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

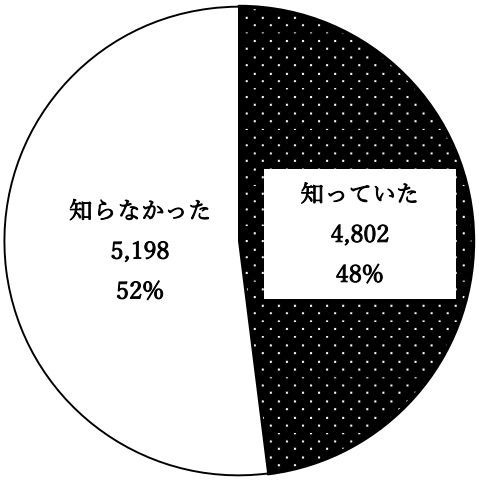
３　国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

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。

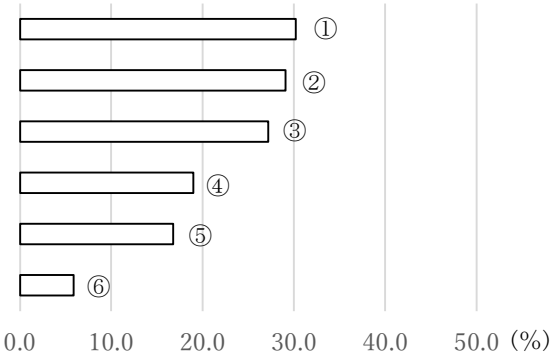


資料：医療に関する県民意識調査（令和８年）（千葉県）

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



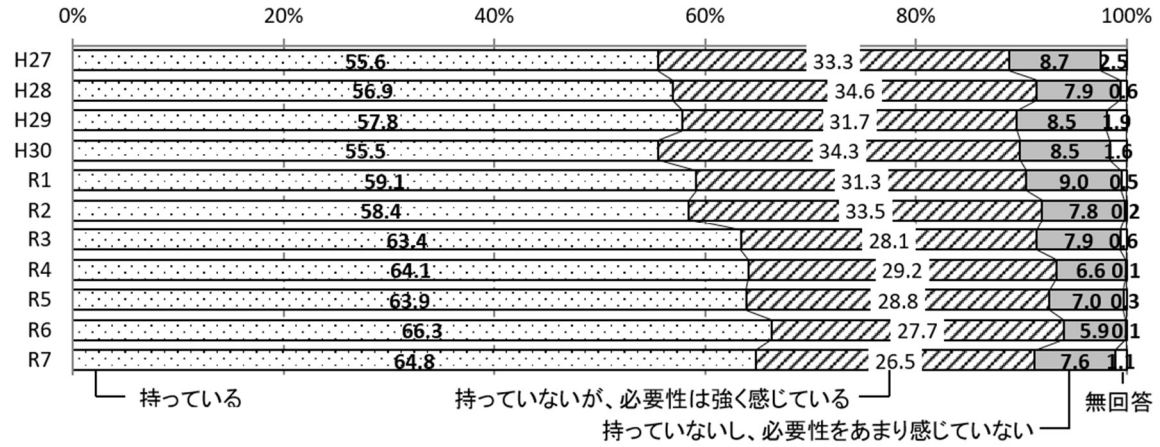
資料：医療に関する県民意識調査（令和８年）（千葉県）

（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。

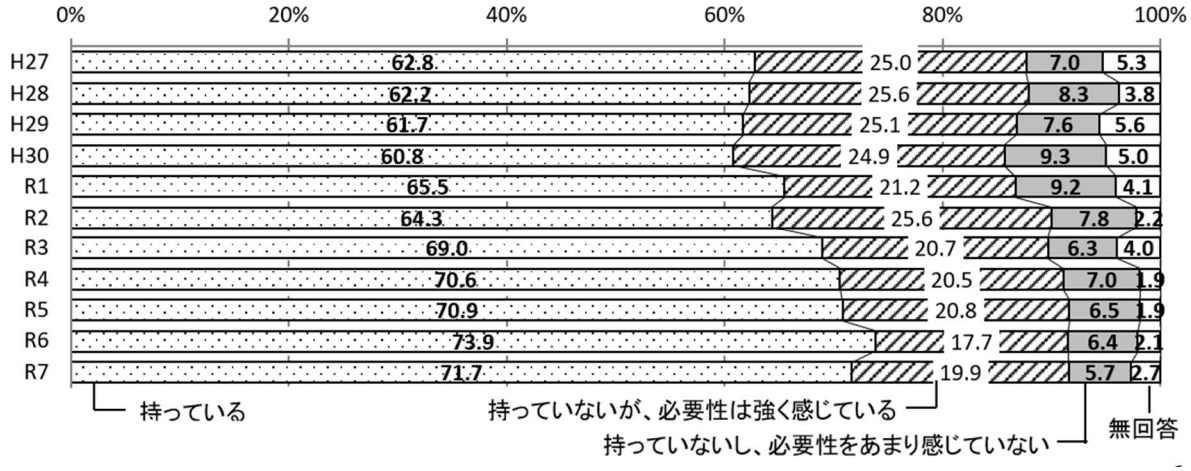
今後も、身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供する役割等を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医について県民に定着促進を図る取組が必要です。

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。

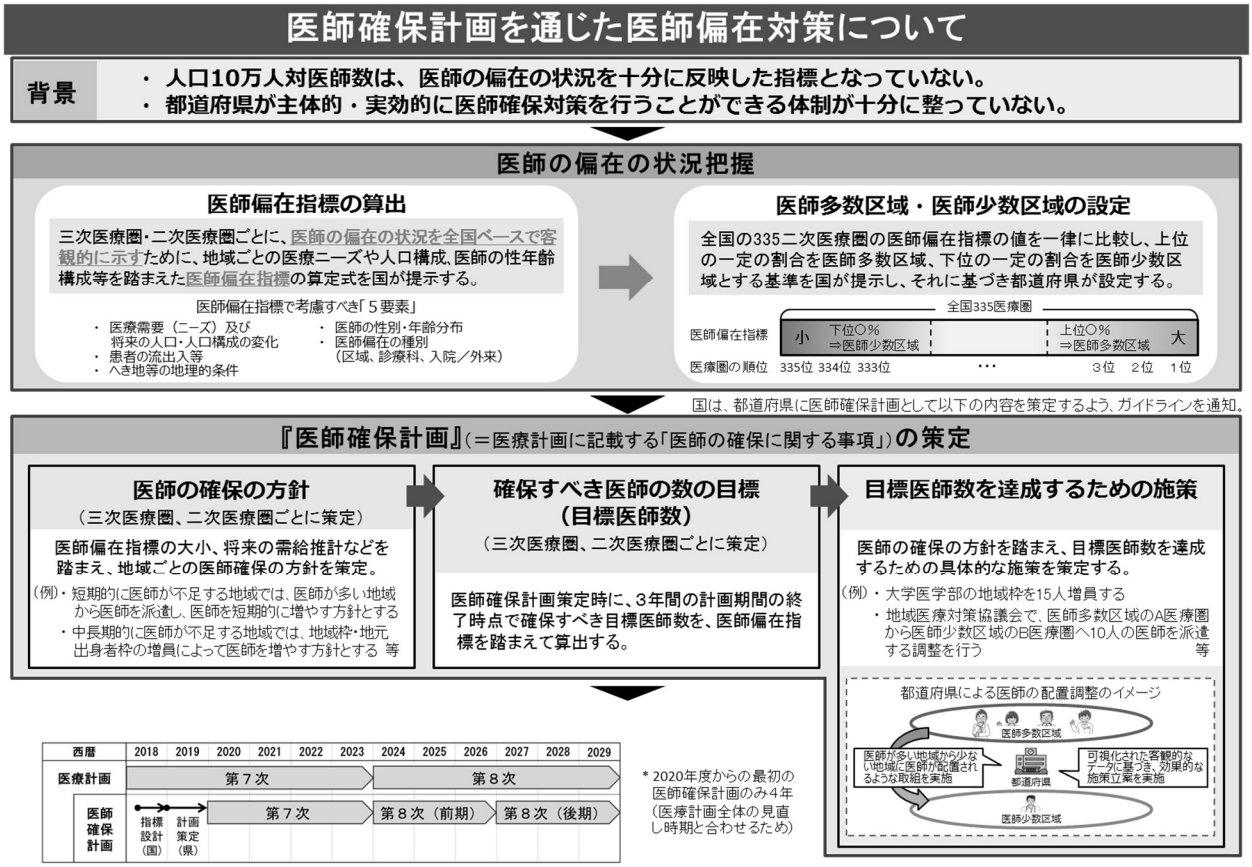
ガイドラインでは、医師の確保に関する事項を定めるに当たっては、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」といいます。）を国が算出し、これに基づいて医師少数都道府県（区域）・医師多数都道府県（区域）を設定し、医師の確保の方針、確保すべき医師の数の目標及び医師の確保に関する施策を定めることとしています。

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

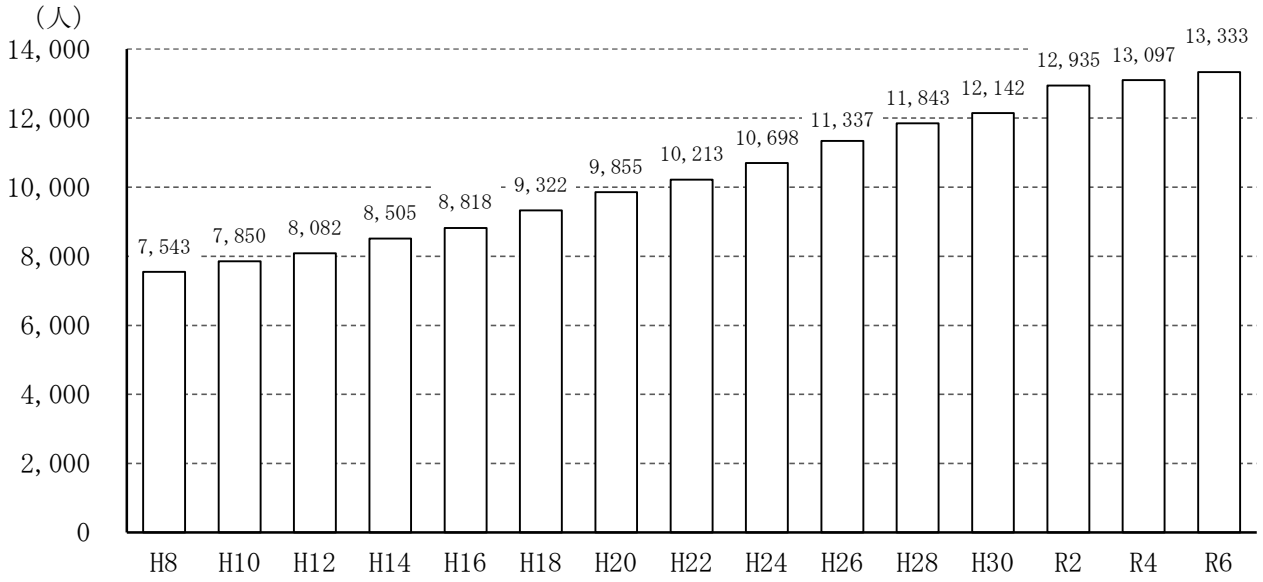
千葉県における医療施設従事医師数は増加傾向にあり、令和６年末現在では、全国第８位の１３，３３３人となっています。

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。

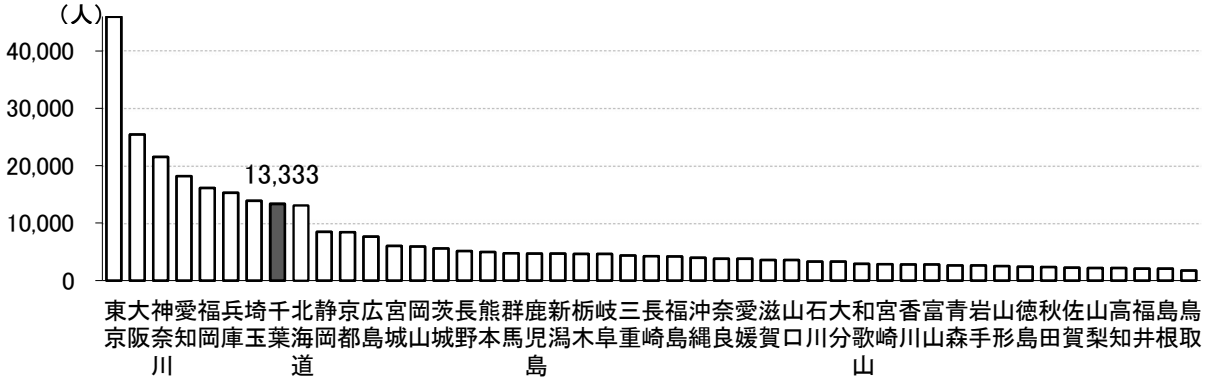
平成２１年度に開始した医師修学資金貸付制度を利用した方が、順次、医学部を卒業して臨床研修を終え、医師の少ない地域でも勤務していますが、医師の価値観の多様化や専門医志向の高まり等の要因も踏まえ、産科や小児科など特に医師の少ない診療科の医師を確保する取組や、地域医療への従事と医師としてのキャリア形成の両立を可能とするような取組を進める必要があります。

図表 8-2-1-1　医療施設従事医師数の推移（千葉県）



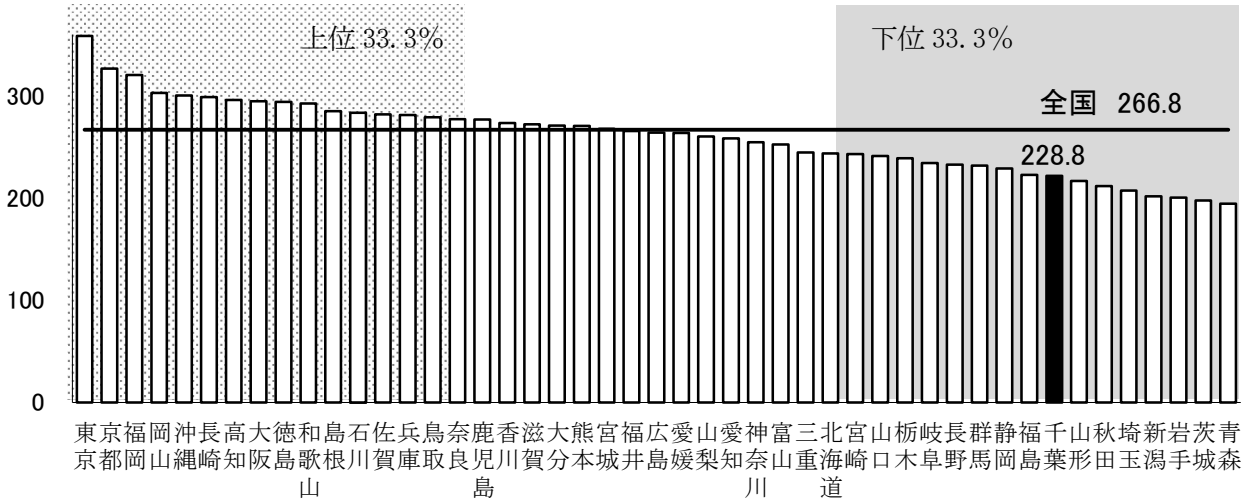
資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 8-2-1-2　都道府県別医療施設従事医師数（令和６年）



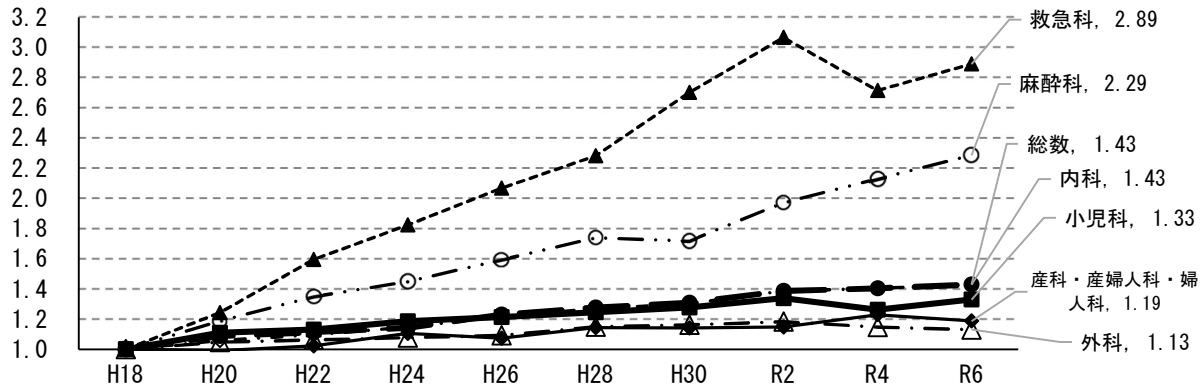
資料：令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

図表 8-2-1-3　都道府県別医師偏在指標（医師全体）



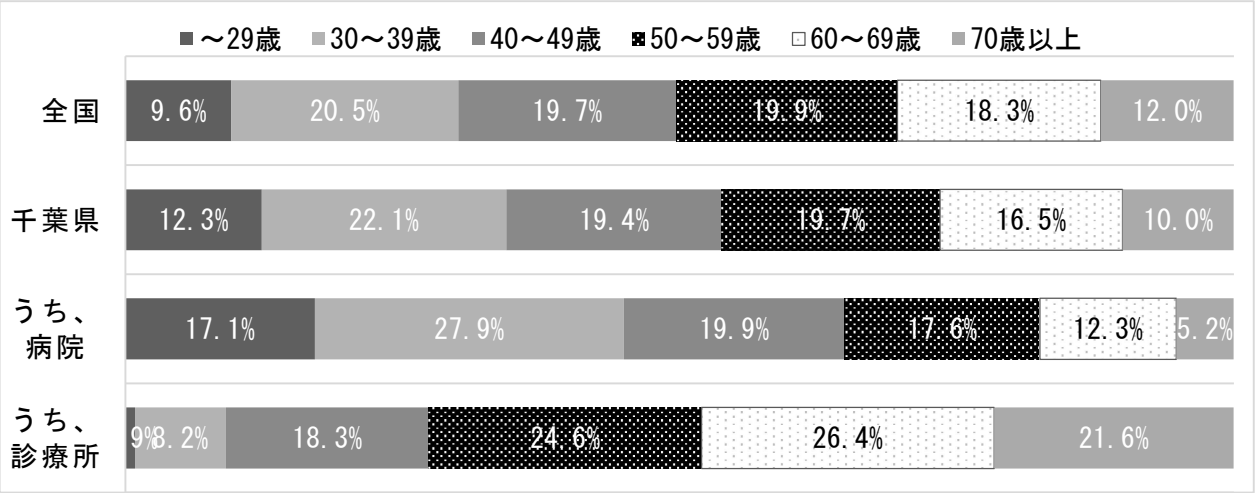
資料：令和 8 年厚生労働省提供資料

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

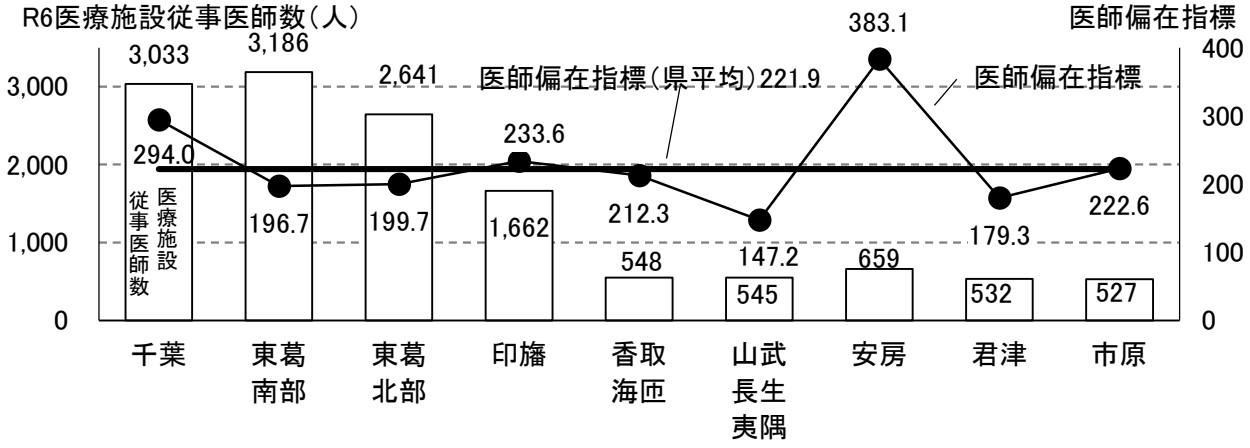
令和６年末現在、二次保健医療圏ごとの医療施設従事医師数は、最多の東葛南部保健医療圏で３，１８６人、最少の市原保健医療圏で５２７人となっています。医師全体の医師偏在指標では、最大は安房保健医療圏の３８３．１（全国３３０医療圏中、第９位）、最小は山武長生夷隅保健医療圏の１４７．２（同第３１３位）であり、約２．６倍の差があります。

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。

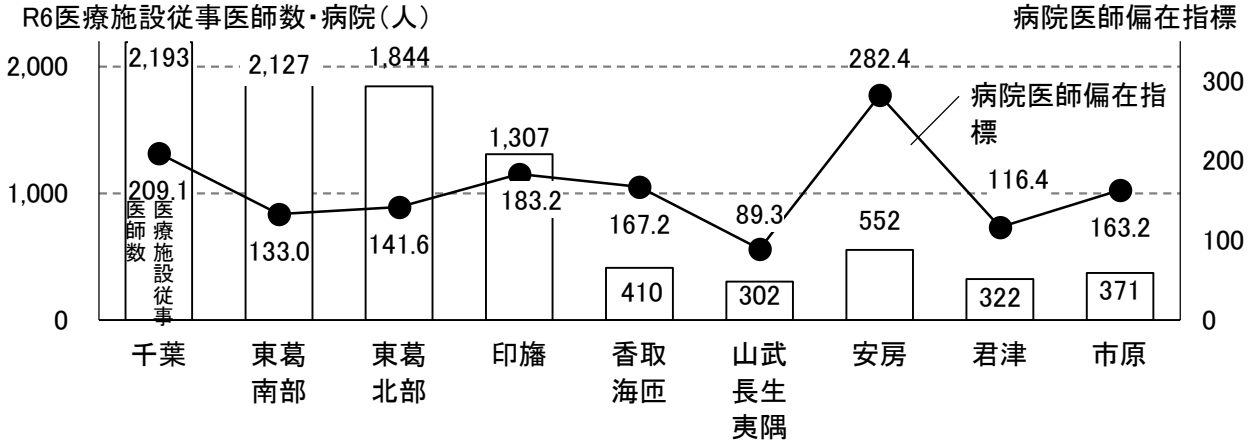
そのほか、二次保健医療圏ごとの診療科別の医師数は表のとおりです。診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて対応が必要です。

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

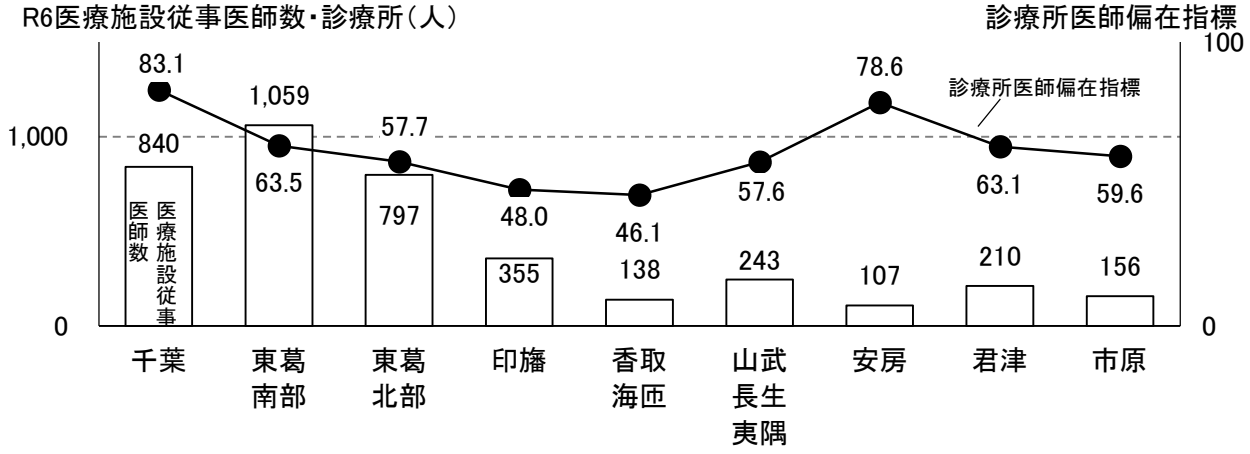
〔千葉県〕



〔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）

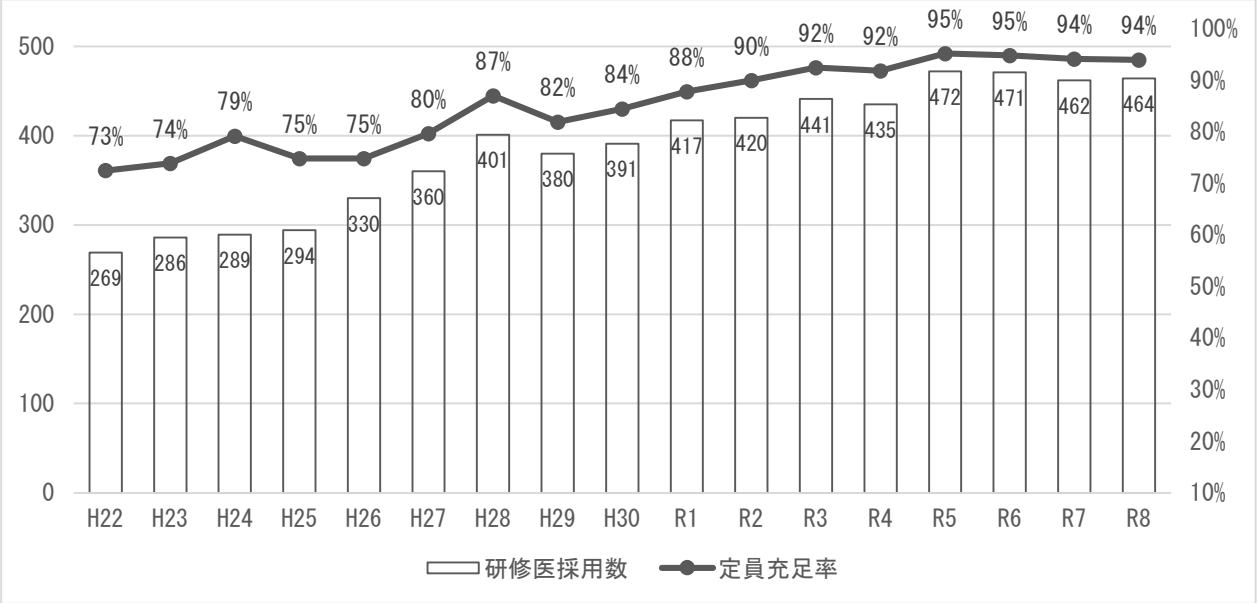
（施設、人）

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。

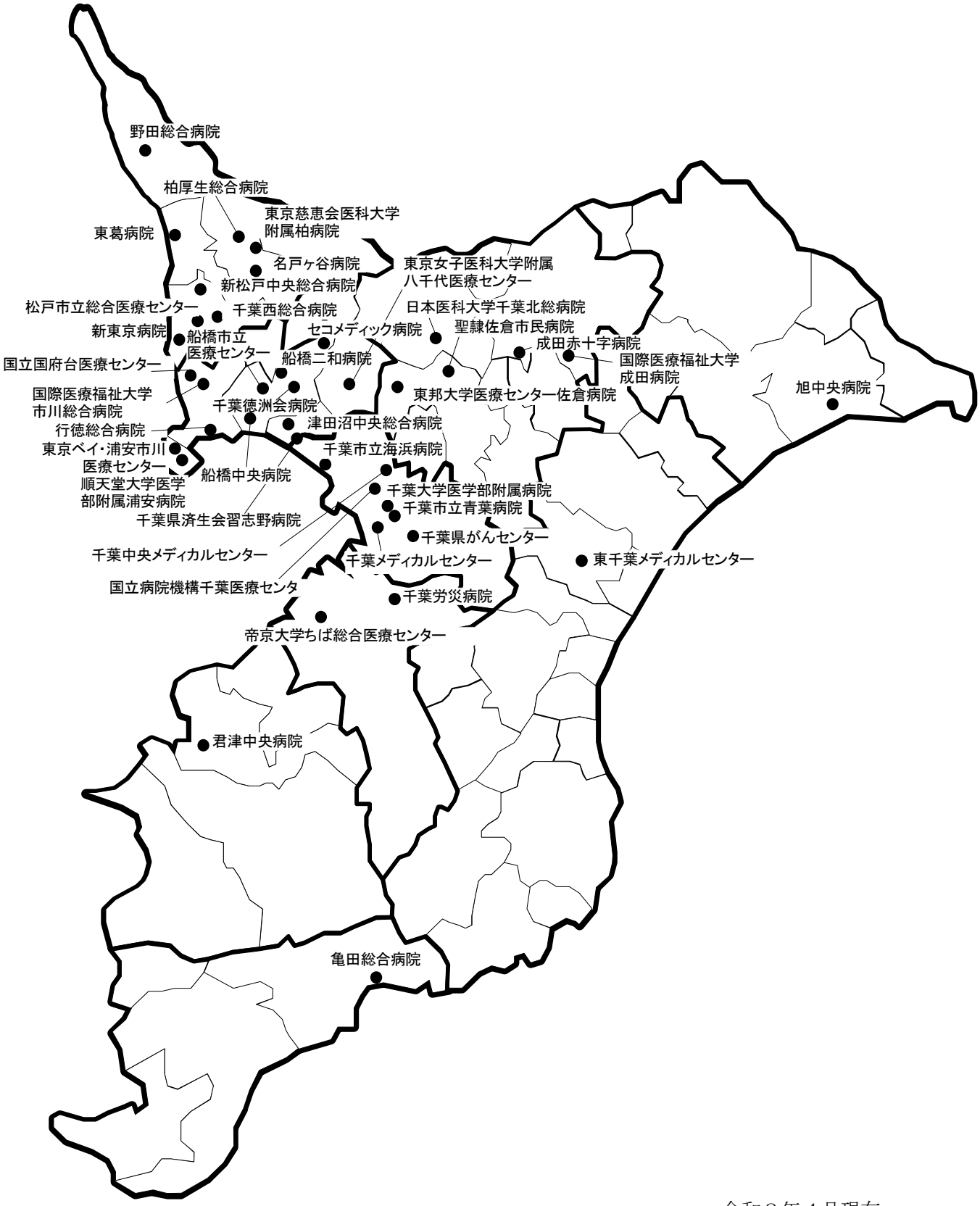
資料：臨床研修：千葉県調査、専門研修：（一社）日本専門医機構資料

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。

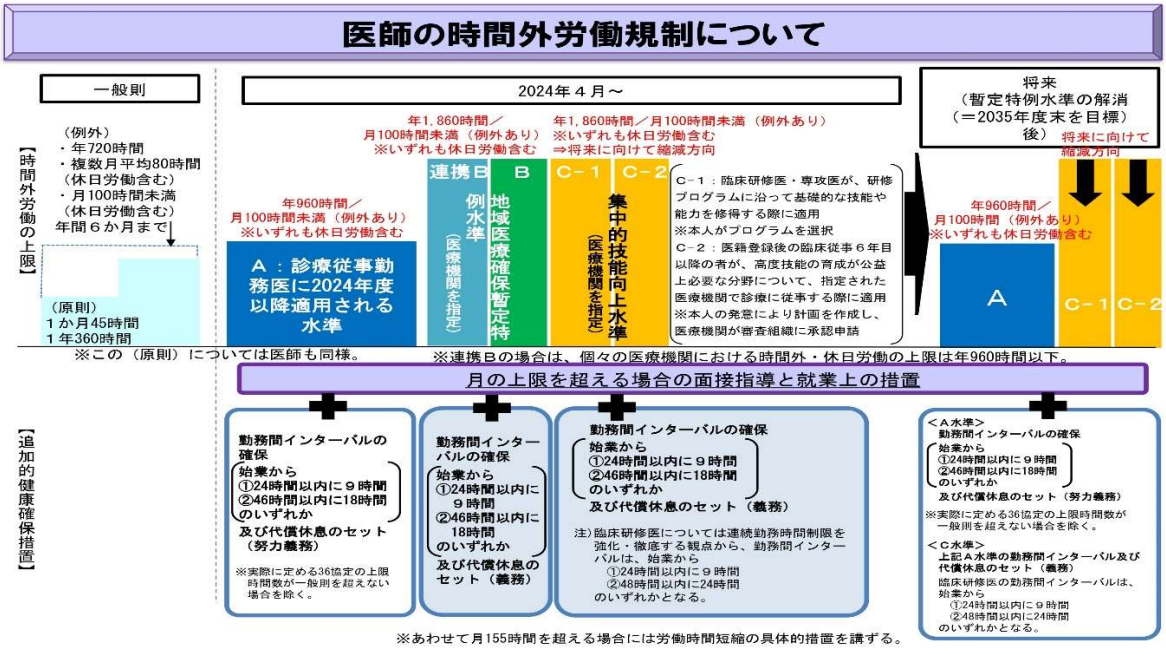
こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・県民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要です。

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



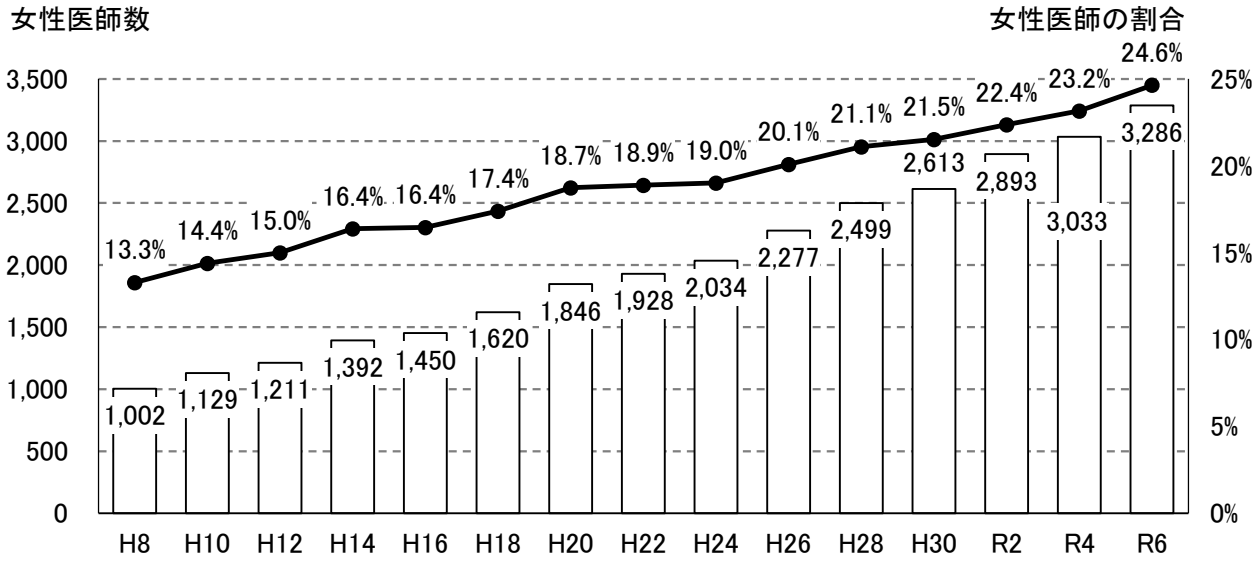
資料：厚生労働省資料（第５６４回中央社会保険医療協議会資料）

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

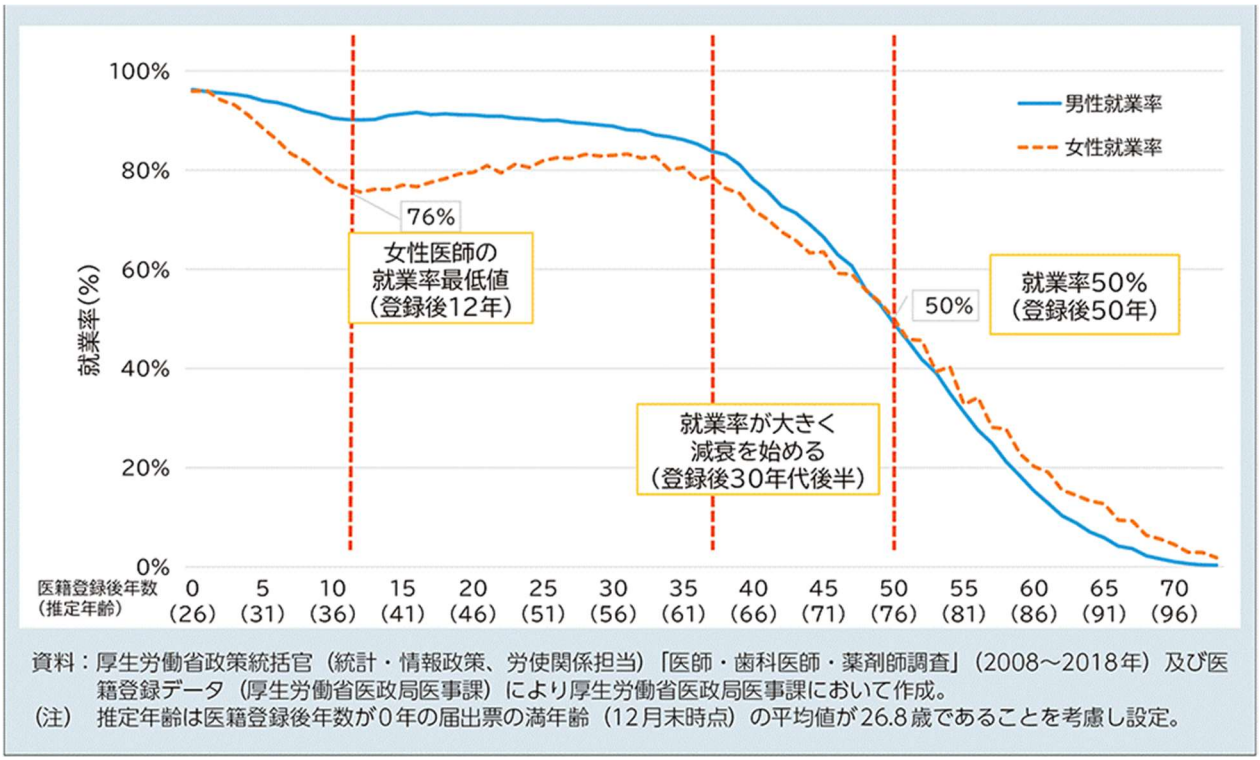
※　医療機関ごとに指定されますが、特例水準は医師個人に適用されるものであり、指定された医療機関の医師全員が特例水準の適用を受けるわけではありません。

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

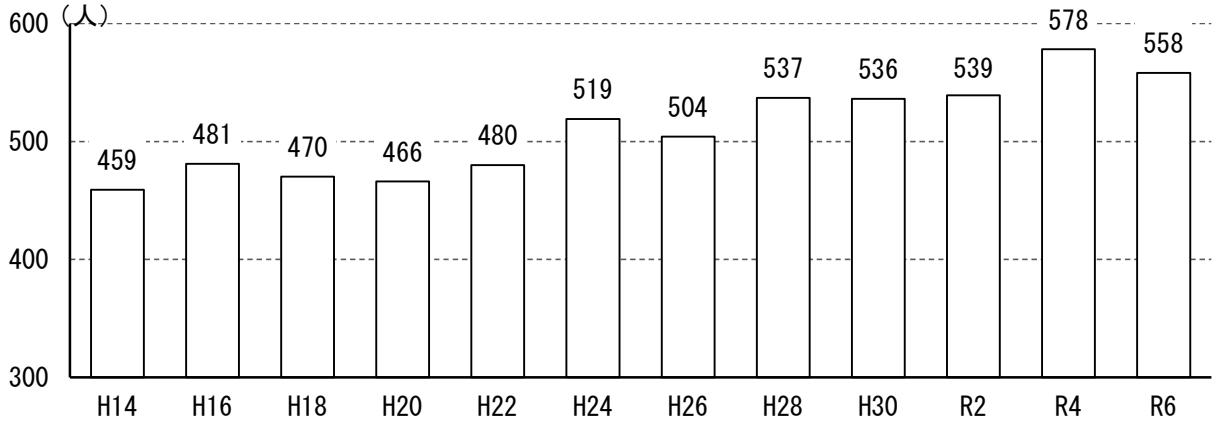
(ｱ)　千葉県の状況

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。

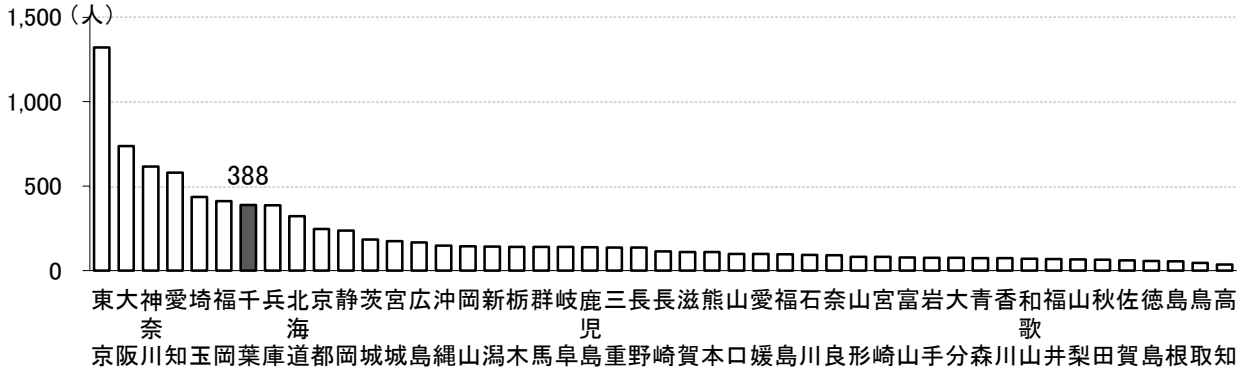
図表 8-2-2-1　医療施設従事医師数（産婦人科・産科・婦人科）の推移（千葉県）



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

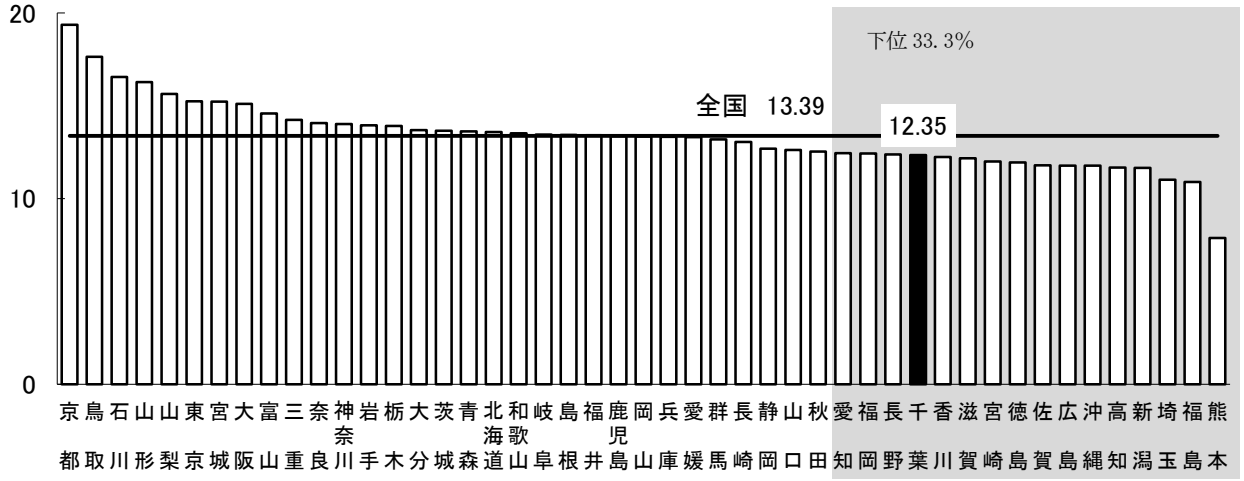
図表 8-2-2-2　都道府県別医療施設従事医師数

（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

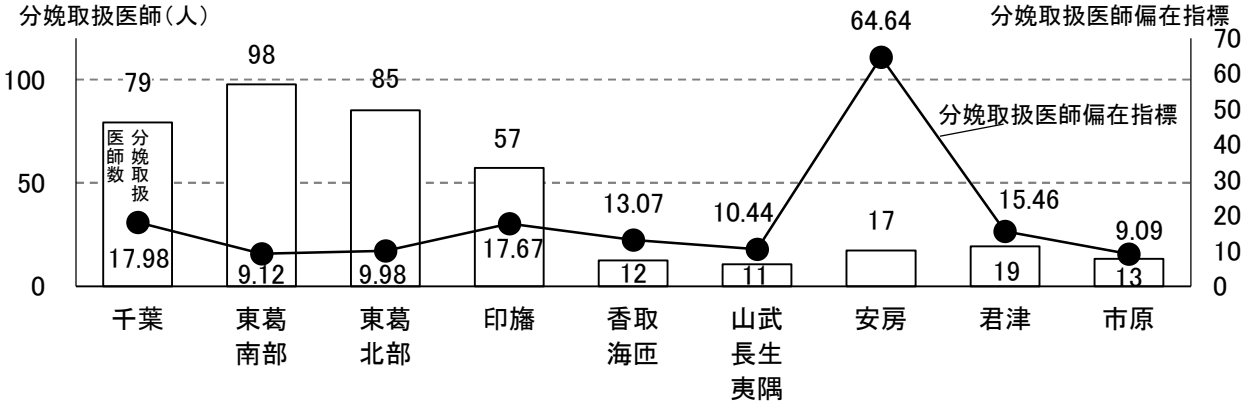
(ｲ)　二次保健医療圏ごとの状況

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

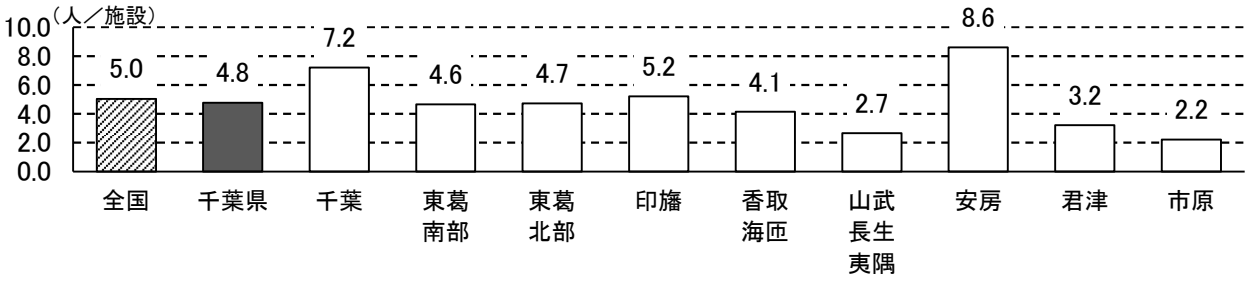


※１「分娩取扱医師」は、産婦人科・産科・婦人科のいずれかを主たる診療科とし、過去２年以内に分娩を取り扱った医師数。

※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。

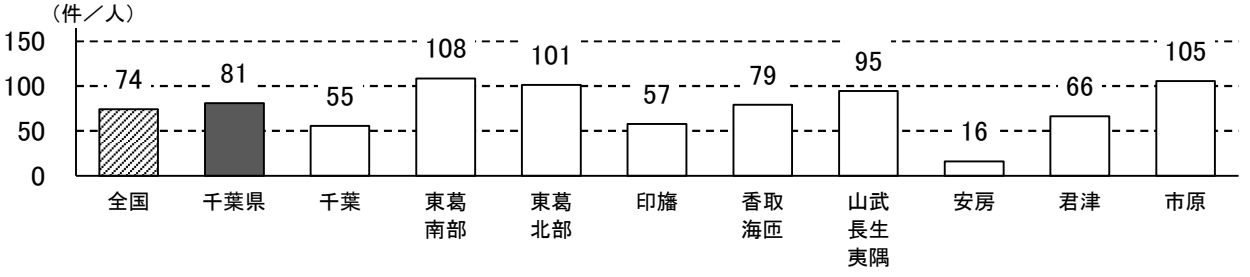
資料：〔分娩取扱医師数〕令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
〔医師偏在指標〕令和８年厚生労働省提供資料

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



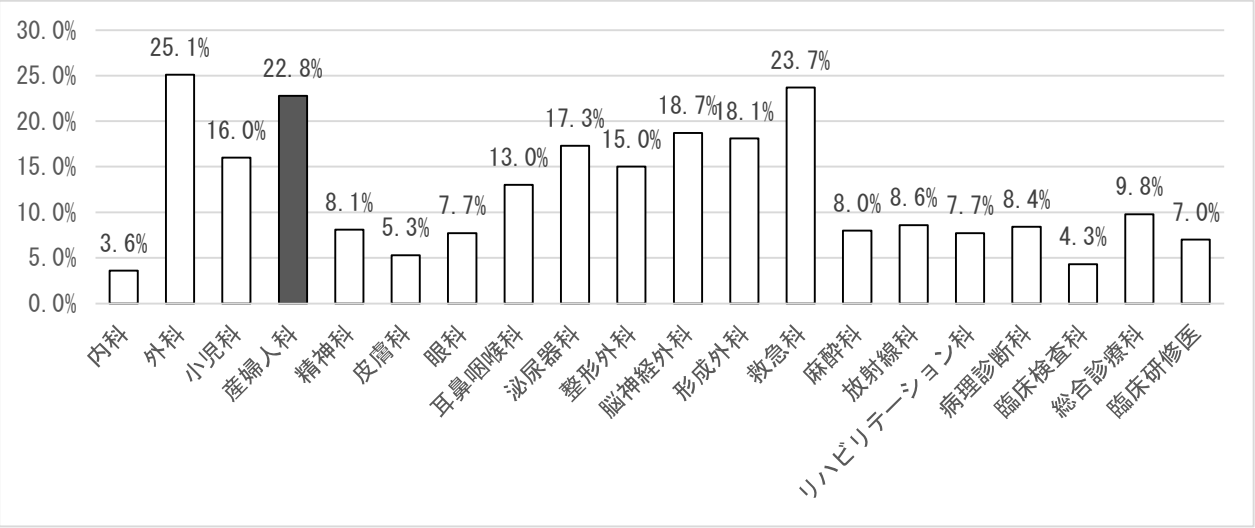
資料：令和８年厚生労働省提供資料

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

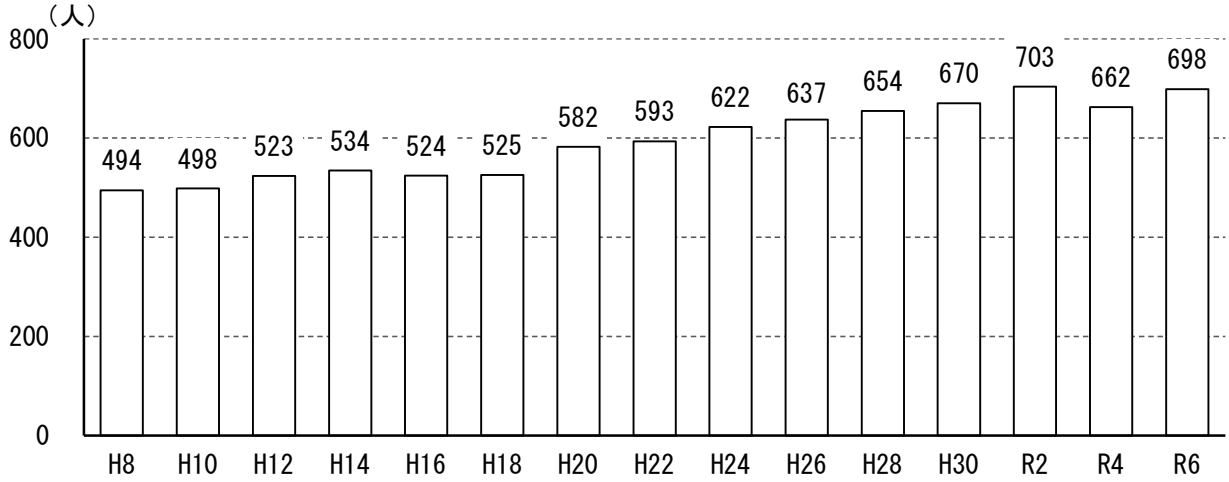
（３）小児科医の確保に関する現状と課題

ア　小児科医師数及び医師の偏在

(ｱ)　千葉県の状況

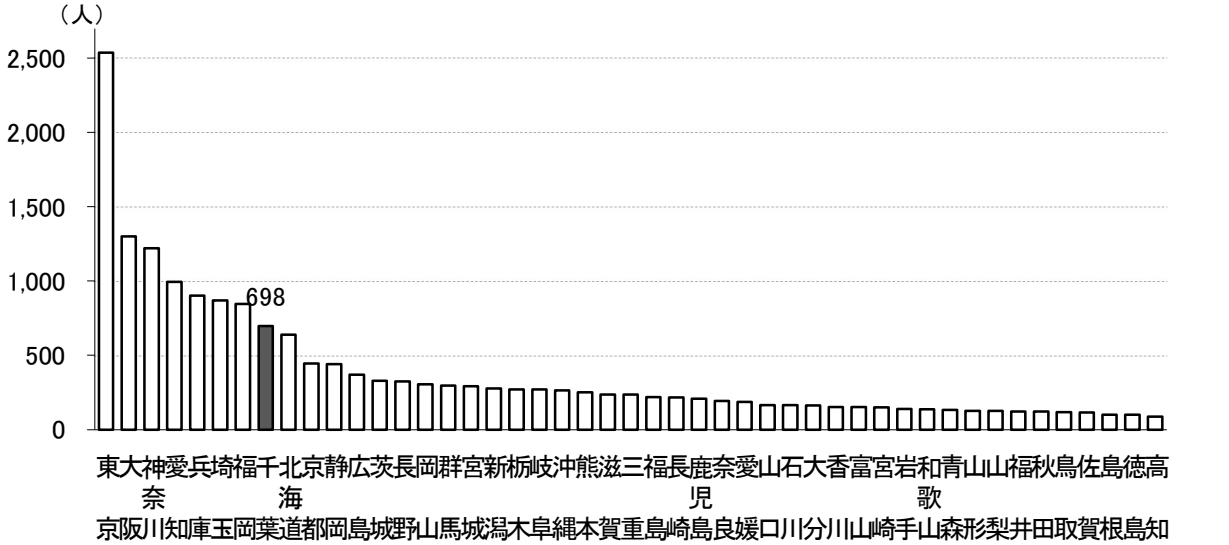
千葉県における医療施設従事医師数（小児科）は増加傾向にあり、令和６年末現在では、全国第８位の６９８人となっています。しかしながら、小児科医についての医師偏在指標は、全国最下位の１０１．３と、全国平均の１２６．０を下回っており、相対的に少ない状況にあります。

図表 8-2-3-1　医療施設従事医師数（小児科）の推移（千葉県）



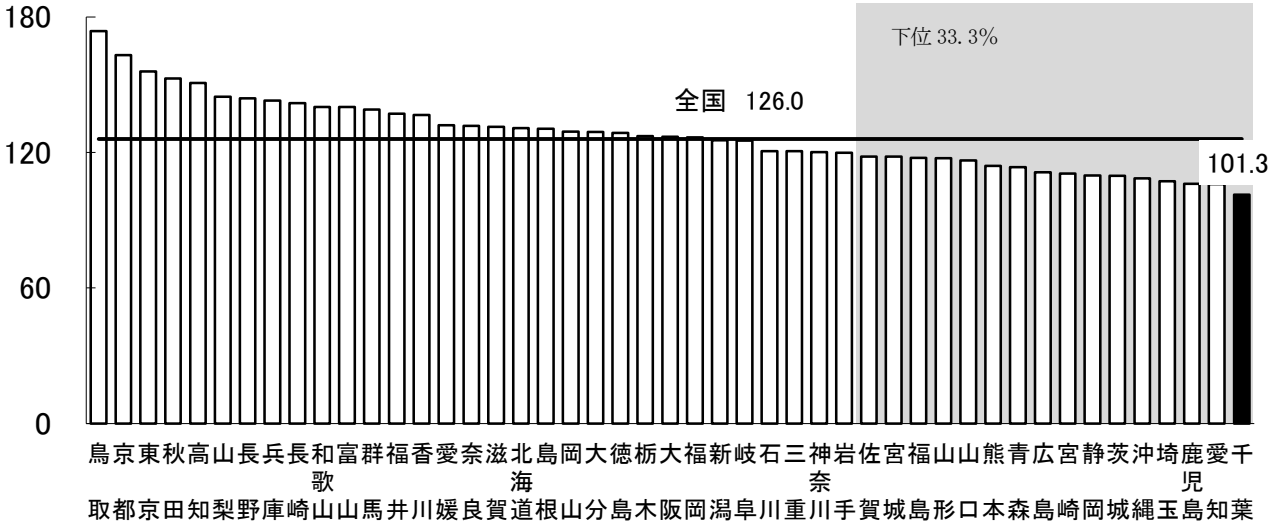
資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

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）

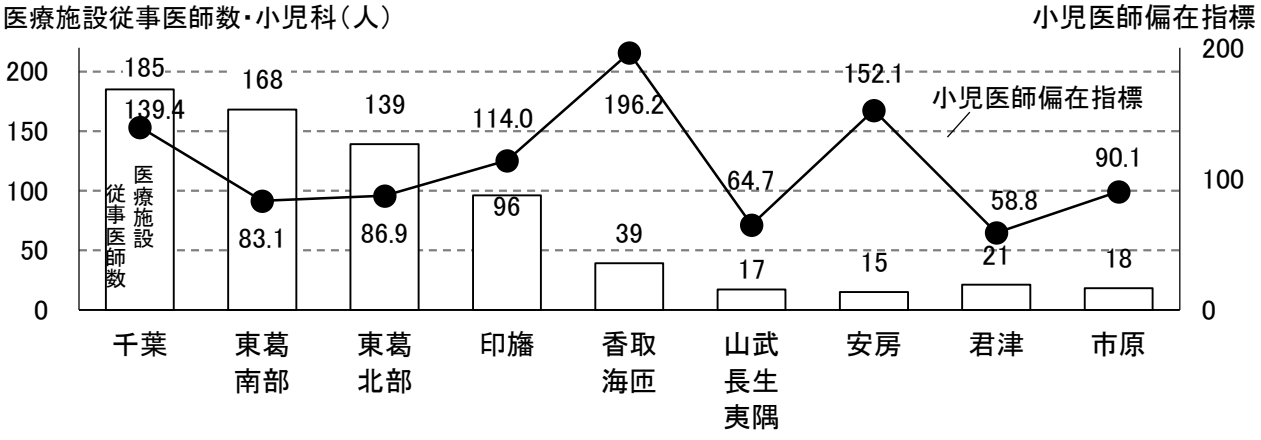


資料：令和８年厚生労働省提供資料

(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