

## 施策の具体的展開

### 〔「かかりつけ診療所」の機能強化〕

- 高い専門性が求められる医療の分野においては、患者との信頼関係を基礎として、普段の健康管理から、各医療資源の紹介・振り分け機能を発揮できる医師（かかりつけ医）の役割が重要です。また、今後の超高齢社会においては、在宅療養や在宅看取りに対するニーズが増大しますが、患者のQOL向上に向け、かかりつけ医を中心に、診療、看護、介護等が一体となった体制づくりが必要となっています。このため、各医療資源の紹介・振り分け機能、在宅療養支援機能、地域に根ざした福祉のサポート機能を有する「かかりつけ診療所」の機能強化を図ります。

### 〔「在宅療養支援診療所」の機能強化〕

- 「かかりつけ診療所」でもある、在宅療養支援診療所の多くが課題としてあげている「緊急時の入院体制の確保」「24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保」「連携する訪問看護ステーションの確保」について支援します。

### 〔千葉県型地域医療連携パスの作成・普及〕

- 患者を中心に、事業（疾病）毎の急性期から回復期までの治療を担う医療機関の役割分担と連携、さらには保健・福祉サービスとの連動について、二次保健医療圏ごとに定める「循環型地域医療連携システム」の運用を図ります。このシステムの円滑な稼働を担保するためのツール（道具・手段）の一つとして、各圏域において、千葉県型地域医療連携パスを構築し、地域連携の推進を支援するとともに、患者に切れ目ない医療、介護、福祉サービスの提供を目指します。

### 〔病院・診療所等共同カンファレンスの支援〕

- 病院で実施されるカンファレンスに地域の診療所が参加し、早い時期に、患者が安心して地域で療養できるよう支援します。また、前述の千葉県型地域医療連携パスの中に、退院時連絡体制等を加えることを検討し、より円滑な連携体制構築を目指します。

### 〔医療連携室の機能強化〕

- 地域連携の核となる病院の地域連携室のネットワーク化を推進し、病院の地域連携室・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・地域包括支援センター等の連携会議を開催し、地域連携を強力に推進します。

#### 〔健康・医療・介護・福祉情報の有効活用〕

- 健康づくり・医療・介護・福祉が連動する循環型の地域システムを効果的・効率的に運用していくとともに、生涯にわたる健康管理のためには、様々な機関が個別に管理している情報（電子データ）を一体的に活用する必要があります。このため、ITを活用し、個人の生涯にわたる健康・医療・介護・福祉の情報を一元管理し、いつでもどこでも自分のデータが安心して見られ、医療機関、介護・福祉施設等とも情報共有が可能になる情報ネットワークシステム（情報管理システム）の構築を目指し、県の果たすべき役割等を整理します。

#### 〔患者・家族の看取りに関する希望等の事前確認〕

- 病院に入院する機会を捉え、患者自身、あるいは患者家族の看取りに関する希望や延命治療、臓器移植等に関する意思確認を実施するなどの居宅における医療に関する啓発的事業の実施について検討します。

#### 〔患者・住民への情報提供〕

- 在宅で可能な医療について広報するとともに、医療保健・介護保険の料金体制を含めて解説し、患者が医療と介護、それぞれのサービスをより良い選択しやすい、環境を提供します。また、在宅療養支援診療所における供給に関して余裕のある、香取海浜、九十九里地域における急性期病院と患者・家族に対する情報提供に努めます。

#### 〔訪問診療の充実〕

- ~~訪問診療の充実を図るため、在宅療養を担うかかりつけ医\*、かかりつけ歯科医\*の普及定着を推進するとともに、病院とかかりつけ医\*、かかりつけ歯科医\*との連携を促進します。~~
- 循環型地域医療連携システムに記載されている医療機関同士の連携を支援するとともに、在宅で療養可能な医療について、病院、患者ともに広報を行い、患者が退院可能な環境を整備します。
- 病院だけに頼らず、地域全体を病院と捉え、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、在宅支援事業所、薬局等からなる総合的な在宅療養支援についての可能性を検討します。

### 〔訪問看護の推進と充実〕

- 訪問看護を担当する訪問看護ステーション\*の拡充・普及を進めます。
- 在宅療養に関わる医療専門職関係団体と県・市町村の担当者を構成メンバーとする千葉県訪問看護推進協議会を設置し、県内の在宅療養患者のニーズ調査など訪問看護の推進に必要な事業を実施します。
- ALS\*患者等人工呼吸器装着患者を24時間フォローする訪問看護推進モデル事業を実施します。
- 在宅ホスピスケア\*の普及を図るため、在宅ホスピスケア\*の専門的技術を有する看護師による在宅ホスピス研修や、在宅ホスピスケア\*認定看護師によるアドバイザ―派遣を行います。
- 訪問看護ステーション\*と医療機関に勤務する看護師の相互研修など、訪問看護の知識・技術の習得を図る訪問看護研修を実施します。

### 〔居宅等循環型地域医療ネットワークシステムの構築〕

- 医療機関、訪問看護ステーション\*、医療専門職関係団体などで構成される在宅療養ネットワークシステムの構築を図ります。
- 4疾患4事業で構築している「循環型地域医療連携システム」の一部となっている居宅部分におけるネットワークシステムを構築し、限りある医療資源を効率的に活用し切れ目ない医療を提供することを目指します。

### 〔在宅療養を支える専門職の人材育成〕

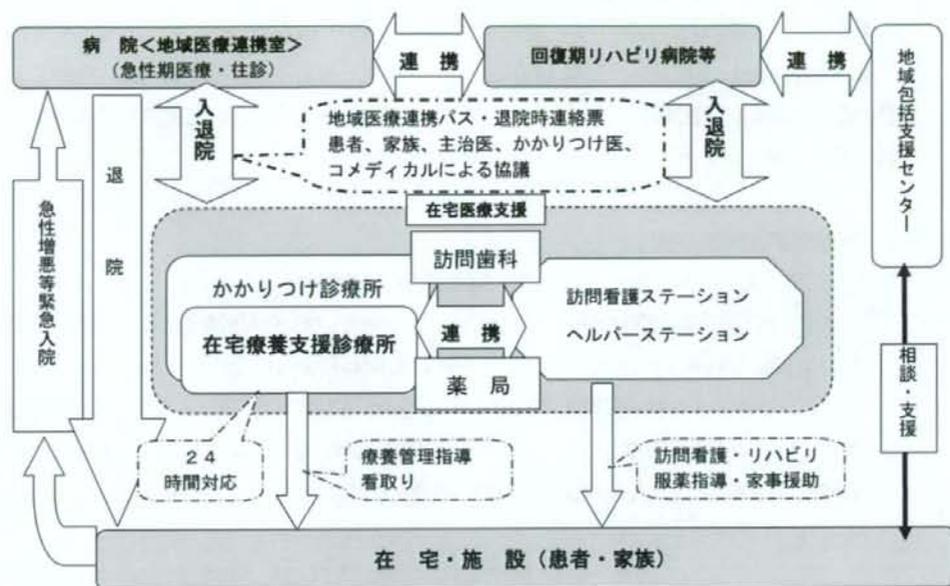
- 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、ケアマネジャー等他職種協働の学習会の開催、研究会を支援するとともに、他職種連携をコーディネートできる人材を育成します。
- 県看護研修所の活用やナースセンター事業\*の実施などを通じて、医療機関から在宅へのスムーズな移行を図る退院調整看護師や訪問看護師を育成します。

施策の評価指標

指 標 名	現状 (平成17年度)	目標 (平成22年度)
訪問看護ステーション数	179箇所 (16年度)	206箇所
訪問看護ステーション就業者数	684人 (16年度)	1,006人
訪問看護ステーションと医療機関看護師の相互研修実施数	なし	年1回以上実施
在宅ホスピス研修実施数	なし	年1回以上実施
人工呼吸器装着患者を24時間フォローする訪問看護推進モデル事業の実施箇所数	なし	1箇所以上実施
地域医療連携会議 (仮称)	なし	二次医療圏毎に年2回
在宅療養支援診療所数	180	426

【図表 在宅療養ネットワークシステムイメージ図】

居宅等循環型地域医療連携システムイメージ図



## 第6節 東葛南部医療圏分析及び東京女子医科大学附属八千代医療センターのケーススタディ

本章では、千葉県の2次医療圏9圏域の中で、東京都のベッドタウンとして人口規模が最も大きく、昼夜間の人口移動が多い東葛南部医療圏を取り上げた。また、1,615床の病床過剰（基準病床に対して17.5%、平成18年3月31日現在）である当該医療圏内に、県内2箇所目の総合周産期母子医療センターとして、平成18年12月に開設された東京女子医科大学附属八千代医療センターについても併せて分析を行った。

### 1. 東葛南部医療圏の現状

#### (1) 面積、人口、人口密度、および昼夜間移動の状況

まず、東葛南部医療圏の特徴については、人口密度の高さが指摘される。面積では千葉県の4.9%（最小）を占めているに過ぎないにもかかわらず人口では27.0%（最大）を占めている。また、人口構成に関しては老年人口割合が15.9%で、全国と比較して高齢化が進んでいない千葉県の中でも、もっとも人口構成が若い地域である。また、東京に近接する地域の特徴として、人口の昼夜間移動が大きいことがもう1つの特徴として指摘される。

図表3-6-1 医療圏別の面積、人口、人口密度

	面積(km <sup>2</sup> )		人口(千人)		構成比(%)			人口密度 (人/km <sup>2</sup> )
		シェア(%)		シェア(%)	~15歳	15~64歳	65歳~	
<b>千葉県計</b>	<b>5,156.6</b>	<b>100.0</b>	<b>6,161</b>	<b>100.0</b>	<b>13.5</b>	<b>68.2</b>	<b>18.3</b>	<b>1,195</b>
千葉	272.1	5.3	929	15.1	14.0	68.5	17.5	3,415
東葛南部	253.8	4.9	1,663	27.0	14.0	70.1	15.9	6,550
東葛北部	358.2	6.9	1,312	21.3	13.5	68.9	17.6	3,664
印旛	691.6	13.4	704	11.4	13.6	69.8	16.6	1,017
香取海匠	716.6	13.9	319	5.2	12.2	63.0	24.8	445
九十九里	1,161.3	22.5	475	7.7	12.2	64.2	23.6	409
安房	576.9	11.2	144	2.3	11.1	58.1	30.8	249
君津	757.8	14.7	330	5.3	13.3	66.2	20.5	435
市原	368.2	7.1	285	4.6	13.7	68.7	17.6	774
全国(参考)	377,925.8	—	127,750	—	13.6	65.2	21.2	338

(資料)千葉県「千葉県年齢別・町字別人口調査(平成19年)」、「千葉県保健医療計画(平成18年6月)」、総務省「推計人口」。

図表3-6-2 医療圏別の人口移動の状況

	夜間人口(千人)				昼間人口(千人)	
	通勤・通学	通勤(学)		先シエア	県外人シエア	
県内で		県外へ				
<b>千葉県計</b>	<b>6,034.3</b>	<b>3,913.8</b>	<b>77%</b>	<b>23%</b>	<b>5,340</b>	<b>4%</b>
千葉	919.6	593.5	81%	19%	894.0	3%
東葛南部	1,622.2	1,069.4	64%	36%	1,354.1	5%
東葛北部	1,285.3	837.6	67%	33%	1,070.0	6%
印旛	683.5	450.8	85%	15%	603.3	3%
香取海匠	314.6	198.2	93%	7%	291.9	3%
山武長生夷隅	465.7	292.2	95%	5%	421.8	0%
安房	141.5	87.1	99%	1%	138.8	0%
君津	322.4	203.4	96%	4%	306.1	1%
市原	279.5	181.5	93%	7%	260.2	1%
全国(参考)	127,285.7	81,589.0	93%	7%	127,285.7	5%

(資料)総務省「国勢調査」。

(2) 人口動態・疾病状況

人口千人対の出生数は多く、死亡数は少ないことが指摘される。これは、人口構成の若さによるものが大きいと考えられる。

また、乳児死亡率、周産期死亡率は全国および千葉県全域と比較して低い。一般的に医療水準を比較する際に乳児死亡率が取り上げられることが多いことから考えると、当該医療圏の医療提供体制のoutcomeは水準以上にあると考えられる。同様に、主要疾患別の死亡率は低い。これは医療提供体制による要因だけでなく、これらの疾患の罹患確率が高い高齢者の割合が低いことも要因であると考えられる。

図表3-6-3 人口動態の比較

	出生数 (人口千対)	死亡数 (人口千対)	乳児 死亡数 (出生千対)	死産数 (出産千対)	周産期 死亡数 (出産千対)
東葛南部 医療圏	16,493 (10.1)	9,107 (5.6)	45 (2.7)	365 (21.7)	68 (4.1)
千葉県 全域	52,983 (8.9)	41,641 (7.0)	143 (2.7)	1,492 (27.4)	248 (4.7)
全国	1,110,721 (8.8)	1,028,602 (8.2)	3,122 (2.8)	34,365 (300)	5,541 (5.0)

(資料)千葉県保健医療計画(平成18年6月)、「平成16年人口動態統計」(厚生労働省)

図表 3-6-4 疾病状況

	主要疾患別死亡数(人口 10 万対)			
	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎
東葛南部 医療圏	3,135 (192.8)	1,460 (89.8)	1,048 (64.4)	892 (54.8)
千葉県 全域	13,396 (224.5)	6,877 (115.3)	5,211 (87.3)	3,678 (61.6)
全国	320,358 (253.9)	159,625 (126.5)	129,055 (102.3)	95,534 (75.7)

(資料)「千葉県保健医療計画(平成 18 年 6 月)」、「平成 16 年人口動態統計」(厚生労働省)

### (3) 医療提供体制

病床数および医療従事者数については、人口 10 万対で比較すると、全国および千葉県全域と比較して、少ないことが指摘される。これは、人口構成が比較的若いことから、入院需要が少ない等の要因が考えられる。実際に、入院需要を基に定められた基準病床は、既存病床より 1,615 床少なくなっており病床過剰地域となっている。

図表 3-6-5 病床数

	病 床 数(人口 10 万対)				
	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
東葛南部 医療圏	7,710 (473.0)	2,245 (137.7)	3,879 (238.0)	88 (5.4)	8 (0.5)
千葉県 全域	32,182 (532.5)	10,742 (177.7)	13,336 (220.7)	381 (6.3)	45 (0.7)
全国	904,199 (707.7)	359,230 (281.2)	354,296 (277.3)	11,949 (9.4)	1,799 (1.4)

(資料)「千葉県保健医療計画(平成 18 年 6 月)」、「平成 17 年千葉県病院名簿(千葉県)」

図表 3-6-6 各医療圏の基準病床・既存病床 (平成 18 年 3 月 31 日現在)

	基準病床数 A	既存病床数 B	過不足病床数 B - A
千葉	7,163	7,052	▲ 111
東葛南部	9,244	10,859	1,615
東葛北部	8,991	8,217	▲ 774
印旛山武	7,305	6,953	▲ 352
香取海匝	2,913	2,986	73
夷隅長生	1,617	1,996	379
安房	2,030	1,967	▲ 63
君津	2,366	2,324	▲ 42
市原	2,020	2,064	44
県計	43,649	44,418	769

(資料)「千葉県保健医療計画(平成 18 年 6 月)」

図表 3-6-7 医療従事者数

	医療従事者数等(人口 10 万対)						
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
東葛南部 医療圏	2,083 (128.1)	1,051 (64.6)	2,828 (173.9)	363 (22.6)	309 (19.3)	5,703 (355.3)	2,279 (142.0)
千葉県 全域	9,179 (152.0)	4,489 (74.3)	10,657 (176.5)	1,513 (25.1)	965 (16.0)	24,842 (411.4)	11,907 (197.2)
全国 (※)	270,371 (211.7)	95,197 (74.6)	241,369 (189.0)	40,191 (31.5)	25,775 (20.2)	811,972 (635.5)	382,149 (299.1)

(資料)「千葉県保健医療計画(平成 18 年 6 月)」、「平成 16 年度医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)」、「平成 18 年度衛生行政報告例(厚生労働省)」

## 2. 東葛南部医療圏の受療動向

### (1) 平成16年千葉県医療実態調査による受療動向把握

既存病床数(図表3-6-6)の合計は13,930床となっており、1日入院患者11,554人(図表8)によって82.9%の病床が利用されている。病床種別ごとの入院患者数が明らかでないため正確なことは分からないが、平成16年病院報告(厚生労働省)によると、平均月末病床利用率は、それぞれ一般病床79.4%、療養病床93.5%、精神病床92.3%、結核病床48.6%、感染症病床2.6%となっており、これらの病床利用率を病床数(図表3-6-5)に乗じると、全国平均では11,844人となる。これらの単純比較では、全国対比で97.5%の病床が利用されていることとなり、病床利用率は、ほぼ標準的な水準にある。

また、入院患者11,554人のうち、東葛南部医療圏在住患者が66.9%、圏外患者が33.1%(うち、県外17.6%)となっており(図表3-6-9)、圏内の病院の役割が医療圏を超えて広域にわたっていることが指摘される。

圏内住民の視点からでは、78.5%が圏内の病院に入院しており、近接する千葉医療圏、印旛山武医療圏、東葛北部医療圏が6.0~7.4%となっており、特に隔たった地域への患者移動は見られない。むしろ隣接する他圏域の医療機関との距離や医療内容に応じて、比較的選択肢が多くあるといえる。

しかしながら、この調査で把握できている圏内住民は千葉県内の医療機関に入院している患者のみであり、前述したように通勤(学)先の36%が県外となっている地域にとっては実態把握が十分とはいえない。特に、平成18年度に改正された医療法等において、第30条の4第9項で「都道府県は医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行う」ものとされたことから、4疾患5事業に係る連携体制も含め、東京都等との協議を進めていく必要がある。なお、各都道府県が独自に行う医療施設実態調査の一番大きな目的は基準病床数を算定するにあたって、2次医療圏単位で患者流入、流出を把握することであり、具体的な患者住所や疾患データは付随的な情報である。言い換えれば、医療施設に視点を当てた調査であり、住民に視点は当たっていない。したがって、具体的な数値に基づいて都道府県間で連絡調整を行うためには、同一日、同内容での疾患を含めた詳細調査や、地域保険である双方の国民健康保険団体連合会へ協力を依頼し、疾患ごとの患者移動を把握する必要がある。

図表3-6-8 東葛南部に所在する病院の入院患者数

	病院入院患者数(対全県)	人口10万対
東葛南部医療圏	11,554(23.9%)	710
千葉県全域	48,339	799

(資料)「千葉県保健医療計画(平成18年6月)」、「平成16年千葉県医療実態調査」

図表 3-6-9 東葛南部の入院状況 (病院所在地別/患者住居地別)

住民の入院状況 (病院所在地別)		病院への入院状況 (患者住居地別)	
東葛南部保健医療圏	78.5%	東葛南部保健医療圏	66.9%
千葉保健医療圏	7.4%	県 外	17.6%
印旛山武保健医療圏	6.3%	東葛北部保健医療圏	5.9%
東葛北部保健医療圏	6.0%	印旛山武保健医療圏	4.6%
そ の 他	1.8%	そ の 他	5.0%

(資料)「千葉県保健医療計画(平成18年6月)」、「平成16年千葉県医療実態調査」

(2) 平成17年厚生労働省患者調査による受療動向把握

千葉県の医療実態調査を補完するために、厚生労働省が実施している患者調査による受療動向把握を行った。

圏域住民の入院需要10.8千人のうち67.6%の7.3千人が圏域内の病院で入院していることから、自己完結度の低い医療圏であることが分かる。また、前述の千葉県医療施設調査で把握できていなかった県外での受療患者は1.5千人となっており、図表10から東京都が1.1千人と大部分を占めていることが分かる。また、千葉県全体の県外受療者は4.3千人(全受療者の9.5%、県外依存度5位)となっており、主に東京都に依存していることが指摘される。

千葉県医療実態調査との整合性をみると、圏域住民のうち千葉県内で受療している患者は9.3千人であり、千葉県内で受療している住民に限ると、東葛南部(78.5%)、千葉医療圏(7.5%)、印旛山武(6.5%)、東葛北部(5.4%)となっており、千葉県医療実態調査とほぼ同様の傾向を示している。

図表 3-6-10 千葉県内の入院需要と受療地域 (単位:千人)

	全需要	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛山武	香取海匝	夷隅長生	安房	君津	市原	千葉県内	県外
千葉県	45.2	7.3	9.0	7.3	5.5	3.3	2.1	2.3	2.3	1.8	40.9	4.3
千 葉	6.4	5.0	0.4	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	6.0	0.4
東葛南部	10.8	0.7	7.3	0.5	0.6	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	9.3	1.5
(構成割合)	100%	6.5%	67.6%	4.6%	5.6%	0.9%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	86.1%	13.9%
東葛北部	8.9	0.1	0.6	6.6	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.4	1.5
印旛山武	6.4	0.8	0.6	0.1	4.1	0.4	0.1	0.0	0.0	0.1	6.0	0.4
香取海匝	3.5	0.1	0.0	0.0	0.3	2.8	0.0	0.0	0.0	-	3.2	0.3
夷隅長生	2.7	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	1.8	0.3	0.0	0.1	2.6	0.1
安 房	1.9	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	1.8	0.0	0.0	1.9	0.0
君 津	2.6	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	2.0	0.1	2.5	0.1
市 原	1.9	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	1.3	1.9	0.0

(資料)「平成17年患者調査(厚生労働省)」

図表3-6-11 千葉県民の都道府県別受療地

	全需要	千葉県	東京都	茨城県	神奈川県	山梨県	静岡県
千葉県	45.2	40.9	2.3	0.6	0.2	0.1	0.1
千葉	6.4	6	0.3	0	0	0	0
東葛南部	10.8	9.3	1.1	0	0.1	0	0
東葛北部	8.9	7.4	0.6	0.3	0	0	0
印旛山武	6.4	6.0	0.2	0.1	0	0	0
香取海匝	3.5	3.2	0	0.2	0	0	0
夷隅長生	2.7	2.6	0	0	0	0	0
安房	1.9	1.9	0	0	0	0	0
君津	2.6	2.5	0.1	0	0	0	0
市原	1.9	1.9	0	0	0	0	0

(資料)「平成17年患者調査(厚生労働省)」

図表3-6-12 県外依存度の全国比較

	総数	県外	県内 受療率	県外 依存度
全国	1391.6	80.9	93.4%	—
北海道	89.4	0.3	99.8%	47
沖縄	17.7	0.1	99.4%	46
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
千葉県	45.2	4.3	90.5%	5
奈良	14.3	1.7	88.1%	4
神奈川	65.3	7.9	87.9%	3
埼玉	52.9	7.8	85.1%	2
東京	108.6	16.6	84.7%	1

(資料)「平成17年患者調査(厚生労働省)」

### 3. 新設された東京女子医科大学附属八千代医療センターとその役割

#### (1) 目的

病床過剰地域である東葛南部医療圏に新設された東京女子医科大学附属八千代医療センター（以下、TYMC）が、千葉県の医療計画において位置づけられた（期待された）機能に対し、実際にどのような機能を果たしているかを検証し、今後の医療計画策定におけるPDCAサイクルの基礎資料とすることを目的として分析を行った。

#### (2) 方法

八千代市国民年金課から、平成19年6月審査分の八千代市国保の診療報酬費用額データの提供を受け、八千代市におけるTYMCの果たしている機能の定量的な把握を試みた。また、TYMCから、平成19年度上半期（4月から9月）の入院患者数に関するデータの提供を受け、「千葉県保健医療計画（平成18年6月）」において期待されている機能との比較を行った。

#### (3) TYMCの概要

- ① 開設日：平成18年12月8日
- ② 病床数：許可病床355床、稼働病床：264床(2007.6.1) 開院時150床
- ③ 診療科数：30科(実質)・入院料基本料7:1
- ④ 従業員数：医師71名+研修医14名+登録医15名、看護師250名、薬剤師18名、放射線技師30名、検査技師35名、リハビリ12名、事務職12名
- ⑤ 診療実績：1日入院患者数：201.8人（利用率79%）、1日外来患者数：565人、入院平均単価：約60,000円、外来平均単価：約11,000円  
紹介率31%（ただし、時間内初診患者に占める紹介患者数）  
月間手術件数（6室）：181件（うち、緊急手術80件）  
救急車搬送数：323台（市内252台、市外71台）※平成19年9月実績
- ⑥ 主な医療の概要（開院時の病院資料より抜粋）
  - 1) 外来機能の強化により、今まで入院を必要としていた治療を外来で可能とし、患者の時間的、経済的負担の軽減を図る。
  - 2) 3次救急医療機関に準じた小児を含む救急医療を、24時間、365日体制で行う。そのため、救急専門医や総合診療医を揃えて救急医療に対応する。
  - 3) 準夜帯の小児初期救急について、医師会を運営主体に市も参加する「やちよ夜間小児急病センター」（大学設置）を医療センター外来棟内に設置する。
  - 4) 地域医療の中核となる急性期病院として、手厚い医療を提供するために多くの専門医を含む約120名の医師と約350名の看護師・助産師など総勢約600名の職員

配置を予定。

- 5) 「総合周産期母子医療センター」と「小児HCU (将来的にはPICU)」を設置し、リスクの高い妊娠に対する医療や高度な新生児医療及び小児の救急医療等を行う。

(4) 千葉県保健医療計画 (平成 18 年 6 月) における位置づけ (抜粋・要約)

① 全県単位 (周産期医療分野)

現状・課題

- 周産期死亡率は4.7 (出産千対) で全国平均の5.0を下回ったものの、妊産婦死亡率は12.8 (出生10万対) と、全国平均4.3を大きく上回る。
- 現在、地域周産期母子医療センターを3箇所認定し、総合周産期母子医療センターを1箇所指定していますが、さらに平成18年度に総合周産期母子医療センターを1箇所指定することとしています。

施策の具体的展開

- 周産期母子医療センターの施設・設備及び運営費の助成を行い、整備を進める。
- 地域周産期母子医療センターなどの中核病院への機能の集約化、中核病院と地域が連携した診療体制の構築、助産師の新たな活用を図る助産師外来や院内助産院の設置を推進する。
- 広域災害・救急医療情報システムにおいて、周産期医療機関情報の充実・強化を図ります。

施策の評価指標

- 周産期死亡率 (出産千対) : 4.7 (平成16年度) → 4.5 (平成22年度)

② 東葛南部医療圏

医療提供体制の整備目標

- 東京女子医大附属八千代医療センターなど地域の中核的病院の整備を図るとともに、周産期医療や高度医療などの診療機能の充実を図る。

救急医療等の確保

○周産期救急医療体制

地域周産期母子医療センターである社会保険船橋中央病院に対し引き続き助成を行い周産期医療体制を確保するとともに、診療所等と連携した診療体制の構築など周産期医療システムの充実を図ります。さらに、県内全域を対象にあらゆる異常妊娠・分娩、新生児に対する高度な周産期医療を行う総合周産期母子医療センターを現在建設中の東京女子医大八千代医療センターに整備する。

(5) TYMC の診療実績と評価

図表 14 から、八千代市の特徴として、費用額の上位 10 医療機関のうち 6 医療機関が市外であることから、市外の医療機関への受療割合が多いことが指摘される。そのような環境の中で、八千代医療センターの費用額は、国保の 1.18% を占め、医療機関別順位では 13 位となっている。また、入院医療に限定すると (図表 15)、件数では 1.89% (12 位)、費用額では 1.83% (13 位) となっている。件数、費用額ともに、構成割合は高いとはいえないが、平均入院日数 (8.72 日) は 2 位、1 日平均単価 (47,073 円) は 3 位であり、TYMC が目指し、千葉県保健医療計画において期待されているような高度医療を担っていることを示唆している。

図表 3-6-13 八千代市国保の医療機関別費用額 (上位 20 位・平成 19 年 6 月審査分)

順位	医療機関名	件数	日数	費用額	件数割合	費用額割合
1	A	26,983	46,901	831,602,360	2.65%	4.20%
2	C(市内)	19,932	50,580	665,709,380	1.96%	3.36%
3	G	8,980	22,875	605,196,470	0.88%	3.06%
4	D	8,176	19,607	592,342,620	0.80%	2.99%
5	B(市内)	15,038	46,553	579,157,640	1.48%	2.92%
6	F(市内)	11,781	42,742	452,223,040	1.16%	2.28%
7	H(市内)	3,663	35,254	444,301,020	0.36%	2.24%
8	E	6,679	17,800	434,770,040	0.66%	2.20%
9	K	10,369	31,891	408,506,200	1.02%	2.06%
10	I(市内)	10,637	33,588	397,247,000	1.05%	2.01%
11	L(市内)	1,151	9,915	283,700,450	0.11%	1.43%
12	M	5,125	10,268	279,142,120	0.50%	1.41%
13	TYMC	5,028	10,720	232,883,890	0.49%	1.18%
14	N(市内)	14,628	37,722	177,891,030	1.44%	0.90%
15	O	675	14,764	167,204,930	0.07%	0.84%
16	U	2,099	6,912	164,137,930	0.21%	0.83%
17	R(市内)	1,703	12,606	143,247,230	0.17%	0.72%
18	P	492	1,609	132,658,120	0.05%	0.67%
19	X	407	4,553	132,606,990	0.04%	0.67%
20	Q	2,288	5,330	127,998,380	0.23%	0.65%
	保険者合計	1,016,657	2,059,036	19,806,560,270	100%	100%

図表3-6-14 八千代市国保の医療機関別費用額・入院分（平成19年6月審査分）

順位	医療機関名	件数	日数	費用額	件数割合	順位	費用額割合	順位	平均レセプト単価	順位	平均入院日数	順位	1日平均単価	順位
1	A	1,116	12,219	501,528,660	6.22%	2	6.62%	1	449,398	7	10.95	4	41,045	6
2	C(市内)	1,333	21,860	494,700,870	7.43%	1	6.53%	2	371,118	13	16.40	12	22,630	12
3	G	1,041	12,254	464,996,540	5.81%	4	6.14%	4	446,683	8	11.77	6	37,947	7
4	D	724	9,076	465,253,350	4.04%	9	6.14%	3	642,615	2	12.54	7	51,262	2
5	B(市内)	1,081	20,328	423,689,610	6.03%	3	5.59%	5	391,942	12	18.80	14	20,843	13
6	F(市内)	958	22,623	382,447,490	5.34%	6	5.05%	6	399,214	10	23.61	15	16,905	14
7	H(市内)	959	28,346	377,751,680	5.35%	5	4.98%	7	393,902	11	29.56	17	13,326	16
8	E	529	6,069	258,782,650	2.95%	10	3.41%	9	489,192	4	11.47	5	42,640	5
9	K	866	13,015	314,368,710	4.83%	7	4.15%	8	363,012	14	15.03	11	24,154	11
10	I(市内)	864	15,473	258,503,120	4.82%	8	3.41%	10	299,193	17	17.91	13	16,707	15
11	L(市内)	0	0	0	0.00%	19	0.00%	19	0	19	-	-	-	-
12	M	320	4,262	187,067,890	1.78%	14	2.47%	11	584,587	3	13.32	9	43,892	4
13	TYMC	338	2,947	138,724,080	1.89%	12	1.83%	13	410,426	9	8.72	2	47,073	3
14	N(市内)	214	1,099	29,448,700	1.19%	16	0.39%	18	137,611	18	5.14	1	26,796	10
15	O	482	14,521	165,208,290	2.69%	11	2.18%	12	342,756	15	30.13	18	11,377	18
16	U	236	3,459	110,212,960	1.32%	15	1.45%	16	467,004	6	14.66	10	31,863	9
17	R(市内)	331	9,490	111,015,190	1.85%	13	1.46%	15	335,393	16	28.67	16	11,698	17
18	P	134	1,197	122,017,830	0.75%	18	1.61%	14	910,581	1	8.93	3	101,936	1
19	X	0	0	0	0.00%	19	0.00%	19	0	19	-	-	-	-
20	Q	202	2,605	95,106,640	1.13%	17	1.26%	17	470,825	5	12.90	8	36,509	8
	保険者合計	17,929	302,625	7,578,081,950	100%		100%		422,671		16.88		25,041	

また、TYMCの19年度上半期（4月～9月）における、主な病棟（治療室）別の1日入院患者数の実績を表わしたものが図表16である。病院全体の入院患者数を見ると、順調に患者数を増やしていることが伺えるが、最も多い8月においても病床利用率は80%に留まっている。許可病床数355床のうち、94床を稼働させられていないことと併せて考えると、想定以上に患者の確保ができていないことが伺える。

また、千葉県医療計画に位置づけられている周産期医療については、NICUが継続的にほぼ満床の状態にあるが、その後方病床であるGCUの利用率が低い。一般的に、NICUとGCUは連動して運用されており、病室数からみる新生児の受入能力は十分に発揮されていないことが指摘できる。また、MFICUについても、60%弱の利用率に留まっており、新生児と同様に母体の受入能力は十分に発揮されていないことが指摘できる。

以上より、TYMCが予定し、千葉県が期待していたような高度な医療は行えているが、開院後10ヶ月しか経過していないこともあって量的には不十分であることが指摘できる。特に、全県単位で期待されている「総合周産期母子医療センター」としての機能の量的拡大は今後の大きな課題である。

図表3-6-15 八千代医療センターの主な病棟（治療室）別の1日入院患者数

	稼働病床	4月	5月	6月	7月	8月	9月
MFICU	6	3.4 57%	3.2 53%	3.6 61%	3.5 59%	3.9 65%	3.2 53%
産科病棟	35	27.7 79%	28.0 80%	29.4 84%	21.9 63%	25.6 73%	20.7 59%
小計	41	31.1 76%	31.2 76%	33.1 81%	25.5 62%	29.5 72%	23.8 58%
NICU	15	11.3 75%	14.7 98%	14.5 97%	14.0 93%	14.3 95%	14.7 98%
GCU	24	6.1 25%	8.5 35%	10.5 44%	9.0 37%	7.0 29%	12.2 51%
小児HCU	6	1.5 26%	2.2 37%	2.0 34%	3.8 64%	4.2 69%	4.5 76%
小計	45.0	18.9 42%	25.4 56%	27.0 60%	26.8 60%	25.5 57%	31.4 70%
ICU	12	5.3 44%	6.5 54%	7.5 63%	7.3 60%	7.8 65%	7.8 65%
一般病棟	166	78.3 65%	97.5 81%	125.0 75%	141.5 85%	148.6 90%	145.5 88%
合計	264	133.6 61%	160.6 73%	192.6 73%	201.0 76%	211.4 80%	208.5 79%

※4月、5月の稼働病床は、一般病棟121床、合計219床。

上段：1日入院患者数

下段：病床利用率

#### (6) 考察（今後の課題）

量的な拡大が不十分である原因は、病院の内的要因とそれ以外の外的要因の2つが考えられる。

まず、内的要因については、人員（看護師、医師）が確保できていないことが挙げられる。特に看護師については約350人の採用を予定していたが、7:1問題等による看護師不足もあって9月時点で約250人程度しか確保できておらず、結果として当初予定していた病床数が稼働できていない。ただし、稼働させている病床に対しても利用率が低いいため、人員不足だけが原因ではなく、開設の検討にあたっての医療需要予測が過大であった可能性も指摘できる。しかしながら、八千代市国保の受療動向を見る限り、市外の医療機関に受療している市民も多く、今後は地元の開業医等との機能分担・地域連携を深めながら入院患者を確保し、それに合わせて人材確保を図っていく必要がある。

これに対し、特に周産期医療に関する機能の発揮に関しては、病院の内的要因以外に、病院を取り巻く救急医療システムの課題が挙げられる。具体的には、千葉県内では2次医療圏とは別に救急システムの管轄が定められており、東葛南部医療圏の中では八千代市を除く、市川市・船橋市・習志野市・鎌ヶ谷市・浦安市で東葛南部地域救急業務メディカルコントロール協議会が構成されている。これに対し、八千代市は、印旛山武医療圏の一部である印西市や印旛村等を中心とした北総地域救急業務メディカルコントロール協議会に属している。

すなわち、TYMCは救急医療に関しては東葛南部医療圏には属しておらず、そもそも千

千葉県保健医療計画に記載されているような機能を発揮できる環境にはない。また、奈良県等で妊産婦のいわゆる“たらい回し”が社会問題となった後も、周産期医療を担う医療機関の連携についての協議の場がなく、ようやく平成19年の後半になって千葉県の最初の総合周産期母子医療センターである亀田総合病院を中心に、その管理が行われることになったところである。したがって、周産期医療に関しては、同一医療圏の八千代市以外の大  
大部分の患者については、従前から存在する地域周産期母子医療センターである社会保険船橋中央病院が担うシステムになっており、総合周産期母子医療センターとしても社会保険船橋中央病院との間で機能分担・連携する仕組みがなく、実質的には北総地域の（地域）周産期を担ってきていると推察できる。

以上のように、TYMCにおける本来期待されている医療機能の発揮に関しては、病院の自助努力に属する課題と、病院では解決できず千葉県が中心となって解決すべき制度やシステム上の課題が存在する。しかし、いずれにせよ、現行の医療計画は平成18年度から平成22年度の5年間をその計画期間としており、その施策の評価指標としての周産期死亡率4.5（出産千対）の達成に向けて、双方の緊密な協力関係の構築が期待される  
ところである。

## 第7節 結論

本研究で得られた下記の知見をもとに、千葉県における在宅医療分野に関する模擬医療計画を作成した。

### 1. 千葉県における在宅医療の現状

千葉県は、現時点では、高齢化率が18.3%（平成19年4月）と低く人口構成が相対的に若いこと、東京都に隣接していることなどを背景として、他都道府県と比較して医療供給量が少なく、県民の受療率も低い。2005年に千葉県民で往診、訪問診療などの形で在宅医療を受けた患者数は2千人であった。外来患者数に占める割合は0.7%であり、全国平均の0.9%を若干下回っている。

在宅医療の資源の一つである在宅療養支援診療所の申請率は4.8%であり、全国の9.8%に対し低い。人口10万人対の設置数では二次医療圏により2.6倍の差があり、地域偏在がみられた。

### 2. 千葉県における在宅医療需要の推計

千葉県内の在宅医療需要は、急速な高齢化により、今後20年間で全国平均を上回ると見込まれる。

#### (1) 現行ケース（最低値）

年齢階級別在宅医療受療率が今後も変わらないと仮定し、高齢化を中心とする人口構造の変化のみの影響をみると、2005年に2千人であった在宅医療需要は、5年後の2010年には2.5千人、20年後の2025年には約2倍の4千人と推計された。全国では今後20年間で1.6倍（2005年62千人から2025年101.4千人）の増加であることから、全国平均を上回るスピードで需要が拡大する見込みである。二次医療圏別には、今後20年間の倍率が最も低い安房（0.09千人から0.11千人へ1.2倍）と最も高い千葉（0.28千人から0.64千人へ2.3倍）では2倍の開きが生じる見通しである。

#### (2) 拡大ケース（最大値）

悪性腫瘍、脳血管疾患、急性心筋梗塞および糖尿病のいわゆる4疾病の入院患者の6割が在宅医療にシフトすると仮定した場合、2005年の患者数2千人は、2025年には18.7千人と約9倍になると推計された。全国平均では8倍であり、千葉県の需要の増加率は高い。二次医療圏別には、安房と香取海浜が今後20年間で6倍に増加する一方、千葉、東葛南部および東葛北部では同10倍を超える水準にまで拡大する。

### 3. 在宅療養支援診療所における医療提供内容及び今後の課題

千葉県内の在宅療養支援診療所を対象とした全数調査では、下記のような現状と課題が明らかになった。

在宅療養支援診療所の医師数は常勤換算で平均2.3人、医師1人体制が83件(48%)、複数体制が90件(52%)であった。

診療時間をみると、3割が訪問診療に当てられ、7割が外来診療に当てられていた。診療所は、すべての時間を訪問に費やす訪問特化型が7件(4%)、半分以上を訪問に費やす訪問重視型が30件(19%)、訪問診療時間が半分未満の外来重視型が107件(68%)、すべてを外来に費やす外来特化型が14件(9%)であり、活動の中心を外来に置く診療所が約7割であった。

2007年6月の1ヶ月間に訪問診療を行った実患者数は総計7,351人で、1診療所当たりの患者数は月47.1人であった。回答のあった173施設のうち、実患者数の記載がなかったのは4施設であった。

千葉県では在宅療養支援診療所の届け出数が少なく、人口10万人当たりの施設数は平成19年4月現在で16.1と、全国の38.5に比較して少ないものの、ほとんどの診療所においてその機能を果たしていると推察された。

届出以降、2007年6月末までの看取り件数は総計1,177件で、90件の診療所が看取りを経験していた。看取りの多寡について、在宅診としての活動期間や活動の規模との相関は見られなかった。

今後の患者数の増加について、現在の診療体制を維持した場合、1ヶ月当たりの訪問診療算定患者数を増やすことが可能と回答した診療所は53%あり、増加可能な患者数は総計805.5人であった。現在の実患者数7,351人からみると供給余力は約1割であることがわかった。

今後の課題としては、「緊急時の入院体制(後方ベッド)の確保」(112件)、「24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保」(89件)、「患者の経済的負担の軽減」(54件)が多く挙げられた。

これらの結果は数値目標の設定を含め、模擬医療計画の作成に反映した。

### 4. 在宅医療分野における模擬医療計画の作成

模擬医療計画は、住民・患者にとってわかりやすいものとなるよう、在宅療養支援診療所に対する調査結果や、先進的な取り組み事例に関するインタビューの結果を紹介した。また、在宅で実施可能な範囲について示した事例や経済的負担などの情報提供を含めて作成した。

医療計画における目標値は、これまで全国平均を用いるなどの方法により設定されることが多かったと考えられる。しかし、単に全国平均との比較では、地域の現状に即した評価を