

第2節 地域医療の機能分化と連携

1 総合診療機能と「かかりつけ医」機能等の充実

(1) 施策の現状・課題

ア 多施設・多職種連携の中心としての総合診療

総合診療とは人々が暮らしの中で直面するさまざまな健康上の問題について、患者の視点に立ち総合的に問題解決を図ろうとする診療形態を指します。どんな症状にも、年齢にもかかわりなく、臓器を診るのではなく患者を一人の人として診療することが総合診療の特徴です。日本の医療制度は、医師や医療機関を自由に選択することができますが、患者はいつも適切な診療科を選べるとは限りません。特に高齢者では、複数の疾患に患っていたり、通院が困難な方も多く、超高齢社会を迎えた現在、ワンストップで受診しやすく、病気の発症・悪化を予防し、多くの問題を解決できる医師が求められています。

このような中、診療所の「かかりつけ医」は、総合診療医として例えば、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科など専門分野の医師に患者を紹介したり、重症化や合併症を発症した場合に複数の診療科を持つ病院へ紹介したりするなどして、専門医や紹介受診重点医療機関、地域医療支援病院などの中核的病院と連携することが求められています。

また、中核的病院の総合診療科においては、他の診療科と連携して患者の多様なニーズに応えることを求められています。

患者の家庭や居住する地域を視野に入れた全人的・包括的な医療を展開するためには、疾病予防、在宅医療、リハビリテーション、健康づくり、福祉・介護サービスなどを多施設・多職種と連携して包括的に医療を提供しなければなりません。

総合診療に従事する医師にはこうした多施設・多職種間の連携を図って、地域ぐるみで患者の生活を心理的・社会的にも支える視点が求められます。

イ 総合診療専門医

総合診療専門医は、特定の臓器や疾患領域に特化した専門医とは異なり、全ての臓器・領域の高頻度疾患に対処できる全科的医療を実践できる臓器横断包括性にその専門性があります。急速な高齢者の増加等を踏まえ心理的・社会的な視点を含めた総合的な診療能力を有する医師の必要性がより高まることから、平成30年度から開始された専門医制度においては、「総合診療専門医」が基本診療領域の専門医として位置づけられています。

総合診療を担う医師の専門性は学術的にも評価されており、県内における養成や質の高い人材の確保への取組が必要です。

ウ 医療資源の有効な活用、医療機能の分担

地域によっては中核的病院の勤務医は、地域医療を支える立場から自分の専門以外

の患者や軽症の患者まで診療しなければならない状況が見られます。そのため、最初に診療する「かかりつけ医」が高頻度症候・疾患に対処し、診断・治療が困難な患者のみ専門医や紹介受診重点医療機関等に振り分けたり、専門医による治療後のフォローアップについて分担したりすることができれば、専門医の負担を減らすことが可能です。そこで、「かかりつけ医」には幅広い医療分野に対応できる総合診療能力が求められています。

高齢者の疾患・病態については、複数の疾患を有すること、慢性疾患が多いこと、症候が非定型的であること等が特徴として指摘されています。超高齢社会の進展に伴い、慢性疾患をはじめとする複数の疾患を有しつつ、外来診療や訪問診療を利用してそれらを管理しながら住み慣れた地域で生活を継続する方が増加すると見込まれます。このため、外来診療や在宅療養、さらには在宅看取りに対するニーズの増大に対応し、患者のQOL向上を図るため、「かかりつけ医」を中心に、診療、看護、介護等が一体となった多施設・多職種連携の体制づくりが必要となっています。

エ 「かかりつけ医」機能が発揮される制度整備

国では、高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくために、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、「かかりつけ医」機能が発揮される制度整備を進めていく必要があるとして、令和5年5月に医療法の一部改正を行いました。令和6年度からは、国民・患者が「かかりつけ医」機能を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療情報提供制度による国民・患者への情報提供の強化が、また、令和7年度からは、慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要な「かかりつけ医」機能について、各医療機関から都道府県知事に報告する制度の創設が予定されています。

(2) 施策の具体的展開

ア 総合診療専門医の養成・確保

- 総合診療科の専門研修基幹施設による連携を推進するなど、地域医療に必要な、幅広い疾患を包括的・協調的・継続的に診療できる能力を持った総合診療専門医の養成・確保に努めます。

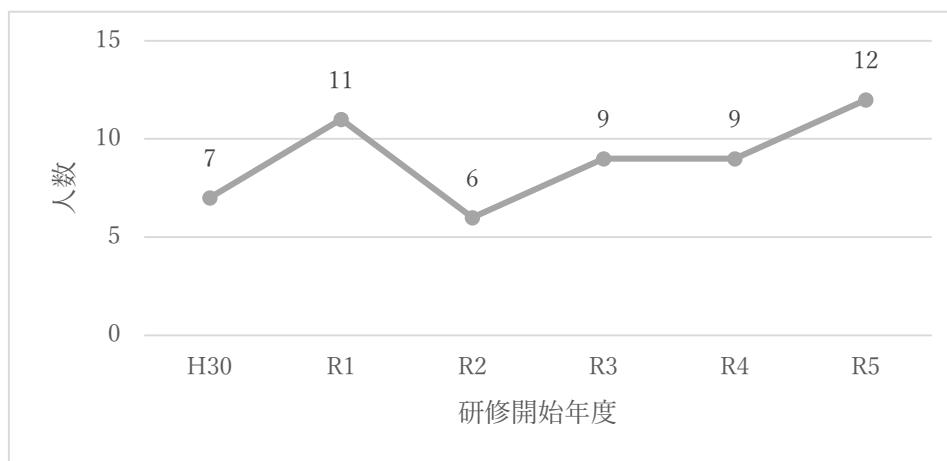
イ 「かかりつけ医」等の機能の向上

- 関係団体と協調して、初期診療や健康相談、各医療資源の紹介・振り分け機能、在宅療養支援、地域に根差した福祉のサポート機能等を有する「かかりつけ医」等の機能の向上を図ります。
- 国において予定されている「かかりつけ医」機能が発揮される制度整備の動向を注視し、必要な対応を実施します。

ウ 医療機能の分化・連携の推進

- 地域の病院や診療所などの医療機関、さらには在宅療養を支える訪問看護ステーションや介護事業所等が役割分担と相互連携の推進を図るため、地域の実情に応じた情報共有の仕組みづくりを推進します。
- 2次保健医療圏ごとに地域の医療機関や関係団体、市町村などで構成される地域保健医療連携・地域医療構想調整会議等を開催し、関係者間の役割分担と相互連携の推進等、保健医療体制の充実にに向けた協議を促進します。
- 患者の紹介・逆紹介、施設・設備の開放、近隣の医療従事者への研修など、地域医療支援病院等が実施する地域医療支援活動に対して支援します。
- 紹介受診重点医療機関の明確化によって、地域の外来医療の役割分担と連携を進めます。

図表 総合診療科の専門研修の専攻医の推移(千葉県)



出典：日本専門医機構発表資料

図表 総合診療専門医のアイデンティティ

- ❶ どんな症状にも、何歳でも診察し、必要であれば専門医を紹介してくれる医師
- ❷ 日常的に頻度が高く幅広い領域の病気とケガに対応できる医師
- ❸ 臓器を診るのではなく患者を一人の人として診る医師
- ❹ 患者個人の治療だけでなく、その生活を支える家族もまろごと診てくれる医師
- ❺ どんな相談にも耳を傾け、向き合う医師
- ❻ 病気の治療だけでなく予防から終末期まで継続的に診てくれる医師
- ❼ 地域全体の健康を考えてくれる医師
- ❽ 看護師・薬剤師等の多職種や行政と連携し、住み慣れた地域での暮らしを支えるチームの核となる医師

出典：日本専門医機構 総合診療専門検討委員会リーフレット

2 地域医療連携の推進

(1) 施策の現状・課題

地域の限りある医療資源を無駄なく効率的に活用し、効果的な医療提供体制を構築するためには、各医療機関の具体的な役割分担を明確化し、疾病の段階に応じて適切な医療資源を利用することができる流れを構築することが大変重要です。こうした「循環型地域医療連携システム」を構築し、推進していくために、地域医療支援病院などが大きな役割を果たしています。

紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用等を通じて、かかりつけ医、かかりつけ歯科医を支援する「地域医療支援病院」は、令和5年8月現在で、県内23箇所を整備されています。

このほか、「かかりつけ医」からの紹介状を持って受診いただくことに重点を置き、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関である「紹介受診重点医療機関」は、令和5年8月現在で県内に39箇所あります。

また、地域医療の連携強化と施設の効率的な運用を図るため、入院施設や特殊な検査機器を持たないかかりつけ医、かかりつけ歯科医に施設・設備を開放している「開放型病院」は、令和5年8月現在、県内17箇所に設置されています。これらの医療機関を含め、医療機器の共同利用を受け入れている医療機関は、県内で〇〇箇所あります。

(2) 施策の具体的展開

〔地域医療支援病院の整備等〕

- 二次保健医療圏ごとに地域医療支援病院が1箇所以上整備されるよう努めるとともに、患者の紹介・逆紹介、施設・設備の開放、近隣の医療従事者への研修など、病院の実施する地域医療支援活動に対して支援します。

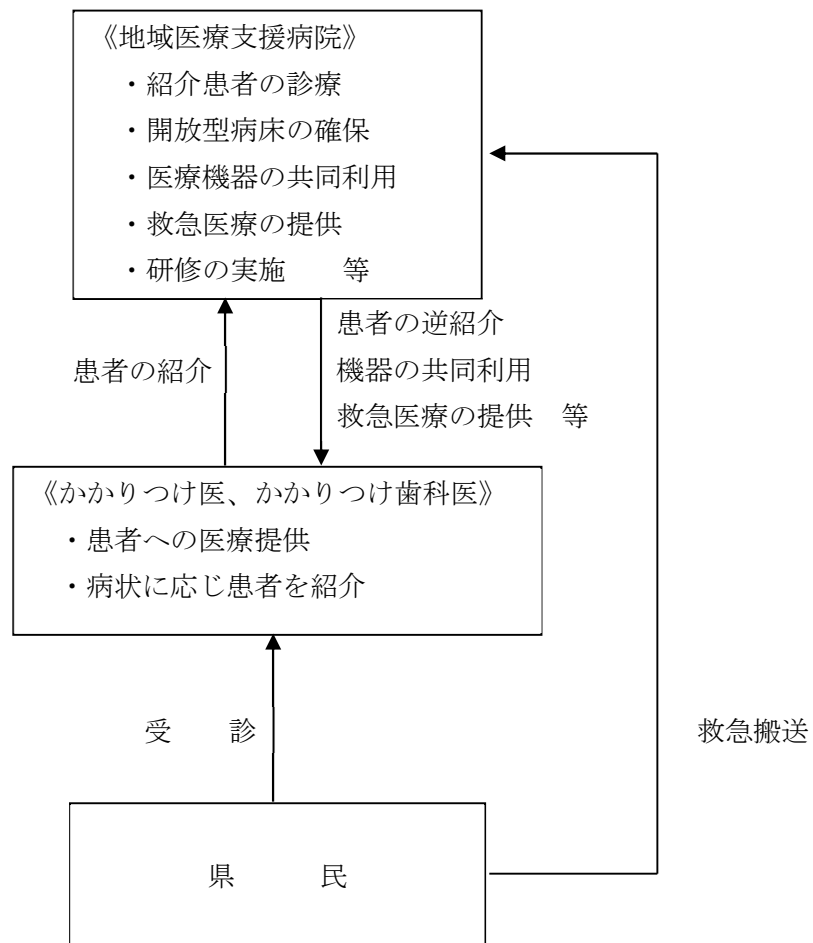
〔地域医療連携の推進〕

- 地域医療支援病院における開放型病床の共同利用を促進します。
- 新規に共同利用の対象となる機器を購入する医療機関については、共同利用計画書の提出を依頼します。提出された共同利用計画書は、協議の場において当該医療機器の共同利用予定等に関する情報を共有するほか、県ホームページに公表することで、地域における医療機器の共同利用を推進します。
- 地域保健医療連携・地域医療構想調整会議の開催を通じて、紹介受診重点医療機関をとりまとめる等、地域の医療機関の役割分担の明確化・連携を促進します。

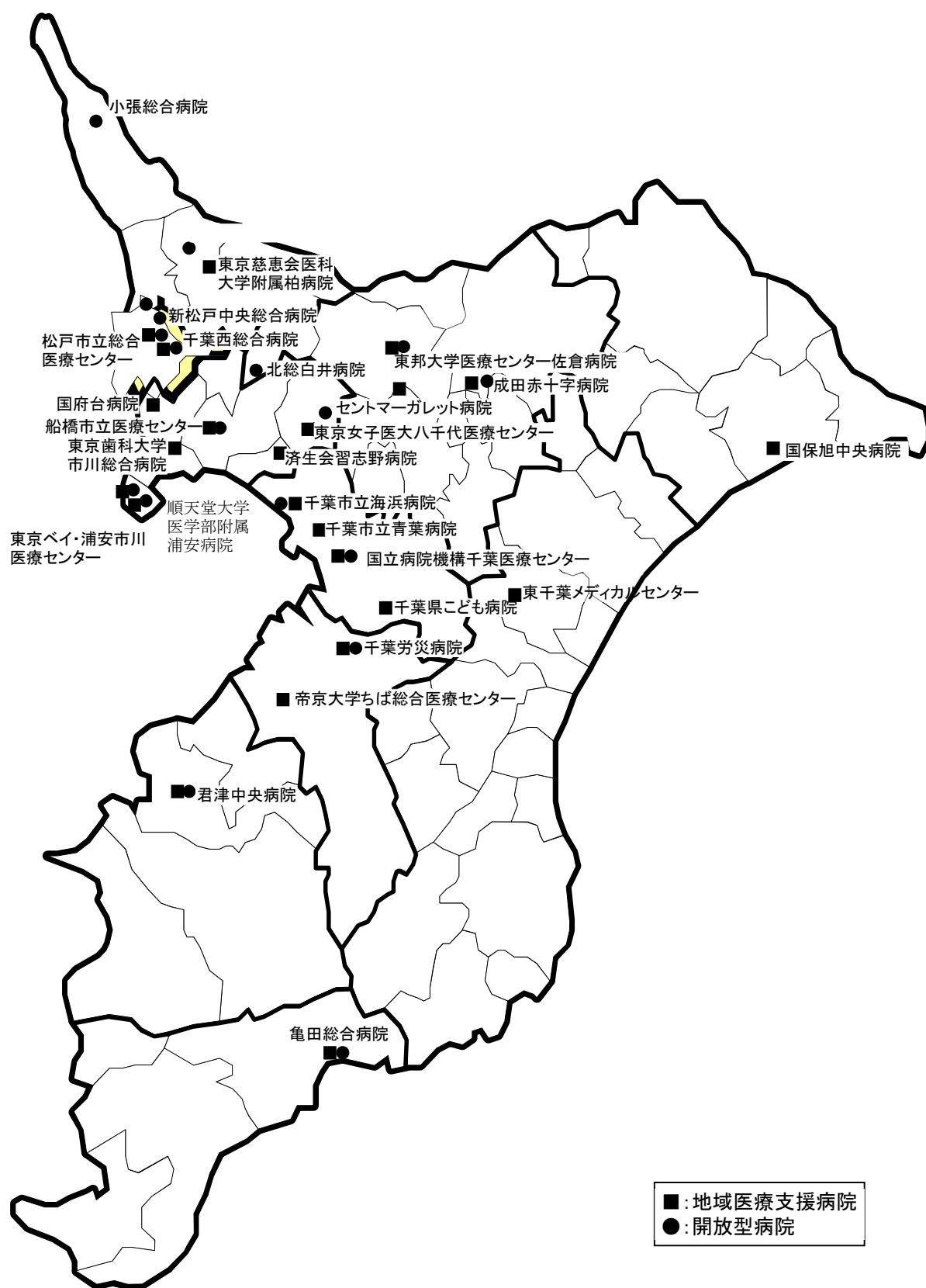
(3) 施策の評価指標

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

図表 2-1-2-3-1 地域医療支援病院のイメージ



図表 2-1-2-3-2 千葉県内の地域医療支援病院及び開放型病院



3 自治体病院の連携の推進や経営改善の支援

(1) 施策の現状・課題

県内の市町村又は市町村で構成する一部事務組合*等や地方独立行政法人が運営する自治体病院は、令和5年4月現在で25病院あり、それぞれが他の医療機関と協働して、地域医療を支えています。

県では、平成20年9月に千葉県自治体病院支援対策本部*を設置し、その後、毎年、各自治体病院の経営状況や人材確保の状況等について実態調査を実施しています。

また、各病院の設置主体は、国から示されたガイドライン等を踏まえ、病院事業の経営改革のための計画を策定し推進しています。直近では、令和4年4月に示された「公立病院経営強化ガイドライン」に基づき、地域の中で各公立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めていくことができるよう、「地域医療構想を踏まえた各病院の果たすべき役割」や「医師・看護師等の確保と働き方改革」、「新興感染症等に備えた平時からの取組等」を盛り込んだ経営強化プランを、令和5年度までに策定することとなっています。

県は、実態調査の結果や、自治体病院が策定する経営強化プラン等の内容を踏まえて、各病院の状況に応じた助言や支援等を行っています。

(2) 施策の具体的展開

〔自治体病院の連携の推進〕

- 地域医療の中心的な役割を果たしている自治体病院について、自治体病院相互やその他の医療機関との役割分担や連携の推進を支援します。

〔自治体病院の経営改善と機能強化への支援〕

- 各自治体病院が策定する経営強化プランに沿って、地域医療構想と整合した持続可能性な医療提供体制が確保できるよう、公立病院の経営強化に向けた取組について、積極的に支援していきます。

なお、公立病院等の機能分化・連携強化については、「循環型地域医療連携システム」や地域における公立病院等の機能分化・連携強化や経営形態の見直し等の具体的な動き等を踏まえ、市町村の意向等も十分把握し、総合的に進めていきます。

- 自治医科大学の卒業医師の医師派遣、医師修学資金を受けた医師の自治体病院での勤務、医師が不足する自治体病院への医師派遣などにより、地域の自治体病院に勤務する医師の養成・確保を図り、経営改善につなげます。
- 自治体病院の医師確保や経営状況についての実態調査などを踏まえ、経営改善のためのより効果的な支援策等の検討や、中長期的な視点からの地域医療の安定

的な確保に向けた取組を進めます。

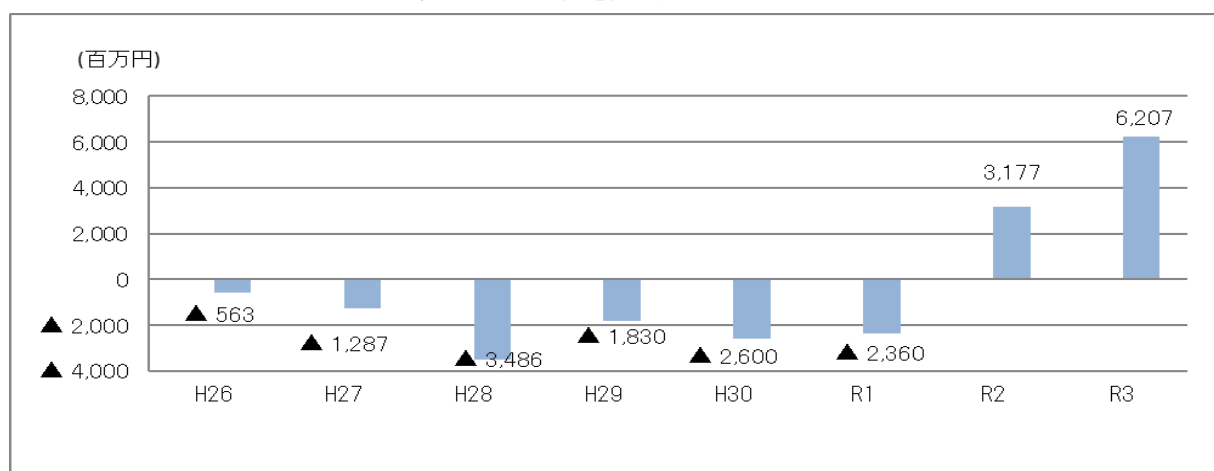
- 地域において中核的機能を果たす自治体病院の施設整備等に対して助成し、機能強化や機能分化を促進することで地域医療の充実を図ります。

図表 5-2-3-1 県内自治体病院（県立病院を除く。）における経常収支の年次推移

（単位：百万円）

年度	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
経常収益	130,326	132,375	97,541	102,431	105,912	106,054	111,948	117,368
経常費用	130,889	133,662	101,027	104,261	108,512	108,414	108,771	111,161
経常損益	▲ 563	▲ 1,287	▲ 3,486	▲ 1,830	▲ 2,600	▲ 2,360	3,177	6,207

※一般会計及び地方独立行政法人が運営している病院を除く。



資料：市町村公営企業決算概況（千葉県）

図表 5-2-3-2 県内自治体病院（県立病院を除く。）における医業収支の年次推移

（単位：百万円）

年度	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
医業収益	112,512	114,250	81,882	83,921	87,947	89,276	83,596	89,049
医業費用	121,017	123,419	94,356	97,129	101,454	100,978	101,113	103,415
医業損益	▲ 8,505	▲ 9,169	▲ 12,474	▲ 13,208	▲ 13,507	▲ 11,702	▲ 17,517	▲ 14,366

※一般会計及び地方独立行政法人が運営している病院を除く。

資料：市町村公営企業決算概況（千葉県）

図表 5-2-3-4 千葉県内の自治体病院



4 県立病院が担うべき役割

（ア）施策の現状・課題

〔県立病院の現況〕

現在、千葉県では、地方公営企業法全部適用*の事業として病院局において管理・運営する高度・特殊な専門医療を取り扱う3病院（がんセンター・総合救急災害医療センター・こども病院）、循環器に関する高度・特殊な専門医療と地域における中核医療を行う病院（循環器病センター）、地域の中核医療を行う病院（佐原病院）の計5病院と、指定管理者が管理・運営する特殊な専門医療を取り扱う1病院（千葉リハビリテーションセンター）、合わせて6病院を設置しています。

各県立病院は担うべき使命が異なっていますが、それぞれの病院の機能・特性に応じて、各県立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めていくことが求められています。

これからの県立病院の方向性としては、千葉県立病院改革プランや地域医療構想に沿って、経営健全化や医療機能の見直しを図りつつ、県全体の医療提供体制の見直し等の議論を見据え、その議論の中で県立病院が果たすべき役割を確立し、県民や市町村、関係団体等を示していくことが不可欠です。

〔循環型地域医療連携システムとこれを補完・拡充する全県と複数圏域に対応した医療〕

千葉県では、がん、脳卒中*等の疾病毎、また二次保健医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システム*を通して、可能な限り地域で医療が完結できる体制を目指しています。

二次保健医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システムに加えて、地域を越えた対応が必要な事案など当該システムを補完する役割が必要になってきます。

例えば、県立病院には、圏域では対応できない医療の最後の砦としての役割とともに、高度専門的見地から地域の医療機関を支援していく役割が求められます。

また、こうした高度専門的な医療については、高度専門的技術をもつ人材の適正配置や、高性能・高額な医療機器など施設・設備の重複配置をなくすなど集約化を図っていく必要があります。こうした面からも、二次保健医療圏を越えた対応が必要です。

健康づくり・予防、急性期*医療、回復期*医療、在宅医療、介護・福祉など、段階に応じた循環型地域医療連携システムとこれを補完する高度専門的医療等の全県や複数圏域に対応した医療を医療資源チームの一員として位置付けて、連携を図った保健・医療・福祉の流れを構築することが重要です。

〔県立病院が担うべき政策医療〕

医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能、すなわち、全県的見地で整備すべき全県や複数圏域に対応した医療機能については、県民の命を守るため、県として全力で取り組むべき課題であることから、その責務を果たしうる県立病院の役割を確立することを目指す必要があります。

すなわち、県立病院が担うべき政策医療とは、がん、循環器などの高度専門医療など全県や複数圏域を対象とした医療を中心とします。

また、専門的見地から地域の医療機関への支援や、今後の医療のモデルとなるべき先進的な取組み等も県立病院が担うべき医療です。

もちろん、全県や複数圏域を対象とした医療機能については、県立病院のみが担うものではありません。大学病院や国立病院機構、地域の中核的基幹病院等とも役割分担しながら、全県や複数圏域を対象とした医療機能を担っていく必要があります。

一方、二次保健医療圏で完結する一般医療については、全県的見地からの対応ではなく、地域の実情を踏まえた医療提供体制を整備していく必要があることから、地域の民間病院や市町村等が担うことが重要です。したがって、県立病院の持つ医療資源については、可能な限り全県や複数圏域の見地から配分していくことが重要です。

大規模災害発生時において、効果的な医療救護活動が行えるよう、県立病院は災害時医療の中核的な医療活動を展開する必要があります。

（イ）施策の具体的展開

〔県立病院の将来方向〕

- 県立病院については、以上のような循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能、すなわち、医療圏内で完結することができない高度専門的な医療について全県及び複数圏域を対象とした医療機能を担っていくことを基本とします。また、県全体の医療の質の向上のための人材育成と情報提供機能を担っていきます。
- 一方、これまで県立病院が担ってきた地域完結型の一般医療については、県民の理解を求めながら、地域の実情に応じて小回りのきいた医療サービスが提供できるよう地域の自治体等が中心となり、新たな医療提供体制の枠組みへの再構築を進めることとします。
- 再構築にあたっては、循環型地域医療連携システムを踏まえるとともに、国の「公立病院経営強化ガイドライン」、地域医療構想等を勘案して進めていきます。県は、新たな医療提供体制が整うまでは、これまで県立病院が担ってきた地域医療の水準が後退しないよう医師確保など十分に配慮しながら、こうした地域の自治体等の取組を積極的に支援していきます。
- 災害に備え、医療救護活動に必要な応急医療資器材等の更なる整備や災害派遣医療チーム（DMA T）*、災害派遣精神医療チーム（D P A T）*の派遣体制の強化を進めていきます。

総合救急災害医療センターは、基幹災害拠点病院として、被災地からの重症傷病者の受入れなどを行うとともに、平時には、県内の医療従事者に災害医療に関する研修を行っています。

〔県立病院が担うべき具体的な医療機能〕

- 県立病院が担うべき具体的な医療機能については、以下のような機能が考えられます。

なお、循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能を担うという県立病院の役割分担を踏まえ、全県や複数圏域を対象としたがん医療、循環器医療、小児医療、リハビリテーション医療、救急医療、精神科医療等の高度専門的な医療などに取り組みます。

(1) 先端・高度専門的ながん医療と研究

- 県立病院は、千葉県がん対策推進計画に基づく、がんの予防、早期発見、がん医療の充実、在宅緩和ケア*の推進、がん患者や家族への相談支援、人材の育成、研究など、総合的ながん対策の推進に積極的に協力します。

特に、県のがん対策の中核的役割を担う施設として、がん登録*データの分析、千葉県共用地域医療連携パス*を活用した地域の医療機関との連携、診療支援医師の派遣調整、医療従事者の研修、相談支援、情報提供等の充実強化を図ります。さらに、地域がん診療連携拠点病院*等に対し、情報提供、症例相談や診療支援を行うなど、都道府県がん診療連携拠点病院*としての機能を担います。

- 急速な高齢化に伴って急増が見込まれるがん患者に対して、質の高いがん医療を提供していきます。特に、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん）については、集学的治療*及び緩和ケア*を引き続き行うとともに、標準的治療*等ががん患者の状態に応じた適切な治療を行うほか、循環器疾患や糖尿病などの合併症を有する患者への対応や緩和ケアの医療ニーズに対応していきます。それに加えて、県内に対応できる医療機関が少ない希少がんについても対応していきます。
- 圏域では対応できない先進的で専門性や難易度の高いがん医療、例えば、専用のコンピュータを用いて、複数のビームを組み合わせることで放射線の強弱をつけ、腫瘍の形に適した放射線治療を行うIMRT（強度変調放射線治療）や胃がんや大腸がんに対する内視鏡的切除、鏡視下手術の実施、人間である術者の手の動きを忠実にロボット鉗子が再現して行う「ロボット手術」、ゲノム医療*への取り組みなど、先端・高度ながん治療や低侵襲治療*を提供します。

また、大学等と連携して、臨床試験・治験を通じた最先端医療の提供や新しい治療薬の開発などに取り組む必要があり、臨床部門と研究部門が有機的な連携を図ることで、これら医療の研究・開発機能を一層強化します。

- 患者の心と体を総合的に支援するため、地域の医療機関、在宅医療資源、ボランティアグループなどと連携し、地域で患者・家族を支える仕組みづくりに取り組んでいきます。
- 研究分野では、がんの発生メカニズムや抑制等の研究、創薬、治療法の開発、ゲノム解析によるがん原因遺伝子等の探索、疫学調査に基づく予防等の研究など、基礎的な研究成果の臨床応用研究を推進していきます。

(2) 高度専門的な循環器医療

- 脳血管疾患*・心血管疾患等の循環器疾患の診断・治療は近年その発達が著しい分野であり、診断には種々の高額医療機器が必要で、治療に関しても開頭手術、血管内治療、特殊な薬物治療などのように多様化、専門化している一方で、これらの全ての診断・治療に対応できる施設は極めて限られています。県立病院は、圏域では対応できない高度

専門的で、難易度の高い循環器医療として、ガンマナイフ*、320列CT装置*等の専門機器の活用など、特殊な脳血管疾患・心血管疾患の診断・治療の機能を担っていく必要があります。

- 急性期については、例えば、脳卒中という緊急性の高い疾患に対応するには、脳神経外科医・神経内科医が常勤医として勤務し、24時間365日対応可能な病院からなる体制が必要です。また、心筋梗塞*の急性期治療においても、循環器科医をはじめとした医療従事者等の24時間365日勤務体制が必要であり、さらに冠動脈撮影、心エコー等の高額医療機器も常時稼働可能な状況でなければなりません。こうした現状を踏まえ、患者搬送への活用など医療圏を越えた強力なネットワークによるバックアップ体制を構築することが求められており、その中核機能を担っていく必要があります。
- こうした中、循環器病センターは、循環器に係る高度専門医療を提供するとともに、地域の一般医療も担っていますが、循環器病センターが所在する市原医療圏及び隣接する山武長生夷隅医療圏内に複数の救命救急センター*が指定されていることなどを踏まえ、将来的な専門医療と地域医療のそれぞれのあり方について、全県的な視点と当該地域の状況を踏まえて検討する必要があります。

（３）高度専門的なこども医療等と周産期医療

- 県立病院は、一般の医療機関で対応が困難な高度専門的で、難易度の高い各種の新生児*疾患や重度小児疾患等の治療を担っていく必要があります。また、全県的な小児科ネットワークの中心的な存在としての機能を果たす必要があるほか、県全体の三次救急医療*を担うとともに、各圏域における小児救急医療体制の現状から必要に応じ、二次救急医療*体制を補完・バックアップする機能を担っていく必要があります。
- 一般的に小児の在宅医療は成人に比べ障害の程度が重く、高度な医療的管理が必要であるとともに、提供されるケアへの親の要求水準は高く、一方で社会資源は乏しいという現状があります。このため、家族が行う医療的ケアへのサポートや関係機関との連絡調整など小児在宅医療に対する支援を充実していきます。
- 先天性疾患児の治療については、胎児の段階からの対応、出産病院からの搬送によるリスク、搬送に伴う母子分離による母親の不安等を考慮すると、出生前、出生後の一貫した胎児・母体管理、分娩（出生）直後からの新生児治療を可能とする産科を交えた周産期医療*との一体的な展開が必要とされていることから、県立病院において周産期医療に取り組みます。

（４）高度専門的なリハビリテーション医療

- 県立病院は、個々の医療機関等では対応できない、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種の先進的なリハビリテーション治療、義肢装具*処方・製作、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーションセンター機能（相談、診察、治療、訓練、補装具製作、家屋改造指導、家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用などのソーシャルワーク、地域医療との連携等を含む。）を担っていく必要があります。
- 特に、

- ・障害のある子どもに対する療育*の提供（医療型障害児入所施設等の運営を含む。）
- ・重症化・重複障害化*の脳血管障害のある人に対するロボットを活用した先進的なリハビリテーション治療の実施
- ・脳血管障害、脳外傷等による高次脳機能障害*、脊髄損傷など、一般病院では対応しきれない障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供
- ・障害のある人等に対するテクノエイド*機能の整備
- ・全身性骨・関節疾患（リウマチを含む。）への医療・リハビリテーションの提供
- ・四肢の切断患者等への義肢・装具の処方・製作とリハビリテーション治療の提供
- ・障害のある人・高齢者等の地域在宅生活の促進と維持のための多様な支援ネットワークの構築

等に取り組めます。

- また、千葉県リハビリテーション支援センター*の機能を担い、①各二次保健医療圏に指定される地域リハビリテーション広域支援センター*に対する支援、②リハビリテーション資源の調査・情報収集、③関係団体との連絡調整、④リハビリテーション実施機関等のネットワークの構築等の役割を一層果たしていきます。
- 千葉リハビリテーションセンターが、こうした県立施設としての機能・役割を果たすとともに、増加する県民ニーズに応えるため、施設を再整備し、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能の充実を図っていきます。

（５）全県や複数圏域を対象とした救急医療

- 県立病院は、他の救急医療機関での対応が困難な症例や、受け入れできない場合の受け皿として、各分野の専門医が３６５日、２４時間体制で、心筋梗塞、脳卒中、多発外傷等の重篤救急患者の治療にあたるとともに、高度救命救急センター*として広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊救急疾病患者の救命救急医療を担っていく必要があります。また、各二次保健医療圏において、種々の要因により対応が困難となっている救急患者の収容を日々調整・補完する機能を担う必要があります。さらに、精神科医療との連携により、一般診療科では対応困難な身体・精神科合併救急患者について、迅速かつ適切な医療を提供していく必要があります。

これらの課題については、新たに整備した総合救急災害医療センターが対応していきます。

- 県内の三次救急医療機関や消防機関等とのネットワークづくりを進めるとともに、救急医療情報の①収集、②分析・評価、③調整、④提供を行うセンターとしての機能を担っていく必要があります。具体的には、救急患者の搬送をスムーズに行うための情報ネットワークを三次救急医療機関や一部の二次救急医療*機関と消防機関を含めた形で構築・管理することで、多発外傷、全身熱傷、指肢切断などの重症外因性疾患、及び内因性疾患の中でも解離性大動脈瘤*や重症心筋梗塞、重症脳卒中など、緊急に専門的な対応が必要な病態に関する応需情報*などを関係機関が共有するとともに、必要に応じて、身体・精神合併救急患者等の三次救急間の受入に係るコーディネートを行います。
- 一方、救急医療体制の確立には、それに従事する医療従事者の確保・育成が大きな柱

となります。そこで、全県域を対象に、大学病院や他の救命救急センター等と連携して、県立病院の持つ高度な救命救急医療技術に係る研修の実施等による支援を行うことが、全県にわたる救急医療体制の確保を図る上で効果的です。

（６）全県や複数圏域を対象とした精神科医療

- 自己の症状についての確実な判断が困難な状態にある精神に障害のある人（特に措置入院*患者）は、公的な医療機関で医療保護を受けることが妥当とされ、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」第19条の7の規定により、都道府県に精神科病院の設置が義務づけられています。
- 特に、県立病院は、休日・夜間等において精神疾患の急激な発症や精神症状の急変等により早急に適切な医療を必要とする患者への相談に応じ、迅速な診察の実施、精神科医療施設の紹介及び必要な医療施設の確保を目的とした精神科救急医療システムの中核的役割を担うセンターとして、急性期患者の24時間体制での受け入れ機能とともに、本人・家族、救急隊等からの直接相談等を受ける精神科救急情報センター*（医療相談窓口）機能を担っています。また、総合救急災害医療センターにおいて、一般診療科では対応困難な身体・精神科合併救急患者について、迅速かつ適切な医療を提供していくほか、身体・精神科合併救急医療の全県ネットワークの構築を目指します。
- 「入院医療中心の治療体制から地域ケアを中心とする体制へ」という精神科医療の大きな流れを先導するため、通院患者の継続医療のための様々な援助により患者の在宅復帰を積極的に支援していきます。
- さらに、精神に障害のある人の早期治療、社会復帰につなげるため、総合救急災害医療センターと同一施設内に設置されている千葉県精神保健福祉センターと連携を図り、隙間のない精神保健福祉サービスを提供していきます。

（７）災害医療

- 大規模災害発生時には、県立病院では災害拠点病院*を中心に、各種災害医療の中核的な役割を担う必要があります。
- 特に総合救急災害医療センターでは、高度救命救急医療及び精神科救急の機能を最大限に活用するとともに、DMAT、DPATを同一病院内で運用できる機能を活かして身体・精神両面にわたる包括的な災害医療を提供します。
- さらに、他の医療機関や消防との連携のもと、大規模な自然災害のみならずテロ等の人的災害の発生時においても、県の中心的災害医療センターとしての役割を果たしていきます。

（８）人材育成機能等

- 県立病院の有する様々な資源を活用した卒後臨床研修や平成30年から開始された専門医制度*における専門研修*を通じて、全人的で科学的根拠に基づいた医療を実践する多くの優秀な医師の育成機能を担う必要があります。
- また、専門的医療に関する医療関係者に対する研修の実施や研究等を通じて県全体の医療の質の向上に努めることも県立病院が担うべき機能の一つです。

- さらに、県立病院では、今後の医療のモデルとなるような先導的取組も担うべき機能の一つです。団塊の世代全員が75歳以上となる2025年を見据え、地域包括ケアシステムを医療面から支援する、地域と連携した訪問診療*・訪問看護などについてモデル的に取り組んでいきます。

(9) 医療安全

- 県立病院では、県民に安全で良質な医療を提供できるよう、各病院に医療安全管理室を設置し、副病院長等を医療安全管理の責任者とするなど体制の整備を図っているところです。
- さらに、外部有識者で構成された医療安全監査委員会が、定期的に第三者の視点から県立病院の医療安全管理体制を監査し、医療安全の推進を図っています。
- また、医療安全に関する透明性を確保するため、医療上の事故等の公表、内部通報制度などの制度を活用して、安全・安心を最優先に医療を提供していきます。

5 薬局の役割

(ア) 施策の現状・課題

地域において安全で質の高い医療を提供するためには、薬物療法についても入院から外来・在宅医療へ移行する中で円滑に医薬品を提供し続ける体制を構築することが重要です。

そのために、医療機関等と連携の上、患者の状態や服用薬を一元的・継続的に把握し、処方内容をチェックすることにより、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無や、副作用・期待される効果の継続的な確認ができ、薬物療法の安全性・有効性が向上することを目的に、かかりつけ薬剤師・薬局*が推進されています。

また、かかりつけ薬局では、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことも求められています。

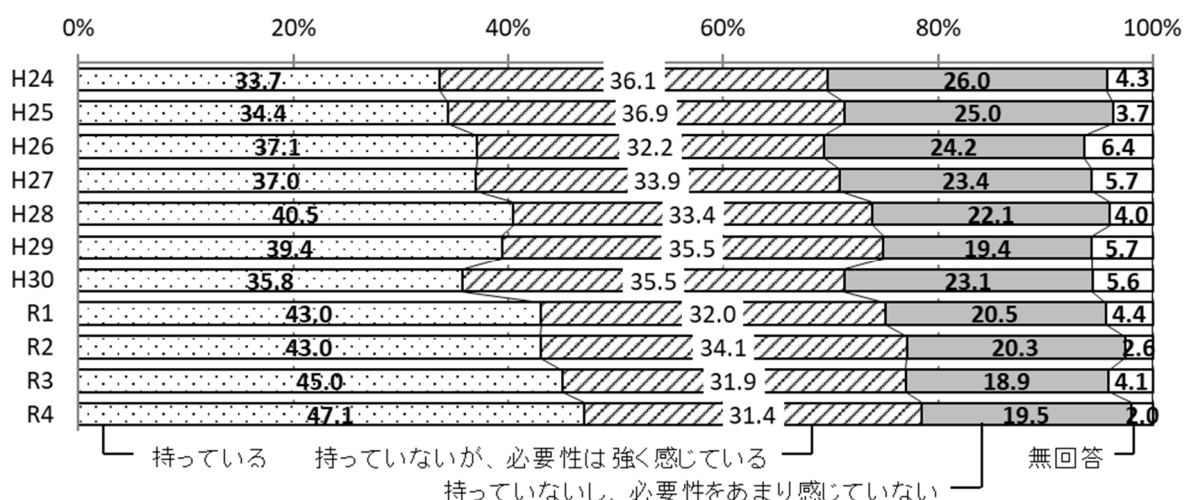
かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、中長期的視野に立って現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示する「患者のための薬局ビジョン」に基づき、令和7年までにすべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことが求められています。

しかしながら、県政に関する世論調査（令和4年度実施）によると、かかりつけ薬局を持っている人の割合は、令和4年度は47.1%であり、平成28年度調査時と比較して6.6ポイント上昇しておりますが、持っていないが必要性を強く感じている人の割合も31.4%と平成28年度に近い水準のままであり、より一層の定着の促進が求められています。

さらに、患者が自身に適した薬局を選択することができるよう、地域連携薬局や専門医療機関連携薬局の認定制度が始まったことから、その役割や特徴等について周知する必要があります。

また、健康サポート薬局には、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援することが求められています。

図表 2-1-2-6-1 かかりつけ薬局を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

今後の在宅医療の進展にともない、患者宅に訪問し薬剤管理指導に対応できる薬局の整備と充実を図ることが必要とされるとともに、在宅に係る医療・介護関係者の連携を図ることが期待されています。

また、本県における薬局の処方せん受取枚数は、令和4年度で約3,642万枚となっており、医薬分業*率（処方せん受取率）は79.8%と、全国平均76.6%を上回っています。

（イ）施策の具体的展開

〔かかりつけ薬剤師・薬局の啓発〕

- 県民にかかりつけ薬剤師・薬局や認定薬局、健康サポート薬局等について理解を得るため、薬剤師による適切な服薬指導の必要性やお薬手帳*の活用などについて、各種広報媒体を活用し広報啓発を行うとともに、県薬剤師会と連携し、高齢者や若年層を対象とした医薬品の適正使用等の講習会を実施します。

〔薬局機能情報等の提供〕

- 薬局機能情報提供制度については、これまで各都道府県のシステムにより運用されてきましたが、令和6年度から厚生労働省が管理する全国統一システムに移行して本格運用されるため、その適切な運用に努めます。

〔地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の役割の確立〕

- 薬局が地域における既存の役割等も生かし、薬物療法に関して、地域包括ケアシステム*の一翼を担うことができるように、訪問薬剤管理指導等対応薬局*の拡充とレベルアップを支援するとともに、薬局と地域の多職種との連携の推進を図ります。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現状（令和4年度）	目標（令和11年度）
かかりつけ薬剤師・薬局の定着度	47.1%	

6 患者の意思を尊重した医療

(ア) 施策の現状・課題

重病になった時、認知症が重度化した時、突然の事故に遭って意識を失った時など、自分で意思表示ができない状況になった時に、どのような医療を受けるか、どこでどのように暮らしたいかについて、家族が重要な決断を迫られることがあります。患者本人が望む医療を受けるために、家族の負担を減らすために、日頃から自分なりに考えを整理し、家族や医療従事者などの周囲の人たちと話し合い、共有しておくことが重要です。また、医療に関する正確で十分な情報を持つ患者は多くはないことから、医療従事者側からの必要かつ適切な情報の提供や相談体制の整備も重要です。

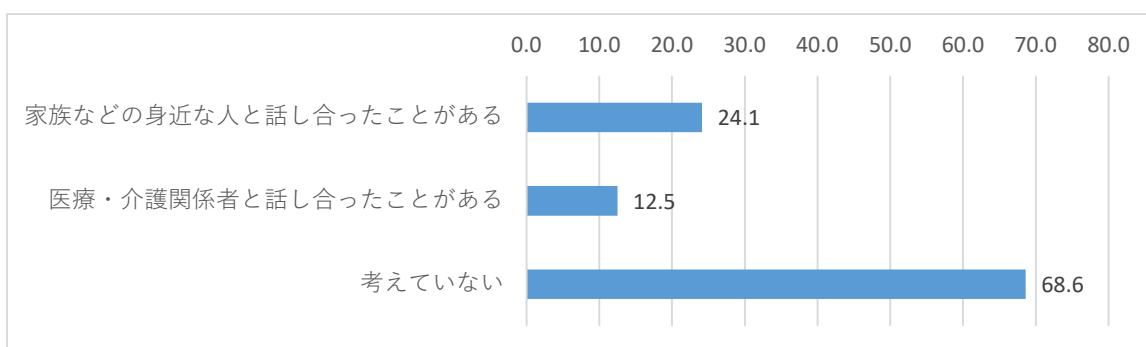
また、近年、こうした「今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」「年齢と病気に関わらず、成人患者と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有するプロセス」については、「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」（愛称：人生会議）として注目されており、国や関係団体においても普及啓発に向けた検討や取組が進められています。

しかしながら、千葉県が行った「令和5年度在宅医療実態調査」によれば、人生の最終段階における医療について、家族や医療従事者と話し合っている県民は多くなく、68.6パーセントの県民は「考えていない」という状況です。

図表 2-1-2-7-1 人生の最終段階における医療・療養についての意識

問 あなたは、人生の最終段階における医療・療養について、これまでに考えたことがありますか。

問 あなたは、人生の最終段階における医療・療養について、ご家族などの身近な人（医療・介護関係者）と話し合ったことはありますか。



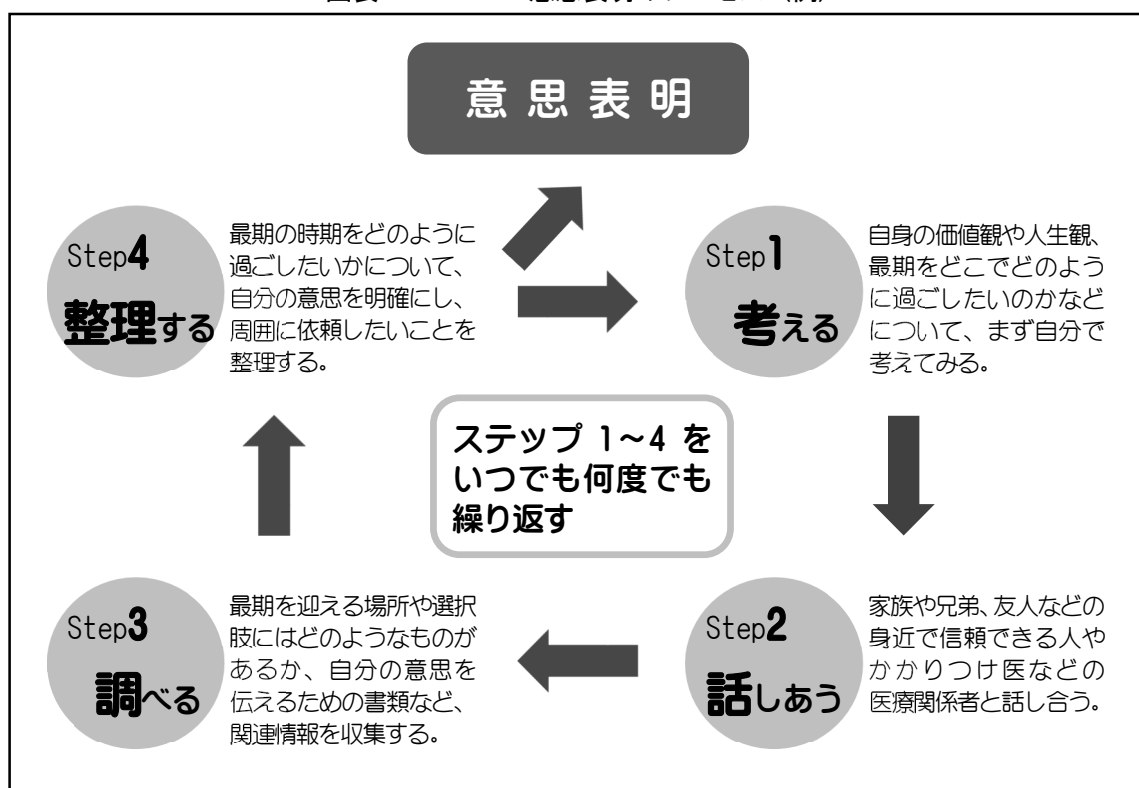
資料：「令和5年度在宅医療実態調査」（千葉県）

(イ) 施策の具体的展開

〔患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の推進〕

- 世代を問わず全ての県民に対し、人生の最終段階においてどのような医療を受けたいのかを日頃から考え、家族などの身近な人や医療者と話し合い、どのような選択肢があるのかを調べ、整理しておくことの重要性を啓発します。
- 医療機関に対しては、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として人生の最終段階における医療を進めるプロセスの普及を図ります。

図表 2-1-2-7-2 意思表明のプロセス (例)



第3節 在宅医療の推進

1 施策の現状・課題

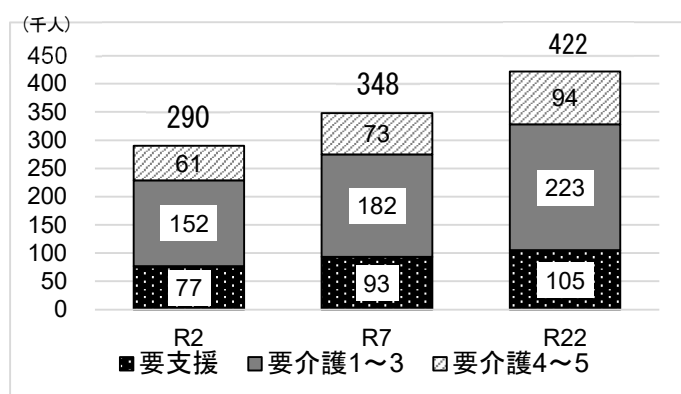
(1) 在宅医療の対象者の状況

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、今後、本県の総人口は緩やかな減少を続け、令和7年には611万8千人に減少する一方、65歳以上の人口は179万1千人に達すると見込まれています。特に、75歳以上の人口の増加は顕著で、全ての「団塊の世代」が75歳以上となる令和7年には平成27年の約1.5倍の107万2千人になることが見込まれています。

また、本県における要介護等認定者数は、令和2年度の29万人から令和22年度には42万2千人に急増すると見込まれており、このうち、要介護4及び5のいわゆる重度者は、令和2年度の6万1千人から令和22年度には9万4千人を超える見込みとなっています。

要介護等認定者について、介護が必要となった主な原因には、骨折・転倒、関節疾患を含むロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイル（高齢による虚弱）等があり、これらの疾患等を契機として在宅医療の利用につながることも想定されます。

図表 要介護等認定者数の推計

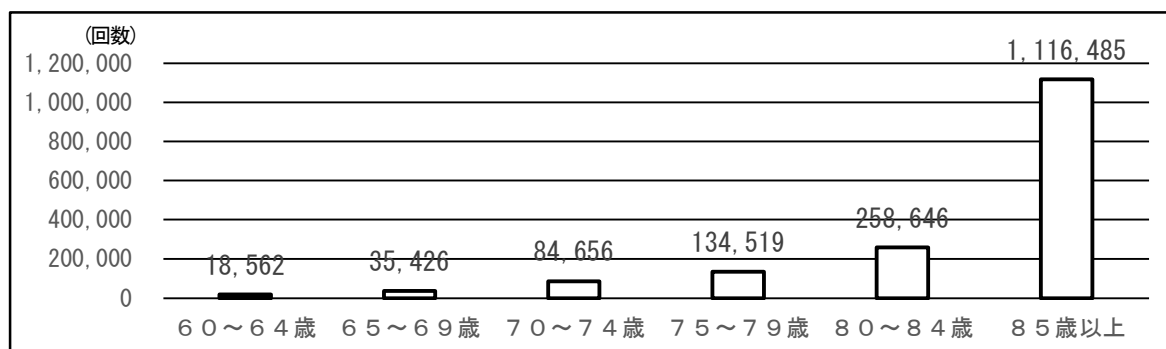


資料：千葉県高齢者保健福祉計画

訪問診療の需要を年齢別にみると、高齢になるにつれて急増しています。本県の75歳以上人口の増加の見通しを踏まえると、令和17年にかけて訪問診療の需要は増加していく傾向にあります。

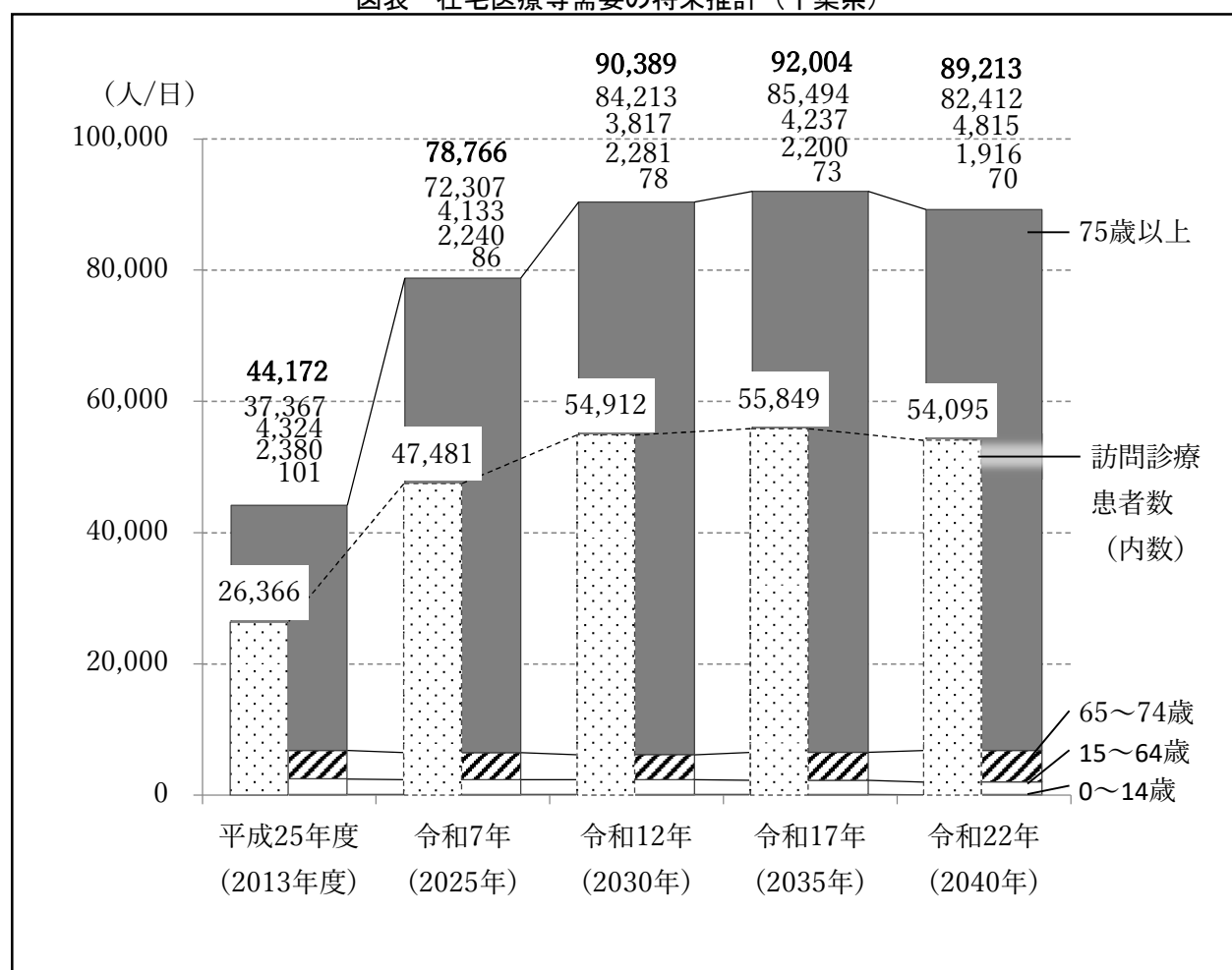
一方で、在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数や在宅患者訪問診療料を算定している小児（0歳から14歳）の数も、年々増加しており、特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。

図表 全国の年齢別訪問診療回数



資料：令和3年 社会医療診療行為別統計（厚生労働省・令和3年6月審査分）

図表 在宅医療等需要の将来推計（千葉県）



資料：「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）により推計。

推計条件・患者住所地ベース、パターンB（安房医療圏のみパターンC）

訪問診療患者数は全体の内数であり、平成25年度時点の訪問診療に係る地域別・性別・年齢階級別受療率がその後も変化しないと仮定した場合の推計患者数（参考値）。

図表 在宅人工呼吸指導管理料算定回数

	平成 29 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
算定回数（年間）	5,088 回	5,292 回	5,767 回	5,965 回

資料：KDB データ（在宅人工呼吸指導管理料）

図表 訪問診療（小児）の算定回数

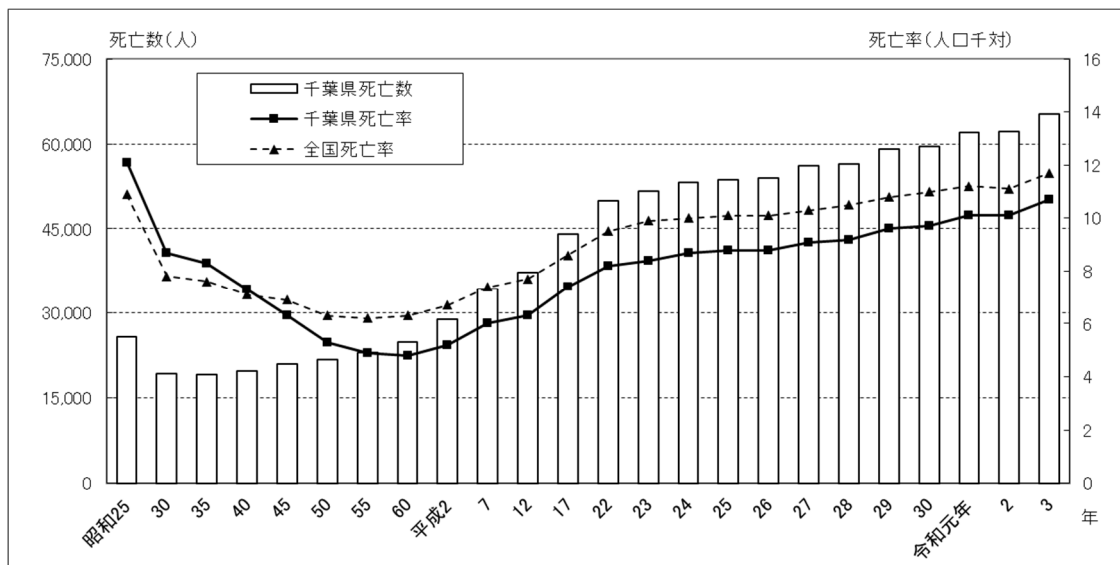
	平成 29 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
算定回数（年間）	2,917 回	3,519 回	3,565 回	4,260 回

資料：NDB データ（訪問診療を受けた患者数（15 歳未満））

本県の死亡数は長期的には増加傾向で推移しています。死亡率（人口千対）では令和 3 年は 10.7 で全国平均の 11.7 に対し 1.0 ポイント低く、高い順では全国 41 位となっています。

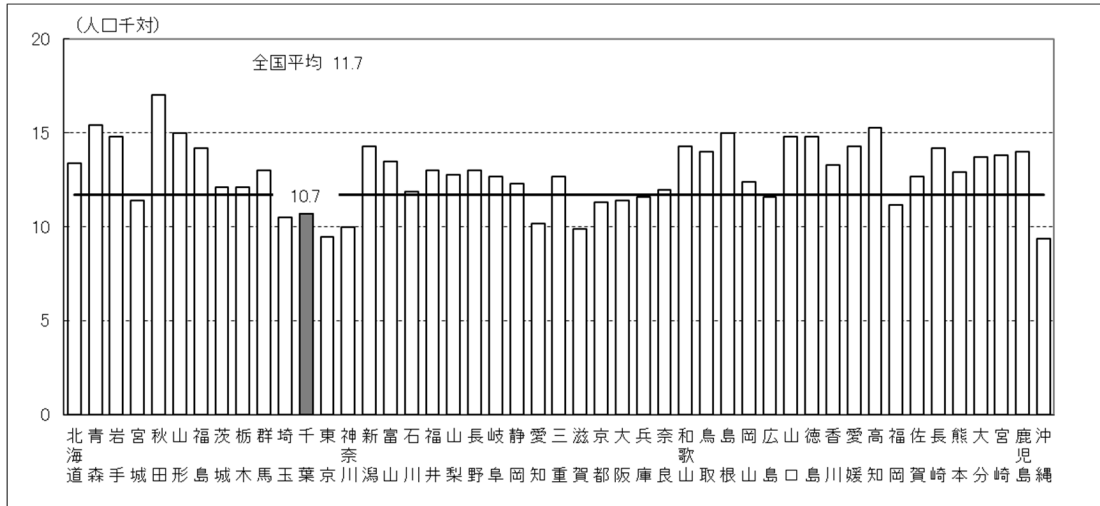
一方、死因別死亡数は全国とほぼ同じ傾向にあり、悪性新生物、心疾患、老衰の上位 3 死因で、死亡総数の 52.7% を占めています。また、主な死因別死亡率の推移をみると、老衰で亡くなる方が増加傾向にあります。

図表 死亡数と死亡率の推移



資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 都道府県別死亡率



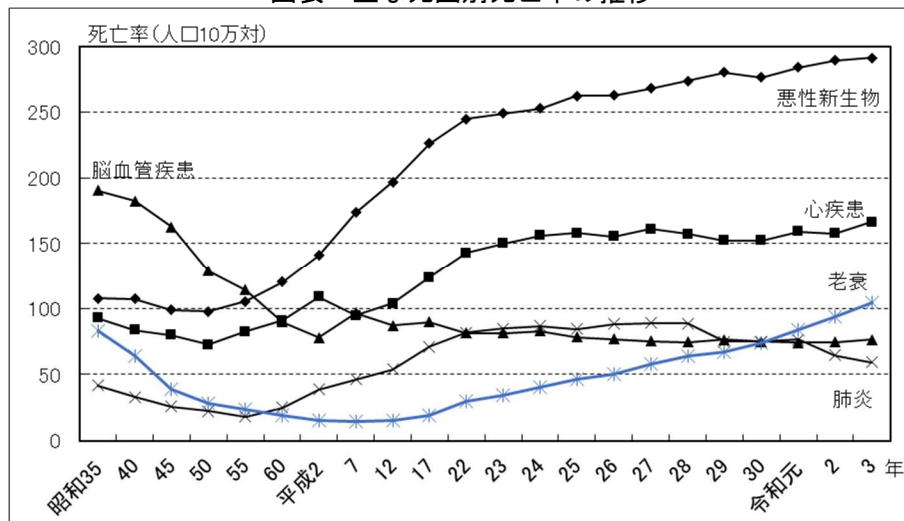
資料：令和3年人口動態調査（厚生労働省）

図表 死因別死亡数と死亡総数に占める割合（上位10位）

順位	全 国			千 葉 県		
	死 因	死亡数 (人)	構成割合 (%)	死 因	死亡数 (人)	構成割合 (%)
1	悪性新生物＜腫瘍＞	381,505	26.5%	悪性新生物＜腫瘍＞	17,808	27.3%
2	心疾患	214,710	14.9%	心疾患	10,167	15.6%
3	老衰	152,027	10.6%	老衰	6,394	9.8%
4	脳血管疾患	104,595	7.3%	脳血管疾患	4,667	7.2%
5	肺炎	73,194	5.1%	肺炎	3,636	5.6%
6	誤嚥性肺炎	49,488	3.4%	誤嚥性肺炎	2,062	3.2%
7	不慮の事故	38,355	2.7%	不慮の事故	1,412	2.2%
8	腎不全	28,688	2.0%	腎不全	1,138	1.7%
9	アルツハイマー病	22,960	1.6%	高血圧性疾患	980	1.5%
10	血管性等の認知症	22,343	1.6%	自殺	978	1.5%
死亡 総数		1,439,856			65,244	

資料：令和3年人口動態調査（厚生労働省）

図表 主な死因別死亡率の推移

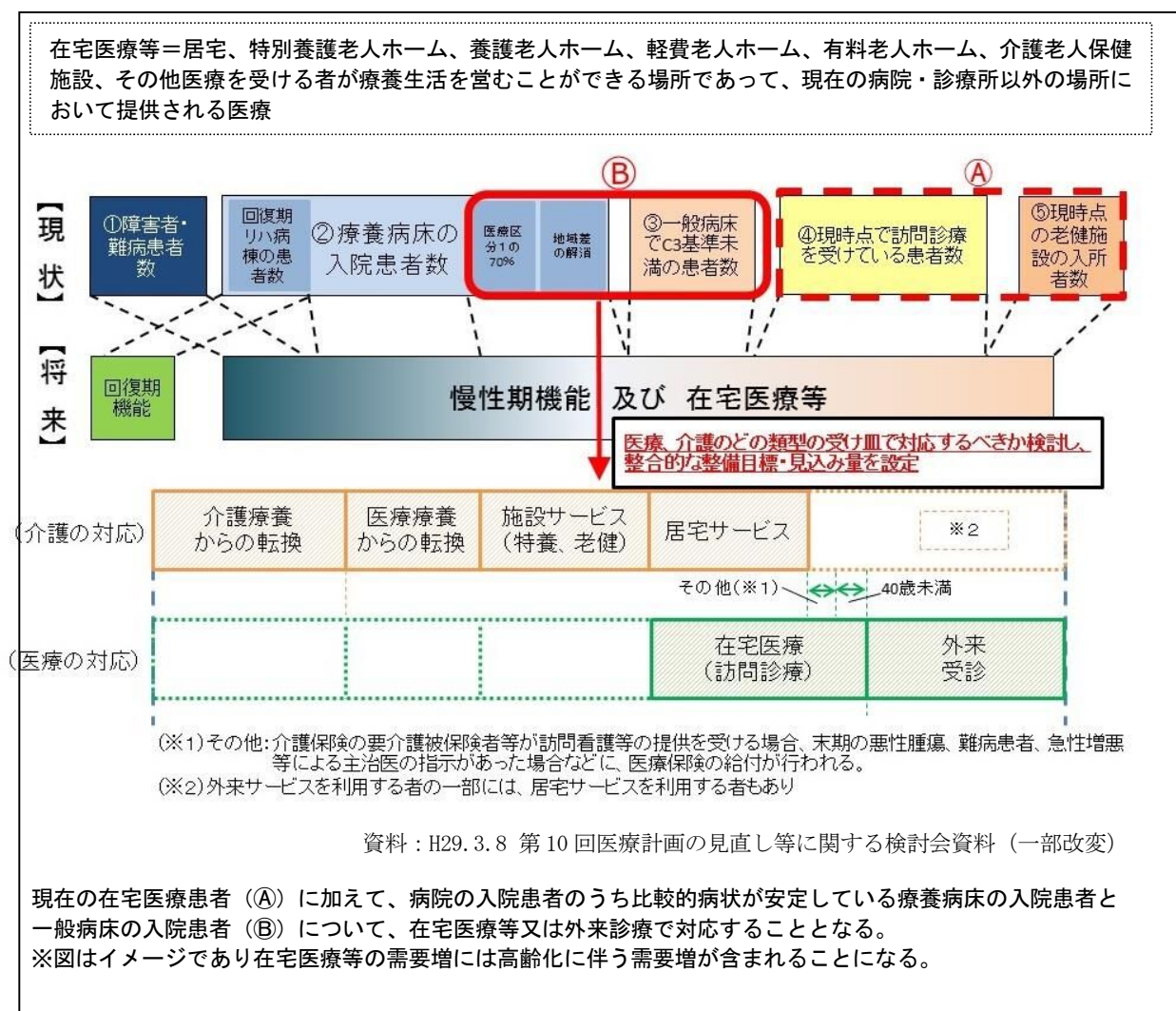


資料：人口動態調査（厚生労働省）

このように、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL向上を重視した医療への期待の高まりなどにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しています。

また、地域医療構想においては、現状の療養病床の患者の一部を、将来的には在宅医療や介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等が担っていくこととされています。病床機能の分化・連携が進んだ先に、在宅医療等の利用見込者数は令和7年に1日当たり7万8千人になると見込まれており、そのうち訪問診療のニーズは、平成25年度の1.8倍以上になると推計されています。

図表 地域医療構想策定における在宅医療等の新たなサービス必要量のイメージ



(2) 県民の希望と意識

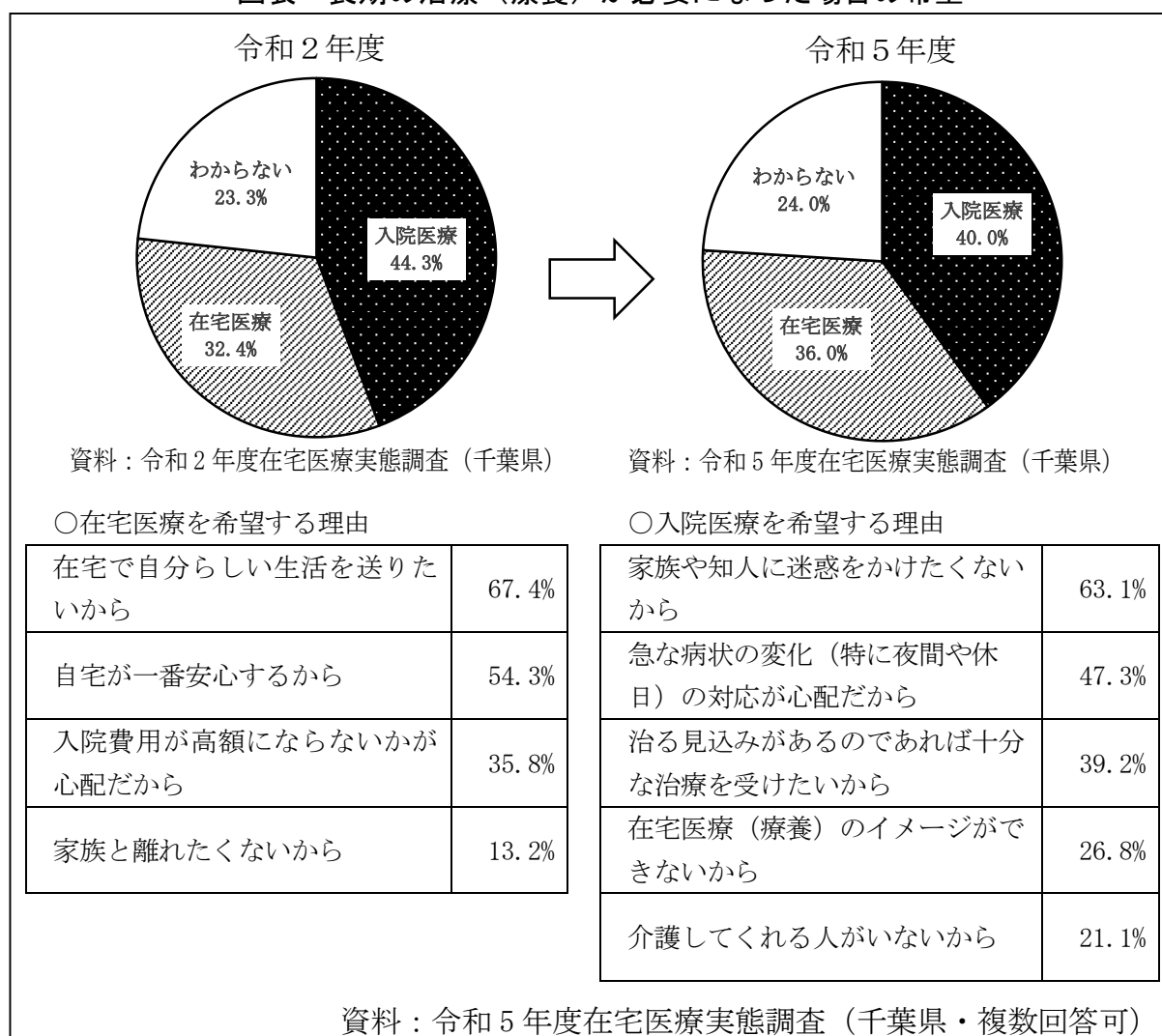
県が実施した「令和5年度在宅医療実態調査」によれば、病気で長期にわたる治療（療養）が必要になった場合に、「入院医療」を希望すると回答した方は、40.0%、「在宅医療」を希望すると回答した方は36.0%、「わからない」と回答した方は24.0%でした。令和2年度の調査結果は、「入院医療」を希望すると回答した方は、44.3%、「在宅医療」を希望すると回答した方は32.4%、「わからない」と回答した方は23.3%のため、在宅医療を希望する県民が増加傾向にあります。

入院医療を希望する理由として、「家族や知人に迷惑をかけたくないから」「急な病状の変化（特に夜間や休日）の対応が心配だから」が相当程度ありました。

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

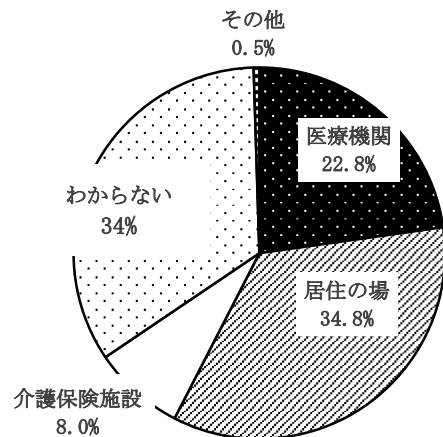
医療機関で最期を迎えたい理由としては「常に医師や看護師が対応してくれる安心感があるため」「急変時に対応できる設備があるから」が相当程度あり、前記の病気で長期にわたる治療（療養）が必要となった場合の希望と併せ、在宅での医療・介護の条件が整うならば、居住の場での療養を希望する県民が多数いるものと推測されます。

図表 長期の治療（療養）が必要になった場合の希望



図表 最期を迎える場所に関する県民の意識と実態

○ 最期を迎える場所（希望）

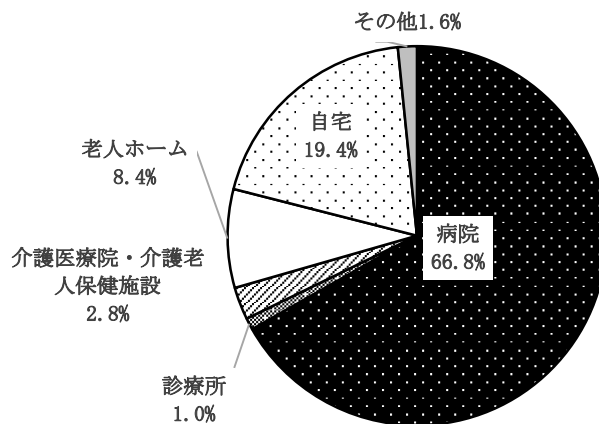


資料：令和5年度在宅医療実態調査（千葉県）

○居住の場で最期を迎えたい理由

住み慣れた自宅で最期を迎えたい	67.9%
気をつかわずに自由でいられる	50.9%
常に家族がそばにいて安心感がある	39.1%
点滴や酸素吸入や尿管など管だらけになるのは辛い	13.2%

○ 最期を迎える場所（現実）



資料：令和3年度人口動態調査（厚生労働省）

○医療機関で最期を迎えたい理由

常に医師や看護師が対応してくれる安心感がある	68.2%
急変時に対応できる設備がある	49.1%
症状の緩和のための医療が受けられる	40.1%
医療機関以外で最期を迎えるイメージができない	23.3%
息を引き取る直前まで治る希望が持ち続けられる	10.7%

資料：令和5年度在宅医療実態調査（千葉県・複数回答可）

（3）退院支援

入院中の患者が、安心、納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要であり、退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入や多職種による退院前カンファレンス等の病院における組織的な取組が行われています。

令和4年度病床機能報告によれば、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している医療機関数は、報告のあった363か所中191か所（52.6%）でした。

また、退院支援担当者を配置している医療機関数は、平成29年の142か所から、令和2年の149か所と増加しているものの、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援を進めるためには、病院と受入れ側の医療・介護事業者間において、多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有ができる体制の構築が求められています。

図表 退院調整部門を設置している医療機関数

	平成 29 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
報告医療機関数 (a)	425 か所	390 か所	377 か所	363 か所
退院調整部門を設置している医療機関数 (b)	179 か所	175 か所	189 か所	191 か所
割合 (b/a)	42.1%	44.9%	50.1%	52.6%

資料：病床機能報告（千葉県・7月1日時点）

図表 退院支援担当者を配置している医療機関数・担当者数

	平成 26 年	平成 29 年	令和 2 年
退院支援担当者を配置している医療機関数	142 か所	141 か所	149 か所
担当者数	406 人	532 人	693 人

資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

（４）日常の療養支援

ア 訪問診療等の医療資源

県内で訪問診療を行う病院は 106 か所（令和 2 年）、実施件数（1 か月間）は 8,146 件で、平成 29 年の 93 か所、6,523 件に比べて増加しています。

また、訪問診療を行う診療所は 483 か所（令和 2 年）、実施件数（1 か月間）は 57,510 件と、平成 29 年の 476 か所、45,882 件から増加しています。これらの内訳は、在宅療養支援診療所 360 か所、52,727 件、在宅療養支援診療所以外の診療所 123 か所、4,783 件となっています。

今後も需要の増加が見込まれる訪問診療の体制整備に向け、訪問診療における医療機関間の連携や ICT 化等による対応力強化、これまで訪問診療を担っていない医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進等を図っていくことが求められています。

図表 訪問診療実施医療機関数・件数

	平成 26 年	平成 29 年	令和 2 年
訪問診療実施医療機関数	592 か所	569 か所	589 か所
(内訳) 一般診療所	491 か所	476 か所	483 か所
病院	101 か所	93 か所	106 か所
訪問診療実施件数(1 か月間)	42,892 件	52,405 件	65,656 件
(内訳) 一般診療所	37,652 件	45,882 件	57,510 件
病院	5,240 件	6,523 件	8,146 件

資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

本県の75歳以上の人口増加にあわせて、訪問歯科診療も需要の増加が見込まれます。

訪問歯科診療の実施状況について、居宅への訪問の場合は、実施診療所は433か所（令和2年）、実施件数（1か月間）は7,267件であり、施設への訪問の場合は、実施診療所は394か所（令和2年）、実施件数（1か月間）は26,033件でした。平成29年の居宅348か所・5,893件、施設303か所・22,076件から増加しています。また、訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数は202か所（令和2年）であり、平成29年の172か所から増加しています。

近年、口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔管理の重要性が高まっています。

引き続き、地域の実情を踏まえた歯科医療機関間の連携や医科歯科連携を推進していくことが求められています。

図表 歯科診療所訪問診療実施機関数・件数

		平成26年	平成29年	令和2年
訪問診療実施診療所	居宅への訪問	342か所	348か所	433か所
	施設への訪問	286か所	303か所	394か所
訪問診療実施件数 (1か月間)	居宅への訪問	5,171件	5,893件	7,267件
	施設への訪問	16,800件	22,076件	26,033件

資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

図表 訪問口腔衛生指導実施機関数

	平成26年	平成29年	令和2年
訪問口腔衛生指導実施機関数	162か所	172か所	202か所

資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は、2,252か所（令和5年4月）でした。平成29年7月の1,749か所から増加しています。また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数は21,461回（令和4年）と平成29年の6,987回から増加しています。一方、居宅療養管理指導における介護給付の実施薬局数は〇〇か所（令和4年）、予防給付の実施薬局数は〇か所（令和4年）と、平成29年の介護給付〇〇か所、予防給付〇〇か所からそれぞれ増加しています。また、居宅療養管理指導における介護給付の算定数は〇回（令和4年）、予防給付の算定回数は〇回（令和4年）と、平成29年の介護給付〇回、予防給付〇回からそれぞれ増加しています。

薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きく、引き続き、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制の構築や薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携等が求められています。

図表 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局

	平成 29 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	1,749 か所	2,031 か所	2,138 か所	2,252 か所

資料：関東信越厚生局届出

図表 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定回数

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

資料：KDB データ（在宅患者訪問薬剤管理指導料）

図表 薬局による居宅療養管理指導実施機関数・算定回数

		平成 29 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
居宅療養管理指導 実施機関数	介護給付	か所	か所	か所	か所
	予防給付	か所	か所	か所	か所
居宅療養管理指導料 算定回数（年間）	介護給付	回	回	回	回
	予防給付	回	回	回	回

資料：KDB データ（在宅患者訪問薬剤管理指導料）

訪問看護ステーション数は 454 か所（令和 3 年 10 月）、利用者数は 32,768 人（令和 3 年 9 月）であり、平成 28 年 10 月の 308 か所、平成 28 年 9 月の 18,370 人から増加しています。

また、県内の訪問看護ステーションにおける看護師数（常勤換算）は 2,241 人（令和 3 年 10 月）であり、平成 28 年 10 月の 1,117 人から増加しています。

県内の訪問看護ステーションは、看護職員数（常勤換算）5 人未満の小規模なステーションが全体の半数を占めています。こうした施設も訪問看護サービス提供のため、重要な役割を果たしていますが、規模を拡大するなどの機能強化を図ることで、より安定的な訪問看護サービスの提供体制を整備することが求められています。在宅医療を支える訪問看護は、病院や診療所からも実施されています。退院後も継続的に医療を受けながら日常生活を営むことができるよう、病院や診療所からの訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携が重要です。

図表 訪問看護ステーション数・看護師数（常勤換算）・利用者数

	平成 28 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
訪問看護ステーション数	308 か所	388 か所	418 か所	454 か所
看護師数（常勤換算）	1,117 人	1,812 人	1,973 人	2,241 人
訪問看護ステーション利用者数 (1 か月間)	18,370 人	27,781 人	32,026 人	32,768 人

資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省・10 月 1 日時点）

図表〇-〇訪問看護ステーションの規模

看護職員数 (人)	2.5～3 未満	3～5 未 満	5～7.5 未満	7.5～10 未満	10～15 未満	15～20 未満	20 以上
割合	12.2%	41.4%	33.5%	8.7%	2.3%	0.8%	1.1%

資料：令和2年度在宅医療実態調査（千葉県）

令和5年度在宅医療実態調査の結果に差し替え予定

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を実施している医療機関数は72 か所（令和2年）、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理の実施件数（1か月間）は1,757 件（令和2年）と平成29年の52 か所、632 件から増加しています。

一方、訪問リハビリテーションにおける介護給付費の請求事業所数は、145 か所（令和2年4月審査分）と平成29年4月審査分の133 か所から増加しています。また、介護給付費の年間受給者数は、8 千人（令和4年）と平成29年の6.3 千人から増加しています。

リハビリテーションは、患者の症状に応じて必要な時期に提供されることが重要であり、医療的ケアを要する人へのリハビリテーションや摂食嚥下障害のリハビリテーションなども含め、通院、通所が困難になった場合に居宅で実施する訪問リハビリテーションの重要性が増すと考えられます。

また、在宅患者訪問栄養食事指導を実施している医療機関数は13 か所（令和4年）であり、平成29年の2 か所から増加しています。

口腔の管理、リハビリテーション、栄養管理が一体となって運用されることで、より効果的に身体機能や生活機能の維持向上につながることを期待されています。そのため、これらの関係職種間が連携して支援を行える体制の構築が重要です。

図表 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理実施医療機関数・件数

	平成26年	平成29年	令和2年
在宅患者訪問リハビリテーション 実施医療機関数	53 か所	52 か所	72 か所
(内訳) 一般診療所	35 か所	37 か所	52 か所
病院数	18 か所	15 か所	20 か所
在宅患者訪問リハビリテーション 実施件数(1か月間)	582 件	632 件	1,757 件
(内訳) 一般診療所	317 件	299 件	944 件
病院	265 件	333 件	813 件

資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

図表 訪問リハビリテーション請求事業所数・年間実受給者数

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

資料：介護給付費等実態調査（厚生労働省）

図表 在宅患者訪問栄養食事指導実施機関数

	平成 29 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
在宅患者訪問栄養食事指導実施機関数	2 か所	6 か所	6 か所	13 か所

資料：KDB データ（在宅患者訪問栄養食事指導料）

平成 29 年と令和 5 年 4 月時点を比較すると、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所は、343 か所から 412 か所、在宅療養支援病院は 33 か所から 52 か所、在宅療養支援歯科診療所は 329 か所から 310 か所、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は 1,749 か所から 2,252 か所、機能強化型訪問看護ステーションは 16 か所から 34 か所（機能強化型 1：25 か所、機能強化型 2：8 か所、機能強化型 3：1 か所）へと増加しています。

図表 在宅療養支援診療所・病院等の数

	平成 29 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年
在宅療養支援診療所	343 か所	384 か所	399 か所	412 か所
在宅療養支援病院	33 か所	46 か所	49 か所	52 か所
在宅療養支援 歯科診療所	329 か所	299 か所 ※R2.4 施設 基準変更	306 か所	310 か所
在宅患者訪問薬剤 管理指導料届出薬局	1,749 か所	2,031 か所	2,138 か所	2,252 か所
機能強化型訪問看護 ステーション	16 か所	29 か所	35 か所	34 か所 (内訳) 機能強化型 1：25 か所 機能強化型 2：8 か所 機能強化型 3：1 か所

資料：関東信越厚生局届出

県内の在宅医療資源は、おおむね増加しているものの、全国平均と比較すると、人口 10 万人当たりの在宅療養支援診療所数・病院数は 6.8 か所（令和 3 年 3 月時点：全国平均 13.0）、在宅療養支援歯科診療所数は 4.8 か所（令和 3 年 3 月時点：全国平均 6.7）、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は 34.9 か所（令和 4 年 10 月時点：全国平均 43.9）、訪問看護ステーション数は 7.2 か所

(令和3年10月時点：全国平均10.7)と相対的に少なく、また、在宅療養支援診療所が1か所もない市町村があるなど資源の偏りも見られます。

引き続き、在宅医療を支える資源の確保や、在宅医療を担う人材の育成が重要です。

図表 在宅療養支援診療所・病院等の全国との比較

	時点	人口10万対	
		千葉県	全国
在宅療養支援診療所・病院	令和3年3月	6.8か所	12.9か所
在宅療養支援歯科診療所	令和3年3月	4.8か所	6.7か所
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	令和4年10月	34.9か所	43.9か所
訪問看護ステーション	令和3年10月	7.2か所	10.7か所

資料：厚生局届出及び介護サービス施設・事業所調査から千葉県作成

人工呼吸や気管切開などの医療的ケアが必要となる医療的ケア児等の訪問診療などに対応できる医療機関が少ないことも課題です。

これらのことから、在宅療養を希望する患者を日常的に支える医療体制の整備や、在宅医療を担う職種の増加、質の向上が重要です。

図表 医療的ケア児への対応可能施設数

	調査対象	対応可能機関数
在宅療養支援診療所	326か所	39か所
在宅療養支援病院	29か所	0か所
訪問看護事業所	242か所	81か所

資料：平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業における調査（千葉県）

イ 災害時対応

県が実施した「令和5年度在宅医療実態調査」によれば、業務継続計画（BCP）の策定状況について、診療所では〇%、病院では〇%、在宅療養支援歯科診療所では〇%、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局では〇%、訪問看護ステーションでは〇%でした。

※下線部は令和5年度在宅医療実態調査の結果を反映予定

在宅医療を提供する機関では、人工呼吸器等の医療機器を使用している患者も多く診療していることから、自然災害や新興感染症の流行等により、医療設備への被害や従業員が感染した場合等においても、在宅医療の診療体制を維持し、継続的な医療を提供することが求められます。

一方、人工呼吸器等を使用している医療依存度の高い在宅療養者に対しては、災害を想定した備えを含めた支援が必要です。

また、災害時には、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区

町村や都道府県との連携がますます重要になることから、平時から連携を進める必要があります。

図表 各関係機関の BCP 策定状況（案）

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

資料：令和5年度在宅医療実態調査（千葉県）

ウ 在宅医療・介護の多職種連携

在宅医療を必要とする方には、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。外来での診療を通じて患者の生活を支援し、通院が困難になっても適切に往診・訪問診療につなぐことが重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、介護など、在宅医療を担う多職種の協働を推進することが必要です。

その際には、高齢者の孤立化を防ぐ観点からも、在宅生活を支える介護・福祉分野の職種との連携も重要です。

（5）急変時の対応

県が実施した「令和2年度在宅医療実態調査」では、在宅医療よりも入院医療を希望する理由として、家族の負担への懸念や急変時の対応に関する患者の不安が挙げられています。一方、同調査における医療機関の診療時間外（夜間・休診日）対応の負担感について、一般診療所だけでなく在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院においても約8割が「負担である」「やや負担である」と回答しています。

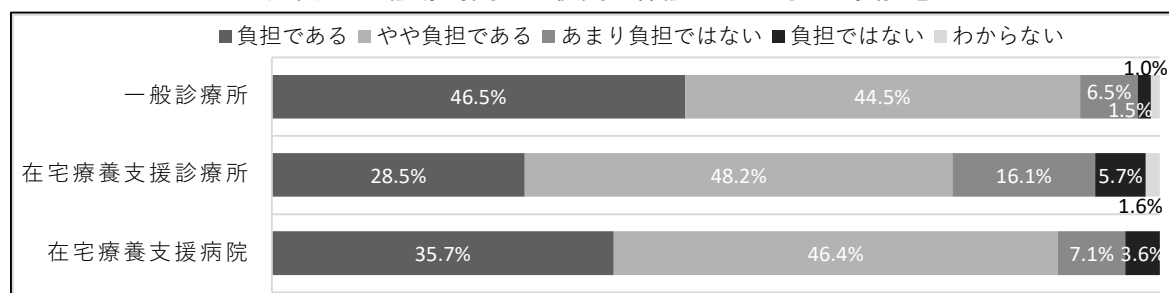
在宅療養患者の急変時等に往診を実施している医療機関数は558か所（令和2年）で、平成29年の566か所から減少傾向にあります。一方、実施件数（1か月間）は9,042件（令和2年）で、平成29年の7,739件に比べて増加しています。

また、在宅療養後方支援病院として届出されている病院は17か所（令和5年4月時点）、24時間対応可能な訪問看護ステーションは544か所（令和5年4月時点）と増加傾向にあります。

令和5年度在宅医療実態調査の結果に差し替え予定

引き続き、県民が住み慣れた自宅などでの療養生活を安心して続けられるために、複数の医師や訪問看護師の連携などにより、24時間対応の連携体制の構築や入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要です。

図表〇-〇診療時間外（夜間・休診日）の対応の負担感



資料：令和2年度在宅医療実態調査（千葉県）

令和5年度在宅医療実態調査の結果に差し替え予定

図表 往診実施医療機関数・件数

	平成26年	平成29年	令和2年
往診実施医療機関数	666 か所	620 か所	558 か所
（内訳）一般診療所	614 か所	566 か所	500 か所
病院数	52 か所	54 か所	58 か所
往診実施件数(1 か月間)	6,256 件	7,739 件	9,042 件
（内訳）一般診療所	5,623 件	7,108 件	8,165 件
病院	633 件	631 件	877 件

資料：医療施設調査（厚生労働省・10月1日時点）

（6）在宅での看取りなど

在宅等での看取りを実施している医療機関数は210か所（令和2年）で、平成29年の181か所から増加しています。また、看取り実施件数（1か月間）は746件（令和2年）で、平成29年の468件より増加しています。

本県の在宅死亡率は、27.8%（令和3年度）で、全国平均の27.2%と同程度です。なかでも、高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える方の割合が増えています。一方、医療機関で亡くなる方は7割を超えています。実際には、病状等に応じて療養場所の選択肢が限られてしまう場合もあり、一概には比較できませんが、県民の希望する長期療養の場所や最期を迎える場所と現状には、かい離がみられます。なお、上記の在宅死亡率算定の基礎となる「在宅死」には、いわゆる「孤立死」といった、誰にも看取られることなく亡くなった後に発見される死も含まれることに注意が必要です。

また、県が実施した「令和5年度在宅医療実態調査」では、人生の最終段階における医療・療養について、家族等と「話し合ったことはない」と回答した方が75.9%、医療・介護関係者等と「話し合ったことはない」と回答した方が87.5%でした。

このことから、在宅等による看取りのための医療提供体制の整備と併せて、県民ひとりひとりが、在宅医療の理解を深めるとともに、自身の医療について考え、家族や医療従事者等と話し合い、県民自身が望む場所で看取りができる環境づくりも重要な課題です。

図表 看取り実施医療機関数・件数

	平成 26 年	平成 29 年	令和 2 年
看取り実施医療機関数	179 か所	181 か所	210 か所
(内訳) 一般診療所	158 か所	154 か所	186 か所
病院	21 か所	27 か所	24 か所
看取り実施件数(1 か月間)	433 件	468 件	746 件
(内訳) 一般診療所	387 件	411 件	686 件
病院	46 件	57 件	60 件

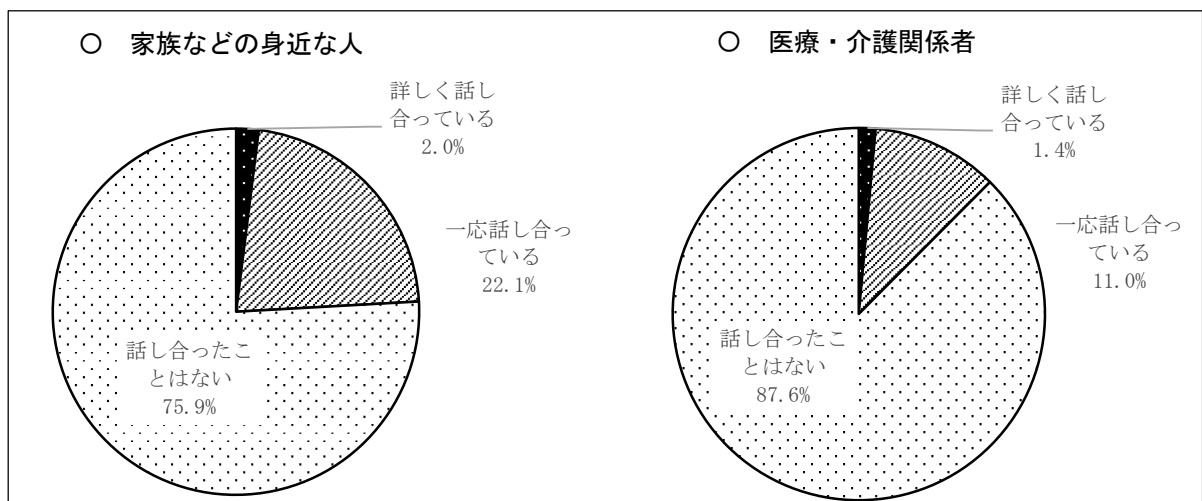
資料：医療施設調査（厚生労働省・10 月 1 日時点）

図表 在宅での死亡率

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

資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 人生の最終段階における医療・療養についての話し合い状況



資料：令和 5 年度在宅医療実態調査（千葉県）

（７）市町村等との連携

今後は、在宅医療を担う医療機関の拡充を促進するとともに、地域包括ケアの推進の観点も踏まえ、在宅での療養生活に欠かせない介護・福祉サービスを担う市町村や介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携を強化しながら、地域の医療・介護資源や連携の状況などを踏まえて、在宅医療の提供体制の整備を進めていく必要があります。

２ 施策の具体的展開

（１）退院支援

ア 医療・介護の多職種連携の促進

- 患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進します。
- 多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやＩＣＴ*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。
- 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療推進連絡協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

（２）日常の療養支援

ア 在宅療養支援体制の確保

- 訪問診療や往診を行い、在宅医療を支える診療所や病院の確保に取り組みます。
- 訪問診療の普及のためには訪問看護の充実が不可欠であることから、訪問看護ステーションの確保に取り組みます。また、24 時間体制や安定的なサービス提供体制を確保するため、訪問看護ステーションの大規模化等を促進します。
- 病院や診療所が実施する訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携を推進します。
- 患者が住み慣れた自宅や地域で安心して療養生活を送れるようにするために、かかりつけ医*を中心とした在宅医療提供体制の整備を関係機関と連携を図りながら促進します。
- 「千葉県地域医療総合支援センター」において、県医師会が行う在宅医療に関する県民への普及啓発などについて支援します。
- 訪問歯科診療に必要な設備を整備するとともに、「在宅歯科医療連携室」において、在宅歯科診療に関する県民への情報提供や相談などについて県歯科医師会と協働して取り組みます。
- 在宅医療に必要な医薬品等の提供体制について、課題を抽出するとともに、課題解決に向けた検討を行います。
- 在宅医療における薬剤師・薬局の役割や機能を確立するために、県薬剤師会が行う市町村など関係機関との多職種連携強化について支援します。

- イ 在宅医療を担う医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師等の増加、質の向上
- 在宅医療を担う人材の増加に取り組みます。
 - 訪問看護師の人材確保と定着促進のため、訪問看護師の育成や相談、普及啓発等の事業を県看護協会と協働して取り組みます。
 - 在宅医療機関等が、がん患者や医療的ケア児等にも対応できるよう、医師、看護師等医療関係者の一層のスキルアップに取り組みます。
 - 在宅歯科診療を担う医療従事者の研修に取り組みます。
 - 在宅医療を担う薬剤師を確保するため、県薬剤師会が行う薬剤師による在宅患者への訪問薬剤管理指導の実地研修を支援します。

ウ 災害時にも適切な医療を提供するため支援体制の確保

- 人工呼吸器等を使用している医療依存度の高い在宅療養者に対し、市町村を始めとする関係機関と協力しながら、災害を想定した備え等について支援します。
- 在宅医療を担う病院、診療所の業務継続計画（BCP）策定を促進するため、策定に必要な知識の習熟を支援します。

※令和5年度在宅医療実態調査の結果から追記予定

エ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援

- 医療と介護の広域的な連携を図るための場を地域の実情に応じて提供するほか、市町村職員等を対象とし、医療と介護の連携に関する相談に関する研修等を実施するなど、在宅医療・介護連携に取り組む市町村を支援します。

（3）急変時の対応

ア 在宅医療に対する医師等の負担の軽減

- 在宅医療の推進に当たり、医師が最も負担に感じる24時間体制の確保や急性増悪時等への対応などの在宅医療を担う医師の負担の軽減に向けた支援に取り組みます。

（4）看取り

ア 在宅等での看取りを可能とする医療提供体制の整備

- 多職種連携推進の取組を支援するとともに、看取りに関する医師、看護師等医療関係者のスキルアップを図る等、在宅等での看取りを可能とするための医療提供体制の整備に取り組みます。

イ 患者が望む場所で看取りができる環境づくり

- 県民に、人生の最終段階における生き方や本人が望む場所での看取りについて考えてもらえるよう、日常の療養支援体制の整備促進に取り組むとともに、医療・介護の関係機関と連携を図りながら啓発活動を行います。

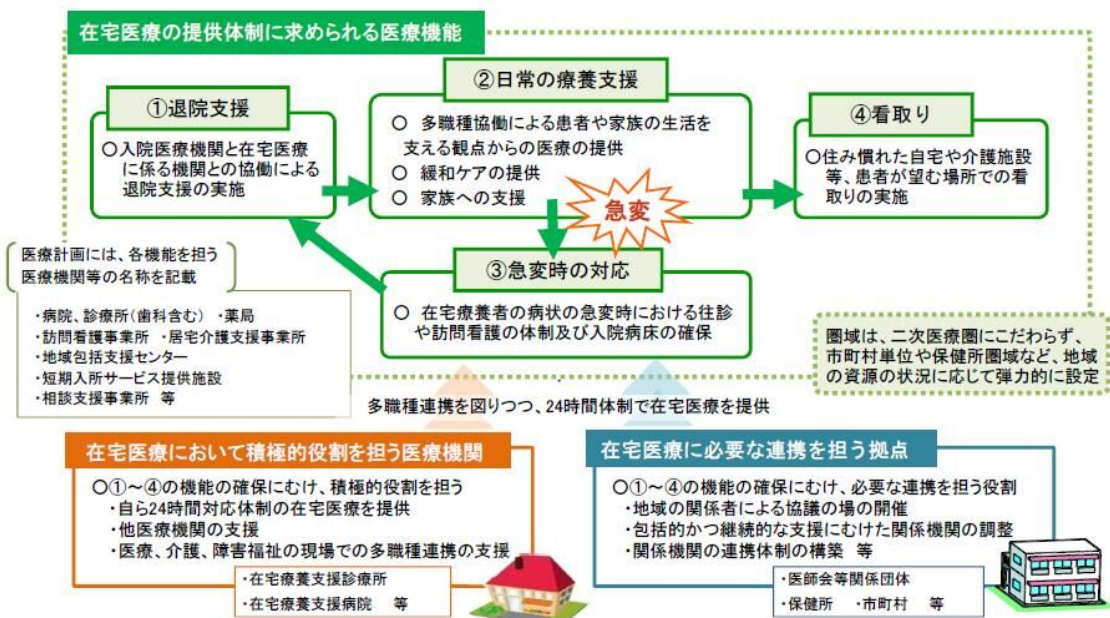
(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関の確保

- 前記(1)から(4)までに掲げる機能の確保を図るため、機能強化型在宅療養支援病院を「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」として位置づけます。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」は、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関への支援にも努めながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の促進に県と連携して取り組みます。
- 但し、既に地域で運用されている取組や体制がある場合には、その継続を基本とします。
- なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととします。

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備

- 前記(1)から(4)までに掲げる機能の確保を図るため、市町村を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置づけます。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」は、市町村において実施する在宅医療・介護連携推進事業の取組や障害福祉に係る相談支援の取組との連携を図りながら、地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の開催、包括的かつ継続的な支援に向けた関係機関の調整、関係機関の連携体制の構築等、在宅医療の推進について県と連携して取り組むよう努めます。

図表 在宅医療の提供体制のイメージ



3 施策の評価指標

(基盤 (ストラクチャー))

指 標 名	現 状	目 標
入退院支援を実施している診療所数・病院数	141 か所 (令和 3 年)	
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	765 か所 (千葉県) (令和 3 年)	
(内 訳)		
千葉保健医療圏	126 か所	
東葛南部保健医療圏	185 か所	
東葛北部保健医療圏	173 か所	
印旛保健医療圏	61 か所	
香取海匝保健医療圏	47 か所	
山武長生夷隅保健医療圏	69 か所	
安房保健医療圏	32 か所	
君津保健医療圏	42 か所	
市原保健医療圏	30 か所	
在宅患者訪問診療 (居宅) 実施歯科診療所数	433 か所 (令和 2 年 10 月)	
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数	2,266 か所 (令和 5 年 6 月)	
訪問看護ステーション数	454 か所 (千葉県) (令和 3 年 10 月)	
(内 訳)		
千葉保健医療圏	88 か所	
東葛南部保健医療圏	116 か所	
東葛北部保健医療圏	108 か所	
印旛保健医療圏	38 か所	
香取海匝保健医療圏	23 か所	
山武長生夷隅保健医療圏	27 か所	
安房保健医療圏	18 か所	
君津保健医療圏	18 か所	
市原保健医療圏	18 か所	
往診を実施している診療所・病院	1,043 か所 (令和 3 年)	
在宅療養後方支援病院数	18 か所 (令和 5 年 4 月)	
機能強化型訪問看護ステーション	34 か所 (令和 5 年 4 月)	

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

※在宅ターミナルケア加算、看取り加算、死亡診断加算を算定した診療所・病院数

(過程（プロセス）)

指 標 名	現 状	目 標
在宅患者訪問診療件数	808,997 件 (令和 3 年)	
訪問看護ステーションの利用者数	32,768 人/月 (令和 3 年 9 月)	
在宅での看取り数※	6,771 件 (令和 3 年)	

※看取り加算、死亡診断加算の算定件数

(成果（アウトカム）)

指 標 名	現 状	目 標
介護が必要になっても自宅や地域 で暮らし続けられると感じる県民 の割合	31.6% (令和 4 年度)	

第4節 外来医療に係る医療提供体制の確保

1 外来医療の提供体制

(1) 施策の現状・課題

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

ア 高齢者人口の増加に伴う医療・介護需要の急増

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

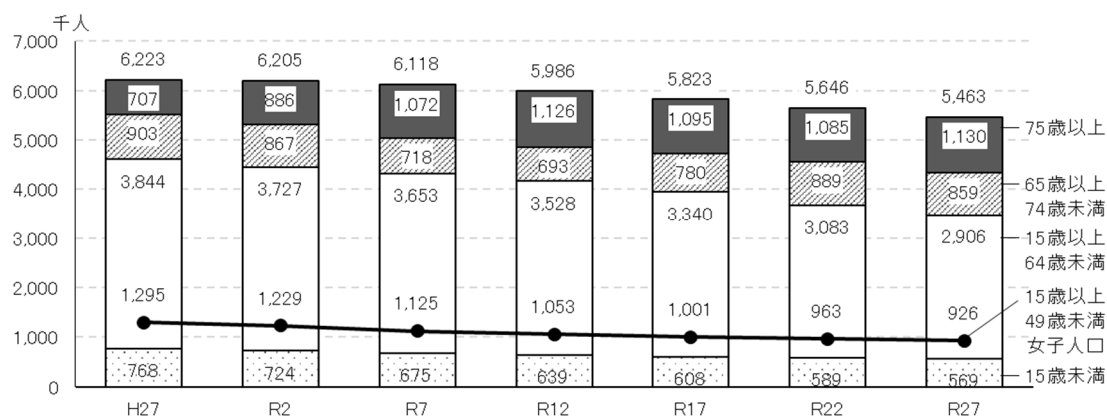
また、昭和40年から50年にかけて人口が急増しており、令和7年には団塊の世代全てが75歳以上の後期高齢者となります。

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

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

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

図表 千葉県の人口の推移



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

イ 医療資源の状況

(ア) 人口当たりの診療所数

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

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

図表 千葉県の人口10万人当たり一般診療所数等

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

資料：令和3年医療施設調査・病院報告(厚生労働省)より作成

(イ) 外来医師偏在指標の状況

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

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

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

a 千葉県全体の状況

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

あたり診療所医師数62.2人)であり、全国平均値を下回っています。

b 二次保健医療圏の状況

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

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

なお、外来医師偏在指標においては、「少数区域」の概念はありません。

図表 千葉県における外来医師偏在指標の状況

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

厚生労働省ホームページ「令和4年度外来医師偏在指標」から作成

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

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

図表 外来医師偏在指標算出にあたっての患者流出入

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

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

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

ウ 外来医療機能別の状況

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

（ア）通院による外来医療

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

その中でも、日頃から患者の体質や病歴、健康状態を把握し、診療に限らず健康管理上幅広い支援をする「かかりつけ医」は、地域医療連携や患者の生活の質向上に重要な役割を担います。県内に所在する診療所の〇割が、自院が地域の「かかりつけ医」としての役割を担っていると考えており、「かかりつけ医」を持っていると回答する県民も6割を超えています。

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

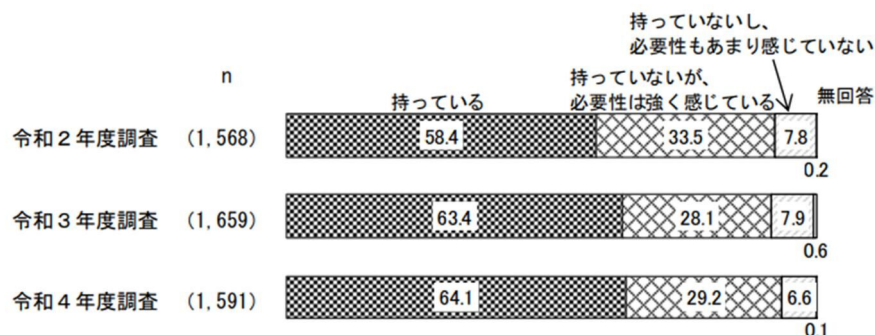
医療機関
調査の
結果を
反映

報告」の創設が予定されています。

図表 自院が「かかりつけ医」の役割を担っていると考える医療機関の割合

↳ 医療機関調査の結果を反映

図表 「かかりつけ医」を持っている県民の割合の年次推移



資料：第63回県政に関する世論調査（令和4年）（千葉県）

（イ）初期救急医療

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

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

図表 在宅当番医制の実施状況

令和5年4月1日現在

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

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

図表 夜間休日急病診療所の設置状況（休診中の機関を除く）

令和5年4月1日現在

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

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

※1 12/29～1/3も診療

※2 休日(12/30～1/4含む)は夜間に加えて昼間も診療

※3 12/30～1/4も診療

※4 休日(12/30～1/3含む)は夜間に加えて昼間も診療

※5 12/30～1/3も診療

※6 8/13～8/15及び12/29～1/3も診療

※7 12/31～1/3も診療

※8 休日(12/29～1/3含む)は夜間に加えて昼間も診療

資料：救急医療体制に関する調査（千葉県）

（ウ）在宅医療

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

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

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

（エ）公衆衛生

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

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

予防接種の業務を行う医師が提供体制を支えています。

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

エ 外来機能報告・紹介受診重点医療機関

(ア) 外来機能報告制度

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

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

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

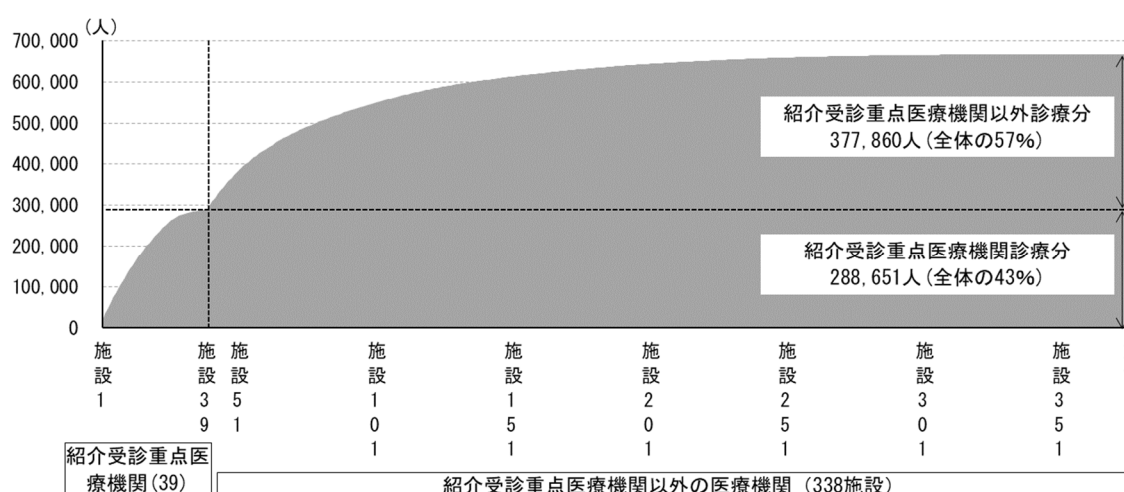
(イ) 紹介受診重点医療機関

外来機能報告の結果を基に、「地域保健医療連携・地域医療構想調整会議」等の地域の協議の場で、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関として、紹介受診重点医療機関を取りまとめることとされています。

紹介受診重点医療機関は、「かかりつけ医」からの紹介状を持って受診いただくことに重点を置き、手術・処置や化学療法等を必要とする外来や、放射線治療等の高額医療機器等を必要とする外来といった、医療資源を重点的に活用する外来（紹介受診重点外来）を地域で基幹的に担う医療機関です。千葉県では、令和5年8月1日に初めて対象医療機関を千葉県ホームページに公表しました。

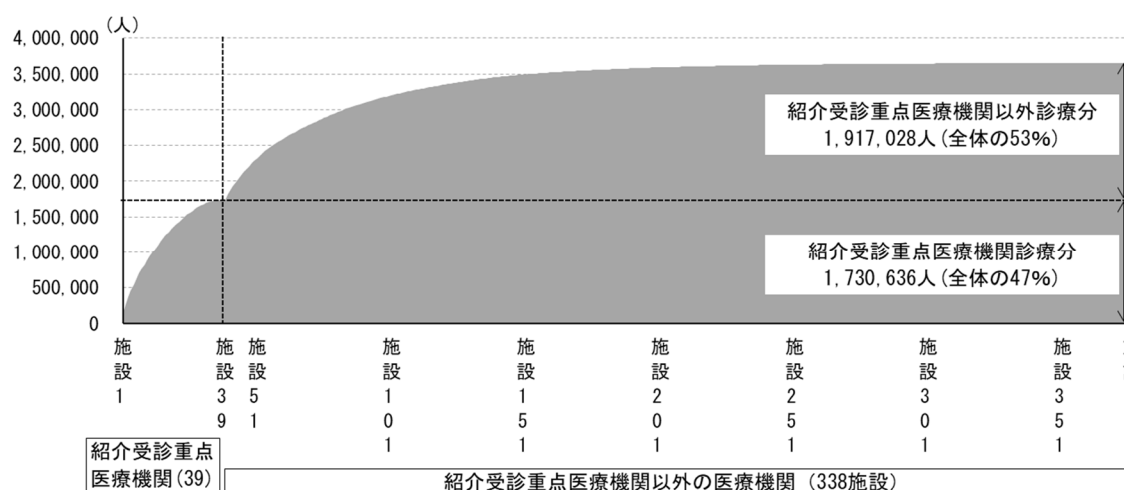
本県においては、初診患者の延べ数に対する紹介受診重点外来の実施割合のうち、今回取りまとめられた紹介受診重点医療機関が当該医療を提供している割合が約43%、再診患者における同様の割合が約47%となっており、紹介受診重点外来の半数弱を紹介受診重点医療機関が担っていることがわかりました。今回の制度の導入により、さらなる役割分担・連携が進むことが期待されます。

図表 医療資源を重点的に活用する外来の延べ患者数（初診）



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

図表 医療資源を重点的に活用する外来の延べ患者数（再診）



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

（２）区域等の設定

ア 計画対象区域

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

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

こととされています。

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

イ 外来医師多数区域

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

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

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

ウ 協議の場

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

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

（３）施策の具体的展開

ア 外来医療提供体制に関する情報の可視化の推進

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

また、別冊の地域編各章において、二次保健医療圏ごとに外来医療提供体制に

関する情報を整理し、外来医療情報の可視化を推進します。

可視化する情報

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

イ 紹介受診重点医療機関の明確化等による外来医療の役割分担と連携の促進

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

ウ 「かかりつけ医機能」が発揮される制度整備への適切な対応

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

エ 上手な医療のかかり方への県民の理解促進

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

(4) 施策の評価指標

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

2 医療機器の効率的な活用

(1) 施策の現状・課題

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

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

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

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

ア 医療機器の配置状況

(ア) 医療機器の配置状況に関する指標

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

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

- ・ C T（全てのマルチスライスC T及びマルチスライスC T以外のC T）
- ・ M R I（1. 5テスラ未満、1. 5テスラ以上3. 0テスラ未満及び3. 0テスラ以上のM R I）
- ・ P E T（P E T及びP E T－C T）
- ・ 放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）
- ・ マンモグラフィ

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

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

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

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

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

図表 医療機器の配置状況に関する指標の状況

(イ) 医療機器の配置台数

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

図表 医療機器の配置台数に係る状況

イ 医療機器の共同利用の状況

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

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

医療機関調査の結果がまとまり次第、共同利用の受入状況について記載予定。

図表 医療機器の共同利用の実施状況

(2) 施策の具体的展開

ア 医療資源の可視化の促進

(ア) 医療機器の配置状況等

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

(イ) 医療機器の稼働状況

- 外来機能報告及び医療機器稼働状況報告書により入手した対象医療機器の

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

イ 共同利用方針に基づく医療機器の共同利用の推進

(ア) 共同利用方針

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

(イ) 医療機器共同利用計画書

- 新規に対象医療機器を購入する医療機関については、共同利用計画書の提出を依頼します。提出された共同利用計画書は、協議の場において当該医療機器の共同利用予定等に関する情報を共有するほか、県ホームページに公表することで、地域における医療機器の共同利用を推進します。
- 厚生労働省が定めたガイドラインを踏まえ、共同利用計画書には以下の事項を記載することとします。
 - ・ 共同利用の相手方となる医療機関
 - ・ 共同利用の対象とする医療機器
 - ・ 保守、整備等の実施に関する方針
 - ・ 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針（画像撮影等の検査機器の場合）
 - ・ 共同利用を行わない場合の理由
 - ・ その他の必要事項

(3) 施策の評価指標

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

第5節 県民の適切な受療行動の促進

1 施策の現状・課題

(1) 医療機関の役割分担

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

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

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

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

(2) 県民の適切な受療行動

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

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

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

図表 医療法第6条の2第3項

医療法 第6条の2

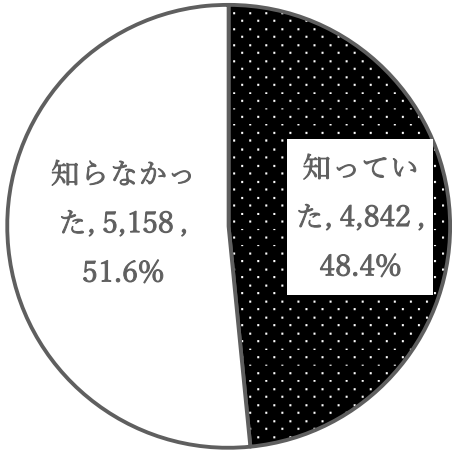
3 国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

図表 医療に関する県民意識調査の主な結果（1）

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

このことについて、あなたは知っていましたか。

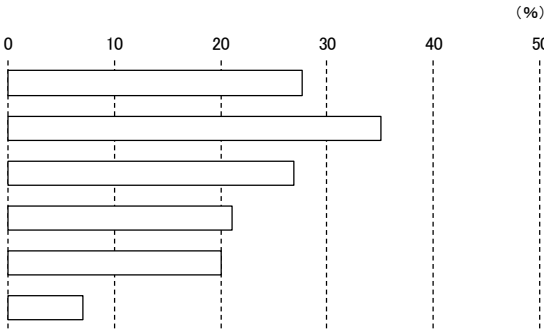
あてはまるもの1つをお選びください。



図表 医療に関する県民意識調査の主な結果（2）

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

	回答数	割合(%)
全体	859	100
紹介状が必要とは知らなかったから	238	27.6
大きな(専門的な)医療機関の方が安心だから	301	35.0
以前、受診したことがあり安心だから	231	26.9
すぐに専門的な診療を受けたかったから	181	21.0
自宅や職場から近い等、受診しやすかったから	172	20.0
その他	61	7.1



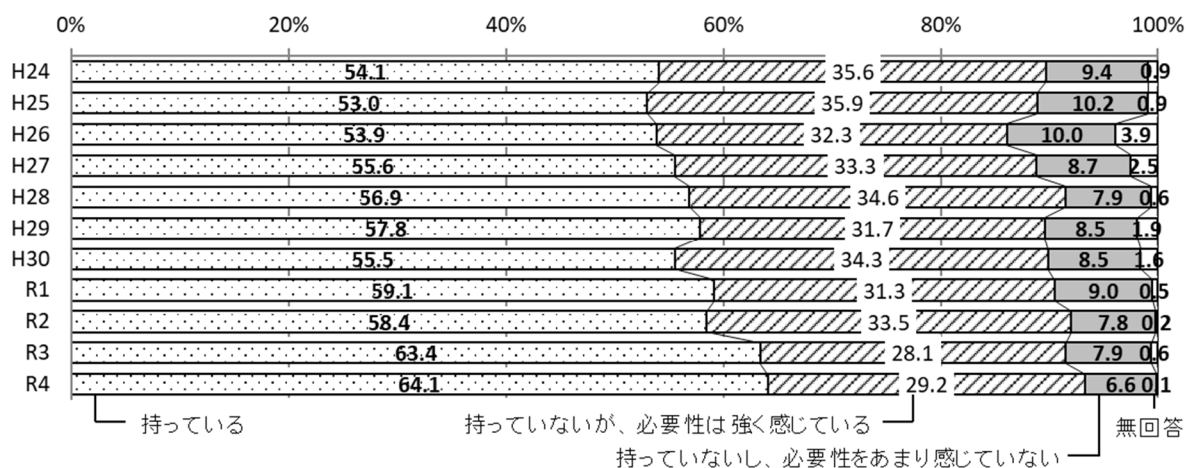
資料：医療に関する県民意識調査（令和5年 千葉県）

（3）かかりつけ医、かかりつけ歯科医の定着促進

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

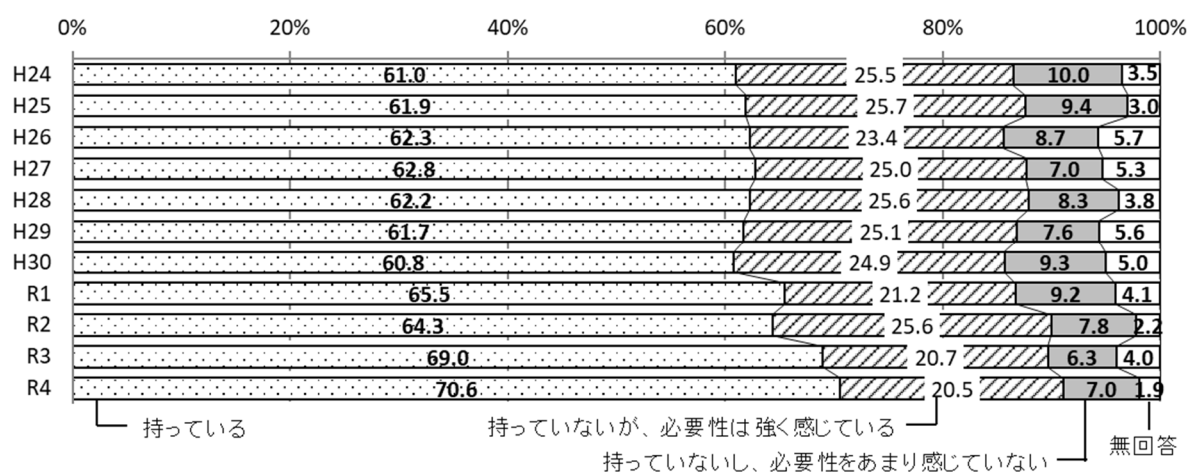
今後も、身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供する役割等を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医について県民に定着促進を図る取組が必要です。

図表 かかりつけ医を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

図表 かかりつけ歯科医を持っている人の割合の推移



資料：県政に関する世論調査（千葉県）

2 施策の具体的展開

（１）上手な医療のかかり方への県民の理解促進

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

したが、令和6年度より厚生労働省が管理する全国統一システムに移行して本格運用されるため、その適切な運用に努めます。

- 全国統一システムやちば救急医療ネットを通じて、県民に対し、検索機能による医療機関情報や、在宅当番医療機関、夜間等の急病診療所情報等の提供を行います。
- 救急医療体制の仕組み及び救急車や救急医療の適正利用について、普及啓発に取り組めます。
- 核家族化の進行により、子どもの急病時の対応方法を世代間で伝承する機会が減少していることから、保護者向け講習会の実施やガイドブックの配布などを通じて、子どもの急病や事故時の対応に関する知識について普及啓発を図ります。
- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中の緩和を図るため、夜間に小児患者の保護者等からの電話相談に対し、看護師や小児科医が適切な助言を与える小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。

3 施策の評価指標

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

第6節 各種疾病対策等の推進

1 結核対策

(1) 施策の現状・課題

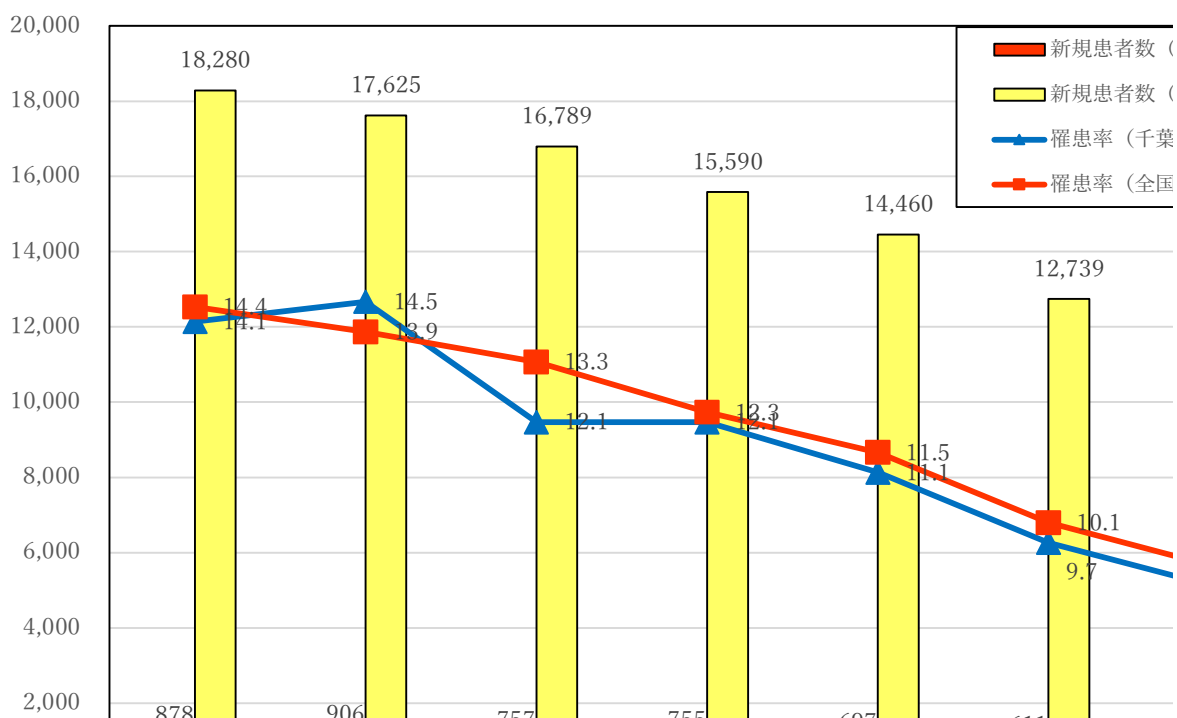
結核は過去の病気と考えられていますが、令和3年には約1万2千人の患者が新たに発生しているなど、今なお、わが国最大の感染症のひとつです。本県における新規登録患者数は553人であり、人口10万対の罹患率は8.8と、全国平均9.2を下回っています。

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

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

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

図表 5-6-1-1 結核患者発生状況の推移



資料：結核研究所疫学予防センター年報

（２）施策の具体的展開

〔受診の遅れ及び診断の遅れの防止〕

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

〔接触者健診の徹底〕

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

〔結核の発症、結核菌の多剤耐性化の防止〕

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

〔結核病床の整備〕

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

（３）施策の評価指標

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

図表 5-6-1-2 結核患者年齢別罹患率（人口 10 万対）の推移

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

資料：全 国・結核研究所疫学センター年報

千葉県・結核登録者情報システム年報（厚生労働省）

図表 5-6-1-3 千葉県内の結核病床等保有病院



2 エイズ対策

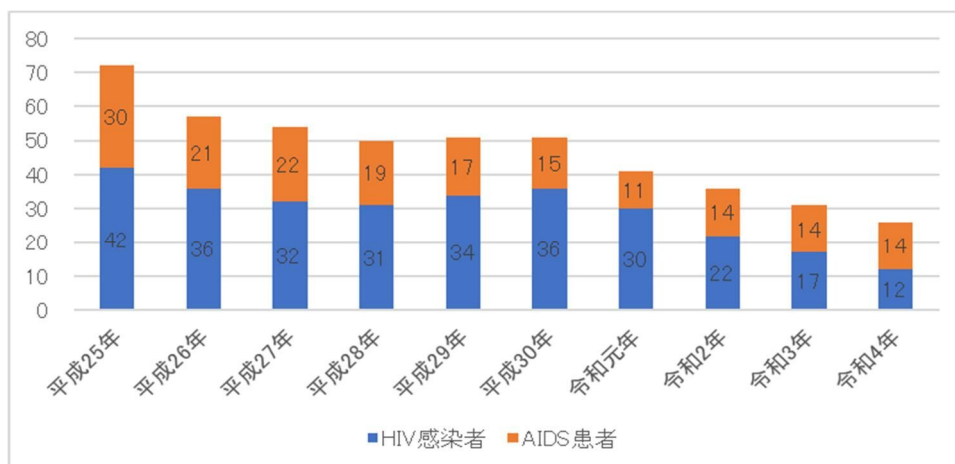
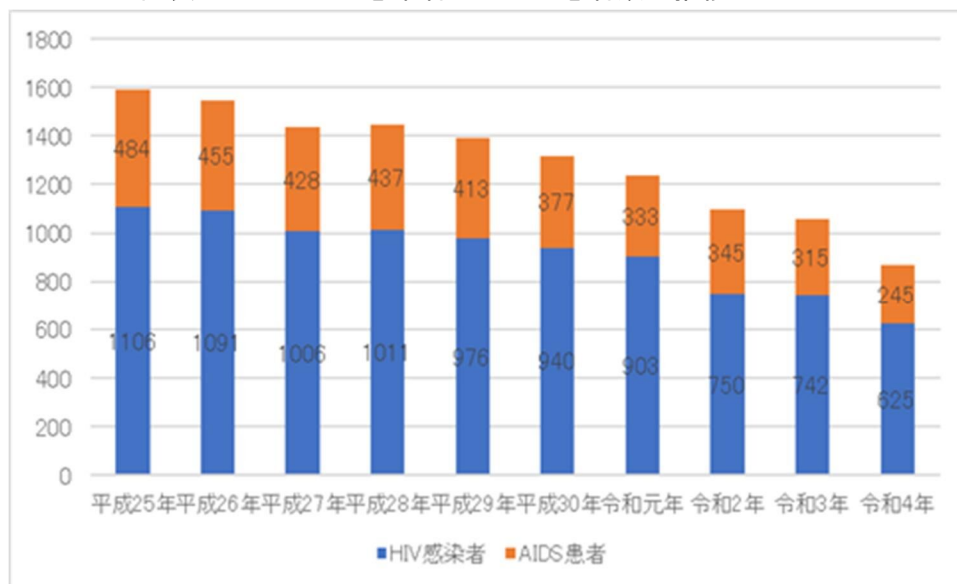
(1) 施策の現状・課題

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

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

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

図表 5-6-2-1 HIV感染者・エイズ患者数の推移



資料：エイズ動向委員会報告（厚生労働省）

（２）施策の具体的展開

〔エイズに関する正しい知識の普及啓発〕

- HIV感染の予防には、若い世代を中心としたエイズに関する正しい知識の普及啓発が必要なことから、マスメディアを活用した広報、パンフレット類の作成・配布、ピアエデュケーター（同世代の仲間による教育）等を活用した講習会の開催のほか、時機に合わせたキャンペーンの実施等の普及啓発の充実を図ります。

〔相談体制の充実〕

- エイズに対する誤解や不安を取り除き、感染リスクの回避に関する行動変化を促すため、各保健所（健康福祉センター）におけるエイズ相談及び医療機関への専門カウンセラーの派遣等を推進します。

〔検査体制の充実〕

- HIV感染の早期発見を促進するため、各保健所（健康福祉センター）のHIV抗体検査に即日検査と夜間検査、また、休日街頭検査事業を拡充し、検査希望者の利便性の向上と検査を受ける機会の拡大を図ります。

〔医療提供体制の整備〕

- エイズに関する総合的な診療体制を確保するため、中核拠点病院*を中心とし、エイズ治療拠点病院や協力病院*で構成する連絡協議会を開催し、研修会の実施、医療情報の提供及び共有化を推進することにより連携を強化します。併せて、歯科医師会等の医療関係団体や地域の在宅療養支援機関を対象とした研修会等を通じて、適切な感染防止対策の周知徹底を図ります。

（３）施策の評価指標

指 標 名	現状（令和５年）	目標（令和１１年）
いきなりエイズ率*	５３．８％	

図表 5-6-2-2 千葉県内のエイズ拠点病院



※令和5年7月末現在

図表 5-6-2-3 HIV抗体検査体制と実績

項目／区分		昼間検査	夜間・休日検査	備考
実施保健所数		17	13	
実施保健所名		全保健所、成田支所	習志野、市川、松戸、野田、印旛、山武、長生、安房、君津、市原、千葉市、船橋市、柏市	
実施回数		2回／月	県型保健所：1回／月、保健所設置市：各市による	
検査実績	H24	3,277	991	陽性数10
	R1	3,321	960	6
	R2	670	96	3
	R3	305	31	1
	R4	160	1	0

HIV抗体検査は昭和62年3月、夜間検査は平成7年度、即日検査は平成17年度から開始

3 感染症対策

(1) 施策の現状・課題

感染症患者に対する医療については、入院治療を行う感染症指定医療機関*や、感染症患者専用の受診施設を持った感染症外来協力医療機関*の整備が重要な課題となっています。

また、感染症を予防する上で予防接種は重要であることから、今後も安全な予防接種体制の整備と定期予防接種*の接種率の一層の向上を図る必要があります。

さらに、県では、今後も出現の危険性が高まっているより病原性の強い新型インフルエンザ*の発生に備えた施策を展開していきます。

なお、令和5年6月末現在での感染症指定病床数は、60床（特定：2床、第一種：3床、第二種：55床）となっています。

(2) 施策の具体的展開

〔感染症の発生予防及びまん延防止対策の推進〕

- 感染症の発生予防対策として、一般県民並びに各種施設関係者等に対する衛生教育を実施するとともに、給食従事者等に対する検便により保菌者の発見に努めます。
- 感染症発生時には、感染経路の究明のための調査や消毒命令等、まん延防止のための防疫活動を実施します。

〔感染症医療機関の整備〕

- 感染症患者の入院治療を行う感染症指定医療機関が、良質かつ適切な医療の提供の確保ができるよう施設整備の促進に努め、まん延防止を図ります。
- 医療機関内での感染拡大を未然に防止するため、感染力の強い感染症の疑いのある患者が一般患者とは別に受診できる施設を持つ感染症外来協力医療機関の整備に努めます。

〔予防接種体制の整備と接種率の向上〕

- 市町村の定期予防接種における個別接種の推進や、予防接種センター事業の充実により、安全な予防接種の実施や接種率の向上を図ります。

〔新たな感染症への対応〕

- 本県は、成田空港や千葉港を抱えていることから、海外から持ち込まれる新たな感染症の発生に備え、検疫所等の関係機関と連携し、例示個別行動計画に基づき迅速かつ的確な対応を図るよう努めます。
- 新型インフルエンザ等の大流行時に備え、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄に努めます。

〔情報の収集還元の推進〕

- 感染症患者の発生状況や病原体情報が予防や治療にとって重要であるので、衛生研究所に設置した基幹感染症情報センターと連携し、感染症の発生状況を迅速に把握し、解析・評価を加え、インターネットなどを通じて県民や医療機関に情報を還元します。

（３）施策の評価指標

指 標 名	現状	目標
感染症外来協力医療機関 の施設整備数	20箇所 (令和4度末)	
定期予防接種率	A類疾病*91.5% B類疾病*34.5% (令和3年度)	

図表 5-6-3-1 千葉県内の感染症指定医療機関及び感染症外来協力医療機関



4 肝炎対策

(1) 施策の現状・課題

肝炎ウイルス感染者は、全国でB型が110万人～140万人、C型が190万人～230万人存在すると推定されていますが、自覚症状がないことが多いため、本人が気がつかないうちに肝硬変や肝がんへ移行する感染者が多く存在することが問題となっています。

昨今では、患者支援が充実されるとともに、自治体による受検、受診及び受療の促進に向けた取組が一定の効果を上げてきた一方で、肝炎ウイルス検査及び肝炎医療の均てん化（地域によってかたよりの内容、等しく向上させること）を一層推進すべきであること、国民の肝炎に関する理解や知識が十分でないことなどが課題となっており、国の示す「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」（基本指針）が令和4年3月に改正されました。

こうした状況を踏まえ、本県においても肝硬変又は肝がんへの移行者を減らすことを目標とした肝炎対策の一層の推進が図られるよう、「千葉県肝炎対策推進計画」を令和4年10月に一部改訂しました。

(2) 施策の具体的展開

〔ウイルス性肝炎に関する正しい知識の普及啓発〕

- 肝炎ウイルス感染を早期に発見し、肝硬変や肝がんに移行しないよう検査を促進することは極めて重要であることから、県ホームページをはじめマスメディアを活用した広報、ポスターの配布、講習会の開催などにより、検査の普及啓発を図ります。

〔検査体制の充実〕

- 検査希望者の利便性の向上と検査を受ける機会の拡大のため、各健康福祉センター及び肝炎検査委託医療機関における無料検査を充実します。

〔医療提供体制の整備〕

- ウイルス性肝炎に関する総合的な診療体制の確保のため、肝疾患診療連携拠点病院*を中心とし、専門医療機関等による連絡協議会の開催、医療従事者を対象とした研修会の開催等により、肝炎治療の向上を図ります。
- 肝炎患者に対するインターフェロン治療やインターフェロンフリー治療及び核酸アナログ治療*の医療費の助成事業を行います。

〔肝炎対策の推進〕

- 医師会、肝臓専門医等医療関係者、肝炎患者会の代表等で構成される千葉県感染症対策審議会肝炎対策部会の意見を聞きながら、肝炎対策を推進します。

- 肝炎患者会の協力を得て、肝炎患者への相談体制を充実します。

（３）施策の評価指標

指 標 名	現状（令和３年度）	目標（令和８年度までに）
肝炎ウイルス検査件数 （Ｂ型・Ｃ型） 県・市町村実施分	１３６，９００件	

5 難病対策

（１）施策の現状・課題

発病の機構が明らかになっておらず、治療方法が確立していない希少な疾病で長期療養を要するものとして、国の指定した３３８疾病を対象に医療費の患者負担を軽減する特定医療費（指定難病）助成事業を実施しています。

千葉県の難病医療提供体制は、従来からの、入院が必要となった難病患者に対する入院施設確保等の体制を図りつつ、早期に正しい診断・治療ができる体制の整備、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制整備など、個々の医療機能を満たす機関が相互に連携し、必要な支援を円滑に提供する観点から拠点病院等を再編成し、平成 30 年 4 月 1 日より新たな体制の整備を図っています。

また、在宅療養中の患者に対し、医療、療養生活に関する相談・指導・助言等を行う各種の難病相談事業を各健康福祉センター（保健所）で実施するとともに、在宅において適切な医療や多様なニーズに沿った介護等を提供できるよう、在宅人工呼吸器使用患者支援事業や難病患者等ホームヘルパー養成研修事業を実施しています。

在宅介護を行っている家族に対しては、レスパイトとして利用できる在宅難病患者一時入院等事業を実施しています。

さらに、地域で生活する患者等の日常生活における相談・支援、地域交流活動の促進及び就労支援などを行う地域難病相談支援センター*（８箇所）と、地域難病相談支援センターの指導的役割を担う総合難病相談支援センター*（１箇所）を設置しています。

日常生活において多くの困難を抱える難病患者及びその家族等の複雑・多様化するニーズ等に適切に対応し、患者等の生活の質の向上を図って行くためには、的確な実情把握及びそれに適合する健康づくり・医療・福祉サービスの複合的な提供が不可欠です。

（２）施策の具体的展開

〔特定医療費（指定難病）助成事業の実施〕

- 原因不明の難病のうち、国が指定した疾病にかかる医療費を負担し、患者に対する経済的支援を行うとともに、国が実施する難病に関する調査及び研究の推進に協力してまいります。

〔難病の医療提供体制の構築〕

- 難病の医療提供体制に求められる個々の医療機能を満たす機関と、難病の患者の療養生活を支援する機関が相互に連携し、必要な難病医療及び各種支援が円滑に提供されるよう難病の医療提供体制を整備してまいります。
- 難病に携わる医療従事者の育成を行い、指定医の質の向上を図るとともに、難病の患者ができる限り早期に正しい診断を受け、より身近な医療機関で適正な医療を

受けることができる体制の構築に努めます。

〔難病相談支援センターを中心とした総合的な支援体制の構築〕

- 県内8箇所に設置した地域難病相談支援センターを中心として、難病関係団体の代表を始め、医療、保健、福祉関係者、健康福祉センター（保健所）及び市町村の担当職員等の参画を推進し、地域で生活する難病患者の総合的な支援体制の充実を図ります。さらに、総合難病相談支援センターと地域難病相談支援センターとの有機的な連携を深め、県内全域におけるネットワークを確立し、それぞれの地域難病相談支援センター間の効率的な運営を図ります。

〔在宅療養環境の整備〕

- ホームページ等による情報提供活動を活発に展開し、難病患者等に対し、健康づくり・医療・福祉に関する具体的サービス等の情報を提供するとともに、難病相談支援センターや健康福祉センター（保健所）が実施する講演会等、各種行事の情報提供に努めます。
- 在宅で人工呼吸器を使用している指定難病患者等に対し、必要に応じて、診療報酬で請求できる回数を超えて訪問看護を提供することで、在宅において適切な医療の確保を図ります。
- 難病患者等の多様化するニーズに対応した適切なホームヘルプサービスを提供するため、必要な知識、技能を有するホームヘルパー等の養成を図ります。
- 人工呼吸器等を使用している難病患者等に対し、関係機関と協力しながら、災害を想定した備えを含め在宅療養生活を支援します。

〔一時入院施設等の確保〕

- 難病患者が在宅で療養生活を送る上では、家族等の介護の負担が大きく、在宅療養生活の継続が困難となる事例も見受けられるため、県内医療機関に一時入院病床を確保し、在宅難病患者の一時入院の受入により、家族の介護疲れの軽減等を図ります。

また、一時入院施設への移送が困難な場合は、患者宅に看護人を派遣し在宅で療養を継続することで、介護者の休息等に繋がります。

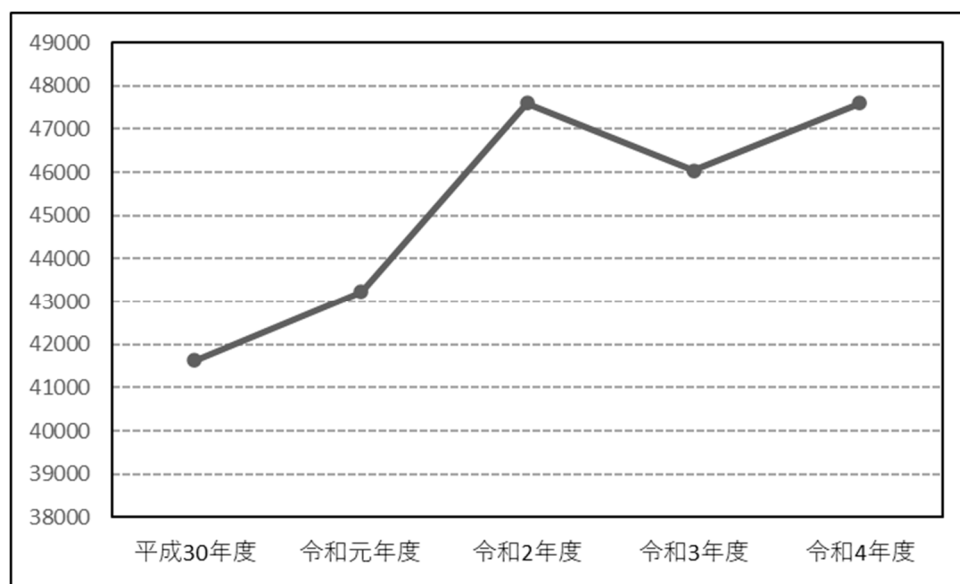
〔難病相談事業の充実〕

- 難病相談支援センターでは、難病患者等からの電話及び面接相談を実施するとともに難病等に関する講演・研修会の開催及び患者団体等が実施する地域交流活動等への支援活動を行います。
- 難病相談支援センターでは、就労支援や難病のピアサポーター養成を行い、難病患者の療養生活や職業生活の支援をします。
- 健康福祉センター（保健所）では、難病相談支援センターとの連携を図り、難病患者やその家族に対し医療及び療養生活に係る相談指導を行い、疾患等に対する不安の解消に努めるとともに、訪問相談、訪問診療*等を実施し、在宅療養の体制整

備を行い、安定した療養生活の確保とその生活の質の向上を図ります。

特に在宅にて療養生活を送る要支援患者に対しては、個々の実態に即した支援計画を作成し、適切なサービスを受けられるようにするとともに、適宜、その評価を行うことにより、患者の生活の質の向上を目指したきめ細かな支援を行います。

図表 5-6-5-1 指定難病認定者数の推移（人）



資料：千葉県疾病対策課調べ

図表 5-6-5-2 千葉県内の難病相談支援センター



6 小児慢性特定疾病対策

(1) 施策の現状・課題

小児慢性特定疾病児童等の健全育成の観点から、国の指定する788疾病を対象に、小児慢性特定疾病児童等の家庭の医療費の負担軽減を図るため、医療費の助成事業を実施しています。

各健康福祉センター（保健所）では、小児慢性特定疾病医療費助成申請の機会を通じて、小児慢性特定疾病児童等及びその家族の療養生活に関する相談・指導・助言等を行っています。

小児慢性特定疾病児童等及びその家族が必要な医療や支援を確実に、かつ、切れ目なく受けられるように、医療、福祉、教育、雇用支援等に関連する関係機関と連携を図りながら支援を行っていくことが重要となっています。

(2) 施策の具体的展開

〔良質かつ適切な小児慢性特定疾病医療支援の実施〕

- 小児慢性特定疾病児童等の家庭の医療費の負担軽減を図り、健全育成及び福祉の向上を図ることを目的に、小児慢性特定疾病医療費の一部を助成していくとともに、国が実施する小児慢性特定疾病に関する調査及び研究の推進に協力していきます。
- 小児慢性特定疾病の診断後は、できる限り身近な医療機関で適切な治療が受けられるよう、小児慢性特定疾病医療支援を行うことが可能な医療機関に対して指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の申請を促す等、小児慢性特定疾病児童等に対する医療提供体制の確保に努めていきます。
- 小児慢性特定疾病について、できる限り早期に正しい診断が行われるよう、関係機関の協力を得て、指定医の育成を行っていきます。

〔小児慢性特定疾病児童等自立支援事業の推進〕

- 各健康福祉センター（保健所）において、小児慢性特定疾病児童等及びその家族からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行うとともに、医療、保健、福祉、教育、就労分野等の関係機関との連絡調整その他の事業を行い、小児慢性特定疾病児童等の健全育成及び自立促進の支援を図っていきます。

〔小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付の実施〕

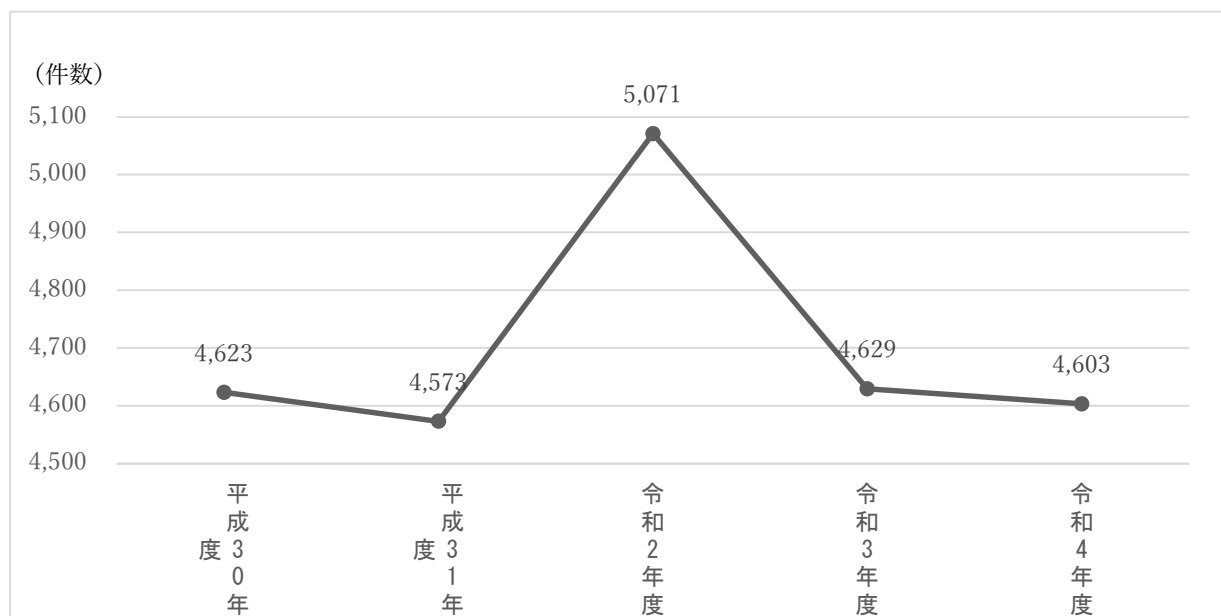
- 小児慢性特定疾病児童等に、特殊寝台等の日常生活用具を給付することにより、日常生活の便宜を図ります。

〔移行期医療支援体制の整備〕

- 小児期から成人期への移行期にある小児慢性特定疾病児童等への適切な医療の提供に関する課題を解消するため、千葉県移行期医療支援センターを中心とし、研

修や会議の開催等を通した小児期及び成人期をそれぞれ担当する医療従事者間の連携等医療体制の整備や、自身の疾病の理解を深める等の自律（自立）支援の取組促進により、移行期医療支援体制の整備を行います。

図表 5-6-6-1 小児慢性特定疾病医療費助成受給件数の推移



※令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症による自動延長により本来対象外になるべき人数が減らなかったため

資料：千葉県疾病対策課調べ

7 アレルギー疾患対策

(1) 施策の現状・課題

現在、乳幼児から高齢者まで国民の約2人に1人が気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、花粉症、食物アレルギーなどのアレルギー疾患に罹患しているとされ、その患者数は近年増加傾向にあります。

また、アレルギー疾患には、急激な症状の悪化を繰り返したり、重症化により死に至ったりするものがあり、職場、学校等のあらゆる場面で日常生活に多大な影響を及ぼしています。

このような状況を鑑み、平成27年12月に「アレルギー疾患対策基本法」が施行され、平成29年3月21日に制定された「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針」が令和4年3月に改正されました。

県では、法第13条に基づき「千葉県アレルギー疾患対策推進計画」を策定し、アレルギー疾患対策を総合的に推進しています。

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、32.7%の者がアレルギー疾患（気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー結膜炎、花粉症、食物アレルギー等）を有していると回答し、その内、持っているアレルギー疾患として「花粉症」が68.7%と最も多く、次いで「アレルギー性鼻炎」24.0%でした。また、持っているアレルギー疾患への最近1年間の対応状況として、「医療機関で受診した」は54.3%と最も多く、「医療機関で受診したり、医薬品を用いたりしていない」が25.8%、「薬局等で薬剤師に相談せずに、医薬品を購入した」は13.4%でした。

令和4年度に千葉県アレルギー相談センターによせられた相談内容については、「食物アレルギー」に関することが57.2%と最も多くなっています。また、相談内容については「症状」に関することが28.9%と最も多く、次いで「ケア方法」に関することが12.8%でした。

アレルギー疾患を有する者やその家族等が安心して生活できるよう、適切な情報提供や、アレルギー疾患の発症・重症化を予防するための生活環境の改善、居住する地域や年代に関わらず、等しくそのアレルギーの状態に応じて適切なアレルギー疾患医療を受けることができるよう、アレルギー疾患医療提供体制の整備、生活の質の維持向上のために周囲の関係者が適切に支援していくことが必要です。

(2) 施策の具体的展開

〔アレルギー疾患に関する知識の普及、アレルギー疾患の発症・重症化予防〕

- アレルギー疾患を有する者やその家族を含めた県民が、アレルギー疾患に関する適切な情報が得られるよう、「千葉県アレルギー相談センター」における電話相談や、ホームページによる情報提供、研修会の開催等により、正しい知識の普及に努めます。

- アレルギー疾患の発症や重症化を予防し、その症状を軽減するための生活環境の改善を図るため、受動喫煙防止や適正な食品表示、室内環境におけるアレルゲン対策等の普及啓発や指導・助言等を行います。

〔アレルギー疾患医療提供体制の確保〕

- アレルギー疾患医療提供体制の確保のため、アレルギー疾患医療拠点病院を中心とし、診療連携体制整備のための会議や、医師その他医療従事者を対象とした研修会の開催等を行います。
- アレルギー疾患に携わる専門的な知識及び技術を有する医療従事者並びにアレルギー疾患に係る診療等の情報について、ウェブサイト等を通じ、情報提供を図ります。

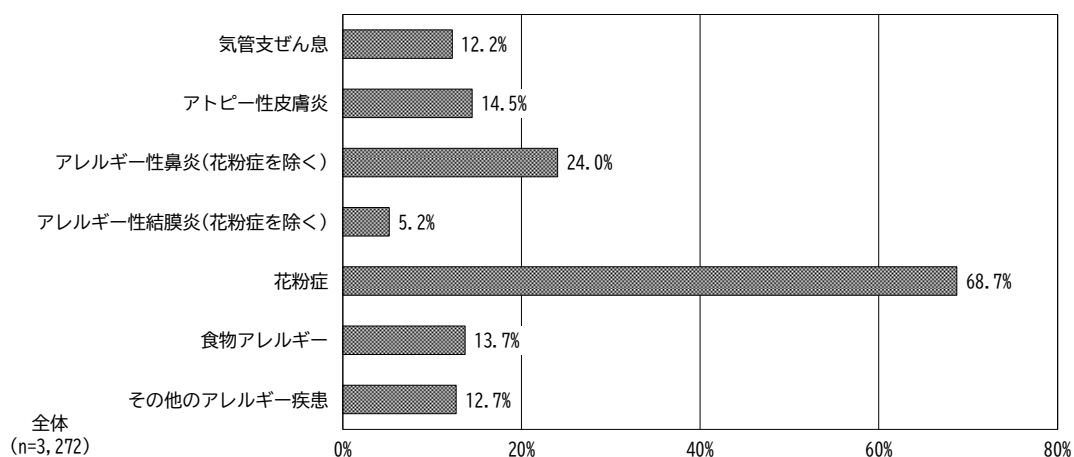
〔アレルギー疾患を有する者・家族の生活の維持向上〕

- 周囲の関係者がアレルギー疾患を理解し、適切な配慮や対応ができるよう、アレルギー疾患に関する相談等に携わる職種や、学校、施設等の職員を対象とした研修会の開催や助言等を行います。

〔アレルギー疾患に関する調査・分析、研究等の成果を活用したアレルギー疾患対策の推進〕

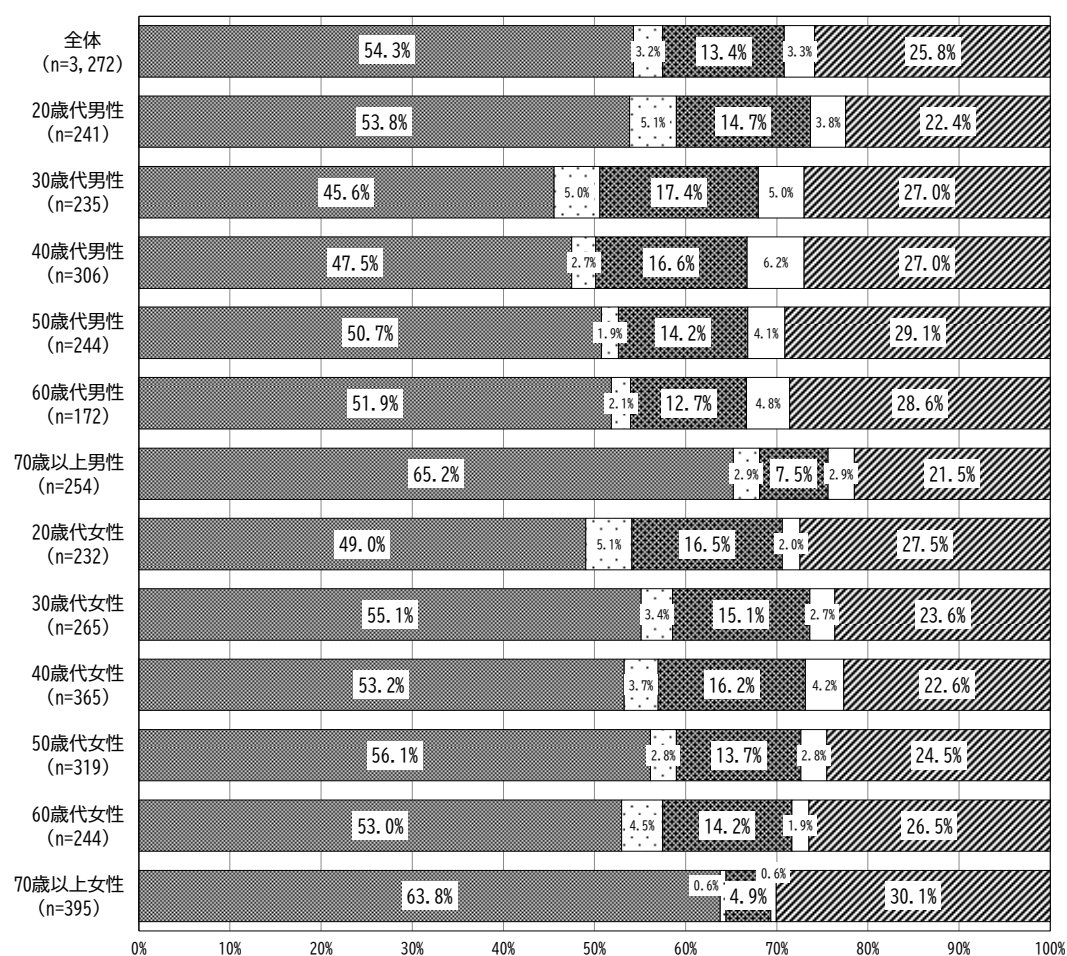
- アレルギー疾患医療拠点病院が実施する、本県におけるアレルギー疾患の実情を継続的に把握するための調査・分析をもとに、アレルギー疾患対策を推進します。

図表 5-6-7-1 自身が持っているアレルギー疾患（千葉県）



資料：医療に関する県民意識調査（令和5年度 千葉県）

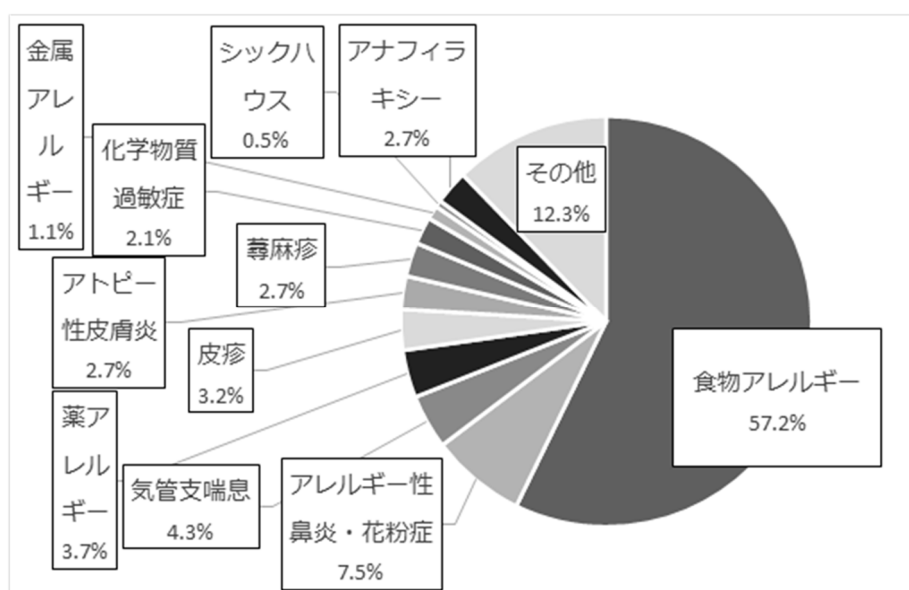
図表 5-6-7-2 アレルギー疾患への対応状況



- 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

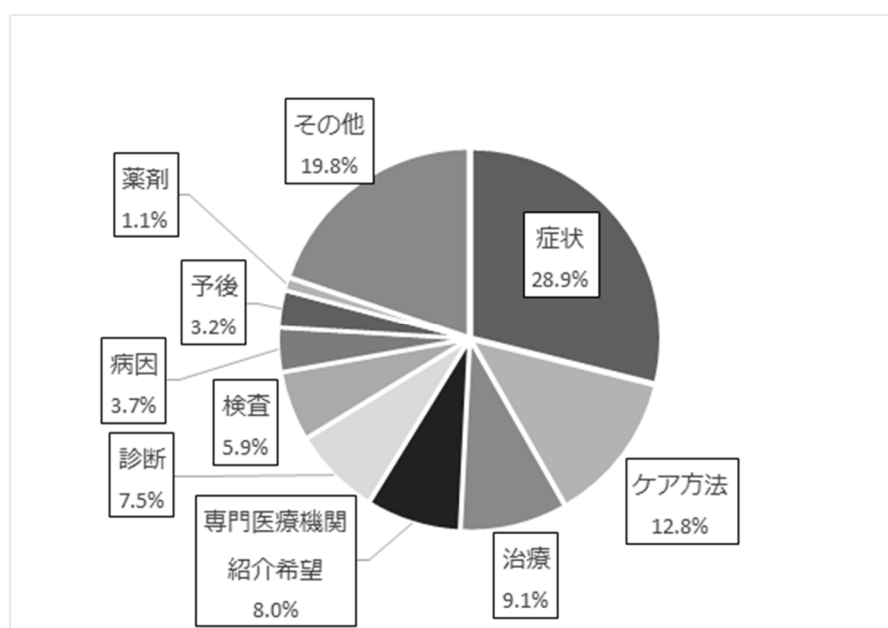
資料：医療に関する県民意識調査（令和5年度 千葉県）

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表示を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。

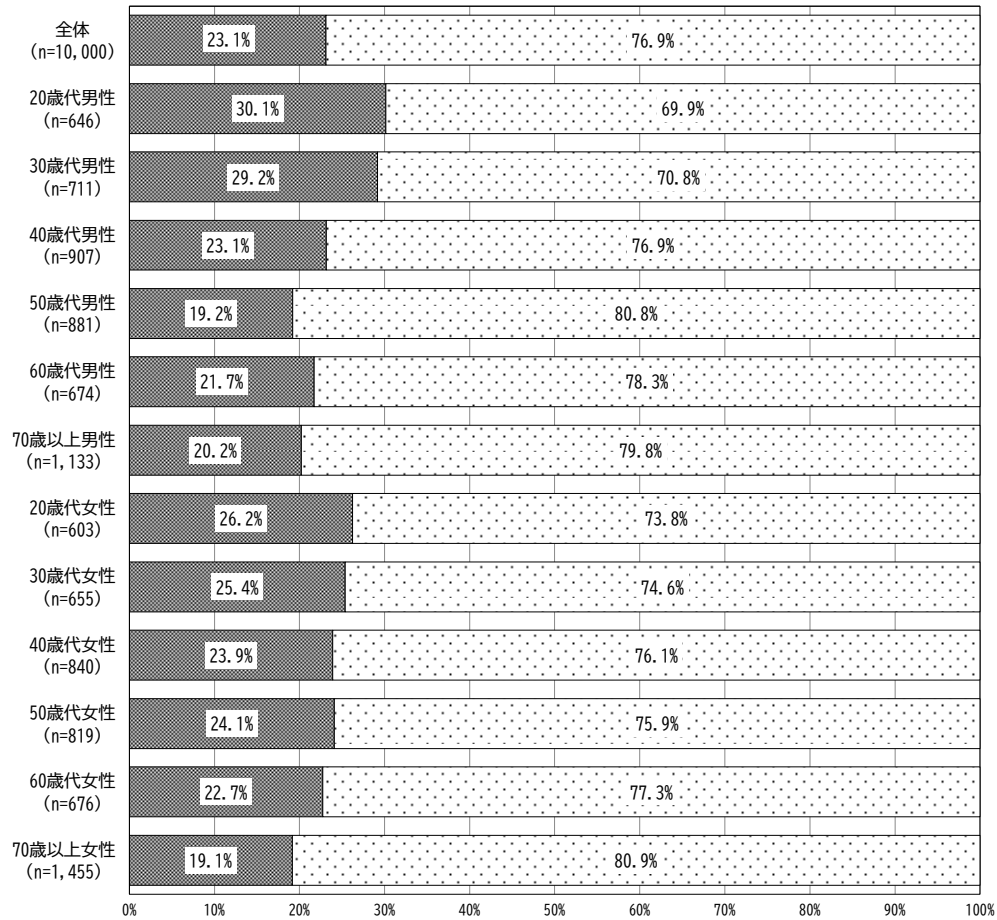
また、千葉県臓器移植コーディネーターや公益財団法人千葉ヘルス財団と連携し、普及啓発活動を行っています。

(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こと、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こと、③主に介護保険で対応される維持期・生活期*に関することがあり、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、各種の先進的なリハビリテーション治療、義肢装具*処方・製作、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーションセンター機能（相談、診察、治療、訓練、補装具製作、家屋改造指導、家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用などのソーシャルワーク、地域医療との連携等を含む。）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
- 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〕

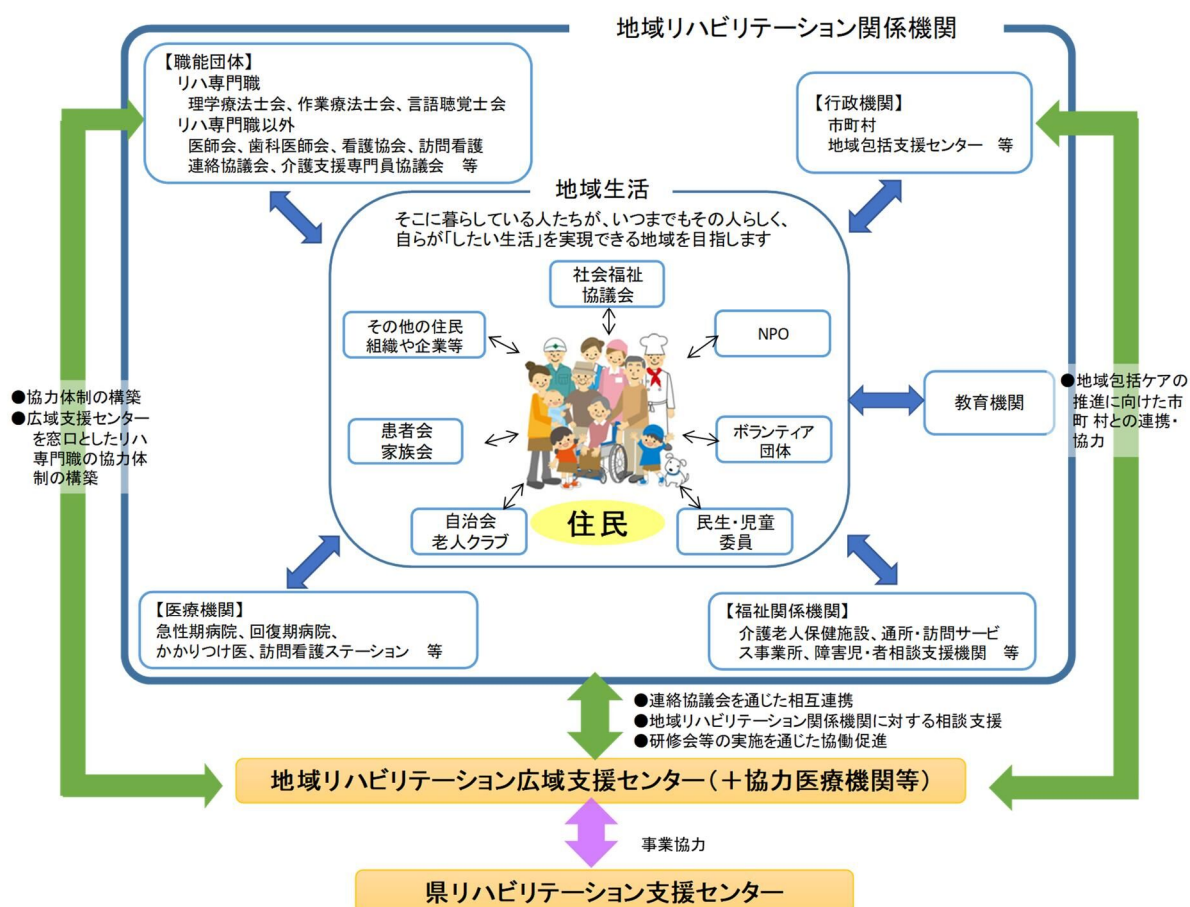
- 高次脳機能障害の当事者への専門的相談支援及び医療と福祉の一体的な支援を普及・定着させるため、高次脳機能障害の診断及びその特性に応じた支援サービスの提供を行う協力医療機関（医療機関、リハビリ機関等）及び専門支援機関（就労支援機関、教育機関等）を確保・明確化し、地域の関係機関が相互に連携・調整を図り、当事者やその家族等の支援に資する情報提供を行う地域支援ネットワークを構築することを目指します。ネットワークにおいては、精神科領域との連携強化を図るべく、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと連携し、高次脳機能障害の支援体制の充実を図ります。

(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発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。

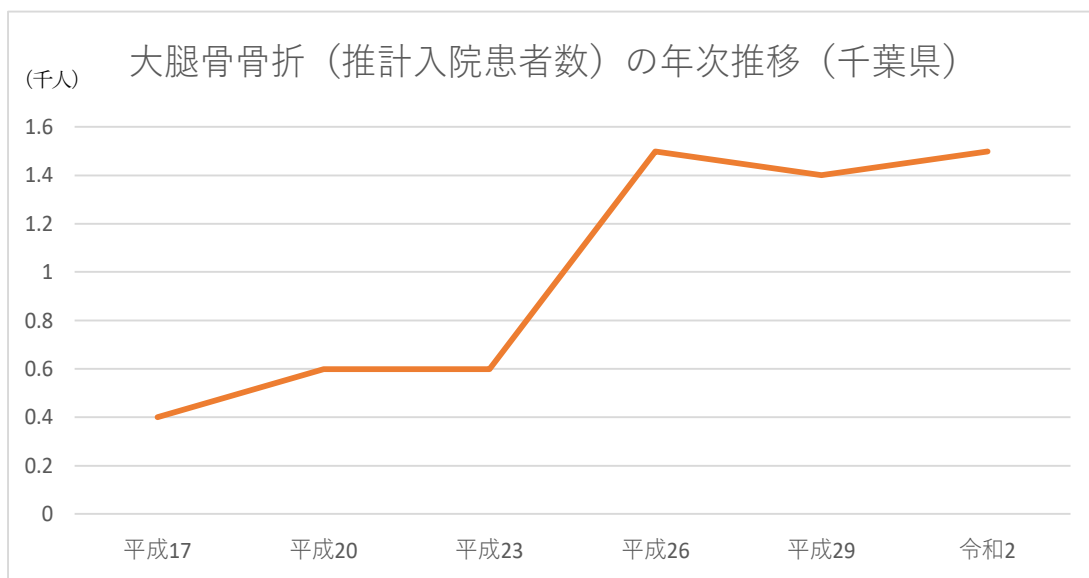
介護保険制度により要支援の認定を受けている方について、介護が必要となった主な原因は、多い順に「関節疾患」「高齢による衰弱」「骨折・転倒」となっています。

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（BMI20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)	

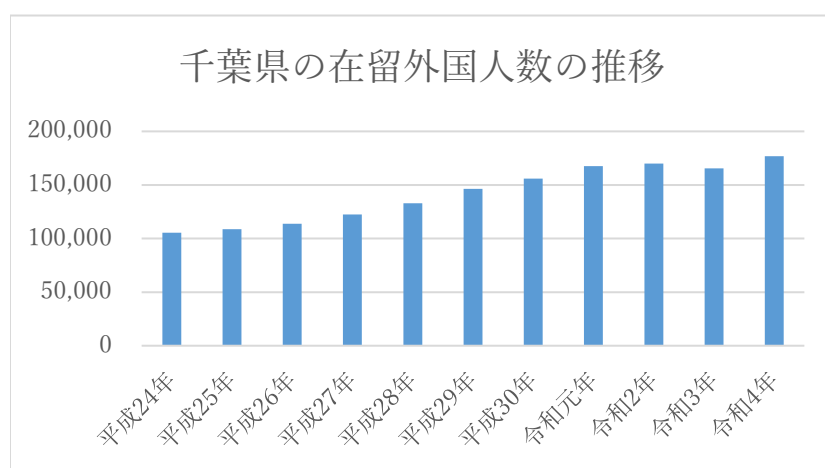
1 2 外国人患者への医療

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。

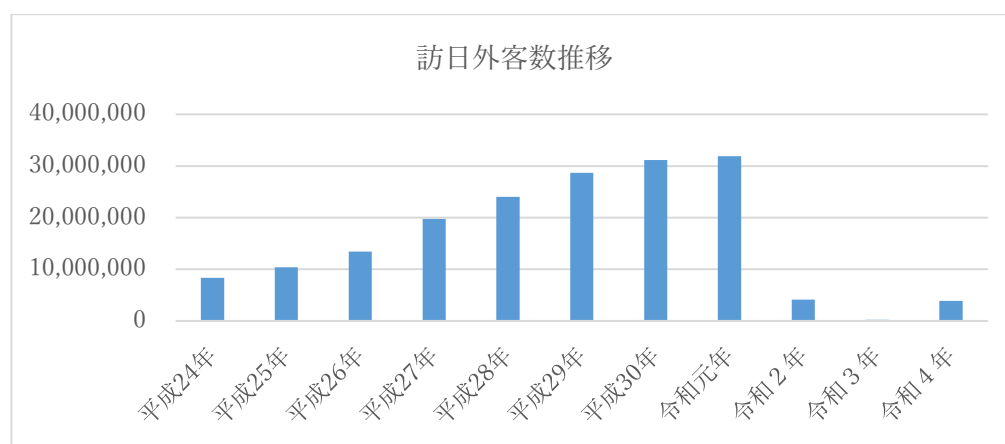
千葉県の在留外国人数は、平成29年12月末で146,318人(2.3%)であったのに対し、令和4年6月末で176,790人(2.8%)と増加傾向にあります。



(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。

【J M I 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。

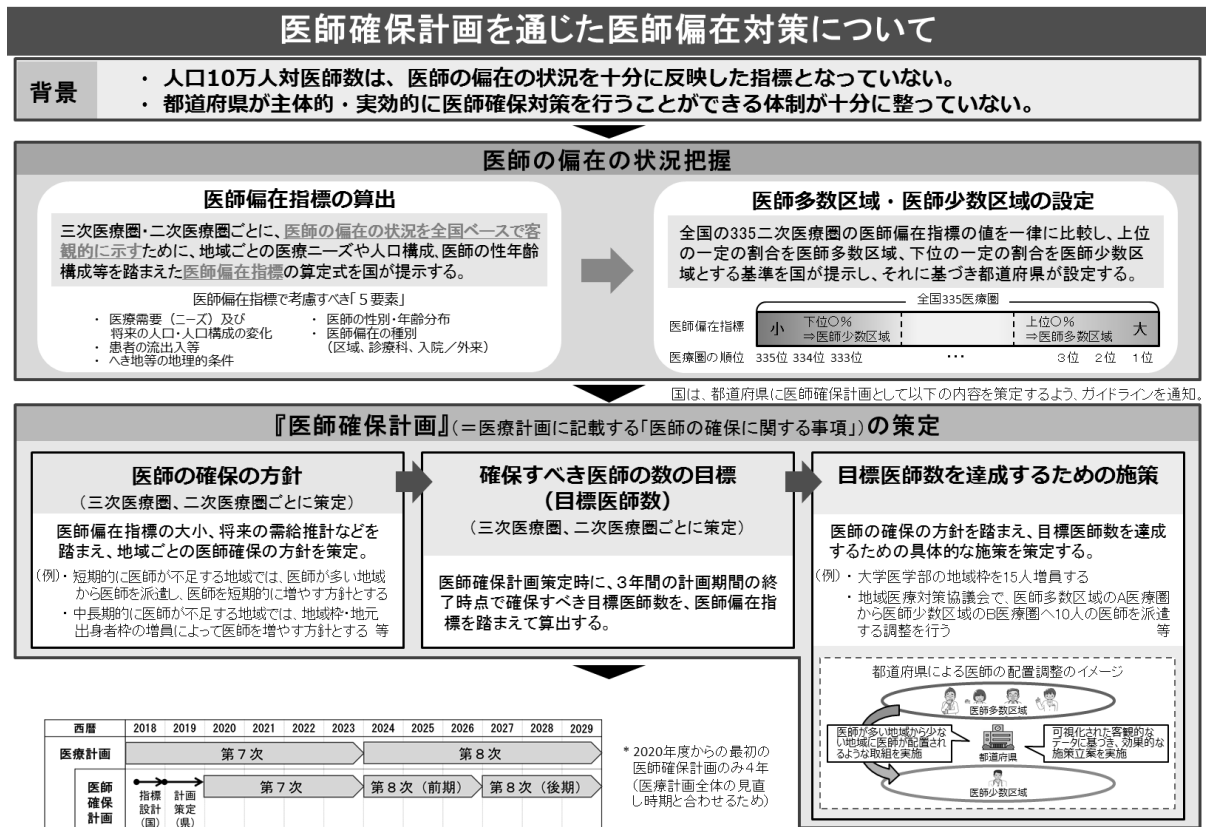
ガイドラインでは、医師の確保に関する事項を定めるに当たっては、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」といいます。）を国が算出し、これに基づいて医師少数都道府県（区域）・医師多数都道府県（区域）を設定し、医師の確保の方針、確保すべき医師の数の目標及び医師の確保に関する施策を定めることとしています。

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

(7) 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。

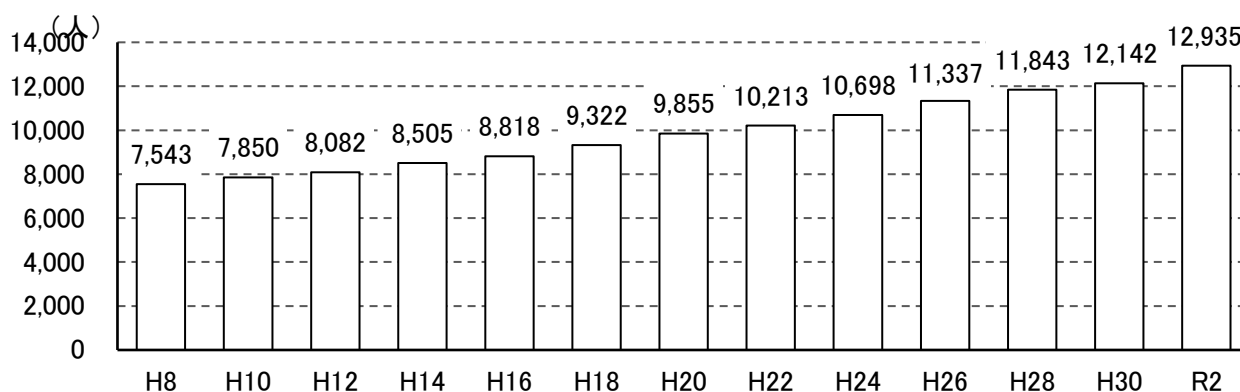
令和2年度からを計画期間とする前計画において、令和5年度末に確保しておくべき医師の総数は13,146人であり、この目標は達成しています。

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。

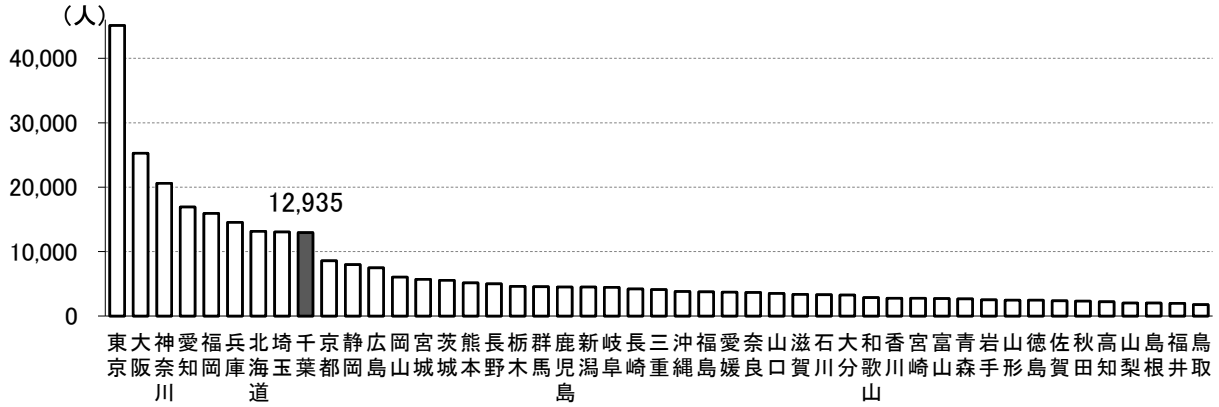
平成21年度に開始した医師修学資金貸付制度を利用した方が、順次、医学部を卒業して臨床研修を終え、医師の少ない地域でも勤務していますが、医師の価値観の多様化や専門医志向の高まり等の要因も踏まえ、産科や小児科など特に医師の少ない診療科の医師を確保する取組や、地域医療への従事と医師としてのキャリア形成の両立を可能とするような取組を進める必要があります。

図表 5-7-2-1-1 医療施設従事医師数の推移（千葉県）



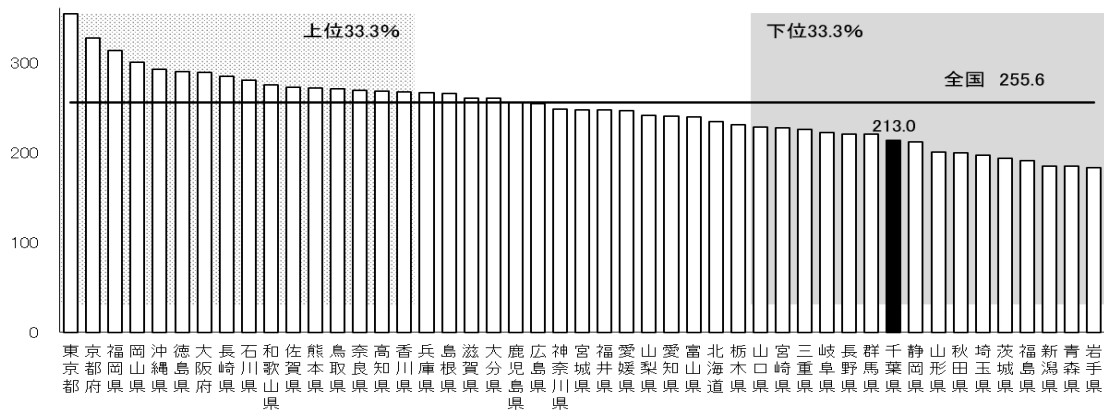
資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

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）



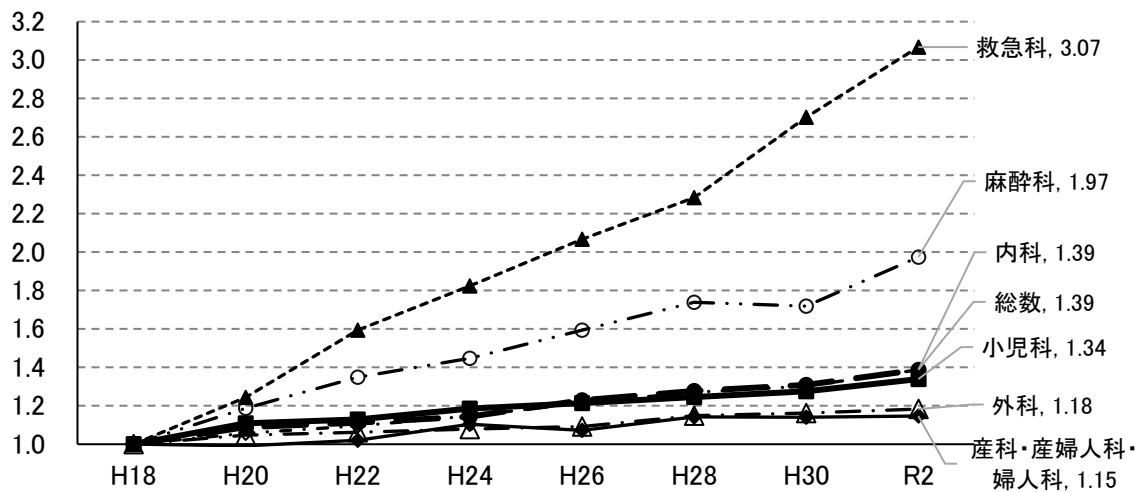
資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 5-7-2-1-3 都道府県別医師偏在指標（医師全体）



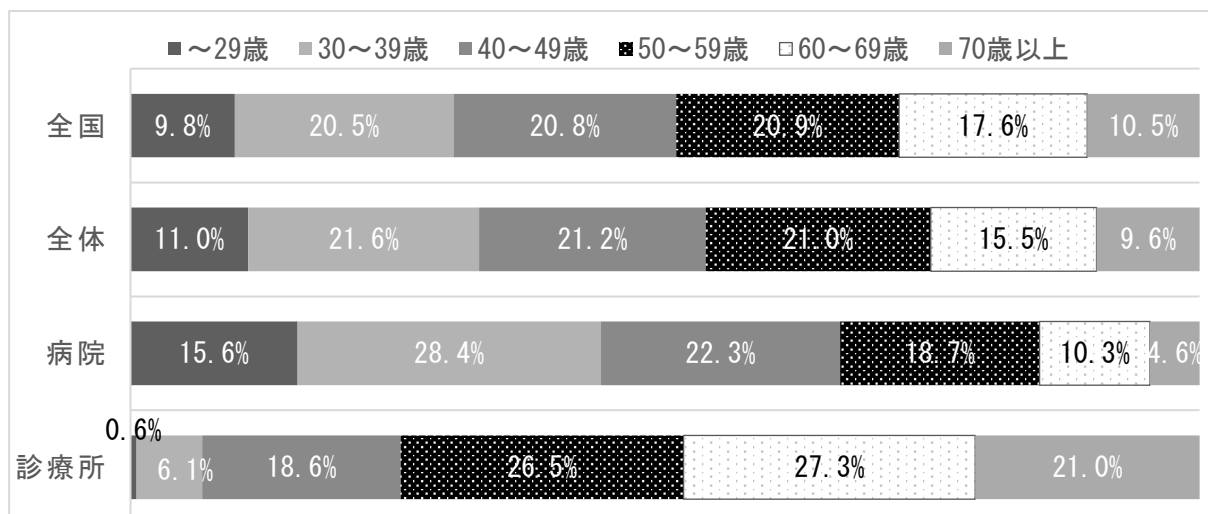
資料：厚生労働省提供資料

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

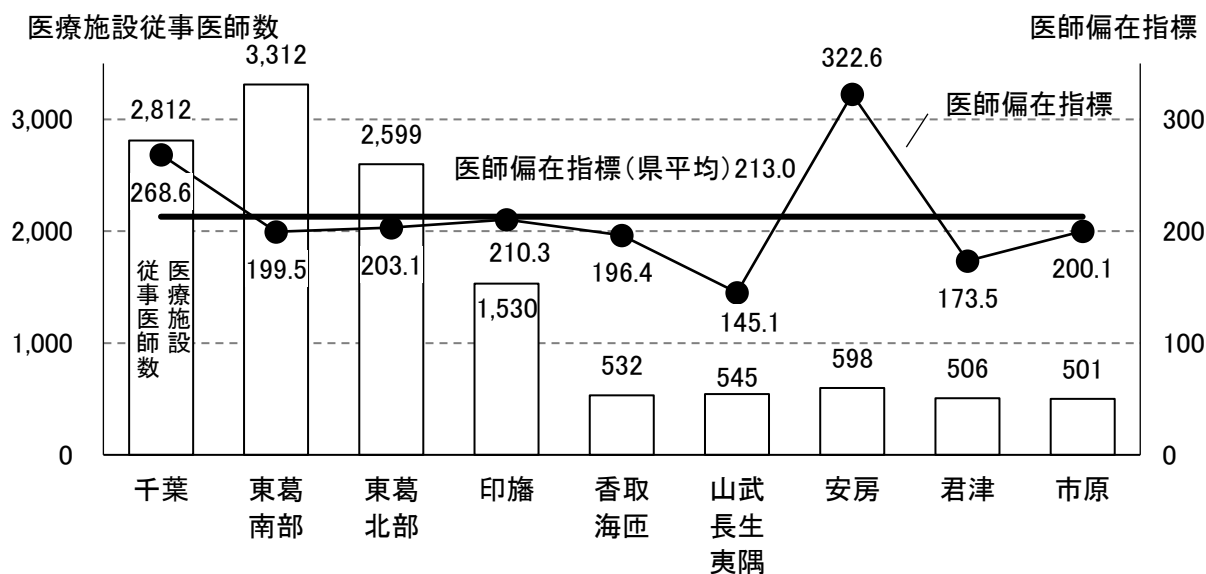
令和2年末現在、二次保健医療圏ごとの医療施設従事医師数は、最多の東葛南部保健医療圏で3,312人、最少の市原保健医療圏で501人となっています。医師全体の医師偏在指標では、最大は安房保健医療圏の322.6（全国335医療圏中、多い順に第31位）、最少は山武長生夷隅保健医療圏の145.1（同第302位）であり、約2.2倍の差があります。

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。

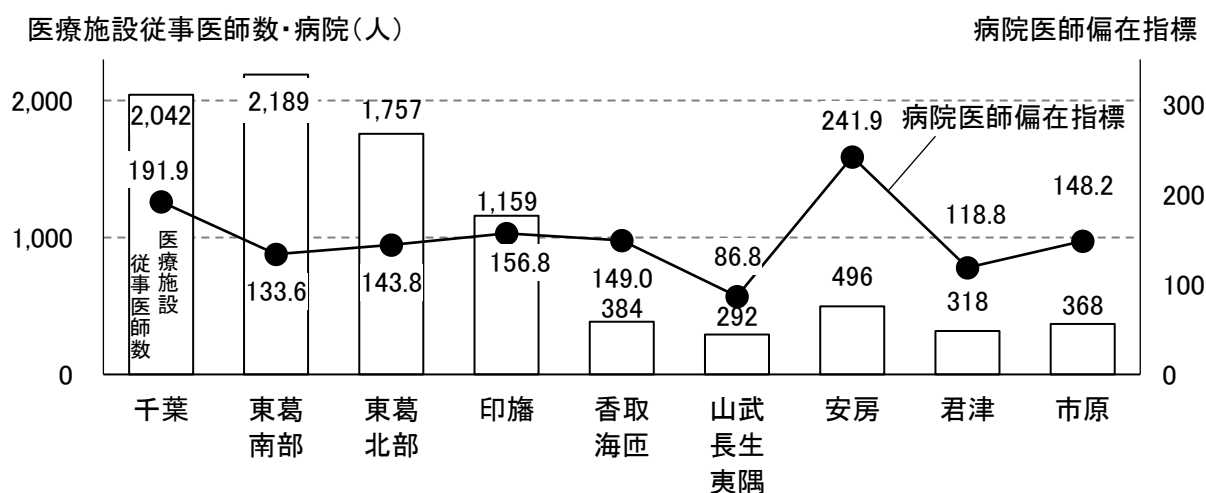
なお、二次医療圏毎の診療科別の医師数は表のとおりです。診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて対応が必要です。

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

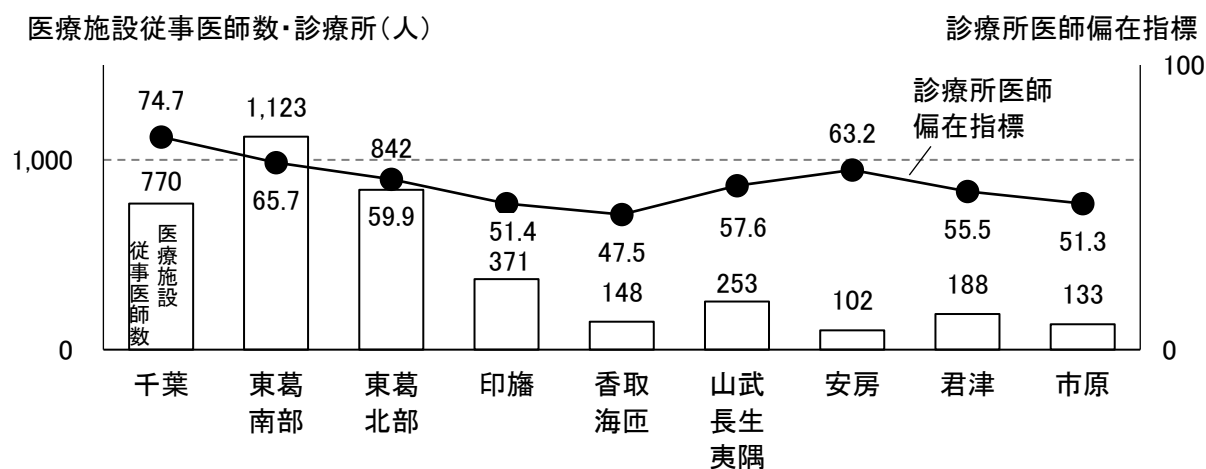
● 全体



● 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）

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
診療科	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
内科	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
皮膚科	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
小児科	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
精神科	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
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
脳神経外科	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
整形外科	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
形成外科	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
眼科	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
耳鼻いんこう科	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
産婦人科計	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
泌尿器科	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
リハビリテーション科	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
放射線科	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
麻酔科	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
病理診断科	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
臨床検査科	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
救急科	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
臨床研修医	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
その他・不詳	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
総数	実数										
	人口10万対										

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）

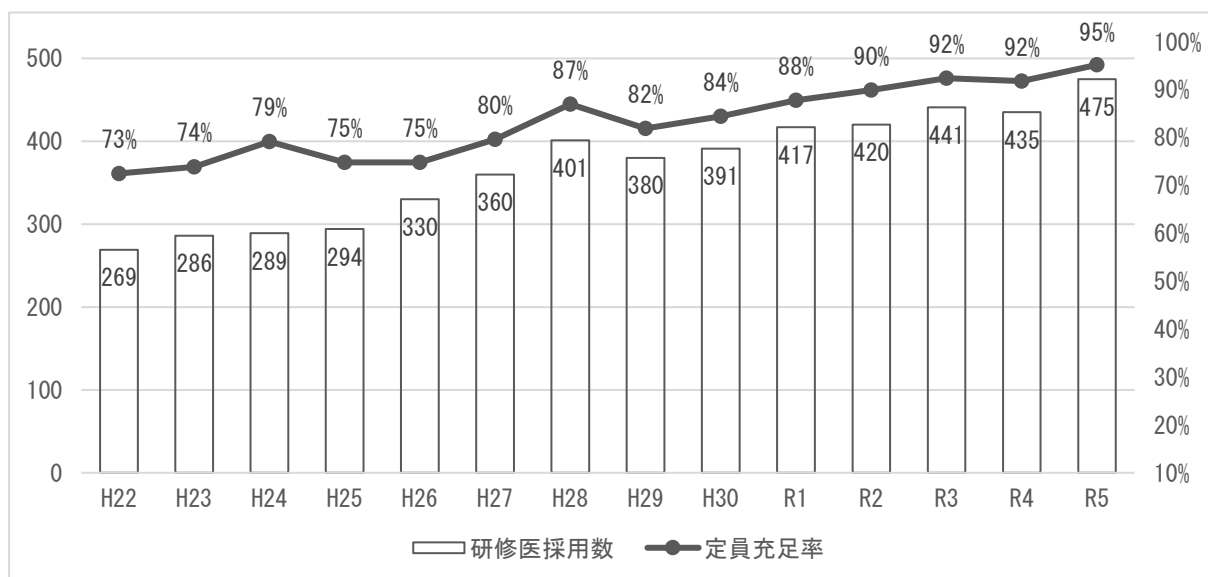
（施設、人）

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。

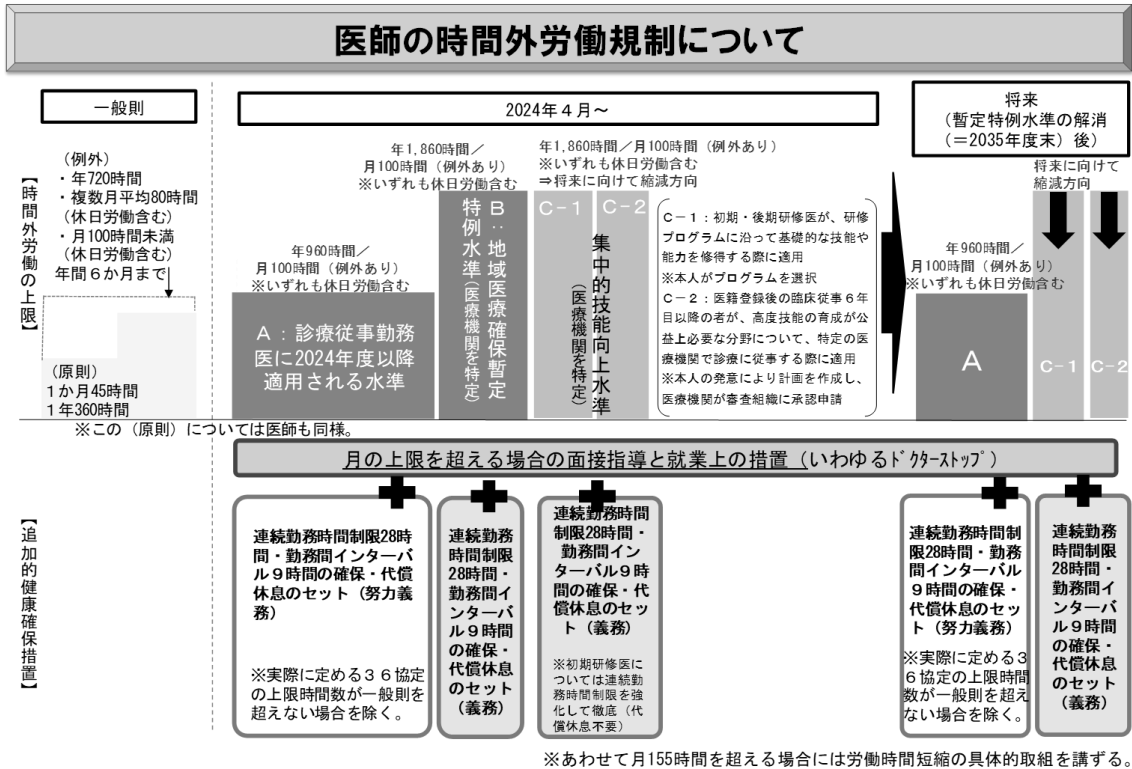
こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・県民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要です。

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。

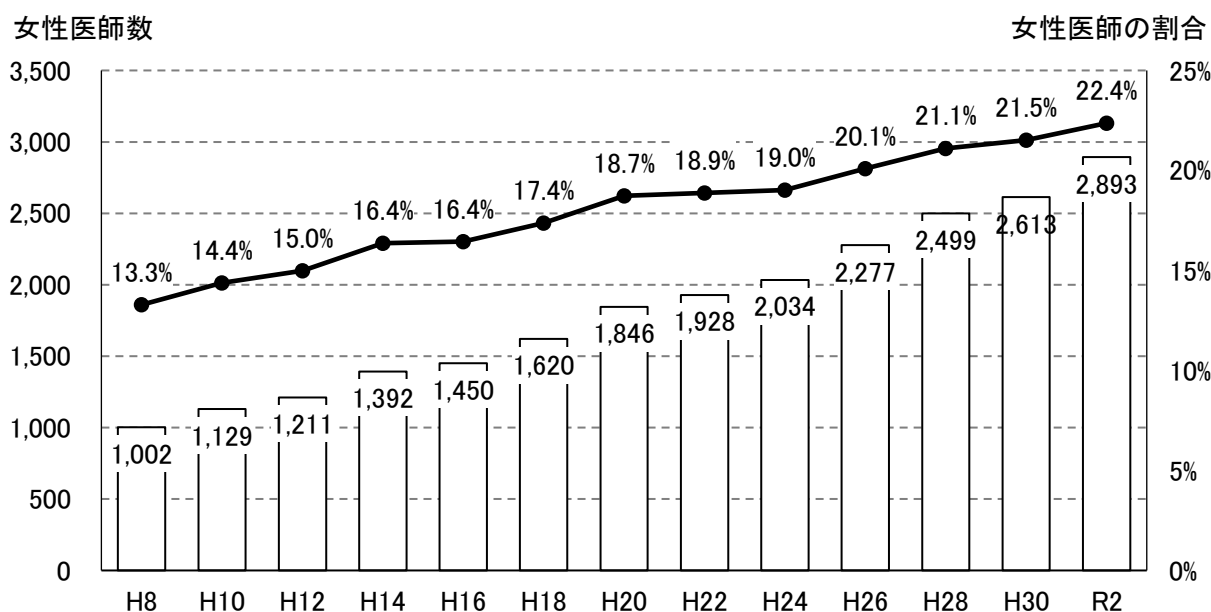
図表 5-7-2-1-12 医師の時間外労働規制の概要



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

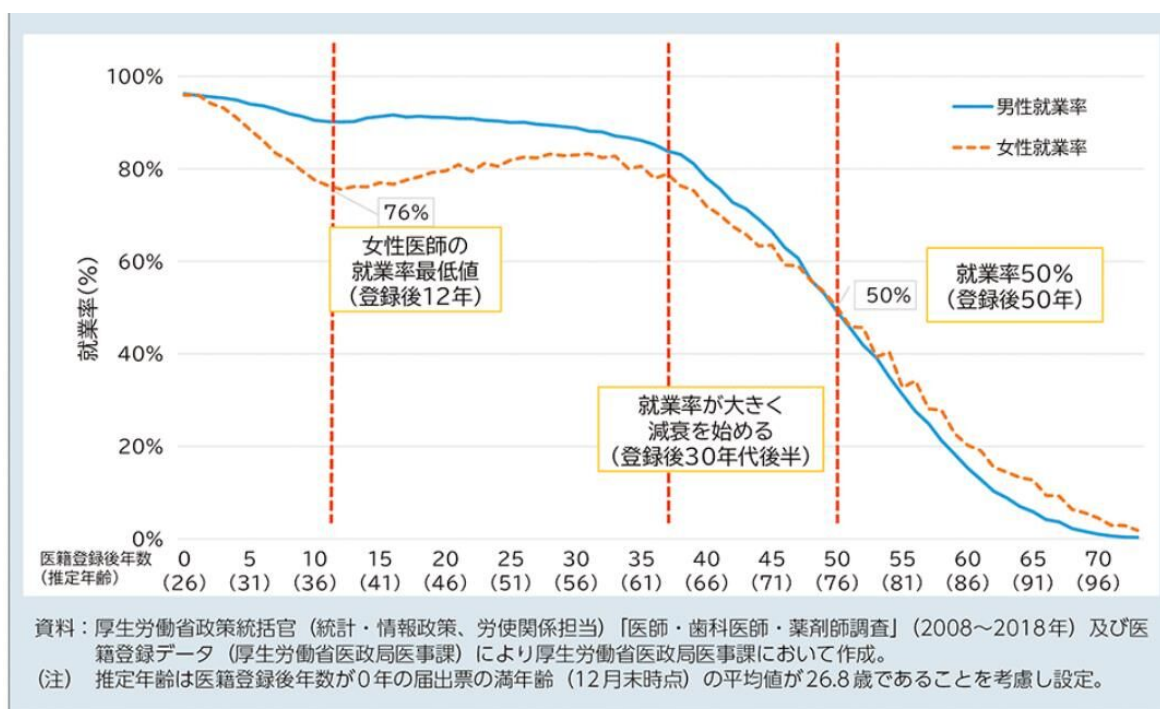
後日作成

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



(2) 産科医の確保に関する現状と課題

ア 産科医師数及び医師の偏在

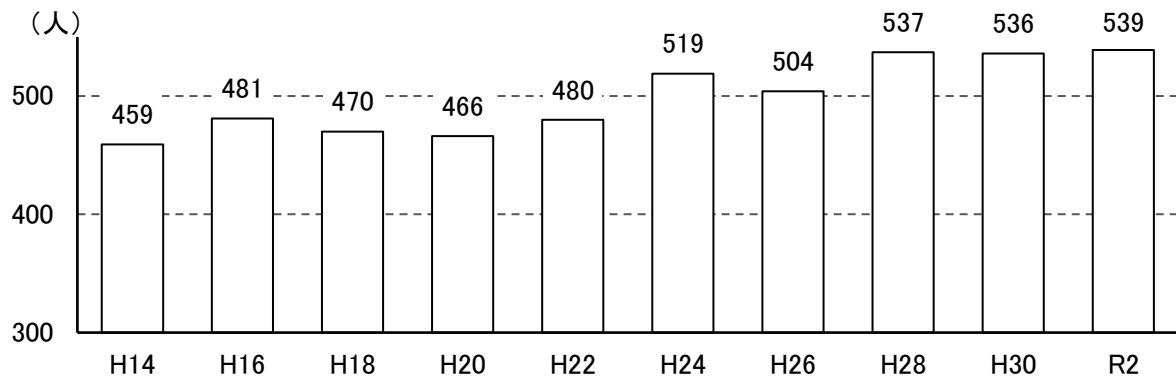
(ア) 千葉県の状況

千葉県における医療施設従事医師数（産婦人科・産科・婦人科）は、近年、横ばいで推移しており、令和2年末現在では、539人となっています。

また、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる医師数（産婦人科、産科、婦人科医で、過去2年以内に分娩を取り扱った医師数）は381人であり、全国では7位です（令和2年）。

しかしながら、分娩取扱医師偏在指標は、全国で多い順に34位の9.4、全国平均の10.6を下回っており、相対的に少ない状況にあります。

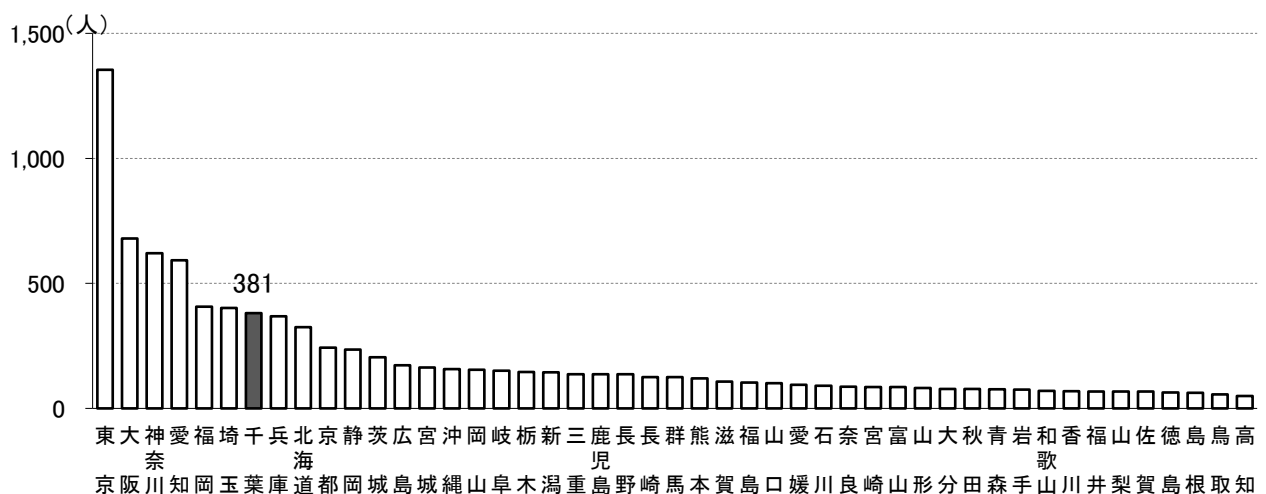
図表 5-7-2-2-1 医療施設従事医師数（産婦人科・産科・婦人科）の推移（千葉県）



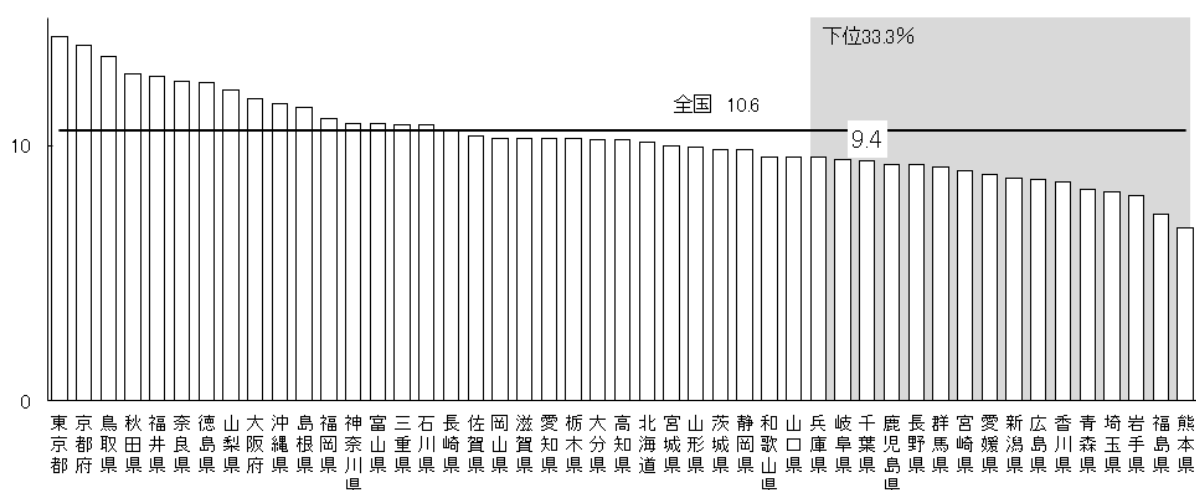
資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 5-7-2-2-2 都道府県別医療施設従事医師数

（令和2年・産婦人科、産科、婦人科医で、過去2年以内に分娩を取り扱った医師数）



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

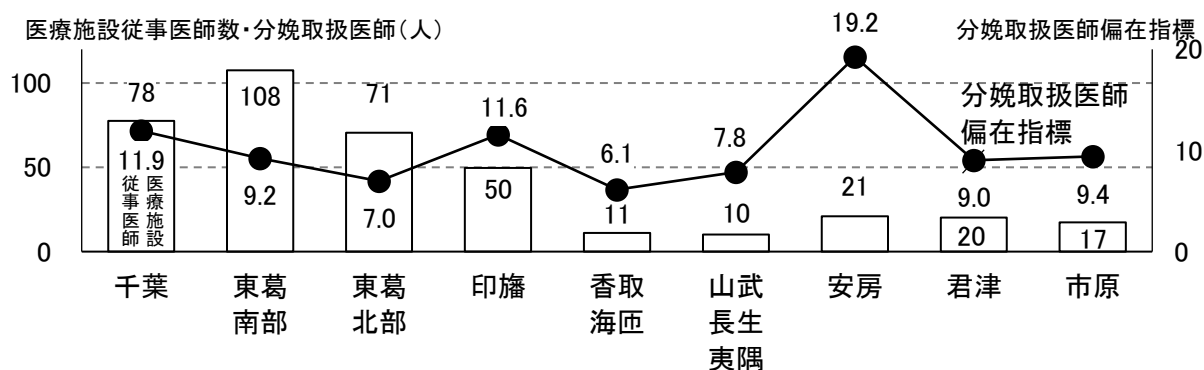
(イ) 二次保健医療圏ごとの状況

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）、最少は香取海浜保健医療圏の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）



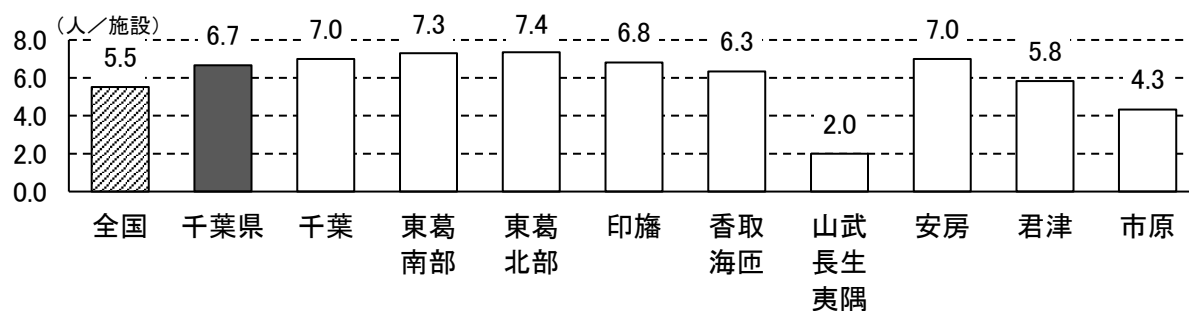
※ 医療施設従事医師数は、「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）による令和2年末時点の医療施設従事医師数。「分娩取扱医師」は、産婦人科・産科・婦人科のいずれかを主たる診療科とし、過去2年以内に分娩を取り扱った医師数。

※※ 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。

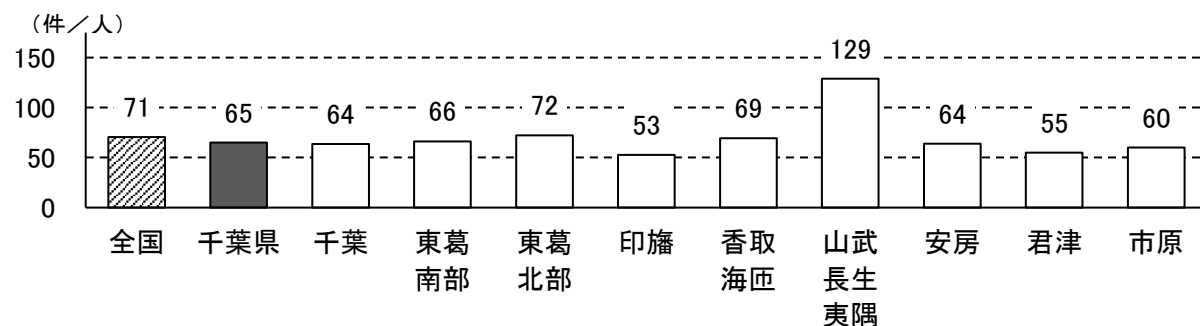
資料：厚生労働省提供資料

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）



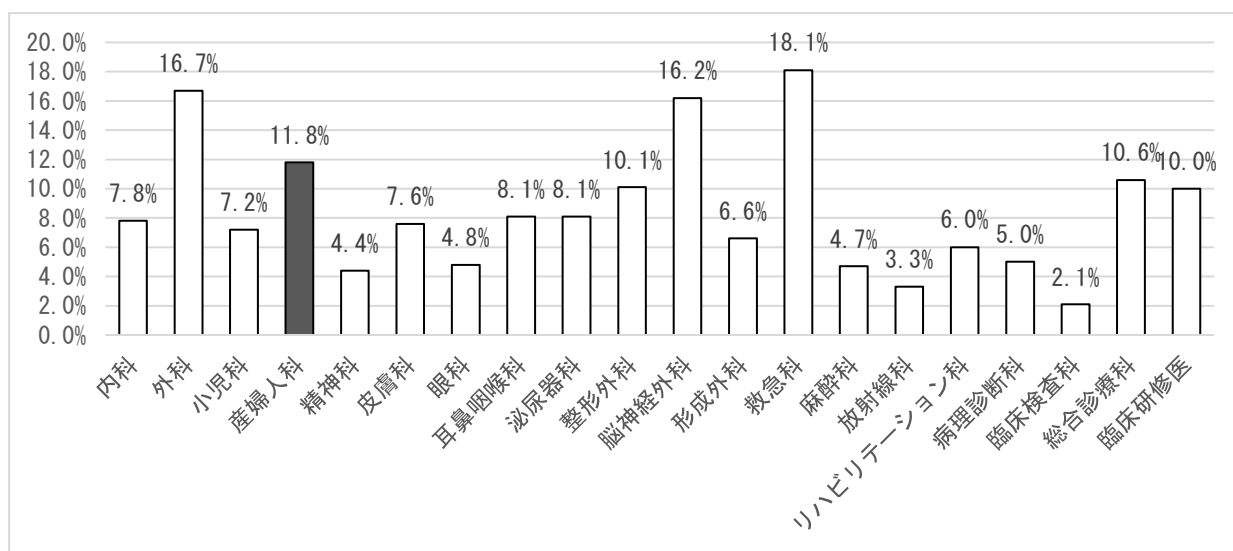
資料：日本産婦人科医会調査

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）

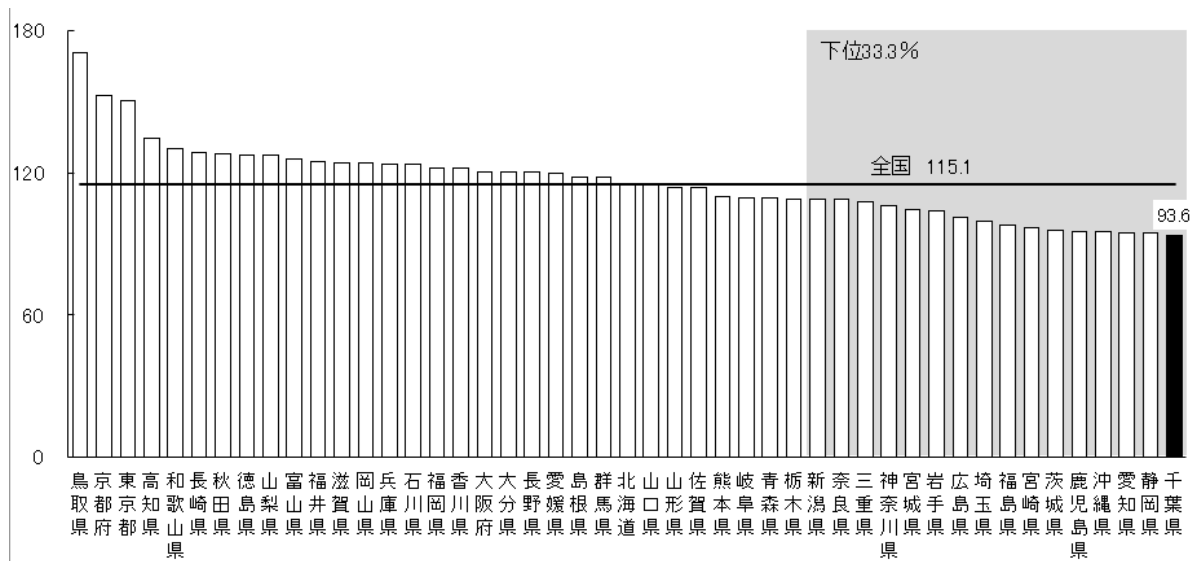


※ 診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 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）

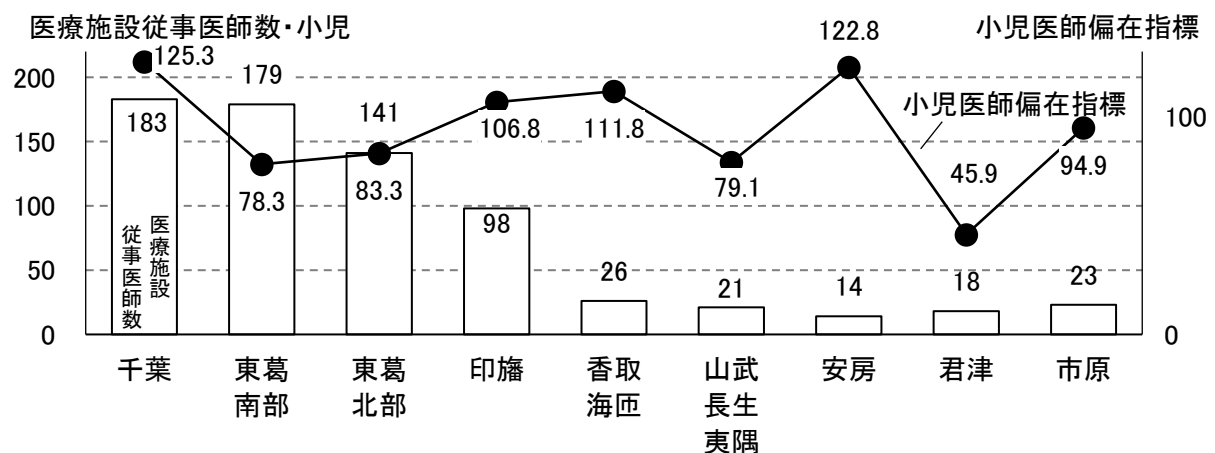


資料：厚生労働省提供資料

(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					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者選抜を行い、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意しながら、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ー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。

(エ) 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

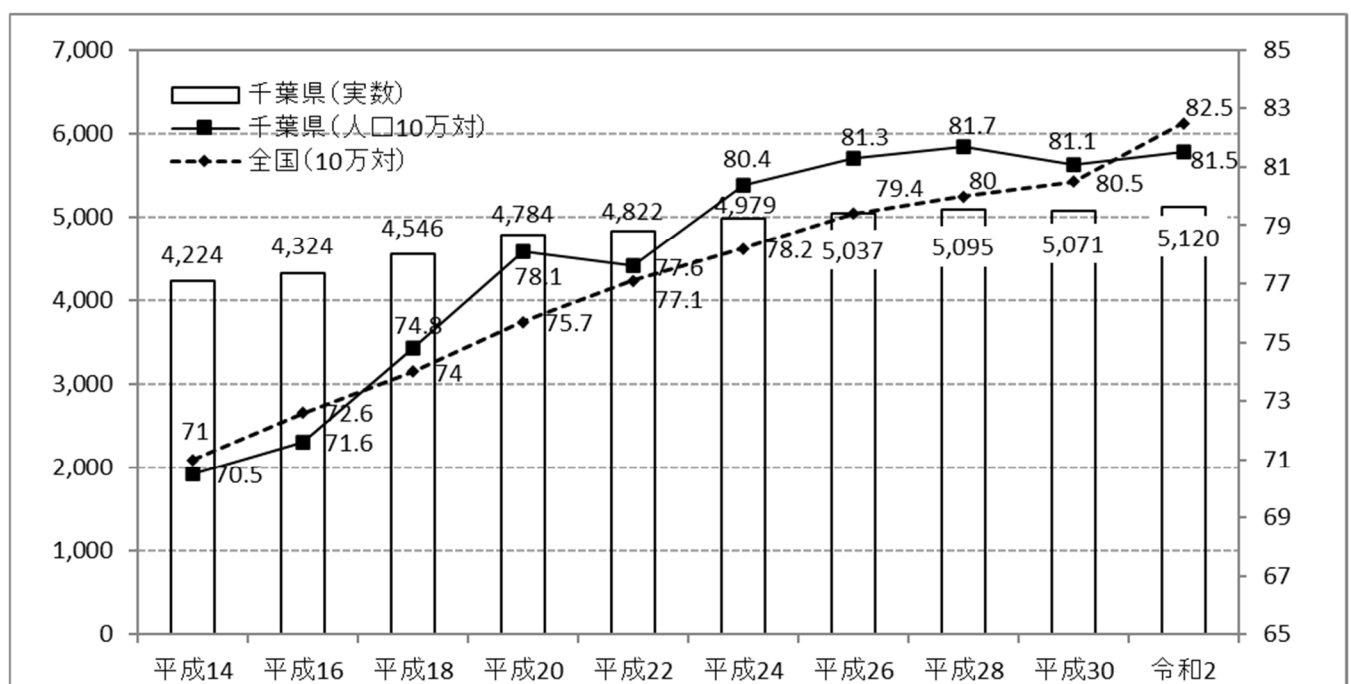
(1) 施策の現状・課題

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付き、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。

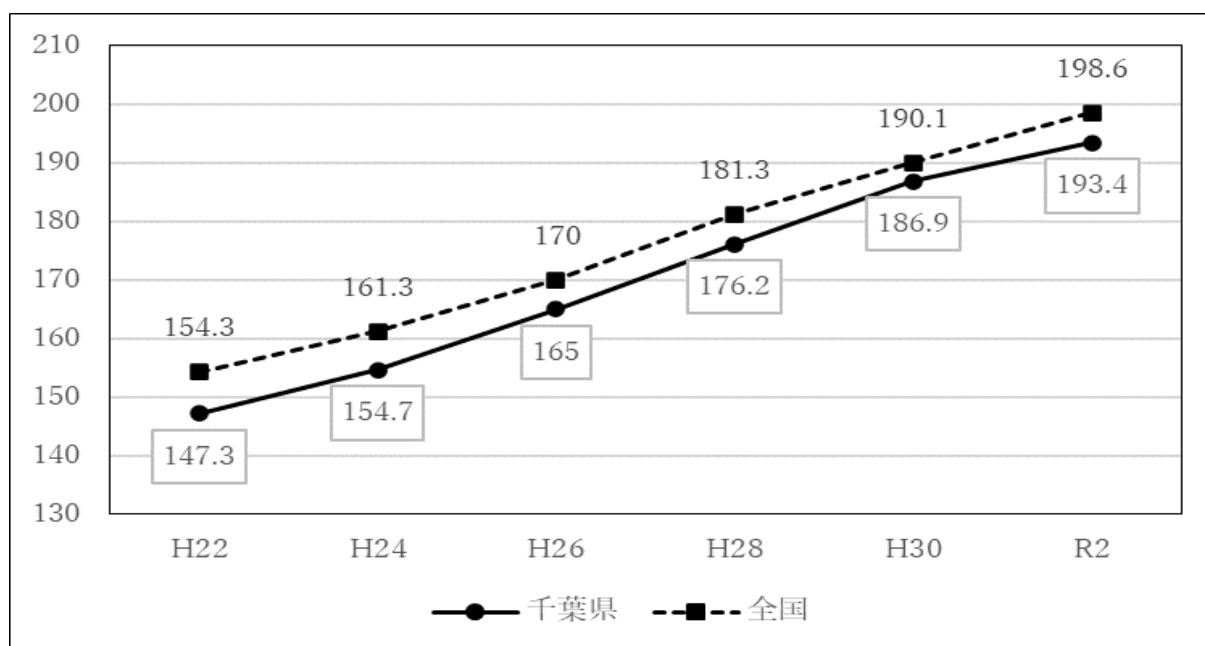
2 薬剤師

(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

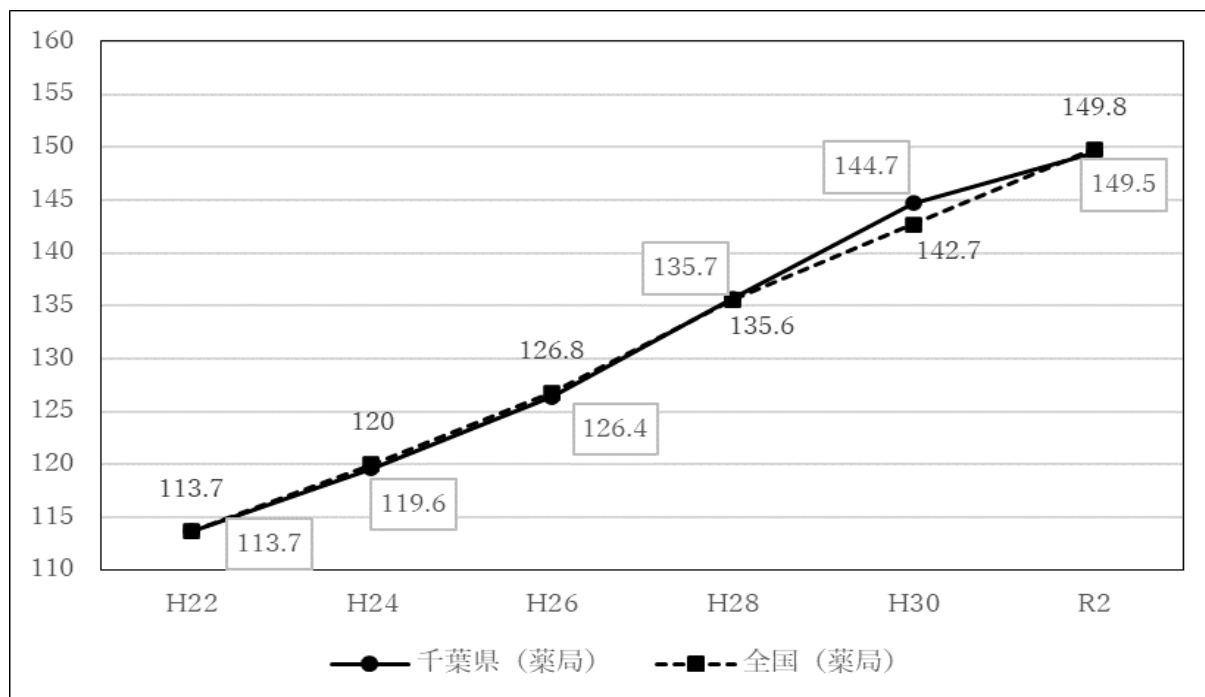


資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

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。

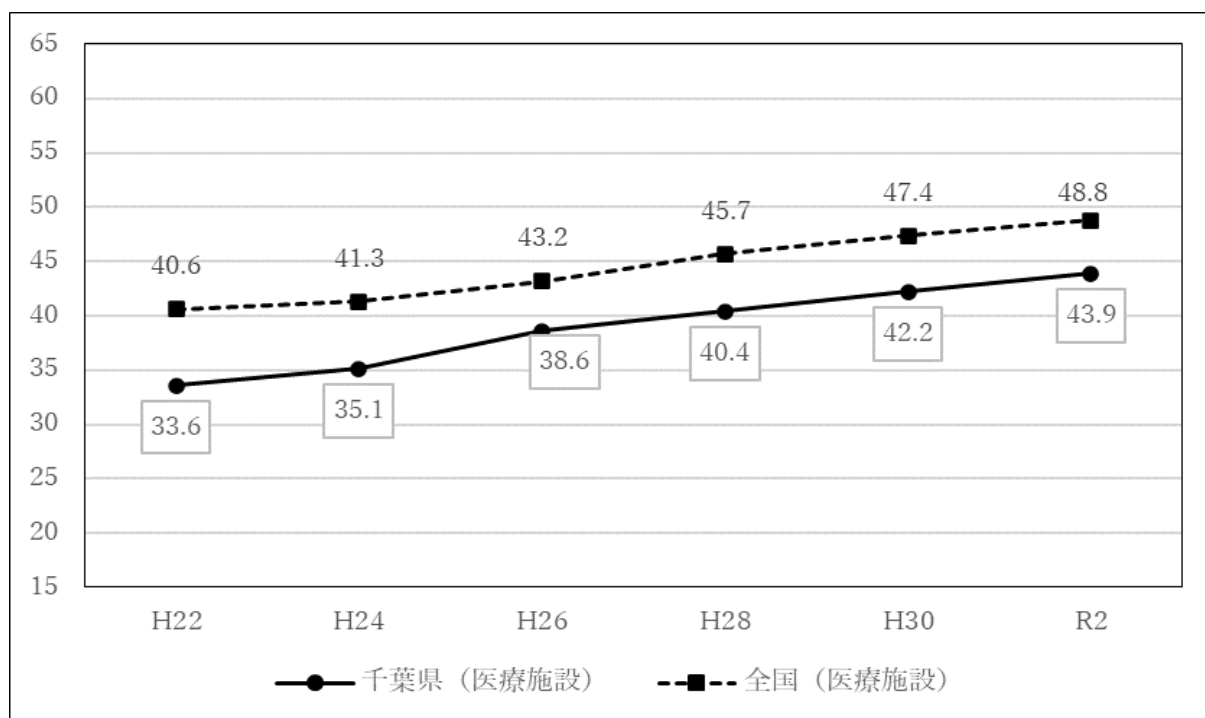
また、令和5年6月に国から示された薬剤師偏在指標において目標偏在指標を下回っている二次医療圏があるなど、就労する薬剤師の地域間の偏在がみられ、新たな薬剤師の確保が困難な地域があります。

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。

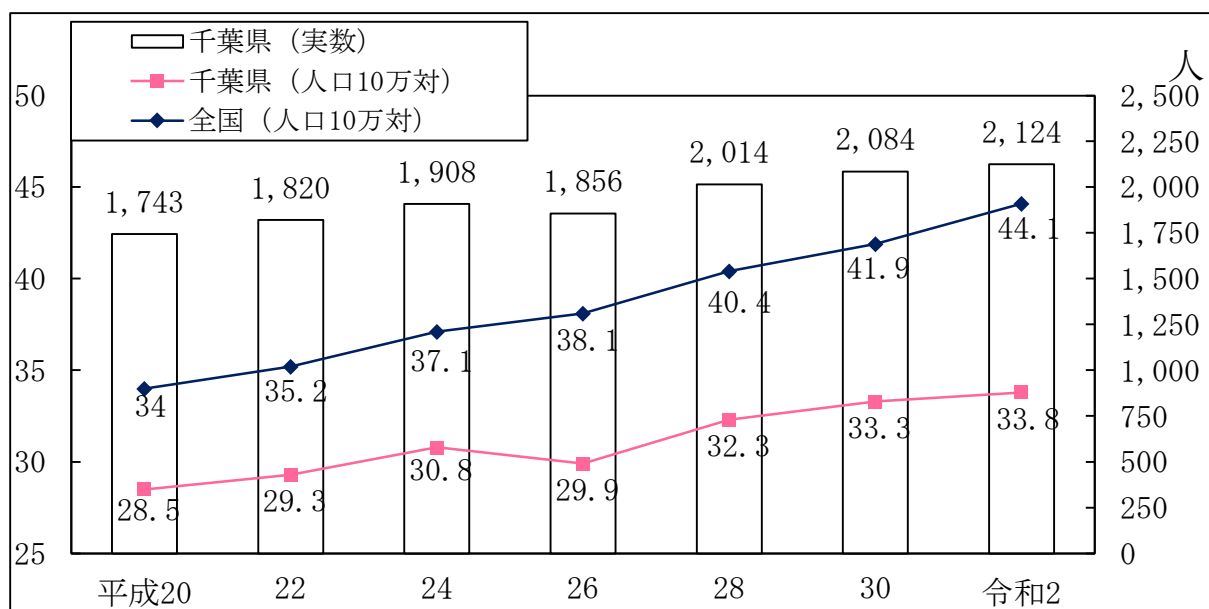
患者・住民が、安心して薬や健康に関する相談に行けるようにするためには、患者の心理等にも適切に配慮して相談に傾聴し、平易でわかりやすい情報提供・説明を心がける薬剤師の存在が不可欠であり、かかりつけ薬剤師には、こうしたヘルスコミュニケーション能力が求められています。

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

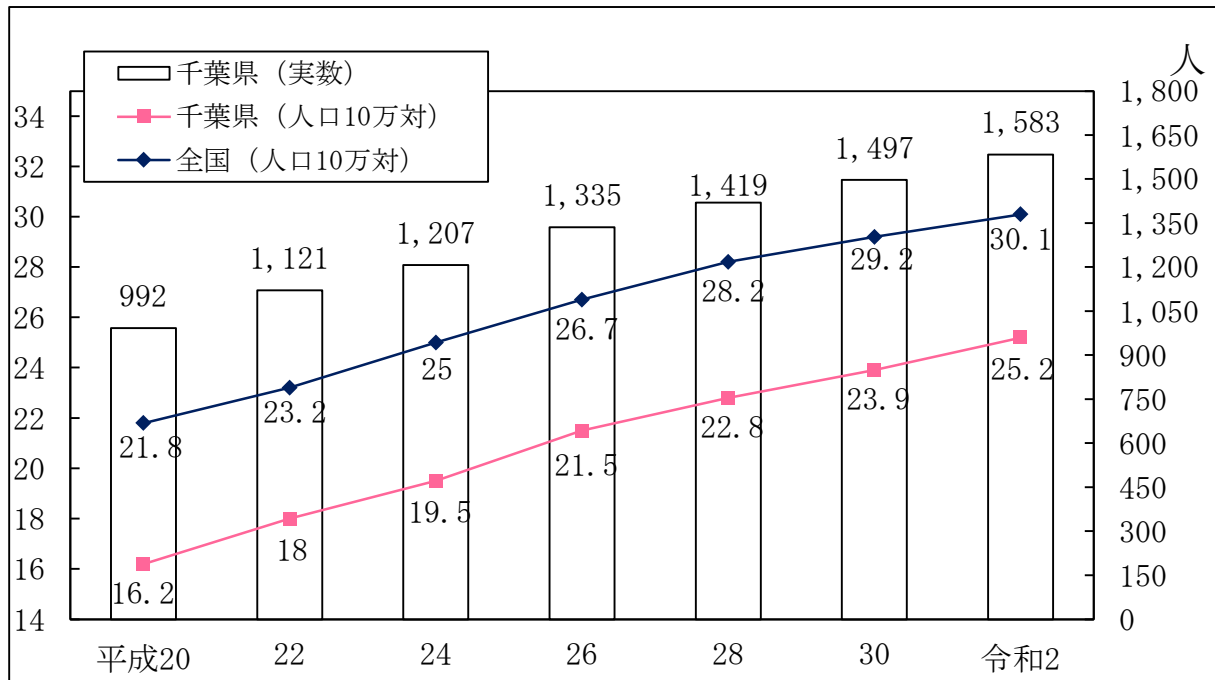
本県の看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の就業者数は、令和２年末現在、６１，１２２人であり、職種別では、保健師２，１２４人、助産師１，５８３人、看護師４８，３９１人、准看護師９，０２４人となっています。しかしながら、人口１０万対では、保健師３３．８（全国４４．１）、助産師２５．２（同３０．１）、看護師７７０．０（同１，０１５．４）、准看護師１４３．６（同２２５．６）となっており、本県の就業看護職員数は、全国的に見て低い水準にあります。

図表① 就業保健師数の推移



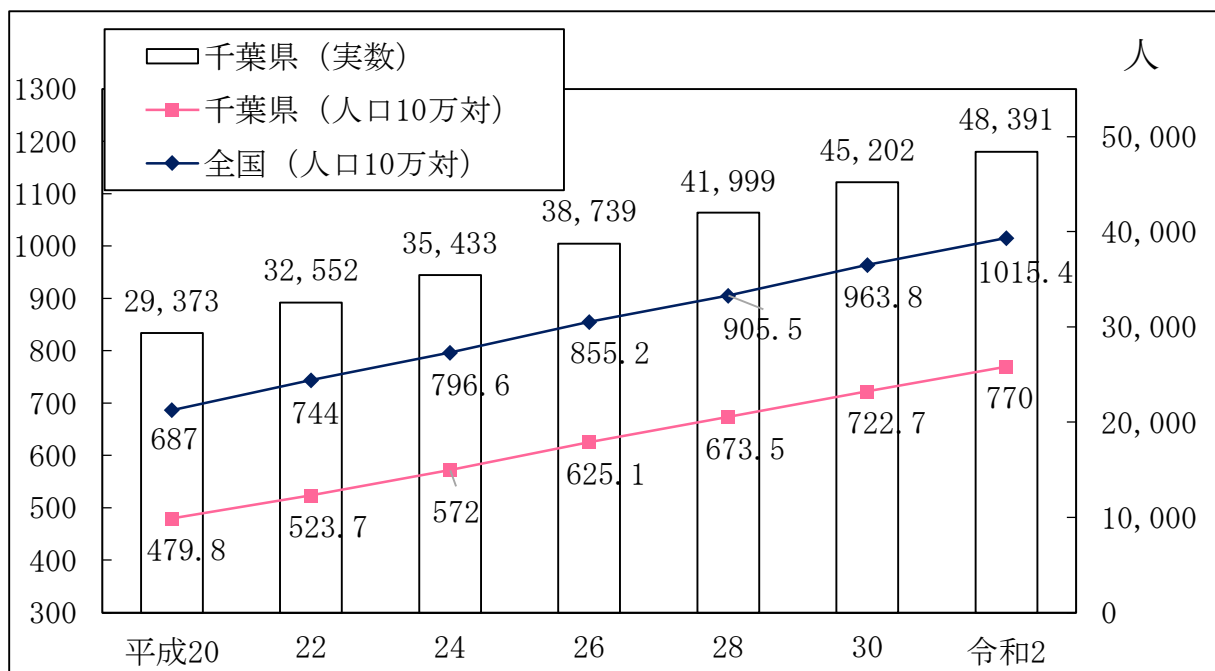
資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

図表② 就業助産師数の推移



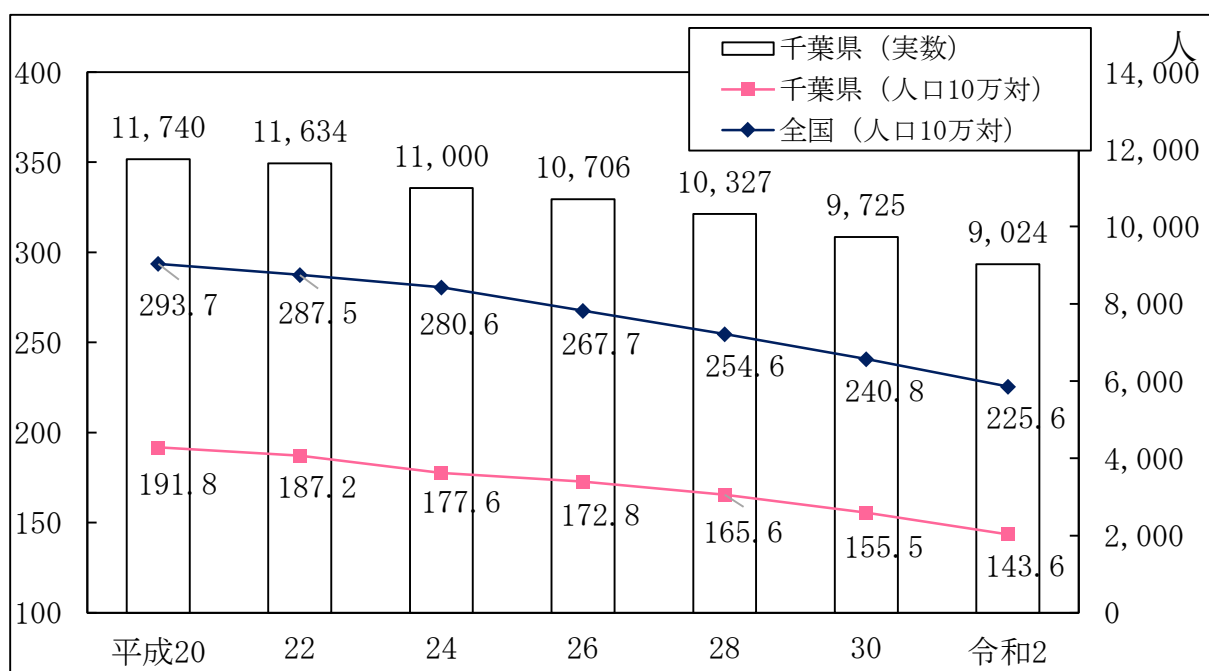
資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

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

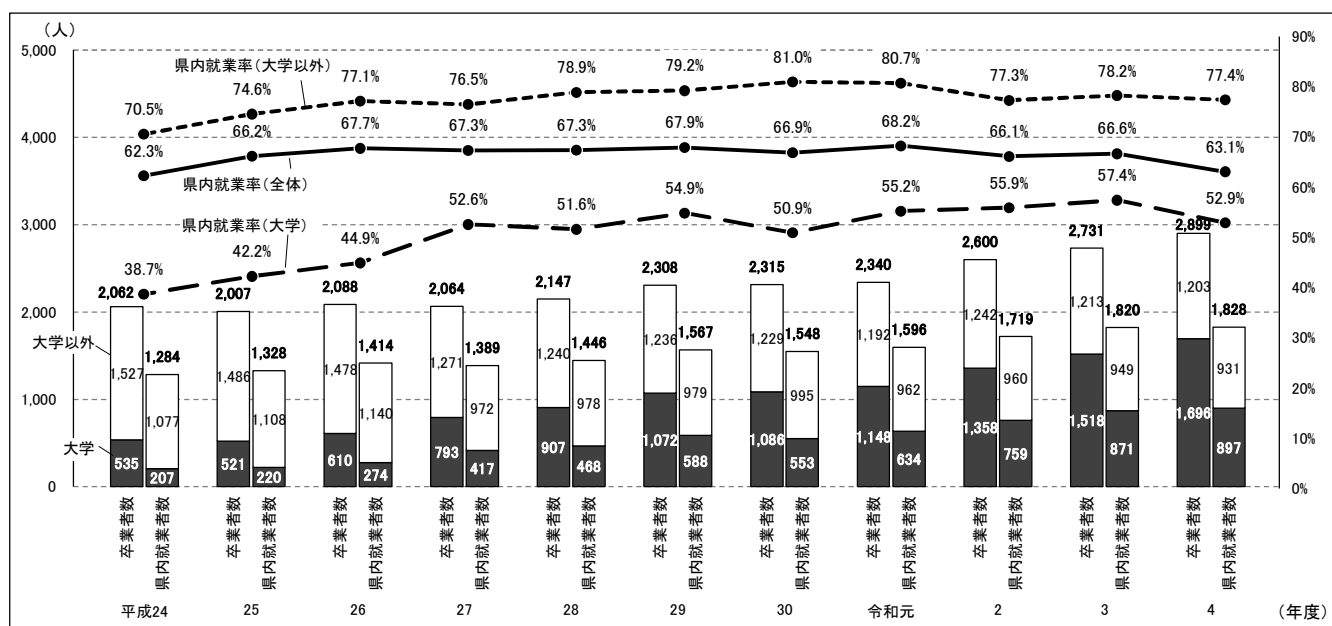


資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

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。

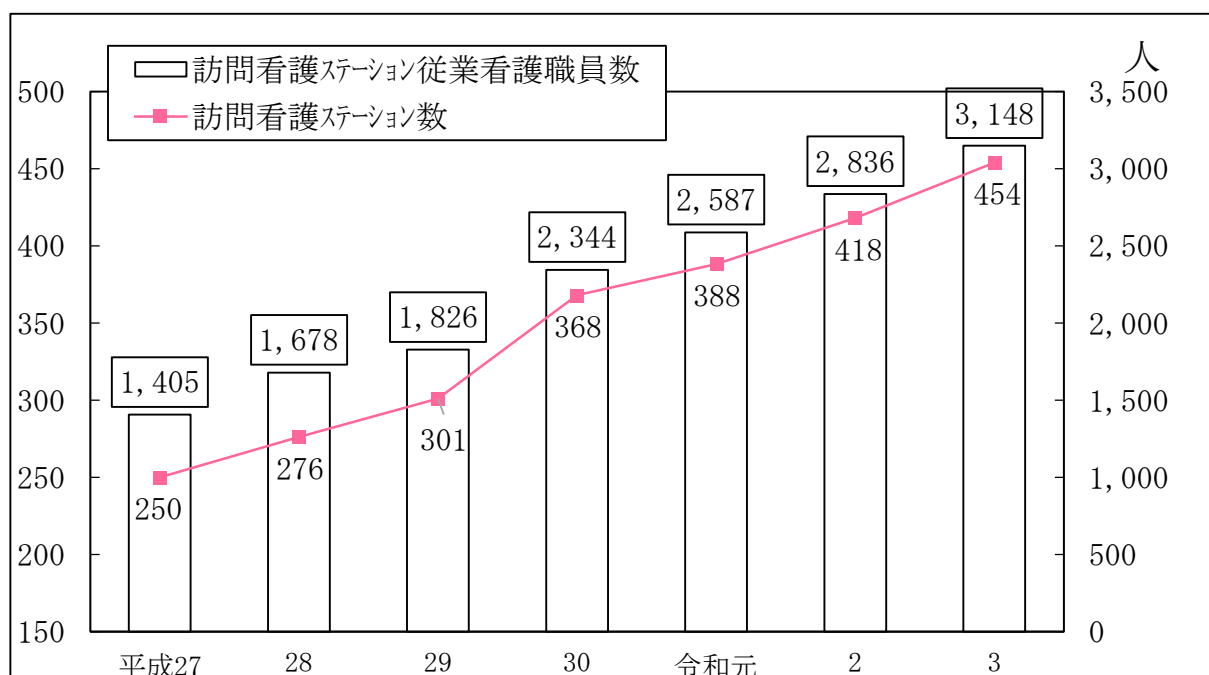
また、今後も、更なる高度化・多様化が見込まれる医療ニーズに応え、良質な看護等を提供するためには、看護大学・大学院や看護専門学校等、様々な養成課程における教育の質的な充実が求められるとともに、その担い手となる看護教員の養成が重要です。

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〕

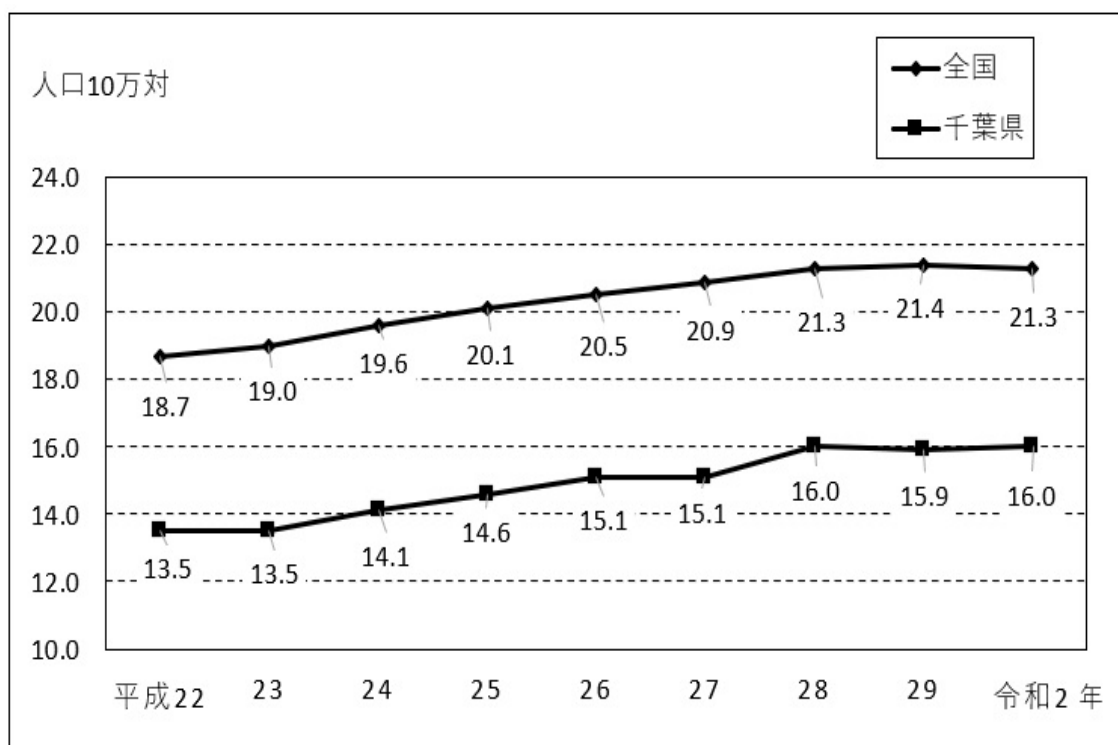
- 在宅歯科医療の充実を図るためにも歯科衛生士の確保が重要であることから、未就業及び就労中の歯科衛生士に対し、最新の知識と技術を習得するための研修を実施し、復職を支援し、離職の防止を図ります。

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)								－
義肢装具士	3 (0.7)								－
歯科技工士	269 (4.3)							1,177 (7.7)	10,556.6 (8.3)
診療放射線技師	2,075 (33.3)								－
診療エックス線 技師	62 (1.0)								－
臨床検査技師	2,468 (39.8)								－
衛生検査技師	16 (0.3)								－
臨床工学技士	1,126 (18.2)								－
あん摩マッサージ 指圧師	136 (2.2)								－
柔道整復師	199 (3.2)								－
精神保健福祉士	351 (5.7)								－
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。

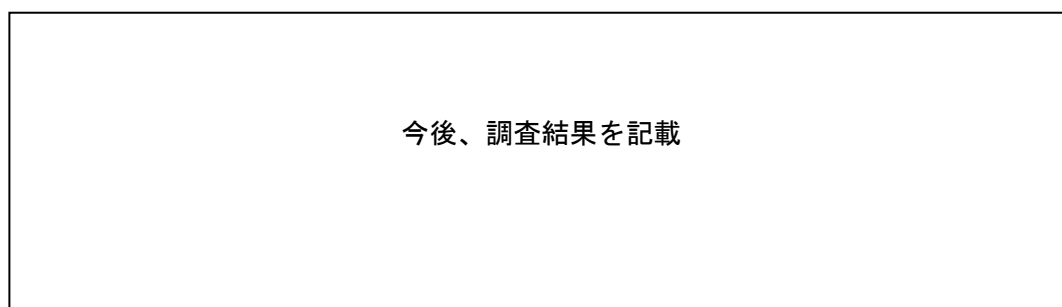
〔医療機関等における医療情報の連携・ネットワーク化〕

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。

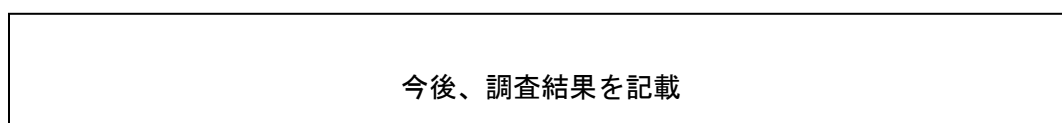
図表〇〇 電子カルテの導入状況



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

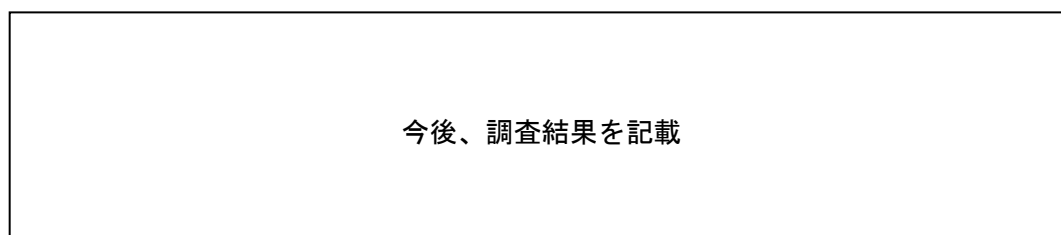


資料：令和5年度千葉県保健医療計画改定に関する調査（千葉県）

〔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



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〕

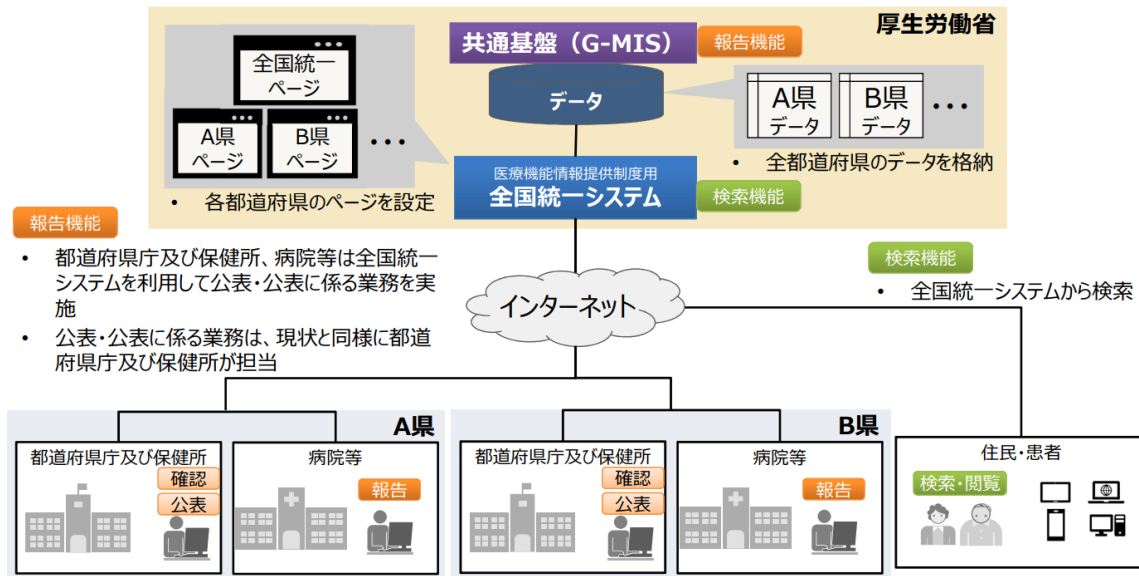
医療を受ける者が医療機関等を適切に選択するためには、県民等へ当該医療情報をわかりやすく提供する必要があります。

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。

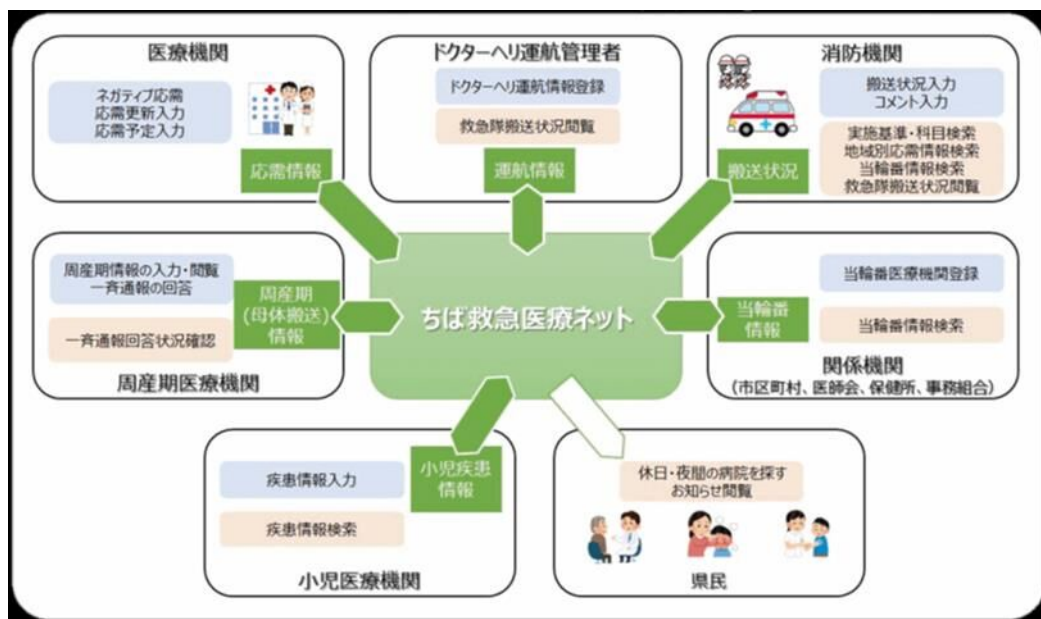
災害発生時には、国の広域災害救急医療情報システム（EMIS）を活用し、救急医療機関の被災状況等の情報の収集・提供を全国ネットで行える体制が構築されています。

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性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、寝たきりに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。

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。
- 十分に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

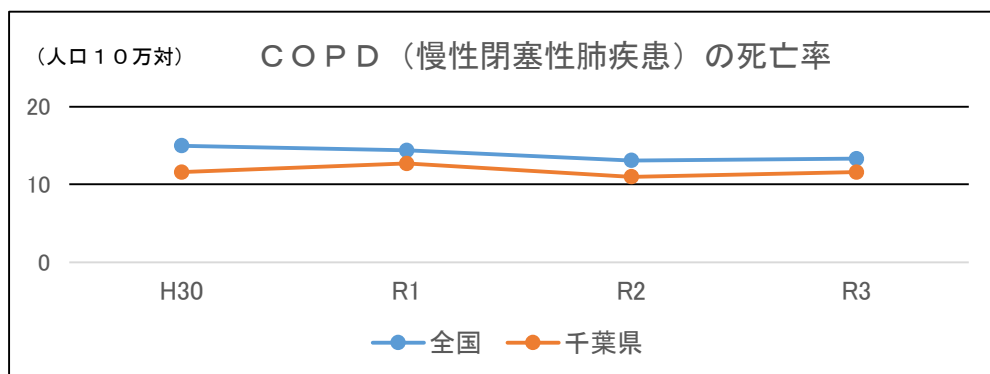
慢性閉塞性肺疾患（COPD）は肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎といわれていた疾患が含まれます。

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。

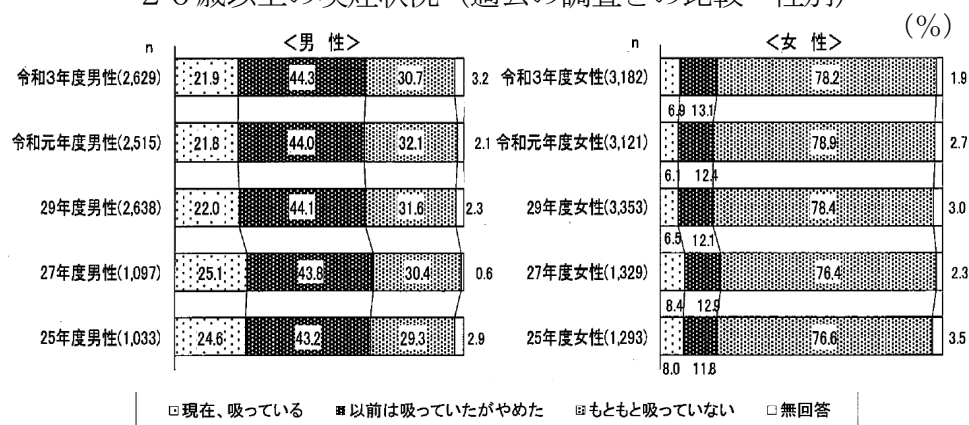
「COPDの認知度」はやや増加していますが、男女別では、男性47.7%、女性53.4%と、女性の方がやや高くなっています。また、喫煙状況別にみると、現在たばこを吸っている人の認知度は、64.3%であり、非喫煙者よりも高い傾向があります。（令和3年度生活習慣に関するアンケート調査）

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

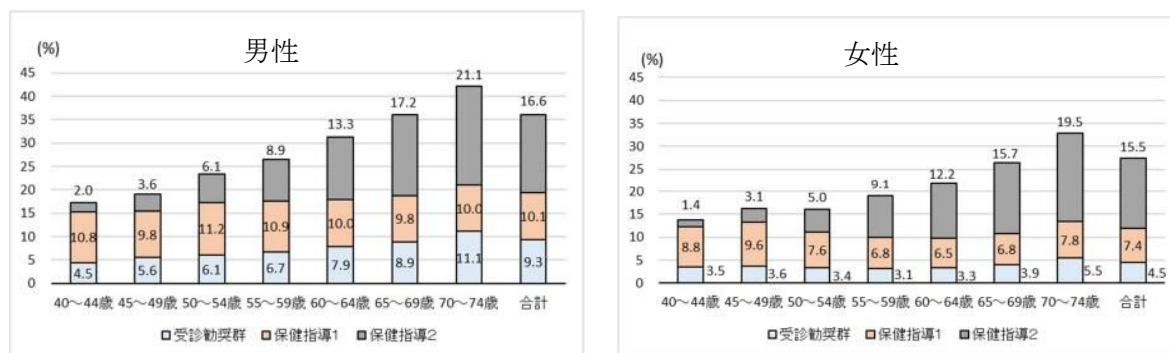
CKDの発症には、運動不足、肥満、飲酒、喫煙、ストレスなどの生活習慣が大きく関与しているといわれています。

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

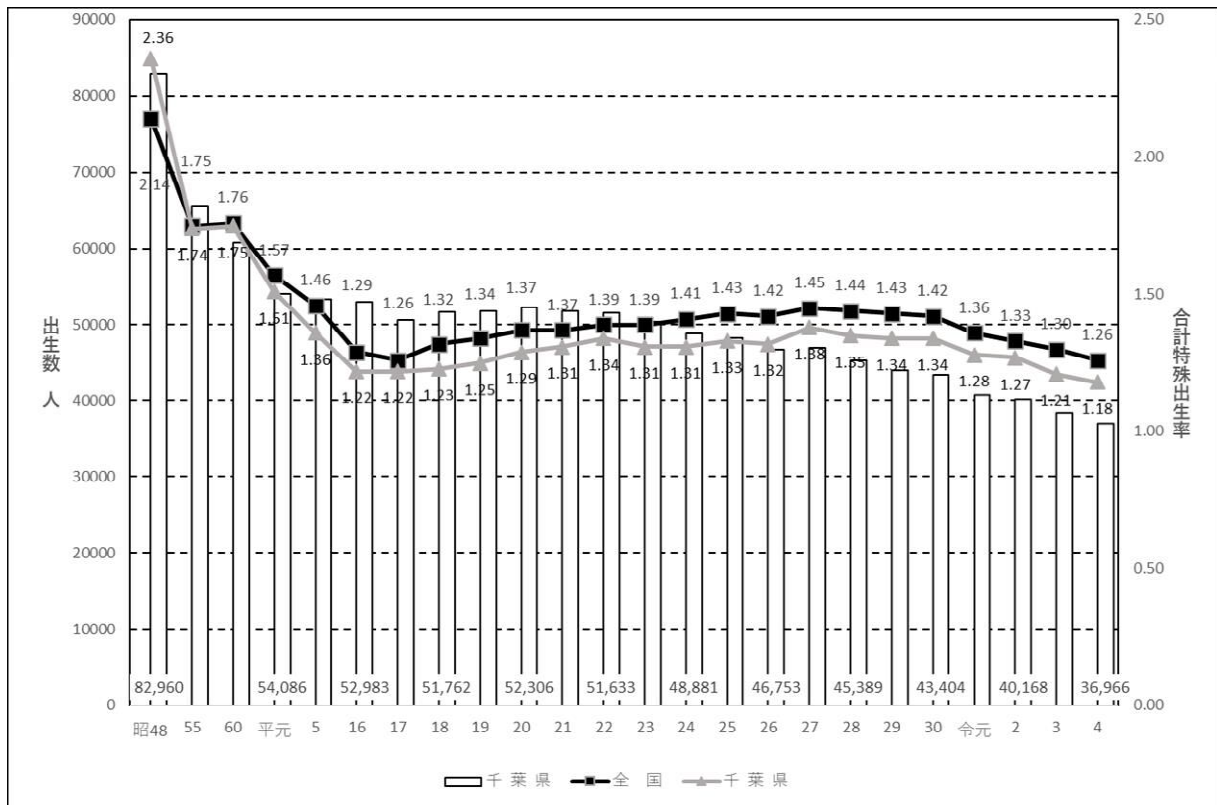
母子保健は、生涯の健康の基礎を築き、次の世代を担うこどもが心身ともに健やかに育つために、思春期から、妊娠・出産・子育て期の各期において、最もふさわしいサービスが提供できるよう体系化が図られているところです。

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。

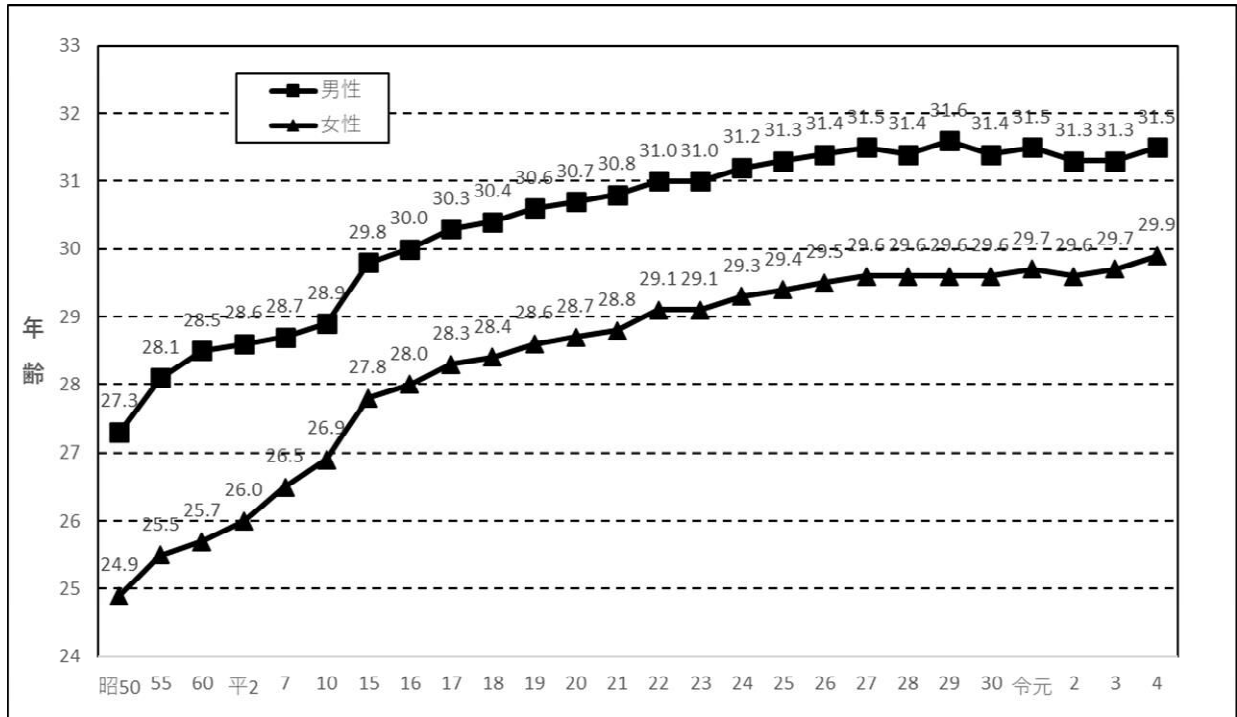
本県における令和4年の出生率は6.1（全国6.3）、合計特殊出生率※は1.18（同1.26）であり、少子化の傾向が続いています。同年の死産率は、20.0（同19.3）、周産期死亡率※は3.2（同3.3）、乳児死亡率※は1.9（同1.8）となっています。また、低出生体重児※の出生数は3,401人で、全出生数のうち9.2%を占めています。そのため、妊娠中の健康管理の充実や、安心して安全な妊娠出産ができる周産期医療※体制の整備が求められています。

図表 2-3-1-1-1 出生数と合計特殊出生率の推移



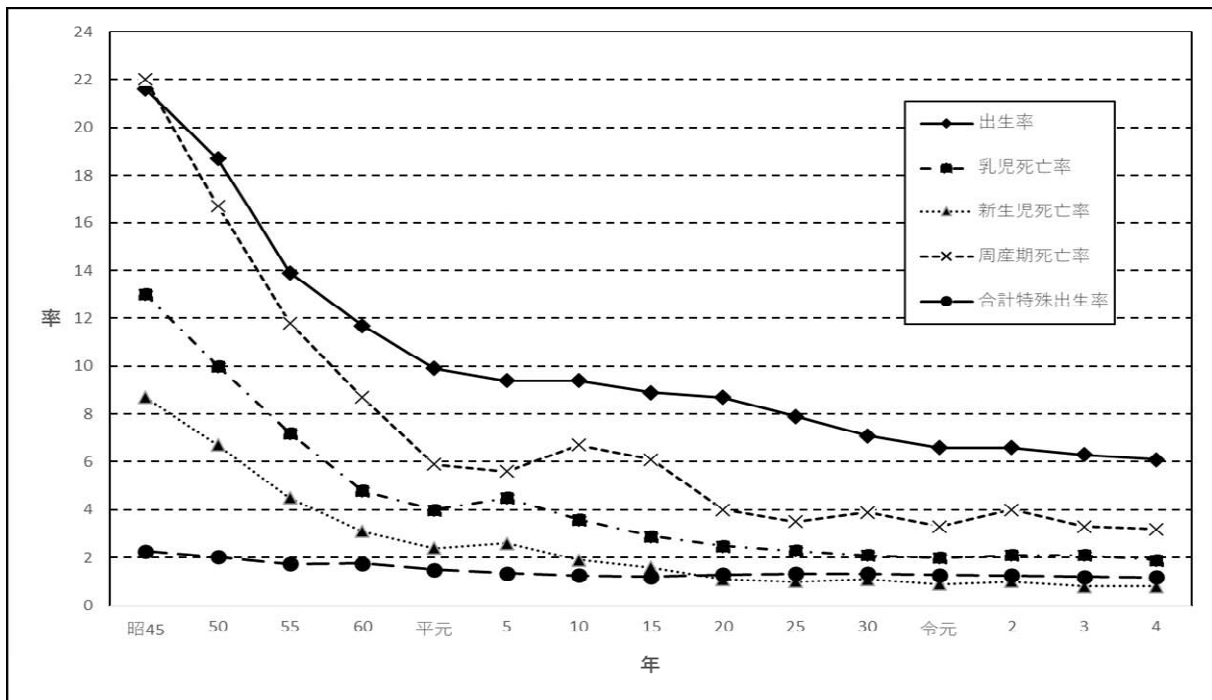
資料：人口動態統計（厚生労働省）

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）

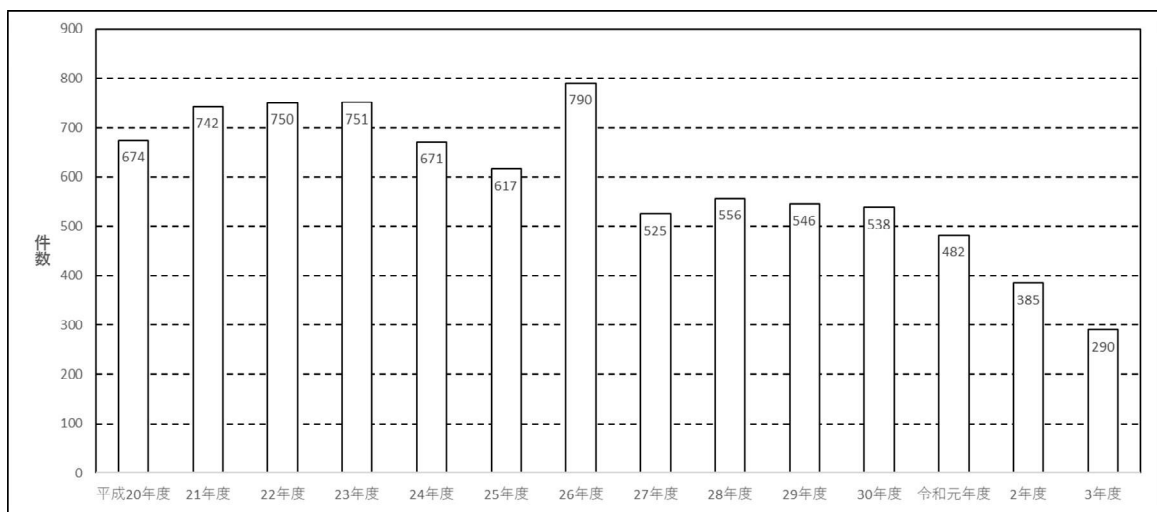
図表 2-3-1-1-3 母子保健指標の推移



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。

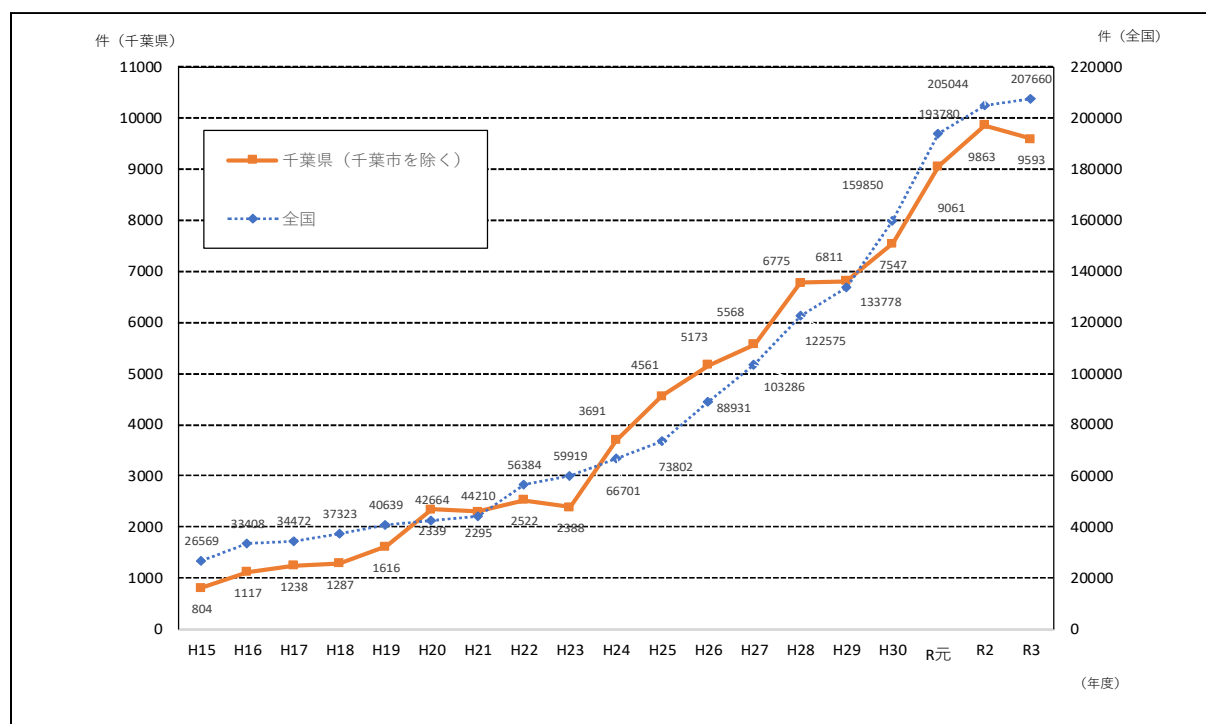
図表 2-3-1-1-4 20歳未満における人工妊娠中絶実施数の推移（千葉県）



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発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います。

〔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られています。

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（C A S）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。

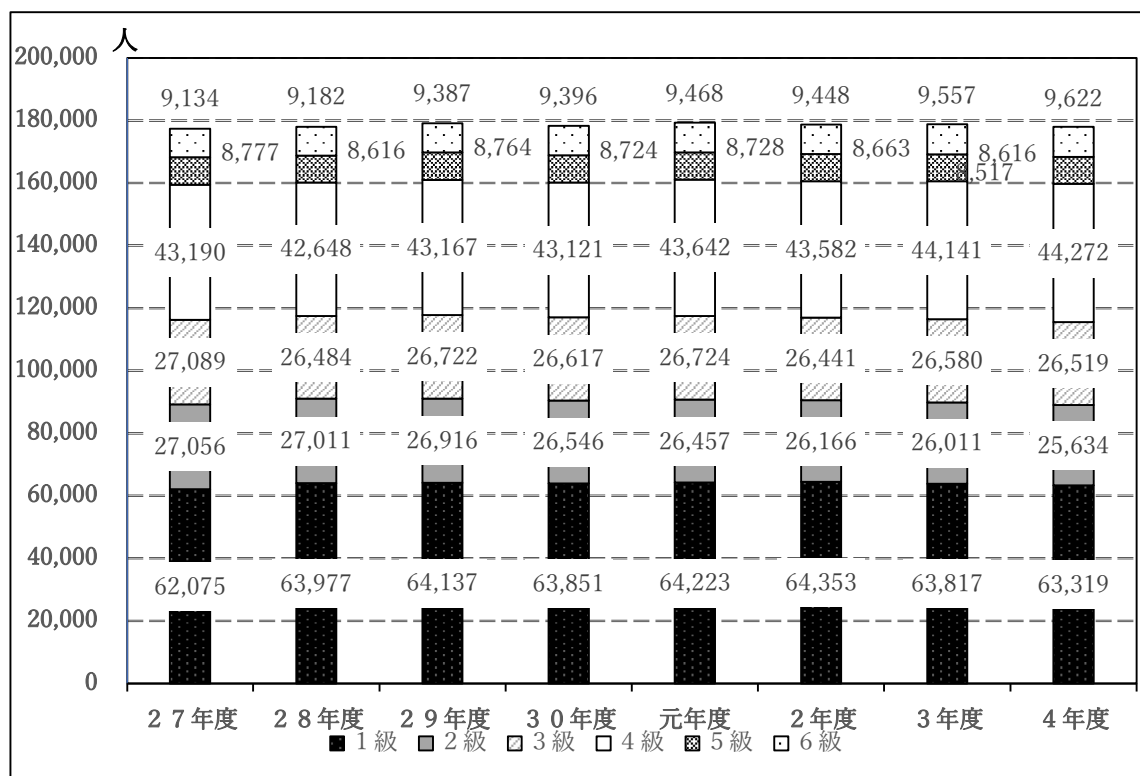
〔保健・医療・福祉における障害のある人への理解の促進と差別の解消・虐待の防止〕

- 「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

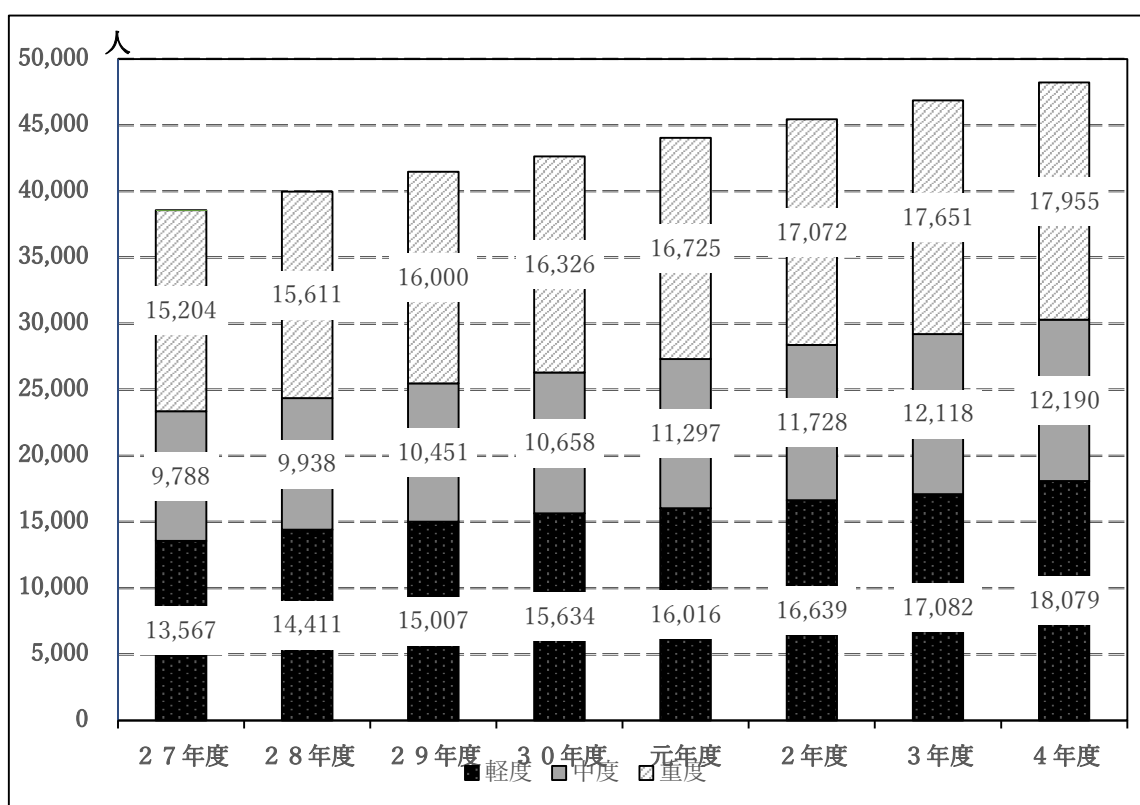
普及啓発等に努めます。

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

第2節 連携拠点の整備

1 保健所（健康福祉センター）

（ア）施策の現状・課題

昭和63年4月に千葉市が保健所設置市*に移行した後、県立の保健所は18本所1支所体制となりましたが、平成9年度に生活者個人の視点に立った新たな地域保健体制の構築を目的として保健所の再編を行い、15本所1支所体制となりました。

その後、平成15年4月から船橋市、平成20年4月から柏市の中核市*移行により、13本所1支所体制となりました。また、平成16年4月には保健所と支庁社会福祉課を統合したことから、保健所（健康福祉センター）を設置しました。

保健所（健康福祉センター）は、地域保健対策の広域・専門・技術的拠点であり、地域の健康課題に関する試験・検査、調査・研究、市町村の支援、保健・医療・福祉資源の連携・調整、専門的人材の確保・資質の向上など、その機能を強化する必要があります。また、地域医療構想の達成を推進するため、協議の場における調整能力が求められています。

大きな健康被害をもたらす感染症（新型コロナウイルス感染症、新型インフルエンザ*等）、食中毒や自然災害への対応など、地域における健康危機管理*の拠点としての保健所（健康福祉センター）の役割が増大しています。

生活習慣病を予防し、生涯を通じた健康づくりを継続的に支援するための効果的な保健事業を構築するため、保健所（健康福祉センター）が中心となった地域保健と職域保健の連携強化が重要です。

さらに、制度の狭間にある人や複合的な課題を抱えた人等の相談支援、権利擁護等を行う福祉サービスの拠点として、各保健所（健康福祉センター）管内に設置されている中核地域生活支援センター*（13箇所）と連携して、市町村の圏域を超えた地域福祉を推進する必要があります。

（イ）施策の具体的展開

〔県型保健所と市型保健所の連携〕

- 定期的に県型保健所と市型保健所の所長による会議を開催し、情報共有を図ります。また、広域的な感染症・食中毒発生時に連携できるよう県主催の研修会等に市型保健所職員が参加できるようにします。

〔地域医療の連携〕

- 地域医療の課題を協議する場として地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*

等を開催し、地域医療構想の達成を推進します。

〔広域・専門・技術的業務の推進〕

- 大きな健康被害をもたらす感染症（新型コロナウイルス、新型インフルエンザ等）・結核・エイズ等の感染症対策、難病対策、精神保健福祉対策、成人・老人・母子保健対策等の各種施策の広域的、専門的、技術的な業務の機能強化を図ります。

〔専門的人材の確保と資質の向上〕

- 地域保健に携わる専門技術職員の計画的配置に努めるとともに、市町村も含めた地域保健担当職員の資質向上を図るため、体系的・総合的な研修を計画的に行います。
- 保健所での研修を希望する臨床研修医の受入に配慮するとともに、医師・保健師・看護師等の学生に対する研修も充実させます。

〔健康危機管理の拠点整備〕

- 各保健所（健康福祉センター）に設置された「地域健康危機管理推進会議」を通して、地域の健康危機管理体制の整備並びに充実強化を図ります。また、健康危機事案発生時の現場等における調査・対応を迅速に行う体制を整備します。

〔生活習慣病対策の推進〕

- 生活習慣病を予防するには、特定健診*・特定保健指導*のほか、健康教育、健康相談等の健康増進事業による生涯を通じた継続的な健康管理の支援が必要です。
そこで保健所（健康福祉センター）に設置された「地域・職域連携推進協議会*」を通して、市町村を含めた地域保健と職域保健の連携により情報の共有や保健事業の共同実施を行います。

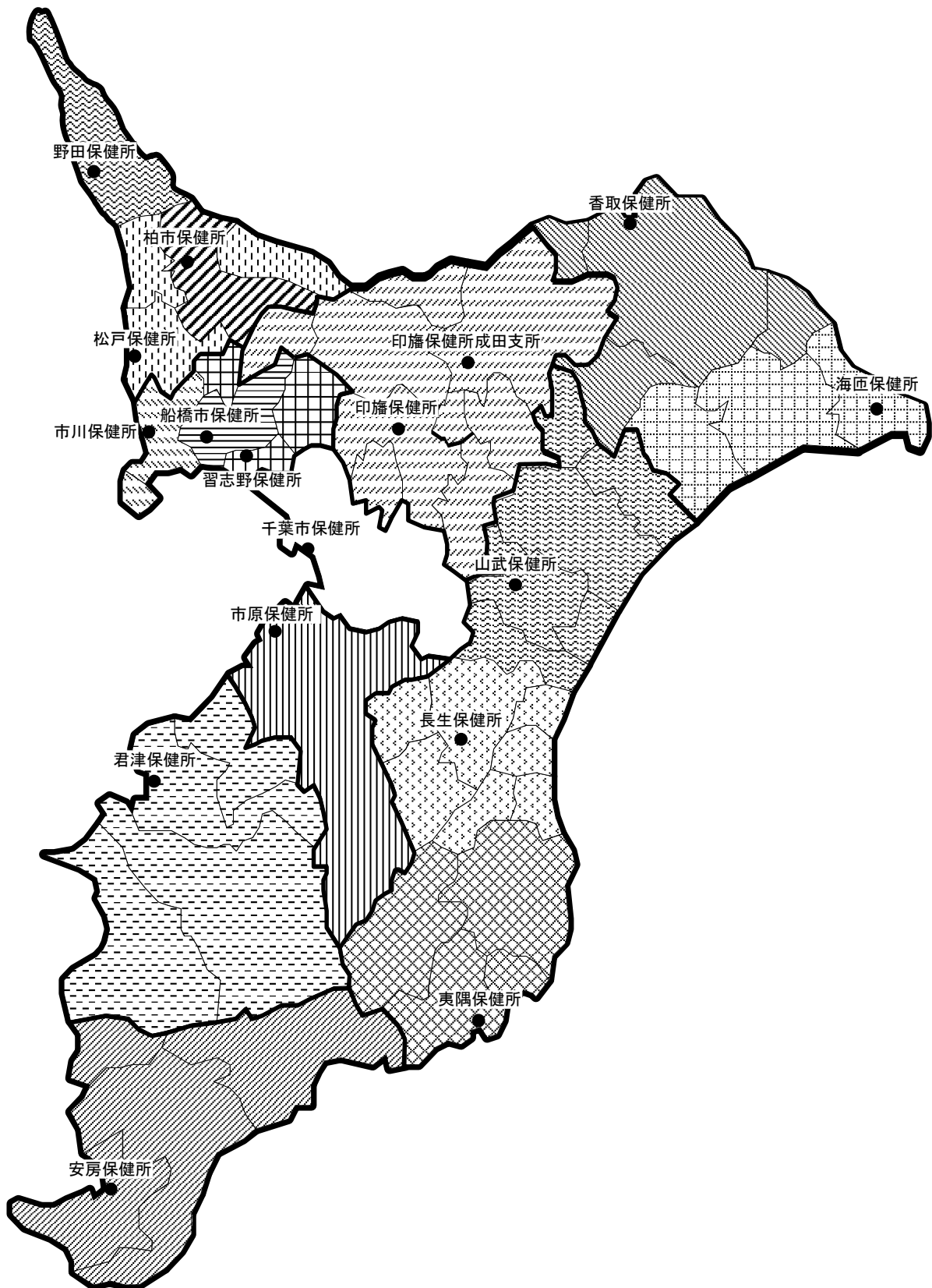
〔地域福祉の推進〕

- 市町村圏域を超えた広域の観点から、福祉・医療・保健の連携を強化し、市町村、中核地域生活支援センターと協働して地域福祉を推進します。

〔災害医療体制の整備〕

- 被災地域の救護活動を統一的に実施するための活動拠点として「合同救護本部」を設置します。なお、千葉市、東葛北部・南部各市、市原市にあっては市の救護本部で対応します。

図表 2-3-2-1-1 保健所（健康福祉センター）管轄図



2 市町村保健センター

(ア) 施策の現状・課題

市町村保健センターは、住民に身近な保健サービスを一体的に提供するための拠点として設置され、令和5年4月1日現在、類似する施設を含め54市町村、80か所に設置されています。

市町村保健センターでは、各種の健康診査や健康相談等の保健事業を、それぞれの市町村の住民ニーズに合わせて提供しており、県が設置する健康福祉センター（保健所）が提供する広域的、専門的な保健活動と連携し、県民の健康づくりを推進しています。

(イ) 施策の具体的展開

〔市町村保健センターへの助言〕

- 保健・福祉サービスに対する住民ニーズが多様化する中、それぞれの地域の実情に合わせ、健康課題に柔軟に対応できる拠点となるよう機能整備について助言していきます。

図表 2-3-2-2-1 市町村保健センター等の各保健医療圏における設置状況

保健医療圏	市町村数	設置市町村数	設置個所数
千 葉	1	1	6
東葛南部	6	6	10
東葛北部	5	5	10
印 旛	9	9	15
香取海匠	7	7	8
山武長生夷隅	17	17	20
安 房	4	4	6
君 津	4	4	4
市 原	1	1	1
合 計	54	54	80

※ 令和5年4月1日現在

3 衛生研究所

(ア) 施策の現状・課題

衛生研究所は、県域で主導的な役割を担う地方衛生研究所であり、健康福祉行政における科学的・技術的中核機関として、保健所（健康福祉センター）や医療機関等と連携を図り、公衆衛生に関する調査研究、試験検査、研修指導及び情報の収集・解析・提供等を行っています。

このため、試験精度の維持・向上を図るとともに、県内の衛生検査所等の試験精度の向上のため研修・指導・助言などを行う必要があります。

また、健康づくり・疾病予防、治療、健康危機管理*の各施策・取り組みを連動させる科学的・技術的な拠点としての役割も求められています。

このため、県民が必要とする感染症や生活習慣に係る情報を集積・解析し、利用しやすい情報として県民や市町村、関係団体等に提供する必要があります。

さらに、健康危機発生時には、県民の生命の安全確保を図るため、健康危機管理の中核機関として、県担当課、保健所（健康福祉センター）、市町村等に対して、原因究明や拡大防止など技術的・専門的な支援を行う必要があります。

このため、地域の保健関係者等に対して、健康危機管理体制の充実・強化や健康課題を科学的な根拠に基づいて解決するための専門的な研修を行う必要があります。

(イ) 施策の具体的展開

〔健康危機対策機能の強化〕

- 健康危機発生時には、被害拡大防止を図るため、国や関係検査機関との連携のもと衛生研究所と県内保健所（健康福祉センター）とのネットワークにおける技術的中核機関として、感染症情報センター機能を生かした情報発信、原因究明及び現地における調査や拡大防止対策支援を実施します。
- 平常時には、本県の保健医療行政における疫学等の調査、細菌、ウイルス等に係る感染症・食中毒検査、医薬品、食品及び飲用水等の試験検査並びに調査研究、保健所等への研修指導など、技術的・専門的な支援を行います。

〔試験精度の向上〕

- 県における保健衛生行政の科学的かつ技術的な中核機関として求められる試験精度を維持向上するため、精度管理*部門を中心に内部精度管理の実施や国等が行う外部精度管理に参加するとともに、技術の進歩に併せた検査機器の整備を計画的に進めます。
- 健康危機発生時や平時の試験検査の信頼性を確保するため、保健所（健康福祉セ

ンター) や市町村及び衛生検査所等に対し、研修指導や外部精度管理を実施します。

〔保健関係者等に対する研修の充実〕

- 市町村の地域保健に関わる施策を支援するため、携わる職員に対して、高度な専門的技術研修を実施するとともに、健康指標を読み解き、健康課題を発見し、事業を展開して評価する人材養成と資質向上を目指した研修を実施します。

〔県民等への健康情報発信〕

- 県民の健康等に関する各種指標の現状や推移をわかりやすく提示・発信することにより、市町村等が行う健康づくりに向けた要因分析等の支援を行います。
併せて、衛生研究所を拠点として、県民に向けて健康づくりに有益な情報を研修やホームページなどで提供します。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状（令和4年度）	目標（令和11年度）
地域保健関係者に対する研修会の参加者数	498人／年	
県民等に対する公開講座等の開催	5回／年	

4 保健医療大学

(1) 施策の現状・課題

保健医療大学は、千葉県立衛生短期大学、千葉県医療技術大学校を再編整備し、看護学科、栄養学科、歯科衛生学科、リハビリテーション学科（理学療法学専攻、作業療法学専攻）からなる四年制の県立大学として、平成21年4月に開学しました。

公立大学である保健医療大学は、行政や県内関係機関と連携・協働し、保健医療に関するシンクタンク機能を発揮することや、一般県民への公開講座をはじめとする地域貢献など県民の保健医療福祉の充実に寄与することが求められています。

また、急激な少子高齢化やデジタル社会の進展、医療の高度化・専門化や医療提供の場の多様化など保健医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、県民の持つ様々なニーズを総合的にとらえ、対応できる実践力を持ち、関連職種と協働しリーダー的役割を担える質の高い人材の育成と、そのための機能充実が求められています。

(イ) 施策の具体的展開

〔時代のニーズにあわせた人材育成〕

- 県内で保健医療技術者を目指す学生を、県民の総合的な健康づくりをリードする人材、実践力があり将来的に指導者となりうる人材として、時代のニーズにあわせて育成していきます。
- また、医療 DX の進展やチーム医療の推進、医師の働き方改革に伴うタスクシフトなど絶え間ない医療環境の変化に対応するため、県内の保健医療専門職にも実践力の向上が求められており、大学院教育やリカレント教育などを検討していきます。

〔県健康づくり政策に対するシンクタンク機能の強化〕

- 「健康づくり」などの保健医療の政策課題に対して、保健医療大学の最先端の知識や技術を活用し、行政や県内関係機関と連携・協働して実践的研究を行い、その成果を地域に還元し、県の政策運営に貢献します。
- 特に、各種研修プログラムの開発など保健医療専門職の質の向上に関わる研究や、県民の健康データに基づく疾患予防や重症化予防の分析など地域の健康課題に寄与する実践的な研究等に取り組みます。

〔地域への貢献〕

- 「地域への公開講座」、「地域への歯科診療提供」、「県内関係機関への教員派遣」などの地域への貢献・交流を進め、県の保健医療の発展に寄与します。
- また、地域貢献の一環として、教員と学生が地域に出向いて介護予防のための食事・運動についての知識の共有や県民同士の交流を支援する「ほい大健康プログラム」を実施しており、今後ともこのような取組を通じて県民の健康づくり・介護予

防の促進に努めます。

〔機能充実についての検討〕

- 本県の保健・医療・福祉の連携拠点として、人材育成・研究・地域貢献が循環的に発展する取組を効果的に進めるため、大学院の設置など機能充実について検討していきます。

第8章 安全と生活を守る環境づくり

第1節 健康危機管理体制

(ア) 施策の現状・課題

新興感染症*・再興感染症*、自然災害、NBCテロ*、有害物質に汚染された食品の流通等の健康危機*から県民の生命、身体の安全を図ることは県の責務であり、健康危機発生時には、県が主体となり、医療関係機関・団体、市町村、国や他の都道府県の協力を得て、迅速かつ適切に対策を講じていくことが必要です。

令和2年1月から国内で確認された新型コロナウイルス感染症は、国内における感染の拡大が懸念されたことから、令和2年3月に新型インフルエンザ等対策特別措置法が一部改正され、同法の適用の対象に新型コロナウイルス感染症が暫定的に位置づけられ、その後、令和3年2月には「新型インフルエンザ等感染症」に追加されました。県では、国の基本的対処方針等に基づき、新型コロナウイルス感染症の状況に応じ、迅速かつ的確に対策、措置等を講じました。令和5年5月には、新型コロナウイルス感染症について、感染症法上の「新型インフルエンザ等感染症」に該当しないものとされ、5類感染症に位置づけられました。

また、食は、生活の基盤であり、食品が有害物質で汚染された場合には、県民の健康被害に直結します。特に、広域に流通する食品の汚染については、早期に情報を収集する必要があるため、そのためには、日頃から国や他の都道府県、警察等との連携による情報の共有が重要です。汚染した有害物質を特定及び検出するためには、衛生研究所等の関係機関との連携が必要となります。

さらに、テロは、平成16年6月に制定された「武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律」において、緊急処理事態*に関する規定が設けられ、同法に基づく国民の保護に関する基本指針において、保健所（健康福祉センター）、衛生研究所などに、特に生物テロ等への対応が求められています。

これら健康危機対策については、「千葉県健康危機管理基本指針」に基づき、平時には、情報収集や分析、監視業務等を通じて健康危機の発生を未然に防止するとともに、健康危機発生時にはその状況を把握し、地域に存在する保健医療資源を調整して、関係機関を有機的に機能させることにより、健康被害を最小限に抑えるための迅速な対応及び早急な原因の究明を行う体制を整備してきました。

さらに、新型インフルエンザ*の発生に備え、「千葉県新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づき、医療体制の整備や治療薬の備蓄などを図っています。

引き続き、地域における健康危機管理*の拠点として、保健所（健康福祉センター）

における健康危機管理体制の充実を図るとともに、健康危機管理の科学的・技術的中核として、衛生研究所の機能を強化することが必要です。

（イ）施策の具体的展開

〔千葉県総合健康安全対策ネットワークの充実〕

- 健康危機事案の発生予防や発生時に迅速かつ適切な対応を行うため、衛生研究所等の関係機関による千葉県総合健康安全対策ネットワークを構築し、ネットワーク間の緊急時連絡網を整備します。また、それぞれの機関で可能な検査についての情報を共有するとともに、検査の相互協力を行います。

〔疫学の専門家の育成と健康危機対策研修の推進〕

- 多数の県民の生命・健康を脅かす新型インフルエンザ等の感染症、天然痘などの生物テロに対応するため、疫学の専門家を育成するとともに、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療・公衆衛生従事者を対象とした健康危機対策研修を実施します。

〔保健所（健康福祉センター）の体制整備〕

- 健康危機発生時の初動を担う地域保健の第一線機関である保健所（健康福祉センター）に設置した「地域健康危機管理推進会議」により、地域の現場における医療体制、関係機関・団体との連携・情報の共有化のあり方等について検討します。

〔衛生研究所の体制整備〕

- 科学的・技術的な専門中核機関として、健康危機に関する情報の収集・蓄積・解析、原因究明・拡大防止のための試験検査・調査研究、予防医学・健康づくりに関する調査研究等を充実します。

〔新型インフルエンザ等対策の充実強化〕

- 千葉県新型インフルエンザ等対策行動計画に基づき、医療体制の整備、治療薬の備蓄、患者発生を想定した模擬訓練などを実施するとともに、患者発生時における関係機関の具体的な対応を示したマニュアルを策定します。

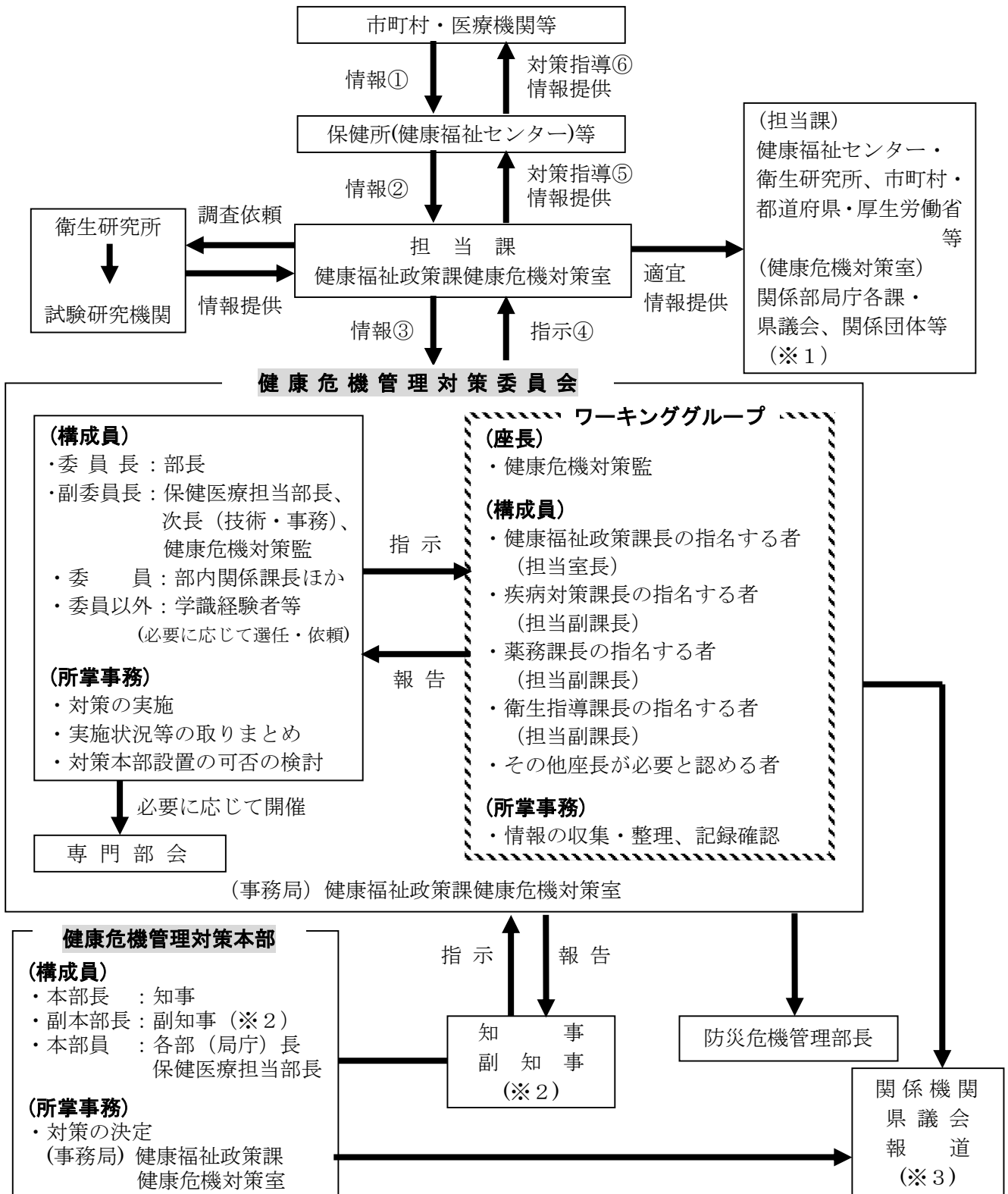
〔健康危機情報の収集・分析・提供〕

- 健康危機発生時の情報を、インターネット等を活用し迅速かつ幅広く収集し、これらの情報を総合的に分析し、的確な対応方策を検討・実施するとともに、関係機関間での情報の共有化を推進します。また、県民に対しては、県のホームページ等を活用し被害状況や基本的な対処方法、注意事項等の情報を発信します。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状	目標
健康危機対策研修修了者数	12,742人(累計) (令和5年3月)	

図表 2-4-1-1-1 健康危機管理体制フロー図



- ※1 関係部局庁各課とは部内関係課、秘書課、報道広報課、危機管理政策課、病院局、教育庁、警察本部等をいう。
- ※2 副知事に事故あるとき、又は欠けたときは健康福祉部長
- ※3 記者会見は、担当課で発表資料を作成し、健康福祉部長の了解を得た上で健康危機対策監が行う。
その他の報道対応は、健康福祉部長の了解を得た上で担当課が行う。また、関係機関等への情報提供は担当課で行う。

第2節 医療安全対策等の推進

1 医療安全対策

(ア) 施策の現状・課題

医療機関の安全管理は、良質な医療を提供する基礎であり、それが確保されなければ患者の生命・身体等に重大な危害を及ぼすことになります。医療機関では、医療技術の高度化、医療施設の環境、職員の接遇など「医療の質」を高めて対応していますが、その一方で、医療事故等の発生が増加する傾向にあり、苦情や相談も多数あります。

そこで、平成15年4月から県庁医療整備課内に医療安全相談センターを設置し、医療に関する相談に応じています。令和4年度の相談総数は3,783件でした。

相談の内、苦情内容は「医療行為・医療内容」に関するものが39.5%と最も多く、次いで、医療機関従事者の接遇に対する苦情が15.2%です。医療行為・内容には「説明不足・不安」に基づくものも多く、患者に対するインフォームドコンセントの充実が求められています。

また、医療機関内の清潔保持に注意することなどの院内感染防止対策には、最新の科学的根拠に基づき、万全を期することが必要になります。

医療機関内の安全管理の徹底を図るためのシステムづくり、医療機関への支援、医療従事者の業務習熟度の向上などが求められています。

(イ) 施策の具体的展開

〔医療機関の安全体制の確立への支援〕

- 医療機関における医療安全管理のための委員会の設置や職員研修の実施など、医療安全体制の整備を推進します。
- 健康福祉センターにおいて、毎年度病院の立入検査を行い、清潔保持の状況、院内感染対策、医療安全管理等について、確認・助言・指導することにより、良質な医療サービスの確保に努めていきます。
- 医療事故調査・支援センターにおいて、医療事故が発生した医療機関における院内調査の報告を収集し整理・分析することで医療事故の再発防止につなげ、医療の安全を確保することを目的として実施される医療事故調査制度について、その運用の要である病院等の管理者の理解をより深めるため、研修の受講を推進します。
- 患者が納得して医療を受けられるよう、医療機関におけるインフォームドコンセントの実践、診療記録等の患者情報の開示、患者の求めるセカンドオピニオンへの協力などを積極的に推進します。
- 最新の科学的根拠に基づいた院内感染対策を実施するために、県内の院内感染に精通した医師などで構成される「院内感染地域支援ネットワーク」（通称：千葉ネット）を活用し、中小の医療機関からの相談に随時応じていきます。

〔医療従事者に対する研修の実施への支援〕

- 患者の安全を確保するとともに、質の高い医療を提供するため、医師や看護師等の医療従事者を対象とした医療安全に関する研修に対して支援します。
- 医療事故調査制度運用の要である

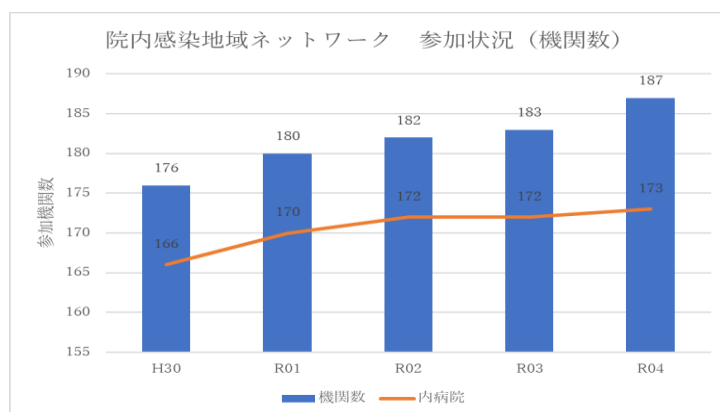
〔医療相談体制の充実〕

- 医療法に基づき設置し、健康相談や医療機関の案内、その他医療に関する様々な相談に対し助言を行う医療安全相談センターにおける相談体制の充実を図ります。
- 相談対応の質の向上を図る観点から、医療安全相談センターの相談職員の研修の受講を推進します。

（ウ）施策の評価指標

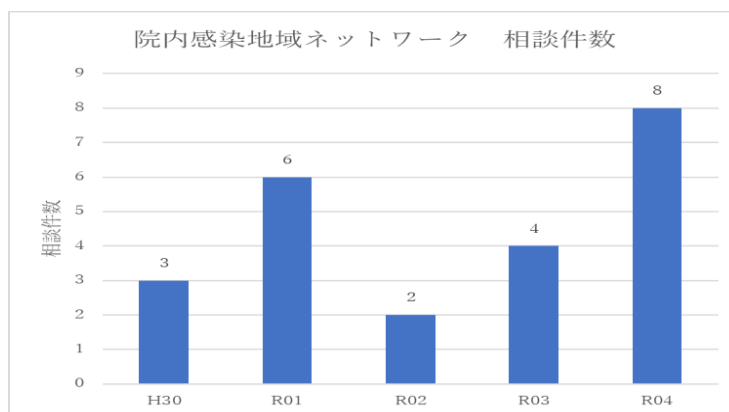
指 標 名	現状（令和４年度）	目標（令和１１年度）
院内感染地域支援ネットワークの活用	ネットワーク参加状況 １８７機関	ネットワーク参加状況

図表 2-4-2-1-1 院内感染地域支援ネットワーク参加機関の推移



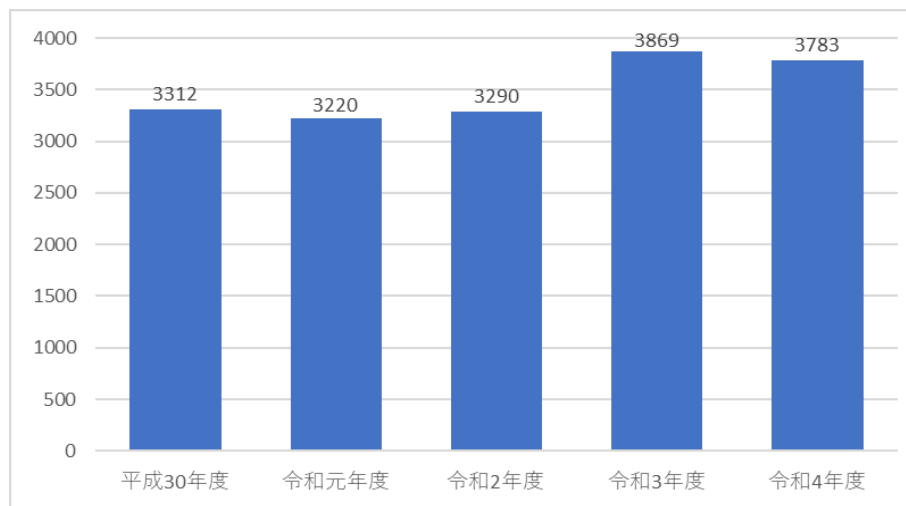
資料：千葉県医療整備課調べ

図表 2-4-2-1-2 院内感染地域支援ネットワーク相談件数の推移



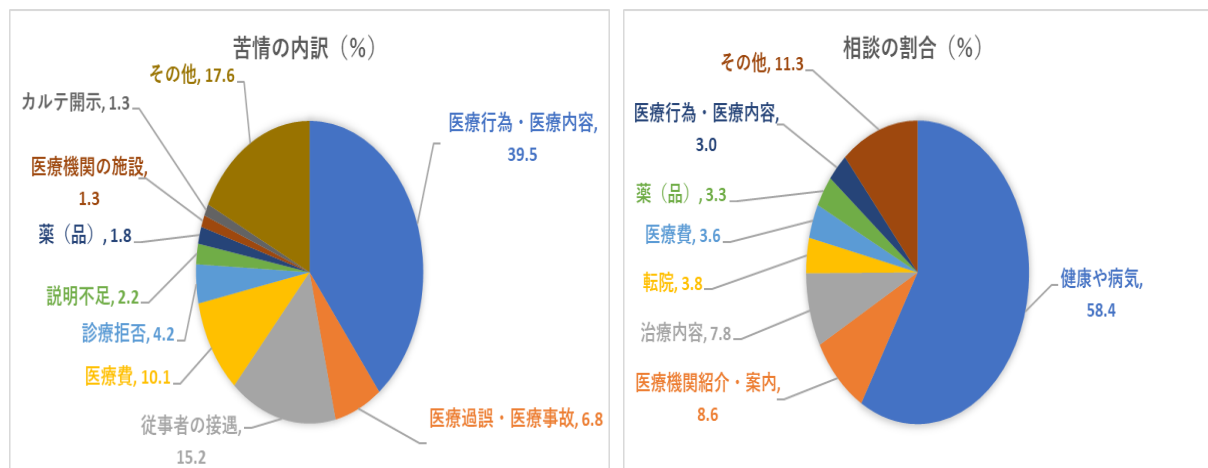
資料：千葉県医療整備課調べ

図表 2-4-2-1-3 県医療安全相談センター相談件数の推移



資料：千葉県医療整備課調べ

図表 2-4-2-1-4 県医療安全相談センター相談内容の状況



※ 令和4年度実績

資料：千葉県医療整備課調べ

2 医薬品等の安全確保

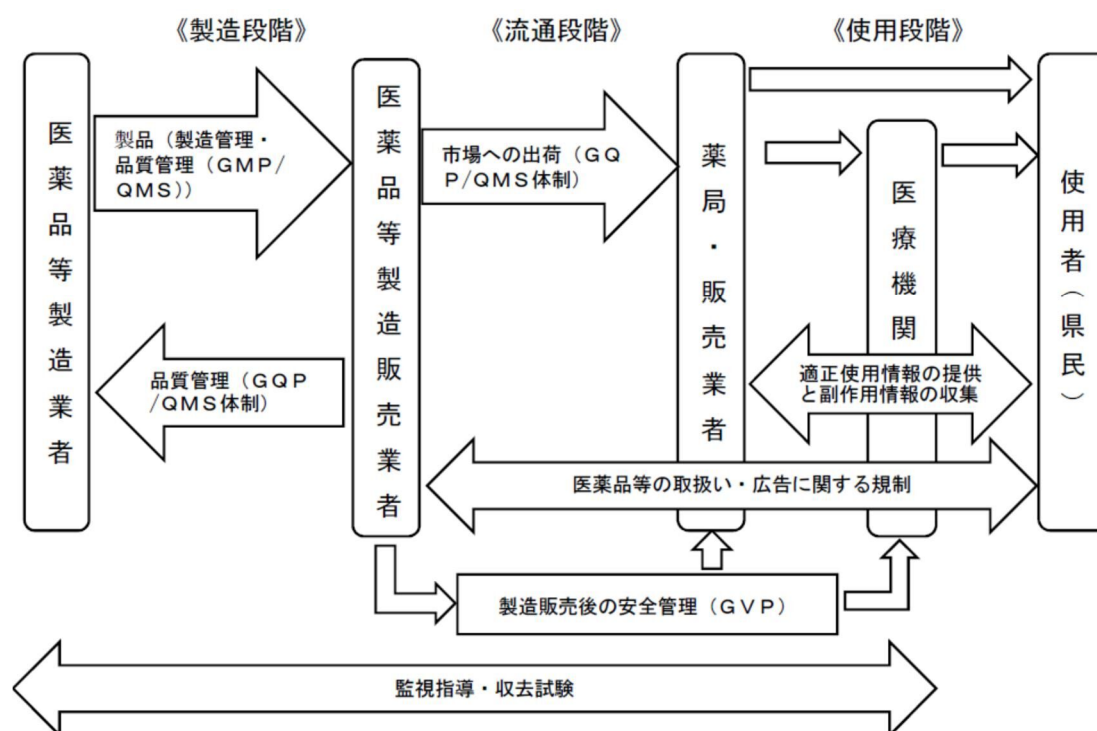
（ア）施策の現状・課題

医薬品等は、疾病の予防や治療に必要不可欠のものであり、その品質、有効性及び安全性を確保することによって、健康被害の未然防止等県民が安心して医薬品等を使用できるようにすることが必要です。そのため、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（以下「医薬品医療機器等法」という。）により、規制されています。

医薬品等製造業に関しては、「医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令*」（GMP）及び「医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令*」（QMS）による製品の品質確保が図られています。

医薬品等製造販売業に関しては、「医薬品、医薬部外品、化粧品及び再生医療等製品の品質管理の基準に関する省令*」（GQP）及び「医療機器又は体外診断用医薬品の製造管理又は品質管理に係る業務を行う体制の基準に関する省令*」（QMS体制）に基づき、市場に出荷する製品の品質管理と、「医薬品等の製造販売後安全管理の基準に関する省令*」（GVP）に基づき、医薬品等の安全管理情報の収集・検討等による安全性の確保が図られています。

図表 2-4-2-3-1 医薬品等の規制の仕組み



G M P : 医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令
(平成 16 年厚生労働省令第 179 号)

Q M S : 医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令
(平成 16 年厚生労働省令第 169 号)

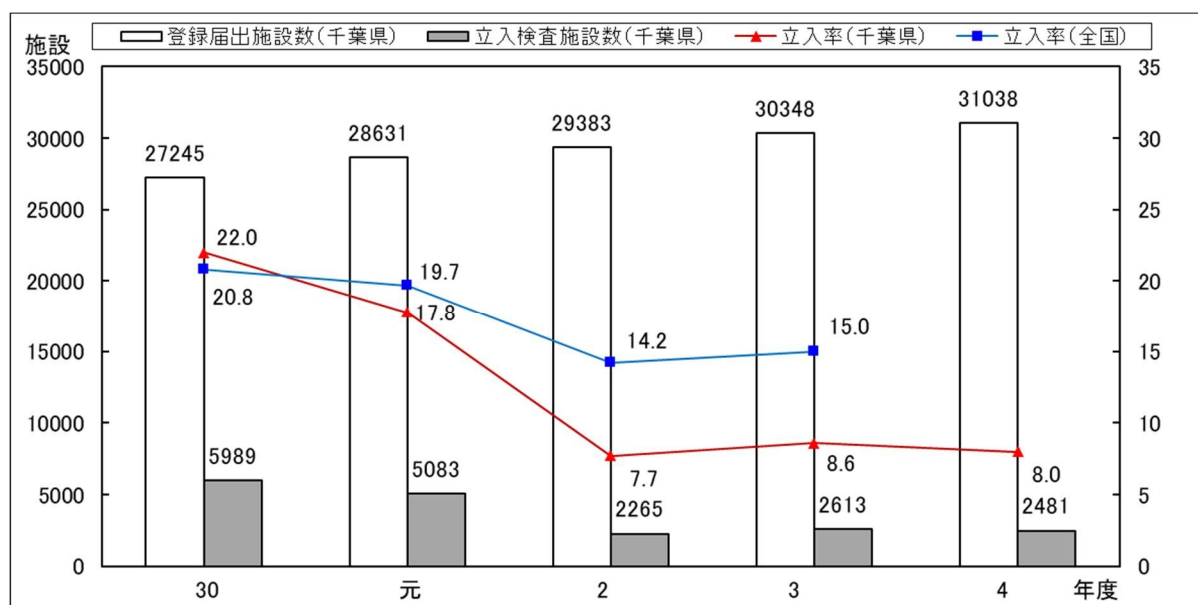
G Q P : 医薬品、医薬部外品、化粧品及び再生医療等製品の品質管理の基準に関する省令
(平成 16 年厚生労働省令第 136 号)

QMS体制: 医療機器又は体外診断用医薬品の製造管理又は品質管理に係る業務を行う体制の基準に関する省令
(平成 26 年厚生労働省令第 94 号)

G V P : 医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令
(平成 16 年厚生労働省令第 135 号)

薬局、医薬品販売業に関しては、医薬品医療機器等法に基づき、医薬品情報の提供等が求められていることから、監視指導の充実に努める必要があります。

図表 2-4-2-3-2 立入検査実施状況の推移



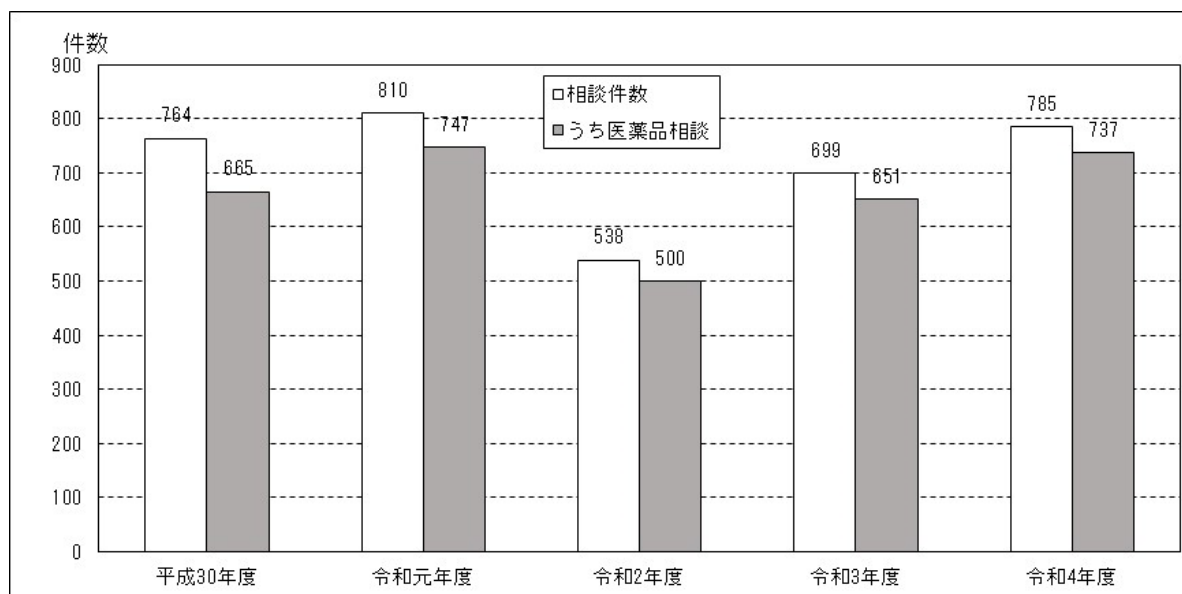
資料：薬務行政概要（千葉県薬務課）

医療費の患者負担の軽減とともに、医療保険財政の改善施策として、後発医薬品*の使用促進が求められています。本県における後発医薬品割合は全国平均を上回って推移しており、更なる使用促進のためには、後発医薬品の品質確保や情報提供の充実、使用促進に係る環境整備が必要となっています。

図表 2-4-2-3-3 後発医薬品割合の推移

医薬品等に関する様々な情報を分かりやすく提供することにより、医薬品等による危害の発生を防止するため、県庁薬務課に「薬事アドバイザー*」を配置し、県民からの相談等に応じています。

図表 2-4-2-3-4 薬事アドバイザー相談件数の推移



資料：薬務行政概要（千葉県薬務課）

（イ）施策の具体的展開

〔薬事監視指導の充実〕

- 医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保を図るため、医薬品医療機器等法に基づき、医薬品等製造業者、医薬品等製造販売業者、薬局、医薬品販売業者、医療機器販売業者等に対する効率的な監視指導を実施するとともに、収去検査*や健康食品の買上げ検査の計画的な実施により、不良品及び無承認無許可医薬品等の発見に努め、これらによる健康被害の発生防止に努めます。

〔自主管理体制の確立〕

- 品質管理の徹底を図り、不良品の発生を防止するため、医薬品等製造業、製造販売業及び薬局等における自主管理体制の確立とその励行を指導します。

〔後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進〕

- 医療関係者や患者が安心して使用することができるよう、医療関係者、学識経験者や消費者の代表を委員とした後発医薬品等の使用促進に関する協議会を開催し、後発医薬品等の使用促進方策を検討し、必要な施策を講じるなど使用促進を図ります。また、後発医薬品については検査を実施し、安全性を確認することで、安心使用に寄与します。

〔医療関係者等への情報提供等〕

- 県薬剤師会と連携し、医療関係者へ「緊急安全性情報*」や「医薬品・医療機器安全性情報」等の迅速な提供を行うとともに、薬事アドバイザーによる県民からの相談対応と適正使用情報の提供に努めます。また、高齢者や若年層を対象とした講習会の開催や、「薬と健康の週間*」の事業等を通じて医薬品等の適正使用の啓発を行います。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現状（令和４年度）	目標
薬事監視実施率（製造業等）※ ¹	12.8%	
薬事監視実施率（薬局等）※ ²	7.9%	
後発医薬品割合（金額ベース）	% (令和４年度末)	
バイオ後続品割合※ ³	% (令和４年度末)	

※¹ 製造業等とは、医薬品等製造業、医薬品等製造販売業及び医療機器修理業を指す。

※² 薬局等とは、薬局、医薬品販売業、再生医療等製品販売業、高度管理医療機器等販売業・貸与業及び管理医療機器販売業・貸与業を指す。

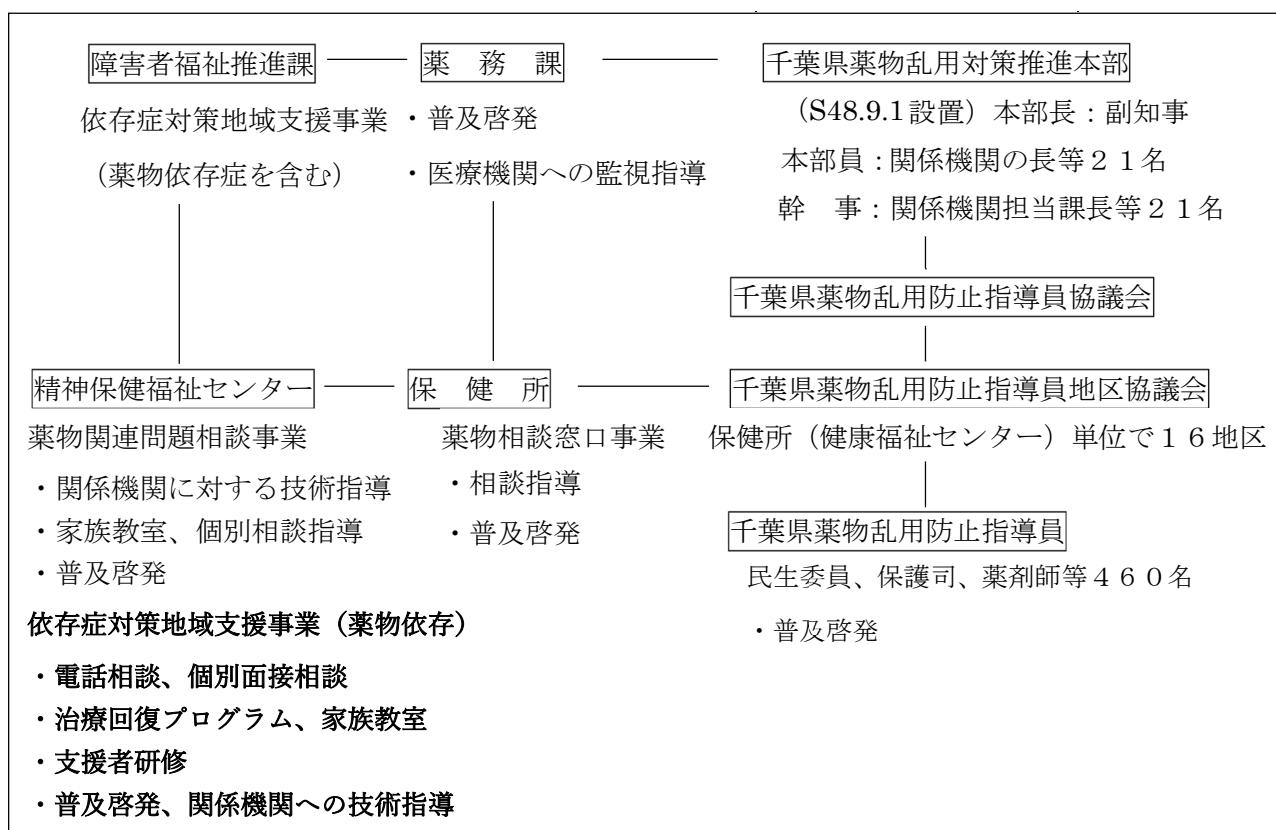
※³ $(\text{バイオ後続品に}80\% \text{以上置き換わった成分数} / \text{全成分数}) \times 100$

3 薬物乱用防止対策

(ア) 施策の現状・課題

本県では薬物の乱用を防止するため、昭和48年9月に設置した「千葉県薬物乱用対策推進本部」を中心に、関係機関と連携を図り、普及啓発活動や麻薬・覚せい剤等の取扱者に対する指導・取締りに努めています。また、薬物乱用防止指導員460人を委嘱し、保健所（各健康福祉センター）に設置した「薬物乱用防止指導員地区協議会」を通じて、地域に密着した各種啓発活動を実施しています。

図表 2-4-2-4-1 千葉県薬物乱用防止対策組織体系



本県の薬物事犯検挙者数は、令和4年は641人と、ここ数年横ばいに推移しています。

内訳において、全薬物事犯の約6割を占める覚醒剤事犯検挙者では、他の薬物事犯と比較して再犯者の割合が約7割と高い状況にあることから、特に再乱用対策が求められています。

また、大麻事犯については、その検挙者の特徴として、初犯者率が約7割以上と高水準であるほか、30歳代より若い世代が約7割を占めており、薬物への誤った認識の広がりや、抵抗感の希薄などによる若年層への拡大が懸念されます。

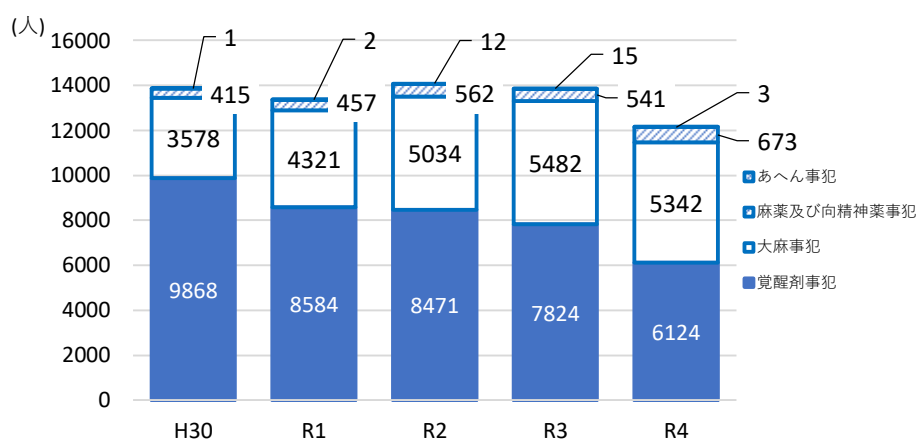
さらに、指定薬物（いわゆる危険ドラッグ）*については、全国的に取締りが強化され、本県においても平成27年4月に「千葉県薬物の濫用の防止に関する条例」を施行し、本県への危険ドラッグの流入を防止するとともに、監視指導や啓発活動を行

った結果、県内の店舗はなくなり検挙者数も減少しましたが、未だインターネット上での販売が見受けられることから、より一層の取締りや啓発活動が必要です。

図表 2-4-2-4-2 麻薬関係施設立入検査実施状況の推移

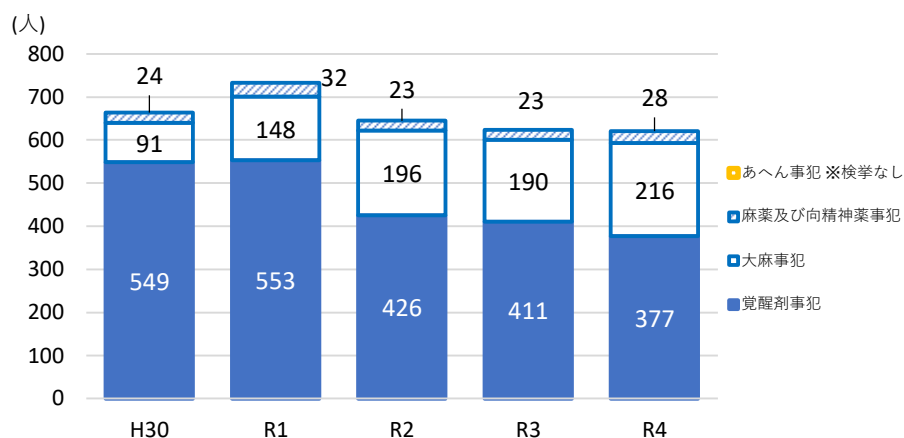
	対象施設数	立入検査施設数	実施率（％）
平成30年度	4,232	980	23.2
令和元年度	4,234	1,182	27.9
令和2年度	4,141	368	8.9
令和3年度	4,380	272	6.2
令和4年度	4,373	382	8.7

図表 2-4-2-4-3 全国における薬物乱用者検挙状況



資料：令和4年における組織犯罪の情勢（警察庁組織犯罪対策部）

図表 2-4-2-4-4 千葉県における薬物乱用者検挙状況



資料：令和5年度千葉県警察統計集

図表 2-4-2-4-5 千葉県及び全国における危険ドラッグ事犯検挙状況の推移

	H30	R1	R2	R3	R4
全国	368	172	140	123	264
千葉県	14	6	2	2	7

出典：令和4年における組織犯罪の情勢（警察庁組織犯罪対策部）

薬物関係統計データ（千葉県警察）

（イ）施策の具体的展開

〔薬物乱用防止の普及啓発〕

- 薬物乱用を撲滅するため、ポスター、リーフレット等を活用した広報活動を強化するとともに市町村等の関係機関及び学校薬剤師会等の関係団体と連携して、特に中・高校生を対象とした講習会・講演会を開催し、薬物乱用防止の正しい知識の普及を図ります。
- 薬物乱用防止指導員の組織的活動により、地域ごとに街頭啓発活動を実施し、また、薬物乱用防止指導員が所属する保護司会・薬剤師会・青少年補導員等の各種団体を通じて啓発活動を実施するなど、地域に密着した薬物乱用防止活動を展開します。

〔知事指定薬物の指定〕

- 乱用されるおそれのある薬物を知事指定薬物として指定し、取締りを行うことにより、他都道府県からの流入を防止します。

〔監視指導の推進〕

- 危険ドラッグについて、違法な製品を排除するため、効果的な製品検査の実施と検査体制の整備に加え、県警本部などの関係機関と連携を図り、監視指導を行います。

〔麻薬取扱者等の指導の徹底〕

- 医療麻薬等の不正使用・不正流出を防止するため、麻薬取扱者等に対し、その適正な使用、管理等の立ち入り指導を徹底します。

〔薬物関連相談の実施〕

- 薬物関連問題の発生予防を含めた相談指導や、薬物依存症（疑い）の電話相談、個別面接相談、家族教室、治療回復プログラム等を実施します。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現状（令和4年度）	目標
街頭啓発活動実施回数	117回	
麻薬取扱施設立入検査実施回数	382施設	

4 血液確保対策

(ア) 施策の現状・課題

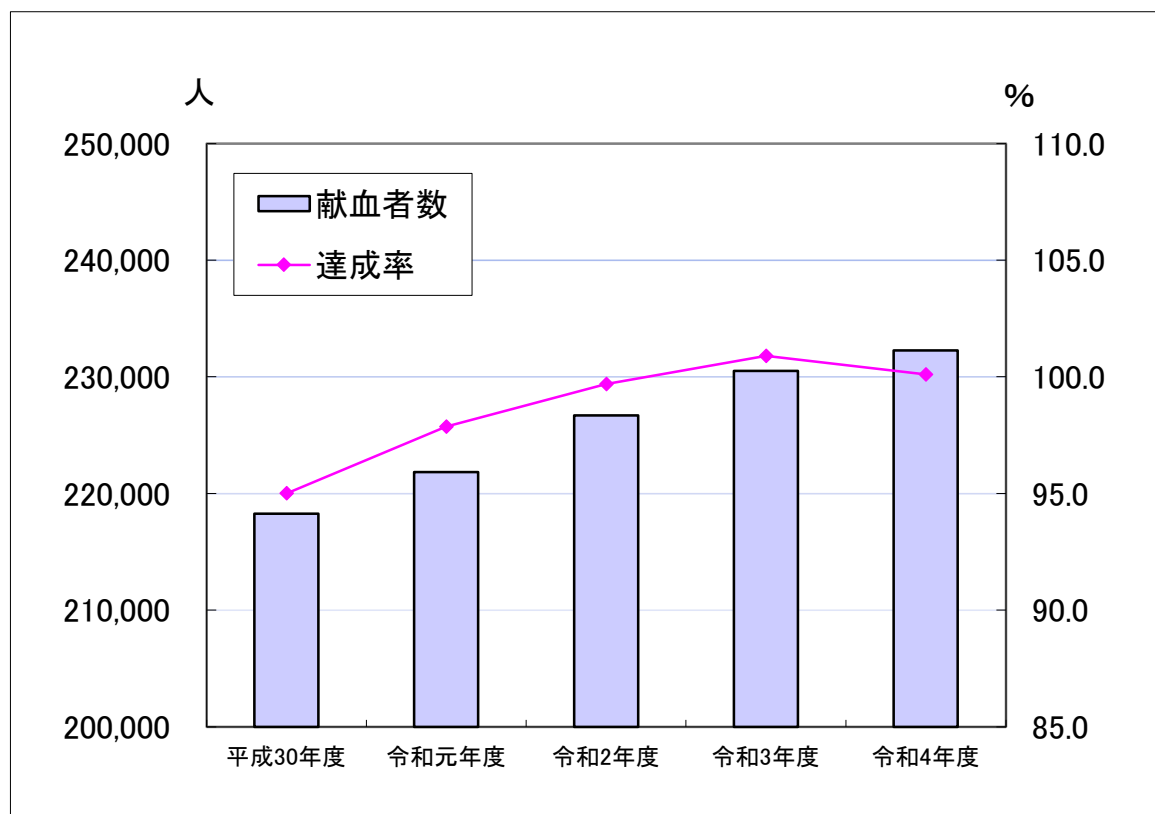
医療の場において、血液製剤*は人の生命と健康を守るためになくてはならないものです。血液製剤の安全性の向上、安定供給の確保及び適正使用の推進を目的として制定された「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」により、血液事業にかかわる関係者の責務が定められるとともに、都道府県における献血推進計画の策定が義務付けられています。

血液製剤の需用に対応するため、県、市町村、赤十字血液センター*が一体となって献血の普及、献血協力団体などの育成、献血者の受入体制の整備など献血者の確保に努めています。

血液製剤のうち、輸血用血液については国内の献血で賄っていますが、血漿分画製剤*については一部を輸入に頼っているのが現状であり、血液製剤の国内自給が国の目標とされていることから、献血を一層推進する必要があります。

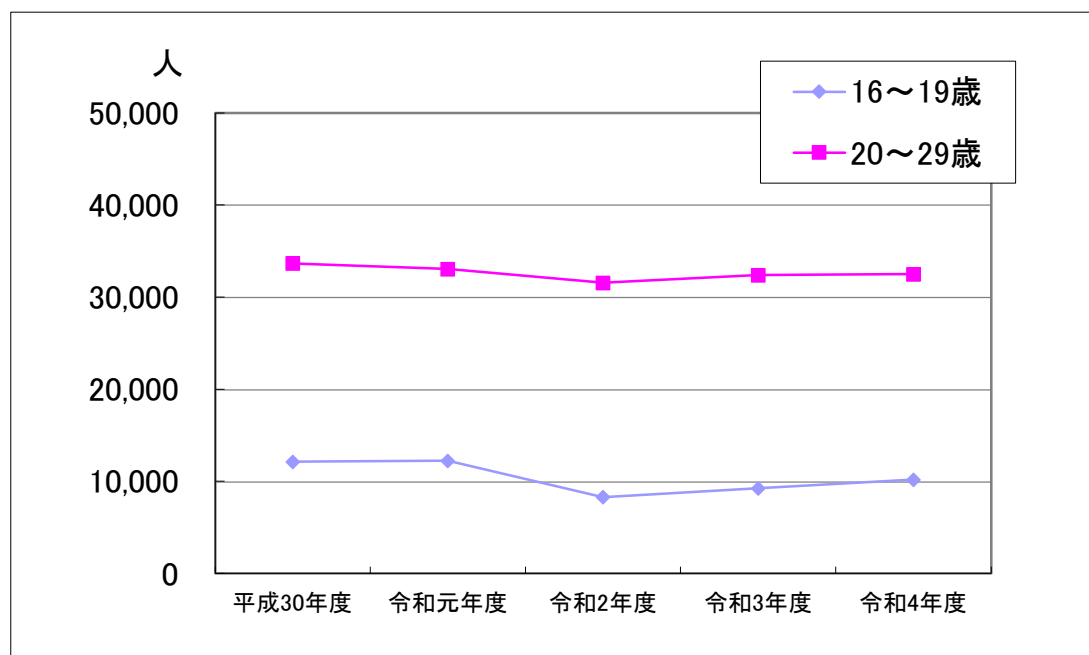
少子高齢化の進展により、全国的に献血可能年齢層*の人口が減少するとともに、若年層の献血者数も減少していることから、特に若年層の献血への理解を深める必要があります。

図表 2-4-2-5-1 献血者数と目標達成率の推移



資料：薬務行政概要（千葉県薬務課）

図表 2-4-2-5-2 10歳代、20歳代献血者数の推移



資料：薬務行政概要（千葉県薬務課）

（イ）施策の具体的展開

〔献血の普及啓発〕

- 県民に献血の重要性について理解を求め、献血に協力が得られるよう各種広報媒体を活用し、献血の普及に努めます。

〔献血組織の育成強化〕

- 市町村献血推進協議会の活性化を図り、地域に密着した広報活動を行うとともに、事業所、各種団体等の献血協力組織を拡充強化することにより、献血者の安定的な確保を図ります。

〔血液製剤の適正使用推進〕

- 医療従事者に対する説明会を実施し、血液製剤適正使用のより一層の推進を図ります。

〔若年層への献血の普及啓発〕

- 若年層が献血への理解を深められるよう、中学生向け啓発テキストの作成やSNSを含むインターネット等を主体とした情報発信等、各種普及啓発を実施します。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現状（令和4年度）	目標
献血計画における目標達成率	100.1%	

5 造血幹細胞移植対策

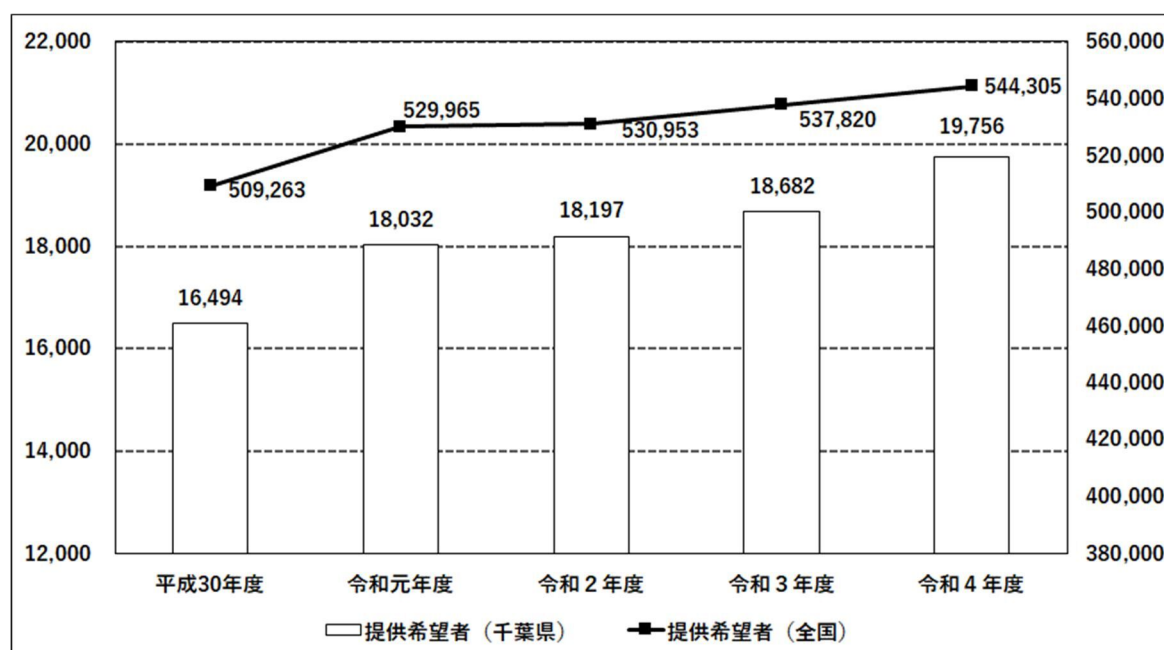
(ア) 施策の現状・課題

白血病などの血液の重い病気を患う患者は、年間約10,000人おり、そのうち造血幹細胞移植を希望する患者は約2,000人います。

(公財)日本骨髄バンクの調査によると、令和4年の全国の非血縁者間の造血幹細胞移植は、1,055件であり、移植を希望する患者の約6割となっています。

骨髄提供希望者(骨髄ドナー)の登録者数は、令和4年3月末現在、全国で544,305名、本県では19,756名であり、近年、登録者数が伸び悩んでいます。

図表 2-4-2-6-1 全国及び千葉県の骨髄ドナー登録者数の推移



資料：千葉県薬務課調べ

平成26年1月に施行した「移植に用いる造血幹細胞移植の適切な提供の推進に係る法律」は、国や地方公共団体をはじめ関係者の責務が規定されるとともに、相互に連携を図りながら協力するよう努めることとされました。

ドナー登録は54歳までとされているため、登録期間が長期となる若年層に対する造血幹細胞移植の正しい知識の普及とドナー登録の啓発が重要です。

また、造血幹細胞を提供しやすい環境づくりを整えることが求められています。

（イ）施策の具体的展開

〔造血幹細胞移植に関する普及啓発・支援〕

- 造血幹細胞移植についての理解が深まり、特に若年層のドナー登録を推進するために、様々な広報媒体を活用して広報啓発に取り組んでまいります。
- 県内のドナー登録会の開催回数を増やし、新規ドナー登録者を確保するために、県内で活動できる骨髄ドナー登録説明員の養成講座を実施します。
- 骨髄ドナーが造血幹細胞を提供しやすい環境づくりのために、引き続き、ドナー本人及びそのドナーが従事する事業所に対して助成を行う市町村への補助を実施するとともに、県内企業・団体等におけるドナー休暇制度の整備等を推進してまいります。

6 毒物劇物安全対策

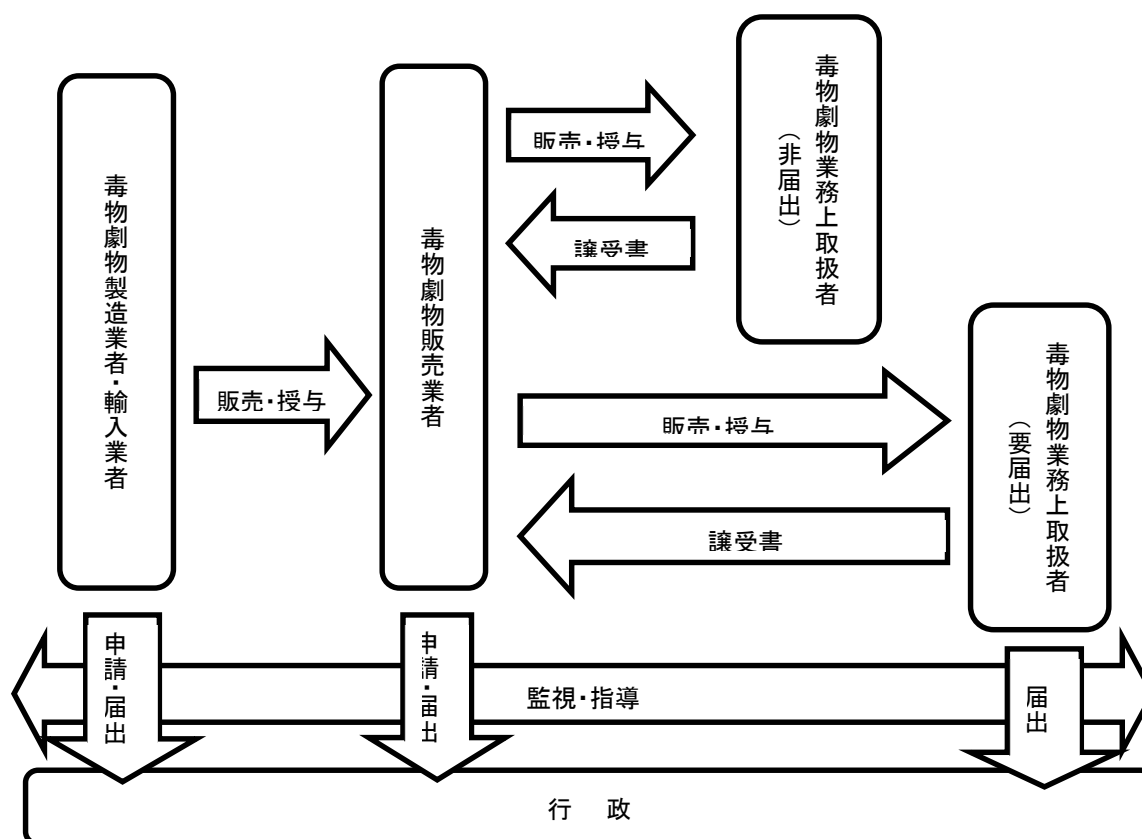
(ア) 施策の現状・課題

毒物劇物は工業薬品や農薬等、様々な用途で使用され、大変有用なものですが、取り扱い方によっては、住民に保健衛生上重大な危害を及ぼす可能性があります。そのため、製造、輸入、販売等その取り扱いについて、「毒物及び劇物取締法」によって規制されています。

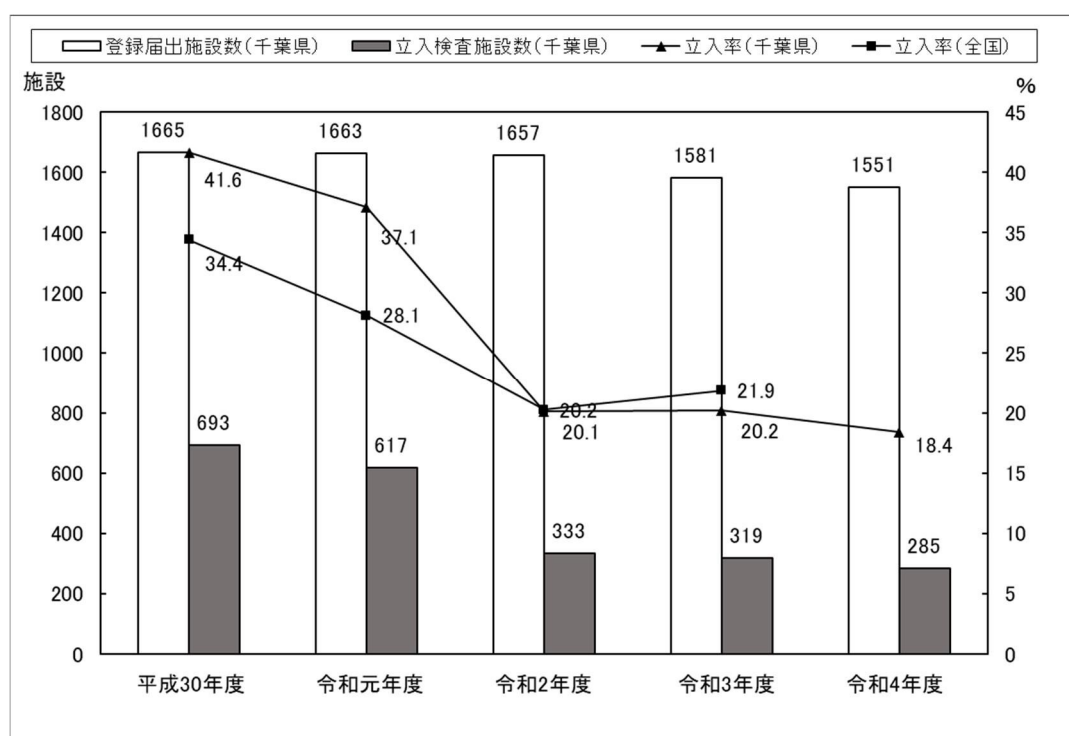
また、毒物劇物による危害を未然に防止するために、毒物劇物営業者、業務上取扱者等に対し、適切な取り扱い方法について指導を行う必要があります。

毒物劇物の漏えい事故や盗難事件等、毒物劇物に起因する健康危機*事案の発生時には、速やかな情報入手を行うとともに、迅速かつ的確な措置を講じ、健康被害の発生予防、拡大防止を行う必要があります。

図表 2-4-2-7-1 毒物劇物の規制の仕組み



図表 2-4-2-7-2 立入検査実施状況の推移



資料：薬務行政概要（千葉県薬務課）、衛生行政報告例（厚生労働省）

（イ）施策の具体的展開

〔毒物劇物監視指導の強化〕

- 毒物劇物に起因する危害を未然に防止するため、製造業者、輸入業者、販売業者及び業務上取扱者等に立入検査を実施し、毒物劇物の保管管理、盗難防止措置等について監視指導をします。

〔毒物劇物営業者等への情報提供〕

- 毒物劇物営業者等に対する講習会、農薬危害防止運動を通して、毒物劇物に関する情報の提供等を行います。

〔毒物劇物の健康危機管理対策〕

- 毒物劇物監視員の危機管理対応の向上を目的とした研修会の実施や、危機事案発生時における毒物劇物監視員の安全確保のための保護具の整備を行います。

（ウ）施策の評価指標

指 標 名	現状値（令和4年度）	目標値
毒物劇物監視実施率※	18.4%	

※製造業、輸入業、販売業及び法第22条第1項に規定する業務上取扱者に対する監視実施率。販売業及び業務上取扱者は保健所設置市分を除く。

第3節 快適な生活環境づくり

1 食品の安全確保

(1) 施策の現状・課題

ア 食の安全・安心確保対策については、生産から製造加工、流通、消費に至る一貫した対策を推進する必要があることから、県では、庁内関係各課で構成する「千葉県食の安全・安心対策会議」を設置し、食品の生産から消費に至る総合的な安全確保対策の推進に努めるとともに、消費者、生産者、食品関連事業者及び学識経験者で構成する「千葉県食品等安全・安心協議会」において、県民の視点に立った食の安全対策を進めています。

また、食品等の安全・安心の確保のために必要な取組を、総合的・計画的に推進するための枠組みとして、平成18年3月に「千葉県食品等の安全・安心の確保に関する条例」を制定し、この条例に基づく「基本方針」を平成19年3月に策定しました。(平成29年4月改正)

イ 国が定めた「食品衛生に関する監視指導の実施に関する指針」に基づき、県内の実情等を勘案した監視指導計画を毎年度定め、より効果的な監視指導を実施するとともに、食品等事業者による自主管理体制の強化を図るため、食品衛生管理者等に対する衛生教育を実施し、食品等事業者の自主衛生管理の推進に必要な知識の普及啓発を図っています。

また、食を取り巻く様々な環境変化への総合的な対応を図るべく、平成30年6月13日に食品衛生法等の一部を改正する法律が公布され、HACCP*に沿った衛生管理の制度化、食品営業許可業種の見直し、営業届出制度の創設等が段階的に施行され、令和3年6月1日に完全施行されました。

県では、食品衛生法改正に係る新たな制度に対応するため、食品衛生法施行条例等を改正するなどの制度面を整備するとともに、食品等事業者への各種広報による周知やHACCPに沿った衛生管理について指導・助言を行っています。

(2) 施策の具体的展開

〔総合的な食品の安全・安心の確保の推進〕

- 食品衛生法に基づく安全のための対策を図るとともに、「千葉県食品等の安全・安心の確保に関する条例」の基本理念のもと、生産者から消費者に至る各段階におけるリスクコミュニケーション*を促進して相互の理解を深め、消費者や食品関連事業者、県などのすべての関係者が協働して県民の食品の安全と安心の確保を推進します。

〔監視指導の強化と自主管理体制の推進〕

- 本県の地域の実態を踏まえた「食品衛生監視指導計画」を毎年度作成し、効果的な監視指導により違反食品の発見・排除に努めるとともに、食品衛生の維持向上を図るためには食品等事業者自らによる自主衛生管理の徹底が不可欠であることから、講習会の開催や食品衛生に関する情報の提供等によりHACCPに沿った衛生管理の推進を図ります。

〔食品による健康危機*発生時の迅速な対応〕

- 食中毒の発生や有害物質に汚染された食品の流通があった場合は、迅速に食品の回収や消費者への注意喚起を行い、健康危害発生の未然防止、拡大防止を図ります。

〔食肉・食鳥肉の安全確保〕

- 食肉として流通する家畜・家きん肉の衛生検査を的確に実施するとともに、と畜場及び食鳥処理場の衛生指導を行い、県内で処理される食肉・食鳥肉の安全確保に努めます。

〔食品検査体制の充実〕

- 食品に含まれる添加物、残留農薬、遺伝子組換え食品、アレルギー物質等の検査を行い、流通食品の安全性の確認をするとともに、食品衛生検査施設における試験検査等の信頼性確保を図ります。

〔食の安全・安心のための情報発信〕

- 意見交換会形式や施設見学・体験型リスクコミュニケーション等を開催するとともに、「食の安全安心レポート」の定期的な発行や、県のホームページに開設した「食の安全・安心電子館」を通じて、積極的に食品の安全情報を発信します。

（３）施策の評価指標

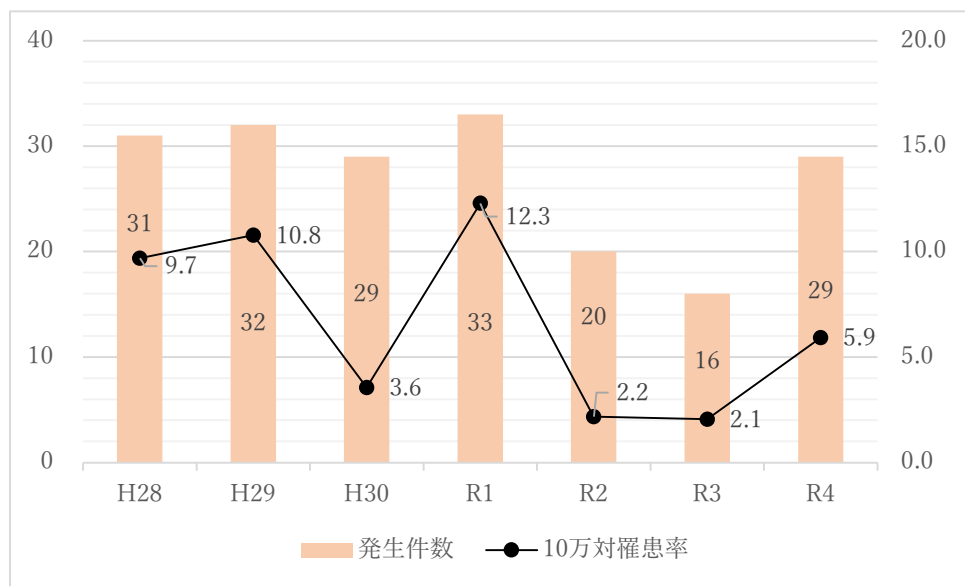
指 標 名	現状	目標
食中毒罹患率 (10万対罹患率)	8.4	
食品検査件数	1,785件／年 (令和4年度)	

※「食中毒罹患率」の現状の値については、平成28年度から令和4年度までの7年間のうち、新型コロナウイルス感染症対策の影響（外出自粛等）により一時的に罹患率が低かった令和2年度及び令和3年度を除いた5年間の罹患率の平均です。

※「食品検査件数」については、新型コロナウイルス感染症対策業務を強化するため、保健所の生活衛生業務を縮小したことにより、現状の件数は検査計画数に比

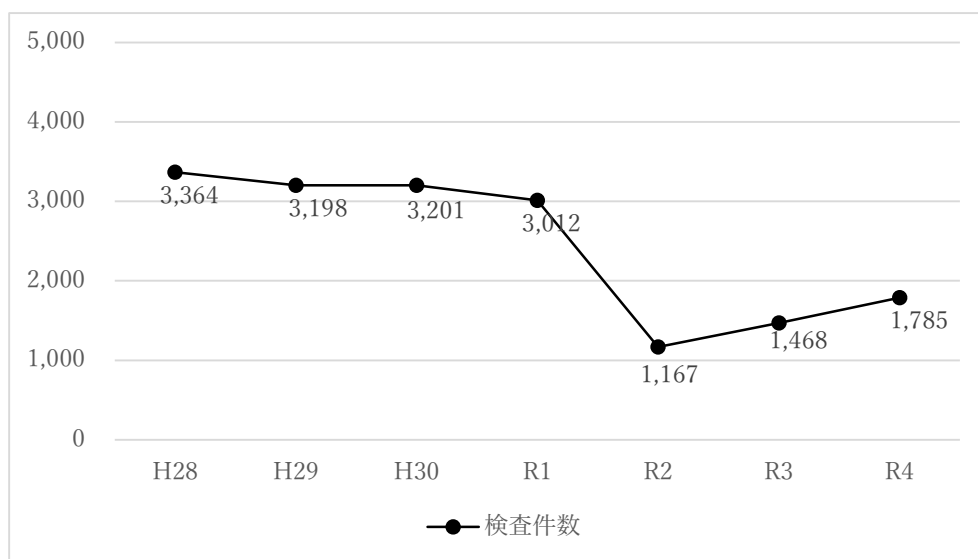
べ減少しています（令和4年度検査計画数：2,616件）。また、目標の件数は食品衛生法改正に伴い、令和3年6月1日付けで行政検査や指導の根拠となる各種衛生規範に係る通知が廃止されたこと、食品中の放射性物質濃度が全体として低下傾向にあり、基準値を超える品目も限定的となっていることなどから検体数の見直しを行いました。

図表 2-4-3-1-1 食中毒発生件数・罹患率の推移



資料：千葉県衛生指導課調べ

図表 2-4-3-1-2 食品検査状況の推移



資料：千葉県衛生指導課調べ

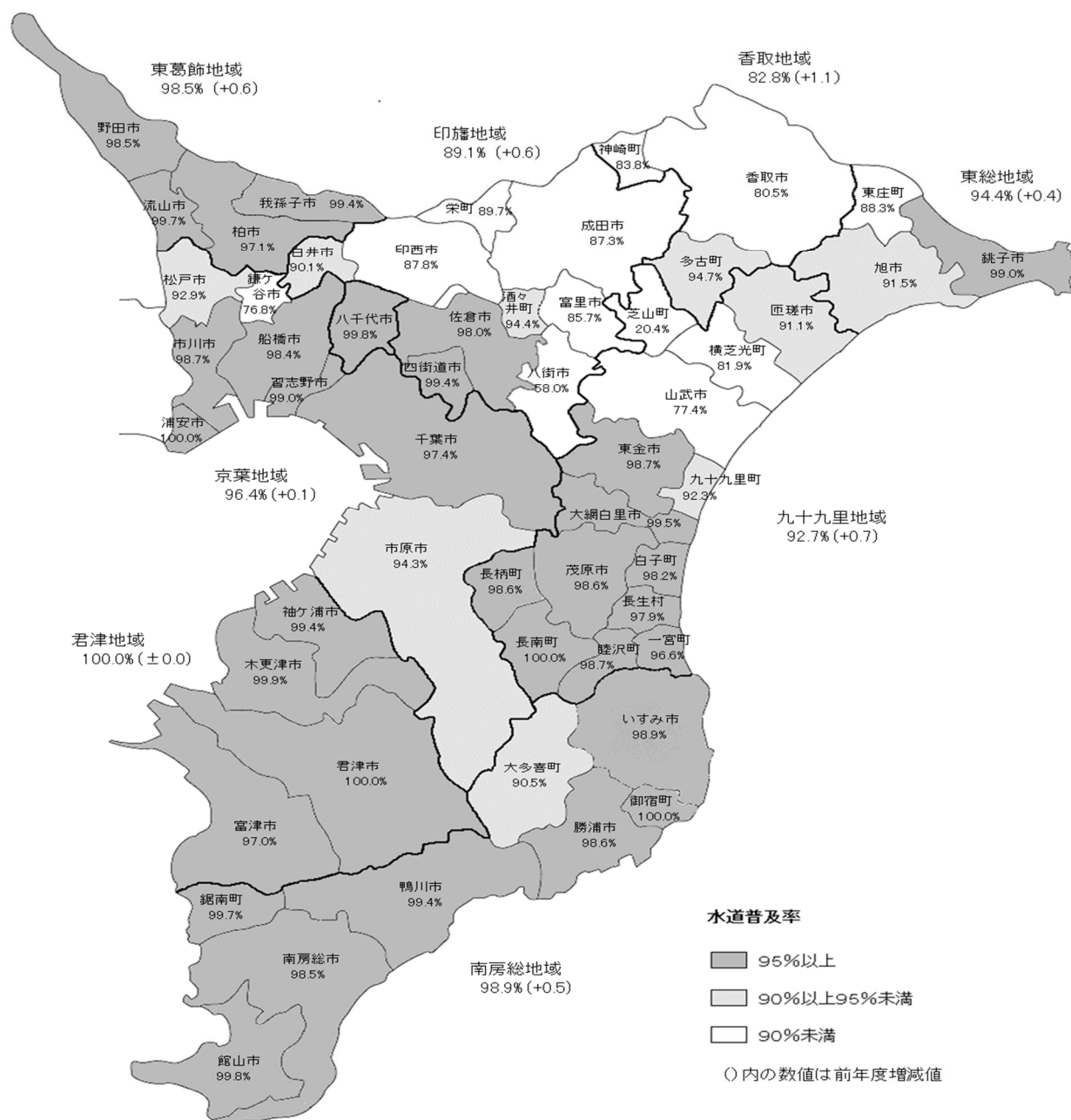
2 飲料水の安全確保

(ア) 施策の現状・課題

本県の水道普及率は、令和3年度末で95.8%となっています。

県内を地域別に見ると、印旛、香取地域の普及率が90%未満となっているなど、地域間で大きな格差がみられます。

図表 2-4-3-2-1 令和3年度末 市町村別水道普及率の状況



資料：令和3年度千葉県の水道（千葉県総合企画部水政課）

水道には、市町村等が経営する水道事業並びに簡易水道事業、専用水道及び簡易専用水道があり、これらは、水道法により水質管理や施設管理を行うことが求められています。この他に、千葉県小規模水道条例の適用を受ける小規模水道等があり、それぞれ種別に応じた適切な管理が必要となっています。また、平成25年度から専用水道及び簡易専用水道に係る水道法の権限が市に移譲され、町村に所在する水道施設のみ県が管轄しています。

水道を利用していない約27万人の県民は、法令の適用を受けない飲用井戸等を利用していると推定されますが、飲用井戸等の衛生確保は、原則として設置者の自己責任となることから、飲用井戸等の管理方法や水質検査の実施の方法、検査結果が不適となった場合の措置などについて、設置者への広報啓発や相談対応が必要となっています。

飲料水の安全性を確保するためには、的確な水質検査が不可欠です。水道事業者や厚生労働大臣の登録を受けた検査機関が行う水質検査の精度管理*のほか、飲料水に起因する健康危機*事案に対応するため、迅速かつ高度な水質検査を実施する体制を整備する必要があります。

（イ）施策の具体的展開

〔水道の安全性の向上〕

- 水道法及び千葉県小規模水道条例に基づき、町村における各種水道施設（県管轄）に対して安全な飲料水の供給を確保するため、水質基準の適合、施設の維持管理等について計画的な監視指導を実施します。
- 市職員を対象とした研修会の開催や技術的助言、健康危機管理発生時の協力等を行います。

〔飲用井戸等の衛生対策の推進〕

- 飲用井戸等の設置者に対して、定期的な水質検査及び衛生管理の実施について、パンフレットの作成・配布や県ホームページによる広報啓発を行います。
- 保健所（健康福祉センター）では、飲用井戸等の水質検査結果が不適となった場合の措置などについて、市・設置者等からの相談に応じ、塩素消毒や水源の変更などの対策を指導助言します。

〔水質検査の信頼性確保〕

- 水質検査の精度と信頼性を確保するため、県では水道事業体及び県内で水質検査を実施する水道法に基づく登録検査機関に対して外部精度管理を計画的に実施します。

〔衛生研究所における検査体制の整備〕

- 水質異常時や危機管理事案に係る水質検査は、迅速な対応が必要であり、他の業務に優先して実施する必要があります。また、発生状況により通常の検体・項目以

外の検査が必要となる可能性があるため、検査技術の維持向上や最新機器の導入など検査体制の整備を図ります。

(ウ) 施策の評価指標

指 標 名	現状（令和４年度）	目標
専用水道及び小規模専用水道施設の立入検査実施率（※町村に限る）	４７．６％	

3 生活衛生の充実

(ア) 施策の現状・課題

県民生活に身近な理容所、美容所、クリーニング所、興行場、公衆浴場、旅館ホテルなどの生活営業関係施設等について監視指導を行っています。また、高齢化の進展に伴い、抵抗力や免疫力が低下した県民の利用が増えることから、生活衛生関係営業施設等には一層の安全・安心の確保が必要になっています。

レジオネラ症*感染者は、年々増加する傾向にあり、建築物における貯湯槽などの給湯設備や入浴設備等について、十分な衛生管理が必要となっています。

また、近年、人とペットの関係が密接になる傾向にあり、犬やねことの濃厚接触によるパストレラ症*、病気のオウムやインコの排泄物を原因とするオウム病*など、動物由来感染症の発生が問題となっています。

(イ) 施策の具体的展開

〔生活衛生関係営業施設に対する指導〕

- 生活衛生関係営業施設等に対しては、効率的・効果的に監視指導を行い、併せて営業者による自主衛生管理を推進して、衛生水準の維持向上を図ります。
- 中小零細企業の多い生活衛生関係営業者の経営基盤を強化し、衛生水準の維持向上を図るため、経営相談や情報提供等が円滑に行われるよう、生活衛生営業関係団体を育成指導します。

〔大規模な感染症発生のおそれがある施設に対する指導〕

- レジオネラ症等の感染症発生防止のため、特定建築物*、公衆浴場、旅館、ホテル、遊泳用プール等の関係施設を重点的に立入検査し、適正管理を指導します。

〔動物由来感染症予防に係る普及啓発〕

- 動物由来感染症について、正しい知識の普及啓発のため、リーフレット配布やホームページなどによる県民への周知や研修会等を通じた動物取扱業者への周知・指導を行い、普及啓発の充実を図ります。

図表 2-4-3-3-1 生活衛生関係営業施設等の推移

(単位：施設)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
興行場	108	107	107
映画館	22	22	22
スポーツ施設	2	2	2
その他	84	83	83
旅館	1,945	2,023	2,125
旅館・ホテル	1,055	1,042	1,025
簡易宿所	888	979	1,098
下宿	2	2	2
公衆浴場	650	646	635
一般	26	23	21
個室付き	4	4	4
ヘルスセンター	30	29	27
サウナ風呂	14	15	18
スポーツ施設	236	236	233
その他	340	339	332
理容所	3,378	3,344	3,304
美容所	6,670	6,812	6,938
クリーニング	1,940	1,853	1,769
洗い・仕上場	702	672	634
取次所	1,217	1,156	1,111
無店舗取次店	21	24	24
合計	14,691	14,785	14,878

特定建築物	1,036	1,047	1,067
-------	-------	-------	-------

遊泳用プール	327	331	329
通年プール	160	159	159
季節プール	167	172	170

※各年度末現在（千葉市、船橋市、柏市を除く）

資料：千葉県衛生指導課調べ