

## 議事2

### 第7次埼玉県地域保健医療計画の 中間見直しについて

- ・資料 埼玉県地域保健医療計画(第7次)  
中間見直し 新旧対照表(案) . . . 1~76
- ・参考資料1 埼玉県地域保健医療計画(第7次)の  
中間見直し案(概要) . . . 77
- ・参考資料2 埼玉県地域保健医療計画(第7次)の  
中間見直し案(コロナ) . . . 78
- ・参考資料3 中間見直しでの指標の変更等(案) . . . 79
- ・参考資料4 追加・見直し指標一覧表 . . . 80~84

埼玉県地域保健医療計画（第7次）中間見直し 新旧対照表（案）
--------------------------------

別紙

（傍線の部分は、改正部分）

改 正 案	現 行
<p style="text-align: center;">埼玉県地域保健医療計画</p> <p>第1部 基本的な事項</p> <p>第1章 基本的な考え方</p> <p>第1節・第2節 （略）</p> <p>第3節 計画の位置付け</p> <p>1 計画の性格</p> <p>この計画は、医療法第30条の4に基づく「医療計画」及び高齢者の医療の確保に関する法律第9条に基づく「医療費適正化計画」であるとともに、以下の関係計画等との整合性を図った保健医療に関する総合的な計画です。</p> <p>また、この計画は、県だけでなく市町村や保健医療関係機関・団体等も含めて、推進すべき施策の方向性を示すものです。併せて、県民の自主的、積極的な行動を誘引する性格を持つものです。</p> <p>(1) 埼玉県5か年計画－<u>日本一暮らしやすい埼玉へ</u>－</p>	<p style="text-align: center;">埼玉県地域保健医療計画</p> <p>第1部 基本的な事項</p> <p>第1章 基本的な考え方</p> <p>第1節・第2節 （略）</p> <p>第3節 計画の位置付け</p> <p>1 計画の性格</p> <p>この計画は、医療法第30条の4に基づく「医療計画」及び高齢者の医療の確保に関する法律第9条に基づく「医療費適正化計画」であるとともに、以下の関係計画等との整合性を図った保健医療に関する総合的な計画です。</p> <p>また、この計画は、県だけでなく市町村や保健医療関係機関・団体等も含めて、推進すべき施策の方向性を示すものです。併せて、県民の自主的、積極的な行動を誘引する性格を持つものです。</p> <p>(1) 埼玉県5か年計画－<u>希望・活躍・うるおいの埼玉</u>－</p>

改 正 案	現 行
<p>(2) (略)</p> <p>(3) 埼玉県高齢者支援計画（介護保険事業支援計画・介護保険法、老人福祉計画・老人福祉法、<u>認知症施策推進計画・認知症施策推進大綱</u>）</p> <p>(4)～(8) (略)</p> <p>(9) <u>埼玉県依存症対策推進計画</u>（アルコール健康障害対策基本法、<u>ギャンブル等依存症対策基本法</u>）</p> <p>(10)・(11) (略)</p> <p>(12) <u>埼玉県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画</u>（<u>健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法</u>）</p> <p>2 (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第2章 (略)</p> <p>第3章 医療圏</p> <p>第1節 (略)</p> <p>第2節 事業ごとの医療圏</p> <p>1 救急医療圏</p>	<p>(2) (略)</p> <p>(3) 埼玉県高齢者支援計画（介護保険事業支援計画・介護保険法、老人福祉計画・老人福祉法）</p> <p>(4)～(8) (略)</p> <p>(9) <u>埼玉県アルコール健康障害対策推進計画</u>（アルコール健康障害対策基本法）</p> <p>(10)・(11) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>2 (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第2章 (略)</p> <p>第3章 医療圏</p> <p>第1節 (略)</p> <p>第2節 事業ごとの医療圏</p> <p>1 救急医療圏</p>

改正案	現行																																				
<p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) 第三次救急医療は、高度救命救急センター、救命救急センター及び小児救命救急センターが担っています。</p> <p>ア 高度救命救急センター及び救命救急センター</p>	<p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) 第三次救急医療は、高度救命救急センター、救命救急センター及び小児救命救急センターが担っています。</p> <p>ア 高度救命救急センター及び救命救急センター</p>																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="219 528 680 587">施設名</th> <th data-bbox="680 528 1104 587">運営開始時期</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="219 587 680 663">さいたま赤十字病院高度救命救急センター</td> <td data-bbox="680 587 1104 663">昭和55年 7月 (高度救命は平成29年1月)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 663 680 740">埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター</td> <td data-bbox="680 663 1104 740">昭和62年 4月 (高度救命は平成11年3月)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 740 680 801">深谷赤十字病院救命救急センター</td> <td data-bbox="680 740 1104 801">平成 4年 4月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 801 680 925">防衛医科大学校病院救命救急センター</td> <td data-bbox="680 801 1104 925">平成 4年 9月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 925 680 1043">川口市立医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="680 925 1104 1043">平成 6年 5月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 1043 680 1165">獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="680 1043 1104 1165">平成10年 5月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 1165 680 1286">埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="680 1165 1104 1286">平成20年 6月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 1286 680 1345">自治医科大学附属さいたま医療セ</td> <td data-bbox="680 1286 1104 1345">平成28年 4月</td> </tr> </tbody> </table>	施設名	運営開始時期	さいたま赤十字病院高度救命救急センター	昭和55年 7月 (高度救命は平成29年1月)	埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター	昭和62年 4月 (高度救命は平成11年3月)	深谷赤十字病院救命救急センター	平成 4年 4月	防衛医科大学校病院救命救急センター	平成 4年 9月	川口市立医療センター救命救急センター	平成 6年 5月	獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター	平成10年 5月	埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター	平成20年 6月	自治医科大学附属さいたま医療セ	平成28年 4月	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1182 528 1644 587">施設名</th> <th data-bbox="1644 528 2067 587">運営開始時期</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1182 587 1644 663">さいたま赤十字病院高度救命救急センター</td> <td data-bbox="1644 587 2067 663">昭和55年 7月 (高度救命は平成29年1月)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1182 663 1644 740">埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター</td> <td data-bbox="1644 663 2067 740">昭和62年 4月 (高度救命は平成11年3月)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1182 740 1644 801">深谷赤十字病院救命救急センター</td> <td data-bbox="1644 740 2067 801">平成 4年 4月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1182 801 1644 925">防衛医科大学校病院救命救急センター</td> <td data-bbox="1644 801 2067 925">平成 4年 9月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1182 925 1644 1043">川口市立医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="1644 925 2067 1043">平成 6年 5月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1182 1043 1644 1165">獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="1644 1043 2067 1165">平成10年 5月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1182 1165 1644 1286">埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="1644 1165 2067 1286">平成20年 6月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1182 1286 1644 1345">自治医科大学附属さいたま医療セ</td> <td data-bbox="1644 1286 2067 1345">平成28年 4月</td> </tr> </tbody> </table>	施設名	運営開始時期	さいたま赤十字病院高度救命救急センター	昭和55年 7月 (高度救命は平成29年1月)	埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター	昭和62年 4月 (高度救命は平成11年3月)	深谷赤十字病院救命救急センター	平成 4年 4月	防衛医科大学校病院救命救急センター	平成 4年 9月	川口市立医療センター救命救急センター	平成 6年 5月	獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター	平成10年 5月	埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター	平成20年 6月	自治医科大学附属さいたま医療セ	平成28年 4月
施設名	運営開始時期																																				
さいたま赤十字病院高度救命救急センター	昭和55年 7月 (高度救命は平成29年1月)																																				
埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター	昭和62年 4月 (高度救命は平成11年3月)																																				
深谷赤十字病院救命救急センター	平成 4年 4月																																				
防衛医科大学校病院救命救急センター	平成 4年 9月																																				
川口市立医療センター救命救急センター	平成 6年 5月																																				
獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター	平成10年 5月																																				
埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター	平成20年 6月																																				
自治医科大学附属さいたま医療セ	平成28年 4月																																				
施設名	運営開始時期																																				
さいたま赤十字病院高度救命救急センター	昭和55年 7月 (高度救命は平成29年1月)																																				
埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター	昭和62年 4月 (高度救命は平成11年3月)																																				
深谷赤十字病院救命救急センター	平成 4年 4月																																				
防衛医科大学校病院救命救急センター	平成 4年 9月																																				
川口市立医療センター救命救急センター	平成 6年 5月																																				
獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター	平成10年 5月																																				
埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター	平成20年 6月																																				
自治医科大学附属さいたま医療セ	平成28年 4月																																				

改正案			現行		
ンター救命救急センター			ンター救命救急センター		
さいたま市立病院救命救急センター		令和 2年12月			
二					
独立行政法人国立病院機構埼玉病院救命救急センター		令和 3年 5月			
イ (略)			イ (略)		
2 (略)			2 (略)		
第4章 基準病床数			第4章 基準病床数		
第1節 基準病床数			第1節 基準病床数		
(略)			(略)		
1 療養病床及び一般病床			1 療養病床及び一般病床		
療養病床及び一般病床の病床数は、医療法施行規則に基づき、二次保健医療圏ごとに定めることとされています。			療養病床及び一般病床の病床数は、医療法施行規則に基づき、二次保健医療圏ごとに定めることとされています。		
新たな病床の整備は、原則として、二次保健医療圏ごとに基準病床数を上限として行います。			新たな病床の整備は、原則として、二次保健医療圏ごとに基準病床数を上限として行います。		
(参考)			(参考)		
二次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	二次保健医療圏	基準病床数	既存病床数

改正案			現行		
	(令和4・5年度)			(平成30～32年度)	
南部保健医療圏	<u>4,912</u>	<u>4,668</u>	南部保健医療圏	<u>4,671</u>	<u>4,459</u>
南西部保健医療圏	<u>4,633</u>	<u>4,568</u>	南西部保健医療圏	<u>4,604</u>	<u>4,500</u>
東部保健医療圏	<u>8,749</u>	<u>7,930</u>	東部保健医療圏	<u>8,184</u>	<u>7,734</u>
さいたま保健医療圏	(略)	<u>7,778</u>	さいたま保健医療圏	(略)	<u>7,825</u>
県央保健医療圏	(略)	<u>3,272</u>	県央保健医療圏	(略)	<u>3,196</u>
川越比企保健医療圏	<u>7,232</u>	<u>6,972</u>	川越比企保健医療圏	<u>7,111</u>	<u>6,786</u>
西部保健医療圏	<u>7,951</u>	<u>7,623</u>	西部保健医療圏	<u>7,648</u>	<u>7,466</u>
利根保健医療圏	(略)	<u>4,313</u>	利根保健医療圏	(略)	<u>4,077</u>
北部保健医療圏	(略)	<u>3,563</u>	北部保健医療圏	(略)	<u>3,604</u>
秩父保健医療圏	(略)	<u>753</u>	秩父保健医療圏	(略)	<u>759</u>
計	<u>51,998</u>	<u>51,440</u>	計	<u>50,739</u>	<u>50,406</u>

(令和3年3月末現在)

(平成29年3月末現在)

(削る)

病床の整備を行う際には、地域の実情に応じた質が高く効率的な医療提供体制を目指す観点から、医療法第30条の14第

基準病床数については、医療法第30条の6の規定に基づき、在宅医療等に関する計画との整合を図るため平成32年度（2020年度）で見直しを行い、必要に応じて計画を変更します。

また、病床の整備を行う際には、地域の実情に応じた質が高く効率的な医療提供体制を目指す観点から、医療法第30条の

改正案

1 項に規定する協議の場（地域医療構想調整会議）における議論を踏まえるものとします。

2 精神病床、結核病床及び感染症病床

病院の精神病床、結核病床及び感染症病床の病床数は、医療法施行規則に規定する算定式に基づき、県の区域（三次保健医療圏）ごとに定めることとされています。

（参考）

医療圏	病床種別	基準病床数 (令和4・5年度)	既存病床数
全県域	精神病床	<u>12,614</u>	<u>13,516</u>
	結核病床	(略)	130
	感染症病床	(略)	<u>75</u>

(令和3年3月末現在)

(削る)

第5章 (略)

第2部 くらしと健康

第1章 ライフステージに応じた健康づくり

現行

1 4 第1 項に規定する協議の場（地域医療構想調整会議）における議論を踏まえるものとします。

2 精神病床、結核病床及び感染症病床

病院の精神病床、結核病床及び感染症病床の病床数は、医療法施行規則に規定する算定式に基づき、県の区域（三次保健医療圏）ごとに定めることとされています。

（参考）

医療圏	病床種別	基準病床数 (平成30～32年度)	既存病床数
全県域	精神病床	<u>13,140</u>	<u>13,938</u>
	結核病床	(略)	130
	感染症病床	(略)	<u>74</u>

(平成29年3月末現在)

基準病床数については、平成32年度（2020年度）で見直しを行い、必要に応じて計画を変更します。

第5章 (略)

第2部 くらしと健康

第1章 ライフステージに応じた健康づくり

改正案	現行
<p>第1節 健康づくり対策</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>いつまでも健康を実感しながら、生き生きとした生活を送ることは県民一人一人の願いです。</p> <p>急速な高齢化の進展に伴い、がん、心臓病などの生活習慣病患者や要介護者の増加などが懸念されています。</p> <p>食生活の変化、IT化の進展など生活様式や社会環境が大きく変化したことが肥満やストレス等を誘発しています。これらが高血圧症や糖尿病などの生活習慣病の増加にもつながっています。</p> <p>生活習慣や生活環境の変化により、気管支ぜん息やアトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎などのアレルギー疾患患者は増加しています。</p> <p>高齢社会においては、健康で自立した生活を送ることができる期間、いわゆる健康寿命をできる限り伸ばしていくことが必要です。</p> <p>このためには、県民一人一人が、主体的に望ましい生活習慣</p>	<p>第1節 健康づくり対策</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>いつまでも健康を実感しながら、生き生きとした生活を送ることは県民一人一人の願いです。</p> <p>急速な高齢化の進展に伴い、がん、心臓病などの生活習慣病患者や要介護者の増加などが懸念されています。</p> <p>食生活の変化、IT化の進展など生活様式や社会環境が大きく変化したことが肥満やストレス等を誘発しています。これらが高血圧症や糖尿病などの生活習慣病の増加にもつながっています。</p> <p>生活習慣や生活環境の変化により、気管支ぜん息やアトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎などのアレルギー疾患患者は増加しています。</p> <p>高齢社会においては、健康で自立した生活を送ることができる期間、いわゆる健康寿命をできる限り伸ばしていくことが必要です。</p> <p>このためには、県民一人一人が、主体的に望ましい生活習慣</p>



改正案	現行
<p>を身に付ける必要があります。また、健康管理に留意するなど、生涯を通じて健康づくりに取り組むことが重要です。</p> <p>県では、健康増進法が定める健康増進計画である埼玉県健康長寿計画等を策定し、推進しています。</p> <p>健康づくりのためには、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔<sup>くう</sup>について、望ましい生活習慣の実践が必要です。</p> <p>適正な生活習慣の形成には、行政はもとより、家庭、地域、学校、団体・企業などが一体となって健康づくり運動を展開することが必要です。</p> <p>歯科口腔<sup>くう</sup>では、歯の喪失・歯周病とがん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、歯・口腔<sup>くう</sup>と全身の健康との関連性が指摘されていることから、歯科口腔保健<sup>くう</sup>の向上に向けた取組が重要です。</p> <p>介護保険法に基づき、市町村では、介護予防の取組が進められています。高齢者自らが要介護状態になることを予防するため、健康保持に努めることが必要です。</p> <p>さらに、健康づくりを支援する人材の育成が必要です。</p>	<p>を身に付ける必要があります。また、健康管理に留意するなど、生涯を通じて健康づくりに取り組むことが重要です。</p> <p>県では、健康増進法が定める健康増進計画である埼玉県健康長寿計画等を策定し、推進しています。</p> <p>健康づくりのためには、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔<sup>くう</sup>について、望ましい生活習慣の実践が必要です。</p> <p>適正な生活習慣の形成には、行政はもとより、家庭、地域、学校、団体・企業などが一体となって健康づくり運動を展開することが必要です。</p> <p>歯科口腔<sup>くう</sup>では、歯の喪失・歯周病とがん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、歯・口腔<sup>くう</sup>と全身の健康との関連性が指摘されていることから、歯科口腔保健<sup>くう</sup>の向上に向けた取組が重要です。</p> <p>介護保険法に基づき、市町村では、介護予防の取組が進められています。高齢者自らが要介護状態になることを予防するため、健康保持に努めることが必要です。</p> <p>さらに、健康づくりを支援する人材の育成が必要です。</p>

改正案	現行
<p><u>また、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する必要があります。</u></p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p><u>(7) 市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が進むよう支援します。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(9) (略)</p> <p><u>(10) 埼玉県後期高齢者医療広域連合と連携した市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組の支援</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1) 健康寿命（65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間）</p> <p>現状値 男 17.19年 → 目標値 男 <u>18.17年</u>  女 20.05年 女 <u>20.98年</u>  (平成27年) (令和5年)</p> <p>(2) 日常生活に制限のない期間の平均（年）</p>	<p><u>(新設)</u></p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(9) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1) 健康寿命（65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間）</p> <p>現状値 男 17.19年 → 目標値 男 <u>17.79年</u>  女 20.05年 女 <u>20.40年</u>  (平成27年) (平成35年)</p> <p>(2) 日常生活に制限のない期間の平均（年）</p>

改正案	現行
<p>現状値 男 71.39年 → 目標値 男 <u>73.85年</u>  女 74.12年 女 <u>75.42年</u>  (平成25年) (令和4年)</p> <p>第2節～第4節 (略)</p> <p>第2章 疾病・障害とQOL (生活の質) の向上</p> <p>第1節 (略)</p> <p>第2節 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>高齢化の進展により、脳卒中、急性心筋梗塞、骨関節系の疾患等による機能障害を伴う患者の増加や要介護者の増加などが懸念されます。このため、寝たきり等の予防や心身機能の維持・回復への需要が高まっています。</p> <p>高齢化に伴うロコモティブシンドローム (運動器症候群)、フレイル (虚弱) といった身体機能の低下を予防する取組も重要です。身体機能の低下によって肺炎、大腿骨頸部骨折等を起こしやすくなります。</p> <p>健康を維持するためにも、日常生活の中で身体活動を高める</p>	<p>現状値 男 71.39年 → 目標値 男 <u>73.24年</u>  女 74.12年 女 <u>76.83年</u>  (平成25年) (平成34年)</p> <p>第2節～第4節 (略)</p> <p>第2章 疾病・障害とQOL (生活の質) の向上</p> <p>第1節 (略)</p> <p>第2節 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>高齢化の進展により、脳卒中、急性心筋梗塞、骨関節系の疾患等による機能障害を伴う患者の増加や要介護者の増加などが懸念されます。このため、寝たきり等の予防や心身機能の維持・回復への需要が高まっています。</p> <p>高齢化に伴うロコモティブシンドローム (運動器症候群)、フレイル (虚弱) といった身体機能の低下を予防する取組も重要です。身体機能の低下によって肺炎、大腿骨頸部骨折等を起こしやすくなります。</p> <p>健康を維持するためにも、日常生活の中で身体活動を高める</p>

改正案	現行
<p>取組が必要です。</p> <p>歯・口腔<sup>くう</sup>の健康と機能は、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、認知症との関連性が指摘されており、健康寿命の延伸やQOL（生活の質）の向上のための基礎と言えます。</p> <p>生涯にわたり歯を保持し、口腔<sup>くう</sup>の健康と機能を維持することは、食生活の改善とQOL（生活の質）の向上に寄与するだけでなく、肺炎の予防やフレイル予防（低栄養の防止等）にも寄与することが分かってきています。しかし、現状では多くの人<sup>しよく</sup>がう蝕<sup>り</sup>や歯周病に罹患し、50歳代から歯を失う傾向が大きくなっています。</p> <p>一方、自宅や地域で疾患や障害を抱えつつ生活を送る者の増加が見込まれ、介護へのニーズも増加していきます。</p> <p><u>また、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する必要があります。</u></p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p><u>(5) 市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実</u></p>	<p>取組が必要です。</p> <p>歯・口腔<sup>くう</sup>の健康と機能は、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、認知症との関連性が指摘されており、健康寿命の延伸やQOL（生活の質）の向上のための基礎と言えます。</p> <p>生涯にわたり歯を保持し、口腔<sup>くう</sup>の健康と機能を維持することは、食生活の改善とQOL（生活の質）の向上に寄与するだけでなく、肺炎の予防やフレイル予防（低栄養の防止等）にも寄与することが分かってきています。しかし、現状では多くの人<sup>しよく</sup>がう蝕<sup>り</sup>や歯周病に罹患し、50歳代から歯を失う傾向が大きくなっています。</p> <p>一方、自宅や地域で疾患や障害を抱えつつ生活を送る者の増加が見込まれ、介護へのニーズも増加していきます。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p>

改正案	現行
<p><u>施が進むよう支援します。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p><u>(4) 埼玉県後期高齢者医療広域連合と連携した市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組の支援</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1) 健康寿命（65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間）（再掲）</p> <p>現状値 男 17.19年 → 目標値 男 <u>18.17年</u>  女 20.05年 女 <u>20.98年</u>  （平成27年） （令和5年）</p> <p>(2) 日常生活に制限のない期間の平均（年）（再掲）</p> <p>現状値 男 71.39年 → 目標値 男 <u>73.85年</u>  女 74.12年 女 <u>75.42年</u>  （平成25年） （令和4年）</p> <p>第3節 人生の最終段階における医療</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>人生の最終段階において、人間の尊厳を重視し、身体的・精</p>	<p>4 主な取組</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1) 健康寿命（65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間）（再掲）</p> <p>現状値 男 17.19年 → 目標値 男 <u>17.79年</u>  女 20.05年 女 <u>20.40年</u>  （平成27年） （平成35年）</p> <p>(2) 日常生活に制限のない期間の平均（年）（再掲）</p> <p>現状値 男 71.39年 → 目標値 男 <u>73.24年</u>  女 74.12年 女 <u>76.83年</u>  （平成25年） （平成34年）</p> <p>第3節 人生の最終段階における医療</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>人生の最終段階において、人間の尊厳を重視し、身体的・精</p>

改正案	現行
<p>神的苦痛を取り除き、日常生活の満足度などのQOL（生活の質）を維持・向上するための医療とケアを行うべきであるとする考えが提唱されてきています。</p> <p>人生の最終段階における医療やケアについて、<u>かかりつけ医をはじめとする医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされた上で、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるACP（アドバンス・ケア・プランニング）を普及・啓発し、患者の意思が尊重される環境を整備するとともに、地域の医療・介護関係者が連携して患者の意思に沿った医療とケアを提供できる体制の構築を目指します。</u></p> <p>2 現状と課題</p> <p>以前は家庭で看取ることが一般的でしたが、今日では医療機関に入院して高度な医療を受け、可能な限り延命治療を受けることができるようになりました。</p> <p>一方、治療上の選択肢が限られたとしても長年住み慣れた自宅で療養生活を送り、最期を迎えたいと希望される方も増えてきています。</p> <p>内閣府の「平成24年度高齢者の健康に関する意識調査」で</p>	<p>神的苦痛を取り除き、日常生活の満足度などのQOL（生活の質）を維持・向上するための医療とケアを行うべきであるとする考えが提唱されてきています。</p> <p>人生の最終段階における療養の場所や希望する医療について、患者の意思が尊重される環境を整備し、地域の医療・介護関係者が連携して患者の意思に沿った医療とケアを提供できる体制の構築を目指します。</p> <p>2 現状と課題</p> <p>以前は家庭で看取ることが一般的でしたが、今日では医療機関に入院して高度な医療を受け、可能な限り延命治療を受けることができるようになりました。</p> <p>一方、治療上の選択肢が限られたとしても長年住み慣れた自宅で療養生活を送り、最期を迎えたいと希望される方も増えてきています。</p> <p>内閣府の「平成24年度高齢者の健康に関する意識調査」で</p>

改正案	現行
<p>は、治る見込みがない病気になった場合、最期を迎えたい場所として約55%の人が「自宅」と回答しています。</p> <p>しかし、平成28年（2016年）の本県における死亡場所の78.9%は病院や診療所であり、自宅で亡くなる人は12.5%にとどまっています。</p> <p>厚生労働省は人生の最終段階を迎えた患者や家族と医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを上げるためのプロセスを示す<u>ガイドライン</u>を平成19年（2007年）に策定し、平成30年（2018年）には、<u>ACPの概念を盛り込み、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」</u>として改訂しました。<u>このガイドラインでは、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則</u>であるとしています。</p> <p>また、本県では平成29年度（2017年度）に埼玉県医師</p>	<p>は、治る見込みがない病気になった場合、最期を迎えたい場所として約55%の人が「自宅」と回答しています。</p> <p>しかし、平成28年（2016年）の本県における死亡場所の78.9%は病院や診療所であり、自宅で亡くなる人は12.5%にとどまっています。</p> <p>厚生労働省は人生の最終段階を迎えた患者や家族と医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを上げるためのプロセスを示す<u>ものとして、平成19年（2007年）に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」</u>を策定しました。<u>このガイドラインでは、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人の決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要</u>であるとしています。</p> <p>また、本県では平成29年度（2017年度）に埼玉県医師</p>

改正案	現行
<p>会とともに人生の最終段階の医療をテーマとした医療シンポジウムを開催し、在宅医療に取り組んでいる医師や家族を看取った遺族の発表、有識者による意見交換を行いました。このシンポジウムの結びでは、「人生の最終章をどう過ごすかは極めて難しい問題としながらも、人間としての尊厳を望む人が多くなっていること、単なる延命治療は個人・家族・社会の全てにとって苦痛と負担が大きいことなどを踏まえ、適切な対応を心がけること」を共通認識として、県内の行政、医療機関、企業、各種団体等や県民各人が協力して「人生の最終章は人としての尊厳をもって過ごせるようにする」ことの実現に努めることとしました。</p> <p>早期から肉体的な苦痛等を緩和する医療とケアが行われ、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等について十分な情報提供と説明がなされることが必要です。その上で、病院で延命治療を続けるのか、延命を行わず家庭で自然な最期を迎えるのか患者が意思を明確にし、家族と十分に話し合うとともに、医療・介護従事者が多職種チームとなり患者の意思を尊重した医療とケアを実施する体制の整備が必要です。</p>	<p>会とともに人生の最終段階の医療をテーマとした医療シンポジウムを開催し、在宅医療に取り組んでいる医師や家族を看取った遺族の発表、有識者による意見交換を行いました。このシンポジウムの結びでは、「人生の最終章をどう過ごすかは極めて難しい問題としながらも、人間としての尊厳を望む人が多くなっていること、単なる延命治療は個人・家族・社会の全てにとって苦痛と負担が大きいことなどを踏まえ、適切な対応を心がけること」を共通認識として、県内の行政、医療機関、企業、各種団体等や県民各人が協力して「人生の最終章は人としての尊厳をもって過ごせるようにする」ことの実現に努めることとしました。</p> <p>早期から肉体的な苦痛等を緩和する医療とケアが行われ、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等について十分な情報提供と説明がなされることが必要です。その上で、病院で延命治療を続けるのか、延命を行わず家庭で自然な最期を迎えるのか患者が意思を明確にし、家族と十分に話し合うとともに、医療・介護従事者が多職種チームとなり患者の意思を尊重した医療とケアを実施する体制の整備が必要です。</p>



改正案	現 行
<p>3 課題への対応</p> <p>(1) 人生の最終段階における医療やケアについて、<u>ACP</u>を普及・啓発し、希望する療養場所や医療処置等を自ら考える機会や本人が意思決定を表明できる環境を整備します。</p> <p>(2) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) 患者本人の意思決定を支援するための情報提供や普及・啓発</p> <p>(2) (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第5節 リハビリテーション医療</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>リハビリテーションを必要とする人々が、住み慣れた地域で安心して質の高いリハビリテーションを受けられるよう、急性期から回復期、<u>生活期（維持期）</u>におけるリハビリテーション医療提供体制の充実を図ります。</p> <p>2～4 (略)</p> <p>第6節 (略)</p>	<p>3 課題への対応</p> <p>(1) 人生の最終段階における医療について、希望する療養場所や医療処置等を自ら考える機会や本人が意思決定を表明できる環境を整備します。</p> <p>(2) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) 患者本人の意思決定を支援するための情報提供、<u>普及・啓発</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第5節 リハビリテーション医療</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>リハビリテーションを必要とする人々が、住み慣れた地域で安心して質の高いリハビリテーションを受けられるよう、急性期から回復期、<u>維持期（生活期）</u>におけるリハビリテーション医療提供体制の充実を図ります。</p> <p>2～4 (略)</p> <p>第6節 (略)</p>

改正案	現行
<p>第3章 健康危機管理体制の整備と生活衛生</p> <p>第1節～第4節 (略)</p> <p>第5節 安全な食品の提供</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 食中毒発生の防止対策</p> <p>食中毒は従来多発していた腸炎ビブリオやサルモネラを原因とする事件は減少し、カンピロバクターやノロウイルスによる食中毒事件が増加しており、大規模な食中毒も発生しています。</p> <p>カンピロバクターやノロウイルスはいずれも少量で発症するため、食品施設での衛生管理を一層徹底する必要があります。</p> <p>県民には、「新鮮だから安全」などの肉の生食に対する誤解を改め、食品衛生に関する正しい知識を分かりやすく伝えていかなければなりません。</p> <p>このため、食品等事業者は衛生管理に着実に取り組むとと</p>	<p>第3章 健康危機管理体制の整備と生活衛生</p> <p>第1節～第4節 (略)</p> <p>第5節 安全な食品の提供</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 食中毒発生の防止対策</p> <p>食中毒は従来多発していた腸炎ビブリオやサルモネラを原因とする事件は減少し、カンピロバクターやノロウイルスによる食中毒事件が増加しており、大規模な食中毒も発生しています。</p> <p>カンピロバクターやノロウイルスはいずれも少量で発症するため、食品施設での衛生管理を一層徹底する必要があります。</p> <p>県民には、「新鮮だから安全」などの肉の生食に対する誤解を改め、食品衛生に関する正しい知識を分かりやすく伝えていかなければなりません。</p> <p>このため、食品等事業者は衛生管理に着実に取り組むとと</p>

改正案	現行
<p>もに、<u>導入が義務化されたHACCPの実効性を担保するためにも、施設に応じた衛生管理を自主的に実施していくことが求められます。</u></p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>食品等事業者による衛生管理の国際標準であるHACCPに基づく自主的な衛生管理を支援し、定着を図るとともに、</u> 食品の安全性確保、食中毒の発生防止を推進します。</p> <p>(3)・(4) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>食品等事業所が行うべき自主衛生管理の一つである自主検査の推奨</u></p> <p>(3)~(5) (略)</p> <p>5 指標</p> <p><u>食品関連事業所における製品等の自主検査実施率</u> <u>現状値10.3% → 目標値55.0%</u> <u>(令和2年度末) (令和5年度末)</u></p>	<p>もに、<u>自ら考えて安全性を向上させるHACCPを導入し、</u> 施設に応じた衛生管理を実施していくことが<u>必要となつてい</u> <u>ます。</u></p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>食品等事業者による衛生管理の国際標準であるHACCP</u> <u>に基づく衛生管理の導入を支援し、</u>食品の安全性確保、食中 毒の発生防止を推進します。</p> <p>(3)・(4) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>食品等事業者の自主管理の促進とHACCPの導入支援</u></p> <p>(3)~(5) (略)</p> <p>5 指標</p> <p><u>HACCPに基づく衛生管理を行う施設数</u> <u>現状値56施設 → 目標値561施設</u> <u>(平成28年度末) (令和3年度末)</u></p>

改正案	現行
<p>第3部 医療の推進</p> <p>第1章 疾病ごとの医療提供体制の整備</p> <p>第1節 がん医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>悪性新生物（がん）は、県民の死因の第1位です（<u>20,463</u>人、<u>28.9%</u>：令和2年（<u>2020</u>年）人口動態統計（厚生労働省））。</p> <p>喫煙（受動喫煙を含む。）は発がんリスクを高めると言われており、禁煙の推進や受動喫煙防止の取組の徹底などが必要です。</p> <p>禁煙、節度ある飲酒、食生活及び運動等の生活習慣に注意して予防に心掛け、がん検診を受診して早期対応することが大切です。</p> <p>がん検診は、がんの早期発見に有効な方法ですが、受診率が低いことが課題となっています。</p> <p>県民のがんに関する正しい知識の普及・啓発の促進や、が</p>	<p>第3部 医療の推進</p> <p>第1章 疾病ごとの医療提供体制の整備</p> <p>第1節 がん医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>悪性新生物（がん）は、県民の死因の第1位です（<u>19,148</u>人、<u>30.2%</u>：平成28年（<u>2016</u>年）人口動態統計（厚生労働省））。</p> <p>喫煙（受動喫煙を含む。）は発がんリスクを高めると言われており、禁煙の推進や受動喫煙防止の取組の徹底などが必要です。</p> <p>禁煙、節度ある飲酒、食生活及び運動等の生活習慣に注意して予防に心掛け、がん検診を受診して早期対応することが大切です。</p> <p>がん検診は、がんの早期発見に有効な方法ですが、受診率が低いことが課題となっています。</p> <p>県民のがんに関する正しい知識の普及啓発の促進や、<u>市町</u></p>

改正案	現行
<p>ん検診の受診率の向上を図る必要があります。</p> <p>また、検診等の精度管理の向上や検診従事者の知識や技能の向上を図り、早期発見につなげる必要があります。</p> <p>ウイルスや細菌の感染が<u>発生に關与するとされるがんへの対策を進めることも重要</u>です。</p> <p>(2) 専門医療、在宅・緩和医療</p> <p>必要な医療を地域全体で切れ目なく提供できるよう、がん診療連携拠点病院を中心とした医療連携体制の構築が必要です。</p> <p>がんの治療法には、局所療法として手術療法及び放射線療法、全身療法として化学療法があります。治療に当たっては、がんの病態に応じ、これら各種療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施が必要です。</p> <p>また、がん治療においては、合併症予防や症状緩和、術後の早期回復によるがん治療の質や療養生活の質の向上が欠かせません。このため、感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする病院内の歯科医師及び地域の歯科医療機関等との連携を図るなど、周術期管理を適切に行うことが</p>	<p><u>村が実施するがん検診の受診率の向上を図る必要があります。</u></p> <p>また、検診等の精度管理の向上や検診従事者の知識や技能の向上を図り、早期発見につなげる必要があります。</p> <p>ウイルスや細菌の感染に<u>起因するがん対策の推進も重要</u>です。</p> <p>(2) 専門医療、在宅・緩和医療</p> <p>必要な医療を地域全体で切れ目なく提供できるよう、がん診療連携拠点病院を中心とした医療連携体制の構築が必要です。</p> <p>がんの治療法には、局所療法として手術療法及び放射線療法、全身療法として化学療法があります。治療に当たっては、がんの病態に応じ、これら各種療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施が必要です。</p> <p>また、がん治療においては、合併症予防や症状緩和、術後の早期回復によるがん治療の質や療養生活の質の向上が欠かせません。このため、感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする病院内の歯科医師及び地域の歯科医療機関等との連携を図るなど、周術期管理を適切に行うことが</p>

改正案	現行
<p>重要です。</p> <p>がんは、小児・<u>AYA世代</u>の病死の<u>主な原因の一つ</u>であり、治療後も長期にわたるケアが必要となることから、小児・<u>AYA世代</u>の<u>がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備</u>が必要です。</p> <p>がん患者とその家族に対しては、がん医療に携わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士などの医療スタッフから、正しく分かりやすい適切な情報や助言が提供されることが必要です。</p> <p>このため、高度化、多様化しているがん医療をはじめとするがんに関する情報や医療資源等の情報提供体制、こころのケアを含めた相談支援体制の整備が必要です。</p> <p>がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活が送れるよう、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対するこころのケアを含めた緩和ケアが、患者の状態に応じ、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療や在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施されることが必要です。</p> <p>がん患者が住み慣れた自宅や地域での療養を選択できるよ</p>	<p>重要です。</p> <p>がんは、小児の病死原因の<u>第1位</u>であり、治療後も長期にわたるケアが必要となることから、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備が必要です。</p> <p>がん患者とその家族に対しては、がん医療に携わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士などの医療スタッフから、正しく分かりやすい適切な情報や助言が提供されることが必要です。</p> <p>このため、高度化、多様化しているがん医療をはじめとするがんに関する情報や医療資源等の情報提供体制、こころのケアを含めた相談支援体制の整備が必要です。</p> <p>がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活が送れるよう、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対するこころのケアを含めた緩和ケアが、患者の状態に応じ、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療や在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施されることが必要です。</p> <p>がん患者が住み慣れた自宅や地域での療養を選択できるよ</p>

改正案	現行
<p>う、在宅医療と介護サービスが連携・継続して実施される体制の充実も必要です。</p> <p>より効果的ながん対策を進めるためには県内のがんの実態を把握することが不可欠です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) ウイルスや細菌の感染が発生に<u>関与するとされるがんへの対策を進めます。</u></p> <p>(5) <u>小児・AYA世代のがん患者に対する支援の充実を図ります。</u></p> <p>(6)～(11) (略)</p> <p>(12) がんの罹患率や生存率などの把握を通じ、<u>全国がん登録のデータを活用した効果的ながん対策を進めます。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(7) (略)</p> <p>(8) <u>小児・AYA世代のがん患者に対する妊孕性温存療法に関する支援</u></p> <p>(9)～(17) (略)</p>	<p>う、在宅医療と介護サービスが連携・継続して実施される体制の充実も必要です。</p> <p>より効果的ながん対策を進めるためには県内のがんの実態を把握することが不可欠です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) ウイルスや細菌の感染に<u>起因するがん対策の推進を図ります。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(5)～(10) (略)</p> <p>(11) がんの罹患率や治療効果などの把握を通じ、<u>ビッグデータを活用した効果的ながん対策を進めます。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(7) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(8)～(16) (略)</p>

改正案	現行
<p>5 指標</p> <p>がん検診受診率</p> <p>(1) 胃がん検診</p> <p>現状値 男 42.4%</p> <p>女 32.6%</p> <p>(平成28年)</p> <p>(2) 肺がん検診</p> <p>現状値 男 48.0%</p> <p>女 38.7%</p> <p>(平成28年)</p> <p>(3) 大腸がん検診</p> <p>現状値 男 42.8%</p> <p>女 38.5%</p> <p>(平成28年)</p> <p>(4) 子宮頸<sup>けい</sup>がん検診</p> <p>現状値 30.3%</p> <p>(平成28年)</p> <p>(5) 乳がん検診</p>	<p>5 指標</p> <p>がん検診受診率</p> <p>(1) 胃がん検診</p> <p>現状値 男 42.4% → 目標値 男 50.0%</p> <p>女 32.6% 女 50.0%</p> <p>(平成28年) (平成34年)</p> <p>(2) 肺がん検診</p> <p>現状値 男 48.0% → 目標値 男 50.0%</p> <p>女 38.7% 女 50.0%</p> <p>(平成28年) (平成34年)</p> <p>(3) 大腸がん検診</p> <p>現状値 男 42.8% → 目標値 男 50.0%</p> <p>女 38.5% 女 50.0%</p> <p>(平成28年) (平成34年)</p> <p>(4) 子宮がん検診</p> <p>現状値 30.3% → 目標値 50.0%</p> <p>(平成28年) (平成34年)</p> <p>(5) 乳がん検診</p>

目標値  
左記の全てのがん種の  
受診率50.0%  
(令和4年)



改正案	現行
<p>現状値 35.1% (平成28年)</p> <p>第2節 脳卒中医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>脳卒中(脳血管疾患)は、県民の死因の第4位です(4, 929人、7.0% : 令和2年(2020年)人口動態統計(厚生労働省))。</p> <p>脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈、喫煙、過度の飲酒なども危険因子となります。</p> <p>健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。</p> <p>(2) 急性期、回復期、生活期(維持期)</p> <p>脳卒中を疑うような症状が出現した場合、速やかに専門の医療機関を受診できるよう、本人や家族等周囲にいる人が迅速に救急要請等を行うことが重要です。</p>	<p>現状値 35.1% → 目標値 50.0% (平成28年) (平成34年)</p> <p>第2節 脳卒中医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>脳卒中(脳血管疾患)は、県民の死因の第4位です(5, 159人、8.1% : 平成28年(2016年)人口動態統計(厚生労働省))。</p> <p>脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈、喫煙、過度の飲酒なども危険因子となります。</p> <p>健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。</p> <p>(2) 急性期・回復期・維持期医療</p> <p>脳卒中を疑うような症状が出現した場合、速やかに専門の医療機関を受診できるよう、本人や家族等周囲にいる人が迅速に救急要請等を行うことが重要です。</p>

改正案	現行
<p>脳卒中はできるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなります。このため、救急救命士を含む救急隊員が適切に観察・判断・処置を行い、専門的な治療が可能な医療機関に迅速に搬送することが重要です。</p> <p>脳卒中の急性期には、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。脳梗塞では、適応患者に対し発症後4.5時間以内に行う血栓溶解療法(t-P A療法)や、血栓を回収除去等して脳血流を再開通させる血栓回収療法などが有効な治療法です。脳出血では、血圧や脳浮腫の管理等が主体であり、出血部位によって手術が行われることがあります。くも膜下出血では、再破裂の防止を目的に開頭手術や血管内治療を行います。</p> <p>脳卒中の急性期診療においては、単一の医療機関で24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することは困難な場合があることから、地域の複数の医療機関が連携し、ICTを活用した情報共有や円滑な転院体制の構築が求められます。</p> <p>脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられま</p>	<p>脳卒中はできるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなります。このため、救急救命士を含む救急隊員が適切に観察・判断・処置を行い、専門的な治療が可能な医療機関に迅速に搬送することが重要です。</p> <p>脳卒中の急性期には、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。脳梗塞では、適応患者に対し発症後4.5時間以内に行う血栓溶解療法(t-P A療法)や、血栓を回収除去等して脳血流を再開通させる血栓回収療法などが有効な治療法です。脳出血では、血圧や脳浮腫の管理等が主体であり、出血部位によって手術が行われることがあります。くも膜下出血では、再破裂の防止を目的に開頭手術や血管内治療を行います。</p> <p>脳卒中の急性期診療においては、単一の医療機関で24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することは困難な場合があることから、地域の複数の医療機関が連携し、ICTを活用した情報共有や円滑な転院体制の構築が求められます。</p> <p>脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられま</p>

改正案	現行
<p>す。急性期には、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的としたリハビリテーションが行われます。</p> <p>脳卒中患者の急性期後の状態は様々であり、必ずしも全ての患者が、回復期リハビリテーションに移行しませんが、回復期には、身体機能を回復させるリハビリテーションが、<u>生活期（維持期）</u>には、日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションが行われます。</p> <p>回復期から<u>生活期（維持期）</u>には、脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が、多職種により行われることが大切です。</p> <p>リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となります。そのため、患者の状態に応じた医療の提供、施設間の連携、患者情報の共有に基づく疾病管理が必要となります。</p> <p>脳卒中の後遺症として、口腔機能の著しい低下があり、誤嚥性肺炎の予防等のために、早期からの摂食・嚥下リハビリテーションや口腔ケアの対策が必要です。</p>	<p>す。急性期には、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的としたリハビリテーションが行われます。</p> <p>脳卒中患者の急性期後の状態は様々であり、必ずしも全ての患者が、回復期リハビリテーションに移行しませんが、回復期には、身体機能を回復させるリハビリテーションが、<u>維持期</u>には、日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションが行われます。</p> <p>回復期から<u>維持期</u>には、脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が、多職種により行われることが大切です。</p> <p>リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となります。そのため、患者の状態に応じた医療の提供、施設間の連携、患者情報の共有に基づく疾病管理が必要となります。</p> <p>脳卒中の後遺症として、口腔機能の著しい低下があり、誤嚥性肺炎の予防等のために、早期からの摂食・嚥下リハビリテーションや口腔ケアの対策が必要です。</p>

改正案	現行
<p>このため、入院患者の歯・口腔<sup>くう</sup>の健康や機能の状況を診査する口腔<sup>くう</sup>アセスメントを実施し、必要に応じて助言・指導を行うほか、歯科医療機関につなぐことが必要です。</p> <p>また、脳卒中の後遺症として、記憶力や注意力の低下などの症状が現れ、日常生活や社会生活に支障が出る高次脳機能障害になった方が、必要な医療やサービスを受けられるよう、適切な診断がなされることが必要です。</p> <p>重度の後遺症により退院や転院が困難な患者については、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関とが連携し、総合的かつ切れ目のない対応が必要です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) <u>栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔<sup>くう</sup>の健康に関する生活習慣や社会環境の改善を通じた生活習慣病の予防を推進します。</u></p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) <u>急性期の病態安定後、集中的なりハビリテーションの実施が有効と判断される場合には速やかに開始し、回復期に切れ</u></p>	<p>このため、入院患者の歯・口腔<sup>くう</sup>の健康や機能の状況を診査する口腔<sup>くう</sup>アセスメントを実施し、必要に応じて助言・指導を行うほか、歯科医療機関につなぐことが必要です。</p> <p>また、脳卒中の後遺症として、記憶力や注意力の低下などの症状が現れ、日常生活や社会生活に支障が出る高次脳機能障害になった方が、必要な医療やサービスを受けられるよう、適切な診断がなされることが必要です。</p> <p>重度の後遺症により退院や転院が困難な患者については、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関とが連携し、総合的かつ切れ目のない対応が必要です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) <u>食生活・運動等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。</u></p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) <u>医療機関の機能分化を進め、急性期から回復期、維持期まで地域における医療連携体制の構築を促進します。</u></p>

改正案	現行
<p><u>目なく移行できる連携体制を構築します。</u></p> <p>(5) <u>かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実を図ります。</u></p> <p>(6) <u>かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上を図ります。</u></p> <p>(7) <u>多職種による切れ目のない支援により、再発や病状の悪化を防ぎます。</u></p> <p><u>(8) 医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるような取組を推進します。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) <u>ドクターヘリやドクターカー</u>を活用した早期治療の推進</p> <p>(6)～(10) (略)</p> <p><u>(11) リハビリテーション医療の連携強化</u></p> <p><u>(12) (略)</u></p>	<p>(5) <u>入院患者の歯・口腔の健康管理を促進します。</u></p> <p>(6) <u>退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、在宅における看取りなど在宅医療を担う機関相互の連携強化を図ります。</u></p> <p>(7) <u>在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) <u>ドクターヘリ</u>を活用した早期治療の推進</p> <p>(6)～(10) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(11) (略)</u></p>

改正案	現行
<p>5 (略)</p> <p>第3節 心筋梗塞等の心血管疾患医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>急性心筋梗塞や心不全を含む心疾患は、県民の死因の第2位です（<u>10,857人、15.3%：令和2年（2020年）人口動態統計（厚生労働省）</u>）。</p> <p>急性心筋梗塞の危険因子には、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどがあります。</p> <p>健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。</p> <p>(2) 急性期、<u>回復期、生活期（維持期）</u>、再発予防</p> <p>急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生やAED（自動体外式除細動器）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命措置が迅速に連携して実施されることが重要です。</p>	<p>5 (略)</p> <p>第3節 心筋梗塞等の心血管疾患医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>急性心筋梗塞や心不全を含む心疾患は、県民の死因の第2位です（<u>10,026人、15.8%：平成28年（2016年）人口動態統計（厚生労働省）</u>）。</p> <p>急性心筋梗塞の危険因子には、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどがあります。</p> <p>健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。</p> <p>(2) 急性期・<u>回復期・維持期医療</u>、再発予防</p> <p>急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生やAED（自動体外式除細動器）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命措置が迅速に連携して実施されることが重要です。</p>

改正案	現行
<p>このため、一般市民に対するAEDの使用方法を含む救急<sup>そ</sup>蘇生法の普及・啓発も大切です。</p> <p>急性期の心血管疾患は、疾患により必要とされる治療内容が異なります。内科的治療が中心となる心不全、冠動脈インターベンション（PCI）治療が中心となる急性心筋梗塞、外科的治療が必要となることが多い急性大動脈解離などが挙げられます。</p> <p>このため、対象疾患に応じた急性期診療を24時間体制で提供できる体制が求められます。</p> <p>心血管疾患は、急性発症や治療中の急変が多いため、医療機関ごとの医療機能を明確にした上で、患者の状態に応じて円滑に転院搬送できる体制も含めた、効率的な連携体制を構築する必要があります。</p> <p>心血管疾患患者の回復期や生活期（維持期）の管理については、社会生活への復帰とともに、再発・再入院を予防する観点が必要です。このため、運動療法、危険因子是正、<u>服薬指導等</u>の患者教育等、多職種チームによる多面的・包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することが大切です。</p>	<p>このため、一般市民に対するAEDの使用方法を含む救急<sup>そ</sup>蘇生法の普及啓発も大切です。</p> <p>急性期の心血管疾患は、疾患により必要とされる治療内容が異なります。内科的治療が中心となる心不全、冠動脈インターベンション（PCI）治療が中心となる急性心筋梗塞、外科的治療が必要となることが多い急性大動脈解離などが挙げられます。</p> <p>このため、対象疾患に応じた急性期診療を24時間体制で提供できる体制が求められます。</p> <p>心血管疾患は、急性発症や治療中の急変が多いため、医療機関ごとの医療機能を明確にした上で、患者の状態に応じて円滑に転院搬送できる体制も含めた、効率的な連携体制を構築する必要があります。</p> <p>心血管疾患患者の回復期・<u>維持期</u>の管理については、社会生活への復帰とともに、再発・再入院を予防する観点が重要です。このため、運動療法、危険因子是正、患者教育等、多職種チームによる多面的・包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することが大切です。</p>

改正案	現行
<p>歯周病と心疾患などとの関連性が指摘されていることから、歯・口腔<sup>くう</sup>の健康管理も大切です。入院患者の歯・口腔<sup>くう</sup>の健康や機能の状態を診査する口腔<sup>くう</sup>アセスメントを実施し、必要に応じて助言・指導を行うほか、歯科医療機関につなげる必要があります。</p> <p>在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、増加が見込まれる慢性心不全の管理など、かかりつけ医と専門的医療を行う医療機関などが相互に連携し、継続した治療や長期の医療が必要となります。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) <u>栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔<sup>くう</sup>の健康に関する生活習慣や社会環境の改善を通じた生活習慣病の予防を推進します。</u></p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) <u>救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制を構築します。</u></p> <p>(5) <u>リハビリテーションを急性期の入院中から開始し、回復期</u></p>	<p>歯周病と心疾患などとの関連性が指摘されていることから、歯・口腔<sup>くう</sup>の健康管理も大切です。入院患者の歯・口腔<sup>くう</sup>の健康や機能の状態を診査する口腔<sup>くう</sup>アセスメントを実施し、必要に応じて助言・指導を行うほか、歯科医療機関につなげる必要があります。</p> <p>在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、増加が見込まれる慢性心不全の管理など、かかりつけ医と専門的医療を行う医療機関などが相互に連携し、継続した治療や長期の医療が必要となります。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) <u>食生活・運動等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。</u></p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) <u>救急搬送体制の充実とともに救急隊と医療機関との連携強化を図り、速やかに専門的な診療が開始される体制の構築を促進します。</u></p> <p>(5) <u>医療機関の機能分化を進め、急性期から回復期、維持期ま</u></p>



改正案	現行
<p><u>から生活期（維持期）まで継続できる体制を構築します。</u></p> <p>(6) <u>かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実を図ります。</u></p> <p>(7) <u>かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上を図ります。</u></p> <p>(8) <u>心血管疾患患者の管理について、多職種による切れ目のない支援により、特に入退院を繰り返す患者が増加している心不全等の患者の再発予防・再入院予防を図ります。</u></p> <p>(9) <u>医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるような取組を推進します。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) <u>ドクターヘリやドクターカー</u>を活用した早期治療の推進</p> <p>(6) (略)</p> <p>(7) <u>急性心血管疾患治療に係る連携体制の構築</u></p> <p><u>(8)～(11)</u> (略)</p>	<p><u>で地域における医療連携体制の構築を促進します。</u></p> <p>(6) <u>入院・外来患者の歯・口腔の健康管理を促進します。</u></p> <p>(7) <u>退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、在宅における看取りなど在宅医療を担う機関相互の連携強化を図ります。</u></p> <p>(8) <u>在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) <u>ドクターヘリ</u>を活用した早期治療の推進</p> <p>(6) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(7)～(10)</u> (略)</p>

改正案	現行
<p><u>(12)</u> リハビリテーション医療の連携強化</p> <p><u>(13)</u> (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第5節 精神疾患医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 心の健康</p> <p>近年における社会環境の複雑多様化は、人々の精神的ストレスを増大させるとともに、様々な心の健康問題も生じさせています。</p> <p>本県の自殺者数は、平成21年(2009年)の1,796人をピークに減少傾向を示していましたが、<u>令和2年(2020年)は新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言の解除後に増加傾向に転じ、令和元年(2019年)の1,110人から76人増加しました(警察庁(自殺統計)より)。</u></p> <p>このため、自殺の背景にある、精神保健上の問題、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会</p>	<p><u>(新設)</u></p> <p><u>(11)</u> (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第5節 精神疾患医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 心の健康</p> <p>近年における社会環境の複雑多様化は、人々の精神的ストレスを増大させるとともに、様々な心の健康問題も生じさせています。</p> <p>本県の自殺者数は、平成21年(2009年)の1,796人をピークに減少傾向を示してありますが、<u>平成28年(2016年)は1,254人と、依然として多くの方が自殺に追い込まれています(警察庁(自殺統計)より)。</u></p> <p>このため、自殺の背景にある、精神保健上の問題、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会</p>

改正案	現行
<p>的要因に対応する施策を地域と連携し推進するとともに、<u>相談・支援体制を整備充実する必要があります。</u></p> <p>また、青少年のほか、中高年者のひきこもりが社会問題化しています。</p> <p>毎日を生きがいをもって生活していくためには、心の健康は不可欠であり、ライフステージに応じた心の健康づくりが重要な課題となっています。</p> <p>このため、地域保健、学校保健及び労働保健の各分野において心の健康に対する相談体制を整備するとともに、各分野の連携強化も必要です。</p> <p>(2) 精神医療対策の充実と地域ケアの推進</p> <p>精神障害者が精神疾患の悪化や再発を予防しながら、地域社会の一員として安心して生活することができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が重要です。</p> <p>自傷他害のおそれのある場合や、精神疾患の急性症状に対しては速やかな精神科治療が必要です。このため、いつでも医療を受けることができるよう、救急医療体制の充実が必要です。</p>	<p>的要因に対応する施策を地域と連携し推進する必要があります。</p> <p>また、青少年のほか、中高年者のひきこもりが社会問題化しています。</p> <p>毎日を生きがいをもって生活していくためには、心の健康は不可欠であり、ライフステージに応じた心の健康づくりが重要な課題となっています。</p> <p>このため、地域保健、学校保健及び労働保健の各分野において心の健康に対する相談体制を整備するとともに、各分野の連携強化も必要です。</p> <p>(2) 精神医療対策の充実と地域ケアの推進</p> <p>精神障害者が精神疾患の悪化や再発を予防しながら、地域社会の一員として安心して生活することができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が重要です。</p> <p>自傷他害のおそれのある場合や、精神疾患の急性症状に対しては速やかな精神科治療が必要です。このため、いつでも医療を受けることができるよう、救急医療体制の充実が必要です。</p>

改正案	現行
<p>多様な精神疾患等に適切に対応するためには、医療機関の役割分担や個々の病院の医療機能等を明確にし、医療機関相互の連携を図ることや、専門的な医療を提供できる医療体制の整備を図る必要があります。</p> <p>また、精神障害者は、単に精神疾患を有する者として捉えるばかりでなく、社会生活を送る上で様々な困難、不自由を有する障害者でもあります。このため、生活上の障害を除去・軽減し、生きがいをもって生活できるように、障害福祉サービスなど地域での生活支援体制の充実が必要です。</p> <p>さらに、高次脳機能障害者が適切な医療やサービスを受けながら地域社会で暮らしていけるよう、地域での支援体制の整備を図ることが必要です。また、高次脳機能障害者については、精神症状などによって家族に精神的負担等が伴うため、家族の負担を軽減するための施策を促進する必要があります。</p> <p>覚醒剤等の薬物は依存性が強く、乱用は本人の健康のみならず、社会の安全を脅かします。</p> <p>アルコールやギャンブル等の依存症は、適切な治療と支援により回復が十分可能な疾患です。<u>また、アルコールやギヤ</u></p>	<p>多様な精神疾患等に適切に対応するためには、医療機関の役割分担や個々の病院の医療機能等を明確にし、医療機関相互の連携を図ることや、専門的な医療を提供できる医療体制の整備を図る必要があります。</p> <p>また、精神障害者は、単に精神疾患を有する者として捉えるばかりでなく、社会生活を送る上で様々な困難、不自由を有する障害者でもあります。このため、生活上の障害を除去・軽減し、生きがいをもって生活できるように、障害福祉サービスなど地域での生活支援体制の充実が必要です。</p> <p>さらに、高次脳機能障害者が適切な医療やサービスを受けながら地域社会で暮らしていけるよう、地域での支援体制の整備を図ることが必要です。また、高次脳機能障害者については、精神症状などによって家族に精神的負担等が伴うため、家族の負担を軽減するための施策を促進する必要があります。</p> <p>覚醒剤等の薬物は依存性が強く、乱用は本人の健康のみならず、社会の安全を脅かします。</p> <p><u>また、</u>アルコールやギャンブル等の依存症は、適切な治療と支援により回復が十分可能な疾患です。</p>

改正案	現 行
<p><u>ンブルに限らず、ゲーム依存など様々な依存がみられることから、依存症全体として調和のとれた対策を推進していく必要があります。</u></p> <p>これら依存症は、患者本人や家族が依存症であるという認識を持ちにくいことや、依存症患者や家族などが、相談できる場所や治療できる専門の医療機関が分からず、必要な支援を受けられていないという現状も見受けられます。このため、依存症に係る情報や知識の普及・啓発、相談支援体制及び医療提供体制の整備などを図っていく必要があります。</p> <p>(3) (略)</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>新型コロナウイルス感染症の影響による暮らしの不安や心の悩みなども含め、様々な自殺の要因に対応するため、関係機関、民間団体と連携し、地域ぐるみの取組の推進を図ります。また、自殺対策を効果的に実施し、明確な成果につなげられるよう、埼玉県自殺対策計画を策定し、総合的な自殺対策の推進に取り組めます。</u></p>	<p>これら依存症は、患者本人や家族が依存症であるという認識を持ちにくいことや、依存症患者や家族などが、相談できる場所や治療できる専門の医療機関が分からず、必要な支援を受けられていないという現状も見受けられます。このため、依存症に係る情報や知識の普及・啓発、相談支援体制及び医療提供体制の整備などを図っていく必要があります。</p> <p>(3) (略)</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 様々な自殺の要因に対応するため、関係機関、民間団体と連携し、地域ぐるみの取組の推進を図ります。また、自殺対策を効果的に実施し、明確な成果につなげられるよう、埼玉県自殺対策計画を策定し、総合的な自殺対策の推進に取り組めます。</p>

改正案	現行
<p>(3)～(7) (略)</p> <p><u>(8) アルコール依存症、ギャンブル等依存症、薬物依存症など様々な依存症を包括的に位置付ける埼玉県依存症対策推進計画を策定し、総合的な依存症対策の推進に取り組みます。</u></p> <p><u>(9)・(10) (略)</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>多重債務相談窓口、電話やSNS相談等の相談支援体制の整備充実、様々な分野でのゲートキーパー育成の支援、インターネットを活用した正しい知識の普及、関係機関との連携協力体制の確立、市町村への情報提供・支援など埼玉県自殺対策計画の推進</u></p> <p>(3)～(9) (略)</p> <p>(10) <u>「埼玉県依存症対策推進計画」に基づいた依存症対策の推進による依存症の理解の促進や相談体制の強化、医療機関をはじめとする関係機関との連携構築、回復・社会参加に向けた支援の実施</u></p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>(3)～(7) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(8)・(9) (略)</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>多重債務相談窓口の設置推進、関係機関との連携協力体制の確立、市町村への情報提供・支援など埼玉県自殺対策計画の推進</u></p> <p>(3)～(9) (略)</p> <p>(10) <u>覚醒剤等薬物依存症対策の推進</u></p> <p><u>(11) アルコール依存症対策の推進</u></p>

改正案	現行
<p><u>(削る)</u></p> <p><u>(11)・(12)</u> (略)</p> <p><u>(13)</u> <u>認知症疾患医療センターの運営を強化し、県民が早期に認知症に対する相談・診断・治療を受けられる体制の推進</u></p> <p><u>(14)</u> (略)</p> <p>5 指標</p> <p><u>(1)</u> <u>自殺死亡率</u></p> <p>現状値 18.0 → 目標値 14.0</p> <p><u>(平成27年)</u> (令和4年※)</p> <p><u>※自殺対策計画における令和5年度としての目標値</u></p> <p><u>(2)</u> <u>精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数</u></p> <p>現状値 7,349人 → 目標値 <u>5,755人</u></p> <p>(平成26年) (令和5年度末)</p> <p><u>(3)</u> <u>精神病床における入院後3か月時点の退院率</u></p> <p>現状値 63.0% → 目標値 69%以上</p> <p>(平成26年度) (令和5年度)</p> <p><u>(4)</u> <u>かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数</u></p> <p>現状値 1,136人 → 目標値 <u>1,800人</u></p>	<p><u>(12)</u> <u>ギャンブル依存症対策の推進</u></p> <p><u>(13)・(14)</u> (略)</p> <p><u>(15)</u> <u>認知症疾患医療センターを中心とした認知症疾患対策の推進</u></p> <p><u>(16)</u> (略)</p> <p>5 指標</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(1)</u> <u>精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数</u></p> <p>現状値 7,349人 → 目標値 <u>6,556人</u></p> <p>(平成26年) (平成32年度)</p> <p><u>(2)</u> <u>精神病床における入院後3か月時点の退院率</u></p> <p>現状値 63.0% → 目標値 69%以上</p> <p>(平成26年度) (平成32年度)</p> <p><u>(3)</u> <u>かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数</u></p> <p>現状値 1,136人 → 目標値 <u>1,700人</u></p>

改正案	現行
<p style="text-align: center;">(平成28年度末)                      (令和5年度末)</p> <p>第6節 感染症対策</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>グローバル化の進展により海外で流行している感染症の国内感染リスクが高まるなど、感染症をめぐる状況が大きく変化する中、エボラ出血熱やSARS(重症急性呼吸器症候群)、MERS(中東呼吸器症候群)、<u>新型コロナウイルス感染症</u>といったこれまで知られていなかった感染症(新興感染症)が出現しています。</p> <p>平成21年(2009年)に新型インフルエンザ(A/H1N1)が世界的に大流行し、県内で医療機関を受診した患者数は100万人を超えたと推計されています。</p> <p>海外では東南アジアを中心として世界的に鳥インフルエンザ(H5N1)の発症事例が、また中国において鳥インフルエンザ(H7N9)の患者報告があり、新型インフルエンザへの変異が懸念されています。</p> <p>平成26年(2014年)には約70年ぶりにデング熱の国</p>	<p style="text-align: center;">(平成28年度)                      (平成32年度)</p> <p>第6節 感染症対策</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>グローバル化の進展により海外で流行している感染症の国内感染リスクが高まるなど、感染症をめぐる状況が大きく変化する中、エボラ出血熱やMERS(中東呼吸器症候群)といったこれまで知られていなかった感染症(新興感染症)が出現しています。</p> <p>平成21年(2009年)に新型インフルエンザ(A/H1N1)が世界的に大流行し、県内で医療機関を受診した患者数は100万人を超えたと推計されています。</p> <p>海外では東南アジアを中心として世界的に鳥インフルエンザ(H5N1)の発症事例が、また中国において鳥インフルエンザ(H7N9)の患者報告があり、新型インフルエンザへの変異が懸念されています。</p> <p>平成26年(2014年)には約70年ぶりにデング熱の国</p>



改正案	現行
<p>内感染が発生しました。このように、過去に流行し、その後流行することなく長期間経過したため、多くの方が免疫を獲得しておらず、急速に感染拡大するような感染症（再興感染症）も発生するおそれがあります。</p> <p>こうした状況の中、新興・再興感染症の発生や大規模集団感染等の事態に備えた感染症危機管理体制の整備・充実が大きな課題となっています。</p> <p>感染症が発生した場合、その拡大防止のため、患者の早期治療、新たな患者の早期発見及び十分な衛生管理が必要となります。また、患者等に対する適切な医療の提供により、健康被害を最小限にとどめる必要があります。</p> <p>このため、保健所を中心に関係機関が連携を取りつつ、患者等の人権に配慮しながら、症状や状況に応じた適切な感染拡大防止対策及び被害軽減策を講じることが必要です。</p> <p>新型インフルエンザ等に対する対策として、新型インフルエンザ等対策特別措置法が平成25年（2013年）4月に施行されました。この法律は、新型インフルエンザ等発生時における措置などを定め、国民の生命・健康を保護し、国民生活及び</p>	<p>内感染が発生しました。このように、過去に流行し、その後流行することなく長期間経過したため、多くの方が免疫を獲得しておらず、急速に感染拡大するような感染症（再興感染症）も発生するおそれがあります。</p> <p>こうした状況の中、新興・再興感染症の発生や大規模集団感染等の事態に備えた感染症危機管理体制の整備・充実が大きな課題となっています。</p> <p>感染症が発生した場合、その拡大防止のため、患者の早期治療、新たな患者の早期発見及び十分な衛生管理が必要となります。また、患者等に対する適切な医療の提供により、健康被害を最小限にとどめる必要があります。</p> <p>このため、保健所を中心に関係機関が連携を取りつつ、患者等の人権に配慮しながら、症状や状況に応じた適切な感染拡大防止対策及び被害軽減策を講じることが必要です。</p> <p>新型インフルエンザ等に対する対策として、新型インフルエンザ等対策特別措置法が平成25年（2013年）4月に施行されました。この法律は、新型インフルエンザ等発生時における措置などを定め、国民の生命・健康を保護し、国民生活及び</p>

改正案	現行
<p>経済への影響を最小とすることを目的とするもので、これに基づき、平成25年（2013年）6月には政府行動計画が閣議決定されました。</p> <p>これを踏まえ、平成26年（2014年）1月に、県は「埼玉県新型インフルエンザ等対策行動計画」を策定しました。この計画に基づき、医療体制の整備などを進めていく必要があります。</p> <p>また、近い将来克服されると考えられていた結核やエイズ等の感染症も依然として我々に脅威を与えています。</p> <p>結核患者は減少傾向にあるものの、いまだ国内で年間1万5,000人以上、埼玉県内で1,000人近くの患者が発生しています。さらに多剤耐性結核感染症の増加も否定できないことから、いかに結核治療の中断者を減らすかが課題となっています。</p> <p>3～5 （略）</p> <p><u>第7節 新型コロナウイルス感染症対策</u></p> <p><u>1 目指すべき姿</u></p> <p><u>新型コロナウイルス感染症については、これまでの経験を活</u></p>	<p>経済への影響を最小とすることを目的とするもので、これに基づき、平成25年（2013年）6月には政府行動計画が閣議決定されました。</p> <p>これを踏まえ、平成26年（2014年）1月に、県は「埼玉県新型インフルエンザ等対策行動計画」を策定しました。この計画に基づき、医療体制の整備などを進めていく必要があります。</p> <p>また、近い将来克服されると考えられていた結核やエイズ等の感染症も依然として我々に脅威を与えています。</p> <p>結核患者は減少傾向にあるものの、いまだ国内で年間1万5,000人以上、埼玉県内で1,000人近くの患者が発生しています。さらに多剤耐性結核感染症の増加も否定できないことから、いかに結核治療の中断者を減らすかが課題となっています。</p> <p>3～5 （略）</p> <p><u>（新設）</u></p>

改正案	現行
<p><u>かして、関係機関と連携し、感染拡大を未然に防ぐとともに、感染拡大の予兆があった場合は、被害を最小限に食い止められるように、相談、診療・検査、医療・療養の体制を整備することで、感染拡大防止に向けた取組を進めます。</u></p> <p><u>2 現状と課題</u></p> <p><u>令和元年12月に中国湖北省武漢市からWHO（世界保健機関）に初めて新型コロナウイルスによる集団発生が報告されました。</u></p> <p><u>我が国においては令和2年1月、県では令和2年2月に初めて陽性患者が確認され、令和3年11月末までに、累計で約11万人を超える新規陽性者が確認されています。</u></p> <p><u>こうした中、県では、いち早く相談体制を確立するとともに、県医師会の協力による診療・検査医療機関の指定や民間検査機関等による検査体制を構築し、感染対策の強化を図るなど、県民の不安解消に努めてきました。</u></p> <p><u>また、感染者の受入れに当たり、診療や感染防御対策に課題を抱える医療機関も少なくなかったため、感染症専門医や県看護協会、感染管理認定看護師の協力を得て、これらの医療機関</u></p>	

改正案	現行
<p><u>への技術的支援や助言を行っていただいたところです。</u></p> <p><u>今後、各医療機関において、感染症専門人材をはじめとする医療人材の確保や医療機器の整備、感染防護具の備蓄など、平時から備える必要があります。</u></p> <p><u>また、感染者急増時にも対応できる病床や宿泊療養施設を確保するとともに、宿泊・自宅療養者が安心して療養生活を送ることができるよう医療提供体制の強化が必要です。</u></p> <p><u>一方、体制を整備するだけでなく、感染拡大防止に向けた取組も必要です。</u></p> <p><u>例えば、県民に対しては、マスクの着用や手指消毒の徹底、3密（密集、密接、密閉）の回避など、基本的な感染予防対策の啓発といった正確な情報提供を行っていく必要があります。</u></p> <p><u>また、医療機関や高齢者施設等においては、一度感染者が発生すると集団感染いわゆる「クラスター」が発生しやすいことから、発生後の介入だけでなく、平時から大規模なクラスター発生に備えた取組を行う必要があります。</u></p> <p><u>ワクチン接種については、市町村の接種を支援するとともに、副反応に対応した相談体制を確保する必要があります。</u></p>	

改正案	現行
<p><u>各保健所は、感染者に対する積極的疫学調査を行っています</u> <u>が、疫学調査の実施が追い付かない状況や感染者への連絡も滞</u> <u>る事態が生じたことから、感染拡大に備え、保健所への過重な</u> <u>負担の軽減が求められます。</u></p> <p><u>なお、令和3年1月には、県内でも変異株による感染が確認</u> <u>され、その後も次々に新たな変異株が確認され、以後、猛威を</u> <u>振るうなど、変化が著しい状況にあります。</u></p> <p><u>今後も様々な状況に対応できるよう保健・医療提供体制を確</u> <u>保していく必要があります。</u></p> <p><u>3 課題への対応</u></p> <p><u>(1) 発症から罹患後症状まで、県民が相談しやすく、診療・検</u> <u>査を受けやすい体制の整備を図り、県民の不安解消と早期の</u> <u>治療につなげていきます。</u></p> <p><u>(2) 衛生研究所による迅速な検体検査の実施と併せて、民間検</u> <u>査機関も含め、検査需要に対応できる検査能力を確保できる</u> <u>よう体制を構築します。</u></p> <p><u>(3) 感染症専門医や感染管理認定看護師が配置されていない医</u> <u>療機関に対して、感染症対策に精通した感染症専門人材を育</u></p>	

改正案	現行
<p><u>成・確保します。</u></p> <p>(4) <u>ECMOや簡易陰圧装置など新型コロナウイルス感染症に備えた医療機器の整備支援や感染防護具の確保・備蓄を確実に進めます。</u></p> <p>(5) <u>患者推計に基づき、必要となる病床数の確保や一般医療との両立を図る体制を平時から構築するとともに、宿泊療養施設の確保を図ります。</u></p> <p>(6) <u>宿泊・自宅療養者が安心して過ごせる仕組みを構築します。</u></p> <p>(7) <u>県民に対する正確な感染防止対策等の情報提供をし、感染防止の普及・啓発を図ります。</u></p> <p>(8) <u>医療機関や社会福祉施設などでの大規模なクラスター発生を防ぐため、平時からの感染防止対策を支援します。</u></p> <p>(9) <u>市町村のワクチン接種を支援します。</u></p> <p>(10) <u>保健所が積極的疫学調査に注力できるよう業務の負担軽減を図ります。</u></p> <p><u>なお、国では、令和6年度から開始する第8次医療計画において、新型コロナウイルス感染症を踏まえた対応を「新興感染症等の感染拡大時における医療」として位置付ける予定です。</u></p>	

改正案	現行
<p>本県においても、次期計画策定に向け、国の動向を注視して いきます。</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) 「<u>県民サポートセンター</u>」、「<u>受診・相談センター</u>」及び <u>「診療・検査医療機関検索システム」</u>などによる相談体制等 の確保</p> <p>(2) <u>診療・検査医療機関での受診体制等の確保</u></p> <p>(3) <u>衛生研究所の体制整備</u></p> <p>(4) <u>衛生研究所と民間検査機関も含めた検査体制の構築</u></p> <p>(5) <u>感染症専門医や感染管理認定看護師が配置されていない医 療機関に対する感染症専門人材の育成・確保</u></p> <p>(6) <u>新型コロナウイルス感染症に備えた医療機器の整備支援や 感染防護具の確保・備蓄</u></p> <p>(7) <u>感染者急増時を見据えた病床・宿泊療養施設の確保</u></p> <p>(8) <u>かかりつけ医や宿泊・自宅療養者支援センターによる療養 者の医療体制の強化</u></p> <p>(9) <u>県民に対する感染防止の普及・啓発の実施</u></p> <p>(10) <u>医療機関や社会福祉施設などでの大規模クラスターに備え</u></p>	

改正案	現行
<p><u>た対策の支援</u></p> <p><u>(11) 市町村のワクチン接種の支援</u></p> <p><u>(12) 保健所の体制強化</u></p> <p><u>5 指標</u></p> <p><u>感染症専門研修受講者数</u></p> <p><u>目標値 全病院数※（令和5年度）</u></p> <p><u>※令和3年度時点：343人</u></p> <p>第2章 事業ごとの医療提供体制の整備</p> <p>第1節 救急医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 救急医療の提供体制（初期～第三次）</p> <p>救急医療については、病気やけがの症状の度合いに応じ、初期、第二次、第三次の救急医療体制と救急医療情報システムを整備しています。</p> <p>初期救急は、入院を必要としない軽症の救急患者に対応するものです。市町村が、休日夜間急患センター、在宅当番医、</p>	<p>第2章 事業ごとの医療提供体制の整備</p> <p>第1節 救急医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 救急医療の提供体制（初期～第三次）</p> <p>救急医療については、病気やけがの症状の度合いに応じ、初期、第二次、第三次の救急医療体制と救急医療情報システムを整備しています。</p> <p>初期救急は、入院を必要としない軽症の救急患者に対応するものです。市町村が、休日夜間急患センター、在宅当番医、</p>



改正案	現行
<p>休日歯科診療所及び在宅歯科当番医により整備しています。</p> <p>初期救急は、平日夜間や休日の診療体制に未整備の時間帯がある状況です。</p> <p>第二次救急は、入院や手術を必要とする重症救急患者に対応するもので、市町村が第二次救急医療圏ごとに病院群輪番制により整備しています。</p> <p>救急搬送される患者の大部分が入院を要する救急医療機関に搬送されているものの、病院群輪番制病院によっては、患者の受入状況に差が生じていることから、今後は、受入れの実態に即して救急医療機関としての役割を見直す必要があります。また、休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。</p> <p>県では、搬送困難事案を削減するため、第二次救急医療機関の中から搬送困難事案受入医療機関を指定しています。しかしながら、住所不定者や酩酊者、無保険者、独居者などが搬送困難事案になりやすいため、搬送困難事案受入医療機関の負担感が強まっています。</p>	<p>休日歯科診療所及び在宅歯科当番医により整備しています。</p> <p>初期救急は、平日夜間や休日の診療体制に未整備の時間帯がある状況です。</p> <p>第二次救急は、入院や手術を必要とする重症救急患者に対応するもので、市町村が第二次救急医療圏ごとに病院群輪番制により整備しています。</p> <p>救急搬送される患者の大部分が入院を要する救急医療機関に搬送されているものの、病院群輪番制病院によっては、患者の受入状況に差が生じていることから、今後は、受入れの実態に即して救急医療機関としての役割を見直す必要があります。また、休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。</p> <p>県では、搬送困難事案を削減するため、第二次救急医療機関の中から搬送困難事案受入医療機関を指定しています。しかしながら、住所不定者や酩酊者、無保険者、独居者などが搬送困難事案になりやすいため、搬送困難事案受入医療機関の負担感が強まっています。</p>

改正案	現行
<p>また、休日に耳鼻咽喉科を救急で受診する場合、受け入れる医療機関が少なく受診先を探すことが困難な状況にあるため、県では耳鼻咽喉科の輪番体制を整備しています。</p> <p>第三次救急は、生命の危機が切迫している重篤患者に対応するもので、県が救命救急センターを整備しています。</p> <p>救命救急センターの整備に当たっては、救急医療圏単位で一定の人口規模を目安にしつつも、地理的空白地帯を埋め、適切な治療を提供できるようにする必要があります。</p> <p>このほか、救急車により搬送される救急患者の受入機関として救急告示病院・診療所がありますが、救急搬送人数が増加している一方で、救急告示病院・診療所の数は横ばいのため、一医療機関当たりの負担は増えている状況です。</p> <p>軽症でも第二次や第三次の救急医療機関を受診する患者が多く、本来の救急患者の診療に支障を来すこともあるため、適正受診について普及・啓発を図ることが重要です。</p> <p>また、第二次や第三次の救急医療機関に搬送された患者が救急病床を長期間使用し、新たな救急患者を受け入れることが困難になる現状があるため、急性期を脱した患者が救急医</p>	<p>また、休日に耳鼻咽喉科を救急で受診する場合、受け入れる医療機関が少なく受診先を探すことが困難な状況にあるため、県では耳鼻咽喉科の輪番体制を整備しています。</p> <p>第三次救急は、生命の危機が切迫している重篤患者に対応するもので、県が救命救急センターを整備しています。</p> <p>救命救急センターの整備に当たっては、救急医療圏単位で一定の人口規模を目安にしつつも、地理的空白地帯を埋め、適切な治療を提供できるようにする必要があります。</p> <p>このほか、救急車により搬送される救急患者の受入機関として救急告示病院・診療所がありますが、救急搬送人数が増加している一方で、救急告示病院・診療所の数は横ばいのため、一医療機関当たりの負担は増えている状況です。</p> <p>軽症でも第二次や第三次の救急医療機関を受診する患者が多く、本来の救急患者の診療に支障を来すこともあるため、適正受診について普及啓発を図ることが重要です。</p> <p>また、第二次や第三次の救急医療機関に搬送された患者が救急病床を長期間使用し、新たな救急患者を受け入れることが困難になる現状があるため、急性期を脱した患者が救急医</p>

改正案	現 行
<p>療機関から症状に応じた適切な医療機関や介護施設等へ転院できる体制を構築することが求められています。</p> <p>さらに、精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の救急要請では、医療機関の選定に時間がかかることが多いため、精神科医療機関と救急医療機関の連携を強化し、円滑な受入体制を構築することが必要です。</p> <p><u>加えて、循環器病は急激に発症し、数分から数時間で生命に関わる重大な事態に陥ることも多く、発症後早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性があることから、既に整備されている急性期脳梗塞治療のネットワークに加え、急性心血管疾患についても、より迅速な医療を提供できる体制を強化していく必要があります。</u></p> <p>(3) 病院前救護</p> <p>救急救命士は、生命が危険な状態にある傷病者に対し、医療機関に搬送されるまでの間、医師の指示の下に心肺蘇生（静脈路確保、気管挿管、薬剤投与等）などの救急救命処置を行うことができ、救命率の向上に大きな役割を果たすことから、救急救命士の確保及び技術・質の向上を図る必要があります。</p>	<p>療機関から症状に応じた適切な医療機関や介護施設等へ転院できる体制を構築することが求められています。</p> <p>さらに、精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の救急要請では、医療機関の選定に時間がかかることが多いため、精神科医療機関と救急医療機関の連携を強化し、円滑な受入体制を構築することが必要です。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(3) 病院前救護</p> <p>救急救命士は、生命が危険な状態にある傷病者に対し、医療機関に搬送されるまでの間、医師の指示の下に心肺蘇生（静脈路確保、気管挿管、薬剤投与等）などの救急救命処置を行うことができ、救命率の向上に大きな役割を果たすことから、救急救命士の確保及び技術・質の向上を図る必要があります。</p>

改正案	現行
<p>一般市民が急病や不慮の事故による傷病者の救護活動を行うためには、普段からAEDの使用をはじめ救急蘇生法の知識・技能を身につけておくことが大切です。</p> <p>救急患者の搬送は主として市町村の救急隊により実施されています。救急患者に対する迅速かつ的確な医療の提供が必要ですが、医療機関への受入れに時間がかかるケースが多く課題となっています。このため、医療機関の受入体制の充実が必要です。また、救急搬送体制及びメディカルコントロール体制の充実・強化も必要です。</p> <p>医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することにより、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図ることを目的として、ドクターヘリを埼玉医科大学総合医療センター（川越市）に配備しています。また、防災ヘリコプターによるドクターヘリ専用機の補完運航も行っています。</p> <p><u>さらに、東西の救命救急センターに、24時間365日体制のドクターカー広域運行拠点の整備を進め、ドクターヘリが運航できない夜間や天候不良時などにおいても、重篤な救</u></p>	<p>一般市民が急病や不慮の事故による傷病者の救護活動を行うためには、普段からAEDの使用をはじめ救急蘇生法の知識・技能を身につけておくことが大切です。</p> <p>救急患者の搬送は主として市町村の救急隊により実施されています。救急患者に対する迅速かつ的確な医療の提供が必要ですが、医療機関への受入れに時間がかかるケースが多く課題となっています。このため、医療機関の受入体制の充実が必要です。また、救急搬送体制及びメディカルコントロール体制の充実・強化も必要です。</p> <p>医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することにより、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図ることを目的として、ドクターヘリを埼玉医科大学総合医療センター（川越市）に配備しています。また、防災ヘリコプターによるドクターヘリ専用機の補完運航も行っています。</p> <p><u>（新設）</u></p>

改正案	現行
<p><u>急患者に対して迅速な医療を提供しています。</u></p> <p>救急車による搬送において、不要不急の搬送件数が増加しています。本来の救急患者への医療を確保するため、救急車の適正利用が求められています。</p> <p>そこで、急な病気やけがに対する県民の不安解消や軽症患者の集中による救急医療機関の負担軽減を目的として、救急電話相談や医療機関案内を24時間365日実施して<u>おり、併せてA I 救急相談を運用</u>しています。大人の救急電話相談では約7割が当日の受診が不要な相談であり、不要不急な受診の抑制に効果が出ています。</p> <p>これまでの救急医療の取組により、延伸が続いていた救急搬送時間は近年短縮傾向にあります。今後も現場活動時間を短縮させる効果的な取組を推進するとともに、受入医療機関の体制を強化し、引き続き搬送時間が短縮するよう努める必要があります。</p> <p>3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(5) (略)</p>	<p>救急車による搬送において、不要不急の搬送件数が増加しています。本来の救急患者への医療を確保するため、救急車の適正利用が求められています。</p> <p>そこで、急な病気やけがに対する県民の不安解消や軽症患者の集中による救急医療機関の負担軽減を目的として、救急電話相談や医療機関案内を24時間365日実施しています。大人の救急電話相談では約7割が当日の受診が不要な相談であり、不要不急な受診の抑制に効果が出ています。</p> <p>これまでの救急医療の取組により、延伸が続いていた救急搬送時間は近年短縮傾向にあります。今後も現場活動時間を短縮させる効果的な取組を推進するとともに、受入医療機関の体制を強化し、引き続き搬送時間が短縮するよう努める必要があります。</p> <p>3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(5) (略)</p>

改正案	現行
<p>(6) <u>循環器病患者の受入体制強化</u></p> <p>(7)・(8) (略)</p> <p>(9) <u>ドクターヘリやドクターカー</u>を活用した早期治療の推進</p> <p>(10)～(12) (略)</p> <p>(13) <u>救急電話相談、A I 救急相談及び医療機関案内の充実による救急医療機関の適正受診や救急車の適正利用の推進</u></p> <p>5 (略)</p> <p>第2節 災害時医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 災害時医療体制の整備</p> <p>災害時にあっても、患者の重症度に応じた適切な医療を提供するためには、被災現場から救護所、地域の医療機関、更には後方医療機関に至る体系的な医療提供体制が必要です。</p> <p>本県では<u>22</u>の災害拠点病院を指定していますが、人口当たりの災害拠点病院の数が全国平均を下回っており、災害拠点病院がない二次保健医療圏もあります。</p> <p>本県では全ての災害拠点病院が埼玉DMA T（災害派遣医</p>	<p>(新設)</p> <p>(6)・(7) (略)</p> <p>(8) <u>ドクターヘリ</u>を活用した早期治療の推進</p> <p>(9)～(11) (略)</p> <p>(12) <u>救急電話相談や医療機関案内の充実による救急医療機関の適正受診や救急車の適正利用の推進</u></p> <p>5 (略)</p> <p>第2節 災害時医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 災害時医療体制の整備</p> <p>災害時にあっても、患者の重症度に応じた適切な医療を提供するためには、被災現場から救護所、地域の医療機関、更には後方医療機関に至る体系的な医療提供体制が必要です。</p> <p>本県では<u>18</u>の災害拠点病院を指定していますが、人口当たりの災害拠点病院の数が全国平均を下回っており、災害拠点病院がない二次保健医療圏もあります。</p> <p>本県では全ての災害拠点病院が埼玉DMA T（災害派遣医</p>

改正案	現行
<p>療チーム)を保有していますが、人口当たりのDMATの数は全国平均を下回っています。</p> <p>災害時の初期救急段階(発災後おおむね三日間)においては、医療に関する具体的な指揮命令を行う者を設定することが困難です。このため、災害現場に最も近い保健所などにおいて、<u>県の内外から自律的に参集した医療チームの配置調整や医薬品の供給等を調整</u>するなどのコーディネート機能を担う体制の整備が必要です。</p> <p>また、妊産婦、新生児及び小児や人工透析患者への対応についても、<u>コーディネート機能を担う体制の整備</u>が必要です。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) 具体的な被災想定を踏まえた<u>医療救護活動計画に基づき</u>、医療救護班だけでなく関係機関と連携した訓練を実施します。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) 災害時に必要となる医薬品などを確保し、<u>供給</u>するため、<u>備蓄・調達体制や救護所等への医薬品供給を調整する体制</u>の</p>	<p>療チーム)を保有していますが、人口当たりのDMATの数は全国平均を下回っています。</p> <p>災害時の初期救急段階(発災後おおむね三日間)においては、医療に関する具体的な指揮命令を行う者を設定することが困難です。このため、災害現場に最も近い保健所などにおいて、<u>県の内外から自律的に参集した医療チームを配置調整</u>するなどのコーディネート機能を担う体制の整備が必要です。</p> <p>また、妊産婦、新生児及び小児や人工透析患者への対応についても、<u>コーディネート機能を担う体制の整備</u>が必要です。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) 具体的な被災想定を踏まえた<u>医療救護活動計画を策定</u>します。<u>また、取組が実効性のあるものとなるよう</u>、医療救護班だけでなく関係機関と連携した訓練を実施します。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) 災害時に必要となる医薬品などを確保するため、<u>備蓄・調達体制の整備</u>を図ります。</p>

改正案	現行
<p>整備を図ります。</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(1) 地域ごとの配置状況を踏まえた災害拠点病院や災害時連携病院、DMAT指定医療機関の整備</u></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(2)～(4) (略)</u></p> <p><u>(5) 災害用医薬品などの備蓄・調達体制の整備、薬剤師災害リーダーの養成</u></p> <p><u>(6)～(9) (略)</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 災害時連携病院の指定数</u> 目標値 20 病院 (令和 5 年度)</p> <p><u>(4) 薬剤師災害リーダーの養成人数</u></p>	<p>(5)・(6) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p><u>(1) 具体的な被災想定を踏まえた医療救護活動計画の策定</u></p> <p><u>(2) 地域ごとの配置状況を踏まえた災害拠点病院やDMAT指定医療機関の整備</u></p> <p><u>(3) 県立病院における災害時医療体制の確保 (県立小児医療センターの災害拠点病院化等)</u></p> <p><u>(4)～(6) (略)</u></p> <p><u>(7) 災害用医薬品などの備蓄・調達体制の整備</u></p> <p><u>(8)～(11) (略)</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 災害拠点病院におけるBCPの策定割合</u> 現状値 22.2% → 目標値 100% <u>(平成 28 年度) (平成 30 年度)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>



改正案	現行
<p style="text-align: center;"><u>現状値0人 → 目標値124人以上</u> <u>(令和2年度) (令和5年度)</u></p> <p>第3節 周産期医療</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) ハイリスク出産への対応</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>オ <u>I C Tを活用した分娩取扱施設に対する支援</u></p> <p>カ (略)</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>5 指標</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) <u>地域における災害時小児周産期リエゾン(医師)の養成人数</u></p> <p style="text-align: center;"><u>現状値15人 → 目標値27人</u> <u>(令和2年度) (令和5年度)</u></p> <p>第4節 小児医療</p> <p>1 (略)</p>	<p>第3節 周産期医療</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) ハイリスク出産への対応</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>オ <u>遠隔胎児診断支援システムの活用促進</u></p> <p>カ (略)</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>5 指標</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) <u>災害時小児周産期リエゾン指定者数</u></p> <p style="text-align: center;"><u>現状値3人 → 目標値21人</u> <u>(平成29年度) (平成35年度)</u></p> <p>第4節 小児医療</p> <p>1 (略)</p>

改正案	現行
<p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 小児救急医療の提供体制（初期～第三次）</p> <p>小児救急医療については、症状に応じて初期から第三次までの救急医療体制と救急医療情報システムを整備しています。</p> <p>初期救急は、入院を必要としない軽症患者を対象とし、市町村が休日夜間急患センター、在宅当番医制により整備しています。</p> <p>第二次救急は、入院や手術を必要とする重症患者を対象とし、県が第二次救急医療圏ごとに輪番制（小児救急医療支援事業）又は拠点病院制（小児救急医療拠点病院運営事業）により整備しています。</p> <p>第三次救急は、生命の危機が切迫している重篤患者を対象とし、県が小児救命救急センターを整備しています。</p> <p>地域の状況を踏まえ、初期救急から第三次救急までの機能が適切に発揮されるよう、県と市町村が連携してその整備に取り組む必要があります。</p> <p>県内のどこに住んでいても、必要なときに小児救急医療を</p>	<p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 小児救急医療の提供体制（初期～第三次）</p> <p>小児救急医療については、症状に応じて初期から第三次までの救急医療体制と救急医療情報システムを整備しています。</p> <p>初期救急は、入院を必要としない軽症患者を対象とし、市町村が休日夜間急患センター、在宅当番医制により整備しています。</p> <p>第二次救急は、入院や手術を必要とする重症患者を対象とし、県が第二次救急医療圏ごとに輪番制（小児救急医療支援事業）又は拠点病院制（小児救急医療拠点病院運営事業）により整備しています。</p> <p>第三次救急は、生命の危機が切迫している重篤患者を対象とし、県が小児救命救急センターを整備しています。</p> <p>地域の状況を踏まえ、初期救急から第三次救急までの機能が適切に発揮されるよう、県と市町村が連携してその整備に取り組む必要があります。</p> <p>県内のどこに住んでいても、必要なときに小児救急医療を</p>

改正案	現行
<p>受けられる体制が確保されていることが必要です。しかし、夜間や休日も含めた小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合は、平成29年度（2017年度）当初で86%であり、依然として全ての曜日に対応できない医療圏があります。休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。</p> <p>また、地域の医療機関では対応困難な小児重症救急患者を受け入れられるよう、小児救命救急医療体制を強化するため、県内に2か所、小児救命救急センターを整備しました。</p> <p><u>さらに、搬送困難事案を削減するため、小児に特化した搬送困難事案受入医療機関を指定しています。</u></p> <p><u>このほか、医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することにより、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図ることを目的とするドクターヘリの配備に加え、ドクターカーの整備も進めています。</u></p> <p>一方、夜間や休日に、軽症であっても小児科のある救急病</p>	<p>受けられる体制が確保されていることが必要です。しかし、夜間や休日も含めた小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合は、平成29年度（2017年度）当初で86%であり、依然として全ての曜日に対応できない医療圏があります。休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。</p> <p>また、地域の医療機関では対応困難な小児重症救急患者を受け入れられるよう、小児救命救急医療体制を強化するため、県内に2か所、小児救命救急センターを整備しました。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>一方、夜間や休日に、軽症であっても小児科のある救急病</p>

改正案	現行
<p>院を受診するケースが増加し、小児救急病院の負担が増大しています。</p> <p>その結果、医師の疲弊や減少により輪番制から撤退する病院が出るなど、小児救急医療体制の維持が困難な地域があります。</p> <p>背景として、少子化や核家族化が進み、身近に相談できる人がいないことによる保護者の不安感や、専門・高度医療志向の高まりなどが指摘されています。</p> <p>保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進し、小児救急病院への軽症患者の集中を緩和する必要があります。</p> <p>初期、第二次及び第三次における救急医療機関の適切な役割分担と連携により、医療体制の充実を図る必要があります。</p> <p>3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p><u>(4) 搬送困難事案受入医療機関の体制充実</u></p> <p><u>(5)</u> (略)</p> <p><u>(6)</u> <u>ドクターヘリやドクターカー</u>を活用した早期治療の推進</p>	<p>院を受診するケースが増加し、小児救急病院の負担が増大しています。</p> <p>その結果、医師の疲弊や減少により輪番制から撤退する病院が出るなど、小児救急医療体制の維持が困難な地域があります。</p> <p>背景として、少子化や核家族化が進み、身近に相談できる人がいないことによる保護者の不安感や、専門・高度医療志向の高まりなどが指摘されています。</p> <p>保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進し、小児救急病院への軽症患者の集中を緩和する必要があります。</p> <p>初期、第二次及び第三次における救急医療機関の適切な役割分担と連携により、医療体制の充実を図る必要があります。</p> <p>3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(4)</u> (略)</p> <p><u>(5)</u> <u>ドクターヘリ</u>を活用した早期治療の推進</p>

改正案	現行
<p>(7) (略)</p> <p>(8) 小児救急電話相談やA I 救急相談の充実</p> <p>(9) (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>第5節 (略)</p> <p>第3章 在宅医療の推進</p> <p>第1節 在宅医療の推進</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>在宅医療は、最期まで住み慣れた自宅等で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムに不可欠な構成要素です。</p> <p>在宅での療養を希望する患者が住み慣れた地域に必要な医療を受けるため、(1)在宅療養に向けた入退院支援、(2)日常の療養生活の支援、(3)急変時の対応、(4)患者が望む場所での看取りを目指し、地域における医療や介護の多職種連携を図りながら24時間体制で在宅医療が提供される体制を構築します。</p> <p>2 現状と課題</p>	<p>(6) (略)</p> <p>(7) 小児救急電話相談事業の充実</p> <p>(8) (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>第5節 (略)</p> <p>第3章 在宅医療の推進</p> <p>第1節 在宅医療の推進</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>在宅医療は、最期まで住み慣れた自宅等で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムに不可欠な構成要素です。</p> <p>在宅での療養を希望する患者が住み慣れた地域に必要な医療を受けるため、(1)在宅療養に向けた退院支援、(2)日常の療養生活の支援、(3)急変時の対応、(4)患者が望む場所での看取りを目指し、地域における医療や介護の多職種連携を図りながら24時間体制で在宅医療が提供される体制を構築します。</p> <p>2 現状と課題</p>

改正案	現行
<p>(略)</p> <p>(1) <u>入退院支援</u></p> <p>在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割が期待されています。最近は何らかの医療処置を必要とする在宅療養患者が増加してきたことから、医療の継続性を確保するとともに、<u>入退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための退院後の生活を見据えた支援が必要です。日頃から、患者本人や家族に急な入院に備えた準備を促すとともに、入院前・入院初期から入院医療機関と在宅療養に関わる医療・介護従事者が情報を共有し、円滑な在宅療養に向けた支援を行うことが必要です。こうした情報共有等のルールを定めた入退院支援ルールを地域の実情に応じて策定していくことが求められます。</u></p> <p>(2) 日常の療養生活の支援</p> <p>訪問診療を実施する医療機関は平成29年（2017年）3月末現在、766か所です。公益社団法人日本医師会の「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」によると、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、診療</p>	<p>(略)</p> <p>(1) 退院支援</p> <p>在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割が期待されています。最近は何らかの医療処置を必要とする在宅療養患者が増加してきたことから、医療の継続性を確保するとともに、退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための退院後の生活を見据えた<u>入院初期からの退院支援が重要となっています。</u></p> <p>(2) 日常の療養生活の支援</p> <p>訪問診療を実施する医療機関は平成29年（2017年）3月末現在、766か所です。公益社団法人日本医師会の「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」によると、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、診療</p>

改正案	現行
<p>所の約7割が24時間対応の困難さを挙げています。</p> <p>在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められています。</p> <p>訪問看護利用者数、訪問看護ステーション数、訪問看護ステーションに従事する看護職員数のいずれも増加傾向にありますが、今後さらに医療・介護需要の大幅な増加が見込まれます。このため、医療依存度の高い患者やターミナルケア、24時間対応など様々なニーズに対応できるよう、訪問看護を担う人材の確保や育成、安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を強化することが必要です。</p> <p>療養生活の質の向上に向け、歯・口腔<sup>くわう</sup>の健康状態の悪化や機能低下、これらによる栄養不足や運動機能低下、誤嚥性肺炎<sup>えん</sup>の予防などのため、在宅療養患者への歯科医療の提供促進が求められています。</p> <p><u>地域において薬局は、他の医療機関や介護療養施設等との連携体制を構築した上で、様々な療養の場を移行する患者の服薬情報等を一元的・継続的に管理し、質の高い薬物療法（薬</u></p>	<p>所の約7割が24時間対応の困難さを挙げています。</p> <p>在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められています。</p> <p>訪問看護利用者数、訪問看護ステーション数、訪問看護ステーションに従事する看護職員数いずれも増加傾向にありますが、今後さらに医療・介護需要の大幅な増加が見込まれます。このため、医療依存度の高い患者やターミナルケア、24時間対応など様々なニーズに対応できるよう、訪問看護を担う人材の確保や育成、安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を強化することが必要です。</p> <p>療養生活の質の向上に向け、歯・口腔<sup>くわう</sup>の健康状態の悪化や機能低下、これらによる栄養不足や運動機能低下、誤嚥性肺炎<sup>えん</sup>の予防などのため、在宅療養患者への歯科医療の提供促進が求められています。</p> <p><u>在宅療養患者の多剤・重複投薬や相互作用の防止、残薬解消など薬学的管理・指導を行い、服薬情報を一元的・継続的に把握することが求められています。</u></p>

改正案	現行
<p><u>剤管理）を提供していくことが求められています。</u></p> <p>患者が安心して質の高い在宅医療を受けられるよう、多職種協働による包括的かつ継続的な医療を提供することが必要です。このため、地域における病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅（地域密着型）サービス事業所などの連携体制の構築が必要です。</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 在宅での看取り</p> <p>患者や家族のQOL（生活の質）の維持・向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、<u>人生の最終段階における医療やケアについて、患者本人が意思決定できる体制を整え、</u>患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められています。</p> <p>高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える人が増加していることから、介護施設等による看取りを支援していくことが求められます。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) <u>入退院支援、</u>日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅</p>	<p>患者が安心して質の高い在宅医療を受けられるよう、多職種協働による包括的かつ継続的な医療を提供することが必要です。このため、地域における病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅（地域密着型）サービス事業所などの連携体制の構築が必要です。</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 在宅での看取り</p> <p>患者や家族のQOL（生活の質）の維持・向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められています。</p> <p>高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える人が増加していることから、介護施設等による看取りを<u>必要に応じて</u>支援していくことが求められます。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) 退院支援、日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅に</p>



改正案	現行
<p>における看取りなど在宅医療を担う医療や介護の関係機関相互の連携強化を図ります。</p> <p>また、市町村や地域の郡市医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体や保健所が連携しながら在宅医療の推進を図っていきます。</p> <p>特に保健所は、医療・介護連携の円滑な実施に向けて、地域の郡市医師会等の関係団体と連携して調整を行うなど、積極的に役割を果たしていきます。</p> <p>(2) 在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。</p> <p>また、多職種のチームによる医療において、多職種間での情報共有をより円滑に進めていくため、ICTによる医療・介護連携ネットワークシステムの普及・拡大を図っていきます。</p> <p><u>さらに、在宅で療養する患者に対し、訪問看護師等のサポートを得るなど効果的なオンライン診療を推進していきます。</u></p>	<p>における看取りなど在宅医療を担う医療や介護の関係機関相互の連携強化を図ります。</p> <p>また、市町村や地域の郡市医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体や保健所が連携しながら在宅医療の推進を図っていきます。</p> <p>特に保健所は、医療・介護連携の円滑な実施に向けて、地域の郡市医師会等の関係団体と連携して調整を行うなど、積極的に役割を果たしていきます。</p> <p>(2) 在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。</p> <p>また、多職種のチームによる医療において、多職種間での情報共有をより円滑に進めていくため、ICTによる医療・介護連携ネットワークシステムの普及・拡大を図っていきます。</p> <p><u>（新設）</u></p>

改正案	現行
<p>(3) (略)</p> <p>(4) 県内全ての郡市医師会に設置され、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業として運営されている在宅医療連携拠点については、<u>入退院支援</u>、日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅における看取りなどを推進するため、在宅医療に必要な連携を担う窓口として積極的な役割を果たせるよう支援していきます。</p> <p>また、在宅医療・介護連携推進事業において、特に「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」、「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、「在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」については、医療に係る専門的・技術的な対応が必要であり、また、二次保健医療圏等の広域的な連携が必要であることから重点的に支援をしていきます。</p> <p>(5) <u>医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で</u>、<u>人生の最終段階における医療やケアについて</u>、<u>本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるACP（アドバンス・ケア・プランニング）</u>を普</p>	<p>(3) (略)</p> <p>(4) 県内全ての郡市医師会に設置され、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業として運営されている在宅医療連携拠点については、<u>退院支援</u>、日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅における看取りなどを推進するため、在宅医療に必要な連携を担う窓口として積極的な役割を果たせるよう支援していきます。</p> <p>また、在宅医療・介護連携推進事業において、特に「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」、「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、「在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」については、医療に係る専門的・技術的な対応が必要であり、また、二次保健医療圏等の広域的な連携が必要であることから重点的に支援をしていきます。</p> <p>(5) 人生の最終段階における療養の場所や希望する医療について、<u>医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で</u>、<u>患者本人が意思決定できる体制を整え</u>るとともに、<u>人生の最終段階における医療の提供や在宅での看取り体制の構築を</u>図</p>

改正案	現行
<p><u>及・啓発し、患者本人が意思決定できる体制を整えます。また、人生の最終段階における医療の提供や在宅での看取り体制の構築を図ります。</u></p> <p>(6)・(7) (略)</p> <p>(8) <u>がん患者等に専門的な薬物療法を提供できる高度薬学管理機能を有する薬局や地域の医療機関や介護療養施設などと連携して一元的・継続的な薬物療法（薬剤管理）を行う薬局を支援し、緩和ケアや残薬管理等に対応できる薬剤師の育成を図ります。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 訪問看護師等のサポートを得るなど効果的なオンライン診療の普及</u></p> <p><u>(4)・(5) (略)</u></p> <p><u>(6) 患者本人の意思決定を支援するための情報提供や普及・啓発</u></p> <p><u>(7)～(9) (略)</u></p> <p><u>(10) 地域の医療機関や介護療養施設などと連携して一元的・継</u></p>	<p>ります。</p> <p>(6)・(7) (略)</p> <p>(8) <u>がん患者等に専門的な薬物療法を提供できる高度薬学管理機能を有する薬局の体制整備を支援し、緩和ケアや残薬管理等に対応できる薬剤師を育成するとともに、地域の医療機関などとの連携の促進を図ります。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(3)・(4) (略)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(5)～(7) (略)</u></p> <p><u>(8) 在宅医療を担う薬局の整備促進と薬剤師の育成</u></p>

改正案	現行
<p><u>継続的な薬物療法（薬剤管理）を行える薬局の整備と緩和ケアや残薬管理等に対応できる薬剤師の育成</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>入退院支援ルール作成済み市町村数</u>  <u>現状値 26 市町村</u> → <u>目標値 63 市町村</u>  <u>(令和 2 年度)</u>                      <u>(令和 5 年度)</u></p> <p>(3) <u>訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数</u>  現状値 2, 133 人 → 中間目標値 2, 280 人  (平成 28 年末)                      <u>(令和 2 年末)</u>  → 目標値 3, 414 人  <u>(令和 4 年末)</u></p> <p>(4) <u>地域連携薬局の認定数</u>  <u>目標値 500 薬局 (令和 5 年度)</u></p> <p>(5) (略)</p>	<p>5 指標</p> <p>(1) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(2) <u>県内の訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数</u>  現状値 2, 133 人 → 中間目標値 2, 280 人  (平成 28 年末)                      <u>(平成 32 年末)</u>  → 目標値 <u>2, 540 人</u>  <u>(平成 34 年末)</u></p> <p>(3) <u>在宅患者調剤加算算定薬局数</u>  <u>現状値 640 薬局</u> → <u>中間目標値 760 薬局</u>  <u>(平成 28 年度)</u>                      <u>(平成 32 年度)</u>  → <u>目標値 850 薬局</u>  <u>(平成 35 年度)</u></p> <p>(4) (略)</p>

改正案	現行
<p><u>(削る)</u></p> <p>第4章 医療従事者等の確保</p> <p>第1節 医療従事者等の確保</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) 医師</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ <u>臨床研修医及び後期研修医</u>の誘導・定着策の推進</p> <p>県内で臨床研修<u>及び後期研修</u>を実施する魅力などについて様々な情報発信を行い、<u>臨床研修医及び後期研修医</u>の県内医療機関への誘導と定着を図ります。</p> <p>オ～キ (略)</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) 看護職員</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 看護職員の離職防止・定着促進</p> <p>新人看護職員が臨床実践能力を獲得するための研修及び</p>	<p>※ <u>在宅医療に関する指標については3年後に見直しを行うため、中間年における目標値を設定しています。</u></p> <p>第4章 医療従事者等の確保</p> <p>第1節 医療従事者等の確保</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) 医師</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ <u>臨床研修医などの医師</u>の誘導・定着策の推進</p> <p>県内で臨床研修を実施する魅力などについて様々な情報発信を行い、臨床研修医の県内医療機関への誘導と定着を図ります。</p> <p>オ～キ (略)</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) 看護職員</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 看護職員の離職防止・定着促進</p> <p>新人看護職員が臨床実践能力を獲得するための<u>研修の実</u></p>

改正案	現行
<p>支援体制の強化、病院内保育所の運営支援や働きやすい職場づくり支援等を行うことにより、早期離職防止や就労環境改善による定着、離職防止を促進していきます。</p> <p>ウ 看護職員の再就業支援</p> <p>ナースセンターを拠点とした職業紹介や再就業に必要な研修の充実を図ることにより、<u>ライフイベント等のため離職した看護有資格者の再就業を支援</u>していきます。</p> <p>エ 看護職員の資質の向上</p> <p><u>認定看護師資格取得や特定行為研修の受講支援</u>、指導的役割を担う看護師を確保するために認定看護師の医療機関への派遣を行うなどにより、高度・専門的な医療提供に資する看護師の育成を図ります。</p> <p>また、特定行為研修の体制の整備に関し、現状把握や課題抽出を踏まえ、特定行為研修に係る支援事業の検討を行っていきます。</p> <p>オ～キ (略)</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>5 指標</p>	<p>施及び支援、病院内保育所の運営支援や働きやすい職場づくり支援等を行うことにより、早期離職防止や就労環境改善による定着、離職防止を促進していきます。</p> <p>ウ 看護職員の再就業支援</p> <p>ナースセンターを拠点とした職業紹介や<u>届出制度活用促進</u>を図ることにより、<u>育児等で離職した看護有資格者の再就業を支援</u>していきます。</p> <p>エ 看護職員の資質の向上</p> <p><u>専門分野の看護師研修の実施</u>や、指導的役割を担う看護師を育成するために認定看護師の確保や支援を行うなど、高度・専門的な医療提供に資する看護師の育成を図ります。</p> <p>また、特定行為研修の体制の整備に関し、現状把握や課題抽出を踏まえ、特定行為研修に係る支援事業の検討を行っていきます。</p> <p>オ～キ (略)</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>5 指標</p>

改正案	現行
<p>(1) 臨床研修医の採用数 (略)</p> <p>(2) 訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数 (再掲)</p> <p>現状値 2, 133人 → 中間目標値 2, 280人 (平成28年末) (令和2年末)</p> <p>→ 目標値 3, 414人 (令和4年末)</p> <p>(3) <u>医療施設 (病院・診療所) の医師数</u></p> <p>現状値 12, 443人 → 目標値 15, 170人 (平成30年末) (令和4年末)</p> <p>(4) <u>後期研修医の採用数</u> 目標値 647人 (令和4年度及び令和5年度の累計)</p> <p>(5) <u>就業看護職員数</u> 現状値 68, 722人 → 目標値 75, 781人 (平成30年度末) (令和4年度末)</p>	<p>(1) 臨床研修医の<u>県内</u>採用数 (略)</p> <p>(2) <u>県内の</u>訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数(再掲)</p> <p>現状値 2, 133人 → 中間目標値 2, 280人 (平成28年末) (平成32年末)</p> <p>→ 目標値 <u>2, 540人</u> (平成34年末)</p> <p>(3) <u>県内医療施設 (病院・診療所) の医師数 (人口十万人当たり)</u></p> <p>現状値 160.1人 → 目標値 <u>全国最下位脱出</u> (全国最下位) (平成32年末)</p> <p><u>(平成28年末)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>

改正案	現行
<p>第5章 医療の安全の確保</p> <p>第1節・第2節 (略)</p> <p>第3節 医薬品の適正使用の推進</p> <p>1～4 (略)</p> <p>5 指標</p> <p>ジェネリック医薬品の数量シェア</p> <p>現状値69.8% → 目標値80.0%以上 (平成28年度末) (令和5年度末)</p> <p>第4節 献血の推進</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>医療に必要不可欠な輸血用血液製剤や大部分の血漿<sup>しょう</sup>分画製剤は、現在、国内の献血で賄われています。</p> <p><u>(削る)</u></p> <p>少子高齢化により将来の献血を担う若年層が減少する一方で、血液製剤を使用する高齢者が増加しています。これまでの献血</p>	<p>第5章 医療の安全の確保</p> <p>第1節・第2節 (略)</p> <p>第3節 医薬品の適正使用の推進</p> <p>1～4 (略)</p> <p>5 指標</p> <p>ジェネリック医薬品の数量シェア</p> <p>現状値69.8% → 目標値80.0%以上 (平成28年度末) (平成33年度末)</p> <p>第4節 献血の推進</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>医療に必要不可欠な輸血用血液製剤や大部分の血漿<sup>しょう</sup>分画製剤は、現在、国内の献血で賄われています。</p> <p><u>県は高校生献血の推進に積極的に取り組んでおり、その結果、 高校生の献血者数は、平成19年度(2007年度)から10 年連続日本一となっています。</u></p> <p>少子高齢化により将来の献血を担う若年層が減少する一方で、血液製剤を使用する高齢者が増加しています。これまでの献血</p>



改正案	現行
<p>状況で推移すると、将来的には輸血用血液製剤が不足する懸念があります。</p> <p>血液は人工的に作ることができず、長期的に保存することもできないので、輸血に必要な血液を確保するため、絶えず新しい血液が必要となります。</p> <p>このため、献血の推進をさらに図るとともに、医療機関における血液製剤の使用の適正化を推進する必要があります。</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 指標</p> <p>10代～30代の献血者数</p> <p>現状値97,502人 → 目標値<u>101,581</u>人 (平成27年度) (令和5年度)</p> <p>第4部・第5部 (略)</p> <p>第6部 医療費適正化計画</p> <p>第1章 (略)</p> <p>第2章 医療の効率的な提供の推進</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p>	<p>状況で推移すると、将来的には輸血用血液製剤が不足する懸念があります。</p> <p>血液は人工的に作ることができず、長期的に保存することもできないので、輸血に必要な血液を確保するため、絶えず新しい血液が必要となります。</p> <p>このため、献血の推進をさらに図るとともに、医療機関における血液製剤の使用の適正化を推進する必要があります。</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 指標</p> <p>10代～30代の献血者数</p> <p>現状値97,502人 → 目標値<u>142,360</u>人 (平成27年度) (平成32年度)</p> <p>第4部・第5部 (略)</p> <p>第6部 医療費適正化計画</p> <p>第1章 (略)</p> <p>第2章 医療の効率的な提供の推進</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p>

改正案	現行
<p>(1) (略)</p> <p>(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化</p> <p>ジェネリック医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。</p> <p><u>(削る)</u></p> <p>平成29年(2017年)6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、<u>令和2年(2020年)9月までに80%とする、数量シェア目標が定め</u></p>	<p>(1) (略)</p> <p>(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化</p> <p>ジェネリック医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。</p> <p><u>国においては、平成19年(2007年)に策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」に基づき、安定供給、品質確保、情報提供体制の課題について、国やジェネリック医薬品メーカー等が行うべき取組を明らかにしてきたところです。</u></p> <p><u>さらに、平成25年(2013年)4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、取組を進めています。</u></p> <p>平成29年(2017年)6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、<u>平成32年(2020年)9月までに80%とする、新たな数量シェア目標</u></p>

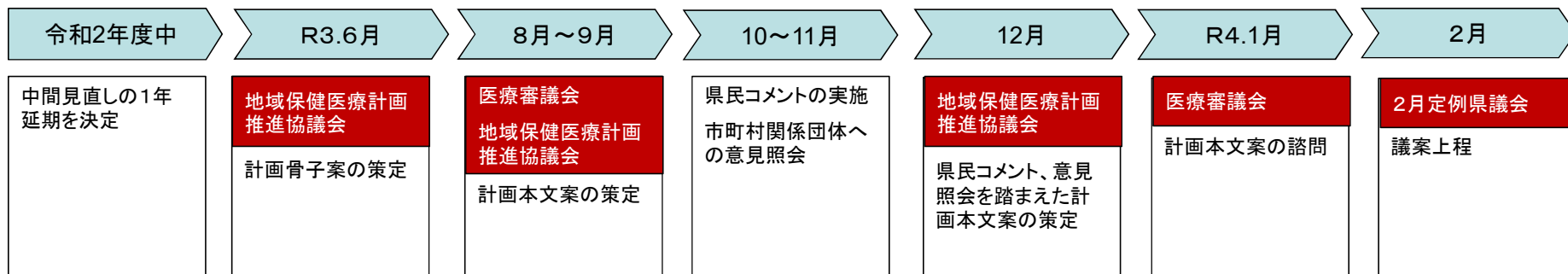
改正案	現行
<p>られました。</p> <p><u>さらに、令和3年(2021年)6月には、「経済財政運営と改革の基本方針2021」において、ジェネリック医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進めるとともに、数量シェアを2023年度末までにすべての都道府県において80%以上とする新たな目標が示されました。</u></p> <p>国においては、患者や医療関係者が安心してジェネリック医薬品を使用できるような環境整備を図っているところですが、本県における<u>令和2年(2020年)3月現在の数量シェアは81.3%となりましたが、市町村別、年齢別にみると80%を達成していないところがある状況です。</u></p> <p>要因の一つとして、ジェネリック医薬品の品質に対する県民や医療関係者の信頼が高いとはいえない状況にあることや、ジェネリック医薬品の安定供給及び情報提供体制に関する問題点も指摘されています。</p> <p>また、多剤・重複投薬の防止や残薬対策などを推進するた</p>	<p>が定められました。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>国においては、患者や医療関係者が安心してジェネリック医薬品を使用できるような環境整備を図っているところですが、本県における<u>平成29年(2017年)3月現在の数量シェアは69.8%となっており、ジェネリック医薬品の普及はまだ十分とは言えません。</u></p> <p>要因の一つとして、ジェネリック医薬品の品質に対する県民や医療関係者の信頼が高いとはいえない状況にあることや、ジェネリック医薬品の安定供給及び情報提供体制に関する問題点も指摘されています。</p> <p>また、多剤・重複投薬の防止や残薬対策などを推進するた</p>

改正案	現行
<p>め、「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能を強化することが必要となっています。</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 指標</p> <p>ジェネリック医薬品の数量シェア (再掲)</p> <p>現状値69.8% → 目標値80.0%以上 (平成28年度末) (令和5年度末)</p> <p>第3章 (略)</p> <p>第4章 国民健康保険の運営</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 国民健康保険新制度の開始</p> <p>平成30年度(2018年度)から市町村国民健康保険は県と市町村の共同運営となりました。県は財政運営の責任主体として、国保財政の安定的な運営に取り組むこととなりました。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>3・4 (略)</p>	<p>め、「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能を強化することが必要となっています。</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 指標</p> <p>ジェネリック医薬品の数量シェア (再掲)</p> <p>現状値69.8% → 目標値80.0%以上 (平成28年度末) (平成33年度末)</p> <p>第3章 (略)</p> <p>第4章 国民健康保険の運営</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 国民健康保険新制度の開始</p> <p>平成30年度(2018年度)から市町村国民健康保険は県と市町村の共同運営となります。県は財政運営の責任主体として、国保財政の安定的な運営に取り組むこととなります。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>3・4 (略)</p>

改正案	現行
<p>5 指標</p> <p>(1) データヘルス計画に基づく保健事業実施・展開市町村数(市町村国民健康保険実施分)</p> <p>現状値49市町村 → 目標値全63市町村 <u>(※)</u></p> <p>(平成28年度) (令和2年度)</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p><u>※ 平成29年度末で全63市町村がデータヘルス計画を策定し、計画に基づき保健事業を実施しています。</u></p>	<p>5 指標</p> <p>(1) データヘルス計画に基づく保健事業実施・展開市町村数(市町村国民健康保険実施分)</p> <p>現状値49市町村 → 目標値全63市町村</p> <p>(平成28年度) (平成32年度)</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p>

# 埼玉県地域保健医療計画（第7次）の中間見直し案（概要）

## 1 計画の策定経緯・今後の予定



## 2 主な見直し項目・内容(指標以外)

### 1 基本的な事項

第4章 基準病床数  
 ・別資料参照(当計画に基づく見直し)

### 2 暮らしと健康

第1章 ライフステージに応じた健康づくり  
 第1節 健康づくり対策  
 ・市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組に対する支援を追加（高齢者支援計画と整合）

第3章 健康危機管理体制の整備と生活衛生  
 第5節 安全な食品の提供  
 ・HACCP導入制度化に伴い、自主検査を促進するなど実効性を担保する取組に修文（食品衛生法の改正）

### 3 医療の推進

第1章 疾病ごとの医療提供体制の整備  
 第1節 がん医療  
 ・若年性のがん妊孕性温存治療支援に係る取組を追加（計画策定後の新たな取組）

第2節 脳卒中医療  
 第3節 心筋梗塞等の心血管疾患医療  
 国「循環器病対策推進基本計画」を踏まえた「埼玉県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画」の策定に合わせた取組に全体的に修文（循環器病対策基本法の制定）  
 ・生活習慣・社会環境の改善を通じた予防推進  
 ・急性期から回復期・生活期まで一貫した診療提供体制の構築  
 ・多職種連携による再発、病状悪化の防止  
 ・円滑なリハビリ移行を実現する連携体制の構築

第5節 精神疾患医療  
 ・様々な分野でのゲートキーパー等の育成、インターネット等を活用した正しい知識の普及、SNS等を活用した相談窓口設置を追加（自殺対策計画と整合）  
 ・依存症対策推進計画策定(R3年度中)に伴う見直しを反映予定

第7節 新型コロナウイルス感染症（新設）  
 ・参考資料2参照（新興感染症の拡大）

第2章 事業ごとの医療提供体制の整備

第1節 救急医療  
 ・ドクターカーの運行拠点整備による病院前救護の充実や、スマートフォン等によりチャット形式で相談できるAI救急相談の取組を追加（計画策定後の新たな取組）

第2節 災害時医療  
 ・災害時連携病院や薬剤師災害リーダーといった体制整備に係る取組を追加（計画策定後の新たな取組）

第4節 小児医療  
 ・小児救急での搬送困難事案受入医療機関の指定に係る取組を追加（計画策定後の新たな取組）

第3章 在宅医療の推進  
 ・入院前からの病院と在宅との連携に係る取組を推進するよう修文（計画策定後の新たな取組）

第4章 医療従事者等の確保  
 ・県内医療機関の積極的なPR等による後期研修医採用に向けた取組及び離職防止や復職支援強化をはじめとする看護職員確保に向けた取組を追加（計画策定後の新たな取組）

### 4 地域医療構想、5 医師の確保等に関する事項、6 医療費適正化計画

# 第7次計画中間見直しでの基準病床数について

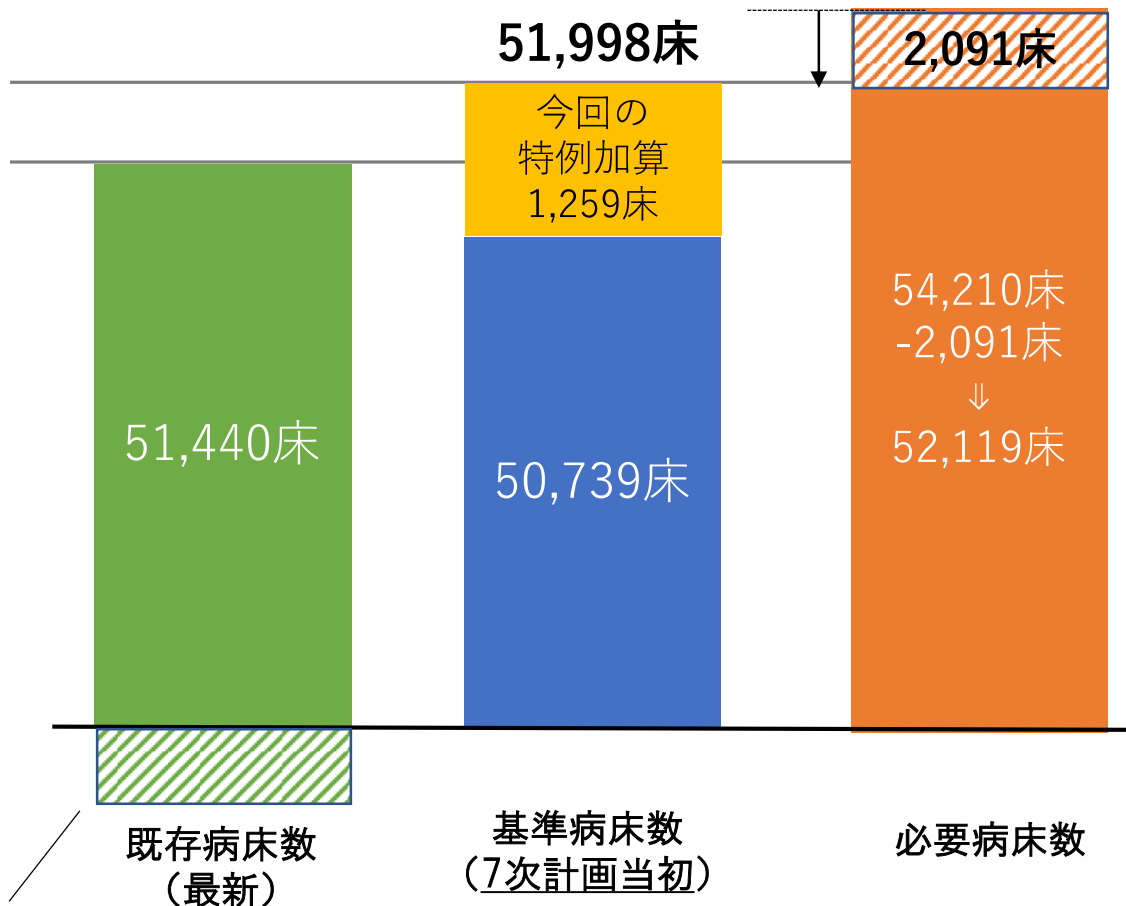
参考資料1  
補足

## 第7次中間見直し時における特例加算の考え方

必要病床数まで基準病床数を引き上げるよう国と協議

【厚生労働省より】  
必要病床数には、例えば精神や身体の障害に係る児童福祉施設のベッドなど特定の者のみ利用できる病床数の補正分が含まれており、基準病床数や既存病床数には含まれていないことから、便宜的に必要病床数から控除して算出するようとの指示。

必要病床数から補正分を控除した病床数まで基準病床数を引き上げるよう、全県で1,259床分の特例加算協議を行う。



既存病床数は許可病床数を補正して算出（特定の者のみ利用可能な病床等）

※ これは模式図であり、実際の加算の算定は医療圏ごとに行う。

# 第7次計画中間見直しでの基準病床数について

## 圏域ごとの基準病床数、整備を目指す病床数

医療圏	既存病床数 (A)	当初の 基準病床数 (B)	(補正後) 必要病床数 (C)	特例加算数 (D)=(C)-(B)	特例加算後 基準病床数 (E)=(B)+(D)	整備を目指す 病床数 (F)=(C)-(A)
南部	4,668	4,671	4,912	241	4,912	244
南西部	4,568	4,604	4,633	29	4,633	65
東部	7,930	8,184	8,749	565	8,749	819
さいたま	7,778	7,566	7,454	0※1	7,566	0
県央	3,272	3,323	3,319	0※1	3,323	47
川越比企	6,972	7,111	7,232	121	7,232	260
西部	7,623	7,648	7,951	303	7,951	328
利根	4,313	4,284	4,235	0※1	4,284	0
北部	3,563	2,802	3,091	0※2	2,802	0
秩父	753	546	543	0※1	546	0
全体	51,440	50,739	52,119	1,259	51,998	1,763

※1 さいたま、県央、利根及び秩父については、当初の基準病床数(B)が補正後の必要病床数(C)を上回っていることから、特例加算の対象とならない。

※2 北部については、補正後の必要病床数(C)より当初の基準病床数(B)が下回るものの、既存病床数(A)が上回ることから、特例加算の対象としない。

- 基準病床数の特例加算協議を行い、5圏域で1,259床の特例加算を行う。
- それに伴い、6圏域で1,763床の病床整備を目指していく（※県央が特例加算なく病床整備を実施）。



第3部第1章第7節 **新型コロナウイルス感染症対策（新設）**

**目指すべき姿**

これまでの経験を活かし、感染拡大を未然に防ぐとともに、感染拡大の予兆があった場合は、被害を最小限に食い止められるよう、相談、診療・検査、医療・療養の体制づくりを進める。

**現状・課題**

県では最初の陽性患者が確認された後、いち早く相談体制を確立するとともに、医師会の協力による診療・検査体制の強化を図るなど、県民の不安解消に努めてきたが、今後は、感染拡大防止に向けた取組を進めるとともに、感染症の専門人材をはじめとする医療人材の確保や、感染の状況に応じ必要となる病床や宿泊療養施設の確保、さらには保健所の過重な負担軽減に努める必要がある。さらに、次々と新たな変異株による感染が確認されており、様々な状況に対応できるよう保健・医療提供体制を確保していく必要がある。

**課題に対応した主な取組**

**体制整備**

**相談体制**

- ・発症から罹患後症状まで、県民が相談しやすく、診療・検査を受けやすい体制の整備

**診療・検査体制**

- ・診療・検査医療機関での受診体制等の確保
- ・衛生研究所の体制整備
- ・民間検査機関も含めた検査体制の構築

**医療・療養体制**

- ・感染症専門人材の育成・確保
- ・感染症に備えた医療機器の整備支援や感染防護具の確保・備蓄
- ・感染者急増時を見据えた病床・宿泊療養施設の確保
- ・宿泊・自宅療養者を支援する医療体制の強化

**感染拡大防止に向けた取組**

- ・県民に対する感染防止対策の普及・啓発
- ・医療機関・社会福祉施設でのクラスター対策の支援
- ・ワクチン接種の支援
- ・保健所の体制強化

**指標の設定**

● **感染症専門研修受講者数**

【指標の定義】

県が実施する感染症専門研修を受講した人数

【目標値】

- **全病院数（令和5年度）** ※343病院（令和3年度時点）

※国では、次期医療計画に「新興感染症等の感染拡大時における医療」として位置付け→県の第8次計画策定もその点を踏まえ策定

2 くらしと健康

○第1章 ライフステージに応じた健康づくり

第1節 健康づくり対策

<p>■埼玉県版健康寿命</p> <p>《目標値》 《目標値》</p> <p>男：17.79年 → 男：18.17年</p> <p>女：20.40年 → 女：20.98年</p> <p>(令和5年) (令和5年)</p>	
<p>■日常生活に制限のない期間の平均(年)</p> <p>《目標値》 《目標値》</p> <p>男：73.24年 → 男：73.85年</p> <p>女：76.83年 → 女：75.42年</p> <p>(令和4年) (令和4年)</p>	

○第3章 健康危機管理体制の整備と生活衛生

第5節 安全な食品の提供

<p>■HACCPに基づく衛生管理を行う施設数</p> <p>■食品関連事業所における製品等の自主検査実施率</p> <p>《現状値》 《目標値》</p> <p>10.3% → 55.0%</p> <p>(令和2年度末) (令和5年度末)</p>	
---	--

3 医療の推進

○第1章 疾病ごとの医療提供体制の整備

第5節 精神疾患医療

<p>■自殺死亡率</p> <p>《現状値》 《目標値》</p> <p>18.0 → 14.0</p> <p>(平成27年) (令和4年)</p>	
<p>■精神病床における慢性期(1年以上)入院患者数</p> <p>《目標値》 《目標値》</p> <p>6,556人 → 5,755人</p> <p>(令和2年度) (令和5年度末)</p>	
<p>■かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数</p> <p>《目標値》 《目標値》</p> <p>1,700人 → 1,800人</p> <p>(平成32年度) (令和5年度末)</p>	

○第2章 事業ごとの医療提供体制の整備

第2節 災害時医療

<p>■災害拠点病院におけるBCPの策定割合</p> <p>■災害時連携病院の指定数</p> <p>《目標値》</p> <p>20病院</p> <p>(令和5年度)</p>	
--	--

<p>■薬剤師災害リーダーの養成人数</p> <p>《現状値》 《目標値》</p> <p>0人 → 124人以上</p> <p>(令和2年度) (令和5年度)</p>	
---	--

中間見直しでの指標の変更等(案)

【見直し内容】

女性の最新値(R1:20.58年)が目標値を上回っており、男性も目標値を上回ることが見込まれることから、目標値を上方修正

【見直し内容】

国の目標値設定の考え方(2016~2040の24年間で3年延伸)に合わせ、県の目標値を設定

【見直し内容】

HACCP導入が制度化されたことから、その実効性担保に向けた取組を新たな指標として設定

【新設する内容】

新型コロナウイルス感染症の影響が拡大する中、自殺を防ぐための取組による自殺死亡率の減少を目指して新たに指標として追加。

【見直し内容】

令和2年度の目標値を達成し、また、令和3年度より新たに第6期障害者支援計画が始まったことから、それに基づき目標値を設定

【見直し内容】

新たに策定した「埼玉県認知症施策推進計画」における目標設定に伴い修正

【見直し内容】

目標値を達成したことから、災害時医療の体制整備に係る取組を新たな指標として設定

【新設する内容】

R2.31に策定した県災害時医療救護基本計画で、災害時医療救護活動に必要な医薬品等の供給体制の強化を図る必要があるため、新たな指標として設定

第3節 周産期医療

<p>■災害時小児周産期リエゾン指定者数</p> <p>■地域における災害時小児周産期リエゾン(医師)養成者数</p> <p>《現状値》 《目標値》</p> <p>15人 → 27人</p> <p>(令和2年度) (令和5年度)</p>	
--	--

○第3章 在宅医療の推進

<p>■入退院支援ルール作成済み市町村数</p> <p>《現状値》 《目標値》</p> <p>26市町村 → 63市町村</p> <p>(令和2年度) (令和5年度)</p>	
---	--

<p>■訪問看護ステーションに就労する訪問看護職員数</p> <p>《目標値》 《目標値》</p> <p>2,540人 → 3,414人</p> <p>(令和4年末) (令和4年末)</p>	
---	--

<p>■在宅患者薬剤加算算定薬局数</p> <p>■地域連携薬局の認定数</p> <p>《目標値》</p> <p>500薬局</p> <p>(令和5年度)</p>	
---	--

○第4章 医療従事者等の確保

<p>■県内医療施設(病院・診療所)の医師数(人口十万人当たり)</p> <p>■医療施設(病院・診療所)の医師数</p> <p>《現状値》 《目標値》</p> <p>12,443人 → 15,170人</p> <p>(平成30年末) (令和4年末)</p>	
---	--

<p>■後期研修医の採用数</p> <p>《目標値》</p> <p>647人</p> <p>(令和4年度及び5年度の累計)</p>	
---	--

<p>■就業看護職員数</p> <p>《現状値》 《目標値》</p> <p>68,722人 → 75,781人</p> <p>(平成30年度末) (令和4年度末)</p>	
---	--

○第5章 医療の安全の確保

<p>■10代~30代の献血者数</p> <p>《目標値》 《目標値》</p> <p>142,360人 → 101,581人</p> <p>(令和2年度) (令和5年度)</p>	
---	--

※新型コロナウイルスに係る指標は資料2

【見直し内容】

目標値を達成したことから、地域周産期母子医療センター等における災害時小児周産期医療体制の整備に係る取組を新たな指標として設定

【新設する内容】

在宅医療への円滑な移行を進めるには、全市町村における地域の実情に応じた入退院支援ルールの作成が有効であることから、新たな指標として設定

【見直し内容】

目標値を達成したことから、第8期高齢者支援計画に定めるサービス見込量を基に目標値を上方修正

【見直し内容】

目標値を達成したことから、入退院支援や在宅医療を推進する上で、地域の医療機関等と連携を行うことができる薬局の認定数を新たな指標として設定

【見直し内容】

「全国最下位脱出」という現行の定性的な目標設定から、「医療施設(病院・診療所)の医師数」という数値での目標設定へと改めて進捗管理の見える化を図るため、新たな指標として設定

【新設する内容】

後期研修修了後に県内医療機関への定着が期待でき、医師の地域偏在解消に資することから、新たな指標として設定

【新設する内容】

国の供給推計方法に基づいて算出した令和7年度供給推計を踏まえ、新たな指標を設定

【見直し内容】

国の献血推進に係る新たな中期目標「献血推進2025」の献血率目標値を基に、県の目標値を修正

追加・見直し指標一覧表

参考資料 4

区分 (追加 or 見直し)	頁	指標名	現状値		目標値		新たな目標値		指標の定義	新たな指標の選定理由 ／目標値変更の理由	目標値の根拠	備考	所管課
			現状値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)	目標値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)	目標値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)					
目標値見直し	9	健康寿命(65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間)	男17.19年 女20.05年	平成27年	男17.79年 女20.40年	令和5年	男18.17年 女20.98年	令和5年	毎年ごとに発表される以下の指標を基に算出 ・介護者数 ・死亡(人口動態統計) ・定常人口 ・定常生存	女性の最新値が目標値を上回り、男性の目標値も上回ることが見込まれることから、新5か年計画の目標値と整合も踏まえた目標値とする。	各年の変動を踏まえ、長期的な視点から過去10年間(平成22年度～令和元年度)の実績値の伸び(平均 男0.11年 女0.10年)を踏まえ、目標値を設定。		健康長寿課
目標値見直し	9	日常生活に制限のない期間の平均	男71.39年 女74.12年	平成25年	男73.24年 女76.83年	平成34年	男73.85年 女75.42年	令和4年	国民生活基礎調査の拡大調査に基づく	国の目標設定の考え方及び新5か年計画の指標の目標値に合わせたため。	国目標(2016年から2040年までの24年間で3年延伸)を基準とし、その場合の1年あたりの伸び平均である0.125年を、最終年まで積み上げ、目標値を設定。		健康長寿課
目標値見直し	12	健康寿命(65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間)	男17.19年 女20.05年	平成27年	男17.79年 女20.40年	令和5年	男18.17年 女20.98年	令和5年	毎年ごとに発表される以下の指標を基に算出 ・介護者数 ・死亡(人口動態統計) ・定常人口 ・定常生存	女性の最新値が目標値を上回り、男性の目標値も上回ることが見込まれることから、新5か年計画の目標値と整合も踏まえた目標値とする。	各年の変動を踏まえ、長期的な視点から過去10年間(平成22年度～令和元年度)の実績値の伸び(平均 男0.11年 女0.10年)を踏まえ、目標値を設定。	「再掲」	健康長寿課
目標値見直し	12	日常生活に制限のない期間の平均	男71.39年 女74.12年	平成25年	男73.24年 女76.83年	平成34年	男73.85年 女75.42年	令和4年	国民生活基礎調査の拡大調査に基づく	国の目標設定の考え方及び新5か年計画の指標の目標値に合わせたため。	国目標(2016年から2040年までの24年間で3年延伸)を基準とし、その場合の1年あたりの伸び平均である0.125年を、最終年まで積み上げ、目標値を設定。	「再掲」	健康長寿課

区分 (追加 or 見直し)	頁	指標名	現状値		目標値		新たな目標値		指標の定義	新たな指標の選定理由 ／目標値変更の理由	目標値の根拠	備考	所管課
			現状値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)	目標値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)	目標値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)					
新たに追加	18	食品関連事業所における製品等の自主検査実施率	10.3%	令和2年度末	55.0%	令和5年度末	-	-	食品関連事業所（食品衛生法等に基づきHACCPに沿った衛生管理を行うこととされている大規模事業者の施設及び広域流通食品等製造施設）等において、HACCPの検証のための自主検査を実施している割合。	令和3年6月にHACCP導入が完全義務化され、旧指標は役割を終えたことから、その実効性を担保するための取組を新たな指標として設定。	食中毒の発生を未然に防止し、食の安全・安心を確保するには食品関連事業所における製品等の自主検査実施率を100%にする必要があり、令和8年度末にこれを達成（新5か年計画での目標）することを想定し目標値を設定。	指標「HACCPに基づく衛生管理を行う施設数」からの変更	食品安全課
新たに追加	38	自殺死亡率	18.0	平成27年	14.0	令和4年	-	-	人口10万人当たりの自殺者数	新型コロナウイルス感染症の影響が拡大する中、自殺を防ぐための取組による自殺死亡率の減少を目指して新たに指標として追加するもの。	国の自殺総合対策大綱を踏まえ、令和8年（令和7年実績）までに平成27年比30%減少させることを目指して、その途中の令和5年度としての目標値を設定。		疾病対策課
目標値見直し	38	精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数	7,349人	平成26年	6,556人	平成32年度	5,755人	令和5年度末	精神病床における1年以上の長期入院患者数	すでに当初の目標値を達成したため、新たな目標値を設定。	国ツールにより、最新の県の人口動態や患者数などにに基づき、目標値を設定。		疾病対策課
目標値見直し	38	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数	1,457人	令和2年度末	1,700人	平成32年度	1,800人	令和5年度末	県が年に1回開催する当該研修（さいたま市及び県医師会と共催）の修了者数	新たに策定した「埼玉県認知症施策推進計画」における目標設定に伴う変更。	平成29年度から令和2年度までの実績値の伸び率を踏まえ、目標値を設定。		地域包括ケア課

区分 (追加 or 見直し)	頁	指標名	現状値		目標値		新たな目標値		指標の定義	新たな指標の選定理由 ／目標値変更の理由	目標値の根拠	備考	所管課
			現状値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)	目標値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)	目標値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)					
新たに追加	47	感染症専門研修受講者数	-	-	全病院数 (令和3年 時点:343 人)	令和5年度			県が実施する感染症専門研修を受講した人数	コロナ対策を進める上で、感染症対策の専門人材の育成は不可欠であることから、その育成数を目標値とする。	県内の全病院(343施設)に感染症対策の専門人材を1名ずつ育成することを目指し、目標値を設定。		感染症対策課
新たに追加	55	災害時連携病院の指定数	-	-	20病院	令和5年度	-	-	災害時連携病院の指定数	前目標である「災害拠点病院のBCP策定割合」が目標値を達成したことから、災害時医療の体制整備に係る取組を新たな指標として設定。	新5か年計画の目標値(令和8年度:35病院)を踏まえ、令和3年度に10病院、令和4年度以降は5病院ずつ指定する形で目標値を設定。		医療整備課
新たに追加	55	薬剤師災害リーダーの養成人数	0人	令和2年度	124人以上	令和5年度	-	-	県が指定する養成講習会(一般社団法人日本災害医学会の災害薬事研修(標準コース))を修了した薬剤師の人数	県災害時医療救護基本計画(令和2年3月策定)で定めた、災害時の医療救護活動に使用する医薬品等の円滑な供給体制の構築を行う際、県に必要な指導助言を行う薬剤師災害リーダーの養成を図る必要があるため、新たな指標として設定。	地域薬剤師会(34地域×3人)及び災害拠点病院(22病院×1人)に薬剤師災害リーダーを配置することを想定し、目標値として設定。		薬務課
新たに追加	56	地域における災害時小児周産期リエゾン(医師)の養成人数	15人	令和2年度	27人	令和5年度	-	-	地域における災害時小児・周産期リエゾン(医師)養成人数	地域のリエゾン(災害対策本部参集要員以外のリエゾン)は地域の災害体制の核となるため、その養成人数を指標として設定。	県内地域周産期母子医療センター(9か所)×3人(産科医、小児科医、新生児科医)		医療整備課

区分 (追加 or 見直し)	頁	指標名	現状値		目標値		新たな目標値		指標の定義	新たな指標の選定理由 ／目標値変更の理由	目標値の根拠	備考	所管課
			現状値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)	目標値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)	目標値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)					
新たに追加	67	入退院支援 ルール作成済 み市町村数	26市町村	令和2年度	63市町村	令和5年度	-	-	入退院支援ルール を作成した市町村 の数	退院後の円滑な在 宅生活には、入院 前から病院関係者 と在宅関係者が情 報共有することが重 要であり、そのた めには地域の実情 に応じたルール作 りが必要なため、 この指標を選定。	国の通知で、在宅 医療への円滑な移 行には在宅医療圏 ごとに入退院支援 ルールを作成する ことが重要として いる。そのため、県 内全域で入退院支 援ルールが作成さ れるよう63市町村 とした。		医療整備 課
目標値見直し	67	訪問看護ス テーションに従 事する訪問看 護職員数	2,133人	平成28年末	2,540人	令和4年末	3,414人	令和4年末	訪問看護ステーシ ョンに従事する訪 問看護職員(保健 師・助産師・看護 師・准看護師)の 数	令和2年末の実績 が目標値を超えた ため、新たな目標 値を設定。	令和2年末の実績 を踏まえ、令和7 年に必要となる訪 問看護職員数から 目標値を設定。		医療人材 課
新たに追加	67	地域連携薬局 の認定数	-	-	500薬局	令和5年度	-	-	入退院支援や在宅 医療など地域の医 療機関等と連携を 行う地域連携薬局 の認定数	旧指標値「在宅患 者調剤加算算定薬 局数」の目標値を 達成したこと及び 法改正により地域 連携薬局の認定制 度が創設されたこ とから、その認定 数を新たな指標と して設定。	新5か年計画終期 (令和8年度)では 、日常生活圏域(中 小学校区)におい て、患者が自身に 適した地域連携薬 局を選択できるよう 、中学校区の数を 2倍した数を目安 に、目標値を800 薬局と設定したこ とから、令和5年 度時点の中間指標 を目標値に設定。		薬務課
目標値見直し	70	訪問看護ス テーションに従 事する訪問看 護職員数	2,133人	平成28年末	2,540人	令和4年末	3,414人	令和4年末	訪問看護ステーシ ョンに従事する訪 問看護職員(保健 師・助産師・看護 師・准看護師)の 数	令和2年末の実績 が目標値を超えた ため、新たな目標 値を設定。	令和2年末の実績 を踏まえ、令和7 年に必要となる訪 問看護職員数から 設定	「再掲」	医療人材 課

区分 (追加 or 見直し)	頁	指標名	現状値		目標値		新たな目標値		指標の定義	新たな指標の選定理由 ／目標値変更の理由	目標値の根拠	備考	所管課
			現状値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)	目標値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)	目標値	左記の基準時点 (年度、年、年度 末、年末等)					
新たに追加	70	医療施設(病院・診療所)の医師数	12,443人	平成30年末	15,170人	令和4年末	-	-	2年ごとの医師・歯科医師・薬剤師統計により把握する数値	「全国最下位脱出」という現行の定性的な目標設定から、「医療施設(病院・診療所)の医師数」という数値での目標設定へと改めて進捗管理の見える化を図るため、新たな指標として設定	医師確保の取組により、人口10万人当たり医師数について、社会・経済的条件が近似する千葉県、神奈川県、埼玉県の平均値(近年の増加傾向を加味)に達することを目指し、目標値を設定。		医療人材課
新たに追加	70	後期研修医の採用数	-	-	647人	令和4年度及び令和5年度の累計	-	-	県内の専門研修基幹病院において採用された後期研修医の人数	後期研修修了後に県内医療機関への定着が期待でき、医師の地域偏在解消に資することから、新たな指標として設定。	本県の医師確保計画における後期研修医採用者(見込み)の令和4年度及び令和5年度の累計を目標値として設定。		医療人材課
新たに追加	70	就業看護職員数	68,722人	平成30年度末	75,781人	令和4年度末	-	-	保健師、助産師、看護師、准看護師の免許を取得している者のうち就業しているものの人数	地域医療体制の充実には、看護職員の確保が不可欠であること、及び新5か年計画に新たな指標として追加するため。	国の供給推計方法に基づいて算出した令和7年度の看護職員の供給推計78,416人を踏まえて設定		医療人材課
目標値見直し	72	10代～30代の献血者数	97,502人	平成27年度	142,360人	平成32年度(令和2年度)	101,581人	令和5年度	県内の献血ルーム、該当献血会場などで献血をした10代から30代の人数	厚生労働省の献血推進に係る新たな中期目標「献血推進2025」の献血率目標値を基に、県の目標値を修正。	厚生労働省の献血推進に係る新たな中期目標「献血推進2025」の献血率を適用し、埼玉県の将来推計人口から目標人数を算出。		薬務課