

医 第 2 4 8 3 号

令和 7 年 1 月 2 1 日

各医療機関開設者・管理者 様

千葉県健康福祉部長

(公印省略)

千葉県医師少数区域等医師派遣促進事業実施要綱に基づく医師派遣依頼書等の提出について (依頼)

本県の医療行政の推進につきましては、日頃から御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記事業について、貴院において医師の派遣を受けることを希望される場合は、下記のとおり、医師派遣依頼書等を御提出ください。

なお、本事業は令和 7 年 2 月定例県議会において令和 7 年度歳入歳出予算が可決された場合に実施する予定であるため、事業内容が変更となる可能性があります。

## 記

### 1 提出内容

(1) 具体的に派遣協議を行っている医療機関がある場合 (提出書類 3 種類)

- ・医師派遣依頼書 (別紙様式 1)
  - ・派遣協議状況 (別紙)
  - ・派遣元医療機関登録票 (別紙様式 2) : 貴院から派遣元医療機関に提供し、派遣元で作成
- ※ 別紙様式 2 については、様式が一部変更となっていますので、必ず今回添付したものを御利用ください。なお、提出は派遣元医療機関から直接送付いただいても構いません。

(2) 具体的に派遣協議を行っている医療機関がない場合 (提出書類 2 種類)

- ・医師派遣依頼書 (別紙様式 1)
- ・派遣協議状況 (別紙)

### 2 提出期限

令和 7 年 2 月 4 日 (火) ※提出が遅れる場合は必ず御連絡ください。

### 3 提出先・連絡先

千葉県健康福祉部医療整備課医師確保・地域医療推進室 藤原

電 話 : 0 4 3 - 2 2 3 - 3 9 0 2

電子メール : [d-chibank@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:d-chibank@mz.pref.chiba.lg.jp)

#### 4 留意事項

- ・本事業により医師の派遣を受ける場合、**開設者が派遣元医療機関に対して、県補助額の1/2を負担**する必要があります（通年で常勤医師1人の派遣を受けた場合の**負担上限額500万円**）。また、当該負担のほか、雇用契約などの形態に応じて、派遣される医師の給与等の支払いも必要です。
- ・そのため、医師派遣依頼書を提出するに当たっては、開設者と十分に協議するようお願いいたします。
- ・本制度の利用を希望し、かつ様式等の電子データが必要な場合は、上記3の連絡先にメールでお問合せください。

#### 5 提出後の流れ

本事業は、以下のとおりの流れで派遣の決定等を行う予定です。また、派遣の決定等は、令和7年2月定例県議会において令和7年度歳入歳出予算が可決された場合に行います。

##### (1) 具体的に派遣協議を行っている医療機関がある場合

- ・派遣協議先の医療機関から貴院への派遣について、県において、地域医療対策協議会（年度内に開催予定）で協議を行い、派遣の決定等を行います。
- ・万が一、協議が整わず、事業の実施を見送る場合などは、速やかに御連絡ください。

##### (2) 具体的に派遣協議を行っている医療機関がない場合

- ・県において、県内の医師少数区域に該当しない地域の病院及び東京都及び神奈川県内の医師多数区域に所在する病院に対し、派遣元としての医療機関の登録を依頼します（依頼に当たり、貴院からの依頼内容を公表することがあります）。
- ・この場合、派遣元の登録があったときに、貴院と派遣元医療機関の間で具体的な協議をしていただいた上で、地域医療対策協議会（年度内に開催予定）で協議を行い、派遣の決定等を行います。
- ・また、貴院において、医師派遣依頼書等を提出後に、独自に派遣協議を行う医療機関を確保した場合は、速やかに御連絡ください。

#### 6 千葉県ホームページ

事業概要等については、以下のページに掲載しておりますので御参照ください。

<https://www.pref.chiba.lg.jp/iryuu/ishi/ishikakuho/ishisyousuu.html>

(担当)

千葉県健康福祉部医療整備課

医師確保・地域医療推進室 藤原

電話：043-223-3902

メール：[d-chibank@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:d-chibank@mz.pref.chiba.lg.jp)