

1 第2節 地域医療の機能分化と連携

2 1 医療機能の充実と県民の適切な受療行動の促進

3 (ア) 施策の現状・課題

4 [医療機関の役割分担]

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

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

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

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

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

23 [医療体制の充実]

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

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

34 [不足の見込まれる病床機能の確保]

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

1 床の不足が見込まれます。一方、急性期機能を担う病床については過剰となることを見込
2 まれます。

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

6

7 **〔県民の適切な受療行動〕**

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

10 平成29年に千葉県が実施した「医療に関する県民意識調査」によれば、医療機関の役
11 割分担について「知っていた」と回答した県民の割合は45.9%にとどまっています。
12 また、過去1年以内に紹介状が必要な医療機関を紹介状を持たずに受診したことのある県
13 民にその理由を2つまで回答いただいたところ、「紹介状が必要とは知らなかったから」が
14 33.2パーセント、「大きな（専門的な）医療機関の方が安心だから」が30.6パーセ
15 ントでした。

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

19

20

図表 2-1-2-1-1 医療法第6条の2第3項

21

22 **医療法 第6条の2 〔国等の責務〕**

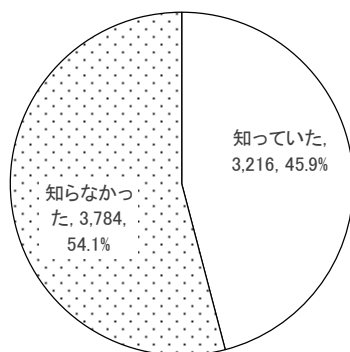
23 **3 国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間
24 の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能
25 に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければな
26 らない**

27

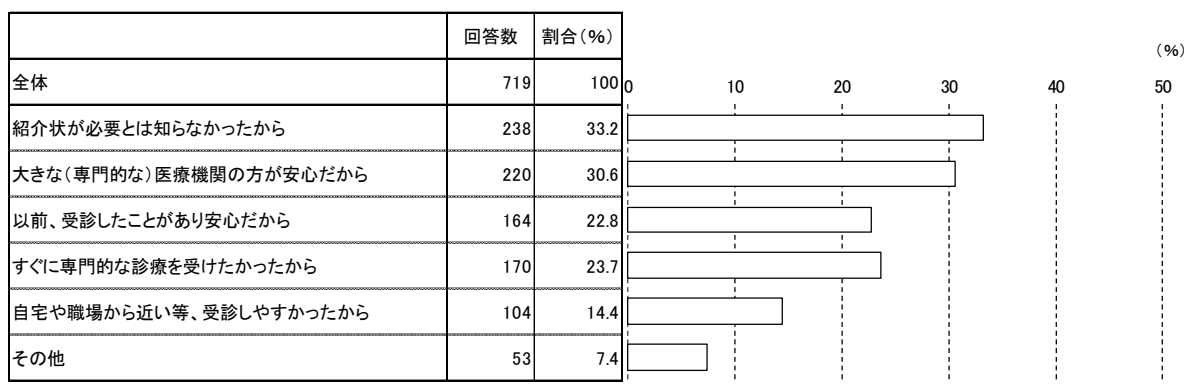
28

図表 2-1-2-1-2 医療に関する県民意識調査の主な結果

問 入院医療では、それぞれの患者の状況に応じて、入院する病院や病棟を変える場合があります。
 (例えば、手術の前後は「急性期病院」に入院し、一定期間が経過して主にリハビリを行う場合は「回復期病院」に転院するなど)。このことについて、あなたは知っていましたか。あてはまるもの1つをお選びください。



問 過去1年以内に「原則として紹介状が必要」とされている医療機関を紹介状を持たずに初診で受診したことがある方にお伺いします。紹介状を持たずに受診した理由について、あてはまるものを2つまでお選びください。



資料：医療に関する県民意識調査（平成29年 千葉県）

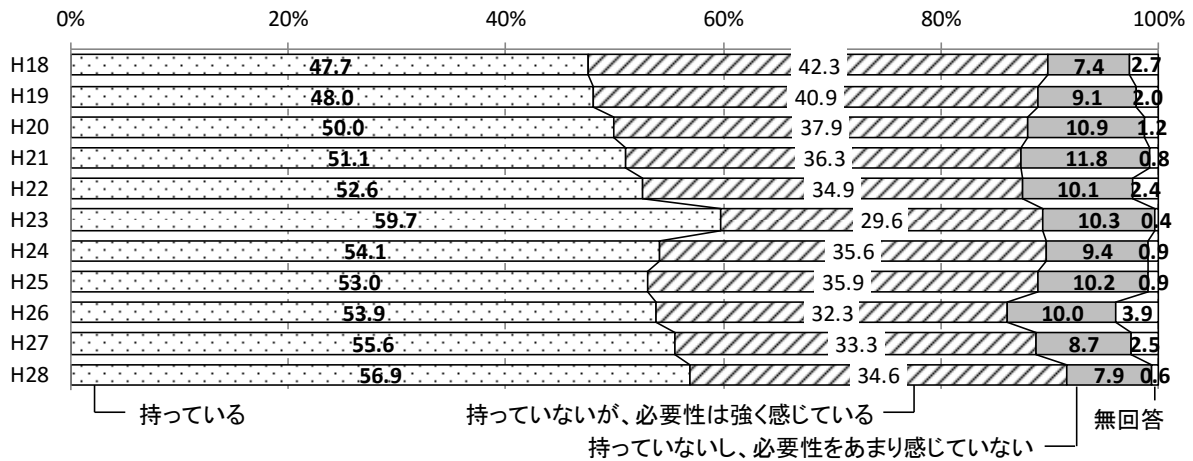
【かかりつけ医、かかりつけ歯科医の定着促進】

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

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

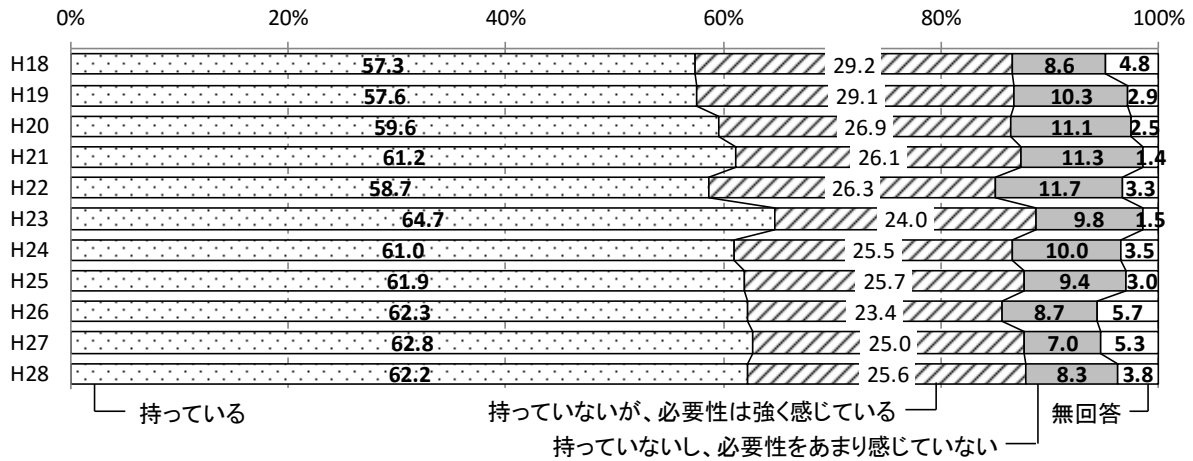
今後も、身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供する役割等を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医について県民に定着促進を図るとともに、かかりつけ医、かかりつけ歯科医の資質向上に向けた取組が必要です。

図表 2-1-2-1-3 かかりつけ医を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

図表 2-1-2-1-4 かかりつけ歯科医を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

(イ) 施策の具体的展開

〔「かかりつけ医」等の機能の向上〕

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

〔二次医療圏ごとの医療体制の確立〕

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

〔三次医療圏の医療体制の確立〕

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

〔医療機能の分化・連携の推進〕

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

〔県民への啓発〕

- 各種広報媒体を通じた情報発信や関係団体と連携した啓発活動などにより、県民に対するかかりつけ医、かかりつけ歯科医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。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状	目標 (平成35年度)
「かかりつけ医」の定着度	56.9% (平成28年度)	63%
「かかりつけ歯科医」の定着度	62.2% (平成28年度)	65%
医療機関の役割分担についての認知度	45.9% (平成29年度)	63%

18

1
2
3

図表 2-1-2-1-5 千葉県内の公的病院



2 総合診療機能の充実

(ア) 施策の現状・課題

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

〔多施設・多職種連携の中心としての総合診療〕

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

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

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

〔医療資源の有効な活用、医療機能の分担〕

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

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

〔総合診療専門医〕

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

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

3

4 (イ) 施策の具体的展開

5 [かかりつけ医の機能強化]

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

9

10 [総合診療専門医の養成・確保]

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

13

1 **3 地域医療連携の推進**

2 (ア) 施策の現状・課題

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

8 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
 9 りつけ歯科医*を支援する「地域医療支援病院*」は、平成29年4月現在、県内16
 10 箇所に整備されています。

11 また、地域医療の連携強化と施設の効率的な運用を図るため、入院施設や特殊な検
 12 査機器を持たないかかりつけ医、かかりつけ歯科医に施設・設備を開放している「開
 13 放型病院*」は、平成29年6月現在、県内17箇所に設置されています。

14
 15 (イ) 施策の具体的展開

16 [地域医療支援病院の整備等]

- 17 ○ 二次保健医療圏ごとに地域医療支援病院が1箇所以上整備されるよう努めると
 18 ともに、患者の紹介・逆紹介、施設・設備の開放、近隣の医療従事者への研修など、
 19 病院の実施する地域医療支援活動に対して支援します。

20
 21 [地域医療連携の推進]

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

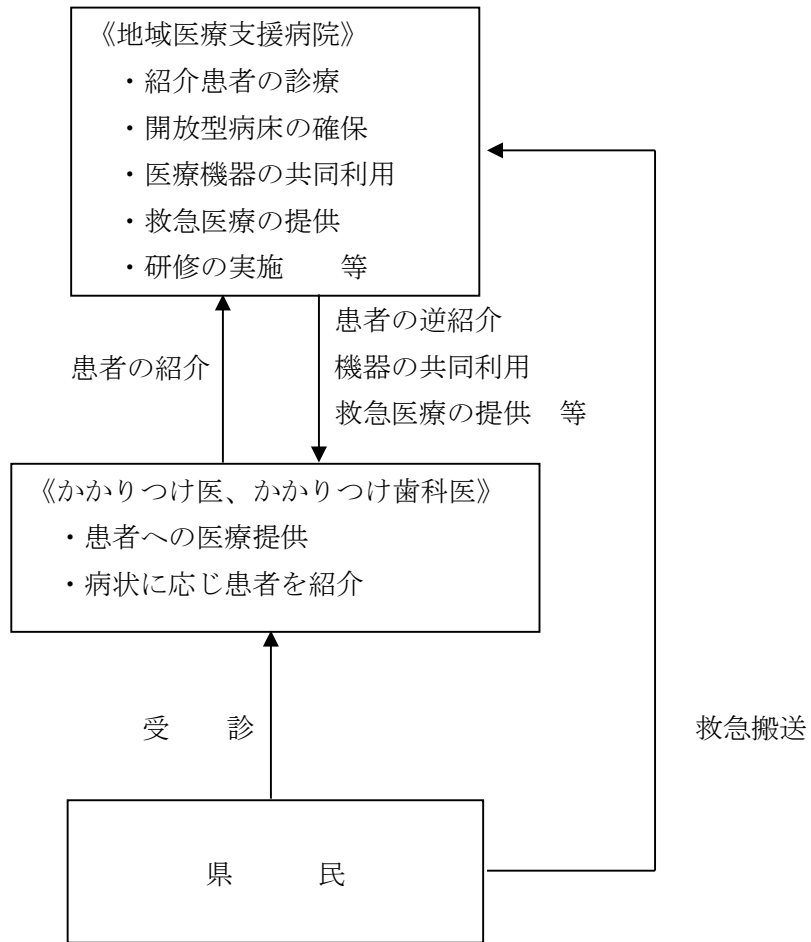
25
 26
 27 (ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状（平成29年度）	目標（平成35年度）
地域医療支援病院数	16箇所（8医療圏）	各医療圏に1箇所以上

28
 29

図表 2-1-2-3-1 地域医療支援病院のイメージ

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20



図表 2-1-2-3-2 千葉県内の地域医療支援病院及び開放型病院

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32



4 自治体病院の連携の推進や経営改善の支援

(ア) 施策の現状・課題

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

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

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

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

(イ) 施策の具体的展開

〔自治体病院の連携の推進〕

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

〔自治体病院間の共同事業の取組支援〕

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

〔自治体病院の経営改善の支援〕

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

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

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

1 確保に向けた取組を進めます。

2

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

4

（単位：百万円）

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

5

6 ※一般会計及び地方独立行政法人が運営している病院を除く。

7

資料：平成16、21～28年度市町村公営企業決算概況（千葉県）

8

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

10

（単位：百万円）

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

11

12 ※一般会計及び地方独立行政法人が運営している病院を除く。

13

資料：平成16、21～28年度市町村公営企業決算概況（千葉県）

14

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

16

（平成16年4月1日⇒平成29年4月1日）

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

17

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

18

資料：千葉県医療整備課調べ

19

5 県立病院が担うべき役割

(ア) 施策の現状・課題

〔県立病院の現況〕

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

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

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

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

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

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

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

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

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

〔県立病院が担うべき政策医療〕

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

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

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

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

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

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

14 (イ) 施策の具体的展開

15 [県立病院の将来方向]

16 ○ 県立病院については、以上のような循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機
17 能、すなわち、医療圏内で完結することができない高度専門的な医療について全県及び
18 複数圏域を対象とした医療機能を担っていくことを基本とします。また、県全体の医療
19 の質の向上のための人材育成と情報提供機能を担っていきます。

20 ○ 一方、これまで県立病院が担ってきた地域完結型の一般医療については、県民の理解
21 を求めながら、地域の実情に応じて小回りのきいた医療サービスが提供できるよう地域
22 の自治体等が中心となり、新たな医療提供体制の枠組みへの再構築を進めることとしま
23 す。

24 ○ 再構築にあたっては、循環型地域医療連携システムを踏まえるとともに、国の「新公
25 立病院改革ガイドライン*」等を勘案して地域の自治体病院等の再編・ネットワーク化を
26 進めていきます。県は、新たな医療提供体制が整うまでは、これまで県立病院が担って
27 きた地域医療の水準が後退しないよう医師確保など十分に配慮しながら、こうした地域
28 の自治体等の取組を積極的に支援していきます。

29 ○ 災害に備え、医療救護活動に必要な応急医療資器材等の更なる整備や災害派遣医療チ
30 ャーム(DMAT)*、災害派遣精神医療チーム(DPAT)の派遣体制の強化を進めると
31 ともに、老朽化・狭隘化等が課題となっているがんセンター、救急医療センター、精神
32 科医療センター及び佐原病院の施設整備等を行い、県立病院の病院機能を一層強化し、
33 災害時医療救護活動等の機能を担っていきます。

34 [県立病院が担うべき具体的な医療機能]

35 ○ 県立病院が担うべき具体的な医療機能については、以下のような機能が考えられます。

36 なお、循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能を担うという県立病院の役
37 割分担を踏まえ、全県や複数圏域を対象としたがん医療、循環器医療、小児医療、リハ
38 39

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

3 (1) 先端・高度専門的ながん医療と研究

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

7 特に、県のがん対策の中核的役割を担う施設として、がん登録*データの分析、千葉県
8 共用地域医療連携パス*を活用した地域の医療機関との連携、診療支援医師の派遣調整、
9 医療従事者の研修、相談支援、情報提供等の充実強化を図ります。さらに、地域がん診
10 療連携拠点病院*等に対し、情報提供、症例相談や診療支援を行うなど、都道府県がん診
11 療連携拠点病院（平成30年1月現在申請中）としての機能を担います。

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

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

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

- 28 ○ 患者の心と体を総合的に支援するため、地域の医療機関、在宅医療資源、ボランティ
29 アグループなどと連携し、地域で患者・家族を支える仕組みづくりに取り組んでいきま
30 す。

- 31 ○ 研究分野では、がんの発生メカニズムや抑制等の研究、創薬、治療法の開発、ゲノム
32 解析によるがん原因遺伝子等の探索、疫学調査に基づく予防等の研究など、基礎的な研
33 究成果の臨床応用研究を推進していきます。

35 (2) 高度専門的な循環器医療

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

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

- 3 ○ 急性期*については、例えば、脳卒中という緊急性の高い疾患に対応するには、脳神経
4 外科医・神経内科医が常勤医として勤務し、24時間365日対応可能な病院からなる
5 体制が必要です。また、心筋梗塞の急性期治療においても、循環器科医をはじめとした
6 医療従事者等の24時間365日勤務体制が必要であり、さらに冠動脈撮影、心エコー
7 等の高額医療機器も常時稼働可能な状況でなければなりません。こうした現状を踏まえ、
8 患者搬送への活用など医療圏を越えた強力なネットワークによるバックアップ体制
9 を構築することが求められており、その中核機能を担っていく必要があります。
- 10 ○ こうした中、循環器病センターは、循環器に係る高度専門医療を提供するとともに、
11 地域の一般医療も担っていますが、立地上の課題等から入院患者が減少傾向にあります。
12 また、近年、循環器病センターが所在する市原医療圏、隣接する山武長生夷隅医療圏に
13 相次いで救命救急センターが指定されたことなどを踏まえ、将来的な専門医療と地域医
14 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
15 要があります。

16

17 (3) 高度専門的なこども医療等と周産期医療

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

32

33 (4) 高度専門的なリハビリテーション医療

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

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

10 等に取り組んでいます。

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

21 (5) 全県や複数圏域を対象とした救急医療

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

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

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

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

5

6 (6) 全県や複数圏域を対象とした精神科医療

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

25

26 (7) 災害医療

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

35

36 (8) 人材育成機能等

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

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

7

8 (9) 医療安全

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

6 薬局の役割

(ア) 施策の現状・課題

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

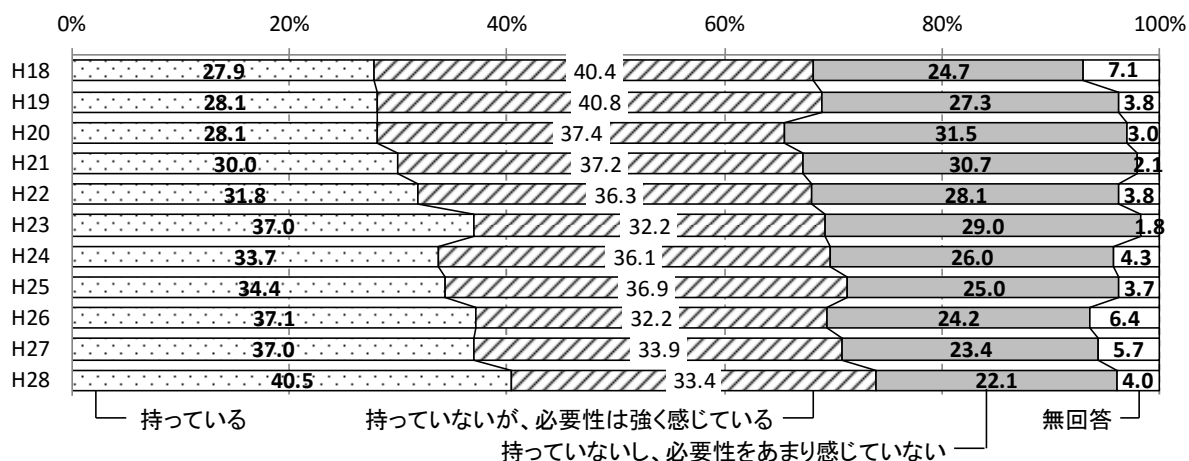
また、かかりつけ薬局では、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことも求められています。

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

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

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

図表 2-1-2-6-1 かかりつけ薬局を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

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

また、本県における薬局の処方せん受取枚数は、平成28年度で約3,633万枚

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

3

4 **（イ）施策の具体的展開**

5 **〔かかりつけ薬剤師・薬局の啓発〕**

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

10

11 **〔薬局機能情報等の提供〕**

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

15

16 **〔地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の役割の確立〕**

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

21

22 **（ウ）施策の評価指標**

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

23

7 患者の意思を尊重した医療

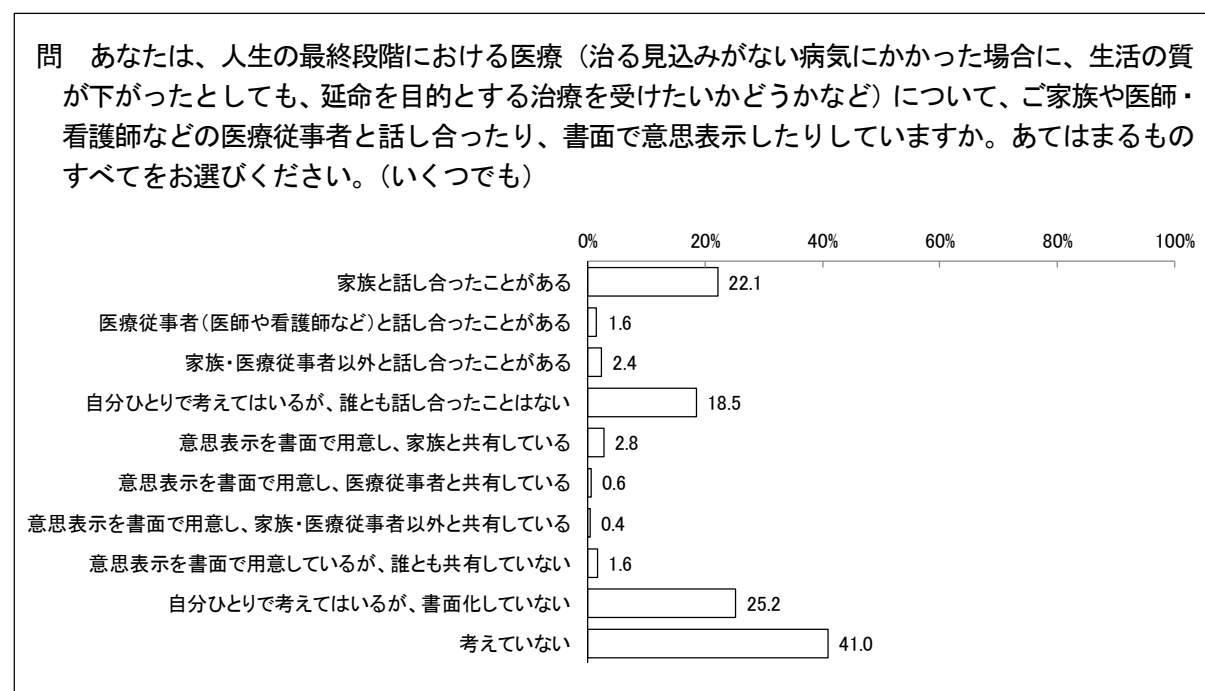
(ア) 施策の現状・課題

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

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

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

図表 2-1-2-7-1 医療に関する県民意識調査の主な結果



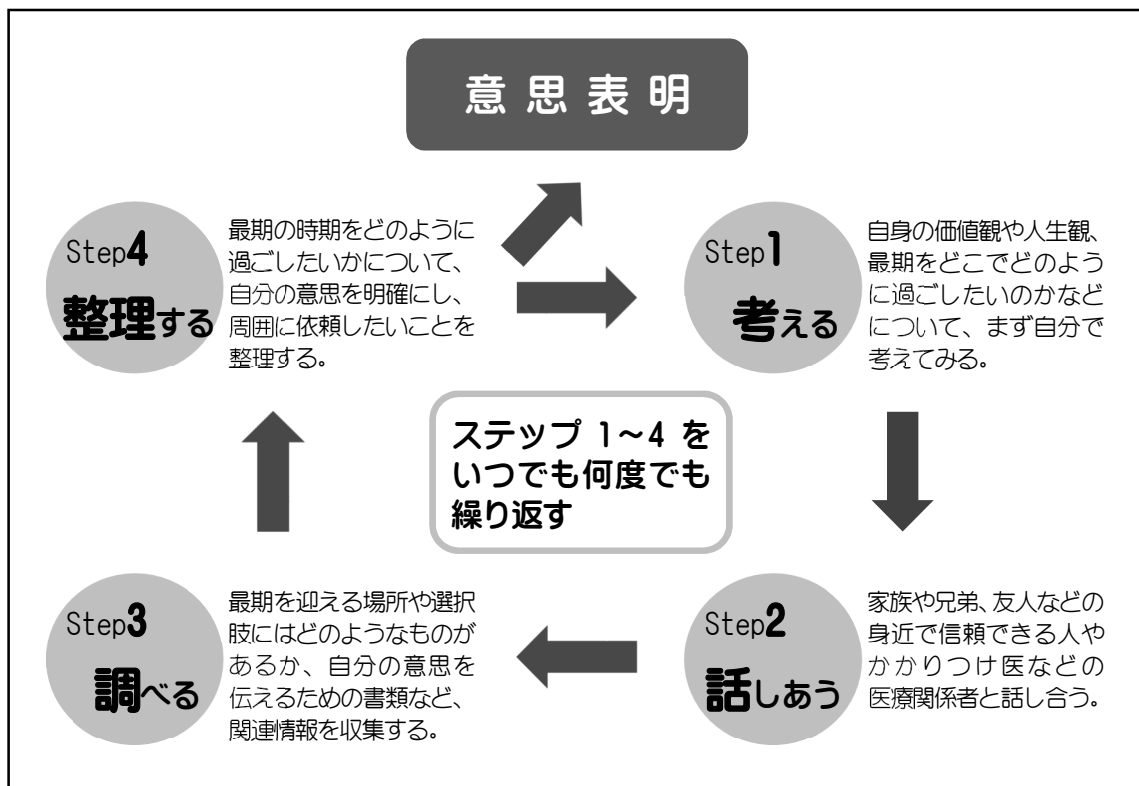
資料：「医療に関する県民意識調査」（平成29年 千葉県）

1 (イ) 施策の具体的展開

2 [患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の推進]

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

11 図表 2-1-2-7-2 意思表示のプロセス (例)



1 第3節 在宅医療の推進

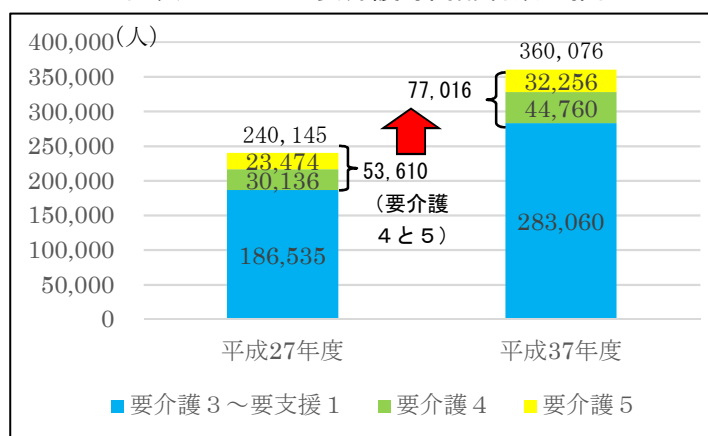
2 (ア) 施策の現状・課題

3 a. 在宅医療の対象者の状況

4 国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所の推計（平成25年3月推計）による
 5 と、本県の高齢者人口は、平成27年度（2015年度）から平成37年度（2025
 6 年度）までの間に、65歳以上人口の増加率は全国第5位、75歳以上人口の増加
 7 率は全国第1位となることを見込まれ、特に75歳以上の人口は平成37年度時点で
 8 100万人を超えると推計されています。

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

13 図表 2-1-3-1 要介護等高齢者数の推計

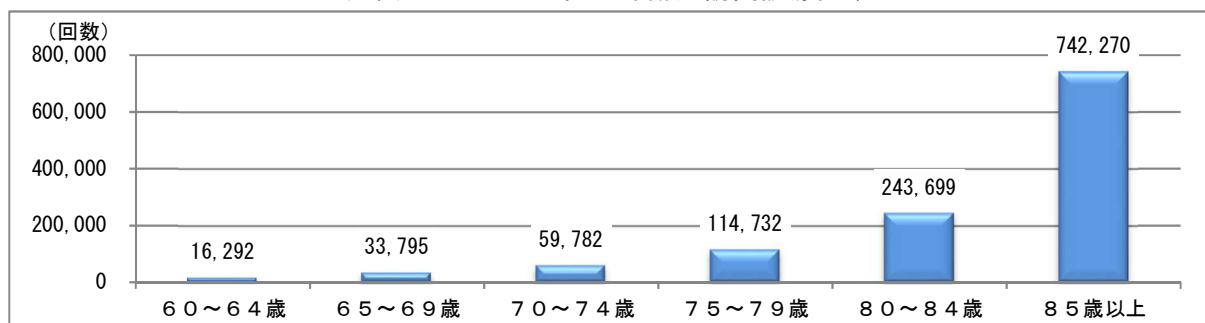


14 資料：千葉県高齢者保健福祉計画

15 訪問診療の需要を年齢別にみると、高齢になるにつれて急増しています。

16 また、在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、年々増加しており、特に、
 17 医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸
 18 引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が
 19 増加しています。

20 図表 2-1-3-2 全国の年齢別訪問診療回数



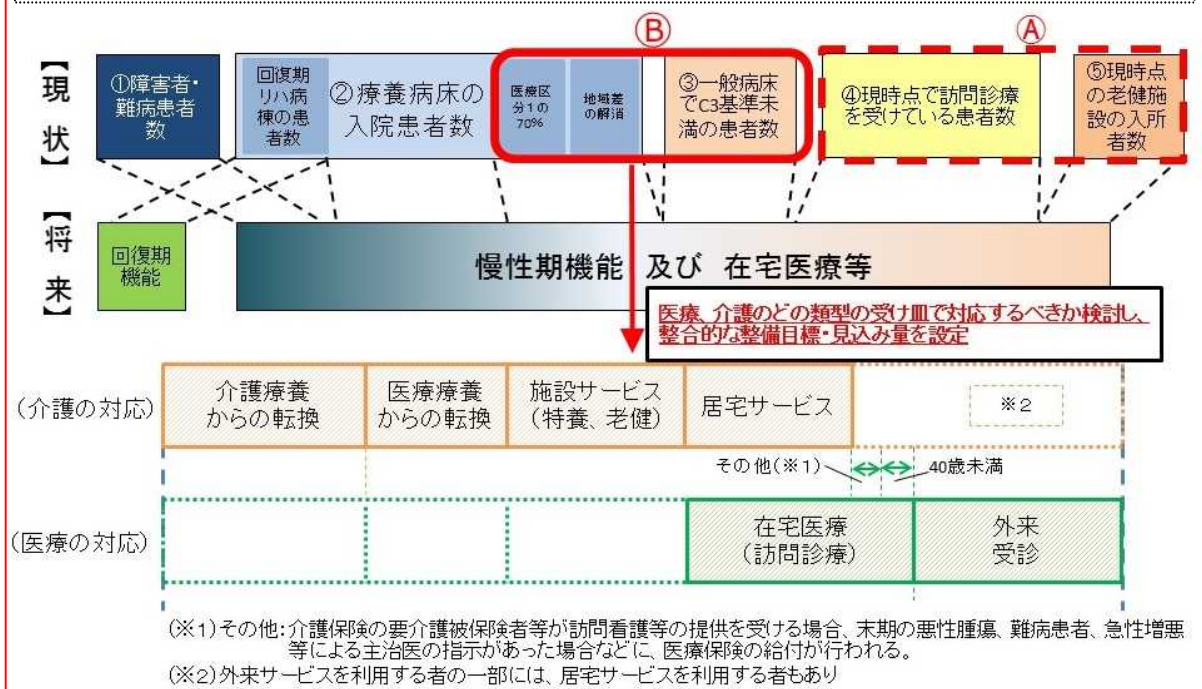
21 資料：平成27年 社会医療診療行為別統計（厚生労働省・平成27年6月審査分）

1 疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL向上を重視した医療への
2 期待の高まりなどにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しています。

3 また、地域医療構想においては、現状の療養病床の患者の一部を、将来的には在宅
4 医療や介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等が担っていくこととされています。
5 病床機能の分化・連携が進んだ先には、在宅医療等の利用見込者数は平成37年には
6 7.8万人になると見込まれており、そのうち訪問診療のニーズは、平成25年度の
7 1.8倍以上になると推計されています。

9 図表 2-1-3-3 地域医療構想策定における在宅医療等の新たなサービス必要量のイメージ

10 在宅医療等＝居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人
11 保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以
外の場所において提供される医療



12 資料：H29.3.8 第10回医療計画の見直し等に関する検討会資料（一部改変）

13 現在の在宅医療患者（A）に加えて、病院の入院患者のうち比較的病状が安定している療養病床の入院患者と
14 一般病床の入院患者（B）について、在宅医療等又は外来診療で対応することとなる。

15 ※図はイメージであり在宅医療等の需要増には高齢化に伴う需要増が含まれることになる。
16
17

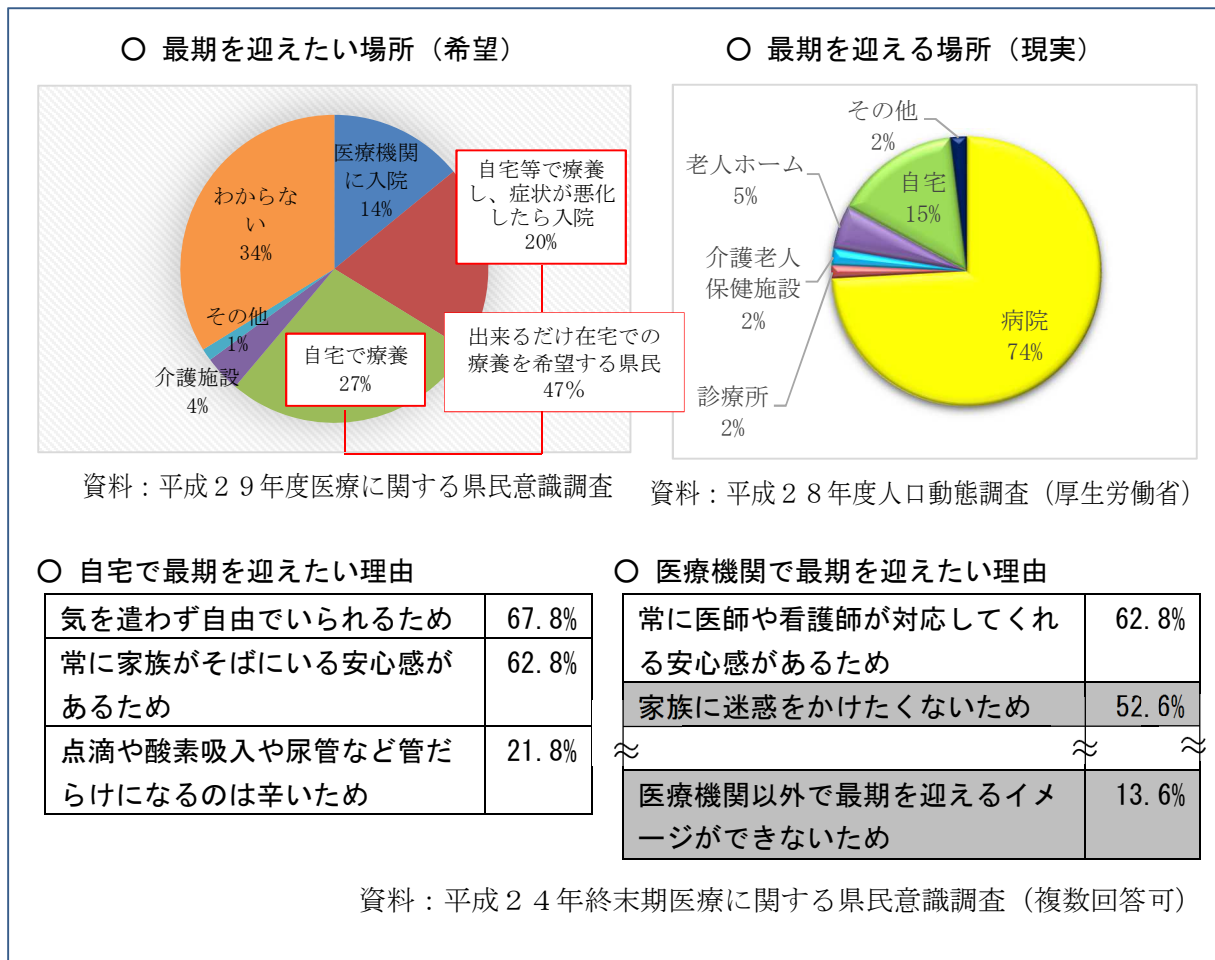
1 b. 県民の希望と意識

2 県がインターネット上で実施した「医療に関する県民意識調査（平成29年度）」
 3 によれば、病気で長期に渡る治療（療養）が必要になった場合に、「入院治療」を
 4 希望すると回答した方は、34.2%、「在宅医療」を希望すると回答した方は34.
 5 4%、「わからない」と回答した方が31.4%でした。

6 自分が最期を迎えたい場所としては、「医療機関への入院」を希望すると回答した
 7 方は、14.1%でした。「居住の場（自宅や老人ホームなど）」を希望すると回答し
 8 た方は27.4%、「居住の場や施設等で療養して、病状が悪化したら医療機関への
 9 入院」を希望すると回答した方は、19.7%で、これらを併せると47.1%の方
 10 が、出来るだけ居住の場での療養を望んでいます。

11 また、県が実施した「終末期医療に関する県民意識調査（平成24年）」において、
 12 「医療機関に入院して最期を迎えたい」の理由には、「家族に迷惑をかけたくない」
 13 「医療機関以外で最期を迎えるイメージができないため」が相当程度あり、在宅での
 14 医療・介護の条件が整うならば、自宅での療養を希望する県民が多数いることがうか
 15 がえます。

16 図表 2-1-3-4 最期を迎える場所に関する県民の意識と実態



1 c. 退院支援

2 入院中の患者が、安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を
3 継続できるようにしていくためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援
4 が重要であり、診療報酬においても、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携
5 など退院支援を積極的に行う医療機関の取組が評価されています。

6 病床機能報告では、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している病院は、平成
7 28年度時点で報告のあった245病院中163病院でした。

8 また、退院困難な患者に対して退院支援計画書や退院目標を設定して、退院までの
9 調整を行っている有床診療所・病院は125箇所（平成27年）であり、全ての医療
10 機関で退院支援が十分に行われているとは言えない状況です。

11 入院患者の退院支援を進めるためには、病院と受け入れ側の医療・介護事業者間に
12 おいて、多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サー
13 ビスの内容や提供方針の検討、共有ができる体制の構築が求められています。

14 d. 日常の療養支援

15 [訪問診療等の医療資源]

16 県内で訪問診療を行う病院は101箇所（平成26年9月）であり、訪問診療の実
17 施件数（1ヶ月間）は平成26年には5,240件で、平成23年の3,733件に
18 比べて大きく増加しています。

19 訪問診療を行う診療所は491箇所（平成26年9月）であり、訪問診療の実施件
20 数（1ヶ月間）は平成26年には37,652件と、平成23年の21,633件
21 から大きく増加しています。これらの内訳は、在宅療養支援診療所245箇所、
22 34,408件、一般の診療所246箇所、3,244件となっています。

23 図表 2-1-3-5 訪問診療実施医療機関

	平成23年	平成26年
訪問診療実施診療所数	449 一般診療所総数：3,678	491 一般診療所総数：3,710
訪問診療実施病院数	99 病院総数：279	101 病院総数：284
訪問診療実施件数	合計：25,366 診療所：21,633 病院：3,733	合計：42,892 診療所：37,652 病院：5,240

24 資料：医療施設調査

25 訪問歯科診療を行う歯科診療所は、居宅への訪問の場合は、実施診療所は342箇
26 所（平成26年）、実施件数（1ヶ月間）は5,171件であり、施設への訪問の
27 場合は、実施診療所は286箇所（平成26年）、実施件数（1ヶ月間）は
28 16,800件でした。平成23年の居宅341箇所・3,402件、施設227
29 箇所・8,459件から、実施件数は大きく増加しています。

1 図表 2-1-3-6 歯科診療所訪問診療実施機関

	平成23年	平成26年
訪問診療実施診療所（居宅）	341	342
訪問診療実施診療所（施設）	227	286
訪問診療実施件数（居宅）	3,402	5,171
訪問診療実施件数（施設）	8,459	16,800

2 資料：医療施設調査（厚生労働省）

3
4 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は、1,749箇所（平成29年7月）で
5 した。平成24年9月の1,348箇所から増加しています。

6
7 図表 2-1-3-7 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局

	平成24年	平成29年
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	1,348箇所	1,749箇所

8 資料：関東信越厚生局届出

9
10 訪問看護ステーションの設置数については、平成28年10月時点で308箇所
11 あり、訪問看護ステーションの利用者数は9,470人（平成22年9月）から
12 18,370人（平成28年9月）と増加しています。

13 在宅医療を支える訪問看護は、このほか、病院や診療所からも実施されています。
14 退院後も継続的な医療的ケアを受けながら日常生活を営むことが出来るよう、病院や
15 診療所からの訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携が重要です。

16
17 図表 2-1-3-8 訪問看護ステーション数

	平成24年	平成28年
訪問看護ステーション数	219箇所	308箇所

18 資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

19
20 訪問リハビリの介護給付費請求事業所数は、平成25年4月審査分の108箇所か
21 ら平成29年4月審査分は、133箇所と1.2倍に増加しています。リハビリテー
22 ションは、患者の症状に応じて必要な時期に提供されることが重要であり、医療的
23 ケアを要する人へのリハビリや摂食嚥下障害のリハビリなども含め、通院、通所が
24 困難になった場合に居宅で実施する訪問リハビリの重要性が増すと考えられます。

25
26 図表 2-1-3-9 訪問リハビリテーション請求事業所数

	平成25年4月審査分	平成29年4月審査分
訪問リハビリテーション請求事業所数	108箇所	133箇所

27 資料：介護給付費等実態調査（厚生労働省）

1 平成24年9月と平成29年7月時点と比較すると、在宅医療の中心的な役割を担
 2 う在宅療養支援診療所は、302箇所から343箇所、在宅療養支援病院は23箇所
 3 から32箇所、在宅療養支援歯科診療所は113箇所から329箇所、在宅患者訪問
 4 薬剤管理指導料届出薬局は1,348箇所から1,749箇所と概ね増加しています。
 5 また、機能強化型訪問看護ステーションは平成29年6月時点で16箇所となっ
 6 ています。

7

8

図表 2-1-3-10 在宅療養支援診療所・病院等の数（千葉県）

	平成24年	平成29年
在宅療養支援診療所	302箇所	343箇所
在宅療養支援病院	23箇所	33箇所
在宅療養支援歯科診療所	113箇所	329箇所
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	1,348箇所	1,749箇所
機能強化型訪問看護ステーション ※平成26年創設	14箇所（27年）	16箇所

9

資料：関東信越厚生局届出

10

11 しかしながら、県内の在宅医療資源は増えているものの、全国的に見ると、人口
 12 10万人あたりの在宅療養支援診療所数が5.3箇所（平成26年10月時点：全国
 13 平均11.3）、訪問看護ステーション数は4.7箇所（平成27年10月時点：全
 14 国平均7.0）と相対的に少なく、在宅療養支援診療所が1箇所もない市町村もある
 15 など資源の偏りも見られます。また、人工呼吸や気管切開などの医療的ケアが必要と
 16 なる医療的ケア児等の訪問診療などに対応できる医療機関が少ないことも課題です。
 17 これらのことから、在宅療養を希望する患者を日常的に支える医療体制の整備が重要
 18 となります。

19

20

図表 2-1-3-11 医療的ケア児への対応可能施設数

	調査対象	対応可能機関数
在宅療養支援診療所	326	39
在宅療養支援病院	29	0
訪問看護事業所	242	81

21

資料：平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業における調査（千葉県）

22

23 [在宅医療・介護の多職種連携]

24 在宅医療を必要とする方は、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の
 25 外来において通院による診療を受けながら必要に応じて訪問看護などのサービス
 26 を受ける患者も含まれます。外来での診療を通じて患者の生活を支援し、通院が困難に

1 なっても適切に往診・訪問診療につなぐことが重要です。

2 患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減
3 を図るためにも訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテ
4 ーション、介護など、在宅医療を担う多職種の協働を推進することが必要です。

5 その際には、高齢者の孤立化を防ぐ観点からも、在宅生活を支える介護・福祉分野
6 の職種との連携も重要です。

7

8 **e. 急変時の対応**

9 自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に
10 関する患者の不安や家族の負担への懸念が挙げられています。(内閣府調査)

11 在宅療養患者の急変時等に往診を実施している医療機関数は、1, 152箇所
12 (平成27年度)、在宅療養後方支援病院*として届出されている病院は、12箇所
13 (平成29年4月)となっています。24時間対応可能な訪問看護ステーションは、
14 296箇所(平成29年6月時点)となっています。

15 複数の医師や訪問看護師の連携などにより、24時間対応の連携体制の構築や入院
16 医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要です。

17

18

図表 2-1-3-12 往診実施医療機関数

	平成23年	平成26年
往診実施診療所数	610 一般診療所総数：3,678	614 一般診療所総数：3,710
往診実施病院数	49 病院総数：279	52 病院総数：284
往診実施件数	合計：5,649 診療所：4,707 病院：942	合計：6,256 診療所：5,623 病院：633

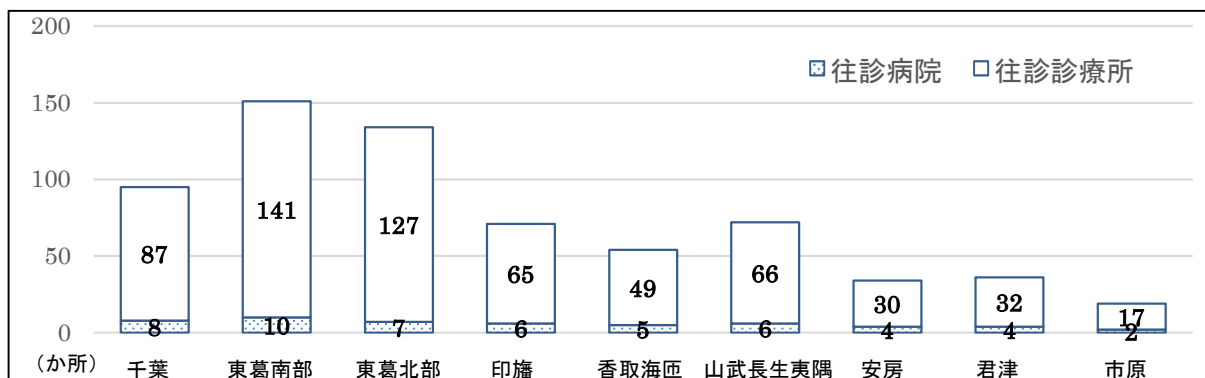
資料：医療施設調査(厚生労働省)

19

20

21

図表 2-1-3-13 往診実施医療機関数



資料：平成26年医療施設調査(厚生労働省)

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1 f. 在宅での看取りなど

2 本県の在宅死亡率は、20.1%で、全国平均の19.1%よりも高くなっています。
 3 すが、医療機関での看取りが7割を超えており、出来るだけ居住の場での療養を望む
 4 県民の希望とはかい離がみられます。

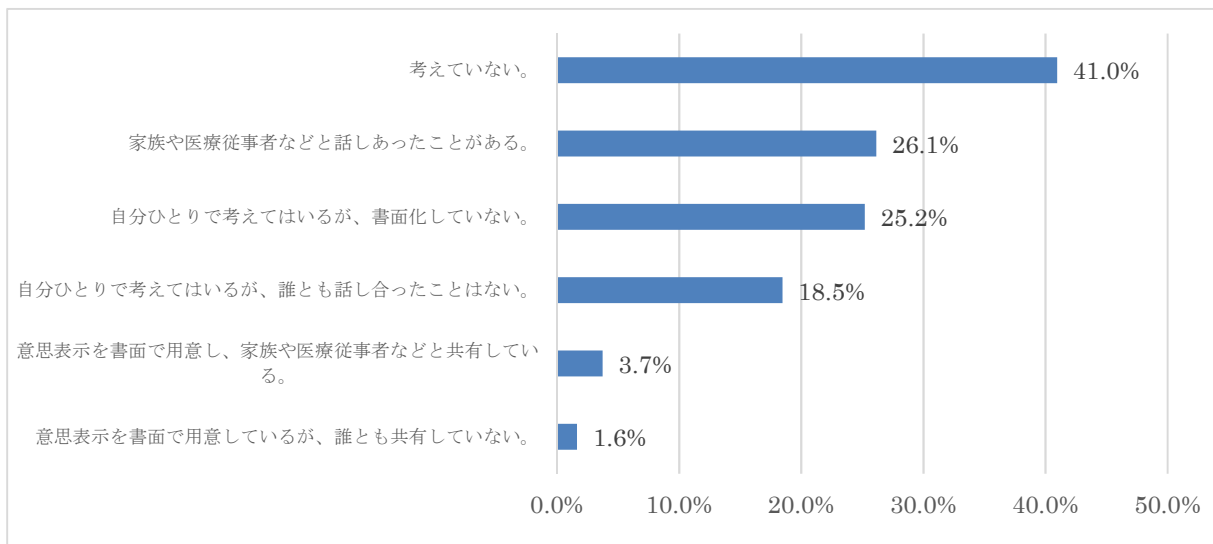
5 在宅での看取りについて具体的なイメージを持っている県民は少なく、自身の「治
 6 療の見込がなくなった時に、どのような医療を受けたいか」などについて考え、家族
 7 や医療従事者等と話し合ったことのある県民の割合は、26.1%と少ない状況です。
 8 また、41%の方が「考えていない」という結果でした。

9 そのため、在宅看取りのための医療提供体制の整備と併せて、県民ひとりひとりが、
 10 在宅医療の理解を深めるとともに、自身の医療について考え、家族や医療従事者等と
 11 話し合い、県民自身が望む場所で看取りができる環境づくりも重要な課題です。

12

13

図表 2-1-3-14 看取り等について家族等と話し合う県民の割合



14

15

16

資料：医療に関する県民意識調査（平成29年度・千葉県）

17

g. 市町村等との連携

18

19 今後は、在宅医療を担う医療機関の拡充と連携を促進するとともに、地域包括ケア
 20 の推進の観点も踏まえ、在宅での療養生活に欠かせない介護・福祉サービスを担う市
 21 町村や介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携を強化していくために、市町村圏
 22 域を基本としながら、地域の医療・介護資源や連携の状況などを踏まえて、在宅医療
 23 の提供体制の整備を進めていく必要があります。

1 (イ) 施策の具体的展開

2 a. 退院支援

3 [医療・介護の多職種連携の促進]

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

12

13 b. 日常の療養支援

14 [在宅医療を担う医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師等の増加、質の向上]

- 15 ○ 在宅医療を支える診療所や訪問看護ステーションやそれに関わる人材等の医療
16 資源の増加に取り組みます。
- 17 ○ 訪問診療の普及のためには訪問看護の充実が不可欠であることから訪問看護ス
18 テーションの増加等対策をすすめるとともに、訪問看護師の人材確保と定着促進の
19 ため、訪問看護師の育成や相談、普及啓発等の事業を県看護協会と協働して取り組
20 みます。
- 21 ○ 病院や診療所が実施する訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携を
22 推進します。
- 23 ○ 在宅医療機関等が、がん患者や医療的ケア児等にも対応できるよう、医師、看護
24 師等医療関係者の一層のスキルアップに取り組みます。
- 25 ○ 患者が住み慣れた自宅や地域で安心して療養生活を送れるようにするために、
26 かかりつけ医を中心とした在宅医療提供体制整備を促進します。
- 27 ○ 「千葉県地域医療総合支援センター」において、県医師会が行う在宅医療に関する
28 県民への普及啓発などについて支援します。
- 29 ○ 在宅歯科診療を担う医療従事者の研修や訪問歯科診療に必要な設備を整備する
30 とともに、「在宅歯科医療連携室」において、在宅歯科診療に関する県民への情報
31 提供や相談などについて県歯科医師会と協働して取り組みます。
- 32 ○ 在宅医療における薬剤師・薬局の役割や機能を確立するために、県薬剤師会が
33 行う市町村など関係機関との多職種連携強化について支援します。

34

35 [市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援]

- 36 ○ 医療と介護の広域的な連携を図るための場を地域の実情に応じて提供するほか、
37 市町村職員等を対象とした勉強会の開催や医療と介護の連携に関する相談に関す
38 る研修等を実施するなど、在宅医療・介護連携に取り組む市町村を支援します。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

c. 急変時の対応

〔在宅医療に対する医師等の負担の軽減〕

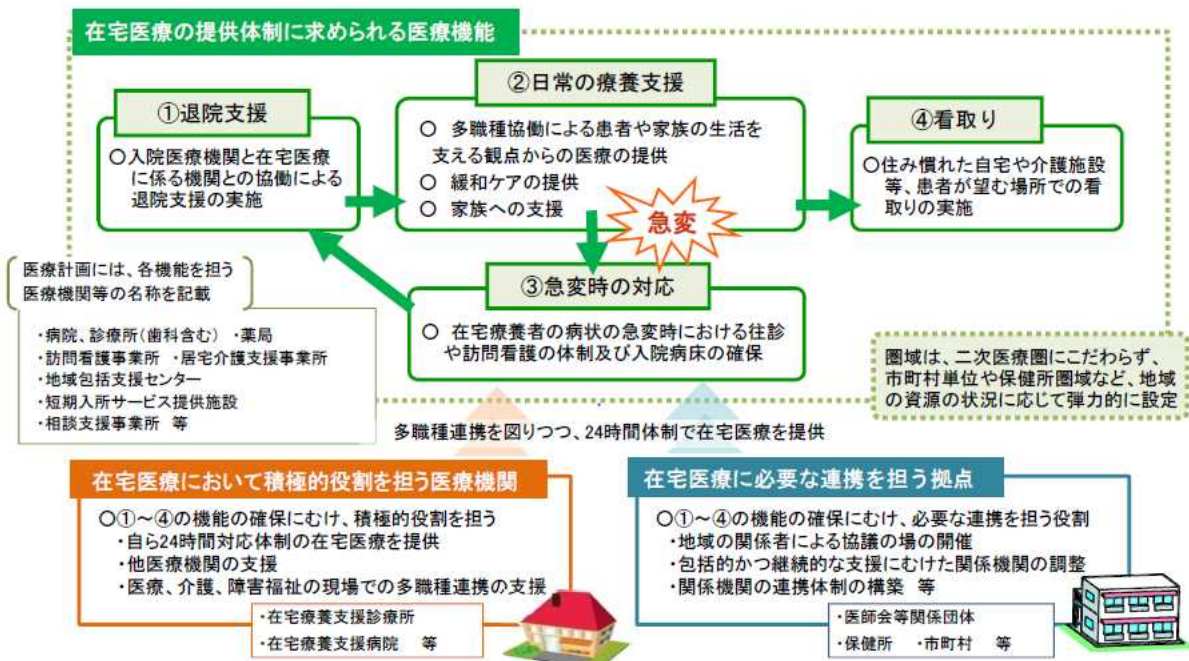
- 在宅医療の推進に当たり、医師が最も負担に感じる24時間体制の確保や急性増悪時等への対応などの医師の負担の軽減に向けた支援に取り組みます。

d. 看取り

〔患者が望む場所で看取りができる環境づくり〕

- 県民に、人生の最終段階の時期における生き方や本人が望む場所での看取りについて考えてもらえるよう、日常の療養支援体制の整備促進に取り組むとともに、医療・介護の関係団体と連携を図りながら啓発活動を行います。

図表 2-1-3-15 在宅医療の提供体制のイメージ



目標値のアンダーライン部分は暫定値であり、今後確定される市町村の介護保険事業計画の介護サービス量の見込みを踏まえ変更する可能性があります。

1 (ウ) 施策の評価指標

2 [基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現 状	目 標
退院支援を実施している診療所数・病院数 ^{※1}	1 2 5 箇所 (平成 2 7 年)	増 加 (平成 3 2 年)
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	7 6 7 箇所 (平成 2 7 年)	<u>9 7 6</u> 箇所 (平成 3 2 年)
在宅患者訪問診療 (居宅) 実施歯科診療所数	3 4 2 箇所 (平成26年10月)	4 2 1 箇所 (平成 3 2 年)
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数	1, 7 4 9 箇所 (平成 2 9 年)	1, 8 7 5 箇所 (平成 3 2 年)
訪問看護ステーション数	3 0 8 箇所 (平成28年10月)	<u>4 0 5</u> 箇所 (平成 3 2 年)
往診を実施している診療所・病院	1, 1 5 2 箇所 (平成 2 7 年)	1, 2 6 3 箇所 (平成 3 2 年)
在宅療養後方支援病院数	1 2 箇所 (平成29年4月)	2 3 箇所 (平成 3 2 年)
機能強化型訪問看護ステーション数	1 6 箇所 (平成29年6月)	2 8 箇所 (平成 3 2 年)
在宅看取り (ターミナルケア) 実施診療所・病院数 ^{※2}	3 3 5 箇所 (平成 2 7 年)	5 1 1 箇所 (平成 3 2 年)

3 ※1 「退院支援加算」は平成 28 年度の診療報酬改定により変更された「退院支援加算 1、2」を算定
4 した診療所・病院数としているため、現状の値は参考数値として「退院調整加算(退院時1回)」
5 を算定した医療機関数を記載。

6 ※2 「在宅ターミナルケア加算」「看取り加算」を算定した医療機関の箇所数。

7

8 [過程 (プロセス)]

指 標 名	現 状	目 標
訪問診療を受けた患者数	2 6, 3 6 6 人/日 (平成 2 5 年)	<u>4 0, 4 2 3</u> 人/日 (平成 3 2 年)
訪問看護ステーションの利用者数	1 8, 3 7 0 人/月 (平成 2 8 年 9 月)	<u>2 5, 3 6 9</u> 人/月 (平成 3 2 年)
在宅での看取り数 ^{※3}	5, 5 2 8 件 (平成 2 7 年)	増 加 (平成 3 2 年)

9 ※3 看取り加算、死亡診断加算の算定件数

10

11 [成果 (アウトカム)]

指 標 名	現 状	目 標
介護が必要になっても自宅や地域で暮らし続けられると感じられる県民の割合	4 0. 5 % (平成 2 7 年)	5 0. 0 % (平成 3 2 年)

12