

## 1 イ 認知症

### 2 (ア) 施策の現状・課題

3 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、  
4 認知症高齢者数は平成27年の約25万人から平成37年には約35万人に増加す  
5 ると見込まれています。また、85歳以上では半数以上に認知症の症状が見られると  
6 の研究報告もあり、誰もが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  
7 な病気であると言えます。

8 そのため、認知症対策は、単に認知症の人やその家族への支援だけではなく、長寿  
9 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  
10 における総合的な対策が必要となります。

11 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  
12 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  
13 ジメントが連続的に行なわれることが重要です。

14

#### 15 [発症予防・早期発見]

16 正常と認知症の中間に当たる状態であるMC I (Mild Cognitive Impairment : 軽  
17 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  
18 じてはいますが、日常生活は自立している状態です。

19 MC Iに気付き、対策を行うことで認知機能の改善や認知症の発症を抑制できる可  
20 能性があります。

21 現状では、認知症の発症を完全に防ぐことは困難ですが、原因疾患によっては、介  
22 護予防にもつながる生活習慣病の治療、食生活の見直しなど、定期的な運動や趣味活  
23 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  
24 期待されており、県民一人ひとりの生活習慣の改善や健康づくり等の取組をいかに持  
25 続させるかが重要となっています。

26 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  
27 によって、徘徊、暴力、昼夜逆転等の症状(行動・心理症状(BPSD))を抑え、  
28 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。

29 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  
30 ものであるとともに、本人やその家族が受診を躊躇したり、世間体を気にして隠した  
31 りすることにより、発見と対応が遅れることがあります。

32 本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  
33 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  
34 られています。

35

#### 36 [若年性認知症]

37 若年性認知症は、働き盛りでの発症により、就労や生活費等の経済的、精神的負担  
38 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  
39 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

1 る支援体制を整える必要があります。

2 さらに、患者や親等の介護が重なり、複数介護になる等の可能性があることから、  
3 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。

4

#### 5 **〔入退院時からの地域生活への支援〕**

6 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  
7 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  
8 困難になる場合があります、受診・入院治療の受け入れや、症状に即した治療や看護を行  
9 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  
10 ります。

11 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  
12 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  
13 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  
14 院時から在宅復帰を念頭において退院後の受け入れ先の確保や家族との調整等を行  
15 うことが重要です。

16 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  
17 の中核的な病院の支援体制のもとで、医療機関や介護施設、訪問看護ステーション、  
18 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  
19 の生活を支える仕組みが求められています。

20

#### 21 **〔認知症の進行と看取り支援〕**

22 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  
23 んでいくことが必要です。

24 認知症の症状が進むと、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  
25 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  
26 し、必要に応じた治療や補助器具・義歯等を作成するほか、終末期の過ごし方を家族  
27 や身近な人と話し合っておくこと等が重要になります。

28 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  
29 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  
30 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  
31 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、  
32 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  
33 に話し合っておくことが必要です。

34

#### 35 **(イ) 循環型地域医療連携システムの構築**

36 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  
37 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  
38 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  
39 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

1 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  
2 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  
3 す。

4 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  
5 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  
6 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、B P S Dや身体疾  
7 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  
8 は、専門医や地域の介護サービス事業所等と連携をとりながら引き続き療養支援を行  
9 います。

10 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  
11 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。

12 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  
13 別診断や専門医療相談を行うとともに、B P S Dや身体合併症に対する急性期治療を  
14 実施するほか、地域の保健・医療・介護関係者との連携を図り、認知症の保健医療水  
15 準の向上を図ります。

16 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  
17 診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活をふまえた診療を行います。

18 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疑われる  
19 人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行います。

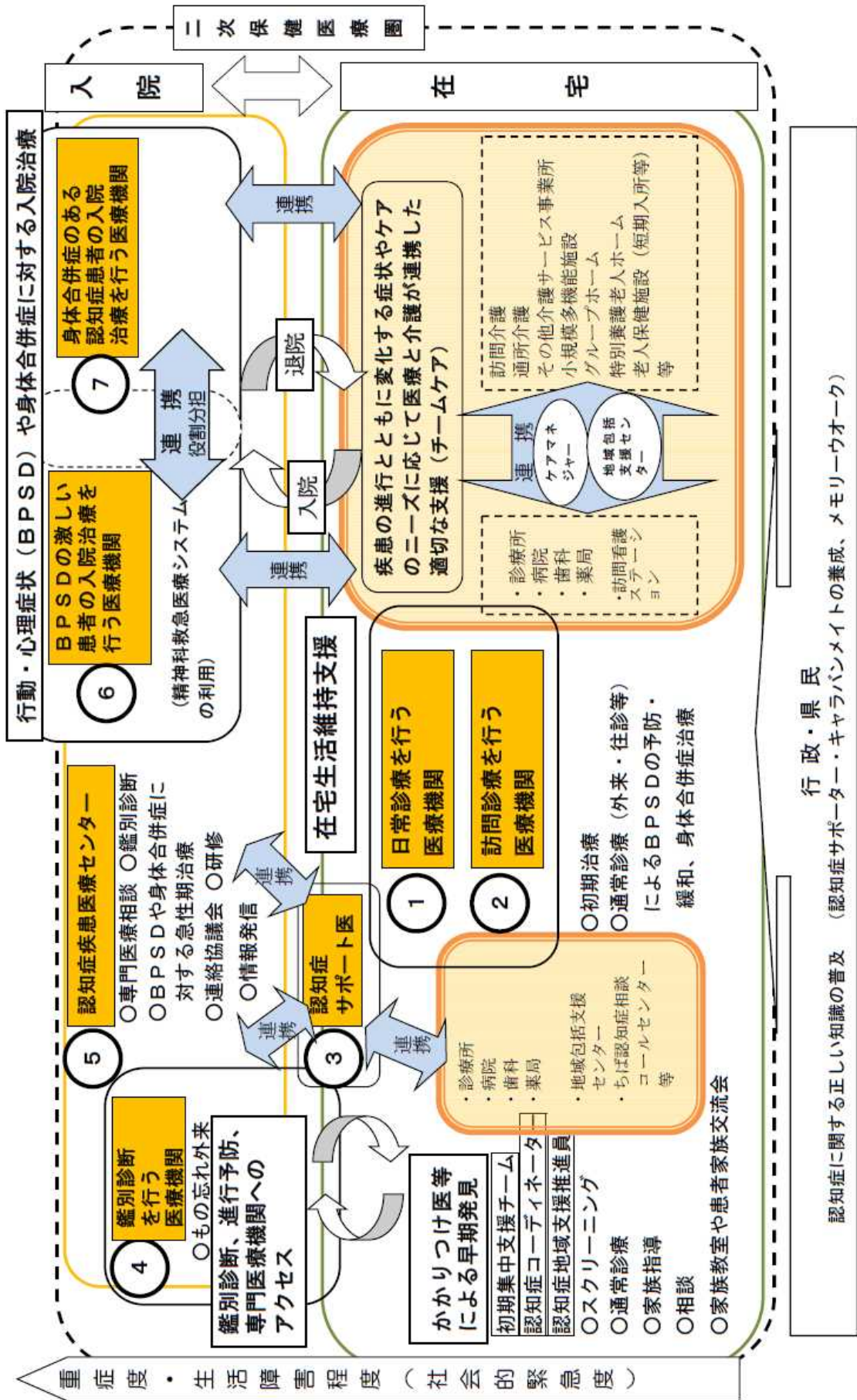
20 B P S Dや、認知症の人の身体疾患が悪化した場合、一時的に入院治療を行う入院  
21 医療機関は、かかりつけ医等の地域の医療機関や認知症疾患医療センター、訪問看護  
22 事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携を図り、できる限り  
23 短い期間での退院を目指します。

24 地域における認知症支援体制の構築を推進するため、「千葉県認知症コーディネー  
25 ター\*」を養成します。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  
26 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。

27 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  
28 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  
29 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  
30 関係者の連携を図ります。

31

認知症の循環型地域医療連携システムのイメージ図



## 1 (ウ) 施策の具体的展開

## 2 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

## 3 [本人、家族、地域住民の理解促進]

- 4 ○ 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  
5 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  
6 オーク\*等を通じて、地域住民、学校、企業等への認知症の正しい理解の普及啓発  
7 を進めます。
- 8 ○ 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  
9 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  
10 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。
- 11 ○ 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  
12 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。

13

14

## b. 認知症予防の推進

## 15 [介護予防、自立支援及び重度化防止の推進]

- 16 ○ 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  
17 な取組を集積し、情報提供や研修会を行います。
- 18 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。
- 19 ○ 市町村の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  
20 ための研修を行います。
- 21 ○ 認知症の早期発見・早期対応に向け、本人や家族が認知症に気づくきっかけの一  
22 助とするため、認知症チェックリストを作成・配布します。

23

## 24 [介護予防の推進に資する人材の養成]

- 25 ○ 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  
26 するため、研修会を行います。
- 27 ○ 第3次食育推進計画に基づき、高齢者の生活習慣病や低栄養予防、健康づくりの  
28 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  
29 人材育成を行います。

30

## 31 [健康づくりと認知症予防の普及啓発]

- 32 ○ 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  
33 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  
34 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。
- 35 ○ 運動だけではなく認知課題（頭の体操）を加え、認知機能維持向上に役立つ運動  
36 「コグニサイズ」の普及啓発を図ります。

37

1 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

2 [かかりつけ医、認知症サポート医の診療体制の整備]

3 ○ 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  
4 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。

5 ○ 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  
6 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  
7 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。

8

9 [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]

10 ○ 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  
11 ターの機能強化等を図ります。

12 ○ 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（B  
13 PSD）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  
14 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  
15 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。

16 ○ 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  
17 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  
18 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  
19 係者の連携を図ります。

20 ○ 地域における認知症支援体制の構築を推進するために、「千葉県認知症コーデ  
21 ニーター」を養成します。また、「千葉県認知症コーディネーター」と「認知症地  
22 域支援推進員」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  
23 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  
24 上を図ります。

25 ○ 複数の専門職が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支  
26 援を行う「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  
27 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  
28 よう市町村を支援します。

29 ○ 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  
30 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。

31

32 [中核症状、行動・心理症状（BPSD）への対応]

33 ○ 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  
34 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  
35 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。

36 ○ 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、  
37 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  
38 要なため適切な診療を早期から受けられるよう、本人・家族をはじめ関係者に対す  
39 る普及・啓発を進めます。

40 また、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



1 ら、本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  
2 策を検討します。

3 ○ B P S D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  
4 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  
5 れており、本人・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。

6 ○ また、B P S D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  
7 が大きく改善されると指摘されており、本人を中心にとらえた課題分析とケアが実  
8 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  
9 法を活用し、B P S D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。

10

#### 11 [激しい行動・心理症状（B P S D）を伴う認知症患者への対応]

12 ○ 激しいB P S D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  
13 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け入れ  
14 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  
15 復帰を促進します。

16

#### 17 d. 認知症支援に携わる人材の養成

##### 18 [認知症への対応]

19 ○ 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、病院内に  
20 おいて活動しやすい環境づくりを促進します。

21 ○ 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  
22 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・看護職員向  
23 け認知症対応力向上研修を行います。

24

##### 25 [身体合併症（行動・心理症状（B P S D）を伴う場合を含む）への対応]

26 ○ 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  
27 と、B P S D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あたる  
28 ことのできる体制の構築を促進します。

29

#### 30 e. 本人やその家族への支援

##### 31 [認知症の人やその家族の視点の重視]

32 ○ 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など、患者やそ  
33 の家族の視点を重視した取組を進めていきます。

34

##### 35 [認知症の人やその家族への支援]

36 ○ 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  
37 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  
38 す。

39 ○ 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

1 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。

2 ○ 「ちば認知症相談コールセンター\*（電話番号：043-238-7731）」を  
3 設置し、電話相談に加え面接相談を実施します。

4

5 **〔終末期における看取りの支援〕**

6 ○ 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  
7 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  
8 て十分に家族に情報提供した上で、本人や家族の意思を尊重した看取り支援が行え  
9 るよう、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。

10

11 **f. 若年性認知症施策の推進**

12 **〔若年性認知症の人やその家族への支援〕**

13 ○ 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  
14 を図ります。

15 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  
16 できる制度や地域資源の情報の整理を進めます。

17 ○ 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体制  
18 を整えます。

19 ○ 若年性認知症に関する実態調査を実施し、施策の充実を図ります。

20



## 1 (エ) 評価指標

## 2 [基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現状 (平成28年度)	目標 (平成32年度)
認知症サポーター数	359,298人(累計) (H29.9.30現在)	49万人(累計) (35年度)61万人(累計)
認知症サポート医の養成人数	339人(累計)	500人(累計)
かかりつけ医認知症対応力向上 研修修了者数	1,076人(累計)	1,500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	1,564人(累計)	3,700人(累計)
歯科医師認知症対応力向上研修 修了者数	75人(累計)	1,000人(累計)
薬剤師認知症対応力向上研修修 了者数	103人(累計)	1,900人(累計)
看護職員認知症対応力向上研修 修了者数	—	755人(累計)
認知症疾患医療センターの指定 箇所数	11箇所 2次保健医療圏域に1か所以上 設置(東葛北部、南部は2か所) (H29.7.1現在)	11箇所
認知症介護実践研修受講者数	3,967人(累計)	5,177人(累計)

3

## 4 [過程 (プロセス)]

指 標 名	現状 (平成28年度)	目標 (平成32年度)
認知症疾患医療センターの 専門医療相談件数	6,916件	8,500件 (35年度)8,900件
「千葉県オレンジ連携シート」の 使用枚数	660枚	900枚

5

6

7

8

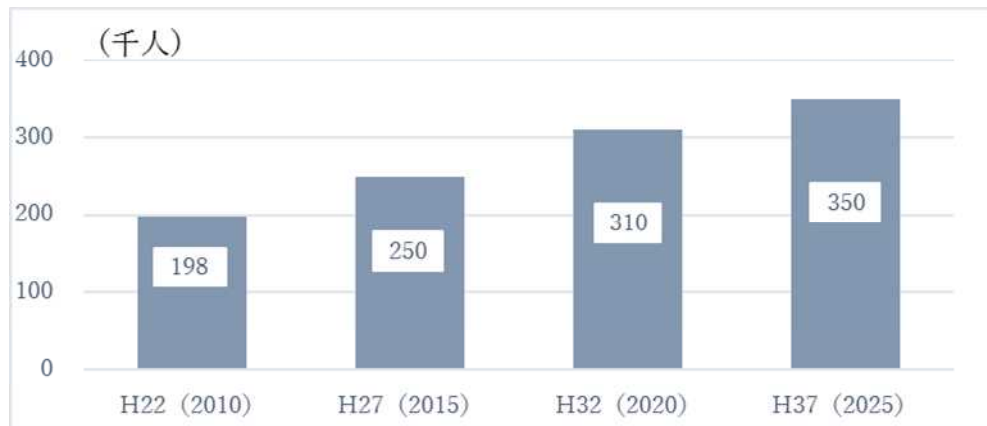
1

〔結果 (アウトカム)〕

指 標 名	現状	目標 (平成32年度)
高齢者人口 10 万人に対する認知症の精神病床での入院患者数	191.6人 (平成26年度)	減少
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 利用者実績 (地域密着型サービスの利用状況)	6,364人/月 (平成28年)	7,767人/月
特別養護老人ホーム利用者実績 (施設サービス利用状況)	23,224人/月 (平成28年)	28,471人/月

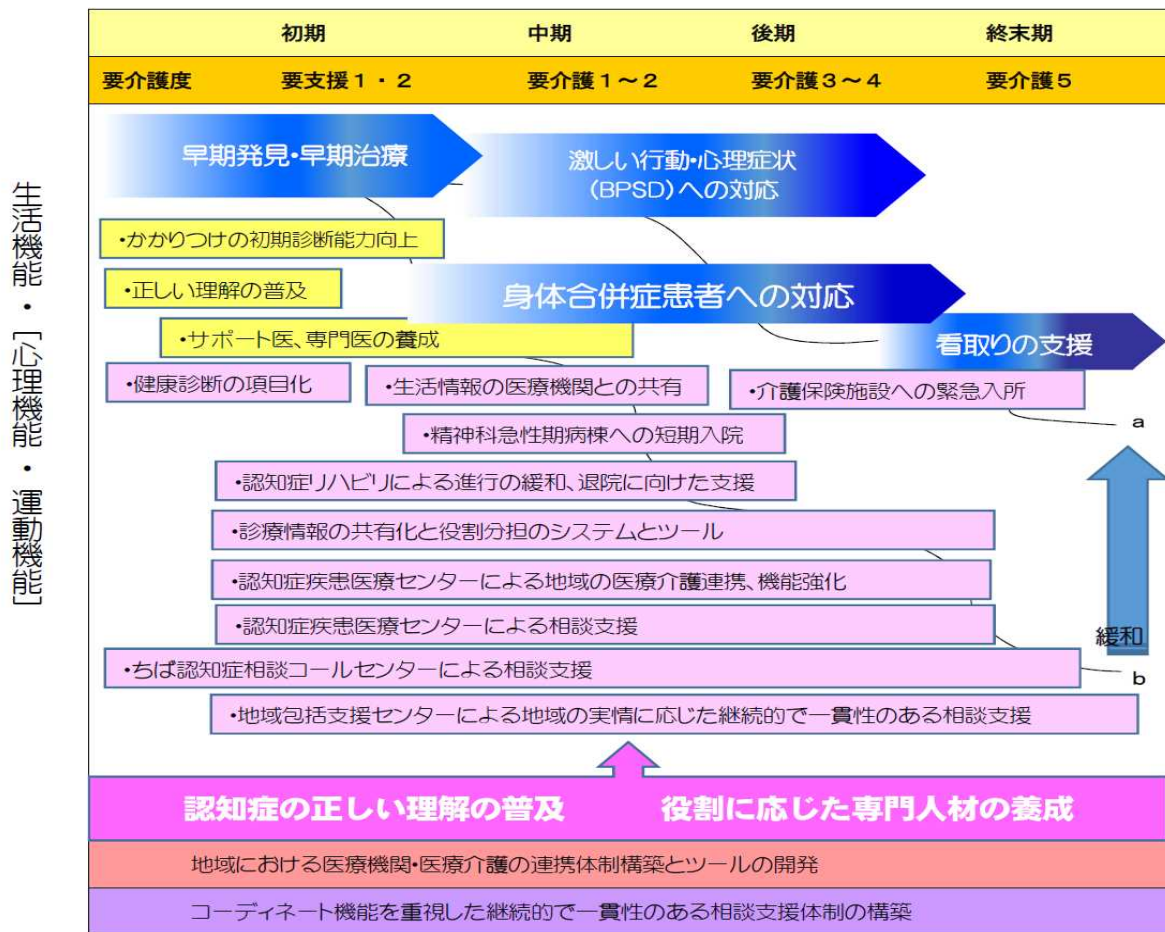
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

1 図表2-1-1-2-5-2-1 認知症高齢者の将来推計（千葉県）  
 2 新オレンジプランにおける認知症高齢者数平成37年全国値約700万人に対応する将来推計\*



3  
 4 ※平成27年以前の人口は総務省統計局「国勢調査結果」による実績値  
 5 ※平成32年、37年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（平成25年  
 6 3月推計）」による推計値  
 7 ※「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  
 8 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  
 9 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

10 図表2-1-1-2-5-2-2 ステージごとの施策検討の方向性

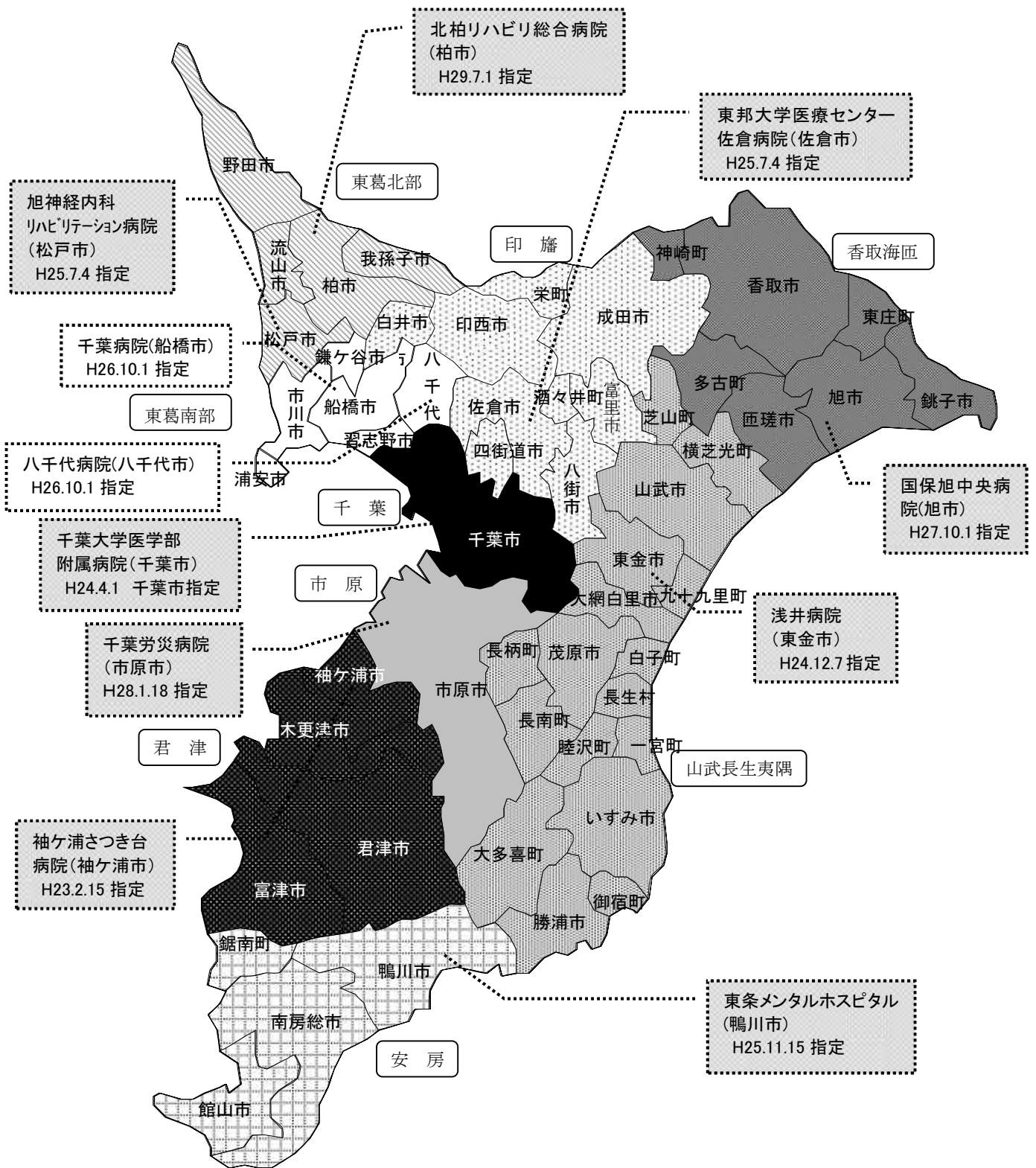


12 a : 早期診断により、適切な治療、適切なケアが行われた場合の生活機能の経過  
 b : 適切な医療やケアが行われない場合の生活機能の経過

1  
2  
3

図表 2-1-1-2-5-2-3 認知症疾患医療センター

H29.10.1 現在



1 **（6）救急医療（病院前救護を含む）**

2 **（ア）施策の現状・課題**

3 **a. 病院前救護**

4 **〔メディカルコントロール体制〕**

5 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  
6 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  
7 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  
8 ロール\*体制について協議・調整を行っています。

9 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  
10 されています。

11 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  
12 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。）  
13 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  
14 ます。

15 救急救命士は、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  
16 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  
17 の向上に大きな役割を果たすことから、救急救命士の技術・質の向上を図る必要があ  
18 ります。

19  
20 **〔AED\*〕**

21 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\*  
22 （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  
23 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  
24 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  
25 発が必要です。

26  
27 **〔ドクターヘリ及びドクターカー〕**

28 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  
29 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  
30 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  
31 中央病院（平成21年1月から）に配備しており、その出動件数は年々増加していま  
32 す。

33 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  
34 クターカー\*が、救命救急センター\*のうち7箇所を整備されています。

35 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  
36 たラピッドカー\*が、3箇所を整備されています。

1 **〔救急搬送件数の増加〕**

2 救急車の搬送件数は、平成28年が310,602件と30万件を上回っており、  
 3 搬送される人数は、平成28年で277,167人と増加傾向にあり、急速な高齢化  
 4 に伴いこの傾向は一層強まることが予想されます。また、119番通報から医療機関  
 5 に収容するまでの平均時間は、平成28年で44.1分と依然として長時間であり、  
 6 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。

7 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  
 8 分以上）の割合は、年々増加しています。この搬送困難事例を減らすため、消防機関  
 9 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  
 10 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  
 11 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。

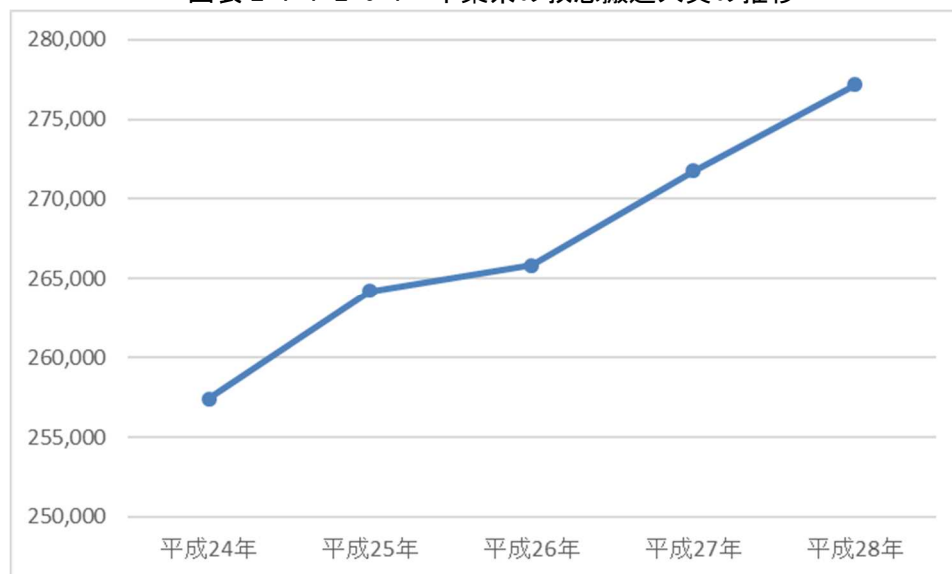
12 さらに、救急隊と二次及び三次救急医療\*機関との間における迅速な搬送先の確保及び  
 13 救急患者の円滑な搬送を図るため、救急医療機関の応需情報\*の集約化と情報提供及び  
 14 救急隊と医療機関との間で患者搬送支援の調整を行う救急コーディネーターを香取  
 15 海匝地域に配置しています。

16 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  
 17 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  
 18 ます。

19  
 20 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など大人を対象とした  
 21 救急安心電話相談\*を実施し、症状の緊急性や救急車の要否について判断に悩む県民  
 22 に対し、医学的見地から適切に助言します。

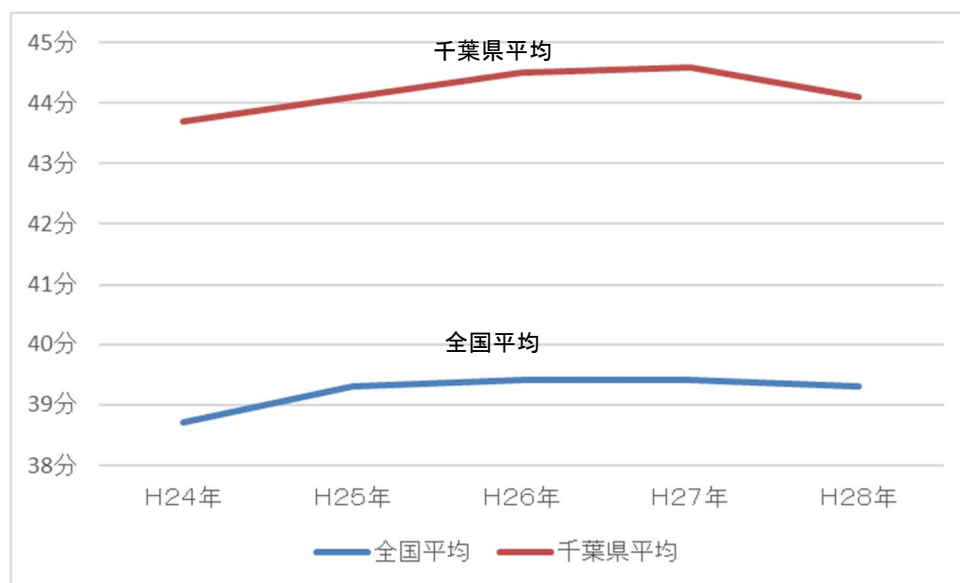
23 また、軽症\*の患者であっても二次や三次の救急医療機関を受診する患者が多く、本  
 24 来の救急患者の診療に支障をきたすこともあることから、救急医療体制の体系的仕組  
 25 みや適正な利用方法について普及啓発を図ることが必要です。

26  
 27 **図表 2-1-1-2-6-1 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 2-1-1-2-6-2 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)

#### b. 救急医療(初期～第三次)

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第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\*(16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〕

第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\*(20地区)により実施しています。

##### 〔三次救急医療体制の整備〕

第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(13箇所)を整備しています。そのうち、千葉県救急医療センターは、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。



1 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  
2 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5箇  
3 所整備されています。

4 平成28年の救急隊による救急患者の搬送人員277,167人のうち、死亡患者  
5 は、約1%、重症\*患者は約7%、中等症\*患者は約43%、入院を必要としない軽症  
6 患者が約49%を占めています。

7

#### 8 （イ）循環型地域医療連携システムの構築

9 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  
10 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  
11 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  
12 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  
13 よう、機能分担と連携の明確化を図ります。

14 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  
15 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  
16 取り組んでいきます。

17

18 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  
19 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の活用を図ることで、関係  
20 機関の緊密な連携・協力関係を確保しています。

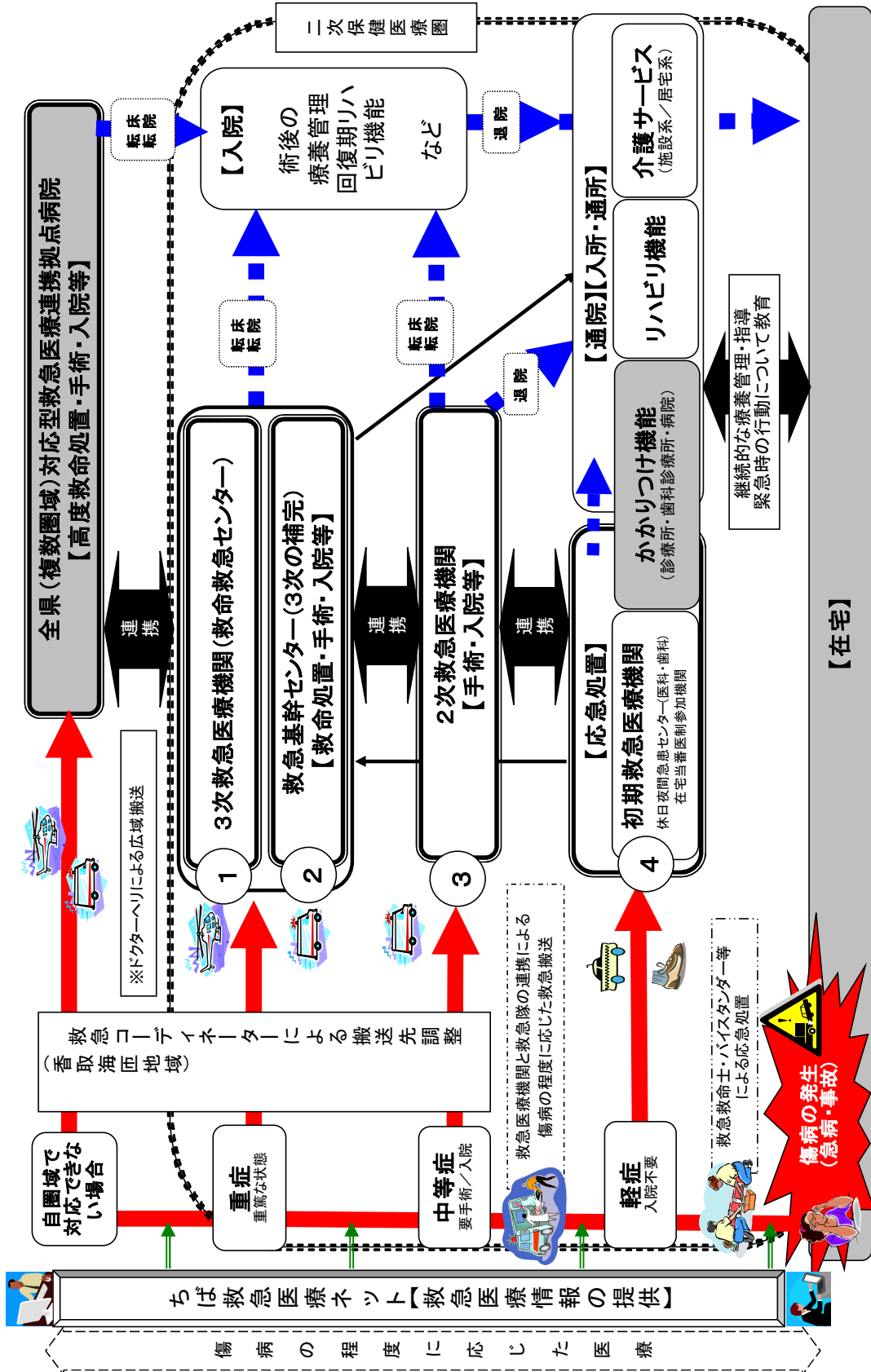
21 さらにドクターヘリやドクターカーを積極的に活用することにより、患者の救急医  
22 療施設への迅速・円滑な収容に努めています。

23

24 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\*  
25 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  
26 的な救急医療体制の整備を進めています。

27

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



1 （ウ）施策の具体的展開

2 a. 病院前救護

3 [メディカルコントロール体制の強化]

- 4 ○ 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」  
5 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。  
6 ○ 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  
7 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  
8 質向上を図るための研修への参加を促進します。

9  
10 [傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の活用等]

- 11 ○ 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  
12 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  
13 めます。

14  
15 [応急処置に関する知識・技術の普及]

- 16 ○ 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  
17 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  
18 設置の必要性を民間事業者に働きかけます。  
19 ○ 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、  
20 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  
21 情報を提供します。

22  
23 [ドクターヘリの活用]

- 24 ○ 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  
25 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  
26 中央病院に配備されたドクターヘリの効率的な活用を努めます。

27  
28 [救急車の適正利用等]

- 29 ○ 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  
30 むとともに、ドクターカーや民間の搬送事業者等の利用を促進します。

31  
32 [搬送困難事例への対応]

- 33 ○ 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を  
34 検証し、他保健医療圏への拡大を検討します。

35  
36 [救急医療情報の提供]

- 37 ○ ちば医療ナビ\*や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  
38 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。

39

1           b. 救急医療(初期～第三次)

2           〔初期救急医療体制の推進〕

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

5

6           〔二次救急医療体制の充実〕

- 7 ○ 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  
8 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  
9 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  
10 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。  
11 ○ 二次救急医療機関の受入体制の充実と医師等の幅広い知識の取得及び技術の向  
12 上が図られるよう、救急医療に関する研修を実施していきます。

13

14           〔三次救急医療体制の整備〕

- 15 ○ 高度救命救急センターである千葉県救急医療センターと千葉県精神科医療セン  
16 ターを統合して(仮称)千葉県総合救急災害医療センターを整備することにより、  
17 身体・精神の合併症患者等の三次救急間の受入に係るコーディネートを行い、県内  
18 救命救急センター等を結ぶネットワークのハブ的役割を担っていきます。  
19 ○ 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、  
20 地域の救急医療の現状を踏まえ、更なる救命救急センターの設置等の検討を行って  
21 まいります。  
22 ○ 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、機能の充実・強  
23 化に努めます。

24

25           〔救急医療の適正利用についての普及啓発〕

- 26 ○ 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  
27 組んでいきます。

28

29

1 (エ) 施策の評価指標

2 [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100,000人 (平成27年度)	約110,000人以上 (平成35年度)
ドクターカーを配備している医療機関数 (括弧内は救命救急センター数:内数)	21箇所 (7) (平成27年度、救命救急センターは28年度)	30箇所 (10) (平成35年度)
医療施設従事医師数 (救急科) (人口10万対)	2.7人 (平成28年)	増加 (平成34年)
救命救急センター設置数	13箇所 (平成29年度)	14箇所 (平成35年度)

3  
4 [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	5.0% (平成27年)	10.0%以上 (平成35年)
救急隊と医療機関との平均交渉回数	1.38回 (平成27年度)	1.30回 (平成35年度)
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	15.2% (平成27年度)	14.0% (平成35年度)

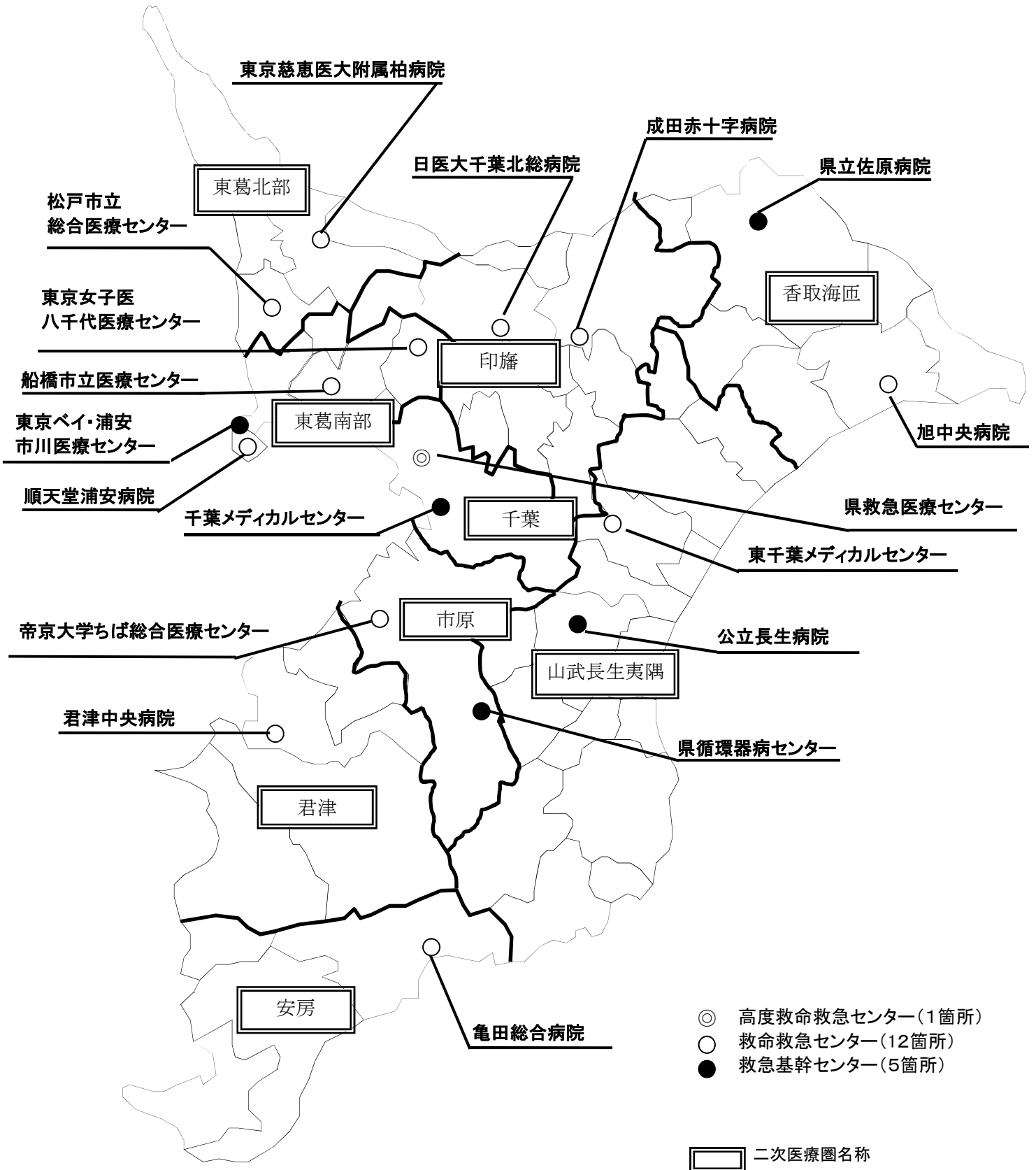
5  
6 [成果 (アウトカム)]

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	15.1% (平成27年)	20.0%以上 (平成35年)
救急隊覚知*からの医療機関等収容所要時間の平均	44.1分 (平成28年)	40.0分 (平成35年)

7  
8

1  
2

図表 2-1-1-2-6-3 千葉県内の救命救急センター及び救急基幹センター



1 **（7）災害時における医療**

2 **（ア）施策の現状・課題**

3 **〔総論〕**

4 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。

8 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。

14 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、災害時において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。

18 大規模災害時において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。

23 **〔災害医療体制の整備〕**

24 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。

29 **〔災害拠点病院等の整備〕**

30 災害時においては、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（DMAT・CLDMAT（以下「DMAT等」という。）\*及び医療救護班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\*（25箇所）を指定しています。

34 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）172箇所（平成29年4月1日時点）を災害医療協力病院\*としています。

37 災害拠点病院では、被災地へのDMAT等及び医療救護班の派遣、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。

39



### 1 【DMAT等及び医療救護班の体制整備】

2 「千葉県DMAT等\*運営要綱」に基づき、被災地で救急治療等に対応できる機動  
3 性を備え、専門的なトレーニングを受けたDMAT等の派遣を要請し、被災地内  
4 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  
5 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  
6 ます。

7 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  
8 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  
9 の派遣を要請することとしています。

### 11 【医薬品等の備蓄体制の整備】

12 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  
13 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。

### 15 【防災訓練の実施】

16 災害時における医療救護活動については、DMAT等及び医療救護班の派遣、重症  
17 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  
18 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  
19 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  
20 いく必要があります。

### 22 【医療施設の耐震化の促進】

23 県内の病院の耐震化率は平成28年9月1日現在で72.4%と低い状況であり、  
24 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、耐震強化の対策を進  
25 むることが必要です。

### 27 (イ) 循環型地域医療連携システムの構築

28 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  
29 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  
30 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  
31 送等迅速に対応できるようにします。

32  
33 災害時において、災害拠点病院、DMAT等、医療救護班、医師会(JMAT)、消  
34 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  
35 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。

36 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、  
37 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  
38 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  
39 ます。

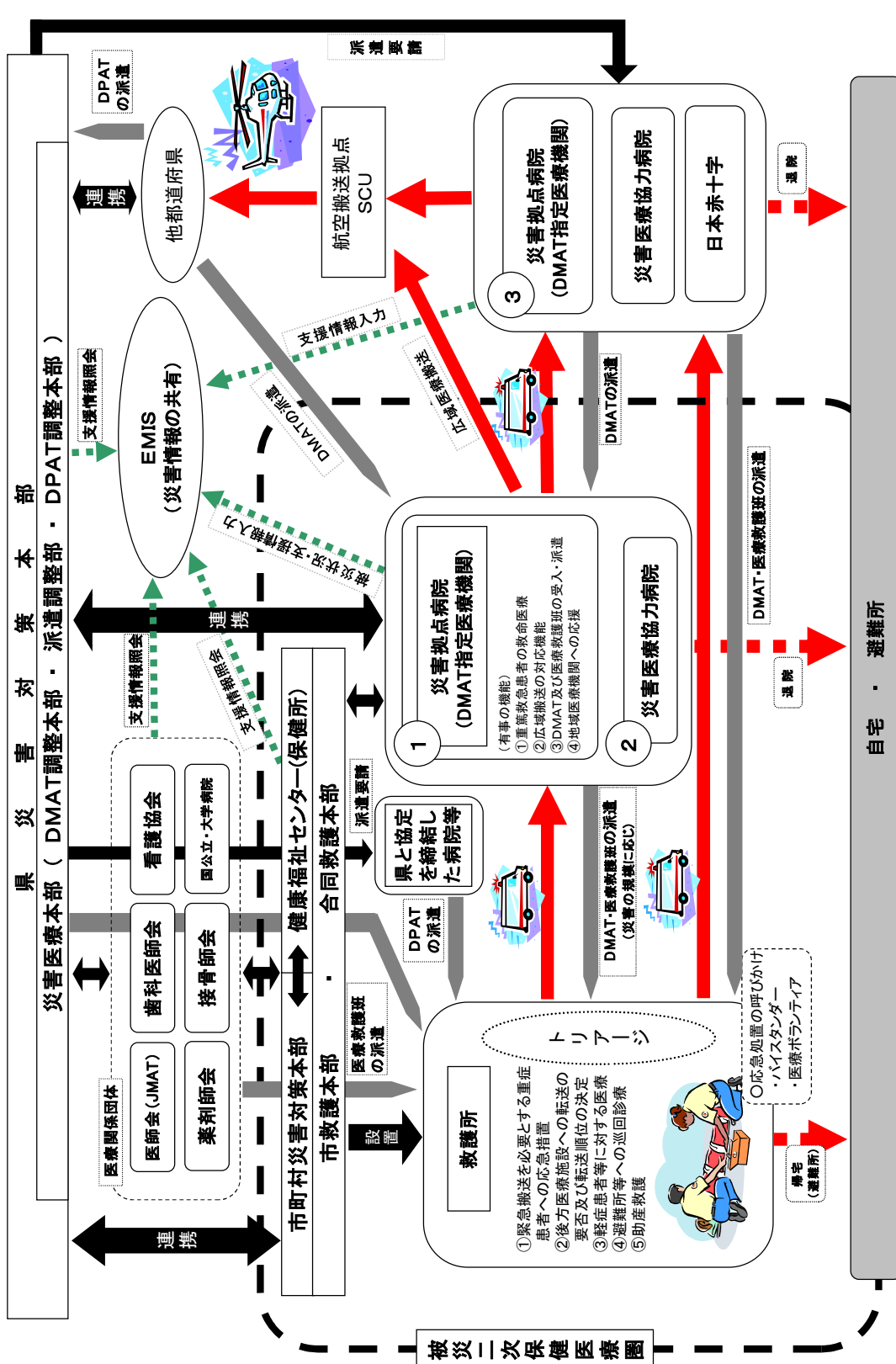
1 被災地内の災害拠点病院は、外部の災害拠点病院から派遣されたDMAT等を受け  
2 入れながら、重症患者等の受け入れを行うほか、後方病院への転送拠点としても機能  
3 します。また、被災地においていち早く医療救護を実施することができることから、  
4 救護所や地域の医療機関へのDMAT等及び医療救護班の派遣を行います。

5 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  
6 病院から重症患者を受け入れます。

7 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  
8 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  
9 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  
10 います。

11

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 救急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、救命のための応急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能となる。

1 （ウ）施策の具体的展開

2 【災害医療体制の整備】

- 3 ○ 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  
4 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  
5 情報を収集・把握するとともに、DMAT等及び医療救護班の派遣要請及び配置調  
6 整、関係機関への支援要請等を行います。
- 7 ○ 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  
8 「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  
9 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  
10 及び搬送手段の確保等を行います。
- 11 ○ 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  
12 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  
13 域災害医療対策会議」を設置します。
- 14 ○ 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  
15 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  
16 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  
17 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、  
18 市原市にあっては市の救護本部で対応します。
- 19 ○ 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  
20 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。
- 21 ○ 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  
22 体制等に関する医療救護マニュアルを整備します。

23

24 【EMISを活用した収集等】

- 25 ○ 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  
26 ップ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、EM  
27 IS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  
28 実を図っていきます。
- 29 ○ 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。

30

31 【慢性疾患患者に対する医療救護体制の整備】

- 32 ○ 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  
33 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  
34 け入れ体制を確保します。

35

36 【航空機災害に対する医療救護体制の整備】

- 37 ○ 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  
38 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  
39 議会に対する助成を行います。

- 1 ○ 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  
2 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。

3  
4 **〔災害拠点病院等の整備〕**

- 5 ○ 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  
6 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。また、千葉県救急医  
7 療センターと千葉県精神科医療センターを統合して（仮称）千葉県総合救急災害医  
8 療センターを整備することにより、高度救命救急医療及び精神科救急の機能を活用  
9 するとともに、DMAT、DPATを同一病院内で運用できる機能や高度救命救急  
10 医療の機能を活かし、災害医療に関する県の中心的役割を果たしていきます。
- 11 ○ 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  
12 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  
13 練を実施し、更なる体制整備を図ります。

14  
15 **〔DMAT等及び医療救護班の体制整備〕**

- 16 ○ 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  
17 機動性を持ったDMAT等を確保していますが、今後、すべての災害拠点病院に複  
18 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。
- 19 ○ 活動地域を千葉県内に限定したCLDMAT（Chiba Limited DMAT）を養成して  
20 おり、DMATと連携した活動を促進します。
- 21 ○ 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  
22 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、  
23 DMATとの訓練を通じて、更なる体制整備を図ります。
- 24 ○ 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  
25 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（JMAT）、千葉県歯  
26 科医師会、千葉県看護協会、千葉県接骨師会、千葉県薬剤師会及び災害拠点病院に  
27 対し、医療救護班の出動を要請することとしています。

28 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  
29 を進めます。

30  
31 **〔精神科領域における災害医療体制の整備〕**

- 32 ○ 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（以下「D  
33 PAT」という。）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  
34 は、DMAT等と協働できるよう、各種防災訓練等へも参加していく予定です。

35  
36 **〔医薬品等の備蓄体制の整備〕**

- 37 ○ 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  
38 健康福祉センターに備蓄します。
- 39 ○ 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  
40 制を充実するとともに、全県的な体制の整備を図ります。

- 1 ○ 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。
- 2 ○ 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
- 3 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<sup>※</sup>は、災害時等に
- 4 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
- 5 も併せて啓発します。

6

7 **〔診療に必要な水・燃料の確保〕**

- 8 ○ 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
- 9 持できるよう災害対策本部と連携しながら水・燃料を確保します。

10

11 **〔防災訓練の実施〕**

- 12 ○ 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
- 13 AT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（SCU）
- 14 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
- 15 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
- 16 施します。

17

18 **〔医療施設の耐震化の促進〕**

- 19 ○ 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
- 20 て、耐震化の促進を図ります。

21

22 **（エ）施策の評価指標**

23

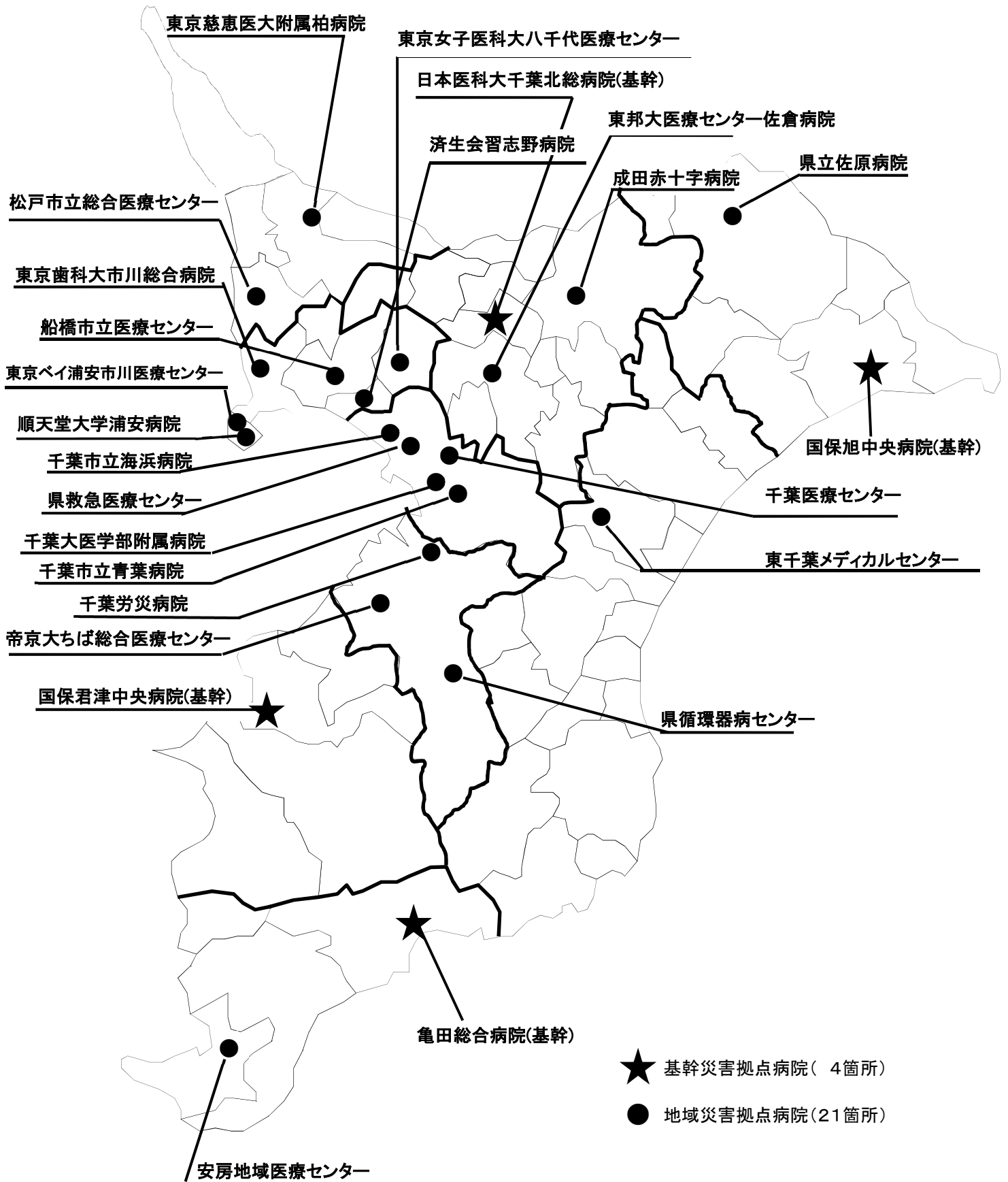
**〔基盤（ストラクチャー）〕**

指 標 名	現状（平成29年度）	目標（平成35年度）
災害派遣医療チーム （DMAT） ・チームの数 ・構成員の数	40チーム 224名	55チーム 300名
（CLDMAT） ・チームの数 ・構成員の数	23チーム 197名	35チーム 250名
災害派遣精神医療チ ーム（DPAT） ・チームの数 ・構成員の数	13チーム 67名	21チーム 91名

24

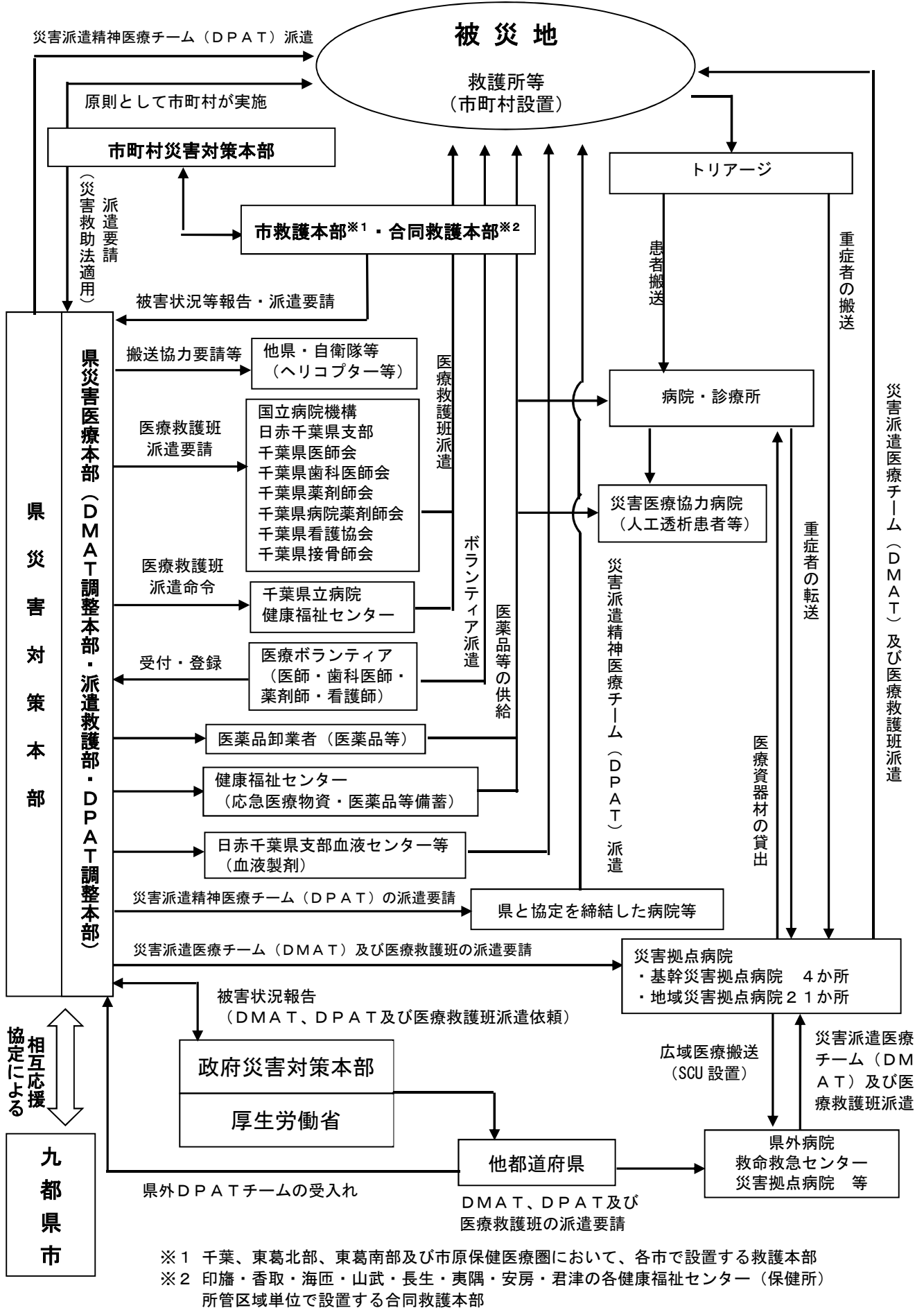
1

図表 2-1-1-2-7-1 千葉県内の災害拠点病院





図表 2-1-1-2-7-2 医療救護活動の体系図



※1 千葉、東葛北部、東葛南部及び市原保健医療圏において、各市で設置する救護本部  
 ※2 印旛・香取・海匝・山武・長生・夷隅・安房・君津の各健康福祉センター (保健所) 所管区域単位で設置する合同救護本部