

千葉県地域医療
再生計画
(香取海匠医療圏)

平成21年
千葉県

平成26年2月変更版

千葉県地域医療再生計画 (香取海匠医療圏)

— 目 次 —

<u>I. 千葉県における地域医療の再生に向けて</u>	
1. 千葉県が果たすべき役割	1
2. 千葉県が目指す地域医療再生の全体像	4
<u>II. 千葉県における医療の現状と問題点</u>	9
<u>III. 千葉県における近年の医療政策の経緯（医療制度改革以降）</u>	30
<u>IV. 地域医療再生計画の対象地域の考え方</u>	41
<u>V. 香取海匠医療圏・地域医療再生計画</u>	45
1. 対象地域の設定	46
2. 対象地域における医療の現状分析	47
3. 対象地域における医療の課題（まとめ）	55
4. 課題を解決するためのモデル圏域への支援	
（1）医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化	
ア 趣旨・目的	
（ア）医療機関の役割分担・機能再編	59
（イ）医療機関の連携・ネットワーク化	76
（ウ）地域住民と医療関係者・行政の協働	81
イ 具体的事業	82
（ア）医療機関の役割分担・機能再編	
a 拠点病院の機能強化・地域医療支援機能の対策費	
b 地域連携病院の機能再編整備対策費	
c 医師派遣・かかりつけ医連携経費	
（イ）医療機関の連携・ネットワーク化	
a 千葉県共用地域医療連携パスの普及推進	
b 地域医療機関 IT ネット整備事業	
（ウ）地域住民と医療関係者・行政の協働	
a 地域住民と医療関係者・行政の協働のため経費	

5. 課題を解決するための全県的な体制整備	
(1) 医師確保・研修・就業支援の全県的システム化	
ア 趣旨・目的	・・・ 89
イ 具体的事業	・・・ 101
(ア) 医師等のスキルアップ、研修医の全県的登録・相互研修と就職支援	
(イ) 千葉大学を活用した医師確保の推進	
(ウ) 看護師等のスキルアップと県内定着の促進	
(2) 在宅医療従事者確保・研修のシステム化	
ア 趣旨・目的	・・・ 105
イ 具体的事業	・・・ 112
(ア) 東京大学への寄附講座の設置	
(イ) 人材育成（研修）の実践施設の確保とシステム化	
6. 対象地域における達成すべき医療に関する目標	・・・ 118
<u>VI. 千葉県における地域医療再生のスケジュール</u>	・・・ 121
<u>VII. おわりにー地域医療再生に向けた千葉県の決意</u>	・・・ 124

I 千葉県における地域医療の再生に向けて

1 千葉県が果たすべき役割

(1) 全国の縮図としての千葉県

- 千葉県は、地勢的にも人口分布的にも、全国の縮図としての特徴を有している県である。すなわち、浦安市、市川市、船橋市等の東葛飾南部地域や松戸市、柏市等の東葛飾北部地域は、東京都に近い都市部としての特徴を有する一方、館山市や鴨川市等の安房地域から九十九里浜沿岸の山武長生夷隅地域、銚子市や香取市等の香取海匝地域は、郡部の特徴を有している。医療提供体制についても同様に、大学医学部附属病院をはじめとする大規模な病院が複数存在する都市部と、自治体立や民間立の病院が地域の拠点病院としての機能を果たしている郡部の両方が同じ県内に混在している。全国には47の都道府県があるが、千葉県は47の都道府県それぞれが持つ医療の問題を同様に共有しており、千葉県の地域医療再生は、全国の都道府県のモデルとなり得る地理的・社会経済的・医療構造的環境にあるといえることができる。

- 千葉県で地域医療再生が成功すると、全国どこでも地域医療再生が成功する。

(2) 「医療崩壊で有名になった千葉県」から「地域医療再生基金で地域の医療再生が実現した千葉県へ」

- 千葉県では、病床数約400床、診療科16を擁して地域の拠点病院の役割を担ってきた銚子市立総合病院が、医師不足や経営悪化等を原因として、平成20年9月に突然休院に追い込まれた。このいわゆる「銚子ショック」が全国的に報道され、残念ながら、地域医療崩壊のシンボルとして取り上げられたという事実がある。しかし、千葉県においては、この地域医療再生プログラムにまとめたように、地域医療の課題が明確であり、その課題を医療関係者や行政等が共有している。したがって今回の地域医療再生基金を通じて、これらの課題を解決するための施策を行うことができた場合には、千葉県の地域医療は必ず再生する。

- 地域医療再生基金の活用により、「医療崩壊の危機で有名となった千葉県」から、「地域医療再生基金によって地域医療の再生が実現した千葉県」へと転換することになり、「千葉県は銚子市立総合病院の問題で医療崩壊が有名になっていたが、地域医療再生基金を的確に活用することにより、見事に地域医療が再生できた。」とのメッセージを全国各地に発信することができる。同時に、地域医療再生基金の政策としての有効性・正当性も明らかにすることができる。

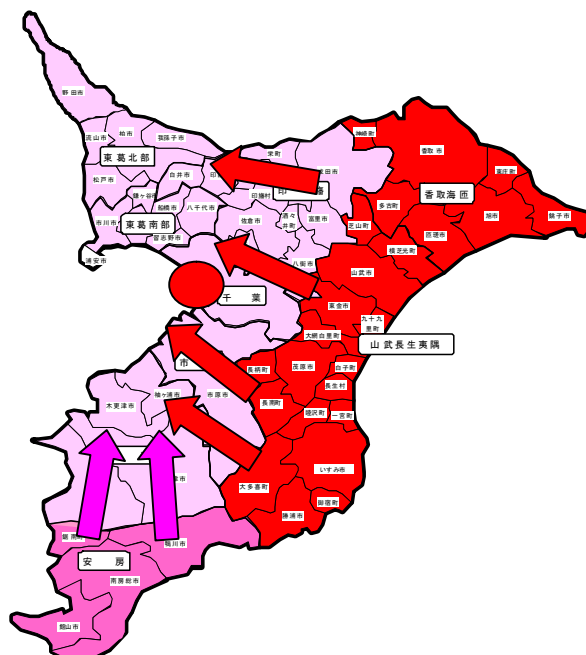
(3) 千葉県全体からみた医療の課題と地域医療再生に向けた地勢的取組

- 千葉県の人口は約620万人であり、全国で第6位の人口を有する大きな県である。しかし、昭和40年代の高度経済成長期以降、東京都と隣接

した東葛飾地域等において人口が急増する一方、医師を養成する大学医学部は千葉大学医学部一つのみが続いてきた。その結果、県内における人口の急増に医師数が追いついていかない状況となり、人口10万人対の医師数は、全国の都道府県の中で45位となっている。このように、医師不足の問題が地域医療に大きな影を落とすとともに、県内の自治体病院等の相互間の役割分担が明確ではなく、100床から200床規模の自治体病院が隣接して同様の機能を重複して担っていること等が原因となり、近年、病院経営が悪化する自治体病院等が相次いでいる。

- また、救急医療・搬送システムは県民の生命・健康のセーフティネットとしての役割を担っているが、県民にとって不可欠なこの救急医療・搬送システムについても、例えば、救命救急センターが未整備の2次医療圏があり、救急患者の管轄外地域への搬送の増加、搬送時間の長時間化等の問題が顕在化している。
- さらに、千葉県では、現在でこそ65歳以上の高齢者人口割合が17.5%と全国平均に比べて若い県であるといえることができるが、この問題は逆から捉えると、他の都道府県に比べて今後急速に高齢者人口が増加するということである。急速に進む人口の高齢化は、高齢者の一人暮らしや夫婦のみでの生活する世帯が増えるという結果をもたらす。また近年、東京都に近い地域を中心として、昭和40年代等に建築された公団団地等、高齢者の入居率が高い集合住宅が、建て替え時に来ているということが問題を深刻化させている。高齢の方々に対しては、病院での入院治療や外来診療が必要であることはもちろんであるが、同時に在宅での医療提供が極めて重要なポイントとなる。今後の10年、20年を考えた場合、在宅医療は一部の先進的な医師等による例外的な医療ではなく、入院治療、外来診療に次ぐ普遍的な「第三の医療」という位置づけになることは明らかであり、「第三の医療」である在宅医療を担うことができる医師、看護師等の医療従事者の確保が喫緊の課題となっている。
- 以上の千葉県における医療の現状、10年後、20年後に予測される医療の課題を考えた場合、特定地域の医療ではなく、千葉県全体の医療の底上げをしていかなければならない。しかし、全県各地に平等に、そして万遍なく財政的な支援を行う施策は、時として薄く広いバラマキ的なものになってしまう危険性がある。今回の千葉県地域医療再生プログラムにおいては、一時的な事業ではなく、地域医療の継続的な再生と発展、そして千葉県全体の医療の向上が必ず実現できる事業内容としている。そのため、千葉県では、医療供給体制が絶対量として危機的な状況にある千葉県の太平洋側の地域の医療再生を主眼に置くとともに、全県的な視点からの医師・看護師確保の取組みをシステム化することによって、これらの地域の医療が再生すると同時に、その成果が千葉県全体で享受することができ、千葉県全体の医療の向上を目指すという方法論をとることとしている。

図表 1. 太平洋側から都市部への医療再生の効果波及



(4) 千葉県として「目指すべき地域医療」を見据える

- 千葉県では、地域医療の崩壊の危機を踏まえ、今回の地域医療再生プログラムの策定に際しては、一時的なカンフル剤としてのプログラムではなく、千葉県として「目指すべき地域医療」を見据えた典型的・普遍的なモデルを提示・実践することとした。
- 千葉県の地域医療再生プログラムは、断片的、思いつきの、バラマキ的な事業の単なる組み合わせにはしないという県内の関係者の総意のもとに、一つひとつの施策（事業）が全体として機能する包括的なプログラムということができる。

(参考) 千葉県が目指す「地域医療」

1. 地域の各医療機関の役割が明確に定まるとともに、患者の立場を踏まえた医療機関相互の連携・ネットワーク化が来ている。
2. 住民の生命・健康のセーフティネットとして、救急医療の対応・搬送システムがしっかりと構築されている。
3. 地域医療を担う医療従事者について、病院での医療と在宅での医療の両面で確保されている。

(5) 千葉県の地域医療再生プログラムの特徴

- 千葉県の地域医療再生プログラムは、(5)のような策定の基本的考え方から、以下のような特徴を有している。

- ①日本の地域医療の崩壊のシンボルとして捉えられた銚子市立総合病院

の問題に対応し、地域の医療再生に向けた即効性があるプログラムである。

- ②全国の他の都道府県においても応用可能な包括的なプログラムである。
- ③現時点での地域医療の課題のみならず、5年後・10年後の地域医療の課題にも対応できるプログラムである。
- ④今後の医療制度改革、診療報酬改定、その他の全国的な制度改正等にも参考となるプログラムである。
- ⑤県行政のみならず、関係市町村、医師会、千葉大学、東京大学、県内の拠点的な病院、民間病院、かかりつけ医等がコンソーシアムを組むプログラムである。

2 千葉県が目指す地域医療再生の全体像

－「目指すべき地域医療」を実現するための地域医療再生プログラム－

(1) 医療機関の役割分担・機能再編・ネットワークの構築

- 千葉県が目指すべき地域医療の第一の視点は、地域の各医療機関の役割分担が明確に定まるとともに、患者の立場を踏まえた医療機関相互の連携・ネットワーク化が出来ているということである。

- 医療機関の数や機能には限りがあることから、有限の医療機関が持っている力をいかに効率的に発揮し、患者の治療という観点から最大の効果を得ることができるかが重要なポイントとなる。しかし実際には、地域によって、同程度の規模・機能の医療機関が複数並存することにより、各病院の機能が共通して低下し、地域全体の医療機能の崩壊が危惧されるようになるという事態になっている。

- 地域の医療機関一つひとつが役割分担を持ち、医療機関相互の連携の中で、あたかも地域全体が一つの医療提供システムのようになること、そして究極的には千葉県全体が一つの医療提供システムのようになることが重要である。各医療機関の役割分担・機能強化と相互のネットワーク化により、限りある医療資源が最大の効果を発揮し、地域住民一人ひとりの生命と健康の確保に資することになる。このことは同時に、医療関係者自身にとっても、担うべき役割に自らの力を集中することが可能となり、不必要な疲弊や機能低下を避けることができると言える。

- 今回の地域医療再生プログラム上の取り組み目標としては、対象圏域内における医療機関の役割分担・機能再編を進めるということを挙げている。具体的には、まず第一に、圏域内の医療機関の役割分担を明確にすることを挙げている。しかし、役割分担を定めただけであれば、まさに「絵に描いた餅」に終わってしまうことになる。そのため第二に、新しい役割を果たすため、該当する医療機関に人的・財政的な支援を進めることを挙げている。この人的・財政的支援により、各々の医療機関の機能再編が進むことになる。そして第三に、新しい役割分担を果たす地域の医療機関相互の具体的な連携・ネットワークシステムを構築することを挙げている。

各医療機関が有する医療機能や受診した患者の情報について、患者の流れ（急性期医療から回復期医療、そして維持期の医療等への流れ）に応じて、関係する医療機関と患者・家族が診療情報を共有できるシステムを構築・運用することとしている。千葉県では、県医師会や県内の拠点病院の関係者が総力を結集し、平成21年4月に、千葉県共用地域医療連携パス（脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、がん）が作成され、共用パスの全県的な普及が始まっている。今回の地域医療再生プログラムの実行に当たっては、地域の医療機関相互の連携・ネットワーク化のため、全県共用地域医療連携パスを用いるとともに、この連携パスをIT化することにより、急性期医療を担う医療機関、回復期や維持期の医療を担う医療機関、かかりつけ医等が診療情報を共有し、患者と医療機関にとって最も効果的で効率的な医療を提供できる体制を構築することとしている。第四に、地域住民と医療関係者・行政が協働する医療再生を進めるということを挙げている。地域医療の再生は、行政だけでは不可能である。行政と医療関係者だけでも困難である。地域住民一人ひとりが地域医療の課題を共有し、行政・医療関係者と協働して進めていくことが不可欠である。

- 医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化については、自治体病院の休止で有名になった銚子市立総合病院が位置し、医療崩壊のモデル例として全国的に問題が共有されているとともに、圏域内に計7つの自治体病院が位置する香取海匠医療圏を対象に進めることとしている。（具体的な選定基準・選定理由は後述）。

（2）二次医療圏で機能する重層的な救急医療体制の構築

- 千葉県が目指す地域医療の第二の視点は、住民の生命・健康のセーフティネットとして、救急医療の対応・搬送システムがしっかりと構築されていることである。
- 自分自身や愛する家族、友人や知人等が急な病気や事故にあったとき、誰もが何としても助かってほしいと願う。助かる命は何としても助けたいと願う。しかし、セーフティネットとしての救急医療体制が十分に機能しない場合には、近くに受け入れ医療機関がない事態、遠くの医療機関まで搬送しなければならない事態、結果として搬送に時間がかかってしまう事態等が発生してしまうことになる。
- また救急医療については、全ての救急患者が同じレベルの治療や緊急度を有しているのではなく、疾病や傷害の程度に応じて、初期救急、2次救急、そして3次救急といった階層的な救急医療が必要となる。すなわち、地域において救急医療体制を構築するためには、特定のレベルのみの救急医療を確保するのではなく、病態や緊急度の段階に応じた重層的な救急医療体制の構築が極めて重要なポイントである。
- そこで、今回の地域医療再生プログラム上の取り組み目標としては、対

象圏域内に3次救急、2次救急、そして初期救急の重層的な救急医療体制の構築を支援し、その体制が実際に機能していくようにすることを挙げている。

○ 具体的には、まず第一に、医療圏内の救急医療の拠点として、救命救急センターの存在が不可欠となり、その支援を挙げている。一つの医療圏内において、2次救急までの機能しかない場合、3次救急が必要な重症（重傷）患者をその医療圏外に搬送せざるを得ないことになるが、このような患者こそ、一分一秒を争う救命が必要患者であり、まさに助かる命が助からないということになってしまう（①心臓停止後約3分で50%死亡、②呼吸停止後約10分で50%死亡、③大量出血後約30分で50%死亡：カーラの生存曲線）。また重層的な救急医療体制の構築という観点から、二次救急と初期救急の底上げのための支援を挙げている。第二に、地域の救急医療資源が効果的・効率的に機能を発揮するためには、救急医療が必要な時期を終わった患者が、他の適切な医療機関へ転院し、新しい救急患者を受け入れることができる余力を確保できることが重要である。医療圏内には、そのための病床、特に回復期リハビリテーション機能を確保することを挙げている。第三に、救急医療を担う一つひとつの医療機関が、単独で機能するのではなく、全体として効率的に機能できるようにコーディネートすることが不可欠である。このコーディネートは、医療圏毎に始めた上で、中期的に全県的なコーディネートシステムとすることとしている。第四に、地域の救急医療を担う医師等の医療従事者を地域に派遣・確保していくことを挙げている。

○ 以上の二次医療圏で機能する重層的な救急医療体制の構築については、医療圏域内に救命救急センターがなく、管外搬送割合が県内で最も高く、同時に搬送時間が県内で最もかかる山武長生夷隅医療圏を対象に進めていくこととしている。（具体的な選定基準・選定理由は後述）。

(3) (1)と(2)を実現するための全県的な医療従事者の確保と資質向上

○全県的な医療従事者の確保・研修・就職支援システムの構築

医師確保の基本は、千葉県内で医師を育て、千葉県内の医療機関で勤務してもらうことである。県内の一つひとつの臨床研修病院等が相互の連携が無いままに、単独で臨床研修をはじめとする医師の研修や実際に勤務する医師の確保に努めるのではなく、大学や各臨床研修病院が協働し一体となって、研修医等への魅力的な研修プログラムの提供と就職支援に努めることが重要である。研修医（初期・後期）の全県的登録の下、各臨床研修病院間の相互研修の大胆な導入、研修（初期・後期）終了後の千葉県内の医療機関への就職支援や、様々な事情により勤務医療機関を変更せざるを得ない場合の就職支援等を一元的に行っていくことが効果的である。

そこで今回の地域医療再生計画においては、千葉大学と県内の各臨床研修病院が協働して設置したNPO法人を中心として、「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を設置・運営し、全県的な医療従事者の確

保・研修・就職支援システムの構築し、千葉県全体の医師研修・配置の中核的機関とすることとしている。また研修医や大学院生、医学部学生等に対する奨学金や授業料の減免等による経済的支援を行い、医師の千葉県内の医療機関への就職を増やしていくこととしている。

○在宅医療を担う医療従事者の確保・研修を通じた在宅医療提供システムの構築

病院内での医療を担当する医師の研修・確保と併せて、在宅医療を担う医師等の医療従事者の確保・研修も極めて重要なポイントである。今回の千葉県地域医療再生プログラムにおいては、東京大学に寄附講座を設置し、千葉大学や医師会等が協力して、東京大学在宅医療教育・研修センターにおける在宅医療の教育研修プログラムの開発と実際のマンパワーの育成、在宅医療従事者の確保・研修を通じた在宅医療提供システム化の研究と実践に取り組むこととしている。

○救急医療を担う医療従事者の確保・研修を通じた全県的なネットワークの構築

救急医療についても、その基本は人材である。救急医療を担う救命救急医等の専門家の育成・研修と当該医師等の地域の救命救急センター、二次救急担当病院への派遣が重要なポイントとなる。医師不足は、どの診療科においても大変な問題となっているが、救急医療の分野においては、厳しい勤務環境を背景として、特に医師不足が深刻になっている。そこで、千葉県救急医療センターと県内の大学医学部付属病院等が協働し、最先端の救急医療の研修が受けられる体制を整えるとともに、千葉大学に地域救急医療の研究を行う寄附講座を設置し、その研究と地域への救急専門医の派遣を進めまることとしている。

千葉県地域医療再生プログラムのイメージ図（全体）

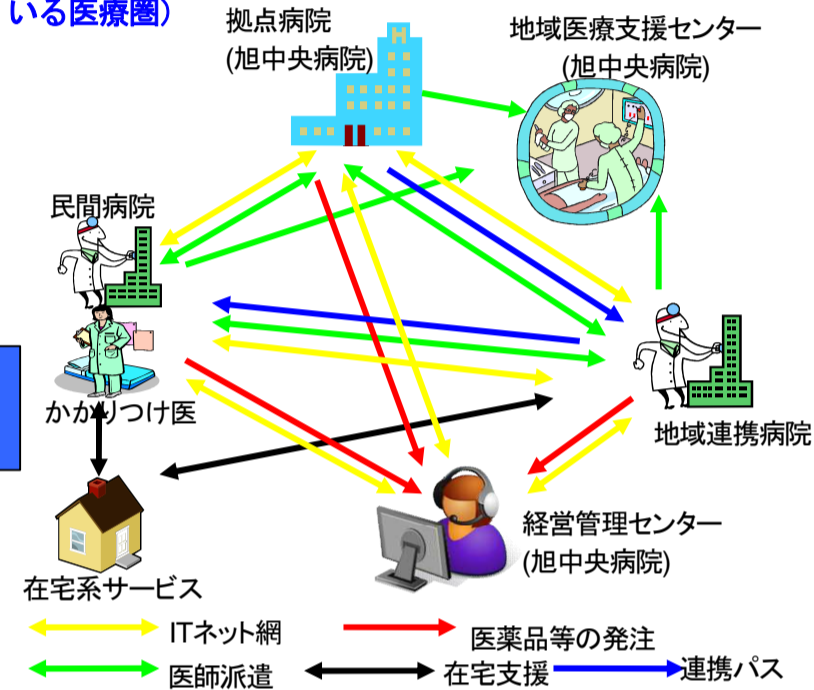
〔千葉県が目指すべき地域医療〕

1. 地域の各医療機関の役割が明確に定まるとともに、患者の立場を踏まえた医療機関相互の連携・ネットワーク化が実現している
2. 住民の生命・健康のセーフティネットとして、救急医療の対応・搬送システムがしっかりと構築されている
3. 地域医療を担う医療従事者（特に医師）について、病院での医療と在宅での医療の両面で確保されている

県全体がひとつの医療提供システムとして稼働

香取海匝医療圏 医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化の実践

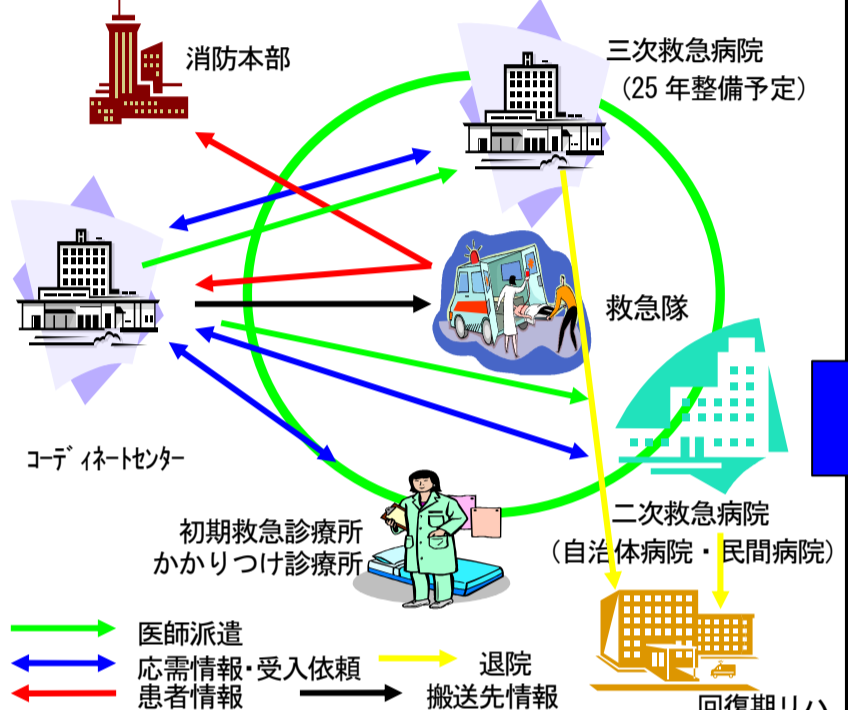
（自治体病院の休止で有名になった銚子市立病院が位置し、医療崩壊のモデル例として全国的に問題が共有されている医療圏）



- ①圏域内の医療機関の役割分担を明確にする
- ②各医療機関が、新しい役割を果たすことができるように、医師の派遣と各医療機関の機能強化を進める
- ③全県共用型の連携パス等のIT化により、具体的な連携・ネットワークシステムを構築する
- ④地域住民と医療関係者・行政が協働する医療再生を進める

山武長生夷隅医療圏 救急医療体制の全面的構築

（救命救急センターがなく、管外への救急患者の搬送が40%を超えた地域を抱えた医療圏）



- ①圏域内に設置される救命救急センターに対する人的、財政的支援、二次救急、初期救急の拡充のための人的・財政的支援を進める
- ②救急医療資源が効果的・効率的に機能を発揮するための、回復期リハビリテーション機能を確保する
- ③救急医療を担う個々の医療機関が全体として機能するようなコーディネートシステムを構築する
- ④全県共用型の連携パス等のIT化により、具体的な連携・ネットワークシステムを構築する

県内他地区への拡大

県内他地区への拡大

支援

千葉県地域医療再生本部

支援

在宅医療従事者確保・研修システムの構築

- 教育研修プログラムの作成
- 総合在宅医療支援システムの構築
- 地域医療支援センターの在宅研修支援

医師確保・研修・就業支援システムの構築

- 医師のスキルアップ
- 看護師のスキルアップ
- 全県の研修医の登録
- 相互研修の調整
- 勤務先の紹介

全県的救急医師等確保・研修システムの構築

- 救急医・看護師の研修
- 救急医・看護師の確保支援
- 救急・麻酔・小児・産婦人科医の派遣システムの構築

〔課題を解決し地域医療を再生〕

- (1) 香取海匝医療圏における自治体病院・民間病院・診療所等の役割分担・機能再編・ネットワーク化を住民・医療関係者・行政が協働で進め、目指すべき地域医療を確立する。
- (2) 山武長生夷隅医療圏における自治体病院・民間病院・診療所等の救急体制の全面的構築を通じ、県内の救急医療のウイークポイントを解消する。
- (3) 上記(1)(2)の取り組みを支援する医師等確保対策を、オール千葉県で進めるため、千葉県地域医療再生本部を設置し、全県的な体制で推進する。

II 千葉県における医療の現状と問題点

1 現状と問題点

(1) 病院・診療科の縮小・廃止（医師不足等を原因とする病院・診療科の縮小・廃止の発生）

ア 銚子市立総合病院の休止

- 日本における医療崩壊のシンボルとして全国的にも有名である銚子市立総合病院（393床）の突然の休止は、平成16年4月に施行された新医師臨床研修制度等の影響を受け、それまで医師の供給元であった私立の医学部附属病院からの医師派遣が引き上げられ、平成16年に35名いた常勤医師が、平成20年には13名となった。医師の減少は、残った医師の労働時間の延長等労働条件の悪化となり更なる離職を引き起こした。
- 更に、医師の減少は、診療科の休止・入院患者の受入制限にもつながり、そのことが病院の経営悪化、更には経営主体（銚子市）からの繰り出し金の急増という負の連鎖が増大した。その結果、市の繰り出し金の財源の不足から、病院経営を中断するとの判断が下され平成20年9月末に休止となった。このような事象は、医師の確保を大学病院等に委ねていた病院、特に自治体病院では、全国どこでも発生していることである。
- 本県においては、平成16年から平成20年8月の間の、医師不足を原因とした診療科の休廃止数は、実に81科にも及んでいる状況である。

（医師不足を原因とした診療科の休廃止の状況）

	廃止数	休止数
診療科の廃止・休止	37病院・62科	11病院・19科

（平成16年～平成20年8月）

イ 機能が類似する医療機関の並立と経営の悪化

- 県内各地で、機能が類似する中小医療機関が並立しており、地域における医療機関の役割分担やネットワークの構築が進まずに、医師の減員やそれに伴う患者の減少などを原因とする経営危機に瀕している。特に銚子総合病院のある香取海匠医療圏内では、市町の設置する自治体立病院の医療機能の役割分担が進まないことで、各病院の患者が減少し経営が悪化している。

- 千葉県では、平成19年12月に総務省より示された公立病院改革ガイドラインに各公立病院が対応し、経営の健全化や役割分担などを進めるため、平成20年9月に知事を本部長とする自治体病院支援対策本部を設置し、自治体病院と共に対策を協議しているが、各病院の役割分担や機能再編については、それぞれの自治体の考えや住民の要望もあり、進展が見られていない状況である。
- しかし、本地域医療再生計画の基金を活用することで、それぞれの自治体病院の機能再編や役割分担を行うために必要な、人的支援や施設の改修費への補助等に対する財政的援助が可能になる。今後、本計画に基づき、住民等の理解を得ながら、地域の医療機関の役割分担とネットワークを構築する。

(2) 大病院への患者の集中

ア 地域医療の現場では、患者の集中による医師の疲弊と医師の離職が発生

- 患者の大病院や専門医嗜好により、近年日本各地で問題とされているコンビニ受診が発生し、本来、地域のかかりつけ医などで対応可能な患者が、高度医療を提供する拠点病院や専門病院に集中し、患者が急増している。
- 患者の集中する医療機関においては、医療従事者の長時間勤務や休日の返上が常態化しており、疲弊を原因とする離職などが発生し、医師不足を更に加速させている。銚子市立総合病院の位置する二次医療圏内の拠点病院である旭中央病院では、一日の平均外来患者数が、3507人と全国の自治体病院の中でも突出している。
また、救急患者を断らないとの理念のもと、平成12年から平成20年の間に他の市や地域から受け入れた救急患者が急増しており、その増加率は、銚子市50%、香取地域26%、匝瑳地域38%、山武地域52%、茨城県鹿島地域137%である。このように、外来患者・救急患者の集中により医療機能は、パンク寸前であり、他の地域の医療機関との役割分担の構築が喫緊の課題になっている。

イ 地域医療の現場では、医療機関の役割分担システムの確立と地域医療連携パスの普及が必要

- 地域のかかりつけ診療所で対応可能な患者が、高度医療を提供する中核病院に集中し、病院の勤務医が過酷な勤務環境になっている現状がある。限られた医療資源の中で、無駄のない効率的な医療体制を構築するためには、二次医療圏内の診療所や病院等の医療機関の具体的な役割分担を明確化し、患者を中心に置いて、急性期、回復期等の段階に応じた循環型の医療連携システムを構築する必要がある。

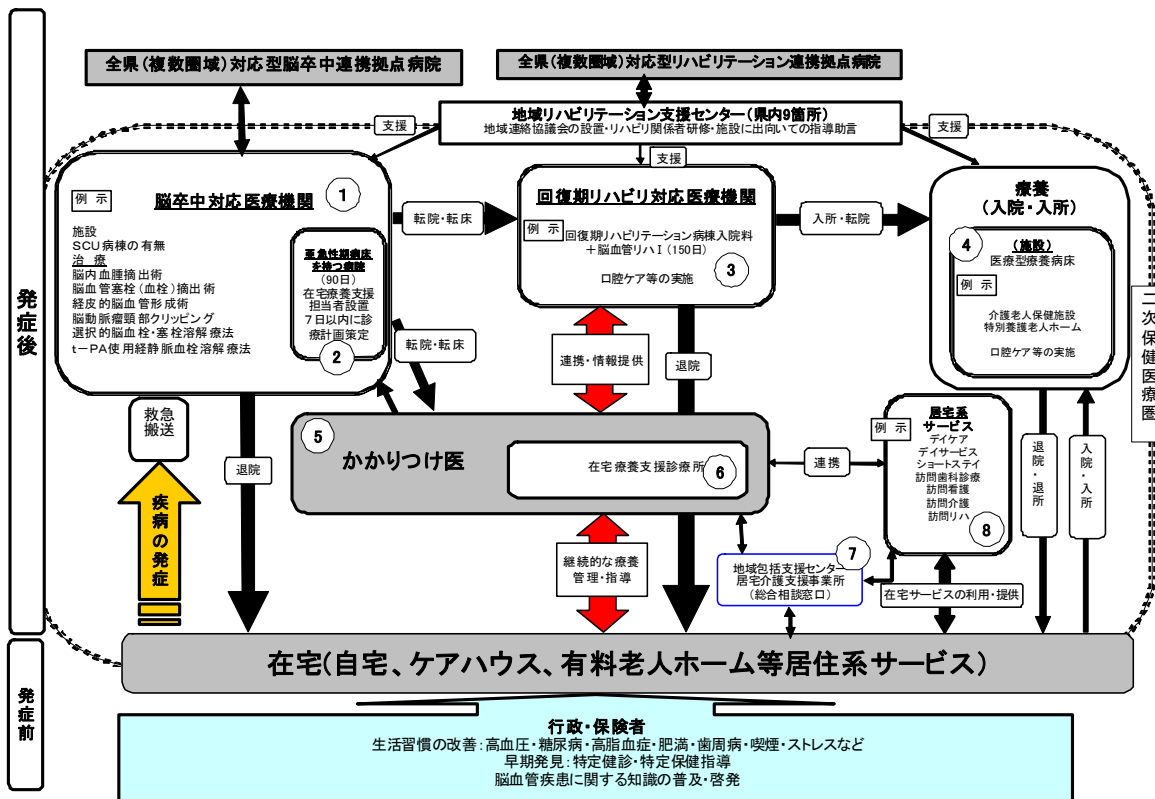
- 地域の複数の医療機関が協力して、患者にとって、最も使いやすく効果的な医療提供体制を整備する必要がある、これは結果として医療機関にとっても、地域にとっても無駄な重複投資が避けられ、より効率的な医療の展開が可能となる。また、患者の病状にとって最も適切な医療機関への受診と、生活の質を確保したまま、自宅に戻る、このような医療提供を可能とするのが「循環型地域医療連携システム」である。
- 千葉県では、平成20年4月に改訂した保健医療計画で、二次医療圏ごとに4疾病4事業（へき地を除く）について、医療機関の具体的役割を明示した「循環型地域医療連携システム」を構築した。さらに、平成21年4月には、この循環型地域医療連携システムを円滑に運用するためのツールとして、連携する医療機関同士で治療方針・治療期間等を共有する地域医療連携パスを、県医師会、関係病院などの医療関係者とともに作成し、全国に先駆け、4疾病ごとに全県共用の地域医療連携パスを、県内の全医療機関に配布し運用を開始している。
- 今後は、この千葉県共用地域医療連携パスの普及のために、医療機関における使用事例を反映した改良や、共用パス情報の伝達のIT化の推進を実施し地域での医療機関の役割分担やネットワークを更に強固にしていくことが重要となっている。

※地域医療連携パスとは

- ・ 急性期の医療機関から回復期の医療機関を経て自宅に戻るまでの治療経過に従って、各期間ごとの診療内容や達成目標等を明示した治療計画である。
- ・ 患者や関係する医療機関で情報を共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心の確保が見込まれる。
- ・ 将来的には医療だけでなく健康づくりや福祉まで連動させた地域連携パスの構築が望まれる。

(参考：千葉県保健医療計画)

脳卒中中の循環型地域医療連携システムのイメージ図(案)



全県(複数圏域)対応型脳卒中連携拠点病院

病院名	住所
旭中央病院	旭市イ1326
亀田総合病院	鴨川市東町929
君津中央病院	木更津市桜井1010
国保松戸市立病院	松戸市上本郷4005
国立病院機構千葉医療センター	千葉市中央区椿森4-1-2
順天堂大学浦安病院	浦安市富岡2-1-1
千葉県救急医療センター	千葉市美浜区磯辺3-32-1
千葉県循環器病センター	市原市鶴舞575
千葉大学医学部附属病院	千葉市中央区亥鼻1-8-1
成田赤十字病院	成田市飯田町90-1
日本医科大学千葉北総病院	印旛郡印旛村鎌苅1715
船橋市立医療センター	船橋市金杉1-21-1

全県(複数圏域)対応型リハビリテーション連携拠点病院

病院名	住所
千葉県千葉リハビリテーションセンター	千葉市緑区誉田町1-45-2
千葉大学医学部附属病院	千葉市中央区亥鼻1-8-1

地域リハビリテーション広域支援センター

病院名	住所
千葉中央メディカルセンター	千葉市若葉区加曽利町1835-1

① 脳卒中対応医療機関

病院名	住所
大賀病院	千葉市中央区祐光町1-12-5
柏戸病院	千葉市中央区長洲2-21-8
川鉄千葉病院	千葉市中央区南町1-11-12
国立病院機構千葉医療センター	千葉市中央区椿森4-1-2

② 亜急性期病床を持つ病院

病院名	住所
井上記念病院	千葉市中央区新田町1-16
最成病院	千葉市花見川区柏井町800-1
千葉県千葉リハビリテーションセンター	千葉市緑区誉田町1-45-2
千葉中央メディカルセンター	千葉市若葉区加曾利町1835-1

③ 回復期リハビリテーション対応医療機関

病院名	住所
千葉中央メディカルセンター	千葉市若葉区加曾利町1835-1
みつわ台総合病院	千葉市若葉区若松町531-486

●脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)

病院名	住所
川鉄千葉病院	千葉市中央区南町1-11-12
千葉県千葉リハビリテーションセンター	千葉市緑区誉田町1-45-2

④ 療養施設(医療型療養病床を有する病院・診療所 2007. 8. 1)

病院名等	住所
泉中央病院	千葉市若葉区高根町964-42
井上記念病院	千葉市中央区新田町1-16

(事業所名に替えて、市の担当窓口等を記載)

市の担当課等	住所等
稲毛福祉事務所福祉サービス課保健福祉総合相談窓口	千葉市稲毛区穴川4-12-1
千葉県健康福祉情報の森	http://www.pref.chiba.lg.jp/johomori/index.html
ワムネット(WAM NET)	http://www.wam.go.jp/

⑤ かかりつけ医

問合せ先	ホームページアドレス
千葉県医師会	http://www.chiba.med.or.jp/
千葉市医師会	http://www.city.chiba.jp/doctor/index.html
千葉県ホームページ ちば救急医療ネット	http://www.qq.pref.chiba.lg.jp/QQ12TPIJSR/ACTBQQ12TPIJSR01.do

⑥ 在宅療養支援診療所

診療所名	住所
赤尾クリニック	千葉市美浜区真砂3-1-7
稲毛診療所	千葉市美浜区稲毛海岸4-11-3

⑦ 地域包括支援センター

施設名	住所
あんしんケアセンターうらら	千葉市中央区千葉寺町188
あんしんケアセンターシャローム若葉	千葉市若葉区貝塚町1223-4

⑧ 居宅系サービス

(事業所名に替えて、市の担当窓口等を記載)

市の担当課等	住所等
稲毛福祉事務所福祉サービス課保健福祉総合相談窓口	千葉市稲毛区穴川4-12-1
中央保健福祉センター保健福祉サービス課保健福祉総合相談窓口	千葉市中央区中央4-5-1

(参考：千葉県共用地域医療連携パス：診療計画表)

千葉県共用地域医療連携パス〈肺がん〉(診療計画表)(案)

患者氏名	千葉太郎(仮名:XXX111)	生年月日(年齢)・性別	MTS H_23_年1月1日(61歳)
身長・体重	171 cm・66 kg	医師情報/連携先	〇〇病院△△科 043-000-0000
		医師情報/連携先	〇〇病院〇〇科△△ 043-000-0000
		医師情報/連携先	〇〇クリニック△△〇〇 043-000-0000

入院

入院年月日(20_年10月_日)

入院から〇ヶ月後

(〇)ヶ月ごと(〇)ヶ月ごとに専門医による高度な定期検査・治療の実施

安心して療養生活を送る

入院治療、定期的な専門的な検査

(MRI) () () ()

専門的な定期検査・治療 (退院後〇ヶ月目)

(胸部CT) () () () ()

専門的な定期検査・治療 (退院後〇ヶ月目)

(胸部CT) () () () ()

専門的な定期検査・治療 (退院後〇ヶ月目)

(胸部CT) () () () ()

専門的な定期検査・治療 (退院後〇ヶ月目)

(胸部CT) () () () ()

緩和治療

がん治療の中で、精神的な不安や身体的な負担を軽減し、生活の質を向上させることを目的とした治療

通院 (実施するものに)

定期検査 (症状、腫瘍マーカー検査、血液検査、肝機能、腎機能、胸部CT検査)

補助療法 () () () ()

維持療法 () () () ()

人院治療、専門的な検査が必要となる目安

●次に該当する症状が出現した場合は、かかりつけ医又は専門医へ連絡してください。

- せき、痰が1週間以上続いた時
- 人に血が混った時
- 胸の痛みや圧迫感が出た時
- 呼吸困難、動悸、全身倦怠感、食欲不振
- 発熱など体調の変化が1週間以上続いた時
- 手の指・関節に以上腫脹する新たな症状が出た時
- 腫瘍マーカーが2回連続して上昇した時

かかりつけ医が、専門医と連携して、日常の診療や療養管理、指導などを担います。

(参考：千葉県共用地域医療連携パス：診療経過表)

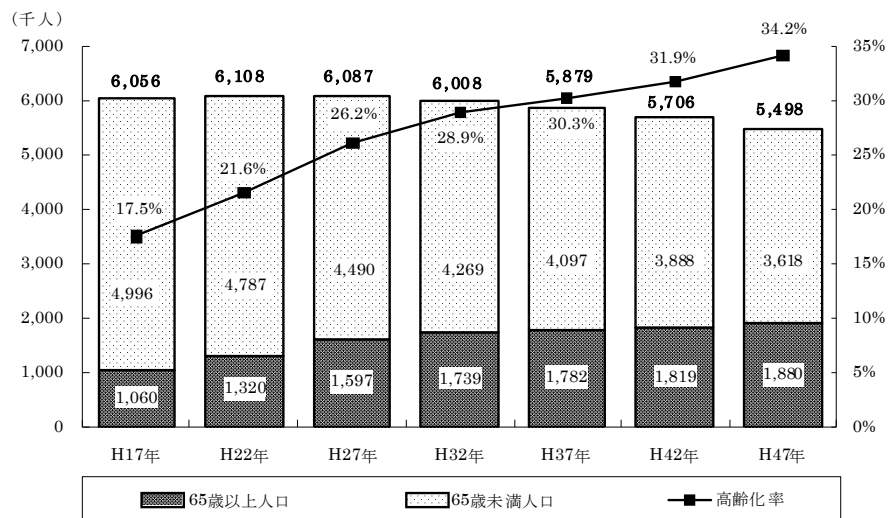
千葉県共用地域医療連携パス〈肺がん〉(診療経過表)(案)		医師情報/連携先	医師情報/連携先	医師情報/連携先
患者氏名	千葉太郎(仮名:XXX111)	〇〇病院△△科	〇〇病院〇〇科△△	〇〇クリニック△△〇〇
生年月日(年齢)・性別	MTS H_23_年1月1日(61歳)	医師情報/連携先	医師情報/連携先	医師情報/連携先
身長・体重	171 cm・66 kg	医師情報/連携先	医師情報/連携先	医師情報/連携先
入院日	平成 20年10月 1日	入院中の化学療法	開始日	平成 20年 10月 20日
退院日	平成 20年10月18日	退院時の経過	経過	経過
発見場所	なし	退院後の経過観察の要否	今後の治療(地方内)	手術療法あり、ロキソニン(60mg) 1回1錠 疼痛時服用
現病名	肺がん(平成15年手術)			
転移	右下垂			
Stage	0, I(A), II, B, III, IV			
最大径	1.5 cm			
経過	(1)~月 (11月21日)	(2)~月 (12月21日)	(3)~月 (1月21日)	(4)~月 (2月21日)
経過	(5)~月 (3月21日)	(6)~月 (4月21日)	(7)~月 (5月21日)	(8)~月 (6月21日)
経過	(9)~月 (7月21日)	(10)~月 (8月21日)	(11)~月 (9月21日)	(12)~月 (10月21日)
経過	(13)~月 (11月21日)	(14)~月 (12月21日)	(15)~月 (1月21日)	(16)~月 (2月21日)
経過	(17)~月 (3月21日)	(18)~月 (4月21日)	(19)~月 (5月21日)	(20)~月 (6月21日)
経過	(21)~月 (7月21日)	(22)~月 (8月21日)	(23)~月 (9月21日)	(24)~月 (10月21日)
経過	(25)~月 (11月21日)	(26)~月 (12月21日)	(27)~月 (1月21日)	(28)~月 (2月21日)
経過	(29)~月 (3月21日)	(30)~月 (4月21日)	(31)~月 (5月21日)	(32)~月 (6月21日)
経過	(33)~月 (7月21日)	(34)~月 (8月21日)	(35)~月 (9月21日)	(36)~月 (10月21日)
経過	(37)~月 (11月21日)	(38)~月 (12月21日)	(39)~月 (1月21日)	(40)~月 (2月21日)
経過	(41)~月 (3月21日)	(42)~月 (4月21日)	(43)~月 (5月21日)	(44)~月 (6月21日)
経過	(45)~月 (7月21日)	(46)~月 (8月21日)	(47)~月 (9月21日)	(48)~月 (10月21日)
経過	(49)~月 (11月21日)	(50)~月 (12月21日)	(51)~月 (1月21日)	(52)~月 (2月21日)
経過	(53)~月 (3月21日)	(54)~月 (4月21日)	(55)~月 (5月21日)	(56)~月 (6月21日)
経過	(57)~月 (7月21日)	(58)~月 (8月21日)	(59)~月 (9月21日)	(60)~月 (10月21日)
経過	(61)~月 (11月21日)	(62)~月 (12月21日)	(63)~月 (1月21日)	(64)~月 (2月21日)
経過	(65)~月 (3月21日)	(66)~月 (4月21日)	(67)~月 (5月21日)	(68)~月 (6月21日)
経過	(69)~月 (7月21日)	(70)~月 (8月21日)	(71)~月 (9月21日)	(72)~月 (10月21日)
経過	(73)~月 (11月21日)	(74)~月 (12月21日)	(75)~月 (1月21日)	(76)~月 (2月21日)
経過	(77)~月 (3月21日)	(78)~月 (4月21日)	(79)~月 (5月21日)	(80)~月 (6月21日)
経過	(81)~月 (7月21日)	(82)~月 (8月21日)	(83)~月 (9月21日)	(84)~月 (10月21日)
経過	(85)~月 (11月21日)	(86)~月 (12月21日)	(87)~月 (1月21日)	(88)~月 (2月21日)
経過	(89)~月 (3月21日)	(90)~月 (4月21日)	(91)~月 (5月21日)	(92)~月 (6月21日)
経過	(93)~月 (7月21日)	(94)~月 (8月21日)	(95)~月 (9月21日)	(96)~月 (10月21日)
経過	(97)~月 (11月21日)	(98)~月 (12月21日)	(99)~月 (1月21日)	(100)~月 (2月21日)
経過	(101)~月 (3月21日)	(102)~月 (4月21日)	(103)~月 (5月21日)	(104)~月 (6月21日)
経過	(105)~月 (7月21日)	(106)~月 (8月21日)	(107)~月 (9月21日)	(108)~月 (10月21日)
経過	(109)~月 (11月21日)	(110)~月 (12月21日)	(111)~月 (1月21日)	(112)~月 (2月21日)
経過	(113)~月 (3月21日)	(114)~月 (4月21日)	(115)~月 (5月21日)	(116)~月 (6月21日)
経過	(117)~月 (7月21日)	(118)~月 (8月21日)	(119)~月 (9月21日)	(120)~月 (10月21日)
経過	(121)~月 (11月21日)	(122)~月 (12月21日)	(123)~月 (1月21日)	(124)~月 (2月21日)
経過	(125)~月 (3月21日)	(126)~月 (4月21日)	(127)~月 (5月21日)	(128)~月 (6月21日)
経過	(129)~月 (7月21日)	(130)~月 (8月21日)	(131)~月 (9月21日)	(132)~月 (10月21日)
経過	(133)~月 (11月21日)	(134)~月 (12月21日)	(135)~月 (1月21日)	(136)~月 (2月21日)
経過	(137)~月 (3月21日)	(138)~月 (4月21日)	(139)~月 (5月21日)	(140)~月 (6月21日)
経過	(141)~月 (7月21日)	(142)~月 (8月21日)	(143)~月 (9月21日)	(144)~月 (10月21日)
経過	(145)~月 (11月21日)	(146)~月 (12月21日)	(147)~月 (1月21日)	(148)~月 (2月21日)
経過	(149)~月 (3月21日)	(150)~月 (4月21日)	(151)~月 (5月21日)	(152)~月 (6月21日)
経過	(153)~月 (7月21日)	(154)~月 (8月21日)	(155)~月 (9月21日)	(156)~月 (10月21日)
経過	(157)~月 (11月21日)	(158)~月 (12月21日)	(159)~月 (1月21日)	(160)~月 (2月21日)
経過	(161)~月 (3月21日)	(162)~月 (4月21日)	(163)~月 (5月21日)	(164)~月 (6月21日)
経過	(165)~月 (7月21日)	(166)~月 (8月21日)	(167)~月 (9月21日)	(168)~月 (10月21日)
経過	(169)~月 (11月21日)	(170)~月 (12月21日)	(171)~月 (1月21日)	(172)~月 (2月21日)
経過	(173)~月 (3月21日)	(174)~月 (4月21日)	(175)~月 (5月21日)	(176)~月 (6月21日)
経過	(177)~月 (7月21日)	(178)~月 (8月21日)	(179)~月 (9月21日)	(180)~月 (10月21日)
経過	(181)~月 (11月21日)	(182)~月 (12月21日)	(183)~月 (1月21日)	(184)~月 (2月21日)
経過	(185)~月 (3月21日)	(186)~月 (4月21日)	(187)~月 (5月21日)	(188)~月 (6月21日)
経過	(189)~月 (7月21日)	(190)~月 (8月21日)	(191)~月 (9月21日)	(192)~月 (10月21日)
経過	(193)~月 (11月21日)	(194)~月 (12月21日)	(195)~月 (1月21日)	(196)~月 (2月21日)
経過	(197)~月 (3月21日)	(198)~月 (4月21日)	(199)~月 (5月21日)	(200)~月 (6月21日)

(3) 在宅医療支援に対するニーズの増大

ア 急速な高齢化

○ 千葉県の総人口に占める65歳以上の人口の割合である高齢化率は、平成17年には、17.5%(全国平均20.1%)と全国で5番目に若い県であったが、団塊の世代が高齢期を迎える平成27年には、高齢化率が26.2%と約4人に一人が高齢者となる見込みである。この10年間の増加率は、50.6%と予想されており、これは、埼玉県の54.8%について、全国2位の伸び率となっている。

〈参考〉平成47年までの推計人口（千葉県）



高齢者人口の増加数

() 増加率

圏域	H17⇒H27年	H17⇒H37年	H17⇒H47年
千葉	91,527 (60.1%)	121,250 (79.6%)	150,651 (99.0%)
東葛南部	145,742 (59.4%)	191,681 (78.1%)	251,480 (102.4%)
東葛北部	128,824 (59.8%)	165,592 (76.9%)	184,223 (85.5%)
印旛	68,858 (63.8%)	103,047 (95.5%)	107,630 (99.7%)
香取海匝	11,395 (14.7%)	15,358 (19.8%)	9,491 (12.2%)
山武長生夷隅	31,477 (29.1%)	46,713 (43.2%)	44,146 (40.8%)
安房	6,830 (15.7%)	6,676 (15.3%)	1,826 (4.2%)
君津	25,336 (39.9%)	33,517 (52.7%)	31,301 (49.3%)
市原	26,440 (57.0%)	37,952 (81.8%)	38,591 (83.2%)
県全体	536,429 (50.6%)	721,786 (68.1%)	819,339 (77.3%)

※総務省統計局「国勢調査結果」(10月1日現在)及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(平成20年12月推計)をもとに作成。

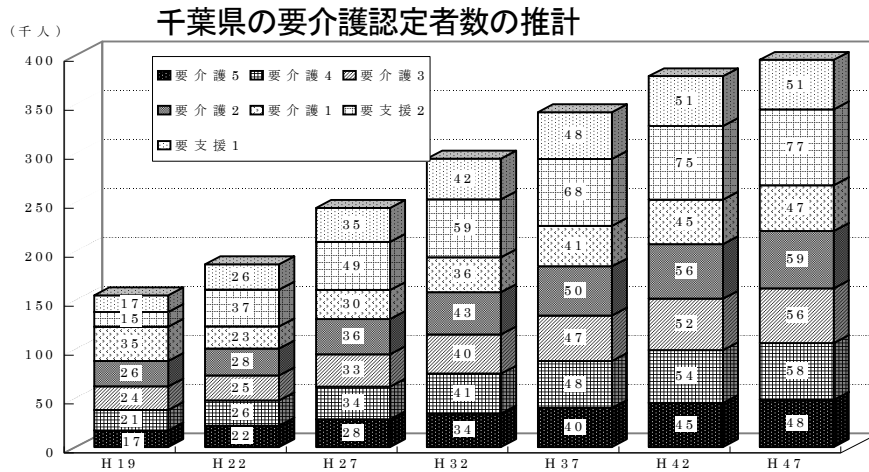
- この急速な人口の高齢化に伴い、県全体では、平成27年までに高齢者の実数は、実に53万人以上に達することから、高齢者の増加に伴い増大する医療ニーズに、人口10万人当たりの病院病床数・医師数が全国45位と医療資源の乏しい本県の状況では、対応できなくなっている。
- 一方、近年の人口の高齢化、疾病構造の変化、在宅療養を可能にする医療技術の進歩を背景に、住み慣れた家庭や地域の中で質の高い療養生活を送りたいという県民のニーズが増大している。平成19年に実施した千葉県政に関する世論調査では、介護が必要となった場合に希望する生活場所として、約5割の方が自宅での生活を希望している。
- 疾病の予防、治療（急性期）、リハビリテーション（回復期）から在宅療養へと切れ目のない包括的なケアの充実が求められている中、医療機能の分化と連携を推進するためにも、在宅療養の推進は大きな課題になっている。平成18年6月に成立した医療制度改革関連法において、医療法に定める医療計画制度について見直しが講じられ、医療計画の記載事項として、新たに、居宅等における医療の確保に関する事項が追加されたところである。

イ 在宅医療の現状

- 財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が、平成17年に全国に居住する20～89歳の男女1,078名を対象に、「ホスピス・緩和ケア*に関する意識調査」についてのアンケート調査を実施した。その結果、「自宅で最後を過ごしたいと思う」方が全体の83.3%であった。しかしながら63.3%の方は「自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う」と回答しており、在宅での療養がさまざまな理由により困難と考えている現状がある。
- 全国の死亡者の死亡場所の推移は、昭和50年までは、在宅死が半数であったが、昭和51年を境に逆転し、現在は病院死が85%を超えている。また、千葉県についても全国と同様の傾向にあるといえる。
- 千葉県では県民の約8割が病院と診療所等の医療機関で死亡している。また、自宅は13%(全国12%)にとどまっており、上記アンケート結果の「自宅で最後を

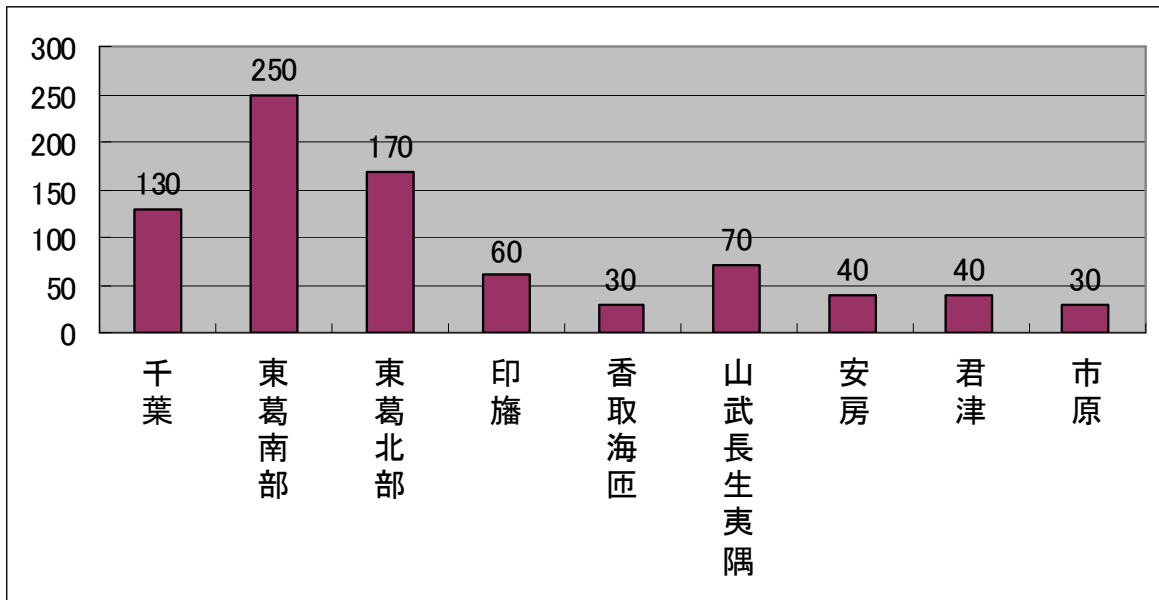
過ごしたいと思う」方が全体の83.3%と大きな隔たりがある。

- 県内の往診実施診療所については、平成8年の631施設から平成11年の1,027施設と増加し、その後平成14年718施設、平成17年713施設となっているが、実施件数については、平成8年2,723件、平成11年6,121件、平成14年5,711件、平成17年は5,753件と実施施設数の減少に対して、実施件数そのものは微増となっている。
- 県内の往診実施病院については、平成8年の56施設から平成11年の129施設をピークとして平成17年は56施設と平成8年の水準に戻り、病院数に対する往診実施病院の比率については平成8年の18.4%から平成11年に43.1%となり、その後、平成14年23.9%と一気に半減し、平成17年には19.8%と減少が進んでいる。また、各年の9月1ヶ月間の往診件数は、平成8年の432件から平成11年に1,355件と3倍になり、平成14年に1,105件、平成17年には848件と減少しているが、実施病院の減少率と比較すると緩やかであるため、往診実施病院1施設当たりの往診件数は、増加しているといえる。
- 訪問看護ステーションの設置数については、全国の増加と同様に、平成16年の179施設まで徐々に増加していたが、全国の増加傾向に反して平成17年には177施設と初めて減少した。
- 県内の在宅療養支援診療所の数は、平成19年2月時点で180ヶ所である。65歳以上人口（平成18年10月1日現在）10万人あたりの施設数は、16.1となっており、全国平均（38.5）と比較してかなり少ない水準にある。
- 要介護認定者数の推計では、平成19年度の15万5千人から39万6千人と2倍以上に増加することが、推計されている。



- 高齢者の増加とともに、一人暮らしの高齢者の孤独死が社会問題となっており、平成20年度に発生した千葉県内の孤独死者数は、820名を超え大きな社会問題になっている。都市部では、集合住宅で一人で暮らす高齢者の増加、郡部では、若年者が都市部へ流出したことによる高齢者世帯の増加が続いている。

(60歳以上の1人暮らしの死亡者の概数)



ウ 循環型地域医療連携システムを構築する上での、在宅医療支援のための医療機関・医療関係者の果たす役割

- 循環型地域医療連携システムの一部である在宅におけるネットワークシステムを構築するためには、「緊急時の入院体制保確保」や「24時間対応体制を維持す

るための連携医療機関の確保」などが必要であり、拠点病院や診療所の連携と役割分担を明確にする必要がある。

- 在宅医療を支える医療機関の役割を担う医療技術者が不足しているため研修医から開業医等に至るまで幅広い医師及び、看護師などの医療技術者への教育・研修システムの構築が必要である。

(4) 救急医療体制の弱体化

ア 救急患者の搬送時間の延長

- 昨年10月に東京都で発生した脳内出血の妊婦の死亡例に見られるように、救急患者の受け入れ先の医療機関が見つからずに手遅れになる事態が発生している。原因としては、受け入れる医療機関において、医師不足などの影響で救急患者の受け入れ態勢が十分に取れていないことと、患者の集中により受け入れ病床が確保できないこと、受け入れ先を探すシステムが構築されていないことが考えられる。
- 千葉県においても、消防機関が、覚知してから救急患者を医療機関に収容するまでに、要する時間が年々延長しており、平成14年には、30.4分であったが、平成19年には37.1分と5年間で22%も長くなっている。

(消防機関における救急患者の医療機関収容所要時間)

年次	H14年	H15年	H16年	H17年	H18年	H19年
平均所要時間	<u>30.4分</u>	31.4分	32.2分	33.7分	34.8分	<u>37.1分</u>

イ 救急患者の管外搬送の増加

- 同一の消防管内で救急患者の受け入れが完結せず、管外へ搬送しなければならない患者の割合が年々増加している。千葉県における消防管外へ搬送する割合は、平成14年の22.7%であったものが、平成19年には26.4%と、3.7%増加している。特に山武郡市管内では、平成19年の管外搬送が41.8%と危機的状態になっている。

- 原因としては、管内の救急医療の受入体制が医師不足などにより弱体化したこと、特定の医療機関への救急患者の集中により受け入れが困難になったこと、受け入れ先を探すシステムが構築されていないことなどにより管外への搬送を余儀なくされることが考えられる。

(救急患者の管外搬送割合の推移)

年次	H14年	H15年	H16年	H17年	H18年	H19年
県平均	22.7%	23.3%	24.4%	24.1%	25.0%	26.4%

2 課題

(1) 新たな地域医療体制の構築（医療施設の役割分担と連携）

ア 大病院等への患者の集中を改善し、医療施設の役割分担と連携を構築するための課題

- 医療機関における役割分担の必要性に関する認識を向上させる必要がある。地域の拠点となる大病院等に、地域のかかりつけ医で対応可能な患者から高度な専門治療が必要な患者までが集中することで、大病院の医師にかかる負担が増大し疲弊が発生するとともに、患者の通院時間や待ち時間が増加し、診療にかかる負担が増大している。このことで、拠点病院においては、高度医療や専門医療以外の患者の割合が増加し、専門医のスキルアップに支障が生じている。
- 大病院以外の地域病院においては、医師不足や患者の減少による経営環境の悪化により、診療科の廃止や病院の休止・廃止などが発生している。
- これらを改善するために、医療機関における役割分担の必要性に関する認識を向上させる必要がある。併せて、連携する医療機関が新たな役割分担を担うために必要な施設（例：拠点病院への地域医療機関への支援センターの整備や地域連携病院への外来機能強化・救急機能強化・リハビリ機能強化のための施設改修等）や設備の整備に対する補助制度を整備する必要がある。

イ 医療施設の連携を進めるために、千葉県共用地域医療連携パスの普及が課題

- 平成20年4月に構築した「循環型地域医療連携システム」運用するため平成21年4月に作成した「千葉県共用地域医療連携パス」の普及のため、使用上の問題の改良や、医療関係者や県民への周知が必要である。

ウ 医療機関同士で、千葉県共用地域医療連携パスや患者の画像データを共有できる IT ネットワークシステムの構築が課題

- 連携する医療機関でパスや画像のデータを共有できるよう安全性が確保された IT ネットワークを構築することで、パスの作成や伝達に係る医療従事者の事務の軽減を図ると共に、IT ネットワークでの送受信機能を利用した専門医による診断助言等のサポートを行うシステムが必要である。

エ 地域の医療体制を支える関係者や住民の意識改革が課題

- 医療機関の役割分担等を進めるためには、医療関係者のみならず住民の意識改革が必要となる。兵庫県立柏原病院の小児科の例に見られるよう、住民とともに医療を守るためには、報道機関等と協働し、かかりつけ医の推進や循環型医療連携システムに関する正しい知識の普及を通じ、コンビニ受診等を解消し、より良い医療を実現するために、住民と医療関係者の新たな関係を構築する必要がある。

(2) 医療従事者の確保・就職支援・研修のための総合システムの構築

ア 研修医や医療従事者にとって、生涯を通じ魅力ある総合システムの構築が課題

- 千葉県内の医療従事者が、県内の医療機関で満足できる研修を受けることができ、併せて希望する県内の職場への就職や再就職を支援することで、医療従事者に生涯を通じ魅力となる「医療従事者の確保・研修・就職支援の総合システム」の構築が必要である。

イ 最先端の医療を習得するための、スキルアップセンターの整備が課題

- 日々進歩する医療技術を習得することができる、スキルアップセンターの整備が全国各地で進められており、最先端の施設には、全国から医師が集まる効果が確認されている。

- 千葉大学に県内の医療従事者のスキルアップと併せ医師を集める機能を持つ、最

先端のスキルアップセンターを設置することが必要となっている。

ウ スキルアップセンターや各拠点病院等の間で研修医の相互研修システムの構築が課題

- 現在それぞれの研修病院で医師の臨床研修を行っているが、各病院ごとの特徴あるカリキュラムを、研修医の希望に応じて県内の他の研修病院で受講できる相互研修システムを構築することが必要である。

エ 初期・後期臨床研修を修了した医師が、県内病院に就職することを支援する組織の構築が課題

- 県内の医療機関で初期・後期臨床研修を修了した医師の、県内の医療機関への就職を増やすために、研修医の希望と適合する医療機関を紹介するシステムが必要である。
- 研修医の千葉県への就職を増やすため研修や就職、更には、日常生活などの日頃の悩みなど気軽に相談できるチューター制度を創設し、研修医を支援するシステムが必要である。

(3) 在宅医療従事者確保・研修システムの構築

ア 在宅医療に関わる医療機関、行政等関係者のネットワークを構築することが課題

- 在宅医療を支える医療・介護・行政等の関係機関のネットワークの構築し、地域において、様々な分野が総合的に患者を支えることが必要である。

イ 在宅医療を支える医師、看護師、リハビリ職種等の従事者に対する体系的・総合的な人材確保・研修のシステムの構築が課題

- 在宅医療に関する教育・研修については、医師、看護師、リハビリ職種等それぞれの分野において教育プログラムが開発されているが、在宅医療において欠かすことのできない総合的・体系的な教育 研修プログラムの開発が必要である。
- 在宅医療に関する大学等での教育が終了した医療技術者が、実践的な研修を受けられることのできる施設を整備し、様々な分野の技術者と共に体系的な実践教育を行う

ことが必要である。

(4) 救急患者の受入困難事例（たらい回し）の回避

ア 山武長生夷隅医療圏に、救命救急センターの機能整備が必要

- 県内9医療圏において、救命救急センター又は、それに準じる施設が整備されていない医療圏は、山武長生夷隅医療圏だけである。そのような地域での救急体制を補完するために、千葉県では独自に、救命救急センターを補完するものとして、それぞれの医療圏に救急基幹病院を設置しているが、山武長生夷隅医療圏の救急基幹病院は、近年医師不足等の影響で救急機能が低下しており、新たな救命救急センターの整備が必要である。

イ 山武郡市では、救急患者の管外搬送率が40%を超えて、救急患者の受け入れ体制の整備が必要

- 平成14年における同地域の管外搬送率（22.8%）は、県平均（22.7%）とほぼ同じレベルであったが、平成19年度には、県平均26.4%に対し、41.8%と急激に悪化しており、救命救急センターの整備のほかに1次・2次の救急体制の機能整備の必要がある。

ウ 救急・産科・小児科等を担う病院の不足により、救急患者の受入困難事例（たらい回し）が、発生する恐れがあり、救急医療コーディネートシステムの構築が重要

- 医師不足などの影響で、県内の医療機関の救急患者の収容の能力が弱体化していることや交通網の整備、更にはドクターヘリの配備により、救急患者搬送が広域化している。そのため、県内の救急医の配備状況や空きベッドの情報などを一元的に管理し、消防機関に対し搬送先をコーディネートするシステムの構築が必要である。

エ 救急病院の病床を確保するために、救急治療が終了した患者を受け入れる後方支援病院（回復期リハビリテーション等）を整備することが課題

- 救急医療機関の受入能力を維持するため、急性期の治療が終了した患者を、スムーズに回復期を担当する医療機関に送ることが必要であり、そのためには、回復期を担当する後方支援病院の機能整備が必要である。

(5) 救急を担う医療従事者の確保・研修のシステムの構築

ア 医師不足等により、救急を担う医師等が不足しており、養成・研修施設の整備が課題

- 救急専門医を養成するために、千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターにおいて、研修医に魅力ある研修プログラムの開発と県内の救命救急センターや大学などと協力した救急専門医の養成を行うことが必要である。

イ 大学や県内の医学部附属病院が協力した、救急医療の実践教育システムの確立が課題

- 救急専門医の実践教育のために、千葉大学病院と県立救急医療センターと県内の大学付属病等が協力し、救急医療の実地研修を行うシステムを構築することが必要である。

参考資料

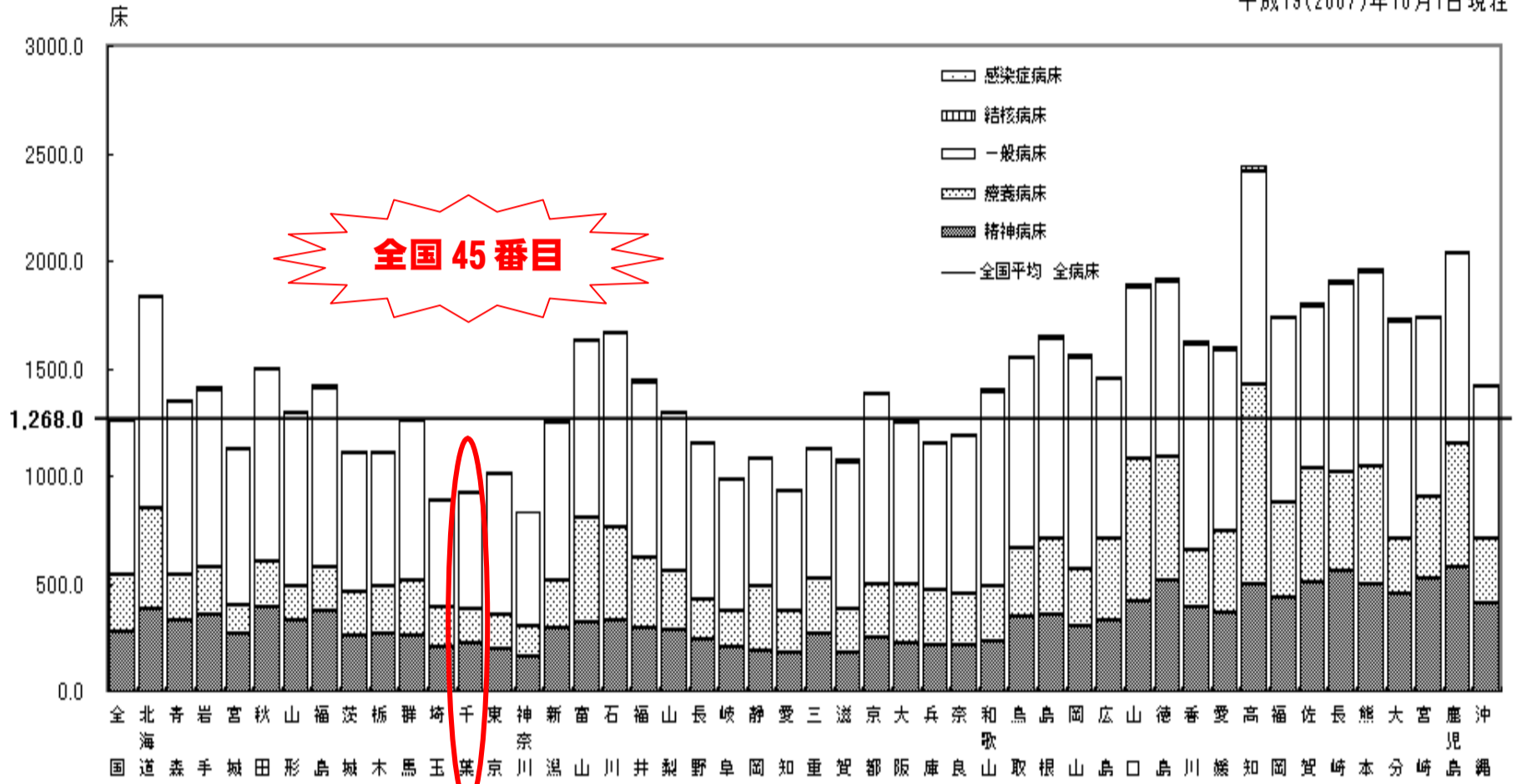
I 千葉県における医療の現状と課題

1 医療提供施設の不足

○ 千葉県の病院病床数：人口10万対 **931.4床**、全国平均 **1,268床**

都道府県別人口10万対病床数

平成19(2007)年10月1日現在

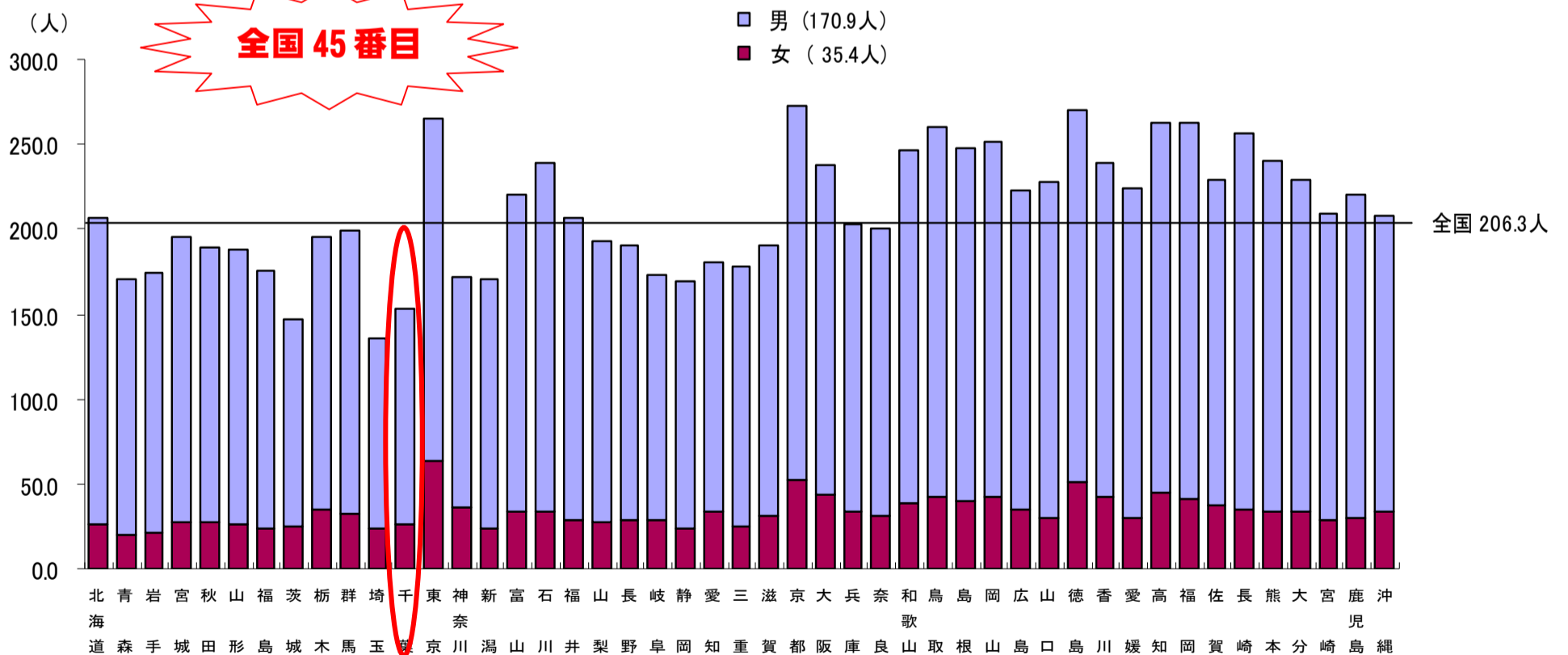


※資料：平成19年度医療施設（動態）調査・病院報告の概況

2 医師の不足

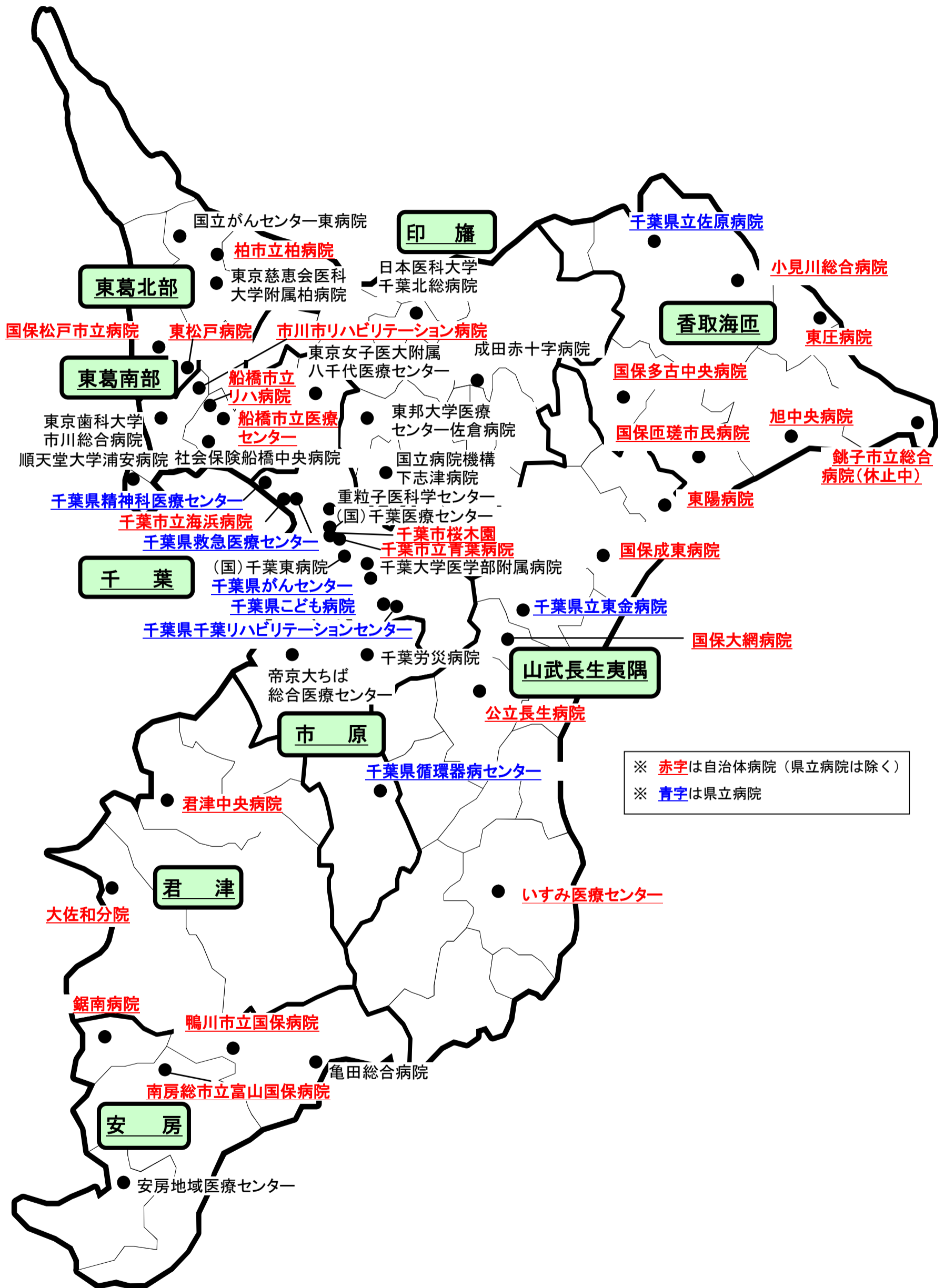
○ 千葉県の医師数：人口10万対 **153.5人**、全国平均 **206.3人**

都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数



※資料：平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況

3 千葉県の二次医療圏と主な病院



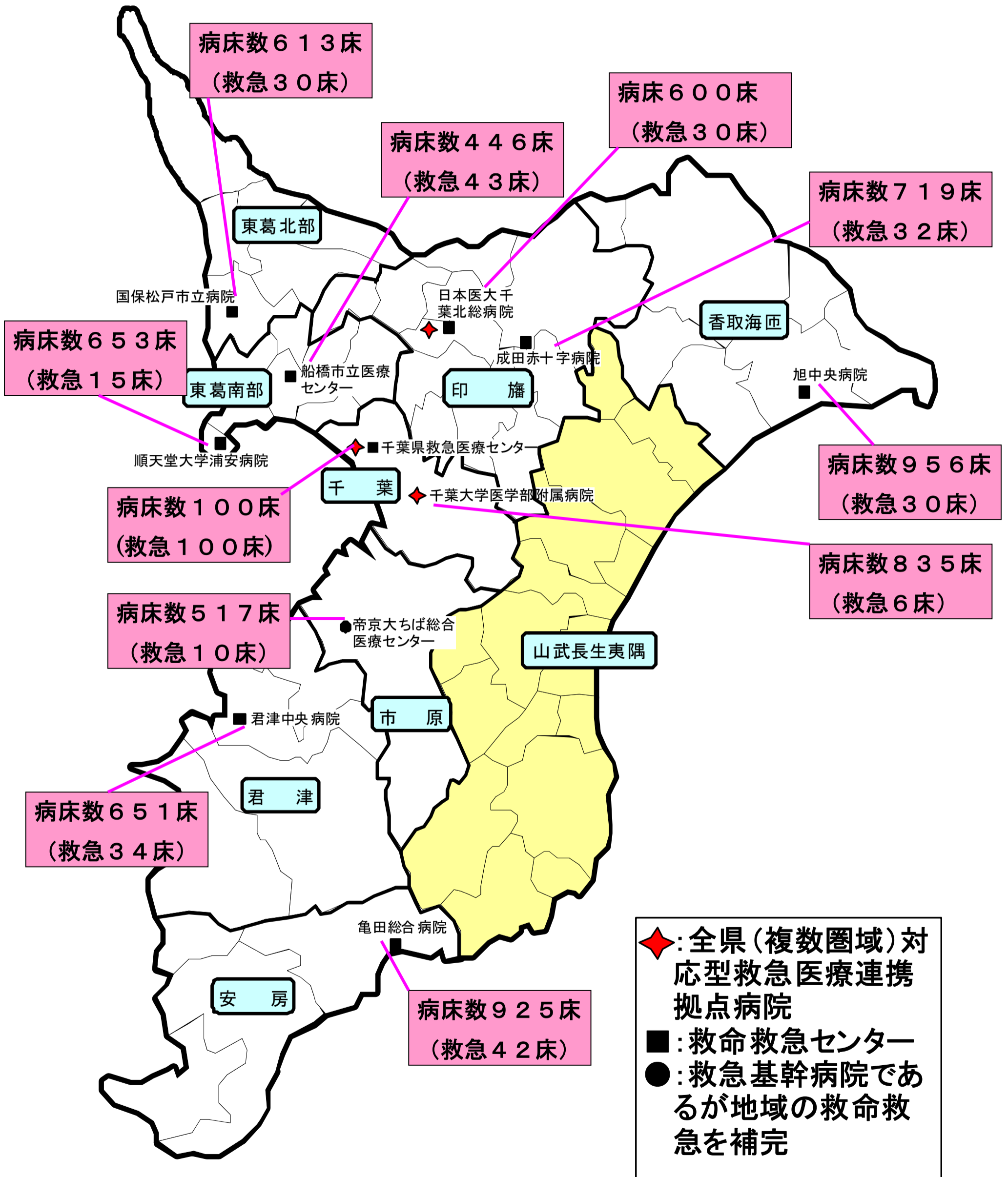
4 医療圏別患者移送に要する総時間

(平成 20 年実態調査)

医療圏	全 数	30分未満	30分～ 1時間未満	1時間～ 1時間30分 未満	1時間30分 ～ 2時間未満	2時間以上	不明
県平均	32,804	13,053	17,410	1,975	249	113	4
	100%	39.80%	53.10%	6.00%	0.80%	0.30%	0.00%
千葉医療圏	5,644	2,413	2,934	264	25	8	0
	100%	42.80%	52.00%	4.70%	0.40%	0.10%	0.00%
東葛南部医療圏	8,837	3,279	4,904	560	68	25	1
	100%	37.10%	55.50%	6.30%	0.80%	0.30%	0.00%
東葛北部医療圏	6,543	3,572	2,744	174	30	22	1
	100%	54.60%	41.90%	2.70%	0.50%	0.30%	0.00%
印旛医療圏	3,430	1,046	2,169	179	22	14	0
	100%	30.50%	63.20%	5.20%	0.60%	0.40%	0.00%
香取海匝医療圏	1,561	608	835	101	10	7	0
	100%	38.90%	53.50%	6.50%	0.60%	0.40%	0.00%
山武長生夷隅医療圏	2,540	527	1,500	426	62	25	0
	100%	20.70%	59.10%	16.80%	2.40%	1.00%	0.00%
安房医療圏	834	299	438	87	8	1	1
	100%	35.90%	52.50%	10.40%	1.00%	0.10%	0.10%
君津医療圏	1,827	670	1,036	103	14	4	0
	100%	36.70%	56.70%	5.60%	0.80%	0.20%	0.00%
市原医療圏	1,588	639	850	81	10	7	1
	100%	40.20%	53.50%	5.10%	0.60%	0.40%	0.00%

※ 東葛北部医療圏では、30分未満での到着が約5割となっているが、**山武長生夷隅医療圏では約2割**となっているなど、**地域間による格差が見られる。**

5 千葉県内の救命救急センター



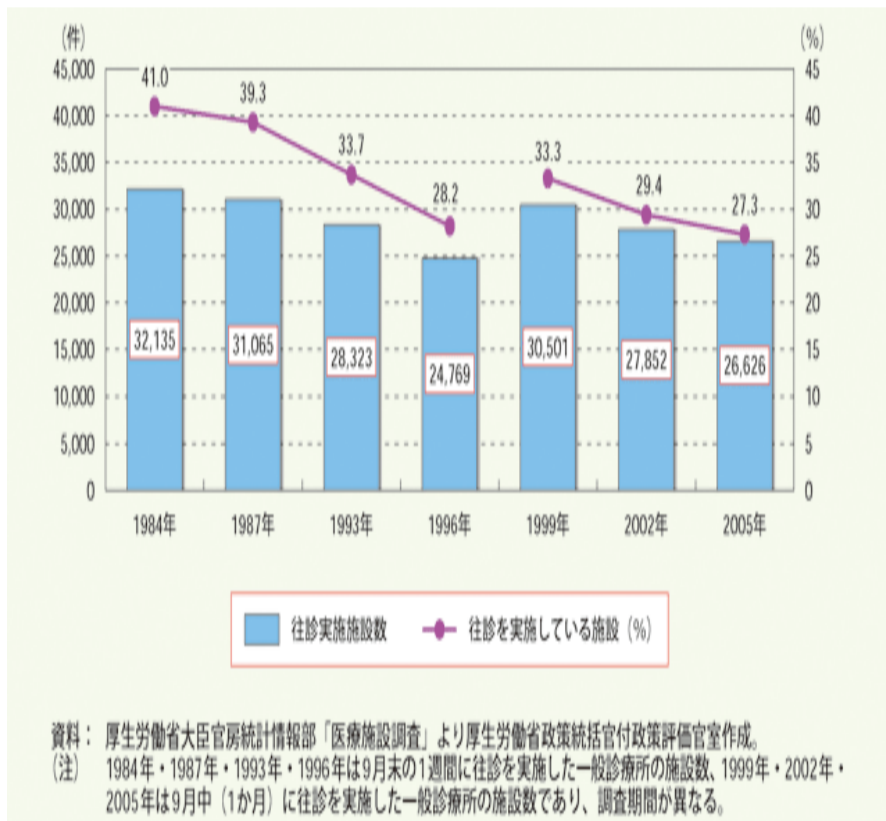
II 千葉県における高齢化の現状と課題

1 一人暮らし高齢者数

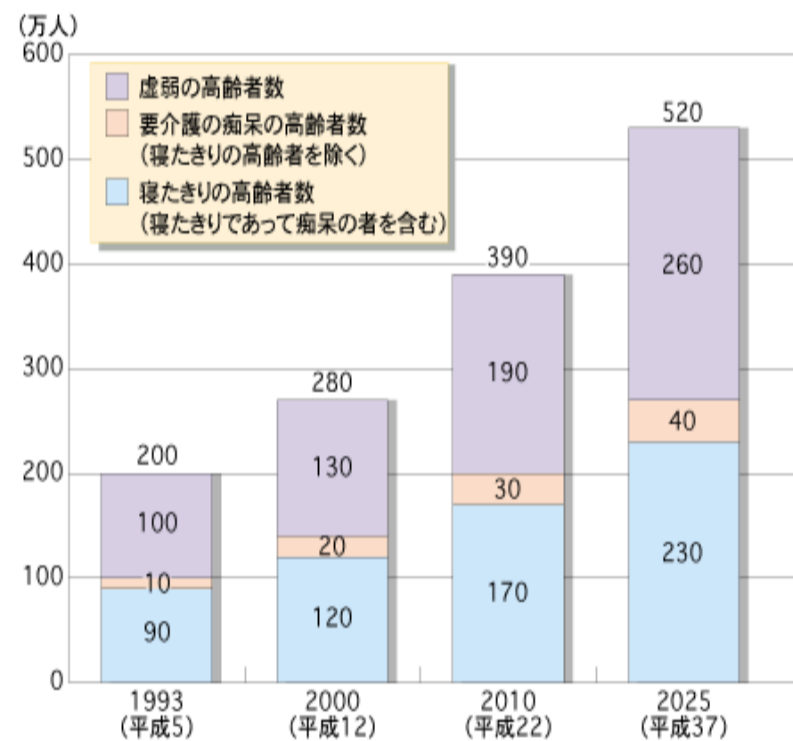
圏域	65歳以上人口①	一人暮らし 高齢者数②	割合②/①
千葉	152,231	23,497	15.4%
東葛南部	245,537	37,142	15.1%
東葛北部	215,447	28,653	13.3%
印旛	107,931	10,882	10.1%
香取海匝	77,566	6,969	9.0%
山武長生夷隅	108,183	11,605	10.7%
安房	43,533	6,141	14.1%
君津	63,542	6,599	10.4%
市原	46,373	5,484	11.8%
県全体	1,060,343	136,972	12.9%

※ 総務省統計局「平成17年国勢調査結果」(10月1日現在)を元に作成。

2 往診を実施している一般診療所数

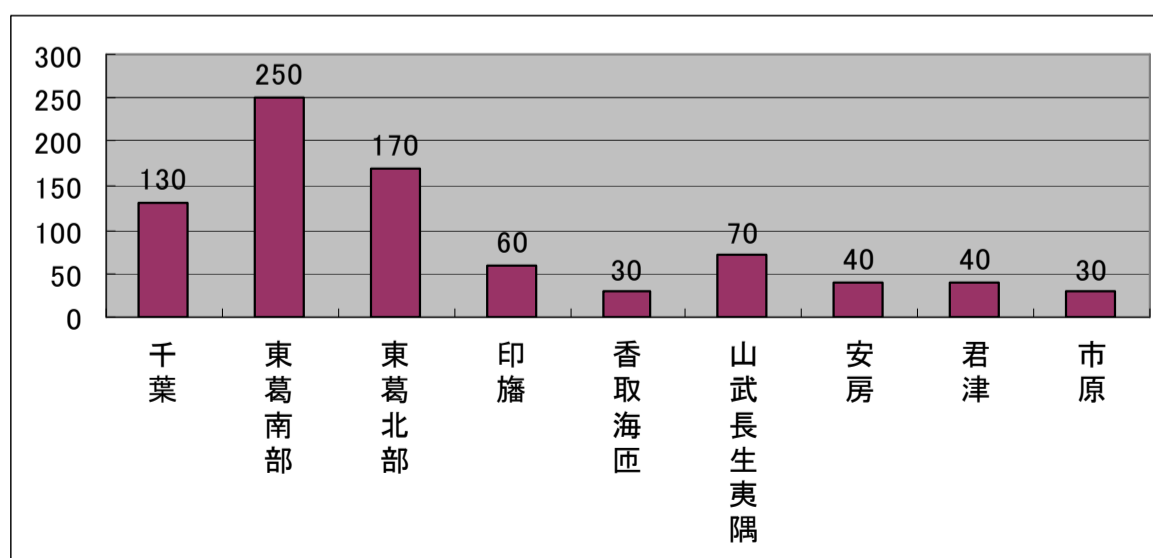


3 寝たきり等高齢者数の将来推計



※厚生白書(平成11年版)

4 60歳以上の一人暮らしの死亡者の概数



Ⅲ 千葉県における近年の医療政策の経緯（医療制度改革以降）

1 医療制度改革の内容

（1）経緯

- 国の医療制度改革の一環として平成18年6月に成立した医療制度改革関連法において、医療法に定める医療計画制度の見直しが講じられたところである。

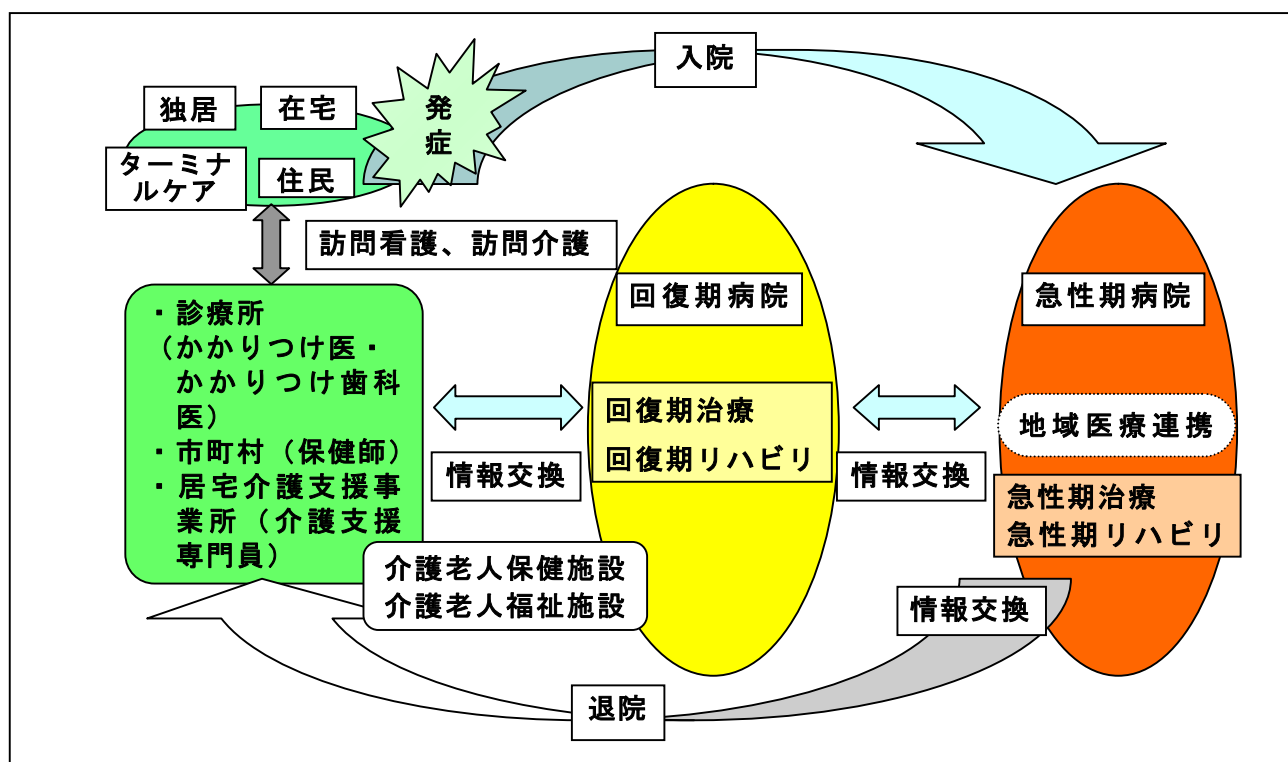
（2）主な内容

- 安心・信頼の医療の確保と予防の重視、医療費適正化の総合的な推進、超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現等を基本的な考え方とした医療制度改革大綱が定められ、この大綱に基づいて「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」が制定されている。この中で、医療法に定められている医療計画制度の見直しが行われており、医療計画に記載すべき事項として、新たに以下の内容等が追加されたところである。
 - ①4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）及び5 事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む））の医療連携体制に関する事項
 - ②「居宅等における医療の確保」に関する事項

2 千葉県の考え方

- 千葉県では、平成18年6月に千葉県保健医療計画の全面改定を行い、平成18年度から22年度までの5年間を計画期間とする新たな保健医療計画を策定したところである。
- 平成18年の改定では、少子高齢化の急速な進展、生活習慣病の増加を中心とする疾病構造の変化、医療技術の進歩による医療の専門・高度化、市町村合併をはじめとする社会情勢の変化など、保健医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、県民の多様化したニーズに的確に対応し、21世紀における地域の実情に即した保健医療サービスを積極的に推進していくため、県内の保健医療資源を有効に活用し、その適正な配置を図るとともに分かり易い指標を使用した各施策の評価と、県民に対する適切な情報の提供と選択の支援などの視点を加えることを中心とした計画を策定している。
- その後、平成18年6月に医療制度改革関連法が成立したことを受けて、千葉県では、単に国の制度改正を受けて都道府県の義務的な業務のみを実施するのではなく、健康づくり・医療・福祉に対する県民の満足度を向上させる絶好の機会と捉えて、これまで千葉県で抜本的に行うことができなかった医療機関の役割分担とネットワークの構築（医療の再構築）及び包括的在宅医療（ケア）システムの構築に向けた取り組みを進めていき、千葉県の医療の再構築を行い、千葉県の医療のさらなる向上を果たす決意で取り組んでいる。

- 具体的な対応として、平成 20 年 4 月に千葉県保健医療計画の計画期間中における一部改定を実施している。一部改定のポイントは、「循環型地域医療連携システムの構築」、「基盤（ストラクチャー）・過程（プロセス）・結果（アウトカム）」といった多面的な観点による、千葉県独自の数値目標の設定」、「二次医療圏の見直し」、「総合診療機能の充実・強化」、「県立病院と県が担うべき政策医療」であるが、特に一部改定の最も大きなポイントとなる「循環型地域医療連携システムの構築」については、4 疾病 4 事業（千葉県ではへき地医療を除く）の医療連携体制を急性期から回復期、在宅に至る医療機関の治療と保健・福祉サービスを連動させる「循環型地域医療連携システム」を二次医療圏ごとに構築している。



3 循環型地域医療連携システムの構築

(1) 循環型地域医療連携システムの構築の基本的な考え方

- 地域のかかりつけ診療所で対応可能な患者が、高度医療を提供する中核病院に集中し、病院の勤務医が過酷な勤務環境になっている現状がある。限られた医療資源の中で、無駄のない効率的な医療体制を構築するためには、各二次医療圏内の診療所や病院等の医療機関の具体的な役割分担を明確化し、患者を中心に置いて、急性期、回復期等の段階に応じた循環型の医療連携システムを構築する必要がある。

- 限りある医療資源を効果的・効率的に活用するためには、医療資源の持つ機能を整理し、患者の疾病の段階に応じて患者が最も適切な医療資源を利用することができる流れを構築することが重要である。

- そこで、「がん」、「脳卒中」、「急性心筋梗塞」、「糖尿病」の4疾病並びに「救急医療」、「災害時における医療」、「周産期医療」、「小児医療（小児救急医療を含む）」の4事業（以下、「4疾病4事業」という。）について急性期から回復期、在宅に至る医療機関の治療と保健・福祉サービスを連動させる「循環型地域医療連携システム」を二次医療圏ごとに構築し、医療従事者並びに地域住民の方に示している。

（2）病院間・病診間の役割分担とネットワークを明確化

- 医療機関の連携体制の構築を進める上で、それぞれの医療資源が持つ機能を整理し医療機関等の役割分担を行うとともに、各医療機能のネットワークを明確にする必要がある。そこで、連携イメージ図を作成し、各疾病の急性期、回復期、在宅に至るまでの二次医療圏内の病院・診療所等の医療機関の役割分担とネットワークを明示している。
- 「循環型地域医療連携システムイメージ図」によって役割分担を示したことにより、大病院等への患者集中が加速され、医師の疲弊があってはならないと考えており、本システムは、そのような医師の疲弊を防ぐ意味での役割分担も含まれている。患者は最初に「かかりつけ診療所」で受診し、必要に応じて専門病院等へ紹介されるシステムとしている。
- 連携イメージ図の作成にあたっては、がんや脳卒中等の疾病ごとに、
 - ①手術など急性期を担当する医療機関（急性期病院等）
 - ②運動機能等の回復期を担当する医療機関（回復期・リハビリ病院等）
 - ③通院での治療を担当する医療機関（かかりつけ医）などに医療機関の役割を整理し、患者の疾病の段階に応じて患者が最も適切な医療資源を利用することができる流れを構築している。

（3）在宅医療を担う医療機関の明確化と機能強化

- 循環型地域医療連携システムの構築にあたっては、連携の最終的な受け皿となる在宅医療の充実が必要となっている。そのため、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所の実態調査を行うとともに、在宅療養支援診療所の機能強化に取り組んでいる。
- 在宅療養支援診療所の実態調査は、平成19年7月に、県内の在宅療養支援診療所（180か所）を対象にして実施しており、在宅療養支援診療所の医師数や診療体制、患者数や患者の診療実態、その他に在宅療養支援診療所の今後の課題等について調査を行っている。
- 調査結果からは、医師一人の診療所が約60%となっており、24時間対応するためには地域での連携が必要となっていること、初診患者の約52%が直接来診で、病院からの紹介が約8%とまだ連携が進んでいないこと、今後の課題としては最も多かったのが緊急時の入院体制の確保（約65%）などが明らかとなっている。

- 県では、実態調査の結果等を踏まえて、在宅療養支援診療所の機能強化に取り組んでいるところである。これは、千葉県においても急速に高齢化が進む中、高齢者が住みなれた地域で安心して生活し療養できるよう、在宅療養や在宅看取りの中心的な役割を担う在宅療養支援診療所に関して、連携会議等を開催し、在宅療養支援診療所のネットワーク化の推進等による機能強化を図ることにより、地域で求められ必要とされている役割を十分に果たすことを目的としている。

(4) 各機能を担う具体的医療機関名を明示

- 循環型地域医療連携システムの構築のため、県では平成19年8月に県内の全ての病院を対象に医療機能調査を実施し、各病院が連携イメージ図に明示した役割分担のうち具体的にどの部分を担っているのか、疾病ごとに各病院が対応可能な医療機能を確認している。
- しかしながら、医療機能調査結果に基づいて、単に医療圏ごと、疾病・事業ごとに、急性期病院・回復期病院などの医療資源リストを表示するだけでは、医療機関にとって使い勝手が悪く実際の役割分担とその実行につながらない。また、患者にとっても急性期病院から回復期病院に転院するような場合など、複数の医療機関をまたいで受療する場合に、地域の医療資源を具体的にどのように活用すればよいのか適切な選択につながらないこととなる。
- そこで、千葉県では、①「疾病ごとに、役割分担とネットワークの流れを具体的に示したイメージ図」、②「圏域ごとに、イメージ図の中のそれぞれの役割を実際に担当している医療機関を示したリスト」を1つのセットとなった循環型地域医療連携システムを明示している。
- このシステムによって、医療関係者が医療連携に活用するだけでなく、患者や県民自身が、疾病を発症してから急性期・回復期の医療機関にかかり、最終的に在宅に至るまでの間に、地域のどの医療機関に受診していくのか具体的な医療機関名を挙げて確認することができるとともに、患者自身が医療機関にどのように受診するのか判断することも可能となり、安心して医療を受けることができることから、医療への満足度の向上にもつながるものである。

4 地域医療連携パスの必要性

(1) 地域医療連携パスの必要性

- 20年4月に一部改定を行った保健医療計画において、4疾病4事業について急性期から回復期、在宅に至る医療機関の治療と保健・福祉サービスを連動させる循環型地域医療連携システムを二次医療圏ごとに構築しているが、この連携システムは医療機関等の役割分担とネットワークを明確化したに過ぎず、それだけでは具体的な連携は進展しない。

- そのため、連携システムを「絵に描いた餅」にしないためにも、具体的に連携を実行させて、急性期から回復期を経て在宅（かかりつけ医）までを連結するツールとなる「地域医療連携パス」が必要となっている。

（２）地域医療連携パスのメリット

具体的な連携を実行するための地域医療連携パスを活用することにより、病院、診療所（かかりつけ医）にそれぞれ多くのメリットが生じている。

ア 病院

- 診療所との適切な役割分担により、病院は急性期、専門医療等に診療機能または医療資源を特化・集中することが可能となる。
- 診療所（かかりつけ医）と適切な連携を図ることにより、病院で行うべき急性期・回復期の診療が終了した患者に対し、病期に応じた適切な対応をとることができ、在院日数の短縮を図ることができる。

イ 診療所（かかりつけ医）

- 病院との地域医療連携パスや情報の交換が進むことにより、診療所の診療レベルの向上や診療プロセスの標準化が図られるとともに、病院と「顔の見える連携」が進むことによって病院から診療所への逆紹介患者が増加するとともに、診療所に対する患者からの信頼度の向上等の効果が発生する。

ウ 患者

- 予め診療計画を確認し、医師等と情報を共有することにより、患者は安心して医療を受けることができる。また、疾病の病期に応じた適切な医療を受けられるとともに、その効果として在院日数の短縮が図られることにより早期に住み慣れた地域（自宅）に戻ることが可能となる。

（３）全県共用地域医療連携パスの必要性について

- 県は、循環型地域医療連携システムの構築を踏まえて、次のステップとなる地域医療連携パスの構築・活用の推進に向けた取組みを開始したが、平成 20 年 6 月に、地域の医療関係者と医療連携に関する情報交換、情報共有、地域の実情の把握等を目的として病院連携室会議を圏域ごとに開催し、合わせてアンケート調査を実施した。
- その結果、多数の病院が地域医療連携パスの必要性を認識しているとともに、同じ疾病に複数の地域医療連携パスができると回復期の医療機関を中心にスタッフが混乱するので、県内での共用化が望ましいこと、さらに、地域医療連携パスの全県共用化を図ることによって、連携パスの作成や運用に係る手間が軽減されるという意見が多数を占めている。

- このように、県内の医療関係者の多くの意見として、一部地域だけでなく、県内すべてで共用できる地域医療連携パスが必要となっていることを踏まえて、平成 20 年から県内の医療関係者との協働により全県共用地域医療連携パスの作成に向けて検討を進めていくこととなった。

5 全県共用地域医療連携パスの作成

(1) 全県共用地域医療連携パスの作成

- 千葉県では、平成 20 年 9 月から平成 21 年 3 月にかけて医師会や関係病院など千葉県の医療関係者の総力を結集して全県共用地域医療連携パスの作成に向けた検討を進めてきたが、その結晶として平成 21 年 4 月に「千葉県共用地域医療連携パスの例示モデル」を作成し、県内の全ての医療機関等に配布を行ったところである。
- この全県共用地域医療連携パスは各医療機関に使用を強制するものではなく、あくまでも例示モデルとして公表しており、今後は全県的な普及とともに、実際に使用した医療関係者の意見等をもとにした評価・改良を進めるなど、様々な取り組みを進めていくこととしている。

(2) 全県共用地域医療連携パスの特徴

- 千葉県共用地域医療連携パス（例示モデル）は、全国に先がけて、4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）のすべてを揃えて、千葉県全域で共用が可能な地域医療連携パスを目的に作成されている。
- 千葉県共用地域医療連携パス（例示モデル）の全県的な普及に向けて、県医師会と県では専用のホームページ（<http://www.remkei-path.org/>）を開設し、例示モデルの疾病ごとの様式や運用の手引きをダウンロードし活用できるようにしているほか、例示モデルの使用にあたって各医療機関が参考にさせていただく情報を提供している。また、実際に例示モデルを使用している医療機関から意見を受け付けているところである。
- 千葉県共用地域医療連携パスの普及促進のため、県医師会と県では千葉県共用地域医療連携パスの普及・使用等に協力いただける医療機関（普及協力医療機関）を募集しており、登録された医療機関については名称を専用ホームページに掲載している。このように、専用ホームページにおいて普及協力医療機関を医療圏ごとに検索できるようにすることで、医療機関は相互に連携先を確保するための判断材料として活用することができるとともに、県民にとっても医療機関を選ぶ上での重要な参考情報になる。

(3) 全県共用地域医療連携パスの作成過程

- 全県共用地域医療連携パスの作成にあたっては、県内の医療関係者を中心に、県内の様々な関係者が協働し、総力を結集するため、幾多のプロセスを経て作成している。

ア 医療関係者等によるワーキンググループの設置及び検討

- 全県共用地域医療連携パスの検討にあたっては、その中心的な役割を担うワーキンググループを県医師会に設置している。ワーキンググループは、①地域医療連携パスをすでに作成・運用している病院関係者、②疾病ごとに先進的な取り組みをしている病院、診療所関係者、③全国自治体病院協議会や地域医療連携パスモデル地域の病院関係者、④県医師会関係者、⑤県保健医療計画関係者、により構成されているほか、脳卒中のワーキンググループにおいては、サブグループ委員として介護福祉関係者が参加している。

疾病の種類	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病	合計
委員数	11人	16人	14人	13人	延べ54人

※脳卒中 WG は上記の他、介護福祉関係者 13 人がサブグループ委員として参加

- ワーキンググループの検討にあたっては、4 疾病それぞれについて 1 疾病あたり月 1 回ワーキンググループ開催し、平成 20 年 9 月から平成 21 年 2 月までの期間に 4 疾病で延べ 17 回開催し、継続的に検討を行ってきた。
- ワーキンググループの検討により、4 疾病それぞれについて全県共用地域医療連携パスの例示モデルの書式形態や記載事項等の主な内容を具体的に構成している。

イ 県内の医療関係者が参集した研究会（シンポジウム）の開催

- 平成 20 年 10 月及び 21 年 2 月の 2 回にわたり、県内の病院関係者、医師会、行政機関等、延べ 672 名の医療関係者が参集し、研究会（シンポジウム）を開催している。この中で、地域医療連携パスをすでに使用している医療機関が事例を発表したほか、全県共用地域医療連携パスの検討状況やその内容、そして例示モデルの発表、意見交換等を実施したところである。

ウ 圏域ごとの関係者による検討

- 全県共用地域医療連携パスの作成に向けて、各地域の医療関係者等の意見や各地域の実情を十分に踏まえた検討を行うため、圏域ごとに病院連携室会議や地域保健医療協議会を開催している。

(ア) 病院地域連携室等の連絡会議及びアンケートの実施

- 平成 20 年 6 月及び 7 月に各病院の地域連携室担当者による連絡会議を医療圏ごとに開催し、県内 9 医療圏で合計 172 病院から 256 名の参加者があり、全県共用地域医療連携パスの作成に向けた意見交換を実施した。

- また、地域連携室担当者の連絡会議と合わせて、平成 20 年 6 月に各病院にアンケートを実施し、合計 194 病院から回答を得ている。このように県内病院関係者の多様な意見を聴取し、検討に反映したところである。

(イ) 地域保健医療協議会

- 圏域内の医療関係者や市町村長、その他行政機関の長等を構成員として医療圏ごとに設置されている地域保健医療協議会を県内 9 医療圏において開催し、幅広い分野から地域の実情を踏まえた検討を行っている。

エ 県のホームページを通じた意見募集

- 検討にあたっては、医療関係者だけの意見により作成するのではなく、医療関係者とともに地域医療連携パスを使用する県民側からの多様な意見を反映する必要があるため、平成 21 年 2 月に県ホームページに全県共用地域医療連携パス（例示モデル）を掲載し、県民から幅広く意見募集を行った。

オ 千葉県医療審議会における審議

- 上記アからエの検討のほか、本県の医療提供体制の確保に係る重要事項を審議する医療審議会を平成 20 年度に計 3 回開催し、審議を経て全県共用地域医療連携パスを最終的に完成したところである。

カ 全県下に全県共用地域医療連携パスを配布

- 平成 21 年 4 月 27 日、完成した千葉県共用地域医療連携パス（例示モデル）を、県内全ての医療機関（病院 283、診療所 3,687）や医療関係団体（125）、地区医師会（26）等、全県下に配布を行っている。また、全県共用地域医療連携パスの全県的な普及を進めるため、県内各病院を回り、千葉県共用地域医療連携パスの使用等の協力依頼を行っているところである。

- 今回、全県下に配布した千葉県共用地域医療連携パスの例示モデルは、実際に使用している医療機関からの意見等をもとに、今年度も県医師会に設置したワーキンググループにおいて、疾病ごとに評価・見直しを進めているところである。

(4) 全県共用地域医療連携パスの全県への普及に向けた県内の状況

- 脳卒中の地域医療連携パスは、診療報酬上の措置があることから、他の疾病より一歩先に県内各地で統一化に向けた取り組みが進んでおり、地域医療連携パスが使用されている医療圏人口は 450 万人に達している。

- がんの地域医療連携パスについては、がん診療連携拠点病院がその責務として地域医療連携パスを作成しなければならないこととなっており、平成 21 年度からは、がん診療連携拠点病院により構成する協議会において、千葉県共用地域医療連携パスの例示モデルをベースにさらに検討を

進めている。

- 脳卒中やがん以外の急性心筋梗塞、糖尿病についても、県内医療機関において連携パスの活用が始まっている。

普及が進む全県共用パス

参加医療機関等	地域	導入状況
急性期3病院 ・帝京大学ちば総合医療センター(517床) ・千葉県循環器病センター(220床) ・千葉労災病院(400床) 連携施設5施設等 ・白金整形外科病院(128床) ・大倉リハビリテーションクリニック(19床) ・五井病院(118床) ・おゆみ野診療所(19床) ・山之内病院(142床) 等 連携先かかりつけ医	市原 (一部は千葉、長生地域)	・20年4月から地域共通パスの運用 ・21年4月20日より全県共用パスに移行 ≪参考≫ ・患者の69%が脳血管疾患 ・脳卒中患者の14.3%に連携パスを使用 (受入患者の医療圏の合計人口は450万人)
・千葉脳神経外科病院(99床) ・連携先かかりつけ医	千葉	・21年4月20日より全県共用パスに移行
・東京湾岸リハビリテーション病院(160床) ・連携先かかりつけ医	東葛南部	・21年5月より全県共用パスを使用
・東京女子医大八千代医療センター(355床) ・日本医大千葉北総病院(600床) ・東邦大佐倉病院(451床) ・連携先かかりつけ医	東葛南部 印旛	・平成20年から共通パスを使用
・東京女子医大八千代医療センター(355床) ・連携先かかりつけ医	東葛南部	・本年8月から全県共用パスを導入 ・他の疾病について、順次導入の予定
・東京歯科大市川総合病院(570床) ・連携先かかりつけ医	東葛南部	・本年9月から全県共用パスを導入
・旭中央病院(956床) ・連携先かかりつけ医	香取海 匝	・本年9月から全県共用パスを導入予定

参加医療機関等	地域	導入状況
<ul style="list-style-type: none"> ・ 千葉徳洲会病院（304床） ・ 市川市リハビリテーション病院（100床） 	東葛南部	<ul style="list-style-type: none"> ・ 近日、脳卒中の全県共有パスを導入予定
<ul style="list-style-type: none"> ・ 東松戸病院（613床） ・ 旭神経内科リハビリテーション病院（88床） 	東葛北部	

(5) メディアや医療関係者に注目されている千葉県共用地域医療連携パス

- 千葉県共用地域医療連携パスは、本年4月に公表後、医学雑誌等の各種メディアに多く取り上げられており、医療関係者からの注目の高さがうかがえる。

ア 5月15日配信「厚生政策情報センター配信情報」〔メディキャスト(株)〕
 ≪千葉県共用地域医療連携パスについて≫

- 千葉県では、全県共有となる地域医療連携パスを県医師会や関係病院などの医療関係者と検討を重ね、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）について、地域医療連携パスを作成した。

イ 5月15日配信「インナビネット」〔(株)インナービジョン〕

≪千葉県で「千葉県共用地域医療連携パス」の例示モデルが完成し、県内医療機関に送付≫

- 千葉県によると、県内共通の地域連携パスが普及することにより、患者や医療機関が情報を共有でき、医療現場では、プライマリ・ケアと専門医療の役割分担、医療の細分化、高度化への対応、大病院への患者の集中の改善、複数のパスが使用されることによる医療現場の手間の軽減や混乱などの防止のメリットがあり、患者・県民にとっては、状況に応じた最適な医療の提供、患者の安心の確保といったメリットがある。

ウ 6月25日発行「インナービジョン（7月号）」〔(株)インナービジョン〕

≪千葉県が「千葉県共用地域医療連携パス」の例示モデルを県内医療機関に送付≫

- 千葉県は、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）について、県内すべての医療機関で共用できる「千葉県共用地域医療連携パス」の例示モデルを完成させ、4月27日に県内すべての医療機関に送付した。

- 千葉県共用地域医療連携パスは、病院地域連携室会議の開催や県医師会へのワーキンググループの設置による医師会や関係病院などの医療関係者を中心とした検討、県医師会との共催による地域医療連携パス研究会の開催など、県内の医療関係者の協力を得て作成された。

エ 7月1日発行「月刊新医療（7月号）」〔(株)エム・イー振興協会〕

≪千葉県 地域医療連携パス例示モデル作成≫

- 千葉県は、「千葉県共用地域医療連携パス」〔例示モデル〕を作成し、県内の医療機関、医療関係団体等に送付した。同モデルは、県医師会や関係病院などと検討を重ね、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）にかかる全県共用地域医療連携パス〔例示モデル〕として完成したものである。

オ 8月4日配信「メディファックス」〔(株)じほう〕

≪「4疾病」で全県共用の連携パス 千葉県医≫

- 千葉県医師会は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病ごとに「千葉県共用地域医療連携パス」を策定し、今年度から普及に向けた取り組みを千葉県とともに開始した。県によると、4疾病で形式を統一した連携パスの策定は、全国でも初めての取り組み。連携パスの普及協力医療機関は、7月末までに143施設の登録を受け付けた。
- 連携パスは今後さらに改良していく方針で、2009年度もワーキンググループを設置。専用ホームページも立ち上げ、連携パスや普及協力医療機関のリストを掲載するほか、連携パスに対する意見の受け付けも行っている。

IV 地域医療再生計画の対象地域の考え方

1 基本的考え方

- 千葉県には、計9つの二次医療圏があるが、どの医療圏にとっても、地域医療、特に医療提供体制の問題を抱えている。したがって、本来であれば、全ての医療圏を地域医療再生計画の対象地域として、それぞれに必要な事業を推進していくことが重要であるが、千葉県では地域医療再生基金の制度趣旨を踏まえ、今回策定した千葉県地域医療再生プログラムにおいては、二つの二次医療圏をその対象地域とすることとしている。

- 次に、どのような基準で対象地域を選ぶかが問題となる。千葉県中の医療関係者はもちろんのこと、県民が納得できる対象地域の選定でなければならない。そのためには、対象地域を選定するための明確な基準の設定とその基準に基づく公平・公正な審議と判断が不可欠である。そのため、千葉県では、まず対象地域の選定の基準として、3つの必要条件、2つの十分条件を設定している。「必要条件」とは、どういう観点から対象地域を選ぶかという条件（基準）であり、「十分条件」とは、「必要条件」に基づいて考えられる対象地域が地域医療再生の観点からどのような効果を実現できるかという条件（基準）である。

（3つの必要条件）

1. 医療供給体制が最低限確保すべきライン（絶対量）を割る危機的状況にある医療圏
2. 圏域の医療崩壊の危機について、圏域内の住民はもちろんのこと、県民・国民の関心が高い医療圏
3. 近年、地域医療の再生に向けて医療圏域内においても様々議論が始まっている医療圏

（2つの十分条件）

1. 医療再生基金が継続する5年間の間に地域医療の再生が必ず実現する医療圏
2. 千葉県の「目指すべき地域医療」に向かって解決すべき課題が、医療圏域内の喫緊の医療の課題と共通しており、今回の成果を他の医療圏でも活用・普及できる医療圏

2 3つの「必要条件」からの検討

（1）医療供給体制が最低限確保すべきライン（絶対量）を割る危機的状況にある医療圏

- 前記のとおり、千葉県内には計9つの医療圏が存在しているが、いずれの医療圏においても、都市部には都市部なりの、また郡部には郡部なりの、それぞれ地域医療の課題を抱えている。しかし、特に太平洋に面した地域は、医療機関や医師の絶対数が少なく、近年の医師不足の影響を強く受け、医療機関の診療科の廃止・休止が続いており、最低限確保すべき医療提供システムが危機的状況にあるということがでる。

- 具体的には、香取・海匠医療圏においては、銚子市立総合病院の突然の休止に代表されるように、これまで地域医療を担ってきた中規模の自治体病院（匝瑳市民病院、多古中央病院、小見川総合病院、東庄病院、休止中の銚子市立病院、県立佐原病院）の診療機能が崩壊の危機に瀕している。また、周辺の自治体病院の診療機能の低下により、拠点病院としての役割を担ってきた旭中央病院への患者集中が生じ、旭中央病院自身も診療機能の破綻の危機に瀕している。
- 山武・長生・夷隅医療圏においては、そもそも圏域内に拠点病院と3次救急を担う救命救急センターがない。また、医師不足等の影響により、圏域内の2次救急・初期救急の確保が極めて厳しい状況に追い込まれている。これらの結果、救急患者の医療機関への搬送時間が県内で最も長く、また医療圏外への搬送割合、医療圏内における他消防管内への搬送割合が極めて高くなっており、他の医療圏ではみられないような救急医療の危機に瀕しているといえることができる。

(2) 圏域の医療崩壊の危機について、圏域内の住民はもちろんのこと、県民・国民の関心が高い医療圏

- 千葉県では、自治体病院の機能縮小や経営危機に関する問題及び、救急体制の機能強化への関心が、他の都道府県に比べて特に高いといえることができる。その理由として、香取・海匠医療圏においては、銚子市立総合病院の休止とその後の病院再開問題により、当時の銚子市長のリコールへと発展し、市長が病院問題で交代せざるを得なくなるという結果を生み出した。また、旭中央病院を含めて、圏域の自治体病院の経営悪化の改善と存続要望が続いている。
- また、山武・長生・夷隅医療圏においては救命救急センター機能を有した医療センターの整備に対し、2万6397人の署名を添えた要望書が提出され、地域住民の医療に対するニーズと関心の高さの表れとなっている。
- これらの二つの医療圏の医療崩壊の問題は、県議会や市町村議会で問題提起されるとともに、日々マスコミ等で取り上げられており、これらの地域住民自身の問題認識のみならず、千葉県内全域そして全国的に話題を集めているといえることができる。

(3) 近年、地域医療の再生に向けて医療圏域内においても様々議論が始まっている医療圏

- 総務省が平成19年に定めた「公立病院改革ガイドライン」により、地域における医療機関の再編・ネットワークに関する取り組みが求められているが、千葉県内においても、地域住民や各自治体の意見の隔たりから、

具体的な展開には、なかなか発展していないのが現状である。

- しかしながら、香取・海匠医療圏においては、平成18年から地域の自治体病院の役割分担と再編を目指す首長レベル検討組織ができて、機能再編に向けた機運が盛り上がっている。また、山武・長生・夷隅医療圏においては、地域の拠点病院として、救急医療と急性期医療に軸足をおいた（仮称）九十九里地域医療センターが、東金市と九十九里町の1市1町において、平成25年度中の開設を目指して検討と準備が進められ、住民を巻き込んだ救急医療体制の再構築に向けた機運が盛り上がっている。

以上のことから、必要条件から、香取海匠と山武長生夷隅がポイントとなる。

3 2つの「十分条件」からの検討

(1) 医療再生基金が継続する5年間の間に地域医療の再生が必ず実現する医療圏

- 香取・海匠医療圏及び山武・長生・夷隅医療圏では、地域医療再生への課題が明確（香取・海匠医療圏では医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化、山武・長生・夷隅医療圏では、救急医療体制の構築）であり、これらの課題は地域の自治体関係者、医療関係者等で共有されている。また両地域とも、これらの課題解決に向けた具体的な機運が盛り上がっている。したがって、地域の総意のもと、この地域医療再生計画を実施した場合、5年以内での必ず具体的成果が挙げると言える。

(2) 千葉県の「目指すべき地域医療」に向かって解決すべき課題が、医療圏域内の喫緊の医療の課題と共通しており、今回の成果を他の医療圏でも活用・普及できる医療圏

- 香取・海匠医療圏及び山武・長生・夷隅医療圏の課題は、それぞれ「千葉県が目指すべき地域医療」の課題と合致しており、その成果が県内の他の医療圏や全国的に活用・普及可能となっている。また、香取・海匠医療圏及び山武・長生・夷隅医療圏の地域医療再生が地域医療再生基金で実現することにより、全国的话题になるとともに、地域医療再生基金の有効性・重要性和施策の正当性が立証されることになる。

以上のことから、十分条件にも、香取海匠医療圏と山武長生夷隅医療圏は適合する。

4 対象地域選定のまとめ

- 県内の9つの医療圏においては、それぞれ地域医療の課題を有しているが、今回、香取海匠医療圏と山武・長生・夷隅医療圏の二つの医療圏の地域医療を再生することにより、千葉県内の医療のボトムアップ化が図られ、その効果は県内全ての医療圏に波及することになる。また各医療圏の共通の問題である医師確保等の事業については、全県的な取り組みとして

今回の事業の中に盛り込んでおり、全ての医療圏への効果が期待されている。

- 以上のことから、千葉県地域医療再生プログラムとしては、対象地域を香取・海浜医療圏と山武・長生・夷隅医療圏として、それぞれの医療圏を対象とした地域医療再生計画を策定することとしている。

V. 香取海匠医療圏・地域医療再生計画

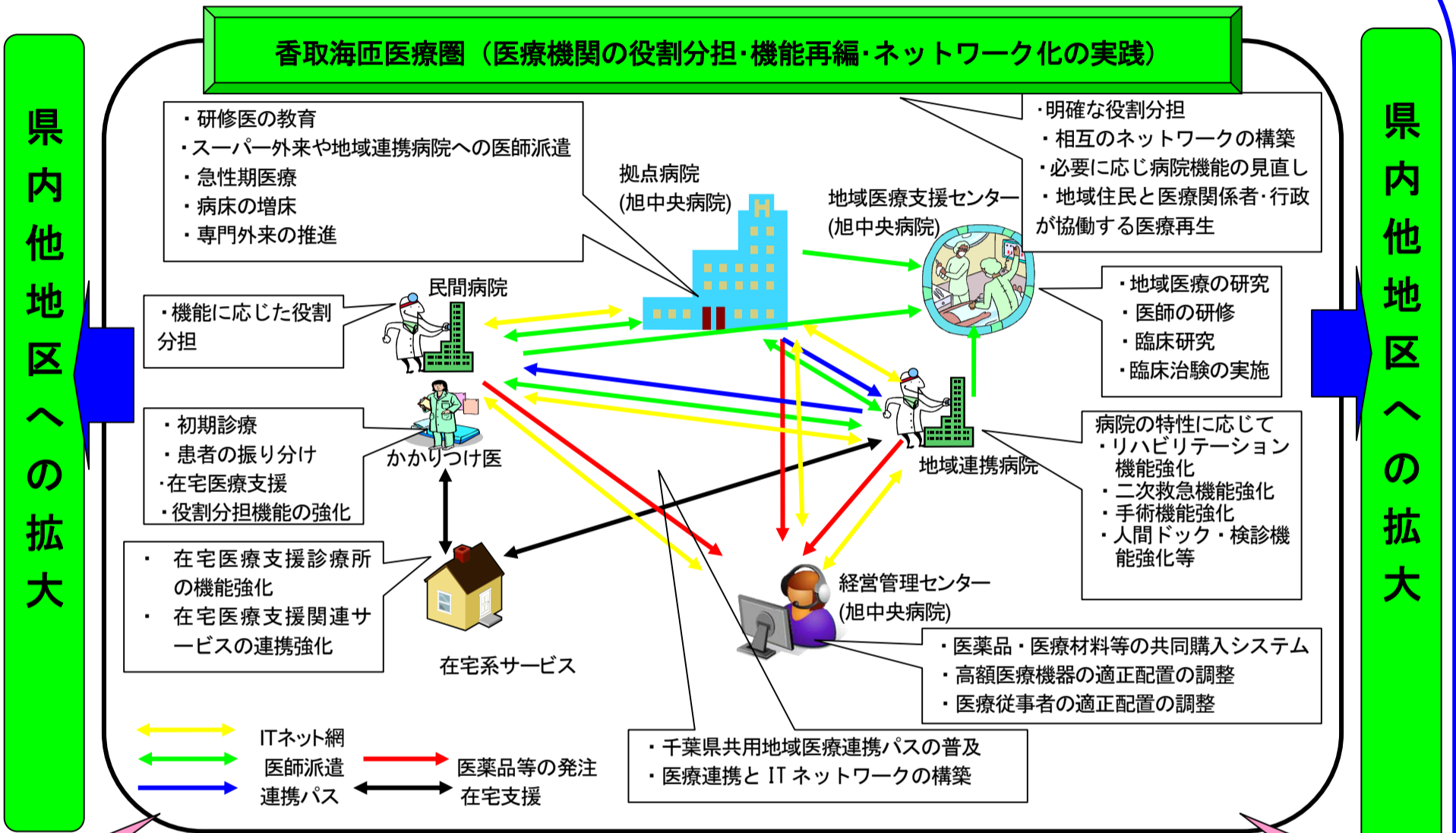
[香取海匠医療圏の課題]

自治体病院の休止で有名になった銚子市立病院が位置し、医療崩壊のモデル例として全国的に問題が共有されている医療圏

1. 地域の医療機関相互の役割分担が不透明である
2. 地域の医療機関相互の連携・ネットワーク化が出来ていない
3. 地域医療を担う医療従事者（特に医師）が集まらない
4. 医療機関の役割分担・機能再編後の受け皿となる在宅医療のシステム化ができていない

課題を包括的・体系的に解決する必要がある

県全体がひとつの医療提供システムとして稼動



千葉県地域医療再生本部

医師確保・研修・就業支援システムの構築

- 医師のスキルアップ
- 看護師のスキルアップ
- 全県の研修医の登録
- 相互研修の調整
- 勤務先の紹介

在宅医療従事者確保・研修システムの構築

- 教育研修プログラムの作成
- 総合在宅医療支援システムの構築
- 地域医療支援センターの在宅研修支援

[課題を解決し地域医療を再生]

- (1) モデル地域において、自治体病院・民間病院・診療所等の役割分担・機能再編・ネットワーク化を先駆的に実施し、全県へ普及させる。
- (2) モデル地域での再生計画に必要な、医療従事者の確保・研修・就業支援等のシステムについては、全県的な支援システムを構築する。
- (3) 上記(1)(2)の取り組みをオール千葉県で進めるため、千葉県地域医療再生本部を設置し、全県的な体制で推進する。

1 対象地域の設定

- 香取海匝保健医療圏は、県北東部に位置し、面積 716.6Km²、人口 31万 4918 人（平成 20 年 4 月 1 日現在）を有する。

圏内には図 1 のとおり、圏内 7 市町のうち 6 市町及び県の 7 つの自治体病院（旭中央病院、小見川総合病院、国保匝瑳市民病院、多古中央病院、銚子市立総合病院、東庄病院、県立佐原病院）が位置し、かねてより圏内の他の医療機関と協働し、地域医療を支えてきた。

- このように、自治体病院を持たない市町村は 1 町のみという中で、これらの自治体病院はそれぞれの地域住民が望む医療機能を整備し、地域医療の充実に努めてきたが、それは、結果として、規模が中程度の自治体病院の機能をいずれも類似したものにしている。

- しかし、近年の医師不足の進行は、医師数が 10 名前後のこれらの病院を直撃し、各自治体病院の診療機能の維持を困難なものにし、病院経営に危機的な状況をもたらしている。当地域の自治体病院を襲っているのは、医師不足が引き金となった医療資源分散の弊害であり、その解決は当地域の喫緊の課題である。

図 1：香取海匝保健医療圏の自治体病院

（平成 21 年 4 月 1 日現在）



- 昨年夏、「銚子ショック！」が全国に衝撃となって走った。この地域の自治体病院の一つである銚子市民病院の突然の休止は、それまで医師を派遣してきた私立大学からの医師の引き上げをきっかけとして、医療機能の低下、経営悪化、銚子市の財政危機の連鎖の結果である。

○ 一方、このような中規模自治体病院の医療機能の低下は、圏域の拠点病院である旭中央病院への患者の集中となって、広域拠点病院としての機能発揮に対する大きな圧迫要因となっている。956床を擁する旭中央病院は3次救急機能を始めとする中核機能を果たしているが、近年、救急受入れ、手術、外来診療等において患者は満杯状態で、診療機能はパンク寸前である。

○ 以上のような状況に対し、圏域の医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化を当地域の緊急の課題ととらえて地域医療の再生を図ることを目的として、香取海匝保健医療圏を対象地域と設定する。

2 対象地域における医療の現状分析

(1) 圏域の性格

○ 圏内には農村地帯が広がり、人口は約30万人、全県の5.1%であるが、圏域の面積は全県の13.9%であり、人口密度は低い。

圏内の人口構成を見ると、高齢化率はすでに25.4%に達し、ほぼ4人に1人が65歳以上の高齢者という状況である。(表1)

(2) 医療資源

○ 圏内5市2町のうち1町を除く6市町が自治体病院を経営し、さらに、県立佐原病院が所在している。具体的には、図1のとおり、旭中央病院(旭市)、小見川総合病院(香取市)、国保匝瑳市民病院(匝瑳市)、多古中央病院(多古町)、銚子市立総合病院(銚子市)、東庄病院(東庄町)、県立佐原病院(香取市)である。その他に、15の医療法人が設置する病院、179の診療所があり、協働し地域医療を支えている。(表2)

表1：圏域について

	圏域	千葉県
面積(対全県比)	716.60km ² (13.9%)	5156.60km ²
総人口(対全県比)	314,918人(5.1%)	6,199,089人
高齢化率	25.4%	19.1%

(面積:平成20年10月1日現在、人口:平成20年4月1日現在)

表2：圏内の医療機関

圏域の病院	22(うち休院1)
自治体病院	7
医療法人等	15
圏域の診療所	179

(平成21年4月1日現在)

- 圏内の医師数（表3）は、平成18年12月末現在で540人であり、平成16年度と比べると、千葉県全体では504人増加している中で、当圏域の医師数は11人減少している。
- 圏内の看護師数は平成20年12月末現在で1,642人であり、平成16年度と比べると、137人増加しているものの、増加割合は県全体の18%に対し9%にとどまっている。

表3：圏内の医師数・看護師数

	医師数(人口10万対比)		看護師数(人口10万対比)	
	平16	平18	平16	平20
圏域	551人	540人 (173.1人)	1,505人	1,642人 (539人)
千葉県	8,818人	9,322人 (153.5人)	24,842人	29,373人 (477人)

(医師:平成16年及び18年医師・歯科医師・薬剤師調査、看護師:平成16年及び20年衛生行政報告)

- 医師数、看護師数の人口10万人対比を見ると、医師数では173.1人、看護師数では539人である。医師数、看護師数とも人口10万人対比では県平均よりやや多いが、医師数が減少傾向にある。

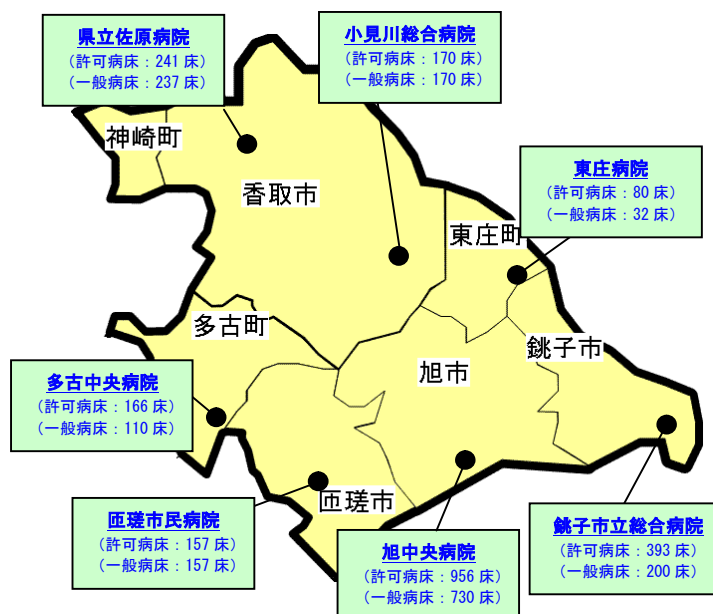
(3) 医療機関の特徴

ア 現在の地域医療を支えている自治体病院等

- 本圏域には22病院が所在するが、そのうち休院中の銚子市立総合病院も含めた7病院が自治体病院である。
- 7箇所の自治体病院の許可病床数は図2のとおりで、合計は2,163床、圏域全体の許可病床数3,983床の54.3%を占め、特に、一

図2：圏内の自治体病院の病床数

(平成21年4月1日現在)



一般病床数 1,636 床は圏域全体 2,146 床の 76.2% を占めている。

- 平成 20 年 4～5 月にかけて千葉県が行った救急搬送実態調査によれば、圏域の消防機関が搬送した救急患者を圏域の自治体病院が受入れた割合は 78.2%、旭中央病院が受入れた割合は 45.1% となっている。
- このように、一般病床数や救急搬送受入れでは、実に 4 分の 3 を超えて自治体病院がこれを担っていることに象徴されるように、自治体病院は当圏域の地域医療を支える大きな柱になっている。
- 自治体病院は地域の診療所の後方支援病院としても重要な役割を果たしている。匝瑳市の在宅療養支援の例を挙げると、匝瑳市では、匝瑳市医師会が中心となって、平成 11 年度から 11 診療所が 24 時間の在宅療養支援に取り組んでいる。IT を活用して患者データを共有し常時間い合わせに対応することにより、主治医と同様の対応を可能とし、これらの支援のために、匝瑳市民病院に併設されている訪問看護ステーションが 24 時間の訪問看護に対応し、3 病院（匝瑳市民病院、東陽病院、九十九里ホーム病院）が緊急入院などの後方支援を行っている。

イ 多数の自治体病院が並存

- 本圏域に所在する自治体病院のうち、4 病院が 200 床未満の中規模な病院である。これらの病院の常勤医師数は 10 名前後で、内科や外科などの医師が十分確保できず、診療機能や救急受入れ対応に大きな制約をもたらしている。このように、中規模の自治体病院が隣接並存していることにより、圏域内で医療資源の効果的・効率的な活用がなされず、各自治体病院の医療機能を活かすことができていないのが現状である。

表 4：圏内の自治体病院の病床数・診療科数・医師数

	病床数	診療科数	医師数<平成 21 年度初、常勤> () 内は平成 16 年度初				
			計	内科	外科	整形外科	その他
旭中央病院	956	25	196 (152)	59 (43)	18 (13)	7 (7)	112 (89)
小見川総合病院	170	14	12 (16)	5 (7)	3 (3)	4 (3)	— (3)
匝瑳市民病院	157	14	10 (14)	2 (3)	4 (5)	3 (3)	1 (3)
多古中央病院	166	7	9 (9)	4 (4)	3 (3)	— (-)	2 (2)
東庄病院	80	4	5 (4)	5 (4)	— (-)	— (-)	— (-)
銚子市立総合病院	393	16	— (35)	— (4)	— (4)	— (3)	— (24)
県立佐原病院	241	20	20 (27)	3 (8)	7 (7)	4 (4)	6 (8)

ウ 圏域の核となる旭中央病院

○ 旭中央病院は956床を有する全国有数の大規模病院であり、診療圏は香取海匠保健医療圏を大きく超え、北は隣接する茨城県にまで広がっている。

○ 千葉県保健医療計画では、旭中央病院は県の拠点病院の一つとして位置付けられ、香取海匠保健医療圏の医療提供体制においては、医師派遣や救急患者の受入等の支援機能を果たしている。

・ 旭中央病院の規模等は次のとおりである。

病床数：956床、医師数196、

診療科数：25科（内、精、神、神内、呼、消、循、ア、リウ、小、
外、整、形、脳、心、皮、泌、産婦、眼、耳、
リハ、放、歯、歯口、麻）

・ 旭中央病院が担う拠点病院としての役割の主なものは次のとおりである。

地域がん診療連携拠点病院、救命救急センター、基幹災害医療センター
地域周産期母子医療センター、小児中核病院、小児救急拠点病院（二次救急）

【参考】圏域内の他の拠点病院の主な状況は次のとおりである。

佐原病院：救急基幹センター、地域災害医療センター

・ 旭中央病院から圏域内の病院への医師派遣の状況は次のとおりである。

小見川総合病院へ：内科等4人、 匝瑳市民病院へ：内科等6人

東庄病院へ：内科等3人

(4) 旭中央病院以外の自治体病院の危機的状況

ア 銚子市立総合病院の休院

○ 銚子市立総合病院は、病床数393床、16診療科を擁する病院であるが、医師不足による病院経営の悪化と市の財政難により、平成20年9月末をもって休院となった。

○ 医師の減少の様子を見ると、16年度当初に35人であった常勤医師数は、20年度当初に13人にまで減少していた。

診療科目も、医師不足の影響により、順次縮小や廃止されていった。

【銚子市立総合病院の診療科縮小・廃止の経過】

平 16.4 精神神経科病棟（43床）休止

平 19.1 産科外来入院休止

- 平 19.4 呼吸器科外来休止
- 平 19.5 小児科新規入院、婦人科新規入院休止
- 平 19.7 精神神経科病棟（54床）休止、産科、歯科口腔外科診療科廃止
- 平 20.7 全診療科目で新規入院、救急外来休止、以降順次診療体制縮小

○ このような状況のもとで、銚子市立総合病院の患者数は減少していった。一日平均入院患者数は平成16年度には281人であったが、平成20年度には129人、一日平均外来患者数は平成17年度には791人であったが、平成20年度には387人となり、いずれも大幅に減少した。

○ このような病院経営の大幅な悪化に伴い、銚子市からの繰出金が急増した。平成17年度に銚子からの繰出金は9億円であったが、平成18年度は16億円、平成19年度は15億円に急増した。

○ このような状況の中で、銚子市立総合病院は、平成20年9月末をもって診療を休止した。

図3 銚子市立総合病院の休止を伝える新聞報道



イ 診療機能の低下（表5、表6）

- 当圏域では、銚子市立総合病院以外の自治体病院においても、医師数の減少や診療科の休止等が相次いでいる。
- 医師不足やこれに伴う病棟の閉鎖などの応診抑制を余儀なくされた病院もあったため、旭中央病院以外の自治体病院の病床利用率は60～70%台と低水準となっている。
- また、これらの病院の平成20年度 of 患者数を3年前の平成17年度と比較すると、患者数が最も減少した病院では減少割合が30%に達している。

表5 旭中央病院以外の自治体病院の医師数、患者数の状況

	病床数	医師数		病床利用率		一日平均入院患者数		一日平均外来患者数	
		H16	H20	H17	H20（稼働）	H17	H20	H17	H20
小見川総合病院	170	16	12	70.5	60.8 (76.6)	125	103	595	416
匝瑳市民病院	157	14	10	71.5	58.6	112	92	383	332
多古中央病院	166	9	8	75.7	56.1	126	93	231	180
東庄病院	80	4	4	74.5	61.9	60	50	107	114
県立佐原病院	241	26	18	81.4	72.6	193	172	469	351

表6 診療科の休廃止状況 ※銚子市立総合病院以外

病院名	年月	科目
匝瑳市民病院	17年4月	産婦人科、小児科
小見川総合病院	17年4月	産婦人科
県立佐原病院	18年4月	産科

ウ 経営の急速な悪化

- 本圏域における旭中央病院以外の自治体病院の経営指標を見ると、病床利用率は総務省の公立病院改革ガイドラインが掲げる70%を大きく下回り、多くの病院で経常収支比率が悪化し、職員給与費比率が高水準となっている。

- また、経常損失が急速に拡大した結果、これを補うために自治体の繰入額は増加傾向にある。このことが、病院を経営する市町村の財政を圧迫している。

表7 旭中央病院以外の自治体病院の経営指標

病院名	病床利用率 (稼働病床利用率)	医業 収支 比率	経常 収支 比率	職員 給与費 比率 (対医業 収益)	医療 材料費 比率 (対医業 収益)	実質手持資金 (年度末現在)				他会計繰入金	
	平 20	平 20	平 20	平 20	平 20	平 17	平 18	平 19	平 20	平 19	平 20
小見川総合病院	60.8 (76.6)	91.3	97.8	59.2	26.1	739	542	218	194	310	458
匝瑳市民病院	58.6	85.3	100.8	60.8	16.2	276	445	495	396	278	424
多古中央病院	56.1	80.5	83.5	81.1	8.8	461	352	250	90	262	266
東庄病院	61.9	95.7	96.6	47.0	32.0	50	34	30	51	108	130

<参考>

東総地域の医療連携のこれまでの取組

東総地域にある4つの自治体病院（銚子市立総合病院、匝瑳市民病院、東庄病院、旭中央病院）が、それぞれ抱える課題の解決のためには医療機能の分担と連携が不可欠であるとして、平成18年1月に、銚子市、旭市、匝瑳市、東庄町の4市町の助役及び千葉県により、東総地域の医療連携体制の確立を目指す「東総地域医療連携協議会」が設置され、平成19年1月に将来的な地域医療のあり方についての「提言書」がまとめられた。

その後、協議会は、各首長、議会、病院長、地元医師会及び千葉県からなる組織に改編され、連携のあり方について、実務的な検討が進められている。

(5) 旭中央病院への患者の集中による医師の疲弊と診療機能がパンク寸前

ア 患者の集中

(ア) 旭市外からの受診患者の増加

- 旭中央病院を受診する市外の患者の割合は入院・外来とも70%に達している。表8は旭市外から旭中央病院を受診する患者の増加状況を平成12年度から20年度にかけての増加率で表したものであり、入院、外来、救急ともほぼ増加している。

表8 旭市外から旭中央病院を受診する患者の増加状況(平成12→20年度の増加率)

	銚子市	香取地域	匝瑳地域	山武地域	茨城県鹿島地域
入院	30.2	5.7	24.4	39.9	42.9
外来	4.9	▲16.7	2.5	9.8	48.5
救急	50.5	26.8	38.1	52.0	137.7

(イ) 救急受け入れの増加

- 銚子市立総合病院の休止や山武地域の救急医療体制の脆弱化などを背景として、表8で見た市外患者の増加において、入院、外来、救急の中では救急患者の増加が著しいが、旭中央病院の救急患者数は平成10年度から20年度までの10年間で1.37倍に増加している。

【旭中央病院の救急受入れ患者数】

平成10年度	45,017人
平成20年度	61,671人

(ウ) 全国でも一・二位を争う患者数

- 旭中央病院の患者数を全国の自治体病院の患者数と比較したのが表9である。一日平均入院患者数は868人で、全国の自治体病院で第2位、一日平均外来患者数は3,507人で全国の自治体病院で第1位、第2位の大垣市民病院の2,417人と比べても1.5倍と突出している。

表9 全国の自治体病院の患者数の比較

一日平均入院患者数	1位 大阪市立総合医療センター	964人	一日平均外来患者数	1位 国保旭中央病院	3,507人
	2位 国保旭中央病院	868人		2位 大垣市民病院	2,417人
	3位 福井県立病院	865人		3位 豊橋市民病院	2,279人
	4位 大垣市民病院	812人		4位 大阪市立総合医療センター	2,224人
	5位 豊橋市民病院	772人		5位 札幌市立札幌病院	2,011人

イ パンク寸前の診療機能

(ア) 限界にある高水準の病床利用率

- (ア)で述べたような旭中央病院への患者集中により、旭中央病院の病床率は高水準で推移しており、平成20年度の一般病床利用率は94.1%となっている。

表10 旭中央病院の一般病床利用率の推移

平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
99.3%	97.8%	95.3%	94.5%	94.1%

(イ) 手術室の稼働状況がほぼ限界

- 旭中央病院への患者集中は、手術件数を増加させ、手術室の稼働状況はほぼ限界に達している。平成20年度の手術件数は7,932件(661件/月)であり、平成21年7月の手術件数は815件と過去最高を記録した。

表1-1 旭中央病院の手術件数の推移

	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
手術件数	6,782	7,319	7,562	7,932	7,932
うち全身麻酔手術件数	2,376	2,612	2,552	2,809	2,989

- 旭中央病院は設立当初から「救急患者を断らない」ことを理念としてきたが、患者集中が招いた旭中央病院の診療の現状は、旭中央病院を核とする救急医療に崩壊の危機をもたらしている。

3 対象地域における医療の課題(まとめ)

(1) 早期の再開が望まれる銚子市立病院

- 本圏域においてまず実現すべき課題は銚子市立総合病院の平成22年度中の再開である。
- 銚子市立総合病院の休院は市長のリコール問題にまで発展し、今年5月に行われた出直し市長選挙の焦点がまさに病院再開であったように、銚子市民に対する医療の中核を担っていた銚子市立総合病院を一刻も早く再開することは銚子市民の願いでもあり、圏域全体から見ても、喫緊の課題となっている。
- そこで、再開後の機能の段階的な拡充も見据えながら、早期再開の目標時期を平成22年度中として銚子市立総合病院の一定機能を再開することにより、銚子市内の医療提供機能の回復を図るとともに、旭中央病院の診療負担を緩和することが必要である。

(2) 医療機関の役割分担、再編ネットワーク化

ア 自治体病院の機能再編と強化

- これまで見てきたように、当圏域の地域医療は、救急をはじめとする地域医療の要を担う自治体病院がその機能を十分に発揮することなしに

は成り立たない。医師不足等の課題を抱える中で、このことを実現するには、限られた医療資源を最大限に活用し、患者にとって使いやすい無駄のない効率的な地域医療サービスを提供することが不可欠の前提となる。

- このため、自治体病院の役割分担の明確化、相互連携の強化のもとで、旭中央病院については拠点病院としての機能強化を図り、旭中央病院以外の自治体病院については新たな役割分担を担うための人的・機能的強化を進める必要がある。
- これまで全国各地で議論された機能再編の多くが実現に至っていないのは、ひとつの病院に機能を集約し他の病院は縮小するという考え方が住民や議会の賛同を得にくいということが背景にある。本計画における役割分担・機能再編においては、当圏域において地域医療の主な担い手となっている自治体病院が地域において基本的に提供すべき医療サービスを見据えながら、役割分担により地域全体で必要とされる機能が充実強化され、それぞれの住民にメリットがもたらされるものとして、役割分担を設定していく、という視点が必要である。

【旭中央病院の拠点病院としての機能強化】

- 旭中央病院の拠点病院としての機能強化については、圏域の自治体病院の役割分担の明確化、相互連携の強化を図ることにより、旭中央病院の有する高次医療機能や救急の広域拠点病院としての機能を十分発揮できるようにする。
- また、旭中央病院に地域医療支援センターを設置することにより、地域医療の質の向上と医師の供給を行う拠点病院としての機能を強化し、圏域内の他の医療機関の支援の強化が図られる。

【旭中央病院以外の自治体病院の機能再編】

- 旭中央病院以外の自治体病院については、役割分担の明確化と相互連携の強化のもとで機能再編を進めることにより、地域住民のニーズに対応するとともに、圏域内でのバランスのとれた地域医療機能を提供する。

イ かかりつけ医の機能強化

- 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、かかりつけ診療所が、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することが重要である。

- このようなかかりつけ医の機能は、圏域の医療機関の役割分担を推進する上でも重要であり、研修会・情報交換会等の開催により、かかりつけ医の機能を強化する必要がある。

ウ 連携・ネットワーク化

- 役割分担の明確化と相互連携の強化のもとで、医療資源の効果的・効率的な活用が図られ、患者の疾病の段階に応じて最も適切な医療資源を利用することができるようにするには、圏域内の医療機関(病院間・病診間)の連携・ネットワーク化が進められることが重要である。

- この一翼を担うものとして、本県では全国に先駆けて、4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)のすべてを揃えた全県共用地域医療連携パスの運用を開始している。

- 今後、この地域医療連携パスの普及拡大や、安全性の確保されたITネットワークで医療機関通しを結ぶことで、圏域内の各医療機関の連携を推進し、それぞれの役割に応じた医療機能の提供を行う体制整備を進める必要がある。

(3) 医療従事者の確保・研修等の実施

- 医師等の医療従事者の確保は個々の病院や圏域だけで解決する課題ではない。新臨床研修制度の導入とともに県内唯一の医師養成機関である千葉大学の初期研修医は半分以上となっているが、本圏域で必要とされる医療従事者を確保するには、千葉大学と旭中央病院の医療従事者確保と医師派遣機能の拡大が不可欠である。

- この実効性を高めるためには、生涯にわたるスキルアップへの要請に応えることと、全県一体で行う臨床研修について、高度医療から地域医療までを幅広く対象とし相互研修を可能とすることにより、研修医等の希望と地域医療を両立させる柔軟な臨床研修システムとする視点が重要である。

- そこで、千葉大学と旭中央病院が協力し、研究研修機能を整備するこ

とにより、医師確保を強力に進めるとともに、全県的登録を基本に相互研修等が行える新たな臨床研修システムを構築し、地域に対する医師供給を拡大する必要がある。

(4) 自治体病院の経営の改善

- これまで、拡大する病院の赤字に対して自治体が繰入金を増額してきたが、病院を経営する自治体の財政状況も、病院経営と同様に非常に厳しく、病院経営の赤字は自治体の財政運営をさらに苦しいものになっている。

- 効果的・効率的な病院経営を行うことにより、経営悪化が進む自治体病院の経営を改善することは急務である。

以上の課題を要約すると、

- ① 銚子市立病院の一定機能を早期に再開する。
- ② 圏域内の自治体病院が、役割分担の明確化を行い、機能再編を行う。
- ③ 千葉大学や旭中央病院の研究研修機能を強化し、医師等を確保する。
- ④ 役割分担と連携により、自治体病院の経営を改善する。

これらの取組みを通じ、崩壊の危機に瀕している当医療圏を再生する。

ということである。

4 課題を解決するためのモデル圏域への支援

(1) 医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化

ア 趣旨・目的

(ア) 医療機関の役割分担・機能再編

a 圏域の現状について

(a) 各病院等の具体的現状

○旭中央病院

- ・ 一般病床730床、精神病床220床、感染症病床6床を有する全国有数の急性期病院である。
- ・ 診療科目は、37科（内科、消化器科、循環器科、呼吸器科、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、外科、心臓外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、リハビリテーション科、産婦人科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、麻酔科、神経科、精神科、歯科、歯科口腔外科、放射線科、腎臓内科、血液内科、新生児内科、人工透析内科、救急科、緩和ケア内科、臨床検査科、病理診断科、糖尿病・代謝内科、消化器内科（内視鏡）、化学療法内科、感染症内科）で、常勤医師数も、平成21年4月現在で258名にのぼっている。
- ・ 救急、災害、周産期、小児、がんなど、地域医療の様々な分野において、圏域内の中核的役割を果たしている。
（地域がん診療連携拠点病院、救命救急センター、基幹災害医療センター、地域周産期母子医療センター、小児中核病院、小児救急拠点病院（二次救急））
- ・ 医師の臨床研修や看護師の実習等、医療従事者の養成に携わるほか、近隣の自治体病院へ医師を派遣し、広く地域医療の確保に寄与している。
- ・ 1日平均の患者数が、外来で第1位（3,507人）、入院で第2位（868人）と、全国の自治体病院の中でも際立って多く、患者の集中が著しい状態となっている。（20年度一般病床利用率：94.1%）
- ・ 20年度の病院全体の手術件数は7,932件で、近隣の自治体病院で対応できない難易度の高い手術を実施しており、手術室の稼働もほぼ満杯の状況にある。
- ・ 多くの急性期患者を受入れる一方で、急性期を脱した患者のケアやリハビリが必要な患者を受入れる医療機関が地域に不足しているため、旭中央病院自らが対応しているという実情もある。
- ・ 平成20～24年度に、新本館の建設を含む再整備事業を実施中である。

○匝瑛市民病院

- ・一般病床157床（平成21年4月以降、稼働病床数を110床に縮小）を有する急性期病院であるが、高齢化が進んでいる地域事情を反映して高齢患者が多く、年齢層別患者数では入院、外来ともに60歳以上が8割程度を占めている。
- ・診療科目は、内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科の14科を標榜しており、一般外来診療に加え、手術後のフォローを含めた入院医療を行っている。
- ・常勤医師数は、内科4名（内2名は、旭中央病院からの派遣）、外科・消化器科5名、整形外科3名の合計12名である。
- ・20年度の病院全体の手術件数は334件で、香取海匠医療圏の自治体病院の中では、旭中央病院、小見川総合病院に次いで多い。
- ・内科は、旭中央病院からの派遣医師2名を含めても常勤が4名しかいないため、必ずしも十分な体制とはいえない状況であるが、外科については、旭中央病院を除く他の自治体病院よりも常勤医師が多いため、手術件数も191件と多く、主に消化器系（食道、胃、結腸、直腸）の癌、乳癌、胆石症、胆嚢ポリープ、腸閉塞などの手術に対応している。
- ・旭中央病院からの急性期治療を終えた患者等の紹介受け入れは、旭中央病院から医師派遣を受けている内科を除けば、わずかにとどまっている。
- ・救急機能は、地域の2次救急が日曜、祝日のみの輪番制になっており、1か月あたり2回から4回程度を担当している。
- ・施設の老朽化が進んでおり、早期の建替え等の対応が必要である。

○多古中央病院

- ・一般病床110床、療養病床56床（医療型26床、介護型30床）、の合計166床を有する急性期及び回復期の病院である。
- ・診療科目は、内科、小児科、外科、整形外科、皮膚泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科の7科を標榜しており、一般外来診療及び手術後のフォローを含めた入院治療を行っている。
- ・常勤医師数は、内科4名、外科3名、小児科2名の合計9名となっており、常勤医のいる3科を中心に「町民のかかりつけ医」的な役割を果たしている。
- ・中でも小児科については、香取海匠医療圏内の公立病院で複数の常勤医を擁

するのが旭中央病院のほか当院だけであることから、町外の住民にも多く利用されている。

- ・手術については、医師の退職等により件数が減少し、20年度は44件となっている。ヘルニアや皮下腫瘍など、比較的難易度の高くない手術を実施している。
- ・療養病床のほか訪問看護ステーションやデイケア・デイサービスセンターも運営するなど、地域ニーズの高い高齢者医療に積極的に対応している一方、スタッフ不足等により、リハビリの診療体制が十分に整備されていない状態にある。
- ・介護保険適用型の療養病床が平成23年度末に制度廃止されるため、医療型療養病床への転換等、今後のあり方を検討する必要性が生じている。

○東庄病院

- ・一般病床32床、療養病床48床を有しており、高齢化が進んでいる地域事情を反映し、高齢患者の割合が入院で約8.5割、外来で約6割と高くなっている。(平成21年8月実績)
- ・診療科目は、内科、小児科、整形外科、眼科の4科を標榜しており、一般外来診療に加え、手術後のフォローを含めた入院治療を行っている。
- ・常勤医師数は、内科5名で、この内、県からの自治医科大卒業の派遣医師が3名と依存度が高くなっていることから、医師の安定的確保が最重要課題となっている。
- ・町内に医療資源が少ないことから、町民の健康管理や一次医療を中心に、地域に密着した病院として医療を提供している。また、県からの自治医科大卒業の派遣医師の配置により、幅広く医療全般を診る総合診療を中心としている。
- ・平成8年の病院の移転新築を契機に、旭中央病院とは、医師の派遣、患者等の紹介受け入れや電子カルテの共有など緊密な連携を図っている。
- ・リハビリの需要が多く、現状の受け入れ体制では飽和状態であり、リハビリ施設の拡大と理学療法士等の増員が課題となっている。
- ・救急は、内科のみ24時間365日受けている。

○銚子市立総合病院

- ・一般病床200床、療養病床23床、結核病床20床、精神病床150床の合計393床を有する急性期病院であり、診療科目は、内科、精神科、神経

科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、麻酔科の17科を有している。

- ・平成16年度以降、医師不足の影響等により、精神神経科病棟の一部休止、産科部門の廃止（婦人科のみ標榜）、呼吸器科外来の休止など、診療科目の縮小、廃止を余儀なくされ、平成20年7月に全診療科目で新規入院、救急外来が休止となった後、20年9月末をもって病院休止に至っている。（常勤医師数は、平成16年度当初35名であったが、平成20年度当初には13名に減少している。）
- ・休止後、指定管理者制度の導入による再開をめざしていたが、指定管理者の選定にはいたっておらず、現在、「銚子市立病院再生準備機構」（市からの委任を受けた任意団体）を中心に、再開に向けて活動中である。

○小見川総合病院

- ・一般病床170床（平成20年4月以降、稼働病床数を135床に縮小）を有する急性期病院である。
- ・診療科目は、内科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、歯科の14科を標榜しており、一般外来診療に加え、手術後のフォローを含めた入院治療を行っているが、医師不足により平成17年4月から産婦人科を休止中である。
- ・常勤医師数は、内科5名、外科3名、整形外科4名の合計12名である。（その他歯科医1名）
- ・20年度の病院全体の手術件数は664件で、香取海匝医療圏の自治体病院の中では、旭中央病院、県立佐原病院に次いで多い状況にある。
- ・専門分野の医療にも積極的に取り組んでおり、人工透析、心臓カテーテル検査を行っているほか、平成19年4月に脊椎脊髄センターを開設している。特に脊椎疾患については、香取海匝医療圏や茨城県南西部に専門医が少ないため、国保旭中央病院をはじめ、他の病院から患者の紹介を受け入れている。
- ・訪問看護や訪問リハビリテーション等の介護保険事業を運営するなど、高齢者医療にも対応している。
- ・准看護師免許保有者を対象とした2年課程の附属看護専門学校を運営し、看護師養成事業を行っている。
- ・施設の老朽化が進んでおり、改修や建替え等の課題がある。

○佐原病院

- ・一般病床237床、結核病床4床、合計241床（平成20年6月から199床を204床に増加して運用）を有する急性期病院である。
- ・診療科目は、内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、脳神経外科、整形外科、小児外科、泌尿器科、産婦人科、リハビリテーション科、放射線科、特殊歯科、眼科、皮膚科、耳鼻科、麻酔科の18科であるが、医師不足により、平成18年4月から産科の分娩を休止し、小児科、婦人科については外来診療のみを行っている。
- ・常勤医師数は、内科3名、外科7名、整形外科4名、神経内科、小児科、脳神経外科、泌尿器科、眼科、歯科、麻酔科各1名の合計21名で、最近は増加傾向にある。
- ・20年度の病院全体の手術件数は911件で、香取海匠医療圏の自治体病院の中では、旭中央病院に次いで多い。
- ・特に外科は常勤医師が多いため、手術件数も298件にのぼっており、中でも消化器がん（食道、胃、大腸、肝臓、胆道、すい臓）については、多くの手術を行っている。
- ・平成17年4月から「地域医療連携センター」を設置し、地域の医療機関、社会福祉施設、地域で活動する関係者と協力し、医療連携事業、医療相談事業、訪問看護事業を行っており、地域の主治医と共同で診療にあたるオープンシステムも採用している。
- ・香取地域の救急基幹センター並びに災害拠点病院としての役割を担っており、365日24時間体制で救急患者の受入を行っている。
- ・施設の老朽化が進んでおり、一部に耐震性が不足している施設がある。

○地域のかかりつけ医

- ・かかりつけ医は、地域住民の日常の健康管理等を行うなど、総合診療医としての役割を担っている。
- ・また、旭中央病院をはじめとする自治体病院等へ患者の紹介等の振り分けも行っている。しかしながら、多くの患者が旭中央病院等に直接受診している実態があり、かかりつけ医が本来の役割を十分に発揮することが難しくなっている。

(b) 圏域全体の現状

○旭中央病院への患者の集中

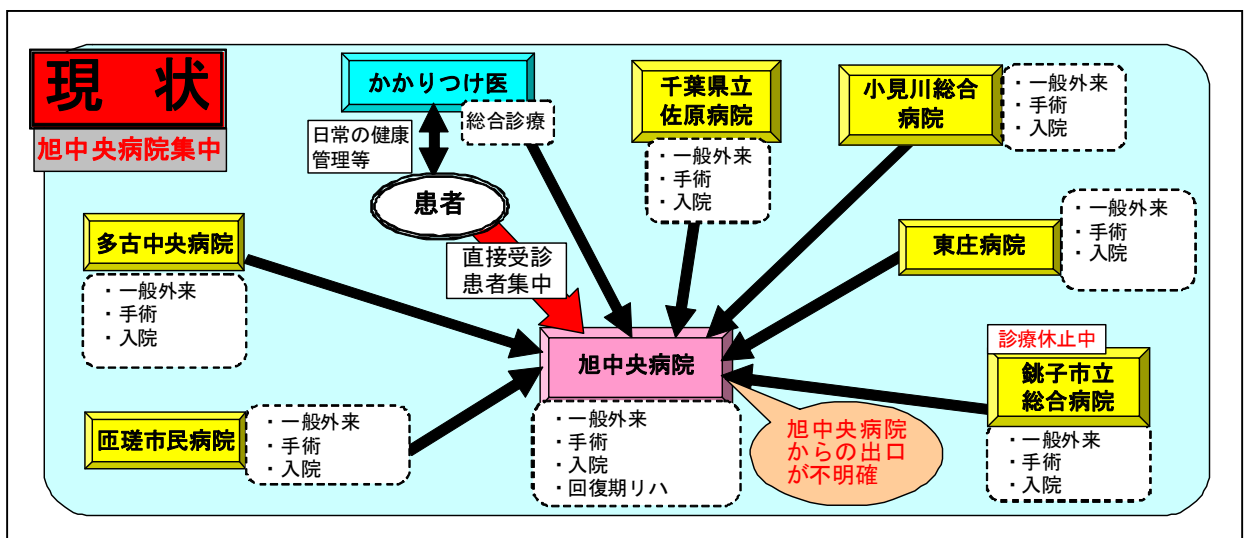
- ・旭中央病院の外来患者数は、全国自治体病院の中で第1位となっているが、

第2位の病院の1.5倍にのぼるなど、患者の集中が生じている。

- ・旭中央病院を受診する外来患者については、地域のかかりつけ医等による紹介患者のほか、多くがその症状等に関わらず旭中央病院に直接来院しているのが実態である。このため、旭中央病院のスタッフの疲弊を招くとともに、本来果たされるべき役割や機能の発揮が妨げられる要因になっている。
- ・救急については、周辺の自治体病院で医師不足により受け入れ能力が減退しているため、旭中央病院への搬送件数が増加している。

○旭中央病院と他の病院との連携の不足

- ・旭中央病院への患者の集中に対して、旭中央病院で必要な治療・手術等を行った患者の術後のフォローアップや回復期リハビリ等についても、周辺の自治体病院等との連携が十分に機能しておらず、圏域内における旭中央病院からの出口が明確になっていないことから、旭中央病院にかかる負担が大きくなっており、旭中央病院の診療機能はパンク寸前の状態にあるのが実情である。
- ・旭中央病院が3次の高度救急機能等、圏域内で他に担い手となる病院が存在しない機能を十分に発揮することができるような体制整備が求められている。そのためには、回復期患者等の受け入れ病院の安定的な確保が、旭中央病院のみならず圏域全体の大きな課題となっている。
- ・これらのことは、旭中央病院を利用する患者にとっても、同様に重要な問題となっている。患者それぞれが、旭中央病院を退院した後、身近な地域にある病院で予後の療養を行い、在宅に復帰できる道筋を立てられるよう、他の病院との連携の確保は大きな課題である。



b 基本的考え方

(a) 役割分担・機能再編の必要性について

【地域医療再生の対象圏域となる香取海匝医療圏の現状】

- 香取海匝医療圏では、7つの自治体のうちほとんどがそれぞれ自治体病院を設置しているが、圏域の拠点機能を担う旭中央病院を除く他の自治体病院は、圏域内に同規模で類似した機能を持つ病院が並存しており、各病院の特徴を生かした機能分担が明確になっていない状況にある。
- このように、各病院の特徴や機能が明確になっていないことから魅力が低下していく一方で、都市部の病院は明確な特徴や機能を持ち、症例数も豊富で、研修体制が整備されていることから、目的意識を持った若手医師は臨床研修によって都市部の病院に集中し、本医療圏の各自治体病院では医師の減少が生じている。
- このような医師不足を原因として、各自治体病院では、診療科の休止・廃止や外来診療の抑制・新規入院の制限など診療体制の縮小を余儀なくされている。そのため、病床利用率や患者数の減少等が生じ赤字経営に陥るなど、病院経営に深刻な影響を及ぼすとともに、医師不足による勤務条件の悪化や病院の魅力の低下が、ますます医師の確保を困難なものにしている。
- 以上のような悪循環の発生によって、各病院は、これまで地域で果たしてきた地域医療の中核としての役割・機能を果たすことができなくなっており、圏域内の7つの自治体病院による役割分担・機能再編・ネットワーク化が必要となっている。

(b) 役割分担の仕組みについて

- 今回の地域医療再生をチャンスにして香取海匝圏域における自治体病院の役割分担・機能再編の実現を果たすため、その出発点として役割分担の仕組みを次の2点により整理する。
 - ① 1つひとつの医療機関が、一定かつ明確な役割分担を持つ。
 - ② 役割分担を担う医療機関が相互にネットワークを構築しながら、役割を効果的・効率的に果たす。
- それぞれの医療機関は、各々の役割が明確になることで、相互の連携が一層スムーズに図られ、連携をさらに加速することができる。そして、病院相互の連携強化が圏域全体で有機的に機能することで、香取海匝圏域のみならず、県全体が一つの医療提供システムとして稼働することができる。

(c) 機能再編の前提条件

- 医療機関の機能再編を進めるにあたっては、県民に対して医療を提供する医療機関や行政等の都合を一方的に押し付けるのではなく、医療を受ける立場の地域住民の理解を十分得られるよう努めていく必要がある。

○ そのためには、以下の事項を機能再編の前提条件として進めていくことが重要である。

- ①機能再編は各医療機関のダウンサイズを前提とするものではない。
- ②個々の病院では従来と異なる役割（機能）に変更する場合もあるが、地域全体で提供される各機能は機能再編前より充実強化されることを目指す。
- ③各病院の周辺地域の住民にとって、機能再編は苦痛を強いるものではなく、総じて地域住民にとってメリットをもたらすものとする。

○ 「機能再編」に対しては、「ダウンサイズ」や「削減」等のマイナスイメージで捉えられがちであるが、本県の地域医療再生プログラムでは、機能再編とは各病院の特徴を生かし、その機能強化を図ることを主眼としている。そのため、地域住民にとっては、圏域内で提供される医療の充実強化が図られるため、大きなメリットを感じてもらえる内容となっている。一方、各病院に勤務する医療従事者にとっても本県の医療再編は士気の低下や離職を招くような取り組みではなく、各病院の明確な役割のもと、目標等が定めやすくなり目的意識のもとで従事することにつながる。

(d) 医療圏内の医療機関等に対する支援

○ 医療機関の機能再編の実効性を確保するためには、それぞれの医療機関が自らの役割を明確にするだけでなく、その役割を十分に果たしていくための連携体制の構築と機能強化が必要である。そのため、地域医療再生プログラムにおいて、各医療機関が機能再編を果たし得るための体制づくりと機能強化に向けた支援を実施する。

①拠点病院

○旭中央病院

- ・急性期医療を中心とした地域医療の拠点機能を強化するとともに、香取海匠医療圏の地域医療支援機能の強化を図るため、地域医療支援病床の確保や地域医療支援センターの設置、大学との連携等の支援を実施する。
- ・地域医療支援病床については、急性期の治療を終えた患者が地域連携病院へ転院するまでにケアが必要となる場合や、逆に、地域連携病院の入院患者の容態が悪化した場合に、地域連携病院の医師が旭中央病院に患者を転院させ、旭中央病院の医師と連携しながら患者を治療する際に利用する病床として整備する。
- ・当該圏域も医師不足が深刻となっているため、旭中央病院に地域医療支援センターを設置し、全県的視野から医師の確保や育成を行う千葉大学等とも連携しながら、圏域内の実情に即した地域医療の研究、医師の研修・派遣、臨床研修等を行う。また、センターでは、地域のネットワークに参加する医療機関の経営効率化の研究・研修や、圏域内の医療機関のITネットワークの管理も行う。

- ・当医療圏における診療機能や医療連携を強化するため、大学の医学部や他の関連学部との提携や寄附講座の開設により、共同研究や医療スタッフの確保などを進める。
- ・医師不足と並んで、看護師不足が顕著となっている中、看護師の確保は地域の医療体制を確保するための重要な課題となっている。そのため、大学との連携により旭中央病院附属の看護専門学校の教育機能の強化を図る。

②地域連携病院

機能再編に伴って各医療機関がそれぞれの役割を担うために必要な機能の充実・強化を図るための支援が必要なほか、拠点病院・大学等からの医師派遣によるスタッフの充実等をもとに、機能再編に対応した各病院の体制づくりを行う。

○匝瑳市民病院

- ・外科医師及び内科医師等のスタッフの充実を図り、2次救急及び手術に対応した機能の強化を行う。
- ・匝瑳市民病院の二次救急や手術機能の強化は、旭中央病院に集中していた急性期医療の一端を担うことになり、地域の患者にとって医療アクセスや利便性の向上につながる。

○多古中央病院

- ・整形外科等の体制整備により、地域に不足しているリハビリテーション機能の強化を図るとともに、人間ドック・2次検診等の機能強化を図り、地域住民の利便性の向上と健康管理機能の強化を図る。
- ・今後の高齢化の進展により、高齢者の骨折等が急増することも予想される中、それに伴ってリハビリテーション機能に対する地域の需要はますます増大することが見込まれており、リハビリテーションの機能強化をはかることは、地域の必要性を満たすとともに、病院経営の収益確保にも貢献するものとなる。

○東庄病院

- ・旭中央病院の後方支援として、旭中央病院における急性期治療が終了した患者の予後を担当するための病床を整備し、地域住民が安心して療養できる環境整備を図るほか、旭中央病院との連携研修機能の強化、リハビリテーション（療養型）等の機能強化を図り、明確な役割の中で地域住民への医療提供機能を強化する。

○銚子市立総合病院

- ・2次救急機能を担う病院の再開を目指した第一段階として、基幹外来機能の強化を図り地域住民が身近な地域で受療できるよう利便性の向上を図るとともに、人間ドック・2次検診等の機能強化を図り、地域住民の健康管理機能を強化する。

○小見川総合病院・県立佐原病院

- ・小見川総合病院と県立佐原病院の一体化による診療体制の充実強化を図ることにより、2次救急や手術に対応する機能、専門外来機能等の対応を図る。
- ・両病院の一体化による機能強化により、匝瑳市民病院と同様に、旭中央病院が果たしている急性期医療の一翼を担い、地域住民への医療提供の充実を図るとともに、明確な役割分担と機能強化を進めることによって医師確保の充実への足がかりとなる。

③地域の民間病院

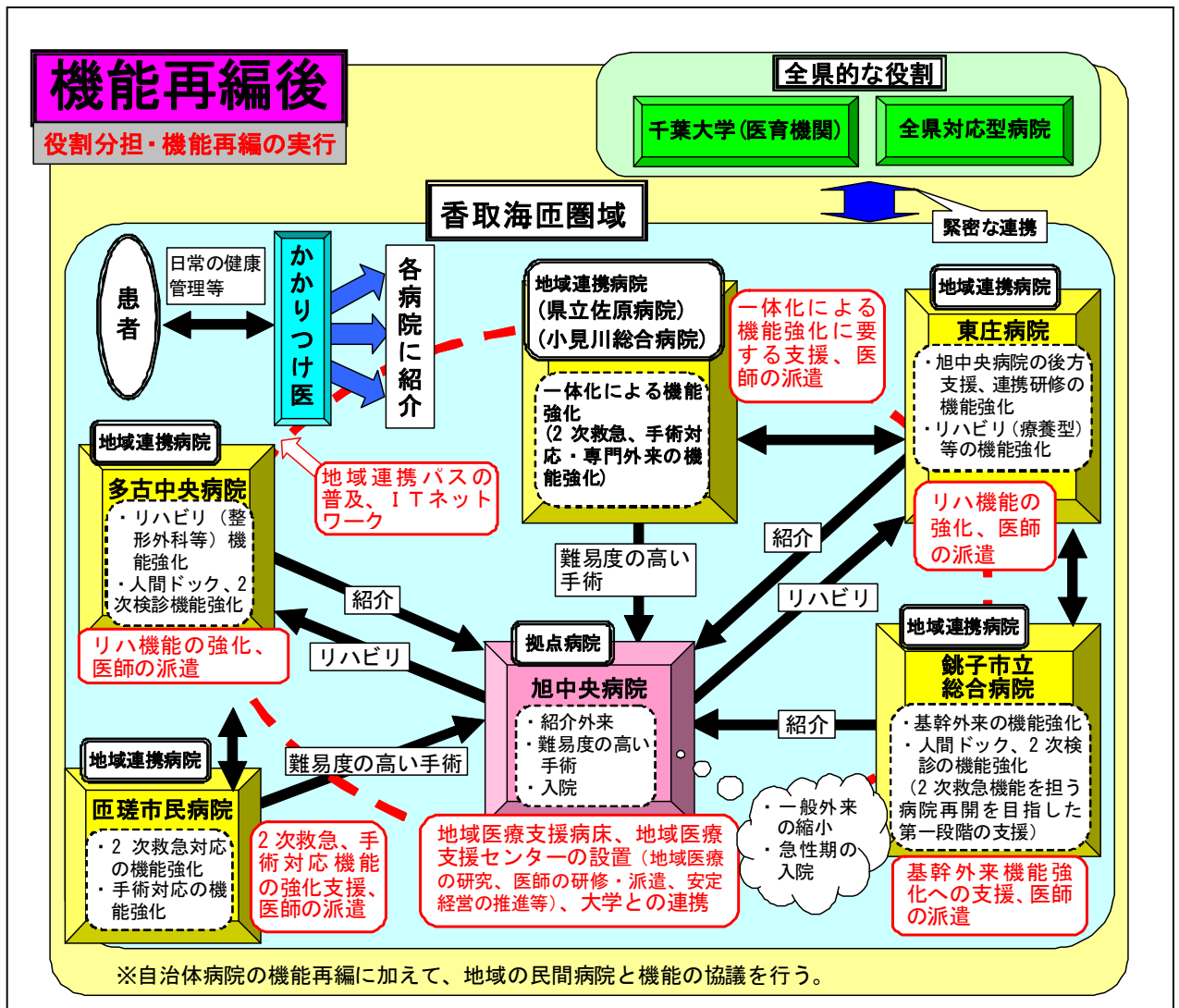
- ・研修会や情報交換会の開催等を推進し、これらに地域の民間病院の関係者が循環型地域医療連携システムの一翼を担うための機能強化を積極的に支援していく。

④かかりつけ医

- ・圏域内の自治体病院や民間病院が機能再編により役割分担を明確にしても、それだけで圏域内の必要な医療がすべて満たされるわけではない。役割分担をもとにした連携ネットワークの前後には必ずかかりつけ医がいなければその連携ネットワークは完結しない。
- ・地域の連携ネットワークに不可欠なかかりつけ医の機能強化を図るため、研修会、情報交換会等の開催等による支援策を拡充し、その結果として連携ネットワーク全体の機能強化を図る。

○ 具体的展開〔機能再編後の連携体制〕

【地域医療再生の対象（モデル圏域）となる香取海匠圏域における機能再編について】



(a) 圏域内の連携体制

- 旭中央病院を「拠点病院」、匝瑳市民病院、多古中央病院、東庄病院、鉾子市立総合病院、佐原病院・小見川総合病院を「地域連携病院」とし、さらに圏域内の「かかりつけ医」と一体となった機能再編を進め、役割分担・ネットワークの構築を実行する。
- 旭中央病院へ一般外来患者の集中が生じていたことを是正し、各自治体病院等の適切な役割分担を機能させるため、一次医療を担う地域のかかりつけ医から、地域連携病院、さらに拠点病院である旭中央病院への患者の振り分けと紹介を着実に実行していく。
- 旭中央病院は拠点病院として、高度の救急機能や地域連携病院からの紹介患

者の受け入れと難易度の高い手術等による圏域内の基幹病院としての機能を果たすとともに、圏域内の地域連携病院との連携を強化し、急性期治療が終了した患者の地域連携病院への引継ぎ等の相互の機能分化を明確にする。

- 圏域内の連携を支援する体制整備について、役割分担の実行を図るためには、連携を行う医療機関相互で患者の情報を適切かつ迅速に共有していくことが必要であるため、圏域内の各医療機関をつなぐ地域医療連携パスや IT ネットワークの普及を促進し、機能再編をバックアップしていく。

- 以上のとおり具体的な取組による自治体病院の機能再編に加えて、今後は地域の民間病院と機能の協議を行っていく。

(b) 圏域外の全県的な対応を行う医療機能との連携

- 医師養成機関である千葉大学や、全県的な対応を行う千葉県救急医療センターや千葉県がんセンターなどとは、拠点病院である旭中央病院をはじめ圏域全体で緊密な連携を進めていく。

(c) 各病院の役割分担

○旭中央病院

役割

- ・ 患者の受け入れについて、これまでは直接外来に受診する患者が集中し、一次医療から 3 次医療まで対応していたため、拠点病院としての機能を発揮する妨げとなっていたが、基本的にはかかりつけ医や地域連携病院の振り分けによる紹介患者を受け入れることとし、一般外来の縮小と急性期入院への重点化を図る。
- ・ 難易度の高い手術が必要な患者等を地域連携病院から受け入れ、手術の実施と入院治療を行う。
- ・ 手術や入院治療等の急性期治療が終了した患者の対応については、地域連携病院やかかりつけ医と役割分担し連携を実行する。回復期リハビリが必要な患者について、リハビリスタッフの充足等の体制を整備した地域連携病院と連携を行う。これらの役割分担と連携を実行することにより、旭中央病院が 3 次救急医療や高度先進医療の機能を最大限に発揮できる体制を整える。

支援方策

- ・ 急性期医療の拠点機能や、地域連携病院等の支援機能を強化するため、地域医療支援病床の確保を行うほか、地域医療の研究や医師の研修・派遣、病院経営の安定を図るための地域医療支援センターを設置するとともに、大学との連携をさらに強化するなどの支援を行う。

○匝瑳市民病院

役割

- ・これまでも2次救急に対応するとともに各種の手術の実施を行うことにより、地域の中的な役割を果たしてきたが、これら2次救急や手術に対応するための機能強化を進め、旭中央病院を集中している急性期の医療機能の対応を強化する。

支援方策

- ・2次救急や手術等の機能強化に必要な外科医師及び内科医師等の派遣や研修の充実を行う。
- ・施設が老朽化しており、日々高度化している救急患者の受け入れや手術等の機能強化に対応する医療環境を確保することが難しくなっている。スタッフの確保やスキルアップに伴って提供する手術等の医療の高度化に対応できる施設の確保を目指し、施設改修等の措置を講じる。

○多古中央病院

役割

- ・旭中央病院に入院し手術等を行った患者をはじめとして、身近な地域においてリハビリを行い、在宅に早期に復帰できるよう、整形外科等の医師派遣をはじめとするスタッフの充実や施設整備によるリハビリテーション機能の強化を図る。
- ・多古町周辺住民は、全国的傾向と同様に高齢化が進んでおり、今後のリハビリテーションの需要の増大に適切な対応が図れる施設を目指す。
- ・疾病の罹患前の二次予防として人間ドックや2次検診等の機能の強化を図るなど、地域住民の健康管理に関する役割を強化する。

支援方策

- ・機能再編に伴って、リハビリテーション機能に対応するスタッフの確保のため、整形外科医師等の派遣やPT・OT等のリハビリ関係スタッフの充足を進めるほか、リハビリ機能、人間ドック・2次検診の強化に対応する施設面の充実を図る。

○東庄病院

役割

- ・旭中央病院での急性期治療が終了した患者を受け入れ、予後のフォローアップを行うなど、旭中央病院の後方支援機能を強化するとともに、旭中央病院との連携研修の機能強化を図る。
- ・リハビリテーション（療養型）等の機能強化を図るなど、高齢者などが住み慣れた地域で機能の回復等を行い、在宅に帰ることができるようにするとともに、これまで担ってきた地域住民の健康管理に関する役割を引き続き強化する。

支援方策

- ・内科や整形外科等の医師の派遣を行うとともに、医師以外のリハビリスタッフの充足によるリハビリ機能の強化等、機能再編に伴う役割を担うことが可能な体制を整備するほか、相互研修を推進する。

○銚子市立総合病院

役割

- ・地域で必要となっている2次救急機能を担う病院の再開を目指して、段階的な整備を進める必要があり、その第一段階として基幹外来機能の強化を行う。
- ・人間ドック、2次検診等の機能の強化を図るなど、地域住民の健康管理の関する役割を担う。

支援方策

- ・基幹外来機能の強化等、機能再編に伴って地域に必要な医療機能を担うための体制整備を進めるため、医師の派遣等によるスタッフの確保を最優先事項として進める。
- ・診療の休止から1年以上が経過しており、診療の再開に対応できる施設の確保を進める。

○佐原病院・小見川総合病院

役割

- ・県立佐原病院と小見川総合病院の一体化によって、それぞれの病院が担ってきた役割や機能の強化を図る。
- ・小見川総合病院の特徴である脊椎整形外科等の機能強化を図るほか、2次救急や手術への対応についても、さらなる機能強化により旭中央病院の相当部分を担うなど、これまで以上の役割を果たすことを可能とするための機能強化を行う。

支援方策

- ・2次救急や整形外科をはじめとする手術への対応強化を図るための医師や看護師等のスタッフの充実や研修の確保、さらにはスタッフの充実に相応する施設の充足等、両病院の一体化による診療体制強化を推進する。

○かかりつけ医

役割

- ・圏域内の医療機関による機能再編を実行していくためには、連携体制を支えるかかりつけ医の役割が重要になっている。

- ・従来、旭中央病院を患者が直接受診し、外来診療機能がパンク寸前の状態であったが、連携体制の入り口においてかかりつけ医が患者の振り分けを行い、患者の状態に応じて地域連携病院等や拠点病院（旭中央病院）に紹介することが、役割分担の実行の第1ステップになる。
- ・また、拠点病院や地域連携病院等で急性期治療が終了した患者に関する連携体制の出口あるいは受け皿として、かかりつけ医は患者の日常の健康管理等を行う。

支援方策

- ・かかりつけ医が循環型地域医療連携システムにおいて重要な役割を担うために必要な研修会や、かかりつけ医同士あるいはかかりつけ医と病院との情報交換会等を行うことによりかかりつけ医の機能強化を推進する。

〔参考〕千葉県が目指す医療機関の役割分担

地域医療再生プログラム計画に基づいて、香取海匠圏域での役割分担・機能再編の実践を踏まえて、さらに全県的に必要な役割分担・機能再編を進めていく。

(a) 全県的な役割分担のイメージ

医療機関の役割分担・機能再編とネットワークの構築を推進するため、医療機関を全県的な対応と二次医療圏の対応に応じて以下の6つの機能に分類・整理する。

【全県】

① 医育機関としての大学医学部

- 全県的な視野に基づいて医師の養成を行う大学医学部で、本県では千葉大学が唯一の医師養成機関である。

② 特定の疾病等（例：救急、がん）の全県的な対応を図る全県型専門病院

（千葉県救急医療センター、千葉県がんセンター、千葉県こども病院等）

- 救急医療やがん医療など特定の医療分野や疾病等に対して地域の医療機関では対応できない高度・先進的な医療を提供するなど、各分野における全県的な最後の砦となる役割を果たす医療機関である。

【二次医療圏】

③ 拠点病院

- 圏域内において急性期を中心とした高度医療を提供するとともに、地域の医療機関のスタッフ研修等への支援など、圏域内の医療体制の要となる役割を果たす医療機関である。

④ 拠点病院等と連携する地域連携病院・地域の民間病院

- 地域のかかりつけ医と連携し紹介患者を受け入れるとともに、必要に応じて拠点病院への患者の紹介、さらに拠点病院からの手術後のフォローアップが必要な患者の受け入れ等、拠点病院の後方支援機能を果たす医療機関である。

⑤ 特定の疾病等（例：透析）の対応を図る地域型専門病院

- かかりつけ医や地域連携病院等と連携を図りながら医療を提供するとともに、地域で透析等の特定の疾病について特に役割を発揮する医療機関である。

⑥ かかりつけ診療所

- 患者に最も身近な医療機関として患者の振り分けを行い、地域連携病院や拠点病院等への患者の紹介を行うほか、地域生活に復帰した患者等の日常の健康管理等を行う。

(b) 圏域内の役割分担

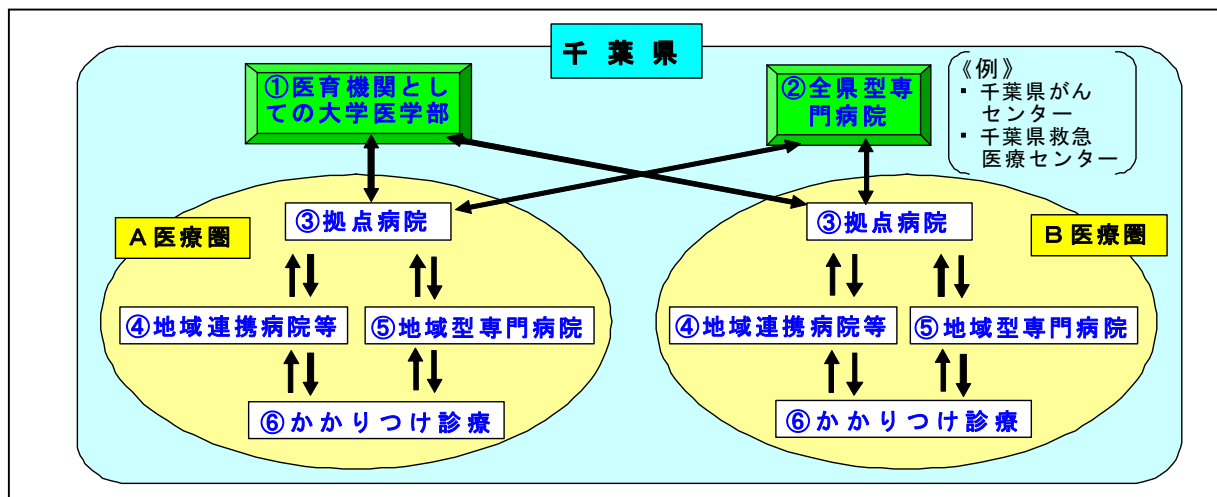
- 圏域内においては、医療機関の配置や医療スタッフの充足の状況、さらには患者の受療の動向等を踏まえながら、上記の③拠点病院、④拠点病院等と連携する地域連携病院、⑤特定の疾病等（例：透析）の対応を図る地域型専門病院、⑥か

かかりつけ診療所がそれぞれの役割を果たしながら連携ネットワークを構築し、地域の連携体制を完成させる。

- 拠点病院は、圏域の実情を踏まえながら外来診療機能の縮小や、急性期の手術や入院治療を中心とした医療に役割をシフトし、地域連携病院との役割分担を明確化していく。これにより、拠点病院の医師等のスタッフの疲弊を是正し、拠点病院として圏域において本来果たされる機能を十分に発揮できる環境を整備する。
- 地域連携病院等は、圏域内の機能再編に応じた新たな役割分担に基づいて、専門外来診療機能の強化、二次救急機能の強化、リハビリ機能の強化、人間ドック等の検診機能の強化等の医療を提供することにより、拠点病院と機能分担・連携を図る。
- 地域型専門病院は、特定の疾病等（例：透析）に関する専門医療等を提供することにより、その特色から拠点病院や地域連携病院との役割分担を明確化し、連携を推進する。
- かかりつけ診療所は、患者の日常の健康管理をはじめ、連携体制のスタートとして患者の状態に応じた拠点病院や地域連携病院等への患者の振り分けや、拠点病院や地域連携病院等における治療が終了した患者が在宅に戻った際の経過の管理や在宅医療を担うことにより、地域連携病院・地域型専門病院との役割分担・連携を進め、連携体制を完成させる役割を果たす。

(c) 全県対応医療機関の役割

- 県内唯一の医師養成機関である千葉大学医学部は、全県的な医療提供体制の整備の視点から医師の育成や確保・配置を行う。
- 全県型専門病院は、それぞれの専門分野における高度専門医療の県内最後の砦であるほか、三次救急など全県（複数圏域）を対象とする医療を行う。
- 千葉大学医学部や全県型専門病院は、全県的な機能を十分に発揮するため、各圏域の拠点病院等と密接な連携を図る。



(イ) 医療機関の連携・ネットワーク化

a 基本的考え方

限りある医療資源を効果的・効率的に活用するため、香取海匠保健医療圏で構築した役割分担を実効するため次の事業を実施する。

(a) 千葉県共用地域医療連携パスの普及推進

- ・ 地域の医療機関の役割分担を推進するため、地域医療連携パスの使用を促進する。

○ 千葉県では、平成20年4月の保健医療計画の改定に併せ医療圏ごとに「循環型地域医療連携システム」を構築した。平成21年4月には、同システムを運用する「千葉県共用地域医療連携パス」を、医師会・大学・医療関係者とともに全国に先駆け、がん・心筋梗塞・脳卒中・糖尿病について作成し、全医療機関に配布し運用を開始したところである。

○ 今後は、地域における医療機関同士の連携体制の拡大や使用実態に合わせたパスの改良及び医療関係者や県民への啓発を行ない、千葉県共用地域医療連携パスの普及を促進する必要がある。

- ・ 二次医療圏を越えた医療機関の連携にも対応するために、全県共用型のパスが必要

○ 千葉県では、地域に必要な医療は、地域で完結することを目指し各保健医療圏での循環型地域医療連携システムの整備に努めているが、昨年度の地域医療連携パスの作成にあたり、医療関係者より他の医療圏の医療機関との連携にも対応できるよう「全県共通の連携パスを作成することを希望する。」との意見が強いことと、患者の受療行動は保健医療圏を超えていることなどから、千葉県内すべてで利用可能な、全県共用型のパスを普及拡大させる必要がある。

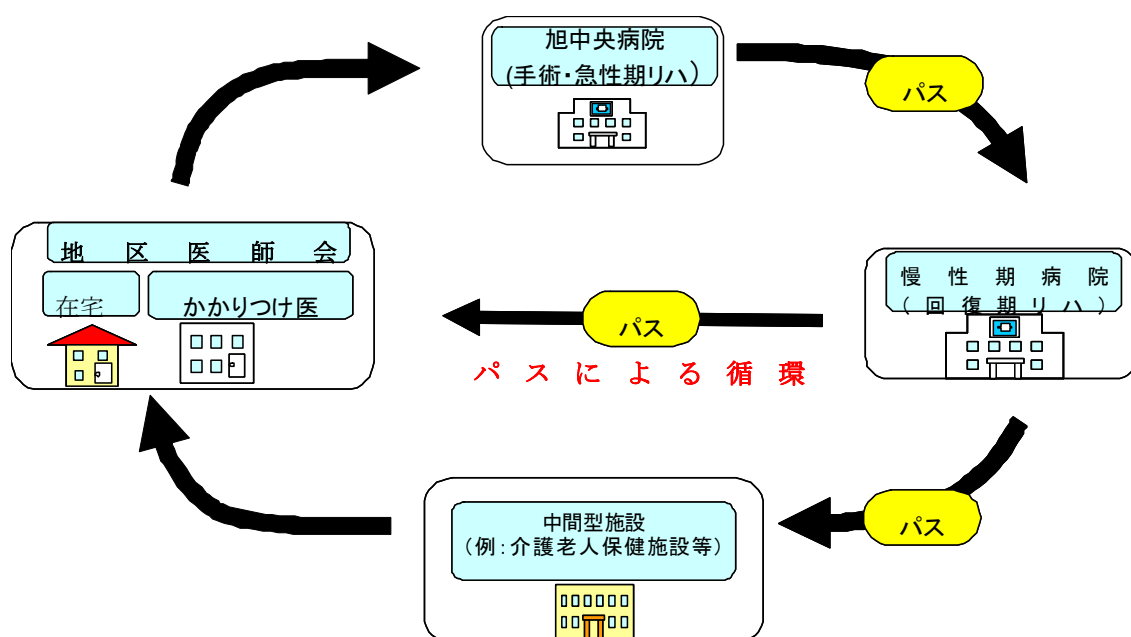
- ・ 歯科・薬剤・福祉分野へのパスの拡大

○ 循環型地域連携システムでは、患者が在宅で必要な治療や介護等を受け、患者が住み慣れた地域で安心して生活できることを目標としている。そのためには、医療と歯科・薬剤・介護・福祉の連動が必要であり、患者の治療のステージごとに最適のサービスを切れ間なく受けるためには、医療から福祉までの患者の治療等に関する情報や計画を共有できる連携パスの作成が必

要である。

※パスのメリット

- ・ 拠点病院：患者の退院推進、専門医療へ集中、患者集中の改善
- ・ 回復期病院：治療情報の共有による治療の継続性
- ・ かかりつけ医：治療情報の共有、診療技術の向上
- ・ 患者：安心して複数の医療機関に受診、身近な地域での受診



(b) ITを利用した自治体病院・民間病院・診療所等の情報の共有化システムの構築

- ・ 連携する医療機関同士で、地域医療連携パス・患者の紹介状・検査データなどを共有するシステムが必要
 - 連携する医療機関を安全性の確保されたITネットワークで繋ぐことで、地域医療連携パスの情報や患者の検査データを共有でき、医療現場でのパス作成等に係る業務量の削減や検査の重複を解消することが可能となる。
 - IT化が進むことで、地域医療連携パスの普及が促進され、その結果医療機関の機能分化も推進される。
 - IT化により、地域医療連携パスの作成や送付にかかる急性期病院の事務

作業の軽減されることや、医療機関の間で地域医療連携パスの情報や患者の検査データを共有できること、更には、専門医からの診断助言を利用できるようになることから、パスの普及が一層促進される。

- パスの使用が促進されることで、地域の医療機関の役割分担が、より一層明確になり医療圏内及び県内の医療機関の機能分化が推進されることになる。

b 具体的展開

(a) 使用が始まった千葉県共用地域医療連携パスの更なる普及の推進

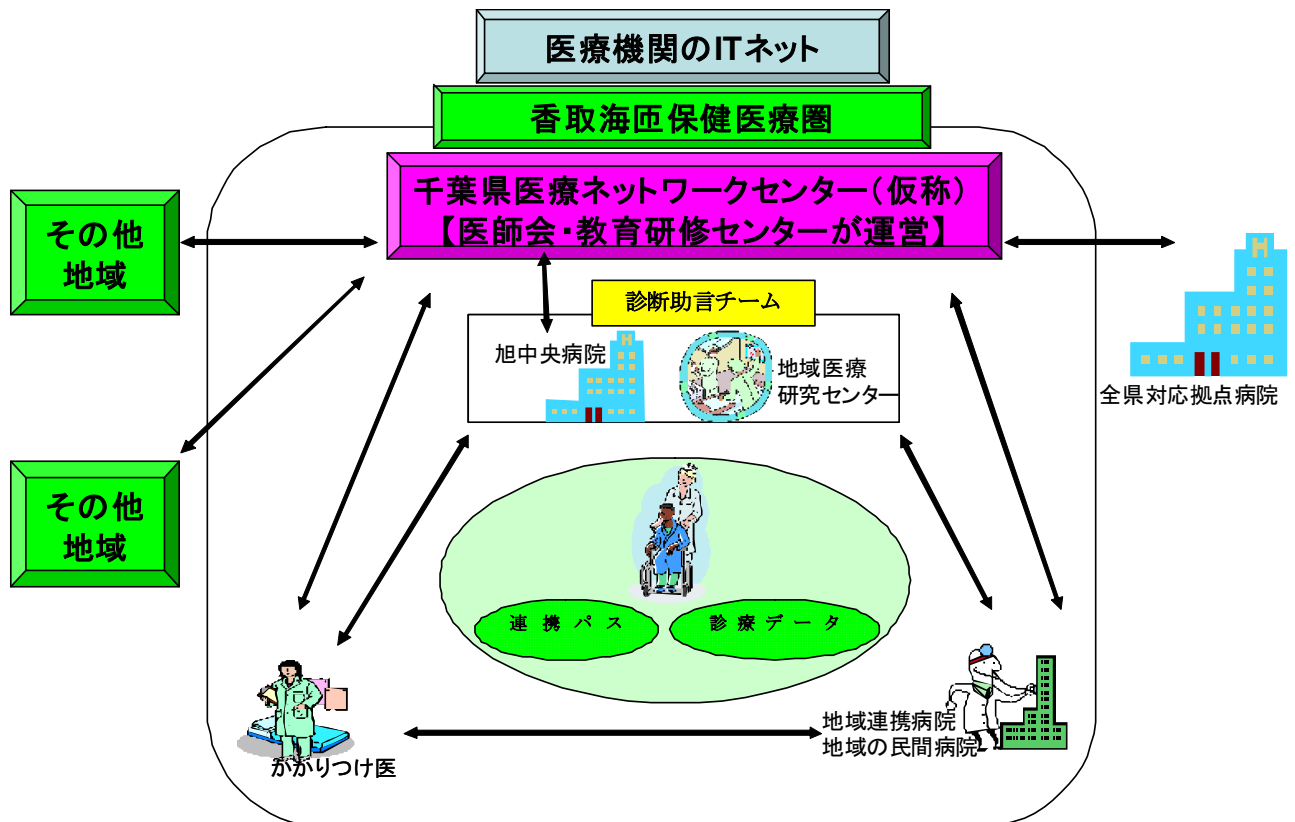
- 平成21年4月に使用を開始した千葉県共用地域医療連携パスについて、香取海匝保健医療圏での使用実態や改訂状況及び医療関係者の意見を医師会と関係病院及び県が設置するワーキンググループにおいて評価検討し、より医療現場で使用しやすい形に改訂し、連携パスの最適化を進める。
- 千葉県共用地域医療連携パスの使用医療機関での連携パスの使用に関する情報管理業務量やパスの作成送付に係る業務量の実態調査を実施し、普及のために必要なインセンティブ(補助金等)の創設を検討する。
- 千葉県共用地域医療連携パスの普及のため、医療機関を対象とした研修会の実施や専用ホームページの開設を通じパスの改良やパスの普及協力医療機関等の情報提供を行う。併せて、県や市町村の広報紙や各種メディアを通じ県民への循環型地域医療連携システムと千葉県共用地域連携パスに関する情報発信を行なう。
- 千葉県共用地域医療連携パスの歯科・薬剤・福祉分野への拡大にむけ、関係機関との検討を開始する。

(b) 香取海匝保健医療圏での医療機関の情報共有化システムの整備

・ 共有化・医療機関相互連携の推進

- 連携する医療機関の間に安全性の確保されたITネットを整備し、千葉県共用地域医療連携パスや検査データについて、かかりつけ医や病院が患者の判断により情報交換できるシステムを千葉県医療ネットワークセンター(仮称)に整備し、医師会と教育研修機関が運営管理する。

- ・ かかりつけ診療所や地域連携病院・地域の民間病院への専門医助言システムの構築
 - かかりつけ診療所や地域連携病院で、IT ネットを通じ検査データについて拠点病院・大学病院・国立病院機構等の専門医の助言を受けるシステムを整備する。
- ・ 情報共有システムの全県への拡大
 - 香取海匝保健医療圏で構築した全県共用型地域医療連携パスの情報共有システムをベースとし、千葉県共用地域連携パスの有効性を向上するために、同システムの全県的な拡大を推進し県内すべての医療機関において、IT化を推進する。



※参考： IT ネットで可能となる主な機能

- 希望する医療機関間の IT ネットを通じた情報交換
 - ・ 連携する医療機関が、千葉県共用地域医療連携パスの電子データの共有
 - ・ 患者の同意を得た医療機関が、診療情報、検査情報を共有
- ネットカンファレンスの実施
- 検査データについて、専門チームから助言を得られる

(c) かかりつけ医へのパスの普及とIT化への支援

- パスによる連携で、患者の治療を担当するかかりつけ医の機能強化を進める。(ア)の事業再掲)

- パスに関する研修会等を開催し、かかりつけ医に対し千葉県共用地域医療連携パスの作成の経緯や医療連携の必要性及び、共用パスの使用のメリット更には、診療報酬上の取り扱い等に関する知識の普及を進め使用を推進する。

- 普段電子カルテ等業務のIT化が行なわれていない診療所の医師に対し、千葉県共用地域医療連携パスのIT化に関する研修会等を開催し、利用に関する抵抗感を払拭することにより、かかりつけ医のIT化を進める。

(ウ) 地域住民と医療関係者・行政の協働

a 基本的考え方

香取海匝保健医療圏の医療の再生に当たっては、次に掲げる視点に立ち、地域住民と医療関係者・行政が協働して取り組むことが重要となる。

(a) 地域医療再生プログラムに対する地域住民の理解と協力

- 県民の医療問題に対する関心が高いことを踏まえ、地域住民が香取海匝保健医療圏の医療の現状や問題点を認識したうえで、自分の問題として医療問題や地域医療再生プログラムに取り組むことが必要となる。

(b) 「良い医療」を実現するため、「お医者さま」でも、「患者さま」でもない“治療への協力関係へ”、新たな医師・患者関係の構築

- 医師へは、「医師を目指した原点、その役割の再認識」、患者へは、「医師の仕事への理解」が必要であり、そのためには、新たな医師・患者関係の構築が重要となる。

(c) 地域住民・医療関係者とともを進める地域医療再生プログラム

- 地域医療再生プログラムの実施に際し、定期的に地域住民・医療関係者のニーズを把握し、地域医療再生プログラムを点検、必要に応じて見直し・改善するなど、計画の実効性を高めることが重要となる。

b 具体的展開

基本的な考え方を踏まえ、次に掲げる4本の柱を軸に施策を展開していく。

(a) 各種メディアを通じた効果的な情報発信と問題の共有化

- 香取海匝保健医療圏の医療の現状や地域医療の再生に向けた取り組みについて、各種メディアを活用し、地域住民を始めとする県民へ広く情報発信し問題を共有化する。

(b) 行政、地域住民、医療関係者の3者の信頼関係の構築

- 行政、地域住民、医療関係者の3者によるシンポジウムを開催するなど、双方向のコミュニケーション活動を通じて、良好な信頼関係を構築する。

(c) 地域住民や医療関係者のニーズの把握と適切な進行管理

- 患者や医療関係者、そして地域住民の声を聞き、何が問題であり、今後どうすべきかを検討し、必要に応じて地域医療再生プログラムを見直すなど、適切な進行管理を行う。

(d) 千葉県地域医療再生本部への第三者となる有識者等の参画を通じた地域医療再生プログラムの客観的評価とフォローアップ

- 医療問題に精通した第三者となる有識者等の千葉県地域医療再生本部への参画等を通じ、地域医療再生プログラムの客観的な評価とフォローアップを実施していく。

イ 具体的事業

(ア) 医療機関の役割分担・機能再編

- 香取海匠保健医療圏における医療機関の役割分担・機能再編を実現させるため、圏内の医療機関を対象に、以下に掲げる対策を実施する。

a 拠点病院の機能強化・地域医療支援機能の対策費（8.73億円）

- ※ 基金負担額の一部は、今後の運用益により発生する見込みの基金余剰額を財源とする。なお、財源とすべき基金余剰額が不足し、上記の基金負担額に満たないこととなった場合は、県負担により事業を実施する。

(a) 地域医療支援病床の確保

- 地域医療の連携強化を図るため、旭中央病院内に、圏域内の地域連携病院も共同利用できる「地域医療支援病床」を確保することとし、そのために必要な助成を行う。

（事業期間） 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

（事業総額） 10,921千円（基金負担分 10,921千円）

（事業の積算）

施設改修費、ベッド購入費、什器備品購入費

(b) 地域医療支援センターの設置

- 当医療圏の医療提供体制を強化するとともに、地域医療全体の質の向上が図られるように、旭中央病院に「地域医療支援センター」を設置することとし、そのために必要な助成を行う。

〔地域医療支援センターの機能〕

- ① 医療スタッフの確保による医療提供体制の強化（医師の研修、地域連携病院への派遣）
- ② 地域医療の研究（臨床研究、臨床治験）
- ③ 経営管理の研究・研修（ネットワークに参加する医療機関の経営効率化に関する調査・分析、戦略立案、実践支援）

（事業期間） 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

（事業総額） 689,956千円（基金負担分 689,956千円）

（事業の積算）

- ・ 地域医療支援センターに配置される医師の人件費
- ・ 地域医療支援センターに配置される医療クラークの人件費
- ・ センターの設置に伴って必要となる施設改修費、設備・備品費

(c) 大学等との提携による医療スタッフの確保、共同研究等

- 大学の医学部や他の医療に関連する学部との提携を通じて、医療スタッフ

の確保を行う。

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

(事業総額) 171,823千円(基金負担分 171,823千円)

(事業の積算)

・大学医学部等から医療スタッフを確保するための経費等

b 地域連携病院の機能再編対策費(5.86億円)

(a) 地域連携病院の機能等を強化するための費用の助成

- 医療機関の役割分担や機能再編に伴い、2次救急・手術対応機能、専門外来機能、リハビリテーション機能等、それぞれの地域連携病院の機能を強化するために必要となる費用を助成する。

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

(事業総額) 585,987千円(基金負担分 585,987千円)

(事業の積算)

・匝瑳市民病院

2次救急対応、手術対応の機能強化等に要する費用の助成

・多古中央病院

リハビリテーション機能(整形外科等)の強化等に要する費用助成

・東庄病院

リハビリテーション機能(療養型)の強化等に要する費用の助成

・銚子市立病院

基幹外来機能の強化等に要する費用の助成や人的支援

※ 銚子市立病院は現在も休止中であることから、2次救急機能を担う病院の再開を目指した第一段階として、基金による支援を行うものとする。

・小見川総合病院・県立佐原病院

両病院の一体化による機能強化等に要する費用の助成

c 医師派遣・かかりつけ医連携経費(0.68億円)

- ※ 基金負担額の一部は、今後の運用益により発生する見込みの基金余剰額を財源とする。なお、財源とすべき基金余剰額が不足し、上記の基金負担額に満たないこととなった場合は、県負担により事業を実施する。

(a) 地域連携病院へ派遣される医師に対する手当の助成

- 拠点となる旭中央病院や千葉大学医学部等から、地域連携病院に派遣される医師に対するインセンティブとして、特別の手当を設定することとし、そのために必要となる費用を助成する。

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期
(事業総額) 45,650千円(基金負担分 45,650千円)

(b) かかりつけ医の機能の強化

○ 医療機関の役割分担を推進する上で重要な役割を担うかかりつけ医の機能強化を図るため、次に掲げる事業を実施する。

- ・ 基礎調査事業
- ・ かかりつけ医普及キャンペーン事業
- ・ かかりつけ医支援事業

(事業期間) 平成24年度 事業開始、平成25年度 終期
(事業総額) 22,000千円(基金負担分 22,000千円)

(イ) 医療機関の機能再編・ネットワーク化

a 千葉県共用地域医療連携パスの普及推進(総額0.082億円)

(a) 「千葉県共用地域医療連携パス」の管理・評価見直し

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期
県単事業として実施

(事業総額) 2,500千円(基金負担分 0千円)

○ 医師会、かかりつけ医の代表者(県医師会関係者)や急性期病院、回復期病院等の関係者から構成されるワーキンググループを疾病ごとに設置し、下記事業を実施する。

- ・ 千葉県共用地域医療連携パスの地域での使用状況の調査
- ・ 同パスへの医療関係者の意見調査
- ・ 上記調査状況の分析
- ・ 同パスの改訂の検討

(b) 「千葉県共用地域医療連携パス」の使用医療機関へ情報管理業務量調査

(事業期間) 平成25年度 基礎調査、情報処理・解析・調査結果報告書作成 終了

(事業総額) 2,500千円(基金負担分 2,500千円)

- 4 疾病に係る県内の拠点病院等・サテライト病院・かかりつけ診療所等において、千葉県共用地域医療連携パスを使用するための情報管理業務に関する業務量調査を実施し、連携パスの普及に必要な方策を検討するための基礎資料とする。

(c) 「千葉県共用地域医療連携パス」の普及

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

事業終了後は、県単事業として継続予定

(事業総額) 3, 143千円 (基金負担分 3, 143千円)

- 「千葉県共用地域医療連携パス」の普及を図るため、取り扱い方法や使用上のメリット及び地域での普及状況等について研修会等を開催する。
- 二次保健医療圏ごとの病院、診療所等の地域連携室等のネットワーク化を推進するため、二次医療圏ごとに、病院の地域医療連携室等の連絡会議を開催し顔の見える関係の構築を図る、
- 地域医療連携パスに係る診療技術移転の推進し、開業医の診療技術の向上を図る。開業医での治療が合併症等の予防や疾病の悪化の防止に重要となっている糖尿病の診療技術の移転から開始し、順次他の疾病に拡大していく。
- ホームページの運営管理として、平成20年度に開設した「千葉県共用地域医療連携パスのホームページ」の運営管理を千葉県医師会に委託する。

b 地域医療機関 IT ネット整備事業 (総額 1. 15 億円)

(a) IT ネット整備事業

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

事業終了後は、県単事業として継続予定

(事業総額) 0. 5 億円 (基金負担分 0. 5 億円)

- 千葉県共用地域医療連携パスの普及と医療機関における作業性の向上のため、当該パスの情報伝達等を可能にする IT ネットワークを構築するために必要な、患者データや病院データ等を保存管理するデータセンター等を設置維持・運営する。

(b) 専用ソフト開発事業 (総額0.65億円)

(事業期間) 平成22年度 作成開始、

平成22年度 運用開始

平成25年以降 システムの継続使用

(事業総額) 0.65億円 (基金負担分 0.65億円)

- 千葉県共用地域医療連携パスの普及と医療機関における作業性の向上のため、当該パスの情報伝達等を可能にするITネットワークを構築するために必要な、下記の専用のシステムを開発する。

- ・ 千葉県共用地域医療連携パス及び診療情報提供書の送受信システム
- ・ 患者・医療機関認証システム

(ウ) 地域住民と医療関係者・行政の協働

a 地域医療再生プログラム等情報発信事業

(事業期間) 平成22年度から平成25年度まで

(事業総額) 29,440千円 (基金負担分 29,440千円)

香取海匝保健医療圏の医療の現状や地域医療の再生に向けた取組みについて、地域住民を始めとする県民へ広く情報発信・問題を共有化し、問題解決に向けて協働するため、次に掲げる事業を実施する。

(事業の積算)

- 新聞、地域広報誌、パンフレット、ポスター等による情報発信の実施
- ケーブルテレビや地方テレビ局、ラジオ局を使ったコンテンツ制作と情報発信の実施
- 「千葉県地域医療再生」記者懇談会を組織し、定期的会合を開催
- 「千葉県地域医療再生」WEBサイトの開設

b 行政・地域住民・医療関係者連携構築事業

(事業期間) 平成22年度から平成25年度まで

(事業総額) 10,000千円 (基金負担分 10,000千円)

行政・地域住民・医療関係者の3者の信頼関係を構築するため、次に掲げる事業を実施する。

(事業の積算)

- 行政・地域住民・医療関係者の3者による地域医療再生プログラムのシンポジウムの開催
- 上記シンポジウムの開催準備として、より小規模で地域密着型の会合を開催

c 地域医療再生プログラムフォローアップ事業

(事業期間) 平成22年度から平成25年度まで

(事業総額) 10,677千円 (基金負担分 10,677千円)

地域住民・医療関係者のニーズの把握や第三者の医療専門家など有識者の参画を通じ、地域医療再生プログラムの客観的評価とフォローアップを行うため、次に掲げる事業を実施する。

(事業の積算)

- 香取海匠保健医療圏における中核病院の医療従事者や患者へのインタビュー調査
- 患者団体へのインタビュー調査や地域住民へのアンケート調査
- 千葉県地域医療再生本部へのアドバイザーとしての有識者の招聘
- 有識者による第三者評価のための「地域医療再生プログラム」研究会の開催と、千葉県地域医療再生本部へのフィードバック

■ 地域医療再生プログラム終了後に実施する事業

a 地域連携病院へ派遣される医師に対する手当の助成

(単年度事業予定額 0.16億円)

- 拠点となる旭中央病院や大学の医学部等から、地域連携病院に派遣される医師に対する手当の助成

b かかりつけ医の機能の強化 (単年度事業予定額 0.1億円)

- かかりつけ医の機能強化を図るため、研修会、情報交換会等の開催等の経費の助成

c 「千葉県共用地域医療連携パス」の管理・評価見直し

(単年度事業予定額 500千円)

- 千葉県共用地域医療連携パスの地域での使用状況の調査
- 同パスの改訂の検討

d 「千葉県共用地域医療連携パス」の普及（単年度事業予定額 500 千円）

- パスの研修会の開催
- 医療機関の地域連携室等会議の開催
- 診療技術移転研修会の開催

e IT ネット整備事業（単年度事業予定額 17,500 千円）

- データーセンターの維持運営

f 地域医療再生プログラム等情報発信事業（単年度事業費予定額：8,000 千円）

地域住民を始めとする県民へ広く情報発信・問題を共有化し、問題解決に向けて継続して取り組む。

- 新聞、地域広報誌、パンフレット、ポスター等による情報発信の実施
- ケーブルテレビや地方テレビ局、ラジオ局を使ったコンテンツ制作と情報発信の実施
- 「千葉県地域医療再生」記者懇談会の開催
- 「千葉県地域医療再生」WEBサイトの運営

g 行政・地域住民・医療関係者連携構築事業（単年度事業費予定額：2,500 千円）

行政・地域住民・医療関係者の3者の信頼関係を継続して構築していく。

- 行政・地域住民・医療関係者の3者による地域医療再生プログラムのシンポジウムの開催

h 地域医療再生プログラムフォローアップ事業

（単年度事業費予定額：2,000 千円）

地域医療再生プログラムの客観的評価とフォローアップを定期的実施し、問題解決に向けて継続して取り組む。

- 中核病院の医療従事者や患者、住民等へのアンケート調査等の実施
- 千葉県地域医療再生本部へのアドバイザーとしての有識者の招聘
- 有識者による第三者評価のための「地域医療再生プログラム」研究会の開催と、千葉県地域医療再生本部へのフィードバック

5 課題を解決するための全県的な体制整備

(1) 医師確保・研修・就業支援の全県的なシステム化

ア 趣旨・目的

(ア) 基本的考え方

(a) 医師不足の現状

○ 千葉県の医師数は、平成18年末現在、9,322人で、全国第9位であるが、人口10万人当たりでは153.5人で、全国平均の206.3人を大きく下回っており、全国第45位という状況である（平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査）。

○ その一方、千葉県は、今後、埼玉県に次ぐ全国第2位のスピードで、高齢化が進み、平成17年からの10年間で、65歳以上の高齢者人口が50.6%増加すると推定されている。

こうした急速な高齢化に伴って、医療を必要とする高齢者数も増大することは避けられず、医療が必要に応じて適切に提供されるためには、医師、看護師等の医療従事者確保の必要性はさらに高まるものと考えられる。

(参考) 香取海匠保健医療圏の自治体病院における常勤医の変化

施設名	常勤医師数 (H16)	常勤医師数 (H20)	増減
小見川総合病院	16	12	▲4
多古中央病院	9	8	▲1
東庄病院	4	4	0
銚子市立総合病院	35	13	▲22
総合病院国保旭中央病院	152	190	38
国保匝瑳市民病院	14	10	▲4

(b) 研修医の減少

○ 平成16年度の医師養成における初期臨床研修制度導入後、県内の臨床研修指定病院（41病院・平成21年度）における研修医の採用率は67.3%と、採用者数が募集定員を大幅に下回る状況が続いており、中でも、県内唯一の医師養成機関である千葉大学医学部の附属病院においては、初期臨床研修制度導入前の平成15年度の採用実績が147人であったのに対し、平成21年度の採用実績は48人と、6年間で99人、率にして67%も減少している。

○ 県内の臨床研修指定病院(41 病院)の採用率(初期)

平成 21 年度：67.3% (募集定員：404 人、採用実績：272 人)

平成 20 年度：70.8% (募集定員：398 人、採用実績：282 人)

○ 県内唯一の医師養成機関である千葉大学の初期研修医の推移 (人)

年度	15 年	16 年	17 年	18 年	19 年	20 年	21 年
初期研修医	147	61	62	61	54	68	48

○ 県内で医療に従事する研修医の数が伸び悩むのは、初期臨床研修制度の導入により、医学生が、自らのキャリアプランに従い、研修先病院を選ぶことができるようになったことから、患者数が多く、より豊富な症例に接することができる東京都内の臨床研修病院等を選ぶようになったということも、大きな理由の一つとしてあるものと考えられる。

(c) 医師不足を原因とした診療科の休廃止の発生

○ 都市部の病院への研修医の集中が、地方の大学附属病院等における研修医の減少を招き、大学が医師確保のため、地域の医療機関に派遣していた医師の引上げを行った結果、大学に医師確保を依存していた自治体病院を中心として、診療科の休止や廃止が相次ぐなど、地域における医師不足が深刻な状況となっている。

千葉県においては、初期臨床研修制度が導入された平成 16 年以降、平成 20 年 8 月までの間に、医師不足を原因として、37 病院の 62 科が廃止され、11 病院の 19 科が休止されている。

○ なお、県内の自治体病院においては、8 病院で 14 科の休廃止が発生しているが、14 科のうち 8 科が産科又は小児科である。

産科や小児科については、夜間の緊急対応が多いなど勤務環境が厳しいことに加え、福島県立大野病院の産科における事件が社会的にも注目されたように、医療事故に関する訴訟の発生が多く、他の診療科よりも医師不足が厳しい状況にある。

○医師不足を原因とした診療科の休廃止の発生

	廃止数	休止数
診療科の廃止・休止	37病院・62科	11病院・19科

(平成16年～平成20年8月)

○自治体病院の診療科廃止・休止状況

- ①浦安市川市民病院 産科、小児科休止(19.5)
- ②松戸市立病院 診療精神科休止(20.3)
- ③小見川総合病院 産科休止(17.4)
- ④佐原病院 産科休止(18.4)
- ⑤銚子市立総合病院 呼吸器科休止(19.4)、産科、歯口科廃止(19.7)
- ⑥東陽病院 産科休止(18.3)
- ⑦東金病院 呼吸器科、消化器科休止(17.4)、
産科休止(19.4)
- ⑧長生病院 産科休止(17.4)、呼吸器科休止(19.4)

(d) 看護師の不足

- また、千葉県看護師数は、平成20年末現在、29,373人で、医師と同じく全国第9位であるが、人口10万人当たりでは479.8人で、全国平均の687.0人を大きく下回っており、全国第46位という状況である(平成20年衛生行政報告例)。
- 看護職員の計画的かつ安定的な確保を図るため、医療機関等への実態調査に基づいて策定される「千葉県看護職員需給見通し」(第6次・対象期間：平成17年～平成22年)では、平成20年末時点の供給数は40,883人で、需要数に対し、2,676人不足すると推定している。
- 一方、この見通しに対する、同時点における実際の就業看護職員数は、39,524人(厚生労働省・衛生行政報告例)で、需要数に対する不足はさらに大きくなっており、看護師の確保も緊急を要する状況となっている。

- 看護職員の供給が、見通しを下回っている理由の一つとしては、平成17年12月に第6次需給見通しが策定された後、平成18年度の診療報酬の改定により、「7：1看護」が導入されたことが挙げられている。
- 各病院がより高い診療報酬が得られる7：1看護を導入するために、看護師の増員を図った結果、勤務環境が比較的良好な都市部の大規模病院に看護師が集中し、地域の病院、診療所等における看護師不足が顕著になってきている。

○看護職員の需給状況

(人)

	H18	H19	H20	H21	H22
需要見込み数 A	41,865	42,628	43,559	44,107	44,774
供給見込み数 B	39,442	39,916	40,883	42,225	43,982
不足見込み数 A-B	▲2,423	▲2,712	▲2,676	▲1,882	▲792
実就業者数 C	37,628	—	39,524		
不足数 D : A-C	▲4,237	—	▲4,035		
充足率 D/A	89.9%	—	90.7%		

(「第6次千葉県看護職員需給見通し」及び「衛生行政報告例」)

- また、こうした近年の診療報酬改定の方向性でもある、医療の高度化、在院期間の短縮化等は、日々患者と接する看護職員の業務の困難性を高めている面もあると考えられる。
 看護業務の高度化、困難化は、養成所を卒業し、実務に就いたばかりの若い看護師の退職や結婚、出産により一度退職した看護師の復職に対する不安につながるものである。
 県内で、資格を持ちながら就業していない「潜在看護職員」は、有資格者の31%、約20,000人いるものと推計されている。
- 日本看護協会の調査では、千葉県の新人看護職員の離職率は、看護職員全体の離職率より低いものの、10%前後と高い率で推移している。

なお、全国の離職率を看護職員の配置基準別に見ると、より新人看護職員に対するサポート体制が整っていると考えられる、7：1看護の場合が最も低い離職率となっている。

○千葉県における看護職員の離職率

	16年度	17年度	18年度	19年度
常勤	14.6%	13.3%	14.4%	13.1%
新卒常勤	—	10.4%	8.7%	11.1%

○看護職員の配置基準別の離職率（19年度・全国）

	7：1	10：1	13：1	15：1
常勤	13.0%	12.2%	14.6%	14.2%
新卒常勤	8.9%	9.1%	13.2%	11.4%

（日本看護協会調査）

- 本年7月、保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部改正により、看護師等における研修の受講、病院の開設者等における新人看護師の臨床研修等受講に対する配慮が義務付けられ、養成所 卒業後の臨床研修の必要性が明確にされた。
- また、千葉県が、平成19年度に新人看護職員を対象に行ったアンケート結果でも、3人に1人が専門的な知識・技術が不足していると感じ、退職を考えたことがあると回答している。

○新人看護職員に対するアンケート結果の概要（平成19年度）

- ・退職を考えたことがある 66.7%
- ・退職を考えたことがある者の退職を考えた理由（複数回答）

1	配属部署の専門的知識・技術が不足している（35%）
2	自分は看護師に向いていないのではないかと思う（27%）
3	勤務時間内に仕事が終わらない（24%）
4	医療事故を起こさないか不安（23%）
5	基本的な看護技術が身につけていない（18%）

（対象：平成18年度卒業生）

b 課題

(a) 医師不足における課題

- 大学病院や臨床研修指定病院などに、研修医が集まらないため、地域の医療機関に派遣していた医師の引上げが起こり、地域の医師不足が深刻になっている。
- 初期臨床研修のマッチングにおいて、1位希望者が募集定員を上回る病院は、国保旭中央病院や亀田総合病院など県内にも多数あるが、千葉県全体の採用実績は、募集定員の7割前後に留まっている。
- 加えて、本年5月の初期臨床研修医制度の見直しにより、都道府県ごとに上限枠が設定され、平成22年度の本県における募集定員総数は、平成21年度の404人に対し、373人と大きく減少することとなった。
- 県外からも多くの臨床研修医を集め、さらに、引き続き、後期研修医として県内への定着を図るためには、もちろん、それぞれの臨床研修病院が、医学生や臨床研修医にとって魅力のある研修プログラムを提供することが必要である。

(b) 看護師不足における課題

- 資格を持ちながら就業していない「潜在看護職員」が多く存在するほか、現に就業している者も、医療の高度化が進む中で、自らの看護技術に不安を抱いている。
- 専門的な技術の不足や医療事故に対する不安が、新人看護師の離職理由の上位にあり、また、結婚、出産等で一度離職した者が復帰しようとする場合に、自らの看護技術に対する不安が支障になっていることが多いと考えられる。
- 看護師の確保については、少子高齢化の進行により、新たな養成数の大幅な増加を見込むことは困難であることから、勤務環境の改善対策とともに、医療の高度化に対応した実践的な看護技術の習得等スキルアップを図る定着促進対策の充実が必要である。

c 具体的な展開

(a) プログラムの提供と就職支援

- 豊富な症例を有する大規模な臨床研修病院が、数多く所在する東京都（平成22年度臨床研修病院：97病院、募集定員1,507名）に隣接する千葉県において、個々の臨床研修病院の努力に、研修医の大幅な増加を期待することは難しい。

- そのため、千葉県では、平成20年2月に、千葉大学、千葉県医師会及び県内の臨床研修病院が協力して、研修医の確保、支援を目的とした、「特定非営利活動法人千葉医師研修支援ネットワーク」を設立した。

- 同法人は、千葉県の支援を受け、
 - ・ 県内の臨床研修病院の後期臨床研修プログラムのオンライン提供
 - ・ 県内の臨床研修病院の合同採用説明会
 - ・ 指導医養成講習会などの事業を実施している。

- 香取海匠保健医療圏をはじめとする県内の医療機関への医師の定着を図るためには、県内の臨床研修病院に、自らのスキルアップに意欲的な研修医が県の内外から集まるような魅力のある研修プログラムを提供することが必要である。

- そのため、千葉県においては、「千葉医師研修支援ネットワーク」の仕組みを基礎として、研修医が、自らのキャリアプランに基づいて、希望するカリキュラムを、希望する研修施設で受けることを可能とする（イメージとしては、亀田総合病院で臨床研修中の研修医が、研修プログラムの一部について、千葉大学医学部附属病院や国保旭中央病院の施設で研修することができるもの。）千葉県独自の全県的な相互研修システムの構築を目指し、千葉大学医学部を中心に「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を設置することとする。

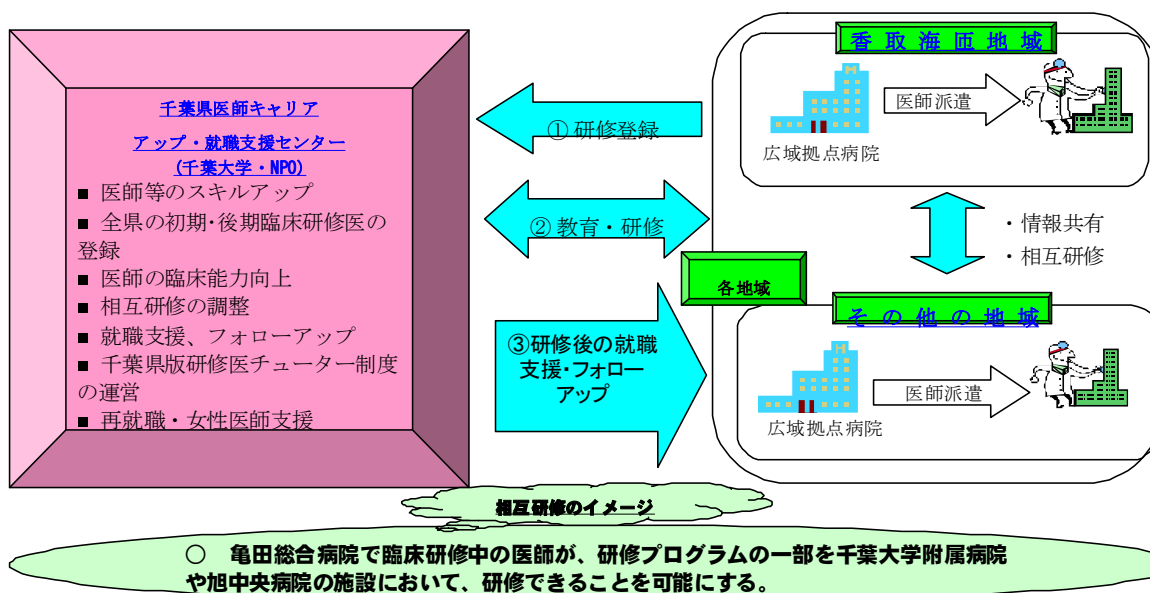
- 同センターでは、この全県的な研修システムに登録した初期及び後期研修医を対象として、各大学医学部、大学附属病院や地域ごとの拠点病院間の相互研修の企画及び支援、技能研修の企画・運営とともに、県内医療施設（大学附属病院、拠点病院、中小病院、診療所等）

の就職情報の提供、マッチングの支援等を一元的に行う。

- 加えて、この全県的研修システムに登録した初期・後期研修医に対しては、研修医1名について、経験豊かな地域の医師1名が専任でキャリアアップをはじめとした公私にわたる相談対応を行うチューターを設置するなど、臨床研修病院だけでなく、千葉県全体で支えるシステムとする。

(千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターのイメージ)

千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターの設置・運営



(b) 臨床技能向上の支援

- 千葉県内の医療機関等で勤務する医師の数は、臨床研修制度が導入された平成16年度以降においても、減少しているわけではない。

平成14年 8,505名

平成16年 8,818名

平成18年 9,322名 (医師・歯科医師・薬剤師調査)

しかしながら、多くの自治体病院において、医師不足を原因として産科が休止、廃止に追い込まれている。

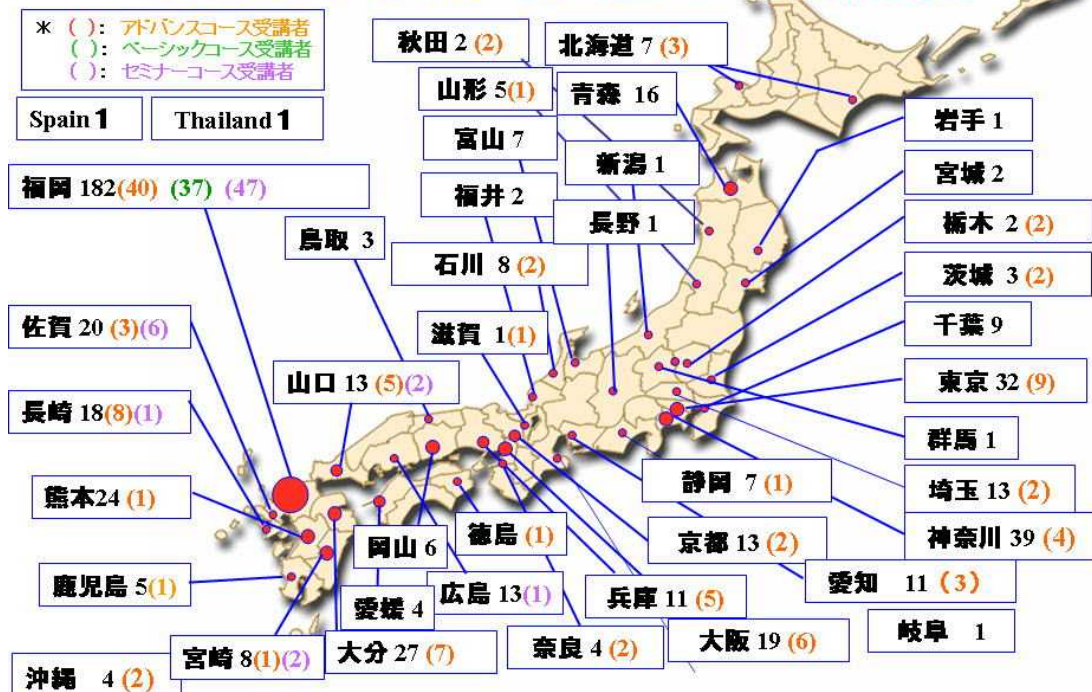
- 産科において、医師不足が著しい原因としては、夜間の救急搬送が多く、臨床研修等においてそうした実態を認識した研修医が敬遠するほか、医療事故に関わる訴訟の発生が多く、経験のある医師もまた、産科の現場から離れていくという現状があるとされる。
- そして、医療事故訴訟が多いことについては、産科医療関係者の努力により、患者の側つまり国民一般に、出産は安全という意識が根付いていることも大きな理由とされ、死産や妊婦の死亡がゼロではないことについて、あらためて認識してもらうための対策も必要であるが、基本的には、担当医の臨床技術を向上させ、医療事故発生の不安を軽減するための対策が執られなければならない。
このことは、産科だけでなく小児科や他の診療科においても同様である。
- そこで、(a)においてその設置を提案した「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」の運営する全県的な相互研修システムが提供する研修プログラムを、自らのスキルアップに意欲的な研修医等が県の内外から集めるような魅力のあるものとするため、実践的かつ高度な医療技術を修得することができるものとした。
- こうした研修を提供することができる、人体模型等による高度なシミュレーション機器を備えた施設（スキルズセンター）は、九州大学、愛媛大学等の国立大学が運営する施設、あるいは民間企業が運営する施設が国内に数か所設置されている。
- 九州大学病院に設置されたトレーニングセンターでは、平成16年10月から平成21年6月までの間に実施した46回の研修に、760名の医師を集めているが、その内訳を見ると、地元である福岡県の受講者は182名であり、その他の受講者は、北海道から沖縄県に至る各地から集まっている。
- そこで、千葉県では、県内唯一の医師養成機関である千葉大学に高度なシミュレーション機能を有するスキルズセンターを整備し、研修医が現場で不安なく医療に携わることができるよう、実践的な医療技術を学べる研修を提供する。

1 全国のスキルズセンターの状況

- 九州大学病院内視鏡トレーニングセンター
 - ⇒ 平成16年12月設立、シミュレータ、動物(豚)
- 愛媛大学低侵襲手術トレーニングセンター
 ⇒ 平成17年4月設立、シミュレータ、動物(豚)
- 自治医大医療技術トレーニング部門(実験医学センター)
 - ⇒ 平成18年設置、動物(豚)
- 名古屋大学VR内視鏡外科手術トレーニングコース
 - ⇒ 平成16年4月設立、シミュレータ
- 腹腔手術トレーニングセンター(ジョンソン&ジョンソン) 須賀川(福島)
- オートスーチャートレーニングセンター(タイコ) 富士宮(静岡)

2 スキルズセンターの活動状況 ー医師研修に対する魅力ー (九州大学病院内トレーニングセンターの実績)

H16.10-H21.6 全 46回・5回・12回・4回 参加人数 760名



- スキルズセンターは、講義及びシミュレーション機器を用いたトレーニングを行うドライラボと動物や献体を用いたトレーニングを行うウェットラボを備え、千葉大学大学院、医学部及び附属病院の一体的な取組により、診療科に応じた技術研修を実施する。
- もちろん、このスキルズセンターにおいては、その高度な機能を県内の医師確保に効果的に活用するため、研修医だけでなく、指導医、専門医など診療科やキャリアに応じた、以下のような各種の研修を提供することとする。
 - ・ 基本・応用・高度専門手技研修
 - ・ 専門領域ごとに設定されたプログラム、コースに基づく研修
 - ・ 大学病院間の連携専門研修
 - ・ 自治体、県医師会、地域病院との協働による地域の医療者の診療技能研修

(千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターの事業内容)

☆ **千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターでの取組み**

教育・研修(千葉大学)

卒前教育

- ★基本手技研修と評価(OSCE)
- ★医学部、看護学部、薬学部等の技能・専門職連携教育
- ★県内大学が連携して技能教育と地域医療教育を実施し、卒業生の地域定着を図る

卒後・専門研修(スキルズセンターの設置)

- ★基本・応用・高度専門手技研修と評価(OSCE)
- ★専門領域ごとに設定されたプログラム、コース(ドライラボ、ウェットラボを併用)に基づく研修
- ★医師の技能研修、専門職連携教育
- ★大学病院間連携専門研修(高度医療人、癌プロ)
- ★自治体、県医師会、NPO、地域病院との協働による地域の医療者の診療技能研修

生涯教育

- ★地域の医療者を対象とする基本から高度専門手技までのブラッシュアップ・リカレント・職場復帰技能研修

臨床能力向上・就職支援(NPO)

教育・研修支援

- ★初期・後期研修医の全県的登録
- ★各大学医学部・附属病院や圏域ごとの拠点病院間の相互研修の企画・支援
- ★医師の技能研修、生涯教育の企画、運営

就職支援

- ★県内医療施設(大学附属病院、拠点病院、中小病院、診療所)の就職情報の一括公表
- ★各医療施設と医師(研修医、専門医等)とのマッチングとフォローアップ
- ★ブラッシュアップ・リカレント・職場復帰技能研修支援

スキルズセンターのプログラム(例)

外科、整形外科、産婦人科、泌尿器科、耳鼻科、脳外科、眼科、消化器内科、循環器内科、麻酔科、救急等

- | 外科 | |
|----|-----------------|
| ■ | 外科基本手技コース |
| ■ | 外科応用手技コース |
| ■ | 腹腔鏡手術ベーシック・コース |
| ■ | 腹腔鏡手術アドバンスド・コース |
| ■ | 腹腔鏡手術小児外科コース |
| ■ | 上部消化管内視鏡手術コース |
| ■ | 下部消化管内視鏡手術コース |

(c) 大学等を活用した医師確保の推進

- 研修医、大学院生等を対象とし、県内の医療機関での一定期間の勤務を返還免除要件とする修学資金の貸付制度は、従来、県単独事業として実施してきており、医師確保に一定の成果を挙げている。
- また、今年度から、同様の修学資金制度の設定によって、千葉大学医学部の定員が10名増員されたところであり、将来、県内の医療機関で勤務する貸付者10名が決定している。
- そこで、平成22年度からの医学部定員増と将来の県内医療機関での勤務者確保のため、修学資金制度7名分（千葉大学5名、県外大学2名）を設定する。
また、県外の在学者を含め、医学部学生、大学院生等の修学段階ごとのニーズに応じた新たな修学資金制度を設定する。

○医学部学生、大学院生等の各段階のニーズにあった『きめこまかな支援制度』

区分	対象	要件	貸付枠
修学資金制度	県内外の大学医学部の学生 (22年度定員増)	医師免許取得後9年間、 県内病院で勤務	月額30万円 以内
授業料相当額の貸付制度	県内外の大学医学部の大学院生	大学院修了後、 県内病院で 貸与期間に相当する期間 の勤務	授業料 (全部又は一部)

(d) 看護師等のスキルアップと県内定着の推進

- そのため、県立保健医療大学、千葉大学医学部附属病院、千葉県看護協会が協働して、看護技術の高度化、臨床現場の状況、就業意識等を総合的に考慮した看護技術に関する研修を実施する。
技術研修の実施に当たっては、前記の千葉大学に設置するスキルズセンターを活用する。

- 養成数の大幅な増加が期待できない中で、県内への定着を促進するため、養成施設の学生に対する、より充実した奨学金制度を創設する。

イ 具体的事業

(ア) 医師等のスキルアップ、研修医の全県的登録・相互研修と就職支援

(総額 2.28 億円)

a 千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターの設置

- 高機能シミュレータなど多様なシミュレーション教育システムを有し、全県の医師、看護師等の医療従事者を対象として、レベルに応じた実践的な医療技術に関する研修を実施するスキルズセンターを備えるとともに、初期及び後期研修医の全県的な登録、相互研修の企画・運営並びに就業支援を行う「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を千葉大学医学部に設置する。

(事業期間) 平成 22 年度事業開始、平成 25 年度終期

(事業総額) 133,854 千円

(事業の積算) ・施設改修費
・機器購入費

b 千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターの運営

- 各拠点病院等が採用した初期・後期臨床研修医の全県的登録
→ 各研修病院等が採用した初期・後期臨床研修医に関する情報を共有し、全県的な登録を行う。
- センターを活用した研修医の実践的医療技術研修
→ 千葉大学医学部や各拠点病院が協働で各病院の特色を活かした研修を実施するとともに、スキルズセンターを活用して実践的な医療技術を修得することができる研修プログラムを作成し、研修医等の希望を考慮した研修を促進する。
- 研修期間終了後の研修医の県内病院への就職・定着支援
→ 県内病院の医師に関する求人及び研修医の専門的分野に関する志望等の情報をもとに、センターが双方をマッチングさせ、香取海匝保健医療圏を始めとする県内病院への就職を支援する。

就職後も継続して研修医、病院からの情報を収集し、双方のニーズに合う研修医のキャリア開発を実施する。

○ 千葉県版研修医チューター制度の運営

→ 研修医からの各種相談への対応や支援を行う専属のチューター（地域の医師会の医師1名を想定）の選定、相談等の業務実施に関する調整等を行う。

（事業期間） 平成22年度事業開始、平成25年度終期

（事業総額） 93,951千円

（事業の積算） センター人件費

研修・運営費（講師謝金、材料費、電算システム維持費）

チューター人件費

（イ）千葉大学等を活用した医師確保の推進（総額2.65億円）

※ 基金負担額の一部は、今後の運用益により発生する見込みの基金余剰額を財源とする。なお、財源とすべき基金余剰額が不足し、上記の基金負担額に満たないこととなった場合は、県負担により事業を実施する。

a 地域医療に従事する医師確保のための新たな奨学金制度の創設

○修学資金貸付制度

・ 医学部定員増の計画（地域枠）等に伴い、平成22年度から県内外の大学医学部に入学する学生を対象とし、医師免許取得後9年間、県内病院で勤務することを返還免除の要件とする修学資金を計画期間中貸与する。

（事業期間） 平成22年度事業開始、平成25年度終期

（事業総額） 264,852千円

○授業料相当額の貸付制度

・ 県内外の大学医学部の大学院生を対象とし、大学院修了後、貸与期間に相当する期間、県内病院で勤務することを返還免除の要件とする授業料相当額の貸付制度（授業料の全額又は一部の額）を設置する。

(事業期間) 平成22年度事業開始、平成25年度終期

(事業総額) 139千円

(ウ) 看護師等のスキルアップと県内定着の促進 (総額0.26億円)

a 看護職員のレベルに応じた研修の実施

→ 県立保健医療大学、千葉大学医学部附属病院、千葉県看護協会が協働して、看護業務の高度化を図る教育・研修プログラムを作成し、新人看護職員の定着促進を図るための基礎的な技術研修から中堅看護職員における特定分野の看護技術の向上のための研修等看護職員のレベルに応じた看護技術の研修を行う。

実践的な技術研修については、千葉大学医学部附属病院に設置されるスキルズセンターを活用する。

(事業期間) 平成22年度事業開始、平成25年度終期

(事業総額) 12,171千円

b 看護師の県内定着を図るための修学資金制度の拡充

→ 現行の看護師等の修学資金制度に加え、卒業後、県内病院に5年間勤務することを返還免除の要件とする奨学金制度(月額5万円・貸付枠26名)を設置する。

(事業期間) 平成22年度事業開始、平成25年度終期

(事業総額) 13,808千円

■ 地域医療再生プログラム終了後に実施する事業

(ア) 医師等のスキルアップ、研修医の全県的登録・相互研修と就職支援

(単年度事業予定額25,000千円)

○千葉医師キャリアアップ・就職支援センターの運営

- ・ 研修医の全県的登録
- ・ 研修医の病院間相互研修、相互研修プログラムの改良
- ・ 研修期間終了後の研修医の県内病院への就職・定着支援

・千葉県版研修医チューター制度の運営

(イ) 千葉大学等を活用した医師確保の推進（単年度事業予定額 57,600 千円）

○県内外の大学医学部の学生を対象とした修学資金の貸与

○県内外の大学医学部の大学院生を対象とした授業料相当額の貸付

(ウ) 看護師等のスキルアップと県内定着の推進（単年度事業予定額 10,000 千円）

○看護職員のレベルに応じた研修の実施

・看護業務の高度化を図るための教育・研修プログラムの改良及び
研修の実施

(2) 在宅医療従事者確保・研修のシステム化

ア 趣旨・目的

(ア) 基本的考え方

a 在宅医療の必要性について

(a) 現状

- 「団塊の世代」が65歳に到達する平成24～26年には、65歳以上の高齢者が年に約100万人ずつ増加すると見込まれており、このような急速な高齢化の進展と高齢者の急増は日本全体において大きな問題となっている。また、平成17年から27年までの10年間の高齢者人口増加率の推定では、埼玉県の54.8%に続いて、千葉県は50.6%の2位になっており、千葉県をはじめとする首都圏での高齢化が深刻となっている。
- このような高齢社会の到来において、医療機関の役割分担と連携を構築する循環型地域医療連携システムが完結し機能するためには、連携体制の最終的な受け皿となる在宅医療等が必要となっている。
- 在宅医療のニーズは、がん、高齢者医療、神経難病、脊椎損傷等整形外科疾患、小児等をはじめ多岐にわたっているが、日本全体で見ると、国民医療費およそ30兆円のうち、在宅医療費（老人デイケア含む）が占めるのは1兆円と総医療費のわずか数%にすぎず、十分とはいえない状況にある。

(b) 在宅医療にかかる問題点

①人口の高齢化の進展

- 人口の高齢化に伴い、医療を必要とする高齢者も急増することが予想される中、高齢者医療は今後の地域医療の大きな課題となっている。
- 都市部では、団塊の世代を中心に就業等に伴って地方から人口の流入が続いてきたが、今後はこれらの世代で急速に高齢化が進むことが見込まれている。一方、都市部を除いた郡部等の地域では、若年世代が雇用の場を求めるなどの理由から都市部への流出が続いたため、すでに高齢化が進んだ状態に至っている。
- このような状況下では、高齢者の増加に対して病院等の不足が生じ、医療を必要としながら行き場所のない高齢者が増加し、高齢者の孤独死が増加する危惧も生じている。

②高齢者の孤立化

- 都市部では核家族化の影響等により、高齢者が一人で暮らす集合住宅が集中している。また、郡部の地域では若年世代が雇用の場を確保するため都市部へ流出しており、都市部・郡部ともに高齢者世帯が増加している。

- 今後、高齢者世帯の増加により、都市部・郡部の双方で高齢者が孤立していく中で、高齢者の医療アクセスの低下も懸念されており、高齢者に必要とする医療がいきわたらない可能性がある。

③在宅医療の充実が急務

- 以上の問題点を踏まえると、従来の病院における入院を基本とした医療体系だけでは限界があり、病院治療一辺倒であった我が国の医療は見直しが迫られている。今後は受身の態勢ではなく出向く医療が求められており、外来医療、入院医療に次ぐ、「第3の医療」として病院と診療所が連携した包括的な在宅医療（ケア）のシステム化による在宅医療（ケア）の充実が急務となっている。

(c) 各指標における在宅医療等の実態

- 各指標においても高齢者を中心に在宅医療（ケア）の必要性が高くなっていることが明確となっている。

■退院後の在宅療養の見通し〔H17 受療行動調査〕 (単位：%)

	総数	在宅療養できる	在宅療養できない
総数	100.0	41.6	35.7
15～39歳	100.0	58.9	10.8
40～64歳	100.0	54.5	22.8
65～74歳	100.0	34.5	34.7
75歳以上	100.0	31.1	49.8

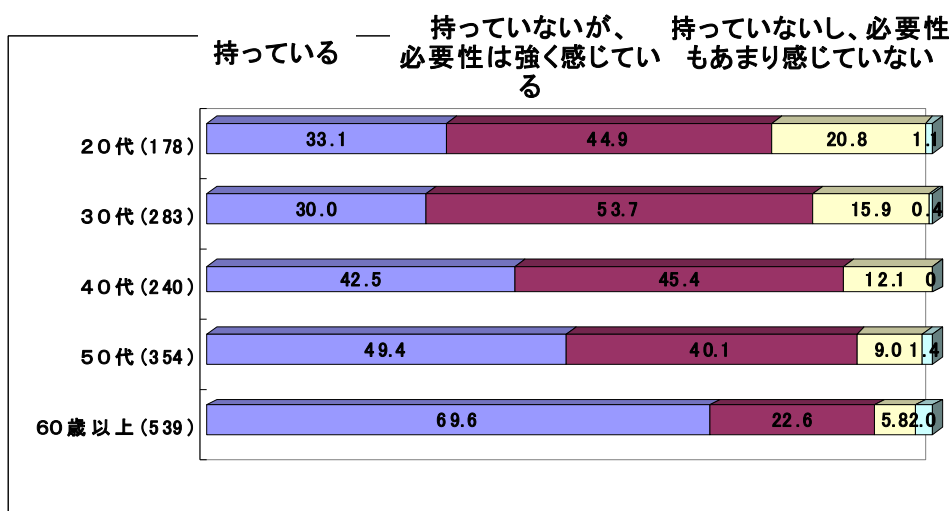
- 平成17年受療行動調査では、退院後の在宅医療の見通しについて、年齢が高くなるにつれて在宅療養が難しい結果となっている。とくに75歳以上については、約半数が退院後は在宅に戻れないなど、極めて厳しい現状を示している。
- このため、在宅に戻れない患者の受け皿の整備が重要となっており、現状のままでは高齢者の増加に対応しきれずに退院後の受け皿機能がマヒするおそれがある。

■入院前の場所・退院後の行き先〔H17 患者調査〕 (単位：%)

入院前の場所	退院後の行き先	
	1位の場所	家庭
介護老人保健施設	介護老人保健施設 (59.6)	4位 (5.6)
介護老人福祉施設	介護老人福祉施設 (67.8)	4位 (3.9)
社会福祉施設	社会福祉施設 (69.0)	4位 (6.7)

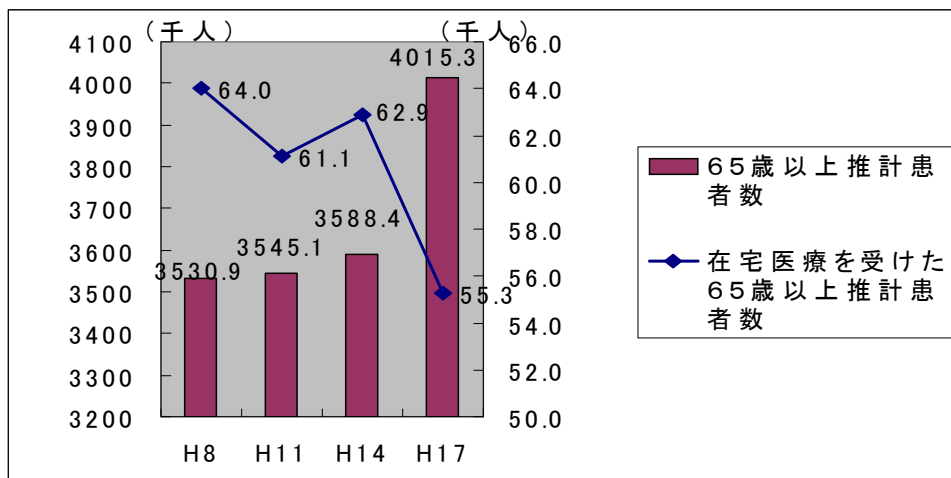
- 平成 17 年患者調査による「入院前の場所・退院後の行き先」については、入院前の場所、退院後の行き先ともに介護老人保健施設、介護老人福祉施設や社会福祉施設が上位を占めているのに対して、家庭は 5%前後にとどまっている。
- 各種の施設整備は、入所を希望する高齢者の増加スピードに対して即時に対応することは困難であるため、在宅医療（ケア）の充実強化は喫緊の課題といえる。

■ 県政世論調査（20 年 8 月）〔かかりつけ医の有無について〕



- 平成 20 年 8 月に実施した県政世論調査における「かかりつけ医の有無」に関する質問では、「かかりつけ医を持っている」割合は年齢の上昇に比例して増加しており、また、「かかりつけ医を持っている」及び「かかりつけ医を持っていないが必要性は強く感じている」の回答の合計は 60 歳以上が最も多く、92 パーセントを占めている。
- 今後の高齢者の急増に伴い、医療を受ける立場である県民の意識調査からもかかりつけ医の必要性はさらに高まることが予想されており、病院の勤務医だけでなく、地域のかかりつけ医についても担い手の確保が重要となっている。

■ 65歳以上推計患者数（入院・外来）と在宅医療を受けた推計患者数
〔H8～H17患者調査から作成〕



○ 平成8年から平成17年までの患者調査における推計患者数の結果から、65歳以上の入院と外来を合計した推計患者数は年々増加しており、とくに平成17年は平成14年と比較して大幅な伸びを示している。一方、在宅医療を受けた65歳以上の推計患者数は下降傾向を示しており、平成17年は平成14年から大きく減少している。

○ 65歳以上の患者数の増加に伴って、在宅医療を必要とする患者も増加していることが予想される中、実際に在宅医療を受けた患者が減少していることを考慮すると、在宅医療のニーズと在宅医療の供給のバランスが大きく崩れていると言わざるを得ない。

○ このため、在宅医療を担う医師等の人材の確保が重要であるとともに、高齢者に対して病院や診療所における医療のほかに在宅医療に関する情報提供等を強化するなど周知や啓発活動の充実を図ることにより、医師等の医療スタッフと高齢者等の患者の双方向から取り組みを強化することが必要と考えられる。

b 在宅医療（ケア）システムの方向性について

○ 高齢化の急速な進展等に伴って在宅医療（ケア）の必要性が増大している一方、在宅医療を支える人材や体制が十分でないことから、今後の取り組むべき方向性として、在宅医療（ケア）を担う人材の確保・育成と在宅医療（ケア）のシステム化の2点が必要となっている。

(a) 在宅医療（ケア）を担う医師・看護師等の人材の確保・研修

① 研修機能の充実

・ 研修機能の充実にあたっては、研修施設の整備といったハード面の強化が必要であるとともに、研修対象者についても、医師の場合、臨床研修医から現役の開業医までを対象とするなど、幅広く実施す

ることが必要となる。

②研修プログラムの確立と普及

- ・研修の充実にあたっては、研修環境の整備のみならず研修内容の充実といったソフト面の強化が重要である。そのため質の高い在宅医療（ケア）を提供するための統一かつ普遍性のある研修プログラムを確立し、県内のどこであっても同じように質の高い研修が受けられるよう普及を進める必要がある。

(b) 在宅医療（ケア）のシステム化

- 在宅医療（ケア）サービスを必要とする患者がどの地域であっても等しくサービスが受けられ、また当該サービスが一定の質を担保するためには、在宅医療（ケア）サービスを提供するシステムが整備される必要がある。そのための条件として、以下の4項目が不可欠である。

- ①在宅医療に情熱を注ぐ医師や看護師等の一部の関係者の個人的かつ献身的な活動や努力に頼るのではなく、地域全体で組織的に質の高い在宅医療（ケア）を持続的に提供できるシステムを整備する必要がある。
- ②在宅医療のシステム化への取り組みの一つとして、在宅医療（ケア）に取り組む医師等に対して、研修教育の充実や医療器具の貸与等のバックアップ体制を整備する必要がある。
- ③地域全体での在宅医療の充実強化を図るため、在宅医療（ケア）の標準化や、医療機器等の研究開発と整備等、在宅医療（ケア）を推進するための研究を強化する必要がある。
- ④在宅医療に取り組む関係者が個々に点として活動するのではなく、関係職種相互のネットワーク構築によってチーム力を強化し、地域全体を面として活動することが重要である。そのためには、急性期・回復期の医療と福祉とのつながりや、地域で完結するシステムの構築が必要である。

- 以上の方向性に基づいて在宅医療（ケア）の充実強化に取り組むことにより、病院の機能再編にとどまらず、在宅医療（ケア）の推進がもう一つの地域医療再生策であると考えられる。

(イ) 具体的展開

a 在宅医療（ケア）を担うマンパワーの確保・育成

- 医師・看護師等の在宅医療（ケア）を担う人材の確保やスキルアップを行うため、在宅医療に関する教育・研修や研究の拠点となる東京大学を中心に、キャンパスが置かれている柏周辺地域において実地に

おける研修・育成を行う。この実地研修は単にその場での人材育成に終わらせるのではなく、柏地域における研修・育成の実践を通じて在宅医療の教育研修プログラムの確立を図るとともに、さらにこの教育研修プログラムをもとにした人材の確保・育成を展開することで相乗効果を図る狙いがある。

- これらの在宅医療（ケア）を担う人材の育成や教育研修プログラムの確立には、柏地域を中心に東京大学だけで進めるのではなく、県全体の医師・看護師等の人材の確保・育成の視点から、千葉大学との連携や医師会と協働するなど、全県的な体制で取り組むことが重要となっている。

b 在宅医療（ケア）のシステム化の推進

- 在宅医療（ケア）の推進に向けて、人材の確保・育成と並んで在宅医療（ケア）のシステム化が重要であり、東京大学を中心として柏地域での研修・育成の実践を通じてシステム化を進めていく。
- 柏地域での実践を通じて在宅医療（ケア）のシステム化を果たし、これを地域医療再生モデル圏域（香取海匝圏域）等に普及・整備の拡大を図っていく。

c 全県的な推進

- 在宅医療を担うマンパワーの確保・育成にあたっては、圏域単位での効果的な取り組みは困難であることから、全県的な視点から取り組みを推進し、その成果を生かして地域医療再生モデル圏域（香取海匝圏域）を中心として在宅医療（ケア）の推進を図る。
- このような在宅医療（ケア）の確保が図られることにより、循環型地域医療連携システムにおける連携体制の受け皿整備を進めることは地域医療再生にとって不可欠な要素となっている。
- 以上の取り組みにより、地域において、かかりつけ医を中心として、訪問看護ステーション・薬局等の医療、ケアマネジャー・居宅介護事業者等の介護が連携しチームを構成するとともに、患者の容態が急変・増悪した緊急時には、地域の連携病院や圏域内の拠点病院等が総合的に医療をバックアップする体制を整えることが地域医療の再生の第一歩となっている。

(ウ) 事業展開

a 在宅医療（ケア）を担うマンパワーの確保・育成

(a) 在宅医療（ケア）を担うマンパワー育成のための拠点施設の設置

- マンパワー育成のために必要な拠点施設として、東京大学が柏地区キャンパスに設置する「在宅医療教育・研修センター」を活用し、在

宅医療に関する教育・研修や研究を行う。

(b) マンパワーの育成に向けた取り組み

- 在宅医療（ケア）を担うマンパワーの育成に向けた具体的な取り組みとして、(I)関係者との協議によるネットワークの形成、(II)ティーチングクリニック（包括的在宅医療実践研修センター）の設置、(III)包括的在宅医療実践研修センターを中心とした実地での研修・育成の実践、(IV)研修・育成の実践を通じた教育研修プログラムの開発の4つのステップにより進めていく。
- 第1ステップ：取り組みの拠点となる東京大学と周辺の柏地域の関係者（医療・介護関係者、行政機関等）により構成する在宅医療推進協議会を設置し、地域全体で在宅医療を推進するための協議、総合調整を行う。
- 第2ステップ：地域の関係者による協議とネットワークの形成をもとに、柏地域にティーチングクリニックとなる包括的在宅医療実践研修センターを設置する。
- 第3ステップ：包括的在宅医療実践研修センターを中心施設にして在宅での診療等によって実地での人材の研修・育成を行う。
- 第4ステップ：実地での人材育成の実践と、拠点となる在宅医療教育・研修センターでの研究・研修の複合的な成果として在宅医療（ケア）の教育研修プログラムを完成させる。

(c) 在宅医療（ケア）の推進に必要な人的・財政的支援

- 人材の確保育成は、大学を中心として全県的・広域的な視点に基づいて進めていく必要がある。このため東京大学等を拠点に県内で唯一の医師養成機関である千葉大学と連携して全県的な人材の研修・育成を実施する。
- そして、教育・研修の実施にあたっては、柏地域での実践や研究によって確立した教育研修プログラムに基づいて、在宅医療（ケア）を担う人材の確保、スキルアップ（育成・研修）を行う。

b 在宅医療（ケア）のシステム化

- 人材（マンパワー）の確保・育成とともに、在宅医療（ケア）の推進に不可欠な在宅医療（ケア）のシステム化については、以下の2点を中心にシステムモデルの研究を推進する。
 - ①在宅医療においては取り組む医師・看護師等のスタッフの不足や関係者間のネットワークの未整備などにより、地域によって偏重・偏在が生じている。そのため、地域の実情に対応しつつ、在宅医療の

偏重・偏在を是正する在宅医療の標準化や、包括的な在宅医療（ケア）システムの普及・導入方策に関する研究を推進することにより在宅医療（ケア）のシステム化と在宅医療（ケア）のさらなる充実を図る。

- ②さらに、在宅医療（ケア）従事者へのバックアップ体制の整備に向けて、在宅医療を支える機器や住宅等の研究の推進を行う。

c 包括的な在宅医療（ケア）の実践・推進

- 在宅医療（ケア）を担うマンパワーの確保・育成やシステム化を実施していくことにより、包括的な在宅医療（ケア）の普及・推進を進めていくが、地域医療再生モデル圏域（香取海匠圏域）での在宅医療（ケア）推進の実効性の確保に向けて、以下のとおりモデル圏域を中心に県全体での在宅医療（ケア）の実践を行っていく。

- 一つ目は、全県的な視点によるマンパワーの確保・育成を足がかりに、地域医療再生モデル地域（香取海匠圏域）をはじめ県内で在宅医療を実践・推進する。

- 二つ目は、在宅医療（ケア）のシステム化のほか、かかりつけ医等への医療機器や情報機器の貸与や材料の助成を充実し、人材の確保・育成の取り組みを側面からサポートする。

- 最後に、人材の確保育成やシステム化が効果を発揮する土台づくりとして、在宅医療に関わる関係者への情報発信や、一方で在宅医療を受ける側の県民に対して病院や診療所の医療以外の在宅医療（ケア）に関する周知・普及・啓発が極めて重要である。

イ 具体的事業

(ア) 東京大学への寄附講座の設置

(事業目的)

- 在宅医療従事者（マンパワー）の確保・育成や、在宅医療に関する研究・普及等を実施することを目的に東京大学に寄附講座を設置する。

(事業期間)

- 平成 22 年度から 25 年度に実施

(事業内容)

- 具体的な実施内容として、東京大学（柏地区キャンパス）に設置される「在宅医療教育・研修センター」を拠点施設として、以下の取り組みを実行する。
 - ①『汎用性のある教育研修プログラムの開発』
 - ・ 柏地区における包括的在宅医療実践研修センターを中心とした実地での育成研修の実践とともに、当センターにおける研究をもとに汎

- 用性のある教育研修プログラムの開発を行う。
- ②『在宅医療従事者（かかりつけ医、看護師、ケアマネージャー等）への研修の実施』
 - ・これらの実践を踏まえて教育研修プログラムの開発を行う。
 - ③『認知症治療、在宅での看取りを含む在宅医療に関する研究の推進』
 - ・在宅医療の標準化や標準化されたシステムの普及・導入方策、さらには在宅医療を支える機器や住宅等の研究を推進するとともに、実際にモデル的な在宅医療システム導入にあたってのコーディネートを実施する。
 - ④『学会の開催等による関係者等への情報発信及び地域住民への普及、啓発』
 - ・在宅医療（ケア）に携わる関係者への情報提供や情報共有とともに、在宅医療（ケア）を受ける県民への普及啓発等の働きかけを行う。

（事業総額）

○総額 1.5 億円

（イ）人材育成（研修）の実践研修部門の確保とシステム化（総額 1.4 億円）

a 在宅医療（ケア）の実践への支援等（総額 1 億円）

（事業目的）

- 在宅医療（ケア）に関する研修・育成を実地で行うための拠点施設となる包括的在宅医療実践研修センターを設置し、その運営とともに、実地での教育・研修を実践する。

（事業期間）

- 平成 24 年度から 25 年度に実施

（事業内容）

- 具体的内容は
 - ・柏地域に包括的在宅医療実践研修センターの設置運営を行い、包括的在宅医療実践研修センターを拠点に実地での研修を実施し、在宅医療（ケア）を担う人材の確保やスキルアップを行う。
 - ・これらの包括的在宅医療実践研修センターでの実践とともに、在宅医療（ケア）にかかる教育研修プログラム及び在宅医療（ケア）システムモデルを完成させる。
 - ・合わせて、在宅医療を担うかかりつけ医への医療機器や情報機器の貸与や材料への助成等のサポートを行う。
- なお、包括的在宅医療実践研修センターとは、ティーチングクリニック、訪問看護ステーションケアマネジメント事務所、老人保健施設等の複合施設であるとともに、地域啓発用の集会室として機能する。さらにケースごとのコーディネート機能も担い、これらの実践結果を踏まえて、改良を加える。

(事業総額)

○総額 1 億円

b 在宅医療（ケア）の人材育成と教育研修プログラム確立に必要なネットワークの形成（協議会の設置・運営）（総額 0.4 億円）

(事業目的)

- 在宅医療（ケア）従事者の確保・研修のシステム化に共同して取り組む関係者でネットワークを構成し、在宅医療（ケア）の実践と、教育研修プログラム確立や在宅医療（ケア）のシステム化等を通じて、在宅医療（ケア）の推進を図るための総合調整や各種の事業を実施する。

(事業期間)

○平成 22 年度から 25 年度に実施

(事業内容)

- ネットワークの構成
医師等の研修を中心に取り組む東京大学や千葉大学、その他に地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療・福祉関係者、地域住民、行政機関等によりネットワークを構成する。
- ネットワークに基づいて、「全体計画の策定、進行管理等の総合調整」、「住民の啓発・広報のための各種イベントの実施」、「地区医師会等への在宅医療機器や研修会開催の支援」を実施する。

(事業総額)

○総額 0.4 億円

■ 地域医療再生プログラム終了後に実施する事業

a 東京大学への寄附講座の設置（単年度事業予定額 30,000 千円）

- 在宅医療（ケア）の地域での実践・研修を踏まえた教育研修プログラムの改良
- 教育研修プログラムに基づいた在宅医療従事者への研修の実施
- 在宅医療（ケア）に関する研究
(在宅医療システムの普及方策や導入のコーディネート、在宅医療を支える機器や住宅等に関する研究の推進)

b 包括的在宅医療実践研修センターによる実地研修への支援（単年度事業予定額 20,000 千円）

- 県内各地から参加した在宅医療従事者への実地による実践研修
- 県内各圏域への教育研修指導医の派遣支援（県内各地域での実践研修）
- 在宅医療システムの導入における個別ケースごとのコーディネート

c ネットワークの構築（単年度事業予定額 10,000 千円）

- 広域的な推進共同体の運営支援
- 県内各地の在宅医療（ケア）関係情報の集積、関係スタッフや県民への情報提供・普及啓発への支援

〔参考〕

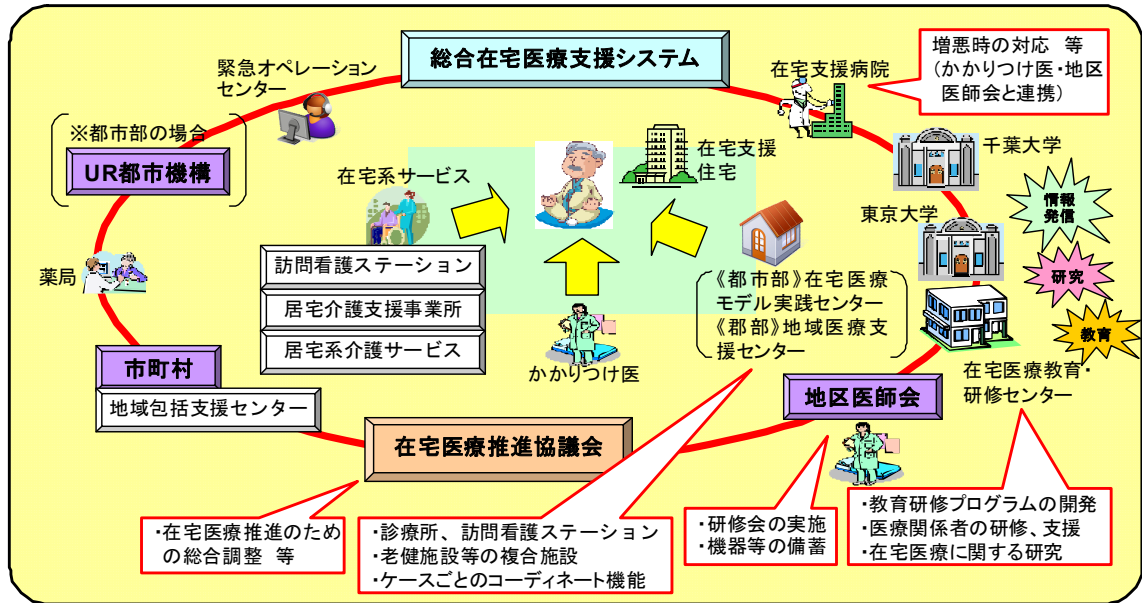
a 在宅医療（ケア）システム構築の前提条件

- 千葉県が地域医療再生プログラムに基づいて在宅医療（ケア）システムの構築を進めるにあたっては、関係者や地域住民の理解を十分得るよう努めるとともに、以下の事項を前提として進める。
 - ①在宅医療の推進は、循環型地域医療連携システムにより定めた医療機能等の役割分担と連携における重要なパーツを占める。
 - ②在宅医療の推進にあたっては、地区医師会をはじめとする関係機関・団体と連携を図りながら進める。
 - ③在宅医療の推進は、高齢者のニーズを踏まえ、福祉分野との連携を図り、包括的なサービスの提供を行う。
- 以上の前提条件を踏まえて在宅医療の推進を図ることにより、医療機能の役割分担と連携が完成する。

b 在宅医療（ケア）システムのイメージ

- 地域医療再生プログラムに基づいて、東京大学に設置する寄附講座による在宅医療に関する研究、柏地域に設置する包括的在宅医療実践研修センターを拠点とした在宅医療（ケア）の実践等により、人材育成とともに在宅医療（ケア）のシステム化を図ることとしている。
- システム化の具体的内容は今後の取り組みにより定めていくが、現状では以下のイメージ図のとおり進めていくこととしている。
- 在宅医療（ケア）システムの構築にあたっては、大学や地区医師会等、在宅医療推進の共同体により協議会を設置し、このネットワークを元に総合的な在宅医療支援システムを構築していく。

在宅医療（ケア）システムのイメージ



【推進主体】

在宅医療推進の共同体

東京大学、千葉大学、地区の医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会、民間病院関係者、リハビリ関係者、福祉サービス事業関係者、社会福祉協議会、地域住民代表、UR都市機構、柏市、県医師会、県

6 対象地域における達成すべき医療に関する目標

香取海匝保健医療圏の達成すべき目標について、基盤（ストラクチャー）、過程（プロセス）、結果（アウトカム）の点から、下記のとおり設定する。

<基盤（ストラクチャー）について>

（１）銚子市立病院の再開

ア ２次救急機能を担う病院の再開を目指し、段階的に拡充する。

（２）自治体病院の機能再編・役割分担の明確化

ア 圏域 7 病院（旭中央病院、銚子市立総合病院、東庄病院、匝瑳市民病院、小見川総合病院、多古中央病院、県立佐原病院）を機能再編・統合する。

イ 旭中央病院へ地域医療支援センターを設置する： → 1 か所

ウ 地域医療支援センターの設置に伴い、旭中央病院において医師を確保する： → 12 人

エ 病院の新たな役割に応じた、外来診療機能、回復期医療機能、手術機能の強化のため、施設整備、人的配置を行う。

（３）自治体病院の医師の確保

ア 圏域の旭中央病院以外の自治体病院の医師数（銚子市立病院を除く）を平成 16 年度の水準まで増加させる： 56 人（21 年度初）→ 70 人

イ 千葉大学と拠点病院が連携した千葉県医師キャリアアップ・就業支援センターを設置する： → 1 か所

<過程（プロセス）について>

（１）新たな役割分担に応じた患者の診療

ア 旭中央病院以外の自治体病院の病床利用率（銚子市立病院を除く）を向上させる： 60%（20 年度の水準）→ 80%

イ 旭中央病院以外の自治体病院の外来患者数（銚子市立病院を除く）を平成 16 年度の水準まで増加させる： 1,393 人（20 年度）→ 1,785 人

- ウ 複数医療機関の重複受診（コンビニ受診）を減少させる：
→アンケートを実施しゼロにする

（２）旭中央病院の機能と運営

- ア 一般病床利用率の現在の水準を維持する： 94.1%（平成20年度）
- イ 長期入院（30日以上入院）患者を減らす：
168人（平成21年4月末現在）→100人
- ウ 圏域内の病院へ派遣する医師を増員する（地域医療支援センターからの派遣を含む）： 13人（平成21年）→26人
- エ 地域医療支援センターの研究成果に関する公開研究会等の実施回数：
→年1回以上

（３）医療連携の基盤となる連携パス、医療ITネットの利用推進

- ア 全県型地域医療連携パスの利用率： 0%→80%
- イ 医療ITネットへの病院・診療所の参加率： 0%→80%

（４）住民に対する医療問題の啓発

- ア 地域医療に関する住民・医療機関・行政が参加するシンポジウムの開催回数： 0回→年2回以上
- イ ミニコミ紙等を通じた広報の実施回数： 0回→毎月1回

<結果（アウトカム）について>

（１）自治体病院の役割分担の推進

- ア 旭中央病院が、拠点病院としての医療機能を安定的に発揮する。
- イ 佐原病院・小見川総合病院・東庄病院・多古中央病院・匝瑳市民病院・銚子市立総合病院が、機能再編・統合等により、新しい役割分担に基づく診療機能を強化する。
- ウ 圏域内の病院・診療所の連携により、地域における完結型・一体型の医療提供体制を確立する。

(2) 自治体病院の経常収支比率

ア 役割分担に見合った医師の確保、医療の提供により、病院経営の黒字を確保し、経常収支比率100%を確保する。

(3) 医療に対する患者の満足度や不安感

ア 県政に関する世論調査の医療に関する満足度を、圏域に関し80%以上に高める。

イ 県政に関する世論調査の医療に関する不安感を、圏域に関し0%にする。

(4) 圏域の勤務医、開業医の満足度

ア 勤務環境に関するアンケートを実施し、満足度を80%以上に高める。

(5) 75歳未満年齢調整死亡率

ア 4大疾病による75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）をそれぞれ低下させる。

がん： (男) 117.8(平成17年) → 94.2 (女) 64.6 → 51.7


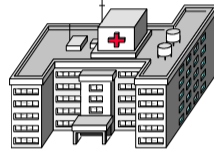


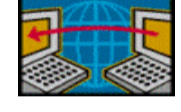

脳血管疾患： (男) 62.8 (") → 49.6 (女) 7.9 → 23.1

心疾患： (男) 89.8 (") → 66.8 (女) 49.3 → 35.6



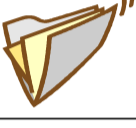
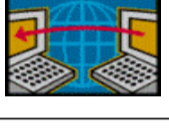
糖尿病： (男) 8.4 (") → 7.3 (女) 4.4 → 3.9

上記目標を達成することで、圏域内の自治体病院の明確な役割分担と機能連携のもとで、地域医療提供体制が再構築される。これにより、医療資源を十分活用し、地域連携に基づく包括的な医療を提供するとともに、住民の誰もが満足し、安心して暮らせる医療圏を確立することを、究極の目標とする。

VI 千葉県における地域医療再生のスケジュール (NO. 1 モデル医療圏1)




圏域	香取海匝医療圏					
	医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化					
	当医療圏における医療機関の役割分担・機能再編	地域医療支援センターと地域連携病院の整備	地域連携病院への医師の派遣・研修とかかりつけ医機能強化	千葉県共用地域医療連携パスの構築と地域医療機関ITネットの整備	県民と医療関係者・行政の協働する医療再生の取り組み	
21年度	 地域医療連携のための検討協議組織の設	 地域医療支援センターと地域連携病院の整備・	 地域連携病院への医師の派	 パスの運用	 ITネットの整備	 情報発信・シンポジウム・有識者の参画によるフォローアップ
22年度	↓	↓	↓	↓	↓	↓
23年度	↓	↓	↓	↓	↓	↓
24年度	↓	↓	↓	↓	↓	↓
25年度	↓	↓	↓	↓	↓	↓
26年度以降	地域連携のための取り組み ↓	当医療圏における展開の継続と ↓	↓ かがりつけ医機能強化	↓ パスの運用等継続	↓ ITネットの運用継続	↓

(NO. 2 モデル医療圏2)

圏域	山武長生夷隅医療圏		
	二次保健医療圏で機能する重層的な救急医療体制の構築		
	圏域における救急医療拠点整備と救急医療・転院搬送体制の底上げ	救急医療コーディネートシステムの構築	千葉県共用地域医療連携パスの構築と地域医療機関ITネットの整備
21年度			  パスの運用 ITネットの整備
22年度	3次救急拠点整備 初期・2次救急・転院	救急コーディネートセンターの整備	運用開始
23年度		後方支援施設も整備	
24年度			
25年度		救急コーディネートセンターの運用	
26年度以降			パスの運用等継続 ITネットの運用継続

救急医療のあり方等についての協議や啓

(NO. 3 全県域)

圏域	全 県		
	全県的な医療従事者の確保・資質向上		
	医師確保・研修・就業支援の全県的システム化	救急医療に携わる医師・看護師の確保・研修	在宅医療従事者確保・研修のシステム化
21年度			
22年度	千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター等	救急医療に携わる医療従事者の確保	システムの研究・実践(研修センター)
23年度	キャリアアップ・就職支援センター等の運用	寄附講座の設	モデル拠点での研究・実践
24年度			
25年度			
26年度以降			モデル拠点における展開の継続

在宅医療支援のための関係者の協議

VII おわりにー地域医療再生に向けた千葉県の決意

1 千葉県の決意

- 千葉県は、今回の地域医療再生計画の策定の段階と採択された後の実行の段階の両面において、思いつき、バラマキ的な対策は行わないことを強く意識している。また同時に、5年間で必ず地域医療再生の成果があがるとともに、対策は、10年後、20年後を見据えて推進することとしている。
- また今回の千葉県地域医療再生プログラムには、地域医療の再生に向けた数多くの事業が盛り込まれているが、各事業がバラバラに機能するものではない。一つひとつの事業が連動し、全体として地域医療再生に向けた一つのパッケージとなるプログラムの内容となっており、実際の実施にあたっては、施策・事業間の連動を中心に進めて行くこととしている。
- 今回の千葉県の地域医療再生計画が採択された場合、それをきっかけとして、千葉県医師会、千葉大学、東京大学、旭中央病院・亀田総合病院・君津中央病院等の地域の拠点病院、千葉県内の私立大学附属病院、（独）国立病院機構、その他の民間や公的病院等、かかりつけ医、市町村、千葉県が、地域医療再生の視点で団結することが何よりも大切であると考えている。

2 今回の地域医療再生計画の策定を契機として

(1) 香取海匠医療圏

- 銚子市をはじめとする地域医療崩壊の全国的なモデルとなった香取海匠医療圏の地域医療を5年以内に必ず復活させることとしている（医療圏内の医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化を実現する）。

(2) 山武長生夷隅医療圏

- 救急医療の拠点施設が無く、管外への救急搬送が半数近くに及んでいる地域がある山武長生夷隅医療圏の救急医療体制を5年以内に必ず構築する（二次医療圏で機能する重層的な救急医療体制を構築する）。

(3) 全県的な医師確保対策

- 全県的な医療従事者の確保・研修・就職支援システムを構築する。
- 在宅医療を担う医療従事者の確保・研修を通じた在宅医療提供システムを構築する。
- 救急医療を担う医療従事者の確保・研修を通じた全県的なネットワークを構築する（モデル地域での医療再生を実現するための全県的な医療従事者の確保と資質向上させる）

3 まとめ

- 千葉県は地域医療を必ず再生する。千葉県のみならず、全国に役立つ地域医療再生を実践することとしている。

千葉県地域医療
再生計画
(山武長生夷隅医療圏)

平成21年
千葉県

千葉県地域医療再生計画 (山武長生夷隅医療圏)

— 目 次 —

<u>I. 千葉県における地域医療の再生に向けて</u>	
1. 千葉県が果たすべき役割	・・・ 1
2. 千葉県が目指す地域医療再生の全体像	・・・ 4
<u>II. 千葉県における医療の現状と問題点</u>	・・・ 9
<u>III. 千葉県における近年の医療政策の経緯（医療制度改革以降）</u>	・・・ 30
<u>IV. 地域医療再生計画の対象地域の考え方</u>	・・・ 41
<u>V. 山武長生夷隅医療圏・地域医療再生計画</u>	・・・ 45
1. 対象地域の設定	・・・ 46
2. 対象地域における医療の現状分析	・・・ 46
3. 対象地域における医療の課題（まとめ）	・・・ 51
4. 課題を解決するためのモデル圏域への支援	
（1）二次医療圏で機能する重層的な救急医療体制の構築	
ア 趣旨・目的	・・・ 53
イ 具体的事業	・・・ 58
（ア）圏域における救急医療の拠点整備（3次救急）	
（イ）圏域における救急医療体制の底上げ（初期・2次救急）	
（ウ）圏域における転院搬送体制の底上げ（回復期リハ）	
（エ）救急医療のコーディネートシステムの構築	
（オ）医療機関の連携・ネットワーク化	
5. 課題を解決するための全県的な体制整備	
（1）医師確保・研修・就業支援の全県的システム化	
ア 趣旨・目的	・・・ 64
イ 具体的事業	・・・ 76
（ア）医師等のスキルアップ、研修医の全県的登録・相互研修と就職支援	
（イ）千葉大学を活用した医師確保の推進	
（ウ）看護師等のスキルアップと県内定着の促進	

(2) 救急医療に携わる担当医師・看護師の確保・研修	
ア 趣旨・目的	・・・ 79
イ 具体的事業	・・・ 81
(ア) 救急医療に携わる担当医師・看護師の確保・研修事業	
(イ) 地域における救急医療構築のための寄附事業	
6. 対象地域における達成すべき医療に関する目標	・・・ 83
<u>VI. 千葉県における地域医療再生のスケジュール</u>	・・・ 84
<u>VII. おわりにー地域医療再生に向けた千葉県の決意</u>	・・・ 87

I 千葉県における地域医療の再生に向けて

1 千葉県が果たすべき役割

(1) 全国の縮図としての千葉県

- 千葉県は、地勢的にも人口分布的にも、全国の縮図としての特徴を有している県である。すなわち、浦安市、市川市、船橋市等の東葛飾南部地域や松戸市、柏市等の東葛飾北部地域は、東京都に近い都市部としての特徴を有する一方、館山市や鴨川市等の安房地域から九十九里浜沿岸の山武長生夷隅地域、銚子市や香取市等の香取海匠地域は、郡部の特徴を有している。医療提供体制についても同様に、大学医学部附属病院をはじめとする大規模な病院が複数存在する都市部と、自治体立や民間立の病院が地域の拠点病院としての機能を果たしている郡部の両方が同じ県内に混在している。全国には47の都道府県があるが、千葉県は47の都道府県それぞれが持つ医療の問題を同様に共有しており、千葉県の地域医療再生は、全国の都道府県のモデルとなり得る地理的・社会経済的・医療構造的環境にあるといえることができる。

- 千葉県で地域医療再生が成功すると、全国どこでも地域医療再生が成功する。

(2) 「医療崩壊で有名になった千葉県」から「地域医療再生基金で地域の医療再生が実現した千葉県へ」

- 千葉県では、病床数約400床、診療科16を擁して地域の拠点病院の役割を担ってきた銚子市立総合病院が、医師不足や経営悪化等を原因として、平成20年9月に突然休院に追い込まれた。このいわゆる「銚子ショック」が全国的に報道され、残念ながら、地域医療崩壊のシンボルとして取り上げられたという事実がある。しかし、千葉県においては、この地域医療再生プログラムにまとめたように、地域医療の課題が明確であり、その課題を医療関係者や行政等が共有している。したがって今回の地域医療再生基金を通じて、これらの課題を解決するための施策を行うことができた場合には、千葉県の地域医療は必ず再生する。

- 地域医療再生基金の活用により、「医療崩壊の危機で有名となった千葉県」から、「地域医療再生基金によって地域医療の再生が実現した千葉県」へと転換することになり、「千葉県は銚子市立総合病院の問題で医療崩壊が有名になっていたが、地域医療再生基金を的確に活用することにより、見事に地域医療が再生できた。」とのメッセージを全国各地に発信することができる。同時に、地域医療再生基金の政策としての有効性・正当性も明らかにすることができる。

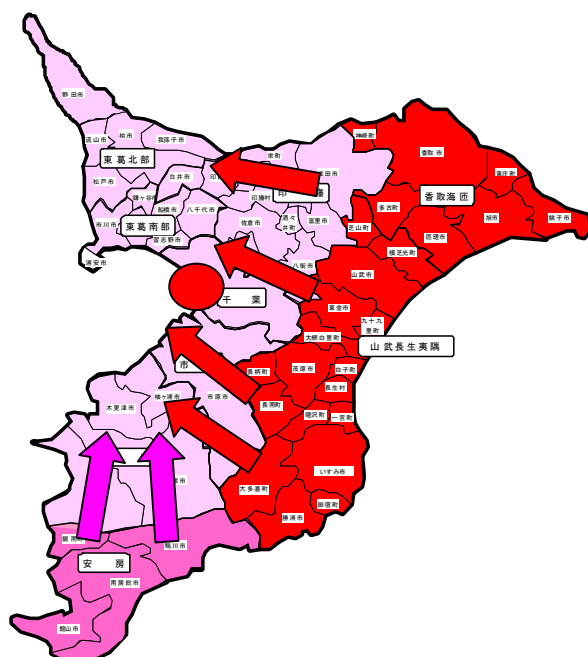
(3) 千葉県全体からみた医療の課題と地域医療再生に向けた地勢的取組

- 千葉県の人口は約620万人であり、全国で第6位の人口を有する大きな県である。しかし、昭和40年代の高度経済成長期以降、東京都と隣接

した東葛飾地域等において人口が急増する一方、医師を養成する大学医学部は千葉大学医学部一つのみが続いてきた。その結果、県内における人口の急増に医師数が追いついていかない状況となり、人口10万人対の医師数は、全国の都道府県の中で45位となっている。このように、医師不足の問題が地域医療に大きな影を落とすとともに、県内の自治体病院等の相互間の役割分担が明確ではなく、100床から200床規模の自治体病院が隣接して同様の機能を重複して担っていること等が原因となり、近年、病院経営が悪化する自治体病院等が相次いでいる。

- また、救急医療・搬送システムは県民の生命・健康のセーフティネットとしての役割を担っているが、県民にとって不可欠なこの救急医療・搬送システムについても、例えば、救命救急センターが未整備の2次医療圏があり、救急患者の管轄外地域への搬送の増加、搬送時間の長時間化等の問題が顕在化している。
- さらに、千葉県では、現在でこそ65歳以上の高齢者人口割合が17.5%と全国平均に比べて若い県であるといえることができるが、この問題は逆から捉えると、他の都道府県に比べて今後急速に高齢者人口が増加するということである。急速に進む人口の高齢化は、高齢者の一人暮らしや夫婦のみでの生活する世帯が増えるという結果をもたらす。また近年、東京都に近い地域を中心として、昭和40年代等に建築された公団団地等、高齢者の入居率が高い集合住宅が、建て替え時に来ているということが問題を深刻化させている。高齢の方々に対しては、病院での入院治療や外来診療が必要であることはもちろんであるが、同時に在宅での医療提供が極めて重要なポイントとなる。今後の10年、20年を考えた場合、在宅医療は一部の先進的な医師等による例外的な医療ではなく、入院治療、外来診療に次ぐ普遍的な「第三の医療」という位置づけになることは明らかであり、「第三の医療」である在宅医療を担うことができる医師、看護師等の医療従事者の確保が喫緊の課題となっている。
- 以上の千葉県における医療の現状、10年後、20年後に予測される医療の課題を考えた場合、特定地域の医療ではなく、千葉県全体の医療の底上げをしていかなければならない。しかし、全県各地に平等に、そして万遍なく財政的な支援を行う施策は、時として薄く広いバラマキ的なものになってしまう危険性がある。今回の千葉県地域医療再生プログラムにおいては、一時的な事業ではなく、地域医療の継続的な再生と発展、そして千葉県全体の医療の向上が必ず実現できる事業内容としている。そのため、千葉県では、医療供給体制が絶対量として危機的な状況にある千葉県の太平洋側の地域の医療再生を主眼に置くとともに、全県的な視点からの医師・看護師確保の取組みをシステム化することによって、これらの地域の医療が再生すると同時に、その成果が千葉県全体で享受することができ、千葉県全体の医療の向上を目指すという方法論をとることとしている。

図表 1. 太平洋側から都市部への医療再生の効果波及



(4) 千葉県として「目指すべき地域医療」を見据える

- 千葉県では、地域医療の崩壊の危機を踏まえ、今回の地域医療再生プログラムの策定に際しては、一時的なカンフル剤としてのプログラムではなく、千葉県として「目指すべき地域医療」を見据えた典型的・普遍的なモデルを提示・実践することとした。
- 千葉県の地域医療再生プログラムは、断片的、思いつきの、バラマキ的な事業の単なる組み合わせにはしないという県内の関係者の総意のもとに、一つひとつの施策（事業）が全体として機能する包括的なプログラムということができる。

(参考) 千葉県が目指す「地域医療」

1. 地域の各医療機関の役割が明確に定まるとともに、患者の立場を踏まえた医療機関相互の連携・ネットワーク化が来ている。
2. 住民の生命・健康のセーフティネットとして、救急医療の対応・搬送システムがしっかりと構築されている。
3. 地域医療を担う医療従事者について、病院での医療と在宅での医療の両面で確保されている。

(5) 千葉県の地域医療再生プログラムの特徴

- 千葉県の地域医療再生プログラムは、(5)のような策定の基本的考え方から、以下のような特徴を有している。

- ①日本の地域医療の崩壊のシンボルとして捉えられた銚子市立総合病院

の問題に対応し、地域の医療再生に向けた即効性があるプログラムである。

- ②全国の他の都道府県においても応用可能な包括的なプログラムである。
- ③現時点での地域医療の課題のみならず、5年後・10年後の地域医療の課題にも対応できるプログラムである。
- ④今後の医療制度改革、診療報酬改定、その他の全国的な制度改正等にも参考となるプログラムである。
- ⑤県行政のみならず、関係市町村、医師会、千葉大学、東京大学、県内の拠点的な病院、民間病院、かかりつけ医等がコンソーシアムを組むプログラムである。

2 千葉県が目指す地域医療再生の全体像

－「目指すべき地域医療」を実現するための地域医療再生プログラム－

(1) 医療機関の役割分担・機能再編・ネットワークの構築

- 千葉県が目指すべき地域医療の第一の視点は、地域の各医療機関の役割分担が明確に定まるとともに、患者の立場を踏まえた医療機関相互の連携・ネットワーク化が出来ているということである。

- 医療機関の数や機能には限りがあることから、有限の医療機関が持っている力をいかに効率的に発揮し、患者の治療という観点から最大の効果を得ることができるかが重要なポイントとなる。しかし実際には、地域によって、同程度の規模・機能の医療機関が複数並存することにより、各病院の機能が共通して低下し、地域全体の医療機能の崩壊が危惧されるようになるという事態になっている。

- 地域の医療機関一つひとつが役割分担を持ち、医療機関相互の連携の中で、あたかも地域全体が一つの医療提供システムのようになること、そして究極的には千葉県全体が一つの医療提供システムのようになることが重要である。各医療機関の役割分担・機能強化と相互のネットワーク化により、限りある医療資源が最大の効果を発揮し、地域住民一人ひとりの生命と健康の確保に資することになる。このことは同時に、医療関係者自身にとっても、担うべき役割に自らの力を集中することが可能となり、不必要な疲弊や機能低下を避けることができると言える。

- 今回の地域医療再生プログラム上の取り組み目標としては、対象圏域内における医療機関の役割分担・機能再編を進めるということを挙げている。具体的には、まず第一に、圏域内の医療機関の役割分担を明確にすることを挙げている。しかし、役割分担を定めただけであれば、まさに「絵に描いた餅」に終わってしまうことになる。そのため第二に、新しい役割を果たすため、該当する医療機関に人的・財政的な支援を進めることを挙げている。この人的・財政的支援により、各々の医療機関の機能再編が進むことになる。そして第三に、新しい役割分担を果たす地域の医療機関相互の具体的な連携・ネットワークシステムを構築することを挙げている。

各医療機関が有する医療機能や受診した患者の情報について、患者の流れ（急性期医療から回復期医療、そして維持期の医療等への流れ）に応じて、関係する医療機関と患者・家族が診療情報を共有できるシステムを構築・運用することとしている。千葉県では、県医師会や県内の拠点病院の関係者が総力を結集し、平成21年4月に、千葉県共用地域医療連携パス（脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、がん）が作成され、共用パスの全県的な普及が始まっている。今回の地域医療再生プログラムの実行に当たっては、地域の医療機関相互の連携・ネットワーク化のため、全県共用地域医療連携パスを用いるとともに、この連携パスをIT化することにより、急性期医療を担う医療機関、回復期や維持期の医療を担う医療機関、かかりつけ医等が診療情報を共有し、患者と医療機関にとって最も効果的で効率的な医療を提供できる体制を構築することとしている。第四に、地域住民と医療関係者・行政が協働する医療再生を進めるということを挙げている。地域医療の再生は、行政だけでは不可能である。行政と医療関係者だけでも困難である。地域住民一人ひとりが地域医療の課題を共有し、行政・医療関係者と協働して進めていくことが不可欠である。

- 医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化については、自治体病院の休止で有名になった銚子市立総合病院が位置し、医療崩壊のモデル例として全国的に問題が共有されているとともに、圏域内に計7つの自治体病院が位置する香取海匠医療圏を対象に進めることとしている。（具体的な選定基準・選定理由は後述）。

（2）二次医療圏で機能する重層的な救急医療体制の構築

- 千葉県が目指す地域医療の第二の視点は、住民の生命・健康のセーフティネットとして、救急医療の対応・搬送システムがしっかりと構築されていることである。
- 自分自身や愛する家族、友人や知人等が急な病気や事故にあったとき、誰もが何としても助かってほしいと願う。助かる命は何としても助けたいと願う。しかし、セーフティネットとしての救急医療体制が十分に機能しない場合には、近くに受け入れ医療機関がない事態、遠くの医療機関まで搬送しなければならない事態、結果として搬送に時間がかかってしまう事態等が発生してしまうことになる。
- また救急医療については、全ての救急患者が同じレベルの治療や緊急度を有しているのではなく、疾病や傷害の程度に応じて、初期救急、2次救急、そして3次救急といった階層的な救急医療が必要となる。すなわち、地域において救急医療体制を構築するためには、特定のレベルのみの救急医療を確保するのではなく、病態や緊急度の段階に応じた重層的な救急医療体制の構築が極めて重要なポイントである。
- そこで、今回の地域医療再生プログラム上の取り組み目標としては、対

象圏域内に3次救急、2次救急、そして初期救急の重層的な救急医療体制の構築を支援し、その体制が実際に機能していくようにすることを挙げている。

○ 具体的には、まず第一に、医療圏内の救急医療の拠点として、救命救急センターの存在が不可欠となり、その支援を挙げている。一つの医療圏内において、2次救急までの機能しかない場合、3次救急が必要な重症（重傷）患者をその医療圏外に搬送せざるを得ないことになるが、このような患者こそ、一分一秒を争う救命が必要患者であり、まさに助かる命が助からないということになってしまう（①心臓停止後約3分で50%死亡、②呼吸停止後約10分で50%死亡、③大量出血後約30分で50%死亡：カーラの生存曲線）。また重層的な救急医療体制の構築という観点から、二次救急と初期救急の底上げのための支援を挙げている。第二に、地域の救急医療資源が効果的・効率的に機能を発揮するためには、救急医療が必要な時期を終わった患者が、他の適切な医療機関へ転院し、新しい救急患者を受け入れることができる余力を確保できることが重要である。医療圏内には、そのための病床、特に回復期リハビリテーション機能を確保することを挙げている。第三に、救急医療を担う一つひとつの医療機関が、単独で機能するのではなく、全体として効率的に機能できるようにコーディネートすることが不可欠である。このコーディネートは、医療圏毎に始めた上で、中期的に全県的なコーディネートシステムとすることとしている。第四に、地域の救急医療を担う医師等の医療従事者を地域に派遣・確保していくことを挙げている。

○ 以上の二次医療圏で機能する重層的な救急医療体制の構築については、医療圏域内に救命救急センターがなく、管外搬送割合が県内で最も高く、同時に搬送時間が県内で最もかかる山武長生夷隅医療圏を対象に進めていくこととしている。（具体的な選定基準・選定理由は後述）。

(3) (1)と(2)を実現するための全県的な医療従事者の確保と資質向上

○全県的な医療従事者の確保・研修・就職支援システムの構築

医師確保の基本は、千葉県内で医師を育て、千葉県内の医療機関で勤務してもらうことである。県内の一つひとつの臨床研修病院等が相互の連携が無いままに、単独で臨床研修をはじめとする医師の研修や実際に勤務する医師の確保に努めるのではなく、大学や各臨床研修病院が協働し一体となって、研修医等への魅力的な研修プログラムの提供と就職支援に努めることが重要である。研修医（初期・後期）の全県的登録の下、各臨床研修病院間の相互研修の大胆な導入、研修（初期・後期）終了後の千葉県内の医療機関への就職支援や、様々な事情により勤務医療機関を変更せざるを得ない場合の就職支援等を一元的に行っていくことが効果的である。

そこで今回の地域医療再生計画においては、千葉大学と県内の各臨床研修病院が協働して設置したNPO法人を中心として、「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を設置・運営し、全県的な医療従事者の確

保・研修・就職支援システムの構築し、千葉県全体の医師研修・配置の中核的機関とすることとしている。また研修医や大学院生、医学部学生等に対する奨学金や授業料の減免等による経済的支援を行い、医師の千葉県内の医療機関への就職を増やしていくこととしている。

○在宅医療を担う医療従事者の確保・研修を通じた在宅医療提供システムの構築

病院内での医療を担当する医師の研修・確保と併せて、在宅医療を担う医師等の医療従事者の確保・研修も極めて重要なポイントである。今回の千葉県地域医療再生プログラムにおいては、東京大学に寄附講座を設置し、千葉大学や医師会等が協力して、東京大学在宅医療教育・研修センターにおける在宅医療の教育研修プログラムの開発と実際のマンパワーの育成、在宅医療従事者の確保・研修を通じた在宅医療提供システム化の研究と実践に取り組むこととしている。

○救急医療を担う医療従事者の確保・研修を通じた全県的なネットワークの構築

救急医療についても、その基本は人材である。救急医療を担う救命救急医等の専門家の育成・研修と当該医師等の地域の救命救急センター、二次救急担当病院への派遣が重要なポイントとなる。医師不足は、どの診療科においても大変な問題となっているが、救急医療の分野においては、厳しい勤務環境を背景として、特に医師不足が深刻になっている。そこで、千葉県救急医療センターと県内の大学医学部付属病院等が協働し、最先端の救急医療の研修が受けられる体制を整えるとともに、千葉大学に地域救急医療の研究を行う寄附講座を設置し、その研究と地域への救急専門医の派遣を進めまることとしている。

千葉県地域医療再生プログラムのイメージ図（全体）

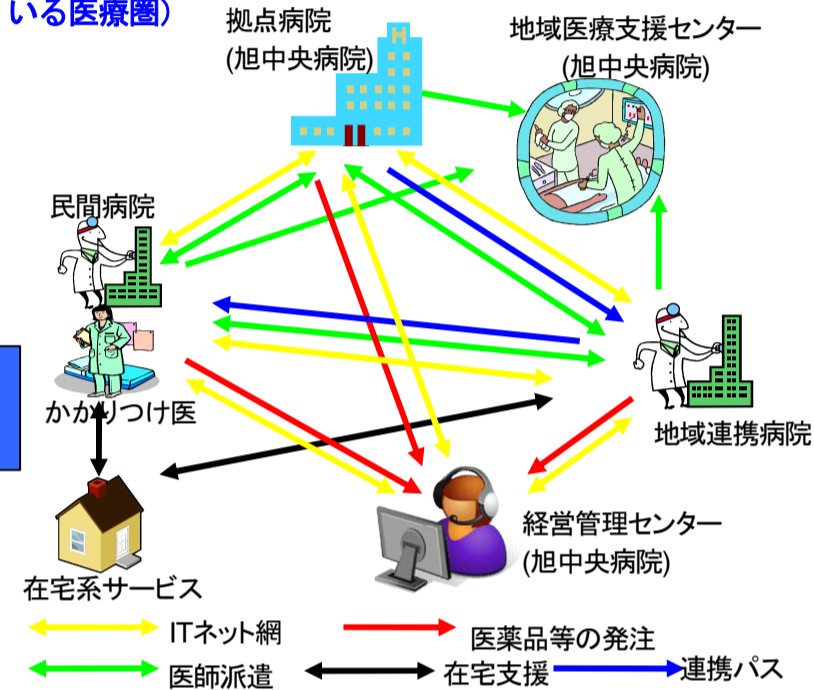
〔千葉県が目指すべき地域医療〕

1. 地域の各医療機関の役割が明確に定まるとともに、患者の立場を踏まえた医療機関相互の連携・ネットワーク化が出来ている
2. 住民の生命・健康のセーフティネットとして、救急医療の対応・搬送システムがしっかりと構築されている
3. 地域医療を担う医療従事者（特に医師）について、病院での医療と在宅での医療の両面で確保されている

県全体がひとつの医療提供システムとして稼働

香取海匝医療圏 医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化の実践

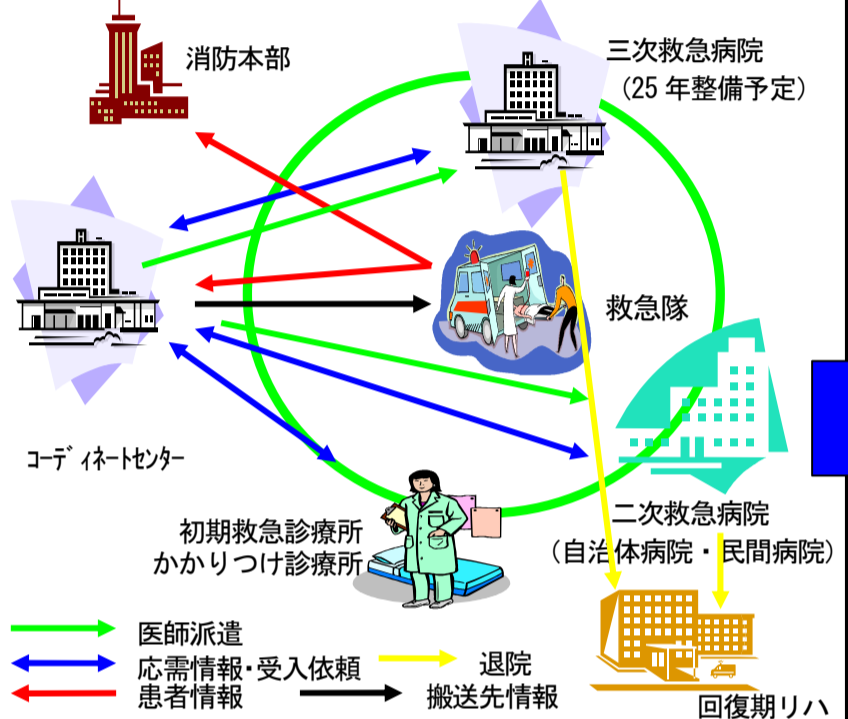
（自治体病院の休止で有名になった銚子市立病院が位置し、医療崩壊のモデル例として全国的に問題が共有されている医療圏）



- ①圏域内の医療機関の役割分担を明確にする
- ②各医療機関が、新しい役割を果たすことができるように、医師の派遣と各医療機関の機能強化を進める
- ③全県共用型の連携パス等のIT化により、具体的な連携・ネットワークシステムを構築する
- ④地域住民と医療関係者・行政が協働する医療再生を進める

山武長生夷隅医療圏 救急医療体制の全面的構築

（救命救急センターがなく、管外への救急患者の搬送が40%を超えた地域を抱えた医療圏）



- ①圏域内に設置される救命救急センターに対する人的、財政的支援、二次救急、初期救急の拡充のための人的・財政的支援を進める
- ②救急医療資源が効果的・効率的に機能を発揮するための、回復期リハビリテーション機能を確保する
- ③救急医療を担う個々の医療機関が全体として機能するようなコーディネートシステムを構築する
- ④全県共用型の連携パス等のIT化により、具体的な連携・ネットワークシステムを構築する

県内他地区への拡大

県内他地区への拡大

支援

千葉県地域医療再生本部

支援

在宅医療従事者確保・研修システムの構築

- 教育研修プログラムの作成
- 総合在宅医療支援システムの構築
- 地域医療支援センターの在宅研修支援

医師確保・研修・就業支援システムの構築

- 医師のスキルアップ
- 看護師のスキルアップ
- 全県の研修医の登録
- 相互研修の調整
- 勤務先の紹介

全県的救急医師等確保・研修システムの構築

- 救急医・看護師の研修
- 救急医・看護師の確保支援
- 救急・麻酔・小児・産婦人科医の派遣システムの構築

〔課題を解決し地域医療を再生〕

- (1) 香取海匝医療圏における自治体病院・民間病院・診療所等の役割分担・機能再編・ネットワーク化を住民・医療関係者・行政が協働で進め、目指すべき地域医療を確立する。
- (2) 山武長生夷隅医療圏における自治体病院・民間病院・診療所等の救急体制の全面的構築を通じ、県内の救急医療のウイークポイントを解消する。
- (3) 上記(1)(2)の取り組みを支援する医師等確保対策を、オール千葉県で進めるため、千葉県地域医療再生本部を設置し、全県的な体制で推進する。

II 千葉県における医療の現状と問題点

1 現状と問題点

(1) 病院・診療科の縮小・廃止（医師不足等を原因とする病院・診療科の縮小・廃止の発生）

ア 銚子市立総合病院の休止

- 日本における医療崩壊のシンボルとして全国的にも有名である銚子市立総合病院（393床）の突然の休止は、平成16年4月に施行された新医師臨床研修制度等の影響を受け、それまで医師の供給元であった私立の医学部附属病院からの医師派遣が引き上げられ、平成16年に35名いた常勤医師が、平成20年には13名となった。医師の減少は、残った医師の労働時間の延長等労働条件の悪化となり更なる離職を引き起こした。
- 更に、医師の減少は、診療科の休止・入院患者の受入制限にもつながり、そのことが病院の経営悪化、更には経営主体（銚子市）からの繰り出し金の急増という負の連鎖が増大した。その結果、市の繰り出し金の財源の不足から、病院経営を中断するとの判断が下され平成20年9月末に休止となった。このような事象は、医師の確保を大学病院等に委ねていた病院、特に自治体病院では、全国どこでも発生していることである。
- 本県においては、平成16年から平成20年8月の間の、医師不足を原因とした診療科の休廃止数は、実に81科にも及んでいる状況である。

（医師不足を原因とした診療科の休廃止の状況）

	廃止数	休止数
診療科の廃止・休止	37病院・62科	11病院・19科

（平成16年～平成20年8月）

イ 機能が類似する医療機関の並立と経営の悪化

- 県内各地で、機能が類似する中小医療機関が並立しており、地域における医療機関の役割分担やネットワークの構築が進まずに、医師の減員やそれに伴う患者の減少などを原因とする経営危機に瀕している。特に銚子総合病院のある香取海匠医療圏内では、市町の設置する自治体立病院の医療機能の役割分担が進まないことで、各病院の患者が減少し経営が悪化している。

- 千葉県では、平成19年12月に総務省より示された公立病院改革ガイドラインに各公立病院が対応し、経営の健全化や役割分担などを進めるため、平成20年9月に知事を本部長とする自治体病院支援対策本部を設置し、自治体病院と共に対策を協議しているが、各病院の役割分担や機能再編については、それぞれの自治体の考えや住民の要望もあり、進展が見られていない状況である。
- しかし、本地域医療再生計画の基金を活用することで、それぞれの自治体病院の機能再編や役割分担を行うために必要な、人的支援や施設の改修費への補助等に対する財政的援助が可能になる。今後、本計画に基づき、住民等の理解を得ながら、地域の医療機関の役割分担とネットワークを構築する。

(2) 大病院への患者の集中

ア 地域医療の現場では、患者の集中による医師の疲弊と医師の離職が発生

- 患者の大病院や専門医嗜好により、近年日本各地で問題とされているコンビニ受診が発生し、本来、地域のかかりつけ医などで対応可能な患者が、高度医療を提供する拠点病院や専門病院に集中し、患者が急増している。
- 患者の集中する医療機関においては、医療従事者の長時間勤務や休日の返上が常態化しており、疲弊を原因とする離職などが発生し、医師不足を更に加速させている。銚子市立総合病院の位置する二次医療圏内の拠点病院である旭中央病院では、一日の平均外来患者数が、3507人と全国の自治体病院の中でも突出している。
また、救急患者を断らないとの理念のもと、平成12年から平成20年の間に他の市や地域から受け入れた救急患者が急増しており、その増加率は、銚子市50%、香取地域26%、匝瑳地域38%、山武地域52%、茨城県鹿島地域137%である。このように、外来患者・救急患者の集中により医療機能は、パンク寸前であり、他の地域の医療機関との役割分担の構築が喫緊の課題になっている。

イ 地域医療の現場では、医療機関の役割分担システムの確立と地域医療連携パスの普及が必要

- 地域のかかりつけ診療所で対応可能な患者が、高度医療を提供する中核病院に集中し、病院の勤務医が過酷な勤務環境になっている現状がある。限られた医療資源の中で、無駄のない効率的な医療体制を構築するためには、二次医療圏内の診療所や病院等の医療機関の具体的な役割分担を明確化し、患者を中心に置いて、急性期、回復期等の段階に応じた循環型の医療連携システムを構築する必要がある。

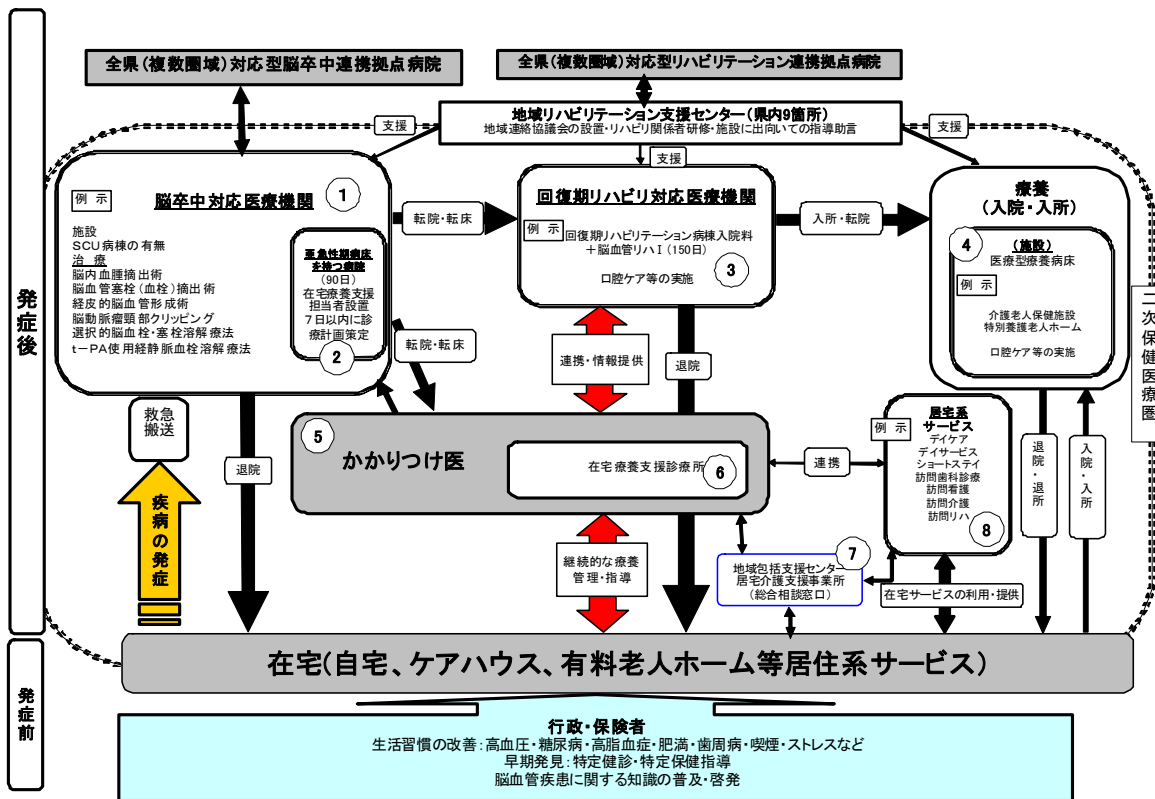
- 地域の複数の医療機関が協力して、患者にとって、最も使いやすく効果的な医療提供体制を整備する必要がある、これは結果として医療機関にとっても、地域にとっても無駄な重複投資が避けられ、より効率的な医療の展開が可能となる。また、患者の病状にとって最も適切な医療機関への受診と、生活の質を確保したまま、自宅に戻る、このような医療提供を可能とするのが「循環型地域医療連携システム」である。
- 千葉県では、平成20年4月に改訂した保健医療計画で、二次医療圏ごとに4疾病4事業(へき地を除く)について、医療機関の具体的役割を明示した「循環型地域医療連携システム」を構築した。さらに、平成21年4月には、この循環型地域医療連携システムを円滑に運用するためのツールとして、連携する医療機関同士で治療方針・治療期間等を共有する地域医療連携パスを、県医師会、関係病院などの医療関係者とともに作成し、全国に先駆け、4疾病ごとに全県共用の地域医療連携パスを、県内の全医療機関に配布し運用を開始している。
- 今後は、この千葉県共用地域医療連携パスの普及のために、医療機関における使用事例を反映した改良や、共用パス情報の伝達のIT化の推進を実施し地域での医療機関の役割分担やネットワークを更に強固にしていくことが重要となっている。

※地域医療連携パスとは

- ・ 急性期の医療機関から回復期の医療機関を経て自宅に戻るまでの治療経過に従って、各期間ごとの診療内容や達成目標等を明示した治療計画である。
- ・ 患者や関係する医療機関で情報を共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心の確保が見込まれる。
- ・ 将来的には医療だけでなく健康づくりや福祉まで連動させた地域連携パスの構築が望まれる。

(参考：千葉県保健医療計画)

脳卒中中の循環型地域医療連携システムのイメージ図(案)



全県(複数圏域)対応型脳卒中連携拠点病院

病院名	住所
旭中央病院	旭市イ1326
亀田総合病院	鴨川市東町929
君津中央病院	木更津市桜井1010
国保松戸市立病院	松戸市上本郷4005
国立病院機構千葉医療センター	千葉市中央区椿森4-1-2
順天堂大学浦安病院	浦安市富岡2-1-1
千葉県救急医療センター	千葉市美浜区磯辺3-32-1
千葉県循環器病センター	市原市鶴舞575
千葉大学医学部附属病院	千葉市中央区亥鼻1-8-1
成田赤十字病院	成田市飯田町90-1
日本医科大学千葉北総病院	印旛郡印旛村鎌苅1715
船橋市立医療センター	船橋市金杉1-21-1

全県(複数圏域)対応型リハビリテーション連携拠点病院

病院名	住所
千葉県千葉リハビリテーションセンター	千葉市緑区誉田町1-45-2
千葉大学医学部附属病院	千葉市中央区亥鼻1-8-1

地域リハビリテーション広域支援センター

病院名	住所
千葉中央メディカルセンター	千葉市若葉区加曽利町1835-1

① 脳卒中対応医療機関

病院名	住所
大賀病院	千葉市中央区祐光町1-12-5
柏戸病院	千葉市中央区長洲2-21-8
川鉄千葉病院	千葉市中央区南町1-11-12
国立病院機構千葉医療センター	千葉市中央区椿森4-1-2

② 亜急性期病床を持つ病院

病院名	住所
井上記念病院	千葉市中央区新田町1-16
最成病院	千葉市花見川区柏井町800-1
千葉県千葉リハビリテーションセンター	千葉市緑区誉田町1-45-2
千葉中央メディカルセンター	千葉市若葉区加曾利町1835-1

③ 回復期リハビリテーション対応医療機関

病院名	住所
千葉中央メディカルセンター	千葉市若葉区加曾利町1835-1
みつわ台総合病院	千葉市若葉区若松町531-486

●脳血管疾患等リハビリテーション料（I）

病院名	住所
川鉄千葉病院	千葉市中央区南町1-11-12
千葉県千葉リハビリテーションセンター	千葉市緑区誉田町1-45-2

④ 療養施設（医療型療養病床を有する病院・診療所 2007. 8. 1）

病院名等	住所
泉中央病院	千葉市若葉区高根町964-42
井上記念病院	千葉市中央区新田町1-16

（事業所名に替えて、市の担当窓口等を記載）

市の担当課等	住所等
稲毛福祉事務所福祉サービス課保健福祉総合相談窓口	千葉市稲毛区穴川4-12-1
千葉県健康福祉情報の森	http://www.pref.chiba.lg.jp/johomori/index.html
ワムネット(WAM NET)	http://www.wam.go.jp/

⑤ かかりつけ医

問合せ先	ホームページアドレス
千葉県医師会	http://www.chiba.med.or.jp/
千葉市医師会	http://www.city.chiba.jp/doctor/index.html
千葉県ホームページ ちば救急医療ネット	http://www.qq.pref.chiba.lg.jp/QQ12TPIJSR/ACTBQQ12TPIJSR01.do

⑥ 在宅療養支援診療所

診療所名	住所
赤尾クリニック	千葉市美浜区真砂3-1-7
稲毛診療所	千葉市美浜区稲毛海岸4-11-3

⑦ 地域包括支援センター

施設名	住所
あんしんケアセンターうらら	千葉市中央区千葉寺町188
あんしんケアセンターシャローム若葉	千葉市若葉区貝塚町1223-4

⑧ 居宅系サービス

（事業所名に替えて、市の担当窓口等を記載）

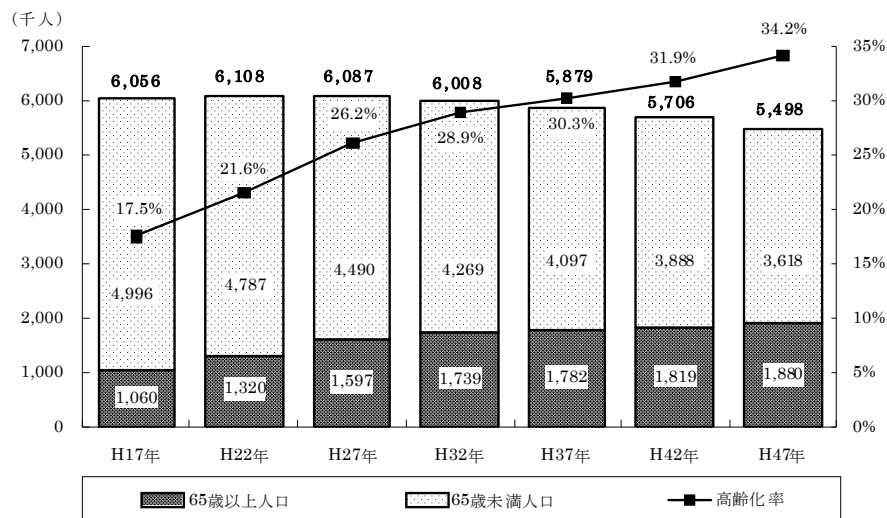
市の担当課等	住所等
稲毛福祉事務所福祉サービス課保健福祉総合相談窓口	千葉市稲毛区穴川4-12-1
中央保健福祉センター保健福祉サービス課保健福祉総合相談窓口	千葉市中央区中央4-5-1

(3) 在宅医療支援に対するニーズの増大

ア 急速な高齢化

○ 千葉県の総人口に占める65歳以上の人口の割合である高齢化率は、平成17年には、17.5%(全国平均20.1%)と全国で5番目に若い県であったが、団塊の世代が高齢期を迎える平成27年には、高齢化率が26.2%と約4人に一人が高齢者となる見込みである。この10年間の増加率は、50.6%と予想されており、これは、埼玉県の54.8%について、全国2位の伸び率となっている。

〈参考〉平成47年までの推計人口（千葉県）



高齢者人口の増加数

() 増加率

圏域	H17⇒H27年	H17⇒H37年	H17⇒H47年
千葉	91,527 (60.1%)	121,250 (79.6%)	150,651 (99.0%)
東葛南部	145,742 (59.4%)	191,681 (78.1%)	251,480 (102.4%)
東葛北部	128,824 (59.8%)	165,592 (76.9%)	184,223 (85.5%)
印旛	68,858 (63.8%)	103,047 (95.5%)	107,630 (99.7%)
香取海匝	11,395 (14.7%)	15,358 (19.8%)	9,491 (12.2%)
山武長生夷隅	31,477 (29.1%)	46,713 (43.2%)	44,146 (40.8%)
安房	6,830 (15.7%)	6,676 (15.3%)	1,826 (4.2%)
君津	25,336 (39.9%)	33,517 (52.7%)	31,301 (49.3%)
市原	26,440 (57.0%)	37,952 (81.8%)	38,591 (83.2%)
県全体	536,429 (50.6%)	721,786 (68.1%)	819,339 (77.3%)

※総務省統計局「国勢調査結果」(10月1日現在)及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(平成20年12月推計)をもとに作成。

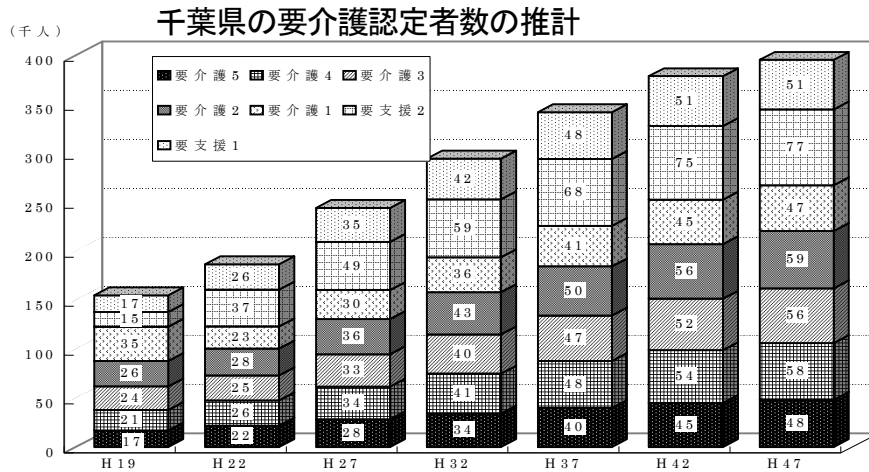
- この急速な人口の高齢化に伴い、県全体では、平成27年までに高齢者の実数は、実に53万人以上に達することから、高齢者の増加に伴い増大する医療ニーズに、人口10万人当たりの病院病床数・医師数が全国45位と医療資源の乏しい本県の状況では、対応できなくなっている。
- 一方、近年の人口の高齢化、疾病構造の変化、在宅療養を可能にする医療技術の進歩を背景に、住み慣れた家庭や地域の中で質の高い療養生活を送りたいという県民のニーズが増大している。平成19年に実施した千葉県政に関する世論調査では、介護が必要となった場合に希望する生活場所として、約5割の方が自宅での生活を希望している。
- 疾病の予防、治療（急性期）、リハビリテーション（回復期）から在宅療養へと切れ目のない包括的なケアの充実が求められている中、医療機能の分化と連携を推進するためにも、在宅療養の推進は大きな課題になっている。平成18年6月に成立した医療制度改革関連法において、医療法に定める医療計画制度について見直しが見直しが講じられ、医療計画の記載事項として、新たに、居宅等における医療の確保に関する事項が追加されたところである。

イ 在宅医療の現状

- 財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が、平成17年に全国に居住する20～89歳の男女1,078名を対象に、「ホスピス・緩和ケア*に関する意識調査」についてのアンケート調査を実施した。その結果、「自宅で最後を過ごしたいと思う」方が全体の83.3%であった。しかしながら63.3%の方は「自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う」と回答しており、在宅での療養がさまざまな理由により困難と考えている現状がある。
- 全国の死亡者の死亡場所の推移は、昭和50年までは、在宅死が半数であったが、昭和51年を境に逆転し、現在は病院死が85%を超えている。また、千葉県についても全国と同様の傾向にあるといえる。
- 千葉県では県民の約8割が病院と診療所等の医療機関で死亡している。また、自宅は13%(全国12%)にとどまっており、上記アンケート結果の「自宅で最後を

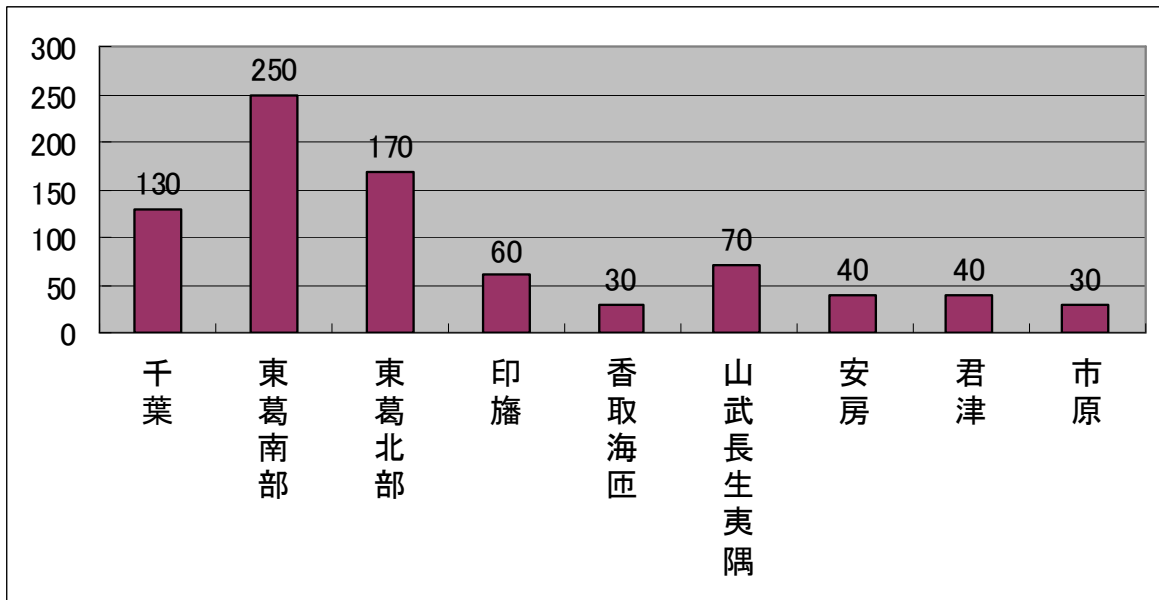
過ごしたいと思う」方が全体の83.3%と大きな隔たりがある。

- 県内の往診実施診療所については、平成8年の631施設から平成11年の1,027施設と増加し、その後平成14年718施設、平成17年713施設となっているが、実施件数については、平成8年2,723件、平成11年6,121件、平成14年5,711件、平成17年は5,753件と実施施設数の減少に対して、実施件数そのものは微増となっている。
- 県内の往診実施病院については、平成8年の56施設から平成11年の129施設をピークとして平成17年は56施設と平成8年の水準に戻り、病院数に対する往診実施病院の比率については平成8年の18.4%から平成11年に43.1%となり、その後、平成14年23.9%と一気に半減し、平成17年には19.8%と減少が進んでいる。また、各年の9月1ヶ月間の往診件数は、平成8年の432件から平成11年に1,355件と3倍になり、平成14年に1,105件、平成17年には848件と減少しているが、実施病院の減少率と比較すると緩やかであるため、往診実施病院1施設当たりの往診件数は、増加しているといえる。
- 訪問看護ステーションの設置数については、全国の増加と同様に、平成16年の179施設まで徐々に増加していたが、全国の増加傾向に反して平成17年には177施設と初めて減少した。
- 県内の在宅療養支援診療所の数は、平成19年2月時点で180ヶ所である。65歳以上人口（平成18年10月1日現在）10万人あたりの施設数は、16.1となっており、全国平均（38.5）と比較してかなり少ない水準にある。
- 要介護認定者数の推計では、平成19年度の15万5千人から39万6千人と2倍以上に増加することが、推計されている。



- 高齢者の増加とともに、一人暮らしの高齢者の孤独死が社会問題となっており、平成20年度に発生した千葉県内の孤独死者数は、820名を超え大きな社会問題になっている。都市部では、集合住宅で一人で暮らす高齢者の増加、郡部では、若年者が都市部へ流出したことによる高齢者世帯の増加が続いている。

(60歳以上の1人暮らしの死亡者の概数)



ウ 循環型地域医療連携システムを構築する上での、在宅医療支援のための医療機関・医療関係者の果たす役割

- 循環型地域医療連携システムの一部である在宅におけるネットワークシステムを構築するためには、「緊急時の入院体制保確保」や「24時間対応体制を維持す

るための連携医療機関の確保」などが必要であり、拠点病院や診療所の連携と役割分担を明確にする必要がある。

- 在宅医療を支える医療機関の役割を担う医療技術者が不足しているため研修医から開業医等に至るまで幅広い医師及び、看護師などの医療技術者への教育・研修システムの構築が必要である。

(4) 救急医療体制の弱体化

ア 救急患者の搬送時間の延長

- 昨年10月に東京都で発生した脳内出血の妊婦の死亡例に見られるように、救急患者の受け入れ先の医療機関が見つからずに手遅れになる事態が発生している。原因としては、受け入れる医療機関において、医師不足などの影響で救急患者の受け入れ態勢が十分に取れていないことと、患者の集中により受け入れ病床が確保できないこと、受け入れ先を探すシステムが構築されていないことが考えられる。
- 千葉県においても、消防機関が、覚知してから救急患者を医療機関に収容するまでに、要する時間が年々延長しており、平成14年には、30.4分であったが、平成19年には37.1分と5年間で22%も長くなっている。

(消防機関における救急患者の医療機関収容所要時間)

年次	H14年	H15年	H16年	H17年	H18年	H19年
平均所要時間	<u>30.4分</u>	31.4分	32.2分	33.7分	34.8分	<u>37.1分</u>

イ 救急患者の管外搬送の増加

- 同一の消防管内で救急患者の受け入れが完結せず、管外へ搬送しなければならない患者の割合が年々増加している。千葉県における消防管外へ搬送する割合は、平成14年の22.7%であったものが、平成19年には26.4%と、3.7%増加している。特に山武郡市管内では、平成19年の管外搬送が41.8%と危機的状態になっている。

- 原因としては、管内の救急医療の受入体制が医師不足などにより弱体化したこと、特定の医療機関への救急患者の集中により受け入れが困難になったこと、受け入れ先を探すシステムが構築されていないことなどにより管外への搬送を余儀なくされることが考えられる。

(救急患者の管外搬送割合の推移)

年次	H14年	H15年	H16年	H17年	H18年	H19年
県平均	22.7%	23.3%	24.4%	24.1%	25.0%	26.4%

2 課題

(1) 新たな地域医療体制の構築（医療施設の役割分担と連携）

ア 大病院等への患者の集中を改善し、医療施設の役割分担と連携を構築するための課題

- 医療機関における役割分担の必要性に関する認識を向上させる必要がある。地域の拠点となる大病院等に、地域のかかりつけ医で対応可能な患者から高度な専門治療が必要な患者までが集中することで、大病院の医師にかかる負担が増大し疲弊が発生するとともに、患者の通院時間や待ち時間が増加し、診療にかかる負担が増大している。このことで、拠点病院においては、高度医療や専門医療以外の患者の割合が増加し、専門医のスキルアップに支障が生じている。
- 大病院以外の地域病院においては、医師不足や患者の減少による経営環境の悪化により、診療科の廃止や病院の休止・廃止などが発生している。
- これらを改善するために、医療機関における役割分担の必要性に関する認識を向上させる必要がある。併せて、連携する医療機関が新たな役割分担を担うために必要な施設（例：拠点病院への地域医療機関への支援センターの整備や地域連携病院への外来機能強化・救急機能強化・リハビリ機能強化のための施設改修等）や設備の整備に対する補助制度を整備する必要がある。

イ 医療施設の連携を進めるために、千葉県共用地域医療連携パスの普及が課題

- 平成20年4月に構築した「循環型地域医療連携システム」運用するため平成21年4月に作成した「千葉県共用地域医療連携パス」の普及のため、使用上の問題の改良や、医療関係者や県民への周知が必要である。

ウ 医療機関同士で、千葉県共用地域医療連携パスや患者の画像データを共有できる IT ネットワークシステムの構築が課題

- 連携する医療機関でパスや画像のデータを共有できるよう安全性が確保された IT ネットワークを構築することで、パスの作成や伝達に係る医療従事者の事務の軽減を図ると共に、IT ネットワークでの送受信機能を利用した専門医による診断助言等のサポートを行うシステムが必要である。

エ 地域の医療体制を支える関係者や住民の意識改革が課題

- 医療機関の役割分担等を進めるためには、医療関係者のみならず住民の意識改革が必要となる。兵庫県立柏原病院の小児科の例に見られるよう、住民とともに医療を守るためには、報道機関等と協働し、かかりつけ医の推進や循環型医療連携システムに関する正しい知識の普及を通じ、コンビニ受診等を解消し、より良い医療を実現するために、住民と医療関係者の新たな関係を構築する必要がある。

(2) 医療従事者の確保・就職支援・研修のための総合システムの構築

ア 研修医や医療従事者にとって、生涯を通じ魅力ある総合システムの構築が課題

- 千葉県内の医療従事者が、県内の医療機関で満足できる研修を受けることができ、併せて希望する県内の職場への就職や再就職を支援することで、医療従事者に生涯を通じ魅力となる「医療従事者の確保・研修・就職支援の総合システム」の構築が必要である。

イ 最先端の医療を習得するための、スキルアップセンターの整備が課題

- 日々進歩する医療技術を習得することができる、スキルアップセンターの整備が全国各地で進められており、最先端の施設には、全国から医師が集まる効果が確認されている。

- 千葉大学に県内の医療従事者のスキルアップと併せ医師を集める機能を持つ、最

先端のスキルアップセンターを設置することが必要となっている。

ウ スキルアップセンターや各拠点病院等の間で研修医の相互研修システムの構築が課題

- 現在それぞれの研修病院で医師の臨床研修を行っているが、各病院ごとの特徴あるカリキュラムを、研修医の希望に応じて県内の他の研修病院で受講できる相互研修システムを構築することが必要である。

エ 初期・後期臨床研修を修了した医師が、県内病院に就職することを支援する組織の構築が課題

- 県内の医療機関で初期・後期臨床研修を修了した医師の、県内の医療機関への就職を増やすために、研修医の希望と適合する医療機関を紹介するシステムが必要である。
- 研修医の千葉県への就職を増やすため研修や就職、更には、日常生活などの日頃の悩みなど気軽に相談できるチューター制度を創設し、研修医を支援するシステムが必要である。

(3) 在宅医療従事者確保・研修システムの構築

ア 在宅医療に関わる医療機関、行政等関係者のネットワークを構築することが課題

- 在宅医療を支える医療・介護・行政等の関係機関のネットワークの構築し、地域において、様々な分野が総合的に患者を支えることが必要である。

イ 在宅医療を支える医師、看護師、リハビリ職種等の従事者に対する体系的・総合的な人材確保・研修のシステムの構築が課題

- 在宅医療に関する教育・研修については、医師、看護師、リハビリ職種等それぞれの分野において教育プログラムが開発されているが、在宅医療において欠かすことのできない総合的・体系的な教育 研修プログラムの開発が必要である。
- 在宅医療に関する大学等での教育が終了した医療技術者が、実践的な研修を受けられることのできる施設を整備し、様々な分野の技術者と共に体系的な実践教育を行う

ことが必要である。

(4) 救急患者の受入困難事例（たらい回し）の回避

ア 山武長生夷隅医療圏に、救命救急センターの機能整備が必要

- 県内9医療圏において、救命救急センター又は、それに準じる施設が整備されていない医療圏は、山武長生夷隅医療圏だけである。そのような地域での救急体制を補完するために、千葉県では独自に、救命救急センターを補完するものとして、それぞれの医療圏に救急基幹病院を設置しているが、山武長生夷隅医療圏の救急基幹病院は、近年医師不足等の影響で救急機能が低下しており、新たな救命救急センターの整備が必要である。

イ 山武郡市では、救急患者の管外搬送率が40%を超えて、救急患者の受け入れ体制の整備が必要

- 平成14年における同地域の管外搬送率（22.8%）は、県平均（22.7%）とほぼ同じレベルであったが、平成19年度には、県平均26.4%に対し、41.8%と急激に悪化しており、救命救急センターの整備のほかに1次・2次の救急体制の機能整備の必要がある。

ウ 救急・産科・小児科等を担う病院の不足により、救急患者の受入困難事例（たらい回し）が、発生する恐れがあり、救急医療コーディネートシステムの構築が重要

- 医師不足などの影響で、県内の医療機関の救急患者の収容の能力が弱体化していることや交通網の整備、更にはドクターヘリの配備により、救急患者搬送が広域化している。そのため、県内の救急医の配備状況や空きベッドの情報などを一元的に管理し、消防機関に対し搬送先をコーディネートするシステムの構築が必要である。

エ 救急病院の病床を確保するために、救急治療が終了した患者を受け入れる後方支援病院（回復期リハビリテーション等）を整備することが課題

- 救急医療機関の受入能力を維持するため、急性期の治療が終了した患者を、スムーズに回復期を担当する医療機関に送ることが必要であり、そのためには、回復期を担当する後方支援病院の機能整備が必要である。

(5) 救急を担う医療従事者の確保・研修のシステムの構築

ア 医師不足等により、救急を担う医師等が不足しており、養成・研修施設の整備が課題

- 救急専門医を養成するために、千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターにおいて、研修医に魅力ある研修プログラムの開発と県内の救命救急センターや大学などと協力した救急専門医の養成を行うことが必要である。

イ 大学や県内の医学部附属病院が協力した、救急医療の実践教育システムの確立が課題

- 救急専門医の実践教育のために、千葉大学病院と県立救急医療センターと県内の大学付属病等が協力し、救急医療の実地研修を行うシステムを構築することが必要である。

参考資料

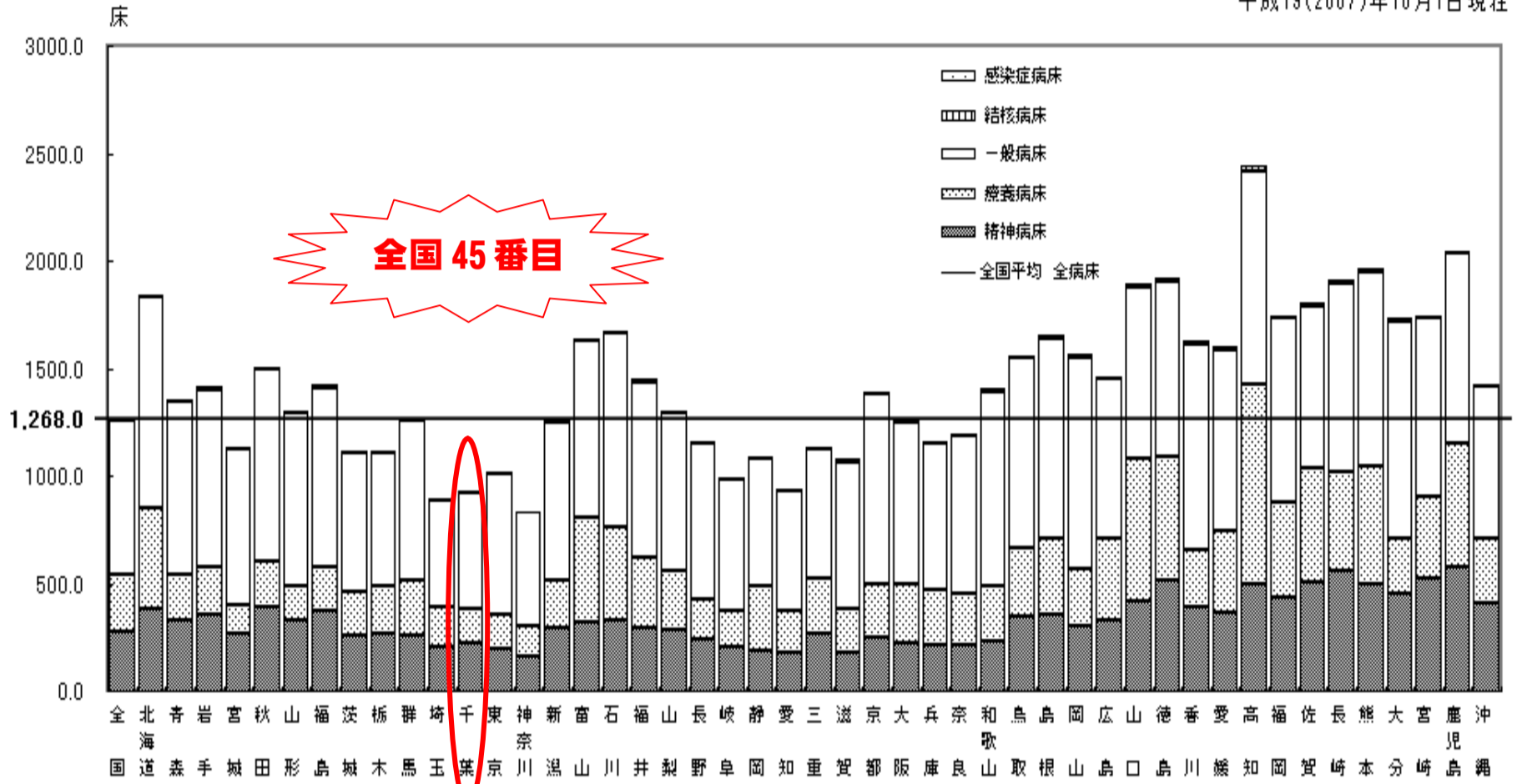
I 千葉県における医療の現状と課題

1 医療提供施設の不足

○ 千葉県の病院病床数：人口10万対 **931.4床**、全国平均 **1,268床**

都道府県別人口10万対病床数

平成19(2007)年10月1日現在

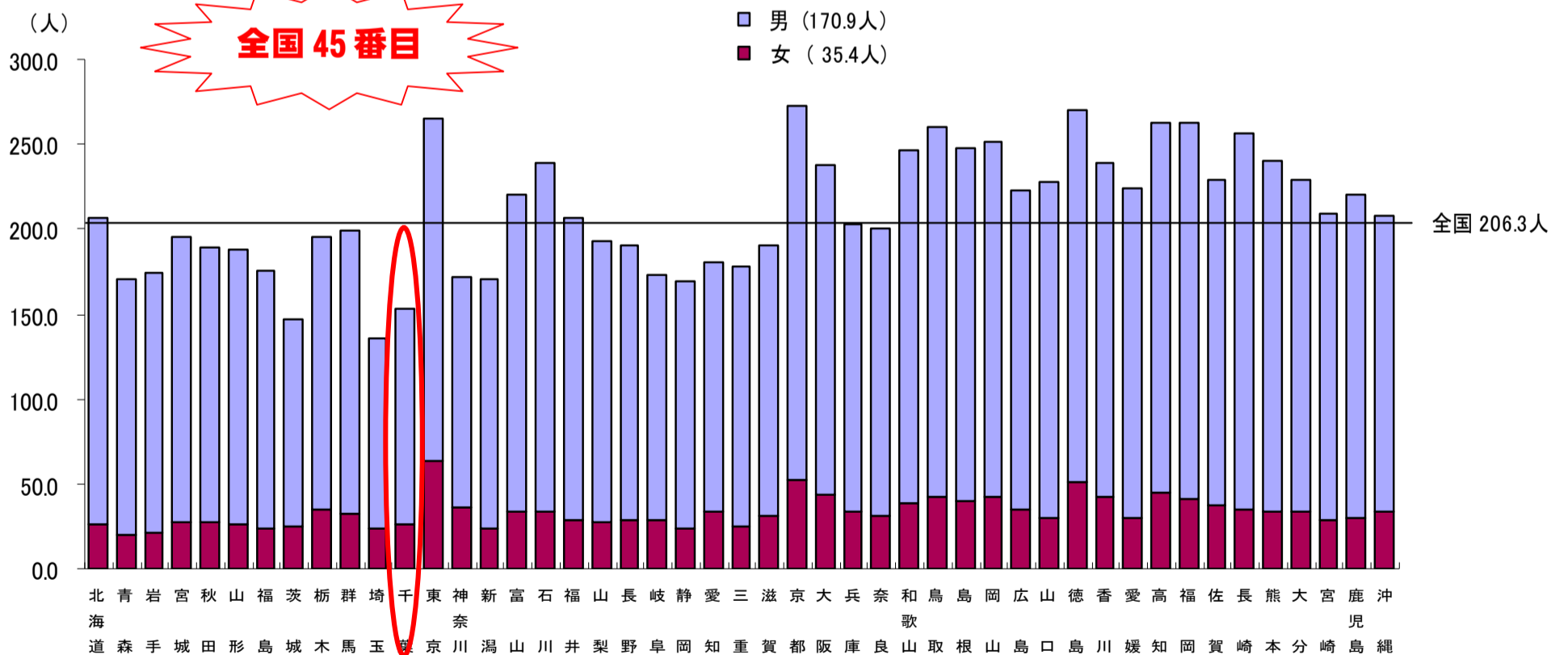


※資料：平成19年度医療施設（動態）調査・病院報告の概況

2 医師の不足

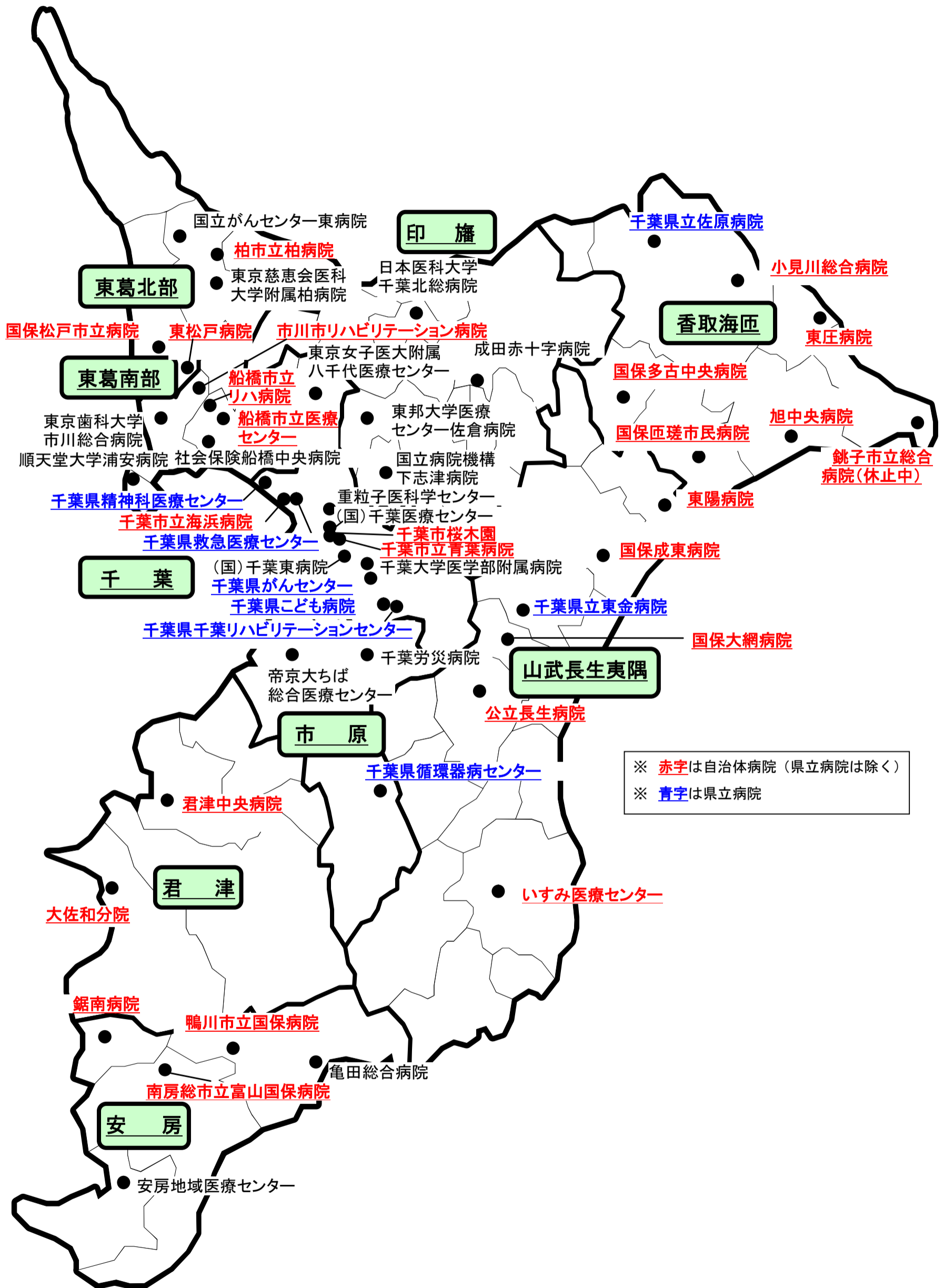
○ 千葉県の医師数：人口10万対 **153.5人**、全国平均 **206.3人**

都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数



※資料：平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況

3 千葉県の二次医療圏と主な病院



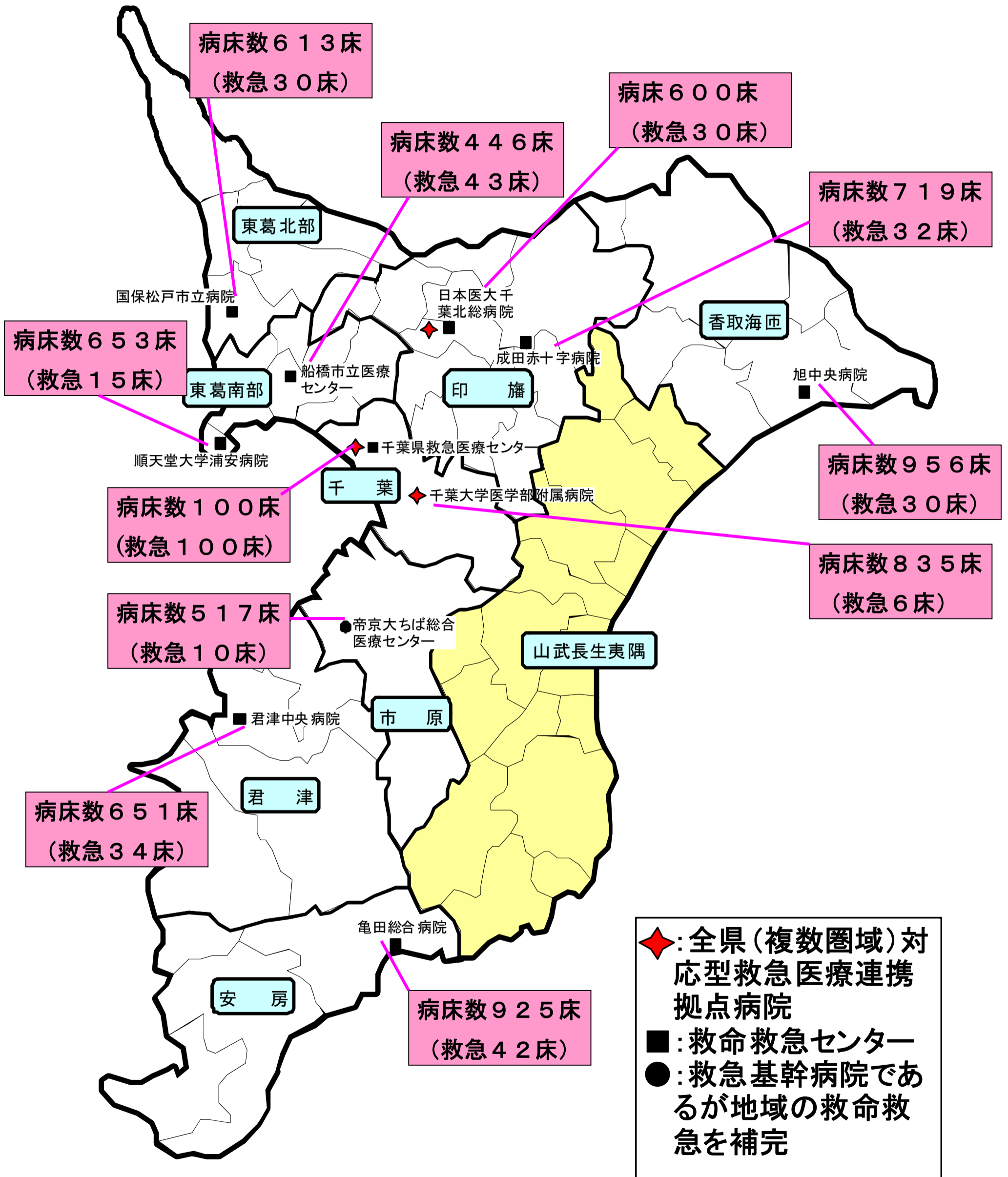
4 医療圏別患者移送に要する総時間

(平成 20 年実態調査)

医療圏	全 数	30分未満	30分～ 1時間未満	1時間～ 1時間30分 未満	1時間30分 ～ 2時間未満	2時間以上	不明
県平均	32,804	13,053	17,410	1,975	249	113	4
	100%	39.80%	53.10%	6.00%	0.80%	0.30%	0.00%
千葉医療圏	5,644	2,413	2,934	264	25	8	0
	100%	42.80%	52.00%	4.70%	0.40%	0.10%	0.00%
東葛南部医療圏	8,837	3,279	4,904	560	68	25	1
	100%	37.10%	55.50%	6.30%	0.80%	0.30%	0.00%
東葛北部医療圏	6,543	3,572	2,744	174	30	22	1
	100%	54.60%	41.90%	2.70%	0.50%	0.30%	0.00%
印旛医療圏	3,430	1,046	2,169	179	22	14	0
	100%	30.50%	63.20%	5.20%	0.60%	0.40%	0.00%
香取海匝医療圏	1,561	608	835	101	10	7	0
	100%	38.90%	53.50%	6.50%	0.60%	0.40%	0.00%
山武長生夷隅医療圏	2,540	527	1,500	426	62	25	0
	100%	20.70%	59.10%	16.80%	2.40%	1.00%	0.00%
安房医療圏	834	299	438	87	8	1	1
	100%	35.90%	52.50%	10.40%	1.00%	0.10%	0.10%
君津医療圏	1,827	670	1,036	103	14	4	0
	100%	36.70%	56.70%	5.60%	0.80%	0.20%	0.00%
市原医療圏	1,588	639	850	81	10	7	1
	100%	40.20%	53.50%	5.10%	0.60%	0.40%	0.00%

※ 東葛北部医療圏では、30分未満での到着が約5割となっているが、**山武長生夷隅医療圏では約2割**となっているなど、地域間による格差が見られる。

5 千葉県内の救命救急センター



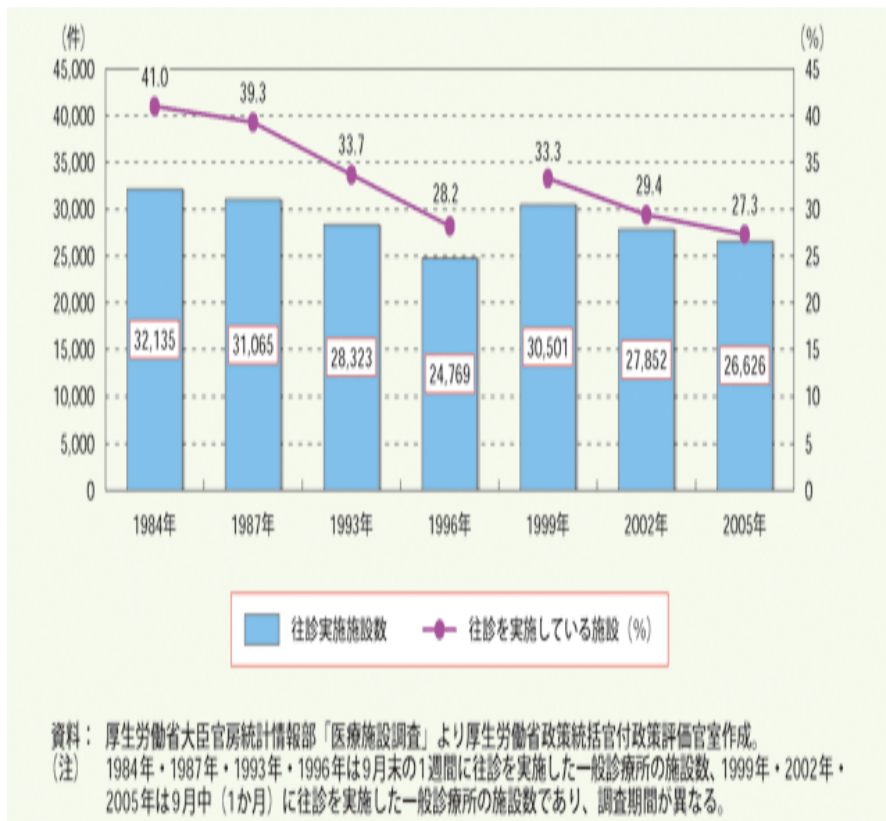
II 千葉県における高齢化の現状と課題

1 一人暮らし高齢者数

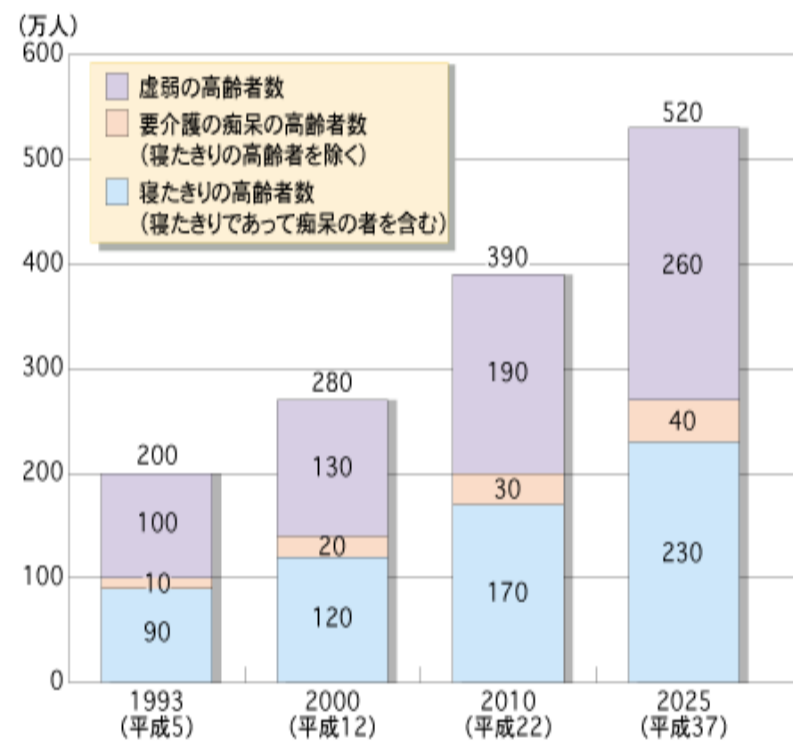
圏域	65歳以上人口①	一人暮らし 高齢者数②	割合②/①
千葉	152,231	23,497	15.4%
東葛南部	245,537	37,142	15.1%
東葛北部	215,447	28,653	13.3%
印旛	107,931	10,882	10.1%
香取海匝	77,566	6,969	9.0%
山武長生夷隅	108,183	11,605	10.7%
安房	43,533	6,141	14.1%
君津	63,542	6,599	10.4%
市原	46,373	5,484	11.8%
県全体	1,060,343	136,972	12.9%

※ 総務省統計局「平成17年国勢調査結果」(10月1日現在)を元に作成。

2 往診を実施している一般診療所数

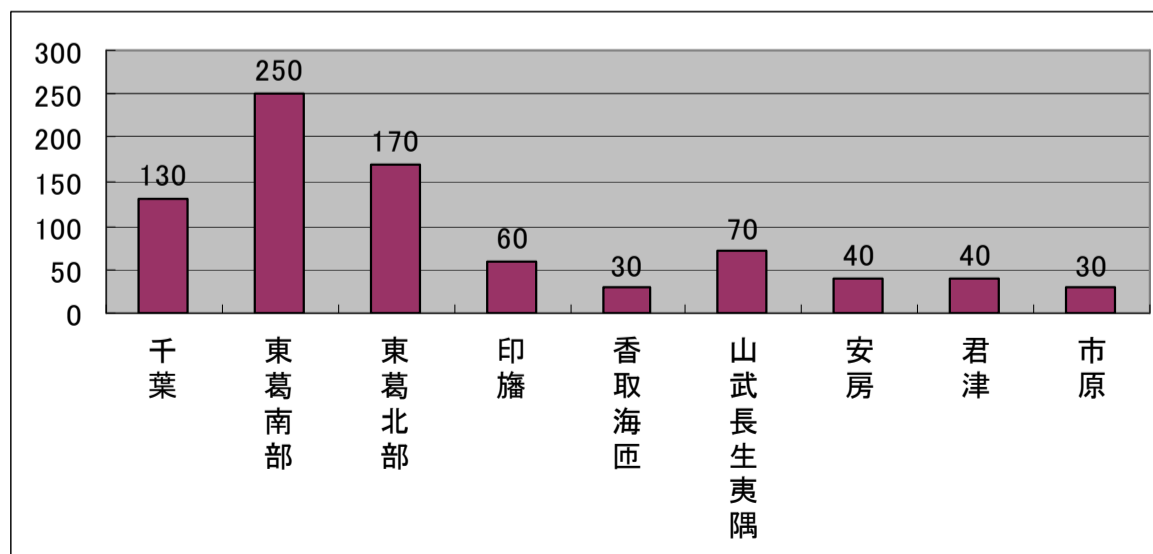


3 寝たきり等高齢者数の将来推計



※厚生白書(平成11年版)

4 60歳以上の一人暮らしの死亡者の概数



Ⅲ 千葉県における近年の医療政策の経緯（医療制度改革以降）

1 医療制度改革の内容

（1）経緯

- 国の医療制度改革の一環として平成18年6月に成立した医療制度改革関連法において、医療法に定める医療計画制度の見直しが講じられたところである。

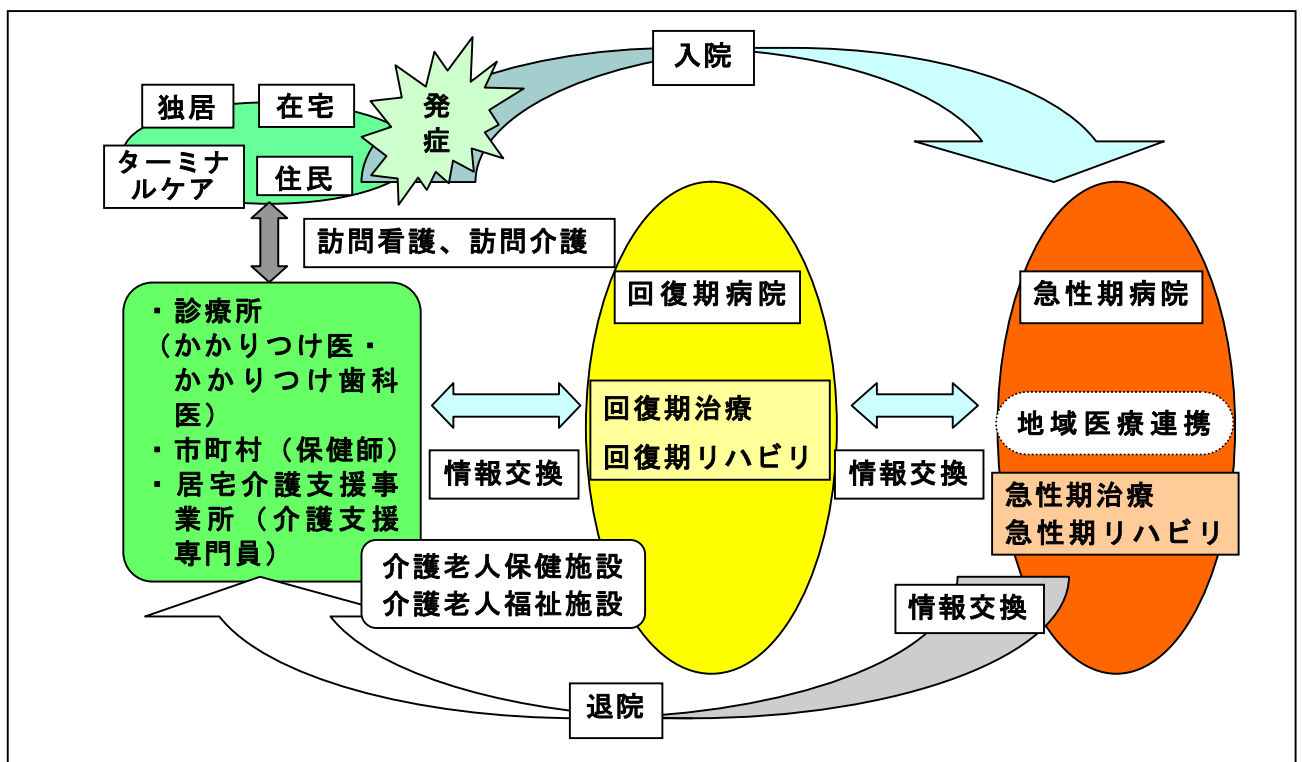
（2）主な内容

- 安心・信頼の医療の確保と予防の重視、医療費適正化の総合的な推進、超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現等を基本的な考え方とした医療制度改革大綱が定められ、この大綱に基づいて「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」が制定されている。この中で、医療法に定められている医療計画制度の見直しが行われており、医療計画に記載すべき事項として、新たに以下の内容等が追加されたところである。
 - ①4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）及び5 事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む））の医療連携体制に関する事項
 - ②「居宅等における医療の確保」に関する事項

2 千葉県の考え方

- 千葉県では、平成18年6月に千葉県保健医療計画の全面改定を行い、平成18年度から22年度までの5年間を計画期間とする新たな保健医療計画を策定したところである。
- 平成18年の改定では、少子高齢化の急速な進展、生活習慣病の増加を中心とする疾病構造の変化、医療技術の進歩による医療の専門・高度化、市町村合併をはじめとする社会情勢の変化など、保健医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、県民の多様化したニーズに的確に対応し、21世紀における地域の実情に即した保健医療サービスを積極的に推進していくため、県内の保健医療資源を有効に活用し、その適正な配置を図るとともに分かり易い指標を使用した各施策の評価と、県民に対する適切な情報の提供と選択の支援などの視点を加えることを中心とした計画を策定している。
- その後、平成18年6月に医療制度改革関連法が成立したことを受けて、千葉県では、単に国の制度改正を受けて都道府県の義務的な業務のみを実施するのではなく、健康づくり・医療・福祉に対する県民の満足度を向上させる絶好の機会と捉えて、これまで千葉県で抜本的に行うことができなかった医療機関の役割分担とネットワークの構築（医療の再構築）及び包括的在宅医療（ケア）システムの構築に向けた取り組みを進めていき、千葉県の医療の再構築を行い、千葉県の医療のさらなる向上を果たす決意で取り組んでいる。

- 具体的な対応として、平成 20 年 4 月に千葉県保健医療計画の計画期間中における一部改定を実施している。一部改定のポイントは、「循環型地域医療連携システムの構築」、「基盤（ストラクチャー）・過程（プロセス）・結果（アウトカム）」といった多面的な観点による、千葉県独自の数値目標の設定」、「二次医療圏の見直し」、「総合診療機能の充実・強化」、「県立病院と県が担うべき政策医療」であるが、特に一部改定の最も大きなポイントとなる「循環型地域医療連携システムの構築」については、4 疾病 4 事業（千葉県ではへき地医療を除く）の医療連携体制を急性期から回復期、在宅に至る医療機関の治療と保健・福祉サービスを連動させる「循環型地域医療連携システム」を二次医療圏ごとに構築している。



3 循環型地域医療連携システムの構築

(1) 循環型地域医療連携システムの構築の基本的な考え方

- 地域のかかりつけ診療所で対応可能な患者が、高度医療を提供する中核病院に集中し、病院の勤務医が過酷な勤務環境になっている現状がある。限られた医療資源の中で、無駄のない効率的な医療体制を構築するためには、各二次医療圏内の診療所や病院等の医療機関の具体的な役割分担を明確化し、患者を中心に置いて、急性期、回復期等の段階に応じた循環型の医療連携システムを構築する必要がある。

- 限りある医療資源を効果的・効率的に活用するためには、医療資源の持つ機能を整理し、患者の疾病の段階に応じて患者が最も適切な医療資源を利用することができる流れを構築することが重要である。

- そこで、「がん」、「脳卒中」、「急性心筋梗塞」、「糖尿病」の4疾病並びに「救急医療」、「災害時における医療」、「周産期医療」、「小児医療（小児救急医療を含む）」の4事業（以下、「4疾病4事業」という。）について急性期から回復期、在宅に至る医療機関の治療と保健・福祉サービスを連動させる「循環型地域医療連携システム」を二次医療圏ごとに構築し、医療従事者並びに地域住民の方に示している。

（2）病院間・病診間の役割分担とネットワークを明確化

- 医療機関の連携体制の構築を進める上で、それぞれの医療資源が持つ機能を整理し医療機関等の役割分担を行うとともに、各医療機能のネットワークを明確にする必要がある。そこで、連携イメージ図を作成し、各疾病の急性期、回復期、在宅に至るまでの二次医療圏内の病院・診療所等の医療機関の役割分担とネットワークを明示している。
- 「循環型地域医療連携システムイメージ図」によって役割分担を示したことにより、大病院等への患者集中が加速され、医師の疲弊があってはならないと考えており、本システムは、そのような医師の疲弊を防ぐ意味での役割分担も含まれている。患者は最初に「かかりつけ診療所」で受診し、必要に応じて専門病院等へ紹介されるシステムとしている。
- 連携イメージ図の作成にあたっては、がんや脳卒中等の疾病ごとに、
 - ①手術など急性期を担当する医療機関（急性期病院等）
 - ②運動機能等の回復期を担当する医療機関（回復期・リハビリ病院等）
 - ③通院での治療を担当する医療機関（かかりつけ医）などに医療機関の役割を整理し、患者の疾病の段階に応じて患者が最も適切な医療資源を利用することができる流れを構築している。

（3）在宅医療を担う医療機関の明確化と機能強化

- 循環型地域医療連携システムの構築にあたっては、連携の最終的な受け皿となる在宅医療の充実が必要となっている。そのため、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所の実態調査を行うとともに、在宅療養支援診療所の機能強化に取り組んでいる。
- 在宅療養支援診療所の実態調査は、平成19年7月に、県内の在宅療養支援診療所（180か所）を対象にして実施しており、在宅療養支援診療所の医師数や診療体制、患者数や患者の診療実態、その他に在宅療養支援診療所の今後の課題等について調査を行っている。
- 調査結果からは、医師一人の診療所が約60%となっており、24時間対応するためには地域での連携が必要となっていること、初診患者の約52%が直接来診で、病院からの紹介が約8%とまだ連携が進んでいないこと、今後の課題としては最も多かったのが緊急時の入院体制の確保（約65%）などが明らかとなっている。

- 県では、実態調査の結果等を踏まえて、在宅療養支援診療所の機能強化に取り組んでいるところである。これは、千葉県においても急速に高齢化が進む中、高齢者が住みなれた地域で安心して生活し療養できるよう、在宅療養や在宅看取りの中心的な役割を担う在宅療養支援診療所に関して、連携会議等を開催し、在宅療養支援診療所のネットワーク化の推進等による機能強化を図ることにより、地域で求められ必要とされている役割を十分に果たすことを目的としている。

(4) 各機能を担う具体的医療機関名を明示

- 循環型地域医療連携システムの構築のため、県では平成19年8月に県内の全ての病院を対象に医療機能調査を実施し、各病院が連携イメージ図に明示した役割分担のうち具体的にどの部分を担っているのか、疾病ごとに各病院が対応可能な医療機能を確認している。
- しかしながら、医療機能調査結果に基づいて、単に医療圏ごと、疾病・事業ごとに、急性期病院・回復期病院などの医療資源リストを表示するだけでは、医療機関にとって使い勝手が悪く実際の役割分担とその実行につながらない。また、患者にとっても急性期病院から回復期病院に転院するような場合など、複数の医療機関をまたいで受療する場合に、地域の医療資源を具体的にどのように活用すればよいのか適切な選択につながらないこととなる。
- そこで、千葉県では、①「疾病ごとに、役割分担とネットワークの流れを具体的に示したイメージ図」、②「圏域ごとに、イメージ図の中のそれぞれの役割を実際に担当している医療機関を示したリスト」を1つのセットとなった循環型地域医療連携システムを明示している。
- このシステムによって、医療関係者が医療連携に活用するだけでなく、患者や県民自身が、疾病を発症してから急性期・回復期の医療機関にかかり、最終的に在宅に至るまでの間に、地域のどの医療機関に受診していくのか具体的な医療機関名を挙げて確認することができるとともに、患者自身が医療機関にどのように受診するのか判断することも可能となり、安心して医療を受けることができることから、医療への満足度の向上にもつながるものである。

4 地域医療連携パスの必要性

(1) 地域医療連携パスの必要性

- 20年4月に一部改定を行った保健医療計画において、4疾病4事業について急性期から回復期、在宅に至る医療機関の治療と保健・福祉サービスを連動させる循環型地域医療連携システムを二次医療圏ごとに構築しているが、この連携システムは医療機関等の役割分担とネットワークを明確化したに過ぎず、それだけでは具体的な連携は進展しない。

- そのため、連携システムを「絵に描いた餅」にしないためにも、具体的に連携を実行させて、急性期から回復期を経て在宅（かかりつけ医）までを連結するツールとなる「地域医療連携パス」が必要となっている。

（２）地域医療連携パスのメリット

具体的な連携を実行するための地域医療連携パスを活用することにより、病院、診療所（かかりつけ医）にそれぞれ多くのメリットが生じている。

ア 病院

- 診療所との適切な役割分担により、病院は急性期、専門医療等に診療機能または医療資源を特化・集中することが可能となる。
- 診療所（かかりつけ医）と適切な連携を図ることにより、病院で行うべき急性期・回復期の診療が終了した患者に対し、病期に応じた適切な対応をとることができ、在院日数の短縮を図ることができる。

イ 診療所（かかりつけ医）

- 病院との地域医療連携パスや情報の交換が進むことにより、診療所の診療レベルの向上や診療プロセスの標準化が図られるとともに、病院と「顔の見える連携」が進むことによって病院から診療所への逆紹介患者が増加するとともに、診療所に対する患者からの信頼度の向上等の効果が発生する。

ウ 患者

- 予め診療計画を確認し、医師等と情報を共有することにより、患者は安心して医療を受けることができる。また、疾病の病期に応じた適切な医療を受けられるとともに、その効果として在院日数の短縮が図られることにより早期に住み慣れた地域（自宅）に戻ることが可能となる。

（３）全県共用地域医療連携パスの必要性について

- 県は、循環型地域医療連携システムの構築を踏まえて、次のステップとなる地域医療連携パスの構築・活用の推進に向けた取組みを開始したが、平成 20 年 6 月に、地域の医療関係者と医療連携に関する情報交換、情報共有、地域の実情の把握等を目的として病院連携室会議を圏域ごとに開催し、合わせてアンケート調査を実施した。
- その結果、多数の病院が地域医療連携パスの必要性を認識しているとともに、同じ疾病に複数の地域医療連携パスができると回復期の医療機関を中心にスタッフが混乱するので、県内での共用化が望ましいこと、さらに、地域医療連携パスの全県共用化を図ることによって、連携パスの作成や運用に係る手間が軽減されるという意見が多数を占めている。

- このように、県内の医療関係者の多くの意見として、一部地域だけでなく、県内すべてで共用できる地域医療連携パスが必要となっていることを踏まえて、平成 20 年から県内の医療関係者との協働により全県共用地域医療連携パスの作成に向けて検討を進めていくこととなった。

5 全県共用地域医療連携パスの作成

(1) 全県共用地域医療連携パスの作成

- 千葉県では、平成 20 年 9 月から平成 21 年 3 月にかけて医師会や関係病院など千葉県の医療関係者の総力を結集して全県共用地域医療連携パスの作成に向けた検討を進めてきたが、その結晶として平成 21 年 4 月に「千葉県共用地域医療連携パスの例示モデル」を作成し、県内の全ての医療機関等に配布を行ったところである。
- この全県共用地域医療連携パスは各医療機関に使用を強制するものではなく、あくまでも例示モデルとして公表しており、今後は全県的な普及とともに、実際に使用した医療関係者の意見等をもとにした評価・改良を進めるなど、様々な取り組みを進めていくこととしている。

(2) 全県共用地域医療連携パスの特徴

- 千葉県共用地域医療連携パス（例示モデル）は、全国に先がけて、4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）のすべてを揃えて、千葉県全域で共用が可能な地域医療連携パスを目的に作成されている。
- 千葉県共用地域医療連携パス（例示モデル）の全県的な普及に向けて、県医師会と県では専用のホームページ（<http://www.remkei-path.org/>）を開設し、例示モデルの疾病ごとの様式や運用の手引きをダウンロードし活用できるようにしているほか、例示モデルの使用にあたって各医療機関が参考にさせていただく情報を提供している。また、実際に例示モデルを使用している医療機関から意見を受け付けているところである。
- 千葉県共用地域医療連携パスの普及促進のため、県医師会と県では千葉県共用地域医療連携パスの普及・使用等に協力いただける医療機関（普及協力医療機関）を募集しており、登録された医療機関については名称を専用ホームページに掲載している。このように、専用ホームページにおいて普及協力医療機関を医療圏ごとに検索できるようにすることで、医療機関は相互に連携先を確保するための判断材料として活用することができるとともに、県民にとっても医療機関を選ぶ上での重要な参考情報になる。

(3) 全県共用地域医療連携パスの作成過程

- 全県共用地域医療連携パスの作成にあたっては、県内の医療関係者を中心に、県内の様々な関係者が協働し、総力を結集するため、幾多のプロセスを経て作成している。

ア 医療関係者等によるワーキンググループの設置及び検討

- 全県共用地域医療連携パスの検討にあたっては、その中心的な役割を担うワーキンググループを県医師会に設置している。ワーキンググループは、①地域医療連携パスをすでに作成・運用している病院関係者、②疾病ごとに先進的な取り組みをしている病院、診療所関係者、③全国自治体病院協議会や地域医療連携パスモデル地域の病院関係者、④県医師会関係者、⑤県保健医療計画関係者、により構成されているほか、脳卒中のワーキンググループにおいては、サブグループ委員として介護福祉関係者が参加している。

疾病の種類	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病	合計
委員数	11人	16人	14人	13人	延べ54人

※脳卒中 WG は上記の他、介護福祉関係者 13 人がサブグループ委員として参加

- ワーキンググループの検討にあたっては、4 疾病それぞれについて 1 疾病あたり月 1 回ワーキンググループ開催し、平成 20 年 9 月から平成 21 年 2 月までの期間に 4 疾病で延べ 17 回開催し、継続的に検討を行ってきた。
- ワーキンググループの検討により、4 疾病それぞれについて全県共用地域医療連携パスの例示モデルの書式形態や記載事項等の主な内容を具体的に構成している。

イ 県内の医療関係者が参集した研究会（シンポジウム）の開催

- 平成 20 年 10 月及び 21 年 2 月の 2 回にわたり、県内の病院関係者、医師会、行政機関等、延べ 672 名の医療関係者が参集し、研究会（シンポジウム）を開催している。この中で、地域医療連携パスをすでに使用している医療機関が事例を発表したほか、全県共用地域医療連携パスの検討状況やその内容、そして例示モデルの発表、意見交換等を実施したところである。

ウ 圏域ごとの関係者による検討

- 全県共用地域医療連携パスの作成に向けて、各地域の医療関係者等の意見や各地域の実情を十分に踏まえた検討を行うため、圏域ごとに病院連携室会議や地域保健医療協議会を開催している。

(ア) 病院地域連携室等の連絡会議及びアンケートの実施

- 平成 20 年 6 月及び 7 月に各病院の地域連携室担当者による連絡会議を医療圏ごとに開催し、県内 9 医療圏で合計 172 病院から 256 名の参加者があり、全県共用地域医療連携パスの作成に向けた意見交換を実施した。

- また、地域連携室担当者の連絡会議と合わせて、平成 20 年 6 月に各病院にアンケートを実施し、合計 194 病院から回答を得ている。このように県内病院関係者の多様な意見を聴取し、検討に反映したところである。

(イ) 地域保健医療協議会

- 圏域内の医療関係者や市町村長、その他行政機関の長等を構成員として医療圏ごとに設置されている地域保健医療協議会を県内 9 医療圏において開催し、幅広い分野から地域の実情を踏まえた検討を行っている。

エ 県のホームページを通じた意見募集

- 検討にあたっては、医療関係者だけの意見により作成するのではなく、医療関係者とともに地域医療連携パスを使用する県民側からの多様な意見を反映する必要があるため、平成 21 年 2 月に県ホームページに全県共用地域医療連携パス（例示モデル）を掲載し、県民から幅広く意見募集を行った。

オ 千葉県医療審議会における審議

- 上記アからエの検討のほか、本県の医療提供体制の確保に係る重要事項を審議する医療審議会を平成 20 年度に計 3 回開催し、審議を経て全県共用地域医療連携パスを最終的に完成したところである。

カ 全県下に全県共用地域医療連携パスを配布

- 平成 21 年 4 月 27 日、完成した千葉県共用地域医療連携パス（例示モデル）を、県内全ての医療機関（病院 283、診療所 3,687）や医療関係団体（125）、地区医師会（26）等、全県下に配布を行っている。また、全県共用地域医療連携パスの全県的な普及を進めるため、県内各病院を回り、千葉県共用地域医療連携パスの使用等の協力依頼を行っているところである。

- 今回、全県下に配布した千葉県共用地域医療連携パスの例示モデルは、実際に使用している医療機関からの意見等をもとに、今年度も県医師会に設置したワーキンググループにおいて、疾病ごとに評価・見直しを進めているところである。

(4) 全県共用地域医療連携パスの全県への普及に向けた県内の状況

- 脳卒中の地域医療連携パスは、診療報酬上の措置があることから、他の疾病より一歩先に県内各地で統一化に向けた取り組みが進んでおり、地域医療連携パスが使用されている医療圏人口は 450 万人に達している。

- がんの地域医療連携パスについては、がん診療連携拠点病院がその責務として地域医療連携パスを作成しなければならないこととなっており、平成 21 年度からは、がん診療連携拠点病院により構成する協議会において、千葉県共用地域医療連携パスの例示モデルをベースにさらに検討を

進めている。

- 脳卒中やがん以外の急性心筋梗塞、糖尿病についても、県内医療機関において連携パスの活用が始まっている。

普及が進む全県共用パス

参加医療機関等	地域	導入状況
急性期3病院 ・帝京大学ちば総合医療センター(517床) ・千葉県循環器病センター(220床) ・千葉労災病院(400床) 連携施設5施設等 ・白金整形外科病院(128床) ・大倉リハビリテーションクリニック(19床) ・五井病院(118床) ・おゆみ野診療所(19床) ・山之内病院(142床) 等 連携先かかりつけ医	市原 (一部は千葉、長生地域)	・20年4月から地域共通パスの運用 ・21年4月20日より全県共用パスに移行 ≪参考≫ ・患者の69%が脳血管疾患 ・脳卒中患者の14.3%に連携パスを使用 (受入患者の医療圏の合計人口は450万人)
・千葉脳神経外科病院(99床) ・連携先かかりつけ医	千葉	・21年4月20日より全県共用パスに移行
・東京湾岸リハビリテーション病院(160床) ・連携先かかりつけ医	東葛南部	・21年5月より全県共用パスを使用
・東京女子医大八千代医療センター(355床) ・日本医大千葉北総病院(600床) ・東邦大佐倉病院(451床) ・連携先かかりつけ医	東葛南部 印旛	・平成20年から共通パスを使用
・東京女子医大八千代医療センター(355床) ・連携先かかりつけ医	東葛南部	・本年8月から全県共用パスを導入 ・他の疾病について、順次導入の予定
・東京歯科大市川総合病院(570床) ・連携先かかりつけ医	東葛南部	・本年9月から全県共用パスを導入
・旭中央病院(956床) ・連携先かかりつけ医	香取海 匝	・本年9月から全県共用パスを導入予定

参加医療機関等	地域	導入状況
<ul style="list-style-type: none"> ・ 千葉徳洲会病院（304床） ・ 市川市リハビリテーション病院（100床） 	東葛南部	<ul style="list-style-type: none"> ・ 近日、脳卒中の全県共有パスを導入予定
<ul style="list-style-type: none"> ・ 東松戸病院（613床） ・ 旭神経内科リハビリテーション病院（88床） 	東葛北部	

(5) メディアや医療関係者に注目されている千葉県共用地域医療連携パス

- 千葉県共用地域医療連携パスは、本年4月に公表後、医学雑誌等の各種メディアに多く取り上げられており、医療関係者からの注目の高さがうかがえる。

ア 5月15日配信「厚生政策情報センター配信情報」〔メディキャスト(株)〕
 ≪千葉県共用地域医療連携パスについて≫

- 千葉県では、全県共有となる地域医療連携パスを県医師会や関係病院などの医療関係者と検討を重ね、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）について、地域医療連携パスを作成した。

イ 5月15日配信「インナビネット」〔(株)インナービジョン〕

≪千葉県で「千葉県共用地域医療連携パス」の例示モデルが完成し、県内医療機関に送付≫

- 千葉県によると、県内共通の地域連携パスが普及することにより、患者や医療機関が情報を共有でき、医療現場では、プライマリ・ケアと専門医療の役割分担、医療の細分化、高度化への対応、大病院への患者の集中の改善、複数のパスが使用されることによる医療現場の手間の軽減や混乱などの防止のメリットがあり、患者・県民にとっては、状況に応じた最適な医療の提供、患者の安心の確保といったメリットがある。

ウ 6月25日発行「インナービジョン（7月号）」〔(株)インナービジョン〕

≪千葉県が「千葉県共用地域医療連携パス」の例示モデルを県内医療機関に送付≫

- 千葉県は、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）について、県内すべての医療機関で共用できる「千葉県共用地域医療連携パス」の例示モデルを完成させ、4月27日に県内すべての医療機関に送付した。

- 千葉県共用地域医療連携パスは、病院地域連携室会議の開催や県医師会へのワーキンググループの設置による医師会や関係病院などの医療関係者を中心とした検討、県医師会との共催による地域医療連携パス研究会の開催など、県内の医療関係者の協力を得て作成された。

エ 7月1日発行「月刊新医療（7月号）」〔(株)エム・イー振興協会〕

≪千葉県 地域医療連携パス例示モデル作成≫

- 千葉県は、「千葉県共用地域医療連携パス」〔例示モデル〕を作成し、県内の医療機関、医療関係団体等に送付した。同モデルは、県医師会や関係病院などと検討を重ね、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）にかかる全県共用地域医療連携パス〔例示モデル〕として完成したものである。

オ 8月4日配信「メディファックス」〔(株)じほう〕

≪「4疾病」で全県共用の連携パス 千葉県医≫

- 千葉県医師会は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病ごとに「千葉県共用地域医療連携パス」を策定し、今年度から普及に向けた取り組みを千葉県とともに開始した。県によると、4疾病で形式を統一した連携パスの策定は、全国でも初めての取り組み。連携パスの普及協力医療機関は、7月末までに143施設の登録を受け付けた。
- 連携パスは今後さらに改良していく方針で、2009年度もワーキンググループを設置。専用ホームページも立ち上げ、連携パスや普及協力医療機関のリストを掲載するほか、連携パスに対する意見の受け付けも行っている。

IV 地域医療再生計画の対象地域の考え方

1 基本的考え方

- 千葉県には、計9つの二次医療圏があるが、どの医療圏にとっても、地域医療、特に医療提供体制の問題を抱えている。したがって、本来であれば、全ての医療圏を地域医療再生計画の対象地域として、それぞれに必要な事業を推進していくことが重要であるが、千葉県では地域医療再生基金の制度趣旨を踏まえ、今回策定した千葉県地域医療再生プログラムにおいては、二つの二次医療圏をその対象地域とすることとしている。

- 次に、どのような基準で対象地域を選ぶかが問題となる。千葉県中の医療関係者はもちろんのこと、県民が納得できる対象地域の選定でなければならない。そのためには、対象地域を選定するための明確な基準の設定とその基準に基づく公平・公正な審議と判断が不可欠である。そのため、千葉県では、まず対象地域の選定の基準として、3つの必要条件、2つの十分条件を設定している。「必要条件」とは、どういう観点から対象地域を選ぶかという条件（基準）であり、「十分条件」とは、「必要条件」に基づいて考えられる対象地域が地域医療再生の観点からどのような効果を実現できるかという条件（基準）である。

（3つの必要条件）

1. 医療供給体制が最低限確保すべきライン（絶対量）を割る危機的状況にある医療圏
2. 圏域の医療崩壊の危機について、圏域内の住民はもちろんのこと、県民・国民の関心が高い医療圏
3. 近年、地域医療の再生に向けて医療圏域内においても様々議論が始まっている医療圏

（2つの十分条件）

1. 医療再生基金が継続する5年間の間に地域医療の再生が必ず実現する医療圏
2. 千葉県の「目指すべき地域医療」に向かって解決すべき課題が、医療圏域内の喫緊の医療の課題と共通しており、今回の成果を他の医療圏でも活用・普及できる医療圏

2 3つの「必要条件」からの検討

（1）医療供給体制が最低限確保すべきライン（絶対量）を割る危機的状況にある医療圏

- 前記のとおり、千葉県内には計9つの医療圏が存在しているが、いずれの医療圏においても、都市部には都市部なりの、また郡部には郡部なりの、それぞれ地域医療の課題を抱えている。しかし、特に太平洋に面した地域は、医療機関や医師の絶対数が少なく、近年の医師不足の影響を強く受け、医療機関の診療科の廃止・休止が続いており、最低限確保すべき医療提供システムが危機的状況にあるということがでる。

- 具体的には、香取・海匠医療圏においては、銚子市立総合病院の突然の休止に代表されるように、これまで地域医療を担ってきた中規模の自治体病院（匝瑳市民病院、多古中央病院、小見川総合病院、東庄病院、休止中の銚子市立病院、県立佐原病院）の診療機能が崩壊の危機に瀕している。また、周辺の自治体病院の診療機能の低下により、拠点病院としての役割を担ってきた旭中央病院への患者集中が生じ、旭中央病院自身も診療機能の破綻の危機に瀕している。
- 山武・長生・夷隅医療圏においては、そもそも圏域内に拠点病院と3次救急を担う救命救急センターがない。また、医師不足等の影響により、圏域内の2次救急・初期救急の確保が極めて厳しい状況に追い込まれている。これらの結果、救急患者の医療機関への搬送時間が県内で最も長く、また医療圏外への搬送割合、医療圏内における他消防管内への搬送割合が極めて高くなっており、他の医療圏ではみられないような救急医療の危機に瀕しているといえることができる。

(2) 圏域の医療崩壊の危機について、圏域内の住民はもちろんのこと、県民・国民の関心が高い医療圏

- 千葉県では、自治体病院の機能縮小や経営危機に関する問題及び、救急体制の機能強化への関心が、他の都道府県に比べて特に高いといえることができる。その理由として、香取・海匠医療圏においては、銚子市立総合病院の休止とその後の病院再開問題により、当時の銚子市長のリコールへと発展し、市長が病院問題で交代せざるを得なくなるという結果を生み出した。また、旭中央病院を含めて、圏域の自治体病院の経営悪化の改善と存続要望が続いている。
- また、山武・長生・夷隅医療圏においては救命救急センター機能を有した医療センターの整備に対し、2万6397人の署名を添えた要望書が提出され、地域住民の医療に対するニーズと関心の高さの表れとなっている。
- これらの二つの医療圏の医療崩壊の問題は、県議会や市町村議会で問題提起されるとともに、日々マスコミ等で取り上げられており、これらの地域住民自身の問題認識のみならず、千葉県内全域そして全国的に話題を集めているといえることができる。

(3) 近年、地域医療の再生に向けて医療圏域内においても様々議論が始まっている医療圏

- 総務省が平成19年に定めた「公立病院改革ガイドライン」により、地域における医療機関の再編・ネットワークに関する取り組みが求められているが、千葉県内においても、地域住民や各自治体の意見の隔たりから、

具体的な展開には、なかなか発展していないのが現状である。

- しかしながら、香取・海匠医療圏においては、平成18年から地域の自治体病院の役割分担と再編を目指す首長レベル検討組織ができて、機能再編に向けた機運が盛り上がっている。また、山武・長生・夷隅医療圏においては、地域の拠点病院として、救急医療と急性期医療に軸足をおいた（仮称）九十九里地域医療センターが、東金市と九十九里町の1市1町において、平成25年度中の開設を目指して検討と準備が進められ、住民を巻き込んだ救急医療体制の再構築に向けた機運が盛り上がっている。

以上のことから、必要条件から、香取海匠と山武長生夷隅がポイントとなる。

3 2つの「十分条件」からの検討

(1) 医療再生基金が継続する5年間の間に地域医療の再生が必ず実現する医療圏

- 香取・海匠医療圏及び山武・長生・夷隅医療圏では、地域医療再生への課題が明確（香取・海匠医療圏では医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化、山武・長生・夷隅医療圏では、救急医療体制の構築）であり、これらの課題は地域の自治体関係者、医療関係者等で共有されている。また両地域とも、これらの課題解決に向けた具体的な機運が盛り上がっている。したがって、地域の総意のもと、この地域医療再生計画を実施した場合、5年以内での必ず具体的成果が挙げると言える。

(2) 千葉県の「目指すべき地域医療」に向かって解決すべき課題が、医療圏域内の喫緊の医療の課題と共通しており、今回の成果を他の医療圏でも活用・普及できる医療圏

- 香取・海匠医療圏及び山武・長生・夷隅医療圏の課題は、それぞれ「千葉県が目指すべき地域医療」の課題と合致しており、その成果が県内の他の医療圏や全国的に活用・普及可能となっている。また、香取・海匠医療圏及び山武・長生・夷隅医療圏の地域医療再生が地域医療再生基金で実現することにより、全国的话题になるとともに、地域医療再生基金の有効性・重要性和施策の正当性が立証されることになる。

以上のことから、十分条件にも、香取海匠医療圏と山武長生夷隅医療圏は適合する。

4 対象地域選定のまとめ

- 県内の9つの医療圏においては、それぞれ地域医療の課題を有しているが、今回、香取海匠医療圏と山武・長生・夷隅医療圏の二つの医療圏の地域医療を再生することにより、千葉県内の医療のボトムアップ化が図られ、その効果は県内全ての医療圏に波及することになる。また各医療圏の共通の問題である医師確保等の事業については、全県的な取り組みとして

今回の事業の中に盛り込んでおり、全ての医療圏への効果が期待されている。

- 以上のことから、千葉県地域医療再生プログラムとしては、対象地域を香取・海浜医療圏と山武・長生・夷隅医療圏として、それぞれの医療圏を対象とした地域医療再生計画を策定することとしている。

V. 山武長生夷隅医療圏・地域医療再生計画

[山武長生夷隅保健医療圏の課題]

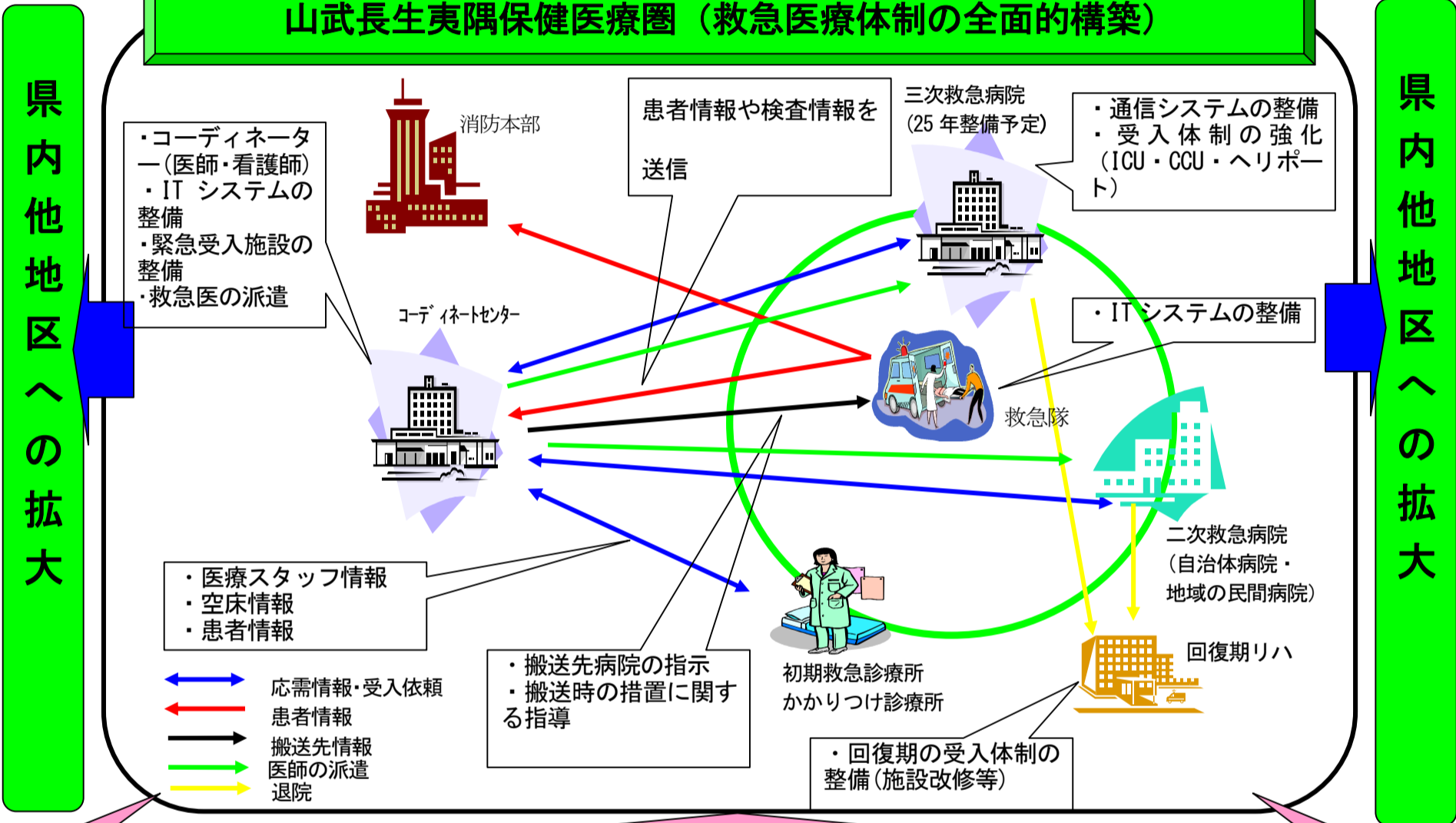
救命救急センターがなく、管外への救急患者の搬送が40%を超えた地域を抱えた医療圏

1. 救命救急センターがない。
2. 救急患者の搬送先が決まらず、圏外搬送率が高い
3. 救急患者の退院先の医療機関(回復期リハビリテーション等)がない
4. 救急医療を担う医療従事者(特に医師)が集まらない

課題を包括的・体系的に解決する必要がある

県全体がひとつの医療提供システムとして稼働

山武長生夷隅保健医療圏 (救急医療体制の全面的構築)



支援

千葉県地域医療再生本部

医師確保・研修・就業支援システムの構築

- 医師のスキルアップ
- 看護師のスキルアップ
- 全県の研修医の登録
- 相互研修の調整
- 勤務先の紹介

全県の救急医師確保・研修システムの構築

- 救急医・看護師の研修
- 救急医・看護師の確保支援
- 救急・麻酔・小児・産婦人科医の派遣システムの構築

[課題を解決し地域医療を再生]

- (1) モデル地域において、救急医療コーディネートシステムの構築を先駆的に実施し、全県へ普及させる。
- (2) 初期・二次救急の底上げのための、人的・財政的支援を実施する。
- (3) モデル地域での再生計画に必要な、医療従事者の確保・研修のシステムについては、全県的な支援システムを構築する。
- (4) 上記(1)(2)(3)の取り組みをオール千葉県で進めるため、千葉県地域医療再生本部を設置し、全県的な体制で推進する。

1 対象地域の設定

○ 山武・長生・夷隅医療圏は、県南東部に位置し面積 1161.33Km、人口 472,645 人（平成 20 年 4 月 1 日現在）を有する。

(1) 圏内には図 1 の通り、6 つの自治体病院（県立東金病院、東陽病院、国保成東病院、国保大網病院、公立長生病院、いすみ医療センター）が位置し、かねてより圏内 5 市 11 町 1 村内の他の民間病院、診療所等と協働し、地域医療を支えてきた。

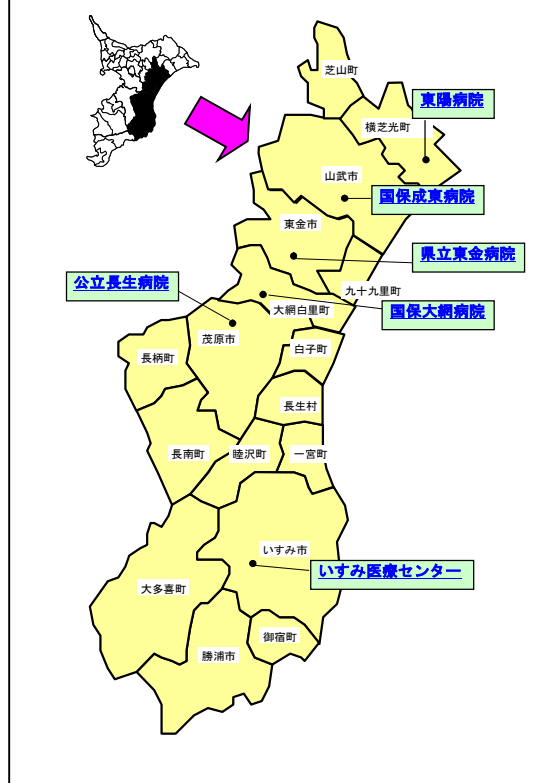
(2) しかし、近年、医師の相次ぐ退職や大学への引き上げ等による医師不足、また看護師不足もみられ、地域の診療機能の水準の低下、病院の診療科の休廃止、救急医療体制の基盤の脆弱化等が深刻な問題である。

(3) 特に本医療圏には 3 次救急医療の中核となる救命救急センターがなく、3 次救急が必要な患者に対応できない。

(4) 平成 20 年 4 月から 5 月にかけて実施した救急搬送実態調査（以下平成 20 年度実態調査と略す）によると、救急搬送の約 8 割が 30 分以上の時間を要し、救急搬送に時間がかかり、また、救急搬送する患者の 3 人に 1 人を圏外に運ばざるを得ない（圏外搬送率 34%）状況で、救急医療体制の抜本的な見直しが求められている。

(5) その他に、救急医療を支援する回復期リハビリテーション機能が圏内にないなど、救急医療について解決すべき課題が多い。

図 1：山武長生夷隅保健医療圏の自治体病院（平成 21 年 4 月 1 日現在）



○ 以上より、地域の救急医療体制を体系的に構築し、地域医療の再生を図るため、山武・長生・夷隅医療圏を対象地域と設定する。

2 対象地域における医療の現状分析

(1) 圏域の性格

○ 圏内には農村地帯が広がり、人口は約 47 万人、全県比は 7.7% にすぎない。しかし、圏域の面積は全県比の 22.5% と広く、人口密度は低い。圏内の人口構成については、高齢化率は既に 24.3% に達し、ほぼ 4 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者という状況である（表 1）。

(2) 医療資源について

ア 医療機関等数

- 圏内5市11町1村のうち4市2町に自治体立病院が6箇所存在している。具体的には、図1の通り東陽病院（横芝光町）、国保成東病院（山武市）、国保大網病院（大網白里町）、公立長生病院（茂原市）、いすみ医療センター（いすみ市）、そして県立東金病院（東金市）である。その他に、17の医療法人、273の診療所があり、協働し地域医療を支えている。（表2）

表1：圏域について

	圏域	全県
面積（対全県比）	1161.33km ² (22.5%)	5156.51km ²
総人口（対全県比）	472,645人 (7.7%)	6,199,089人
高齢化率	24.3%	19.1%

（平成20年4月1日現在）

表2：圏内の医療機関

圏域の病院	23箇所
自治体立病院	6箇所
医療法人等	17箇所
圏域の診療所	273箇所

（平成21年4月1日現在）

イ 医療従事者等数

- 圏内の医師数（表3）は、平成18年12月末現在で432人であり、人口10万人対比では93.1人である。全県平均の153.5人の6割と県平均を大幅に下回り、かつ他の医療圏に比し、最低である。また圏内に救命救急医はいない（平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査）。
- 圏内の看護師数（表3）は、平成20年12月末現在で1,249人であり、平成16年度の1,072人から177人増加している。しかし、人口10万人対比では272人にすぎず、全県平均の477.8人の6割を下回り、大幅に低い水準である（平成20年衛生行政報告）。医師不足、看護師不足は共に深刻な状況である。

表3：圏内の医師数・看護師数

	医師数（人口10万対比）		看護師数（人口10万対比）	
	平16	平18	平16	平20
圏域	439人	432人 (93.1人)	1,072人	1,249人 (272人)
千葉県	9,179人	9,322人 (153.5人)	24,842人	29,373人 (477.8人)

（平成16年および平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査）

（平成16年および平成20年衛生行政報告）

(3) 医療機関の特徴

ア 現在の地域医療を支えている病院等

- 圏内の23病院のうち6病院（26%）が自治体病院である（表2）。また、図2の通り6自治体病院の許可病床数は1,068床で圏域全体の許可病床数4,146床の25.8%を占める。
- 自治体病院の一般病床数は、1,007床であり、圏域全体の1,873床の53.8%を占め、自治体病院は地域医療を支える大きな柱である（平成21年千葉

県病院名簿)。また、地域の民間病院、診療所も自治体病院と協働し、地域医療を支えている。

イ 救急医療の中核となる拠点病院の不存在

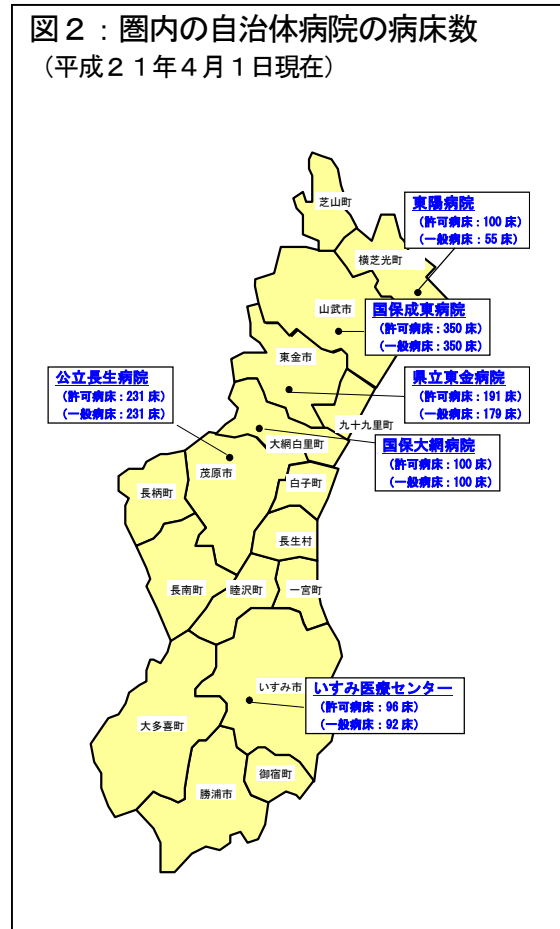
○ 圏内には3次救急医療の中核となる救命救急センターがなく、救急医療体制に支障が生じている。

○ 現在、東金市と九十九里町の間で救命救急センターを附置する九十九里医療センター（仮称）（314床）の設置の計画が進められており、平成25年度の開院予定である。

○ 九十九里医療センター（仮称）の特徴は、

- ①救急医療、急性期医療を主に地域医療の中核となる病院
- ②救命救急センターを併設(20床)
- ③千葉大学医学部と密接に連携する臨床研修指定病院
- ④地域の病院、診療所、行政機関との連携、役割分担に努め、
- ⑤4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）4事業（救急医療、災害時における医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療）に柔軟に対応することである。

図2：圏内の自治体病院の病床数
(平成21年4月1日現在)

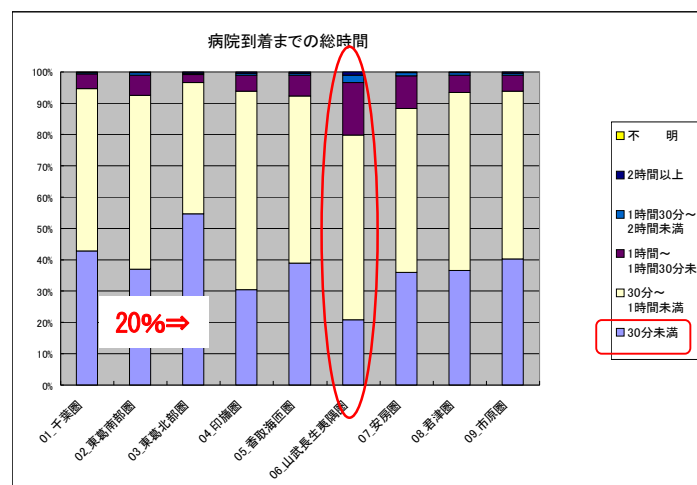


(4) 救急医療の現状と危機的状況について

ア 救命救急センターが未設置

○ 年間救急搬送件数は、平成18年18,636件、平成19年18,204件とほぼ横這いである。しかし、今後圏内の高齢化率はますます高まると予想され、救急搬送件数もそれに伴って一層増加すると思われる。また救急搬送件数の増加に伴い、高度救急医療を必要とする重症患者の搬送を求められることも多くなると思われる。

図3：病院搬送に要する時間



(平成20年度救急搬送実態調査)

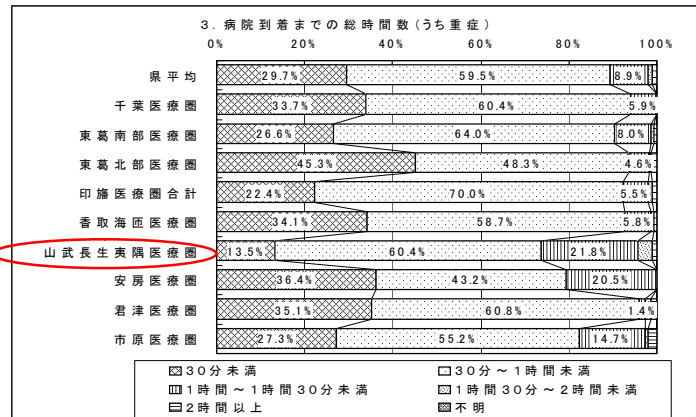
- しかし、現時点で圏内には、救命救急センターがなく、3次救急が必要な患者に対応できない。そのために現在、3次救急については旭中央病院、亀田総合病院、千葉県救急医療センター等、他の医療圏の救命救急センターに時間をかけて患者を搬送せざるを得ない状況である。

イ 時間がかかる救急搬送

- 平成20年度救急搬送実態調査によると、本医療圏の救急搬送に30分以上かかる事例の割合は79.3%と全体の約8割に達し、他の医療圏と比較して最も高い(図3)。

- 重症者の搬送においても4件に1件(26.2%)が1時間以上を要し、他の医療圏と比較して救急搬送に時間がかかる(図4)。

図4：病院搬送に要する時間（重症者）



(平成20年度救急搬送実態調査)

- カーラーの生存曲線によると、心臓停止後約3分で50%死亡、呼吸停止後約10分で50%死亡、大量出血後約30分で50%死亡するといわれていることから、一刻でも早い迅速な救急搬送が求められる。

ウ 高い消防管外搬送率

- 表4は平成14年から平成19年までの圏内消防管轄地域である山武郡市、長生郡市、夷隅郡市の各地域における救急搬送患者の消防管外搬送率の年次推移である。
- 山武郡市、長生郡市の両地域においては、年々消防管外搬送率が悪化している。特に、山武郡市地域では、平成19年の消防管外搬送率は41.8%に達し、県平均の26.4%を大きく上回るという深刻な状況である。

表4：消防管外搬送率

年次	平14年	平15年	平16年	平17年	平18年	平19年
県平均	22.7%	23.3%	24.4%	24.1%	25.4%	26.4%
山武郡市	22.8%	24.3%	25.2%	27.8%	38.3%	41.8%
長生郡市	19.7%	21.1%	21.0%	23.8%	30.6%	38.7%
夷隅郡市	30.5%	35.6%	39.4%	40.1%	37.2%	34.1%

エ 全県平均の3倍超の圏外医療圏搬送率

- 平成20年度実態調査によると表5の通り、本医療圏の圏外医療圏搬送率は34%と、搬送する患者の3人に1人を圏外に運ばざるを得ない状況で、この数値は全県平均10.7%の3倍を超えている。

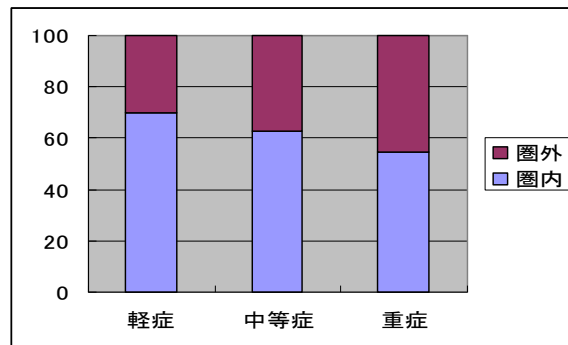
表5：救急搬送先

医療圏	県平均	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
圏内	26900 (87.7%)	3819 (83.6%)	8033 (93.2%)	5854 (91.0%)	2597 (78.9%)	1377 (90.4%)	1538 (66%)	731 (98.8%)	1623 (93.5%)	1328 (93.5%)
圏外	3269 (10.7%)	733 (16.0%)	410 (4.8%)	341 (5.3%)	682 (20.7%)	100 (6.6%)	792 (34%)	9 (1.2%)	110 (6.3%)	92 (6.5%)
県外	502 (1.6%)	16 (0.4%)	179 (2.0%)	241 (3.7%)	13 (0.4%)	47 (3.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (0.2%)	1 (0.0%)
全数	30671 (100%)	4568 (100%)	8622 (100%)	6436 (100%)	3292 (100%)	1524 (100%)	2331 (100%)	740 (100%)	1737 (100%)	1421 (100%)

(平成20年度救急搬送実態調査)

- 傷病程度別に救急搬送先を調査してみると、症状が重くなるほど圏外医療圏に搬送される事例の割合が高い(図5)。重症患者の搬送においては約半数(45.5%)が、圏外医療圏に搬送されている。その原因として、3次救急医療機関がないことや、救急患者の搬送先を調整する救急医療コーディネートシステムが構築されていないことなどが挙げられる。

図5：傷病程度別搬送先(山武長生夷隅医療圏)

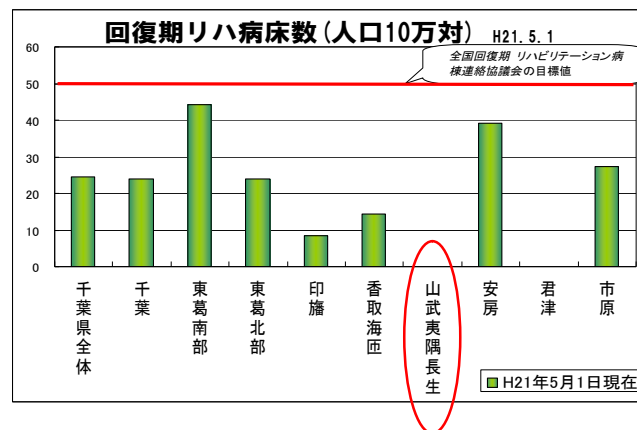


平成20年度救急搬送実態調査

オ 救急医療を支える回復期リハビリテーション機能が未確保

- 回復期リハビリテーション(以下回復期リハと略す)は、急性期治療を受けた患者がリハビリを通じて失われた機能を回復し、家庭及び地域社会への復帰する過程の中で重要である。また、回復期リハ病床は、救急治療の終了した患者の受け皿となり、救急医療機関の空き病床の確保の為重要な施設である。

図6：各医療圏の回復期リハ病床数



- 図6のように本医療圏には回復期リハ病床はない。そのため急性期治療終了後の患者の受け入れ先に困ることになり、円滑な救急医療体制に対応できない。また患者の機能回復、速やか社会復帰にも支障を招かねない。

- 県全体をみても病床数は回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の目標値50床(人口10万人対比)に及ばず、救急医療を支える回復期リハ機能の一層の充実が求められる。

カ 深刻な医師不足・看護師不足

- 千葉県の人口10万対比の医師数（153.5人）は、全国45番目という医師不足の状況である。その中でも、本医療圏内の医師数は、人口10万人対比では93.1人と全国平均（206.3人）の5割を大幅に下回り、医療圏として県内最低であり、地域医療を維持していくのが困難な状況となっている（平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査）。
- 本医療圏内の看護師数は、人口10万人対比では272人であり、これも全県平均の477.8人の6割以下、全国平均（687人）の4割という状況である（平成20年衛生行政報告）。
- 医師不足、看護師不足は深刻な状況で、初期救急・2次救急に救急空白日、救急空白時間がみられる地域もある。また、県内で唯一、本医療圏のみ救命救急医がいない（平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査）。体系的な救急医療体制の構築のためにも、今後は千葉大と連携して、全県的な医療従事者（救命救急医を含む）の確保対策、また救急医療技術の向上のための研修等の実施が必要になる。

3 対象地域における医療の課題（まとめ）

（1）急がれる3次救急医療の基盤作り

- 第一に解決すべき課題は、3次救急医療の核となる救命救急センターを圏内に設置することである。現在、東金市と九十九里町の間で計画が進められている九十九里医療センター（仮称）の救命救急センターの設置に向けて、必要な人的、財政的支援を行い、救急医療体制の基盤を作ることが重要である。それにより、3次救急医療が必要な患者に圏内で対応することが可能になる。

（2）体系的な救急医療体制の確立

- 体系的な救急医療体制を確立するためには、まず初期急病診療所及び公的・民間病院が担っている初期・2次救急機能を強化する必要がある。また、医療機関の機能・役割分担を明確化し、相互の連携を強化することで、救急患者の受け入れ能力を高めることができる。その結果、救急搬送時間の短縮や圏外搬送率・消防管外搬送率を引き下げることが可能になる。
- 救急搬送時間の短縮や圏外搬送率を引き下げするためには、圏内の救急医療資源と県救命救急センターをつなぎ、患者の状態に応じた搬送先の医療機関を紹介する救急医療コーディネイトシステムを構築することが必要である。このシステムにより、患者の状況に応じて、最適な医療機関に、最短の時間で搬送することが可能になる。
- 救急医療の体制作りには地域住民の救急医療に対する理解・協力も欠かせない。より良い救急医療のあり方を住民・医療機関・行政の皆が考え、協働で取り組む姿勢が求められる。

（3）回復期リハビリテーション機能の確保

○ 回復期リハビリテーションは、急性期治療を受けた患者が、失われた機能を回復し、家庭復帰・社会復帰を目標として行われる。

○ 回復期リハビリテーション病床は、救急治療終了後の患者の受け皿として重要である。病床を確保し、救急治療終了後の患者を受け入れることで、救急医療資源の効率的・効果的活用をはかることができる。

(4) 医療機関の連携・ネットワーク化

○ 千葉県共用地域医療連携パスや医療ITを活用し、圏域内の各医療機関（自治体病院・民間病院・診療所等）が連携し、それぞれの役割に応じ、患者の状態に最適の医療を提供する。

(5) 医療従事者(救命救急医を含む)の確保および必要な研修等の実施

○ 千葉県は、医師数（人口10万対比）が全国45番目という医師不足の状況である(平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査)。その中でも本医療圏は、最も医師数（人口10万対比）が少ない医療圏であり、救命救急医もいない。また看護師数（人口10万対比）も全県平均の6割以下という看護師不足の状況である。

○ 地域医療を担う医師・看護師を必要かつ十分に確保すると共に、研修等を通じてスキルアップする全県的なシステムが必要になる。また、救命救急医を圏域内に配置し、高度救急医療に対応できるように支援することも重要である。

○ 以上の課題を要約すると、

① 圏内に計画が進められている救命救急センターの設置を支援する。

② 初期・2次救急機能を強化し、救急医療コーディネートシステムを構築し体系的な救急医療体制を実現する。

③ 回復期リハ機能、医療従事者（救命救急医を含む）を含め、必要な医療資源を確保する。

④ 地域の医療機関、大学、行政の相互の連携・機能を強化し、山武・長生・夷隅医療圏の救急医療の再生に向けて協働し、地域住民のニーズに応える。

4 課題を解決するためのモデル圏域への支援

(1) 二次医療圏で機能する重層的な救急医療体制の構築

ア 趣旨・目的

(ア) 基本的考え方

a 山武長生夷隅医療圏は、県内でも最も救急医療が困難な地域である

- 山武長生夷隅医療圏の実情は、報道でも幾度も放映されており、「首都圏のこんな近くでも救急医療はこんなにも大変なのか」と、日本の救急医療の縮図として取り上げられている。

その原因として、特にこの地域で顕著な困難事項である、**救急医療三重苦**が存在する。

- ① まずは、**救急搬送の拠点となる救命救急センターの不存在**である。当医療圏には、重篤な患者を受け入れる救命救急センターが存在せず、そのことから、一刻も早い手当が必要な重篤患者が長時間かけて搬送されてしまうことになっている。

- ② 次に、**医師不足による救急医療機関の疲弊**がある。当医療圏はもともと医師不足であったが、平成 16 年度の新医師臨床研修制度導入以後、さらに医師不足に拍車がかかり、平成 18 年には、地域の救急医療の中心的な役割を担っていた成東病院の内科医常勤 5 人、非常勤 8 人が、救急医療による負担があまりにも集中したことから、一斉に退職し、内科の医師が一人もいなくなるという異常事態も生じた。

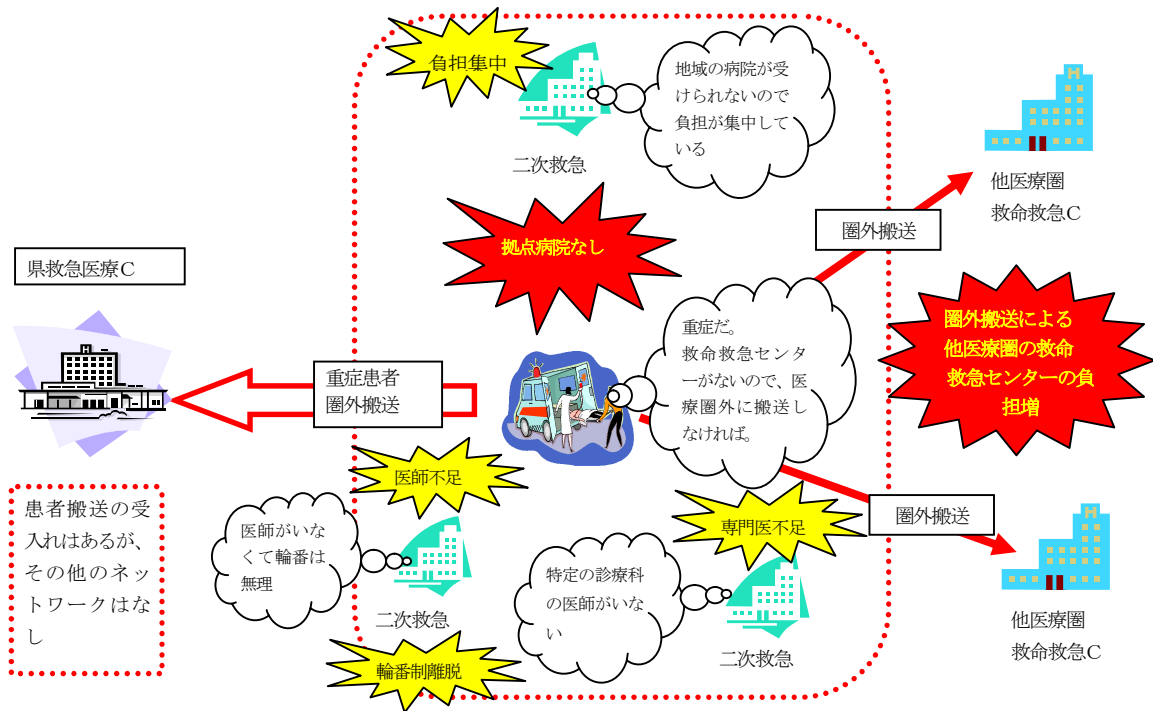
当医療圏は、今でも人口 10 万対医師数が 100 を切るという、全国的に見ても非常に医師不足が深刻な地域で、そのため、救急医療機関が輪番制などから次々と脱退し、残っている医療機関にさらに負担が集中するという悪循環が生じており、地域全体で救急医療機関の疲弊が生じている。

- ③ 救命救急センターがない、医師不足から救急医療機関が疲弊していることから、当然の帰結として**医療圏外への搬送割合が県内でも最も多い**地域となっている。

医療圏外への搬送 34%というのは、県内平均よりも 20%以上も高い数字となっており、しかも、山武長生夷隅医療圏は南北に非常に広い医療圏となっており、救急隊レベルで見ると、管外搬送が 40%を越える地域もある状態である。

- このような三重苦を抱える地域というのは、県内でもこの医療圏のみであり、まさに早急の手当が必要となっている。

現在のイメージ図



- ・ 救急搬送の拠点となる救命救急センターの不在
- ・ 医師不足による救急医療機関の疲弊
- ・ 医療圏外への搬送が県内で最も多い

b 重層的・機能的な救急医療体制の構築

○ このような状態から脱却し、山武長生夷隅医療圏の救急医療体制を再生するためには、救急医療に関する様々な対策を重層的に実施していかなければならない。

具体的には、後述する「県全体で取り組む事業」にて実施する、県内唯一の医師養成機関である千葉大学を中心に実施する医師確保事業にて地域に必要な救急医療従事者の確保を行った上で、次のような対策を行う。

①救命救急センターの整備

- ・ 当地域での救急医療を建て直すためには、救命救急センター機能を持つことが不可欠である。地域で中核となるべき医療機関ができてくれば、それを中心とした医療連携も可能となり、既存医療機関や救急隊の負荷も大幅に軽減することができる。

②初期・2次救急の体制強化

- ・ 現在、全国的に問題となっているのが、2次救急医療の崩壊である。たとえば、地域の中核となる医療機関ができたとしても、その病院のみに負担が集中してしまっ
ては、その病院も倒れてしまう可能性がある。そこで、2次救急のマンパワー確保
に必要な運営費補助を行い、崩壊しつつある2次救急を支える。また、財政的な支
援だけではなく、地域と協力して、開業医が救急医療に携わるような体制を整える。

③回復期リハビリテーション整備

- ・ 救急医療で、近年大きな問題となっているのが、転院先となる回復期リハビリテ
ーション病床がないために、患者が救急病床にとどまってしまう、いわゆる「出口
問題」である。せつかく、3次の救命救急センター機能を付加し、2次救急医療の
底上げをしても、回復期の患者を受け入れる病床がなければ、救急病床が詰まって
しまい、根本的な解決のなされない、片手落ちの対策になってしまう。そのため、
現在当地域にない回復期リハビリテーション病床を整備することが必要である。

④疾患ごとの救急搬送調整

- ・ 今の救急搬送体制では、現場の救急隊が患者の状態を把握して、それによって搬
送先の選定を行っている。しかしながら、近年の医師不足による救急医療機関の疲
弊により、救急搬送を受け入れる病院の力が落ちており、搬送先が速やかに決定し
ないケースが多くなっている。

そこで、搬送先を速やかに決定するために、地域の病院でネットワークを構築す
るとともに、患者の状態に応じて適切な医療機関を選定し、搬送できるよう調整す
る救急コーディネーターを設置する。

また、搬送先が決定しなかった場合に、緊急的に患者を受け入れるためのベッド
を整備することにより、万が一の際のセイフティーネットを整備する。

⑤医療機関の連携・ネットワーク化

- ・ 限りある医療資源を有効利用するためには医療機関同士の連携が必要となるが、
これまでは、有機的な連携がなかなか組まれていない。

そこで、山武長生夷隅医療圏で構築した役割分担を実効するため、千葉県共用地
域医療連携パスの普及推進、ITを利用した自治体病院・民間病院・診療所等の情報
共有化システムの構築を実施する。

これらの対策を行うことで、重層的・機能的な救急医療体制を構築し、二次医療圏
完結型の救急医療体制を実現する。

※ 三重苦にある山武長生夷隅医療圏の救急医療体制を再生させる！！

県内でも最も救急医療が困難な当地域の救急医療が再生できれば、それは全県、ひいては全国的なモデルとなりうる

(イ) 具体的展開

a (仮称) 九十九里医療センターに救命救急センターを整備

- (仮称) 九十九里医療センターに救命救急センターを整備し、医療圏内の救命救急センター未整備状態から脱却

b-1 二次救急体制の再生と成東病院、長生病院、いすみ医療センター等の救急機能支援

- 地域の二次救急再生のため、輪番制参加の実績に応じた財政支援を実施。
- 地区医師会と連携した、開業医の二次救急医療への参加。
- 成東病院、公立長生病院、いすみ医療センターの救急機能を支援するための整備

b-2 山武郡市・長生郡市等の夜間急病診療体制強化

- (仮称) 九十九里医療センター内に初期救急診療所機能を強化し、山武地域の初期救急を充実。
- 長生郡市等の夜間急病診療所の受入体制を強化。

c 回復期リハビリテーション機能を強化し、転院搬送先の確保

- 急性期を脱し、回復期に入った患者の転院搬送を受入れるための回復期リハビリテーション機能の強化を行う。

d 救急医療コーディネートシステムの構築

- 医療機関ごとの応需情報と、患者の状態に合わせて、県救急医療センターが適切な医療機関に救急患者の搬送調整を行うことで、円滑な救急搬送体制を構築するとともに、効率的な救急医療資源の活用を図る。また、救急医療のあり方や適切な利用について、地域住民・医療機関・行政がともに考え、よりよい救急医療について協働取組を行う。

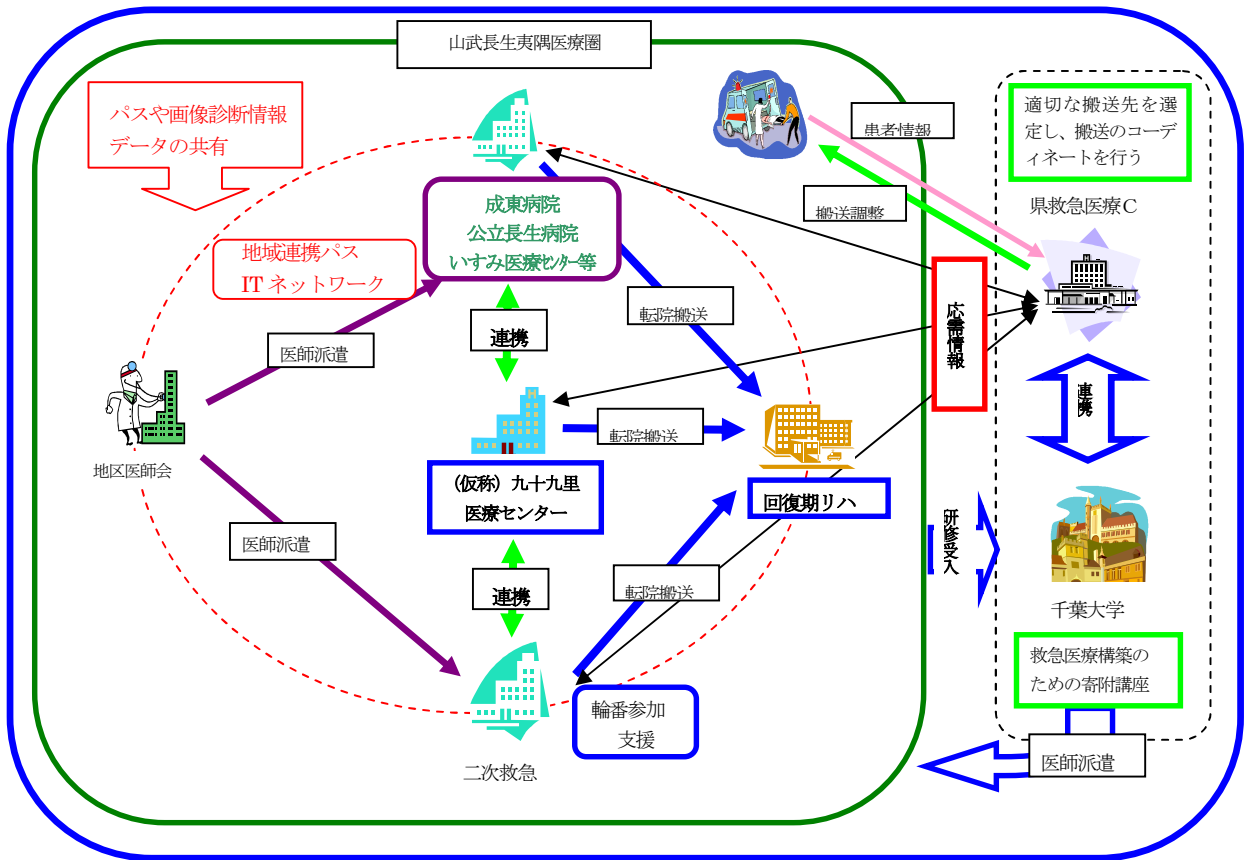
e 医療機関の連携・ネットワーク化

- 限りある医療資源を効果的・効率的に活用するため、山武長生夷隅医療圏で構築

した役割分担を実効するため、千葉県共用地域医療連携パスの普及推進、IT を利用した自治体病院・民間病院・診療所等の情報共有化システムの構築を実施する。

山武長生夷隅医療圏における地域医療再生計画

計画後のイメージ図



- ・ 初期、二次、三次救急の重層的な医療体制の構築
- ・ 救急コーディネートシステムの構築
- ・ 医師等の研修、確保対策の推進

イ 具体的事業

(ア) 圏域における救急医療の拠点整備（3次救急）（総額140.34億円）

（事業期間）平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

25年度で事業終了

（事業総額）140.34億円

（基金負担分 5.94億円 県負担 85.6億円

事業者負担 48.8億円）

（事業目的）

山武長生夷隅医療圏の救急医療の拠点となり、重症患者を受け入れる救命救急センターの機能を付加した医療機関を整備し、救急搬送の円滑化及び短時間化を図る。また、開院まえから、医師・看護師を雇用し、地域でのネットワーク化を図るための事前の準備、調整を行う。さらに、敷地内にヘリポートを整備し、ドクターヘリを積極的に受入れることで、広い医療圏の中でも円滑に救急搬送を受入れる体制を構築する。

（事業の積算）

（仮称）九十九里医療センターに救命救急センターの機能を付加

- ① 救命救急センターの機能を担うために必要な救急外来、救急病床の整備
- ② 救命医療従事者（医師・看護師等）の確保とネットワーク化
- ③ ドクターヘリを積極的に受入れるためのヘリポート整備

※ 医療機関全体の整備費に充てるものではなく、あくまで地域の救急医療体制構築のために必要な救命救急センターとしての機能を担うための整備に集中的に資金を投下するものである。

(イ) 圏域における救急医療体制の底上げ（初期・2次救急）（総額4.96億円）

（事業期間）平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

25年度で事業終了

（事業総額）4.96億円（基金負担分 4.96億円）

（事業目的）

医療圏の初期救急診療体制を強化するため、初期救急診療所の機能整備、医師等の確保に対する支援、在宅当番医の管理運営強化に対する支援を実施する。

また、崩壊しつつある2次救急体制を維持するために、2次輪番制に参加する

病院に対し、輪番制への参加を継続させていく直接的な支援を行うとともに、マンパワーの不足を補うため、病院が医師等を確保した場合に対する支援を実施する。さらに、救命救急センター整備後に、地域の2次救急の中心となる病院の整備を行う。

(事業の積算)

① 初期救急診療所体制強化の整備

- 山武の初期救急診療所に対して、救急受け入れのための設備整備を実施
- 新たに医師等の確保をした場合の支援、在宅当番医に参加する医師の掘り起こし等、在宅当番医の管理運営強化に対する支援

② 二次救急医療の支援

- 山武地区、長生地区、いすみ地区について、拠点となる救命救急センターが完成するまでの間、輪番制を維持するための資金として、輪番制に参加した日数に応じた支援を行う。
 - ・ 輪番制参加病院に対する支援
- 山武地区・長生地区・いすみ地区について、2次輪番制病院の医師不足を補うため、病院が医師等を確保した場合に対する支援を実施する。
 - ・ 医師等の確保に対する支援

③ 地域の自治体病院に対する救急機能支援

- 山武地区、長生地区、いすみ地区、それぞれの救急医療の中心となる成東病院、公立長生病院、いすみ医療センターの3病院に、救急受け入れ強化のための機器整備を行う

(ウ) 圏域における転院搬送体制の底上げ(回復期リハ)(総額14.3億円)

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期
25年度で事業終了

(事業総額) 14.3億円(基金負担分 0.86億円 事業者13.44億円)

(事業目的)

急性期を脱し、回復期に入った患者の転院搬送を受入れるための回復期リハビリテーション施設の機能を付加し、回復期患者の転院先を確保するとともに、急性期

病床の効率的な利用を進める。

(事業の積算)

回復期リハビリテーション施設の機能付加整備

(エ) 救急医療のコーディネートシステムの構築(総額3.19億円)

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

事業終了後は、県単事業として継続予定

(事業総額) 3.19億円 (基金負担分 3.19億円)

(事業目的)

救命救急センターの整備を行う間、当医療圏の三次救急を担う施設である県救急医療センターに救急コーディネーターを配置するとともに、コーディネートシステムの開発及び救急医療設備の整備を行う。

また、コーディネートに参加する医療機関についても救急医療設備の整備を行う。

なお、これらは、地域の救命救急センターが整備された後には、全県的なコーディネートへと移行する。

さらに、現在、救急医療体制の維持が困難になっているのは、医師不足や診療報酬減少による経営悪化などによって、救急医療を担う医療機関が減少していることが大きな原因であるが、もう一つ、軽症患者などが、夜間のほうがすいているからという安易な気持ちで救急病院を受診するなどのいわゆるコンビニ受診などによって、軽症患者が夜間でも2次、3次救急を担う医療機関に集中してしまうことが指摘されている。

そこで、救急フォーラムを開催し、あるべき救急医療のすがたや適切な利用について、地域住民や医療関係者ととともに考え、そこで提案されたことを広く住民に普及させるための、県民参加型の広報を広く実施することで、県民の意識を改善し、需要側からの救急資源の適正利用を図る。

また、地域医療再生プログラムの客観的評価とフォローアップを行うとともに、千葉県地域医療再生本部会議へのフィードバックを行う。

(事業の積算)

- ① 救急医療設備の整備
- ② 救急医療啓発事業

(才) 医療機関の機能再編・ネットワーク化(総額1.24億円)

a 千葉県共用地域医療連携パスの普及推進

(a) 「千葉県共用地域医療連携パス」の管理・評価見直し

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期
県単事業として実施

(事業総額) 2,500千円 (基金負担分 0千円)

○ 医師会や、かかりつけ医の代表者(県医師会関係者)や急性期病院、回復期病院等の関係者から構成されるワーキンググループを疾病ごとに設置し、下記事業を実施する。

- ・千葉県共用地域医療連携パスの地域での使用状況の調査
- ・同パスへの医療関係者の意見調査
- ・上記調査状況の分析
- ・同パスの改訂の検討

(b) 「千葉県共用地域医療連携パス」の使用医療機関へ情報管理業務量調査

(事業期間) 平成25年度 基礎調査開始、情報処理・解析・調査結果報告書作成
終了

(事業総額) 2,500千円 (基金負担分 2,500千円)

○ 4疾病に係る県内の3次病院等・2次病院・初期診療所等において、千葉県共用地域医療連携パスを使用するための情報管理業務に関する業務量調査を実施し、連携パスの普及に必要な方策を検討するための基礎資料とする。

(c) 「千葉県共用地域医療連携パス」の普及

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期
事業終了後は、県単事業として継続予定

(事業総額) 3,143千円 (基金負担分 3,143千円)

○ 「千葉県共用地域医療連携パス」の普及を図るため、取り扱い方法や使用上のメリット及び地域での普及状況等について研修会等を開催する。

○ 二次保健医療圏ごとの病院、診療所等の地域連携室等のネットワーク化を推進

するため、二次医療圏ごとに、病院の地域医療連携室等の連絡会議を開催し顔の見える関係の構築を図る、

- 地域医療連携パスに係る診療技術移転の推進し、開業医の診療技術の向上を図る。開業医での治療が合併症等の予防や疾病の悪化の防止に重要となっている糖尿病の診療技術の移転から開始し、順次他の疾病に拡大していく。
- ホームページの運営管理として、平成20年度に開設した「千葉県共用地域医療連携パスのホームページ」の運営管理を千葉県医師会に委託する。

b 地域医療機関ITネット整備事業（総額1.15億円）

(a) ITネット整備事業

（事業期間）平成22年度 事業開始、平成25年度 終期
事業終了後は、県単事業として継続予定
（事業総額）0.5億円（基金負担分 0.5億円）

- 千葉県共用地域医療連携パスの普及と医療機関における作業性の向上のため、当該パスの情報伝達等を可能にするITネットワークを構築するために必要な、患者データや病院データ等を保存管理するデータセンター等を設置し維持・運営する。

(b) 専用ソフト開発事業（総額0.65億円）

（事業期間）平成22年度 作成開始、
平成22年度 運用開始
平成25年以降 システムの継続使用
（事業総額）0.65億円（基金負担分 0.65億円）

- 千葉県共用地域医療連携パスの普及と医療機関における作業性の向上のため、当該パスの情報伝達等を可能にするITネットワークを構築するために必要な、下記の専用のシステムを開発する。

- ・ 千葉県共用地域医療連携パス及び診療情報提供書の送受信システム
- ・ 患者・医療機関認証システム

■ 地域医療再生プログラム終了後に実施する事業

a 「救急医療のコーディネートシステム」の運営（単年度事業予定額 1.3 億円）

- 救急医療コーディネートセンターの運営費

b 「千葉県共用地域医療連携パス」の管理・評価見直し

（単年度事業予定額 500 千円）

- 千葉県共用地域医療連携パスの地域での使用状況の調査
- 同パスの改訂の検討

c 「千葉県共用地域医療連携パス」の普及（単年度事業予定額 500 千円）

- パスの研修会の開催
- 医療機関の地域連携室等会議の開催
- 診療技術移転研修会の開催

d IT ネット整備事業（単年度事業予定額 17,500 千円）

- データセンターの維持運営

5 課題を解決するための全県的な体制整備

(1) 医師確保・研修・就業支援の全県的システム化

ア 趣旨・目的

(ア) 基本的考え方

(a) 医師不足の現状

- 千葉県医師数は、平成18年末現在、9,322人で、全国第9位であるが、人口10万人当たりでは153.5人で、全国平均の206.3人を大きく下回っており、全国第45位という状況である（平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査）。
- その一方、千葉県は、今後、埼玉県に次ぐ全国第2位のスピードで、高齢化が進み、平成17年からの10年間で、65歳以上の高齢者人口が50.6%増加すると推定されている。
こうした急速な高齢化に伴って、医療を必要とする高齢者数も増大することは避けられず、医療が必要に応じて適切に提供されるためには、医師、看護師等の医療従事者確保の必要性はさらに高まるものと考えられる。

(参考) 山武長生夷隅保健医療圏の自治体病院における常勤医の変化

施設名	常勤医師数 (H16)	常勤医師数 (H20)	増減
成東病院	37	26	▲ 11
大網病院	13	13	0
東陽病院	8	7	▲ 1
公立長生病院	25	22	▲ 3
いすみ医療センター (国吉病院)	12	10	▲ 2

(b) 研修医の減少

- 平成16年度の医師養成における初期臨床研修制度導入後、県内の臨床研修指定病院（41病院・平成21年度）における研修医の採用率は67.3%と、採用者数が募集定員を大幅に下回る状況が続いており、中でも、県内唯一の医師養成機関である千葉大学医学部の附属病院においては、初期臨床研修制度導入前の平成15年度の採用実績が147人であったのに対し、平成21年度の採用実績は48人と、6年間で99人、率にして67%も減少している。

○ 県内の臨床研修指定病院(41 病院)の採用率(初期)

平成 21 年度：67.3% (募集定員：404 人、採用実績：272 人)

平成 20 年度：70.8% (募集定員：398 人、採用実績：282 人)

○ 県内唯一の医師養成機関である千葉大学の初期研修医の推移 (人)

年度	15 年	16 年	17 年	18 年	19 年	20 年	21 年
初期研修医	147	61	62	61	54	68	48

- 県内で医療に従事する研修医の数が伸び悩むのは、初期臨床研修制度の導入により、医学生が、自らのキャリアプランに従い、研修先病院を選ぶことができるようになったことから、患者数が多く、より豊富な症例に接することができる東京都内の臨床研修病院等を選ぶようになったということも、大きな理由の一つとしてあるものと考えられる。

(c) 医師不足を原因とした診療科の休廃止の発生

- 都市部の病院への研修医の集中が、地方の大学附属病院等における研修医の減少を招き、大学が医師確保のため、地域の医療機関に派遣していた医師の引上げを行った結果、大学に医師確保を依存していた自治体病院を中心として、診療科の休止や廃止が相次ぐなど、地域における医師不足が深刻な状況となっている。

千葉県においては、初期臨床研修制度が導入された平成 16 年以降、平成 20 年 8 月までの間に、医師不足を原因として、37 病院の 62 科が廃止され、11 病院の 19 科が休止されている。

- なお、県内の自治体病院においては、8 病院で 14 科の休廃止が発生しているが、14 科のうち 8 科が産科又は小児科である。

産科や小児科については、夜間の緊急対応が多いなど勤務環境が厳しいことに加え、福島県立大野病院の産科における事件が社会的にも注目されたように、医療事故に関する訴訟の発生が多く、他の診療科よりも医師不足が厳しい状況にある。

○医師不足を原因とした診療科の休廃止の発生

	廃止数	休止数
診療科の廃止・休止	37病院・62科	11病院・19科

(平成16年～平成20年8月)

○自治体病院の診療科廃止・休止状況

- ①浦安市川市民病院 産科、小児科休止(19.5)
- ②松戸市立病院 診療精神科休止(20.3)
- ③小見川総合病院 産科休止(17.4)
- ④佐原病院 産科休止(18.4)
- ⑤銚子市立総合病院 呼吸器科休止(19.4)、産科、歯科廃止(19.7)
- ⑥東陽病院 産科休止(18.3)
- ⑦東金病院 呼吸器科、消化器科休止(17.4)、
産科休止(19.4)
- ⑧長生病院 産科休止(17.4)、呼吸器科休止(19.4)

(d) 看護師の不足

- また、千葉県の看護師数は、平成20年末現在、29,373人で、医師と同じく全国第9位であるが、人口10万人当たりでは479.8人で、全国平均の687.0人を大きく下回っており、全国第46位という状況である(平成20年衛生行政報告例)。
- 看護職員の計画的かつ安定的な確保を図るため、医療機関等への実態調査に基づいて策定される「千葉県看護職員需給見通し」(第6次・対象期間：平成17年～平成22年)では、平成20年末時点の供給数は40,883人で、需要数に対し、2,676人不足すると推定している。
- 一方、この見通しに対する、同時点における実際の就業看護職員数は、39,524人(厚生労働省・衛生行政報告例)で、需要数に対する不足はさらに大きくなっており、看護師の確保も緊急を要する状況となっている。

- 各病院がより高い診療報酬が得られる7：1看護を導入するために、看護師の増員を図った結果、勤務環境が比較的良好な都市部の大規模病院に看護師が集中し、地域の病院、診療所等における看護師不足が顕著になってきている。

○看護職員の需給状況

(人)

	H18	H19	H20	H21	H22
需要見込み数 A	41,865	42,628	43,559	44,107	44,774
供給見込み数 B	39,442	39,916	40,883	42,225	43,982
不足見込み数 A-B	▲2,423	▲2,712	▲2,676	▲1,882	▲792
実就業者数 C	37,628	—	39,524		
不足数 D : A-C	▲4,237	—	▲4,035		
充足率 D/A	89.9%	—	90.7%		

(「第6次千葉県看護職員需給見通し」及び「衛生行政報告例」)

- また、こうした近年の診療報酬改定の方向性でもある、医療の高度化、在院期間の短縮化等は、日々患者と接する看護職員の業務の困難性を高めている面もあると考えられる。

看護業務の高度化、困難化は、養成所を卒業し、実務に就いたばかりの若い看護師の退職や結婚、出産により一度退職した看護師の復職に対する不安につながるものである。

県内で、資格を持ちながら就業していない「潜在看護職員」は、有資格者の31%、約20,000人いるものと推計されている。

- 日本看護協会の調査では、千葉県の新人看護職員の離職率は、看護職員全体の離職率より低いものの、10%前後と高い率で推移している。

なお、全国の離職率を看護職員の配置基準別に見ると、より新人看護職員に対するサポート体制が整っていると考えられる、7：1看護の場合が最も低い離職率となっている。

○千葉県における看護職員の離職率

	16年度	17年度	18年度	19年度
常勤	14.6%	13.3%	14.4%	13.1%
新卒常勤	—	10.4%	8.7%	11.1%

○看護職員の配置基準別の離職率（19年度・全国）

	7:1	10:1	13:1	15:1
常勤	13.0%	12.2%	14.6%	14.2%
新卒常勤	8.9%	9.1%	13.2%	11.4%

（日本看護協会調査）

- 本年7月、保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部改正により、看護師等における研修の受講、病院の開設者等における新人看護師の臨床研修等受講に対する配慮が義務付けられ、養成所卒業後の臨床研修の必要性が明確にされた。

- また、千葉県が、平成19年度に新人看護職員を対象に行ったアンケート結果でも、3人に1人が専門的な知識・技術が不足していると感じ、退職を考えたことがあると回答している。

○新人看護職員に対するアンケート結果の概要（平成19年度）

- ・退職を考えたことがある 66.7%
- ・退職を考えたことがある者の退職を考えた理由（複数回答）

1	配属部署の専門的知識・技術が不足している（35%）
2	自分は看護師に向いていないのではないかと思う（27%）
3	勤務時間内に仕事が終わらない（24%）
4	医療事故を起こさないか不安（23%）
5	基本的な看護技術が身につけていない（18%）

（対象：平成18年度卒業生）

b 課題

(a) 医師不足における課題

- 大学病院や臨床研修指定病院などに、研修医が集まらないため、地域の医療機関に派遣していた医師の引上げが起り、地域の医師不足が深刻になっている。
- 初期臨床研修のマッチングにおいて、1位希望者が募集定員を上回る病院は、国保旭中央病院や亀田総合病院など県内にも多数あるが、千葉県全体の採用実績は、募集定員の7割前後に留まっている。
- 加えて、本年5月の初期臨床研修医制度の見直しにより、都道府県ごとに上限枠が設定され、平成22年度の本県における募集定員総数は、平成21年度の404人に対し、373人と大きく減少することとなった。
- 県外からも多くの臨床研修医を集め、さらに、引き続き、後期研修医として県内への定着を図るためには、もちろん、それぞれの臨床研修病院が、医学生や臨床研修医にとって魅力のある研修プログラムを提供することが必要である。

(b) 看護師不足における課題

- 資格を持ちながら就業していない「潜在看護職員」が多く存在するほか、現に就業している者も、医療の高度化が進む中で、自らの看護技術に不安を抱いている。
- 専門的な技術の不足や医療事故に対する不安が、新人看護師の離職理由の上位にあり、また、結婚、出産等で一度離職した者が復帰しようとする場合に、自らの看護技術に対する不安が支障になっていることが多いと考えられる。
- 看護師の確保については、少子高齢化の進行により、新たな養成数の大幅な増加を見込むことは困難であることから、勤務環境の改善対策とともに、医療の高度化に対応した実践的な看護技術の習得等スキルアップを図る定着促進対策の充実が必要である

c 具体的な展開

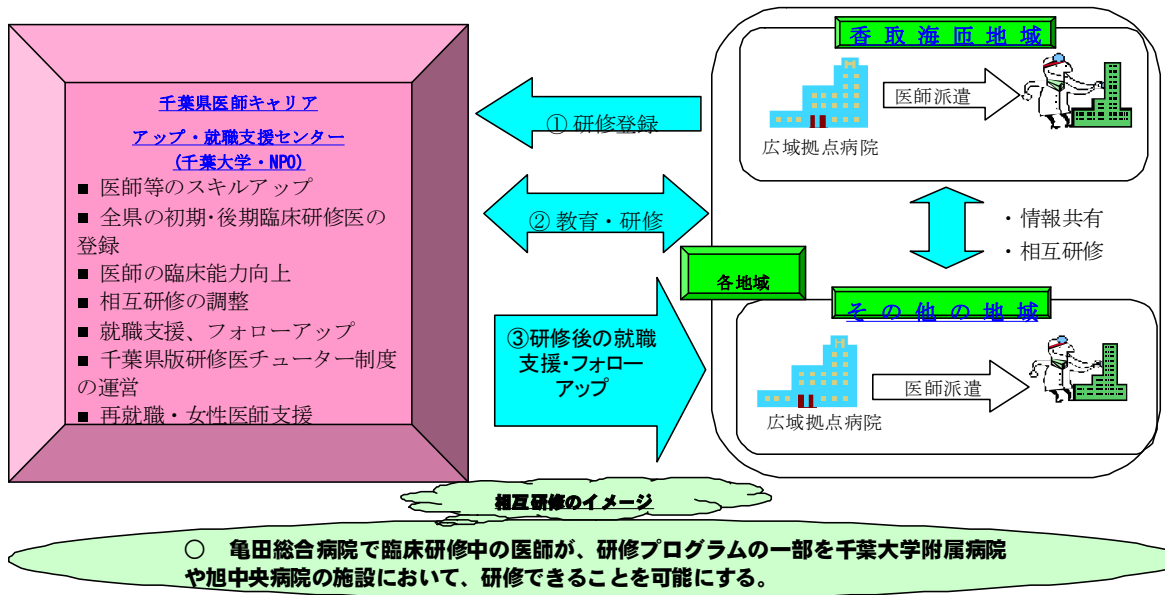
(a) プログラムの提供と就職支援

- 豊富な症例を有する大規模な臨床研修病院が、数多く所在する東京都（平成22年度臨床研修病院：97病院、募集定員1,507名）に隣接する千葉県において、個々の臨床研修病院の努力に、研修医の大幅な増加を期待することは難しい。
- そのため、千葉県では、平成20年2月に、千葉大学、千葉県医師会及び県内の臨床研修病院が協力して、研修医の確保、支援を目的とした、「特定非営利活動法人千葉医師研修支援ネットワーク」を設立した。
- 同法人は、千葉県の支援を受け、
 - ・ 県内の臨床研修病院の後期臨床研修プログラムのオンライン提供
 - ・ 県内の臨床研修病院の合同採用説明会
 - ・ 指導医養成講習会などの事業を実施している。
- 山武長生夷隅保健医療圏をはじめとする県内の医療機関への医師の定着を図るためには、県内の臨床研修病院に、自らのスキルアップに意欲的な研修医が県の内外から集まるような魅力のある研修プログラムを提供することが必要である。
- そのため、千葉県においては、「千葉医師研修支援ネットワーク」の仕組みを基礎として、研修医が、自らのキャリアプランに基づいて、希望するカリキュラムを、希望する研修施設で受けることを可能とする（イメージとしては、亀田総合病院で臨床研修中の研修医が、研修プログラムの一部について、千葉大学医学部附属病院や国保旭中央病院の施設で研修することができるもの。）千葉県独自の全県的な相互研修システムの構築を目指し、千葉大学医学部を中心に「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を設置することとする。
- 同センターでは、この全県的な研修システムに登録した初期及び後期研修医を対象として、各大学医学部、大学附属病院や地域ごとの拠点病院間の相互研修の企画及び支援、技能研修の企画・運営とともに、県内医療施設（大学附属病院、拠点病院、中小病院、診療所等）の就職情報の提供、マッチングの支援等を一元的に行う。

- 加えて、この全県的研修システムに登録した初期・後期研修医に対しては、研修医1名について、経験豊かな地域の医師1名が専任でキャリアアップをはじめとした公私にわたる相談対応を行うチューターを設置するなど、臨床研修病院だけでなく、千葉県全体で支えるシステムとする。

(千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターのイメージ)

千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターの設置・運営



(b) 臨床技能向上の支援

- 千葉県内の医療機関等で勤務する医師の数は、臨床研修制度が導入された平成16年度以降においても、減少しているわけではない。

平成14年 8,505名

平成16年 8,818名

平成18年 9,322名 (医師・歯科医師・薬剤師調査)

しかしながら、多くの自治体病院において、医師不足を原因として産科が休止、廃止に追い込まれている。

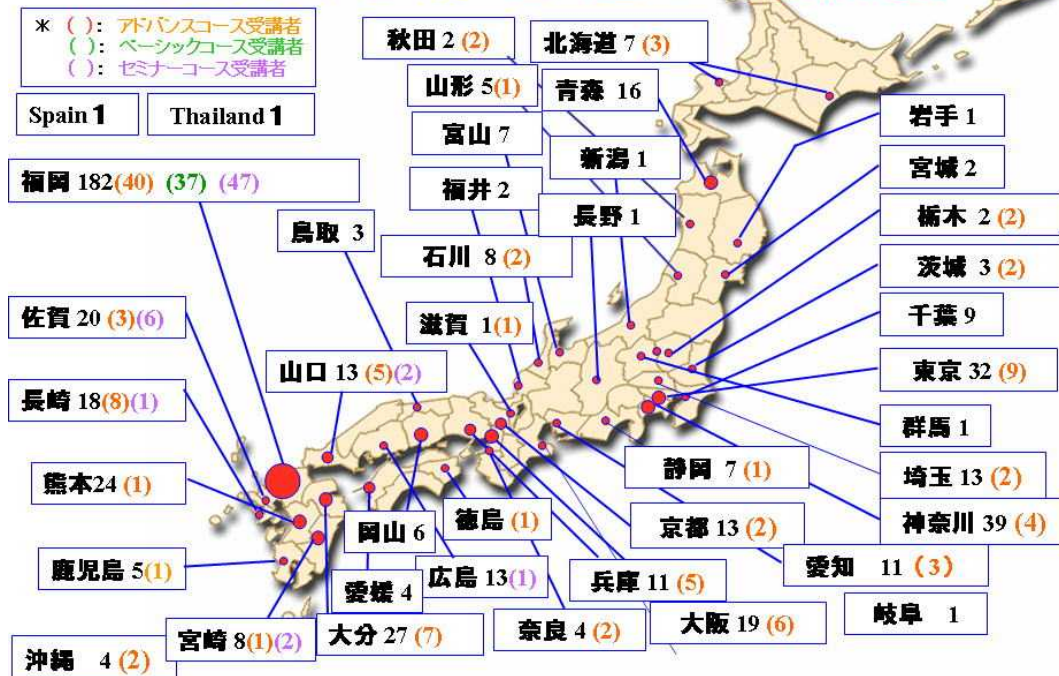
- 産科において、医師不足が著しい原因としては、夜間の救急搬送が多く、臨床研修等においてそうした実態を認識した研修医が敬遠するほか、医療事故に関わる訴訟の発生が多く、経験のある医師もまた、産科の現場から離れていくという現状があるとされる。
- そして、医療事故訴訟が多いことについては、産科医療関係者の努力により、患者の側つまり国民一般に、出産は安全という意識が根付いていることも大きな理由とされ、死産や妊婦の死亡がゼロではないことについて、あらためて認識してもらうための対策も必要であるが、基本的には、担当医の臨床技術を向上させ、医療事故発生の不安を軽減するための対策が執られなければならない。このことは、産科だけでなく小児科や他の診療科においても同様である。
- そこで、(a)においてその設置を提案した「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」の運営する全県的な相互研修システムが提供する研修プログラムを、自らのスキルアップに意欲的な研修医等が県の内外から集めるような魅力のあるものとするため、実践的かつ高度な医療技術を修得することができるものとした。
- こうした研修を提供することができる、人体模型等による高度なシミュレーション機器を備えた施設（スキルズセンター）は、九州大学、愛媛大学等の国立大学が運営する施設、あるいは民間企業が運営する施設が国内に数か所設置されている。
- 九州大学病院に設置されたトレーニングセンターでは、平成16年10月から平成21年6月までの間に実施した46回の研修に、760名の医師を集めているが、その内訳を見ると、地元である福岡県の受講者は182名であり、その他の受講者は、北海道から沖縄県に至る各地から集まっている。
- そこで、千葉県では、県内唯一の医師養成機関である千葉大学に高度なシミュレーション機能を有するスキルズセンターを整備し、研修医が現場で不安なく医療に携わることができるよう、実践的な医療技術を学べる研修を提供する。

1 全国のスキルズセンターの状況

- 九州大学病院内視鏡トレーニングセンター
 - ⇒ 平成16年12月設立、シミュレータ、動物(豚)
- 愛媛大学低侵襲手術トレーニングセンター
 ⇒ 平成17年4月設立、シミュレータ、動物(豚)
- 自治医大医療技術トレーニング部門(実験医学センター)
 - ⇒ 平成18年設置、動物(豚)
- 名古屋大学VR内視鏡外科手術トレーニングコース
 - ⇒ 平成16年4月設立、シミュレータ
- 腹腔手術トレーニングセンター(ジョンソン&ジョンソン) 須賀川(福島)
- オートスーチャートレーニングセンター(タイコ) 富士宮(静岡)

2 スキルズセンターの活動状況 一 研修に対する魅力 (九州大学病院内トレーニングセンターの実績)

H16.10-H21.6 全 46回・5回・12回・4回 参加人数 760名



○ スキルズセンターは、講義及びシミュレーション機器を用いたトレーニングを行うドライラボと動物や献体を用いたトレーニングを行うウェットラボを備え、千葉大学大学院、医学部及び附属病院の一体的な取組により、診療科に応じた技術研修を実施する。

○ もちろん、このスキルズセンターにおいては、その高度な機能を県内の医師確保に効果的に活用するため、研修医だけでなく、指導医、専門医など診療科やキャリアに応じた、以下のような各種の研修を提供することとする。

- ・ 基本・応用・高度専門手技研修
- ・ 専門領域ごとに設定されたプログラム、コースに基づく研修
- ・ 大学病院間の連携専門研修
- ・ 自治体、県医師会、地域病院との協働による地域の医療者の診療技能研修

(千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターの事業内容)

☆ 千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターでの取組み

教育・研修(千葉大学)

卒前教育

- ★基本手技研修と評価(OSCE)
- ★医学部、看護学部、薬学部等の技能・専門職連携教育
- ★県内大学が連携して技能教育と地域医療教育を実施し、卒業生の地域定着を図る

卒後・専門研修(スキルズセンターの設置)

- ★基本・応用・高度専門手技研修と評価(OSCE)
- ★専門領域ごとに設定されたプログラム、コース(ドライラボ、ウェットラボを併用)に基づく研修
- ★医師の技能研修、専門職連携教育
- ★大学病院間連携専門研修(高度医療人、癌プロ)
- ★自治体、県医師会、NPO、地域病院との協働による地域の医療者の診療技能研修

生涯教育

- ★地域の医療者を対象とする基本から高度専門手技までのブラッシュアップ・リカレント・職場復帰技能研修

臨床能力向上・就職支援(NPO)

教育・研修支援

- ★初期・後期研修医の全県的登録
- ★各大学医学部・附属病院や圏域ごとの拠点病院間の相互研修の企画・支援
- ★医師の技能研修、生涯教育の企画、運営

就職支援

- ★県内医療施設(大学附属病院、拠点病院、中小病院、診療所)の就職情報の一括公表
- ★各医療施設と医師(研修医、専門医等)とのマッチングとフォローアップ
- ★ブラッシュアップ・リカレント・職場復帰技能研修支援

スキルズセンターのプログラム(例)

外科、整形外科、産婦人科、泌尿器科、耳鼻科、脳外科、眼科、消化器内科、循環器内科、麻酔科、救急等

外科

- 外科基本手技コース
- 外科応用手技コース
- 腹腔鏡手術ベーシック・コース
- 腹腔鏡手術アドバンスト・コース
- 腹腔鏡手術小児外科コース
- 上部消化管内視鏡手術コース
- 下部消化管内視鏡手術コース

(c) 大学等を活用した医師確保の推進

- 研修医、大学院生等を対象とし、県内の医療機関での一定期間の勤務を返還免除要件とする修学資金の貸付制度は、従来、県単独事業として実施しており、医師確保に一定の成果を挙げている。
- また、今年度から、同様の修学資金制度の設定によって、千葉大学医学部の定員が10名増員されたところであり、将来、県内の医療機関で勤務する貸付者10名が決定している。
- そこで、平成22年度からの医学部定員増と将来の県内医療機関での勤務者確保のため、修学資金制度7名分（千葉大学5名、県外大学2名）を設定する。
また、県外の在学者を含め、医学部学生、大学院生等の修学段階ごとのニーズに応じた新たな修学資金制度を設定する。

○医学部学生、大学院生等の各段階のニーズにあった『きめこまかな支援制度』

区分	対象	要件	貸付枠
修学資金制度	県内外の大学医学部の学生 (22年度定員増)	医師免許取得後9年間、県内病院で勤務	月額30万円以内
授業料相当額の貸付制度	県内外の大学医学部の大学院生	大学院修了後、県内病院で貸与期間に相当する期間の勤務	授業料 (全部又は一部)

(d) 看護師等のスキルアップと県内定着の推進

- そのため、県立保健医療大学、千葉大学医学部附属病院、千葉県看護協会が協働して、看護技術の高度化、臨床現場の状況、就業意識等を総合的に考慮した看護技術に関する研修を実施する。
技術研修の実施に当たっては、前記の千葉大学に設置するスキルズセンターを活用する。

- 養成数の大幅な増加が期待できない中で、県内への定着を促進するため、養成施設の学生に対する、より充実した奨学金制度を創設する。

イ 具体的事業

(ア) 医師等のスキルアップ、研修医の全県的登録・相互研修と就職支援

(総額2.28億円)

a 千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターの設置

- 高機能シミュレータなど多様なシミュレーション教育システムを有し、全県の医師、看護師等の医療従事者を対象として、レベルに応じた実践的な医療技術に関する研修を実施するスキルズセンターを備えるとともに、初期及び後期研修医の全県的な登録、相互研修の企画・運営並びに就業支援を行う「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」を千葉大学医学部に設置する。

(事業期間) 平成22年度事業開始、平成25年度終期

(事業総額) 133,854千円

(事業の積算) ・施設改修費
・機器購入費

b 千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターの運営

- 各拠点病院等が採用した初期・後期臨床研修医の全県的登録
→ 各研修病院等が採用した初期・後期臨床研修医に関する情報を共有し、全県的な登録を行う。
- センターを活用した研修医の実践的医療技術研修
→ 千葉大学医学部や各拠点病院が協働で各病院の特色を活かした研修を実施するとともに、スキルズセンターを活用して実践的な医療技術を修得することができる相互研修プログラムを作成し、地域医療の実情及び研修医等の希望を考慮した研修医の病院間相互研修を促進する。
- 研修期間終了後の研修医の県内病院への就職・定着支援
→ 県内病院の医師に関する求人及び研修医の専門的分野に関する志望等の情報をもとに、センターが双方をマッチングさせ、香取海匠保健医療圏を始めとする県内病院への就職を支援する。
就職後も継続して研修医、病院からの情報を収集し、双方のニーズに合う研修医のキャリア開発を実施する。

○ 千葉県版研修医チューター制度の運営

→ 研修医からの各種相談への対応や支援を行う専属のチューター（地域の医師会の医師1名を想定）の選定、相談等の業務実施に関する調整等を行う。

（事業期間） 平成22年度事業開始、平成25年度終期

（事業総額） 93,951千円

（事業の積算） センター人件費

研修・運営費（講師謝金、材料費、電算システム維持費）

チューター人件費

（イ）千葉大学等を活用した医師確保の推進（総額2.77億円）

※ 基金負担額の一部は、今後の運用益により発生する見込みの基金余剰額を財源とする。なお、財源とすべき基金余剰額が不足し、上記の基金負担額に満たないこととなった場合は、県負担により事業を実施する。

a 地域医療に従事する医師確保のための新たな奨学金制度の創設

○修学資金貸付制度

- ・ 医学部定員増の計画（地域枠）等に伴い、平成22年度から県内外の大学医学部に入学する学生を対象とし、医師免許取得後9年間、県内病院で勤務することを返還免除の要件とする修学資金を計画期間中貸与する。

（事業期間） 平成22年度事業開始、平成25年度終期

（事業総額） 276,281千円

○授業料相当額の貸付制度

- ・ 県内外の大学医学部の大学院生を対象とし、大学院修了後、貸与期間に相当する期間、県内病院で勤務することを返還免除の要件とする授業料相当額の貸付制度（授業料の全額又は一部の額）を設置する。

（事業期間） 平成22年度事業開始、平成25年度終期

（事業総額） 139千円

(ウ) 看護師等のスキルアップと県内定着の促進（総額 0. 26 億円）

a 看護職員のレベルに応じた研修の実施

→ 県立保健医療大学、千葉大学医学部附属病院、千葉県看護協会が協働して、看護業務の高度化を図る教育・研修プログラムを作成し、新人看護職員の定着促進を図るための基礎的な技術研修から中堅看護職員における特定分野の看護技術の向上のための研修等看護職員のレベルに応じた看護技術の研修を行う。

実践的な技術研修については、千葉大学医学部附属病院に設置されるスキルズセンターを活用する。

（事業期間） 平成 22 年度事業開始、平成 25 年度終期

（事業総額） 12, 171 千円

b 看護師の県内定着を図るための修学資金制度の拡充

→ 現行の看護師等の修学資金制度に加え、卒業後、県内病院に 5 年間勤務することを返還免除の要件とする奨学金制度（月額 5 万円・貸付枠 26 名）を設置する。

（事業期間） 平成 22 年度事業開始、平成 25 年度終期

（事業総額） 13, 808 千円

■ 地域医療再生プログラム終了後に実施する事業

a 医師等のスキルアップ、研修医の全県的登録・相互研修と就職支援

（単年度事業予定額 25,000 千円）

○千葉医師キャリアアップ・就職支援センターの運営

- ・研修医の全県的登録
- ・研修医の病院間相互研修、相互研修プログラムの改良
- ・研修期間終了後の研修医の県内病院への就職・定着支援
- ・千葉県版研修医チューター制度の運営

b 千葉大学等を活用した医師確保の推進（単年度事業予定額 57,600 千円）

○県内外の大学医学部の学生を対象とした修学資金の貸与

○県内外の大学医学部の大学院生を対象とした授業料相当額の貸付

○ 看護師等のスキルアップと県内定着の推進（単年度事業予定額 10,000 千円）

○ 看護職員のレベルに応じた研修の実施

- ・ 看護業務の高度化を図るための教育・研修プログラムの改良及び研修の実施

(2) 救急医療等に携わる担当医師・看護師の確保・研修

ア 趣旨・目的

(ア) 基本的考え方

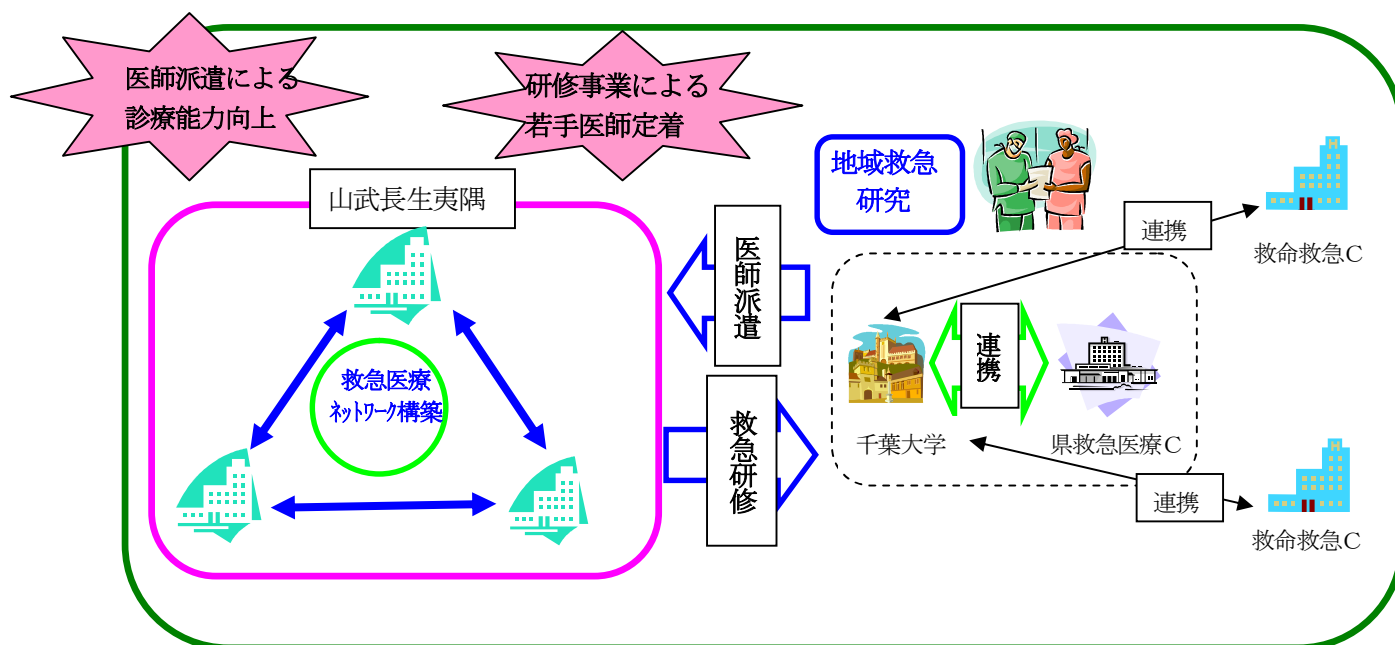
- 医師不足はどの診療科においても大変な状況にあるが、救急医療については、勤務環境が厳しいことなどもあり、特に医師不足が深刻な分野である。(表 1)
しかし、安定した救急医療を提供するためには、救急医やその他の医療従事者の確保が必要である。
- 現在、医師不足の深刻な山武長生夷隅医療圏に救急医やその他の医療従事者を確保するためには、どのようにしたらいいだろうか。今は医局の医師派遣機能も弱まり、医局長が命令すれば、医局の若手医師がその地域に赴くという時代ではない。特に若手の医師等をその地域に呼ぶためには、その医師にとって有益となるような学ぶべき環境があるかどうかというのが、大きなファクターとなっている。
だが、今すでに医師不足である山武長生夷隅医療圏において、すぐに若手医療従事者にとって魅力あふれるような研修病院が整備できるわけではない。
- そこで、大学と連携し、山武長生夷隅医療圏に隣接する医療圏の高度救命救急センターで、最先端の救急医療研修を受けられる体制を整えることで、医療技術の修得を目指す若手医療従事者の定着を図る。このことにより、若手医師が集まり、病院の活性化が進めば、さらなる若手医療従事者の確保にも繋がっていく。
- また、県内唯一の医師養成機関である千葉大学に、救急医療及び産婦人科、小児科など救急医療との関連が強い診療科に関する寄附講座を設置し、地域救急医療構築のための研究を行うとともに、その研究の一環として、山武長生夷隅医療圏を始めとする地域の病院に救急医の派遣を行う。
- 山武長生夷隅地域等に寄附講座の一環として救急医等の派遣を行えば、その医師の指導を受けられることから、若手医師のモチベーションも高まる。
さらに、その経験から、地域救急医療の構築のためのノウハウを蓄積して、それを全県的に広げていくこともできる。

(表1) 県内の救命救急医の数

医療圏名	救命救急医数	医療圏名	救命救急医数
千葉	19	山武長生夷隅	0
東葛南部	5	安房	10
東葛北部	14	君津	3
印旛	13	市原	5
香取海匝	5	合計	74

※県内の医療圏で、山武長生夷隅医療圏だけが救命救急医数が0となっている。

【救急医療に携わる担当医師・看護師の確保・研修】のイメージ



- ・ 大学と連携した救急医療研修の実施
- ・ 千葉大に設置した寄附講座からの医師派遣
- ・ 地域での救急医療ネットワークの構築

イ 具体的事業

(ア) 救急医療に携わる担当医師・看護師の確保・研修事業

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

事業終了後は、県単事業として継続予定

(事業総額) 0.98億円 (基金負担分 0.98億円)

(事業目的)

- 当医療圏の救急搬送のボトルネックになっているのが、医師をはじめとした救急医療従事者の不足である。医師を集めるためには指導体制などを整え、魅力ある病院にしていくことが重要であるが、今ぎりぎりの状態でやっている病院をすぐに魅力的な研修病院にすることは不可能である。そこで、全国的にも数少ない独立型の救命救急センターである県救急医療センターにて救急医療従事者研修支援事業を実施し、山武長生夷隅医療圏の救急医療従事者に高度救命救急センターの最先端の医療技術を学べる環境を作る。
- また、当支援センターでは、救急の合同症例検討会などを実施することにより、地域の救急医療従事者のネットワークを構築するための場としても利用し、救急医療従事者同士の連携を図るものとする。

(事業の積算)

- a 救急医療従事者研修支援事業 (人件費)
- b 救急医療従事者研修支援事業設備整備

(イ) 地域病院への医師派遣を目的とした寄附(救急・麻酔・小児・産婦人科)事業

(事業期間) 平成22年度 事業開始、平成25年度 終期

25年度で事業終了

(事業総額) 2.65億円 (基金負担分 2.65億円)

(事業目的)

- 千葉大学等に寄附又は補助し、地域の医療機関に救急医療又は地域医療を行う医師の派遣を行う。

■ 地域医療再生プログラム終了後に実施する事業

a 救急医療に携わる担当医師・看護師の確保・研修事業

(単年度事業予定額 54,000 千円)

○救急医療従事者研修支援事業

- ・ 研修指導医の person 費
- ・ 指導看護師の person 費

6 対象地域における達成すべき医療に関する目標

山武・長生・夷隅医療圏の達成すべき目標について、基盤（ストラクチャー）、過程（プロセス）、結果（アウトカム）の点から下記の通り設定する。

〈基盤（ストラクチャー）について〉

（１）救命救急センターの設置に対する支援：０ヶ所→１ヶ所

- 救命救急センターを附置する九十九里医療センター（仮称）が平成25年度開院予定であり、必要な人的、財政的支援を行う。救命救急センターを圏内に設置することで3次救急医療を圏内で完結することが可能になる。

（２）回復期リハビリテーション機能の確保：０床→50床（人口10万人対）

- 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の定める目標値50床（人口10万人対）を他の医療圏に先駆けて確保し、救急治療を終了した患者を受け入れる。また回復期リハビリテーションを通して、患者の機能回復・速やかな社会復帰を支援する。

（３）圏内に救命救急医を配置：０人→20人

- 千葉大と連携し、救命救急医を圏内に20人配置し、高度救急医療に対応できるように支援する。

〈過程（プロセス）について〉

（１）初期・2次救急機能を強化し、救急患者の受け入れ能力を向上させる。

そして、初期・2次救急の空白日及び救急空白時間を解消する。

（２）救急搬送に要する時間を短縮するために、患者の状況に応じて最適な搬送先を選定する救急医療コーディネートシステムを構築する。

（３）研修等を通じ、救急医療技術の向上のために必要な支援を行う。

研修受講者：0人→400人、研修施設：0ヶ所→9ヶ所

〈結果（アウトカム）について〉

（１）圏外医療圏への救急搬送率：34%→10%


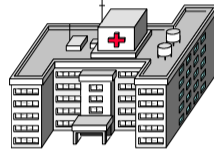




- 医療機関の機能・役割分担を見直し、連携を強化することで、圏外搬送率を全県平均の10%に改善する。

（２）救急搬送に30分以上要する事例の割合を改善：80%→45%



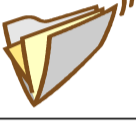
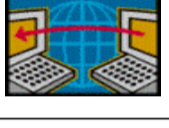
- 救急医療コーディネートシステムにより機能的な救急医療体制を構築し、最適な医療機関までの救急搬送に30分以上かかる割合を全体の80%から県内医療圏で最も低い45%まで改善する。

上記目標を達成することで、圏内の救急医療機関の役割分担は明確化し、相互連携も強化され、圏域内で完結する迅速かつ体系的な救急医療体制が構築される。また、医療資源を十分に活用し、地域連携に基づく包括的な医療が提供される。その結果、住民の誰もが満足し、安心して暮らせる医療圏が確立されていることを、究極の目標とする。

VI 千葉県における地域医療再生のスケジュール (NO. 1 モデル医療圏1)




圏域	香取海匝医療圏					
	医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化					
	当医療圏における医療機関の役割分担・機能再編	地域医療支援センターと地域連携病院の整備	地域連携病院への医師の派遣・研修とかかりつけ医機能強化	千葉県共用地域医療連携パスの構築と地域医療機関ITネットの整備	県民と医療関係者・行政の協働する医療再生の取り組み	
21年度	 地域医療連携のための検討協議組織の設	 地域医療支援センターと地域連携病院の整備・	 地域連携病院への医師の派	 パスの運用	 ITネットの整備	 情報発信・シンポジウム・有識者の参画によるフォローアップ
22年度	↓	↓	↓	↓	↓	↓
23年度	↓	↓	↓	↓	↓	↓
24年度	↓	↓	↓	↓	↓	↓
25年度	↓	↓	↓	↓	↓	↓
26年度以降	地域連携のための取り組み ↓	当医療圏における展開の継続と ↓	↓	↓	↓	↓

(NO. 2 モデル医療圏2)

圏域	山武長生夷隅医療圏		
	二次保健医療圏で機能する重層的な救急医療体制の構築		
	圏域における救急医療 拠点整備と救急医療・転 院搬送体制の底上げ	救急医療コーディネートシステム の構築	千葉県共用地域医療連 携パスの構築と地域医 療機関ITネットの整備
21 年度			  パスの運用 ITネットの 整備
22 年度	3次救急拠点整備 初期・2次救急・転院	救急コーディネート センターの整備	運用開始
23 年度		後方支 援施設 も整備	
24 年度			
25 年度		救急コーディネートセ ンターの運用	
26 年度以 降			パスの運用 等継続 ITネットの 運用継続

救急医療のあり方等についての協議や啓

(NO. 3 全県域)

圏域	全 県		
	全県的な医療従事者の確保・資質向上		
	医師確保・研修・就業支援の全県的システム化	救急医療に携わる医師・看護師の確保・研修	在宅医療従事者確保・研修のシステム化
21年度			
22年度	千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター等	救急医療に携わる医療従事者の確保	システムの研究・実践(研修センター)
23年度	キャリアアップ・就職支援センター等の運用	寄附講座の設	モデル拠点での研究・実践
24年度			
25年度			
26年度以降			モデル拠点における展開の継続

在宅医療支援のための関係者の協議

VII おわりにー地域医療再生に向けた千葉県の決意

1 千葉県の決意

- 千葉県は、今回の地域医療再生計画の策定の段階と採択された後の実行の段階の両面において、思いつき、バラマキ的な対策は行わないことを強く意識している。また同時に、5年間で必ず地域医療再生の成果があがるとともに、対策は、10年後、20年後を見据えて推進することとしている。
- また今回の千葉県地域医療再生プログラムには、地域医療の再生に向けた数多くの事業が盛り込まれているが、各事業がバラバラに機能するものではない。一つひとつの事業が連動し、全体として地域医療再生に向けた一つのパッケージとなるプログラムの内容となっており、実際の実施にあたっては、施策・事業間の連動を中心に進めて行くこととしている。
- 今回の千葉県の地域医療再生計画が採択された場合、それをきっかけとして、千葉県医師会、千葉大学、東京大学、旭中央病院・亀田総合病院・君津中央病院等の地域の拠点病院、千葉県内の私立大学附属病院、（独）国立病院機構、その他の民間や公的病院等、かかりつけ医、市町村、千葉県が、地域医療再生の視点で団結することが何よりも大切であると考えている。

2 今回の地域医療再生計画の策定を契機として

(1) 香取海匠医療圏

- 銚子市をはじめとする地域医療崩壊の全国的なモデルとなった香取海匠医療圏の地域医療を5年以内に必ず復活させることとしている（医療圏内の医療機関の役割分担・機能再編・ネットワーク化を実現する）。

(2) 山武長生夷隅医療圏

- 救急医療の拠点施設が無く、管外への救急搬送が半数近くに及んでいる地域がある山武長生夷隅医療圏の救急医療体制を5年以内に必ず構築する（二次医療圏で機能する重層的な救急医療体制を構築する）。

(3) 全県的な医師確保対策

- 全県的な医療従事者の確保・研修・就職支援システムを構築する。
- 在宅医療を担う医療従事者の確保・研修を通じた在宅医療提供システムを構築する。
- 救急医療を担う医療従事者の確保・研修を通じた全県的なネットワークを構築する（モデル地域での医療再生を実現するための全県的な医療従事者の確保と資質向上させる）

3 まとめ

- 千葉県は地域医療を必ず再生する。千葉県のみならず、全国に役立つ地域医療再生を実践することとしている。