グリーン帯：ポイント
オレンジ帯：県方針
グレー帯：参考

| | |
|---|---|
| 第2回千葉地域医療構想調整会議 | 議事1<br>資料1 |
| 令和8年11月9日（月） | |

# 新たな地域医療構想の策定に伴う構想区域の見直しについて（案）

**これまでの御意見及び患者の受療動向等を踏まえ、本県における新たな地域医療構想の構想区域案を整理したので、御議論いただきたい。**

千葉県 健康福祉部 健康福祉政策課 政策室
電話番号：043-223-2609
メール：khseisaku@mz.pref.chiba.lg.jp

# これまでの検討の経緯

- 令和8年8月12日開催の第1回医療審議会総会において、構想区域の設定について諮問し、同日開催の第1回地域保健医療部会において、 構想区域の見直し案について御議論いただいた。
- その後、8月から9月にかけて各地域の地域医療構想調整会議において構想区域の見直し案を提示するとともに、市町村向け説明会を実施し、構想区域の見直しに関する御意見をいただいた。
- 各会議等でいただいた主な意見の概要は次のスライドのとおり。

**【参考　主なスケジュール】**

| | |
|---|---|
| **R8.8.12** | **・医療審議会総会【諮問】　（新たな地域医療構想の策定の検討）**<br>**・医療審議会地域保健医療部会　（構想区域（案）の検討）** |
| **R8.8～9** | **・地域医療構想調整会議、市町村向け説明会** |
| **R8.10** | **・医療審議会地域保健医療部会（構想区域（案）の検討）** |
| **R8.11** | ・地域医療構想調整会議 |
| **R8.12** | ・医療審議会総会（会長・副会長の選出、部会所属委員の指名） |
| **R9.1** | ・医療審議会地域保健医療部会（構想区域（案）の検討（区域の名称を含む）） |
| **R9.2** | ・パブコメ、関係団体への意見照会 |
| **R9.3** | ・医療審議会総会【答申】(新たな地域医療構想のうち、構想区域(案)の答申)<br>・新たな地域医療構想のうち、構想区域の決定 |

**※　人口20～30万人毎に１つ確保する「急性期拠点機能」等、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携の協議は、令和９年度以降に実施予定**

# 構想区域の見直しに係る主な意見１

・　構想区域の見直しについては、医療資源の有効活用や医療提供体制の維持・確保の観点から、その方向性に理解を示す意見があった。

＜主な意見＞

・　病院の老朽化や人口減少が進む中では広域的な視点で考える必要があり、隣接医療圏と併せて医療圏を広域に捉え直すことに賛成である
・　医療資源の集約化に向けた区域見直しは必要である
・　構想区域の統合は、限られた医療資源の広域的な活用や患者の受療動向の実態に即したものと考えられる
・　構想区域（案１）では、各区域に救命救急センターが２施設以上配置されており、「治す医療」を支える仕組みになっている
・　構想区域（案４）のように、医療アクセス等を踏まえて二次医療圏を細分化して設定する考え方は評価できる
・　災害時の対応や住民との距離感も踏まえると、区域を過度に広域化すべきではなく、構想区域（案１）又は（案４）を支持する



※　新たな構想区域（案）については、p.11参照

# 構想区域の見直しに係る主な意見２

一方で、構想区域の見直しの必要性や効果、地域の実情との整合性等について様々な意見が示されたことから、県では主な論点を以下の４点に整理した。

**論点１　構想区域の見直しの意義は何か**
**論点２　患者の受療動向を踏まえ、地域の実態に即した構想区域となるか**
**論点３　医療アクセスや医療提供体制の確保が図られるか**
**論点４　構想区域の設定規模は適切か**

## 論点１　構想区域の見直しの意義は何か

＜主な意見＞
- 区域を変えても患者の流れは変わらないのではないか
- 区域を広げても実際の医療提供体制は改善しないのではないか
- 区域の見直しが本当に急性期拠点の維持につながるのか不明
- 人口20万人という基準が「数合わせ」に見える
- 構想区域の見直しによって目指す医療提供体制や今後の方向性を明確に示してほしい
- 構想区域は今後20年程度使用されることを見据え、人口動態だけでなく人の動きや将来のインフラ整備も踏まえるとともに、県全体の医療提供体制の将来像を示した上で議論すべき　等

## 論点２　患者の受療動向を踏まえ、地域の実態に即した構想区域となるか

＜主な意見＞
- 患者の受療動向や受診先の選択実態を踏まえるべき
  → 東千葉メディカルセンターへの救急・重症患者の流入実態を踏まえ、山武・長生地域を一体的に捉えるべき
  → 市原地域においては、帝京大学ちば総合医療センターの移転による将来的な受療動向の変化も考慮すべき
  → 長生地域は患者の受療動向から市原地域との繋がりが大きく、市原区域と一体となる構想区域が望ましい　等
- 保健所圏域や郡市単位といった従来のつながりも重視すべき
- 地区医師会の所属などを踏まえると、郡市の境界のみで区分するのはいかがか　等

## 論点３　医療アクセスや医療提供体制の確保が図られるか

＜主な意見＞
- 新たな枠組みの構築が、公立病院の経営や医療提供体制の維持に影響を与えないか考慮すべき
- 救急搬送時間や通院アクセスも評価すべき
- 高齢者や小児救急のアクセス確保が必要
- 交通アクセスや地域交通網も考慮して区域設定を行うべき
- 区域が統合された場合でも、災害時の道路寸断等を見据え、各地域において一定の医療機能を維持できるようにすべき　等

## 論点４　構想区域の設定規模は適切か

＜主な意見＞
- 災害時対応や住民との距離感も踏まえ、区域を過度に広域化すべきではない
- 過度な広域化により、一部の人口集積地域に議論が偏り、地域ごとの課題が見えにくくなることが懸念される
- 広域化により関係する市町村や医療機関が増えることで、地域課題に関する意思決定や調整の複雑化が懸念される
- 区域面積についても十分考慮すべき　等

# 論点１
# 構想区域の見直しの意義は何か

# 論点１　（構想区域見直しの意義）

- 構想区域の見直しについては、医療提供体制の改善につながるのか、人口20万人以上という基準による区域設定が単なる「数合わせ」ではないかなど、その必要性や意義を疑問視する意見があった。
- また、構想区域の見直しについては、県全体の医療提供体制の将来像を示した上で、地域の実情や将来を見据えた丁寧な議論を求める意見があった。
- これらの意見を踏まえ、「論点１　構想区域の見直しの意義は何か」の観点から県の考えを整理した。

## 論点１　構想区域の見直しの意義は何か

＜主な意見＞

- 区域を変えても患者の流れは変わらないのではないか
- 区域を広げても実際の医療提供体制は改善しないのではないか
- 区域の見直しが本当に急性期拠点の維持につながるのか不明
- 人口20万人という基準が「数合わせ」に見える
- 構想区域の見直しによって目指す医療提供体制や今後の方向性を明確に示してほしい
- 構想区域は今後20年程度使用されることを見据え、人口動態だけでなく人の動きや将来のインフラ整備も踏まえるとともに、県全体の医療提供体制の将来像を示した上で議論すべき　等

# ★論点１　構想区域の見直しの意義は何か

- 限られた医療資源を効率的かつ効果的に活用するため、医療機関の役割分担、連携を促進し、医療機能に応じて医療従事者の適正な配置をはかることで、**安心で質の高い医療を将来にわたり維持したい。**

- 特に、夜間・休日の救急医療や緊急手術を担う急性期拠点機能を将来にわたって確保するため、**医療機関機能を踏まえた連携・再編・集約化の議論を通じ、症例数を確保・維持していく必要がある。**

**その議論の枠組みとして**

国の分析では、人口20万人未満の区域では時間外緊急手術がほとんど実施されず、効率や症例数に課題がある区域が一定数存在するとされている。

- **効率、医療の質を確保するため、人口20万人以上を基本としつつ、受療動向に即した形になるよう、構想区域を見直す必要がある。**

※　構想区域見直しの必要性、「人口20万人以上」を基準とする考え方の詳細は、参考資料（p.28～29）参照
※　構想区域見直し後に目指す医療提供体制の方向性は、参考資料（p.30～32）参照

# 論点２
# 患者の受療動向を踏まえ、
# 地域の実態に即した構想区域となるか

# 論点２　（受療動向）

- 患者の受療動向や地域の実態を踏まえた区域設定を重視すべきとの意見があった。
- また、区域設定に当たっては保健所圏域や郡市単位といった従来からの枠組みを考慮すべきとの意見がある一方、郡市単位にとらわれず、実際の医療提供体制を重視すべきとの意見もあった。
- これらの意見を踏まえ、「**論点２　患者の受療動向を踏まえ、地域の実態に即した構想区域となるか**」の観点から　県の考えを整理した。

**論点２　患者の受療動向を踏まえ、地域の実態に即した構想区域となるか**

＜主な意見＞

- 患者の受療動向や受診先の選択実態を踏まえるべき
  - → 東千葉メディカルセンターへの救急・重症患者の流入実態を踏まえ、山武・長生地域を一体的に捉えるべき
  - → 市原地域においては、帝京大学ちば総合医療センターの移転による将来的な受療動向の変化も考慮すべき
  - → 長生地域は患者の受療動向から市原地域との繋がりが大きく、市原区域と一体となる構想区域が望ましい　等
- 保健所圏域や郡市単位といった従来のつながりも重視すべき
- 地区医師会の所属などを踏まえると、郡市の境界のみで区分するのはいかがか　等

# 患者の受療動向の把握方法

- 第1回医療審議会において、構想区域の見直しに当たっては、将来にわたり持続可能で質の高い医療提供体制を確保する観点から、次の2点を重視して適切な構想区域を設定することとした。

  ① 1つの構想区域当たりの人口が2040年においても20万人以上であること
  ② 実際の患者の受療動向に即していること

- このうち、②（受療動向）については、**直近の入院医療の圏域内完結率**（各構想区域の住民が、その区域内の医療機関に入院した割合）を用いて把握することが適当と考える。
  ※ 国のガイドラインでは、構想区域の検討に当たり、現在の患者の流出入の実態を踏まえることとされている。

【構想区域見直しの考え方（国ガイドラインより抜粋）】

- **現在の患者動向**を前提として、人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、必要に応じて、現在の構想区域の広域化等を検討する必要がある。

【入院医療データを用いる理由】

- 新たな地域医療構想は、急性期医療のみならず、高齢者救急や在宅医療との連携なども含め、2040年頃を見据えた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものであることから、構想区域の検討に当たっては、特定の医療機能に着目するのではなく、**地域全体の入院医療提供体制を総合的に評価することが重要**と考える。

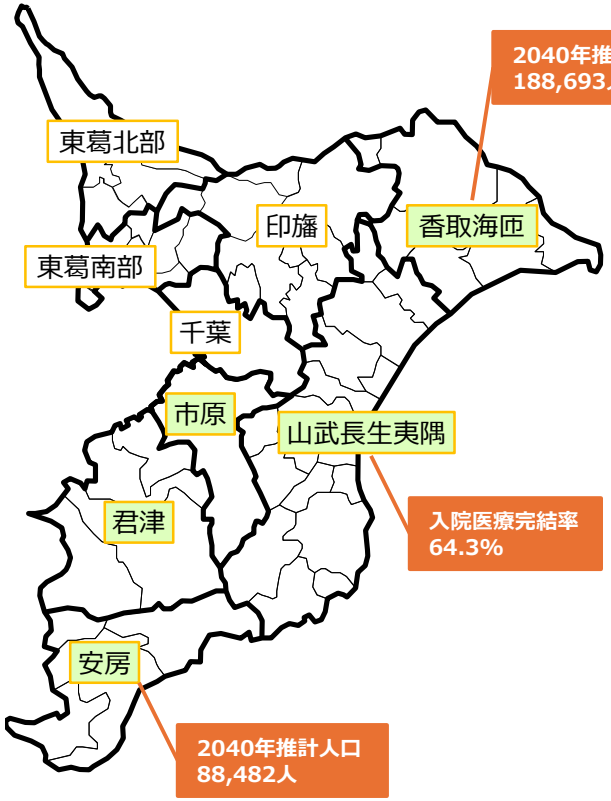
# 千葉県における構想区域の現況

- 2040年には人口20万人を下回る見込みである、**香取海匝・安房区域**
- 入院医療の圏域内完結率が低い、**山武長生夷隅区域**

➡ **区域の見直し方針を踏まえ、これら３区域は、適切な構想区域となるよう検討する必要がある。**

**人口20万人以上を基本として、区域の見直し案として４案を検討した。**

## ○ 現行構想区域（９区域）




### 案１（７区域案）




### 案２（６区域案）




### 案３（５区域案）




### 案４（８区域案）

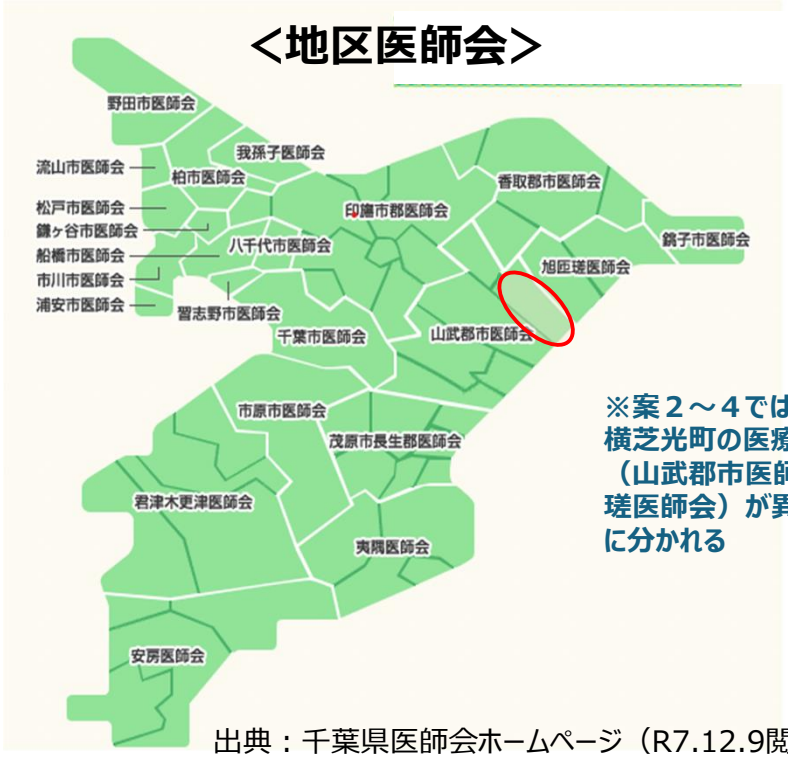



※　新たな構想区域（案）の詳細(人口・圏域内完結率等)は、参考資料（p.33～36）参照

# 既存の圏域との整合性

- 保健所圏域及び郡市との整合性の観点では、**案1～3は、既存の保健所圏域及び郡市の枠組みを維持**した上で広域化を図る案である。
  一方、案4は、山武長生地域を市町村単位で分割し、圏域境界に位置する市町村の受療動向を踏まえて広域化を図る案である。このため、これまで保健所や郡市を単位として構築されてきた市町村、医療機関、介護関係者等との連携・役割分担の枠組みと構想区域が一致しなくなり、地域医療に係る協議・調整や関係機関間の連携が複雑化する可能性がある。
- 地区医師会との整合性の観点では、横芝光町の医療機関は現状、山武郡市医師会又は旭匝瑳医師会に分かれて所属している。
  **案1**は、香取海匝と山武地域を一体の区域とすることから、**各地区医師会が単一の構想区域に属する**こととなる。このため、横芝光町内で異なる地区医師会に所属する医療機関についても、同一の構想区域の下で協議を行うこととなり、地域課題や対応方針に関する認識の共有が図りやすくなる。




出典：千葉県医師会ホームページ（R7.12.9閲覧）

※　保健所と二次医療圏の関係性は、参考資料（p.37）参照

# ★論点２　患者の受療動向を踏まえ、地域の実態に即した構想区域となるか

- 入院医療の圏域内完結率が低い場合、区域外の医療機関への依存が大きいことを意味し、実際の患者の受療動向とずれが生じている。そのため、「地域の実態に即し、実効性のある協議が当該区域で可能か」という視点から、構想区域としての妥当性を慎重に検討する必要がある。
- **案1～3**は、入院医療の圏域内完結率の最低値が現行より改善されるとともに、保健所圏域及び郡市の枠組みを維持することで、**受療動向を反映しながら、保健所を中心に地域で構築されてきた医療・介護・行政の連携体制との連続性も確保した案**となっている。
- 一方、**案4**は、**市町村単位の受療動向を反映した区域設定**であるものの、山武長生*地域における入院医療の圏域内完結率が60.8%にとどまる。

＜各案の状況＞

| | 現行 | 案１ | 案２ | 案３ | 案４ |
|---|---|---|---|---|---|
| 入院医療の圏域内完結率の最低値 | 山武長生夷隅<br>64.3% | 長生市原<br>75.7% | 山武長生夷隅<br>市原<br>73.8% | 東葛南部<br>80.7% | 山武長生*<br>60.8% |
| 広域化の単位 | ― | 保健所圏域・郡市の枠組みを維持 | 山武長生夷隅区域の枠組みを維持 | 山武長生夷隅区域の枠組みを維持 | 市町村単位 |

＊ 芝山町、横芝光町、長柄町、長南町、睦沢町を除く

※ 「東千葉メディカルセンターへの救急・重症患者の流入実態を踏まえ、山武・長生地域を一体的に捉えるべき」との意見を受け、参考資料（p.49～50）において、案４における山武・長生地域の救急搬送の圏域内完結状況及び長生・市原地域を統合した場合（案１他）の救急搬送の状況を整理している。

# 論点３
# 医療アクセスや医療提供体制の確保が図られるか

# 論点３　（医療アクセス及び医療提供体制の確保）

- 区域の広域化に当たっては、患者の受療動向に加え、医療機関の整備状況や、交通網を含めた住民の医療機関へのアクセス、救急搬送時間等を総合的に勘案して設定すべきとの意見があった。
- これらの意見を踏まえ、「**論点３　医療アクセスや医療提供体制の確保が図られるか**」の観点から県の考えを整理した。

**論点３：医療アクセスや医療提供体制の確保が図られるか**

＜主な意見＞

- 新たな枠組みの構築が、公立病院の経営や医療提供体制の維持に影響を与えないか考慮すべき
- 救急搬送時間や通院アクセスも評価すべき
- 高齢者や小児救急のアクセス確保が必要
- 交通アクセスや地域交通網も考慮して区域設定を行うべき
- 区域が統合された場合でも、災害時の道路寸断等を見据え、各地域において一定の医療機能を維持できるようにすべき　等

# 急性期拠点機能の確保（国の考え方）

- 急性期拠点機能に期待されている役割は、**外科系の救急・手術等の医療資源を多く要する医療提供**のほか、**災害対応等の政策医療**の実施、**医師の養成・派遣**による地域医療の支援等である。

## 総合的な診療機能

○ 急性期拠点機能を担う医療機関は、救急医療の提供や手術等の医療資源を多く要する医療について、地域の実情に応じて総合的に提供することが求められる。具体的には、消化器外科や整形外科、循環器内科、脳神経外科等を中心とした頻度の高く、救急対応や手術等を要する疾患に対応できる必要がある。

○ 小児・周産期医療や精神医療等の一部の診療領域については、人口の少ない地域等において、地域の資源を集約して、急性期拠点機能を担う医療機関が担うことも考えられうるが、大都市部等において、既に他の医療機関によりこうした診療領域の体制が整備されている場合、新たに当該領域の診療機能を担う必要はない。

## その他の役割

○ 急性期拠点機能を担う医療機関は、地域において相対的に多くの医療資源が配置されることになることから、関連する様々な役割を担うことが求められる。

| | 概要 | 考え方等 |
|---|---|---|
| 災害拠点病院<br>（基幹災害拠点病院、<br>地域災害拠点病院） | 災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う | 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受入及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受入拠点にもなること等が要件。 |
| 医療措置協定の締結 | 新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保 | 病床確保や医療人材派遣をはじめとして、新興感染症発生時に備えた都道府県との医療措置協定を締結する。 |
| 臨床研修及び専門研修の実施 | 基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医師の修練の場を提供 | 急性期拠点機能を担う医療機関には、手術等の急性期症例も集約され、医師も重点的に配置されることになるため、一定の症例数や適切な指導体制の整備が求められる初期臨床研修や専門研修に積極的に協力する必要がある。 |
| 地域における必要な病床の確保のための積極的な役割 | 医療需要の動向に応じた病床数の整備を推進 | 今後、手術等の医療資源を多く必要とする医療ニーズの減少が見込まれる中、高齢者救急等の症例を必要以上に受け入れることはせず、総合的な急性期医療の提供機能を維持できる範囲で、病床数の適正化（ダウンサイズ）を行う。 |
| 地域への医師の派遣 | 地域の他の医療機関へ医師等を派遣し、地域の医療提供体制を維持 | 地域において医師が相対的に多く配置されることになるため、地域の他の医療機関への当直医や代診医の派遣等により、地域全体の医療提供体制の確保に積極的に関与する必要がある。 |

56

出典：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」（R8.8.10）

# 主な拠点病院の配置状況等（見直し対象地域）

- 急性期拠点機能に期待される役割を踏まえ、下表では各構想区域案における救急・災害医療を担う拠点病院及び地域医療支援病院の配置状況（施設数）を整理した。
- 現状の医療資源を活用した医療提供体制の構築を前提とすると、いずれの案においても全ての構想区域に救急・災害医療の拠点病院及び地域医療支援病院が１か所以上存在する。さらに、**案1～3では、全ての構想区域においてこれらの機能を担う医療機関が複数存在**する。

医療機関数：R8.4.1現在、救急・災害・地域医療：R8.10.1現在

| 区分 | 構想区域 | 医療機関数 | | 救急 | | 災害 | | 地域医療支援病院 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 病院数 | 診療所数 | 救命救急センター | 救急基幹センター | 基幹災害拠点病院 | 地域災害拠点病院 | |
| 現行 | 印旛 | 30 | 432 | 2 | | 1 | 3 | 3 |
| | 香取海匝 | 20 | 160 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 山武長生夷隅 | 23 | 258 | 1 | | | 1 | 1 |
| | 安房 | 15 | 88 | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| | 君津 | 19 | 216 | 1 | | 1 | | 1 |
| | 市原 | 13 | 162 | 2 | 1 | | 2 | 2 |
| 案1 | 印旛 | 30 | 432 | 2 | | 1 | 3 | 3 |
| | 香取海匝山武 | 28 | 281 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| | 長生市原 | 23 | 261 | 2 | 1 | | 3 | 2 |
| | 夷隅安房君津 | 39 | 342 | 2 | | 2 | 1 | 2 |
| 案2 | 印旛香取海匝 | 50 | 592 | 3 | 1 | 2 | 4 | 4 |
| | 山武長生夷隅市原 | 36 | 420 | 3 | 1 | | 4 | 3 |
| | 安房君津 | 34 | 304 | 2 | | 2 | 1 | 2 |
| 案3 | 印旛香取海匝 | 50 | 592 | 3 | 1 | 2 | 4 | 4 |
| | 山武長生夷隅市原安房君津 | 70 | 724 | 5 | 1 | 2 | 5 | 5 |
| 案4 | 印旛＋芝山 | 31 | 436 | 2 | | 1 | 3 | 3 |
| | 香取海匝＋横芝光 | 21 | 172 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 山武長生* | 14 | 191 | 1 | | | 1 | 1 |
| | 夷隅安房君津 | 39 | 342 | 2 | | 2 | 1 | 2 |
| | 市原＋長柄＋長南＋睦沢 | 15 | 175 | 2 | 1 | | 3 | 2 |

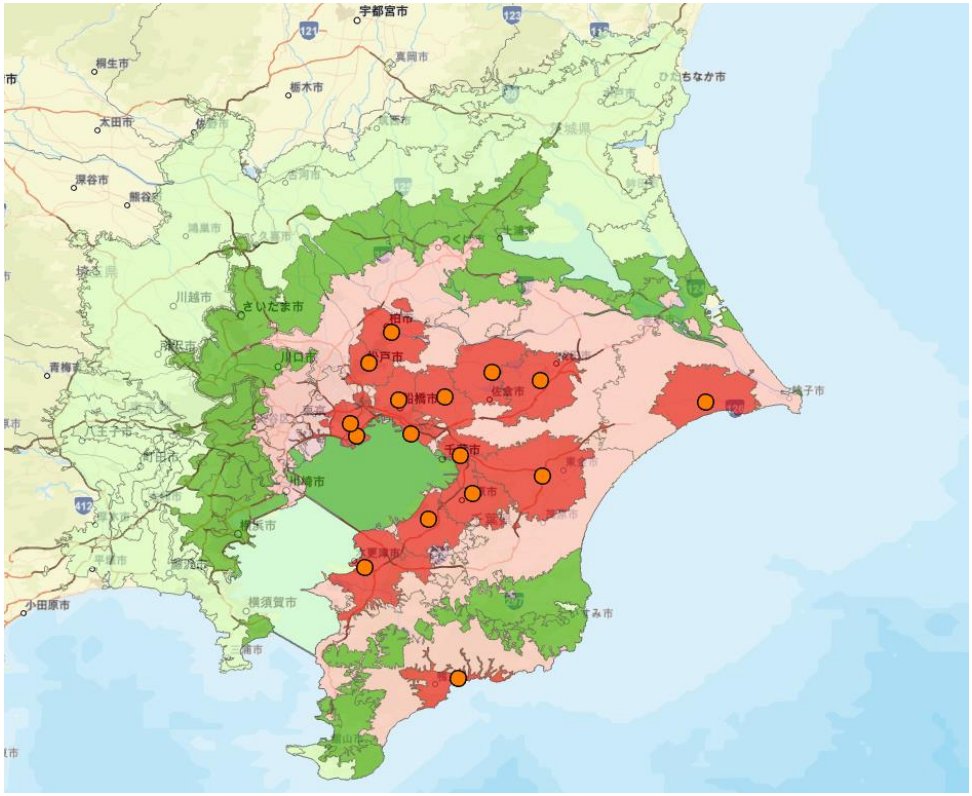
※　拠点病院の配置状況の詳細は、参考資料（p.38～40）参照

* 芝山町、横芝光町、長柄町、長南町、睦沢町を除く

# 救命救急センターまでの救急入院患者到達圏

- 命の危険がある重篤な救急患者等を24時間体制で高度な医療によって救命する救命救急センターについては、県内16か所に配置している。
- 周辺の道路交通網などの整備状況を踏まえつつ、住民の医療アクセスの維持・確保に取り組んでいく必要がある。

## 救命救急センターまでの到達時間シミュレーションマップ




0-20分　40-60分
20-40分　60-90分

※　施設への自動車による移動時間

※　下図の到達時間は救急車搬送を前提としており、県では広域的な救急医療提供体制を補完するため県北部及び県南部にドクターヘリを配備しているが、これによる搬送は反映していない。

出典：　令和7年度 千葉県地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業資料から一部改変

※　救急搬送に係る状況の詳細は、参考資料（p.41～50）参照

# 災害時等を見据えた急性期拠点機能の配置

- 令和８年８月千葉豪雨では、千葉大学病院において手術制限が行われるなど、県内の医療提供体制に大きな影響が生じた。
- 国の方針では、**急性期拠点機能を担う医療機関**は、救急医療や高度急性期医療に加え、**災害医療など地域において政策的に必要な医療も担う**ことが求められている。
- 広域な構想区域における災害時のアクセス確保及び各拠点病院の医療機能の特性を生かした役割分担の観点から、**原則として急性期拠点機能を複数確保**し、**相互補完体制を構築**することが望ましい。

## ９．医療機関・社会福祉施設への影響

浸水想定区域内外に立地する医療機関・社会福祉施設に浸水・停電等の被害が発生し、利用者の処遇に影響

**●事象**

➢浸水想定区域外も含め、89施設の医療機関と604施設の社会福祉施設（9月3日時点）から浸水・停電等の被害が報告された。

➢病院において、地下に雨水が流入し、電気設備が水没、全館停電となり、全診療科の休診、人工透析・検査の休止等により、入院患者約130人の転院が必要となった。

➢病院において、地下の排水処理設備等が浸水・故障し、手術や検査に必要な医療機材の洗浄・滅菌が不可能になったため、予定していた手術等の大幅な制限が必要となった。

➢高齢者施設において、雨水の浸入により天井の一部が崩落し、供用スペースや居室が浸水したため、54名の入所者（9月7日時点）の他施設への移動が必要となった。

➢高齢者施設において、浸水により浄化槽、受水槽、エレベーター等が故障・使用不可となったため、施設機能の完全復旧まで長期間を要する見込みとなった。

病院の浸水状況



福祉施設の浸水状況



**●主な取組**

➢被災した医療機関に対し、平時から訓練を行ってきたDMAT（災害派遣医療チーム）を現地に派遣し、人工透析など継続的な医療を必要とする入院患者を院外搬送し、患者の安全を確保した。

➢被災した高齢者施設に対し、県内で初めてDWAT（災害派遣福祉チーム）を派遣し、利用者の状態把握や生活支援等を実施することで、二次被害を防止しつつ、安定した日常生活への移行を支援した。

➢空調設備に不具合が生じた高齢者施設に対し、近隣施設が連携し、各々が所有するスポットクーラーを被災した施設に提供し、入居者の生活環境を確保した。

➢事前の備えとして、止水板を病院の地下スロープ上部と地下室入口前に二重に設置し、地下の受変電設備への浸水を防いだ事例があった。

**●課題**

医療機関・社会福祉施設における重要設備（電気・給排水・空調など）への浸水は、利用者（特に入院患者・施設入所者）の生命や健康の維持に重大な影響を及ぼす

**●論点**

医療機関・社会福祉施設の利用者の安全確保のため、
- 浸水想定区域外も含め、重要設備を守る止水板等の設置や設備機器の高所移設等の対策
- 入院患者等の移送先や移送車両・人員の確保、必要物資の調達、応援職員の派遣など、地域の相互連携体制の強化

が必要ではないか

**⇒医療・福祉機能継続のための対策の充実**

出典「都市型水害に強い千葉県づくり」に向けたビジョン（千葉県）

# ★論点３　医療アクセスや医療提供体制の確保が図られるか

- **<u>案1～3では各構想区域に複数の救命救急センター、災害拠点病院、地域医療支援病院が配置される一方、案4では区域によっては単独の拠点病院に依存することとなる。</u>**
- 拠点病院は数の多さではなく、救急医療等を安定的に提供できる体制が確保されていることが肝要であり、案1は相互補完体制の構築に配慮したものである一方、案2～4では拠点病院の配置や相互補完体制の面で留意すべき点がある。
- いずれの案においても、周辺の道路交通網などの整備状況を踏まえつつ、住民の医療アクセスの維持・確保に取り組んでいく必要がある。

＜各案の状況（見直し対象外である千葉、東葛南部、東葛北部地域を除く）＞

| | 現行 | 案１ | 案２ | 案３ | 案４ |
|---|---|---|---|---|---|
| 救命救急センター・救急基幹センター | 各区域に1か所以上配置 | 各区域に複数配置 | 同左 | 同左 | 「山武長生＊」区域は１か所、それ以外の区域は複数配置 |
| 基幹災害拠点病院・地域災害拠点病院 | 各区域に、基幹又は地域災害拠点病院の配置 | 各区域に複数配置 | 同左 | 同左 | 「山武長生＊」区域は１か所、それ以外の区域は複数配置 |
| 地域医療支援病院 | 各区域に１か所以上配置 | 各区域に複数配置 | 同左 | 同左 | 「香取海匝＋横芝光」及び「山武長生＊」区域は１か所、それ以外の区域は複数配置 |
| 備考 | | 区域内に分散配置されており、災害時等の相互補完が期待できる | 「山武長生夷隅市原」区域の南部（長生・夷隅地域）に拠点病院がなく、配置に偏りがみられる | 「山武長生夷隅安房君津市原」区域が広域であり、区域全体での相互補完体制の検討が容易ではない | 一部区域では単独の拠点病院への依存度が高く、災害時等のバックアップ体制が限定的である |

＊ 芝山町、横芝光町、長柄町、長南町、睦沢町を除く

※　拠点病院の配置状況及び道路整備に係る状況の詳細は、参考資料（p.38~40, 51～52）参照

# 論点４
# 構想区域の設定規模は適切か

# 論点４　（構想区域の設定規模）

- 区域の広域化に当たっては、過度な広域化により地域ごとの課題が見えにくくなることや、きめ細かな対応が難しくなること、さらには住民との距離が生じることを懸念する意見があった。
- これらの意見を踏まえ、「論点４　構想区域の設定規模は適切か」の観点から県の考えを整理した。

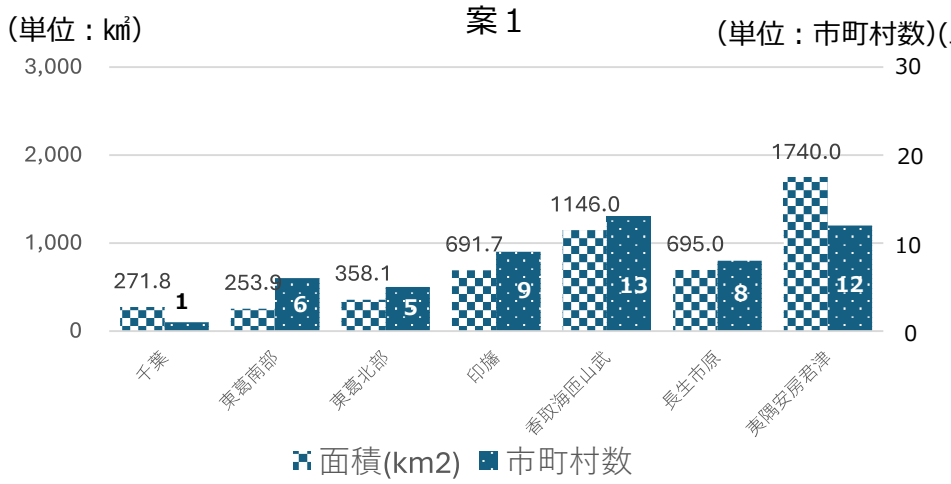
**論点４　構想区域の設定規模は適切か**

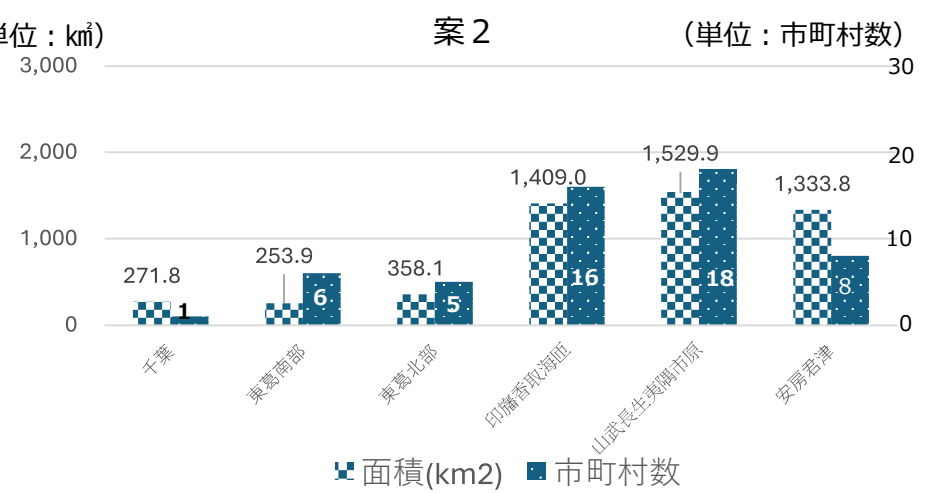
＜主な意見＞

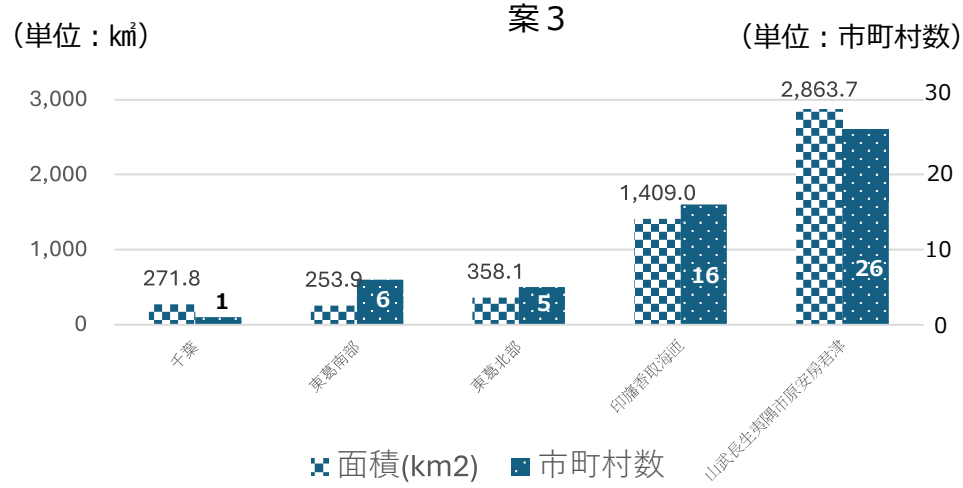
- 災害時対応や住民との距離感も踏まえ、区域を過度に広域化すべきではない
- 過度な広域化により、一部の人口集積地域に議論が偏り、地域ごとの課題が見えにくくなることが懸念される
- 広域化により関係する市町村や医療機関が増えることで、地域課題に関する意思決定や調整の複雑化が懸念される
- 区域面積についても十分考慮すべき　等

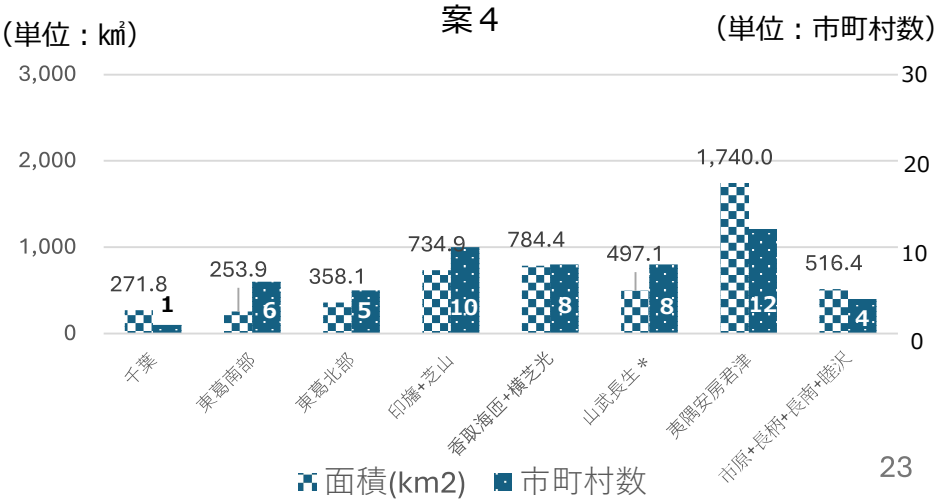
# 構想区域ごとの面積と市町村数

- 案1では、面積は夷隅安房君津区域が最も広域な区域となり、構成市町村数は香取海匝山武区域が13市町村である。
- 案2では、山武長生夷隅市原区域が最も広域な区域となり、構成市町村数は18市町村である。
- 案3では、山武長生夷隅安房君津市原区域が最も広域な区域となり、構成市町村数は26市町村である。
- 案4では、夷隅安房君津区域が最も広域な区域となり、構成市町村数は12市町村である。



# ★論点４　構想区域の設定規模は適切か

・「住民が緊急手術等を必要とした際、過度な移動を伴うことなく必要な医療を受けられるか」という観点から、過度な広域化は、住民との距離感や地域課題の議論・対応が困難になることが懸念されるが、**案３は、県内約半分の面積と自治体数を占める広域な構想区域を形成する**こととなる。

| | 現行 | 案１ | 案２ | 案３ | 案４ |
|---|---|---|---|---|---|
| 圏域当たりの最大面積<br>(県全体に占める割合) | 山武長生夷隅<br>1161.7 ㎢<br>(22.5%) | 夷隅安房君津<br>1740.0 ㎢<br>(33.7%) | 山武長生<br>夷隅市原<br>1529.9 ㎢<br>(29.7%) | 山武長生夷隅<br>市原安房君津<br>2863.7 ㎢<br>(**55.5%**) | 夷隅安房君津<br>1740.0㎢<br>(33.7%) |
| 圏域当たりの構成市町村の最大数 | 山武長生夷隅<br>17市町村 | 香取海匝山武<br>13市町 | 山武長生<br>夷隅市原<br>18市町村 | 山武長生夷隅<br>市原安房君津<br>**26市町村** | 夷隅安房君津<br>12市町 |

# ★本県における構想区域の見直し（案）

- 構想区域の見直しに当たっては、下記2点を踏まえ区域案を作成し、第1回医療審議会において4つの案を提示した。
  ①1つの構想区域あたりの人口が2040年においても**20万人以上**であること
  ②実際の**患者の受療動向に即している**こと
- その後、市町村や医療機関等の関係者から幅広く意見を伺ったところ、論点は大きく４つの観点に整理された。論点を踏まえて各区域案を評価した結果、**案1が総合的に最もバランスの取れた案**であると考えられるがどうか。

| | 案１ | 案２ | 案３ | 案４ |
|---|---|---|---|---|
| 2040年における一定の人口規模（20万人以上）確保 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 入院医療の圏域内完結率の最低値 | 75.7% | 73.8% | 80.7% | 60.8% |
| 既存圏域との整合性 | ○<br>保健所圏域・郡市の枠組みを維持できる<br>（※　横芝光町が同一の地区医師会に所属） | ○<br>山武長生夷隅区域の枠組みを維持できる | ○<br>山武長生夷隅区域の枠組みを維持できる | △<br>市町村単位の区域設定である |
| 主な拠点病院による相互補完体制 | ○<br>区域内に分散配置されており、災害時等の相互補完が期待できる | △<br>「山武長生夷隅市原」区域の南部（長生・夷隅地域）に拠点病院がなく、配置に偏りがみられる | △<br>「山武長生夷隅安房君津市原」区域が広域であり、区域全体での相互補完体制の検討が容易ではない | △<br>一部区域では単独の拠点病院への依存度が高く、災害時等のバックアップ体制が限定的である |
| 広域化の規模 | ○ | ○ | △<br>県内約半分の面積と自治体数を占める広域な構想区域を形成し、住民との距離感や地域課題の議論・対応が困難になることが懸念される | ○ |

# ★今後の主なスケジュール（案）

| | |
|---|---|
| **R8.8.12** | ・医療審議会総会【諮問】　（新たな地域医療構想の策定の検討）<br>・医療審議会地域保健医療部会　（構想区域（案）の検討） |
| **R8.8～9** | ・地域医療構想調整会議 |
| **R8.10** | ・医療審議会地域保健医療部会（構想区域（案）の検討） |
| **R8.11** | ・地域医療構想調整会議 |
| **R8.12** | ・医療審議会総会<br>（会長・副会長の選出、部会所属委員の指名） |
| **R9.1** | ・医療審議会地域保健医療部会（構想区域（案）の検討（区域の名称を含む）） |
| **R9.2** | ・パブコメ、関係団体への意見照会 |
| **R9.3** | ・医療審議会総会【答申】<br>(新たな地域医療構想のうち、構想区域(案)の答申)<br>・新たな地域医療構想のうち、構想区域の決定 |

**※　人口20～30万人毎に１つ確保する「急性期拠点機能」等、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携の協議は、令和９年度以降に実施予定**

※　構想区域の見直し後の対応方針は、参考資料（p.53～54）参照

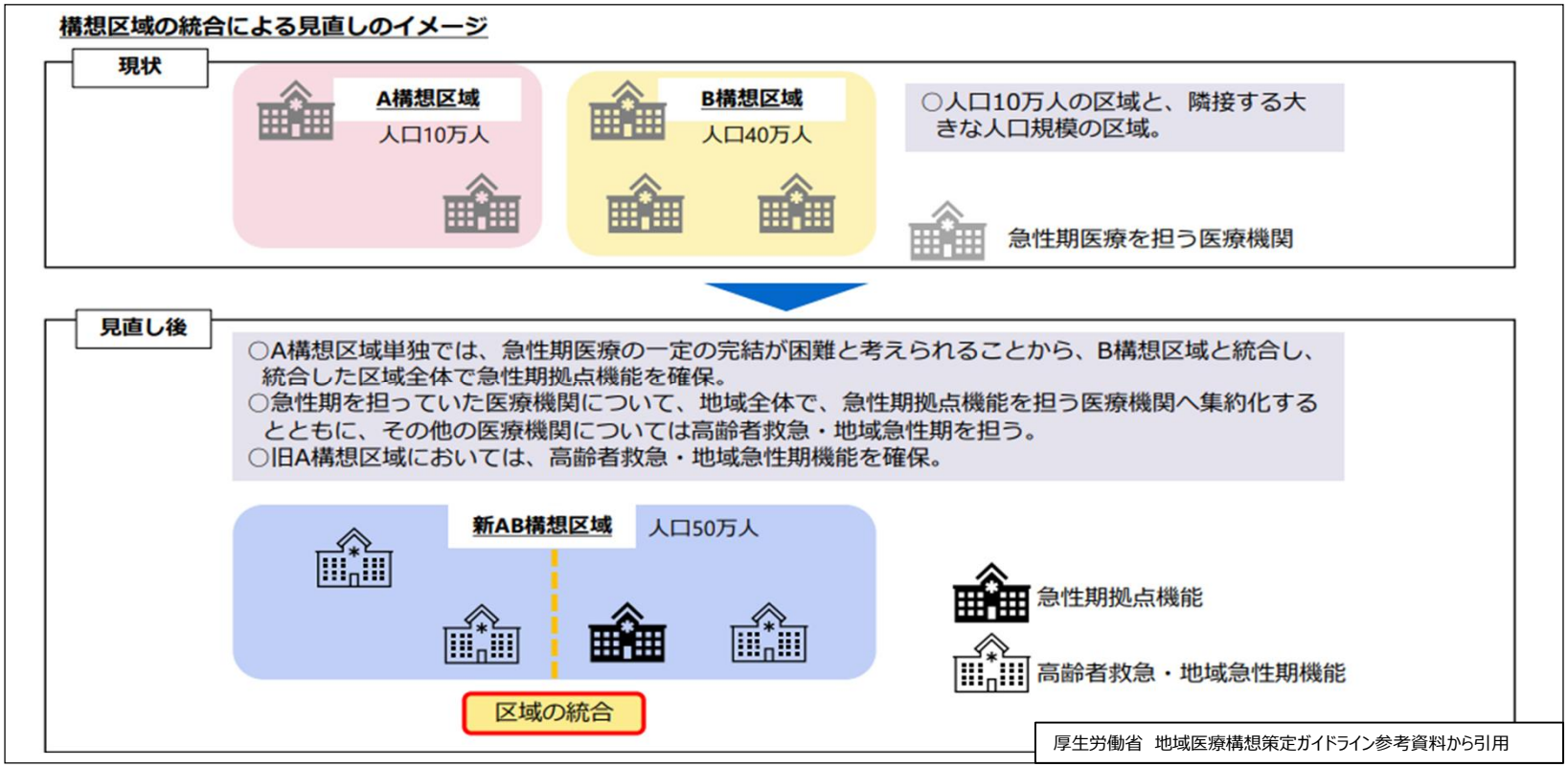
# 【参考資料】

# 構想区域を見直す必要性

- **本県における医療の質や医療提供体制を将来にわたり維持する必要がある。**
- **特に、夜間・休日の救急医療や緊急手術を担う急性期拠点機能の確保が必要である。**
- 人口減少が進み、医療資源も限られていくため、**医療資源を効率的・効果的に活用し、必要な救急医療提供体制を確保する必要がある。**

⇒ **そのためには、医療機関の連携・再編・集約化の議論が必要となる。**

⇒ 構想区域は連携・再編・集約化に向けた議論を行う「医療提供体制を構築する単位」であることから、**まずは、受療動向等を踏まえた適切な区域の見直しが必要と考える。**



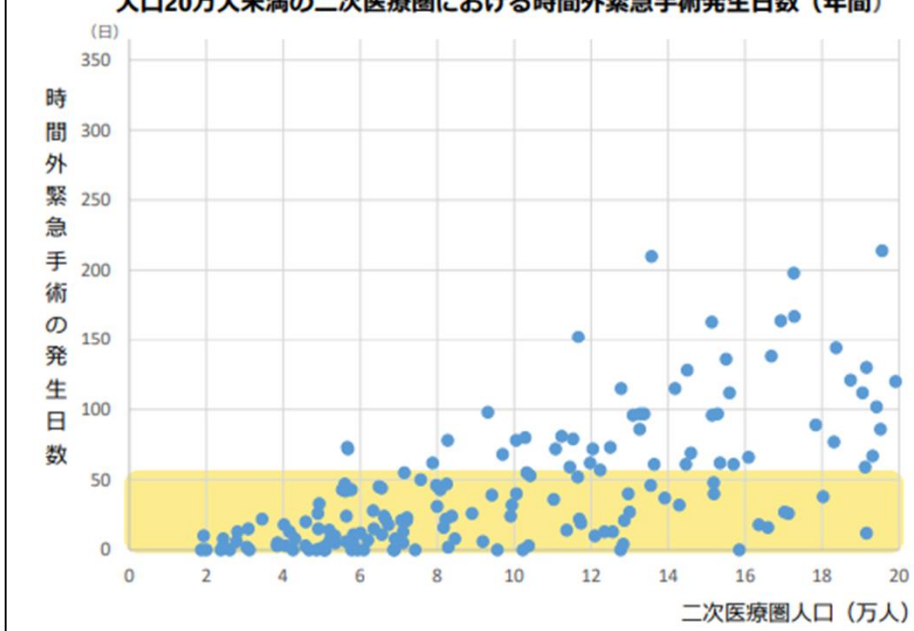

厚生労働省　地域医療構想策定ガイドライン参考資料から引用

# 「人口20万人以上」を基準とする理由

- 構想区域は「医療提供体制を構築する単位」であり、**特に急性期拠点機能の確保が重要。**
- 緊急手術に対応できる体制は、24時間365日確保することが求められるため、**医療の質や医療機関の経営を維持するには、効率的な医療の提供及び一定の患者数(症例数)が必要**である。
- **国の分析では、人口20万人未満の区域では時間外緊急手術がほとんど実施されず、効率や症例数に課題がある区域が一定数存在するとされている。**

⇒ 効率、医療の質を確保するためには、**まずは、医療提供体制について協議する単位として、受療動向に即しつつ、『人口20万人以上』を確保した構想区域を設定する必要がある。**

⇒ **その上で、各構想区域において協議して定める医療機関機能（急性期拠点・高齢者救急等）を踏まえ、連携・再編・集約化の議論を行い、症例数を確保し、医療の質を維持する。**




※ 時間外等緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

資料出所：2022年度NDBデータ 、 総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）

「医療計画について」
（令和5年3月31日厚生労働省医政局長通知）（抜粋）

人口規模 が100万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に 課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。（略）**人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討**すること。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。また、設定を変更しない場合には、その理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）を明記すること。

# 医療提供体制を維持するための課題と目指す方向性

**【課題】**

人口減少により、**患者数、医療従事者数の更なる減少**が見込まれ、**医療の質の低下や医療機関経営のひっ迫**により、急性期拠点等が維持できず、**県民が医療を受けられなくなる恐れがある。**

**【目指す方向性】**

限られた医療資源を効率的かつ効果的に活用するため、**医療機関の役割分担、連携を促進し、**医療従事者の配置にもメリハリをつけることで、**安心で質の高い医療を将来にわたり維持する。**

**課題**

**中長期的な人口減少**
- 患者数は減
- 医療従事者も減

何もしないと…

**各医療機関の患者数 減**
- （治療経験数が減ることにより）医療の質が低下するおそれ
- 経営もひっ迫するおそれ

**医療従事者数 減**
- 少ない従事者が各施設に分散
- 各施設の体制が弱くなり、特に夜間や休日の救急車の受入れが縮小・困難となるおそれ
- 少ない人数で各施設が重厚な体制を維持しようとすれば、従事者が疲弊するおそれ

最悪の場合

**病院の閉院等、医療を受けられなくなる可能性**

**今後の方向性・対応案**

**人口規模毎に、適切な医療機関の役割分担、連携を促進**
**→ 医療従事者の配置もメリハリ**

- 圏域の拠点となる病院に手術や重篤な患者に対する救急医療等の症例を集約し、医療の質に加え、医療従事者の良好な労働環境の確保を図る（急性期拠点機能）
- 地域の病院では、高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、入院早期からのリハビリ等を行い、早期の退院につなげる（高齢者救急・地域急性期機能） 等

こうした地域での役割分担を進めていくために、**人口や交通アクセス、実際の患者さんの流れ（どこに住む方がどこで医療を受けているか）に合わせて**圏域を設定していくことが重要

**以下の地域を中心に見直し、適切な構想区域を設定**
- **人口の少ない地域**
- **入院医療の圏域内完結率が低い地域**

設定した区域に基づき、必要な対策を講じることにより・・・

**安心で質の高い医療を受けられるようになる**

構想区域の見直しだけで実現されるものではなく、医療機能の分化・連携及び医療資源の効率的な活用に向けた取組を行っていくことが重要である。



令和8年8月12日令和8年度第1回医療審議会資料より引用

# 現時点で考える千葉県における構想推進の方向性

・「医療提供体制を維持するための課題と目指す方向性（p.30）」については、これまでもお示ししてきたところであるが、「今後の方向性を明確に示してほしい」との意見があったことを踏まえ、今回の地域医療構想調整会議で御審議いただく論点ではないものの、**県が現時点で考える構想区域見直し後の構想推進の方向性**を整理した。

・ **構想区域の見直し後においては、次のような取組を進める**ことにより、限られた医療資源を効率的かつ効果的に活用することで、持続可能な医療提供体制の確保に努めていく。

## ① 効果的な医療提供体制の構築

・ 各医療機関の医療機関機能や病床機能を明確にし、**役割分担・連携・再編・集約化を見据えた議論を行う**。

・ 小児・周産期医療については、**小児救命救急センターや周産期母子医療センター等への機能集約と周辺病院との役割分担を促進し、中長期的な視点で医療提供体制の確保を図る**。

・ 救急医療については、千葉県救急・医療災害審議会において、**地域全体として効率的かつ持続可能な救急医療提供体制を検討していく**。

・ 効果的な在宅医療提供体制の構築に向け、市町村や福祉関係者等とも連携しながら、地域の実情に応じた取組を進めていく。

・ 医療資源が限られている地域においても効率的な外来医療提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、**オンライン診療の活用等を検討**する。

・ **医療人材の安定的な確保に努め、効果的な医療提供体制が構築されるよう、医療機能に応じた医療従事者の適正配置を促していく。**

・ なお、構想区域を広域化した場合であっても、引き続き必要に応じた**地域課題の議論や中核となる医療機関へのアクセスの確保に努めていく**。

# 現時点で考える千葉県における構想推進の方向性

**② 地域医療構想調整会議の実効性向上**

- 実際の受療動向に即した構想区域とすることで、地域医療構想調整会議における課題認識の共有や合意形成が促進され、協議の実効性向上につながる。
- 会議における説明を効率化し、市町村や医療機関等地域の関係者間の協議の時間を確保するとともに、データや実績に基づく説明を行い、会議を**より実質的な協議と合意形成の場として機能させる**。
- 市町村が地域包括ケアの中核として実情を把握し、地域の関係者と共有することで**医療と介護の連携を含めた地域全体の最適な医療提供体制の構築に向けた協議**を推進していく。

**③ 大学病院本院との連携強化**

- 大学病院本院との連携を強化し、医師少数県である本県の特性を踏まえた**医師の育成・派遣とキャリア形成の両立、県内定着の促進を図る**。

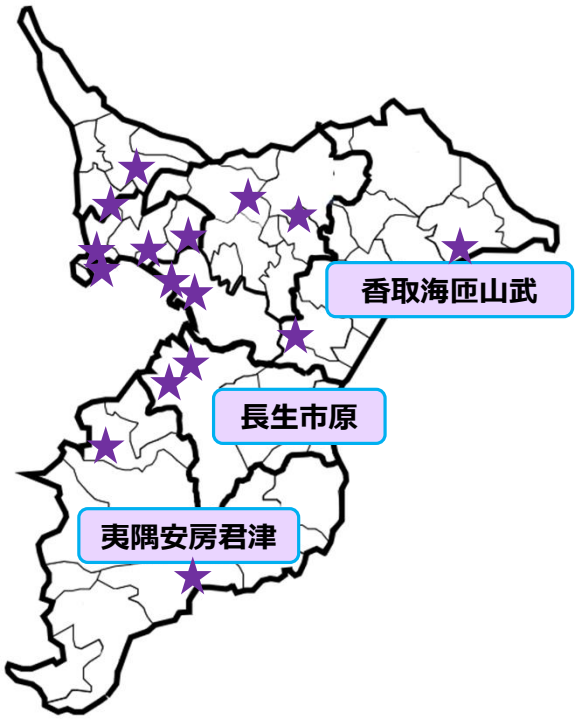
**④ 県民との対話と理解促進**

- 地域医療構想の趣旨について、県民に対し、報道機関とも連携した発信や、市町村と連携した市民講座などを通じて、**県民への情報提供と対話を進める**。
- 住民の医療機関へのアクセスに配慮しつつ、限られた医療資源を有効に活用していく必要性について、県民の理解の促進を図る。
- 県民の理解と納得を得ながら取組を進め、**地域医療を社会全体で支えていく土壌を醸成する**。

# 新たな構想区域（案１）

**案１（７区域）（千葉･東葛南部･東葛北部･印旛･香取海匝山武･長生市原･夷隅安房君津）**
現行の山武長生夷隅区域を保健所単位で分割し、各地域における入院医療の流出状況を踏まえて作成した広域化案である。圏域内入院完結率の最低値は75.7%となり、現行よりも改善が見られる。

| 構想区域 | 人口 | | 人口増減 | 入院医療の圏域内完結率 |
|---|---|---|---|---|
| | 2025年 | 2040年 | | |
| 千葉（１市） | 983,896 | 929,803 | ▲54,093 | 82.3% |
| 東葛南部（６市） | 1,806,989 | 1,806,921 | ▲68 | 80.7% |
| 東葛北部（５市） | 1,435,446 | 1,422,591 | ▲12,855 | 90.9% |
| 印旛（７市２町） | 729,327 | 675,484 | ▲53,843 | 79.6% |
| **香取海匝山武（７市６町）** | 445,180 | 344,785 | ▲100,395 | 78.6% |
| **長生市原（２市５町１村）** | 408,517 | 345,341 | ▲63,176 | 75.7% |
| **夷隅安房君津（９市３町）** | 502,224 | 430,870 | ▲71,354 | 93.8% |
| 県全体 | 6,311,579 | 5,955,795 | ▲355,784 | |




★【参考】救命救急センター（R8.10.1）



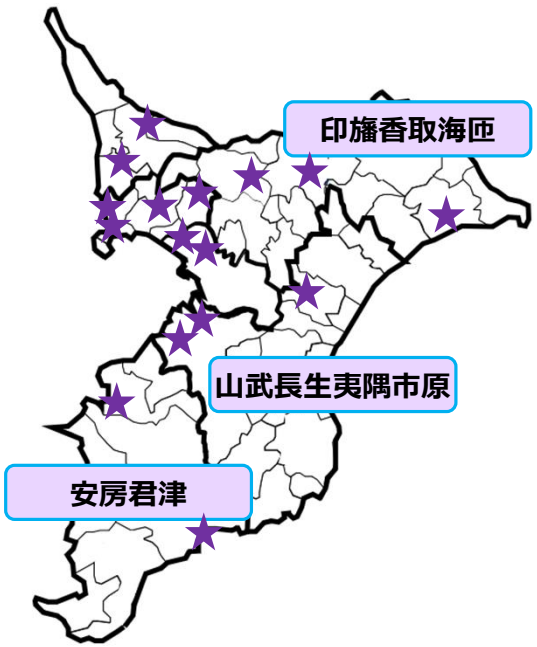
出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、 日本の地域別将来推計人口（令和５年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、 医療計画作成支援データブック（令和６年度版）（厚生労働省）をもとに作成

# 新たな構想区域（案２）

**案２（６区域）（千葉･東葛南部･東葛北部･印旛香取海匝･山武長生夷隅市原･安房君津）**

現行の構想区域を分割せず維持できる一方、山武長生夷隅市原地域の入院医療の圏域内完結率は73.8%に留まり、７区域と比べると、実際の患者の受療動向とずれが生じる。

| 構想区域 | 人口 | | 人口増減 | 入院医療の圏域内完結率 |
|---|---|---|---|---|
| | 2025年 | 2040年 | | |
| 千葉（１市） | 983,896 | 929,803 | ▲54,093 | 82.3% |
| 東葛南部（６市） | 1,806,989 | 1,806,921 | ▲68 | 80.7% |
| 東葛北部（５市） | 1,435,446 | 1,422,591 | ▲12,855 | 90.9% |
| 印旛香取海匝（11市5町） | 979,835 | 864,177 | ▲115,658 | 85.0% |
| 山武長生夷隅市原（７市10町1村） | 668,024 | 548,263 | ▲119,761 | 73.8% |
| 安房君津（7市1町） | 437,389 | 384,040 | ▲53,349 | 95.0% |
| 県全体 | 6,311,579 | 5,955,795 | ▲355,784 | |




【参考】救命救急センター（R8.10.1）



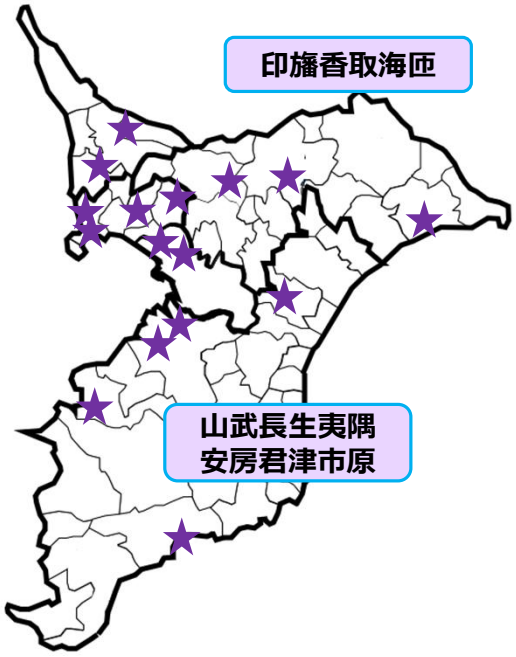
出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、 日本の地域別将来推計人口（令和５年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、 医療計画作成支援データブック（令和６年度版）（厚生労働省）をもとに作成

# 新たな構想区域（案３）

**案３（５区域）（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）**

現行の構想区域を分割せず維持でき、かつ各区域の入院医療の圏域内完結率が80%以上となる一方、区域が広域になるため、地域の課題が把握しづらくなり、実効性の高い議論が困難となることが懸念される。

| 構想区域 | 人口 | | 人口増減 | 入院医療の圏域内完結率 |
|---|---|---|---|---|
| | 2025年 | 2040年 | | |
| 千葉（１市） | 983,896 | 929,803 | ▲54,093 | 82.3% |
| 東葛南部（６市） | 1,806,989 | 1,806,921 | ▲68 | 80.7% |
| 東葛北部（５市） | 1,435,446 | 1,422,591 | ▲12,855 | 90.9% |
| 印旛香取海匝（11市5町） | 979,835 | 864,177 | ▲115,658 | 87.8% |
| 山武長生夷隅安房君津市原（14市11町1村） | 1,105,413 | 932,303 | ▲173,110 | 85.0% |
| 県全体 | 6,311,579 | 5,955,795 | ▲355,784 | |




【参考】救命救急センター（R8.10.1）



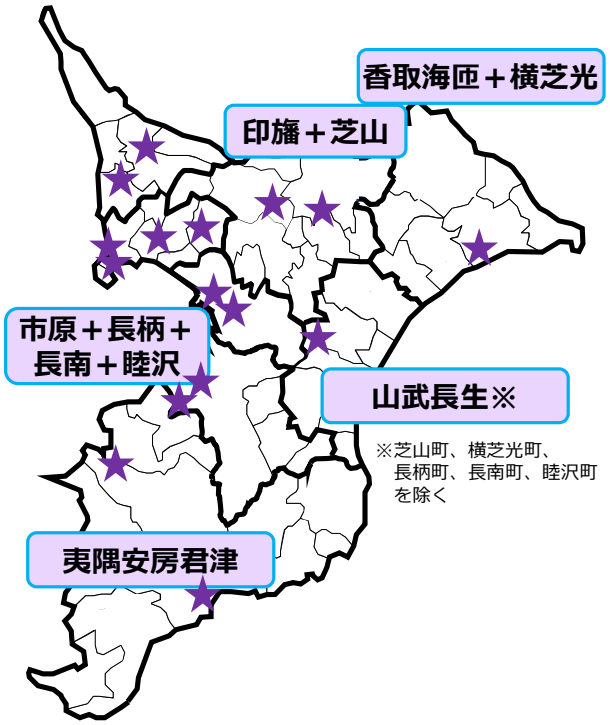
出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、 日本の地域別将来推計人口（令和５年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、 医療計画作成支援データブック（令和６年度版）（厚生労働省）をもとに作成

# 新たな構想区域（案４）

**案４（８区域）**（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛＋芝山・香取海匝＋横芝光・山武長生・夷隅安房君津・市原＋長柄＋長南＋睦沢）

現行の構想区域のうち入院完結率が最も低い山武長生夷隅圏域について、2040年における人口が20万人となるようにしつつ、市町村別の入院医療の受療動向等を踏まえ、構想区域を検討したところ、一部の区域において入院完結率が改善したものの、山武長生地域（芝山町、横芝光町、長柄町、長南町、睦沢町を除く）の入院医療の圏域内完結率は60.8%にとどまる。

| 構想区域 | 人口 | | 人口増減 | 入院医療の圏域内完結率 |
|---|---|---|---|---|
| | 2025年 | 2040年 | | |
| 千葉（1市） | 983,896 | 929,803 | ▲54,093 | 82.3% |
| 東葛南部（６市） | 1,806,989 | 1,806,921 | ▲68 | 80.7% |
| 東葛北部（５市） | 1,435,446 | 1,422,591 | ▲12,855 | 90.9% |
| **印旛＋芝山（７市3町）** | 735,971 | 680,574 | ▲55,397 | 80.0% |
| **香取海匝＋横芝光（4市4町）** | 272,603 | 204,877 | ▲67,726 | 82.5% |
| **山武長生（芝山、横芝光、長柄、長南、睦沢を除く）（4市3町１村）** | 287,733 | 236,988 | ▲50,745 | 60.8% |
| **夷隅安房君津（９市３町）** | 502,224 | 430,870 | ▲71,354 | 93.8% |
| **市原＋長柄＋長南＋睦沢（1市３町）** | 286,717 | 243,171 | ▲43,546 | 75.5% |
| 県全体 | 6,311,579 | 5,955,795 | ▲355,784 | |




【参考】救命救急センター（R8.10.1）



出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、 日本の地域別将来推計人口（令和５年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、 医療計画作成支援データブック（令和６年度版）（厚生労働省）をもとに作成

# 保健所と二次医療圏の関係性

- 国の指針では、保健医療施策と社会福祉施策との有機的な連携を図る観点から、保健所の所管区域は二次医療圏又は高齢者保健福祉圏域とおおむね一致した区域とすることを原則としている。
- また、医療計画の策定に当たっては、二次医療圏の設定に際し、保健所等の行政機関の管轄区域を参考とすることとされている。
- 保健所は地域医療構想調整会議の運営や医療・介護関係者との連携調整を担うため、保健所管轄区域と二次医療圏との整合性は円滑な地域医療行政を進める上で重要な観点である。

## ○地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年12月1日厚生省告示第374号）

- 都道府県の設置する保健所の所管区域は、保健医療に係る施策と社会福祉に係る施策との有機的な連携を図るため、二次医療圏又は高齢者保健福祉圏域とおおむね一致した区域とすることを原則として定めることが必要であること。
- ただし、現行の二次医療圏が必ずしも保健サービスを提供する体制の確保を図る趣旨で設定されていないことから、二次医療圏の人口又は面積が平均的な二次医療圏の人口又は面積を著しく超える場合には地域の特性を踏まえつつ複数の保健所を設置できることを考慮すること。

## ○医療計画作成指針（令和8年6月10日付け医政発0610第4号）

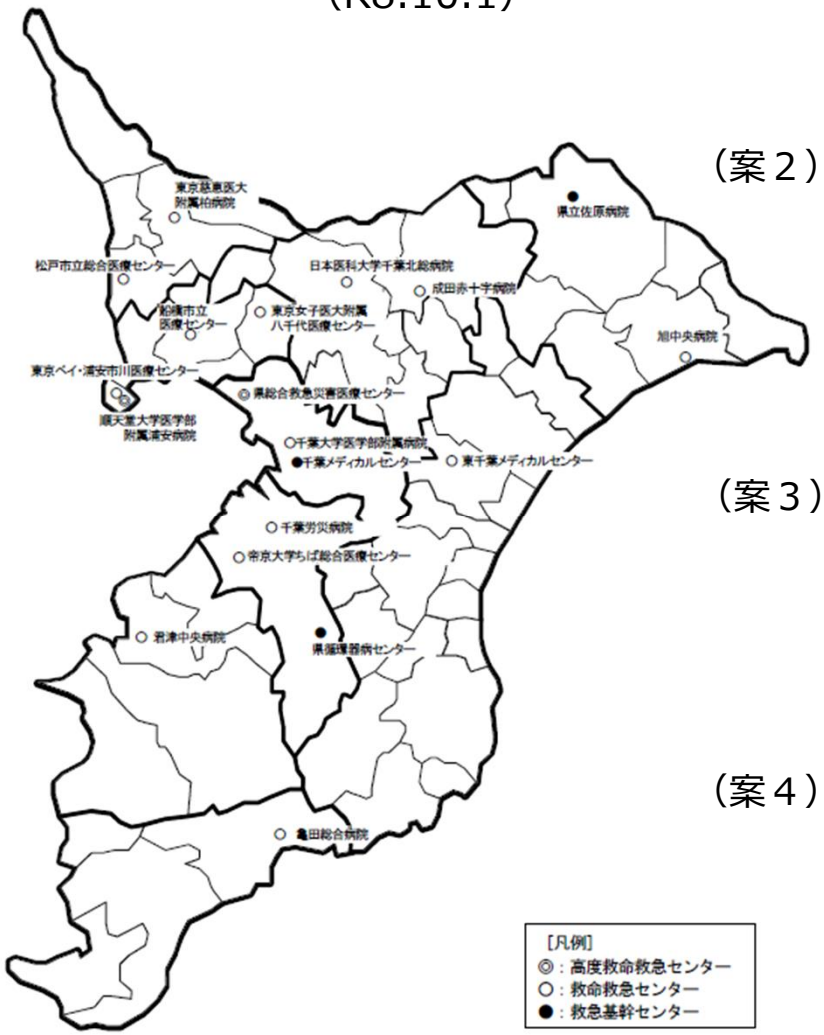
第４ 医療計画作成の手順等

２ 医療圏の設定方法（１）②

既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学校区（特に高等学校に係る区域）等に関する資料を参考とすること。

# 救命救急センター等の配置状況（見直し対象地域）

千葉県内の救命救急センター及び救急基幹センター
（R8.10.1）




（案１）

| 区域 | 救命救急センター | 救急基幹センター |
|---|---|---|
| 香取海匝山武 | 旭中央病院、<br>東千葉メディカルセンター | 県立佐原病院 |
| 長生市原 | 帝京大ちば総合医療センター、<br>千葉労災病院 | 県循環器病センター |
| 夷隅安房君津 | 亀田総合病院、<br>君津中央病院 | |

（案２）

| 区域 | 救命救急センター | 救急基幹センター |
|---|---|---|
| 印旛香取海匝 | 成田日赤、日医北総、旭中央病院 | 県立佐原病院 |
| 山武長生夷隅市原 | 東千葉メディカルセンター、帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院 | 県循環器病センター |
| 安房君津 | 亀田総合病院、<br>君津中央病院 | |

（案３）

| 区域 | 救命救急センター | 救急基幹センター |
|---|---|---|
| 印旛香取海匝 | 成田日赤、日医北総、旭中央病院 | 県立佐原病院 |
| 山武長生夷隅市原<br>安房君津 | 東千葉メディカルセンター、帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院、亀田総合病院、君津中央病院 | 県循環器病センター |

（案４）

| 区域 | 救命救急センター | 救急基幹センター |
|---|---|---|
| 印旛＋芝山 | 成田日赤、日医北総 | |
| 香取海匝＋横芝光 | 旭中央病院 | 県立佐原病院 |
| 山武長生＊ | 東千葉メディカルセンター | |
| 夷隅安房君津 | 亀田総合病院、<br>君津中央病院 | |
| 市原＋長柄＋長南＋睦沢 | 帝京大ちば総合医療センター、<br>千葉労災病院 | 県循環器病センター |

＊ 芝山町、横芝光町、長柄町、長南町、睦沢町を除く

# 災害拠点病院の配置状況（見直し対象地域）

千葉県内の災害拠点病院（R8.10.1）




（案１）

| 区域 | 基幹災害拠点病院 | 地域災害拠点病院 |
|---|---|---|
| 香取海匝山武 | 旭中央病院 | 県立佐原病院、<br>東千葉メディカルセンター |
| 長生市原 | | 県循環器病センター、帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院 |
| 夷隅安房君津 | 亀田総合病院、君津中央病院 | 安房地域医療センター |

（案２）

| 区域 | 基幹災害拠点病院 | 地域災害拠点病院 |
|---|---|---|
| 印旛香取海匝 | 日医北総、旭中央病院 | 成田日赤、国福成田、東邦佐倉、県立佐原病院 |
| 山武長生夷隅市原 | | 東千葉メディカルセンター、県循環器病センター、帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院 |
| 安房君津 | 亀田総合病院、君津中央病院 | 安房地域医療センター |

（案３）

| 区域 | 基幹災害拠点病院 | 地域災害拠点病院 |
|---|---|---|
| 印旛香取海匝 | 日医北総、旭中央病院 | 成田日赤、国福成田、東邦佐倉、県立佐原病院 |
| 山武長生夷隅市原<br>安房君津 | 亀田総合病院、君津中央病院 | 東千葉メディカルセンター、県循環器病センター、帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院、<br>安房地域医療センター |

（案４）

| 区域 | 基幹災害拠点病院 | 地域災害拠点病院 |
|---|---|---|
| 印旛＋芝山 | 日医北総 | 成田日赤、国福成田、東邦佐倉 |
| 香取海匝＋横芝光 | 旭中央病院 | 県立佐原病院 |
| 山武長生＊ | | 東千葉メディカルセンター |
| 夷隅安房君津 | 亀田総合病院、君津中央病院 | 安房地域医療センター |
| 市原＋長柄＋長南＋睦沢 | | 県循環器病センター、帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院 |

＊ 芝山町、横芝光町、長柄町、長南町、睦沢町を除く

# 地域医療支援病院の配置状況（見直し対象地域）

千葉県内の地域医療支援病院（R8.10.1）




（案１）

| 区域 | 地域医療支援病院 |
|---|---|
| 香取海匝山武 | 旭中央病院、東千葉メディカルセンター |
| 長生市原 | 帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院 |
| 夷隅安房君津 | 亀田総合病院、君津中央病院 |

（案２）

| 区域 | 地域医療支援病院 |
|---|---|
| 印旛香取海匝 | 成田日赤、東邦佐倉、日医北総、旭中央病院 |
| 山武長生夷隅市原 | 東千葉メディカルセンター、帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院 |
| 安房君津 | 亀田総合病院、君津中央病院 |

（案３）

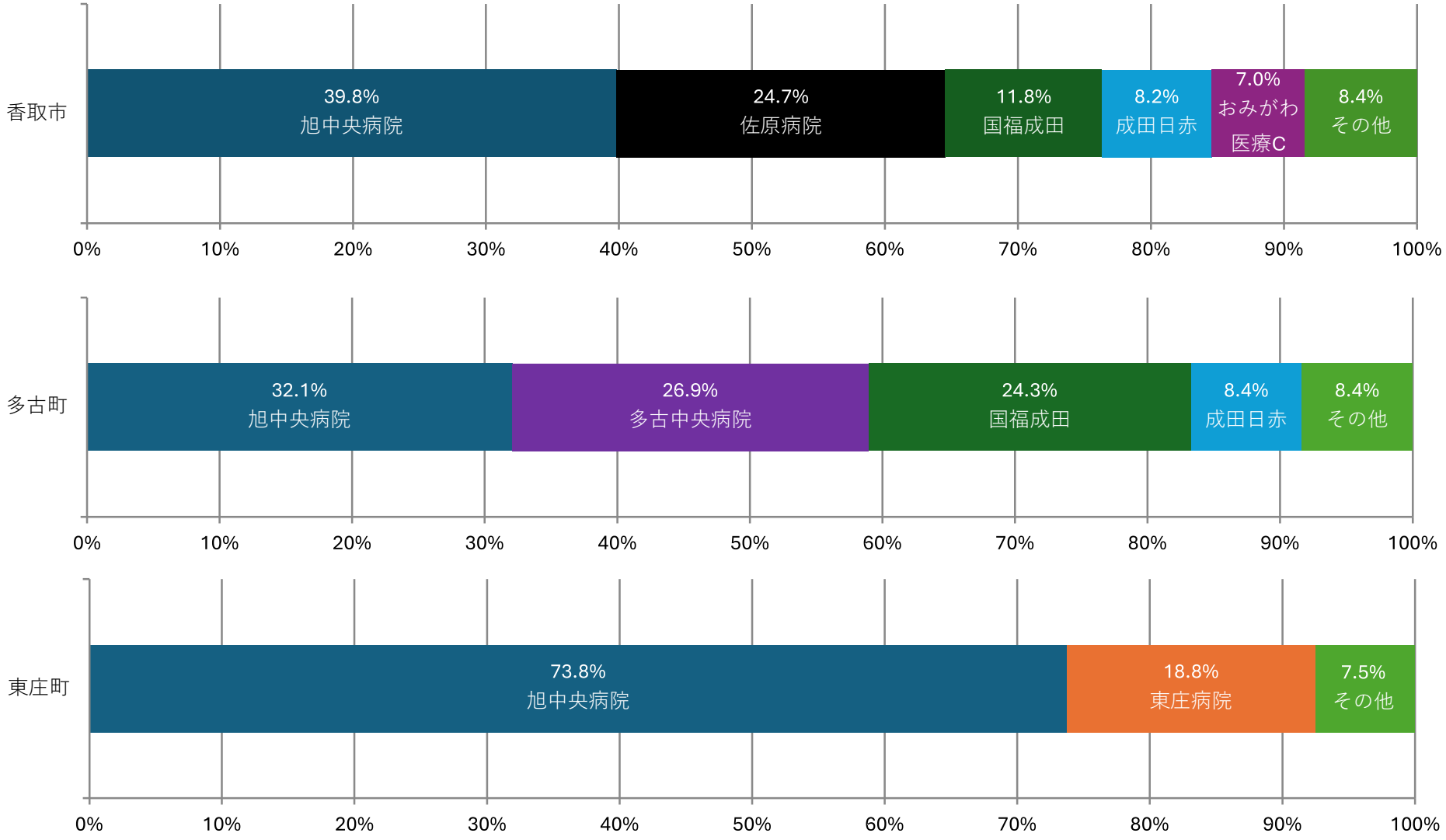
| 区域 | 地域医療支援病院 |
|---|---|
| 印旛香取海匝 | 成田日赤、東邦佐倉、日医北総、旭中央病院 |
| 山武長生夷隅市原<br>安房君津 | 東千葉メディカルセンター、帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院、亀田総合病院、君津中央病院 |

（案４）

| 区域 | 地域医療支援病院 |
|---|---|
| 印旛＋芝山 | 成田日赤、東邦佐倉、日医北総 |
| 香取海匝＋横芝光 | 旭中央病院 |
| 山武長生＊ | 東千葉メディカルセンター |
| 夷隅安房君津 | 亀田総合病院、君津中央病院 |
| 市原＋長柄＋長南＋睦沢 | 帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院 |

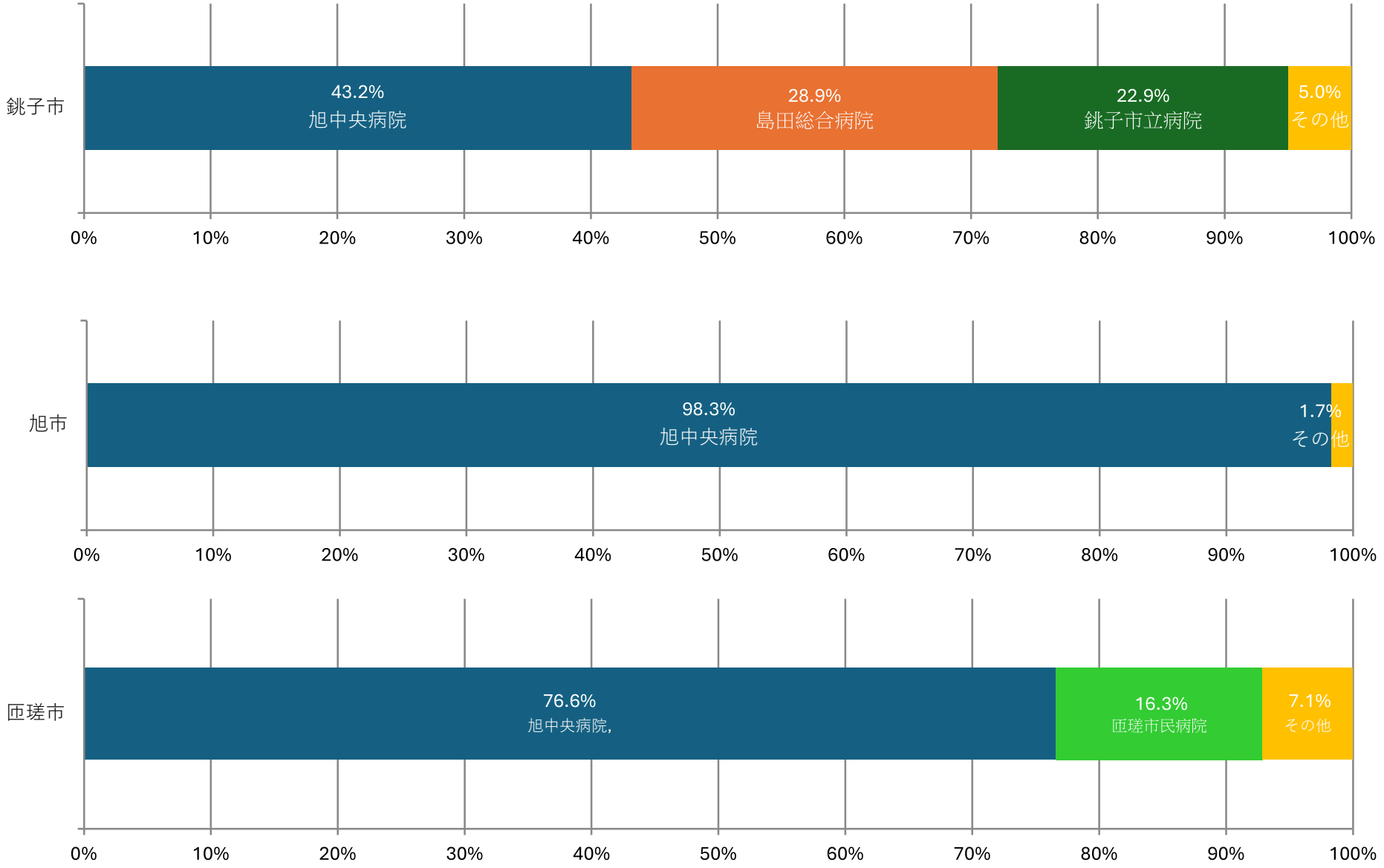
＊ 芝山町、横芝光町、長柄町、長南町、睦沢町を除く

# 香取地域住民の救急搬送先医療機関




出典：香取広域市町村圏事務組合消防本部が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ
【留意点】香取広域市町村圏事務組合消防本部の管轄地域住民の搬送先を抽出

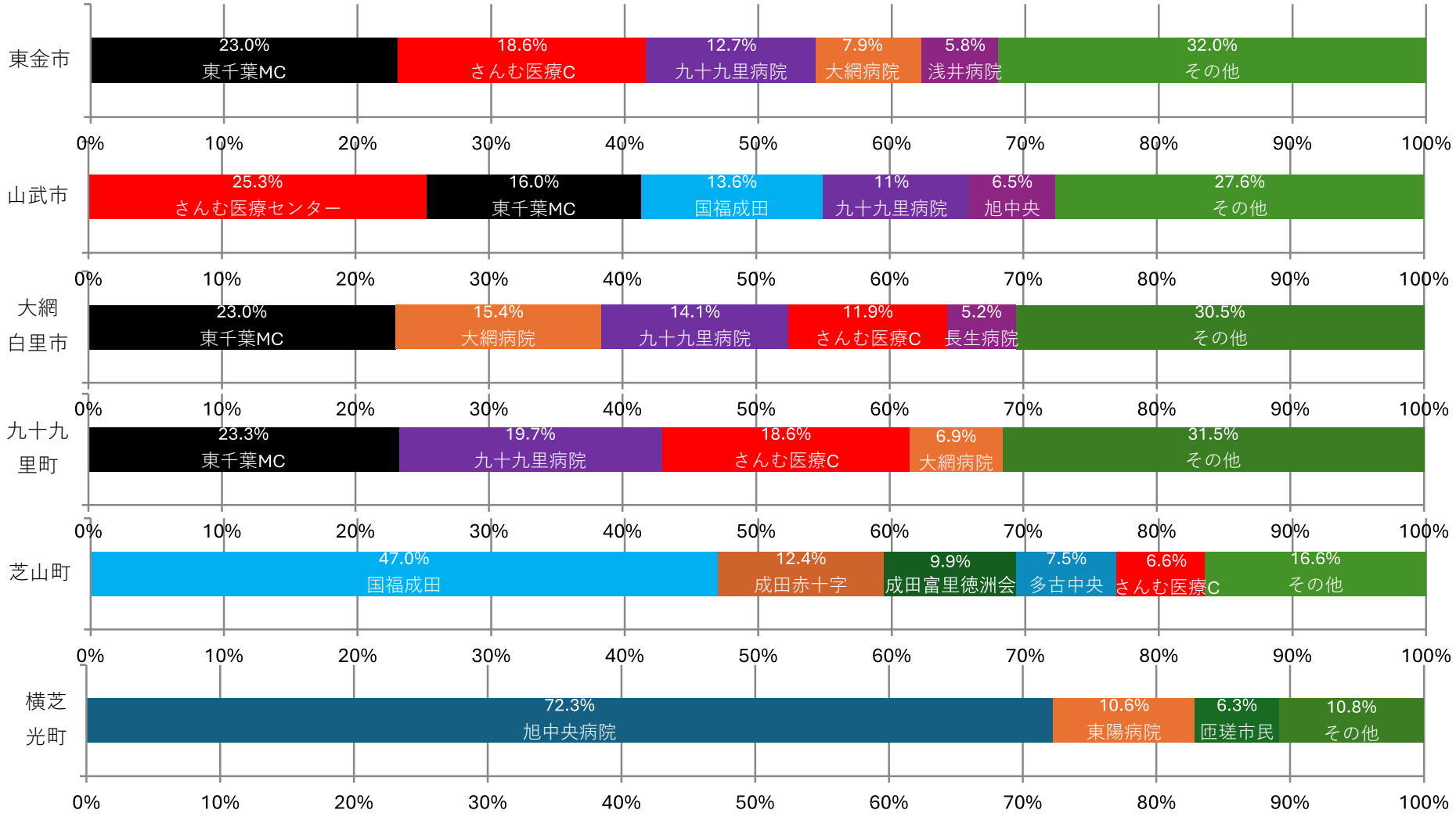
# 海匝地域住民の救急搬送先医療機関




出典：銚子市消防本部、旭市消防本部、匝瑳市横芝光町消防組合消防本部が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ

【留意点】各消防本部の管轄地域住民の搬送先を抽出

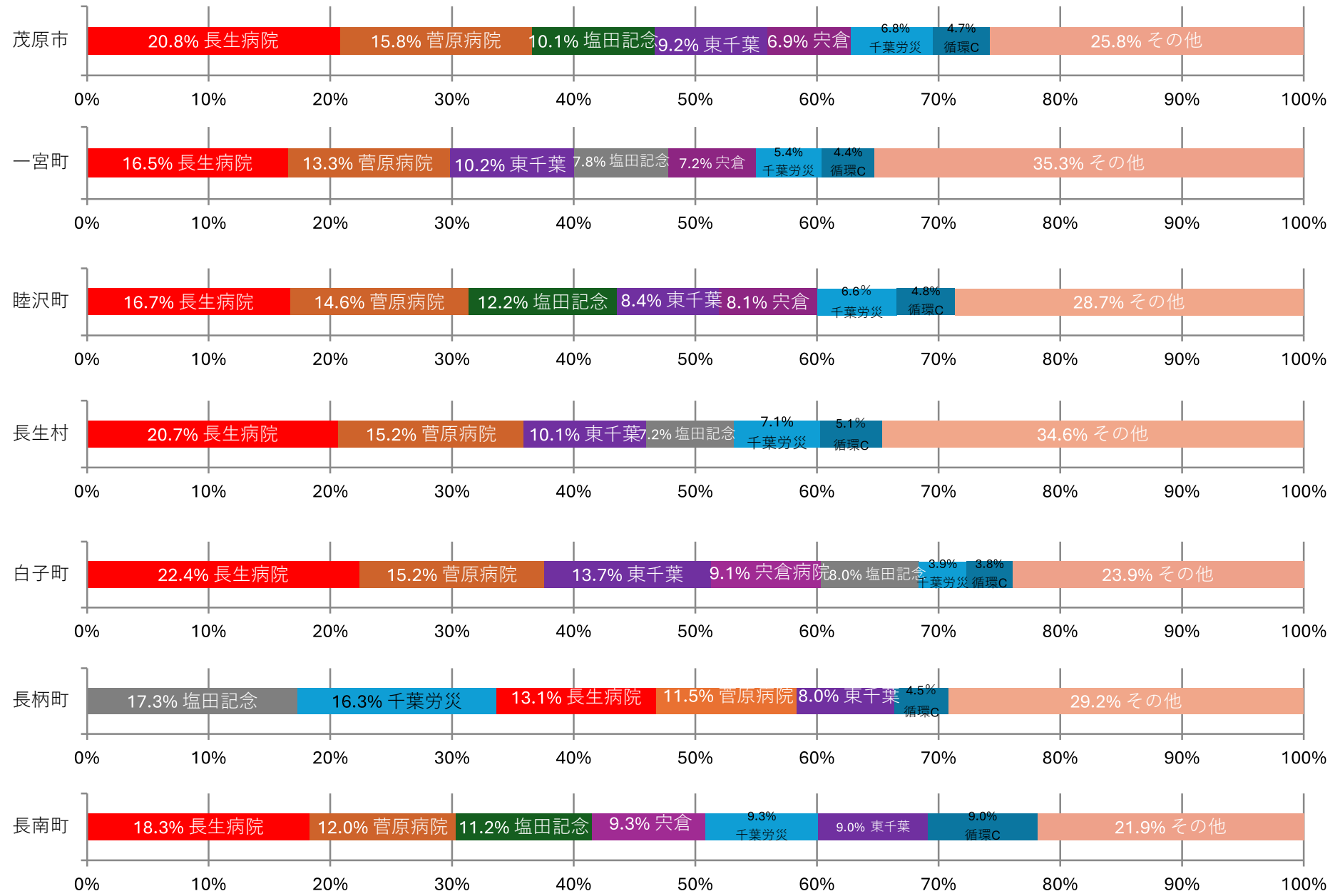
# 山武地域住民の救急搬送先医療機関




出典：山武郡市広域行政組合消防本部及び匝瑳市横芝光町消防組合消防本部が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ

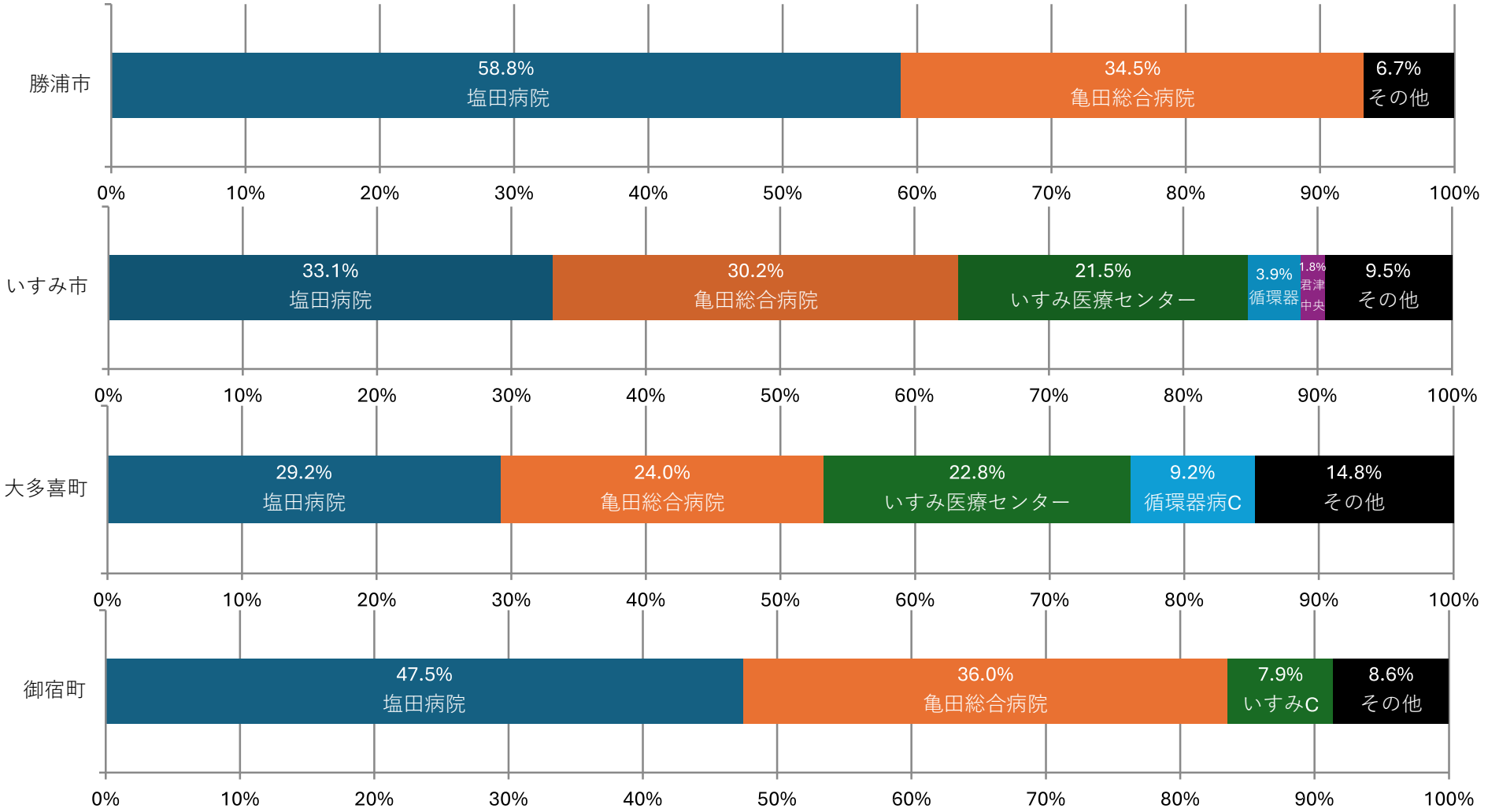
【留意点】各消防本部の管轄地域住民の搬送先を抽出

# 長生地域住民の救急搬送先医療機関



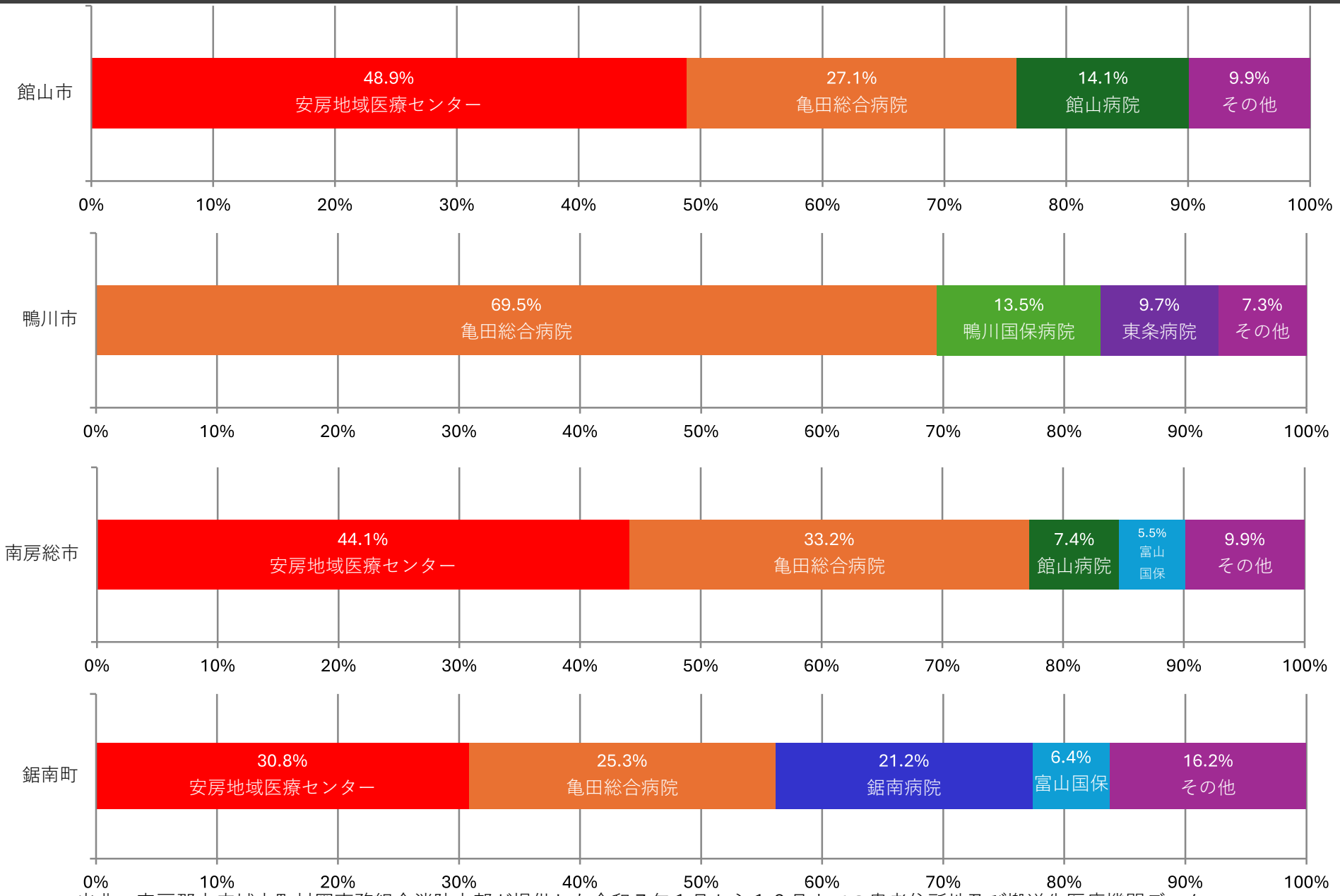

出典：長生郡市広域市町村圏組合消防本部が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ
【留意点】長生郡市広域市町村圏組合消防本部の管轄地域住民の搬送先を抽出

# 夷隅地域住民の救急搬送先医療機関



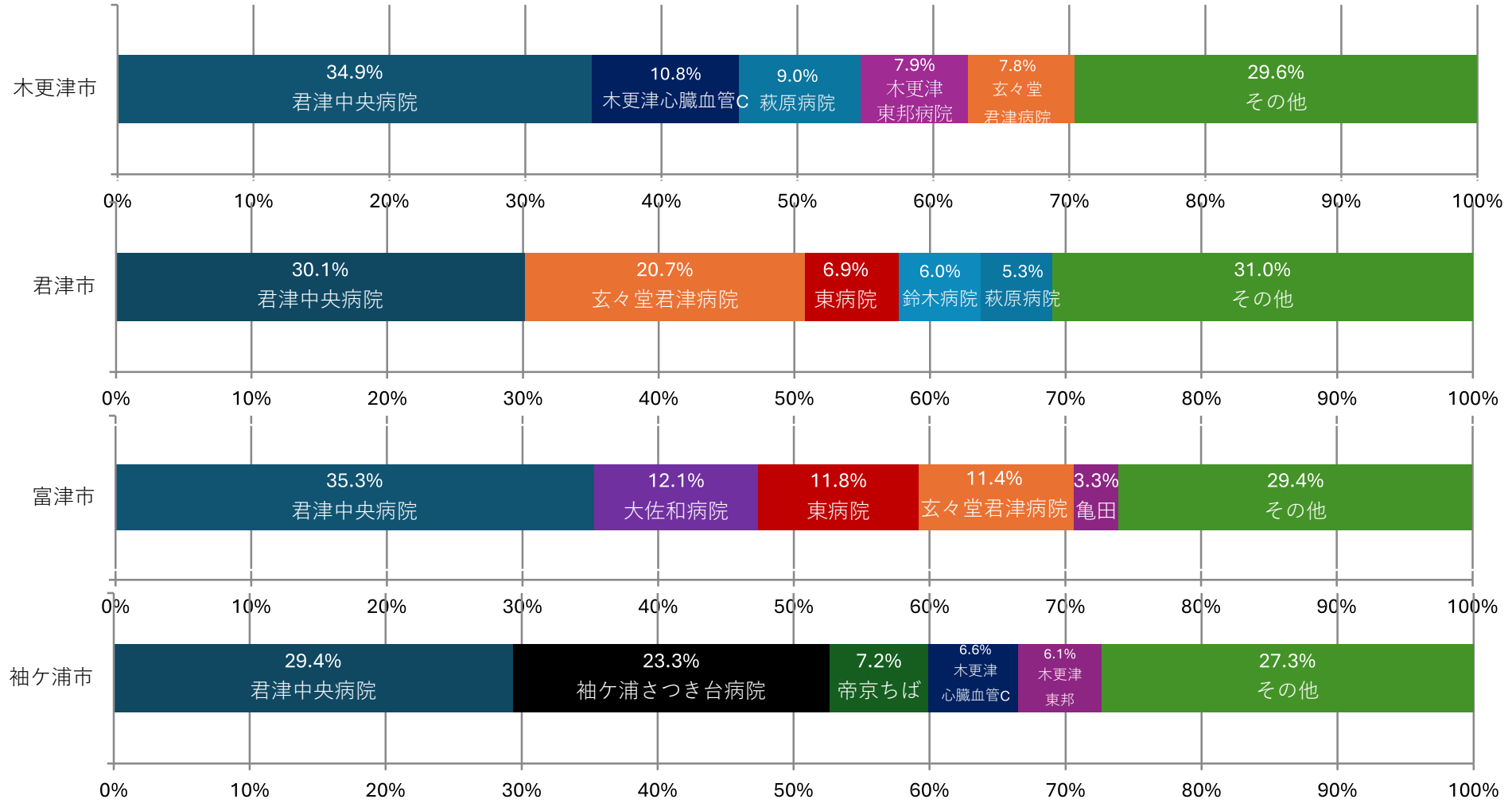

出典：夷隅郡市広域市町村圏事務組合消防本部が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ
【留意点】夷隅郡市広域市町村圏事務組合消防本部の管轄地域住民の搬送先を抽出

# 安房地域住民の救急搬送先医療機関




出典：安房郡市広域市町村圏事務組合消防本部が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ
【留意点】安房郡市広域市町村圏事務組合消防本部の管轄地域住民の搬送先を抽出

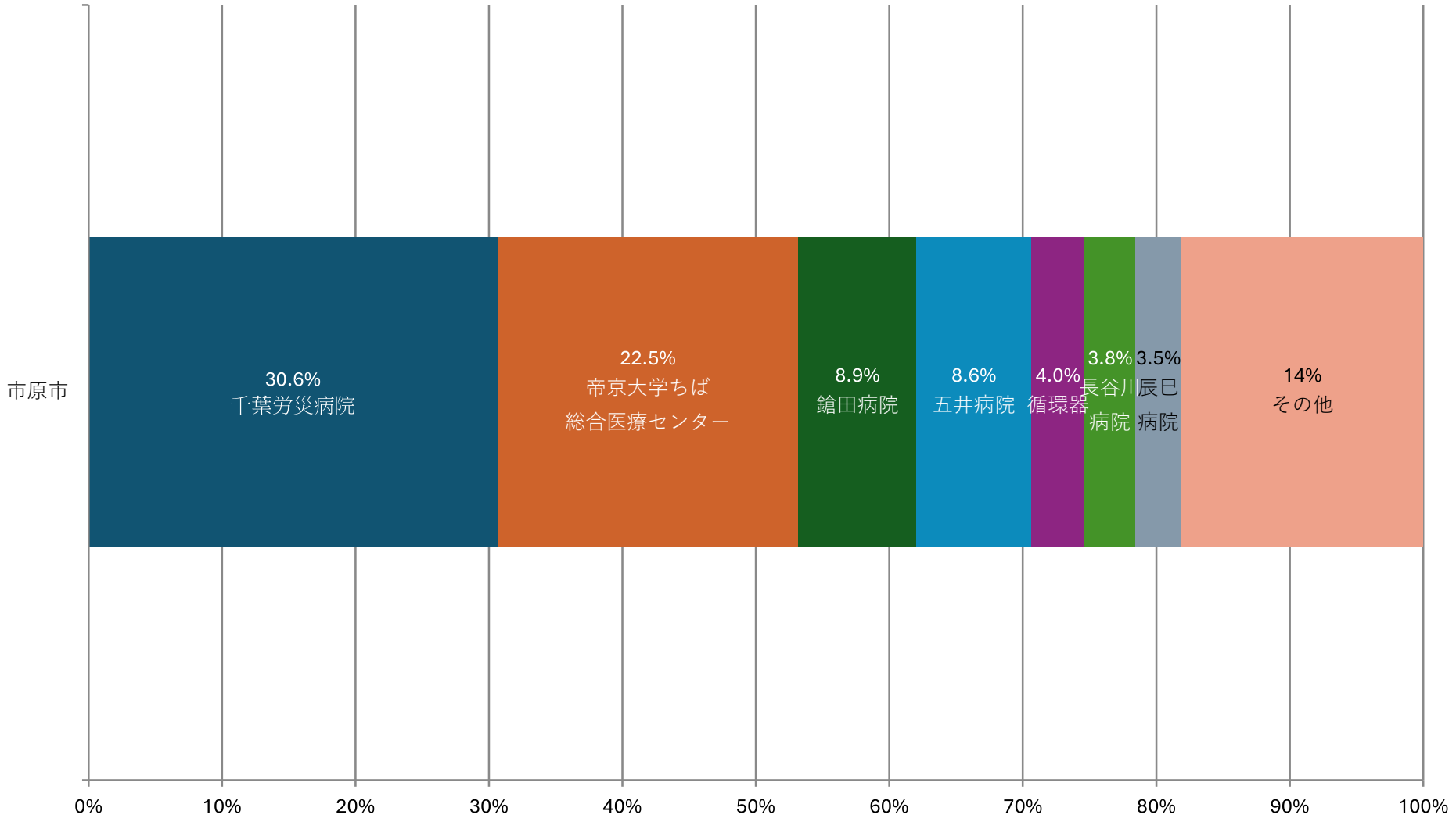
# 君津地域住民の救急搬送先医療機関




出典：木更津市消防本部、君津市消防本部、富津市消防本部、袖ケ浦市消防本部が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ

【留意点】各消防本部の管轄地域住民の搬送先を抽出

# 市原地域住民の救急搬送先医療機関

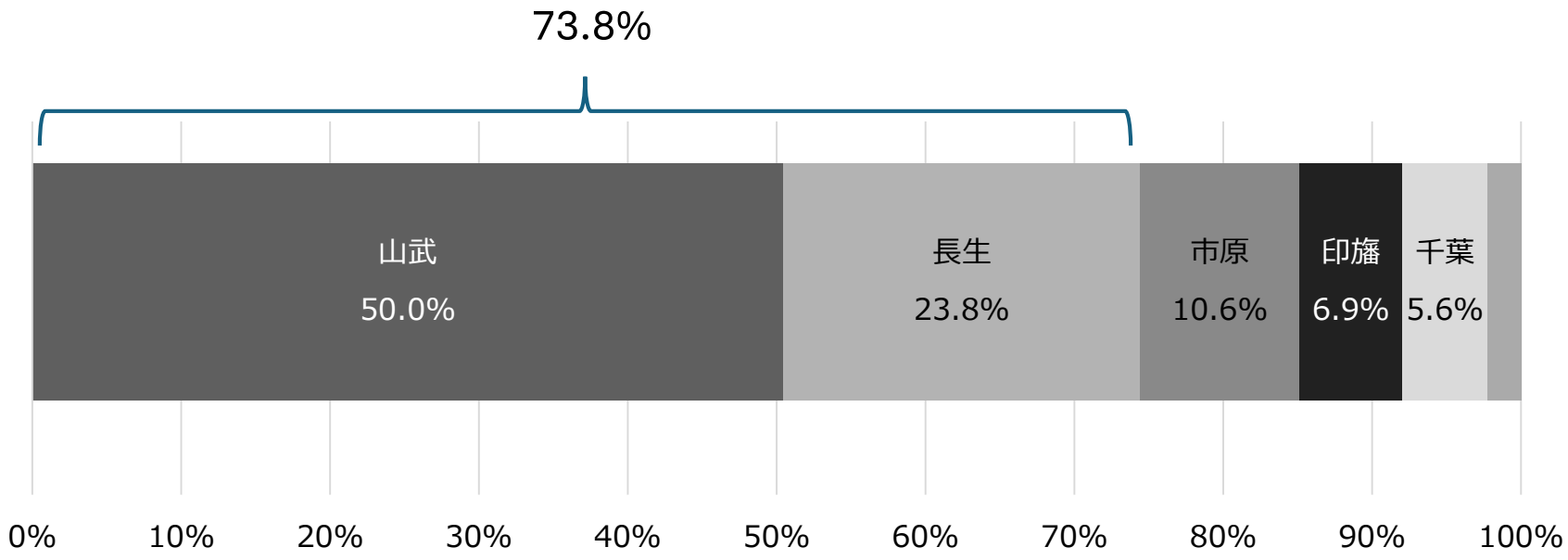



出典：市原市消防局が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ
【留意点】市原市消防局の管轄地域住民の搬送先を抽出

## 【参考】山武地域（芝山町、横芝光町を除く）及び長生地域（長柄町、長南町、睦沢町を除く）の住民が救急搬送された地域の割合

・ 構想区域（案４）のように、山武・長生地域（５町を除く）を一つの区域とした場合、救急医療の圏域内完結率は73.8%である。

※ 各消防本部の搬送先上位20までの医療機関の集計に基づく。長柄町の塩田記念病院は「市原」として集計。

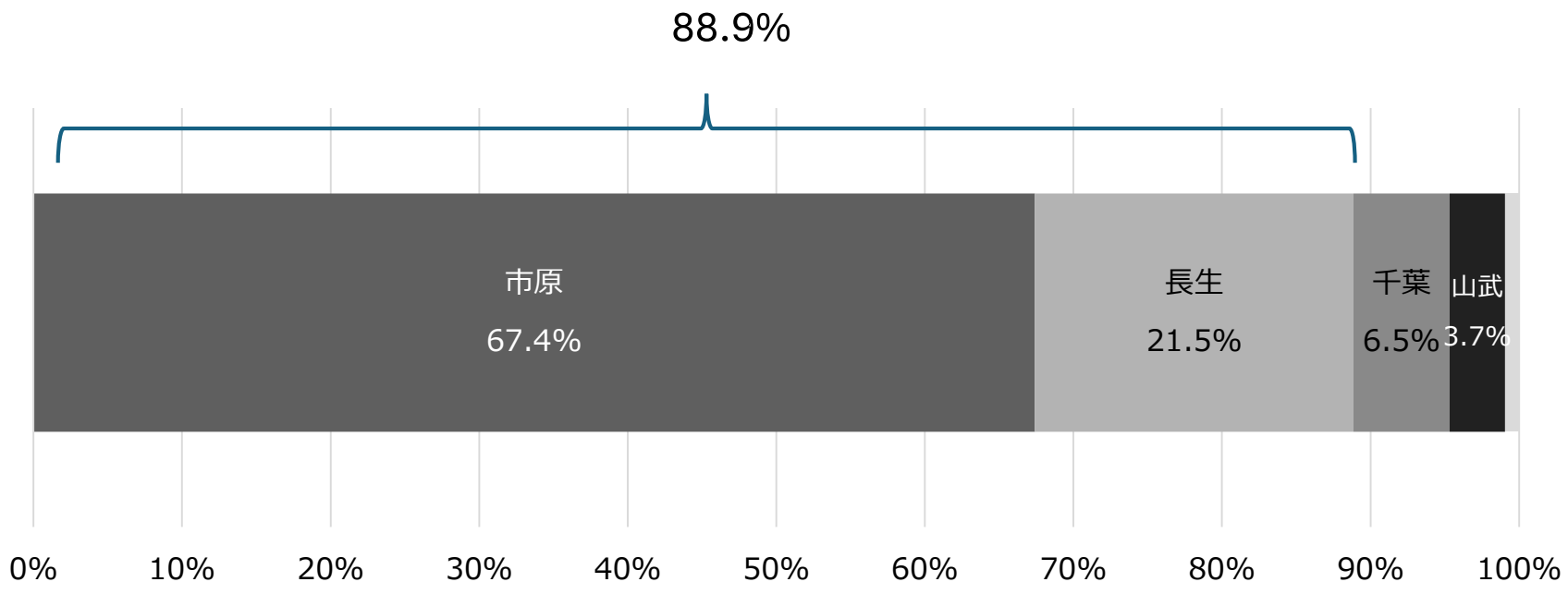



**※ 山武郡市広域行政組合消防本部及び長生郡市広域市町村圏組合消防本部がそれぞれ搬送した管轄地域内住所地（山武：３市１町、長生：１市２町１村）の搬送先**

# 【参考】市原地域及び長生地域の住民が救急搬送された地域の割合

・ 市原・長生地域を一つの区域とした場合、救急医療の圏域内完結率は88.9%である。

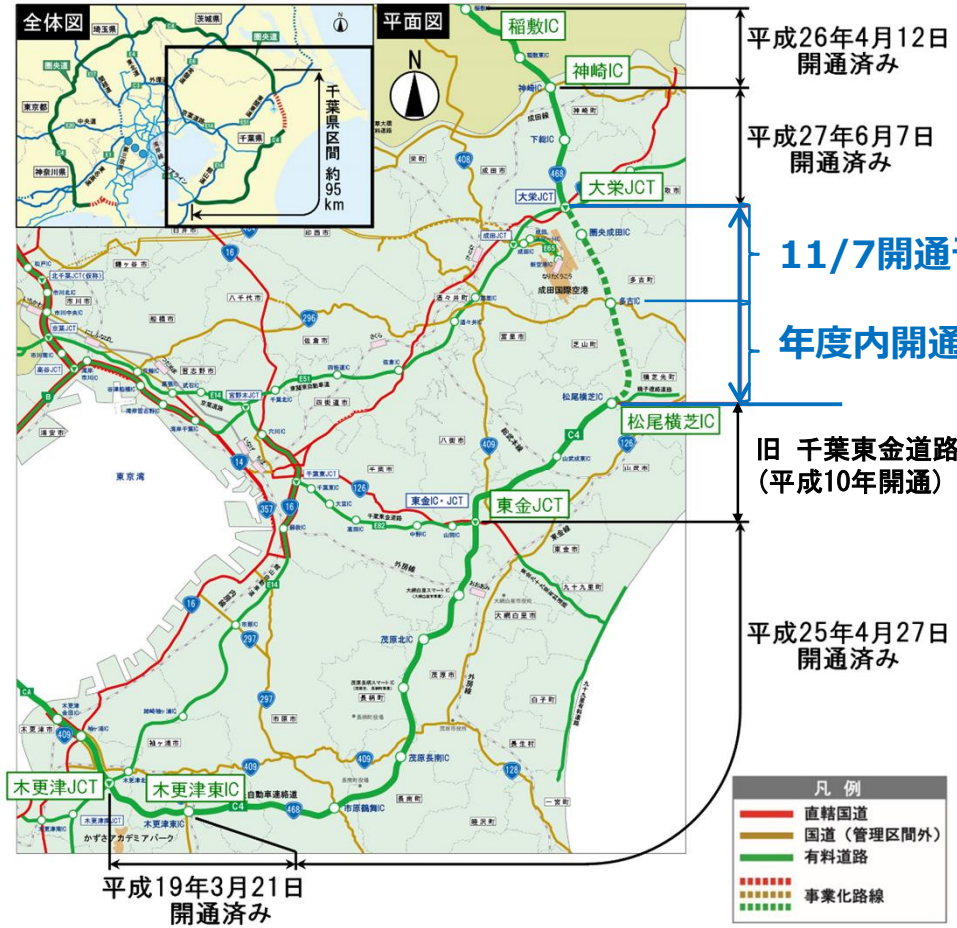
※各消防本部の搬送先上位20までの医療機関の集計に基づく。




**※ 市原市消防局及び長生郡市広域市町村圏組合消防本部がそれぞれ搬送した管轄地域内住所地の搬送先**

# 【参考】圏央道の開通

- 「構想区域の広域化に当たっては、交通アクセスや地域交通網も考慮して区域設定を行うべき」との意見があったことを受け、道路ネットワーク整備の状況を示す。
- 現行の二次保健医療圏設定後、圏央道の整備が進み、内房地域と外房地域の移動の利便性が増している。

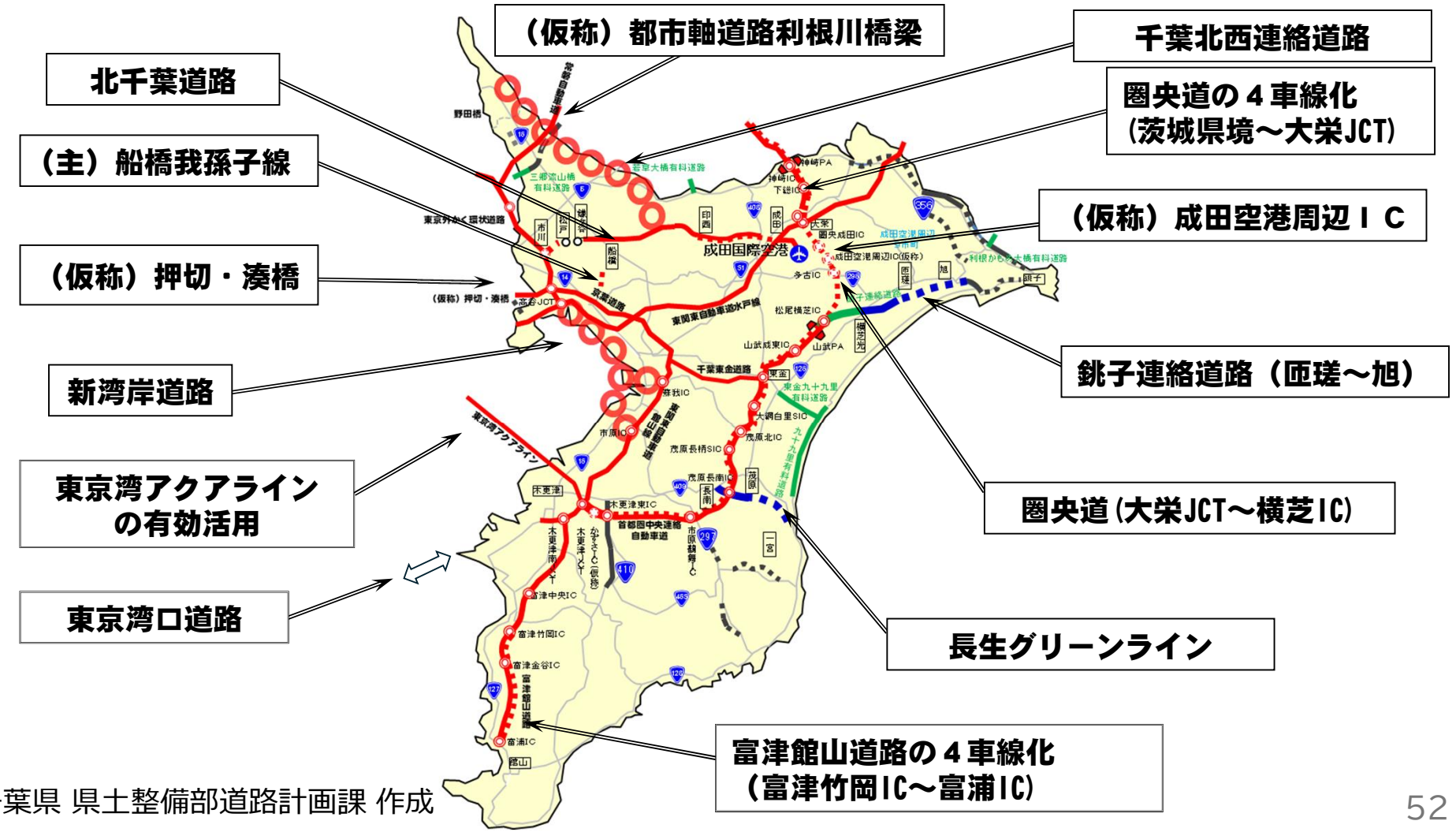



| | |
|---|---|
| H19年度 | 木更津JCT～木更津東IC開通 |
| **H20年度** | **二次保健医療圏見直し（現行医療圏となる。）** |
| H25年度 | 木更津東IC～東金JCT開通 |
| H27年度 | 大栄JCT～神崎IC開通 |
| **R6年度** | **現行保健医療計画策定** |
| R8年度 | 松尾横芝IC～大栄JCT開通予定 |

出典：千葉国道事務所ホームページ（https://www.ktr.mlit.go.jp/chiba/chiba00295.html 令和７年６月１３日閲覧）を一部加工

# 【参考】道路ネットワークの整備促進

- 北千葉道路などの広域的な幹線道路ネットワークの整備を進めている。
- 新湾岸道路や千葉北西連絡道路などの新たな道路計画の具体化に向けた検討を進めている。
- 銚子連絡道路や長生グリーンラインなどの広域的な幹線道路ネットワークへのアクセス道路の整備を進めている。




千葉県 県土整備部道路計画課 作成

# 【参考】その他の意見への対応方針について

・ 構想区域の見直しそのものに関する論点ではないものの、構想区域見直し後を見据えた対応に関して意見があったことから、検討の方向性を整理した。なお、名称については次回の地域保健医療部会等で検討する。

**（１）構想区域の名称について**

＜主な意見＞

・ 住民に分かりやすい名称を検討すべきではないか。

＜検討の方向性＞

・ 構想区域の範囲に関する審議の状況を踏まえつつ、構想区域の名称についても検討を進めたい（次回地域保健医療部会等での審議を予定）。

・ その上で、地域の関係者等の意見も伺いながら、住民にとって分かりやすい名称を設定したい。

**（２）サブ圏域について**

＜主な意見＞

・ 広域的な構想区域を設定する場合には、在宅医療や介護との連携も見据え、サブ圏域のような仕組みも検討すべきではないか。

＜検討の方向性＞

・ 在宅医療は住民の日常生活圏や移動手段等の地域特性の影響を大きく受けることから、構想区域とは別に、より地域の実情に即した圏域設定となるよう検討を進めている。

# 【参考】その他の意見への対応方針について

**（３）県境地域における連携について**

＜主な意見＞
- 県境を越えた医療連携についても検討すべきではないか。

＜検討の方向性＞
- 茨城県南部地域と本県との県境地域において一定の患者の流出入がみられることから、実際の受療動向を踏まえ、今後も関係自治体等との情報共有や連携を図っていく。

**（４）役割分担の協議の進め方について**

＜主な意見＞
- 広域化後の役割分担について、県が主体的に協議や調整を進めるべきではないか。

＜検討の方向性＞
- 地域医療構想は、公立・公的病院のみならず、民間病院を含めた地域全体の医療提供体制の確保を目的とするものであり、今後、地域医療構想調整会議において協議を進めることとなる。
- 新たな構想区域に応じて調整会議を再編するとともに、実効性のある協議に向けて具体的な運営方法を検討していく。

**（５）医療提供体制の強化について**

＜主な意見＞
- 構想区域の見直しだけでなく、人材確保や医療機関の機能強化についても検討すべきではないか。

＜検討の方向性＞
- 地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業等を活用し、各地域の医療資源や医療需要等の状況分析を進めるとともに、医療機関の取組に資する情報の提供に努める。
- 将来にわたり持続可能な医療提供体制の確保に向け、分析結果や地域の実情を踏まえながら、必要な対応について検討していく。