

第2節 地域医療の機能分化と連携

1 総合診療機能とかかりつけ医機能等の充実

(1) 施策の現状・課題

ア 多施設・多職種連携の中心としての総合診療

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。どんな症状にも、年齢にもかかわらず、臓器を診るのではなく患者を一人の人として診療することが総合診療の特徴です。日本の医療制度は、医師や医療機関を自由に選択することができますが、患者はいつも適切な診療科を選べるとは限りません。特に高齢者では、複数の疾患に罹患していたり、通院が困難な方も多く、超高齢社会を迎えた現在、ワンストップで受診しやすく、病気の発症・悪化を予防し、多くの問題を解決できる医師が求められています。

このような中、診療所のかかりつけ医*は、総合診療医として例えば、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科など専門分野の医師に患者を紹介したり、重症化や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したりするなどして、専門医や紹介受診重点医療機関*、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においては、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、疾病予防、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多施設・多職種と連携して包括的に医療を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心理的・社会的にも支える視点が求められます。

イ 総合診療専門医

総合診療専門医は、特定の臓器や疾患領域に特化した専門医とは異なり、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ます。急速な高齢者の増加等を踏まえ心理的・社会的な視点を含めた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年度から開始された専門医制度においては、「総合診療専門医」が基本診療領域の専門医として位置づけられています。

総合診療を担う医師の専門性は学術的にも評価されており、県内における養成や質の高い人材の確保への取組が必要です。

ウ 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*が高頻度症候・疾患に対処し、診断・治療が困難な患者のみ専門医や紹介受診重点医療機関*等に振り分けたり、専門医による治療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。

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ら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多施設・多職種連携の体制づくりが必要となっています。

エ かかりつけ医機能が発揮される制度整備

国では、高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくために、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めていく必要があるとして、令和5年5月に医療法の一部改正を行いました。令和6年度からは、国民・患者がかかりつけ医機能を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療情報提供制度による国民・患者への情報提供の強化が、また、令和7年度からは、慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、各医療機関から都道府県知事に報告する制度の創設が予定されています。

(2) 施策の具体的展開

ア 総合診療専門医の養成・確保

- 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、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総合診療専門医の養成・確保に努めます。

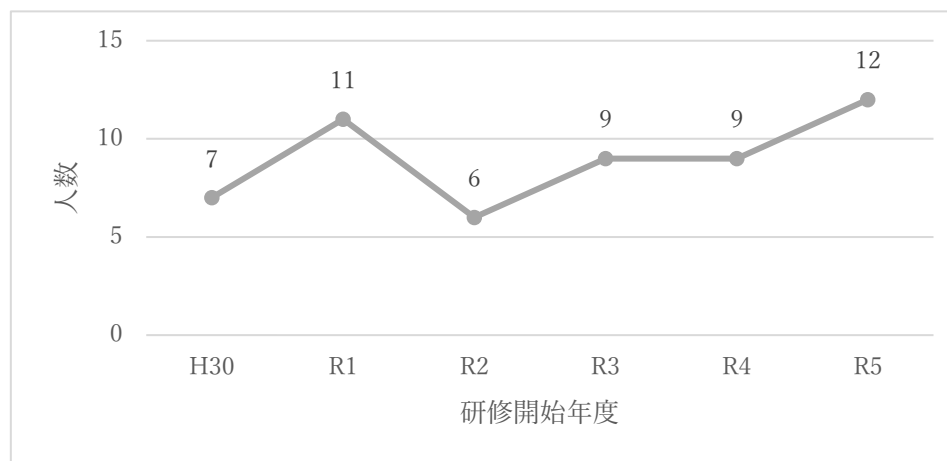
イ かかりつけ医*等の機能の向上

- 関係団体と協調して、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。
- 国において予定されているかかりつけ医機能が発揮される制度整備の動向を注視し、必要な対応を実施します。

ウ 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。
- 二次保健医療圏*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等を開催し、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。
- 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、地域医療支援病院等が実施する地域医療支援活動に対して支援します。
- 紹介受診重点医療機関*の明確化によって、地域の外来医療の役割分担と連携を進めます。

図表 5-2-1-1 総合診療科の専門研修の専攻医の推移(千葉県)



出典：日本専門医機構発表資料

図表 5-2-1-2 総合診療専門医のアイデンティティ

- ① どんな症状にも、何歳でも診察し、必要であれば専門医を紹介してくれる医師
- ② 日常的に頻度が高く幅広い領域の病気とケガに対応できる医師
- ③ 臓器を診るのではなく患者を一人の人として診る医師
- ④ 患者個人の治療だけでなく、その生活を支える家族もまると診てくれる医師
- ⑤ どんな相談にも耳を傾け、向き合う医師
- ⑥ 病気の治療だけでなく予防から終末期まで継続的に診てくれる医師
- ⑦ 地域全体の健康を考えてくれる医師
- ⑧ 看護師・薬剤師等の多職種や行政と連携し、住み慣れた地域での暮らしを支えるチームの核となる医師

出典：日本専門医機構 総合診療専門検討委員会リーフレット

2 地域医療連携の推進

(1) 施策の現状・課題

地域の限りある医療資源を無駄なく効率的に活用し、効果的な医療提供体制を構築するためには、各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な医療資源を利用することができる流れを構築することが大変重要です。こうした「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、地域医療支援病院などが大きな役割を果たしています。

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、令和5年8月現在で、県内23箇所を整備されています。

このほか、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、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関である「紹介受診重点医療機関*」は、令和5年8月現在で県内に39箇所あります。

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「開放型病院」は、令和5年8月現在、県内17箇所を設置されています。これらの医療機関を含め、医療機器の共同利用を受け入れている医療機関は、県内で147箇所あります。

(2) 施策の具体的展開

〔地域医療支援病院の整備等〕

- 引き続き、地域医療支援病院が二次保健医療圏ごとに整備されるよう努めるとともに、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、病院の実施する地域医療支援活動に対して支援します。

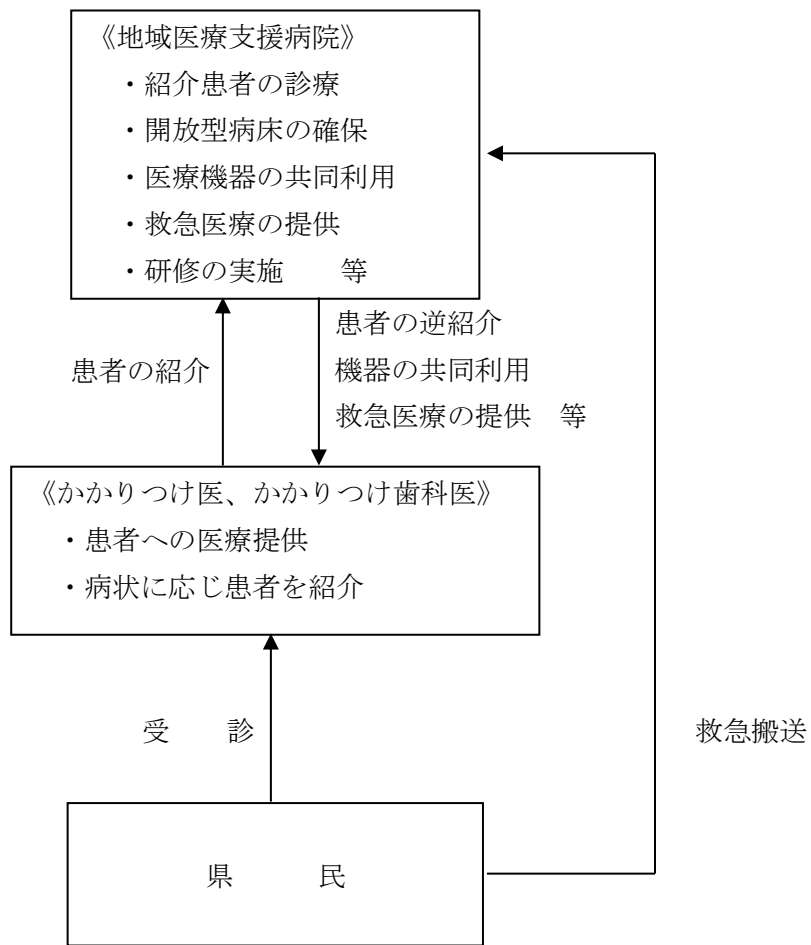
〔地域医療連携の推進〕

- 地域医療支援病院における開放型病床の共同利用を促進します。
- 新規に共同利用の対象となる機器を購入する医療機関については、共同利用計画書の提出を依頼します。提出された共同利用計画書は、協議の場において当該医療機器の共同利用予定等に関する情報を共有するほか、県ホームページに公表することで、地域における医療機器の共同利用を推進します。
- 地域保健医療連携・地域医療構想調整会議の開催を通じて、紹介受診重点医療機関*をとりまとめる等、地域の医療機関の役割分担の明確化・連携を促進します。

(3) 施策の評価指標

指 標 名	現状 (令和5年度)	目標
地域医療支援病院の所在する医療圏の数	9 医療圏	9 医療圏 (令和11年度)
医療機器の共同利用を受け入れている医療機関数	147 施設	159 施設 (令和8年度)
他医療機関の医療機器を共同利用している医療機関数	437 施設	473 施設 (令和8年度)

図表 5-2-2-1 地域医療支援病院のイメージ



図表 5-2-2-2 千葉県内の地域医療支援病院及び開放型病院



3 自治体病院の連携の推進や経営改善の支援

(1) 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*等や地方独立行政法人が運営する自治体病院は、令和5年4月現在で25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。

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人材確保の状況等について実態調査を実施しています。

また、各病院の設置主体は、国から示されたガイドライン等を踏まえ、病院事業の経営改革のための計画を策定し推進しています。直近では、令和4年4月に示された「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン*」に基づき、地域の中で各公立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めていくことができるよう、「地域医療構想を踏まえた各病院の果たすべき役割」や「医師・看護師等の確保と働き方改革」、「新興感染症等に備えた平時からの取組等」を盛り込んだ経営強化プラン*を、令和5年度までに策定することとなっています。

県は、実態調査の結果や、各自治体病院における経営強化プラン*等の内容を踏まえて、各病院の状況に応じた助言や支援等を行っています。

(2) 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。

[自治体病院の経営改善と機能強化への支援]

- 各自治体病院における経営強化プラン*に沿って、地域医療構想と整合した持続可能な医療提供体制が確保できるよう、公立病院の経営強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、公立病院等の機能分化・連携強化については、「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機能分化・連携強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確保に向けた取組を進めます。

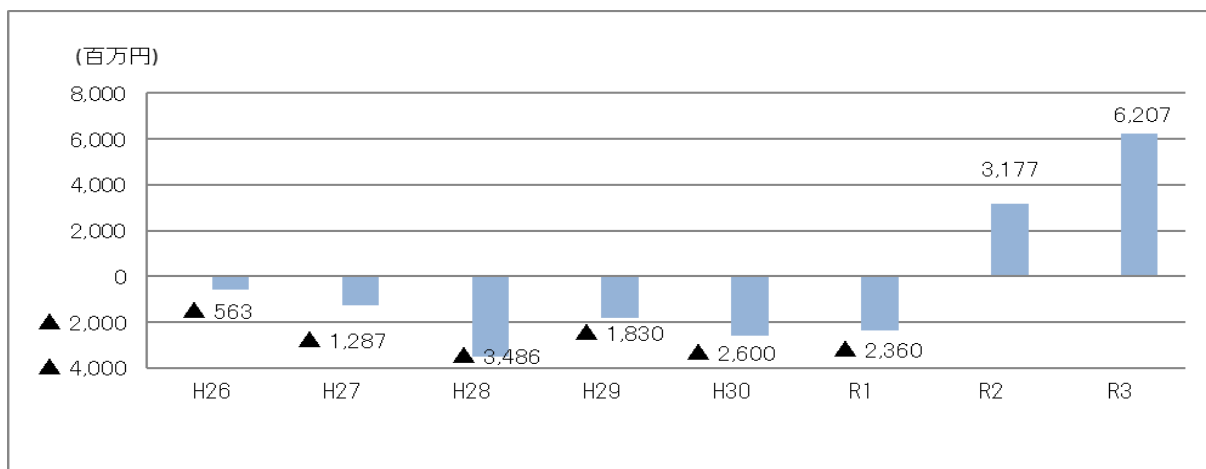
- 地域において中核的機能を果たす自治体病院の施設整備等に対して助成し、機能強化や機能分化を促進することで地域医療の充実を図ります。

図表 5-2-3-1 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

（単位：百万円）

年度	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
経常収益	130,326	132,375	97,541	102,431	105,912	106,054	111,948	117,368
経常費用	130,889	133,662	101,027	104,261	108,512	108,414	108,771	111,161
経常損益	▲ 563	▲ 1,287	▲ 3,486	▲ 1,830	▲ 2,600	▲ 2,360	3,177	6,207

※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。



資料：市町村公営企業決算概況（千葉県）

図表 5-2-3-2 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

（単位：百万円）

年度	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
医業収益	112,512	114,250	81,882	83,921	87,947	89,276	83,596	89,049
医業費用	121,017	123,419	94,356	97,129	101,454	100,978	101,113	103,415
医業損益	▲ 8,505	▲ 9,169	▲ 12,474	▲ 13,208	▲ 13,507	▲ 11,702	▲ 17,517	▲ 14,366

※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。

資料：市町村公営企業決算概況（千葉県）

図表 5-2-3-3 千葉県内の自治体病院



4 県立病院が担うべき役割

(1) 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3病院（がんセンター・総合救急災害医療センター・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5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6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、各県立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めていくこと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。

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県や複数圏域を対象とした医療を中心とします。

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的な取組み等も県立病院が担うべき医療です。

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。

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、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。

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療の中核的な医療活動を展開する必要があります。

(2) 施策の具体的展開

〔県立病院の将来方向〕

- 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。
- 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す。
- 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「公立病院経営強化ガイドライン*」、地域医療構想等を勘案して進めていきます。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、こうした地域の自治体等の取組を積極的に支援していきます。
- 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ていきます。

総合救急災害医療センターは、基幹災害拠点病院として、被災地からの重症傷病者の受入れなどを行うとともに、平時には、県内の医療従事者に災害医療に関する研修を行っています。

〔県立病院が担うべき具体的な医療機能〕

- 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。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

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。

(ア) 先端・高度専門的ながん医療と研究

- 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、総合的ながん対策の推進に積極的に協力します。

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、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、都道府県がん診療連携拠点病院*としての機能を担います。

- 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していきます。特に、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん）については、集学的治療*及び緩和ケア*を引き続き行うとともに、標準的治療*等ががん患者の状態に応じた適切な治療を行うほか、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の医療ニーズ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関が少ない希少がんについても対応していきます。

- 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・高度ながん治療や低侵襲治療*を提供します。

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、これら医療の研究・開発機能を一層強化します。

- 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す。
- 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、基礎的な研究成果の臨床応用研究を推進していきます。

(イ) 高度専門的な循環器医療

- 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、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

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があります。

- 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、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。
- 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、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医療圏及び隣接する山武長生夷隅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。

(ウ) 高度専門的なこども医療等と周産期医療

- 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。
- 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。
- 先天性疾患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に取り組みます。

(エ) 高度専門的なリハビリテーション医療

- 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（診断、治療、各種の先進的なリハビリテーション治療、義肢*装具*処方・製作、ソーシャルワークなど）から福祉サービ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、家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用などのソーシャルワーク、地域医療との連携等を含む。）を担っていく必要があります。
- 特に、
 - ・ 障害のある子どもに対する療育*の提供（医療型障害児入所施設等の運営を含む。）

- ・重症化・重複障害化*の脳血管障害のある人に対するロボットを活用した先進的なリハビリテーション治療の実施
- ・脳血管障害、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対する専門的・包括的リハビリテーションの提供
- ・障害のある人等に対するテクノエイド*機能の整備
- ・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
- ・四肢の切断患者等への義肢・装具の処方・製作とリハビリテーション治療の提供
- ・障害のある人・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築

等に取り組みます。

- 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。
- 千葉リハビリテーションセンターが、こうした県立施設としての機能・役割を果たすとともに、増加する県民ニーズに応えるため、施設を再整備し、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医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を図っていきます。

（オ） 全県や複数圏域を対象とした救急医療

- 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。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、迅速かつ適切な医療を提供していく必要があります。

これらの課題については、新たに整備した総合救急災害医療センターが対応していきます。

- 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、身体・精神合併救急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ます。
- 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、

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、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。

(カ) 全県や複数圏域を対象とした精神科医療

- 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に障害のある人（特に措置入院*患者）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づけられています。
- 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、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*（医療相談窓口）機能を担っています。また、総合救急災害医療センターにおいて、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提供していくほか、身体・精神科合併救急医療の全県ネットワークの構築を目指します。
- 「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帰を積極的に支援していきます。
- さらに、精神に障害のある人の早期治療、社会復帰につなげるため、総合救急災害医療センターと同一施設内に設置されている精神保健福祉センター（県こころセンター）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。

(キ) 災害医療

- 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な役割を担う必要があります。
- 特に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。
- 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の役割を果たしていきます。

(ク) 人材育成機能等

- 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年から開始された専門医制度*における専門研修*を通じて、全人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あります。
- 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。
- 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

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的に取り組んでいきます。

(ケ) 医療安全

- 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です。
- 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。
- 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、内部通報制度などの制度を活用して、安全・安心を最優先に医療を提供していきます。

5 薬局の役割

(ア) 施策の現状・課題

地域において安全で質の高い医療を提供するためには、薬物療法についても入院から外来・在宅医療へ移行する中で円滑に医薬品を提供し続ける体制を構築することが重要です。

そのために、医療機関等と連携の上、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を目的に、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。

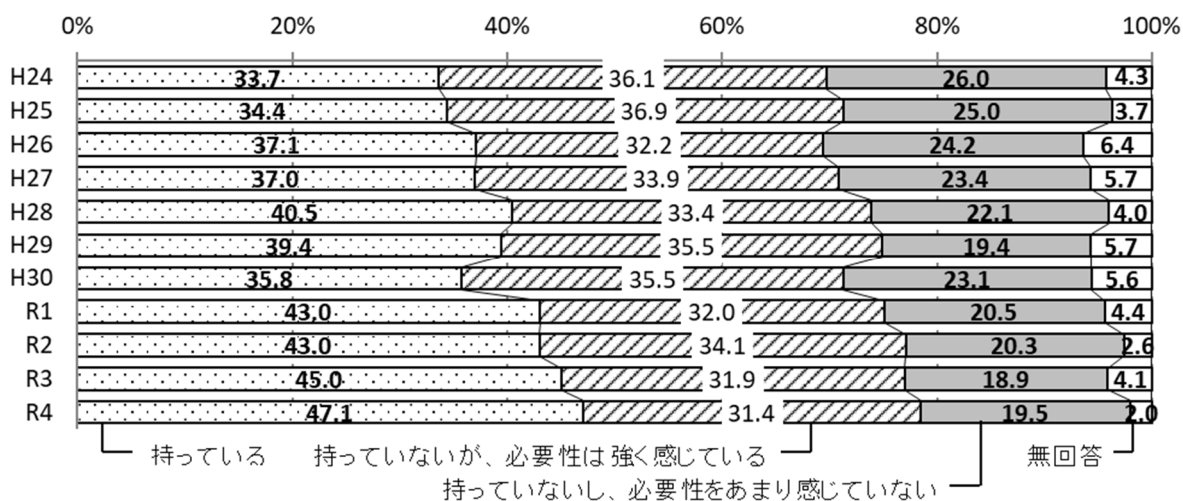
かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、中長期的視野に立って現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示する「患者のための薬局ビジョン」に基づき、令和7年までにすべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことが求められています。

しかしながら、県政に関する世論調査（令和4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、令和4年度は47.1%であり、平成28年度調査時と比較して6.6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31.4%と平成28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、患者が自身に適した薬局を選択することができるよう、地域連携薬局*や専門医療機関連携薬局*の認定制度が始まったことから、その役割や特徴等について周知する必要があります。

また、健康サポート薬局*には、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ことが求められています。

図表 5-2-5-1 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、令和4年度で約3,642万枚となっており、医薬分業*率(処方せん受取率)は79.8%と、全国平均76.6%を上回っています。

(イ) 施策の具体的展開

[かかりつけ薬剤師・薬局の啓発]

- 県民にかかりつけ薬剤師・薬局や認定薬局*、健康サポート薬局等について理解を得るため、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象とした医薬品の適正使用等の講習会を実施します。

[薬局機能情報等の提供]

- 薬局機能情報提供制度については、これまで各都道府県のシステムにより運用されてきましたが、令和6年度から厚生労働省が管理する全国統一システムに移行して本格運用されるため、その適切な運用に努めます。

[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]

- 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、地域包括ケアシステム*の一翼を担うことができるように、訪問薬剤管理指導等対応薬局*の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ります。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状 (令和4年度)	目標 (令和11年度)
かかりつけ薬剤師・薬局の定着度	47.1%	64.0%

6 患者の意思を尊重した医療

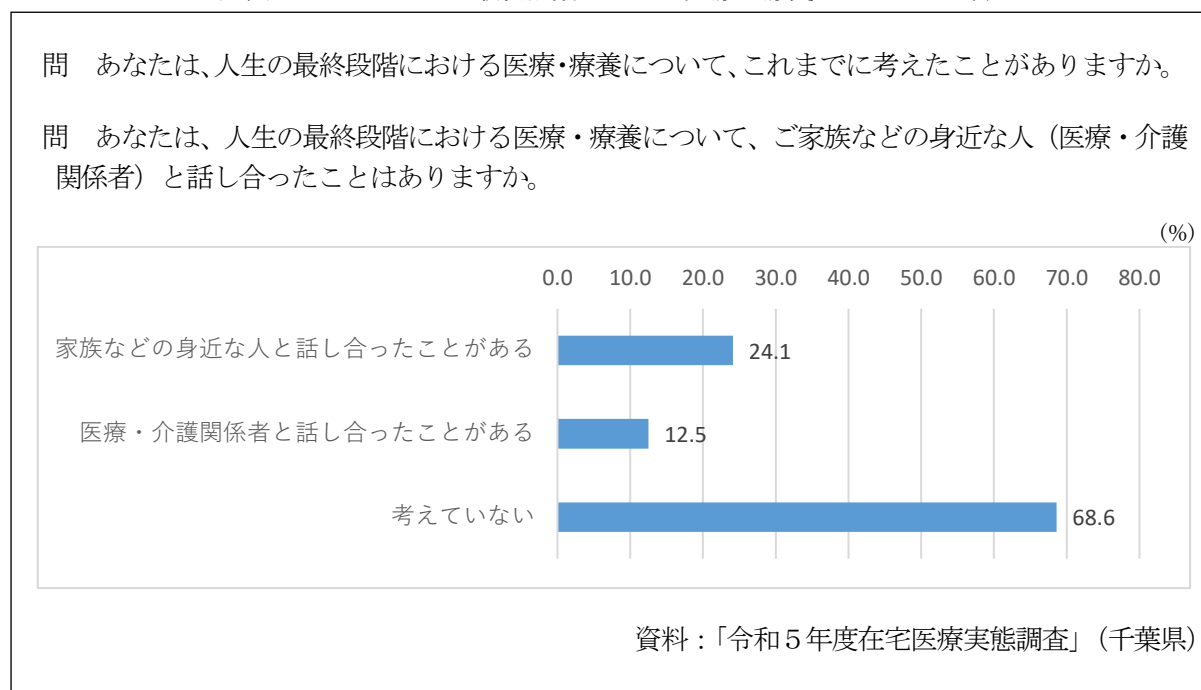
(1) 施策の現状・課題

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、「アドバンス・ケア・プランニング（ACP*）」（愛称：人生会議*）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、千葉県が行った「令和5年度在宅医療実態調査」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ている県民は多くなく、68.6パーセントの県民は「考えていない」という状況です。

図表 5-2-6-1 人生の最終段階における医療・療養についての意識

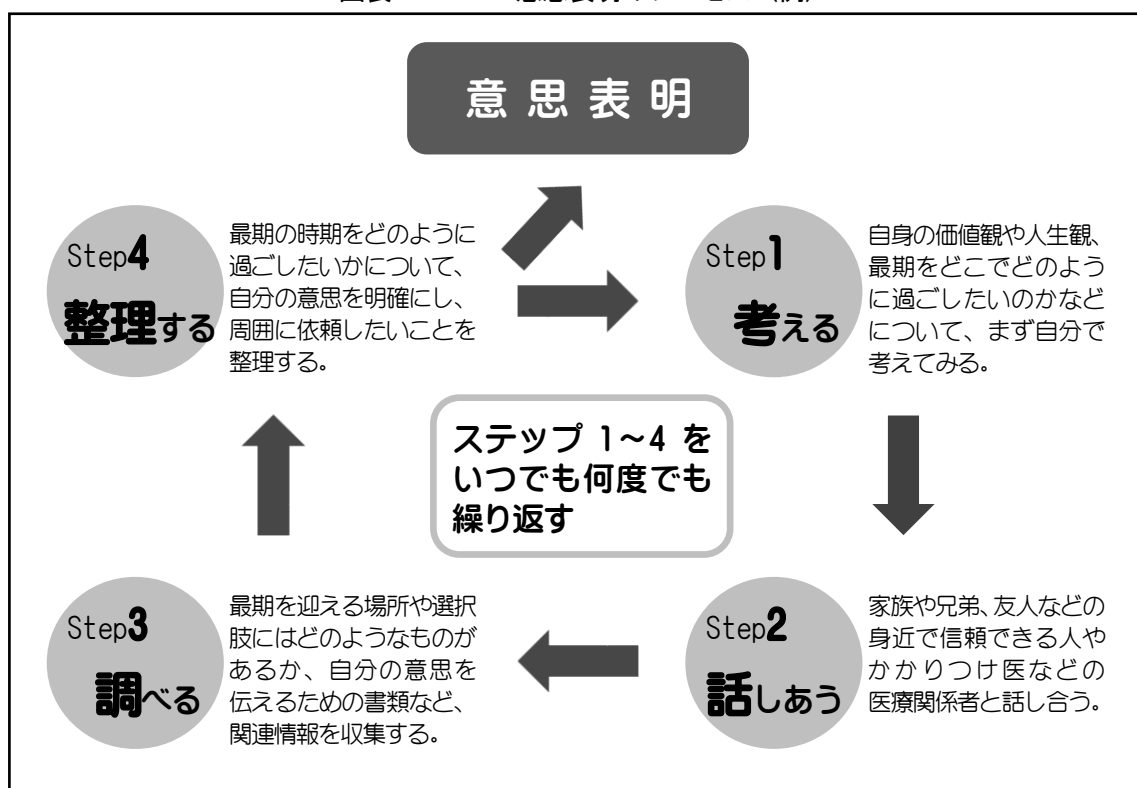


(2) 施策の具体的展開

〔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〕

- 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るのかを調べ、整理しておくことの重要性を啓発します。
- 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ける医療を進めるプロセスの普及を図ります。

図表 5-2-6-2 意思表示のプロセス (例)



第3節 在宅医療の推進

1 施策の現状・課題

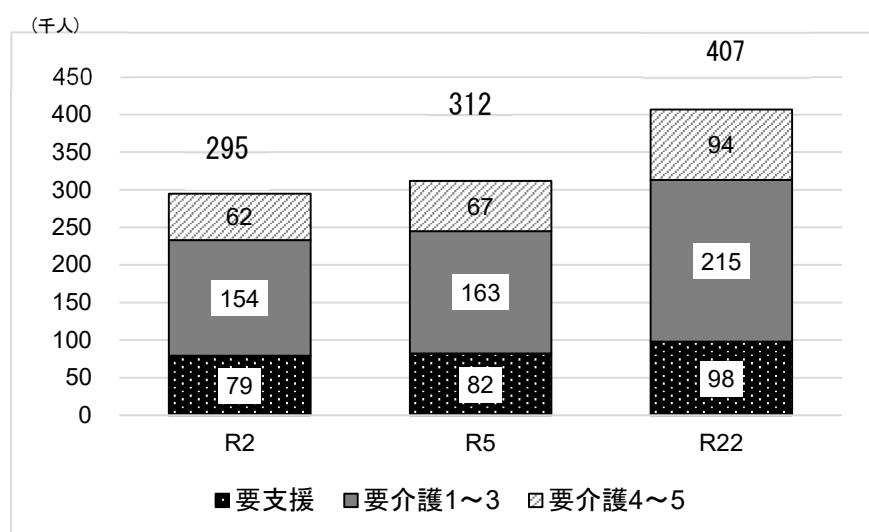
(1) 在宅医療の対象者の状況

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、令和7年には625万8千人に減少する一方、65歳以上の人口は177万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、全ての「団塊の世代」が75歳以上となる令和7年には平成27年の約1.5倍の105万6千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等認定者数は、令和2年度の約29万5千人から令和22年度には約40万7千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年度の約6万2千人から令和22年度には9万4千人に増加する見込みとなっています。

要介護等認定者について、介護が必要となった主な原因には、骨折・転倒、関節疾患を含むロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイル（高齢による虚弱）等があり、これらの疾患等を契機として在宅医療の利用につながることも想定されます。

図表 5-3-1-1 要介護等認定者数の推計

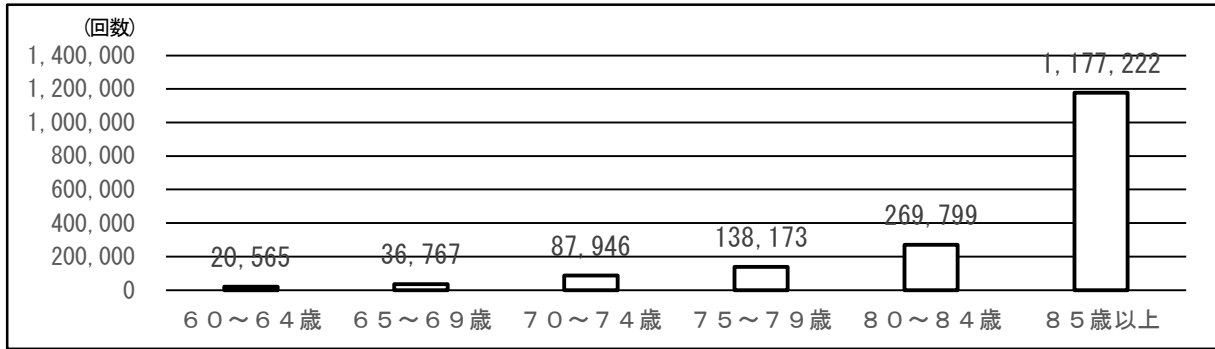


資料：千葉県高齢者保健福祉計画

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。本県の75歳以上人口の増加の見通しを踏まえると、令和17年にかけて訪問診療の需要は増加していく傾向にあります。

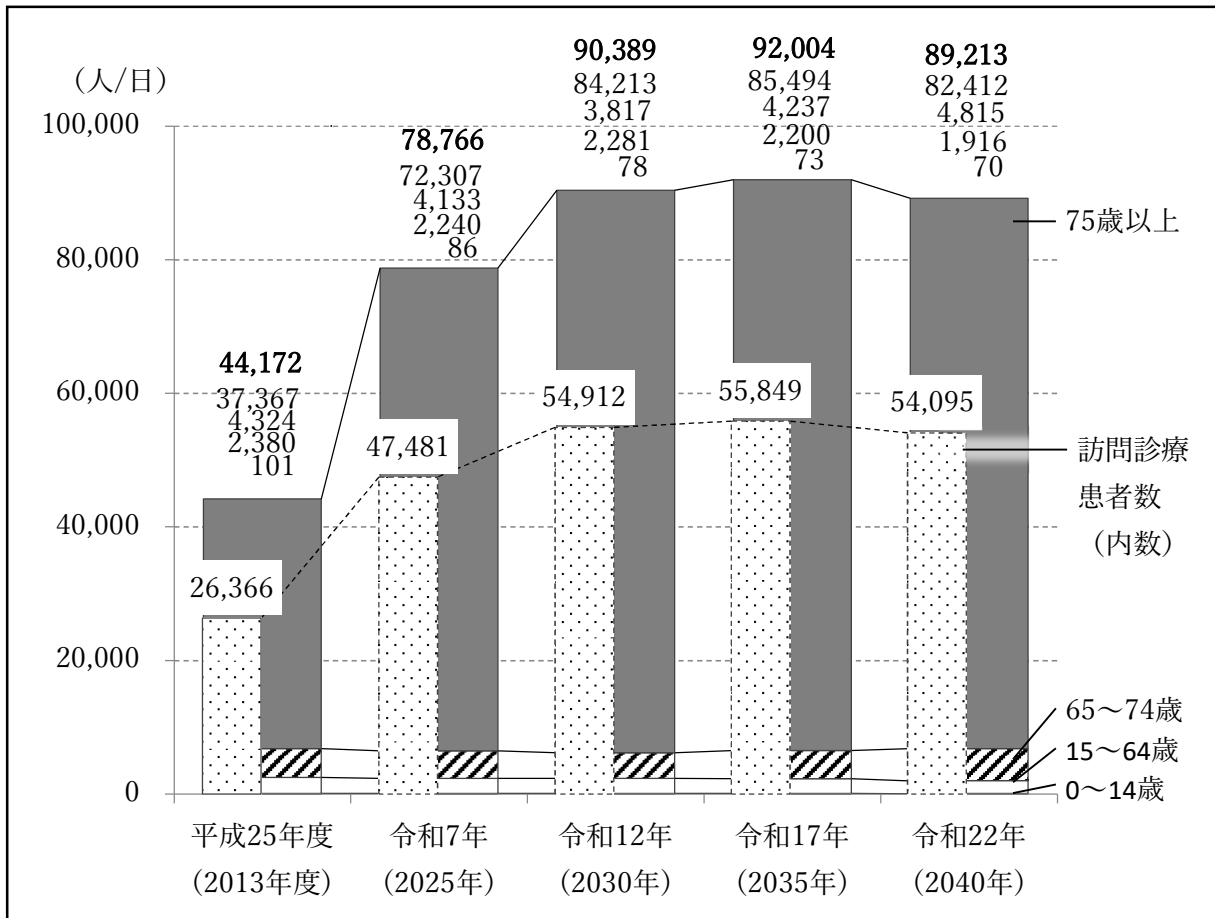
一方で、在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数や在宅患者訪問診療料を算定している小児（0歳から14歳）の数も、年々増加しており、特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。

図表 5-3-1-2 全国の年齢別訪問診療回数



資料：令和4年 社会医療診療行為別統計（厚生労働省・令和4年6月審査分）

図表 5-3-1-3 在宅医療等需要の将来推計（千葉県）



資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。
 推計条件・患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）
 訪問診療患者数は全体の内数であり、平成25年度時点の訪問診療に係る地域別・性別・年齢階級別受療率がその後も変化しないと仮定した場合の推計患者数（参考値）。

図表 5-3-1-4 在宅人工呼吸指導管理料算定回数

	平成29年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
算定回数（年間）	5,088回	5,292回	5,767回	5,965回

資料：KDBデータ（在宅人工呼吸指導管理料）

図表 5-3-1-5 訪問診療（小児）の算定回数

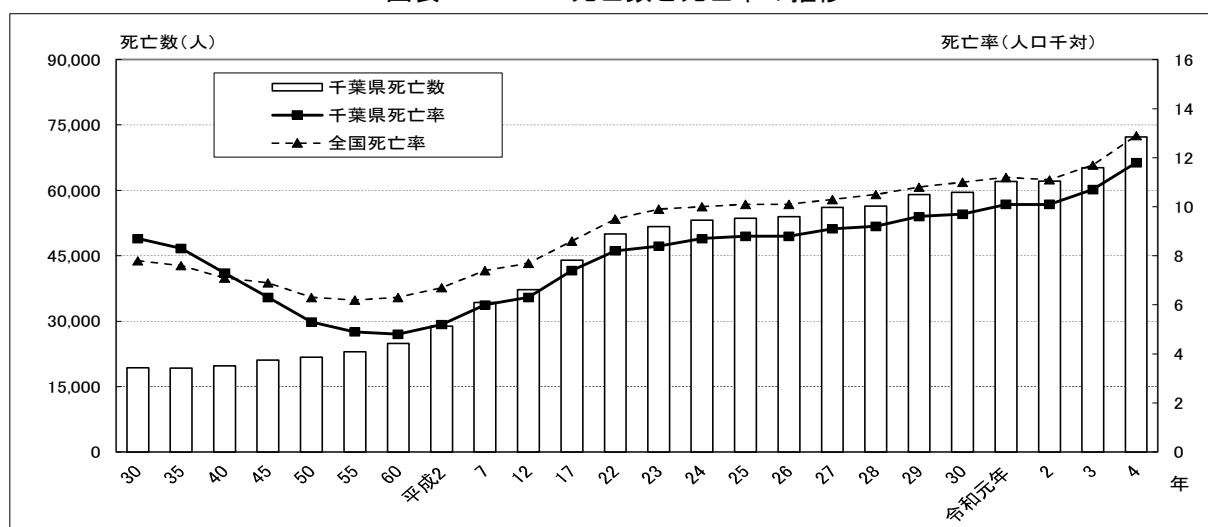
	平成 29 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
算定回数（年間）	2,917 回	3,519 回	3,565 回	4,260 回

資料：NDB データ（訪問診療を受けた患者数（15 歳未満））

本県の死亡数は長期的には増加傾向で推移しています。死亡率（人口千対）では令和 4 年は 11.8 で全国平均の 12.9 に対し 1.1 ポイント低く、高い順では全国 41 位となっています。

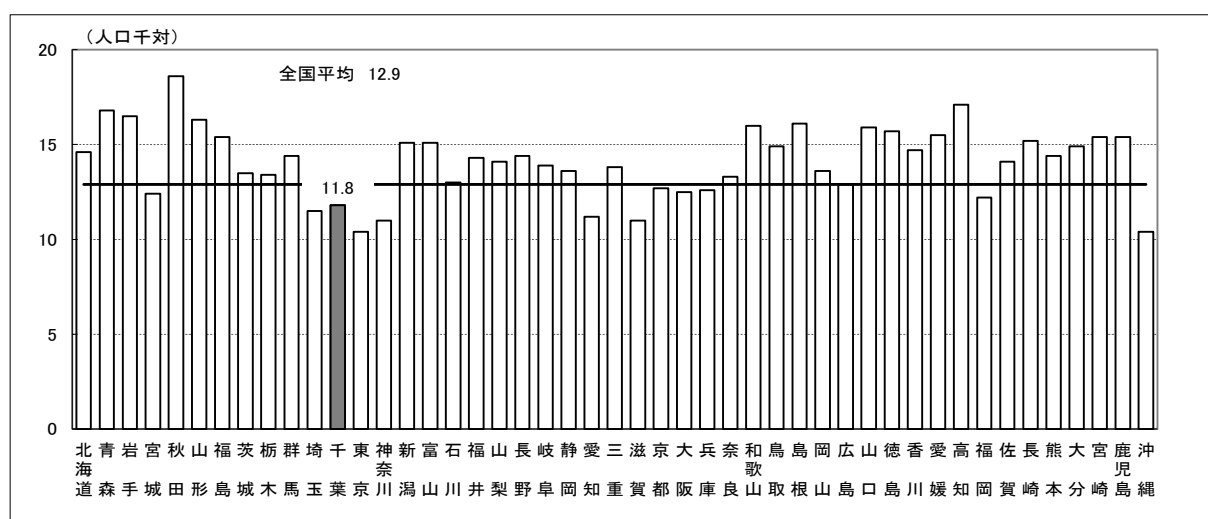
一方、死因別死亡数は全国とほぼ同じ傾向にあり、悪性新生物＜腫瘍＞、心疾患、老衰の上位 3 死因で、死亡総数の 51.5% を占めています。また、主な死因別死亡率の推移をみると、老衰で亡くなる方が増加傾向にあります。

図表 5-3-1-6 死亡数と死亡率の推移



資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 5-3-1-7 都道府県別死亡率



資料：令和 4 年人口動態調査（厚生労働省）

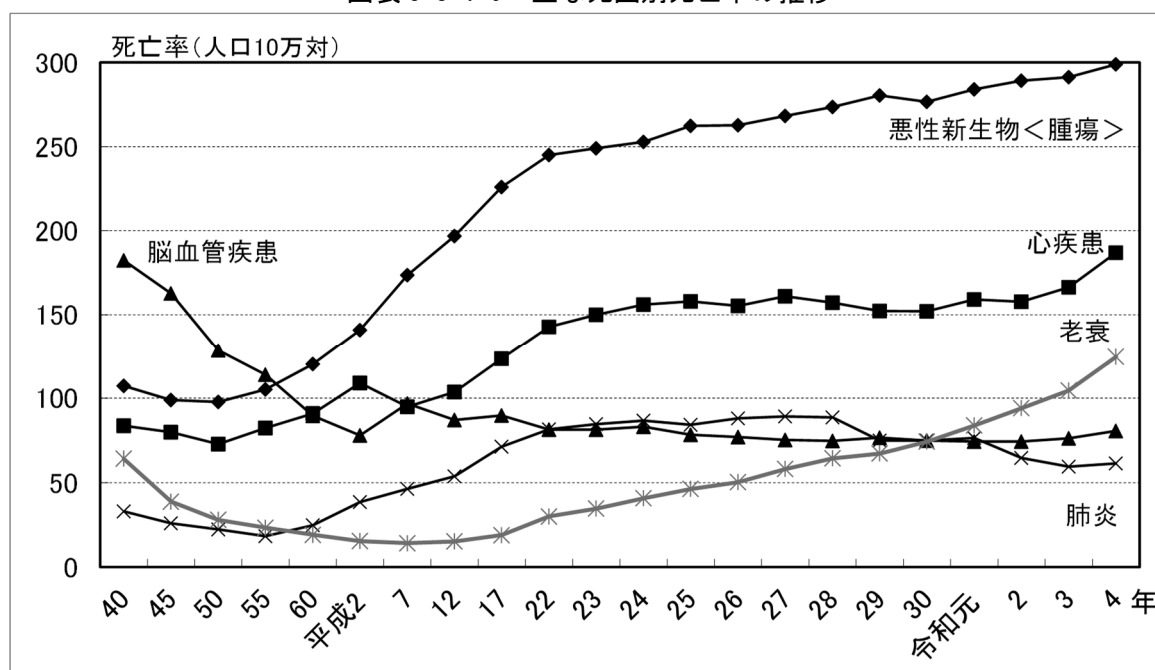
図表 5-3-1-8 死因別死亡数と死亡総数に占める割合（上位10位）

順位	全国			千葉県		
	死因	死亡数(人)	構成割合(%)	死因	死亡数(人)	構成割合(%)
1	悪性新生物<腫瘍>	385,797	24.6%	悪性新生物<腫瘍>	18,239	25.2%
2	心疾患	232,964	14.8%	心疾患	11,398	15.8%
3	老衰	179,529	11.4%	老衰	7,602	10.5%
4	脳血管疾患	107,481	6.9%	脳血管疾患	4,921	6.8%
5	肺炎	74,013	4.7%	肺炎	3,749	5.2%
6	誤嚥性肺炎	56,069	3.6%	誤嚥性肺炎	2,426	3.4%
7	不慮の事故	43,420	2.8%	不慮の事故	1,669	2.3%
8	腎不全	30,739	2.0%	高血圧性疾患	1,213	1.7%
9	アルツハイマー病	24,860	1.6%	腎不全	1,170	1.6%
10	血管性等の認知症	24,360	1.6%	間質性肺疾患	1,091	1.5%
死亡総数		1,569,050			72,258	

順位	千葉県(男)			千葉県(女)		
	死因	死亡数(人)	構成割合(%)	死因	死亡数(人)	構成割合(%)
1	悪性新生物<腫瘍>	10,967	28.2%	悪性新生物<腫瘍>	7,272	21.8%
2	心疾患	5,985	15.4%	心疾患	5,413	16.2%
3	脳血管疾患	2,524	6.5%	老衰	5,350	16.0%
4	老衰	2,252	5.8%	脳血管疾患	2,397	7.2%
5	肺炎	2,241	5.8%	肺炎	1,508	4.5%
6	誤嚥性肺炎	1,476	3.8%	誤嚥性肺炎	950	2.8%
7	不慮の事故	1,008	2.6%	不慮の事故	661	2.0%
8	間質性肺疾患	731	1.9%	血管性等の認知症	591	1.8%
9	自殺	681	1.8%	高血圧性疾患	584	1.7%
10	慢性閉塞性肺疾患	652	1.7%	腎不全	530	1.6%
死亡総数		38,833			33,425	

資料：令和4年人口動態調査（厚生労働省）

図表 5-3-1-9 主な死因別死亡率の推移

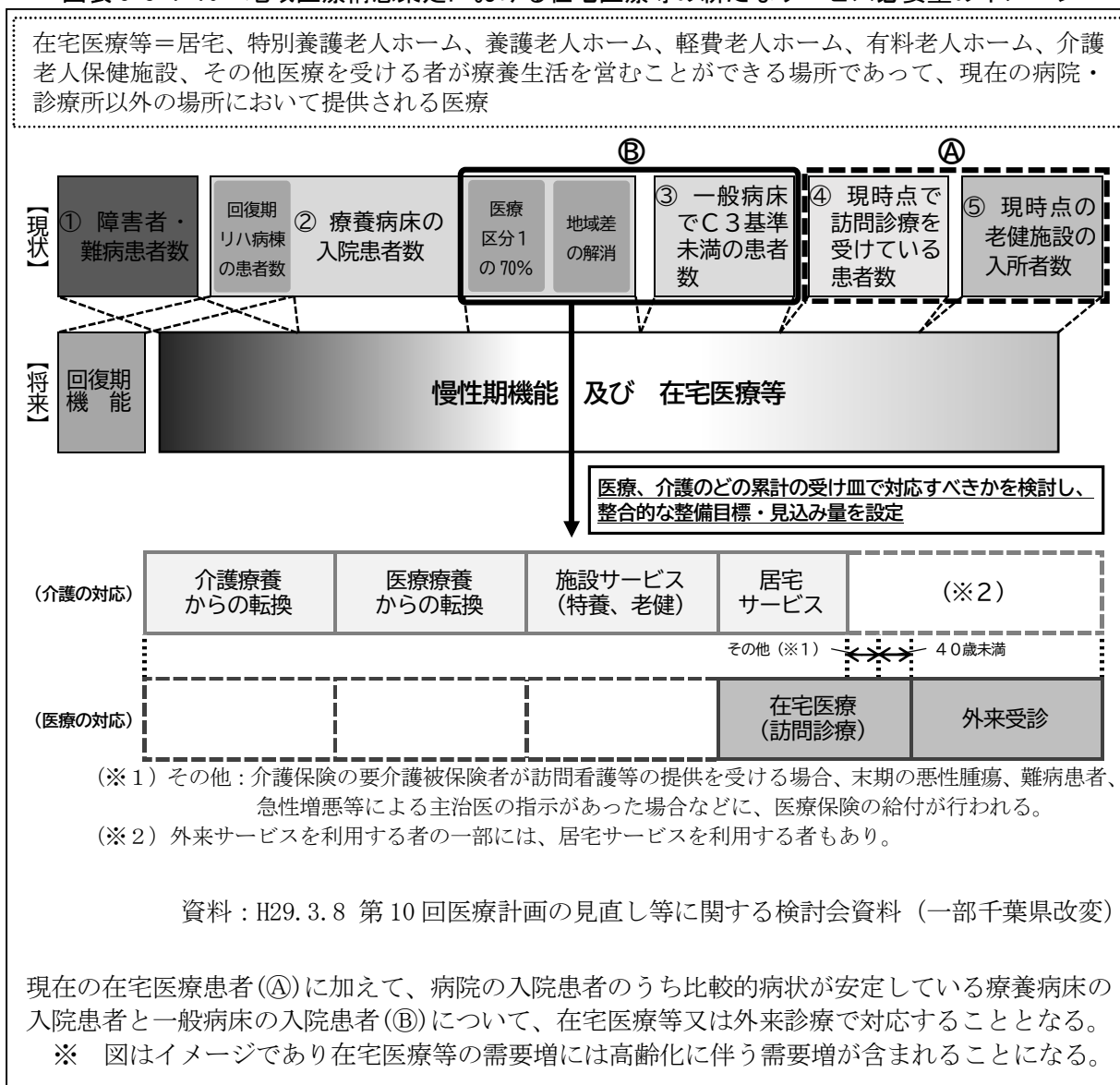


資料：人口動態調査（厚生労働省）

このように、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 5-3-1-10 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



(2) 県民の希望と意識

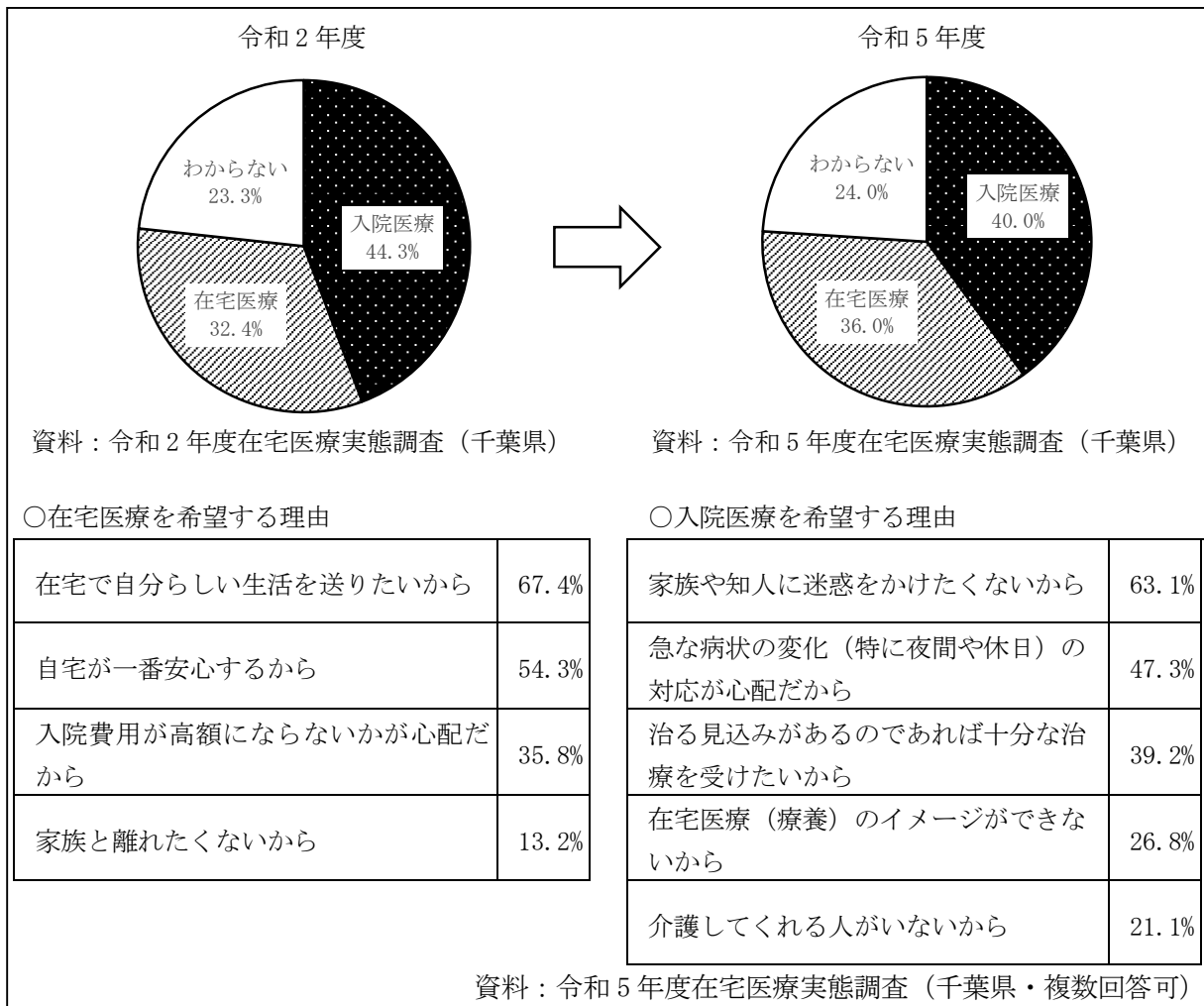
県が実施した「令和5年度在宅医療実態調査」によれば、病気で長期にわたる治療(療養)が必要になった場合に、「入院医療」を希望すると回答した方は、40.0%、「在宅医療」を希望すると回答した方は36.0%、「わからない」と回答した方は24.0%でした。令和2年度の調査結果は、「入院医療」を希望すると回答した方は、44.3%、「在宅医療」を希望すると回答した方は32.4%、「わからない」と回答した方は23.3%のため、在宅医療を希望する県民が増加傾向にあります。

入院医療を希望する理由として、「家族や知人に迷惑をかけたくないから」「急な病状の変化(特に夜間や休日)の対応が心配だから」が相当程度ありました。

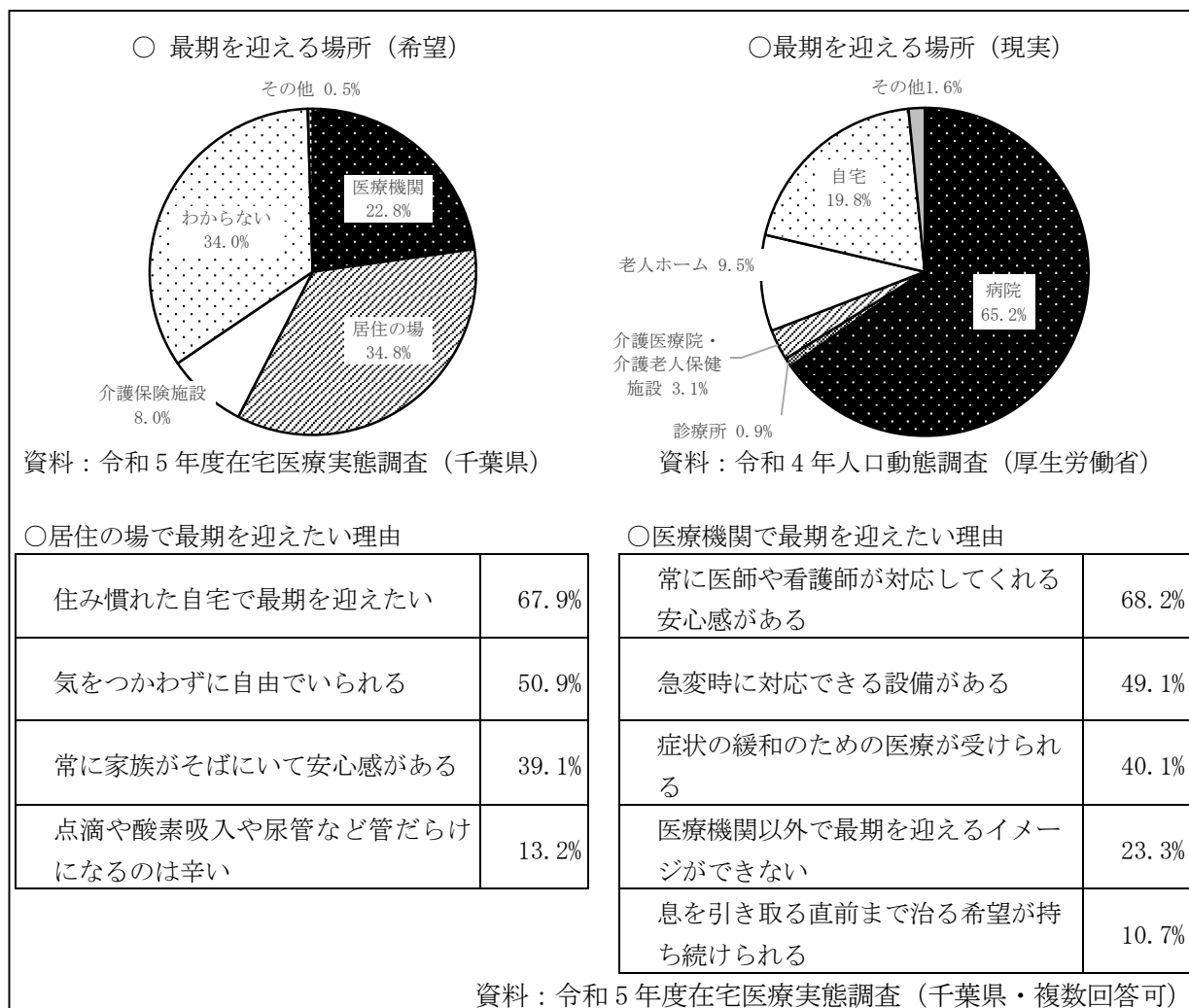
また、自分が最期を迎えたい場所として、「医療機関」が22.8%、「居住の場(自宅やサービス付き高齢者向け住宅など)」が34.8%、「介護保険施設(特別養護老人ホームなど)」が8.0%、「わからない」が34.0%でした。一方で、66.1%の県民が医療機関で最期を迎えている現実があります。

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」「急変時に対応できる設備があるから」が相当程度あり、前記の病気で長期にわたる治療(療養)が必要となった場合の希望と併せ、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 5-3-1-11 長期の治療(療養)が必要になった場合の希望



図表 5-3-1-12 最期を迎える場所に関する県民の意識と実態



(3) 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、退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入や多職種による退院前カンファレンス*等の病院における組織的な取組が行われています。

令和4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医療機関数は、報告のあった363か所中191か所（52.6%）でした。

また、退院支援担当者を配置している医療機関数は、平成29年度の141か所から、令和2年度の149か所と増加しているものの、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。

図表 5-3-1-13 退院調整部門を設置している医療機関数

	平成 29 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
報告医療機関数 (a)	425 か所	390 か所	377 か所	363 か所
退院調整部門を設置している医療機関数 (b)	179 か所	175 か所	189 か所	191 か所
割合 (b/a)	42.1%	44.9%	50.1%	52.6%

資料：病床機能報告（千葉県・7月1日時点）

図表 5-3-1-14 退院支援担当者を配置している医療機関数・担当者数

	平成 26 年度	平成 29 年度	令和 2 年度
退院支援担当者を配置している医療機関数	142 か所	141 か所	149 か所
担当者数	406 人	532 人	693 人

資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

(4) 日常の療養支援

ア 訪問診療等の医療資源

県内で訪問診療を行う病院は 106 か所（令和 2 年度）、実施件数（1 か月間）は 8,146 件で、平成 29 年度の 93 か所、6,523 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 483 か所（令和 2 年度）、実施件数（1 か月間）は 57,510 件と、平成 29 年度の 476 か所、45,882 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*360 か所、52,727 件、在宅療養支援診療所以外の診療所 123 か所、4,783 件となっています。

今後も需要の増加が見込まれる訪問診療の体制整備に向け、訪問診療における医療機関間の連携や ICT 化等による対応力強化、これまで訪問診療を担っていない医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進等を図っていくことが求められています。

図表 5-3-1-15 訪問診療実施医療機関数・件数

	平成 26 年度	平成 29 年度	令和 2 年度
訪問診療実施医療機関数	592 か所	569 か所	589 か所
(内訳) 一般診療所	491 か所	476 か所	483 か所
病院	101 か所	93 か所	106 か所
訪問診療実施件数(1 か月間)	42,892 件	52,405 件	65,656 件
(内訳) 一般診療所	37,652 件	45,882 件	57,510 件
病院	5,240 件	6,523 件	8,146 件

資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

本県の 75 歳以上の人口増加にあわせて、訪問歯科診療*も需要の増加が見込まれます。

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 433 か所（令和 2 年度）、実施件数（1 か月間）は 7,267 件であり、施設への

訪問の場合は、実施診療所は 394 か所（令和 2 年度）、実施件数（1 か月間）は 26,033 件でした。平成 29 年度の居宅 348 か所・5,893 件、施設 303 か所・22,076 件から増加しています。また、訪問歯科衛生指導*を実施している施設数は 202 か所（令和 2 年度）であり、平成 29 年度の 172 か所から増加しています。

近年、口腔の管理が誤嚥性肺炎*の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔管理の重要性が高まっています。

引き続き、地域の実情を踏まえた歯科医療機関間の連携や医科歯科連携*を推進していくことが求められています。

図表 5-3-1-16 歯科診療所訪問診療実施機関数・件数

		平成 26 年度	平成 29 年度	令和 2 年度
訪問診療実施診療所	居宅への訪問	342 か所	348 か所	433 か所
	施設への訪問	286 か所	303 か所	394 か所
訪問診療実施件数 (1 か月間)	居宅への訪問	5,171 件	5,893 件	7,267 件
	施設への訪問	16,800 件	22,076 件	26,033 件

資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

図表 5-3-1-17 訪問歯科衛生指導を実施している施設数

	平成 26 年度	平成 29 年度	令和 2 年度
訪問歯科衛生指導を実施している施設数	162 か所	172 か所	202 か所

資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局*数は、2,252 か所（令和 5 年度）でした。平成 29 年度の 1,749 か所から増加しており、在宅患者訪問薬剤管理指導の実施薬局数は 568 か所（令和 4 年度）、指導料の算定回数は 20,391 回（令和 4 年度）と平成 29 年度の 300 か所・6,613 回からそれぞれ増加しています。一方、居宅療養管理指導の実施薬局数は 1,314 か所（令和 4 年度）、指導料の算定数は 279,358 回（令和 4 年度）と、平成 29 年の 755 か所・120,233 回からそれぞれ増加しています。

薬剤師の関与により、薬物有害事象*への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きく、引き続き、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制の構築や薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携等が求められています。

図表 5-3-1-18 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局

	平成 29 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	1,749 か所	2,031 か所	2,138 か所	2,252 か所

資料：関東信越厚生局届出

図表 5-3-1-19 在宅患者訪問薬剤管理指導実施薬局数・算定回数

	平成 29 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
在宅患者訪問薬剤管理指導実施薬局数	300 か所	398 か所	454 か所	568 か所
在宅患者訪問薬剤管理指導料算定回数 (年間)	6,613 回	10,080 回	13,822 回	20,391 回

資料：KDB データ (在宅患者訪問薬剤管理指導料)

図表 5-3-1-20 薬局による居宅療養管理指導実施薬局数・算定回数

	平成 29 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
居宅療養管理指導実施機関薬局数 (介護予防居宅療養管理指導含む)	755 か所	1,085 か所	1,178 か所	1,314 か所
居宅療養管理指導料算定回数 (年間) (介護予防居宅療養管理指導含む)	120,233 回	217,313 回	255,259 回	279,358 回

資料：KDB データ (在宅患者訪問薬剤管理指導料)

訪問看護ステーション*数は 454 か所 (令和 3 年度)、利用者数は 32,768 人 (1 か月間) であり、平成 28 年度の 276 か所・18,370 人から増加しています。また、県内の訪問看護ステーションで業務に従事している看護職員数は 3,148 人 (令和 3 年度) であり、平成 28 年度の 1,678 人から増加しています。県内の訪問看護ステーションは、業務に従事している看護職員数 (常勤換算) が 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ます。こうした施設も訪問看護サービス提供のため、重要な役割を果たしていますが、規模を拡大するなどの機能強化を図ることで、より安定的な訪問看護サービスの提供体制を整備すること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できるよう、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 5-3-1-21 訪問看護ステーション数・業務に従事している看護職員数・利用者数

	平成 28 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度
訪問看護ステーション数	276 か所	388 か所	418 か所	454 か所
業務に従事している看護職員数 (常勤換算数)	1,678 人	2,587 人	2,836 人	3,148 人
訪問看護ステーション利用者数 (1 か月間)	18,370 人	27,781 人	32,026 人	32,768 人

資料：介護サービス施設・事業所調査 (厚生労働省・10 月 1 日時点)

図表 5-3-1-22 訪問看護ステーションの規模

看護職員数 (常勤換算数)	2.5～ 3 人未満	3～ 5 人未満	5～ 7.5 人未満	7.5～ 10 人未満	10～ 15 人未満	15～ 20 人未満	20 人以上
割合	6.5%	46.8%	26.8%	9.4%	7.1%	2.6%	1.0%

資料：令和 5 年度在宅医療実態調査 (千葉県)

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理*を実施している医療機関数は72 か所（令和 2 年度）、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理の実施件数（1 か月間）は 1,757 件（令和 2 年度）と平成 29 年度の 52 か所、632 件から増加しています。

一方、訪問リハビリテーションにおける介護給付費の請求事業所数は、171 か所（令和 5 年度）と平成 29 年度の 133 か所から増加しています。また、介護給付費の年間受給者数は、8.3 千人（令和 4 年度）と平成 29 年度の 6.5 千人から増加しています。

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。

また、在宅患者訪問栄養食事指導*を実施している医療機関数は 13 か所（令和 4 年度）であり、平成 29 年度の 2 か所から増加しています。

口腔の管理、リハビリテーション、栄養管理が一体となって運用されることで、より効果的に身体機能や生活機能の維持向上につながることを期待されています。そのため、これらの関係職種間が連携して支援を行える体制の構築が重要です。

図表 5-3-1-23 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理実施医療機関数・件数

	平成 26 年度	平成 29 年度	令和 2 年度
在宅患者訪問リハビリテーション実施医療機関数	53 か所	52 か所	72 か所
(内訳) 一般診療所	35 か所	37 か所	52 か所
病院数	18 か所	15 か所	20 か所
在宅患者訪問リハビリテーション実施件数(1 か月間)	582 件	632 件	1,757 件
(内訳) 一般診療所	317 件	299 件	944 件
病院数	265 件	333 件	813 件

資料：医療施設調査（厚生労働省・10 月 1 日時点）

図表 5-3-1-24 訪問リハビリテーション請求事業所数・年間実受給者数

		平成 29 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
訪問リハビリテーション 請求事業所数（4 月審査分）	介護給付	136 か所	155 か所	162 か所	171 か所
	予防給付	97 か所	107 か所	109 か所	121 か所
実受給者数（年間）	介護給付	6.5 千人	7.6 千人	8 千人	8.3 千人
	予防給付	0.9 人	1.2 千人	1.3 千人	1.3 千人

資料：介護給付費等実態統計（厚生労働省）

図表 5-3-1-25 在宅患者訪問栄養食事指導実施機関数

	平成 29 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
在宅患者訪問栄養食事指導実施機関数	2 か所	6 か所	6 か所	13 か所

資料：KDB データ（在宅患者訪問栄養食事指導料）

平成 29 年度と令和 5 年度を比較すると、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所は、343 か所から 412 か所、在宅療養支援病院*は 33 か所から 52 か所、在宅療養支援歯科診療所*は 329 か所から 310 か所、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は 1,749 か所から 2,252 か所、機能強化型訪問看護ステーション*は 16 か所から 34 か所（機能強化型 1：25 か所、機能強化型 2：8 か所、機能強化型 3：1 か所）へと増加しています。

図表 5-3-1-26 在宅療養支援診療所・病院等の数

	平成 29 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
在宅療養支援診療所	343 か所	384 か所	399 か所	412 か所
在宅療養支援病院	33 か所	46 か所	49 か所	52 か所
在宅療養支援 歯科診療所	329 か所	299 か所 ※ R2.4 施設基準変更	306 か所	310 か所
在宅患者訪問薬剤 管理指導料届出薬局	1,749 か所 ※ 7月1日時点	2,031 か所	2,138 か所	2,252 か所
機能強化型訪問看護 ステーション	16 か所	29 か所	35 か所	34 か所 (内訳) 機能強化型 1：25 か所 機能強化型 2：8 か所 機能強化型 3：1 か所

資料：関東信越厚生局届出（4月1日時点）

県内の在宅医療資源は、おおむね増加しているものの、全国平均と比較すると、人口 10 万人当たりの在宅療養支援診療所・病院数は 6.8 か所（令和 3 年 3 月時点：全国平均 12.9）、在宅療養支援歯科診療所数は 4.8 か所（令和 3 年 3 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 34.9 か所（令和 4 年 10 月時点：全国平均 43.9）、訪問看護ステーション数は 7.2 か所（令和 3 年 10 月時点：全国平均 10.7）と相対的に少なく、また、在宅療養支援診療所が 1 か所もない市町村があるなど資源の偏りも見られます。

引き続き、在宅医療を支える資源の確保や、在宅医療を担う人材の育成が重要です。

図表 5-3-1-27 在宅療養支援診療所・病院等の全国との比較

	時点	人口 10 万対	
		千葉県	全国
在宅療養支援診療所・病院	令和 3 年 3 月	6.8 か所	12.9 か所
在宅療養支援歯科診療所	令和 3 年 3 月	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	令和 4 年 10 月	34.9 か所	43.9 か所
訪問看護ステーション	令和 3 年 10 月	7.2 か所	10.7 か所

資料：厚生局届出及び介護サービス施設・事業所調査から千葉県作成

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。

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 5-3-1-28 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 か所	39 か所
在宅療養支援病院	29 か所	0 か所
訪問看護事業所	242 か所	81 か所

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）

イ 災害時対応

県が実施した「令和 5 年度在宅医療実態調査」によれば、在宅医療を提供している関係機関の業務継続計画 (BCP) * の令和 5 年 8 月時点の策定状況について、診療所では 6.3%、病院では 25.3%、在宅療養支援歯科診療所では 3.8%、在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局では 24.0%、訪問看護ステーションでは 31.3% でした。

在宅医療を提供する機関では、人工呼吸器等の医療機器を使用している患者も多く診療していることから、自然災害や新興感染症の流行等により、医療設備への被害や従業員が感染した場合等においても、在宅医療の診療体制を維持し、継続的な医療を提供することが求められます。

一方、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。

また、災害時においては、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携がますます重要になることから、平時から連携を進める必要があります。

図表 5-3-1-29 各関係機関の BCP 策定状況

	診療所	病院	在宅療養支援 歯科診療所	在宅患者訪問 薬剤管理指導 料届出薬局	訪問看護 ステーション
回答数 (a)	477 か所	87 か所	185 か所	1409 か所	358 か所
策定済み (b)	30 か所	22 か所	7 か所	338 か所	112 か所
割合 (b/a)	6.3%	25.3%	3.8%	24.0%	31.3%
今後策定予定 (c)	50 か所	31 か所	16 か所	115 か所	188 か所
割合 (c/a)	10.5%	35.6%	8.6%	8.2%	52.5%
未策定 (d)	364 か所	29 か所	154 か所	878 か所	46 か所
割合 (d/a)	76.3%	33.3%	83.2%	62.3%	12.8%
無回答 (e)	33 か所	5 か所	8 か所	78 か所	12 か所
割合 (e/a)	6.9%	5.7%	4.3%	5.5%	3.4%

資料：令和 5 年度在宅医療実態調査（千葉県）

ウ 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、訪問栄養食事指導、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。

(5) 急変時の対応

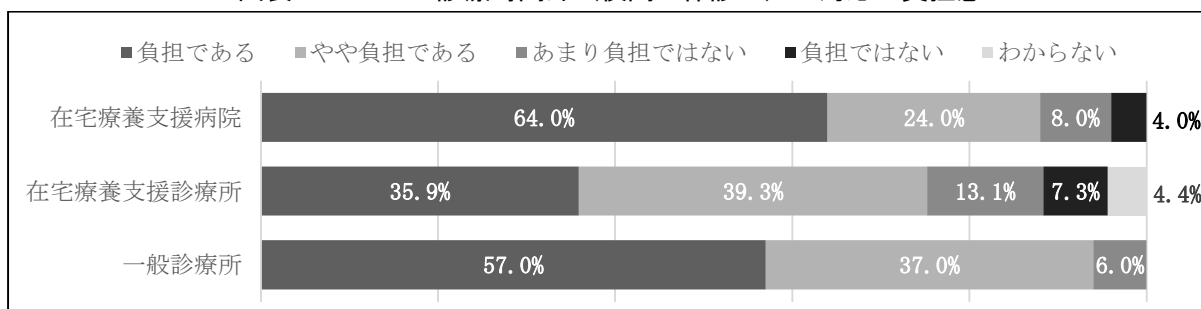
県が実施した「令和 5 年度在宅医療実態調査」では、在宅医療よりも入院医療を希望する理由として、家族の負担への懸念や急変時の対応に関する患者の不安が挙げられています。一方、同調査における医療機関の診療時間外（夜間・休診日）対応の負担感について、一般診療所だけでなく在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院においても約 8 割が「負担である」「やや負担である」と回答しています。

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 558 か所（令和 2 年度）で、平成 29 年度の 620 か所から減少傾向にあります。一方、実施件数（1 か月間）は 9,042（令和 2 年度）で、平成 29 年度の 7,739 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 17 か所（令和 5 年度）、24 時間対応可能な訪問看護ステーションは 544 か所（令和 5 年度）と、令和 2 年度の 15 か所、425 か所に比べてそれぞれ増加傾向にあります。

引き続き、県民が住み慣れた自宅などでの療養生活を安心して続けられるために、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 5-3-1-30 診療時間外（夜間・休診日）の対応の負担感



資料：令和 5 年度在宅医療実態調査（千葉県）

図表 5-3-1-31 往診実施医療機関数・件数

	平成 26 年度	平成 29 年度	令和 2 年度
往診実施医療機関数	666 か所	620 か所	558 か所
(内訳) 一般診療所	614 か所	566 か所	500 か所
病院数	52 か所	54 か所	58 か所
往診実施件数(1 か月間)	6, 256 件	7, 739 件	9, 042 件
(内訳) 一般診療所	5, 623 件	7, 108 件	8, 165 件
病院	633 件	631 件	877 件

資料：医療施設調査（厚生労働省・10 月 1 日時点）

図表 5-3-1-32 在宅療養後方支援病院・24 時間対応訪問看護ステーションの数

	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
在宅療養後方支援病院	15 か所	15 か所	17 か所
24 時間対応訪問看護ステーション	425 か所	485 か所	544 か所

資料：関東信越厚生局届出（4 月 1 日時点）

(6) 在宅での看取りなど

在宅等での看取りを実施している医療機関数は 210 か所（令和 2 年度）で、平成 29 年度の 181 か所から増加しています。また、看取り実施件数（1 か月間）は 746 件（令和 2 年度）で、平成 29 年度の 468 件より増加しています。

本県の在宅死亡率は、29.2%（令和 4 年度）で、全国平均の 28.4%と同程度です。なかでも、高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える方の割合が増えています。実際には、病状等に応じて療養場所の選択肢が限られてしまう場合もあり、一概には比較できませんが、県民の希望する長期療養の場所や最期を迎える場所と現状には、かい離がみられます。なお、上記の在宅死亡率算定の基礎となる「在宅死」には、いわゆる「孤立死」といった、誰にも看取られることなく亡くなった後に発見される死も含まれることに注意が必要です。

また、県が実施した「令和5年度在宅医療実態調査」では、人生の最終段階における医療・療養について、家族等と「話し合ったことはない」と回答した方が75.9%、医療・介護関係者等と「話し合ったことはない」と回答した方が87.6%でした。

このことから、在宅等による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 5-3-1-33 看取り実施医療機関数・件数

	平成26年度	平成29年度	令和2年度
看取り実施医療機関数	179 箇所	181 箇所	210 箇所
(内訳) 一般診療所	158 箇所	154 箇所	186 箇所
病院	21 箇所	27 箇所	24 箇所
看取り実施件数(1か月間)	433 件	468 件	746 件
(内訳) 一般診療所	387 件	411 件	686 件
病院	46 件	57 件	60 件

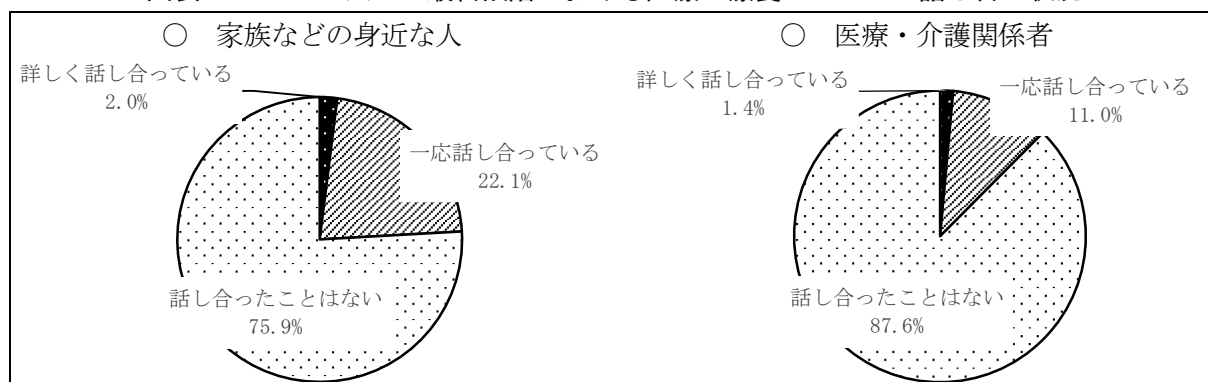
資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

図表 5-3-1-34 在宅での死亡率

	令和2年度		令和3年度		令和4年度		
	千葉県	全国	千葉県	全国	千葉県	全国	
総数 (a)	62,118 人	1,372,755 人	65,244 人	1,439,856 人	72,258 人	1,569,050 人	
在宅死亡者数 (b)	15,928 人	341,825 人	18,143 人	391,585 人	21,122 人	445,992 人	
割合 (b/a)	25.6%	24.9%	27.8%	27.2%	29.2%	28.4%	
自宅	死亡者数 (c)	11,406 人	216,103 人	12,664 人	247,896 人	14,283 人	273,265 人
	割合 (c/a)	18.4%	15.7%	19.4%	17.2%	19.8%	17.4%
老人ホーム	死亡者数 (d)	4,522 人	125,722 人	5,479 人	143,689 人	6,839 人	172,727 人
	割合 (d/a)	7.3%	9.2%	8.4%	10.0%	9.5%	11.0%

資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 5-3-1-35 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5年度在宅医療実態調査（千葉県）

(7) 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。

2 施策の具体的展開

(1) 退院支援

ア 医療・介護の多職種連携の促進

- 患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進します。
- 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*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。
- 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活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

(2) 日常の療養支援

ア 在宅療養支援体制の確保

- 訪問診療や往診を行い、在宅医療を支える診療所や病院の確保に取り組みます。
- 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、訪問看護ステーションの確保に取り組みます。また、24時間体制や安定的なサービス提供体制を確保するため、訪問看護ステーションの大規模化等を促進します。
- 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推進します。
- 患者が住み慣れた自宅や地域で安心して療養生活を送れるようにするために、かかりつけ医*を中心とした在宅医療提供体制の整備を関係機関と連携を図りながら促進します。
- 「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県民への普及啓発などについて支援します。
- 訪問歯科診療に必要な設備を整備するとともに、「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。
- 在宅医療に必要な医薬品等の提供体制について、課題を抽出するとともに、課題解決に向けた検討を行います。
- 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。

イ 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

- 在宅医療を担う人材の増加に取り組みます。

- 訪問看護師の人材確保と定着促進のため、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みます。
- 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、看護師等医療関係者の一層のスキルアップに取り組みます。
- 在宅歯科診療を担う医療従事者の研修に取り組みます。
- 在宅医療を担う薬剤師を確保するため、県薬剤師会が行う薬剤師による在宅患者への訪問薬剤管理指導の実地研修を支援します。

ウ 災害時にも適切な医療等を提供するため支援体制の確保

- 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、市町村を始めとする関係機関と協力しながら、災害を想定した備え等について支援します。
- 在宅医療を担う病院、診療所の業務継続計画（BCP）策定を促進するため、策定に必要な知識の習熟を支援します。

エ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援

- 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、市町村職員等を対象とし、在宅医療と介護の連携に関す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。

(3) 急変時の対応

ア 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在宅医療を担う医師の負担の軽減に向けた支援に取り組みます。

(4) 看取り

ア 在宅等での看取りを可能とする医療提供体制の整備

- 多職種連携推進の取組を支援するとともに、看取りに関する医師、看護師等医療関係者のスキルアップを図る等、在宅等での看取りを可能とするための医療提供体制の整備に取り組みます。

イ 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、医療・介護の関係機関と連携を図りながら啓発活動を行います。

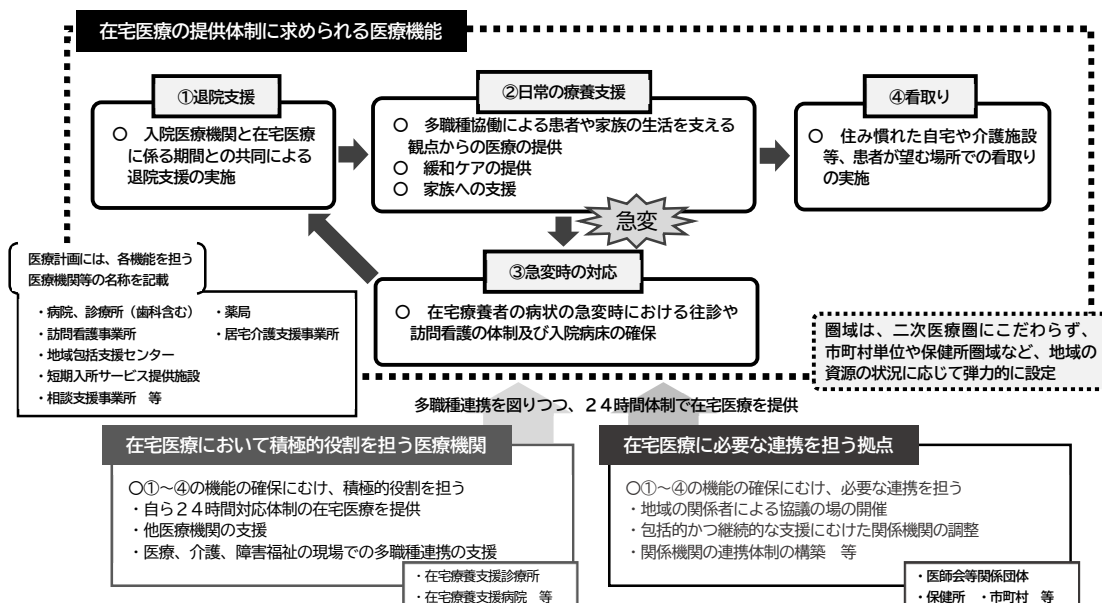
(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関の確保

- 前記(1)から(4)までに掲げる機能の確保を図るため、機能強化型在宅療養支援病院*を「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」として位置づけます。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」は、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関への支援にも努めながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の促進に「在宅医療に必要な連携を担う拠点」及び県と連携して取り組みます。
- 但し、既に地域で運用されている取組や体制がある場合には、その継続を基本とします。
- なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととします。

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備

- 前記(1)から(4)までに掲げる機能の確保を図るため、市町村を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置づけます。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」は、市町村において実施する在宅医療・介護連携推進事業*の取組や障害福祉に係る相談支援の取組との連携を図りながら、地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の開催、包括的かつ継続的な支援に向けた関係機関の調整、関係機関の連携体制の構築等、在宅医療の推進について「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び県と連携して取り組むよう努めます。

図表 5-3-2-1 在宅医療の提供体制のイメージ



資料：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））を参考に千葉県作成

3 施策の評価指標

(基盤 (ストラクチャー))

指 標 名	現 状	目 標
入退院支援を実施している診療所・病院数	147 か所 (令和 4 年度)	165 か所 (令和 8 年度)
在宅患者訪問診療実施診療所・病院数	758 か所 (令和 4 年度)	785 か所 (令和 8 年度)
(内 訳)		
千葉保健医療圏	122 か所	122 か所
東葛南部保健医療圏	192 か所	192 か所
東葛北部保健医療圏	162 か所	162 か所
印旛保健医療圏	67 か所	78 か所
香取海匝保健医療圏	43 か所	46 か所
山武長生夷隅保健医療圏	68 か所	75 か所
安房保健医療圏	33 か所	33 か所
君津保健医療圏	42 か所	45 か所
市原保健医療圏	29 か所	32 か所
在宅患者訪問診療 (居宅) 実施歯科診療所数	433 か所 (令和 2 年度)	505 か所 (令和 8 年度)
訪問歯科衛生指導を実施している施設数	202 か所 (令和 2 年度)	250 か所 (令和 8 年度)
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数	2,252 か所 (令和 5 年度)	2,438 か所 (令和 8 年度)
居宅療養管理指導実施薬局数 (介護予防居宅療養管理指導含む)	1,314 か所 (令和 4 年度)	1,426 か所 (令和 8 年度)
訪問看護ステーション数	454 か所 (令和 3 年度)	(令和 8 年度)
(内 訳)		
千葉保健医療圏	88 か所	
東葛南部保健医療圏	116 か所	
東葛北部保健医療圏	108 か所	
印旛保健医療圏	38 か所	
香取海匝保健医療圏	23 か所	
山武長生夷隅保健医療圏	27 か所	
安房保健医療圏	18 か所	
君津保健医療圏	18 か所	
市原保健医療圏	18 か所	

高齢者福祉計画と整合を図るため目標値は調整中

訪問看護ステーションで業務に従事している看護職員数	3,148人 (令和3年度)	5,333人 (令和8年度)
業務継続計画(BCP)を策定している機能強化型在宅療養支援病院の割合	18.5% (令和5年度)	100% (令和8年度)
在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村への支援(研修参加者数)	122人 (令和4年度)	150人 (令和8年度)
往診を実施している診療所・病院数	981か所 (令和4年度)	1,131か所 (令和8年度)
在宅療養後方支援病院数	18か所 (令和5年度)	19か所 (令和8年度)
機能強化型訪問看護ステーション数	34か所 (令和5年度)	42か所 (令和8年度)
在宅看取り実施診療所・病院数*	548か所 (令和4年度)	685か所 (令和8年度)
ターミナルケア実施診療所・病院数	358か所 (令和4年度)	395か所 (令和8年度)

※ 看取り加算、死亡診断加算を算定した診療所・病院数

(過程(プロセス))

指標名	現状	目標
入退院支援実施件数	148,726件 (令和4年度)	185,273件 (令和8年度)
在宅患者訪問診療実施件数	853,770件 (令和4年度)	1,069,219件 (令和8年度)
歯科訪問診療実施件数	33,300件 (令和2年度)	55,000件 (令和8年度)
訪問看護ステーションの利用者数	32,768人/月 (令和3年度)	(令和8年度)
往診実施件数	103,887件 (令和4年度)	119,705件 (令和8年度)
在宅での看取り実施数*	11,068件 (令和4年度)	12,450件 (令和8年度)
ターミナルケア実施数	8,714件 (令和4年度)	9,802件 (令和8年度)

※ 看取り加算、死亡診断加算の算定件数

高齢者福祉計画と整合を図るため目標値は調整中

(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る県民の割合	31.6% (令和4年度)	50.0% (令和8年度)