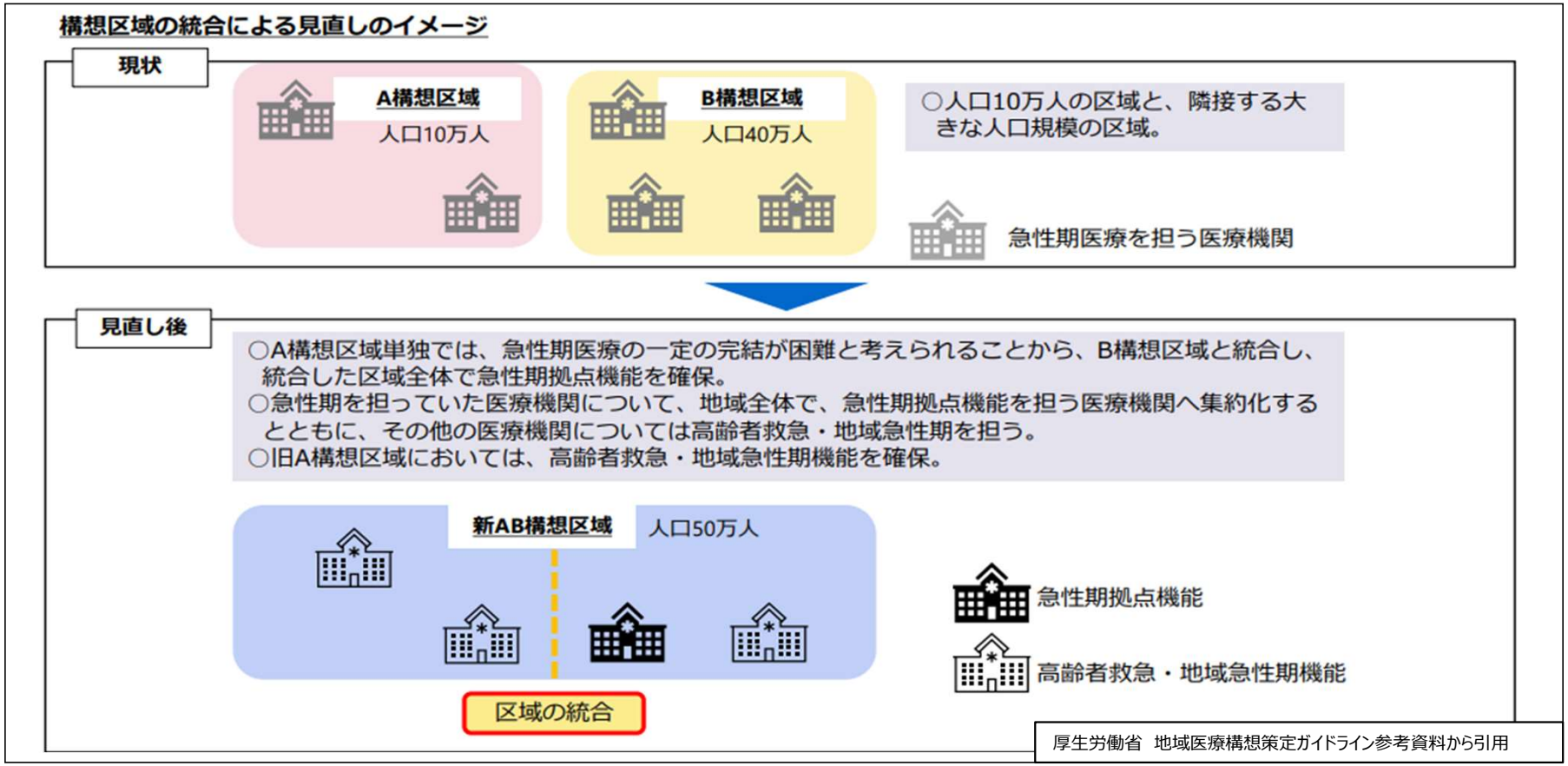
【参考資料】

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。**



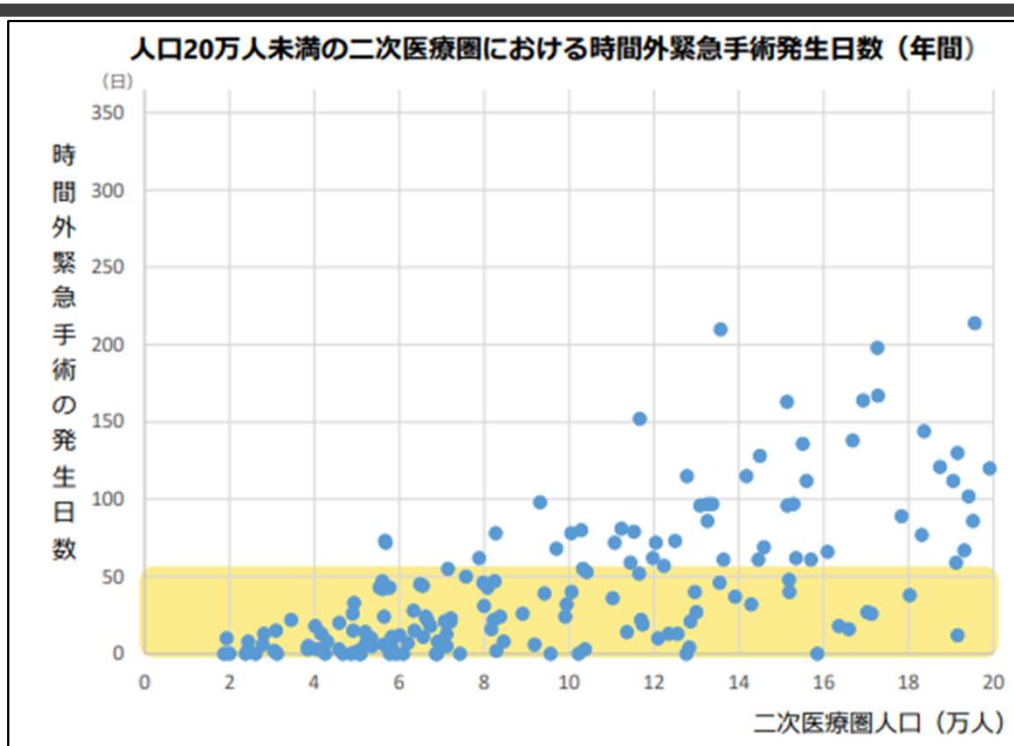
厚生労働省　地域医療構想策定ガイドライン参考資料から引用

「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。

令和7年7月4日第116回社会保障審議会医療部会資料から引用

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

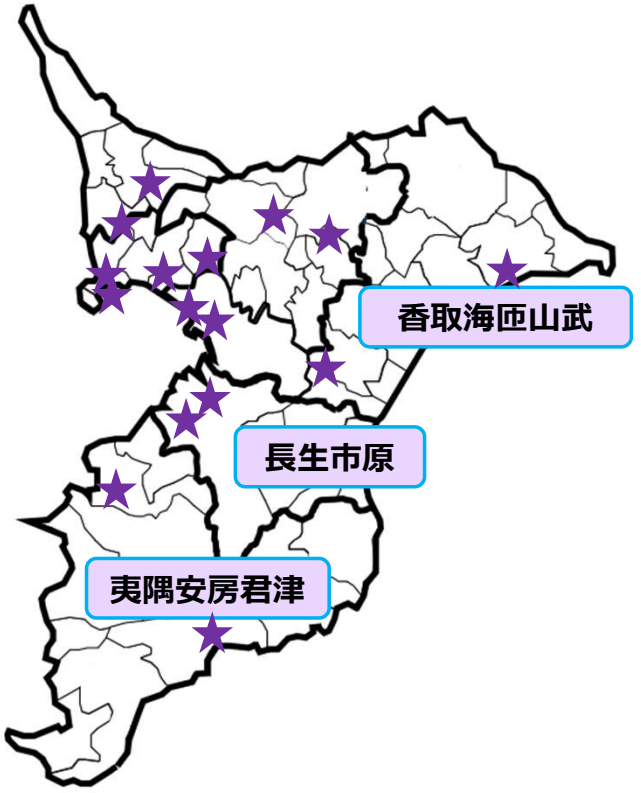
- 地域医療構想の趣旨について、県民に対し、報道機関とも連携した発信や、市町村と連携した市民講座などを通じて、**県民への情報提供と対話を進める**。
- 住民の医療機関へのアクセスに配慮しつつ、限られた医療資源を有効に活用していく必要性について、県民の理解の促進を図る。
- 県民の理解と納得を得ながら取組を進め、**地域医療を社会全体で支えていく土壌を醸成する**。

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）

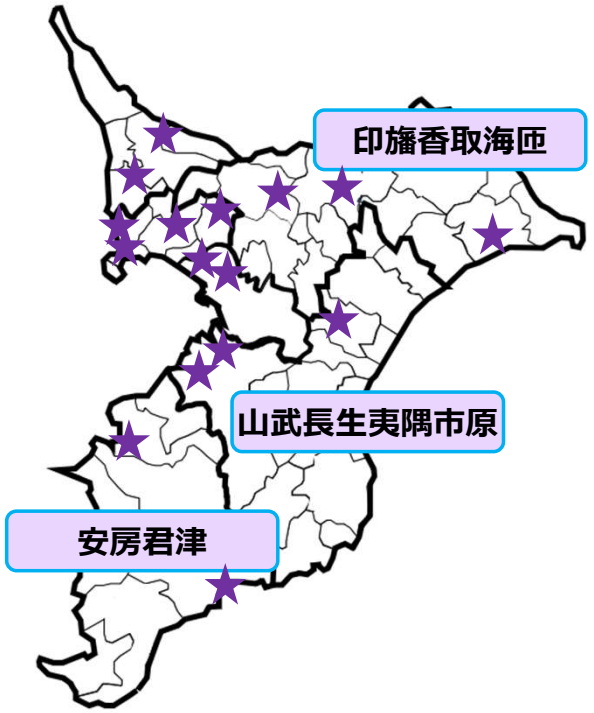
出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、 日本の地域別将来推計人口（令和５年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、 医療計画作成支援データブック（令和６年度版）（厚生労働省）をもとに作成

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）

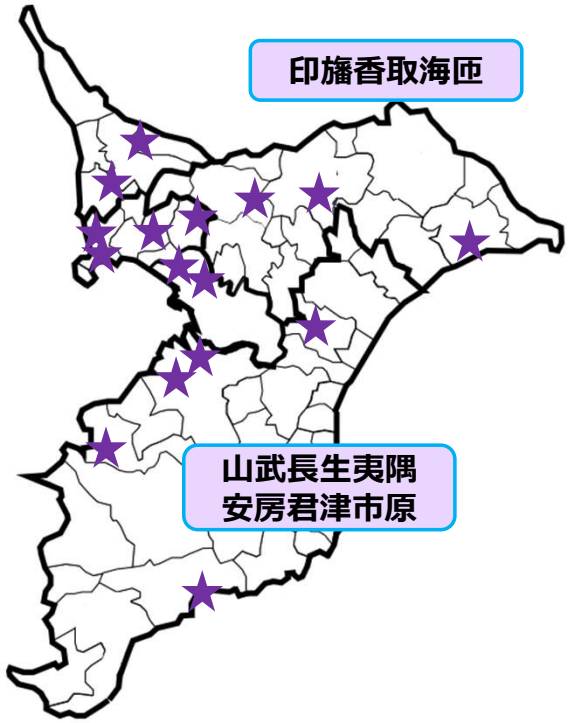
出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、 日本の地域別将来推計人口（令和５年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、 医療計画作成支援データブック（令和６年度版）（厚生労働省）をもとに作成

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）

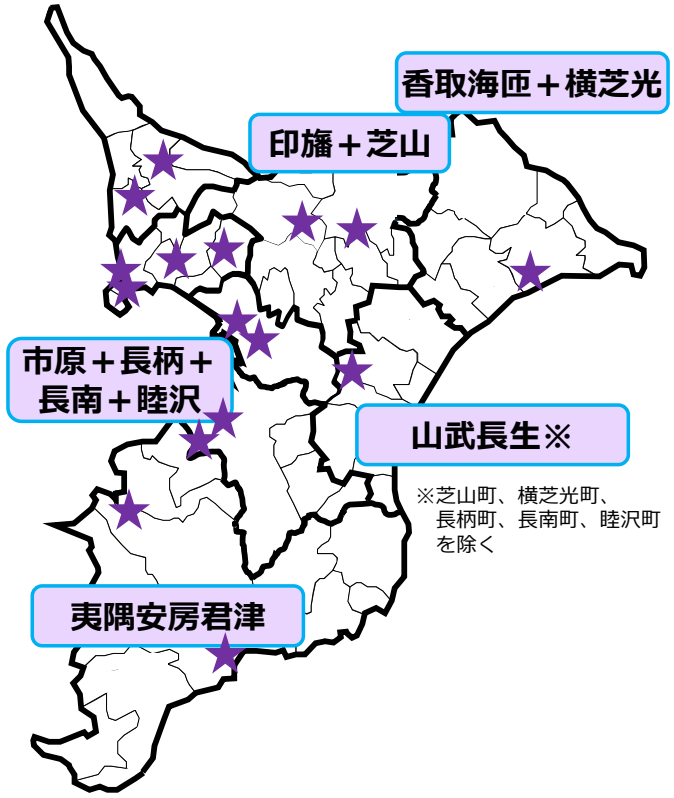
出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、 日本の地域別将来推計人口（令和５年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、 医療計画作成支援データブック（令和６年度版）（厚生労働省）をもとに作成

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）

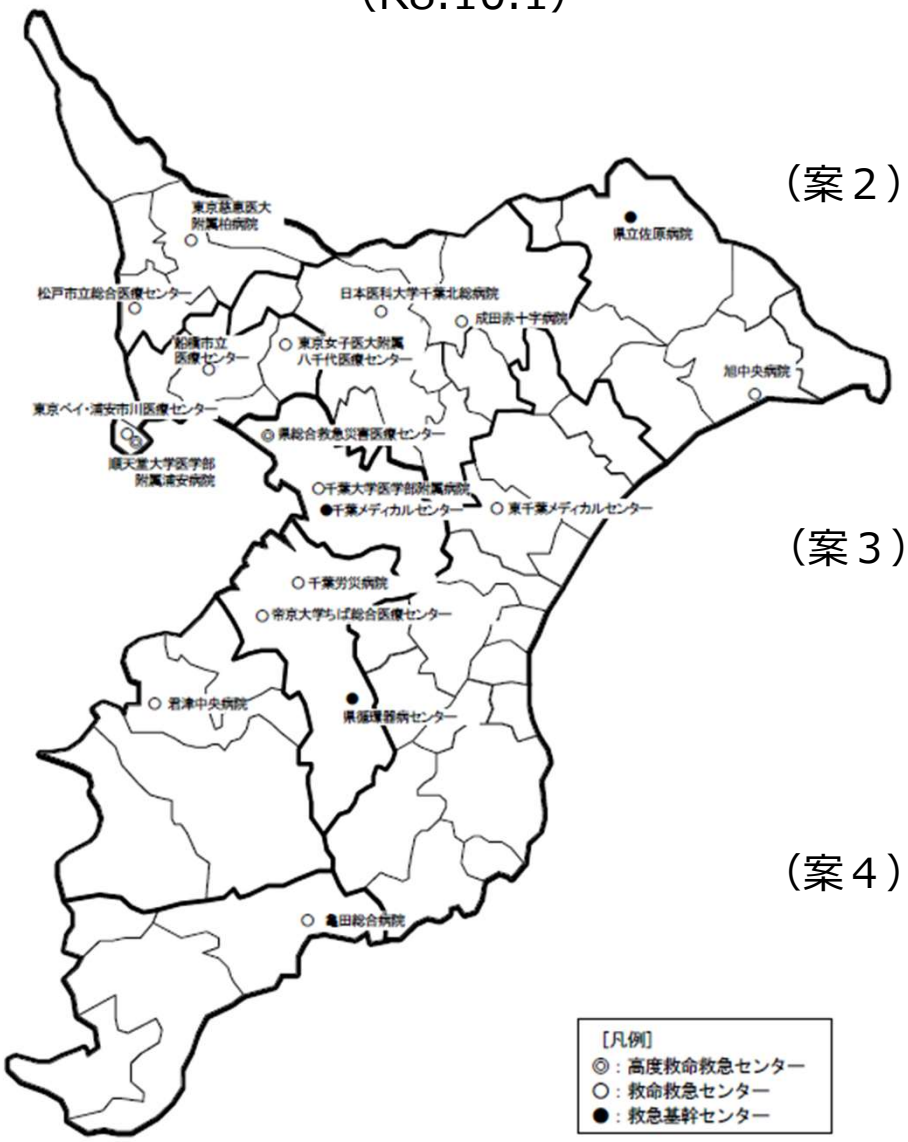
第４　医療計画作成の手順等

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、 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、 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、 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、 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 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、 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	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、 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 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、安房地域医療センター

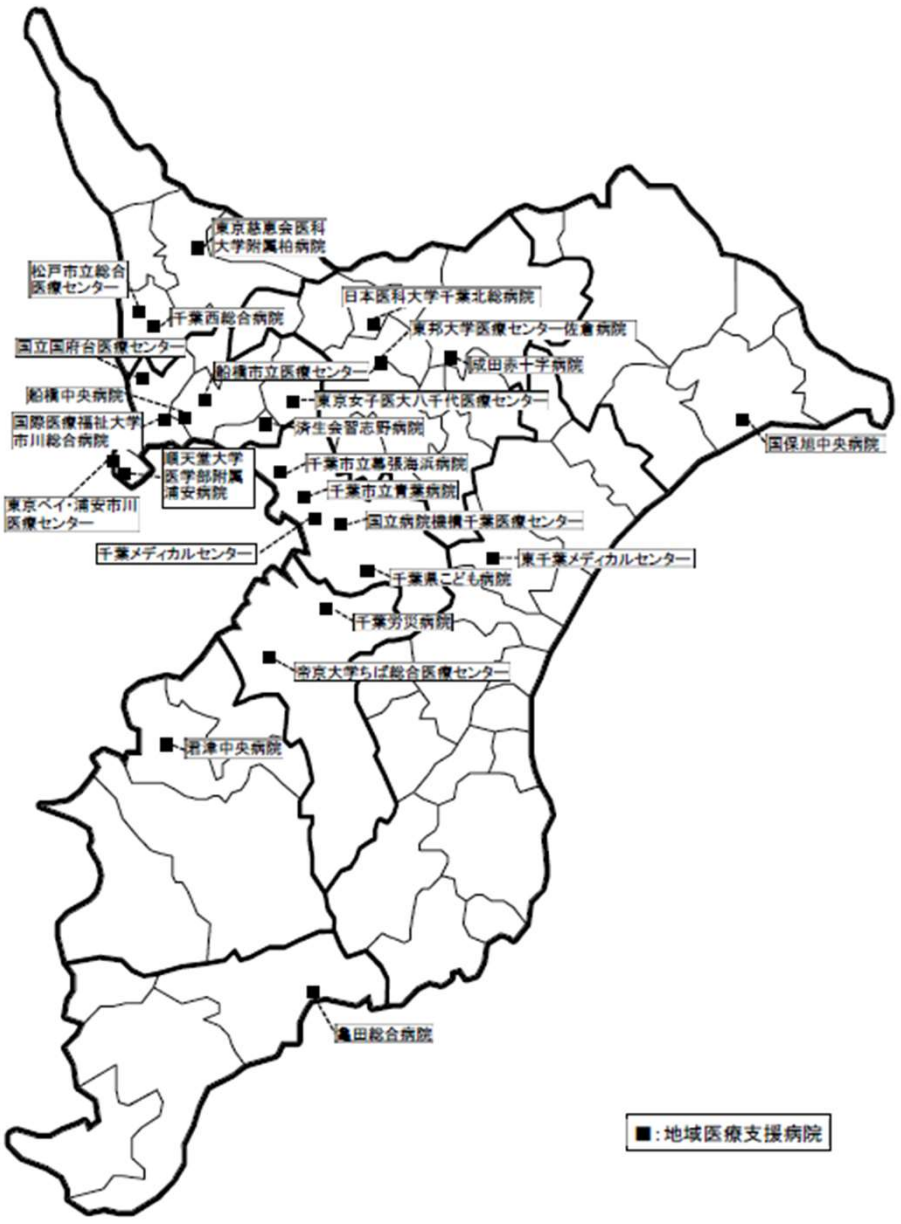
（案４）

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）

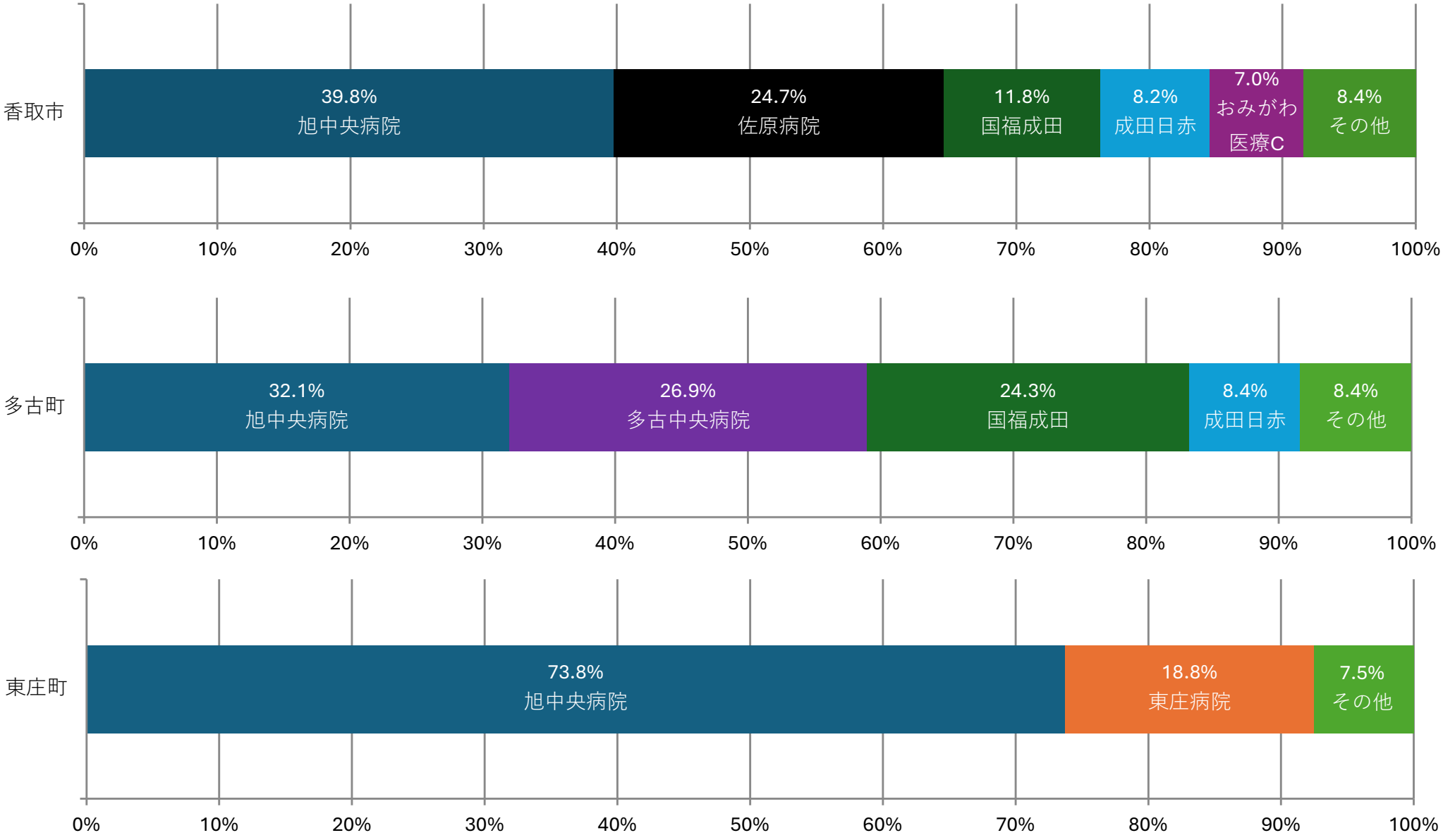
区域	地域医療支援病院
印旛香取海匝	成田日赤、東邦佐倉、日医北総、旭中央病院
山武長生夷隅市原 安房君津	東千葉メディカルセンター、帝京大ちば総合医療センター、千葉労災病院、亀田総合病院、君津中央病院

（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

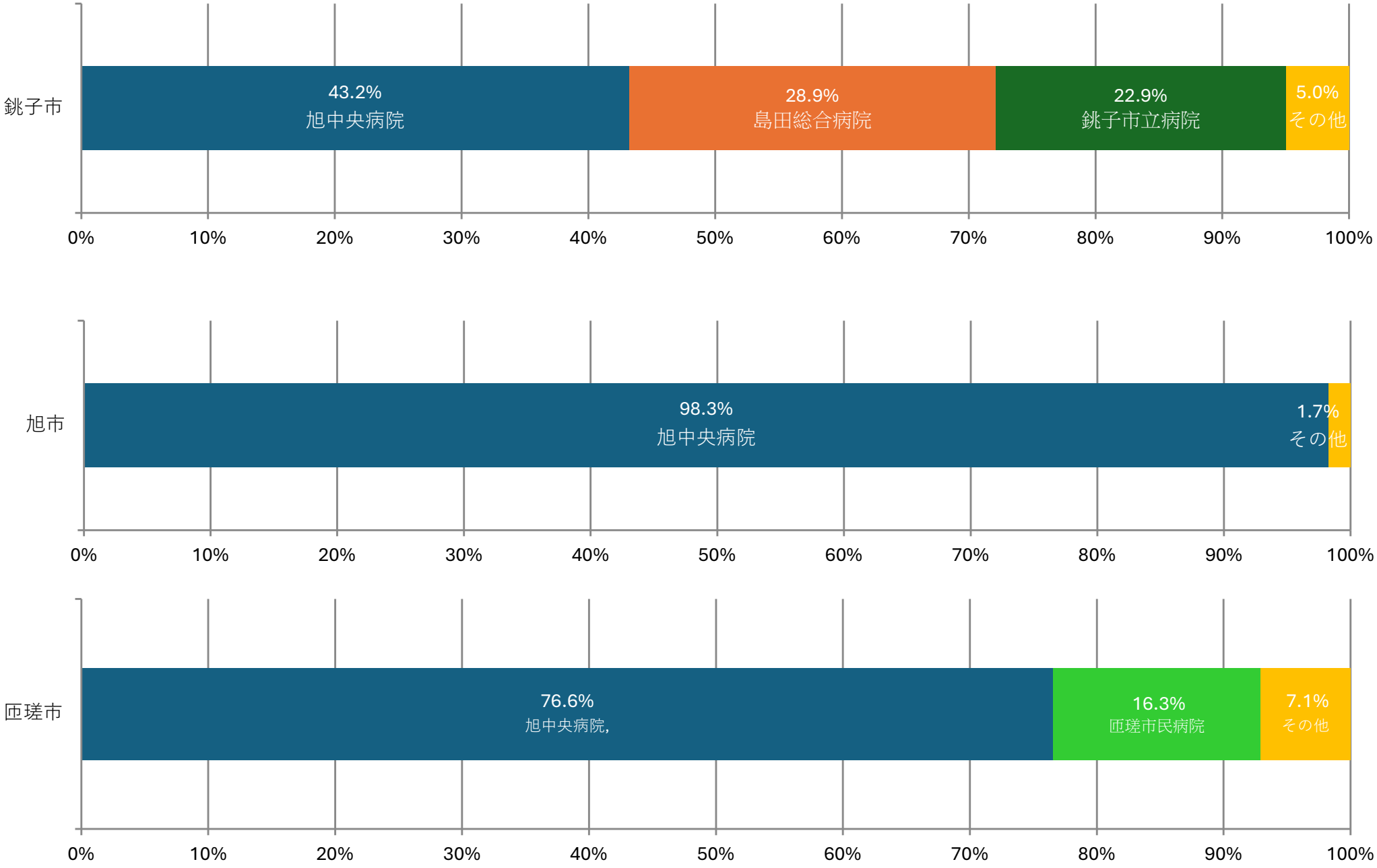
＊ 芝山町、横芝光町、長柄町、長南町、睦沢町を除く

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

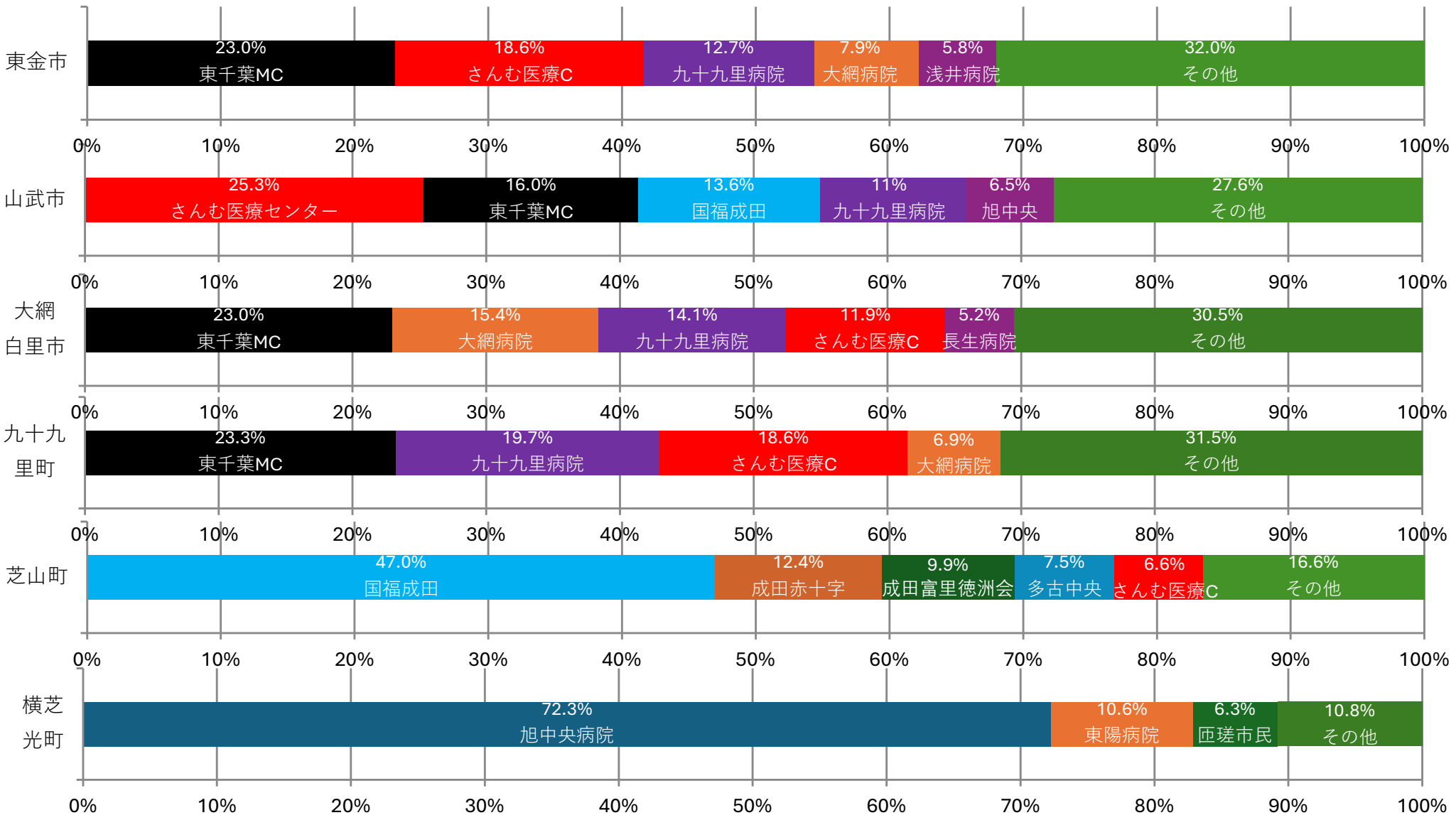
海匝地域住民の救急搬送先医療機関



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

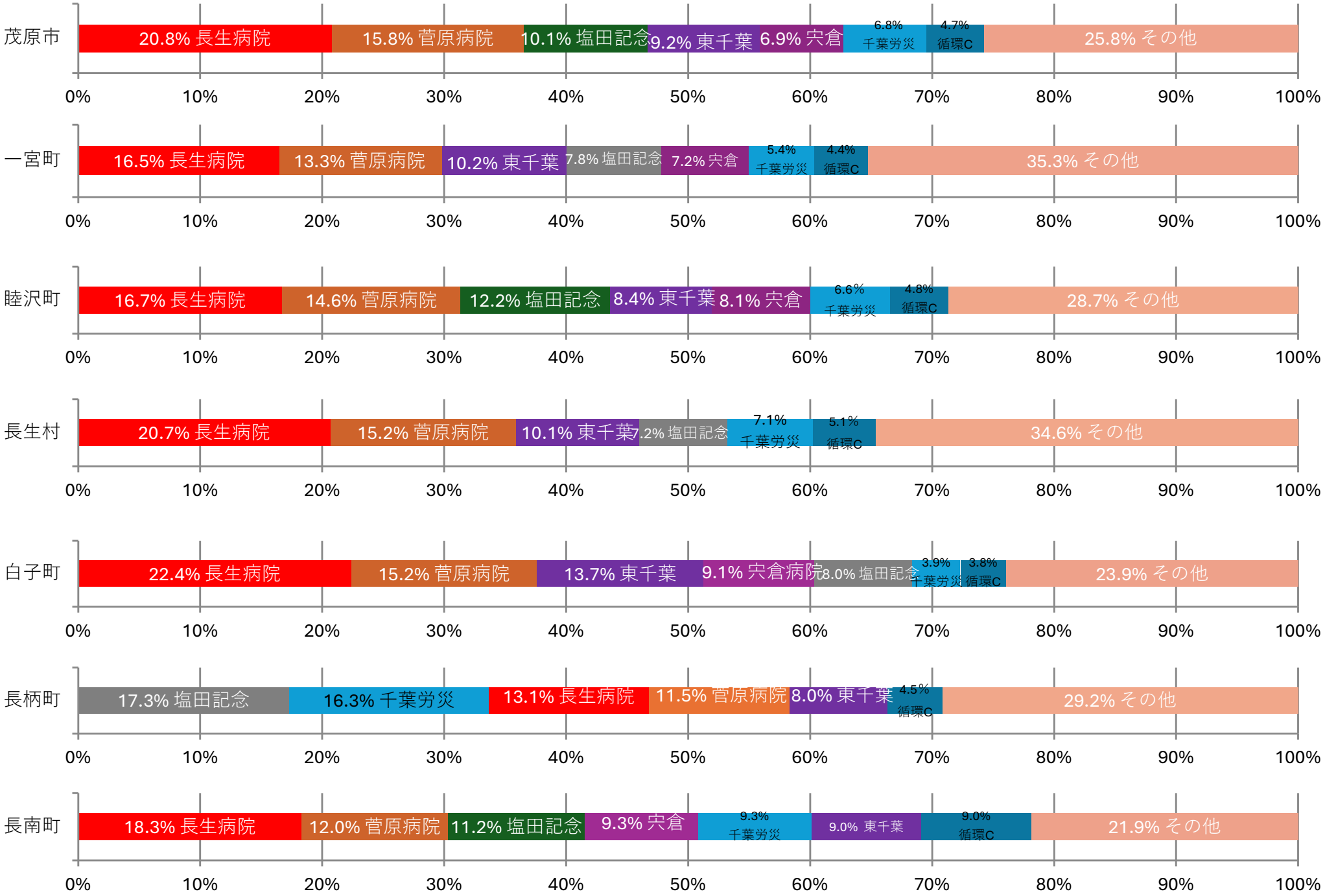
山武地域住民の救急搬送先医療機関



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

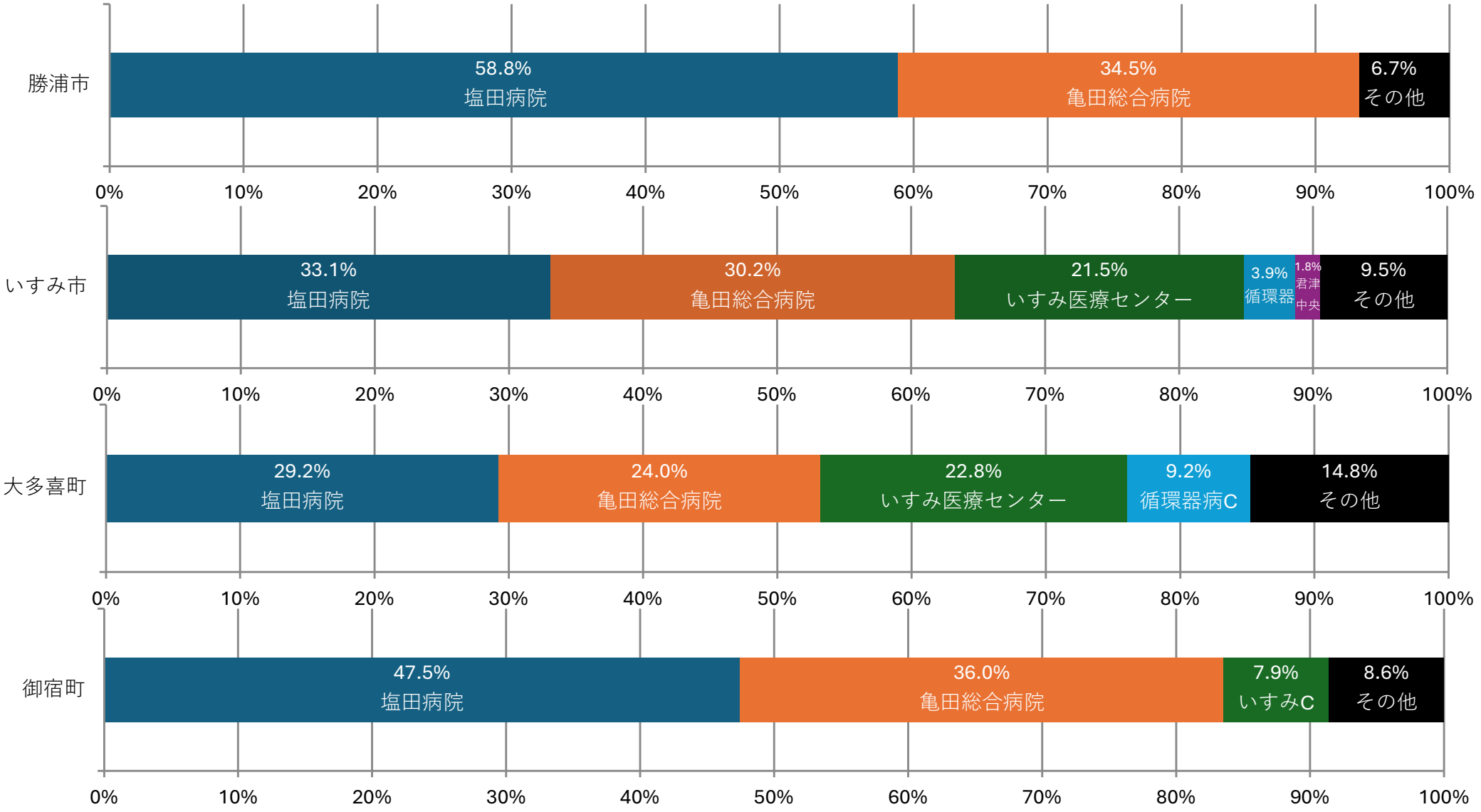
【留意点】各消防本部の管轄地域住民の搬送先を抽出

長生地域住民の救急搬送先医療機関



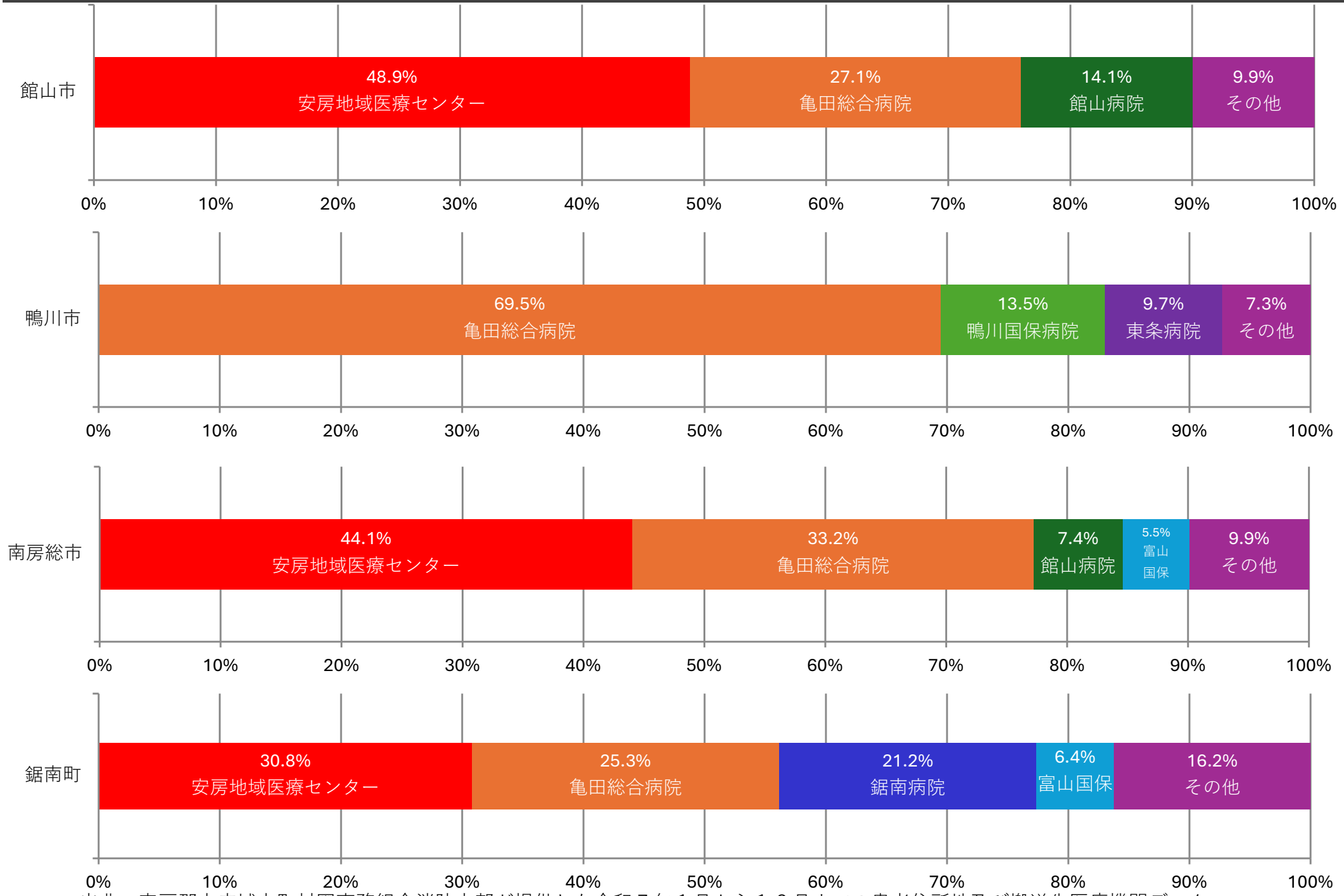
出典：長生郡市広域市町村圏組合消防本部が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ
【留意点】長生郡市広域市町村圏組合消防本部の管轄地域住民の搬送先を抽出

夷隅地域住民の救急搬送先医療機関



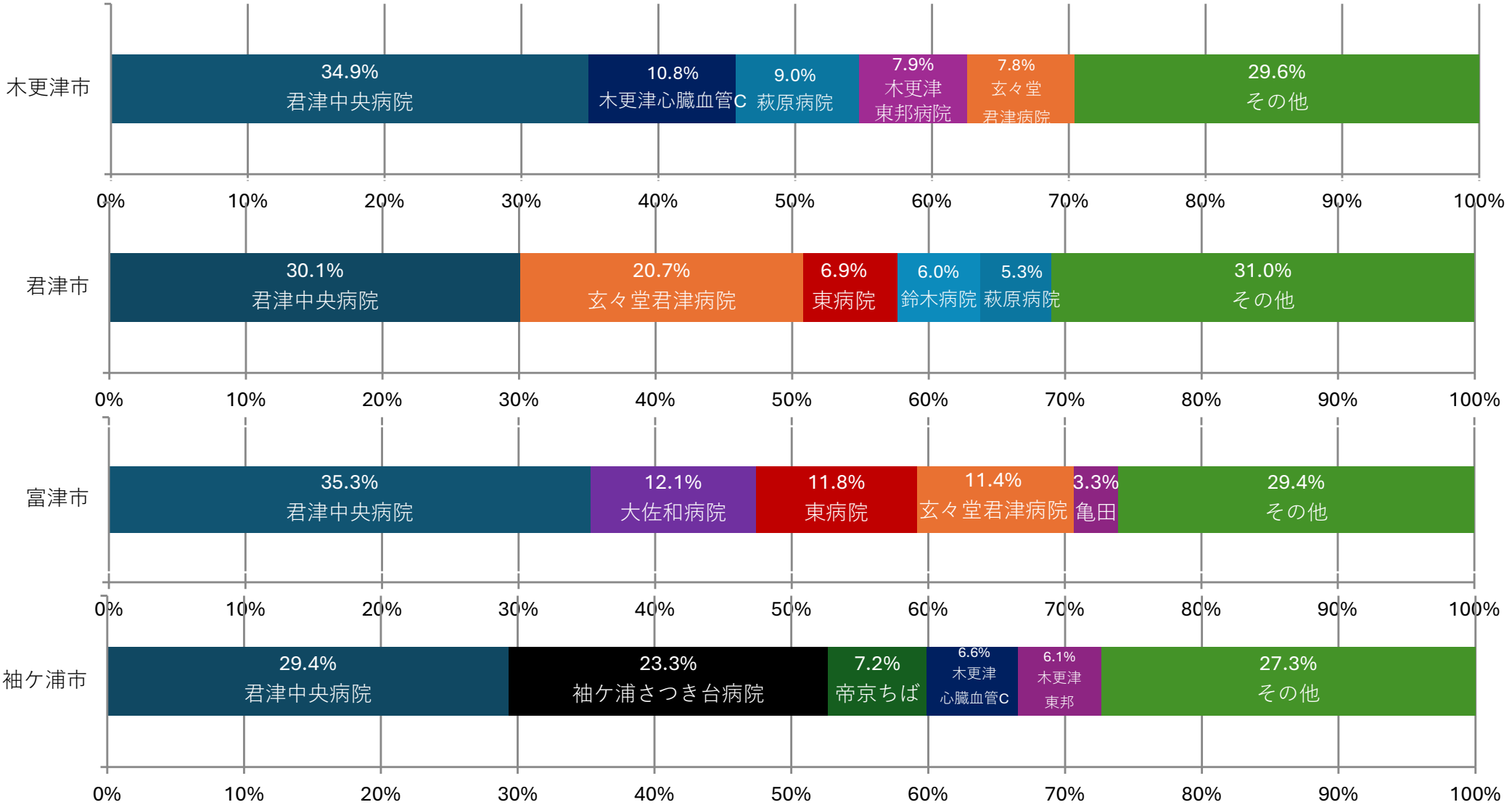
出典：夷隅郡市広域市町村圏事務組合消防本部が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ
【留意点】夷隅郡市広域市町村圏事務組合消防本部の管轄地域住民の搬送先を抽出

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

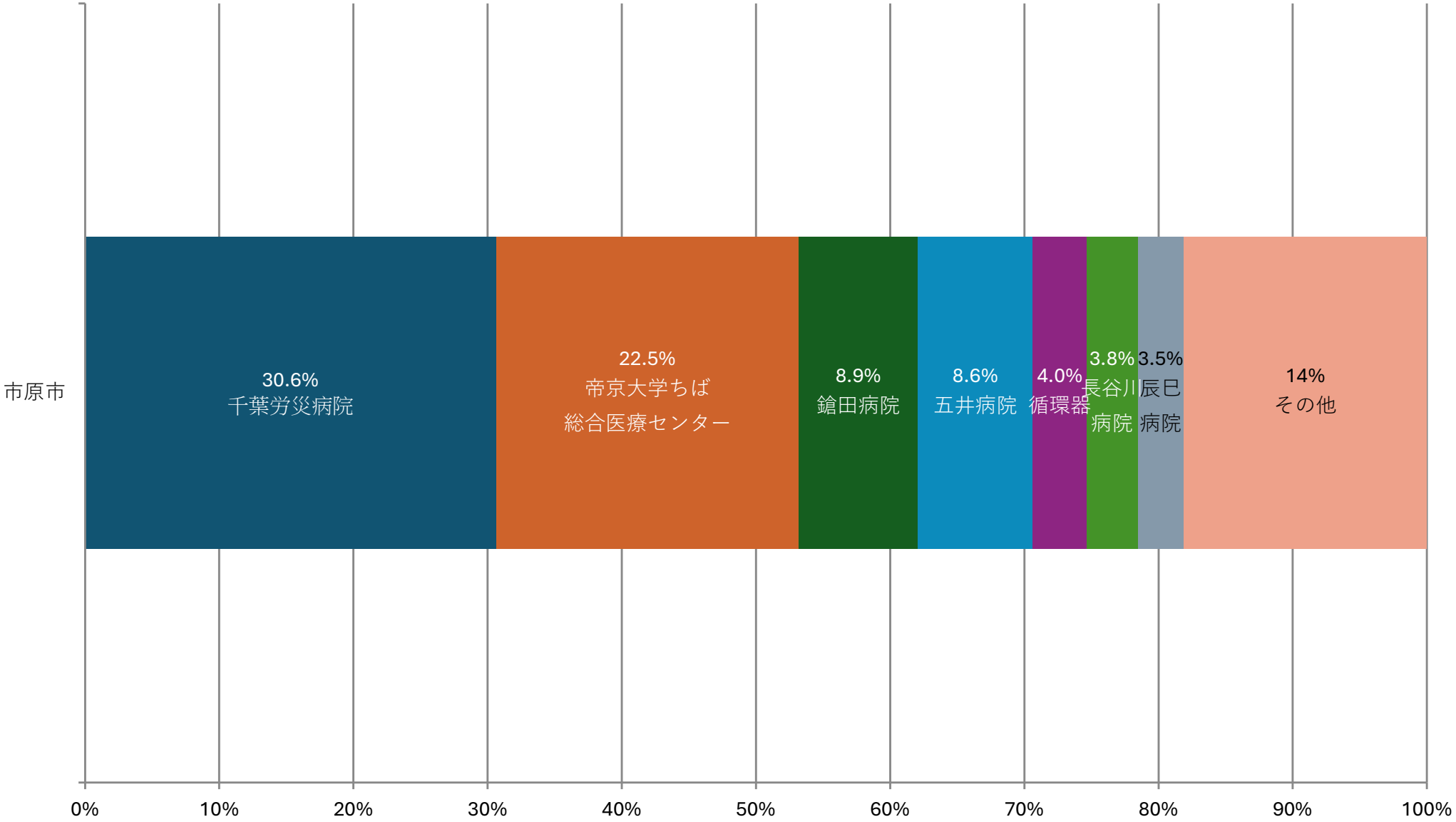
君津地域住民の救急搬送先医療機関



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

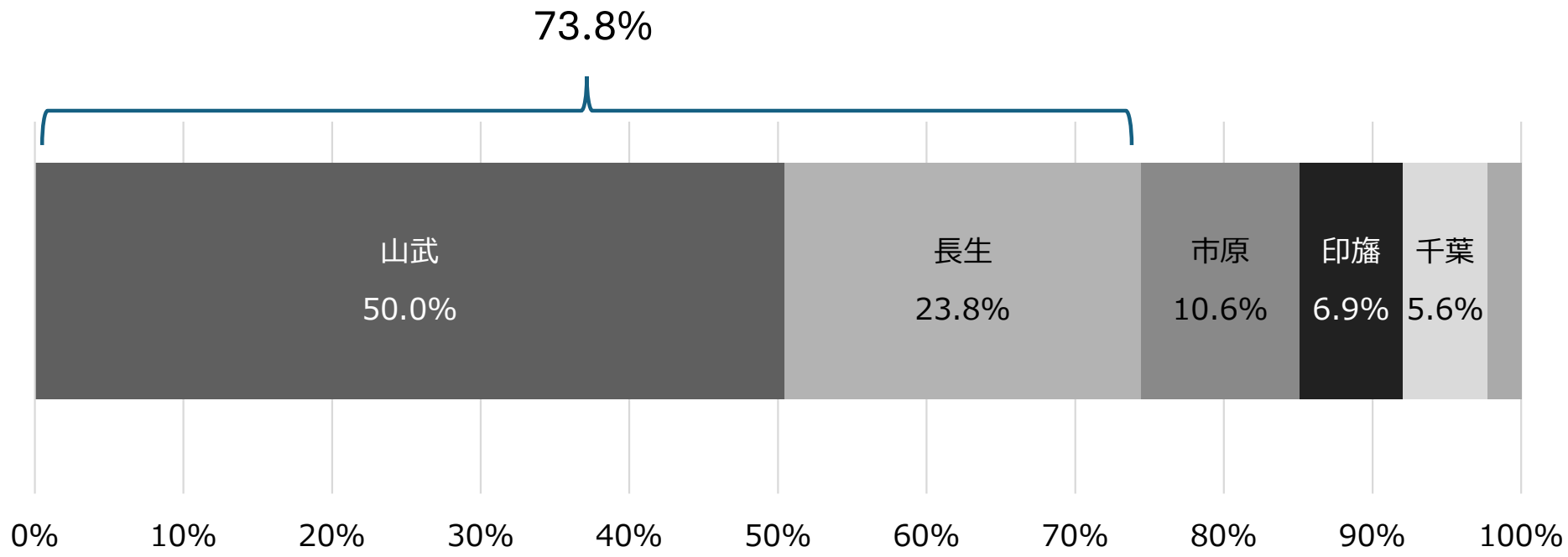


出典：市原市消防局が提供した令和７年１月から１２月までの患者住所地及び搬送先医療機関データ
【留意点】市原市消防局の管轄地域住民の搬送先を抽出

【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。

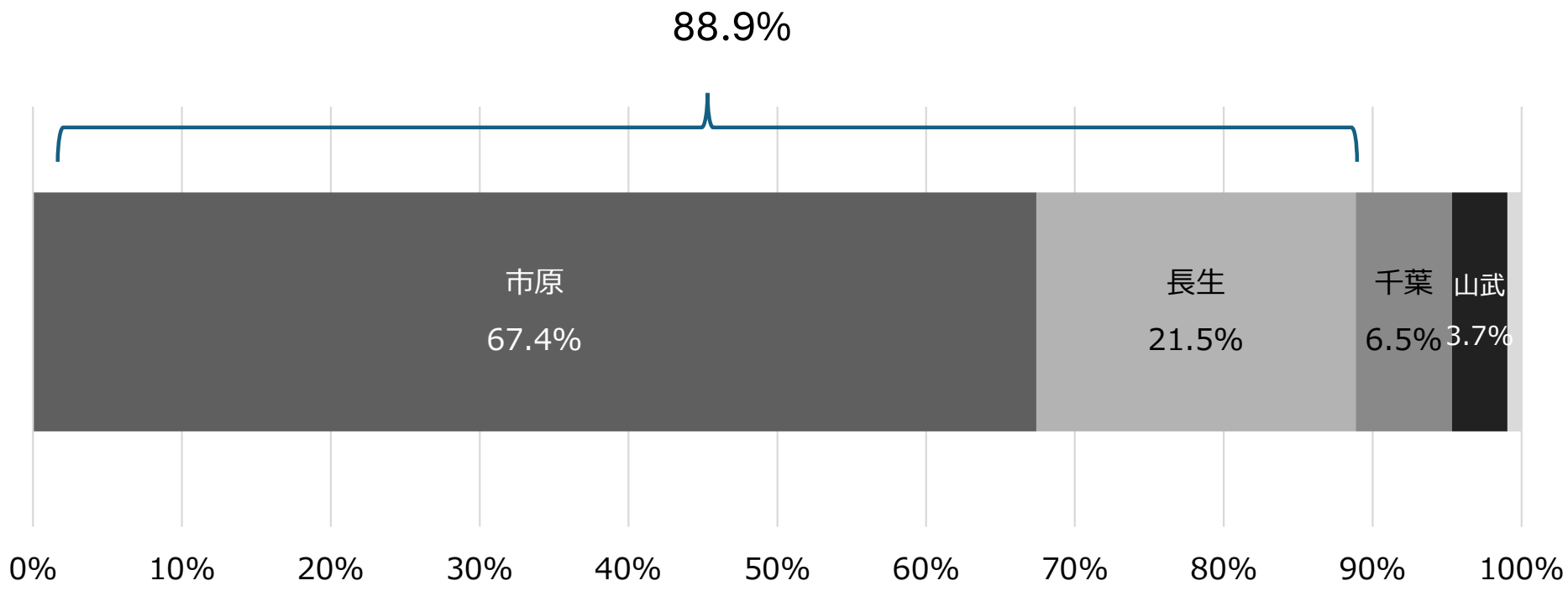


※ 山武郡市広域行政組合消防本部及び長生郡市広域市町村圏組合消防本部がそれぞれ搬送した管轄地域内住所地（山武：３市１町、長生：１市２町１村）の搬送先

【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。

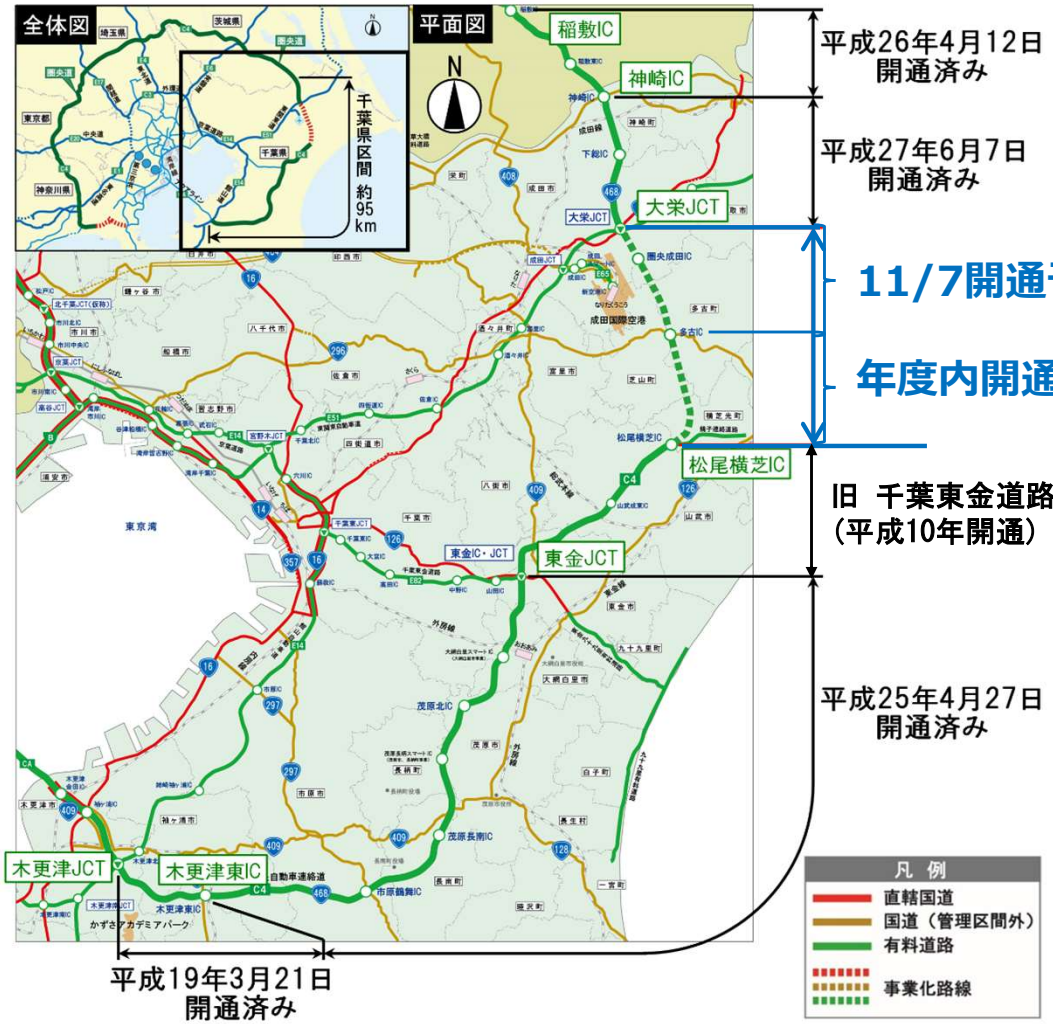
※各消防本部の搬送先上位20までの医療機関の集計に基づく。



※ 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。

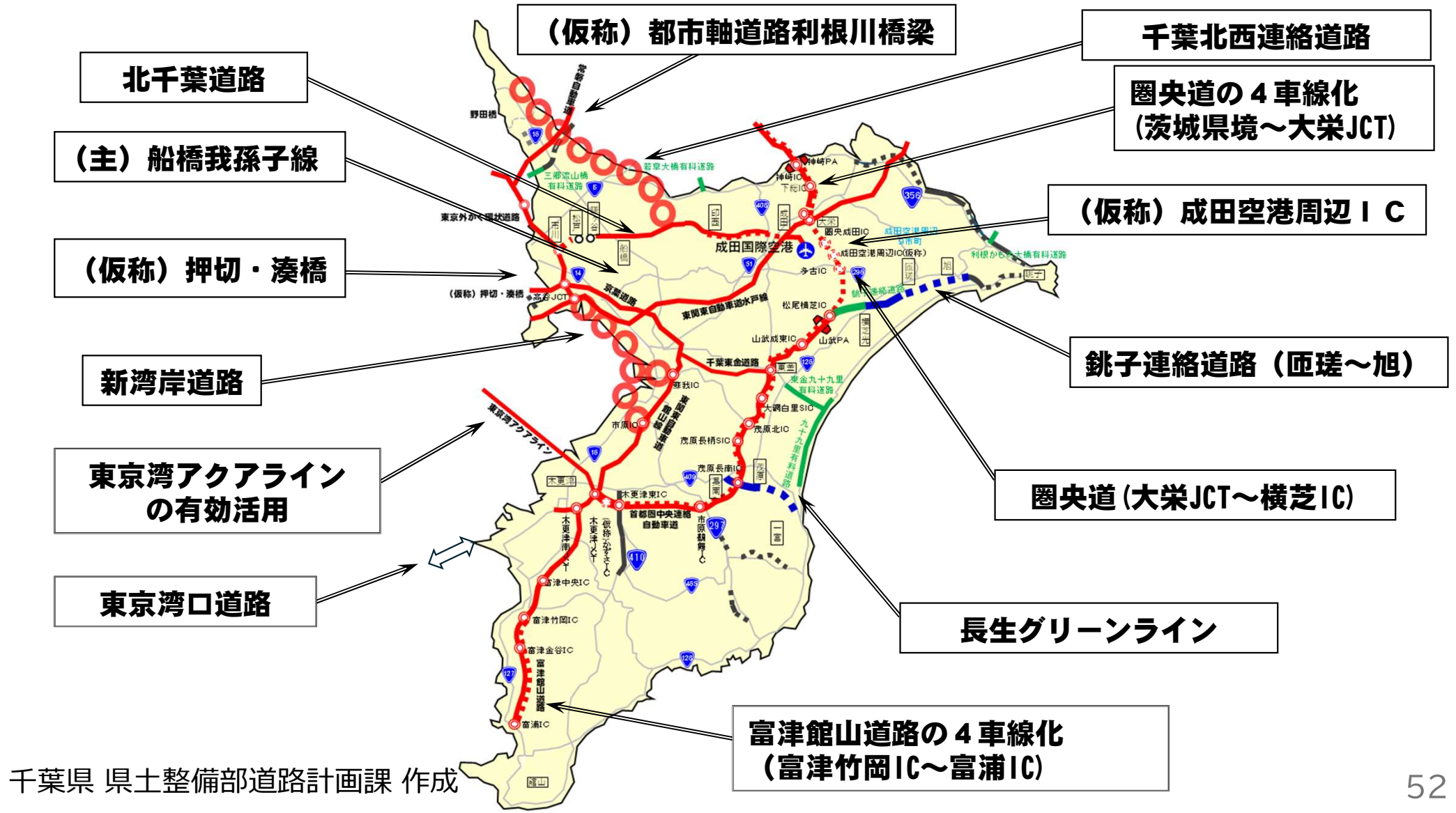


H19年度	木更津JCT～木更津東IC開通
H20年度	**二次保健医療圏見直し（現行医療圏となる。）**
H25年度	木更津東IC～東金JCT開通
H27年度	大栄JCT～神崎IC開通
R6年度	**現行保健医療計画策定**
R8年度	松尾横芝IC～大栄JCT開通予定

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。