

(%)

部 位	平成25年		平成28年		令和元年		令和4年	
	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県
胃がん	39.6	40.9	40.9	42.0	49.5	50.0	48.4	49.8
肺がん	42.3	45.2	46.2	49.8	49.4	51.3	49.7	52.2
大腸がん	37.9	40.0	41.4	44.4	44.2	45.1	45.9	46.2
乳がん	43.4	48.6	44.9	49.9	47.4	51.9	47.4	55.0
子宮頸がん	42.1	43.7	42.3	44.2	43.7	41.8	43.6	47.5

資料：国民生活基礎調査

図表 1-2-2 精密検査受診率

(%)

部 位	平成28年		平成29年		平成30年		令和元年		令和2年	
	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県
胃がん(X線)	81.7	85.3	82.0	84.9	82.4	86.9	81.4	84.5	81.7	85.2
肺がん	76.8	82.4	82.9	81.1	83.3	81.0	83.4	82.9	82.7	83.3
大腸がん	68.5	66.0	68.6	65.8	69.3	67.4	68.9	67.4	68.6	67.3
乳がん	87.9	92.2	88.9	91.9	89.3	92.1	89.6	90.4	90.1	91.7
子宮頸がん	75.4	75.2	75.2	73.7	75.4	77.2	74.8	77.5	76.6	77.9

資料：地域保健・健康増進事業報告

また、がん検診については、現状のがん検診が正しく行われているかを検証することが必要です。県では、集団検診機関及び個別検診機関において、国のチェックリストに基づく精度管理を実施し、がん検診の質の向上に取り組んでいます。

〔医療連携等〕

○がん医療の均てん化・集約化

県民の誰もが、その居住する地域に関わらず、がんの状態に応じた適切ながん医療や支援等を受けることができる体制整備のため、平成19年にがん診療連携拠点病院等※、医療関係団体、患者団体、県で構成される千葉県がん診療連携協議会を設置しました。同協議会では、各がん診療機能について専門部会（教育研修専門部会、院内がん登録専門部会、緩和医療専門部会、相談支援専門部会、地域連携・臓器別腫瘍専門部会、小児がん専門部会、PDC Aサイクル専門部会）を設置し、県内の診療連携体制の強化、及びがん医療の均てん化を進めてきたところです。

国の第4期がん対策推進基本計画における、医療提供体制の均てん化・集約化について取り組むべき施策として、都道府県は、「がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。」こととされ、「感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。」こととされました。国の動向を踏まえたがんゲノム医療への対応も課題となっています。同協議会を中心にこれらの課題に対応を図っていく必要があります。

※がん診療連携拠点病院：

専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の整備、患者・住民への相談支援や情報提供などの役割を担う病院として、国が定める指定要件を踏まえて都道府県知事が推薦したものについて、厚生労働大臣が適当と認め、指定した病院です。がん診療連携拠点病院には、各都道府県で中心的役割を果たす「都道府県がん診療連携拠点病院」と、都道府県内の各地域（2次医療圏）で中心的役割を果たす「地域がん診療連携拠点病院」があります。

地域がん診療病院：

がん診療連携拠点病院が無い地域（2次医療圏）に、都道府県の推薦を基に厚生労働大臣が指定した病院です。基本的に隣接する地域のがん診療連携拠点病院のグループとして指定され、拠点病院と連携しつつ、専門的ながん医療の提供、相談支援や情報提供などの役割を担っています。

○がん治療の合併症

がん診療連携拠点病院等は、がんの治療はもとより、がん治療の合併症予防及びその病状軽減についても、診療科間連携、多職種連携、地域医療機関との連携により対応することが重要です。特に、がん患者の口腔ケアについては、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組む必要があります。

〔緩和ケア〕

緩和ケアとは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応を、全ての医療従事者が診断時から行うとともに、地域の関係機関等とも連携して取り組まれるものであり、こうした取組を通じて、患者やその家族等のQOLの向上を目標とするものです。がん患者やその家族等は、がんと診断された時はもとより、治療の経過においても、さまざまな不安やつらさを抱えており、精神心理面や社会生活の問題も含めたトータルケアを診断時の早期から取り入れていくことが重要です。

がん診療連携拠点病院等では、がんの診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチームの組織や、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備を進められてきました。

千葉県がん診療連携協議会の緩和医療専門部会では、千葉県がんセンターが中心となり、緩和ケアチーム研修会や緩和ケア提供体制に関する調査の実施等、県内の緩和ケアチームの質の向上に取り組んでいます。県の施策としても、地域で緩和ケアに携わる医師、看護師、薬剤師等の医療職、介護職等を対象とした研修会を開催し、緩和ケアを提供する人材の育成を図っています。

〔相談、情報提供、患者の生活支援〕

がん治療技術の進歩により、治療を継続しながら仕事や学業などの社会生活を送る患者が増えていることに伴い、患者やその家族の悩みや不安が多様化してきており、きめ細やかな相談対応と患者の生活への支援が求められています。

がん診療連携拠点病院等に設置された「がん相談支援センター」では、がん専門相談員（専門的な研修を修了した看護師やソーシャルワーカーなど）が、がん患者やその家族等の不安や疑問・治療選択の悩み等の様々な相談に対応しています。同センターでは、

ハローワーク等就労支援機関と連携し、患者の離職防止や再就職など、患者と雇用者の双方に対して、治療と仕事を両立するための支援を行っています。

千葉県がんセンター内に設置した「地域統括相談支援センター」では、がん診療連携拠点病院等の相談支援機能に加え、がんに関する療養情報や、患者会、患者サロンなどの地域情報を収集し、「千葉県がんサポートブック」や、がん情報提供サイト「千葉県がん情報ちばがんナビ」による情報提供を行っています。また、「千葉県ピア・サポーター」の養成、各拠点病院等でのピアサポートサロンの実施など、患者の視点に立った相談支援に取り組んでいるところです。

〔小児・AYA (Adolescent and Young Adult, 思春期・若年成人) 世代のがん〕

小児・AYA世代のがんについては、乳幼児期から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といったライフステージに合わせて、患者やその家族等が適切な情報を得て、悩みを相談できる支援につながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられる体制づくりが課題となっています。

千葉県では、現在5病院が小児がん連携病院※に指定されており、千葉県がん診療連携協議会の小児がん専門部会において、県内の小児がん連携病院を中心としたネットワーク化を推進しています。

将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者が希望を持って治療等に取り組めるよう、県では、がん等の治療に伴い生殖機能が低下又は喪失するおそれがある方を対象として、令和3年11月から「千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」を開始し、妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療にかかる費用の一部を助成し、患者の経済的負担の軽減を図っています。県では、「千葉県がん・生殖医療相談支援センター」を千葉大学医学部附属病院に設置し、患者やその家族、医療機関等からの相談にワンストップで応じるとともに、妊孕性温存療法等に関する普及啓発、医療機関間の連携促進を行っています。

〔千葉県がん患者QOL向上事業〕

県では、がん患者の経済的負担の軽減を図るため、令和5年度から2つの補助事業から成る「千葉県がん患者QOL向上事業」を開始しました。介護保険等公的助成制度の「はざま」世代にあたる若年末期がん患者の在宅介護サービス利用料等に助成制度を設ける市町村に対し補助する「千葉県若年がん患者在宅療養支援事業」、及びがん治療やその副作用による外見の変化を補うアピアランスケア用品の購入費用等について、助成制度を設ける市町村に対し補助する「千葉県がん患者アピアランスケア支援事業」です。県として今後、市町村における助成制度創設が促進されるよう働きかけていく必要があります。

※ 小児がん連携病院：

小児がん拠点病院と連携して小児がんの医療および支援を提供する病院で、小児がん拠点病院が指定します。
「地域の小児がん診療を行う連携病院(千葉県こども病院、千葉大学医学部附属病院、成田赤十字病院、日本医科大学千葉北総病院)」、
「特定のがん種等についての診療を行う連携病院(千葉県がんセンター：骨・軟部腫瘍、脳脊髄腫瘍)」、
「小児がん患者等の長期の診療体制の強化のための連携病院」の3つの類型があります。

〔がん登録〕

がん対策を効果的・効率的に推進し、施策を評価するためには、正確ながんの実態把握が不可欠です。平成28年1月より、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）に基づく全国がん登録が開始され、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報が、病院から都道府県を通じて国立がん研究センターへ提出され、一元的に管理されることになっています。

がんの罹患率や生存率・死亡率等の基礎資料を活用・分析するため、がん登録の確実な運用を進める必要があります。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

県は、県民が身近な地域で質の高いがん医療を受けられるように、がん診療連携拠点病院、がん診療病院、千葉県がん診療連携協力病院、がん医療や緩和ケアに対応する医療機関、かかりつけ医、在宅療養支援診療所、かかりつけ歯科医、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局などのほか、がん患者の在宅ケアを支援する居宅介護支援事業所等の連携により、がんの循環型地域医療連携システムを構築し、推進します。

また、がん診療だけでなく、行政や保険者等によるがん検診やたばこ対策などのがん予防施策も含まれます。

〔がん診療拠点病院等を中心とした医療連携〕

検診でがんが疑われた場合は、患者は地域のがん対応医療機関を受診します。また、かかりつけ医を受診してがんの疑いありと診断された場合も、地域のがん対応医療機関を受診することになります。

その後の検査の結果、がんと診断された場合には、患者は、そのまま当該医療機関にて治療を受けることになりますが、より専門的な治療が必要であると判断された場合は、がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院、千葉県がん診療連携協力病院*での治療を受けることになります。

地域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院は、地域のがん医療の拠点として、自ら専門的な医療を行うとともに、各部位のがん対応医療機関やかかりつけ医等との連携、医療従事者の研修、患者・家族への情報提供、相談支援等の役割を担います。

また、かかりつけ医やがん対応医療機関との連携により、退院後の患者が地域で安心して治療を継続できる体制を築きます。

千葉県がんセンターとともに、特定機能病院である千葉大学医学部附属病院、国立研究開発法人として高度先進的ながん医療を提供する国立がん研究センター東病院と国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST 病院を、全県（複数県域）対応型がん診療連携拠点病院と位置付け、地域がん診療連携拠点病院及び千葉県がん診療連携協力病院とネットワークを構築して、県内のがん医療水準の向上及びがん医療の均てん化に取り組んでいます。

※ 千葉県がん診療連携協力病院：

特定のがんについて、がん診療連携拠点病院に準じる診療機能を有する医療機関として千葉県知事が指定を行い、がん診療連携拠点病院を補完する病院として地域における診療連携体制の一層の強化を図るものです。

〔地域緩和ケア〕

○ がん患者が望む場所での療養・緩和ケア

令和5年7月に県が実施した医療に関する県民意識調査では、「がんに対する積極的な治療を行わずに症状緩和に専念する場合、どこで過ごしたいと思いますか（単数回答）」との質問に対し、「自宅で療養して、必要に応じて（通院中の）医療機関に入院したい。」との回答が35.6%でした。

また、同調査では、「あなたは将来、自分が最期を迎える場所として、医療機関（病院や診療所）と、居住の場（自宅や生活相談・見守りサービス付き高齢者向け住宅など）、介護保険施設（特別養護老人ホームなど）のどこを希望しますか（単数回答）」との質問に対し、「居住の場で最期を迎えたい」との回答が34.8%でした。

こうした結果からも、住み慣れた自宅や介護施設など、自身が望む場所で最期まで過ごしたい、というがん患者の希望をかなえられるよう、地域における緩和ケア提供体制の整備を促進することが必要です。

○ 地域緩和ケア提供体制の整備

がんと診断された時から最期を迎えるまで、患者と家族の希望に応じて、入院時、外来、在宅のいずれにおいても、適切な緩和ケアを提供できる体制を構築するため、がん診療連携拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制の整備、緩和ケアチームや緩和ケア外来等で提供される専門的緩和ケアの体制整備と質の向上を推進してきました。

地域緩和ケアを推進するためには、地域の状況に応じて、医療・福祉・介護を中心とした様々な人々が協働し、緩和ケア提供していく事が重要であることから、県では、地域における在宅緩和ケア提供体制を把握するため「在宅緩和ケアに関する社会資源調査」を毎年実施し、がん患者や家族が地域の緩和ケア提供体制を確認できるよう「ちばがんナビ」で結果を公表しています。

また、県では、高齢化により今後は老人ホームや介護施設等で過ごすがん患者が増えることが予想されることから、住み慣れた施設において、終末期のがん患者が心地よい介護を受けることで、最後まで穏やかな療養生活を送れるよう、症例別の具体的なケア方法をまとめた「介護スタッフのための緩和ケアマニュアル」を平成29年に作成し、県ホームページや「ちばがんナビ」に公開しています。マニュアルを活用した研修会の開催、マニュアルに基づいた終末期の患者に対する緩和ケアの実践方法を解説した動画を千葉県公式セミナーチャンネルに掲載するなど、マニュアルの普及に努めているところです。

さらに、施設における緩和ケアの普及及び支援技術の向上を図るため、平成30年度から希望する高齢者施設等に県内在宅緩和ケアの経験豊かな医師・看護師等の専門講師を派遣しています。

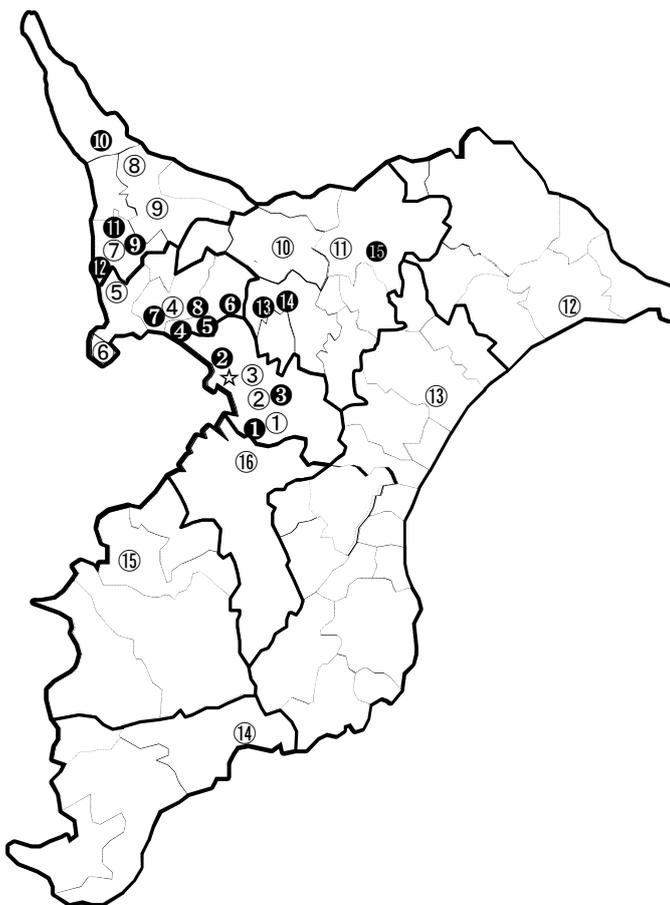
連携のための医療機関リストの項目

(丸付き数字はイメージ図の番号)

全県（複数圏域）対応型がん診療連携拠点

- ①地域がん診療連携拠点（又は地域がん診療）
- ②千葉県がん診療連携協力病院
- ③各種がん対応医療機関
- ④緩和ケア病棟を有する病院
- ⑤緩和ケア診療を実施
- ⑥緩和ケア外来を設置
- ⑦かかりつけ医
- ⑧在宅療養支援診療所
- ⑨在宅療養支援歯科診療所
- ⑩訪問看護ステーション
- ⑪在宅患者訪問薬剤管理指導対応薬局
- ⑫居宅介護支援事業所、居宅介護サービス事業所

図表 1-3 千葉県内のがん診療連携拠点病院等



医療圏	がん診療連携拠点病院等	千葉県がん診療連携協力病院
千葉	①千葉県がんセンター ②千葉大学医学部附属病院 ③千葉医療センター	①千葉メディカルセンター（胃がん・大腸がん） ②千葉市立海浜病院（胃がん・大腸がん） ③千葉市立青葉病院（胃がん・大腸がん）
東葛南部	④船橋市立医療センター ⑤東京歯科大学市川総合病院 ⑥順天堂大学医学部附属浦安病院	④千葉県済生会習志野病院（胃がん・大腸がん） ⑤谷津保健病院（胃がん・大腸がん・乳がん） ⑥東京女子医科大学附属八千代医療センター（肺がん・胃がん・大腸がん・肝がん・乳がん） ⑦船橋中央病院（胃がん・大腸がん） ⑧千葉徳洲会病院（胃がん・肝がん・大腸がん・子宮がん）
東葛北部	⑦松戸市立総合医療センター ⑧国立がん研究センター東病院 ⑨東京慈恵会医科大学附属柏病院	⑨千葉西総合病院（胃がん・大腸がん・肝がん） ⑩小張総合病院（胃がん・大腸がん） ⑪新松戸中央総合病院（胃がん・大腸がん・肝がん） ⑫新東京病院（胃がん・大腸がん）
印旛	⑩日本医科大学千葉北総病院 ⑪成田赤十字病院	⑬東邦大学医療センター佐倉病院（胃がん・大腸がん・子宮がん） ⑭聖隷佐倉市民病院（胃がん・大腸がん） ⑮国際医療福祉大学成田病院（肝がん・乳がん）
香取海匝	⑫国保旭中央病院	
山武長生夷隅	⑬さんむ医療センター	
安房	⑭亀田総合病院	
君津	⑮君津中央病院	
市原	⑯千葉労災病院	

県内の高度先進医療機関

千葉	☆国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST 病院
----	------------------------------

(ウ) 施策展開の方向性

- ・ がん予防の普及・啓発
- ・ がん検診の受診率向上と精度管理
- ・ がん診療連携拠点病院等を中心とした医療連携
- ・ がんゲノム医療提供体制の整備
- ・ がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ・ 妊孕性温存療法について
- ・ 希少がん、難治がん
- ・ 小児がんおよびAYA世代のがん対策
- ・ 相談、情報提供、患者の生活支援
- ・ ライフステージに応じた療養生活への支援
- ・ がん登録の推進及び活用
- ・ がん研究の推進
- ・ がん教育
- ・ 患者・市民参画の推進
- ・ デジタル化の推進

※本施策については、千葉県がん対策審議会においても御意見を伺い、検討を進めていきます。

(2) 脳卒中

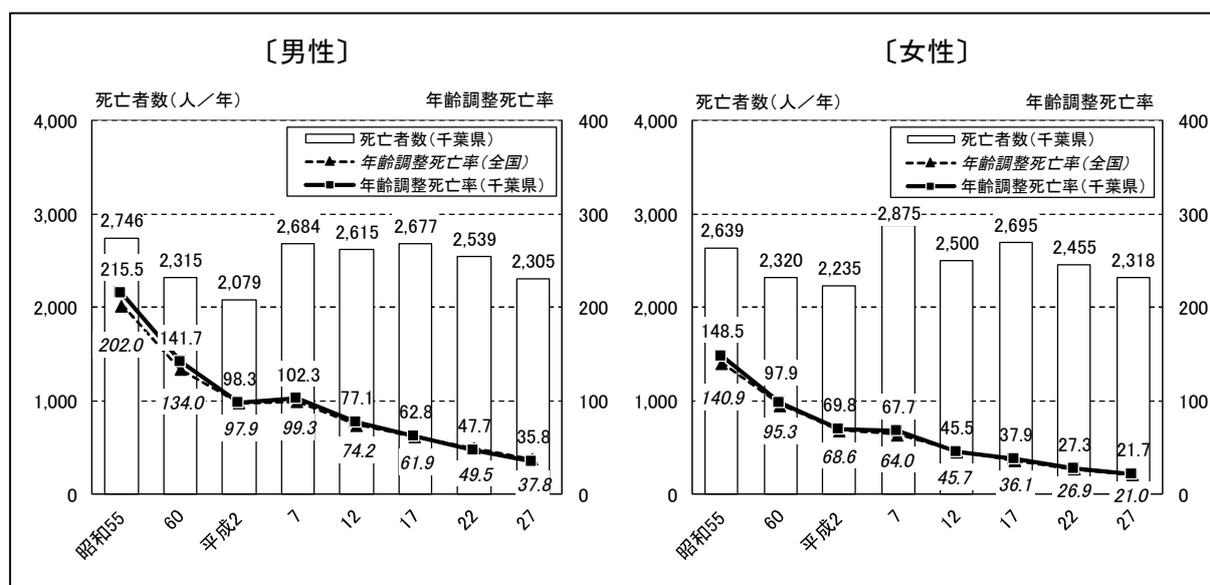
(ア) 施策の現状・課題

脳卒中を含む脳血管疾患により救急搬送された患者数は、本県においては9千人(平成29年)となっています。令和4年の脳血管疾患による本県の年間死亡者数は、4,921人と死亡者総数の6.8%を占め、死因順位の第4位です。

また、人口10万対の年齢調整死亡率(平成27年)は減少傾向にあり、男性は35.8(全国37.8)で高い順に全国第31位、女性は21.7(全国21.0)で第20位となっています。

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の脳卒中は、死亡を免れても後遺症として、片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)などの後遺症が残ることがあり、介護が必要となった主な原因の16.1%は脳血管疾患であり、割合の高い順では主な原因の第2位となっています。

図表 2-1-1-2-2-1 脳血管疾患による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計(厚生労働省)、人口動態統計特殊報告(厚生労働省)

〔予防〕

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、糖尿病、脂質異常症、不整脈、慢性腎臓病、睡眠時無呼吸症候群、喫煙、過度の飲酒なども危険因子です。発症予防のためには、適正な体重の維持及び減塩、栄養素を適量とする食生活と運動習慣の実践などの生活習慣の改善が重要です。また、高血圧や糖尿病などの適切な治療も必要です。

喫煙は脳卒中発症の大きなリスクであることが確認されており、受動喫煙の防止や禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策が求められます。

医療保険者は生活習慣病予防に向けて特定健診・特定保健指導を実施するとともに、医師の判断に基づき、眼底検査等の詳細な健診を追加実施するなど、脳卒中やそのハイリスク者の早期発見に努める必要があります。

健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人一人の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施したりするなどにより、血圧のコントロールを図り脳卒中の発症予防に努める必要があります。

〔発症直後の対応、診断と急性期の医療〕

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。できるだけ早く治療をはじめることにより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対応が必要です。

そのため、県民に脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性を周知させるように啓発を進める必要があります。

脳卒中の正確な診断により、個々の病態に応じた治療を行う必要があることから、早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することが重要です。

急性期の診療提供体制の構築に当たっては、組織プラスミノゲン・アクチベータ（ $t-PA$ ）の静脈内投与、血栓回収療法など、治療開始までの時間が短いほど有効性の高い治療があることを踏まえ、特に時間的制約の観点を考慮する必要があり、単一の医療施設で、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが困難な場合は、地域における複数の医療施設が連携し、24時間体制を確保することが求められます。

〔リハビリテーション〕

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられます。

急性期においては、全身管理のもとに、早期離床を図るとともに誤嚥性肺炎等の廃用性症候群の予防や治療を行い、歩行やセルフケアの早期自立を目的としてリハビリテーションを実施します。

回復期においては、機能回復や日常生活動作（ADL）等の向上を目指し、自宅や地域に戻ることを目的とします。維持期（生活期）においては残存した機能を活用し、歩行や生活機能の維持・向上により地域での生き生きとした生活の実現を目的に実施します。

後遺症として身体活動・高次脳機能・言語・摂食嚥下等に障害を残した場合であっても、必要なリハビリテーションを継続して受けられ、生活の質を落とすことなく、住み慣れた地域で生活できるような体制づくりが必要です。

また、今後は、専門教育等を受けた医師やスタッフによるリハビリテーションの実施など、より質の高いリハビリテーションに向けて取り組む必要があります。

〔急性期以後の医療・在宅療養〕

脳卒中は再発することも多く、再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、危険因子の管理等、再発に備えることが重要です。また、機能を維持・向上するための適切なリハビリテーション等の実施や在宅療養を支える介護サービ

スとの連携も重要です。

そのため、多職種連携の強化や情報共有ツールを活用した地域連携の実施等による脳卒中の発症から在宅等における維持期（生活期）まで切れ目のない医療・介護の提供が求められます。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

脳卒中の循環型地域医療連携システムは、県民が身近な地域で質の高い脳卒中医療を受けることができるよう、脳卒中急性期、回復期や維持期に対応する医療機関・施設、かかりつけ医、在宅療養支援診療所、かかりつけ歯科医、在宅療養支援歯科診療所、かかりつけ薬剤師・薬局、訪問薬剤管理指導等対応薬局、訪問看護ステーションなど、脳卒中医療を提供する各機関に加え、在宅ケアを支援する地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の連携により構築します。行政、保険者による特定健診・特定保健指導における予防対策や受診勧奨、脳卒中に関する知識の普及・啓発も含まれます。

かかりつけ医は、危険因子となる生活習慣の改善の指導や、疾病の早期発見・治療をするとともに、手や足のしびれ等の症状があり、脳卒中の可能性があると診断した場合や、一過性脳虚血発作（T I A）を疑う場合について、速やかに近隣の脳卒中急性期対応医療機関を紹介します。その後の検査の結果、脳卒中と診断された場合には、患者は当該医療機関にて入院治療を受けることとなります。

また、本人や家族等、周囲にいる者は、突然の症状出現時には、速やかに救急隊を要請する等の対応を行います。

救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制の下で定められた基準に即して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で対応が可能な医療機関に搬送します。

その後の検査の結果、脳卒中と診断された場合には、患者は当該医療機関等、適切な医療機関にて入院治療を受けることとなります。

軽症の場合には退院後自宅に戻り、引き続きかかりつけ医にて治療を受けることとなりますが、急性期治療終了後の病状により、患者は在宅復帰に向けた治療やリハビリテーションを目的に回復期対応医療機関に転院することもあります。

急性期対応医療機関は、かかりつけ医からの紹介や救急隊による搬送患者に対して、t - P A治療などの専門的な治療を行います。また、必要に応じて血管内治療や外科的治療等が実施できる病院に転院させます。なお、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保するため、急性期対応医療機関は、必要に応じて隣接圏域等の急性期対応医療機関と互いに補完しあいます。

回復期対応医療機関では、早期に在宅に復帰できるよう、専門医療スタッフにより、失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの障害の改善及びADLの向上を目

的とした、集中的なリハビリテーション等を実施します。

維持期においては、地域における療養施設、かかりつけ医、在宅療養支援診療所、かかりつけ歯科医、在宅療養支援歯科診療所、かかりつけ薬剤師・薬局、訪問薬剤管理指導等対応薬局、訪問看護ステーション、など、脳卒中医療を提供する各関係機関に加え、維持期リハビリテーションを提供する施設や、在宅ケアを支援する関係機関により、地域での連携を進めます。

急性期対応医療機関と回復期対応医療機関、維持期に対応する関係機関、地域のかかりつけ医等が、それぞれの機能に応じた役割分担に基づいて連携を強化することによる効果的な脳卒中治療体制の整備を進めます。

(ウ) 施策の具体的展開

a 脳卒中の予防・正しい知識の普及啓発

[生活習慣と脳卒中の関係についての周知]

- 県民が生涯を通じてライフステージに応じた適正な食生活が送れるよう、市町村、栄養士会、地域ボランティア団体、民間企業などと協力し、対象者に応じた効果的な普及啓発等に取り組みます。
- 県民が地域に親しみながら運動をより身近なものとして習慣化することができるよう、運動による健康への影響や効果について県民に発信するとともに、市町村独自の体操やウォーキングマップの紹介などに取り組みます。
- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に関する正しい知識を普及するため、飲酒の健康影響や節度ある適度の量の飲酒など、正確で有益な情報を積極的に発信します。
- 喫煙による健康への影響に関する正しい知識を普及するため、世界禁煙デーなどにおいてキャンペーンを実施するほか、喫煙防止を呼びかけるリーフレットを配付するなど、さまざまな機会を捉えて啓発活動を実施します。
- 生活習慣病の予防や全身と口腔の関係などについて、県民の歯・口腔保健意識の向上を図るため、市町村、関係団体、企業などと連携して、地域や職場において正しい歯・口腔保健の知識、歯周病と糖尿病や循環器疾患などの関連性やオーラルフレイル予防などに関する知識の普及啓発を図ります。

[特定健診・特定保健指導による予防対策の推進]

- 特定健診の受診や特定保健指導の利用を促すため、県民だより、ラジオ放送、リーフレット等の各種媒体を活用するほか、各保険者による特定健診や特定保健指導の実施率向上の取組について、支援します。
- 国保連合会と連携し、各市町村への研修や保険者指導等を通じて、KDB の活用を普及し、未治療者や治療中断者等に対する保健指導の促進を図ります。

b 保健医療及び福祉に係るサービスの提供

[急性期（搬送）]

- 脳卒中を発症した患者を1分でも早く医療機関で治療するため、患者及び発見者が脳卒中の初期症状を認識できるよう、多くの人に理解されやすい啓発を行います。
- 早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の継続的な見直しを行うなど、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。

[急性期（治療）]

- 医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化などを推進し、限られた医療資源であっても、効率的で質の高い脳卒中に係る急性期医療提供体制の確保に努めます。

〔回復期〕

- リハビリテーションを必要としている患者に対して、効果的な機能回復が期待できる時期に専門的かつ集中的にリハビリテーションを行うことができるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。

〔維持期（生活期）〕

- 患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携の促進や従事者の増加、質の向上などに取り組みます。
- 千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、脳卒中患者に対して包括的な総合リハビリテーションの提供に取り組みます。主に、機能障害に対してはロボットリハビリテーション機器を用いた機能訓練、CI療法（Constraint-Induced Movement Therapy）など先進的な治療、痙縮を合併した患者に対してはボツリヌス療法などの積極的治療の提供に取り組みます。また、脳卒中による高次脳機能障害など、一般病院では対応が難し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に取り組みます。
- 治療と仕事の両立支援の充実を図るため、自分の病気についての基本的な情報、医療費や公的支援に関する情報、退院後の生活に関する情報等の各患者やその家族が必要としている情報の提供等に努めます。

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患

(ア) 施策の現状・課題

心血管疾患を含む心疾患（高血圧性を除く）による本県の年間死亡者数は、11,391人（令和4年）と死亡者総数の15.8%を占め、死因順位の第2位です。

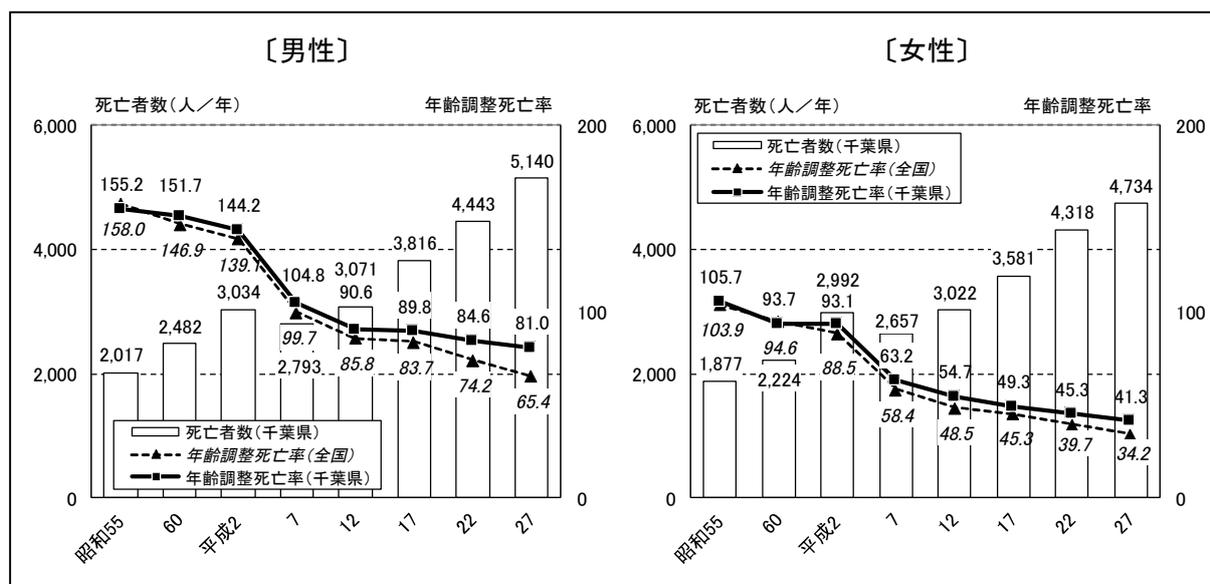
心疾患死亡数全体の約13%（令和3年）を占める急性心筋梗塞における人口10万対の年齢調整死亡率（平成27年）は、男性は17.3（全国16.2）で高い順に全国第21位、女性は6.5（全国6.1）で第21位です。

また、心疾患死亡数全体の約39%（令和3年）を占める心不全における人口10万対の年齢調整死亡率（平成27年）は、男性は21.1（全国16.5）で高い順に全国第6位、女性は14.5（全国6.1）で第8位と、男女ともに相対的に高い水準にあります。

心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず、急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが開始されます。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や疾患によって、治療法や予後が大きく変わります。

また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となります。

図表 2-1-1-2-3-1 心疾患（高血圧性を除く）による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

〔急性心筋梗塞〕

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどです。発症の予防のためには、適正な体重の維持及び減塩・栄養素を適量とする食生活と運動習慣の実践など、生活習慣の改善が重要です。また、高血圧や糖尿病などの適切な治療も必要です。

喫煙や受動喫煙により、発症リスクが増大することが確認されています。このため、受動喫煙の防止や禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策が求められます。

医療保険者は生活習慣病予防に向けて特定健診・特定保健指導を実施するとともに、医師の判断に基づき、一定の基準に該当する者に対し、心電図の検査を実施するなど、疾患やそのハイリスク者の早期発見に努める必要があります。

健診結果に応じて医療機関への受診を勧奨したり、一人一人の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなどにより、発症予防に努める必要があります。

急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに救急要請を行う必要があります。

また、心臓が止まるような不整脈が生じた場合には、正常に戻すために心臓に電流を流す「除細動」を早く行うほど救命の効果があります。第一発見者など市民による一次救命処置（BLS）が重要です。

これを踏まえ、本県では、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たところですが、AEDの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。

心筋梗塞患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施することが必要です。

疾病管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいいます。低下機能（心機能）の回復だけではなく、再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられています。

〔大動脈解離〕

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間ごとに1から2%ずつ上昇するといわれており、迅速な診断と治療が重要です。

大動脈解離患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて適切に実施することが必要です。

〔慢性心不全〕

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫等、様々な症状をきたしま

す。心不全の危険因子は、高血圧、心筋症、心筋梗塞、心臓弁膜症、不整脈、糖尿病などです。

心不全の継続的な医療を受けている患者数は、千葉県内で約18千人と推計され、そのうち、約70%が75歳以上の高齢者です。また、本県における心不全による死亡数（4,003人・令和3年）は心疾患（高血圧性を除く）死亡数全体（10,167人）の約39.4%です。

慢性心不全患者は、心不全増悪による入退院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されています。

慢性心不全患者に対する疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて実施することが必要です。

また、再入院率改善のためには薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、発症後、生涯にわたって継続して行うことが重要です。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムは、県民が身近な地域で質の高い心血管疾患に関する医療を受けることができるよう、かかりつけ医、急性期対応医療機関などとの連携により構築します。また、行政や保険者による特定健診・特定保健指導や心疾患に関する知識の普及・啓発などの生活習慣病の予防施策も含まれます。

かかりつけ医は、危険因子となる生活習慣の改善の指導や、疾病の早期発見・治療をするとともに、動悸や胸の痛み等の自覚症状のある患者について、専門的な医療機関で治療を受ける必要があるとされた場合、患者の状況に応じて、身近な対応医療機関へ紹介するとともに、退院後は対応医療機関と連携し、継続的な療養管理や指導を行います。

家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急要請を行うことや、心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施します。

救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制の下で定められた基準に即して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で対応が可能な医療機関に搬送します。

急性期を担う医療機関は、専門的な治療を行います。なお、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保するため、急性期対応医療機関は、必要に応じて隣接圏域等の急性期対応医療機関と互いに補完しあいます。

回復期以降を担う医療機関では、再発予防のため、個々の患者に合わせて、疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを入院または通院により実施します。

心筋梗塞等の心血管疾患の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、対応医療機関と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、効果的な医療体制の整備を進めます。

(ウ) 施策の具体的展開

a 心血管疾患の予防・正しい知識の普及啓発

[生活習慣と心血管疾患の関係についての周知]

- 県民が生涯を通じてライフステージに応じた適正な食生活が送れるよう、市町村、栄養士会、地域ボランティア団体、民間企業などと協力し、対象者に応じた効果的な普及啓発等に取り組みます。
- 県民が地域に親しみながら運動をより身近なものとして習慣化することができるよう、運動による健康への影響や効果について県民に発信するとともに、市町村独自の体操やウォーキングマップの紹介などに取り組みます。
- 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に関する正しい知識を普及するため、飲酒の健康影響や節度ある適度の量の飲酒など、正確で有益な情報を積極的に発信します。
- 喫煙による健康への影響に関する正しい知識を普及するため、世界禁煙デーなどにおいてキャンペーンを実施するほか、喫煙防止を呼びかけるリーフレットを配付するなど、さまざまな機会を捉えて発活動を実施します。
- 生活習慣病の予防や全身と口腔の関係などについて、県民の歯・口腔保健意識の向上を図るため、市町村、関係団体、企業などと連携して、地域や職場において正しい歯・口腔保健の知識、歯周病と糖尿病や循環器疾患などの関連性やオーラルフレイル予防などに関する知識の普及啓発を図ります。

[特定健診・特定保健指導による予防対策の推進]

- 特定健診の受診や特定保健指導の利用を促すため、県民だより、ラジオ放送、リーフレット等の各種媒体を活用するほか、各保険者による特定健診や特定保健指導の実施率向上の取組について、支援します。
- 国保連合会と連携し、各市町村への研修や保険者指導等を通じて、KDB の活用を普及し、未治療者や治療中断者等に対する保健指導の促進を図ります。

b 保健医療及び福祉に係るサービスの提供

[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。
- 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）の情報を提供することで、それらの情報をスマートフォン等で簡便に把握し、必要が生じた際にAEDを速やかに確保できるようにします。

[急性期（搬送）]

- 心血管疾患の初期症状のうち、一般県民でも判断しやすい項目について普及啓発をすすめます。
- 早期に、適切な対応が可能な医療機関に搬送することができるよう、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の継続的な見直しを行うなど、消防機関による傷病者の搬送及び医療機関による受け入れが適切かつ円滑に行われるよう努めます。

〔急性期（治療）〕

- 医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の強化などを推進し、限られた医療資源であっても、効率的で質の高い心血管疾患に係る急性期医療提供体制の確保に努めます。

〔リハビリテーション〕

- 心臓リハビリテーションが必要な患者が生活状況や自分の状態を記録し、自分の病気に対する理解を深めるほか、心臓リハビリテーションの重要性について啓発活動を進めます。
- 患者の状態に応じて、様々な関係者がそれぞれの立場から心臓リハビリテーションを提供することができるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。

〔維持期（生活期）〕

- 慢性心疾患を有する患者が、自分の病気に対する理解を深め、関係者間で患者の体調状況を共有できるよう、生活状況や自分の状態を記録する重要性について、リーフレット等による啓発を行います。
- 患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携の促進や従事者の増加、質の向上などに取り組みます。
- 患者の状態に応じて、様々な関係者がそれぞれの立場から心臓リハビリテーションを提供することができるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を図ります。
- 治療と仕事の両立支援の充実を図るため、自分の病気についての基本的な情報、医療費や公的支援に関する情報、退院後の生活に関する情報などの各患者やその家族が必要としている情報の提供等に努めます。
- 成人期への移行期にある小児期に慢性疾病に罹患した患者に、切れ目なく年齢や状態に応じた適切な医療を提供するため、千葉県移行期医療支援センターを設置し、小児診療科と成人診療科間の連携支援や移行期医療の必要性の理解を深める研修等を実施することにより、医療提供体制の強化などを推進します。

(4) 糖尿病

(ア) 施策の現状・課題

糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は、千葉県においては令和2年には25万人となっており、平成26年の12万2千人から2倍以上に増加しています。

糖尿病疾患による本県の年間死亡者数は、令和3年には757人でした。また、平成27年度の人口10万対の年齢調整死亡率は減少傾向にあり、男性は4.8（全国5.5）で高い順に全国第34位、女性は2.3（全国2.5）で第27位となっています。

糖尿病は、特有の細小血管症（細い血管が傷つけられて生じる網膜症、腎症、神経障害等）を引き起こすだけでなく、脳卒中、急性心筋梗塞・心不全、悪性腫瘍等、他の疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は様々な合併症により日常生活に支障を来すリスクが高くなります。

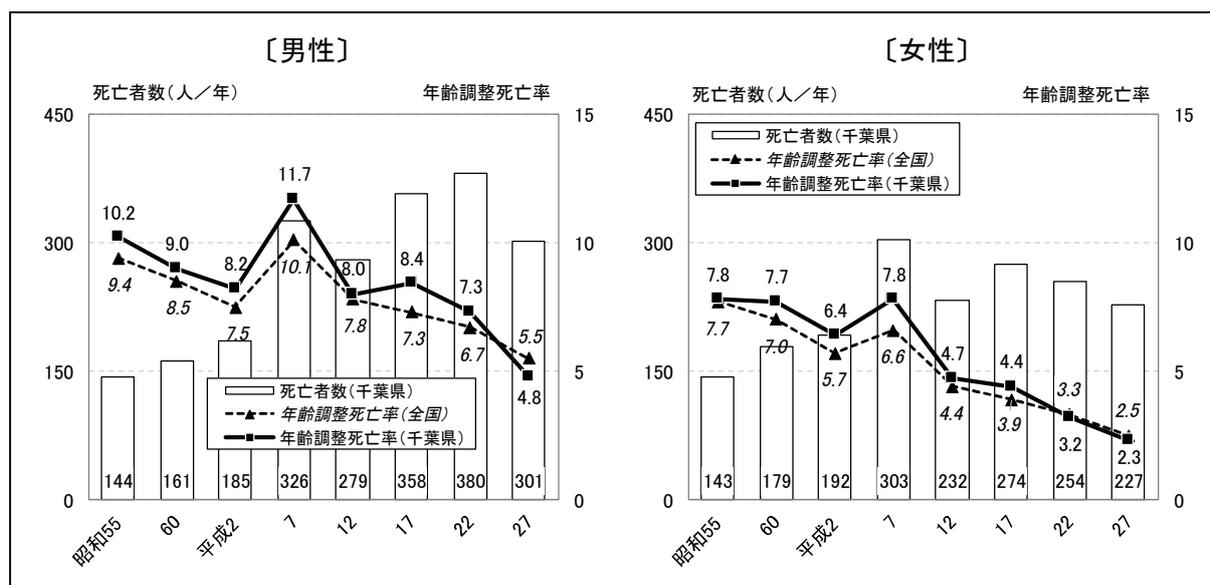
予防・治療には、患者自身による生活習慣の管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科、皮膚科、整形外科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師、助産師、歯科衛生士、理学療法士等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となります。

さらに、一人の糖尿病患者においては生涯を通じて治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して治療が実施されることが重要になります。

また、糖尿病は血糖コントロールが不良のまま経過すると、血管が傷害され（慢性）合併症が引き起こされてきます。重篤な合併症として失明に至る網膜症、腎不全により人工透析導入にいたる腎症、神経障害・動脈硬化、易感染により足の切断に至る壊疽等を引き起こし、本人や家族の生活の質を著しく低下させる恐れがあります。さらに糖尿病患者は、心筋梗塞、脳梗塞、がん、認知症、歯周病が発症しやすいことにも注意が必要です。

新規で透析を導入する患者は、（一社）日本透析医学会の調査によると、千葉県においては令和3年1年間で1,947人、うち糖尿病性腎症を原疾患としている者は806人で約41.4%であり、全国の40.2%よりも上回っています。

図表 2-1-1-2-4-1 糖尿病による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

〔発症予防・健診・保健指導〕

糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食生活、運動、喫煙、飲酒等であり、発症を予防するためには、適切な食生活、適度な身体活動や運動習慣が重要です。また、不規則な生活習慣等が原因で、糖尿病の発症リスクが高まっている者については、生活習慣の改善により発症を予防することが期待できます。血のつながった家族に糖尿病患者がいる場合も発症リスクが高まることに注意が必要です。

糖尿病のリスクを把握するためや、糖尿病の早期発見・早期治療によって重症化を予防するために、特定健康診査等の定期的な健診を受診することが必要であるとともに、健診の結果を踏まえ、適切な生活習慣の改善や、必要に応じて専門医療機関を受診することが重要です。その際、我が国の糖尿病患者は非肥満の患者も多いことから、非肥満で特定保健指導の該当者とならない場合も、血糖値の異常がある場合は医療機関の受診を要することに留意する必要があります。

医療保険者は、特定健診・特定保健指導を実施するとともに、医師の判断に基づき、血清クレアチニン検査（推算糸球体濾過量（eGFR））や眼底検査等の詳細な健診を追加実施するなど、糖尿病やその合併症の早期発見に努める必要があります。また、糖尿病は合併症が進行するまで無症状で経過するため健診結果に応じて医療機関への受診勧奨やそのレベルに応じて、一人一人の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施するなど、糖尿病の発症予防に努める必要があります。糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善を促進するため、医療保険者と医療機関、又は医療機関同士の連携促進や、対象者の意識向上につながる効果的な受診勧奨などが課題となっています。

医療機関は、地域における糖尿病の予防の取組によって、日頃から糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善が促進されるよう、保健指導等の予防・健康

づくりの取組を行う保健師・管理栄養士や、医療保険者等と連携することが必要です。また、健診後、受診勧奨により対象者が実際に医療機関を受診したかどうかについてフォローを行う等、糖尿病の発症予防と医療の連携に関する取組も重要です。

〔治療・指導〕

2型糖尿病の治療は、初診後、一般的には、2～3か月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、薬物療法を開始します。

薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、服薬を減量又は中止できることがあるため、医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、理学療法士や健康運動指導士等の専門職種が連携して、外来療養指導や外来食事栄養指導を行う等、食生活、運動習慣等に関する指導を継続することが必要です。

高齢者糖尿病に関しては、「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」が作成されたことを踏まえ、年齢、認知機能、身体活動、フレイル、がんや心不全等の併発疾患、重症低血糖リスク等も考慮して、個別に血糖コントロール目標を設定することが重要です。

かかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で、他の医療従事者と連携して療養指導を行い、患者の自己管理を支援する人材として、日本糖尿病療養指導士（CDE J）や千葉県独自に（一社）千葉県糖尿病対策推進会議が養成する千葉県糖尿病療養指導士（CDE-Chiba）の活用や、増加する高齢糖尿病患者の在宅医療が課題となります。

〔重症化と合併症の予防〕

人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病性網膜症等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、患者自身が重症化予防の重要性を理解し、治療を継続することが必須です。

初めて糖尿病と診断された患者においても、既に糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症等を合併していることもあるため、尿アルブミンの測定を含む尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要があります。

糖尿病合併症の重症化を予防するためには、糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病医療に関わる医療スタッフが治療方針やケアについての情報を一元的に共有し糖尿病の専門的医療機関とかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局や介護スタッフとの連携を基盤とする地域ぐるみの糖尿病地域医療体制の整備を進める必要があります。

健診データやレセプトデータを活用し、医療保険者と医療機関が連携して受診勧奨や保健指導を行う体制を構築して糖尿病性腎症による人工透析患者を減少させることも重要です。本県では、平成29年8月に医療関係団体、医療保険者、市町村などからなる「千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会」を設置し、効果的な予防対策等の推進を図っています。また、平成29年12月に、千葉県医師会、千葉県糖尿病対策推進会議、千葉県保険者協議会、千葉県糖尿病協会及び千葉県により「千葉

県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定・公表し、この普及を図るとともに、各医療保険者が主治医と連携し、重症化のリスクの高い者に対し、人工透析にならないよう継続的な受診勧奨と保健指導を行う取組を推進しています。

また、令和4年度の調査によると、国の交付金制度である保険者努力支援制度において、糖尿病性腎症の重症化予防に取り組んでいるのは49市町村となっています。

網膜症を予防・早期発見するためには内科初診時に眼科に紹介する必要があります。

歯周病も糖尿病の合併症の一つです。高血糖が続くと歯周病菌に対する抵抗力が落ちて細菌が増殖し歯周病は極度に悪化するため、歯科への紹介が重要です。

また、慢性合併症の予防の観点から、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導する必要があります。「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づく治療と仕事の両立支援の取組や、正しい知識の普及によるステイグマの払拭等により継続的に治療を受けられる環境を整えることも重要です。

〔他疾患で治療中の血糖管理〕

周術期や化学療法中、感染症治療中等に適切な血糖管理を行うことは予後の改善につながります。糖尿病を持つ患者が手術を受ける際や、糖尿病患者に限らず血糖値が上昇する可能性のある薬剤を用いた治療を行う際、また感染症等他疾患で入院する際は、血糖値の推移を把握し適切な血糖コントロールを行う必要があります。

（イ）循環型地域医療連携システムの構築

糖尿病の循環型地域医療連携システムは、県民が身近な地域で質の高い糖尿病医療を受けることができるよう、糖尿病やその合併症の専門的な管理を行う医療機関、かかりつけ医、在宅療養支援診療所、かかりつけ歯科医、在宅療養支援歯科診療所、かかりつけ薬剤師・薬局、訪問薬剤管理指導等対応薬局、訪問看護ステーションなど、糖尿病医療を提供する各機関に加え、居宅介護支援事業所等の連携により構築します。また、行政、医療保険者による特定健診、特定保健指導、後期高齢者健診後の生活習慣の改善指導や糖尿病に関する知識の普及・啓発といった予防対策も含まれます。

かかりつけ医は、検査により糖尿病が疑われる患者については、病状に応じて、近隣の糖尿病の専門的な管理を行う医療機関を紹介するとともに、治療方針決定後は、専門医やかかりつけ薬剤師・薬局と連携をとりながら、治療を中断させないよう患者の継続的な治療や指導を行います。

糖尿病の専門的な管理を行う医療機関は、千葉県保健医療計画策定に関する調査の回答を基に位置付けます。当該医療機関については、「糖尿病専門外来」「腎症外来」「糖尿病教育入院」「外来での糖尿病療養指導」の対応状況や、具体的な治療の実施状況について明示します。治療の実施状況については、合併症への対応のため、「腎症」「網膜症」「神経障害」等の治療の実施状況も明示します。

また、地域において在宅療養を支援する在宅療養支援診療所などのリストを掲載し、地域での連携を進めます。在宅療養支援診療所については、糖尿病性腎症に係る機能として、「在宅自己腹膜灌流指導管理」、「在宅血液透析指導管理」への対応状況につい

て明示します。自己腹膜灌流とは自分の腹膜で透析を行う治療法のこと、処方箋に基づき腹膜透析に用いる医療材料の管理などに関わるかかりつけ薬剤師・薬局の役割も重要になります。

糖尿病の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、行政、医療保険者と医療機関の連携、及びかかりつけ医等、糖尿病の専門的な管理を行う医療機関との機能分担と連携が推進され、①早期からの適切な薬物療法の開始、②血糖コントロールの改善による腎症、網膜症を含めた合併症の発症・重症化予防、人工透析導入患者の減少を図ります。

連携のための医療機関リストの項目（丸付き数字はイメージ図の番号）

- ① 専門的な管理を行う医療機関
- ② かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師・薬局
- ③ 在宅療養支援診療所・在宅療養支援歯科診療所・訪問薬剤管理指導等対応薬局
- ④ 居宅介護支援事業所

（ウ）施策の具体的展開

〔生活習慣と糖尿病の関係についての周知〕

- ・ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と糖尿病の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。
- ・ 糖尿病は、初期段階では自覚症状が乏しく、気づいたときには病状が進行している恐れがあることから、その予防のためには、年1回の健診で健康管理を行う必要性を周知します。
- ・ 危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、保健指導従事者に対する研修を実施します。
- ・ 喫煙量の多い者は糖尿病及びその合併症の発症リスクが高いことから、20歳未満の者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。

〔特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進〕

- ・ 特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。
- ・ 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。
- ・ 特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

〔重症化防止に向けた取組の支援〕

- ・ 重症化予防の先駆的事例に関する情報提供とともに、糖尿病に係る医療連携について充実を図ります。
- ・ 発症のリスクが高まっている者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。
- ・ 「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の周知と保健指導従事者等の資質の向上、医療保険者と医療機関等が連携して受診勧奨や保健指導に取り組む体制整備等を図ります。また、糖尿病重症化予防と治療中断防止のため、千葉県糖尿病対策推進会議と連携し、糖尿病患者への療養指導や支援を行う千葉県糖尿病療養指導士（CDE-Chiba）等の活用を図ります。

- 生活習慣改善を支援する保健と治療を行う医療の間の相談支援、また治療と就労の両立支援に向け職域との協働・連携を図ります。

〔他疾患で治療中の患者の血糖管理を適切に実施する体制の整備〕

- 千葉県糖尿病対策推進会議と連携し、千葉県糖尿病療養指導士等の活用を図るなどした、糖尿病患者への療養指導や支援を推進します。
- 糖尿病連携手帳や地域医療連携パス（糖尿病）等を活用した、糖尿病の専門的医療機関、かかりつけ医等の連携の促進を図ります。

（エ）施策の評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病専門外来を有する病院の数	92箇所 (平成29年6月)	
糖尿病の重症化予防に取り組む市町村数(保険者努力支援制度において当該取組に係る評価指標を達成した市町村数)	49市町村 (令和4年度)	

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	20～64歳 男性 24.4% 女性 22.5% 65歳以上 男性 60.3% 女性 41.5% (平成27年度)	
日常生活における歩数	20～64歳 男性7,253歩 女性6,821歩 65歳以上 男性6,023歩 女性4,815歩 (平成27年度)	
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	男性 632,670人 女性 192,522人 (令和3年度)	
20歳以上の者の喫煙率	男性 21.9% 女性 6.9%	

	(令和3年度)	
特定健康診査・特定保健指導の実施率	国保 健康診査 36.6% 保健指導 22.2% 全体 健康診査 55.8% 保健指導 22.7% (令和3年度)	
特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合	(年内公表予定)	
糖尿病の診療を行う病院における糖尿病連携手帳又は地域医療連携パス* (糖尿病) の使用率	45.7% (平成29年6月)	
治療継続者の割合の増加	88.8% (令和3年度)	

[成果 (アウトカム)]

指 標 名	現 状	目 標
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(国民健康保険加入者で特定健診を受診した者のうち HbA1c が JDS 値 8.0%(NGSP 値 8.4%)以上の者)の割合の減少	男性 2.1% 女性 0.8% (令和2年度)	
糖尿病治療を主にした入院の発生(DKA・昏睡・低血糖などに限定)(糖尿病患者1年当たり)	(年内公表予定)	
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少	806人 (令和3年)	
糖尿病の年齢調整死亡率(10万人当たり)	男性 4.8 女性 2.3 (平成27年度)	

(5) 精神疾患

① 精神疾患（認知症を除く）

ア 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

(ア) 施策の現状・課題

精神疾患は誰でもかかる可能性のある疾患です。近年、社会生活環境の変化等もあって、精神医療の対象となる疾患にかかる人は増えており、入院と通院（自立支援医療（精神通院医療）受給者数）の患者を合わせた精神障害のある人の数は、令和4年度では118,036人で、平成28年度の91,770人に比べて26,266人増加しています。

精神保健福祉に関する相談は、保健所（健康福祉センター）や精神保健福祉センター（県こころセンター）、市町村のほか、中核地域生活支援センター、相談支援事業者などでも応じていますが、精神保健福祉に関する相談窓口の周知や相談支援体制（人員）は十分とは言えず、その充実が求められています。

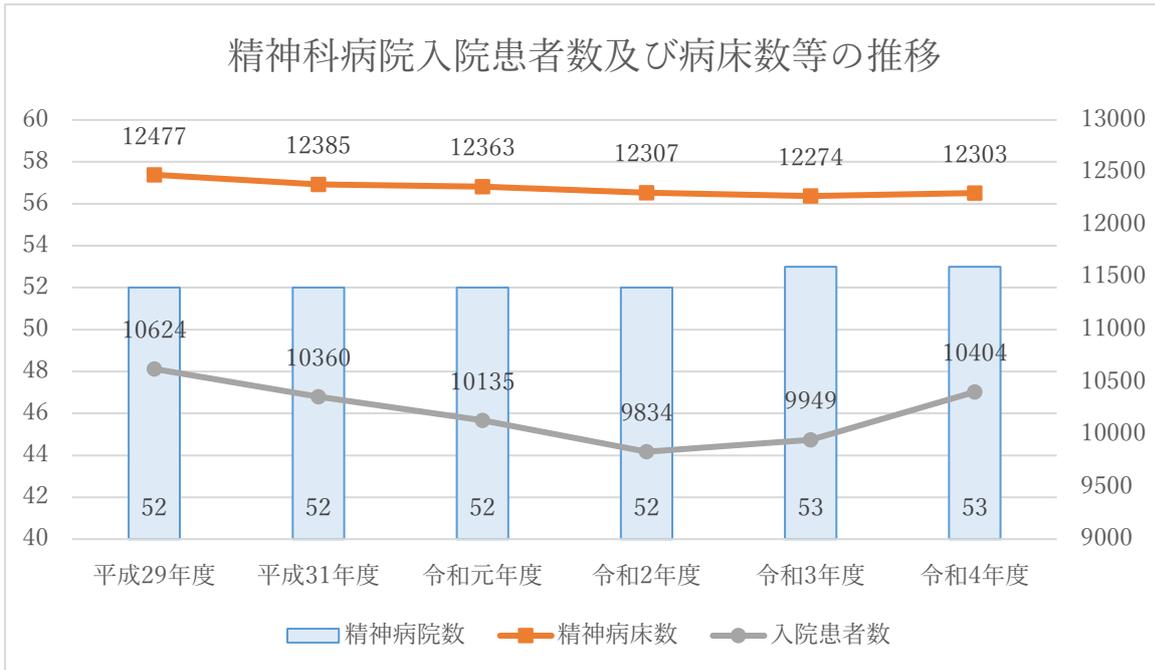
また、精神疾患については、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が重くなって初めて相談や受診に至るという場合が多く見受けられます。近年は、精神科診療所が増え、身近な地域で外来診療を受けやすくなっており、早期に受診しやすい環境となっています。重症化してからでは、回復に時間を要するため、早期に相談や受診ができるような支援体制づくりが必要です。

入院については、発症後間もない患者の多くは短期間で退院していますが、長期入院患者にあっては、高齢化や様々な要因から地域移行に困難を伴う場合が多く、県内精神科病院全体の平均在院日数（認知症含む）は、平成27年度325日、令和3年度311日で、なかなか短縮しない状況にあります。

長期入院患者の退院支援については、従来、病院職員が家族や地域の支援機関と調整して行っていましたが、近年は、障害福祉サービス等が増えたこともあり、相談事業所などの機関や行政が連携して、一人ひとりの患者のニーズに合わせた地域生活を継続していくための支援を行っています。

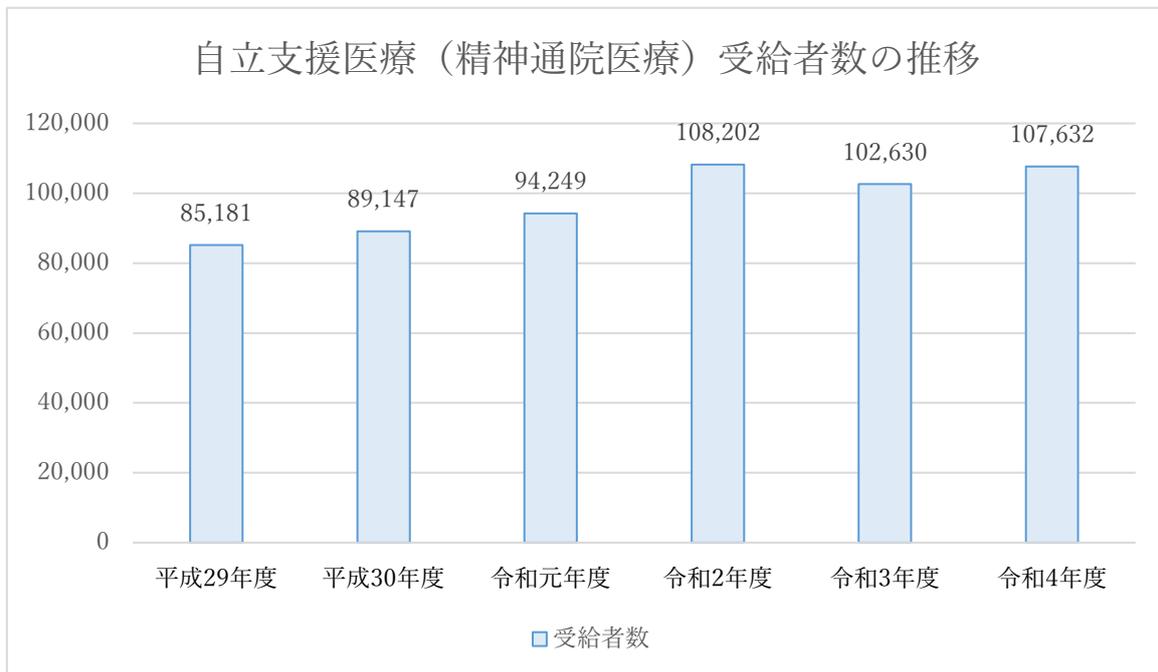
精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、自治体を中心とした地域の関係機関の一体的な取組に加え、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる社会「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進める必要があります。

精神科病院入院患者数及び病床数等の推移



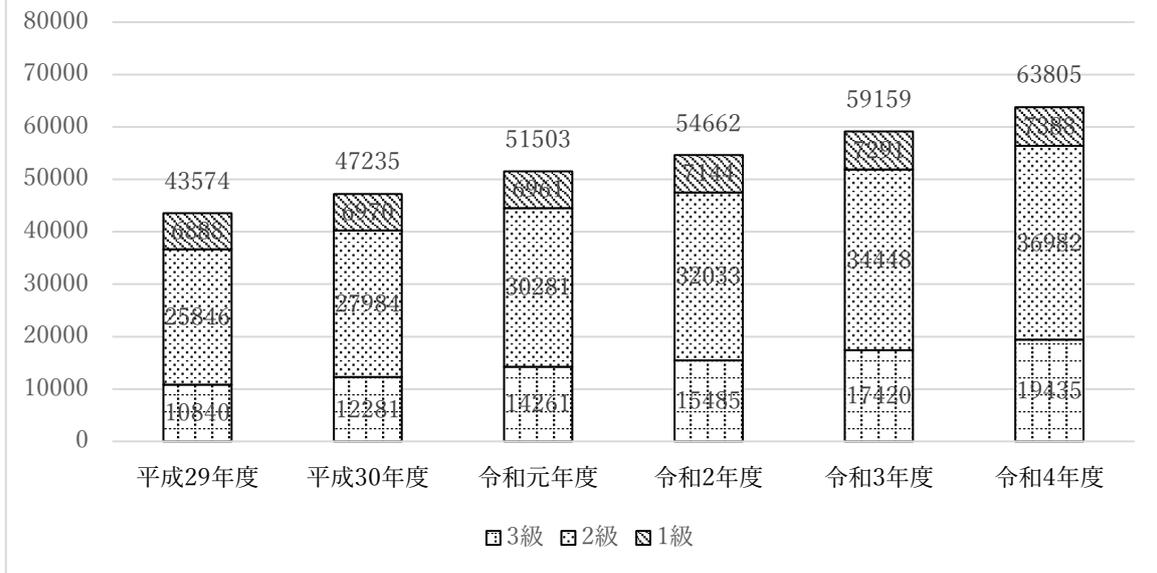
資料：(入院患者数) 厚生労働省精神保健福祉資料 ※各年度 6 月末現在
 (精神病院数及び精神病床数) 千葉県健康福祉部障害者福祉推進課統計 ※各年度 4 月 1 日現在

自立支援医療（精神通院医療）受給者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 ※各年度末現在

精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 ※各年度末現在

(イ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めます。

精神障害のある人が地域で生活する上で必要な、障害福祉サービスや身近な生活支援の相談窓口は、主に市町村や基幹相談支援センター、医療や広域的な制度などの相談窓口は、保健所（健康福祉センター）、精神保健福祉センター（県こころセンター）、中核地域生活支援センターなどがあります。他にも、相談の内容によって、相談支援事業所、就労支援機関などもあります。

医療については、地域の精神科病院、精神科診療所、また、内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局、訪問看護ステーションなどの機関が関わります。

かかりつけ医は、日ごろから、健康管理上のアドバイスを行って発病予防に努めたり、患者や家族等からの相談に応じたりします。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、保健所（健康福祉センター）等の保健サービス機関を案内します。保健サービス機関では、身近で適切な精神科を案内したり受診調整を行うなどし、発症から精神科に受診できるまでの期間をできるだけ短縮します。

精神科の医療機関は、早期に診断と治療を開始し、重症化を防ぎます。また、必要に応じて、訪問看護を導入し、日常生活の様子や服薬状況を確認し、医療中断しないよう見守ります。

障害福祉サービス等の生活支援については、市町村が窓口になっています。障害支援区分と本人のニーズに沿って、相談支援事業所やケアマネージャー等と必要なサービスの種類や量などの支援計画を立てていきます。

自宅で生活しながら日中活動を行うための支援では、ホームヘルプなどの訪問・生活支援や、生活リズムを整え人と交流するための地域活動（通所）支援、就労支援などがあります。グループホームへの入所など居住系のサービスもあります。

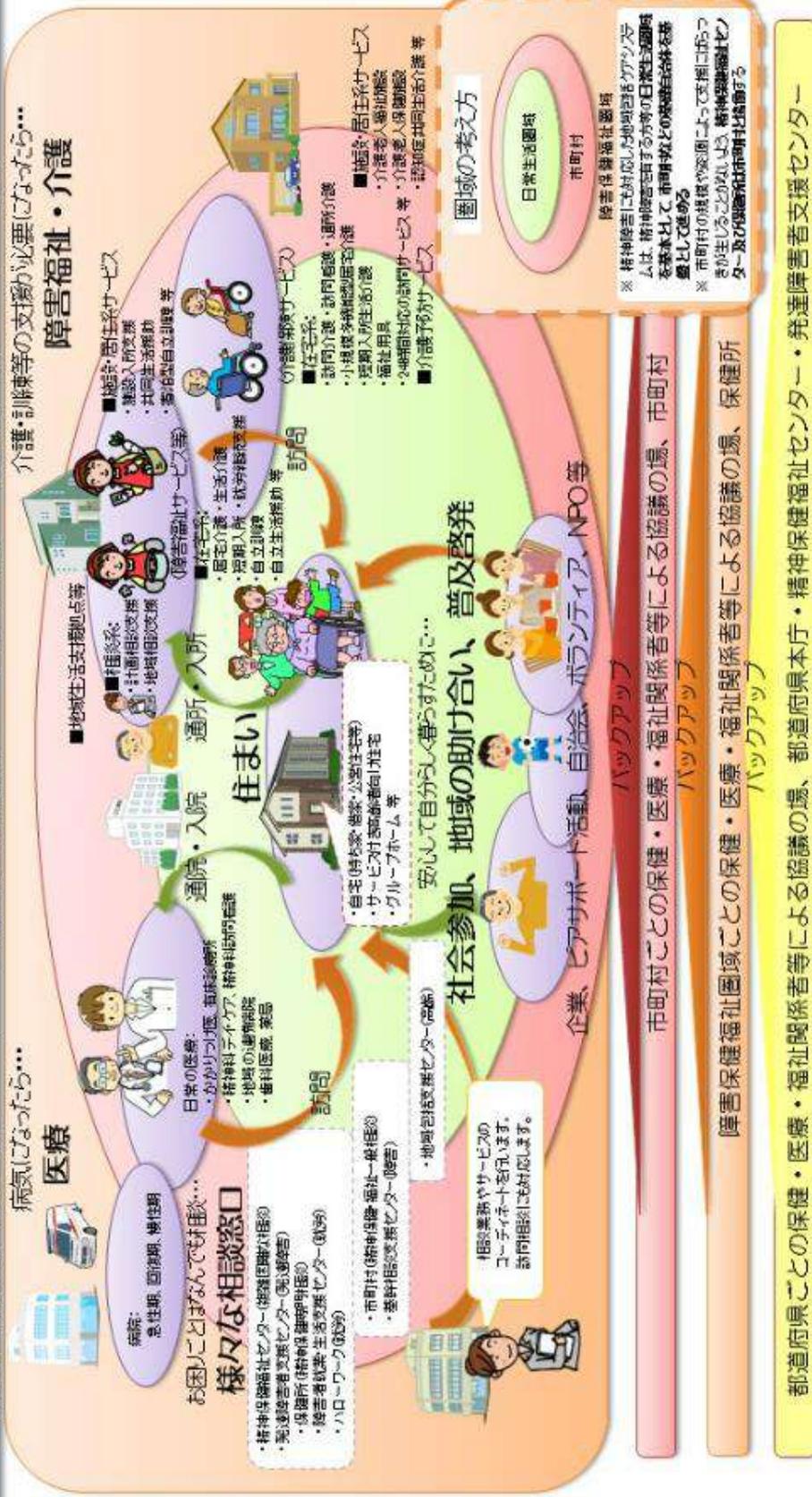
その他、制度によらないサービスや支援を行っている機関や、地域・企業などの協力を得るなど、そのような人たちを増やし、精神障害のある人が地域で安心して、その人らしく暮らせるよう、行政や関係機関が連携して、地域生活や社会生活を支えます。

なお、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の「医療」部分を詳細に説明したものが、後述する2の「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」になります。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

○ 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労など)、地域の助け合い、普及啓発(教育など)が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があります。同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。

○ このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度による地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



出典：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課

(ウ) 施策の具体的展開

[相談支援窓口の周知と機能の充実]

- 県民への精神疾患に関する正しい知識の普及に取り組むため、精神保健福祉センター（県こころセンター）、保健所（健康福祉センター）では、メンタルヘルスの保持・増進について、継続して普及啓発を行います。また、精神疾患の発症年齢を考慮して、教育機関と医療機関、相談支援機関等との連携を推進します。さらに、相談窓口の一層の周知を図ります。また、市町村における相談支援機能の充実を図るために、相談支援に携わる専門職員に対する研修の拡充を図るとともに、市町村職員とともに相談やアウトリーチを行い、技術指導・支援を推進します。

[発症から精神科受診までの時間の短縮化]

- 日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握している内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局が、患者や家族等からの相談に応じることができるよう、精神疾患に関する研修を開催するなど人材育成を図ります。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、保健所（健康福祉センター）等の保健サービス機関の案内ができる連携体制を整備します。

[早期退院への支援]

- 入院患者の地域生活への移行を促進するため、精神科病院と市町村や地域移行支援事業所などの連携の強化を推進します。また、各障害保健福祉圏域*において、精神障害者地域移行支援協議会を開催し、医療機関及び地域の支援機関等が相互の取り組みや地域移行への理解、地域移行を進める上での課題等について協議し、緊密な連携体制の構築を図ります。
- 病院職員による退院に向けた取り組みを推進するため、長期入院していた患者が実際に地域で生活している様子などについての研修等を行い、地域移行に関する具体的なイメージと関心を持ってもらうようにします。また、市町村や地域の支援機関に対して、精神障害のある人の特性を理解した地域生活支援ができる人材育成研修を行います。
- 地域移行に向けた独自の取組、地域との連携、退院に向けた会議への関係者の参加や退院後の訪問等を行うなど、精神障害者地域移行支援に積極的に取り組む精神科病院を「地域移行・定着協力病院」として認定するとともに、認定病院の増加に向けて取り組みます。
- 居住地から離れた精神科病院に入院している患者を住み慣れた地域に帰すため、入院先精神科病院、入院先の地域の支援機関、退院先の地域の精神科病院、市町村、支援機関の連携体制を整備します。

[地域生活の継続のための支援]

- 地域移行に必要な居住の場を確保するために、障害のある人向けの公共賃貸住宅の供給の推進や、障害のある人に対する優先入居、単身入居を可能とする取り組み

を進めます。民間賃貸住宅への入居に関しては、不動産業者等に対して障害に対する理解を求め、必要な際に連絡・対応を行いながら信頼関係を築くなどして社会資源の拡充に努めます。共同生活住居については、グループホームの整備やグループホーム支援ワーカーを配置し、円滑な入所ができるよう、引き続き取り組みます。併せて、地域における相談支援関係機関等によるネットワークづくりの促進、当事者会や家族会の活動への支援、ピアサポーター*の養成や活用などに取り組みます。

- 障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、個別支援に関する協議や事例検討、情報交換等を行いながら、精神障害のある人が地域で安定した生活を送れるよう支援する地域の機関の連携を強化していき、圏域における地域包括ケアシステムの構築を目指します。

イ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

(ア) 施策の現状・課題

精神障害のある人の社会参加及び自立を促進して社会貢献できるよう、一人一人の障害特性その他の心身の状態に応じた良質かつ適切な医療の提供を確保することが必要です。

これを踏まえ、入院医療中心の精神医療から精神障害のある人の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向けて、統合失調症、気分（感情）障害、依存症などの多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担や連携体制の構築が必要です。

〔統合失調症〕

統合失調症は、実際にはないものが感覚として感じられる幻覚（誰もいないのに人の声が聞こえてくる幻聴など）や、明らかに誤ったことを信じてしまう訂正不能な妄想が代表的な症状です。およそ100人に1人がかかる身近な病気ですが、自分では病気を自覚しにくいことも特徴の一つです。

令和2年6月30日時点で、統合失調症の入院患者は、6,523人であり、精神科の全入院患者の約61%を占めています。「精神及び行動の障害」で入院している人の平均在院日数は368日ですが、そのうちの「統合失調症圏」では695日と長くなっています。入院の長期化や入院患者が高齢になると、地域生活への移行や社会活動への参加等の支援に時間を要することから、入院の長期化を防ぐことが課題です。

〔気分（感情）障害〕

うつ病は、内因性の要因やストレスなどの環境要因から憂うつで無気力な状態が長く続く病気です。双極性障害（躁うつ病）は、気分が異常かつ持続的に高揚し、ほとんど眠らずに動き回ったりしゃべり続けたりするなどの躁状態とうつ状態を繰り返す病気です。躁・うついずれの症状に対しても薬物療法が有効なため、早期に受診して治療を継続することと、社会復帰のためのプログラムや支援が必要です。

気分（感情）障害の早期発見と早期受診のためには、メンタルヘルスに関する啓発などが必要です。

〔依存症〕

依存症は、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症など、様々な依存症があります。適切な治療と支援により回復が十分に可能な疾患である一方、病気に対する本人の否認が強いため、なかなか治療に結びつかない傾向にあります。

〔高次脳機能障害〕

高次脳機能障害は、病気や事故などの後遺症により、注意障害や記憶障害が生じ、これまでできていた日常生活上のことができない、感情の抑制が効かないなど、生活や社会参加に支障が生じますが、外見ではわかりにくいいため、周囲の人からは理解されにくい障害です。

高次脳機能障害及びその関連障害に関する支援については、4か所の支援拠点機関を設置し、専門的な相談支援、機能回復等のための訓練、関係機関とのネットワーク化を図っていますが、そのさらなる充実が課題となっています。また、高次脳機能障害の診断・治療（精神科領域の治療も含む）を行える医療機関は少ないため、高次脳機能障害のある人が身近な地域で必要な治療や支援を受けられるようにすることが必要です。

〔摂食障害〕

摂食障害は、拒食や過食の極端な食行動の異常と、体重に関する過度のこだわりを持つ病気で、若い女性に多い病気です。身体合併症やうつ病などの精神疾患を併発しやすく、致死率も高い疾患です。しかし、患者自身や周囲の者が病気と捉えていなかったり、患者が受診の必要性を感じず、重症化してからようやく受診に至ることがあります。また、身体・精神の両面から専門的な対応ができる医師や医療機関が少ないのが現状です。

〔児童・思春期精神疾患〕

児童・思春期は、身体的・心理的成長過程にある不安定な時期です。特に思春期は、統合失調症やうつ病、様々な神経症性障害の好発年齢であり、専門的な判断が重要になりますが、児童・思春期精神疾患に専門的に対応している医療機関は限られています。

〔発達障害〕

発達障害は、自閉症、アスペルガー症候群、多動性障害（ADHD）、学習障害、チック障害などがあります。生まれつき脳の一部の機能に障害があるために興味や行動の偏り、こだわりやコミュニケーションの障害、不注意など、それぞれの症状が現れます。

県では、発達障害者支援センターを2カ所設置して相談等に応じるとともに、平成29年には、発達障害の支援（診療等を含む。）に関する情報の共有や緊密な連携、体制整備等について検討する発達障害者支援地域協議会を設置しています。

増加している相談に対して、支援を行う人材や機関はまだ不足している状態であり、発達障害に関する知識を有する人材の養成と確保等が必要です。また、学習の遅れや行動の異常などから発達障害が疑われる児童などに対して、早期に適切な治療や支援につなげるため、教育機関と医療機関、相談支援機関との連携が必要です。

〔てんかん〕

てんかんは、意識障害やけいれんなどのてんかん発作を繰り返して起こす病気です。原因や症状は様々で、乳幼児から高齢者までどの年齢層でも発症する可能性があります。

てんかんは、多くの場合、薬の服用などによって発作を抑えることが可能なため、治療を継続することで生活上の支障を除くことができますが、一部発作が抑えられな

いなどの難治性の患者がいます。

てんかんの治療を専門的に行う「千葉県てんかん支援拠点病院」を指定したところですが、身近な地域で相談や治療が受けられる体制をつくる必要があります。

〔精神科救急〕

県では、精神症状の急激な悪化などの緊急時に適切な精神科医療を受けられるよう、「千葉県精神科救急医療システム」を実施・運営しており、基幹病院を設置するとともに、輪番病院を指定し空床を確保しています。精神科救急情報センターでは、夜間・休日における精神科医療機関への受診相談を受け、必要に応じて、基幹病院や輪番病院への受診調整を行っています。

〔身体合併症〕

身体と精神の両疾患を有していて入院が必要な場合、身体疾患を診る科と精神科のどちらで入院を受け入れるかで入院先がなかなか決まらない場合が少なくありません。また、新型コロナウイルス感染症等の新興感染症を含む身体疾患と精神疾患を併発する患者に対応できる総合病院精神科の重要性は増しています。このようなことを踏まえて「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」を整備し、協力病院の拡充に努めています。

〔自殺対策〕

全国の自殺者数は、平成10年から3万人前後で推移してきましたが、平成22年からは3万人を上回ることなく、令和4年には2万1,252人となりました。本県でも1,300人前後を推移していたものが令和4年には1,021人と減少したものの、依然として高い水準にあります。

自殺対策は、千葉県自殺対策推進計画に基づき、保健・教育・労働など総合的に取り組む必要があります。

〔災害精神医療〕

災害時精神医療は、東日本大震災以降、発災直後から被災地に入って精神科医療活動を行う災害派遣精神医療チーム（以下「DPAT」という。）の体制整備が進められ、本県では、平成27年度からDPAT養成研修を開催し、令和4年度からは隊員のスキルアップのための技能維持研修も開催しています。また、厚生労働省が主催する研修や大規模地震時医療活動訓練（内閣府主催）等の実践訓練にも参加しています。

災害時に備え、それらの研修開催や訓練参加を継続していくことが重要です。

(イ) 循環型地域医療連携システムの構築

精神疾患の循環型地域医療連携システム(多様な精神疾患等に対応できる医療連携システム)は、県民が身近な地域で、質の高い精神科医療を受けることができるよう、かかりつけ医、精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科、一般の医療機関、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所などによる連携により構築します。また、市町村や保健所(健康福祉センター)、精神保健福祉センター(県こころセンター)、学校保健、産業保健などによる、精神保健相談の窓口の周知や精神保健福祉に関する知識の普及などの予防対策も含まれます。

内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局等は、日頃から患者の体質、病歴や健康状態を把握し、診療のほかに健康管理上のアドバイスなども行うことから、精神疾患を早期に発見し、精神科医の紹介や、初期治療などを行います。精神科のかかりつけ医は、患者の病状に応じて適切な治療を行います。

精神科救急医療体制においては、休日及び夜間を含めて、精神症状の急変などにより、早急に適切な医療を必要とする患者等の相談に応じ、適切な医療サービスを提供します。なお、精神科救急医療機関は、全て全県(複数圏域)対応型連携拠点病院と位置付けています。

精神科病院等は、精神疾患の状態に応じて、薬物療法を中心として、精神療法、作業療法、精神科デイ・ケアなどのリハビリテーションプログラム・家族教育などを適宜行い、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供します。

社会復帰に向けては、訪問看護ステーションや訪問薬剤管理指導等対応薬局、精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等といった多職種チームによるアウトリーチ(訪問支援)の提供により、地域生活や社会生活を支えます。

また、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所等は、精神科医療機関などとの連携により、精神障害のある人の地域生活持続のための支援や復職・就労支援を行います。

精神科を有する総合病院や、一般の医療機関の内科医等と精神科病院や精神科診療所の精神科医師が連携を図ることにより、生活習慣病などの身体疾患を合併している精神疾患患者についての治療を行います。

救命救急センターや一般の救急医療機関においては、精神科リエゾンチームにより、自殺未遂者の診療を行うことを促進します。

地域精神科医療機関(病院・診療所)は、精神科のかかりつけ医として、患者の病状に応じて適切な治療を行うとともに、患者の地域生活を支えるため地域の機関と連携を図ります。

地域連携拠点医療機関は、かかりつけ医の役割に加えて、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保します。

また、二次保健医療圏内の病院・診療所間等の連携を推進し、情報収集発信や人材育成に取り組み、地域の拠点としての機能を果たします。さらに、地域精神科医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

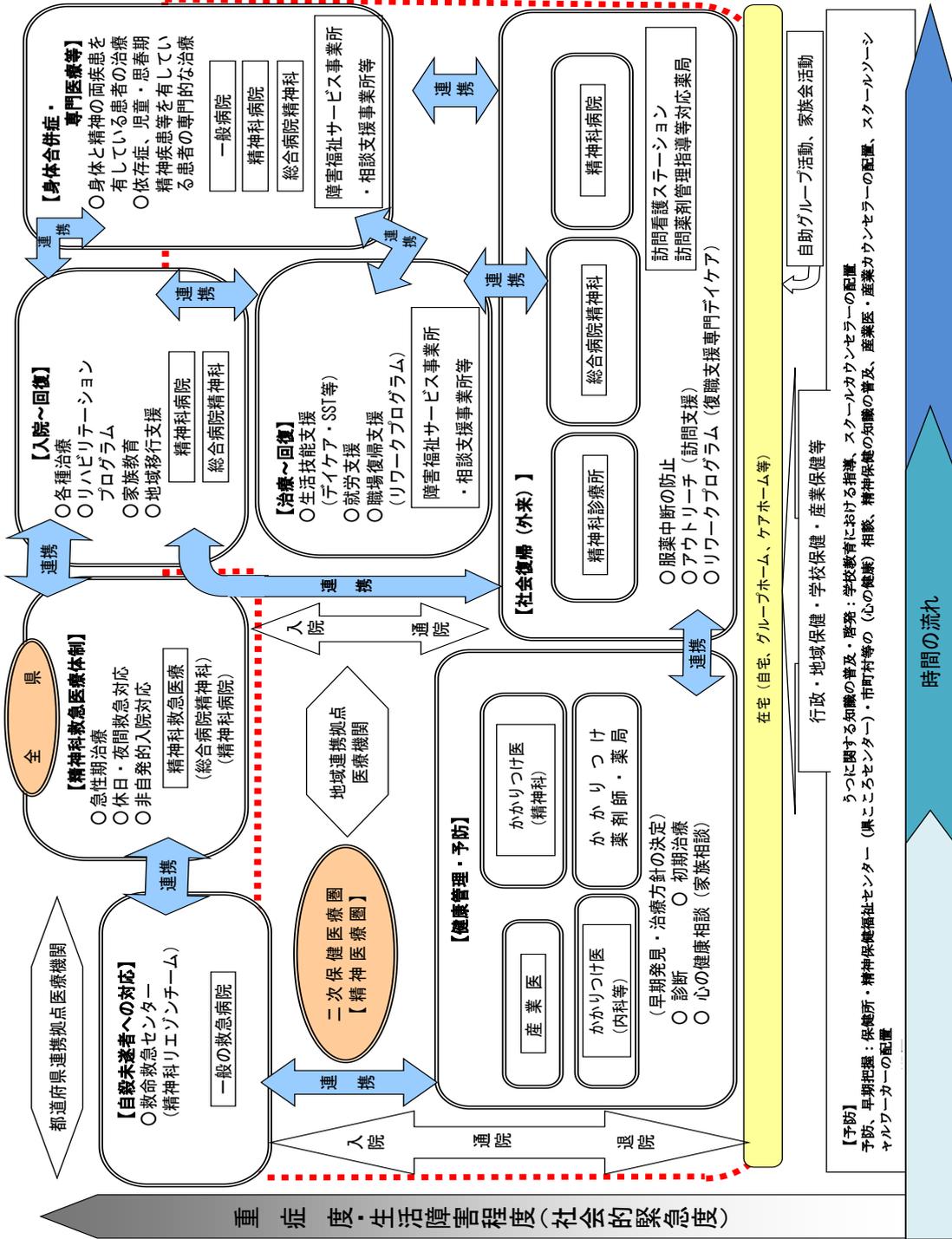
都道府県連携拠点医療機関は、県内の病院間等の連携を推進し、情報収集発信や人材育成を行うとともに、地域連携拠点医療機関の支援を行い県の拠点としての機能を果たします。さらに、地域連携拠点医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行います。

精神保健福祉センター（県こころセンター）は、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携を円滑に実施するため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助を行います。

県は、多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努めます。また、圏域ごとの医療連携状況や圏域間の連携状況の把握に努めます。

循環型地域医療連携システムのイメージ図（多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制）



(ウ) 施策の具体的展開

- 統合失調症、気分（感情）障害、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にした上で、精神医療圏域内の医療連携による支援体制の構築を目指します。
- 精神医療圏は、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担と医療連携を推進するための単位として設定するもので、二次医療圏に一致するように設定します。

〔統合失調症〕

- 難治性統合失調症を有する患者に対しては、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的治療により地域生活へ移行する患者が増えていることから、精神科病院と血液内科等を有する医療機関とのネットワークを構築し、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用の普及を進めます。それにより、長期入院患者の地域移行の進展と平均在院日数の短縮化を図ります。

〔気分（感情）障害〕

- 本人や周囲の者がうつ症状に早い段階で気づくことができるよう、メンタルヘルスに関する知識の普及啓発を行います。また、気軽に相談できる窓口についても併せて周知します。普及啓発は、広く県民に対して、パンフレット等の配布や講演会を開催します。また、学校や職場などに対しても同様に啓発を行い、教育・労働関係機関とも連携して、不適応やいじめなどによる孤立化防止やワークライフバランスの改善などに取り組みます。
- うつ病等からの回復のためには、認知行動療法*やリワーク・プログラム（復職支援専門デイケア）*の実施などにより対応できる医療機関を明確にします。うつ病等による休職者に対しては、円滑な職場復帰等が行われるよう、精神科等のかかりつけ医と産業医*等の産業保健スタッフとの連携の強化に取り組んでいきます。

〔依存症〕

- 依存症については、精神保健福祉センター（県こころセンター）において、薬物依存症に関する治療・回復プログラム、ギャンブル等依存症に関する専門相談を継続して行います。また、依存症者に対する支援を行う人材を養成するために、市町村や相談機関等の職員を対象とした研修を実施します。そのほか、家族向けの講演会等を開催する等依存症対策を推進していきます。
- アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症患者が適切な医療を受けられるようにするため、県内に所在地を有する保険医療機関の中から、依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関を選定し、依存症治療の均てん化並びに関係機関とのネットワーク化を図り、地域における依存症の医療提供体制の整備に努めます。

〔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。

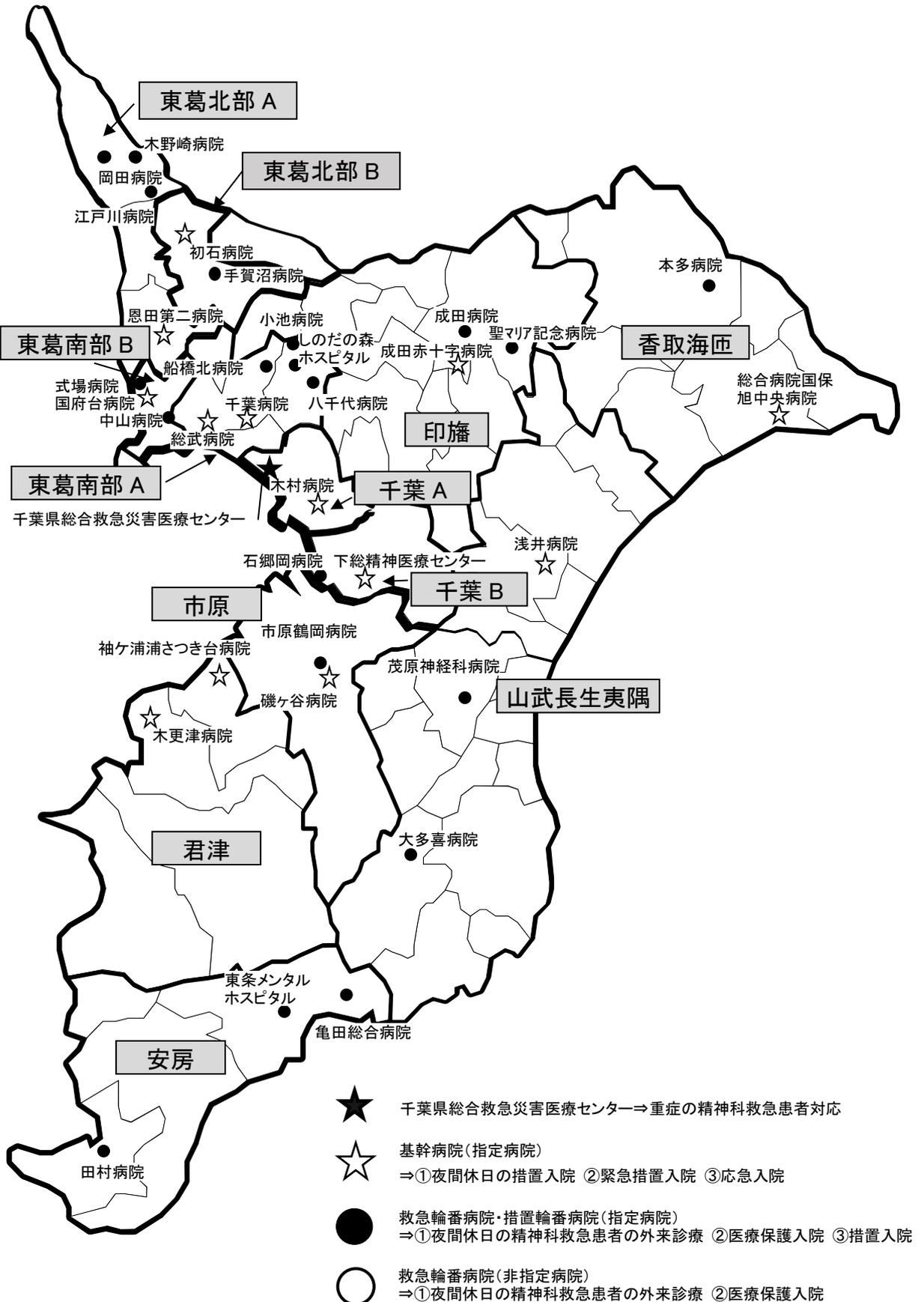
〔災害精神医療〕

- 災害時の精神医療については、D P A 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、D P A 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、D M A T、D P A 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。

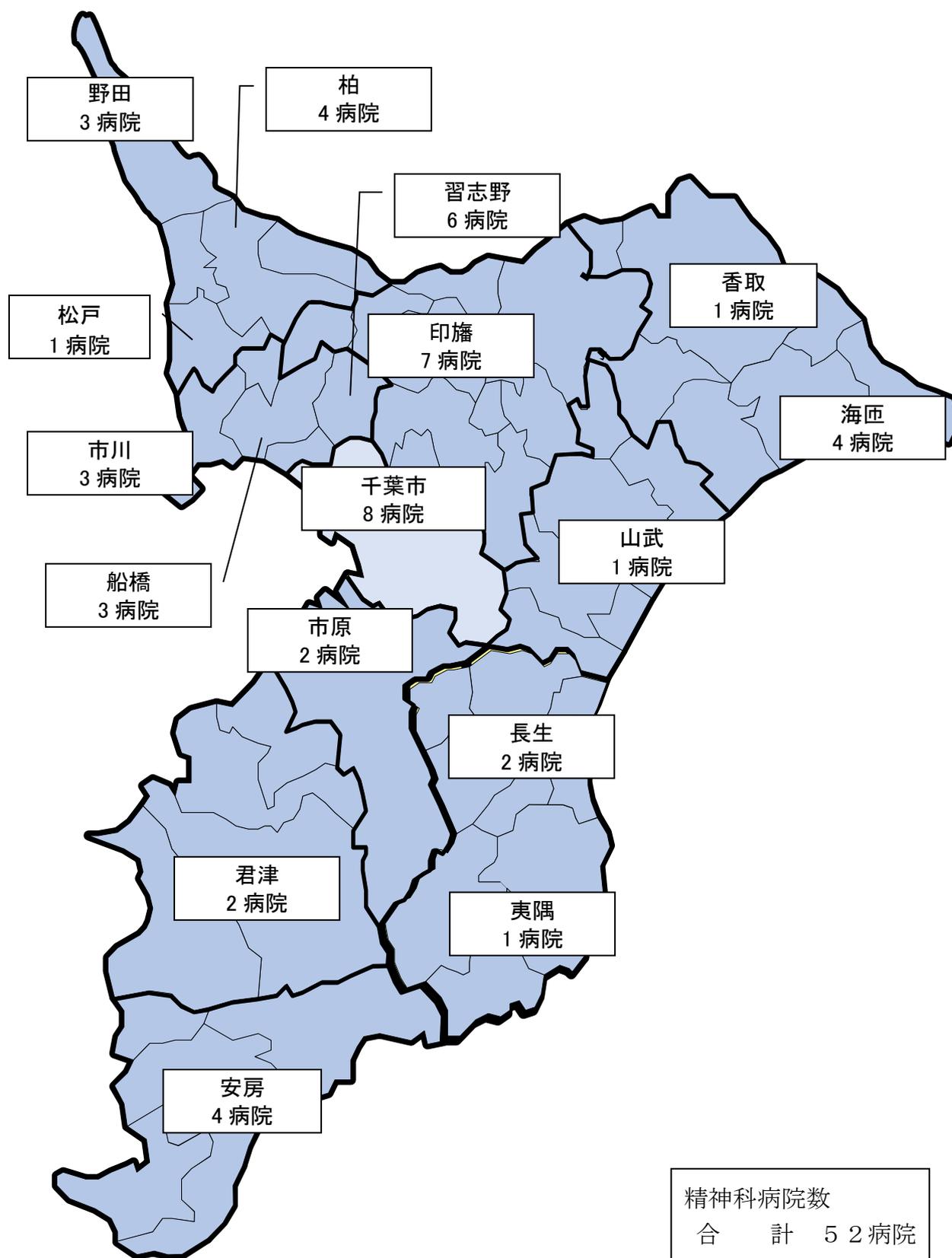
上記の施策に取り組むとともに、医療圏ごとに各疾患等に対応している医療機関の明確化や、各医療圏及び県全体での協議の場を通じて、多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築を図ります。

※本施策については、千葉県地方精神保健福祉審議会においても御意見を伺い、検討を進めていきます。

千葉県内の精神科救急医療圏域及び救急医療施設



千葉県内の精神科病院数



※令和5年4月現在

② 認知症

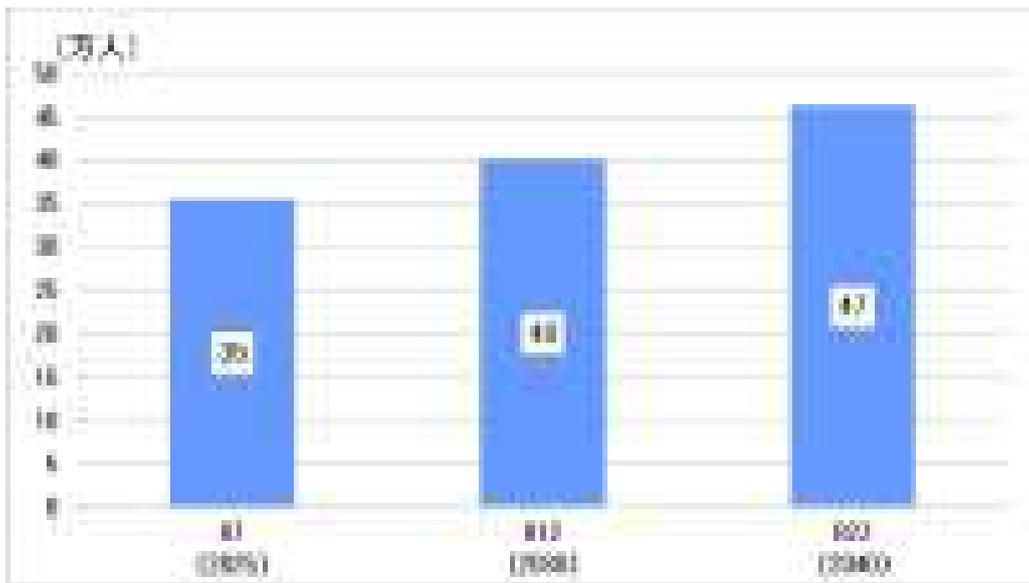
(ア) 施策の現状・課題

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なわれることが重要です。

図表2-1-1-2-5-2-1 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、食生活の見直しなど、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、症状を明かさなないことにより、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られ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3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	目 標
チームオレンジ設置市町村数		
認知症サポーター数		
キャラバン・メイト数		
認知症初期集中支援チーム数		
認知症サポート医の養成人数		
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数		
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		
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		
歯科医師認知症対応力向上研修修了者数		
薬剤師認知症対応力向上研修修了者数		
看護職員認知症対応力向上研修修了者数		
認知症カフェ実施市町村数		
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		
若年性認知症支援コーディネーターによる相談件数		
認知症地域支援推進員研修修了者数		

認知症介護実践研修受講者数 (千葉市を除く。)		
認知症専門職における多職種協 働研修受講者数		
「千葉県オレンジ連携シート」 の使用枚数		

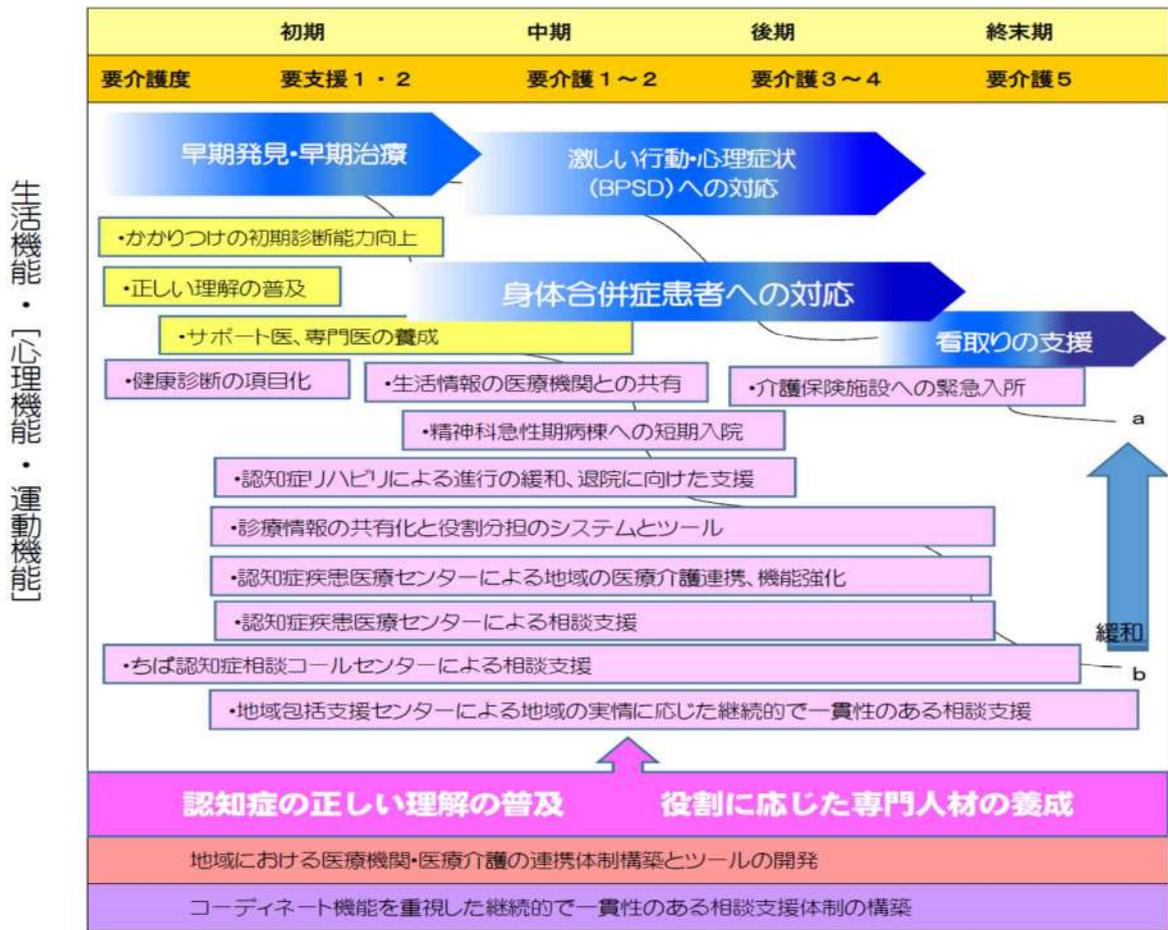
〔過程 (プロセス)〕

指 標 名	現状	目標
チームオレンジのチーム数		
認知症疾患医療センターの鑑別 診断件数		
本人・家族交流会の参加者数		
若年性認知症カフェへの本人、 家族の参加者数		

〔結果 (アウトカム)〕

指 標 名	現状	目標
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		

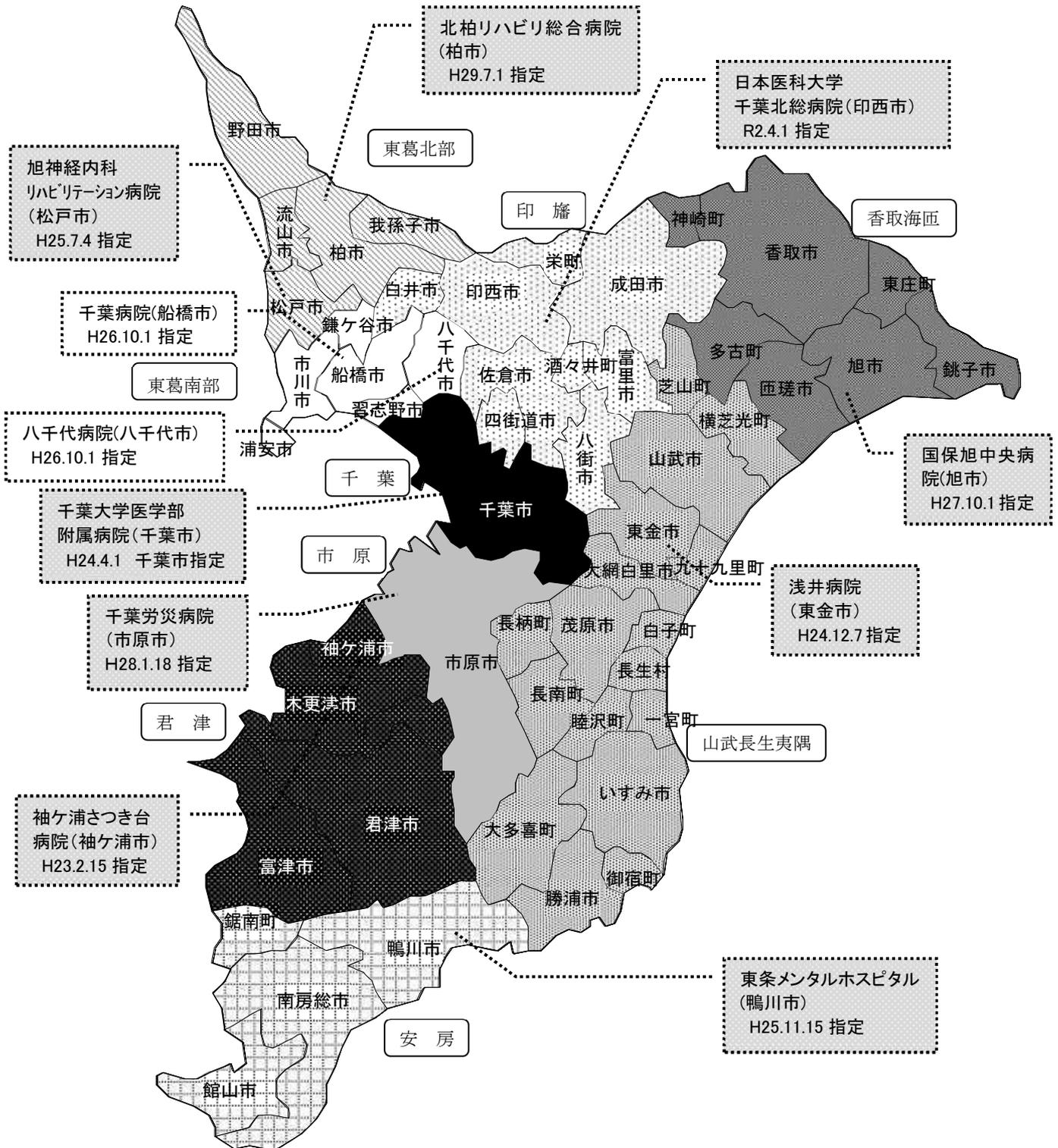
図表 2-1-1-2-5-2-2 ステージごとの施策検討の方向性



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

図表 2-1-1-2-5-2-3 認知症疾患医療センター

R5. 4. 1 現在



※本施策については、千葉県認知症対策推進協議会においても御意見を伺い、検討を進めていきます。

(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）である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箇所に整備されています。

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箇所に整備されています。

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。

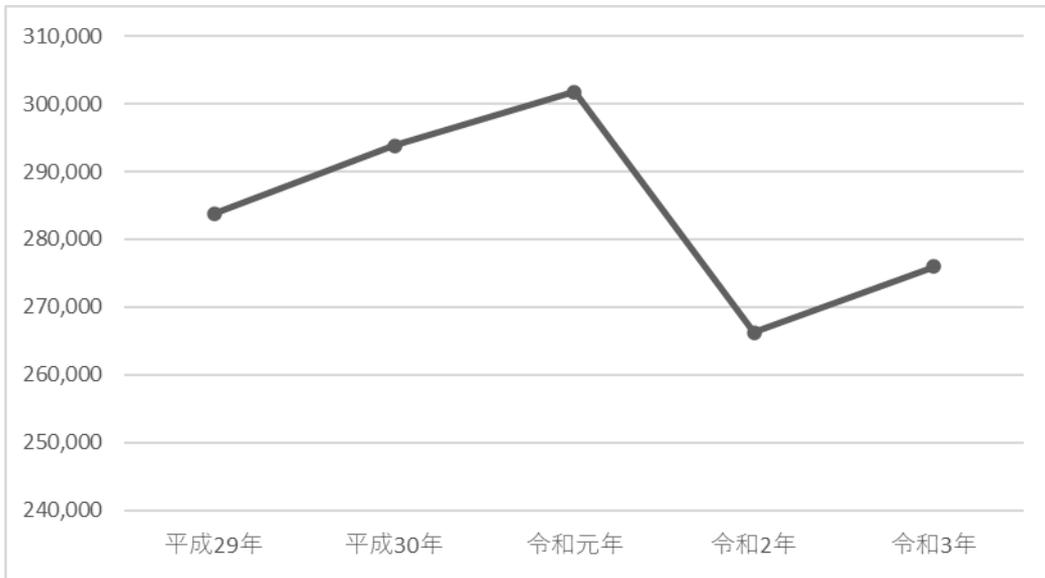
また、千葉県における搬送困難事例（受入交渉回数5回以上又は現場滞在時間30分以上）の割合は、増加傾向にあります。この搬送困難事例を減らすため、消防機関や医療機関といった関係機関と連携を図っていくことが必要です。長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる医療機関を確保する搬送困難事例受入医療機関支援事業を千葉保健医療圏において実施しています。

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浜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。

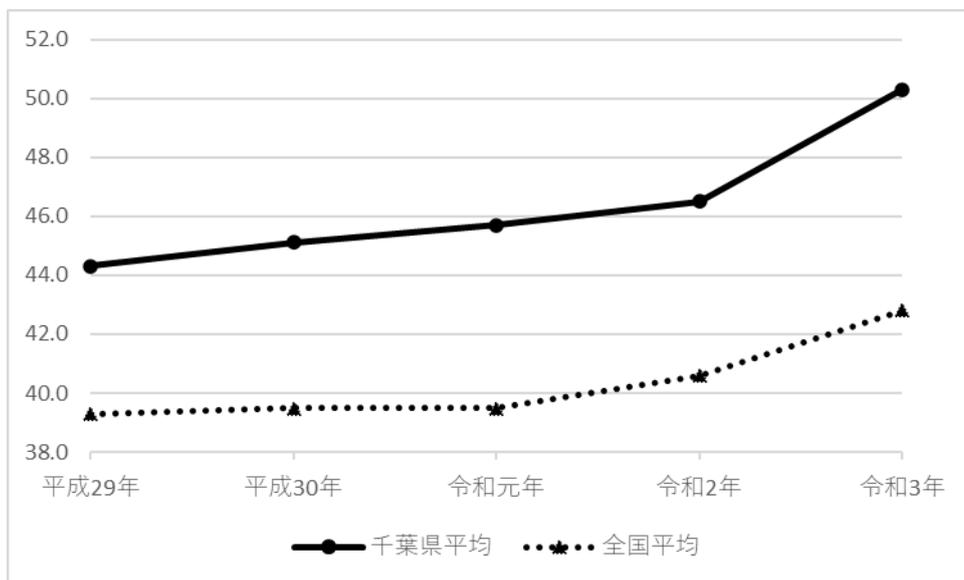
また、消防機関から複数の救急医療機関に一斉に搬送調整を行う救急医療等業務支援システム（救急搬送一斉照会システム）を令和6年度末まで試行運用しています。

千葉県救急搬送人員の推移



資料：救急・救助の現況（消防庁）

千葉県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、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。

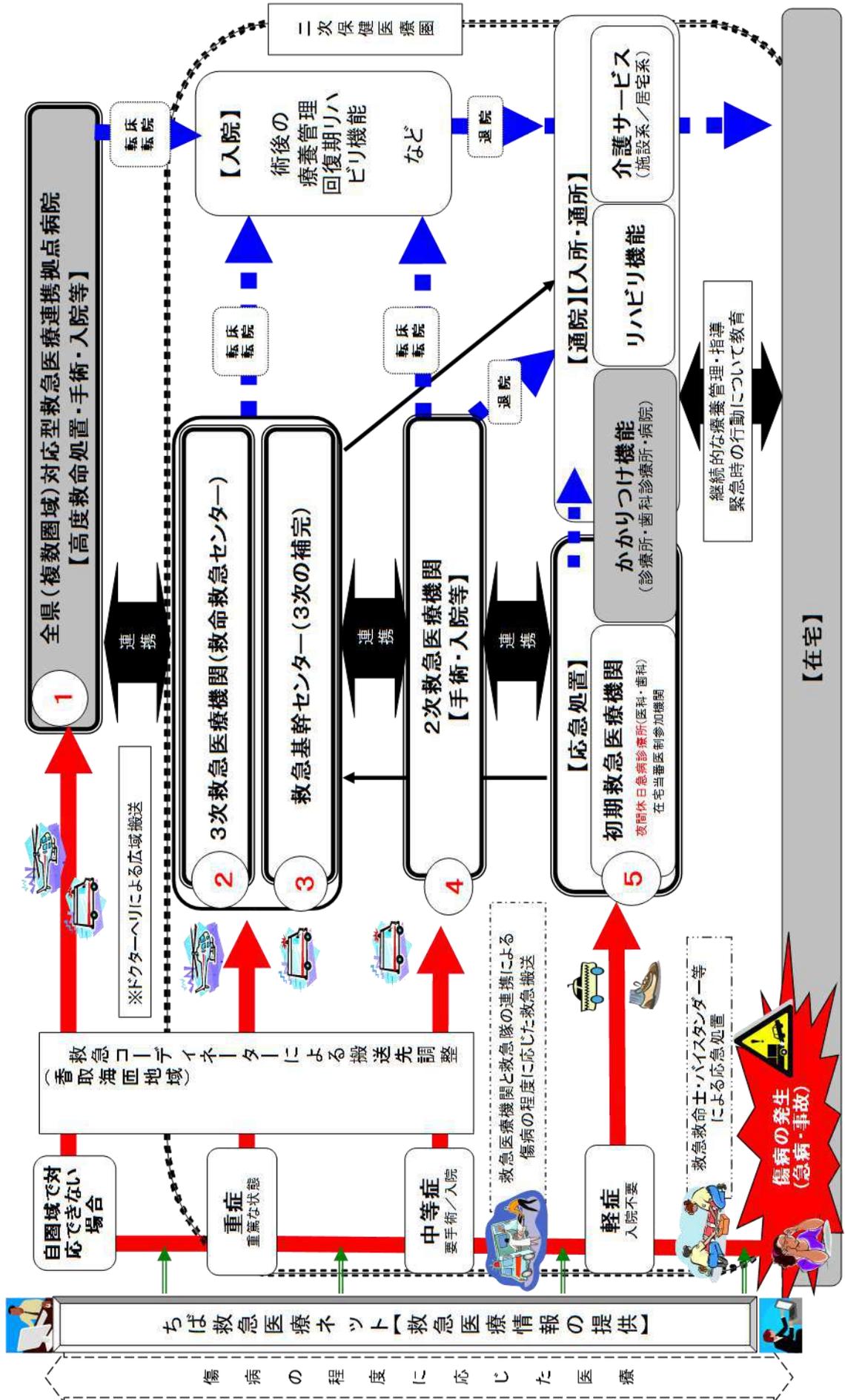
高度で全県的な対応が可能な医療機関を全県（複数圏域）対応型救急医療連携拠点病院として位置づけ、救命救急センター等と連携し、県内の救急医療水準の向上に取り組んでいきます。

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。

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)	
情報提供の対象となっているAEDの台数	7,790台 (令和5年10月)	
救急安心電話相談件数	38,253件 (令和4年度)	
ドクターヘリの出動件数	1,531回 (令和4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)	
医療施設従事医師数 (救急科) (人口10万対)	3.6人 (令和2年)	

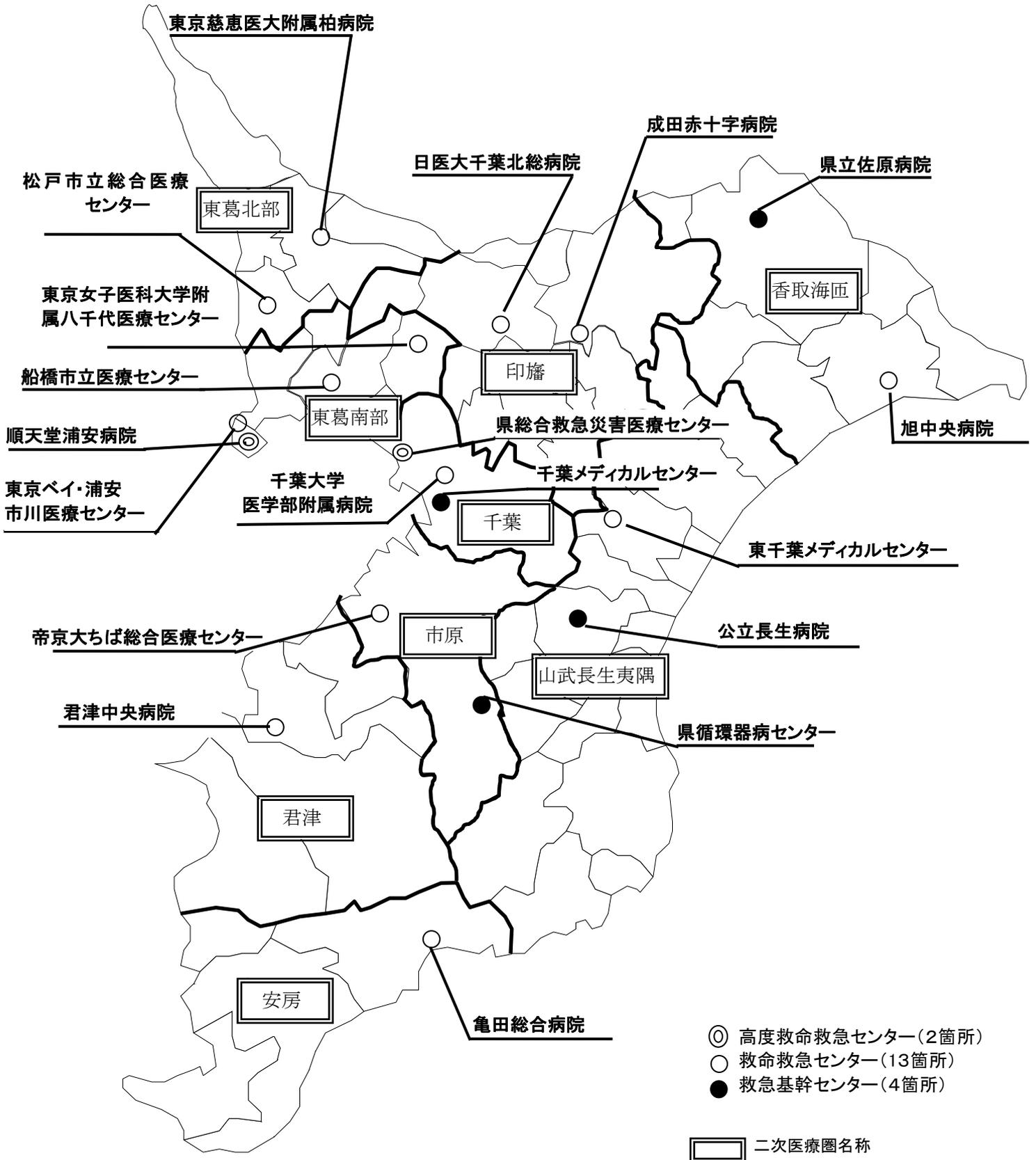
[過程 (プロセス)]

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)	
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)	
救命救急センター充実段階評価S割合	28.6% (令和4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)	

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



(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、災害時において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。

〔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（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。

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「DMAT」という。）の受け入れ及び派遣を行い、DMAT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け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。

〔DMAT、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DMAT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。

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、DMAT等及び医療救護班の派遣、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等、医療救護班、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要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等及び医療救護班の派遣を行います。

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。

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等及び医療救護班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等及び医療救護班の体制整備〕

- 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等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、DMAT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（JMAT）、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（DPAT）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。

〔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、DMAT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）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。

※本施策については、救急・災害医療審議会においても御意見を伺い、検討を進めていきます。

4 施策の評価指標

[基盤 (ストラクチャー)]

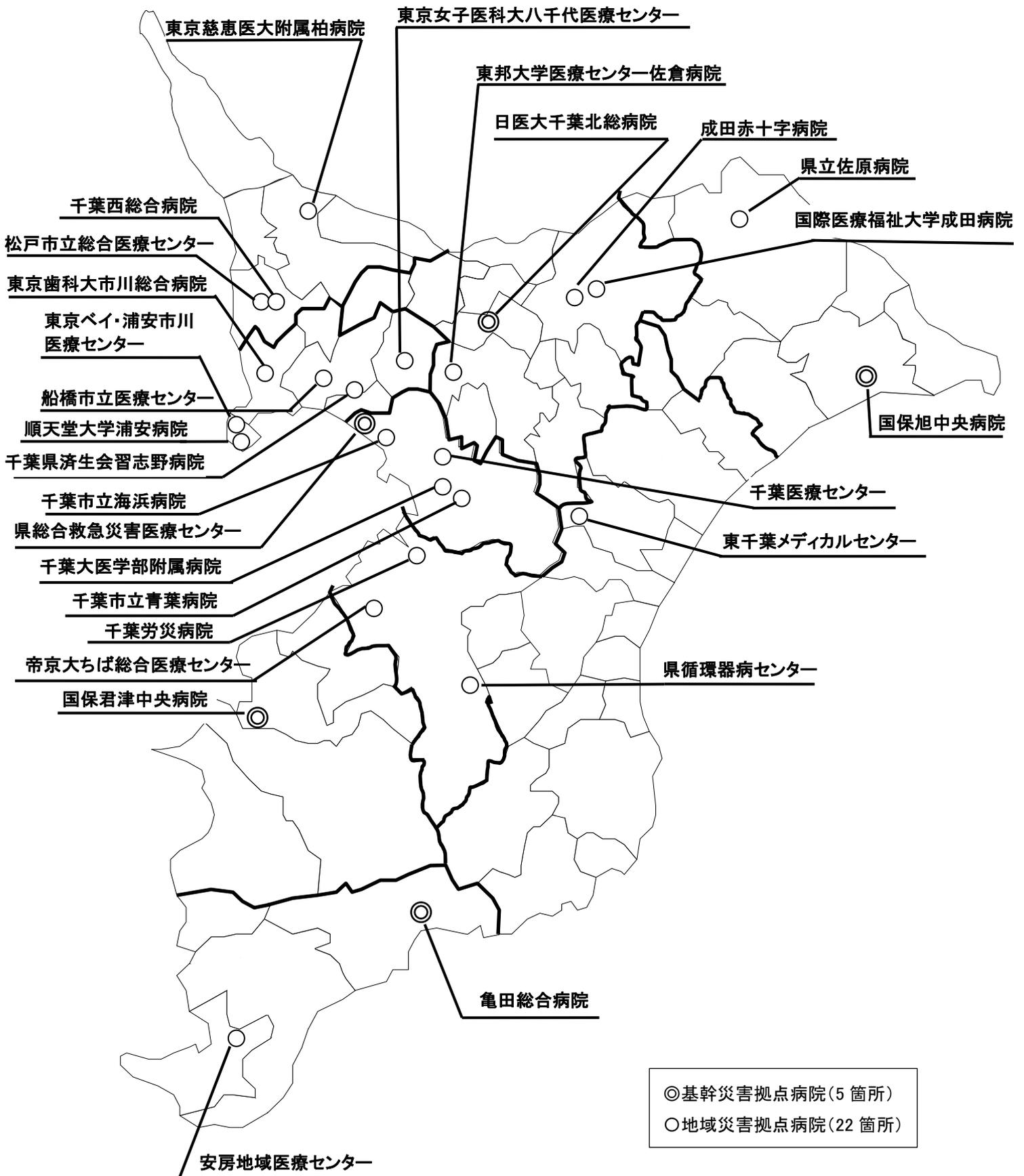
指 標 名	現 状	目 標
多数傷病症に対応可能な スペースを有する災害 拠点病院の割合	92.6% (令和5年度)	
災害派遣医療チーム (DMAT) ・チームの数 ・構成員の数 (CLDMAT) ・チームの数 ・構成員の数	51チーム 303名 (令和5年度) 17チーム 151名 (令和5年度)	
災害派遣精神医療チーム (DPAT) ・チームの数 ・構成員の数	56チーム 170名 (令和5年度)	
災害医療コーディネータ ーの任命者数 地域災害医療コーディネ ーターの任命者数	13名 (令和4年度) 48名 (令和4年度)	
医療施設(病院)の耐震 化率	79.7% (令和4年度)	
浸水想定区域や津波災害 警戒区域に所在する病院 において浸水対策を講じ ている病院の割合	% (令和 年度)	
広域災害・救急医療情報 システム(EMIS)への登 録率	% (令和 年度)	

人工透析を必要とする慢性病疾患患者を受け入れる体制のある災害拠点病院の割合	74.04% (令和5年度)	
---------------------------------------	-------------------	--

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現 状	目 標
被災した状況を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合	% (令和 年度)	

【 図表 2-1-1-2-7-1 千葉県内の災害拠点病院 】



(8) 新興感染症発生・まん延時における医療

(ア) 施策の現状・課題

〔総論〕

令和2年1月に国内で初めて発生した新型コロナウイルス感染症では、令和5年5月8日に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下、「感染症法」という。）」上の位置づけが、季節性インフルエンザ等と同様の五類感染症に移行するまでの間に、県内で1,478,243人の患者等が発生し、新型コロナウイルス感染症の療養中等に死亡した患者等も3,944人となりました。また、令和4年7月28日には、一日当たりの新規感染者数としては最も多い11,774人の患者等が発生するなど、未曾有の感染拡大となりました。

感染の急拡大の局面においては、急速な医療ニーズの増大に直面し、発熱外来・病床、医療人材等が不足するなど、様々な課題が生じましたが、県では、「保健・医療提供体制確保計画」等を策定し、一般医療機関に病床の確保を求めるとともに、医師会と連携して発熱患者への対応を依頼し発熱外来を一定数増やすことなどにより、医療体制を確保してきました。

現在では、新型コロナウイルス感染症は五類感染症に移行しましたが、新型コロナウイルス感染症と同等の感染症の発生を念頭に、当該対応での最大規模の体制を目指して、平時から新興感染症（「そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症（感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症及び同条第9項に規定する新感染症）」をいう。以下、同じ。）の発生・まん延時における医療体制を千葉県感染症予防計画に沿って、構築していく必要があります。

〔新型コロナウイルス感染症の医療体制における各期の主な課題〕

【第1期：令和元年12月～令和2年5月（国内発生～1回目の緊急事態宣言終了）】

- ・ 感染症患者の専用病床を有する感染症指定医療機関での入院を調整していたものの、感染者数の増加等により病床が不足し、感染管理を講じた一般病床に入院する事例が徐々に生じました。
- ・ 感染拡大により、令和2年4月頃から衛生研究所等、保健所、既存の医療機関だけでは検査需要に対応できなくなったため、新たな検査拠点の設置が必要となりました。

【第2期：令和2年6月～令和3年3月（2回目の緊急事態宣言終了まで）】

- ・ 高齢者で看護度の高い入院患者が多く、医療機関では通常よりも患者1人に対する看護師の数が多く必要となりました。その結果、医療機関では確保した重症病床を十分に活用できず、保健所では重症者をすぐに入院させることができませんでした。

【第3期：令和3年4月～令和3年10月（アルファ株からデルタ株への対応）】

- ・ 病床確保について、協力が得られない医療機関もあり、確保を進めた一部の医療機関に負担が集中することとなりました。

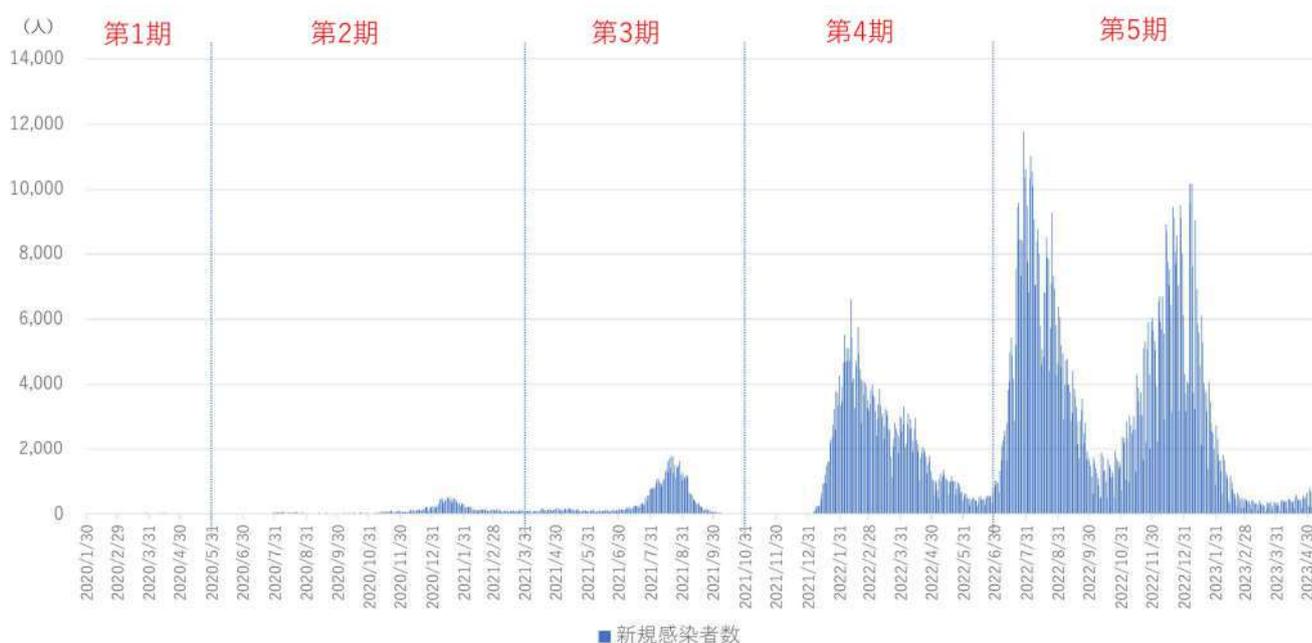
【第4期：令和3年11月～令和4年6月（オミクロン株への対応）】

- ・ 病床使用率が高い状況で推移する中、長期入院者が一定数いたことから、後方支援医療機関等への転院・転床について更なる拡充、強化が必要となりました。
- ・ また、ワクチン接種の進展やオミクロン株の特性等により、令和3年8月にピークを迎えた感染拡大等と比較すると重症化する方が少なく、重症病床の運用が円滑に行われましたが、一方で、感染者数自体が急激に増加したため、一般救急がひっ迫しました。

【第5期：令和4年7月～令和5年1月（オミクロン株BA.5への対応から感染症法上の位置づけ見直しの方針が示される前まで）】

- ・ 発熱外来への支援を通じ、年末年始に外来診療を行う発熱外来の数が昨年の約2倍となるなど、発熱外来の指定数・公表数を増やすことができたものの、全国と比較すると確保不足が否めない状況でした。

図表〇-〇-〇-〇-〇-〇 本県における新型コロナウイルス感染症の新規感染者数の推移
(感染症法上の位置づけが五類感染症に移行するまで)



〔検査体制〕

衛生研究所等や保健所は、役割分担のうえ、連携して病原体等の検査に取り組んでいます。

衛生研究所等や保健所が十分な試験検査機能を発揮できるよう、人員確保・人材育成及び施設・設備等の体制整備等を行っています。

〔感染症指定医療機関の指定〕

新感染症の所見がある者並びに一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関として、国が特定感染症指定医療機関を1箇所（成田赤十字病院）指定しています。

また、県では成田国際空港等を抱える特性を踏まえ、主として一類感染症の患者の入院を担当し、これと併せて二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関として、第一種感染症指定医療機関を2箇所（成田赤十字病院・国際医療福祉大学成田病院）指定しています。

加えて、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関として、二次保健医療圏の人口等を勘案して、必要と認める医療機関及び病床数を確保できるよう、第二種感染症指定医療機関を11箇所指定しています。

〔感染症の患者の移送のための体制〕

感染症法に基づく患者の移送は、保健所又は業務を委託した事業者が行っています。

〔入院調整体制〕

感染症法に基づく入院勧告等が行われた患者については、原則、患者が現に所在している保健所において、管内医療機関に入院調整を行います。

ただし、管内医療機関での調整が困難で、他の保健所管内の医療機関に調整する場合は、当該保健所間で連携して対応し、また、他自治体への広域調整が必要な場合は、保健所と本庁間で連携して対応しています。

さらに、新型コロナウイルス感染症対応において、本体制では十分ではなかったため、広域的な医療調整本部を本庁に設置しており、こうしたことも参考にして準備を進める必要があります。

(イ) 循環型地域医療連携システムの構築

新興感染症が発生・まん延した際に、速やかに外来診療、入院医療、自宅療養者等への医療の提供などを行うためには、保健所等の行政機関、医療機関、薬局、訪問看護ステーション等が有機的に連携して対応することが必要です。このため、平時からそれぞれに求められる医療機能に応じた協定を締結すること等により、循環型地域医療連携システムを構築していきます。保健所等のも医療機関等と連携を図りながら、システムの

また、感染症指定医療機関（特定・第一種・第二種感染症指定医療機関）と協定を締結した医療機関等とが、時期や役割に応じて、新興感染症発生から一連の対応を行います。

〔新興感染症発生・まん延時における医療体制に求められる医療機能〕

① 病床確保

感染症法第36条の2第1項に規定する新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間（以下、「公表期間」という。）に新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供します。

② 発熱外来

公表期間に新興感染症の疑似症患者等の検査・診療を行います。

③ 自宅療養者等への医療の提供

公表期間に自宅・宿泊施設・高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し、往診やオンライン診療、訪問看護や医薬品対応等の医療を提供します。

④ 後方支援

公表期間に通常医療の確保のため、特に流行初期の新興感染症患者以外の患者の受入や新興感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を行います。

⑤ 医療人材派遣

公表期間に新興感染症に対応する医療従事者等を確保し、医療機関その他の機関に派遣します。

〔新興感染症発生からの一連の対応〕

【発生早期】

＜新興感染症発生から感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表（以下、「発生の公表」という。）前まで＞

- ・ 感染症指定医療機関（特定・第一種・第二種感染症指定医療機関）の感染症病床を中心に対応します。
- ・ 当該医療機関は、新興感染症についての知見の収集及び分析を行うとともに、国、県等へ情報提供を行う。

【流行初期】

＜発生の公表後の流行初期の一定期間（3か月を基本として必要最小限の期間を想定）＞

- ・ まずは、発生早期から対応実績のある感染症指定医療機関（特定・第一種・第二種感染症指定医療機関）が、流行初期医療確保措置（*）の対象となる医療措置協定に基づく対応も含め、引き続き対応を行います。
- ・ 国が、当該医療機関の実際の対応に基づいた対応方法を含め、国内外の最新の知見について、県及びその他医療機関に情報提供した上で、知事による判断を契機として、同協定を締結したその他の医療機関も中心に対応していきます。

【流行初期以降】

＜流行初期の一定期間経過後の3か月程度（発生の公表後6か月程度）＞

- ・ 流行初期に対応した医療機関に加え、順次速やかに、全ての協定締結医療機関で対応していきます。

* 流行初期医療確保措置：

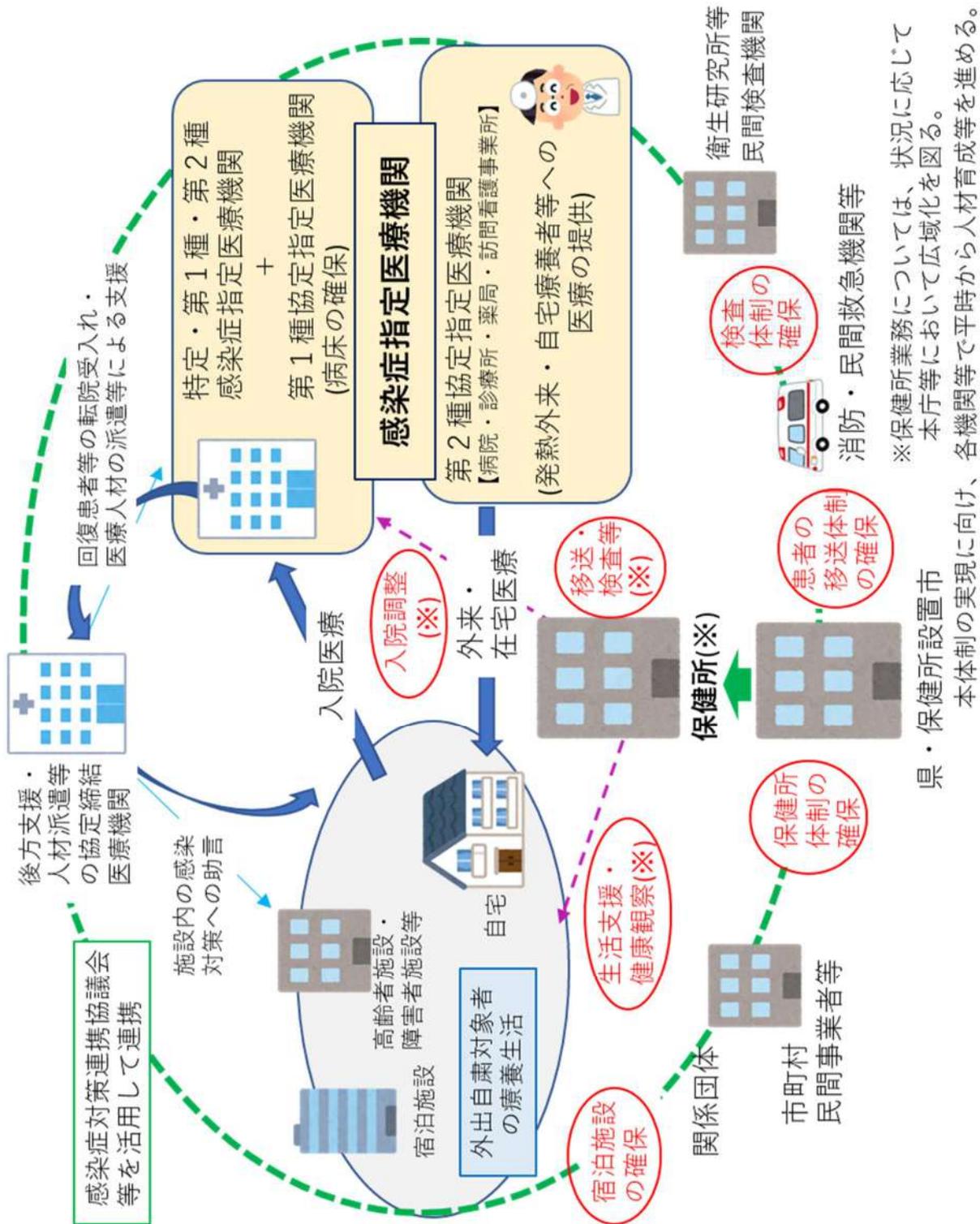
協定に基づく対応により経営の自律性を制限して、流行初期に感染症医療を行う協定締結医療機関に対して、感染症医療を行った月の診療報酬収入が、流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合に、その差額を支払う措置。

図表〇-〇-〇-〇-〇-〇 新興感染症発生からの一連の対応

	平時	発生早期	流行初期	流行初期以降
① 病床確保		感染症指定医療機関（特定・第一種・第二種感染症指定医療機関）で対応	流行初期医療確保措置の対象医療機関等で対応	協定締結医療機関で対応（*）
② 発熱外来			流行初期医療確保措置の対象医療機関等で対応	協定締結医療機関で対応
③ 自宅療養者等への医療の提供	・ 個人防護具の備蓄 ・ 研修・訓練			協定締結医療機関で対応
④ 後方支援			流行初期対応の協定締結医療機関で対応	協定締結医療機関で対応
⑤ 医療人材派遣				協定締結医療機関で対応

（*）知事の要請から速やかに（2週間を目途に）即応化

図表 〇-〇-〇-〇-〇 新興感染症対応体制のイメージ図



(ウ) 施策の具体的展開

〔検査体制の整備〕

- 衛生研究所等は、新興感染症の発生初期において検査を担うことを想定し、平時からの研修や実践的な訓練の実施、検査機器等の設備の整備、検査試薬等の物品の確保等を通じ、自らの試験検査機能の向上に努めるとともに、地域の検査機関の資質の向上と精度管理に向けて、積極的な情報の収集及び提供や、技術的指導を行い、質の向上を図ります。
- 新興感染症のまん延時に備え、検査体制を速やかに整備できるよう、知事等と民間検査機関又は医療機関との検査措置協定等により、平時から計画的に準備を行ないます。

〔新興感染症に係る医療機関等との協定の締結〕

- 全国的かつ急速なまん延が想定される新興感染症については、入院患者数及び外来受診者の急増が想定されることから、県は、平時から、感染症法に基づき締結する医療措置協定等により、当該感染症の患者の入院体制及び外来体制や、当該感染症の後方支援体制を迅速に確保できるように取り組みます。
 - ・ 第一種協定指定医療機関（病床の確保）：

公表期間に新興感染症の入院を担当する医療機関と平時に医療措置協定を締結し、第一種協定指定医療機関に指定します。

なお、新興感染症が発生した際、流行初期の段階から入院対応を行う旨の医療措置協定を締結し、知事が定めた基準を満たし、実際に対応した医療機関については、流行初期医療確保措置の対象とします。
 - ・ 第二種協定指定医療機関（発熱外来）：

公表期間に新興感染症の発熱外来を担当する医療機関と平時に医療措置協定を締結し、第二種協定指定医療機関に指定します。

なお、新興感染症が発生した際、流行初期の段階から発熱外来対応を行う旨の医療措置協定を締結し、知事が定めた基準を満たし、実際に対応した医療機関については、流行初期医療確保措置の対象とします。
 - ・ 第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療提供）：

公表期間に新興感染症の自宅療養者等への医療の提供を担当する医療機関、薬局、訪問看護ステーションと平時に医療措置協定を締結し、第二種協定指定医療機関に指定します。
 - ・ 協定締結医療機関（後方支援）：

公表期間に第一種協定指定医療機関又は第二種協定指定医療機関に代わって患者を受け入れる医療機関と平時に医療措置協定を締結します。
 - ・ 協定締結医療機関（医療人材派遣）：

公表期間に感染症医療担当従事者等を派遣する医療機関と平時に医療措置協定を締結します。
- 協定締結医療機関については、県ホームページに掲載します。

〔配慮が必要な患者への医療体制の整備〕

- 県は、各地域の実情に応じて、特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害者児、高齢者、認知症である者、がん患者、外国人等）を受け入れる病床の確保を行っていきます。

〔感染症の患者の移送のための体制の整備〕

- 感染症の患者の移送について、平時から地方公共団体内で連携し、役割分担、人員体制の整備を図っていきます。
- 千葉県感染症対策連携協議会（以下、「連携協議会」という。）等を通じ、消防機関と連携し、感染症の患者の病状を踏まえた移送の対象及び感染症の特性を踏まえた安全な移送体制の確保について、地域の救急搬送体制の確保の観点にも十分留意して役割分担等を協議し必要な協定を締結していきます。
- 民間救急等との役割分担をあらかじめ決め、引き続き、平時から委託契約を締結していきます。

〔外出自粛対象者の療養生活の環境整備〕

- 医療機関、医師会、薬剤師会、看護協会や民間事業者への委託等や市町村（保健所設置市等を除く。以下、同じ。）の協力を活用しつつ新型インフルエンザ等感染症又は新感染症の外出自粛対象者（外出自粛に係る法の規定が適用される指定感染症にあっては、当該感染症の外出自粛対象者。以下、「外出自粛対象者」という。）の健康観察の体制を確保します。
- 外出自粛対象者が外出しなくとも生活できるようにするため、市町村の協力や民間事業者への委託を活用しつつ、食料品等の生活必需品等を支給するなどの支援を行うとともに、自宅療養時においても、薬物療法を適切に受けられるように必要な医薬品を支給できる体制を確保していきます。
- 健康観察や生活支援等を効率的に行うため、ICTを積極的に活用していきます。

〔入院調整体制の整備〕

- 新興感染症発生・まん延時において、県が確保した病床に円滑に患者が入院できるようにするため、連携協議会等を活用し、保健所や医療機関、高齢者施設等との連携強化を図ります。
- 県は、保健所設置市に対する平時からの体制整備等に係る総合調整権限や、公表期間の指示権限を適切に行使しながら、ICTの活用などにより、円滑な入院調整体制の構築、実施を図っていきます。

〔個人防護具等の確保等〕

- 新興感染症のパンデミック時に、地域におけるその予防又は治療に必要な医薬品等の供給及び流通を適確に行うため、必要な医薬品等の確保に努め、新興感染症に

対応する医療機関及び薬局等が、必要に応じて使用できるようにします。

- 医療機関と平時に法に基づき医療措置協定を締結するに当たっては、診療等の際に用いる个人防护具の備蓄を求めておくことにより、个人防护具の備蓄の実施が医療措置協定に適切に位置づけられるように努めます。

〔医療従事者等への研修・訓練の実施〕

- 第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関を含む感染症指定医療機関の医療従事者等が新興感染症の対応に係る研修・訓練を受けることができるよう、必要な研修・訓練を実施します。

(エ) 他の疾病・医療との関連

新興感染症発生・まん延時においても、感染症以外の患者も含めて切れ目のない医療体制を整備することから、医療措置協定の締結などにより新興感染症に対する医療体制を構築しつつ、新興感染症以外の医療の確保も目指します。また、疾病や医療の状況に応じて、以下の施策・取組を推進します。

〔精神疾患〕

- 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。
また、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の連携を進めます。

〔救急医療〕

- 感染症発生・まん延時の救急外来需要急増に対応するために、平時から救急安心電話相談など病院前救護体制や、オンライン診療体制の充実に努めます。

〔災害時における医療〕

- 感染症発生・まん延時には、災害急性期（概ね発災後48時間）の医療救護活動を開始できる「災害派遣医療チーム（DMAT）」が、都道府県庁や医療施設等において、本部活動や医療活動等を行える体制の整備に努めます。

〔周産期医療〕

- 感染症発生・まん延時には、「妊産婦入院調整業務支援システム」を活用するなどして、感染症に罹患したハイリスク妊婦等を迅速に搬送できる体制の整備に努めます。

〔小児医療〕

- 感染症発生・まん延時の小児救急外来需要急増に対応するために、平時から小児救急電話相談など病院前救護体制の充実に努めます。

〔その他の疾病〕

- がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、認知症などの疾病について、感染症発生・まん延時においても、地域において必要な医療を確保できるよう、医療機関の役割分担及び連携の促進などにより体制の整備に努めます。

(オ) 評価指標

[基盤 (ストラクチャー)]

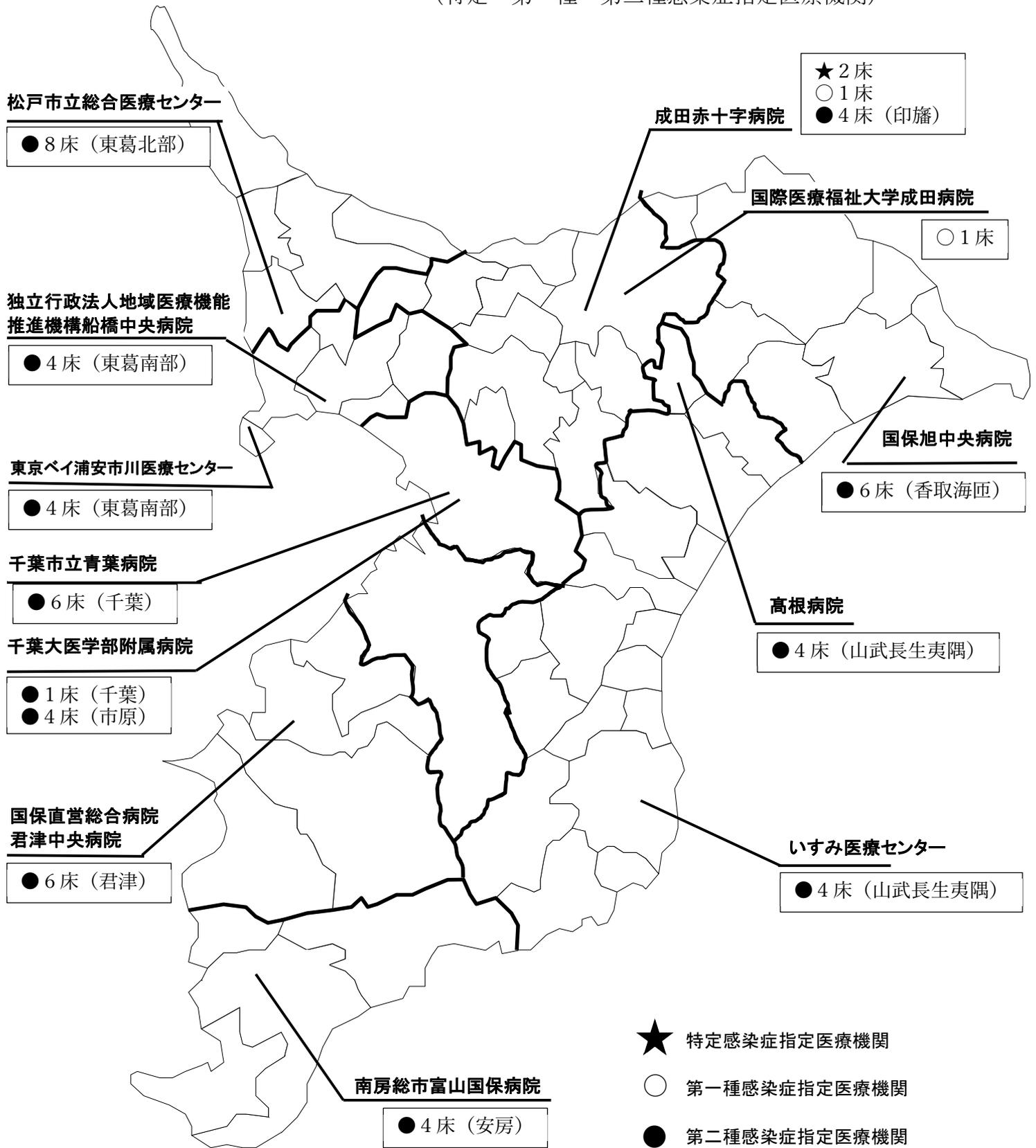
指 標 名	現状 (令和5年度)	目標 (令和11年度)
病床 ・各協定締結医療機関 (入院) における確保可能病床数	—	
発熱外来 ・各協定締結医療機関 (発熱外来) の機関数	—	
自宅療養者への医療の提供 ・自宅・宿泊療養施設・高齢者施設での療養者等へ医療を提供する機関数	—	
後方支援 ・後方支援の協定を締結する医療機関数	—	
医療人材の確保人数 ・派遣可能な人数	—	
個人防護具の備蓄を十分に行う医療機関の数 ・協定締結医療機関 (病院・診療所・訪問看護事業所) のうち、当該施設の使用量2カ月分以上にあたる個人防護具の備蓄を行う機関の割合	—	

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現状 (令和5年度)	目標 (令和11年度)
医療従事者等の研修・訓練回数 ・協定締結医療機関 (人材派遣) において年1回以上研修及び訓練の実施又は参加した割合	—	

図表〇-〇-〇-〇-〇-〇 県内の感染症指定医療機関

(特定・第一種・第二種感染症指定医療機関)



(9) 周産期医療

1 施策の現状・課題

(1) 本県における出産の状況

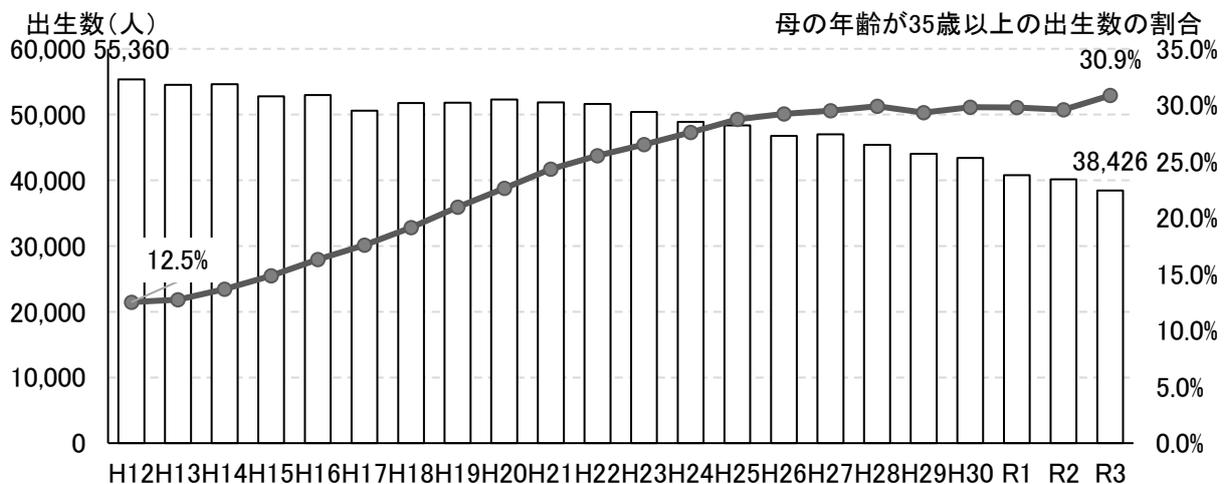
全国的に少子高齢化が急速に進行する中で、子どもを安心して産み、育てる環境づくりを整備することが求められています。

本県の出産の状況としては、出産年齢が35歳以上の割合は、平成28年に29.9%であったものが、令和3年には30.9%と上昇しています。また、10万あたり妊産婦死亡率も平成28年に4.3（全国3.4）であったものが、令和2年には9.8（全国2.7）と高く、リスクを伴う出産が増加していることが想定され、周産期医療の更なる充実が求められています。

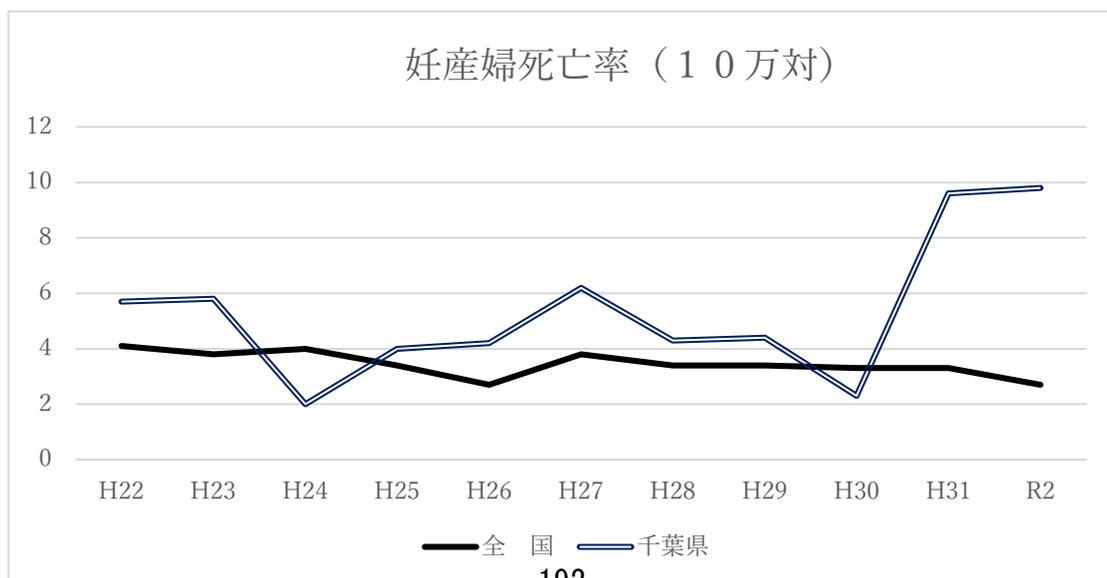
千葉県における出生数は、減少傾向にあります。15～49歳女子人口は、今後減少が続くとともに、その減少率には地域差があると見込まれます。

令和3年8月に新型コロナウイルス感染の影響を受け、妊産婦の自宅早産、新生児死亡があったことから、周産期関係者と検討を重ね、ハイリスク妊産婦の情報を共有し、迅速に入院決定するために妊産婦入院調整業務支援システムを導入・運用しています。

出生数と母の年齢が35歳以上の出生数の割合の推移（千葉県）



妊産婦死亡率（10万対）



(2) 周産期医療資源の状況

県では、それぞれの二次保健医療圏内で診療や治療等が受けられるよう医療体制の整備を図っており、対応できない地域では隣接する地域の医療機関と連携しています。

なお、隣接する二次保健医療圏で対応しきれない症例等については、都道府県を単位とした三次保健医療圏で受け入れを行っています。

また、NICU等の医療設備については、出生1万対30床を基本としていますが、平成29年の132床から、令和4年では147床へ増加しています。県内全体でのNICU病床数の確保はできていますが、地域での偏在があります。

医療圏別 NICU病床数

医療圏	出生数 (R3)	NICU 病床数 (R4) (診療報酬加算対象)	必要病床数 (出生1万あたり30床)
千葉	5,940	45	17.8
東葛南部	12,081	45	36.2
東葛北部	9,675	15	29.0
印旛	4,086	15	12.3
香取海匝	1,034	9	3.1
安房	474	9	1.4
君津	1,984	9	6.0
市原	1,473	0	4.4
山武長生夷隅	1,679	0	5.0
合計	38,426	147	115

〔周産期医療従事者の状況〕

本県の周産期医療従事者については、産科・産婦人科医師数（15～49歳女子人口10万対）は、令和2年で35.6人、就業助産師数（出生千対）は、令和2年で39.4人であり、全国平均（それぞれ46.7人及び45.1人）と比べ大きく下回っています。

さらに、NICUに勤務する医師数も全国平均を大きく下回っているという指摘もあり、周産期医療従事者の確保は、重要な課題の1つとなっています。

また、令和6年度から適用される医師の時間外労働時間の上限規制により、周産期医療体制に影響が出る可能性があり、病院、有床診療所、無床診療所、助産所等の役割分担や効率的な医療提供体制整備について検討していくことが必要です。

(3) 周産期医療連携の状況

県では、特に、リスクが高く緊急性のある分娩に対応するため、平成19年10月から総合及び地域周産期母子医療センター並びに母体搬送ネットワーク連携病院からなる「母体搬送ネットワーク」を整備し、妊産婦の症例等を考慮しつつ、迅速に対応する医療体制を構築しています。

〔周産期母子医療センター及び母体搬送ネットワーク連携病院〕

県は、分娩リスクの高い妊娠や高度な新生児医療等に対応できる医療施設として、周産期母子医療センターを指定・認定しています。

総合周産期母子医療センターは、相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天性異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療

等の周産期医療を行う施設であり、3施設を指定しています。

地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設であり、9施設を認定しています。

その他、これらのセンターと連携している母体搬送ネットワーク連携病院が5病院あります。

〔母体搬送コーディネーター〕

総合周産期母子医療センターである亀田総合病院（平成20年6月から開始）及び東京女子医科大学附属八千代医療センター（平成23年4月から開始）の2病院に母体搬送コーディネーターを配置しています。母体搬送コーディネーターは、24時間365日を通して、母体搬送に係るネットワーク病院の担当医師の存否、緊急手術等の対応の可否、空き病床の有無等の情報をあらかじめ把握し、症例に応じて医療機関の間で母体の受け入れ先を調整するなど、周産期医療情報センターの役割も担っており、円滑な母体搬送をサポートしています。また、母体搬送の件数や症例等の実態を捕捉し分析するなど、より効果的な母体の搬送に向けて取り組んでいます。

しかし、母体搬送コーディネーター及び受託医療機関への負担が大きい現状があり、さらに医師の時間外上限規制への影響を受けることが予測されるため、周産期搬送コーディネーターの配置や運用方法の見直しについて検討を進める必要があります。

また、新生児専門医を有する医療機関が少ない一方、最近、低出生体重児等のリスクを伴う分娩が増加傾向にあることから、NICUでの治療や新生児搬送などの充実が求められており、新生児部門における効果的なネットワークの構築も必要となってきました。

〔妊産婦入院調整業務支援システム〕

これまで、搬送時の判断材料とするため、「ちば救急医療ネット」を使用しNICUの空床状況等の情報を更新していましたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、総合及び地域周産期母子医療センター並びに母体搬送ネットワーク連携病院に対し、搬送受入れの可否について一斉に照会をかけ、回答を集計できる「妊産婦入院調整業務支援システム」を導入・運用しています。

〔その他の医療連携〕

分娩リスクの有無や分娩の多様化に対応できるよう、病院、有床診療所、無床診療及び助産所が、それぞれの役割に応じた対応を図るとともに、連携を強化する必要があります。妊婦健康診査は診療所や助産所で行い、分娩の際は、診療所等と連携する拠点病院において、オープンシステムやセミオープンシステムが整備されている医療機関があります。また、院内助産所及び助産師外来を整備している医療機関もあります。

周産期医療において、妊婦が心筋梗塞や脳卒中等の産科領域以外の合併症等を併発した場合に、救命救急センターとの連携が必要となることから、県内では、周産期母子医療センター等との併設を推進しています。

出生後の乳児等への医療については、症例に応じた適切な医療を提供する必要があるので、全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院である千葉県こども病院をはじめとして、令和5年度に設置した小児医療協議会と連携し、課題を共有していきます。