

計画素案	現行計画
Ⅰ 施策の現状・課題 （Ⅰ）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22年には<u>595万6千人</u>に減少する一方、いわゆる団塊ジュニア世代が<u>65歳以上</u>となり、<u>65歳以上人口は199万人</u>に達すると見込まれています。<u>75歳以上の人口は令和7年から令和22年は横ばいで推移しますが、その後急増し、令和32年には令和2年の約1.4倍の125万人</u>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41万1千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 要介護等認定者数の推計（千葉県） 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	Ⅰ 施策の現状・課題 （Ⅰ）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<u>625万8千人</u>に減少する一方、<u>65歳以上の人口は177万人</u>に達すると見込まれています。特に、<u>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</u>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41万1千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 要介護等認定者数の推計 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

計画素案	現行計画
踏まえると、令和 <u>27</u> 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<u>傾向</u>にあります。 図表 全国の年齢別訪問診療回数 図表 在宅医療需要（訪問診療件数）の将来推計（千葉県） 図表 在宅人工呼吸指導管理料算定回数（千葉県） 図表 訪問診療（小児）の算定回数（千葉県） 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 <u>6</u> 年は <u>12.4</u> で全国平均の <u>13.3</u> に対し <u>0.9</u> 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	踏まえると、令和 <u>17</u> 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<u>しています</u>。 図表 全国の年齢別訪問診療回数 図表 在宅医療等需要の将来推計（千葉県） 図表 在宅人工呼吸指導管理料算定回数 図表 訪問診療（小児）の算定回数 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 <u>4</u> 年は <u>11.8</u> で全国平均の <u>12.9</u> に対し <u>1.1</u> 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

計画素案	現行計画
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 死亡数と死亡率の推移 図表 都道府県別死亡率 図表 死因別死亡数と死亡総数に占める割合（上位１０位） 図表 主な死因別死亡率の推移（全国） 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、地域医療構想の推進に伴い病床機能の分化・連携が進む中で、在宅医療需要（訪問診療に係るレセプト件数）は増加し、令和２７年度にピークを迎え、令和６年度と比較して約５９％増加することが見込まれています。 （削除）	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 死亡数と死亡率の推移 図表 都道府県別死亡率 図表 死因別死亡数と死亡総数に占める割合（上位１０位） 図表 主な死因別死亡率の推移 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 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

計画素案	現行計画
(2) 県民の希望と意識 県が実施した「令和 8 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、<u>38.4%</u>、「在宅医療」を希望すると回答した方は<u>27.2%</u>、「わからない」と回答した方は<u>34.4%</u>でした。令和 5 年度の調査結果は、「入院医療」を希望すると回答した方は、<u>40.0%</u>、「在宅医療」を希望すると回答した方は<u>36.0%</u>、「わからない」と回答した方は<u>24.0%</u>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<u>19.5%</u>、「居住の場（自宅やサービス付き高齢者向け住宅など）」が<u>27.8%</u>、「介護保険施設（特別養護老人ホームなど）」が<u>7.1%</u>、「わからない」が<u>44.6%</u>でした。一方で、<u>65.4%</u>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、	(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、<u>40.0%</u>、「在宅医療」を希望すると回答した方は<u>36.0%</u>、「わからない」と回答した方は<u>24.0%</u>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、<u>44.3%</u>、「在宅医療」を希望すると回答した方は<u>32.4%</u>、「わからない」と回答した方は <u>23.3%</u>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<u>22.8%</u>、「居住の場（自宅やサービス付き高齢者向け住宅など）」が<u>34.8%</u>、「介護保険施設（特別養護老人ホームなど）」が<u>8.0%</u>、「わからない」が<u>34.0%</u>でした。一方で、<u>66.1%</u>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、

計画素案	現行計画
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 長期の治療（療養）が必要になった場合の希望 (千葉県) 図表 最期を迎える場所に関する県民の意識と実態 (千葉県) (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7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368か所中197か所(53.5%)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、令和2年度の149か所から、令和5年度の167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	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 長期の治療（療養）が必要になった場合の希望 図表 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

計画素案	現行計画
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 退院調整部門を設置している医療機関数（千葉県） 図表 退院支援担当者を配置している医療機関数・担当者数（千葉県） （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<u>96か所</u>（令和5年度）、実施件数（1か月間）は<u>7,029件</u>で、令和2年度の<u>106か所</u>、<u>8,146件</u>に比べて減少しています。 また、訪問診療を行う診療所は<u>484か所</u>（令和5年度）、実施件数（1か月間）は<u>73,129件</u>と、令和2年度の<u>483か所</u>、<u>57,510件</u>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<u>314か所</u>、<u>69,275件</u>、在宅療養支援診療所以外の診療所<u>170か所</u>、<u>3,854件</u>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	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 退院調整部門を設置している医療機関数 図表 退院支援担当者を配置している医療機関数・担当者数 （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<u>106か所</u>（令和2年度）、実施件数（1か月間）は<u>8,146件</u>で、平成29年度の<u>93か所</u>、<u>6,523件</u>に比べて増加しています。 また、訪問診療を行う診療所は<u>483か所</u>（令和2年度）、実施件数（1か月間）は<u>57,510件</u>と、平成29年度の<u>476か所</u>、<u>45,882件</u>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<u>360か所</u>、<u>52,727件</u>、在宅療養支援診療所以外の診療所<u>123か所</u>、<u>4,783件</u>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

計画素案	現行計画
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 訪問診療実施医療機関数・件数（千葉県） 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<u>467か所（令和5年度）</u>、実施件数（1か月間）は<u>8,540件</u>であり、施設への訪問の場合は、実施診療所は<u>412か所（令和5年度）</u>、実施件数（1か月間）は<u>25,694件</u>でした。<u>令和2年度の居宅433か所・7,267件、施設394か所・26,033件から増加しています。</u>また、訪問歯科衛生指導を実施している施設数は<u>214か所（令和5年度）</u>であり、<u>令和2年度の202か所から増加しています。</u> 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 歯科診療所訪問診療実施機関数・件数（千葉県）	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 訪問診療実施医療機関数・件数 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<u>433か所（令和2年度）</u>、実施件数（1か月間）は<u>7,267件</u>であり、施設への訪問の場合は、実施診療所は<u>394か所（令和2年度）</u>、実施件数（1か月間）は<u>26,033件</u>でした。<u>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。</u>また、訪問歯科衛生指導を実施している施設数は<u>202か所（令和2年度）</u>であり、<u>平成29年度の172か所から増加しています。</u> 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 歯科診療所訪問診療実施機関数・件数

計画素案	現行計画
図表 訪問歯科衛生指導を実施している施設数（千葉県） 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は、<u>2,397</u> か所（令和 7 年度）でした。<u>令和 5 年度の 2,252</u> 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 <u>777</u> か所（令和 7 年度）、指導料の算定回数は <u>50,328</u> 回（令和 7 年度）と <u>令和 5 年度の 622</u> か所・<u>29,287</u> 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 <u>1,520</u> か所（令和 7 年度）、指導料の算定数は <u>344,249</u> 回（令和 7 年度）と、<u>令和 5 年度の 1,393</u> か所・<u>302,435</u> 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 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局（千葉県） 図表 在宅患者訪問薬剤管理指導実施薬局数・算定回数（千葉県）	図表 訪問歯科衛生指導を実施している施設数 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は、<u>2,252</u> か所（令和 5 年度）でした。<u>平成 29 年度の 1,749</u> 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 <u>568</u> か所（令和 4 年度）、指導料の算定回数は <u>20,391</u> 回（令和 4 年度）と <u>平成 29 年度の 300</u> か所・<u>6,613</u> 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 <u>1,314</u> か所（令和 4 年度）、指導料の算定数は <u>279,358</u> 回（令和 4 年度）と、<u>平成 29 年の 755</u> か所・<u>120,233</u> 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 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局 図表 在宅患者訪問薬剤管理指導実施薬局数・算定回数

計画素案	現行計画
図表 薬局による居宅療養管理指導実施薬局数・算定回数（千葉県） 訪問看護ステーション数は<u>656</u>か所（令和<u>6</u>年度）、利用者数は<u>47,248</u>人（1か月間）であり、令和5年度の<u>601</u>か所・<u>44,641</u>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<u>4,826</u>人（令和<u>6</u>年度）であり、令和5年度の<u>4,282</u>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 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（千葉県）	図表 薬局による居宅療養管理指導実施薬局数・算定回数 訪問看護ステーション数は<u>527</u>か所（令和<u>4</u>年度）、利用者数は<u>38,633</u>人（1か月間）であり、平成28年度の<u>276</u>か所・<u>18,370</u>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<u>3,765</u>人（令和<u>4</u>年度）であり、平成28年度の<u>1,678</u>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 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

計画素案	現行計画
図表 訪問看護ステーションの規模 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69か所(令和5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1,057件(令和5年度)と令和2年度の72か所、1,757件から減少しています。また、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201か所(令和7年度)、介護給付費の年間受給者数は9,2千人(令和7年度)と令和5年度の184か所、8,7千人から増加しています。医療保険、介護保険双方で訪問リハビリテーションの実施機関数、実施件数は増加傾向にあります。 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12か所(令和7年度)であり、近年はおおむね横ばいで推移しています。 リハビリテーション、栄養管理、口腔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	図表 訪問看護ステーションの規模 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。また、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4年度)、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133か所、6.5千人から増加しています。医療保険、介護保険双方で訪問リハビリテーションの実施機関数、実施件数は増加傾向にあります。 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

計画素案	現行計画
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 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（千葉県） 図表 訪問リハビリテーション請求事業所数・年間実受給者数（千葉県） 図表 在宅患者訪問栄養食事指導実施医療機関数（千葉県） 令和5年度と令和7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、<u>412か所</u>から<u>463か所</u>、在宅療養支援病院は<u>52か所</u>から<u>65か所</u>、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は<u>2,252か所</u>から<u>2,344か所</u>、機能強化型訪問看護ステーションは<u>34か所</u>から<u>36か所</u>へと増加しています。 在宅療養支援歯科診療所は、令和5年度と令和7年度を比較すると、<u>310か所</u>から<u>322か所</u>へと増加しています。	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 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 図表 訪問リハビリテーション請求事業所数・年間実受給者数 図表 在宅患者訪問栄養食事指導実施機関数 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、<u>343か所</u>から<u>412か所</u>、在宅療養支援病院は<u>33か所</u>から<u>52か所</u>、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は<u>1,749か所</u>から<u>2,252か所</u>、機能強化型訪問看護ステーションは<u>16か所</u>から<u>34か所</u>（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。 在宅療養支援歯科診療所は、令和2年4月の施設基準変更後の令和3年度と令和5年度を比較すると、<u>299か所</u>から<u>310か所</u>へと増加しています。

計画素案	現行計画
図表 在宅療養支援診療所・病院等の数（千葉県） 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<u>千葉県８．４、全国平均１４．７（令和７年４月時点）</u>、在宅療養支援歯科診療所数は<u>千葉県５．２、全国平均７．３（令和７年４月時点）</u>、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は<u>千葉県３８．２、全国平均４６．５（令和８年９月時点）</u>、訪問看護ステーション数は<u>千葉県１０．４、全国平均１４．５（令和７年１０月時点）</u>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<u>市町村</u>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 在宅療養支援診療所・病院等の全国との比較 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	図表 在宅療養支援診療所・病院等の数 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<u>６．８（令和３年３月時点：全国平均１２．９）</u>、在宅療養支援歯科診療所数は<u>４．８（令和３年３月時点：全国平均６．７）</u>、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は<u>３４．９（令和４年１０月時点：全国平均４３．９）</u>、訪問看護ステーション数は<u>７．２（令和３年１０月時点：全国平均１０．７）</u>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<u>市町村</u>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 在宅療養支援診療所・病院等の全国との比較 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

計画素案	現行計画
加、質の向上が重要です。 図表 医療的ケア児への対応可能施設数 <u>(千葉県)</u> <u>(削除)</u>	加、質の向上が重要です。 図表 医療的ケア児への対応可能施設数 イ <u>災害時対応</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>また、災害時には、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</u>

計画素案	現行計画
イ 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8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	<u>連携を進める必要があります。</u> 図表 各関係機関の BCP 策定状況 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

計画素案	現行計画
間・休診日)の往診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<u>559か所</u>(令和5年度)で、令和2年度の<u>558か所</u>から横ばいです。一方、実施件数(1か月間)は<u>10,560件</u>(令和5年度)で、令和2年度の<u>9,042件</u>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<u>21か所</u>(令和7年度)、24時間対応可能な訪問看護ステーションは<u>683か所</u>(令和7年度)と、令和5年度の<u>17か所</u>、<u>544か所</u>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、<u>24時間対応</u>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 診療時間外(夜間・休診日)の対応の負担感(千葉県) 図表 往診実施医療機関数・件数(千葉県)	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<u>558か所</u>(令和2年度)で、平成29年度の<u>620か所</u>から減少傾向にあります。一方、実施件数(1か月間)は<u>9,042件</u>(令和2年度)で、平成29年度の<u>7,739件</u>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<u>17か所</u>(令和5年度)、24時間対応可能な訪問看護ステーションは<u>544か所</u>(令和5年度)と、令和2年度の<u>15か所</u>、<u>425か所</u>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、<u>24時間対応</u>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 診療時間外(夜間・休診日)の対応の負担感 図表 往診実施医療機関数・件数

計画素案	現行計画
図表 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（千葉県） （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<u>246</u>か所（令和5年度）で、<u>令和2年度の210</u>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<u>899</u>件（令和5年度）で、<u>令和2年度の746</u>件より増加しています。 本県の在宅死亡率は、<u>30.1%</u>（令和6年度）で、全国平均の<u>28.6%</u>より<u>1.5</u>ポイント高くなっています。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8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<u>78.0%</u>、医療・介護関係者等と「話し合ったことはない」と回答し	図表 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 （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 <u>210</u> か所（令和2年度）で、<u>平成29年度の181</u> 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 <u>746</u> 件（令和2年度）で、<u>平成29年度の468</u> 件より増加しています。 本県の在宅死亡率は、<u>29.2%</u>（令和4年度）で、全国平均の <u>28.4%</u>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 <u>75.9%</u>、医療・介護関係者等と「話し合ったことはない」と回答した

計画素案	現行計画
た方が<u>88.7%</u>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 看取り実施医療機関数・件数 <u>(千葉県)</u> 図表 在宅での死亡率 図表 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 <u>(千葉県)</u> (7) 市町村等との連携 今後は、在宅医療を担う医療機関の<u>確保</u>を促進するとともに、地域包括<u>ケアシステム</u>の推進の観点から、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）等との連携を強化しながら、地域の<u>実情を踏まえた在宅医療</u>の提供体制の整備を進めていく必要があります。 <u>その推進に当たり、県では市町村を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置付け、その立上げを支援してきましたが、拠点機能の充実に向けては引き続き支援が必要です。</u>	方が<u>87.6%</u>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 看取り実施医療機関数・件数 図表 在宅での死亡率 図表 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 (7) 市町村等との連携 今後は、在宅医療を担う医療機関の<u>拡充</u>を促進するとともに、地域包括<u>ケア</u>の推進の観点も踏まえ、在宅での療養生活に<u>欠かせない介護・福祉サービス</u>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<u>医療・介護資源や連携の状況などを踏まえて、在宅医療</u>の提供体制の整備を進めていく必要があります。

計画素案	現行計画
<u>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ており、県では個々の機関における業務継続計画（BCP）の策定を促進してきました。</u> <u>県が実施した「令和８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８年９月時点の策定状況について、病院では６７.６％、有床診療所では３７.５％、無床診療所では３７.０％、在宅療養支援歯科診療所では１１.６％、在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局では７６.９％、訪問看護ステーションでは９４.５％でした。</u> <u>令和８年度診療報酬改定により、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準に業務継続計画（BCP）の策定が位置付けられたことから、今後、これらの医療機関を中心に BCP の策定が一層進むことが見込まれます。</u> <u>一方、災害時における医療・ケア提供体制の継続と早期復旧を図るためには、個々の機関における BCP の策定に加え、県や市町村、保健・医療・福祉の多職種・多機関が連携した地域 BCP の策定等、連携強化や体制整備が求められています。</u> <u>しかし、県が市町村に対して行った「令和８年度在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する調査」では、在宅医療における災害時の連携に取り組んでいると回答した市町</u>	

計画素案	現行計画
<u>村は9自治体にとどまっており、今後、災害時における連携体制の強化や地域 BCP 策定の支援に向けた取組を進める必要があります。</u> <u>図表 各関係機関の BCP 策定状況（千葉県）</u> <u>図表 在宅医療に必要な連携を担う拠点機能としての取組状況（千葉県）</u>	<u>（新設）</u> <u>（新設）</u>