

〔高次脳機能障害〕

- 高次脳機能障害の当事者への専門的相談支援及び医療と福祉の一体的な支援を普及・定着させるため、高次脳機能障害の診断及びその特性に応じた支援サービスの提供を行う協力医療機関（医療機関、リハビリ機関等）及び専門支援機関（就労支援機関、教育機関等）を確保・明確化し、地域の関係機関が相互に連携・調整を図り、当事者やその家族等の支援に資する情報提供を行う地域支援ネットワークを構築することを目指します。
- ネットワークにおいては、精神科領域との連携強化を図るべく、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと連携し、高次脳機能障害の支援体制の充実を図ります。

〔摂食障害〕

- 摂食障害については、摂食障害治療支援センターにおいて、専門的な相談支援、適切な治療、他の医療機関の医師等への指導助言・研修を行い、身近な地域の医療機関で摂食障害治療を受けられる体制づくりを目指します。また、教育機関と連携し、摂食障害の予防や早期発見・早期受診につながるよう努めます。
- 厚生労働省は、平成26年度より摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センター設置運営事業を実施しており、県でも地域の診療の拠点となる医療機関を「摂食障害支援拠点病院」*として指定しています。
- 摂食障害支援拠点病院と県の協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族等への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制構築のための調整を行います。

〔児童・思春期精神疾患、発達障害〕

- 児童・思春期精神疾患、発達障害といった専門的な治療を行える医療機関が少ない疾患については、専門的に治療を行っている機関を中心とした広域的な医療ネットワークをつくり、専門的機関から助言・指導等を得ることによって、新しい技術などを活用しながら、身近な地域の医療機関で治療を受けられる体制づくりを目指します。

〔てんかん〕

- 県のてんかん連携体制の構築につなげることを目的として、「千葉県てんかん支援拠点病院」を指定したところであり、拠点病院を中心にネットワークを構築し、身近な地域で相談や治療を受けられる体制づくりを目指します。
- てんかんに関する専門的な相談支援、他の医療機関や関係機関と患者の家族との連携・調整を図るほか、治療や相談支援等に携わる関係機関の医師等に対する助言・指導、地域におけるてんかんに関する普及啓発を実施します。

〔精神科救急〕

- 精神科救急医療については、病院の協力を得て、精神科救急基幹病院や精神科救急輪番病院の拡充などにより緊急時に対応できる空床を確保するよう努め、夜間休日に身近な地域で必要な医療を受けられるよう努めます。

〔身体合併症〕

- 新興感染症等を含む身体合併症を有する精神疾患救急患者については、「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」を基に、引き続き協力病院の拡充に努めます。
- 身体・精神科合併救急患者等に対し、迅速かつ適切な医療を提供する機能を有する総合救急災害医療センターと関係機関との連携を進めます。

〔自殺対策〕

- 自殺対策については、自殺対策強化月間などにおいて県民の自殺に関する理解を促進するとともに、相談支援機能を強化し、相談窓口の一層の周知を図ります。また、自殺の危険性の高い人やうつ状態にある人の早期発見、早期対応を図るため、自殺の危険やうつ症状を示すサインに気付き、適切に対応することができる「ゲートキーパー*」の役割を担う人材の養成を行います。
- 令和5年11月に新たに整備された総合救急災害医療センターにおいて、精神科リエゾンチームによる自殺未遂者支援を実施します。
- 県内の救急医療機関に搬送又は自ら受診した自殺未遂者のうち、同意を得られた者について、地域の継続的な支援に繋げるための調整を行います。
- 自死遺族に対しては、各種支援情報の提供を推進するとともに、自死遺族の心理的影響を和らげるための活動を行う団体を支援するなど、遺族支援に取り組みます。
- 自殺対策は、保健・医療・福祉・教育・労働・警察・民間団体等の様々な分野の機関や団体による総合的な推進が必要であることから、連携して自殺対策に取り組みます。

〔災害精神医療〕

- 災害時の精神医療については、DPA Tの複数チームの派遣または中長期の活動が可能となる体制を整備するため、DPA T養成研修を継続的に開催し、チーム数を増やします。また、構成員の資質向上のためフォローアップ研修や、災害時に迅速かつ適切な支援活動が行えるよう、消防や他の医療チームとの合同訓練に参加します。
- 災害時における精神科の医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点精神科病院として、令和5年11月に、総合救急災害医療センターを指定し、DMA T、DPA Tを同一病院内で運用できる機能を生かして身体・精神両面にわたる包括的な災害医療を提供します。
- 精神科病院に対しては、災害時に備えた体制等を検討・整備するよう指導していきます。

上記の施策に取り組むとともに、医療圏ごとに各疾患等に対応している医療機関の明確化や、各医療圏及び県全体での協議の場を通じて、多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築を図ります。

(エ) 施策の評価指標

[基盤 (ストラクチャー)]

指標名	現状	目標
精神科救急基幹病院数 ^{※1}	14病院 (令和5年7月)	14病院 (令和11年度)
精神科救急身体合併症に対応できる施設数 ^{※2}	5病院 (令和5年7月)	6病院 (令和11年度)
救命救急センターで「精神科」を有する施設数	14箇所 (令和5年4月)	15箇所 (令和11年度)
治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数	22病院 (令和2年度)	24病院 (令和9年度)
精神疾患の訪問看護を実施している医療機関数(認知症を除く)	154施設 (令和2年度)	165施設 (令和11年度)
グループホーム等の定員	10,410人 (令和4年度)	15,000人 (令和8年度)

※1 精神科救急入院料算定認可医療施設数として、総合救急災害医療センターを含む

※2 身体疾患合併症対応協力病院運営要領に基づき登録した医療機関数

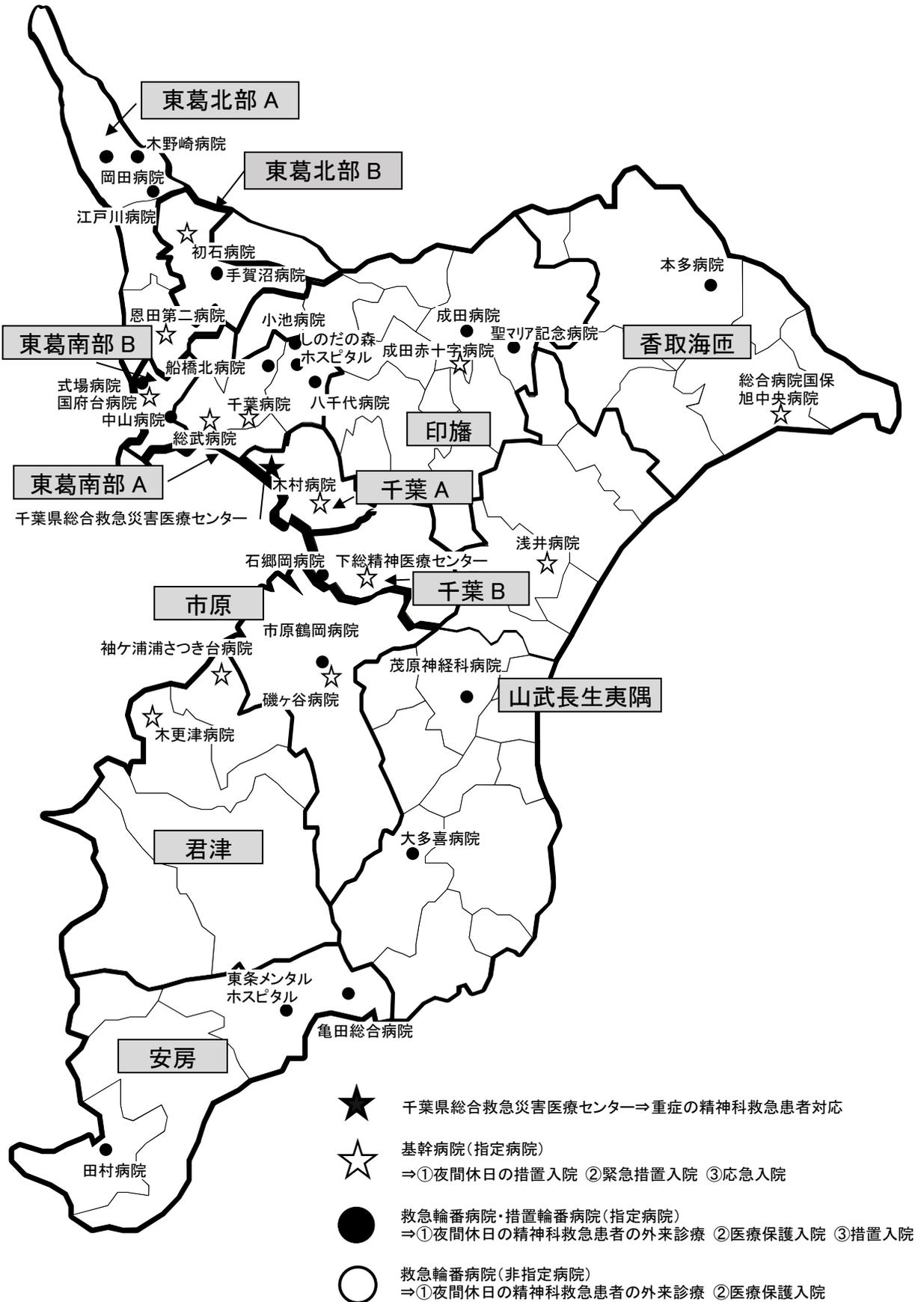
[過程 (プロセス)]

指標名	現状	目標
精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人数	41人 (令和4年度)	50人 (令和11年度)
地域移行・定着協力病院数	25病院 (令和5年4月)	27病院 (令和11年度)
統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	1.18% (令和2年度)	1.88% (令和9年度)
精神疾患の訪問看護利用者数(認知症を除く)	5,064人 (令和4年6月)	5,280人 (令和11年度)

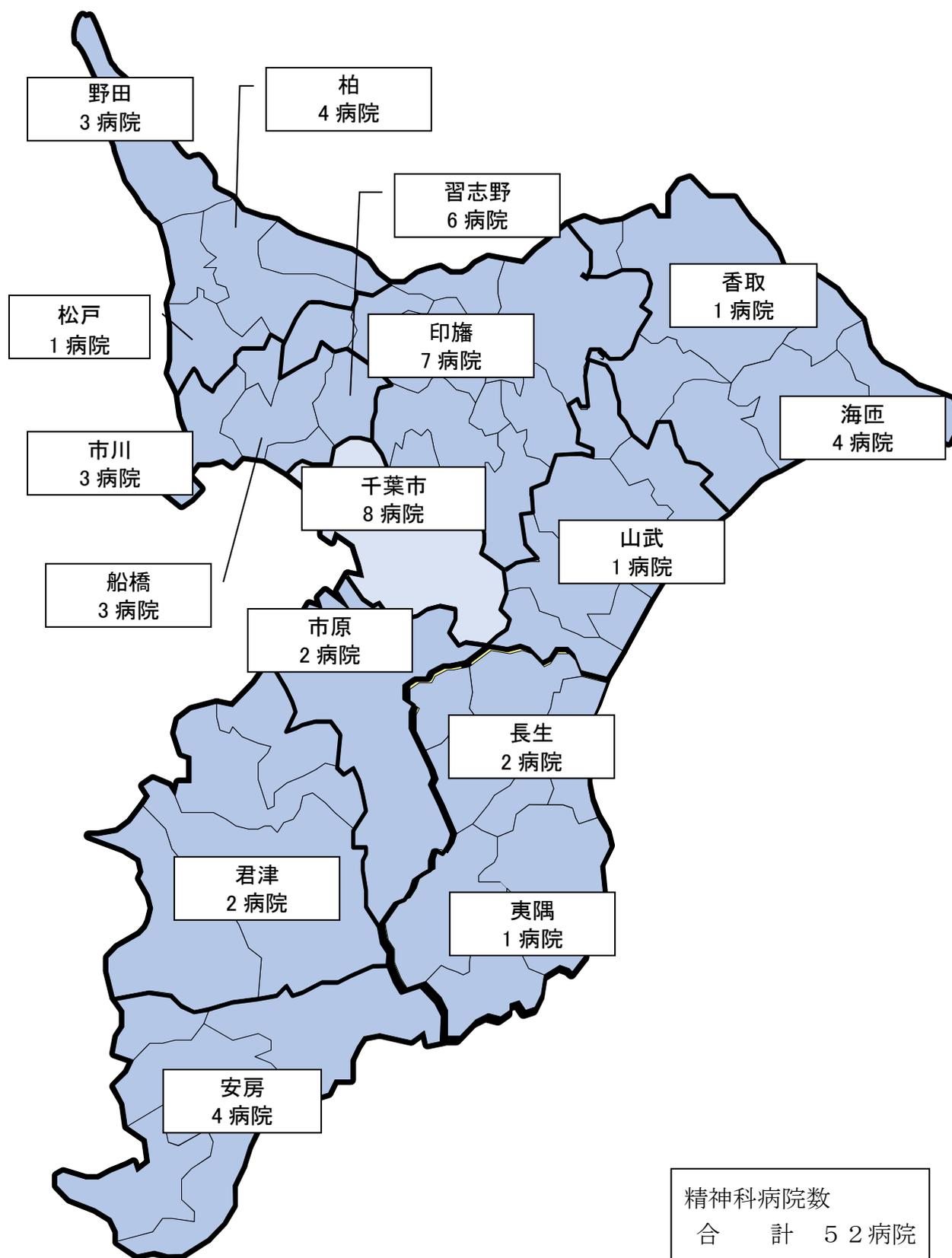
[成果 (アウトカム)]

指 標 名	現状	目標
退院患者平均在院日数 (精神病床)	312.0日 (令和4年度)	305.0日 (令和11年度)
精神障害者の精神病床から退院 後1年以内の地域での平均生活 日数	330.0日 (令和元年度)	332.4日 (令和7年度)
在院期間5年以上、かつ65歳 以上退院者数(1月当たりの退 院者数)	15人 (令和4年6月)	21人 (令和11年)
精神病床における急性期(3か 月未満)入院患者数	1,959人 (令和4年6月末)	2,223人 (令和8年)
精神病床における回復期(3か 月以上1年未満)入院患者数	1,529人 (令和4年6月末)	1,790人 (令和8年)
精神病床における慢性期(1年 以上)入院患者数	6,916人 (令和4年6月末)	4,952人 (令和8年)
精神病床における慢性期入院患 者数(65歳以上)	3,924人 (令和4年6月末)	2,671人 (令和8年)
精神病床における新規入院患者 数の平均在院日数	104.8日 (令和元年度)	103.6日 (令和7年度)
精神病床における入院後3か月 時点の退院率	67.2% (令和元年度)	67.8% (令和7年度)
精神病床における入院後6か月 時点の退院率	81.6% (令和元年度)	82.2% (令和7年度)
精神病床における入院後1年時 点の退院率	88.4% (令和元年度)	89.0% (令和7年度)
自殺死亡率 (人口10万対)	16.6 (令和2~4年平均)	13.0 (令和6~8年平均)

図表 5-1-2-5-4 千葉県内の精神科救急医療圏域及び救急医療施設



図表 5-1-2-5-5 千葉県内の精神科病院数



※令和5年4月現在

② 認知症

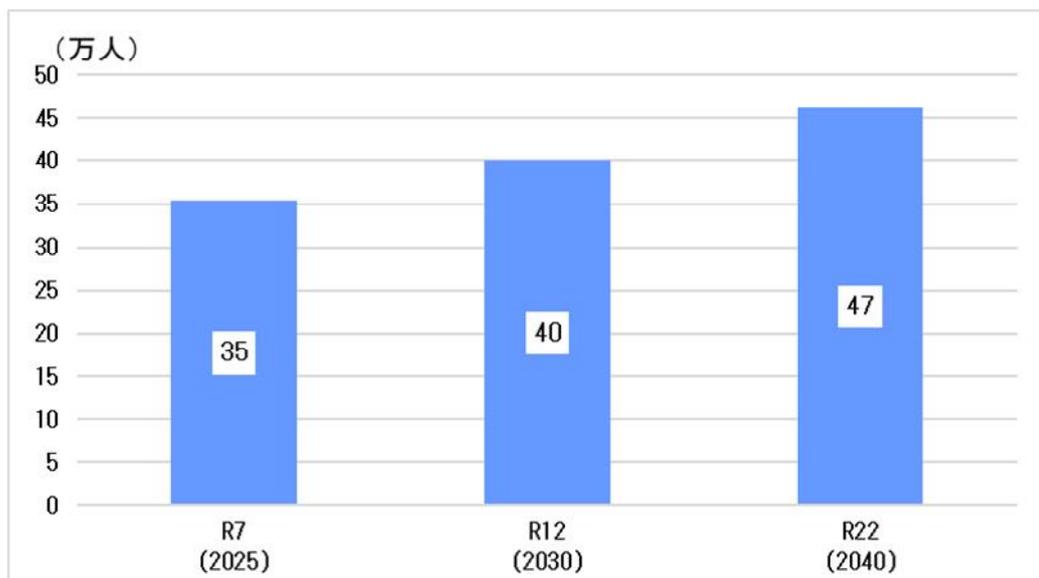
(ア) 施策の現状・課題

認知症の出現率は、加齢に伴って高まることから、平均寿命の延伸に伴い増加し、認知症高齢者数は令和7年の約35万人から令和22年には約47万人に増加すると見込まれています。また、85歳以上では約半数以上に認知症の症状が見られるとの研究報告もあり、誰もがなりうるもので、介護者等として認知症にかかわる可能性があるなど、身近な病気であると言えます。

そのため、認知症については、単に認知症の人やその家族への支援だけではなく、長寿社会に対する県民自身の意識向上や、認知症予防に向けた日々の取組等、超高齢社会における総合的な対策が必要となります。

また、認知症の初期の段階から終末期に至るまで、疾患の進行とともに大きく変化する症状やケアのニーズに応じて、医療と介護が連携した適切な相談支援とケアマネジメントが連続的に行われることが重要です。

図表5-1-2-2-1 認知症高齢者の将来推計（千葉県）



※令和7年以降の人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2018年3月推計）」による推計値（令和7年の高齢者人口：179.1万人）

※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働省科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）による認知症有病率（「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）厚生労働省老健局・平成27年1月」より）に本県の65歳以上の高齢者数を乗じて推計

〔共生社会の実現を推進するための認知症基本法〕

2023年（令和5年）6月、共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立し公布されました。我が国における急速な高齢化の進展に伴い、認知症の人が増加している現状に鑑み、認知症の人が尊厳を維持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することを目的としています。

認知症施策の基本理念や、国・地方公共団体等の責務、認知症施策を推進するための計画の策定、基本的施策、認知症施策推進本部の設置などについて明記され、共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策の取組を国・地方公共団体が一丸となって行っていきます。

〔早期発見・早期対応等〕

正常と認知症の中間に当たる状態であるMC I（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害*）は、認知機能（記憶、遂行機能、注意、言語、視空間認知）に低下が生じてはいますが、日常生活は自立している状態です。

MC Iに気づき、対策を行うことで認知機能の改善や症状の進行を抑制できる可能性があります。

現状では、認知症になることを完全に防ぐことは困難ですが、原因疾患によっては、介護予防にもつながる生活習慣病の治療、食生活の見直し、定期的な運動や趣味活動による脳の活性化を図ることなどで、認知症の予防、発症や進行を遅らせることも期待されており、県民一人一人の生活習慣の改善や健康づくり等の取組をいかに持続させるかが重要です。

認知症は、早期に発見し、生活環境の調整や介護の工夫等、適切な対応をすることによって、何かを探したり、居心地が悪いなどの原因で歩き回ることや、不安や混乱から落ち着かなくなる等の症状（行動・心理症状（BPSD）*）を抑え、認知症になってもその人らしく生きることができると言われています。

また、新たな治療薬の登場についても関心が高まっています。

認知症の初期症状は、注意深く観察しないと加齢による症状と見分けがつきにくいものであるとともに、認知症の人やその家族が受診をちゅうちょしたり、症状を明かさないうことにより、発見と対応が遅れることがあります。

認知症の人やその家族が認知症を疑ったとき、まずどこに相談すればよいか、どこの医療機関を受診すればよいかという情報を、誰でも容易に得られるようにすることが求められています。

〔若年性認知症〕

若年性認知症は、65歳未満での発症により、就労や生活費等の経済的、精神的負担が大きい一方で、社会的理解が乏しく支援体制も十分に整っていない現状にあることから、若年性認知症に対する社会的理解を深め、若年性認知症の人やその家族に対する支援体制を整える必要があります。

さらに、若年性認知症の人や親等の介護が重なり、その家族が複数介護になったり、子育て等が重なる可能性があることから、様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく必要があります。

〔入退院時からの地域生活への支援〕

身体合併症を伴う認知症の人が医療機関に入院する際、入院生活に慣れるまでに

時間がかかることや、患者が入院の必要性を理解できないことなどにより、入院治療が困難になる場合があります。受診・入院治療の受入れや、症状に即した治療や看護を行うため、認知症に関する正しい知識に基づく対応ができる人材の育成支援が必要となります。

極めて重篤な行動・心理症状（BPSD）により、一時的に精神科での対応が必要となる場合がありますが、精神科で対応すべきBPSDは、3か月程度で軽快することが多いといわれることから、入院にあたっては入院目的を明確にするとともに、入院時から在宅復帰を念頭において退院後の受入先の確保や家族との調整等を行うことが重要です。

また、認知症の進行に伴い、治療とともに介護が中心となることを考えると、地域の中核的な病院の支援体制の下で、医療機関や介護施設、訪問看護ステーション、居宅介護サービス事業所等、多様な地域資源が連携し、役割分担をしながら、地域での生活を支える仕組みが求められています。

〔認知症の進行と看取り支援〕

認知症対策は、認知症の人やその家族の視点に立ち、各関係機関が連携して取り組んでいくことが必要です。

認知症が進行すると、身体状況や自分の思い等を周囲にうまく伝えられなくなることがあります。そのため、認知症が進行する前に、早期に身体や口腔機能等を確認し、必要に応じた治療や補聴器等の補助器具・義歯等を作成するほか、終末期の過ごし方を家族や身近な人と話し合っておくこと等が重要になります。

終末期における看取り支援では、尊厳を保ちながら最期まで自分らしく生きられるよう、認知症の人やその家族の意思を尊重する必要があります。判断能力の回復が見込めない状況になっても患者の価値観を尊重し、希望する人生の最終段階における医療や介護等を受けることができるように、自らの意思を表明できない状況になる前に、延命を目的とした医療処置の希望について、かかりつけ医や家族など身近な人と十分に話し合っておくことが必要です。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

認知症の循環型地域医療連携システムは、県民が、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活し続けられるよう、在宅生活を維持するための医療機関、鑑別診断*や専門医療相談ができる医療機関、行動・心理症状（BPSD）が悪化した場合や身体疾患のある認知症患者の入院対応ができる医療機関等の各機関に加え、地域包括支援センター*や介護サービス事業所等の総合的な連携により構築します。また、行政等による認知症に関する正しい知識の普及・啓発といった日常生活支援対策も含まれます。

かかりつけ医は、認知症の可能性について判断するとともに、認知症疾患医療センター*等の専門医療機関による鑑別診断とその治療計画等に基づき、地域包括支援

センターや介護支援専門員等と連携して日常の診療を行います。また、BPSDや身体疾患により、認知症の人が入院した場合、在宅復帰に向けた退院支援に協力し、退院後は、専門医や地域の介護サービス事業所等と連携を取りながら引き続き療養支援を行います。

認知症サポート医*は、かかりつけ医に対して認知症治療に関する助言を行うとともに、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となります。

認知症疾患医療センターは、かかりつけ医等から紹介・相談を受けて、認知症の鑑別診断や専門医療相談を行うとともに、BPSDや身体合併症に対する急性期治療を実施するほか、地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、保健・医療・介護関係者との連携を図り、認知症の保健医療水準の向上を図ります。

訪問診療を行う医療機関は、通院が困難な人や、病気の認識がなく医療機関への受診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活を踏まえた診療を行います。

市町村が設置する認知症初期集中支援チーム*は、複数の専門職が認知症と思われる人、または、認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期支援を包括的・集中的に行い、自立した生活のサポートを行います。

BPSDや、認知症の人の身体疾患が悪化した場合、一時的に入院治療を行う入院医療機関は、かかりつけ医等の地域の医療機関や認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携を図り、できる限り短い期間での退院を目指します。

地域における認知症支援体制の構築を推進するため、「認知症地域支援推進員」や「千葉県認知症コーディネーター」が中心となり、認知症施策の要役として、地域の実情や課題に応じた活動が行われるよう支援します。千葉県認知症コーディネーター*は、国により市町村に必置とされている「認知症地域支援推進員*」として活動することができます。

認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができるよう、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート*」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者の連携を図ります。

(ウ) 施策の具体的展開

a. 認知症に対する正しい理解の普及・啓発とやさしいまちづくりの推進

[認知症の人、家族、地域住民の理解促進]

- 認知症に対する正しい理解を持つ認知症サポーター*の養成や活用、サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイト*の養成、さらには認知症メモリーウォーク*等、世界アルツハイマーデー及び月間*におけるオレンジライトアップ*などの取組を通じて、より多くの県民、企業等に認知症に関する正しい知識と理解を広めるための普及啓発を進めます。
- 行政や保険者による健康診断等の自覚症状・セルフチェック項目に、初期症状の把握等、早期発見のための項目を盛り込むことを検討するとともに、早期受診につながるよう、受診可能な医療機関等の情報収集・整理及び情報提供の促進を図ります。
- 認知症の人や介護者に対し、地域包括支援センターと連携した家族交流会や若年・本人のつどいを開催し、認知症の知識、精神面での支援等を図ります。
- 認知症と思われる初期の段階から、心理面、生活面の支援として、地域において、認知症の人の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等に対し、認知症サポーターが中心となり、コーディネーターやかかりつけ医、初期集中支援チームなど関係機関と連携しながら、支援をつなぐ仕組みであるチームオレンジを県内市町村で整備が進むよう支援し、認知症になっても安心して暮らし続けられる安全な地域づくりの推進を図ります。

b. 認知症予防の推進

[介護予防、自立支援及び重度化防止の推進]

- 市町村が行う介護予防、自立支援及び重度化防止の取組を支援するため、先進的な取組を集積し、情報提供や研修会を行います。
また、介護予防市町村支援検討会議により予防事業の評価・推進を図ります。
- モデル市町村に対し、アドバイザーを派遣し介護予防のための地域ケア個別会議の立ち上げを支援します。
このモデル的な取組で得られた成果を基に、効果的な介護予防が実施されるよう、市町村支援に努めます。
- 市町村の一般介護予防事業を総合的に支援できるリハビリテーション職を育成するための研修を行います。
- 認知症の早期発見・早期対応に向け、認知症の人や家族が認知症に気付くきっかけの一助とするため、認知症チェックリストの普及啓発を行います。

[介護予防の推進に資する人材の養成]

- 生活習慣病予防対策として重要な特定健診・特定保健指導に従事する人材を育成するため、研修会を行います。

- 第4次食育推進計画に基づき、高齢期の生活習慣病や低栄養予防、健康づくりのための食育を推進するため、高齢期の食育に携わる専門職及び地域ボランティアの人材育成を行います。

〔健康づくりと認知症予防の普及啓発〕

- 要介護・要支援にならないよう、早期からの予防につながるロコモティブシンドローム（運動器症候群）等の予防や、口腔ケアの大切さと口腔の状態と健康との関係に関する知識等について、ホームページ等を活用した普及啓発を行います。

c. 早期診断と適切な医療・介護連携体制の整備、多職種協働の推進

〔かかりつけ医、認知症サポート医の診療体制の整備〕

- かかりつけ医に対して認知症診断の知識・技術等を習得するための研修会を開催し、早期の段階において適切な対応が図られるよう支援します。
- 認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言・支援を行うとともに、専門医療機関や市町村等との連携の推進役となる認知症サポート医を、県医師会と連携しながら養成し、認知症の早期発見・早期治療等の医療体制の充実を図ります。

〔多職種のネットワークや継続的で一貫した相談支援体制の構築〕

- 認知症の人の支援も含めた包括的な支援体制を構築するため、地域包括支援センターの機能強化等を図ります。
- 専門医療相談や、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症や行動・心理症状（BPSD）への急性期対応、かかりつけ医への研修、地域包括支援センターや介護サービス事業所等と連携した生活支援等を行う認知症疾患医療センターについて、二次保健医療圏に1か所以上の配置を図り、相談・支援体制の充実を図ります。
- 認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者の連携を図ります。
- 地域における認知症支援体制の構築を推進するために、認知症施策の推進役、また、認知症の人の医療・介護等の支援ネットワーク構築の要役として、地域の実情や課題に応じた活動を行っている「認知症地域支援推進員」及び「認知症コーディネーター」の活動充実を図ります。また、「認知症地域支援推進員」と「千葉県認知症コーディネーター」が医療・福祉・介護・行政等の関係者と協力しながら、関係者のネットワーク構築や調整、地域資源情報の提供などを行うことができるよう資質の向上を図ります。
- 複数の専門職が認知症と思われる人、または認知症の人やその家族を訪問し、観察・評価等の初期支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」

や、地域ごとに作成される認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れである「認知症ケアパス」等が有効に機能するよう市町村を支援します。

- 認知症の人とその家族の支援には、様々な専門職による連続的かつ包括的な支援が必要であることから、各専門職の研修の実施を進めます。

〔中核症状、行動・心理症状（BPSD）への対応〕

- 中核症状の進行抑制やBPSDの出現予防、緩和を図り、適切な医療やケアの提供及び環境調整が行われるよう、医療体制の充実を図るとともに、医療や介護サービス等の効果的な組み合わせによる支援体制づくりを進めます。
- アルツハイマー型認知症の場合、中核症状については、適切な薬物療法により、記憶力低下の進行を遅らせることが可能と言われており、早期発見・早期診断が重要なため適切な診療を早期から受けられるよう、認知症の人・家族を始め関係者に対する普及・啓発を進めます。

またMC Iや、認知症の初期段階におけるリハビリテーションが有効とされていることから、認知症の人の生活情報を重視した多職種協働によるリハビリテーションの普及等の施策を検討します。

- BPSDについては、地域のかかりつけ医等による外来診療や往診による投薬管理を含めた適切な医療を提供することにより、その軽減を図ることができると言われており、認知症の人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発や研修の充実を図ります。
- また、BPSDは、環境調整を行ったり、ケアの対応を変えたりすることで症状が大きく改善されると指摘されており、認知症の人を中心にとらえた課題分析とケアが実践され成果を挙げているため、認知症の人に関わる多職種のスタッフがこれらの手法を活用し、BPSDを重症化させない予防的な取組に係る施策を推進します。

〔激しい行動・心理症状（BPSD）を伴う認知症患者への対応〕

- 激しいBPSDは、3か月程度で軽快することが多いと言われているため、医療機関と介護施設の連携体制の構築を支援するとともに、退院時の一時的な受入先としての施設機能の検討や、施設職員の認知症対応能力の向上を図り、早期在宅復帰を促進します。

d. 認知症支援に携わる人材の養成

〔認知症への対応〕

- 多職種のスタッフが連携してチーム支援を行えるよう、人材の養成や、病院・施設内等において活動しやすい環境づくりを促進します。
- 早期の段階における診断、治療と適切な対応が図られるよう、認知症サポート医の養成及びかかりつけ医、病院勤務の医療従事者、歯科医師・薬剤師・看護職員（病院勤務以外も含む）向け認知症対応力向上研修を行います。

〔身体合併症（行動・心理症状（BPSD）を伴う場合を含む）への対応〕

- 精神科リエゾンチームによる診療協力など、身体合併症の治療を行う医療機関と、BPSDの治療を行う医療機関が連携を図り、役割分担しながら治療に当たることのできる体制の構築を促進します。

e. 認知症の人やその家族への支援

〔認知症の人やその家族の視点の重視〕

- 認知症の人の声の発信支援と、認知症の人やその家族の視点を重視し、認知症施策の企画・立案等に反映します。

〔認知症の人やその家族への支援〕

- 在宅においては認知症の人の最も身近な家族など、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や、介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進します。
- 地域の実情に応じて、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人やその家族が集う取組について市町村へ普及を促進します。
- 「ちば認知症相談コールセンター*」を設置し、電話相談に加え面接相談を実施します。また、当事者同士で悩みを共有し、認知症の人やその家族に対して認知症に関する知識を提供したり、精神面での支援を行う、本人・家族交流会を開催します。

〔終末期における看取りの支援〕

- 認知症の人の痛みや苦痛の感じ方、経管栄養等の医療行為の意味、どこまで医療行為を行うか、その医療行為がその後の経過にどのような影響を及ぼすか等について十分に患者やその家族に情報提供することも含め、患者の意思決定や看取りの支援を行う医療機関と看護・介護従事者等による連携体制の構築を支援します。

f. 若年性認知症施策の推進

〔若年性認知症の人やその家族への支援〕

- 当事者ととともに医療、介護、福祉、雇用の関係者が連携するネットワークの充実を図ります。
また、市町村と連携し、症状の進行に応じて若年性認知症の人やその家族が利用できる制度や地域資源の情報の整理を進めます。
- 若年性認知症支援コーディネーター*を配置し、若年性認知症に関する相談窓口を設置して、支援体制を整えます。

(エ) 評価指標

〔基盤 (ストラクチャー)〕

指 標 名	現状 (令和4年度)	目標 (令和8年度)
チームオレンジ設置市町村数	17市町村	54市町村
認知症サポーター数	604,231人(累計)	753,000人(累計)
キャラバン・メイト数	4,845人(累計)	5,560人(累計)
認知症初期集中支援チーム フォローアップ研修修了者数	384人(累計)	750人(累計)
認知症サポート医の養成人数	600人(累計)	780人(累計)
かかりつけ医認知症対応力 向上研修修了者数	1,423人(累計)	1,830人(累計)
病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修修了 者数	4,581人(累計)	6,181人(累計)
病院勤務以外の看護師等 に対する認知症対応力向上研 修修了者数	166人(累計)	1,120人(累計)
歯科医師認知症対応力向上 研修修了者数	1,177人(累計)	1,550人(累計)
薬剤師認知症対応力向上研 修修了者数	1,702人(累計)	2,450人(累計)
看護職員認知症対応力向上 研修修了者数	435人(累計)	1,075人(累計)
認知症カフェ実施市町村数	49市町村	54市町村
ちば認知症相談コールセン ターの電話相談件数・面接 相談件数	1,150件	1,310件
若年性認知症支援コーデ ィネーターによる相談件数	622件	650件
認知症地域支援推進員研修 修了者数	82人(累計)	440人(累計)

認知症介護実践研修受講者数（千葉市を除く。）	5, 454人（累計）	6, 382人（累計）
認知症専門職における多職種協働研修受講者数	128人	150人
「千葉県オレンジ連携シート」の使用枚数	299枚	650枚

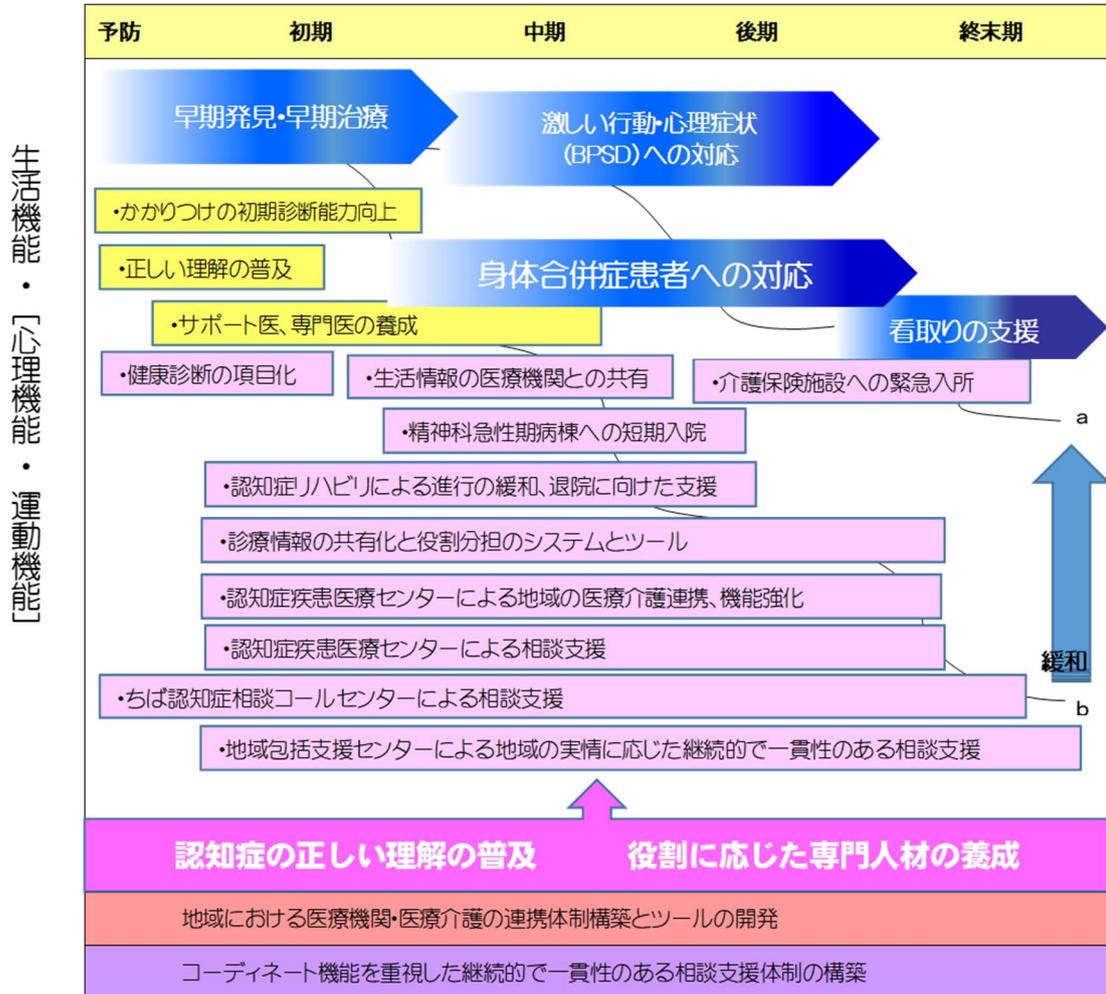
〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現状 (令和4年度)	目標 (令和8年度)
チームオレンジのチーム数	69チーム	140チーム
認知症疾患医療センターの鑑別診断件数 (千葉市を除く。)	3, 352件	3, 950件
本人・家族交流会の参加者数	263人	340人
若年性認知症カフェへの参加者数	150人	170人

〔結果（アウトカム）〕

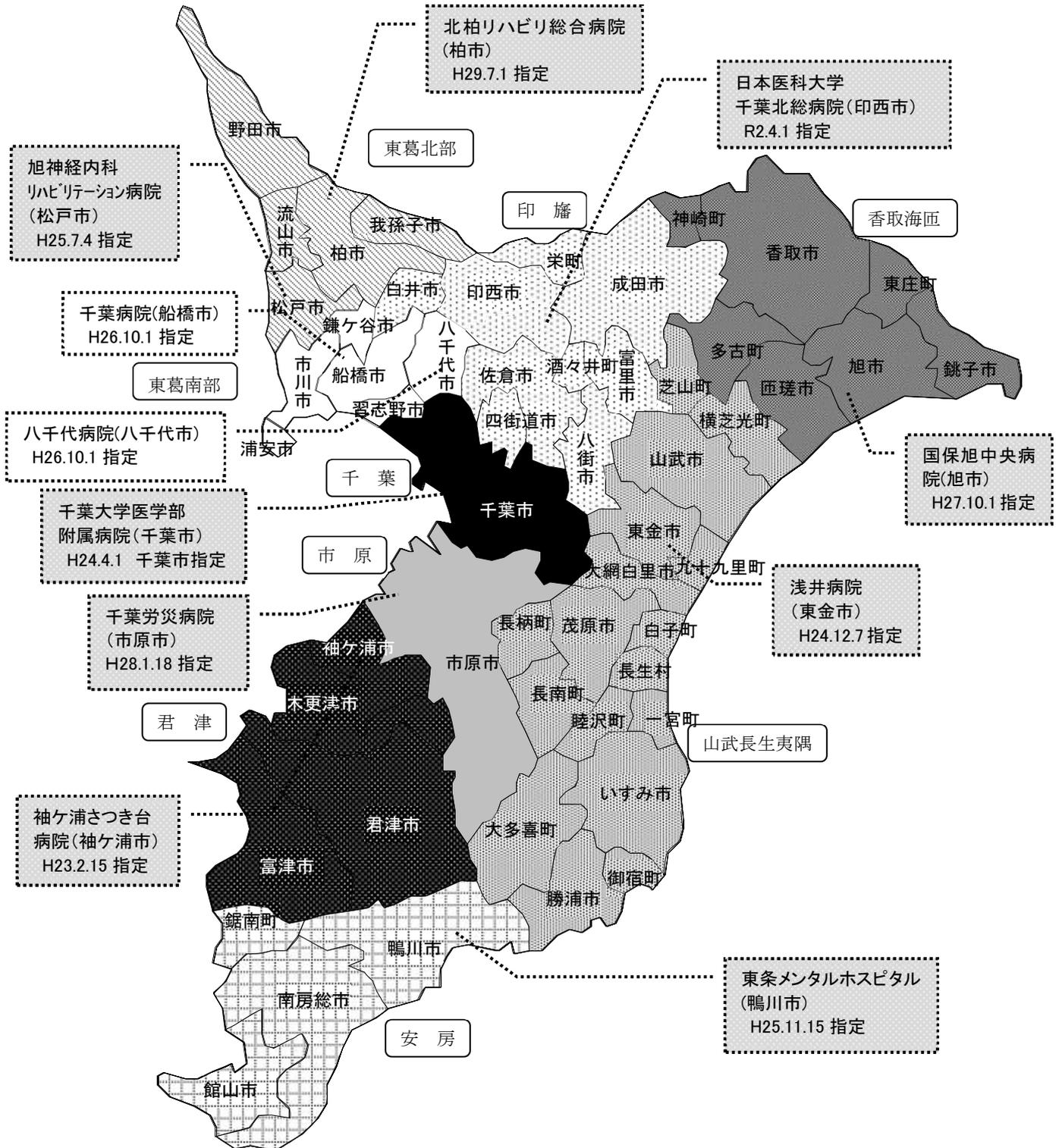
指 標 名	現状 (令和4年度)	目標 (令和8年度)
高齢者が安心して暮らせる高齢者施策についての県民の満足度	11%	35%

図表 5-1-2-2-2 ステージごとの施策検討の方向性



図表 5-1-2-2-3 認知症疾患医療センター

R5. 4. 1 現在



(6) 救急医療（病院前救護を含む）

1 施策の現状・課題

(1) 病院前救護

救急車の適正利用や救急医療機関の負担軽減等のための電話相談や、救急患者が医療機関へ搬送されるまでの間に適切な処置が受けられるよう、メディカルコントロール*体制、県民による一次救命処置*（BLS）とりわけAED*の普及啓発、医療機関への迅速な搬送手段であるドクターヘリ*及びドクターカー*について整備を図っています。

〔救急安心電話相談事業〕

軽症*であっても二次や三次の救急医療機関を受診する患者が多く、本来の救急患者の診療に支障をきたすこともあることから、救急医療体制の体系的仕組みや適正な利用方法について普及啓発を図ることが必要です。

県では、緊急性の高い潜在的な急病傷病者の早期受診の促進、症状の緊急性や救急車の要否について判断に悩む県民に対し、医学的見地から適切に助言するため、平成17年度から実施しているこどもを対象とした小児救急電話相談事業*に加え、平成29年度から大人を対象とした救急安心電話相談*を実施していますが、相談時間の延長（24時間化）について、関係機関から要望が寄せられているところです。

〔メディカルコントロール体制〕

救急現場から医療機関までの搬送体制の強化や救急救命士*を含む救急隊員が行う応急処置等の質の向上など、病院前救護*体制を充実するため、千葉県では平成14年11月から千葉県救急業務高度化推進協議会を設置し、全県的なメディカルコントロール*体制について協議・調整を行っています。

なお、本県については、県内10地域に地域メディカルコントロール*協議会が設置されています。

消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受入れが適切かつ円滑に行われるよう、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準*」（以下「実施基準」という。）を平成23年度から運用しています。掲載内容については、適宜、見直しを行っています。

救急救命士*は、救急診療を要する傷病者が入院に移行するまで（救急外来まで）心肺停止状態などの重篤な傷病者に対し、医師の具体的な指示のもと、静脈路確保、気管挿管、薬剤投与などの救急救命処置を行うことができ、救命率の向上に大きな役割を果たしています。

なお、医療機関で働く救急救命士*においても、業務の質を担保する仕組みとして、救急救命士*に対する研修と、研修体制等を整備する委員会の設置が義務付けられたことから、医療機関に所属する救急救命士*も含めた、救急救命士*の技術・質の向上を図る等、地域のメディカルコントロール*体制の一層の充実強化が必要です。

また、心肺停止傷病者の心肺蘇生を望まない事案等への対応として、アドバンス・ケア・プランニング*（ACP）を含め、自らの意思に沿った救急医療を受けられる環境整備について検討する必要があります。

〔AED〕

心肺機能停止患者の救命には、第一発見者など県民による速やかな一次救命処置*

(BLS)が重要であり、これを踏まえ「千葉県AED*の使用及び心肺蘇生法の実施の促進に関する条例」が施行されました。しかし、AED*使用率が低いことから、心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AED*の使用方法に関する更なる普及啓発が必要です。

〔ドクターヘリ及びドクターカー〕

医師等が現場に急行し、速やかな救命医療の開始と高度な医療機関への迅速な収容により、重篤患者の救命率の向上及び後遺症の軽減を図ることを目的に、ドクターヘリ*を日本医科大学千葉北総病院（平成13年10月から）と、国保直営総合病院君津中央病院（平成21年1月から）に配備しており、その出動件数は増加傾向にあります。

また、救急患者の救命率向上を目的に、救急現場及び搬送途上で応急処置を行うドクターカー*が、救命救急センター*のうち13箇所を整備されています。

さらに、医師をいち早く現場に到着させ、速やかに治療を開始することを目的としたラピッドカー*が、3箇所を整備されています。

これらのドクターカー*については、厚生労働省が実施した調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、救急医療提供体制の一部として、より効果的に活用する必要があります。

〔救急搬送件数の増加〕

本県の救急搬送人数は、平成23年に254,621人でしたが、令和3年には275,983人（約7.7%増）を数えるなど増加傾向にあります。中でも高齢者（満65歳以上）についてみると、平成23年には121,591人でしたが、令和3年には164,488人となっており、この10年間で42,897人（約35.3%）増加しています。

令和3年における救急搬送人数の約59.6%を高齢者が占めており（平成23年：約47.8%）、急速な高齢化に伴い、この傾向は一層強まることが予想されます。

119番通報から医療機関に収容するまでの平均時間は、令和3年で49.7分と依然として長時間であり、救急搬送時間を短縮するための対策が喫緊の課題となっています。

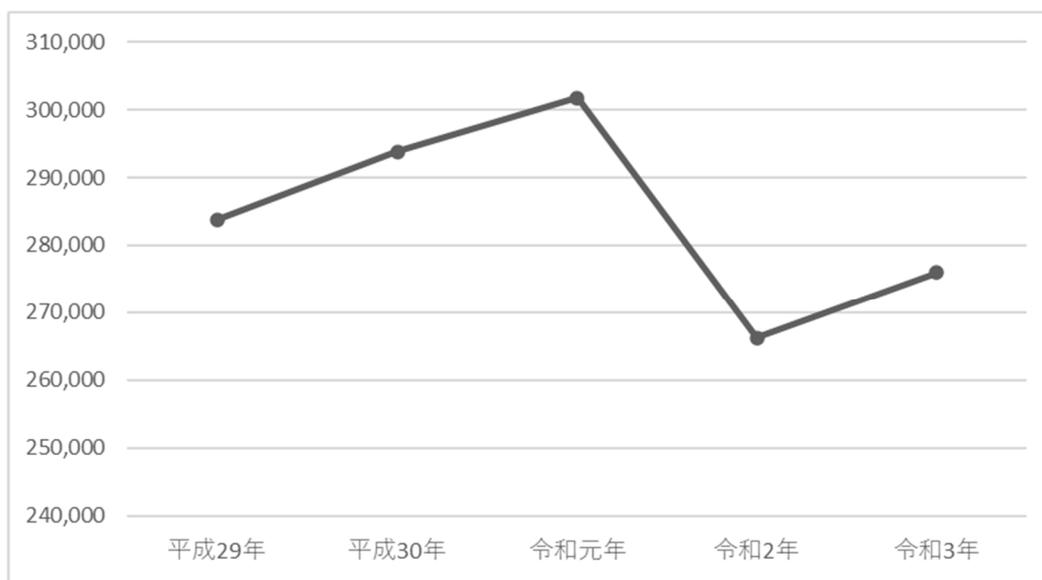
また、千葉県における搬送困難事例（受入交渉回数5回以上又は現場滞在時間30分以上）の割合は、増加傾向にあります。この搬送困難事例を減らすため、県内の搬送困難の原因を詳細に把握分析し、消防機関や医療機関といった関係機関と連携を図っていくことが必要です。長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる医療機関を確保する搬送困難事例受入医療機関支援事業を千葉保健医療圏において実施しています。

さらに、救急隊と二次及び三次救急医療*機関との間における迅速な搬送先の確保及び救急患者の円滑な搬送を図るため、救急医療機関の応需情報*の集約化と情報提供及び救急隊と医療機関との間で患者搬送支援の調整を行う救急コーディネーターを香取海匠地域に配置しています。

救急患者を迅速かつ適切な医療機関へ搬送する一助として、消防機関及び医療機関に救急医療機関等が入力した応需情報*を提供するちば救急医療ネット*を運用しています。

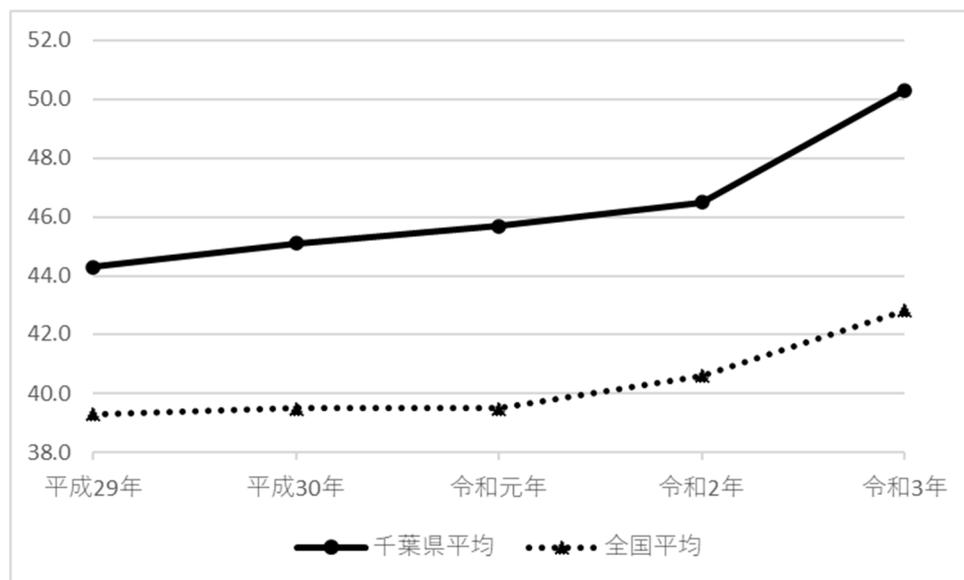
また、消防機関から複数の救急医療機関に一斉に搬送調整を行う救急医療等業務支援システム*（救急搬送一斉照会システム）を令和6年度末まで試行運用しています。

図表 5-1-2-6-1 千葉県の救急搬送人員の推移



資料：救急・救助の現況（消防庁）

図表 5-1-2-6-2 千葉県の救急搬送時間の推移



資料：救急・救助の現況（消防庁）

（２）救急医療（初期～三次）

救急患者が症状の程度に応じて適切な医療が受けられるよう、初期診療を行い、手術や入院治療が必要な救急患者を二次救急医療*施設に転送する役割を受け持つ初期救急医療*、入院や手術を必要とする救急患者に対処するための後方医療施設である二次救急医療*、重篤救急患者に対して迅速な救命医療を提供する三次救急医療*と、体系的な整備が図られています。

〔初期救急医療体制の推進〕

初期救急医療*体制については、市町村等が地区医師会の協力を得て行う在宅当番

医制*（17地区）や夜間休日急病診療所*（22箇所）により実施しています。歯科については歯科急病診療所*（13箇所）により実施しています。

〔二次救急医療体制の充実〕

二次救急医療*体制については、千葉県が認定する救急病院・救急診療所（救急告示医療機関*）や地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により休日・夜間等における救急患者の診療を受け入れる病院群輪番制*（19地区）により実施しています。

〔三次救急医療体制の整備〕

三次救急医療*体制については、24時間応需体制の救命救急センター*（15箇所）を整備しています。そのうち、千葉県総合救急災害医療センターと順天堂大学医学部附属浦安病院は、広範囲熱傷、指肢切断等の特殊疾病患者に対する救命医療を行うために必要な診療機能を有する「高度救命救急センター*」に認定されています。

本県独自の制度として、人口規模の大きな保健医療圏及び面積規模の大きな保健医療圏等において、三次救急医療*機関の補完的役割を果たす救急基幹センター*が4箇所整備されています。

令和3年の救急隊による救急患者の搬送人員275,983人のうち、死亡患者は、約1%、重症*患者は約7%、中等症*患者は約47%、入院を必要としない軽症*患者が約45%を占めています。

また、搬送された救急患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療の「出口の問題」が指摘されていることから、例えば、救命救急医療機関と関係機関との連携強化、民間救急の活用、地域医療構想による病床機能の分化・連携及び救命救急センター院内における連携体制の強化などを行い、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進することが求められています。

2 循環型地域医療連携システムの構築

効果的、効率的な救急医療の充実を図るため、救急医療の循環型地域医療連携システム*では、軽い症状の患者が自ら受診する「初期救急医療*機関」から中等症*の場合に搬送される医療機関として「二次救急医療*機関」、重症*な場合に搬送される「三次救急医療*機関」とその機能の一部を補完する「救急基幹センター*」に速やかに移行できるよう、機能分担と連携の明確化を図ります。

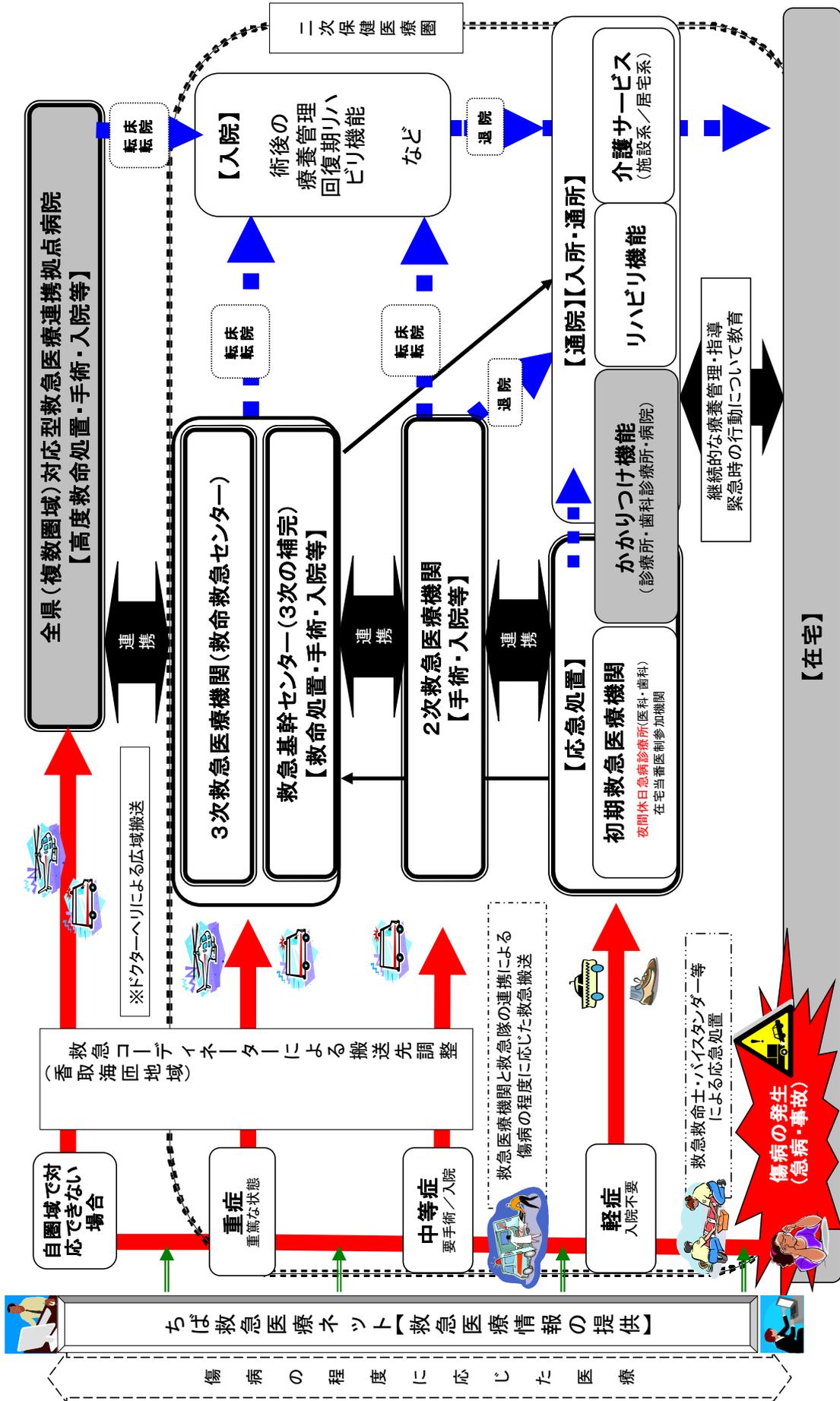
高度で全県的な対応が可能な医療機関を全県（複数圏域）対応型救急医療連携拠点病院*として位置づけ、救命救急センター*等と連携し、県内の救急医療水準の向上に取り組んでいきます。

医師の判断を直接救急現場に届けられるようにするためのホットラインや、救急医療機関と消防機関をオンラインで結ぶ、ちば救急医療ネット*等の活用を図ることで、関係機関の緊密な連携・協力関係を確保しています。

さらにドクターヘリ*やドクターカー*を積極的に活用することにより、患者の救急医療施設への迅速・円滑な収容に努めています。

救急対応医療機関とリハビリテーション対応医療機関、地域のかかりつけ診療所*等が、それぞれの機能に応じた役割分担に基づき、連携を強化することにより、効果的な救急医療体制の整備を進めています。

救急医療における循環型地域医療連携システムのイメージ図



3 施策の具体的展開

(1) 病院前救護

〔救急医療の適正利用についての普及啓発〕

- 救急医療体制の仕組みとその適正な利用方法について、引き続き普及啓発に取り組んでいきます。
- 傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる救急安心電話相談*事業と小児救急電話相談事業*の周知に努めるとともに、24時間化を含めた相談時間の更なる延長について、県民や関係機関のニーズを踏まえつつ検討を進めていきます。

〔メディカルコントロール体制の強化〕

- 救急業務の高度化を図るため設置している、「千葉県救急業務高度化推進協議会」と地域メディカルコントロール*協議会の活動を推進します。
- 救急救命士*の技術向上のため、研修への参加の促進や、病院実習を受け入れる医療機関の体制整備を図ります。また、メディカルコントロール*に従事する医師の資質向上を図るための研修への参加を促進します。
- 医療機関で働く救急救命士における特定行為*の認定等について検討を進めていきます。

〔傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の活用等〕

- 関係機関への詳細な調査を踏まえ、実施基準の継続的な見直しを行い、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

〔応急処置に関する知識・技術の普及〕

- 心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AED*の使用方法について一層の普及啓発に努めるとともに、AED*の公共施設への設置を推進し、更にAED*設置の必要性を民間事業者に働きかけます。
- また、官民を問わず県内にあるAED*の設置場所をより簡便に把握できるよう、地図情報にAED*の設置場所等（施設名・住所・取付位置・使用可能な日時等）の情報を提供します。

〔ドクターヘリ及びドクターカーの活用〕

- 医師等が現場に急行して速やかに救命医療を開始し、医療機関に迅速に搬送できる医療体制を確保するため、日本医科大学千葉北総病院及び国保直営総合病院君津中央病院に配備されたドクターヘリ*の効率的な活用や、ドクターカー*運行マニュアルの関係機関への周知等によるドクターカー*の活用に努めます。

〔救急車の適正利用等〕

- 搬送件数が増加している救急車の適正利用について、引き続き普及啓発に取り組むとともに、民間の搬送事業者等の利用を促進します。

〔搬送困難事例への対応〕

- 千葉医療圏において実施している搬送困難事例受入医療機関支援事業の効果や課題を検証し、他保健医療圏への拡大を検討します。
- 救急搬送実態調査*等を活用し、県内の搬送困難事例の把握分析に努めます。

〔救急医療情報の提供〕

- ちば救急医療ネット*を通じて、県民に対し、検索機能による医療機関情報や、在宅当番医療機関、夜間等の急病診療所情報等の提供を行います。

〔救急搬送の支援〕

- 救急医療機関が応需情報*等を提供するちば救急医療ネット*及び救急隊から複数の救急医療機関あてに一斉に患者情報の伝達と受入可否の照会ができる救急医療等業務支援システム*（救急搬送一斉照会システム）について、有効性を検証し、機能改善等を行うことで、救急搬送を支援し、救急隊と医療機関間の情報共有の円滑化を図ります。

（２）救急医療（初期～三次）

〔初期救急医療体制の推進〕

- 初期救急における現状を把握し、夜間休日急病診療所*や在宅当番医制*による診療体制の充実・強化に努めます。

〔二次救急医療体制の充実〕

- 二次救急医療*体制の充実及び三次救急医療*体制への支援を強化するため、病院群輪番*制に参加している救急病院、救急診療所について、施設整備や設備整備を行うなど、輪番に参加している医療機関の医療提供体制の充実を図るとともに、初期救急医療*機関の後方待機医療機関として、その確保に努めます。

〔三次救急医療体制の整備〕

- 救命救急センター*の施設・機能の充実・強化及び運営の円滑化を図るとともに、地域の救急医療の現状を踏まえ、必要に応じて、更なる救命救急センター*の設置等の検討を行ってまいります。
- 三次救急医療*機関の機能を補完する救急基幹センター*について、地域の救急医療の現状を踏まえ、必要に応じて、更なる救急基幹センター*の設置等の検討を行うとともに、機能の充実・強化に努めます。

〔転院搬送の促進〕

- 急性期を脱した患者の転床・転院の調整を行う救急患者退院コーディネーター*の配置等、円滑な転院搬送のために、広く地域における医療機関の連携・調整の促進に努めます。

4 施策の評価指数

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状	目標
救命講習等受講者数	約79,000人 (令和4年度)	約131,000人 (令和11年度)
情報提供の対象となっているAED*の台数	7,790台 (令和5年度)	8,100台 (令和11年度)
救急安心電話相談*件数	38,253件 (令和4年度)	50,000件 (令和11年度)
ドクターヘリ*の出動件数	1,531回 (令和4年度)	1,650回 (令和11年度)
ちば救急医療ネット*の検索機能実施件数	77,799件 (令和4年度)	83,000件 (令和11年度)
医療施設従事医師数 (救急科) (人口10万対)	3.6人 (令和2年)	5.6人 (令和10年)

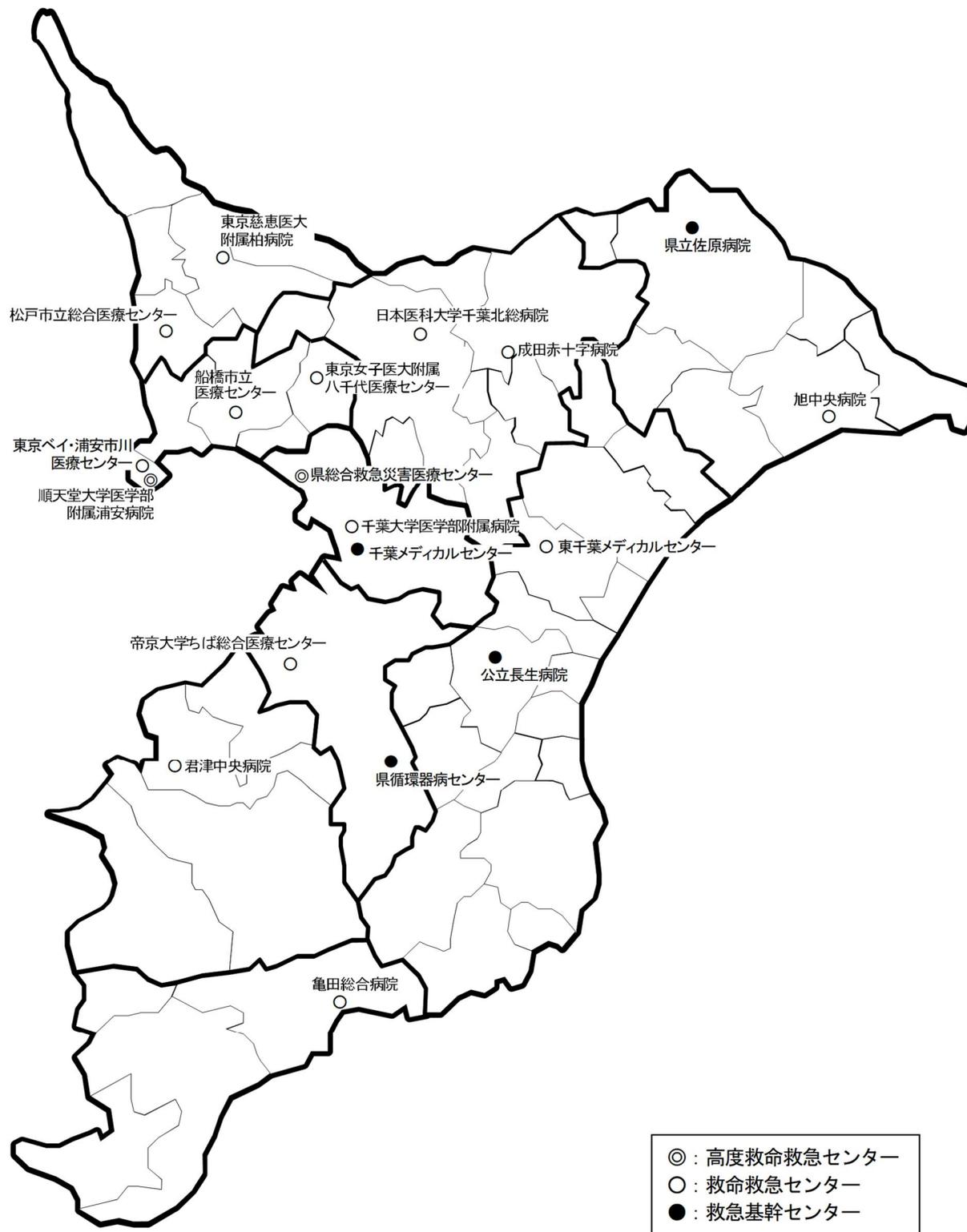
〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現状	目標
心肺停止状態で見つかった者(心原性*、一般市民の目撃者有り)のAED*使用率	5.3% (令和3年)	10.0% (令和11年)
救急隊覚知*からの医療機関等収容所要時間の平均	49.7分 (令和3年)	42.8分 (令和11年)
救命救急センター*充実段階評価S割合	28.6% (令和4年)	40.0% (令和11年)

〔成果（アウトカム）〕

指 標 名	現状	目標
心肺停止状態で見つかった者(心原性*、一般市民の目撃者有り)の1ヵ月後の生存率	12.4% (令和3年)	20.0% (令和11年)

図表 5-1-2-6-3 千葉県内の救命救急センター及び救急基幹センター



(7) 災害時における医療

1 施策の現状・課題

(1) 総論

平成23年3月に発生した東日本大震災では、広範囲に渡る被害により、ライフラインの途絶や燃料の不足、医薬品等の物資の不足などによって、医療機関の診療機能へ影響がありました。これらの情報を災害医療に携わる関係者で情報共有が図ることが困難でした。

また、東日本大震災では、阪神・淡路大震災のような外傷や挫滅症候群*等の傷病者への救命医療ニーズが少なかった一方、津波災害により医療機関に甚大な被害が生じたため、災害発生以後、数ヶ月単位の中長期にわたり、慢性疾患への対応を中心とする医療や介護等の支援の必要性が生じ、そのため多くの医療救護班が現地に派遣されたにもかかわらず、医療救護班の派遣調整体制が十分でなかったなどといった課題が認識されました。

北海道胆振東部地震ではエリア全域に大規模停電（ブラックアウト）が発生し、概ね全域に供給ができるまでに45時間程度を要したことから、大規模地震の発生する可能性を考慮し、非常用電源設備の整備や燃料の備蓄など、大規模停電時においても最低限必要な医療を提供できる体制を確保する必要があります。

令和元年房総半島台風では、本県でも大きな被害が生じたところですが、対応の長期化を想定した職員交代体制の構築、迅速な支援に繋げることができるような情報収集・共有方法等といった課題が認識されました。

本県については、阪神・淡路大震災のような外傷等に対する救命医療、あるいは東日本大震災のような中長期にわたる慢性疾患への対応のいずれの事象についても発生する可能性があります。

近年においては大規模停電時の対応や、情報の収集・共有方法など、新たな課題も見受けられることから、災害時には様々な事態を想定し、円滑な医療提供が行える体制を整備する必要があります。

大規模災害時には大勢の死傷者が生じ、交通網、通信網、電気、ガス等のライフラインが途絶するなど、県民生活に大きな混乱を引き起こすことが想定される中で、迅速な医療救護活動を行い、被災者への適切な救護・救援活動を行うことが重要です。

〔災害医療体制の整備〕

千葉県では大規模災害の発生に備え、千葉県地域防災計画、千葉県災害医療救護計画等を策定し、災害時の医療救護体制を定めています。また、茨城県、埼玉県、さいたま市、千葉市、東京都、神奈川県、横浜市、川崎市及び千葉県の9都県市において広域医療連携マニュアルを定め、広域的な医療連携を図ることとしています。

〔災害拠点病院等の整備〕

災害時には、多くの医療機関の機能が停止又は低下することが予想されることから、被災地からの重症患者の受入機能、災害派遣医療チーム*（以下「DMAT」という（県が養成するCLDMATを含む。）等の派遣機能等を備え、広域的な医療活動の拠点となる災害拠点病院*（27箇所）を指定しています。災害拠点病院*では、被災地へのDMAT等の派遣、負傷者の受入などにおいて、災害時医療の中核として活動することとしています。

災害時における精神科医療の必要な患者の受け入れや多数の患者を搬送する際の一次集積の対応、災害派遣精神医療チーム*（以下「DPA T」という。）の受入れ及び派遣を行い、DMA T等と協働して災害精神医療に関する中心的な役割を果たす災害拠点精神科病院*として、令和5年11月に県救急災害総合医療センターを指定しています。

災害時において、災害拠点病院*とともに患者の受入れを行う救急病院（救急告示病院、病院群輪番制病院）160箇所（令和5年4月1日時点）を災害医療協力病院*としています。

〔DMA Tや医療救護班等の体制整備〕

被災地で救急治療等に対応できる機動性を備え、専門的なトレーニングを受けたDMA T等の派遣を要請し、被災地内におけるトリアージ*や救命処置、患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置、被災地内の病院における診療支援等の救護活動を実施することとしています。

災害拠点病院*の他、千葉県医師会、千葉県歯科医師会等の医療関係機関との間で締結している災害時の医療救護活動に関する協定書に基づき、救護所等への医療救護班の派遣を要請することとしています。

なお、被災した医療機関における看護業務や避難所の環境整備等を行う災害支援ナース*について、その活動を実践するための体制及び対応方法について国が定めた「災害支援ナース*活動要領」に基づき整備する必要があります。

〔災害医療コーディネーター等の整備〕

「千葉県災害医療コーディネーター*及び専門調整員設置要綱」に基づき、災害時の保健医療提供体制を効率的に調整するため、千葉県災害医療コーディネーター*及び千葉県地域災害医療コーディネーター*並びに千葉県災害時小児周産期リエゾン*を設置し、大規模災害時に助言等を求めることとしています。

また、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握等を目的とした災害薬事コーディネーター*を整備する必要があります。

〔医薬品等の備蓄体制の整備〕

各健康福祉センターでは、医療救護活動に必要な応急医療資器材や災害用備蓄医薬品を配備しており、被災地内に設置される救護所等に供給することとしています。

〔防災訓練の実施〕

災害時における医療救護活動については、DMA Tや医療救護班等の派遣、重症患者の広域搬送、被災者への情報提供など迅速な対応が求められることから、平時より医療機関、消防、警察、自衛隊等の関係機関間で協議し、災害時におけるそれぞれの役割や連絡体制等を予め決めておくとともに、防災訓練等を通じて連携を強化していく必要があります。

〔医療施設の耐震化・浸水対策の実施〕

県内の病院の耐震化率は令和4年9月1日現在で79.6%と低い状況であり、また災害拠点病院*の一部でも未耐震の建物が存在することから、耐震強化の対策を実施することが必要です。

また、浸水想定区域又は津波災害警戒区域に所在する施設については、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所

移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を実施することが必要です。

〔業務継続計画（BCP）の策定〕

すべての医療機関に災害対策マニュアル及びBCP*策定が求められており、県内の災害拠点病院*についてはBCP*策定済みですが、その他の医療機関については未策定の機関が存在していることから、BCP*の策定を進めることが必要です。

2 循環型地域医療連携システムの構築

各医療機関が患者の受入状況、ライフラインの稼働状況等の機能情報を「広域災害救急医療情報システム（EMIS）*」をはじめ、衛星回線や無線等の複数の通信手段を用いて情報提供することにより、関係機関間における情報の共有化を行い、患者の搬送等迅速に対応できるようにします。

災害時において、災害拠点病院*、DMAT、医療救護班、災害支援ナース*、医師会（JMAT）、災害拠点精神科病院*、DPAT*、千葉県災害リハビリテーション支援関連団体協議会（千葉JRAT）、消防機関、国立大学病院等の災害医療に携わる関係者が、相互に連携してそれぞれの役割を遂行することができるよう、災害医療本部や救護本部を通じて活動を支援します。

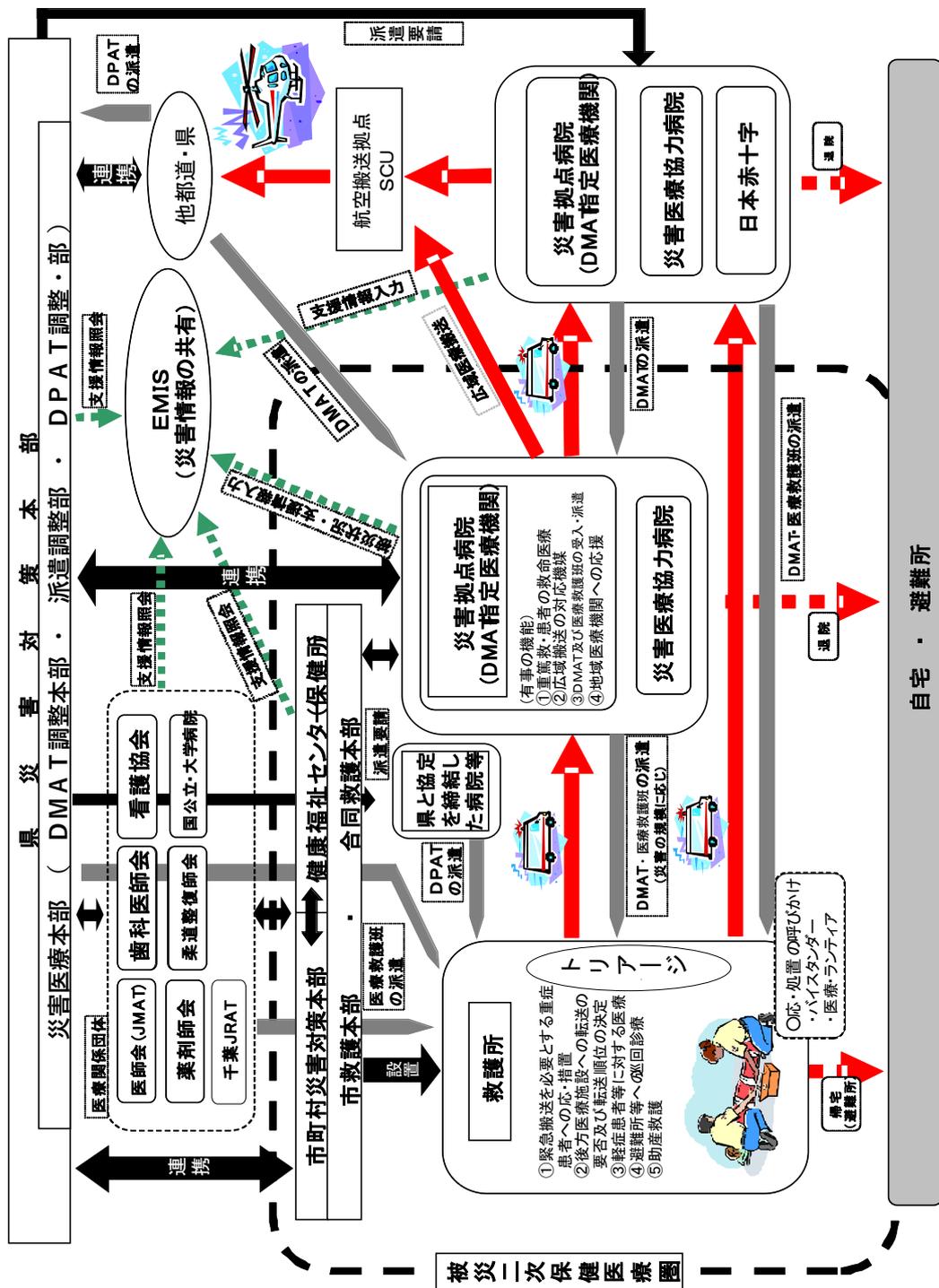
救護所では、緊急搬送を必要とする重症患者等への応急措置、患者のトリアージ*、近隣の災害拠点病院*や災害医療協力病院*など、後方医療施設への転送の可否及び転送順位の決定、軽症患者等に対する医療、避難所等への巡回診療、助産救護等を実施します。

被災地内の災害拠点病院*は、外部の災害拠点病院*から派遣されたDMAT等を受け入れながら、重症患者等の受け入れを行うほか、後方病院への転送拠点としても機能します。また、被災地においていち早く医療救護を実施することができることから、救護所や地域の医療機関へのDMAT等の派遣を行います。

被災地外の災害拠点病院*は、DMAT等を派遣するとともに、被災地内の災害拠点病院*から重症患者を受け入れます。

千葉県健康福祉部内に災害医療本部を設置した場合には、ドクターヘリ*は原則として災害医療本部からの指示により出動することとされており、災害時には、医師、看護師等医療従事者の派遣、重症患者の治療及び搬送、医薬品等医療資器材の搬送を行います。

災害時における医療の循環型地域医療連携システムのイメージ図（災害発生直後）



バイスタンダー救現場に居合わせた人。適切な処置が出来る人員が到着するまでに、救命のための応・手当を適切に行うことで、救命率を格段に伸ばすことが可・になる。
 患者搬送の流れ
 DMAT 医療救護班・DPATの派遣の流れ

3 施策の具体的展開

〔災害医療体制の整備〕

- 県災害対策本部設置時に、健康福祉部内に県全体の医療対策を統括する「災害医療本部」を設置し、被災地域における医療機関や救護所等の状況や医療ニーズ等の情報を収集・把握するとともに、DMATや医療救護班等の派遣要請及び配置調整、関係機関への支援要請等を行います。
- 県災害医療本部内に、県内で活動するすべてのDMAT等の指揮及び調整を行う「DMAT調整本部」を設置し、県内の病院等の被災情報を収集・把握するとともに、災害拠点病院*や他都道府県へDMATの派遣要請、傷病者搬送のため受入病床及び搬送手段の確保等を行います。
- 行政機関、医療機関、医療関係団体等が平時から地域における災害医療対策について協議する場として、健康福祉センター（保健所）所管区域または市単位で「地域災害医療対策会議」を設置します。
- 健康福祉センター（保健所）所管区域を単位として、被災地域の救護活動を統一的に実施するための活動拠点として「合同救護本部」を設置し、被災地内の医療機関や救護所の状況、医療ニーズなどを把握・分析するとともに、派遣された救護チーム等の活動調整や物資等の支援を行います。なお、千葉市、東葛北部・南部各市、市原市にあっては市の救護本部で対応します。
- 医療救護活動を円滑に実施するため、二次医療圏ごとに医薬品や応急医療資器材等を備蓄した健康福祉センター等の地域保健医療救護拠点を整備します。
- 災害時の救護所等における医療救護活動及び被災地外の医療機関における支援体制等に関する医療救護マニュアルを整備します。

〔災害拠点病院等の整備〕

- 災害時に重症傷病者等の受入れ及び広域医療搬送等に対応するなどの医療救護活動の拠点となる災害拠点病院*の施設・設備整備を図ります。
- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP*）を整備します。また、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施し、更なる体制整備を図ります。

〔DMATや医療救護班等の体制整備〕

- 大災害等の発生直後の急性期（概ね48時間以内）に医療救護活動を開始できる機動性を持ったDMATを確保していますが、今後、すべての災害拠点病院*に複数のチームを整備するなどDMATの派遣体制の更なる整備を図ります。
- 活動地域を千葉県内に限定したCLDMAT（Chiba Limited DMAT）を養成しており、DMATと連携して活動することとしています。
- なお、患者を被災地外に搬送するための広域医療搬送拠点や、拠点内に患者を一時収容する航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）*を迅速に設置できるよう、DM

A Tとの訓練を通じて、更なる体制整備を図ります。

- 県立病院、日本赤十字社、国立病院機構等において医療救護班を編成する他、災害時の医療救護活動についての協定に基づき、千葉県医師会（JMA T）、千葉県歯科医師会、千葉県看護協会、千葉県柔道整復師会、千葉県薬剤師会及び災害拠点病院*に対し、医療救護班の出動を要請することとしています。
- 災害時、迅速に災害支援ナース*を派遣する体制を整備するため、各医療機関、千葉県看護協会と協議を進めます。
- 今後のこれらの医療救護活動の円滑な実施のために、各機関の連携体制等の強化を進めます。

〔精神科領域における災害医療体制の整備〕

- 精神科領域については、被災地域で活動できる災害派遣精神医療チーム*（D P A T）の体制整備のため、養成研修・訓練を実施しています。災害時には、DMA T等と協働できるよう、各種防災訓練等へも参加しています。

〔災害医療コーディネーター等の整備〕

- 千葉県災害医療コーディネーター*及び千葉県地域災害医療コーディネーター*並びに千葉県災害時小児周産期リエゾン*について、技能維持や新たな人材を養成するための研修等を実施します。
- 災害時の薬剤師の配置や医薬品等の供給を効率的に調整するため、災害薬事コーディネーター*の整備を進めます。

〔医薬品等の備蓄体制の整備〕

- 被災者の救命救急のための初期医療活動に必要な医薬品等を県庁薬務課及び各健康福祉センターに備蓄します。
- 薬剤師会等の薬事関係団体との連携により、地域ごとの医薬品等の搬送・管理体制を充実するとともに、全県的な体制の整備を図ります。
- 県及び薬事関係団体が合同で、緊急輸送の実施訓練を行います。
- 災害時を想定して、常用薬の名称、用法、用量等を知っておくことの重要性や家庭常備薬の必要性を啓発します。また、薬局で交付されるお薬手帳は、災害時等に服用薬等の医療情報を適切に伝えられることから、お薬手帳の常時携帯等についても併せて啓発します。

〔診療に必要な水・燃料の確保〕

- 災害発生により、ライフラインの途絶が長期間となった場合にも、診療機能が維持できるよう災害対策本部と連携しながら水（飲用水、診療用水、生活用水等）・燃料を確保します。

〔防災訓練の実施〕

- 災害時における医療救護活動を円滑に行うため、救護所の設置・運営訓練、DM

A T活動訓練、災害支援ナース*活動訓練、大規模地震時医療活動訓練（航空搬送拠点臨時医療施設（S C U）*設置・運営訓練）、災害用備蓄医薬品の輸送訓練、重症患者の後方病院搬送訓練、消毒・防疫訓練、巡回歯科診療車（ビーバー号）による巡回等総合的な防災訓練を実施します。

〔医療施設の耐震化・浸水対策の促進〕

- 災害時に負傷者の受け入れ先となる災害拠点病院*や災害医療協力病院*等について、耐震化を促進します。
- 浸水想定区域又は津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院*について、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を促進します。

〔業務継続計画（BCP）策定の促進〕

- 厚生労働省の実施するBCP*策定研修事業等を活用し、医療機関のBCP*の策定を促進します。

〔EMISを活用した収集等〕

- 災害発生時における被災地内の医療機関の被災状況、患者転送の要請、医療スタッフの要請等に関する情報及び被災地内外の医療機関の支援体制等について、「広域災害救急医療情報システム（EMIS）*」を活用し、情報の収集・提供を図るとともに、関係機関における運用体制の充実を図っていきます。
- インターネットを活用した医療機関や県民への情報提供を推進します。

〔慢性疾患患者に対する医療救護体制の整備〕

- 人工透析を必要とする慢性疾患患者等の円滑な治療・収容を図るため、対応可能な災害医療協力病院*を把握するとともに、EMIS*を活用し、患者の迅速な受け入れ体制を確保します。

〔航空機災害に対する医療救護体制の整備〕

- 成田空港及び周辺地域において航空機事故が発生した場合、円滑な医療救護活動が行われるよう三郡医師会航空機対策協議会、三郡市歯科医師会航空機災害対策協議会に対する助成を行います。
- 医療関係機関及び市町村等との連絡体制を整備し、負傷者の広域搬送体制の充実を図るなど、航空機災害に対応した医療救護体制の整備を進めます。