

平成29年度第2回 千葉県救急・災害医療審議会 次 第

日 時： 平成30年1月16日（火）

午後6時30分から

場 所： 千葉県庁中庁舎10階大会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 議 事

千葉県保健医療計画の策定について

4 報 告

千葉県AED等普及促進計画について

5 その他

6 閉 会

平成29年度第2回 千葉県救急・災害医療審議会 出席者名簿

区 分	所属機関	職 名	氏 名	出欠状況
学識経験者 2名	千葉大学	千葉大学大学院医学研究院 救急集中治療医学 教授	織田 成人	出席
	国際医療福祉大学	国際医療福祉大学大学院 特任教授	平澤 博之	出席
医療関係団体を代表する 者 5名	県医師会	副会長	川越 一男	出席
		理事	李 笑求	出席
	千葉県歯科医師会	災害対策・救急医療委員会 幹事	木下 善隆	出席
	千葉県看護協会	会長	星野 恵美子	出席
	日本赤十字社千葉県支部	成田赤十字病院救命救急センター長	中西 加寿也	出席
医療機関代表 6名	高度救命救急センター	千葉県救急医療センター病院長	小林 繁樹	出席
	救急医療機関			
	三次	日本医科大学千葉北総病院 救命救急センター長	松本 尚	出席
	三次	総合病院国保旭中央病院救命救急センター長	高橋 功	欠席
	三次	順天堂大学医学部附属浦安病院 救命救急センター長・教授	田中 裕	欠席
	三次	千葉県こども病院長	星岡 明	出席
一次	山武郡市医師会 (山武郡市夜間急病診療所関係)	伊藤 よしみ	欠席	
関係行政機関代表 1名	消防機関	千葉県消防長会長(千葉市消防局長)	石塚 正徳	出席
委員合計 14名				

事務局 6名	知事部局	健康福祉部保健医療担当部長	岡田 就将	出席
		健康福祉部医療整備課長	海宝 伸夫	出席
		防災危機管理部危機管理課長	染井 健夫	出席
		防災危機管理部消防課長	添谷 進	出席
		保健所長会長 (習志野健康福祉センター長)	久保 秀一	欠席
病院局	副病院局長	藤田 巖	代理出席 技監 山崎 晋一郎	
オブザーバー 1名	警察本部	警備課 災害対策室長	鈴木 文男	欠席

平成29年度第2回 千葉県救急・災害医療審議会 席次表

副会長 会長
 県救急医療センター 県医師会
 小林 繁樹 川越 一男

成田赤十字病院
 中西 加寿也

千葉大学
 織田 成人

日本医科大学
 千葉北総病院
 松本 尚

国際医療福祉大学
 平澤 博之

県こども病院
 星岡 明

県医師会
 李 笑求

消防長会長
 石塚 正徳

県歯科医師会
 木下 善隆

防災危機管理部
 危機管理課長
 染井 健夫

県看護協会
 星野 恵美子

防災危機管理部
 消防課長
 添谷 進

千葉県病院局
 技監
 山崎 晋一朗

健康福祉部 健康福祉部
 医療整備課長 保健医療担当部長
 海宝 伸夫 岡田 就将

随行

事務局(医療整備課)

病院局

傍聴席

入口

配布資料一覧

議事

資料 1 - (1)	次期保健医療計画（救急）本文
資料 1 - (2)	次期保健医療計画（救急）新旧対照表
資料 1 - (3)	次期保健医療計画（災害）本文
資料 1 - (4)	次期保健医療計画（災害）新旧対照表
資料 1 - (5)	千葉県救急医療センター・精神科医療センターの一体的整備に係る基本計画（概要）
資料 1 - (6)	次期保健医療計画（県立病院）本文
資料 1 - (7)	次期保健医療計画（県立病院）新旧対照表

報告

資料 2 - (1)	千葉県 AED 等普及促進計画の概要について
資料 2 - (2)	千葉県 AED 等普及促進計画

1 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
7 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
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 [AED*]

20 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*
21 (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
22 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
23 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
24 発が必要です。

25 [ドクターヘリ及びドクターカー]

26 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
27 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
28 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
29 津中央病院（平成21年1月から）に配備しており、その出動件数は年々増加してい
30 ます。

31 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
32 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。

33 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
34 たラピッドカー*が、3箇所を整備されています。

35

36

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 海浜地域に配置しています。

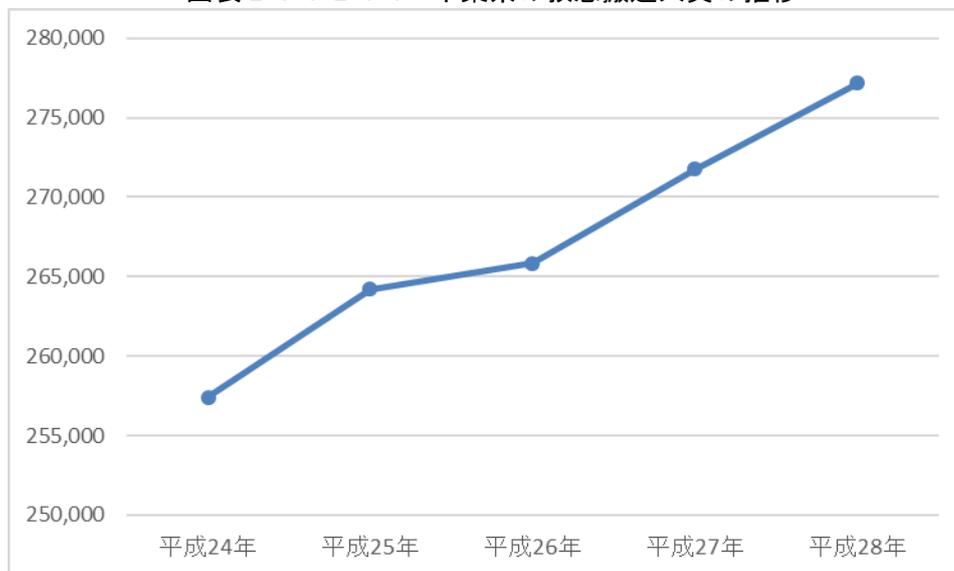
16 救急患者を迅速かつ適切な医療機関へ搬送する一助として、消防機関及び医療機関
17 に救急医療機関等が入力した応需情報を提供するちば救急医療ネット*を運用してい
18 ます。

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に
22 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**

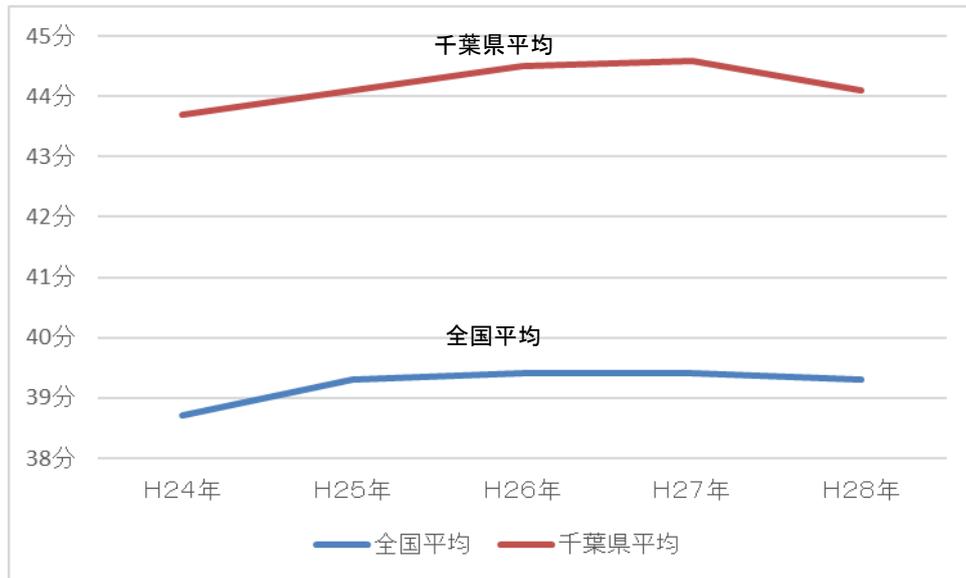


資料：救急・救助の現況（消防庁）

39

40

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
12 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
13 るよう、機能分担と連携の明確化を図ります。

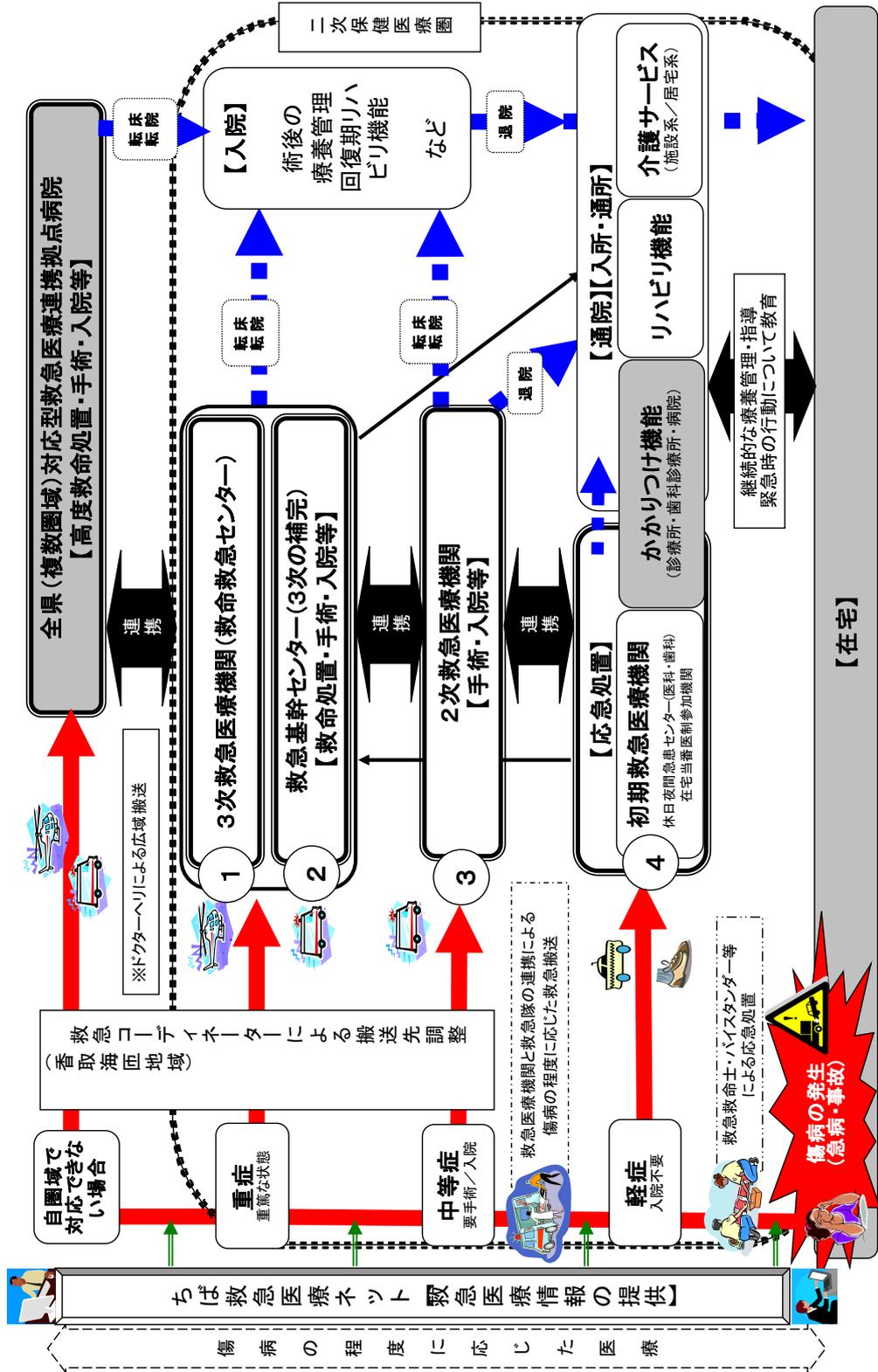
14 高度で全県的な対応が可能な医療機関を全県(複数圏域)対応型救急医療連携拠点
15 病院*として位置づけ、救命救急センター等と連携し、県内の救急医療水準の向上に取
16 り組んでいきます。

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。

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。

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。

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。

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。

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)

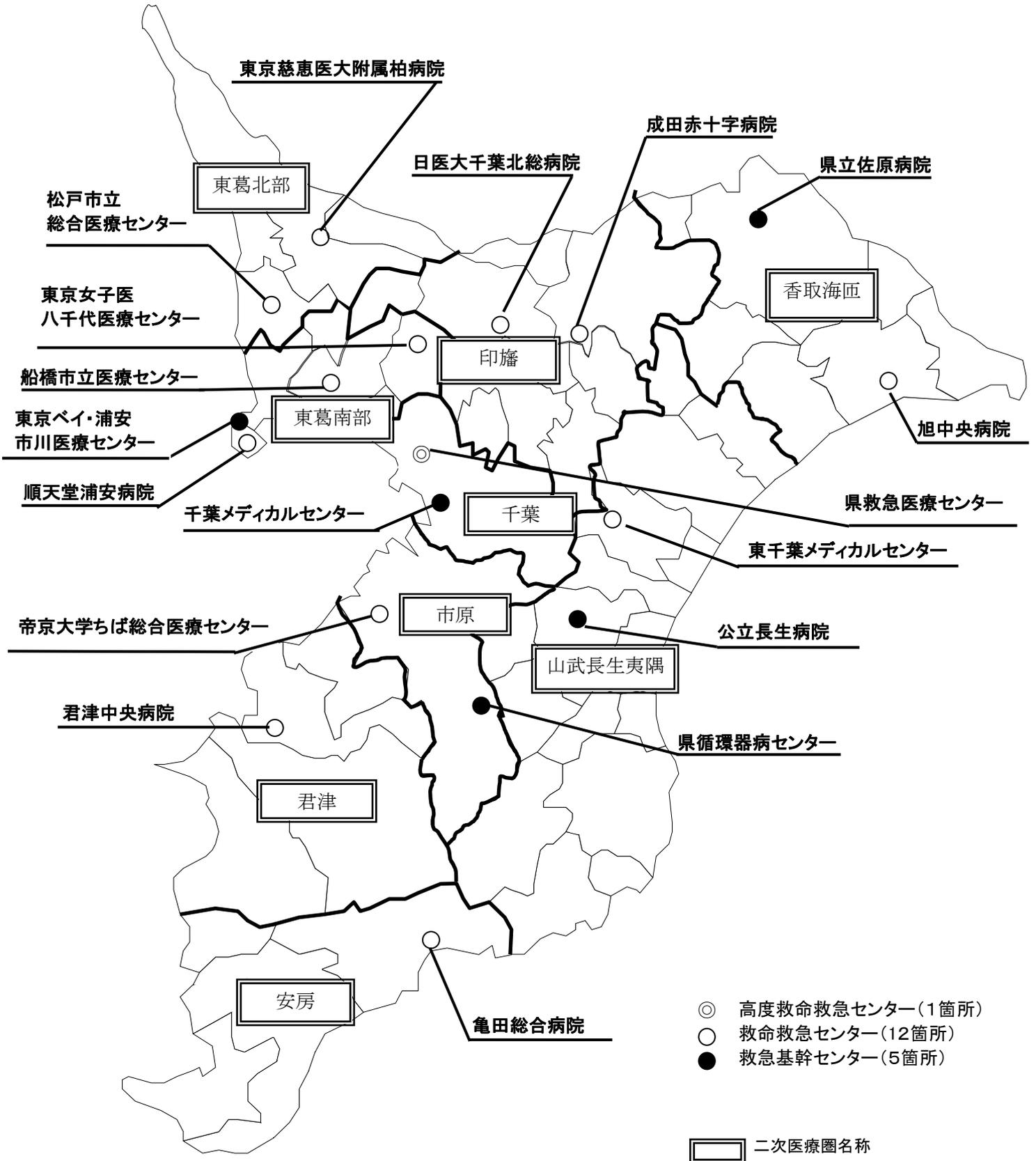
5
6 [成果 (アウトカム)]

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



【救急】新旧対照表

現行計画	第1回審議会案	第2回審議会案
<p>施策の現状・課題 【病院前救護】</p> <p>○ 心肺機能停止患者の救命には、第一発見者など市民による一次救命処置*（BLS）が重要であることから、心肺蘇生法等の応急処置に関する知識や技術、AED*（自動体外式除細動器）の使用方法に関する普及啓発が必要です。</p> <p>○ 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5か所に整備されています。 また、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、日本医科大学千葉北総病院に整備されています。</p> <p>○ 救急車により搬送される人数は、平成22年で245,163人であり、増加の傾向にあります。また、119番通報から医療機関に収容するまでの平均時間は、平成22年で42.6分と年々長時間化しており、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。</p> <p>○ 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、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。（新規）</p> <p>○ 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東葛飾地域と香取海浜地域に配置しています。</p> <p>○ 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。</p> <p>【救急医療（初期～第三次）】</p> <p>○ 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*（14箇所）により実施</p>	<p>施策の現状・課題 【病院前救護】 〔AED*〕</p> <p>○ 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「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。</p> <p>〔ドクターヘリ及びドクターカー〕</p> <p>○ 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7箇所に整備されています。 また、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箇所に整備されています。</p> <p>〔救急搬送件数の増加〕</p> <p>○ 救急車の搬送件数は、平成27年が305,160件と初めて30万件を上回り、搬送される人数は、平成27年で271,745人と増加傾向にあり、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。また、119番通報から医療機関に収容するまでの平均時間は、平成27年で44.6分と年々長時間化しており、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。</p> <p>○ 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、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。（新規）</p> <p>○ 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浜地域に配置しています。</p> <p>○ 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。</p> <p>【救急医療（初期～第三次）】 〔初期救急医療体制の推進〕</p> <p>○ 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</p>	<p>施策の現状・課題 a. 病院前救護 〔AED*〕</p> <p>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「<u>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</u>」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。</p> <p>〔ドクターヘリ及びドクターカー〕 <u>また</u>、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7箇所に整備されています。 <u>さらに</u>、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箇所に整備されています。</p> <p>〔救急搬送件数の増加〕 救急車の搬送件数は、平成28年が<u>310,602</u>件と30万件を<u>上回っており</u>、搬送される人数は、平成28年で<u>277,167</u>人と増加傾向にあり、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。また、119番通報から医療機関に収容するまでの平均時間は、平成28年で<u>44.1</u>分と<u>依然として長時間</u>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。</p> <p><u>また</u>、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、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。</p> <p><u>さらに</u>、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浜地域に配置しています。</p> <p><u>また</u>、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。</p> <p>b. 救急医療（初期～第三次） 〔初期救急医療体制の推進〕</p> <p>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*（<u>16</u>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</p>

<p>しています。</p> <p>○ 平成22年の救急隊による救急患者の搬送人員245,163人のうち、重症*患者は約9%、中等症*患者は約40%、入院を必要としない軽症患者が約51%を占めています。</p>	<p>しています。</p> <p>〔三次救急医療体制の整備〕</p> <p>○ 平成27年の救急隊による救急患者の搬送人員271,745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42%、入院を必要としない軽症患者が約50%を占めています。</p>	<p>しています。</p> <p>〔三次救急医療体制の整備〕</p> <p>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患者が約49%を占めています。</p>
<p>循環型地域医療連携システムの構築</p> <p>○ 救急に関する高度な医療等について、その頻度や高額医療機器の利用等の理由からそれぞれの医療圏に設置されていなくても、全県下1箇所または数カ所程度の配置で対応可能と考えられる医療機能を有する医療機関を、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として位置づけ、当該医療機関の機能を明確化することにより、専門医や高額医療機器等の重複配置を避け、医療機能の集中化を図り、効率的な医療を提供することを目指します。</p> <p>なお、全県（複数圏域）対応型救急医療連携拠点病院*は、救急医療に関する専門的な助言・指導を行う機関としての位置付けもあります。</p> <p>また、位置付けるに当たっては、国等の各種基準により全県的な対応医療機関として既に指定されている病院（① 特定機能病院*、② 県立病院、③ 国立病院（国立病院機構*、独立行政法人を含む）、④ 救急医療についてはドクターヘリ配置医療機関）に対して、対応可能な医療機能について確認し、その医療機関名を掲載しています。</p> <p>更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。</p>	<p>循環型地域医療連携システムの構築</p> <p>○ 救急に関する高度な医療等について、その頻度や高額医療機器の利用等の理由からそれぞれの医療圏に設置されていなくても、全県下1箇所または数カ所程度の配置で対応可能と考えられる医療機能を有する医療機関を、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として位置づけ、当該医療機関の機能を明確化することにより、専門医や高額医療機器等の重複配置を避け、医療機能の集中化を図り、効率的な医療を提供することを目指します。</p> <p>なお、全県（複数圏域）対応型救急医療連携拠点病院*は、救急医療に関する専門的な助言・指導を行う機関としての位置付けもあります。</p> <p>また、位置付けるに当たっては、国等の各種基準により全県的な対応医療機関として既に指定されている病院（① 特定機能病院*、② 県立病院、③ 国立病院（国立病院機構*、独立行政法人を含む）、④ 救急医療についてはドクターヘリ配置医療機関）に対して、対応可能な医療機能について確認し、その医療機関名を掲載しています。</p> <p>更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。</p>	<p>循環型地域医療連携システムの構築</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>施策の具体的展開</p> <p>【救急医療（初期～第三次）】</p> <p>〔三次救急医療体制の整備〕</p> <p>○ 高度救命救急センターである千葉県救急医療センターの機能の充実・強化に努めます。</p> <p>評価指標</p> <p>〔基盤（ストラクチャー）〕</p>	<p>施策の具体的展開</p> <p>【救急医療（初期～第三次）】</p> <p>〔三次救急医療体制の整備〕</p> <p>○ 高度救命救急センターである千葉県救急医療センターの機能の充実・強化に努めます。</p> <p>評価指標</p> <p>〔基盤（ストラクチャー）〕</p>	<p>施策の具体的展開</p> <p>b. 救急医療（初期～第三次）</p> <p>〔三次救急医療体制の整備〕</p> <p>○ <u>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、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。</u></p> <p>評価指標</p> <p>〔基盤（ストラクチャー）〕</p>

指 標 名	現 状	目 標
救命救急センター設置数	10箇所(7医療圏) (平成24年度)	11箇所(9医療圏) (平成27年度)
ドクターカーを配備している救命救急センター数	5箇所 (平成24年度)	9箇所 (平成27年度)
医療施設従事医師数 (救急科)(人口10万対)	1.5 (平成20年)	1.7 (平成26年)
ドクターヘリの出動回数	1,073回 (平成21年度)	1,200回 (平成27年度)

〔過程 (プロセス)〕

指 標 名	現 状	目 標
救急隊覚知*からの医療機関等収容所要時間の平均	42.6分 (平成22年)	30.0分 (平成27年)
重症患者の救命救急センターへの搬送割合	90.3% (平成21年)	95.0% (平成27年)

〔結果 (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*、目撃者有り)の1ヵ月後の生存率	11.1% (平成20年)	20.0% (平成27年)

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)	20箇所(7) (平成26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)	2.5人 (平成26年)	増加 (平成35年度)
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)

〔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*、目撃者有り)のAED使用率	5.0% (平成27年)	10.0%以上 (平成35年度)
救急隊と医療機関との平均交渉回数	1.38回 (平成27年)	1.30回 (平成35年)
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	2.2% (平成27年)	2.0% (平成35年)

〔結果 (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*、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	44.6分 (平成27年)	40.0分 (平成35年)

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35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)

〔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)

〔結果 (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)

1 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。

22

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。

28

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^{*}(24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、被災地内にお
4 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・
5 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。

6 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
7 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
8 の派遣を要請することとしています。

10 〔医薬品等の備蓄体制の整備〕

11 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
12 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。

14 〔防災訓練の実施〕

15 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
16 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
17 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
18 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
19 いく必要があります。

21 〔医療施設の耐震化の促進〕

22 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、
23 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
24 めることが必要です。

26 （イ）循環型地域医療連携システムの構築

27 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
28 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
29 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
30 搬送等迅速に対応できるようにします。

31
32 災害時において、災害拠点病院、DMAT等、医療救護班、医師会（JMAT）、
33 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
34 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
35 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要否及び転送
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

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
26 歯科医師会、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
27 に対し、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
34 には、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[※]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 A T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）
- 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、
- 15 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
- 16 実施します。

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**

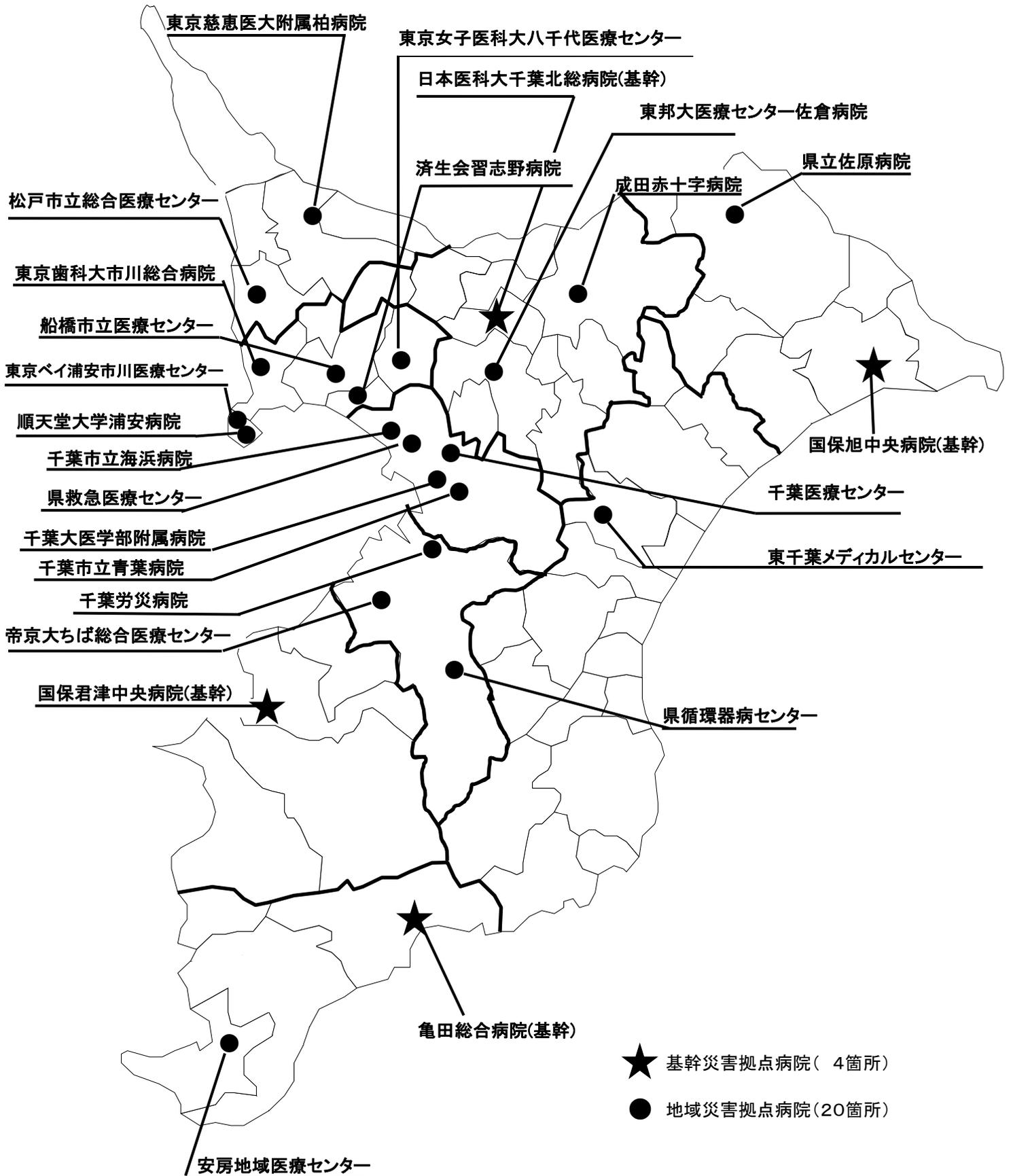
23

〔基盤（ストラクチャー）〕

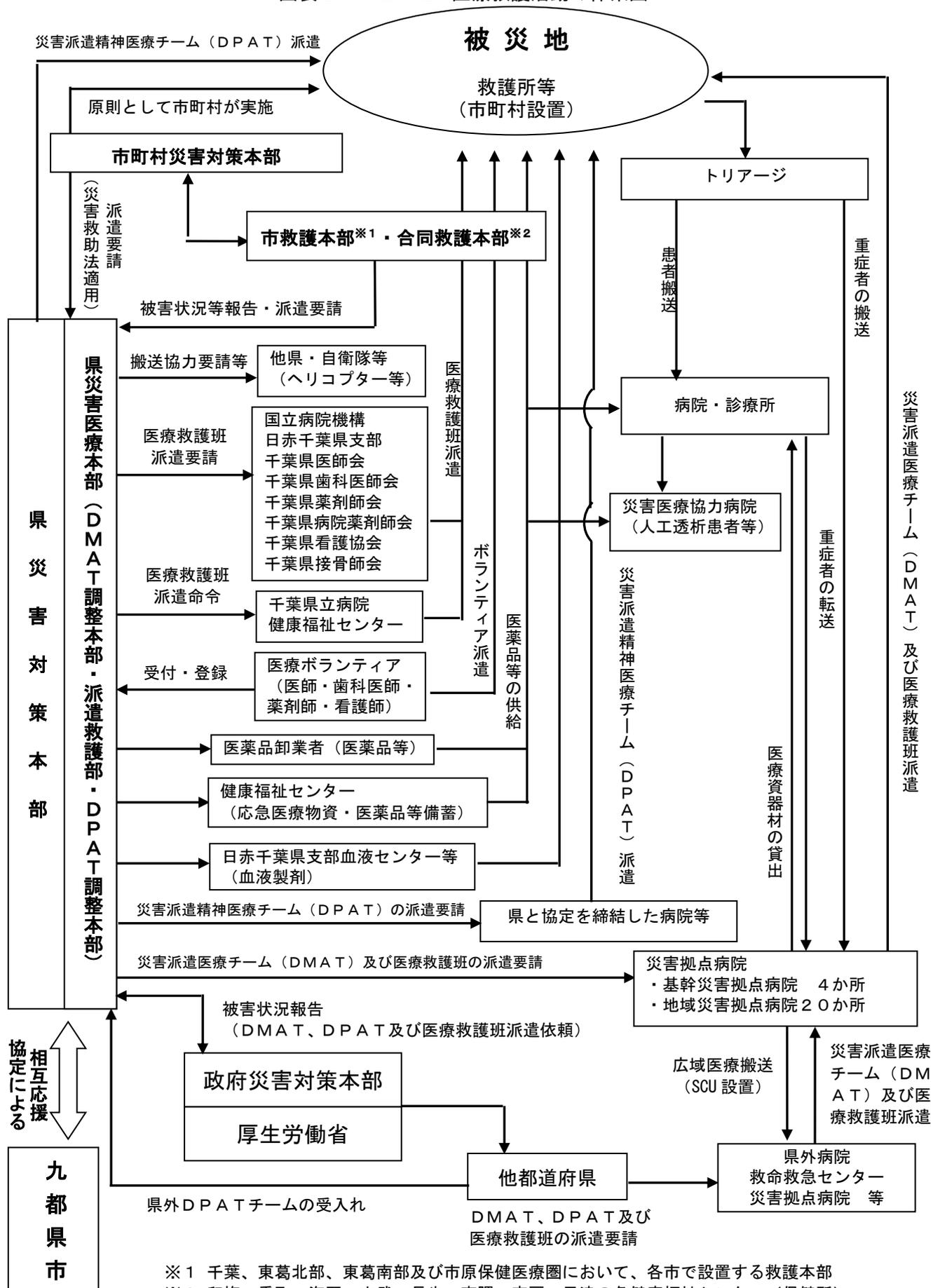
指 標 名	現状（平成29年度）	目標（平成35年度）
災害派遣医療チーム （DMAT） ・チームの数 ・構成員の数	40チーム 224名	55チーム 300名
（CLDMAT） ・チームの数 ・構成員の数	23チーム 197名	35チーム 250名
災害派遣精神医療チ ーム（DPAT） ・チームの数 ・構成員の数	13チーム 67名	21チーム 91名

24

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

【災害】新旧対照表

現行計画	第1回審議会案	第2回審議会案																														
<p>施策の具体的展開 【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。</p> <p>記載なし</p> <p>記載なし</p>	<p>施策の具体的展開 【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。</p> <p>〔DMAT等及び医療救護班の体制整備〕 ○ 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。</p> <p>〔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(以下「DPAT」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。 <u>また、災害拠点精神科病院については、今後指定について検討していきます。</u></p>	<p>施策の具体的展開 【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。 <u>また、千葉県救急医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。</u></p> <p>〔DMAT等及び医療救護班の体制整備〕 ○ 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、<u>DMATと連携した活動を促進します。</u></p> <p>〔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(以下「DPAT」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。</p>																														
<p>評価指標</p>	<p>評価指標</p>	<p>評価指標</p>																														
<p>〔基盤 (ストラクチャー)〕</p>	<p>〔基盤 (ストラクチャー)〕</p>	<p>〔基盤 (ストラクチャー)〕</p>																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>指 標 名</th> <th>現 状</th> <th>目 標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>災害拠点病院設置数</td> <td>19箇所 (9医療圏) (平成22年度)</td> <td>各医療圏に2箇所以上 (平成27年度)</td> </tr> <tr> <td>災害派遣医療チーム (DMAT) ・指定医療機関の数 ・チームの数 ・構成員の数</td> <td>11箇所 (8医療圏) 19チーム 98名 (平成22年度)</td> <td>19箇所 (9医療圏) 30チーム 150名 (平成27年度)</td> </tr> </tbody> </table>	指 標 名	現 状	目 標	災害拠点病院設置数	19箇所 (9医療圏) (平成22年度)	各医療圏に2箇所以上 (平成27年度)	災害派遣医療チーム (DMAT) ・指定医療機関の数 ・チームの数 ・構成員の数	11箇所 (8医療圏) 19チーム 98名 (平成22年度)	19箇所 (9医療圏) 30チーム 150名 (平成27年度)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>指 標 名</th> <th>現 状</th> <th>目 標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>災害派遣医療チーム (DMAT) ・チームの数 ・構成員の数</td> <td>40チーム 224名 (平成29年度)</td> <td>55チーム 300名 (平成35年度)</td> </tr> <tr> <td>(CLDMAT) ・チームの数 ・構成員の数</td> <td>23チーム 197名 (平成29年度)</td> <td>35チーム 250名 (平成35年度)</td> </tr> </tbody> </table>	指 標 名	現 状	目 標	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 (平成29年度)	55チーム 300名 (平成35年度)	(CLDMAT) ・チームの数 ・構成員の数	23チーム 197名 (平成29年度)	35チーム 250名 (平成35年度)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>指 標 名</th> <th>現 状</th> <th>目 標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>災害派遣医療チーム (DMAT) ・チームの数 ・構成員の数</td> <td>40チーム 224名 (平成29年度)</td> <td>55チーム 300名 (平成35年度)</td> </tr> <tr> <td>(CLDMAT) ・チームの数 ・構成員の数</td> <td>23チーム 197名 (平成29年度)</td> <td>35チーム 250名 (平成35年度)</td> </tr> <tr> <td>災害派遣精神医療チーム (DPAT) ・チームの数 ・構成員の数</td> <td>13チーム 67名</td> <td>21チーム 91名</td> </tr> </tbody> </table>	指 標 名	現 状	目 標	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 (平成29年度)	55チーム 300名 (平成35年度)	(CLDMAT) ・チームの数 ・構成員の数	23チーム 197名 (平成29年度)	35チーム 250名 (平成35年度)	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
指 標 名	現 状	目 標																														
災害拠点病院設置数	19箇所 (9医療圏) (平成22年度)	各医療圏に2箇所以上 (平成27年度)																														
災害派遣医療チーム (DMAT) ・指定医療機関の数 ・チームの数 ・構成員の数	11箇所 (8医療圏) 19チーム 98名 (平成22年度)	19箇所 (9医療圏) 30チーム 150名 (平成27年度)																														
指 標 名	現 状	目 標																														
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 (平成29年度)	55チーム 300名 (平成35年度)																														
(CLDMAT) ・チームの数 ・構成員の数	23チーム 197名 (平成29年度)	35チーム 250名 (平成35年度)																														
指 標 名	現 状	目 標																														
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 (平成29年度)	55チーム 300名 (平成35年度)																														
(CLDMAT) ・チームの数 ・構成員の数	23チーム 197名 (平成29年度)	35チーム 250名 (平成35年度)																														
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																														

《参考・千葉県保健医療計画》

《千葉県保健医療計画（平成28年3月）抜粋》

【県立病院の将来方向（要旨）】

- 各医療圏内で完結できない高度専門的な医療を担う。
- 県全体の医療の質の向上のための人材育成と情報提供機能を担う。
- 災害時医療救護活動等の機能を担う。

【県立病院が担うべき具体的な医療機能（要旨）】

《全県や複数圏域を対象とした救急医療》

- ・他の救急医療機関での対応が困難な症例や、受入出来ない場合の受け皿として、各分野の専門医が365日、24時間体制で、心筋梗塞、脳卒中、多発性外傷等の重篤救急患者の治療にあたる。
- ・高度救命救急センターとして広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊救急疾病患者の救命救急を担う。
- ・県内の第三次救急医療機関や消防機関等とのネットワークづくりを進めるとともに、救急医療情報の①収集、②分析・評価、③調整、④提供を行う。
- ・高度救命救急医療の機能を最大限発揮し、種々の災害に関する県の中心的災害医療センターとしての機能を担う。

《全県や複数圏域を対象とした精神科医療》

- ・精神科救急医療システムの中心的役割とともに、急性期患者の24時間体制での受け入れ機能を担う。
- ・「入院医療中心の治療体制から地域ケアを中心とする体制へ」という精神科医療の大きな流れを先導するため、通院患者の継続医療のための様々な援助により在宅復帰を積極的に支援する。
- ・様々な精神科関連機関の連携の中心的な役割を担う。

千葉県病院局 経営管理課
〒260-8665 千葉市中央区市場町1番1号
TEL：043-223-3973 FAX：043-225-9330

平成29年3月発行

千葉県救急医療センター・精神科医療センターの

一体的整備に係る基本計画

概要版

一体的整備のイメージ

千葉県救急医療センター + 千葉県精神科医療センター + 千葉県精神保健福祉センター

(仮称) 千葉県総合救急災害医療センター + 千葉県精神保健福祉センター

● 新病院を建設し精神保健福祉センターを同一施設内に整備

(仮称) 千葉県総合救急災害医療センターの基本的な考え方

基本方針

救命救急医療及び精神科救急医療における高度な専門性を発揮し、県内救急医療における最後の砦としての役割を担うとともに、災害時においても身体・精神両面の災害医療を提供する。

基本機能



可能となる医療福祉

- 身体・精神科救急患者の受入及びコーディネートが円滑化
- 身体疾患と精神疾患を合併した救急患者への迅速かつ適切な医療の提供
- 精神保健福祉センターと連携し、受診前訪問、受診後のフォローを含めたアウトリーチ機能の充実により精神障害者の早期治療、社会復帰につなげる
- 大規模災害発生時に身体・精神両面にわたる包括的な災害医療のハブ的役割を担う
- 組織や設備の統合により効率的に運用
- 幅広い教育・研修プログラムを策定・実施し人材育成に貢献

施設整備方針

建設予定地

千葉市美浜区豊砂（現精神科医療センター隣接地）

病床と施設概要

一般病床 100床 精神科病床 50床 合計 150床

- 身体・精神科合併救急患者の受入れのための病床を備える
- 手術室を増やすほか最新の医療に対応する

施設の広さ

130㎡/床（約19,500㎡）※新病院の面積（精神保健福祉センターについては別途）

ヘリポート

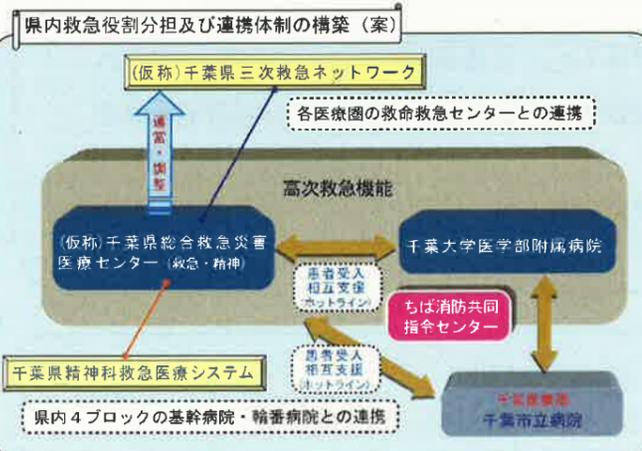
建物屋上と災害時利用の大型ヘリコプターにも対応できる地上の2か所を整備する

災害に強い施設

免震構造とし、外部のインフラが停止しても一定期間の機能維持が図れる施設とする

連携ネットワーク化

- 全県や複数圏域を対象とした医療機関等との連携
- 近隣の公立病院と大学とのネットワークの構築



- 県内の第三次救急医療機関や消防機関等とのネットワークへ参画し、県下救命救急センターを結ぶ「ハブ病院」機能を実現する。
- 「千葉県精神科救急医療システム」の中核機能を担い、身体・精神科合併救急の全県ネットワークの構築を目指す。
- 医療圏内市立病院と大学病院との患者受入相互支援のためのホットラインによるネットワーク化を図る。

5 県立病院が担うべき役割

(ア) 施策の現状・課題

〔県立病院の現況〕

現在、千葉県では、地方公営企業法全部適用*の事業として病院局において管理・運営する高度・特殊な専門医療を取り扱う4病院（がんセンター・救急医療センター・精神科医療センター・こども病院）、循環器に関する高度・特殊な専門医療と地域における中核医療を行う病院（循環器病センター）、地域の中核医療を行う病院（佐原病院）の計6病院と、指定管理者が管理・運営する特殊な専門医療を取り扱う1病院（千葉リハビリテーションセンター）、合わせて7病院を設置しています。

各県立病院は担うべき使命が異なっていますが、それぞれの病院の機能・特性に応じて、地域の将来的な医療需要や地域の医療提供体制などを踏まえた再編・ネットワーク化の検討が求められています。

これからの県立病院の方向性としては、千葉県立病院新改革プランや地域医療構想に沿って、経営健全化や医療機能の見直しを図りつつ、県全体の医療提供体制の見直し等の議論を見据え、その議論の中で県立病院が果たすべき役割を確立し、県民や市町村、関係団体等に示していくことが不可欠です。

〔循環型地域医療連携システムとこれを補完・拡充する全県と複数圏域に対応した医療〕

千葉県では、がん、脳卒中等の疾病毎、また二次保健医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システム*を通して、可能な限り地域で医療が完結できる体制を目指しています。

二次保健医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システムに加えて、地域を越えた対応が必要な事案など当該システムを補完する役割が必要になってきます。

例えば、県立病院には、圏域では対応できない医療の最後の砦としての役割とともに、高度専門的見地から地域の医療機関を支援していく役割が求められます。

また、こうした高度専門的な医療については、高度専門的技術をもつ人材の適正配置や、高性能・高額な医療機器など施設・設備の重複配置をなくすなど集約化を図っていく必要があります。こうした面からも、二次保健医療圏を越えた対応が必要です。

健康づくり・予防、急性期*医療、回復期*医療、在宅医療、介護・福祉など、段階に応じた循環型地域医療連携システムとこれを補完する高度専門的医療等の全県や複数圏域に対応した医療を医療資源チームの一員として位置付けて、連携を図った保健・医療・福祉の流れを構築することが重要です。

〔県立病院が担うべき政策医療〕

医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能、すなわち、全県的見地で整備すべき全県や複数圏域に対応した医療機能については、県民の命を守るため、県として全力で取り組むべき課題であることから、その責務を果たしうる県立病院の役割を確立することを目指す必要があります。

1 すなわち、県立病院が担うべき政策医療とは、がん、循環器などの高度専門医療など全
2 県や複数圏域を対象とした医療を中心とします。

3 また、専門的見地から地域の医療機関への支援や、今後の医療のモデルとなるべき先進
4 的な取組み等も県立病院が担うべき医療です。

5 もちろん、全県や複数圏域を対象とした医療機能については、県立病院のみが担うもの
6 ではありません。大学病院や国立病院機構、地域の中核的基幹病院等とも役割分担しなが
7 ら、全県や複数圏域を対象とした医療機能を担っていく必要があります。

8 一方、二次保健医療圏で完結する一般医療については、全県の見地からの対応ではなく、
9 地域の実情を踏まえた医療提供体制を整備していく必要があることから、地域の民間病院
10 や市町村等が担うことが重要です。したがって、県立病院の持つ医療資源については、可
11 能な限り全県や複数圏域の見地から配分していくことが重要です。

12 大規模災害発生時において、効果的な医療救護活動が行えるよう、県立病院は災害時医
13 療の中核的な医療活動を展開する必要があります。

14 15 (イ) 施策の具体的展開

16 [県立病院の将来方向]

17 ○ 県立病院については、以上のような循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機
18 能、すなわち、医療圏内で完結することができない高度専門的な医療について全県及び
19 複数圏域を対象とした医療機能を担っていくことを基本とします。また、県全体の医療
20 の質の向上のための人材育成と情報提供機能を担っていきます。

21 ○ 一方、これまで県立病院が担ってきた地域完結型の一般医療については、県民の理解
22 を求めながら、地域の実情に応じて小回りのきいた医療サービスが提供できるよう地域
23 の自治体等が中心となり、新たな医療提供体制の枠組みへの再構築を進めることとしま
24 す。

25 ○ 再構築にあたっては、循環型地域医療連携システムを踏まえるとともに、国の「新公
26 立病院改革ガイドライン*」等を勘案して地域の自治体病院等の再編・ネットワーク化を
27 進めていきます。県は、新たな医療提供体制が整うまでは、これまで県立病院が担って
28 きた地域医療の水準が後退しないよう医師確保など十分に配慮しながら、こうした地域
29 の自治体等の取組を積極的に支援していきます。

30 ○ 災害に備え、医療救護活動に必要な応急医療資器材等の更なる整備や災害派遣医療チ
31 ャーム(DMAT)*、災害派遣精神医療チーム(DPAT)の派遣体制の強化を進めると
32 ともに、老朽化・狭隘化等が課題となっているがんセンター、救急医療センター、精神
33 科医療センター及び佐原病院の施設整備等を行い、県立病院の病院機能を一層強化し、
34 災害時医療救護活動等の機能を担っていきます。

35 36 [県立病院が担うべき具体的な医療機能]

37 ○ 県立病院が担うべき具体的な医療機能については、以下のような機能が考えられます。

38 なお、循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能を担うという県立病院の役
39 割分担を踏まえ、全県や複数圏域を対象としたがん医療、循環器医療、小児医療、リハ

1 ビリテーション医療、救急医療、精神科医療等の高度専門的な医療などに取り組みます。

3 (1) 先端・高度専門的ながん医療と研究

4 ○ 県立病院は、千葉県がん対策推進計画に基づく、がんの予防、早期発見、がん医療の
5 充実、在宅緩和ケア*の推進、がん患者や家族への相談支援、人材の育成、研究など、総
6 合的ながん対策の推進に積極的に協力します。

7 特に、県のがん対策の中核的役割を担う施設として、がん登録*データの分析、千葉県
8 共用地域医療連携パス*を活用した地域の医療機関との連携、診療支援医師の派遣調整、
9 医療従事者の研修、相談支援、情報提供等の充実強化を図ります。さらに、地域がん診
10 療連携拠点病院*等に対し、情報提供、症例相談や診療支援を行うなど、都道府県がん診
11 療連携拠点病院（平成29年10月現在申請中）としての機能を担います。

12 ○ 急速な高齢化に伴って急増が見込まれるがん患者に対して、質の高いがん医療を提供
13 できるよう、がんセンターの新棟建設により増床と機能強化を図ります。特に、我が国
14 に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん）については、集学的治
15 療*及び緩和ケア*の体制をさらに整備し、標準的治療*等がん患者の状態に応じた適切
16 な治療を行うほか、循環器疾患や糖尿病などの合併症を有する患者への対応や緩和ケア
17 の医療ニーズの増大などに対応していきます。それに加えて、県内に対応できる医療機
18 関が少ない希少がんについても対応していきます。

19 ○ 圏域では対応できない先進的で専門性や難易度の高いがん医療、例えば、専用のコン
20 ピュータを用いて、複数のビームを組み合わせることで放射線の強弱をつけ、腫瘍の形
21 に適した放射線治療を行うIMRT（強度変調放射線治療）や胃がんや大腸がんに対す
22 る内視鏡的切除、鏡視下手術の実施、人間である術者の手の動きを忠実にロボット鉗子
23 が再現して行う「ロボット手術」、ゲノム医療への取り組みなど、先端・高度ながん治療
24 や低侵襲治療*を提供します。

25 また、大学等と連携して、臨床試験・治験を通じた最先端医療の提供や新しい治療薬
26 の開発などに取り組む必要があり、臨床部門と研究部門が有機的な連携を図ることで、
27 これら医療の研究・開発機能を一層強化します。

28 ○ 患者の心と体を総合的に支援するため、地域の医療機関、在宅医療資源、ボランティ
29 アグループなどと連携し、地域で患者・家族を支える仕組みづくりに取り組んでいきま
30 す。

31 ○ 研究分野では、がんの発生メカニズムや抑制等の研究、創薬、治療法の開発、ゲノム
32 解析によるがん原因遺伝子等の探索、疫学調査に基づく予防等の研究など、基礎的な研
33 究成果の臨床応用研究を推進していきます。

35 (2) 高度専門的な循環器医療

36 ○ 脳血管疾患*・心血管疾患等の循環器疾患の診断・治療は近年その発達が著しい分野で
37 あり、診断には種々の高額医療機器が必要で、治療に関しても開頭手術、血管内治療、
38 特殊な薬物治療などのように多様化、専門化している一方で、これらの全ての診断・治
39 療に対応できる施設は極めて限られています。県立病院は、圏域では対応できない高度
40 専門的で、難易度の高い循環器医療として、ガンマナイフ*、320列CT装置*等の専

1 門機器の活用など、特殊な脳血管疾患・心血管疾患の診断・治療の機能を担っていく必要
2 があります。

- 3 ○ 急性期*については、例えば、脳卒中という緊急性の高い疾患に対応するには、脳神経
4 外科医・神経内科医が常勤医として勤務し、24時間365日対応可能な病院からなる
5 体制が必要です。また、心筋梗塞の急性期治療においても、循環器科医をはじめとした
6 医療従事者等の24時間365日勤務体制が必要であり、さらに冠動脈撮影、心エコー
7 等の高額医療機器も常時稼働可能な状況でなければなりません。こうした現状を踏まえ、
8 患者搬送への活用など医療圏を越えた強力なネットワークによるバックアップ体制
9 を構築することが求められており、その中核機能を担っていく必要があります。
- 10 ○ こうした中、循環器病センターは、循環器に係る高度専門医療を提供するとともに、
11 地域の一般医療も担っていますが、立地上の課題等から入院患者が減少傾向にあります。
12 また、近年、循環器病センターが所在する市原医療圏、隣接する山武長生夷隅医療圏に
13 相次いで救命救急センターが指定されたことなどを踏まえ、将来的な専門医療と地域医
14 療のそれぞれのあり方について、全県的な視点と当該地域の状況を踏まえて検討する必
15 要があります。

17 (3) 高度専門的なこども医療等と周産期医療

- 18 ○ 県立病院は、一般の医療機関で対応が困難な高度専門的で、難易度の高い各種の新生
19 児疾患や重度小児疾患等の治療を担っていく必要があります。また、全県的な小児科ネ
20 ットワークの中心的な存在としての機能を果たす必要があるほか、県全体の三次救急医
21 療*を担うとともに、各圏域における小児救急医療体制の現状から必要に応じ、二次救急
22 医療*体制を補完・バックアップする機能を担っていく必要があります。
- 23 ○ 一般的に小児の在宅医療は成人に比べ障害の程度が重く、高度な医療的管理が必要で
24 あるとともに、提供されるケアへの親の要求水準は高く、一方で社会資源は乏しいとい
25 う現状があります。このため、家族が行う医療的ケアへのサポートや関係機関との連絡
26 調整など小児在宅医療に対する支援を充実していきます。
- 27 ○ 異常新生児の治療については、胎児の段階からの対応、出産病院からの搬送によるリ
28 スク、搬送に伴う母子分離による母親の不安等を考慮すると、出生前、出生後の一貫し
29 た胎児・母体管理、分娩（出生）直後からの新生児治療を可能とする産科を交えた周産
30 期医療*との一体的な展開が必要とされていることから、県立病院において周産期医療
31 に取り組みます。

33 (4) 高度専門的なリハビリテーション医療

- 34 ○ 県立病院は、個々の医療機関等では対応できない、高度な医学的リハビリテーション
35 （診断、治療、各種リハビリ療法、補装具作成、ソーシャルワークなど）から福祉サービ
36 スを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテ
37 ーションセンター機能（相談、診察、治療、訓練、補装具*製作、家屋改造指導、ご家族
38 への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用のお手伝い、地域との連携等を含む）
39 を担っていく必要があります。
- 40 ○ 特に、

- 1 ・障害児に対する療育*の提供（医療型障害児入所施設等の運営を含む）
- 2 ・重症化・重複障害化*の脳血管障害者に対する効率的な訓練実施
- 3 ・脳外傷等による高次脳機能障害*、脊髄損傷など、一般病院では対応しきれない障害に
- 4 対する専門的・包括的リハビリテーションの提供
- 5 ・障害児・者等に対するテクノエイド*機能の整備
- 6 ・全身性骨・関節疾患（リウマチを含む）への医療・リハビリテーションの提供
- 7 ・四肢の切断患者等への義肢・装具の作製とリハビリテーションの提供
- 8 ・障害者・高齢者等の地域在宅生活の促進と維持のための多様な支援ネットワークの構
- 9 築

10 等に取り組んでいます。

- 11 ○ また、千葉県リハビリテーション支援センター*の機能を担い、①各二次保健医療圏に
- 12 指定される地域リハビリテーション広域支援センター*に対する支援、②リハビリテー
- 13 ション資源の調査・情報収集、③関係団体との連絡調整、④リハビリテーション実施機
- 14 関等のネットワークの構築等の役割を一層果たしていきます。
- 15 ○ 千葉リハビリテーションセンターは、こうした県立施設としての機能・役割を果たし、
- 16 増加する県民ニーズにこたえるためには、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医
- 17 療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能の充実などが求められ
- 18 ます。このため、施設の整備方針について関係機関や有識者等の意見を聞きながら検討
- 19 を行い、県民からの高いニーズに対応できる施設の整備に取り組めます。

21 **（５） 全県や複数圏域を対象とした救急医療**

- 22 ○ 県立病院は、他の救急医療機関での対応が困難な症例や、受け入れできない場合の受
- 23 け皿として、各分野の専門医が365日、24時間体制で、心筋梗塞、脳卒中、多発外
- 24 傷等の重篤救急患者の治療にあたるとともに、高度救命救急センター*として広範囲熱
- 25 傷、指肢切断、急性中毒等の特殊救急疾病患者の救命救急医療を担っていく必要があります。
- 26 また、各二次保健医療圏において、種々の要因により対応が困難となっている救
- 27 急患者の収容を日々調整・補完する機能を担う必要があります。さらに、精神科医療と
- 28 の連携により、一般診療科では対応困難な身体・精神科合併救急患者について、迅速かつ
- 29 適切な医療を提供していく必要があります。

30 これらの課題に対応するため、救急医療センターと精神科医療センターを統合して、
31 （仮称）千葉県総合救急災害医療センターを整備し、機能強化を図っていきます。

- 32 ○ 県内の第三次救急医療機関や消防機関等とのネットワークづくりを進めるとともに、
- 33 救急医療情報の①収集、②分析・評価、③調整、④提供を行うセンターとしての機能を
- 34 担っていく必要があります。具体的には、救急患者の搬送をスムーズに行うための情報
- 35 ネットワークを三次医療*機関や一部の二次医療*機関と消防機関を含めた形で構築・管
- 36 理することで、多発外傷、全身熱傷、指肢切断などの重症外因性疾患、及び内因性疾患
- 37 の中でも解離性大動脈瘤*や重症心筋梗塞、重症脳卒中など、緊急に専門的な対処が必要
- 38 な病態に関する応需情報*などを関係機関が共有するとともに、必要に応じて、身体・精
- 39 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、県内救命救急セン
- 40 ターを結ぶ「ハブ病院」機能を実現します。

- 1 ○ 一方、救急医療体制の確立には、それに従事する医療従事者の確保・育成が大きな柱
2 となります。そこで、全県域を対象に、大学病院や他の救命救急センター等と連携して、
3 県立病院の持つ高度な救命救急医療技術に係る研修の実施等による支援を行うことが、
4 全県にわたる救急医療体制の確保を図る上で効果的です。

6 (6) 全県や複数圏域を対象とした精神科医療

- 7 ○ 自己の症状についての確実な判断が困難な状態にある精神障害者（特に措置入院患
8 者）は、公的な医療機関で医療保護を受けることが妥当とされ、「精神保健及び精神障害
9 者福祉に関する法律」第19条の7の規定により、都道府県に精神科病院の設置が義務
10 づけられています。
- 11 ○ 特に、県立病院は、休日・夜間等において精神疾患の急激な発症や精神症状の急変等
12 により早急に適切な医療を必要とする患者への相談に応じ、迅速な診察の実施、精神科
13 医療施設の紹介及び必要な医療施設の確保を目的とした精神科救急医療システムの中
14 心的役割を担うセンターとして、急性期患者の24時間体制での受け入れ機能とともに、
15 本人・家族、救急隊等からの直接相談等を受ける精神科救急情報センター*（医療相談窓
16 口）機能を担っています。また、(仮称)千葉県総合救急災害医療センターの整備により、
17 一般診療科では対応困難な身体・精神科合併救急患者について、迅速かつ適切な医療を
18 提供していくほか、身体・精神科合併救急の全県ネットワークの構築を目指します。
- 19 ○ 「入院医療中心の治療体制から地域ケアを中心とする体制へ」という精神科医療の大
20 きな流れを先導するため、通院患者の継続医療のための様々な援助により患者の在宅復
21 帰を積極的に支援していきます。
- 22 ○ さらに、精神障害者の早期治療、社会復帰につなげるため、(仮称)千葉県総合救急災
23 害医療センターと同一施設内に再整備が予定されている千葉県精神保健福祉センター
24 と連携を図り、隙間のない精神保健福祉サービスを提供していきます。

26 (7) 災害医療

- 27 ○ 大規模災害発生時には、県立病院では災害拠点病院を中心に、各種災害医療の中核的
28 な役割を担う必要があります。
- 29 ○ 特に(仮称)千葉県総合救急災害医療センターでは、高度救命救急医療及び精神科救
30 急の機能を最大限に活用するとともに、DMAT、DPATを同一病院内で運用できる
31 機能を活かして身体・精神両面にわたる包括的な災害医療を提供します。
- 32 ○ さらに、他の医療機関や消防との連携のもと、大規模な自然災害のみならずテロ等の
33 人的災害の発生時においても、県の中心的災害医療センターとしてハブ的な役割を果た
34 していきます。

36 (8) 人材育成機能等

- 37 ○ 県立病院の有する様々な資源を活用した卒後臨床研修や平成30年4月に開始される
38 予定である新たな専門医制度*における専門研修を通じて、総合診療医の育成など全人
39 的で科学的根拠に基づいた医療を実践する多くの優秀な医師の育成機能を担う必要が
40 あります。

- 1 ○ また、専門的医療に関する医療関係者に対する研修の実施や研究等を通じて県全体の
2 医療の質の向上に努めることも県立病院が担うべき機能の一つです。
- 3 ○ さらに、県立病院では、今後の医療のモデルとなるような先導的取組も担うべき機能
4 の一つです。団塊の世代全員が75歳以上となる2025年を見据え、地域包括ケアシ
5 ステムを医療面から支援する、地域と連携した訪問診療・訪問看護などについてモデル
6 的に取り組んでいきます。

7

8 (9) 医療安全

- 9 ○ 県立病院では、県民に安全で良質な医療を提供できるよう、各病院に医療安全管理室
10 を設置し、副病院長等を医療安全管理の責任者とするなど体制の整備を図っているところ
11 です。
- 12 ○ さらに、外部有識者で構成された医療安全監査委員会が、定期的に第三者の視点から
13 県立病院の医療安全管理体制を監査し、医療安全の推進を図っています。
- 14 ○ また、医療安全に関する透明性を確保するため、医療上の事故等の公表基準の策定、
15 内部通報制度の新設などを行ったところであり、これらの制度を活用して、安全・安心
16 を最優先に医療を提供していきます。

次期保健医療計画（県立病院）新旧対照表

変更案	現行
<p data-bbox="159 268 642 309">5 県立病院が担うべき役割</p> <p data-bbox="152 363 416 405">施策の現状・課題</p> <p data-bbox="170 437 427 475">〔県立病院の現況〕</p> <p data-bbox="152 512 1106 884">○ 現在、千葉県では、地方公営企業法全部適用*の事業として病院局において管理・運営する高度・特殊な専門医療を取り扱う4病院（がんセンター・救急医療センター・精神科医療センター・こども病院）、循環器に関する高度・特殊な専門医療と地域における中核医療を行う病院（循環器病センター）、地域の中核医療を行う病院（佐原病院）の計6病院と、指定管理者が管理・運営する特殊な専門医療を取り扱う1病院（千葉リハビリテーションセンター）、合わせて7病院を設置しています。</p> <p data-bbox="152 922 1106 1102">○ <u>各県立病院は担うべき使命が異なっていますが、それぞれの病院の機能・特性に応じて、地域の将来的な医療需要や地域の医療提供体制などを踏まえた再編・ネットワーク化の検討が求められています。</u></p> <p data-bbox="152 1141 1106 1369">○ これからの県立病院の方向性としては、<u>千葉県立病院新改革プランや地域医療構想に沿って、経営健全化や医療機能の見直しを図りつつ、県全体の医療提供体制の見直し等の議論を見据え、その議論の中で県立病院が果たすべき役割を確立し、県民や市町村、関係団体等に示していくことが不可欠です。</u></p>	<p data-bbox="1135 268 1619 309">5 県立病院が担うべき役割</p> <p data-bbox="1128 363 1393 405">施策の現状・課題</p> <p data-bbox="1146 437 1404 475">〔県立病院の現況〕</p> <p data-bbox="1128 512 2083 884">○ 現在、千葉県では、地方公営企業法全部適用*の事業として病院局において管理・運営する高度・特殊な専門医療を取り扱う4病院（がんセンター・救急医療センター・精神科医療センター・こども病院）、循環器に関する高度・特殊な専門医療と地域における中核医療を行う病院（循環器病センター）、地域の中核医療を行う2病院（東金病院・佐原病院）の計7病院と、指定管理者が管理・運営する特殊な専門医療を取り扱う1病院（リハビリテーションセンター）、合わせて8病院を設置しています。</p> <p data-bbox="1128 1141 2083 1321">○ これからの県立病院の方向性としては、経営健全化や医療機能の見直しを図りつつ、県全体の医療提供体制の見直し等の議論を見据え、その議論の中で県立病院が果たすべき役割を確立し、県民や市町村、関係団体等に示していくことが不可欠です。</p>

〔循環型地域医療連携システムとこれを補完・拡充する全県と複数圏域に対応した医療〕

- 千葉県では、がん、脳卒中等の疾病毎、また二次保健医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システム*を通して、可能な限り地域で医療が完結できる体制を目指しています。
- 二次保健医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システムに加えて、地域を越えた対応が必要な事案など当該システムを補完する役割が必要になってきます。
- 例えば、県立病院には、圏域では対応できない医療の最後の砦としての役割とともに、高度専門的見地から地域の医療機関を支援していく役割が求められます。
また、こうした高度専門的な医療については、高度専門的技術をもつ人材の適正配置や、高性能・高額な医療機器など施設・設備の重複配置をなくすなど集約化を図っていく必要があります、こうした面からも、二次保健医療圏を越えた対応が必要です。
- 健康づくり・予防、急性期*医療、回復期*医療、在宅医療、介護・福祉など、段階に応じた循環型地域医療連携システムとこれを補完する高度専門的医療等の全県や複数圏域に対応した医療を医療資源チームの一員として位置付けて、連携を図った保健・医療・福祉の流れを構築することが重要です。

〔循環型地域医療連携システムとこれを補完・拡充する全県と複数圏域に対応した医療〕

- 千葉県では、がん、脳卒中等の疾病毎、また二次保健医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システム*を通して、可能な限り地域で医療が完結できる体制を目指しています。
- 二次保健医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システムに加えて、地域を越えた対応が必要な事案など当該システムを補完する役割が必要になってきます。
- 例えば、県立病院には、圏域では対応できない医療の最後の砦としての役割とともに、高度専門的見地から地域の医療機関を支援していく役割が求められます。
また、こうした高度専門的な医療については、高度専門的技術をもつ人材の適正配置や、高性能・高額な医療機器など施設・設備の重複配置をなくすなど集約化を図っていく必要があります、こうした面からも、二次保健医療圏を越えた対応が必要です。
- 健康づくり・予防、急性期*医療、回復期*医療、在宅医療、介護・福祉など、段階に応じた循環型地域医療連携システムとこれを補完する高度専門的医療等の全県や複数圏域に対応した医療を医療資源チームの一員として位置付けて、連携を図った保健・医療・福祉の流れを構築することが重要です。

〔県立病院が担うべき政策医療〕

- 医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能、すなわち、全県の見地で整備すべき全県や複数圏域に対応した医療機能については、県民の命を守るため、県として全力で取り組むべき課題であることから、その責務を果たしうる県立病院の役割を確立することを目指す必要があります。
- すなわち、県立病院が担うべき政策医療とは、がん、循環器などの高度専門医療など全県や複数圏域を対象とした医療を中心とします。

また、専門的見地から、地域の医療機関への支援や、今後の医療のモデルとなるべき先進的な取組み等も県立病院が担うべき医療です。
- もちろん、全県や複数圏域を対象とした医療機能については、県立病院のみが担うものではありません。大学病院や国立病院機構、地域の中核的基幹病院等とも役割分担しながら、全県や複数圏域を対象とした医療機能を担っていく必要があります。
- 一方、二次保健医療圏で完結する一般医療については、全県の見地からの対応ではなく、地域の実情を踏まえた医療提供体制を整備していく必要があることから、地域の民間病院や市町村等が担うことが重要です。したがって、県立病院の持つ医療資源については、可能な限り全県や複数圏域の見地から配分していくことが重要です。
- 大規模災害発生時において、効果的な医療救護活動が行えるよう、県立病院は災害時医療の中核的な医療活動を展開する必要があります。

〔県立病院が担うべき政策医療〕

- 医療圏毎に構築された循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能、すなわち、全県の見地で整備すべき全県や複数圏域に対応した医療機能については、県民の命を守るため、県として全力で取り組むべき課題であることから、その責務を果たしうる県立病院の役割を確立することを目指す必要があります。
- すなわち、県立病院が担うべき政策医療とは、がん、循環器などの高度専門医療や三次救急医療*など全県や複数圏域を対象とした医療を中心とします。

また、専門的見地から地域の医療機関への支援や、今後の医療のモデルとなるべき先進的な取組み等も県立病院が担うべき医療です。
- もちろん、全県や複数圏域を対象とした医療機能については、県立病院のみが担うものではありません。大学病院や国立病院機構、地域の中核的基幹病院等とも役割分担しながら、全県や複数圏域を対象とした医療機能を担っていく必要があります。
- 一方、二次保健医療圏で完結する一般医療については、全県の見地からの対応ではなく、地域の実情を踏まえた医療提供体制を整備していく必要があることから、地域の民間病院や市町村等が担うことが重要です。したがって、県立病院の持つ医療資源については、可能な限り全県や複数圏域の見地から配分していくことが重要です。
- また、災害時において、災害拠点病院*である救急医療センター、循環器病センター、東金病院及び佐原病院をはじめとする県立病院は、災害時医療の中核として活動する必要があります。

施策の具体的展開

〔県立病院の将来方向〕

- 県立病院については、以上のような循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能、すなわち、医療圏内で完結することができない高度専門的な医療について全県及び複数圏域を対象とした医療機能を担っていくことを基本とします。また、県全体の医療の質の向上のための人材育成と情報提供機能を担っていきます。
- 一方、これまで県立病院が担ってきた地域完結型の一般医療については、県民の理解を求めながら、地域の実情に応じて小回りのきいた医療サービスが提供できるよう地域の自治体等が中心となり、新たな医療提供体制の枠組みへの再構築を進めることとします。
- 再構築にあたっては、循環型地域医療連携システムを踏まえるとともに、国の「新公立病院改革ガイドライン*」等を勘案して地域の自治体病院等の再編・ネットワーク化を進めていきます。県は、新たな医療提供体制が整うまでは、これまで県立病院が担ってきた地域医療の水準が後退しないよう医師確保など十分に配慮しながら、こうした地域の自治体等の取組を積極的に支援していきます。

施策の具体的展開

〔県立病院の将来方向〕

- 県立病院については、以上のような循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能、すなわち、医療圏内で完結することができない高度専門的な医療について全県及び複数圏域を対象とした医療機能を担っていくことを基本とします。また、県全体の医療の質の向上のための人材育成と情報提供機能を担っていきます。
- 一方、これまで県立病院が担ってきた地域完結型の一般医療については、県民の理解を求めながら、地域の実情に応じて小回りのきいた医療サービスが提供できるよう地域の自治体等が中心となり、新たな医療提供体制の枠組みへの再構築を進めることとします。
- 再構築にあたっては、循環型地域医療連携システムを踏まえるとともに、国の「公立病院改革ガイドライン*」等を勘案して地域の自治体病院等の再編・ネットワーク化を進めていきます。県は、新たな医療提供体制が整うまでは、これまで県立病院が担ってきた地域医療の水準が後退しないよう十分に配慮し、こうした地域の自治体等の取組を積極的に支援していきます。
- 県立東金病院の医療機能を引き継ぐ病院として、東千葉メディカルセンターが平成26年4月の開院を予定しています。県立東金病院は東千葉メディカルセンターが開院するまでの間、地域における役割を果たすように努めます。

- 災害に備え、医療救護活動に必要な応急医療資器材等の更なる整備や災害派遣医療チーム（DMAT）*、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の派遣体制の強化を進めるとともに、老朽化・狭隘化等が課題となっているがんセンター、救急医療センター、精神科医療センター及び佐原病院の施設整備等を行い、県立病院の病院機能を一層強化し、災害時医療救護活動等の機能を担っていきます。

〔県立病院が担うべき具体的な医療機能〕

- 県立病院が担うべき具体的な医療機能については、以下のよう
な機能が考えられます。

なお、循環型地域医療連携システムを補完・拡充する機能を担うという県立病院の役割分担を踏まえ、全県や複数圏域を対象としたがん医療、循環器医療、小児医療、リハビリテーション医療、救急医療、精神科医療等の高度専門的な医療などに取り組みます。

（1）先端・高度専門的ながん医療と研究

- 県立病院は、千葉県がん対策推進計画に基づく、がんの予防、早期発見、がん医療の充実、在宅緩和ケア*の推進、がん患者や家族への相談支援、人材の育成、研究など、総合的ながん対策の推進に積極的に協力します。

特に、県のがん対策の中核的役割を担う施設として、がん登録*データの分析、千葉県共用地域医療連携パス*を活用した地域の医療機関との連携、診療支援医師の派遣調整、医療従事者の研修、

- また、災害に備え、医療救護活動に必要な応急医療資器材等の更なる整備や災害派遣医療チーム（DMAT）*の派遣体制の強化を進めるとともに、老朽化・狭隘化等が課題となっているがんセンター、救急医療センター、精神科医療センター及び佐原病院の施設整備等を行い、県立病院の病院機能を一層強化し、災害時医療救護活動等の機能を担っていきます。

〔県立病院が担うべき具体的な医療機能〕

- 県立病院が担うべき具体的な医療機能については、以下のよう
な機能が考えられます。

なお、循環型地域医療連携システムにおける県立病院の役割分担を踏まえ、全県や複数圏域を対象としたがん医療、循環器医療、小児医療、リハビリテーション医療、救急医療、精神科医療等の高度専門的な医療などに取り組みます。

（1）先端・高度専門的ながん医療と研究

- 県立病院は、千葉県がん対策推進計画に基づく、がんの予防、早期発見、がん医療の充実、在宅緩和ケア*の推進、がん患者や家族への相談支援、人材の育成、研究など、総合的ながん対策の推進に積極的に協力します。

特に、県のがん対策の中核的役割を担う施設として、がん登録*データの分析、千葉県共用地域医療連携パス*を活用した地域の医療機関との連携、診療支援医師の派遣調整、医療従事者の研修、

相談支援、情報提供等の充実強化を図ります。さらに、地域がん診療連携拠点病院*等に対し、情報提供、症例相談や診療支援を行うなど、都道府県がん診療連携拠点病院（平成29年10月現在申請中）としての機能を担います。

- 急速な高齢化に伴って急増が見込まれるがん患者に対して、質の高いがん医療を提供できるよう、がんセンターの新棟建設により増床と機能強化を図ります。特に、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん）については、集学的治療*及び緩和ケア*の体制をさらに整備し、標準的治療*等がん患者の状態に応じた適切な治療を行うほか、循環器疾患や糖尿病などの合併症を有する患者への対応や緩和ケアの医療ニーズの増大などに対応していきます。それに加えて、県内に対応できる医療機関が少ない希少がんについても対応していきます。

- 圏域では対応できない先進的で専門性や難易度の高いがん医療、例えば、専用のコンピュータを用いて、複数のビームを組み合わせることで放射線の強弱をつけ、腫瘍の形に適した放射線治療を行うIMRT（強度変調放射線治療）や胃がんや大腸がんに対する内視鏡的切除、鏡視下手術の実施、人間である術者の手の動きを忠実にロボット鉗子が再現して行う「ロボット手術」、ゲノム医療への取り組みなど、先端・高度ながん治療や低侵襲治療*を提供します。

また、大学等と連携して、臨床試験・治験を通じた最先端医療の提供や新しい治療薬の開発などに取り組む必要があり、臨床部門と研究部門が有機的な連携を図ることで、これら医療の研究・開発機能を一層強化します。

相談支援、情報提供等の充実強化を図ります。さらに、地域がん診療連携拠点病院*等に対し、情報提供、症例相談や診療支援を行うなど、都道府県がん診療連携拠点病院*としての機能を担います。

- ~~また~~急速な高齢化に伴って急増が見込まれるがん患者に対して、質の高いがん医療を提供できるよう、特に、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん）については、集学的治療*及び緩和ケア*の体制をさらに整備し、標準的治療*等がん患者の状態に応じた適切な治療を行います。それに加えて、県内に対応できる医療機関が少ない希少がんについても対応できるよう、施設の整備を図ります。

- ~~さらに~~、圏域では対応できない先進的で専門性や難易度の高いがん医療、例えば、専用のコンピュータを用いて、複数のビームを組み合わせることで放射線の強弱をつけ、腫瘍の形に適した放射線治療を行うIMRT（強度変調放射線治療）や胃がんや大腸がんに対する内視鏡的切除、鏡視下手術の積極的な導入、人間である術者の手の動きを忠実にロボット鉗子が再現して行う「ロボット手術」など、先端・高度ながん治療や低侵襲治療*を提供します。

また、大学等と連携して、臨床試験を通じた最先端医療の提供や新しい治療薬の開発などに取り組む必要があり、臨床部門と研究部門が有機的な連携を図ることで、これら医療の研究・開発機能を一層強化します。

- 患者の心と体を総合的に支援するため、地域の医療機関、在宅医療資源、ボランティアグループなどと連携し、地域で患者・家族を支える仕組みづくりに取り組んでいきます。
- 研究分野では、がんの発生メカニズムや抑制等の研究、創薬、治療法の開発、ゲノム解析によるがん原因遺伝子等の探索、疫学調査に基づく予防等の研究など、基礎的な研究成果の臨床応用研究を推進していきます。

(2) 高度専門的な循環器医療

- 脳血管疾患*・心血管疾患等の循環器疾患の診断・治療は近年その発達が著しい分野であり、診断には種々の高額医療機器が必要で、治療に関しても開頭手術、血管内治療、特殊な薬物治療などのように多様化、専門化している一方で、これらの全ての診断・治療に対応できる施設は極めて限られています。県立病院は、圏域では対応できない高度専門的で、難易度の高い循環器医療として、ガンマナイフ*、320列CT装置*等の専門機器の活用など、特殊な脳血管疾患・心血管疾患の診断・治療の機能を担っていく必要があります。
- 急性期*については、例えば、脳卒中という緊急性の高い疾患に対応するには、脳神経外科医・神経内科医が常勤医として勤務し、24時間365日対応可能な病院からなる体制が必要です。また、心筋梗塞の急性期治療においても、循環器科医をはじめとした医療従事者等の24時間365日勤務体制が必要であり、さら

- ~~また、~~患者の心と体を総合的に支援するため、地域の医療機関、在宅医療資源、ボランティアグループなどと連携し、地域で患者・家族を支える仕組みづくりに取り組んでいきます。
- さらには、がんの発症・予防に視点をおいたがん研究機能と生活習慣病に係る疫学研究とを一体的に取り組み、生活習慣病と生活習慣・体質情報・環境要因等の情報をリンクさせて解析することにより、効果的な予防から診断・治療方法を開発し、一人ひとりの体質・状態に応じたオーダーメイド型健康・医療の研究機能を担うことが必要です。

(2) 高度専門的な循環器医療

- 脳血管疾患*・心血管疾患等の循環器疾患の診断・治療は近年その発達が著しい分野であり、診断には種々の高額医療機器が必要で、治療に関しても開頭手術、血管内治療、特殊な薬物治療などのように多様化、専門化している一方で、これらの全ての診断・治療に対応できる施設は極めて限られています。県立病院は、圏域では対応できない高度専門的で、難易度の高い循環器医療として、ガンマナイフ*、320列CT装置*等の専門機器の活用など、特殊な脳血管疾患・心血管疾患の診断・治療の機能を担っていく必要があります。
- 急性期*については、例えば、脳卒中という緊急性の高い疾患に対応するには、24時間365日体制を堅持する必要がありますが、脳神経外科医・神経内科医が常勤医として勤務する病院すら限られている現状では、二次保健医療圏内でこの体制を維持することは困難となっています。また、心筋梗塞の急性期治療におい

に冠動脈撮影、心エコー等の高額医療機器も常時稼働可能な状況でなければなりません。こうした現状を踏まえ、患者搬送への活用など医療圏を越えた強力なネットワークによるバックアップ体制を構築することが求められており、その中核機能を担っていく必要があります。

○ こうした中、循環器病センターは、循環器に係る高度専門医療を提供するとともに、地域の一般医療も担っていますが、立地上の課題等から入院患者が減少傾向にあります。また、近年、循環器病センターが所在する市原医療圏、隣接する山武長生夷隅医療圏に相次いで救命救急センターが指定されたことなどを踏まえ、将来的な専門医療と地域医療のそれぞれのあり方について、全県的な視点と当該地域の状況を踏まえて検討する必要があります。

(3) 高度専門的なこども医療等と周産期医療

○ 県立病院は、一般の医療機関で対応が困難な高度専門的で、難易度の高い各種の新生児疾患や重度小児疾患等の治療を担っていく必要があります。また、全県的な小児科ネットワークの中心的存在としての機能を果たす必要があるほか、県全体の三次救急医療*を担うとともに、各圏域における小児救急医療体制の現状から必要に応じ、二次救急医療*体制を補完・バックアップする機能を担っていく必要があります。

でも、循環器科医をはじめとした医療従事者等の24時間365日勤務態勢が必要であり、さらに冠動脈撮影、心エコー等の高額医療機器も常時稼働可能な状況でなければなりません。こうした現状を踏まえ、患者搬送への活用など医療圏を越えた強力なネットワークによるバックアップ体制を構築することが求められており、その中核機能を担っていく必要があります。

(3) 高度専門的なこども医療等と周産期医療

○ 県立病院は、一般の医療機関で対応が困難な高度専門的で、難易度の高い各種の新生児疾患や重度小児疾患等の治療を担っていく必要があります。また、全県的な小児科ネットワークの中心的存在としての機能を果たす必要があるほか、県全体の三次救急医療*を担うとともに、各圏域における小児救急医療体制の現状から必要に応じ、二次救急医療*体制を補完・バックアップする機能を担っていく必要があります。

○ 一般的に小児の在宅医療は成人に比べ障害の程度が重く、高度な医療的管理が必要であるとともに、提供されるケアへの親の要求水準は高く、一方で社会資源は乏しいという現状があります。このため、家族が行う医療的ケアへのサポートや関係機関との連絡調整など小児在宅医療に対する支援を充実していきます。

○ 異常新生児の治療については、胎児の段階からの対応、出産病院からの搬送によるリスク、搬送に伴う母子分離による母親の不安等を考慮すると、出生前、出生後の一貫した胎児・母体管理、分娩（出生）直後からの新生児治療を可能とする産科を交えた周産期医療*との一体的な展開が必要とされていることから、県立病院において周産期医療に取り組みます。

(4) 高度専門的なりハビリテーション医療

○ 県立病院は、個々の医療機関等では対応できない、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種リハビリ療法、補装具作成、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーションセンター機能（相談、診察、治療、訓練、補装具*製作、家屋改造指導、ご家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用のお手伝い、地域との連携等を含む）を担っていく必要があります。

○ 特に、
・障害児に対する療育*の提供（医療型障害児入所施設等の運営を含む）

○ 一般的に小児の在宅医療は成人に比べ障害の程度が重く、高度な医療的管理が必要であるとともに、提供されるケアへの親の要求水準は高く、一方で社会資源は乏しいという現状があります。このため、家族が行う医療的ケアへのサポートや関係機関との連絡調整など小児在宅医療に対する支援を充実していきます。

○ 異常新生児の治療については、胎児の段階からの対応、出産病院からの搬送によるリスク、搬送に伴う母子分離による母親の不安等を考慮すると、出生前、出生後の一貫した胎児・母体管理、分娩（出生）直後からの新生児治療を可能とする産科を交えた周産期医療*との一体的な展開が必要とされていることから、県立病院において周産期医療に取り組みます。

(4) 高度専門的なりハビリテーション医療

○ 県立病院は、個々の医療機関等では対応できない、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種リハビリ療法、補装具作成、ソーシャルワークなど）から福祉を利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーションセンター機能（相談、診察、治療、訓練、補装具*製作、家屋改造指導、ご家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用のお手伝い、地域との連携、等を含む）を担っていく必要があります。

○ 特に、
・障害児に対する療育*の提供（肢体不自由児施設・重症心身障害児施設等の運営を含む）

- ・重症化・重複障害化*の脳血管障害者に対する効率的な訓練実施
 - ・脳外傷等による高次脳機能障害*、脊髄損傷など、一般病院では対応しきれない障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供
 - ・障害児・者等に対するテクノエイド*機能の整備
 - ・全身性骨・関節疾患（リウマチを含む）への医療・リハビリテーションの提供
 - ・四肢の切断患者等への義肢・装具の作製とリハビリテーションの提供
 - ・障害者・高齢者等の地域在宅生活の促進と維持のための多様な支援ネットワークの構築
- 等に取り組んでいます。

○ また、千葉県リハビリテーション支援センター*の機能を担い、①各二次保健医療圏に指定される地域リハビリテーション広域支援センター*に対する支援、②リハビリテーション資源の調査・情報収集、③関係団体との連絡調整、④リハビリテーション実施機関等のネットワークの構築等の役割を一層果たしていきます。

○ 千葉リハビリテーションセンターは、こうした県立施設としての機能・役割を果たし、増加する県民ニーズにこたえるためには、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能の充実などが求められます。このため、施設の整備方針について関係機関や有識者等の意見を聞きながら検討を行い、県民からの高いニーズに対応できる施設の整備に取り組めます。

- ・重症化・重複障害化*の脳血管障害者に対する効率的な訓練実施
 - ・脳外傷等による高次脳機能障害*、脊髄損傷など、一般病院では対応しきれない障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供
 - ・障害児・者に対するテクノエイド*機能の整備
 - ・全身性骨・関節疾患（リウマチを含む）への医療・リハビリテーションの提供
 - ・四肢の切断患者等への義肢・装具の作製とリハビリテーションの提供
 - ・障害者・高齢者等の地域在宅生活の促進と維持のための多様な支援ネットワークの構築
- 等に取り組む必要があります。

○ また、千葉県リハビリテーション支援センター*の機能を担い、①各二次保健医療圏に指定される地域リハビリテーション広域支援センター*に対する支援、②リハビリテーション資源の調査・情報収集、③関係団体との連絡調整、④リハビリテーション実施機関等のネットワークの構築等の役割を果たしていく必要があります。

(5) 全県や複数圏域を対象とした救急医療

- 県立病院は、他の救急医療機関での対応が困難な症例や、受け入れできない場合の受け皿として、各分野の専門医が365日、24時間体制で、心筋梗塞、脳卒中、多発外傷等の重篤救急患者の治療にあたるとともに、高度救命救急センター*として広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊救急疾病患者の救命救急医療を担っていく必要があります。また、各二次保健医療圏において、種々の要因により対応が困難となっている救急患者の収容を日々調整・補完する機能を担う必要があります。さらに、精神科医療との連携により、一般診療科では対応困難な身体・精神科合併救急患者について、迅速かつ適切な医療を提供していく必要があります。

これらの課題に対応するため、救急医療センターと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療センターを整備し、機能強化を図っていきます。

- 県内の第三次救急医療機関や消防機関等とのネットワークづくりを進めるとともに、救急医療情報の①収集、②分析・評価、③調整、④提供を行うセンターとしての機能を担っていく必要があります。具体的には、救急患者の搬送をスムーズに行うための情報ネットワークを三次医療*機関や一部の二次医療*機関と消防機関を含めた形で構築・管理することで、多発外傷、全身熱傷、指肢切断などの重症外因性疾患、及び内因性疾患の中でも解離性大動脈瘤*や重症心筋梗塞、重症脳卒中など、緊急に専門的な対処が必要な病態に関する応需情報*などを関係機関が共有するとともに、必要に応じて、身体・精神の合併症患者等の三次救急間の

(5) 全県や複数圏域を対象とした救急医療

- 県立病院は、他の救急医療機関での対応が困難な症例や、受け入れできない場合の受け皿として、各分野の専門医が365日、24時間体制で、心筋梗塞、脳卒中、多発外傷等の重篤救急患者の治療にあたるとともに、高度救命救急センター*として広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊救急疾病患者の救命救急医療を担っていく必要があります。さらに、各二次保健医療圏において、種々の要因により対応が困難となっている救急患者の収容を日々調整・補完する機能を担う必要があります。

- ~~また~~県内の第三次救急医療機関や消防機関等とのネットワークづくりを進めるとともに、救急医療情報の①収集、②分析・評価、③調整、④提供を行うセンターとしての機能を担っていく必要があります。具体的には、救急患者の搬送をスムーズに行うための情報ネットワークを三次医療*機関や一部の二次医療*機関と消防機関を含めた形で構築・管理することで、多発外傷、全身熱傷、指肢切断などの重症外因性疾患、及び内因性疾患の中でも解離性大動脈瘤*や重症心筋梗塞、重症脳卒中など、緊急に専門的な対処が必要な病態に関する応需情報*などを関係機関が共有するとともに、必要に応じて、患者の受入に係る調整も行うこと等

受入に係るコーディネートを行い、県内救命救急センターを結ぶ「ハブ病院」機能を実現します。

- 一方、救急医療体制の確立には、それに従事する医療従事者の確保・育成が大きな柱となります。そこで、全県域を対象に、大学病院や他の救命救急センター等と連携して、県立病院の持つ高度な救命救急医療技術に係る研修の実施等による支援を行うことが、全県にわたる救急医療体制の確保を図る上で効果的です。

(6) 全県や複数圏域を対象とした精神科医療

- 自己の症状についての的確な判断が困難な状態にある精神障害者（特に措置入院患者）は、公的な医療機関で医療保護を受けることが妥当とされ、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」第19条の7の規定により、都道府県に精神科病院の設置が義務づけられています。
- 特に、県立病院は、休日・夜間等において精神疾患の急激な発症や精神症状の急変等により早急に適切な医療を必要とする患者への相談に応じ、迅速な診察の実施、精神科医療施設の紹介及び必要な医療施設の確保を目的とした精神科救急医療システムの中心的役割を担うセンターとして、急性期患者の24時間体制での受け入れ機能とともに、本人・家族、救急隊等からの直接相

を検討していきます。

- 一方、地域によっては、救急医療体制の脆弱性が深刻な課題となっていますが、救急医療体制の確立には、それに従事する医療従事者の確保・育成が大きな柱となります。そこで、こうした地域、必要によっては全県域を対象に、大学病院や他の救命救急センター等と連携して、県立病院の持つ高度な救命救急医療技術に係る研修の実施等による支援を行うことが、各地域さらには全県にわたる救急医療体制の確保を図る上で効果的です。

- さらに、高度救命救急医療の機能を最大限に活用し、種々の災害（特に、多重事故、NBC災害*、テロ等の人的災害）に関する県の中心的災害医療センターとしての機能も担っていきます。

(6) 全県や複数圏域を対象とした精神科医療

- 自己の症状についての的確な判断が困難な状態にある精神障害者（特に措置入院患者）は、公的な医療機関で医療保護を受けることが妥当とされ、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」第19条の7の規定により、都道府県に精神科病院の設置が義務づけられています。
- 特に、県立病院は、休日・夜間等において精神疾患の急激な発症や精神症状の急変等により早急に適切な医療を必要とする患者への相談に応じ、迅速な診察の実施、精神科医療施設の紹介及び必要な医療施設の確保を目的とした精神科救急医療システムの中心的役割を担うセンターとして、急性期患者の24時間体制での受け入れ機能とともに、本人・家族、救急隊等からの直接相

談等を受ける精神科救急情報センター*（医療相談窓口）機能を担っています。また、（仮称）千葉県総合救急災害医療センターの整備により、一般診療科では対応困難な身体・精神科合併救急患者について、迅速かつ適切な医療を提供していくほか、身体・精神科合併救急の全県ネットワークの構築を目指します。

○ 「入院医療中心の治療体制から地域ケアを中心とする体制へ」という精神科医療の大きな流れを先導するため、通院患者の継続医療のための様々な援助により患者の在宅復帰を積極的に支援していきます。

○ さらに、精神障害者の早期治療、社会復帰につなげるため、（仮称）千葉県総合救急災害医療センターと同一施設内に再整備が予定されている千葉県精神保健福祉センターと連携を図り、隙間のない精神保健福祉サービスを提供していきます。

談等を受ける精神科救急情報センター*（医療相談窓口）機能を担っています。

○ ~~また~~、「入院医療中心の治療体制から地域ケアを中心とする体制へ」という精神科医療の大きな流れを先導するため、通院患者の継続医療のための様々な援助により患者の在宅復帰を積極的に支援していきます。

○ しかしながら、難治の患者は依然として多く、さらに、家族のサポートを十分に得られない障害者が増加しており、これまで、あまり問題とされなかった高齢の精神障害者の受け入れも重要な課題となりつつあります。こうした問題の解決は病院単独でできるものではなく、様々な精神科関連機関の連携の下に進める必要があります、県立病院は、その推進において中心的な役割を担っていく必要があります。

(7) 災害医療

- 大規模災害発生時には、県立病院では災害拠点病院を中心に、各種災害医療の中核的な役割を担う必要があります。
- 特に（仮称）千葉県総合救急災害医療センターでは、高度救命救急医療及び精神科救急の機能を最大限に活用するとともに、DMAT、DPATを同一病院内で運用できる機能を活かして身体・精神両面にわたる包括的な災害医療を提供します。
- さらに、他の医療機関や消防との連携のもと、大規模な自然災害のみならずテロ等の人的災害の発生時においても、県の中心的災害医療センターとしてハブ的な役割を果たしていきます。

(8) 人材育成機能等

- 県立病院の有する様々な資源を活用した卒後臨床研修や平成30年4月に開始される予定である新たな専門医制度*における専門研修を通じて、総合診療医の育成など全人的で科学的根拠に基づいた医療を実践する多くの優秀な医師の育成機能を担う必要があります。
- また、専門的医療に関する医療関係者に対する研修の実施や研究等を通じて県全体の医療の質の向上に努めることも県立病院が担うべき機能の一つです。
- さらに、県立病院では、今後の医療のモデルとなるような先導的取組も担うべき機能の一つです。団塊の世代全員が75歳以上となる2025年を見据え、地域包括ケアシステムを医療面から支援する、地域と連携した訪問診療・訪問看護などについてモデ

(7) 人材育成機能等

- 県立病院の有する様々な資源を活用した卒後臨床研修やレジデント研修*を通じて、全人的で科学的根拠に基づいた医療を実践する多くの優秀な医師の育成機能を担う必要があります。
- また、専門的医療に関する医療関係者に対する研修の実施や研究等を通じて県全体の医療の質の向上に努めることも県立病院が担うべき機能の一つです。
- さらに、県立病院では、今後の医療のモデルとなるような先導的取組も担うべき機能の一つです。これまで、例えば、女性専用外来の設置、先天性疾患に対する成人期の対応などを行ってきました。今後とも先導的な取組を進めていきます。

ル的に取り組んでいきます。

(9) 医療安全

- 県立病院では、県民に安全で良質な医療を提供できるよう、各病院に医療安全管理室を設置し、副病院長等を医療安全管理の責任者とするなど体制の整備を図っているところです。
- さらに、外部有識者で構成された医療安全監査委員会が、定期的に第三者の視点から県立病院の医療安全管理体制を監査し、医療安全の推進を図っています。
- また、医療安全に関する透明性を確保するため、医療上の事故等の公表基準の策定、内部通報制度の新設などを行ったところであり、これらの制度を活用して、安全・安心を最優先に医療を提供していきます。