第2回安房地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 令和8年11月30日（月）	議事2 資料2-3

千葉県保健医療計画

中間見直し（素案）

令和９年●月

千　　葉　　県

目次

第１章　計画中間見直しの趣旨等　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１

１　中間見直しの趣旨
２　中間見直しのプロセス
３　計画の期間
４　計画の推進体制と評価

第２章　構想区域・二次保健医療圏の見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・３

１　新たな地域医療構想について
２　新たな地域医療構想の内容
３　構想区域・二次保健医療圏の見直し

第３章　基準病床数　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５

第４章　在宅医療の推進　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６

１　施策の現状・課題
２　施策展開の方向性

第５章　総合診療機能とかかりつけ医機能等の充実　・・・・・・・・・・・・・２７

１　施策の現状・課題
２　施策展開の方向性

第６章　外来医療に係る医療提供体制の確保　・・・・・・・・・・・・・・・・３０

１　外来医療の提供体制
（１）施策の現状・課題
（２）区域等の設定
（３）施策展開の方向性
２　医療機器の効率的な活用
（１）施策の現状・課題
（２）施策展開の方向性

第７章　県民の適切な受療行動の促進　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４３

１　施策の現状・課題
２　施策展開の方向性

第８章　医師の確保　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４６

１　医師の確保に関する事項の全体像と医師偏在指標
２　医師の確保に関する現状と課題
３　区域等と目標医師数、偏在対策基準医師数の設定
４　千葉県における医師の確保の方針と施策展開の方向性
５　重点的に医師の確保を図る必要がある区域における施策

（１）重点医師偏在対策支援区域の考え方
（２）支援対象医療機関の考え方
（３）区域における必要な医師数

第９章　評価指標　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７６

第１章　計画中間見直しの趣旨等

１　中間見直しの趣旨

今回の中間見直しにより定める事項及び趣旨は、次のとおりです。

（１）構想区域・二次保健医療圏の見直し

令和７年１２月に成立した改正医療法に基づき、将来の医療需要の変化や人口減少を視野に、医療従事者の持続可能な働き方を確保しつつ、すべての方が適切に医療を受けられるよう、令和２２年頃を見据えた新たな地域医療構想を、令和１０年度までに各都道府県において策定することが求められています。

策定に当たって、国からは、現在の患者動向を前提に、人口動態や医療資源、医療へのアクセス等を踏まえ、必要に応じて構想区域の広域化を検討し、人口２０万人以上を基本とする構想区域を設定した上で、医療機関の集約化などの必要な対策を講じることなどの方針が示されています。

構想区域の見直しに当たっては、国が示した人口２０万人以上を基本とする区域設定や患者動向を前提とした構想区域の広域化の方針に則り、区域ごとの将来的な人口規模や、実際の患者動向を表す入院医療の区域内完結率といった具体的・客観的なデータが重要です。これらを踏まえ、地域の実情を十分に考慮しながら、構想区域の見直しを行います。

また、令和８年７月に厚生労働省が示した「地域医療構想策定ガイドライン」では、二次保健医療圏は原則として構想区域に一致させることとされていることから、二次保健医療圏についても、地域の実態に即したものとなるよう、見直しの議論を進めます。

（２）基準病床数の見直し

二次保健医療圏の見直しの議論に応じて、一般・療養病床の基準病床数について見直しを検討します。

また、令和１１年を設定時期とする県全域における精神病床数の基準病床数について、国の通知に基づき、医療法施行規則第３０条の３０に規定する算定方法により見直しを行います。

（３）医療法第３０条の６第１項の規定による見直し

医療法第３０条の６第１項の規定により、次の事項については、３年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要のあると認めるときは医療計画を変更することとされています。そのため、医療提供体制を取り巻く環境の変化に留意しつつ、医療機能調査等の結果などを踏まえ、見直しを行います。

ア　在宅医療に関する事項

イ　外来医療及びかかりつけ医機能の確保に関する事項

ウ　医師の確保に関する事項

（４）施策の評価指標の見直し

千葉県保健医療計画（令和６年４月第８次改定。以下同じ。）で設定した指標・目標値のうち、目標時点の到来する指標等の見直しを行います。

２　中間見直しのプロセス

この計画は、次の関係者の意見を聴いて策定しています。

（１）　千葉県医師会、千葉県歯科医師会及び千葉県薬剤師会（医療法第３０条の４第１６項）

（２）　千葉県医療審議会、市町村（救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。）及び千葉県保険者協議会（医療法第３０条の４第１７項）

（３）　千葉県在宅医療推進連絡協議会（「居宅等における医療の確保に関する事項」について）

（４）　県民（ちばづくり県民コメント制度（パブリックコメント））

（５）　地域保健医療連携・地域医療構想調整会議（各構想区域の実情を把握し、計画に反映させるため）

３　計画の期間

今回の中間見直しにより定める事項については、令和９年４月から令和１１年度末までを計画の期間とします。

４　計画の推進体制と評価

（１）推進体制

本計画の着実な推進のため、医療審議会（地域保健医療部会等）、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携が推進されるような体制を構築します。

（２）推進状況の把握、評価及び見直し

具体的な数値目標の設定と評価を行い、指標の数値の推移や施策の進捗状況を踏まえて、必要に応じて計画の内容や施策を見直します。

第２章　構想区域・二次保健医療圏の見直し

「千葉県保健医療計画　第４章 地域医療構想（６６ページから８５ページ)」については、以下の内容を追記します。

１　新たな地域医療構想について

令和７年１２月に成立した改正医療法に基づき、将来の医療需要の変化や人口減少を視野に、医療従事者の持続可能な働き方を確保しつつ、すべての方が適切に医療を受けられるよう、令和２２年頃を見据えた新たな地域医療構想を、令和１０年度までに各都道府県において策定することが求められています。

これまでの地域医療構想は、医療法第３０条の４第１項に規定する医療計画（以下「医療計画」という。）の一部として位置づけられており、いわゆる団塊の世代が全て７５歳以上となる令和７年に向けて、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に活用し、県民が地域において安心で質の高い医療・介護サービスが受けられるよう、医療機関の病床機能の分化と連携を推進することを目的としていました。

一方、新たな地域医療構想は、医療計画の上位概念として位置付けられることとなります。そして、入院における病床の機能分化のみならず、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るためのものとして位置付け、医療機関の連携・再編・集約化、外来・在宅医療提供体制の確保に向けた取組、医歯薬連携、医療と介護の連携による認知症患者も含めた早期退院に向けた取組等を進め、令和２２年を見据えた、地域包括ケアシステムの構築にも資する効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を目的とするものです。

厚生労働省は、都道府県が新たな地域医療構想を策定する際のガイドラインを策定し、都道府県に示しました。（令和８年７月３日）

２　新たな地域医療構想の内容

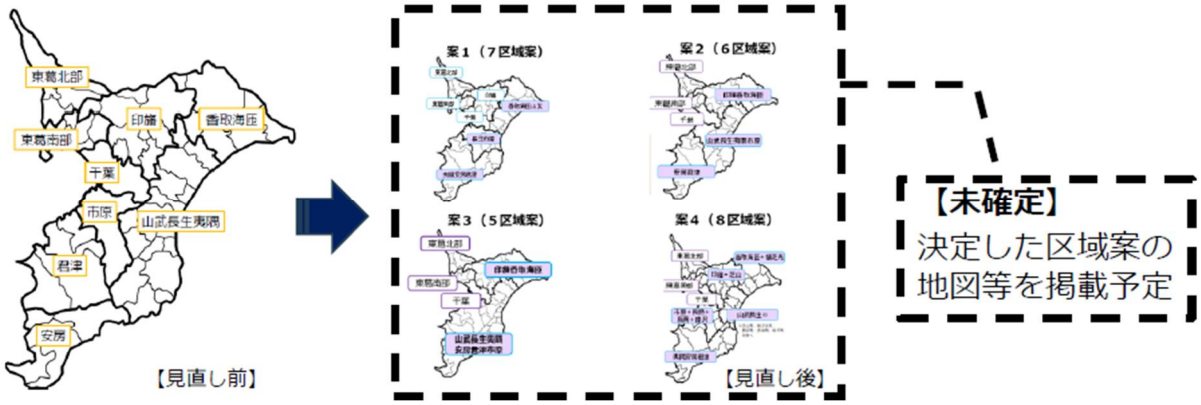
国の通知（地域医療構想の作成について（令和８年８月５日付け医政発０８０５第３号））では、次に掲げる内容を記載することが示されています。

（１）将来の医療提供体制の基本的な方向に関する事項
（２）構想区域
（３）構想区域における将来の医療機関機能の見通し
（４）構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量
（５）地域医療構想の達成に向けた医療機関機能の分化及び連携の推進に関する事項
（６）地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項
（７）外来医療及び在宅医療に係る医療提供体制の確保並びに医療と介護の連携及び医療従事者確保に関する事項
（８）医療機関機能に関する情報の提供の推進に関する事項
（９）病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項

３　構想区域・二次保健医療圏の見直し

「千葉県保健医療計画　第３章第３節 保健医療圏（６０ページから６２ページ）及び第４章第３節 構想区域の設定（７５ページ）」については、以下のとおりとします。

決定した区域を掲載予定。



第３章　基準病床数

「千葉県保健医療計画　第３章第４節 基準病床数（６４ページから６５ページ）」については、以下のとおりとします。

国の通知、医療法施行規則に規定する算定方法により、算出した値を掲載。

第４章　在宅医療の推進

「千葉県保健医療計画　第２編 第１章 第３節 在宅医療の推進（２５７ページから２７８ページ）」については、以下のとおりとします。

１　施策の現状・課題

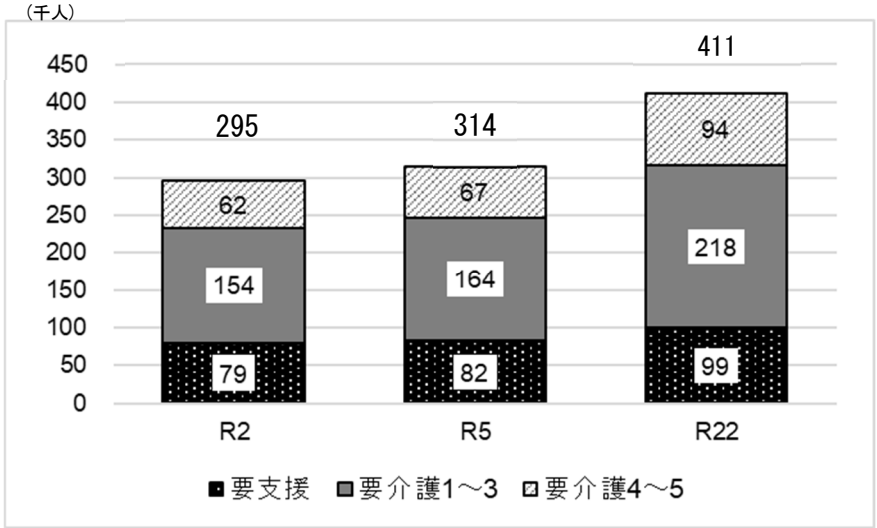
（１）在宅医療の対象者の状況

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２２年には５９５万６千人に減少する一方、いわゆる団塊ジュニア世代が６５歳以上となり、６５歳以上人口は１９９万人に達すると見込まれています。７５歳以上の人口は令和７年から令和２２年は横ばいで推移しますが、その後急増し、令和３２年には令和２年の約１．４倍の１２５万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年度の約２９万５千人から令和２２年度には約４１万１千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年度の約６万２千人から令和２２年度には９万４千人に増加す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 4-1-1-1　要介護等認定者数の推計（千葉県）

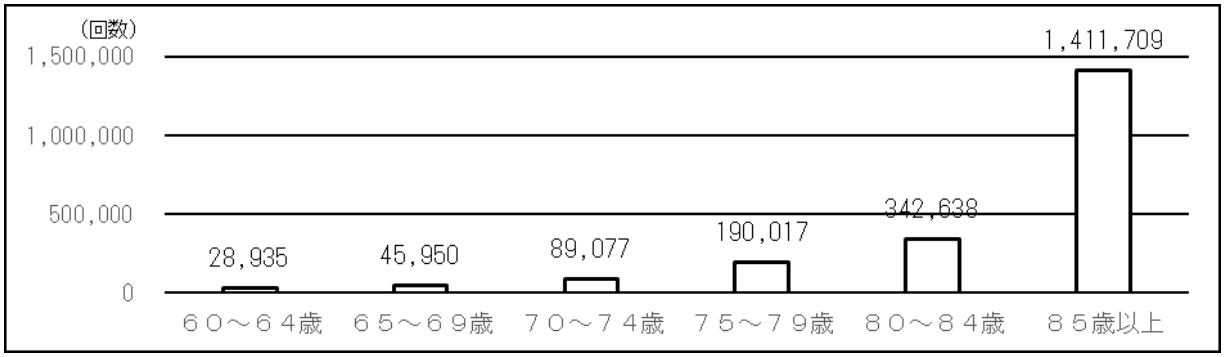


資料：千葉県高齢者保健福祉計画（令和６年度～令和８年度）

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２７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。

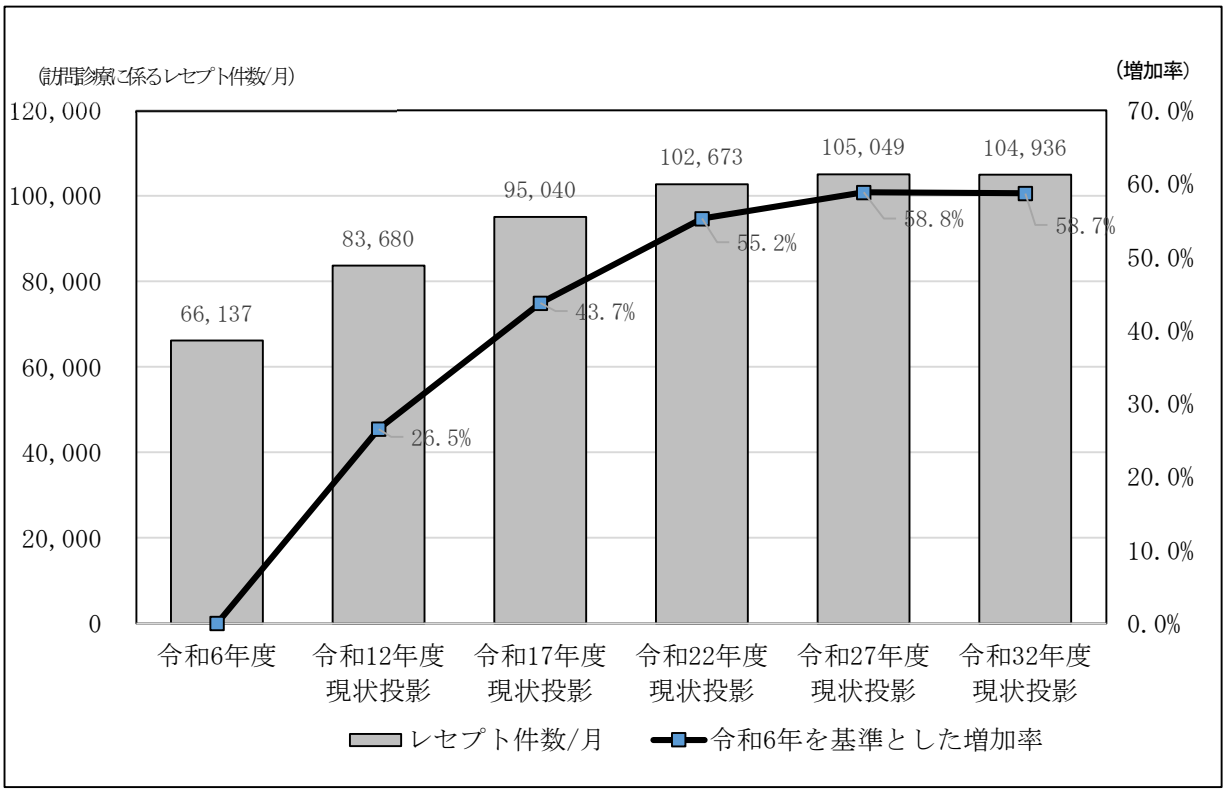
一方で、在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数や在宅患者訪問診療料を算定している小児（０歳から１４歳）の数も、年々増加傾向にあり、特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。

図表 4-1-1-2　全国の年齢別訪問診療回数



資料：令和７年　社会医療診療行為別統計（厚生労働省・令和７年８月審査分）

図表 4-1-1-3　在宅医療需要（訪問診療件数）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）を基に作成。
令和１２年度から令和３２年度は、将来推計人口や令和６年度の受療率を用いて推計した訪問診療に係るレセプト推計件数／月。

図表 4-1-1-4　在宅人工呼吸指導管理料算定回数（千葉県）

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
算定回数（年間）	5,965 回	6,181 回	6,275 回	6,147 回

資料：KDB データ（在宅人工呼吸指導管理料）

図表 4-1-1-5　訪問診療（小児）の算定回数（千葉県）

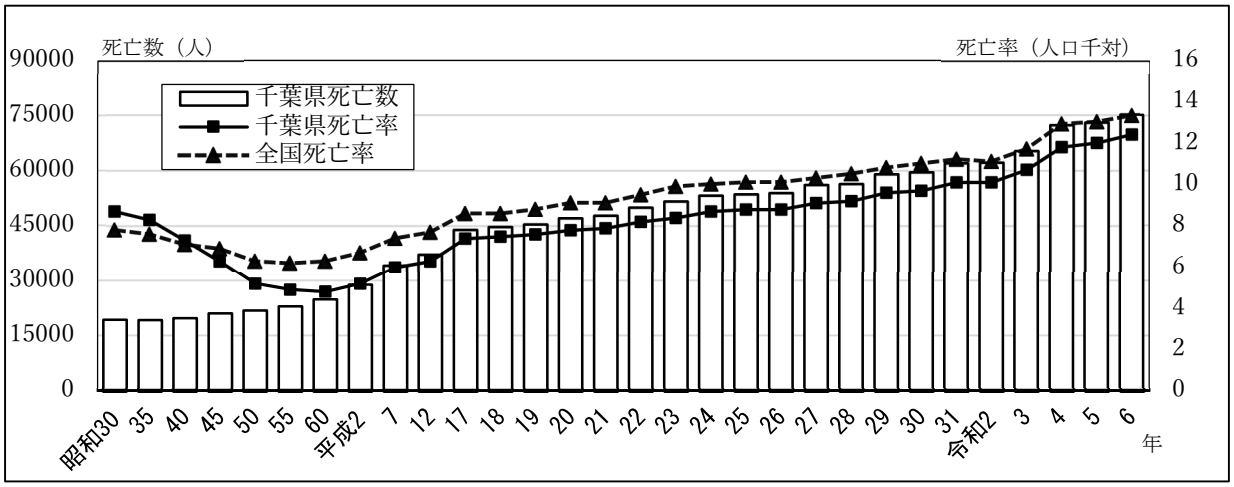
	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
算定回数（年間）	4,260 回	4,731 回	5,430 回	6,272 回

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６年は１２．４で全国平均の１３．３に対し０．９ポイント低く、高い順では全国４１位となっています。

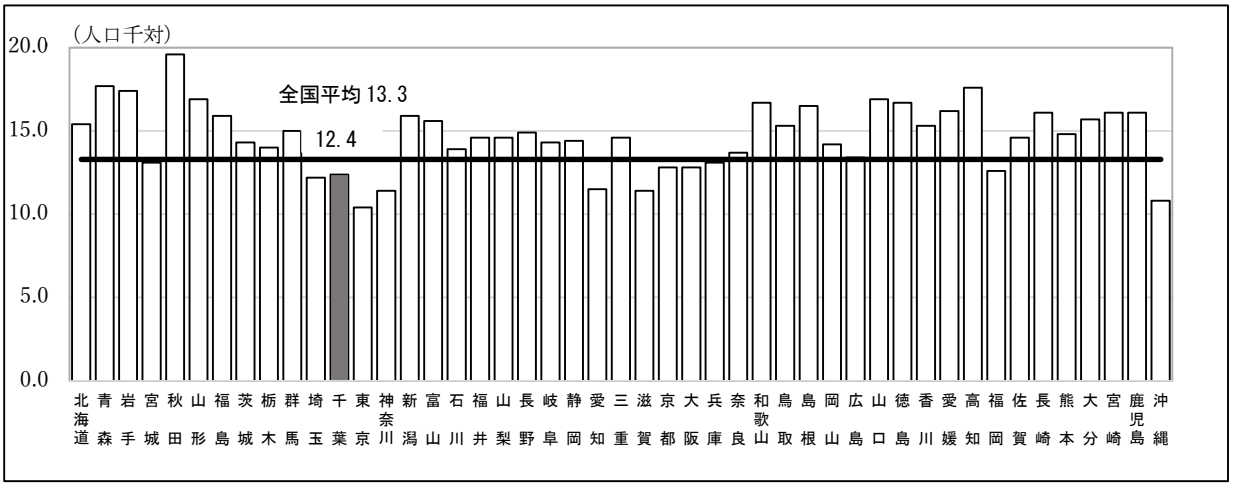
一方、死因別死亡数は全国とほぼ同じ傾向にあり、悪性新生物＜腫瘍＞、心疾患、老衰の上位３死因で、死亡総数の５１．５％を占めています。また、主な死因別死亡率の推移をみると、老衰で亡くなる方が増加傾向にあります。

図表 4-1-1-6　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 4-1-1-7　都道府県別死亡率



資料：令和６年人口動態調査（厚生労働省）

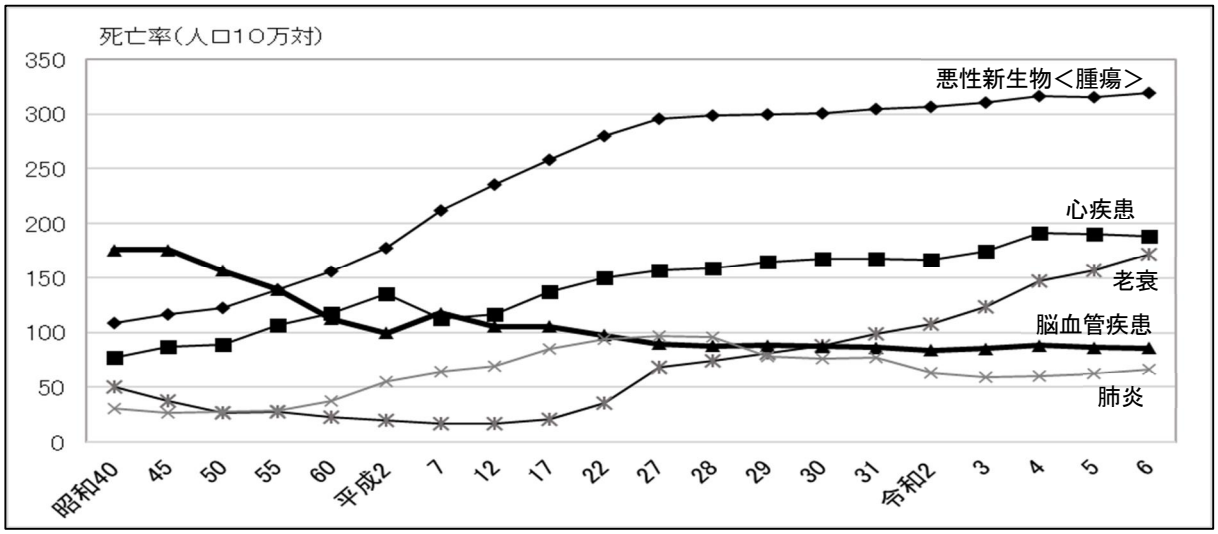
図表 4-1-1-8　死因別死亡数と死亡総数に占める割合（上位１０位）

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＞	384,111	23.9%	悪性新生物＜腫瘍＞	18,388	24.5%
2	心疾患	226,388	14.1%	心疾患	11,317	15.1%
3	老衰	206,887	12.9%	老衰	8,970	11.9%
4	脳血管疾患	102,821	6.4%	脳血管疾患	4,839	6.4%
5	肺炎	80,176	5.0%	肺炎	4,240	5.6%
6	誤嚥性肺炎	63,667	4.0%	誤嚥性肺炎	2,776	3.7%
7	不慮の事故	45,743	2.8%	不慮の事故	1,712	2.3%
8	新型コロナウイルス感染症	35,865	2.2%	新型コロナウイルス感染症	1,582	2.1%
9	腎不全	29,665	1.8%	腎不全	1,315	1.7%
10	アルツハイマー病	25,595	1.6%	高血圧性疾患	1,288	1.7%
死亡総数		1,605,378			75,159	

順位	千葉県（男）			千葉県（女）		
	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＞	10,937	27.0%	悪性新生物＜腫瘍＞	7,451	21.5%
2	心疾患	6,020	14.9%	老衰	6,253	18.0%
3	老衰	2,717	6.7%	心疾患	5,297	15.3%
4	脳血管疾患	2,605	6.4%	脳血管疾患	2,234	6.4%
5	肺炎	2,524	6.2%	肺炎	1,716	4.9%
6	誤嚥性肺炎	1,686	4.2%	誤嚥性肺炎	1090	3.1%
7	不慮の事故	1,026	2.5%	不慮の事故	686	2.0%
8	新型コロナウイルス感染症	951	2.4%	高血圧性疾患	634	1.8%
9	腎不全	758	1.9%	新型コロナウイルス感染症	631	1.8%
10	間質性肺疾患	755	1.9%	血管性及び詳細不明の認知症	605	1.7%
死亡総数		40,465			34,694	

資料：令和６年人口動態調査（厚生労働省）

図表 4-1-1-9　主な死因別死亡率の推移（全国）



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、地域医療構想の推進に伴い病床機能の分化・連携が進む中で、在宅医療需要（訪問診療に係るレセプト件数）は増加し、令和２７年度にピークを迎え、令和６年度と比較して約５９％増加することが見込まれています。

（２）県民の希望と意識

県が実施した「令和８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、３８．４％、「在宅医療」を希望すると回答した方は２７．２％、「わからない」と回答した方は３４．４％でした。令和５年度の調査結果は、「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％であり、在宅医療を希望する方の割合は減少し、「わからない」と回答した方の割合は増加していました。

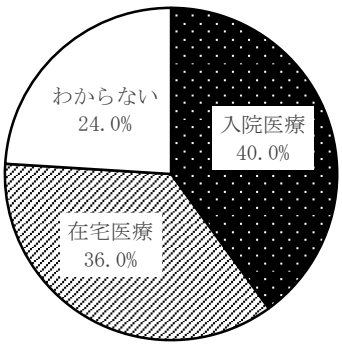
入院医療を希望する理由として、「家族や知人に迷惑をかけたくないから」「急な病状の変化（特に夜間や休日）の対応が心配だから」が相当程度ありました。

また、自分が最期を迎えたい場所として、「医療機関」が１９．５％、「居住の場（自宅やサービス付き高齢者向け住宅など）」が２７．８％、「介護保険施設（特別養護老人ホームなど）」が７．１％、「わからない」が４４．６％でした。一方で、６５．４％の県民が医療機関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、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。

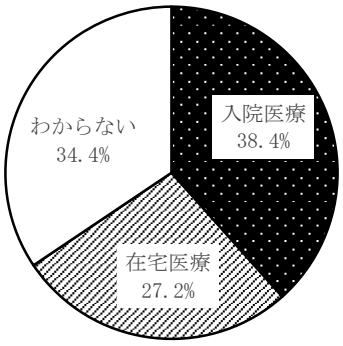
図表 4-1-2-1　長期の治療（療養）が必要になった場合の希望（千葉県）

令和５年度



資料：令和５年度在宅医療実態調査（千葉県）

令和８年度



資料：令和８年度在宅医療実態調査（千葉県）

○在宅医療を希望する理由

在宅で自分らしい生活を送りたいから	65.5%
自宅が一番安心するから	52.6%
入院費用が高額にならないかが心配だから	36.8%
家族と離れたくないから	24.1%

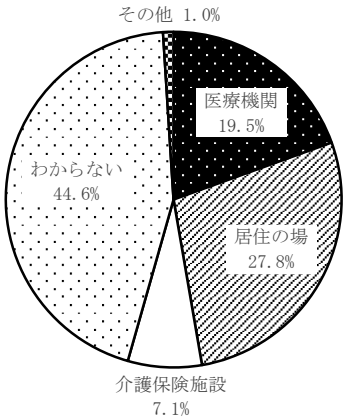
○入院医療を希望する理由

家族や知人に迷惑をかけたくないから	62.1%
急な病状の変化（特に夜間や休日）の対応が心配だから	39.7%
常時、医師や看護師がいるので安心するから	37.2%
治る見込みがあるのであれば十分な治療を受けたいから	32.3%
在宅医療（療養）のイメージができないから	26.5%

資料：令和８年度在宅医療実態調査（千葉県・複数回答可）

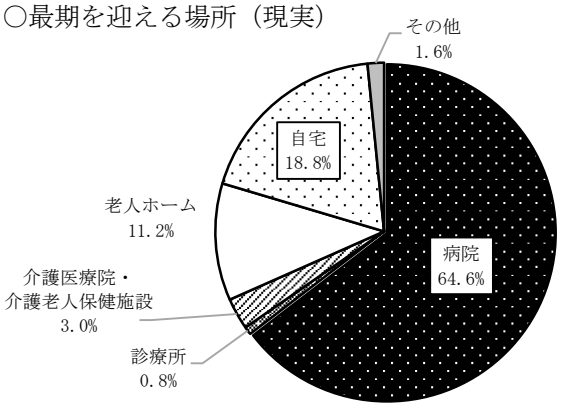
図表 4-1-2-2　最期を迎える場所に関する県民の意識と実態（千葉県）

○ 最期を迎える場所（希望）



資料：令和８年度在宅医療実態調査（千葉県）

○最期を迎える場所（現実）



資料：令和６年人口動態調査（厚生労働省）

○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	66.1%
気をつかわずに自由でいられる	49.5%
常に家族がそばにいて安心感がある	32.4%
点滴や酸素吸入や尿管など管だらけになるのは辛い	13.3%

○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	61.5%
急変時に対応できる設備がある	37.4%
症状の緩和のための医療が受けられる	35.0%
医療機関以外で最期を迎えるイメージができない	27.0%
息を引き取る直前まで治る希望が持ち続けられる	8.9%

資料：令和８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７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３６８か所中１９７か所（５３．５％）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、令和２年度の１４９か所から、令和５年度の１６７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 4-1-3-1　退院調整部門を設置している医療機関数（千葉県）

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
報告医療機関数（ａ）	361 か所	376 か所	375 か所	368 か所
退院調整部門を設置している医療機関数（ｂ）	191 か所	190 か所	191 か所	197 か所
割合（ｂ／ａ）	52.9%	50.2%	50.9%	53.5%

資料：病床機能報告（千葉県・７月１日時点）

図表 4-1-3-2　退院支援担当者を配置している医療機関数・担当者数（千葉県）

	平成 29 年度	令和 2 年度	令和 5 年度
退院支援担当者を配置している医療機関数	141 か所	149 か所	167 か所
担当者数	532 人	693 人	828 人

資料：医療施設調査（厚生労働省・１０月１日）

（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９６か所（令和５年度）、実施件数（１か月間）は７，０２９件で、令和２年度の１０６か所、８，１４６件に比べて減少しています。

また、訪問診療を行う診療所は４８４か所（令和５年度）、実施件数（１か月間）は７３，１２９件と、令和２年度の４８３か所、５７，５１０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３１４か所、６９，２７５件、在宅療養支援診療所以外の診療所１７０か所、３，８５４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 4-1-4-1　訪問診療実施医療機関数・件数（千葉県）

		平成29年度	令和2年度	令和5年度
訪問診療実施医療機関数		569か所	589か所	580か所
	（内訳）一般診療所	476か所	483か所	484か所
	病院	93か所	106か所	96か所
訪問診療実施件数(1か月間)		52,405件	65,656件	80,158件
	（内訳）一般診療所	45,882件	57,510件	73,129件
	病院	6,523件	8,146件	7,029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４６７か所（令和５年度）、実施件数（１か月間）は8，５４０件であり、施設への訪問の場合は、実施診療所は４１２か所（令和５年度）、実施件数（１か月間）は２５，６９４件でした。令和２年度の居宅４３３か所・7，２６７件、施設３９４か所・２６，０３３件から増加しています。また、訪問歯科衛生指導を実施している施設数は２１４か所(令和５年度)であり、令和２年度の２０２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きています。

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 4-1-4-2　歯科診療所訪問診療実施機関数・件数（千葉県）

		平成 29 年度	令和 2 年度	令和 5 年度
訪問診療実施診療所	居宅への訪問	348 か所	433 か所	467 か所
	施設への訪問	303 か所	394 か所	412 か所
訪問診療実施件数（1 か月間）	居宅への訪問	5,893 件	7,267 件	8,540 件
	施設への訪問	22,076 件	26,033 件	25,694 件

資料：医療施設調査（厚生労働省・１０月１日時点）

図表 4-1-4-3　訪問歯科衛生指導を実施している施設数（千葉県）

	平成 29 年度	令和 2 年度	令和 5 年度
訪問歯科衛生指導を実施している施設数	172 か所	202 か所	214 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、２，３９７か所（令和７年度）でした。令和５年度の２，２５２か所から増加しており、在宅患者訪問薬剤管理指導の実施薬局数は７７７か所（令和７年度）、指導料の算定回数は５０，３２８回（令和７年度）と令和５年度の６２２か所・２９，２８７回からそれぞれ増加しています。一方、居宅療養管理指導の実施薬局数は１，５２０か所（令和７年度）、指導料の算定数は３４４，２４９回（令和７年度）と、令和５年度の１，３９３か所・３０２，４３５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 4-1-4-4　在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数（千葉県）

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数	2,138 か所	2,252 か所	2,344 か所	2,397 か所

資料：関東信越厚生局届出

図表 4-1-4-5　在宅患者訪問薬剤管理指導実施薬局数・算定回数（千葉県）

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
在宅患者訪問薬剤管理指導実施薬局数	568 か所	622 か所	655 か所	777 か所
在宅患者訪問薬剤管理指導料算定回数（年間）	20,391 回	29,287 回	40,129 回	50,328 回

資料：KDB データ（在宅患者訪問薬剤管理指導料）

図表 4-1-4-6　薬局による居宅療養管理指導実施薬局数・算定回数（千葉県）

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
居宅療養管理指導実施機関薬局数 （介護予防居宅療養管理指導含む）	1,314 か所	1,393 か所	1,530 か所	1,520 か所
居宅療養管理指導料算定回数（年間） （介護予防居宅療養管理指導含む）	279,358 回	302,435 回	331,373 回	344,249 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６５６か所（令和６年度）、利用者数は４７，２４８人（１か月間）であり、令和５年度の６０１か所・４４，６４１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で業務に従事している看護職員数は４，８２６人（令和６年度）であり、令和５年度の４，２８２人から増加しています。

県内の訪問看護ステーションは、業務に従事している看護職員数(常勤換算)が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 4-1-4-7　訪問看護ステーション数・業務に従事している看護職員数・利用者数（千葉県）

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
訪問看護ステーション数	527 か所	601 か所	656 か所
業務に従事している看護職員数	3,765 人	4,282 人	4,826 人
（常勤換算数）	2,893 人	3,358 人	3,731 人
訪問看護ステーション利用者数（1 か月間）	38,633 人	44,641 人	47,248 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 4-1-4-8　従事している看護職員数別訪問看護ステーションの割合（千葉県）

看護職員数 （常勤換算数）	2.5～ 3 人未満	3～ 5 人未満	5～ 7.5 人未満	7.5～ 10 人未満	10～ 15 人未満	15～ 20 人未満	20 人以上
割合	16.1%	39.7%	25.1%	6.0%	9.0%	1.5%	2.5%

資料：令和８年度在宅医療実態調査（千葉県）

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６９か所（令和５年度）、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1,０５７件（令和５年度）と令和２年度の７２か所、１，７５７件から減少しています。また、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２０１か所（令和７年度）、介護給付費の年間受給者数は９．２千人（令和７年度）と令和５年度の１８４か所、８．７千人から増加しています。介護保険において、訪問リハビリテーションの実施機関数、実施件数は増加傾向にあります。

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１２か所（令和７年度）であり、近年はおおむね横ばいで推移しています。

リハビリテーション、栄養管理、口腔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が期待されています。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 4-1-4-9　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（千葉県）

	平成 29 年度	令和 2 年度	令和 5 年度
在宅患者訪問リハビリテーション実施医療機関数	52 か所	72 か所	69 か所
（内訳）一般診療所	37 か所	52 か所	52 か所
病院数	15 か所	20 か所	17 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)	632 件件	1,757 件	1,057 件
（内訳）一般診療所	299 件	944 件	531 件
病院数	333 件	813 件	526 件

資料：医療施設調査（厚生労働省・１０月１日時点）

図表 4-1-4-10　訪問リハビリテーション請求事業所数・年間実受給者数（千葉県）

		令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
訪問リハビリテーション請求事業所数（4 月審査分）	介護給付	171 か所	184 か所	190 か所	201 か所
	予防給付	121 か所	127 か所	129 か所	137 か所
実受給者数（年間）	介護給付	8.3 千人	8.7 千人	8.9 千人	9.2 千人
	予防給付	1.3 千人	1.4 千人	1.4 千人	1.5 千人

資料：介護給付費等実態統計（厚生労働省）

図表 4-1-4-11　在宅患者訪問栄養食事指導実施医療機関数（千葉県）

	令和 4 年	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度
在宅患者訪問栄養食事指導実施医療機関数	13 か所	11 か所	13 か所	12 か所

資料：KDB データ（在宅患者訪問栄養食事指導料）

令和５年度と令和７年度を比較すると、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所は、４１２か所から４６３か所、在宅療養支援病院は５２か所から６５か所、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は２，２５２か所から２，３４４か所、機能強化型訪問看護ステーションは３４か所から３６か所へと増加しています。

在宅療養支援歯科診療所は、令和５年度と令和７年度を比較すると、３１０か所から３２２か所へと増加しています。

図表 4-1-4-12　在宅療養支援診療所・病院等の数（千葉県）

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
在宅療養支援診療所	399 か所	412 か所	438 か所	463 か所	474 か所
在宅療養支援病院	49 か所	52 か所	56 か所	65 か所	64 か所
在宅療養支援 歯科診療所	306 か所	310 か所	312 か所	322 か所	336 か所
在宅患者訪問薬剤 管理指導料届出薬局	2,138 か所	2,252 か所	2,313 か所	2,344 か所	2,397 か所
機能強化型訪問看護 ステーション	35 か所	34 か所	33 か所	36 か所	39 か所

資料：関東信越厚生局届出（４月１日時点）

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・病院数は千葉県８．４、全国平均１４．３（令和７年４月時点）、在宅療養支援歯科診療所数は千葉県５．２、全国平均７．３（令和７年４月時点）、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は千葉県３８．２、全国平均４６．５（令和８年９月時点）、訪問看護ステーション数は千葉県１０．４、全国平均１４．５（令和６年１０月時点）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 4-1-4-13　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 7 年 4 月	8.4	14.3
在宅療養支援歯科診療所	令和 7 年 4 月	5.2	7.3
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	令和 8 年 9 月	38.2	46.5
訪問看護ステーション	令和 6 年 10 月	10.4	14.5

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 4-1-4-14　医療的ケア児・者や重症心身障害児・者への対応可能施設数（千葉県）

（単位：施設）

		対象施設（速報）	医療的ケア児		医療的ケア者		重症心身障害児		重症心身障害者	
			対応可	一部対応可 条件あり	対応可	一部対応可 条件あり	対応可	一部対応可 条件あり	対応可	一部対応可 条件あり
病院※	病院全体	74	2	1	8	4	2	2	9	3
	在宅療養支援病院	31	1	1	5	2	1	1	6	1
	その他の病院	43	1	0	3	2	1	1	3	2
診療所※	一般診療所全体	224	17	10	36	13	15	10	35	15
	在宅療養支援診療所	124	13	6	33	8	12	6	32	8
	その他の一般診療所	100	4	4	3	5	3	4	3	7
訪問看護ステーション		199	70	17	99	15	74	12	102	15

※訪問診療、居宅療養管理指導等の訪問サービスの提供のある機関に限る

資料：令和８年度在宅医療実態調査（千葉県）

イ　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

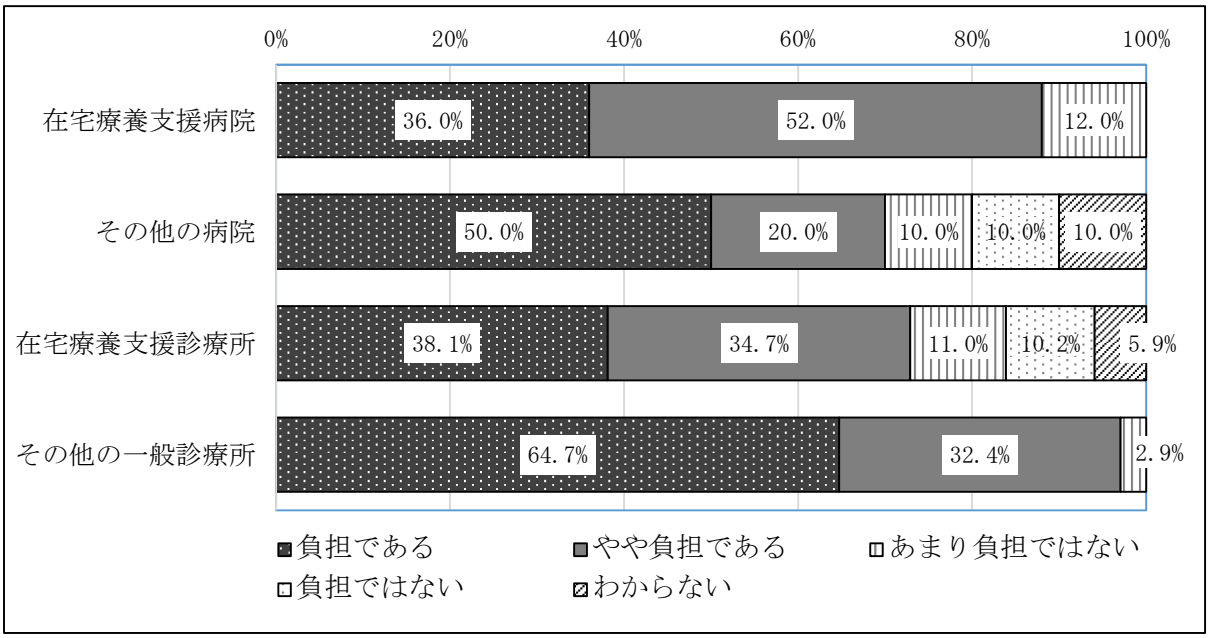
県が実施した「令和８年度在宅医療実態調査」では、在宅医療よりも入院医療を希望する理由として、家族の負担への懸念や急変時の対応に関する患者の不安が挙げられています。一方、同調査における医療機関の診療時間外（夜間・休診日）の往診対応の負担感について、一般診療所だけでなく在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院においても約８割が「負担である」「やや負担である」と回答しています。

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５５９か所（令和５年度）で、令和２年度の５５８か所から横ばいです。一方、実施件数（１か月間）は１０，５６０件（令和５年度）で、令和２年度の９，０４２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２１か所（令和７年度）、２４時間対応可能な訪問看護ステーションは６８３か所（令和７年度）と、令和５年度の１７か所、５４４か所に比べてそれぞれ増加傾向にあります。

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 4-1-5-1　診療時間外（夜間・休診日）の往診対応の負担感（千葉県）



資料：令和８年度在宅医療実態調査（千葉県）

※訪問診療、居宅療養管理指導等の訪問サービスの提供がある機関のうち、診療時間外の往診対応可能な機関に限る

図表 4-1-5-2　往診実施医療機関数・件数（千葉県）

	平成 29 年度	令和 2 年度	令和 5 年度
往診実施医療機関数	620 か所	558 か所	559 か所
（内訳）一般診療所	566 か所	500 か所	499 か所
病院数	54 か所	58 か所	60 か所
往診実施件数(1 か月間)	7,739 件	9,042 件	10,560 件
（内訳）一般診療所	7,108 件	8,165 件	9,275 件
病院	631 件	877 件	1,285 件

資料：医療施設調査（厚生労働省・１０月１日時点）

図表 4-1-5-3　在宅療養後方支援病院・２４時間対応訪問看護ステーションの数（千葉県）

	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
在宅療養後方支援病院	17 か所	19 か所	21 か所	26 か所
24 時間対応訪問看護ステーション	544 か所	619 か所	683 か所	765 か所

資料：関東信越厚生局届出（４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２４６か所（令和５年度）で、令和２年度の２１０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８９９件（令和５年度）で、令和２年度の７４６件より増加しています。

本県の在宅死亡率は、３０．１％（令和６年度）で、全国平均の２８．６％より１．５ポイント高くなっています。

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。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８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７８．０％（令和５年度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８８．７％（令和５年度８７．６％）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、県民一人ひとりが、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・介護関係者等と話し合い、県民自身が望む場所で看取りができる環境づくりが重要な課題です。

図表 4-1-6-1　看取り実施医療機関数・件数（千葉県）

	平成 29 年度	令和 2 年度	令和 5 年度
看取り実施医療機関数	181 か所	210 か所	246 か所
（内訳）一般診療所	186 か所	186 か所	217 か所
病院	24 か所	24 か所	29 か所
看取り実施件数(1 か月間)	468 件	746 件	899 件
（内訳）一般診療所	411 件	686 件	837 件
病院	57 件	60 件	62 件

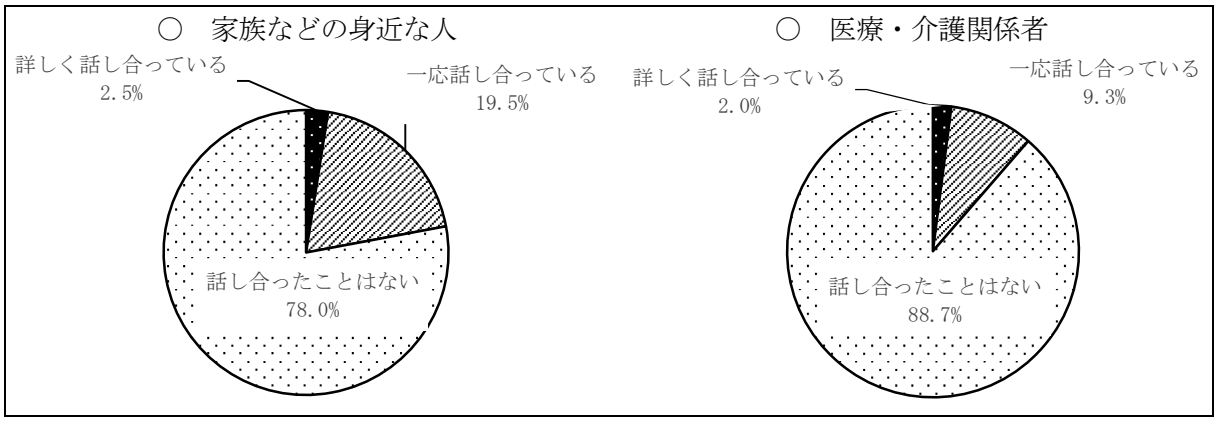
資料：医療施設調査（厚生労働省・１０月１日時点）

図表 4-1-6-2　在宅での死亡率

		令和 4 年度		令和 5 年度		令和 6 年度	
		千葉県	全国	千葉県	全国	千葉県	全国
総数（a）		72,258 人	1,569,050 人	73,002 人	1,576,016 人	75,159 人	1,605,378 人
在宅死亡者数（b）		21,122 人	445,992 人	21,207 人	449,118 人	22,590 人	458,886 人
割合（b/a）		29.2%	28.4%	29.0%	28.5%	30.1%	28.6%
自宅	死亡者数（c）	14,283 人	273,265 人	13,721 人	267,335 人	14,140 人	262,883 人
自宅	割合（c/a）	19.8%	17.4%	18.8%	17.0%	18.8%	16.4%
老人ホーム	死亡者数（d）	6,839 人	172,727 人	7,486 人	181,783 人	8,450 人	196,003 人
老人ホーム	割合（d/a）	9.5%	11.0%	10.3%	11.5%	11.2%	12.2%

資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 4-1-6-3　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（千葉県）



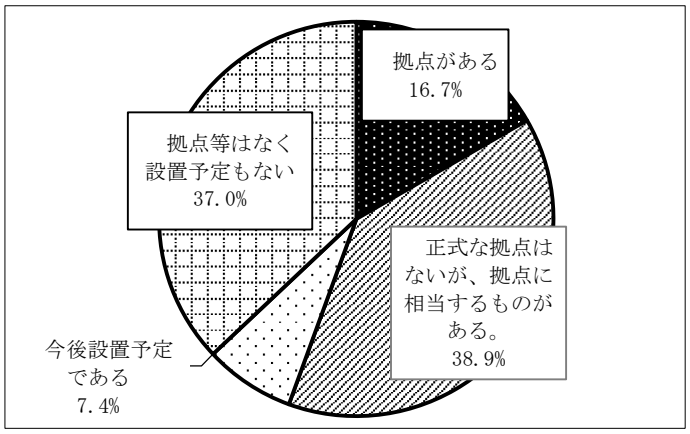
資料：令和８年度在宅医療実態調査（千葉県）

（７）市町村等との連携

今後は、在宅医療を担う医療機関の確保を促進するとともに、地域包括ケアシステムの推進の観点から、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）等との連携を強化しながら、地域の実情を踏まえた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。

その推進に当たり、県では市町村を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置付け、その立上げを支援してきましたが、拠点機能の充実に向けては引き続き支援が必要です。

図表 4-1-7-1　市町村における在宅医療に必要な連携を担う拠点の設置状況（千葉県）



資料：令和８年度在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する調査（千葉県）

（８）地域の実情を踏まえた在宅医療圏の見直し

在宅医療圏の設定に当たっては、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応及び看取りに必要な医療機能の確保を前提として、地域ごとの人口規模や医療・介護資源の状況、在宅医療において積極的役割を担う医療機関の配置に加え、当該医療機関が地域で担う役割や機能を継続的に把握し、その状況を踏まえながら、必要に応じて位置付けを見直していく必要があります。また、在宅医療に必要な連携を担う拠点である市町村間の連携状況や医療・介護の連携体制とも密接に関係していることから、二次保健医療圏及び高齢者保健福祉圏域の動向等を踏まえることが重要です。

また、保健所管内や医療関係団体の活動区域、住民の受療行動等が必ずしも一致していない地域も存在することから、圏域の単位については一律の考え方ではなく、地域の実情に応じて検討する必要があります。

このため、具体的な圏域の設定については、自治体や関係機関と協議をしながら、次期保健医療計画の策定に向けて継続的に検討していく必要があります。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅医療圏ごとに確保することとされていますが、現に果たしている役割や機能について医療機関毎に差がみられるといった意見も聞かれます。

（９）災害時対応

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、災害時を想定した備えを含めた支援が必要です。

また、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ており、県では個々の機関における業務継続計画（BCP）の策定を促進してきました。

県が実施した「令和８年度在宅医療実態調査」によれば、在宅医療を提供している関係機関の業務継続計画（BCP）の令和８年９月時点の策定状況について、病院では６７．６％、有床診療所では３７．５％、無床診療所では、３７．０％、在宅療養支援歯科診療所では１１．６％、在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局では７６．９％、訪問看護ステーションでは９４．５％でした。

令和８年度診療報酬改定により、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準に業務継続計画（BCP）の策定が位置付けられたことから、今後、これらの医療機関を中心に業務継続計画（BCP）の策定が一層進むことが見込まれます。

一方、災害時における医療・ケア提供体制の継続と早期復旧を図るためには、個々の機関における業務継続計画（BCP）の策定に加え、県や市町村、保健・医療・福祉の多職種・多機関が連携した地域業務継続計画（BCP）の策定等、連携強化や体制整備が求められています。

しかし、県が市町村に対して行った「令和８年度在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する調査」では、在宅医療における災害時の連携に取り組んでいると回答した市町村は９自治体にとどまっており、今後、災害時における連携体制の強化や地域業務継続計画（BCP）策定の支援に向けた取組を進める必要があります。

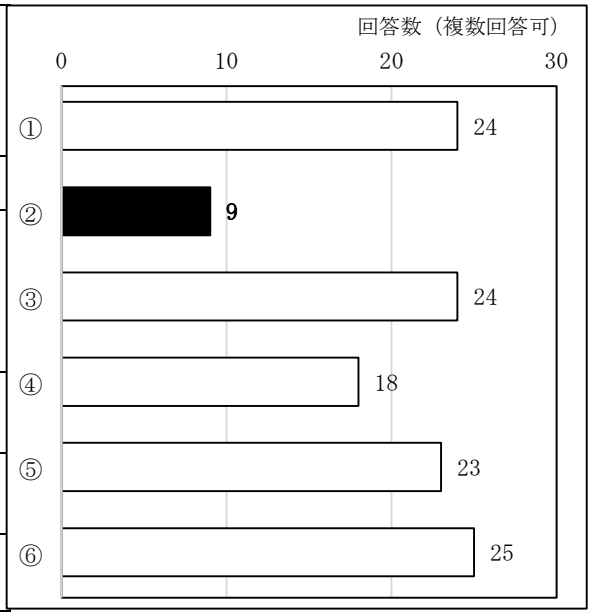
図表 4-1-9-1　各関係機関の業務継続計画（BCP）策定状況（千葉県）

	病院	有床診療所	無床診療所	在宅療養支援歯科診療所	在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	訪問看護
回答数（ａ）	74か所	8か所	216か所	86か所	798か所	199か所
策定済み（ｂ）	50か所	3か所	80か所	10か所	614か所	188か所
割合（ｂ／ａ）	67.6%	37.5%	37.0%	11.6%	76.9%	94.5%
今後策定予定（ｃ）	16か所	3か所	48か所	5か所	41か所	8か所
割合（ｃ／ａ）	21.6%	37.5%	22.2%	5.8%	5.1%	4.0%
未策定（ｄ）	6か所	2か所	81か所	72か所	120か所	2か所
割合（ｄ／ａ）	8.1%	25.0%	37.5%	83.7%	15.0%	1.0%
無回答（ｅ）	2か所	0か所	7か所	2か所	23か所	1か所
割合（ｅ／ａ）	2.7%	0.0%	3.2%	2.3%	2.9%	0.5%

資料：令和８年度在宅医療実態調査（千葉県）

図表 4-1-9-2　在宅医療に必要な連携を担う拠点機能としての取組状況（千葉県）

①	・地域の医療・介護・障害福祉関係者による定期会議の開催 ・在宅医療の提供状況の把握 ・連携上の課題の抽出と対応策の検討　（※災害時を除く）
②	**在宅医療における災害時の連携**
③	・地域資源（医療・介護・障害福祉分野）の把握 ・地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療・介護・障害福祉分野にわたる様々な支援を、包括的・継続的に提供するための関係機関間の調整
④	・関係機関の連携による急変時の対応や 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進
⑤	在宅医療に係る医療・介護・障害福祉に関わる人材育成（研修や情報共有等）
⑥	在宅医療に関する地域住民への普及啓発の実施に関するもの。



資料：令和８年度在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する調査（千葉県）
「在宅医療に必要な連携を担う拠点を設置している」又は「相当するものがある」又は「今後設置予定」と回答した３４市町村が対象。（複数回答可）

２　施策展開の方向性

（１）退院支援

ア　医療・介護の多職種連携の促進

（２）日常の療養支援

ア　在宅療養支援体制の確保
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
ウ　市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援

（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
イ　地域における急変時の受入体制の整備

（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
イ　患者が望む場所で看取りができる環境づくり

（５）在宅医療の提供体制の整備

ア　在宅医療圏のあり方の検討
イ　在宅医療において積極的役割を担う医療機関の役割・機能の調査
ウ　在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備

（６）災害時にも適切な医療等を提供するため支援体制の確保

第５章　総合診療機能とかかりつけ医機能等の充実

「千葉県保健医療計画　第５章２節１　総合診療機能と「かかりつけ医」機能等の充実（２３６ページから２３８ページ）」については、以下のとおりとします。

１　施策の現状・課題

（１）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、複数の疾患にり患していたり、通院が困難であったりといった方も多く、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。

（２）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。

（３）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。

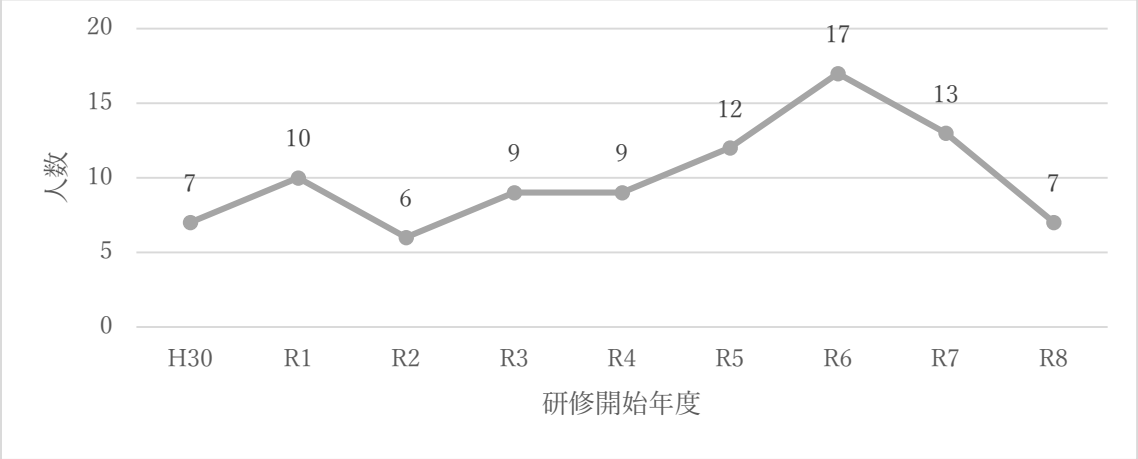
（４）かかりつけ医機能が発揮される制度整備

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が創設されました。

２　施策展開の方向性

（１）総合診療専門医の養成・確保

図表　5-2-1-1　総合診療科の専門研修の専攻医の推移（千葉県）



資料：日本専門医機構発表資料

図表　5-2-1-2　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る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）かかりつけ医等の機能の向上
（３）医療機能の分化・連携の推進

第６章　外来医療に係る医療提供体制の確保

「千葉県保健医療計画　第５章第４節 外来医療に係る医療提供体制の確保（２７９ページから２９６ページ）」については、以下のとおりとします。

１　外来医療の提供体制

（１）施策の現状・課題

本県では、今後、少子高齢化の一層の進展が見込まれる中で、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　外来医療の需要推計

千葉県の外来医療需要は、令和６年から令和２２年にかけて東葛南部及び東葛北部保健医療圏では増加傾向にあるものの、その他の保健医療圏では減少傾向にあり、地域の実情に応じた効率的な外来医療の提供体制を確保する必要があります。

減少傾向にある保健医療圏のうち、安房及び香取海匝保健医療圏では、月間レセプト件数が約２０件減少すると推計されており、医療機関までの距離の長さや公共交通の便の制約等により、外来医療へのアクセス自体が課題となることが懸念されます。こうした状況を踏まえ、オンライン診療の活用等も含め、地域住民が必要な時に適切な医療を受けられる体制の確保・強化が求められます。

図表 6-1-1-1　2024 年度から 2040 年度にかけた外来需要推計

（単位：件、%）

	2024 年度 (A)	2040 年度 (B)	比較(B)－(A) (C)	増減率 (C)／(A)×100
保健医療圏	レセプト件数／月	レセプト件数／月	レセプト件数／月	レセプト件数／月
千葉	664,903.8	659,653.5	-5,250.4	-0.8
東葛南部	1,090,594.9	1,136,264.8	45,669.9	4.2
東葛北部	851,020.9	869,710.1	18,689.2	2.2
印旛	454,035.3	441,372.1	-12,663.2	-2.8
香取海匝	171,788.8	139,436.7	-32,352.0	-18.8
山武長生夷隅	227,702.6	194,652.6	-33,050.0	-14.5
安房	97,197.0	77,386.0	-19,811.0	-20.4
君津	208,066.8	197,496.8	-10,569.9	-5.1
市原	158,654.5	143,377.4	-15,277.1	-9.6

資料：地域医療構想策定支援ツール（厚生労働省）

イ　医療資源の状況

(ｱ)　人口当たりの診療所数

令和６年１０月１日現在の一般診療所数は３，９７５施設で人口１０万人あたり６３．６と全国平均８５．０を大きく下回り、多い順では全国第４５位となってい

ます。

一般診療所３，９７５施設のうち有床診療所は１３２施設で、施設総数の３．３％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２８．６と全国平均５８．５を大きく下回り、多い順では全国第４０位となっています。

図表 6-1-1-2　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	105,207 うち、有床 5,415	85.0	72,451	58.5	8,060	6.5	1,469,845	1,187.3
千葉県	3,975 うち、有床 132	63.6 **※全国 45 位**	1,789	28.6 **※全国 40 位**	288	4.6 **※全国 45 位**	59,400	950.2 **※全国 40 位**

資料：令和６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、本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８年度の外来医師偏在指標によれば、外来医師偏在指標の全国平均値１１５．７（人口１０万人あたり診療所医師数８９．９）のところ、本県は８６．１（人口１０万人あたり診療所医師数６１．９）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１１５．７を下回っています。

千葉県内で全国順位が最も上位である千葉保健医療圏は外来医師偏在指標値１０８．５（人口１０万人あたり診療所医師数８５．４）であり、最も下位の印旛保健医療圏は同７１．０（人口１０万人あたり診療所医師数４８．７）となっています。

図表 6-1-1-3　千葉県における外来医師偏在指標の状況

保健医療圏等		外来医師偏在指標	全国順位	（参考）人口 10 万対診療所医師数※
全　国		115.7	－	89.9
千葉県		86.1	44 位/47 都道府県	61.9
二次保健医療圏	千　　葉	108.5	128 位/330 医療圏	85.4
	東葛南部	83.5	271 位	58.6
	東葛北部	81.7	282 位	55.5
	印　　旛	71.0	315 位	48.7
	香取海匝	75.3	305 位	55.1
	山武長生夷隅	82.9	274 位	60.6
	安　　房	90.3	237 位	93.4
	君　　津	92.2	229 位	65.0
	市　　原	82.9	273 位	58.5

資料：厚生労働省ホームページ「令和８年度外来医師偏在指標」から作成

※　「人口 10 万対診療所医師数」は、令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計と令和７年１月１日時点人口（10 万人）を基に算出

図表 6-1-1-4　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）	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	24.5	1.3	0.1	0.6	0.0	0.2	0.0	0.0	0.4	1.3	**28.5**	1.3
	東葛南部	1.3	42.6	0.9	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7	**50.7**	-2.5
	東葛北部	0.1	1.2	34.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	**39.9**	-1.6
	印旛	1.1	1.0	0.3	17.1	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.8	**20.6**	-0.5
	香取海匝	0.1	0.0	0.0	0.4	7.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	**8.0**	0.3
	山武長生夷隅	0.8	0.1	0.0	0.4	0.4	10.0	0.4	0.0	0.2	0.3	**12.7**	-1.9
	安房	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8	0.1	0.0	0.1	**4.0**	0.6
	君津	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	9.3	0.2	0.3	**10.3**	-0.5
	市原	1.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.3	6.3	0.2	**8.1**	-0.8
	都道府県外	0.6	1.8	2.1	0.4	0.7	0.1	0.1	0.1	0.1	-	**-**	-
患者総数(施設所在地)		29.8	48.2	38.3	20.1	8.3	10.8	4.6	9.8	7.3	-	**182.9**	-5.6

資料：令和６年度１年間のＮＤＢデータベース診療報酬データに基づき算出

・　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、本県では国の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５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。

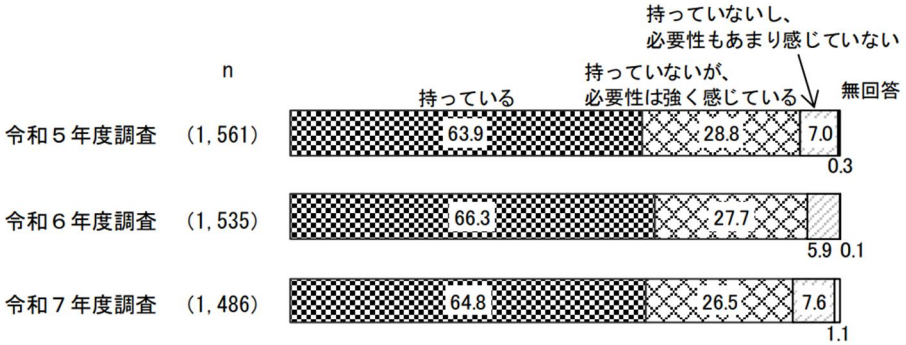
また、国においては、かかりつけ医機能が発揮される制度整備として、令和６年度に医療機能情報提供制度を刷新し、令和７年度からはかかりつけ医機能報告制度を創設しました。

図表 6-1-1-5　自院がかかりつけ医の役割を担っていると考える診療所の割合

項目名	回答数	構成比（%）
全体	1,301	100.0
全く思わない	209	16.1
どちらともいえない	257	19.8
やや思う	247	19.0
思う	425	32.7
強く思う	151	11.6
無回答	12	0.9

資料：令和８年度　千葉県保健医療計画改定に関する調査

図表 6-1-1-6　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６９回県政に関する世論調査（令和７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８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１６、夜間休日急病診療所を設置している地域が２０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　6-1-1-7　在宅当番医制の実施状況

令和８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、小、外、その他	９：００～１７：００
船橋市医師会	内、外、小、その他	９：００～１７：００
松戸市医師会	内、外、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
佐倉市医師会	内、外	９：００～１７：００
山武郡市医師会	内、外、その他	９：００～１６：３０
銚子市医師会	内、小、外	９：００～１７：００
旭匝瑳医師会	内、外	９：３０～１６：３０
茂原市長生郡医師会	内、外、その他	９：００～１７：００
市原市医師会	内、外、その他	９：００～１７：００
安房医師会	内、外、その他	８：００～１７：００
君津木更津医師会	内、小、外	９：００～１７：００
夷隅医師会	内、小、外、その他	９：００～１７：００

資料：千葉県の健康福祉行政

図表　6-1-1-8　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８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 土・休日＊	１８：３０～２３：３０＊11 １７：３０～２３：３０＊11
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	８：３０～１１：３０＊11 １３：００～１６：３０＊11
習志野市急病診療所	習志野市鷺沼１－２－１	047-451-4205	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 東京女子医科大学附属八千代医療センター内	047-458-6090 047-450-6000	小＊２	月～土 日・祝＊1	１９：００～２３：００ １８：００～２１：００
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内	047-424-2327	内・外・小	毎 日	２１：００～　５：４５＊11
			小	月～金	２０：００～２２：３０＊11
				土	１８：００～２０：３０＊11
				日・祝 ＊1	８：４５～１１：３０＊11 １３：４５～１６：３０＊11 １８：００～２０：３０＊11
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＊8）
			外	土 曜	２０：００～２３：００
				休日 ＊3	１０：００～１７：００ ２０：００～２３：００
浦安市急病診療所	浦安市猫実１－２－５	047-381-9999	内・小	毎 日	２０：００～２３：００ （１０：００～１７：００＊9）
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	１９：００～２０：３０＊11
				休 日 ＊4	９：００～１６：３０＊11
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
柏市夜間急病診療所	柏市柏下６５－１ ウエルネス柏内	04-7163-0813	内・小	毎 日 ＊10	１９：００～２２：００
野田市急病センター＊12	野田市鶴奉７－４	04-7125-1188	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 ＊4	９：００～１１：３０＊11 １３：００～１６：３０＊11
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	１９：００～２２：４５＊11
				休 日 ＊1	９：００～１６：４５＊11 １９：００～２２：４５＊11
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	１９：００～２１：４５＊11
成田市急病診療所	成田市赤坂１－３－１	0476-27-1116	内・小	毎 日	１９：００～２２：４５＊11
				休 日＊5	１０：００～１６：４５＊11
			外	休 日＊5	１０：００～１６：４５＊11
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＊6	１９：００～２１：４５＊11
山武郡市急病診療所	東金市堀上３６０－２	0475-50-2511	内・小・外	毎 日	２０：００～21：４５＊11
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	１９：４５～２２：４５＊11
安房郡市夜間急病診療部	館山市山本１１５５ 安房地域医療センター内	0470-25-5111	内・外	毎 日	１９：００～２２：００
木更津市夜間急病診療所	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＊13）
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＊7）

＊１　12/29～1/3 も診療
＊２　内科は夜間急病待機医（テレフォン案内 047-482-6870）による対応
＊３　12/30～1/4 も診療
＊４　12/30～1/3 も診療
＊５　8/13～8/15 及び 12/29～1/3 も診療
＊６　12/31～1/3 も診療
＊７　休日（12/29～1/3 含む）は夜間に加えて昼間も診療
＊８　休日（12/30～1/4 含む）は夜間に加えて昼間も診療
＊９　休日（12/30～1/3 含む）は夜間に加えて昼間も診療
＊１０　8/13～8/16 および 12/29～1/3 も診療
＊１１　受付時間
＊１２　休診中　R6.4/22 から夜間・休日対応としてオンライン診療を実施。
＊１３　12/30～1/30 は夜間に加えて昼間も診療

資料：千葉県の健康福祉行政

(ｳ)　在宅医療

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・病院数は千葉県８．４、全国平均１４．７（令和７年４月時点）、在宅療養支援歯科診療所数は千葉県５．２、全国平均７．３（令和７年４月時点）、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は３８．２（令和８年９月時点：全国平均４６．５）、訪問看護ステーション数は千葉県１０．４、全国平均１４．５（令和７年１０月時点）と相対的に少なく、また、在宅療養支援診療所が１か所もない市町があるなど資源の偏りも見られます

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・かかりつけ医機能報告制度

(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、令和４年４月１日に施行されました。

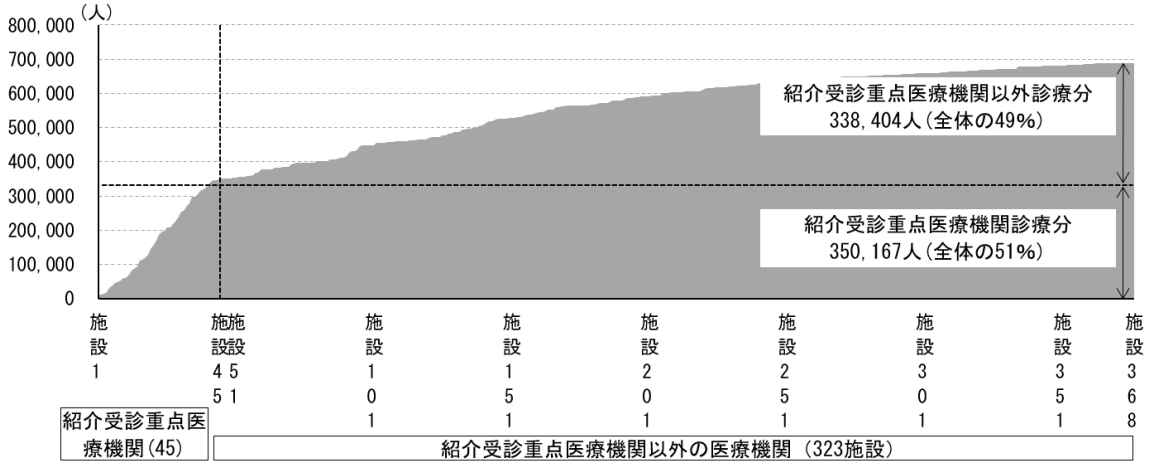
(ｲ)　紹介受診重点医療機関

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。

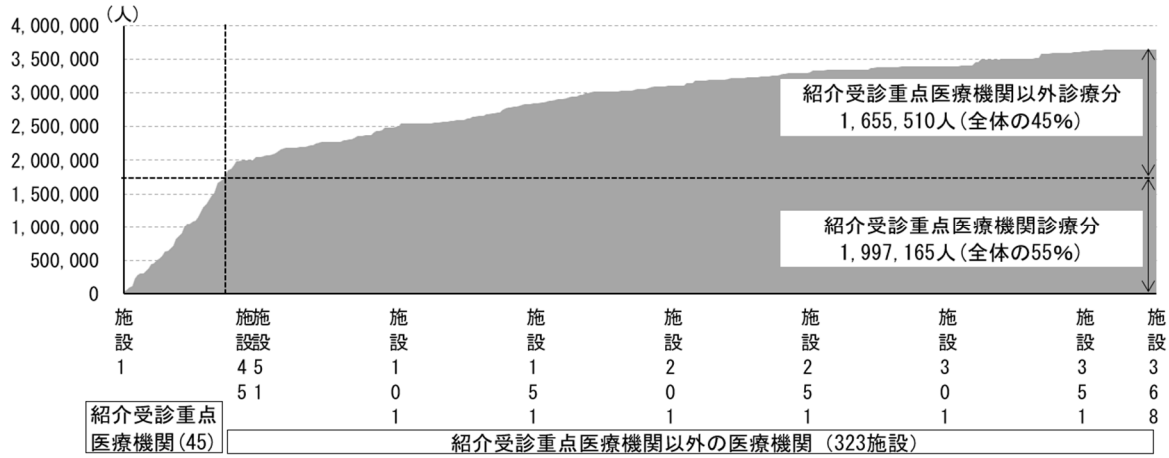
本県においては、初診患者の延べ数に対する紹介受診重点外来の実施割合のうち、紹介受診重点医療機関が当該医療を提供している割合が約５１％、再診患者における同様の割合が約５５％となっており、紹介受診重点外来の半数弱を紹介受診重点医療機関が担っていることがわかりました。今後も、地域の実情に応じた役割分担・連携を推進していくことが重要です。

図表　6-1-1-9　紹介受診重点外来の延べ患者数（初診）



紹介受診重点外来の延べ患者数（令和７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　6-1-1-10　紹介受診重点外来の延べ患者数（再診）



紹介受診重点外来の延べ患者数（令和７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）

(ｳ)　かかりつけ医機能報告制度

今後、複数の慢性疾患、医療と介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、生産年齢人口の減少にともなう医療従事者の確保の制約が見込まれています。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は、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、地域の医療機関等をはじめとする多職種が機能や専門性に応じて連携し、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要な時に必要

な医療を受けられる体制を確保することが重要です。

かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供等を中心に取り組んできたところ、令和５年度にかかりつけ医機能が発揮される制度整備が行われ、令和７年度から「かかりつけ医機能報告制度」が施行されました。

（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、外来医師過多区域

国のガイドラインにおいては、全国の二次医療圏（３３０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、本県には該当する保健医療圏はありません。

また、国のガイドラインにおいては、厚生労働省が示す候補区域（外来医師偏在指標について「全国平均値＋標準偏差の１．５倍」以上、かつ、可住地面積当たり診療所数が上位１０％以上に該当する二次医療圏）のうちから、都道府県が「外来医師過多区域」を指定することとされています

外来医師過多区域においては、原則として新規開業希望者は、無床診療所を開設する日の６か月前までに開設事前届出を行うことや、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供を担うこと等を求められることとされていますが、国の示す候補区域に本県内の二次保健医療圏は含まれておらず、本県には外来医師過多区域はありません。

さらに、新規開業者や外来医師多数区域、外来医師過多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。

なお、外来医療に関しては、「少数区域」の概念はありません。

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）施策展開の方向性

ア　外来医療提供体制に関する情報の可視化の推進

イ　紹介受診重点医療機関の明確化等による効果的な外来医療提供体制の確立

ウ　かかりつけ医機能が発揮される制度整備

エ　上手な医療のかかり方への県民の理解促進

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

⑺　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、国のガイドラインにおいて効率的活用推進の対象となっている、次の５種類です。

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

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

保健医療圏間の患者流出入は反映されていないため、隣接圏域からの流入がある地域で流入患者を踏まえた機器配置がなされている場合は指標が上昇するほか、ＰＥＴや放射線治療機器等数が少ない機器は、１台の配置で指標が大きく変化します。また、規格や用途、年式等の違いによる性能差についても考慮されていません。

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

図表　6-2-1-1　医療機器の配置状況に関する指標の状況

保健医療圏等	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		放射線治療		ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ	
	指標	機器1台あたり年間検査数（件）	指標	機器1台あたり年間検査数（件）	指標	機器1台あたり年間検査数（件）	指標	機器1台あたり年間検査数（件）	指標	機器1台あたり年間検査数（件）
全国	**12.0**	**1,668**	**6.0**	**2,012**	**0.5**	**928**	**0.8**	**2,736**	**3.4**	**601**
千葉県	**8.7**	**2,273**	**4.8**	**2,336**	**0.36**	**977**	**0.61**	**3,601**	**3.0**	**717**
千葉	10.3	2,059	6.7	2,219	1.28	824	1.06	2,807	3.4	1,087
東葛南部	6.6	2,658	4.2	2,372	0.13	741	0.56	2,691	2.9	570
東葛北部	8.2	2,814	4.1	2,779	0.15	2,162	0.44	6,027	2.5	735
印旛	8.9	2,205	4.5	2,530	0.27	977	0.54	5,030	3.1	738
香取海匝	8.9	2,335	6.3	1,998	0.33	1,262	0.68	5,865	3.1	347
山武長生夷隅	11.2	1,218	4.8	1,745	0	0	0.21	27	3.4	234
安房	11.5	2,887	7.1	1,980	1.31	909	1.37	2,621	4.2	995
君津	11.4	1,692	2.7	2,610	0.30	710	0.30	6,210	3.2	814
市原	9.3	1,879	5.4	1,928	0	0	1.07	1,687	3.1	891

資料：医療機器の調整人口当たり台数に係るデータ集・グラフ（厚生労働省）から引用

医療機器の配置状況に関する指標によると、本県における各医療機器の指標の平均値はいずれも全国平均以下となっています。二次保健医療圏ごとに見ると、ＰＥＴについては２保健医療圏が、ＭＲＩ及び放射線治療機器については３保健医療圏が全国平均を上回っています。

医療機器１台あたりの年間検査数では、全ての機器において、本県全体での平均値が全国平均を上回っています。圏域別に見ても、ＰＥＴ以外の機器においては５圏域以上が全国平均以上の数値となっており、指標の状況も踏まえると、機器の配置台数は比較的少ないものの、機器１台あたりの稼働率は総じて高い状況にあると考えられます。

(ｲ)　医療機器の配置台数

図表　6-2-1-2　医療機器の配置台数に係る状況（単位：台）

保健医療圏等	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		放射線治療		ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
千葉県	**330**	**212**	**194**	**102**	**18**	**4**	**38**	**0**	**109**	**76**
千葉	56	42	41	23	10	2	10	0	18	15
東葛南部	74	33	48	21	2	0	9	0	26	24
東葛北部	68	44	37	19	2	0	6	0	20	15
印旛	42	23	24	9	2	0	4	0	13	9
香取海匝	20	6	10	8	1	0	2	0	7	1
山武長生夷隅	24	29	15	7	0	0	1	0	11	3
安房	14	3	5	5	0	2	2	0	2	3
君津	17	21	5	4	1	0	1	0	7	3
市原	15	11	9	6	0	0	3	0	5	3

資料：医療機器の調整人口当たり台数に係るデータ集・グラフ（厚生労働省）から引用

（令和５年医療施設動態調査）

各医療機器の配置台数を見ると、ＣＴ、ＭＲＩ、マンモグラフィは病院だけでなく、診療所においても一定程度導入されている一方で、ＰＥＴや放射線治療機器は、ほとんどが病院に配置されており、台数自体も少ないことから、より専門的な治療に用いられる機器であると考えられます。共同利用を推進する際は、機器の操作や機器を用いて行う診療の専門性の高さについても考慮する必要があります。

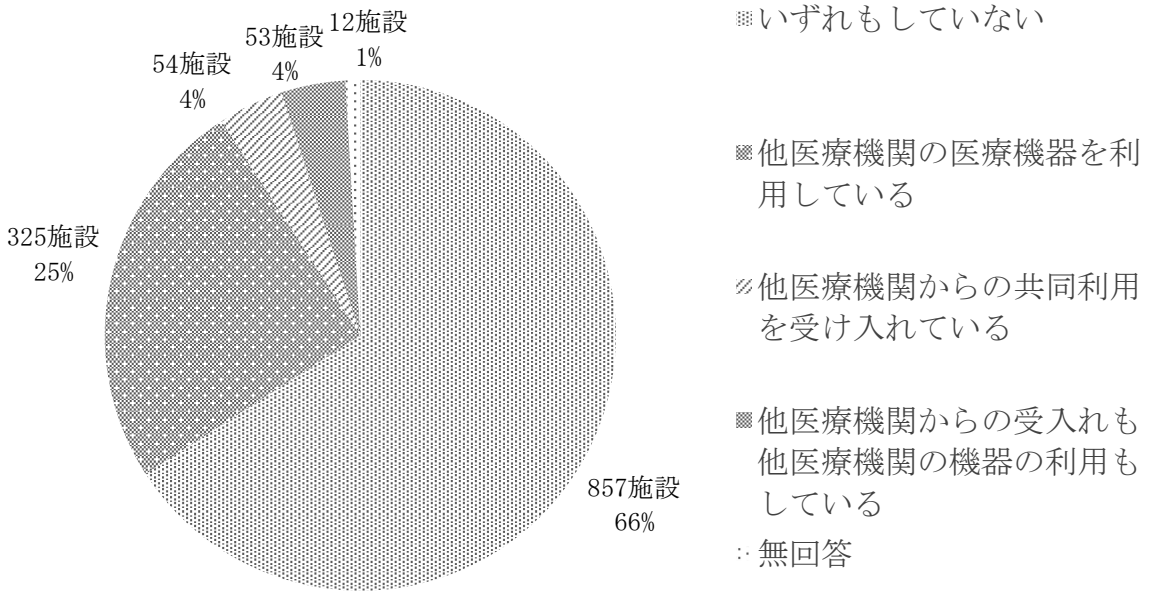
イ　医療機器の共同利用の状況

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。

「千葉県保健医療計画改定に関する調査」によると、地域医療支援病院以外で医療機器の共同利用を受け入れている病院及び診療所は県内に９５箇所あるほか、回答のあったうち３分の１程度の医療機関が受入れ側、利用側のいずれかで共同利用に携わっています。

図表 6-2-1-3　医療機器の共同利用の実施状況



資料：令和８年度　千葉県保健医療計画改定に関する調査

（２）施策展開の方向性

ア　医療資源の可視化の促進

イ　共同利用方針に基づく医療機器の共同利用の推進

第７章　県民の適切な受療行動の促進

「千葉県保健医療計画　第５章第５節 県民の適切な受療行動の促進（２９７ページから３００ページ）」については、以下のとおりとします。

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保健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、三次保健医療圏（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８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４８．０％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３０．２％、「紹介状が必要とは知らなかったから」が２９．１％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　7-1-2-1　医療法第６条の２第３項

医療法　第６条の２

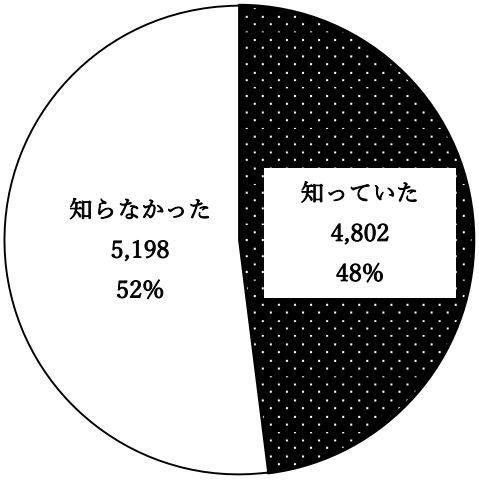
３　国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

図表　7-1-2-2　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。

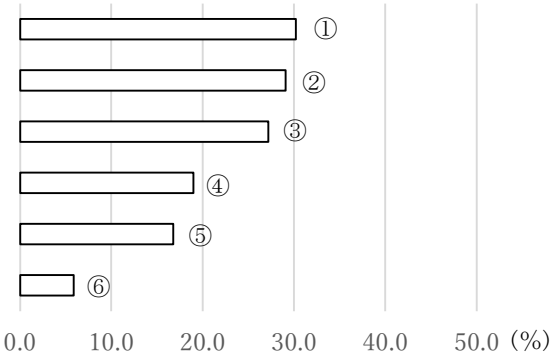


資料：医療に関する県民意識調査（令和８年）（千葉県）

図表　7-1-2-3　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	742	100
①大きな(専門的な)医療機関の方が安心だから	224	30.2
②紹介状が必要とは知らなかったから	216	29.1
③以前、受診したことがあり安心だから	202	27.2
④すぐに専門的な診療を受けたかったから	141	19.0
⑤自宅や職場から近い等、受診しやすかったから	125	16.8
⑥その他	44	5.9



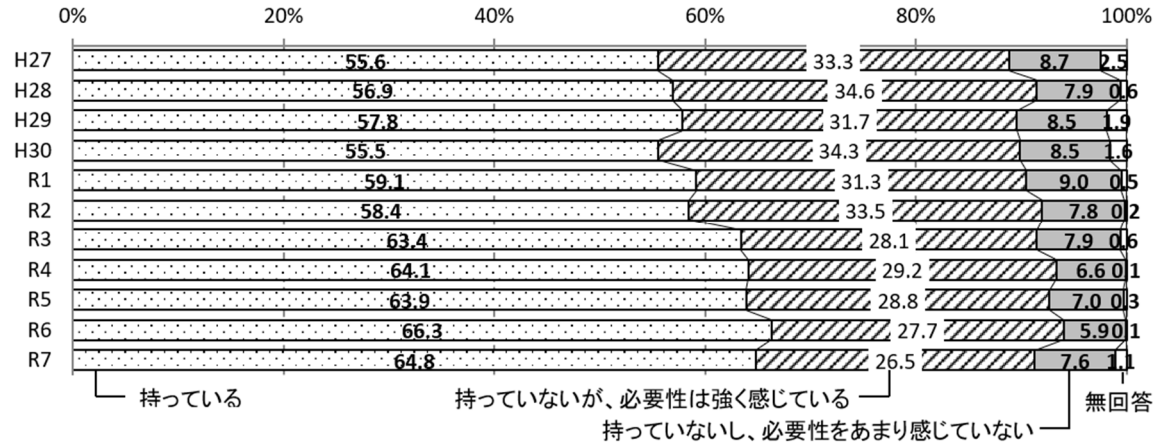
資料：医療に関する県民意識調査（令和８年）（千葉県）

（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７年度は６４．８％となっており、令和５年度調査時と比較して０．９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、７１．７％となっており、令和５年度調査時と比較して０．８ポイント上昇しています。

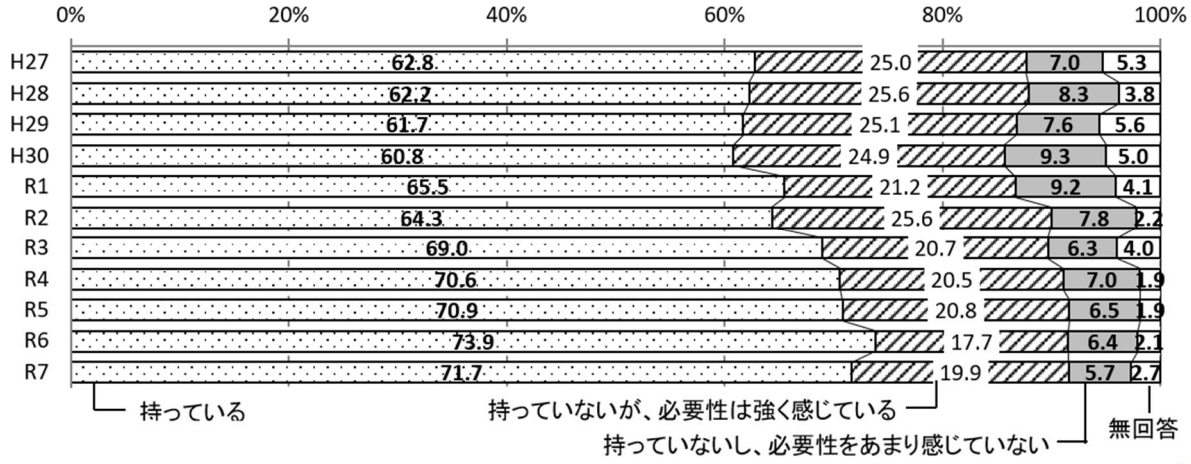
今後も、身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供する役割等を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医について県民に定着促進を図る取組が必要です。

図表　7-1-3-1　かかりつけ医を持っている人の割合の推移



資料：第６９回県政に関する世論調査（令和７年）（千葉県）

図表　7-1-3-2　かかりつけ歯科医を持っている人の割合の推移



資料：第６９回県政に関する世論調査（令和７年）（千葉県）

２　施策展開の方向性

上手な医療のかかり方への県民の理解促進

第８章　医師の確保

「千葉県保健医療計画　第５章第７節医師の確保（３４６ページから３８５ページ）」については、以下のとおりとします。

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８年６月３０日付けで各都道府県に一部改正を通知しました。

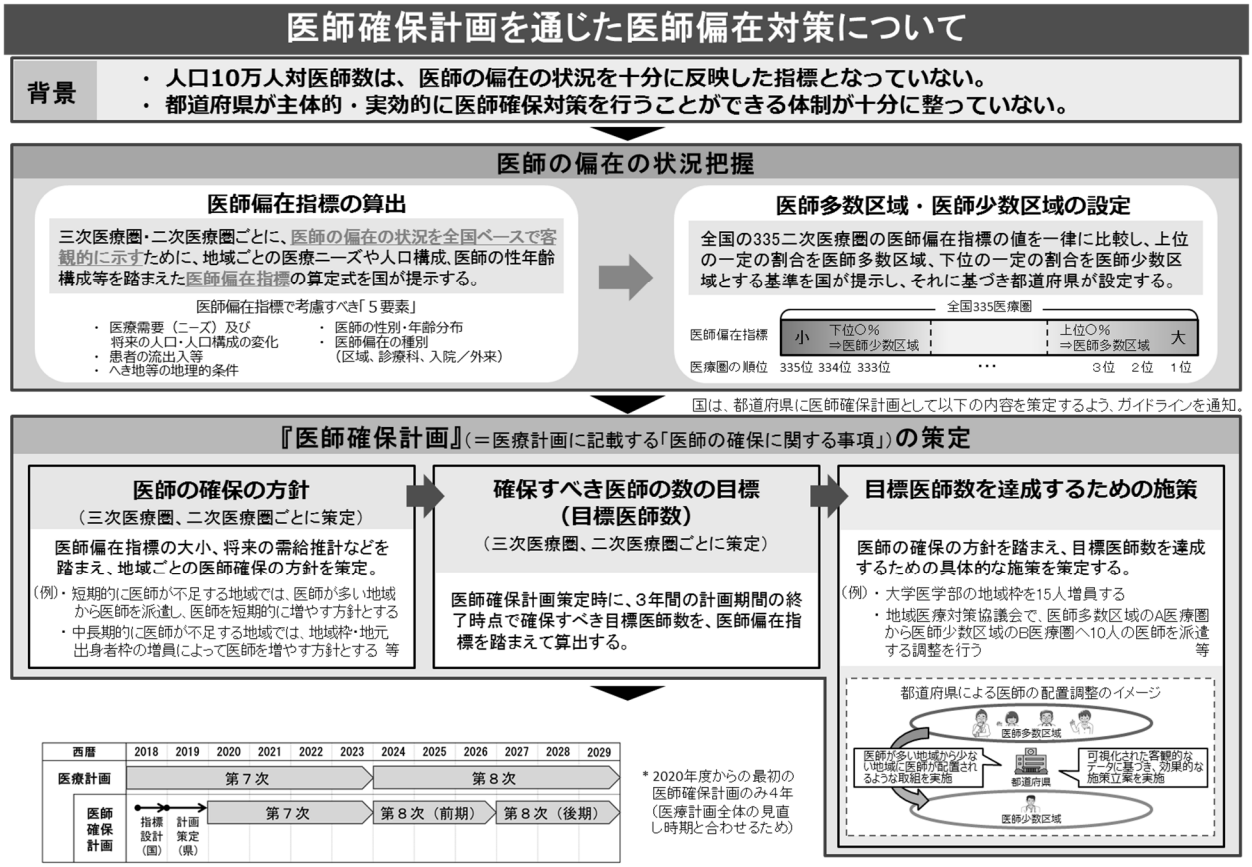
ガイドラインでは、医師の確保に関する事項を定めるに当たっては、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」といいます。）を国が算出し、これに基づいて医師少数都道府県（区域）・医師多数都道府県（区域）を設定し、医師の確保の方針、確保すべき医師の数の目標及び医師の確保に関する施策を定めることとしています。

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、分娩取扱医師及び小児科医師）は、厚生労働省が算出し、区域等の設定とともに令和８年度に公表されました。

※　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 8-1-1-1　医師確保計画を通じた医師偏在対策



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

２　医師の確保に関する現状と課題

（１）医師（全体）の確保に関する現状と課題

ア　医師数及び医師の偏在

(ｱ)　千葉県の状況

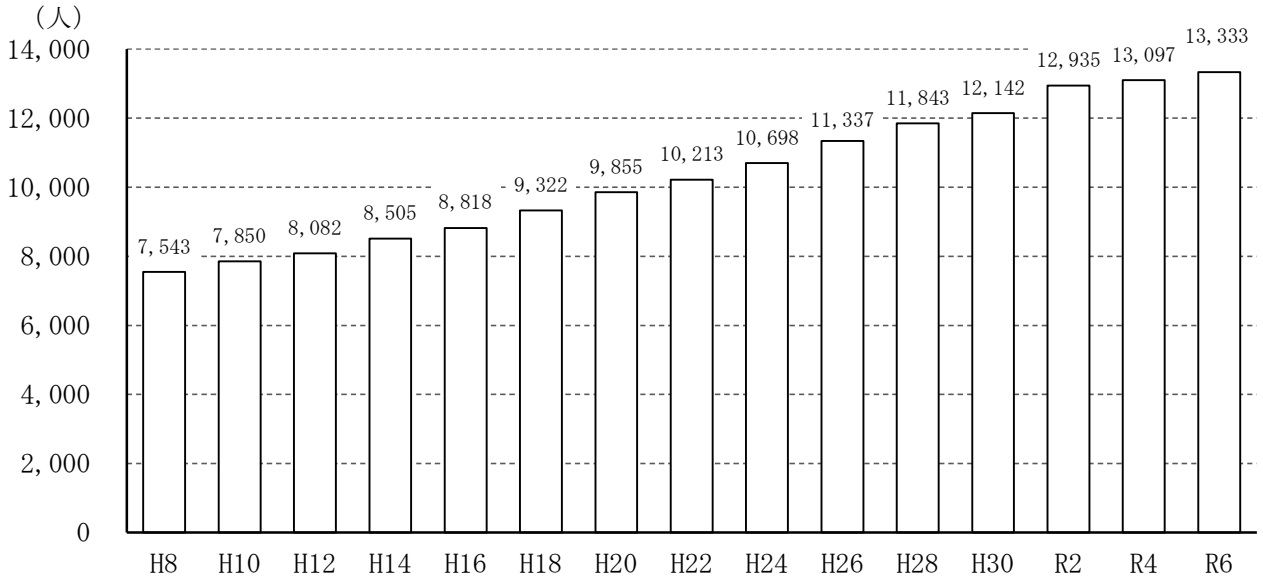
千葉県における医療施設従事医師数は増加傾向にあり、令和６年末現在では、全国第８位の１３，３３３人となっています。

しかしながら、令和６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、全国第４０位の２２１．９であって、全国平均の２６６．８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２２％）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。

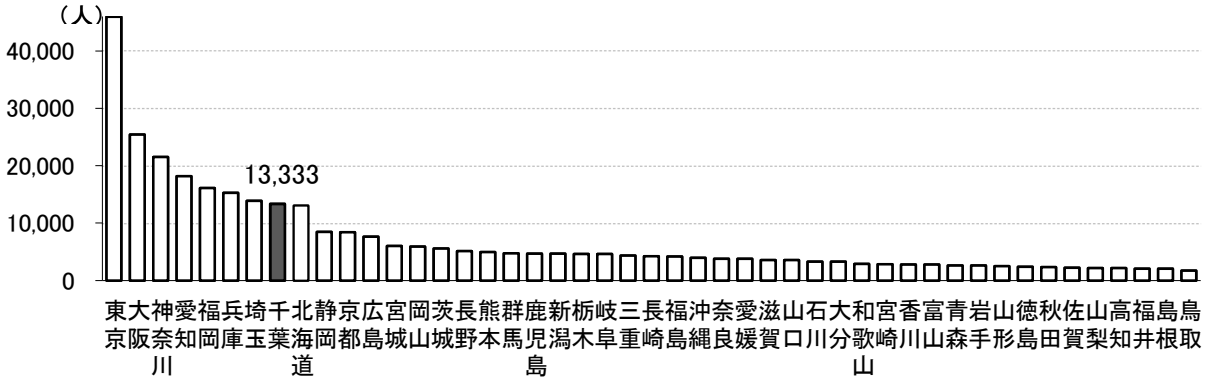
平成２１年度に開始した医師修学資金貸付制度を利用した方が、順次、医学部を卒業して臨床研修を終え、医師の少ない地域でも勤務していますが、医師の価値観の多様化や専門医志向の高まり等の要因も踏まえ、産科や小児科など特に医師の少ない診療科の医師を確保する取組や、地域医療への従事と医師としてのキャリア形成の両立を可能とするような取組を進める必要があります。

図表 8-2-1-1　医療施設従事医師数の推移（千葉県）



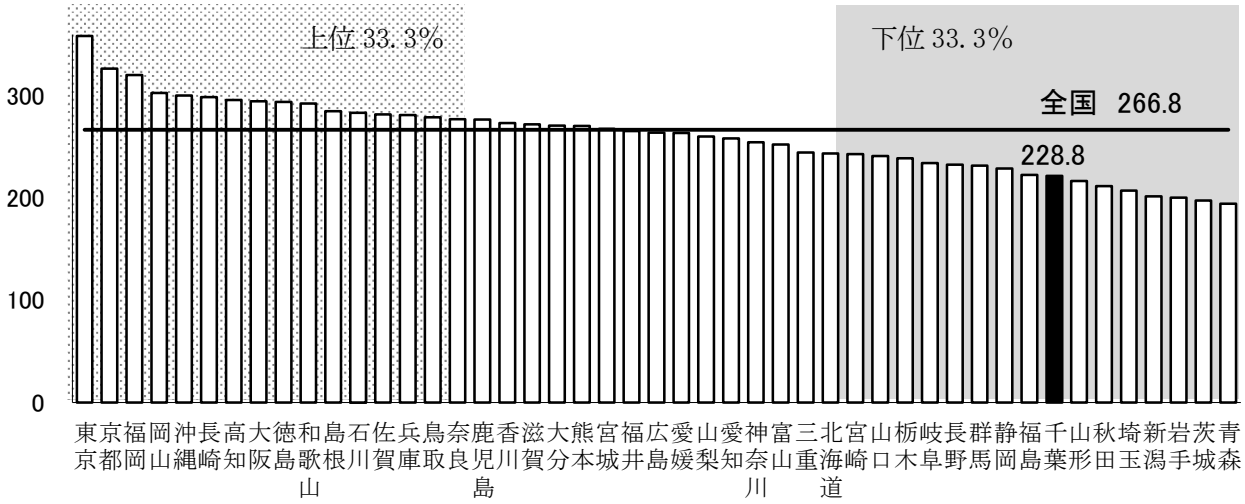
資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 8-2-1-2　都道府県別医療施設従事医師数（令和６年）



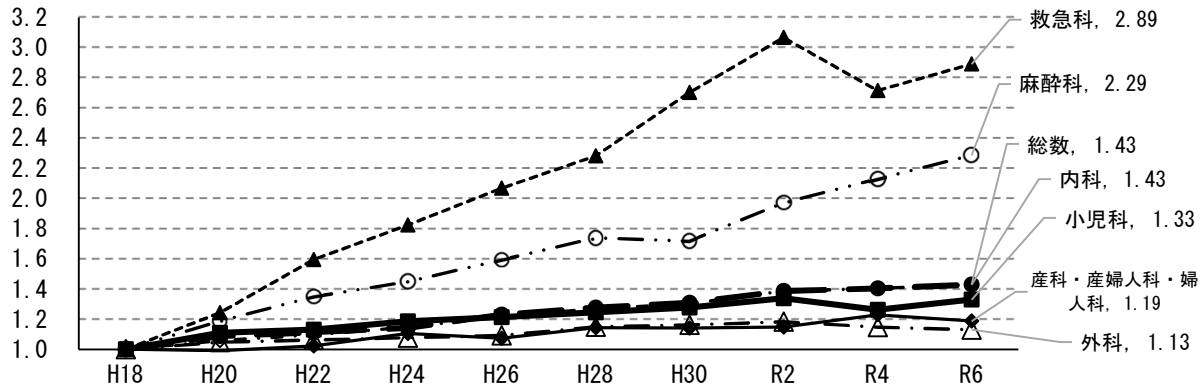
資料：令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 8-2-1-3　都道府県別医師偏在指標（医師全体）



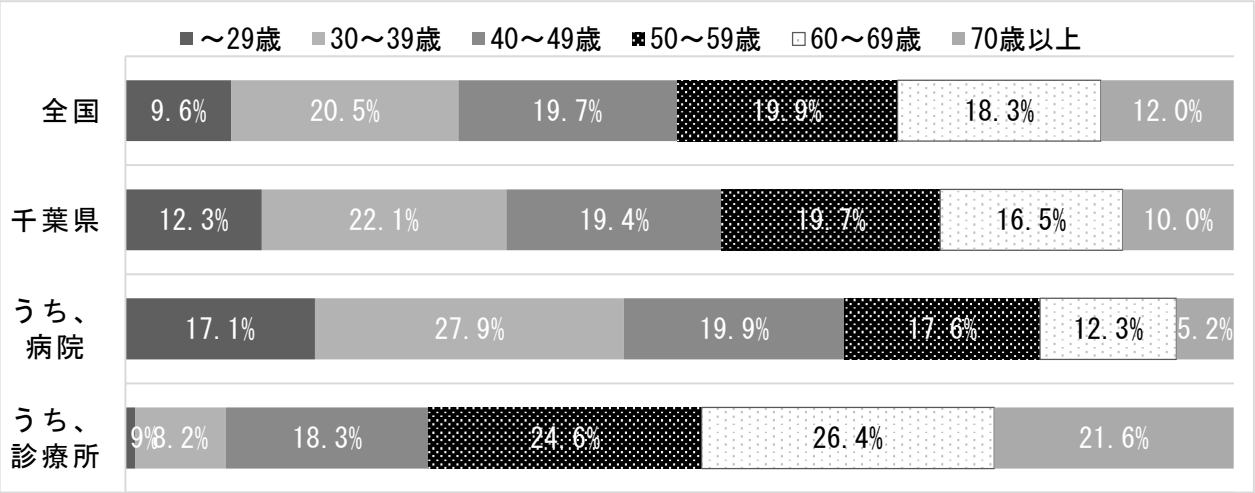
資料：令和 8 年厚生労働省提供資料

図表 8-2-1-4　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 8-2-1-5　医療施設従事医師数の年齢構成別割合（千葉県・病院・診療所）



資料：令和８年厚生労働省提供資料

(ｲ)　二次保健医療圏ごとの状況

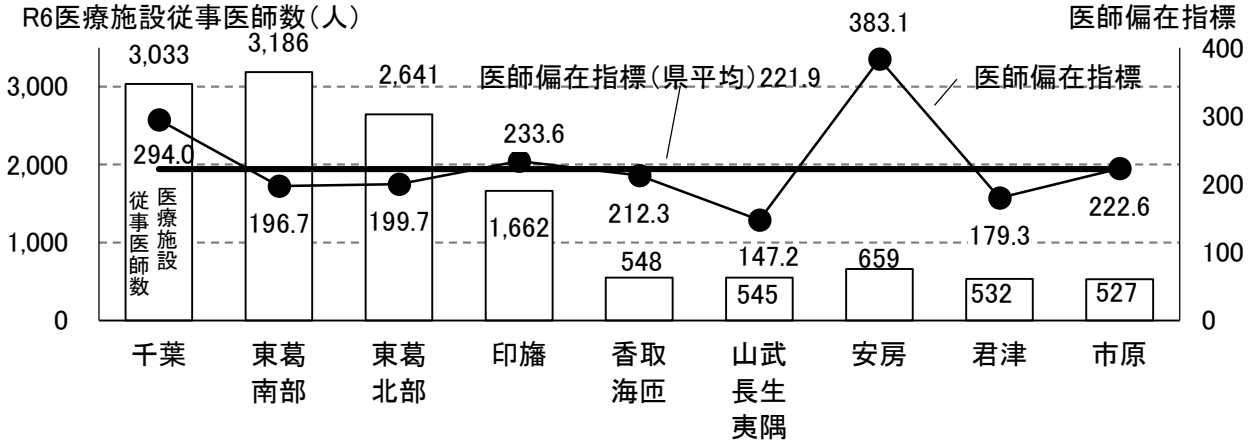
令和６年末現在、二次保健医療圏ごとの医療施設従事医師数は、最多の東葛南部保健医療圏で３，１８６人、最少の市原保健医療圏で５２７人となっています。医師全体の医師偏在指標では、最大は安房保健医療圏の３８３．１（全国３３０医療圏中、第９位）、最小は山武長生夷隅保健医療圏の１４７．２（同第３１３位）であり、約２．６倍の差があります。

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。

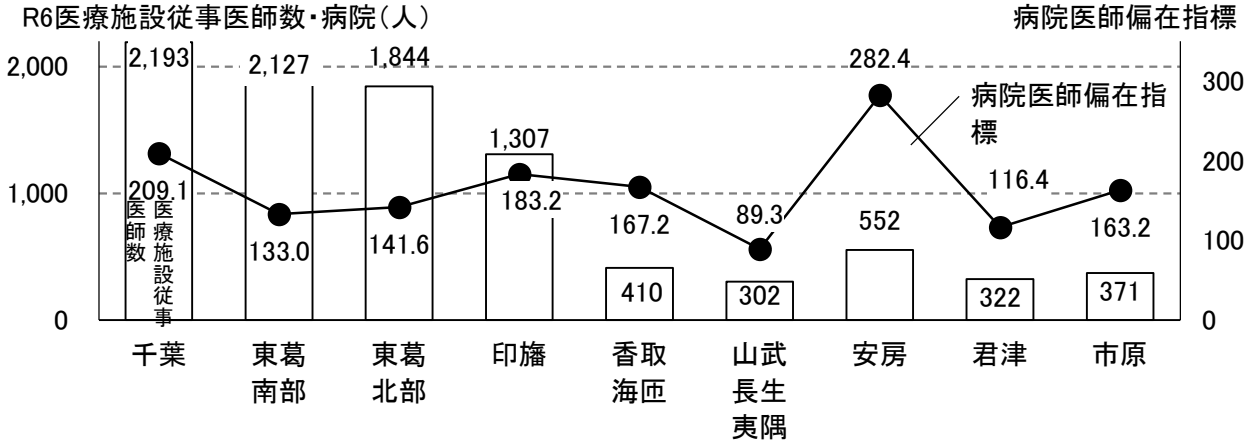
そのほか、二次保健医療圏ごとの診療科別の医師数は表のとおりです。診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて対応が必要です。

図表 8-2-1-6　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

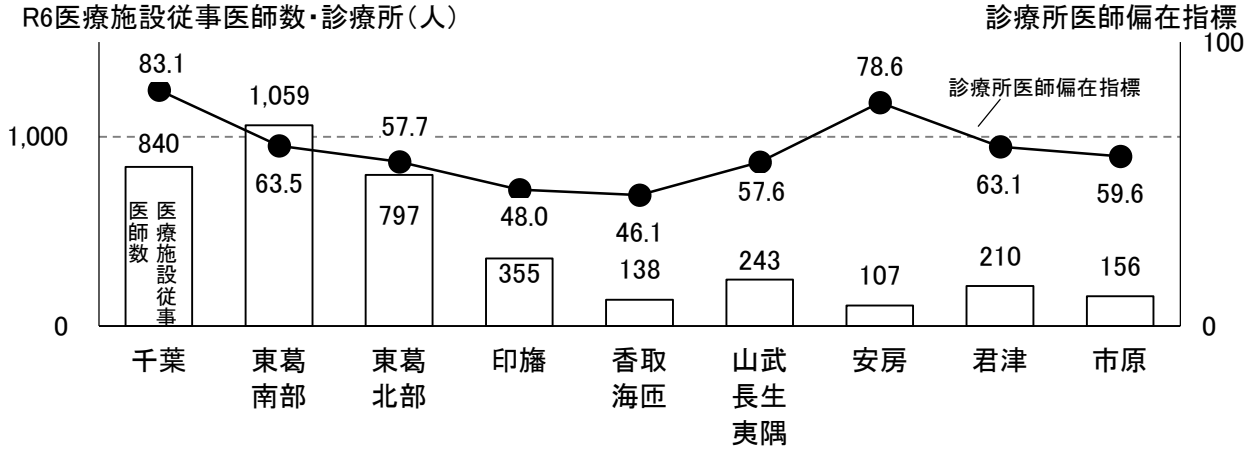
〔千葉県〕



〔千葉県_病院〕



〔千葉県_診療所〕



資料：〔医療施設従事医師数〕令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）、
〔医師偏在指標〕令和 8 年厚生労働省提供資料

図表 8-2-1-7　診療科別・二次保健医療圏別医療施設従事医師数（令和６年）

診療科＼医療圏		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	千葉県計
	人口(人)	983,896	1,806,989	1,435,446	729,327	250,508	401,163	114,508	322,881	266,861	6,311,579
内科	実数(人)	1,059	1,085	911	517	204	241	263	203	214	4,697
	人口10万対	107.6	60.0	63.5	70.9	81.4	60.1	229.7	62.9	80.2	74.4
皮膚科	実数(人)	72	106	74	48	8	11	8	21	10	358
	人口10万対	7.3	5.9	5.2	6.6	3.2	2.7	7.0	6.5	3.7	5.7
小児科	実数(人)	185	168	139	96	39	17	15	21	18	698
	人口10万対	18.8	9.3	9.7	13.2	15.6	4.2	13.1	6.5	6.7	11.1
精神科	実数(人)	155	174	109	58	26	42	24	37	26	651
	人口10万対	15.8	9.6	7.6	8.0	10.4	10.5	21.0	11.5	9.7	10.3
外科	実数(人)	276	238	287	149	34	52	44	44	62	1,186
	人口10万対	28.1	13.2	20.0	20.4	13.6	13.0	38.4	13.6	23.2	18.8
脳神経外科	実数(人)	71	74	55	44	5	17	7	10	13	296
	人口10万対	7.2	4.1	3.8	6.0	2.0	4.2	6.1	3.1	4.9	4.7
整形外科	実数(人)	238	212	140	113	35	57	32	42	32	901
	人口10万対	24.2	11.7	9.8	15.5	14.0	14.2	27.9	13.0	12.0	14.3
形成外科	実数(人)	59	49	41	23	5	3	4	2	6	192
	人口10万対	6.0	2.7	2.9	3.2	2.0	0.7	3.5	0.6	2.2	3.0
眼科	実数(人)	109	128	104	69	20	29	17	26	19	521
	人口10万対	11.1	7.1	7.2	9.5	8.0	7.2	14.8	8.1	7.1	8.3
耳鼻いんこう科	実数(人)	89	85	74	46	12	13	10	15	14	358
	人口10万対	9.0	4.7	5.2	6.3	4.8	3.2	8.7	4.6	5.2	5.7
産婦人科	実数(人)	128	155	120	68	13	15	20	22	17	558
	人口10万対	13.0	8.6	8.4	9.3	5.2	3.7	17.5	6.8	6.4	8.8
泌尿器科	実数(人)	77	90	68	59	19	8	20	15	15	371
	人口10万対	7.8	5.0	4.7	8.1	7.6	2.0	17.5	4.6	5.6	5.9
リハビリテーション科	実数(人)	29	63	35	10	4	7	9	4	10	171
	人口10万対	2.9	3.5	2.4	1.4	1.6	1.7	7.9	1.2	3.7	2.7
放射線科	実数(人)	62	51	62	43	11		14	3	4	250
	人口10万対	6.3	2.8	4.3	5.9	4.4	0.0	12.2	0.9	1.5	4.0
麻酔科	実数(人)	104	116	101	47	11	7	26	13	14	439
	人口10万対	10.6	6.4	7.0	6.4	4.4	1.7	22.7	4.0	5.2	7.0
病理診断科	実数(人)	29	21	20	16	6	1	10	2	4	109
	人口10万対	2.9	1.2	1.4	2.2	2.4	0.2	8.7	0.6	1.5	1.7
臨床検査科	実数(人)	8	5	7	2	1		1			24
	人口10万対	0.8	0.30	0.5	0.3	0.4	0.0	0.9	0.0	0.0	0.4
救急科	実数(人)	37	64	28	38	10	7	21	6	3	214
	人口10万対	3.8	3.5	2.0	5.2	4.0	1.7	18.3	1.9	1.1	3.4
臨床研修医	実数(人)	156	238	180	165	62	5	48	33	30	917
	人口10万対	15.9	13.2	12.5	22.6	24.7	1.2	41.9	10.2	11.2	14.5
その他・不詳	実数(人)	90	64	86	51	23	13	66	13	16	422
	人口10万対	9.1	3.5	6.0	7.0	9.2	3.2	57.6	4.0	6.0	6.7
総数	実数(人)	3,033	3,186	2,641	1,662	548	545	659	532	527	13,333
	人口10万対	308.3	176.3	184.0	227.9	218.8	135.9	575.5	164.8	197.5	211.2

資料：令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）・住民基本台帳（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、住民基本台帳（令和７年１月１日現在）による。

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８年４月現在、県内４０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８年度研修開始の研修において、採用数は４６４名、募集定員に対する充足率は９４％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３年３月に実施された厚生労働省の「令和３年臨床研修修了者アンケート調査」によると、臨床研修修了者の約９割が専門研修を行う予定と回答しています。

また、厚生労働省の研究事業のうち、令和５年度に実施された「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」によれば、６割を超える医師が、専門研修修了後に専門研修の基幹施設が所在する都道府県に残る意向があるとされています。

令和８年度に研修を開始するプログラムとしては、県内の５１基幹施設において１９基本領域・２１７プログラムが用意され、４９８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、県内での臨床研修採用数を上回っており、若手医師の確保対策において一定の成果が見られるところですが、引き続き、研修制度の運用により、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 8-2-1-8　二次保健医療圏別研修病院等の状況（令和８年度研修開始分）

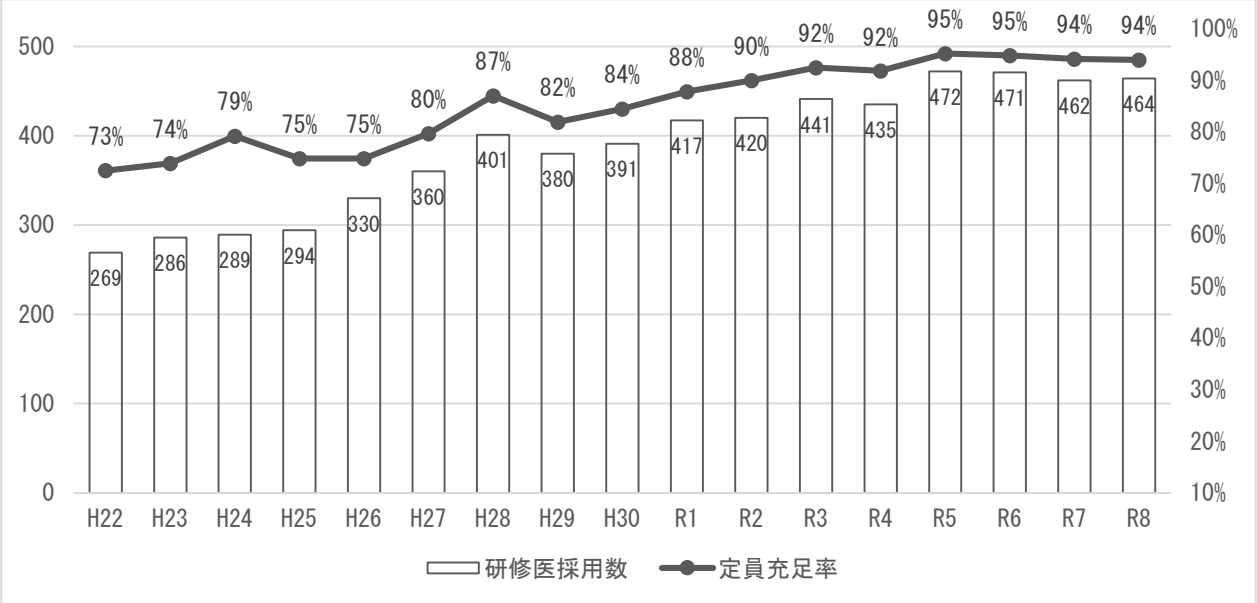
（施設、人）

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	99	95	11	316	199
東葛南部	13	132	125	14	255	100
東葛北部	9	92	88	10	172	53
印旛	5	83	68	5	239	82
香取海匝	1	31	31	1	51	14
山武長生夷隅	1	6	6	3	9	0
安房	1	24	24	3	71	39
君津	1	14	14	2	12	4
市原	2	13	13	2	31	7
計	40	494	464	51	1,156	498

施設数は令和８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８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。

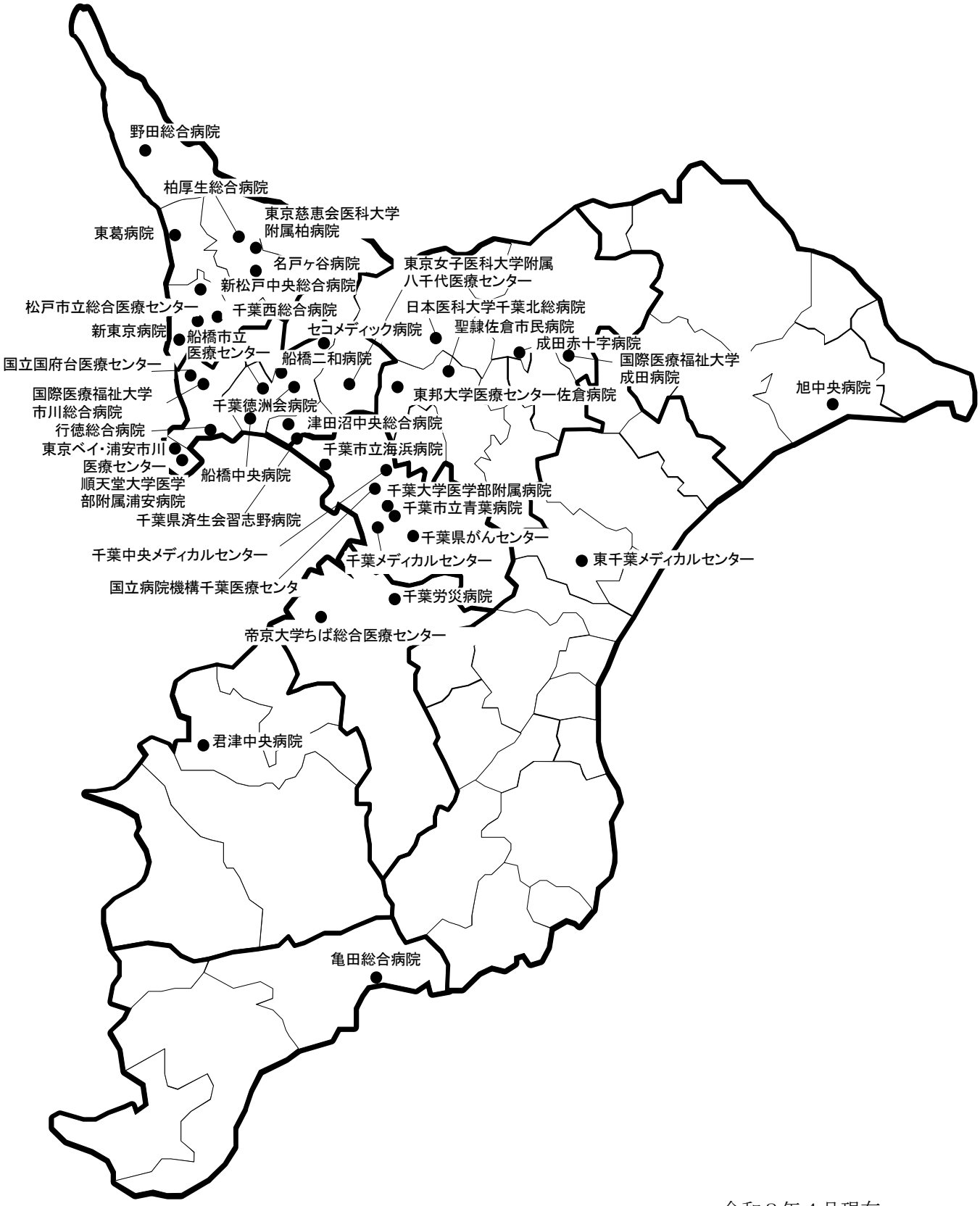
資料：臨床研修：千葉県調査、専門研修：（一社）日本専門医機構資料

図表 8-2-1-9　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 8-2-1-10　千葉県内の基幹型臨床研修病院



令和８年４月現在

図表 8-2-1-11　千葉県内の専門研修基幹施設



令和８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きました。千葉県では医師数は増加傾向にあるものの、地域によって偏在が見られるほか、今後は高齢化の進展に伴う医療ニーズの変化や医療の高度化への対応が求められることから、医師一人ひとりにかかる負担の増加が懸念されています。

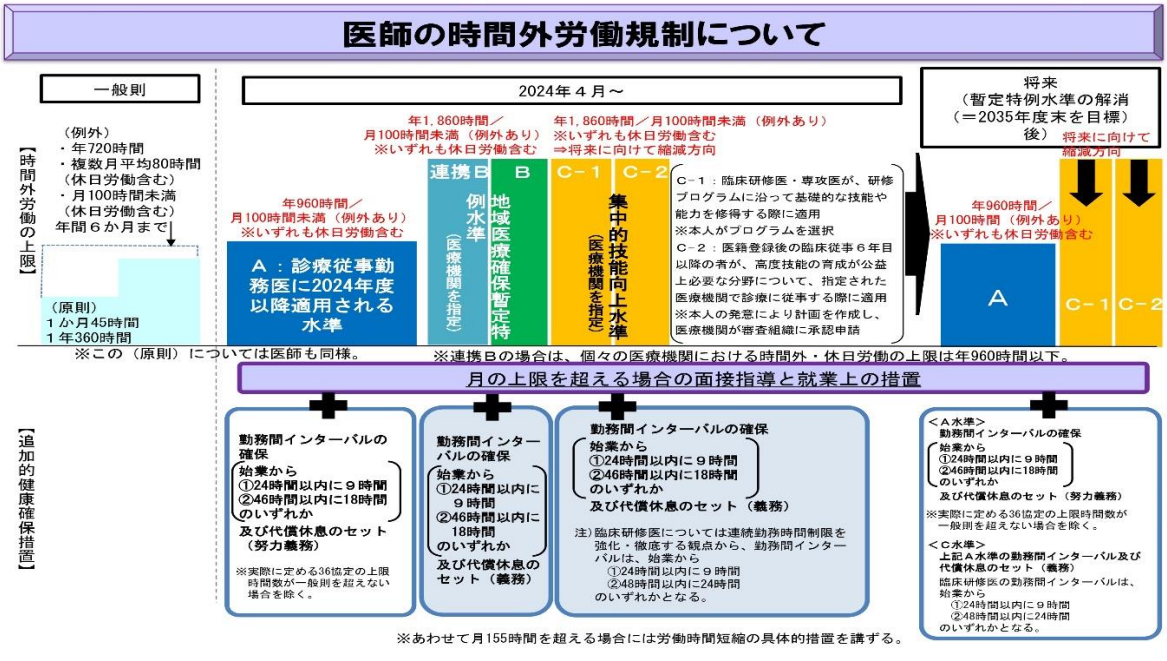
こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・県民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要です。

医療機関の機能分化・連携の促進や、各職種の専門性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 8-2-1-12　医師の時間外労働規制の概要



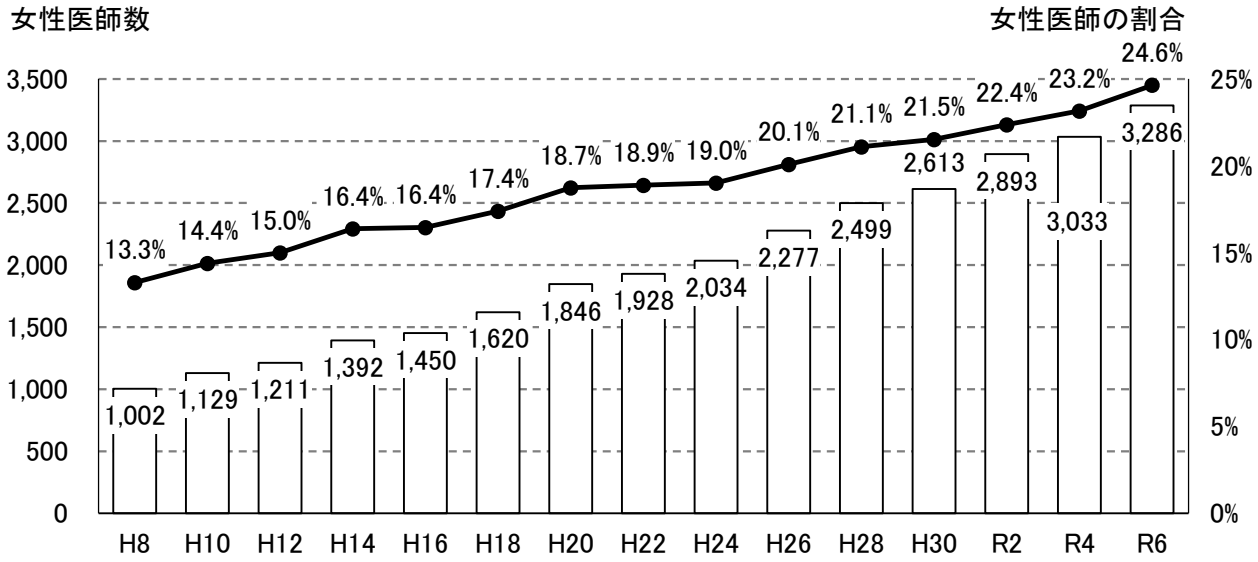
資料：厚生労働省資料（第５６４回中央社会保険医療協議会資料）

図表　8-2-1-13 千葉県の特定労務管理対象機関（Ｂ・連携Ｂ・Ｃ水準の医療機関）の指定の状況（令和７年３月時点）

二次保健医療圏	医療機関名
千　葉 （7 機関）	千葉大学医学部附属病院、千葉県総合救急災害医療センター、千葉県こども病院、 千葉市立青葉病院、千葉市立海浜病院、千葉脳神経外科病院、みつわ台総合病院
東葛南部 （8 機関）	習志野第一病院、東京女子医科大学附属八千代医療センター、 船橋市立医療センター、千葉徳洲会病院、東京ベイ・浦安市川医療センター、 行徳総合病院、東京歯科大学市川総合病院、順天堂大学医学部附属浦安病院
東葛北部 （4 機関）	松戸市立総合医療センター、新東京病院、千葉西総合病院、 東京慈恵会医科大学附属柏病院
印　旛 （4 機関）	成田赤十字病院、東邦大学医療センター佐倉病院、日本医科大学千葉北総病院、 成田富里徳洲会病院
香取海匝 （1 機関）	旭中央病院
山武長生夷隅 （1 機関）	東千葉メディカルセンター
君　津 （1 機関）	君津中央病院
市　原 （2 機関）	千葉県循環器病センター、帝京大学ちば総合医療センター

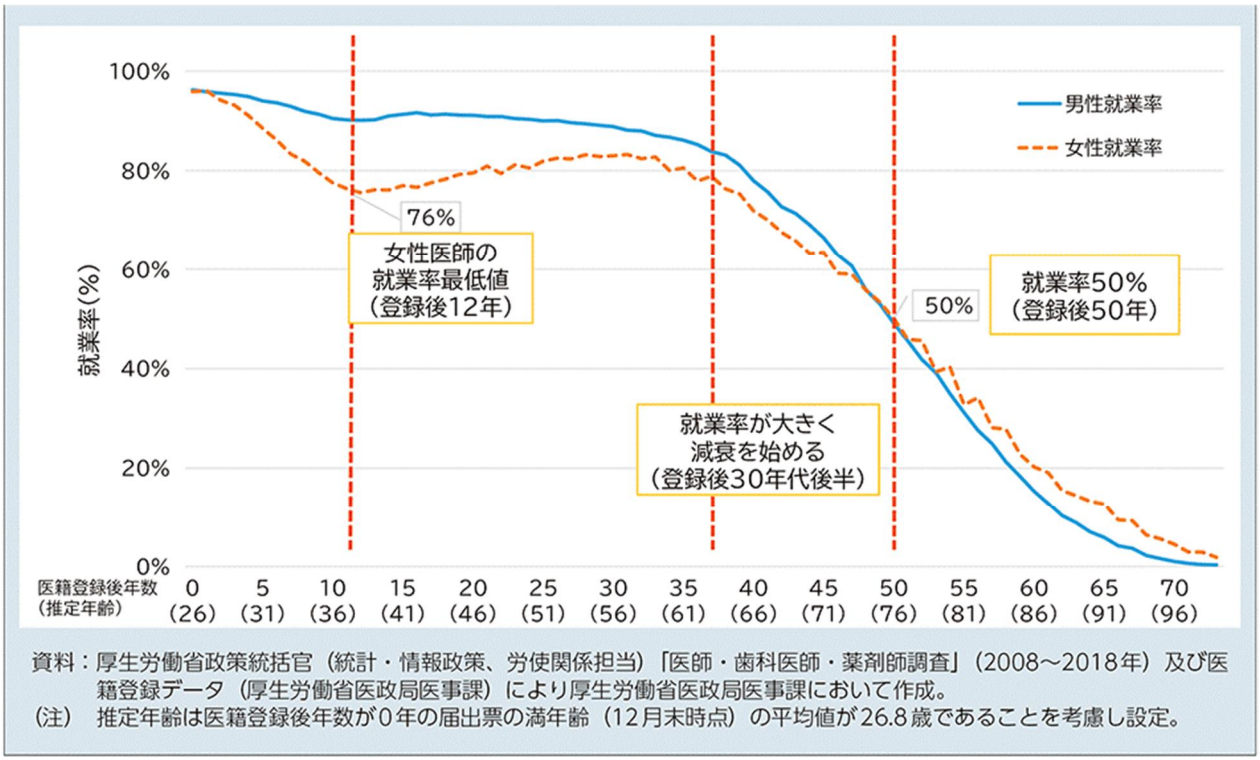
※　医療機関ごとに指定されますが、特例水準は医師個人に適用されるものであり、指定された医療機関の医師全員が特例水準の適用を受けるわけではありません。

図表 8-2-1-14　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：令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 8-2-1-15 医籍登録後年数別の就業率



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

資料：令和４年版厚生労働白書

（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

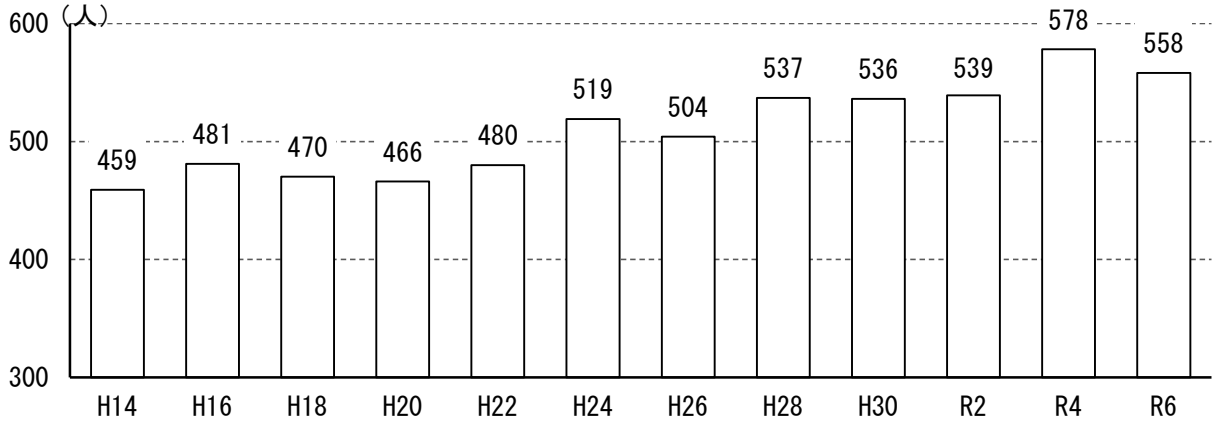
(ｱ)　千葉県の状況

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６年末現在では５５８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）は令和６年では３８８人であり、全国第７位です。

しかしながら、分娩取扱医師偏在指標は、全国第３５位の１２．３５、全国平均の１３．３９を下回っており、相対的に少ない状況にあります。

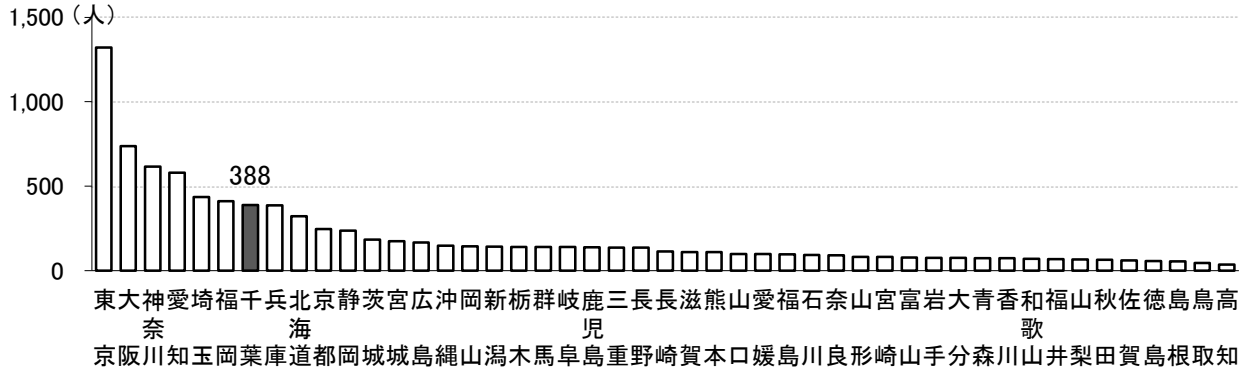
図表 8-2-2-1　医療施設従事医師数（産婦人科・産科・婦人科）の推移（千葉県）



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

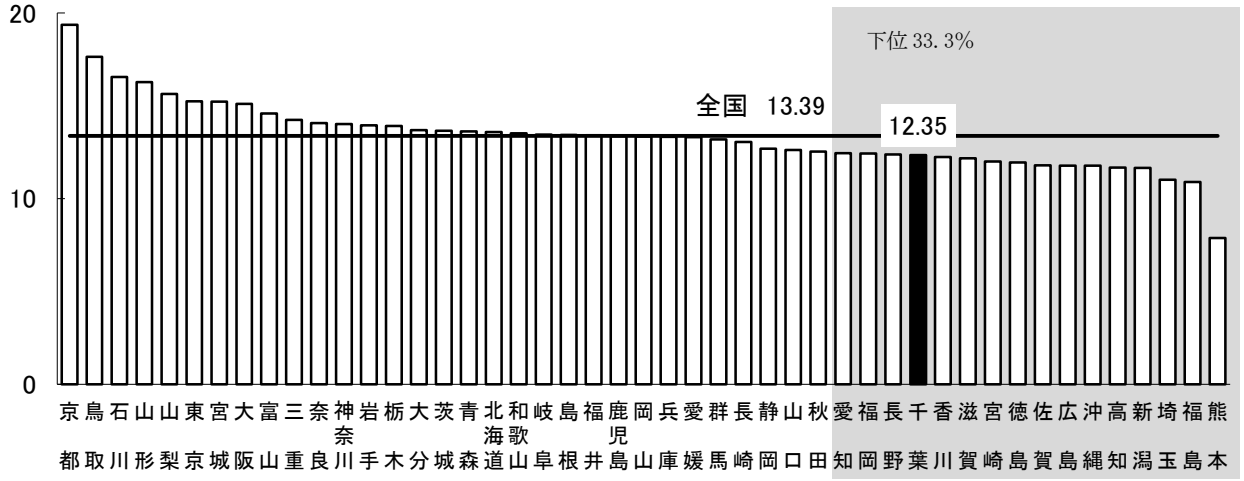
図表 8-2-2-2　都道府県別医療施設従事医師数

（令和６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）



資料：令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 8-2-2-3　都道府県別医師偏在指標（分娩取扱医師）



資料：令和８年厚生労働省提供資料

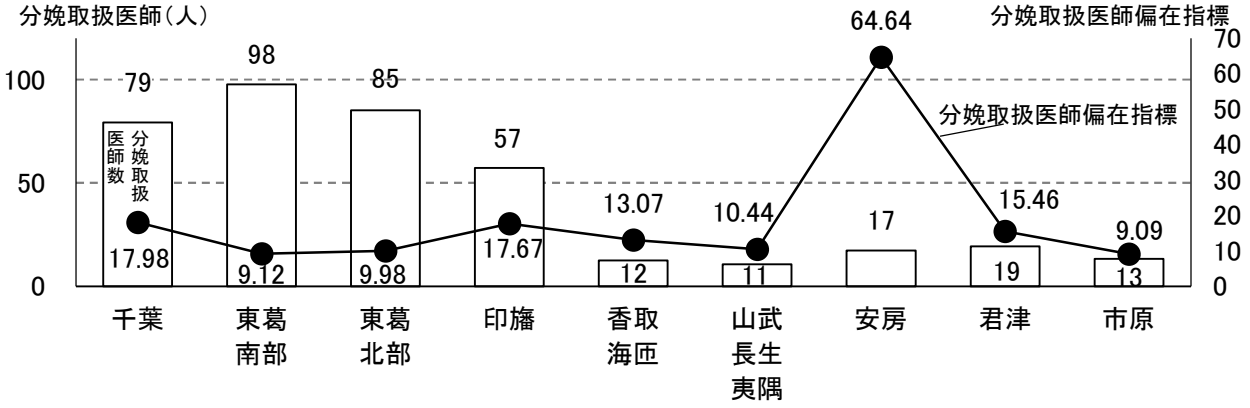
(ｲ)　二次保健医療圏ごとの状況

令和６年末の医師数をもとに算定した医師偏在指標（分娩取扱医師）では、最大は安房保健医療圏の６４．６４（全国２６３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２５６周産期医療圏中、第４位）、最小は市原保健医療圏の９．０９（同第２１０位）であり、約７．１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９８人、最少の山武長生夷隅保健医療圏で１１人となっています。

分娩取扱施設当たり分娩取扱医師数は、最多は安房保健医療圏の８．６人、最少は市原保健医療圏の２．２人であり、約３．９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について、最多は東葛南部保健医療圏の１０８件、最少は安房保健医療圏の１６件であり、約６．８倍の差があります。

図表 8-2-2-4　二次保健医療圏別分娩取扱医師数及び分娩取扱医師偏在指標

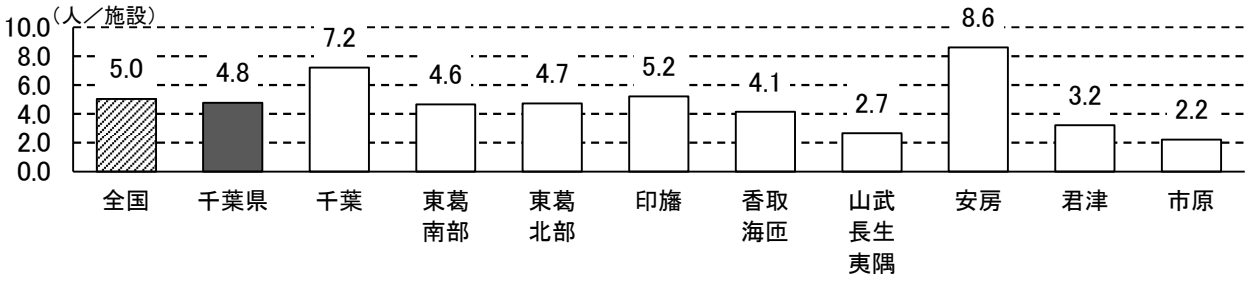


※１「分娩取扱医師」は、産婦人科・産科・婦人科のいずれかを主たる診療科とし、過去２年以内に分娩を取り扱った医師数。

※２　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。

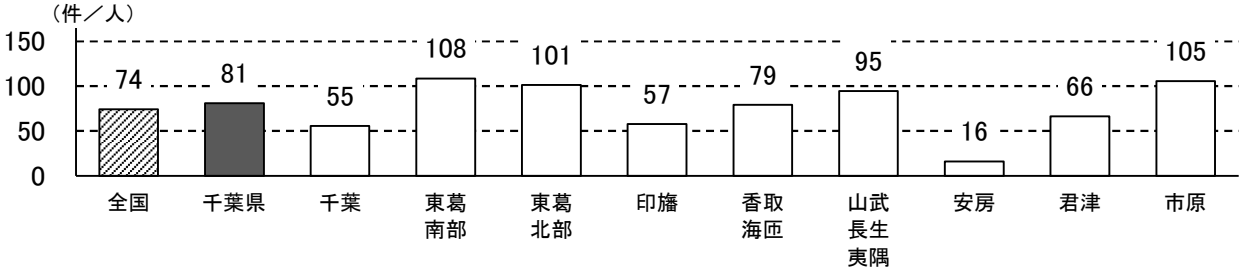
資料：〔分娩取扱医師数〕令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
〔医師偏在指標〕令和８年厚生労働省提供資料

図表 8-2-2-5　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



資料：令和８年厚生労働省提供資料
令和５年医療施設調査

図表 8-2-2-6　二次保健医療圏別・分娩取扱医師数当たり年間分娩件数



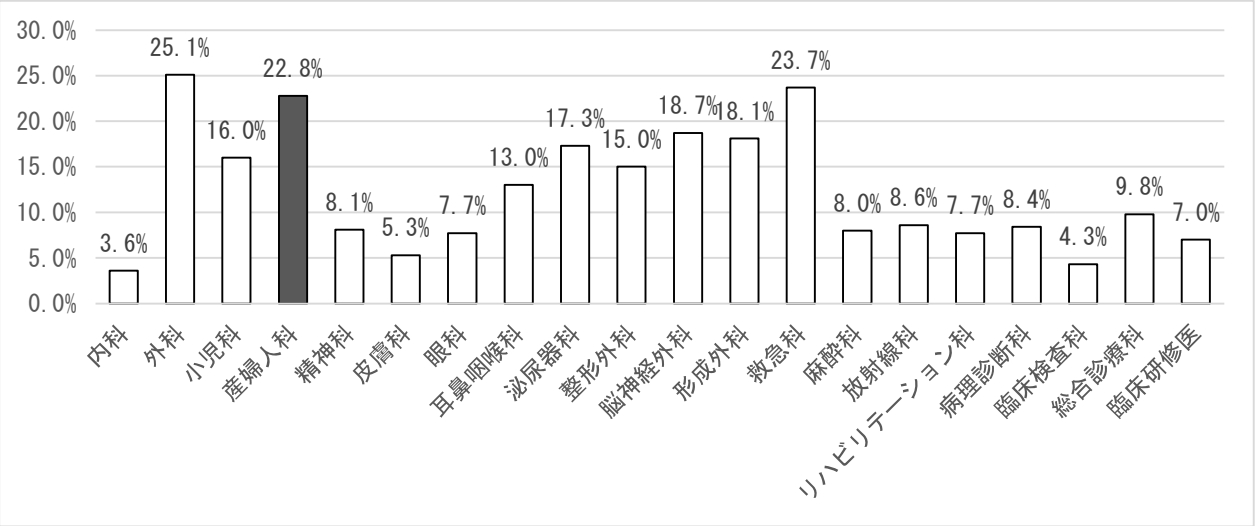
資料：令和８年厚生労働省提供資料

イ　医師の働き方改革

２４時間体制で分娩に対応する必要の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 8-2-2-7　週労働時間が 60 時間以上の診療科別割合（病院・常勤勤務医）



※１　労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。

※２　宿日直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。
（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）

※３　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労働時間から除外している。

※４　時間外労働の上限時間年 960 時間は、（週労働時間 60 時間－40 時間）×48 週で換算する。

資料：令和７年 医師の勤務実態把握のための調査事業

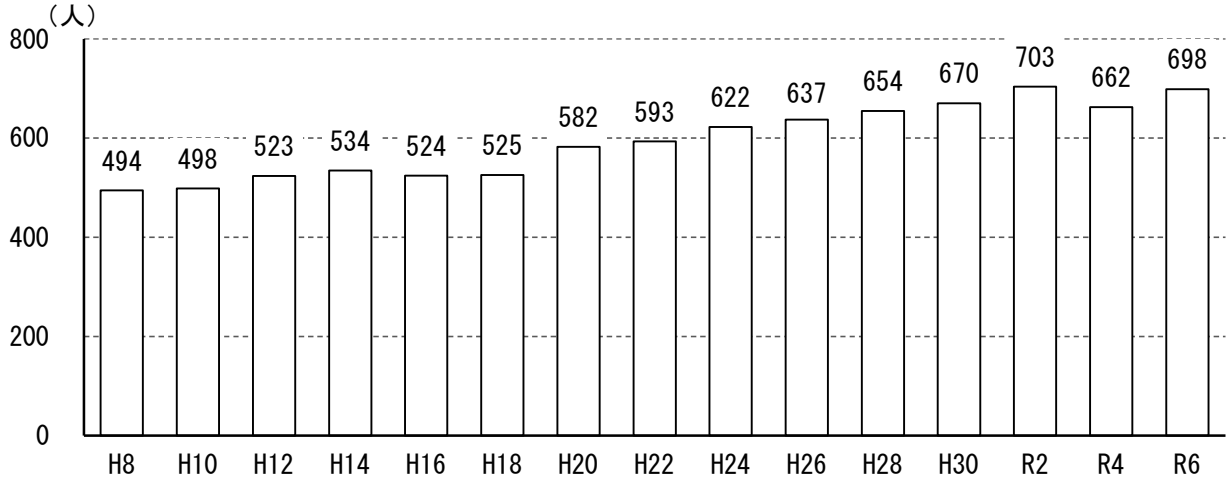
（３）小児科医の確保に関する現状と課題

ア　小児科医師数及び医師の偏在

(ｱ)　千葉県の状況

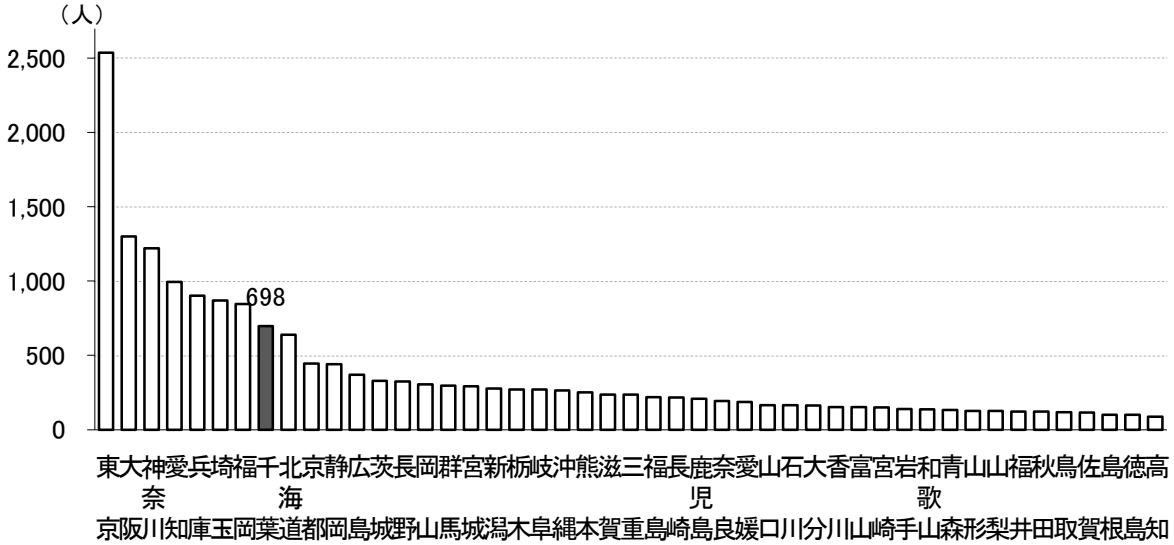
千葉県における医療施設従事医師数（小児科）は増加傾向にあり、令和６年末現在では、全国第８位の６９８人となっています。しかしながら、小児科医についての医師偏在指標は、全国最下位の１０１．３と、全国平均の１２６．０を下回っており、相対的に少ない状況にあります。

図表 8-2-3-1　医療施設従事医師数（小児科）の推移（千葉県）



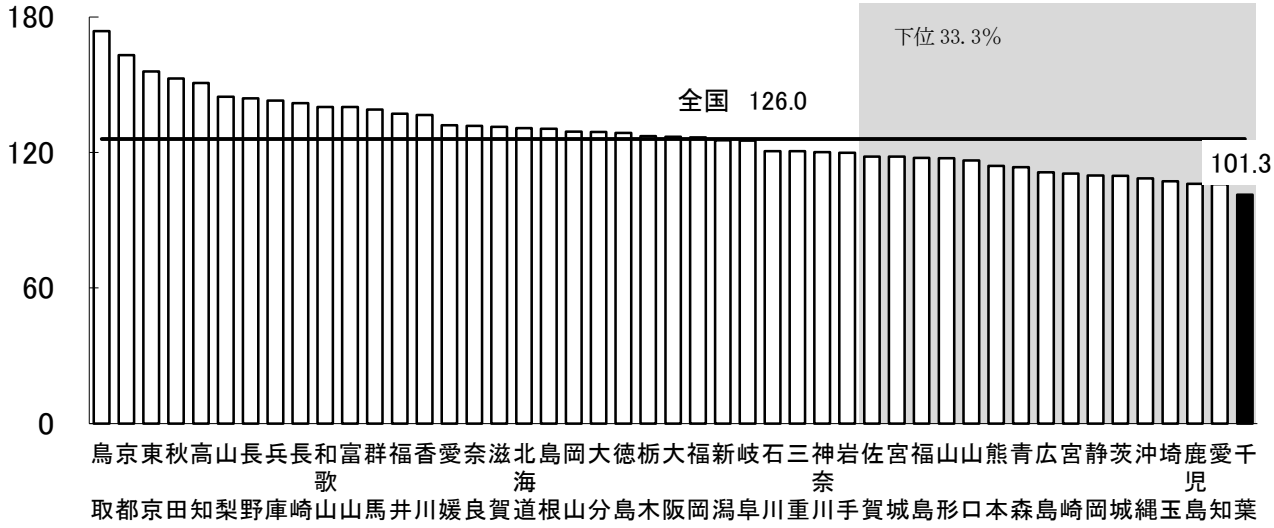
資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 8-2-3-2　都道府県別医療施設従事医師数（令和６年小児科）



資料：令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 8-2-3-3　都道府県別医師偏在指標（小児科）

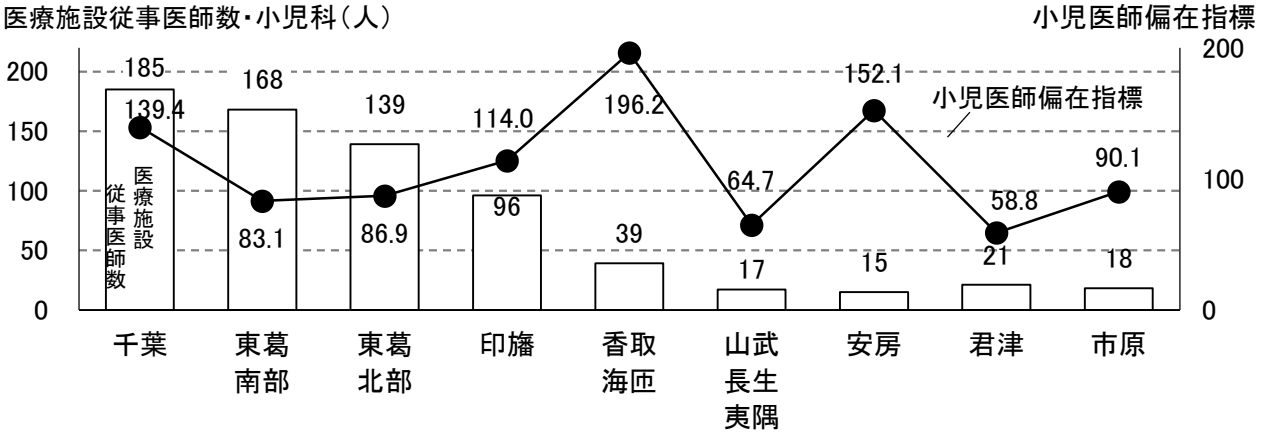


資料：令和８年厚生労働省提供資料

(ｲ)　二次保健医療圏ごとの状況

令和６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１８５人、最少の安房保健医療圏で１５人となっています。医師偏在指標（小児科）では、最大は香取海匝保健医療圏の１９６．２（全国３０６小児医療圏中、第１６位）、最小は君津保健医療圏の５８．８（同第２９９位）であり、約３．３倍の差があります。

図表 8-2-3-4　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６年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）
〔医師偏在指標〕令和８年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２３６．０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、１９３．７以下（下位３３．３％に相当）である二次医療圏及び医師偏在指標が中位３３．３％に該当する二次医療圏のうちへき地尺度が上位１０％の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くない都道府県や二次医療圏においても、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（二次医療圏）と考えるのではなく、当該都道府県（二次医療圏）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 8-3-1-1　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	221.9	266.8	47 都道府県中 第 40 位	医師少数都道府県
産　科	12.35	13.39	47 都道府県中 第 35 位	相対的医師少数都道府県
小児科	101.3	126.0	47 都道府県中 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。

(ｱ)　医師全体

図表 8-3-1-2　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	294.0	330 医療圏中　第 52 位	医師多数区域
東葛南部	196.7	第 210 位	
東葛北部	199.7	第 201 位	
印旛	233.6	第 116 位	
香取海匝	212.3	第 165 位	
山武長生夷隅	147.2	第 313 位	医師少数区域
安房	383.1	第　9 位	医師多数区域
君津	179.3	第 252 位	医師少数区域
市原	222.6	第 134 位	

(ｲ)　分娩取扱医師

図表 8-3-1-3　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	17.98	256 周産期医療圏*中 第 48 位	
東葛南部	9.112	第 209 位	
東葛北部	9.98	第 190 位	相対的医師少数区域
印旛	17.67	第 53 位	相対的医師少数区域
香取海匝	13.07	第 123 位	
山武長生夷隅	10.44	第 182 位	相対的医師少数区域
安房	64.64	第　4 位	
君津	26.46	第 77 位	
市原	9.09	第 210 位	相対的医師少数区域

※　全国２６３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２５６周産期医療圏。

(ｳ) 小児科医

図表 8-3-1-4　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	139.4	306 小児医療圏中 第 72 位	
東葛南部	83.1	第 261 位	相対的医師少数区域
東葛北部	86.9	第 253 位	相対的医師少数区域
印旛	114.0	第 165 位	
香取海匝	196.2	第 15 位	
山武長生夷隅	64.7	第 294 位	相対的医師少数区域
安房	152.1	第 50 位	
君津	58.8	第 299 位	相対的医師少数区域
市原	90.1	第 243 位	相対的医師少数区域

（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１１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、１４，６２０人であり、令和６年末時点の１３，３３３人から、１，２８７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（１３，６４５人）と千葉県全体の目標医師数（１４，６２０人）との差（９７５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 8-3-2-1　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

計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏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。

ただし、計画期間開始時に既に下位 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数を達成している場合は、計画開始時の医師数とする。

・医師少数区域、医師多数区域のどちらでもない区域

計画開始時の医師数。ただし、計画開始時の医師偏在指標を維持するために必要な医師数が、計画開始時の医師数を上回る場合は、その必要な医師数とする。

・医師多数区域

計画開始時の医師数。

図表 8-3-2-2　二次保健医療圏別目標医師数（医師全体）

（単位：人）

		(R11 年度末) 目標医師数	(参考・R6 末) 現状の医師数	設定の考え方
千葉県		14,620	13,333	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
二次保健医療圏	千葉	3,033	3,033	現状の医師数の維持
	東葛南部	3,194	3,186	計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数
	東葛北部	2,713	2,641	
	印旛	1,699	1,662	
	香取海匝	548	548	現状の医師数の維持
	山武長生夷隅	696	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
	安房	659	659	現状の医師数の維持
	君津	576	532	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
	市原	527	527	現状の医師数の維持
	合計	13,645	13,333	

※現状の医師数は「令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）の医療施設従事医師数

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 8-3-2-3　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）

		分娩取扱医師		小児科		設定の考え方
		(R11 年度末) 偏在対策基準医師数	(参考・R6 末) 現状の医師数	(R11 年度末) 偏在対策基準医師数	(参考・R6 末) 現状の医師数	
千葉県		367	392	747	698	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
二次保健医療圏	千葉	44	79	123	185	
	東葛南部	110	98	192	168	
	東葛北部	88	85	155	139	
	印旛	33	57	79	96	
	香取海匝	9	12	17	39	
	山武長生夷隅	10	11	21	17	
	安房	2	17	9	15	
	君津	13	19	31	21	
	市原	14	13	18	18	
	合計	323	392	645	698	

※１「分娩取扱医師」の現状の医師数は、「令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）に厚生労働省の個別調査を反映したもの。

※２「小児科」の現状医師数は、「令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）による。

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６年時点の医師数（１３，３３３人）よりも３，５４５人多い１６，８７８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 8-3-2-4　　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	335,214	401,886	66,672	337,770	2,556
北海道	14,444	14,620	176	13,416	▲ 1,028
青　森	3,348	3,199	▲ 149	2,457	▲ 891
岩　手	3,197	3,121	▲ 77	2,356	▲ 841
宮　城	6,192	7,571	1,379	5,921	▲ 271
秋　田	2,633	2,742	108	2,422	▲ 211
山　形	2,910	3,098	188	2,328	▲ 582
福　島	4,815	4,627	▲ 188	2,253	▲ 2,562
茨　城	7,740	8,209	469	5,757	▲ 1,983
栃　木	5,268	5,522	254	3,815	▲ 1,453
群　馬	5,450	5,490	41	4,402	▲ 1,048
埼　玉	18,938	18,106	▲ 832	14,072	▲ 4,866
千　葉	16,878	17,330	452	14,592	▲ 2,285
東　京	36,340	59,360	23,020	50,086	13,746
神奈川	24,052	26,490	2,438	23,356	▲ 696
新　潟	5,907	4,870	▲ 1,037	4,709	▲ 1,198
富　山	2,799	3,281	482	2,647	▲ 152
石　川	3,080	4,050	970	3,254	174
福　井	2,034	2,633	599	2,024	▲ 9
山　梨	2,172	2,256	84	1,910	▲ 263
長　野	5,688	5,748	60	5,303	▲ 386
岐　阜	5,072	5,721	649	4,505	▲ 566
静　岡	9,830	10,182	352	8,357	▲ 1,473
愛　知	19,560	20,761	1,201	19,066	▲ 493
三　重	4,570	5,028	458	4,420	▲ 150
滋　賀	3,643	4,162	520	3,642	▲ 1
京　都	6,966	10,707	3,741	9,075	2,109
大　阪	23,112	30,163	7,052	27,369	4,257
兵　庫	14,542	18,098	3,556	14,980	438
奈　良	3,633	4,802	1,169	3,736	103
和歌山	2,459	3,490	1,031	2,792	333
鳥　取	1,566	2,029	463	1,533	▲ 34
島　根	1,777	2,279	502	1,703	▲ 75
岡　山	5,063	7,404	2,341	6,179	1,116
広　島	7,489	8,576	1,087	7,468	▲ 22
山　口	3,570	3,779	209	2,965	▲ 605
徳　島	1,986	2,776	790	2,416	430
香　川	2,552	3,174	622	2,691	139
愛　媛	3,610	4,110	500	3,244	▲ 366
高　知	1,890	2,512	622	2,032	142
福　岡	13,889	18,907	5,018	17,383	3,494
佐　賀	2,252	3,096	844	2,333	82
長　崎	3,446	4,547	1,101	3,911	465
熊　本	4,734	6,547	1,813	5,182	448
大　分	3,086	3,809	723	3,089	3
宮　崎	2,982	3,120	137	2,649	▲ 333
鹿児島	4,329	5,231	902	4,653	324
沖　縄	3,850	4,552	702	3,318	▲ 533

資料：令和８年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展開の方向性

（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及び医師の偏在是正を図ります。

また、効率的な医療提供体制に配意しながら、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年度から適用された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、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展開の方向性

⑺　医師数の増加

- **県内関係者と連携した取組の推進**
- **地域医療に従事する医師の養成・確保**
- **研修環境の充実等による若手医師の確保**

⑴　医師の働き方改革の推進

- **就労環境の向上と復職支援**
- **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**

⑼　上手な医療のかかり方への県民の理解促進

- **かかりつけ医の定着と適切な受療行動についての理解の促進**
- **必要に応じた転院等の県民理解の促進**
- **医療情報提供システムの充実**
- **救急安心電話相談事業の充実・強化 等**

（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展開の方向性

(ｱ)　効率的な医療提供体制の確立

・保健医療圏内の連携体制や保健医療圏を越えた医療提供体制の強化の推進

・医療機関の役割分担の明確化や効率的な医療提供体制の整備の促進

(ｲ)　産科医の増加

・研修環境の充実等による若手医師の養成・確保

・関係医療機関と連携したキャリア形成支援

(ｳ)　医師の働き方改革の推進

・就労環境の向上と復職支援

・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

(ｴ)　上手な医療のかかり方への理解促進

・かかりつけ医の定着と適切な受療行動についての理解の促進

・妊娠に関する正確な情報の提供と安心・安全な出産の支援

・適切な時期の健康教育や健康診査、保健指導の実施

（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意しながら、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。

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展開の方向性

(ｱ)　効率的な医療提供体制の確立

・保健医療圏内の連携体制や保健医療圏を越えた医療提供体制の強化の推進

・医療機関の役割分担の明確化や効率的な医療提供体制の整備の促進

・内科医等の他診療科の医師への研修会の実施

(ｲ)　小児科医の増加

・研修環境の充実等による若手医師の養成・確保

・関係医療機関と連携したキャリア形成支援

(ｳ)　医師の働き方改革の推進

・就労環境の向上と復職支援

・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

(ｴ)　上手な医療のかかり方への理解促進

・かかりつけ医の定着と適切な受療行動についての理解の促進

・小児救急電話相談事業の充実・強化

・子どもの急病や事故時の対応に関する知識の普及啓発

５　重点的に医師の確保を図る必要がある区域における施策

（１）重点医師偏在対策支援区域の考え方

重点医師偏在対策支援区域の設定については、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、区域外から医師を確保できないと医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師の確保を図る必要がある区域に限り、設定することとします。

〔設定する区域〕

次の二次保健医療圏を重点医師偏在対策支援区域として設定します。

○　山武長生夷隅保健医療圏

○　君津保健医療圏

（２）支援対象医療機関の考え方

支援対象医療機関については、重点医師偏在対策支援区域内に存在する全ての医療機関を一律に対象とするのではなく、重点医師偏在対策支援区域内に存在する医療機関のうち特に支援を行う必要がある医療機関を選定します。

重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関を選定するにあたっては、設立母体に係わらず、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件等を考慮しながら、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ることとします。

（３）区域における必要な医師数

重点医師偏在対策支援区域ごとに、計画期間終了時点である令和１１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。

山武長生夷隅保健医療圏及び君津保健医療圏は、「医師少数都道府県の医師少数区域」に該当します。よって、候補区域の要件を脱することできるために必要な医師数は、第８章３で定めた目標の考え方と同じ、「計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏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」を設定します。

この定義により算定した目標医師数は、山武長生夷隅保健医療圏では、６９６人であり、令和６年末時点の５４５人から、１５１人増加が必要です。君津保健医療圏では、５７６人であり、令和６年末時点の５３２人から、４４人の増加が必要です。

図表 8-5-3-1　重点医師偏在対策支援区域別目標医師数

（単位：人）

重点医師偏在対策支援区域	(R11 年度末) 目標医師数	(参考・R6 末) 現状の医師数	設定の考え方
山武長生夷隅	696	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
君津	576	532	

第９章　評価指標

「千葉県保健医療計画」における評価指標については、令和８年度末までに目標を設定している指標等について、令和１１年度に向けた見直しを実施し、見直した指標について、以下とおり変更します。

参考に、見直し前の評価指標が記載されている箇所を「〇〇ページ」のように示しています。

見直した指標を掲載予定