

4 施策の評価指標

[基盤 (ストラクチャー)]

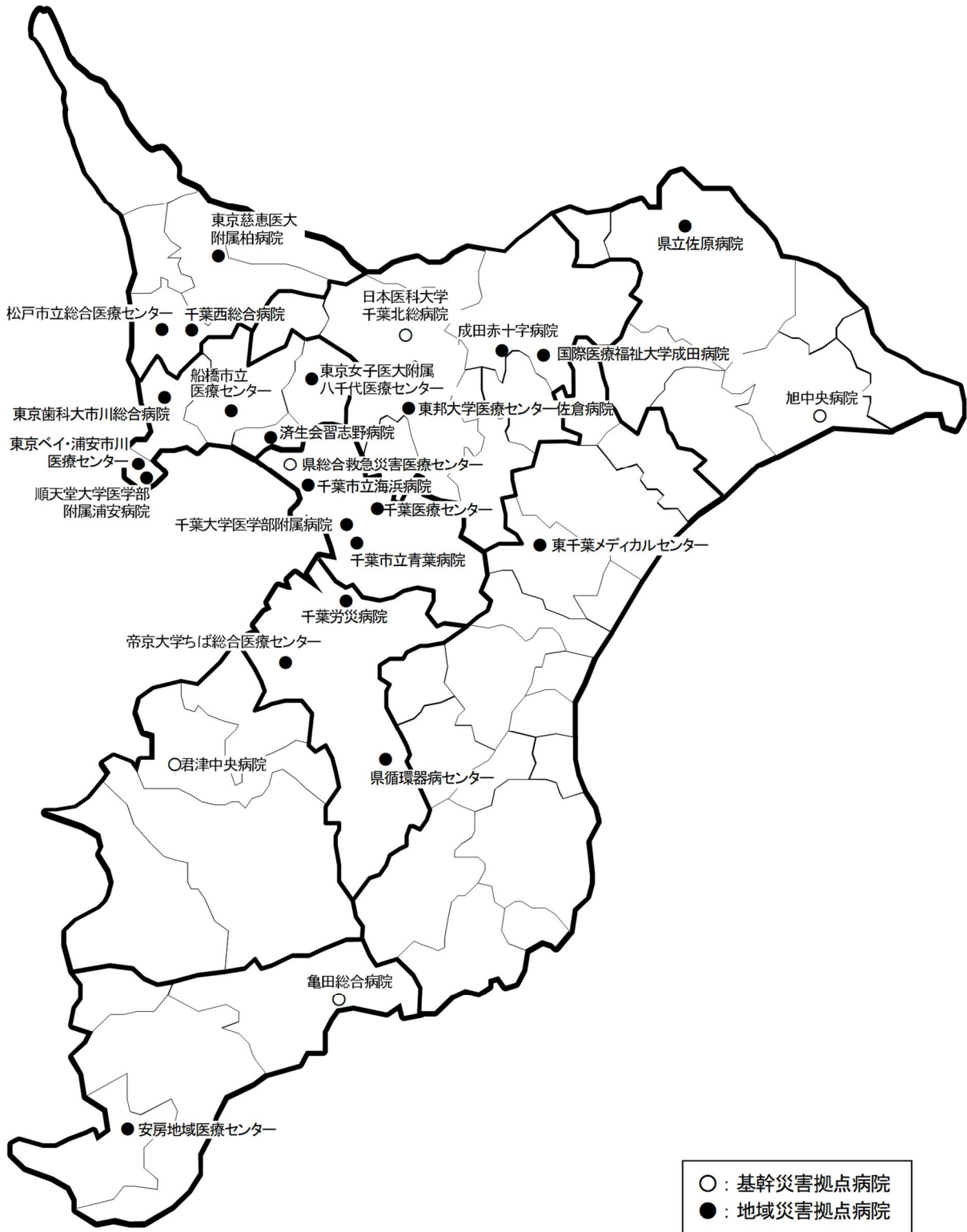
指 標 名	現 状	目 標
多数傷病症に対応可能な スペースを有する災害拠 点病院の割合	92.6% (令和5年度)	増加 (令和11年度)
災害派遣医療チーム (DMAT) ・チームの数 ・構成員の数 (CLDMAT) ・チームの数 ・構成員の数	51チーム 303名 (令和5年度) 17チーム 151名 (令和5年度)	60チーム 360名 (令和11年度) 27チーム 200名 (令和11年度)
災害派遣精神医療チーム (DPAT) ・チームの数 ・構成員の数	38チーム 170名 (令和5年度)	50チーム 280名 (令和11年度)
災害医療コーディネータ ーの任命者数 地域災害医療コーディネ ーターの任命者数	13名 (令和4年度) 48名 (令和4年度)	27名 (令和11年度) 増加 (令和11年度)
医療施設(病院)の耐震 化率	79.7% (令和4年度)	増加 (令和11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 ている災害拠点病院の割 合	66.6% (令和5年度)	100% (令和11年度)

広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率	100% (令和4年度)	現状維持 (令和11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)	増加 (令和11年度)

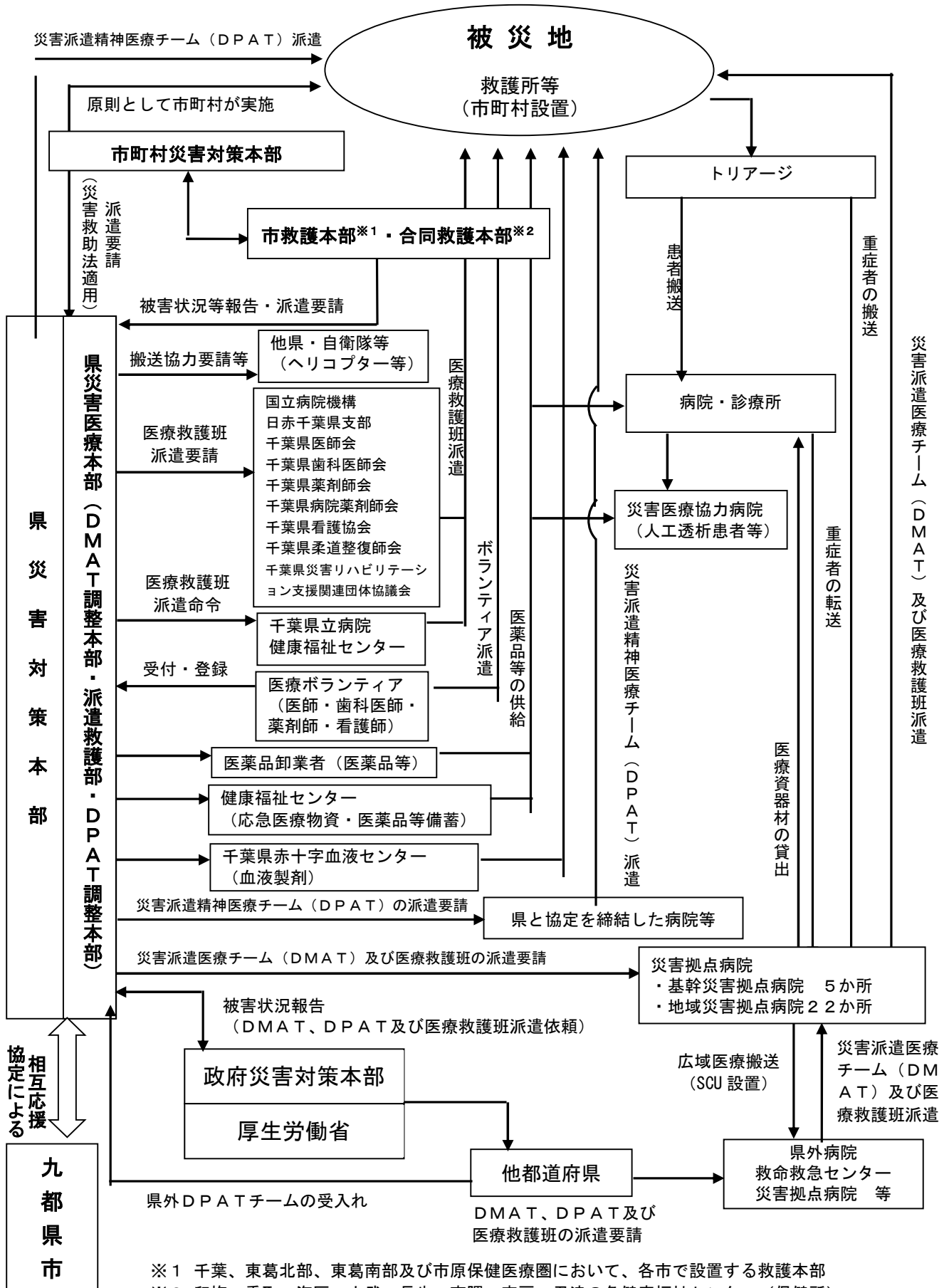
[過程（プロセス）]

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	32.07% (令和5年度)	増加 (令和11年度)

図表 5-1-2-7-1 千葉県内の災害拠点病院



図表 5-1-2-7-2 医療救護活動の体系図



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

(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。

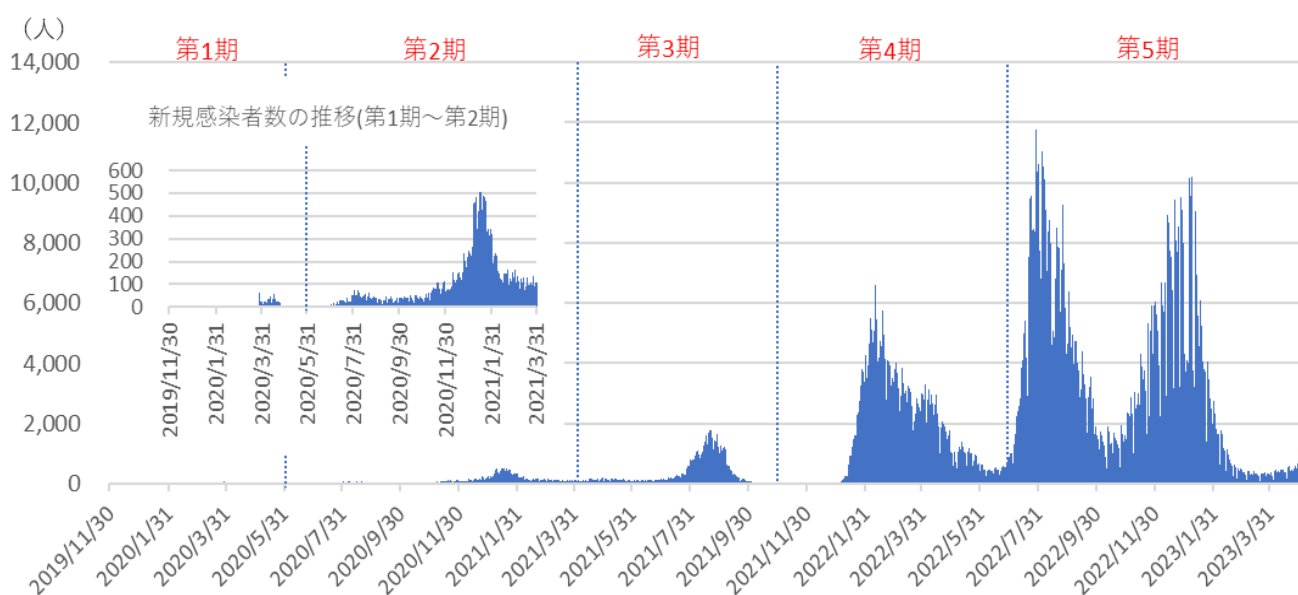
【第4期：令和3年11月～令和4年6月（オミクロン株への対応）】

- ・ 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 5-1-2-8-1 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、県型保健所間においては当該保健所で連携して対応しています。また、管外医療機関の調整に当たり、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。

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います。

【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】

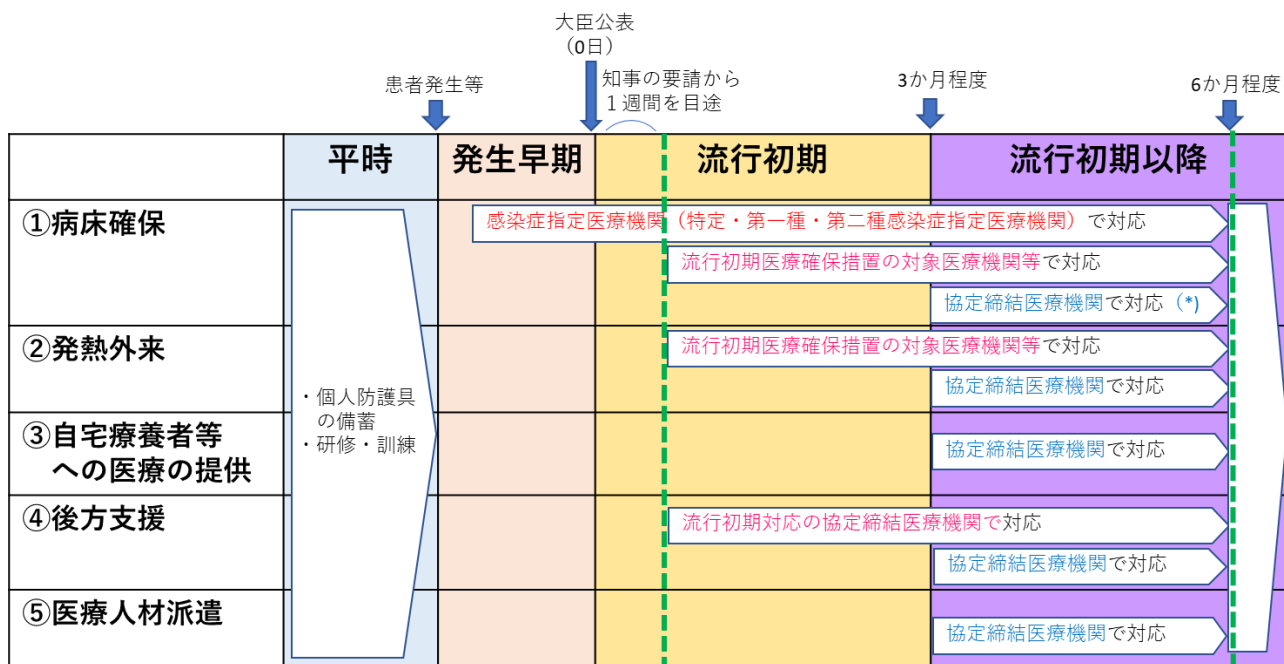
＜流行初期の一定期間経過後の3か月程度（発生の公表後6か月程度）＞

- ・ 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：

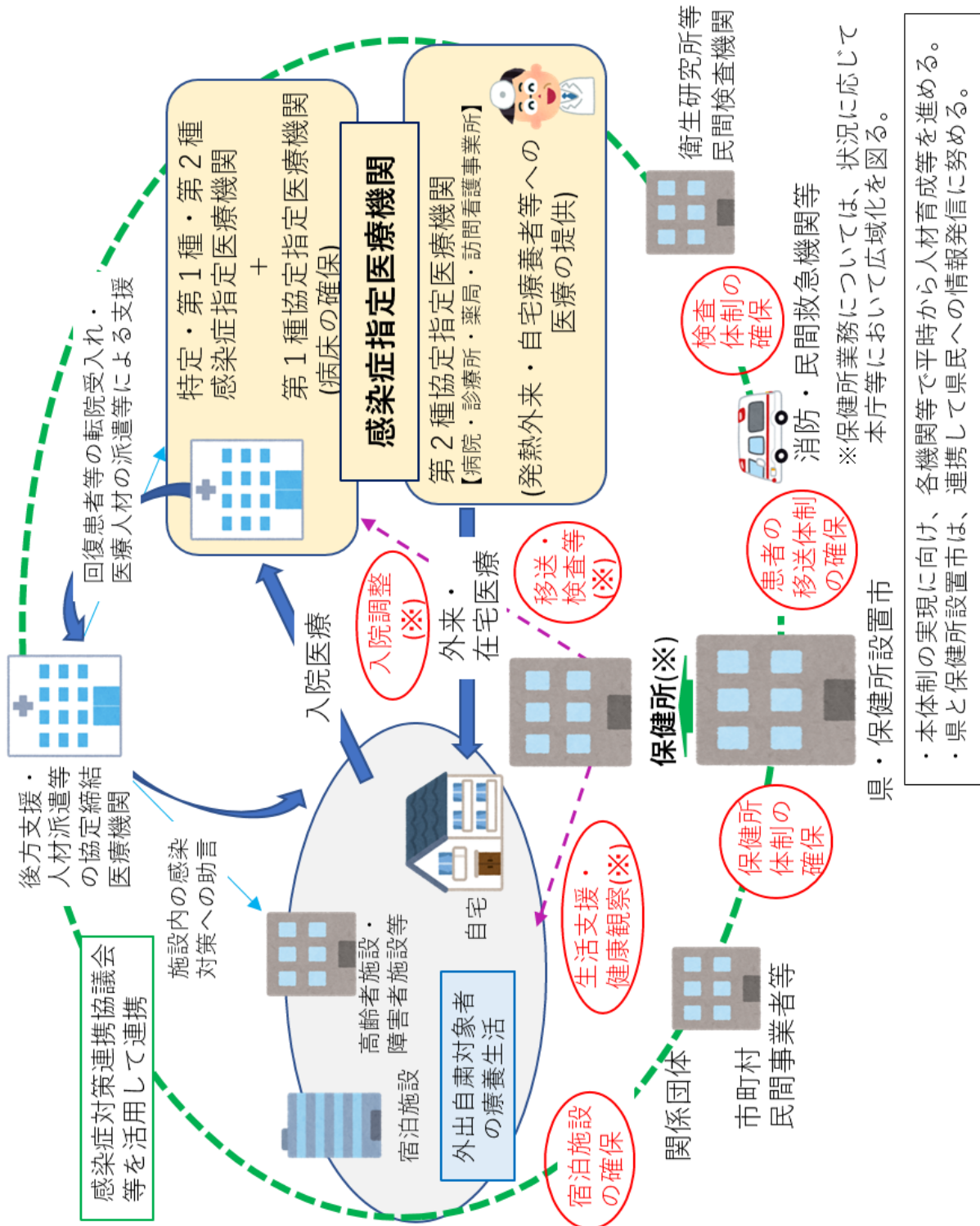
協定に基づく対応により経営の自律性を制限して、流行初期に感染症医療を行う協定締結医療機関に対して、感染症医療を行った月の診療報酬収入が、流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合に、その差額を支払う措置。

図表 5-1-2-8-2 新興感染症発生からの一連の対応



(*)知事の要請から速やかに（2週間を目途に）即応化

図表 5-1-2-8-3 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。

なお、医療機関との間であらかじめ災害派遣医療チーム（DMAT）、災害

派遣精神医療チーム（D P A T）及び災害支援ナースの派遣に係る協定を締結し、感染症のまん延時に協力を得られる体制を整備します。

- 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、平時から保健所及び本庁部門で連携し、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、I C T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、入院調整本部の設置、災害派遣医療チーム（D M A T）等との連携、医療D Xの推進によるI C Tの活用及び民間事業者等へ

の委託などにより、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個人防護具の備蓄を求めておくことにより、個人防護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)]

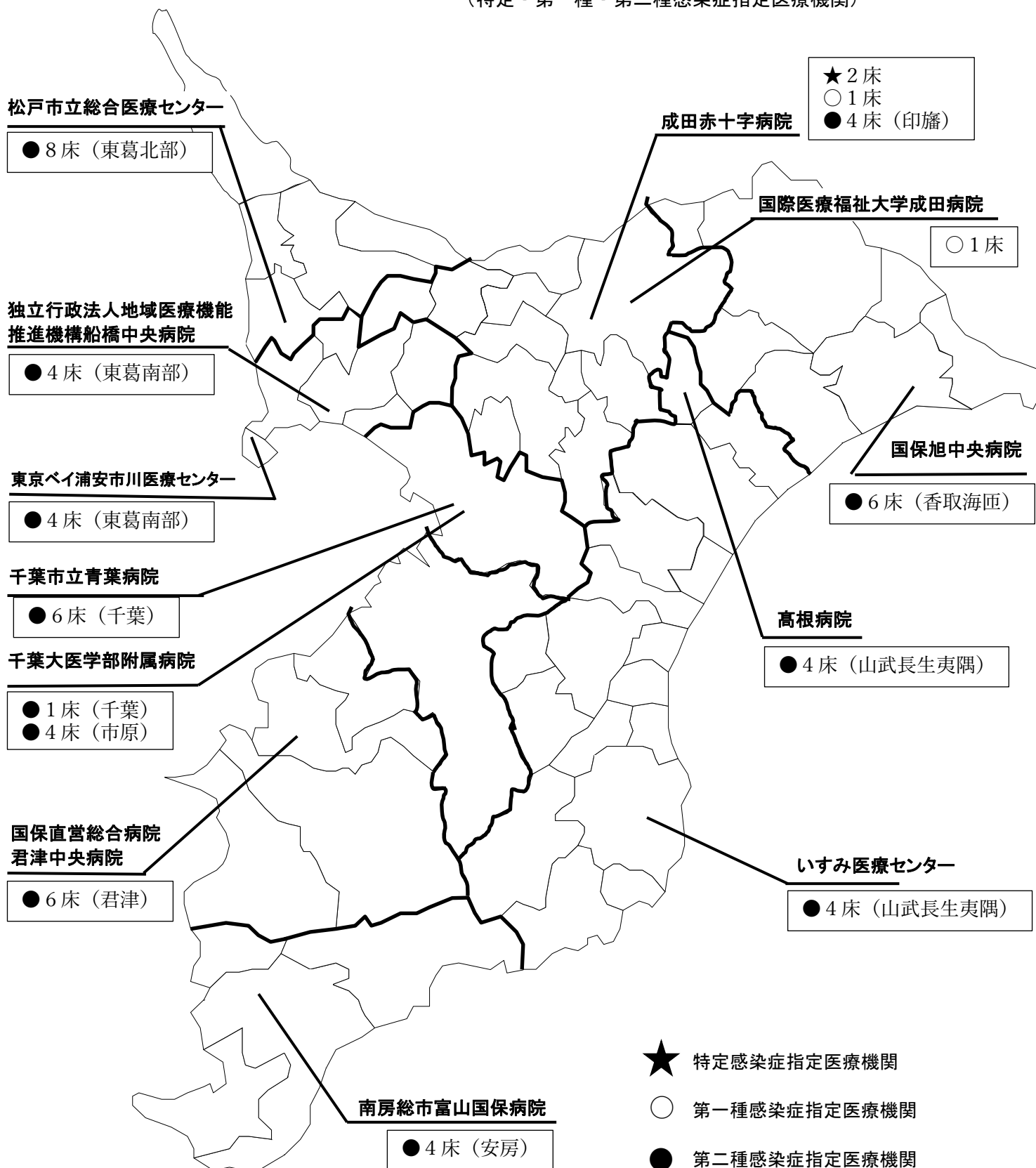
指 標 名	現状 (令和6年度)	目標 (令和11年度)
病床 ・各協定締結医療機関 (入院) における確保可能病床数 (流行初期)	—	640床
・各協定締結医療機関 (入院) における確保可能病床数 (流行初期以降)	—	1,400床
発熱外来 ・各協定締結医療機関 (発熱外来) の機関数 (流行初期)	—	460機関
・各協定締結医療機関 (発熱外来) の機関数 (流行初期以降)	—	1,500機関
自宅療養者への医療の提供 ・自宅・宿泊療養施設・高齢者施設での療養者等へ医療を提供する機関数 (流行初期以降)	—	2,840機関
		【内数】 病院 80機関 診療所 880機関 訪問看護ステーション 260機関 薬局 1,620機関
後方支援 ・後方支援の協定を締結する医療機関数 (流行初期以降)	—	130機関
医療人材の確保人数 ・派遣可能な人数 (流行初期以降)	—	150人
		【内数】 医師 50人 看護師 100人
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・訪問看護ステーション) 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	—	8割以上

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現状 (令和6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	—	10割

図表 5-1-2-8-4 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

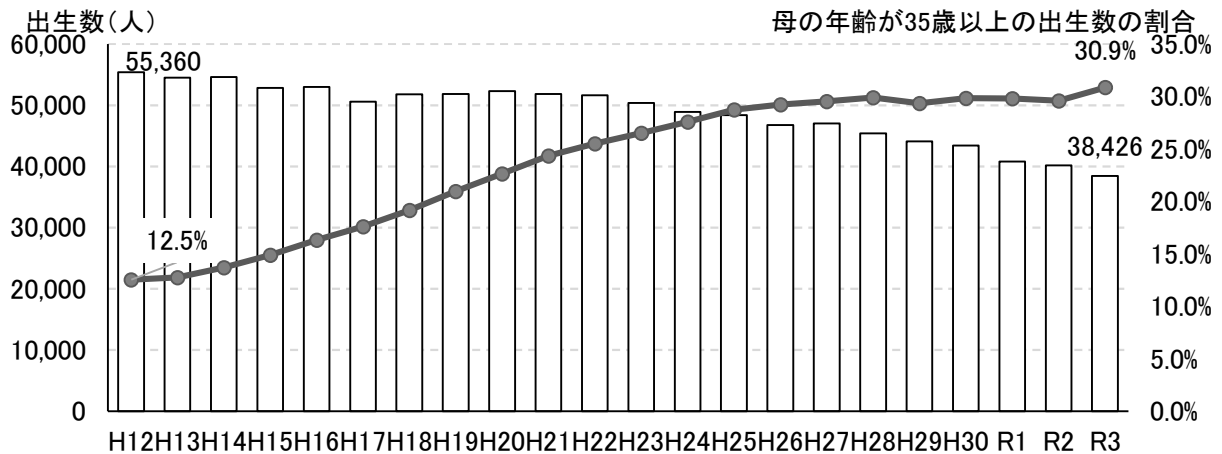
全国的に少子高齢化が急速に進行する中で、子どもを安心して産み、育てる環境づくりを整備することが求められています。

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。

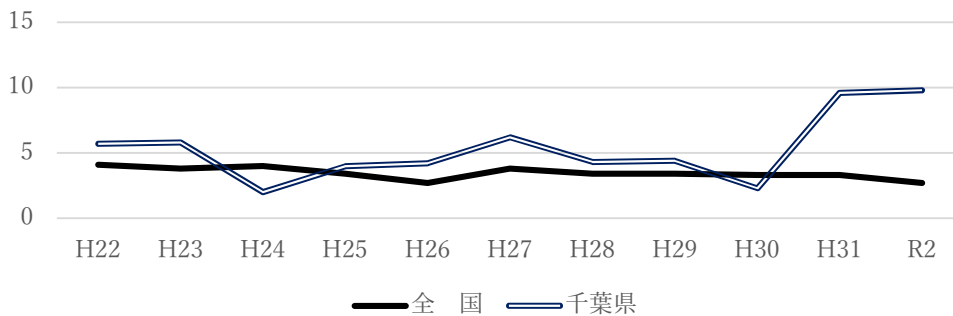
千葉県における出生数は、減少傾向にあります。15～49歳女子人口は、今後減少が続くとともに、その減少率には地域差があると見込まれます。

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。

図表 5-1-2-8-1 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）



図表 5-1-2-8-2 年次別妊産婦死亡率（出産10万対）



(出典：人口動態統計)

(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。

一方、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。

また、県では、分娩施設がない地域もあり、出生数の減少から、分娩施設のさらなる減少が考えられます。妊婦が安心して受診し分娩できる支援について検討していく必要があります。

図表 5-1-2-8-3 NICU病床数及び必要病床数

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、医師及び特定行為研修*を受けた看護師や専門看護師*、認定看護師*、アドバンス助産師*等とのタスクシェア*を進める必要があります。

(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M F I C U*を含む産科病棟及びN I C U*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、母体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、N I C U*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ています。

〔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N I C U*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ことから、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。

〔周産期医療における災害対策〕

東日本大震災をまとめた報告書から、小児・周産期医療と災害医療との連携の必要性が指摘されており、大規模災害に備えて、災害時においても周産期医療*体制を維持できるよう整備していく必要があります。

千葉県では、災害時に小児・周産期医療に係る保健活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、災害医療本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う災害医療コーディネーター*をサポートする目的として、令和4年6月1日付けで12名の「災害時小児周産期リエゾン*」を任命しています。

〔NICU長期入院児等の自宅退院後のレスパイト支援〕

NICU*等に長期入院し、その後在宅に移行した小児等を、保護者の要請に応じて、一時的に受け入れ、人工呼吸器管理・栄養管理等を含むリハビリテーションを行う医療機関に対し補助を行い、レスパイト*等の支援に対する体制の整備を行っています。

2 循環型地域医療連携システムの構築

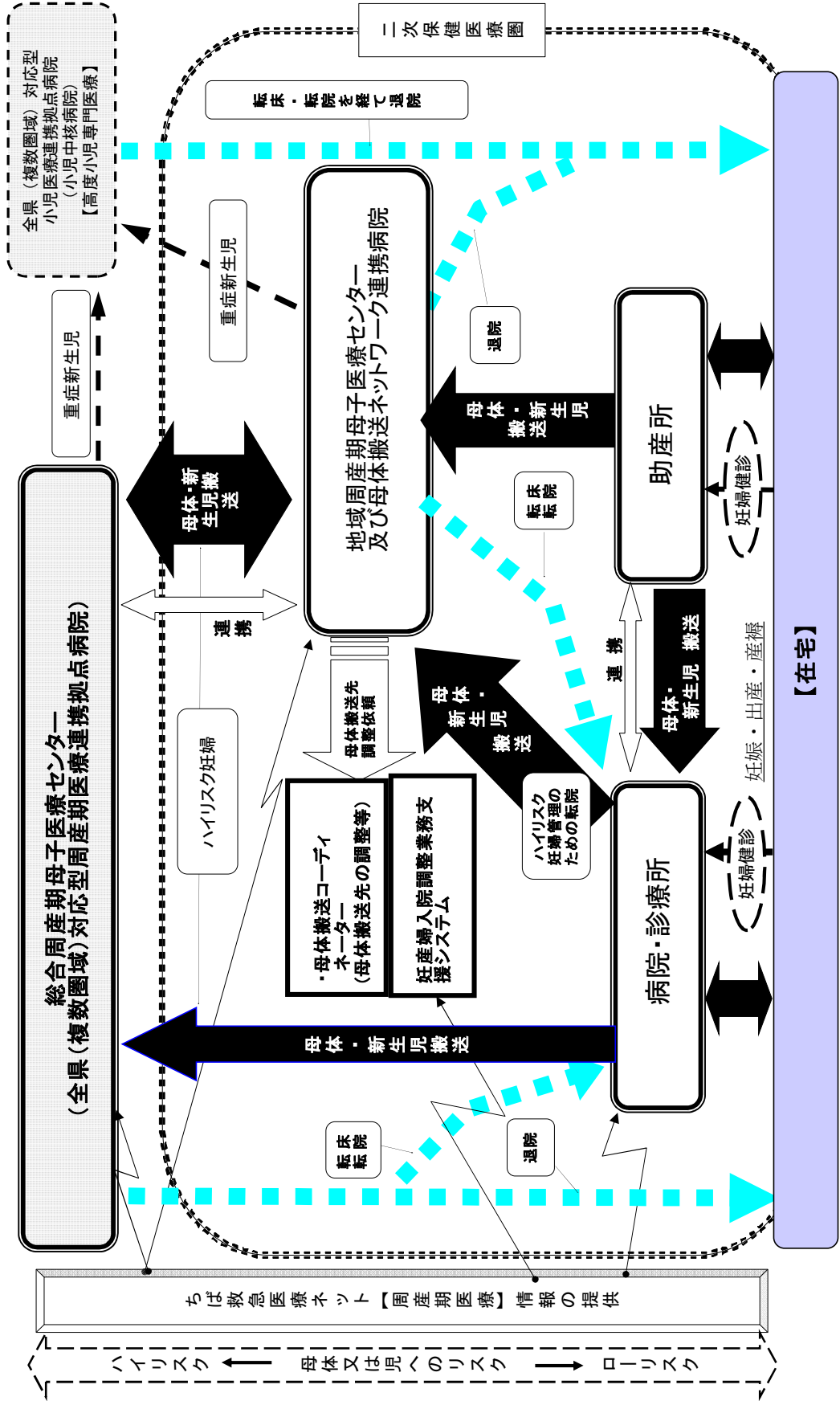
周産期医療*の循環型地域医療連携システムでは、まず妊婦健診を経て、助産所や病院・診療所で受診することとなります。通常分娩の場合は、助産所や病院・診療所で出産し、ハイリスク妊婦の場合は、地域周産期母子医療センター*及び母体搬送ネットワーク連携病院*の間で速やかに搬送できるよう役割分担を明確化しています。

地域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*で対応困難な症例（重症な新生児*を含む。）については、総合周産期母子医療センター*（全県（複数圏域）対応型周産期医療連携拠点病院*）で、受け入れを行います。

妊婦の搬送については、分娩リスクが伴う場合においても対応できるよう、平成19年10月に総合周産期母子医療センター*などを中心とした母体搬送ネットワーク体制を整備し、ネットワークに参加する病院で速やかに対応できるよう取り組んでいます。また、東京都との間において、県域を越えた搬送体制の整備を進めています。

総合周産期母子医療センター*や地域周産期母子医療センター*などの中核病院と地域の病院・診療所及び助産所において、機能分担と連携を図る「周産期医療の循環型地域医療連携システム」の構築に向け、引き続き取り組んでいきます。

周産期医療の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) 周産期医療体制の整備推進

〔周産期医療従事者の人材確保と育成〕

- 県では、周産期医療*に携わる人材が不足していることから、産科医師、新生児*医療担当医師、看護師及び助産師それぞれの人数を確保する事業や育成を実施するとともに、周産期医療*に関わる麻酔科医や臨床心理士等、その他のスタッフについても、併せて整備を推進します。

〔周産期母子医療センターの整備〕

- 県では、現在、総合周産期母子医療センター*を3施設指定し、地域周産期母子医療センター*を9施設認定しています。
周産期医療*従事者は少なく、医師の時間外労働時間の上限規制*による影響を受けることが予測されるため、周産期母子医療センター*と会議を開催しながら、医療機関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とともに、人口、出生数、地勢、交通事情や病床配分等の特性を踏まえて、更なる指定や認定について検討します。

〔周産期母子医療センターの支援〕

- 周産期母子医療センター*は、高度な医療を必要とする施設であり、その運営に費用がかかるとともに、地域によってはNICU*が不足している状況にあることから、周産期母子医療センター*の運営費に対して支援を行います。

〔NICUの整備〕

- 「周産期医療*の体制構築に係る指針」に基づき、NICU*の整備を促進します。

〔NICU長期入院児等の自宅退院後のレスパイト支援〕

- 在宅に移行したNICU*等に長期入院していた小児等を、保護者の要請に応じて、一時的に受け入れる医療機関に対し補助を行い、レスパイト*等の支援に対する体制の整備を行っています。

(2) 周産期医療連携の推進

〔母体搬送コーディネーターの運用方法の検討〕

- 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や、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ことを踏まえ、母体搬送コーディネーター*の効果的な配置や運用方法について検討を進めていきます。

〔ハイリスク妊産婦等を対象とした周産期搬送体制の整備〕

- 「妊産婦入院調整業務支援システム*」を活用し、より迅速かつ円滑な搬送先決定、正確な情報の収集、集積、解析を行います。また、新生児*搬送についても、ネットワークの構築に向けた検討を行います。さらに県域を越えた搬送体制についても、未整備の県との連携を検討します。

〔周産期医療連携体制の整備〕

- 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*等との併設を推進するとともに、地域の救命救急センター及び救急基幹センターと緊密な連携を図ります。また、総合周産期母子医療センター*においては、精神疾患を合併する妊産婦への対応可能な体制を整えていきます。
- 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ことから、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、小児中核病院等と連携した体制の整備に努めます。
また、円滑に患者を小児医療へと繋げる観点から、小児医療協議会と連携を行い課題の共有に努めます。
- 医師の働き方改革を踏まえ、病院や有床・無床診療所及び助産所等、施設間における役割分担や、医師及び特定行為研修*を受けた看護師や専門看護師*、認定看護師*、アドバンス助産師*等とのタスクシェア*に応じた取組みを促進するため、院内助産所*や助産師外来*、オープンシステム*・セミオープンシステム*等の導入について、設置のニーズや地域の実情等に応じた整備を推進します。

〔災害時における周産期医療体制〕

- 災害時小児周産期リエゾン*等を災害医療本部に配置する等、災害時の医療体制について強化を図ります。
- 周産期医療従事者に対し、災害時対応に必要な専門的・基礎的知識及び技術等の研修を行い、災害時小児周産期リエゾン*を担う人材を養成します。

4 施策の評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状	目標
分娩千件当たり分娩取扱医師数	9.5人 (令和2年度)	増加 (令和8年度)
就業助産師数（出生千対）	39.4人 (令和2年)	48.0 (令和10年)
アドバンス助産師*数	282人 (令和5年度)	増加 (令和11年度)
新生児集中ケア認定看護師*数	17人 (令和4年度)	増加 (令和11年度)

分娩実施施設数（15～49歳 女子人口10万対）	7箇所 （令和2年度）	7箇所 （令和11年）
周産期母子医療センターの数	12箇所 （令和5年度）	13箇所 （令和11年度）
NICU*整備数 ※診療報酬対象	147床 （令和4年度）	151床 （令和11年度）
搬送コーディネーター件数におけ る妊産婦入院調整業務支援シス テム*の利用割合	91.7% （令和4年度）	100% （令和11年度）
災害時小児周産期リエゾン*任 命者数	12人 （令和4年度）	47人 （令和11年度）

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現状	目標
産後訪問指導を受けた割合	42.5% （令和3年）	45.0% （令和11年）
分娩数に対する病院間搬送件数 の割合（分娩数千対）	25.1% （令和3年）	減少 （令和11年）

〔成果（アウトカム）〕

指 標 名	現状	目標
妊産婦死亡率*（出産10万対）	9.8人 （令和2年）	2.7人 （令和11年）
新生児死亡率*（出生千対）	0.8人 （令和3年）	0.6人 （令和11年）
周産期死亡率* ・後期死産率（出生千対） ・早期新生児死亡率 （出生千対）	2.7人 0.6人 （令和3年）	2.0人 0.5人 （令和11年）

図表 5-1-2-8-4 千葉県内の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



(10) 小児医療（小児救急医療を含む）

1 施策の現状・課題

(1) 本県における小児医療の状況

我が国は、新生児死亡率*が世界一低い一方で、0歳から4歳の乳幼児の死亡率*は相対的に高い傾向にあります。千葉県でも、乳幼児死亡率は千対で0.5人（全国平均：0.44人）、乳児死亡率は*2.1人（全国平均1.7人）となっており、小児救急患者の救命率向上が求められています。

(2) 小児医療資源の状況

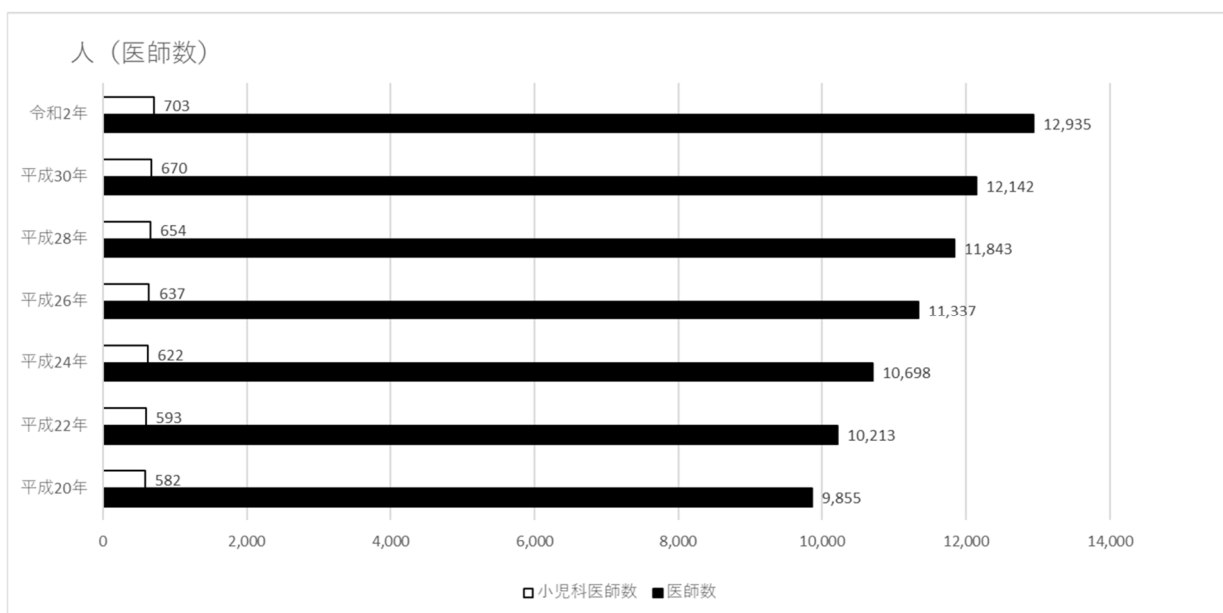
令和2年現在、本県における小児医療従事医師数は703人であり、増加傾向であるものの、小児人口10万対で95.5人と、全国平均119.7人を大きく下回っています。また、県全体の小児科医数が不足しているばかりでなく、地域による小児科医の偏在がみられます。

また、令和5年度現在、一般病院のうち、小児科を標榜する病院が118病院、小児外科を標榜する病院は23病院となっており、病院数は横ばいです。

一方で千葉県小児科医会の調査によると、小児の病床数は平成28年度に948床であったのに対し、令和5年度には882床となっており、大幅に減少しています。

小児科医の不足や地域偏在などにより、一部地域では小児救急医療体制の確保が困難な状態です。限られた医療資源を有効に活用し、重症度に応じた救急医療体制の整備や、小児医療、特に新生児医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域における小児医療の維持・確保等、適切な医療提供体制を整備する必要があります。

図表 5-1-2-10-1 小児科医師数等の推移（千葉県）



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

(3) 小児医療体制の整備

[小児救急電話相談事業]

少子化や核家族化の進行、共働き家庭の増加など、子どもを巡る家庭環境の変化や小児患者が自分の症状を伝えられないことが多いこと、保護者の小児科専門医志向、疾病に対する知識不足などから、救急搬送患者数に占める軽症患者の割合は、0歳から14歳の患者の場合、70%と高くなっています。

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、救急医療の適正な利用を促進するため、平成17年度から夜間における小児救急電話相談*（#8000）事業を実施しており、令和4年度は、48,430件に対応しています。

図表 5-1-2-10-2 小児救急電話相談件数の推移（千葉県）



資料：小児救急電話相談件数（県医療整備課）

[小児初期救急医療]

小児救急患者については、その症状に応じて初期から三次までの救急医療体制に対応する施設で受け入れています。小児初期救急医療については、在宅当番医制（13地区）及び夜間休日急病診療所（20か所）で対応しています。

しかし、軽症外傷等に対応可能な医療機関や深夜帯に診療可能な医療機関が少ないことから体制の強化が求められています。

[小児二次救急医療体制]

小児二次救急医療については、病院群による輪番制（6地区）や小児救急医療拠点病院*（3か所）により実施しています。

[小児三次救急医療体制]

小児三次救急医療については、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、千葉大学医学部附属病院及び救命救急センター（千葉県総合救急災害医療センターを除く）の計15か所により実施しています。

令和3年4月からは、東京女子医科大学附属八千代医療センターを、診療科領域を

問わず、全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とともに、医療従事者等に対する小児救急医療の臨床教育を行う小児救命救急センター*に指定しています。

救命救急センターと小児救命救急センター等の連携を含めた小児三次救急医療体制のさらなる充実を図る必要があります。

加えて、常に小児三次救急医療体制が受け入れ可能な状態を維持するため、病状が安定した患者の二次及び初期医療機関への転院搬送促進が求められています。

[千葉県小児医療協議会の開催]

千葉県小児医療協議会*を令和5年4月に設置し、小児医療体制の整備、研修及び啓発に関すること等を協議しています。

[小児医療に関する普及啓発]

小児救急においては、即座に医師の診療が必要ない病気でも受診する保護者の増加などにより、特に夜間の病院勤務医への負担が増大している状況を緩和するため、保護者に対し小児の急病時の対応などの啓発を積極的に実施しているところですが、さらなる強化の必要があります。

[災害時における小児医療体制]

これまでの災害を踏まえた研究や検討から、小児・周産期医療と災害医療との連携の必要性が指摘されており、大規模災害に備えて、災害時においても小児医療体制を維持できるよう、緊急時の入院調整機能等を担う関係機関のネットワーク化などについて平時から整備していく必要があります。

2 循環型地域医療連携システムの構築

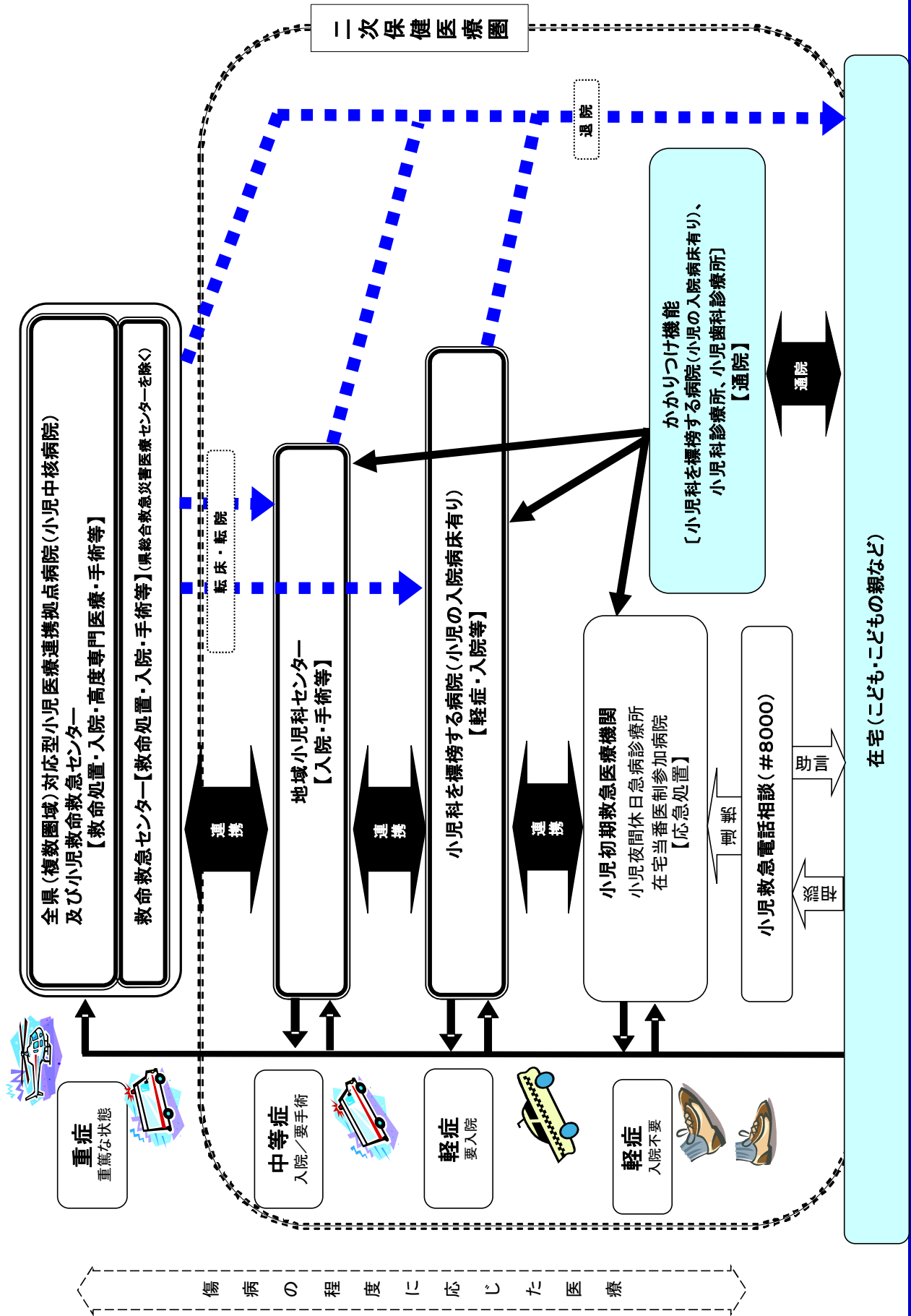
子どもの医療に携わる各医療機関が効率的に連携することにより、子どもに対する医療を効果的に提供することを目的とした「小児医療の循環型地域医療連携システム」を構築します。

お子さんの具合が急に悪くなった場合、相談できる相手がいない場合には、「小児救急電話相談*」を利用することにより、医療機関に受診したほうが良いのかどうか助言を受けることができ、その助言に応じて「かかりつけ医」や「小児初期救急医療機関」に時間帯を問わず安心して受診することができるよう、身近な受療体制の整備を図ります。

手術や入院が必要な中等症の場合は、二次医療圏で中核的な小児医療を実施する「地域小児科センター*」が診療に当たるとともに、さらに重篤な症状の場合には三次医療圏において中核的な小児医療を実施する「全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院*（小児中核病院*）」において高度小児科専門医療を受けられるよう、小児医療におけるそれぞれの役割分担を明確化するとともに、初期、二次及び三次の小児救急医療体制における円滑な受入体制の整備を図ります。

小児科専門医療機関と一般病院の小児科、地域のかかりつけ診療所及び外因系疾患に対応可能な医療機関等が、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、効果的な小児医療体制の整備を進めます。

小児医療の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

〔小児医療に関する普及啓発〕

- 核家族化の進行により、子どもの急病時の対応方法を世代間で伝承する機会が減少していることから、保護者向け講習会の実施、ガイドブックの配布及び日本小児科学会が運営する「オンラインこどもの救急」等のウェブサイトの啓発などを通じて、子どもの急病や事故時の対応に関する知識について普及啓発を図ります。
- ちば救急医療ネットにより、県民に対して休日夜間診療所や小児救急電話相談*等の小児救急に関する情報を発信していきます。

〔小児救急電話相談事業の充実・強化〕

- 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中の緩和を図るため、夜間に小児患者の保護者等からの電話相談に対し、看護師や小児科医が適切な助言を与える小児救急電話相談*事業の周知に努めるとともに、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。

〔小児初期救急医療体制の整備・充実〕

- 小児科医等が夜間・休日に、小児初期救急患者を受け入れる小児初期救急センター*を整備することによって運営を円滑にし、軽症外傷等への対応や深夜帯の診療体制強化を含めた小児初期救急医療体制の充実を図ります。

〔小児二次救急医療体制の整備・充実〕

- 小児科医が夜間・休日に複数医療圏の小児二次救急患者を受け入れる小児救急医療拠点*病院や、小児科医を置く病院がグループをつくり夜間・休日に輪番で小児二次救急患者を受け入れる体制を、地域の医療環境に応じて整備することによって、県内全ての地域において、初期救急から二次救急医療施設への円滑な受け入れ体制を整えます。

〔小児三次救急医療体制の整備・充実〕

- 重篤な小児患者の救命率向上を図るため、小児三次救急医療圏の中核を担う医療機関のP I C U*（小児集中治療室）の整備及び小児救急患者を365日24時間受け入れることのできる小児救命救急センター*に対する助成等を実施するとともに、新たな小児救命救急センター*の指定の検討を行い、小児救急医療体制の充実を図ります。
- 小児三次救急医療体制が受け入れ可能な状態を維持するため、病状が安定した患者の二次及び初期医療機関への転院搬送促進について検討を進めていきます。

〔災害時における小児医療体制〕

- 災害時小児周産期リエゾン等の災害医療本部への配置や平時からの入院調整機能等を担う関係機関のネットワーク化等、災害時の医療体制について強化を図ります。

4 施策の数値目標

[基盤 (ストラクチャー)]

指 標 名	現状	目標
小児救急電話相談*件数	48,430件 (令和4年度)	60,000件 (令和11年度)
医療施設従事医師数(小児科) (15歳未満人口10万対)	95.4人 (令和2年度)	増加 (令和8年度)
小児初期救急センター*の数	34か所 (令和4年度)	36か所 (令和11年度)
二次以上の小児救急患者に対応 できる医療機関数	33か所 (令和4年度)	34か所 (令和11年度)
三次以上の小児救急患者に対応 できる医療機関数	15か所 (令和4年度)	16か所 (令和11年度)
PICU*の病床数	25床 (令和4年度)	27床 (令和11年度)
災害時小児周産期リエゾン任命 者数	12人 (令和4年度)	47人 (令和11年度)

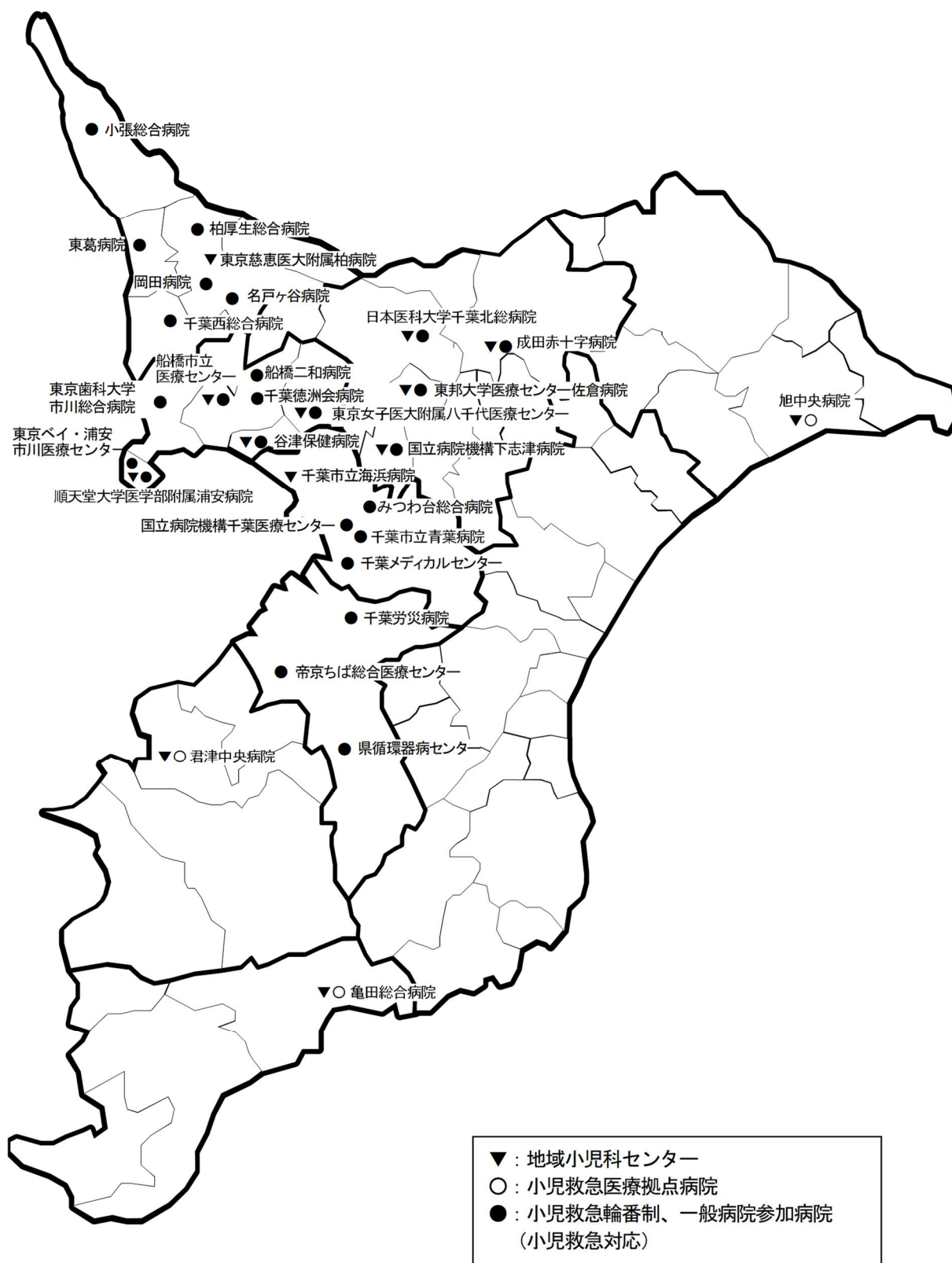
[過程 (プロセス)]

指 標 名	現状	目標
救急搬送件数(小児患者)	2,612件 (令和3年度)	減少 (令和11年度)
搬送困難事例(受入交渉回数5 回以上または現場滞在時間30 分以上)	195件 (令和3年度)	減少 (令和11年度)

[成果 (アウトカム)]

指 標 名	現状	目標
乳児死亡率*(出生千対)	2.1人 (令和3年)	1.7人 (令和11年)
乳幼児(5歳未満)死亡率* (出生千対)	0.5人 (令和3年)	0.44人 (令和11年)
小児(15歳未満)の死亡率 (出生千対)	0.19人 (令和3年)	0.16人 (令和11年)

図表 5-1-2-10-3 千葉県内の小児医療体制（二次救急）



図表 5-1-2-10-4 千葉県内の小児医療体制（三次救急）

