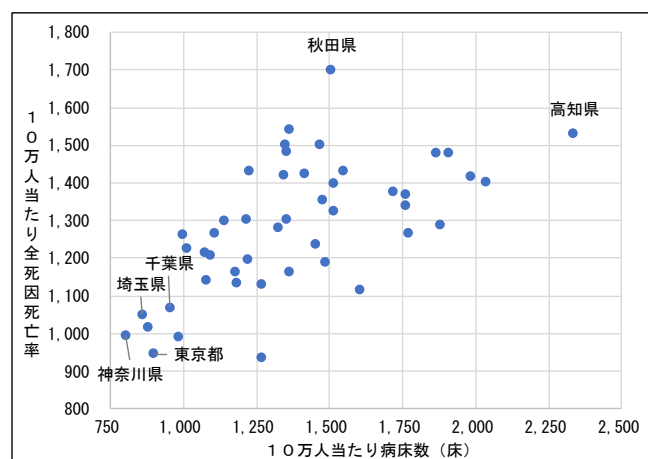
（出所）厚生労働省「2021年人口動態統計」をもとにちばぎん総合研究所が作成

図表 12 全死因死亡率（年齢未調整）と医師数の相関関係



（出所）各種統計データよりちばぎん総合研究所が作成（図表 12～13）

図表 13 全死因死亡率（年齢未調整）と病床数の相関関係



<sup>2</sup> 医療の過不足の評価は難しいが、むしろ四国や九州などの西日本が相対的に「医療過剰」地域である可能性もある。

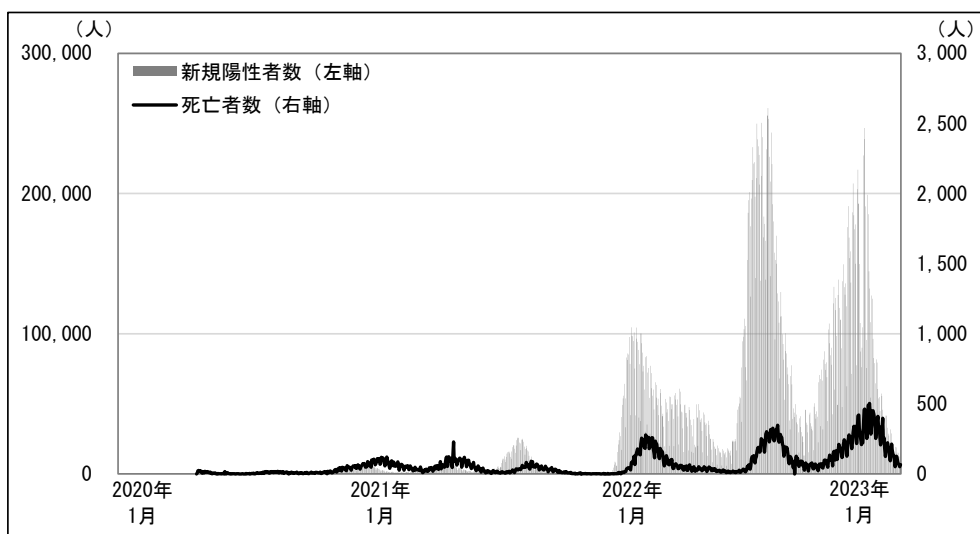
### ③新型コロナウイルス感染症による死亡

2020年1月に新型コロナウイルスの感染者が国内で初めて確認されてから3年が経過し、数次に亘る感染拡大を繰り返すなか、国内の累計陽性者数は3,300万人、死者数は7万人に上っている（23年2月末時点）。

都道府県別にみると、人口千人当たりの千葉県の陽性者数は全国34位（231.3人）、死者数は同13位（0.61人）となっている。

コロナ禍初期には、急激な感染拡大に病床や医療従事者の確保が追い付かず、また医療用ガウンやマスクなどの防護具も不足し、医療機関でもクラスターが発生するなど混乱が生じたことから、感染症の拡大等による需要急拡大に平時から備えておく必要がある。

図表 14 新型コロナウイルス感染症の全国新規陽性者数・死亡者数



（出所）厚生労働省「データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－」（23年2月28日時点）  
をもとにちばぎん総合研究所が作成

図表 15 新型コロナウイルス感染症の都道府県別状況

（単位：人）

	人口千人当たり 陽性者数		新規陽性者数 （累計）	人口千人当たり 死亡者数		死亡者数 （累計）
1位	沖縄県	392.1	575,371	大阪府	0.95	8,364
2位	佐賀県	319.6	259,368	北海道	0.86	4,507
3位	大阪府	318.4	2,813,488	高知県	0.84	581
千葉県	34位	231.3	1,453,350	13位	0.61	3,832
東京都	4位	307.3	4,316,448	17位	0.57	7,970
神奈川県	29位	238.5	2,203,019	35位	0.46	4,221
埼玉県	27位	243.3	1,786,735	26位	0.52	3,838
全国平均		263.2	33,205,088		0.57	72,387

（出所）厚生労働省「データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－」  
（2023年2月28日時点）をもとにちばぎん総合研究所が作成

## 【コラム】国際医療福祉大学(成田キャンパス)卒業生が県内医療体制に与える効果(試算)

2017年4月の国際医療福祉大学医学部(成田キャンパス)の設置から6年が経過し、医学部第1期生140名(うち留学生20名)が今春卒業を迎えた。卒業生全員が千葉県内で就職することはないにせよ、一部が附属病院をはじめとする県内医療機関に残ることで、県内の人的医療資源は着実に底上げされる。

成田キャンパスの卒業生が千葉県医療従事者数を押し上げる効果を試算すると、以下の通り。卒業生の国家試験合格率100%という前提で、卒業生の半分が県内に残留するという仮定を置くと、千葉県人口10万人当たりの医師数は1年ごとに1.1人、看護師数は同0.8人、リハビリ専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)は各同0.6人、同0.3人、同0.3人が底上げされる。1年間の押し上げ効果が大きいとはいえないが、毎年の卒業生が累積的に千葉県内に残ることによって、その分、効果も累積的となっていくことが期待される。

図表 16 国際医療福祉大学(成田キャンパス)開学効果(試算)

(単位:人)

	医師		看護師		理学療法士(PT)		作業療法士(OT)		言語聴覚士(ST)	
1位	徳島県	338.4	高知県	1,623.4	高知県	234.6	高知県	120.2	高知県	46.3
2位	京都府	332.6	鹿児島県	1,476.0	鹿児島県	188.3	鳥取県	106.3	鹿児島県	32.8
3位	高知県	322.0	佐賀県	1,403.6	徳島県	179.6	徳島県	93.8	佐賀県	30.6
千葉県	43位	205.8	46位	770.0	36位	92.2	44位	31.5	39位	13.1
全国平均		256.6		1,015.4		105.5		49.4		15.7

成田キャンパス卒業生(1学年)が千葉県医療従事者数(人口10万人当たり)に与える効果

県内残留比率の仮定	医師	看護師	理学療法士(PT)	作業療法士(OT)	言語聴覚士(ST)
20%	0.4	0.3	0.3	0.1	0.1
50%	1.1	0.8	0.6	0.3	0.3
80%	1.8	1.3	1.0	0.5	0.5

(出所) 厚生労働省「2020年医師・歯科医師・薬剤師統計」「2020年衛生行政報告例」、(公社)日本理学療法士協会、(一社)日本作業療法士協会、(一社)日本言語聴覚士協会ホームページをもとにちばぎん総合研究所が作成

図表 17 国際医療福祉大学成田キャンパスの概要

	医学部	成田看護学部	成田保健医療学部
開設	2017年4月	2016年4月	2016年4月
定員	医学科 140名 (うち留学生20名)	看護学科 100名	理学療法学科 80名 作業療法学科 40名 言語聴覚学科 40名 医学検査学科 80名 放射線・情報科学科 50名
アクセス	〒286-8686 千葉県成田市公津の杜4-3		
			

(出所) 国際医療福祉大学ホームページ等からちばぎん総合研究所が作成

(注) 成田保健医療学部放射線・情報科学科は2020年開設



## 2. 住民アンケート調査結果

### (1) 調査概要

ちばぎん総合研究所が実施したアンケート調査（22 年 9 月公表「数値でみる千葉県市町村の地方創生」）から医療分野に関する設問を抽出し、二次保健医療圏毎に回答を整理した。

対象	○県内自治体に居住する 3,000 人（基本的に人口比で自治体別に抽出）
設問	○信頼できるかかりつけ医がいる ○休日・夜間や緊急時にかかる医療機関がある ○医療・福祉施設が近くにあり、便利である ○行政や住民の健康づくりに対する意識が高い
回答形式	○「①とてもそう思う」「②ややそう思う」「③あまりそう思わない」「④全くそう思わない」の 4 択
集計方法	○各設問について「①×2+②×1+③×(-1)+④×(-2)」を算出（＝「 <b>満足度指数</b> 」とする） ⇒その数値から、各二次保健医療圏の県全体の中での「 <b>偏差値</b> 」を算出する

※「偏差値」（相対的水準）と「満足度指数」（絶対的水準）について分析。

### (2) 調査結果

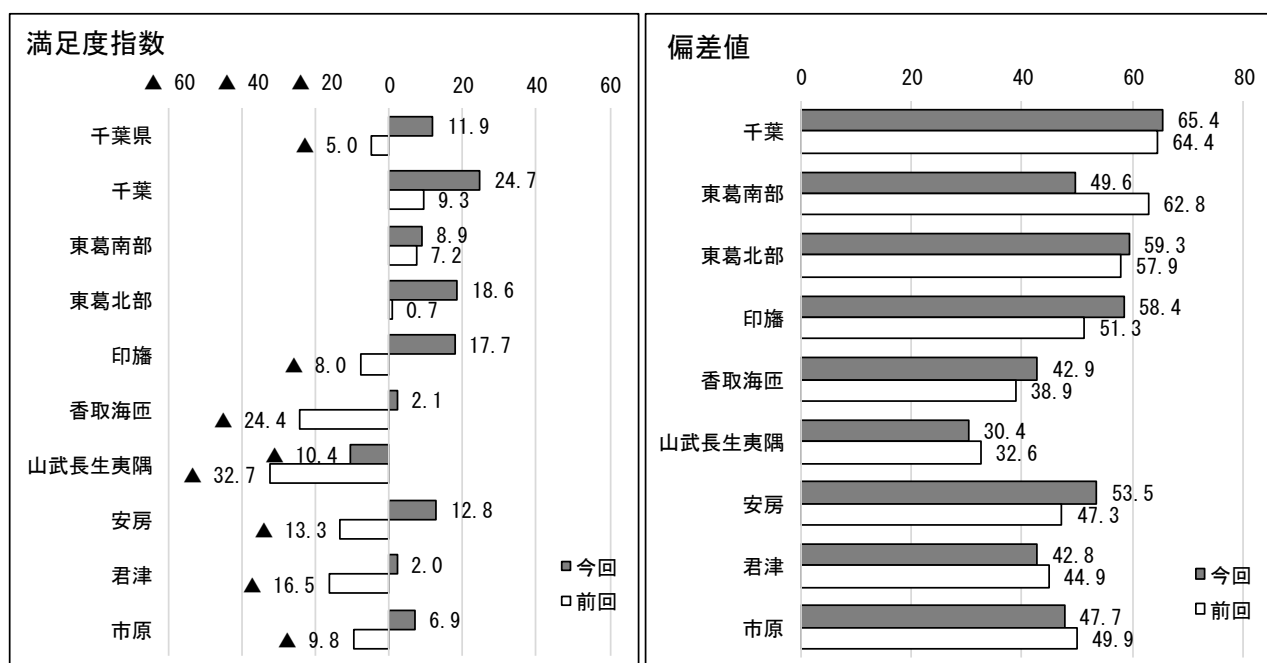
- かかりつけ医に関する満足度指数は、千葉県全体では 11.9 で前回調査比+16.9 ポイント増加。すべての二次保健医療圏で前回調査比増加している。
- 休日・夜間等緊急時診療体制に関する満足度指数は、県全体で 24.9 と前回調査比+1.5 ポイント増加。「山武長生夷隅」「東葛南部」を除く二次保健医療圏で前回調査比増加している。
- 医療・福祉施設の利便性に関する満足度指数は、県全体で 23.0 と前回調査比+8.4 ポイント増加。「君津」「市原」では前回調査比+20 ポイント以上増加している。
- 行政や住民の健康づくりに対する意識にかかる満足度指数は、県全体で▲22.8 と前回調査比+0.5 ポイント増加。もっとも水準は、すべての二次保健医療圏で前回・今回調査ともにマイナス水準となっている。

# ① 信頼できるかかりつけ医がいる

かかりつけ医に関する満足度指数は、千葉県全体では、11.9 と、前回調査（▲5.0）比+16.9 ポイント増加した。満足度指数を二次保健医療圏別にみると、「千葉」（24.7）が最も高く、次いで「東葛北部」（18.6）、「印旛」（17.7）が続いている。2015 年に実施した前回調査と比較すると、「香取海匠」（前回調査比+26.5 ポイント）、「安房」（同+26.1 ポイント）、「印旛」（同+25.7 ポイント）など、すべての二次保健医療圏で増加した。

偏差値では、「千葉」（65.4）が最も高く、次いで「東葛北部」（59.3）、「印旛」（58.4）が続いている。前回調査との比較では、「印旛」（同+7.1 ポイント）、「安房」（同+6.2 ポイント）などが増加したが、「東葛南部」（同▲13.2 ポイント）、「市原」（同▲2.3 ポイント）などは減少した。

図表 18 信頼できるかかりつけ医がいるか



図表 19 信頼できるかかりつけ医がいるか

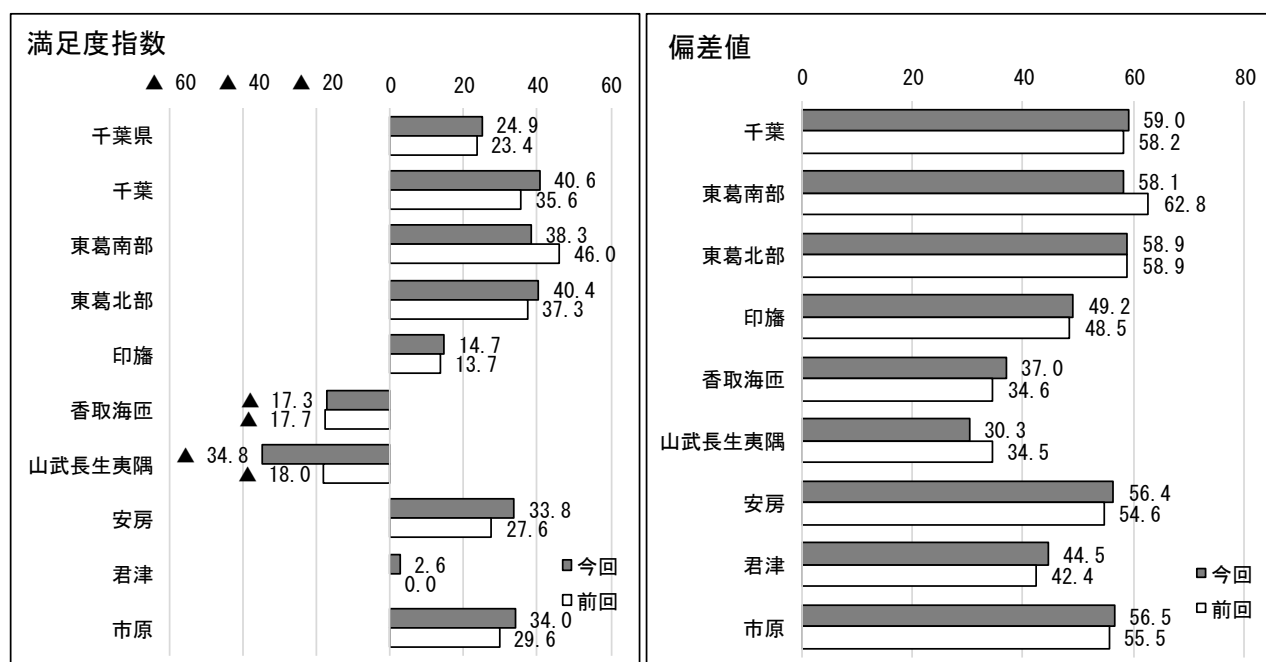
二次保健医療圏	満足度指数			偏差値		
	前回	今回	前回比	前回	今回	前回比
千葉県	▲ 5.0	11.9	16.9	—	—	—
千葉	9.3	24.7	15.4	64.4	65.4	1.0
東葛南部	7.2	8.9	1.7	62.8	49.6	▲ 13.2
東葛北部	0.7	18.6	17.9	57.9	59.3	1.4
印旛	▲ 8.0	17.7	25.7	51.3	58.4	7.1
香取海匠	▲ 24.4	2.1	26.5	38.9	42.9	4.0
山武長生夷隅	▲ 32.7	▲ 10.4	22.3	32.6	30.4	▲ 2.2
安房	▲ 13.3	12.8	26.1	47.3	53.5	6.2
君津	▲ 16.5	2.0	18.5	44.9	42.8	▲ 2.1
市原	▲ 9.8	6.9	16.7	49.9	47.7	▲ 2.3

## ② 休日・夜間や緊急時にかかる医療機関がある

休日・夜間等緊急時診療体制に関する満足度指数は、千葉県全体では、24.9 と、前回調査 (23.4) 比+1.5 ポイントとわずかながら増加した。満足度指数を二次保健医療圏別にみると、「千葉」(40.6) が最も高く、次いで「東葛北部」(40.4)、「東葛南部」(38.3) が続いている。前回調査と比較すると、「安房」(前回調査比+6.2 ポイント)、「千葉」(同+5.0 ポイント) などが増加したが、「山武長生夷隅」(同▲16.8 ポイント)、「東葛南部」(同▲7.7 ポイント) で減少した。

偏差値では、「千葉」(59.0) が最も高く、次いで「東葛北部」(58.9)、「東葛南部」(58.1) が続いている。前回調査と比較すると、「香取海匠」(同+2.4 ポイント)、「君津」(同+2.1 ポイント) などが増加したが、「東葛南部」(同▲4.6 ポイント)、「長生山武夷隅」(同▲4.2 ポイント) などは減少した。

図表 20 休日・夜間や緊急時にかかる医療機関があるか



図表 21 休日・夜間や緊急時にかかる医療機関があるか

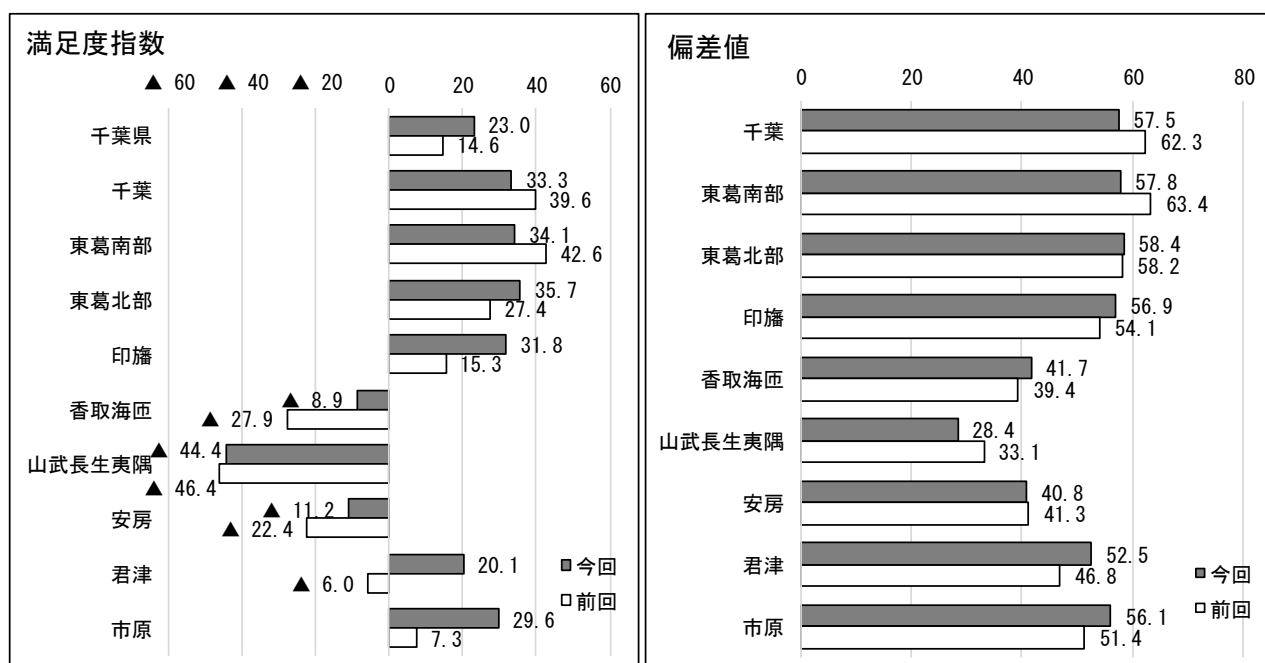
二次保健医療圏	満足度指数			偏差値		
	前回	今回	前回比	前回	今回	前回比
千葉県	23.4	24.9	1.5	—	—	—
千葉	35.6	40.6	5.0	58.2	59.0	0.8
東葛南部	46.0	38.3	▲ 7.7	62.8	58.1	▲ 4.6
東葛北部	37.3	40.4	3.1	58.9	58.9	0.0
印旛	13.7	14.7	1.0	48.5	49.2	0.7
香取海匠	▲ 17.7	▲ 17.3	0.4	34.6	37.0	2.4
山武長生夷隅	▲ 18.0	▲ 34.8	▲ 16.8	34.5	30.3	▲ 4.2
安房	27.6	33.8	6.2	54.6	56.4	1.8
君津	0.0	2.6	2.6	42.4	44.5	2.1
市原	29.6	34.0	4.4	55.5	56.5	1.0

### ③ 医療・福祉施設が近くにあり、便利である

医療・福祉施設の利便性に関する満足度指数は、千葉県全体では、23.0 と、前回調査（14.6）比＋8.4 ポイント増加した。満足度指数を二次保健医療圏別にみると、「東葛北部」（35.7）が最も高く、次いで「東葛南部」（34.1）、「千葉」（33.3）が続いている。前回調査と比較すると、「君津」（前回調査比＋26.1 ポイント）、「市原」（同＋22.3 ポイント）などが増加したが、「東葛南部」（同▲8.5 ポイント）、「千葉」（同▲6.3 ポイント）で減少した。

偏差値では、「東葛北部」（58.4）が最も高く、次いで「東葛南部」（57.8）、「千葉」（57.5）が続いた。前回調査と比較すると、「君津」（同＋5.7 ポイント）、「市原」（同＋4.7 ポイント）などが増加したが、「東葛南部」（同▲5.6 ポイント）、「千葉」（同▲4.9 ポイント）などは減少した。

図表 22 医療・福祉施設が近くにあり、便利であるか



図表 23 医療・福祉施設が近くにあり、便利であるか

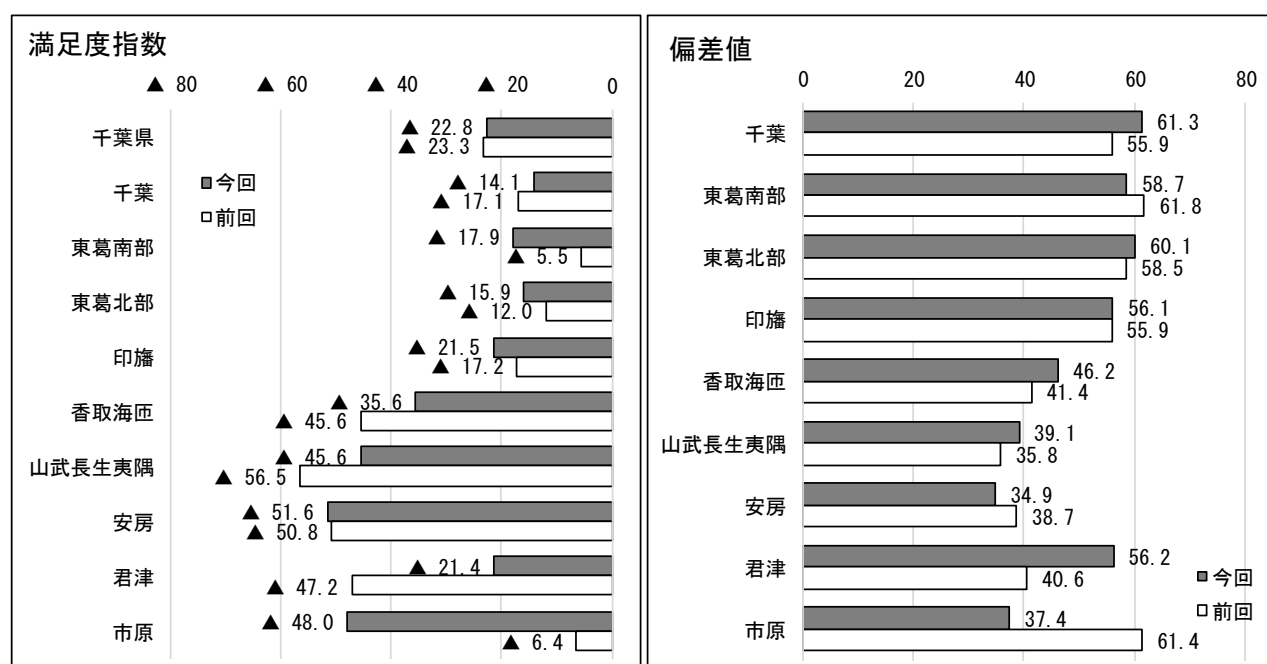
二次保健医療圏	満足度指数			偏差値		
	前回	今回	前回比	前回	今回	前回比
千葉県	14.6	23.0	8.4	—	—	—
千葉	39.6	33.3	▲ 6.3	62.3	57.5	▲ 4.9
東葛南部	42.6	34.1	▲ 8.5	63.4	57.8	▲ 5.6
東葛北部	27.4	35.7	8.3	58.2	58.4	0.2
印旛	15.3	31.8	16.5	54.1	56.9	2.8
香取海匠	▲ 27.9	▲ 8.9	19.0	39.4	41.7	2.3
山武長生夷隅	▲ 46.4	▲ 44.4	2.0	33.1	28.4	▲ 4.8
安房	▲ 22.4	▲ 11.2	11.2	41.3	40.8	▲ 0.5
君津	▲ 6.0	20.1	26.1	46.8	52.5	5.7
市原	7.3	29.6	22.3	51.4	56.1	4.7

#### ④ 行政や住民の健康づくりに対する意識が高い

行政や住民の健康づくりに対する意識にかかる満足度指数は、千葉県全体では、▲22.8 と、前回調査（▲23.3）比+0.5 ポイントとわずかながら増加したが、水準は引き続きマイナス（不満超）であった。満足度指数を二次保健医療圏別にみると、「千葉」（▲14.1）が最も高く、次いで「東葛南部」（▲17.9）が続いている。前回調査と比較すると、「君津」（前回調査比+25.8 ポイント）、「山武長生夷隅」（同+10.9 ポイント）などが増加したが、「市原」（同▲41.6 ポイント）、「東葛南部」（同▲12.4 ポイント）などで減少した。

偏差値では、「千葉」（61.3）が最も高く、次いで「東葛北部」（60.1）、「東葛南部」（58.7）が続いている。前回調査と比較すると、「君津」（同+15.6 ポイント）、「千葉」（同+5.4 ポイント）などが増加したが、「市原」（同▲23.9 ポイント）、「安房」（同▲3.9 ポイント）などは減少した。

図表 24 行政や住民の健康づくりに対する意識が高いか



図表 25 行政や住民の健康づくりに対する意識が高いか

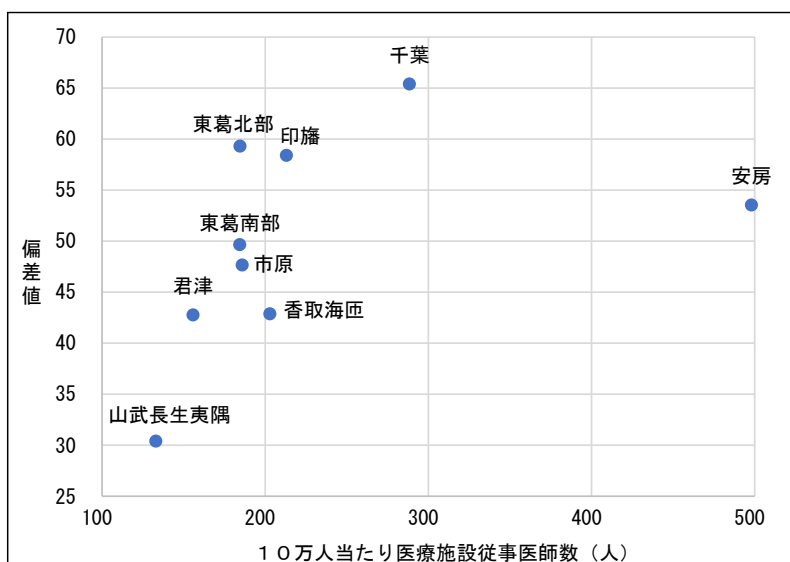
二次保健医療圏	満足度指数			偏差値		
	前回	今回	前回比	前回	今回	前回比
千葉県	▲ 23.3	▲ 22.8	0.5	—	—	—
千葉	▲ 17.1	▲ 14.1	3.0	55.9	61.3	5.4
東葛南部	▲ 5.5	▲ 17.9	▲ 12.4	61.8	58.7	▲ 3.2
東葛北部	▲ 12.0	▲ 15.9	▲ 3.9	58.5	60.1	1.6
印旛	▲ 17.2	▲ 21.5	▲ 4.3	55.9	56.1	0.3
香取海匠	▲ 45.6	▲ 35.6	10.0	41.4	46.2	4.8
山武長生夷隅	▲ 56.5	▲ 45.6	10.9	35.8	39.1	3.3
安房	▲ 50.8	▲ 51.6	▲ 0.8	38.7	34.9	▲ 3.9
君津	▲ 47.2	▲ 21.4	25.8	40.6	56.2	15.6
市原	▲ 6.4	▲ 48.0	▲ 41.6	61.4	37.4	▲ 23.9

### （３）アンケート結果と統計データの比較

#### ①「信頼できるかかりつけ医がいる」と「医師数」の比較

「信頼できるかかりつけ医がいる」の偏差値と10万人当たり医療施設従事医師数の関係をみると、医師数の多い医療圏は偏差値が高く、逆に医師数の少ない医療圏は偏差値が低い傾向がみられ、一定の相関関係があるとみられる。

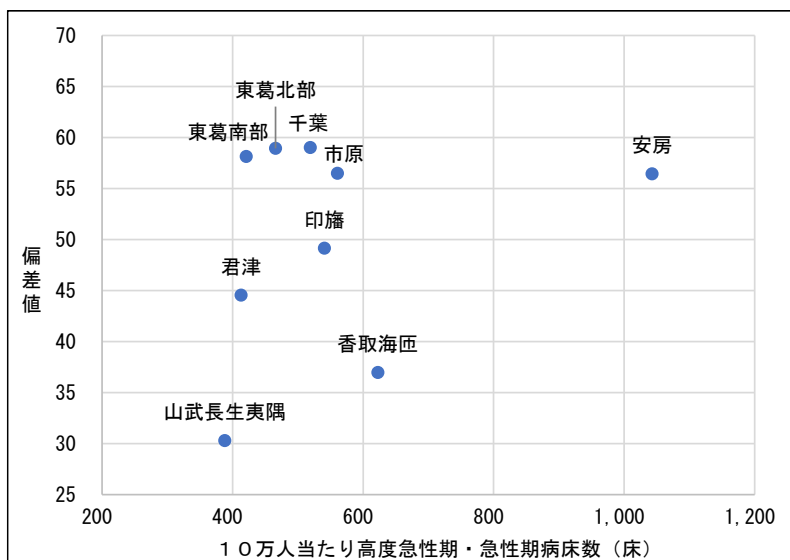
図表 26 「信頼できるかかりつけ医がいる」と「10万人当たり医療施設従事医師数」



#### ②「休日・夜間や緊急時にかかれる医療機関がある」と「高度急性期・急性期病床数」の比較

「休日・夜間や緊急時にかかれる医療機関がある」の偏差値と10万人当たり高度急性期・急性期病床数の関係をみると、10万人当たり高度急性期・急性期病床数の少ない「東葛南部」「東葛北部」「千葉」などでも偏差値が高くなっており、明確な相関関係はみられない。「山武長生夷隅」の偏差値が極めて低く、比較的人口当たりの病床数が多い「香取海匠」でも偏差値が低いことを考慮すると、人口当たりの問題というよりはむしろ、区域の広さの割に人口が少ないといった、対象医療機関への距離的な要因が影響を及ぼしている可能性がある。

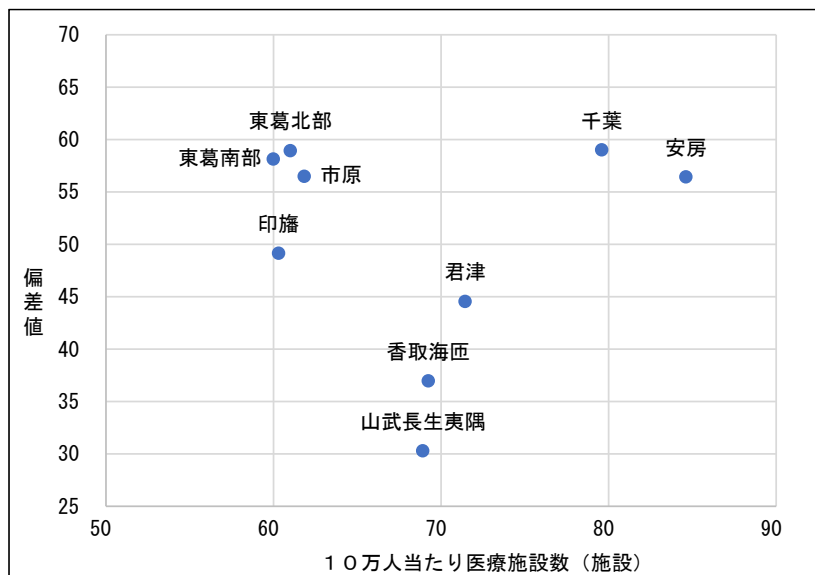
図表 27 「休日・夜間や緊急時にかかれる医療機関がある」と「10万人当たり高度急性期・急性期病床数」



### ③「医療・福祉施設が近くにあり、便利である」と「医療施設数(病院+診療所)」の比較

「医療・福祉施設が近くにあり、便利である」の偏差値と 10 万人当たり医療施設数(病院+診療所)の関係をみると、施設数の少ない「東葛南部」「東葛北部」「市原」などでも偏差値が高くなっており、②と同様に、明確な相関関係はみられない。むしろ、人口当たりの医療施設数が少ないとは言えない、「山武長生夷隅」や「香取海匝」の偏差値が低くなっていることを考慮すると、ここにおいても、人口密度に基づく対象医療機関への距離的な要因が影響を及ぼしている可能性がある。

図表 28 「医療・福祉施設が近くにあり、便利である」と「10 万人当たり医療施設数(病院+診療所)」



アンケート結果が、前回調査と比較して概ね増加傾向にある背景には、「1. 千葉県の医療環境」でみた統計データ(人的資源など)の改善が影響しているとみられる。

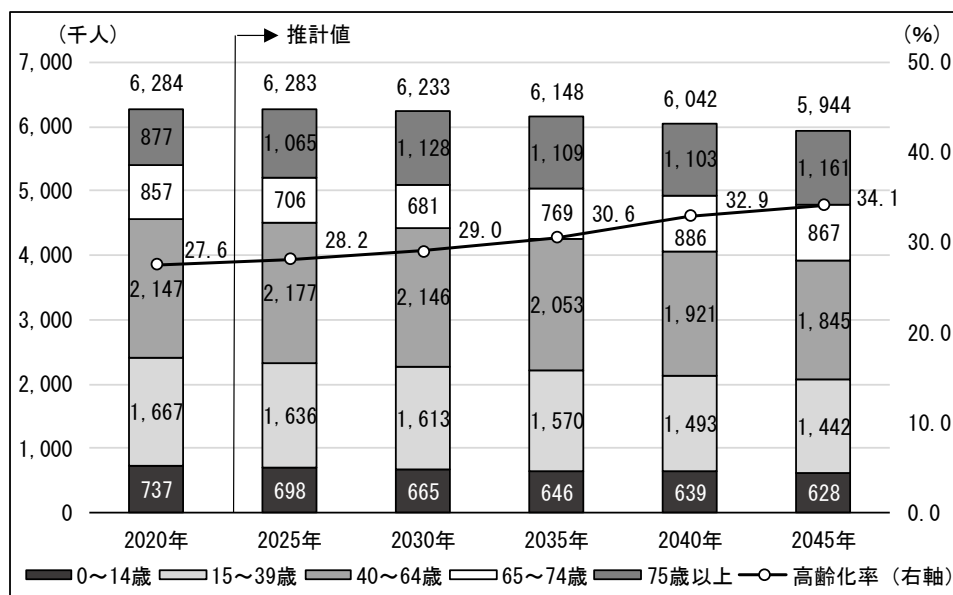
## Ⅱ. 千葉県医療体制の将来像

### 1. 将来推計人口

ちばぎん総合研究所が、2020 年国勢調査に基づいて 22 年 6 月に行った将来人口推計（54 市町村別）によると、県内人口は 2020 年の 6,284 千人から 45 年には 5,944 千人（20 年比▲5.4%）まで減少すると見込まれる。このうち、65 歳以上の高齢者人口は 20 年の 1,734 千人から 45 年には 2,028 千人（同＋17.0%）まで増加し、高齢化率（総人口に占める 65 歳以上の割合）は 34.1%に達する見通しとなっている。

二次保健医療圏別にみると、20 年から 45 年にかけて「東葛北部」（同＋6.0%）、「東葛南部」（同＋4.2%）で人口増加が続く。一方、その他の医療圏では 20～25 年をピークに減少すると推計されており、とりわけ、「香取海匠」（同▲37.2%）、「安房」（同▲36.5%）、「山武長生夷隅」（同▲34.1%）は減少幅が 3 割を超える見通しとなっている。

図表 29 推計人口（年齢別）



（出所）ちばぎん総合研究所

図表 30 推計人口（二次保健医療圏別）

（単位：人）

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2020年比 増減率
千葉	974,951	975,999	970,458	953,897	933,312	913,312	▲6.3%
東葛南部	1,796,572	1,828,007	1,845,819	1,857,100	1,864,563	1,872,758	4.2%
東葛北部	1,407,697	1,440,482	1,459,963	1,472,817	1,481,497	1,491,954	6.0%
印旛	718,337	717,535	708,971	694,183	674,682	655,329	▲8.8%
香取海匠	262,351	242,867	223,342	203,696	183,754	164,804	▲37.2%
山武長生夷隅	410,235	384,602	357,415	328,534	298,752	270,432	▲34.1%
安房	120,093	111,474	102,652	93,602	84,597	76,315	▲36.5%
君津	324,720	320,512	313,923	305,598	296,350	287,680	▲11.4%
市原	269,524	261,135	250,645	238,190	224,530	210,986	▲21.7%
千葉県	6,284,480	6,282,614	6,233,188	6,147,618	6,042,037	5,943,570	▲5.4%

（出所）ちばぎん総合研究所

（注）網掛けは2020年以降でみた場合の人口ピーク



## 2. 将来の医療需要

以下では、上記1.の将来推計人口に基づいて、千葉県内医療需要の将来推計を行う。

### (1) 推計手法

各年の「年齢階層別将来推計人口×医療費係数」より医療需要を算出。医療費係数については、日本医師会総合政策研究機構が発表したワーキングペーパーに記載された、年齢階層別の医療費係数を用いた。

図表 31 医療費係数

年齢	0～14歳	15～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上
医療費係数	0.6	0.4	1.0	2.3	3.9

(出所) 日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパーNo. 323

「地域の医療提供体制の現状と将来―都道府県別・二次医療圏別データ集―」

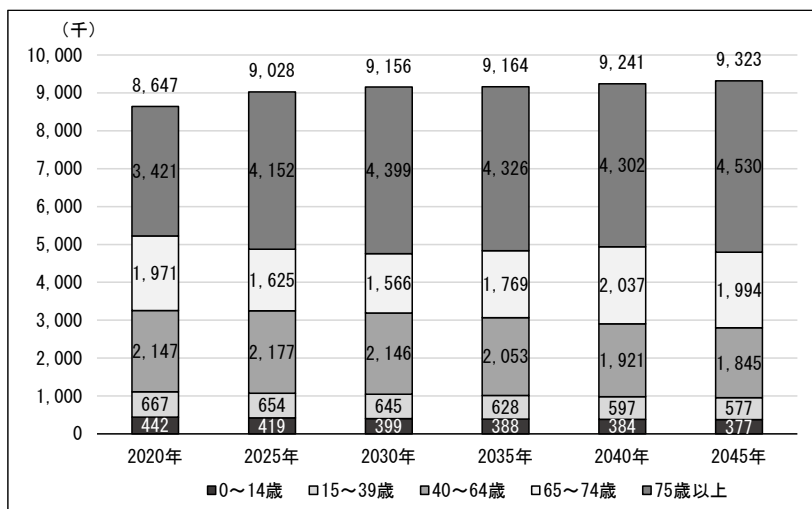
(注) 「40～64歳」の一人当たり医療費を1.0とした場合の係数。各年齢階層の受療率は一定と仮定。

### (2) 推計結果

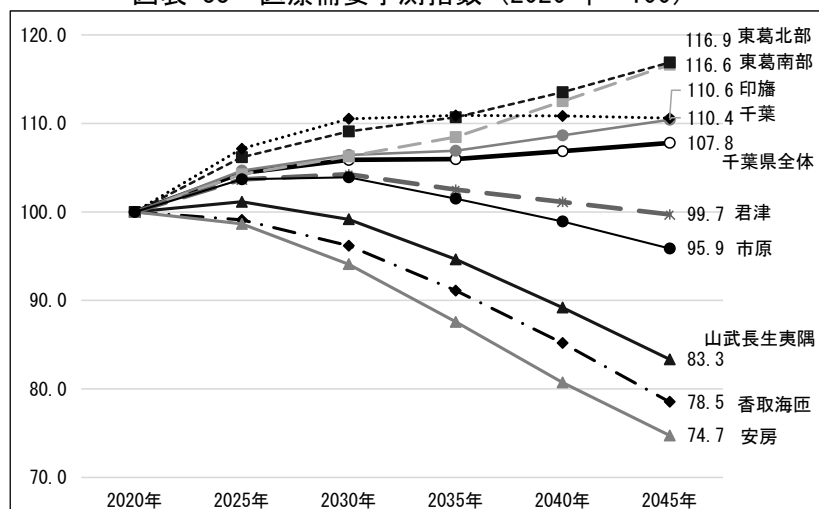
千葉県医療の将来需要を推計すると、2045 年まで一貫して増加を続けていくことが見込まれる。医療需要の増加には、「75 歳以上」の増加が大きく影響しており、「0～14 歳」「15～39 歳」では、20 年をピークとして減少傾向が続くと推計される。

二次保健医療圏別でみると、45 年の医療需要予測指数（20 年＝100）が「千葉県全体」（107.8）より高い地域は、「東葛北部」「東葛南部」「印旛」「千葉」となっている。一方、「香取海匝」「安房」は20 年をピークに医療需要は縮小していくことが見込まれる。

図表 32 医療需要予測



図表 33 医療需要予測指数（2020 年＝100）



### 3. 将来の医療供給

医療供給については、人的資源は予測が難しいため、ここでは、物的資源（病床数）に的を絞って、将来供給を予測する。

#### （１）推計手法

- ①供給量：県が公表する「病床機能報告制度<sup>3</sup>」に基づく医療機能別病床数」を基準にして、各年の推計人口を乗ずることにより算出。2025年時点の供給予定病床数（機能別）は次表のとおり。

図表 34 2025年7月1日時点の医療機能（病床数）の供給予定

（単位：床）

二次保健医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
千葉	8,105	1,016	4,017	1,462	1,587	23
東葛南部	11,286	1,630	5,749	2,059	1,848	0
東葛北部	9,483	2,199	4,320	1,099	1,863	2
印旛	6,250	1,445	2,324	698	1,779	4
香取海匝	2,699	67	1,630	269	704	29
山武長生夷隅	3,164	32	1,511	359	1,262	0
安房	1,993	141	1,122	202	512	16
君津	2,318	272	1,063	242	741	0
市原	2,171	108	1,435	364	216	48
県全体計	47,469	6,910	23,171	6,754	10,512	122

（出所）千葉県ホームページ（2021年病床機能報告制度）

（注）圏域の設定が現在と変わらないとした場合。

休棟等には、介護保険施設等への移行、廃止病棟を含む。

- ②需要量：「千葉県保健医療計画に基づく医療機能別必要病床数」を基準にして、各年の推計人口を乗ずることにより算出。2025年時点の必要病床数（機能別）は次表のとおり。

図表 35 2025年における医療機能別必要病床数

（単位：床）

二次保健医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
千葉	8,484	1,077	3,028	2,520	1,859
東葛南部	13,010	1,376	4,783	4,072	2,779
東葛北部	11,699	1,386	4,227	3,647	2,439
印旛	5,548	594	1,947	1,625	1,382
香取海匝	2,181	289	745	587	560
山武長生夷隅	2,931	104	887	946	994
安房	1,641	308	602	358	373
君津	2,370	232	806	810	522
市原	2,140	284	826	695	335
県全体計	50,004	5,650	17,851	15,260	11,243

（出所）千葉県保健医療計画

図表 36 【参考】医療機能の区分

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期	・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
急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	・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の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	・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

（出所）千葉県

- ③病床過不足数：①－②で算出。

<sup>3</sup> 地域における病床の機能の分化及び連携の推進のため、一般病床又は療養病床を有する医療機関が都道府県に病床の機能や入院患者に提供する医療の内容等を報告する制度。

## （２）病床数の需給過不足推計結果

千葉県の将来推計人口に基づいて将来の医療供給を推計すると、2025 年時点の病床数（「供給予定病床数（A）」－「必要病床数（B）」）は、県全体としては急性期病床が過剰となる一方、回復期病床や慢性期病床（都市部中心）で不足が生じる見込み。二次保健医療圏別では、県下全域で回復期病床が不足となるほか、「東葛南部」「東葛北部」「千葉」「市原」など都市部を中心に慢性期病床の不足が見込まれる。高度急性期病床では、「安房」「香取海匝」などで不足となる一方、「印旛」「東葛北部」で過剰となり、ばらつきが生じる見込み。

また、45 年の医療供給予測指数（20 年＝100）は、「東葛南部」（94.0）、「東葛北部」（92.3）が「千葉県全体」（104.0）を下回り、20 年より減少すると推計される。

図表 37 医療供給予測（10 万人当たり病床数・千葉県全体）

（単位：床）

病床基準	2021年 時点	2025年時点（予定）					必要病床数	過剰/不足
医療機能	2020年	2025年 A	2030年	2035年	2040年	2045年	2025年 B	A－B
高度急性期	111	110	111	112	114	116	90	20
急性期	373	369	372	377	383	390	284	85
回復期	102	108	108	110	112	114	243	▲ 135
慢性期	173	167	169	171	174	177	179	▲ 12
休棟等	10	2	2	2	2	2	－	－
計	768	756	762	772	786	799	796	▲ 40

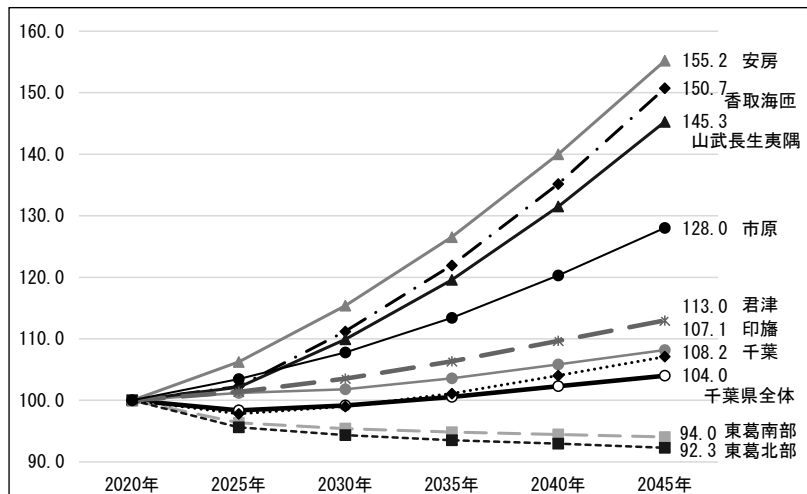
（注）千葉県保健医療計画（2018年）、病床機能報告制度（2021年）の数値をもとに試算（図表37～38）

図表 38 医療供給予測（10万人当たり病床数・二次保健医療圏別）

(単位：床)

病床基準		2021年 時点	2025年時点（予定）					必要病床数	
医療 機能	二次保健 医療圏	2020年	2025年 A	2030年	2035年	2040年	2045年	2025年 B	A－B
高度 急性期	千葉	105	104	105	107	109	111	110	▲ 6
	東葛南部	92	89	88	88	87	87	75	14
	東葛北部	148	153	151	149	148	147	96	56
	印旛	220	201	204	208	214	220	83	119
	香取海匠	26	28	30	33	36	41	119	▲ 91
	山武長生夷隅	8	8	9	10	11	12	27	▲ 19
	安房	117	126	137	151	167	185	276	▲ 150
	君津	84	85	87	89	92	95	72	12
	市原	37	41	43	45	48	51	109	▲ 67
	計	111	110	111	112	114	116	90	20
急性期	千葉	415	412	414	421	430	440	310	101
	東葛南部	328	314	311	310	308	307	262	53
	東葛北部	318	300	296	293	292	290	293	6
	印旛	321	324	328	335	344	355	271	53
	香取海匠	597	671	730	800	887	989	307	364
	山武長生夷隅	380	393	423	460	506	559	231	162
	安房	925	1,007	1,093	1,199	1,326	1,470	540	466
	君津	329	332	339	348	359	370	251	80
	市原	524	550	573	602	639	680	316	233
	計	373	369	372	377	383	390	284	85
回復期	千葉	122	150	151	153	157	160	258	▲ 108
	東葛南部	103	113	112	111	110	110	223	▲ 110
	東葛北部	88	76	75	75	74	74	253	▲ 177
	印旛	97	97	98	101	103	107	226	▲ 129
	香取海匠	103	111	120	132	146	163	242	▲ 131
	山武長生夷隅	88	93	100	109	120	133	246	▲ 153
	安房	168	181	197	216	239	265	321	▲ 140
	君津	63	76	77	79	82	84	253	▲ 177
	市原	145	139	145	153	162	173	266	▲ 127
	計	102	108	108	110	112	114	243	▲ 135
慢性期	千葉	177	163	164	166	170	174	190	▲ 28
	東葛南部	106	101	100	100	99	99	152	▲ 51
	東葛北部	133	129	128	126	126	125	169	▲ 40
	印旛	248	248	251	256	264	271	193	55
	香取海匠	321	290	315	346	383	427	231	59
	山武長生夷隅	308	328	353	384	422	467	258	70
	安房	413	459	499	547	605	671	335	125
	君津	228	231	236	242	250	258	163	68
	市原	80	83	86	91	96	102	128	▲ 46
	計	173	167	169	171	174	177	179	▲ 12
休 棟 等	千葉	2	2	2	2	2	3	-	-
	東葛南部	12	0	0	0	0	0	-	-
	東葛北部	1	0	0	0	0	0	-	-
	印旛	5	1	1	1	1	1	-	-
	香取海匠	41	12	13	14	16	18	-	-
	山武長生夷隅	22	0	0	0	0	0	-	-
	安房	59	14	16	17	19	21	-	-
	君津	9	0	0	0	0	0	-	-
	市原	18	18	19	20	21	23	-	-
	計	10	2	2	2	2	2	-	-
計	千葉	820	830	835	850	868	887	869	▲ 39
	東葛南部	641	617	611	608	605	603	712	▲ 94
	東葛北部	689	658	650	644	640	636	812	▲ 154
	印旛	891	871	882	900	926	954	773	98
	香取海匠	1,087	1,111	1,208	1,325	1,469	1,638	898	213
	山武長生夷隅	805	823	885	963	1,059	1,170	762	61
	安房	1,683	1,788	1,942	2,129	2,356	2,612	1,472	316
	君津	713	723	738	759	782	806	739	▲ 16
	市原	804	831	866	911	967	1,029	819	12
	計	768	756	762	772	786	799	796	▲ 40

図表 39 医療供給予測指数（2020年＝100）



### Ⅲ. 提言

本調査では、統計・文献調査や住民向けアンケート調査を通じて、千葉県の医療体制の現状や将来推計人口に基づく二次保健医療圏毎の今後の医療資源不足の可能性についてみてきた。県内の医療資源は全国低位にあり、高齢化の更なる進展が見込まれるなか、増大する医療ニーズに対応できる医療提供体制の充実喫緊の課題である。

本章では、県内医療を巡る方向性について、以下の3点を提言する。

1. 県内医療体制の再構築
2. 誰もが住み慣れた地域で安心して医療が受けられる体制の確保
3. 医療資源を核とするまちづくりの推進

#### 1. 県内医療体制の再構築

##### (1) 将来推計人口に基づく県内医療体制の早期整備

2020年国勢調査における千葉県の高齢化率は27.6%と一都三県で最も高く<sup>4</sup>、千葉県では長期に渡って医療・介護需要が増加を続ける可能性が高い。

将来の推計人口に基づく医療供給予測をみると、千葉県全体では急性期病床が過剰となる一方、高齢者人口の増加等から回復期病床や都市部を中心に慢性期病床で不足が生じることが見込まれている。こうした中、一部の病院からは、許可病床が「一般病床」と一括りになっている（高度急性期・急性期・回復期・慢性期などの機能別になっていない）ため、不足している回復期病床を増床しようと思っても、圏域内の急性期病床が大幅に余っている（＝高度急性期＜過剰＞＋急性期＜過剰＞＋回復期＜不足＞＋慢性期＜不足＞を合算した一般病床全体では余裕がある＜過剰＞）下で、増床を申請しようとしても許可されないとの声が聞かれた。

国や県においては、一般病床（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の機能区分を考慮した許可病床配分や休床病床に対するペナルティ賦課の検討、医療機関や自治体首長等には機能転換や病床の返上に対する理解・協力を促し、圏域内病床数の適正化を図る必要がある。

また、千葉県全体の医療資源（医療従事者、医療施設等）は10年前との比較では改善傾向にあるものの、全国最低水準にあることには変わりはない。現時点では、全死因死亡率の観点からいえば、医療の質は保たれているともいえるものの、高齢者を中心に医療需要の増大が続く一方、勤務医の時間外労働規制の導入などから医療資源供給の増強は容易ではなく、現在の医療の質が今後とも維持されるとの保証はない。

前掲図表26でみたとおり、「信頼できるかかりつけ医がいる」の偏差値（住民アンケート結果）と「10万人当たり医療施設従事医師数」との間には一定の相関がみられることから、満足度の改善のためにはかかりつけ医の増加が期待される。県内では、2017年に開学した国際医療福祉大学医学部（成田キャンパス）の卒業生（毎年140名＜うち留学生20名＞）が今春以降順次国家試験を経て医師になっていく。【コラム】国際医療福祉大学（成田キャンパス）卒業生が県内医療体制に与える効果（8ページ）のとおり、1年間の押上げ効果が大きいとはいえないが、毎年の卒業生が累積的に千葉県内に残ることによって、その分、効果も累積的となっていくことから、県内医療体制の早期整備（医療従事者の確保）に寄与することが期待される。

<sup>4</sup> 一都二県の高齢化率は埼玉県：27.0%、東京都：22.7%、神奈川県：25.6%。

## （２）二次保健医療圏毎の医療アクセスの平準化の促進

文献・アンケート調査の結果、県内における医療資源の充足度や住民の満足度には、二次保健医療圏間で偏りがあることが明らかになった。

医師・医療機関とも偏在しているが、とくに満足度との相関があると考えられる医師（かかりつけ医）数の平準化を進めることは有意義であると考えられる。一方、医療機関については、救急医療に対する満足度や医療機関等の利便性に関しては、人口当たりの医療資源との明確な相関関係はみられないことから、二次保健医療圏毎の人口当たりの医療資源の差に目を向けるよりは、地域の中核病院へのアクセスを確保するとともに、医療機関間のネットワークやオンライン診療などを活用し、相対的に満足度の低い地域（特に郡部等）の医療をどのように改善するかの方が重要になりつつある。

千葉県の現状を見ると、圏央道の部分開通等を含む道路網の整備や国際医療福祉大学成田病院の開設などにより救急医療に対応可能な地域の中核病院へのアクセスは改善しつつある。加えて、千葉県は、2023 年度当初予算に「発達障害児等のためのオンライン診療推進モデル事業【新規】」（4,000 千円）を盛り込み、モデル事業によりオンライン診療・相談ができる医療機関の増加を促すための方策を検討するとしている。オンライン診療の推進は、発達障害児など必ずしも対面診療を必要としない患者や交通弱者、投薬を主たる通院理由とする患者等にとって利便性向上・負担軽減につながるほか、新型コロナウイルスのような感染症リスクを軽減できるというメリットもある。加えて、医療機関の連携による機能強化（例えば、画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し画像診断を行う）など高水準の医療体制・サービスの確保も期待される。

今後自然体では、高齢化のさらなる進行に伴う医療需要の増加や勤務医の時間外労働規制を背景に医師不足が予想される一方、地域によっては患者（人口）の減少により医療機関の経営が成り立たなくなる可能性もある。疾病・診療科によっては、高度な医療を提供する拠点病院への集約化など、オンライン診療もさらに活用しつつ二次保健医療圏の枠を超えた効率的で持続可能な医療連携体制の構築と医療アクセスの平準化を並行して進めていく必要がある。

## （３）新たな感染症への万全の準備

国内で初めて新型コロナウイルスの感染者が確認されてから３年余りが経過し、数次に亘る感染拡大を繰り返すなか、国内の累計陽性者数は 3,300 万人、死者数は 7 万人にのぼった。

政府は、新たな感染症の流行を見据え、内閣感染症危機管理統括庁や厚生労働省感染症対策部（仮称）を設置するほか、国立感染症研究所と国立国際医療研究センターを統合した国立健康危機管理研究機構を創設する方針を示している。また、2023 年 5 月 8 日には、新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけを季節性インフルエンザと同等の「５類」に移行し、幅広い医療機関での患者の受け入れを目指している。千葉県も、コロナ禍初期に病床や医療従事者の確保が追い付かず、また医療用ガウンやマスクなどの防護具も不足するなど混乱が生じたことから、「緊急時の医薬品や医療資機材の確保・備蓄」や「保健所の体制強化」など、感染症をはじめとする様々な健康危機に対応できる体制の整備を推進するとしている。

感染症向け医療資源の安定的な確保は、新たな感染症が発生した場合でも、安心・安全な医療環境の確保につながる。病床数の需給過不足推計結果において述べたように、高度急性期病床に関しては、「安房」「香取海匠」など二次保健医療圏によっては不足となる可能性がある。ヒト（感染症専門医）・モノ（防護具等感染対策物資）・施設（患者の隔離スペース）などコロナ禍を通じて露呈した課題を教訓として生かし、平時から新たな感染症に備えた医療体制を整備しておきたい。なお、

勤務医の体制整備については、24 年 4 月に時間外・休日労働上限規制がスタートすることにも留意が必要となる。

## 2. 誰もが住み慣れた地域で安心して医療が受けられる体制の確保

### (1) 医療・介護連携の一段の促進と市町村との連携強化

すべての団塊世代（1947～49 年生まれ）が 75 歳以上の後期高齢者となる「2025 年問題」とそれ以降の超高齢化社会に備えて、国は「地域包括ケアシステム」の構築を進めている。地域包括ケアシステムは、高齢者が可能な限り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、医療必要度の高い時期には入院医療を受け、必要度が下がれば早期に退院して在宅医療や必要な介護サービスなどを利用しながら、自宅や施設で生活するシステムとして整備されてきた。同システムの中で、高齢化が進むほど医療・介護サービス双方利用の可能性が高まるため、医療職・介護職間の情報交換や役割分担などの「連携」が一段と重要になる。医療・介護連携は、主に市町村単位で連携会議や職種間の合同研修などが行われているが、医療職・介護職間の意識のすれ違いや地元医師会の注力度の違いなどもあって、連携の度合いには市町村（医師会）によって濃淡があるのが実情であり、十分な連携が進んでいない事例も散見される。県も職種毎の研修やアドバイザーの派遣など行っており、医療・介護連携が十分ではない市町村等への支援を引き続き強化したい。

### (2) 在宅医療促進のための医療体制の整備促進

国全体の医療費が膨らみ財政負担も増える中で、政府は、施設医療・介護から在宅医療・介護への移行を支援している。人口動態調査によると、2021 年の死亡のうち 67.4%は医療機関（病院または診療所）での死亡であり、高齢化に伴い年間の死亡数が増え続けるなか、医療機関での患者受け入れが困難になることが予想される。また、厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」（18 年 3 月）では、末期がんの場合、国民の 47.4%が自宅で医療・療養を受けることを希望し、このうち 69.2%が自宅で最期を迎えたいと回答しており、国民からも「医療機関以外で最期を迎えたい」という声が上がっている。

在宅医療へのシフトは、在宅医療を行う医師や看護師の不足、診療報酬の不十分さ、地域の見守り力の低下（地縁の弱体化）などもあって、一朝一夕に行えるものではない。今後は、次回診療報酬改定時（24 年度）での在宅医療報酬の見直し等による、在宅医療を担う人材の確保と質の向上のほか、医療・介護の多職種連携の促進などを通じて、入院から在宅医療への切れ目のない医療体制の構築などが重要になる。

### (3) 社会保障制度を維持するための少子化対策の推進

医療・介護・年金など高齢者を守るわが国の社会保障制度は、費用の一部を利用者が負担（過去の積立からの取り崩しも含む）しているものの、費用の多くは、現役世代の負担や国・自治体等の支出（源泉は税金）で賄われているのが実情である。このため、少子化が進んで現役世代が減少していくことは、医療・介護制度を含む社会保障制度が徐々に弱体化していくことに直結する。

医療需要の将来推計をみると、図表 32 のように「75 歳以上」で大幅に増加する一方、「0～14 歳」「15～39 歳」では、20 年をピークとして減少傾向が続くと推計される。また、少子高齢化についてみると、1950 年に現役世代（15～64 歳）人口対高齢世代（65 歳以上）人口の比率は、12.1（高齢

者 1 人を現役世代 12.1 人が支える構図) だったが、2020 年には 2.1 に下がった。少子高齢化がこのまま進めば、65 年頃には 1.3 (高齢者 1 人を現役世代 1.3 人が支える構図) 近くになると想定される。

このため岸田政権は、「異次元の少子化対策」を打ち出している。具体的には、少子化対策を含む「子ども関連予算」を従来比倍増する考えを示し、23 年 4 月には子ども政策の司令塔となる「こども家庭庁」が発足した。少子化対策の柱は、①児童手当など経済的支援の強化、②幼児教育・保育など子育てサービスの拡充、③働き方改革の推進と制度充実の 3 つであるが、加速する少子化への対策は喫緊の課題であり早期実行が期待される。

### 3. 医療資源を核とするまちづくりの推進

医療施設は人が集まる場所である。病院には、外来・入院患者とその家族や見舞い客、そして職員が施設の内外で飲食や買い物などを行うため、医療施設は地域での消費需要を生み出す媒体にもなっている。このように医療施設を地域の「安心安全のシンボル」として位置づけるとともに、「人が集まる拠点」としての機能に着目して、「医療資源を核としてまちづくりを進める事例」が県内でもみられる。前掲図表 29 でみたとおり、今後日本では少子高齢化が加速するが、とくに目玉となる産業に乏しい地方都市において、人が集まる医療施設を中核としてコンパクトなまちづくりを行うことは、地方創生の在り方の一つとして注目に値する。

県内では、旭市の「生涯活躍のまち・みらいあさひ」がその代表例となる。2022 年 4 月にまちびらきした「生涯活躍のまち・みらいあさひ」は、東総地域の中核病院である国保旭中央病院に隣接する 3.5 ヘクタールに新たなまちを開発するプロジェクトである。商業・飲食施設のほか、フィットネスクラブ、特別養護老人ホーム・デイサービス施設、移住者向け住宅、子育て支援施設兼多世代交流拠点「おひさまテラス」など、幅広い世代が幅広い目的で使うことができる多様な機能を備えており、先進的な自治体施設として全国の自治体から注目を浴びている(詳細は先進事例参照)。

船橋市でも、市立医療センターの移転に伴い、新病院建設地に鉄道新駅と新たなまちを建設するプロジェクト「ふなばしメディカルタウン構想」が始動している。新駅(請願駅)は、東葉高速線の東海神・飯山満駅間に設置。併せて、駅周辺の土地約 78 ヘクタールを開発し、商業ゾーンが設けられて商業施設やオフィスビルなどが誘致される予定。

介護施設では、三井不動産レジデンシャル(株)が建設を進める大型シニアレジデンス「パークウェルステイト」の動きが注目される。同ブランドは、第 1 号物件が東京都杉並区に完成。第 2 号物件は 21 年に鴨川市に開業したほか、第 3 号(大阪府豊中市)・4 号(東京都港区)物件に続き、第 5 号物件が千葉市に 24 年秋開業予定である。鴨川市の第 2 号物件(473 室)は、満室時には、入居者・職員合わせて 1,000 人規模の居住が見込まれ、同市の人口(31,000 人)の約 3%に相当する。

なお、千葉県経済同友会においても、22 年 12 月に取りまとめた「千葉イノベーションスクエア構想」でヘルスケア分野における振興事例として、上記「シニアレジデンス」(幕張新都心周辺エリア)や「かずさアカデミアパークの技術の活用」(湾岸エリア)、「国際医療学園都市構想」(成田空港エリア)、「柏の葉スマートシティ」(東葛エリア)などの取組について触れている。ヘルスケア分野は、医薬品や医療機器が中核的な分野といえるが、「健康」というキーワードを用いて広義で捉えれば、農林水産業(含む食品関連産業)や観光産業、スポーツ産業など幅広い産業との親和性も高い。千葉県では、産業用地の不足が県内への企業進出の足かせともなっていることから、国の特例制度などを活用した農地転用等により産業用地の不足を補う必要がある。交通インフラの整備促進



とあわせて、大学医学部やベンチャー企業などで生まれたシーズの社会実装を促進するための質の高い産業施設の提供により、ヘルスケア産業等のさらなる振興にも期待したい。

図表 40 千葉イノベーションスクエア構想で示された取組例

	中核的な産業振興 (4エリア周辺)	県内全域における成長分野の振興(例)		
		ヘルスケア	農林水産業	脱炭素・SDGs
幕張新都心 周辺エリア	国家戦略特区推進、大学 連携等によるスタートアップ・ エコシステム実現	・大学発ベンチャー等 スタートアップ支援 ・首都圏最大級のシニア レジデンスでの病院・ 大学との連携	農業分野のドローン活用、 AI・ロボット等による 生産性向上	幕張新都心版のMaaS の実現(多様なモビリ ティの活用)
湾岸 エリア	新たなエネルギー(水素・ SAFなど)のサプライチェーン 構築などによる再活性化	かずさアカデミアパーク の製薬・バイオ・健康 食品技術の活用	食品残さの飼料化・乾式 メタン発電などバイオマス 利活用	カーボンニュートラル ポートの形成
成田空港 エリア	国際航空拠点、医療産業 都市としての更なる発展	国際医療学園都市構想 (国際医療福祉大学)	・成田空港の用地拡大に 伴う農地減少を補完する スマート農業 ・輸出拡大による高付加 価値化	「サステナブルNRT 2050」を軸に周辺地域 を巻き込んだ脱炭素化 の実現
東葛 エリア	アカデミアやインキュベシ ョン施設を活用したライフサイ エンス、AI分野等でのイノ ベーション創出拠点	柏の葉スマートシティ (ウェルネス分野)	千葉大園芸学部のスマート 農業に関する知見の展開 (植物工場、宇宙園芸等)	柏の葉スマートシティ (エネルギー分野)

(出所)千葉県経済同友会「千葉イノベーションスクエア構想 勉強会最終報告 要約版」

## 【先進事例】

### (1) 生涯活躍のまち・みらいあさひ（旭市）

<p>概 要</p>	<p>○東総地域の中核病院である国保旭中央病院に隣接する約 3.5 ヘクタールの土地を活用して、生涯活躍のまち「みらいあさひ」を建設するプロジェクト。2022 年 4 月 23 日にまちびらき。</p>
<p>取 組 内 容</p>	<p>○「安心」・「交流」・「暮らし」・「連携」の 4 つのメイン機能を取り入れた「地域と共に「楽しく健康になる」ための持続可能な多世代交流拠点～みらいあさひ～」をコンセプトとし、商業・飲食施設のほか、フィットネスクラブ、クリニックモール（事業者募集中）、特養・デイサービス施設、移住者向け住宅、子育て支援施設兼多世代交流拠点「おひさまテラス」などを整備。</p> <p>○目玉の「おひさまテラス」は、子どもの一時預かり施設や遊び場などの子育て支援施設のほか、ダンス・音楽スタジオ、コワーキング・スペースなど、幅広い世代が幅広い目的で使うことができる多様な機能を備えており、先進的な自治体施設として全国の自治体から注目を浴びている。</p>  <p>The diagram illustrates the 'Mirai Asahi' community hub with four main functional areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>安心 (Anshin - Safety):</b> Includes '旭市の中核医療施設 旭中央病院' (Asahi City Core Medical Facility Asahi Central Hospital), 'Wellness Saloon / クリニックモール' (Wellness Saloon / Clinic Mall), and '特別養護老人ホーム、デイサービス他' (Special Nursing Home for the Elderly, Day Service, etc.).</li> <li><b>交流 (Kouryuu - Exchange):</b> Includes '多世代交流施設「おひさまテラス」' (Multi-generational Exchange Facility 'Ohisama Terrace') and '子育てのための多彩なメニュー' (Diverse menu for childcare).</li> <li><b>暮らし (Mishi - Life):</b> Includes '各世代のニーズに合わせた住宅' (Housing tailored to the needs of all generations), '移住・定住支援' (Relocation and settlement support), and '地産地消を推進道の駅季楽里あさひ' (Local production and consumption promotion, Michi no Eki Kikururi Asahi).</li> <li><b>活躍 (Katsuro - Activity):</b> Includes '就業・開業支援' (Employment and business support), '支え合い・コミュニティ活動' (Mutual support and community activities), and '生涯学習・アクティビティ' (Lifelong learning and activities).</li> </ul>
<p>取 組 主 体</p>	<p>イオンタウン株式会社ほか</p>

（出所）各種報道、生涯活躍のまち「みらいあさひ」ホームページ

## (2) ふなばしメディカルタウン構想（船橋市）

概 要	<p>○船橋市金杉地区にある「船橋市立医療センター」の老朽化に伴い、市内の海老川上流地区（米ヶ崎町など）に医療センターを移転・新築するとともに、同病院を中核にして、「メディカルタウン」を形成する船橋市のまちづくりプロジェクト。</p>
取 組 内 容	<p>○新医療センターは、約 4.5 ヘクタールの敷地に 7 階建て 500 床の病院本棟や救急ステーション、院内保育所などを備え、2027 年度開院予定（23 年 4 月時点）。</p> <p>○同プロジェクトのもう一つの目玉は、東葉高速鉄道東海神・飯山満駅間の新駅（請願駅）設置。</p> <p>○新駅を中心に新医療センターやフィットネスクラブ、商業施設、マンションなどが整備される予定。</p> <div data-bbox="403 645 1422 1272"> <p>地形データ：平成27年12月現在          ■ 建物（階数6層以上）          ■ 建物（階数5層以下）          ※地形の色はイメージ</p> <p>海老川上流地区土地区画整理事業予定区域          まちづくり手法検討区域          新駅予定地          医療センター移転予定地          海老川調節池          土地区画整理事業区域内          都市計画道路（一部整備済み）</p> </div>
取 組 主 体	船橋市

（出所）各種報道、船橋市ホームページ

以 上