

2026年9月5日

令和8年度船橋市救急医療シンポジウム

超高齢化社会を迎えて ～高齢者救急を知り、正しく備えよう～

医療法人弘仁会 板倉病院 理事長・院長
梶原 崇弘

COI 開示

発表者名： 梶原 崇弘

演題発表内容に関連し、発表者らに開示すべき
COI 関係にある企業などはありません。

About me



日本大学附属板橋病院 消化器外科入局
がん研究センター中央病院 肝胆膵外科
日本大学附属板橋病院 消化器外科准教授 現任
2012年 板倉病院 院長 2019年 医療法人 弘仁会理事長
外科学会指導医・専門医 がん治療認定医 麻酔標榜医
災害医療コーディネーター 認知症サポート医 緩和医療研修医

船橋市医師会
日本在宅療養支援病院連絡協議会
全国老人保健施設協会
千葉県老人保健施設協会
日本病院会 中小病院・医業税制委員会
全日本病院学会
千葉県地域包括ケア対策委員会
船橋地域福祉・介護・医療推進機構
船橋南部在宅療養研究会
船橋市ドクターカー連絡協議会
東葛南部メディカルアライアンス

副会長
副会長
常務理事
会長
委員
県副支部長
委員長
理事
理事
会長
代表理事



船橋をしる

医療の将来像

みなさまへのお願い

本日のおはなし

救急医療の話というよりも・・・
皆さん自身やご家族が10年後、20年後も
安心して暮らせる船橋をどうつくるか、という話です





船橋市の特徴

人口 約65.4万人 高齢化率 23.7%

中核市・保健所政令市として最も人口が多い。
ベッドタウンとしていまだに人口増加中
市内に都市部と過疎部がある。

都心部まで30分という地理的な要因より
千葉都民といわれるくらい東京が身近
東京で治療を受ける頻度・意識が高い

人口の更なる増加
高齢者独居増加
高齢者救急・在宅医療ニーズの増加
地域コミュニティは希薄になりつつある
効率的な医療・介護・福祉連携が必要

白院医療圏 船橋市の在宅インフラ

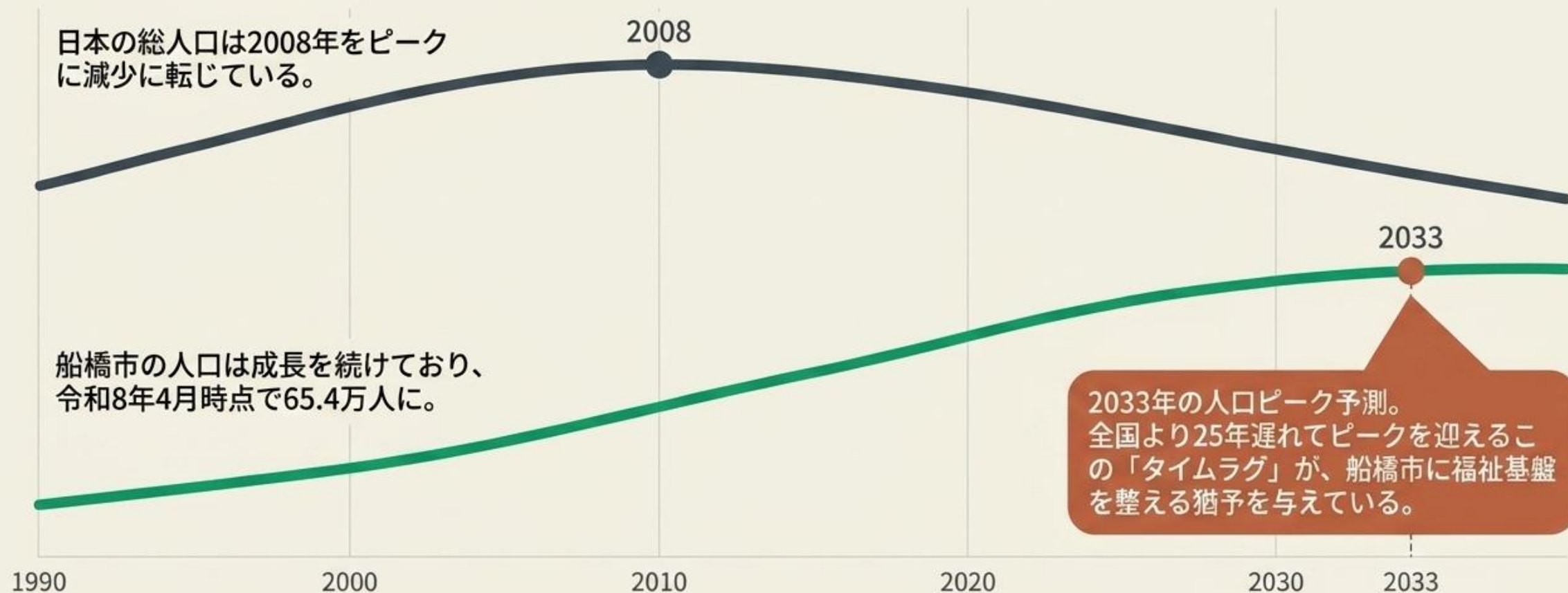


人口 65.4万人
高齢者 15.5万人 (23.7%) (R8.4.1)
前期高齢者 5.9万人 後期9.6万人
要支援・介護 3.4万人(高齢者の約22%)

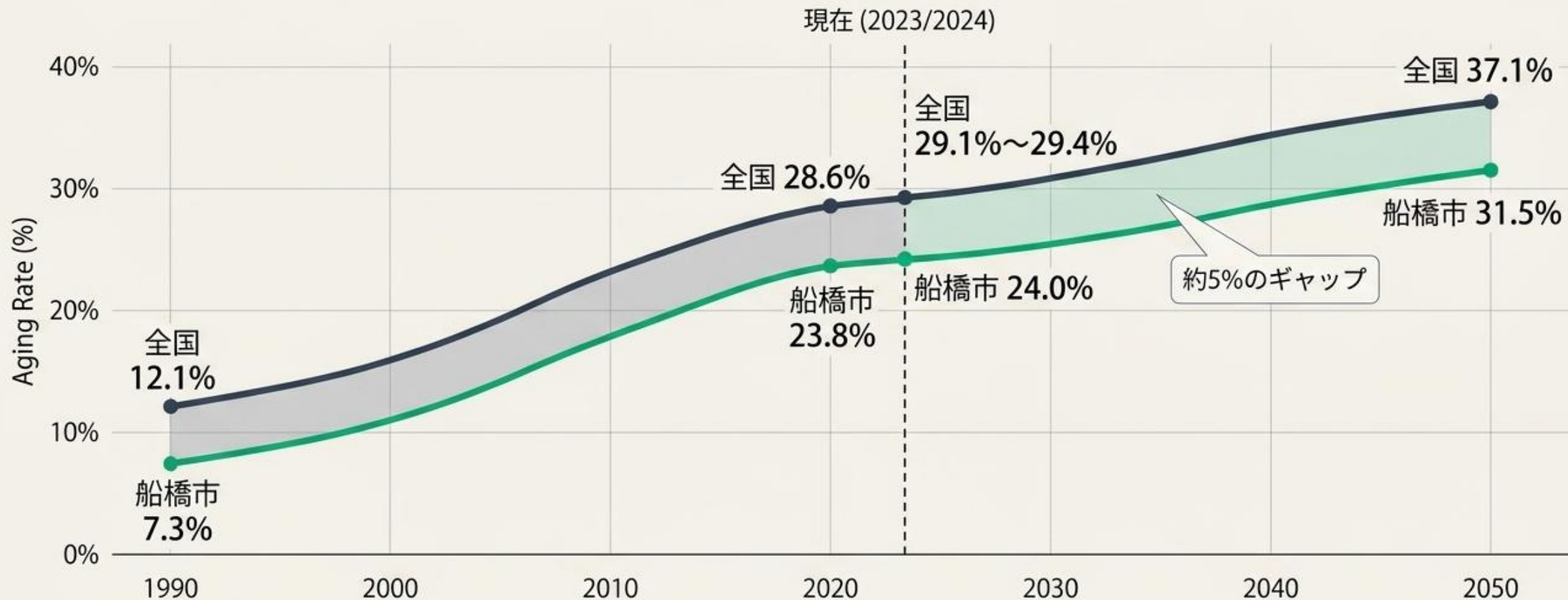
訪問・外来診療併設クリニック 51か所 (訪問診療専門 5か所)
訪問・外来診療併設病院 9か所 (在宅療養支援病院 2か所)
訪問看護ステーション 74か所
居宅介護支援事業所 166か所 (ケアマネジャー 482人)
地域包括支援センター 14か所
3次医療 船橋市立医療センター (東葛地域災害拠点病院) 1病院
2次救輪番体制 参加医療機関 市内9病院
年間救急出動数 令和7年 40075件 (令和6年 41111件)

3次医療機関1か所
2次医療機関9か所と人口に比して
医療インフラが少ない

全国的な人口減少に逆行する、船橋市の「人口増加の引力」



船橋市の高齢化率は全国平均を約5ポイント下回る水準で推移



船橋市は常に全国平均よりも低い水準を維持しているが、上昇の「カーブ（傾き）」は全国と全く同じである。2050年には船橋市民のおおよそ10人に3人が高齢者となる見込み。

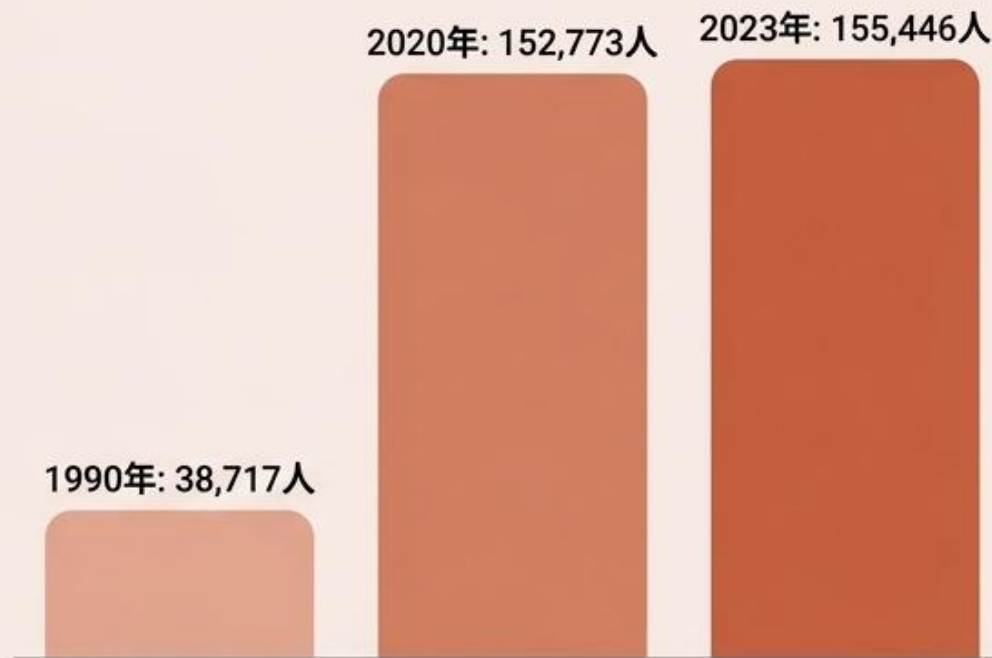
「低い高齢化率」が覆い隠す、高齢者「絶対量」の爆発的増加

高齢化率 24.0% (2023年)



一見するとコントロール可能な数字。

船橋市の65歳以上人口の絶対数推移



過去30年間で、総人口の増加に伴い、高齢者の絶対数は「約4倍」に激増している。市の福祉リソースを圧迫しているのは「率」ではなく、この圧倒的な「量」である。

家族形態の変容：高齢者の7割が「単身」または「高齢者のみ」の世帯へ



78,840 世帯
(2023年)

令和5年（2023年）10月時点で、船橋市におけるひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は78,840世帯に達している。これは、高齢者がいる総世帯数に対する比率で【71.0%】を占める。

核家族化と地域のつながりの希薄化により、「家庭内でのケア」を前提とした従来のモデルは崩壊しつつある。

単身高齢者の急増：高まる孤立化のリスク

2020年:

18.9%

(29,587人)

2015年:

17.3%

(24,910人)

2010年:

16.3%

(19,325人)



**船橋市の高齢者の
約5人に1人が
一人暮らし**

2020年 単身高齢者割合
比較

千葉県平均: **17.3%**

船橋市: **18.9%**

現在、船橋市の高齢者の約5人に1人が単身世帯。後期高齢者の増加と相まって、地域での見守りや日常支援のインフラ構築が急務となっている。

迫り来るインフラへの負荷：要介護認定者の急増

要支援1～要介護1の軽度者



要介護2以上の重度者



わずか6年間で要支援・要介護者が急激に増加。人口の絶対量増加と単身化が重なり、公的サービス（法定サービス）に対する需要がかつてない速度で膨張している。



4.1秒

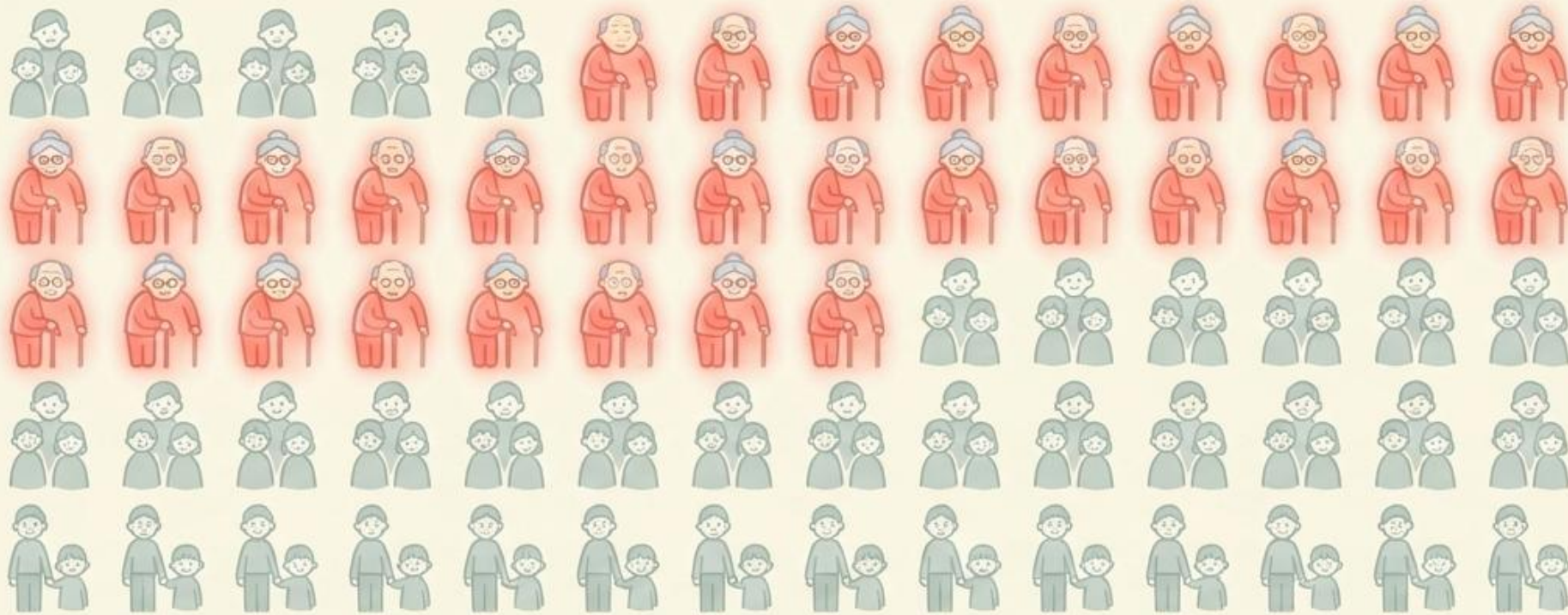


街で救急車のサイレンを聞く機会が、
少し増えたと思いませんか？

令和5年の救急車の出動件数は、全国で約763万件。
実はおよそ「19人に1人」が救急隊によって搬送されています。

数字だけを見ると驚いてしまいましたが、その救急車に乗っているのは、
見知らぬ誰かではなく、私たちの身近にいる「人生の先輩たち」かもしれません。

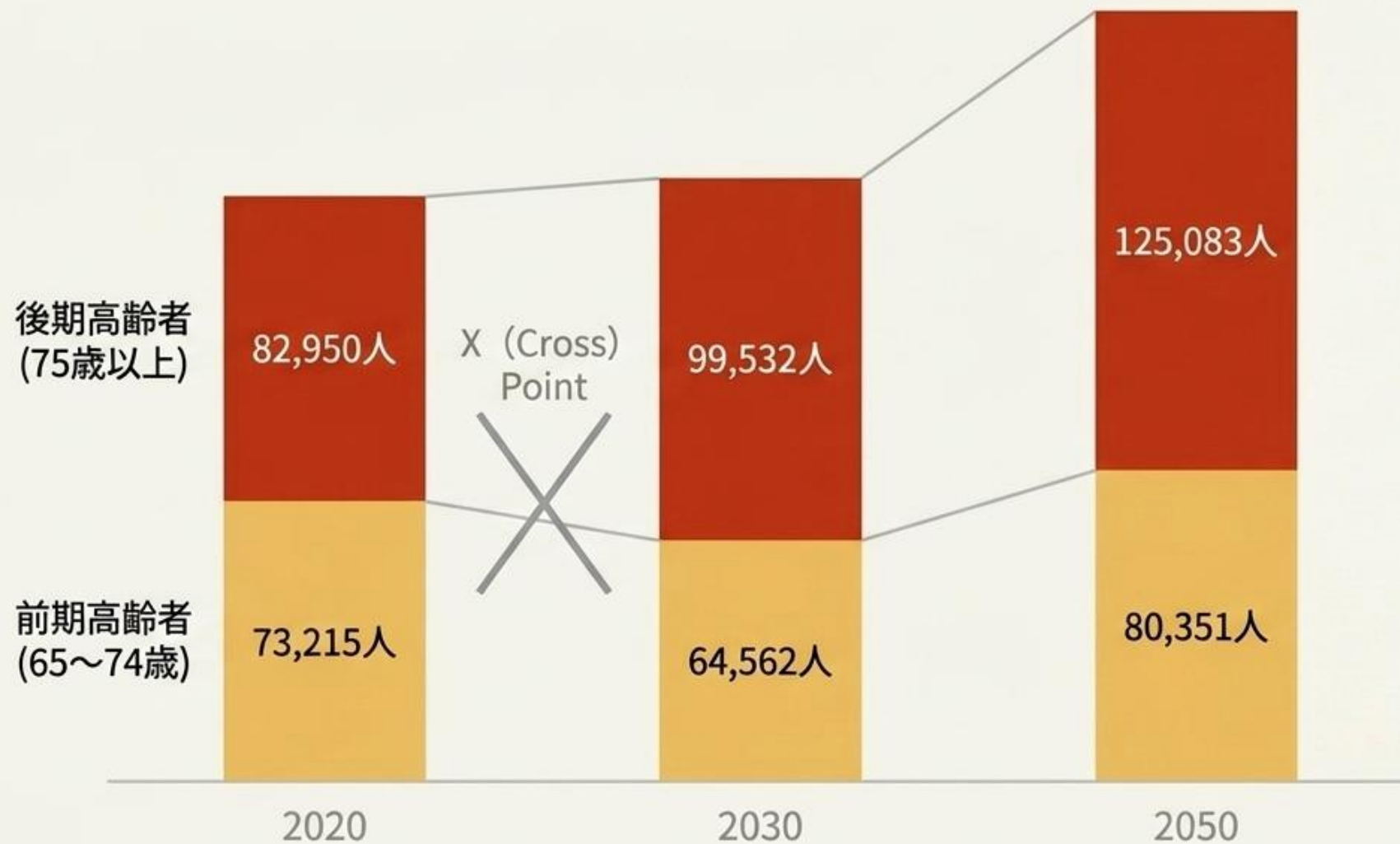
救急車を利用する方の「約半数」は、75歳以上の先輩たちです。



救急搬送される方のうち、61.6%が65歳以上の高齢者、その中でも「75歳以上」の方々が、全体の約47.6%を占めています。(令和5年データ)。

年齢を重ねれば、誰でも急な体調不良やケガのリスクは高まります。
これは決して他人ごとではなく、明日の我が身、あるいは大切なご家族の姿です。

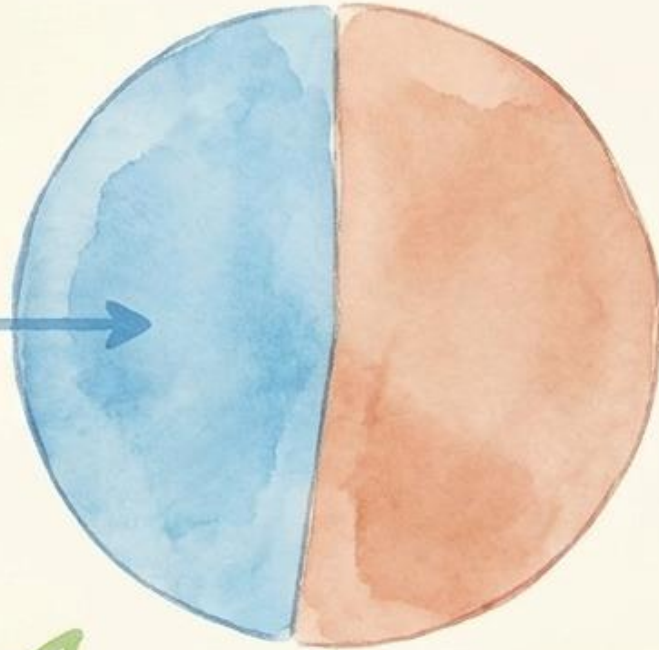
「二重の高齢化（Double Aging）」の到来



2030年以降、医療や介護ニーズがより高くなる『75歳以上』が、65~74歳を圧倒的に上回るようになる。支援を必要とする層のパイ自体が根本的に変わる。

実は、搬送される方の約半数は
「少しの助け」で安心できるケースです。

48.5%は
「軽症（外来診療）」



「どうしていいか分からず、
不安で呼んでしまった…」

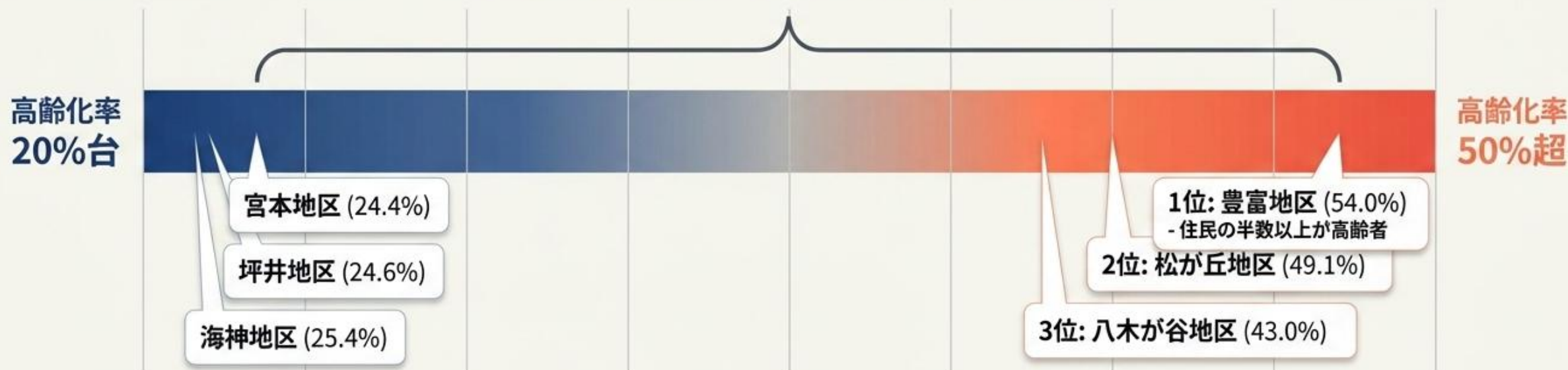
「一人暮らしで
心細かった…」



単なる「軽症」というデータの裏には、
こうした孤立や戸惑いが隠れているのかもしれません。

船橋市内の「2つの顔」： 地域別高齢化の激しい分断（2060年推計）

最大格差 29.6ポイント



船橋市をひとくくりには語れない。2060年には、地区によって高齢化率に最大29.6ポイントもの深刻な格差が生じる。

救急車を増やすだけで、すべて解決するのでしょうか？



病院や救急隊の力を強くする（公助）
ことも大切です。しかし、それだけ
では限界が来てしまいます。

一番大切なのは、「救急車を呼ぶ前の、
日々の暮らしの安心」を守ること。つ
まり、地域での支え合い（共助）です。

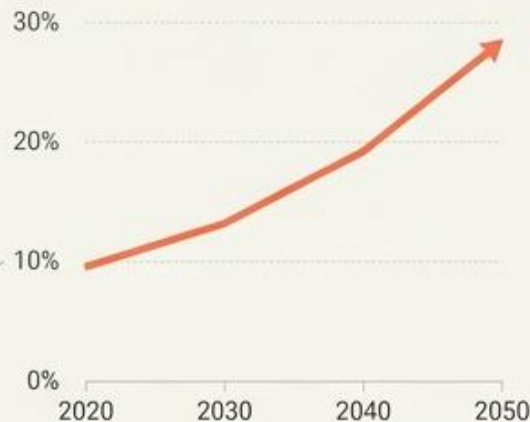
The Demographic Dashboard

マクロ推移

31.5%

高齢化率の衝撃 (2050年)

2050年に向けて高齢化率が30%を突破し、市の人口構造が根本から変化する。

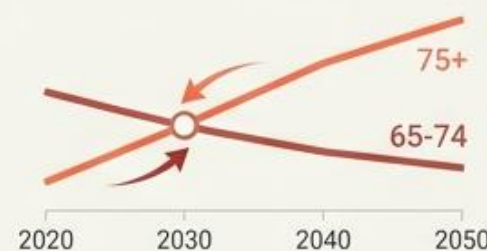


二重の高齢化

後期高齢者の急増

75歳以上層の拡大

単に65歳以上が増えるだけでなく、2030年に向けて75歳以上が前期高齢者（65-74歳）を大きく逆転する構造的シフト。

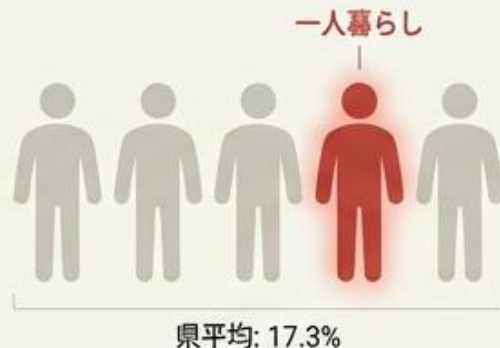


孤立化リスク

18.9%

単身高齢者の割合 (2020年)

高齢者の約5人に1人が一人暮らしとなり、県平均（17.3%）を上回るペースで孤立化リスクが進行中。



深刻な地域分断

29.6 pt

地域間の最大格差 (2060年)

高齢化率54.0%の豊富地区と24.4%の宮本地区という、市内に「2つの全く異なる顔」が併存する。

高齢化率54.0%の豊富地区と24.4%の宮本地区という、市内に「2つの全く異なる顔」が併存する。





船橋をしる

医療の将来像

みなさまへのお願い

新たな地域医療構想策定ガイドライン

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- 入院分野では、在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実など見直しを実施。
- 在宅医療・訪問看護分野においては、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。



急性期医療を担う病院

救急患者連携搬送料

地域連携し「下り搬送」を活用する場合の評価を充実

- ・ 民間救急の活用、受入側評価等

緊急性・専門性が高い救急患者等



包括期医療を担う病院

包括期入院医療

在宅患者・施設入所者の後方支援や円滑な入退院支援を推進

- ・ 包括期充実体制加算の新設
- ・ 緊急入院の入院料や初期加算を引上げ
- ・ 入退院支援加算1の充実
- ・ 介護支援等連携指導料2の新設
- ・ 出来高算定可能範囲を拡大
 - ー退院前訪問指導料（回りハ）
 - ー退院時共同指導料2等（地ケア）
- ・ 退院直後の訪問栄養食事指導料の新設

慢性期入院医療

より医療の必要性が高い患者の受入を推進

- ・ 悪性腫瘍以外の緩和ケアを受ける患者や重症の医療的ケア児を医療区分2・3に追加
- ・ 一部の医療区分2の処置等を重複して行う患者の評価引上げ

在宅療養支援診療所・病院

地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関を評価

- ・ 重症患者への対応等、地域で積極的な役割を担う医療機関の評価を充実
- ・ 往診時医療情報連携加算の算定可能な範囲を拡大
- ・ 在支診／在支病の要件に、業務継続計画（BCP）の策定及び定期見直しを追加
- ・ 医薬品適正処方に向けた医師／薬剤師同時訪問の評価
- ・ 要介護度の低い患者等に一律月2回訪問管理を行う医療機関の評価を適正化



在支診・在支病

訪問看護ステーション

高齢者向け住まい等併設型訪問看護の適切な評価と重症者への対応等評価

- ・ 同一建物居住利用者数と訪問日数に応じたきめ細やかな見直しと1日あたり包括評価体系の新設
- ・ ICTを活用した地域連携の評価を新設
- ・ 地域で連携し精神障害にも対応する訪問看護STに係る評価を新設



自宅・高齢者住まい・居住系介護サービス



訪問看護ステーション



慢性期医療を担う病院

終末期・緩和ケア医療の充実

- ・ 緩和ケア病棟において末期腎不全患者の受入を可能とする
- ・ 入院／外来／在宅緩和ケア管理に係る評価の対象患者に、末期腎不全・呼吸不全を追加

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模 の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・ 地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療 等
地方都市型	50万人程度	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	- 高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	

船橋市立医療センター

市内2次救急病院

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

私たちの町で、
ずっと安心して
暮らすために

～「一つの大きな病院」から
「地域全体のリレー」へ。
未来の医療のカタチ～



2040年問題：医療を取り巻く環境の変化

これからの変化



増えるニーズ：医療と介護の両方が必要な高齢者（85歳以上）の急増。
高齢者救急や在宅医療の需要が増大。



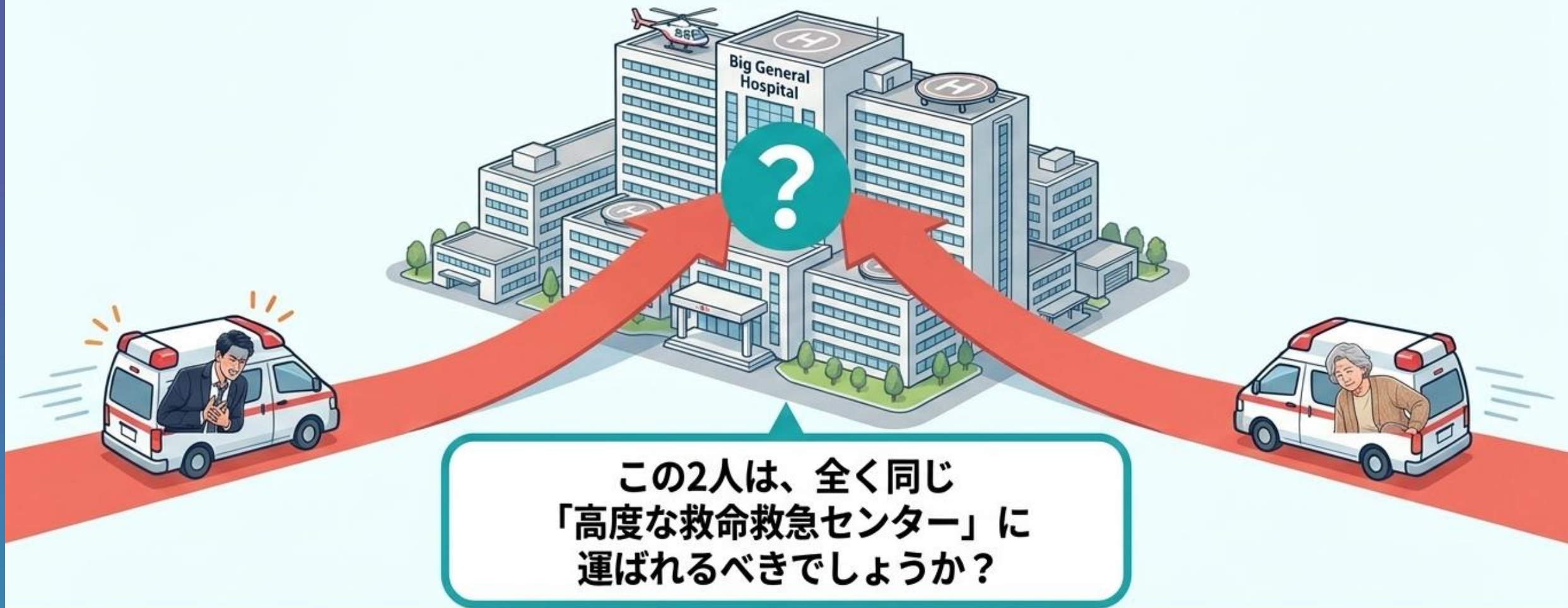
減る支え手：生産年齢人口の減少により、医師や看護師など「医療の担い手」が不足。

将来像



結論：「一つの大きな病院が、すべての病気もリハビリも介護も抱え込む」という従来のモデルは、限界を迎えます。

「とにかく一番大きくて設備の整った病院へ！」
…本当にそれが正解でしょうか？



実は、それぞれの「命と生活」を守るために、「最適な病院の役割」は全く異なります。

もし今、私たちの身近な人が倒れたら？



【症例1】

人物：40歳・会社員（働き盛り）

状況：突然の激しい胸の痛み（心筋梗塞の疑い）

目標：一刻も早く命を救い、社会（職場）へ復帰すること。



【症例2】

人物：80歳・お母さん（一人暮らし/家族と同居）

状況：自宅で転倒し、立ち上がれない（大腿骨頸部骨折の疑い）

目標：骨折を治すだけでなく、寝たきりを防ぎ、再び「いつもの自宅」で暮らすこと。

症例1：40歳会社員の場合（心筋梗塞）

「命を救う拠点（急性期拠点機能）」での超スピード対応



搬送：一刻を争うため、高度な医療資源が集約された「3次救急/急性期拠点」へ直行。

治療：カテーテルなどの高度な集学的治療を即座に実施。

結果：状態が安定次第、早期に退院。後遺症を残さず、元の職場へスピーディに社会復帰。

高度な設備と専門医を一つの拠点到「集約」することで、救命率と医療の質を最大化します。

症例2：80歳お母さんの場合（大腿骨骨折）

「治し、生活に繋ぐ拠点（高齢者救急・地域急性期機能）」への搬送



搬送：手術が必要だが、同時に「全身のケア」が得意な地域密着型の急性期病院へ。



治療の特徴：手術をするだけでなく、入院早期からリハビリ・栄養管理・口腔管理をスタート。



目的：高齢者は数日寝込むだけで筋力が低下し（廃用症候群）、寝たきりになるリスクがあるため、「治療」と「生活への準備」を同時に行います。

なぜ、運ばれる病院が違うのか？（医療ニーズの比較）

	 40歳会社員（心筋梗塞）	 80歳お母さん（大腿骨骨折）
一番の脅威は？	病気そのもの （一刻も早い病変の除去）	治療中の体力低下と 「寝たきり」化
必要な医療資源	高度な専門機器、 24時間の緊急手術体制	医師・リハビリ職・栄養士・ケアマネ のチーム連携（多職種連携）
治療のゴール	「病気を治す」こと。	「治し、支える医療」で 生活能力を取り戻すこと。

若い世代の「高度急性期医療」と、高齢者の「包括期医療」。
どちらも最高水準で提供するためには、病院間の役割分担が不可欠です。

お母さんのリレー：次なるバトンは「心身を回復させる拠点」へ

専門等機能（回復期リハビリテーションなど）

転院・移行：手術の傷が癒えたら、集中的なリハビリを行う専門病棟へバトンタッチ（下り搬送・転院）。



退院支援：医療ソーシャルワーカーや地域のケアマネジャーが連携し、安心して自宅へ帰る準備を整えます。



集中的な回復：歩行訓練や、トイレ・着替えなど日常生活動作（ADL）の向上に特化。退院後の自宅の環境（段差や階段）を想定した実践的な訓練。

そして「いつもの暮らし」へ：地域全体で見守る体制

いつもの暮らしを支える拠点（在宅療養支援病院）

かかりつけ医：定期的な
訪問診療と、ICTを活用し
た見守り。



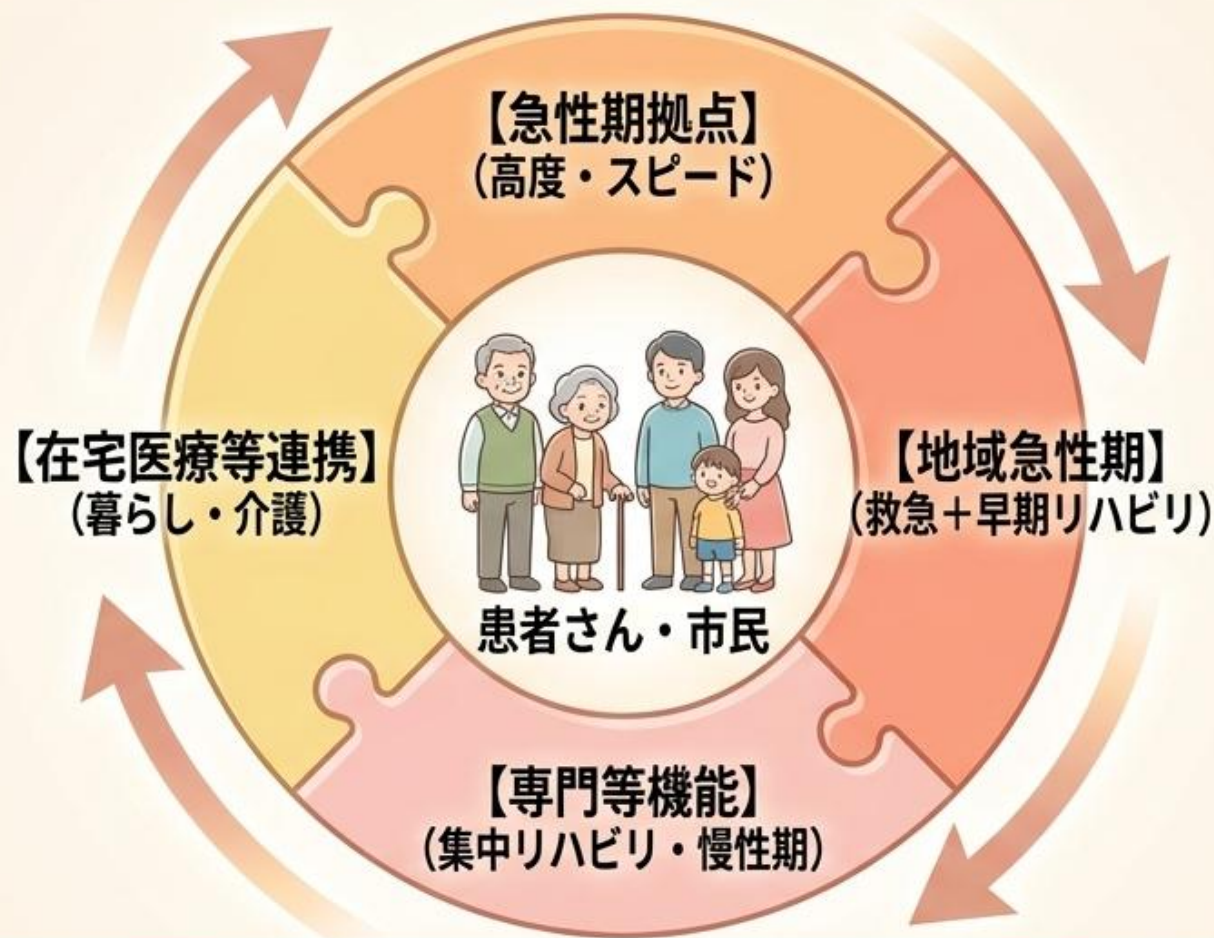
多職種連携：訪問看護師、
訪問リハビリ、訪問介護が
スクラムを組んでサポート。



急変時の安心：万が一の時は、
バックベッド（後方支援病床）
を持つ地域の病院がすぐに受け
入れます。

在宅復帰：リハビリを終え、ついに住み慣れた我が家へ。

医療と介護が手を取り合う「地域包括ケア」の完成形



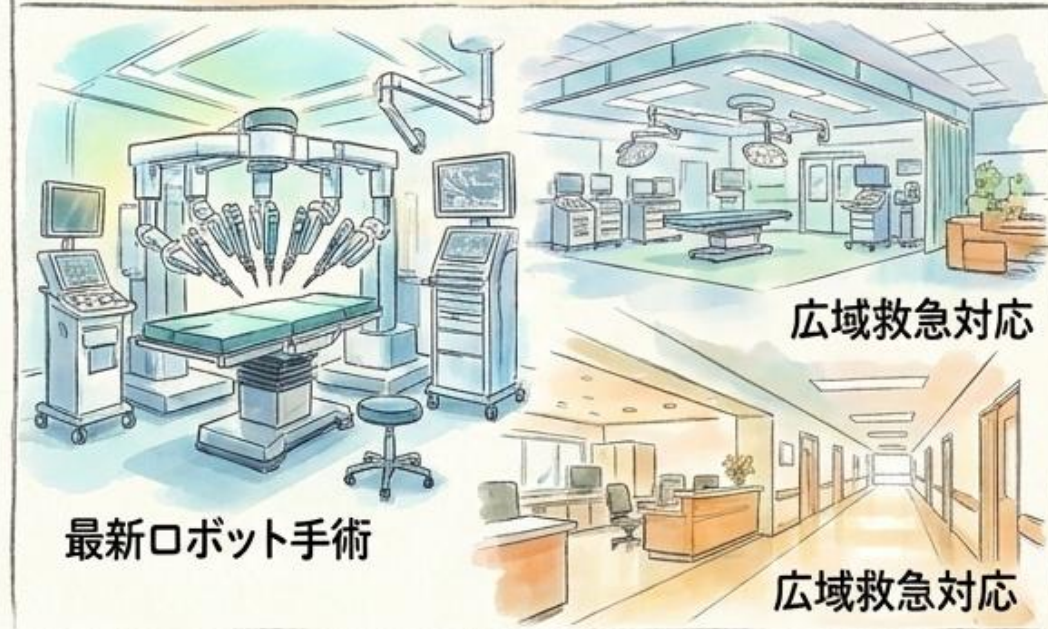
これからの医療は「病院単体」ではなく、
地域全体（点ではなく面）で患者さんを包み込むように守ります。

今、医療センターが直面している課題

老朽化と物理的限界



進化する高度医療への適応

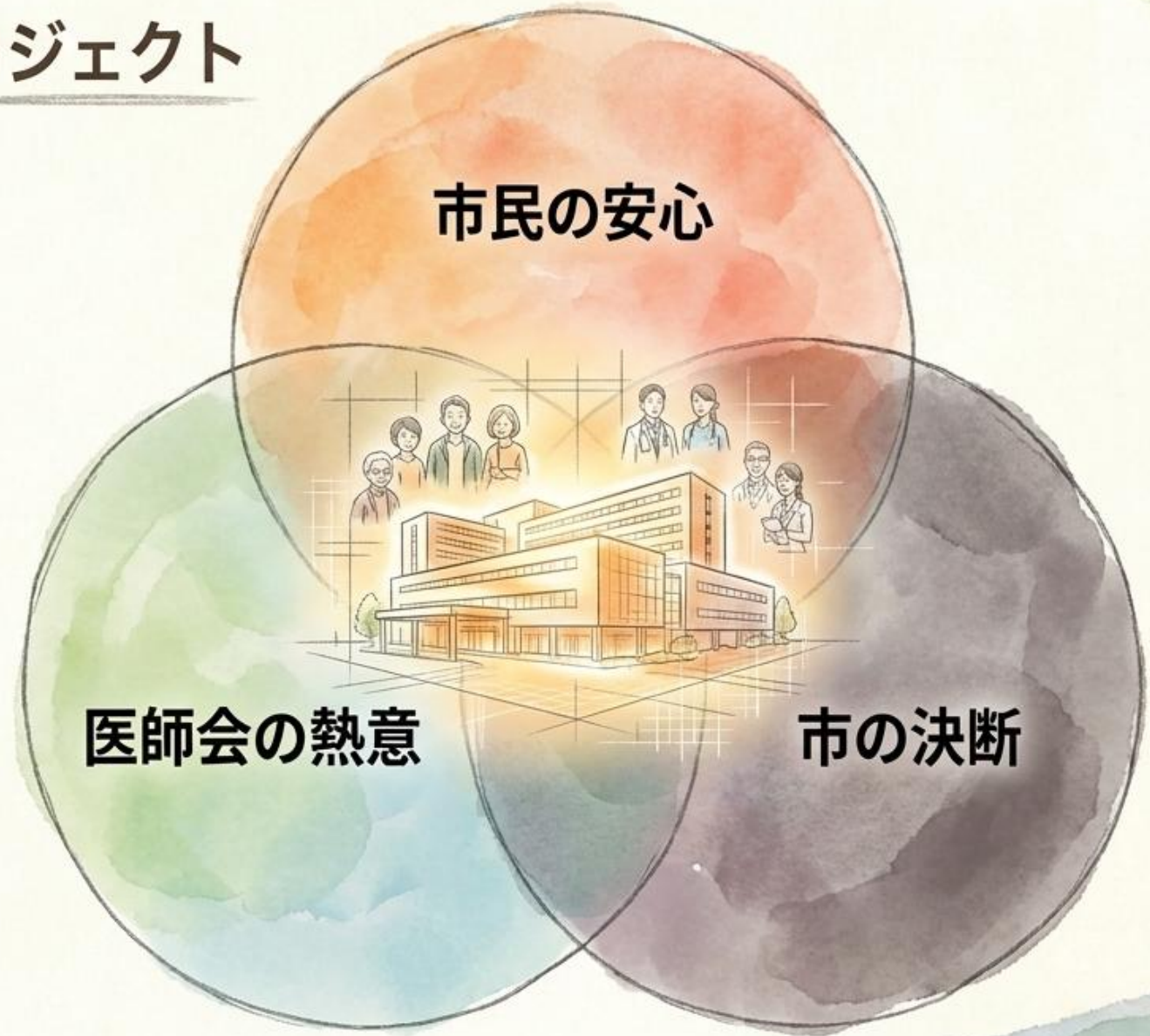


長年市民を守り続けてきた現在の施設は、老朽化が進み、現代の高度化する医療機器の導入や、動線の効率化において限界を迎えつつあります。次世代の医療ニーズに応え、より安全で質の高い急性期医療を提供し続けるためには、建物の単なる修繕ではなく、抜本的な「アップデート」が急務となっています。

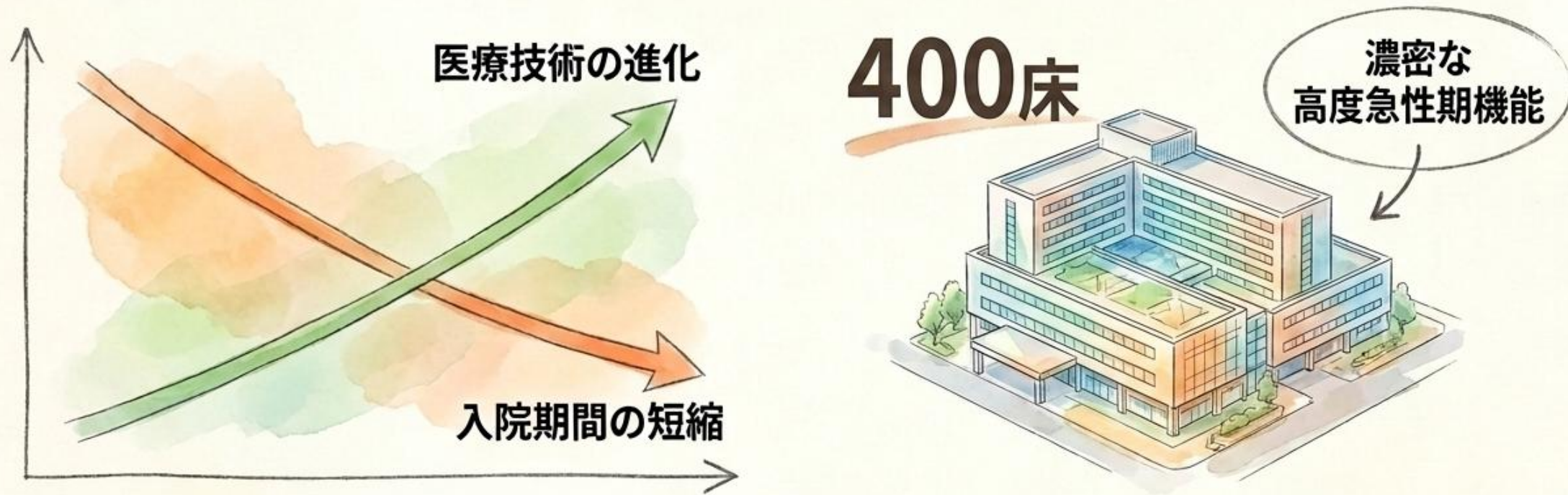
動き出した「新病院」プロジェクト

この建て替えは、単なる
公共工事ではありません。

「これからも船橋の医療の砦を
守り抜いてほしい」という
地域の医師会の強い要望と、
市民の安心を第一に考える市長・
行政の決意が一つになり、
いよいよ具体的な実現に向けて
動き出しました。
概算工事費の増加というハードル
に対しても、県への要望等を含め、
着実な歩みを進めています。



なぜ「400床」なのか？ 進化するスマートな急性期病院



新病院の計画は500床から400床へ見直されました。これは単なる縮小ではありません。身体への負担が少ない手術技術の向上や、治療薬の進化により、全国的に「入院期間は短縮」しています。病床数をただ減らすのではなく、第三次救急としての役割に特化し、現代医療のスピードと質に合わせた「高機能でスマートな400床」への進化なのです。



船橋をしる

医療の将来像

みなさまへのお願い

望むところですよすために



私たちの街と、医療の「これから」

2040年に向けて、街の風景は少しずつ変化しています。



「これまで」：若い世代が多く、医療の担い手も十分にいた時代。



「これから」：ご高齢の方が増え、医療・介護を支える世代（生産年齢人口）が減っていく時代。

医療を支える人が減る中で、これまでと同じ「病院にお任せ」の医療を維持することは難しくなっていきます。

「お任せ」から「みんなで支え合う」へ



これまでは…
病院に「お任せ」する医療



これからは…
地域全体で「支え合う」医療

地域包括ケアシステムの充実が重要になります。

これは、限られた医療資源（お医者さんやベッド）を、本当に必要な人に届けるためのバトンパスの仕組みです。
このバトンをつなぐのは、私たち一人ひとりの「日々のちょっとした行動」です。

今日からできる「5つのヒント」を見てみましょう。 >

ヒント① かかりつけ医を持つ

普段の健康状態を把握してくれる身近な相談相手

専門的な治療が
必要な時は、
適切な大きな病院を
紹介してくれます



風邪や日々の
体調不良の
最初の窓口に

あなたの体質や持病を
一番よく知る
「健康の伴走者」

何でも相談できる「かかりつけ医」は、
あなたと地域医療をつなぐ一番大切なパートナーです。

ヒント② 健診を受ける

病気の早期発見は、未来の自分へのプレゼント



年に1度の
健康チェック。



小さな変化（病気の芽）を
早く見つける。



重症化を防ぎ、
いつまでも自分らしい毎日を！

健診は「痛くなってから行く」のではなく、「元気なうちに行く」ものです。
早期発見は、あなた自身の負担も、地域の医療現場の負担も軽くします。

栄養が大切



介護が必要になるほど、「栄養不足」の影が忍び寄ります

要介護度が上がるにつれて「低栄養」の割合は増加し、
要介護5では約半数が低栄養状態に陥っています。



「少し痩せただけ」ではありません。低栄養が命と暮らしに与える本当の影響

体重減少や食欲低下を放置すると、命の危険が**2倍**に高まり、家計の医療費負担も大きく膨らみます。

2年後の経過

栄養良好



死亡率 **12.2%**
医療費は標準的

死亡リスク
約**2倍**

低栄養 (BMI 20未満)



死亡率 **24.7%**

医療費負担
約**1.5倍**

「栄養状態を改善すること」が、一番の薬であり、一番の節約です。

退院後訪問栄養食事指導料：在宅療養を支える「食」の架け橋

病院
(入院時担当管理栄養士)

退院直後の「栄養管理の空白期間」を解消

1回**530**点

最大**4**回

退院日から1か月以内(退院日除く)

通院困難
要件の壁

ケアプラン調整の
リードタイム

自宅

(実践的な献立指導・生活環境)

対象患者(4つの区分)



特別食
(腎臓病・糖尿病等)



がん患者



摂食・嚥下
機能低下



低栄養状態



※併算定不可：外来栄養食事指導料、在宅患者訪問
栄養食事指導料とは同時に算定できません

『食べているから大丈夫』に隠れた落とし穴

【自己評価】



「メタボ予防のために、お肉や油を控えた
粗食にしているから健康！」
「いつもと同じ量を食べているから大丈夫」

【客観評価】



「実はたんぱく質やエネルギーが足りていないかも…」
「気づかいうちに進む『低栄養(フレイル)』のリスク」

テレビや雑誌の情報を自己流に取り入れ、極端に食事を制限することが、実は高齢期の体力を奪う原因になっています。
日本人の高齢期においては、欧米型のカロリー制限が必ずしも適切ではありません。良かれと思った
「健康習慣」が、歩く力を奪ってしまう前に、自分の感覚と実際の栄養状態状態にある「ズレ」に気づくことが大切です。

専門職と一緒に作る、美味しく食べる喜び

「栄養指導」と聞くと、いろいろなものを制限される怖いイメージがありませんか？実はその逆です。
地域の専門職は、あなたが安心して「食べられるものを増やす」ための温かいパートナーです。

【取り
食欲がわき、
食べられる
(食品摂取多
心も体も元気に！

船橋市唯一の機能強化型 船橋認定栄養ケア・ステーション ふなのわ 開設

【つながる】
訪問管理栄養士やケアマ
ターに気軽に相談。
で抱え込まない。

【見つける】
あなたの生活環境や好みに寄り添
い、無理のない工夫（調理法や
食材選び）を一緒に考えます。

みんなで支え合う栄養管理が、あなたらしい日々の暮らしと笑顔を守ります。
毎日の食卓の楽しみを、私たちと一緒にもう一度広げていきましょう。

ヒント③ 適度に運動する

足腰を鍛えて、健康の土台をキープ



お家でできる
軽い体操やストレッチ



1日15分からの
ウォーキング



地域の活動に参加して
楽しく体を動かす

「筋肉は裏切らない」と言われます。足腰をしっかり保つことで、転倒や骨折による突然の入院(救急医療)を防ぐことができます。日々の小さな一歩が、最大の予防です。

ヒント④ ACP(人生会議)を家族と話す

「もしも」のときの希望を、愛する人と共有する



人生会議 (ACP) とは？

将来、病気や介護で自分の意思が伝えられなくなった時に備え、どんな医療やケアを望むか、家族や医療者と前もって話し合うことです。

話し合うヒント：

- どこで最期を迎えたいか(住み慣れた家？病院？)
- どんな治療を受けたいか、または控えたいか
- 誰に自分の代弁者になってもらいたいのか

正解はありません。何度でも話し合っただけ良いのです。あなたの希望を伝えておくことは、将来、ご家族が迷わず決断できるための「優しいボタン」になります。

ヒント⑤ 症状に応じた病院選び

みんなで地域の救急医療(命綱)を守るための使い分け

[日々の体調不良・
軽いケガ]



かかりつけ医へ

まずは身近な先生に相談しましょう。

[高齢者の急変・
身近な救急・在宅での悪化]



地域密着の2次救急病院へ

地域の入院・救急を支える病院が
しっかり受け止めます。

[命に関わる重症・
交通事故・脳卒中など]



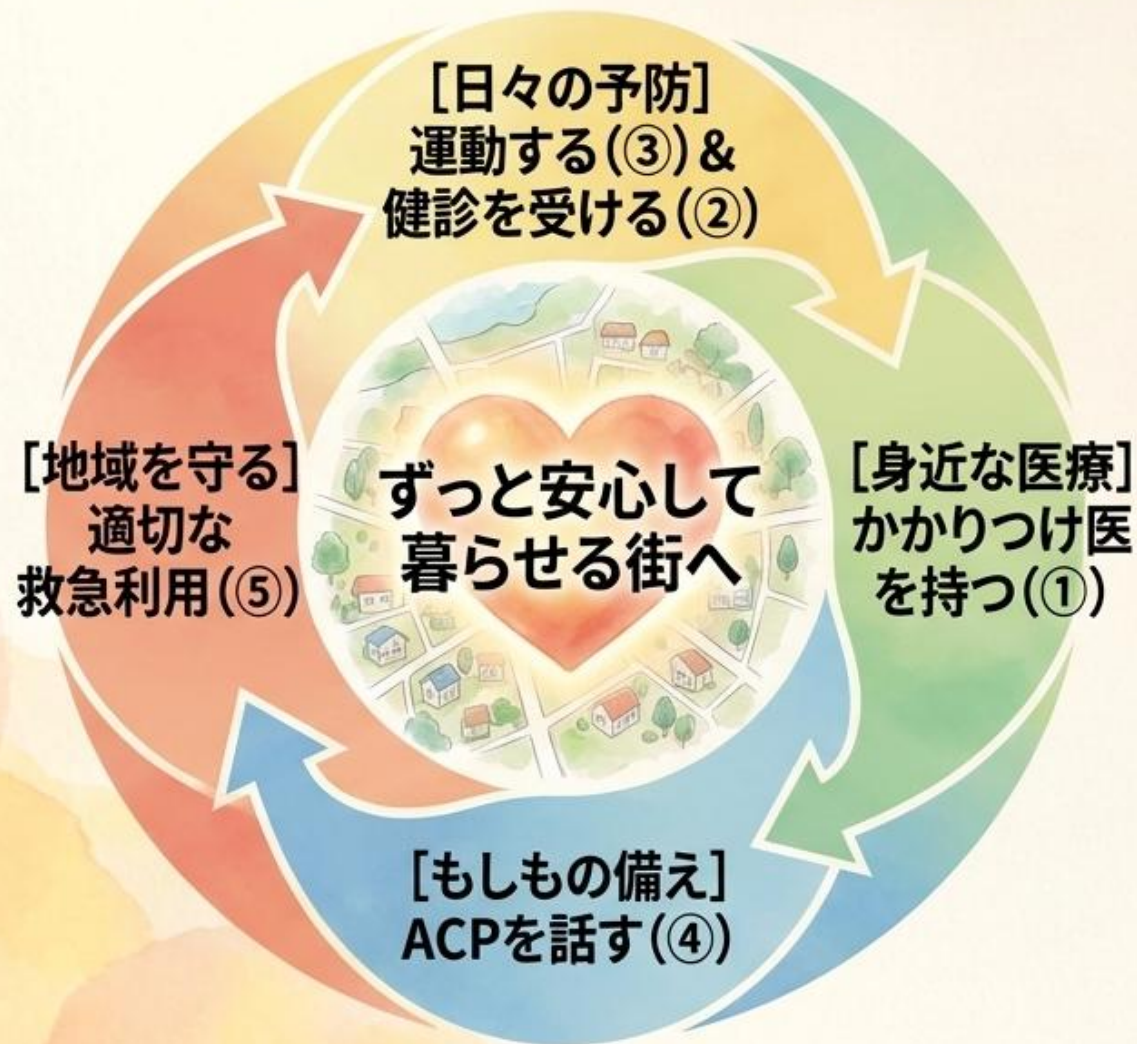
高度な3次救急病院へ

高度な専門治療が必要な方のために、
ベッドを空けておく必要があります。

「とりあえず大きな病院へ」ではなく、適切な場所を選ぶこと。それが、本当に必要な重症患者を救い、地域の救急医療システムを守ることにつながります。

つながり合う「安心の輪」

あなたの行動が、地域の未来を創ります



この5つはバラバラの
リストではありません。
予防が日々の健康を作り、
かかりつけ医との絆が
もしもの備えにつながり、
適切な受診が地域の救急を
救います。
すべてが繋がって
「安心の輪」を作っています。

さあ、今日からどれを始めますか？



- ☐ かかりつけ医を見つける・受診する
- ☐ 今年の健診の予約を入れる
- ☐ 帰り道、少しでも遠回りして歩く
- ☐ 家族と将来の希望についてお茶を飲みながら話す
- ☐ 地域の病院の役割（救急の使い分け）を家族に教える

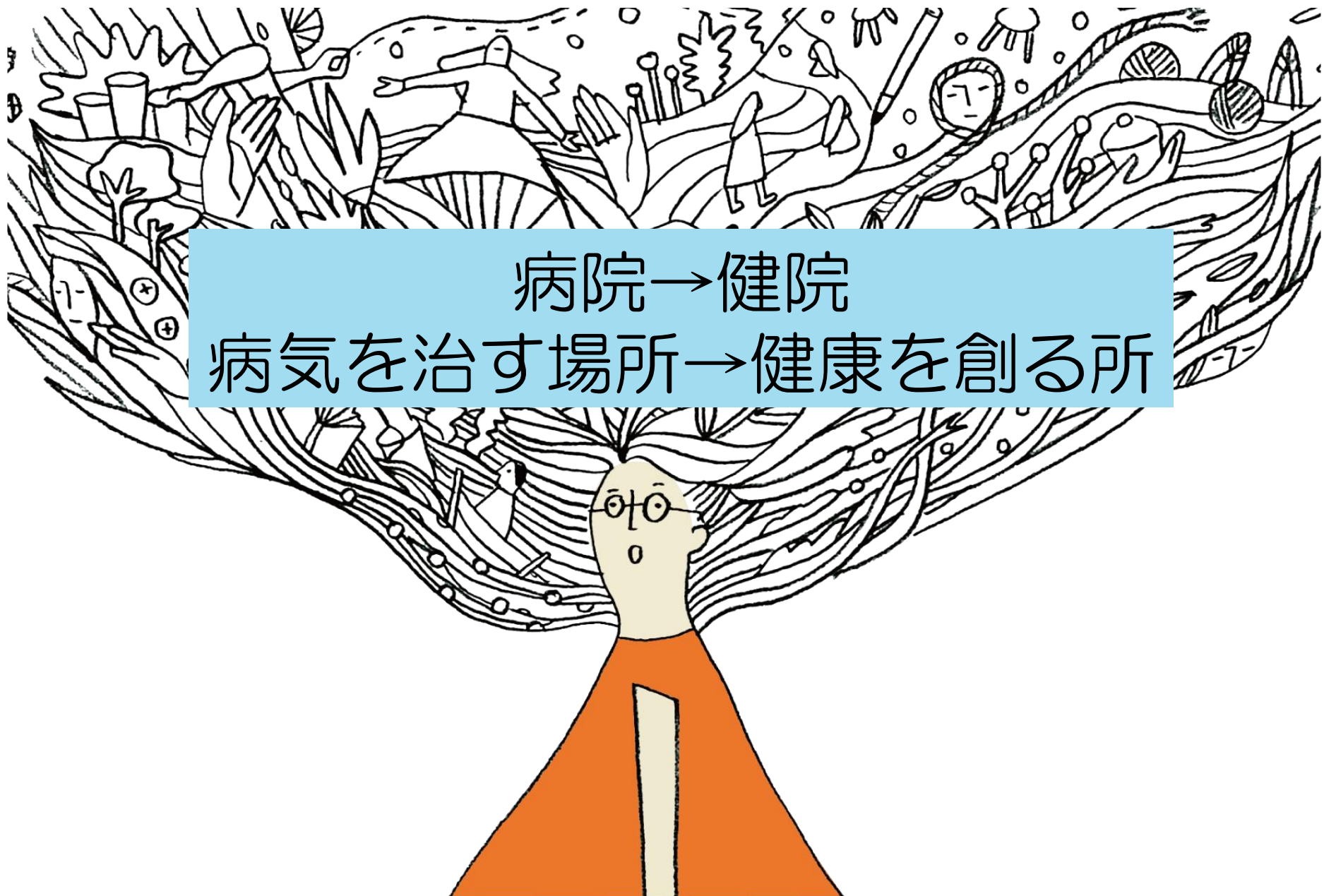
完璧にできなくても大丈夫です。

**まずは1つ、今日からできる一歩を踏み出してみませんか？
あなたのその一歩が、私たちの街の医療を温かく照らします。**

普段の「こんにちは」が、いざという災害時の命綱に。



高齢者も若者も、日常的な支え合いがあってはじめて、災害時の助け合い（共助）が機能します。
毎日の何気ない会話が、災害からお互いの命を守る最大の力に変わるのです。



病院→健院
病気を治す場所→健康を創る所

東葛南部メディカルアライアンス（千葉県認定 地域連携推進法人）

職名	氏名	備考
代表理事	梶原 崇弘	医療法人弘仁会 理事長
理事	高木 康博	医療法人社団ヨゼフ会 理事長
理事	永島 徳人	医療法人社団白羽会 理事長
監事	丸山 尚嗣	船橋市立医療センター 病院事業管理者
監事	高澤 努	医療法人社団椰子の実会 理事長

地域に屋根のない総合病院を

評議員	備考
唐澤 秀治	医療法人社団一心会 理事長（鎌ヶ谷市）
大村 和子	医療法人社団平静会 理事長（市川市）
神山 潤	公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター管理者（浦安市）
鬼倉 基之	医療法人社団 ONIKURA 理事長・八千代市医師会理事（八千代市）
須藤 真児	医療法人社団保健会 谷津保健病院 院長（習志野市）
烏海 正明	船橋市医師会会長
日色 健人	船橋市議会議員



Alliance



板倉病院

地域包括医療病棟
地域高齢者・一般救急
強化型在宅療養支援病院

白羽会 つばさ在宅

高木医院

やぐち内科クリニック



青山病院

地域包括ケア病棟

深沢医院

おおすか整形外科

本橋眼科クリニック



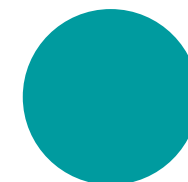
セコメディック病院

急性期病棟
回復期リハビリ病棟
地域包括ケア病棟

夏見オアシスクリニック

ぜんり歯科内科クリニック

たかざわ医院



これまでとこれから

病院は、病気になってから行く場所でした。

しかし、これからの超高齢社会では、
それだけでは地域は守れません。
「治す医療」から「**治し支える医療**」へ

これからは病気を治す『病院』から、
地域の健康を支える『**健院**』へ。

その**主役は**医療者だけではなく、**市民の皆さん**です。
一人ひとりの健康づくりが、家族を守り、地域を守り、
未来の船橋を守ることに繋がります。

皆さんとともに、
『**安心して歳を重ねられる船橋**』を
つくっていきましょう。