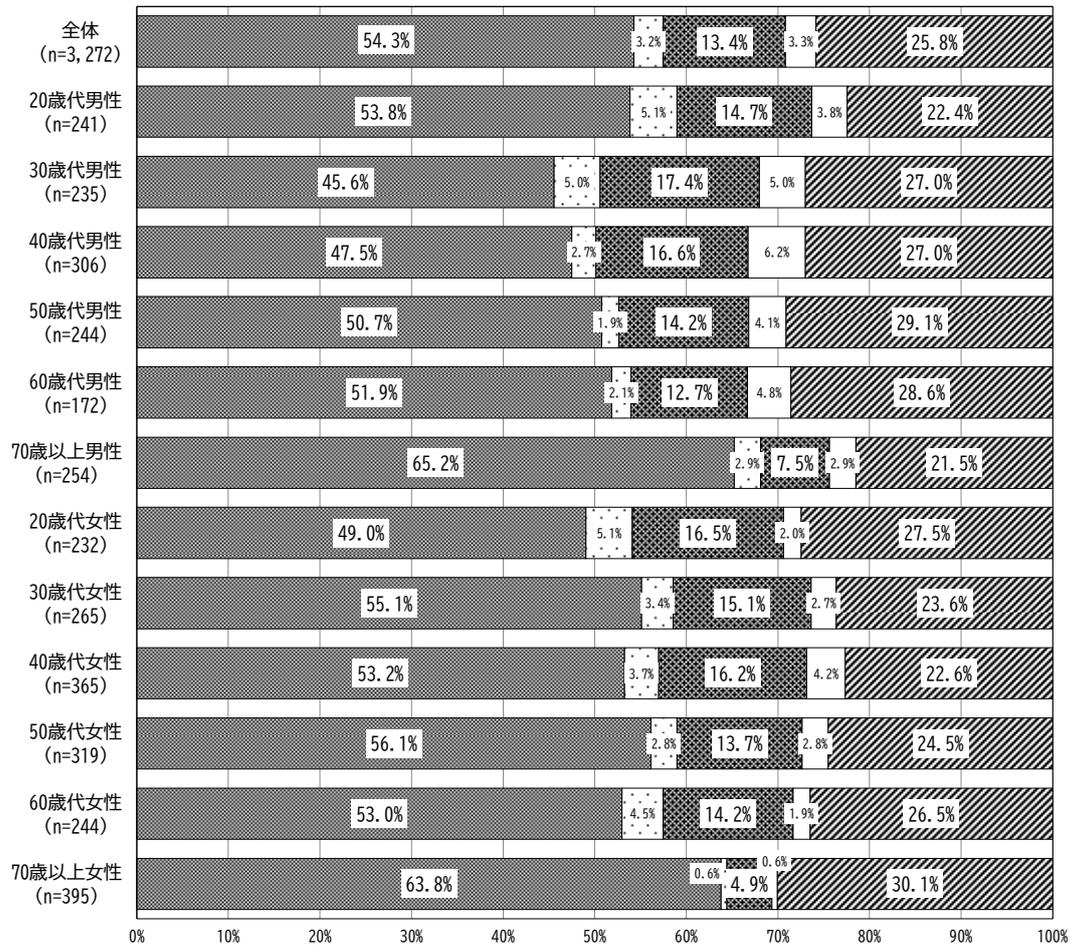


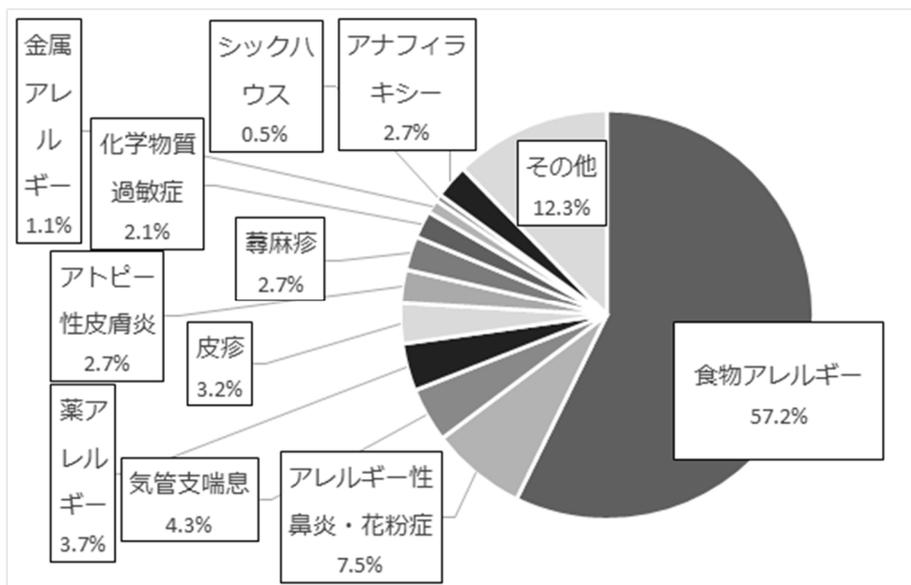
図表 5-6-7-2 アレルギー疾患への対応状況



- 医療機関で受診した
- 薬局等で薬剤師に相談して、医薬品を購入した
- 薬局等で薬剤師に相談せずに、医薬品を購入した
- インターネットで医薬品を購入した
- 医療機関で受診したり、医薬品を用いたりしていない

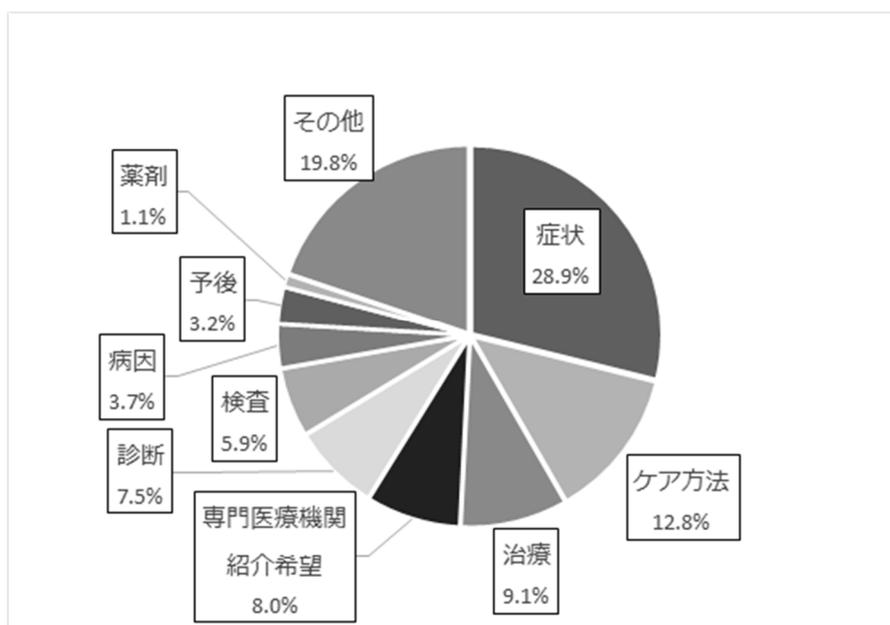
資料：医療に関する県民意識調査（令和5年度 千葉県）

図表 5-6-7-3 千葉県アレルギー相談センターに寄せられる相談疾患



資料：令和4年度千葉県アレルギー相談センター実績

図表 5-6-7-4 千葉県アレルギー相談センターに寄せられる相談内容



資料：令和4年度千葉県アレルギー相談センター実績

8 臓器移植対策

(ア) 施策の現状・課題

臓器移植とは、臓器の機能が低下し、移植でしか治らない人に、臓器を移植し、健康を回復しようとする医療で、臓器提供者はもとより、広く社会の理解と支援があってはじめて成り立つ医療です。

平成21年7月に臓器の移植に関する法律が一部改正され、生前に書面で臓器を提供する意思を表示している場合に加え、ご本人の臓器提供の意思が不明な場合も、ご家族の承諾があれば臓器提供できるようになりました。これにより、15歳未満の方からの脳死後の臓器提供も可能になりました。

公益社団法人日本臓器移植ネットワークの調査によると、令和4年の全国の臓器提供件数は108件、移植件数は455件となっています。このうち、腎臓の提供件数は102件、移植件数198件、県内の提供件数は2件、移植件数は2件でした。

また、同法人によると令和4年12月末現在の全国の腎臓移植希望登録者数は、14,080人、県内では631人となっており、臓器提供数が移植を必要とする方の数より大幅に少ない状況です。

令和5年度に県が行った「医療に関する県民意識調査」によると、「(運転免許証や健康保険証、マイナンバーカード等の意思表示欄への記入による)臓器を提供する・しないに関する意思表示をしている」と回答した方は23.1%でした。

県では、臓器移植時における本人の意思確認や家族への説明等の連絡調整業務や、普及啓発活動等を行う千葉県臓器移植コーディネーターを設置しています。

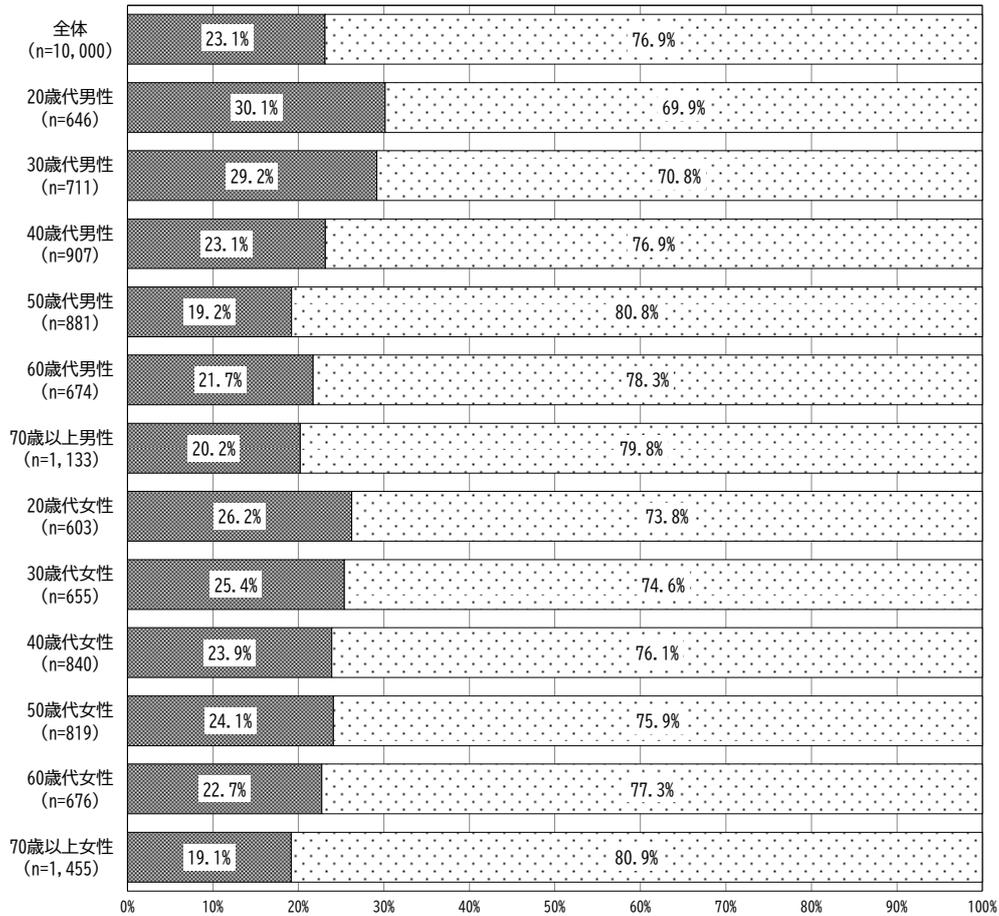
また、千葉県臓器移植コーディネーターや公益財団法人千葉ヘルス財団と連携し、普及啓発活動を行っています。

(イ) 施策の具体的展開

〔臓器移植に関する普及啓発〕

- 臓器移植についての理解が深まるとともに、運転免許証や健康保険証、マイナンバーカード等の意思表示欄への記入、インターネットによる臓器提供の意思登録により、本人の意思が尊重されるよう、公開講座や県ホームページ等での普及啓発に一層取り組んでまいります。

図表 2-1-4-8-1 自身の臓器提供に対する意思表示の有無



■ 臓器を提供する・しないに関する意思表示をしている
 □ 臓器を提供する・しないに関する意思表示はしていない

資料：医療に関する県民意識調査

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〕

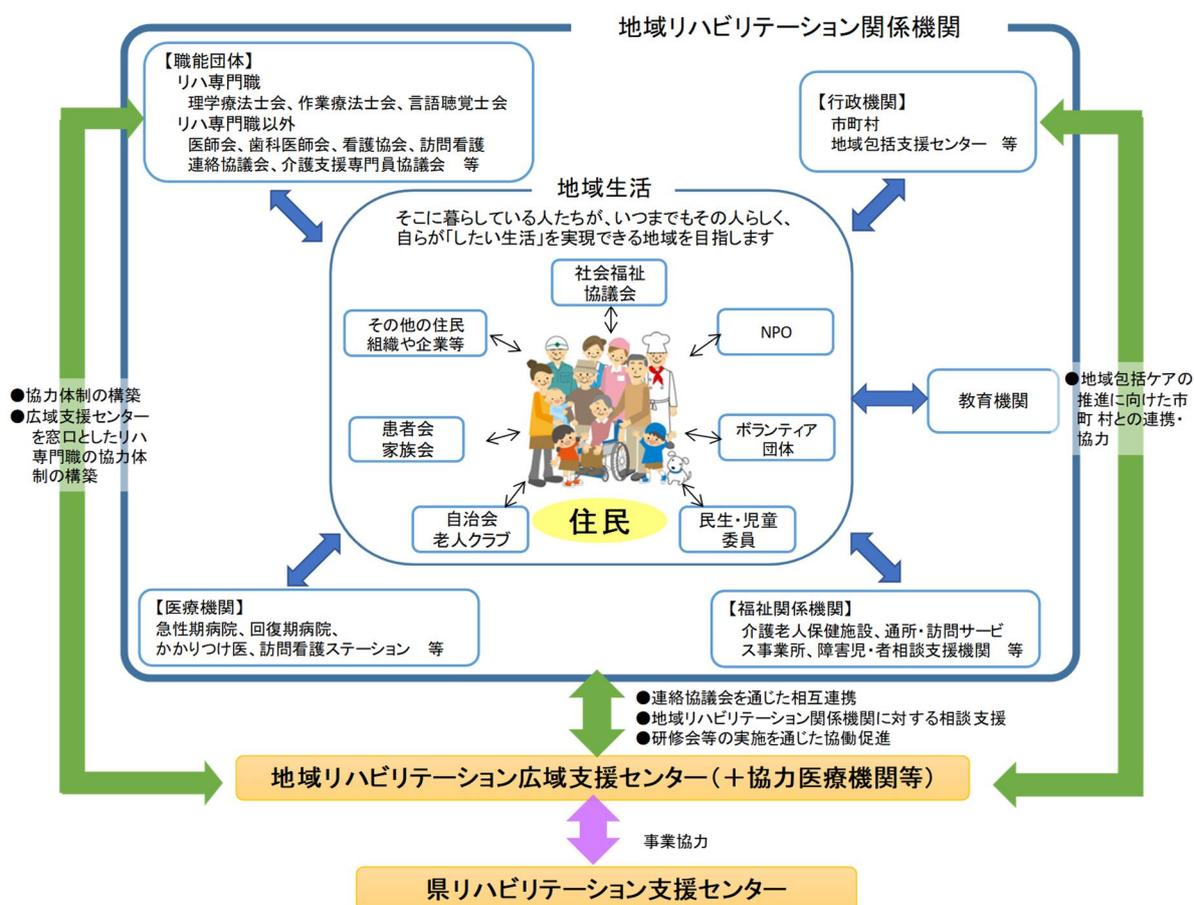
- 高次脳機能障害の当事者への専門的相談支援及び医療と福祉の一体的な支援を普及・定着させるため、高次脳機能障害の診断及びその特性に応じた支援サービスの提供を行う協力医療機関（医療機関、リハビリ機関等）及び専門支援機関（就労支援機関、教育機関等）を確保・明確化し、地域の関係機関が相互に連携・調整を図り、当事者やその家族等の支援に資する情報提供を行う地域支援ネットワークを構築することを目指します。ネットワークにおいては、精神科領域との連携強化を図るべく、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと連携し、高次脳機能障害の支援体制の充実を図ります。

(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。

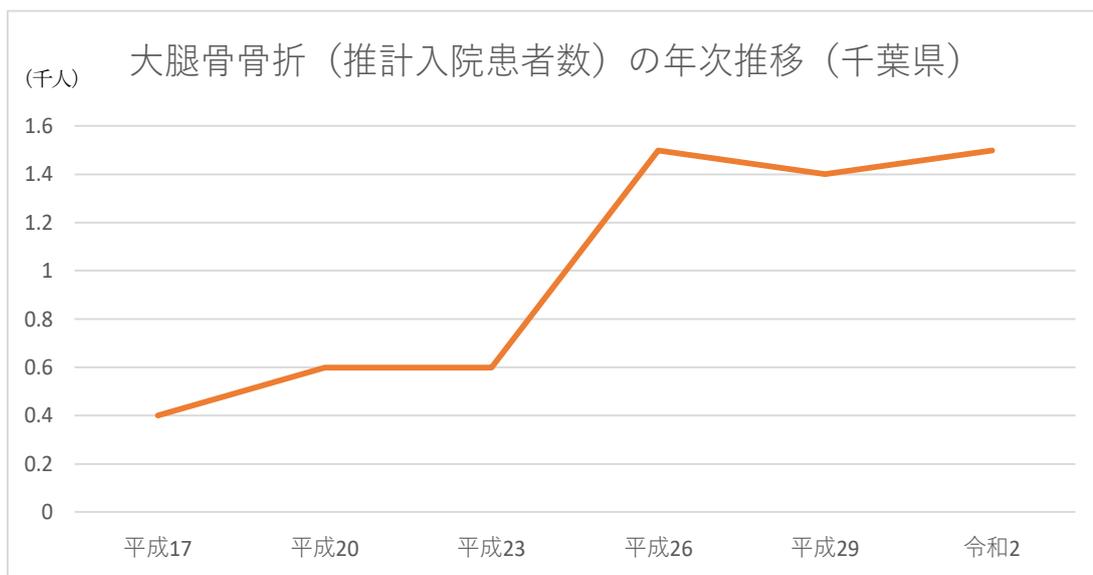
介護保険制度により要支援の認定を受けている方について、介護が必要となった主な原因は、多い順に「関節疾患」「高齢による衰弱」「骨折・転倒」となっています。

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)	

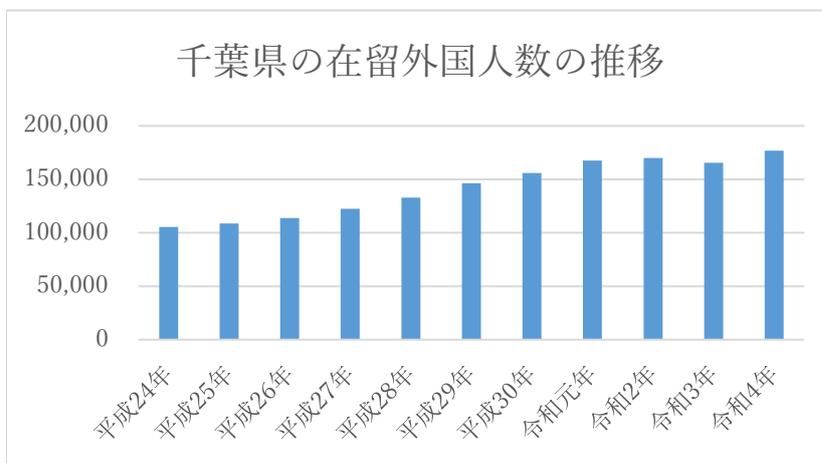
1 2 外国人患者への医療

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。

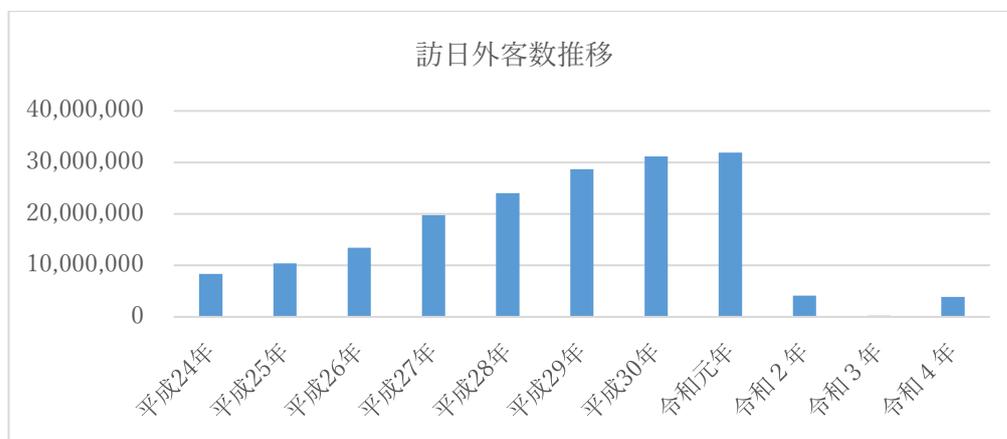
千葉県の在留外国人数は、平成29年12月末で146,318人(2.3%)であったのに対し、令和4年6月末で176,790人(2.8%)と増加傾向にあります。



(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。

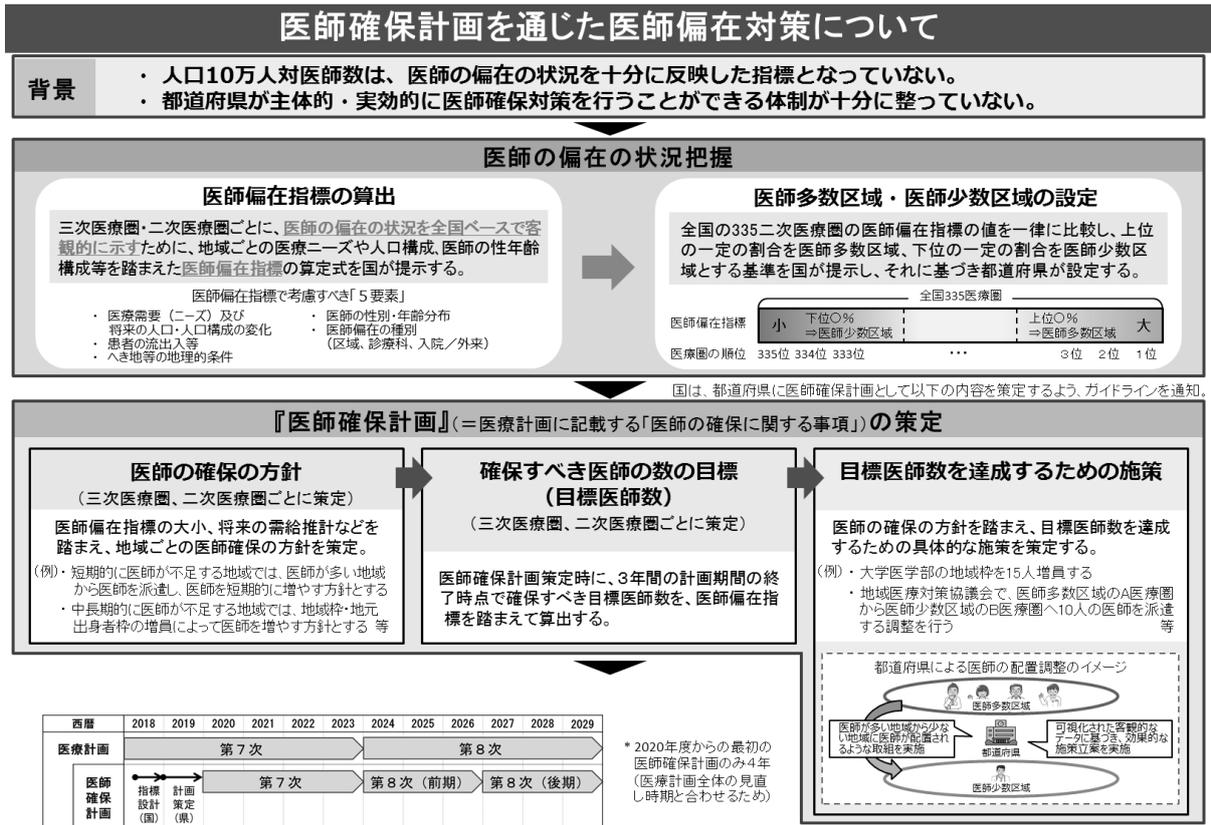
ガイドラインでは、医師の確保に関する事項を定めるに当たっては、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」といいます。）を国が算出し、これに基づいて医師少数都道府県（区域）・医師多数都道府県（区域）を設定し、医師の確保の方針、確保すべき医師の数の目標及び医師の確保に関する施策を定めることとしています。

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。

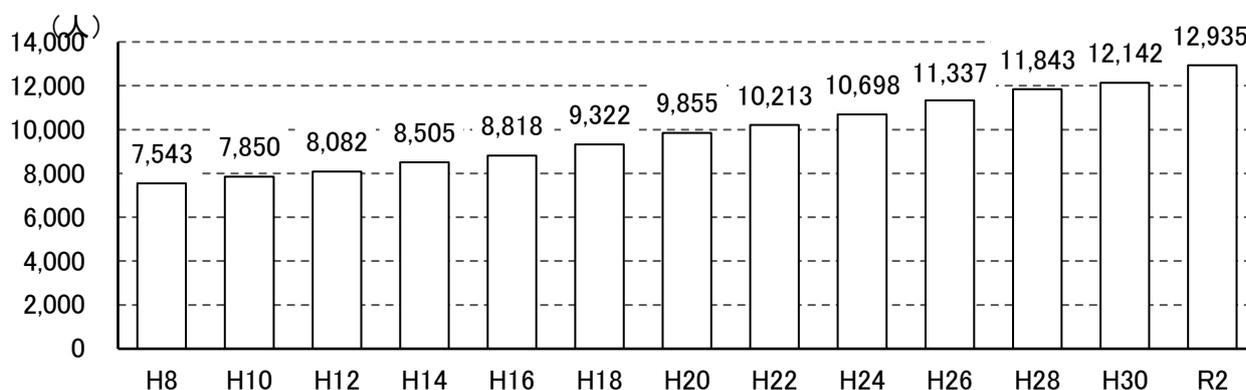
令和2年度からを計画期間とする前計画において、令和5年度末に確保しておくべき医師の総数は13,146人であり、この目標は達成しています。

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。

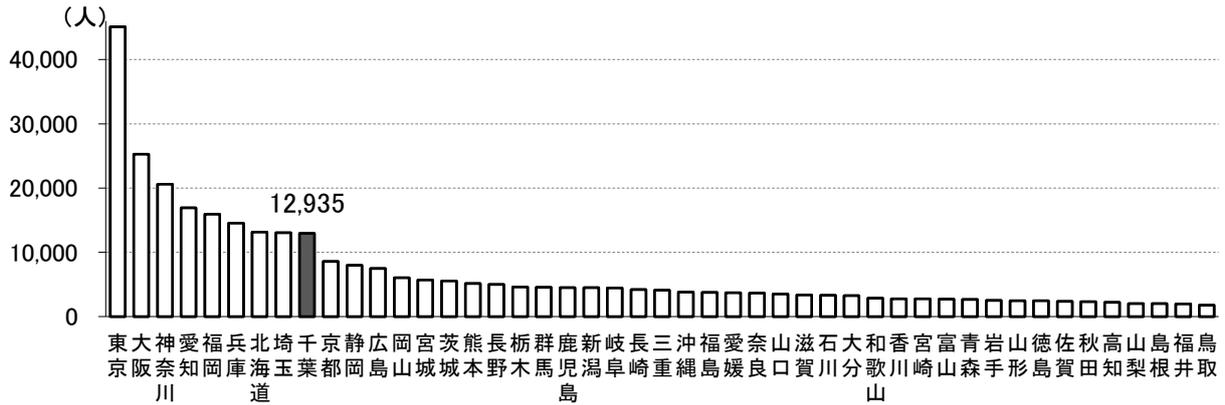
平成21年度に開始した医師修学資金貸付制度を利用した方が、順次、医学部を卒業して臨床研修を終え、医師の少ない地域でも勤務していますが、医師の価値観の多様化や専門医志向の高まり等の要因も踏まえ、産科や小児科など特に医師の少ない診療科の医師を確保する取組や、地域医療への従事と医師としてのキャリア形成の両立を可能とするような取組を進める必要があります。

図表 5-7-2-1-1 医療施設従事医師数の推移（千葉県）

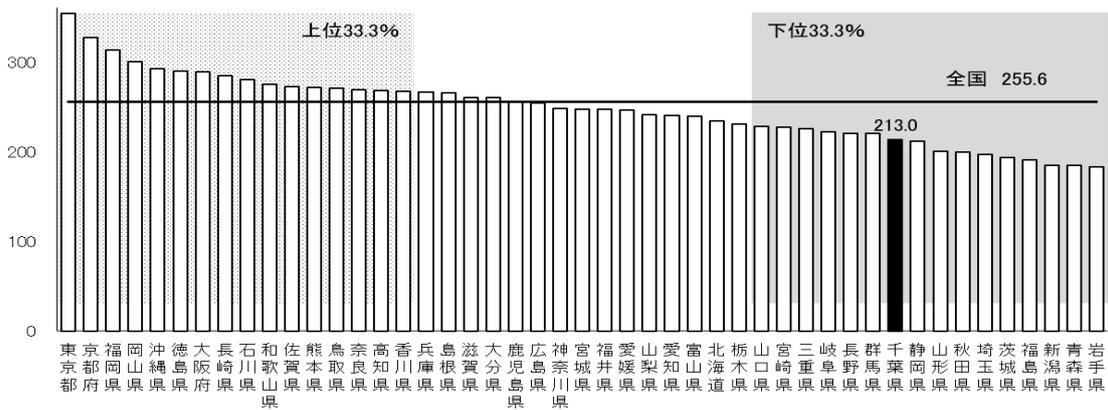


資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

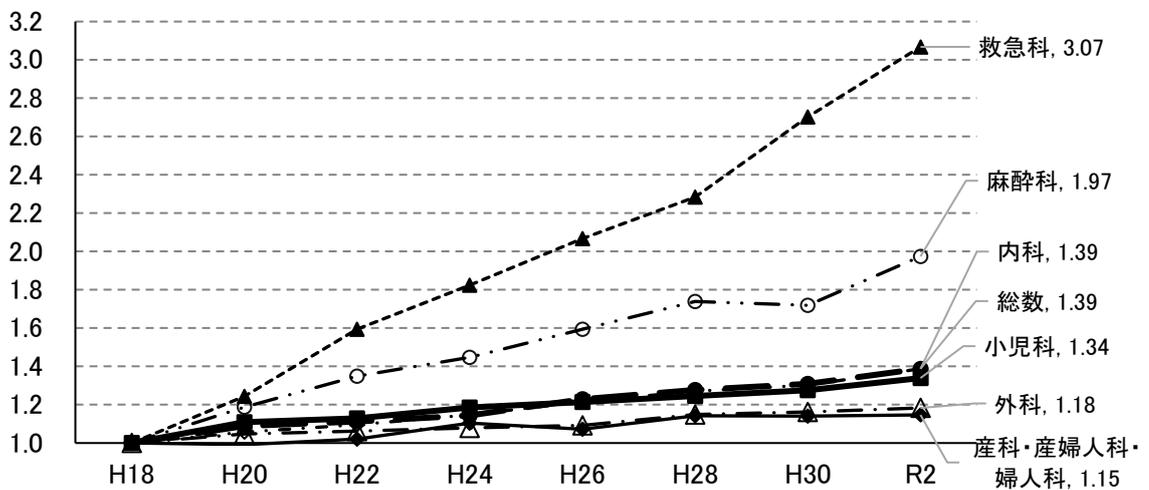
図表 5-7-2-1-2 都道府県別医療施設従事医師数（令和2年）



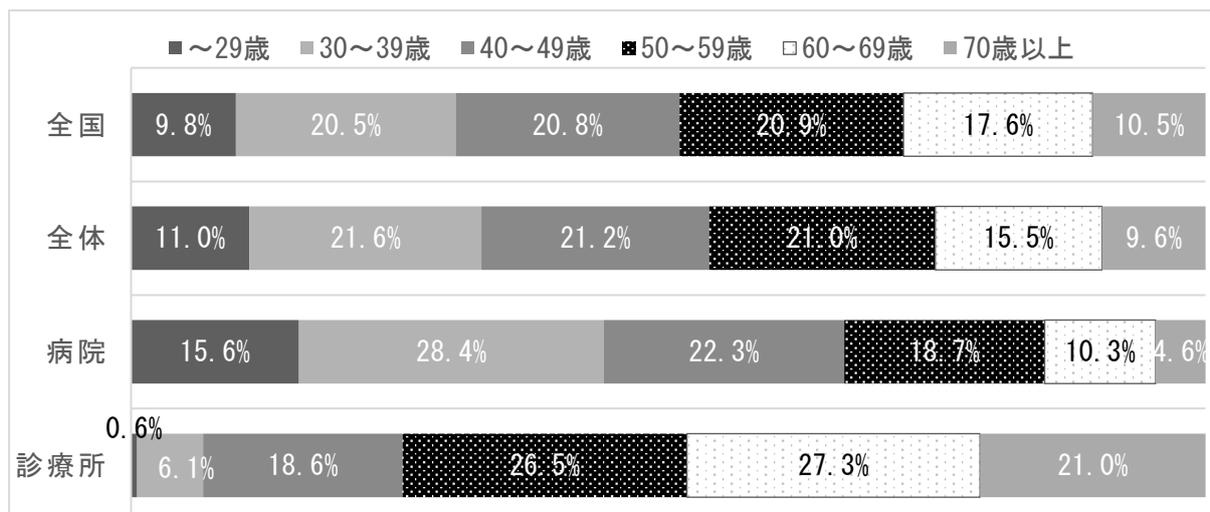
図表 5-7-2-1-3 都道府県別医師偏在指標（医師全体）



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）



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

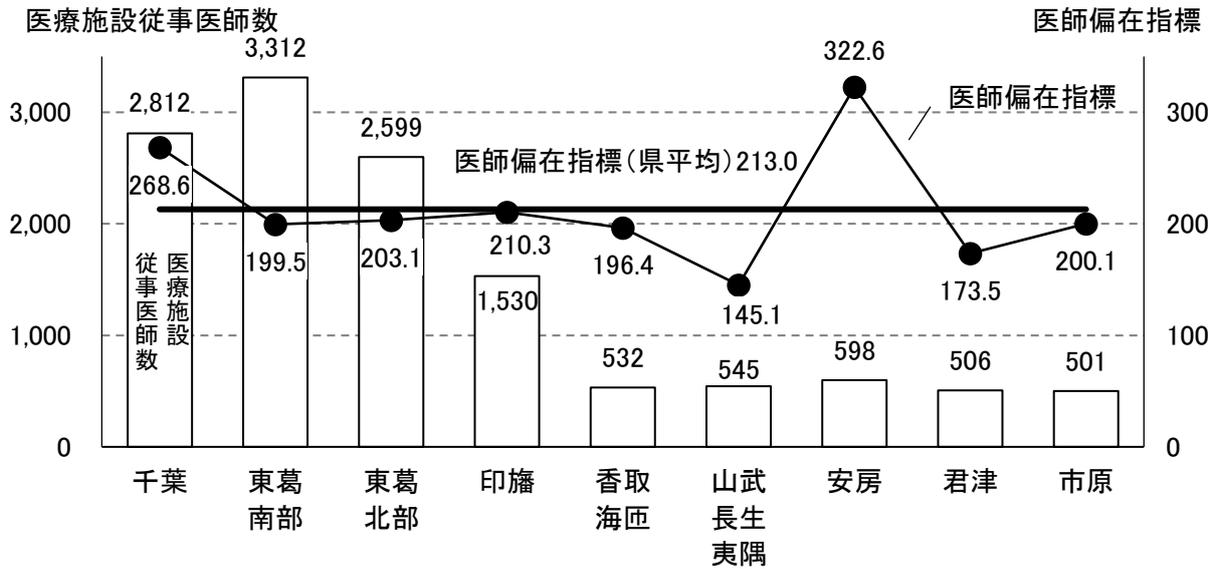
令和2年末現在、二次保健医療圏ごとの医療施設従事医師数は、最多の東葛南部保健医療圏で3,312人、最少の市原保健医療圏で501人となっています。医師全体の医師偏在指標では、最大は安房保健医療圏の322.6（全国335医療圏中、多い順に第31位）、最少は山武長生夷隅保健医療圏の145.1（同第302位）であり、約2.2倍の差があります。

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。

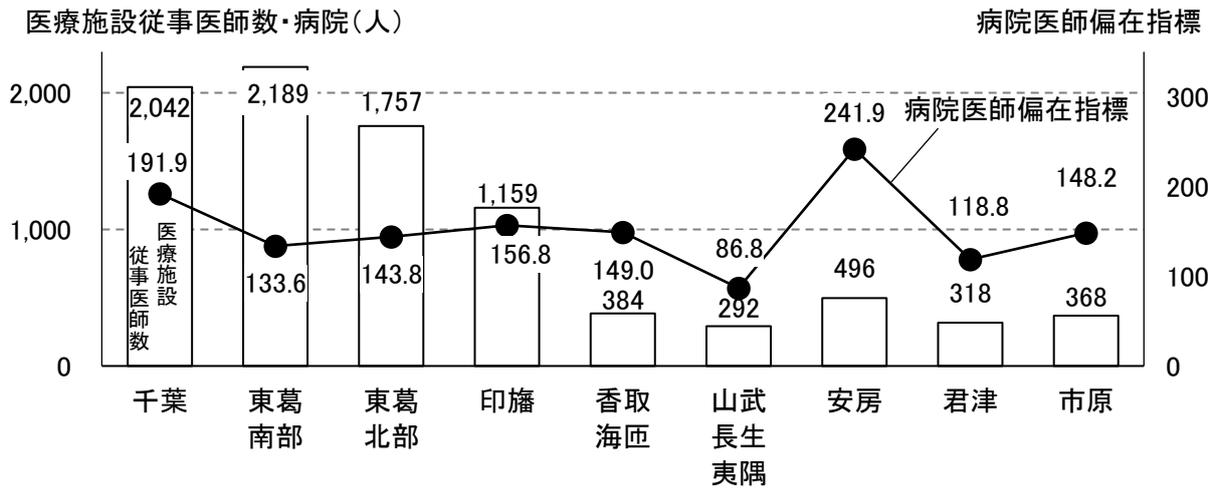
なお、二次医療圏毎の診療科別の医師数は表のとおりです。診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて対応が必要です。

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

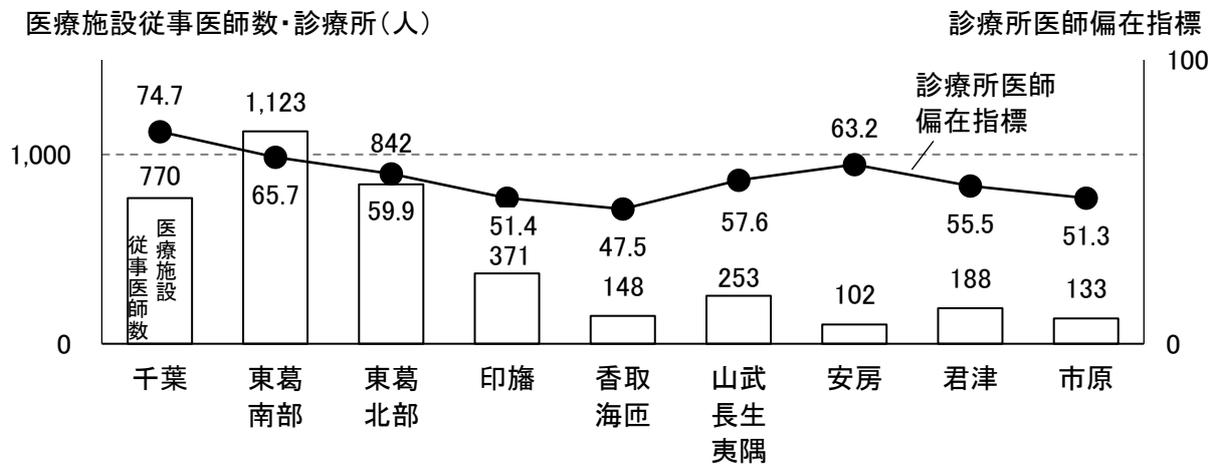
● 全体



● 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 人口	千葉 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
	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）

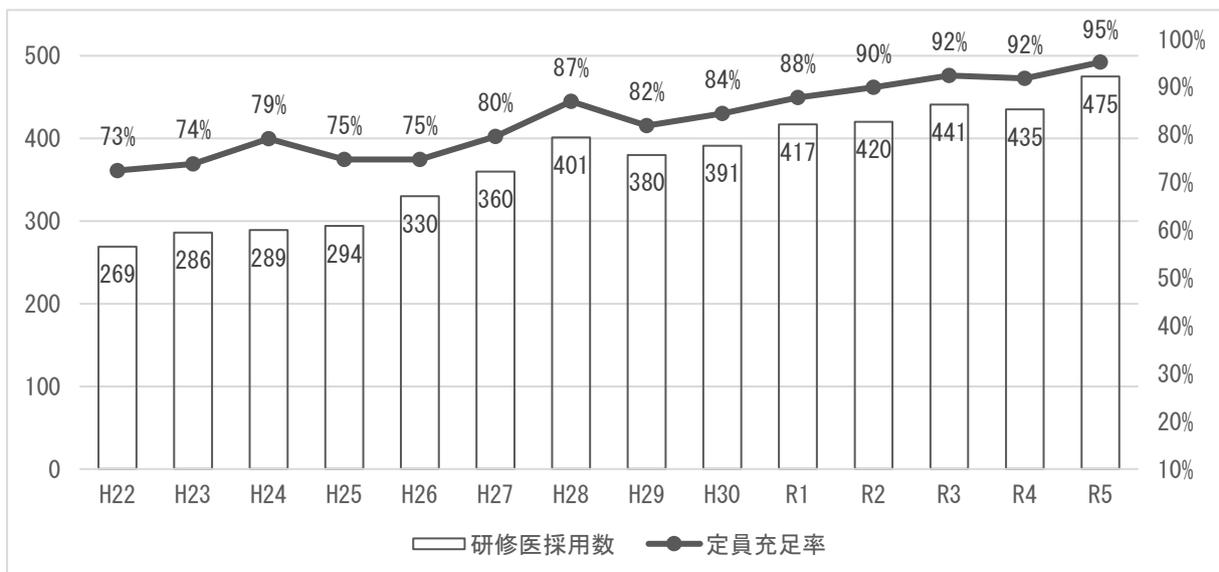
（施設、人）

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。

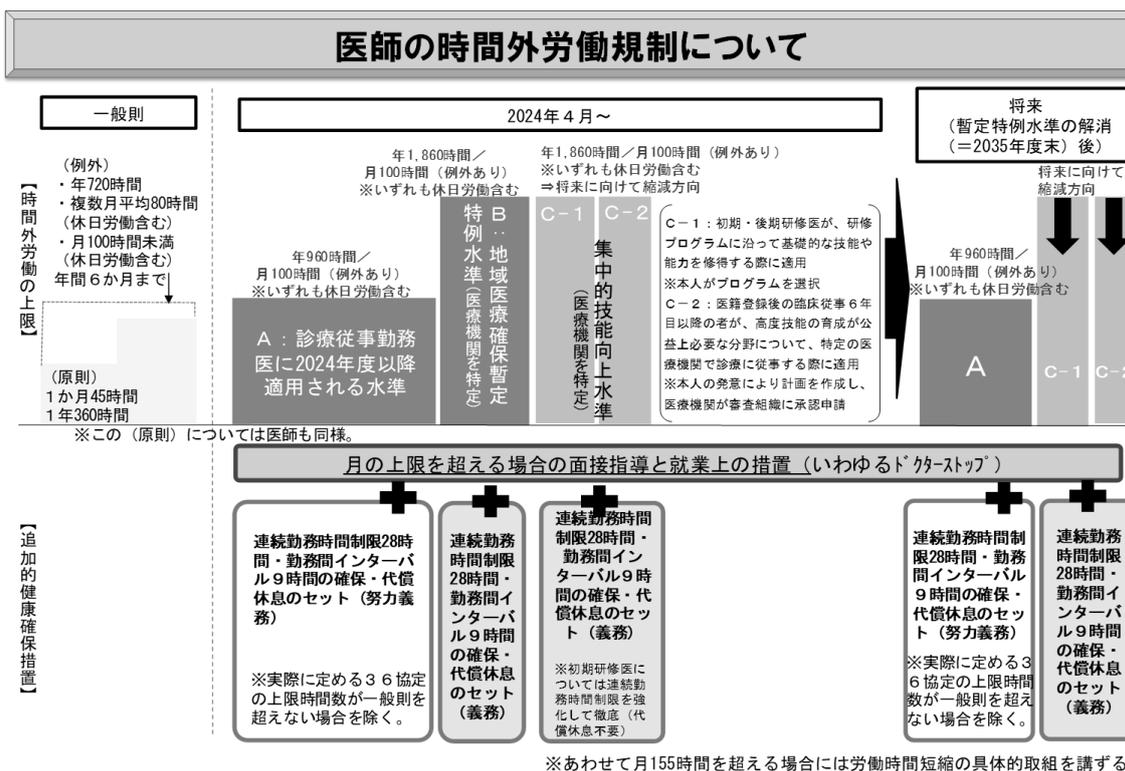
こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・県民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要です。

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。

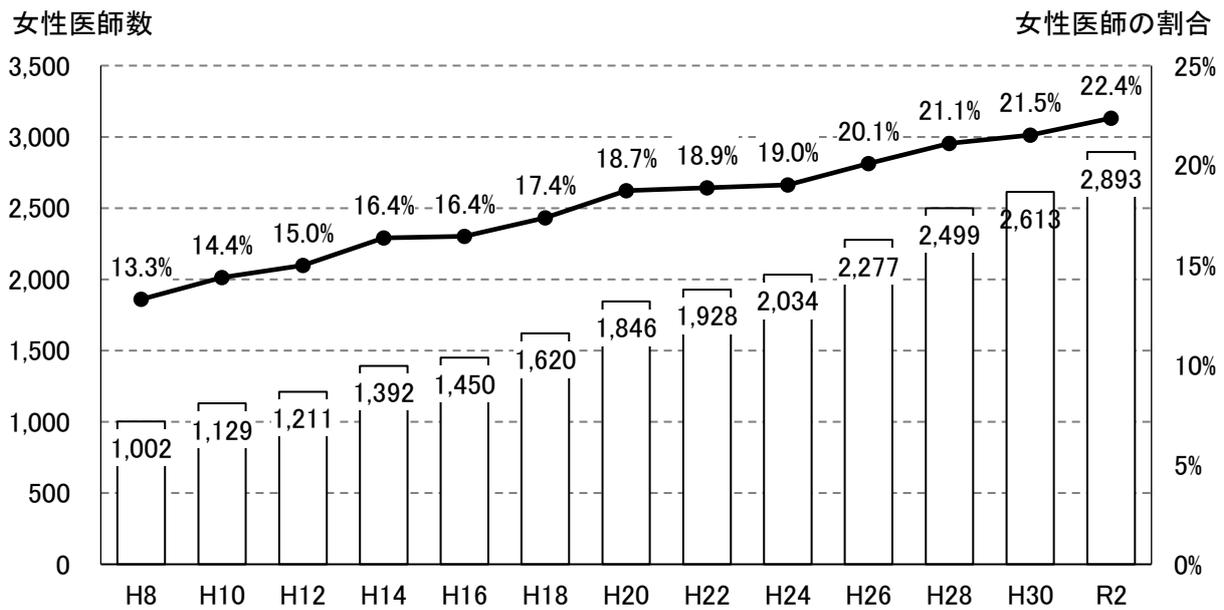
図表 5-7-2-1-12 医師の時間外労働規制の概要



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

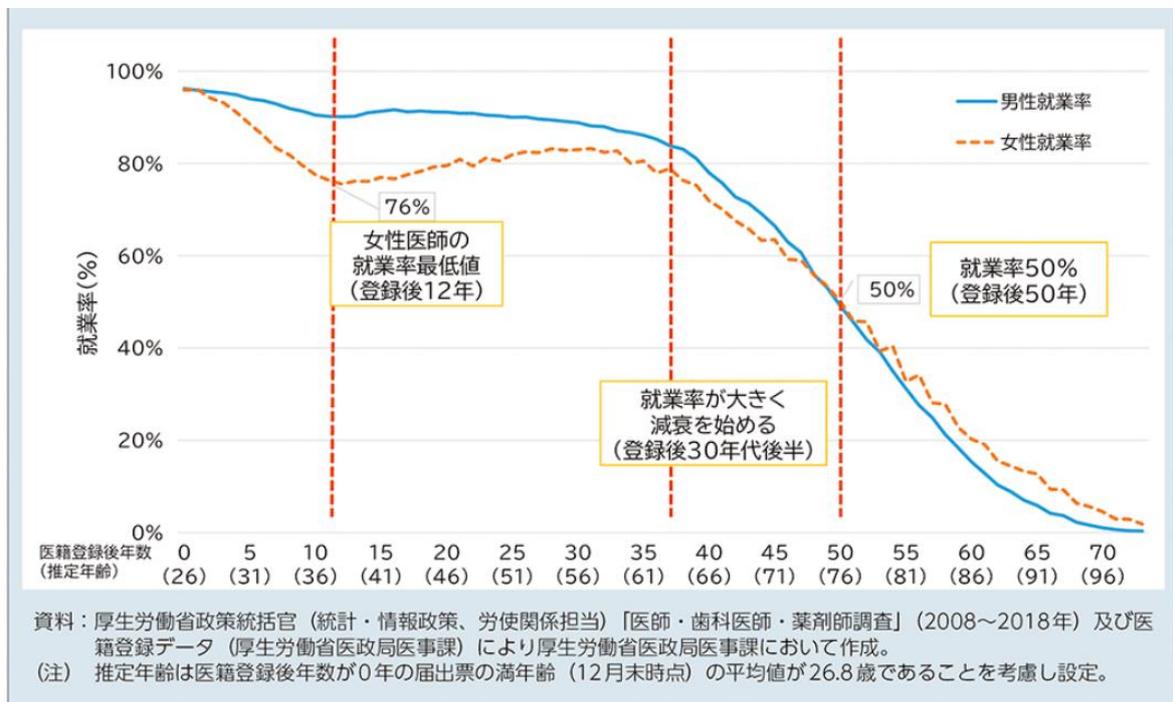
後日作成

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）



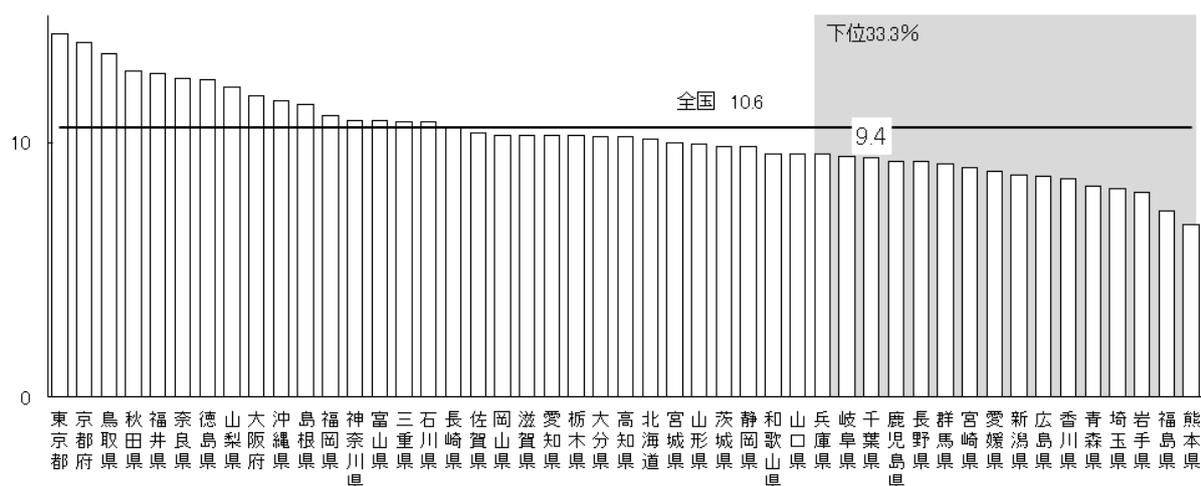
資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 5-7-2-1-15 医籍登録後年数別の就業率



資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「医師・歯科医師・薬剤師調査」（2008～2018年）及び医籍登録データ（厚生労働省医政局医事課）により厚生労働省医政局医事課において作成。
 (注) 推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢（12月末時点）の平均値が26.8歳であることを考慮し設定。

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

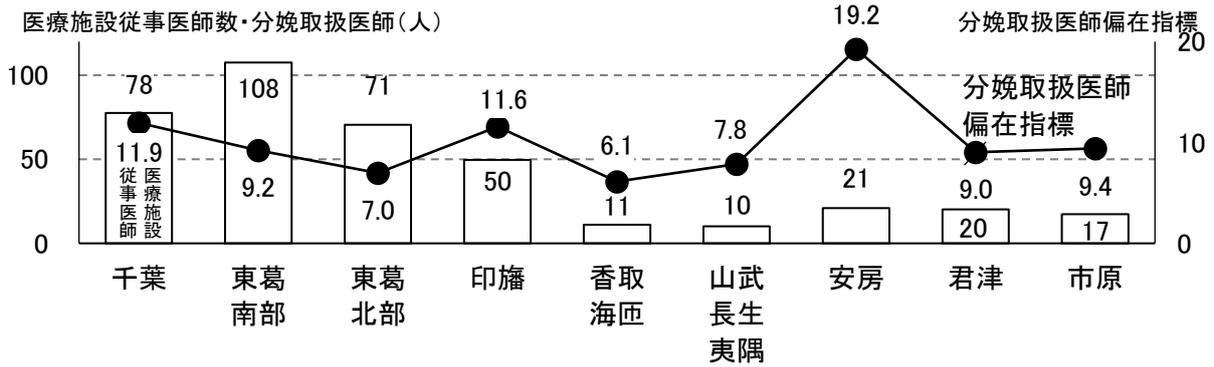
(イ) 二次保健医療圏ごとの状況

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）



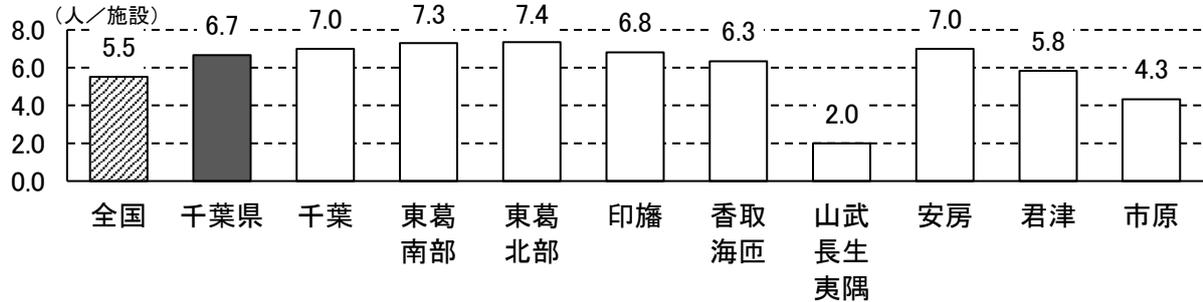
※ 医療施設従事医師数は、「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）による令和2年末時点の医療施設従事医師数。「分娩取扱医師」は、産婦人科・産科・婦人科のいずれかを主たる診療科とし、過去2年以内に分娩を取り扱った医師数。

※※ 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。

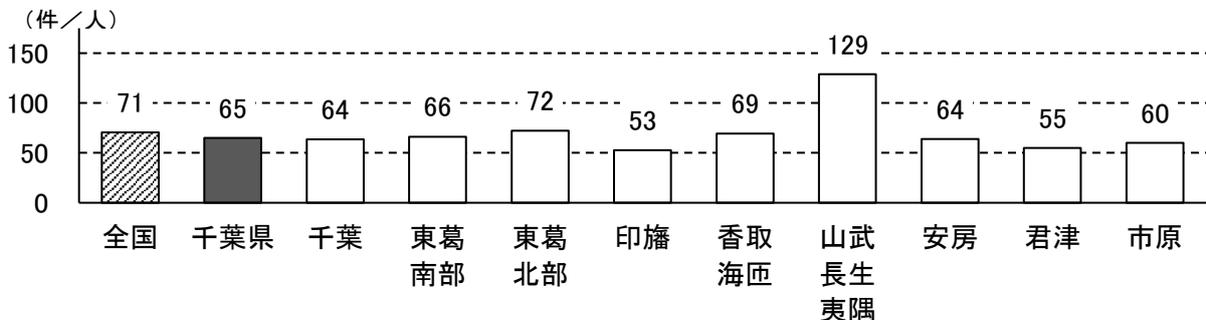
資料：厚生労働省提供資料

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）



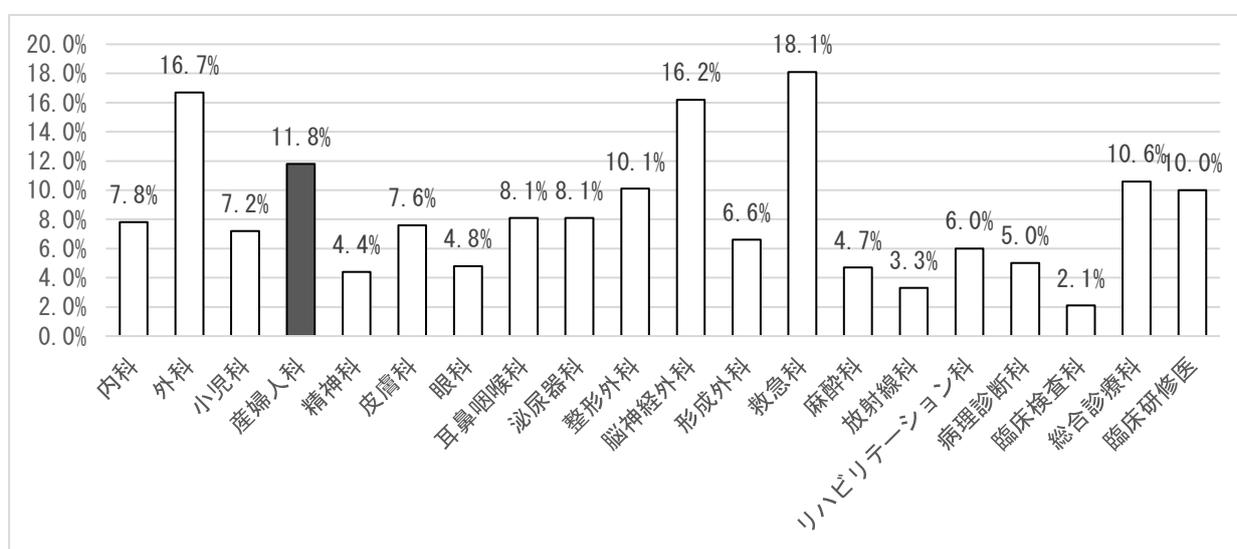
資料：日本産婦人科医会調査

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）

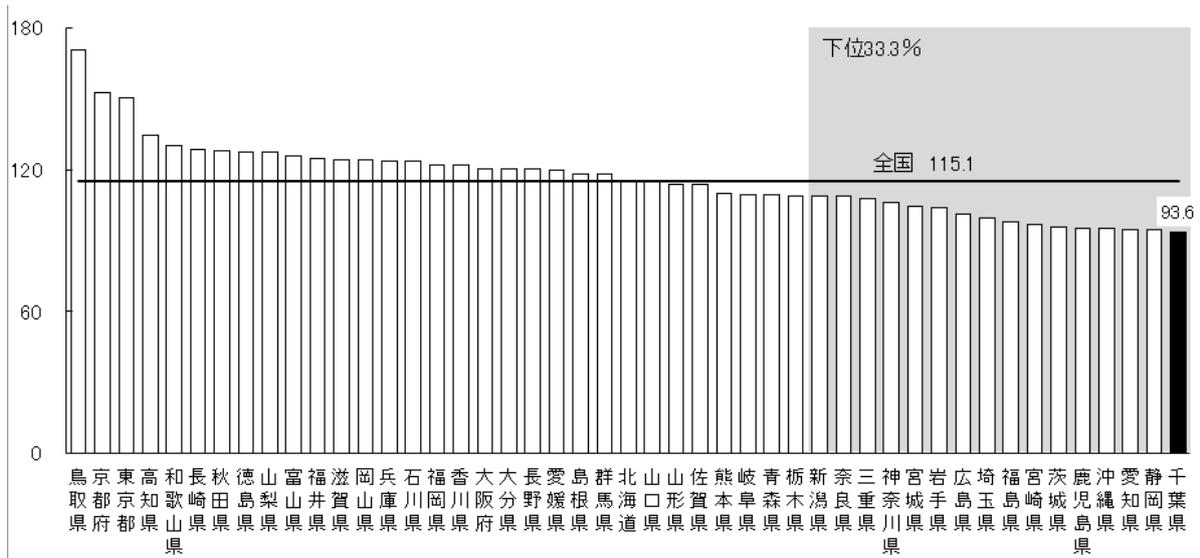


※ 診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 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）

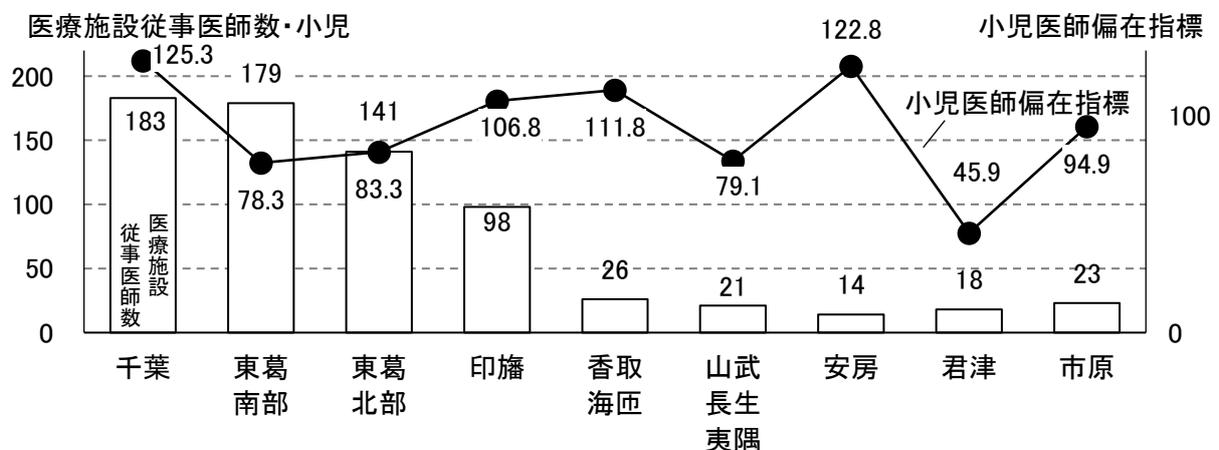


資料：厚生労働省提供資料

(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	428
	下位 33.3%	12,935						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。