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回東葛北部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議	議事1 資料1
令和8年11月19日（木）	

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）** **・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） ・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。

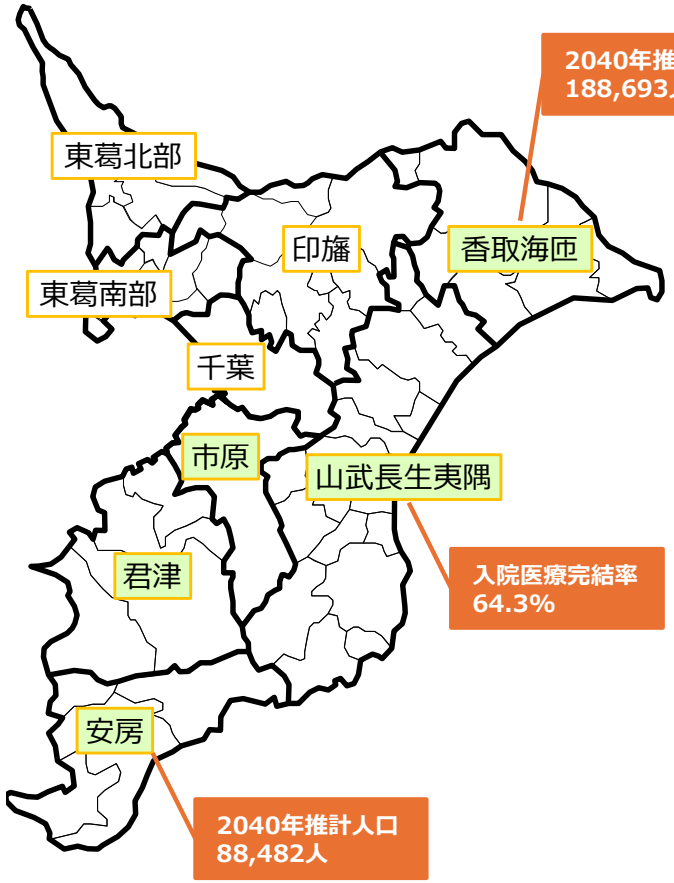
千葉県における構想区域の現況

- 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。

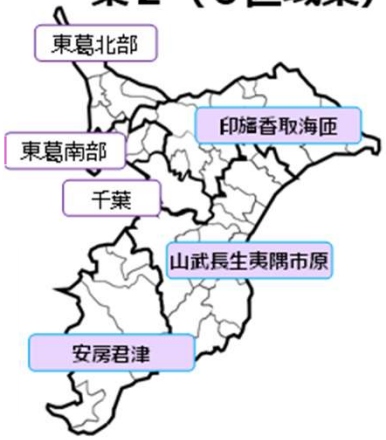
○ 現行構想区域（９区域）



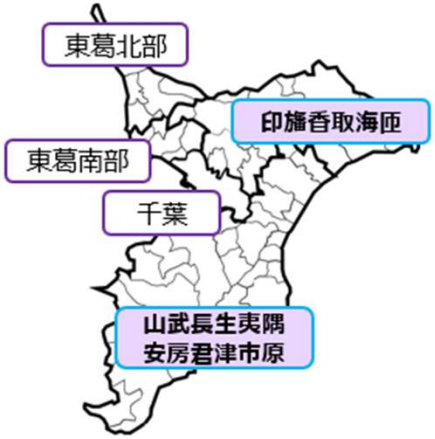
案１（７区域案）



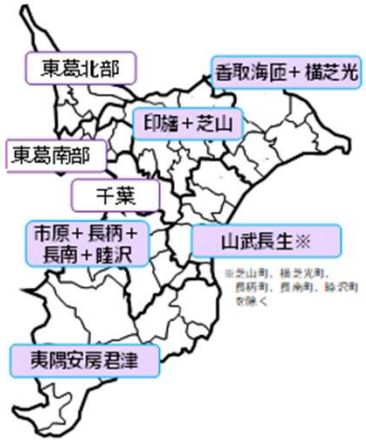
案２（６区域案）



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

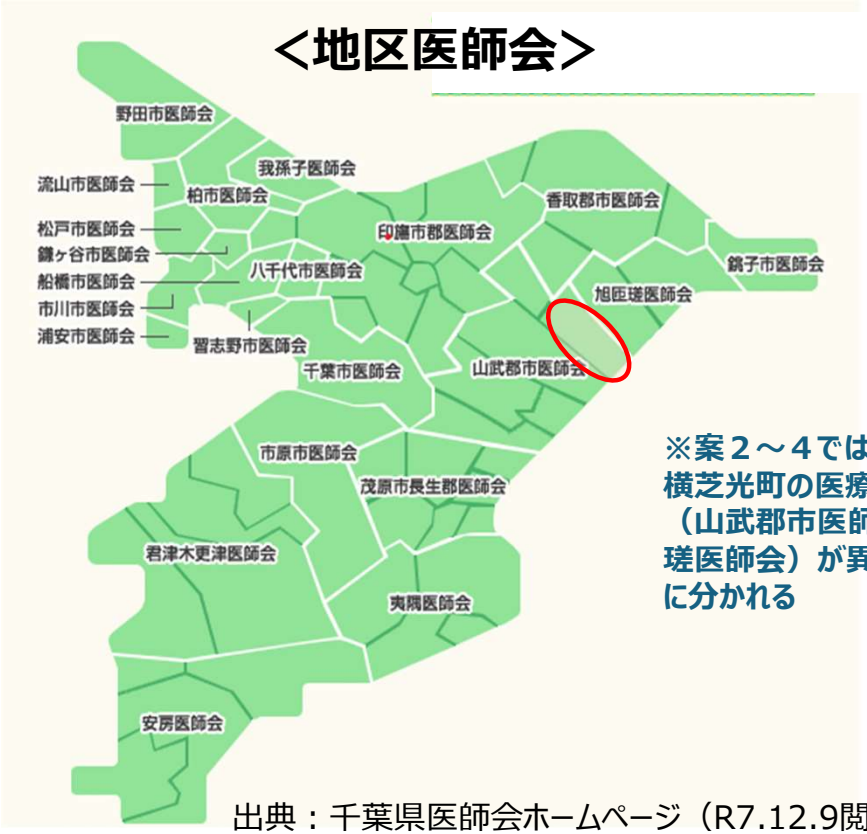
- 保健所圏域及び郡市との整合性の観点では、**案1～3は、既存の保健所圏域及び郡市の枠組みを維持**した上で広域化を図る案である。
  一方、案4は、山武長生地域を市町村単位で分割し、圏域境界に位置する市町村の受療動向を踏まえて広域化を図る案である。このため、これまで保健所や郡市を単位として構築されてきた市町村、医療機関、介護関係者等との連携・役割分担の枠組みと構想区域が一致しなくなり、地域医療に係る協議・調整や関係機関間の連携が複雑化する可能性がある。
- 地区医師会との整合性の観点では、横芝光町の医療機関は現状、山武郡市医師会又は旭匝瑳医師会に分かれて所属している。
  案1は、香取海匝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。

＜保健所圏域＞



※案４では、保健所圏域・郡市の区域が分割される

＜地区医師会＞



※案２～４では、横芝光町の医療機関（山武郡市医師会・旭匝瑳医師会）が異なる区域に分かれる

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 64.3%	長生市原 75.7%	山武長生夷隅 市原 73.8%	東葛南部 80.7%	山武長生* 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 （基幹災害拠点病院、 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

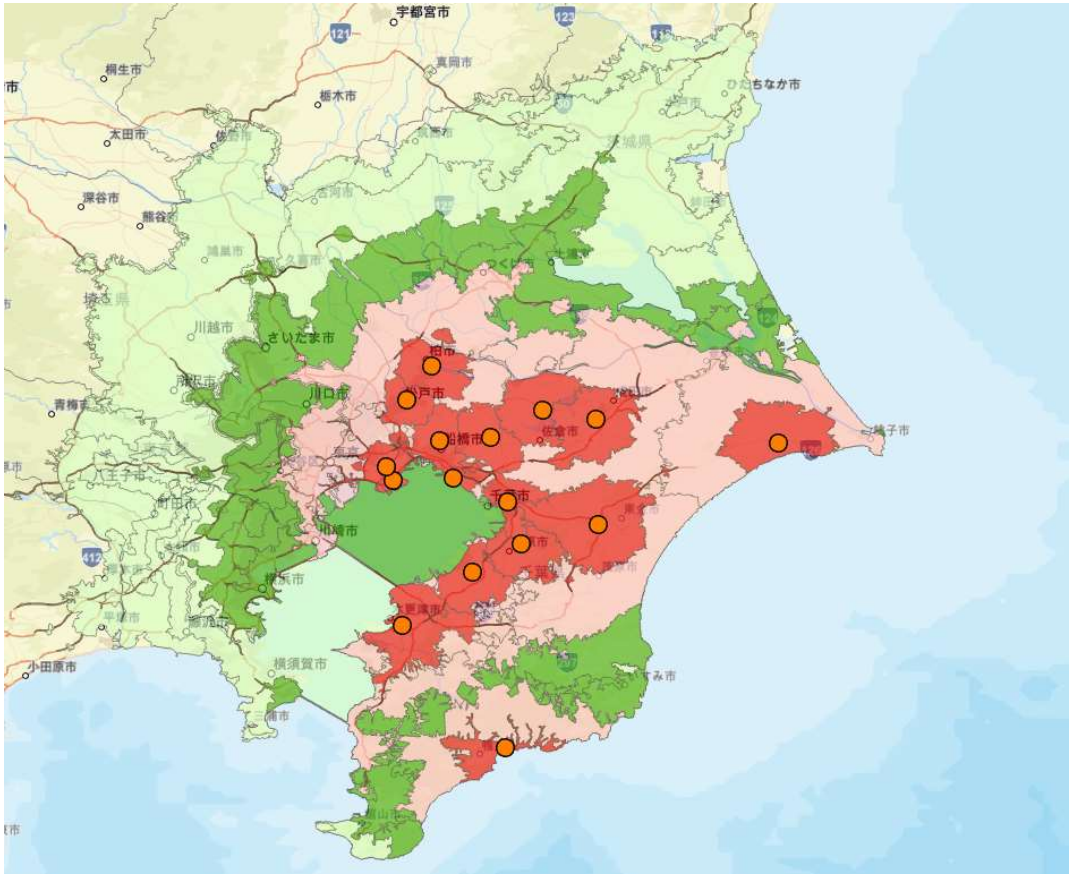
※　拠点病院の配置状況の詳細は、参考資料（p.38～40）参照

＊ 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

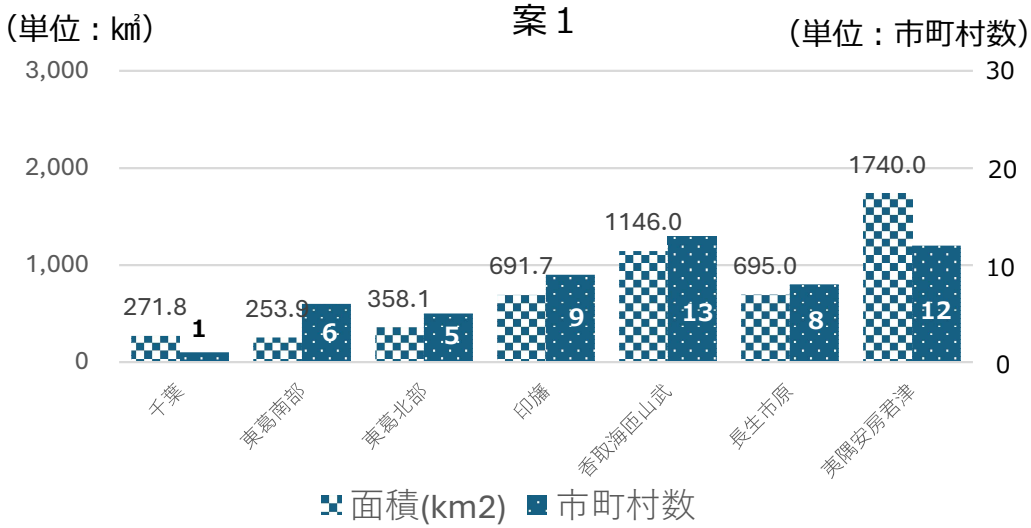
・　過度な広域化により、一部の人口集積地域に議論が偏り、地域ごとの課題が見えにくくなることが懸念される

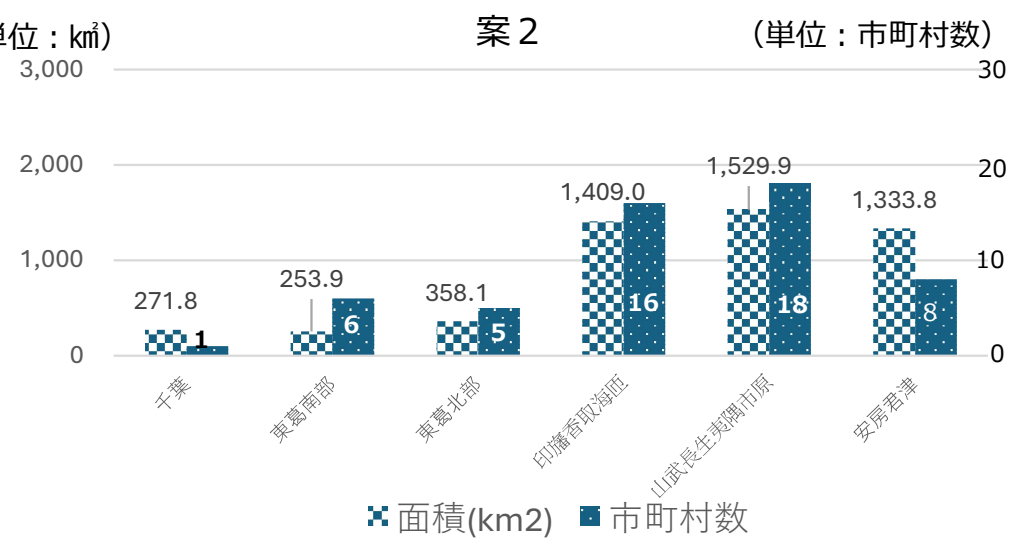
・　広域化により関係する市町村や医療機関が増えることで、地域課題に関する意思決定や調整の複雑化が懸念される

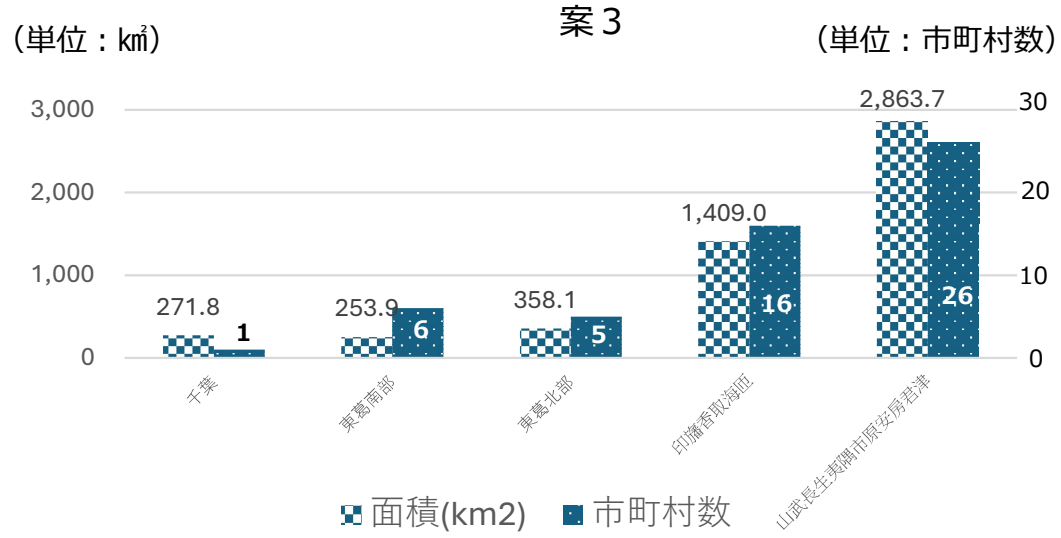
・　区域面積についても十分考慮すべき　等

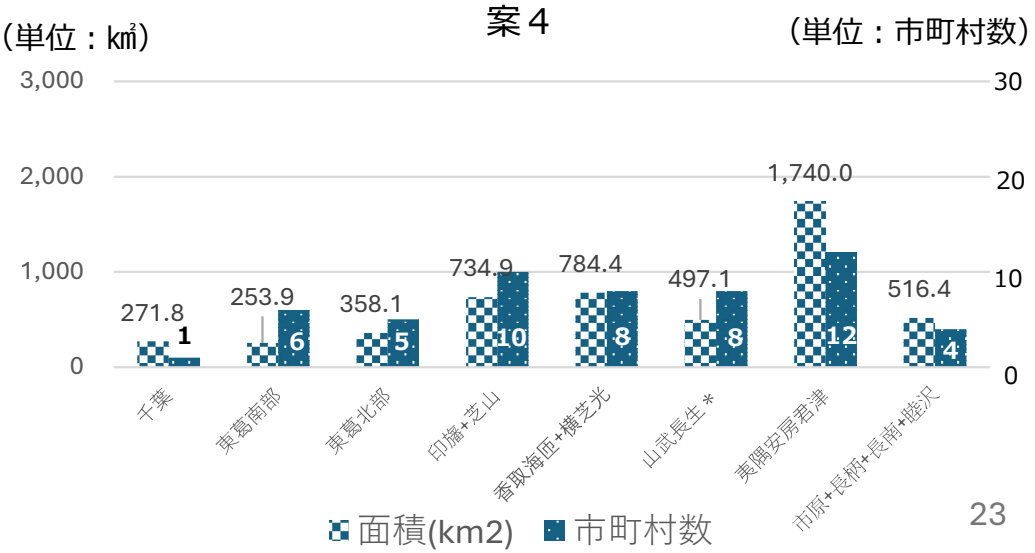
構想区域ごとの面積と市町村数

- 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 (県全体に占める割合)	山武長生夷隅 1161.7 ㎢ (22.5%)	夷隅安房君津 1740.0 ㎢ (33.7%)	山武長生 夷隅市原 1529.9 ㎢ (29.7%)	山武長生夷隅 市原安房君津 2863.7 ㎢ (**55.5%**)	夷隅安房君津 1740.0㎢ (33.7%)
圏域当たりの構成市町村の最大数	山武長生夷隅 17市町村	香取海匝山武 13市町	山武長生 夷隅市原 18市町村	山武長生夷隅 市原安房君津 **26市町村**	夷隅安房君津 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	○ 保健所圏域・郡市の枠組みを維持できる （※　横芝光町が同一の地区医師会に所属）	○ 山武長生夷隅区域の枠組みを維持できる	○ 山武長生夷隅区域の枠組みを維持できる	△ 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	○ 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
広域化の規模	○	○	△ 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） ・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 （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) ・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