千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
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章第１節 地域医療構想について（６６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	（新規）

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
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	

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
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章第３節　保健医療圏** （中略） **（２）二次保健医療圏の設定** （中略） 本計画においても、引き続きこの９圏域を基本として、健康づくり・医療・福祉の各種施策を展開することにより、一層の保健医療計画の定着が図られるよう取組を進めていくこととします。 **第４章第３節　構想区域の設定** （中略） **２　構想区域の設定** 構想区域は、二次保健医療圏とします。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）

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。

旧（現行）

第３章第４節　基準病床数

（中略）

２　基準病床数

（１）二次保健医療圏における療養病床及び一般病床数

(中略)

図表 3-4-2-1　療養病床及び一般病床に係る基準病床数等

保健医療圏	基準病床数（床） A	既存病床数（床） B	差し引き（床） B－A
千　　葉	８，９６２	８，０９７	▲８６５
東葛南部	１３，７８２	１２，５４６	▲１，２３６
東葛北部	１２，０３４	１１，２６８	▲７６６
印　　旛	６，４０９	６，２５２	▲１５７
香取海匝	２，５５７	２，７６０	２０３
山武長生夷隅	３，５４４	３，１５１	▲３９３
安　　房	１，６２１	２，０８３	４６２
君　　津	２，６２６	２，５３１	▲９５
市　　原	２，４５７	２，１４３	▲３１４
計	５３，９９２	５０，８３１	▲３，１６１

注　既存病床数は、令和５年１０月１日現在の開設許可病床数に、放射線治療室等の病床について、病院及び療養病床を有する診療所の人員及び施設等に関する基準を定める条例第３条の規定により所要の補正を行った上で、配分済みの病床数（令和５年度病床整備計画の公募分を含まない）を加えたものです。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
	（２）県全域における精神病床数、結核病床数及び感染症病床数 （中略） 図表 3-4-2-2　精神病床、結核病床及び感染症病床に係る基準病床数等 病床の区分 / 基準病床数（床） A / 既存病床数（床） B / 差し引き（床） B－A 精　神　病　床 / １０，６７７ / １２，１３５ / １，４５８ 結　核　病　床 / ６３ / ９６ / ３３ 感染症病床 / ６０ / ６０ / ０ 注　既存病床数は、令和５年１０月１日現在の開設許可病床数に、放射線治療室等の病床について、病院及び療養病床を有する診療所の人員及び施設等に関する基準を定める条例第３条の規定により所要の補正を行った上で、配分済みの病床数（令和５年度病床整備計画の公募分を含まない）を加えたものです。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
第４章　在宅医療の推進	**第５章第３節　在宅医療の推進**
１　施策の現状・課題	**１　施策の現状・課題**
（１）在宅医療の対象者の状況	**（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。	国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、今後、本県の総人口は緩やかな減少を続け、令和 7 年には 625 万 8 千人に減少する一方、65 歳以上の人口は 177 万人に達すると見込まれています。特に、75 歳以上の人口の増加は顕著で、全ての「団塊の世代」が 75 歳以上となる令和 7 年には平成 27 年の約 1.5 倍の 105 万 6 千人になることが見込まれています。
（中略）	**（中略）**
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。	訪問診療の需要を年齢別にみると、高齢になるにつれて急増しています。本県の 75 歳以上人口の増加の見通しを踏まえると、令和 17 年にかけて訪問診療の需要は増加していく傾向にあります。 一方で、在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数や在宅患者訪問診療料を算定している小児（0 歳から 14 歳）の数も、年々増加しており、特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。
（中略）	**（中略）**
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。	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４年は１１．８で全国平均の１２．９に対し１．１ポイント低く、高い順では全国４１位となっています。
（中略）	**（中略）**
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	また、地域医療構想においては、現状の療養病床の患者の一部を、将来的には在宅医療や介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等が担っていく

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
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。	こととされています。病床機能の分化・連携が進んだ先に、在宅医療等の利用見込者数は令和 7 年に 1 日当たり 7 万 8 千人になると見込まれており、そのうち訪問診療のニーズは、平成 25 年度の 1.8 倍以上になると推計されています。
（削除）	図表　地域医療構想策定における在宅医療等の新たなサービス必要量のイメージ
（２）県民の希望と意識 県が実施した「令和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	（２）県民の希望と意識 県が実施した「令和 5 年度在宅医療実態調査」によれば、病気で長期にわたる治療（療養）が必要になった場合に、「入院医療」を希望すると回答した方は、40.0%、「在宅医療」を希望すると回答した方は 36.0%、「わからない」と回答した方は 24.0%でした。令和 2 年度の調査結果は、「入院医療」を希望すると回答した方は、44.3%、「在宅医療」を希望すると回答した方は 32.4%、「わからない」と回答した方は 23.3%のため、在宅医療を希望する県民が増加傾向にあります。 入院医療を希望する理由として、「家族や知人に迷惑をかけたくないから」「急な病状の変化（特に夜間や休日）の対応が心配だから」が相当程度ありました。 また、自分が最期を迎えたい場所として、「医療機関」が 22.8%、「居住の場（自宅やサービス付き高齢者向け住宅など）」が 34.8%、「介護保険施設（特別養護老人ホームなど）」が 8.0%、「わからない」が 34.0%でした。一方で、66.1%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

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
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。	度あり、前記の病気で長期にわたる治療（療養）が必要となった場合の希望と併せ、在宅での医療・介護の条件が整うならば、居住の場での療養を希望する県民が多数いるものと推測されます。
（中略）	（中略）
（３）退院支援	（３）退院支援
（中略）	（中略）
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。	令和 4 年度病床機能報告によれば、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している医療機関数は、報告のあった 363 か所中 191 か所（52.6%）でした。
また、退院支援担当者を配置している医療機関数は、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。	また、退院支援担当者を配置している医療機関数は、平成 29 年度の 141 か所から、令和 2 年度の 149 か所と増加しているものの、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。
（中略）	（中略）
（４）日常の療養支援	（４）日常の療養支援
ア　訪問診療等の医療資源	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。	県内で訪問診療を行う病院は 106 か所（令和 2 年度）、実施件数（1 か月間）は 8,146 件で、平成 29 年度の 93 か所、6,523 件に比べて増加しています。
また、訪問診療を行う診療所は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。	また、訪問診療を行う診療所は 483 か所（令和 2 年度）、実施件数（1 か月間）は 57,510 件と、平成 29 年度の 476 か所、45,882 件から増加しています。これらの内訳は、在宅療養支援診療所 360 か所、52,727 件、在宅療養支援診療所以外の診療所 123 か所、4,783 件となっています。
（中略）	（中略）
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	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

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
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。	込まれます 訪問歯科診療の実施状況について、居宅への訪問の場合は、実施診療所は 433 か所（令和 2 年度)、実施件数（1 か月間）は 7,267 件であり、施設への訪問の場合は、実施診療所は 394 か所（令和 2 年度)、実施件数（1 か月間）は 26,033 件でした。平成 29 年度の居宅 348 か所・5,893 件、施設 303 か所・22,076 件から増加しています。また、訪問歯科衛生指導を実施している施設数は 202 か所(令和 2 年度)であり、平成 29 年度の 172 か所から増加しています。
（中略）	**（中略）**
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。	在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は、2,252 か所（令和 5 年度）でした。平成 29 年度の 1,749 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 568 か所（令和 4 年度)、指導料の算定回数は 20,391 回（令和 4 年度）と平成 29 年度の 300 か所・6,613 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 1,314 か所(令和 4 年度)、指導料の算定数は 279,358 回（令和 4 年度）と、平成 29 年の 755 か所・120,233 回からそれぞれ増加しています。
（中略）	**（中略）**
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。	訪問看護ステーション数は 527 か所（令和 4 年度)、利用者数は 38,633 人（1 か月間）であり、平成 28 年度の 276 か所・18,370 人から増加しています。 また、県内の訪問看護ステーションで業務に従事している看護職員数は 3,765 人（令和 4 年度）であり、平成 28 年度の 1,678 人から増加しています。
（中略）	**（中略）**

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
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。	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を実施している医療機関数は 72 か所（令和 2 年度）、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 1,757 件（令和 2 年度）と平成 29 年度の 52 か所、632 件から増加しています。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 171 か所（令和 4 年度）、介護給付費の年間受給者数は 8.3 千人（令和 4 年度）と平成 29 年度の 133 か所、6.5 千人から増加しています。医療保険、介護保険双方で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。
（中略）	（中略）
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。	また、在宅患者訪問栄養食事指導を実施している医療機関数は 13 か所（令和 4 年度）であり、平成 29 年度の 2 か所から増加しています。 口腔の管理、リハビリテーション、栄養管理が一体となって運用されることで、より効果的に身体機能や生活機能の維持向上につながること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。
（中略）	（中略）
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。	平成 29 年度と令和 5 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、343 か所から 412 か所、在宅療養支援病院は 33 か所から 52 か所、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は 1,749 か所から 2,252 か所、機能強化型訪問看護ステーションは 16 か所から 34 か所（機能強化型 1：25 か所、機能強化型 2：8 か所、機能強化型 3：1 か所）へと増加しています。 在宅療養支援歯科診療所は、令和 2 年 4 月の施設基準変更後の令和 3 年度と令和 5 年度を比較すると、299 か所から 310 か所へと増加しています。
（中略）	（中略）

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
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。	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 6.8（令和 3 年 3 月時点：全国平均 12.9）、在宅療養支援歯科診療所数は 4.8（令和 3 年 3 月時点：全国　平均 6.7）、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は 34.9（令和 4 年 10 月時点：全国平均 43.9）、訪問看護ステーション数は 7.2（令和 3 年 10 月時点：全国平均 10.7）と相対的に少なく、また、在宅療養支援診療所が 1 か所もない市町村があるなど資源の偏りも見られます。 引き続き、在宅医療を支える資源の確保や、在宅医療を担う人材の育成が重要です。
（中略）	（中略）
（削除）	**イ　災害時対応** 県が実施した「令和 5 年度在宅医療実態調査」によれば、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 5 年 8 月時点の策定状況について、診療所では 6.3%、病院では 25.3%、在宅療養支援歯科診療所では 3.8%、在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局では 24.0%、訪問看護ステーションでは 31.3%でした。 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ます。 一方、人工呼吸器等を使用している医療依存度の高い在宅療養者に対しては、災害を想定した備えを含めた支援が必要です。 また、災害時においては、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さ

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
	らに市区町村や都道府県との連携がますます重要になることから、平時から連携を進める必要があります。 図表　各関係機関の BCP 策定状況
（中略）	（中略）
（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。	（５）急変時の対応 県が実施した「令和 5 年度在宅医療実態調査」では、在宅医療よりも入院医療を希望する理由として、家族の負担への懸念や急変時の対応に関する患者の不安が挙げられています。一方、同調査における医療機関の診療時間外（夜間・休診日）対応の負担感について、一般診療所だけでなく在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院においても約 8 割が「負担である」「やや負担である」と回答しています。 在宅療養患者の急変時等に往診を実施している医療機関数は 558 か所（令和 2 年度）で、平成 29 年度の 620 か所から減少傾向にあります。一方、実施件数（1 か月間）は 9,042 件（令和 2 年度）で、平成 29 年度の 7,739 件に比べて増加しています。 また、在宅療養後方支援病院として届出されている病院は 17 か所（令和 5 年度）、24 時間対応可能な訪問看護ステーションは 544 か所（令和 5 年度）と、令和 2 年度の 15 か所、425 か所に比べてそれぞれ増加傾向にあります。
（中略）	（中略）
（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	（６）在宅での看取りなど 在宅等での看取りを実施している医療機関数は 210 か所（令和 2 年度）で、平成 29 年度の 181 か所から増加しています。また、看取り実施件数

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
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。	（1 か月間）は 746 件（令和 2 年度）で、平成 29 年度の 468 件より増加しています。 本県の在宅死亡率は、29.2％（令和 4 年度）で、全国平均の 28.4％と同程度です。
（中略）	（中略）
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。	また、県が実施した「令和 5 年度在宅医療実態調査」では、人生の最終段階における医療・療養について、家族等と「話し合ったことはない」と回答した方が 75.9％、医療・介護関係者等と「話し合ったことはない」と回答した方が 87.6％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、県民ひとりひとりが、在宅医療の理解を深めるとともに、自身の医療について考え、家族や医療従事者等と話し合い、県民自身が望む場所で看取りができる環境づくりも重要な課題です。
（中略）	（中略）
（７）市町村等との連携	（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。	今後は、在宅医療を担う医療機関の拡充を促進するとともに、地域包括ケアの推進の観点も踏まえ、在宅での療養生活に欠かせない介護・福祉サービスを担う市町村や介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携を強化しながら、地域の医療・介護資源や連携の状況などを踏まえて、在宅医療の提供体制の整備を進めていく必要があります。
図表　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)	（新規）

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
（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、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に加え、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。	**（新規）**
（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、	**（新規）**

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

新（素案）	旧（現行）
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　各関係機関のBCP策定状況（千葉県）	**（新規）**
図表　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）	**（新規）**

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
２　施策展開の方向性	２　施策の具体的展開
（※今回の素案では「方向性」として項目を整理しています。試案に向けて、具体的展開を検討してまいります。）	（※今回の素案との対照で、具体的展開の項目を掲載しています。）
（１）退院支援	（１）退院支援
ア　医療・介護の多職種連携の促進	ア　医療・介護の多職種連携の促進
（２）日常の療養支援	（２）日常の療養支援
ア　在宅療養支援体制の確保	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	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
（削除）	ウ　災害時にも適切な医療等を提供するため支援体制の制の確保
ウ　市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援	エ　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	（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	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	（新規）
（４）看取り	（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	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	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	（新規）
ア　在宅医療圏のあり方の検討	（新規）
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	（５）在宅医療において積極的役割を担う医療機関の確保
ウ　在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備	（６）在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備
（中略）　在宅医療の提供体制のイメージ	（中略）　在宅医療の提供体制のイメージ
（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	（新規）

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
第５章　総合診療機能とかかりつけ医機能等の充実	第２節　地域医療の機能分化と連携
１　施策の現状・課題	１　総合診療機能とかかりつけ医機能等の充実
（中略）	（１）施策の現状・課題
エ　かかりつけ医機能が発揮される制度整備	（中略）
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。	エ　かかりつけ医機能が発揮される制度整備 国では、高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくために、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めていく必要があるとして、令和５年５月に医療法の一部改正を行いました。令和６年度からは、国民・患者がかかりつけ医機能を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療情報提供制度による国民・患者への情報提供の強化が、また、令和７年度からは、慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、各医療機関から都道府県知事に報告する創設が予定されています。
２　施策展開の方向性	（２）施策の具体的展開
（※今回の素案では「方向性」として項目を整理しています。試案に向けて、具体的展開を検討してまいります。）	（※今回の素案との対照で、具体的展開の項目を掲載しています。）
（１）総合診療専門医の養成・確保	ア　総合診療専門医の養成・確保
（２）かかりつけ医等の機能の向上	イ　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	ウ　医療機能の分化・連携の推進

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
第６章　外来医療に係る医療提供体制の確保	**第４節　外来医療に係る医療提供体制の確保**
１　外来医療の提供体制	**１　外来医療の提供体制**
（１）施策の現状・課題	**（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。	本県では、今後、医療・介護需要の急増が見込まれる中で、患者が地域で病状に応じて適切な医療を将来にわたって持続的に受けられるようにするため、外来医療においても効率的な外来医療提供体制を構築することが緊急の課題となっています。
ア　外来医療の需要推計	**ア　高齢者人口の増加に伴う医療・介護需要の急増**
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。	昭和４０年から５０年にかけて人口が急増しており、令和７年には団塊の世代全てが７５歳以上の後期高齢者となります。このため、千葉県における高齢者人口は、令和２年の約１７３．４万人から令和７年には３．６万人増加し約１７７万人になると見込まれており、この増加数は全国で５番目に多い状況です。
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。	こうした中、疾病構造の変化、在宅医療を可能にする医療技術の進歩を背景に、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた自宅や地域の中で、質の高い療養生活を送りたいという県民ニーズが増大しています。
	在宅医療等の利用者数は、令和７年には約７．８万人になると推計されており、そのうち訪問診療のニーズは平成２５年の１．８倍以上になることが見込まれています。
	また、千葉県における要介護等認定者数は、令和２年度の約２９．５万人から、令和２２年度には約４１．１万人まで増加する見込みです。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
イ　医療資源の状況	イ　医療資源の状況
(ｱ)　人口当たりの診療所数	(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。	令和４年１０月１日現在の一般診療所数は３，９３９施設で人口１０万人あたり６２．９と全国平均８４．２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。	一般診療所３，９３９施設のうち有床診療所は１４９施設で、施設総数の３．８％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３１．６と全国平均６４．４を大きく下回り、多い順では全国第４１位となっています。
(ｲ)　外来医師偏在指標の状況	(ｲ)　外来医師偏在指標の状況
（中略）	（中略）
a　千葉県全体の状況	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。	厚生労働省から提供された令和４年度の外来医師偏在指標データによれば、外来医師偏在指標の全国平均値１１２．２（人口１０万人あたり診療所医師数８４．７）のところ、本県は８８．６（人口１０万人あたり診療所医師数６２．２）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	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。	千葉県は全ての二次保健医療圏において、外来医師偏在指標の全国平均値である１１２．２を下回っており、「外来医師多数区域」に該当する医療圏はありません。
千葉県内で全国順位が最も上位である千葉医療圏は外来医師偏在指標値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。	千葉県内で全国順位が最も上位である千葉医療圏は外来医師偏在指標値１０３．０（人口１０万人あたり診療所医師数７９．４）であり、最も下位の市原医療圏は同６９．４（人口１０万人あたり診療所医師数

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
	４９．３）となっています。 なお、外来医師偏在指標においては、「少数区域」の概念はありません。
ウ　外来医療機能別の状況 **（中略）** **(ｱ)　通院による外来医療** **（中略** 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。	**ウ　外来医療機能別の状況** **（中略）** **(ｱ)　通院による外来医療** **（中略）** 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６割が、自院が地域のかかりつけ医としての役割を担っていると考えており、かかりつけ医を持っていると回答する県民も６割を超えています。 また、国においては、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めており、令和６年度以降、医療機能情報提供制度の刷新やかかりつけ医機能報告の創設が予定されています。
(ｲ)　初期救急医療 **（中略）** 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。	**(ｲ)　初期救急医療** **（中略）** 令和５年４月１日現在、本県には在宅当番医制を運営している地区医師会が１４、夜間休日急病診療所を設置している地域が１９あり、地域の実情に応じて在宅当番医制、夜間休日急病診療所、又はこれらの併用により体制が構築されています。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
(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。 （中略） **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** （中略） 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** （中略）	**(ｳ) 在宅医療** 在宅医療等の利用見込み者数は、令和７年には約７．８万人になると見込まれており、そのうち、訪問診療のニーズは平成２５年の１．８倍になると見込まれています。 在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院は、概ね増加しています。しかしながら、県内の在宅医療資源は増えているものの、全国的に見ると、人口１０万人あたりの在宅療養支援診療所・病院数は６．８（令和３年３月：全国平均１３．０）と相対的に少なく、在宅療養支援診療所が１箇所もない市町村もあるなどの偏在も見られます。 （中略） **エ　外来機能報告・紹介受診重点医療機関** **(ｱ)　外来機能報告制度** （中略） このような状況を踏まえ、令和３年５月に成立・公布された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第４９号）により、地域における医療機関の外来機能の明確化及び連携に向けて、データに基づく議論を地域で　進めるため、外来機能報告制度が医療法に位置付けられました（令和４年４月１日施行）。 **(ｲ)　紹介受診重点医療機関** （中略）

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
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。	本県においては、初診患者の延べ数に対する紹介受診重点外来の実施割合のうち、今回取りまとめられた紹介受診重点医療機関が当該医療を提供している割合が約４３％、再診患者における同様の割合が約４７％となっており、紹介受診重点外来の半数弱を紹介受診重点医療機関が担っていることがわかりました。今回の制度の導入により、さらなる役割分担・連携が進むことが期待されます。
(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。	（新規）
（２）区域等の設定 （中略） イ　外来医師多数区域、外来医師過多区域	（２）区域等の設定 （中略） イ　外来医師多数区域

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
（中略） 　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。	（中略） 　また、新規開業者や外来医師多数区域以外においても、地域の実情に応じ、不足する医療機能の充足を図ることが重要であることから、医療関係者が検討の参考とできるよう、各圏域における外来医療提供体制にかかる情報の可視化を推進していく必要があります。
（中略） **（３）施策展開の方向性** （※今回の素案では「方向性」として項目を整理しています。試案に向けて、具体的展開を検討してまいります。） **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**	（中略） **（３）施策の具体的展開** （※今回の素案との対照で、具体的展開の項目を掲載しています。） **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外来医療の役割分担と連携の促進** **ウ　かかりつけ医機能が発揮される制度整備への適切な対応** **エ　上手な医療のかかり方への県民の理解促進**

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
２　医療機器の効率的な活用	２　医療機器の効率的な活用
（１）施策の現状・課題	（１）施策の現状・課題
（中略）	（中略）
ア　医療機器の配置状況	ア　医療機器の配置状況
(ｱ) 医療機器の配置状況に関する指標	(ｱ) 医療機器の配置状況に関する指標
（中略）	（中略）
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医療圏が、ＭＲＩ及び放射線治療機器については３医療圏が全国平均を上回っています。	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。二次医療圏ごとに見ると、ＣＴ、ＭＲＩ及びＰＥＴについては１～２医療圏が全国平均を上回っており、放射線治療機器については千葉、印旛、香取海匝、安房及び市原の計５圏域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。	医療機器１台あたりの年間検査数では、ＰＥＴを除く４種類の機器において、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、どの機器においても６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高い状況にあると考えられます。
（中略）	（中略）
イ　医療機器の共同利用の状況	イ　医療機器の共同利用の状況
（中略）	（中略）
「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以上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。	「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１２４箇所あるほか、回答のあったうち５分の１以上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。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
（２）施策展開の方向性 （※今回の素案では「方向性」として項目を整理しています。試案に向けて、具体的展開を検討してまいります。） 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	（２）施策の具体的展開 （※今回の素案との対照で、具体的展開の項目を掲載しています。） 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

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
第７章　県民の適切な受療行動の促進	第５節　県民の適切な受療行動の促進
１　施策の現状・課題	１　施策の現状・課題
（中略）	（中略）
（２）県民の適切な受療行動	（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。	患者が自らにあった医療を受けるためには、こうした医療機関の役割分担を正しく理解し、適切な受療行動を選択することが重要です。 令和５年に千葉県が実施した「医療に関する県民意識調査」によれば、医療機関の役割分担について「知っていた」と回答した県民の割合は４８．４％となっています。また、過去１年以内に紹介状を持たずに紹介状が必要な医療機関を受診したことのある県民にその理由を２つまで回答いただいたところ、「大きな（専門的な）医療機関の方が安心だから」が３５．０％、「紹介状が必要とは知らなかったから」が２７．６％でした。 今後の高齢者人口の急増に向け、より質が高く効率的な医療提供体制を構築するためには、医療機関の役割分担や、それを踏まえた適切な受療行動について、県民に更なる理解を求めていく必要があります。
（３）かかりつけ医、かかりつけ歯科医の定着促進	（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。	県政に関する世論調査によると、かかりつけ医を持っている人の割合は、令和４年度は６４．１％となっており、平成２９年度調査時と比較して６．３ポイント上昇しています。かかりつけ歯科医を持っている人の割合は、７０．６％となっており、平成２９年度調査時と比較して８．９ポイント上昇しています。 今後も、身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供する役割等を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医について県民に定着促進を図る取組が必要です。
２　施策展開の方向性 （※今回の素案では「方向性」として項目を整理しています。試案に向けて、具体的展開を検討してまいります。）	２　施策の具体的展開 （※今回の素案との対照で、具体的展開の項目を掲載しています。）
上手な医療のかかり方への県民の理解促進	（１）上手な医療のかかり方への県民の理解促進

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
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。	**第７節　医師の確保**
１　医師の確保に関する事項の全体像と医師偏在指標 医療法においては、「医師の確保の方針」「確保すべき医師の数の目標」「医師の確保に関する施策」を医療計画に記載することとされています。 これは、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保することを目的としたものです。 厚生労働省は、都道府県が医師の確保に関する事項を定める際に留意すべき事項等を「医師確保計画策定ガイドライン」（以下「ガイドライン」といいます。）として定め、令和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。	**１　医師の確保に関する事項の全体像と医師偏在指標** 医療法においては、「医師の確保の方針」「確保すべき医師の数の目標」「医師の確保に関する施策」を医療計画に記載することとされています。 これは、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保することを目的としたものです。 厚生労働省は、都道府県が医師の確保に関する事項を定める際に留意すべき事項等を「医師確保計画策定ガイドライン」（以下「ガイドライン」といいます。）として定め、令和５年３月３１日付けで各都道府県に一部改正を通知しました。 ガイドラインでは、医師の確保に関する事項を定めるに当たっては、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」といいます。）を国が算出し、これに基づいて医師少数都道府県（区域）・医師多数都道府県（区域）を設定し、医師の確保の方針、確保すべき医師の数の目標及び医師の確保に関する施策を定めることとしています。 また、医師全体の確保に関する事項とともに、産科医及び小児科医に限定して、その確保に関する事項についても定めることとされています。 なお、医師偏在指標（医師全体、小児科及び分娩取扱医師）は、厚生労働省が算出し、区域等の設定とともに令和５年４月に暫定値が公表されました。都道府県において、二次医療圏、周産期医療圏、小児医療圏の見直しを行わない場合は、暫定値を確定値とすることとされています。
（中略）	（中略）

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
２　医師の確保に関する現状と課題	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	（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　医師数及び医師の偏在
（ア）千葉県の状況	㈠　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。	千葉県における医療施設従事医師数は増加傾向にあり、令和２年末現在では、全国で多い順に９位の１２，９３５人となっています。 しかしながら、令和２年末の医師数をもとに算定した医師全体についての医師偏在指標は、全国で多い順に３８位の２１３．０であって、全国平均の２５５．６を下回っており、相対的に医師数が少ない状況にあります。また、医師数の増減状況には、診療科によって差がみられます。 千葉県内の医療施設で従事する医師のうち約１０％（診療所では約２１％）が７０歳以上であり、継続的な医療提供体制を確保するため、若手医師の確保・定着が重要です。 平成２１年度に開始した医師修学資金貸付制度を利用した方が、順次、医学部を卒業して臨床研修を終え、医師の少ない地域でも勤務していますが、医師の価値観の多様化や専門医志向の高まり等の要因も踏まえ、産科や小児科など特に医師の少ない診療科の医師を確保する取組や、地域医療への従事と医師としてのキャリア形成の両立を可能とするような取組を進める必要があります。
（中略）	（中略）
（イ）二次保健医療圏ごとの状況	㈡　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	令和２年末現在、二次保健医療圏ごとの医療施設従事医師数は、最多の東葛南部保健医療圏で３，３１２人、最少の市原保健医療圏で５０１人となっています。医師全体の医師偏在指標では、最大は安房保健医療圏の３２２．６（全国３３０医療圏中、多い順に第３１位）、最少は山武長生夷隅

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
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。	保健医療圏の１４５．１（同第２９８位）であり、約２．２倍の差があります。 　また、医師全体の医師偏在指標は、病院、診療所の別でも算定されており、医療圏別に見たとき、診療所の順位は全体とは異なる状況となっています。 　そのほか、二次医療圏毎の診療科別の医師数は表のとおりです。診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて対応が必要です。
（中略）	（中略）
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。	**イ　臨床研修制度、専門医制度** 　若手医師の確保に重要な、基幹型臨床研修病院や専門研修基幹施設の立地、募集定員数には地域差がみられます。 　臨床研修制度については、令和５年４月現在、県内３９か所の病院が基幹型臨床研修病院に指定され、臨床研修医を受け入れています。県内の基幹型臨床研修病院等で臨床研修を開始する医師の数は増加傾向にあり、令和５年度研修開始の研修において、採用数は４７５名、募集定員に対する充足率は９５％です。 　また、令和２年度から、臨床研修病院の指定や募集定員の設定に関する権限が都道府県に移譲されています。引き続き、県内における臨床研修の質を高めつつ、県内での医師確保の観点からも適切な定員を設定する必要があります。 　専門医制度は、医師の質の向上と良質な医療の提供を目的としています。令和２年３月の厚労省の調査によると、臨床研修修了者の約９割が翌年度から専門研修*を行う予定と回答しています。
また、厚生労働省の研究事業として、令和５年度に実施された「日本専	（**新規**）

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
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。	令和５年度に研修を開始するプログラムとしては、県内の５０基幹施設において１９基本領域・２０４プログラムが用意され、３９７名の専攻医が採用されました（一般社団法人日本専門医機構調べ)。 この採用数は、県内での臨床研修修了者数よりも少ないことから、両者の差を縮め、より多くの専攻医を県内で確保していくことが重要です。あわせて、制度の運用により、県内の医師の地域偏在や診療科偏在が助長される等、地域医療に支障が生じることがないように配慮する必要があります。
（中略）	（中略）
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。	**ウ　医師の働き方改革** これまでの我が国の医療は医師の長時間労働により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担が更に増加することが予想されます。
（中略）	（中略）
（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**	**（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**

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日（金）	

新（素案）	旧（現行）
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。	千葉県における医療施設従事医師数（産婦人科・産科・婦人科）は、近年、横ばいで推移しており、令和２年末現在では５３９人となっています。 また、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる医師数（産婦人科、産科、婦人科医で、過去２年以内に分娩を取り扱った医師数）は令和２年では３８１人であり、全国では７位です。 しかしながら、分娩取扱医師偏在指標は、全国で多い順に３４位の９．４１、全国平均の１０．５０を下回っており、相対的に少ない状況にあります。
（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。	**（ｲ）二次保健医療圏ごとの状況** 令和２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１９．２５（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２５８周産期医療圏中、多い順に第１２位）、最少は香取海匝保健医療圏の６．１３（同第２３２位）であり、約３．１倍の差があります。 二次保健医療圏ごとの分娩取扱医師数は、最多の東葛南部保健医療圏で１０８人、最少の山武長生夷隅保健医療圏で１０人となっています。 日本産婦人科医会の調査によれば、分娩取扱施設当たり分娩取扱医師数は、最大は東葛北部保健医療圏の７．４人、最少は山武長生夷隅保健医療圏の２．０人であり、約３．７倍の差があります。また、分娩取扱医師数当たり年間分娩件数について、最大は山武長生夷隅保健医療圏の８５件、最少は市原保健医療圏の１９件であり、約４．５倍の差があります。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日（金）	

新（素案）	旧（現行）
（中略）	（中略）
（３）小児科医の確保に関する現状と課題	（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　小児科医師数及び医師の偏在
（ア）千葉県の状況	⑺ 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。	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２年末現在では、全国で多い順に８位の７０３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９３．６と、全国平均の１１５．１を下回っており、相対的に少ない状況にあります。
（中略）	（中略）
（イ） 二次保健医療圏ごとの状況	⑴ 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。	令和２年末現在、二次保健医療圏ごとの医療施設従事医師数（小児科）は、最多の千葉保健医療圏で１８３人、最少の安房保健医療圏で１４人となっています。医師偏在指標（小児科）では、最大は千葉保健医療圏の１２５．３（全国３０３小児医療圏中、第８２位）、最少は君津保健医療圏の４５．９（同第２９９位）であり、約２．７倍の差があります。
（中略）	（中略）
３　区域等と目標医師数、偏在対策基準医師数の設定	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	（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。	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。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
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保健医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、医師が不足している可能性があることから、医師偏在指標の下位３３．３％を相対的医師少数都道府県（相対的医師少数区域）と設定するとともに、医師多数都道府県（医師多数区域）は設けないこととされています。	区域等の設定に当たっては、国により、医師偏在指標の上位３３．３％の都道府県が医師多数都道府県に、下位３３．３％の都道府県が医師少数都道府県とされました。また、二次医療圏単位では、医師偏在指標が２１７．７以上（上位３３．３％に相当）である二次医療圏が医師多数区域に、を１７９．３以下（下位３３．３％に相当）である二次医療圏が医師少数区域に設定されました。 また、産科及び小児科については、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない都道府県や二次保健医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、医師が不足している可能性があることから、医師偏在指標の下位３３．３％を相対的医師少数都道府県（相対的医師少数区域）と設定するとともに、医師多数都道府県（医師多数区域）は設けないこととされています。
（中略）	（中略）
（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	（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）	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。	都道府県ごと及び二次保健医療圏ごとに、計画期間終了時点である令和８年度末において確保しておくべき医師の総数を「目標医師数」として設定します。 ガイドラインでは、医師少数都道府県の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位３３．３％に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義されています。 この定義により算定した本計画の目標医師数は、１３，９０５人であり、令和２年末時点の１２，９３５人から、９７０人の増加が必要です。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
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。	また、二次保健医療圏ごとの目標医師数は、その合計が県の目標医師数の範囲内に収まるように設定することとされています。 千葉県では、医師全体についての二次保健医療圏ごとの目標医師数は、次の考え方に従って設定します。なお、９つの二次保健医療圏の目標医師数の合計（１３，５６５人）と千葉県全体の目標医師数（１３，９０５人）との差（３４０人）については、保健医療圏を特定せずに県全体で確保に取り組みます。
・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。	**・医師少数区域** 計画開始時の下位３３．３%の基準を脱するために要する医師数。ただし、当該医師数が現状の医師数を下回る場合は、計画終了時点において、計画期間開始時の千葉県の医師偏在指標に達する値である医師数。 **・医師少数区域、医師多数区域のどちらでもない区域** 現状の医師数。ただし、現状の医師数が計画期間開始時の千葉県の医師偏在指標に達する値である医師数を下回る場合は、計画終了時点において、当該千葉県の医師偏在指標に達する値である医師数。 **・医師多数区域** 現状の医師数。
（中略）	（中略）
ウ　将来時点において確保が必要な医師数	**ウ　将来時点において確保が必要な医師数**

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
厚生労働省の推計によれば、千葉県における令和１８年時点で確保が必要な医師数（医師全体）は、令和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。	厚生労働省の推計によれば、千葉県における令和１８年時点で確保が必要な医師数（医師全体）は、令和２年時点の医師数（１２，９３５人）よりも３，９３７人多い１６，８７２人とされており、本計画期間終了後も、引き続き、長期的な医師確保対策を推進していく必要があります。
（中略）	（中略）
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。	４　千葉県における医師の確保の方針と施策 （１）医師（全体） ア　医師の確保の方針 医学部臨時定員増の活用や県内大学医学部との連携等により地域医療に従事する医師の養成・確保を推進し、また、医師多数区域等における魅力的な研修環境を生かして県内外から研修医等を確保し、県内医師少数区域等への医師派遣を促進する等して、県内での医師数の増加を図ります。 また、効率的な医療提供体制に配意しながら、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年度から適用される医師の時間外労働時間の上限規制に適切に対応しつつ、地域医療を支える医療機関が必要な医療を提供し続けられるよう支援するとともに、性別を問わず子育て世代の医師に対して支援を行うなど、医療機関における就労環境の改善を図ることで医師の県内定着を促進します。 さらに、県民に対し、上手な医療のかかり方への理解を促進することで、受療行動の適正化につなげ、もって医療現場への負担軽減を図ります。 以上を総合的に行うことで、県内の医療需要に対応していきます。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
イ　医師の確保に関する施策展開の方向性 （※今回の素案では「方向性」として項目を整理しています。試案に向けて、具体的展開を検討してまいります。） **（ア）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 **（イ）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 **（ウ）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	**イ　医師の確保に関する施策** （※今回の素案との対照で、具体的展開の項目を掲載しています。） **（ア）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 **（イ）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 **（ウ）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。	**（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。

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

第2回東葛南部地域保健医療連携･地域医療構想調整会議	議事2 資料2-4
令和8年11月27日(金)	

新（素案）	旧（現行）
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。	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	**イ　医師の確保に関する施策**
（※今回の素案では「方向性」として項目を整理しています。試案に向けて、具体的展開を検討してまいります。）	（※今回の素案との対照で、具体的展開の項目を掲載しています。）
(ア)効率的な医療提供体制の確立	**(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	・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	・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	**(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	・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	・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	**(ウ)医師の働き方改革の推進**
・就労環境の向上と復職支援	・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	・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	**(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	・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	・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	・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	**（３）小児科**
ア　医師の確保の方針	**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	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

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
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。	を行うことで、小児科医の養成・確保を図りつつ、その処遇改善や働き方改革への対応等を進めることで県内定着の促進を図り、県内の小児科医師数の増加を目指します。 併せて、上手な医療のかかり方への県民の理解を促進します。 以上を総合的に行うことで、県内の小児医療の需要に対応していきます。
イ　医師の確保に関する施策展開の方向性 （※今回の素案では「方向性」として項目を整理しています。試案に向けて、具体的展開を検討してまいります。）	イ　医師の確保に関する施策 （※今回の素案との対照で、具体的展開の項目を掲載しています。）
（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	（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	（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	（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	（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

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

千葉県保健医療計画　中間見直し（素案）
現行計画との新旧対照表

新（素案）	旧（現行）
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	（新規）

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。

新（素案）	旧（現行）
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。 **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。 決定した区域を掲載予定。	（新規）

※図表については、公表できる最新数値となるよう更新しています。