

# 千葉県救急・災害医療審議会 次 第

日 時： 平成27年1月21日（水）

午後7時00分から

場 所： きぼーる13階特別会議室

## 1 開 会

## 2 あいさつ

古元保健医療担当部長

## 3 議 事

(1) 会長の選任について

(2) 災害拠点病院の指定について

(3) 救急病院の認定について

(4) 小児救急医療体制に係る提言について

(5) 千葉県広域災害・救急医療情報システム（ちば救急医療ネット）  
の更新方針について

(6) 千葉県における救急搬送の状況について

## 4 報 告

(1) 千葉県災害医療救護計画の策定について

## 5 その他

## 6 閉 会

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		
学識経験者 1名	千葉大学	名誉教授	平澤 博之	欠席	
医療機関代表 11名	県医師会	副会長	川越 一男		
		理事	李 笑求		
	県歯科医師会	災害対策警察歯科委員会委員長	木下 善隆		
	県看護協会	専務理事	澤田 いつ子		
	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		
	高度救命救急センター	県救急医療センター長	小林 繁樹		
	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		
	三次	旭中央病院救命救急センター長	伊良部 徳次	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	田中 裕	【代理出席】 救急診療科 教授 岡本 健	
三次	県こども病院長	伊達 裕昭			
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			
関係行政機関代表 1名	消防機関	千葉市消防局長	和田 雅巳	【代理出席】 警防部長 安藤 勝	
委員合計 13名					

事務局 6名	知事部局	健康福祉部保健医療担当部長	古元 重和	
		健康福祉部医療整備課長	目黒 敦	
		防災危機管理部危機管理課長	瀧口 弘	
		防災危機管理部消防課長	吉田 篤史	
		保健所長会長 (印旛健康福祉センター長)	久保 秀一	
	病院局	副病院局長	高橋 功一	【代理出席】 経営管理課長 藤田 厳
オブザーバー 2名	警察本部	警備課 理事官	小出 寛	欠席
		警備課 課長補佐	菅谷 達治	欠席

千葉県救急・災害医療審議会 席次表

県救急医療センター  
小林 繁樹

日本医科大学  
千葉北総病院  
松本 尚

順天堂大学医学部  
附属浦安病院  
岡本 健

県こども病院  
伊達 裕昭

山武郡市医師会  
伊藤 よしみ

千葉市消防局  
安藤 勝

保健所長会長  
久保 秀一

防災危機管理部  
消防課長  
吉田 篤史

健康福祉部  
医療整備課長  
目黒 敦

健康福祉部  
保健医療担当部長  
古元 重和

県医師会  
川越 一男

県医師会  
李 笑求

県歯科医師会  
木下 善隆

県看護協会  
澤田 いつ子

成田赤十字病院  
中西 加寿也

千葉県病院局  
経営管理課長  
藤田 厳

防災危機管理部  
危機管理課長  
瀧口 弘

傍  
聴  
席

事務局 ・ 随行席

入口

## 災害拠点病院の指定について

- 資料 1 - (1) 災害拠点病院指定基準
- 資料 1 - (2) 災害拠点病院・DMAT 指定医療機関配置図
- 資料 1 - (3) 指定要望書
- 資料 1 - (4) 災害拠点病院指定基準充足状況
- 資料 1 - (5) 災害拠点病院現況調査票
- 資料 1 - (6) 配置図・平面図

千医発第 301 号  
平成 26 年 12 月 19 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

独立行政法人国立病院機構  
千葉医療センター  
院長 増田 政 久



災害拠点病院指定要望書

当院は、全国に 143 病院（関東信越グループ 32 病院）を持つ国立病院機構の一員であり、救急に関しては、第 2 次救急医療体制を確保し、年間約 6,000 件の救急に対応し、病院群輪番制度や休日 2 次当番制度の一部を担当し、千葉市消防指令センター医師常駐体制へ医師派遣を実施しております。

また、平成 20 年 2 月に「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受け、平成 20 年 6 月には「地域医療支援病院」の名称使用承認を受け、地域医療連携ネットワークを構築し支援の充実を図っております。

今般、要望させていただきます災害対策についてですが、当院は比較的高台に立地し、病棟中央診療棟（免震構造）、外来診療棟等（耐震構造）となっており、その他、地下水設備、コ・ジェネレーションシステム、地下オイルタンク等を整備し災害時に備えてまいりました。

災害時の患者様への診療も、救急スタッフを中心として十分に対応可能と考えておりますので、何卒ご考慮いただき、当院を災害拠点病院としてご指定いただきたく、よろしくお願い申し上げます。

以 上

平成 26 年 12 月 19 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

公益社団法人地域医療振興協会

東京ベイ・浦安市川医療センター

管理者 神山



災害拠点病院指定要望書

公益社団法人地域医療振興協会 東京ベイ・浦安市川医療センターは、千葉県浦安市および市川市の誘致により開設されることになった病院であり、両市との間で締結した「基本協定書」において、年間を通じて 24 時間対応可能な第 3 次救急医療に準じた救急医療体制を確保することなどが規定されており、浦安市及び市川市の中核病院としての役割を求められております。

つきましてはこの度、東葛南部保健医療圏の災害医療体制の充実を図るため、災害拠点病院（地域災害拠点病院）の指定を要望します。

浦安市及び市川市の中核病院として、災害医療についてもその他と同様に強い期待をされており、浦安市及び市川市の防災計画においても当院は医療において主導的な役割を果たすよう求められております。

当院の救急当直体制は、夜間における災害に対しても、救急スタッフを中心として、十分即応できると考えております。

これらを何卒ご考慮いただき、公益社団法人地域医療振興協会 東京ベイ・浦安市川医療センターを災害拠点病院（地域災害拠点病院）として指定いただきたく、よろしくお願い申し上げます。

以上

## 救急医療機関の認定について

資料 2

No.	地域	区分	医療機関名	総病床数	救急担当医師	エックス線装置	心電計	輸血のための設備	その他設備	宿日直体制	協力医療機関	保健所の意見	新規更新の別	摘要
			所在地	専用病床								地区医師会の意見		
			開設者	優先病床								消防機関の意見		
1	東葛南部	医療法人	医療法人財団明理会 行徳総合病院	307	○	○	○	○	○	○	○	適	新規	病院の移転に伴い新規扱い
			市川市加藤新田202番21	28								適		
			医療法人財団明理会 理事長 中村 哲也	0								適		





# 小児救急医療体制に係る提言について

## 1 経緯

千葉県における良質かつ適切な小児救急医療を広域的に提供するための体制について協議するため、昨年3月26日に開催された、千葉県救急・災害医療審議会において、小児救急医療ワーキンググループの設置が決定された。

その後、本審議会のメンバーである、千葉県こども病院の伊達院長を座長とする5名の有識者から成るワーキンググループを設置して提言書（案）を取りまとめた。【詳細は別冊】

### ワーキンググループ 構成員

千葉県こども病院	伊達 裕昭	院長（座長、審議会委員）
千葉県医師会	李 笑求	理事（審議会委員）
千葉県小児科医会	猪俣 弘明	会長
君津中央病院救命救急センター	北村 信哉	センター長
千葉大学大学院小児病態学	下條 直樹	教授

（審議会委員以外、50音順）

## 2 検討状況

平成26年7月から11月までの間に、3回のワーキンググループを開催し、ここでの議論を踏まえ、小児救急医療を取り巻く現状と課題を整理し、今後5年から10年を見据えた提言書を取りまとめた。また、小児救急の高度化を図るため、小児救命救急センター設置基準を策定した。

### 開催状況

第1回ワーキンググループ	平成26年 7月 8日
第2回ワーキンググループ	平成26年 8月 1日
第3回ワーキンググループ	平成26年11月25日

## 3 提言書の概要

別添のとおり。

## 4 提言書の取り扱いについて

提言書は、本審議会で設置したワーキンググループが作成したものである。内容をご審議いただき、本審議会から千葉県への提言書として提出するものとした。



# 千葉県小児救急医療体制に係る提言書

平成26年11月25日

小児救急医療体制の検討に係るワーキンググループ

## 目次

はじめに 目指すべき小児救急医療のあり方.....	1
第1章 現状.....	2
1.小児医療を取り巻く環境の変化.....	2
(1)小児人口.....	2
(2)子育て世帯の変化.....	3
(3)小児死亡率、死亡数及び死亡要因.....	3
(4)家庭内での事故.....	4
2.救急搬送.....	5
(1)搬送数及び搬送時間帯.....	5
(2)搬送時間.....	6
(3)搬送先.....	7
(4)年齢.....	7
3.医療資源.....	8
(1)小児救急を担う医師の現状.....	8
(2)小児救急医療体制.....	10
4. Information and Communication Technology (ICT)と医療.....	15
第2章 課題.....	16
1.小児救急医療を取り巻く環境.....	16
(1)防ぎえた死.....	16
(2)小児疾患の特異性.....	16
(3)相談体制の不足.....	16
2.地域における小児救急医療体制.....	16
(1)初期小児救急・地域小児医療体制の更なる充実.....	16
(2)保健医療圏における二次小児救急医療の空白.....	16
(3)PICU等の高度小児救急医療機関の偏在.....	16
3.将来を見据えた小児救急体制.....	17
(1)小児科医の不足.....	17
(2)小児救急医の不足.....	17
(3)ICTの導入.....	17
第3章 今後の対応と方向性.....	18
1.予防を含めた初期対応を充実させ安全な子育てができる環境づくり.....	18
(1)事故を起こさない安全な家庭環境.....	18
(2)小児救急医療と救命救急・福祉等の連携.....	18
(3)相談体制の充実.....	18
2.どこでも安心して小児救急医療が受けられる体制づくり.....	18
(1)夜間休日診療所など小児初期救急・地域小児医療体制の強化・充実.....	18
(2)二次小児救急医療体制の整備.....	18
(3)高度小児救急医療体制の再構築.....	18

3.将来を見据えた小児救急医療 .....	19
(1)小児科医の確保 .....	19
(2)小児救命救急センターの設置による小児救急医の継続的な確保・養成.....	19
(3)ICT を活用した医療.....	19
資料.....	20
◎用語集.....	20
◎千葉県小児救命救急センター指定基準.....	21
◎小児救急電話相談全国実施状況.....	23
◎小児救急医療体制の検討に係るワーキンググループについて.....	25

## 図目次

図 1	小児人口の推移.....	2
図 2	時間別搬送件数.....	5

## 表目次

表 1	千葉県地域別小児人口の推移.....	2
表 2	ひとり親世帯数及び構成比.....	3
表 3	保育所入所待機児童数.....	3
表 4	小児死亡率.....	3
表 5	小児死亡数の推移.....	4
表 6	年齢階級別死因順位.....	4
表 7	年齢別自宅内での事故件数.....	4
表 8	症例別救急搬送数.....	5
表 9	搬送時間別件数.....	6
表 10	保健医療圏別搬送時間.....	6
表 11	保健医療圏別平均搬送時間.....	7
表 12	医療機関別小児患者搬送先.....	7
表 13	医療機関別小児患者搬送先(重症患者のみ).....	7
表 14	年齢別搬送件数.....	8
表 15	千葉県内の小児救急関係医師数.....	8
表 16	診療科別女性比率.....	8
表 17	保健医療圏別小児科医師数及び小児科標榜医療機関数.....	9
表 18	小児科病院・診療所数.....	9
表 19	小児初期救急医療体制.....	10
表 20	小児救急電話相談件数.....	10
表 21	小児二次医療体制.....	12
表 22	小児三次医療体制.....	13
表 23	小児救急における ICT 活用例.....	15

## はじめに 目指すべき小児救急医療のあり方

千葉県では、これまで小児を含めた救急医療体制の整備として、救命救急センター等の指定、ドクターヘリ2機体制の構築、小児電話相談（#8000）の開設、ちば救急医療ネットの整備、本県独自の小児救命救急ネットワークの構築などを進めてきた。また、全国的に見て不足感の高い、医師・看護師確保対策も積極的に行っている。

一方、千葉県でも全国的な傾向と同様に少子高齢化が進行し、県内すべての地域で小児人口が大きく減少する事が想定されている。また、一人親世帯の増加や情報化の進展など子育て家庭を取り巻く環境は多様化し、地域や親世代とのつながりの希薄化により子育てに対する不安感の増加や正しい知識不足など、小児医療を取り巻く環境は大きく変化している。

このような状況の中で、小児人口の長期的な減少や財政的制約から大幅な「量」の拡大による小児救急の充実は極めて困難なことが予想される。このため、既存医療資源の効率的な運用によって「安心して質の高い小児救急医療」を実現させることが求められる。

こうした県内の現状を踏まえ、本提言では「安心して質の高い小児救急医療（サービス）」の提供により、身近な小児救急医療の拡充・充実を図るとともに、防ぎえる死を回避し、後遺症のない回復を目指すことを、小児救急医療の目標とし、本県のあるべき小児救急医療の提供体制について、提言するものである。

# 第1章 現状

## 1. 小児医療を取り巻く環境の変化

### (1) 小児人口

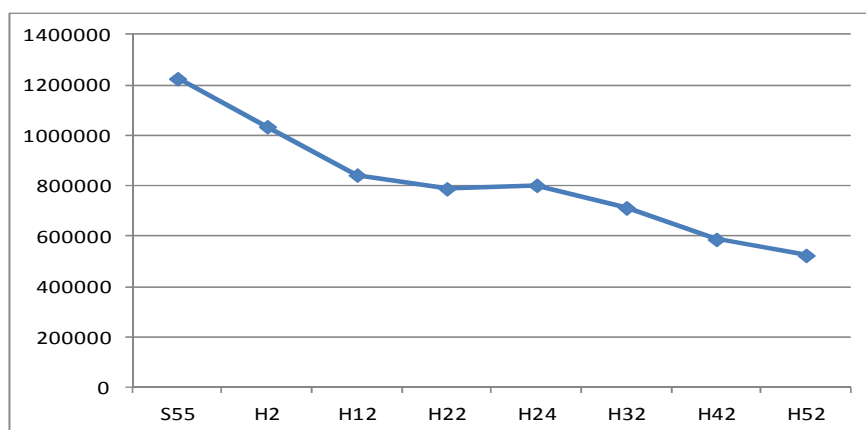
千葉県の小児人口は、今後大幅に減少することが見込まれる。平成22年の小児人口は、799,646人であり、平成52年までに523,847人(約27万人減少)まで減少することが見込まれる。地域別に見ると、減少数が最も大きいのは東葛南部(67,465人減少)で、減少率が最も大きいのは、山武長生夷隅(-55.0%)である。

表1 千葉県の地域別小児人口の推移

保健医療圏	H12	H22	H24	H32	H42	H52	H22→H52	
							減少数	減少率
千葉	123,766	123,972	127,174	112,542	93,828	85,768	-38,204	-30.8%
東葛南部	213,614	229,665	232,436	213,096	178,947	162,200	-67,465	-29.4%
東葛北部	177,283	172,727	175,670	161,216	133,420	118,520	-54,207	-31.4%
印旛	104,632	94,688	94,570	87,587	72,890	65,177	-29,511	-31.2%
香取海匝	46,121	34,267	32,345	25,279	19,291	15,862	-18,405	-53.7%
山武長生夷隅	68,464	51,935	49,234	36,072	27,916	23,382	-28,553	-55.0%
安房	18,628	14,744	14,047	11,819	9,299	7,986	-6,758	-45.8%
君津	48,118	41,897	41,455	34,546	27,544	23,847	-18,050	-43.1%
市原	41,908	35,751	34,903	29,995	24,268	21,105	-14,646	-41.0%
合計	842,534	799,646	801,834	712,152	587,403	523,847	-275,799	-34.5%

出典：平成12、22年は、総務省統計局「国勢調査」、平成24年は、千葉県人口動態調査、平成32～平成52年は、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」

図1 小児人口の推移



出典：総務省国勢調査(S55～H22)、千葉県人口動態調査(H24)、国立社会保障人口問題研究所 将来推計人口(H32～H52)



## (2)子育て世帯の変化

本県の全世帯数は251万世帯である(平成22年現在)。このうち、ひとり親世帯については六歳未満の子供がいる世帯は、8,641世帯である。また一世帯あたりの人数は減少しており、核家族化が一層進んでいる。また、本県の待機児童数は、1,000人を超えている。

表2 ひとり親世帯数及び構成比

年	全世帯数	ひとり親世帯のうち、六歳未満の子どもがいる世帯	一世帯あたりの構成人数 <sup>1</sup>
H12	2,164,117	8,081	2.70
H22	2,512,441	8,641	2.43

出典：総務省統計局「国勢調査」

表3 保育所入所待機児童数

調査年月日	待機児童数
平成16年	983
平成26年	1,251

出典：平成16年厚生労働省児童家庭課「保育所待機児童数調査」  
平成26年千葉県児童家庭課「千葉県待機児童数調査結果」

## (3)小児死亡率、死亡数及び死亡要因

本県における平成24年の小児死亡率は、千人あたり0.27人である。全国と比較するとほぼ同等であり、昭和55年以降、大きく減少している。このうち、乳幼児死亡率が2.76となっており、年齢別で一番高い数値となっている。

表4 小児死亡率

年	乳児死亡率 <sup>2</sup>	1～4歳死亡率 <sup>3</sup>	乳幼児死亡率 <sup>4</sup>	小児死亡率 <sup>5</sup>
S55	7.20	0.61	1.76	0.69
H2	4.22	0.33	1.05	0.39
H12	3.20	0.29	0.88	0.36
H22	2.27	0.23	0.65	0.25
H24	2.76	—	0.68	0.27
全国(H24)	2.22	0.21	0.61	0.25

<sup>1</sup> 一般世帯人員数÷一般世帯数

<sup>2</sup> 乳児死亡率=乳児死亡数/出生数

<sup>3</sup> 1～4歳死亡率=(5歳未満の死亡数/5歳未満人口)\*1,000 死亡数は、人口動態調査により、人口は、昭和55年、平成2年、平成12年及び平成22年が国勢調査人口による。ただし、全国は、総務省人口推計による。

<sup>4</sup> 乳幼児死亡率=(5歳未満の死亡数/5歳未満人口)\*1,000 死亡数は、人口動態調査により、人口は、昭和55年、平成2年、平成12年及び平成22年が国勢調査人口、平成24年が住民基本台帳人口、全国は、総務省人口推計による。

<sup>5</sup> 小児死亡率=(15歳未満死亡数/15歳未満人口)\*1,000 死亡数は、人口動態調査により、人口は、昭和55年、平成2年、平成12年及び平成22年が国勢調査人口、平成24年が住民基本台帳人口、全国は、総務省人口推計による。

また、同年における小児死亡数は、213人であり、死因は「先天奇形、変形及び染色体異常」がトップで以下「周産期に発生した病態」等が続く。このうち、0歳児が小児死亡数の半数以上を占めている。年齢別死因は、0～4歳は、先天奇形等がトップで年齢が上がるにつれて、不慮の事故など死因が多様化している。

表5 小児死亡数の推移

年	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5～9歳	10～14歳	合計
S55	472	79	43	34	33	113	73	847
H2	225	31	20	14	13	57	46	406
H12	177	26	17	11	10	30	32	303
H21	137	17	4	5	8	24	23	218
H24	135	18	7	5	6	21	21	213

出典：千葉県人口動態調査

表6 年齢階級別死因順位

	第1位	第2位	第3位	合計
0歳	先天奇形、変形及び染色体異常(54)	周産期に発生した病態(39)	不慮の事故(8)	135
1～4歳	先天奇形、変形及び染色体異常(6)	肺炎(5)	不慮の事故(4)	36
5～9歳	不慮の事故(6)	その他の新生物(3)	心疾患(高血圧性を除く)(2)	21
10～14歳	悪性新生物(4) 脳血管疾患(4) 自殺(4)			21
合計	先天奇形、変形及び染色体異常(61)	周産期に発生した病態(41)	不慮の事故(20)	213

出典：千葉県人口動態調査(H24)

#### (4) 家庭内での事故

独立行政法人国民生活センター<sup>6</sup>の調査では、7,997件の事故中、5,390件が「12歳以下の自宅内」の事故である。そして、事故件数に占める自宅内事故の割合を各年齢層別に見ると、0歳以上2歳未満では85.1%、2歳以上6歳未満では63.5%、6歳以上12歳以下では39.7%である。また、自宅内事故に占める各年齢層の構成比は、0歳以上2歳未満では49.1%、2歳以上6歳未満では39.8%、6歳以上12歳以下では11.1%である。年齢が下がるとともに自宅内の事故が増加していることが伺える。

表7 年齢別自宅内での事故件数

	0歳以上 2歳未満	2歳以上 6歳未満	6歳以上 12歳以下	合計
事故件数	3,107	3,382	1,508	7,997
うち自宅内事故 (各年齢層の事故件数に占める割合)	2,645(85.1%)	2,147(63.5%)	598(39.7%)	5,390(67.4%)
自宅内事故の各年齢層別構成比	49.1%	39.8%	11.1%	

出典：独立行政法人国民生活センター「医療機関ネットワーク事業からみた家庭内事故～子ども編～」

<sup>6</sup> 「医療機関ネットワーク事業からみた家庭内事故～子ども編～」全国で2010年12月から2012年12月末までの約2年間に医療機関からデータ収集

## 2. 救急搬送

本項は、「平成 25 年度救急搬送実態調査結果」のデータを活用した。

平成 25 年度救急搬送実態調査結果	
①調査対象	平成 25 年 9 月及び 10 月に千葉県内で発生した救急搬送事例について、県内消防機関(31 機関)、医療機関(178 機関)及び夜間休日急病診療所(22 機関)に照会
②回収状況	消防機関 回収率 100%(31 機関) 41,843 件 医療機関 回収率 89.3%(178 機関中 159 機関) 36,448 件
③小児関係データ	医療整備課において、それぞれの回収したデータから小児(0 歳から 14 歳)を抽出 消防機関 41,843 件中 3,585 件 医療機関 36,448 件中 2,995 件 消防機関及び医療機関のデータを突合せたデータ(マッチングデータ) 41,843 件中 3,466 件

### (1) 搬送数及び搬送時間帯

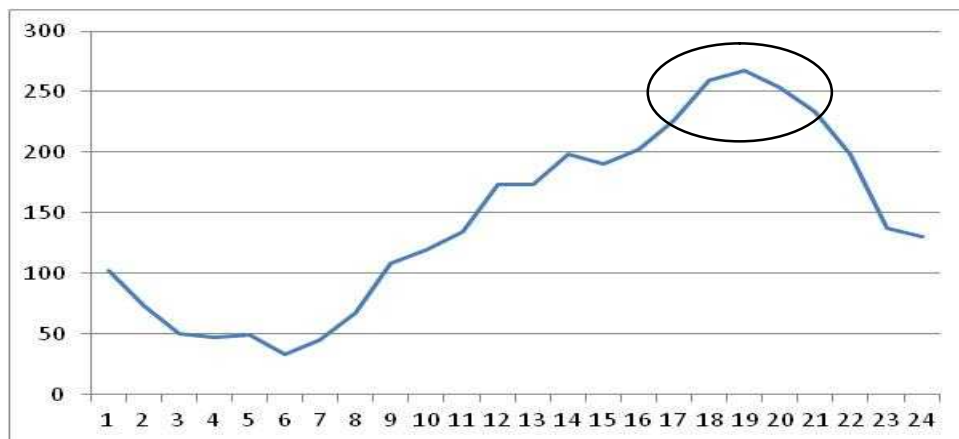
小児救急患者は、軽症患者が 70%以上を占め、搬送数の 35.7%が 16~20 時に集中していることが特徴である。ただし、軽症患者であっても医療機関において「緊急性あり」と判断される例も多いことから、「軽症」といっても一概に救急車の使用が否定されるべきではない。なお、搬送数は、3,466 件で救急搬送全体の 8.3%である。

表 8 症例別救急搬送数

		軽症	中等症	重症	死亡	その他	総計
小児	傷病の程度 <sup>7</sup>	2,545	834	79	6	2	3,466
	構成比	73.4%	24.1%	2.3%	0.2%	0.1%	100.0%
救急搬送数	傷病の程度	21,528	16,864	2,916	519	16	41,843
	構成比	51.4%	40.3%	7.0%	1.2%	0.0%	100.0%

出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果」

図 2 時間別搬送件数



出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果」

<sup>7</sup>傷病の程度の判断基準：軽症（入院加療を必要としないもの）、中等症（重症又は軽症以外のもの）、重症（3週間以上の入院加療を必要とするもの）、死亡（初診時死亡が確認されたもの）、その他（傷病程度が判明しないもの）

## (2) 搬送時間

小児救急患者の搬送時間は、1時間以内に90%の患者が病院へ搬送されている。ただし、重症患者では1時間以内の搬送率は70%まで減少し、搬送時間が長くなっている。また、平均搬送時間(覚知時間から病院収容時間)は約40分であり、平均交渉回数は、1.34回である。保健医療圏別に見ると、山武長生夷隅・安房で、搬送時間1時間以上の割合が20%以上になっている。交渉回数では、香取海匝が一番多くなっている。

表9 搬送時間別件数

	1時間未満	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	合計
すべての症例	3,299	276	10	3,585
重症のみ	55	20	4	79

出典：「平成25年度救急搬送実態調査結果(消防機関調査)」

表10 保健医療圏別搬送時間

保健医療圏		1時間未満	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上	総計
千葉	件数	594(7)	84(4)	2(0)	0(0)	680(11)
	構成比	87.4%	12.4%	0.3%	0.0%	100.0%
東葛飾南部	件数	1,128(17)	43(5)	0(0)	0(0)	1,171(22)
	構成比	96.3%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%
東葛飾北部	件数	642(8)	27(5)	1(0)	0(0)	670(13)
	構成比	95.8%	4.0%	0.1%	0.0%	100.0%
印旛	件数	334(14)	30(3)	1(0)	1(1)	366(18)
	構成比	91.3%	8.2%	0.3%	0.3%	100.0%
香取海匝	件数	89(3)	12(0)	1(1)	0(0)	102(4)
	構成比	87.3%	11.8%	1.0%	0.0%	100.0%
山武長生夷隅	件数	156(2)	53(2)	0(0)	0(0)	209(4)
	構成比	74.6%	25.4%	0.0%	0.0%	100.0%
安房	件数	50(1)	15(1)	1(0)	1(1)	67(3)
	構成比	74.6%	22.4%	1.5%	1.5%	100.0%
君津	件数	170(2)	8(0)	1(1)	0(0)	179(3)
	構成比	95.0%	4.5%	0.6%	0.0%	100.0%
市原	件数	136(1)	4(0)	1(0)	0(0)	141(1)
	構成比	96.5%	2.8%	0.7%	0.0%	100.0%
総計	件数	3,299(55)	276(20)	8(2)	2(2)	3,585(79)
	構成比	92.0%	7.7%	0.2%	0.1%	100.0%

出典：「平成25年度救急搬送実態調査結果(消防機関調査)」( )内は重症患者数

表 11 保健医療圏別平均搬送時間

	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原	全体
搬送時間(分)	42.50	36.56	34.41	40.49	43.19	49.35	54.25	37.20	37.19	39.19
交渉回数(回)	1.53	1.21	1.23	1.41	1.55	1.46	1.04	1.29	1.30	1.34

出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果(消防機関調査)」

### (3) 搬送先

小児救急患者の搬送先を見ると、三次・二次・初期で概ね 1/3 ずつとなっており、救急搬送患者全体と比較すると三次に搬送されている患者の割合が高くなっている。なお、平成 25 年度の重症患者のうち、10 例(千葉県こども病院:6、東京女子医科大学八千代医療センター:4)が PICU 保有病院に搬送されている。

表 12 医療機関別小児患者搬送先

	三次救急		二次救急	その他	総計
	件数	構成比			
小児 <sup>8</sup>	1,262	36.4%	1,171	1,033	3,466
救急搬送数 <sup>9</sup>	8,890	21.2%	29,574	3,379	41,843

出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果」

表 13 医療機関別小児患者搬送先(重症患者のみ)

年		三次救急	二次救急	その他	総計
H23	搬送件数	45	4	13	62
	構成比	72.6%	6.5%	21.0%	100.0%
H24	搬送件数	49	10	11	70
	構成比	70.0%	14.3%	15.7%	100.0%
H25	搬送件数	46	13	20	79
	構成比	58.2%	16.5%	25.3%	100.0%

出典：「救急搬送実態調査結果」

### (4) 年齢

小児救急搬送患者を年齢別に見ると、0～2 歳までで小児全体の 40%を占める。しかし、重症患者では、0 歳が 40 件と全体の 30%を占めている。

<sup>8</sup>三次救急、二次救急、その他(初期)の区分けは、次のとおりとした。三次：全県対応型小児医療連携拠点病院、救命救急センター 二次：地域小児科センター、小児救急医療拠点病院、小児救急輪番制、一般病院参加病院(小児救急対応)。 その他(初期)：三次及び二次以外の医療機関(NICU・軽症の外科疾患・県外の三次救急などへの搬送を含む。)。また表 13 においても同様の区分けとしている。

<sup>9</sup>三次救急、二次救急の区分けは、次のとおりとした。三次：救命救急センター、救急基幹センター、二次：病院群輪番制、救急告示病院

表 14 年齢別搬送件数

0 歳		1～2 歳	3～14 歳	計
件数	構成比			
416(26)	12.0%(32.9%)	1053(8)	1,997(45)	3,466(79)

出典：「平成 25 年度救急搬送実態調査結果」( )は重症者

### 3. 医療資源

#### (1) 小児救急を担う医師の現状

##### ① 小児科医

千葉県内の小児救急を担う医師数は、小児科医が 654 人（小児外科医を含む）、救急医が 135 人の計 789 人（平成 24 年現在）である。このうち小児科医については、約 30%が女性医と推計され、医師全体の 19.0%と比較すると女性比率が高くなっている。

また、小児救急を担う救急医は、重症外因性疾患対応における貢献が期待される一方で、内因性疾患における関わりの低さが指摘されている<sup>10</sup>。

さらに、保健医療圏別に見ると、小児人口千人あたりの小児科医師数が一番多い安房(1.57 人)と比較して一番少ない山武長生夷隅(0.37 人)は、4 倍近い差がある。

表 15 千葉県内の小児救急関係医師数

年	小児科医	小児外科	救急医	合計
平成 10 年	498(1,199)	29(48)	-	527
平成 20 年	582(1,232)	24(45)	92(115)	698
平成 22 年	593(1,228)	30(47)	118(148)	741
平成 24 年	622(1,209)	32(49)	135(180)	789

出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」(主な診療科 ( )内は複数回答)

表 16 診療科別女性比率

	全体	小児科	小児外科	救急医
総数	288,850	16,340	701	2,600
うち女性	56,689	5,508	115	298
比率	19.6%	33.7%	16.4%	11.5%

出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」(H24:全国ベース)

<sup>10</sup>日本救急医学会小児救急特別委員会「日本救急医学会救急科専門医による小児救急診療への取り組み」日救医会誌 2012;23:319-29 P323「救急医の CPA 症例への関わり 64%、重症外傷例(多発外傷 70%、単独外傷 67%)に対して、小児内因性疾患への関わりは重症例で 51%、中等症例で 49%と低い傾向が認められた。また、小児診療に対する自信を問う質問で、自信がないと回答した割合は CPA 症例 21%、重症外傷(多発外傷 21%、単独外傷 24%)に比べて、内因性疾患(中等症 35%、重症 39%)で高値であった。」

表 17 保健医療圏別小児科医師数及び小児科標榜医療機関数

保健医療圏	①小児科医師数	②小児科標榜医療機関数	③小児人口	①/③ (対千人)	②/③ (対百人)
千葉	158	160	123,972	1.27	0.13
東葛南部	154	271	229,665	0.67	0.12
東葛北部	122	234	172,727	0.70	0.14
印旛	75	114	94,688	0.79	0.12
香取海匝	29	52	34,267	0.85	0.15
山武長生夷隅	19	101	51,935	0.37	0.20
安房	23	41	14,744	1.56	0.28
君津	20	58	41,897	0.48	0.14
市原	22	38	35,751	0.62	0.11
千葉県	622	1,069	799,646	0.78	0.13
全国(H24)	16,340	-	16,411,000	1.00	-

出典：小児科医師数「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成22年：主な診療科)、小児科標榜医療機関数「ちば医療ナビ」(平成26年9月30日現在)

## ②小児集中治療医

我が国では、「小児集中治療専門医」制度がないため、小児の集中治療に習熟した医師数の把握は困難である。しかし、日本小児科学会及び日本集中治療医学会に所属し、小児及び集中医療の経験がある医師は、全国的に「226人から289人<sup>11)</sup>とされ、1県あたり4.8人から6.14人程度、小児集中治療の経験のある医師がいると想定される。

一方、先進諸国<sup>12)</sup>の小児集中治療医数は、小児人口1万人あたり0.12人～0.24人<sup>13)</sup>であり、これを元に本県における小児集中治療医師数を算定する<sup>14)</sup>と、9.36人から18.72人程度必要なことになる。

## ③小児科医療機関数

小児科医療機関数を見ると平成14年から平成23年にかけて、179医療機関(病院数:21、診療所数:158)が減少している。

表 18 小児科病院・診療所数

年	病 院		診 療 所		合 計	
	全 数	小児科	全 数	小児科	全 数	小児科
H23	244	109	3,678	895	3,922	1,004
H14	261	130	3,538	1,032	3,799	1,162

出典：「医療施設調査」

<sup>11)</sup>日本集中治療医学会集中治療の労働力調査プロジェクトWG「日本における小児集中治療労働力・意識調査」日集中医誌2013

<sup>12)</sup>アメリカ、オーストラリア、ニュージーランド、イギリス、カナダ 前掲「日本における小児集中治療労働力・意識調査」

<sup>13)</sup>前掲「日本における小児集中治療労働力・意識調査」

<sup>14)</sup>小児人口=78万人で算定

## (2) 小児救急医療体制

### ① 初期・軽症（一次）

初期小児救急医療は、在宅当番医制(13 地区)や夜間休日診療所(14 地区 20 施設)で実施している。

表 19 小児初期救急医療体制

二次医療圏	地区	夜間休日診療所(小児対応)	在宅当番医制
千葉	千葉	千葉市休日救急診療所、千葉市夜間応急診療	(千葉市：産婦のみ)
東葛南部	習志野・八千代	習志野市急病診療所、やちよ夜間小児急病センター(小児専門)	習志野市、八千代市
	船橋・鎌ヶ谷	船橋市夜間休日急病診療所	船橋市
	市川・浦安	市川市急病診療所、浦安市急病診療所	
東葛北部	松戸	松戸市夜間小児急病センター	松戸市
	柏・流山・我孫子	柏市夜間急病診療所、流山市平日夜間・休日診療所、我孫子市休日診療所	柏市
	野田	野田市急病センター	野田市
印旛	印旛	印旛市郡小児初期急病診療所、成田市急病診療所	
香取海匝	香取・海匝	銚子市夜間小児急病診療所	香取郡市、銚子市、匝瑳市
山武長生夷隅	山武	山武郡市夜間急病診療所	山武郡市
	長生	長生郡市夜間急病診療所	長生郡市
	夷隅	(医師会で健康相談ダイヤル 24 を実施)	夷隅郡市
安房	安房	安房郡市夜間急病診療部	安房郡市
君津	君津	君津郡市夜間急病診療所	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	市原	市原市急病センター	市原市

また、初期小児救急医療を補完するため、夜間における子どもの急な病気などに看護師・小児科医が保護者からの電話相談に応じアドバイスをする小児救急医療相談を実施している。

表 20 小児救急電話相談件数

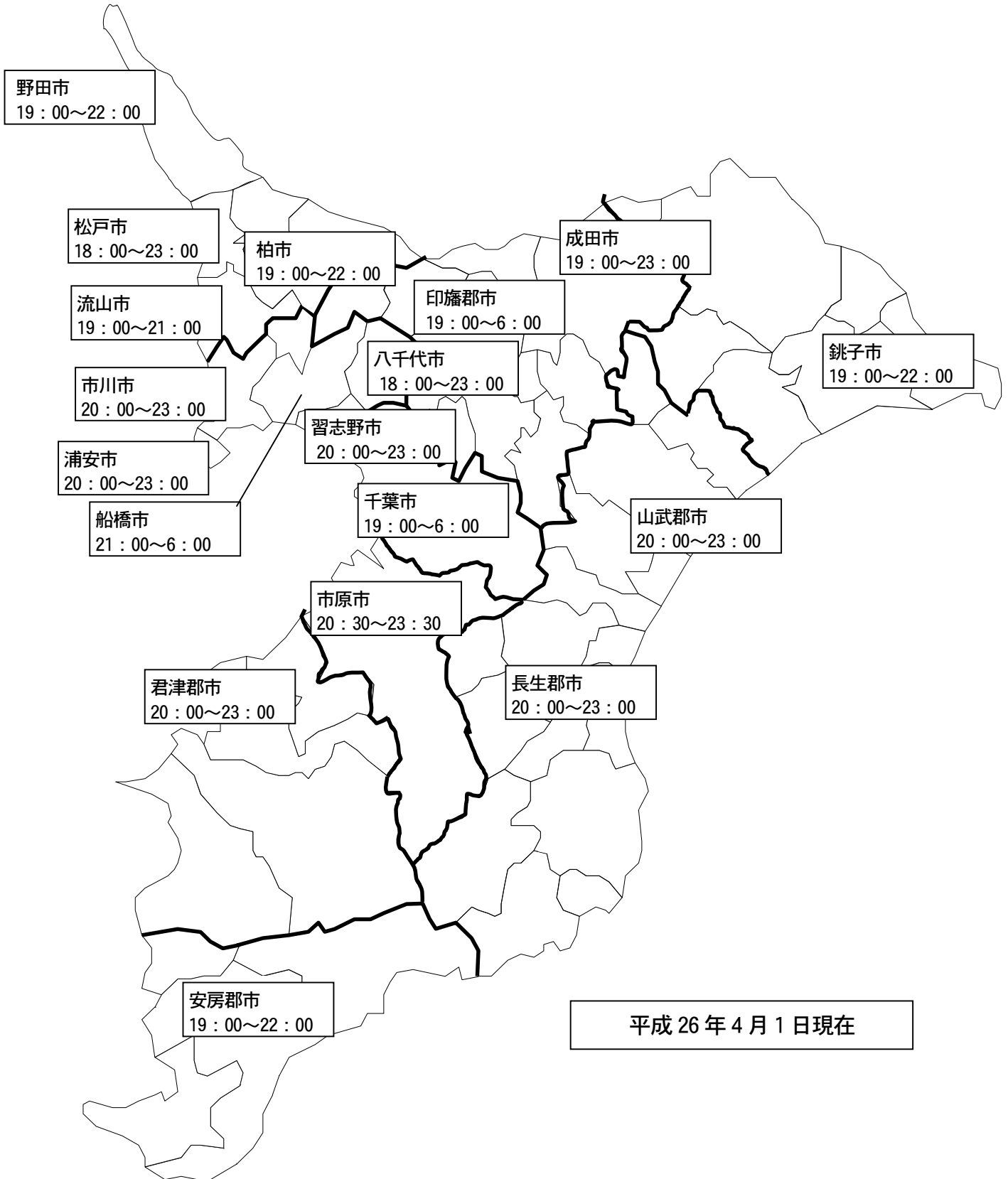
年度	17	18	19	20	21	22	23	24	25
相談件数	894	2,215	2,956	10,345	16,337	17,267	19,035	19,569	18,724

(小児救急電話相談事業の拡充について)

- ・平成 17 年 9 月 3 日より事業開始(土・日・祝日等のみ実施)し、平成 20 年 5 月 3 日より 365 日実施に拡充
- ・土・日・祝日：平成 21 年 4 月 1 日よりの回線数を 3 回線に、平成 23 年 4 月 22 日より土・日・祝日を 4 回線に拡充
- ・平日：平成 21 年 8 月 1 日より 3 回線に拡充



# 千葉県内の夜間小児診療（一次救急）



## ②中等症（二次救急）

地域診療所など初期救急から入院や手術を要する患者を受け入れる小児二次救急は、地域小児科センター、小児救急医療拠点病院、小児救急輪番制などによって支えられている。

表 21 小児二次医療体制

保健医療圏	地区	二次救急病院(地域小児科センター、小児救急医療拠点病院、小児救急輪番制等)
千葉	千葉	千葉市立海浜病院、千葉市立青葉病院、国立病院機構千葉医療センター、千葉メディカルセンター
東葛南部	習志野・八千代	谷津保健病院、東京女子医科大学附属八千代医療センター
	船橋・鎌ヶ谷	船橋市立医療センター、船橋二和病院
	市川・浦安	東京歯科大市川総合病院、東京ベイ・浦安市川医療センター、順天堂大学医学部附属浦安病院
東葛北部	松戸	新松戸中央総合病院、千葉西総合病院
	柏・流山・我孫子	柏厚生総合病院外6病院、東葛病院、東京慈恵会医科大学附属柏病院、(JAとりで総合医療センター)
	野田	小張総合病院
印旛	印旛	日本医科大学千葉北総病院、東邦大学医療センター佐倉病院、国立病院機構下志津病院、成田赤十字病院
香取海匝	香取・海匝	国保旭中央病院
山武長生夷隅	山武	(国保旭中央病院)
	長生	(君津中央病院)
	夷隅	(亀田総合病院)
安房	安房	亀田総合病院
君津	君津	君津中央病院
市原	市原	帝京大学ちば総合医療センター、千葉労災病院、千葉県循環器病センター

## ③高度救命（三次救急）

千葉県の小児三次救急は、全県対応型小児医療連携拠点病院(5病院)と救命救急センター(8病院(うち2病院は全県対応型小児医療連携拠点病院))によって担われている。保健医療圏別では、市原が小児三次医療機関の空白地域となっている。

表 22 小児三次医療体制

保健医療圏	救命救急センター	全県対応型小児医療連携拠点病院
千葉	千葉県救急医療センター	千葉大学医学部附属病院 千葉県こども病院
東葛南部	船橋市立医療センター 順天堂大学医学部附属浦安病院	東京女子医科大学附属八千代医療センター
東葛北部	国保松戸市立病院 東京慈恵会医科大学附属柏病院	国保松戸市立病院
印旛	成田赤十字病院 日本医科大学千葉北総病院	
香取海匝	国保旭中央病院	国保旭中央病院
山武長生夷隅	東千葉メディカルセンター	
安房	亀田総合病院	
君津	君津中央病院	
市原		

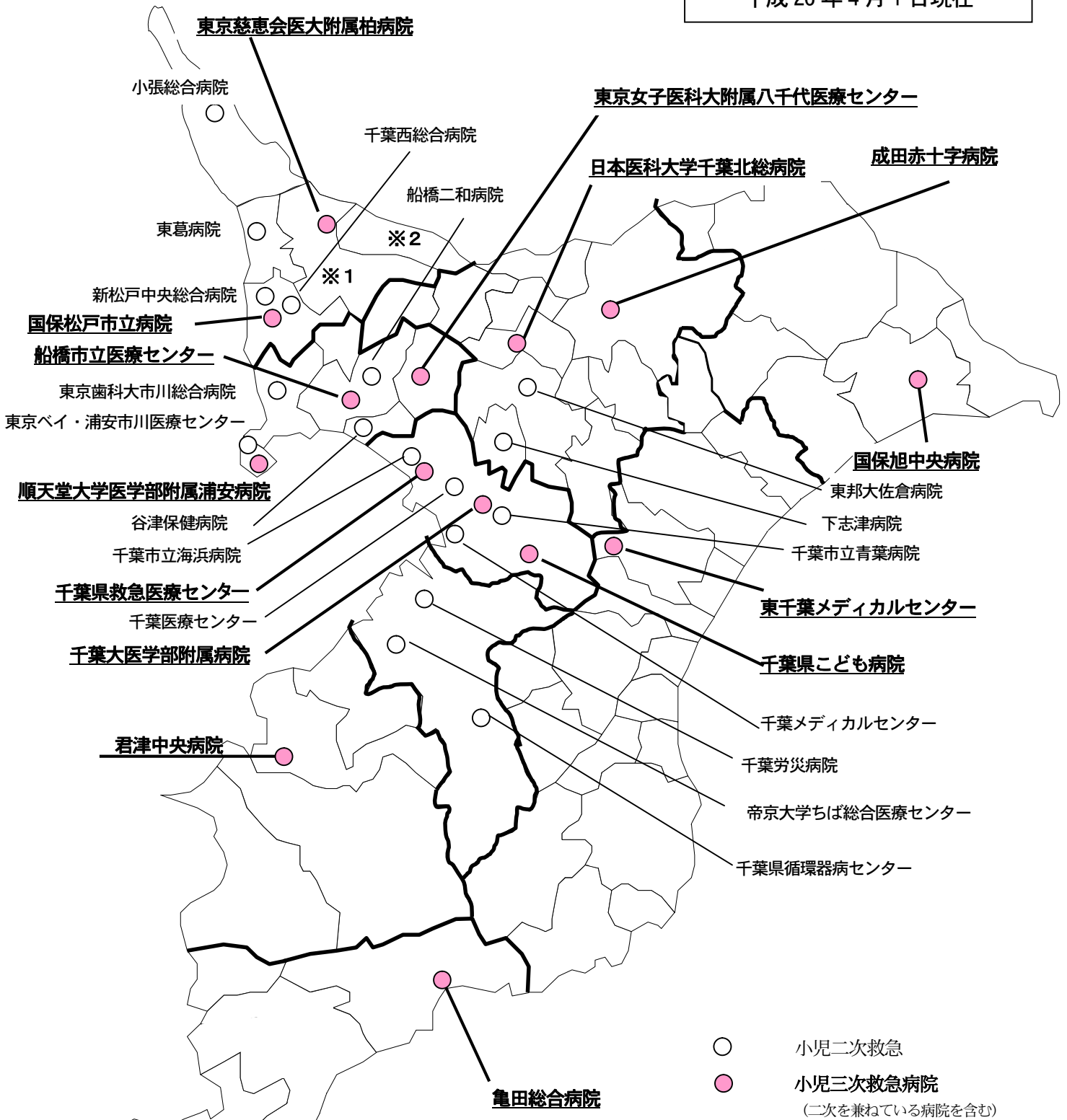
また、小児集中治療室(P I C U)の救命率の高さが指摘<sup>1516</sup>されているところである。平成 26 年度、千葉県内には 25 床(東京女子医科大学附属八千代医療センター10 床、千葉県こども病院：9 床、松戸市立病院：6 床)の P I C U が整備されている。

<sup>15</sup> 桜井淑男他「我が国における小児集中治療の有効性と今後の展望」日集中医誌 2007;14:53～56「0～9 歳までと 14 歳以下において、「PICU のある都道府県」群の方が「不慮の事故による平均死亡率」が有意に低かった」

<sup>16</sup> 武井健吉他「小児重症患者の救命には小児集中治療施設への患者集約が必要である」日救急医学会誌 平成 20 年 P205「ICU における小児重症患者管理の治療成績は PIM2、TRISS 法、いずれによる予測死亡率ともほぼ同等の結果が得られており、成人 ICU での小児重症患者管理も一定水準のレベルには到達していることがうかがわれた。その一方で PICU 群での実死亡率は予測死亡率をはるかに下回るものであり、ICU での治療に比べて極めて良好な治療成績が得られていた。この結果からは、現在全国の ICU で散発的に管理されている小児重症患者を積極的に PICU に集約することで、今後さらなる救命率向上が期待できる可能性が示唆された。」

# 千葉県内の小児二次・三次医療体制

平成 26 年 4 月 1 日現在



※1 柏市は病院群輪番制により、柏厚生総合病院、千葉・柏たなか病院、柏市立病院、おおたかの森病院、岡田病院、名戸ヶ谷病院、辻仲病院柏の葉が小児二次救急に対応

※2 我孫子市は、茨城県のJAとりで総合医療センターが小児二次救急に対応

#### 4. Information and Communication Technology (ICT)と医療

国が策定した「世界最先端 IT 国家創造宣言<sup>17</sup>」では、「IT 利活用による新技術と大規模データ解析技術を組み合わせることにより、(中略)全ての国民が健康で安心・安全に暮らせるユニバーサルな新たな社会システムを構築し、(中略)健康で安心して快適に生活できる、世界一安全で災害に強い社会を実現する。」としている。

近年、ICT の進展は著しく、従来では収拾不能であった「ビッグデータ」を利活用した健康増進・管理や疾病予防の仕組みの構築や、ネットワークを活用した遠隔医療など効果的・効率的な医療の提供が期待されている。

表 23 小児救急における ICT 活用例

事業名	内容	実施主体
「どこに住んでも高度な医療が受けられる遠隔医療普及推進事業」	①医療機関での対面診療を遠隔地の医師が支援するリアルタイム D-D-P (Doctor to Doctor to Patient) 型遠隔医療支援システム、②医師間で症例検討を行う D-D (Doctor to Doctor) 型遠隔相談・遠隔勉強会システムを提供。①は、専門医が不足している医療機関の診療を遠隔地の疾患の専門医が支援する実際の診療現場で活用、②は、①の利便性を高め多くの医師が参加できるようにするため、アプリケーションにより D-D での症例相談等を実現する仕組みであり、地方での診療レベルの向上に寄与した。	北海道
「岐阜県救急医療全体最適化事業」	岐阜県内 6 市の二次・三次医療機関をネットワークで連携し、一次受入時の CT や MRI 画像等の患者情報を情報センター等と共有するとともに、それらの情報に基づき二次・三次医療機関の医師やコーディネータとテレビカンファレンスが実施できるシステムを構築する。これにより患者の転送判断の迅速化・適正化を図るとともに、貴重な医療資源の有効活用が可能となる。	岐阜市 他 5 市
「ICT を利活用した広域連携救急画像伝送システム事業」	救急車から医師へ画像を転送するシステムを構築する事業。救急車内の傷病者のバイタルサイン(血圧、脈拍、心電図等)及び傷病者の状態を把握できる動画を携帯電話通信網を使って医療機関に送り、医療機関の医師がこれを携帯電話でリアルタイムに把握して、救急隊員に対して適切な救急応急処置等の指示をし、救急隊が指示に基づく応急措置を講じることで救命率の向上を図る。	金沢市 内灘町

<sup>17</sup> 高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 (IT 総合戦略本部) (平成 26 年 6 月 24 日閣議決定)

## 第2章 課題

### 1. 小児救急医療を取り巻く環境

#### (1) 防ぎえた死

子供が生活する中で、予期せぬ家庭内の事故が発生しており、特に年齢が下がるほど自宅内での事故は多い傾向にある。不慮の事故による「防ぎえた死」は一定数存在し、小児の死亡原因の中で大きな割合を占めている。また、死亡に至らないまでも入院や診療が必要なケースも多発していると考えられる。

#### (2) 小児疾患の特異性

小児の救急搬送は、成人と比較して軽症者が多く、夜間の特定時間(18時から21時)に集中する傾向にある。成人と比較して小児は、症状が急変しやすい、小児自らの確かな症状を訴えることが困難で医師ではない保護者が症状を判断しなければならないなどの特異性がある。このため、熱性けいれんのように、保護者が救急車を要請し結果的には入院を必要としない「軽症」に分類されてしまう小児疾患の特異性があることも考慮すべきである。

#### (3) 相談体制の不足

共働きやひとり親世帯の保護者は、日中、子供を医療機関に連れて行けないなどの状況にある。県では、平成17年度より実施している小児救急電話相談事業は19時から22時までの間で年間約2万件の実績があるが、深夜・早朝時間帯に実施されておらず、他には有効な相談手段がない状況にある。

### 2. 地域における小児救急医療体制

#### (1) 初期小児救急・地域小児医療体制の更なる充実

夜間・休日の急病等に対応するため、地域の医師会の協力の下、小児夜間休日診療所が県内各地で設置されている。しかし、小児夜間休日診療所が設置されていない県東南部の地域がある。

#### (2) 保健医療圏における二次小児救急医療の空白

山武長生夷隅では、二次小児救急医療機関が設置されていない。また、山武長生夷隅の二次小児救急を支えている香取海匝・安房・君津の各保健医療圏においても、二次小児救急医療機関はそれぞれ1病院のみである。

#### (3) PICU等の高度小児救急医療機関の偏在

事故を起こさないことも大事であるが、「不慮の事故」によって失われる命をひとりでも多く救う不断の努力も必要である。県では、「小児集中治療室設備整備事業」等により、小児救急医療の高度化を図るとともに、平成24年度より県が独自に「小児救命集中治療ネットワーク」を構築し三次小児救急医療機関のネットワーク化を図り小児

重篤患者の受入体制の整備を進めてきたところである。

しかしながら、本県では、すべてのPICUが千葉・東葛南部・東葛北部に立地している。また全県対応型小児医療連携拠点病院も同様であり、高度な小児救急医療資源の県北西部への偏在が顕著となっている。

### 3. 将来を見据えた小児救急体制

#### (1) 小児科医の不足

千葉県内の小児科医等の数は、増加傾向にあるものの、小児人口あたりの小児科医数は、全国平均を大きく下回っている。また、保健医療圏別の小児科医数の格差も大きい。

#### (2) 小児救急医の不足

本県において小児救急を専門としている医師の数については把握されていないが、県内の小児科医数の状況を鑑みるに充足されているとは考えられない。

#### (3) ICTの導入

ICTの利用は、救急分野でも行われており、県内の一部医療機関でもスマートフォンを活用した映像伝送システムが導入されている。しかし、導入から維持・更新にかかるコスト負担などの問題があり、県内の医療機関が幅広くICTを効率よく活用しているとは言い難い状況である。

## 第3章 今後の対応と方向性

### 1. 予防を含めた初期対応を充実させ安全な子育てができる環境づくり

#### (1) 事故を起こさない安全な家庭環境

不慮の事故など防ぎ得た死を減らすためには、何よりも家庭内外での事故を未然に防ぐことが大事である。今後、事故を起こさない安全な家庭環境が死亡数を減らす第一歩であるとの認識のもと、子育て世帯へ安全な家庭環境づくりに向けた情報提供など啓発活動を行うべきである。

#### (2) 小児救急医療と救命救急・福祉等の連携

子育てを支える家庭・地域の有り様は、変化しており、子育て支援のセーフティネットである小児救急医療のみではなく、AED や救命講習の普及等の救命救急分野や各種子育て支援等の福祉分野との連携を含め、幅広く子育て支援を展開していくことが求められる。

#### (3) 相談体制の充実

県で実施している小児救急電話相談は、県民や医療従事者等から時間延長のニーズが高い。安心できる子育て環境を提供するため、小児救急電話相談の時間延長等、相談体制の更なる拡充について検討することが望ましい。

### 2. どこでも安心して小児救急医療が受けられる体制づくり

#### (1) 夜間休日診療所など小児初期救急・地域小児医療体制の強化・充実

夜間休日診療所など小児初期救急医療機関は、患者がもっとも身近に接する小児救急医療機関である。県では、小児初期救急センター運営事業を活用し、小児夜間休日診療所に支援を行っている。今後、地域医師会と連携し、小児初期救急センター運営事業等を更に活用し、夜間休日診療所の小児科医の確保や設備の充実を図ることが求められる。また、小児科医不足を補うためにも、市町村を越えた広域の小児初期救急センター化構築への支援も検討することが望ましい。

#### (2) 二次小児救急医療体制の整備

県では、二次保健医療圏単位で小児救急医療体制の確保が困難な山武長生夷隅において、近隣の二次保健医療圏から小児救急患者を受け入れる「小児救急医療拠点病院」に支援を行っている。今後は、二次小児救急医療機関の勤務医確保を行うとともに、広域搬送にドクターヘリ等の積極的な活用を図ることが求められる。

#### (3) 高度小児救急医療体制の再構築

高度小児救急医療体制の更なる充実に向け、診療科を問わず 24 時間体制で重篤な小児救急患者を受け入れる小児救命救急センターを設置するとともに、三次小児救急医療機関のネットワークを強化及び PICU 設置医療機関への広域搬送ネットワークの構



築に取り組むことが望ましい。

### 3. 将来を見据えた小児救急医療

#### (1) 小児科医の確保

本県は、全国的に見ても医師数が少なく、小児科医・小児集中治療医についても同様の状況であるため、修学資金やキャリアアップの支援など医師確保対策が必要である。あわせて、小児科医は女性医師が多いことから、女性の働きやすい職場環境の改善などの定着促進対策を推進するべきである。

#### (2) 小児救命救急センターの設置による小児救急医の継続的な確保・養成

小児救急医は、全国的にも僅少であり、本県での継続的な確保・養成が求められる。小児救急医の確保・養成のためには「小児救命救急センター」を設置するとともに、「小児救急医師研修事業」等を活用し救急医が小児救急にも対応できる体制とすることが望ましい。

#### (3) ICT を活用した医療

ICT 技術の進展は著しく、タブレットの活用による搬送先医療機関と救急隊との情報連携の向上やビッグデータの活用による病態判断の精度向上や受入医療機関の適正化、遠隔医療システムを通じて、保健医療圏を超えた医療サービスの提供が期待でき、小児救急医療分野への ICT の導入に向けた検討が求められる。

なお、ICT の活用にあたっては、患者の医療情報の多くは極めて個人的な情報であり、個人情報情報の漏洩が患者個人の社会的な評価等に直結する恐れもあることから、その保護に留意する必要がある。

## 資料

### ◎用語集

#### **救命救急センター**

心筋梗塞、脳卒中、頭部損傷等の重篤救急患者の救命医療を行うことを目的に設置された医療機関で、高度な救急医療を 24 時間体制で提供できる機能を有する。

#### **在宅当番医制**

市町村及び一部事務組合の委託により、地区医師会の医師等が交代で夜間休日診療を実施する体制。初期診療を行うとともに、必要であれば二次救急医療機関等へ患者を紹介・転送する役割を有する。

#### **小児救急医療拠点病院**

小児科医が 24 時間体制で小児救急患者を受け入れる二次救急拠点病院

#### **小児救命救急センター**

診療科を問わず、すべての重篤な小児救急患者を 24 時間体制で必ず受け入れる病院

#### **小児救命集中治療ネットワーク**

重篤な小児救急患者への的確な対応のための体制整備を目的とした、関係病院間のネットワーク

#### **小児集中治療室**

内科系、外科系を問わず呼吸、循環、代謝そのほかの重篤な急性機能不全の小児患者を収容し強力かつ集中的に治療看護を行うことにより、その効果を期待する病院内の小児患者用の施設

#### **小児初期救急センター運営事業**

小児の急病患者を受け入れるため、小児救急医療支援事業等の二次救急病院と連携し、小児患者の休日夜間の診療態勢を確保することを目的とする事業

#### **全県対応型小児医療連携拠点病院**

三次医療圏において中核的な小児医療を実施する病院

#### **地域小児科センター**

二次医療圏において中核的な小児医療を実施する医療機関

#### **夜間休日診療所**

在宅当番医制と同様の機能を果たすもので、市町村等が設置運営主体となり、地区医師会の医師が交代で休日及び夜間の診療に当たる診療所

## ◎千葉県小児救命救急センター指定基準

### 1 目的

小児救命救急センターを設置することにより、重篤小児患者の救命と小児救急医の育成を図ることにより、千葉県における小児死亡率の低下に寄与することを目的とする。

### 2 小児救命救急センターの運営方針

小児救命救急センターは、以下の要件を満たさなければならない。

- ①原則として、診療科領域を問わず、すべての重篤な小児救急患者を24時間体制で必ず受け入れられること。
- ②重篤な小児救急患者に対して「超急性期」の医療を提供した後、高度な専門的医療が必要な患者については、小児救命救急センター内又は本院の「急性期」の集中治療・専門的医療を担う病床(以下「小児集中治療室病床」という。)に転床・転院する体制を確保していること。
- ③医学生、臨床研修医、医師、看護学生、看護師及び救急救命士等に対する小児救急医療の臨床教育を行うこと。

### 3 整備基準

小児救命センターは、専門病床(小児集中治療室病床6床以上(本院でも可)を含む)を適当数有し、24時間体制で、すべての重篤な小児救急患者に「超急性期」の医療を提供するとともに、それを脱した小児救急患者に必要な高度な専門医療を提供するものとし、以下の施設等を有しなければならない。

#### ①施設

- ・小児集中治療室病床6床以上を有し、独立した看護単位を有すること
- ・救急蘇生室を有すること。なお、緊急検査室、放射線撮影室、手術室等を優先して使用できる体制を確立すること。
- ・必要に応じ、適切な場所にヘリポートを整備すること。
- ・診療に必要な施設は耐震構造であること。

#### ②設備

- ・小児救命救急センターとして必要な医療機器を備えるものとする。
- ・必要に応じ、ドクターカーを有すること。

#### ③診療体制

(ア)医師：常時、専従の医師及び研修医を確保するものとする。なお、専従の医師については、日本集中治療学会が認定した集中治療専門医、日本小児学会が認定した小児科専門医、日本救急医学会が認定した救急科専門医など、小児集中治療に指導的立場にある人を1人以上含むこと。

(イ)看護師：常時、専従の看護師を患者2名に1名以上の割合(必要時には患者1.5

名に1名以上)で確保するものとする。なお、重症集中ケア認定看護師が勤務し、指導的役割を担うことが望ましい。

(ウ)他の医療従事者：診療放射線技師及び臨床検査技師を常時院内に確保すること。

また理学療法士及び臨床工学技士を院内に確保するものとする。

(エ)薬剤師を確保することが望ましい。

(オ)社会福祉士を院内に確保することが望ましい。

#### ④受入体制

- ・小児集中治療室病床は、年間概ね300例以上の入院を取り扱うこととし、うち相当数が救急外来からの入院又は他院からの搬送入院であること。
- ・救急搬送を相当数(本院を含む。)受け入れること。

## 4 指定方法

小児救命救急センターを新たに指定する場合は、千葉県救急・災害医療連絡協議会に諮り指定するものとする。

なお、指定要件を満たさなくなった場合には、指定を取り消すことができるものとする。

◎小児救急電話相談全国実施状況

都道府県		実施時間帯		備考
		平日 (月～金)	休日 (土曜日含む)	
1	北海道	19:00～23:00	19:00～23:00	
2	青森	19:00～翌朝8:00	19:00～翌8:00	
3	岩手	19:00～23:00	19:00～23:00	
4	宮城	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
5	秋田	19:30～22:30	19:30～22:30	
6	山形	19:00～22:00	19:00～22:00	
7	福島	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
8	茨城	18:30～0:30	9:00～17:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			18:30～23:30	
9	栃木	18:00～23:00	18:00～23:00	看護師対応
10	群馬	18:00～翌朝8:00	9:00～翌朝8:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			18:00～翌朝8:00	
11	埼玉	19:00～翌朝7:00	9:00～翌朝7:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			19:00～翌朝7:00	
12	千葉	19:00～22:00	19:00～22:00	
13	東京	17:00～22:00	9:00～17:00	
14	神奈川	18:00～0:00	18:00～0:00	
15	新潟		19:00～22:00	
16	富山	19:00～翌朝9:00	19:00～翌朝9:00	
17	石川	18:00～翌朝8:00	18:00～翌朝8:00	
18	福井	19:00～23:00	9:00～23:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			19:00～23:00	
19	山梨	19:00～翌朝7:00	19:00～翌朝7:00	
20	長野	19:00～23:00	19:00～23:00	
21	岐阜	18:00～翌朝8:00	8:00～翌朝8:00	
22	静岡	18:00～翌朝8:00	18:00～翌朝8:00	
23	愛知	19:00～23:00	19:00～23:00	
24	三重	19:30～翌朝7:00	19:30～翌朝7:00	
25	滋賀	18:00～翌朝8:00	9:00～翌朝8:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			18:00～翌朝8:00	

都道府県		実施時間帯		備考
		平日 (月～金)	休日 (土曜日含む)	
26	京都	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			15:00～翌朝8:00	
27	大阪	20:00～翌朝8:00	20:00～翌朝8:00	
28	兵庫	18:00～0:00	9:00～0:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			18:00～0:00	
29	奈良	18:00～翌朝8:00	8:00～翌朝8:00	「休日（土曜日含む）」欄の下段は土曜日の実施時間
			13:00～翌朝8:00	
30	和歌山	19:00～23:00	19:00～23:00	
31	鳥取	19:00～23:00	9:00～23:00	
32	島根	19:00～23:00	9:00～23:00	
33	岡山	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
34	広島	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
35	山口	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
36	徳島	18:00～翌朝8:00	18:00～翌朝8:00	
37	香川	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
38	愛媛	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
39	高知	20:00～翌朝1:00	20:00～翌朝1:00	
40	福岡	19:00～翌朝7:00	19:00～翌朝7:00	
41	佐賀	19:00～23:00	19:00～23:00	
42	長崎	19:00～翌朝8:00	19:00～翌朝8:00	
43	熊本	19:00～0:00	19:00～0:00	
44	大分	19:00～翌朝8:00	9:00～17:00	「休日（土曜日含む）」欄の上段は日曜日及び祝日、下段は土曜日の実施時間
			19:00～翌朝8:00	
19:00～翌朝8:00				
45	宮崎	19:00～23:00	19:00～23:00	
46	鹿児島	19:00～23:00	19:00～23:00	
47	沖縄	19:00～23:00	19:00～23:00	

(平成 26 年 10 月 31 日現在)

## ◎小児救急医療体制の検討に係るワーキンググループについて

### 趣旨

小児救急医療に経験・知識が豊富な医師の参加のもと、小児救命救急センターの設置等、良質かつ適切な小児救急医療を広域的に提供するための体制について協議する。

### 協議事項

- ・小児救命救急センター設置基準の検討
- ・中期的な小児救急医療体制の検討

### 構成員

猪股弘明 千葉県小児科医会長  
北村伸哉 君津中央病院救命救急センター長  
下条直樹 千葉大学大学院小児病態学教授  
伊達裕昭 千葉県こども病院長(座長)  
李 笑求 千葉県医師会理事(救急担当)  
(敬称略 50音順)

### 開催日時

#### 第1回

日時：平成26年7月8日(火)19:00～20:50

場所：千葉県庁本庁舎5階大会議室

議題：座長の選出

ワーキンググループの検討課題(案)について

「千葉県小児救急医療の現状と課題」について

「千葉県小児救命救急センター指定基準」の作成について

#### 第2回

日時：平成26年8月1日(金)19:00～20:45

場所：千葉県庁本庁舎5階大会議室

議題：「(仮称)小児救急医療体制に係る提言書(構成案)」について

「千葉県小児救命救急センター指定基準」について

#### 第3回

日時：平成26年11月25日(火)19:00～

場所：千葉県庁本庁舎5階大会議室

議題：「小児救急医療体制に係る提言書(案)」について

## ちば救急医療ネットの更新方針について（案）

平成24年3月1日から運用する、現在のちば救急医療ネットの運用保守委託契約期間は、平成29年2月末までとなっているため、今後、新しいシステムを開発する必要があります。

新しいちば救急医療ネットについては、これまでのシステム改修により、機能の大幅な追加・変更は不要であると思われるが、他システムとのデータ連携や、操作性の向上を目指すこととしたい。

### 1. 他システムとのデータ連携

新しいちば救急医療ネットは、「e-MATCH（千葉市において実証試験中）」や「高機能消防指令センターシステム」等、消防本部等が活用する救急搬送用システムとの連携を前提としたシステム構成としたい。

- ① 救急に係る応需情報については、「e-MATCH」で実装している応需情報と入力する項目を同一のものとし、各システムを相互のデータ連携・同期を行うことで、医療機関側の負担を軽減し、同時に救急隊側の利便性を向上させる。
- ② 各消防指令センターで稼働する「高機能消防指令センターシステム」と、相互のデータ連携・同期を行うことで、救急隊側の利便性を向上させる。

### 2. 操作性の向上

新しいちば救急医療ネットにおいては、医療機関等の負担軽減や入力率の向上等を図り、迅速かつ適切な医療機関への搬送を支援するため、システムの操作性を向上させることとしたい。

- ① メニューの統合等を行うことでシンプルな画面構成とし、スマートフォンやフリンチタブレット端末といった小画面の携帯端末においても、情報のスムーズな入力ができるような画面構成とすることで、医療機関によるリアルタイムの応需情報入力を促し、救急隊の医療機関選定業務を支援する。



**【参考】千葉県広域災害・救急医療情報システム  
(ちば「救急医療ネット」)について**

**1 概要**

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、昭和53年3月に運用を開始、平成17年11月に新システムへ移行。平成24年3月にシステム更新。

**2 提供情報**

(1) 関係者(消防機関、病院及び診療所等)向け情報

①救急医療情報

救急医療機関等が入力した応需情報(受入の可否、空床数、実施基準に対応する応需情報等)を消防機関等が検索し、救急患者の搬送先医療機関を迅速かつ適切に決定するための情報提供

②広域災害救急医療情報

災害発生時における診療可否・医療スタッフ提供情報・医薬品備蓄状況などの被災地内の医療機関等への支援を行うための情報提供

厚生労働省が運用するシステムを介して各都道府県からも閲覧が可能

③周産期医療情報

産科患者、未熟児・新生児患者の応需に関する情報提供

④小児救命集中治療ネットワーク

重症小児救急患者に関する対応した応需情報及び疾患データベース機能

(2) 一般県民向け情報

①当番医、夜休診情報

在宅当番医療機関、夜間等の急病診療所情報の提供

**3 応需情報入力医療機関数及び入力率(平成25年度)**

入力率は全応需情報入力医療機関が1日2回入力した場合を100%として集計

医療機関数	173機関	応需情報入力率	70.9%
-------	-------	---------	-------

(参考)入力回数別割合 2回以上入力15.1%、1回以上入力74.3%、1回未満入力25.7%

**4 消防機関による応需情報閲覧件数**

H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度
46,536件 (127件/日)	44,674件 (122件/日)	53,745件 (147件/日)	40,701件 (111件/日)	48,635件 (133件/日)	58,845件 (160件/日)	37,782件 (103件/日)	34,964件 (95件/日)

※消防1機関あたりの1日平均照会件数 3.1件(平成25年度)

(参考)

- ・ 応需情報は、原則として救急医療機関等が毎日朝、夕の2回に情報を入力
- ・ 消防機関は、応需モニターで応需情報の閲覧が可能  
(応需モニターは、表示する地域や医療機関を任意に設定することが可能)

## 千葉県災害医療救護計画の策定について

平成 27 年 1 月 21 日

医療整備課

### 1 概要

県では、大規模災害発生時において、県庁内に災害医療本部、各地域においては、合同救護本部または市救護本部を設置し、医療救護活動に係る総合調整を行うこととした（平成 24 年 9 月 13 日開催の本会（当時 県救急・災害医療連絡協議会）にて了承）。

今年度については、関係団体（機関）の代表者と協議するため会議を開催し、各関係機関の役割や具体的な手順、平常時からの準備などについて定めた「千葉県災害医療救護計画」（各種マニュアル、ガイドラインを含む）を計画の素案を策定したところである。

今般、関係機関への意見照会を実施し、計画本文の案について概ね決定したので報告する。

### 2 策定スケジュール

時期	作業等
26 年 7 月	関係者会議の開催（11 月 13 日まで 4 回開催）
8 月	市町村等担当課長会議の開催 … 計画概要の説明
～	
11 月 20 日	災害拠点病院連絡会議の開催 … 計画素案の説明
11 月下旬～12 月下旬	関係機関への意見照会
27 年 1 月 21 日	千葉県救急・災害医療審議会への報告
1 月下旬	計画案の作成
2 月上旬～3 月上旬	パブリックコメントの実施（標準 1 カ月） 【2 月県議会 2/13～3/13】
3 月末	計画決定 … 議会終了後

### 3 策定する計画等

(1) 千葉県災害医療救護計画（計画本文）…別添

(2) 千葉県災害医療救護計画（マニュアル・ガイドライン編）

- 災害医療本部活動マニュアル
- 市町村救護本部
- ちば救急医療ネット等活用マニュアル
- トリアージ及び応急救護
- 災害医療協力病院等における災害時対応ガイドライン
- 千葉県 D M A T 運用マニュアル
- 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン
- S C U 活動マニュアル
- 合同救護本部活動マニュアル
- 災害時健康福祉部情報処理マニュアル
- 救護所の設置・運営ガイドライン
- 傷病者搬送ガイドライン
- 災害拠点病院における災害時対応ガイドライン
- 災害時における遺体の仮安置、搬送検案ガイドライン
- 医薬品の確保と供給マニュアル

以上 15 種類

# 千葉県災害医療救護計画（案）の概要

## 1 作成の目的

首都直下地震等の大規模な自然災害などが発生した場合に、県民の生命と健康を守るためには、医療救護活動の基本的な手順を定め、平時から発生に備えておく必要があります。

この計画は、災害対策基本法の規定によって定めた「千葉県地域防災計画」のうちの医療救護活動に関わる個別計画として、また医療法の規定により定めた「千葉県保健医療計画」のうちの災害時における医療の実施計画として、県内の医療救護体制の整備を進めるため策定するものです。

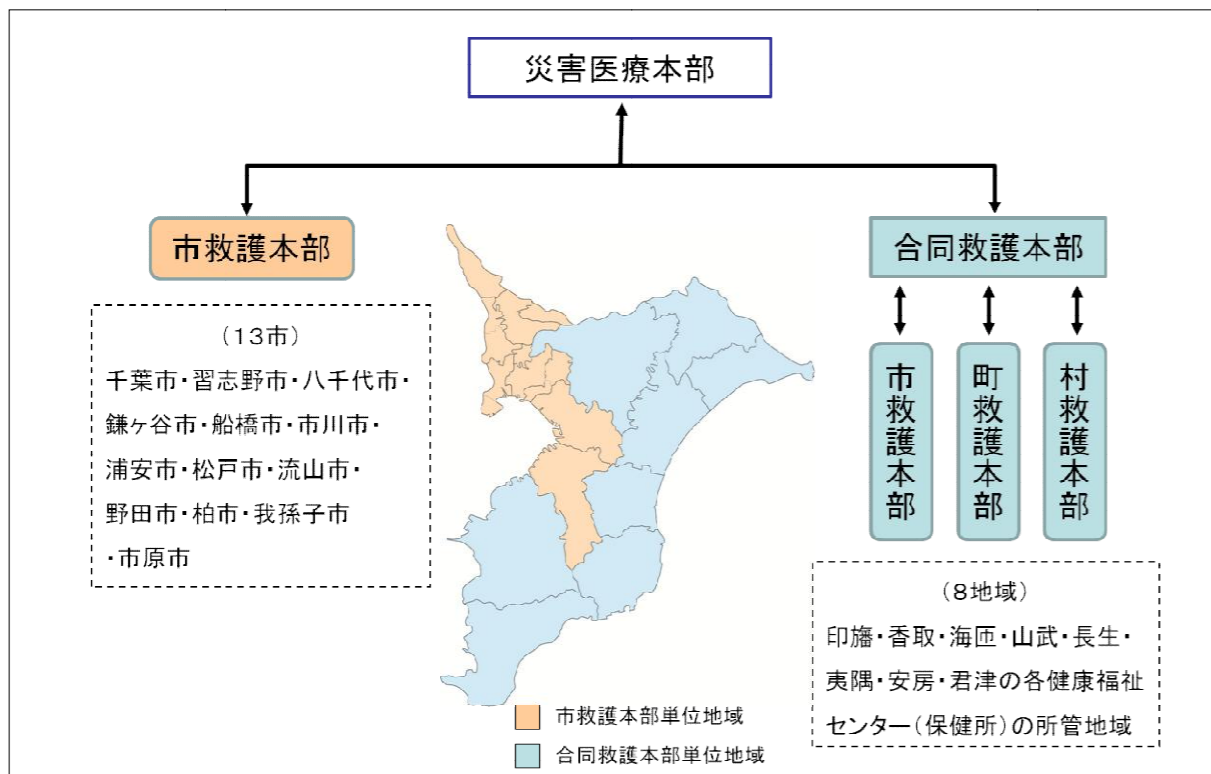
## 2 発災時の主な活動

### (1) 指揮と調整

大規模災害発生時には県庁内に千葉県災害医療本部を設置し、災害医療コーディネーターの助言と調整のもとで、県全体の医療救護活動の指揮と調整を行います。

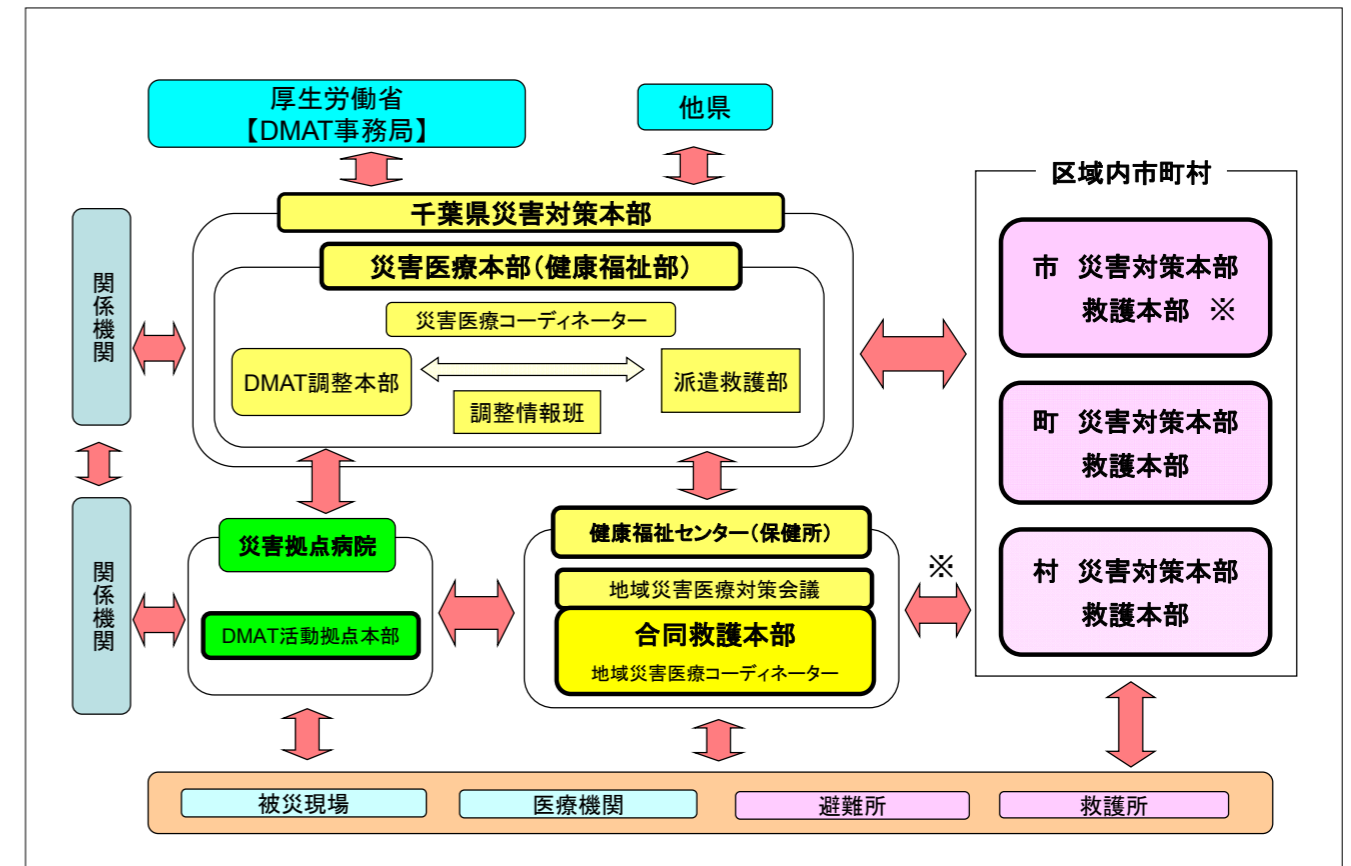
また、県内を千葉・東葛飾・市原地区の13市とそれ以外の8地域（健康福祉センター単位）に分け、13市では各市が救護本部を、8地域では健康福祉センター管内ごとに県が合同救護本部を、それぞれ設置し、地域災害医療コーディネーターの助言と調整のもとで、災害医療本部や管内市町村救護本部と連携し、地域の医療救護活動の指揮と調整を行います。

### 医療救護活動に関する県と地域との指揮・調整体制



## 千葉県災害医療本部と市町村、関係機関等との連携体制

※13市の区域では、「災害医療本部」と「各市の救護本部」が直接連携を図る。



### (2) 期間ごとの対応

救護活動では実際の災害の状況に応じた臨機応変な対応が求められますが、基本的には、災害発生直後から地域医療の復旧に至るまでの間を5つの期間に分け、それぞれの期間で予想される保健医療のニーズに応じた活動を行うものとします。

### 各期間の主な医療救護活動

呼称	期間（目安）	主な医療救護活動（この時期に特徴的なもの）
発災期	発災直後 ～数時間	人命救助、被害の全容把握など
超急性期	数時間 ～3日	DMAT（災害派遣医療チーム）等による救命医療、捜索活動など
急性期	3日 ～1週間	医療チームの巡回診療、ボランティア等による避難所の支援、検死など
移行期	1週間 ～1カ月	避難生活における感染症予防や健康維持、地域医療の復旧準備
復旧期	1カ月以降	救護所などの規模縮小、地域医療機能の回復

### (3) 主体別の医療救護活動

#### ① 市町村

- ・救護本部(医療救護を担当する部署)を設置し、13市においては地域災害医療コーディネーターを配置する。
- ・管内の医療機関の被害状況、医療ニーズ等の情報を収集・分析し、医療救護活動を実施する。
- ・救護所を設置し、トリアージや応急処置を実施する。
- ・避難所等で巡回診療や健康維持のための活動を実施する。
- ・移動手段を確保できない負傷者等の搬送に努める。
- ・遺体の仮安置を行うとともに、警察が行う検視、身元調査などに協力する。

#### ② 県

- ・県庁内に災害医療本部を設置し、8地域には必要に応じて合同救護本部を設置する。
- ・災害医療本部に災害医療コーディネーターを、合同救護本部には地域災害医療コーディネーターを配置し、効率的な活動を行う。
- ・DMAT等の医療チームを派遣し、救命医療や巡回診療等による地域医療の補完活動を実施する。
- ・広域的な患者搬送の調整、他県や国への支援要請などを実施する。
- ・市町村と連携し、避難所等で健康維持のための活動を実施する。
- ・市町村や医療機関等からの求めに応じて、医薬品等の確保と供給に努める。

#### ③ 医療機関

- ・患者と職員の安全確認、施設の被害状況、二次被害の危険性などを確認し、傷病者の応急対応を行う。
- ・患者の受け入れの可否など、地域や広域の医療救護活動に必要な情報の発信に努める。
- ・災害医療協力病院(二次救急医療機関)は、中等症者を中心とした患者の受入れや重症者の応急処置等を行う。
- ・災害拠点病院は、重症者の受入れや広域搬送の実施、DMATの受入れ及び派遣等を行う。

#### ④ 医療チーム

- ・医療チームは、DMAT、CLDMAT(Chiba Limited DMAT)、日赤救護班、日本医師会災害医療チーム、大学病院・国立病院機構・自治体病院の救護班、その他関係団体によるチームなどが想定される。
- ・医療チームの受入れや活動先の調整は、災害医療本部、合同救護本部、13市救護本部が調整するが、DMATは災害医療本部内のDMAT調整本部が調整する。
- ・県外から支援に来る医療チームの参集には、広域災害医療拠点などを活用する。

### (4) 活動における基本的事項

#### ① 情報処理

- ・発災時には、「傷病者の発生状況」「医療施設・診療機能の被害状況」「救護所等の設置状況」「医薬品等の需給状況」「傷病者搬送のための交通状況」などの情報を優先して把握する。
- ・情報伝達手段の複数確保及び関係機関での情報共有に努める。
- ・災害医療本部や合同救護本部、市町村救護本部等は、県民が必要とする情報の発信に努める。

#### ② 医療搬送

- ・傷病者の搬送にあたっては、市町村や県が、医療機関や消防・警察などの防災関係機関、民間輸送事業者等とも連携し実施する。県民も可能な範囲で協力する。
- ・重症者が多数発生するなど、被災地域やその周辺地域での対応が困難な場合には、航空機等も活用して、遠隔地の医療機関への搬送を実施する。

#### ③ 医薬品、医療資機材及び血液製剤の確保

- ・医療機関、市町村、県などは平時から医薬品等の備蓄に努める。
- ・災害時に医薬品等が不足した場合、県は、医薬品等の供給に係わる事業者の協力を得て、その確保と供給に努める。

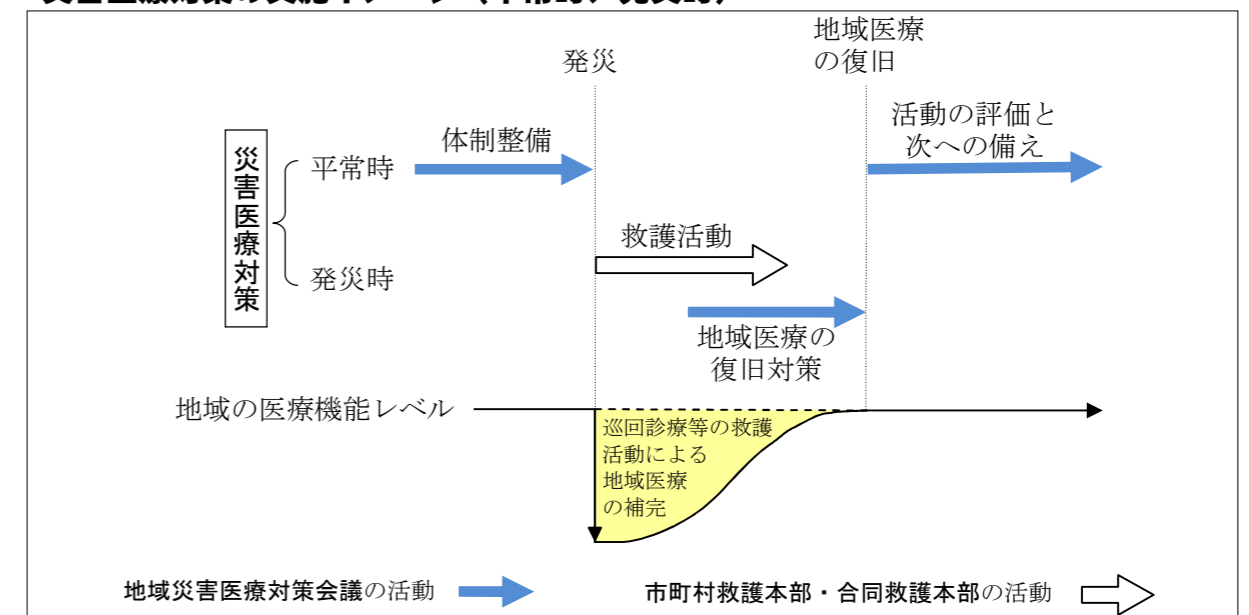
#### ④ 局地災害対応、他都道府県への応援

- ・局地災害の発生においても、被害状況に応じて必要な体制を取るものとする。
- ・他都道府県等から応援要請や患者受入要請があった場合には、必要な支援を行う。

## 3 平時における取り組み

市町村、県、医療機関、関係団体は、平時から地域災害医療対策会議の活動などを通じて相互に連携を図り、研修や訓練に取り組むこととします。また、業務継続計画の作成、災害時通信手段の確保、医薬品や食料等の備蓄などに努めるものとする。

### 災害医療対策の実施イメージ(平常時、発災時)



# 千葉県災害医療救護計画

(素案)

2014年(平成26年)11月  
千葉県健康福祉部



# 目次

## 第1章 総則

第1節	計画の目的と位置づけ	1-1-1
第2節	災害医療救護活動の特性と原則	1-1-1
第3節	活動の留意事項	1-1-2
第4節	千葉県災害医療体制整備の基本方針（13市と8地域）	1-1-3
第5節	計画作成の基本的事項	1-1-5

## 第2章 関係者とその役割

第1節	県民の役割	1-2-1
第2節	市町村の役割	1-2-1
第3節	県の役割	1-2-1
第4節	医療機関の役割	1-2-2
第5節	関係団体の役割	1-2-2

## 第3章 体制

第1節	健康福祉部の体制	1-3-1
第2節	災害医療本部	1-3-1
第3節	県と市町村	1-3-2
第4節	8地域における連携体制	1-3-4
第5節	合同救護本部	1-3-4
第6節	13市における連携体制	1-3-5
第7節	13救護本部	1-3-5
第8節	8地域の市・町・村救護本部	1-3-6
第9節	指揮と調整	1-3-6

## 第4章 発災時の時間経過と医療救護活動の変化

第1節	発災後の被災者ニーズと対応	1-4-1
第2節	発災期（発災直後～数時間）	1-4-2
第3節	超急性期（発災後数時間～3日）	1-4-3
第4節	急性期（発災後3日～1週間）	1-4-4
第5節	移行期（発災後1週間～1カ月）	1-4-5
第6節	復旧期（発災後1カ月以降）	1-4-6

## 第5章 医療救護活動

第1節	市町村の活動	1-5-1
1	13市の活動	1-5-1
2	8地域の市町村の活動	1-5-1

3	救護所の設置	1-5-2
4	避難所等での医療救護活動	1-5-3
5	仮設の診療所	1-5-3
6	医療救護施設における遺体の取扱い	1-5-3
第2節	県の医療救護活動	1-5-4
1	災害医療本部（健康福祉部）	1-5-4
2	健康福祉センター（保健所）	1-5-5
3	合同救護本部	1-5-5
4	災害医療コーディネーター・地域災害医療コーディネーター	1-5-6
第3節	医療機関の医療救護活動	1-5-7
1	すべての医療機関	1-5-7
2	災害拠点病院	1-5-7
3	災害医療協力病院など	1-5-8
第4節	医療チームの活動	1-5-10
1	医療チーム	1-5-10
2	県外からの医療支援	1-5-10
3	県内の医療支援	1-5-10
4	災害派遣医療チーム（DMAT）	1-5-11
5	CLDMAT（Chiba Limited DMAT）	1-5-11
6	日赤救護班	1-5-11
7	その他の医療救護チーム等	1-5-11
第5節	情報処理	1-5-12
1	災害発生時に把握すべき情報	1-5-12
2	情報伝達手段の確保	1-5-12
3	医療救護に関する情報の共有と発信	1-5-12
第6節	医療搬送	1-5-13
1	傷病者等の搬送の原則	1-5-13
2	地域医療搬送（被災地域内及び周辺地域への搬送）	1-5-13
3	広域医療搬送（遠隔地への搬送）	1-5-14
4	緊急通行車両などの確保	1-5-14
第7節	医薬品、医療資機材及び血液製剤の確保	1-5-14
1	医薬品及び医療資機材の確保と供給	1-5-14
2	血液製剤の確保	1-5-17



第8節	局地災害への対処	1-5-19
1	基本的な考え方	1-5-19
2	初動対応	1-5-19
3	医療救護所等の設置	1-5-20
4	災害発生場所からの搬送	1-5-20
5	医療救護活動の終了	1-5-21
第9節	他都道府県等への応援	1-5-21
1	基本的な考え方	1-5-21
2	対象となる災害	1-5-22
3	初動対応	1-5-22
4	応援派遣及び傷病者の受入れについて	1-5-23
5	費用負担の原則	1-5-23
第6章	平時における取り組み	
第1節	市町村における取り組み	1-6-1
第2節	県における取り組み	1-6-1
第3節	医療機関における取り組み	1-6-1
第4節	関係団体における取り組み	1-6-2

# 第1章 総則

## 第1節 計画の目的と位置づけ

- 1 2011年（平成23年）3月11日に発生した東日本大震災は、マグニチュード9.0という過去最大規模の地震であり、宮城、福島、岩手の東北3県を中心に未曾有の被害が発生しました。本県も、津波や地盤の液状化などにより、県民の生命が失われ、またその財産も大きな被害を受けました。
- 2 過去千葉県に大きな被害をもたらした地震としては、1923年の大正関東地震（関東大震災）や1703年の元禄地震などがありますが、近い将来、本県及びその近接地域を震源とし、本県に大きな影響を及ぼす可能性のある大地震として、東京湾北部地震、千葉県東方沖地震、三浦半島断層群による地震が想定されています。また、震源域は離れているものの、南海トラフで想定される巨大地震が引き起こす地面の揺れや津波は、本県にも大きな被害が及ぶものと予想されています。
- 3 本計画は、予想されるこのような大規模災害から、県民の生命と健康を守るため、「災害対策基本法」の規定により千葉県防災会議が定める「千葉県地域防災計画」のうちの医療救護活動に関わる事項の個別計画として、また、「医療法」の規定により定めた「千葉県保健医療計画（平成25年5月改定）」のうちの「災害時における医療」の実施計画として、県内の医療救護体制を整備することを目的として作成するものです。また併せて、県外における大規模災害発生時の本県の医療救護活動についても計画します。
- 4 本計画は、県民、事業者、自主防災組織、市町村、県などの役割や具体的取組などを定めた「千葉県防災基本条例（平成26年4月1日施行）」の基本理念を踏まえ、不断の見直しを図るものとし、災害発生時においては、本計画に基づいて災害医療救護の具体的な活動を展開するものとします。

## 第2節 災害医療救護活動の特性と原則

- 1 日常診療においては、目の前の患者に対して最善の医療を提供することが、医療者にとっての活動の基本理念です。しかし、大規模な災害発生時には、爆発的な患者の発生と医療機能の低下という、相反する条件下において医療活動をせざるを得ず、一人ひとりへの最善の医療の提供から、最大多数への最善の医療の提供へと、活動理念の切り替えが求められます。
- 2 突発する大規模災害から住民の生命と健康を守るためには体系的、組織的な対応が必要ですが、日常は別々に活動している多くの関係者が一体となり活動することは必ずしも容易ではありません。そのため、効率的で効果的な活動を行うためには、関係者が活動の基本原則を共有することが欠かせません。

- 3 災害に対応する原則としては、「C S C A T T T」と呼ばれる対応項目が提唱されており、医療救護活動においても基本的なコンセプトとされています。このうち、「C S C A」は医療管理項目（medical management）、「T T T」は医療支援項目（medical support）としてそれぞれまとめられますが、大規模災害時には、「T T T」の実践よりも「C S C A」の確立作業を優先することが重要です。本計画は、これらの各項目を具体化することを目標とします。

医療管理項目（medical management）

C : Command & Control	指揮と統制
S : Safety	安全
C : Communication	情報伝達
A : Assessment	評価

医療支援項目（medical support）

T : Triage	トリアージ
T : Treatment	治療
T : Transport	搬送

### 第3節 活動の留意事項

災害時の医療救護活動は、通常の行政事務や医療行為とは大きく異なる状況下で行わざるを得ません。そのため、次のような点に留意する必要があります。

- (1) 安全を確保しながら活動する。

特に被災地内の活動では最優先の事項であり、自らの安全は自らが確保することが原則です。二次被害の発生は救援活動自体に影響を及ぼすことも認識する必要があります。

- (2) 自発的・自立的に活動する。

大規模災害においては、通信機能は大きく障害されます。本庁や上司と連絡がとれず指示が来ない場合であっても、被災者救護のため、組織的な活動を自発的・自立的に速やかに開始しなければなりません。そのためにも、各部署において役割と責任を明確にし、初期活動の具体的計画を策定しておくことが求められます。

- (3) 被災者のニーズを常に考え活動する。

救援活動は、日常業務に比べ著しく不便な中で行うことになります。また、活動者自身が被災者でもあることも多いと思われれます。そのような困難な状況にあっても、特に行政や医療の関係者は、被災者が求めていることを実現する姿勢を持ち続けなければなりません。

- (4) 状況を見極め、臨機応変に活動する。

災害は決して想定通りには起こらず、救援活動も計画通りには実行できないことが予想されます。安全の確保と救護の実効性を考えながら、現場の状況を見

極め、随時活動を見直すことが求められます。

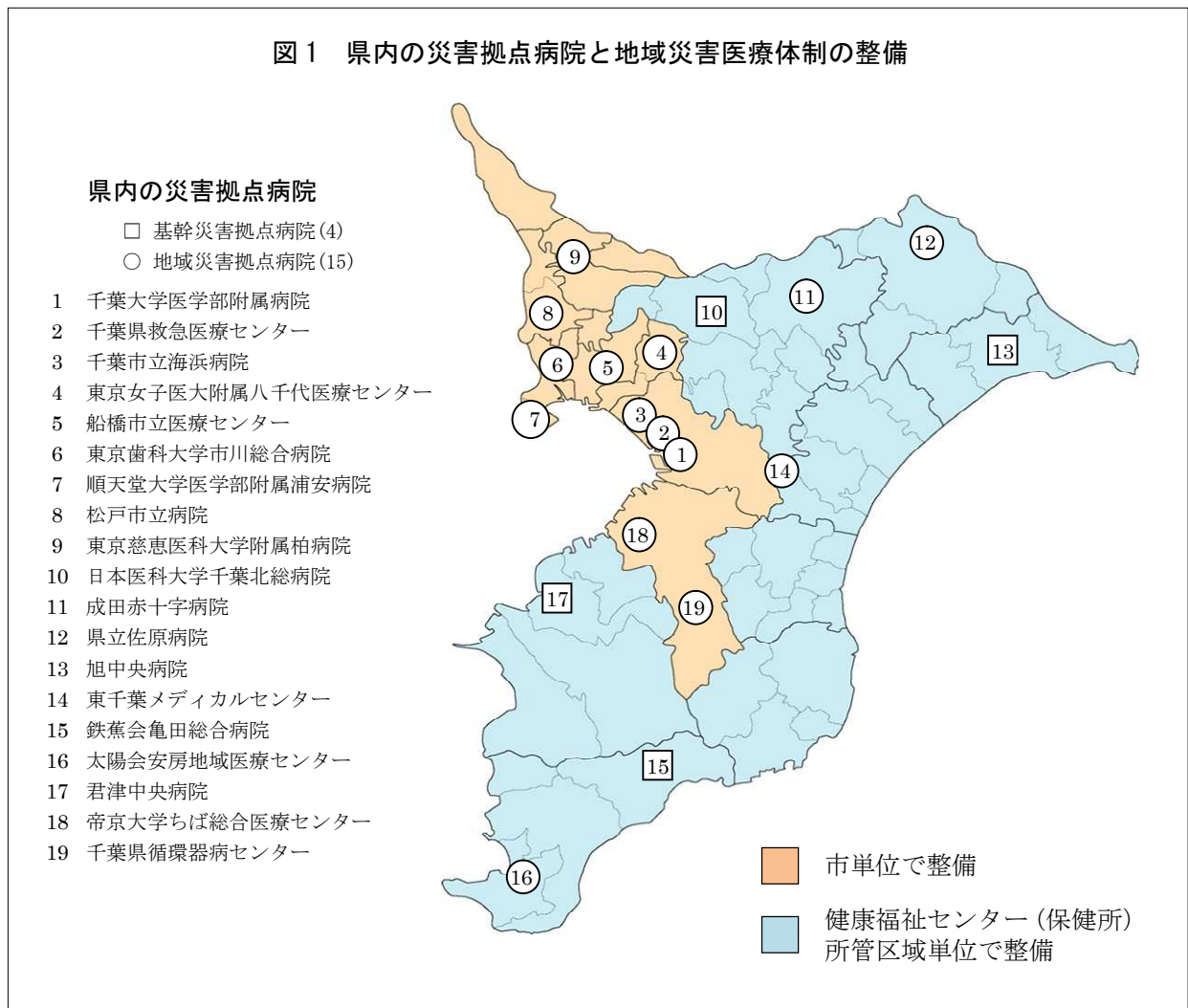
#### 第4節 千葉県の災害医療体制整備の基本方針（13市と8地域）

- 1 災害への備えに限らず、地域の医療体制の整備にあたっては、それぞれの地域の実情を踏まえ、最も有効と思われる実施体制を構築していかなければなりません。本県は、都市部を中心とした地域と郡部地域とでは人口も医療環境も大きく異なることから、県内を以下のように分けた上で、災害時の医療体制を整備することとしました。
  - (1) 政令市である千葉市、中核市である船橋市、柏市、そのほかの東葛南部・北部の9市、及び市原市の計13市については、市が主体となって各市単位で整備していくこととします。
  - (2) 13市以外の印旛・香取・海匠・山武・長生・夷隅・安房・君津の8地域については、各市町村が独自に体制整備を図るとともに、それを補完し強化するために、健康福祉センター（保健所）の所管区域単位で県が中心となって整備していくこととします。
  
- 2 上記のように整備の体制を分ける具体的な理由は次の通りです。
  - (1) 災害時の医療についても第一義的には市町村が整備することが基本であること
  - (2) 災害時は情報伝達や患者搬送等が大幅に困難となることから、できるだけ狭い範囲内で対応が完結できる体制が望ましいこと
  - (3) 救護活動に重要な役割を担うことになる医師会等が都市部では市単位で組織化されていること
  - (4) 個々の救護活動の調整のためには人口規模が過大とならない地域設定が望ましいことこのため、災害拠点病院をはじめとした医療機関の多い13市はこの市の単位で、市の防災計画と一体的に整備を図ることが被災者救護のために有効とされます。
  
- 3 一方で、この13市以外の8地域については、相対的に医療機関も少なく広域的な体制をとらざるを得ないことから、各市町村は、それぞれの防災計画に基づいて独自に整備を図るとともに、県が調整役となって、市町村の枠を超えて広域的に整備していくことが望ましいと考えられます。
  
- 4 そして、これらの各地域における災害医療体制の協議機関として、13市及び8地域ごとに「地域災害医療対策会議」を設置することとします。

表 1 地域災害医療対策会議の概要

		13市	8地域
主催		各市	健康福祉センター（保健所）
構成員		地域医療関係団体の代表者 地域災害医療コーディネーター 防災計画上の主要な医療機関（災害拠点病院等）の代表者 市町村担当者（保健医療及び防災）、健康福祉センター（保健所）長、消防機関・警察の代表者 その他	
	活動	平時 災害医療対策の整備に関する事項の検討 地域災害医療コーディネーターの選任 活動マニュアルの策定、訓練の計画実施、その他	発災後 地域の救護活動に係る重要事項の決定 地域災害医療コーディネーターの活動支援 その他災害医療の実施に必要な事項

図 1 県内の災害拠点病院と地域災害医療体制の整備



## 第5節 計画作成の基本的事項

本計画作成の前提となる基本的な事項は次の通りです。

### 1 医療救護の対象者

- (1) 災害に起因する負傷者
- (2) 被災又は被災後の環境等に起因し心のケアを必要とする状態にある者
- (3) 災害により医療機関の機能が一部又は全部喪失したことに伴い、適切な受療の機会を失った者
- (4) 災害により在宅での受療が困難となった者

### 2 負傷者等の区分

表2

重症者	救命のため直ちに手術等の治療を必要とする者
中等症者	受療までに多少の時間を要しても生命の危険はないが、早期に治療を受ける必要がある者
軽症者	上記以外の者で医師の診療を必要とする者

### 3 災害医療救護施設

表3

区分	定義と主な機能
災害拠点病院	災害時に重篤患者の救命医療等を行う医療機関で、国が示す基準に従い県が指定 <input type="checkbox"/> 重症者の受入れ <input type="checkbox"/> 広域搬送への対応 <input type="checkbox"/> DMATの派遣、DMAT等医療チームの受入れ
災害医療協力病院	災害時において患者受入を行う医療機関を県独自で位置付け(救急告示病院、輪番制参加病院) <input type="checkbox"/> 中等症者、重症者の受入れ <input type="checkbox"/> 重症者の災害拠点病院への搬送及び広域搬送への対応
救護所	市町村が設置する医療救護活動を行う施設・場所。市町村が協定等を事前に締結することにより災害時に救護活動を行う(医療機関が指定される場合もある) <input type="checkbox"/> トリアージの実施、軽症者の受入れ

### 4 災害医療救護活動の期間の区分

大震災では下記のような時間の経過と状況の推移が想定されますが、区分は目安であり、各区分の期間や状況は災害の規模や種類により変動します。本計画では発災期から移行期までを活動の主な対象期間とします。

表 4

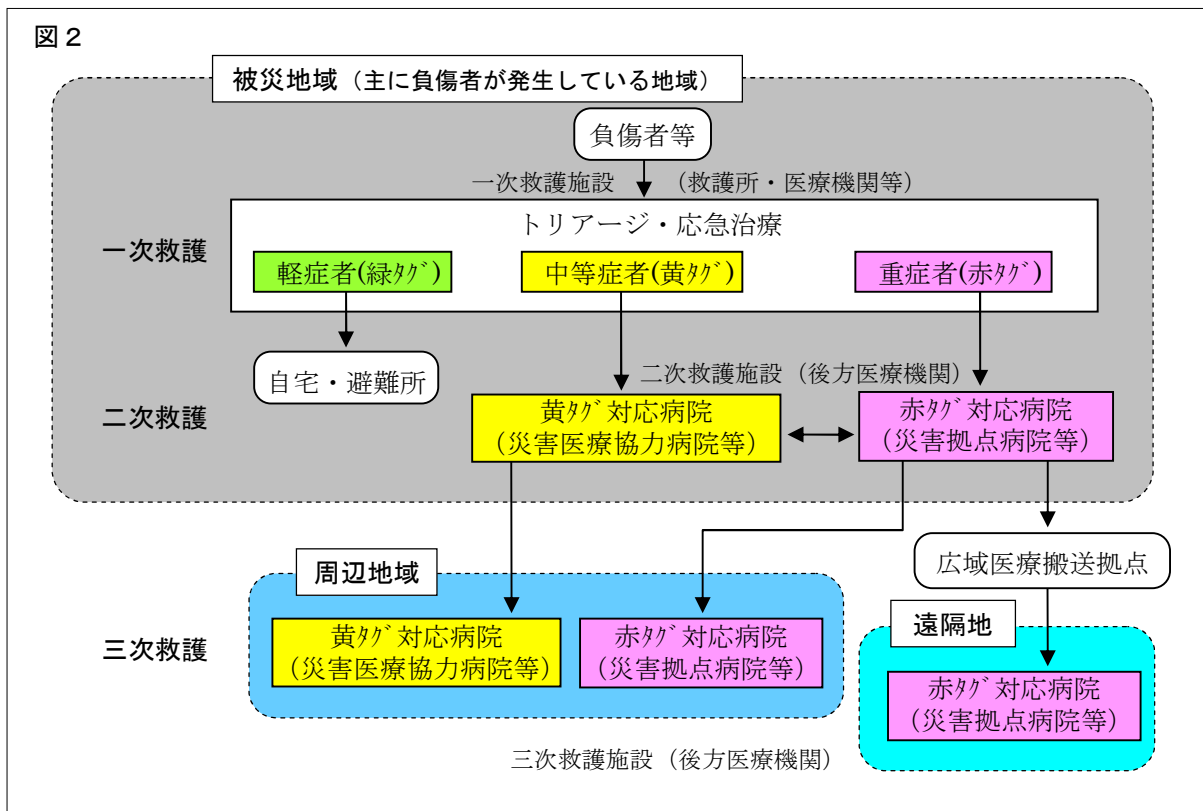
呼称	期 間	保健医療の主な状況
発災期	発災直後～数時間	<input type="checkbox"/> 地域医療機能の大幅低下 <input type="checkbox"/> 負傷者の集中的発生
超急性期	数時間～3日	<input type="checkbox"/> 救援活動の開始～本格化 <input type="checkbox"/> 外傷系患者の集中～漸減
急性期	3日～1週間	<input type="checkbox"/> 慢性疾患患者の悪化 <input type="checkbox"/> 公衆衛生ニーズ（心の健康含む）の増加
移行期	1週間～1カ月	<input type="checkbox"/> 地域医療の補完ニーズの増加
復旧期	1カ月以降	<input type="checkbox"/> 平常時の医療体制への移行 <input type="checkbox"/> 地域医療機能の復旧の進行

## 5 災害医療救護活動の流れ

救護活動の流れを次の三段階に分けて計画します。

表 5

一次救護	被災地域内の救護所や医療施設で、負傷者等に最初に行われるトリアージや応急治療
二次救護	一次救護の結果さらに治療が必要と判断された患者に対し、主に被災地域内の医療機関で実施される医療活動
三次救護	二次救護の結果さらに治療が必要と判断された患者や、二次救護に関わる医療機関の医療機能を維持するために転院が求められた患者に対し、被災地の周辺地域や遠隔地の医療機関で実施される医療活動



## 6 用語

本計画文中では特に断りのない限り、以下のような用語の使い方をします。

- (1) 習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、市川市、浦安市、松戸市、流山市、我孫子市、野田市、市原市 を総称して「10市」とします。
- (2) 千葉市、船橋市、柏市を総称して「3市」とします。
- (3) 上記の10市及び3市を総称して「13市」とします。なお、単に「市町村」と記されている場合は県内のすべての市町村を指すこととします。
- (4) 印旛、香取、海匝、山武、長生、夷隅、安房、君津の各地域を総称して「8地域」とします。
- (5) 医療行為の必要性を伴う救助及び保護の活動を「医療救護活動」とし、「救護活動」も同義とします。



## 第2章 関係者とその役割

大規模災害時の医療活動は、多大な医療需要を、限られた医療資源を使って、困難な環境下で実施しなければなりません。そのため、関係者は自らの役割を自覚し、活動が最大限の効果を発揮するよう相互に協力することが求められます。特に、市町村、県、医療機関、関係団体は、相互に連携のうえ、迅速に医療救護活動を実施する必要があります。また、県民も共助の観点から、可能な範囲で医療救護活動に協力することとします。

### 第1節 県民の役割

- 1 災害に対する危機意識を常に持ち、自らの生命と健康を守るための対策を自発的かつ積極的に行うよう努めることとします。
- 2 災害時に支援を求める必要が生じる場合に備え、自らの健康情報を適確に提供できるよう、日頃より準備に努めることとします。また、自ら健康情報を提供することが困難な者については、その者の保護に責任を有する者が準備に努めることとします。
- 3 発災時においては、自らの安全を確保した上で、医療救護を必要としている者に対して、応急処置や搬送等の支援を可能な範囲で行うよう努めることとします。

### 第2節 市町村の役割

- 1 発災時から地域医療の復旧に至るまで、救護所の設置をはじめとした住民等に対する医療救護活動を行うこととします。
- 2 地域防災計画に基づいて医療救護に関する計画等を定め、災害時の医療救護体制の整備を図ることとします。
- 3 発災時においては医療救護を担当する部署（以下「救護本部」という。）を設置し、県の災害医療本部及び合同救護本部、災害拠点病院等の医療機関、関係団体等と緊密な連携のもとに医療救護活動を実施することとします。
- 4 13市は、地域災害医療コーディネーターを配置し、市内の医療救護活動について調整を行うこととします。また、来援の救護チームを受入れ、市の救護活動と一体的な活動を実施することとします。
- 5 8地域の各健康福祉センター（保健所）所管区域の市町村は、前記1から3の他、県が合同救護本部を設置した場合は、その活動に参加して合同救護本部の業務を担うとともに、近隣市町村と連携した医療救護活動を実施することとします。

### 第3節 県の役割

- 1 市町村による医療救護活動だけでは対応が困難な場合又は活動の強化が必要な場合は、市町村に対し、医療救護活動の応援を行います。
- 2 県内外の関係機関等と適切な医療救護活動の実施のために必要な調整を行います。
- 3 地域防災計画に基づく医療救護に関する計画を作成し、災害時の医療救護体制の整備を図ります。

- 4 発災時においては、県庁に災害医療本部を設置し、別に設置する合同救護本部、市町村の救護本部、災害拠点病院等の医療機関、関係団体等と緊密な連携のもとに医療救護活動を実施します。
- 5 8地域の各健康福祉センター（保健所）所管区域ごとに、必要に応じ合同救護本部を設置し、地域内の災害拠点病院等の医療機関、関係団体等と緊密な連携のもとに医療救護活動を実施します。また、来援の救護チームを受入れ、市町村の救護活動と一体的な活動を実施します。
- 6 災害医療本部に災害医療コーディネーターを、合同救護本部に地域災害医療コーディネーターを配置し、県内全域と地域内の医療救護活動について調整を行います。

#### 第4節 医療機関の役割

- 1 平常時においては、発災時における患者及び職員の安全確保のための計画、並びに来院する負傷者等への対処方法も含めた業務継続計画を策定することとします。
- 2 また、独自に訓練を実施するとともに、地域の訓練等に積極的に参加することとします。
- 3 発災時においては、業務継続計画等を実施するとともに、県、市町村、関係機関等と連携して活動することとします。
- 4 災害拠点病院は、発災時に重症者の受入れや広域搬送への対応、災害派遣医療チーム（以下「DMAT」という。）の受入れ及び派遣を行うなど、災害医療に関して中心的な役割を果たすこととします。また、災害時の対応をより速やかなものとするため、平常時から地域の災害医療体制の整備についても積極的に関与することとします。
- 5 災害医療協力病院などは、発災時に、中等症者を中心とした患者の受入れ、重症者の災害拠点病院等への搬送及び広域搬送などを実施することとします。また、平常時から災害拠点病院等とともに地域の災害医療体制の整備についても積極的に関与することとします。

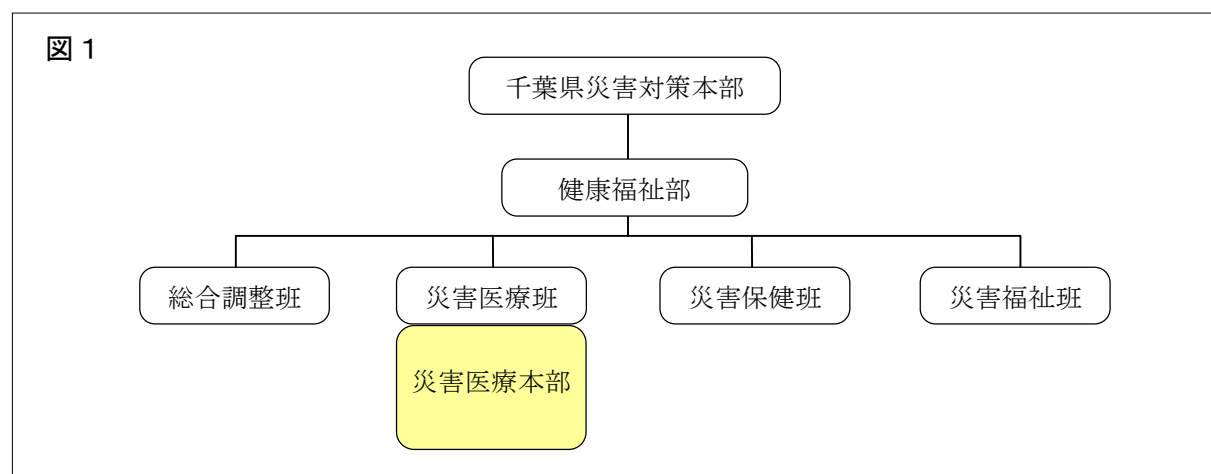
#### 第5節 関係団体の役割

- 1 県及び地域における災害医療救護計画の策定に参加する等、医療救護体制の整備に協力することとします。
- 2 業務継続計画を策定するとともに、所属の各機関に業務継続計画の策定を促すこととします。
- 3 独自に訓練を実施するとともに、地域の訓練等に積極的に参加することとします。
- 4 発災時においては、業務継続計画を実施するとともに、県、市町村、関係機関等と連携して活動することとします。

## 第3章 体制

### 第1節 健康福祉部の体制

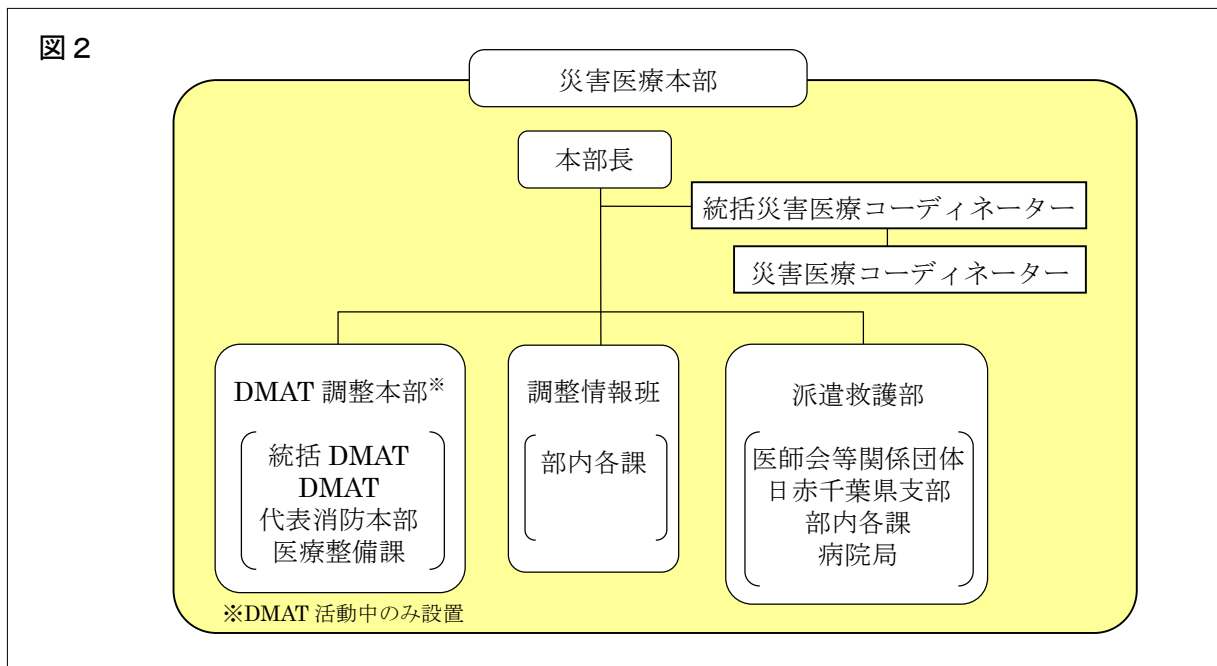
- 1 大規模災害が発生し又は発生するおそれがあり、千葉県災害対策本部が設置された場合、健康福祉部は、必要に応じて総合調整、医療、保健及び福祉の部門ごとに、「総合調整班」、「災害医療班」、「災害保健班」及び「災害福祉班」の4つの班を設置します。各班は、千葉県災害対策本部要綱第十二条に基づき健康福祉部に置く班とします。
- 2 各班を統括するため、「総合調整班」の長には健康福祉政策課長を、「災害医療班」の長には健康危機対策監を、「災害保健班」の長には次長（技術）を、「災害福祉班」の長には次長（事務）を充てます。
- 3 災害医療班は、災害医療コーディネーターやDMAT等の外部の専門家が加わった災害医療本部と一体的な活動を行います。
- 4 部内各課は、通常業務の所掌にかかわらず、別に定める「健康福祉部の災害対策に関する要綱(仮称)」及び「健康福祉部災害対策マニュアル(仮称)」に基づき活動します。



### 第2節 災害医療本部

- 1 健康福祉部長は、知事が千葉県災害対策本部を設置したときは、千葉県内における医療救護活動のための必要性を考慮し、健康福祉部に災害医療本部を設置します。他都道府県への医療救護活動に関する支援のため必要と認める場合等においても、災害医療本部を設置します。
- 2 災害医療本部に本部長及び副本部長を置き、本部長には健康危機対策監を、副本部長には医療整備課長を充てます。
- 3 本部長は、別途知事が委嘱する千葉県災害医療コーディネーターの中から、災害医療本部において医療救護活動の助言及び調整を行う者を定めます。なお、助言及び調整を行う者を複数とするときは、その者の中から統括災害医療コーディネーターを1名定めます。
- 4 災害医療本部に、（1）DMAT調整本部、（2）派遣救護部、（3）調整情報班、の3つの部署を置きます。なお、DMAT調整本部の設置はDMAT活動期間中に限りません。
- 5 DMAT調整本部長は、知事があらかじめ指名した統括DMATの中から災害医療本部

長が任命します。



### 第3節 災害医療対策の実施と県と市町村の連携

- 1 すべての市町村は発災時から地域医療の復旧に至るまで、住民等に対する医療救護活動を行っていく必要がありますが、大規模災害が発生した場合には、広域的な活動調整と支援が必要となってきます。そのため千葉県においては、13市と8地域をこのような場合の広域的な活動調整の単位とし、効率的な救護活動の実施を図ることとします。
- 2 災害医療対策には、平常時における体制の整備と発災時における活動の二つがあります。前者については、平常時より13市と8地域に設置される地域災害医療対策会議において関係者が協議し、計画やマニュアルの策定、訓練の実施など、地域における体制整備を図ることとします。
- 3 発災時においては、傷病者等に対する救命や低下した地域の医療機能の補完のための救護活動を実施するとともに、地域医療の復旧に向けた活動も必要となってきます。このうち、地域医療の復旧対策と復旧までの間の医療体制等については、地域災害医療対策会議における課題となります。
- 4 救護活動については、特に発災後の早期においては、交通や通信の障害などから、関係者が会しての合議による地域の意思決定は困難が予想されます。そのため、個別の活動に関わる決定は13市救護本部と8地域の合同救護本部に委ねることとし、地域災害医療対策会議は、それぞれの救護本部の活動方針をあらかじめ定めておくこととします。そして県は、災害医療本部がこれら救護本部と連携を図ることで、市町村と一体的な活動を実施します。

図3 災害医療対策の実施

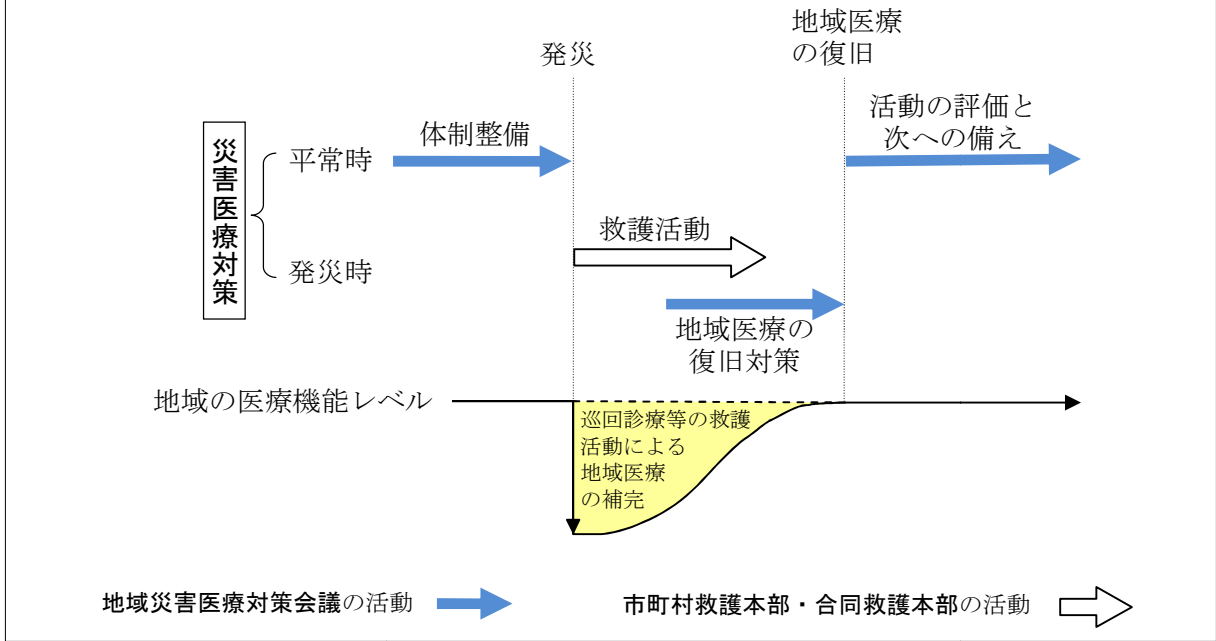
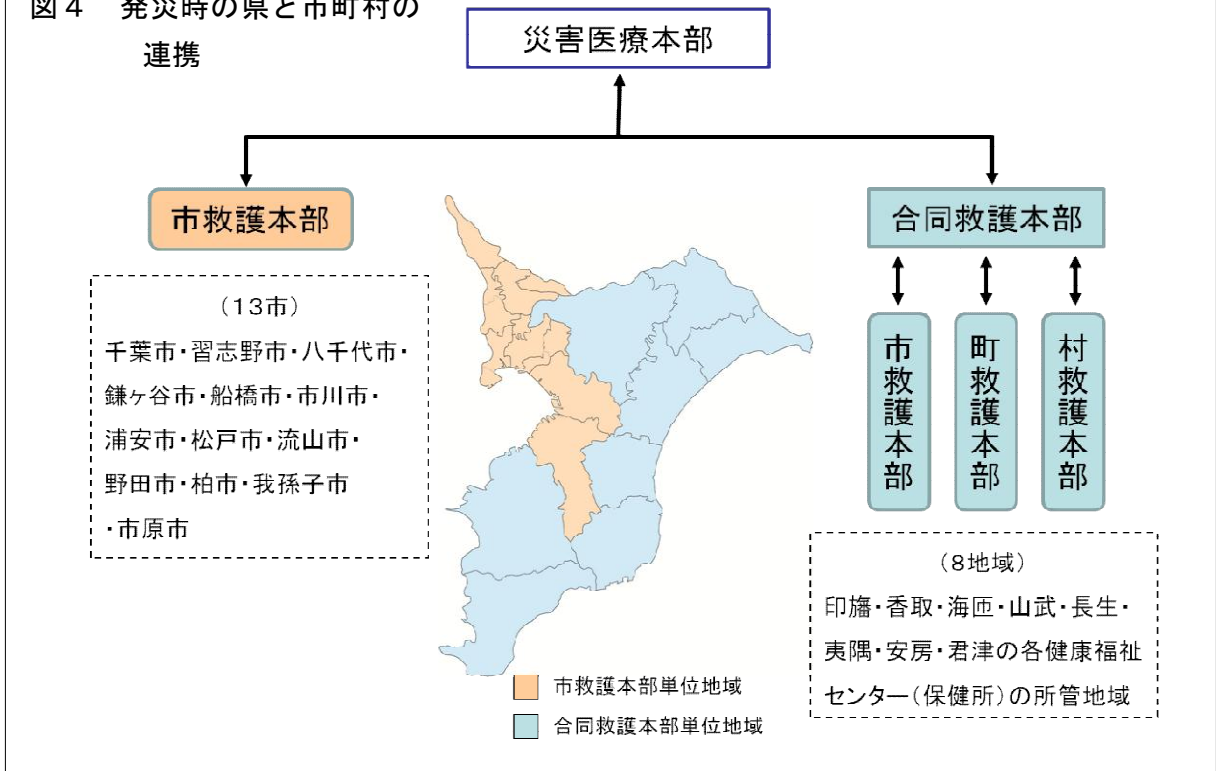
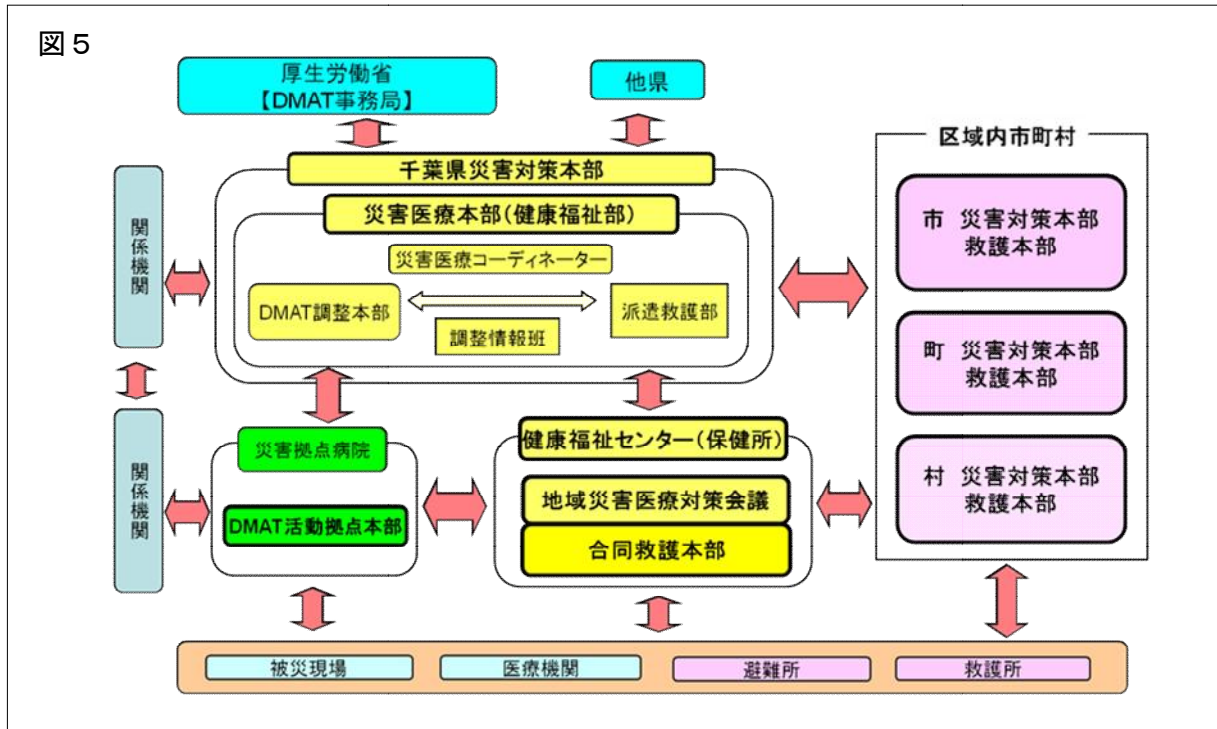


図4 発災時の県と市町村の連携



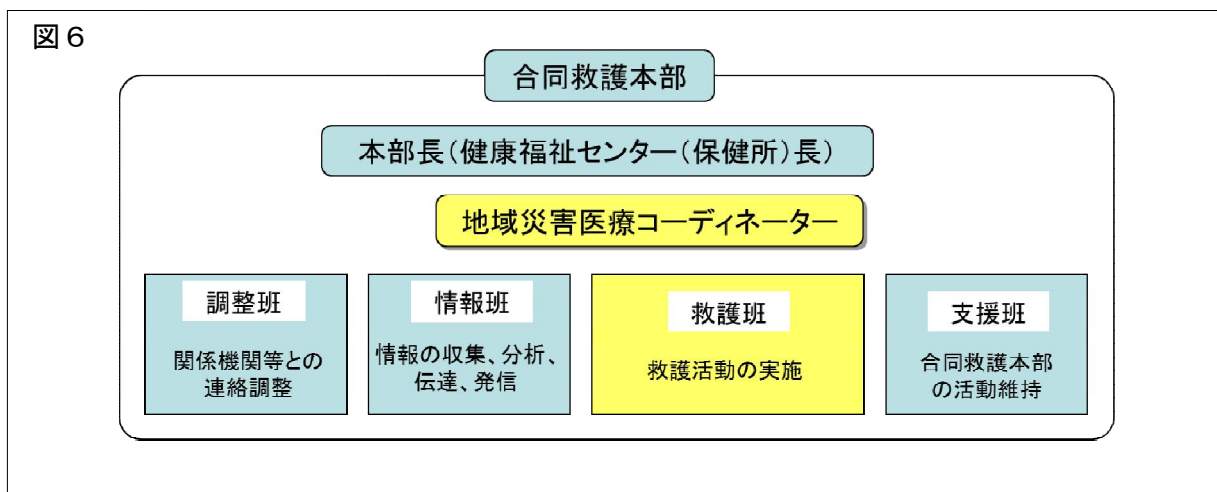
#### 第4節 8 地域における連携体制

8 地域においては、健康福祉部長の指示や健康福祉センター長の判断で合同救護本部を設置します。合同救護本部は地域災害医療コーディネーターの助言と調整により、市町村や県と、DMATをはじめとした来援の救護チーム等とが一体となって救護活動を実施します。



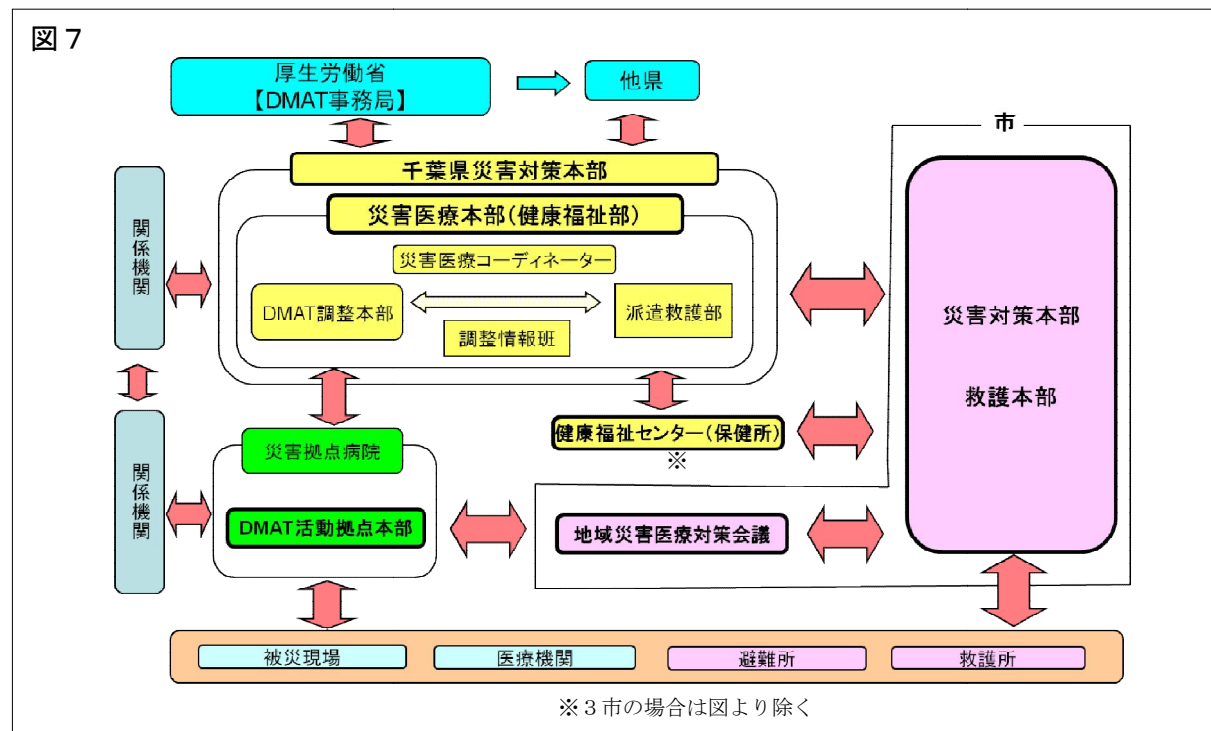
#### 第5節 合同救護本部

合同救護本部の本部長は、当該の地域を所管する健康福祉センター（保健所）長とします。内部に4つの班を設け、地域災害医療コーディネーターの助言と調整により救護活動を実施します。来援の救護チーム等は救護班に属し、県や市町村の救護チーム等と連携した活動を担ってもらいます。



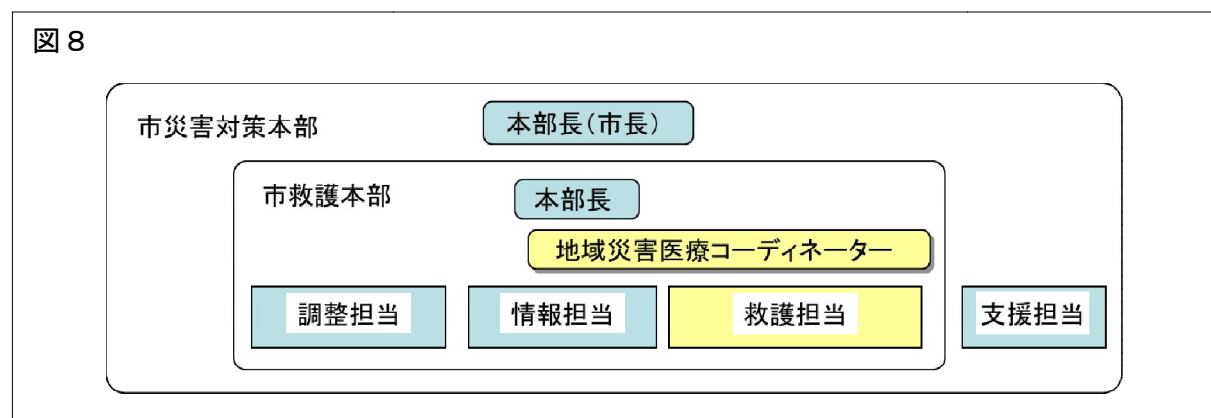
## 第6節 13市における連携体制

- 1 県は、10市に対しては、所管の健康福祉センターが、市救護本部と災害医療本部との連絡調整などのために、職員を派遣するなどの支援を実施します。
- 2 3市に対しては、被災地でない健康福祉センターなどから職員を派遣するなど、状況に応じた連携を実施していきます。



## 第7節 13市救護本部

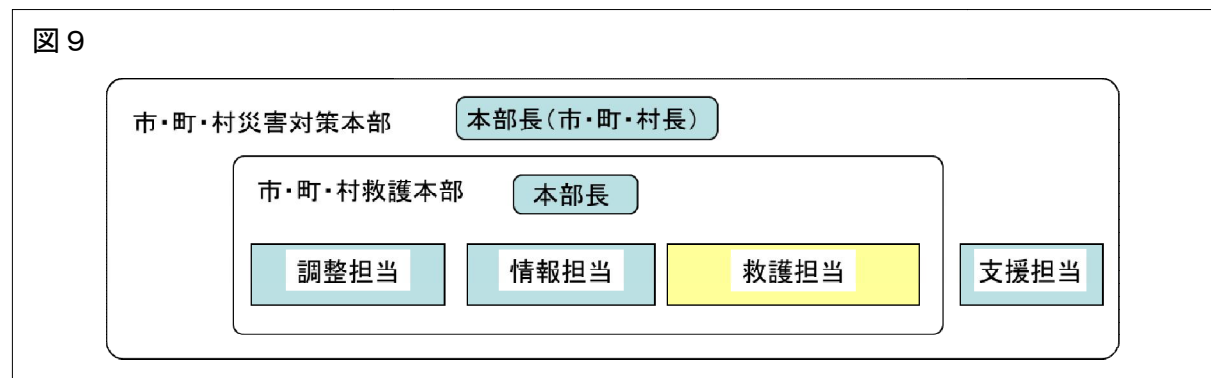
13市の救護本部も合同救護本部と同様な機能が必要となります。内部組織については各市の判断で決めるものですが、13市と県との情報伝達や相互支援などを考慮すると、組織名や分掌する活動については、できるだけ共通化することが効率的な救護活動には必要と考えられます。





## 第8節 8地域の市・町・村救護本部

- 1 8地域の市・町・村救護本部においては、それぞれの地域の合同救護本部などの関係機関と連携し、それぞれの所管地域内の救護活動を行うこととします。
- 2 地域内で救護チームが不足した場合の災害医療本部への派遣要請や他地域から来援した救護チームの市町村間の配置調整などは合同救護本部が行いますので、8地域の市・町・村救護本部の「救護担当」は、来援した救護チームの受入れや救護所・避難所等において救護チームが救護活動を実施するために必要な連絡調整などを行うこととします。



## 第9節 指揮と調整

- 1 県においては災害医療本部を、市町村においては救護本部を設置し、医療救護活動の総合的な指揮と調整を行います。また、県は、8地域の各健康福祉センター（保健所）の所管区域ごとに、必要に応じて合同救護本部を設置し、管内の医療救護活動の指揮と調整を行います。
- 2 災害医療本部長は、健康福祉部長の指示にもとづき、災害医療コーディネーターの助言及び調整を得て、災害医療本部の活動を統括します。
- 3 合同救護本部長は、健康福祉部長または災害医療本部長の指示にもとづき、地域災害医療コーディネーターの助言及び調整を得て、合同救護本部の活動を統括します。
- 4 13市の救護本部長は、市長が任命する地域災害医療コーディネーターの助言及び調整を得て、救護本部の活動を統括することとします。
- 5 8地域の各健康福祉センター（保健所）所管区域の市町村の救護本部長は、必要に応じて、合同救護本部に活動の調整を求めることとします。
- 6 災害医療本部内にDMAT調整本部を置きます。DMAT調整本部長は、千葉県内で活動するDMATの指揮と調整を行うとともに、必要に応じて災害拠点病院等にDMAT活動拠点本部等を設置してDMATを配置し、指揮と調整を行わせます。
- 7 DMAT以外の医療救護班の指揮と調整は、県全域については災害医療本部において、8地域の各健康福祉センター（保健所）所管区域においては合同救護本部において、13市においては市救護本部において、それぞれ行うこととします。

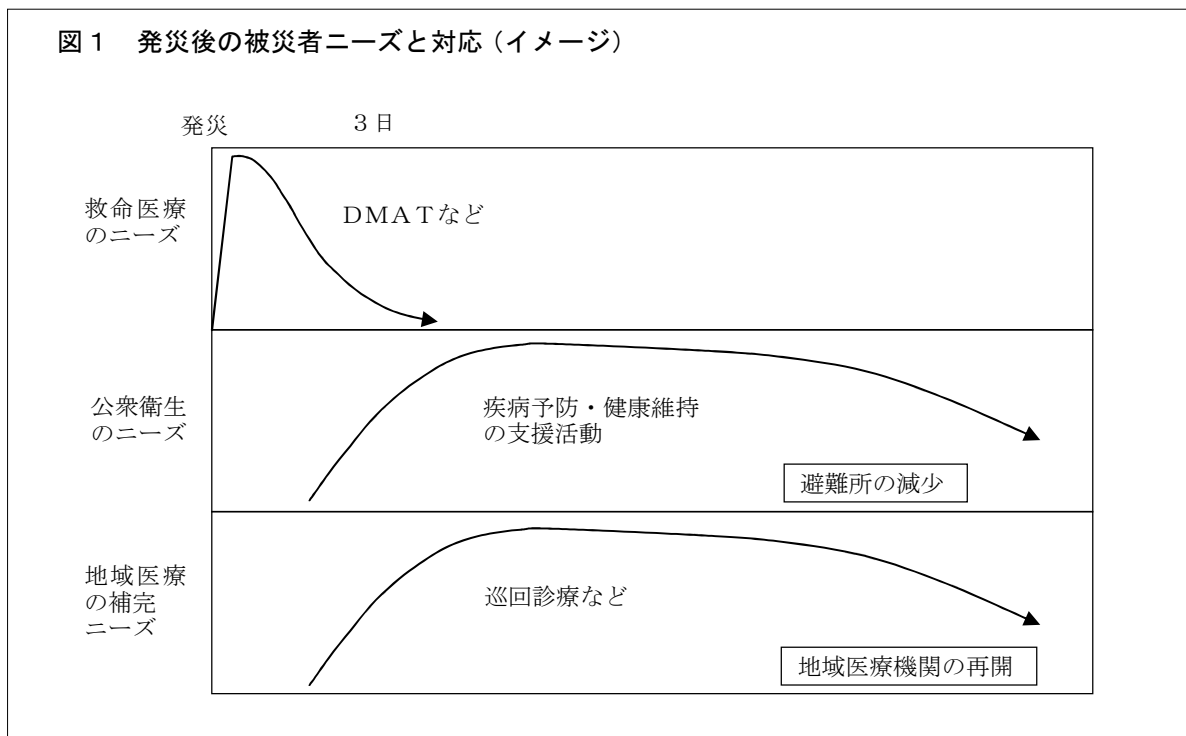


## 第4章 発災後の時間経過と医療救護活動の変化

### 第1節 発災後の被災者ニーズと対応

- 1 災害に伴う被災者のニーズは発災後の時間の経過とともに変化していきます。医療救護も同様で、地震による建物などの倒壊、それに続く火災や津波の襲来といった状況では、発災後の短時間に救命医療のニーズが爆発的に発生します。災害拠点病院やDMATなどは、この時期の救護活動に中心的な役割を果たすことが期待されています。
- 2 災害時の救護活動においては、発災後72時間を過ぎた頃より救命率が急激に低下することが経験されています。一方で、この頃より、過密状態の避難所や孤立した集落などでは、物資の不足やライフラインの途絶などによる生活環境の悪化等が問題となってきます。こうした課題に対する公衆衛生上のニーズは、仮設住宅への入居が始まり、避難所が少なくなってくるまで続くことが予想されますが、これに対しては健康福祉センター（保健所）や市町村の保健担当部署が中心となって、感染症や生活不活発病の防止など、被災者の疾病予防や健康維持のための活動を行っていく必要があります。
- 3 大規模災害では診療所などの地域医療機関が被災し、透析治療や生活習慣病、精神疾患の治療など、日常的な地域医療の機能が大きく損なわれることも予想されます。こういった低下した地域医療の補完を求めるニーズは、発災後数日、公衆衛生ニーズが増加してくると同じ頃より急激に増加してくると思われれます。こういったニーズに対しては、地域の医療機関が一定程度再開されるまでの間、救援の医療チームによる巡回診療や患者の被災地域外への移動などで対応することが求められます。

図1 発災後の被災者ニーズと対応（イメージ）



- 4 このような発災後の時間の経過と被災者ニーズを踏まえ、この計画では、発災直後の救命救助の開始から地域医療の復旧に至るまでの間を、下記の5つの期間（第1章第5節）

に分け、それぞれの時期に対して、予想される保健医療のニーズに応じた活動を行っていくこととします。なお、それぞれの期間の長さや移行のタイミングは、災害の種類や規模によって異なることから、活動にあたっては随時適切な判断が求められます。

呼 称	期 間
発 災 期	発災直後 ～ 数時間
超急性期	数時間 ～ 3日
急性期	3日 ～ 1週間
移行期	1週間 ～ 1カ月
復旧期	1カ月 ～

## 第2節 発災期（発災直後～数時間）

1 地震による地盤の揺れや火災、津波などにより、建物の倒壊、道路の損傷、ライフラインの停止、交通機関のマヒ、通信の途絶などが起こり、死傷者の発生や多数の帰宅困難者の出現が想定されます。人命救助に最優先で取り組むとともに、被害の全容把握を早期に行う必要があります。

2 想定される主な医療ニーズ

- (1) 広範囲で短時間に多数発生する傷病者の治療
- (2) 避難所や救護所に殺到する軽症者への対応
- (3) 建物や道路の倒壊・延焼、落下物、津波などで発生する死傷者への対応
- (4) 市中における人工呼吸器装着患者の安全確保

3 主体別の主な対応

主体	主な対応（医療救護活動）
県（本庁）	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 災害対策本部、災害医療本部（DMA T調整本部、派遣調整部、調整情報班）の設置</li> <li><input type="checkbox"/> 災害医療コーディネーター、総括DMA T、災害医療本部メンバーの参集</li> <li><input type="checkbox"/> 被害状況の把握、医療機関の状況把握（ちば救急医療ネット、EMIS等）</li> <li><input type="checkbox"/> DMA T調整本部による県内外DMA Tの受入・派遣調整</li> <li><input type="checkbox"/> 県内DMA T等に派遣・待機を要請</li> <li><input type="checkbox"/> SCUの設置（準備）</li> <li><input type="checkbox"/> 国、九都県市、自衛隊等に派遣要請</li> </ul>
県 （健康福祉センター等）	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 合同救護本部の設置（8地域）</li> <li><input type="checkbox"/> 管内の被害状況、医療機関の状況把握</li> <li><input type="checkbox"/> 市救護本部の支援（10市又は13市）</li> <li><input type="checkbox"/> 災害医療本部へ現状報告</li> </ul>

市町村	<input type="checkbox"/> 災害対策本部、救護本部の設置 <input type="checkbox"/> 医療チームの編成 <input type="checkbox"/> 救護所、避難所等の開設（準備） <input type="checkbox"/> 消防機関による搜索、救助、搬送 <input type="checkbox"/> 避難行動要支援者、在宅要医療者の避難誘導
災害拠点病院等	<input type="checkbox"/> 病院内の被害状況把握とちば救急医療ネット等による県への報告 <input type="checkbox"/> 患者の受入可能数把握と受入（準備） <input type="checkbox"/> 重症者の受入（災害拠点病院など） <input type="checkbox"/> DMA T等の待機または派遣命令 <input type="checkbox"/> 県外DMA Tの受入（準備） <input type="checkbox"/> トリアージ、治療等
関係機関	<input type="checkbox"/> 救護所、避難所の支援（準備） <input type="checkbox"/> 医療（保健）チームの派遣準備

### 第3節 超急性期（発災後数時間～3日（72時間））

1 救急搬送や物資輸送（食料、医薬品など）が困難な一方で、DMA T活動の本格化が想定されます。死者・行方不明者の搜索、避難所生活者の増大への対応、ライフラインの仮復旧、緊急輸送ルートの確保などを早急に行う必要があります。

2 想定される主な医療ニーズ

- (1) 救助された外傷系傷病者の医療機関への搬送と治療
- (2) 入院患者数の増大と被災地外への転院、搬送
- (3) 検死と遺体の安置
- (4) 透析施設の確保

3 主体別の主な対応

主体	主な対応（医療救護活動）
県（本庁）	<input type="checkbox"/> 災害対策本部、災害医療本部の活動 <input type="checkbox"/> 被害状況の把握、医療機関の状況把握 <input type="checkbox"/> DMA T調整本部による県内外DMA Tの受入・派遣調整 <input type="checkbox"/> 地域医療搬送の支援 <input type="checkbox"/> 医療救護班の派遣（関係機関への要請） <input type="checkbox"/> SCUの設置・運営 <input type="checkbox"/> 保健活動班の派遣準備（関係機関への要請）
県 （健康福祉センター等）	<input type="checkbox"/> 合同救護本部の活動 <input type="checkbox"/> 管内の被害状況、医療機関の状況把握 <input type="checkbox"/> 市救護本部の支援（10市又は13市） <input type="checkbox"/> 災害医療本部へ現状報告、医療救護班の派遣要請 <input type="checkbox"/> 搬送調整の支援、災害医療本部へ搬送調整の要請

	<input type="checkbox"/> 管内の関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 管内における公衆衛生ニーズの把握・支援
市町村	<input type="checkbox"/> 災害対策本部、救護本部の活動 <input type="checkbox"/> 医療チームの派遣 <input type="checkbox"/> 救護所、避難所等の運営 <input type="checkbox"/> 消防機関による捜索、救助、搬送 <input type="checkbox"/> 搬送調整の支援、合同救護本部・災害医療本部へ搬送調整の要請 <input type="checkbox"/> 避難行動要支援者、在宅要医療者の避難誘導 <input type="checkbox"/> 遺体の収容、安置
災害拠点病院等	<input type="checkbox"/> 病院内の被害状況把握とちば救急医療ネット等による県への報告 <input type="checkbox"/> 重症者の受入（災害拠点病院など） <input type="checkbox"/> 患者の受入、トリアージ、治療等 <input type="checkbox"/> DMAT等の派遣、受入 <input type="checkbox"/> 重症者等の地域及び広域搬送 <input type="checkbox"/> 医薬品、食料、燃料等の調達 <input type="checkbox"/> 病院避難
関係機関	<input type="checkbox"/> 救護所、避難所の支援 <input type="checkbox"/> 医療（保健）チームの派遣準備 <input type="checkbox"/> 検案医による遺体の検死、身元確認の支援

#### 第4節 急性期（発災後3日～1週間）

- 1 救急搬送や物資輸送（食料、医薬品など）は一定水準確保され、DMATから医療救護班（JMATなど）への引き継ぎが行われる一方、避難所等の生活環境の悪化が懸念されます。死者・行方不明者の捜索が継続的に行われ、医療ボランティア等の受入など、援助活動が本格化します。
- 2 想定される主な医療ニーズ
  - (1) 遺体発見数の増加への対応
  - (2) 慢性疾患患者の病状悪化と内因性疾患の増加への対応（外傷系の患者は通減）
  - (3) 避難所等への巡回診療、拡大する公衆衛生ニーズへの対応

#### 3 主体別の主な対応

主体	主な対応（医療救護活動）
県（本庁）	<input type="checkbox"/> 災害対策本部、災害医療本部の活動 <input type="checkbox"/> 被害状況の把握、医療機関の状況把握 <input type="checkbox"/> DMAT調整本部によるDMATの撤収・医療救護班への引き継ぎ（準備） <input type="checkbox"/> 医療救護班の派遣（関係機関への要請） <input type="checkbox"/> 保健活動班の派遣（関係機関への要請）

	<input type="checkbox"/> 医療ボランティア等の受入
県 (健康福祉センター等)	<input type="checkbox"/> 合同救護本部の活動 <input type="checkbox"/> 管内の被害状況、医療機関の状況把握 <input type="checkbox"/> 市救護本部の支援 (10市又は13市) <input type="checkbox"/> 災害医療本部へ現状報告、医療救護班の派遣要請 <input type="checkbox"/> 管内の関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 管内における公衆衛生ニーズに応じた支援
市町村	<input type="checkbox"/> 災害対策本部、救護本部の活動 <input type="checkbox"/> 医療チームの派遣 <input type="checkbox"/> 救護所、避難所等の運営 <input type="checkbox"/> 消防機関による捜索、救助、搬送 <input type="checkbox"/> 遺体の収容、安置
災害拠点病院等	<input type="checkbox"/> 病院内の被害状況把握とちば救急医療ネット等による県への報告 <input type="checkbox"/> 患者の受入、トリアージ、治療等 <input type="checkbox"/> DMAT等の撤収、医療救護班への引き継ぎ <input type="checkbox"/> 在宅被災者や避難所等への巡回診療支援 <input type="checkbox"/> 医薬品、食料、燃料等の調達
関係機関	<input type="checkbox"/> 救護所、避難所の支援 <input type="checkbox"/> 医療(保健)チームの派遣 <input type="checkbox"/> 検案医による遺体の検死、医師・歯科医師による遺体の身元調査

## 第5節 移行期(発災後1週間~1カ月)

- 1 避難生活の長期化によるニーズの多様化、QOLの低下、被災地外から多数の医療救護班が参集、がれきの撤去作業など、復旧に向けての動きが本格化してきます。被災した医療機関も診療を再開し始めます。
- 2 想定される主な医療ニーズ
  - (1) 避難者やかかりつけ医療機関を失った患者の慢性疾患対策
  - (2) 栄養不良者の増加への対応
  - (3) 感染症のリスク、生活不活性病やストレスの増加への対応(避難所生活者数がピークとなる。)

### 3 主体別の主な対応

主体	主な対応(医療救護活動)
県(本庁)	<input type="checkbox"/> 災害対策本部、災害医療本部の活動(終了準備) <input type="checkbox"/> 被害状況の把握、医療機関の状況把握 <input type="checkbox"/> 医療救護班の派遣(関係機関への要請) <input type="checkbox"/> 保健活動班の派遣(関係機関への要請) <input type="checkbox"/> 医療ボランティア等の受入

県 (健康福祉センター等)	<input type="checkbox"/> 合同救護本部の活動（終了準備） <input type="checkbox"/> 管内の被害状況、医療機関の状況把握 <input type="checkbox"/> 災害医療本部へ現状報告、医療救護班の派遣要請 <input type="checkbox"/> 管内の関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 管内における公衆衛生ニーズに応じた支援
市町村	<input type="checkbox"/> 災害対策本部、救護本部の活動（終了準備） <input type="checkbox"/> 救護所、避難所等の運営（感染症対策、公衆衛生対策など） <input type="checkbox"/> 消防機関による捜索、救助、搬送 <input type="checkbox"/> 遺体の収容、安置
災害拠点病院等	<input type="checkbox"/> 病院内の被害状況把握とちば救急医療ネット等による県への報告 <input type="checkbox"/> 在宅被災者や避難所等への巡回診療支援 <input type="checkbox"/> 平常診療の再開（準備）
関係機関	<input type="checkbox"/> 救護所、避難所の支援 <input type="checkbox"/> 検案医による遺体の検死、医師・歯科医師による遺体の身元調査 <input type="checkbox"/> 平常診療の再開（準備）

## 第6節 復旧期（発災後1カ月以降）

- 1 救護施設・避難所の規模縮小、来援の医療救護班の暫時撤退、仮設住宅の整備など、復旧・復興に向けた動きが本格化します。地域の医療機能も順次回復してきます。
- 2 想定される主な医療ニーズ
  - (1) うつやPTSDなどのこころの健康問題への対応
  - (2) 避難生活の長期化による健康維持活動
- 3 主体別の主な対応

主体	主な対応（医療救護活動）
県（本庁）	<input type="checkbox"/> 状況により災害対策本部、災害医療本部の終了 <input type="checkbox"/> 被害状況の把握、医療機関の状況把握 <input type="checkbox"/> 保健活動班の派遣（関係機関への要請） <input type="checkbox"/> 医療ボランティア等の受入
県 (健康福祉センター等)	<input type="checkbox"/> 状況により合同救護本部の終了 <input type="checkbox"/> 管内の状況把握、関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 管内における公衆衛生ニーズに応じた支援
市町村	<input type="checkbox"/> 状況により災害対策本部、救護本部の終了 <input type="checkbox"/> 救護所、避難所等の運営（感染症対策、公衆衛生対策など）、状況により縮小・閉鎖
災害拠点病院等	<input type="checkbox"/> 在宅被災者や避難所等への巡回診療支援 <input type="checkbox"/> 平常診療の再開

関係機関	<input type="checkbox"/> 救護所、避難所の支援 <input type="checkbox"/> 平常診療の再開
------	---

## 第5章 医療救護活動

### 第1節 市町村の活動

#### 1 13市の活動

- (1) 地震等の大規模災害が発生した場合、災害対策本部及び救護本部を設けることとします。
- (2) 救護本部は、医療救護に関する計画に基づき救護所を設置するなど、救護活動を実施することとします。
- (3) 救護本部長は、市長が任命した地域災害医療コーディネーターに、救護本部へ登庁しコーディネート活動の開始を要請することとします。
- (4) 救護本部は、地域の医療機関等の被害状況及び医療ニーズ等の収集、分析を行い、地域災害医療コーディネーターの助言及び調整に基づき、医療救護活動を実施することとします。
- (5) 市内の医療救護活動の展開にあたっては、DMAT等の来援の医療チームの動向を把握し、一体的な活動を実施することとします。
- (6) 一次及び二次救護施設までの移動手段を確保できない負傷者等の搬送に努めることとします。
- (7) 市のみで対応が困難な場合、及び他市町村地域等との活動の調整が必要と判断される場合は、必要な支援及び調整を災害医療本部に要請することとします。
- (8) 指定避難所及び自然発生的にできた避難所の公衆衛生ニーズを把握し、10市においては所管の健康福祉センター（保健所）と連携し、避難者の健康維持のための対策を実施することとします。
- (9) 備蓄していた医薬品等だけでは不足する場合は、災害医療本部に供給を要請することとします。
- (10) 状況に応じて地域災害医療対策会議を開催し、情報共有と活動の連携強化を図るとともに、活動についての重要事項の決定を行うこととします。
- (11) 関係団体等に活動の協力を要請する場合は、要請する業務や費用負担、補償等についてあらかじめ関係団体等と協議し、協定を締結するなどして、発災時の円滑な実施を図ることとします。

#### 2 8地域の市町村の活動

- (1) 地震等の大規模災害が発生した場合、災害対策本部及び救護本部を設けることとします。
- (2) 救護本部は、各市町村の医療救護に関する計画に基づき救護所を設置するなど、救護活動を実施することとします。
- (3) 所管の健康福祉センター（保健所）が合同救護本部を設置したときは、職員を派遣する等により合同救護本部の活動に協力することとします。
- (4) 救護本部は、地域の医療機関等の被害状況及び医療ニーズ等の収集、分析を行い、医療救護活動を実施することとします。
- (5) 一次及び二次救護施設までの移動手段を確保できない負傷者等の搬送に努めること



とします。

- (6) 市町村のみで対応が困難な場合、及び他市町村等との活動の調整が必要と判断される場合は、必要な支援及び調整を合同救護本部に要請することとします。また、合同救護本部が行う総合的な調整活動に協力することとします。
- (7) 指定避難所及び自然発生的にできた避難所の公衆衛生ニーズを把握し、所管の健康福祉センター（保健所）と連携し、避難者の健康維持のための対策を実施することとします。
- (8) 備蓄していた医薬品等だけでは不足する場合は、合同救護本部に供給を要請することとします。
- (9) 地域災害医療対策会議に参加し、情報共有と活動の連携強化を図ることとします。
- (10) 関係団体等に活動の協力を要請する場合は、要請する業務や費用負担、補償等についてあらかじめ関係団体等と協議し、協定を締結するなどして、発災時の円滑な実施を図ることとします。

### 3 救護所の設置

- (1) 市町村は、トリアージや応急処置といった一次救護を行うため、救護所（市町村の呼称による）を設置することとします。
- (2) 市町村は、地区医師会等の医療関係機関の協力を得て、救護所の場所、職員の参集方法や担当業務など、具体的な設置計画をあらかじめ作成しておくこととします。
- (3) 救護所は、想定される傷病者数や避難者数、津波による浸水想定地域等を考慮し、活動に必要な広さ、傷病者や資機材搬送の利便性などを総合的に判断して、耐震性が確保されている建物や屋外の仮設建物等に設置することとします。また、必要があれば避難所内にも設置することとします。
- (4) 自らの市町村内で医療救護所を確保できない場合は、近隣市町村の一次救護施設の管理者及び当該施設の所在地の市町村長とあらかじめ協議し、救護所として指定することとします。
- (5) 救護所の医薬品等の供給、給食、給水等については、原則として市町村（救護本部、災害対策本部）が行うこととします。
- (6) 救護所の設置場所は、日頃から住民に周知しておくこととします。
- (7) 市町村救護本部は、発災後速やかに救護所を設置し運営するとともに、その状況を、13市は災害医療本部に、8地域の市町村は合同救護本部に報告することとします。
- (8) 医療機関以外の救護所については、市町村の職員等が速やかに必要な資機材を所定の場所に運び込むなどして設置するとともに、担当する医師、看護師、薬剤師等は、市町村救護本部の指示若しくは自らの判断で所定の救護所に参集することとします。
- (9) 病院または診療所を救護所として指定している場合は、市町村救護本部は、当該病院あるいは診療所の管理者（管理者がその業務に従事できない場合は、管理者に代わって当該医療機関を代表する者）に活動の開始を指示することとします。
- (10) 市町村救護本部は、当該救護所を担当する医師等を、あらかじめ地区医師会等と協議して決めておき、交代要員や想定される傷病者数に応じて必要なチーム数を準備

しておくこととします。また、市町村内で人員の確保が困難な場合は県（災害医療本部、合同救護本部）に支援を要請することとします。

- (11) 救護所の管理者及び医師等は、DMAT現場活動指揮所が設置された場合、また県内外からの医療救護チームを受け入れた場合には、その活動に協力することとします。

#### 4 避難所等での医療救護活動

- (1) 避難所などでの医療救護は、市町村救護本部が実施することとします。なお、必要に応じ、災害医療本部及び合同救護本部の調整により実施することとします。
- (2) 避難所の設置後当分の間は、来援の医療チームの支援を得て医療救護活動を行うこととなりますが、可能な限り早期に地域の医療機関による診療体制に復帰することとします。
- (3) 避難所などでの巡回診療等で治療や投薬を行った場合には、医療チームはその結果を記録するとともに、患者自身に治療記録を所持してもらい事後の治療に役立てるために、「災害時の治療記録（適宜）」もしくは「お薬手帳」等に治療結果等を記載し、患者に渡すこととします。
- (4) 避難所では、多数かつ多職種による活動が行われるため、活動拠点となる場所で、関係者によるミーティングを実施し、その日の活動報告及びそれに対する評価、次の日の活動方針などについて意見交換や調整を行うこととします。

#### 5 仮設の診療所

- (1) 被災地の医療機関が被災しその機能が長期に失われた場合など、継続的な医療提供体制が整わない場合に、市町村が仮設の診療所（医科及び歯科）を設けるときは、災害医療本部及び合同救護本部は医療スタッフの調整等に協力することとします。
- (2) 医療チームは、通常のカルテや処方箋のない仮設診療所で活動した場合は、治療や薬の処方の結果を臨時的に記録することとします。また、患者自身に治療記録を所持してもらい事後の治療に役立てるために、「災害時の治療記録（適宜）」もしくは既存の「お薬手帳」等に必要事項を記載して、患者に渡すこととします。

#### 6 医療救護施設における遺体の取扱い

- (1) 遺体は、施設の設置者が定める場所に仮安置することとします。
- (2) 施設の管理者は、遺体の存在を市町村に連絡し、その収容を要請することとします。
- (3) 遺体の検視及び身元調査等は死体取扱規則（国家公安委員会規則）等に基づき警察が定めるところにより実施し、警察の要請に応じて県及び支援都道府県の医師会及び歯科医師会が協力することとします。

## 第2節 県の医療救護活動

### 1 災害医療本部（健康福祉部）

#### (1) 設置場所

災害医療本部は、千葉県庁本庁舎5階大会議室に設置します。

#### (2) 組織

ア 災害医療本部の構成員は下記の者としします。

(ア) 健康福祉部健康危機対策監

(イ) 健康福祉政策課・医療整備課・健康づくり支援課・薬務課・障害福祉課・  
疾病対策課・病院局経営管理課の各課職員

(ウ) 本部長が招集する有識者等

イ 災害医療本部に、本部長1名及び副本部長1名を置き、本部長には健康福祉部健康危機対策監を、副本部長には医療整備課長を充てます。

ウ 本部長は災害医療本部を統括します。

エ 副本部長は、本部長を補佐し、本部長に事故あるときはその職務を代理します。

オ 災害医療本部長は、必要に応じて、災害医療コーディネーターに災害医療本部への登庁を求めます。

カ 災害医療コーディネーターは、災害医療本部において別に定めた事項について助言及び調整を行います。

キ 同時に複数の災害医療コーディネーターが活動するときは、災害医療本部長は、災害医療コーディネーターの活動を統括する統括災害医療コーディネーターを1名定めます。

ク 災害医療本部に、次の部署を置きます。

(ア) DMA T調整本部

(イ) 派遣救護部

(ウ) 調整情報班

ケ DMA T調整本部長は、知事があらかじめ指名した統括DMA Tの中から災害医療本部長が任命します。

コ 健康福祉部長は、DMA T調整本部、派遣救護部、調整情報班の業務に従事する者を、健康福祉部職員の中からあらかじめ定めておきます。

サ 代表消防本部及び医療関係団体はあらかじめ初動対応者を定め、医療整備課に報告することとします。

#### (3) 業務

ア 災害時の医療救護活動の総合調整に関すること。

イ 医療機関等の被害状況及び医療ニーズ等の収集、分析に関すること。

ウ 医療チームの編成、派遣に関すること。

エ 患者の搬送及び受入れの調整に関すること。

オ 医療機関、医療チームへの支援に関すること。

カ 関係機関、他都道府県に対する支援要請及び連絡調整に関すること。

キ その他災害医療本部長が必要と認める医療救護に関すること。

- (4) 県は「災害時の医療救護活動に関する協定」を締結している災害拠点病院や関係団体等に対し、上記業務を速やかに実施するため必要に応じて派遣等を要請します。

## 2 健康福祉センター（保健所）

- (1) 健康福祉センター（保健所）は、所管区域内の市町村が行う災害医療の体制整備及び実施に関して、助言その他必要な援助を行います。
- (2) 8地域の健康福祉センター（保健所）は必要に応じて合同救護本部を設置します。10市を所管する健康福祉センター（保健所）は管内の市が実施する医療救護活動を支援します。

## 3 合同救護本部

### (1) 設置場所

合同救護本部は、8地域の各健康福祉センターの所管地域内に設置します。設置にあたっては、健康福祉センターや災害拠点病院、災害医療本部などと連絡が取りやすい場所に置くものとし、状況変化に応じ本部を移転することも想定しておきます。

### (2) 組織

- ア 合同救護本部に、本部長1名を置き、本部長には健康福祉センター長を充てます。
- イ 本部長は合同救護本部を統括します。
- ウ 健康福祉センター（保健所）長は、健康福祉センター（保健所）長に事故あるときに本部長の職務を代理する者を、健康福祉センター職員の中からあらかじめ定めておきます。
- エ 本部長は、必要に応じて、地域災害医療コーディネーターに合同救護本部への登庁を求めます。
- オ 地域災害医療コーディネーターは、合同救護本部において別に定めた事項について助言及び調整を行います。
- カ 同時に複数の地域災害医療コーディネーターが活動するときは、合同救護本部長は、地域災害医療コーディネーターの活動を統括する統括地域災害医療コーディネーターを1名定めます。
- キ 合同救護本部に次の部署を置きます。
- (ア) 調整班
  - (イ) 情報班
  - (ウ) 救護班
  - (エ) 支援班
- ク 本部長は、調整班、情報班、救護班、支援班の業務に従事する者を、日常業務や参集にかかる時間を勘案してあらかじめ定めておきます。ただし、災害発生時の参集・被災状況に応じて、他所属からの応援職員を含め、従事する者を決めます。
- ケ 部署の設置にあたっては、状況の変化に応じ、順次必要な班を設置します。

### (3) 業務

- ア 管内の災害時の医療救護活動の総合調整に関すること。

- イ 管内の医療機関等の被害状況及び医療ニーズ等の収集、分析に関すること。
- ウ 災害医療本部への報告及び支援要請に関すること。
- エ 管内の患者の搬送及び受入れの調整等に関すること。
- オ 医療チーム（DMATを除く）の配置及び活動の調整に関すること。
- カ 管内の医療機関及び管内で活動する医療チーム（DMATを除く）への支援に関すること。
- キ 管内の関係機関等との連絡調整に関すること。
- ク その他合同救護本部長が必要と認める管内の医療救護に関すること。

#### 4 災害医療コーディネーター・地域災害医療コーディネーター

##### (1) 委嘱

- ア 知事は、災害医療及び県内の医療の実情に精通した医師等の中から、災害医療コーディネーターを委嘱します。
- イ 知事は、8地域の健康福祉センター所管区域ごとに、災害医療及び当該所管区域の医療の実情に精通した医師等の中から、地域災害医療コーディネーターを委嘱します。

##### (2) 災害医療コーディネーターの業務

- ア 災害医療コーディネーターは、平常時に次の事項について、健康福祉部長に助言を行います。
  - (ア) 県内の災害医療体制の整備に関すること。
  - (イ) 県内の災害医療の訓練の企画立案及び実施に関すること。
- イ 災害医療コーディネーターは、災害時に災害医療本部において、次の事項について助言及び調整を行います。
  - (ア) 災害時の医療救護活動の総合調整に関すること。
  - (イ) 医療機関等の被害状況及び医療ニーズ等の収集、分析に関すること。
  - (ウ) 医療チーム（DMAT（災害派遣医療チーム）を除く。以下同じ。）の編成、派遣に関すること。
  - (エ) 患者の搬送及び受入れの調整に関すること。
  - (オ) 医療機関、医療チームへの支援に関すること。
  - (カ) 関係機関、他都道府県に対する支援要請及び連絡調整に関すること。
  - (キ) その他災害医療本部長が必要と認める医療救護に関すること。

##### (3) 地域災害医療コーディネーターの業務

- ア 地域災害医療コーディネーターは、平常時に次の事項について、健康福祉センター長に助言を行います。
  - (ア) 管内の災害医療体制の整備に関すること。
  - (イ) 管内の災害訓練の企画立案及び訓練実施に関すること。
- イ 地域災害医療コーディネーターは、災害時に合同救護本部において、次の事項について助言及び調整を行います。
  - (ア) 管内の災害時医療救護活動の総合調整に関すること。
  - (イ) 管内の医療機関等の被害状況及び医療ニーズ等の収集、分析に関すること。
  - (ウ) 災害医療本部への報告及び支援要請に関すること。

- (エ) 管内の患者の搬送及び受入れの調整等に関すること。
  - (オ) 医療チームの配置及び活動の調整に関すること。
  - (カ) 管内の医療機関及び管内で活動する医療チームへの支援に関すること。
  - (キ) 管内の関係機関等との連絡調整に関すること。
  - (ク) その他合同救護本部長が必要と認める管内の医療救護に関すること。
- ウ 13市において配置する地域災害医療コーディネーターの役割は上記に準じた内容とすることとします。

### 第3節 医療機関の医療救護活動

#### 1 すべての医療機関

- (1) 医療機関は、必要に応じ自ら災害対策本部を設置することとします。
- (2) 災害発生後、直ちに患者、従業員等の安全確認を行うとともに、傷病者が発生した場合には必要な応急処置を行います。また、建物倒壊や火災、津波などの危険がある場合は、入院患者や在院者を避難させます。なお、避難先、受入先はできるだけ事前に計画し定めておくこととします。
- (3) 医療設備の被害状況を把握し、使用が可能かを確認します。また、化学物質、放射性物質及びその他の危険物質の流出など、二次被害の危険性についても確認します。
- (4) 緊急を要する患者への対応ができない場合には、他の医療機関に移送します。自院で移送することができない場合は、消防機関等に搬送を要請します。
- (5) 医療施設や設備の状況、傷病者の受入可否等の医療提供能力の状況について、「ちば救急医療ネット」に入力するなど、医療救護活動に必要な情報発信に努めることとします。
- (6) 大規模災害の場合、県内の広範囲で相当数の傷病者が発生すると見込まれるため、各種指定の有無に関わらず、施設の機能に応じ可能な限り傷病者の処置・収容を行うこととし、各施設の管理者はその活動に協力します。なお、DMAT及び医療救護班が施設に来援したときは、各施設の管理者は、自院の診療に協力を求めるとともに、その活動に協力することとします。
- (7) すべての職員は、患者及び自身の安全を最優先とし、安全が確保されたことを確認してから活動に着手します。

#### 2 災害拠点病院

##### (1) 災害拠点病院の役割等

災害拠点病院は、一次救護施設等で処置が困難な重症者の処置・収容、被災地域の医療救護活動への支援を行うこととします。主な担当業務は以下のとおりです。

ア トリアージ

イ 医療救護所で処置が困難な重症者の処置及び収容

ウ 広域的な災害拠点病院への患者搬送の要請

エ 広域医療搬送拠点等への患者搬送の要請

オ 医療救護所が被災し医療救護が困難な市町村の重症者及び中等症患者の処置

及び収容

カ 医療救護活動の記録

キ 遺体搬送の手配

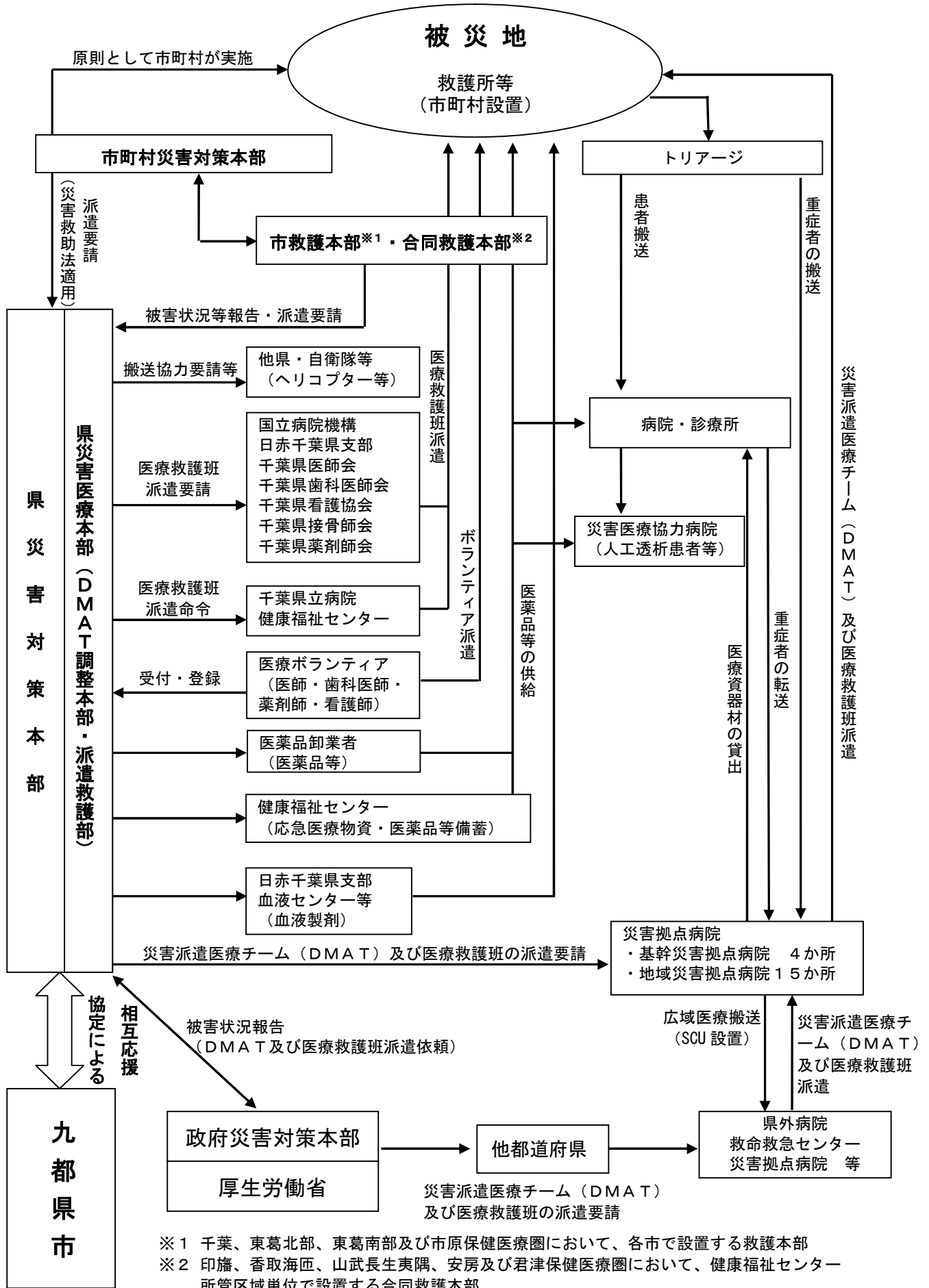
ク その他必要な事項

- (2) 管理者は、職員の集合方法、役割、ローテーション、施設設備の利用方法など、災害発生時における医療救護活動に関する計画をあらかじめ作成することとします。なお平時から、施設の耐震化、ライフライン（通信手段、電気、水、食料、医薬品等）の確保、職員研修など、災害発生に備えた体制整備に努めることとします。
- (3) 管理者は、災害発生後直ちに院内状況を調査し、施設設備の被害状況、支援情報、要請情報等を「ちば救急医療ネット」へ入力することとします。なお、入力できない場合は、院内状況を防災行政無線または衛星携帯電話などで災害医療本部に報告することとします。特に、発災後72時間までの間は、概ね1時間以内ごとに更新するよう努めることとします。
- (4) 発災時において管理者は、自院の計画及び当該地域の計画に基づき、院内に一次救護エリアを設けるなど、状況に応じて診療体制の変更を図ることとします。
- (5) 当該病院で対応が困難な重症者については、被災していない県内の災害拠点病院等へ搬送することとしますが、傷病者の状況によっては県外への広域医療搬送を行うこととします。
- (6) 管理者は、院内にDMA T活動拠点本部等が設置された場合、また県内外からの医療チームの応援があった場合には、自院の診療に協力を求めるとともに、その活動に協力することとします。
- (7) DMA Tの派遣要請があった場合は、速やかにDMA Tを派遣し、医療救護活動を行うこととします。なお、自院の被災が小さく医療救護班を編成できる場合は、災害医療本部、合同救護本部及び13市の救護本部等の要請に応じて医療救護班を派遣することとします。

### 3 災害医療協力病院など

- (1) 一次救護施設からの搬送者（中等症以上）のほか、自ら来院する傷病者をトリアージのうえ、応急処置を行い必要な患者を収容します。
- (2) 患者の転院が必要な場合で、医療機関での搬送調整が困難な場合は、市町村の救護本部又は合同救護本部に搬送先の確保を要請することとします。
- (3) DMA T、日赤救護班その他の医療救護班が来援した場合には、自院の診療に協力を求めるとともに、その活動に協力することとします。

図1 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、安房及び君津保健医療圏において、健康福祉センター  
 所管区域単位で設置する合同救護本部



## 第4節 医療チームの活動

### 1 医療チーム

医療救護活動を行う医療チームは、DMAT（災害派遣医療チーム）のほか、日本赤十字社の日赤救護班、日本医師会災害医療チーム（JMAT）・大学病院・国立病院機構・自治体病院などの医療救護班、災害派遣精神医療チーム（DPAT）、歯科医師会・看護協会・接骨師会・薬剤師会など関係団体によるチームなどが想定されます。また、医療ボランティアなどの支援も想定されます。

### 2 県外からの医療支援

- (1) 医療チームや医療ボランティアの受入れや活動先の調整は、災害医療本部、合同救護本部及び13市の救護本部が行うものとします。ただし、DMATの派遣・調整に関する事項は、災害医療本部に設置するDMAT調整本部が行います。
- (2) 県では、県内の関係機関のみでは被災地における十分な医療救護活動が困難と認めた場合、相互応援協定による九都県市への派遣要請、厚生労働省DMAT事務局への派遣要請などを想定しており、調整は災害医療本部が行います。なお、前記に定める要請のほか、必要があると認めるときは、災害対策基本法に基づき他の都道府県の知事等に対し応援を求めます。
- (3) 医療チーム等の参集場所は、原則として、DMATについてはDMAT調整本部が、医療救護班については合同救護本部や13市の救護本部が、それぞれ指示する場所とします。なお、実際の受け入れに当たっては、千葉県防災支援ネットワーク基本計画に位置付けられている「広域災害医療拠点」や「航空搬送拠点」との機能連携を図り、進めるものとします。

表1

	主な役割	場所
広域災害医療拠点	ドクターヘリの活動支援 DMAT活動支援 重症傷病者の受入 など	日本医科大学千葉北総病院
航空搬送拠点	県外への重傷傷病者の搬送	海上自衛隊下総航空基地

### 3 県内の医療支援

- (1) 市町村長（救護本部）は、必要に応じて、市町村立病院の医療救護班に出動を命じ、地区医師会等の関係団体の長に医療救護班の出動を要請するほか、知事及び他の市町村長等に医療救護班の派遣その他の応援を要請する等、必要な措置を講じることとします。
- (2) 災害医療本部は、必要に応じて、DMATの派遣を要請し、県医療救護班の出動を命じ、県医師会等の関係団体の長及び日本赤十字社千葉県支部長に医療救護班の出動を要請します。また、国立病院機構等その他の関係機関に応援を要請するほか、連絡調整その他必要な措置を講じます。
- (3) 医療チームや医療ボランティアの受入れや活動先の調整は、災害医療本部、合同救護

本部及び13市の救護本部が行うものとします。ただし、DMAT（CLDMATを含む）の派遣・調整に関する事項は、災害医療本部に設置するDMAT調整本部が行います。

- (4) 医療チーム等の参集場所は、原則として、DMATについてはDMAT調整本部が、医療救護班については合同救護本部や13市の救護本部が、それぞれ指示する場所とします。

#### 4 災害派遣医療チーム（DMAT）

- (1) DMATは、発災後のきわめて早い段階から活動を開始できる機動性を持ち、専門的な研修・訓練を受けた医療チームです。医師1名、看護師2名、業務調整員1名（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）の4名を基本とし、1隊あたりおおよそ48時間以内の活動を行います。なお、DMATの活動期間が長期になるときは、2次隊、3次隊で対応します。
- (2) DMATロジスティックチームは、主に病院支援や情報収集等のロジスティックを専門とし、DMATの支援や県内各所に設置されるDMAT本部の業務を支援します。
- (3) 県外からのDMATの派遣は県からの要請に基づいて厚生労働省DMAT事務局が調整し、参集したDMATの総合調整は災害医療本部内に設置されるDMAT調整本部が行います。
- (4) DMATの活動は、DMAT調整本部のほか必要に応じて、DMAT活動拠点本部、DMAT・SCU本部、DMAT病院支援指揮所、DMAT現場活動指揮所、DMAT・SCU指揮所及びDMAT域外拠点本部を設置し、行うものとします。これらが病院等に設置される場合は、当該病院等はDMATの活動に協力することとします。

#### 5 CLDMAT（Chiba Limited DMAT）

- (1) CLDMATは、県内において災害の発生直後から活動を開始できる機動性を持ち、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チームです。
- (2) CLDMATは、原則として医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職又は事務職員）で構成されます。
- (3) 県（DMAT調整本部）は、被災市町村等からの要請に基づき、CLDMATを有する災害拠点病院等に対し派遣を要請します。

#### 6 日赤救護班

- (1) 日赤救護班は、日本赤十字社の医師、看護師、薬剤師、調整員で構成する医療救護班で、全国の赤十字病院から派遣され、災害発生直後から活動します。
- (2) 派遣先については災害医療本部の派遣調整班において、災害医療コーディネーターと日本赤十字社千葉県支部が調整を行うこととします。

#### 7 その他の医療救護チーム等

- (1) 医療救護班は、主に急性期以降の医療救護活動を行うため、医療機関のスタッフで構成するチームです。県との医療救護協定により設置される、日本医師会のJMAT、国立大学附属病院や国立病院機構のチーム、県からの要請に応じて各都道府県が医療機関や医療関係団体に呼びかけて派遣されるチームなどがあります。所属する組織等によって要請手順が異なりますが、派遣先については災害医療本部の派遣調整班において調整します。
- (2) 自衛隊の医療救護班は、自衛隊の指揮系統下で活動するため、県災害対策本部及び災害医療コーディネーターは、必要があれば活動場所の調整や医療救護活動の情報の提供を、県災害対策本部を通じて行うものとします。

## 第5節 情報処理

### 1 災害発災時に把握すべき情報

県及び市町村は、医療機関、医師会等の関係団体、消防、警察、その他の関係機関との連携し、以下について情報収集を行い相互に提供するとともに、関係機関へも提供することとします。

- (1) 傷病者等の発生状況
- (2) 医療施設の被害状況、診療機能の確保状況
- (3) 避難所及び救護所の設置と避難者数の状況
- (4) 医薬品及び医療資器材の需給状況
- (5) 医療施設、医療救護所等への交通状況
- (6) その他医療救護活動に資する事項

### 2 情報伝達手段の確保

- (1) 県、市町村、医療機関、関係団体等は、災害による通信手段の途絶に備え、衛星電話、防災行政無線、MCA無線、アマチュア無線など、それぞれの実態に合った通信手段を、平時から複数確保するよう努めることとします。
- (2) 発災後は、携帯電話（メール機能やネット接続含む）、衛星携帯電話、インターネット電話、防災行政無線（音声・ファックス）等のうち使用可能な手段を使って関係機関との連絡を行います。また、DMA T、消防機関、自衛隊等の関係機関の協力を得て情報の収集と伝達を行うこととします。
- (3) 千葉県災害対策本部が衛星通信を活用した情報伝達システムを設置した場合は、災害医療本部は通信可能なエリアの合同救護本部及び市町村、関係団体と使用について調整し、活用することとします。

### 3 医療救護に関する情報の共有と発信

- (1) 災害医療本部は、合同救護本部、市町村救護本部及び災害拠点病院などからの情報を収集、整理し、県内の状況を把握するとともに関係機関と情報を共有します。また、県民が必要とする情報を発信します。
- (2) 合同救護本部は、管内市町村の医療救護に関する情報を収集、整理し、災害医療本

部ほか関係機関と情報を共有します。また、地域の住民が必要とする情報を発信します。13市救護本部も同様とします。

- (3) 災害発災時における医療機関の被災状況及び傷病者の受け入れの可否などの把握は「ちば救急医療ネット」により行うこととします。ただし、「ちば救急医療ネット」で把握できない情報収集について、合同救護本部及び市町村救護本部は、医療救護に関する情報及び災害拠点病院の情報把握に努め、可能な手段により災害医療本部に伝達することで情報共有に努めます。
- (4) 災害医療本部は、DMATの活動状況について、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）から情報を収集するほか、直接、DMATなどの医療救護チームから支援情報を収集し、関係機関と情報の共有を行います。

## 第6節 医療搬送

### 1 傷病者等の搬送の原則

大規模災害発生時には、多数の傷病者等が短時間に集中して発生するとともに、交通の途絶等が予想されることから、平常時と同様の搬送は極めて困難になることを踏まえ、傷病者等の搬送の原則を次のとおりとします。

- (1) 緊急車両による搬送は重症者を優先します。
- (2) 医療チーム等は、応急処置を実施した上で、さらに医療機関で医療の提供を受ける必要がある者で、自ら移動することが困難な者（他者の協力が得られない場合を含む。）の搬送を市町村（消防機関を含む。以下同じ。）又は県に要請することとします。
- (3) 県民は、自らの安全を確保した上で、一次救護施設への搬送が必要と思われる傷病者等について自ら搬送手段を確保して搬送し、又は、搬送できる者を探して搬送を依頼する等、可能な範囲で協力することとします。
- (4) 自ら移動することが困難な者の搬送は、被災現場から一次救護施設（救護所や医療機関等）へは市町村が、一次救護施設から二次救護施設（病院等）へは市町村が主体となり県が協力して、二次救護施設から三次救護施設（周辺地域や遠隔地の病院等）へは県が主体となり市町村が協力して、それぞれ消防・警察・自衛隊等の防災関係機関や、タクシー・バス・患者搬送車両などを有する民間事業者などとも連携し、実施することとします。

### 2 地域医療搬送（被災地域内及び周辺地域への搬送）

- (1) 傷病者の搬送に当たっては、その重症度や緊急性、搬送距離に応じ、災害発生時に活用できる手段を組み合わせ、迅速な搬送を行うものとします。
- (2) 行政機関は、民間事業者や自主防災組織などとの事前の協議や、定期的な搬送訓練などを行い、大規模災害時の傷病者搬送への協力を関係者に取り付けておくこととします。
- (3) 千葉県ドクターヘリは、ドクターヘリ運航要領に基づき、災害医療本部と基地病院（日本医科大学千葉北総病院、君津中央病院）が協議の上、被災地域からの傷病者

の搬送に当たるものとします。なお、災害対策本部が設置された場合、千葉県ドクターヘリの出動は医療救護活動を優先します。

### 3 広域医療搬送（遠隔地への搬送）

- (1) クラッシュ症候群や熱傷、外傷などの重症者で、二次救護の結果さらに別の医療機関で治療が必要と判断された場合や、重症者が多数で被災地域や周辺地域の医療機関では対応できない場合、あるいは、人工透析患者など受療の遅延が重大な危険につながる場合や、二次救護に関わる医療機関の機能を維持するために患者の転院を必要としている場合などには、遠隔地などの医療施設に患者の搬送が必要となります。
- (2) 県は、日本医科大学千葉北総病院を「広域災害医療拠点」に指定し、県内のヘリコプターと来援のヘリコプターによる搬送の調整、県全域からの重症者の受入れを行います。また、広域医療搬送拠点に位置付けている海上自衛隊下総航空基地に「航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）」を設けます。

### 4 緊急通行車両などの確保

- (1) 県・市町村・医療機関等は、警察署等が実施している緊急通行車両や規制除外車両の事前届出制度を利用して、医療救護活動を円滑に行えるように準備を行うものとします。
- (2) 輸送用燃料の確保のため、関係機関は、地域において各種協定等を締結し、また平常時から燃料備蓄を計画的に実施するように努め、災害時における傷病者搬送が迅速に行われるよう準備することとします。

## 第7節 医薬品、医療資機材及び血液製剤の確保と供給

### 1 医薬品及び医療資機材の確保と供給

#### (1) 関係者とその活動

- ア 市町村は、平常時においては、積極的に救護所等で使用する医薬品及び医療資機材（以下「医薬品等」という。）の備蓄に努めるとともに、救護所等での医薬品等の管理体制を整備することとします。また、地区薬剤師会等と連携し、備蓄医薬品等の管理を図ることとします。発災時においては、備蓄している医薬品等を救護所等で使用し、不足するときは、13市は直接、その他の市町村は合同救護本部を通じて、薬務課に供給を要請することとします。
- イ 県は、平常時においては、救護所等に供給する医薬品等の備蓄を行うとともに、不足時の確保体制を整備し、市町村の備蓄医薬品等の管理に助言します。発災時においては、市町村の要請に応じて備蓄医薬品等を供給し、さらに不足するときは、千葉県医薬品卸協同組合等に供給を要請し、同組合等の供給が困難なときは、国・他都道府県に供給を要請します。
- ウ 医療機関は、平常時においては、~~医薬品等の~~備蓄を行うこととします。発災時においては、卸売販売業者等を通じて医薬品の確保に努めることとし、卸売販売業者等

からの確保が困難なときは、13市に存する医療機関にあつては市救護本部を通じて、その他の市町村に存する医療機関にあつては合同救護本部を通じて、薬務課に供給を要請することとします。

エ 薬局は、平常時においては、災害時の業務継続計画を策定することとします。発災時においては、業務継続計画を実施し、地区及び県薬剤師会の協定に基づく要請により、救護所等における医薬品等の管理等に務めることとします。

オ 卸売販売業者等は、平常時においては、災害時の業務継続計画を策定することとします。発災時においては、業務継続計画に基づき医薬品等の供給に努めることとします。

## (2) 保管と使用についての管理体制

### ア 3市

(ア) 平常時においては、災害時に用いる医薬品等の適正な管理にあたることとします。

(イ) 発災時においては、市保健所等の薬剤師により、市救護本部等において医薬品等の供給調整にあたることとします。また、市薬剤師会に薬剤師の派遣を要請し、救護所等において医薬品等の管理にあたることとし、必要に応じ、薬務課に薬剤師の派遣を要請することとします。

### イ 10市

(ア) 平常時においては、所管の健康福祉センターからの助言を受け、災害時に用いる医薬品等の適正な管理にあたることとします。

(イ) 発災時においては、所管の健康福祉センターの助言を受け、市救護本部等における医薬品等の供給調整にあたることとします。また、市薬剤師会に薬剤師の派遣を要請し、救護所等において医薬品等の管理にあたることとし、必要に応じ、薬務課に薬剤師の派遣を要請することとします。

### ウ 8地域の市町村

(ア) 平常時においては、所管の健康福祉センターからの助言を受け、災害時に用いる医薬品等の適正な管理にあたることとします。

(イ) 発災時においては、地区薬剤師会に薬剤師の派遣を要請し、市町村の救護所等において医薬品等の管理にあたることとします。また、必要に応じ、合同救護本部に薬剤師の派遣を要請することとします。

### エ 10市を所管する健康福祉センター

(ア) 平常時においては、災害時に用いる医薬品等の適正な管理について助言します。

(イ) 発災時においては、市救護本部等における医薬品等の供給調整について助言します。

### オ 8地域を所管する健康福祉センター

(ア) 平常時においては、所管の市町村に対し、災害時に用いる医薬品等の適正な管理について助言します。

(イ) 発災時においては、合同救護本部において、地域内の市町村の救護所等における医薬品等の供給調整を行います。

## カ 薬務課

- (ア) 平常時においては、県が備蓄する医薬品等を適正に管理します。また、発災時に、県外等から供給される医薬品等の供給体制を整備します。
- (イ) 発災時においては、13市については市救護本部を通じて、8地域の市町村については合同救護本部を通じて、救護所等での医薬品等の供給の状況を把握し、必要な支援を行います。また、県薬剤師会と連携し、市又は合同救護本部からの要請に応じて、市町村における薬剤師の確保を図ります。
- (ウ) 発災時に、県外等から提供される医薬品等の供給体制を確保します。

## (3) 発災時の供給

### ア 救護所

救護所の管理者は、医薬品等を管理する薬剤師の助言に基づき、必要に応じて、13市救護本部、合同救護本部、又は8地域の市町村救護本部に、医薬品等の供給その他、必要な支援を要請することとします。

### イ 3市

- (ア) 市が備蓄している医薬品等を救護所等に供給することとします。
- (イ) 救護所等で使用する医薬品等が不足したときは、市救護本部は、薬務課に供給を要請することとします。
- (ウ) 市内医療機関から医薬品等の供給の要請を受けたときは、市救護本部は、薬務課に供給を要請することとします。

### ウ 10市

- (ア) 市が備蓄している医薬品等を救護所等に供給することとします。
- (イ) 救護所等で使用する医薬品等が不足したときは、市救護本部は、薬務課に供給を要請することとします。
- (ウ) 市内医療機関から医薬品等の供給要請を受けたときは、市救護本部は、薬務課に供給を要請することとします。

### エ 8地域の市町村

- (ア) 市町村が備蓄している医薬品等を救護所等に供給することとします。
- (イ) 救護所等で使用する医薬品等が不足するときは、救護所の管理者は、原則として市町村の救護本部を通じて、困難なときは直接、合同救護本部に供給を要請することとします。

### オ 健康福祉センター（合同救護本部）

合同救護本部は所管する市町村からの供給の要請をとりまとめ、薬務課に要請します。

### カ 薬務課

- (ア) 県内における医薬品等の確保に関する業務は、主に薬務課（県庁本庁舎12階）において行うこととし、13市救護本部、合同救護本部、災害医療本部（県庁本庁舎5階）、広域物資拠点、卸売販売業者等から情報を収集し、必要な対応を取ります。
- (イ) 県備蓄医薬品等の地域における供給状況を把握し、調整を図ります。

- (ウ) 県備蓄医薬品等を、千葉市に対しては直接、船橋市に対しては習志野健康福祉センター、柏市に対しては印旛健康福祉センター、その他の市町村に対しては所管する健康福祉センターを通じて、供給します。
- (エ) 13市救護本部及び合同救護本部からの医薬品等の供給の要請をとりまとめ、県医薬品卸協同組合等に供給を要請します。
- (オ) 県医薬品卸協同組合等からの供給が困難なときは、国又は他都道府県に提供を要請します。
- (カ) 広域物資拠点に、県の要請に応じて県外等から受け入れた医薬品等の適正な管理を依頼し、医薬品等集積所への発送を指示します。
- (キ) 13市救護本部又は合同救護本部から供給要請のあった医薬品等について、医薬品等集積場所に保管されている医薬品等を供給する場合は、県医薬品卸協同組合等に医療機関等への搬送を依頼します。

#### キ 医療機関

- (ア) 備蓄医薬品等が不足するときは、卸売販売業者に供給を要請することとします。
- (イ) 卸売販売業者を通じての確保が困難なときは、13市内の医療機関は市救護本部に、8地域の医療機関は合同救護本部に供給を要請することとします。

#### ク 医薬品卸協同組合等・卸売販売業者

- (ア) 薬務課から供給の要請を受けたときは、医薬品卸協同組合等は、当該地域を担当する卸売販売業者に調達と供給を要請することとします。
- (イ) 薬務課から医薬品等集積所に保管されている医薬品等の搬送の要請を受けたときは、医療機関等へ搬送することとします。

#### ケ 広域物資拠点及び医薬品等集積所

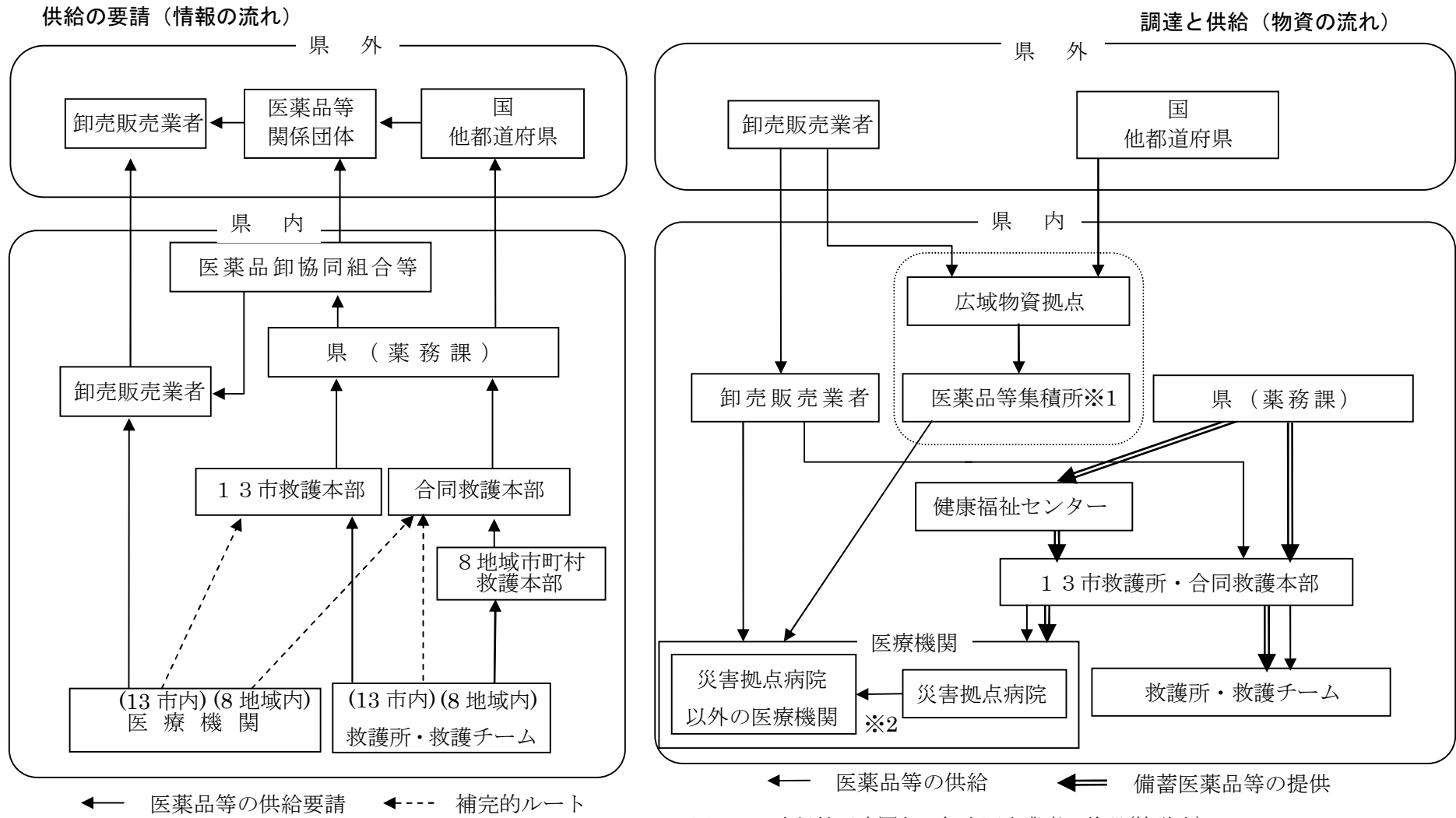
- (ア) 県の要請に応じて県外等から受け入れた医薬品等について、薬務課の指示に基づき、適正に管理することとします。
- (イ) 広域物資拠点及び医薬品等集積所の管理者は、薬務課の指示に基づいて、医薬品等を発送することとします。

## 2 血液製剤の確保

- (1) 血液製剤が不足した医療機関は千葉県赤十字血液センターに供給を要請することとします。
- (2) 県内での供給が不足したときは、千葉県赤十字血液センターは、日本赤十字社血液事業本部に支援を要請することとします。また、県も厚生労働省を通じて、日本赤十字社血液事業本部に支援を要請します。



図2 災害時における医薬品等の確保体制



※1：二次保健医療圏毎の卸売販売業者の施設(協議中)

※2：医療資機材の貸出

## 第8節 局地災害への対処

### 1 基本的な考え方

- (1) 大規模地震のような広域的災害ほか、台風や集中豪雨等による土砂災害などの局地災害でも、多くの傷病者が予想され、地域の通常の救急医療体制では対応が困難と考えられる場合には、医療救護活動を行うこととします。
- (2) 局地災害であっても、医療救護活動は震災などの広域的災害と基本的には同じですが、被災地域が限定されていること、被災地域または周辺地域における医療提供機能が失われていないことから、被害の規模と状況に応じて必要な体制をとることとします。

### 2 初動対応

#### (1) 情報収集及び関係者協議

県（健康福祉部医療整備課）は、多数の重症者等が発生した、または発生することが予想されるとの情報を得たとき、速やかに庁内関係課、市町村及び関係機関等と情報を共有し、医療救護活動に関する協議を行います。

#### (2) 下記機関に対する事故発生の通報、待機及び協力要請の実施

- ア 災害拠点病院（DMA T指定医療機関）
- イ 千葉県医師会、日本赤十字社千葉県支部
- ウ CLDMA Tが所属する医療機関
- エ 厚生労働省、隣接都県
- オ その他関係機関

#### (3) 災害医療本部、合同救護本部等の設置

- ア 医療救護活動に関する協議の結果、地域の通常の救急医療体制では対応が困難と判断した場合、健康福祉部長は、災害医療本部及び合同救護本部の設置を指示します。
- イ また、13市で同様の局所災害が発生した場合には、県から市に対して救護本部の設置等を要請します。
- ウ なお、市町村が救護本部を開設したときは、速やかに県（医療整備課、健康福祉センター）に情報提供を行うこととします。

#### (4) 医療救護活動の開始準備

- ア 災害医療本部事務局（医療整備課）及び合同救護本部事務局（健康福祉センター）は、各本部を設置したことを関係機関に伝達するとともに、災害医療コーディネーター等に各本部への参集を求めます。
- イ 県（医療整備課）は、EMISを災害モードに切り替えるとともに、DMA T指定医療機関などに対して、ちば救急医療ネットへの情報入力を依頼します。
- ウ 災害医療本部と、合同救護本部、市町村救護本部は、救護所設置などの協議や災害に関する情報の共有を図ります。
- エ 災害医療本部は、災害発生場所、重症者の数や程度等に関する情報に基づき、医療救護活動に必要なDMA T、CLDMA Tや医療救護班の数、出動要請先及び待機要請先などを決定し、速やかに出動要請等を行います。

オ 消防機関等は、傷病者等を医療機関や救護所に搬送することとします。災害医療本部は出動要請を迅速かつ最適に行うために搬送状況を随時把握します。

### 3 医療救護所等の設置

#### (1) 設置と運営

- ア 災害現場がある市町村は、傷病者の状況及び災害現場周辺の状況を把握し、医療救護活動の実施方法を決定することとします。県（医療整備課、健康福祉センター）は、実施方法の決定に際し、応援派遣できる人数や対応可能な医療機関など必要な情報を提供します。
- イ 搬送時間を要することなどの理由により災害現場で応急処置が必要な場合、市町村は救護所を設置することとします。なお、救護所は、災害現場から近距離で二次災害の危険性がなく、活動が行いやすい場所に設置することとします。
- ウ 救護所を設置した場合、市町村は県に対し、必要に応じて、DMAT、医療救護班や医薬品等の提供を要請するとともに、消防機関や警察等の関係機関に設置した旨の連絡を行うこととします。
- エ 救護所及び災害現場での医療救護活動は、安全を確認した上で行うこととします。

#### (2) 救護所での活動

- ア 市町村は救護所に所長を置き、所長は救護所の運営全般を総括することとします。医師以外の者を所長とする場合には、医療救護活動の総括は医師とすることとします。なお、日本赤十字社や地区医師会などが医療救護活動を行う場合には、市町村と共同で医療救護所を設置するなど、状況に応じた対応をとるものとする。
- イ 医療救護活動の総括は、現場に最も早く到着した医師が行うこととします。なお、その後に到着した医師がその任に適している場合（統括DMATなど）は、総括の責務を引き継ぐことができることとします。
- ウ 救護所での具体的な活動は、大規模災害時における救護所の運営方法に準じて行うこととします。

#### (3) 災害現場での活動

- ア 傷病者の救出に時間が必要と予測され、救命やクラッシュシンドロームなどの防止、苦痛緩和などのため、救出作業と併行して医療救護活動が必要な場合、災害現場で医療救護活動を実施することとします。
- イ 災害現場での医療救護活動は、安全対策を十分行ったうえで、DMATなど専門の訓練を受けた者が実施することとします。

### 4 災害発生場所からの搬送

#### (1) 搬送先等の調整

- ア 災害医療本部は医療機関から集まった情報（患者転送の可否、救急対応科目、手術の可否、空床状況）から判断して、傷病者の搬送先及び搬送方法を決定します。なお、搬送先医療機関との連絡・調整は、災害医療本部に集まった災害医療コーディネーターが行うこととします。

- ネーター、統括DMAT、DMAT等の中から本部長が調整者を決め、その者が中心となって行うこととします。
- イ 搬送方法の決定に当たっては、救急隊や道路状況などから総合的に判断することとします。
  - ウ 災害現場及び救護所等から搬送先の医療機関（被災地域外の災害拠点病院等）まで、ヘリコプターで搬送する必要がある場合、調整者は千葉県ドクターヘリの派遣を基地病院に要請することとします。
  - エ 災害医療本部は、傷病者の人数などを勘案し、調整者からの求めに応じて千葉県ドクターヘリ以外のヘリコプター（他県のドクターヘリ、防災ヘリ、県警ヘリ、自衛隊ヘリ）の出動を関係機関に要請することとします。

## （２） 県域を超えた広域医療搬送

- ア 重篤な傷病者が多く、県内の医療機関だけで受入が困難な場合、調整者は災害医療本部に対し、県外の医療機関への受入要請が必要である旨を報告することとします。
- イ 災害医療本部は、調整者からの報告を受け、近隣都県の災害医療担当課を通じて、当該都県の災害拠点病院等への受入を依頼することとします。

## 5 医療救護活動の終了

### （１） 救護所の閉鎖等

災害現場及び救護所における医療救護活動が終了したと判断したとき、市町村は関係機関と協議の上、救護所等を閉鎖し、その旨を県（医療整備課、健康福祉センター）に報告することとします。

### （２） 災害医療本部、合同救護本部等の解散

県は、現場での医療救護活動終了の報告を受けて、災害医療本部等を解散し、その旨を関係機関に連絡します。

## 第9節 他都道府県等への応援

### 1 基本的な考え方

- （１） 他の都道府県において、大規模な地震被害のほか、様々な災害や事故などで多くの傷病者が見込まれ、当該都道府県の通常の救急医療体制では対応が困難と考えられる場合に応援派遣を行います。
- （２） 応援派遣は他の都道府県から千葉県に派遣の要請があり、それに基づいて県が県内の災害拠点病院等に派遣を要請し実施されることが原則です。ただし、本節中の表4の派遣要請基準に該当し、派遣元の医療機関の長が必要と判断した場合は、県からの要請を受ける前にDMATを派遣することができることとします。なお、DMATを派遣したときは、速やかに知事に報告することとします。
- （３） また、他の都道府県から県に対して傷病者の受入要請があった場合には、災害拠点病院等との調整を行い、受入先の決定に協力します。

表2 最近の他県への派遣

災害事例	発生日	派遣状況		
東日本大震災	H23/3/11	DMA T	13チーム	68名
		医療救護班	28チーム	162名
岩手・宮城内陸地震	H20/6/14	DMA T	1チーム	4名
新潟中越沖地震	H19/7/16	DMA T	1チーム	3名

## 2 対象となる災害

- (1) 相互応援協定により、都道府県や政令市などから要請があった場合

表3 主な相互応援協定

協定名	参加自治体等
九都県市災害時相互応援等に関する協定	千葉県、千葉市、埼玉県、東京都、神奈川県 横浜市、川崎市、さいたま市、相模原市
震災時等の相互応援に関する協定	関東地方知事会を構成している都県
関西広域連合と九都県市との災害時の相互応援に関する協定	関西広域連合の構成11自治体及び九都県市

- (2) 災害対策基本法や災害救助法などの法令により、国や他の都道府県から応援要請があった場合

- (3) 上記(1)(2)以外の場合

- ア 県内病院間のネットワーク、関係団体及び県内市町村（姉妹都市等）から、県に対し、派遣要請や傷病者の受入れ要請があり、県内の医療機関等に対応可能な状態であること。
- イ 県は、独自の判断で応援派遣を行い又は県内の医療機関等に対し応援要請を行うことができることとします。

## 3 初動対応

### (1) 災害医療本部の設置

- ア 県（健康福祉部医療整備課）は、他の都道府県において多数の重症者等が発生した、または発生することが予想されるとの情報を得たとき、速やかに庁内関係課、他の都道府県及び関係機関等と情報共有し、医療救護活動に関する協議を行います。
- イ この協議の結果、被災都道府県の通常の救急医療体制では対応が困難であり、かつ応援派遣又は傷病者の受け入れを行うべき状態であると判断した場合、健康福祉部長は、災害医療本部の設置を指示します。

### (2) DMA T調整本部の設置

- ア 日本DMA T活動要領において、DMA Tの派遣要請及び待機要請については、全国的な統一基準があり、県内のDMA T指定医療機関もこの基準によって活動することになります。

- イ 千葉県DMA T調整本部も当該基準により設置することとなります。（なお、災害医療本部を設置しない場合においても、DMA T調整本部を設置することもあります。）

表4 他の都道府県が被災した場合のDMA T派遣要請基準

①関東ブロックに属する都県の場合
・震度6強以上の地震または死者数が50名以上見込まれる災害
・東海地震、東南海・南海地震又は首都直下型地震
②隣接する地方ブロック（東北ブロック、中部ブロック）に属する都県の場合
・震度7の地震又は死者数が100人以上見込まれる災害
・東海地震、東南海・南海地震又は首都直下型地震
③その他の地方ブロックの場合
・東海地震、東南海・南海地震又は首都直下型地震
関東ブロック 千葉・茨城・栃木・群馬・埼玉・東京・神奈川
東北ブロック 青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島・新潟
中部ブロック 富山・石川・福井・山梨・長野・岐阜・静岡・愛知・三重

#### 4 応援派遣及び傷病者の受け入れについて

##### (1) DMA T等の応援派遣

- ア 県では、厚生労働省（DMA T事務局）からの要請を受け、県内のDMA T指定医療機関及び日本赤十字社千葉県支部に対しDMA T等の派遣を要請します。
- イ DMA T指定医療機関等は、各医療機関の状況に応じて、速やかにDMA T等を派遣することとします。なお、派遣の状況は各医療機関が適宜EMISに登録することとします。
- ウ また、県外の大規模災害に対して、県内に広域医療搬送拠点やDMA T参集拠点が指定された場合は、厚生労働省や他の都道府県と連携して、拠点の整備を行うこととします。

##### (2) 医療救護チーム等の応援派遣、傷病者等の受け入れ

- ア 県では、相互応援協定などに基づき、他の都道府県から派遣要請もしくは傷病者等の受け入れ要請があった場合には、県内の医療機関や関係団体に要請を行います。
- イ 要請に応じた医療機関等は、速やかに医療救護チームの派遣や傷病者の受け入れを行うこととします。なお、県（医療整備課及び関係課）は、派遣等に当たって必要な情報提供や備蓄医薬品の提供などの支援を行います。

#### 5 費用負担の原則

##### (1) 原則

他の都道府県などからの要請に基づき、DMAT等の派遣に要した費用は、事前の協定に基づいて支弁されます。なお、要請によらない派遣については、原則として費用支弁は行われません。

**(2) 災害救助法の適用**

被災都道府県の災害が災害救助法の適用となった場合、災害救助法に基づき、被災都道府県に派遣費用を求償します。

## 第6章 平時における取り組み

### 第1節 市町村における取り組み

- 1 市町村は、地域防災計画に基づいた医療救護に関する計画等を定め、災害時の医療救護体制の整備を図ることとします。
- 2 医療救護体制の整備を進めるにあたっては、地域災害医療対策会議などを開催し、医療機関、関係団体、地域災害医療コーディネーター、消防機関、警察などが地域の実情に合わせて参加する実効性のある体制づくりに努めることとします。
- 3 具体的には、救護所や避難所の整備、医療救護活動に関するコーディネーター等の選任、救護本部の活動計画やマニュアルの作成、研修会や訓練の実施、医薬品等の備蓄、通信機器の整備などに取り組むこととします。

### 第2節 県における取り組み

- 1 地域防災計画に基づく医療救護に関する計画を作成し、災害時の医療救護体制の整備を図ります。
- 2 具体的には、災害拠点病院の整備、医薬品等の備蓄、災害医療本部や合同救護本部の設備整備、広域災害医療拠点と航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）の整備、DMAT・CLDMATの養成、災害医療コーディネーター・地域災害医療コーディネーターの配置、研修会や訓練の実施などに取り組めます。
- 3 地域において医療救護体制の整備を進めるにあたっては、地域災害医療対策会議などを開催し、医療機関、関係団体、地域災害医療コーディネーター、消防機関、警察などが参加する実効性のある体制づくりに努めます。また、災害拠点病院等と連携し、研修や訓練を実施していきます。
- 4 県内での災害医療救護に関する訓練の情報を集約し、市町村や関係機関等と共有を図ります。
- 5 医療救護の対象者の発生を減らすため、関係部局、市町村、関係団体等と連携して取り組みます。

### 第3節 医療機関における取り組み

- 1 医療機関は、災害発災時における患者及び職員の安全確保等を定めた災害対策マニュアルを作成するとともに、来院する負傷者等への対処方法も含めた業務継続計画の作成に努めることとします。



- 2 施設の耐震化、通信手段の確保、医薬品や食料等の備蓄と調達など、医療救護の拠点としての体制整備に努めることとします。
- 3 独自に訓練を実施するとともに、地域の訓練等に積極的に参加するよう努めることとします。

#### 第4節 関係団体における取り組み

〔 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、接骨師会、日本赤十字社など医療関係団体  
及びその加入者、会員等 〕

- 1 関係団体は、災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努めることとします。また、下部機関等を有する場合には、各機関に災害対策マニュアル及び業務継続計画の作成を促すこととします。
- 2 施設の耐震化、通信手段の確保、医薬品や食料等の備蓄と調達など、医療救護活動を行うための体制整備に努めることとします。
- 3 独自に訓練を実施するとともに、地域の訓練等に積極的に参加するよう努めることとします。

千葉県における救急搬送の状況について

H26.12.21(火)日本経済新聞

救急搬送 過去最長に

全国平均 39分

119番を受けてから救急車がけが人や病人を病院に運び込むまでの時間が、昨年は全国平均で39分18秒と1977年の調査開始以来、最長になった。10年前の2003年に比べて約10分延びた。総務省消防庁が20日までに発表した統計で明らかになった。

昨年、出動件数の増加響く

搬送時間が延びたのは、増加する出動要請に対応するため、遠くの消防署から救急車を向かわせるケースが増えたのが主な理由という。

応急処置に関して救急隊員の裁量が広がり、駆け付けた現場で血圧測定や心臓マッサージなどを実施する例が多くなったことも背景にある。

都道府県別の平均搬送時間は東京の54分36秒が最長で、次いで埼玉の45分24秒、千葉の44分6秒。最短は富山と福岡の29分54秒だった。

全国の救急車の出動件数は590万9367件、搬送人数は534万117人で、いずれも過去最多。通報から現場到着までの時間も延びる傾向にあり、過去最長の平均8分30秒だった。

年 (通年)	平均搬送時間	
	千葉県	全国
22	42.6分	37.4分
23	43.2分	38.1分
24	43.7分	38.7分
25	44.1分	39.3分

H26.12.20(月)千葉日報

出動件数増が影響

119番を受けてから救急車がけが人や病人を病院に運び込むまでの時間が、昨年は全国平均で39分18秒と、1977年の調査開始以来、最長になった。10年前の2003年に比べて約10分延びた。総務省消防庁が19日に発表した統計で明らかになった。

搬送時間が延びたのは、増加する出動要請に対応するため、遠くの消防署から救急車を向かわせるケースが増えたのが主な理由という。応急処置に関して救急隊員の裁量が広がり、駆け付けた現場で血圧測定や心臓マ

救急搬送、過去最長39分

千葉、全国で3番目に遅く

都道府県別の平均搬送時間は東京の54分36秒が最長。千葉は44分6秒で、東京、埼玉(45分24秒)に次ぎ3番目に遅く、全国平均よりも約5分遅かった。最短は富山と福岡の29分54秒だった。千葉は出動件数(29万4367件)、搬送人数(26万4224人)とも全国6位。

全国の救急車の出動件数は590万9367件、搬送人数は534万117人で、いずれも過去最多。通報から現場到着までの時間も延びる傾向にあり、過去最長の平均8分30秒だった。

例が多くなったことも背景にある。



# 千葉県における救急搬送時間の状況

(平成23年～25年 毎年9～10月)

千葉県健康福祉部  
平成27年1月

平成23年から平成25年の3年間に千葉県が実施した救急搬送実態調査のうち、2次保健医療圏ごとに救急搬送時間と搬送時間に大きく寄与する医療機関との交渉回数について、以下のとおり概要を取りまとめた。

 は県平均以上

## 1 平均の救急搬送時間

(単位:分)

	平成25年	平成24年	平成23年
全県	42.61	42.43	40.3
千葉	46.57	48.19	39.6
東葛南部	39.88	38.56	40.6
東葛北部	36.40	36.17	35.2
印旛	46.70	44.32	43.6
香取海匝	42.73	40.87	40.4
山長夷	50.85	50.33	48.7
安房	48.11	43.05	42.8
君津	42.61	40.42	39.8
市原	43.88	43.97	42.3
参考:通年	44.1	43.7	43.2
参考:全国通年	39.3	38.7	38.1

## 2 重症者に係る平均搬送時間

(単位:分)

	平成25年	平成24年	平成23年
全県	44.04	43.63	43.2
千葉	42.97	47.54	39.7
東葛南部	41.65	40.87	43.4
東葛北部	38.12	35.54	36.5
印旛	46.39	43.94	42.9
香取海匝	48.35	46.48	45.1
山長夷	53.04	54.53	53.8
安房	56.06	52.60	49.9
君津	40.88	39.52	40.1
市原	47.39	47.48	45.1

## 3 平均交渉回数

(単位:回数)

	平成25年	平成24年	平成23年
全県	1.43	1.44	1.44
千葉	1.75	1.72	1.70
東葛南部	1.28	1.27	1.43
東葛北部	1.17	1.22	1.22
印旛	1.67	1.63	1.53
香取海匝	1.58	1.52	1.45
山長夷	1.53	1.51	1.51
安房	1.13	1.20	1.17
君津	1.50	1.41	1.41
市原	1.38	1.39	1.35

## 4 重症者に係る平均交渉回数

(単位:回数)

	平成25年	平成24年	平成23年
全県	1.29	1.31	1.34
千葉	1.55	1.48	1.61
東葛南部	1.25	1.22	1.39
東葛北部	1.11	1.15	1.14
印旛	1.41	1.35	1.32
香取海匝	1.48	1.49	1.33
山長夷	1.37	1.47	1.44
安房	1.09	1.14	1.14
君津	1.14	1.18	1.14
市原	1.28	1.37	1.34

## 5 中等症者に係る平均交渉回数

(単位:回数)

	平成25年	平成24年	平成23年
全県	1.40	1.39	1.40
千葉	1.64	1.54	1.63
東葛南部	1.29	1.27	1.41
東葛北部	1.16	1.21	1.21
印旛	1.67	1.59	1.52
香取海匝	1.62	1.54	1.45
山長夷	1.56	1.53	1.49
安房	1.12	1.17	1.14
君津	1.44	1.34	1.31
市原	1.43	1.39	1.35

## 6 軽症者に係る平均交渉回数

(単位:回数)

	平成25年	平成24年	平成23年
全県	1.47	1.50	1.48
千葉	1.83	1.84	1.75
東葛南部	1.28	1.28	1.45
東葛北部	1.19	1.25	1.24
印旛	1.73	1.73	1.59
香取海匝	1.56	1.47	1.43
山長夷	1.55	1.50	1.53
安房	1.15	1.27	1.21
君津	1.58	1.48	1.49
市原	1.38	1.40	1.36

## 7 本調査から見た保健医療圏ごとの傾向（県平均との比較）

**千葉** … 重傷者の搬送時間は比較的短い、軽症・中等症の搬送時間は長い。  
医療機関への交渉回数は9保健医療圏の中で最も多い。

---

**東葛南部** … 平成24年以降、搬送時間は短く、医療機関への交渉回数も少ない。  
ただし、浦安、市川、船橋は現場滞在時間が長い。

---

**東葛北部** … 搬送時間が短く、医療機関の交渉回数は少ない。  
この地域においては、松戸のみ現場滞在時間が長い。

---

**印旛** … 白井・印西は県平均並みだが、それ以外の地域は交渉回数が多く、搬送時間も長い。  
特に、成田、佐倉、四街道地域においては現場滞在時間が長い。

---

**香取海匝** … 旭においては交渉回数、搬送時間も県内最小だが、香取および匝瑳については交渉回数も多く、搬送時間も長い。また、両地域においては、重症患者に係る交渉回数が特に多い。

---

**山長夷** … 搬送時間は9保健医療圏の中で最も長く、医療機関の交渉回数が多い。  
移動時間（搬送全体－現場滞在）が長い。  
（東千葉メディカルセンターの開設により、山武地域に状況変化が見込まれる）

---

**安房** … 医療機関の交渉回数が少なく、現場滞在時間は最も短いものの、搬送時間が長い。救急医療機関が少なく、移動時間が非常に長いものと考えられる。  
重傷者の交渉回数は最も少ないが、重傷者の搬送時間は最も長い。

---

**君津** … 搬送時間及び医療機関の交渉回数は県平均並み。  
なお、重傷者の搬送時間は短く、医療機関の交渉回数は少ない。

---

**市原** … 搬送時間及び医療機関の交渉回数は県平均並み。  
ただし、重傷者の搬送時間はやや長い。

図1:平成25年度 交渉回数 × 搬送時間【二次医療圏ごと】

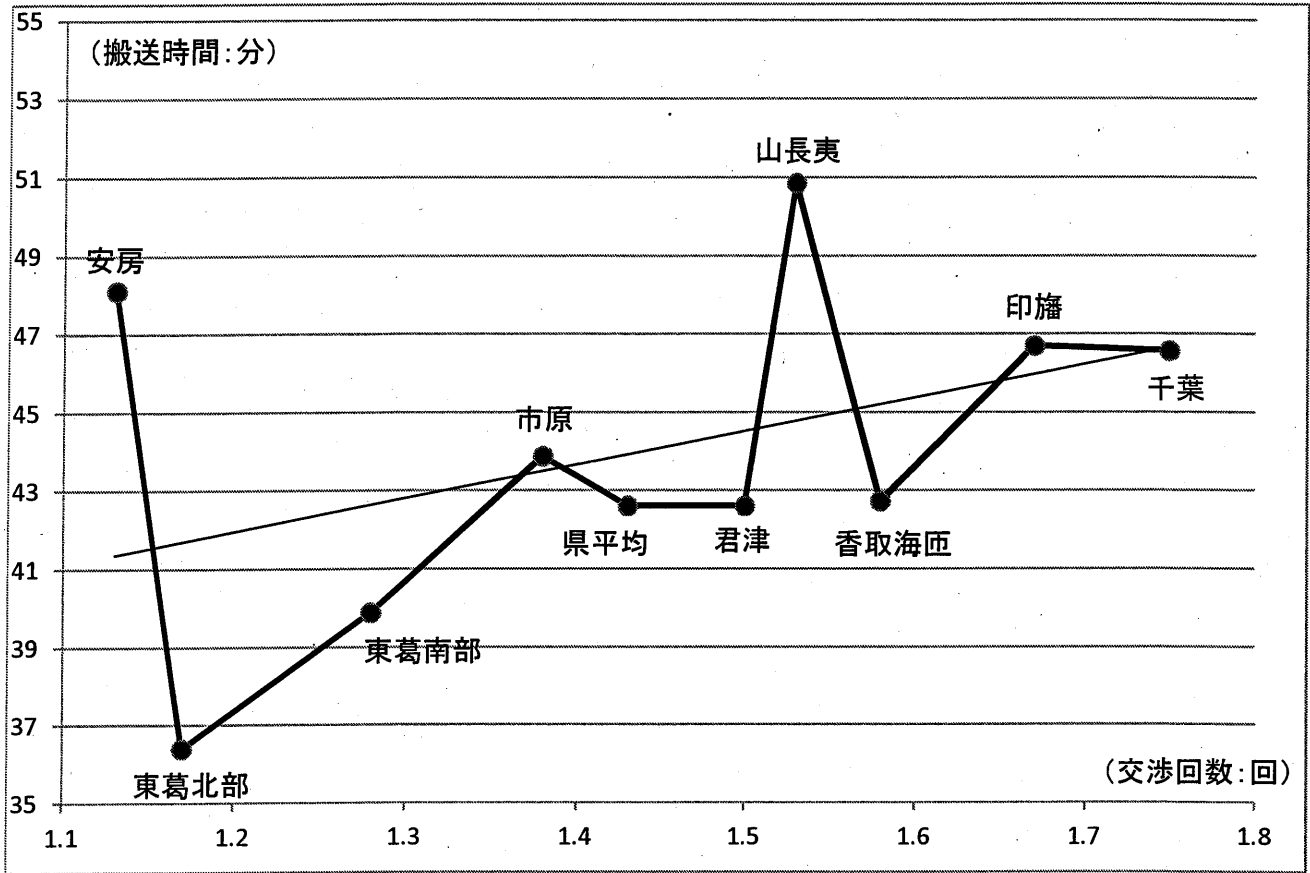


図2.平成25年度 交渉回数 × 搬送時間【消防本部ごと】

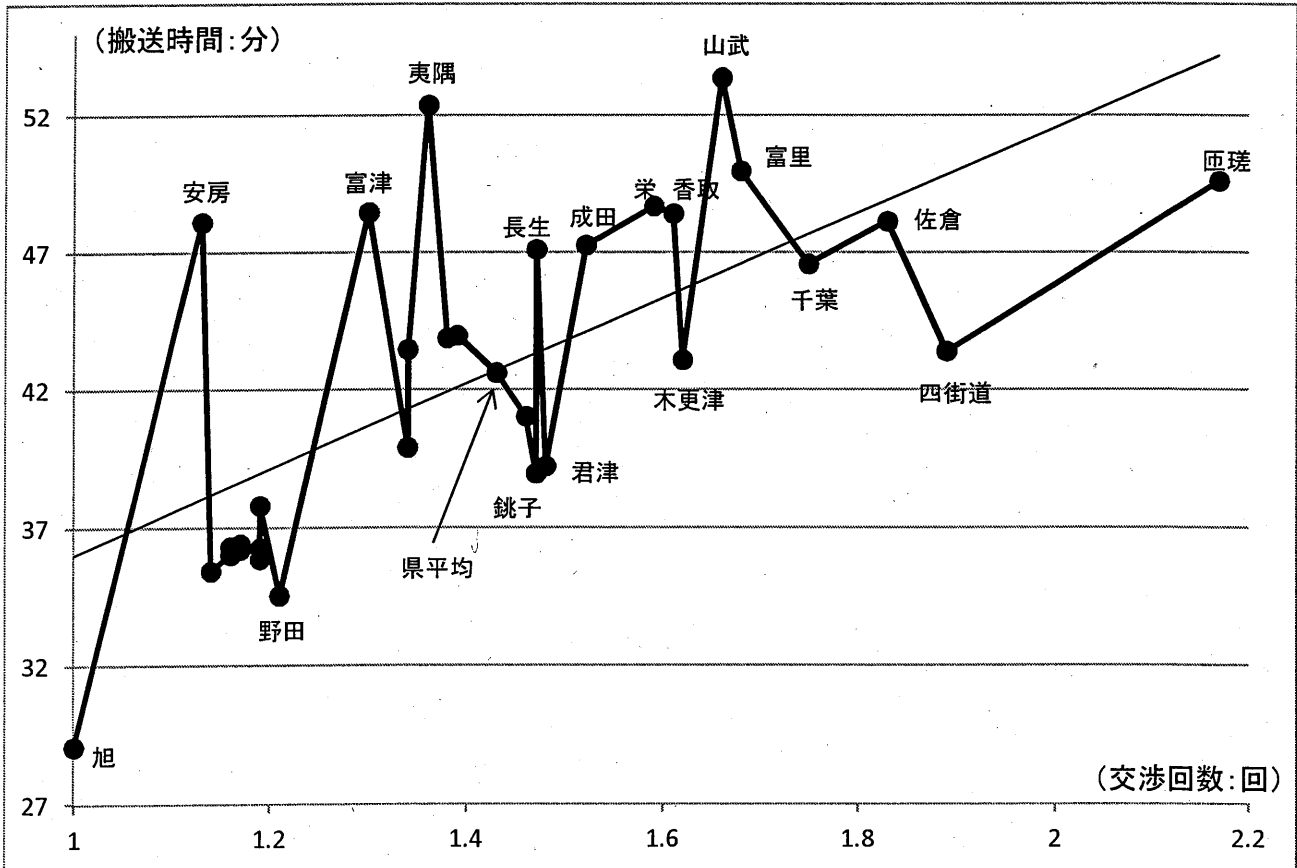


図3. 平成25年度 交渉回数 × 現場滞在時間【二次医療圏ごと】

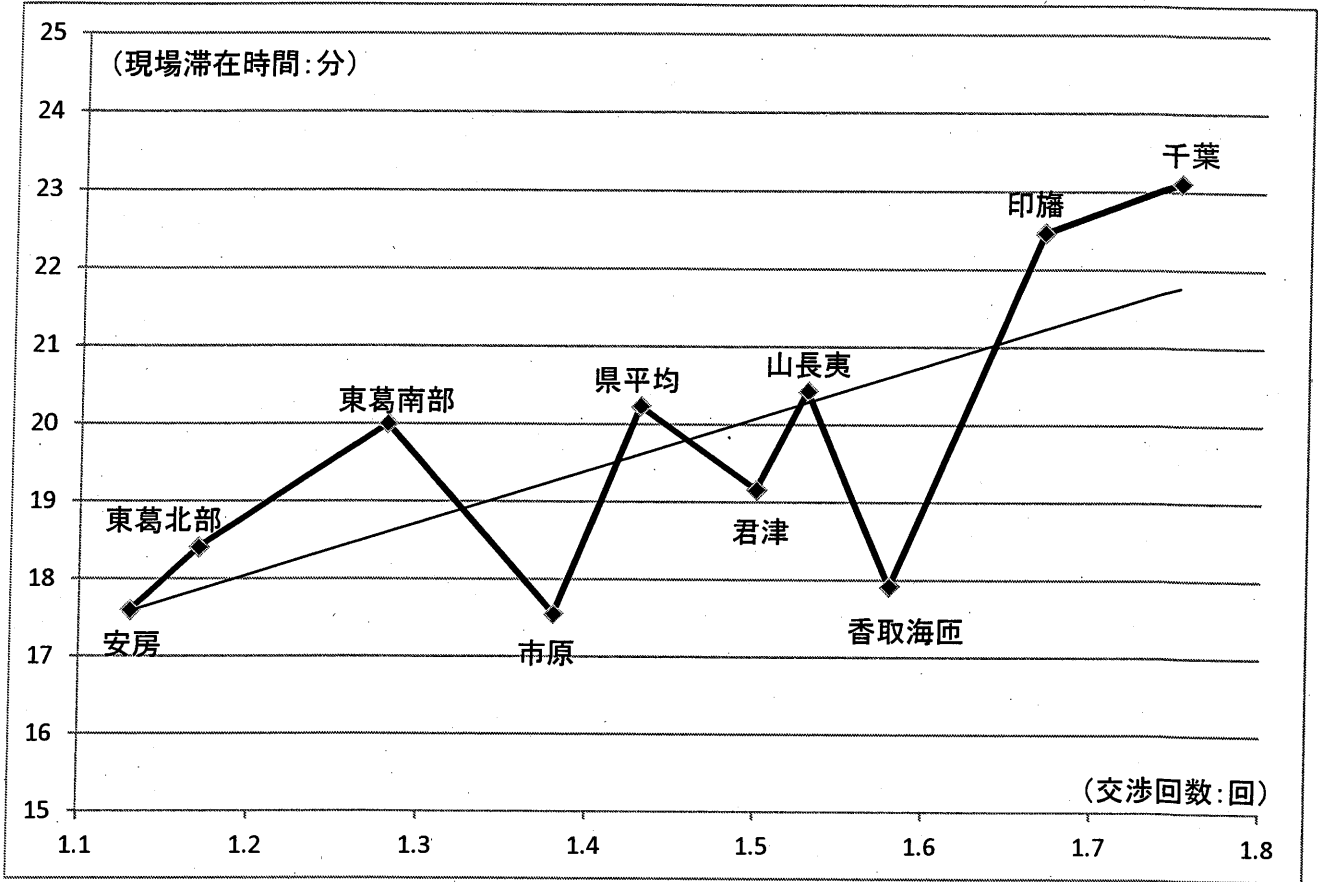


図4. 平成25年度 交渉回数 × 現場滞在時間【消防本部ごと】

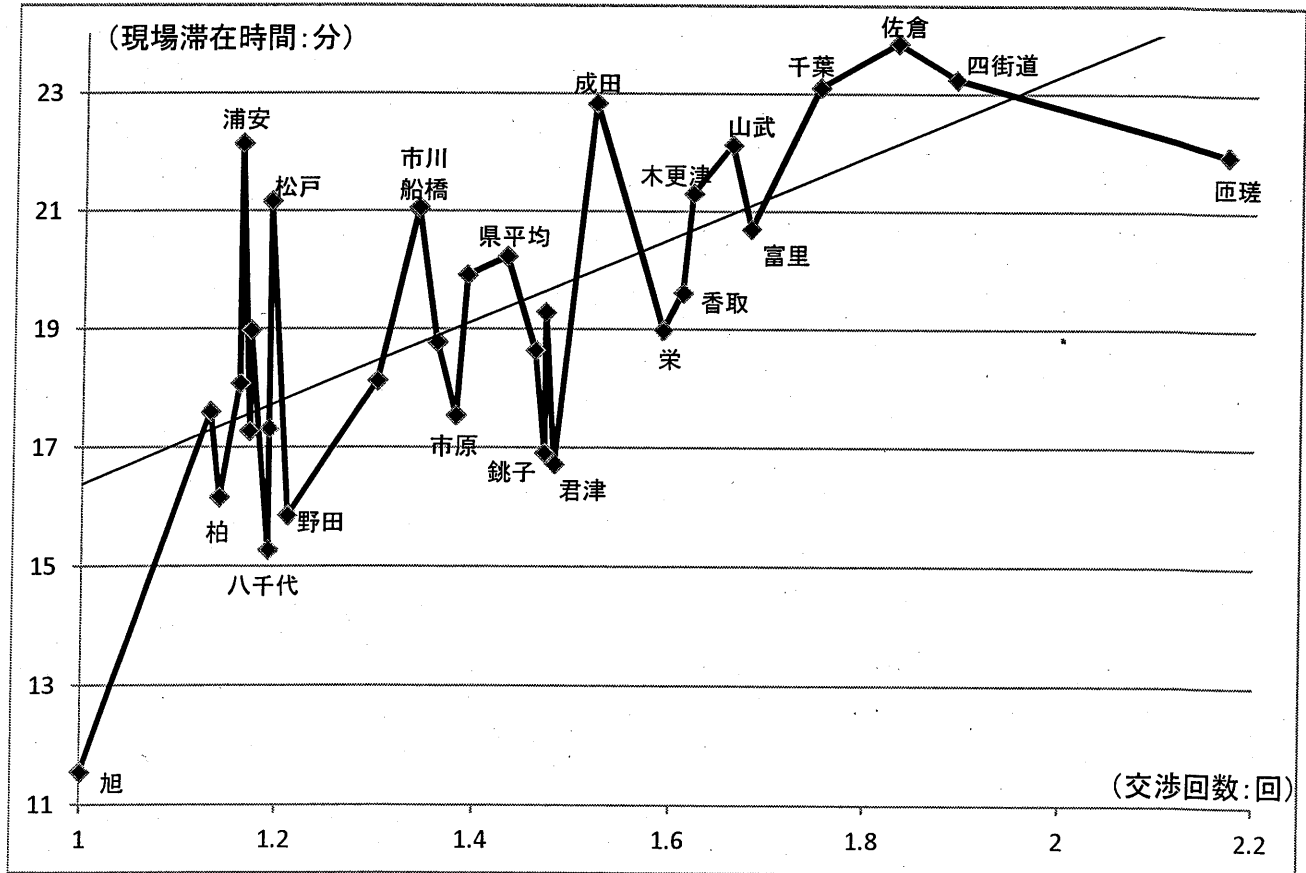




図5. 平成25年度 交渉回数 × 搬送時間【重症のみ 二次医療圏ごと】

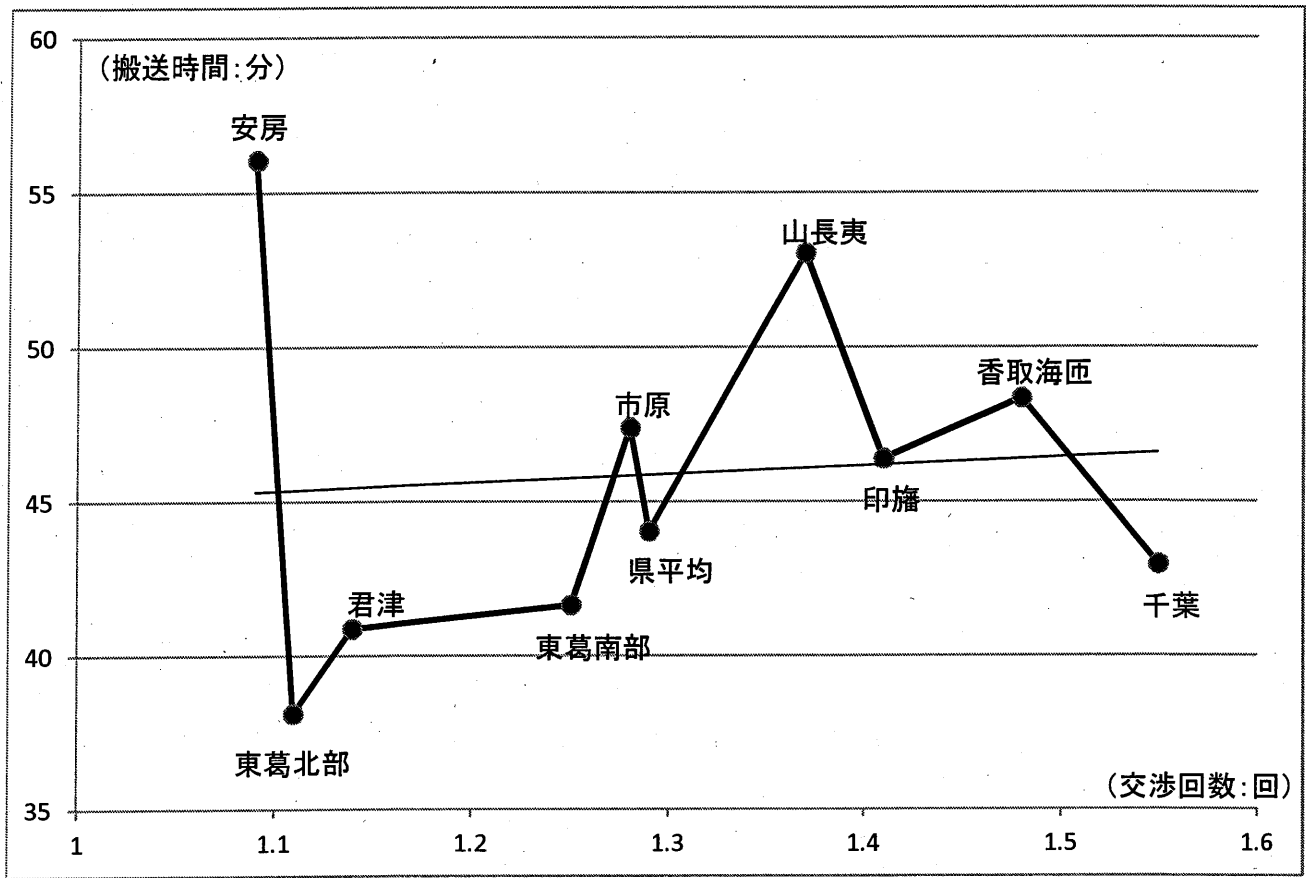


図6. 平成25年度 交渉回数 × 搬送時間【重症のみ 消防本部ごと】

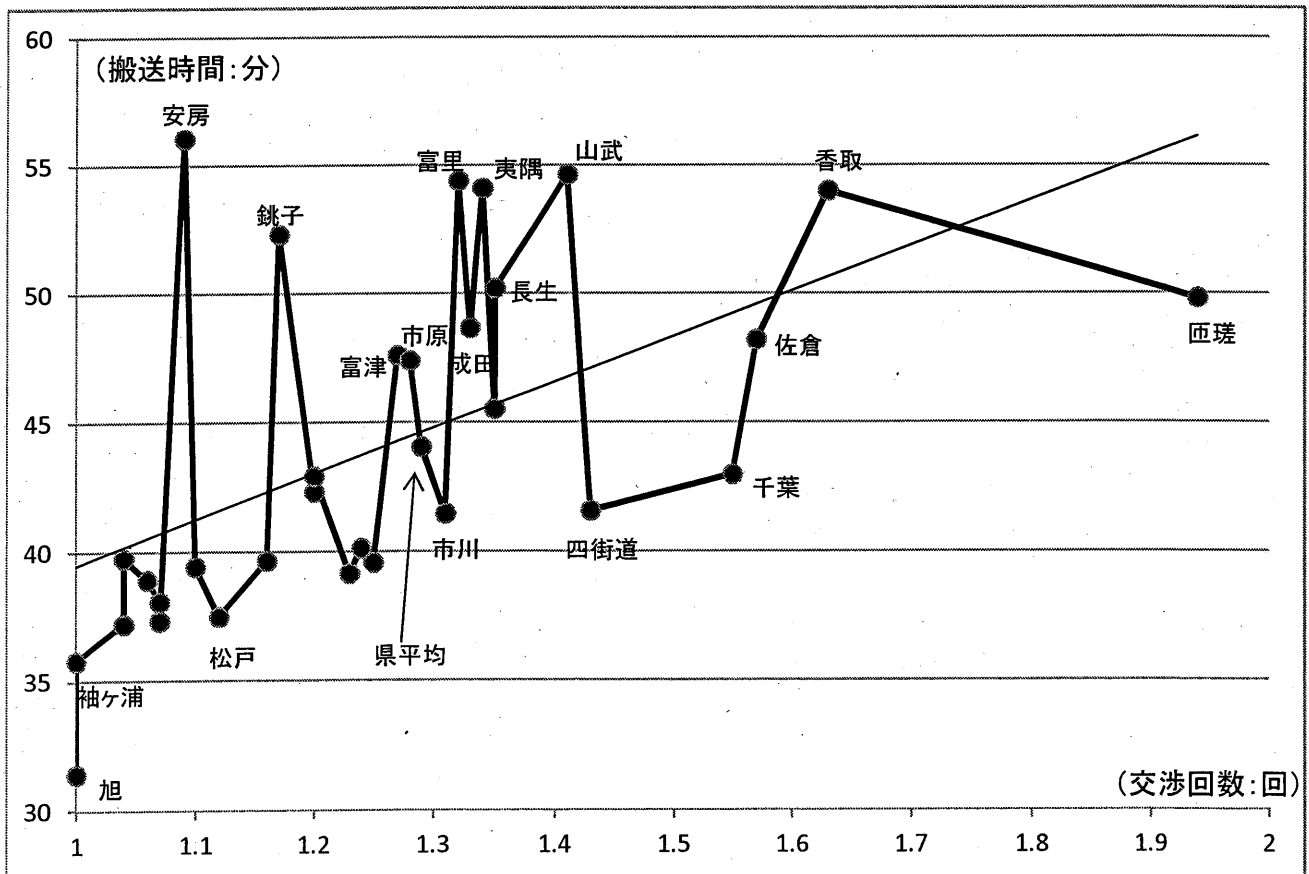
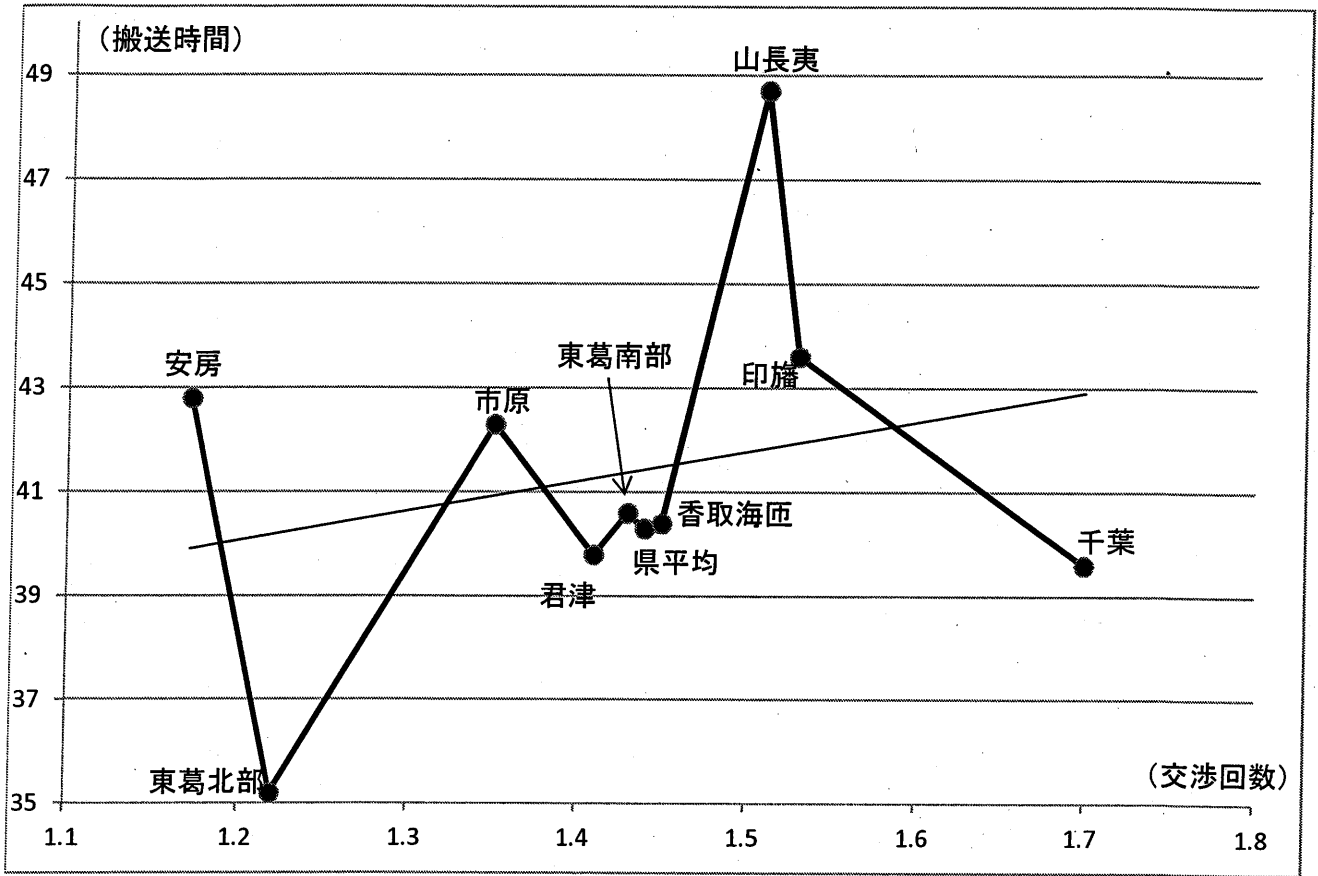


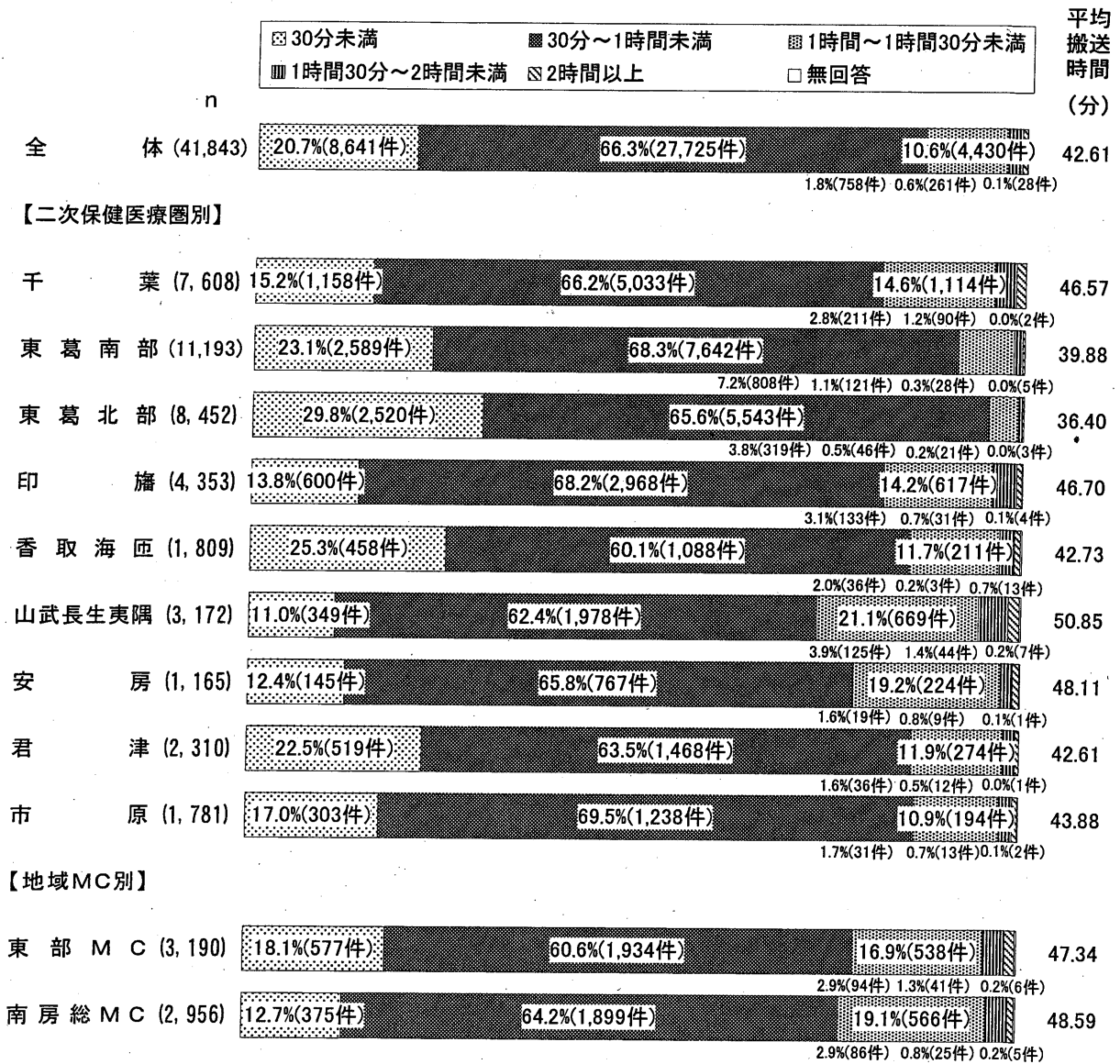
図7. 平成23年度 交渉回数 × 搬送時間【二次医療圏ごと】



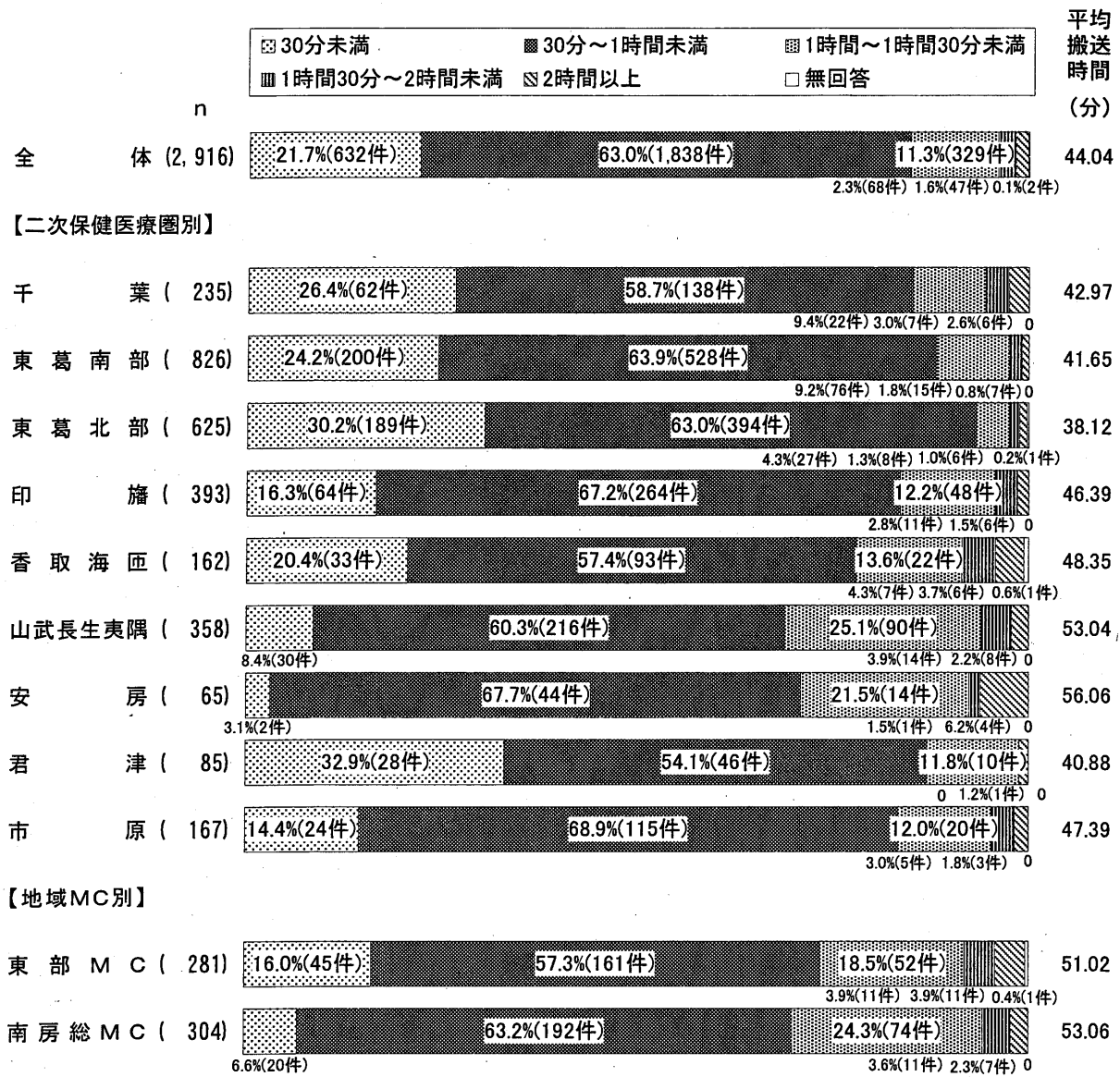


8. 平成25年度救急搬送実態調査結果報告書より抜粋（9月～10月分データ）

搬送時間—二次保健医療圏別、地域MC別



重症患者の搬送時間—二次保健医療圏別、地域MC別

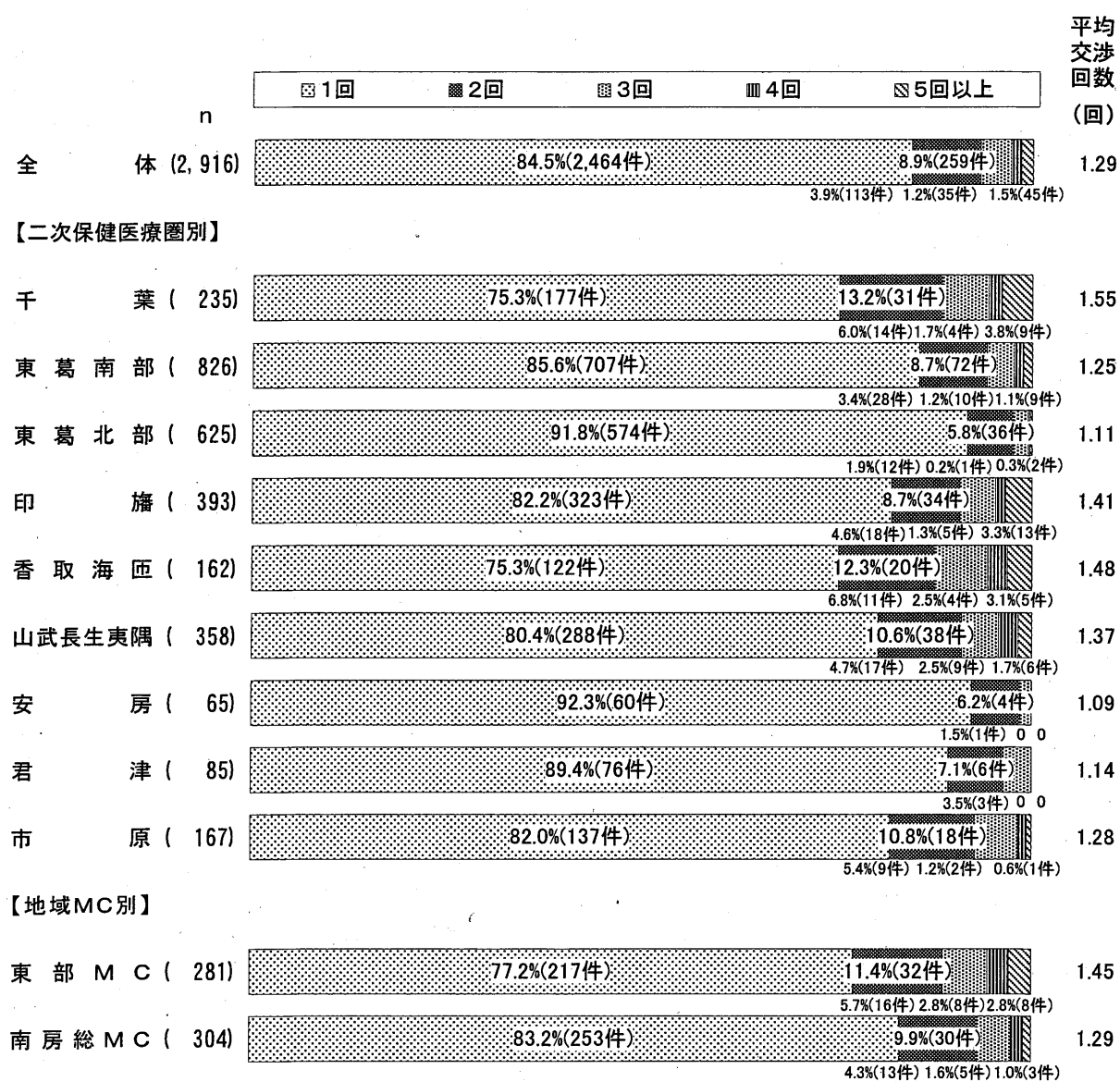


医療機関交渉回数—二次保健医療圏別、地域MC別

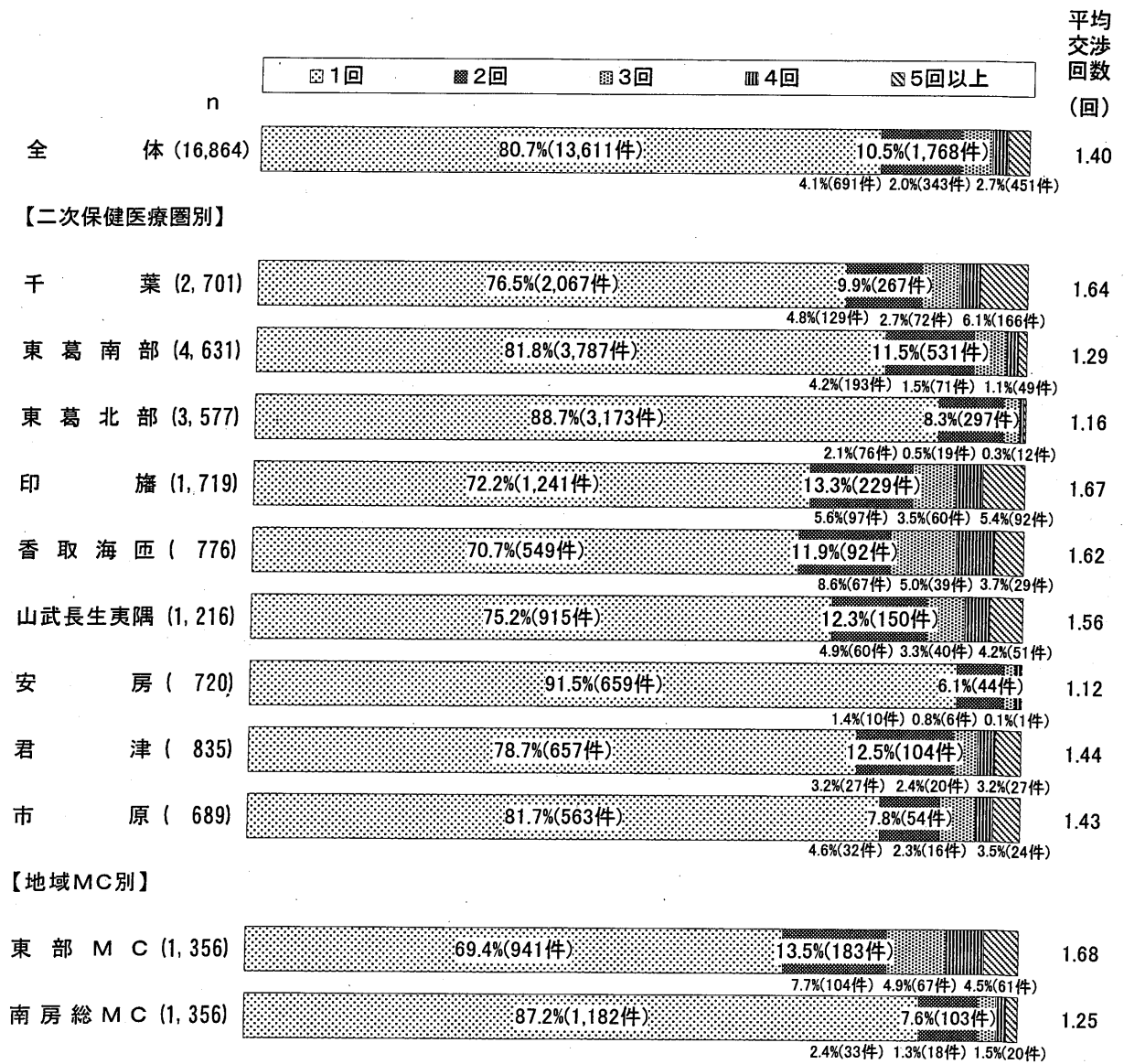
上段：件数、下段：%

	全体	1回	2回	3回	4回	5回 以上 (計)	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回 以上	無 回 答	平 均 値 (回)
全 体	41,843 100.0%	32,808 78.4%	5,105 12.2%	1,951 4.7%	847 2.0%	1,131 2.7%	453 1.1%	271 0.6%	150 0.4%	82 0.2%	60 0.1%	46 0.1%	69 0.2%	1 0.0%	1.43
【二次保健医療圏別】															
千葉	7,608 100.0%	5,254 69.1%	1,092 14.4%	535 7.0%	257 3.4%	470 6.2%	176 2.3%	112 1.5%	60 0.8%	38 0.5%	23 0.3%	24 0.3%	37 0.5%	-	1.75
東葛南部	11,193 100.0%	9,151 81.8%	1,372 12.3%	423 3.8%	146 1.3%	101 0.9%	59 0.5%	19 0.2%	12 0.1%	4 0.0%	5 0.0%	-	2 0.0%	-	1.28
東葛北部	8,452 100.0%	7,409 87.7%	786 9.3%	176 2.1%	49 0.6%	32 0.4%	10 0.1%	14 0.2%	6 0.1%	1 0.0%	-	1 0.0%	-	-	1.17
印旛	4,353 100.0%	3,093 71.1%	618 14.2%	283 6.5%	132 3.0%	227 5.2%	82 1.9%	53 1.2%	32 0.7%	16 0.4%	16 0.4%	11 0.3%	17 0.4%	-	1.67
香取海匝	1,809 100.0%	1,300 71.9%	229 12.7%	144 8.0%	67 3.7%	69 3.8%	38 2.1%	16 0.9%	5 0.3%	6 0.3%	3 0.2%	1 0.1%	-	-	1.58
山武長生夷隅	3,172 100.0%	2,356 74.3%	422 13.3%	181 5.7%	106 3.3%	107 3.4%	38 1.2%	29 0.9%	19 0.6%	6 0.2%	6 0.2%	5 0.2%	4 0.1%	-	1.53
安房	1,165 100.0%	1,057 90.7%	77 6.6%	22 1.9%	7 0.6%	2 0.2%	1 0.1%	1 0.1%	-	-	-	-	-	-	1.13
君津	2,310 100.0%	1,748 75.7%	324 14.0%	109 4.7%	51 2.2%	78 3.4%	30 1.3%	16 0.7%	11 0.5%	9 0.4%	3 0.1%	2 0.1%	7 0.3%	-	1.50
市原	1,781 100.0%	1,440 80.9%	185 10.4%	78 4.4%	32 1.8%	45 2.5%	19 1.1%	11 0.6%	5 0.3%	2 0.1%	4 0.2%	2 0.1%	2 0.1%	1 0.1%	1.38
【地域MC別】															
東部MC	3,190 100.0%	2,258 70.8%	441 13.8%	236 7.4%	124 3.9%	131 4.1%	58 1.8%	34 1.1%	18 0.6%	9 0.3%	5 0.2%	4 0.1%	3 0.1%	-	1.62
南房総MC	2,956 100.0%	2,455 83.1%	287 9.7%	111 3.8%	56 1.9%	47 1.6%	19 0.6%	12 0.4%	6 0.2%	3 0.1%	4 0.1%	2 0.1%	1 0.0%	-	1.31

# 重症患者の医療機関交渉回数－二次保健医療圏別、地域MC別



中等症患者の医療機関交渉回数－二次保健医療圏別、地域MC別





軽症患者の医療機関交渉回数—二次保健医療圏別、地域MC別

