

9 歯科保健医療対策

(ア) 施策の現状・課題

歯・口腔の健康は、生涯を通じて自分の歯でしっかりと噛んで食べることができるだけでなく、バランスのとれた適切な食生活を送ることを可能にし、肥満や糖尿病などの生活習慣病の予防へとつながるなど、全身の健康を保持増進するための重要な要素の一つです。

乳幼児期から少年期にかけて、噛むこと飲み込むことを正しく習得し、むし歯などの歯科疾患を予防することは、子ども達の健全な成長や青年期以降の歯・口腔の健康に大きな影響を与えます。

また、高齢者や要介護者の口腔ケア*は、歯科疾患の重症化を予防するだけでなく、食生活の充実など日常の生活の質（QOL*）を高め、元気な高齢者等を増やし、健康寿命*の延伸に寄与します。

そこで、県では、生涯にわたり歯・口腔の健康づくりを通じて、誰もが健康で生き生きと活躍できる社会の実現に向け、「千葉県歯・口腔の健康づくり推進条例」に基づき、令和6年3月に「第3次千葉県歯・口腔保健計画」を策定し、県民の歯・口腔の健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進しています。

3歳児のむし歯有病者率や1人平均むし歯数は近年減少傾向にありますが、1歳6か月からむし歯有病者率の急激な増加が見られるので、この時期の予防対策が必要です。

また、令和3年度の3歳児におけるむし歯のない者の割合の県平均は90.7%ですが、最も低い市町村と高い市町村との差は17.7ポイントの開きがあり、地域間格差が生じています。

県では、80歳で20本以上の歯を保とうという8020（ハチマル・ニイマル）運動*を推進していますが、50歳代までに歯を20本以上保有している者の割合は90%以上を保っているものの、60歳代以降急激に減り、80歳以上では51.6%に減少しています。

進行した歯周炎¹⁾を有する人の割合（CPI⁵⁾ = 3、4又はPD⁶⁾ = 1、2）は、30歳代が43.4%、40歳代が47.5%、50歳代が52.7%、60歳代が56.1%と、年齢とともに増加する傾向にあるため、青壮年期や中年期においても地域や職場において定期的な歯科健診・歯科健康教育・歯科保健指導を実施する必要があります。

認知症の人や要支援・要介護認定者は、咀嚼や嚥下などの口腔機能が著しく低下していたり、歯・口腔内の清掃不良による誤嚥性肺炎*等の問題があったりすることから、早期からかかりつけ歯科医*と相談し、口腔ケアを実施することが重要です。

障害のある人については、障害によっては摂食嚥下機能の問題を抱えていることや、口腔内の状態が把握しづらく口腔ケアが不十分になりやすいため、歯科疾患が重症化しやすくなります。このため、障害のある人がかかりつけ歯科医を持ち、地域で歯科健診や歯科治療、歯科保健指導等を受けることができる環境づくりが求められています。

(イ) 施策の具体的展開

〔母子歯科保健の充実〕

- 乳幼児のむし歯は、口腔機能の発達障害の一因になることから、市町村による乳幼児歯科保健対策を充実し、母子の心身の健康の保持、増進を図ります。
- 乳幼児期からかかりつけ歯科医を持ち、定期的な歯科健診やフッ化物歯面塗布を受けることの重要性を啓発します。
- 乳幼児の歯・口腔機能の発達段階に応じて、適切な口腔機能の獲得のために保護者や関係者に対して、噛む力、飲み込む力の育成や正しい食習慣の定着を支援するための正しい知識を啓発します。
- 診察の場や乳幼児健診、保育所・認定こども園・幼稚園等の集団健診等において、関係団体と連携を図り、口腔内の状態からネグレクト*等の虐待が疑われる子どもの早期発見に努めます。

〔学校歯科保健の充実〕

- 学校で実施する定期的な歯科健診や歯科保健教育等で、むし歯の予防と早期治療の推進、歯肉の炎症の予防、不正咬合の予防、セルフチェック等を充実させていきます。
- 集団生活の中で、正しい歯みがき習慣や歯科疾患の予防に関する正しい知識を身につけることは、大変重要かつ効果的であることから、年間の指導計画に位置づけられた学校内の歯科保健推進体制の充実や、家庭やかかりつけ歯科医等との連携の強化を図ります。
- フッ化物配合の歯みがき剤やフッ化物歯面塗布、フッ化物洗口等、フッ化物¹⁾を応用したむし歯予防の取組を充実させていきます。

〔成人歯科保健の充実〕

- 市町村や関係団体、企業等と連携しながら、地域や職場において正しい歯・口腔保健の知識、歯周病と糖尿病、喫煙等に関する知識の普及啓発を図ります。
- 市町村や関係団体、事業者と連携し、定期的な歯科健診の受診やセルフケア等の重要性について啓発するとともに、市町村で実施する歯の健康教育、歯の健康相談、歯周病検診等の取組を支援します。
- 口腔がんの早期発見に向けて、関係団体等と連携し、歯科医療関係者の資質の向上に取り組み、県のホームページやポスター等による県民への普及啓発を行うとともに口腔がん検診を実施します。

〔高齢者歯科保健の充実〕

- 口腔機能の低下（オーラルフレイル）が全身の虚弱（フレイル）につながることから、オーラルフレイル予防の重要性に関する知識の普及啓発を図ります。
- 高齢者が自らの歯で噛むことができ、歯・口腔の健康を維持できるよう、市町村や関係団体等と連携し、歯・口腔の健康づくりの普及啓発、歯科健康教育や歯科健康相談、歯周病検診、介護予防事業（口腔機能の向上）等の取組を充実させていきます。

- 高齢者が住み慣れた家庭や地域で生活を続けていくために、かかりつけ歯科医をもち、定期的な歯科健診の受診や歯科保健指導を受けられるよう啓発していきます。

〔妊産婦歯科保健の充実〕

- 妊娠中の口腔ケアの重要性を普及啓発するため、市町村で実施する妊産婦歯科健診や歯科保健指導等の取組を促進します。

〔障害のある人等の歯科保健医療の推進〕

- 障害のある人への口腔ケアや摂食嚥下指導の重要性について、障害のある人や家族、学校や施設の職員等へ周知するとともに、関係する職員等に対して研修を行うなど、資質向上に取り組めます。
- 「かかりつけ歯科医」の普及を図り、障害のある人や子どもが地域で安心して歯科健診や歯科治療、歯科保健指導を受けることができる環境づくりを推進します。
- 施設や在宅の心身に障害のある人の口腔保健対策として、千葉県歯科医師会に委託し、巡回歯科診療車（ビーバー号）による定期的な歯科健診や歯科保健指導、介護者への口腔衛生思想及び技術の普及などを行う心身障害者（児）歯科保健巡回指導事業を実施します。

〔介護を必要とする者等の歯科保健の推進〕

- 市町村等では、高齢者の介護予防や要介護度の重症化を防止するため、摂食嚥下に対する機能訓練を含む歯・口腔の保健医療対策を充実させ、口腔機能の向上についての正しい知識を普及啓発します。
- 在宅歯科医療における医科や介護等との連携を図るための窓口を設置し、地域における在宅歯科医療の推進と他分野との連携体制を構築します。
- 在宅歯科医療を実施する医療機関に対し、在宅歯科医療機器等の設備を整備することにより、安全で安心な質の高い歯科医療提供体制の充実を図ります。
- 摂食嚥下障害*や口腔ケアは多職種でアプローチすることが必要なため、口腔機能管理（摂食嚥下機能等）に関与する職種に対して研修を実施するなど、人材育成や連携体制の構築を図ります。
- かかりつけ歯科医には、安心して質の高い医療と手厚い福祉・介護を提供するため、専門医、かかりつけ医*をはじめとする医療関係者や地域生活におけるリハビリテーション・介護等に関与する福祉・看護関係者と患者に関する情報を共有することが求められています。これまでの脳卒中*、糖尿病、がん患者を対象に千葉県共用地域医療連携パスを活用した連携体制の構築に向けた取組を踏まえ、引き続き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・効率的な多職種連携の促進を図っていきます。
- 居宅介護支援サービス等の利用者に関する情報を共有し、適切な支援を行うため、「千葉県地域生活連携シート*」を活用して、「かかりつけ歯科医」と介護事業者との連携を図ります。

〔病院入院患者の口腔ケアの推進〕

- 入院患者が適切に口腔ケアを受けることで、口腔内環境の改善及びQOL（生活の質）の向上が図れるよう、看護師等の医療従事者に対して口腔ケアに関する研修を行うとともに、病院とかかりつけ歯科医等が連携する仕組みを構築します。
- がん患者等の周術期*における口腔ケアの重要性について、患者や医療関係者へ普及啓発していきます。

〔情報の収集及び提供〕

- 幼児や児童生徒のむし歯の状況や市町村の歯・口腔保健事業実施状況等の情報を広域的に収集し、市町村その他関係者に提供します。
- 市町村や施設関係者（保育所、幼稚園、小学校、中学校、障害児者施設等）を通して、フッ化物洗口等によるむし歯予防対策を推進します。また、市町村その他関係者がフッ化物の応用等によるむし歯予防対策を行う場合に、効率的・効果的に行われるよう情報提供を行います。

〔市町村その他関係者の連携体制の構築〕

- 県民の生涯を通じた歯・口腔の健康づくりの推進のため、口腔保健支援センターを設置し、情報の収集及び提供、普及啓発、市町村格差の縮小や生涯にわたる歯・口腔の健康づくりに関する事業等を市町村やその他関係団体・機関等と連携しながら効率的に行います。

〔かかりつけ歯科医機能の充実〕

- 各ライフステージに沿って、歯科疾患の予防、早期発見や治療等プライマリ・ケアを継続的に実施することにより、地域住民の機能の健康管理を行う「かかりつけ歯科医」機能の充実を図ります。
- 認知症高齢者やその家族を適切に支えるため、早期の段階における診断、治療と適切な対応が図られるよう、歯科医師認知症対応力向上研修を行います。

〔病診連携及び医科歯科介護連携体制等の整備〕

- かかりつけ歯科医機能を十分に発揮するため、病院歯科等との病診連携及び歯科診療所間の連携等、地域での歯科医療提供体制の在り方を検討していきます。
- がん、脳卒中、心疾患*、糖尿病等の患者が途切れのない歯・口腔の保健医療サービスを受けられる体制を構築するため、これらの疾患の治療や介護にあたる医科歯科介護の連携を図ります。

〔調査研究〕

- 県民の歯科疾患や歯・口腔保健の実態について必要な調査を行っていきます。また、国、市町村、関係団体、大学等が実施している調査等により、県では、歯・口腔の健康づくりに関する現状を把握し、分析します。

10 リハビリテーション対策

(ア) 施策の現状・課題

リハビリテーションには、①障害のある人（子どもを含む）や高齢者の生活機能低下の予防に関する事、②各種疾病に対して医療機関が実施する急性期・回復期医療に関する事、③主に介護保険で対応される維持期・生活期*に関する事があり、これらを当事者の状態に応じて適切な時期に行うことが必要です。

脳卒中*等の疾患による機能障害への対応や生活の再構築のためには、急性期病院*での早期からのリハビリテーションが重要であり、急性期リハビリテーションのさらなる充実が求められています。さらに、回復期*のリハビリテーションが効果的に実施され、維持期・生活期においても回復した機能を向上・維持し、活動や参加に繋げるためには、回復期リハビリテーション病棟*や維持期・生活期を担うリハビリテーション関係機関の質と量の充実とともに、急性期から回復期、地域生活期のリハビリテーションを担う各医療機関及び当事者・家族の生活に関わるさまざまな機関との情報共有と連携が重要です。

〔地域リハビリテーション支援体制の整備〕

障害のある人（子どもを含む）や高齢者、さらには共にする家族を含め地域に暮らすすべての県民が、いつまでもいきいきとした生活を送ることが出来る社会を目指し、リハビリテーションの視点から保健・医療・福祉等の関係機関をつなぎ、適切な支援が切れ目なく提供されるように関係機関等の支援体制の整備を図る「地域リハビリテーション*」の取組が重要です。

現在、地域リハビリテーションの推進を図るため、関係機関の代表者等が一体となって地域リハビリテーションの課題や推進方法を検討する場として「千葉県地域リハビリテーション協議会」*を設置し、二次保健医療圏域ごとの地域リハビリテーション関係機関*への支援を行う「地域リハビリテーション広域支援センター*」を県内9箇所に、地域リハビリテーション広域支援センターへの支援を行い、県全域の地域リハビリテーションの推進を図る「千葉県リハビリテーション支援センター*」を県内1箇所に指定しており、それらに加えて「地域リハビリテーション広域支援センター」の支援機能を充実させる役割を担う「ちば地域リハ・パートナー*」を指定することにより、地域リハビリテーションの充実を進めています。

これまで、県支援センターの支援のもと、広域支援センターにおいて関係機関相互の連携支援体制の構築を目的とした連絡協議会の開催、地域包括ケアの推進に向けた市町村への事業協力、リハビリテーション専門職が在籍していない関係機関に対する相談の支援のほか、圏域の実情に応じた取組を実施してきたところですが、今後一層の事業の推進を図るためには、以下の対応が求められます。

一点目として、地域リハビリテーションの考え方や各圏域の広域支援センターの役割は、地域住民や地域リハビリテーション関係機関の中でも十分に認知されているとは言えず、地域リハビリテーションに対する興味・関心を高める取組が必要です。

二点目として、現行の広域支援センターの取組が主に高齢者を対象としたものとなっていることから、障害の有無や年齢、世代を超えた対象者にも支援を注力していく必要があります。

三点目として、急速な高齢化が全県的に進んでいますが、一方で、各圏域においては、人口・面積・構成市町村数などに差があり、通所・訪問リハビリテーション事業所など地域リハビリテーション関係機関数や従業者数には大きな差異があります。

そのため、地域の実情に応じた、きめの細やかな取り組みが必要になりますが、単独の広域支援センターにおいては、圏域内のすべてのニーズに応えることは、マンパワー等の問題により非常に困難です。このような状況下において、今後地域リハビリテーションの取組をさらに推進し、長期的に継続していくためには、持続的な支援を可能とする体制の構築が不可欠です。

四点目として、平時はもとより自然災害の発生や感染症拡大などの非常時においても地域に根差した取組が継続的に展開できるよう、様々な手法を用いて地域の実情を理解し、そこで把握した地域課題を地域住民自らが解決していけるような関係機関等との「つながりづくり」に取り組む必要があります。

〔総合リハビリテーションセンター機能の確保〕

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、各種の先進的なり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。）の確保が必要です。

〔高次脳機能障害及びその関連障害に対する地域支援ネットワークの構築〕

外傷性脳損傷などにより、記憶障害、注意障害、遂行機能障害等、外見では判断しにくい後遺症を呈する高次脳機能障害*のある人（子どもを含む）の支援については、医学的な治療及びリハビリテーションから社会リハビリテーションなど社会参加に向けた中長期的支援を必要とします。こうした中長期的な支援が地域で受けられるよう、県内4か所に支援拠点機関を設置し、支援コーディネーターを配置して、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との支援ネットワークの充実及び情報発信・研修等を行い、支援普及に取り組んでいます。また、千葉県千葉リハビリテーションセンターに高次脳機能障害支援センターを設置し、県全域を対象として、より専門的な支援を実施しています。

一方、当事者の精神科領域の支援のため、精神科領域との連携を強化するための機関間の連携が必要です。

(イ) 施策の具体的展開

[地域リハビリテーション支援体制の整備]

- 予防的リハビリテーション、急性期・回復期リハビリテーション、維持期・生活期リハビリテーションを当事者の状態に応じて適切な時期に行っていくためには、地域の医療機関、介護保険施設、市町村等の連携を強化・推進していくことが重要であることから、二次保健医療圏ごとに連携・支援の中核となる「地域リハビリテーション広域支援センター」を概ね1箇所指定し、広域支援センターの支援と県全域の地域リハビリテーションの推進を担う「千葉県リハビリテーション支援センター」を1箇所指定します。

また、「地域リハビリテーション広域支援センター」の支援機能を充実させる役割を担う「ちば地域リハ・パートナー」を指定することで、これら指定機関と地域リハビリテーション関係機関が共通の理念のもと、連携・協力を進め、地域リハビリテーションの支援の輪を広げます。

- 地域リハビリテーション支援体制の課題や推進方法を幅広い視点で検討する場が必要なことから、地域リハビリテーション関係機関の代表者等を構成員とする「千葉県地域リハビリテーション協議会」を設置します。
- 持続的な支援を可能とする体制を構築するため、県支援センターは、広域支援センターへの助言や技術的支援を行うとともに、状況に応じて市町村との連携や地域課題の解決に向けて積極的に関与していきます。
- 地域リハビリテーション関係機関と連携しながら、人材の発掘や研修の充実を図るとともに、広域支援センターを中心に地域リハビリテーション資源の情報を集約化し、過去の好事例や培われたノウハウなどを共有化する仕組みの構築に取り組みます。
- 高齢者に対する支援においては、市町村が中心となって実施している地域包括ケアシステムの一層の推進に向け、関係機関の協力のもと、リハ・パートナーの質と量を確保し、活動の充実を図ることで通いの場や地域ケア会議等へ積極的に参加します。
また、障害の有無や年齢、世代を超えた対象者についても地域共生社会の実現に向け、支援に注力していくため、広域支援センターが円滑に取り組めるよう市町村の各担当部局等との連携体制を構築します。
- 地域リハビリテーションに対する興味・関心を高めるため、広域支援センターの提供可能な取組について様々な広報媒体を通じて周知し、地域住民や関係機関に対して各種取組に参画する機運の醸成に努めます。

- 平時・非常時にかかわらず、いかなる場面においても地域に根差した支援を提供できるよう以下の取組を進めていきます。
 - ・ 地域住民や関係機関との対話による地域課題の把握
 - ・ 地域住民や関係機関が地域の実情や特性を理解できるよう客観的に評価する手法の構築
 - ・ 地域の実情に応じた「つながりづくり」のサポート

〔総合リハビリテーションセンター機能の確保〕

- 千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、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を担います。

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。
- 千葉県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。

〔高次脳機能障害及びその関連障害に対する地域支援ネットワークの構築〕

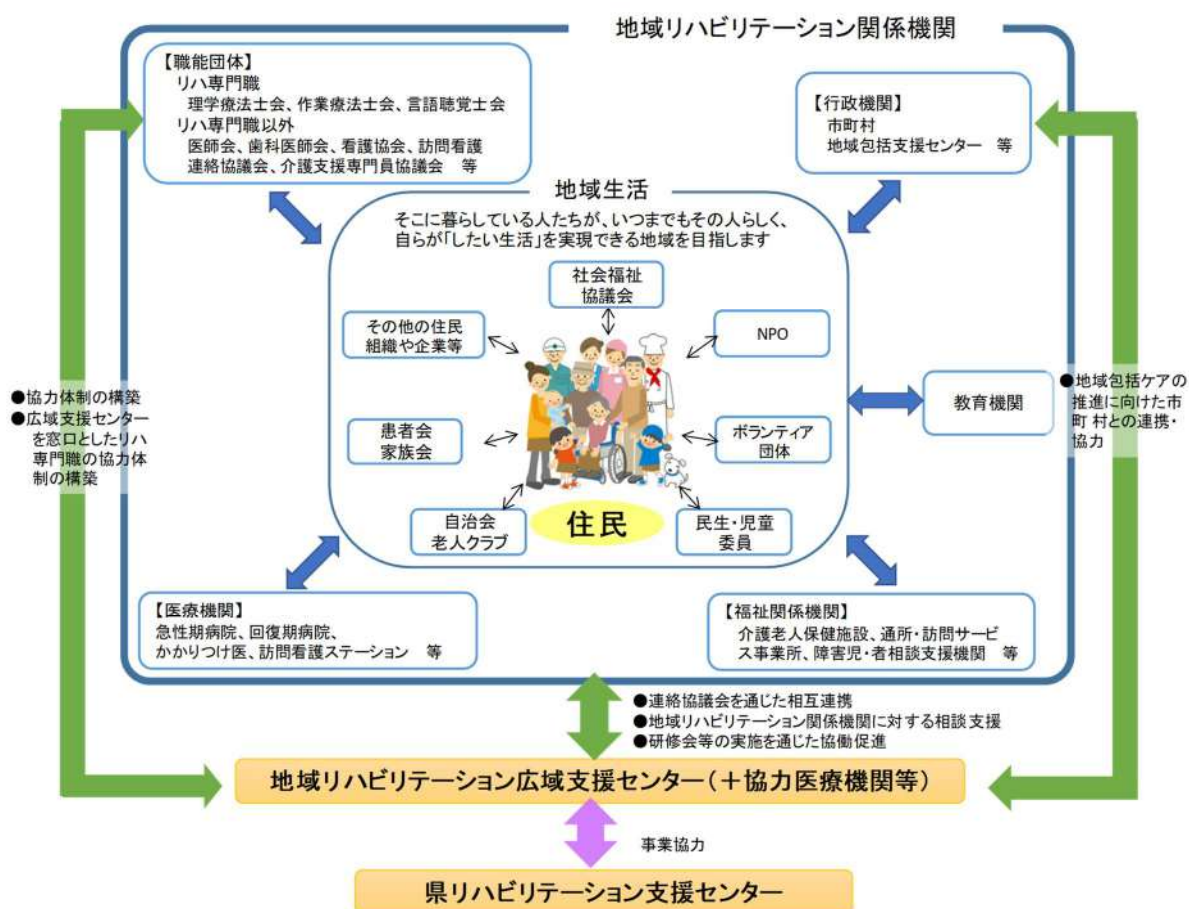
- 高次脳機能障害の当事者への専門的相談支援及び医療と福祉の一体的な支援を普及・定着させるため、高次脳機能障害の診断及びその特性に応じた支援サービスの提供を行う協力医療機関（医療機関、リハビリ機関等）及び専門支援機関（就労支援機関、教育機関等）を確保・明確化し、地域の関係機関が相互に連携・調整を図り、当事者やその家族等の支援に資する情報提供を行う地域支援ネットワークを構築することを目指します。ネットワークにおいては、精神科領域との連携強化を図るべく、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと連携し、高次脳機能障害の支援体制の充実を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

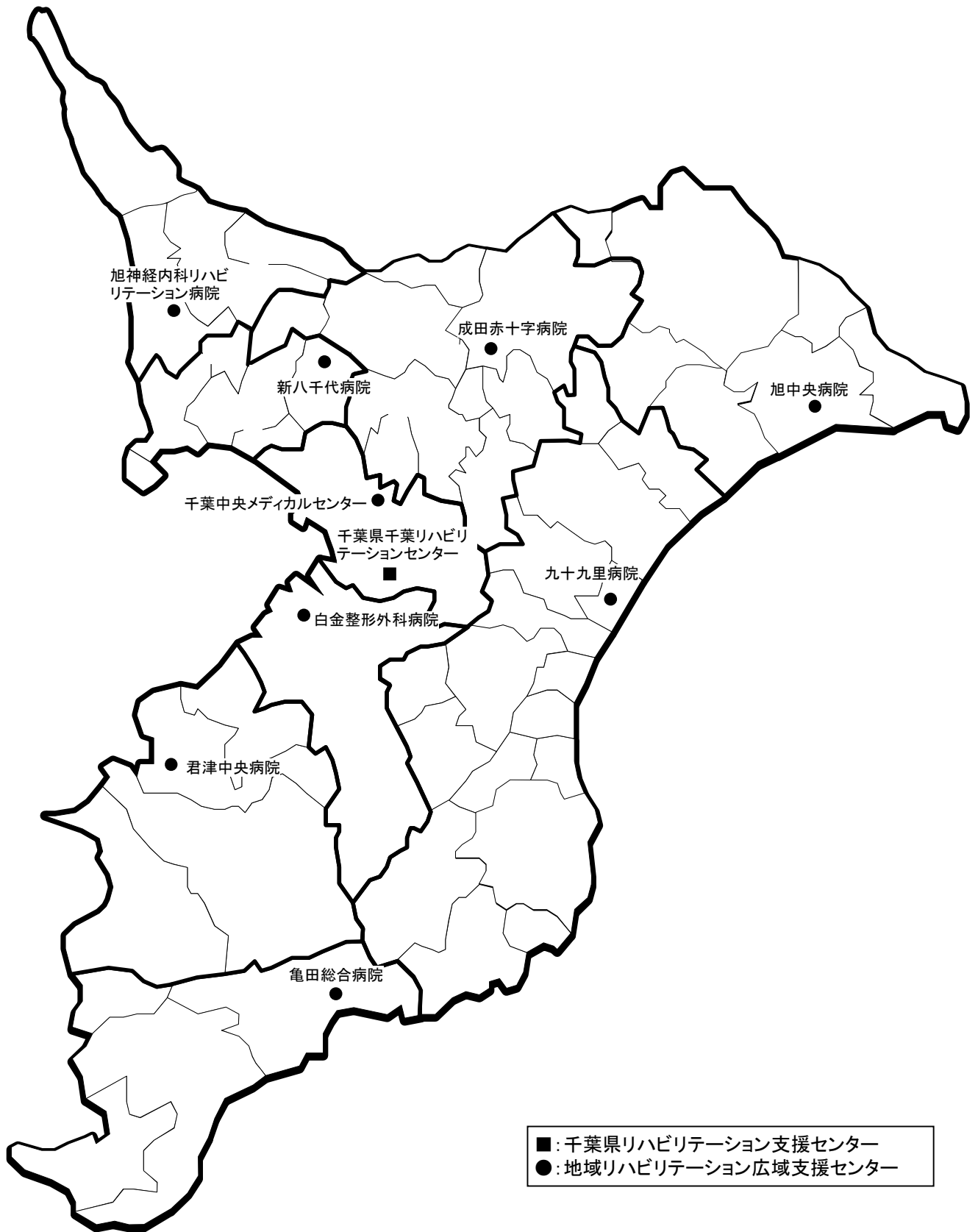
以後 試案時に更新

指 標 名	現状	目標
高次脳機能障害支援普及事業支援拠点機関	3箇所 (平成29年度)	
広域支援センターの支援機能を補完する指定機関数	— (平成28年度)	
広域支援センターと連携している行政機関数	市町村 1 3 地域包括支援センター* 41 (平成27年度)	市町村 地域包括支援センター

図表 2-1-4-10-1 地域リハビリテーション支援体制の目指す姿



図表 2-1-4-10-2 千葉県内の地域リハビリテーション支援体制



1.1 高齢化に伴い増加する疾患等対策

(ア) 施策の現状・課題

本県における令和2年の平均寿命は、男性81.45歳、女性87.50歳です。また、令和元年の健康寿命は、男性72.61歳、女性75.71歳です。平均寿命と健康寿命は、いずれも延伸しています。

県民一人一人が個性を發揮しながら質の高い生活を送るためには、生涯を通じた健康づくりを推進し、生活習慣病の発症・重症化予防や介護予防の取組を進めることが重要です。また、健康は社会的環境や経済的環境から影響を受けることから、積極的に社会参加しつつお互いを支えあい、地域等における人とのつながりを深めるなど、健康を支え守るための環境づくりに取り組むことも大切です。高齢者が社会参加することにより、御自身の生きがいや健康が保持されるのみでなく、活動を通じて世代間交流の促進や人とのつながりの強化も期待できると考えられます。

さらに、本県では、従来健康づくりに関わるボランティア団体の活動や各種患者団体による市民向けの教室の開催等の社会貢献活動が行われているところであり、多様な分野で活動が推進されるよう支援する必要があります。

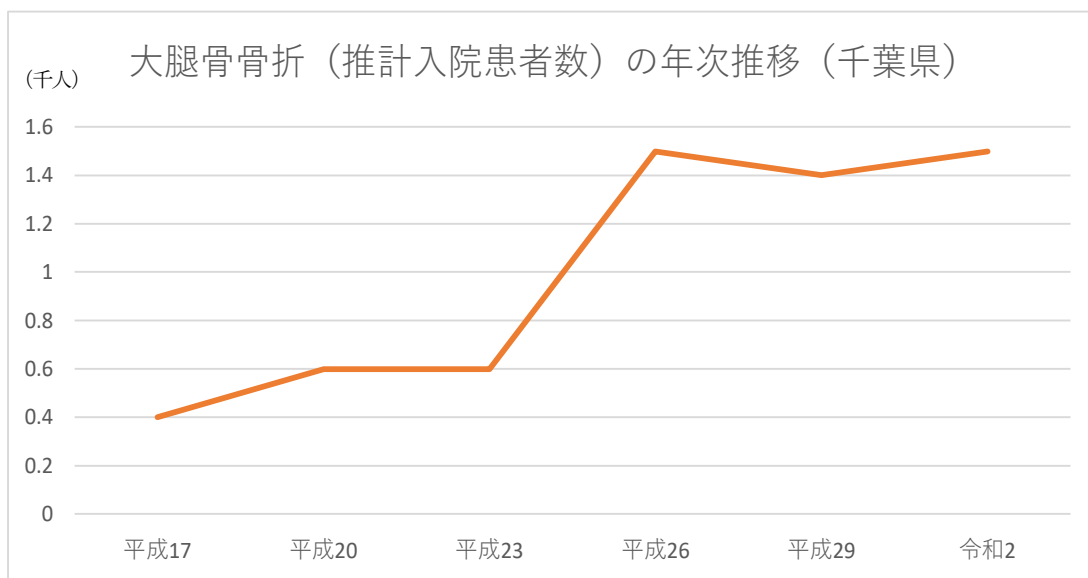
介護保険制度により要支援の認定を受けている方について、介護が必要となった主な原因は、多い順に「関節疾患」「高齢による衰弱」「骨折・転倒」となっています。

図表 2-1-4-11-1 介護が必要となった主な原因（上位5位・全国値）

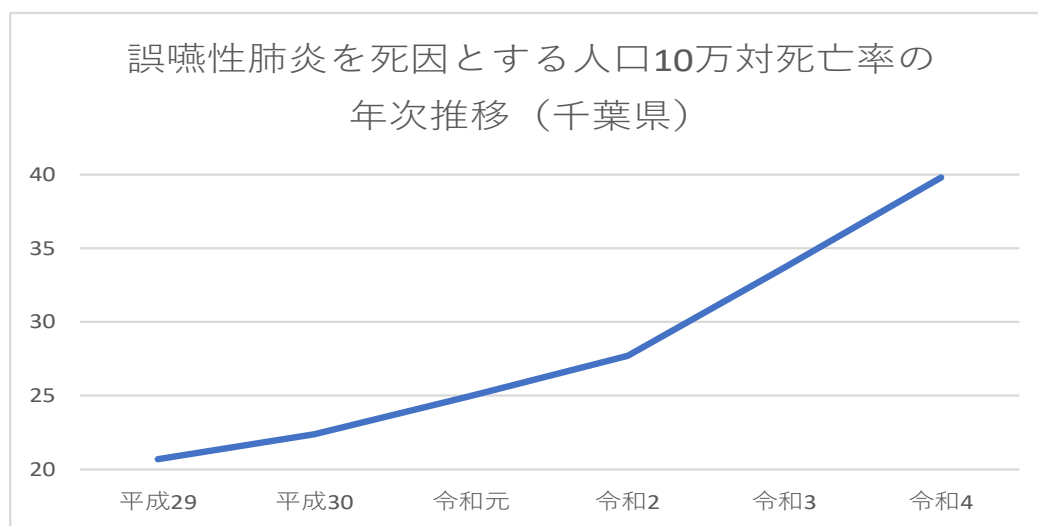
	介護を要する者 (総数)		うち要支援者		うち要介護者	
		10万対		10万対		10万対
第1位	認知症	16,580	関節疾患	6,594	認知症	14,977
第2位	脳血管疾患(脳卒中)	16,083	高齢による衰弱	5,924	脳血管疾患(脳卒中)	12,050
第3位	骨折・転倒	13,881	骨折・転倒	5,507	骨折・転倒	8,223
第4位	高齢による衰弱	13,192	脳血管疾患(脳卒中)	3,825	高齢による衰弱	6,906
第5位	関節疾患	10,186	その他	2,904	その他	4,118

資料：令和4年国民生活基礎調査（厚生労働省）

また、高齢化の進展に伴い、大腿骨の骨折による入院患者数や誤嚥性肺炎による死亡率は増加傾向となっています。



患者調査（厚生労働省）を元に作成



人口動態統計（厚生労働省）を元に作成

こうしたことから、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）、大腿骨近位部骨折、肺炎などの今後高齢化に伴い増加が見込まれる疾患等については、介護予防・疾病予防を中心に、医療・介護が連携した総合的な取組を推進する必要があります。

〔ロコモティブシンドローム〕

ロコモティブシンドロームは、骨、関節、筋肉、軟骨、椎間板といった運動器の障害のために「立つ」「歩く」といった移動機能の低下を来した状態をいいます。進行すると日常生活にも支障が生じ、介護が必要になるリスクが高くなります。

ロコモティブシンドロームに関係する要因としては「運動習慣のない生活」「活動量の低

下」「やせ過ぎ」「肥満」「スポーツのやりすぎや事故によるケガ」などがあります。運動器の故障から腰痛、膝痛を起し、痛みやだるさを放置することによって、重篤化していきます。

ロコモティブシンドローム予防には、自転車や徒歩で通勤する、階段を使うなど、暮らしの中に運動習慣を取り入れることと、正しい食生活により低栄養*等を防ぐことが重要です。また、腰痛・膝痛や骨粗しょう症等の疾病については、適切に医療機関を受診することも大切です。

〔フレイル〕

フレイルとは、加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害*、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態を言います。

低栄養、転倒、サルコペニア*（加齢に伴う筋肉量の低下）、尿失禁、軽度認知障害*（MCI）などは危険な加齢の兆候です。

また、フレイルは、閉じこもり、孤食（ひとりで食事をする）などの社会的な問題や、低栄養・転倒の増加、口腔機能低下などの身体的な問題、意欲・判断力や認知機能低下、うつなどの精神的な問題など、多面性を持っています。

多くの高齢者が中間的な段階であるフレイルを経て、徐々に要介護状態に陥りますが、フレイルは、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能です。医療・介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策についての検討や、メタボリックシンドローム*対策からフレイル対応への円滑な移行が必要です。

〔大腿骨近位部骨折〕

大腿骨近位部骨折（大腿骨頸部骨折、転子部骨折）の受傷時には、股関節部に痛みがあり、ほとんどの場合、立つことや歩くことができなくなるとされており、早期に適切な治療を行う必要があります。大腿骨近位部は、動きもその範囲も大きく、転倒時などに大きな負荷がかかるため、加齢や運動低下にともない骨密度が減少し、筋力の低下が起こってくると、転倒時などに骨折しやすくなります。

令和2年の患者調査による推計値では、千葉県に住所を持つ患者は、1,600人であり、そのうち1,100人が女性です。人口10万人当たりの患者数は25.5人で、全国と比較すると高い方から44位になります。

骨折は、骨粗しょう症で骨がもろくなった高齢者に多発することが知られており、日常生活動作に大きな影響を及ぼし、寝たきりや閉じこもりの原因にもなっています。このため、骨粗しょう症の予防・治療や骨折時の適切な対応、患者の状態に合わせたリハビリテーションや再発予防の取組が重要です。

〔誤嚥性肺炎〕

誤嚥性肺炎*は、本来は食道に入るべきである唾液や食物などが、誤って気管に入り、その食物や唾液に含まれた細菌が気管から肺に入り込むことで起こります。高齢者は、嚥んだり飲み込んだりする機能の低下や、唾液が出にくくなっていることが多いため、誤嚥*を起こしやすく、菌に対する抵抗力が弱まっていることで、誤嚥性肺炎を含めた肺炎が起こ

りやすいとされています。

そのため、食事内容や食事姿勢に配慮して誤嚥を起こしにくくすることや、適切な口腔ケア*により口腔内での細菌の繁殖を抑えること等により、感染のリスクを低減する必要があります。

また、他の疾病等による身体機能の低下や認知症等により、口腔衛生の悪化や摂食嚥下障害*が引き起こされやすいことから、周術期*や入退院時における医科歯科連携を中心とした多職種による口腔機能管理が重要です。

(イ) 施策の具体的展開

〔地域社会のつながりの醸成〕

- 生涯教育、スポーツ、防災、福祉等既に活動している様々な団体活動やコミュニティづくりの場において、健康づくりの視点を取り入れられるよう働きかけます。
- 先駆的な取組やソーシャルキャピタル*の強化の成功事例などについて情報収集に努め、様々な場面で県民に発信します。
- 住民の主体的な活動を推進するための人材の育成を支援します。

〔高齢者の健康づくりや生活習慣病対策等の推進〕

- バランスの良い食生活、運動の習慣化、毎日の口腔ケア等の健康づくりの重要性や病気に対する正しい理解を広めるとともに、定期健診の受診等を促進するための普及啓発を行います。
- 高齢者特に75歳以上の方の低栄養の実態把握を進め、その対応を検討します。
- 健康教育や骨粗しょう症検診、歯周病検診などの健康増進事業に取り組む市町村を支援します。
- 多様な機関における相談体制等の充実と周知により、高齢者の心の健康づくりを進めます。

〔介護予防の推進〕

- 市町村が取り組む介護予防の取組等が効果的に推進できるよう、その支援を行います。
- 要介護・要支援の状態にならないよう、ロコモティブシンドロームやフレイルの予防、口腔ケアの大切さと口腔の状態と健康との関係に関する知識等についての普及啓発を行います。

〔人材の育成・確保〕

- 生活習慣病予防対策として重要な特定健診*・特定保健指導*に従事する人材や、ロコモティブシンドロームの予防に関し実践的に指導を行う人材、在宅歯科診療に携わる歯科衛生士*など、専門性を持った質の高い人材の育成・確保を進めます。

〔医療・介護の連携〕

- 健康寿命の延伸を図るため、保健・医療・福祉・介護の連携を強化します。
- 摂食嚥下について専門的に評価できる医師・歯科医師及びリハビリテーションを支える関係職種の人材育成や職種間での連携を図ることで、口腔機能管理支援を推進します。また、地域における医科・歯科・介護等の連携体制の充実を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

〔過程 (プロセス)〕

指 標 名	現 状	目 標
介護予防に資する住民運営による通いの場への高齢者の参加率	3.0% (令和3年度)	
低栄養傾向 (BMI * 20以下) の高齢者の割合の増加の抑制	15.1 (平成27)	次期高齢者保健福祉計画と整合した目標を策定予定
ロコモティブシンドロームの減少 (足腰に痛みのある高齢者の人数人口千人当たり) (65歳以上)	222人 (令和元年度)	

※ 「低栄養傾向 (BMI 20以下) の高齢者の割合の増加の抑制」については、低栄養傾向の高齢者の割合の現状が目標年度における高齢者の割合を下回っていますが、75歳以上の人の低栄養傾向の割合が特に高いことを踏まえ、人口構造の変化による増加を目標値以下に抑制するという趣旨で目標を設定しているものです。

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
高齢者 (60歳以上) の社会参加の促進 (就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	男性 60.1% 女性 48.8% (令和3年度)	

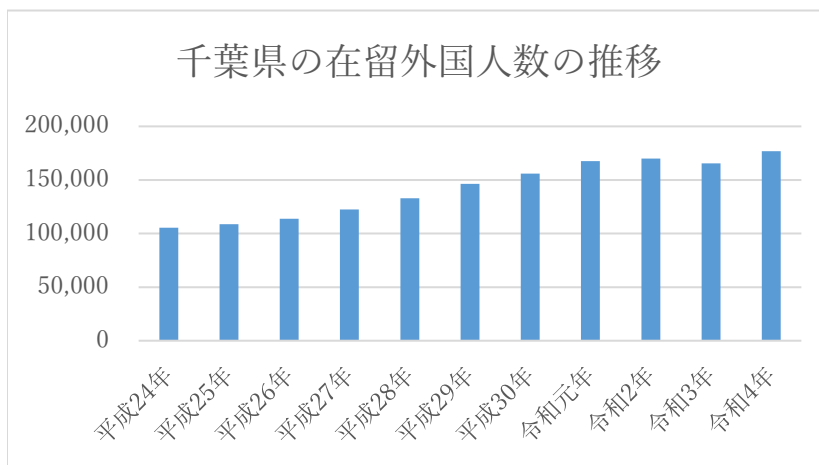
1 2 外国人患者への医療

1 施策の現状・課題

(1) 在留外国人の推移

日本人人口が減少する中で、日本に在留する外国人は増加傾向であり、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和3年末には約276万人まで低下しましたが、令和4年6月時点では約296万人と上昇しており、5類移行に伴いさらに増加することが予測されます。

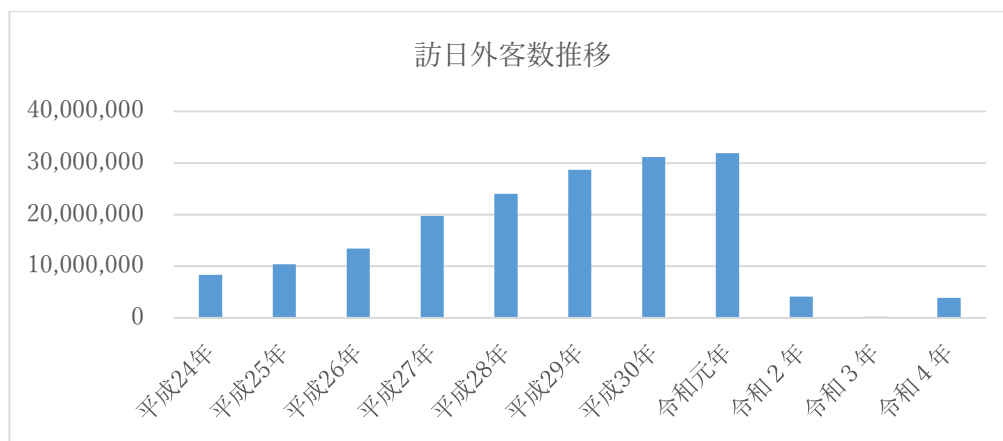
千葉県の在留外国人数は、平成29年12月末で146,318人(2.3%)であったのに対し、令和4年6月末で176,790人(2.8%)と増加傾向にあります。



(出典：法務省在留外国人統計)

(2) 訪日外客数の推移

訪日外客数は、年々増加し、令和元年には約3,190万人まで増加しましたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和4年には約380万人まで低下しています。



(出典：観光庁公開資料)

県内の観光地点及び行祭時・イベントを訪れた観光入込客数(延べ人数)は、令和元年には約1億8,590万人(単位：人地点、日本人含む)、宿泊客数は約2,010万人、うち外国人398万人(単位：人泊)であったのに対し、令和3年は約1億956万人(単位：人地点、日本人含む)、宿泊客数は約928万人、うち外国人47万人(単位：人泊)と低下しています。

(3) 外国人に対する医療

医療機関における診療案内や診療の多言語対応、外国人の宗教及び習慣の違いを考慮した対応、院内のスタッフへの教育や研修体制など、外国人患者の受入体制を(一財)日本医療教育財団が評価する、「外国人患者受入れ医療機関認証制度・JMIP」の認証を受けた医療機関が、令和5年6月現在で県内に3か所あります。

また、外国人患者及び同伴者に対する医療滞在ビザ制度が創設されるなど、近年、渡航受診者の受入支援(「医療インバウンド」)に関する国の取組が進められており、取組を実践する中核的な組織として設立された(一社)Medical Excellence JAPANが、国民への医療提供体制の維持と向上を前提に、渡航受診者受入れの組織的な意欲と取組があり、受入実績を有する病院として推奨している「ジャパン インターナショナル ホスピタルズ」には、令和5年10月現在、県内3病院(全国44病院)が選定されています。

なお、千葉県では、令和5年6月現在、「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」として32医療機関を選出していますが、他都道府県と比べると少ない状況となっており、一部の医療機関に受入外国人患者が集中している状況となっているため、今後、外国人を受入れる拠点的な医療機関を増やすための対応が必要です。

(4) 医療機関への支援

救急車等により、外国人救急患者の搬入を受けた民間医療機関に対し、当該患者の失踪等により生じた損失医療費について、県単独の補助を実施しています。

また、ちば救急医療ネットでは、円滑な外国人患者の受入を目的に外国語対訳問診票(8言語)を掲載しています。

しかし、外国人救急患者の受入を実施している医療機関には偏りが生じており、受け入れている医療機関が損失医療費も多い傾向となっています。

今後、外国人患者への対応方法や損失医療費を防ぐための対応について、医療機関に対し研修会を開催することや、多言語に対する通訳等の問題について検討し、受入れることのできる医療体制を整備していく必要があります。

2 施策の具体的展開

〔外国人を受入れる拠点的な医療機関の選出〕

- 外国人患者の受入体制が整っている医療機関は少なく、一部の医療機関に偏りが生じているため、外国人を受入れる拠点的な医療機関を選出し、外国人患者への対応に取り組む医療機関の確保について、検討していきます。

【未収金対応について】

- 未収金対応について、医療機関を対象とした研修会を開催していくとともに、損失医療費については、対象となる医療機関や範囲について検討を行いながら、引き続き補助を実施していきます。
- 外国人旅行者に対する旅行保険の加入促進について、国へ働きかけを行っていきます。

【医療機関に対する研修会の開催】

- 外国人患者に対しては、言葉や宗教、文化の違いによる様々な体制の整備や配慮が求められることから、医療機関に対し研修会を開催していくとともに、多言語に対する通訳の問題について、検討していきます。

【外国人医療に関する協議の場の設置】

- これまで、県として外国人医療に関する協議の場を設けていないことから、新たに医療機関、医師会、宿泊施設等関係団体との協議会を設置し、外国人医療に対する問題を把握し対策を検討していきます。

【JMI P認証医療機関や外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関を溶け込ませた地図又は一覧表を挿入】

第7節 医師の確保

1 医師の確保に関する事項の全体像と医師偏在指標

医療法においては、「医師の確保の方針」「確保すべき医師の数の目標」「医師の確保に関する施策」を医療計画に記載することとされています。

これは、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保することを目的としたものです。

厚生労働省は、都道府県が医師の確保に関する事項を定める際に留意すべき事項等を「医師確保計画策定ガイドライン」（以下「ガイドライン」といいます。）として定め、令和5年3月31日付けで各都道府県に一部改正を通知しました。

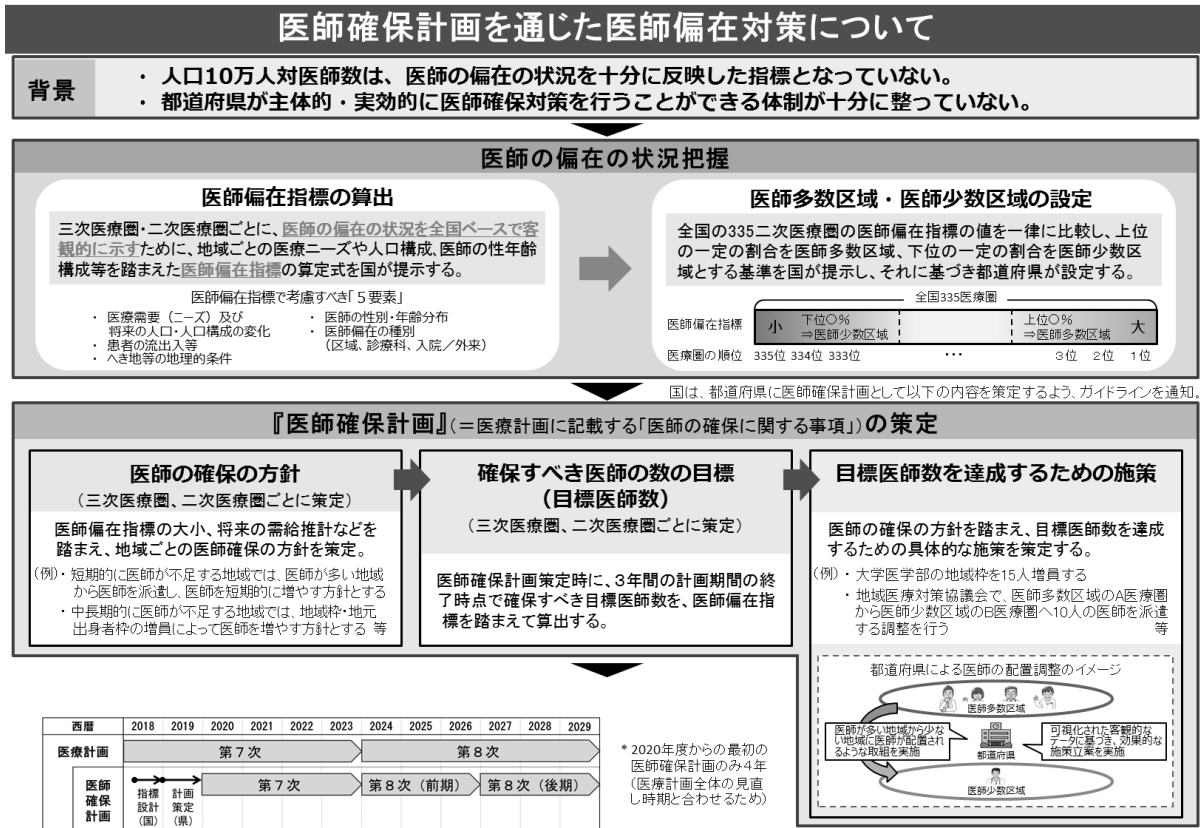
ガイドラインでは、医師の確保に関する事項を定めるに当たっては、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」といいます。）を国が算出し、これに基づいて医師少数都道府県（区域）・医師多数都道府県（区域）を設定し、医師の確保の方針、確保すべき医師の数の目標及び医師の確保に関する施策を定めることとしています。

また、医師全体の確保に関する事項とともに、産科医及び小児科医に限定して、その確保に関する事項についても定めることとされています。

なお、医師偏在指標（医師全体、小児科及び分娩取扱医師）は、厚生労働省が算出し、区域等の設定とともに令和5年4月に暫定値が公表されました。都道府県において、二次医療圏、周産期医療圏、小児医療圏の見直しを行わない場合は、暫定値を確定値とすることとされています。

※ 産科医の偏在指標については、「過去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数（分娩取扱医師数）を用いることとし、指標の名称は改定前の計画の「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」に変更されました。

図表 5-7-1-1 医師確保計画を通じた医師偏在対策



資料：医療従事者の需給に関する検討会 第23回医師需給分科会（平成30年10月24日） 資料1

2 医師の確保に関する現状と課題

(1) 医師（全体）の確保に関する現状と課題

ア 医師数及び医師の偏在

(ア) 千葉県の状況

千葉県における医療施設従事医師数は増加傾向にあり、令和2年末現在では、全国で多い順に9位の12,935人となっています。また、令和4年末においては、〇人で全国〇位です。

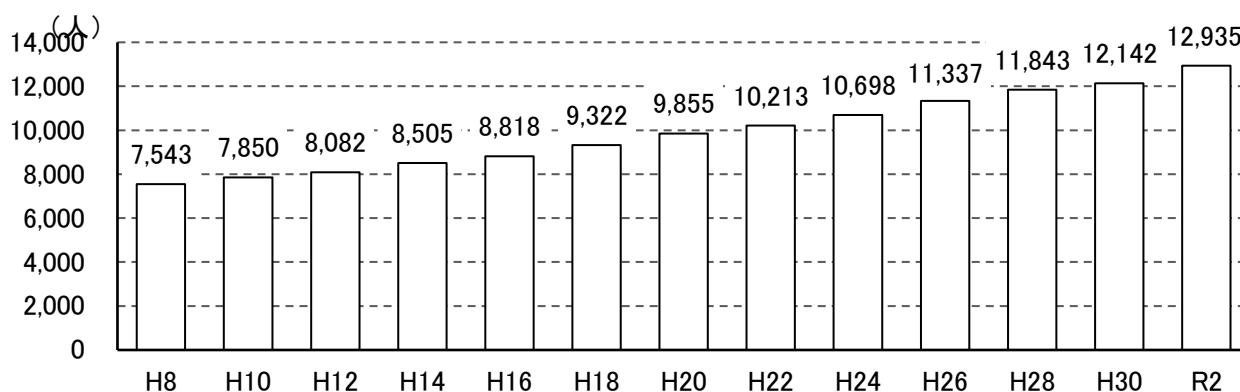
令和2年度からを計画期間とする前計画において、令和5年度末に確保しておくべき医師の総数は13,146人であり、この目標は達成しています。

しかしながら、令和2年末の医師数をもとに算定した医師全体についての医師偏在指標は、全国で多い順に38位の213.0であって、全国平均の255.6を下回っており、相対的に医師数が少ない状況にあります。また、医師数の増減状況には、診療科によって差がみられます。

千葉県内の医療施設で従事する医師のうち約10%（診療所では約21%）が70歳以上であり、継続的な医療提供体制を確保するため、若手医師の確保・定着が重要です。

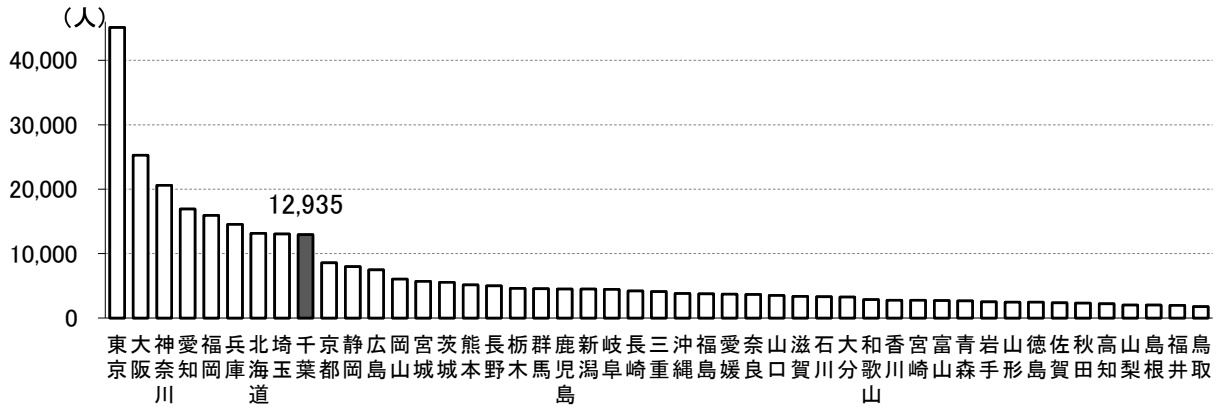
平成21年度に開始した医師修学資金貸付制度を利用した方が、順次、医学部を卒業して臨床研修を終え、医師の少ない地域でも勤務していますが、医師の価値観の多様化や専門医志向の高まり等の要因も踏まえ、産科や小児科など特に医師の少ない診療科の医師を確保する取組や、地域医療への従事と医師としてのキャリア形成の両立を可能とするような取組を進める必要があります。

図表 5-7-2-1-1 医療施設従事医師数の推移（千葉県）



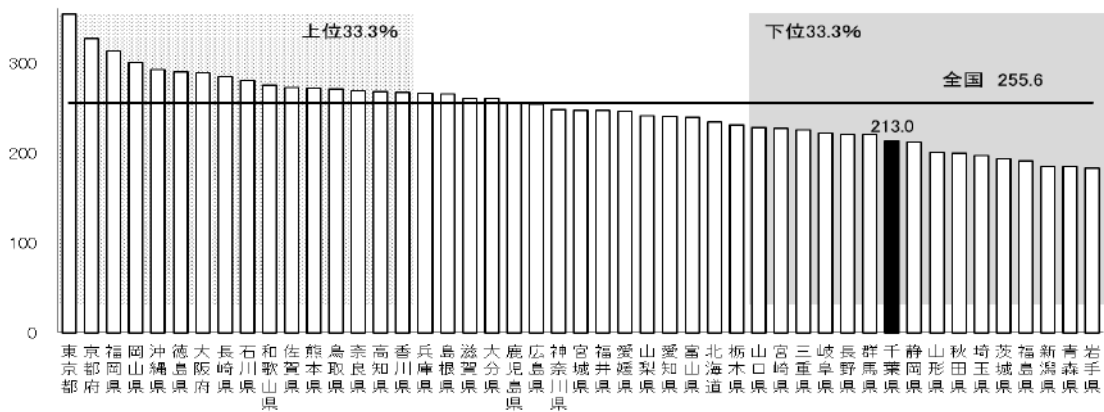
資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 5-7-2-1-2 都道府県別医療施設従事医師数（令和2年）



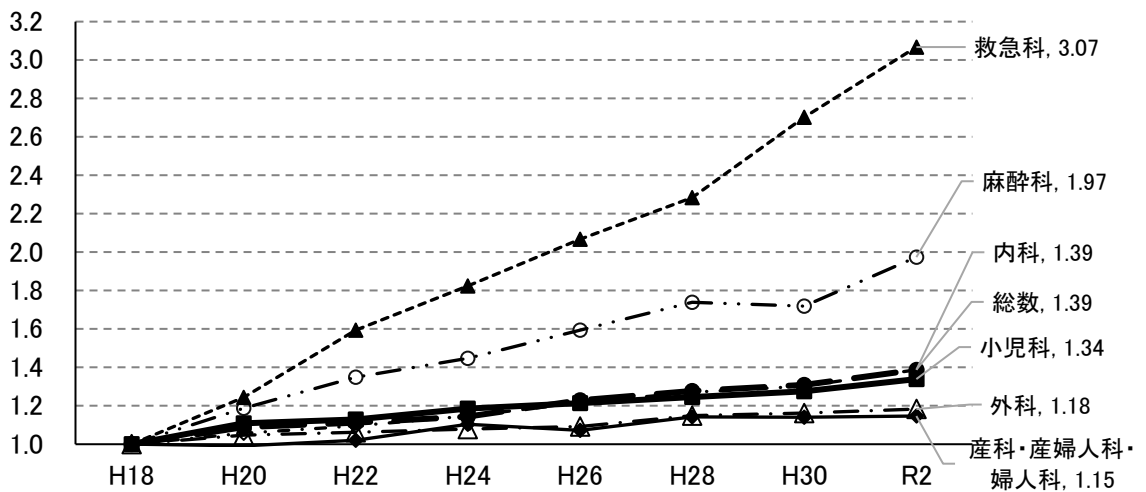
資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 5-7-2-1-3 都道府県別医師偏在指標（医師全体）



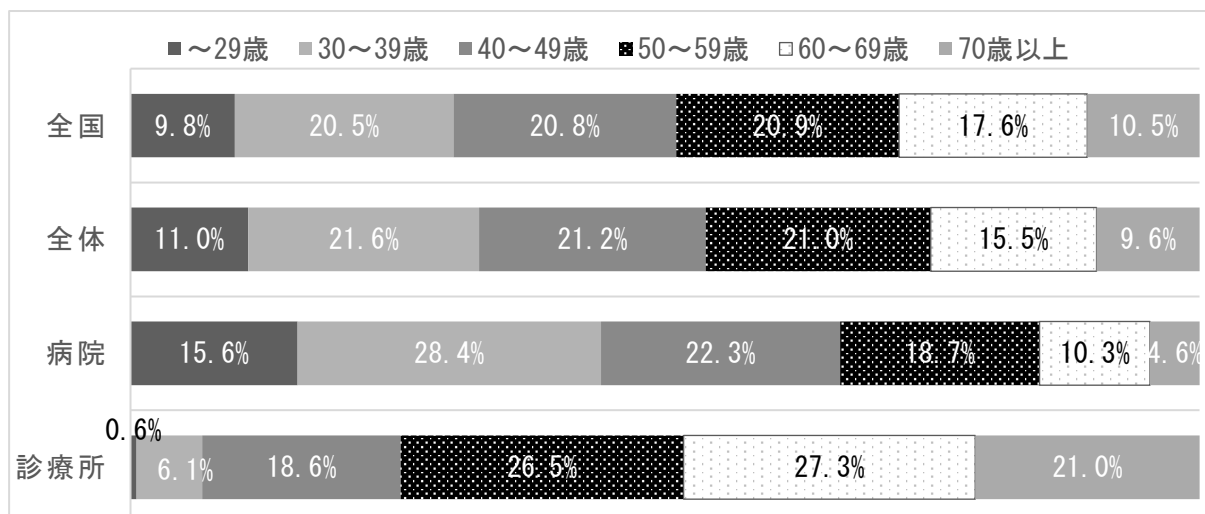
資料：厚生労働省提供資料

図表 5-7-2-1-4 主な診療科別医療施設従事医師数の増減（対平成18年比・千葉県）



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 5-7-2-1-5 医療施設従事医師数の年齢構成別割合（全体・病院・診療所）（令和2年）



資料：厚生労働省提供資料

(イ) 二次保健医療圏ごとの状況

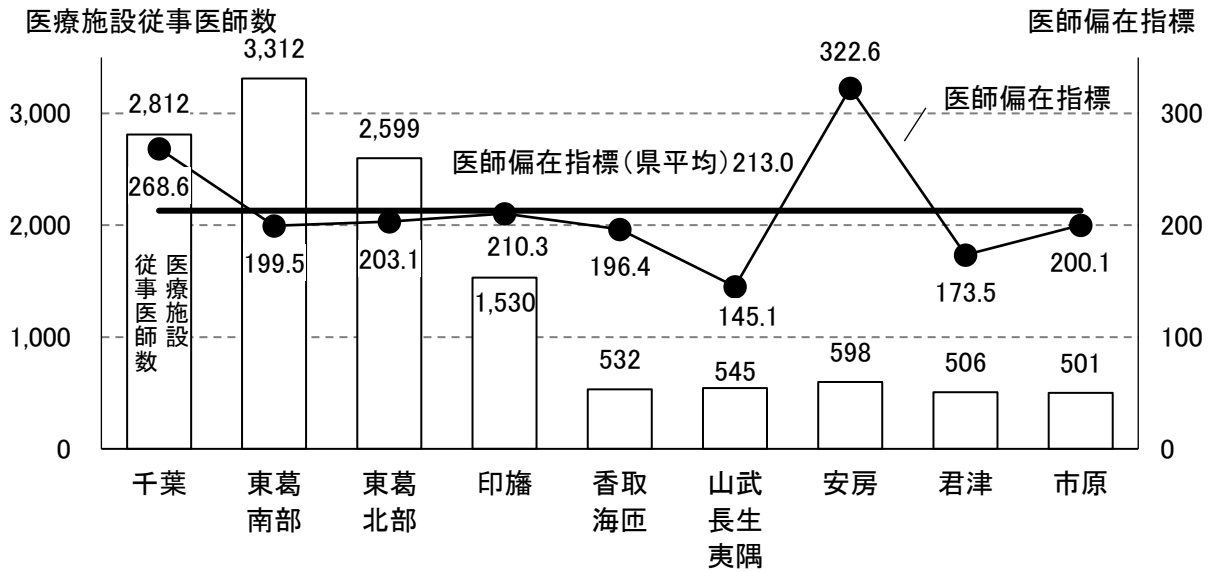
令和2年末現在、二次保健医療圏ごとの医療施設従事医師数は、最多の東葛南部保健医療圏で3,312人、最少の市原保健医療圏で501人となっています。医師全体の医師偏在指標では、最大は安房保健医療圏の322.6（全国335医療圏中、多い順に第31位）、最少は山武長生夷隅保健医療圏の145.1（同第302位）であり、約2.2倍の差があります。

また、医師全体の医師偏在指標は、病院、診療所の別でも算定されており、医療圏別に見たとき、診療所の順位は全体とは異なる状況となっています。

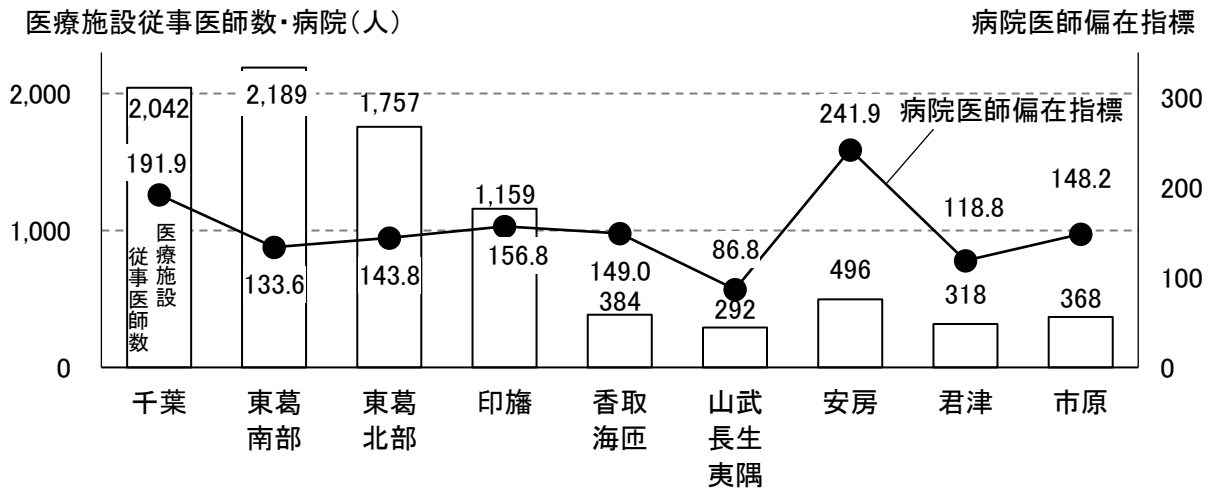
なお、二次医療圏毎の診療科別の医師数は表のとおりです。診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて対応が必要です。

図表 5-7-2-1-6 二次保健医療圏別医療施設従事医師数及び医師偏在指標

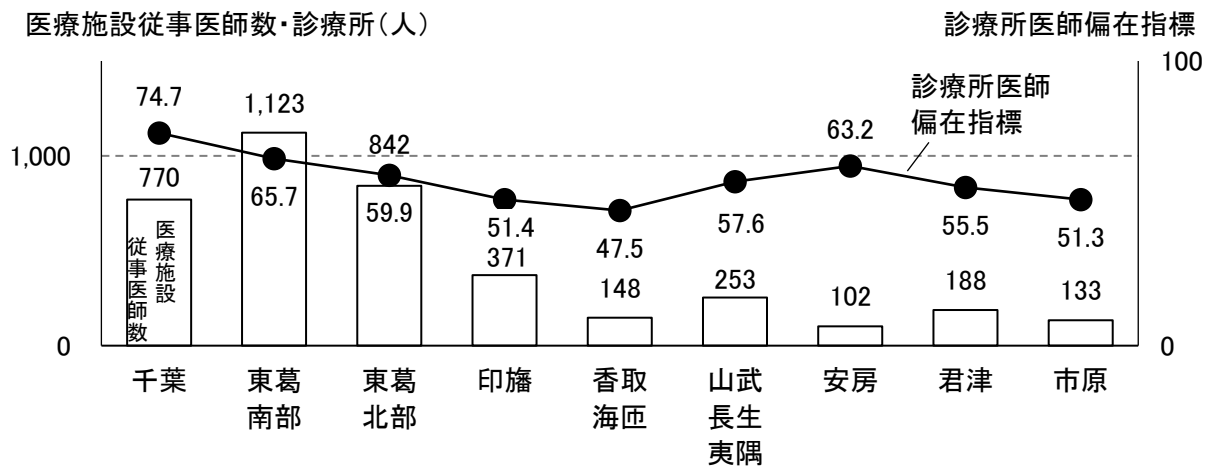
● 全体



● 病院



● 診療所



資料：〔医療施設従事医師数〕令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）、〔医師偏在指標〕厚生労働省提供資料

図表 5-7-2-1-7 診療科別・二次保健医療圏別医療施設従事医師数（令和2年）

診療科		医療圏									
		千葉 人口 974,951	東葛南部 1,796,572	東葛北部 1,407,697	印旛 718,337	香取海匝 262,351	山武長生夷隅 410,235	安房 120,093	君津 324,720	市原 269,524	千葉県計 6,284,480
内科	実数	990	1,086	931	504	186	243	244	193	183	4,560
	人口10万対	101.5	60.4	66.1	70.2	70.9	59.2	203.2	59.4	67.9	72.6
皮膚科	実数	64	111	70	47	8	10	8	19	11	348
	人口10万対	6.6	6.2	5.0	6.5	3.0	2.4	6.7	5.9	4.1	5.5
小児科	実数	183	179	141	98	26	21	14	18	23	703
	人口10万対	18.8	10.0	10.0	13.6	9.9	5.1	11.7	5.5	8.5	11.2
精神科	実数	153	196	105	54	28	44	26	30	27	663
	人口10万対	15.7	10.9	7.5	7.5	10.7	10.7	21.6	9.2	10.0	10.5
外科	実数	284	262	291	145	54	57	40	43	65	1,241
	人口10万対	29.1	14.6	20.7	20.2	20.6	13.9	33.3	13.2	24.1	19.7
脳神経外科	実数	66	66	53	42	12	18	3	10	14	284
	人口10万対	6.8	3.7	3.8	5.8	4.6	4.4	2.5	3.1	5.2	4.5
整形外科	実数	207	251	140	108	34	58	33	42	34	907
	人口10万対	21.2	14.0	9.9	15.0	13.0	14.1	27.5	12.9	12.6	14.4
形成外科	実数	43	38	35	22	5	2	5	2	6	158
	人口10万対	4.4	2.1	2.5	3.1	1.9	0.5	4.2	0.6	2.2	2.5
眼科	実数	103	151	109	77	24	29	21	23	17	554
	人口10万対	10.6	8.4	7.7	10.7	9.1	7.1	17.5	7.1	6.3	8.8
耳鼻いんこう科	実数	78	96	66	50	13	14	8	14	13	352
	人口10万対	8.0	5.3	4.7	7.0	5.0	3.4	6.7	4.3	4.8	5.6
産婦人科計	実数	117	157	102	65	15	18	21	22	22	539
	人口10万対	12.0	8.7	7.2	9.0	5.7	4.4	17.5	6.8	8.2	8.6
泌尿器科	実数	75	78	54	49	17	6	16	11	14	320
	人口10万対	7.7	4.3	3.8	6.8	6.5	1.5	13.3	3.4	5.2	5.1
リハビリテーション科	実数	25	51	25	7	3	1	8	3	9	132
	人口10万対	2.6	2.8	1.8	1.0	1.1	0.2	6.7	0.9	3.3	2.1
放射線科	実数	81	46	45	34	6	-	11	5	7	235
	人口10万対	8.3	2.6	3.2	4.7	2.3	-	9.2	1.5	2.6	3.7
麻酔科	実数	81	114	82	48	12	2	17	9	14	379
	人口10万対	8.3	6.3	5.8	6.7	4.6	0.5	14.2	2.8	5.2	6.0
病理診断科	実数	23	18	20	14	8	1	7	2	4	97
	人口10万対	2.4	1.0	1.4	1.9	3.0	0.2	5.8	0.6	1.5	1.5
臨床検査科	実数	5	4	6	3	1	-	-	-	-	19
	人口10万対	0.5	0.20	0.4	0.4	0.4	-	-	-	-	0.3
救急科	実数	35	77	31	35	10	4	18	8	9	227
	人口10万対	3.6	4.3	2.2	4.9	3.8	1.0	15.0	2.5	3.3	3.6
臨床研修医	実数	133	242	205	87	60	2	48	32	24	833
	人口10万対	13.6	13.5	14.6	12.1	22.9	0.5	40.0	9.9	8.9	13.3
その他・不詳	実数	66	89	88	41	10	15	50	20	5	384
	人口10万対	6.8	5.0	6.3	5.7	3.8	3.7	41.6	6.2	1.9	6.1
総数	実数	2,812	3,312	2,599	1,530	532	545	598	506	501	12,935
	人口10万対	288.4	184.4	184.6	213.0	202.8	132.9	497.9	155.8	185.9	205.8

資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）・令和2年国勢調査（総務省）

注：複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科である。

注：診療科は、以下の通り、集計した。なお、総合診療科は調査項目にない。

内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科、小児外科

形成外科：形成外科、美容外科

産婦人科：産婦人科、産科、婦人科

注：人口は、令和2年国勢調査（令和2年10月1日現在）の人口等基本集計による千葉県の人口

イ 臨床研修制度、専門医制度

若手医師の確保に重要な、基幹型臨床研修病院や専門研修基幹施設の立地、募集定員数には地域差がみられます。

臨床研修制度については、令和5年4月現在、県内39か所の病院が基幹型臨床研修病院に指定され、臨床研修医を受け入れています。県内の基幹型臨床研修病院等で臨床研修を開始する医師の数は増加傾向にあり、令和5年度研修開始の研修において、採用数は475名、募集定員に対する充足率は95%です。

また、令和2年度から、臨床研修病院の指定や募集定員の設定に関する権限が都道府県に移譲されています。引き続き、県内における臨床研修の質を高めつつ、県内での医師確保の観点からも適切な定員を設定する必要があります。

専門医制度は、医師の質の向上と良質な医療の提供を目的としています。令和2年3月の厚労省の調査によると、臨床研修修了者の約9割が翌年度から専門研修を行う予定と回答しています。

令和5年度に研修を開始するプログラムとしては、県内の50基幹施設において19基本領域・204プログラムが用意され、397名の専攻医が採用されました（一般社団法人日本専門医機構調べ）。

この採用数は、県内での臨床研修修了者数よりも少ないことから、両者の差を縮め、より多くの専攻医を県内で確保していくことが重要です。あわせて、制度の運用により、県内の医師の地域偏在や診療科偏在が助長される等、地域医療に支障が生じることがないように配慮する必要があります。

図表 5-7-2-1-8 二次保健医療圏別研修病院等の状況（令和5年度研修開始分）

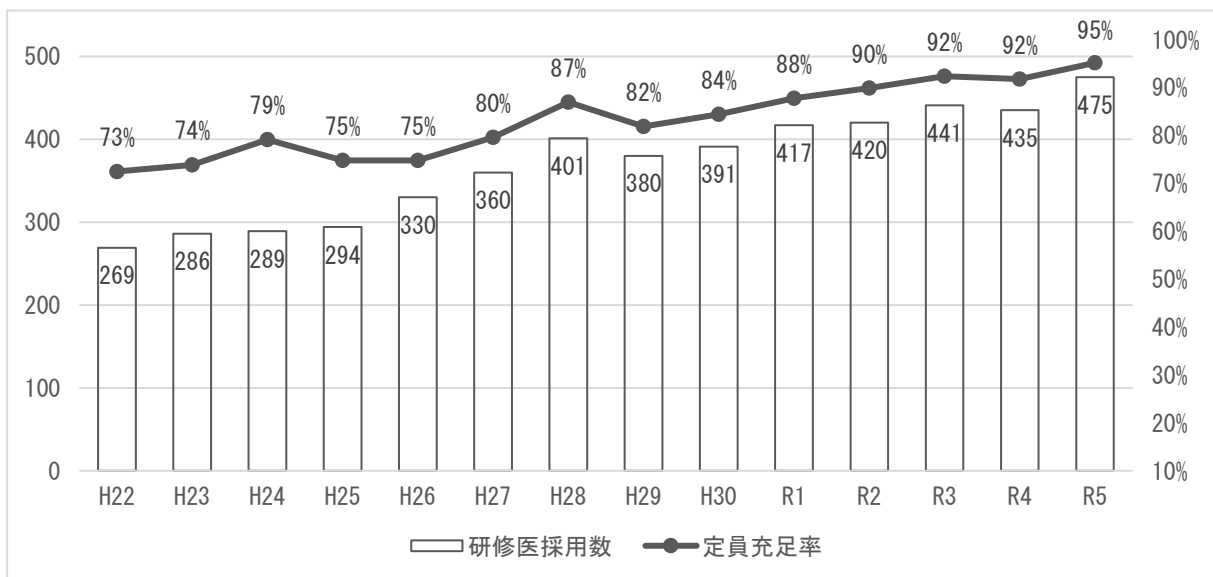
(施設、人)

二次保健医療圏	臨床研修(研修医)			専門研修(専攻医)		
	基幹臨床 研修病院数	募集定員数	採用数	基幹施設数	募集定員数	採用数
千葉	7	101	96	11	292	169
東葛南部	13	131	127	13	236	83
東葛北部	8	92	89	10	143	38
印旛	5	94	83	5	201	49
香取海匝	1	30	29	1	54	13
山武長生夷隅	0	0	0	3	8	3
安房	1	24	24	3	73	34
君津	1	14	14	2	12	1
市原	2	13	13	2	27	7
計	38	499	475	50	1,046	397

施設数は令和5年4月現在の基幹研修施設数。募集定員数及び採用数は、県内の基幹研修施設における令和5年度から研修を開始する研修医、専攻医の募集定員及び採用数。

資料：臨床研修：千葉県調べ、専門研修：専門医機構資料

図表 5-7-2-1-9 千葉県内の基幹型臨床研修病院における研修医採用数と定員充足率



資料：千葉県調査

図表 5-7-2-1-10 千葉県内の基幹型臨床研修病院



令和5年4月現在

図表 5-7-2-1-11 千葉県内の専門研修基幹施設



令和5年4月現在

ウ 医師の働き方改革

これまでの我が国の医療は医師の長時間労働により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担が更に増加することが予想されます。

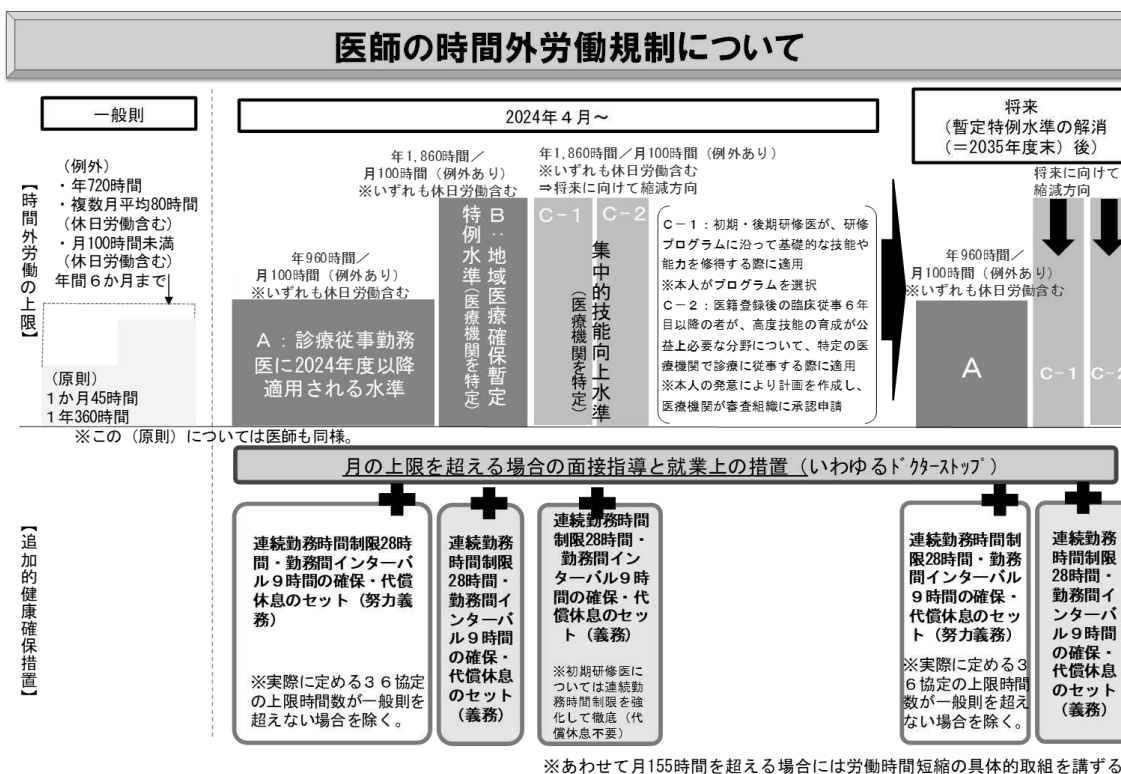
こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・県民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要です。

医療機関の機能分化・連携の促進や、各職種の特長を生かして患者により質の高い医療を提供するタスク・シフト／シェアの推進と併せて、医療機関における医師の働き方改革に取り組む必要があります。

なお、医師の時間外労働の上限規制の水準については、地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度が令和6年度から開始されたところであり、当該医療機関における健康確保措置の実施等が義務付けられています。

そのほか、女性医師数の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下が見られており、子育て世代の医師に対する取組は性別を問わず重要です。また、介護を行う医師に対しても、配慮や環境整備が必要です。

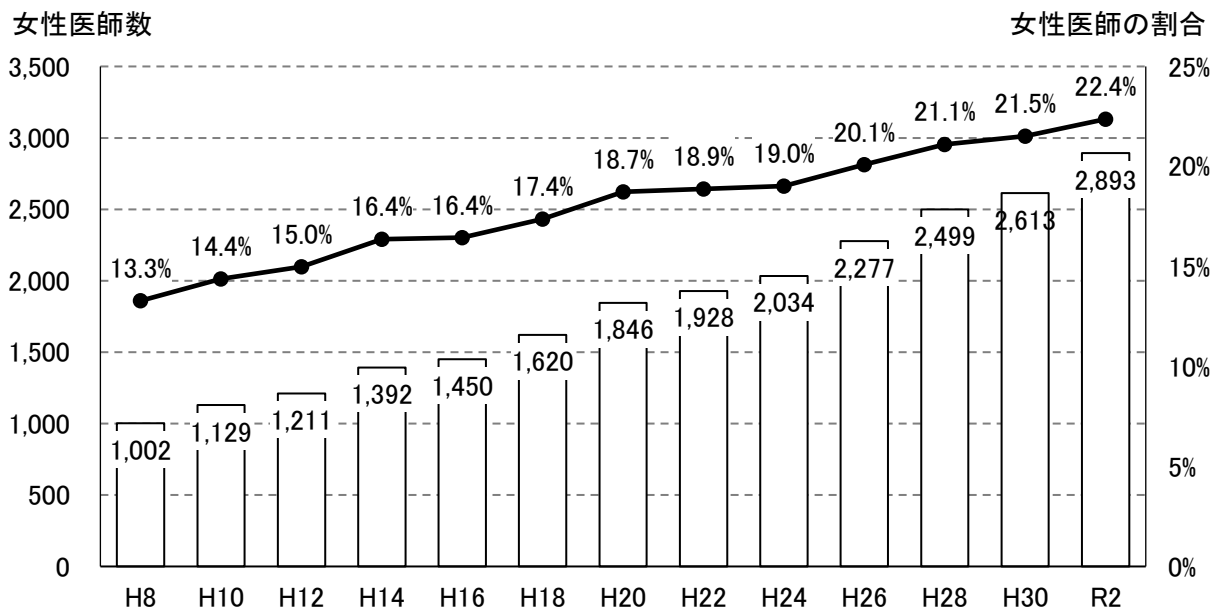
図表 5-7-2-1-12 医師の時間外労働規制の概要



図表 5-7-2-1-13 千葉県の特定労委管理対象機関 (B・連携B・C水準の医療機関) の指定の状況

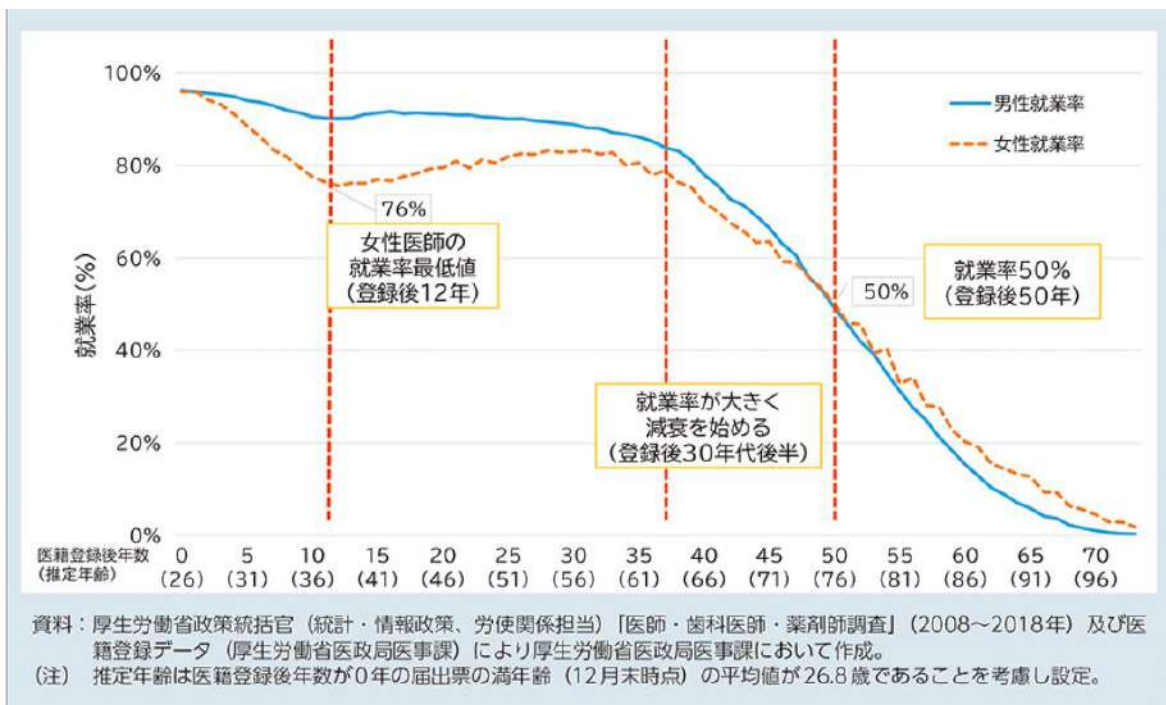
後日作成

図表 5-7-2-1-14 医療施設従事医師に占める女性医師数とその割合の推移（千葉県）

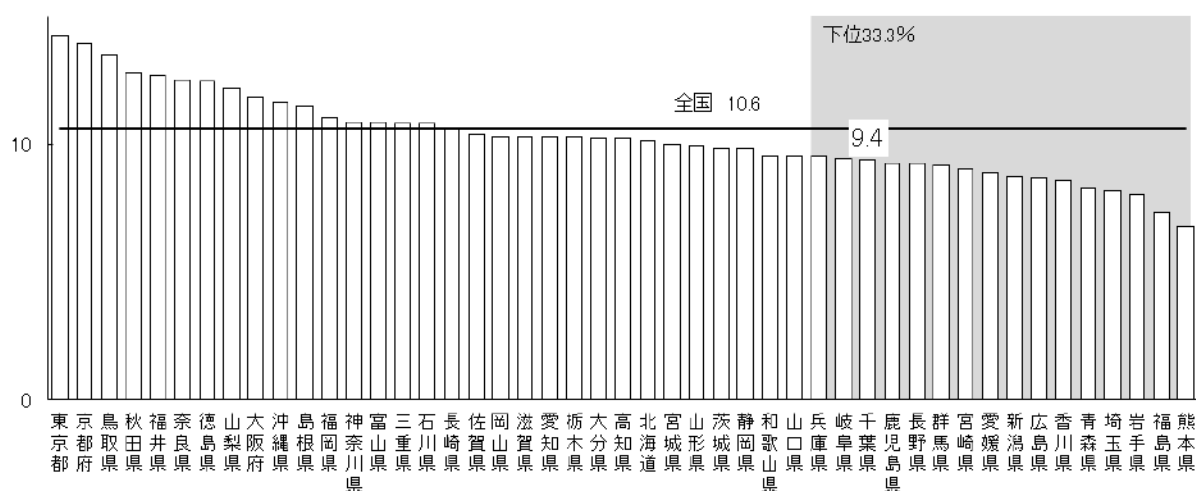


資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 5-7-2-1-15 医籍登録後年数別の就業率



図表 5-7-2-2-3 都道府県別医師偏在指標（分娩取扱医師）



資料：厚生労働省提供資料

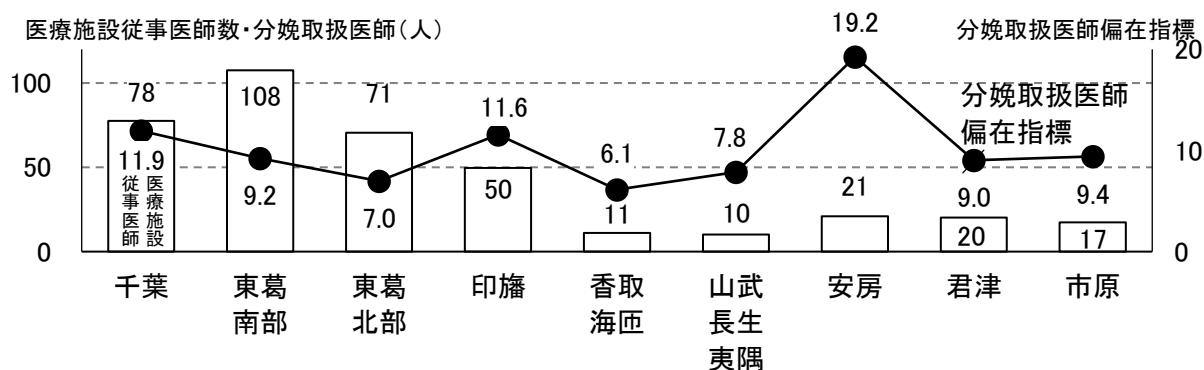
(イ) 二次保健医療圏ごとの状況

医師偏在指標（分娩取扱医師）では、最大は安房保健医療圏の19.2（全国284周産期医療圏のうち、分娩件数がゼロではないと見込まれる278周産期医療圏中、多い順に第13位）、最少は香取海匠保健医療圏の6.1（同第245位）であり、約3.1倍の差があります。

二次保健医療圏ごとの分娩取扱医師数は、最多の東葛南部保健医療圏で108人、最少の山武長生夷隅保健医療圏で10人となっています。

日本産婦人科医会の調査によれば、分娩取扱施設当たり分娩取扱医師数は、最大は東葛北部保健医療圏の7.4人、最少は山武長生夷隅保健医療圏の2.0人であり、約3.7倍の差があります。また、分娩取扱医師数当たり年間分娩件数は、最大は山武長生夷隅保健医療圏の85件、最少は市原保健医療圏の19件であり、約4.5倍の差があります。

図表 5-7-2-2-4 二次保健医療圏別医療施設従事医師数及び医師偏在指標（分娩取扱医師）



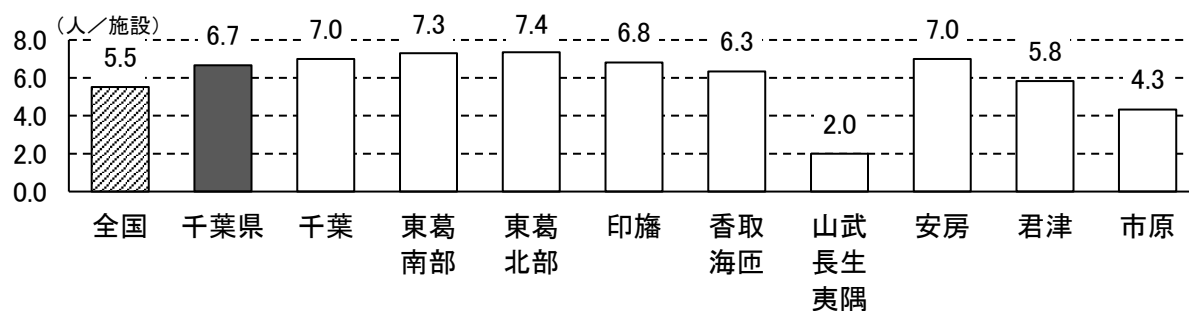
※ 医療施設従事医師数は、「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）による令和2年末時点の医療施設従事医師数。「分娩取扱医師」は、産婦人科・産科・婦人科のいずれかを主たる診療科とし、過去2年以内に分娩を取り扱った医師数。

※※ 主たる従事先・従たる従事先の二次保健医療圏が異なる場合は、主たる従事先の二次保健医療圏において0.8人、従たる従事先の二次保健医療圏において0.2人と換算。

※※※ 以降の「分娩取扱医師数」について同じ。

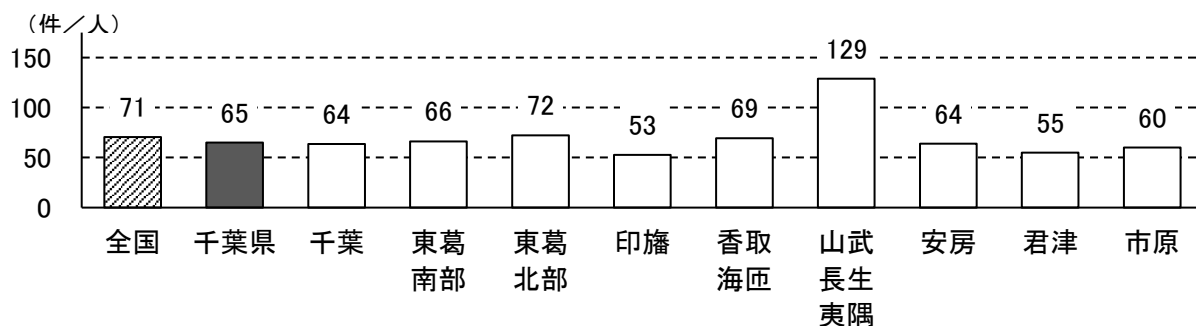
資料：厚生労働省提供資料

図表 5-7-2-2-5 二次保健医療圏別・分娩取扱施設数当たり分娩取扱医師数（令和4年）



資料：日本産婦人科医会調査

図表 5-7-2-2-6 二次保健医療圏別・分娩取扱医師数当たり年間分娩件数（令和4年）



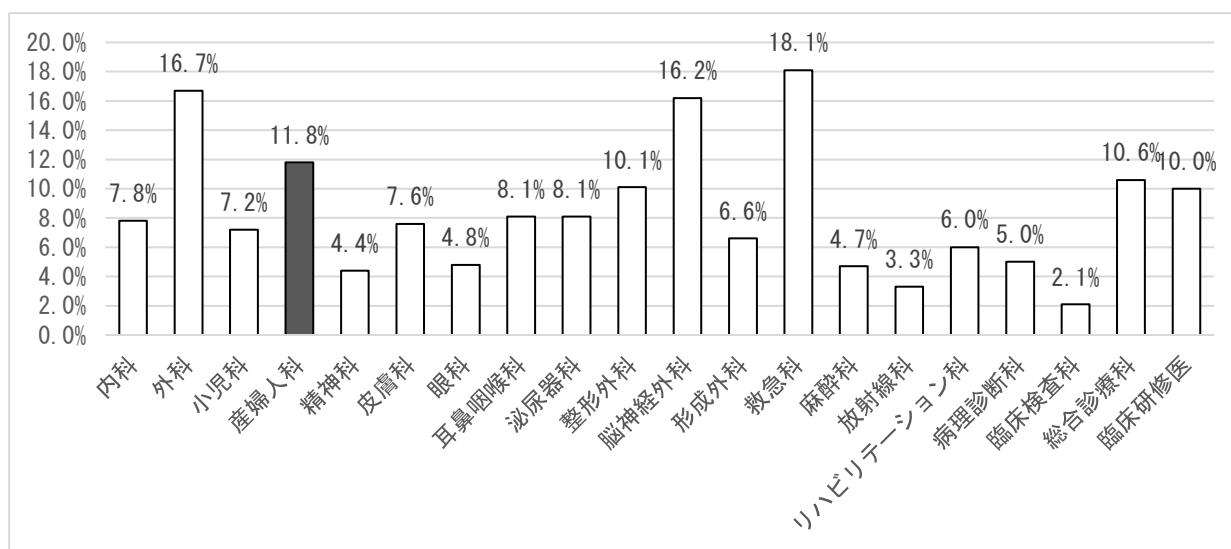
資料：日本産婦人科医会調査

イ 医師の働き方改革

24時間体制で分娩に対応する必要がある産科医については、特に長時間労働となる傾向にあることから、時間外労働の縮減と地域で必要な周産期医療体制の確保を両立させることが重要です。

令和6年度からの医師に対する時間外労働時間の上限規制の適用を踏まえ、地域医療確保暫定特例水準の指定を受け、960時間を超える時間外労働を見込んでいる医療機関も多くありますが、指定にあたり策定した労働時間短縮計画を適切に実践するなど、今後も時間外労働の縮減に向け、取り組んでいく必要があります。

図表 5-7-2-2-7 時間外労働年 1860 時間換算以上の医師の割合 (診療科別・全国)

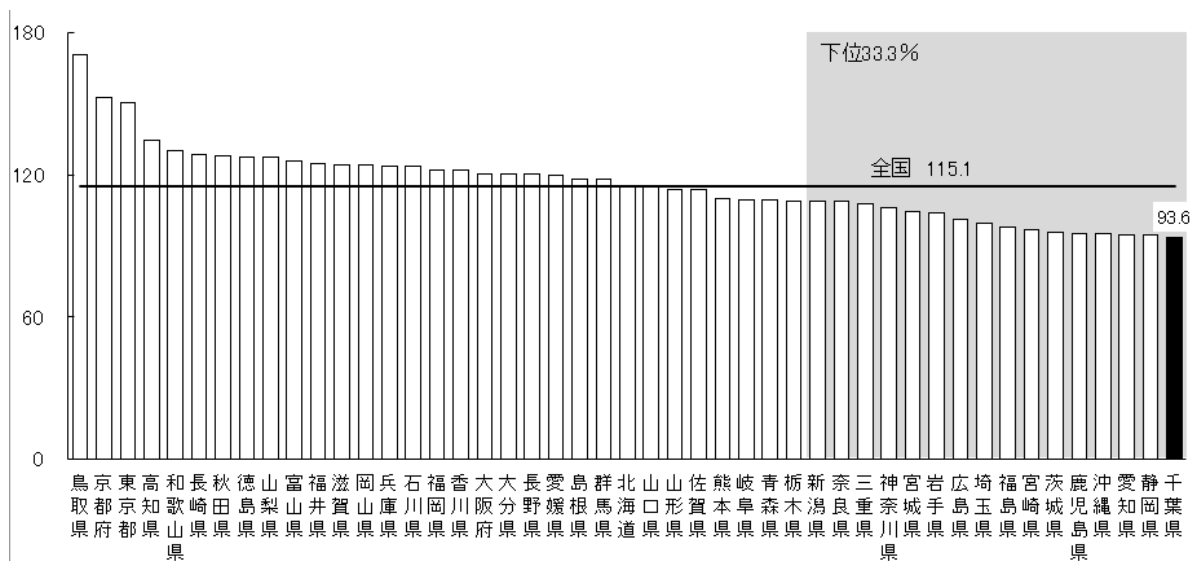


※ 診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 年上限ラインは時間外・休日労働年 1,860 時間換算である週 78 時間 45 分勤務とした。

資料：令和元年 医師の勤務実態調査

図表 5-7-2-3-3 都道府県別医師偏在指標（小児科）

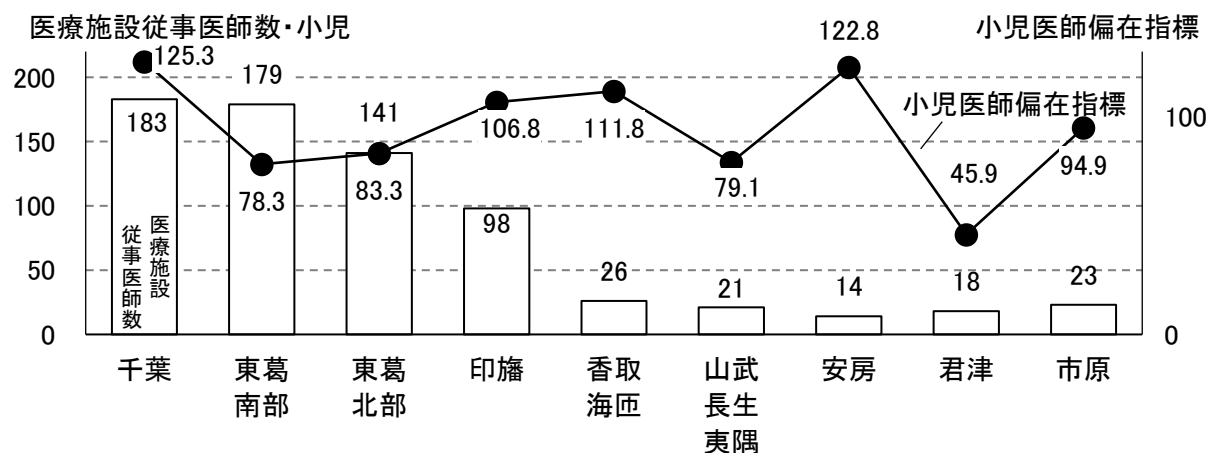


資料：厚生労働省提供資料

(イ) 二次保健医療圏ごとの状況

令和2年末現在、二次保健医療圏ごとの医療施設従事医師数（小児科）は、最多の千葉保健医療圏で183人、最少の安房保健医療圏で14人となっています。医師偏在指標（小児科）では、最大は千葉保健医療圏の125.3（全国307小児医療圏中、多い順に第81位）、最少は君津保健医療圏の45.9（同第303位）であり、約2.7倍の差があります。

図表 5-7-2-3-4 二次保健医療圏別医療施設従事医師数及び医師偏在指標（小児科）



資料：〔医療施設従事医師数〕令和2年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）、〔医師偏在指標〕厚生労働省提供資料

3 区域等と目標医師数、偏在対策基準医師数の設定

(1) 区域等の設定

ガイドラインでは、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数都道府県（医師少数区域）及び医師多数都道府県（医師多数区域）を設定し、これらの区分に応じて具体的な医師確保対策を実施することとされています。

区域等の設定に当たっては、国により、医師偏在指標の上位33.3%の都道府県が医師多数都道府県に、下位33.3%の都道府県が医師少数都道府県とされました。また、二次医療圏単位では、医師偏在指標が217.7以上（上位33.3%に相当）である二次医療圏が医師多数区域に、を179.3以下（下位33.3%に相当）である二次医療圏が医師少数区域に設定されました。

また、産科及び小児科については、産科医師又は小児科医師が相対的に少ない都道府県や二次保健医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、医師が不足している可能性があることから、医師偏在指標の下位33.3%を相対的医師少数都道府県（相対的医師少数区域）と設定するとともに、医師多数都道府県（医師多数区域）は設けないこととされています。

なお、相対的医師少数都道府県（相対的医師少数区域）については、画一的に医師の確保を図るべき都道府県（二次保健医療圏）と考えるのではなく、当該都道府県（二次保健医療圏）において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な都道府県（二次保健医療圏）として考えるものとされています。

ア 都道府県単位

千葉県は、医師全体については、医師少数都道府県に、産科及び小児科については、いずれも相対的医師少数都道府県とされました。

図表 5-7-3-1-1 千葉県における医師偏在指標と区分

	医師偏在指標		千葉県の順位	区分
	千葉県	全国		
医師全体	213.0	255.6	47 都道府県中 第 38 位	医師少数都道府県
産科	9.4	10.6	第 34 位	相対的医師少数都道府県
小児科	93.6	115.1	第 47 位	相対的医師少数都道府県

イ 二次保健医療圏単位

二次保健医療圏単位での区域の設定は、次のとおりとされました。

(7) 医師全体

図表 5-7-3-1-2 県内二次保健医療圏における医師偏在指標と区分（医師全体）

二次保健医療圏	医師偏在指標	全国順位	区分
千葉	268.6	335 医療圏中 第 58 位	医師多数区域
東葛南部	199.5	第 163 位	
東葛北部	203.1	第 147 位	
印旛	210.3	第 128 位	
香取海匝	196.4	第 175 位	
山武長生夷隅	145.1	第 302 位	医師少数区域
安房	322.6	第 31 位	医師多数区域
君津	173.5	第 235 位	医師少数区域
市原	200.1	第 161 位	

(4) 分娩取扱医師

図表 5-7-3-1-3 県内二次保健医療圏における医師偏在指標と区分（産科）

二次保健医療圏	医師偏在指標	全国順位	区分
千葉	11.9	278 周産期医療圏※中 第 71 位	
東葛南部	9.2	第 135 位	
東葛北部	7.0	第 213 位	相対的医師少数区域
印旛	11.6	第 76 位	
香取海匝	6.1	第 245 位	相対的医師少数区域
山武長生夷隅	7.8	第 178 位	
安房	19.2	第 13 位	
君津	9.0	第 140 位	
市原	9.4	第 128 位	

※ 全国 284 周産期医療圏のうち、分娩件数がゼロではないと見込まれるのは 278 周産期医療圏。

(7) 小児科医

図表 5-7-3-1-3 県内二次保健医療圏における医師偏在指標と区分（小児科）

二次保健医療圏	医師偏在指標	全国順位	区分
千葉	125.3	307 小児医療圏中 第 81 位	
東葛南部	78.3	第 265 位	相対的医師少数区域
東葛北部	83.3	第 241 位	相対的医師少数区域
印旛	106.8	第 153 位	
香取海匝	111.8	第 127 位	
山武長生夷隅	79.1	第 263 位	相対的医師少数区域
安房	122.8	第 91 位	
君津	45.9	第 303 位	相対的医師少数区域
市原	94.9	第 191 位	

(2) 目標医師数（医師全体）及び偏在対策基準医師数（産科・小児科）の設定

ア 千葉県における目標医師数（医師全体）

都道府県ごと及び二次保健医療圏ごとに、計画期間終了時点である令和8年度末において確保しておくべき医師の総数を「目標医師数」として設定します。

ガイドラインでは、医師少数都道府県の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義されています。

この定義により算定した本計画の目標医師数は、13,905人であり、令和2年末時点の12,935人から、970人の増加が必要です。

また、二次保健医療圏ごとの目標医師数は、その合計が県の目標医師数の範囲内に収まるように設定することとされています。

千葉県では、医師全体についての二次保健医療圏ごとの目標医師数は、次の考え方に従って設定します。なお、9つの二次保健医療圏の目標医師数の合計（13,565人）と千葉県全体の目標医師数（13,905人）との差（340人）については、保健医療圏を特定せずに県全体で確保に取り組みます。

図表 5-7-3-2-1 二次保健医療圏における目標医師数設定の考え方（千葉県）

・医師少数区域

計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する医師数。ただし、当該医師数が現状の医師数を下回る場合は、計画終了時点において、計画期間開始時の千葉県の医師偏在指標に達する値である医師数。

・医師少数区域、医師多数区域のどちらでもない区域

現状の医師数。ただし、現状の医師数が計画期間開始時の千葉県の医師偏在指標に達する値である医師数を下回る場合は、計画終了時点において、当該千葉県の医師偏在指標に達する値である医師数。

・医師多数区域

現状の医師数。

図表 5-7-3-2-2 二次保健医療圏別目標医師数（医師全体）

（単位：人）

二次保健医療圏	(R8 年度末) 目標医師数	(参考・R2 末) 現状の医師数	設定の考え方
千葉	2,812	2,812	現状の医師数の維持を目指す
東葛南部	3,624	3,312	計画期間開始時の千葉県の医師偏在指標に達する値である医師数を目指す
東葛北部	2,792	2,599	
印旛	1,537	1,530	
香取海匝	535	532	
山武長生夷隅	640	545	計画開始時の下位 33.3%の基準を脱するために要する医師数を目指す
安房	598	598	現状の医師数の維持を目指す
君津	519	506	計画開始時の下位 33.3%の基準を脱するために要する医師数を目指す
市原	508	501	計画期間開始時の千葉県の医師偏在指標に達する値である医師数を目指す
計	13,565	12,935	

現状の医師数：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）による令和2年末時点の医療施設従事医師数。

図表 5-7-3-2-3 目標医師数（医師全体）設定の考え方（イメージ）

全県・医療圏	全県	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
区域	医師少数県	医師多数区域	どちらでもない	どちらでもない	どちらでもない	どちらでもない	医師少数区域	医師多数区域	医師少数区域	どちらでもない
設定の考え方	下位 33.3%脱却	現状維持	県平均目指す	県平均目指す	県平均目指す	県平均目指す	下位 33.3%脱却	現状維持	下位 33.3%脱却	県平均目指す
医師偏在指標	上位 33.3%	2,812						598		
	県平均に達する値	2,273	3,624	2,792	1,537	535	760	375	616	508
	下位 33.3%脱却する値	13,905	1,915	3,053	2,352	1,295	450	640	316	519
	下位 33.3%	12,935								
			3,312	2,599	1,530	532				501
							640			428
							545		506	

R2 医師数（現状の医師数）

県平均に達する値

下位 33.3%を脱却する値

目標医師数

イ 千葉県の産科・小児科における偏在対策基準医師数

産科及び小児科については、相対的医師少数都道府県であるか否かに関わらず、計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する具体的な医師の数を産科・小児科における偏在対策基準医師数として設定することとされています。これは、医療需要に応じて機械的に算出される数値であることから、医師全体の目標医師数と異なり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要です。

図表 5-7-3-2-4 千葉県の産科・小児科における偏在対策基準医師数

(単位：人)

	偏在対策基準 医師数	(参考・R2 末) 現状の医師数	設定の考え方
分娩取扱医師	332.2	385	計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する医師数を指す
小児科	719.2	703	

現状の医師数：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）による令和2年末時点の医療施設従事医師数。「分娩取扱医師」は主たる診療科を産婦人科又は産科又は婦人科と回答し、過去2年以内に分娩を取り扱った医師数を基に厚生労働省が算出。

図表 5-7-3-2-5 二次保健医療圏別の産科・小児科における偏在対策基準医師数

(単位：人)

二次保健 医療圏	分娩取扱医師		小児科		設定の考え方
	偏在対策基準 医師数	(参考・R2 末) 現状の医師数	偏在対策基準 医師数	(参考・R2 末) 現状の医師数	
千葉	43.3	78	124.3	183	計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する医師数
東葛南部	76.8	108	185.9	179	
東葛北部	65.4	71	134.8	141	
印旛	28.8	50	74.7	98	
香取海匝	11.1	11	18.5	26	
山武長生夷隅	7.8	10	19.3	21	
安房	7.0	21	10.8	14	
君津	14.9	20	31.0	18	
市原	11.2	17	19.0	23	
計	266.3	385	618.3	703	

現状の医師数：「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）による令和2年末時点の医療施設従事医師数。「分娩取扱医師」は主たる診療科を産婦人科又は産科又は婦人科と回答し、過去2年以内に分娩を取り扱った医師数を基に厚生労働省が算出。

ウ 将来時点において確保が必要な医師数

厚生労働省の推計によれば、千葉県における令和18年時点で確保が必要な医師数（医師全体）は、令和2年時点の医師数（12,935人）よりも3,937人多い16,872人とされており、本計画期間終了後も、引き続き、長期的な医師確保対策を推進していく必要があります。

図表 5-7-3-2-6 令和18年時点における確保が必要な医師数の見込み

令和18年時点において確保が必要な医師数：
令和18年時点において全国の医師数が全国の医療需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数。

令和18年時点における医師供給推計：
各医療圏の性・医籍登録後年数別の就業者の増減が、将来も継続するものとして推計することとしつつ、都道府県別の供給推計が、マクロの供給推計と整合するよう必要な調整を行うことを基本的な考え方とする。
その際、都道府県別の就業者の増減は、医師の流出入の変化により大きな影響を受けると考えられ、不確実性が存在することから、複数回の調査の実績を用いて幅を持った推計を行う。

	令和18年時点において確保が必要な医師数（人）	令和18年時点における医師供給推計（人）			
		上位推計	差	下位推計	差
全 国	335,220	401,886	66,665	337,770	2,549
北海道	14,825	14,620	▲ 205	13,416	▲ 1,409
青 森	3,428	3,199	▲ 229	2,457	▲ 971
岩 手	3,342	3,121	▲ 221	2,356	▲ 985
宮 城	6,305	7,571	1,266	5,921	▲ 384
秋 田	2,703	2,742	39	2,422	▲ 280
山 形	2,984	3,098	114	2,328	▲ 656
福 島	5,031	4,627	▲ 405	2,253	▲ 2,778
茨 城	7,681	8,209	528	5,757	▲ 1,924
栃 木	5,239	5,522	283	3,815	▲ 1,424
群 馬	5,378	5,490	112	4,402	▲ 977
埼 玉	18,662	18,106	▲ 556	14,072	▲ 4,590
千 葉	16,872	17,330	457	14,592	▲ 2,280
東 京	35,362	59,360	23,997	50,086	14,723
神奈川	23,343	26,490	3,146	23,356	13
新 潟	6,137	4,870	▲ 1,268	4,709	▲ 1,428
富 山	2,853	3,281	428	2,647	▲ 206
石 川	3,107	4,050	943	3,254	147
福 井	2,063	2,633	570	2,024	▲ 39
山 梨	2,144	2,256	112	1,910	▲ 234
長 野	5,741	5,748	7	5,303	▲ 438
岐 阜	5,036	5,721	685	4,505	▲ 531
静 岡	9,904	10,182	279	8,357	▲ 1,547
愛 知	19,508	20,761	1,252	19,066	▲ 442
三 重	4,583	5,028	445	4,420	▲ 163
滋 賀	3,569	4,162	593	3,642	73
京 都	6,960	10,707	3,748	9,075	2,115
大 阪	22,944	30,163	7,219	27,369	4,425
兵 庫	14,536	18,098	3,562	14,980	444
奈 良	3,449	4,802	1,353	3,736	287
和歌山	2,390	3,490	1,099	2,792	402
鳥 取	1,620	2,029	409	1,533	▲ 87
島 根	1,835	2,279	444	1,703	▲ 133
岡 山	5,149	7,404	2,255	6,179	1,030
広 島	7,671	8,576	905	7,468	▲ 203
山 口	3,650	3,779	129	2,965	▲ 684
徳 島	1,987	2,776	789	2,416	429
香 川	2,590	3,174	584	2,691	101
愛 媛	3,671	4,110	439	3,244	▲ 427
高 知	1,918	2,512	594	2,032	113
福 岡	14,067	18,907	4,840	17,383	3,316
佐 賀	2,231	3,096	865	2,333	103
長 崎	3,561	4,547	986	3,911	349
熊 本	4,800	6,547	1,747	5,182	382
大 分	3,113	3,809	696	3,089	▲ 24
宮 崎	3,011	3,120	108	2,649	▲ 362
鹿 児 島	4,333	5,231	898	4,653	320
沖 縄	3,818	4,552	734	3,318	▲ 500

資料：厚生労働省提供資料

4 千葉県における医師の確保の方針と施策

(1) 医師（全体）

ア 医師の確保の方針

医学部臨時定員増の活用や県内大学医学部との連携等により地域医療に従事する医師の養成・確保を推進し、また、医師多数区域等における魅力的な研修環境を生かして県内外から研修医等を確保し、県内医師少数区域等への医師派遣を促進する等して、県内での医師数の増加を図ります。

また、効率的な医療提供体制に配慮しながら、県内医療機関における医師の働き方改革を推進し、令和6年度から適用される医師の時間外労働時間の上限規制に適切に対応しつつ、地域医療を支える医療機関が必要な医療を提供し続けられるよう支援するとともに、性別を問わず子育て世代の医師に対して支援を行うなど、医療機関における就労環境の改善を図ることで医師の県内定着を促進します。

さらに、県民に対し、上手な医療のかかり方への理解を促進することで、受療行動の適正化につなげ、もって医療現場への負担軽減を図ります。

以上を総合的に行うことで、県内の医療需要に対応していきます。

イ 医師の確保に関する施策

(7) 医師数の増加

[県内関係者と連携した取組の推進]

- 県は、県内医療関係者と連携して地域医療支援センターの強化を図り、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業（地域医療支援センター事業等）を実施します。
- 医療法上の地域医療対策協議会でもある千葉県医療審議会医療対策部会や、臨床研修病院等で構成する「医師臨床研修制度等連絡協議会」において、医師の効果的な確保・配置対策を検討します。
- 医師確保対策については、国の制度によるところが大きいことから、県は、あらゆる機会をとらえて効果的な対策を講じるよう国に働きかけを行っていきます。

[地域医療に従事する医師の養成・確保]

- 県は、自治医科大学に学生を送り、地域医療に従事する医師の養成・確保を図ります。

令和5年度在学学生 15名

令和6年度入学定員（千葉県分） 〇名

- 県内に医学部を設置する大学は、地域医療の実情に配慮して、地域医療に関する教育の充実や県内医療機関への医師の就労促進等、地域医療への支援を行うよう努めます。
- 県と県内外の関係大学は、連携して医学部入学定員数を臨時的に増員します。関係大学は、一般の入試とは別枠で地域医療に意欲のある学生を対象とした入学選抜を行い、入学後も、地域医療に関する教育を行うなど、卒業後、千葉県内の地域医療への従事が促進されるよう取り組みます。また、県は、当該学生やその他の地域医療に意欲のある学生を対象に、県内での一定期間の就業を条件に返還が免除される修学資金の貸付けを行うことで、千葉県で地域医療に従事する医師の増加を図ります。

県内大学医学部における恒久的な入学定員 240名

臨時的な入学定員（千葉県地域枠分・県外大学分を含む） 34名（令和6年度）

- 県は、修学資金受給者に対して、医師の確保を特に図るべき区域等（※）での一定期間の勤務を義務付けること等により、積極的に医師少数区域等における医師数の増加を図ります。また、特に医療提供体制の強化・充実を目指すこととされている周産期や救急医療分野（産科、新生児科、救急科）を目指す修学資金受給者に対しては、県と関係医療機関とが連携し、キャリア形成についての配慮を行う等して、その確保を図ります。派遣対象となる医療機関については、キャリア形成プログラムにおいて特定することとし、具体的な派遣先については、医療法の規定に基づき地域医療対策協議会での協議を経て指定します。派遣対象となる医療機関は、研修環境や就労環境を整えるなど、修学資金受給者にとって魅力的な就業先となるよう努めます。なお、キャリア形成プログラムについては、必要に応じて、特に医師が不足している診療領域の医師確保に資するよう、随時見直しを検討します。

※医師の確保を特に図るべき区域等

医師少数区域（山武長生夷隅保健医療圏、君津医療圏）並びに地域医療の確保及び修学資金受給者のキャリア形成支援の観点から医師の派遣が必要と認められる保健医療圏（東葛南部、東葛北部、印旛、香取海匝、安房、市原保健医療圏）

- 県は、県内の専門研修基幹施設等と連携し、修学資金受給者が、地域医療への

従事と自らの希望するキャリア形成とを両立できるよう支援します。派遣先となる医療機関は、医師のキャリア形成に関する知見を得るため、また、修学資金受給者の派遣と大学医局等からの医師の派遣とが効果的なものとなるよう、大学（医学部・附属病院）やキャリア形成支援を行う専門研修基幹施設等と充分連携します。キャリア形成支援を行う専門研修基幹施設等は、修学資金受給者の地域医療への従事とキャリア形成との両立を継続的に支援します。このような取り組みをより効果的に行うため、修学資金受給者や医療機関からの相談に丁寧に対応する「医師キャリアコーディネータ」を県に配置します。

- 県は関係大学と連携し、自治医科大学生や修学資金受給者を対象に、「キャリア形成卒前支援プラン」として、医学部在学中から県内の地域医療の実情を学習する機会や県内で活躍する先輩医師と交流する機会を設け、今後、地域医療に従事する医師としての責任と役割の自覚をかん養します。また、自治医科大学生や修学資金受給者は、医学部在学中から、積極的に地域医療についての学習を深めるよう努めます。
- 県は、医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関へ医師派遣を行う医療機関を対象に支援を行うことで、修学資金受給医師の受入体制の強化を含め当該地域の医師の確保を図ります。
- 医師少数区域で一定期間（6か月以上）勤務し、国から認定された医師（認定医師）が勤務を継続できるよう経済的支援を行います。

〔研修環境の充実等による若手医師の確保〕

- 県や県内の医療関係団体、大学、臨床研修病院等は協働し、県内で臨床研修・専門研修を受ける医師の確保や、修了後の県内就業を促進するための取組、県内医療従事者への医療技術研修の提供や情報発信等を推進します。県は、その協働の場として、地域医療介護総合確保基金を活用して「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を設置・運営します。
- 臨床研修制度については、令和2年度から臨床研修病院の指定や定員設定の権限が都道府県へ移譲されています。県・県内に医学部を設置する大学・臨床研修病院等は連携し、県内における研修の質の担保に取り組むとともに、県は、移譲された権限を活用することで臨床研修医の確保・定着につなげ、医師の確保を図ります。

- 専門医制度の運用により、必要な診療分野の医師が県内で養成・確保されるよう、また、県内の医師の地域偏在及び診療科偏在が助長されるなど、地域医療に支障が生ずることのないよう、県は、県内の医療関係団体や大学、基幹施設、市町村等と、地域医療対策協議会において必要な情報共有や専門研修プログラムについての確認、協議を行います。
- 県は、千葉大学医学部に寄附講座を設置し、地域で診療する能力につながる多彩な講義や実習を行うとともに、地域医療を担う医療機関で若手医師や医学部生を指導する医師に対し、指導力を向上させるための教育を行います。
- 県は、県内医療機関、関係団体等と連携し、将来的に医療需要の減少が見込まれる地域にあっても、限られた医療人材で幅広い疾患に対応できるよう、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、総合診療医をはじめとして地域医療に必要な、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医師の養成・確保に努めます。

(イ) 医師の働き方改革の推進

[就労環境の向上と復職支援]

- 医療機関は、妊娠中の医師や、性別を問わず、子育て、介護を行う医師に対して仕事と両立できる働きやすい職場づくり等、就労環境の改善に取り組みます。県は、こうした取組について医師にわかりやすく周知したり、医療機関への支援を行います。
- 医療機関は、分娩を取り扱う医師や新生児医療担当医等の処遇改善に取り組むよう努めます。県は、こうした取組を行う医療機関へ支援を行います。
- 県は、医師キャリアアップ・就職支援センターにおいて、いったん離職した医師の職場復帰に向けた再就業のあっせんや復職研修の実施を通し、その復職を支援します。

[タスク・シフト/シェア等の推進と医師の時間外労働規制に関する対応]

- 県や市町村、県内医療機関、関係団体は協力し、医療機関の役割分担の明確化や、地域における効率的な医療提供体制の整備が促進されるよう協議を行い、取組を進めることで、病院勤務医や規模の大きな病院に集中しがちな負担を軽減するよう努めます。

- 県内医療機関は、チーム医療やタスク・シフト／シェアの推進に努めます。県は、医師の労働時間短縮等に関する指針も踏まえ、労働局等の関係機関とも連携しつつ、医療従事作業補助者の確保や、タスク・シフト／シェアの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、県内医療機関の取組を支援します。周産期や救急医療分野等、特に医師確保の厳しい診療科や24時間の応需体制が求められる診療分野、又、地域において拠点的な役割を果たす医療機関等については、特にその取組を推進します。
- 医師の時間外労働の上限規制の水準について、地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適応する指定を受けた医療機関について、時短計画や健康確保措置の適切な実施のため、必要に応じて勤務環境改善センター等による支援を行います。また、今後、新たに適応を希望する医療機関があった場合は、円滑に指定申請ができるよう、支援します。

(ウ) 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

- 県、市町村及び県内医療関係者は、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医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。県民は、医療を適切に受けるよう努めます。
- 県及び県内医療関係者は、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。
- ホームページを活用した医療機関に関する情報の提供については、令和6年度から国による全国統一のシステムが運用されることから、県は、その周知啓発を行い、県民が適切な最新の情報を得られるように努めます。
- 県は、ちば救急医療ネット等を通じて、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。
- 県、市町村及び県内医療関係者は、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、普及啓発に取り組みます。
- 県は、県民の不安解消による夜間・休日の不要不急の受診の減少及びその結果による救急医療に係る医療従事者の負担軽減を目的として、県民に対し、病状の緊急

性や救急医療機関の受診の要否、応急処置の方法等について、電話による医療的観点からの助言を行う救急安心電話相談事業の充実・強化を図ります。

- 県は、保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中を緩和するため、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行う小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。
- 県は、県内関係団体と連携し、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。

(2) 産科

ア 医師の確保の方針

医療機関間の役割分担と連携を広域的に促進するとともに、効率的な医療提供体制に配慮しながら、産科に係る研修環境の向上、産科医を目指す学生や若手医師のキャリア形成支援等を行うことで、産科医の養成・確保を図りつつ、その処遇改善や働き方改革への対応等を進めることで県内定着の促進を図り、県内の産科医師数の増加を目指します。

あわせて、上手な医療のかかり方への県民の理解を促進します。

以上を総合的に行うことで、県内の産科医療の需要に対応していきます。

イ 医師の確保に関する施策

(7) 効率的な医療提供体制の確立

- 県は、県内医療機関と連携し、周産期母子医療センターの整備や運営を支援するとともに、母体搬送ネットワーク連携病院を含め母体搬送コーディネート業務の実施や、「妊産婦入院調整業務支援システム」を活用するなど、医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化を推進し、限られた産科医や医療資源であっても、効率的で質の高い周産期医療が提供される体制の確保を図ります。
- 特に相対的医師少数区域である東葛北部保健医療圏などにおいて、ハイリスク分娩等により迅速かつ適切に対応できるよう、圏域を越えた搬送体制について整備を進めます。
- 県や市町村、県内医療機関、関係団体は協力し、医療機関の役割分担の明確化や、地域における効率的な医療提供体制の整備が促進されるよう協議を行い、取組を進めることで、病院勤務医や規模の大きな病院に集中しがちな負担を軽減するよう努めます。
- 県内医療機関は、相互に連携し、妊婦診療が円滑に行えるよう努めることで産科医に集中しがちな負担の軽減を図ります。県は、必要な情報提供を行うなど支援します。

(イ) 産科医の増加

- 県は、医学生に対する修学資金の貸付けを行い、将来、地域医療に従事する医師の確保を図ります。特に、産科医を目指す修学資金受給者に対しては修学資金貸付

額を上乗せすることで、産科医の積極的な確保を図ります。

- 特に医療提供体制の強化・充実を目指すこととされている周産期や救急医療分野（産科、新生児科、救急科）を目指す修学資金受給者に対しては、県と関係医療機関とが連携し、キャリア形成についての配慮を行う等して、その確保を図ります。
- 県は、県内医療機関等と連携し、医学生や若手医師等を対象に周産期医療や新生児医療等に関する研修や病院説明会等を開催し、産科を志望する医師の確保やスキルアップの支援に取り組みます。

(ウ) 医師の働き方改革の推進

- 医療機関は、妊娠中の医師や、性別を問わず、子育て、介護を行う医師に対して仕事と両立できる働きやすい職場づくり等、就労環境の改善に取り組みます。県は、こうした取組について医師にわかりやすく周知したり、医療機関への支援を行います。
- 医療機関は、分娩を取り扱う医師や新生児医療担当医等の処遇改善に取り組むよう努めます。県は、こうした取組を行う医療機関へ支援を行います。
- 県内医療機関は、チーム医療やタスク・シフト／シェアの推進に努めます。県は、医師の労働時間短縮等に関する指針も踏まえ、労働局等の関係機関とも連携しつつ、医療従事作業補助者の確保や、タスク・シフト／シェアの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、県内医療機関の取組を支援します。
- 施設間での役割分担や、医師及び助産師の役割分担に応じた取組を促進するため、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、設置のニーズや医療機関及び地域の実情等に応じて整備するよう推進します。
- 県は、助産師を含む看護職員の養成確保、定着を図るため、保健師等修学資金貸付制度の活用や助産師の実習教育環境の整備等を進めるとともに、助産師教育を充実させ、分娩技術の獲得のほか、次世代育成を支援する助産師の育成を図ります。併せて、離職した助産師等の再就業を促進するためのナースセンター事業や職場復帰を容易にするための研修会などを実施します。

(I) 上手な医療のかかり方への理解促進

- 県、市町村及び県内医療関係者は、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医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。妊娠時には、早期に医療機関を受診し、かつ定期的に妊婦健康診査や専門家のアドバイスを受けるなど、県民は、医療を適切に受けるよう努めます。
- 県、市町村及び医療機関は、妊娠に関する正確な情報を提供していくとともに、妊娠中の女性やそのパートナー、家族等の不安を解消し、ひとりひとりが安心・安全な出産ができるよう支援に努めます。
- 県、市町村及び県内医療機関は協力し、妊娠中から乳幼児期において疾病や障害等を早期に発見するため、早期かつ適切な時期に健康教育や健康診査が行われ、その結果に基づく保健指導が実施されるよう取り組みます。

(3) 小児科

ア 医師の確保の方針

医療機関間の役割分担と連携を広域的に促進するとともに、効率的な医療提供体制に配慮しながら、小児科（新生児科を含む。以下同じ。）に係る研修環境の向上、小児科医を目指す学生や若手医師のキャリア形成支援等を行うことで、小児科医の養成・確保を図りつつ、その処遇改善や働き方改革への対応等を進めることで県内定着の促進を図り、県内の小児科医師数の増加を目指します。

併せて、上手な医療のかかり方への県民の理解を促進します。

以上を総合的に行うことで、県内の小児医療の需要に対応していきます。

イ 医師の確保に関する施策

(7) 効率的な医療提供体制の確立

- 県は、市町村や県内医療機関と連携し、小児救急医療体制の整備・充実を促進しつつ、夜間や休日に複数医療圏の小児二次救急患者を受け入れる拠点病院への支援や、千葉県小児救命集中治療ネットワークの運用による医療圏を越えた小児救急医療提供体制の整備等に取り組むことで、限られた小児科医や医療資源であっても効率的で質の高い小児医療提供体制の確保を図ります。
- 県は、県内医療機関と連携し、周産期母子医療センターの整備や運営を支援するとともに、母体搬送ネットワーク連携病院を含め母体搬送コーディネイト業務を実施するなど、医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化を推進し、限られた新生児医療担当医や医療資源であっても、効率的で質の高い周産期医療が提供される体制の確保を図ります。
- 県や市町村、県内医療機関、関係団体は協力し、医療機関の役割分担の明確化や、地域における効率的な医療提供体制の整備が促進されるよう協議を行い、取組を進めることで、病院勤務医や規模の大きな病院に集中しがちな負担を軽減するよう努めます。
- 県は、県内医療関係者と連携し、内科医等の他診療科の医師を対象に小児救急医療に関する研修会を実施し、小児患者の診療体制の充実を図るとともに、小児科医の負担軽減を図ります。

(イ) 小児科医の増加

- 県は、医学生に対する修学資金の貸付けを行い、将来、地域医療に従事する医

師の確保を図ります。

- 特に医療提供体制の強化・充実を目指すこととされている周産期や救急医療分野（産科、新生児科、救急科）を目指す修学資金受給者に対しては、県と関係医療機関とが連携し、キャリア形成についての配慮を行う等して、その確保を図ります。
- 県は、県内医療機関等と連携し、医学生や若手医師等を対象に周産期医療や新生児医療等に関する研修や病院説明会等を開催し、新生児医療を志望する医師の確保やスキルアップの支援に取り組みます。

(ウ) 医師の働き方改革の推進

- 医療機関は、妊娠中の医師や、性別を問わず、子育て、介護を行う医師に対して仕事と両立できる働きやすい職場づくり等、就労環境の改善に取り組みます。県は、こうした取組について医師にわかりやすく周知したり、医療機関への支援を行います。
- 県内医療機関は、チーム医療やタスク・シフト／シェアの推進に努めます。県は、医師の労働時間短縮等に関する指針も踏まえ、労働局等の関係機関とも連携しつつ、医療従事作業補助者の確保や、タスク・シフト／シェアの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、県内医療機関の取組を支援します。周産期等、特に医師確保の厳しい診療科や24時間の応需体制が求められる診療分野、又、地域において拠点的な役割を果たす医療機関等については、特にその取組を推進します。

(イ) 上手な医療のかかり方への理解促進

- 県、市町村及び県内医療関係者は、各種媒体を通じた情報発信等により、県民に対するかかりつけ医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。保護者は、子どもの急病や事故時の対応に関する知識の習得に努め、また、夜間休日よりも、できるだけ日中に受診させるなど、県民は、医療を適切に受けるよう努めます。
- 県は、保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中を緩和するため、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行う小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。

- 県は、県内関係団体と連携し、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。

(4) 施策の評価指標

指標名	把握する単位	現状	目標
医療施設従事医師数		(令和2年度)	(令和8年度)
千葉県	県	12,935人	
千葉保健医療圏	二次保健	2,812人	
東葛南部保健医療圏	医療圏	3,312人	
東葛北部保健医療圏		2,599人	
印旛保健医療圏		1,530人	
香取海匝保健医療圏		532人	
山武長生夷隅保健医療圏		545人	
安房保健医療圏		598人	
君津保健医療圏		506人	
市原保健医療圏		501人	
修学資金貸付を受けた医師数		県	283人 (令和5年4月)
県内専門研修基幹施設における専攻医採用数	県	397人 (令和5年3月)	
副業・兼業先を含む医師の労働時間を把握している病院数	県	157病院 (令和5年7月)	
「かかりつけ医」の定着度	県	64.1% (令和4年度)	
小児救急電話相談事業	県	48,430件 (令和4年度)	
救急安心電話相談事業	県	38,253件 (令和4年度)	
分娩千件当たり分娩取扱医師数	県	9.5人 (令和2年度)	
15歳未満人口10万人当たり医療施設従事医師数(小児科)	県	95.4人 (令和2年度)	

※ タイムカード、パソコンのログインからログアウトまでの時間、又は事業者(権限を移譲された者を含む)による現認等の客観的な記録を基礎として、始業・終業時刻を確認し、記録する方法。

第8節 医師以外の人材の養成確保

1 歯科医師

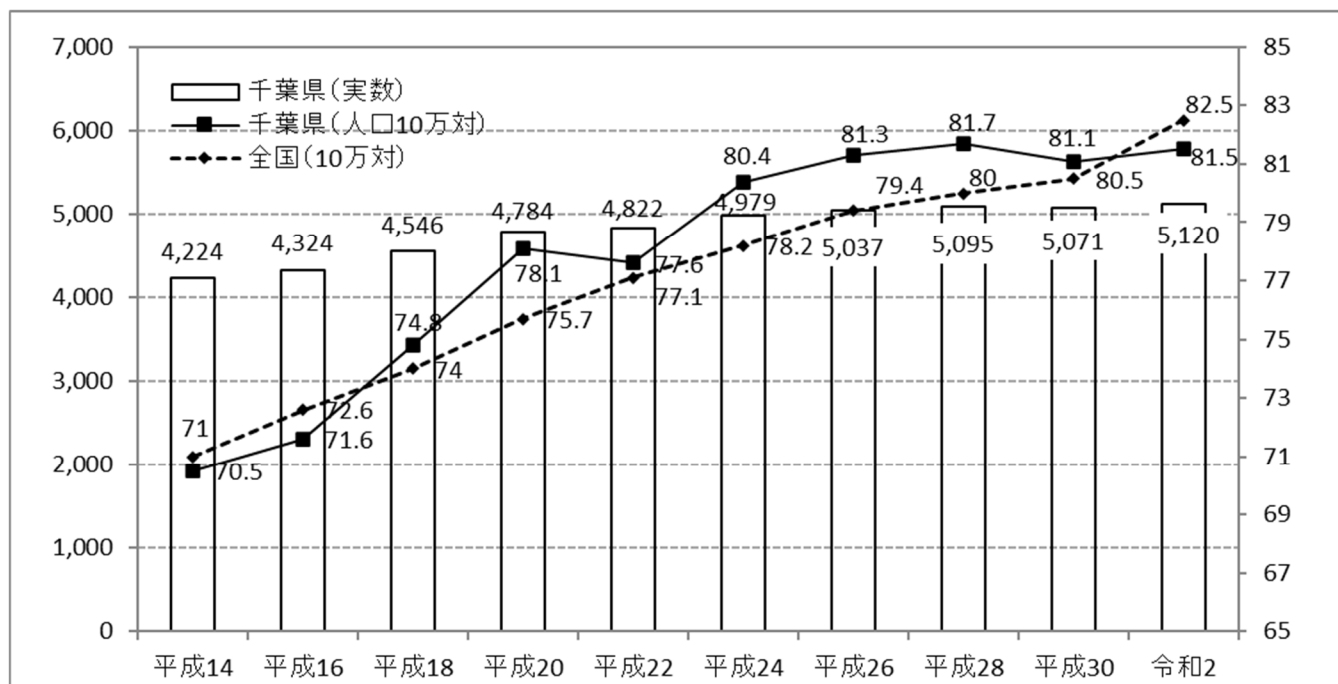
(1) 施策の現状・課題

本県の医療施設従事歯科医師数は、令和2年末現在、5,120人であり、人口10万対では81.5と、全国平均82.5を若干、下回っています。

診療に従事しようとする歯科医師については1年間の臨床研修が必修となっており、令和5年4月現在、県内の研修施設（単独型・管理型）として20か所の医療機関が指定されています。

口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながることなど、口腔と全身の健康との関係が広く指摘され、入院患者等に対する医科歯科連携の推進が求められる中、周術期の口腔機能管理や在宅歯科医療を担う歯科医師の養成や資質の向上が求められています。

図表 2-1-5-2-1 医療施設従事歯科医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

(2) 施策の具体的展開

〔高齢者等の歯科治療のための研修会の充実〕

- 高齢者・心身に障害のある人・がん患者等の有病者の歯科治療については、従来の歯科医療に加えて、口腔機能の維持、改善に係る総合的かつ専門的な知識の習得が必要であることから、関係機関との協力のもと研修会の充実に努めます。
- 認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた歯科治療・口腔管理を適切に行うことを目的として、高齢者が受診する歯科医師に対し、認知症の人本人とその家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性等を習得するための研修を行います。

〔臨床研修の充実〕

- 臨床研修の水準を向上させるため、その適切な運営の確保に努めます。

〔在宅歯科医療を担う歯科医師の養成〕

- 増加する要支援・要介護認定者の歯科保健医療の確保を図るため、在宅歯科医療を担う歯科医師の養成に努めます。

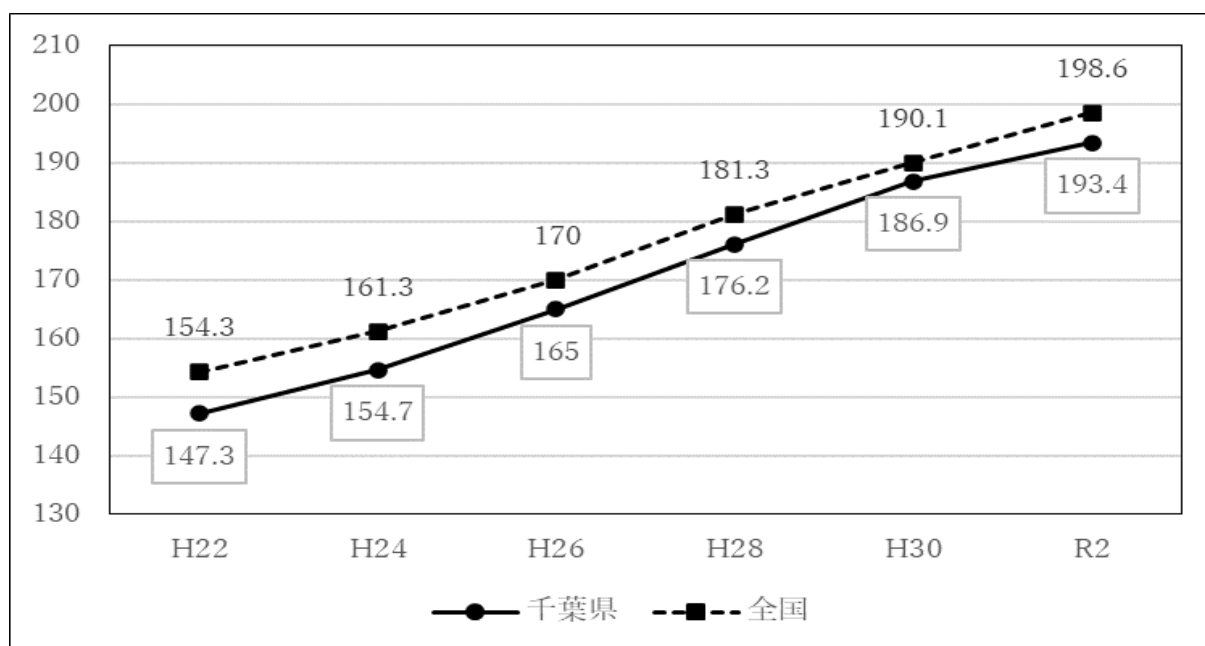
2 薬剤師

(ア) 施策の現状・課題

本県の薬剤師数は、令和2年末現在、14,823人であり、人口10万対では235.9人と、全国平均255.2人を下回っています。

医療機関及び薬局に従事する薬剤師は、12,154人で全体の80%を占め、人口10万対では193.4人と、全国平均198.6人を下回っています。

図表〇-〇-〇-〇-〇 薬局・医療施設従事薬剤師数（人口10万対）の推移

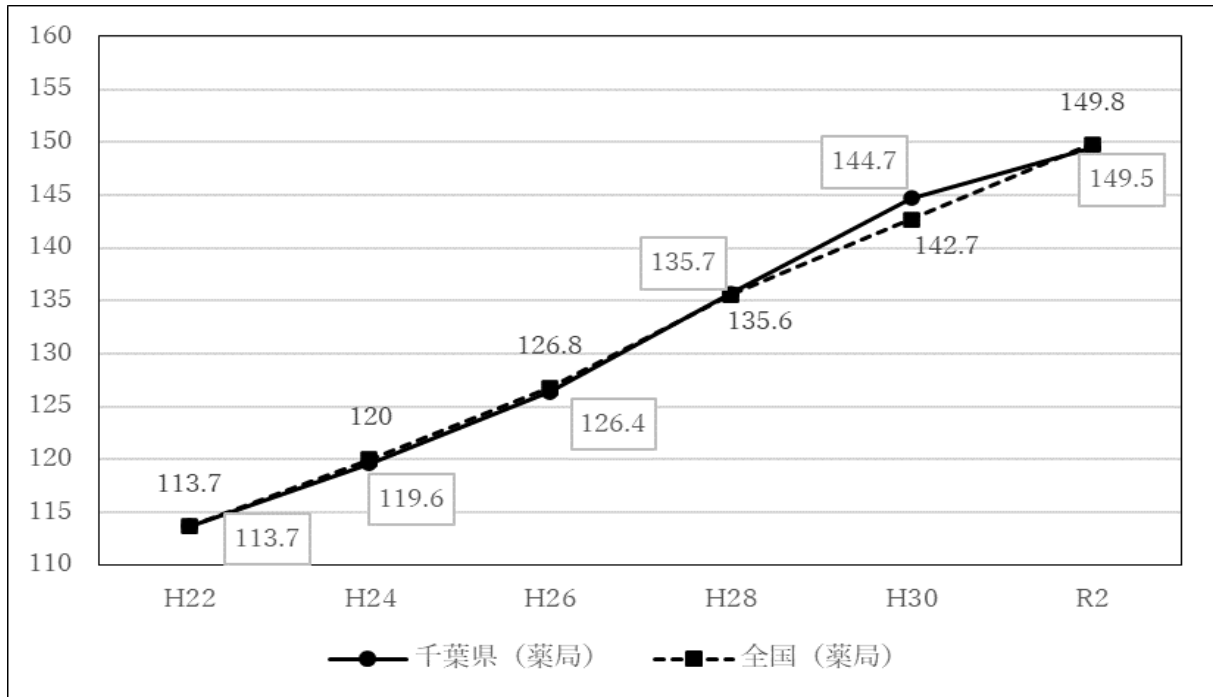


資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

業態別にみると、薬局に従事する薬剤師は、人口10万対では149.5人と、全国平均149.8人とほぼ同水準であるのに対し、医療機関に従事する薬剤師は、人口10万対では43.9人と、全国平均48.8人を下回っており、薬局と医療機関との間で業態の偏在がみられます。

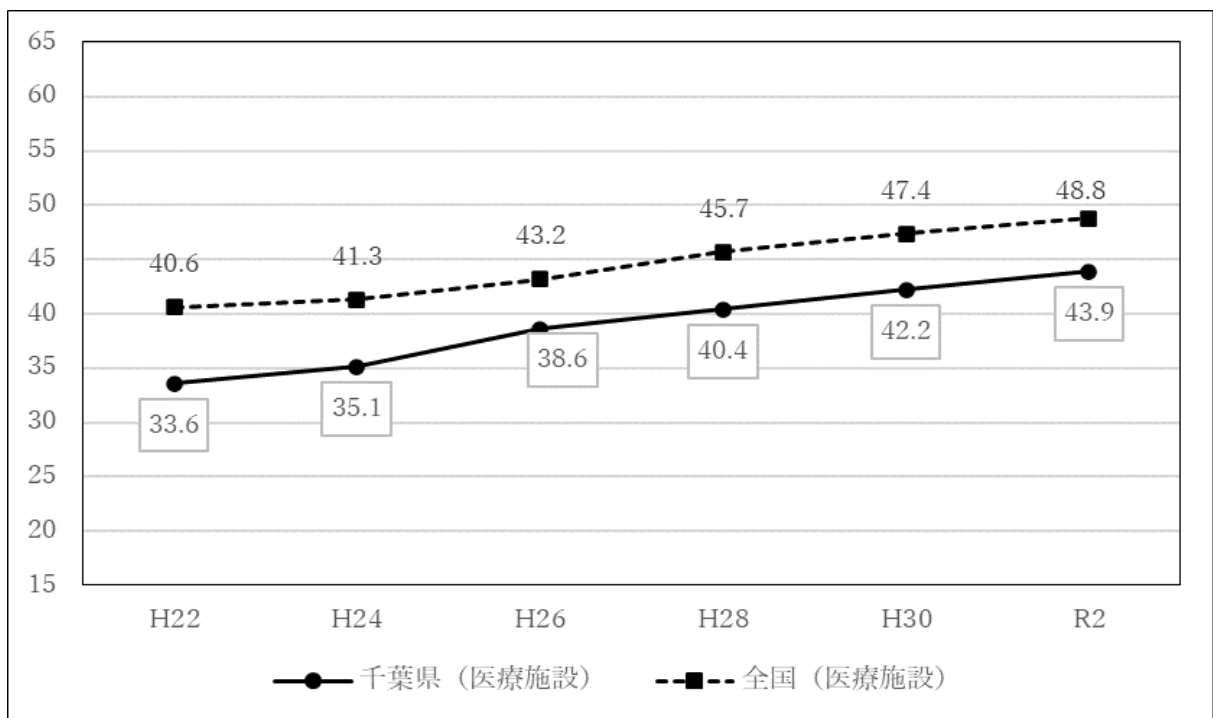
また、令和5年6月に国から示された薬剤師偏在指標において目標偏在指標を下回っている二次医療圏があるなど、就労する薬剤師の地域間の偏在がみられ、新たな薬剤師の確保が困難な地域があります。

図表〇-〇-〇-〇-〇 薬局従事薬剤師数（人口10万対）の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

図表〇-〇-〇-〇-〇 医療施設従事薬剤師数（人口10万対）の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

薬剤師については、地域医療における薬物療法の有効性・安全性の確保や公衆衛生の向上及び増進等に資するため、調剤等の業務に加え、病院薬剤師にあつては病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師にあつては在宅医療や高度な薬学的管理を行う機能等を中心とした業務・役割の更なる充実が求められています。

また、超高齢社会においては、医療、看護、介護等が一体となった在宅医療体制を構築することが必要であり、地域医療に参画し地域包括ケアシステムにおける薬剤師の役割に対応するため、薬剤師の安定的な確保と資質の向上が一層必要となっています。

このような中、薬剤師自身は、高い職業意識と倫理観を持ち、常に自己研鑽に励み、最新の医療及び医薬品等の情報に精通するなど専門性を高めていくことが必要です。

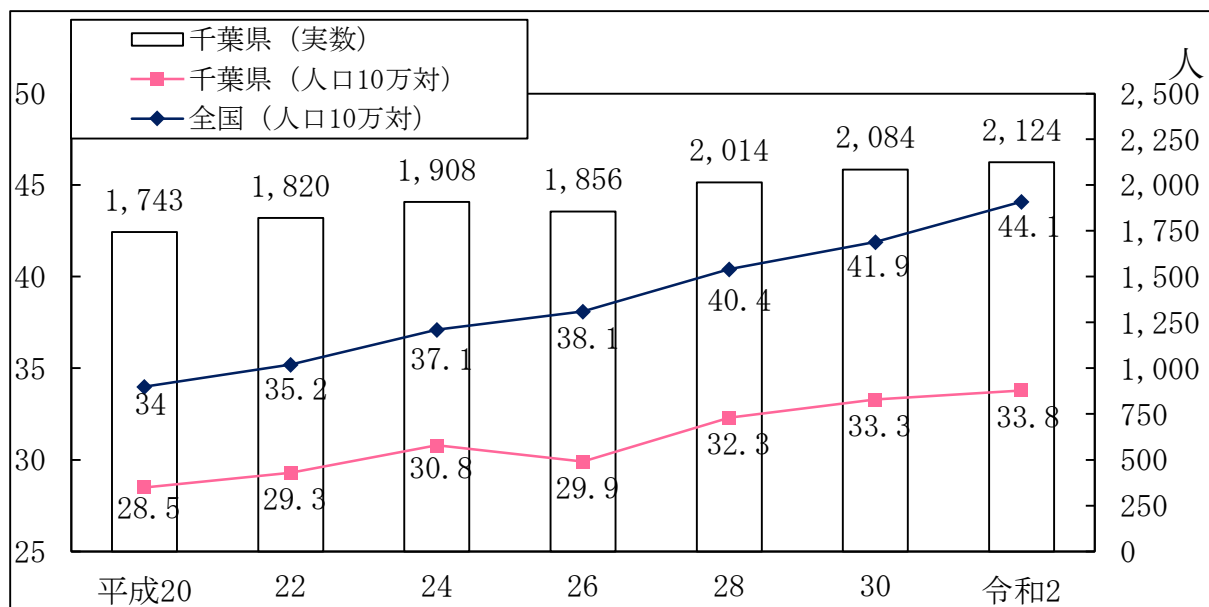
患者・住民が、安心して薬や健康に関する相談に行けるようにするためには、患者の心理等にも適切に配慮して相談に傾聴し、平易でわかりやすい情報提供・説明を心がける薬剤師の存在が不可欠であり、かかりつけ薬剤師には、こうしたヘルスコミュニケーション能力が求められています。

3 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

（1）施策の現状・課題

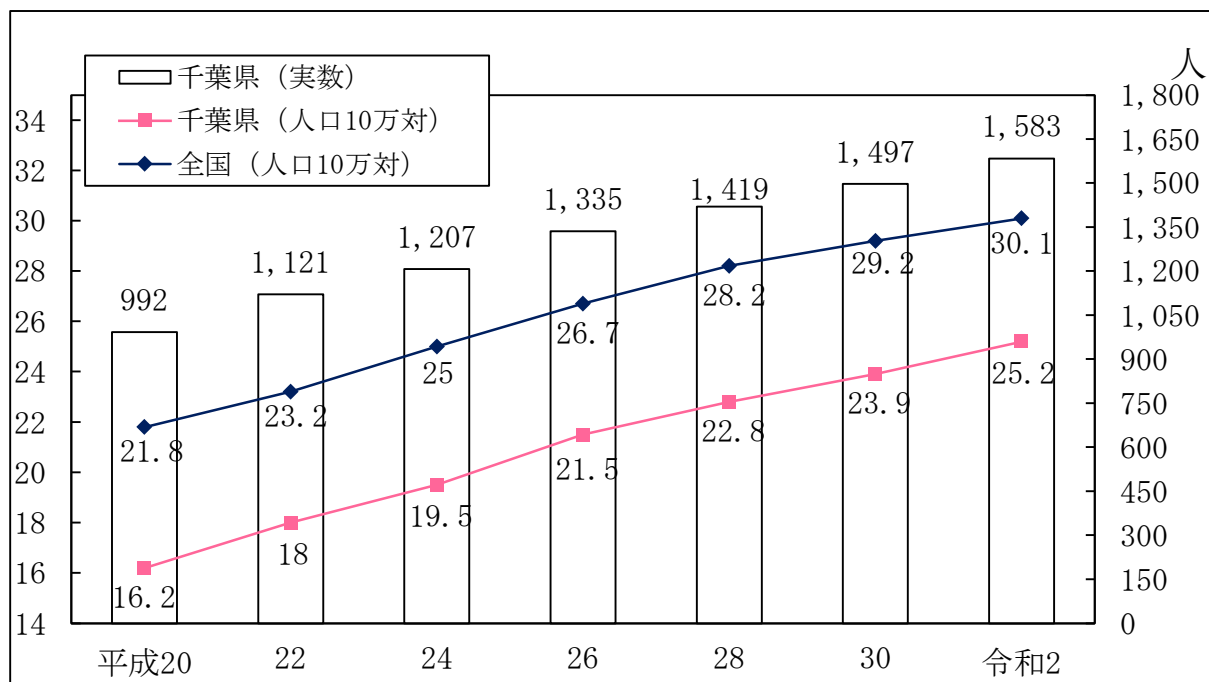
本県の看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の就業者数は、令和2年末現在、61,122人であり、職種別では、保健師2,124人、助産師1,583人、看護師48,391人、准看護師9,024人となっています。しかしながら、人口10万対では、保健師33.8（全国44.1）、助産師25.2（同30.1）、看護師770.0（同1,015.4）、准看護師143.6（同225.6）となっており、本県の就業看護職員数は、全国的に見て低い水準にあります。

図表① 就業保健師数の推移



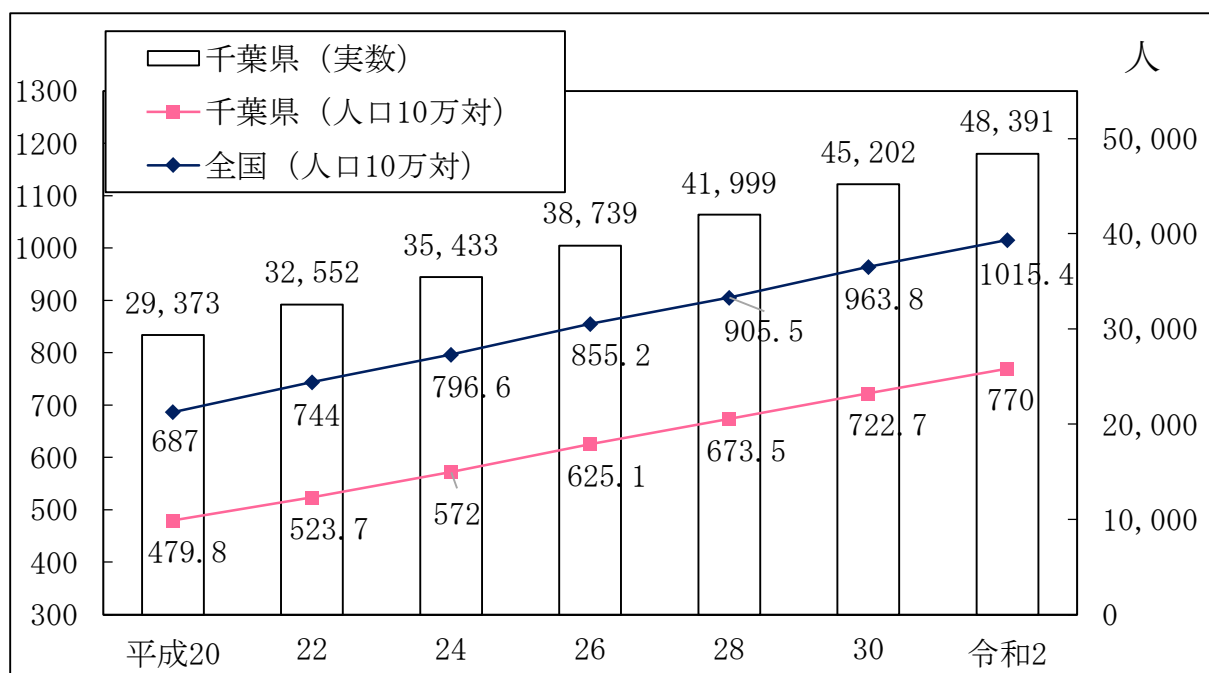
資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

図表② 就業助産師数の推移



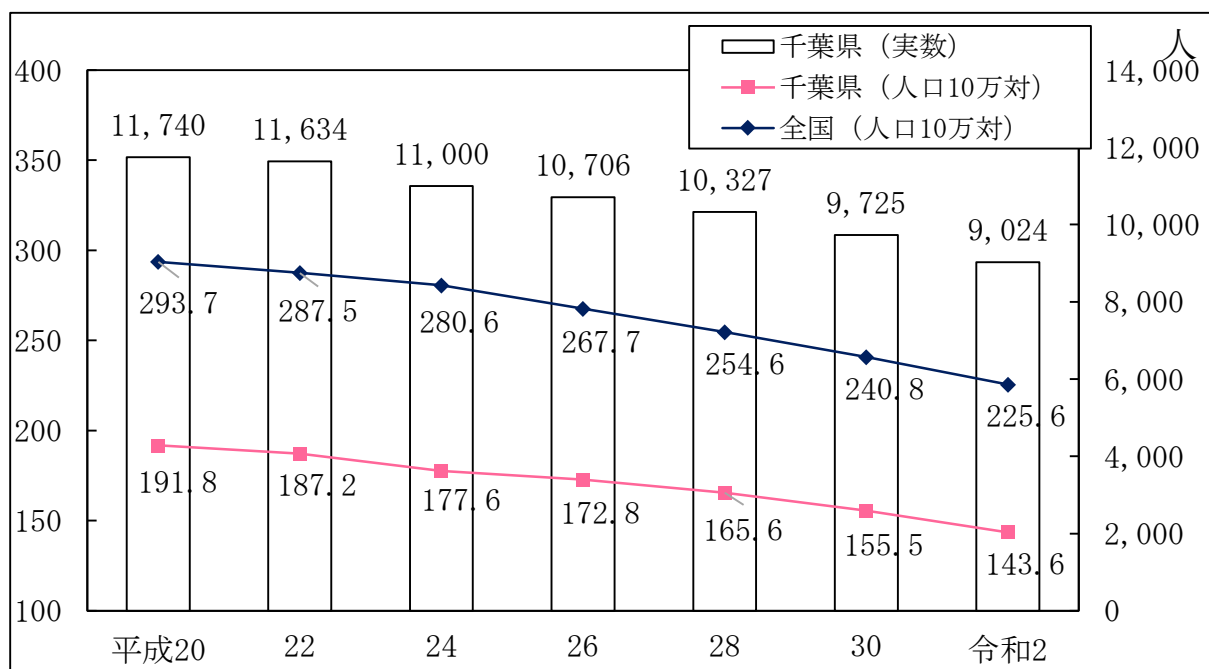
資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

図表③ 就業看護師数の推移



資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

図表④ 就業准看護師数の推移

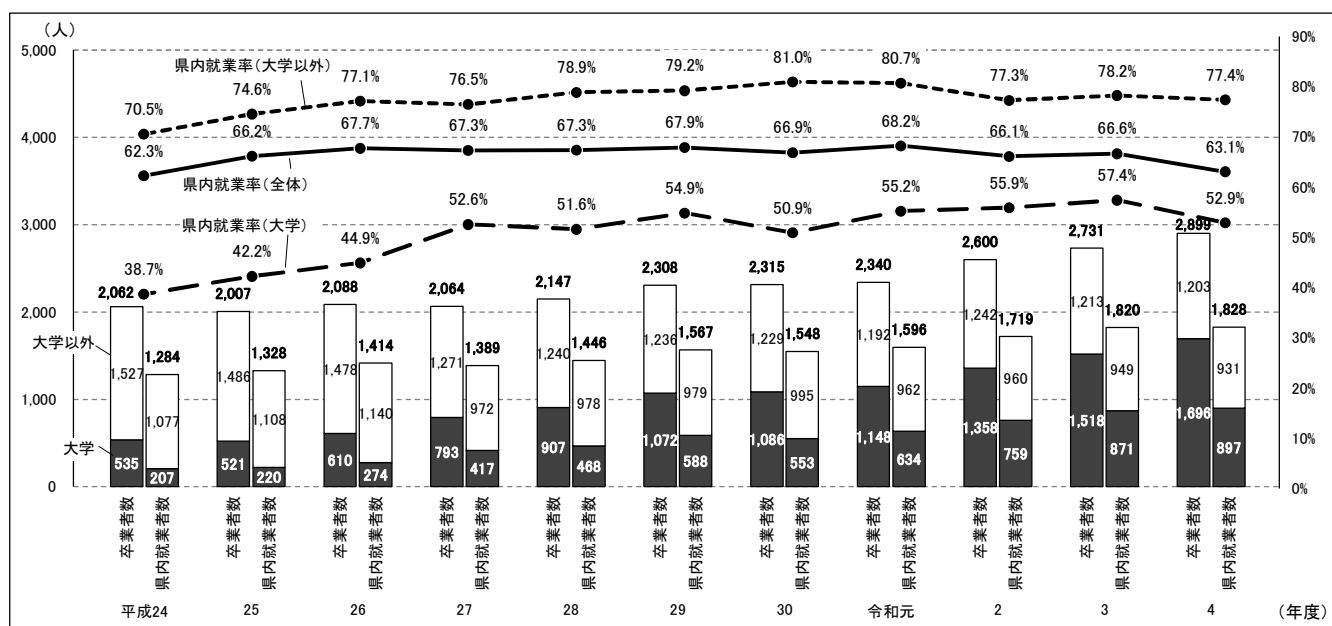


資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

令和5年4月現在、県内の看護師等学校養成所は43校47課程、入学定員は3,004人であり、18歳人口が減少する中、学生の確保を図る必要があります。

県内の看護師等学校養成所における卒業生の就業状況を見ると、令和4年度の卒業生数2,899人のうち、県内就業者数は1,828人で、県内就業率は63.1%となっており、近年、卒業生数の増加に伴い、県内就業者数も概ね増加しているものの、県内就業率は60%台で足踏み傾向であることから、より多くの県内就業者を確保する必要があります。また、県内就業者の確保にあたっては、看護職員が不足する地域への就業を促すなど、地域偏在解消にも取り組む必要があります。

図表⑤ 県内看護師等学校養成所卒業生の就業状況の推移



資料：看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査（厚生労働省）

図表⑥ 二次保健医療圏別の就業看護職員数（人口10万人対）

保健医療圏	看護職員数	人口(人) ※1	10万人対	75歳以上	
				人口(人)※2	10万人対
千葉	11,326	981,675	1,153.7	130,226	8,697.2
東葛南部	14,494	1,793,601	808.1	209,578	6,915.8
東葛北部	12,886	1,407,569	915.5	187,565	6,870.2
印旛	7,074	715,540	988.6	93,056	7,601.9
香取海匝	3,323	260,833	1,274.0	48,083	6,911.0
山武長生夷隅	3,694	409,753	901.5	74,211	4,977.7
安房	2,673	119,436	2,238.0	27,678	9,657.5
君津	3,026	324,171	933.5	48,435	6,247.5
市原	2,626	268,816	976.9	38,361	6,845.5

資料：令和2年衛生行政報告例（厚生労働省）

※1 人口は千葉県毎月常住人口調査月報（令和2年10月1日現在）を使用

※2 75歳以上人口は千葉県年齢別・町丁字別人口（令和2年度）を使用

医療機関では、結婚・出産・育児や本人の健康問題などにより離職していることから、離職防止や一旦離職した看護職員の再就業促進を図る必要があります。

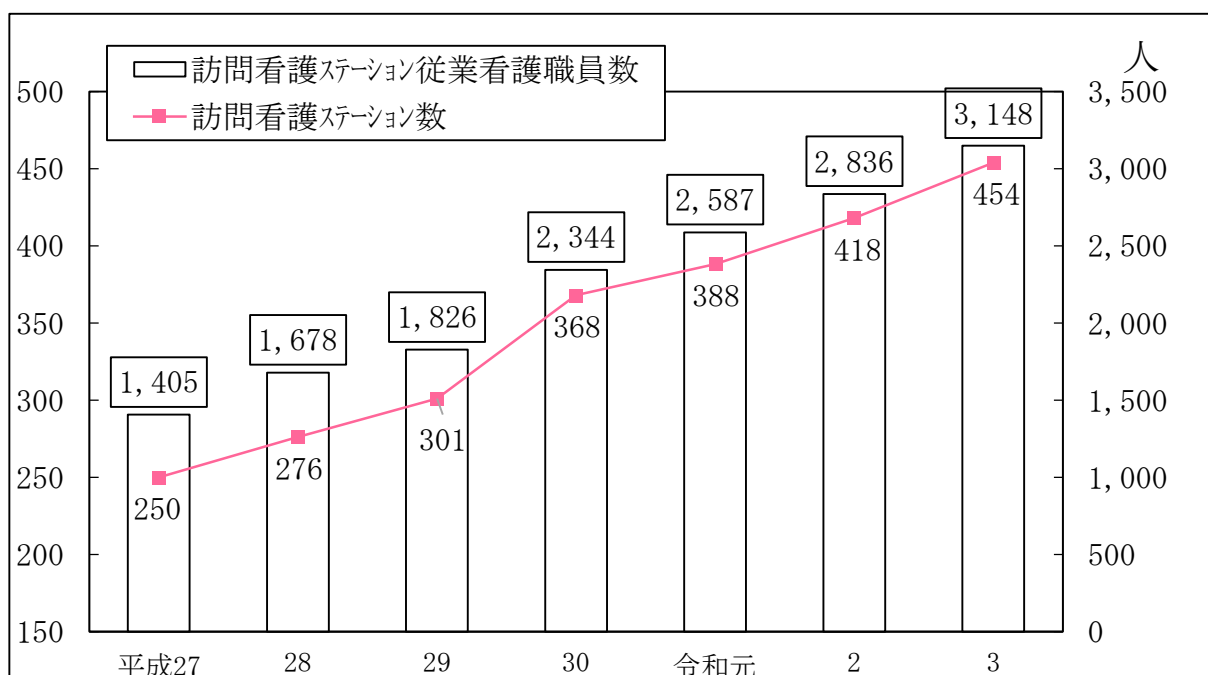
また、今後も、更なる高度化・多様化が見込まれる医療ニーズに応え、良質な看護等を提供するためには、看護大学・大学院や看護専門学校等、様々な養成課程における教育の質的な充実が求められるとともに、その担い手となる看護教員の養成が重要です。

看護職員を確保し、看護職員が働き続けやすい環境を整備する観点から、看護師等学校養成所や職場におけるハラスメント対策を適切に実施していくことが必要です。

さらに、地域における訪問看護の需要の増大に対応するため、訪問看護に従事する看護職員の確保が求められています。

あわせて、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師など、在宅医療等を支える看護師や感染症の発生・まん延時に迅速かつ的確に対応できる看護師の育成も求められています。

図表⑦ 訪問看護ステーション数及び従業看護職員数



資料：衛生統計年報(介護サービス施設・事業所調査) (千葉県)

(2) 施策の具体的展開

〔看護師等の養成確保〕

- 県立養成機関において看護師等の養成を行うとともに、市町村や民間の看護師等学校養成所の入学生確保と運営を支援します。
- 県内就業を促進し、県内定着を図るため、修学資金貸付制度の活用を進めます。なお、貸付にあたっては、地域特別枠を設けて貸付額を増額することにより、県内看護職員の地域偏在解消にも取り組みます。
- 看護教員養成講習会の実施等により、看護教員の養成確保に取り組みます。
- 看護基礎教育の充実のため、実習教育環境の整備を推進します。
- 看護師等学校養成所におけるハラスメントを未然に防ぐ環境の整備に取り組みます。

〔離職防止と再就業の促進対策〕

- 看護職員の離職防止を図るため、院内保育の運営に対する支援を行うほか、千葉県医療勤務環境改善支援センターによる専門アドバイザーの訪問支援や研修会の実施などを通じて、就労環境の改善を進めます。
- 離職者の再就業を促進するため、ナースセンター事業を強化し、ハローワークとの連携や看護師等の届出制度の情報を基に個々の状況に応じた支援を行い、再就業を促進します。また、職場復帰を容易にするための研修会などを実施します。
- 看護職員が働きやすい環境を整備するため、職場におけるハラスメント対策の取組を支援します。

〔人材確保と看護に関する普及啓発〕

- 総合的な人材確保を推進するため、確保策のモデルとなる事業や最新の看護情報等を発信し、その普及を図ります。県民の看護に対する理解を深め、看護師等の職業選択・就業継続の啓発活動を進めます。

〔看護職員の資質の向上、研修体制の充実〕

- 看護職員の資質の向上を図るため、新人看護職員の研修やスキルアップのための継続教育の実施を推進します。また、医療・保健・福祉の連携を推進する人材を育成します。
- 在宅医療を支えるために、看護学生向けの訪問看護ガイダンスの実施、看護師を対象とした研修や就業相談を実施し、訪問看護師の育成・確保を図ります。
- 専門性の高い看護職員を育成するため、特定行為研修の受講経費の支援等、研修体制の充実に取り組みます。

(3) 施策の評価指標

指標名	現 状	目 標
看護師等学校養成所卒業生の県内就業率	63.1% (令和5年3月卒業生)	

看護職員の離職率	13.5% (令和3年度)	
特定行為研修修了者の就業者数	133人 (令和2年12月末)	

4 理学療法士・作業療法士

(1) 施策の現状・課題

理学療法士・作業療法士については、障害発生後の早期リハビリテーションの提供のみならず、回復期、維持期・生活期におけるサービス提供、あるいは介護予防の観点から、その役割はますます重要になっています。

令和2年10月現在、本県の医療施設で就業する常勤換算の理学療法士数は4,972.9人であり、人口10万対では79.1と、全国平均80.0を下回り、作業療法士数は1,919.7人であり、人口10万対では30.5と、全国平均40.5を下回っています。

(2) 施策の具体的展開

〔人材の確保及び資質の向上〕

- 高齢化の進展や疾病構造の変化に伴いリハビリテーションへの需要が増加することが予想されるため、今後も理学療法士・作業療法士の確保を図り、養成機関等における計画的な人員養成を支援します。
- 急性期、回復期、維持期・生活期におけるリハビリテーションを患者の症状に応じて適切な時期に行っていくためには、地域における保健・医療・福祉等の関係機関の連携を強化・推進していくことが重要です。このため、地域リハビリテーション関係機関従事者の協働促進に向けた研修等を理学療法士・作業療法士に対して実施します。

5 歯科衛生士

(1) 施策の現状・課題

本県の歯科衛生士の就業者数は令和2年末現在5,897人であり、人口10万対では93.8と、全国平均113.2を下回っています。

歯科診療所勤務の歯科衛生士は5,263人であり、県内歯科診療所数は3,169か所(令和2年10月)なので、一歯科診療所あたりの歯科衛生士は約1.7人です。

市町村に勤務する歯科衛生士は36市町106名(令和5年4月1日現在)ですが、歯科保健事業の充実を図る上で、歯科衛生士の役割は重要であることから、市町村において歯科衛生士の確保を図る必要があります。

また、高齢化の進展により需要が増加している在宅歯科医療等の充実を図るためにも、技術や知識のある歯科衛生士の確保が求められています。

(2) 施策の具体的展開

〔人材の確保及び資質の向上〕

- 県民に対する保健医療サービスの提供に支障を生じることのないよう、養成機関等の卒業生の県内就業の促進に努めます。
- 市町村の歯科衛生士が歯・口腔保健サービスに果たす役割は大きいことから、市町村等に歯科衛生士の配置を働きかけるとともに、研修会の開催、業務研究集の作成などにより資質の向上を図ります。

〔歯科衛生士の復職支援〕

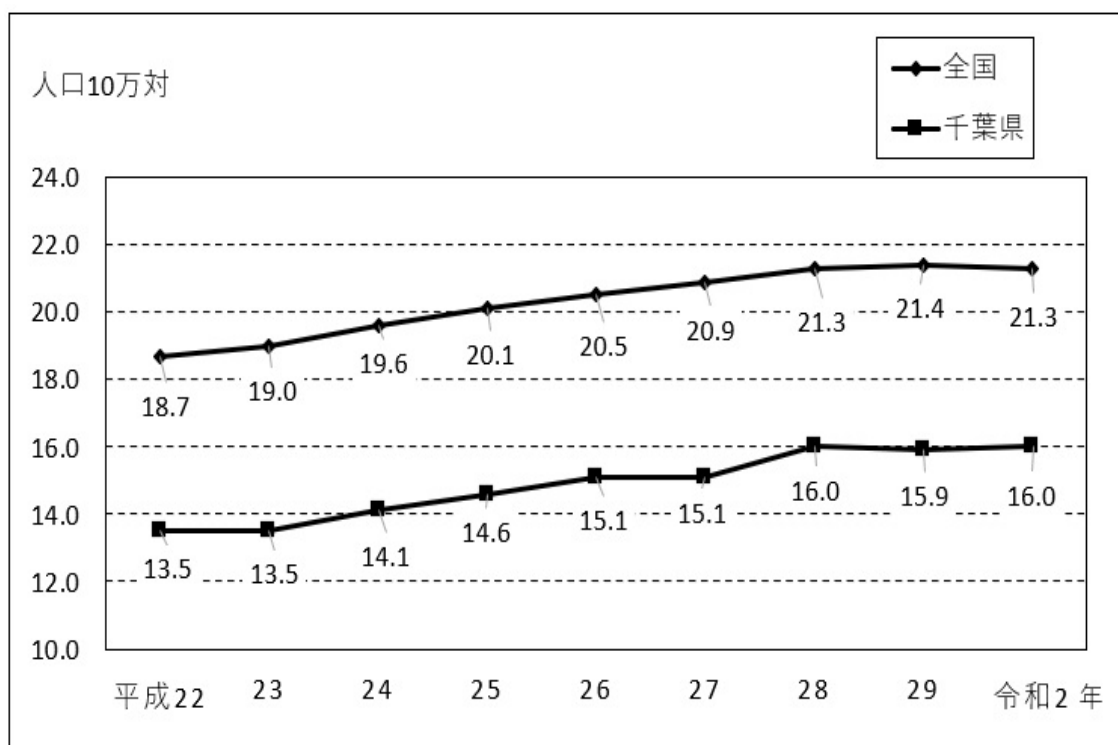
- 在宅歯科医療の充実を図るためにも歯科衛生士の確保が重要であることから、未就業及び就労中の歯科衛生士に対し、最新の知識と技術を習得するための研修を実施し、復職を支援し、離職の防止を図ります。

6 栄養士（管理栄養士）

（ア）施策の現状・課題

本県の医療施設で就業する栄養士（管理栄養士）数は、令和2年10月現在、常勤換算で1005.4人であり、人口10万対では16.0と、全国平均21.3を下回っています。

図表 2-1-5-7-1 医療施設従事管理栄養士・栄養士数の推移（図を令和2年まで追加）



資料：病院報告、医療施設調査（厚生労働省）

※H29年～医療施設静態調査（3年毎調査）での把握

県内の全保健所には、栄養指導員として管理栄養士が配置されており、健康増進法やその関連通知に基づき、生活習慣病予防やアレルギー、消化器難病等に対応する病態別栄養指導などを実施しています。

市町村では、生活習慣病予防のための個別指導の充実や、要援護高齢者を対象とした低栄養*予防のための栄養アセスメント*の実施などの幅広い活動が求められています。令和5年6月現在、市町村の健康づくり部署に栄養士（管理栄養士）を配置している市町村は50市町村です。

生活習慣病の発症を予防するためには、県民への適正な生活習慣の実践指導や、生活習慣病予備群に対する栄養指導・生活指導の充実を図ることが重要です。併せて、高齢者への低栄養改善指導*等、地域住民のニーズを的確に捉えた総合的、包括的なサービスを提供するため、管理栄養士・栄養士の資質の向上を図る必要があります。

(イ) 施策の具体的展開

〔管理栄養士・栄養士の資質の向上〕

- 行政管理栄養士・栄養士を対象に、専門的、技術的な能力を発揮し、地域保健対策の推進に係る企画調整、計画策定及び事業評価が的確に遂行できる行政能力を養うための研修を実施します。特にライフステージに応じた食育を推進するため、次世代を育む保護者などを対象とした研修や低栄養状態のおそれのある高齢者のための研修などを実施します。

7 その他の保健医療従事者

(ア) 施策の現状・課題

本県の医療施設で就業する言語聴覚士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、介護福祉士等の状況は図表 2-1-5-8-1 のとおりです。

(イ) 施策の具体的展開

〔人材の確保及び資質の向上〕

- 県民に対する保健医療サービスの提供に支障を生じることのないよう、医療施設従事者等の需要と供給の把握に努めるとともに、養成機関等における教育の充実・運営を支援します。
- 特に、福祉・介護分野については人材不足が深刻な状況にあることを踏まえ、若年層や高齢者、外国人などの多様な人材の福祉・介護分野への就業促進や、職員のキャリアアップ支援、介護現場の業務改善など、福祉・介護人材の確保・定着に向けた各種取組を実施します。

図表 2-1-5-8-1 その他の医療従事者数の状況

	医療施設の従事者数		病院の従事者数		一般診療所の従事者数		歯科診療所の従事者数		
	千葉県	全国	千葉県	全国	千葉県	全国	千葉県	全国	
視能訓練士	282 (4.6)	修正中						-	-
言語聴覚士	496 (8.0)	修正中						-	-
義肢装具士	3 (0.0)	修正中						-	-
歯科技工士	269 (4.3)	修正中						1,556.6 (7)	10,556.6 (8.3)
診療放射線技師	2,075 (33.3)	修正中						-	-
診療エックス線技師	62 (1.0)	修正中						-	-
臨床検査技師	2,468 (39.8)	修正中						-	-
衛生検査技師	16 (0.3)	修正中						-	-
臨床工学技士	1,126 (18.2)	修正中						-	-
あん摩マッサージ指圧師	136 (2.2)	修正中						-	-
柔道整復師	199 (3.2)	修正中						-	-
精神保健福祉士	351 (5.7)	修正中						-	-
社会福祉士	385.4 (6.2)	10,581.6 (8.3)	333.3 (5.4)	9,258.6 (7.3)	52.1 (0.8)	1,323.0 (1.0)	-	-	
介護福祉士	1,724.3 (27.8)	57,772.5 (45.5)	1,354.5 (21.9)	42,987.9 (33.8)	369.8 (6.0)	14,784.6 (11.6)	-	-	

* 下段（ ）内は人口10万人当たり従事者数。 * いずれも常勤換算数。

資料：平成26年病院報告（厚生労働省）、平成26年医療施設調査（厚生労働省）

第9節 医療分野のデジタル化

(ア) 施策の現状・課題

近年、社会・経済の各分野において、ビッグデータの利活用やクラウドを活用したシステムの標準化など、デジタル技術の活用が活発化しており、医療分野においても、患者への適切な医療提供、医薬品の安全性向上、新薬開発などにデジタル技術の更なる活用が期待されています。

このような中、本県においても、限られた医療資源の中で、県民に質の高い医療サービスを提供し続けていくためには、ICTを活用した医療分野のデジタル化を進めていくことが重要です。

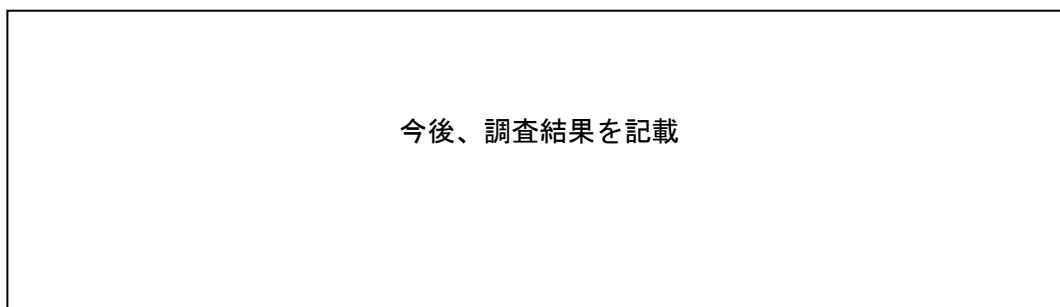
[医療機関等における医療情報の連携・ネットワーク化]

医療機関等において、デジタル化を進めることにより、院内業務や医療機関間における情報連携が効率的に行えることが期待されています。

国においては、ICTを活用したネットワークの構築に係る取組を進めており、具体的には、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの整備や、情報システム間で情報連携を円滑に行うための医療情報の標準化、広域な医療情報連携を行うための実証事業等を実施しております。

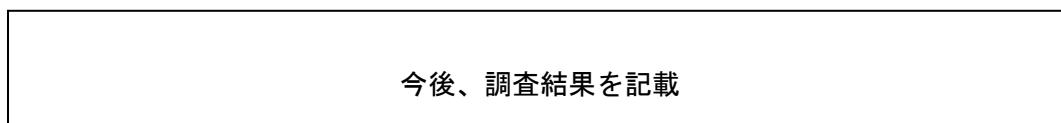
なお、本県の病院における電子カルテの導入率は〇〇%、ICTを活用した医療機関相互の情報共有ツール（地域医療情報連携ネットワーク、入退院支援システムなど）の導入率は〇〇%となっています。

図表〇〇 電子カルテの導入状況



資料：令和3年医療施設調査（厚生労働省）
令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査（千葉県）

図表〇〇 ICTを活用した医療機関相互の情報共有ツールの導入状況



資料：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査（千葉県）

〔オンライン診療の活用〕

- 今後、更なる情報通信技術の進展に伴い、情報通信機器を用いた診療の普及が一層進んでいくと考えられます。また、地域の医療提供体制及び医療ニーズの変化の観点からも、需要が高まっています。具体的には、通院に伴う患者負担の軽減及び継続治療の実現、訪問診療及び往診等に伴う医師の負担軽減、並びに感染症への感染リスクの軽減等の観点から有用と考えられます。一方で、不適切な利用実態が生じないように、適切な実施を促進する必要性も指摘されています。
- 国においては、オンライン診療の安全性・必要性・有効性の観点から、医師、患者及び関係者が安心できる適切なオンライン診療の普及を促進するために「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が、また、オンライン診療その他の遠隔医療の果たす役割を明確にし、国民、医療関係者双方の理解を促進する等の観点から、「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」が策定されています。
- なお、本県のオンライン診療の実施状況は、〇〇となっています。

図表〇〇 オンライン診療の実施状況

今後、調査結果を記載

資料：千葉県保健医療計画改定に関する調査（令和5年度）

〔県民への医療情報等の提供〕

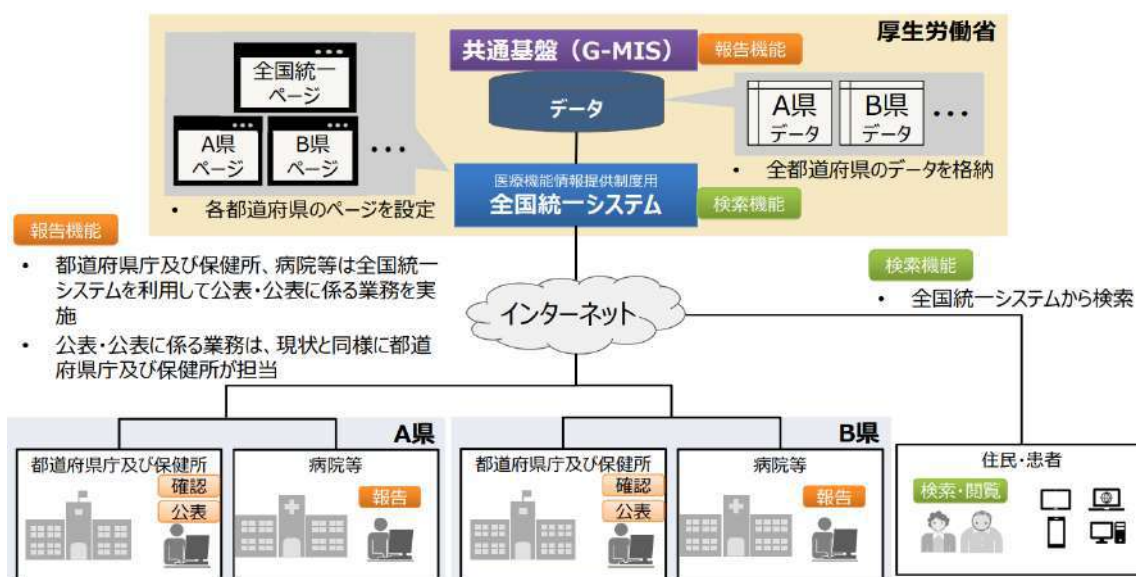
医療を受ける者が医療機関等を適切に選択するためには、県民等へ当該医療情報をわかりやすく提供する必要があります。

医療及び薬局機能に関する情報の提供については、これまで各都道府県のシステムにより提供されてきましたが、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ます。

「ちば救急医療ネット」は、医療機関の応需情報、ドクターヘリの運行状況などの救急搬送を支援する機能を備えるとともに、県民に対して救急当番医や夜間休日急病診療所の情報を提供しています。

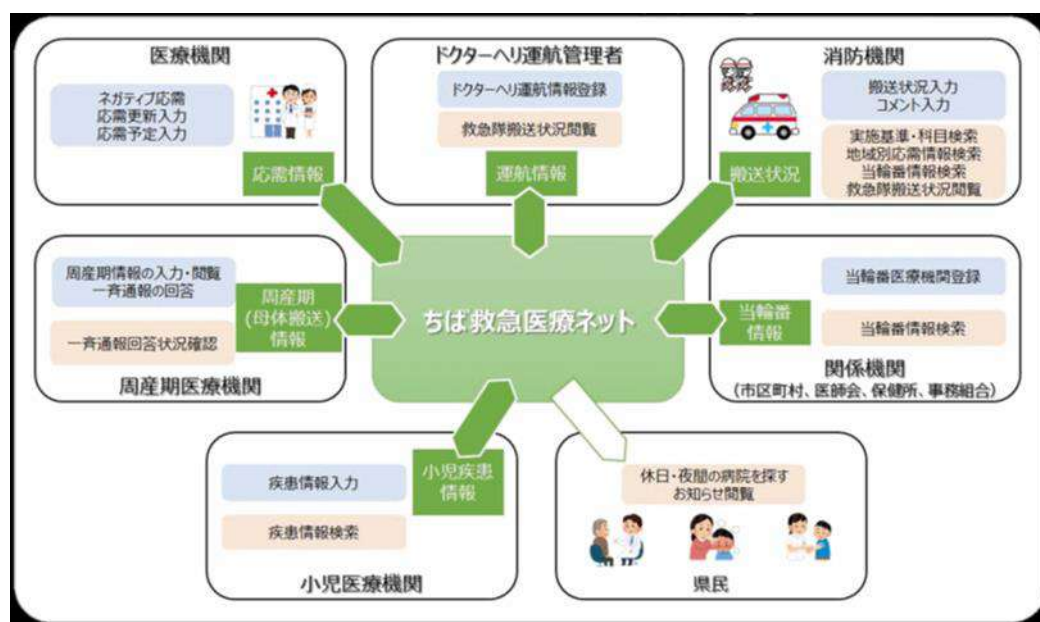
災害発生時には、国の広域災害救急医療情報システム（EMIS）を活用し、救急医療機関の被災状況等の情報の収集・提供を全国ネットで行える体制が構築されています。

図表〇〇 全国統一システム概要



資料：第 18 回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会資料（厚生労働省）

図表〇〇 ちば救急医療ネット システム概要



(イ) 施策の具体的展開

〔医療機関等における医療情報の連携・ネットワーク化〕

- 国の「医療 DX 推進本部」や「医療 DX 令和ビジョン 2030 厚生労働省推進チーム」等において、様々な議論が行われていることから、それらを注視しつつ、本県における医療情報の連携・ネットワーク化について、検討します。

〔オンライン診療の活用〕

- 令和5年度より開始した「発達障害児等のためのオンライン診療推進モデル事業」の成果を検証しつつ、今後の事業展開に向け検討を進めます。

〔県民への医療情報等の提供〕

- 全国統一システムやちば救急医療ネット等の適切な運用に努め、各システムを通じて、県民に対し、検索機能による医療機関情報や、休日当番医、夜間休日急病診療所情報等の提供を行います。

第6章 総合的な健康づくりの推進等

第1節 総合的な健康づくりの推進

(ア) 施策の現状・課題

県では、全ての県民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現を目指し、健康寿命*の延伸と健康格差の縮小に取り組みます。また、ライフステージや健康状態に応じて、生き生きと生活できるよう生活習慣病予防を中心とし、誰一人取り残さない健康づくりと、より実効性を持つ取組を推進します。

健康寿命とは、一生のうちで健康で支障なく日常の生活を送れる期間であり、自立的に生活できる身体機能だけでなく、こころの健康や年齢等に応じた社会参加の喜びがあることを言います。県民の健康寿命は、令和元年に男性が72.61歳で全国第27位、女性が75.71歳で全国21位であり、65歳における平均寿命と平均自立期間はいずれも延伸しています。急速な高齢化が進む中で、平均自立期間の伸びが平均寿命の伸びを上回り、元気で活発な高齢期の延伸を目指すことが重要です。

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義されています。65歳における平均自立期間について県内市町村毎に見ると、最長の市町村と最短の市町村では2年以上もの差が生じており、この格差を縮小するための施策の実行が重要となります。

県民の健康増進、疾病予防や心身の機能低下の防止を図る上で、基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動（ロコモティブシンドローム・骨粗鬆症を含む）、休養・睡眠、飲酒、喫煙、及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要な基盤となります。

現在の健康状態は、乳幼児期から高齢期等人の生涯における各段階や女性の特徴を踏まえた健康問題、置かれている社会経済状況による影響等、対象となる人々ごとに異なってきます現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性や次世代の健康にも影響を及ぼすことから、胎児期から高齢期まで人の生涯を経時的に捉えた健康づくりを進める必要があります。

本県における死因の第1位はがんであり、第2位の心疾患*、第4位の脳血管疾患*を合わせると、生活習慣病による全死亡数に占める割合は約6割に達します。また、脳血管疾患は死亡に至らない場合でも、後遺症となる障害を起こしてQOL*の低下を招く恐れがあります。糖尿病も人工透析や失明などの合併症を引き起こす可能性があり、糖尿病を予防することがQOLの向上に重要な意味を持ちます。

COPD（慢性閉塞性肺疾患）*は、死亡原因として増加が予測されている疾患であり、息切れにより日常生活が制限されて、寝たきりなることもある重要な病気です。COPDの原因の約5～8割が喫煙とされており、たばこ対策の推進が必要となりま

す。

今後、急速な人口の高齢化を背景に、がん、循環器疾患、糖尿病やCOPDなどに対し、生活習慣の改善を主とする一次予防対策と同時に、健康寿命の延伸に向け、症状の進展や合併症を予防しQOLを維持するための重症化の防止を図る必要があります。

個人の健康は家庭、学校、地域、職場等の社会的な環境の影響を受けることから、個人の健康を支え、守る環境づくりにも目を向け、一人ひとりの健康づくりの取組みを支援する社会環境の整備を進めていきます。

一人ひとりの健康は、社会経済的環境の影響を受けるため、人々が健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、行政機関だけでなく、企業、民間団体等の積極的な協力を得るなど、社会全体として健康を支える環境を整備することが重要です。

これまでの健康づくりの取組みは、個人の健康づくりへの取組みが中心でしたが、今後は個人では解決できない地域社会の課題に取り組むことが求められます。

(イ) 施策の具体的展開

〔個人の生活習慣の改善と生活機能の維持向上〕

- 塩分の過剰摂取、野菜・果物の摂取不足など、県民の栄養・食生活上の課題に対し、最も問題となる対象集団を見極め、効果的に普及啓発します。また、食生活の改善に取り組むための人材の育成や栄養成分表示の推進等を図ります。
- 運動や身体活動による健康への影響や効果について積極的に県民に発信し、日常生活の中での活動量を増やす具体的な方法について紹介するとともに、運動に親しむ環境の整備を図ります。
- 十分で質の高い睡眠を確保するための情報発信やストレスの解消法について、県民に周知します。
- 20歳未満の者の飲酒の低減や根絶に向け、学校教育と協力して家庭や地域を巻き込んだ啓発を行います。
- 喫煙はがんのみでなく、循環器疾患や糖尿病をはじめとする多くの疾患の原因であることから、喫煙や受動喫煙*の健康被害について啓発を継続します。
- 歯・口腔の健康づくりに関する普及啓発や、生涯にわたる歯・口腔の健康づくりに関する先進的事業・調査研究等を市町村・関係機関・団体と連携しながら実施します。

〔ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり〕

- 学校教育、家庭、地域、企業、民間団体等と連携し、健康な生活習慣を有する子ども増加を図ります。
- 高齢者保健福祉計画と連動し、健康寿命の延伸を図るため、保健・医療・福祉・介護の連携を強化し、認知症、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）*、口腔機能の低下、低栄養*などの高齢者の健康課題に取り組めます。

- 女性については、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという特性等を踏まえ、人生の各段階における健康課題に取り組めます。

〔生活習慣病の発症予防と重症化予防〕

- 県民一人ひとりが、がん及びがん予防に関する知識を持ち、がんを予防するための生活行動をとることができるよう普及啓発を図ります。
- 生活習慣と循環器疾患や糖尿病等生活習慣病の関連についての情報発信や、早期発見のための特定健診*等の受診率向上に向けた取り組みを推進します。
- 糖尿病は自覚症状が乏しいことから、年1回の検診で健康管理を行う必要性を周知します。また、子どものころからの生活習慣病予防への取組を進めます。
- 本県の糖尿病患者の重症化を抑制し、人工透析が必要となる患者を減らすため、「千葉県糖尿病性腎症*重症化予防プログラム」を策定し、関係機関と連携する等、効果的で実行性のある予防対策の推進を図ります。
- COPDの認知度を高め、喫煙との関係や禁煙などについての情報を発信します。

〔総合的ながん対策の推進〕

- 県民一人ひとりが、がんに対する正しい知識を習得し、がんの要因となる喫煙や食生活等の生活習慣を見直すための啓発を行います。

たばこは、肺がんをはじめとする様々な健康被害の原因とされており、受動喫煙の防止、20歳未満の者・妊婦の喫煙防止等たばこ対策を総合的に推進します。

また、がんを早期に発見し、早期に治療することができるよう、がん検診の受診率の向上に取り組めます。
- がん診療連携拠点病院*が中心となり、手術、放射線療法及び薬物療法等の提供体制の充実とチーム医療の推進を図ります。

がんと診断された時から患者が抱える様々な苦痛に対し、緩和ケアを切れ目なく提供できるよう、人材育成や地域における連携体制づくりなど、緩和ケアの推進に取り組めます。

小児がんやAYA世代のがん等に関する治療や患者ケアについて、国の対策と連動しながら推進します。
- 県民一人ひとりが、若い時からがんを知り、がんの予防から治療に関わる様々な情報について、健康な人、がん患者それぞれにあった、わかりやすく使いやすい情報提供及び相談体制の充実に取り組めます。

がん患者が抱える就労などの生活に関する様々な問題への支援に取り組めます。
- がんの原因や成り立ちから診断、治療まで切れ目のない研究は、がん対策をより効果的に推進するために不可欠であり、基礎研究、臨床研究や将来のがん予防のための疫学研究を推進します。

〔総合的な自殺対策の推進〕

- 県民一人ひとりが、自殺対策に取り組み、予防と早期発見に努め、気づきと見守りにより、自殺による死亡率を減らします。

- 自殺未遂者と自死遺族が、心のケアを受けることができるよう、必要な情報や相談支援を受けられる体制を整備します。
- 市町村をはじめ、医療機関、自殺防止に取り組む民間団体等と連携して自殺対策を推進します。

〔つながりを生かし、健康を守り支える環境づくり〕

- 生涯教育、スポーツ、防災、福祉等すでに活動している様々な団体活動やコミュニティづくりの場において、健康づくりの視点を取り入れられるよう働きかけます。
- 県民の主体的な活動による健康づくりを推進するための人材の育成を支援するとともに、県民の健康づくりを担う市町村等へ、健康に関する各種指標やアンケート結果等の保健所圏域単位の情報提供を行い、健康格差の縮小に向けた取組を推進します。
- 健康づくりに自発的に取り組む企業・団体等の活動を把握し、好事例を情報提供するとともに、地域（行政）と職域の更なる連携を図ります。
- 身近な禁煙支援者の育成や禁煙治療に関する情報を提供し、禁煙を支援するとともに公共的な施設における受動喫煙防止対策を推進します。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現状	目標
健康寿命の延伸 （日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	男性 72.61歳 女性 75.71歳 （令和元年）	
健康格差の縮小 （65歳の日常生活動作が自立している期間の平均の上位4分の1の市町村の平均増加分を上回る下位4分の1の市町村の平均の増加）	男性 1.74年 女性 1.42年 （令和元年）	

※本施策については、千葉県健康ちば地域・職域連携推進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 健康増進施策等との調和を図りつつ対策を講ずべき疾患等への対応

1 慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策

（ア）施策の現状・課題

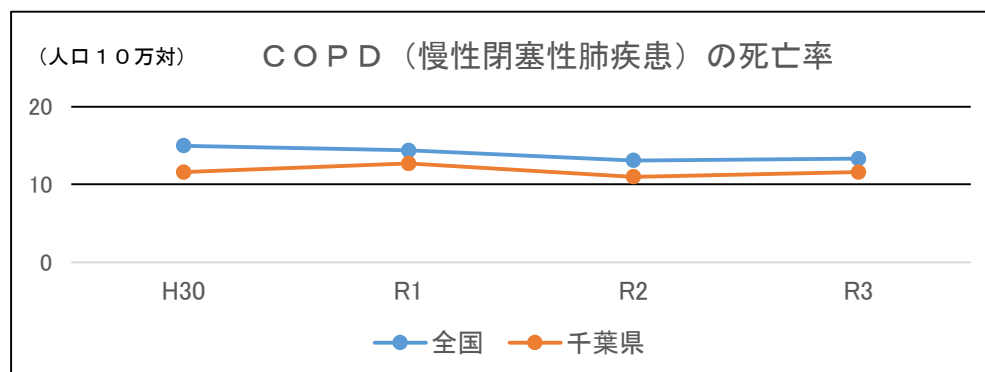
慢性閉塞性肺疾患（COPD）は肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎といわれていた疾患が含まれます。

令和3（2021）年の人口動態調査によると、全国では、男性においては死亡の第9位となっており、死亡率は人口10万当たり13.3です。千葉県の死亡率は11.6であり、全国に比べやや低くなっています。

COPDの原因としては、50～80%程度はたばこの煙が関与しているとされ、喫煙者では20%～50%がCOPDを発症するとされています。

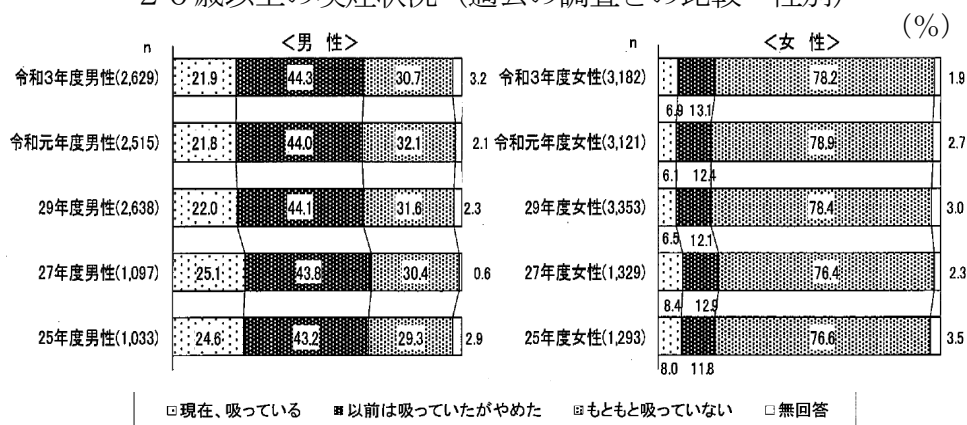
「COPDの認知度」はやや増加していますが、男女別では、男性47.7%、女性53.4%と、女性の方がやや高くなっています。また、喫煙状況別にみると、現在たばこを吸っている人の認知度は、64.3%であり、非喫煙者よりも高い傾向があります。（令和3年度生活習慣に関するアンケート調査）

健診等の機会を活用しCOPDの認知度の向上に加え、禁煙対策により発症を予防することや、早期発見、重症化予防などの対策を行う必要があります。



出典：厚生労働省 人口動態調査

20歳以上の喫煙状況（過去の調査との比較・性別）



出典：令和3年度生活習慣に関するアンケート調査

（イ）施策の具体的展開

〔情報の発信〕

COPDの認知度を高め、喫煙との関係や禁煙などについての情報を、SNSや県ホームページで発信します。

〔医療保険者の取組を支援〕

特定保健指導従事者の研修において、COPDの理解や予防に向けた禁煙指導に役立つプログラムを取り入れます。

〔喫煙者の禁煙を支援〕

禁煙したい人が直ちに禁煙できる支援環境を整えるため、禁煙に向けた相談窓口や禁煙外来の情報提供を行います。

喫煙者が禁煙に取り組む際の後押しができるように、職場の衛生管理者や禁煙をサポートしたい人を対象に禁煙支援者研修会を開催します。

また、健康保険による禁煙治療が行える医療機関の情報を提供します。

※本施策については、千葉県健康ちば地域・職域連携推進協議会においても御意見を伺い、検討を進めていきます。

2 慢性腎臓病（CKD）対策

（ア）施策の現状・課題

慢性腎臓病（CKD：Chronic Kidney Disease（以下、「CKD」という。）は、腎臓の働きが徐々に低下していくさまざまな腎臓病を包括した総称で、腎臓の異常が続いている状態を言います。

具体的には、①「尿蛋白が出ているなど尿に異常がある」、②「GFR（糸球体ろ過量）60ml/分/1.73 m²未満に低下」のいずれか、又は両方が3か月以上続く状態のときに診断されます。

日本のCKD患者数は、1,330万人（20歳以上の8人に1人）*¹と推計されており、新たな国民病とも言われています。このことから、本県のCKD患者数は66万人（令和3年4月1日現在千葉県年齢別・町丁字別人口による20歳以上人口から推計）と推計されます。*¹出典：CKD診療ガイドライン2023

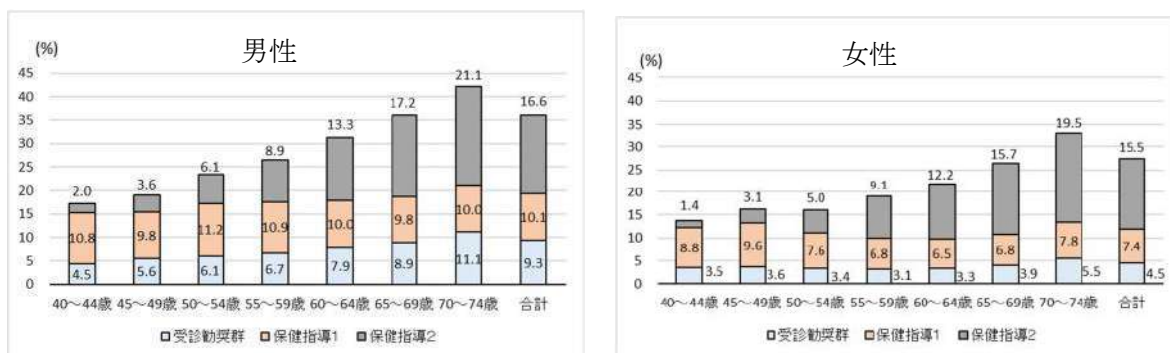
CKDの発症には、運動不足、肥満、飲酒、喫煙、ストレスなどの生活習慣が大きく関与しているといわれています。

そのため、これらの生活習慣の改善に取り組む必要があります。

また、腎硬化症による透析導入者も増えてきており、高血圧の改善にも取り組む必要があります。

- eGFR（推算糸球体ろ過量）45ml/分/1.73 m²未満の受診勧奨者は、男性で受診者全体の9.3%、女性は4.5%を占めており、生活改善が必要な保健指導対象者は、男性で16.6%、女性で15.5%となっています。

慢性腎臓病（受診勧奨群又は保健指導群）該当割合 市町村国保 男女別



*保健指導対象者2（45 ≤ eGFR < 60ml/分/1.73m²）かつ尿蛋白（-）
 *保健指導対象者1（45 ≤ eGFR）かつ尿蛋白（±）
 *受診勧奨（eGFR < 45ml/分/1.73m²）または尿蛋白（+）以上

出典：（令和2年度特定健診・特定保健指導等データ収集、評価・分析報告書）

CKDの状態にあると、脳卒中や心不全、心筋梗塞などのリスクが高まり、死亡率が上昇することがわかっています。

適切な治療や生活習慣の見直しをしないまま進行すると、人工透析や腎移植が必要になることもあります。

○ CKDは自覚症状がほとんどなく、症状が現れた時にはかなり進行している可能性があり、定期的に健診や検査を受けて早期発見することが重要です。

そのために、県では千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会に、令和元年度から「千葉県慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策部会」を設置し、市町村・各関係機関と連携し、CKD重症化予防の取組を推進しています。

（イ）施策の具体的展開

〔県民への周知〕

対象者に応じた普及啓発資材の開発や研修会等の開催により、CKD重症化予防の必要性について、周知・普及を図ります。

〔特定健康診査・特定保健指導の効果的な活用を支援〕

「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」*²を活用し、健診結果において腎機能が低下している者に対して受診勧奨及び保健指導を行います。

また、早期受診による重症化予防のための市町村等医療保険者の取組を支援します。

*²千葉県医師会、千葉県糖尿病対策推進会議、千葉県保険者協議会、千葉県糖尿病協会、千葉県で平成29年度作成、令和2年度改定。

〔医療連携体制の構築〕

かかりつけ医（千葉県CKD対策協力医*³）と腎臓専門医との医療連携体制を推進します。

*³千葉県医師会でCKDの診療を適切に行うための講習を受け、登録された医師。健診結果を正しく判断し腎臓専門医と連携し診療を行います。

〔多職種連携による療養指導及び両立支援の実施に向けた支援〕

「お薬手帳」へ添付するCKDシールを活用した薬剤師による服薬指導や管理栄養士等による栄養指導を行います。

また、産業保健医療分野等多職種連携により、患者のCKDの重症化を予防し、ニーズに合った（就労との両立を含む）療養生活を支えていくとともに、保健医療従事者のスキルアップを図ります。

※本施策については、千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会 千葉県慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策部会においても御意見を伺い、検討を進めていきます。

第7章 保健・医療・福祉の連携確保

第1節 母子・高齢者・障害者分野における施策の推進

1 母子保健医療福祉対策

(ア) 施策の現状・課題

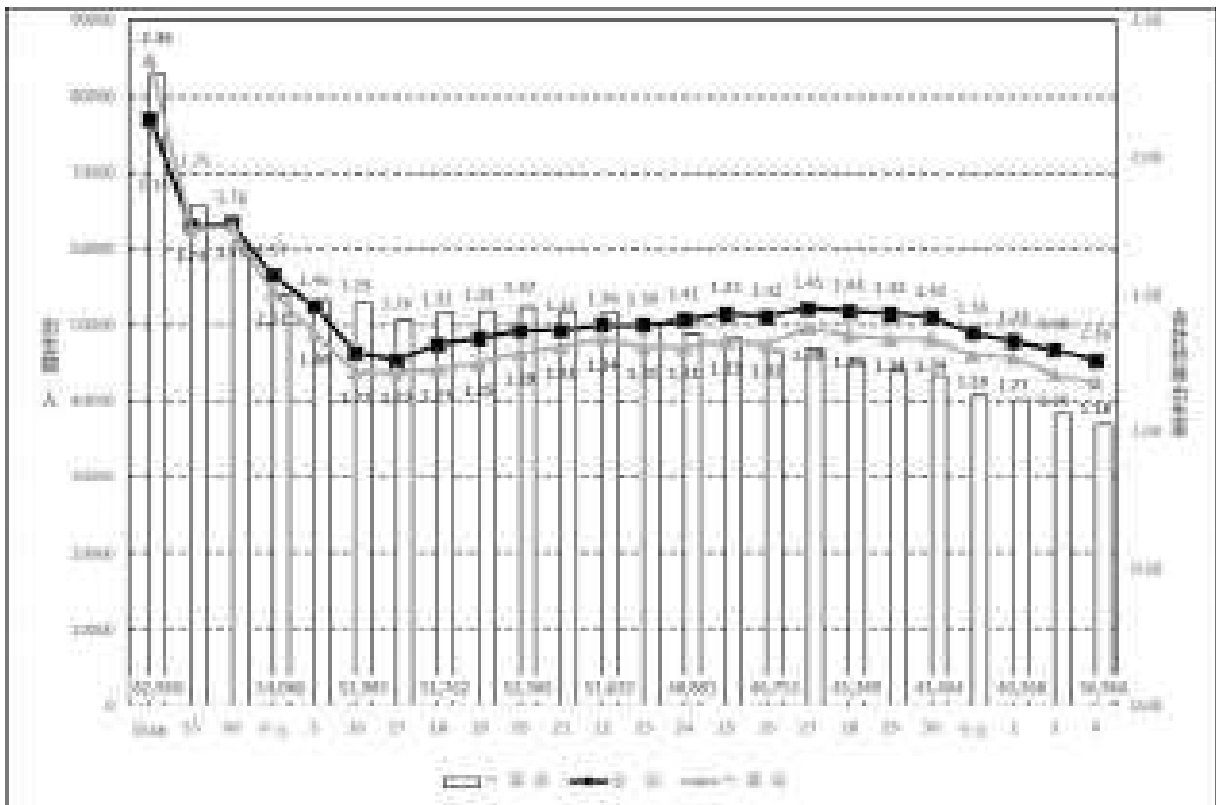
母子保健は、生涯の健康の基礎を築き、次の世代を担うこどもが心身ともに健やかに育つために、思春期から、妊娠・出産・子育て期の各期において、最もふさわしいサービスが提供できるよう体系化が図られているところです。

国は、平成27年度「健やか親子21（第2次）」において、10年後に目指す姿を「すべてのこどもが健やかに育つ社会」とし、現在の母子保健を取り巻く状況を踏まえて、「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」等の基盤課題と、「妊娠期からの児童虐待防止対策」等の重点課題に対する取組を掲げ、関係者、関係機関・団体が一体となり推進しています。

また、核家族化、地域のつながりの希薄化等により、妊婦や保護者の不安や負担感が大きくなっていることから、妊娠期から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援につなぐ伴走型相談支援の充実を図るため、子育て世代包括支援センターの設立の意義や機能は維持した上で、組織を見直し、全ての妊産婦、子育て世帯、こどもへ一体的に相談支援を行う機能を有する機関である「こども家庭センター*」が児童福祉法に位置づけられるなど、妊産婦や子育て世代、こどもを支える総合的な支援体制の構築が求められています。

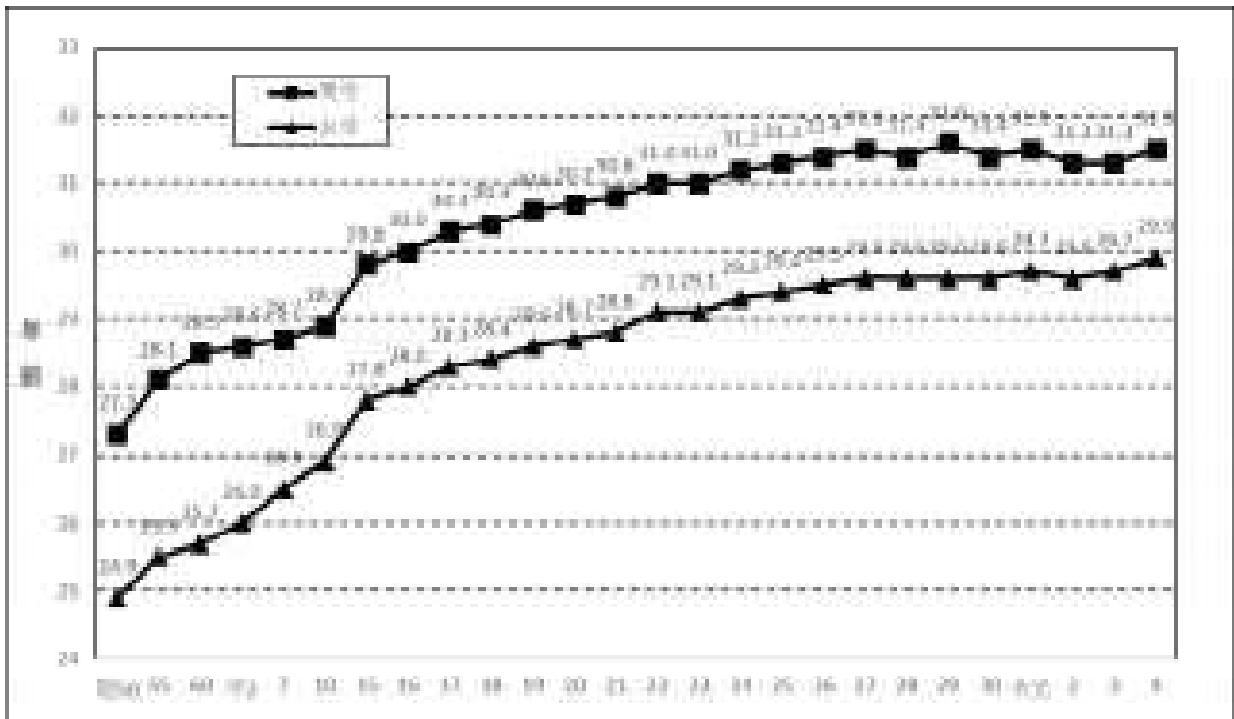
本県における令和4年の出生率は6.1（全国6.3）、合計特殊出生率*は1.18（同1.26）であり、少子化の傾向が続いています。同年の死産率は、20.0（同19.3）、周産期死亡率*は3.2（同3.3）、乳児死亡率*は1.9（同1.8）となっています。また、低出生体重児*の出生数は3,401人で、全出生数のうち9.2%を占めています。そのため、妊娠中の健康管理の充実や、安心して安全な妊娠出産ができる周産期医療*体制の整備が求められています。

図表 2-3-1-1-1 出生数と合計特殊出生率の推移



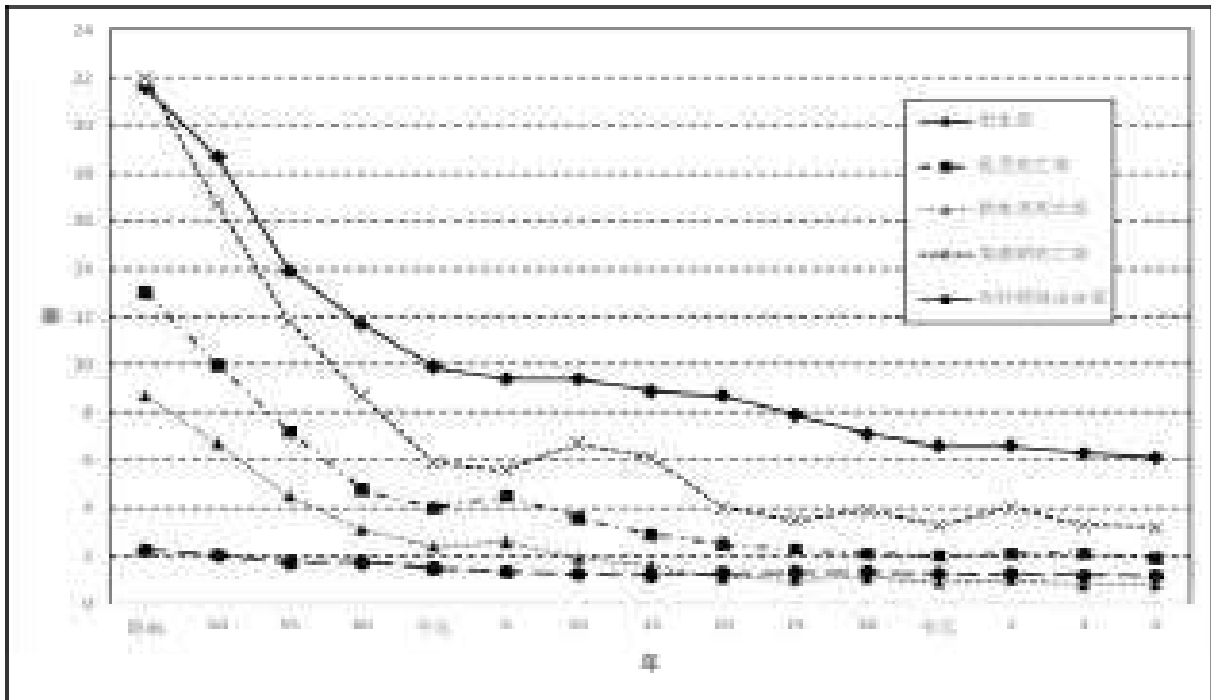
資料：人口動態統計（厚生労働省）

図表 2-3-1-1-2 平均初婚年齢の推移（千葉県）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

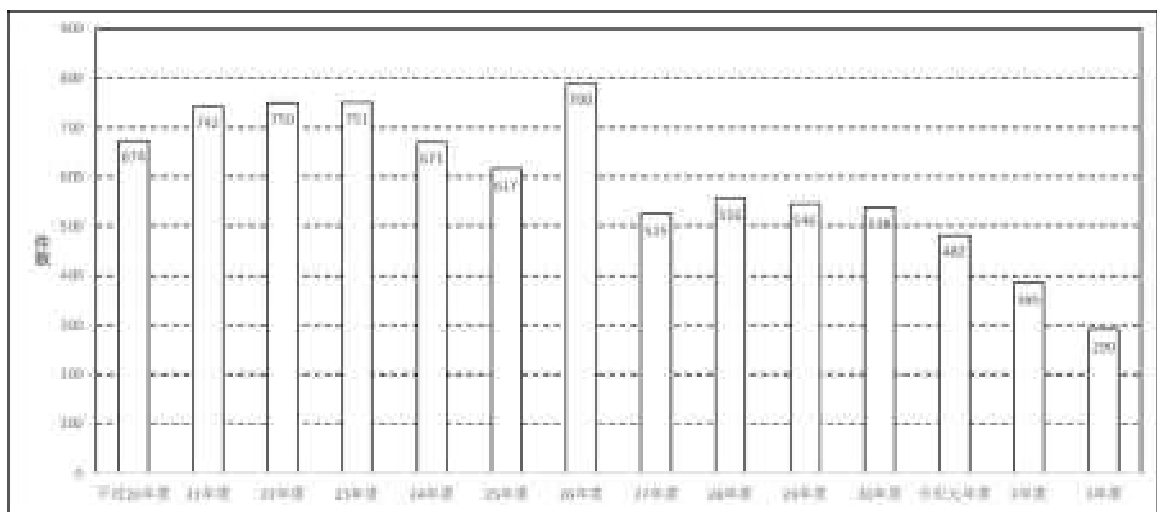
図表 2-3-1-1-3 母子保健指標の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）

思春期にあたる10代の妊娠中絶は、平成20年度の674件から令和3年度は290と実施数は減少しています。また、こどもたちの悩みや不安を受け止めて相談ができる環境は重要であることから、思春期保健対策の強化が必要です。また、近年、結婚年齢が上昇し、女性の妊娠・出産年齢が上昇する傾向にある中で、将来の妊娠を考えながら女性やカップルが自分たちの生活や健康に向き合うプレコンセプションケアは重要となります。

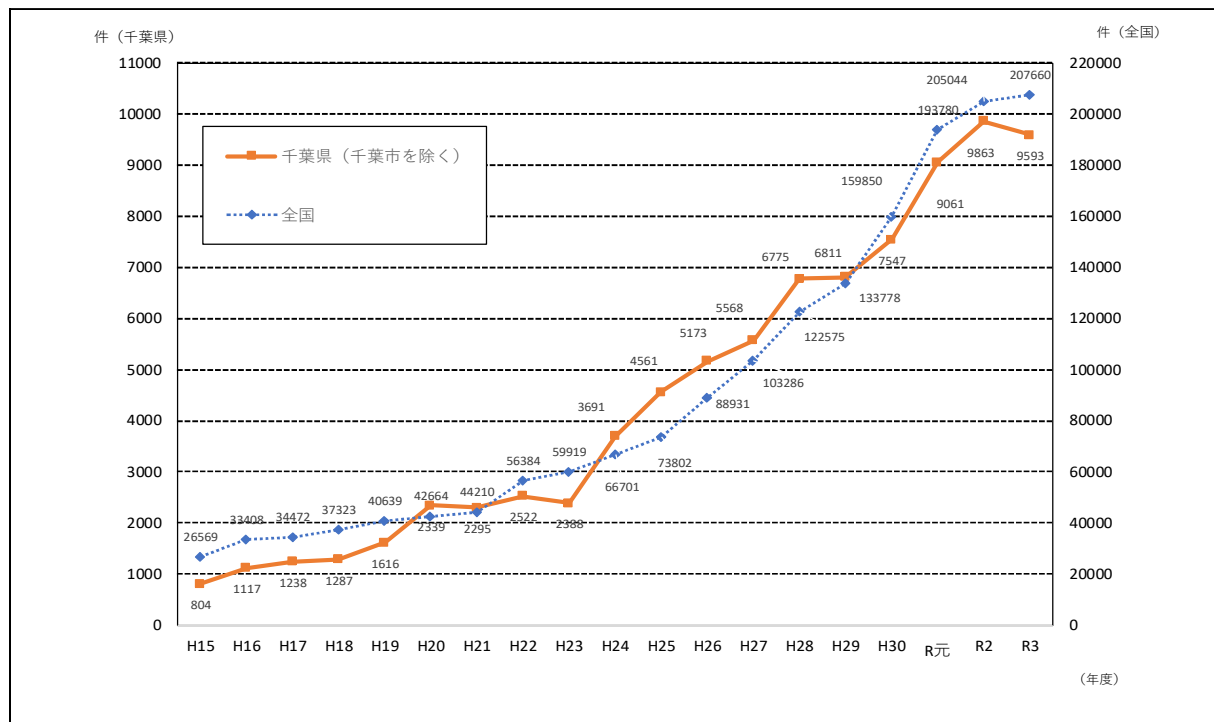
図表 2-3-1-1-4 20歳未満における人工妊娠中絶実施数の推移（千葉県）



資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

核家族化や地域社会の人間関係の希薄化等により、育児に関して身近に相談相手がいないこと等を背景に、近年、児童虐待が深刻な社会問題になっています。児童虐待の件数は平成23年度は2,388件であったものが、令和3年度には9,593件と約4倍に増加しています。児童虐待の予防や適切な対応をとるためには、児童相談所、市町村、学校、医療機関、保健機関、児童福祉施設、警察等による幅広い連携体制を構築することが必要です。

図表 2-3-1-1-6 児童相談所における虐待相談の対応件数の推移



資料：福祉行政報告例（厚生労働省）

(イ) 施策の具体的展開

〔安心・快適な妊娠・出産・育児のための体制の充実〕

- 妊娠・出産からこどもの自立までを総合的に支援するために、医療・保健・福祉分野・学校教育等との連携を図りながら、母子保健医療福祉体制の充実に努めます。
- こども家庭センターの設置促進や、産後ケア*の推進など、妊娠期から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援につなぐ伴走型相談支援の充実に努める体制の構築に努めます。

〔周産期医療の充実〕

- 低出生体重児の割合が変わらないことから、出生後に適切な医療を提供できるようNICU（新生児集中治療管理室）*などの整備を推進します。
- 周産期医療に係る医師や看護師・助産師の確保や育成に努めます。また、助産師の新たな活用を図る助産師外来*や院内助産所*などの設置に努めます。

〔プレコンセプションケアの充実〕

- 不妊に悩む夫婦等に対し、不妊治療に関する情報提供や専門的な相談に応じられる不妊相談センターの充実を図ります。
- 思春期の男女及び保護者等に対して、思春期に関する様々な相談に応じます。また、思春期の性や薬物乱用、喫煙、性感染症や人工妊娠中絶の身体への負担等について、学校保健との連携を図りながら、適切な情報を提供します。
- 若い世代が、結婚、妊娠・出産、子育て、仕事を含めた将来のライフデザインを希望を持って描き、様々なライフイベントに柔軟に対応できるとともに、男女が互いを尊重しつつ、性に関する正しい理解の下、適切に行動できるよう、プレコンセプションケア等の必要な知識や情報を学び、将来のライフイベントについて考える機会を提供するため、学生等に向けたセミナーを開催します。

〔地域母子保健体制の充実〕

- 妊娠届の早期の届出や、妊婦の健康管理の充実を図るため、必要な時期や回数に添って妊婦健康診査を受けるよう勧奨します。
- 妊娠中から乳幼児期において疾病や障害等を早期に発見できるよう、健康教育や健康診査を行い、その結果に基づく保健指導を実施します。
- 地域ぐるみで健やかにこどもを生み育てるための支援が進められるよう、市町村で活動する母子保健従事者の資質向上に努めます。
- 乳幼児の死亡原因の上位を占めている乳幼児突然死症候群（SIDS）*や溺水などの不慮の事故を防止するため、事故防止の方法や応急処置等について普及・啓発を行っていきます。

〔児童虐待の未然防止・早期発見・早期対応のためのネットワークの整備〕

- 児童虐待は発生を防止することが重要であるため、市町村における母子健康手帳交付時に保健師等の専門職による面接や、乳児家庭全戸訪問事業*により、予期しない妊娠や育児不安、経済的な問題等を持つ家庭の早期発見に努め、養育支援訪問事業により継続した相談対応を実施します。
- 児童虐待の早期発見とその対応に不可欠なネットワークを実効力のあるものとするため、児童相談所、女性サポートセンター、学校、保健センター、福祉事務所、警察等と連携を深めます。また、市町村に対して、「要保護児童対策地域協議会*」の機能強化を促進し、情報の共有等を行いながら、発見・通告・具体的な支援ができるよう推進します。
- 市町村が実施する乳幼児健診や学校の集団検診等において、医師・歯科医師と関係機関が連携して虐待の早期発見に努めます。また、乳幼児健診の未受診者への対応については、保健師のみならず地域の人的資源を活用して訪問を進め、受診もれ、対応もれがないように関係機関の連携を図ります。

〔虐待を受けた子どもや虐待をした親への支援〕

- 虐待を予防する観点から、子どもとの関係に悩み苦しむ親がいつでも相談でき、

悩みを共感的に傾聴してもらえる常設の相談体制を確立します。また、児童虐待等により、心理的な治療を要する子どもへの専門的なケア体制の充実を図るとともに、家族関係支援のためのカウンセリングや指導プログラムを用意し、個別の支援を充実します。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状	目標
1歳6か月児健診未受診者の状況把握	83.2% (令和4年度)	
3歳児健診未受診者の状況把握	72.4% (令和4年度)	

2 高齢者保健医療福祉対策

(ア) 施策の現状・課題

本県の高齢化は急速に進んでおり、国立社会保障・人口問題研究所の推計（平成30年3月推計）によると、令和22年（2040年）には、県民の35%が65歳以上となり、75歳以上の高齢者が都市部を中心に大幅に増加することが見込まれています。また、生産年齢人口の減少が加速する一方で、高齢者人口がピークを迎え、85歳以上人口が急増し、医療と介護の双方のニーズを有する高齢者等の増加が見込まれています。

多くの人々が、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域や自宅で生活し続けることを望んでいます。このため、身近な地域において、多様な高齢者のニーズや地域の特性に応じて、医療・介護等の様々なサービスを切れ目なく提供していく必要があります。

また、一人ひとりが個性を發揮しながら質の高い生活を送るためには、健康づくりを通じた生活習慣病の発症・重症化予防や介護予防の取組が重要です。本県では、高齢化が進み、要介護（要支援）者の急増が見込まれることから、介護予防、自立支援及び重度化防止の重要性が特に増しています。

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）では、虐待対応の第一義的機関として市町村を位置付けています。高齢者虐待に適切な対応をとるために、市町村及び地域包括支援センター*職員の対応力の向上や市町村における関係機関とのネットワーク体制の整備・円滑な運用が必要です。また、高齢者虐待の防止や早期発見のためには、住民の意識啓発や地域における高齢者の見守り（支援）体制の構築が重要となります。

(イ) 施策の具体的展開

〔介護予防事業の充実強化〕

- 市町村が行う介護予防、自立支援及び重度化防止の取組を支援するため、先進的な取組を集積し、情報提供や研修会を行います。
また、介護予防市町村支援検討会議により予防事業の評価・推進を図ります。
- 地域で暮らす高齢者の自立した生活への支援を促進するため、地域包括支援センター職員に対し、総合相談支援・権利擁護・包括的継続的ケアマネジメント支援・介護予防ケアマネジメント業務に関する研修を行います。
- 高齢者の介護に関する知識及び技術の普及のための研修や情報提供等を行っていきます。

〔高齢者虐待防止対策の充実強化〕

- 市町村や地域包括支援センター職員及び介護サービス事業所職員等に広く虐待防止の理解を深めるとともに、虐待対応技術の向上を図るため研修会を開催します。また、

高齢者虐待防止ネットワークの未設置市町村に対して、早期設置を働きかけます。

- 困難事例に対し市町村が迅速かつ適切に対応できるよう、社会福祉士や弁護士等の専門職団体と連携し、専門性を活かした助言等を行います。
- 「家庭等における暴力対策ネットワーク会議」において、配偶者からの暴力の防止、児童・高齢者に対する暴力の防止及び被害者の速やかな保護を行うため、問題に対する関係機関・団体の認識の共有化と相互の連携強化を図っていきます。

〔地域における生活を支えるための包括的な支援体制の充実強化〕

- 市町村が定める日常生活圏域において、高齢者が要介護等の状態になっても必要に応じ、在宅医療、訪問介護・看護、介護サービスや、見守り・配食等の様々な生活支援サービスの提供等により、住み慣れた居宅、地域で暮らし続けることを目指す「地域包括ケアシステム*」の深化・推進を促進します。
- 地域の実情に応じた地域包括支援センターの機能強化を図るため、職員が専門性を生かしながら、住民の多様なニーズや相談に総合的に対応できるよう、地域包括支援センターの初任者、現任者に向けた研修を実施します。
- 地域包括ケアシステムの推進にあたり、支援を必要としている市町村に対し、専門的知識・知見を有するアドバイザーを派遣するほか、地域包括支援センター等が開催する地域ケア会議の運営を支援します。
- 制度の狭間や複合的な課題を抱えた方などを包括的に相談支援する「中核地域生活支援センター*」を運営するとともに、住民に身近な市町村において包括的な相談支援体制が整備されるように市町村等に対する助言等のバックアップを実施します。
- 在宅医療・介護連携に係る知識の習得や支援能力の向上のため、市町村職員への研修を行います。
- 医療と介護サービスをスムーズに提供するため、介護支援専門員*や医療機関等の関係者が介護サービスの利用者の身体・生活状況やかかりつけ医*などの情報を共有するための「千葉県地域生活連携シート*」の活用促進等のほか、市町村が地域の実情に応じて作成する情報連携ツールや連携方法の実態把握に努めるとともに、研修会やホームページ等を活用した好事例の情報提供を行い、医療と介護の一層の連携強化を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状 (令和4年度)	目標
地域包括支援センター職員等に 係る研修の実施 (新任者研修、 現任者研修)	285人/年	

3 障害者保健医療福祉対策

(ア) 施策の現状・課題

障害は、人の一生を通じて様々な時期に発生します。家族や本人が障害の状況を正しく認識し、適切な医療サポートを受けることが重要となります。出生期から幼少期に障害が発見される場合は、早期から医療にかかることとなりますし、障害によっては合併症があったり、疾病に罹患しやすい場合もあります。このように障害のある人の医療及び関連機関間の連携は、障害のある人にとって生命や生活の質に大きく関与するものです。

障害があっても、その人らしく地域で安心して暮らしていける社会づくりを進めるため、障害のある人やその生活を視点の中心に置いた、健康づくり・医療・福祉施策の総合的な連携体制と生活基盤の一層の充実に取り組んでいく必要があります。

障害のある人の専門的な相談支援を行う機関として、障害者相談センター、精神保健福祉センター（千葉県こころセンター）*、保健所（健康福祉センター）、発達障害*者支援センター等を、また制度の狭間にある人や複合的な課題を抱えた人などの相談支援等を行う中核地域生活支援センター*等を地域に設置し、各種の相談・支援を行っているところです。

障害のある人の医療的ケアについては、福祉職であるスタッフが医療的相談に応えることに困難が生じており、日常的に身近な地域で医療的ケアを支える体制づくりも含め、これらへの対応が必要です。

地域における障害のある人の医療的ケアの担い手として訪問看護の役割は重要であり、より身近な地域で必要な支援が受けられるよう、医療的ケア児*等に対応できる訪問看護ステーション*の増加や訪問看護師のスキルアップが必要です。また、医療的ケア児が、その心身の状況に応じた保健、医療、福祉、教育等の各関連分野の支援が受けられるよう、関係機関が連携を図ることが必要です。

医療的ケアを必要とする障害のある人のショートステイ*（短期入所）や障害児通所支援事業所等については、実質的にその事業主体が医療行為を行うことができる一部の施設等に限定されています。

また、在宅の重症心身障害のある子ども等の家族には、24時間の介護を行うことが必要となり、仕事から日常生活に至るまで厳しい負担が生じている状況があります。こうした障害のある子ども等や家族を支援する様々なサービスの充実を図ることが必要です。

医療的ケアの必要な障害のある人の生活や、精神障害のある人が精神疾患の治療のための通院を行いながら生活を維持していくうえで、日常的な生活支援や経済的負担の軽減等が強く求められています。

障害のある人に対する医療の提供に関しては、障害のある人が安心して医療を受けることができるよう、医療関係者の障害のある人への十分な理解や障害に対する知識等の普及を促進していく必要があります。

発達障害については、早期発見・早期支援が重要になりますが、県内に診断・治療

できる専門病院が少ない状況です。

(イ) 施策の具体的展開

〔地域における相談・支援体制の充実強化〕

- 障害のある人の相談支援体制の充実を図るため、地域における中核的な役割を担う基幹相談支援センターの設置を支援するとともに、相談支援従事者の安定的な確保と質の向上を図るため、各種研修を実施します。
- 障害のある人の最も身近な相談窓口となる市町村が実施する相談研修会、自立支援協議会等に対して相談支援アドバイザーを派遣し、地域における相談支援体制の構築に向けた支援を行います。
- 発達障害のある人に対する相談支援に係る研修を実施し、地域における相談支援体制の整備を進めるとともに、千葉県発達障害者支援センター（CAS）と地域相談支援機関との役割分担を明確にすることにより連携体制を強化します。
- 千葉県精神保健福祉センター（千葉県こころセンター）や保健所（健康福祉センター）における精神障害のある人の専門的な相談の充実を図るとともに、地域における精神障害のある人に対する相談機能の充実を図ります。
- 対象者や分野を越えた福祉の総合相談支援機関である中核地域生活支援センターを県内13箇所に設置し、制度の狭間にある人、複合的な課題を抱えた人、制度や社会の変化から生じる新たな課題により生活不安を抱えた人及び広域的な調整が必要な人等、地域で生きづらさを抱えた人を分野横断的に幅広く受け止めるアウトリーチ型、寄り添い型の相談支援を行います。

〔障害のある人の受診支援の取組推進〕

- コミュニケーションを取ることが苦手な知的障害のある人、自閉症*のある人及び精神障害のある人個々の障害の程度、既往症、投薬、コミュニケーションの取り方等を記載した「受診サポート手帳」の普及を図り、障害を持つ一人ひとりの特性を理解し、円滑に受診できる体制づくりをサポートします。
- 障害のある人が地域の医療機関において障害特性等への理解に基づき適切な医療が受けられるよう、健康診断等における対応が難しい事例や、その解決方法等について、医療機関向けの実践セミナー等を開催し、適切な対応方法の普及を図ります。
- 聴覚障害や視覚障害のある人など医療機関等の受診に際し、コミュニケーション面で人的な支援が必要な障害については、手話派遣等のコミュニケーション支援を行なう市町村事業と連携協力しながら、必要な支援が確保されるよう努めます。
- 発達障害の診断や治療ができる専門病院や専門医師の確保に努めます。

〔訪問看護事業所、居宅介護（ホームヘルプ）事業所、医療機関、福祉施設・事業所等との連携の推進〕

- 地域の訪問看護事業所と居宅介護（ホームヘルプ）事業所*、医療機関、福祉施設・事業所等及び県・市町村等の相談窓口との連携を図り、医療的ケアが必要な障害の

ある人が安心して在宅で暮らしていくことができるよう支援の方策を検討します。

〔在宅の重症心身障害のある人への支援の推進〕

- 主たる対象を重症心身障害とする障害児通所支援事業所*が各市町村または圏域で1カ所以上確保されるよう、市町村に働きかけるとともに、医療的配慮を必要とする重症心身障害のある人の短期入所支援事業を推進します。また、これらの量的・質的な事業の拡充が求められていることから、主たる対象を重症心身障害とする障害児通所支援事業や医療型短期入所サービス報酬の引き上げ等について、国に働きかけます。

〔在宅の医療的ケア等を要する障害のある子ども等への支援の推進〕

- 地域の障害児(者)施設・事業所の機能を活用し、在宅の障害のある子ども等に早期診断、適切な治療や訓練、相談支援を実施する障害児等療育支援事業*を推進するとともに、在宅で医療や福祉のサービスを受けられるよう、訪問看護師の育成研修を行うほか、市町村における保健、医療、福祉、教育等の関連分野の支援を調整するコーディネーターを育成し、配置を働きかけます。

〔医療法人の空きベッドを活用したショートステイ事業の推進〕

- 市町村や医師会等の関係機関を通じて制度の周知を図るとともに事業実施を働きかけ、地域の医療機関でのショートステイ事業を推進します。また、国所管の医療法人が運営する医療機関における同様の取り組みについても、国に働きかけます。

〔医療費負担の軽減〕

- 障害のある人については、所得状況等が厳しい状況が多い中、障害に伴う多額の医療費負担が課題となっていることから、身体障害のある人に対する更生医療*費の給付、精神障害のある人に対する通院医療費の給付、身体障害のある子どもに対する育成医療*費の給付、未熟児に対する養育医療*費の給付等を行い、患者の医療費負担の軽減及び治療の促進を図ります。
- 重度心身障害者(児)の医療費自己負担分を公費負担する「重度心身障害者(児)医療給付改善事業*」について、事業主体である市町村との連携のもと制度の安定的運営の確保に努めます。

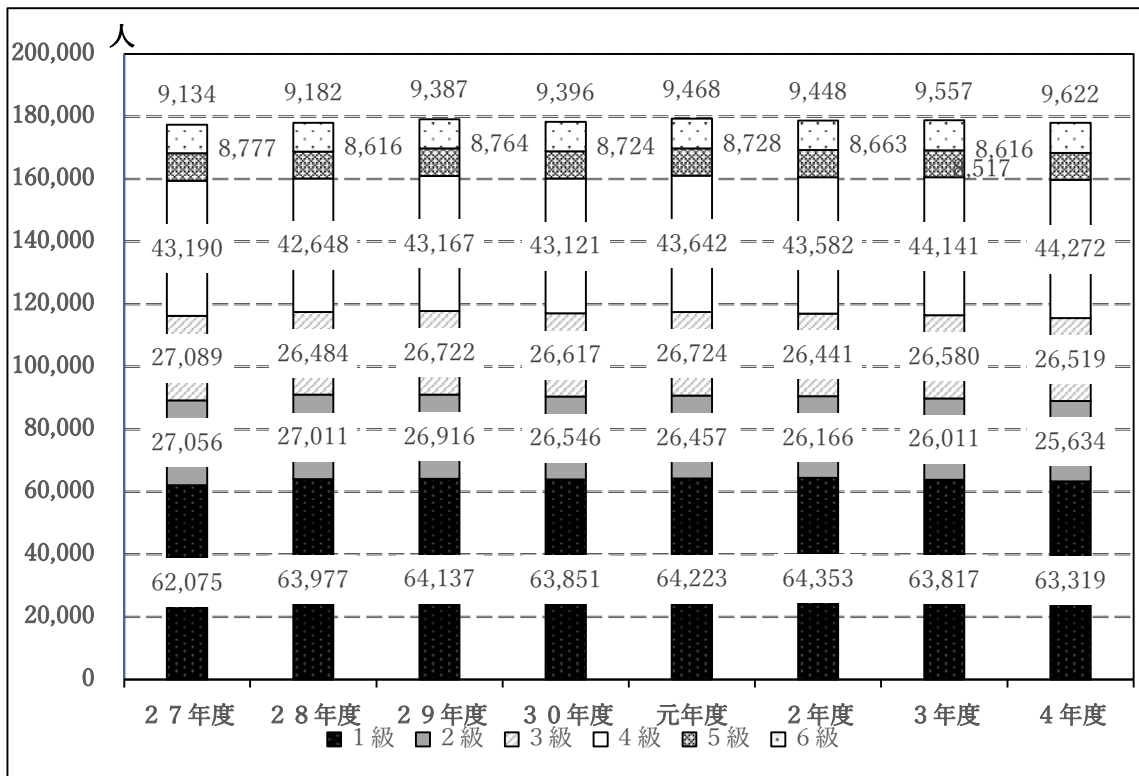
〔保健・医療・福祉における障害のある人への理解の促進と差別の解消・虐待の防止〕

- 「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」に基づき、個別の差別事案の解決を図るとともに、差別の背景にある社会慣行などの問題について協議する「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり推進会議」などを通じて、障害のある人への理解を広げる取組や、障害のある人に優しい取組の応援を推進します。

また、障害者虐待防止法に基づき、障害のある人への虐待の防止や早期発見・早期対応に向け、関係機関・団体との連携強化、関係者への研修の実施、県民への

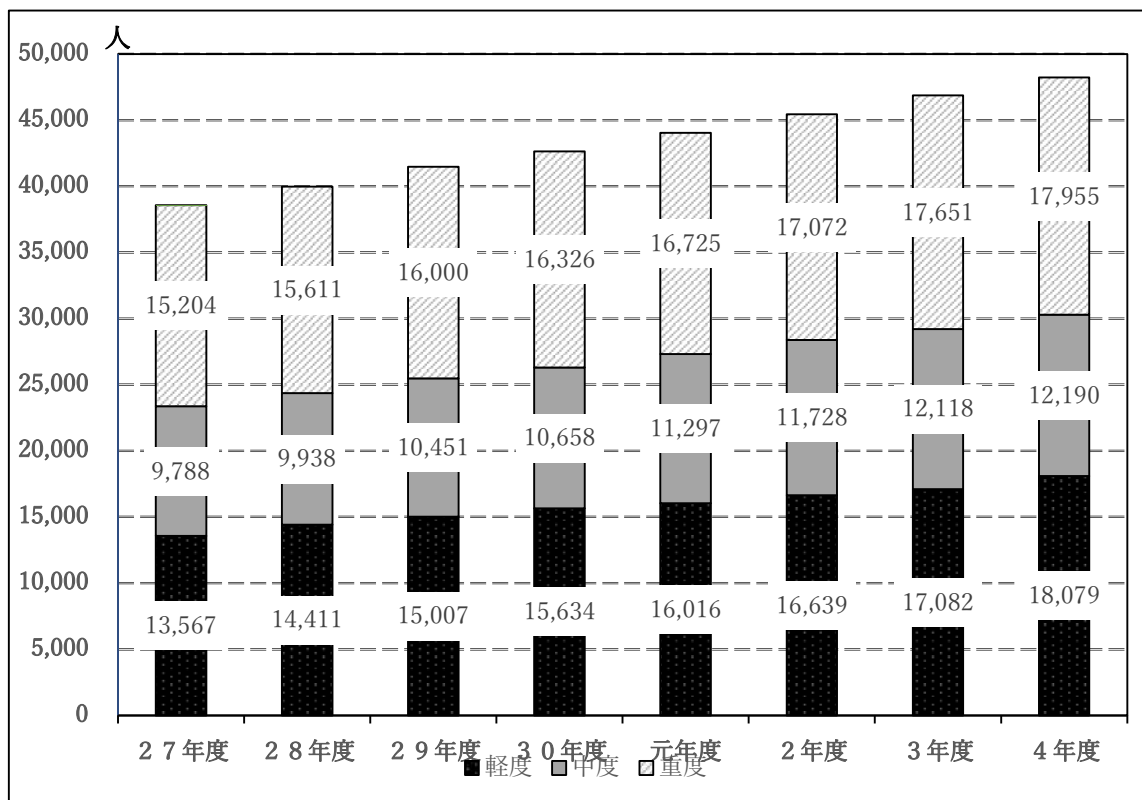
普及啓発等に努めます。

図表 2-3-1-3-1 身体障害者手帳所持者数の推移



資料：千葉県障害者福祉推進課調べ

図表 2-3-1-3-2 療育手帳*所持者数の推移



資料：千葉県障害者福祉推進課調べ