

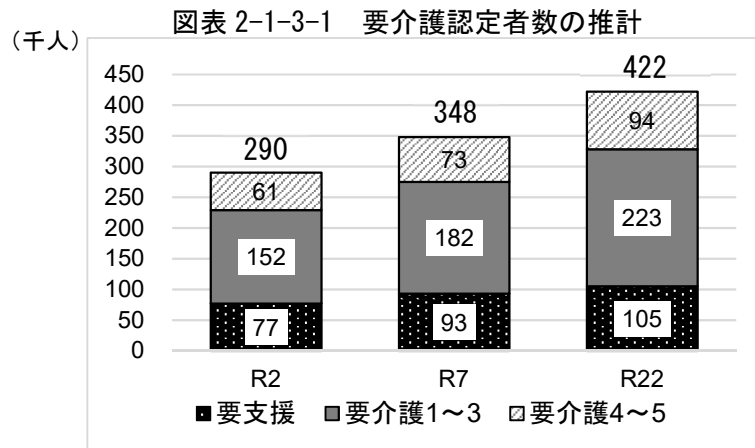
在宅医療の推進

(ア) 施策の現状・課題

a. 在宅医療の対象者の状況

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、今後、本県の総人口は緩やかな減少を続け、全ての「団塊の世代」が75歳以上となる令和7年には611万8千人に減少する一方、65歳以上の人口は179万1千人に達すると見込まれています。特に、75歳以上の人口の増加は顕著で、令和7年には平成27年の約1.5倍の107万2千人になることが見込まれています。

また、本県における要介護認定者数は、令和2年度の29万人が令和22年度には42万2千人に急増すると見込まれており、このうち、要介護4及び5のいわゆる重度者は、令和2年度の6万1千人から令和22年度には9万4千人を超える見込みとなっています。

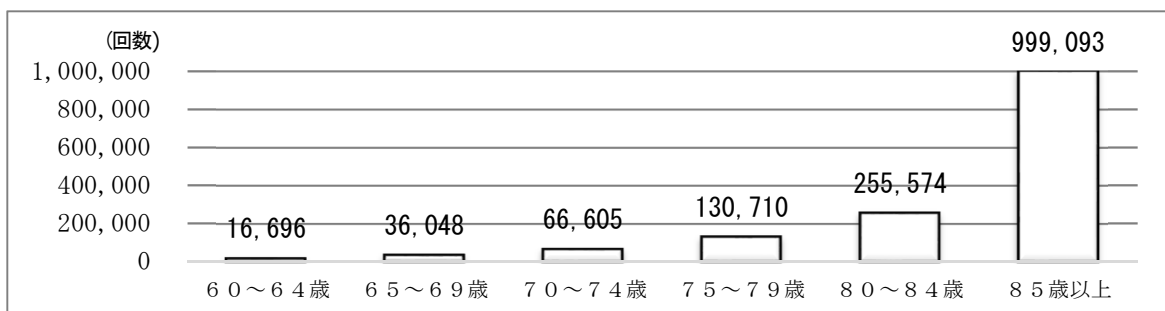


資料：千葉県高齢者保健福祉計画

訪問診療の需要を年齢別にみると、高齢になるにつれて急増しています。

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

図表 2-1-3-2 全国の年齢別訪問診療回数

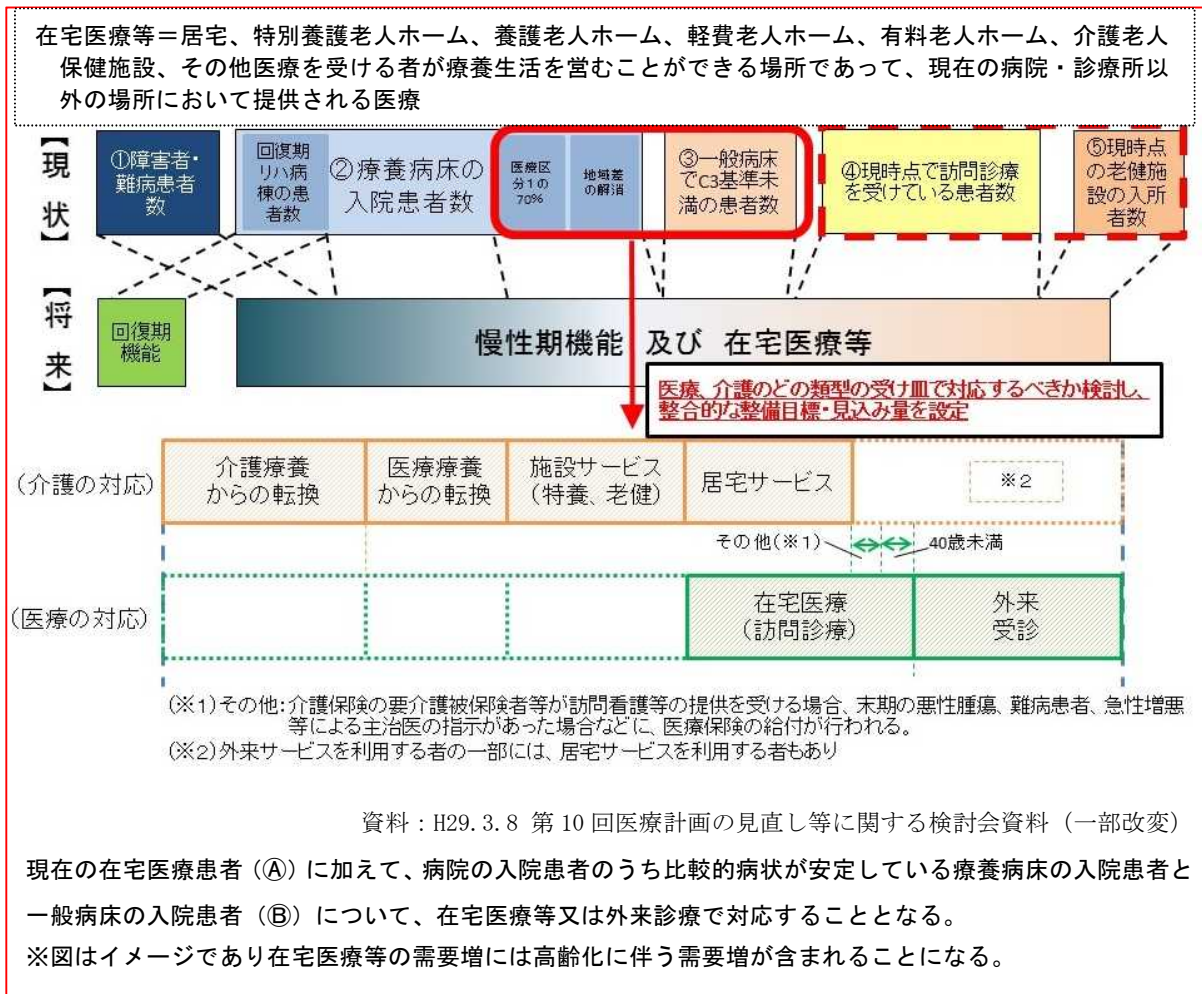


資料：令和元年 社会医療診療行為別統計（厚生労働省・令和元年6月審査分）

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

また、地域医療構想においては、現状の療養病床の患者の一部を、将来的には在宅医療や介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等が担っていくこととされています。病床機能の分化・連携が進んだ先に、在宅医療等の利用見込者数は令和7年に1日当たり7万8千人になると見込まれており、そのうち訪問診療のニーズは、平成25年度の1.8倍以上になると推計されています。

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



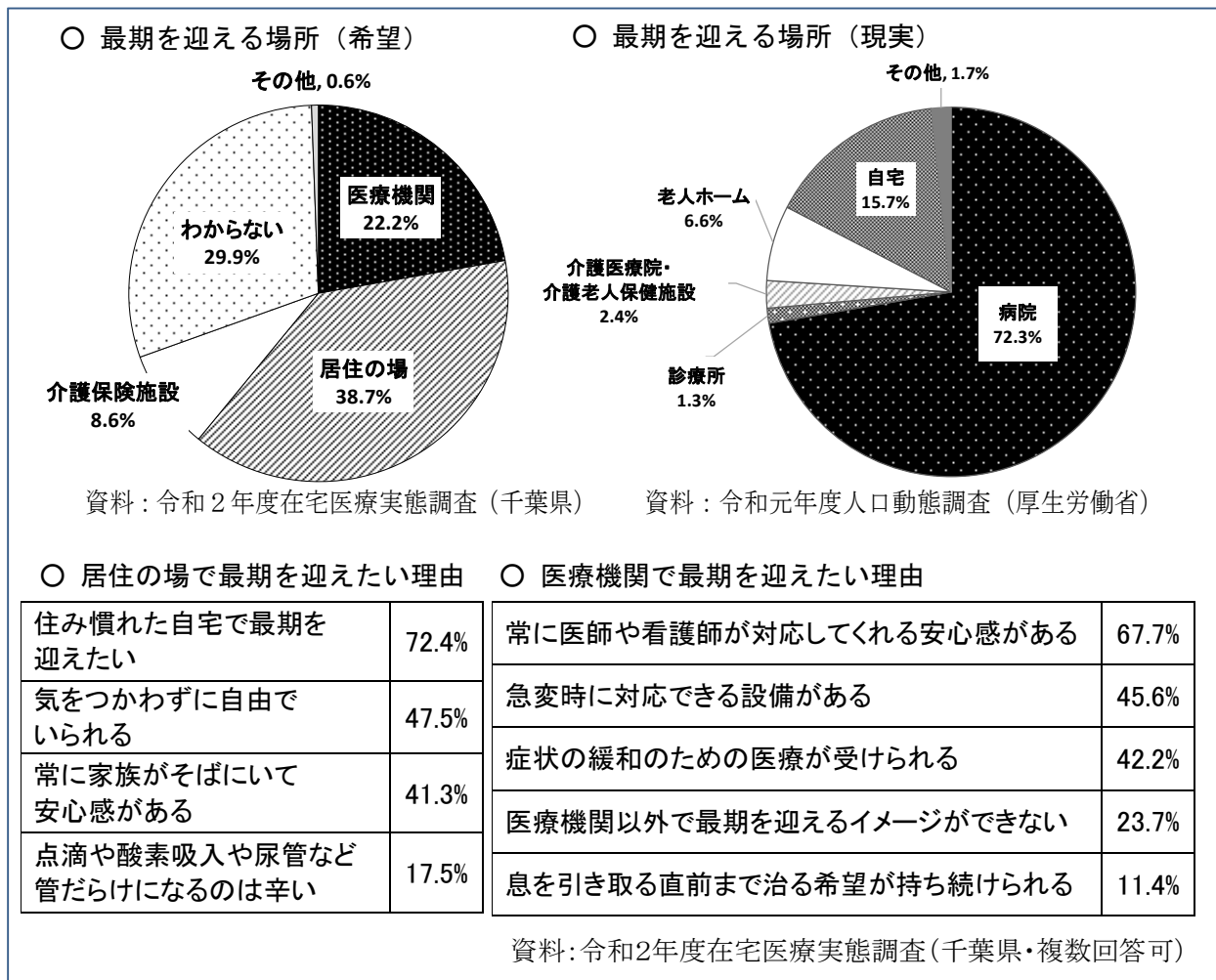
b. 県民の希望と意識

県が実施した「令和2年度在宅医療実態調査」によれば、病気で長期にわたる治療（療養）が必要になった場合に、「入院医療」を希望すると回答した方は、44.3%、「在宅医療」を希望すると回答した方は32.4%、「わからない」と回答した方は23.3%でした。

自分が最期を迎えたい場所として、「医療機関」が22.2%、「居住の場（自宅やサービス付き高齢者向け住宅など）」が38.7%、「介護保険施設（特別養護老人ホームなど）」が8.6%、「わからない」が29.9%でした。一方で、72.3%の県民が病院で最期を迎えている現実があります。

医療機関で最期を迎えたい理由としては「常に医師や看護師が対応してくれる安心感があるため」「医療機関以外で最期を迎えるイメージができないため」が相当程度あり、在宅での医療・介護の条件が整うならば、居住の場での療養を希望する県民が多数いるものと推測されます。

図表 2-1-3-4 最期を迎える場所に関する県民の意識と実態



c. 退院支援

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

令和元年度病床機能報告によれば、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、報告のあった245病院中168病院でした。

また、施設間の連携を推進した上で、入院早期から退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施している有床診療所・病院は144箇所（令和元年）であり、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。

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

d. 日常の療養支援

〔訪問診療等の医療資源〕

県内で訪問診療を行う病院は93箇所（平成29年）、実施件数（1ヶ月間）は6,523件で、平成23年の3,733件に比べて増加しています。

また、訪問診療を行う診療所は476箇所（平成29年）、実施件数（1ヶ月間）は45,882件と、平成23年の21,633件から増加しています。これらの内訳は、在宅療養支援診療所262箇所、41,873件、在宅療養支援診療所以外の診療所214箇所、4,009件となっています。

図表 2-1-3-5 訪問診療実施医療機関数・件数

	平成23年	平成26年	平成29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	476 一般診療所総数： 3,759
訪問診療実施 病院数	99 病院総数： 279	101 病院総数： 284	93 病院総数： 288
訪問診療実施 件数（1ヶ月間）	合計：25,366 一般診療所： 21,633 病院：3,733	合計：42,892 一般診療所： 37,652 病院：5,240	合計：52,405 一般診療所： 45,882 病院：6,523

資料：医療施設調査（厚生労働省）

訪問歯科診療の実施状況について、居宅への訪問の場合は、実施診療所は348箇所（平成29年）、実施件数（1ヶ月間）は5,893件であり、施設への訪問の場合は、実施診療所は303箇所（平成29年）、実施件数（1ヶ月間）は22,076件でした。平成23年の居宅341箇所・3,402件、施設227箇所・8,459件から増加しています。

また、訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数は172箇所（平成29年）であり、平成23年の127箇所から増加しています。

図表 2-1-3-6 歯科診療所訪問診療実施機関数・件数

	平成23年	平成26年	平成29年
訪問診療実施診療所（居宅）	341	342	348
訪問診療実施診療所（施設）	227	286	303
訪問診療実施件数（居宅）	3,402	5,171	5,893
訪問診療実施件数（施設）	8,459	16,800	22,076

資料：医療施設調査（厚生労働省）

図表 2-1-3-7 訪問口腔衛生指導実施機関数

	平成23年	平成26年	平成29年
訪問口腔衛生指導実施機関数	127	162	172

資料：医療施設調査（厚生労働省）

在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は、2,031箇所（令和3年4月）でした。平成24年9月の1,348箇所から増加しています。

図表 2-1-3-8 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	令和3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	2,031箇所

資料：関東信越厚生局届出

訪問看護ステーション数は388箇所（令和元年10月）、利用者数は27,781人（令和元年9月）であり、平成24年10月の219箇所、平成24年9月の11,828人から増加しています。しかしながら、訪問看護ステーション当たりの看護職員数（常勤換算）は、5人未満の小規模なステーションが全体の半数を占めていることから、大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められています。在宅医療を支える訪問看護は、病院や診療所からも実施されています。退院後も継続的に医療を受けながら日常生活を営むことが出来るよう、病院や診療所からの訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携が重要です。

図表 2-1-3-9 訪問看護ステーション数・利用者数

	平成24年	平成28年	令和元年
訪問看護ステーション数	219箇所	308箇所	388箇所
訪問看護ステーション利用者数	11,828人	18,370人	27,781人

資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

図表 2-1-3-10 訪問看護ステーションの規模

看護職員数(人)	2.5~3 未満	3~5 未満	5~7.5 未満	7.5~10 未満	10~15 未満	15~20 未満	20 以上
割合	12.2%	41.4%	33.5%	8.7%	2.3%	0.8%	1.1%

資料：令和2年度在宅医療実態調査（千葉県）

訪問リハビリテーションの介護給付費請求事業所数は、平成25年4月審査分の108箇所から令和2年4月審査分は145箇所に増加しています。リハビリテーションは、患者の症状に応じて必要な時期に提供されることが重要であり、医療的ケアを要する人へのリハビリテーションや摂食嚥下障害のリハビリテーションなども含め、通院、通所が困難になった場合に居宅で実施する訪問リハビリテーションの重要性が増すと考えられます。

図表 2-1-3-11 訪問リハビリテーション請求事業所数

4月審査分	平成25年	平成29年	令和2年
訪問リハビリテーション請求事業所数	108箇所	133箇所	145箇所

資料：介護給付費等実態調査（厚生労働省）

平成24年9月と令和3年4月時点を比較すると、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所は、302箇所から384箇所、在宅療養支援病院は23箇所から46箇所、在宅療養支援歯科診療所は113箇所から299箇所、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は1,348箇所から2,031箇所、機能強化型訪問看護ステーションは平成27年の14箇所から29箇所へと増加しています。

図表 2-1-3-12 在宅療養支援診療所・病院等の数

	平成24年	平成29年	令和3年
在宅療養支援診療所	302箇所	343箇所	384箇所
在宅療養支援病院	23箇所	33箇所	46箇所
在宅療養支援歯科診療所	113箇所	329箇所	299箇所 ※R2.4施設基準変更
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	2,031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 (平成27年)	16箇所	29箇所

資料：関東信越厚生局届出

県内の在宅医療資源は概ね増加しているものの、全国平均と比較すると、人口10万人あたりの在宅療養支援診療所数・病院数は6.6箇所（平成31年3月時点：全国平均12.5）、在宅療養支援歯科診療所数は4.8箇所（令和3年5月時点：全国平均6.7）、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は31.6箇所（令和2年11月時点：全国平均41.4）、訪問看護ステーション数は6.2箇所（令和元年10月時点：全国平均9.2）と相対的に少なく、また、在宅療養支援診療所が1箇所もない市町村があるなど資源の偏りも見られます。

人工呼吸や気管切開などの医療的ケアが必要となる医療的ケア児等の訪問診療などに対応できる医療機関が少ないことも課題です。また、人工呼吸器等を使用している医療依存度の高い在宅療養者に対しては、災害を想定した備えを含めた支援が必要です。

これらのことから、在宅療養を希望する患者を日常的に支える医療体制の整備や、在宅医療を担う職種の増加、質の向上が重要です。

図表 2-1-3-13 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	3 2 6	3 9
在宅療養支援病院	2 9	0
訪問看護事業所	2 4 2	8 1

資料：平成 2 6 年度小児等在宅医療連携拠点事業における調査（千葉県）

〔在宅医療・介護の多職種連携〕

在宅医療を必要とする方には、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。外来での診療を通じて患者の生活を支援し、通院が困難になっても適切に往診・訪問診療につなぐことが重要です。

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

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

e. 急変時の対応

在宅医療よりも入院医療を希望する理由として、家族の負担への懸念や急変時の対応に関する患者の不安が挙げられています。（令和 2 年度在宅医療実態調査・千葉県）

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 6 2 0 箇所（平成 2 9 年）、実施件数（1 ヶ月間）は 7, 7 3 9 件で、平成 2 3 年の 5, 6 4 9 件に比べて増加しています。また、在宅療養後方支援病院として届出されている病院は 1 5 箇所（令和 3 年 4 月）、2 4 時間対応可能な訪問看護ステーションは 3 7 0 箇所（令和元年 1 0 月時点）となっています。

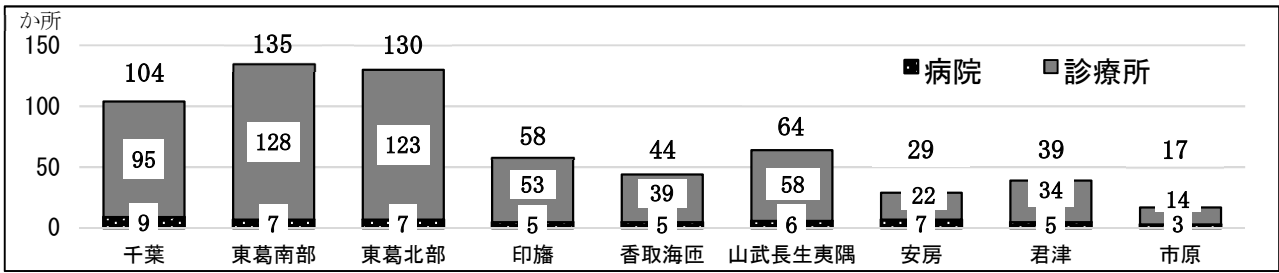
複数の医師や訪問看護師の連携などにより、2 4 時間対応の連携体制の構築や入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要です。

図表 2-1-3-14 往診実施医療機関数・件数

	平成 2 3 年	平成 2 6 年	平成 2 9 年
往診実施 診療所数	6 1 0 一般診療所総数： 3, 6 7 8	6 1 4 一般診療所総数： 3, 7 1 0	5 6 6 一般診療所総数： 3, 7 5 9
往診実施 病院数	4 9 病院総数： 2 7 9	5 2 病院総数： 2 8 4	5 4 病院総数： 2 8 8
往診実施 件数 (1 ヶ月間)	合計： 5, 6 4 9 一般診療所： 4, 7 0 7 病院： 9 4 2	合計： 6, 2 5 6 一般診療所： 5, 6 2 3 病院： 6 3 3	合計： 7, 7 3 9 一般診療所： 7, 1 0 8 病院： 6 3 1

資料：医療施設調査（厚生労働省）

図表 2-1-3-15 往診実施医療機関数（2次保健医療圏別）



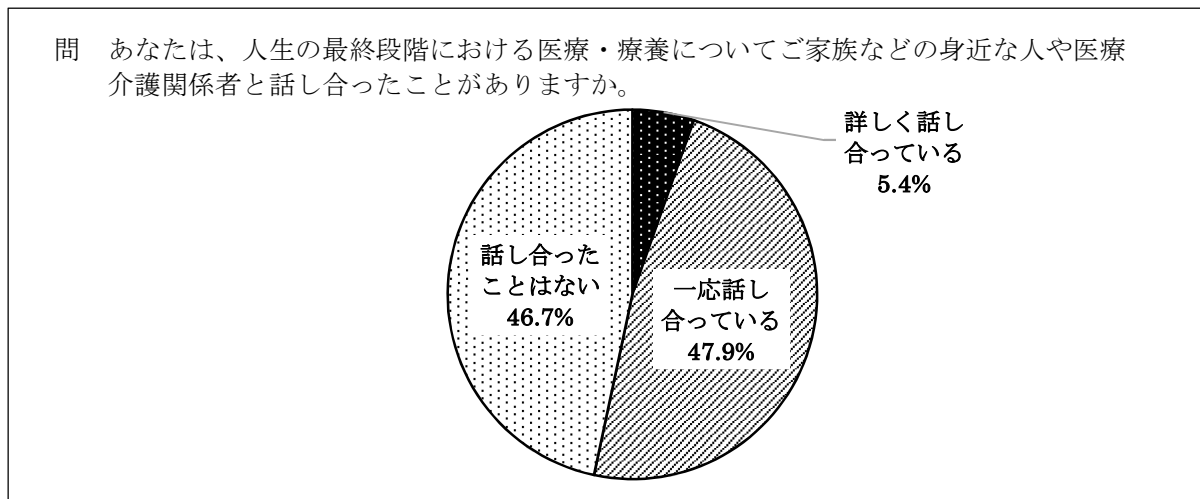
資料：平成29年医療施設調査（厚生労働省）

f. 在宅での看取りなど

本県の在宅死亡率は、22.3%（令和元年度）で、全国平均の22.2%と同程度ですが、医療機関で亡くなる方が7割を超えており、できるだけ居住の場での療養を望む県民の希望とはかい離がみられます。また、令和2年度に千葉県が行った「在宅医療実態調査」では、人生の最終段階における医療・療養について、「話し合ったことはない」と回答した方が46.7%でした。

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

図表 2-1-3-16 人生の最終段階における医療・療養についての話し合い状況



資料：令和2年度在宅医療実態調査（千葉県）

g. 市町村等との連携

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

千葉県保健医療計画の中間見直しについて

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課

目次

- 1 背景
- 2 医療計画見直しの概要
- 3 計画見直しの方針
- 4 検討体制について
- 5 医療審議会スケジュール
- 6 病床配分スケジュール

1 背景

- 「千葉県保健医療計画」
 - ・ 医療法第30条の4に基づく法定計画
 - ・ 現行計画は平成30年4月に改定
 - ・ 計画期間は平成30年度から令和5年度まで
- 中間見直しについて
 - ・ 現行計画では、令和2年度に中間見直しを実施予定
 - ・ 新型コロナウイルス感染症拡大に伴う対応を優先させる必要があり、令和3年度にかけて見直しを検討

2 医療計画見直しの概要

(1) 基準病床数(療養・一般病床)

- 病床の整備目標である基準病床数について、中間見直し年度までの目標としていることから、見直しについて検討

(2) 在宅医療

- 「居宅の医療の確保に関する事項」については、3年ごとに、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、計画を変更（医療法第30条の6）

(3) 指標・目標値

- 今年度までに終期を迎える指標・目標値の見直し

3 計画見直しの方針

(1) 見直しの適用期間

- 令和4年度から令和5年度まで（2年間）

(2) 検討の方向性

ア 3医療圏の基準病床数（療養・一般病床）の見直しについて

- 特に高齢者人口の急増が見込まれる本県（令和7年）に、医療提供体制が、
を構築するたため、厚生労働大臣に特例による加算の協議を
現部の現状を踏まえ、厚生労働大臣に特例による加算の協議を
とすため、厚生労働大臣に特例による加算の協議を
したる南指協を
医療提供体制が、
提病び準
療要及基
医必部た
たる南指
しけ葛指
お東自の
に、を
葉保加
年千確
7年のよ
る本県に
対し、
応お東自
に、を
葉保加

イ 在宅医療について

- 病床の機能分化、連携に伴い高齢者等を踏ま
の要に「令和5年度調査」の結果を踏ま
「在宅医療実態調査」の結果を踏ま
令和5年度調査の結果を踏ま
た福に、
な社計
在宅医
療、介
護施設
等
（令和3
年度～
令和5
年度）
に実施
した
「施策
の具体
的展開」

ウ 指標・目標値の見直しについて

- 今年度末までに終期を迎える指標・目標値について、計画終了
年度（令和5年度）までの設定を検討する。

4 検討体制について

- 見直しにあたっては、医療法上の手続きを実施
 - ・千葉県医療審議会への諮問
 - ・診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見聴取
 - ・市町村、保険者協議会への意見聴取
- 各二次保健医療圏の地域保健医療連携・地域医療構想調整会議での関係者からの意見聴取や、パブリックコメントを行い、広く県民や医療関係者等の意見を反映
- 在宅医療については、千葉県在宅医療推進連絡協議会において、有識者の意見を聴取

5 医療審議会スケジュール

令和3年7月	第1回 医療審議会 総会〔諮問〕
令和3年7～9月	地域保健医療連携・地域医療構想調整会議
令和3年10月	千葉県在宅医療推進協議会
令和3年11月	医療審議会 地域保健医療部会
令和3年11月	各団体、市町村への意見聴取、 パブリックコメントの実施
令和3年12月	第2回 医療審議会 総会〔答申〕

国との特例加算協議について

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課

目次

- 1 基準病床数の見直しについて
- 2 病床整備の考え方
- 3 必要病床数、既存病床数及び基準病床数について
- 4 病床整備をめぐる課題
- 5 今後の対応について

1 基準病床数の見直しについて

(1) 見直しの根拠

- 医療法第30条の4第9項

(2) 千葉県保健医療計画(抜粋)

- 千葉、東葛南部及び東葛北部の各保健医療圏における基準病床数については、中間見直し年度(平成32年度)までの整備目標とし、算定基準に従い算定した数に、厚生労働大臣へ協議を行い、その同意を得られた数を加えて得た数を基準病床数としている。
- なお、中間見直し年度(平成32年度)において基準病床数の見直しについて検討を行う。

2 病床整備の考え方

(基準病床数)

- ・ 医療法で定められた算定基準に基づき、算定時点の人口等により算出した二次医療圏における病床数であり、病床の整備の目標

(必要病床数)

- ・ 医療法で定められた算定基準に基づき、平成25年度と令和7年の医療需要（年齢階級別の入院受療率等）より、2025年（令和7年）に必要となる病床数を推計したもの
- ・ 2025年の推計人口等により算出し、地域医療構想で規定している。

(特例加算)

- ・ 医療法におおいては、基準病床数を定めようとする場合において、急な人口の増加が見込まれるなど、医療法に定める基準を超過する必要がある場合には、あらかじめ協議の上、追加の病床数を算定し、必要に応じて、追加の病床数を算定する。また、必要に応じて、追加の病床数を算定する。また、必要に応じて、追加の病床数を算定する。
- ・ 本県においては、既存の病床数と必要病床数の乖離が大きい千代田、東葛、南部及び北東部において、特例加算による追加の病床数を算定し、必要に応じて、追加の病床数を算定する。

3 必要病床数、既存病床数及び基準病床数について

医療圏	既存病床数 (A)	算定結果 (B)	過剰・不足 (A-B)	必要病床数(C)	比較 (A-C)
千葉	7,949	7,762	187	8,484	▲535
東葛南部	11,714	11,443	271	13,010	▲1,296
東葛北部	10,542	10,490	52	11,699	▲1,157
印旛	6,299	5,186	1,111	5,548	751
香取海匝	2,827	2,241	586	2,181	646
山武長生夷隅	3,318	2,901	417	2,931	387
安房	2,088	1,763	325	1,641	447
君津	2,518	2,258	260	2,370	148
市原	2,124	2,146	▲22	2,140	▲16

4 病床整備をめぐる課題

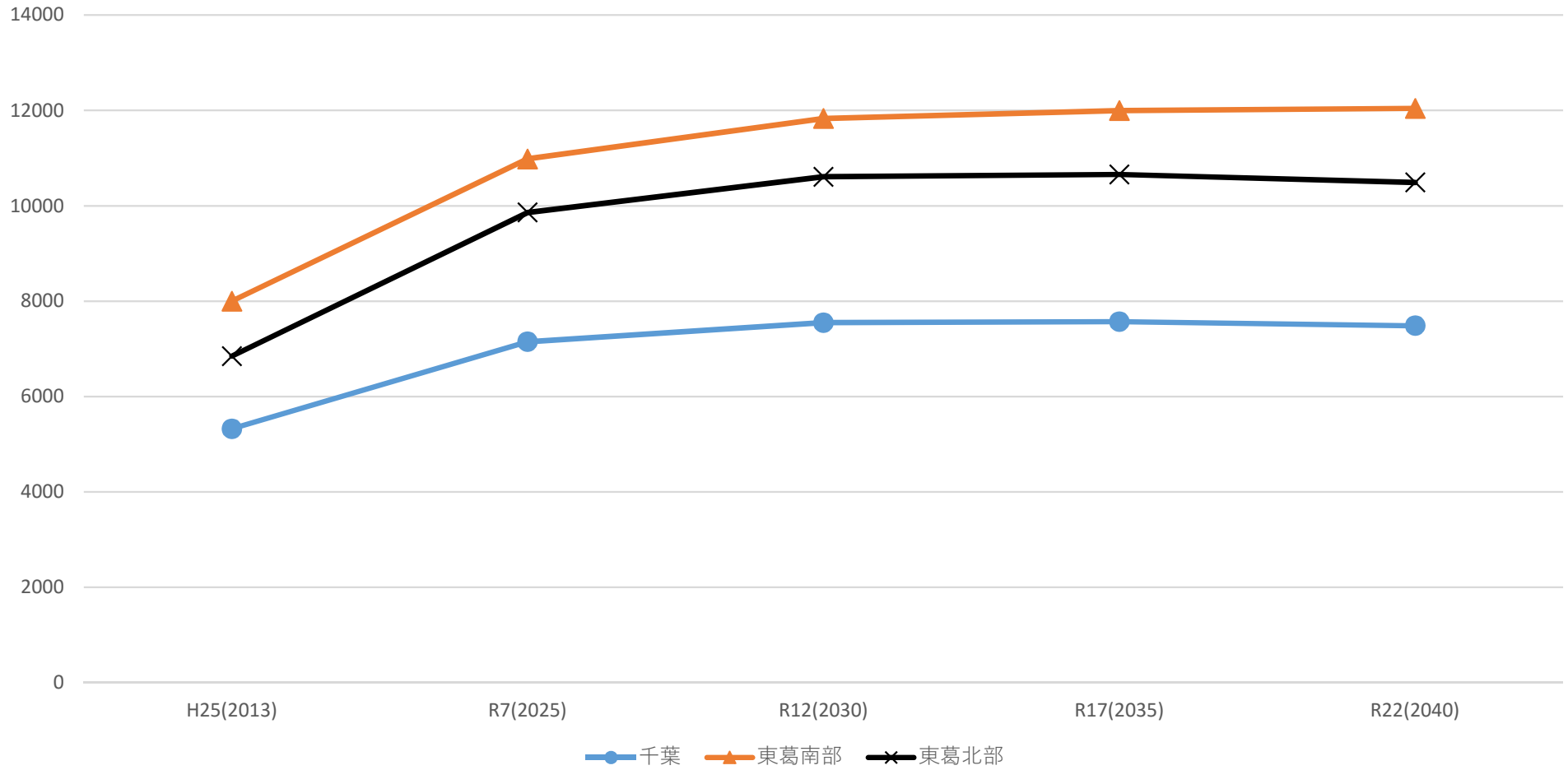
- 千葉、東葛南部及び東葛北部の各保健医療圏では、必要病床数と既存病床数の乖離が大きい。

◎ 3 保健医療圏における病床の不足数

$$\begin{aligned} & \text{必要病床数 (33, 193床) - 職域等の病床数 (467床) - 既存病床数 (30, 205床)} \\ & = 2, 521 \text{の病床が不足} \end{aligned}$$

- また、将来の医療需要が高止まりすることから、大幅な病床の不足が見込まれる。

【参考 1】 千葉、東葛南部及び東葛北部の各保健医療圏 における医療需要



【参考2】千葉県及び3医療圏における高齢者人口 (65歳以上)の将来推計

	2015年	2025年	2030年	2035年	2040年	2015年 →2040年
千葉県 (総人口)	6,223	6,118	5,986	5,823	5,646	9.3%減
千葉県 (高齢者)	1,610	1,790	1,819	1,875	1,974	22.6%増
千葉	242	273	283	300	324	33.9%増
東葛南部	399	443	461	493	536	34.2%増
東葛北部	348	391	399	415	442	27.0%増

5 今後の対応について

- 千葉、東葛南部及び東葛北部の各保健医療計画については、2025年度には約2,500床近くの病床数が不足し、2025年度以降も医療需要の高止まりが想定される。
- このため、既存病床数を超える病床の整備が不可欠であり、国と医療法第30条の4第9項による特例加算協議を行い、必要病床数から職域等の病床を除いた病床数を確保したい。
- 特例による基準病床数の算定式

特例による基準病床数＝必要病床数－職域等の病床数※

※病床配分には含まない放射線治療病室や医療型障害児入所施設等の特定の用途に使用する病床

千葉県保健医療計画の中間見直し について (在宅医療の確保に関する事項)

千葉県健康福祉部健康福祉政策課地域医療構想推進室
電話番号: 043-223-2608 メール: chihuku@mz.pref.chiba.lg.jp

1 概要

- 在宅医療の確保に関する事項については、**3年ごとに**、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、**計画を変更するもの**とされている。（医療法第30条の6）
- 「**千葉県高齢者保健福祉計画（令和3年度～令和5年度）**」**との整合を図るとともに**、令和2年度に実施した「**在宅医療実態調査**」の**結果等を踏まえて**、「**施策の具体的展開**」の**見直し**等を行う。

2 中間見直しの方向性

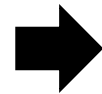
(ア) 施策の現状・課題

在宅医療実態調査の結果等を踏まえ、記載内容を更新します。

※ 詳細については、参考資料〇を参照

現行計画の構成

- (ア) 施策の現状・課題
- (イ) 施策の具体的展開
- (ウ) 施策の評価指標



中間見直し後の構成

中間見直しであり、他の施策部分との構成の統一を図るため、左の構成は変更しない

a.在宅医療の対象者の状況

- 本県の総人口は緩やかな減少を続けるが、75歳以上人口は顕著な増加が見込まれる。

75歳以降人口の見込み H27 約1.5倍 → R7:107万2千人

- 要介護認定者数も急増すると見込まれる。

要介護認定者数の推計 R2:290千人 ⇨ R22:422千人

- 訪問診療の需要は高齢になるにつれて急増。
- 在宅人工呼吸指導管理料の算定患者や医療的ケアを必要とする小児等は増加している。

➡ **在宅医療のニーズは増加・多様化**

b. 県民の意識と希望

データ出典：「令和2年度在宅医療実態調査」
(千葉県)

- 県民の希望する長期療養の場

入院医療 44.3%

在宅医療 32.4%

- 県民の希望する最期を迎える場所

医療機関 22.2%

居住の場（自宅やサ高住） 38.7%

介護保険施設（特養等） 8.6%

➡ **在宅医療や居住の場での看取りに対し、
一定程度の県民ニーズがある**

C.退院支援

- 入院患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにするためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要。

退院調整部門を設置している病院数 **168**病院(245病院中*)

* 令和元年度病床機能報告で報告のあった病院数

➡ **全ての医療機関で十分な退院支援が行われているとは言えない**
介護を含めた多職種が連携し、患者の状況に応じたサービス内容等の検討、共有ができる体制の構築が求められる

d. 日常の療養支援①

- 県内の在宅医療資源はおおむね増加しているが、全国平均と比較すると相対的に少ない状況。

人口10万人当たり施設数

施設	千葉県	全国
在宅療養支援診療所・病院	6.6か所	12.5か所
在宅療養支援歯科診療所	4.8か所	6.7か所
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	31.6か所	41.4か所
訪問看護ステーション	6.2か所	9.2か所

- 医療的ケア児等に対応できる医療機関が少ない。
- 人工呼吸器使用者等には、災害を想定した備えを含めた支援が必要。

➡ **患者を日常的に支える医療体制の整備や、在宅医療を担う職種の増加、質の向上が重要**

d. 日常の療養支援②

- 外来において通院しながら、必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者もいる。外来診療を通じて患者の生活を支援し、通院が困難になっても適切に往診・訪問診療につなぐことが重要。
- 患者の生活環境や家庭環境等に応じて、また、家族の負担軽減を図るためにも、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護など、多職種の協働が必要。

➡ **在宅医療・介護を支える多職種の連携・協働を推進することが必要**

その際、孤立化を防ぐ観点からも、介護・福祉分野の職種との連携も重要

e.急変時の対応

- 在宅医療よりも入院医療を希望する理由のひとつが「急変時の対応に関する不安」。
 - 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620か所で往診実施件数は7,739件（H29。H23は5,649件）。
 - 在宅療養後方支援病院は15か所（R3）、24時間対応可能な訪問看護ステーションは370か所（R元）。
- ➡ **24時間対応の連携体制の構築や入院医療機関における円滑な受け入れといった後方支援体制の構築が必要**

f.在宅での看取りなど

- 本県の在宅死亡率は22.3%、医療機関で亡くなる方は72.3%。(令和元年度人口動態調査)
 - できるだけ居住の場での療養を望む県民の希望とはかい離がみられる。
 - 人生の最終段階における医療・療養について「話し合ったことはない」と回答した県民は46.7%。(令和2年度在宅医療実態調査(千葉県))
- ➡ **県民が在宅医療の理解を深めるとともに、自身の医療について考え、家族や医療従事者等と話し合い、望む場所で看取りのできる環境づくりが重要**

g.市町村との連携

- 地域包括ケアの推進の観点も踏まえ、在宅での療養生活に欠かせない介護・福祉サービスを担う市町村や介護支援専門員との連携の強化が重要
- ➡ **地域の医療・介護資源や連携の状況などを踏まえて、在宅医療の提供体制の整備を進めていくことが必要**

(イ) 施策の具体的展開

(ウ) 施策の評価指標

次のような方向性で施策を検討し、それを踏まえて評価指標を設定したいと考えています。

地域保健医療連携・地域医療構想調整会議では、この施策の方向性（案）に対する御意見をおうかがいします。

施策の方向性（案）

案	現行計画
<p>a. 退院支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療・介護の多職種連携の促進 	<p>(同左)</p> <p>(同左)</p>
<p>b. 日常の療養支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援体制の確保 <ul style="list-style-type: none"> - 施設・体制の確保 - 災害を想定した備え 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 <ul style="list-style-type: none"> - 人材の確保、資質向上 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援 	<p>(同左)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>(同左)</p>
<p>c. 急変時の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に対する医師等の負担の軽減 	<p>(同左)</p> <p>(同左)</p>
<p>d. 看取り</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が望む場所で看取りができる環境づくり 	<p>(同左)</p> <p>(同左)</p>

3 今後のスケジュール（予定）

時期	摘要
R3年 8月～9月	地域保健医療連携・地域医療構想調整会議（千葉市地域保健医療協議会）において、施策の方向性（案）について協議
10月	千葉県在宅医療推進連絡協議会において、施策の方向性と、それを踏まえた具体的な施策や評価指標について協議
11月	千葉県医療審議会地域保健医療部会において、在宅医療の確保に関する事項以外の中間見直し部分を含む「素案」について検討
11月～12月	関係職能団体、市町村、千葉県保険者協議会へ意見聴取、パブリックコメントの実施
12月	千葉県医療審議会総会（最終案について検討、答申）

(参考) 圏域の現状／東葛南部医療圏

	圏域				全県				数値の 時点	
	実数		65歳以上人口 10万対		実数		65歳以上人口 10万対			
	策定時	現状	策定時	現状	策定時	現状	策定時	現状	策定時	現状
在宅療養支援診療所・病院	107	111	27.3	27.4	383	408	23.5	24.2	H29	R1
往診を実施している 診療所・病院数(※)	-	244	-	60.2	-	987	-	58.4	H27	R1
在宅療養後方支援病院数	3	3	1.2	1.2	12	15	0.7	1.1	H29	R3
在宅患者訪問診療 (居宅) 実施歯科診療所数	87	96	24.3	24.5	342	348	23.0	21.3	H26	H29

(参考) 圏域の現状／東葛南部医療圏

	圏域				全県				数値の 時点	
	実数		65歳以上 人口10万対		実数		65歳以上 人口10万対			
	策定時	現状	策定時	現状	策定時	現状	策定時	現状	策定時	現状
在宅患者訪問薬剤管理 指導料届出薬局数	452	528	115.2	128.8	1,757	2,031	107.7	118.9	H29	R3
訪問看護ステーション数	74	91	19.3	22.4	308	388	19.3	23.0	H28	R1
機能強化型 訪問看護ステーション数	5	6	1.3	1.5	16	29	1.0	1.7	H29	R3

(※) 策定時は、国から提供のあったNDBデータ（全保険者のデータ）から数値を把握したが、提供を受けられなくなったことから、代替としてKDBデータ（国保データベースのデータ）より現状値を把握している。

数値の比較ができないため、策定時の数値は記載していない。