

〔周産期医療における災害対策〕

東日本大震災をまとめた報告書から、小児・周産期医療と災害医療との連携の必要性が指摘されており、大規模災害に備えて、災害時においても周産期医療体制を維持できるように整備していく必要があります。

千葉県では、災害時に小児・周産期医療に係る保健活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、災害医療本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う災害医療コーディネーターをサポートする目的として、令和4年6月1日付けで12名の「災害時小児周産期リエゾン」を任命しています。

〔NICU長期入院児等の自宅退院後のレスパイト支援〕

NICU等に長期入院し、その後在宅に移行した小児等を、保護者の要請に応じて、一時的に受け入れ、人工呼吸器管理・栄養管理等を含むリハビリテーションを行う医療機関に対し補助を行い、レスパイト等の支援に対する体制の整備を行っています。

2 循環型地域医療連携システムの構築

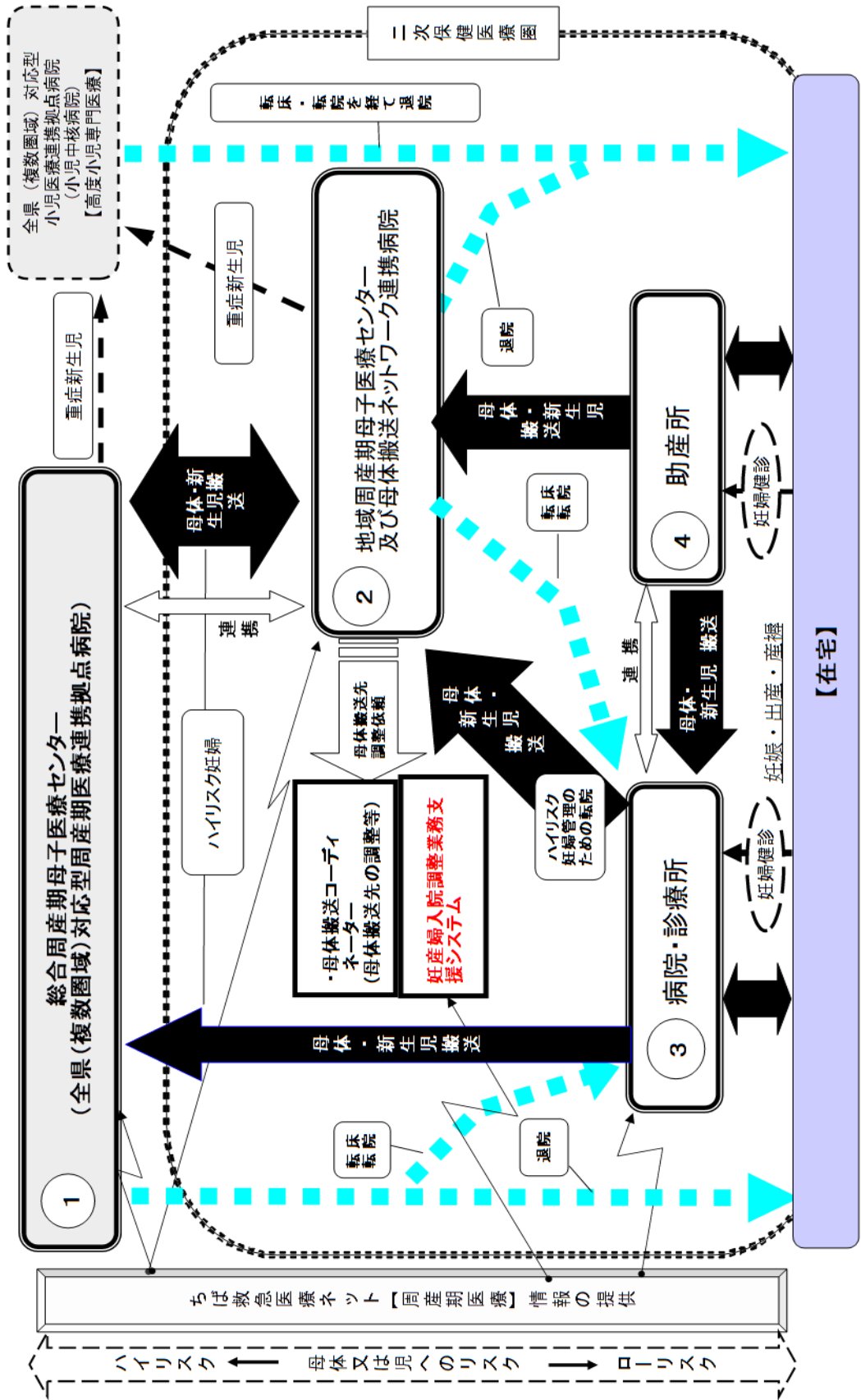
周産期医療の循環型地域医療連携システムでは、まず妊婦健診を経て、助産所や病院・診療所で受診することとなります。通常分娩の場合は、助産所や病院・診療所で出産し、ハイリスク妊婦の場合は、地域周産期母子医療センター及び母体搬送ネットワーク連携病院の間で速やかに搬送できるよう役割分担を明確化しています。

地域周産期母子医療センター及び母体搬送ネットワーク連携病院で対応困難な症例（重症な新生児を含む。）については、総合周産期母子医療センター（全県（複数圏域）対応型周産期医療連携拠点病院）で、受け入れを行います。

妊婦の搬送については、分娩リスクが伴う場合においても対応できるよう、平成19年10月に総合周産期母子医療センターなどを中心とした母体搬送ネットワーク体制を整備し、ネットワークに参加する病院で速やかに対応できるよう取り組んでいます。また、東京都との間において、県域を越えた搬送体制の整備を進めています。

総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターなどの中核病院と地域の病院・診療所及び助産所において、機能分担と連携を図る「周産期医療の循環型地域医療連携システム」の構築に向け、引き続き取り組んでいきます。

周産期医療の循環型地域医療連携システムのイメージ図



3 施策の具体的展開

(1) 周産期医療体制の整備推進

〔周産期医療従事者の人材確保と育成〕

- 県では、周産期医療に携わる人材が不足していることから、産科医師、新生児医療担当医師、看護師及び助産師それぞれの人数を確保する事業や育成を実施するとともに、周産期医療に関わる麻酔科医や臨床心理士等、その他のスタッフについても、併せて整備を推進します。

〔周産期母子医療センターの整備〕

- 県では、現在、総合周産期母子医療センターを3施設指定し、地域周産期母子医療センターを9施設認定しています。
周産期医療従事者は少なく、医師の時間外労働時間の上限規制による影響を受けることが予測されるため、周産期母子医療センターと会議を開催しながら、医療機関の役割分担や効率的な医療提供体制整備について検討していくとともに、人口、出生数、地勢、交通事情や病床配分等の特性を踏まえて、更なる指定や認定について検討します。

〔周産期母子医療センターの支援〕

- 周産期母子医療センターは、高度な医療を必要とする施設であり、その運営に費用がかかるとともに、地域によってはNICUが不足している状況にあることから、周産期母子医療センターの運営費に対して支援を行います。

〔NICUの整備〕

- 「周産期医療の体制構築に係る指針」に基づき、NICUの整備を促進します。

〔NICU長期入院児等の自宅退院後のレスパイト支援〕

- 在宅に移行したNICU等に長期入院していた小児等を、保護者の要請に応じて、一時的に受け入れる医療機関に対し補助を行い、レスパイト等の支援に対する体制の整備を行っています。

(2) 周産期医療連携の推進

〔母体搬送コーディネーターの運用方法の検討〕

- 母体搬送コーディネーター及び受託医療機関への負担が大きい現状や、医師の時間外上限規制への影響を受けることが予測されることを踏まえ、周産期搬送コーディネーターの効果的な配置や運用方法について検討を進めていきます。

〔ハイリスク妊産婦等を対象とした周産期搬送体制の整備〕

- 「妊産婦入院調整業務支援システム」を活用し、より迅速かつ円滑な搬送先決定、正確な情報の収集、集積、解析を行います。また、新生児搬送についても、ネットワークの構築に向けた検討を行います。さらに県域を越えた搬送体制についても、未整備の県との連携を検討します。

〔周産期医療連携体制の整備〕

- 周産期医療において、妊婦が心筋梗塞や脳卒中等の産科領域以外の合併症等を併発した場合に、救命救急センターとの連携が必要となることから、県内では、周産期母子医療センター等との併設を推進するとともに、地域の救命救急センター及び救急基幹センターと緊密な連携を図ります。また、総合周産期母子医療センターにおいては、精神疾患を合併する妊産婦への対応可能な体制を整えていきます。
- 出生後の乳児等への医療については、症例に応じた適切な医療を提供する必要があることから、全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院である千葉県こども病院をはじめとして、小児中核病院等と連携した体制の整備に努めます。
また、円滑に患者を小児医療へと繋げる観点から、小児医療協議会と連携を行い課題の共有に努めます。
- 医師の働き方改革を踏まえ、病院や有床・無床診療所及び助産所等、施設間における役割分担や、医師及び助産師の役割分担に応じた取組みを促進するため、院内助産所や助産師外来、オープンシステム・セミオープンシステム等の導入について、設置のニーズや地域の実情等に応じた整備を推進します。

〔災害時における周産期医療体制〕

- 災害時小児周産期リエゾン等を災害医療本部に配置する等、災害時の医療体制について強化を図ります。
- 周産期医療従事者に対し、災害時対応に必要な専門的・基礎的知識及び技術等の研修を行い、災害時小児周産期リエゾンを担う人材を養成します。

4 施策の評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状	目標
医療施設従事医師数（産科・産婦人科）（15～49歳女子人口10万対）	35.6人 （令和2年）	
就業助産師数（出生千対）	39.4人 （令和2年）	
分娩実施施設数（15～49歳女子人口10万対）	25箇所 （令和3年度）	
周産期母子医療センターの数	12箇所 （令和5年度）	
NICUの整備数 ※診療報酬対象	147床 （令和4年度）	

搬送コーディネーター件数における妊産婦入院調整業務支援システムの利用割合	91.7% (令和4年度)	
災害時小児周産期リエゾン任命者数	12人 (令和4年度)	

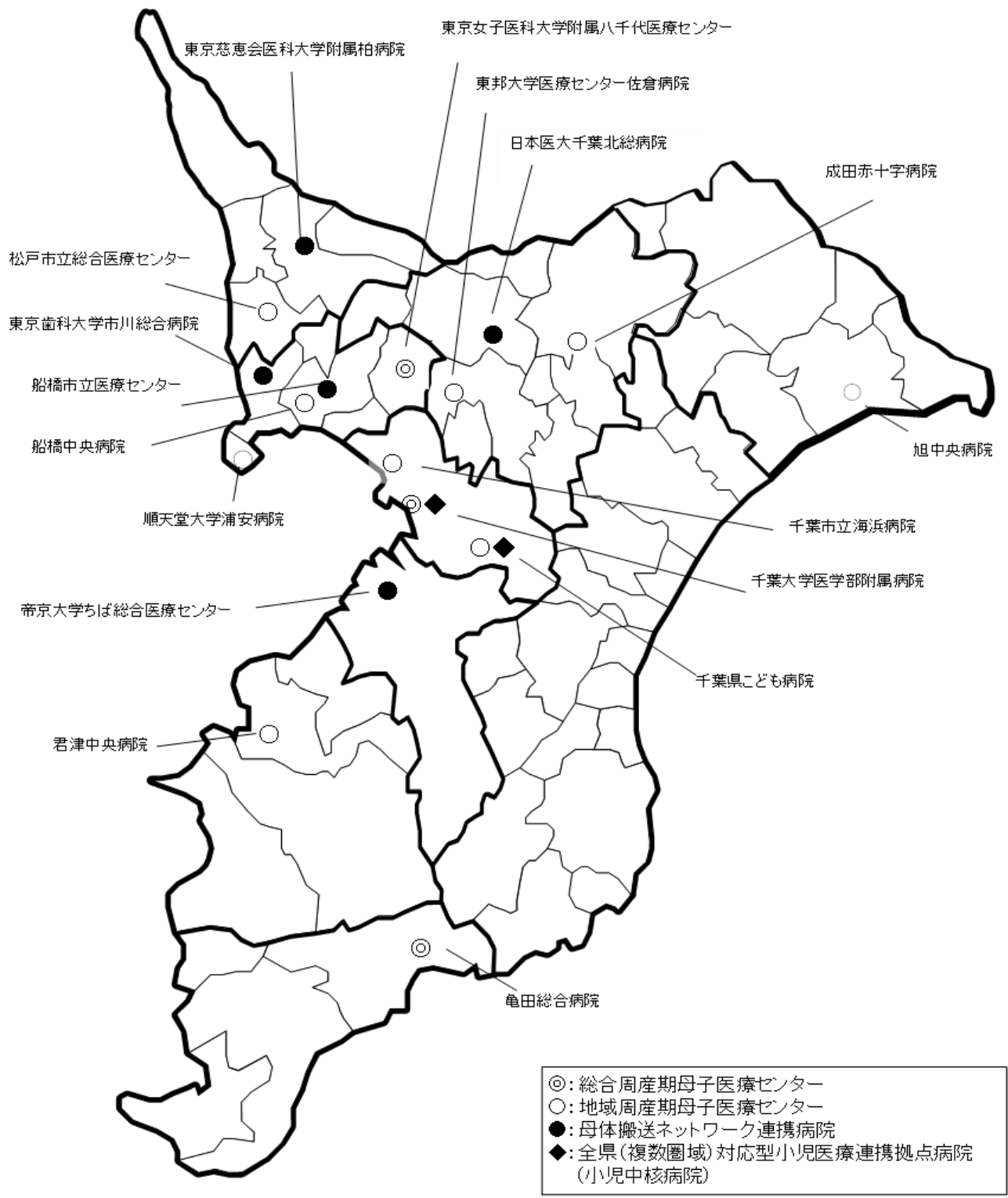
〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現状	目標
産後訪問指導を受けた割合	42.5% (令和3年度)	
分娩数に対する病院間搬送件数の割合（分娩数千対）	25.1% (令和3年度)	

〔成果（アウトカム）〕

指 標 名	現状	目標
妊産婦死亡率（出産10万対）	9.8人 (令和2年)	
新生児死亡率（出生千対）	0.8人 (令和3年)	
周産期死亡率 ・後期死産率（出生千対） ・早期新生児死亡率 （出生千対）	2.7人 0.6人 (令和3年)	

図表 2-1-1-2-8-1 千葉県内の周産期母子医療センター及び母体搬送ネットワーク連携病院



(10) 小児医療（小児救急医療を含む）

1 施策の現状・課題

(1) 本県における小児医療の状況

我が国は、新生児死亡率が世界一低い一方で、0歳から4歳の乳幼児の死亡率は相対的に高い傾向にあります。千葉県でも、死亡率は千対で0.5人（全国平均：0.44人）となっており、小児救急患者の救命率向上が求められています。

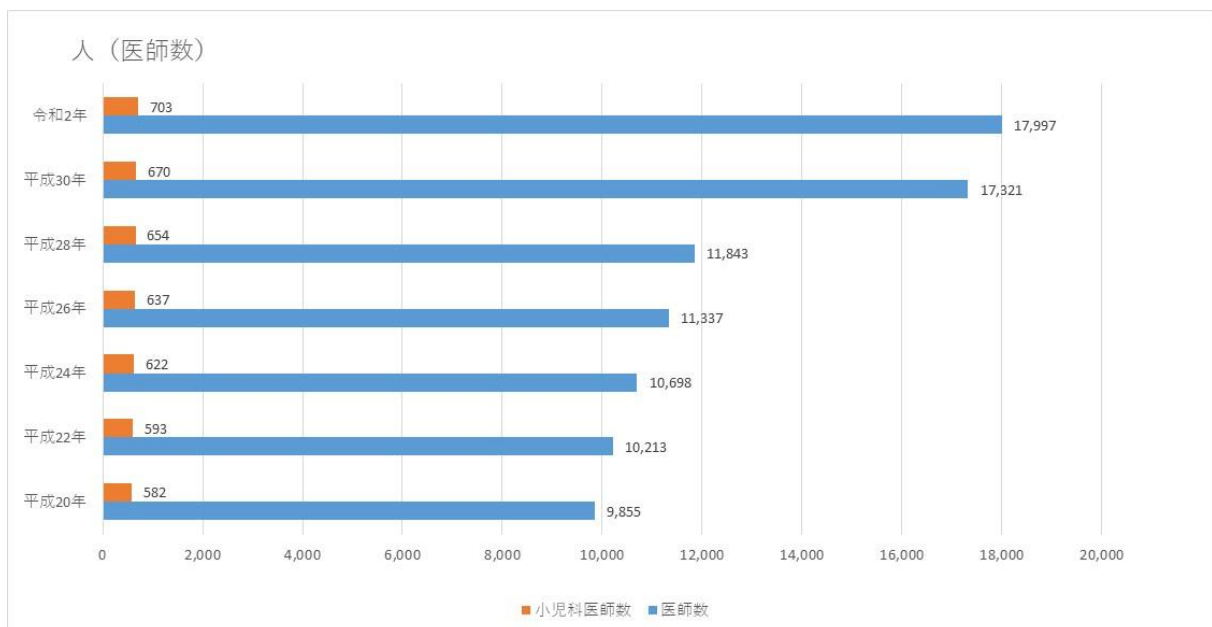
(2) 小児医療資源の状況

令和2年現在、本県における小児医療従事医師数は703人であり、増加傾向であるものの、小児人口10万対で95.5人と、全国平均119.7人を大きく下回っています。また、県全体の小児科医数が不足しているばかりでなく、地域による小児科医の偏在がみられます。

また、令和5年度現在、一般病院のうち、小児科を標榜する病院が118病院、小児外科を標榜する病院は23病院となっており、病院数は横ばいです。

小児科医の不足や地域偏在などにより、一部地域では小児救急医療体制の確保が困難な状態です。限られた医療資源を有効に活用し、重症度に応じた救急医療体制の整備や、小児医療、特に新生児医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域における小児医療の維持・確保等、適切な医療提供体制を整備する必要があります。

図表 2-1-1-2-9-1 小児科医師数等の推移（千葉県）



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

[地域における小児医療体制]

小児科標ぼう施設数には、二次保健医療圏間で偏りがみられます。また、新規入院小児患者数の84%以上は、7保健医療圏の17施設（調査に回答のあった小児科標

ぼう有床施設・118施設中の14%)に入院しています。

千葉県における年少人口は減少傾向にあり、この傾向は今後も続くものの、減少率には地域差があると見込まれます。

小児患者に係る二次保健医療圏内の受診率(患者の住所地と同じ二次保健医療圏内の医療機関を受診する患者の割合)や、救急搬送患者の圏域内搬送率(患者収容地と同じ二次保健医療圏内の医療機関へ搬送された患者の割合)には、地域差がみられません。

(3) 小児医療体制の整備

[小児救急電話相談事業]

少子化や核家族化の進行、共働き家庭の増加など、子どもを巡る家庭環境の変化や小児患者が自分の症状を伝えられないことが多いこと、保護者の小児専門医志向、疾病に対する知識不足などから、救急搬送患者数に占める軽症患者の割合は、0歳から14歳の患者の場合、70%と高くなっています。

本来の救急患者の診療に支障をきたすこともあることから、救急医療の適正な利用を促進するため、平成17年度から夜間における小児救急電話相談(#8000)事業を実施しており、令和4年度は、48,430件に対応しています。

図表 2-1-1-2-9-2 小児救急電話相談件数の推移(千葉県)



資料：小児救急電話相談件数(県医療整備課)

[小児初期救急医療]

小児救急患者については、その症状に応じて初期から三次までの救急医療体制に対応する施設で受け入れています。小児初期救急医療については、在宅当番医制(13地区)及び夜間休日急病診療所(20か所)で対応しています。

[小児二次救急医療体制]

小児二次救急医療については、病院群による輪番制(6地区)や小児救急医療拠点

病院（3か所）により実施しています。

[小児三次救急医療体制]

小児三次救急医療については、全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院である千葉県こども病院、千葉大学医学部附属病院及び救命救急センター（千葉県総合救急災害医療センターを除く）の計15か所により実施しています。

令和3年4月からは、東京女子医科大学附属八千代医療センターを、診療科領域を問わず、全ての重篤な小児救急患者を24時間体制で必ず受け入れるとともに、医療従事者等に対する小児救急医療の臨床教育を行う小児救命救急センターに指定しています。

[千葉県小児医療協議会の開催]

千葉県小児医療協議会を令和5年4月に設置し、小児医療体制の整備、研修及び啓発に関すること等を協議しています。

[小児救急に関する情報発信]

小児救急においては、即座に医師の診療が必要ない病気でも受診する保護者の増加などにより、特に夜間の病院勤務医への負担が増大している状況を緩和するため、保護者に対し小児の急病時の対応などの啓発を積極的に実施しています。

[災害時における小児医療体制]

東日本大震災をまとめた報告書から、小児・周産期医療と災害医療との連携の必要性が指摘されており、大規模災害に備えて、災害時においても小児医療体制を維持できるように整備していく必要があります。

2 循環型地域医療連携システムの構築

子どもの医療に携わる各医療機関が効率的に連携することにより、子どもに対する医療を効果的に提供することを目的とした「小児医療の循環型地域医療連携システム」を構築します。

お子さんの具合が急に悪くなった場合、相談できる相手がいない場合には、「小児救急電話相談」を利用することにより、医療機関に受診したほうが良いのかどうか助言を受けることができ、その助言に応じて「かかりつけ医」や「小児初期救急医療機関」に安心して受診することができるよう、身近な受療体制を構築します。

手術や入院が必要な中等症の場合は、二次医療圏で中核的な小児医療を実施する「地域小児科センター」が診療に当たるとともに、さらに重篤な症状の場合には三次医療圏において中核的な小児医療を実施する「全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院（小児中核病院）」において高度小児専門医療を受けられるよう、小児医療におけるそれぞれの役割分担を明確化するとともに、初期、二次及び三次の小児救急医療体制における円滑な受入体制の整備を図ります。

小児専門医療機関と一般病院の小児科、地域のかかりつけ診療所等が、それぞれの機能に応じた役割分担に基づき、連携を強化することにより、効果的な小児医療体制の整備を進めます。

3 施策の具体的展開

〔小児救急医療啓発事業の実施〕

- 核家族化の進行により、子どもの急病時の対応方法を世代間で伝承する機会が減少していることから、保護者向け講習会の実施やガイドブックの配布などを通じて、子どもの急病や事故時の対応に関する知識について普及啓発を図ります。

〔小児救急電話相談事業の充実・強化〕

- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中の緩和を図るため、夜間に小児患者の保護者等からの電話相談に対し、看護師や小児科医が適切な助言を与える小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。

〔小児初期救急医療体制の整備・充実〕

- 小児科医等が夜間・休日に、小児初期救急患者を受け入れる小児初期救急センターを整備することによって運営を円滑にし、小児初期救急医療体制の充実を図ります。

〔小児二次救急医療体制の整備・充実〕

- 小児科医が夜間・休日に複数医療圏の小児二次救急患者を受け入れる小児救急医療拠点病院や、小児科医を置く病院がグループをつくり夜間・休日に輪番で小児二次救急患者を受け入れる体制を、地域の医療環境に応じて整備することによって、県内全ての地域において、初期救急から二次救急医療施設への円滑な受け入れ体制を整えます。

〔小児三次救急医療体制の整備・充実〕

- 重篤な小児患者の救命率向上を図るため、小児三次救急医療圏の中核を担う医療機関のP I C U（小児集中治療室）の整備及び小児救急患者を365日24時間受け入れることのできる小児救命救急センターに対し助成等を実施し、小児救急医療体制の充実を図ります。

〔小児救急に関する情報発信〕

- ちば救急医療ネットにより、県民に対して休日夜間診療所や小児救急電話相談等の小児救急に関する情報を発信していきます。また、子どもの急病や事故時の対応に関する知識について、普及啓発を図ります。

〔災害時における小児医療体制〕

- 災害時小児周産期リエゾン等を災害医療本部に配置する等、災害時の医療体制について強化を図ります。

4 施策の数値目標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状	目標
小児救急電話相談件数	48,430件 (令和5年度)	
医療施設従事医師数（小児科） (15歳未満人口10万対)	95.5人 (令和2年)	
小児初期救急センターの数	720か所 (令和4年度)	
二次以上の小児救急患者に対応 できる医療機関数	33か所 (令和4年度)	
三次以上の小児救急患者に対応 できる医療機関数	8か所 (令和4年度)	
PICUの病床数	25床 (令和4年度)	
災害時小児周産期リエゾン任命 者数	12人 (令和4年度)	

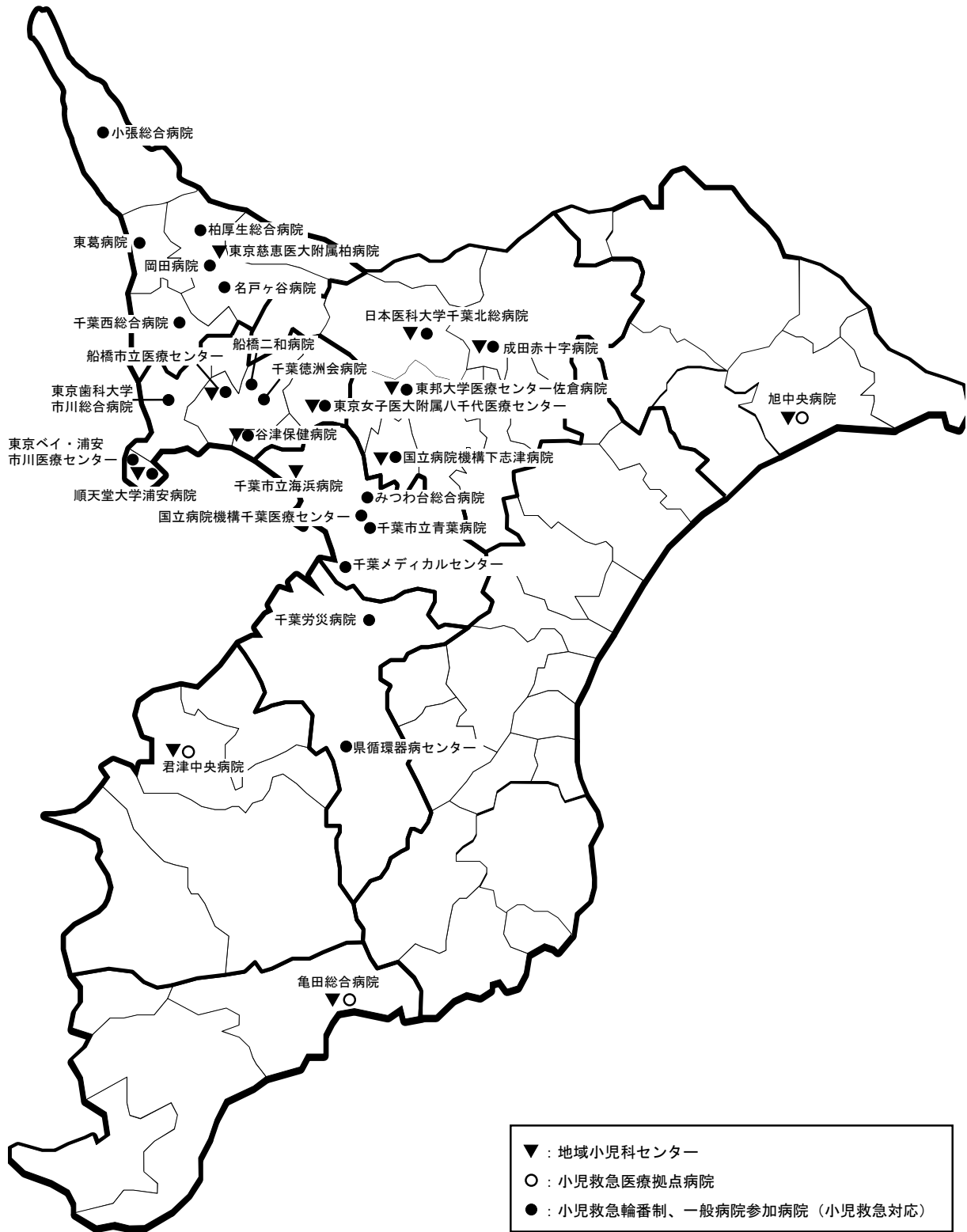
〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現状（令和5年）	目標（令和11年）
救急搬送件数（小児患者）	2,612件 (令和3年度)	
搬送困難事例（受入交渉回数5 回以上または現場滞在時間30 分以上）	195件 (令和3年度)	

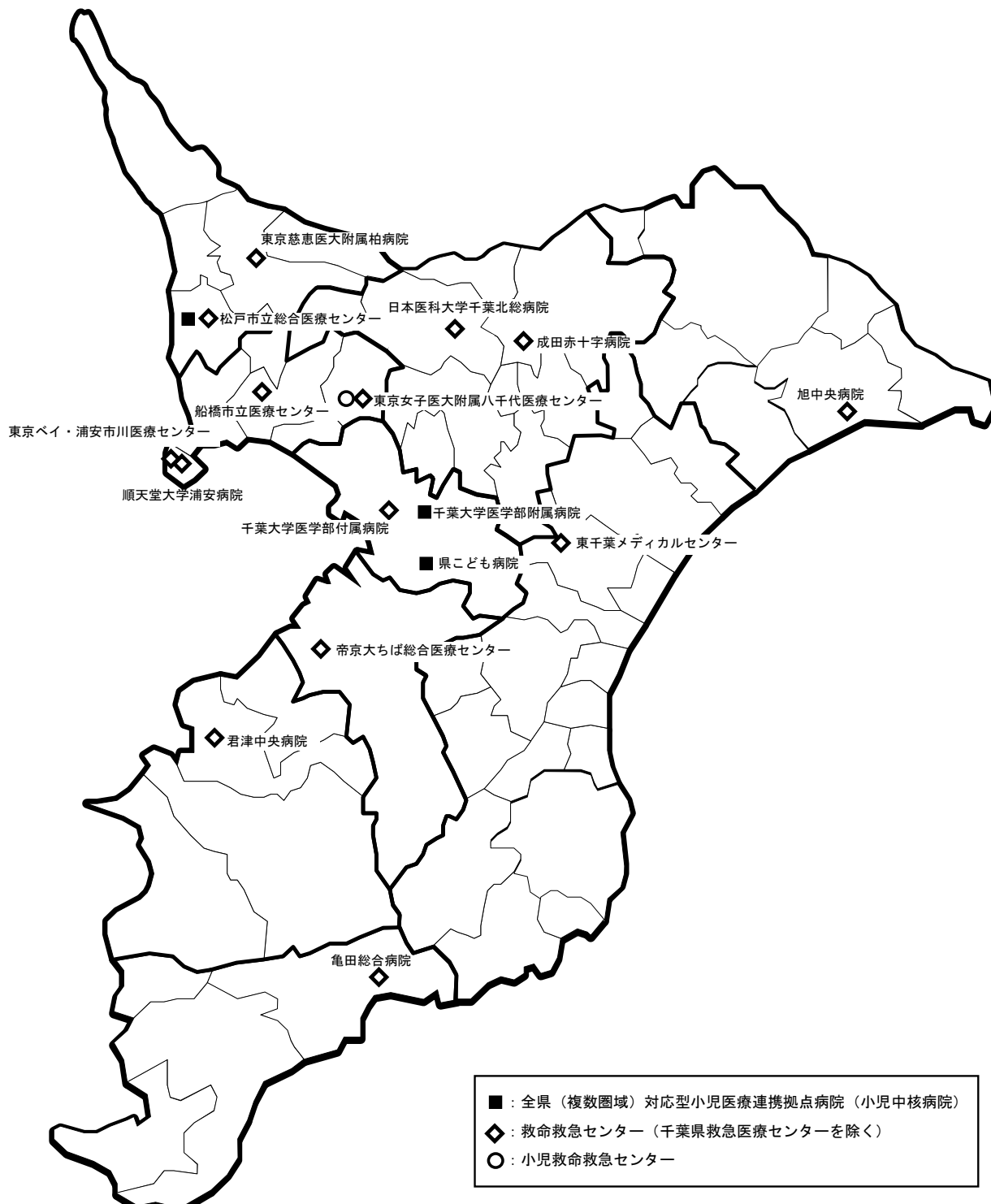
〔成果（アウトカム）〕

指 標 名	現状（令和5年）	目標（令和11年）
乳児死亡率（出生千対）	2.1人	
乳幼児（5歳未満）死亡率（出 生千対）	0.5人	
小児（15歳未満）の死亡率 (出生千対)	0.19人	

【 図表 2-1-1-2-9-3 千葉県内の小児医療体制（二次救急） 】



【 図表 2-1-1-2-9-4 千葉県内の小児医療体制（三次救急） 】



※本施策については、小児医療協議会においても御意見を伺い、検討を進めていきます。

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、複数の疾患に患っていたり、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。

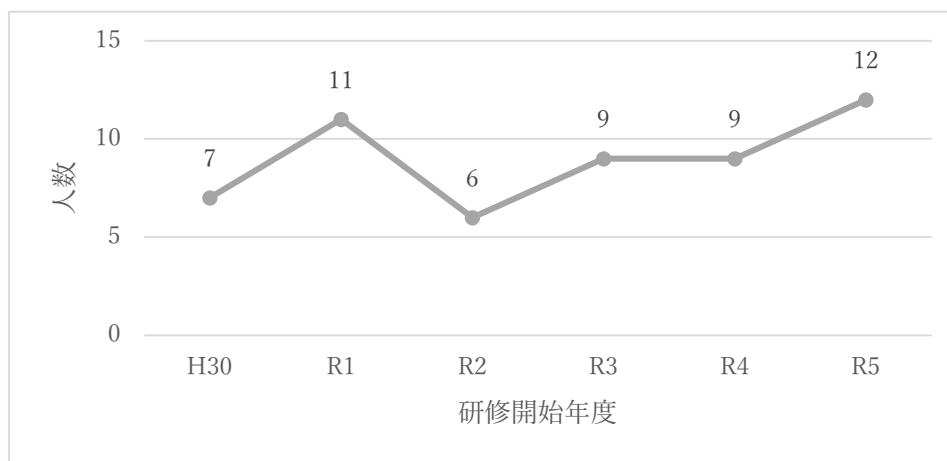
イ 「かかりつけ医」等の機能の向上

- 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。
- 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 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 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箇所に設置されています。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、県内で〇〇箇所あります。

(2) 施策の具体的展開

〔地域医療支援病院の整備等〕

- 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。

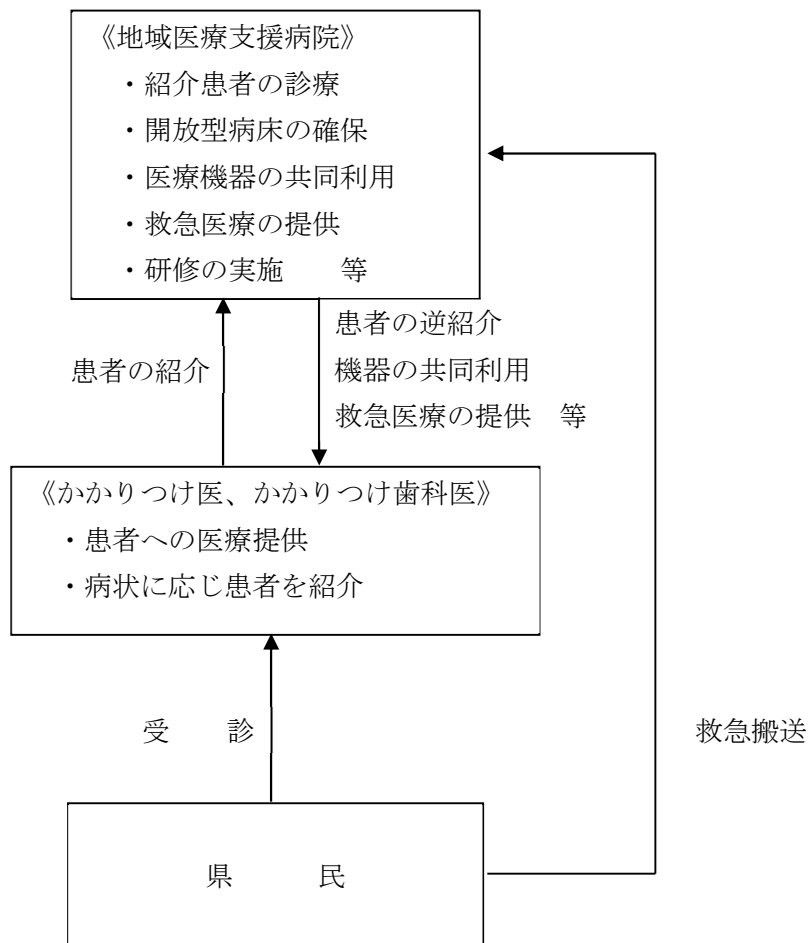
〔地域医療連携の推進〕

- 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。

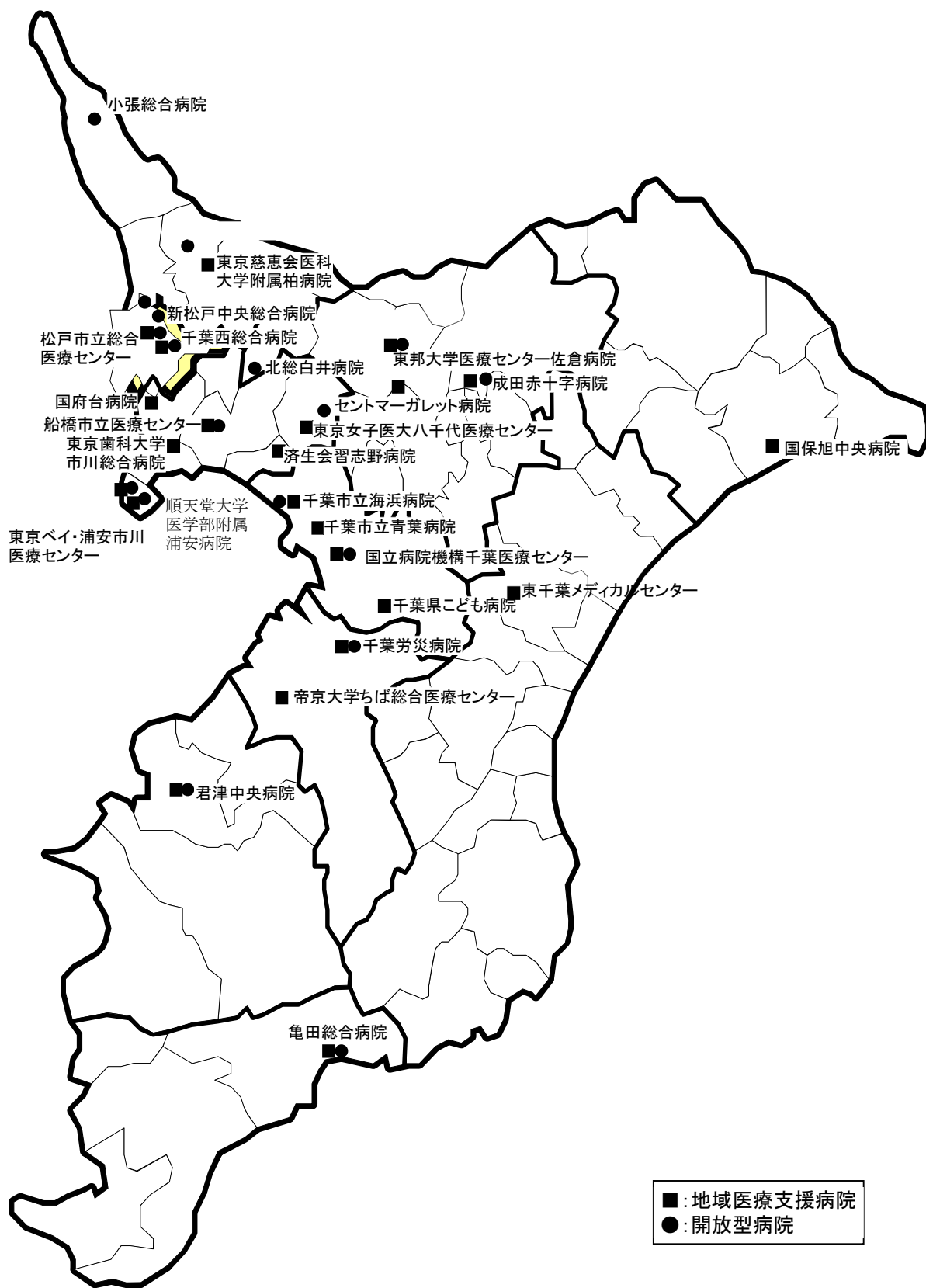
(3) 施策の評価指標

指 標 名	現状（令和5年度）	目標
地域医療支援病院数	23箇所（9医療圏）	
医療機器の共同利用を受け入れている医療機関数	〇〇施設	
他医療機関の医療機器を共同利用している医療機関数	〇〇施設	

図表 2-1-2-3-1 地域医療支援病院のイメージ



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



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「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、自治体病院が策定す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〕

- 各自治体病院が策定す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。

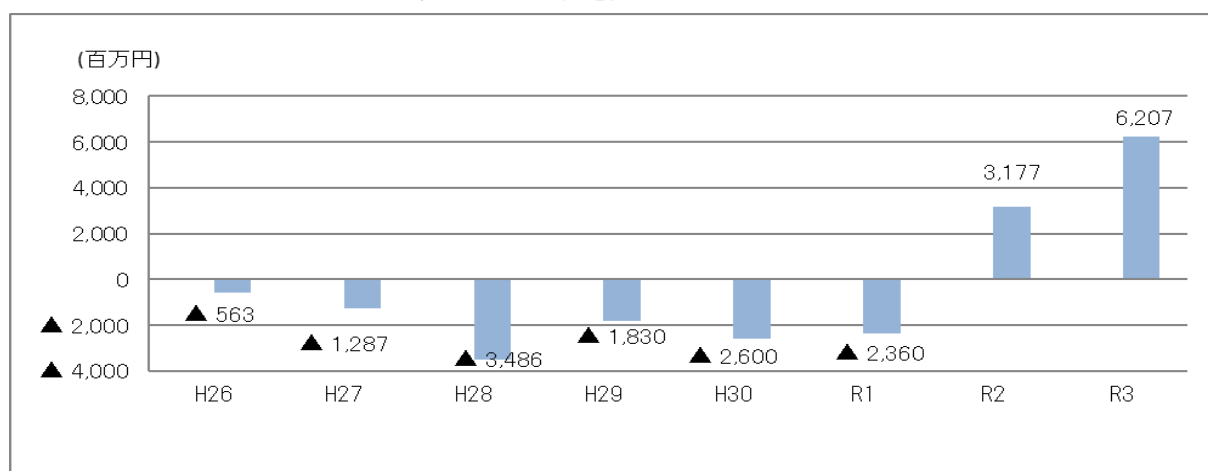
- 地域において中核的機能を果たす自治体病院の施設整備等に対して助成し、機能強化や機能分化を促進することで地域医療の充実を図ります。

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 5-2-3-4 千葉県内の自治体病院



4 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、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。

(イ) 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。

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

（5）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。

(6) 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千葉県精神保健福祉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。

(7) 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。

(8) 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。

(9) 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。

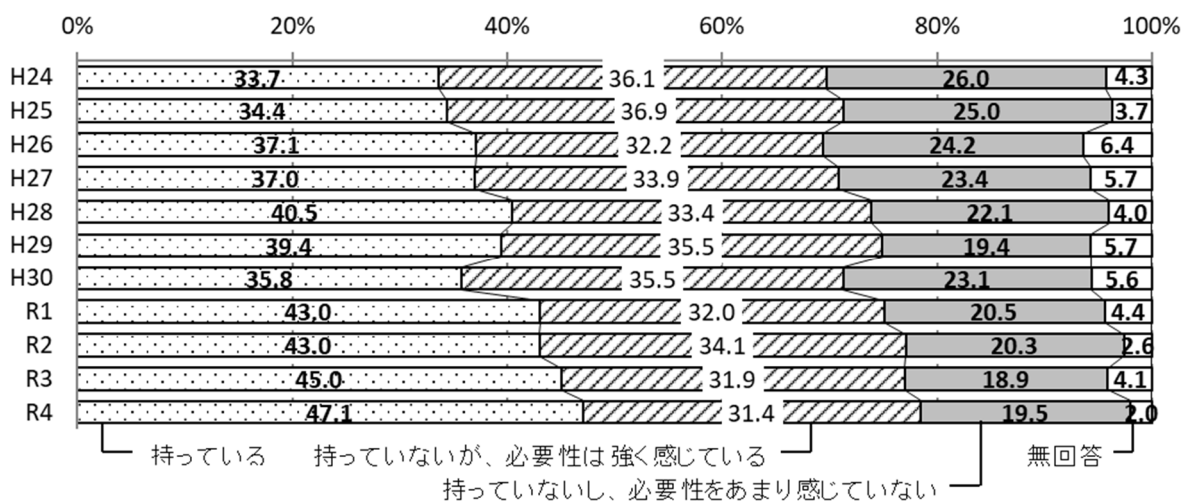
かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、中長期的視野に立って現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示する「患者のための薬局ビジョン」に基づき、令和7年までにすべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことが求められています。

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 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、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%	

6 患者の意思を尊重した医療

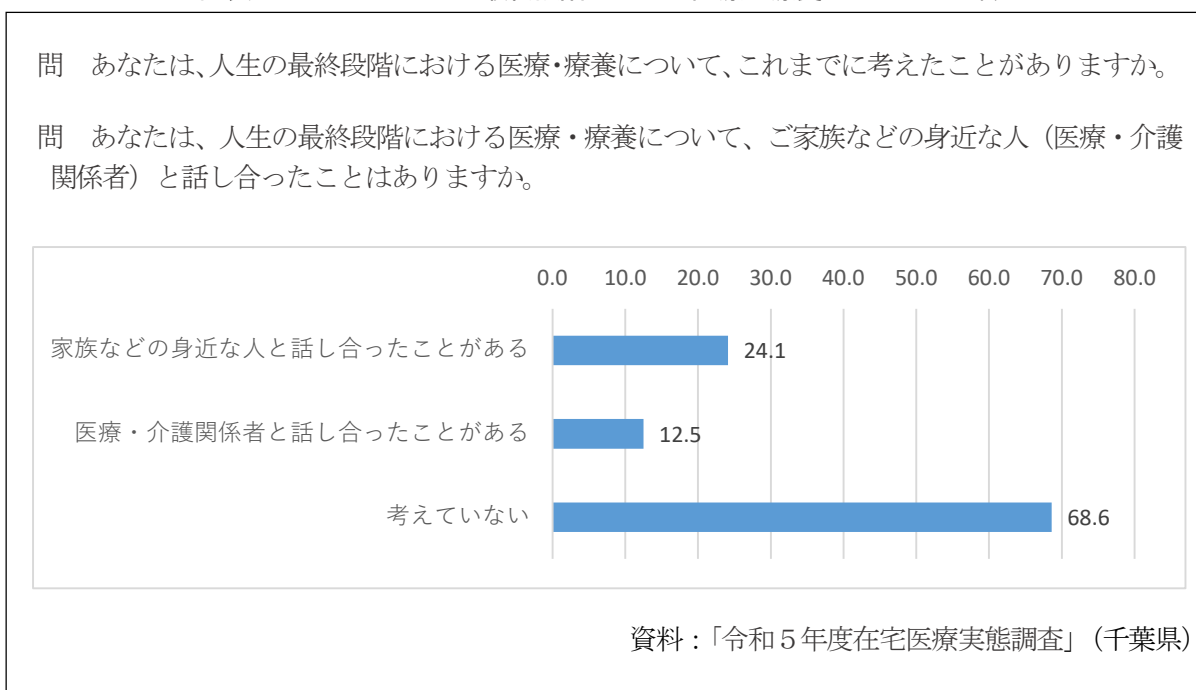
(ア) 施策の現状・課題

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、「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 2-1-2-7-1 人生の最終段階における医療・療養についての意識

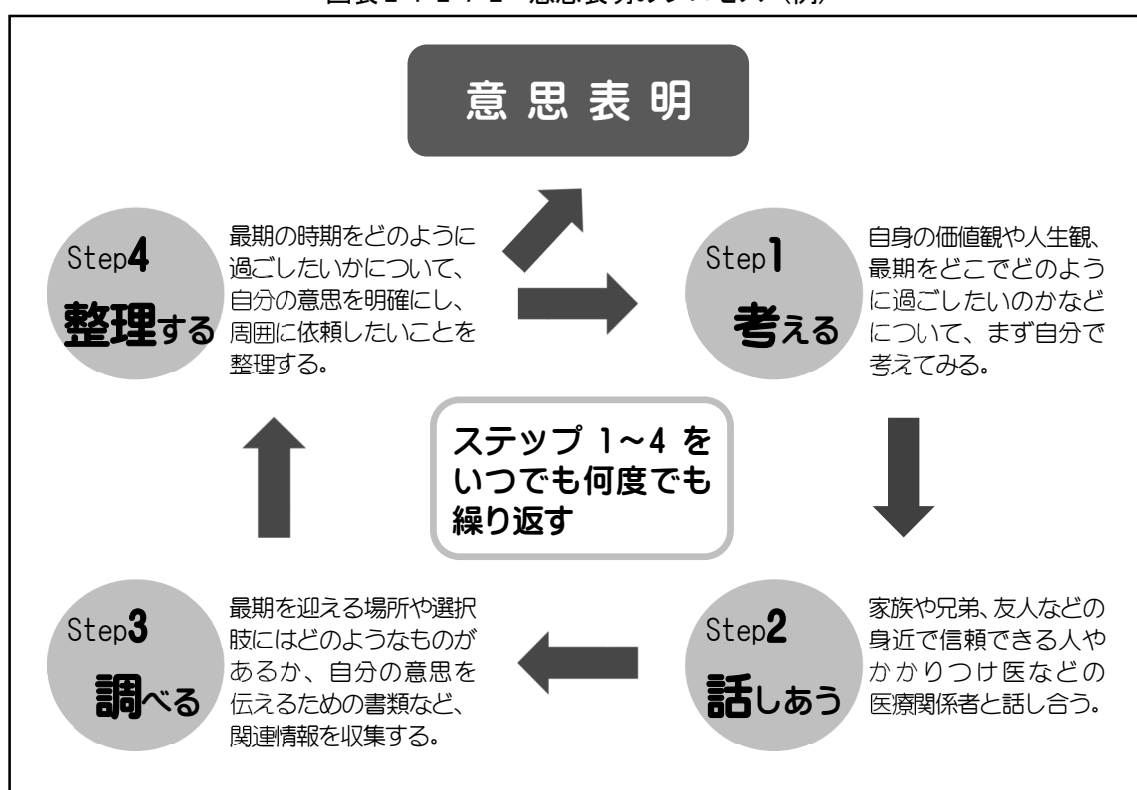


(イ) 施策の具体的展開

〔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 2-1-2-7-2 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

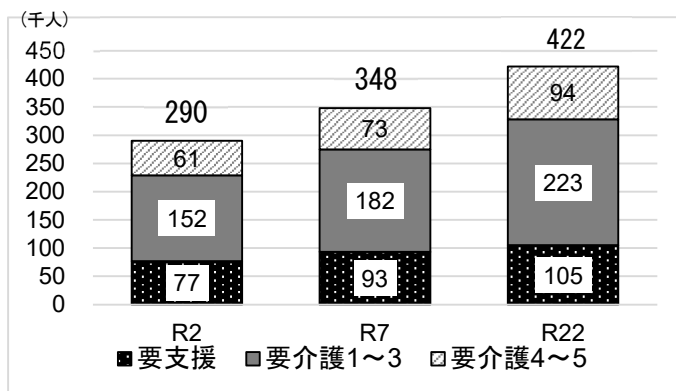
(1) 在宅医療の対象者の状況

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、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等認定者数は、令和2年度の29万人から令和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。

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

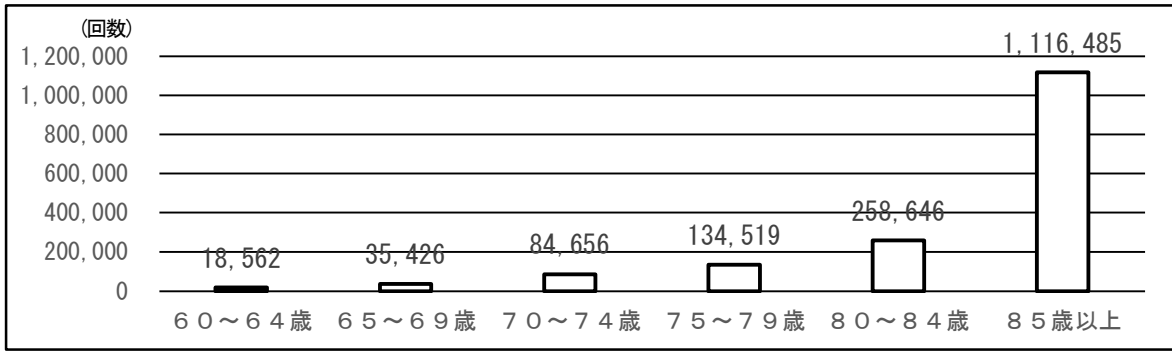


資料：千葉県高齢者保健福祉計画

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。

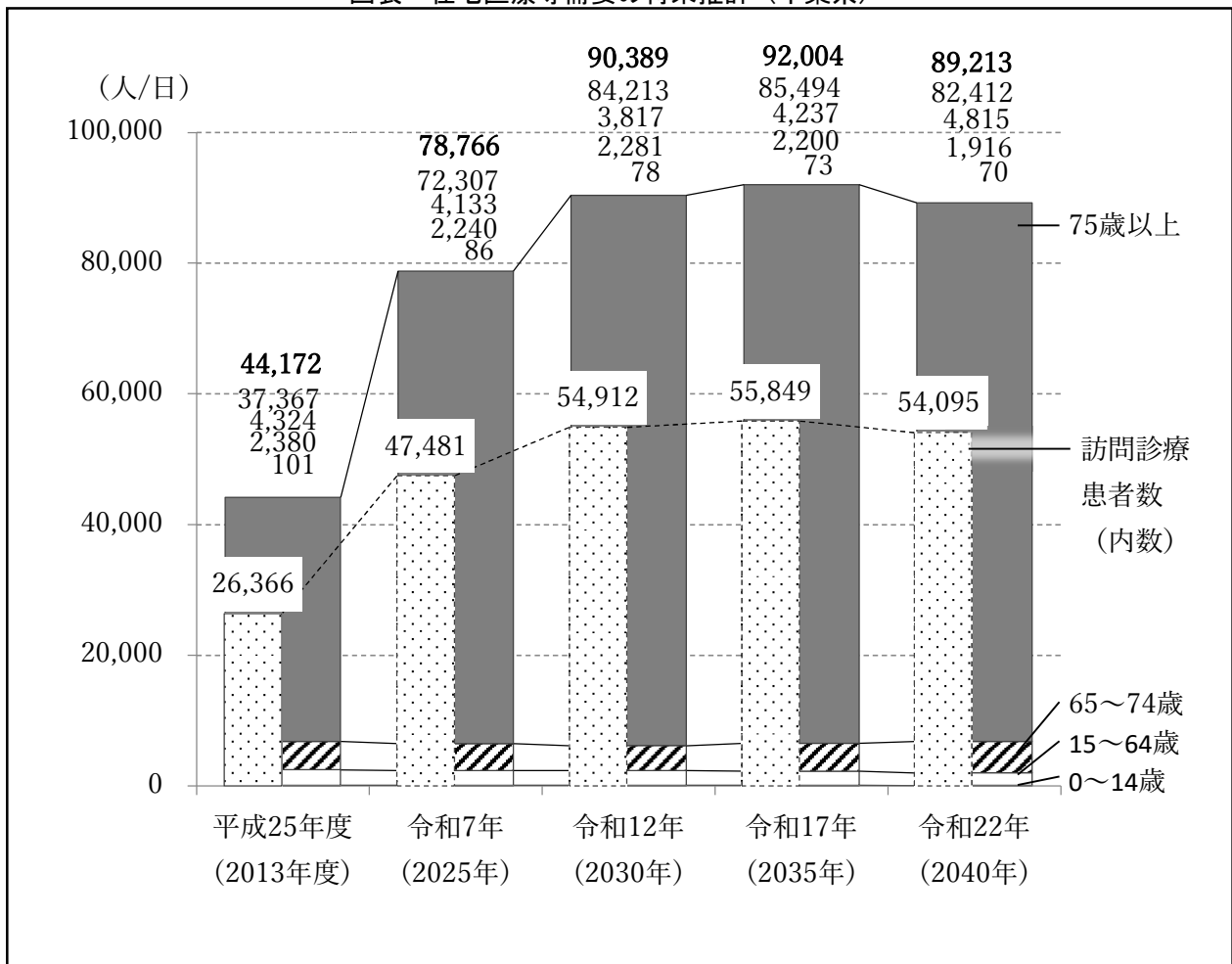
一方で、在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数や在宅患者訪問診療料を算定している小児（0歳から14歳）の数も、年々増加しており、特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。

図表 全国の年齢別訪問診療回数



資料：令和3年 社会医療診療行為別統計（厚生労働省・令和3年6月審査分）

図表 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 在宅人工呼吸指導管理料算定回数

	平成 29 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
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 訪問診療（小児）の算定回数

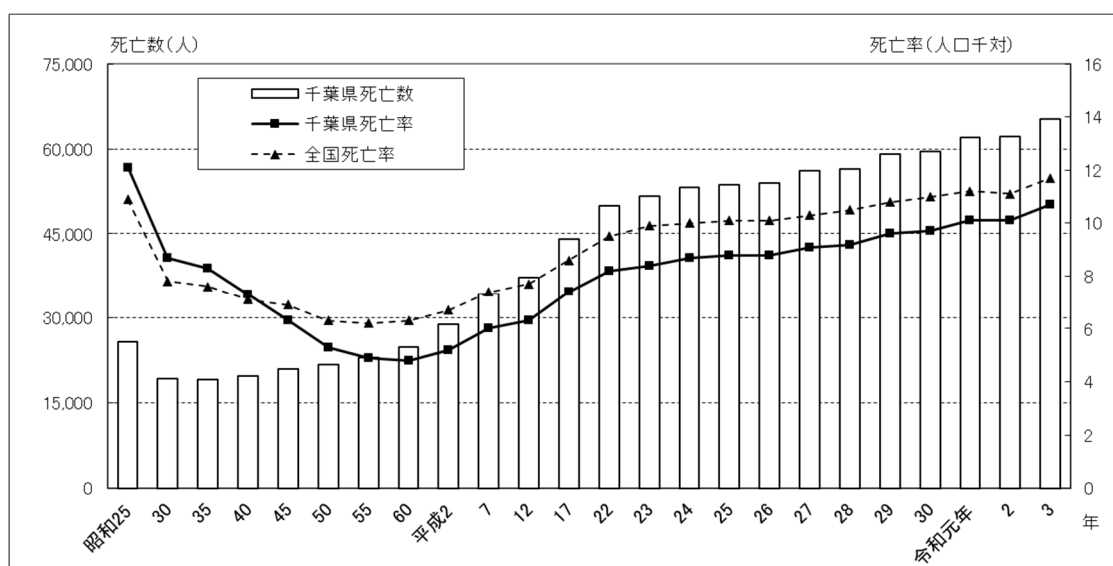
	平成 29 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
算定回数（年間）	2,917 回	3,519 回	3,565 回	4,260 回

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 3 年は 10.7 で全国平均の 11.7 に対し 1.0 ポイント低く、高い順では全国 41 位となっています。

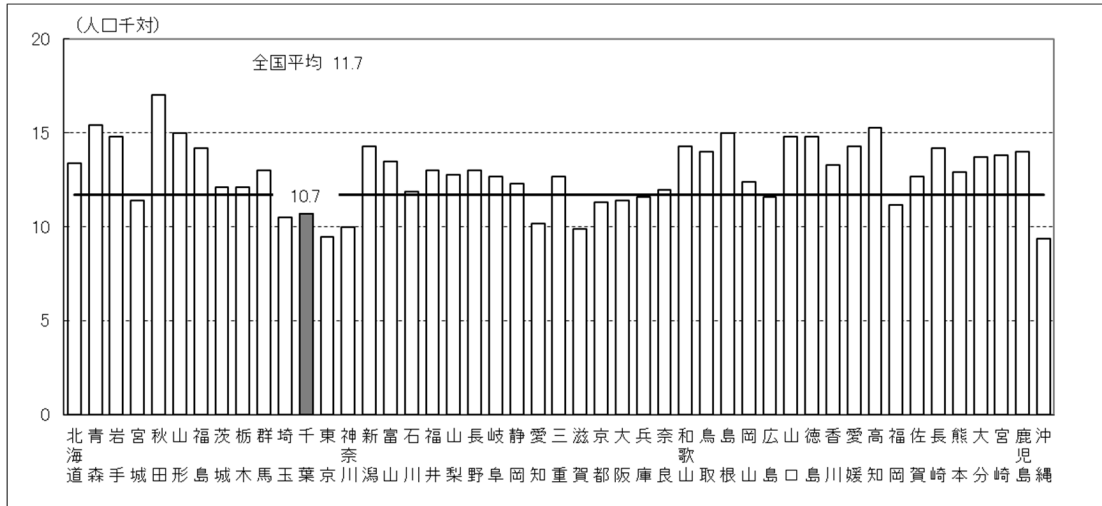
一方、死因別死亡数は全国とほぼ同じ傾向にあり、悪性新生物、心疾患、老衰の上位 3 死因で、死亡総数の 52.7% を占めています。また、主な死因別死亡率の推移をみると、老衰で亡くなる方が増加傾向にあります。

図表 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 都道府県別死亡率



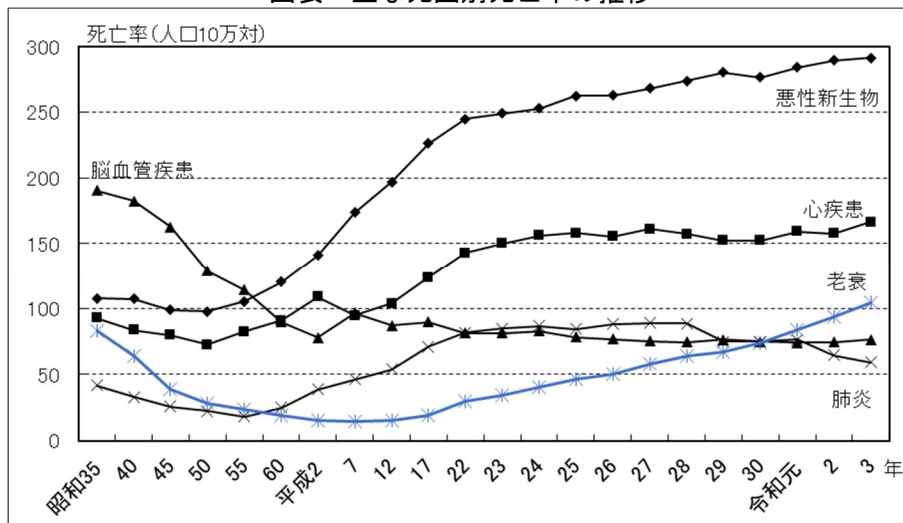
資料：令和3年人口動態調査（厚生労働省）

図表 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>	381,505	26.5%	悪性新生物<腫瘍>	17,808	27.3%
2	心疾患	214,710	14.9%	心疾患	10,167	15.6%
3	老衰	152,027	10.6%	老衰	6,394	9.8%
4	脳血管疾患	104,595	7.3%	脳血管疾患	4,667	7.2%
5	肺炎	73,194	5.1%	肺炎	3,636	5.6%
6	誤嚥性肺炎	49,488	3.4%	誤嚥性肺炎	2,062	3.2%
7	不慮の事故	38,355	2.7%	不慮の事故	1,412	2.2%
8	腎不全	28,688	2.0%	腎不全	1,138	1.7%
9	アルツハイマー病	22,960	1.6%	高血圧性疾患	980	1.5%
10	血管性等の認知症	22,343	1.6%	自殺	978	1.5%
死亡 総数		1,439,856			65,244	

資料：令和3年人口動態調査（厚生労働省）

図表 主な死因別死亡率の推移

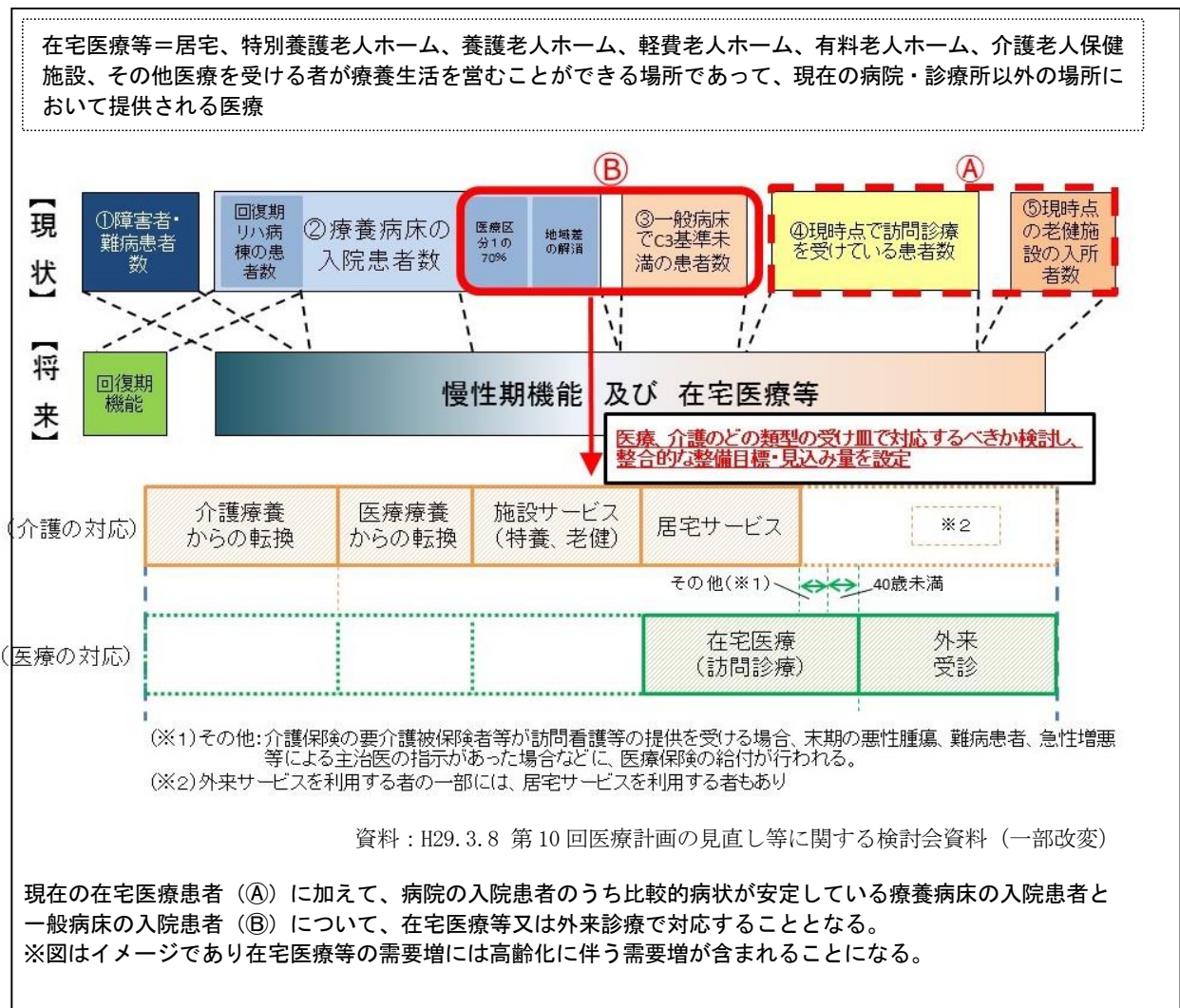


資料：人口動態調査（厚生労働省）

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 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

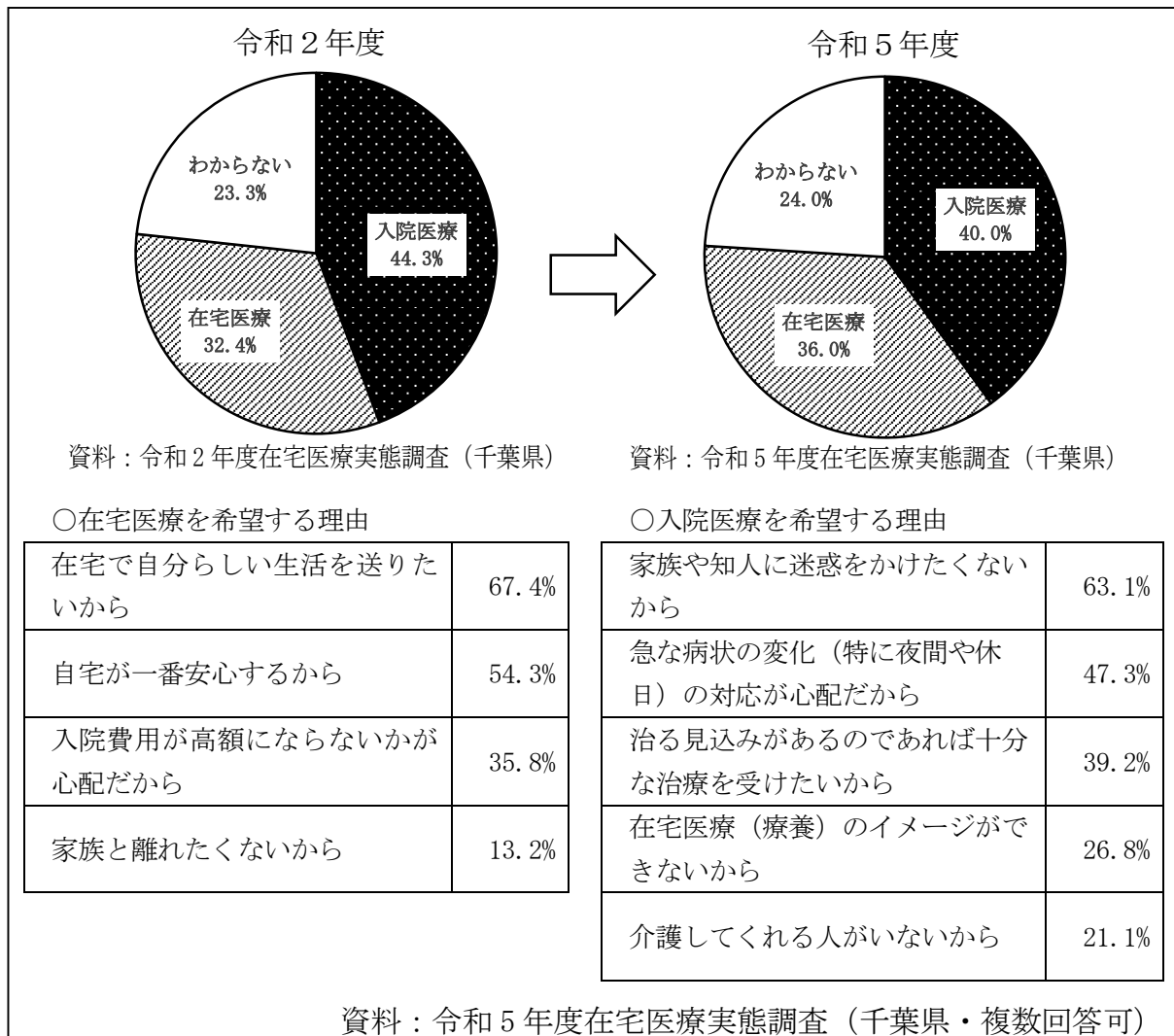
県が実施した「令和5年度在宅医療実態調査」によれば、病気で長期にわたる治療(療養)が必要になった場合に、「入院医療」を希望すると回答した方は、40.0%、「在宅医療」を希望すると回答した方は36.0%、「わからない」と回答した方は24.0%でした。令和2年度の調査結果は、「入院医療」を希望すると回答した方は、44.3%、「在宅医療」を希望すると回答した方は32.4%、「わからない」と回答した方は23.3%のため、在宅医療を希望する県民が増加傾向にあります。

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。

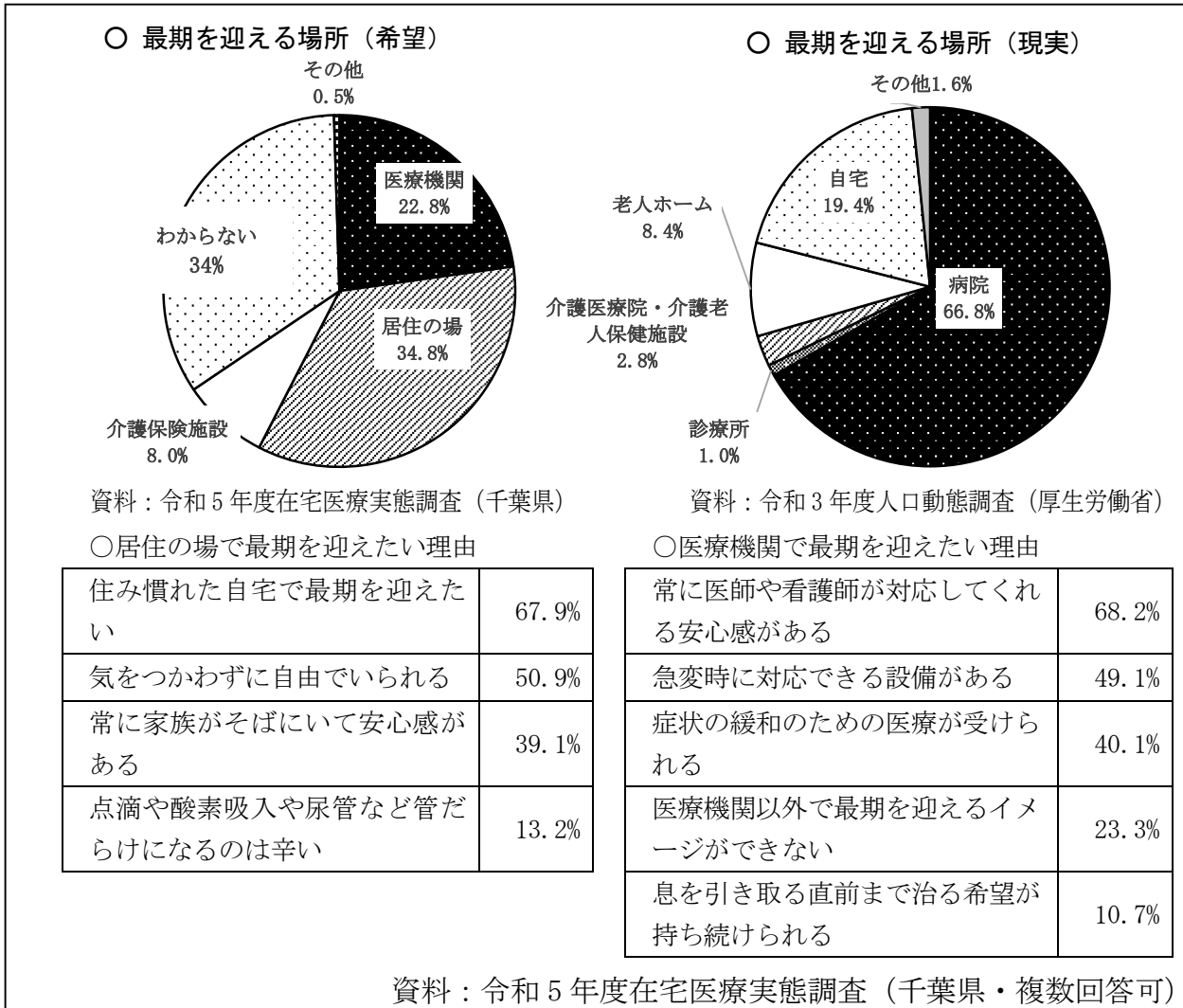
また、自分が最期を迎えたい場所として、「医療機関」が22.8%、「居住の場(自宅やサービス付き高齢者向け住宅など)」が34.8%、「介護保険施設(特別養護老人ホームなど)」が8.0%、「わからない」が34.0%でした。一方で、66.8%の県民が病院で最期を迎えている現実があります。

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」「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 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年の142か所から、令和2年の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 退院調整部門を設置している医療機関数

	平成 29 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
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 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	平成 29 年	令和 2 年
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）、実施件数（1 か月間）は 8,146 件で、平成 29 年の 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）、実施件数（1 か月間）は 57,510 件と、平成 29 年の 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 訪問診療実施医療機関数・件数

	平成 26 年	平成 29 年	令和 2 年
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）、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）、実施件数（1か月間）は26,033件でした。平成29年の居宅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、訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数は202か所（令和2年）であり、平成29年の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 歯科診療所訪問診療実施機関数・件数

		平成26年	平成29年	令和2年
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 訪問口腔衛生指導実施機関数

	平成26年	平成29年	令和2年
訪問口腔衛生指導実施機関数	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4月）でした。平成29年7月の1,749か所から増加しています。また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数は21,461回（令和4年）と平成29年の6,987回から増加しています。一方、居宅療養管理指導における介護給付の実施薬局数は〇〇か所（令和4年）、予防給付の実施薬局数は〇か所（令和4年）と、平成29年の介護給付〇〇か所、予防給付〇〇か所からそれぞれ増加しています。また、居宅療養管理指導における介護給付の算定数は〇回（令和4年）、予防給付の算定回数は〇回（令和4年）と、平成29年の介護給付〇回、予防給付〇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

	平成 29 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年
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 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定回数

	平成 29 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
在宅患者訪問薬剤管理指導料算定回数 (年間)	6,987 回	10,888 回	14,682 回	21,461 回

資料：KDB データ（在宅患者訪問薬剤管理指導料）

図表 薬局による居宅療養管理指導実施機関数・算定回数

		平成 29 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
居宅療養管理指導 実施機関数	介護給付	か所	か所	か所	か所
	予防給付	か所	か所	か所	か所
居宅療養管理指導料 算定回数（年間）	介護給付	回	回	回	回
	予防給付	回	回	回	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 10 月）、利用者数は 32,768 人（令和 3 年 9 月）であり、平成 28 年 10 月の 308 か所、平成 28 年 9 月の 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における看護師数（常勤換算）は 2,241 人（令和 3 年 10 月）であり、平成 28 年 10 月の 1,117 人から増加しています。

県内の訪問看護ステーションは、看護職員数（常勤換算）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・看護師数（常勤換算）・利用者数

	平成 28 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
訪問看護ステーション数	308 か所	388 か所	418 か所	454 か所
看護師数（常勤換算）	1,117 人	1,812 人	1,973 人	2,241 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）

図表〇-〇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）

令和5年度在宅医療実態調査の結果に差し替え予定

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）、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）と平成29年の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、145 か所（令和2年4月審査分）と平成29年4月審査分の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、8千人（令和4年）と平成29年の6.3千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）であり、平成29年の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 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	平成29年	令和2年
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	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 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	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
訪問リハビリテーション 請求事業所数（1 か月）	介護給付	133 か所	145 か所	155 か所	162 か所
	予防給付	90 か所	95 か所	107 か所	109 か所
実受給者数（年間）	介護給付	6.3 千人	7.2 千人	7.6 千人	8 千人
	予防給付	0.8 人	1.1 千人	1.2 千人	1.3 千人

資料：介護給付費等実態調査（厚生労働省）

図表 在宅患者訪問栄養食事指導実施機関数

	平成 29 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
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 年と令和 5 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、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 在宅療養支援診療所・病院等の数

	平成 29 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年
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	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

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数・病院数は 6.8 か所（令和 3 年 3 月時点：全国平均 13.0）、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 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 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、業務継続計画（BCP）の策定状況について、診療所では〇%、病院では〇%、在宅療養支援歯科診療所では〇%、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局では〇%、訪問看護ステーションでは〇%でした。

※下線部は令和5年度在宅医療実態調査の結果を反映予定

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