

(2) 県民の希望と意識

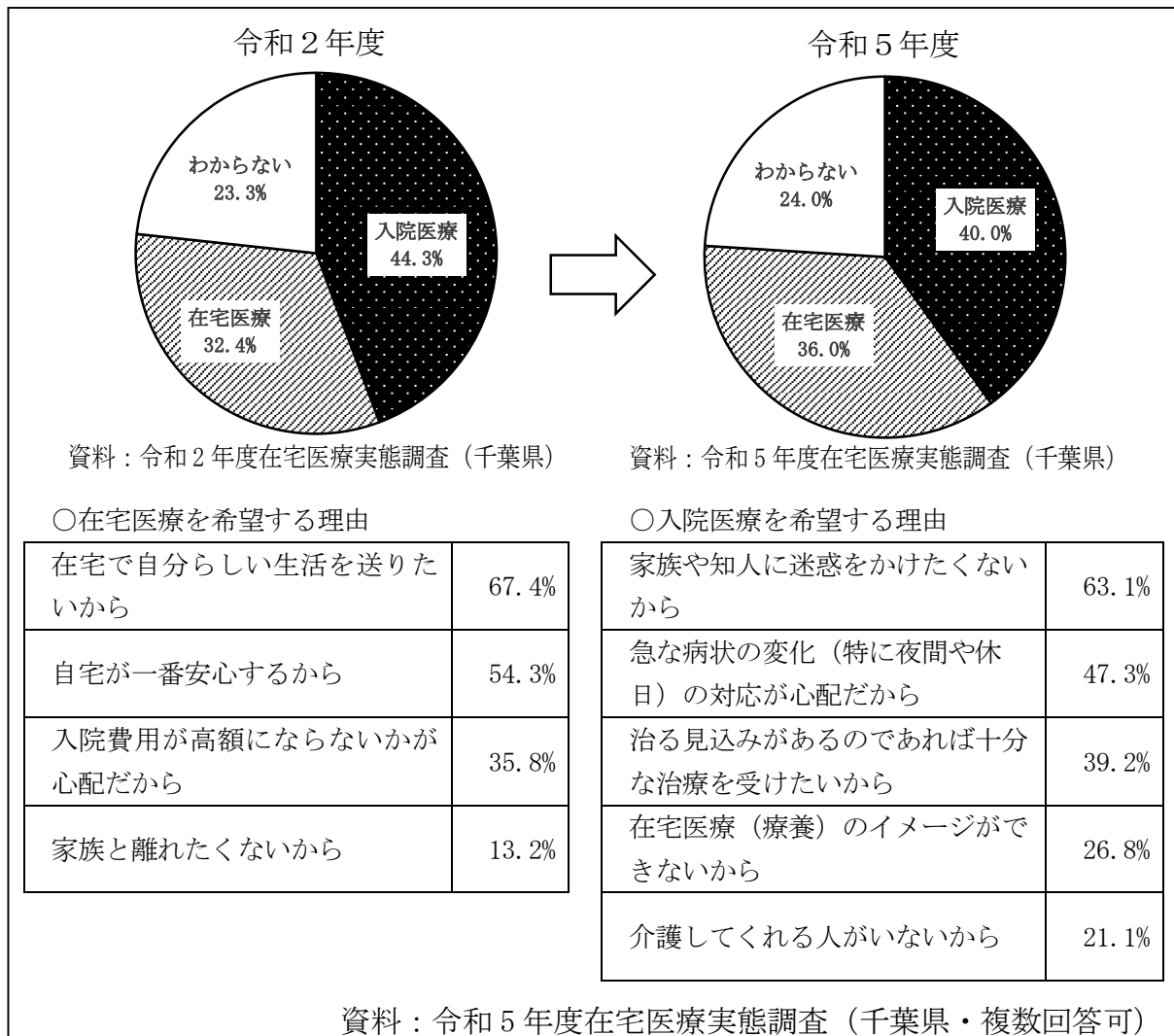
県が実施した「令和5年度在宅医療実態調査」によれば、病気で長期にわたる治療(療養)が必要になった場合に、「入院医療」を希望すると回答した方は、40.0%、「在宅医療」を希望すると回答した方は36.0%、「わからない」と回答した方は24.0%でした。令和2年度の調査結果は、「入院医療」を希望すると回答した方は、44.3%、「在宅医療」を希望すると回答した方は32.4%、「わからない」と回答した方は23.3%のため、在宅医療を希望する県民が増加傾向にあります。

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。

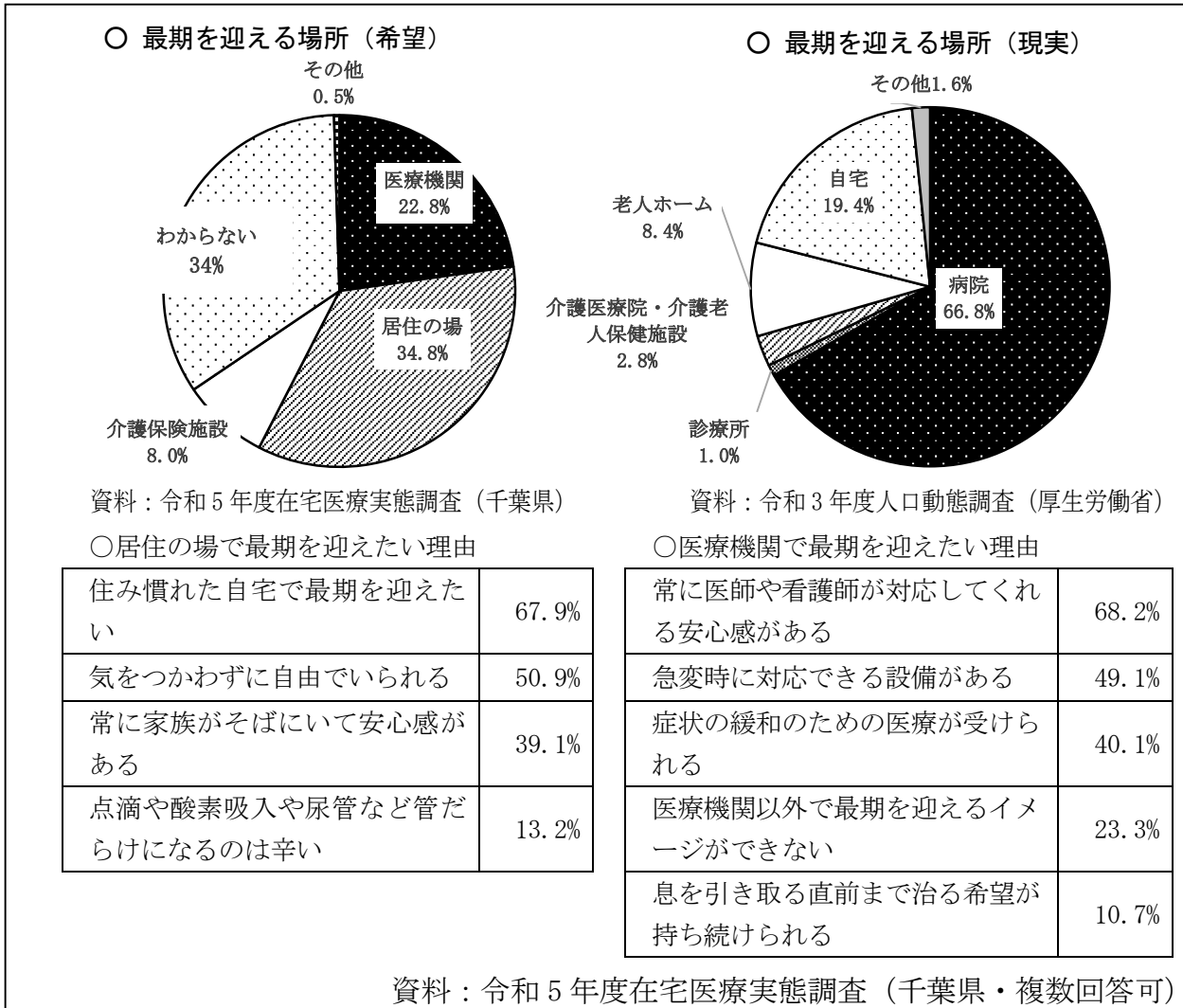
また、自分が最期を迎えたい場所として、「医療機関」が22.8%、「居住の場(自宅やサービス付き高齢者向け住宅など)」が34.8%、「介護保険施設(特別養護老人ホームなど)」が8.0%、「わからない」が34.0%でした。一方で、66.8%の県民が病院で最期を迎えている現実があります。

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

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 各関係機関のBCP策定状況（案）

	回答数	策定済み	策定率
診療所	か所	か所	%
病院	か所	か所	%
在宅療養支援歯科診療所	か所	か所	%
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	か所	か所	%
訪問看護ステーション	か所	か所	%

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2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。

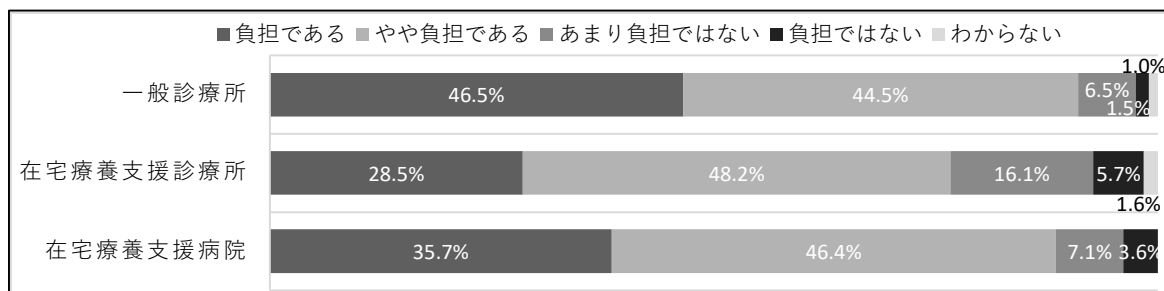
在宅療養患者の急変時等に往診を実施している医療機関数は558か所（令和2年）で、平成29年の566か所から減少傾向にあります。一方、実施件数（1か月間）は9,042件（令和2年）で、平成29年の7,739件に比べて増加しています。

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4月時点）、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4月時点）と増加傾向にあります。

令和5年度在宅医療実態調査の結果に差し替え予定

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。

図表〇-〇診療時間外（夜間・休診日）の対応の負担感



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

図表 往診実施医療機関数・件数

	平成26年	平成29年	令和2年
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）

（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）で、平成29年の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）で、平成29年の468件より増加しています。

本県の在宅死亡率は、27.8%（令和3年度）で、全国平均の27.2%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。一方、医療機関で亡くなる方は7割を超えています。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87.5%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

	平成 26 年	平成 29 年	令和 2 年
看取り実施医療機関数	179 か所	181 か所	210 か所
(内訳) 一般診療所	158 か所	154 か所	186 か所
病院	21 か所	27 か所	24 か所
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

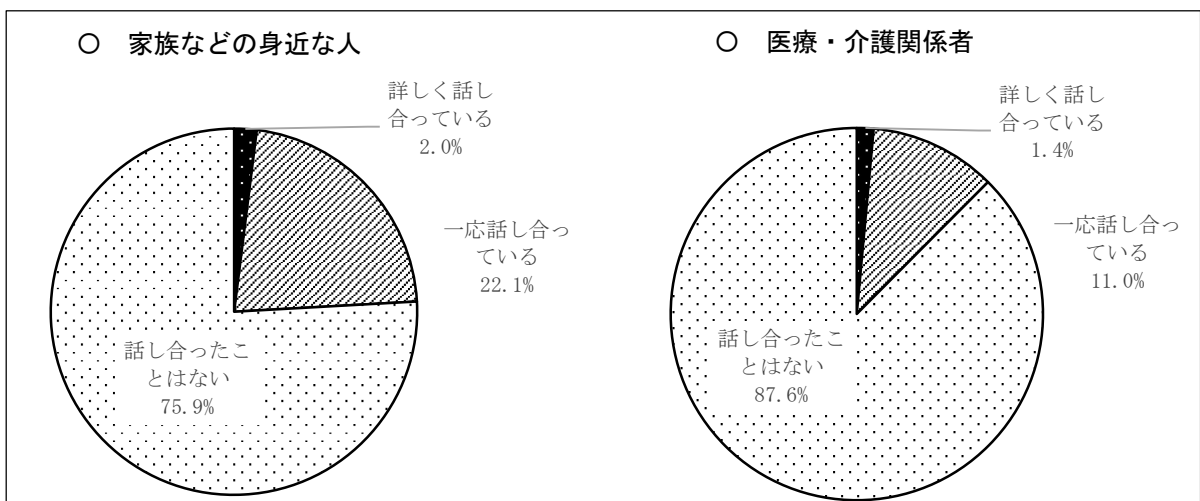
資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

図表 在宅での死亡率

	令和元年		令和 2 年		令和 3 年		
	千葉県	全国	千葉県	全国	千葉県	全国	
総数 (a)	62,004 人	1,381,093 人	62,118 人	1,372,755 人	65,244 人	1,439,856 人	
在宅死亡者数 (b)	13,819 人	306,446 人	15,928 人	341,825 人	18,143 人	391,585 人	
割合 (b/a)	22.3%	22.2%	25.6%	24.9%	27.8%	27.2%	
自宅	死亡者数 (c)	9,712 人	188,191 人	11,406 人	216,103 人	12,664 人	247,896 人
	割合 (c/a)	15.7%	13.6%	18.4%	15.7%	19.4%	17.2%
老人ホーム	死亡者数 (d)	4,107 人	118,255 人	4,522 人	125,722 人	5,479 人	143,689 人
	割合 (d/a)	6.6%	8.6%	7.3%	9.2%	8.4%	10.0%

資料：人口動態調査（厚生労働省）

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



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。

※令和5年度在宅医療実態調査の結果から追記予定

- 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、医療と介護の連携に関する相談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、日常の療養支援体制の整備促進に取り組むとともに、医療・介護の関係機関と連携を図りながら啓発活動を行います。

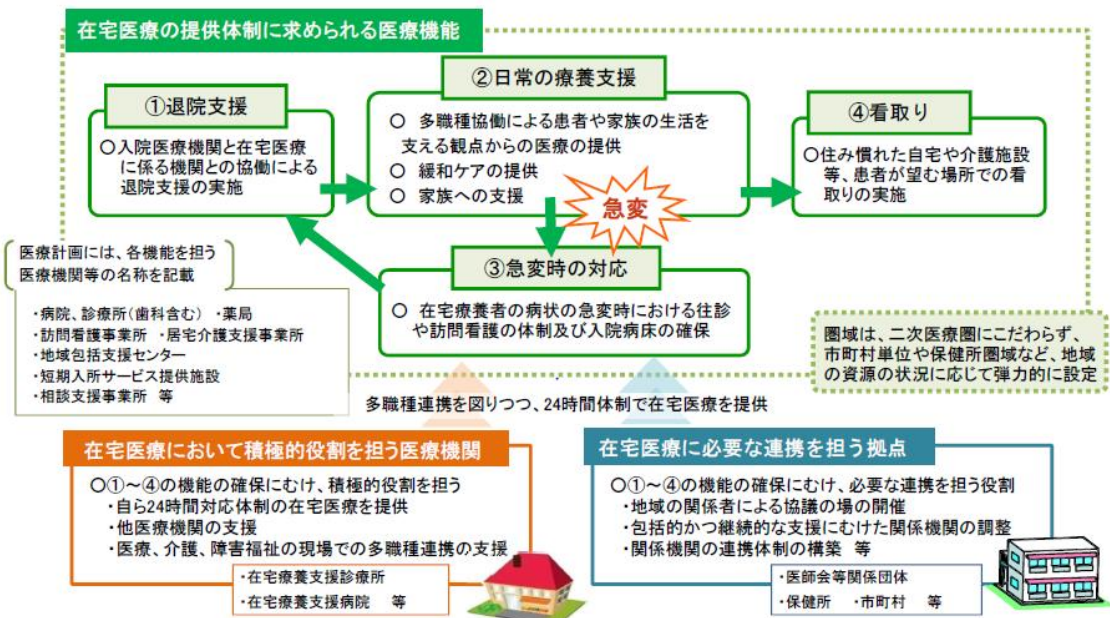
(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関の確保

- 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県と連携して取り組むよう努めます。

図表 在宅医療の提供体制のイメージ



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数・病院数	141 か所 (令和 3 年)	
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	765 か所 (千葉県) (令和 3 年)	
(内 訳)		
千葉保健医療圏	126 か所	
東葛南部保健医療圏	185 か所	
東葛北部保健医療圏	173 か所	
印旛保健医療圏	61 か所	
香取海匝保健医療圏	47 か所	
山武長生夷隅保健医療圏	69 か所	
安房保健医療圏	32 か所	
君津保健医療圏	42 か所	
市原保健医療圏	30 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 10 月)	
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数	2,266 か所 (令和 5 年 6 月)	
訪問看護ステーション数	454 か所 (千葉県) (令和 3 年 10 月)	
(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	
往診を実施している診療所・病院	1,043 か所 (令和 3 年)	
在宅療養後方支援病院数	18 か所 (令和 5 年 4 月)	
機能強化型訪問看護ステーション	34 か所 (令和 5 年 4 月)	

在宅看取り（ターミナルケア）実施 診療所・病院数※	924 か所 (令和3年)	
訪問口腔衛生指導を実施している 診療所・病院数	202 か所 (令和2年10月)	

※在宅ターミナルケア加算、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
在宅患者訪問診療件数	808,997 件 (令和3年)	
訪問看護ステーションの利用者数	32,768 人/月 (令和3年9月)	
在宅での看取り数※	6,771 件 (令和3年)	

※看取り加算、死亡診断加算の算定件数

(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)	

第4節 外来医療に係る医療提供体制の確保

1 外来医療の提供体制

(1) 施策の現状・課題

本県では、今後、医療・介護需要の急増が見込まれる中で、患者が地域で病状に応じて適切な医療を将来にわたって持続的に受けられるようにするため、外来医療においても効率的な外来医療提供体制を構築することが緊急の課題となっています。

ア 高齢者人口の増加に伴う医療・介護需要の急増

千葉県における平成27年から令和7年までの高齢者人口の増加率は全国で5番目に高く、令和7年には高齢化率が30%になると見込まれる等、今後急速に高齢者は増加し、高齢化が進行していきます。

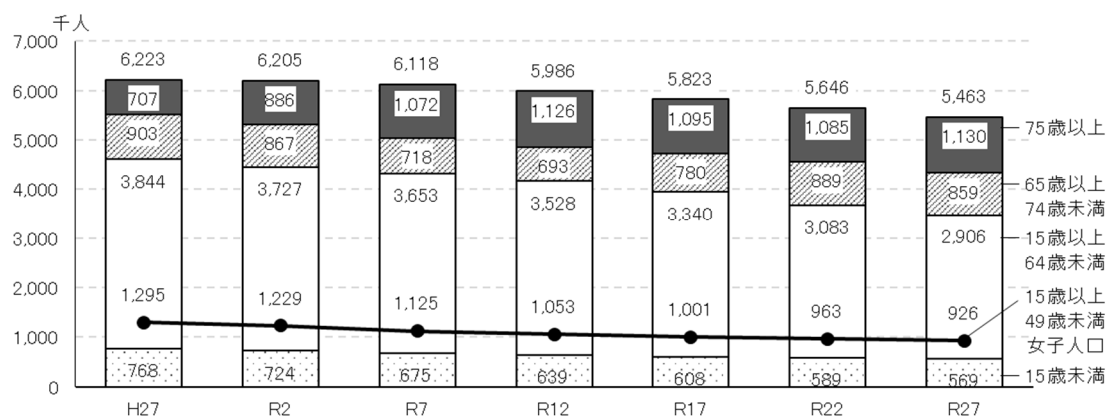
また、昭和40年から50年にかけて人口が急増しており、令和7年には団塊の世代全てが75歳以上の後期高齢者となります。

こうした中、疾病構造の変化、在宅医療を可能にする医療技術の進歩を背景に、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた自宅や地域の中で、質の高い療養生活を送りたいという県民ニーズが増大しています。

在宅医療等の利用者数は、令和7年には約7.8万人になると推計されており、そのうち訪問診療のニーズは平成25年の1.8倍以上になることが見込まれています。

また、千葉県における要介護等認定者数は、平成29年度の約26.4万人から、令和7年度には約34.8万人まで増加する見込みです。

図表 千葉県の人口の推移



資料：日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

イ 医療資源の状況

(ア) 人口当たりの診療所数

令和3年10月1日現在の一般診療所数は3,838施設で人口10万人あたり61.2と全国平均83.1を大きく下回り、多い順では全国第46位となっています。

一般診療所3,838施設のうち有床診療所は154施設で、施設総数の4.0%を占めています。人口10万人あたりの有床診療所病床数は32.6と全国平均66.7を大きく下回り、多い順では全国第41位となっています。

図表 千葉県の人口10万人当たり一般診療所数等

	一般診療所				病院			
	施設数	人口 10万対	病床数	人口 10万対	施設数	人口 10万対	病床数	人口 10万対
全 国	104,292 うち、有床 6,169	83.1	83,668	66.7	8,205	6.5	1,500,057	1,195.2
千 葉 県	3,838 うち、有床 154	61.2 ※全国 46位	2,044	32.6 ※全国 41位	289	4.6 ※全国 43位	59,758	952.3 ※全国 43位

資料：令和3年医療施設調査・病院報告(厚生労働省)より作成

(イ) 外来医師偏在指標の状況

国は、医療需要及び人口・人口構成とその変化や患者の流出入等を反映するなど、現時点で入手可能なデータを最大限活用し、医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す指標として、医師偏在指標を定めています。

外来医療の提供体制を検討するに当たっては、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となる「外来医師偏在指標」を活用することとします。なお、外来医師偏在指標については、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまで相対的な偏在の状況を表すものです。

また、国のガイドラインでは、都道府県及び二次医療圏間で独自に調整した患者の流出入を使用することも可能とされていますが、将来の医療需要を算出する際に流出入調整を行っておらず、厚生労働省が提供するデータについても特段の疑義がないことから、当県では厚生労働省が提供する流出入の値を使用します。

a 千葉県全体の状況

厚生労働省から提供された令和4年度の外来医師偏在指標データによれば、外来医師偏在指標の全国平均値112.2（人口10万人あたり診療所医師数84.7人）のところ、本県は88.6（人口10万人

あたり診療所医師数62.2人)であり、全国平均値を下回っています。

b 二次保健医療圏の状況

千葉県は全ての二次保健医療圏において、外来医師偏在指標の全国平均値である112.2を下回っており、「外来医師多数区域」に該当する医療圏はありません。

千葉県内で全国順位が最も上位である千葉医療圏は外来医師偏在指標値103.0(人口10万人あたり診療所医師数79.4人)であり、最も下位の市原医療圏は同69.4(人口10万人あたり診療所医師数49.3人)となっています。

なお、外来医師偏在指標においては、「少数区域」の概念はありません。

図表 千葉県における外来医師偏在指標の状況

保健医療圏等	医師偏在指標	全国順位 ^{※1}	(参考) 人口10万対診療所医師数 ^{※2}	
全 国	112.2	—	84.7	
千葉県	88.6	43位/47都道府県	62.2	
二次医療圏	千 葉	103.0	150位/335医療圏	79.4
	東葛南部	92.3	223位	62.7
	東葛北部	90.0	233位	59.7
	印 旛	77.5	297位	50.8
	香取海匝	77.9	293位	54.8
	山武長生夷隅	85.9	258位	60.2
	安 房	77.8	294位	85.0
	君 津	83.6	271位	57.0
	市 原	69.4	321位	49.3

厚生労働省ホームページ「令和4年度外来医師偏在指標」から作成

※1 二次医療圏の順位は全国335医療圏中の順位であり、上位33.3%に該当する圏域が「外来医師多数区域」となる。

※2 「人口10万対診療所医師数」は、令和2年医師・歯科医師・薬剤師調査と令和3年1月1日時点人口(10万人)を基に算出

図表 外来医師偏在指標算出にあたっての患者流出入

	患者数（施設所在地）（病院＋一般診療所の外来患者数、千人/日）											患者総数 （患者住所地） （千人/日）	患者流出入数 （千人/日）
	千葉	東葛 南部	東葛 北部	印旛	香取 海匝	山武 長生 夷隅	安房	君津	市原	県外			
患者数 （患者住 所地）	千葉	35.3	2.1	0.1	0.7	0.0	0.3	0.0	0.1	0.5	1.4	40.4	2.3
	東葛南部	1.6	60.5	1.3	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.1	69.8	-1.6
	東葛北部	0.1	1.8	48.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.2	55.2	-2.4
	印旛	1.7	1.8	0.6	23.6	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0	1.0	29.2	-1.8
	香取海匝	0.2	0.1	0.0	0.5	11.7	0.1	0.0	0.0	0.0	0.5	13.2	0.1
	山武長生夷隅	1.4	0.1	0.0	0.6	0.7	15.4	0.7	0.0	0.4	0.5	19.9	-3.5
	安房	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.3	0.1	0.0	0.1	6.7	0.9
	君津	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	13.9	0.4	0.3	15.4	-0.7
	市原	1.6	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.4	9.9	0.2	12.3	-1.0
	都道府県外	0.5	1.8	1.9	0.4	0.6	0.1	0.1	0.1	0.1	-	-	-
患者総数（施設所在地）	42.7	68.2	52.8	27.4	13.3	16.5	7.6	14.7	11.3	-	262.1	-7.6	

資料：平成29年度患者調査と平成29年度1年間のNDBデータベース診療報酬データに基づき厚生労働省が算出

- データは小数点以下4桁まで入力があるため、本表では各保健医療圏の数値の合計と総数とが一致しないことがある

ウ 外来医療機能別の状況

外来医療の推進にあたっては、厚生労働省が提供するデータ集等を基に可視化した地域の外来医療提供体制の現状と、当該地域における外来医療機能のあるべき姿について、協議の場で認識を共有し、外来医療機能の課題等についても議論を行うこととされています。外来医療の主な提供者となる診療所は地域の保健医療体制の中で多様な役割を担っていますが、本県ではガイドラインを踏まえ、以下の4つの機能について着目します。

（ア）通院による外来医療

通院患者の外来診療は多くの診療所で診療行為の中心となるものであり、診療所の医師は日々様々な容態の患者を診察、治療し、必要に応じて専門的な治療を行う医療機関に紹介する等、患者が医療につながる最初の接点としての役割を担っています。

その中でも、日頃から患者の体質や病歴、健康状態を把握し、診療に限らず健康管理上幅広い支援をする「かかりつけ医」は、地域医療連携や患者の生活の質向上に重要な役割を担います。県内に所在する診療所の **〇割** が、自院が地域の「かかりつけ医」としての役割を担っていると考えており、「かかりつけ医」を持っていると回答する県民も6割を超えています。

また、国においては、「かかりつけ医」機能が発揮される制度整備を進めており、令和6年度以降、医療機能情報提供制度の刷新や「かかりつけ医機能

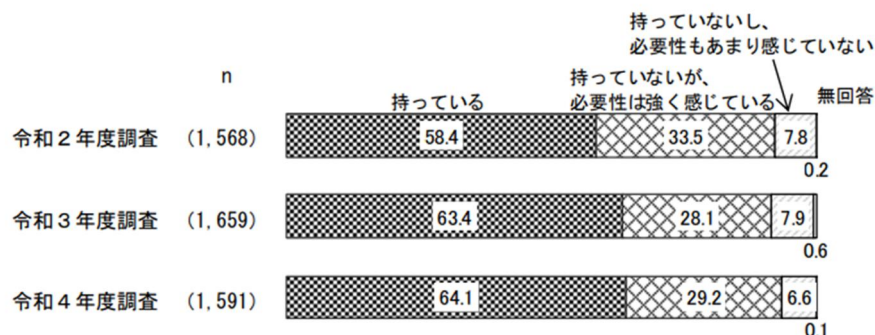
←医療機関調査の結果を反映

報告」の創設が予定されています。

図表 自院が「かかりつけ医」の役割を担っていると考える医療機関の割合

↳ 医療機関調査の結果を反映

図表 「かかりつけ医」を持っている県民の割合の年次推移



資料：第63回県政に関する世論調査（令和4年）（千葉県）

（イ）初期救急医療

多くの診療所が診療時間としていない夜間や休日等において、急病者の外来診療へのアクセスを確保し、初期診療を行って手術や入院治療が必要な患者を二次救急医療施設に転送する初期救急医療は、診療所を中心とした医療提供体制の基盤になじむものであり、地区医師会の協力の下に市町村（一部事務組合を含む）が体制運営を行っています。

令和5年4月1日現在、本県には在宅当番医制を運営している地区医師会が14、夜間休日急病診療所を設置している地域が19あり、地域の実情に応じて在宅当番医制、夜間休日急病診療所、又はこれらの併用により体制が構築されています。

図表 在宅当番医制の実施状況

令和5年4月1日現在

地区医師会名	診療科目	休日診療時間
千葉市医師会	産	9:00~17:00
習志野市医師会	内	9:00~17:00
八千代市医師会	内、外、小、眼、耳、産、皮、その他	9:00~17:00
船橋市医師会	内、外、その他	9:00~17:00
松戸市医師会	内、外、小、眼、耳、産、皮、その他	9:00~17:00
柏市医師会	内、小	9:00~17:00
野田市医師会	内	9:00~16:00
銚子市医師会	内、外、小	9:00~17:00
旭叵瑳医師会	内、外、小	24時間
山武郡市医師会	内、外、小、その他	9:00~17:00
茂原市長生郡医師会	内、外	9:00~17:00
安房医師会	内、外、眼、耳	8:30~17:00
君津木更津医師会	内、外、小	9:00~17:00
市原市医師会	内、外、小、眼、耳、産、皮、その他	9:00~17:00

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

図表 夜間休日急病診療所の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

施設名	所在地	電話	診療科目	診療日	診療時間
千葉市夜間応急診療	千葉市美浜区磯辺3-31-1 千葉市立海浜病院内	043-279-3131	内・小	月～金	19:00～24:00（受付 18:30～23:30）
				土・休日※1	18:00～24:00（受付 17:30～23:30）
千葉市休日救急診療所	千葉市美浜区幸町1-3-9 千葉市総合保健医療センター内	043-244-5353	内・小・外・整 外・耳・眼	休日※1	9:00～17:00 （受付 8:30～11:30、13:00～16:30）
習志野市急病診療所	習志野市鷺沼1-2-1 保健会館2F	047-451-4205 （診療時間内）	内・小	毎日	20:00～23:00
やちよ夜間小児急病センター	八千代市大和田新田477-96 東京女子医科大学八千代医療センター内	047-458-6090	小	毎日	18:00～23:00
船橋市夜間休日急病診療所	船橋市北本町1-16-55 船橋市保健福祉センター1階	047-424-2327	内・小・外 小	毎日	21:00～6:00（受付 21:00～5:45）
				以下の時間は小児科の担当医が診療可能	
				月～金	20:00～23:00（受付 20:00～22:30）
				土	18:00～21:00（受付 18:00～20:30）
日・休日※1	9:00～17:00（受付 8:45～11:30、13:45～16:30） 18:00～21:00（受付 18:00～20:30）				
市川市急病診療所	市川市大洲1-18-1	047-377-1222	内・小 外	毎日	20:00～23:00 （10:00～17:00※2）
				土曜日	20:00～23:00
				休日※3	10:00～17:00 20:00～23:00
浦安市急病診療所	浦安市猫実1-2-5	047-381-9999	内・小	毎日	20:00～23:00 （10:00～17:00※4）
松戸市夜間小児急病センター	松戸市千駄堀993-1 松戸市立総合医療センター内	047-712-2513	小	毎日	18:00～23:00
流山市平日夜間・休日診療所	流山市西初石4-1433-1	04-7155-3456	内・小	月～土	19:00～21:00（受付は20:30まで）
				休日※5	9:00～17:00（受付は16:30まで）
流山市夜間小児救急	流山市中102-1 東葛病院内	04-7159-1011	小	毎日	21:00～8:00

施設名	所在地	電話	診療科目	診療日	診療時間
柏市夜間急病診療所	柏市柏下65-1 ウェルネス柏内	04-7163-0813	内・小	毎日	19:00～22:00
我孫子市休日診療所	我孫子市湖北台1-12-17	04-7187-7020	内・小	休日※5	9:00～17:00 (受付は9:00～11:30/13:00～16:30)
印旛市郡小児初期急病診療所	佐倉市江原台2-27	043-485-3355	小	月～土	19:00～23:00(受付は22:45まで)
				休日※1	9:00～17:00(受付は16:45まで) 19:00～23:00(受付は22:45まで)
佐倉市休日夜間急病診療所	佐倉市江原台2-27	043-239-2020	内	休日※1	19:00～22:00(受付は21:45まで)
成田市急病診療所	成田市赤坂1-3-1	0476-27-1116	内・小	毎日	19:00～23:00(受付は22:45まで)
				休日※6	10:00～17:00(受付は16:45まで)
			外	休日※6	10:00～17:00(受付は16:45まで)
四街道市休日夜間急病診療所	四街道市鹿渡無番地	043-423-0342	内・外	休日※7	19:00～22:00
山武郡市急病診療所	東金市堀上360-2	0475-50-2511	内・小・外	毎日	20:00～22:00(受付は21:45まで)
長生郡市保健センター 夜間急病診療所	茂原市八千代1-5-4	0475-24-1010	内・小	毎日	20:00～23:00 (受付は19:45～22:45)
安房地域医療センター 内 安房郡市夜間急病診療部	館山市山本1155	0470-25-5111	内・外	毎日	19:00～22:00
君津郡市夜間急病診療所	木更津市中央1-5-18 旧木更津市保健相談センター内 1階	0438-25-6284	内・小	毎日	20:00～23:00
					(9:00～17:00※5)
市原市急病センター	市原市更級5-1-48	0436-21-5771	内・小	毎日	20:30～23:30 (9:00～17:00※8)

※1 12/29～1/3も診療

※2 休日(12/30～1/4含む)は夜間に加えて昼間も診療

※3 12/30～1/4も診療

※4 休日(12/30～1/3含む)は夜間に加えて昼間も診療

※5 12/30～1/3も診療

※6 8/13～8/15及び12/29～1/3も診療

※7 12/31～1/3も診療

※8 休日(12/29～1/3含む)は夜間に加えて昼間も診療

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

(ウ) 在宅医療

在宅医療等の利用見込み者数は、令和7年には約7.8万人になると見込まれており、そのうち、訪問診療のニーズは平成25年の1.8倍になると見込まれています。

在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院は、概ね増加しています。しかしながら、県内の在宅医療資源は増えているものの、全国的に見ると、人口10万人あたりの在宅療養支援診療所・病院数は6.8箇所(令和3年3月:全国平均13.0箇所)と相対的に少なく、在宅療養支援診療所が1箇所もない市町村もあるなどの偏在も見られます。

また、人工呼吸や気管切開などの医療的ケアが必要となる医療的ケア児等の訪問診療等に対応できる医療機関が少ないことも課題であり、在宅療養を希望する患者を日常的に支える医療体制の整備が重要です。

(エ) 公衆衛生

公衆衛生が担う業務の範囲は広く、その担い手も多様ですが、診療所に勤務する医師が担う役割としては、学校医や産業医、予防接種や健診の実施による感染症やその他疾病の予防等が挙げられます。

健診等を専門的に提供する一部の診療所を除き、公衆衛生機能を主体とする診療所は少ないと考えられますが、日常の診療を行いながら学校医や

予防接種の業務を行う医師が提供体制を支えています。

ひとりの医師が日々の診療を行いながら提供できる機能には限りがあることから、地域での提供体制の維持にあたってはより多くの医師の参画が重要となります。

エ 外来機能報告・紹介受診重点医療機関

(ア) 外来機能報告制度

外来医療については、患者の医療機関選択の際、外来機能の情報が十分得られず、また、患者によってはいわゆる大病院志向がある中、外来患者が一部の医療機関に集中し、待ち時間や勤務医の外来負担などの課題が生じています。

また、人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、「かかりつけ医療機能」の強化とともに、地域の外来機能の明確化及び連携を進めていく必要があります。

このような状況を踏まえ、令和3年5月に成立・公布された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）により、地域における医療機関の外来機能の明確化及び連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、外来機能報告制度が医療法に位置付けられました（令和4年4月1日施行）。

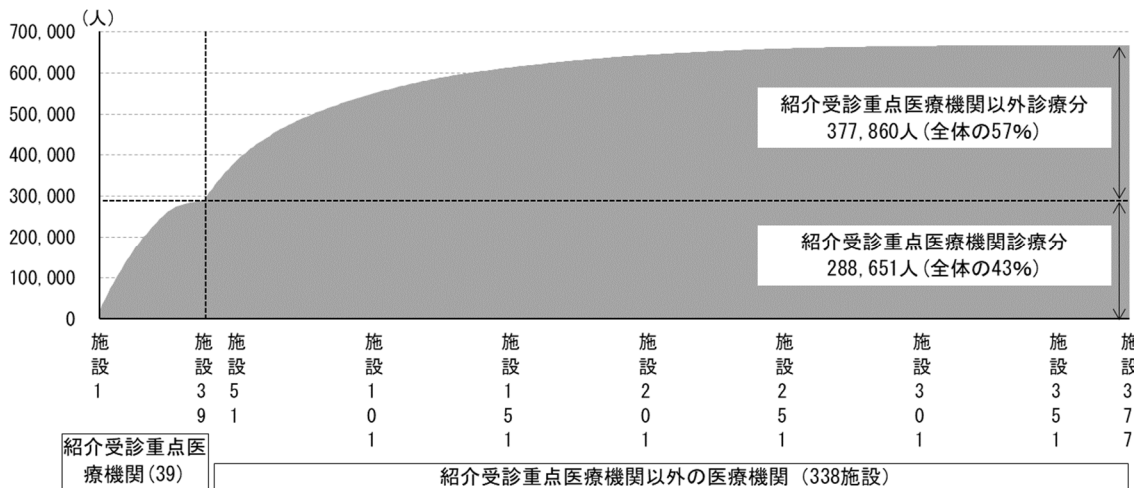
(イ) 紹介受診重点医療機関

外来機能報告の結果を基に、「地域保健医療連携・地域医療構想調整会議」等の地域の協議の場で、「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として、紹介受診重点医療機関を取りまとめることとされています。

紹介受診重点医療機関は、「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、手術・処置や化学療法等を必要とする外来や、放射線治療等の高額医療機器等を必要とする外来といった、医療資源を重点的に活用する外来（紹介受診重点外来）を地域で基幹的に担う医療機関です。千葉県では、令和5年8月1日に初めて対象医療機関を千葉県ホームページに公表しました。

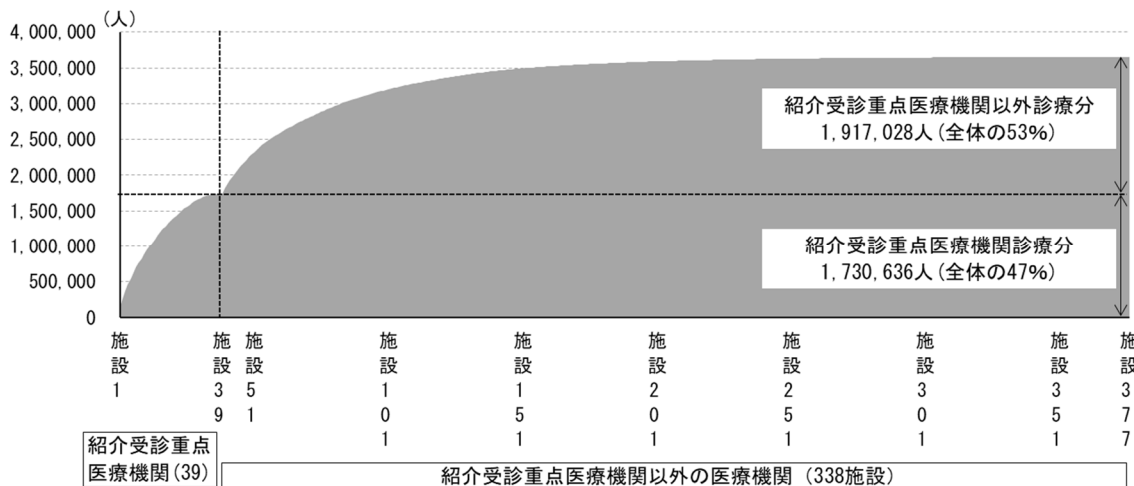
本県においては、初診患者の延べ数に対する紹介受診重点外来の実施割合のうち、今回取りまとめられた紹介受診重点医療機関が当該医療を提供している割合が約43%、再診患者における同様の割合が約47%となっており、紹介受診重点外来の半数弱を紹介受診重点医療機関が担っていることがわかりました。今回の制度の導入により、さらなる役割分担・連携が進むことが期待されます。

図表 医療資源を重点的に活用する外来の延べ患者数（初診）



医療資源を重点的に活用する外来の延べ患者数（令和4年度外来機能報告を行った医療機関毎の積み上げグラフ）

図表 医療資源を重点的に活用する外来の延べ患者数（再診）



医療資源を重点的に活用する外来の延べ患者数（令和4年度外来機能報告を行った医療機関毎の積み上げグラフ）

（2）区域等の設定

ア 計画対象区域

外来医療提供体制の確保に関する取組の具体化にむけて、外来医療が一定程度完結する区域を、本計画の対象区域として設定します。

対象区域については、外来医師偏在指標等に基づく統一的な基準によって外来医療提供体制の確保を図る必要があることから、二次医療圏が原則とされています。人口規模、患者の受療動向、医療機器の設置状況等を勘案して、二次医療圏を細分化した都道府県独自の単位で検討を行うことも可能ですが、そうした場合でも二次医療圏単位での検討は必ず行い、医療計画に記載する

こととされています。

本県においては、二次保健医療圏を基本としており、外来医療機能の偏在等を可視化する指標を算出するために厚生労働省から提供される各種データが二次医療圏を基本としていることから、対象区域を二次保健医療圏単位とします。

イ 外来医師多数区域

ガイドラインにおいては、全国の二次医療圏（335医療圏）のうち外来医師偏在指標が上位33.3%に該当する二次医療圏を「外来医師多数区域」に設定することとされています。

既に診療所医師数が一定程度充足していると考えられる外来医師多数区域での新規開業については、開業希望者に全国的な外来医師の偏在の状況を十分に踏まえた判断を促す必要があることから、当該区域では新規開業する者に対して、地域で不足する外来医療機能を担うことを求めることとされていますが、本県には該当する医療圏はありません。

また、新規開業者や外来医師多数区域以外においても、地域の実情に応じ、不足する医療機能の充足を図ることが重要であることから、医療関係者が検討の参考とできるよう、各圏域における外来医療提供体制にかかる情報の可視化を推進していく必要があります。

ウ 協議の場

医療法第30条の18の4において、地域における外来医療に係る医療提供体制を確保するため、都道府県は対象区域（二次医療圏その他知事が適当と認める区域）ごとに診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、外来医療機能の偏在や不足等への対応に関する事項等について協議を行い、結果を取りまとめて公表するものとされています。

本県においては、協議の場について、医療法第30条の14の規定により各二次保健医療圏に設置されている「地域保健医療連携・地域医療構想調整会議」等を活用します。

（3）施策の具体的展開

ア 外来医療提供体制に関する情報の可視化の推進

- 県内の医療機関や新規開業希望者に地域ごとの外来医療機能の偏在是正に向けた自主的な取組を促すとともに、医療機関間の役割分担及び連携の協議を促進するため、外来医師偏在指標や外来機能報告の結果等を千葉県ホームページ等に掲載し、可視化します。

また、別冊の地域編各章において、二次保健医療圏ごとに外来医療提供体制に

関する情報を整理し、外来医療情報の可視化を推進します。

可視化する情報

- ・ 外来医師偏在指標の状況
- ・ 外来機能報告により入手した紹介受診重点外来等の情報
- ・ 外来医療機能に関する情報

イ 紹介受診重点医療機関の明確化等による外来医療の役割分担と連携の促進

- 患者による医療機関の適切な選択を支援することを目的に、「かかりつけ医機能を担う医療機関」と紹介受診重点医療機関を明確化し、地域における外来医療の役割分担と連携を促進します。
- 紹介受診重点医療機関は本計画のほか、県ホームページへ掲載する等により、医療関係者及び県民へ周知を図ります。
- 二次保健医療圏ごとに協議の場を設置し、地域における外来医療機能の現状や課題、今後の見通し等に係る情報共有を進めるとともに、医療機関間の役割分担や連携について協議します。

ウ 「かかりつけ医機能」が発揮される制度整備への適切な対応

- 国の検討状況を注視し、県として必要な取組について適切に対応していきます。

エ 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

- まずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて、紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関など）を受診するとともに、状態が落ち着いた後に逆紹介を受けて地域に戻るといった受診の流れについて、各種広報媒体を活用し、県民の理解促進を図ります。

(4) 施策の評価指標

指標名	把握する 単位	現状	目標
「かかりつけ医」の定着度	県	64.1% (令和4年度)	
救急安心電話相談事業の対応 件数	県	38,253件 (令和4年)	
在宅患者訪問診療実施診療所 数・病院数	県	765箇所 (令和3年)	
定期予防接種率	県	A類疾病 ○% B類疾病 ○% (令和4年度)	

2 医療機器の効率的な活用

(1) 施策の現状・課題

今後、人口の減少と少子高齢化が進み、医療機関を受診する患者の疾病構造も変化していくことが見込まれる中で、より効率的な医療提供体制の構築が必要です。

医療提供において重要な設備のひとつである医療機器についても効率的に活用することが求められています。地域に所在する医療機器を複数の医療機関が効率的に活用する具体的手法として共同利用があります。

医療機器の効率的活用を推進するためには、県内医療機関における医療機器保有状況や共同利用の実施状況に係る情報を把握し、整理して公表することで、医療機器の共同利用や地域への開放を希望・検討する医療機関に情報を提供し、その取組を支援する必要があります。

なお、本計画における共同利用には、画像診断が必要な患者を当該機器が配置されている医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合等を広く含むこととされています。

ア 医療機器の配置状況

(ア) 医療機器の配置状況に関する指標

都道府県・二次医療圏ごとの医療機器偏在状況を、医療機器の種類別に客観的に可視化することを目的として、厚生労働省から地域のニーズを踏まえた医療機器の配置状況に関する指標が提供されました。なお、医療機器のニーズは医療機器の種類ごとに、性・年齢構成に基づく検査需要量を推計して算出されています。

指標作成の対象となる医療機器は、ガイドラインにおいて効率的活用推進の対象となっている、次の5種類です。

- ・ CT（全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT）
- ・ MRI（1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI）
- ・ PET（PET及びPET-CT）
- ・ 放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）
- ・ マンモグラフィ

本指標は、機器ごとの適正値は示されておらず、あくまで地域間の比較を行うための指標であって、地域における機器の絶対的過不足を示すものではありません。

保健医療圏間の患者流出入は反映されていないため、隣接圏域からの流入がある地域で流入患者を踏まえた機器配置がなされている場合は指標が

上昇するほか、PETや放射線治療機器等数が少ない機器は、1台の配置で指標が大きく変化します。また、規格や用途、年式等の違いによる性能差についても考慮されていません。

以上から、指標は各機器の相対的偏在状況を示した参考資料であり、共同利用の促進に活用するためには、他のデータと比較しながら取り扱う必要があります。

国から提供される対象医療機器の指標データが 届き次第、県内外における指標の状況・比較について記載予定。

図表 医療機器の配置状況に関する指標の状況

(イ) 医療機器の配置台数

国から提供される対象医療機器の配置状況データが届き次第、機器の配置状況について記載予定。

図表 医療機器の配置台数に係る状況

イ 医療機器の共同利用の状況

既存の医療機器について共同利用による効率的な活用を推進するためには、医療機器の配置状況だけでなく、医療機器の共同利用を受け入れている医療機関の状況についても可視化する必要があります。

県内に立地する医療機関のうち、地域医療支援病院は保有する医療機器の共同利用を受け入れる体制を整備することとされており、各二次保健医療圏の共同利用推進において中心的な役割を担うことが期待されます。

医療機関調査の結果がまとまり次第、共同利用の受入状況について記載予定。

図表 医療機器の共同利用の実施状況

(2) 施策の具体的展開

ア 医療資源の可視化の促進

(ア) 医療機器の配置状況等

- 医療機器の配置状況や共同利用の受入れ状況のほか、共同利用を受け入れている場合における画像診断情報の提供の有無について、新規に医療機器の購入を検討している医療機関や、共同利用を希望、検討している医療機関に対して情報を提供し、医療機器の効率的な活用を促進します。

(イ) 医療機器の稼働状況

- 外来機能報告及び医療機器稼働状況報告書により入手した対象医療機器の

稼働状況について、協議の場で報告するほか、県ホームページで公表することにより、地域の医療資源の可視化を図ります。

イ 共同利用方針に基づく医療機器の共同利用の推進

(ア) 共同利用方針

- 協議の場における意見を踏まえ、保有機器の種類等の二次保健医療圏ごとの差違を考慮した医療機器の共同利用方針を策定し、医療機関の自主的な取組を推進します。
- 共同利用される医療機器は、機器を保有する医療機関により適切な安全管理がなされていることが必須であることから、適切な管理の徹底を併せて促進します。

(イ) 医療機器共同利用計画書

- 新規に対象医療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。
- 厚生労働省が定めたガイドラインを踏まえ、共同利用計画書には以下の事項を記載することとします。
 - ・ 共同利用の相手方となる医療機関
 - ・ 共同利用の対象とする医療機器
 - ・ 保守、整備等の実施に関する方針
 - ・ 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針（画像撮影等の検査機器の場合）
 - ・ 共同利用を行わない場合の理由
 - ・ その他の必要事項

(3) 施策の評価指標

指標名	把握する単位	現状	目標
医療機器の共同利用を受け入れている医療機関数	県	〇〇〇箇所 (令和5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	県	〇〇〇箇所 (令和5年度)	

第5節 県民の適切な受療行動の促進

1 施策の現状・課題

(1) 医療機関の役割分担

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

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

入院医療や専門性の必要な診療などは、地域の中核的病院などが二次医療圏ごとに担っており、先進的な技術等を必要とする高度・特殊な診療などは特定機能病院、県がんセンター、県循環器病センター等の専門性の高い病院、高度救命救急センターなどが、三次医療圏（県全域）を対象として担っています。

また、このような医療機関は、患者の状態に応じて、自宅等への復帰に向けて集中的にリハビリテーションを行う医療機関や、長期の療養が必要な場合の医療を提供する医療機関等へと転院を促したり、入院する病棟を変えたりすることがあるほか、かかりつけ医等と連携し、退院後も必要な管理を継続することがあります。

(2) 県民の適切な受療行動

患者が自らにあった医療を受けるためには、こうした医療機関の役割分担を正しく理解し、適切な受療行動を選択することが重要です。

令和5年に千葉県が実施した「医療に関する県民意識調査」によれば、医療機関の役割分担について「知っていた」と回答した県民の割合は48.4%となっています。また、過去1年以内に紹介状を持たずに紹介状が必要な医療機関を受診したことのある県民にその理由を2つまで回答いただいたところ、「大きな（専門的な）医療機関の方が安心だから」が35.0%、「紹介状が必要とは知らなかったから」が27.6%でした。

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

図表 医療法第6条の2第3項

医療法 第6条の2

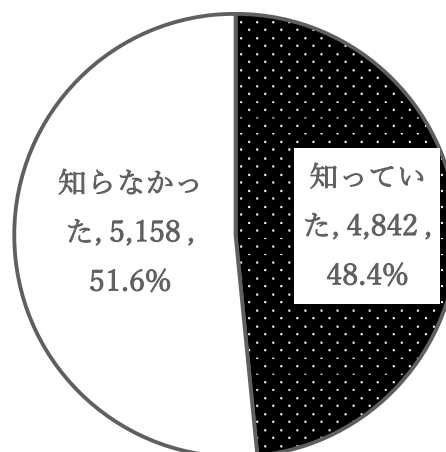
3 国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

図表 医療に関する県民意識調査の主な結果（1）

問 入院医療では、それぞれの患者の状況に応じて、入院する病院や病棟を変える場合があります。（例えば、手術の前後は「急性期病院」に入院し、一定期間が経過して主にリハビリを行う場合は「回復期病院」に転院するなど）。

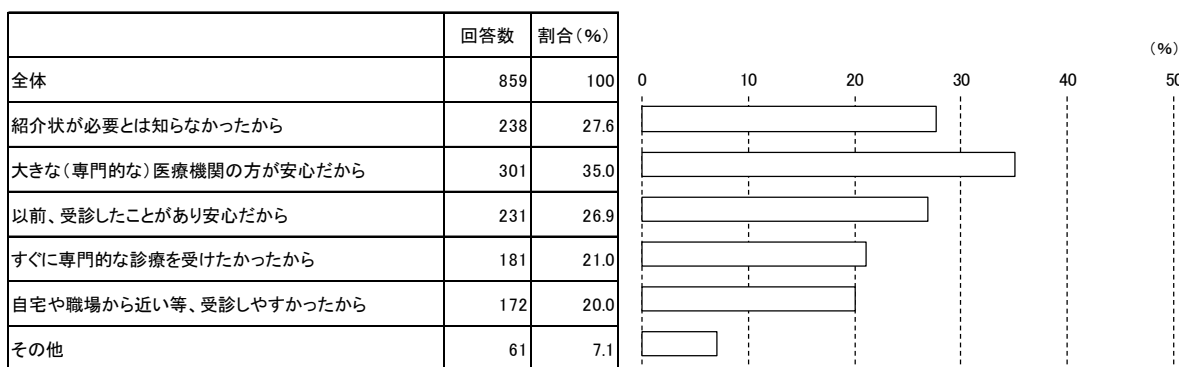
このことについて、あなたは知っていましたか。

あてはまるもの1つをお選びください。



図表 医療に関する県民意識調査の主な結果（2）

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



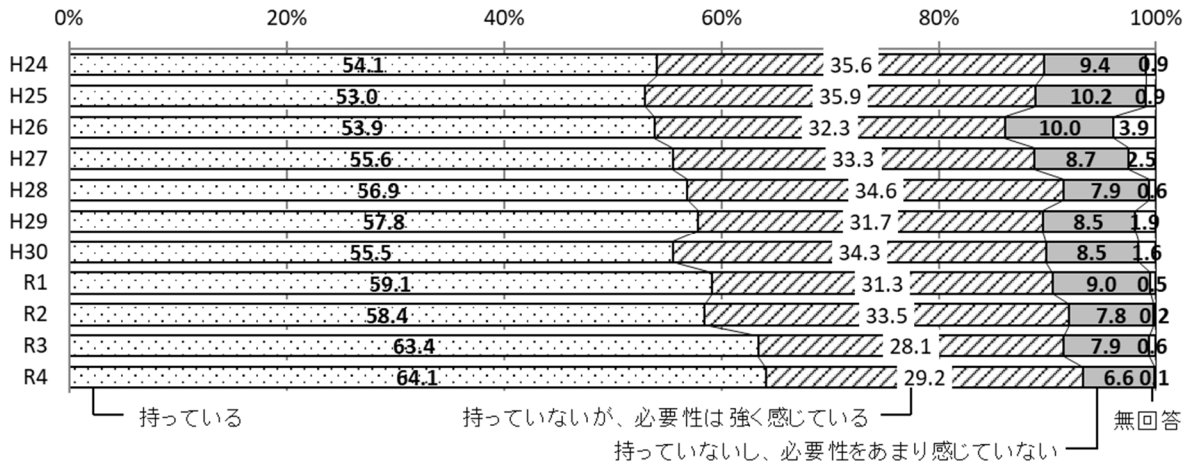
資料：医療に関する県民意識調査（令和5年 千葉県）

（3）かかりつけ医、かかりつけ歯科医の定着促進

県政に関する世論調査によると、「かかりつけ医」を持っている人の割合は、令和4年度は64.1%となっており、平成29年度調査時と比較して6.3ポイント上昇しています。「かかりつけ歯科医」を持っている人の割合は、70.6%となっており、平成29年度調査時と比較して8.9ポイント上昇しています。

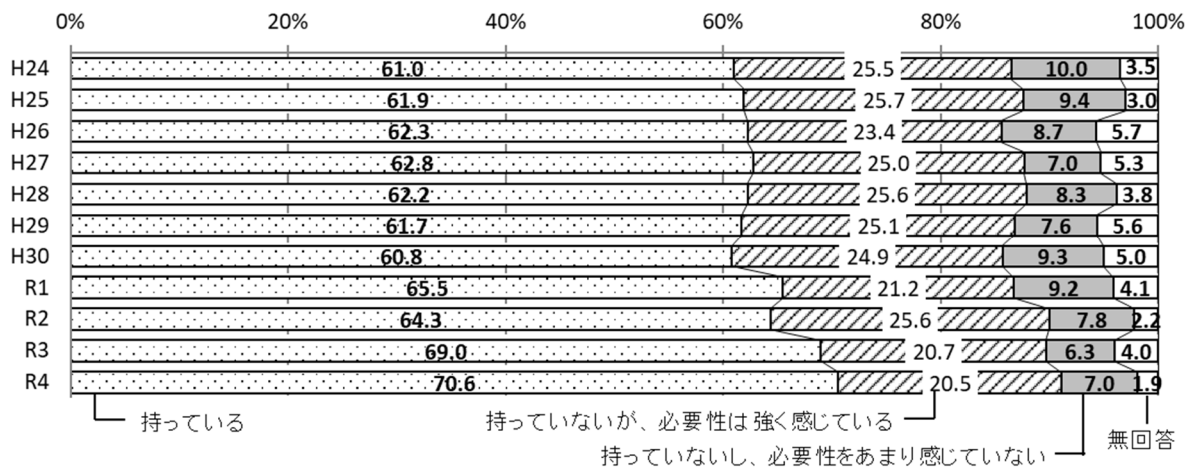
今後も、身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供する役割等を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医について県民に定着促進を図る取組が必要です。

図表 かかりつけ医を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

図表 かかりつけ歯科医を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

2 施策の具体的展開

(1) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

- 各種広報媒体を通じた情報発信や関係団体と連携した啓発活動などにより、県民に対する「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」の定着に努めるとともに、適切な受療行動についての理解を促します。
- 入院医療では、患者の状態に応じて必要な機能を持った医療機関へ転院したり、入院する病棟を変えたりする場合があることについて、県民の理解を促します。
- 外来医療では、まずは身近な「かかりつけ医」等を受診し、必要に応じて紹介状を持って紹介受診重点医療機関等で専門性の高い医療を受けるという医療機関の役割分担について、県民の理解を促します。
- 医療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年度より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。

- 全国統一システムやちば救急医療ネットを通じて、県民に対し、検索機能による医療機関情報や、在宅当番医療機関、夜間等の急病診療所情報等の提供を行います。
- 救急医療体制の仕組み及び救急車や救急医療の適正利用について、普及啓発に取り組めます。
- 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。
- 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。

3 施策の評価指標

指標名	現状	目標（令和 年度）
「かかりつけ医」の定着度	64.1% (令和4年度)	
「かかりつけ歯科医」の定着度	70.6% (令和4年度)	
「かかりつけ薬剤師・薬局」の定着度	47.1% (令和4年度)	
医療機関の役割分担についての認知度	48.4% (令和5年度)	
小児救急電話相談件数	48,430件 (令和4年度)	

第6節 各種疾病対策等の推進

1 結核対策

(1) 施策の現状・課題

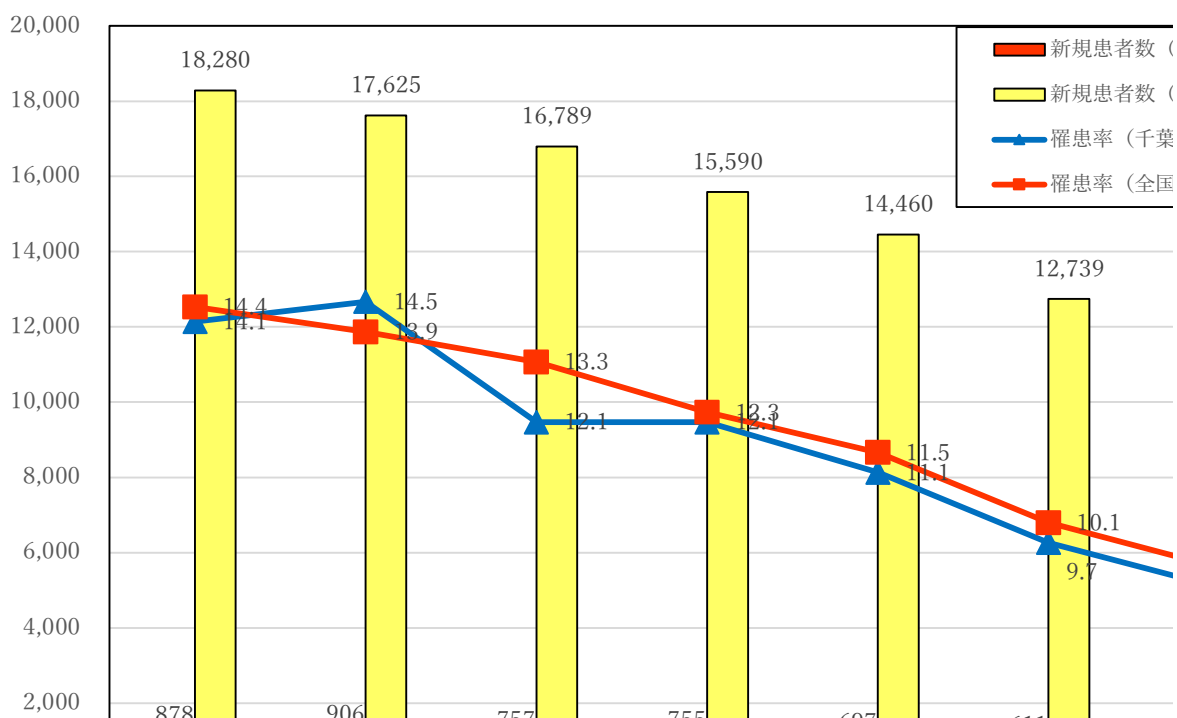
結核は過去の病気と考えられていますが、令和3年には約1万2千人の患者が新たに発生しているなど、今なお、わが国最大の感染症のひとつです。本県における新規登録患者数は553人であり、人口10万対の罹患率は8.8と、全国平均9.2を下回っています。

結核の治療には、長期間、治療薬を服薬することが必要ですが、服薬中断により、結核の発症及び多剤耐性結核*が発生する危険性があるため、確実な服薬を支援する必要があります。

人口の高齢化に伴い、過去に結核菌に感染した高齢結核患者や、合併症を有する結核患者に対する対応が求められており、この様な患者に対し総合的な医療を提供できる入院施設を整備する必要があります。

令和5年6月末現在での許可病床数は96床、許可病床のうち結核患者の入院可能な病床*数は73床、結核モデル病床*数は23床となっています。

図表 5-6-1-1 結核患者発生状況の推移



資料：結核研究所疫学予防センター年報

(2) 施策の具体的展開

〔受診の遅れ及び診断の遅れの防止〕

- 結核予防のための正しい知識の普及啓発及び医療連携を推進することにより、受診の遅れ及び診断の遅れの防止を図ります。

〔接触者健診の徹底〕

- 患者からの感染の怖れのある人達に対し、接触者健診の対象を的確に決定し、その受診の徹底を図ることにより感染の拡大を防止します。

〔結核の発症、結核菌の多剤耐性化の防止〕

- 服薬治療を必要とする患者及び潜在性結核感染症の者に対し、継続して服薬できるリスク評価を行い、健康福祉センター（保健所）保健師等によりリスクに見合う服薬指導を実施し、結核の発症及び結核菌の多剤耐性化の防止を図ります。

〔結核病床の整備〕

- 高齢結核患者や合併症を有する結核患者及び患者家族の負担を軽減させるため、身近で総合的な入院治療が受けられるよう、二次医療圏に、結核病床または国の結核患者収容モデル事業*を活用した病床整備を図ります。

(3) 施策の評価指標

指 標 名	現状	目標（令和11年）
結核罹患率（人口10万対）	8.8 (令和3年)	10.0以下
接触者健診受診率	93.8% (令和3年)	98%以上
結核病床保有病院（モデル病床含む）の確保	9医療圏 (令和4年)	9医療圏

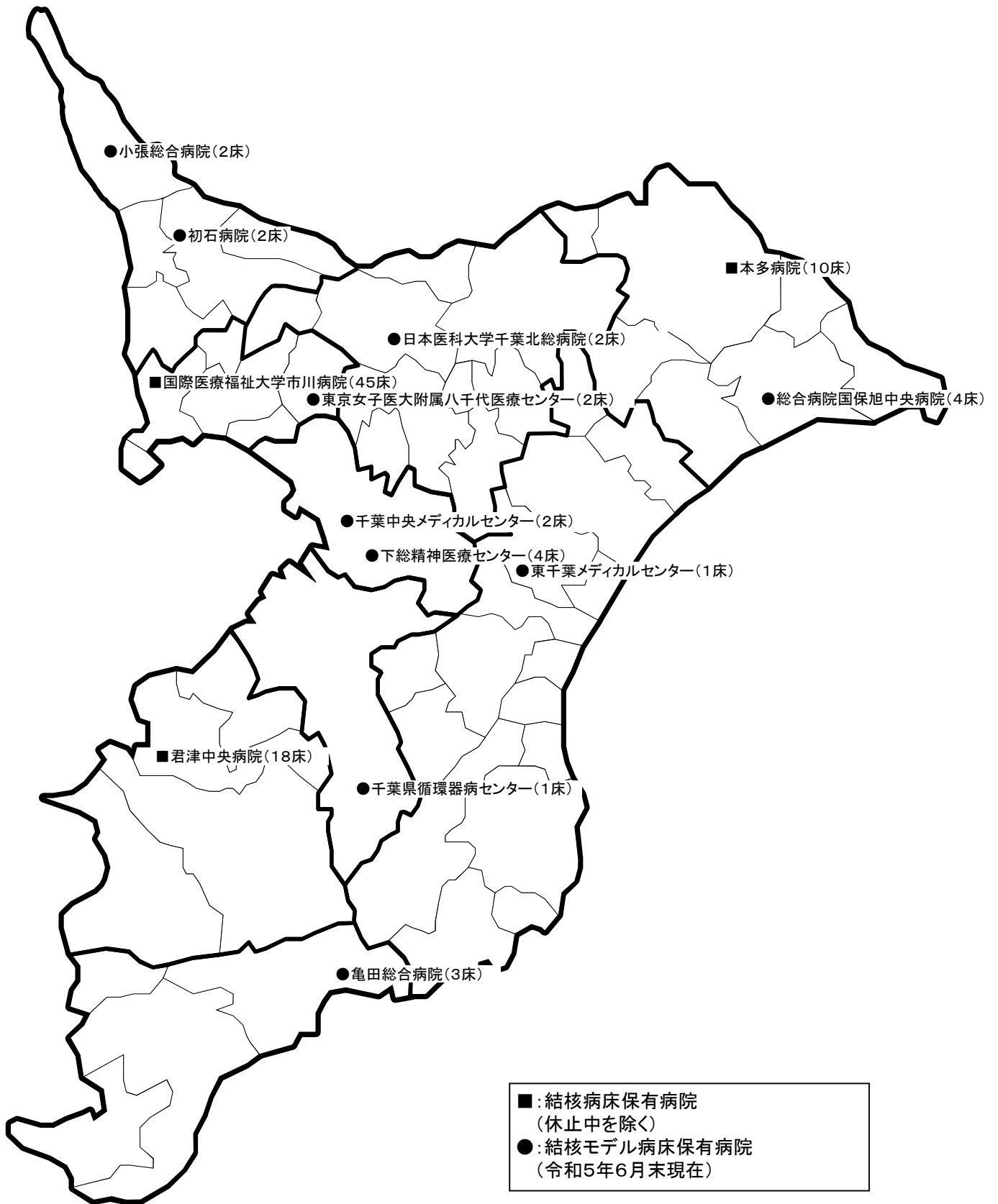
図表 5-6-1-2 結核患者年齢別罹患率（人口 10 万対）の推移

		0～4	5～9	10～14	15～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～	全体
全 国	H27	0.6	0.2	0.2	2.8	9.0	7.1	7.5	8.8	13.1	26.6	70.3	14.4
	H28	0.5	0.2	0.4	3.1	9.8	6.5	6.5	8.4	12.0	24.5	67.4	13.9
	H29	0.6	0.2	0.3	2.5	9.8	6.6	6.1	8.1	11.4	32.0	62.6	13.3
	H30	0.5	0.1	0.4	2.7	10.1	6.0	5.5	7.2	10.0	19.7	57.4	12.3
	R1	0.4	0.2	0.2	2.4	9.2	5.4	5.3	6.5	9.1	17.6	53.4	11.5
	R2	0.6	0.2	0.3	1.3	8.1	4.8	4.0	5.5	8.0	15.7	47.0	10.1
	R3	0.3	0.1	0.2	1.8	7.4	4.3	3.6	4.9	7.0	13.7	42.4	9.2
千 葉 県	H27	0.8	0.4	0.0	4.8	10.9	9.9	8.3	11.6	14.2	25.3	59.3	14.1
	H28	1.3	0	1.5	10.3	11.6	9.6	9.6	11.9	15.1	23.9	54.0	14.5
	H29	0.4	0.4	0	6.2	8.4	7.1	9.6	10.1	13.9	19.3	42.8	12.1
	H30	0.9	0	0	3.5	12.6	7.3	7.7	10.2	11.6	17.0	47.6	12.1
	R1	0.8	0	0.4	3.8	10.6	5.8	7.0	9.2	8.9	16.9	47.7	11.1
	R2	1.4	0.4	0	2.1	9.1	5.5	5.5	7.4	10.1	14.4	37.6	9.7
	R3	0	0	0	2.8	7.4	5.2	4.6	7.4	8.2	12.8	35.6	8.8

資料：全 国・結核研究所疫学センター年報

千葉県・結核登録者情報システム年報（厚生労働省）

図表 5-6-1-3 千葉県内の結核病床等保有病院



2 エイズ対策

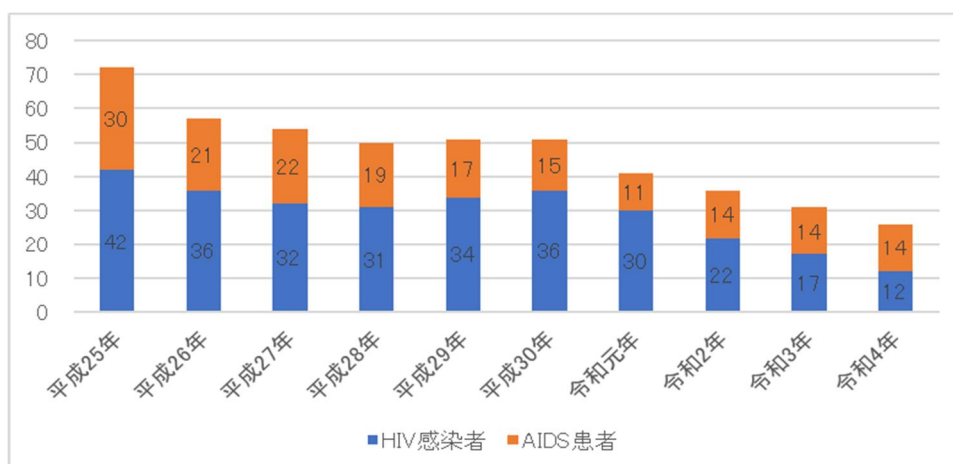
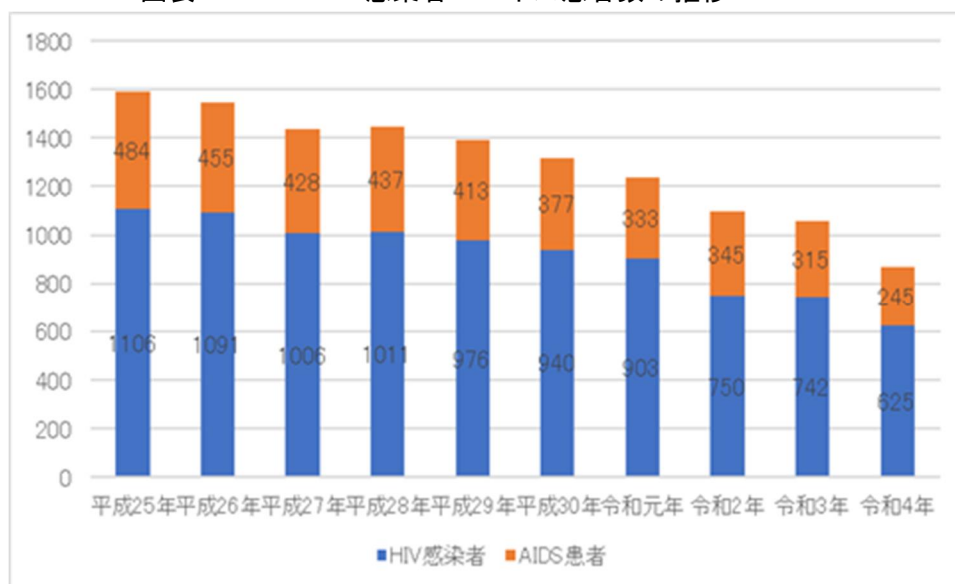
(1) 施策の現状・課題

令和4年に新たに報告された全国のHIV感染者とAIDS患者を合わせた新規報告数は870件で、本県においては26件です。

令和4年に新たに報告された県内のHIV感染者・AIDS患者を年代別にみると、20歳台の者が26.9%、30歳代の者が34.6%、40歳台の者が30.8%、50歳台以上の者が7.7%となっています。また、診断時に既にエイズを発症している、いわゆる「いきなりエイズ」の割合が53.8%あることから、受けやすい相談・検査体制の整備・充実を図る必要があります。

HIV感染者・エイズ患者の増加に伴い、エイズ治療拠点病院*等の一部の医療機関へ感染者・患者が集中する状況や療養期間の長期化等の理由から、患者等の転院や在宅療養への移行が円滑に行われるよう、医療提供体制を整備する必要があります。

図表 5-6-2-1 HIV感染者・エイズ患者数の推移



資料：エイズ動向委員会報告（厚生労働省）