埼玉県地域保健医療計画（案）

（令和６～令和１１年度）

（２０２４～２０２９年度）

埼 玉 県

目次

第１部　基本的な事項.....- 1 -

第１章　基本的な考え方.....- 1 -
第１節　計画策定の趣旨.....- 1 -
第２節　基本理念.....- 2 -
第３節　計画の位置付け.....- 3 -
第４節　計画の期間.....- 5 -
第２章　計画の背景.....- 5 -
第１節　地勢と交通.....- 5 -
第２節　人口構造.....- 6 -
第３節　人口動態.....- 7 -
第４節　住民の受療状況.....- 8 -
第５節　医療提供施設等の状況.....- 10 -
第６節　医療費の概況.....- 13 -
第３章　医療圏.....- 14 -
第１節　医療圏の設定.....- 14 -
第２節　事業ごとの医療圏.....- 17 -
第４章　基準病床数.....- 20 -
第１節　基準病床数.....- 20 -
第５章　計画の推進体制と評価.....- 22 -
第１節　計画の推進体制と役割.....- 22 -

第２節　評価及び見直し - 25 -
第３節　進捗状況及び評価結果の周知方法 - 25 -

第２部　くらしと健康 - 26 -

第１章　ライフステージに応じた健康づくりとＱＯＬの向上 - 26 -
第１節　健康づくり対策 - 26 -
第２節　食育の推進 - 61 -
第３節　歯科保健対策 - 71 -
第４節　親と子の保健対策 - 91 -
第５節　青少年の健康対策 - 94 -
第６節　人生の最終段階における医療 - 96 -
第７節　動物とのふれあいを通じたＱＯＬの向上 - 97 -
第２章　疾病・障害への取組 - 98 -
第１節　難病対策 - 98 -
第２節　臓器移植対策 - 99 -
第３節　リハビリテーション医療 - 100 -
第４節　アレルギー疾患対策 - 102 -
第５節　肝炎対策 - 108 -
第３章　健康危機管理体制の整備と生活衛生 - 113 -
第１節　健康危機管理体制の整備充実 - 113 -
第２節　保健衛生施設の機能充実 - 114 -
第３節　安全で良質な水の供給 - 115 -
第４節　衛生的な生活環境の確保 - 116 -

第５節　安全な食品の提供 - 117 -

第３部　医療の推進 - 119 -

第１章　疾病ごとの医療提供体制の整備 - 119 -
第１節　がん医療 - 119 -
第２節　脳卒中医療及び心筋梗塞等の心血管疾患医療 - 135 -
第３節　糖尿病医療 - 146 -
第４節　精神疾患医療 - 148 -
第２章　事業ごとの医療提供体制の整備 - 221 -
第１節　救急医療 - 221 -
第２節　災害時医療 - 225 -
第３節　周産期医療 - 228 -
第４節　小児医療 - 231 -
第５節　感染症医療 - 235 -
第３章　在宅医療の推進 - 268 -
第１節　在宅医療の推進 - 268 -
第４章　医療の安全の確保 - 272 -
第１節　医療の安全の確保 - 272 -
第２節　医薬品等の安全対策 - 274 -
第３節　医薬品の適正使用の推進 - 281 -
第４節　献血の推進 - 283 -

第４部　地域医療構想 - 285 -

第１章　地域医療構想の概要 - 285 -
第２章　本県の概況と２０２５年における医療需要等 - 285 -
第３章　医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制 - 294 -
第４章　各地域の概要及び医療提供体制整備の方向性 - 296 -
第１節　総論 - 296 -
第２節　南部区域 - 300 -
第３節　南西部区域 - 306 -
第４節　東部区域 - 310 -
第５節　さいたま区域 - 315 -
第６節　県央区域 - 322 -
第７節　川越比企区域 - 327 -
第８節　西部区域 - 333 -
第９節　利根区域 - 339 -
第１０節　北部区域 - 345 -
第１１節　秩父区域 - 352 -
第５部　医療従事者の確保等 - 358 -
第１章　医師の確保に関する事項 - 358 -
第２章　医療従事者等の確保に関する事項 - 366 -
第３章　外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 - 370 -
第１節　外来医療に係る医療提供体制の確保の方針 - 370 -
第２節　区域の設定と推進体制 - 370 -
第３節　外来医療の提供状況 - 371 -

第４節　外来医療に係る医療提供体制の確保に向けた取組 - 382 -

第６部　医療費適正化計画 - 384 -

第１章　住民の健康の保持の推進 - 384 -
第２章　医療の効率的な提供の推進 - 386 -
第３章　医療費の見込み - 387 -
第４章　国民健康保険の運営 - 388 -

第１部　基本的な事項

第１章　基本的な考え方

第１節　計画策定の趣旨

国勢調査開始以来、全国で唯一人口が増加し続けた本県も転換期を迎え、令和４年（２０２２年）４月に総務省が公表した人口推計では初めて人口が減少しました。令和７年（２０２５年）にはいわゆる団塊の世代の全てが７５歳以上となり、本県では今後、人口減少が進む中、全国で最も速いスピードで７５歳以上の高齢者人口が増加することが予想されています。生産年齢人口が減少する中、医療・介護を担う人材を確保するとともに、増加する高齢者への医療や介護の提供体制を整備していく必要があります。

また、令和２年（２０２０年）２月に埼玉県内で新型コロナウイルス感染症が初めて確認され、その後の感染拡大により、医療機関がひっ迫するなど、医療提供体制に多大な影響が生じました。医療資源が乏しい本県において、日頃から医師会や医療機関と情報共有ができる関係を構築しておくこと、地域における医療機能の分化・連携を強化すること、また、保健所業務をはじめとする行政事務をデジタル化し、県民、医療機関、保健所などがデジタルで連携し、医療、健康管理、危機管理に対応していくことなどの重要性が再認識されました。

誰もが安心して自分らしく暮らし、「誰一人取り残さない」社会づくりに資する質の高い保健医療体制を確保するため、「効率的で質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの深化・推進」を同時に進め、あらゆる県民に対し、医療と介護が相互に連携し患者を支える「治し、支える医療」の発展的な展開が求められています。

そこで、埼玉県地域保健医療計画（第８次）は、人口減少・超少子高齢化という歴史的な課題に対応し、将来にわたり持続可能で質の高い保健医療体制を確保するため、令和１１年度（２０２９年度）までの６年間に取り組むべき埼玉県の保健、医療に係る施策の方向性を示すものです。

なお、保健医療分野におけるデジタルの活用等については、「ＤＸビジョン・ロードマップ」と整合性を図り、必要な施策を推進していきます。

第２節　基本理念

急速な高齢化による医療・介護需要の増大、新興感染症の発生・まん延、大規模地震や豪雨などによる災害の頻発など、保健医療を取り巻く環境が大きく変化する中、県民の誰もが医療や介護の不安を感じることなく、健康で生き生きとした生活を送ることができる埼玉県の実現を目指し、４つの基本理念を設定しました。

１　ポストコロナにおける新興感染症発生・まん延時に向けた対策

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を経て得た地域医療の様々な教訓を基に、新たな感染症に備え、平時から関係機関と協定を締結すること、感染症発生時に適切な対応ができる人材を育成し、医療機関の感染対策の対応力を向上することに取り組みます。また、保健所の体制確保や衛生研究所の検査体制の整備や機能強化を通じて、新たな感染症発生時に対応できる体制を構築していきます。

２　今後増大する多様な医療需要に対応できる医療従事者の確保

急速な高齢化の進展により見込まれる医療や介護の需要の大幅な増大と生産年齢人口の減少により、医療・介護を担う人材の確保はより一層困難になると見通される中、医学生向け奨学金制度などを活用するなどし、必要医師数を確保していきます。また、認定看護師資格取得や特定行為研修の受講支援等により専門性の高い看護職員の確保に取り組みます。

３　安心と活気にあふれる高齢社会の実現に向けた健康づくりの推進

７５歳以上の人口が全国一のスピードで増加する本県の特性を捉え、県、市町村、企業や民間団体等の多様な主体による健康づくりの取組を通じ、働く世代からすべての人々の健康を確保します。また、ロコモティブシンドロームやフレイルの予防を通じた生活機能の維持・向上により、高齢期に至るまでの健康の保持増進、生涯を通じた歯・口腔（くう）の健康づくりを推進します。

４　誰もが安心して自分らしい暮らしができる、多様な方々が共生する社会の構築

「誰一人取り残さない」社会づくりに資する保健医療計画とするため、ＳＤＧｓの考えを取り入れ、例えば、小児・ＡＹＡ世代のがん患者に対する療養支援体制を構築し、療養環境を整備していきます。また、女性、若者、中高年、失業者、年金受給者など誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現に向けた対策の強化や、在宅難病患者の一時入院事業によるレスパイト（＊）や風水害等に備えた事前の避難的入院ができる環境を整備します。

＊　レスパイト　介護者に休養していただくこと

第３節　計画の位置付け

１　計画の性格

この計画は、医療法第３０条の４に基づく「医療計画」であるとともに、政策的に関連の深い他の個別計画等をこの計画の中に組み込み、より一体的に保健医療施策を推進するための総合的な計画です。

また、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あるとともに、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。

⑴　この計画に組み込んだ政策的に関連の深い個別計画や指針

ア　埼玉県健康長寿計画（健康増進計画・健康増進法）【第２部第１章第１節】

イ　埼玉県食育推進計画（食育基本法）【第２部第１章第２節】

ウ　埼玉県歯科口腔保健推進計画（歯科口腔保健の推進に関する法律、埼玉県歯科口腔保健の推進に関する条例）【第２部第１章第３節】

エ　埼玉県アレルギー疾患対策推進指針（アレルギー疾患対策基本法）【第２部第２章第４節】

オ　埼玉県肝炎対策推進指針（肝炎対策基本法）【第２部第２章第５節】

カ　埼玉県がん対策推進計画（がん対策基本法、埼玉県がん対策推進条例）【第３部第１章第１節】

キ　埼玉県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画（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）【第３部第１章第２節】

ク　埼玉県自殺対策計画（自殺対策基本法）【第３部第１章第４節】

ケ　埼玉県依存症対策推進計画（アルコール健康障害対策基本法、ギャンブル等依存症対策推進基本法）【第３部第１章第４節】

コ　埼玉県感染症予防計画（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）【第３部第２章第５節】

サ　埼玉県薬物乱用対策推進計画（埼玉県薬物の濫用の防止に関する条例）【第３部第４章第２節】

シ　医療費適正化計画（高齢者の医療の確保に関する法律）【第６部】

⑵　この計画と整合性を図った関連計画

ア　埼玉県５か年計画　～日本一暮らしやすい埼玉へ～

イ　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、認知症施策推進計画・認知症基

本法）

ウ　埼玉県障害者支援計画（障害福祉計画・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、障害者計画・障害者基本法、障害児福祉計画・児童福祉法）

エ　埼玉県新型インフルエンザ等対策行動計画（新型インフルエンザ等対策特別措置法）

オ　埼玉県国民健康保険運営方針（国民健康保険法）

カ　医療介護総合確保促進法に基づく埼玉県計画（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）

キ　埼玉県災害時医療救護基本計画（埼玉県地域防災計画）

ク　埼玉県食の安全・安心の確保に関する基本方針（埼玉県食の安全・安心条例）

ケ　埼玉県食の安全・安心アクションプラン

コ　埼玉県食品衛生監視指導計画（食品衛生法）

サ　埼玉県献血推進計画（安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律）

シ　埼玉県子育て応援行動計画（児童福祉法、母子保健法等）

２　計画の構成

⑴　第１部　基本的な事項

医療計画策定に当たっての基本的な考え方、計画の背景、医療圏、基準病床数、計画の推進体制と評価について定めています。

⑵　第２部　くらしと健康

ライフステージに応じた健康づくりと生活の質（ＱＯＬ）の向上、疾病・障害への取組、健康危機管理体制の整備と生活衛生について定めています。

⑶　第３部　医療の推進

疾病ごとの医療提供体制の整備や対策、事業ごとの医療提供体制の整備、在宅医療の推進、医療の安全の確保について定めています。

⑷　第４部　地域医療構想

地域医療構想の概要、本県の概況と２０２５年における医療需要等、医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制、各地域の概要及び医療提供体制整備の方向性について定めています。

⑸　第５部　医療従事者の確保等

医師の確保に関する事項、医療従事者等の確保に関する事項及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項について定めています。

⑹　第６部　医療費適正化計画

住民の健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進、医療費の見込み、国民健康保険の運営について定めています。

第４節　計画の期間

計画期間は、令和６年度（２０２４年度）から令和１１年度（２０２９年度）までの６か年とします。

ただし、在宅医療の推進に関する計画、医師の確保に関する事項及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項については、医療法第３０条の６の規定に基づき、３年で見直しを行い、必要に応じて計画を変更します。

その他、社会経済情勢の著しい変化や制度の大幅な変更が生じた場合などには、状況の変化に対応するため、必要な見直しを行うこととします。

第２章　計画の背景

第１節　地勢と交通

本県は、関東地方の中央部から西部にわたる地域を占め、東は茨城、千葉、西は長野、山梨、南は東京、北は群馬、栃木の１都６県に接しています。

面積は約３，８００㎢で、東西約１０３㎞、南北約５２㎞の内陸県です。

地形は、大きく西部の山地と東部の平地に二分されています。東部の平地はさらに県中央部の台地と、県東部の低地に分かれています。平地は、全面積の３分の２ほどで、平地の占める割合は全国的にも高くなっています。

西部の山地は、関東山地の北部を占め、２，０００ｍ級の山々が連なり、これを秩父山地と総称しています。この秩父山地に源を発する荒川は、県中央部の平野を北から南へと流れ、東部と西部に分けています。

本県では、東京に向けて発達した南北方向の鉄道網や道路網が整備されています。また、県内を東西に結ぶ東京外環自動車道や首都圏中央連絡自動車道（圏央道）といった幹線道路の整備も進められ、利便性が一層高まっています。

本県は、首都東京に隣接し、様々な情報に接する機会に恵まれ、発達した公共交通機関や道路網を持つという都市の魅力と、水と緑に恵まれた田園の魅力を併せ持っています。

第２節　人口構造

１　人口の動き

本県の人口は、我が国の経済が高度成長期に入った昭和３５年（１９６０年）頃から社会増加を大きな要因として急激に増加しました。さらに昭和４０年代後半には、戦後の第１次ベビーブーム世代が出産適齢期に入ったことから第２次ベビーブームが起こり、自然増加も拡大しました。

昭和５０年代に入ると、第１次オイルショックを契機とする経済の低成長化に伴い、大都市圏への人口移動が沈静化しました。また、第２次ベビーブーム期が過ぎたこともあり、本県の人口増加率は鈍化しました。その後、昭和６０年代の初期は首都圏への人口の再集中などにより、本県への人口流入が再び加速されました。

この結果、昭和３５年（１９６０年）の約２４３万人から昭和６０年（１９８５年）には約５８６万人、平成２７年（２０１５年）には約７２７万人に達しました。

このように、本県の人口は、国勢調査の開始から令和２年（２０２０年）まで一貫して増加してきました。近年の人口変動の状況は、平成２４年（２０１２年）に死亡数が出生数を上回る自然減に転じていますが、転入数が転出数を上回る社会増の影響で人口は緩やかな増加を続けてきました。

令和３年（２０２１年）１０月１日時点の人口推計で初めて人口減少に転じ、令和１２年（２０３０年）には約７２０万人となり、そして令和２２年（２０４０年）には７００万人を下回ると推計されています。

２　人口構成

本県では、今後、１５歳未満の年少人口と１５歳から６４歳までの生産年齢人口の割合はますます減少することが予測されています。

一方、６５歳以上の老年人口は、令和７年（２０２５年）には約２０４万人に増加し、令和２２年（２０４０年）には、約２３２万人に達すると見通され、このうち、７５歳以上の人口は、令和７年（２０２５年）には約１２１万人と見込まれ、令和２２年（２０４０年）には約１２６万人に増加する見通しです。

本県の老年人口割合（総人口に占める６５歳以上人口の割合）は、令和２年（２０２０年）の国勢調査によると、全国平均の２８．６％に対し、２７．０％と全国で６番目に低い状況となっています。今後、令和７年（２０２５年）には約２７．８％、令和２２年（２０４０年）には約３３．３％になると推計されています。また、県内の一般世帯数は、３，１５７，６２７世帯で、このうち６５歳以上世帯員の単独世帯は１０．５％を占めています。

第３節　人口動態

１　出生

令和４年（２０２２年）の出生数は４３，４５１人、人口千人当たりの出生数（出生率）は６．１人となっており、全国平均６．３人と比べて０．２人下回っています。年次推移をみると、第２次ベビーブームの昭和４６年（１９７１年）及び昭和４７年（１９７２年）の２４．０人以降低下を続け、平成元年（１９８９年）に１０．１人となりました。その後も緩やかな低下傾向が続いています。

また、合計特殊出生率（１５歳から４９歳までの女性の年齢別出生率を合計した値）でみると、１．１７となっており、全国平均１．２６と比べて０．０９下回っている状況です。年次推移でみると、昭和４８年（１９７３年）の２．４２から低下を続け、一時上昇した次期もありましたが、近年は、減少傾向が続いています。

２　死亡

令和４年（２０２２年）の死亡数は８２，２２１人、人口千人当たりの死亡数（死亡率）は１１．５人となっており、全国より１．４人下回っています。

死亡率の年次推移をみると、昭和３８年（１９６３年）の６．８人以降全国平均を下回り、低下傾向が続きましたが、昭和６１年（１９８６年）の４．５人以降上昇傾向に転じています。

⑴　主要死因別死亡

令和４年（２０２３年）の死因別死亡数は、悪性新生物（がん）、心疾患及び脳血管疾患のいわゆる三大生活習慣病が３８，３５９人で、人口十万人当たりの死亡数は５３７．６人となっており、死亡総数の４９．６％を占めています。

ア　悪性新生物（がん）による死亡

昭和５６年（１９８１年）以降死因順位の第１位を占めるとともに、一貫して増え続け、令和４年（２０２２年）には人口十万人当たりの死亡数は２８９．２人となっており、死亡総数の２５．１％を占めています。

イ　心疾患による死亡

昭和６０年（１９８５年）に脳血管疾患と入れ替わって死因の第２位となり、その後も緩やかに上昇を続けていました。平成７年（１９９５年）の死亡診断書の記載方法改正による影響等から一時減少しましたが、平成９年（１９９７年）から再び

増加傾向に転じています。令和４年（２０２２年）には人口十万人当たりの死亡数は１７５．５人となっており、死亡総数の１５．２％を占めています。

ウ　脳血管疾患による死亡

昭和２４年（１９４９年）以降死因の第１位を占めてきましたが、昭和３６年（１９６１年）をピークに低下を続け、昭和５６年（１９８１年）には悪性新生物（がん）と入れ替わって第２位となりました。その後も低下傾向が続き、昭和６０年（１９８５年）には心疾患と入れ替わって第３位、平成２３年（２０１１年）には肺炎と入れ替わって第４位となりました。令和４年（２０２２年）には人口十万人当たりの死亡数は７２．９人となっており、死亡総数の６．３％を占めています。

⑵　乳児死亡及び新生児死亡

令和４年（２０２２年）の乳児死亡数は６７人で、出生千人当たりの乳児死亡数（乳児死亡率）は１．５人となっています。このうち、新生児死亡数は２７人で、出生千人当たりの死亡数（新生児死亡率）は０．６人となっています。

乳児死亡率及び新生児死亡率の年次推移をみると、長期的には低下傾向にあります。

⑶　周産期死亡

令和４年（２０２２年）の周産期死亡数は１２４人（胎）、出産千人（胎）当たりの周産期死亡数（周産期死亡率）は２．８人（胎）となっています。

周産期死亡率の年次推移をみると、長期的には低下傾向にあります。

第４節　住民の受療状況

１　健康寿命

本県では、「６５歳に到達した人が健康で自立した生活を送ることができる期間（「要介護２」以上になるまでの期間）」を健康寿命としています。

本県の令和３年（２０２１年）の健康寿命は、男性１８．０１年、女性２０．８６年となっています。この５年間で男性は１．１７年、女性は１．１０年延びています。

２　受療等の状況

⑴　受療率

ア　入院・外来受療率

県民の人口十万人当たりの推計入院患者数（入院受療率）は７２７人（全国９６０人）であり、都道府県の中で、低率順で第４位となっています。

人口十万人当たりの推計外来患者数（外来受療率）は５，０６５人（同５，６５８人）であり、低率順で第８位となっています。

イ　医療施設種類別入院・外来受療率

令和２年（２０２０年）における県民の入院受療率を医療施設の種類別にみると、病院７１０人（全国９３４人）、一般診療所１６人（同２７人）となっています。

外来受療率についてみると、病院１，０４０人（同１，１６７人）、一般診療所３，０１３人（同３，４３５人）、歯科診療所１，０１３人（同１，０５６人）となっています。

ウ　傷病大分類別受療率

令和２年（２０２０年）における傷病大分類別に人口十万人当たりの推計患者数をみると、入院では「精神及び行動の障害」が１３０人と最も多くなっています。次いで「循環器系の疾患」の１２９人、「新生物」の８６人の順となっています。

外来では、「消化器系の疾患」が１，００３人と最も高く、次いで「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」の７７７人、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の６２８人の順となっています。

エ　性・年齢階級別受療率

令和２年（２０２０年）における人口十万人当たりの推計患者を性別にみると、男性では入院が７０５人、外来が４，４９６人、女性では入院が７４８人、外来が５，６２８人となっています。

これを年齢階級別にみると、男性は、入院では５～１４歳の７２人、外来では２５～３４歳の１，４４５人を最低に、年齢とともに上昇傾向を示しています。女性は、入院では５～１４歳の５７人、外来では１５～２４歳の２，０４７人を最低に、おおむね年齢とともに上昇傾向を示しています。

⑵　病院病床の利用状況

令和２年（２０２０年）の病院の入院患者の平均在院日数は、全国の２８．３日に対し２８．５日（在院日数の短い方からの全国順位で第２５位）となっています。

病床利用率を病床種別にみると、一般病床では全国の７７．０％に対し、７８．２％（全国高率順位第１３位）となっています。療養病床では全国の８５．７％に対し、８７．２％（同第１３位）となっています。精神病床では全国の８４．８％に対し、８８．０％（同第７位）、結核病床では全国の３１．５％に対し、３２．９％（同第１９位）となっています。

⑶　入院患者数

令和２年（２０２０年）の患者調査によると、調査日当日に、県内の医療施設で受療した入院患者の総数は５０，８００人となっています。このうち県民は４５，７００人（９０．０％）となっています。

県外からの流入患者は、５，１００人（１０．０％）であり、主な流入元は、東京都（３，７００人）、千葉県（５００人）、群馬県・神奈川県・茨城県（各２００人）、栃木県（１００人）となっています。

また、入院受療した県民の総数は５２，２００人で、県外の医療施設で受療した県民は６，５００人（１２．５％）となっています。

県外への主な流出先は、東京都（４，３００人）、群馬県（８００人）、千葉県（５００人）、茨城県（２００人）、神奈川県・栃木県（各１００人）となっています。

⑷　外来患者数

県内の医療施設で受療した外来患者の総数は３５６，９００人となっています。このうち県民は３４５，９００人（９６．９％）となっています。

県外からの流入外来患者は１１，０００人（３．５％）であり、主な流入元は東京都（３，８００人）、群馬県（１，０００人）、千葉県（８００人）、茨城県（４００人）、神奈川県（２００人）、栃木県（１００人）となっています。

また、外来受療した県民の総数は３７２，０００人で、県外の医療施設で受療した県民は２６，１００人（７．０％）となっています。

県外への主な流出先は、東京都（２１，１００人）、群馬県（１，７００人）、千葉県（１，１００人）、茨城県・神奈川県（各７００人）、栃木県（２００人）となっています。

第５節　医療提供施設等の状況

１　保健衛生施設

⑴　保健所

保健所は、県民の健康と生活を守る地域保健の広域的・専門的・技術的拠点としての役割を果たしています。また、市町村や地域の保健・医療・福祉関係機関と連携して、この計画を推進する役割を有しています。

県が設置する保健所１３か所のほか、地方自治法に定める指定都市及び中核市（さいたま市、川越市、越谷市及び川口市）も保健所を設置しています。

⑵　市町村保健センター

市町村保健センターは、地域の住民に対し、健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的として全市町村に設置されています。

⑶　その他の施設

ア　埼玉県衛生研究所

衛生研究所は、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（以下、「感染症法」という。）及び地域保健法に位置付けられた本県の衛生行政の科学的、技術的中核機関です。関係行政部局と緊密な連携の下に、新興・再興感染症のまん延時等の健康危機への対応や公衆衛生の向上を図るため、調査研究、試験検査、研修指導及び公衆衛生の情報等の収集、解析、提供を行っています。

イ　埼玉県食肉衛生検査センター

食肉衛生検査センターは、安全な食肉・食鳥肉を供給するための検査施設です。主な業務として、県内のと畜場と大規模食鳥処理場に検査員を配置し、と畜検査、食鳥検査により病気の排除を行うとともに、獣畜・家禽等に由来する感染症や寄生虫の検査を行います。

なお、肉眼検査で判定が難しい病気の精密検査や肉に残留する動物用医薬品の検査も行っています。

また、と畜場や食鳥処理場でのＨＡＣＣＰの導入に加え、検査員が定期的に外部検証を行うことにより、食肉・食鳥肉の衛生の一層の向上に努めています。

ウ　埼玉県動物指導センター

動物指導センターは、どうぶつ愛護教室などを通した、命を慈しむ心の醸成や、しつけ方教室などによる動物の正しい飼い方の普及啓発を行っています。

また、動物由来感染症予防の啓発や社会福祉施設等でのアニマルセラピー活動を行う団体を支援しています。

エ　埼玉県県民健康福祉村

県民健康福祉村は、健康づくりの拠点施設として、県民に健康づくりの場を提供するとともに、健康運動指導者の養成・研修など市町村が実施する健康づくり事業を支援しています。

２　医療施設

⑴　病院

令和３年（２０２１年）１０月１日現在（医療施設調査）の病院は３４３施設であり、人口十万人当たりでは、全国の６．５施設に対し４．７施設となっています。

開設主体別の内訳は、国立・公的病院２９施設、民間病院３１４施設となっています。

⑵　一般診療所

令和３年（２０２１年）１０月１日現在の一般診療所は４，４７０施設であり、人口十万人当たりでは、全国の８３．１施設に対し６０．９施設となっています。

⑶　歯科診療所

令和３年（２０２１年）１０月１日現在の歯科診療所は３，５５０施設であり、人口十万人当たりでは、全国の５４．１施設に対し４８．４施設となっています。

⑷　薬局

令和４年（２０２２年）３月３１日現在の薬局は、３，１００施設であり、人口十万人当たりでは、全国の４９．２施設に対し４２．２施設となっています。

３　保健医療従事者

⑴　医師

令和２年（２０２０年）１２月３１日現在、県内の届出医師は１３，６０４人となっています。

⑵　歯科医師

令和２年（２０２０年）１２月３１日現在、県内の届出歯科医師は５，５７５人となっています。

⑶　薬剤師

令和２年（２０２０年）１２月３１日現在、県内の届出薬剤師は１６，３７０人となっています。

⑷　保健師

令和４年（２０２２年）１２月３１日現在、県内で従事している保健師は２，３１１人となっています。

⑸　助産師

令和４年（２０２２年）１２月３１日現在、県内で従事している助産師は１，６１５人となっています。

⑹　看護師及び准看護師

令和４年（２０２２年）１２月３１日現在、県内で従事している看護師は５４，６０３人、准看護師は１１，００３人となっています。

⑺　歯科衛生士

令和４年（２０２２年）１２月３１日現在、県内で従事している歯科衛生士は４，４３８人となっています。

⑻　歯科技工士

令和４年（２０２２年）１２月３１日現在、県内で従事している歯科技工士は７０８人となっています。

⑼　管理栄養士及び栄養士

令和５年（２０２３年）３月２１日現在、県内の給食施設に従事している管理栄養士は２，２０２人、栄養士は２，６２１人となっています。

⑽ 精神保健福祉士

令和５年（２０２３年）７月３１日現在、県内に住所を有する精神保健福祉士は５，７５１人となっています。

⑾ その他の医療従事者

ア　病院の医療従事者

令和２年（２０２０年）１０月１日現在、県内の病院で従事している主な専門職員（常勤換算数）は、理学療法士3，915．8人、作業療法士１，９１２．２人、視能訓練士１９９．９人、言語聴覚士７２５．１人、診療放射線技師及び診療エックス線技師２，０７３．４人、臨床検査技師及び衛生検査技師２，４４３．８人、臨床工学技士１，０９１．２人などとなっています。

イ　一般診療所の医療従事者

平成２６年（２０１４年）１０月１日現在、県内の一般診療所で従事している主な専門職員（常勤換算数）は、理学療法士６１３．４人、作業療法士１２０．７人、視能訓練士３１８．２人、言語聴覚士３６．０人、診療放射線技師及び診療エックス線技師５３９．２人、臨床検査技師及び衛生検査技師６５４．２人、臨床工学技士４８９．０人などとなっています。

第６節　医療費の概況

１　医療費の状況

令和２年度（２０２０年度）の本県の医療費（総額）は２兆１，９０３億円、うち高齢者医療費は７，１４２億円であり、高齢化の進展や医療技術の高度化等に伴い、後期高齢者医療制度が創設された平成２０年度（２００８年度）の本県の医療費（総額）１兆６，３９３億円、うち高齢者医療費３，８０９億円に対し、それぞれ約１．３倍、約１．９倍に増加しています。

２　一人当たりの医療費の状況

令和２年度（２０２０年度）の本県における一人当たり医療費は２９万８千円、全国平均は３４万１千円であり、全国で最も

低額となっています。
令和３年度（２０２１年度）の本県における一人当たり後期高齢者医療費は８４万円、全国平均は９４万１千円であり、全国で１１番目に低額となっています。また、本県の対前年度伸び率は２．６％であり、全国平均の２．６％と同程度となっています。
なお、令和２年度（２０２０年度）の６５歳以上の一人当たり医療費の全国平均は７３万４千円であり、６５歳未満の一人当たり医療費の１８万４千円に対し、約４倍の規模となっています。

第３章　医療圏

第１節　医療圏の設定

医療法第３０条の４第２項は、医療計画に定めるべき事項を掲げています。その一つとして、同項第１４号は、主として病院及び診療所の病床の整備の単位となる区域の設定を掲げています。
また、同項第１５号は、第１４号で定めた区域を複数併せた、より広域的な区域の設定も掲げています。これは、特殊な医療を提供する病院の療養病床又は一般病床の整備の単位となる区域とされています。
本県では、昭和６３年度（１９８８年度）に策定した第１次埼玉県保健医療計画で、一次、二次、三次の保健医療圏を設定し、以来、この医療圏ごとに病床等をはじめとする保健医療サービス提供体制の整備を図ってきました。
この計画においては、二次保健医療圏を医療法第３０条の４第２項第１４号の区域、三次保健医療圏を同項第１５号の区域として設定します。

１　一次保健医療圏

一次保健医療圏は、県民が医師等による身近な医療や保健指導を受ける圏域です。日常生活に密着した保健医療サービスが提供され、完結するよう、市町村の区域としています。
高齢者の医療の確保に関する法律で、県民に対する特定健診・保健指導は、保険者の役割として明確化されています。市町村は国民健康保険の保険者であることから、一次保健医療圏は特定健診・保健指導の基礎的な区域にもなっています。

２　二次保健医療圏

二次保健医療圏は、病院における入院医療の提供体制を整備することが相当と認められる地域の単位です。

本県では、県政運営の基礎となる総合計画である「埼玉県５か年計画」において、県民の日常生活圏のまとまり、鉄道・道路の交通軸や行政機関のまとまりなどを踏まえて設定された１０の地域区分を二次保健医療圏としています。

また、保健医療サービスの一層の充実を図るため、人口や面積の大きい二次保健医療圏に副次圏を設定しています。

二次保健医療圏の区域は次のとおりです。

二次保健医療圏		圏域内市町村	圏域内の推計人口（人）（令和５年８月１日時点）	圏域別面積（ｋ㎡）（令和４年１０月１日時点）	圏域内保健所
南部保健医療圏		川口市・蕨市・戸田市	８０８，８９２	８５．２５	南部保健所 川口市保健所
南西部保健医療圏		朝霞市・志木市・和光市・新座市・富士見市・ふじみ野市・三芳町	７３２，３０９	１１０．９５	朝霞保健所
東部保健医療圏					
副次圏	東部(北)保健医療圏	春日部市・越谷市・松伏町	５９５，０３３	１４２．４４	春日部保健所 越谷市保健所
副次圏	東部(南)保健医療圏	草加市・八潮市・三郷市・吉川市	５５６，０７２	１０７．２７	草加保健所
さいたま保健医療圏		さいたま市	１，３４４，３０２	２１７．４３	さいたま市保健所
県央保健医療圏		鴻巣市・上尾市・桶川市・北本市・伊奈町	５２８，３００	１７２．９１	鴻巣保健所

二次保健医療圏		圏域内市町村	圏域内の推計人口（人）（令和５年８月１日時点）	圏域別面積（ｋ㎡）（令和４年１０月１日時点）	圏域内保健所
川越比企保健医療圏					
副次圏	川越比企(北)保健医療圏	東松山市・滑川町・嵐山町・小川町・川島町・吉見町・ときがわ町・東秩父村	２０６，１２６	３５８．５４	東松山保健所
副次圏	川越比企(南)保健医療圏	川越市・坂戸市・鶴ヶ島市・毛呂山町・越生町・鳩山町	５８２，２５４	２６７．９９	坂戸保健所 川越市保健所
西部保健医療圏		所沢市・飯能市・狭山市・入間市・日高市	７６６，５２０	４０６．３２	狭山保健所
利根保健医療圏					
副次圏	利根(北)保健医療圏	行田市・加須市・羽生市	２４０，１７３	２５９．４３	加須保健所
副次圏	利根(南)保健医療圏	久喜市・蓮田市・幸手市・白岡市・宮代町・杉戸町	３８８，４８５	２１４．５２	幸手保健所
北部保健医療圏					
副次圏	北部(東)保健医療圏	熊谷市・深谷市・寄居町	３６２，２８７	３６２．４４	熊谷保健所
副次圏	北部(西)保健医療圏	本庄市・美里町・神川町・上里町	１３１，７４８	１９９．６８	本庄保健所

二次保健医療圏	圏域内市町村	圏域内の推計人口（人）（令和５年８月１日時点）	圏域別面積（ｋ㎡）（令和４年１０月１日時点）	圏域内保健所
秩父保健医療圏	秩父市・横瀬町・皆野町・長瀞町・小鹿野町	９０，０５０	８９２．６２	秩父保健所

なお、令和５（２０２３）年３月３１日付け医政発０３３１第１６号厚生労働省医政局長通知「医療計画について」により、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討することとされています。特に、人口規模が２０万人未満であり、かつ、二次保健医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合が２０％未満かつ推計流出入院患者割合が２０％以上となっている既設の二次保健医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要とされています。

本県の二次保健医療圏では、秩父保健医療圏がこの水準に該当しますが、「埼玉県５か年計画」での地域区分や当該地域での県民の日常生活圏のまとまりを踏まえ、従前の二次保健医療圏の設定といたします。

３　三次保健医療圏

三次保健医療圏は、専門的かつ特殊な保健医療サービスを提供するものです。最も広域的な対応が必要となるため、埼玉県全域の区域としています。

第２節　事業ごとの医療圏

１　救急医療圏

⑴　本県の救急医療体制は、病気やけがの症状の度合いに応じ、次の体制を整備しています。

ア　外来治療を必要とする軽症の救急患者に対応する初期救急医療体制

イ　入院治療を必要とする重症の救急患者に対応する第二次救急医療体制

ウ　重篤な救急患者に対応する第三次救急医療体制

⑵　初期救急医療は、在宅当番医制、休日夜間急患センター、休日歯科診療所及び在宅歯科当番医により実施されています。
⑶　第二次救急医療は、第二次救急医療圏ごとに病院群輪番制方式により実施されています。
　第二次救急医療圏の区域は次のとおりです。

第二次救急医療圏	圏域内市町村
さいたま	さいたま市
中央	鴻巣市・上尾市・桶川市・北本市・伊奈町
川越	川越市・富士見市・ふじみ野市・三芳町・川島町
比企	東松山市・滑川町・嵐山町・小川町・吉見町・ときがわ町・東秩父村
児玉	本庄市・美里町・神川町・上里町
熊谷・深谷	熊谷市・行田市・深谷市・寄居町
所沢	所沢市・狭山市・入間市
朝霞	朝霞市・志木市・和光市・新座市
戸田・蕨	蕨市・戸田市
川口	川口市
東部北	加須市・羽生市・久喜市・蓮田市・幸手市・白岡市・宮代町・杉戸町
東部南	春日部市・草加市・越谷市・八潮市・三郷市・吉川市・松伏町
坂戸・飯能	飯能市・坂戸市・鶴ヶ島市・日高市・毛呂山町・越生町・鳩山町
秩父	秩父市・横瀬町・皆野町・長瀞町・小鹿野町

⑷　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。
ア　高度救命救急センター及び救命救急センター

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ンター救命救急センター	平成２８年４月
さいたま市立病院救命救急センター	令和　２年１２月
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
社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会加須病院救命救急センター	令和　４年６月

イ　小児救命救急センター

施設名	運営開始時期
埼玉医科大学総合医療センター小児救命救急センター	平成２８年３月
埼玉県立小児医療センター小児救命救急センター	平成２９年１月

２　精神科救急医療圏

本県の精神科救急医療体制は、県内を二つの圏域に区分し、輪番医療機関と常時対応施設により実施されています。

第４章　基準病床数

第１節　基準病床数

基準病床数は、医療法第３０条の４第２項第１７号の規定に基づき、全国統一の算定式により算出される病床数であり、この数を超えるときは病床の新設・増加が抑制されます。

ただし、診療所の療養病床又は一般病床については、医療法施行規則第１条の１４第７項第１号から第３号までに該当するものとして医療審議会の議を経たときは、届出により設置することができます。

なお、届出により療養病床又は一般病床を設置し又は設置予定の診療所の名称については、県ホームページにより公表します。

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、医療法施行規則第３０条の３０第１号に基づき、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。

一方、いわゆる「団塊の世代」がすべて７５歳以上となる令和７年（２０２５年）に推計される医療需要を基に、医療提供体制について定めた地域医療構想（第４部参照）では、二次保健医療圏ごとに国の算定式により算出される必要病床数を目途として定め、医療法第３０条の１４第１項に規定する協議の場（地域医療構想調整会議）において、その病床数の中で、病床機能の分化・連携について協議しています。

この地域医療構想を実現するため、令和７年（２０２５年）における病床の必要量である必要病床数の着実な整備が必要となっています。

そこで、二次保健医療圏の中で、基準病床数を上限とする前提において、既存病床数に対し、精神や身体の障害に係る児童福祉施設の病床など特定の者が利用する病床等を加えてもなお、必要病床数に満たない病床数について、当面の病床整備を行います。

なお、新型コロナウイルス感染症発生時において、急性期を担う多くの医療機関において、一般病床を新型コロナ患者の受入

病床に転用したことにより、新型コロナ以外の一般医療に影響が生じました。
　新型コロナのような感染症発生時においては、県内での対応が原則となることから、県境を越えた患者移動が制限された場合、特に、妊産婦や小児、精神疾患の陽性患者など、特別な配慮が必要な患者に対する病床が十分確保できない恐れが今後もあります。
　そこで、これらの患者に対する病床が確保できるよう、今回の新型コロナ対応を踏まえた基準病床数及び必要病床数の加算を可能とするなど、平時より感染症対応を想定した病床制度とするとともに、その配分については、二次保健医療圏の考え方に捕らわれない、知事裁量により弾力的な制度とすることについて、国に対し要望しています。

（参　考）

二次保健医療圏	基準病床数 （令和６～１１年度）	既存病床数	必要病床数
南部保健医療圏	５，２７１	４，７８１	５，０２５
南西部保健医療圏	４，６０９	４，６３３	４，７７７
東部保健医療圏	９，１９２	８，５９８	８，９３５
さいたま保健医療圏	９，８９６	７，６１２	７，６６４
県央保健医療圏	４，３１９	３，２８９	３，５３４
川越比企保健医療圏	７，５８７	６，８２５	７，６５２
西部保健医療圏	７，７６７	７，６９７	７，９５１
利根保健医療圏	４，９０６	４，２３８	４，６３０
北部保健医療圏	３，７９７	３，５６２	３，４４２
秩父保健医療圏	５８０	７５３	６００
計	５７，９２４	５１，９８８	５４，２１０

（既存病床数は令和５年３月末現在）

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。

保健医療圏	病床種別	基準病床数 （令和６～１１年度）	既存病床数
全県域	精神病床	１２，００３	１３，４０５
	結核病床	１００	１３０
	感染症病床	８５	７５

（既存病床数は令和５年３月末現在）

第５章　計画の推進体制と評価

第１節　計画の推進体制と役割

１　各保健医療圏における推進体制

⑴　一次保健医療圏における推進体制

市町村は、当該地域の保健・医療・福祉の関係団体、初期救急など関係する医療機関、県の保健所等との連携を図りながら、計画の推進に努めます。

また、医療保険者として特定健康診査、特定保健指導の実施体制の充実強化に努めます。

⑵　二次保健医療圏における推進体制

各圏域別に保健医療関係者、医療保険者、行政関係者の代表等により構成する「地域保健医療協議会」及び「地域医療構想調整会議」を設置しています。「地域保健医療協議会」では、地域保健医療計画に基づく圏域別の取組の作成、推進等を行っています。「地域医療構想調整会議」は医療法第３０条の１４第１項に基づく『協議の場』として設置され、地域医療構想の達成を

推進するために必要な事項等について協議を行います。

⑶　三次保健医療圏における推進体制

保健医療関係者、医療保険者、医療受給者としての県民の代表等により構成する「埼玉県地域保健医療計画推進協議会」で、計画推進に必要な重要事項を協議します。

「地域医療構想推進会議」は、医療機能の分化・連携に関することや地域医療構想の推進に関すること等を協議し、各二次保健医療圏で開催する地域医療構想調整会議の方針や協議事項について協議・助言を行います。

「埼玉県医療審議会」では、本県の医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査・審議します。

「埼玉県医療対策協議会」では、本県の救急医療や周産期医療など救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保に関する事項等について協議します。

２　実施主体の役割

⑴　県

ア　県（関係部局）

県は、県民の健康を保健・医療の両面から支援するため、県民や関係団体等の理解と協力を得て、この計画の推進に努めます。

推進に当たっては、埼玉県地域保健医療計画推進協議会において、計画推進に関する協議を行うほか、計画全体の進行管理等を行います。

イ　保健所

保健所は、市町村での対応が困難な精神保健や難病対策、感染症対策などの対人保健サービスや、食品衛生・薬事衛生・生活環境などのいわゆる対物サービスに関する業務を行っています。

また、災害時や大規模な感染症の集団感染などが発生した際には、健康危機管理の拠点としての役割を担います。

さらに、地域の実情に応じた医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムを推進するための調整役としての役割も期待されています。

こうした役割を果たすために、地域保健の広域的・専門的・技術的拠点としての機能を強化するとともに、地域の医療機関や介護・福祉施設、学校、職域、非営利組織（ＮＰＯ）などとの連携を図っていきます。

また、地域の保健医療福祉に関する情報センターとして、情報の収集・分析・広報に努めるとともに、保健医療従事者への研修などに取り組みます。

ウ　埼玉県衛生研究所

衛生研究所は、感染症法及び地域保健法に位置付けられた本県の衛生行政の科学的、技術的中核機関として、保健所等と緊密な連携の下に、感染症等の健康危機への対応や公衆衛生の向上を図るため、調査研究、試験検査、研修指導及び公衆衛生の情報等の収集、解析、提供を行います。

⑵　市町村

住民に身近な市町村の保健活動は、住民の健康増進のためにますます重要となっています。

住民の生活習慣病予防や健康づくりの体制、保健医療福祉の総合的窓口機能の整備・充実が求められています。

高齢者の医療の確保に関する法律で、住民に対する特定健康診査・保健指導は、保険者の役割とされています。市町村には国民健康保険の保険者として、実施率向上に有効な取組体制の整備・充実が求められています。

このため、市町村は、健康相談、特定健康診査・保健指導などの計画的な事業実施、保健センター等の充実に努めます。さらに、保健師、栄養士など専門職員の計画的な確保・養成、地域包括ケア体制などの地域保健、介護・福祉サービスの推進に努めます。

また、保健所を設置する市においては、地域保健医療に関する企画調整等の機能を有する保健所を中核として、住民のニーズに合致した総合的な保健医療施策を実施します。

さらに、市町村は、初期救急と第二次救急のうち病院群輪番制（大人）の整備主体としてその充実に努めるなど、地域の医師会や医療機関等と連携し、主体的・積極的に地域医療提供体制整備に努めます。

⑶　保健医療関係団体等

医師会、歯科医師会、薬剤師会等の団体、保険者、特定健康診査等の実施機関や衛生関係団体に対する県民の期待は大きく、地域における保健医療の推進のため、専門的な立場からの協力が求められています。

効率的な保健医療サービスの提供を図るためには、医療機能の分化と連携の推進が不可欠であることから、県は、地域における協議の場の活性化等を通じ、それぞれの機能を尊重し、相互の連携を密にして医療連携体制の構築に努めます。

また、医療連携体制を充実させるため、県及び関係団体等は、研究・研修体制の充実などを行い、医療従事者の資質の向上と養成確保に努めます。

⑷　県民

健康で生きがいを持って生活を送るためには、県民一人一人が自分の健康は自分で守るとの認識に立って、健康管理を積極的に進めることが重要です。

また、患者も医療の担い手であるという意識を持って、医療情報の入手、自らの医療内容の理解、治療に対する意思表示など

を積極的に行っていく必要があります。
　さらに、限りある資源である救急医療を安心して利用できるよう、救急医療機関の適切な受診や救急車の適正な利用等を心掛ける必要があります。

第２節　評価及び見直し

本計画で定める目標を達成するためには、県民、関係機関、団体等の理解と協力の下、着実に各種施策の推進を図ることが必要です。そのため、各事業の取組の結果により得られる成果で、目指すべき姿の達成に大きな影響を及ぼす指標を設定しました。なお、計画の進捗状況が県民に的確に伝わるよう、できるだけ数値化した指標を用いています。

本計画の進捗状況は、毎年度、埼玉県地域保健医療計画推進協議会において確認を行うとともに、数値目標の達成状況を評価します。その結果に基づいて必要な対策の実施につなげるＰＤＣＡサイクル（＊）を活用することで、計画された施策を着実に推進するよう努めます。

＊ＰＤＣＡサイクル

事業における管理業務を円滑に進める手法の一つ。Ｐｌａｎ（計画）→Ｄｏ（実行）→Ｃｈｅｃｋ（評価）→Ａｃｔｉｏｎ（改善）の４段階を繰り返すことにより、業務の改善・向上などを図っていく手法。

なお、法改正や制度改正などの外部環境の変化や計画の進捗が不十分である場合など、必要に応じて取組内容の見直し等を行います。新たな施策立案や指標設定の際には、ＥＢＰＭ（Evidence-based Policy Making の略。客観的な証拠（エビデンス）に基づく政策立案）を用い、施策の有効性及び客観性を担保します。

第３節　進捗状況及び評価結果の周知方法

本計画の進捗状況は、ホームページで広く県民や関係者に公表します。

また、県政出前講座等を通じ、計画の趣旨や取組の状況、進捗状況の評価などについて周知を図ります。

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とＱＯＬの向上

第１節　健康づくり対策

本節は、健康増進法（平成１４年法律第１０３号）第８条に基づく健康増進計画として定めるものです。

１　目指すべき姿

⑴　計画の位置づけ

国は平成１４年（２００２年）に健康増進法を定めるとともに、平成１５年度（２００３年度）から１０か年の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（健康日本２１）」（以下、「基本的な方針」という。）を定めました。さらに令和６年度（２０２４年度）からは、第３次方針として令和１７年度（２０３５年度）までの１２か年方針を定めています。

また、健康増進法第８条では、都道府県は、基本的な方針を勘案して、住民の健康の増進の推進に関する施策についての基本的な計画（健康増進計画）を定めることとされています。

健康長寿計画はこれまで第１次計画（平成２５年度（２０１３年度）～平成２７年度（２０１５年度））、第２次計画（平成２８年度（２０１６年度）～平成３０年度（２０１８年度））、第３次計画（平成３１年度（２０１９年度）～令和５年度（２０２３年度））まで個別計画として進めてまいりましたが、本節の健康長寿計画からは保健医療に係る総合計画である地域保健医療計画に組み込み、取組や指標の管理を一体的に行うことができるようにしました。

⑵　基本理念

誰もが、健康で、生き生きと暮らすことができる「健康長寿社会」の実現を目指します。

⑶　基本方針

８つの基本方針を掲げ、基本理念の実現を目指します。

ア　健康寿命の延伸と健康格差の縮小

イ　生活習慣の改善

ウ　生活習慣病の発症予防・重症化予防

エ　生活機能の維持・向上

オ　社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

カ　自然に健康になれる環境づくり

キ　誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備
ク　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

２　現状と課題

本項において、国民健康・栄養調査及び県民の健康に関するアンケートを資料としているデータには、令和２年（２０２０年）、令和３年（２０２１年）の数値がありません。これは、新型コロナウイルス感染症の影響により調査が中止となったためです。

⑴　健康寿命の延伸と健康格差の縮小

ア　健康寿命

本県では、生活の質（ＱＯＬ）を考慮し、「６５歳に達した県民が、健康で自立した生活を送る期間」、具体的には「要介護２」以上になるまでの期間を「健康寿命」と定義して、県独自に、県全体、二次保健医療圏別、市町村別の健康寿命を算出しています。

本県の健康寿命は、令和３年（２０２１年）は、男性１８．０１年、女性２０．８６年となっており、この１０年間で、男性は１．１７年、女性は１．１０年延びています。

また、国は「健康上の問題による日常生活への影響がない期間」を健康寿命として算出しています。国民生活基礎調査結果を基に３年に１回算出するもので、調査対象は６歳以上の居宅者です。令和元年（２０１９年）の全国の健康寿命は男性７２．６８年、女性７５．３８年、埼玉県は男性７３．４８年（全国３位）、女性７５．７３年（全国２０位）となっています。

イ　平均寿命

国が算出した本県の令和２年（２０２０年）の平均寿命は、男性８１.４４年、女性８７.３１年であり、平成２２年（２０１０年）と比較し、男性は、１．８２年、女性は１．４３年延びています。令和２年都道府県別生命表によると、令和２年（２０２０年）の平均寿命の都道府県順位は、本県は男性２４位、女性は３９位でした。

また、県が算出する６５歳平均余命は、令和３年（２０２１年）が男性１９.７４年、女性２４．４７年で、男女とも緩やかな上昇傾向が続き、この１０年間で、男性は１．０６年、女性は０．８９年延びています。

ウ　健康寿命と平均寿命の差

県が算出した埼玉県の令和３年（２０２１年）の６５歳健康寿命と６５歳平均余命の差は男性で１.７３年、女性で３．６１年となっています。

６５歳健康寿命を延伸し、６５歳平均余命との差を縮めることで、できるだけ長く健康的な生活を送ることが重要です。

エ　健康格差

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義されています。地域格差の実態を明らかにし、その縮小に向けた取組を強化するための指標としては、様々なものが考えられますが、各種格差を是正することにより、最終的には健康寿命の格差の縮小を目指すという視点から、埼玉県では健康寿命の二次保健医療圏別格差を目標項目として設定してきました。

二次保健医療圏ごとに比較した場合、男性の健康寿命が最も長い地域は１８.４９年、最も短い地域は１７．２７年です。女性では、最も長い地域は２１．１９年、最も短い地域は２０．４９年です。男性は１．２２年、女性は０．７０年の差が生じています。

健康寿命の違いには様々な要因が影響していますが、各々の要因の関連の強さについては未解明の部分が多いのが現状です。様々な背景を検討し、健康格差の要因の把握及び分析をすることで、その差を縮めることが必要です。

⑵　生活習慣の改善

ア　栄養・食生活

栄養・食生活は、生命の維持に加えて、人々が健康で幸福な生活を送るために欠かすことのできない営みです。

また、生活習慣病の発症や重症化の予防、さらに高齢社会においては、高齢者の低栄養等の予防の観点からも重要性が増しています。

⑺　適正体重の維持

体重は、各ライフステージにおいて、生活習慣病や健康状態との関連が強く、肥満（ＢＭＩ２５以上）は、がん、循環器病、２型糖尿病等の生活習慣病との関連があります。また若年女性のやせは骨量の減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があります。高齢者のやせは、肥満よりも死亡率が高くなることが明らかとなっています。健康のため、適正体重の維持は重要です。

ａ　子供の肥満

本県の肥満傾向にある子供（１０歳：小学校５年生）（＊）の割合は、令和３年度学校保健統計によると、１０．２３％となっており、第３次健康長寿計画策定時の平成２８年度（２０１６年度）と比較して、増加傾向がみられます。

＊肥満傾向児

性別、年齢別、身長別標準体重から肥満度（過体重度）を算出し、肥満度が２０％以上の者を肥満傾向児とする。

肥満度（過体重度）＝〔実測体重(kg) －身長別標準体重(kg)〕／身長別標準体重(kg) ×１００（％）

ｂ　成人の肥満、やせ

本県の令和４年（２０２２年）における肥満者（ＢＭＩ２５以上）の割合は、２０～６０歳代の男性では２７.５％、４０～６０歳代の女性では２３.１％であり、この１０年間、男女ともにほぼ横ばいにあります。

２０～３０歳代の女性のやせの者（ＢＭＩ１８.５未満）の割合は、令和４年（２０２２年）では２０.７％でした。

なお、これまで若年女性のやせは、２０歳代を対象としてきましたが、この１０年間、統計上の有意な改善が見られませんでした。引き続き取組を進めるとともに、３０歳代においても同様に一定の割合でやせが存在することから、今後は、２０～３０歳代女性を対象に取組を進めます。

ｃ　高齢者の低栄養

本県の低栄養傾向（ＢＭＩ２０以下）の高齢者の割合は、令和４年（２０２２年）では１２．４％で、１０年前と比較して統計上の有意な改善がみられませんでした。今後、高齢者数が増加することを踏まえ、引き続き対応を行っていく必要があります。

(ｲ)　適切な量と質の食事

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事は、良好な栄養素摂取量、栄養状態につながることが報告されています。しかし、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を１日２回以上、ほぼ毎日食べている者（２０歳以上）の割合は、令和４年（２０２２年）においては５６．５％で、約半数となっています。

本県の１日当たりの平均食塩摂取量（２０歳以上）は、令和４年（２０２２年）では１０．３ｇ／日（年齢調整値１０．２ｇ／日）であり、第３次健康長寿計画策定時の平成２８年（２０１６年）の１０．１ｇ／日（年齢調整値１０．０ｇ／日）から変化が見られませんでした。

食塩摂取量については、WHO（世界保健機関）が１日当たり５ｇ未満を目標値として掲げているほか、日本人の食事摂取基準（２０２０年版）では、食塩摂取の目標量を１日当たり男性７．５ｇ未満、女性６．５ｇ未満としています。

また、成人の生活習慣病と傷病による死亡に対する主要な決定因子（単一の因子）をみた研究では、食事因子としては食塩の過剰摂取が最も大きいことが示されています。こうしたことから、今後も引き続き、食塩の過剰摂取の課題解決に向けた取組が重要です。

本県の１日当たりの平均野菜摂取量（２０歳以上）は、令和４年（２０２２年）では３０７ｇ／日で、第３次計画策定時の平成２８年（２０１６年）の２９７．６ｇ／日から統計上の有意な増加が見られず、目標である１日当たりの摂取量３５０ｇを下回っています。

果物摂取量１００ｇ／日未満の者（２０歳以上）の割合は、令和４年（２０２２年）では５７．９％で、第３次計画策定

時の目標である３０％以下を達成しませんでした。

なお、近年明らかになった高血圧、肥満及び２型糖尿病の発症リスクとの関連を検討した研究では、果物摂取量について、２００ｇ／日まではリスクが減少することが報告されています。また冠動脈疾患、脳卒中及び全死亡リスクと果物摂取量を検討した研究では、２００ｇ／日程度で相対リスクが低くなることが報告されています。これらを踏まえて、健康日本２１（第三次）では、果物摂取量（ジャムを除く果物類）２００ｇ／日を目標としました。

イ　身体活動・運動

(ｱ)　日常生活における歩数

日常生活における歩数は、令和４年（２０２２年）の２０～６４歳では、１日当たり男性７，６３４歩、女性６，３４０歩で、女性は、第３次計画策定時の平成２８年（２０１６年）と比較して減少傾向にあります。また、６５歳以上でも、１日当たり男性５，２５４歩、女性４，２９７歩で、男女とも減少傾向にあります。

(ｲ)　運動習慣者の割合

運動習慣者（１回３０分以上の運動を週２回以上実施し、１年以上継続している者）は、令和４年（２０２２年）は、２０～６４歳では男性１５．９％、女性３０．４％で、６５歳以上では男性５６．５％、女性５６．８％でした。第３次計画策定時の平成２８年（２０１６年）は２０～６４歳では、男性３０．３％、女性２７．８％で、６５歳以上では、男性５４．４％、女性４２．９％でした。男女とも、６５歳以上の方が運動習慣のある人が多い傾向にあります。

ウ　休養

日々の生活においては、睡眠や余暇が重要であり、十分な睡眠や余暇活動は、心身の健康に欠かせません。睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の心身愁訴の増加、情動不安定、注意力や判断力の低下に関連する作業能率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故等、重大な結果を招く場合もあります。また、睡眠不足を含め様々な睡眠の問題が慢性化すると、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患や脳血管障害の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇に関与することが明らかになっています。

睡眠で休養がとれている者の割合は、令和４年（２０２２年）に８０．７％で、第３次健康長寿計画策定時の平成２８年（２０１６年）の７９．９％から変化が見られませんでした。また年代別にみると、３０歳代、４０歳代で割合が低く、６０歳以降では割合が高い傾向が見られました。

エ　飲酒

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連します。

第３次計画では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を１日平均純アルコール摂取量で男性で４０ｇ以上、女性で２０ｇ以上と定義したうえで、このような飲酒の予防を図るため、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標として設定し取組を行ってきました。

生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合は、令和４年（２０２２年）は、男性１０．０％、女性８．８％で、第３次計画策定時の平成２８年（２０１６年）の男性１２．８％、女性９．９％から統計上の有意な変化はありませんでした。

オ　喫煙

たばこの消費量は近年減少傾向にありますが、過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡数は年々増加しており、我が国の年間死亡者数のうち、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は約１９万人と報告されています。

喫煙は、ＷＨＯ（世界保健機関）による非感染性疾患対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、糖尿病に共通した主要なリスク要因です。

喫煙率の減少は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であり、多くの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながります。

健康増進・疾患予防の観点から喫煙率は低い方が望ましいですが、目標値については社会的要因を考慮して、現実的で到達可能なものとすべきと思われます。

令和４年（２０２２年）の本県の２０歳以上の喫煙率は、男性２３．０％、女性６．７％で、第３次健康長寿計画策定時の平成２８年（２０１６年）の男性２９．５％、女性９．６％から統計上の有意な変化はありませんでした。

カ　歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は、県民が健康で質の高い生活を営む上で、基礎的かつ重要な役割を果たしています。近年は口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ視点からも、歯・口腔の健康づくりへの取組が必要です。

３歳児でう蝕（＊）がない者の割合は、令和３年度（２０２１年度）は、９１．２％で、第３次健康長寿計画策定時の平成２８年度（２０１６年度）の８５．３％と比較して増加しています。また、１２歳児（県内公立中学校生徒）でう蝕がない者の割合は、令和３年度（２０２１年度）は７８．２％で、第３次健康長寿計画策定時の平成２８年度（２０１６年度）の６８．５％と比較して増加しています。

６０歳代における咀嚼良好者の割合は、令和３年度（２０２１年度）に７８．５％で、平成３０年度（２０１８年度）の７９．４％から横ばいで推移しています。

過去１年間に歯科検診を受診した者の割合は、令和４年（２０２２年）に５４．４％で、第３次健康長寿計画策定時の平成２８（２０１６年）の５６．４％から横ばいで推移しています。

＊う蝕

「むし歯」のこと。口の中にいる細菌（むし歯の病原菌）が糖分を取り込むことで作り出された酸によって、歯が溶けた状態のことをいう。

⑶　生活習慣病の発症予防・重症化予防

ア　特定健康診査・特定保健指導

生活習慣病の発症や重症化を予防する第一歩は、定期的に健診を受けることです。本県の令和３年度（２０２１年度）の特定健康診査の受診率は５６.０％で全国５６．２％とほぼ同水準です。一方、特定保健指導の実施率は１８．７％で全国２４．７％を下回っています。

イ　がん

がんは、昭和５６年（１９８１年）以降、日本人の死因の第１位であり、令和３年（２０２１年）の死亡数は約３８万人で総死亡の約２６％を占めます。生涯のうちに約２人に１人ががんにかかると推計されており、人口の高齢化に伴い、がんの罹患数や死亡数の数は今後も増加していくことが見込まれています。

埼玉県のがんの年齢調整罹患率（人口１０万人当たり）（＊１）は、令和元年（２０１９年）は３７３．４となっています。部位別では、胃がん３７．７、大腸がん５８．８、肺がん３９．９、乳がん（女性のみ）１０１．７、子宮頸がん１３．１となっています。一方、全国のがんの年齢調整罹患率（人口１０万人当たり）は、令和元年（２０１９年）は３８７．４となっています。部位別では、胃がん４１．６、大腸がん５８．２、肺がん４２．４、乳がん（女性のみ）１００．５、子宮頸がん１３．９となっています。

＊１　年齢調整罹患率

異なる集団や時点などを比較するため、人口構成を基準人口と同じと見立てて算出した罹患率です。

ここで用いる基準人口は、昭和６０年モデル人口です。単位は人口１０万対で表しています。

埼玉県の７５歳未満のがんの年齢調整死亡率（人口１０万人当たり）（＊２）の総数を見ると、令和３年（２０２１年）で６８．２、全国では６７．４となっています。

＊２　年齢調整死亡率

年齢構成の異なる集団において死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率です。

ここで用いる基準人口は、昭和６０年モデル人口です。単位は人口１０万対で表しています。

埼玉県のがん検診の受診率は、国民生活基礎調査によると令和４年（２０２２年）は、胃がんは、男性４２．３％、女性３３．１％、大腸がんは、男性４４．８％、女性４１．３％、肺がんは、男性４８．６％、女性４３．４％、乳がんは、女性４２．５％、子宮頸がんは、３８．２％となっています。一方全国は、胃がんは、男性４７．５％、女性３６．５％、大腸がんは、男性４９．１％、女性４２．８％、肺がんは、男性５３．２％、女性４６．４％、乳がんは、女性４７．４％、子宮頸がんは、４３．６％となっています。

健康づくりの取組としては、予防可能ながんのリスク因子として、喫煙（受動喫煙を含む。）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等があげられることから、これらに対する対策を行っていくことで、がんの罹患率を減少させるとともに、治療効果の高い早期にがんを発見し早期に治療することで、がんの死亡率を減少させることが重要です。

ウ　循環器疾患

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、令和３年（２０２１年）の人口動態統計によると、心疾患は死因の第２位、脳血管疾患は第４位です。

循環器病の主要な危険因子である、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の４つのうち、喫煙はあらゆる疾患の発症リスクを高めること、糖尿病は循環器病以外にも独自の合併症（細小血管障害等）を引き起こすこと等から、それぞれ独立した領域で課題に対し目標を設定し取り組みます。循環器病領域では残る主要な危険因子である高血圧と脂質（ＬＤＬコレステロール）高値について目標を設定し取り組みます。

(ｱ)　脳血管疾患

本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口１０万人当たり）を見ると、令和３年（２０２１年）では男性９３．４、女性５８．０で、第３次健康長寿計画策定時の平成２８年（２０１６年）と比較して減少傾向がみられます。

しかし、令和４年国民生活基礎調査による全国数値を見ると、要介護及び要支援となった原因の内訳は、脳血管疾患は１６．１％を占め、認知症に次いで第２位となっています。特に要介護５では２６．３％となっていることから、脳血管疾患の発症自体を予防していくことが重要です。

(ｲ)　虚血性心疾患

本県の虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口１０万人当たり）を見ると、令和３年（２０２１年）では男性１０１．９、

女性４５．６と近年は緩やかな減少傾向となっています。

しかし、人口動態統計特殊報告平成２７年都道府県別年齢調整死亡率によると、都道府県別にみた虚血性心疾患年齢調整死亡率は、平成２７年（２０１５年）で本県は男性が全国３位、女性が全国４位と都道府県別では虚血性心疾患の年齢調整死亡率が高いため、虚血性心疾患を予防する取組が重要です。

(ｳ)　高血圧

高血圧は循環器病の確立した危険因子で、特に日本人は喫煙と並んで主な原因となることが示されています。そのため、高血圧治療薬非服用者、服用者を問わず、４０歳以上の県民の血圧レベルを正常血圧に近づくように低下させることが重要です。

本県の収縮期血圧の平均値の年次推移を見ると、第３次計画策定時の平成２８年度（２０１６年度）と比較して、男性、女性ともほぼ横ばいとなっています。

(ｴ)　脂質（ＬＤＬコレステロール）高値

生活習慣の改善や内服加療によりＬＤＬコレステロール値を低下させることで、冠動脈疾患の死亡率が減少することが明らかになっています。

脂質高値（ＬＤＬコレステロール１６０mg/dl 以上の者）（４０～７４歳）の割合について、年次推移を見ると、第３次計画策定時の平成２８年度（２０１６年度）と比較して、男性、女性ともやや悪化傾向となっています。

(ｵ)　メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームの該当者は、令和３年度（２０２１年度）では、１６．７％と全国の１６．６％と同じ程度である一方、予備群は１３．１％と全国の１２．５％より高い割合で推移しています。該当者及び予備群の人数は、全国及び埼玉県ともに悪化傾向であり、循環器病及び糖尿病の発症を予防するためにも効果的な対策が求められています。

エ　糖尿病

糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっています。糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の多段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を切れ目なく講じていくことが重要です。

患者調査によると、全国の糖尿病患者数は、平成１７年（２００５年）の約２４７万人から令和２年（２０２０年）には約５７９万人と２．３倍に増加しています。

埼玉県では、平成１７年（２００５年）の約１１万４千人から令和２年（２０２０年）には約３０万８千人と約２．７倍に増加しており、全国の増加率を上回っています。

糖尿病による合併症を予防するためには、血糖コントロールを良好に保つことが重要です。治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、糖尿病による合併症及び重症化を抑制することができます。

本県の４０～７４歳において、血糖コントロール不良の目安となるＨｂＡ１ｃ８．０％以上の者の割合は、令和３年度（２０２１年度）では男性が２．３％、女性が０．９％で、第３次計画策定時の平成２８年度（２０１６年度）の男性２．１％、女性０．９％から年次推移による大きな変化が見られませんでした。

なお、令和３年度特定健康診査結果（協会けんぽ＋市町村国保）でＨｂＡ１ｃ８．０％以上の者の割合を年齢階級別にみると、５０歳代男性が最も高くなっています。

本県の新規人工透析導入患者の原疾患を見ると、糖尿病性腎症によるものが最も多く、令和３年（２０２１年）は８５４人でした。これは、新規人工透析導入患者数２，０９５人の４０．８％を占めており、この１０年間、高い水準で推移しています。

オ　慢性腎臓病（ＣＫＤ：Chronic Kidney Disease）

慢性腎臓病（ＣＫＤ）は、腎臓の働きが徐々に低下していく、様々な腎臓病の総称です。腎臓の働きが通常より低下したり、尿たんぱくが出たりする状態が３か月以上続いた場合にＣＫＤと判断されます。ＣＫＤが進行すると末期腎不全となって人工透析や腎移植が必要になることもあります。ＣＫＤは動脈硬化の危険因子としても重要で、ＣＫＤがある人は、ない人に比べて、脳卒中や心筋梗塞が発症する確率が高くなります。また、ＣＫＤは認知症とも関連することが示されており、国民の健康寿命延伸を阻んでいます。一方で、ＣＫＤは早期に対処すれば、重症化を抑制することができます。

特定健康診査では、血清クレアチニン値を用いてＧＦＲ値（糸球体ろ過量）を推定するｅＧＦＲ値（推算糸球体ろ過量）が詳細な健診の項目として取り入れられています。特定健康診査後の特定保健指導などの機会を通じて、適切な受診勧奨や正しい知識の普及・啓発を進めていくことが重要です。

※ＧＦＲ値（糸球体ろ過量）は、ろ過の動きを示す数値です。なお、ＧＦＲ値は直接測定することは、体への負担が大きいため、通常、血清クレアチニン値と年齢、性別に基づいて推算され、ｅＧＦＲ値の数値で判断されています。ｅＧＦＲ値が低いほど、腎臓の動きが低下していることを示します。

カ　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ：Chronic Obstructive Pulmonary Disease）

慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）は肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患です。

全国におけるＣＯＰＤによる死亡者数は令和３年（２０２１年）に１６，３８４人で、男性においては死因の第９位となっています。

なお、令和３年人口動態統計によると、本県の死亡者数は男女合わせて７５１人で、性別では男性が多くなっています。

ＣＯＰＤの原因としては、５０～８０％程度にたばこの煙が関与し、喫煙者では２０～５０％がＣＯＰＤを発症するとされています。

喫煙だけでなく、遺伝的因子、感染、大気汚染、幼少児期の問題なども原因として挙げられますが、健康づくりの取組としては予防可能な因子への対策を進めていくことが重要であり、喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や吸入治療等の介入によって増悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少に加え健康寿命の延伸につながることが期待されています。

県民の健康に関するアンケート（令和４年１１月実施）では、ＣＯＰＤを「知らない」と回答した人が６９.６％でした。引き続き、ＣＯＰＤの認知度を上げる取組を行うことで、早期発見・介入に結び付けていくことが必要です。

⑷　生活機能の維持・向上

生活習慣病に罹患しなくても、日常生活に支障を来す状態となることもあります。国が算出する健康寿命が「日常生活に制限のない期間の平均」であることを鑑みると、健康寿命の延伸のためには、こうした状態とならないような取組も必要です。生活習慣の改善を通じて、心身の両面から健康を保持することで、生活機能の維持・向上を図ることが求められています。

ア　ロコモティブシンドローム

ロコモティブシンドロームは、運動器の障害によって、立つ、歩くという移動機能の低下を来した状態と定義されています。生活機能の中でも移動機能は健康寿命の延伸の観点からも、特に重要項目と考えられます。

県民の健康に関するアンケート（令和４年１１月実施）では、ロコモティブシンドロームについて「言葉も意味も知らなかった」という割合は男性６４．８％、女性５２．２％であり、認知度が高いとは言えない状況です。

イ　心理的苦痛を感じている者

生活機能の維持には、こころの健康の保持が重要な要素のひとつです。こころの健康は、自分らしく生きるための重要な条件であるとともに、身体の健康とも関連があります。

令和４年（２０２２年）に実施された国民生活基礎調査によれば、本県では１０．３％の人が心理的苦痛を感じているという結果が出ています。

⑸　社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

人々の健康は、その人を取り巻く社会環境に影響を受けることが知られています。例えば、就労、ボランティア、通いの場といった居場所づくり、社会参加は健康に影響します。

また、こころの健康の維持・向上は、健康づくりに取り組む上で重要であり、地域や職域など様々な場面で課題の解決につな

がる社会環境の整備が重要となります。

しかし、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者は半数を超える状況にあり、労働者の健康確保対策においては、特にメンタル不調や過重労働による健康障害が課題になっています。

令和４年度（２０２２年度）に実施された「安全衛生活動の取扱状況に関する自主点検結果」（埼玉労働局集計）によれば、県内でメンタルヘルス対策に取り組む事業場は、４２．８％となっています。

⑹　自然に健康になれる環境づくり

健康寿命の延伸には、自ら健康づくりに積極的に取り組む人だけでなく、健康に関心の薄い人を含む、幅広い人々に対してアプローチを行うことが重要です。そのために、本人が無理なく自然に健康な行動をとることができるような環境整備を行うことが求められています。

また、望まない受動喫煙の機会をなくすことも、環境整備の一つです。

受動喫煙により、肺がんや虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候群などの疾患のリスクが上昇することが報告されています。健康増進法では、望まない受動喫煙を防止するため、学校、病院、児童福祉施設等、行政機関（第一種施設）については敷地内禁煙、第一種施設以外の多数の者が利用する施設（第二種施設）等については原則屋内禁煙とされています。こうした状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進することが必要です。

国民健康・栄養調査（埼玉県分）によると、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）があったと回答した者（現在喫煙者を除く）の割合は、令和４年（２０２２年）では「路上」が最も高く、２８．５％でした。

⑺　誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

健康づくりを行うに当たっては、保健・医療・福祉等へのアクセスが確保されていることに加え、様々な基盤を整えることが重要です。近年、自治体のみならず企業や民間団体といった多様な主体による健康づくりが広まっており、そうした取組をさらに推進していくことが必要です。

ア　健康経営実践事業所

健康経営は、従業員に対する健康づくりを行うことで、県民の健康寿命延伸につながることに加え、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化、ひいては業績向上や株価上昇につながるものです。企業が健康経営を進めることに加え、自治体と企業が連携した取組を進めることで、地域全体でより効果的・効率的な健康づくりを進めることができます。

本県では、令和４年度（２０２２年度）末現在、健康経営実践事業所に認定された事業所数は２，０９８事業所です。

イ　利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設

職場で提供される食事や栄養管理（提供する食事の量及び質、栄養成分表示などの利用者の食事選択のための情報提供や栄

養教育）の改善により、野菜や果物の摂取量の増加、食事の改善、肥満などの健康状態の改善に寄与することが報告されています。また、職場における食環境整備等の介入が、野菜摂取量の増加、食塩摂取量の減少、体重コントロール、メタボリックシンドロームの改善に寄与することが報告されています。

健康増進法に基づく特定給食施設（１回１００食以上又は１日２５０食以上の食事を供給する施設）のうち、病院等の特別な栄養管理を必要とする施設は、管理栄養士を配置しなければならないとされていますが、それ以外の施設でも管理栄養士又は栄養士を配置するよう努めることが求められています。

本県において、特定給食施設のうち、管理栄養士を配置しなければならない施設を除外し、管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合は、令和４年度（２０２２年度）末現在６１．９％です。

ウ　健康長寿サポーター

県では、平成２５年度（２０１３年度）から健康についての知識を学び、身近な人にも勧めてもらうため「健康長寿サポーター」の養成を行っています。令和４年度（２０２２年度）末現在、１０５，３９４人のサポーターを養成しました。

エ　健康課題を把握し健康増進対策に取り組む事業場

地域だけでなく、職域でも健康づくりを進めることは重要です。これまでも産業保健の分野では様々な対策が取られてきましたが、労働者の健康課題は多様化しており、より効果的に産業保健活動の推進を図る必要があります。

令和４年度（２０２２年度）に実施された「安全衛生活動の取扱状況に関する自主点検結果」（埼玉労働局集計）によれば、何らかの健康課題を把握し、健康増進対策に取り組む事業場は、８０．９％となっています。

⑻　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや、人生１００年時代が本格的に到来することを踏まえると、集団・個人の特性をより重視しつつ健康づくりを行うことが重要です。健康課題や取り巻く状況はライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等）ごとに異なっていることを踏まえ、これまではライフステージに応じた健康づくりの取組を進めてきました。

これに加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものであり、ライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくりをいう。第１節において同じ。）の視点を加えていくことが重要です。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　健康寿命の延伸と健康格差の縮小

ア　目指す方向性

生活習慣病の予防や社会生活を営むために必要な機能の維持・向上による健康寿命の延伸を目指します。

また、住む市町村の違いなどで健康状態の差が生じないよう、県内のどこに住んでいても健やかに暮らせる健康格差のない地域の構築を目指します。

イ　主な取組

・生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底のための取組
・健康を支える生活習慣の改善のための取組
・社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上のための取組
・市町村ごとの健康格差の把握、分析等を行い、健康格差を縮小するための取組及び支援の実施

⑵　生活習慣の改善

ア　目指す方向性

健康寿命延伸のためには、食生活、身体活動、歯科口腔（くう）の機能維持などといった生活習慣の改善が重要です。

生活習慣病有病者は認知症発症リスクが高まることも分かっています。自立して健康に生きられる期間をできるだけ長くするために、生活習慣の改善につながる取組を推進していきます。

イ　主な取組

(ｱ)　栄養・食生活

・適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）への取組
・低栄養傾向の高齢者の割合の増加を抑制するための取組
・適切な量と質の食事をとる者の増加への取組
・食塩摂取量の減少及び野菜・果物摂取量の増加への取組
・２０～３０歳代女性のやせの者の割合の減少に向けた取組

(ｲ)　身体活動・運動

・日常生活における歩数の増加
・運動習慣者の増加への取組
・身体活動量が少ない者の減少への取組
・肥満傾向にある子供の減少への取組
・６５歳以上の運動習慣者の増加への取組

(ｳ)　休養

・睡眠で休養がとれている者を増やすための取組

(ｴ) 飲酒

・生活習慣病のリスクを高める飲酒量についての啓発
・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者を減らす取組の強化
・２０歳未満の飲酒の防止
・妊娠中の飲酒の防止

(ｵ) 喫煙

・喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）への取組
・２０歳未満の者の喫煙の防止
・妊娠中の喫煙の防止

(ｶ) 歯・口腔の健康

・口腔機能の維持・向上の推進
・乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加への取組
・歯科検診受診者の増加への取組の促進
・６０歳代における咀嚼良好者の増加への取組
・かかりつけ医等と歯科医療機関との連携による糖尿病予防や改善のための体制構築の促進

(3) 生活習慣病の発症予防・重症化予防

ア 目指す方向性

メタボリックシンドロームなど生活習慣病の危険因子を早期に発見する特定健康診査や生活習慣の改善のための特定保健指導の実施を推進します。また、がんの早期発見を目的として、がん検診の実施率を向上させるための取組を推進します。

さらに、生活習慣病の治療中断、コントロール不良による重症化を予防するための取組を行うことも重要であることから、関係機関と連携しながら取組を進めていきます。

イ 主な取組

(ｱ) 特定健康診査・特定保健指導

・特定健康診査の受診率向上に向けた取組の一層の推進
・特定保健指導の実施率向上に向けた取組の一層の推進

・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少に向けた取組の強化

(ｲ)　がん

・喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）への取組（再掲）
・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者を減らす取組の強化（再掲）
・食塩摂取量の減少及び野菜・果物摂取量の増加への取組（再掲）
・日常生活における歩数の増加（再掲）
・運動習慣者の増加への取組（再掲）
・早期発見・早期治療のためのがん検診の受診率の向上対策の推進
・睡眠で休養がとれている者を増やすための取組（再掲）

(ｳ)　循環器疾患

・高血圧の改善、脂質（ＬＤＬコレステロール）高値の者の減少
・喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）への取組（再掲）
・受動喫煙防止対策の推進
・特定健康診査の受診率向上に向けた取組の一層の推進（再掲）
・特定保健指導の実施率向上に向けた取組の一層の推進（再掲）

(ｴ)　糖尿病

・糖尿病有病者の増加の抑制
・糖尿病性腎症重症化予防対策の実施（糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少）
・血糖コントロール不良者を減少させる取組
・特定健康診査の受診率向上に向けた取組の一層の推進（再掲）
・特定保健指導の実施率向上に向けた取組の一層の推進（再掲）
・かかりつけ医等と歯科医療機関との連携による糖尿病予防や改善のための体制構築の促進（再掲）

(ｵ)　慢性腎臓病（ＣＫＤ）

・慢性腎臓病に関する知識や発症予防に関する情報の発信、啓発
・特定保健指導の保健指導者（保健師、管理栄養士、看護師等）に対する研修
・病診連携システムの構築に向けた現状把握及び検討

(ｶ)　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）

・ＣＯＰＤ集団スクリーニング質問票を活用した疾患啓発の取組
・ＣＯＰＤの認知度の向上
・特定保健指導などの機会を捉えた禁煙指導の推進
・喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）への取組（再掲）
・受動喫煙防止対策の推進（再掲）

⑷　生活機能の維持・向上

ア　目指す方向性

生活習慣の改善を通じて、生活機能の維持や向上を図り、日常生活に支障を来す状態を予防していきます。

イ　主な取組

・ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の認知度の向上
・介護予防の取組の実施
・身体活動を増やすための取組の実施
・うつ病等のメンタルヘルス関連の普及啓発

⑸　社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

ア　目指す方向性

社会とのつながりの観点から、地域等で共食をする機会が増えるよう食生活改善推進員等の地域ボランティア活動を支援していきます。また、働く人の健康づくりの観点から、事業場におけるメンタルヘルス対策等を支援していきます。

イ　主な取組

・地域等での共食している者を増やすための取組
・就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の増加への取組
・事業場におけるメンタルヘルス対策推進に関する働きかけの強化

⑹　自然に健康になれる環境づくり

ア　目指す方向性

健康寿命の延伸には、自らの健康づくりに積極的に取り組む者だけでなく、健康に関心の薄い者を含む、幅広い者に対して健康づくりのアプローチを行うことが重要です。そのため、本人が無理なく自然に健康な行動をとることが出来るような環境整備を進めていきます。

イ　主な取組

・受動喫煙防止対策の推進（再掲）
・健康に配慮した外食・中食・加工食品の開発、販売に向けての働きかけ
・食品成分表示規準に則った正しい表示の運用と栄養成分表示基準活用のための知識の普及

⑺　誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

ア　目指す方向性

健康づくりを行うに当たっては、保健・医療・福祉等へのアクセスが確保されていることに加え、様々な基盤を整えることが重要です。また、近年、県、市町村、企業や民間団体といった多様な主体による健康づくりが広まっていることから、さらにそうした取組を推進していきます。また、個人の健康づくりを後押しするため、科学的根拠に基づく健康に関する情報の提供や周知啓発を進めていきます。

イ　主な取組

・「埼玉県健康経営認定制度」による健康経営の普及推進
・利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加への取組
・地域・職域連携推進協議会を活用した地域保健と職域保健の連携の推進
・健康課題を把握し、健康増進対策に取り組む事業場の増加のための取組
・県ホームページ、ＳＮＳ等を通じた健康情報の提供

⑻　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

ア　目指す方向性

ライフコースアプローチの観点から、健康増進の取組を推進します。

イ　主な取組

＜子供＞
・肥満傾向にある子供の減少への取組（再掲）
・健康的な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子供の増加への取組
・乳幼児・学齢期のう蝕（しょく）のない者の増加への取組（再掲）

＜高齢者＞
・ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の認知度の向上（再掲）
・６５歳以上の運動習慣者の増加への取組（再掲）
・低栄養傾向の高齢者の割合の増加を抑制するための取組（再掲）

・６０歳代における咀嚼良好者の増加への取組（再掲）
・口腔機能の維持と向上の推進（再掲）
・介護予防の取組の実施（再掲）
＜女性＞
・２０～３０歳代女性のやせの者の割合の減少に向けた取組（再掲）
・妊娠中の飲酒の防止（再掲）
・妊娠中の喫煙の防止（再掲）

４　指標

⑴　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）

現状値	男性	１８．０１年	目標値	男性　１８．８３年
	女性	２０．８６年		女性　２１．５８年
	（令和３年（２０２１年））		（令和１１年（２０２９年））	

⑵　日常生活に制限のない期間の平均（年）

現状値	男性	７３．４８年	目標値	男性　７４．６０年
	女性	７５．７３年		女性　７６．１７年
	（令和元年（２０１９年））		（令和１０年（２０２８年））	

（関連指標）

１　健康寿命の延伸と健康格差の縮小

指標名		現状値		目標値		データソース
1	健康寿命の延伸（６５歳に到達した人が「要介護２」以上になるまでの期間）	男性 １８．０１年 女性 ２０．８６年	２０２１年	男性 １８．８３年 女性 ２１．５８年	２０２９年	埼玉県の健康指標総合ソフト
	健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均）	男性 ７３．４８年 女性 ７５．７３年	２０１９年	男性 ７４．６０年 女性 ７６．１７年	２０２８年	国民生活基礎調査埼玉県分
2	健康格差の縮小（各二次保健医療圏単位の健康寿命の差の縮小）	男性 １．２２年 女性 ０．７０年	２０２１年	縮小傾向	２０２９年	埼玉県の健康指標総合ソフト

２　生活習慣の改善

指標名			現状値		目標値		データソース	備考
3	適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）	肥満傾向にある子供の割合の減少	１０．２％	２０２１年度	減少	２０２９年度	文部科学省：学校保健統計調査	
		２０～６０歳代男性の肥満者の割合の減少	２７．５％	２０２２年	２５％未満	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	BMI２５以上
		２０～３０歳代女性のやせの者の割合の減少	２０．７％		１５％未満			BMI１８．５未満
		４０～６０歳代女性の肥満者の割合の減少	２３．１％		１５％未満			BMI２５以上
		低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制	１２．４％		減少			BMI２０以下

指標名			現状値		目標値		データソース	備考
４	適切な量と質の食事をとる者の増加	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を１日２回以上ほぼ毎日食べている者の割合の増加（年齢調整値）	４９．９％	２０２２年	７０％以上	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分／県民の健康に関するアンケート	２０歳以上 年齢調整は平成２７年モデル人口
		食塩摂取量の減少（年齢調整値）	１０．２g	２０２２年	７．５g未満	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	２０歳以上 年齢調整は平成２７年モデル人口
		野菜摂取量の増加（年齢調整値）	２８７g	２０２２年	３５０g以上	２０２９年		２０歳以上 年齢調整は平成２７年モデル人口
		果物摂取量の改善（年齢調整値）	８５g	２０２２年	１５０g以上	２０２９年		２０歳以上 年齢調整は平成２７年モデル人口

指標名			現状値		目標値		データソース	備考
5	日常生活における歩数の増加	２０～６４歳	男性 ７，６３４歩	２０２２年	８，０００歩	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	
			女性 ６，３４０歩		８，０００歩			
		６５歳以上	男性 ５，２５４歩	２０２２年	６，０００歩	２０２９年		
			女性 ４，２９７歩		６，０００歩			
6	運動習慣者の増加	２０～６４歳	男性 １５．９％	２０２２年	３０％	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	
			女性 ３０．４％		３５％			
		６５歳以上	男性 ５６．５％	２０２２年	６０％	２０２９年		
			女性 ５６．８％		６０％			

指標名		現状値		目標値		データソース	備考
7	睡眠で休養がとれている者の割合の増加（年齢調整値）	７８．３％	２０２２年	８０％	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分／県民の健康に関するアンケート	２０歳以上 年齢調整は平成２７年モデル人口
8	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少（年齢調整値）	男性９．８％ 女性８．５％	２０２２年	減少	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分／県民の健康に関するアンケート	リスクを高める飲酒量は、１日当たりの純アルコール摂取量が男性４０ｇ以上、女性２０ｇ以上 年齢調整は平成２７年モデル人口
9	喫煙率の減少（年齢調整値）	１５．２％	２０２２年	１２％	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	年齢調整は平成２７年モデル人口

指標名			現状値		目標値		データソース	備考
１０	乳幼児・学齢期のう蝕（しょく）のない者の増加	３歳児でう蝕（しょく）のない者の割合の増加	９１．２％	２０２１年度	９４．９％	２０２９年度	厚生労働省：母子保健法健康診査（３歳、歯科）に係る実施状況調べ	
		１２歳児でう蝕（しょく）のない者の割合の増加	７８．２％	２０２１年度	８７．０％	２０２９年度	埼玉県教育委員会調べ	
１１	過去１年間に歯科検診を受診した者の割合の増加		５４．４％	２０２２年	６７％	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分／県民の健康に関するアンケート	２０歳以上
	６０歳代における咀嚼（そしゃく）良好者の割合の増加		７８．５％	２０２１年度	８５％	２０２９年度	特定健康診査（市町村国民健康保険、協会けんぽ）結果	

指標名		現状値		目標値		データソース	備考
	糖尿病と歯周病に係る医科歯科連携協力歯科医療機関数の増加	７００機関	２０２２年度	１，２００機関	２０２９年度	健康長寿課調べ	

３　生活習慣病の発症予防・重症化予防

指標名			現状値		目標値		データソース	備考
がん								
１２	がんの年齢調整罹患率の減少（人口１０万人当たり）	胃がん	男性５７．２	２０１９年	減少	２０２８年	全国がん登録	全年齢 年齢調整は、昭和６０年モデル人口
			女性２０．８					
		大腸がん	男性７４．３					
			女性４４．５					
		肺がん	男性５８．６					
			女性２３．５					
		乳がん	女性 １０１．７					
		子宮頸（けい）がん	女性１３．１					

指標名			現状値		目標値		データソース	備考
１３	がんの年齢調整死亡率（７５歳未満）の減少（人口１０万人当たり）		６８．２	２０２１年	減少	２０２８年	人口動態統計	年齢調整は昭和６０年モデル人口
１４	がん検診の受診率の向上	胃がん検診	男性 ４２．３％	２０２２年	６０％	２０２８年	国民生活基礎調査	４０～６９歳
			女性 ３３．１％					
		肺がん検診	男性 ４８．６％					
			女性 ４３．４％					
		大腸がん検診	男性 ４４．８％					
			女性 ４１．３％					
		乳がん検診	女性 ４２．５％					
		子宮（頸）がん検診	女性 ３８．２％					２０～６９歳

指標名			現状値		目標値		データソース	備考
循環器疾患								
１５	脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（１０万人当たり）	脳血管疾患	男性９３．４	２０２１年	男性６１．３	２０２９年	健康長寿課調べ	全年齢 年齢調整は平成２７年モデル人口
			女性５８．０		女性３７．９			
		虚血性心疾患	男性 １０１．９		男性７１．７			
			女性４５．６		女性２８．２			
１６	高血圧の改善（年齢調整値）		男性 １２９．４ mmHg	２０２１年度	男性 １２４．４ mmHg	２０２９年度	特定健康診査（市町村国民健康保険、協会けんぽ）結果	４０～７４歳。内服加療中の者を含む。 年齢調整は平成２７年モデル人口
			女性 １２４．６ mmHg		女性 １１９．６ mmHg			

指標名			現状値		目標値		データソース	備考
１７	脂質（LDL コレステロール）高値の者の減少（年齢調整値）		男性 １３．８％ 女性 １４．８％	２０２１年度	男性 １０．２％ 女性 １１．１％	２０２９年度	特定健康診査（市町村国民健康保険、協会けんぽ）結果	４０～７４歳。LDL コレステロール１６０㎎/dℓ以上の者年齢調整は平成２７年モデル人口
１８	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の平成２０年度と比べた減少率（特定保健指導対象者の割合の減少率）（年齢調整あり）		１１．４％	２０２１年度	２５％	２０２９年度	厚生労働省：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	平成２０年３月３１日時点の住民基本台帳人口を用いた年齢調整値
１９	特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上	特定健康診査	５６．０％	２０２１年度	７０％	２０２９年度	厚生労働省：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	
		特定保健指導	１８．７％		４５％			

指標名		現状値		目標値		データソース	備考
糖尿病							
２０	糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少	８５４人	２０２１年	８１４人	２０２９年	日本透析医学会：わが国の慢性透析療法の現況	
２１	糖尿病性腎症重症化予防に取り組む市町村数	６３市町村	２０２２年度	６３市町村	２０２９年度	健康長寿課調べ	
２２	血糖コントロール不良者の減少（年齢調整値）	１．６％	２０２１年度	１．０％未満	２０２９年度	特定健康診査（市町村国民健康保険、協会けんぽ）結果	４０～７４歳の者 HbA１c ８．０％以上の者 性別(２０２１年度) 男性：２．４％ 女性：０．８％ 年齢調整は平成２７年モデル人口

指標名			現状値		目標値		データソース	備考
再掲	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の平成２０年度と比べた減少率（特定保健指導対象者の割合の減少率）（年齢調整あり）		１１．４％	２０２１年度	２５％	２０２９年度	厚生労働省：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	平成２０年３月３１日時点の住民基本台帳人口を用いた年齢調整値
再掲	特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上	特定健康診査	５６．０％	２０２１年度	７０％	２０２９年度	厚生労働省：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	
		特定保健指導	１８．７％		４５％			
再掲	糖尿病と歯周病に係る医科歯科連携協力歯科医療機関数の増加		７００機関	２０２２年度	１，２００機関	２０２９年度	健康長寿課調べ	

指標名		現状値		目標値		データソース	備考
慢性腎臓病（ＣＫＤ）							
２３	新規透析導入患者の減少	２，０９５人	２０２１年	減少	２０２９年	日本透析医学会：わが国の慢性透析療法の現況	
慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）							
２４	ＣＯＰＤの死亡率の減少（人口１０万人当たり）	１０．５	２０２１年	１０．０	２０２９年	人口動態統計（確定値）	
再掲	喫煙率の減少（年齢調整値）	１５．２％	２０２２年	１２％	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	年齢調整は平成２７年モデル人口

４　生活機能の維持・向上

指標名		現状値		目標値		データソース	備考
２５	ロコモティブシンドロームを認知している者の割合の増加	４１．４％	２０２２年	８０％	２０２９年	県民の健康に関するアンケート	２０歳以上
２６	心理的苦痛を感じている者の減少	１０．３％	２０２２年	９．４％	２０２８年	国民生活基礎調査	２０歳以上

５　社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

指標名		現状値		目標値		データソース	備考
２７	メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加	４２．８％	２０２２年度	５２．８％	２０２７年度	安全衛生活動の取組状況に関する自主点検結果（埼玉労働局調べ）	

6　自然に健康になれる環境づくり

指標名		現状値		目標値		データソース	備考
２８	望まない受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の機会を有する者の割合	２４．９％	２０２２年	望まない受動喫煙のない社会の実現（０％）	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	２０歳以上

7　誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

指標名		現状値		目標値		データソース	備考
２９	「健康経営実践事業所」認定数の増加	２，０９８事業所	２０２２年度	４，０００事業所	２０２９年度	健康長寿課調べ	
３０	利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加	６１．９％	２０２２年度	８０％	２０２９年度	厚生労働省：衛生行政報告例	
３１	健康課題を把握し健康増進対策に取り組む事業場の増加	８０．９％	２０２２年度	９０．９％	２０２７年度	安全衛生活動の取組状況に関する自主点検結果（埼玉労働局調べ）	

８　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

指標名		現状値		目標値		データソース	備考
次世代の健康							
再掲	肥満傾向にある子供の割合の減少	１０．２％	２０２１年度	減少	２０２９年度	文部科学省：学校保健統計調査	
再掲	３歳児でう蝕（しょく）のない者の割合の増加	９１．２％	２０２１年度	９４．９％	２０２９年度	厚生労働省：母子保健法健康診査（３歳、歯科）に係る実施状況調べ	
再掲	１２歳児でう蝕（しょく）のない者の割合の増加	７８．２％	２０２１年度	８７．０％	２０２９年度	埼玉県教育委員会調べ	
高齢者の健康							
再掲	ロコモティブシンドロームを認知している者の割合の増加	４１．４％	２０２２年	８０％	２０２９年	県民の健康に関するアンケート	２０歳以上

指標名		現状値		目標値		データソース	備考
再掲	６５歳以上の運動習慣者の割合の増加	男性 ５６．５％	２０２２年	６０％	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	
		女性 ５６．８％	２０２２年	６０％			
再掲	低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制	１２．４％	２０２２年	減少	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	
再掲	６０歳代における咀嚼（そしゃく）良好者の割合の増加	７８．５％	２０２２年度	８５％	２０２９年度	特定健康診査（市町村国民健康保険、協会けんぽ）結果	
女性の健康							
再掲	２０～３０歳代女性のやせの者の割合の減少	２０．７％	２０２２年	１５％未満	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	

第２節　食育の推進

本節は、食育基本法（平成１７年法律第６３号）第１７条に基づく食育推進計画として定めるものです。

１　目指すべき姿

⑴　計画の位置づけ

国は平成１７年（２００５年）に食育基本法を定めるとともに、平成１８年度（２００６年度）から５か年の食育推進基本計画を定めました。現在、第４次計画（令和３年度（２０２１年度）から令和７年度（２０２５年度））が定められています。

また、食育基本法第１７条では、都道府県は、食育推進基本計画を基本として、食育の推進に関する施策についての計画（食育推進計画）を作成するよう努めなければならないとされています。

食育推進計画はこれまで第１次計画（平成２０年度（２００８年度）～平成２４年度（２０１２年度））、第２次計画（平成２５年度（２０１３年度）～平成２７年度（２０１５年度））、第３次計画（平成２８年度（２０１６年度）～平成３０年度（２０１８年度））、第４次計画（平成３１年度（２０１９年度）～令和５年度（２０２３年度））まで個別計画として進めてまいりましたが、本節の食育推進計画からは第５次計画（令和６年度（２０２４年度）～令和１１年度（２０２９年度））として、保健医療に係る総合計画である地域保健医療計画に組み込み、取組や指標の管理を一体的に行うことができるようにしました。

⑵　基本理念

「生涯を通じた心身の健康を支える食育」と「持続可能な食を支える食育」の推進を図り、食への理解と感謝の念を深めることにより、「食育で豊かな健康づくり」を目指します。

⑶　基本方針

基本理念を実現するため、３つの基本方針を掲げ、食育の推進を図ります。

ア　生涯を通じた健康を支える～食育が健康づくりの第一歩～

毎日の食生活を通じて、栄養バランスに配慮した食習慣の実現など正しい食習慣や生活のリズムを身につけていくように取り組み、生涯を通じた健康を支えます。

イ　持続可能な食を支える～食育で育む食と未来～

食生活が自然の恩恵の上に成り立つことを意識するとともに、豊かな食生活を生涯にわたって支えます。

ウ　正しい知識を養う～食育を通じた知識の習得～

「食」への関心を高め、「食」に関する情報を幅広く適切に得られるように取り組み、正しい知識を養います。

２　現状と課題

本項において、国民健康・栄養調査及び県民の健康に関するアンケートを資料としているデータには、令和２年（２０２０年）、

令和３年（２０２１年）の数値がありません。これは、新型コロナウイルス感染症の影響により調査が中止となったためです。

⑴　生涯を通じた健康を支える～食育が健康づくりの第一歩～

ア　栄養バランスに配慮した食生活の実践

生涯にわたって心身の健康を確保しながら、健全な食生活を実践するためには、県民一人一人が栄養バランスに配慮した食事を習慣的にとることが必要です。

(ｱ)　主食・主菜・副菜の組み合わせ

「主食・主菜・副菜を組み合わせた食事」は、望ましい栄養素摂取量、栄養状態につながることが報告されていますが、令和４年（２０２２年）においては、「主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を１日２回以上ほぼ毎日食べている者の割合（２０歳以上)」は５６．５％で、約半数となっています。

(ｲ)　食塩摂取量の減少

１日当たりの食塩摂取量（２０歳以上）は、令和４年（２０２２年）では１０．３ｇ／日（年齢調整値１０．２ｇ／日）であり、第４次計画策定時の平成２８年（２０１６年）の１０．１ｇ／日（年齢調整値１０．０ｇ／日）から変化が見られませんでした。

食塩摂取の目標量について、日本人の食事摂取基準(２０２０年版）では、１日当たり男性７．５ｇ未満、女性６．５ｇ未満とされています。減塩は血圧を低下させ、結果的に循環器疾患を減少させます。減塩を軸に、健康に関心の薄い人への啓発を含め、適切な栄養・食生活情報を提供する方法の検討など、自然に健康になれる食環境づくりを県、市町村、企業、民間団体等の多様な主体が連携することにより取り組んでいく必要があります。

(ｳ)　野菜摂取量の増加

１日当たりの平均野菜摂取量（２０歳以上）は、令和４年（２０２２年）では３０７ｇ／日で、第４次計画策定時の平成２８年（２０１６年）の２９７．６ｇ／日から統計上の有意な増加が見られず、目標である１日当たりの摂取量３５０ｇを下回っています。

イ　朝食を欠食する若い世代の減少

朝食を毎日食べることは、栄養バランスに配慮した食生活や基本的な生活習慣を身に付ける観点から非常に重要です。

特に、２０～３０歳代の若い世代は、朝食欠食の割合が高く、加えて、次世代に食育をつなぐ大切な担い手でもあるため、引き続き、若い世代の朝食欠食を減らす取組が必要です。

２０～３０歳代の朝食欠食者の割合は、令和４年（２０２２年）では男性が９．１％、女性が２７．６％でした。

ウ　歯・口腔(くう)保健

(ｱ)　ゆっくりよくかんで食べる

健やかで豊かな生活を送るためには、口腔機能が十分に発達し、維持されることが重要です。健康寿命の延伸のためにかみ方や食べる速さにも着目し、口腔の健康や口腔機能の獲得・維持・向上と関連させた食育が重要になっています。令和４年（２０２２年）では、「ゆっくりよくかんで食べる」と回答した者（２０歳以上）は、５３．７％でした。

(ｲ)　６０歳代における咀嚼良好者

高齢期以降は、歯の損失に伴いかむ力が低下することから、食品選択や栄養摂取状況に影響を及ぼし、生活習慣病やフレイルの原因となる場合もあります。６０歳代における咀嚼良好者の割合は、令和３年度（２０２１年度）に７８．５％となっています。

エ　適正体重の維持

生活習慣病の予防や改善には、日常から望ましい食生活を意識し実践することが重要です。しかし、エネルギーや食塩の過剰摂取等に代表されるような栄養素等の偏りや食習慣の乱れ、それに起因する肥満、やせ、低栄養等、生活習慣病につながる課題がみられ、さらに取組を進めることが必要です。

(ｱ)　２０～３０歳代女性のやせ

これまで若年女性のやせは、２０歳代を対象としてきましたが、この１０年間、統計上の有意な改善がみられませんでした。引き続き取組を進めるとともに、３０歳代においても同様に一定の割合でやせが存在することから、今後は、２０～３０歳代女性を対象に取組をすすめていきます。

令和４年（２０２２年）は、２０～３０歳代の女性のやせの者（ＢＭＩ１８．５未満）の割合が２０．７％でした。

(ｲ)　２０～６０歳代男性の肥満

令和４年（２０２２年）における肥満者（ＢＭＩ２５以上）の割合は、２０～６０歳代の男性では２７．５％であり、第４次計画策定時の令和元年度（２０１９年度）と比較してほぼ横ばいです。

⑵　持続可能な食を支える～食育で育む食と未来～

ア　家族と一緒に食べる「共食」の状況

家族が食卓を囲んでともに食事をとりながらコミュニケーションを図ることは、食育の原点です。共食を通じて、食の楽しさを実感するだけでなく、食や生活に関する基礎を伝え、習得する機会にもなることから、引き続き取り組んでいくことが重要です。令和４年（２０２２年）における朝食又は夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数は、週９．７回でした。

イ　食育への関心

食育に関心を持っている者（２０歳以上）の割合は、令和４年（２０２２年）では５２．３％でした。年代が高くなるほど食育に関心を持っている者の割合が高い傾向がみられることから、若い世代への働きかけが重要と考えられます。

ウ　地産地消の推進

地産地消を推進することにより、消費者と地域の生産者との「顔の見える関係」が構築され、より両者の結びつきが強化されます。また、流通コストの削減、輸送時に発生するCO_2の抑制などの効果も期待できます。

エ　学校給食における地場産物の活用

学校給食における地場産物使用等の取組により、地域の自然、文化、産業等に関する理解を深めるとともに、生産者の努力や食に対する感謝の念を育むことが期待されています。本県では、学校給食で提供される米及び牛乳はほぼ１００％県産です。

令和４年度（２０２２年度）の学校給食における地場産物を使用する割合（金額ベース）は、県産では４１．１％、県産を含む国産では８６．３％でした。

オ　学校給食や食に関する指導を通して地元産食材への理解を深める活動

彩の国ふるさと学校給食月間において、食体験を活用して地元食材への理解を深める活動を行った小中学校の割合は、令和４年度（２０２２年度）で８５．９％でした。新型コロナウイルス感染症の拡大により活動が難しい時期もありましたが、各学校での様々な工夫により活動が進められています。

カ　食品ロス削減に向けた取組

我が国においては、食料を海外からの輸入に大きく依存する一方、年間５２３万トン（令和３年度推計）の食品ロスが発生しています。特に食品ロスの約半分は家庭からの発生であることを踏まえ、県民一人一人がそれぞれの立場で食品ロスの削減に「もったいない」という精神で、自発的に取り組んでいくことが必要です。

⑶　正しい知識を養う～食育を通じた知識の習得～

ア　栄養や健康に関する正しい情報の発信

「食育ガイド」や「食事バランスガイド」等を活用して、県民一人一人が自ら食育に関する取組を実践できるよう普及啓発を進めていくことが必要です。また、栄養バランスに配慮した食生活の実践割合は、若い世代はその他の世代よりも低いことが課題となっています。若い世代が食育に関心を持ち、自ら食生活の改善等に取り組んでいけるようホームページやＳＮＳ（ソーシャルネットワークサービス）などを活用した情報提供を行うことも必要です。

イ　食品の安全性への関心

食品の安全性の確保は、県民の健康と健全な食生活の実現に当たって基本的な問題であり、県民の関心も非常に高くなって

います。また、食品の提供者が食品の安全性の確保に万全を期すだけでなく、食品を消費する立場にある県民においても、食品の安全性をはじめとする食に関する知識と理解を深めることが必要です。

ウ　災害時における食事に関する取組

近年、頻度を増す大規模災害等に備え、防災知識の普及は急務です。国、地方自治体による食料の備蓄、民間企業等による物資支援による食料品の提供に加え、家庭での備蓄の取組は非常に重要です。また家庭においては、災害時であるからこそ、普段から食べ慣れた食品を準備しておくことが必要であり、ローリングストック法（普段の食料品を少し多めに買い置きし、消費した分を補充する方法）などにより、普段、食べ慣れている食料品の備蓄を行うよう情報発信を行うことが必要です。

令和４年度（２０２２年度）に災害に備え、３日分以上の食料を備蓄している者の割合は４３．０％です。

エ　食育の推進に関わるボランティア団体等の活動

食生活改善推進員等のボランティアが行う調理実習や体験活動等において、地域の郷土料理や伝統料理を取り入れることにより、食文化の普及と継承が図られています。

令和３年度（２０２１年度)、食育の推進に関わるボランティア団体等において活動している県民の数は９，２５９人です。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　生涯を通じた健康を支える～食育が健康づくりの第一歩～

ア　目指す方向性

毎日の食生活を通じて、栄養バランスに配慮した食習慣の実践など正しい食習慣や生活のリズムを身につけていくように取り組み、生涯を通じた健康を支えます。

イ　主な取組

(ｱ)　栄養バランスに配慮した食生活の実践

・妊娠期から育児期の母子の健康管理のための食育に関する知識の普及・啓発
・学校給食等を通じた望ましい食習慣の形成
・学校給食等を通じ、日常生活における食事について正しい理解を深め、健全な食生活を営むことができる判断力を養成
・適切な量と質の食事をとる者の増加への取組の推進（再掲）

(ｲ)　朝食を欠食する若い世代の減少

・子供の規則正しい生活リズムの定着、朝食の大切さの理解のための「早寝・早起き・朝ごはん」等の取組
・学校給食等を通じた望ましい食習慣の形成（再掲）

・若い世代に対する食事の重要性や食習慣の改善に関する情報の提供

(ｳ)　歯・口腔保健の推進

・生涯にわたり自分の歯・口腔の健康を保ち、食生活を楽しむための歯科口腔保健の推進

・６０歳代における咀嚼良好者の増加への取組（再掲）

(ｴ)　適正体重の維持

・適正体重を維持している者の増加への取組（再掲）

⑵　持続可能な食を支える～食育で育む食と未来～

ア　目指す方向性

食生活が自然の恩恵の上に成り立つことを意識するとともに、豊かな食生活を生涯にわたって支えます。

イ　主な取組

(ｱ)　家族と一緒に食べる「共食」の推進

・家族そろって語らいながら楽しく食事をする「共食」の推奨

・各種ボランティア団体、職能団体、企業等による、楽しい食事づくりや共食の促進

(ｲ)　食育への関心

・様々な場所や機会において、自発的に食育に取り組める地域活動への支援

・学校等の場で子供が楽しく食について学ぶことができるような取組の促進

・食生活が自然の恩恵の上に成り立ち、食に関わる人々の様々な活動に支えられていることについて、学校給食等を通して理解を深め、感謝の念を醸成

・国の定めた食育月間（毎年６月）や食育の日（毎月１９日）を活用した食育推進運動の重点的かつ効果的な推進

(ｳ)　地産地消の推進

・家庭・地域への地産地消の普及・啓発

・地場農産物を活用した加工食品の拡大

・農林業や食と地域農業への理解を深める普及・啓発活動の促進

・県産農産物が消費者に届く仕組みづくりによる地産地消の推進

・県内各地の伝統的な料理など、食文化に関する情報の収集

・県産農産物のＰＲイベントや各種コンテストを活用した県産農産物の情報発信

(ｴ)　学校給食における地場産物の活用

・学校給食における地場産物の利用促進

・学校給食等での郷土料理を取り入れた献立など、地域に伝わる食文化に触れる機会づくりの促進

(ｵ)　食体験を活用して地元産食材への理解を深める活動

・学校給食や農業体験を通じての食や地域の農業に対する理解の学習

・農作業に触れる学校ファーム（埼玉県みどりの学校ファーム）の推進

・料理教室や農作業の体験等を通じた食や地域の農業に対する理解の促進

(ｶ)　食品ロス削減に向けた取組

・飲食店や小売業などで食品ロス削減につながる取組を実施する「彩の国エコぐるめ協力店」登録の普及による環境保全への配慮

・事業者の業務継続に必要となる災害用備蓄食料の特性を活かした有効活用の取組

・食品ロス削減に対する県民の意識啓発

⑶　正しい知識を養う～食育を通じた知識の習得～

ア　目指す方向性

「食」への関心を高め、「食」に関する情報を幅広く適切に得られるように取り組み、正しい知識を養います。

イ　主な取組

(ｱ)　栄養や健康に関する正しい情報の発信

・県ホームページやＳＮＳなどを活用した栄養・食生活等の情報発信

・食育の推進に取り組むボランティア団体、職能団体等との連携による情報発信

(ｲ)　食品の安全性への関心

・高校生を対象にした食の安全啓発活動の実施

・望ましい食生活・食の安全性に関する判断力を高める食育の推進

・国内外の食の安全・安心に関する正しく分かりやすい情報、知りたい情報の提供

・消費者、農業生産者を含む、食品等関係事業者及び行政の相互理解の促進

・リスクコミュニケーションの促進（学校給食や保育現場などで食の安全に携わる職員等を対象とした研修会と情報・意見交換）

・安全・安心な食品の供給を行うための食品産業との連携

・健康で豊かな食文化の推進を図るため、県民が主体的に取り組む活動に対して、情報提供、人材の養成及び関係者のネットワーク形成等への支援の実施
・安全な食品の生産・供給の促進
・食品表示法に基づく食品表示基準の普及・啓発の促進
・生産から消費にわたる監視・指導の徹底

(ｳ) 災害時における食事に関する取組
・３日分以上の水・食料の備蓄啓発
・特定給食施設における非常食等の備蓄の推進

(ｴ) 食育の推進に関わるボランティア団体等の活動
・各種ボランティア団体、職能団体、企業等による、楽しい食事づくりや共食の促進（再掲）
・各種ボランティア団体、職能団体、企業等の食育推進活動の促進
・食文化の継承に取り組むボランティア団体等、職能団体との連携による郷土料理の継承や共食の推進
・生産者、消費者、食品等事業者、ボランティア団体や職能団体の食育活動への支援と連携の促進

４　指標

⑴　食塩摂取量の減少（年齢調整値）

現状値　１０．２ｇ　（令和４年（２０２２年））　→　目標値　７．５ｇ未満　（令和１１年（２０２９年））

（関連指標）

指標名		現状値		目標値		データソース
１	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を１日２回以上ほぼ毎日食べている者の割合（年齢調整値）（２０歳以上）	４９．９％	２０２２年	７０％以上	２０２９年	県民の健康に関するアンケート／国民健康・栄養調査埼玉県分
２	食塩摂取量の減少（年齢調整値）（２０歳以上）	１０．２ｇ	２０２２年	７．５ｇ未満	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分

指標名		現状値		目標値		データソース
３	野菜摂取量の増加（年齢調整値）（２０歳以上）	２８７ｇ	２０２２年	３５０ｇ以上	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分
４	朝食を欠食する若い世代の割合の減少（２０～３０歳代）	１９．６％	２０２２年	１５．０％以下	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分
５	ゆっくりよくかんで食べる県民の割合の増加（２０歳以上）	５３．７％	２０２２年	５５．０％以上	２０２９年	県民の健康に関するアンケート
６	６０歳代における咀嚼良好者の割合の増加	７８．５％	２０２１年度	８５．０％	２０２９年度	特定健康診査データ解析報告書～協会けんぽ＋市町村国保～（埼玉県衛生研究所）
７	２０～３０歳代女性のやせの者の割合の減少	２０．７％	２０２２年	１５％未満	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分
８	２０～６０歳代男性の肥満者の割合の減少	２７．５％	２０２２年	２５％未満	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分
９	朝食又は夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数の増加	週９．７回	２０２２年	週１１回以上	２０２９年	県民の健康に関するアンケート／国民健康・栄養調査埼玉県分
１０	食育に関心を持っている県民の割合の増加（２０歳以上）	５２．３％	２０２２年	９０％以上	２０２９年	県民の健康に関するアンケート
１１	学校給食における地場産物を使用する割合（金額ベース）	県産 ４１．１％ 国産 ８６．３％	２０２２年度	維持または向上	２０２９年度	学校給食における地場産物・国産食材の使用状況調査

指標名		現状値		目標値		データソース
１２	彩の国ふるさと学校給食月間において、学校給食や食に関する指導を通して地元産食材への理解を深める活動をした小中学校の割合の増加	８５．９％	２０２２年度	１００％	２０２９年度	彩の国ふるさと学校給食月間取組報告
１３	災害に備え３日分以上の食料を備蓄している者の割合の増加	４３．０％	２０２２年度	増加	２０２９年度	県政サポーターアンケート（県危機管理課）結果を健康長寿課にて再計算
１４	食育の推進に関わるボランティア団体等において活動している県民の数の増加	９，２５９人	２０２１年度	増加	２０２８年度	健康長寿課調べ

第３節　歯科保健対策

本節は、歯科口腔保健の推進に関する法律（平成２３年法律第９５号）第１３条第１項及び埼玉県歯科口腔保健の推進に関する条例第６条に基づく歯科口腔保健推進計画として定めるものです。

１　目指すべき姿

⑴　計画策定の趣旨

人生１００年時代を迎え、県民一人一人が健康で生き生きと暮らすことができる健康長寿社会の実現が望まれています。

歯・口腔の健康は、全身の健康に基礎的かつ重要な役割を果たしているとともに、食事をする機能とその喜びや会話の楽しさを保つ上で重要であり、身体的な健康だけでなく、精神的、社会的な健康にも大きく寄与することが分かってきました。このため、本節に基づき、県民一人一人の口腔の健康に関する自己管理能力を高めるとともに、県民の年齢や心身の状況に応じて

適切かつ効果的な歯・口腔の健康づくりのための保健サービスや医療を受けられる環境を整備し、誰一人として取り残さない歯科口腔保健、健康寿命の延伸並びに健康格差の縮小の実現を目指すための取組を行います。

⑵　計画の位置付け

本県では、歯科口腔保健の推進に関する施策を総合的かつ計画的に推進し、これにより、県民の生涯にわたる健康で質の高い生活の確保に寄与することを目的に、埼玉県歯科口腔保健の推進に関する条例（以下、「歯科口腔保健推進条例」という。）を平成２３年（２０１１年）に制定しました。

歯科口腔保健推進条例では、第６条において、知事は、歯科口腔保健の推進に関する施策につき、それらの総合的かつ計画的な実施のための方針、目標、計画その他の基本的事項を定めることとしており、本節はこれに基づく計画としています。

また、歯科口腔保健の推進に関する法律（平成２３年法律第９５号）第１３条第１項に基づく歯科口腔保健推進計画としても位置づけられており、同法第１２条第１項に基づく「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第２次）」（歯・口腔の健康づくりプラン）とも整合性を図り策定しています。

本県の歯科口腔保健推進計画はこれまで第１次計画（平成２５年度（２０１３年度）～平成２７年度（２０１５年度））、第２次計画（平成２８年度（２０１６年度）～平成３０年度（２０１８年度））、第３次計画（平成３１年度（２０１９年度）～令和５年度（２０２３年度））まで個別計画として進めてきましたが、本節の歯科口腔保健推進計画からは第４次計画（令和６年度（２０２４年度）～令和１１年度（２０２９年度））として、保健医療に係る総合計画である地域保健医療計画に組み込み、取組や指標の管理を一体的に行うことができるようにしました。

⑶　基本理念

次の３項目を基本理念として掲げ、これを実現するための施策を展開し、最終目標として「歯・口腔に関する健康格差の縮小」を目指します。

・生涯にわたる歯科疾患の予防や口腔機能の獲得・維持・向上に向けた取組の推進
・ライフステージに応じた適切な取組とライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的にとらえた健康づくりをいう。第３節において同じ）に基づく歯科口腔保健施策の展開
・関連分野における施策との連携、関係者の協力による社会全体で支えあう環境の整備

2　現状と課題

⑴　生涯を通じた歯・口腔の健康づくり

歯・口腔の健康は、全身の健康にもつながることから、生涯を通じた歯・口腔の健康づくりの取組を充実していくことが求められています。

また、歯・口腔の健康と機能は、糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病、認知症との関連性が指摘されており、健康寿命の延伸や生活の質（ＱＯＬ）の向上のために基礎的かつ重要な要素となります。しかし、現状では多くの人がう蝕や歯周病に罹患し、５０歳代から歯を失う傾向が大きくなっています。そのため、う蝕や歯周病等の歯科疾患予防は、生涯を通じた取組が必要です。

平成元年（１９８９年）から、歯・口腔の健康状態を保持増進し、８０歳で２０本以上の歯を保有することをスローガンとした「８０２０（はちまるにいまる）運動」が展開されています。

超高齢社会の進展を踏まえ、これを更に推進し、口腔機能の維持向上のための定期歯科検診（健康診査及び健康診断を含む。以下同じ。）を定着させることが重要です。また、在宅での生活を余儀なくされている方々への歯科検診なども必要になります。

あわせて、地域、職場、学校、医療機関、行政など社会全体が歯・口腔の健康づくりに取り組むことが必要です。

また、歯科口腔保健の推進に向けた取組を適切にかつ効果的に行うためには、個人の特性や各地域の社会環境等を配慮したライフコースアプローチに基づくきめ細かな歯科口腔保健サービスの提供体制を構築することが求められます。生涯にわたって健やかな生活が確保されるよう、歯科口腔保健推進条例に基づく歯科口腔保健医療対策を推進する必要があります。

⑵　母子歯科保健・学校歯科保健対策の推進

乳幼児期からのう蝕予防は、健康な歯・口腔の健全な育成に寄与するのみでなく、適切な食生活の実現や社会生活の質の向上を通じて、健康格差の縮小を実現し、将来的には健康寿命の延伸につながることになります。

本県の乳幼児のう蝕有病者率は減少傾向にありますが、地域間格差の拡大が認められるなど、対策の成果は十分とは言えない状況です。さらに、児童生徒（小・中学校児童生徒。以下同じ。）のう蝕有病者率についても減少傾向にあるものの依然とし

て高い値を示す地域が認められ、地域間格差について改善が図られていません。また、生活困窮家庭の児童生徒については、そうでない家庭の児童生徒よりもう蝕のある歯の本数が多いといった調査結果もあり、経済格差が個人間の格差を助長させるといった課題もあります。

う蝕は、学習能率を低下させるばかりでなく、健康な身体をつくり上げるための食生活にも影響を与えます。生活習慣病へのリスクのほか、進学や就労といったキャリア形成にも関係すると言っても過言ではありません。小・中・高・特別支援学校等において、児童生徒の発達の段階や特性等を踏まえつつ、一貫した歯・口腔の健康づくりに努める必要があります。

う蝕予防は、妊娠期や子育て期からの取組が効果的である一方、生活環境やそれを取り巻く社会的環境の影響を受けやすい側面を持っています。多くの調査・研究から、フッ化物応用法は、個人及び地域において取り組む、う蝕予防法として効果があることが分かっています。特に、保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校や特別支援学校等における集団での実施は、継続性に優れ、家庭環境によらず地域で平等にう蝕予防の恩恵を受けられる利点があります。

このため、保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校や特別支援学校等での集団によるフッ化物洗口を県内全域に拡大していく必要があります。

個人レベルで予防対策を高める方法しては、家庭での歯・口腔の健康管理（セルフケア）があります。このほか、歯科医療機関で専門家が実施するプロフェッショナルケアや地域全体で健康を支援する地域保健（コミュニティケア）の方法があります。

これらの実践による総合的なう蝕予防対策を進めるとともに、エビデンスに基づく正しい知識の普及啓発と健康教育を実施することが重要です。

⑶　成人歯科保健医療対策の推進

２０歳以降は、歯の喪失原因である歯周病の罹患が顕著となる時期です。特に、妊娠期特有の身体の変化により口腔内の問題を抱える妊産婦が多くなります。

また、４０歳以降の抜歯原因は、４０～５０％が歯周病です。成人期において、進行した歯周病（歯周ポケット４㎜以上）を有する人の割合は年齢とともに増加し、５０歳以降､喪失歯が急増することを考慮すると、この時期の歯周病対策が重要です。歯周病予防・重症化予防は、生涯を通じた取組が重要です。それにより、歯の喪失防止・口腔機能の維持・向上につながります。そのため、歯・口腔の健康管理（セルフケア）や喫煙などの生活習慣の改善とともに、必要に応じた歯科医療機関での管理

が求められています。

加えて、それらを支援するための効果的な保健指導等の基盤整備を進める必要があります。歯の喪失・歯周病及び口腔機能の低下と糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病、認知症との関連性、全身と歯の健康の関連性が指摘されており、医科と歯科との連携もより一層重要になっています。

⑷　高齢者や障害児・者に対する歯科保健医療体制の確保

本県の要支援・要介護者数は、令和７年度（２０２５年度）は約３７．５万人、令和２２年度（２０４０年度）は約４５．３万人に増加することが見込まれています。

加齢に伴って様々な身体機能や認知機能が低下し虚弱となるフレイル予防への対応は今後非常に重要であり、早期からの包括的予防が求められています。口腔機能における軽微な衰え（滑舌の低下、食べこぼし、むせ、かめない食品が増える等）からオーラルフレイルが始まりますが、これが全身のフレイルの入り口になるとされています。口腔機能の衰えを早期に発見し改善することは、摂食嚥下機能の低下やその進行を予防することにも繋がります。また、高齢者に多い誤嚥性肺炎についても、予防対策として栄養管理とともに口腔ケアが効果的です。

要介護者を含む高齢者や障害児・者は歯科受診が困難である場合が多く、口腔内の状態は一般的に悪化しやすい状況にありますが、自ら歯科医療機関に行くことができない方に対しても適切な歯科医療を提供できるよう、在宅歯科医療の更なる推進が求められています。

超高齢社会の進展に対応するため、地域包括ケアシステムの推進が重要な取組として位置づけられる中、在宅歯科医療の推進は、喫緊の課題となっています。

歯科疾患に悩む要介護者を含む高齢者や障害児・者の歯科口腔保健医療対策を推進し、歯・口腔の健康の保持や嚥下を含む口腔機能の維持・回復を図ることが必要であることから訪問歯科診療や障害児・者の歯科診療に対応する歯科医師等の養成など、人材育成・確保が重要となります。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　歯科疾患の予防

う蝕や歯周病など歯科疾患の予防については、ライフステージごとの特性を踏まえ、施策を展開します。小児期からのう蝕

予防をはじめとする様々な対策として効果的なフッ化物応用や口腔清掃等が歯の喪失防止や生涯を通じた口腔機能の保持に有効です。

ライフステージごとの特性を踏まえた歯科疾患予防の取組が、ライフコースアプローチに基づき切れ目なく重層的に行われていくことが大切です。

ア　妊娠期から子育て期における母子の歯科口腔保健の推進

子供の歯は胎児のときから育まれます。生まれたばかりの乳児の口の中にはう蝕の原因となる菌は存在しないことから、保育者による歯を守る行動が大切です。う蝕予防には、乳幼児からの規則正しい生活と歯みがきの習慣を身に付けることが必要です。

また、妊産婦は、女性ホルモンの増加や生活習慣の変化等により、う蝕や歯周病などの歯科疾患が悪化しやすい傾向にあります。妊娠期は体調の変化や家庭環境により、自覚症状があってもなかなか歯科受診できず、放置されることも少なくありません。妊娠中の歯周病により早産や低体重児出産の可能性が高くなることが指摘されています。

このため、市町村における妊産婦や乳幼児を対象とした生活保健指導への支援、乳幼児健康診査での啓発活動の促進等、妊娠期から子育て期における母子の歯科口腔保健を推進します。

【主な取組】

・市町村の保健師や管理栄養士、地域の医師、助産師等を対象とした妊産婦と乳幼児への生活歯援（しえん）指導研修会等の実施により、妊産婦や乳児に対する歯科保健指導の充実を図ります。

・妊娠中の歯の健康管理、定期的な歯科検診や受診勧奨及び乳幼児の乳歯の管理について、市町村に母子健康手帳及び副読本によって周知できるよう情報提供をします。

・児童虐待防止歯科保健研修会により、歯科医師等による児童虐待の早期発見を促進します。

・保育所等における定期的な歯科検診の実施を支援します。

・１歳６か月児健康診査及び３歳児健康診査の県内市町村の実施状況を把握し、調査結果を市町村に情報提供します。

・小・中学校における定期的な歯科健診の実施により、児童生徒の歯・口腔の状態を把握し、公表します。

・歯・口の健康に関する今日的課題を解決するために講義や実践発表を行い、学校歯科保健活動の充実を図ります。

・歯科保健活動における優秀な学校を表彰するとともに、講演や実践発表を行い、学校歯科保健活動の充実を図ります。

・望ましい食生活やゆっくりかんで食べるなどの生活習慣の基礎が身に付くよう、食育に係る啓発活動を支援します。

イ　幼児・児童生徒のう蝕予防のためのフッ化物応用の推進

フッ化物応用によるう蝕予防の有効性と安全性は、既に国内外の多くの調査・研究によって明らかにされています。県内では、乳幼児健康診査の際、フッ化物歯面塗布を実施する市町村も増えてきています。小・中学校など集団で行うフッ化物洗口は、継続性に優れ、地域においてう蝕予防の恩恵を平等に受けることができます。あわせて、「自分の歯は自分で守る」という意識の醸成や歯みがきの習慣化も期待できます。このため、保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校、特別支援学校等でのフッ化物洗口の実施を支援し、実施施設を拡大するなど、幼児・児童生徒のう蝕予防のためのフッ化物応用を推進します。

【主な取組】

・保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校、特別支援学校等に対し、フッ化物洗口に係る薬剤・器材の支給や歯科医師による技術支援など導入に向けた支援を行います。

・埼玉県小児う蝕予防対策推進委員会を開催し、フッ化物洗口の拡大に向けた事業の実施計画を策定するとともに小児のう蝕予防対策に関する取組について協議します。

・「小児期からのフッ化物応用の進め方研修会」を通じて保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校、特別支援学校等に対し、フッ化物洗口の効果に係る情報を提供し、導入に向けた啓発を行います。

・生活に困窮する世帯の子供に対し、フッ化物洗口を含む歯科保健指導を行うなど個別に支援し、健康格差の縮小に努めます。

・フッ化物洗口が困難な障害児･者施設等でのフッ化物歯面塗布、フッ化物配合歯みがき剤等の普及を促進します。

ウ　成人期の歯科口腔保健の推進

成人期は、歯の喪失原因である歯周病が増加していく時期です。歯周病の予防については、日頃のセルフケアに加えて、専門的な指導や管理を行うプロフェッショナルケアとの組み合わせが重要となります。成人期においても、継続的なう蝕予防とあわせ、歯周病予防と早期発見・早期治療が大切です。このため、地域や職域において定期歯科検診や歯科保健指導の機会の提供など成人期の歯科口腔保健を推進します。県内には、生活習慣病予防の取組として、一部の保険者と連携して特定健康診査の場において歯科健診を実施したり、特定保健指導を実施している先駆的な歯科医療機関もあります。

【主な取組】

・各地域で市町村職員･保健師、成人保健の関係者等を対象に「成人歯科保健研修会」を開催し、保健指導等を含めた定期的な歯科検診の普及に加え、歯科口腔保健の観点からの生活習慣病対策や歯周病予防の取組を促進します。
・多職種の成人保健医療関係者を対象に、歯科保健研修会等を開催し、歯科と栄養からの生活習慣病予防を推進します。
・市町村職員や事業者、医療保険者等成人保健関係者などを対象に、研修会を開催し、「標準的な成人歯科健診プログラム・保健指導マニュアル」（生活歯援（しえん）プログラム）の普及を図ります。
・歯科関係者、市町村・保健医療関係者を対象に、歯科からの禁煙支援を行うための研修会を開催し、必要な知識の普及を図ります。

エ　高齢期の歯科口腔保健の推進

厚生労働省が令和４年（２０２２年）１１月から１２月に実施した歯科疾患実態調査の全国結果では、８０歳になっても自分の歯が２０本以上ある８０２０（はちまるにいまる）を達成した人の割合は５１．６％でした。

高齢者の現在歯数の増加に伴い、う蝕や歯周病になる可能性が高まることから、根面う蝕の予防と現在歯の健全な状態を維持する取組が必要となります。

また、高齢期においては、摂食嚥下等の口腔機能が低下しやすく、オーラルフレイルさらにはフレイルに陥る場合があり、その予防対策が重要となります。

このため、市町村職員や介護保険施設の職員等を対象とした研修会の実施など高齢者の心身の特性を踏まえた高齢期の歯科口腔保健を推進します。

【主な取組】

・各地域で介護保険施設の職員や市町村職員等を対象に「高齢者歯科保健研修会」を開催し、要介護高齢者等に対する口腔ケアの知識や実習、フレイル予防対策にも重要な口腔機能向上トレーニングの普及啓発を行います。

・介護保険施設等の職員等に対し、適切な口腔ケアや食支援に関する指導を行うとともに、入所者には歯科保健指導を行います。

・地域在宅歯科医療推進拠点において、要介護高齢者等の歯科口腔保健医療に関する相談に対応します。

・警察本部がさいたま市岩槻区に設置する高齢者講習施設において、施設を利用する高齢者やその家族に対して口腔機能の向上に関する普及啓発を行うとともに、地域在宅歯科医療推進拠点事業の周知を実施します。

オ　歯科口腔保健に関する正しい知識の普及啓発

誰一人として取り残さない県民の歯科口腔保健を推進するためには、歯・口腔の健康づくりのための個人の行動変容を促すとともに、社会全体として、歯・口腔の健康づくりの支援を行う取組が大切です。その一環として、全ての国民が生涯にわたって自分の歯を２０本以上残すことをスローガンとした「８０２０運動」が定着しましたが、超高齢社会の進展を踏まえ、健康寿命を延伸し、生活の質（ＱＯＬ）の維持・向上のためには更なる取組が重要となります。単に歯を残すのではなく口腔機能の向上に有効で、かつ全身の健康に繋がる運動が必要です。このため「歯と口の健康週間」や「いい歯の日」などの機会を捉え、継続的に県民に対し歯科口腔保健に関する正しい知識の普及啓発を行います。

【主な取組】

・歯・口の健康に関する今日的課題を解決するために講義や実践発表を行い、学校歯科保健活動の充実を図ります。（再掲）

・歯科保健活動における優秀な学校を表彰するとともに、講演や実践発表を行い、学校歯科保健活動の充実を図ります。（再掲）

・各地域で保健所歯科口腔保健連携会議を開催し、歯科口腔保健における最新の知見の提供や地域課題の解決に向けた知識の普及を行います。

・埼玉県歯科医師会と連携して「８０２０運動」の更なる推進を図る広報活動を展開します。

・保育所、幼稚園、認定こども園、小・中学校、特別支援学校等において、歯みがき指導等、成長段階に応じた歯科保健指導を実施し、歯・口腔に関するセルフケアの普及活動を行います。

⑵　生活の質（ＱＯＬ）の向上に向けた口腔機能の獲得・維持・向上

口腔機能は、日常生活に不可欠な食事に密接に関わり、健康寿命の延伸や生活の質（ＱＯＬ）の向上に大きな影響を及ぼします。

咀嚼機能が低下すると、繊維の多い野菜やかみごたえのある肉が食べられなくなるなど、摂取する食品群にも偏りが生じ、低栄養や生活習慣病を招く要因となります。

特に、乳児期から学齢期にかけては、顎顔面の成長発育が進む大切な時期で、また永久歯に生え変わる時期でもあるため、健全な口腔機能の獲得のための取組が重要です。

また、加齢による生理的変化、歯並び・噛み合わせ・顎骨の形態や、う蝕・歯周病等による歯の喪失の要因も踏まえ、口腔機能の維持・向上の対策が重要です。

ア　生涯を通じた口腔機能の獲得・維持・向上の推進

食べることや話すことの楽しみ等生活の質（ＱＯＬ）の向上を図るためには、乳幼児期から学齢期において適切な口腔機能を獲得し、成人期以降は口腔機能の維持を図るとともに、機能が低下した際には回復及び向上を図っていくことが大切です。

そのため、健康で質の高い生活を確保するために、ライフステージごとの特性を踏まえつつ、ライフコースアプローチに基づく口腔機能獲得・維持・向上に取り組みます。

【主な取組】

・歯・口・顎の成長発達を促すために、正しい姿勢での食事摂取、口呼吸など口腔機能の獲得等に悪影響を及ぼす習癖等の防止、正しくかむことの重要性等について、食育指導等を通じて学校歯科保健活動の充実を図ります。

・望ましい食生活やゆっくりかんで食べるなどの生活習慣の基礎が身に付くよう、食育に係る啓発活動を支援します。（再掲）

・各地域で介護保険施設の職員や市町村職員等を対象に「高齢者歯科保健研修会」を開催し、要介護高齢者等に対する口腔ケアの知識や実習、フレイル予防対策にも有効な口腔機能向上トレーニングの重要性について普及啓発を行います。（再掲）

・警察本部がさいたま市岩槻区に設置する高齢者講習施設において、施設を利用する高齢者やその家族に対して口腔機能の向上に関する普及啓発を行うとともに、地域在宅歯科医療推進拠点事業の周知を実施します。（再掲）

イ　糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病及び喫煙による影響対策の推進

糖尿病と歯周病は、相互に悪影響を及ぼすことが分かっています。歯肉の炎症によって身体の血糖のコントロールが悪化し、糖尿病が発症・進行しやすくなります。一方、高血糖状態にあると身体を守るための免疫機能が低下し、歯周病が発症・進行しやすくなります。脳卒中は、手足だけでなく、顎顔面領域にも運動障害を引き起こし、口腔機能の悪化を招きます。

冠動脈性心疾患は、歯周病やう蝕菌が影響を及ぼす可能性があります。がんの治療中には、化学療法・放射線療法などにより唾液分泌機能低下・口内炎など口腔に関連する副作用や合併症になることがあります。また、療養生活の質の維持・向上の観点から、がん患者に対する口腔の管理に、歯科医師や歯科衛生士等が口腔ケアチームとして対応することが必要です。

このように、糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病の予防や治療は、歯科口腔の健全の保持と密接に関連しています。このため、歯科口腔保健分野においても、こうした生活習慣病のリスクを軽減する対策が重要となっています。

また、喫煙により歯周病や生活習慣病のリスクが高まることから、禁煙対策及び受動喫煙の防止対策を推進します。

【主な取組】

・埼玉県医科歯科・多職種連携推進会議の開催により、歯科と糖尿病をはじめとする他の医療分野と連携した対策を促進します。

・歯科医師、歯科衛生士を対象に、糖尿病やがん､心疾患、脳卒中などの生活習慣病や禁煙支援、認知症に対応するための研修会を実施します。

・各地域で歯科衛生士や保健師等、市町村や関係機関等における歯科保健担当者、成人保健の関係者等を対象に「成人歯科保健研修会」を開催し、歯周病と糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病や認知症との関連に係る知識の普及啓発を行います。

・各がん診療連携拠点病院等において、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組みます。

・健康増進法や県認証制度による受動喫煙防止対策を推進するとともに禁煙による健康づくりを促進します。

・歯科関係者、市町村・保健医療関係者を対象に、歯科からの禁煙支援を行うための研修会を開催し、必要な知識の普及を図ります。（再掲）

ウ　介護予防における口腔ケアの促進

老化や脳血管障害の後遺症などによって、口腔の周囲関連筋力の低下、飲み込む機能（嚥下機能）や咳をする力が弱くなると、口腔内の細菌、食べかす、逆流した胃液などが誤って気管に入りやすくなります。その結果、発症するのが誤嚥性肺炎です。なかでも睡眠中や口腔周辺の麻痺等により、本人の無意識のうちに、唾液や食物に混じって細菌が気管に入って起こる不顕性誤嚥（むせのない誤嚥）は、繰り返し発症することが多く、高齢者では命にかかわるケースも少なくない病気です。口腔ケアによって細菌や食べかすを減らし、口腔の清潔を保つことが安全かつ効果的な予防法として重要です。

また、現在歯数は、認知症とも関連しています。しっかりかむことで口腔機能の低下を防ぐだけでなく、脳が刺激され血行

や自律神経系にも良い影響を与えます。このため、高齢者の全身状態や口腔機能の低下を防ぐため、市町村が実施する介護予防におけるオーラルフレイル対策・口腔機能向上の取組を促進します。

【主な取組】

・市町村や地域の自主的活動として実施されている健康教室等で全身の筋力アップトレーニングに加え口腔機能向上トレーニング等の実施など介護予防における口腔ケアの取組を促進し、オーラルフレイルの普及啓発を実施します。

・口腔を含む介護予防に関する市町村への実践的な支援を行うために、市町村職員及び地域包括支援センター職員を対象とした研修を実施します。

・歯科医師・歯科衛生士が参加する自立支援型地域ケア会議の運営支援を実施します。

・認知症の疑いのある高齢者等に早期に気付き、その人の状況に応じた口腔機能管理を適切に行うことを推進するため、歯科医師の認知症対応力を向上させる研修を実施します。

・各地域で市町村職員や介護職員、看護師等を対象に「高齢者歯科保健研修会」を開催し、歯科口腔保健の観点からの介護予防の知識の普及を行います。

⑶　定期歯科検診及び保健指導の促進

定期歯科検診により、県民自身が自らの歯・口腔の健康状態を把握することができます。加えて、各自のニーズに応じ、歯科医師による歯科診療や歯科衛生士による歯石除去や歯みがき指導などのプロフェッショナルケアを適切に受けることができます。

また、定期歯科検診は、乳幼児期や学齢期のう蝕予防や成人期における歯周病予防において重要な役割を果たします。継続的な口腔管理は、口腔機能の獲得・維持・向上につながることから、定期歯科検診や保健指導の促進が重要です。

ア　かかりつけの歯科医師（歯科医院）の定着

かかりつけ歯科医師（歯科医院）は、生涯にわたる歯と口の健康や全身の健康づくりを支援し、多職種連携に参画し、地域医療の一翼を担っています。かかりつけの歯科医師（歯科医院）を持ち、定期的に歯科検診を受け、歯石除去などのプロフェッショナルケアを受けることで、生活習慣病予防のための保健指導も身近な地域で気軽に受けることができます。

また、かかりつけ歯科医師（歯科医院）は、患者の身体状況・住まい等が変わっても、関係者と連携しつつ切れ目なくサービスを提供するなど、ライフステージに応じ、患者のニーズにきめ細やかに対応し、安全・安心な歯科保健医療サービスを提

供することが求められます。

このため、地域における研修会等を通じて、かかりつけの歯科医師（歯科医院）の定着に向けた啓発を行います。

【主な取組】

・ライフステージごとに開催する歯科保健研修会等において、かかりつけの歯科医師（歯科医院）の必要性について啓発を行います。

・在宅歯科医療推進拠点において、県民の相談に応じ、ニーズに合った歯科医療機関を紹介します。

イ　定期歯科検診の促進

生涯にわたって歯と口の健康を維持するためには、ライフステージごとに効果的なう蝕（しょく）や歯周病の予防対策を行うことが不可欠です。

適切なセルフケアとプロフェショナルケアを組み合わせ、予防対策を確実かつ継続的に行っていく必要があります。歯周病は、成人期の歯の喪失の主要要因となるだけではなく、糖尿病やがん、心疾患、脳卒中など生活習慣病リスクにもなることから、より一層の予防対策が重要です。

そのための有効な保健行動となる定期歯科検診の実施を促進します。

【主な取組】

・市町村が実施する各種歯科検診や保健指導を支援します。

・市町村職員や事業者、医療保険者等成人保健関係者などを対象に、研修会を開催し、「標準的な成人歯科健診プログラム・保健指導マニュアル」（生活歯援（しえん）プログラム）の普及を図ります。（再掲）

・ライフステージごとに開催する歯科保健研修会において、定期歯科検診や保健指導の重要性について普及啓発を行います。

⑷　歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔（くう）保健の推進

要介護高齢者等在宅療養者の生活の質（ＱＯＬ）の向上のために、地域において在宅歯科医療を受けられるための体制整備が不可欠です。

要介護高齢者や障害児･者、医療的ケア児等に対する歯科医療は、医療関係職や介護関係職、福祉・保健関係者等との連携を図りながら対応することが大切です。

今後は、定期的な歯科検診や保健指導、歯科医療を受けることが困難な要介護高齢者や障害児･者、医療的ケア児等に対して、ＩＣＴ（情報通信技術）を活用したネットワークを構築することで、地域間の医療格差の是正や質の高い歯科医療の提供が期

待できます。

ア　要介護高齢者・医療的ケア児等在宅療養者の生活の質（ＱＯＬ）を高める在宅歯科医療の推進

要介護高齢者や医療的ケア児等の在宅歯科医療のニーズに対応していくためには、訪問歯科診療など在宅歯科医療を担う歯科医療機関数の増加が重要となります。

また、地域包括ケアシステムにおける効果的かつ効率的な歯科保健医療サービスの提供が求められています。

このため医科・介護サービスと歯科医療との連携推進を図る在宅歯科医療推進拠点の設置や、在宅歯科医療の機器の整備を行い、要介護高齢者・医療的ケア児等在宅療養者の生活の質（ＱＯＬ）を高める在宅歯科診療の支援が重要となります。

【主な取組】

・訪問歯科診療が受診できるよう、在宅歯科医療推進拠点において、県民の相談に応じ、地域の歯科医療機関と調整を行います。

・各地域の病院と連携し、在宅歯科医療推進拠点において、歯科医師と協力して入院患者の口腔（くう）アセスメントを実施します。

・医療的ケア児への歯科的アプローチの理解を深めるために、在宅医療、介護、福祉、教育関係者等を対象に「小児在宅歯科医療推進研修会」を開催します。

・医療的ケア児に対応可能な歯科医師・歯科衛生士の育成及び専門医との連携を進めます。

・医療的ケア児の歯科的問題に関しては、在宅歯科医療推進拠点が相談に応じます。

・ＩＣＴ（情報通信技術）を活用した摂食嚥下（えんげ）リハビリテーションの遠隔診療・指導及び研修システムを進めます。

イ　障害児・者等に対する歯科医療の推進

障害児･者等が身近な地域で歯科保健医療サービスを受けられることが求められています。一方で、障害児･者等の診療は、全身麻酔下での治療や長時間にわたる診療など地域の歯科医療機関では治療が困難なケースも多い現状にあります。

埼玉県歯科医師会口腔（くう）保健センターは、障害児･者等に対し、専門的歯科保健医療サービスを提供しています。このセンターが持つ診療機能が効果的に発揮されるよう支援し、地域の歯科医療機関との連携を強化するなど、障害児･者等に対する歯科医療を推進します。

【主な取組】

・埼玉県立障害者歯科診療所において、障害児･者に対する歯科医療及び定期歯科検診を推進します。

・埼玉県総合リハビリテーションセンターにおいて、地域の歯科医療機関で対応が困難な障害児･者等に対し、歯科治療や

口腔衛生指導、摂食指導を行います。

・地域の歯科医療機関で受け入れが困難な障害児･者や患者等の症例に対応する埼玉県歯科医師会口腔保健センターの運営及び活動を支援します。

・障害児･者等の歯科口腔保健医療の相談に応じ、可能な限り歯科治療や予防措置、訪問診療などを行い、障害児･者等の歯科口腔保健医療を推進する埼玉県障害者歯科相談医及び障害者歯科口腔保健医療の知識を有する歯科衛生士を養成します。

・障害児･者福祉施設及び介護保険施設等における歯科保健指導の充実を図ります。

・ＩＣＴ（情報通信技術）を活用した摂食嚥下リハビリテーションの遠隔診療・指導及び研修システムを進めます。（再掲）

⑸　歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備

歯科口腔保健の推進に関する条例の制定は、地域の実情に応じた施策に取り組むことができ、体系的に切れ目ない歯科口腔保健の推進に有効です。

糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病と歯周病やう蝕などの歯科疾患との関連が分かってきていることから、予防や重症化対策、治療効果の最適化のために医科と歯科の連携が求められています。

また、入院患者が在宅療養になっても質の高い生活が送ることができるよう、医科と歯科の連携が大切となります。

時代のニーズに対応した人材の確保を含め、更なる歯科口腔保健体制を推進するために必要な社会環境の整備が重要となります。

ア　市町村における歯科口腔保健の推進

地域間の健康格差を縮小し、関係者や県民が一体となって歯科口腔保健の推進に関わっていく気運を醸成し、具体的な保健行動を活発化させることが重要です。

県民にとって身近な地域において、歯・口腔の健康管理を推進するコミュニティケアも大切となります。このため、研修会やグループワークなどを通じて、市町村における歯科口腔保健を推進します。

【主な取組】

・市町村が実施する各種歯科検診や保健指導を支援します。（再掲）

・各地域で保健所歯科口腔保健連携会議を開催し、歯科口腔保健における最新の知見の提供や地域課題の解決に向けた知識の普及を行います。（再掲）

・市町村職員向けの研修会等を通じて、市町村における歯科口腔保健に関する条例の制定を支援します。

イ　医科歯科連携の推進

歯の喪失や歯周病及び口腔機能の低下と糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病や認知症との関連性、全身と歯の健康の関連性が指摘されていることから、より一層、医科と歯科の連携を推進します。

【主な取組】

・埼玉県医科歯科・多職種連携推進会議の開催により、歯科と糖尿病をはじめとする他の医療分野と連携した対策を促進します。（再掲）

・歯科医師、歯科衛生士を対象に、糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病や認知症に対応するための研修会を実施します。（再掲）

・各地域の病院と連携し、在宅歯科医療推進拠点において、歯科医師と協力して入院患者の口腔内のアセスメントを実施します。（再掲）

・各がん診療連携拠点病院等において、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組みます。（再掲）

ウ　人材の育成・確保・資質の向上

歯科口腔保健が円滑かつ適切に実施できるよう、質の高い人材として、歯科専門職の育成及び確保に努めます。さらに、在宅で療養する患者等が住み慣れた地域で生活の質（ＱＯＬ）を維持しつつ必要な歯科医療を受けるために、在宅歯科医療に加え、生活習慣病や認知症に対応する人材の育成を図ります。これらの人材の確保・資質の向上を図るため、関係団体と連携しつつ、研修の充実を図ります。

こうした中で、歯科衛生士は、歯科保健医療の担い手として欠かせない存在です。今後、在宅や介護保険施設等において歯科保健医療サービスを受ける機会が増加するため、歯科医療機関のみならず、在宅、介護保険施設、病院等の様々な場所での活躍が期待されています。予防管理面でのニーズの高まりからも歯科衛生士の確保が重要となっています。このため、出産・育児等で離職した歯科衛生士の復職支援のほか、技術修練についても支援していきます。

【主な取組】

・糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病や認知症への対応力を向上させるための研修を実施し、これら疾患を持つ患者に適切な歯科保健医療サービスを提供する歯科医療機関の拡大を図ります。

・歯科医師や歯科衛生士を対象に、訪問歯科診療や口腔内のアセスメントに関する研修会を実施します。

・各地域で歯科衛生士を対象とした復職支援相談会や研修会を実施します。

エ　大規模災害時の歯科口腔保健対策

災害発生時に避難所生活を余儀なくされると様々なストレスがかかります。極度の緊張感から唾液の分泌が低下したり、飲料水の不足や生活習慣の乱れから口腔内の衛生状態が悪化することで発症する、誤嚥性肺炎、口腔乾燥、歯肉の膨張、口内炎等を予防することが重要です。そのため、平常時から、災害時における歯科口腔保健の重要性について広く県民に普及啓発を行う必要があります。

また、災害時の避難所等における歯科活動には、自治体や保健所のみならず、多くの保健医療、介護福祉専門職との連携が大切です。そのため、関係職種と協働し災害歯科保健医療に関する研修や訓練などを平時から行い、有事の際に適切に支援ができるよう、地域の関係機関との連携強化を図ります。

【主な取組】

・県民や関係者に対して、災害時の口腔ケアの重要性や、飲料水などの確保が難しい場面での口腔ケア方法の普及啓発に努めます。

・拠点保健所主催の健康危機管理想定訓練等で、関係者に対して災害に関する研修会等を実施します。

・災害時には、埼玉県歯科医師会に対し、「災害時の歯科医療救護に関する協定」に基づく医療救護班の編成・出動の要請をします。

4　指標

⑴　１２歳児でう蝕のない者の割合の増加

現状値　７８．２％　（令和３年度（２０２１年度））　→　目標値　８７．０％　（令和１１年度（２０２９年度））

⑵　生活習慣病（がん、心疾患、脳卒中など）、認知症に対応可能な歯科医療機関数

現状値　２，２６６機関　→　目標値　３，６００機関

（令和４年度（２０２２年度））　　（令和１１年度（２０２９年度））

⑶　糖尿病と歯周病に係る医科歯科連携協力歯科医療機関数

現状値　７００機関　　→　目標値　１，２００機関

（令和４年度（２０２２年度））　　（令和１１年度（２０２９年度））

⑷　在宅歯科医療実施登録機関数

現状値　８７４機関　　→　目標値　１，２００機関

（令和４年度（２０２２年度））　　（令和１１年度（２０２９年度））

（関連指標）

	指　標　名	現状値		目標値		データソース
１	３歳児でう蝕（しょく）のない者の割合の増加	９１．２％	２０２１年度	９４．９％	２０２９年度	母子健康診査及び保健指導に係る実施状況
２	フッ化物洗口を実施する保育所、幼稚園、認定こども園数の割合の増加（私立を含む）	９．１％	２０２２年度	２０．０％	２０２９年度	市町村歯科保健事業実施状況／県歯科医師会調べ
３	フッ化物洗口を実施する小学校・中学校数の割合の増加（公立のみ）	１９．４％	２０２２年度	５０．０％	２０２９年度	市町村歯科保健事業実施状況／県歯科医師会調べ
４	１２歳児でう蝕（しょく）のない者の割合の増加	７８．２％	２０２１年度	８７．０％	２０２９年度	県教育委員会調べ

	指　　標　　名	現状値		目標値		データソース
５	４０歳以上における歯周炎を有する者の割合	４８．４％	２０２２年	４２．５％	２０２９年	歯科疾患実態調査
６	成人期の歯科に関わる保健指導を行う市町村の増加	４１市町村	２０２１年度	全（６３）市町村	２０２９年度	市町村歯科保健事業実施状況
７	高齢期の歯科に関わる保健指導を行う市町村の増加	３２市町村	２０２１年度	全（６３）市町村	２０２９年度	市町村歯科保健事業実施状況
８	６０歳代における咀嚼（そしゃく）良好者の割合の増加	７８．５％	２０２１年度	８５．０％	２０２９年度	特定健診（市町村国民健康保険、協会けんぽ）結果
９	８０歳で２０歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	５０．０％	２０２２年	６０．０％	２０２９年	歯科疾患実態調査/県民の健康に関するアンケート
１０	がん患者(予防、周術期を含む。)に対応可能な歯科医療機関数の増加	８９８機関	２０２２年度	１，２００機関	２０２９年度	県歯科医師会調べ
１１	脳卒中・心疾患に対応可能な歯科医療機関数の増加	１，０１１機関	２０２２年度	１，２００機関	２０２９年度	県歯科医師会調べ
１２	認知症に対応可能な歯科医療機関数の増加	３５７機関	２０２２年度	１，２００機関	２０２９年度	県歯科医師会調べ

	指　　標　　名	現状値		目標値		データソース
１３	糖尿病と歯周病に係る医科歯科連携協力歯科医療機関数の増加	７００機関	２０２２年度	１，２００機関	２０２９年度	県歯科医師会調べ
１４	介護予防事業等において口腔機能向上のための取組を実施する市町村数の増加	４９市町村	２０２１年度	全（６３）市町村	２０２９年度	市町村歯科保健事業実施状況
１５	かかりつけの歯科医師（歯科医院）を持つ者の割合の増加	７７．９％	２０２２年度	８５．０％	２０２９年度	県民サポーターアンケート
１６	過去１年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	５４．４％	２０２２年	６６．７％	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分/県民の健康に関するアンケート
１７	成人を対象とした歯科検診を実施している市町村数の増加	５３市町村	２０２１年度	全（６３）市町村	２０２９年度	市町村歯科保健事業実施状況
１８	在宅歯科医療実施登録機関数の増加	８７４機関	２０２２年度	１，２００機関	２０２９年度	県歯科医師会調べ
１９	障害者歯科相談医・研修修了歯科衛生士数の増加	６１２人	２０２２年度	７２２人	２０２９年度	県歯科医師会調べ
２０	歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している市町村の増加 （健康づくり条例等に歯科保健に関する記載があるものを含む）	４９市町村	２０２２年度	全（６３）市町村	２０２９年度	市町村歯科保健事業実施状況

	指　　標　　名	現状値		目標値		データソース
２１	１２歳児の一人平均う歯数が１歯未満である市町村の増加	６０市町村	２０２１年度	全（６３）市町村	２０２９年度	県教育委員会調べ

第４節　親と子の保健対策

１　目指すべき姿

妊産婦や子育て世代を取り巻く社会環境の変化に柔軟に対応することにより、安心して妊娠・出産・育児ができ、次世代を担う子供たちが等しく愛護され、心身ともに健やかに育つことができる社会を目指します。

２　現状と課題

⑴　妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援の確保

周産期死亡率は、長期的には減少傾向にありますが、一層の安全性の追求が求められます。

妊娠・出産・産褥期の女性は、短期間で大きな心身の変化が生じます。また、生まれてくる子供を育てる責任が生じ、ライフスタイルが大きく変化することになります。

この時期における母子と家族の健康への支援は、良好な親子の愛着形成や子供の健やかな発達の促進にとって重要です。このため、妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援を受けられる環境整備が必要です。

⑵　不妊・不育症に関する支援

晩婚化や晩産化が進み、不妊に悩む夫婦も増えています。３組に１組以上の夫婦が不妊について心配したことがありますが、そのうち、実際に検査や治療を受けた夫婦は、６割未満にとどまっています。(出典：第１６回出生動向基本調査　令和３年（２０２１年）６月実施)

また、２回以上の流産、死産若しくは早期新生児死亡によって児が得られない場合を不育症と定義しており、正しい検査と治療を行うことが大切です。そのため、不妊・不育症に関する支援も進める必要があります。

⑶　小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

子供が健やかに育つように支援することは、小児保健と医療の主要な課題です。

子供たちが、心身ともに健やかに育つためには、疾病予防や早期発見・早期治療が重要です。併せて、障害の軽減を図るための保健・医療・福祉サービスの充実や教育分野との連携も必要です。

障害や慢性の疾患のある子供たちに対し、発達段階に応じたリハビリテーションが行われることが大切です。また、在宅医療の充実など家族への支援も求められています。

子供の不慮の事故による死亡は依然として死因の上位にあり、ＳＩＤＳ（乳幼児突然死症候群）の問題と併せて、啓発等の取組を推進していくことが必要です。

本県の乳幼児のう蝕有病者率は減少傾向にありますが、う蝕有病者率の地域間格差などの課題があります。

う蝕予防は妊娠期や子育て期からの取組が重要です。しかし、う蝕は生活環境やそれを取り巻く社会的環境の影響を受けやすい側面を持っています。多くの調査・研究により、フッ化物応用法は、個人及び地域において取り組むう蝕予防方法として効果があることが分かっています。

⑷　子供の心の健やかな発達の促進と児童虐待予防対策の推進、子育て環境の整備

乳幼児期の子供の心の発達は、一番身近な養育者の心の状態と密接に関係します。

このため、次代を担う子供の心の健康問題の発生を予防する観点からも、親と子の心の健康に取り組む必要があります。

家庭内においては、子供が、メディア（テレビ、ＤＶＤ、スマートフォンやタブレットなど）を長時間見ることは、視力の発達を妨げたり、人とのかかわり体験の不足を招くことが心配されます。乳幼児期は正しい生活習慣を身につけさせたい大切な時期ですので、保護者と子供で一緒にメディアを利用するための時間や場面などのルールを考えることが大切です。

児童虐待に関する相談件数は依然として高い水準にあります。児童虐待は、子供の発達成長期において心や体に重大な影響を与えます。子供を虐待から守り、健やかな育成を推進できる地域社会を作る必要があります。

集団生活になじめない、コミュニケーションが苦手など、発達障害のある子供への支援ニーズの高まりに対応していくことが求められています。

働きながら子供を安心して生み育てられる環境の一層の整備も必要です。

また、障害の状況から医療的ケアが必要な児童生徒に対しては、学校において医療的ケアの実施に取り組んでいくことが必要です。

⑸　思春期の健康教育の推進

近年、思春期における性行動の活発化・低年齢化による若年妊娠や性感染症の問題、薬物乱用、喫煙・飲酒、過剰なダイエットの問題が指摘されています。

思春期における問題行動は、生涯にわたる健康障害や、次世代に悪影響を及ぼしかねない問題です。

そのため、思春期世代においても、男女ともに将来の妊娠等を意識し、自分の心身の健康管理を行う「プレコンセプションケア」の推進が望まれます。

また、学校・家庭・地域が連携して、保健指導や保護者へのプレコンセプションケアに係る普及啓発などの取組を推進していくことが必要です。

学校では、学校保健計画に基づき校内の指導体制を整備することが求められています。性に関する問題行動や薬物乱用の防止など、学校保健に関する現代的課題に対応する教育を推進していくことが必要です。

3　課題解決に向けた主な取組

⑴　周産期医療体制の充実及び小児在宅医療の推進
⑵　小児救急医療体制の充実
⑶　妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援体制の充実
⑷　母子の身体的、精神的ケアの充実
⑸　母子の家族に対する精神的ケアの充実
⑹　不妊・不育症に関する相談等の支援の充実
⑺　乳幼児の事故防止及びＳＩＤＳ(乳幼児突然死症候群）の予防
⑻　各種医療給付による早期治療・療育の促進
⑼　乳幼児医療費等の助成による家族の経済的負担の軽減
⑽　県立特別支援学校における看護師の配置、主治医や保護者との連携による医療的ケアの実施
⑾　病院における院内学級設置及び訪問教育の実施
⑿　子供の心の健康に関する相談、情報提供等の充実
⒀　適切なメディア利用の周知
⒁　児童虐待予防・防止のための取組の充実
⒂　児童虐待予防・防止に関する普及啓発と関係機関のネットワークによる早期対応の促進
⒃　発達障害に早期に気付き支援できる人材の育成、医療・療育の専門職の人材育成、身近な地域で専門的な支援ができる人材の育成

⑰　発達障害のある子供を持つ親への支援
⑱　市町村や地域の支援機関に対する発達障害のある子供の支援方法等に関する助言・支援
⑲　発達障害の診療・療育の拠点となる中核発達支援センターの運営、個別療育及び親支援を提供する発達障害地域療育センターの運営
⑳　病児・病後児保育の充実
㉑　プレコンセプションケアの推進
㉒　学校保健の充実
㉓　性に関する教育や薬物乱用対策の推進
㉔　妊娠期や子育て期における歯科保健医療対策の充実、フッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用の普及・拡大

第５節　青少年の健康対策

１　目指すべき姿

生涯にわたって健康な生活を送る基礎を築くため、学校、家庭、地域の医療機関をはじめとする関係機関などが連携して学校保健を充実させることなどにより、青少年の健康増進を目指します。

２　現状と課題

⑴　学校保健活動の充実

児童生徒の生活習慣の変化や新型コロナウイルス対策の特別措置法下における行動制限、新しい生活様式など急激な社会環境の変化等に伴い、生活習慣病、アレルギー性疾患、体力の低下、メンタルヘルスなど健康課題が多様化しています。

生涯にわたり健康で充実した生活を送るためには、健康な生活を維持していく資質や能力を発達段階に応じて育成することが必要です。また、感受性が高い時期に、地域の中での様々な社会体験活動や多くの人々とのふれあいを通して、豊かな心を育てていくことが重要です。

学校においては、教職員と学校医・学校歯科医・学校薬剤師等の保健関係者の連携の下、児童生徒等の健康を保持増進するとともに、家庭や地域の協力を得ながら学校保健活動を充実していく必要があります。

⑵　青少年の健康に関する相談体制の充実

青少年期には、集団への不適応、拒食・過食症といった摂食障害など心と体の健康に関わる様々な問題が起こります。これらの問題を早期に発見し対応することが求められています。

青少年が将来の目標を持って安全で健康に生きられるよう環境づくりを進め、支援していく必要があります。特に思春期等における心と体の健康への悩みを解決するため、健康相談の体制を充実が求められています。

⑶　青少年の健全育成

近年、青少年の性行動の活発化・低年齢化による若年妊娠や性感染症の問題、薬物乱用、喫煙・飲酒、過剰なダイエットの問題が指摘されています。

これらの問題行動は、生涯にわたる健康障害や、次世代への悪影響をも及ぼしかねない問題です。

そのため、学校・家庭・地域が連携して、保健指導や保護者への普及啓発などの取組を推進していくことが必要です。

また、不妊に悩む夫婦も増えており、若いうちから妊娠・出産・不妊に関する正しい知識を学ぶことも必要となっています。

学校では、学校保健計画に基づき校内の指導体制を整備することが求められています。性に関する問題行動や薬物乱用の防止など、学校保健に関する現代的課題に対応する教育を推進していくことが必要です。

⑷　児童生徒の歯・口腔の健康づくりの推進

近年、児童生徒の咀嚼など口腔機能の未発達や口腔の疾病の増加、食育の重要性などが指摘されています。

学校においては、歯や口の観察、食後の歯みがきの習慣化、咀嚼と体の働きや健康との関与、歯周病の予防の意義など発達段階に応じて、歯・口腔の健康づくりに係る自己管理（セルフ・ケア）能力を育成する必要があります。

また、児童生徒のう蝕保有率については、減少傾向にあるものの依然として高い値を示す地域があり、地域間格差及び個人間格差といった課題があります。う蝕は生活環境やそれを取り巻く社会的環境の影響を受けやすい側面を持っています。児童生徒にとって、学習能率の妨げになるばかりでなく、健康な身体をつくり上げるための食生活にも影響を与えます。

また、多くの調査・研究から、フッ化物応用法は、個人及び地域において取り組むう蝕予防方法として効果があることが分かっており、フッ化物洗口などの歯科保健医療対策の充実を図る必要があります。

3　課題解決に向けた主な取組

⑴　学校保健の充実（再掲）

⑵　学校保健委員会の開催
⑶　健康相談体制の充実
⑷　子供の心の医療体制整備の充実（再掲）
⑸　妊娠・出産・不妊に関する正しい知識の普及・啓発と性に関する指導の推進（再掲）
⑹　食育の推進（再掲）
⑺　薬物乱用対策の推進（再掲）
⑻　歯・口腔（くう）の健康づくりに係る自己管理能力（セルフ・ケア）の育成（再掲）
⑼　フッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用の普及・拡大（再掲）

第６節　人生の最終段階における医療

１　目指すべき姿

人生の最終段階において、人間の尊厳を重視し、身体的・精神的苦痛を取り除き、日常生活の満足度などの生活の質（ＱＯＬ）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。

人生の最終段階における医療やケアについて、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。

２　現状と課題

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。

こうした中、「令和５年度埼玉県政世論調査」では、人生の最期を迎えたい場所として４８．３％の人が「自宅」と回答し、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が多くなっています。

一方、令和４年（２０２２年）の本県における死亡場所の６５．８％は病院や診療所であり、自宅で亡くなる人は１８．９％にとどまっています。

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作り

上げるためのプロセスを示すガイドラインを平成１９年（２００７年）に策定し、平成３０年（２０１８年）には、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」として改訂しました。

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であるとしています。

また、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のチームとなり患者の意思を尊重し、生活の質（ＱＯＬ）を維持・向上する医療とケアを実施する体制の整備が必要です。

そのため、ＡＣＰを普及・啓発し、本人が希望する療養場所や医療処置等を自ら考える機会や意思決定を表明できる環境を整備するとともに、医師、看護師などの医療従事者のほかケアマネジャーなどの介護従事者の専門的な知識の習得、技術の向上を図り、関係職種がチームとして患者や家族を支える体制を整備する必要があります。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　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

⑵　人生の最終段階における医療提供体制の整備

第７節　動物とのふれあいを通じたＱＯＬの向上

１　目指すべき姿

人と動物とのふれあいを通じて、県民が生活に癒しや安らぎを感じ、心身ともに健康な社会づくりを推進します。

２　現状と課題

リモートワークの普及などによる生活様式の変化や少子高齢化の更なる進展に伴い、伴侶動物としてペットを飼育する家庭が増え、人と動物との関係がより密接なものになっています。

それに伴い、狂犬病やＳＦＴＳ（重症熱性血小板減少症候群）などの動物由来感染症への感染リスクや、不適正な飼育管理によって発生する地域でのトラブルが増加することも懸念されています。

このため、動物由来感染症について周知し、予防対策を推進するとともに、動物の正しい飼い方についての啓発や指導を行い、飼い主に対して社会的責任の自覚を促していく必要があります。

また、動物とふれあうことは、お年寄りや障害のある方の暮らしに安らぎをあたえ、生活の質（ＱＯＬ）の向上につながるとともに、子供たちの動物を慈しむ心を育て、心豊かな社会の形成に役立ちます。

人と動物とのふれあい活動などを推進し、動物愛護に関する取組を拡大していくには、民間で活躍するボランティアや関係団体の協力が不可欠であり、ボランティアの育成や活動支援などを継続していく必要があります。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　狂犬病などの動物由来感染症予防対策の充実
⑵　動物の適正飼育管理の推進による生活環境の健全化
⑶　人と動物のふれあい活動等の動物愛護啓発の促進
⑷　アニマルセラピー等の活動に協働するボランティアへの支援

第２章　疾病・障害への取組

第１節　難病対策

１　目指すべき姿

難病の患者に対する経済的支援や難病に関する調査及び研究の推進に資するよう、医療費助成制度を適切に運用します。

難病の患者が地域で安心して療養しながら暮らしを続けていくことができるよう、保健、医療、福祉等の連携と充実を図っていきます。

原子爆弾被爆者の健康保持と福祉の向上のため、援護対策を進めます。

２　現状と課題

⑴　難病対策の充実

本県の難病対策は、現在、難病の患者に対する医療等に関する法律（以下、「難病法」という。）及び国の難病特別対策推進事業実施要綱等に基づいて医療給付や患者の療養生活の支援を行っています。

指定難病等の受給者数は、令和４年度（２０２２年度）末で約４万４千人となっており、高齢化とともに認定患者数が年々増

加しています。なお、子供の難病患者に対しては、児童福祉法第１９条の２に基づき、小児慢性特定疾病医療費支給事業を実施しており、受給者数は、令和４年度（２０２２年度）末で約５千人となっています。

難病の患者に対する療養生活の支援については、埼玉県難病相談支援センターを設置し、患者・家族等からの療養・日常生活等の相談に対応しています。さらに県内４か所に難病診療連携拠点病院を指定し、各拠点病院に専任の難病診療連携コーディネーターを配置することで難病の早期診断につなげるとともに、難病医療連絡協議会を設置し、患者への適切な情報提供や在宅療養患者の緊急時の入院を円滑に行うためのネットワークづくりに取り組んできました。

難病法に基づく「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針」を踏まえ、療養生活の環境整備や難病の患者に対する医療等と難病の患者に対する福祉サービスに関する施策、就労の支援に関する施策その他の関連する施策との連携の一層の推進が必要です。

また、近年台風などによる風水害が激甚化しており、特に在宅で人工呼吸器等を使用する患者に対する災害時の支援の重要性が指摘されています。そのため災害予見時に、在宅人工呼吸器利用患者が事前に避難目的で入院できる仕組みを導入するなど地域の医療提供体制や患者の支援体制の一層の充実に取り組んでいます。

さらに、子供の難病患者の成人期医療への円滑な移行を促進するため、埼玉県移行期医療支援センターを設置し、小児期医療機関と成人期医療機関の連携促進や患児の自立支援の推進を図っています。

⑵　原子爆弾被爆者対策の充実

広島市と長崎市に原子爆弾が投下されてから長期間経過し、被爆者も高齢化しています。

このため、被爆者に医療費や各種手当、福祉関係の経費を支給するほか、健康診断を実施して、健康の保持及び増進を図る必要があります。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　難病患者への医療給付、地域医療体制の確保及び療養支援、災害時の支援体制の構築

⑵　原子爆弾被爆者に対する医療費や各種手当等の支給及び健康診断の実施

第２節　臓器移植対策

１　目指すべき姿

移植医療について県民の理解を深めるとともに、移植医療の適正な実施を目指します。

移植に用いる骨髄、移植に用いる末梢血幹細胞及び移植に用いる臍帯血の適切な提供の推進を図ります。

2　現状と課題

⑴　臓器移植の促進

臓器移植については、臓器の移植に関する法律に基づき、公益社団法人日本臓器移植ネットワークや公益財団法人埼玉県腎・アイバンク協会を中心として、公平かつ適正な臓器あっせん体制が整備されてきました。しかし、今なお多くの方が移植を待ち望んでいることから、より一層、移植医療に関する普及啓発の推進を図る必要があります。

⑵　骨髄移植の促進

骨髄移植は、白血病、再生不良性貧血等の血液の疾患に有効な治療方法です。しかし、提供者と患者のＨＬＡ（白血球の型）が一致する確率は、非血縁間で数百人から数万人に一人と少ないことから、多くの人のドナー登録が必要です。

3　課題解決に向けた主な取組

⑴　臓器移植の普及促進

ア　各種媒体（県広報紙・ホームページ等）を活用し、臓器提供の意思表示の重要性について周知します。

イ　関係団体と連携し、普及啓発活動を実施します。

ウ　臓器提供の円滑な実施を図るため、埼玉県臓器移植コーディネーターの活動を補助します。

エ　埼玉県臓器移植コーディネーターと連携し、学校等で授業を行うなど移植医療への理解推進を図ります。

オ　市町村において臓器移植の普及啓発活動が実施されるよう支援を行います。

⑵　骨髄移植の普及支援

ア　各種媒体（県広報紙・ホームページ等）を活用し、骨髄ドナー登録について情報提供を行います。

イ　市町村で実施される骨髄移植ドナー助成事業を補助します。

ウ　関係団体と協力し、骨髄ドナー登録説明員養成講座を実施します。

エ　骨髄ドナー登録者を確保するため、献血併行型ドナー登録会開催を推進します。

第３節　リハビリテーション医療

1　目指すべき姿

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、生活期（維持期）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。

2　現状と課題

⑴　各種リハビリテーション

高齢化の進展などにより、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が見込まれます。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。

リハビリテーションには、主に医療機関が実施する急性期や回復期における治療的リハビリテーションがあります。さらに、主に介護保険で対応する通所リハビリテーションなどの維持的リハビリテーションがあります。

脳卒中や骨折など急速に生活機能が低下する疾患は、発症後早期の治療と早期の適切なリハビリテーションが必要です。

障害の重度化を防ぐためには、急性期から回復期、維持期（生活期）へと状況に応じた各期のリハビリテーションが適切に切れ目なく提供されることが重要です。

さらに、対象者の心身の状況に応じた適切なサービスが提供されるよう、専門的マンパワーの確保も必要です。

⑵　高次脳機能障害

病気や事故などの原因により、脳が損傷を受けたことによる記憶・判断などの認知機能や感情・意思などの情緒機能に障害が現れた状態を、高次脳機能障害といいます。

埼玉県総合リハビリテーションセンター内に高次脳機能障害者支援センターを設置し、高次脳機能障害に関する相談（高次脳障害児に関する相談を含む）、診断、治療、訓練など社会復帰までの一貫した支援を実施しています。

日常生活や社会生活に影響がある場合には適切なリハビリテーションが必要であり、それらを実施する体制を県内全域に整備することが必要です。

3　課題解決に向けた主な取組

⑴　医療機関の機能分化と連携の促進

⑵　埼玉県総合リハビリテーションセンターにおける、医療機関や市町村、保健所、障害福祉サービス事業所、就労支援関係機関等との連携による支援体制の充実

⑶　埼玉県総合リハビリテーションセンターの医療部門における生活の質（ＱＯＬ）の向上を目指した良質な医療サービスの提

供
⑷　埼玉県総合リハビリテーションセンターに開設した高次脳機能障害者支援センターにおける高次脳機能障害者（児）への助言指導や情報提供、リハビリ訓練などの支援の推進
⑸　地域リハビリテーションの推進
⑹　専門職のための研修の充実

第４節　アレルギー疾患対策

本節では、アレルギー疾患対策基本法（平成２６年法律第９８号）第５条（地方公共団体の責務）及び「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針（平成２９年厚生労働省告示第７６号)」に基づく埼玉県アレルギー疾患対策推進指針として、アレルギー疾患対策を総合的に推進するために、県が取り組むべき方向性を示すものです。

１　目指すべき姿

アレルギー疾患を有する者が、その居住する地域にかかわらず適切な医療を受けられ、また環境に応じ生活の質（ＱＯＬ）を維持向上するための支援が受けられるよう、体制が整備されている社会を目指します。

また、県民や関係する機関が、アレルギー疾患に関する適切な情報を入手することができる社会を目指します。

２　現状と課題

厚生労働省が実施している患者調査のデータを基にした推計や、県が実施している調査から、県のアレルギー疾患患者は増加傾向にあります。

こうした現状を踏まえ、次の課題があります。

⑴　アレルギー疾患に関する理解の向上と、発症・重症化予防や症状の軽減

ア　アレルギー疾患に関する情報の提供

インターネット等には、アレルギー疾患に関する情報があふれており、その中から正しい情報を見極めるのは容易ではありません。例えば、血液検査のみで特定の食物を除去し続けてしまう等、アレルギー疾患に関する正しい情報を入手できずに、適切な治療を受けられない県民が存在すると推定されます。また、信頼できる情報の不足により、治療の継続の重要性に対する認識が不十分なまま、安易な医療中断により重症化を招く例も見受けられます。

一人一人の理解を高め、発症や重症化の予防等につなげるため、一元的に正しい知識をわかりやすく発信し、誰もが正しい知識を入手して選択できる環境を整える必要があります。

イ　生活環境におけるアレルゲンや増悪因子等への対応

アレルギー疾患は、卵・牛乳・小麦等の食品、ダニ・ハウスダスト、たばこの煙、スギ・ヒノキ等の花粉、大気汚染の原因物質等、生活環境中に広く存在する様々な因子によって誘発されます。

これらのアレルゲンや増悪因子が引き金となって、急激な重症化やぜん息発作、アナフィラキシーショック等を引き起こすこともあります。

このため、生活環境におけるアレルゲンや増悪因子の回避・軽減に加え、免疫寛容の誘導も考慮に入れた対策が必要です。

⑵　医療の質の向上と適切な医療を受けられる体制の確保

ア　アレルギー疾患医療体制の整備

アレルギー疾患の治療については、現在では、関係学会により疾患別の診療ガイドラインが整備され、診療ガイドラインに基づく標準的治療を受けることで症状のコントロールが可能になってきています。

患者が住む地域や世代にかかわらず、最新の科学的知見に基づく治療を受けられるよう、診療ガイドラインによる標準的治療のさらなる普及が必要です。

また、地域の医療機関で最新の情報等を共有し、患者が症状や重症度に応じた医療を受けられるよう、専門医療機関のネットワークや、かかりつけ医との連携体制が必要です。

イ　医療機関や専門医に関する情報の提供

アレルギー疾患は種類や病態が多様であることから、症状に応じて適切な治療ができる医療機関を受診できるようにすることが重要です。県民が気軽に医療機関のアレルギーに関する診療情報や専門医の情報を入手できる環境を整備していく必要があります。

⑶　アレルギー疾患患者を支援する人材や相談体制の確保

ア　患者等の支援に携わる関係者の資質向上

アレルギー疾患の発症予防や生活の質（ＱＯＬ）の維持向上には、患者自身や家族に加え、患者が日常生活で接する関係者の理解と支援が不可欠です。

とりわけ、患者が子供や高齢者、障害者等の場合は、自己管理が十分に行えないことが考えられるため、その必要性が大きいといえます。

学校や保育所、その他の社会福祉施設や行政機関等、患者の相談や支援に携わる関係者がアレルギー疾患に関する知識を深

める必要があります。

イ　場面に応じた相談対応と患者支援、関係機関の連携

アレルギー疾患は慢性疾患であるため、長期に生活の質（ＱＯＬ）に影響を及ぼす場合が多く、患者やその家族の負担も大きいものがあります。

患者や家族、関係者が専門的な相談をできる体制を整えるとともに、患者に関わる学校や保育所、その他の社会福祉施設等において適切な対応や支援が図られることが必要です。

また、関係機関において、随時アレルギー疾患に関する新しい情報を共有し、緊急時にはスムーズな対応が図れるよう、連携体制を整えておくことも必要です。

ウ　災害に備えた体制の整備

災害時においては、避難生活を余儀なくされ、適切に自己管理を行うことができなくなること等により、症状が悪化することが懸念されます。

症状悪化を予防するために、平時から災害時を想定した備えに関する情報提供や、アレルギー疾患に配慮した食料の備蓄等が必要です。

⑷　アレルギー疾患患者を取り巻く現状の把握

アレルギー疾患を有する患者の生活の実態や受療の状況、保育所や学校等における対策等の現状とともに、患者やその家族のニーズを把握し、必要な取組を検討していく必要があります。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　正しい知識の普及啓発及び発症・重症化予防のための取組の推進

ア　最新の知見に基づく知識や情報の普及

県民がアレルギー疾患に関する正しい情報に基づいて、適切な自己管理や生活環境中の増悪因子等の回避、軽減等に取り組むとともに、必要な医療の継続により、発症・重症化の予防につなげられるよう、情報を入手しやすい環境を整え、最新の知見を踏まえた情報を提供する等、普及啓発を充実させます。

また、出生後のアレルギー疾患の発症や重症化を未然に防止するため、出生前の段階から保護者に対し正しい知識の普及啓発ができるよう、関係機関を通じた情報提供の体制を充実させます。

㋐　国や関係学会、患者団体の作成するセルフケアや対応マニュアル等について、ホームページを整備することなどにより情報提供します。

(ｲ)　患者及びその家族を対象にした講演会等により最新の知見に基づく医療の重要性や自己管理、生活環境の整備等に関する正しい知識や情報の提供を行います。

(ｳ)　母子健康手帳の交付時や両親学級、乳幼児健康診査等の機会を活用し、出生前から保護者等への保健指導や医療機関への受診勧奨等、適切な情報提供が実施されるよう、関係機関に対し働きかけを行います。

イ　生活環境の改善・アレルゲン等の軽減対策

(ｱ)　大気環境基準の確保

大気汚染によるアレルギー疾患の発症や重症化を未然に防止するため、工場や事業場に対し大気汚染防止法や埼玉県生活環境保全条例に基づく各種規制を遵守するよう指導するとともに、自動車排出ガス対策を進め、よりよい大気環境を確保します。

a　ばい煙発生施設等を設置する工場・事業場に対して、法令に基づき立入検査を実施し規制基準の遵守を指導します。

b　自動車排出ガス対策として、埼玉県生活環境保全条例に基づき粒子状物質（ＰＭ）排出基準に適合しないディーゼル車の運行規制をするとともに市町村と連携してアイドリング・ストップを推進します。

c　ＰＭ２．５や光化学オキシダント等大気汚染物質の常時監視測定を行います。

(ｲ)　花粉症対策

花粉の発生源対策として森林整備を進め、花粉の発生量を抑えるとともに、患者のセルフケアに役立てられるよう、スギ花粉に関する情報を提供します。

a　間伐、枝打ち等を行うことで、適正な森林整備を進めます。

b　適切な時期に皆伐を行い、花粉が少ないスギ苗木等の植栽を進め、花粉の飛散量軽減を目指します。

c　春の花粉飛散量の目安となるスギ林の雄花量をホームページ等により情報提供します。

(ｳ)　受動喫煙の防止

健康増進法に基づき、受動喫煙が生じない環境づくりを推進し、気管支ぜん息の発症及び重症化の予防を図ります。

a　施設の管理者等に対し、健康増進法の順守について周知啓発を行います。

b　各種イベントでの啓発やパンフレットの配布により、喫煙や受動喫煙が健康に及ぼす影響等に関する情報提供を行います。

c　受動喫煙防止に関する認証制度により、受動喫煙防止対策を推進します。

(ｴ)　アレルゲンを含む食品に関する表示等の対策

毎年度策定する「埼玉県食品衛生監視指導計画」に基づき、食品表示法で表示が義務付けられているアレルゲンについて、

表示の適正化を図り、アレルギー疾患患者が安心して食品を選べるような環境を整えます。

a　食品の製造・販売事業施設の監視指導を実施し、事業者による食品の自主検査を推進します。

b　アレルゲン表示の違反については、当該食品の確実な回収を指導するとともに、回収情報を的確に把握し、ホームページ等を通じて広く県民に注意喚起を行います。

c　事業者や消費者を対象に、食品表示に関する研修や講習会を開催します。

d　保健所において、関係者や県民からの個別相談に対応します。

(ｵ)　室内環境におけるアレルゲン対策

室内において、アレルギー症状の発症や増悪因子となるダニや衛生害虫、カビや有害な化学物質等のアレルゲンを軽減し、症状を改善させる環境づくりを支援します。

a　ダニ、衛生害虫、結露、カビ等の原因や対策に関する情報提供をホームページ、パンフレット等を通じて行います。

b　各保健所にシックハウス対策（＊１）に関する相談窓口を設置し、相談対応を行う他、必要に応じて現地調査を行います。

c　県で実施した研究（＊２）で得られた知見をもとに、生活環境改善と症状改善との関係等に関する正しい知識や情報を、研修会やパンフレット等により提供します。

＊１　室内の空気循環の悪化により、居住者の健康が損なわれる、シックハウス症候群に対する発症予防や軽減のための対策を指します。住居には様々な化学物質が使われているうえ、最近の住宅は気密性が高く、部屋の中の化学物質の濃度が高くなりがちなため、注意が必要です。

＊２　「ダニアレルギー症状に及ぼす患者住居環境介入の効果」（平成２８年度～３０年度県衛生研究所実施）

⑵　症状や重症度に応じた適切な医療を受けられる体制の整備

ア　アレルギー疾患医療体制の整備と医療人材の育成

アレルギー疾患患者が居住する地域にかかわらず、アレルギーの状態に応じ、科学的な知見に基づく適切な医療を受けられるよう医療従事者の資質の向上を図るとともに、埼玉県アレルギー疾患医療拠点病院（以下、本節において「拠点病院」という）とその他の専門医療機関、かかりつけ医等がスムーズに連携できる体制の整備を行います。

(ｱ)　医師等医療従事者を対象とした研修会を定期的に実施することにより、標準治療を普及し、アレルギー医療の資質の向上を図ります。

(ｲ)　埼玉県アレルギー疾患医療連絡協議会（以下、「医療連絡協議会」という。）において、拠点病院と専門医療機関、かかりつけ医、薬局との連携体制を検討し整備します。

イ　アレルギー疾患医療に関する情報の提供

疾患の種類や病態が多様なアレルギー疾患患者が、症状や重症度に応じた適切な医療機関を選び、受診できるよう、アレルギー疾患の診療に関する情報提供の体制を整えます。

アレルギー疾患を診療する医療機関の情報を取りまとめ、ホームページ等で提供する仕組みを整えます。

⑶　アレルギー疾患患者の生活の質（ＱＯＬ）の維持向上

ア　患者等の支援に携わる関係者の資質向上

患者や家族からの相談等に適切に対応できるよう、学校や保育所、その他社会福祉施設、行政等の関係職員の資質の向上に取り組みます。

(ｱ)　保育所、学校等の職員に対する研修会を定期的に開催します。

(ｲ)　保健センター等で乳幼児の相談支援を行う保健師や栄養士等、母子保健関係職員に向けて最新の情報を提供します。

(ｳ)　保健所等でシックハウス対策の相談対応を行う職員を対象とした研修会を定期的に開催します。

イ　患者等の相談や支援を行える体制の整備と関係機関の連携

患者や家族からの多様な相談等に対して適切に対応できるよう、専門医療機関や行政機関での相談体制を充実させるとともに、学校や保育所、その他社会福祉施設等での支援の体制を整えます。

また、関係機関がアレルギーに関する最新情報を共有し、県全体の意識を高めるとともに、学校や保育所、その他社会福祉施設、医療機関、消防機関等の関係者間の連携を図ります。

(ｱ)　拠点病院において、電話相談窓口を設置し県民や関係機関からの相談に対応します。

(ｲ)　公立学校において、食物アレルギー対応に関する課題を検討する委員会等の開催により、食物アレルギー対応を推進するための体制を整えます。

(ｳ)　認可保育所等の給食において、食物アレルギーに対応するための特別の配慮を行う調理員等を加配するための経費を助成します。

(ｴ)　保育所や幼稚園、小中学校等で、保育所・学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の普及を図るとともに、適切な活用を推進します。

(ｵ)　埼玉県アレルギー疾患対策推進計画庁内連絡会議や医療連絡協議会において、アレルギー疾患に関する情報を共有するとともに、関係機関に情報提供を行います。

ウ　災害に備えた体制の整備

災害時において、アレルギー疾患が適切に管理され、重症化が予防されるよう支援の体制を整えます。

(ｱ)　災害時への備えや災害発生時における対応について、研修会や講演会、ホームページ等により患者や家族、関係機関職員へ情報を提供します。
(ｲ)　関係団体や専門的な知識を有する関係職種の協力を得て、避難所におけるニーズを把握し、アレルギー疾患に配慮した食料の備蓄を行います。
(ｳ)　避難所での生活におけるアレルギー疾患への配慮等について、市町村の避難所運営を支援します。
(ｴ)　災害時には、アナフィラキシー等の重症化予防、食物アレルギーに関する情報や避難所での過ごし方等、患者やその家族、関係者に対してわかりやすい情報提供を行います。

以上、⑴～⑶の施策に反映させるため、アレルギー疾患患者の生活に関することや関係施設でのアレルギー疾患に関する取組、アレルギー疾患医療等の現状を把握するための調査等を実施します。

また、実施した施策については医療連絡協議会において定期的に評価を行い、調査等の結果も踏まえながら施策の見直しや新たな施策の検討につなげていきます。

第５節　肝炎対策

本節は、肝炎対策基本法（平成２１年法律９７号）第４条及び肝炎対策の推進に関する基本的な指針（令和４年３月７日改正）に基づく埼玉県肝炎対策推進指針として、県、市町村等が取り組むべき方向性を示すものです。

１　目指すべき姿

ウイルス性肝炎の完全な克服を目指すための取組を強化し、肝がんの罹患率をできるだけ減少させるとともに、肝硬変又は肝がんへの移行者を減らします。

２　現状と課題

⑴　現状

ア　肝炎ウイルス感染者数の推計

全国の肝炎ウイルスのキャリア（＊）はＢ型が少なくとも約１１０万人、Ｃ型は約９０万人いると推定されます。

＊肝炎ウイルスが体内に持続的に存在し続けている者

イ　肝疾患患者数の推計

全国のウイルス性肝炎の患者数は、Ｂ型が５１，０００人、Ｃ型が１００，０００人で、肝疾患死亡者数は、ウイルス性肝炎２，６５７人、肝がん２５，２６４人、肝硬変８，０８８人となっています。

ウ　肝疾患による死亡者数・死亡率の推移

全国の肝疾患による死亡者数は減少傾向となっています。

エ　都道府県別肝疾患死亡率の推移

埼玉県肝疾患死亡率は、平成２７年（２０１５年）の２７．１から減少し、令和元年（２０１９年）は２５．８となっています。

オ　がんの部位別死亡割合の推移（埼玉県）

がん部位別死亡割合は、肝臓がんは減少傾向となっています。

カ　肝がん年齢調整死亡率（７５歳未満）＜人口１０万対＞

埼玉県の肝がん年齢調整死亡率（７５歳未満）は、３．９となっています。

キ　肝がん粗罹患率・年齢調整罹患率＜人口１０万対＞

全国の肝がん年齢調整罹患率は、平成３０年（２０１８年）男２０．０、女６．２となっています。

埼玉県の肝がん年齢調整罹患率は、平成３０年（２０１８年）男１６．６、女５．７となっています。

⑵　課題

ア　肝炎ウイルス検査の更なる促進

肝炎ウイルスの感染経路は様々であり、個人が肝炎ウイルスに感染した可能性があるか否かを一概に判断することは困難であり、例え自覚症状がない場合であっても重症化する可能性があるため、全ての県民が、少なくとも１回は肝炎ウイルス検査を受検できるよう肝炎ウイルス検査の受検体制を整備し、受検の勧奨を行うことが必要です。

県や市町村での肝炎ウイルス検査の受検体制を整備し、受検の勧奨を行うとともに、職域における肝炎ウイルス検査の受検機会を確保する必要があります。

また、未受検者に対して普及啓発を行うことも重要です。

イ　肝炎医療提供体制の整備

肝臓学会専門医のいる医療機関には地域差があるため、今後も埼玉県肝炎医療研修会を受講する医師を確保し、県内の全ての肝炎患者等に対して、適切な医療が提供できるよう取り組む必要があります。

また、現在、県拠点病院と地区拠点病院には、肝炎医療コーディネーターがおり、肝臓病教室を実施するなど、患者・家族等への支援を行っています。

ウ　偏見や差別の解消

肝炎ウイルスの感染経路等についての県民の理解が十分でないことから、肝炎患者等に対する不当な差別が存在することも指摘されています。

肝炎患者及びその家族等が、肝炎医療を受けながら、生活の質（ＱＯＬ）の向上を図ることができるよう、相談支援体制の充実を図るとともに、肝炎患者等一人一人の人権を尊重し、不当な差別を解消する必要があります。

このため、医療従事者、事業主等関係者のみならず、広く県民に対する肝炎に関する正しい知識の普及啓発と肝炎患者及びその家族等への情報提供と支援の充実が求められています。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　予防のための施策

ア　市町村は、妊婦健康診査時に肝炎ウイルス検査を実施し、陽性と分かった妊産婦に対して、検査を実施した医療機関が適切な説明を行うとともに、検査結果が陽性の妊婦から出生した乳児に対するＢ型肝炎ワクチンの接種等の適切な対応が行われるよう指導します。

イ　県は、妊婦健康診査時の肝炎ウイルス検査の結果陽性と分かった者に対する政令指定都市、中核市及び市町村が実施するフォローアップを支援します。

ウ　県はＢ型肝炎ワクチンの定期接種が円滑に実施されるよう支援します。

エ　県、政令指定都市、中核市及び市町村は、医療従事者等の感染のリスクの高い集団を中心として、Ｂ型肝炎ワクチンの有効性、安全性等に関する情報提供を行います。

オ　県は、国や市町村等とも連携しながら、ピアスの穴開けやいわゆるアートメイク等血液の付着する器具等の共有を伴う行為や性行為等、感染の危険性のある行為に興味を抱く年代が幅広く存在することに配慮しつつ、肝炎の正しい知識と理解を深めるための普及啓発について関係団体等との検討を進めます。

⑵　肝炎検査の実施体制の充実

ア　県、政令指定都市、中核市及び市町村は、肝炎ウイルス検査に関する効果的な広報に取り組むとともに、受検しやすい肝炎ウイルス検査（検診）の実施体制を整備します。

イ　県は、市町村や埼玉県医師会など関係者等の協力を得て、肝炎ウイルス検査の実施状況の調査・分析を行います。

ウ　県は、医療保険者や事業主等の関係者を通じ、職域において、肝炎ウイルス検査の受検勧奨が行われるよう取り組みます。また、医療保険者や事業主が肝炎ウイルス検査を実施する場合の検査結果について、プライバシーに配慮した適正な通知と

取扱いがなされるよう、医療保険者及び事業主に対して周知を行います。

エ　県は、肝炎ウイルス検査の受検前及び結果通知時において、受検者が、病態、治療及び予防について正しく認識できるよう、国が取りまとめる情報を活用し、市町村等と連携を図り、普及啓発を行います。

オ　県、政令指定都市及び中核市は、医療機関に対し、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、受検者に適切に説明を行うよう依頼します。

カ　医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診に繋げるよう取り組みます。

キ　県拠点病院は、肝炎医療に携わる者に対し、最新の肝炎ウイルス検査等に関する知見の修得のため、埼玉県肝炎医療研修会を開催します。

⑶　肝炎医療を提供する体制の確保

ア　医療機関は、実施した肝炎ウイルス検査の結果について確実に受検者に対して説明を行い、検査結果が陽性であった場合は適切な医療につなげるよう取り組みます。

イ　県、政令指定都市、中核市及び市町村は、肝炎ウイルス検査（検診）の陽性者に対して、早期の専門医等への精密検査受診を勧奨するなど、適切な受診を促進するとともに医療費助成制度をはじめとする様々な助成制度について周知します。

ウ　県、政令指定都市、中核市及び市町村は、肝炎ウイルス検査（検診）の陽性者に対して、受療状況を定期的に把握するなどフォローアップを適切に行い、重症化を防ぐものとします。併せて、県は、市町村等が実施する陽性者のフォローアップが効果的に行われるよう取り組みます。

エ　県は、県拠点病院を中心に専門医療の推進を図りさらにネットワークを強化します。

オ　県は、肝炎患者等に対する情報提供や、拠点病院、専門医療機関及びかかりつけ医の連携等に資するため、肝炎の病態、治療方法、肝炎医療に関する制度等の情報を取りまとめた肝炎患者支援手帳を作成し、肝炎患者等に配布します。

カ　県は、肝炎医療費助成、検査費用助成、身体障害者手帳等肝炎医療に関する情報について、医療関係者や職域において健康管理に携わる者が肝炎患者等に提供できるように、市町村等や医療保険者等と連携を図り、普及啓発を行います。

キ　県、政令指定都市、中核市及び市町村は事業主に対して、治療と職業生活の両立について理解を求めていきます。

⑷　予防及び肝炎医療に関する人材の育成

ア　県は、県拠点病院等と協力して、肝硬変及び肝がんを含む肝疾患に係る肝炎医療の水準の向上等を図るため、医療従事者への研修等人材育成を推進し、県内どの地域にいても適切な診療や治療が受けられる体制整備に努めます。

イ　県は、県拠点病院が主催する研修について、より効果的な実施方法等を検討し、研修内容の充実が図られるよう協力します。

ウ　県は、県拠点病院と協力し、地区拠点病院や薬局で従事する肝炎医療コーディネーター、及び行政機関や職域において活動する肝炎地域コーディネーターを養成します。

エ　県は、コーディネーターの活動を支援するとともに、各拠点病院等における肝臓病教室の実施について支援します。

オ　県は、コーディネーターの活動状況の把握に努めるとともに、コーディネーター間の情報共有や連携がしやすい環境の整備に努めます。

⑸　知識の普及と肝炎患者等の人権の尊重

ア　県、政令指定都市、中核市及び市町村は、「肝臓週間」（日本肝炎デーを含む１週間）に効果的な啓発を行います。

イ　県、政令指定都市、中核市及び市町村は、あらゆる世代の県民が、肝炎に係る正しい知識を持つよう、一層強力に普及啓発を行います。

県民に対し、母子感染や乳幼児期の水平感染に加えて、ピアスの穴開けやいわゆるアートメイク、性行為等により感染する可能性があり、予防策を講じる必要があること等、必要な知識の普及啓発を行います。

ウ　県、政令指定都市、中核市及び市町村は、肝炎患者等への受診勧奨を行うため、医師会、薬剤師会、医療保険者等の医療関係団体、職域において健康管理に携わる者の団体、事業主団体等の協力を得て、肝炎の予防、病態、治療の必要性、肝炎医療に係る制度等について普及啓発を行います。

エ　県は、政令指定都市、中核市及び市町村と連携して、肝炎から進行した肝硬変及び肝がん患者を含む肝炎患者及びその家族等の不安を軽減するための情報提供を進めます。

オ　県は、県拠点病院に設置されている肝臓病相談センターを周知します。

カ　県は、肝炎患者等に対する偏見や差別の被害の防止のための普及啓発を行います。

キ　県は、国・市町村と連携を図り、人権相談窓口について周知します。

（関連指標）

指標名		現状値		目標値	
1	肝炎ウイルス検査を受けたことがある県民の割合（＊１）	６７．８％	令和３年度（２０２１年）	７０％＊２	令和８年度（２０２６年）

指標名				現状値		目標値	
２	日本肝臓学会肝臓専門医及び埼玉県肝炎医療研修会受講修了医師数の確保		医療圏当たり１０人（人口１０万対）を満たす地区数	５地区	令和３年度（２０２１年）	１０地区	令和８年度（２０２６年）
３	肝炎コーディネーターの設置	肝炎医療コーディネーター	医療圏当たり１０人（人口１０万対）を満たす地区数	５地区	令和３年度（２０２１年）	１０地区	令和８年度（２０２６年）
		肝炎地域コーディネーター	医療圏当たり　３人（人口１０万対）を満たす地区数	４地区	令和３年度（２０２１年）	１０地区	令和８年度（２０２６年）

＊１　非認識受検率を含む受検率

＊２　県内人口に対する昭和生まれの割合

第３章　健康危機管理体制の整備と生活衛生

第１節　健康危機管理体制の整備充実

１　目指すべき姿

健康危機管理事案に対し、迅速・的確に対応することで県民が不安なく生活できる社会を目指します。

２　現状と課題

「健康危機管理」とは、感染症、食中毒など県民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務のことをいいます。

健康危機の例示としては、新型コロナウイルス感染症、エボラ出血熱、中東呼吸器症候群（ＭＥＲＳ）など、国際的に脅威とされる感染症が挙げられます。

特に、令和２年（２０２０年）から流行した新型コロナウイルス感染症は、県内の陽性者数が累計１８０万人を超えるなど、

大きな影響を及ぼしました。
　また、大規模・広域な食中毒事件が発生していることに備える必要があるが、保健所等の職員の人数及び経験不足により、ＯＪＴによる職員教育が十分出来ていない現状があります。
　さらには、核（nuclear)、生物（biological)、化学（chemical）を用いた大量破壊兵器による国内でのＮＢＣテロ事件の発生も懸念されています。
　こうした事態の発生予防、拡大防止等を迅速かつ的確に実施するため、健康危機管理体制を整備することが重要な課題となっています。
　健康危機管理は、健康危機情報の的確な収集・分析と必要な情報を迅速に関係機関へ提供することが重要です。
　また、医療機関、検査機関、消防、警察、国、市町村などの関係機関との緊密な連携を図ることが必要です。
　県では「埼玉県危機管理指針」、「保健医療部危機管理マニュアル」及び危機の原因別マニュアルを策定し、有事に備えた体制整備を行っています。

３　課題解決に向けた主な取組
⑴　情報収集及び提供体制の充実
⑵　食品、毒物劇物、医薬品等の営業者などに対する監視指導体制の充実強化
⑶　食品、毒物劇物、医薬品等の営業者などによる自主管理体制の充実強化
⑷　健康危機管理マニュアルの整備等による危機管理体制の充実強化
⑸　危機管理対応のための職員等の資質向上

第２節　保健衛生施設の機能充実

１　目指すべき姿
　公衆衛生の向上や県民の健康増進を図り、県民生活に深刻な影響を及ぼす新たな感染症などにも迅速に対応できるよう保健所や衛生研究所の機能を充実します。

２　現状と課題
　県は、保健衛生の広域的、専門的なサービスを提供する機関として１３保健所を設置しています。

また、政令指定都市及び中核市（さいたま市、川越市、越谷市、川口市）も保健所を設置しています。
保健所では、埼玉県立精神保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所などと連携を図りながら業務を行っています。
衛生研究所は、感染症法、地域保健法の改正により専門的な知識及び技術を必要とする試験・検査を行う県の中核機関として位置づけられ、国及び政令指定都市、中核市、地方衛生研究所等との相互の技術的連携を行います。今後の新興・再興感染症のまん延等の健康危機に的確に対処できるよう、専門的な知識・技術を必要とする試験検査・調査研究等の業務を行うために必要な体制を整備することが求められています。

3　課題解決に向けた主な取組

⑴　保健所

ア　保健衛生施策等の推進

イ　市町村が行う生活習慣病予防などの取組の支援

ウ　健康危機管理想定訓練の実施

⑵　衛生研究所

ア　感染症対策の充実

イ　食の安全・安心、医薬品等の安全性の確保

ウ　保健所との連携・支援

エ　検査体制の強化

オ　国及び政令指定都市・中核市・地方衛生研究所等との連携

第３節　安全で良質な水の供給

1　目指すべき姿

県民が利用する水道について、安全で良質な水の供給に努めます。

2　現状と課題

水道は河川水や井戸水を水源としています。
河川水については、油や化学物質等を原因とした水質事故が年間１００件を超えており、近年はかび臭の原因物質の濃度が急

激に上昇する事例も増えています。
地下水については、一般的に水質は安定していますが、井戸によっては、水質が少しずつ悪化している事例も見受けられます。
一方で、水道利用者の水質に対する関心は高まっており、安全であることに加えて、味やにおいなど、良質な水に対するニーズも高まっています。
このため、水道水源の水質監視や水質検査の精度向上、水質に応じた適切な浄水処理などが求められています。
また、マンション等に設置されている貯水槽の衛生管理など、給水施設における水質劣化を防ぐ取組も重要です。

3　課題解決に向けた主な取組
埼玉県水道ビジョンに基づき、以下の対応を行います。
⑴　水安全計画の策定及び適切な運用
⑵　水道水源の水質監視
⑶　水質検査の精度向上
⑷　水源の存続・廃止の検討
⑸　水質汚濁に対する適切な浄水処理設備の整備
⑹　高度浄水処理の導入
⑺　適切な残留塩素管理
⑻　直結給水の拡充
⑼　貯水槽水道管理者への指導・助言

第４節　衛生的な生活環境の確保

1　目指すべき姿
生活衛生関係営業施設（理容所、美容所、クリーニング所、興行場、旅館及び公衆浴場）や特定建築物の衛生水準の維持向上を図ることにより、公衆衛生の確保及び県民生活の安定に寄与します。

2　現状と課題
県民生活に密着した生活衛生関係営業施設は、生活様式の変化に伴い多種多様化しており、監視指導等を行う上で高い専門性

が求められています。
　また、建築物が大型化・高層化し、空気環境や給排水に係る衛生管理上の問題がみられます。
　このため、時代に適応した経営の指導、施設の衛生監視指導、検査体制の整備及び営業者の自主的な管理体制の確立が求められています。

3　課題解決に向けた主な取組
⑴　生活衛生関係営業施設及び特定建築物の監視指導体制の充実
⑵　公衆浴場等におけるレジオネラ属菌汚染防止対策の推進
⑶　生活衛生関係営業者の自主管理体制の確立の促進
⑷　環境衛生監視員の資質向上のため研修体制を充実

第５節　安全な食品の提供

1　目指すべき姿
「県内で生産・製造され、消費される全ての食品の安全性を高める」の視点で、フードチェーンの各段階における監視指導の強化と自主衛生管理の向上を目指します。

2　現状と課題
⑴　食品の安全確保
　食中毒や残留農薬、食品の不適正表示、異物混入事件の発生、輸入食品の増加などを背景に、食の安全に対する県民の関心が高まっています。
　近年の食を取り巻く環境は、製造・加工技術、包装や輸送技術の進歩に伴い、多種多様な食品が広域に流通しているため、食品事故発生に対する事後対応より、未然防止に重点を置く必要があります。
　食品の安全を確保するためには、生産から流通・消費に至るまでのフードチェーン全体で取り組む必要があり、農畜水産物の生産及び食品の製造、加工、調理の各段階において実施されている安全に関する取組を確認し、評価する方法の導入が求められています。
⑵　食中毒発生の防止対策

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。

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。

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。

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もに、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。

＊HACCP とは、Hazard Analysis and Critical Control Point といい、頭文字をとって HACCP（ハサップ）とよばれます。
HACCP は、食品の製造における全行程の中で、特に重要な工程を連続的に監視・記録し、製品の安全性を確保しようとする衛生管理手法です。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　食品の監視指導・検査体制の強化
⑵　食品関連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
⑶　食品表示の適正化による食への信頼の確保
⑷　県民や食品等事業者に対する食中毒の発生防止対策の実施
⑸　食の安全・安心確保に向けた情報提供と普及啓発

４　指標

食品関連事業所における製品等の自主検査実施率

現状値　６６．５％　　→　目標値　１００％
（令和４年度末（２０２２年度末））　　（令和８年度末（２０２６年度末））

第３部　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

本節は、がん対策基本法第１２条第１項に基づく「埼玉県がん対策推進計画」として定めるものです。

１　目指すべき姿

がん患者を含めた全ての県民ががんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、誰もがいつでもどこに居ても、様々ながんの病態に応じた、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って、暮らせることを目指します。

⑴　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、科学的根拠に基づく施策を実施することにより、がん罹患率の減少を目指します。

県民が受診しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がん死亡率の減少を目指します。

⑵　患者本位で持続可能ながん医療の提供

患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させ、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率の向上及び、がん死亡率の減少を目指します。

支持療法や緩和ケアが適切に提供される体制を整備することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させることを目指します。

⑶　がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備することを目指します。

医療・福祉・介護・産業保健・就労・教育の各支援分野等と連携し、効率的な医療の提供や、福祉、保健サービスの提供、就労支援、教育支援等を行う仕組みを構築することにより、がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きられる地域共生社会を実現し、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させることを目指します。

2　現状と課題及び課題解決に向けた主な取組

(1)　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

ア　がんの１次予防

(ｱ)　生活習慣

a　現状と課題

がんの１次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐことは、がんの罹患率の減少につながります。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、飲酒、身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣など、様々なものがあります。

喫煙、飲酒、身体活動、食生活などの生活習慣については、第２部第１章第１節（埼玉県健康長寿計画）等に基づいた取組に基づき適切な生活習慣の普及・啓発等を実施してきました。

生活習慣の中でも、喫煙は、がんのリスク因子となっており、がんに最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点からもたばこ対策を進めていくことが重要です。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　第２部第１章第１節（埼玉県健康長寿計画）等に基づいた取組を行います。

(b)　がん診療連携拠点病院等（＊）は、各地域に対するがんの予防に関する普及啓発や、病院全体におけるがんの予防に関する情報の提供体制の整備を推進します。

＊がん診療連携拠点病院等（以下、「拠点病院等」という。）

国の定める「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（令和４年８月１日付健発０８０１第１６号。以下、「整備指針」という。）」に基づき指定を受けた都道府県がん診療連携拠点病院である県立がんセンターを含む、１４のがん診療連携拠点病院と、拠点病院を補完するため県が指定する「埼玉県がん診療指定病院」の１２病院を指す。

(ｲ)　感染症対策

a　現状と課題

ウイルスや細菌の感染は、がんのリスク因子の中でも高い割合を占め、男性では喫煙に次いで２番目に、女性では最も大きい要因となっています。

発がんに大きく関係するウイルスや細菌には、子宮頸（けい）がんと関連するヒトパピローマウイルス、肝がんと関連する肝炎

ウイルス、ＡＴＬ（成人Ｔ細胞白血病）と関連するヒトＴ細胞白血病ウイルス１型、胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリ等があります。

がんに関連する感染症は予防可能なものもあり、各病原体に応じた感染対策の推進が必要です。

b　課題解決に向けた主な取組

県民に対し、科学的根拠及び適切な情報提供に基づく正しい理解の促進に取り組みます。

イ　がんの２次予防（がん検診）

(ｱ)　受診率向上対策

a　現状と課題

がん検診には、市町村が行う健康増進法に基づく事業として行うがん検診（胃、肺、大腸、乳、子宮頸(けい)がん）のほかに、企業などが行うがん検診（職域）等があります。科学的根拠に基づくがん検診の受診は、がんの早期発見・早期治療につながり、結果としてがん死亡率の減少につながるため、受診率向上は必要不可欠です。

県では、がん検診の受診率向上に向けて、がん検診対象者全員への個別の受診案内の送付や、女性が受診しやすい環境整備など、意欲的な取組の実施を市町村に働きかけています。また、民間企業や団体と協力してがん検診の重要性等の普及啓発活動や、埼玉県医師会（以下、「県医師会」という。）と連携し、医療機関を受診した方にかかりつけの医師や看護師等から直接がん検診の受診を促す取組を実施しています。

令和４年度国民生活基礎調査によると、埼玉県のがん検診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、すべてのがん検診受診率において第３期埼玉県がん対策推進計画における令和４年度（２０２２年度）までに５０％とする目標の達成はできませんでした。

がんの死亡率を更に減少させていくためには、がんの早期発見・早期治療につながる科学的根拠に基づくがん検診の受診率向上対策が必要です。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　市町村への財政上のインセンティブを活用し、がん検診の受診率向上に向けた市町村の取組を支援します。

(b)　民間企業等と連携したがん検診の重要性等の普及啓発活動や、県医師会と連携して医師や看護師などからの個別受診勧奨を引き続き行います。

(c)　市町村等と連携して、保険者が実施する特定健診と市町村が実施するがん検診の同時実施体制の整備を推進します。

(ｲ)　がん検診の精度管理等

a　現状と課題

がんの早期発見・早期治療により、がんの死亡率を更に減少させていくためには、有効性の確立されたがん検診が適切な精度管理の下で実施されるとともに、十分な経験を有する検診従事者によって実施されることが必要です。

また、がん検診で要精密検査となった受診者に対する精密検査の受診勧奨も行われていますが、精密検査受診率は十分と言えず、引き続き改善に向けた取組が必要です。

県では、県医師会と連携し、検診従事者の研修を実施するとともに、市町村が実施するがん検診の精度向上を支援するため、がん検診結果（一次検診及び精密検査）の分析・評価を行い、検診の改善に向けた助言を行っています。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　指針に基づくがん検診の実施及び精度管理の向上に向けて、引き続き市町村に対して検診体制の改善に向けた助言を行います。

(b)　がん検診に従事する人材の育成や、検診精度や技術の向上を目的とした研修を行います。

(c)　要精密検査とされた受診者に対する「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、がん検診の実施者によるわかりやすい情報提供を推進します。

(2)　患者本位で持続可能ながん医療の提供

ア　がん医療提供体制等

(ｱ)　医療療提供体制の均てん化・集約化

a　現状と課題

拠点病院等では、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組が進められています。

がん医療の高度化や、少子高齢化・人口減少という今後の人口動態の変化を踏まえ、整備指針に基づき、県内で質の高い医療が適切に行われるようがん医療の提供体制の整備を引き続き進めていくことが必要です。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　医療提供体制の均てん化及び拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化については、国の動向を踏まえ対応します。

(b)　感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進します。

(ｲ)　手術療法・放射線療法・薬物療法の充実及びチーム医療の推進

a　現状と課題

近年、がん医療の高度化や複雑化、患者の医療ニーズの多様化に伴い、手術療法、放射線療法、化学療法の専門医等をはじめ、専門的な医療従事者が不足しています。こうした医師等の負担を軽減し、患者やその家族に質の高い、きめ細かい支援を行うため、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療の推進が求められています。

県では、県内どこでも「質の高いがん医療」を提供することを目指して、がんに関する専門的な手術や化学療法、放射線療法など、高い医療機能を有する医療機関の充実や、退院後も必要なケアを地域で提供できる体制づくりを進めています。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　拠点病院等は、都道府県がん診療連携拠点病院が中心となって、患者が病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な手術・放射線療法が受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく、「ロボット支援手術を含む内視鏡下手術等の高度な手術療法」、「精度の高い放射線療法」の提供について、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進めます。

(b)　拠点病院等は、都道府県がん診療連携拠点病院が中心となって、患者が病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を外来も含め適切な場で受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物療法の提供について、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進めます。

(c)　拠点病院等は、多職種連携を更に推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において地域の医療機関と議論を行い、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組みます。

(d)　拠点病院等は、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔(くう)の管理の推進に引き続き取り組みます。また、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う体制の整備に引き続き取り組みます。

(e)　拠点病院等は、がんのリハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の配置を推進し、入院に加え外来においても、効果的・継続的ながんのリハビリテーション提供体制の整備を推進します。

(ｳ)　妊孕(よう)性温存療法

a　現状と課題

がん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕(よう)性が低下することは、将来子供を産み育てることを望

む小児・ＡＹＡ世代のがん患者にとって大きな課題です。

妊孕性温存療法として、胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存することは、高額な自費診療であり、がん患者等にとって経済的負担となっていたことから、県は平成３０年度（２０１８年度）から「埼玉県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」を立ち上げ、治療費の助成を開始しました。

また、令和４年度（２０２２年度）からは、がん患者等で妊孕性温存療法を行った者が、その後妊娠を希望する際に凍結保存した検体を用いる生殖補助医療（温存後生殖補助医療）も治療費助成の対象となっています。

b　課題解決に向けた主な取組

小児・ＡＹＡ世代のがん患者等が希望を持ってがん治療等に取り組めるよう引き続き治療費の助成を行います。

イ　がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(ｱ)　緩和ケアの提供

a　現状と課題

がん対策基本法第１７条において、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策として、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」が明記されています。このように、緩和ケアとは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を、全ての医療従事者が診断時から行うとともに、地域の関係機関等とも連携して取り組む必要があります。

拠点病院等は、整備指針に基づき、がんの診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチームの組織や、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備を推進しています。

国が実施した患者体験調査によると、平成３０年度（２０１８年度）時点で、県では、心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は、約２～３割と一定の割合を占めています。また、国が実施した遺族調査によると、亡くなる前１か月間の療養生活について、身体的な苦痛を抱える患者の割合、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、約４～５割となっており、更なる緩和ケアの充実が必要です。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　拠点病院等は、がん患者が望んだ場所で過ごすことができるよう、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関と連携した、在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の整備を推進します。

(b)　拠点病院等は、地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修を定期的に開催します。

(ｲ)　緩和ケア研修会

a　現状と課題

緩和ケアが診断時から適切に提供されるためには、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを正しく理解し、知識、技術、態度を習得することが重要です。

拠点病院等では、国の指針に基づく「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を実施しています。

令和４年（２０２２年）９月現在、がん診療に携わる９割以上の医師が緩和ケア研修を修了している拠点病院は５病院となっていますが、令和５年（２０２３年）３月末現在、県内で緩和ケア研修会を修了した者は、累計で４，６７６人となっています。

b　課題解決に向けた主な取組

拠点病院等は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実践し、その知識や技能を維持・向上できるよう、地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修会の更なる推進に努めます。

ウ　希少がん及び難治性がん

(ｱ)　希少がん及び難治性がん対策の推進

a　現状と課題

県では、希少がんについては、希少がんに対応できる病院と拠点病院等や小児がん拠点病院等との連携を推進し、難治性がんについては、国の動向を踏まえながら、患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制の構築を目指しています。

b　課題解決に向けた主な取組

拠点病院等と連携して、患者やその家族等への情報提供の更なる推進のため、拠点病院等における診療実績や医療機関間の連携体制について、患者やその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供を推進します。

エ　小児がん及びＡＹＡ世代、高齢者のがん対策

(ｱ)　小児がん及びＡＹＡ世代、高齢者のがん対策の推進

a　現状と課題

がんは、小児及びＡＹＡ世代の主な死因の１つですが、多種多様ながん種を含むことや、成長発達の過程において、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人のがんとは異なる対策が求められています。

小児がんは、乳幼児期から学齢期という心身共に発育・発達過程に発症します。小児・ＡＹＡ世代は、身体的苦痛に加え、早期の親との分離等の精神的負担を強く感じる年代でもあります。さらに、年代に応じて治療中の学校の問題、進学、復学、保護者・兄弟・家族の心痛など、全人的な緩和ケアが必要であるとともに、その治療やケアの提供にあっては、医療従事者間の連携や児童心理をはじめとする専門的な関わりが必要です。

ＡＹＡ世代は、年代によって、就学、就労、生殖機能等の状況が異なる患者視点での教育・就労・生殖機能の温存等に関する情報・相談支援体制等が十分でなく、個々のＡＹＡ世代のがん患者等の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備等を進めることが重要です。ＡＹＡ世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な負担が大きいことが指摘されています。

また、高齢化の進展にともない、令和元年度（２０１９年度）には、新たにがんと診断された人のうち、６５歳以上の割合は７４．５％となっています。高齢者では、複数の慢性疾患を有するなど、患者の全身状態や併存疾患等を加味した治療が行われることもあります。整備指針により、拠点病院等は、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備を進めることが求められています。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　小児がん拠点病院等は、小児がん患者が速やかに適切な治療を受けられるよう、県内外の複数の小児がんを扱う専門医療機関のネットワークを通じて、質の高い小児がん医療の提供を推進します。

(b)　小児がん拠点病院等は、患者やその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供を推進します。

(c)　ＡＹＡ世代の多様なニーズに応じた情報提供や、相談支援・就労支援を実施できる体制整備を進めます。

(d)　ＡＹＡ世代の終末期のがん患者が望む場所で最期を迎えられるよう、地域の在宅医療体制の整備を推進します。

(e)　長期入院を要する高校生については、学びたいときに教育を受ける機会が確保されるよう、関係機関に対する理解を促進する研修を開催するなど、関係機関と連携して高校生への学習支援を進めます。

(f)　拠点病院等は、高齢のがん患者に対して、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備を推進します。

(g)　患者本人の意思決定を支援するための情報提供や普及・啓発を行うとともに、人生の最終段階における医療提供体制の整備を推進します。

(3)　がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

ア　相談支援及び情報提供

(ｱ)　相談支援

a　現状と課題

患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等や小児がん拠点病院等のがん相談支援センターが中心となって、患者やその家族等の精神心理的・社会的な悩みに対応していくことが求められています。

拠点病院には、がん患者・家族等のがんに対する不安や疑問に適切に対応するための相談窓口として相談支援センターが設置されています。また、がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、県ではピア・サポーター（＊）の養成・派遣事業を行っています。

＊ピア・サポート

ピア（Ｐｅｅｒ）とは「仲間」という意味で、同じような悩みあるいは経験を持つグループの中で、同じ仲間として対等な立場で行われる支援のこと。この支援を行う方を「ピア・サポーター」という。

拠点病院等は、外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することができる体制を整備すること、また、患者サロン等の場を設ける際に、一定の研修を受けたピア・サポーターの活用に努めることが求められています。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、地域の病院・診療所、保険薬局、訪問看護ステーション等と連携して、自施設に通院していない者も含む患者やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組みます。

(b)　拠点病院等は、拠点病院等の相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を推進します。

(c)　拠点病院等は、県と連携して、ピア・サポーターの養成及びフォローアップ研修等の取組を行うとともに、相談支援業務などにピア・サポーターの活用を推進します。

(ｲ)　情報提供

a　現状と課題

がんとの共生を目指す社会にとって、全ての患者やその家族等、医療従事者等が、確実に、必要な情報及び正しい情報にアクセスできる環境を整備することが重要です。

県では、本県に関するがん統計や拠点病院等のがん医療に関する情報、国が運用するがん情報サービスを紹介する等、県ホームページでがんの情報提供を行っています。また、がん患者団体等が実施するイベント等の後援や、県ホームページや県公式ＳＮＳを活用し必要な情報の提供を行っています。

また、拠点病院等は、自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容を病院ホームページ等で広報すること、希少がん、小児がん、ＡＹＡ世代のがん患者への治療及び支援（妊孕性温存療法を含む。）やがんゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報することが求めています。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　本県に関するがん情報を引き続き広報するとともに、インターネット等に掲載されているがんに関する情報については、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれることを、県民に対して注意喚起する等、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組みます。

(b)　拠点病院等は、自施設で対応できるがんの診療内容や、連携して実施する治療及び支援等について広報することを推進します。

イ　社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

(ｱ)　社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策等

a　現状と課題

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現するためには、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等の取組を推進し、患者やその家族等への積極的な支援を実践することが必要です。

県では、疾病による心身の痛みや苦しみを抱える患者が、住み慣れた自宅等で安心して療養できる環境を整備するため、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組める体制の構築を推進しています。

令和３年（２０２１年）８月より、がん等の専門的な薬学管理が必要な患者が自身に適した薬局を選択できるよう、がんの薬物療法に係る専門性を有する薬剤師が配置されており、拠点病院等の専門医療機関や他薬局等の関係機関と連携してがん等の専門的な薬学管理に対応できる薬局を、都道府県が「専門医療機関連携薬局」と認定する制度が開始されています。

セカンドオピニオンについては、拠点病院等の役割として、医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、すべてのがん患者とその家族に対して、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明することが求められており、更なる推進が図られています。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　「がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きることができる」よう、拠点病院等と地域の医療機関が連携し、地域における在宅療養・相談支援体制の強化に努めます。

(b)　拠点病院等は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実践し、その知識や技能を維持・向上できるよう、地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修会の更なる推進に努めます。

(c)　拠点病院等は、医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、すべてのがん患者とその家族に対して、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明することを推進します。

ウ　がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）

(ｱ)　就労支援

a　現状と課題

令和元年（２０１９年）時点で、がん患者の約４人に１人は、２０歳から６４歳までの間にがんに罹患しています。また、がん医療の進歩により、全国の全がんの５年相対生存率の上昇に伴い、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっています。このため、がんになっても活き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、働く世代のがん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められています。

県では、がん患者やその家族等に対して就労に関する相談支援体制を充実・強化するため、埼玉県がん対策推進協議会に「がん患者の就労等部会」を設置しています。また、がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、「がん治療と仕事の両立支援ポイント」の作成や、看護師や両立支援促進員等に直接相談できる「がんワンストップ相談事業」等を行っています。

また、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させるためには、職場における、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入、がん患者への理解や協力の推進が必要です。そのため、企業経営者を対象に、従業者ががんになった時に備えておくべき、がんの基礎知識や従業員が復職する際の留意点などの出前講座を行っています。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　民間企業と連携して、特に中小企業等を対象に治療と仕事の両立支援のための体制整備や理解の促進に向けた研修やセミナーを実施します。

(b)　拠点病院に設置されているがん相談支援センターのほか、拠点病院等や埼玉産業保健総合支援センターと連携して、就労中のがん患者を対象とした相談事業を実施します。

(c)　埼玉労働局が事務局となる「地域両立支援推進チーム」を通して、関係機関と両立支援に向けた施策の共有を図り、より一層の事業の周知に努めます。

(d)　再就職支援を推進するため、埼玉労働局と連携して拠点病院の相談支援を行います。

(ｲ)　アピアランスケア（＊）

a　現状と課題

がん医療の進歩によって治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加しています。がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持するためには、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートが重要です。

県では、医療従事者のアピアランスケアに関する理解を促進するため、令和３年度（２０２１年度）から毎年度国立がん研究センター中央病院と協力しながら、拠点病院等の医療従事者を対象とした研修を実施し、相談支援及び情報提供を支援しています。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　国や拠点病院等と連携して、医療従事者を対象としたアピアランスケアに関する理解促進研修を引き続き実施します。

(b)　国の動向を踏まえながら、アピアランスケアの充実に向けて、拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について検討を行います。

(c)　がん患者が治療中に悩むことの多い髪、爪、肌、眉毛・まつ毛の変化への心構えやセルフケア方法に関する情報を広報します。

＊アピアランスケア

がん治療によって生じた外見上の変化を医学的・整容的・心理社会的支援を用いて補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアのことをいう。

(ｳ)　その他の社会的な問題

a　現状と課題

がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援、アピアランスケアや自殺対策に留まらないがん患者・経験者の生活の質（ＱＯＬ）向上に向けた取組が求められています。

障害のあるがん患者については、がん診断の遅れや標準的な治療への障壁があるなどの指摘がされています。

また、がんに対する「偏見」について、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から孤立してしまうことがあることが指摘されています。

平成３０年度（２０１８年度）の国の患者体験調査によると、がん経験者のうち、周囲から不要に気を遣われていると感じる割合は１２．３％、家族以外の周囲の人からがんに対する偏見を感じると思う割合は５．３％となっており、がん

診断後には、疎外感や以前とは異なる特別な扱いを受けていると感じるがん患者がいます。

また、がんの治療後、日常生活に復帰して一定期間経過した後も、「がん患者」であったことで周囲から異なる扱いをされることがあるなど、本当の意味での「がんの克服」について理解が不十分ではないかとの指摘もあります。

b　課題解決に向けた主な取組

がんに対する「偏見」の払拭や正しい理解につながるよう、民間団体や患者団体等と連携し、普及啓発に努めます。

⑷　これらを支える基盤の整備

ア　人材育成の強化

(ｱ)　現状と課題

がん医療の現場を担う人員の不足や、がん医療を担う人材育成の医療機関間の差は、患者に提供される医療の医療機関間、地域間における差の要因の一つとなります。集学的治療（＊）等の提供には、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者の養成とともに、こうした医療従事者と協力してがん医療に関する基本的な知識や技術を有し、がん医療を支えることのできる医療従事者を養成していくことが必要です。

＊集学的治療

がんの種類や進行度に応じて、手術、薬物療法、放射線治療などを組み合わせて行うことをいう。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

a　拠点病院等は、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組むことを推進します。

b　医療機関は、院内のがん専門の医療従事者の育成に努めるとともに、医療従事者が研修等に参加しやすい環境づくりを進めることを推進します。

イ　がん教育とがんに関する知識の普及啓発

(ｱ)　現状と課題

子供が健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切です。これらをより一層効果的なものとするため、医療従事者（医師、薬剤師や看護師等）やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、子供に、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報も含めたがんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要です。

県では、県民に対するがんに関する知識の普及啓発について、県ホームページや国のがん情報サービスや拠点病院等の広報などにより進めています。

一方で、インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者やその家族等を含む県民が

必要な情報に適切にアクセスすることが難しいことなどが指摘されています。そのため県では、学校におけるがん教育の推進を図るため、がん教育推進連絡協議会を設置し、学習指導要領に基づいたがん教育の確実な実施に向けた取組の充実及び外部講師の活用を図るための体制の整備に向けた検討を行っています。また、外部講師を活用したがん教育を推進するため、県が実施する一定の研修を修了した者を県が管理し、学校からの希望に応じて外部講師として派遣する事業を実施しています。平成２５年度から令和４年度までの１０年間で１万を大きく超える小中高生及び大学生に外部講師を活用したがん教育を実施しています。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

ａ　県ホームページや県公式ＳＮＳ等を活用して、がんに関する正しい情報の広報を行います。また、拠点病院等を中心とした医療機関は、患者やその家族等の関係団体等の協力を得ながら、周知方法を工夫するなどして、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報も含めたがんに関する正しい知識の普及啓発に効果的な手法を用いて引き続き取り組みます。

ｂ　学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教育を推進するとともに、がん教育の確実な実施に向けた取組の充実を図ります。

ｃ　がん教育においては、生活習慣が原因とならないがんもあることなど、がんに対する正しい知識が身に付くよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の活用を図るための体制の整備を引き続き行うとともに、外部講師の積極的な活用を推進します。

ｄ　各地域において、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体と協力しながら、外部講師を活用したがん教育の実施を推進します。

ウ　がん登録の利活用の推進

(ｱ)　現状と課題

がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を収集し、がん対策の一層の推進を図るため、平成２８年（２０１６年）１月より、がん登録等の推進に関する法律（平成２５年法律第１１１号）に基づく全国がん登録が開始され、県内のすべての病院及び一部指定された診療所の届出が義務化されています。

精度指標については、令和元年（２０１９年）時点で、ＭＩ比（＊１）が０．３７、ＤＣＯ（＊２）が１．９％であるなど、登録情報の内容が充実してきている一方で、届出漏れや届出の誤りが見られ、継続的に精度の高い届出を収集・登録する必要があります。

がん登録情報の効果的な利活用については、平成３０年に埼玉県がん登録審議会を設置し、登録データの利活用の審査を

行っています。

＊１　ＭＩ比

一定期間におけるがん死亡数の、がん罹患数に対する割合をいう。

＊２　ＤＣＯ

がん登録の精度指標として用いられ、死亡情報のみで登録された患者のことをいう。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

ａ　質の高い情報取集を行うため、届出の具体的方法等を説明する研修会を定期的に開催します。

ｂ　質の高い情報収集に資する精度管理に取り組むとともに、国の動向を踏まえながら、がん登録情報の利活用を推進します。

ｃ　市町村におけるがん対策を充実させるため、各市町村のがん登録情報の利活用を推進します。

エ　患者・市民参画の推進

(ｱ)　現状と課題

現在、がん対策推進計画の策定過程には、がん患者及びその経験者等が参画しています。県民本位のがん対策を推進するためには、県と関係機関・団体等が協力して取組を進めていく必要があります。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

本県のがん対策推進計画の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進します。

オ　デジタル化の推進

(ｱ)　現状と課題

県では、デジタル技術の進展や新型コロナウイルス感染症への対応により、デジタル技術の活用やオンライン化の推進が多方面で進められています。

がん対策においても、拠点病院等における取組をより効果的かつ効率的に推進する観点から、個人情報の適正な取扱いを確保し、デジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を推進する必要があります。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

ＳＮＳ等を活用したがん検診の受診勧奨を推進するとともに、デジタル技術に不慣れな人等に配慮しながら、本県における会議、研修会、相談会等のオンライン化に取り組みます。

(5)　計画推進のための役割

ア　県民の役割

がんに関する正しい知識やがん患者に関する理解を持ち、積極的に健康づくりやがん検診を受けるよう努めます。

イ　患者団体等の役割

県民に対するがんに関する情報提供や、県及び市町村等と協力してがん患者やその家族の支援に努めます。

ウ　拠点病院等の役割

地域におけるがん医療の連携の拠点となり、高度な医療を提供するとともに、がん医療を担う医療従事者に対する研修等を通して人材育成を行います。また、すべての県民に対して、がんに関する情報提供に努めるとともに、がん患者やその家族のがんに対する不安や疑問に対する適切な対応に努めます。

エ　その他の医療機関等の役割

拠点病院等と連携し切れ目のないがん医療の提供に努めます。また、がんに関する情報提供に努めるとともに、がん患者やその家族のがんに対する不安や疑問に対する適切な対応に努めます。

オ　保険者の役割

被保険者等に対する正しい知識の普及や、生活習慣等の改善及びがん検診の受診の促進に努めます。

カ　事業者の役割

従業員ががん検診を受けられる環境を整備するよう努めるとともに、従業員又はその家族ががんに罹患した場合に従業員が働きながら治療を受け、療養し、又は看護することができる環境を整備するよう努めます。

キ　県の役割

埼玉県がん対策推進計画に基づき、がん予防、がん医療、がんとの共生等の各施策を関係機関等と連携し総合的かつ計画的に推進します。

ク　市町村の役割

国が推奨するがん検診を実施するとともに、受診促進に向けた普及啓発を行い、がん検診受診率の向上に努めます。また、住民へのがんに関する正しい知識の普及啓発や生活習慣の改善に関する取り組みを積極的に推進します。

３　指標

がん検診受診率

現状値　胃がん・男性　　４２．３％　→　目標値　左記すべてのがん種の受診率６０％

　　胃がん・女性　　３３．１％　　（令和１０年（２０２８年））

肺がん・男性　　４８．６％
肺がん・女性　　４３．４％
大腸がん・男性　４４．８％
大腸がん・女性　４１．３％
乳がん　　４２．５％
子宮頸(けい)がん　　３８．２％
（令和４年（２０２２年））

第２節　脳卒中医療及び心筋梗塞等の心血管疾患医療

本節は、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（平成３０年法律第１０５号。以下、本節において「基本法」という。）第１１条第１項に基づく「埼玉県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画」として定めるものです。

１　目指すべき姿

「循環器病（＊）の予防や正しい知識の普及啓発」及び「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」を図ることなどにより、個々の患者に対し急性期から回復期、生活期まで切れ目のない医療や患者支援体制を実現することにより、県民が循環器病の発症及び再発予防に努め、介護が必要な状態を防ぎ、豊かで健康的な生活を送ることができる社会を目指します。

＊基本法では、「脳卒中、心臓病その他の循環器病」を循環器病として定義しています。循環器病には、脳卒中、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）、心不全、不整脈、弁膜症、大動脈疾患（大動脈瘤、大動脈解離）、末梢血管疾患、肺血栓塞栓症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等、多岐にわたる疾患が含まれています。

⑴　全体目標

国の循環器病対策推進基本計画に基づき「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」及び「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」を図り、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）の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指します。

健康寿命

男	現状値	１８．０１	→	目標値　１８．８３
女	現状値	２０．８６	→	目標値　２１．５８
	令和３年（２０２１年）			令和１１年（２０２９年）

脳血管疾患の年齢調整死亡率

男	現状値	９３．４	→	目標値　６１．３
女	現状値	５８．０	→	目標値　３７．９
	令和３年（２０２１年）			令和１１年（２０２９年）

虚血性心疾患の年齢調整死亡率

男	現状値	１０１．９	→	目標値　７１．７
女	現状値	４５．６	→	目標値　２８．２
	令和３年（２０２１年）			令和１１年（２０２９年）

⑵　関係する諸計画との調和

計画の取組を進める際には、基本法第１１条第３項に基づき、消防法（昭和２３年法律第１８６号）第３５条の５第１項に規定する「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」その他の法令の規定による計画等であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものとします。

２　現状と課題及び課題解決に向けた主な取組

⑴　予防や正しい知識の普及啓発

ア　現状と課題

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等が危険因子として指摘されています。そして、その経過は、生活習慣病の予備群から、循環器病をはじめとする生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行しますが、患者自身が気付かないうちに病気が進行することも多くあります。

しかし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。そのため、循環器病の発

症予防の段階だけでなく、再発予防や重症化予防を進める上でも生活習慣を改善することが重要となります。

この他、加齢に伴う弁の変性等に起因する心臓弁膜症もあります。

また、適切な治療を受けられなければ、その予後に悪影響を及ぼす可能性の高い循環器病もあります。先天性心疾患等の術後などは注意深く経過を見る必要があり、心房細動や心臓弁膜症は治療が遅れると脳卒中や心不全の発症及び増悪にも影響を与えます。下肢末梢動脈疾患は、治療が遅れると下肢の切断に至る場合もあり、予後の悪化につながります。大動脈弁狭窄症や僧帽弁閉鎖不全症などの弁膜症は、早期の症状には気が付かないことも多い一方で、治療が遅れると予後が悪くなる傾向があります。大動脈瘤は、破裂すると突然死に至ることもあり、破裂する前に治療する必要がありますが、症状を認めにくいこともあります。その他、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等を含め、循環器病に対して、適切な診断、治療及び重症化予防を行うことが必要です。

県民が適切に循環器病の発症予防・再発予防・重症化予防や疾患リスクの管理を行うことができるよう、まずは、循環器病やその後遺症に関する正しい知識の普及啓発が必要となります。重篤な状態になって初めて医療機関を受診される方も多いことから、広く県民に正しい知識を普及することを計画的かつ継続的に行っていく必要があります。

さらに循環器病は、急激に病態が変化する場合があるものの、適切な治療により予後を改善できる可能性があるため、発症後早急に適切な治療を開始する必要があります。そのためには、患者やその家族等が、循環器病の発症を認識し、救急要請等を行うことにより、速やかに適切な治療を提供する医療機関を受診することが重要です。

このためにも、県民に対する、循環器病の前兆及び症状、発症時の対処法並びに早期受診の重要性に関する知識の啓発が重要です。

イ　課題解決に向けた主な取組

(ｱ)　栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔(くう)について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するために、健康づくり対策や食育の推進、学校における教育も含めた子供の頃からの循環器病に関連する知識の普及啓発に取り組みます。

(ｲ)　県民に対し、循環器病の危険因子や兆候、原因疾患についての普及啓発を図ります。あわせて、県民に身近な医療機能の充実を図るための研修会等を開催します。

⑵　保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

ア　循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

(ｱ)　現状と課題

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等に端を発して発症するものであり、その経過

は、生活習慣病予備群、生活習慣病発症、再発・重症化・合併症発症、生活機能の低下・要介護状態の順に進行します。そのため、予防の観点からも、循環器病の早期の診断や治療介入の考え方が必要になります。

心電図検査等が心房細動などの早期発見につながるとする報告があるほか、医師の診察により心雑音や不整脈等の心音異常が聴取された場合には、専門医との連携により心臓弁膜症や心不全等を発見できることがあります。この他、循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の予防及び早期発見のためには、健康診査等の受診や行動変容をもたらす保健指導が重要となります。

生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導には、特定健康診査・特定保健指導等があり、更なる受診率・実施率の向上に向けた取組が必要となります。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導など、生活習慣病の予防及び早期発見する取組を支援し、発症予防をするとともに、生活習慣病に限らず循環器病を早期発見するための効果的な取組について検討します。

イ　救急搬送体制の整備

(ｱ)　現状と課題

循環器病は急激に発症し、数分や数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多いですが、治療に関しては、近年技術的な進歩が著しく、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ります。このことから、急性期には早急に適切な診療を開始する必要があり、その際には、地域の状況にかかわらず、情報技術の活用などにより医療の質を高めることが求められます。

本県では、救急医療については、病気やけがの症状の度合いに応じて、初期、第二次及び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、救急現場から医療機関に迅速かつ適切な搬送をするために、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の分類基準に「心筋梗塞」「大動脈緊急症」「脳卒中」を定め、傷病者の受入先となる医療機関リストを作成しています。

さらに、県の東西２か所の救命救急センターに３６５日２４時間体制のドクターカー広域運行拠点を整備し、ドクターヘリが運航できない夜間や荒天時においても緊急性の高い救急事案に対応できるよう迅速な医療の提供に取り組んでいます。

今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等においても、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

a　平時のみならず、感染症発生・まん延時や災害時等においても、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するため、ドクターヘリ及びドクターカーの効果的な活用や必要とされる設備等について検討するなどメディカルコントロール体制の整備を促進します。

b　救急隊と医療機関との連携を強化し、救急救命士への医療行為の指示・指導体制、医学的観点からの事後検証体制、救急隊員の資質向上を図るための病院実習等の再教育体制等を確立することで、速やかに専門的な診療が開始できる体制を構築し、救急業務の高度化を図ります。

c　消防法で規定する「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」について、適時必要な協議及び調整を行い、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制等の見直し、改善を進めます。

d　プレホスピタル・ケア（病院前救護）の充実のために、救急医療情報システムの機能を拡充するとともに、救急救命士の養成に努めます。さらに、ＡＥＤの一層の設置促進に向けた啓発やＡＥＤ設置場所についての情報提供等を行うとともに、企業・県民に対し救命講習の受講を働き掛けます。

ウ　循環器病に係る医療提供体制の整備

(ｱ)　脳卒中

a　現状と課題

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が困難な場合があることから、複数の地域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を構築することが求められます。

本県では、急性期脳梗塞治療（ｔ－ＰＡ療法や機械的血栓回収療法）を実施可能な医療機関を確保し、搬送・受入体制の整備や急性期脳梗塞治療の質の向上を図るため、埼玉県急性期脳卒中治療ネットワーク（ＳＳＮ）の取組を実施しています。

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医療に移行するわけではありませんが、急性期後の状態に応じて、回復期から生活期に至る過程で、身体機能の改善のみならず、日常生活の回復・維持、社会復帰に向けたリハビリテーション医療を切れ目なく提供する必要があります。

医療及び介護に係るサービスの需要の増大及び多様化に対応し続けるためには、患者個々の状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要があります。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　ＳＳＮ等の連携体制を整備するなど、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できる体制の構築を促進します。

(b)　特に県立循環器・呼吸器病センターについては、専門領域の救急医療などの充実に努め、県北地域におけるＳＳＮの基幹病院として、脳卒中治療に係る中核的な役割を担っていきます。

(c)　地域によって医療提供体制に差があるため、均てん化を促進するとともに、急性期から回復期までの病床の機能分化と生活期（維持期）まで切れ目なく移行できる連携体制の構築に取り組み、病態に応じた適切な医療の提供を目指します。

(d)　急性期病床から回復期病床（地域包括ケア病床又は回復期リハビリテーション病床）への転換を行う医療機関に対して、施設整備費及び設備整備費を補助することにより、転換を促進します。

(ｲ)　心血管疾患

a　現状と課題

急性期の心血管疾患は、疾患により必要とされる医療提供内容が異なります。

例えば、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。

特に、大動脈緊急症については、他の疾患に比べ、搬送時間を要し、搬送困難事案（重症以上で照会４回以上）の割合が高いため、傷病者を迅速・円滑に受け入れるための医療機関と消防機関との連携を行うとともに、治療が可能な医療機関相互の連携を強化する仕組みとして、埼玉県大動脈緊急症治療ネットワーク（ＳＡＮ）を運用しています。

心血管疾患患者の回復期・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重要です。そのため、運動療法、危険因子の是正、患者教育など多職種のチームによる多面的・包括的なリハビリテーションを実施することが大切です。

b　課題解決に向けた主な取組

(a)　ＳＡＮ等の連携体制を整備するなど、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できる体制の構築を促進します。

(b)　特に県立循環器・呼吸器病センターについては、専門領域の救急医療などの充実に努め、県北地域における急性心筋梗塞治療等の積極的な受入れや、ＳＡＮの基幹病院として、心血管疾患に係る中核的な役割を担っていきます。

(c)　急性期から回復期までの病床の機能分化と生活期（維持期）まで切れ目なく移行できる連携体制の構築に取り組み、病態に応じた適切な医療の提供を目指します。

エ　リハビリテーション等の取組

(ｱ)　現状と課題

脳卒中患者では、急性期治療を行った後にも様々な神経症状が残ることが多く、長期の寝たきりを避け、回復期に向けて基礎体力を維持するため、早期からリハビリテーションを行うことで、スムーズな社会復帰に繋げることが求められています。

心血管疾患患者では、特に、心不全等で入退院を繰り返す患者が増加しており、再発予防及び再入院予防の観点が重要となっています。入退院を繰り返す患者の問題点としては、医学的問題だけにとどまらず、自己管理の問題や社会的環境要因等とも大きく関わる場合も多く、多職種による疾病管理プログラムとして支援を実施することが求められています。

さらに、循環器病の予後について咀嚼・嚥下の機能低下が重要な決定因子になるため、地域における摂食嚥下リハビリテーションの取組を検討し推進する必要があります。

循環器病は、リハビリテーションと同時に合併症の治療が必要な場合や優先される場合もあり、個々の患者に応じた適切な対応が求められます。また、患者自身がその目的や必要性を十分に理解した上での再発予防や重症化予防に加え、社会復帰に向けた生活再建や就労等を含む一貫した支援を実施する体制を県内全域に整備することが必要です。

患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門職を育成しつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に活用し、多職種が連携して取り組む体制を構築する必要があります。加えて、家族や支援者が患者を支えることでリハビリテーションの効果が高まることから、家族や支援者を含めた取組も重要となります。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

ａ　患者数の急激な増加が予想される「心不全」への対応として、心血管疾患に関するリハビリテーションの理解を深めるための、医療従事者等に向けた研修会を実施します。

ｂ　二次保健医療圏ごとに地域リハビリテーション・ケアサポートセンターと協力医療機関などが連携した体制の整備を進めます。

ｃ　埼玉県総合リハビリテーションセンターの医療部門において、復職などの社会復帰を支援し、生活の質（ＱＯＬ）の向上を目指した良質な医療サービスを提供します。

ｄ　専門的なリハビリテーション等に関するスタッフ育成のため、介護支援専門員や医療従事者を対象に、医療と介護・福祉の連携事例の紹介等の研修を実施します。

ｅ　市町村に対する先進的な取組の紹介やグループワーク等を行う研修を開催し、市町村の効果的な介護予防事業の実施を支援します。

オ　後遺症を有する者に対する支援

(ｱ)　現状と課題

循環器病は、急性期に救命された場合であっても、様々な後遺症を残す可能性があります。また、後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となり得ます。このような場合には必要な福祉サービスを受けることができることとなっていますが、福祉サービスの提供を患者が十分に享受できていないとの指摘もあります。

また、発症後には、うつや不安等が認められる場合もあるため、心理的なサポートも求められます。そのほか、脳卒中の発症後には手足の麻痺だけでなく、外見からは障害が分かりにくい摂食嚥下障害、てんかん、高次脳機能障害、失語症や構音障害による意思疎通障害等の後遺症が残る場合もあり、このことについての社会的理解や支援が必要です。

また、脳卒中の後遺症として、口腔機能の著しい低下がある場合、誤嚥性肺炎や窒息の予防等のために、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。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

a　てんかん、失語症等の循環器病の後遺症を有する者に対する相談・診断・治療から職能訓練、社会復帰までも含めた総合的なリハビリテーションサービス機能を充実させます。

b　市町村相談支援体制を支える市町村職員や相談支援従事者などへの研修を実施します。

c　循環器病の後遺症を有する者に対する福祉サービスの提供を引き続き推進するとともに、失語症者に対する意思疎通支援や高次脳機能障害に対する支援体制の強化、てんかん患者が地域において適切な支援を受けられるような取組を行います。また、循環器病の後遺症等に関する知識等について普及啓発を行います。

d　介護保険の第２号被保険者で、特定疾病により日常生活を営む上で支障がある方に対し、適切な介護サービスが受けられるよう取り組みます。

e　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。

カ　緩和ケア

(ｱ)　現状と課題

令和２年（２０２０年）のＷＨＯ（世界保健機関）からの報告によると、成人で緩和ケアを必要とする頻度の高い疾患として循環器病が挙げられています。循環器病は、生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、疾患の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患です。加えて、臨床経過の特徴として増悪を繰り返すことが挙げられる心不全については、治療と連携した緩和ケアも必要とされています。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

多職種連携や地域連携の下で、循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアについて、医師や薬剤師、看護師等に対する循環器病の緩和ケアに関する研修会等を実施することで、専門的な緩和ケアの質や緩和ケアの提供体制の充実を図ります。

キ　社会連携に基づく対策・患者支援

(ｱ)　現状と課題

慢性期に、脳卒中治療後の後遺症の残存や心血管疾患治療後の身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や、薬剤師・薬局による適切な服薬管理などが求められています。

患者の状態に応じた医療の提供や介護施設間の連携により、患者情報の共有に基づく疾病管理を行い、在宅等の生活の場への円滑な移行を図ることが必要です。

さらに、歯科疾患が循環器病と関連があることが示されていることから、う蝕や歯周病等を予防する口腔ケアに対する助言や指導を行うための、かかりつけ歯科医等との連携が重要です。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

a　県民に対して、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局などを持つように働き掛け、医科歯科連携及び歯科口腔保健の充実並びに服薬アドヒアランス（患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けること）の向上を図ります。

b　在宅医療において、多職種が専門的な知識を活かしながらチームとして患者や家族をサポートする体制を構築します。

c　円滑な在宅療養への移行のために、在宅医療を担う医療と介護の関係機関相互の連携強化や在宅医療に関わる医療・介護従事者の人材育成を行います。

d　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、在宅医療を担う医療と介護の連携を推進する窓口拠点として積極的な役割を果たせるよう支援します。

e　地域の特性に応じた連携が推進されるよう、地域連携パスをはじめとした様々な方法について検討し、急性期から生活期（維持期）まで切れ目なく移行できる体制づくりを進めます。

f　専門医療を行う医療機関と、かかりつけ医との連携が重要であることから、患者がかかりつけ医のみならず、専門的な医療を行う医療機関からもフォローを受けることができるよう、仕組みづくりを進めます。

g　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。

ク　治療と仕事の両立支援・就労支援

(ｱ)　現状と課題

循環器病による後遺症は患者の日常生活や社会生活に支障を来す可能性があり、復職や就労の大きな障害となっています。

脳卒中を発症した患者のうち、職場復帰する者の割合（復職率）は、発症から時間の経過とともに徐々に増えていきます。６５歳未満の患者の場合、約７割がほぼ介助を必要としない状態まで回復するとの報告もあります。

脳卒中の後遺症には痛みやしびれなどの症状以外にも、記憶力の低下、注意力の低下などを伴うことがあり、就業上の配慮等を要する場合があることに留意する必要があります。復職や就労に際しては、家族、事業者、医療従事者等による多角的な支援が求められています。

心血管疾患は治療後通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで復職や就労できるケースも多く存在しますが、治療法や治療後の心機能の状態によっては、業務内容や職場環境に配慮が必要な場合があります。

高齢化に伴い、循環器病を経験した労働者の増加が進むことから、後遺症を有する者に対する復職や就労支援、治療と仕事の両立支援に向けた主治医や会社・産業医と連携したコーディネーターの配置など、より一層のサポート体制の充実が求められます。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

ａ　循環器病を経験した患者が、社会に受け入れられ、自身の病状に応じて治療の継続を含め自らの疾患と付き合いながら復職や就労できるよう、患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援ができる相談支援体制の充実に取り組みます。

ｂ　治療と仕事の両立支援体制の確立のため、主治医、会社・産業医及び両立支援コーディネーターによる、患者への「トライアングル型サポート体制」の構築を推進し相談支援体制を充実させます。

ケ　小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

(ｱ)　現状と課題

小児期の循環器病患者全体の死亡率は大きく低下したものの、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま成人期を迎える患者が増えています。

こうした現状から、胎児期の段階も含め、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、他領域の診療科との連携や、移行期医療支援を含めた総合的な医療体制の充実が求められています。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

ａ　子供の健やかな成育を確保するため、学校健診等の機会における小児の循環器病患者の早期発見を引き続き推進しま

す。

b　小児期から成人期へ切れ目なく適切な医療を受けられるよう、埼玉県移行期医療支援センターを設置し、移行期の循環器疾患に対応できる医療機関と連携して「移行期医療支援」を推進します。

c　長期の治療や高額な医療費負担が必要となる小児慢性特定疾病に罹患する子供に対して、医療費の助成を行うとともに、相互交流やボランティア等との交流によりコミュニケーション能力や社会性の涵養（かんよう）を図り、子供の自立支援を推進します。

コ　循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

(ｱ)　現状と課題

医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く治療や生活における疑問や、心理・社会・経済的な悩み等に対応することが求められています。

相談支援については、急性期における医療機関受診に関することから、慢性期における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで多岐にわたります。

地域包括支援センターなどによる既存の取組との連携・協力も見据えながら、個別支援も含めて患者とその家族が、個別のニーズに対応した必要な情報にアクセスし、各ステージに応じた課題の解決につながるよう支援体制を整える必要があります。

(ｲ)　課題解決に向けた主な取組

a　循環器病に関する科学的根拠に基づいた正しい情報を提供するため、県と医療機関、関係団体等が協力して循環器病に関する様々な情報を収集し、県民に提供します。

b　各地域において、患者やその家族が、医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報に急性期から確実にアクセスでき、ライフ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。

c　地域包括ケアシステムの機能強化を図るため、市町村や地域包括支援センターの職員を対象とした研修を実施します。

⑶　施策の総合的かつ計画的な推進の確保のために必要な事項

ア　関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

埼玉県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画に係る施策を実効的なものとして、総合的に展開するため、県、市町村、医療機関、医療保険者、その他関係機関等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を推進します。

推進するに当たっては、当事者である循環器病患者及びその家族を含めた関係者等の意見を把握し、取組に反映させていく

よう努めます。

イ　他の疾患等に係る対策との連携

循環器病は合併症・併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策と重なる部分があります。これに対しては、関連する施策と連携した取組を検討します。

ウ　感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策

今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等においても、循環器病患者に対する医療が適切に確保できるような医療提供体制を構築していく必要があります。

3　指標

⑴　救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間

現状値　４７．４分	→	目標値　３９．４分
（令和３年（２０２１年))		(令和１１年（２０２９年))

⑵　在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合

現状値　５９．２０％	→	目標値　６２．１６％
（平成２９年（２０１７年))		(令和１１年（２０２９年))

⑶　在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合

現状値　９１．５０％	→	目標値　９３．０％
（平成２９年（２０１７年))		(令和１１年（２０２９年))

第３節　糖尿病医療

1　目指すべき姿

糖尿病の発症を予防するとともに、糖尿病が疑われる人や発症している人については、重症化を防ぐことを目指します。また、糖尿病の治療に係る医療連携体制を構築します。

2　現状と課題

⑴　予防・早期発見

埼玉県の糖尿病患者数は、平成１３年（２００１年）の１５万２千人から令和４年（２０２２年）には３８万４千人と２．５倍に増加しており、全国平均の２．２倍を上回っています（国民生活基礎調査（厚生労働省））。

糖尿病の多くは、過食、運動不足などの生活習慣及びその結果としての肥満が原因となり、インスリンの作用不足を生じて発症します。また、脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子となる慢性疾患であるとともに、合併症を引き起こすおそれのある疾患です。さらに、糖尿病と歯周病には双方向の関係があり、歯周病の悪化によって血糖コントロールが悪化することが指摘されています。

糖尿病の発症の予防には、代謝を促進し、内臓脂肪を減らすことが有効で、食生活の改善、運動習慣の徹底、適正体重の維持が重要です。糖尿病は自覚症状がほとんどないため、特定健康診査等を受診し、肥満や高血糖などの危険因子を早期に発見することが大切です。また、新規人工透析導入患者の約４割を占める糖尿病性腎症の重症化を予防するためには、医療機関への受診勧奨や、生活習慣の改善を目的とした保健指導を実施する必要があります。

⑵　糖尿病の治療・重症化予防

糖尿病の治療には、食事療法、運動療法、薬物療法による血糖値の管理及び血圧・脂質・体重などの管理が行われます。これらの治療を身近な病院・診療所等の医師の管理の下、継続的に行う必要があります。

糖尿病の重症化を予防するため、かかりつけ医と糖尿病専門医や腎臓専門医などとの医療連携といった糖尿病診療体制の構築が必要です。

さらに、感染症流行下等の非常時においても切れ目なく適切な医療を受けられるような体制の整備も求められます。

⑶　糖尿病の合併症

糖尿病が進行すると合併症が発症してしまいます。糖尿病の主な合併症は、急性の糖尿病性昏睡や慢性の腎症、網膜症、神経障害などです。

糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能です。そして、合併症の発症は、患者の生活の質（ＱＯＬ）を低下させ、生命予後を左右することから、その予防が重要となります。

⑷　慢性腎臓病（ＣＫＤ）

自覚症状に乏しい慢性腎臓病（ＣＫＤ）を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施継続することにより、慢性腎臓病（ＣＫＤ）の進行を予防する必要があります。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進

⑵　特定健康診査・特定保健指導など生活習慣病を予防する取組の支援

⑶　糖尿病性腎症重症化予防対策事業の実施

⑷　医療機関の機能分化と連携の促進

⑸　かかりつけ医と歯科医療機関との連携による糖尿病予防や改善のための体制構築

⑹　慢性腎臓病（ＣＫＤ）に関する正しい知識の普及・啓発、病診連携システムの構築に向けた現状把握と検討

４　指標

⑴　糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく受診勧奨に応じた率

現状値　１０．４％　→　目標値　１４．０％

（令和４年度（２０２２年度））　（令和１１年度（２０２９年度））

⑵　特定健康診査受診率

現状値　５６．０％　→　目標値　７０％

（令和３年度（２０２１年度））　（令和１１年度（２０２９年度））

⑶　糖尿病と歯周病に係る医科歯科連携協力歯科医療機関数（再掲）

現状値　７００機関　→　目標値　１，２００機関

（令和４年度（２０２２年度））　（令和１１年度（２０２９年度））

第４節　精神疾患医療

本節は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和２５年法律第１２３号）に基づく統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症その他の精神疾患に係る医療に関する事項等について記載します。

また、依存症対策を総合的に推進するとともに、新たな依存症にも柔軟に対応できるよう、依存症の共通の特徴を踏まえた包括的な計画として「埼玉県依存症対策推進計画」を記載しています。この計画には、アルコール健康障害対策基本法（平成２５年法律第１０９号）第１４条第１項に基づく「都道府県アルコール健康障害対策推進計画」とギャンブル等依存症対策基本法（平成３０年法律第７４号）第１３条第１項に基づく「都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画」を内包しています。

また、埼玉県ひきこもり支援に関する条例に基づく、ひきこもり状態にある者及びその家族に対する支援並びに民間支援団体等の活動に対する支援についても記載します。
さらに、自殺対策基本法（平成１８年法律第８５号）第１３条第１項に基づく「都道府県自殺対策計画」として定めるものです。

１　目指すべき姿

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、安心して自分らしい暮らしをすることができる社会を目指します。
そのために、医療機関の役割分担・連携を推進し、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を図ります。
さらに、ひきこもりに関し、安心して支援を受けられる社会を実現することを目指します。
また、一人一人がかけがえのない個人として尊重され、『誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現』を目指します。

２　現状と課題

⑴　心の健康

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。
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でしたが、令和元年（２０１９年）からの新型コロナウイルス感染症の流行以降は横ばいとなり、令和４年（２０２２年）は１，２４７人となっています（警察庁（自殺統計）より）。
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、相談・支援体制を整備充実する必要があります。
また、我が国の精神障害の生涯有病率は２２．９％（WMHＪ２：世界精神保健日本調査セカンド）となっており、精神疾患は誰もが経験し得る身近な疾患となっています。さらに青少年のほか、中高年者のひきこもりが社会問題化しています。
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。
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普及啓発を図るとともに、相談体制の整備や各分野の連携強化が必要です。

⑵　精神医療対策の充実と地域ケアの推進

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。

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。

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。

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。

さらに、高次脳機能障害により強い精神症状などを呈した方が、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、その症状などによって、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。

依存症はアルコールや薬物等の物質や、ギャンブル等（＊）の行為などの依存する対象にかかわらず、繰り返すうちに脳の働き方に変化が生じ、コントロールが効かなくなります。本人の健康状態のみならず社会生活における人間関係の悪化や経済的問題など、家族や周囲の人たちを巻き込むような二次的な問題が生じやすくなります。

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。また、アルコールやギャンブルに限らず、ゲーム障害（ゲーム依存症）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。

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。

＊　ギャンブル等：ギャンブル等依存症対策基本法では、ギャンブル等を「法律の定めるところにより行われる公営競技（競馬・競輪・オートレース・モーターボート競争）、ぱちんこ屋に係る遊技その他の射幸行為」と定義しています。

⑶　認知症ケア

国の高齢社会白書（平成２９年度版）によると、６５歳以上認知症患者数は、平成２４年（２０１２年）には４６２万人と６５歳以上の高齢者の約７人に１人でしたが、平成３７年（２０２５年）には約５人に１人となるとの推計も示されており、本県においても認知症の高齢者が急増することが見込まれます。

脳血管性認知症の原因である動脈硬化を予防するためには、生活習慣の改善が必要です。
また、６５歳未満で発症する若年性認知症の患者もいます。
認知症患者は、精神症状や徘徊などの行動・心理症状（周辺症状）が出現する場合があるため、介護する家族には大きな精神的、肉体的負担が伴います。
このため、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。
さらに、認知症患者の中には内科疾患等を持つ者も多く、こうした患者が適切なサービスや医療（歯科医療を含む）を受けながら、住み慣れた地域社会で暮らしていけるよう地域でのケア体制の整備を図る必要があります。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　精神保健医療の強化

ア　県民の心の健康づくりを図るとともに、精神保健に係る相談窓口の充実を図ります。

イ　精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて関係者が連携し、障害福祉サービスの充実を図るなど、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指します。

ウ　県民が必要なときに、いつでも適切な精神科医療を受けられるよう精神科医療体制の充実を図ります。

エ　多様な精神疾患等に適切に対応するため、個々の医療機関の役割や医療機能等を明確にするとともに、医療機関相互の連携や専門の医療を提供できる体制の整備を推進していきます。

オ　高次脳機能障害による精神症状に対応するため、地域における医療と介護・福祉の連携体制の整備充実を図ります。

カ　認知症の予防、早期診断、早期対応を図ります。

キ　認知症対策を推進するため、地域包括支援センターとの連携を強化し、地域における医療と介護・福祉の連携体制の整備充実を図ります。

⑵　依存症対策

ア　基本的事項

(ｱ)　計画の趣旨

依存症はアルコールや薬物等の物質や、ギャンブル等（＊１）の行為などの依存する対象にかかわらず、繰り返すうちに脳の働き方に変化が生じ、コントロールが効かなくなります。本人の健康状態のみならず社会生活における人間関係の悪化や経済的問題など、家族や周囲の人たちを巻き込むような二次的な問題が生じやすくなります。

繰り返すのは本人の意思が弱いためではなく、依存症という病気だからであり、適切な治療やサポートにより十分に回復が可能です。

しかし、本人や家族等の依存症に対する知識や情報不足などのために相談につながることができなかったり、周囲の偏見などのために医療や回復支援機関等へのアクセスが妨げられたりするというのも依存症の特徴です。

さらに、ひとつの物質や行為への依存に留まらず、他の様々な物質や行為にも依存する傾向がみられ、複数の依存症が合併する「クロスアディクション（多重嗜癖）」（＊）の問題も指摘されています。

ＷＨＯ（世界保健機関）は、令和４年（２０２２年）に発効した「国際疾病分類第１１版（ＩＣＤ－１１）」に「Gamingdisorder」として「ゲームに関する病的な状態」を加えました。今後、科学的知見の充実により新たな依存症が確立されることも予想されます。

そのため、県では依存症対策を総合的に推進するとともに、新たな依存症にも柔軟に対応できるよう、依存症の共通の特徴を踏まえた包括的な計画を策定することとしました。

＊　クロスアディクション：やめようと思いながらもやめることができない習慣を併発している状態。多重嗜癖（たじゅうしへき）とも呼ばれる。薬物依存とアルコール依存、摂食障害と窃盗癖、アルコール依存とニコチン依存など多様な組み合わせがある。

(ｲ)　これまでの取組と今後の課題

ａ　これまでの取組

従前まで依存症という言葉から連想されるイメージは、「意志が弱いから」などとみなされることが多く、病気としてではなくその人自身の性格等、個人の課題としてとらえられる傾向がありました。社会において依存症に対する正しい理解や対応が進まずにいると、世間から厳しく見られてしまうため、なるべく人から知られないような閉鎖的な対応を取り、やがて孤立状態に陥ってしまうことが少なくありません。

依存症に罹患した背景には複合的な課題が存在している事例が多く、医療・福祉・司法など、様々な領域の専門家が連携して支援を行うことが求められます。

国は、依存症本人または依存症が疑われる人及びその家族等を適切に支援していく体制を整備するため、平成２６年（２０１４年）６月にアルコール健康障害対策基本法を施行し、平成２８年（２０１６年）５月には同法に基づくアルコール健康障害対策推進基本計画が策定されました。

さらに、平成３０年（２０１８年）１０月にはギャンブル等依存症対策基本法が施行され、平成３１年（２０１９年）４月には同法に基づくギャンブル等依存症対策推進基本計画が策定されるなど、アルコールや薬物、ギャンブル等の各依

存症に関する支援体制が整えられ、国民的な課題として取組の強化が図られました。

この間、県においては、平成３０年度（２０１８年度）から令和３年度（２０２１年度）までを計画期間とした埼玉県アルコール健康障害対策推進計画を策定し、アルコール健康障害の教育、普及啓発、治療及び相談支援体制の強化並びに、発症予防、進行予防、回復の各段階に応じたアルコール健康障害対策に取り組んできました。

アルコール健康障害・各種依存症は病気として共通する部分が多く、また、各種依存症からの回復の過程でクロスアディクションの問題を生じることがあることから、相互に有機的な連携を図りながら総合的に対策を推進していくことが必要となります。そのため、令和４年度（２０２２年度）から令和５年度（２０２３年度）までの埼玉県依存症対策推進計画にアルコール健康障害のみならずギャンブル等依存症対策の推進も取り入れました。

また、薬物対策においては、昭和４８年（１９７３年）９月に薬物乱用防止対策推進埼玉県本部を設置し、薬物乱用の根絶を目標に取り組んできました。平成２７年（２０１５年）４月には、危険ドラッグ等の新たな薬物の乱用や薬物事犯者の再犯率が６割を超えるなど薬物を取り巻く情勢の変化にも柔軟に対応するため、埼玉県薬物の濫用の防止に関する条例（平成２７年条例第１９号）を制定し、薬物の乱用防止に関する施策を総合的かつ計画的に推進することになりました。

この条例の趣旨を踏まえ、埼玉県薬物乱用対策推進計画を策定し、関係行政機関及び関係団体が強固な連携のもと、薬物乱用対策を推進しています。

b　今後の課題

依存症の特徴の１つに、自身が病気であるという認識を持ちにくいことが挙げられます。依存症の程度が進行するにつれ、家族をはじめ、周囲の人との関係は悪化しやすくなります。

脳そのものを治す治療はありませんが、適切な治療や支援により自身の病気と正しく向き合いながら社会的な回復を維持していくことが可能です。しかし、そのことが十分に理解されていないため、多くの方が必要な治療や支援を受けられないでいるのが現状です。依存症の治療は、正しい知識を得ることと支援者や仲間とのつながりを増やしていくことで、特定の物質や特定の行為に依存せずに過ごすことができ、特定の物質や行為にとらわれることで失ったものや心身の健康、信頼の回復も目指します。また、回復の過程でクロスアディクションの問題を生じることもあるため、相互に有機的な連携を図りながら総合的に対策を推進していくことが求められます。回復において“やめられた”としても困難とされている“やめ続ける”ことへの支援が重要となります。

イ　基本的考え方

(ｱ)　基本理念

アルコール健康障害対策基本法及びギャンブル等依存症対策基本法の理念や第六次薬物乱用防止五か年戦略の主旨を踏

まえ、依存症等の発症予防（一次予防）、進行予防（二次予防）、回復（三次予防）の各段階に応じた予防施策を実施するとともに、依存症本人とその家族等が孤立せずに継続的に支援を受けながら安心して社会生活を営むための支援を受けられるよう、社会が依存症を理解し回復者を温かく迎え入れることのできる環境を醸成していきます。

依存症対策を実施するにあたっては、健康増進、薬物乱用防止、自殺防止、犯罪防止などの関連施策との有機的な連携を図ります。

また、依存症を理解し、偏見や差別の解消を図るなど、依存症からの回復を促す社会づくりを目指していきます。

(ｲ) 共通する基本的施策

a 依存症の予防

＜発症予防（一次予防）＞

(a) いわゆるゲートウェイドラッグを含めた依存症予防に係る普及啓発の総合的推進

たばこ、アルコール健康障害、ギャンブル等依存症、薬物依存症等に係る普及啓発を進めるとともに、薬物等の乱用防止に係る普及啓発や学校教育において、たばこがニコチン依存症の原因になること、たばこやアルコールなどの嗜好品が、より依存性の高い違法薬物への入り口になる薬物、いわゆるゲートウェイドラッグ（＊）となる可能性についても触れることにより依存症の一次予防を総合的、効果的に進めていきます。

＊ゲートウェイドラッグ：コカイン、ヘロイン、覚醒剤など他の更に強い副作用や依存性のある薬物の使用の入り口となる薬物で未成年者の視点から見たゲートウェイドラッグとして酒やたばこなどの嗜好品も指摘されている。

(b) 若年層への普及啓発・予防教育の実施

依存症の予防及び依存症についての正しい理解を普及するため、児童・生徒を対象としたリーフレットの配布などの教育・啓発ツールの開発に取り組みます。

(c) それぞれの年齢や特性に応じた普及啓発・予防教育の実施

就職・結婚・出産等のライフイベントや定年退職等による生活の変化は、依存症のきっかけとなることもあるため、リスクが高い時期を踏まえ、身近な支援者と連携を図りながら、それぞれの年齢・世代・性別等に応じた内容・手法による普及啓発・予防教育を進めていきます。

＜進行予防（二次予防）、回復（三次予防）＞

(d) 依存症に関する偏見、差別の解消

依存症への支援は困っている人が声を上げることから始まります。しかし、依存症への偏見や、差別は、問題を潜在

化させてしまい、早期発見、早期対応の妨げとなるとともに、依存症患者の回復支援への取組み意欲を低下させます。このため、正しい知識の普及啓発と、相談者が相談しやすく、回復者を温かく迎え入れることのできる社会環境を醸成していきます。

(e)　依存症へのスティグマを助長させないよう配慮した普及啓発

依存性物質の乱用防止に関して、違法性や危険性に偏った普及啓発は依存症へのスティグマ（＊）を助長する可能性があると指摘されています。

例えば、過去に「覚せい剤やめますか？それとも人間やめますか？」という標語を用いたテレビコマーシャルがありました。

こうした強い表現を用いた普及啓発活動は、依存症本人の人格を否定するものであり、社会全体における依存症本人に対する「スティグマ」や依存症本人による「セルフスティグマ」を増強させ、結果的に依存症からの回復を難しくする危険性があります。

こうした点を踏まえ、依存症の回復支援に向けた普及啓発では、依存症に関する正しい理解を促進し、また、回復につなげていくようなメッセージを発信していくことが重要になります。

＊スティグマ：公衆衛生分野ではＳＤＨ（Socialdeterminantsofhealth:健康の社会的決定要因)の一つとされる。一般的に烙印と訳されるが、単なる烙印や偏見ではなく、ある属性に貼り付けられるレッテルであり、それにより人々にステレオタイプ（固定観念）が植え付けられ、偏見や差別に結び付くことにより、その属性を有する人々の社会資源へのアクセスを妨げ、健康格差を生じさせるものをいう。

b　依存症の相談体制・医療体制の整備・充実強化

＜進行予防（二次予防）＞

(a)　依存症相談拠点機関・その他の相談窓口の整備、充実強化

平成３０年（２０１８年）４月に埼玉県立精神保健福祉センターをアルコール健康障害、ギャンブル等依存症、薬物依存症の相談拠点機関として指定し、依存症専門相談員を配置し、ゲーム障害なども含む依存症に関する本人や家族等からの相談支援を行っています。

また、保健所、依存症専門医療機関、自助グループ及び回復支援施設等、民間団体等でも相談支援が行われています。

しかし、県政サポーターアンケート（令和３年（２０２１年）実施）の結果によると、アルコール健康障害の相談や治療について、飲酒等の問題で悩みがあっても相談や治療を行っていない方について、その理由を聞いたところ、「相

談や治療を受ける場所がわからない」と回答した方が２３.７％、「相談や治療の必要性を感じていない」が３０.０％「相談や治療を受けても、状況がよくなるとは思っていない」が２３.７％となりました。

このため、依存症に関する個別相談を充実させ、相談機関、専門医療機関、自助グループや回復支援施設等の情報の共有化やネットワーク構築等を進め、誰もが気軽に相談できるよう切れ目のない相談支援体制の充実・強化を図ります。

(b)　治療拠点機関・専門医療機関の整備、充実強化

依存症は、適切な治療や支援により回復が十分可能ですが、そのためには、必要な治療を受けられる体制を整備することが必要です。

そのため、県では平成３０年（２０１８年）４月、専門的な医療の提供と研修、情報発信等を行う依存症治療拠点機関と、専門的な医療を提供する依存症症専門医療機関を指定しました。

今後とも依存症に対する専門的な医療が提供できる体制を整備し、専門的な治療の提供、人材の育成等を図り、依存症治療拠点機関・依存症専門医療機関の周知、整備を図っていきます。さらに治療拠点機関においては、医療従事者を対象とした研修を充実させていくことにより、医療の質の向上を図っていきます。

c　依存症からの回復支援

＜回復支援（三次予防）＞

(a)　回復支援施設、回復支援団体との協働

依存症から回復のためには、根源にあるつらさを減らすためにどのような支援が必要か、などを考えていくことが重要です。そのため同じ目的を持った仲間や、経験、情報が豊富な民間支援団体の活動が必要です。こうした団体の活動を支え、更なる充実を図るためには、自助グループ及び民間団体等との協働が重要となります。また、自助グループ及び民間団体等の活動について、関係者への周知を図る必要があります。

このため、社会復帰支援等に向けて、病院への訪問活動や自助グループ活動を行っている民間団体等の活動を支援し、連携を図っていきます。

自助グループや回復支援施設等についてホームページ等への掲載などで、活動内容を周知し、埼玉県立精神保健福祉センターが主催する依存症連携会議や自助グループ・回復支援施設等が開催する研修会等へ講師派遣等の協力を通じて、連携強化を図ります。

ウ　個別対策

(ｱ)　アルコール健康障害

a　アルコール健康障害対策について

人類と酒の関係には長い伝統と歴史があり、現代社会において酒は人々の生活に深く浸透し、適度な飲酒は私たちの生活を潤すものになっています。

一方で不適切な飲酒は、本人の身体や精神の健康を損なうばかりでなく、理性的に振る舞うことができず感情の起伏が激しくなり、暴力・虐待、飲酒運転、自殺など家族や周囲の人々に対する深刻な影響を及ぼし、重大な社会問題を引き起こすことがあります。

また、アルコールは依存症になると、急にやめると手の震えや発汗、不快感、焦燥感、場合によっては幻覚などの症状が出現することがあります。

アルコール健康障害対策基本法では、アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害といったアルコール健康障害について、その発症、進行及び回復の各段階に応じた防止対策を適切に実施するとともに、当事者やその家族が日常生活を円滑に営むことができるよう支援すること、アルコール健康障害に関連して生じる飲酒運転、暴力・虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携が図られるよう、必要な配慮がなされることの２つの基本理念が定められています。また、国、地方公共団体、国民、医師その他の医療関係者の責務とともに、酒類の製造又は販売を行う事業者の責務として、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に配慮する努力義務が記されています。

埼玉県においても、アルコール健康障害対策に基づき、平成３０年度（２０１８年度）から令和３年度（２０２１年度）までを計画期間とした「埼玉県アルコール健康障害対策推進計画」を策定し、アルコール健康障害の教育、普及啓発、治療及び相談支援体制の強化並びに、発症予防、進行予防、回復の各段階に応じたアルコール健康障害対策に取り組んできました。

令和４年度（２０２２年度）から令和５年度（２０２３年度）までの第２期計画として、アルコール健康障害のみならず、ギャンブル等依存症、さらに個別法のないニコチン依存症やゲーム障害等についても包括的に記載した「埼玉県依存症対策推進計画」を策定し、アルコール健康障害対策としての重点課題、重点目標を置き、７つの基本方針に基づく施策、具体的な取組について定めています。

b　アルコール健康障害に係る埼玉県の現状

(a)　酒類の消費傾向

○埼玉県の成人１人当たりの酒類販売（消費）量の推移について

平成２８年度（２０１６年度）は６７．６ℓ、令和２年度（２０２０年度）は６５．８ℓと減少傾向にあります。

(b)　飲酒者の状況

①　生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（＊）の割合（平成２７年人口モデル年齢調整）について

埼玉県内における平成２８年度（２０１６年度）男性は１２．７％、女性は９．５％、令和４年度（２０２２年度）男性９．８％、女性８．５％と減少傾向にあります。

＊「生活習慣病のリスクを高める量の飲酒している者」　１日当たりの純アルコール摂取量が男性で４０ｇ以上、女性２０ｇ以上の者として、以下の方法で算出した。

男性：「毎日×２合以上」＋「週５～６日×２合以上」＋「週３～４日×３合以上」＋「週１～２日×５合以上」＋「月１～３日」×５合以上

女性：「毎日×１合以上」＋「週５～６日×１合以上」＋「週３～４日×１合以上」＋「週１～２日×３合以上」＋「月１～３日」×５合以上

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者は、令和元年（２０１９年）において、男性、女性ともに全国平均を上回っています。

特に近年は、「ストロング系」と呼ばれる９％のチューハイが増えており、飲み方によっては、健康上の影響が強く懸念されます。

②　妊婦の飲酒率について

健やか親子２１では、平成２５年度（２０１３年度）（ベースライン）は４．３％であり、母子保健事業の実施状況等によると、令和３年度（２０２１年度）の埼玉県における割合は０．９％です。

③　飲酒による補導の状況について

県では、地域ボランティア等と連携して、繁華街や娯楽施設、公園等において街頭補導活動を行っており、令和４年（２０２２年）に２３３人が飲酒により補導されています。

(c)　飲酒に関連して生じる問題

①　飲酒運転

埼玉県内の飲酒運転による交通事故（自転車を除く）

○負傷事故について

平成２８年（２０１６年）は２０４件、令和４年（２０２２年）は７３件と減少傾向にあります。

○死亡事故について
平成２８年（２０１６年）は８件、令和４年（２０２２年）は５件で推移しています。
○飲酒運転による講習
飲酒運転違反等による「取消処分者講習」「停止処分者（長期）講習」の受講者数について
平成２８年（２０１６年）は７２０人、令和４年（２０２２年）は５１６人と減少傾向にあります。

② 自殺

○自殺者について
平成１９年度（２００７年度）から平成２１年度（２００９年度）に国立精神・神経センター精神保健研究所で行った、「自殺予防と遺族支援のための基礎研究」では、自殺で亡くなる前の１年間に何らかのアルコール関連問題を抱えていた者が２１．１％であったとのことです。
これを令和４年（２０２２年）の埼玉県における自殺者１，２４７名に当てはめると、２６０人前後の方に、アルコール関連問題が絡んでいたと推測されます。

(d) アルコール依存症患者等の状況について

① アルコール依存症の推計値

「わが国成人における飲酒問題を有する者の推定割合および推計人口の調査概要と結果」によると、過去１年間において、全国のアルコール依存が疑われる者の推計数は５４万人との報告がありました。
この結果を本県の平成２９年（２０１７年）の２０歳以上の人口に置き換えた場合、約３１，５００人と推計されます。

② 入院治療者の状況について

県内では、平成２８年（２０１６年）は２４７名、令和４年（２０２２年）は１５８名です。

③ アルコール健康障害に関する相談等の状況

○埼玉県立精神保健福祉センター・さいたま市こころの健康センターにおける相談件数（件）について
減少傾向にあります。
○県保健所におけるアルコール健康障害に関する相談件数（件）について
増加傾向にあります。
○埼玉県立精神医療センターにおけるアルコール健康障害に関する診療実績（件）について
令和４年（２０２２年）は延べ４，２６０件でした。

c　重点課題・重点目標・施策・取組

【重点課題１】　飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防

【重点目標１】　生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

アルコールは様々な健康障害との関連が指摘されており、多量の飲酒は、肝機能の低下や高血圧、脳血管疾患、がん等の疾患やうつ病などのリスクを高めると指摘されています。

将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防し、県民の健康長寿を目指すためにも、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が一人でも少なくなるよう、女性、中高年等を含む成人への対策を講じていきます。

◆基本方針Ⅰ　教育及び普及啓発の強化

【施策１】　アルコール健康障害等に関する知識、情報の普及

アルコール健康障害等に関する知識や生活習慣病のリスクを高める飲酒量、アルコール関連問題等に関する情報を提供し、県民への普及啓発、保健指導等を行います。

飲酒運転や暴力、虐待、自殺など家族や周囲の人々に対する深刻な影響を及ぼす可能性があることなどを広く県民に周知を図る必要があります。

また、飲酒に伴う健康障害は、年齢、性別、体質等に応じて異なることを踏まえ、誰もがアルコール健康障害の問題を我が事と認識できるように、特に健康への影響を受けやすいと考えられる女性・若年者・高齢者など、特性に応じた留意すべき点等についてわかりやすい啓発を進めます。

アルコール依存症問題に関する情報提供を行うアルコール依存が疑われる人に対して相談や受診を勧める取組の支援などの啓発を図ります。

【主な取組】

○「アルコール関連問題啓発週間」（１１月１０日～１６日）等における啓発活動
○埼玉県及び各市町村のホームページによる啓発
○ガイドブック・冊子・パンフレット等による啓発
○アルコール健康障害に関する講演会等の実施
○「飲酒運転の根絶」キャンペーンの実施
○生活習慣病のリスクを高める飲酒量についての啓発
○講演会や研修会の周知、参加の促進（高齢者支援機関関係）
○保健指導実務者を対象とした研修の実施

○市町村等が実施する節酒指導プログラムへの協力
○産業保健スタッフに向けたセミナー等の企画・実施

【重点目標２】　２０歳未満の飲酒をなくすこと

２０歳未満の者の飲酒の禁止に関する法律では、２０歳未満の人の飲酒を禁じています（２０歳未満の本人には罰則なし。但し、未成年の親権者等や酒販売店に罰則規定あり）。

２０歳未満の飲酒については、脳の萎縮や第２次性徴の遅れ、アルコール依存症のリスクの高まりなど、心身の発育への影響が指摘されています。

若者の飲酒と関連の深い疾患として、急性アルコール中毒が指摘されます。急性アルコール中毒は、血中アルコール濃度の上昇によって運動失調や嘔吐を伴った意識障害が起こり、身体生命に危険が迫った状態を指します。若者に急性アルコール中毒が多い理由としては、脳がお酒に慣れていないこと、危険な飲み方を好むことなどが考えられています。

将来を担う若者の健全な育成を図るため、２０歳未満の飲酒をなくすよう、対策を講じていきます。

【施策２】　児童・生徒に対するアルコール健康障害に関する啓発指導の実施

小学校、中学校及び高等学校において、学習指導要領に基づき、児童・生徒がアルコールの心身に及ぼす影響を正しく理解するとともに、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していく資質や能力をつける教育を充実させるため、発達の段階に応じた教育等を継続して実施していきます。

【主な取組】
○学習指導要領に基づく飲酒と健康に係る授業の実施
○啓発用リーフレット等の配布

【施策３】　青少年の飲酒防止についてのキャンペーンの実施

毎年４月（４月１日から同月３０日までの１か月間）は未成年者飲酒防止強調月間であり、月間におけるキャンペーン活動など青少年の飲酒防止を啓発します。

【主な取組】
○キャンペーン活動等の実施
○大学等関係機関と連携した大学生等への周知
○２０歳未満の飲酒防止に向けた年齢確認を推進するための取組

【重点目標３】　妊婦の飲酒をなくすこと

妊娠中の飲酒は、胎児に対し、低体重や形態異常、脳障害などを引き起こす可能性があり、胎児性アルコール・スペ

クトラム障害といわれます。胎児性アルコール・スペクトラム障害には治療法はなく、唯一の対策は飲酒をしないことです。また、授乳中の飲酒はアルコールが母乳に入り、乳児の発達を阻害します。
妊娠中の飲酒をゼロとするとともに授乳期間中の飲酒を控えるような対策を推進していきます。
【施策４】　妊婦への助言指導
母子保健手帳交付時に、妊娠中や授乳中の飲酒が胎児や乳児に及ぼす影響について記載された副読本などを活用し、妊娠中の飲酒ゼロを目指します。
【主な取組】
○妊婦及びその家族への啓発
【重点課題２】　アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に係る切れ目のない支援体制の整備
【重点目標４】　誰もがアルコール健康障害について相談ができる窓口等の体制整備と周知
アルコール健康障害についての相談支援は、埼玉県立精神保健福祉センターを依存症相談拠点機関として指定し、依存症専門相談員を配置し、アルコール健康障害に関することを含む依存症に関する本人やその家族等からの相談支援を行っています。
また、保健所、専門医療機関、自助グループ及び回復支援施設等、民間団体等でも行われています。
県としては、アルコール健康障害を有している方やその家族など、誰もが気軽に相談できるよう体制の整備を図っていきます。
また、国の基本計画では、相談窓口によって治療や回復支援を行う専門医療機関、自助グループ及び回復支援施設等の情報を把握していないことから、必要な支援につながらなかった事例なども指摘されているため、周知と情報の共有を進めていきます。
◆基本方針Ⅱ　相談支援体制の強化
【施策５】　相談拠点機関・保健所等を中心とした相談支援体制の整備と充実強化
埼玉県立精神保健福祉センターや保健所における相談体制の整備と周知を図ります。
家族等への研修等の実施や専門医療機関や自助グループ・回復支援施設等との連携体制の整備が必要です。
また、アルコールによる健康への影響が受けやすいとされる若年層・女性・高齢者等、特性に応じた対応が必要となります。
特に高齢者の飲酒に関しては、独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターの調査によると、近年６５歳以上のアルコール依存症患者は増加傾向にあり、アルコール依存症患者全体に占める割合は２０％を超えているとの結果が報告

されています。
　とりわけ、独居の高齢者は、生きる楽しみや生きがい、居場所がないなどのことから寂しさをアルコールで紛らわす行動からアルコール依存症に発展してしまうという現状も指摘されています。
　高齢者のアルコール依存症は、認知症を合併する頻度が高くなると言われています。
　このため、高齢者やその家族、支援者等への普及啓発を図るとともに、早期発見・早期介入などの適切な支援につながるよう、ケアマネジャーや地域包括支援センター等、高齢者支援における関係機関との連携を強化していきます。
　【主な取組】
　○依存症相談拠点機関におけるアルコール健康障害に関する相談の充実
　○保健所における市町村と連携したアルコール健康障害に関する相談の充実
　○依存症相談拠点機関や保健所等における「家族教室」の実施
　○高齢者支援における関係機関の連携
　○相談窓口の周知
【重点目標５】　アルコール依存症の治療拠点となる医療機関等の整備と周知
　県ではアルコール健康障害を始めとする依存症の医療提供体制の整備を図るため、平成３０年（２０１８年）４月にアルコール健康障害に関する専門医療機関とアルコール健康障害に関する治療拠点機関を指定しました。
　しかし、アルコール健康障害や依存症が疑われ、本来であれば専門的な支援や治療を要する状態であるにもかかわらず、治療等を受けていない人の割合が極めて高いと言われています。このことを治療ギャップといいます。
　この背景には飲酒が原因で生じた問題への自覚のなさや、アルコール依存症への偏見や差別があると言われています。治療ギャップを少なくする取組が重要です。
　県としては、アルコール健康障害に対する専門的な医療が提供できる体制を整備し、専門的な治療の提供、人材の育成等を図り、依存症治療拠点機関・依存症専門医療機関の周知を図ります。
◆基本方針Ⅲ　治療体制の強化
【施策６】　治療拠点機関・専門医療機関の整備と充実強化
　埼玉県立精神医療センターにおける専門的な治療を提供するとともに専門医療機関の整備を図り、周知します。
　【主な取組】
　○アルコール健康障害治療拠点機関・専門医療機関の周知
　○アルコール健康障害治療専門機関の整備

○依存症治療拠点機関における専門的な治療の提供

【重点目標６】　早期発見・早期介入から回復支援に至るまでの連携体制の整備

【施策７】　早期発見・早期介入から回復支援に至る連携体制の整備

初期からの多量飲酒者への支援など、支援し、専門医療機関や自助グループ、回復支援施設等の民間団体と連携した活動を推進していきます。

【主な取組】

○アルコール健康障害に関する関係者連携会議の定期的な開催

○アルコール健康障害への早期発見、早期介入から専門医療、自助グループへの参加等による回復支援に至る連携体制の整備

→「ＳＢＩＲＴＳ（エスバーツ）（＊）の普及による関係機関の連携強化」

＊ＳＢＩＲＴＳ（エスバーツ）：アルコールが原因で内科などを受診している者にできるだけ早期に無理なくアルコール依存症の治療を勧めるための手順。スクリーニング（Screening)後、リスクの高い者には簡易介入(Brief Intervention)。依存症であれば、専門医療機関への紹介(Referral to Treatment)があり、同時に自助グループ(Self-helpgroup)へつなげていく仕組み。

◆基本方針Ⅳ　研修による支援者育成

【施策８】　相談拠点機関において依存症支援についての研修の実施、支援者育成

埼玉県立精神保健福祉センターでは、保健所及び関係機関の相談業務従事者等に対する研修等により、必要な技術や知識、情報を持った人材育成を図ります。

【主な取組】

○アルコール相談支援を行う者への研修会等の実施

◆基本方針Ⅴ　回復・社会復帰支援体制の強化

【施策９】　社会復帰の支援

アルコール依存症者の社会復帰を促進していくためには、アルコール依存症が回復する病気であること等の理解が社会全体で進むことが必要です。

事業主や勤労者への情報提供、啓発活動を実施するとともに、アルコール依存症等の治療、回復支援に資する社会資源の情報を共有し、相談者が適切な支援につながるよう自助グループ及び民間団体等を支援し、連携していきます。

【主な取組】

○アルコール依存症に関する啓蒙活動の実施
○講演会・研修会の実施
○自助グループ及び回復支援施設等、民間団体との連携の促進

【施策１０】　民間団体との協働

アルコール依存症の回復においては、同じ目的を持った仲間や、経験、情報が豊富な民間支援団体の活動が有効であり、自助グループ及び民間団体等への支援や連携が重要です。また、自助グループ及び民間団体等の活動について、周知を図る必要があります。

社会復帰支援等に向けて、病院への訪問活動や自助グループ活動を行っている民間団体等との協働を図っていきます。

【主な取組】
○埼玉県断酒新生会、さいたまマックなどの民間団体等との協働
○民間団体等の活動についての周知

◆基本方針Ⅵ　依存症が関係する非行や再犯防止の強化及び関係事業者による依存症対策

【施策１１】　不適切な飲酒の誘因の防止

飲酒運転をなくすためには、酒類を提供する飲食店等の理解、協力が必要です。また、未成年の飲酒を防止するためには、家族の責任でもあることの認識をもってもらうことや、飲酒を誘う場所での補導などを強化することも必要です。

酒類提供飲食店関係団体等と連携し、酒類提供店舗に対する啓発用チラシの配布、会合等における飲酒運転の根絶に向けた講話などを実施し、酒類提供事業者に対する啓発活動を実施していきます。繁華街や娯楽施設、公園等２０歳未満の者のたまり場となりやすい場所での街頭補導活動を実施していきます。

【主な取組】
○酒類提供飲食店関係団体の会合等での講話の実施
○飲酒した２０歳未満の補導と教育

【施策１２】　アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等

①飲酒運転をした者に対する指導等

運転免許の取消処分者や停止処分者に対して、法令等に基づいて指導するとともに、必要に応じて埼玉県立精神保健福祉センター等を案内するなど、飲酒運転の防止とともにアルコール健康障害対策に向けた取組を推進していきます。

【主な取組】
○運転免許証の「取消処分者講習」及び「停止処分者講習」の受講者のうち、飲酒運転が起因する違反や事故による受講者に対して行う「飲酒学級」の実施。

②暴力・虐待、自殺未遂等をした者に対する指導等

暴力や虐待等の事件の背景には、アルコール依存症等の問題があることも考えられます。また、アルコール依存症は自殺との関連性も高く、自殺対策関連事業との連携を図る必要があります。

【主な取組】
○ＤＶ相談担当職員を対象とした研修等の実施
○自殺未遂者への対応に係る研修の実施

◆基本方針Ⅶ　依存症対策を進める上で必要な調査・研究の実施

【施策１３】　調査研究の推進

計画の推進及び見直しを行っていくため、県のアルコール健康障害に関する実態や対策の効果を検証するためのデータの収集、分析を民間団体等のノウハウを活用しながら行っていきます。また、アルコール健康障害等に関する研究成果などに注意し、有効な研究成果であれば、県の計画に反映させるよう努めます。

【主な取組】
○県のアルコール健康障害に関する実態把握
○アルコール健康障害等に関する研究成果等の情報収集

(ｲ)　ギャンブル等依存症

a　ギャンブル等依存症対策について

ギャンブル等については、多くの方が健全に楽しんでいる一方、依存症といわれる状態に至る場合があります。

依存対象になりやすいものは、アルコールなどの物質に限りません。報酬系の強化につながる特定の行為に依存が生じることもあります。ギャンブル等の行為は直接的な薬理作用があるわけではないのですが、依存が進むと脳の働き方が変化し、耐性や離脱が生じます。依存症の種類は大きく分けて「物質への依存」と特定の行為や過程に必要以上に熱中し、のめり込んでしまう「プロセスへの依存」の２種類があります。

ギャンブル等依存症とは、趣味・愛好の範囲を超え、ギャンブル等にのめり込んで自分の意思でコントロールができなくなる精神疾患の一つであり、「プロセスへの依存」にあてはまります。これにより、日常生活や社会生活に支障が生じることがあります。

例えば、うつ病を発症するなどの健康問題や、ギャンブル等を原因とする多重債務や貧困といった経済的問題に加えて、家庭内の不和などの家庭問題、虐待、自殺、犯罪などの社会的問題を生じることもあります。

ギャンブル等依存症は、適切な治療と支援により回復が十分に可能です。しかし、本人自身が「自分は病気ではない」などとして現状を正しく認知できない場合もあり、放置しておくと症状が悪化するばかりか、借金の問題なども深刻になっていくことが懸念されます。

平成２８年（２０１６年）１２月に成立した特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律（平成２８年法律第１１５号）の附帯決議において「ギャンブル等依存症患者への対策を抜本的に強化すること」「カジノにとどまらず、他のギャンブル等に起因する依存症を含め、関係省庁が十分連携して包括的な取組みを構築し、強化すること」が決議されました。

こうしたなか国は、国民の健全な生活の確保を図るとともに、国民が安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的に平成３０年（２０１８年）７月にギャンブル等依存症対策基本法（平成３０年法律第７４号。以下、本節において「基本法」という。）を制定（平成３０年（２０１８年）１０月５日に施行）しました。

この基本法では、国、地方公共団体、関係事業者、依存症対策に関連する業務に従事する者、国民に責務を定めています。平成３１年（２０１９年）４月にはギャンブル等依存症対策推進基本計画が策定され、埼玉県においても令和４年度（２０２２年度）から令和５年度（２０２３年度）までの「埼玉県依存症対策推進計画」を策定し、ギャンブル等依存症対策としての重点課題、重点目標を置き、具体的な取り組みについて定めています。

厚生労働省令和２年度依存症に関する調査研究事業（久里浜医療センター）の調査では、「ギャンブル等依存症が疑われる者（ＳＯＧＳ５点以上)」の割合を過去１年以内の評価では、成人の２.２％と推計しています。なお、同調査は、新型コロナウイルス感染拡大予防の見地等から、過去の同様の調査とは調査方法を変えており、過去の調査との比較は困難とされています。

※上記割合を国の成人人口（令和３年（２０２１年）１月現在）にあてはめると、２.２％は約２３２万３千人となります。埼玉県におけるギャンブル依存症が疑われる人数（推計値）は約１１万７千人です。

b　ギャンブル等依存症に係る埼玉県の現状

(a)　ギャンブル等の状況

①　ギャンブル等の施設等の状況

県内にある公営競技等の施設は、競馬が１施設、競輪が２施設、オートレースが１施設、ボートレースが１施設

となっており、全国的にも珍しくすべての公営競技が存在しています。

② ギャンブル等の売上及び参加状況

各公営競技の売上、参加者数の状況は全体的に増加傾向にあります。

ぱちんこ営業については、店舗数、遊技機（ぱちんこ遊技機及び回胴式遊技機）の設置台数ともに近年は減少傾向にあります。

③ これまで参加したことがあるギャンブル等の種類（県政サポーターアンケートによる・複数回答可）

宝くじ／サッカーくじ、ぱちんこ・パチスロ、競馬の順となっています。

(b) ギャンブル等依存症に関連して生ずる諸問題の状況

① 多重債務に関する相談実績について

令和３年度（２０２１年度）の多重債務に関する相談件数は９１５件で令和２年度（２０２０年度）と比べて減少しました。令和３年度（２０２１年度）の多重債務関連の相談傾向としては、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、失業又は仕事が減って、月々の返済が苦しいといった相談が多く寄せられた点が挙げられます。

② 埼玉県の自殺者数の推移について

平成３０年（２０１８年)、令和２年（２０２０年)、令和４年（２０２２年）は前年より増加しています。

c ギャンブル等依存症患者等の状況について

(a) ギャンブル等依存症患者数（全国・埼玉県）の推移

ギャンブル等依存症の令和２年度（２０２０年度）の全国の外来（通院）患者数は、約３，５００人であり、入院患者数は３６４人となっています。令和２年度（２０２０年度）の埼玉県内における外来患者数は１９１人となっています。

(b) ギャンブル等依存症に関する相談状況

埼玉県立精神保健福祉センターを依存症相談拠点機関と位置づけ、ギャンブル等依存症を含め、アルコール健康障害や薬物依存症に関する本人や家族等からの相談支援を行っています。また、保健所においても依存症に関する相談を受け付けています

埼玉県立精神保健福祉センターでは、個別相談のほかに埼玉県立精神医療センターとの共催でアルコール依存症家族教室、薬物依存症家族を行い、グループ相談に取り組んでいます。また、ギャンブル、ネットなどの依存問題を抱える方の家族教室も実施しています。家族の依存症に悩んでいる方が、依存症の知識やかかわり方、社会資源などについて

学び、適切な関わり方や回復するための支援について理解し、同じ悩みを抱えた家族同士のつながりを支援する取組を行っています。

〇埼玉県立精神保健福祉センター・さいたま市こころの健康センターにおけるギャンブル等依存症に関する相談件数について

減少傾向にあります。

〇県内全保健所におけるギャンブル等依存症に関する相談件数について

増加傾向あります。

〇治療拠点機関（埼玉県立精神医療センター）における診療状況

県では専門的医療及び研修や情報発信等を行うギャンブル等依存症の治療拠点機関として、埼玉県立精神医療センターを指定しています。

アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症の外来治療及び入院治療を行っており、外来医療では、通院患者を対象に依存症勉強会（６回／年）や、ギャンブル障害外来プログラム（１回／月）を実施しています。また、依存症治療専門病棟においては、多職種のスタッフが協働して、ミーティング、作業療法、認知行動療法等の治療プログラムを実施しています。

(c)　民間団体の活動について

ギャンブル等依存症の自助グループは、ギャンブル等依存症である本人の集まりであるギャンブラーズ・アノニマスやギャンブル等依存症の家族等の集まりであるギャマノンがあります。

これらの自助グループは、ギャンブル等を必要としない生き方を目指し、匿名での参加と「言いっ放し、聞きっ放し」を原則として、自分の考えや悩み等を述べ、経験を共有するミーティングを開催しています。

その他、ギャンブル等依存症の予防から回復に資する情報提供や勉強会、相談支援及び回復支援プログラムの提供を行っているギャンブル依存症問題を考える会、ギャンブル依存症家族の会なども活動をしています。

d　重点課題・目標・施策・取組

【重点課題１】　ギャンブル等依存に関する教育及び普及啓発を強化し、ギャンブル等依存の問題の発生を予防する。

【目標１】　教育及び普及啓発の強化により、若年層から正しい理解ができている。

◆基本方針Ⅰ　教育及び普及啓発の強化

＜Ⅰ－１＞　ギャンブル等依存症について、高校生に対する教育及び大学生に対する知識の普及

平成３０年（２０１８年）３月公示の新高等学校学習指導要領の保健体育科の指導内容として、新たに精神疾患を取

り上げ、平成３０年（２０１８年）７月公表の新高等学校学習指導要領解説においては、「精神疾患の予防と回復」にて「アルコール、薬物などの物質への依存症に加えて、ギャンブル等への過剰な参加は習慣化すると嗜癖（しへき）行動になる危険性があり、日常生活にも悪影響を及ぼすことに触れるようにする。」と記載され、精神疾患の一つとしてギャンブル等依存症を含めた依存症について取り上げることになりました。令和４年度（２０２２年度）入学生より年次進行で実施されています。

また、啓発用資料として『ギャンブル等依存症は適切な支援により回復が可能です』を内閣官房、消費者庁、厚生労働省、金融庁（作成取りまとめ：消費者庁）が公表しています。この資料は本人のみならず家族向けの内容となっています。

なお、依存症対策全国センター（久里浜医療センター）において、同センターの外来を受診し、ギャンブル等依存症と診断された後、認知行動療法を受けた者（１１３名）のギャンブル開始平均年齢は１９.５歳であったとの報告がされています。

ギャンブル等依存症の発生を予防するために、誰もが関心と理解を深め、予防に必要な注意を払うことができるよう、若年層への正しい知識の普及を図るための教育や啓発の推進を図ります。

【施策１】　新学習指導要領の実施に向けた周知

高等学校においては、新学習指導要領に基づくギャンブル等依存症を含む精神疾患の内容について研修等で教員に対して周知します。

【施策２】　学校教育におけるギャンブル等依存症に関する指導

ギャンブル等依存症予防について、児童生徒の発達段階に応じた指導の在り方について検討します。

【施策３】　高等学校教員等に対する依存症理解の促進

高等学校教員等に対し依存症に関する正しい知識の普及を図るため、依存症フォーラム・講演会等の機会について周知します。

【施策４】　正しい知識の普及に向けたリーフレットなど啓発ツールの開発

ギャンブル等依存症に関しての正しい知識の普及に向けたリーフレットなどの啓発ツールを関係機関と連携し、協働しながら開発、作成、周知します。

【施策５】　大学と連携した学生等への周知

作成したリーフレット等の啓発ツールを配布する等により、大学や専修学校への普及啓発に取り組みます。

＜Ⅰ－２＞　ギャンブル等依存症に関する普及啓発

依存症は「病気」であり、「適切な治療や支援によって回復すること」など、正しい知識の普及を図る必要があります。子供から高齢者まで各世代に応じた啓発を行います。

【施策６】　ギャンブル等依存問題啓発週間における普及啓発

国が定める「ギャンブル等依存問題啓発週間（５月１４日～５月２０日）において、市町村や依存症相談拠点・治療拠点機関、事業者関係機関と連携し、広くギャンブル等依存症問題に関する理解を深めるためのイベント等広報活動を行います。

【施策７】　ギャンブル等依存症に関するセミナーやイベントなどの実施

依存症相談拠点機関に指定している埼玉県立精神保健福祉センターにおける依存症フォーラム等の開催など、一般県民向け講演会・イベントの開催に取り組みます。

【施策８】　ガイドブック・冊子・パンフレット等による普及啓発

講演会・イベント開催時などで広く配布することにより普及啓発を図ります。

【施策９】　県ホームページやＳＮＳ等による普及啓発

ギャンブル等依存症に関する正しい知識の普及のためホームページ等の活用やＳＮＳ等による普及啓発に取り組みます。

【重点課題２】　ギャンブル等依存症に関する相談から治療、回復支援に係る切れ目のない支援体制の整備

【目標２】　県民がギャンブル等依存症について相談できる窓口を知っており、相談窓口においては適切な支援ができる。

◆基本方針Ⅱ　相談支援体制の強化

＜Ⅱ－１＞　埼玉県立精神保健福祉センター・保健所を中心とした相談支援体制の整備と周知

厚生労働省令和２年度依存症に関する調査研究事業（久里浜医療センター）の調査では、「ギャンブル等依存症が疑われる者（ＳＯＧＳ５点以上)」の割合について、過去１年以内の評価では、成人の２．２％と推計されました。令和３年（２０２１年）１月１日現在の県内における１８歳から７４歳までの人口５，３３７，０６１人に２．２％を乗じると、約１１万７千人にギャンブル等依存症が疑われると推測されます。

県内における精神保健福祉センターや保健所への相談件数は、令和４年度（２０２２年度）で３５５件（精神保健福祉センター２０７件、保健所１４８件）にとどまっています。

本県では埼玉県立精神保健福祉センターを依存症相談拠点機関として指定し、依存症専門相談員を配置し、ギャンブ

ル等依存症を含む依存症に関する本人やその家族等からの相談支援を行っています。また、保健所においても依存症に関する相談に対応しています。また、相談機関、専門医療機関、自助グループ・民間団体・回復支援施設等の情報の共有化やネットワーク構築等を検討し、切れ目のない相談支援体制の充実・強化を図ります。

【施策１０】　保健所職員等を対象とした研修開催や対応に係る技術協力

保健所職員等が、本人または家族等からのギャンブル等依存症に関する相談支援が行えるよう、研修や技術協力を行います。

【施策１１】　依存症対策全国センター（久里浜医療センター）が開催する「依存症相談対応指導者養成研修」「地域生活支援指導者養成研修」への参加の促進

依存症対策全国センターが開催する「依存症相談対応指導者養成研修」「地域生活支援指導者養成研修」の参加を促し、開催について関係機関へ周知します。

【施策１２】　埼玉県立精神保健福祉センターにおけるギャンブル等依存症に関する相談受理、回復支援

埼玉県立精神保健福祉センターにおいて、本人またはその家族及び支援者向けの相談支援のみならず、本人向け回復支援プログラム及び家族教室等を実施します。依存症本人及びその家族が早期に治療や支援が受けられるよう医療機関や自助グループ・民間団体、回復支援施設等と協力体制を強化します。

【施策１３】　保健所におけるギャンブル等依存症に関する相談受理

保健所において、本人または家族等からのギャンブル等依存症に関する相談支援を行います。本人及びその家族等が早期に治療や支援が受けられるよう埼玉県立精神保健福祉センターや医療機関、自助グループ・民間団体・回復支援施設等と協力体制を強化します。

【施策１４】　ギャンブル等依存症に関するセミナーやイベントにおける相談窓口の周知

講演会、研修会、相談対応等において広く配布し、相談窓口の周知に努めます。

【施策１５】　ガイドブック・冊子・パンフレット等による相談窓口の周知

講演会、研修会、相談対応等において広く配布し、相談窓口の周知に努めます。

【施策１６】　県のホームページやＳＮＳ等による相談窓口の周知

ギャンブル等依存症の回復に向けた相談先が、埼玉県立精神保健福祉センターや保健所であることをホームページやセミナー、イベント開催時に周知を図ります。

【目標３】　県民が身近な地域において、ギャンブル等依存症の治療を受けることが可能であり、必要に応じて、より専門的な治療も受けることができる。

◆基本方針Ⅲ　治療体制の強化

＜Ⅲ－１＞　ギャンブル等依存症の治療が可能な医療機関の整備及び依存症専門医療機関における、より専門的な医療の提供

ギャンブル等依存症に対する専門医の不足等から、必要な治療を受けられる体制が十分ではありません。そのため、県では平成３０年（２０１８年）４月１日付けで、専門的な医療を提供する依存症専門医療機関として埼玉県立精神医療センター及び埼玉県済生会鴻巣病院を、専門的医療及び研修や情報発信等を行う依存症治療拠点機関として埼玉県立精神医療センターを指定しました。

なお、精神保健福祉資料によると、県内において、ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関は、平成２９年度（２０１７年度）において１２機関であり、令和２年度（２０２０年度）から１８機関となっています。今後も、より多くの医療機関において専門医療機関との連携の下で治療が提供されることが望まれます。

このことから、依存症治療拠点機関、専門医療機関の周知、整備を図ります。

【施策１７】　埼玉県立精神医療センターにおける専門的な医療の提供

埼玉県立精神医療センターにおいて、専門プログラム等を依存症からの回復を目指す方に提供することにより、依存症の回復支援・再発防止に取り組みます。

また、相談機関、専門医療機関、自助グループ・民間団体・回復支援施設等と継続的に連携して、回復支援や再発防止に取り組みます。

【施策１８】　ギャンブル等依存症の治療が可能な医療機関の整備と公表

「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」に基づき、県のホームページで掲載している多様な精神疾患ごとの医療機関の医療機能一覧表にギャンブル等依存症の治療が可能な医療機関の整備状況を公表します。

◆基本方針Ⅳ　研修による支援者育成

＜Ⅳ－１＞　治療従事者の育成

依存症治療拠点機関において、医療従事者を対象とした研修を行い、支援者を育成します。

【施策１９】　医療機関を対象とした依存症等に関する研修の実施

依存症治療拠点機関において、医療機関に勤務する医療従事者を対象に依存症を起因とする精神症状の対応や依存症が背景にある疾患で治療を受けている患者の早期発見、早期支援の対応等に関する研修を実施します。

【施策２０】　依存症対策全国センターが開催する「ギャンブル等依存症治療指導者養成研修」への参加の促進

依存症対策全国センター（久里浜医療センター）が開催する「ギャンブル等依存症治療指導者養成研修」の参加を促し、開催について関係機関へ周知します。

【目標４】　各関係機関におけるギャンブル等依存症に関連する活動や事業を相互に理解した上で、有機的な連携が図れている。

◆基本方針Ⅴ　回復・社会復帰支援体制の強化

＜Ⅴ－１＞　民間団体との協働

県内では、ギャンブル依存症問題を考える会埼玉支部において、ギャンブル等依存症からの回復に資する啓発ツール（リーフレット、冊子）の作成や情報提供、勉強会、相談会を行っています。

また、ギャンブル等依存症の自助グループとしては、ギャンブル等依存症である本人等の集まりであるギャンブラーズ・アノニマスや家族等の集まりであるギャマノンがあり、ギャンブル等依存症からの回復に重要な役割を担っています。

依存症の回復には、相談機関、医療機関、自助グループ・回復支援施設等が連携して、依存症本人の状況に合わせた切れ目のない支援を行う必要があり、連携した支援体制を構築していく必要があります。

【施策２１】　民間団体の活動について協力体制の強化及び周知

自助グループや民間団体、回復支援施設等についてホームページ等への掲載などで、活動内容の周知に取り組みます。

【施策２２】　民間団体が出席する会議等を通じた連携強化

埼玉県立精神保健福祉センターが開催する依存症連携会議等への出席依頼や研修会の講師依頼、自助グループ・回復支援施設等が開催する研修会等へ講師派遣等の協力を通じて、連携強化を図ります。

＜Ⅴ－２＞　ギャンブル等依存症が関連する諸問題への対応

ギャンブル等依存症は多重債務、貧困、虐待、自殺、犯罪等の問題に密接に関連することが指摘されています。これらの対策に関する施策との有機的な連携が図られるよう配慮がなされることが必要とされています。

【施策２３】　ギャンブル等依存症専門会議、連携会議の開催による、連携強化

ギャンブル等依存症の方が多く抱える多重債務の問題解決に対応する消費生活支援センター、埼玉県弁護士会、埼玉司法書士会、日本司法支援センター（法テラス）、生活困窮者への対応を行う相談支援機関等の関係機関と連携し、必要な支援につなげていく体制づくりを目指します。

【施策２４】　貧困や虐待、自殺対策を担当する市町村職員への知識周知

ギャンブル等依存症で生じる問題や相談機関・治療機関に関する知識や情報などについて提供します。

【施策２５】　関係機関と連携した非行や犯罪防止対策

非行や犯罪の予防、取締り及び非行や犯罪からの更生や再犯防止を図ります。

警察においては、小、中、高等学校等において、薬物乱用防止等をはじめとした非行防止教室を実施します。また、ギャンブル等を行う少年を発見したときは、補導や健全育成上必要な助言を行い、保護者等に指導を促します。

保護観察所においては、ギャンブル等依存症問題を有する対象者に対して、各々の問題性に応じ、生活や金銭管理等に関する個別の指導を行っているほか、医療機関による治療や埼玉県立精神保健福祉センター等への相談、自助グループへの参加を促すなど、他機関・団体と連携した支援を行っています。また、ギャンブル等依存の背景に、不就労等の問題がある者については、本人の同意を得た上で就労支援等を行っています。

【施策２６】　違法賭博店の取締り、風俗環境の浄化

風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律に基づく許可を受けて営むぱちんこ営業所への立入や、ギャンブル等依存症対策推進基本計画に規定している取組の実施状況等を確認し、違法風俗店等の情報を収集し、継続的に取締りを実施しています。

【施策２７】　遊技業協同組合等を窓口に、講習会等を通じて各種のめり込み防止や１８歳未満の入場制限対策を指導

遊技業協同組合が開催する経営者講習等の機会に指導を実施しています。

◆基本方針Ⅵ　依存症が関係する非行や再犯防止の強化及び関係事業者による依存症対策

＜Ⅵ－１＞　関係事業者によるギャンブル等依存症対策の実施

ギャンブル等の関係事業者等による自主的な取組との連携は、ギャンブル等依存症対策を効果的に推進していく上で必要不可欠です。

ギャンブル等依存症の本人や家族等の相談が事業者に寄せられることもあり、事業者への相談をきっかけに支援につなげていくことが早期発見・早期介入を進める上で重要になります。

【広告・宣伝の在り方】

【施策２８】　広告宣伝に関する指針を作成、公表するとともに、指針に基づいた広告宣伝の実施[公営競技・ぱちんこ]

関係事業者ごとに場内やホームページ等において、年齢制限に関する事項、依存症対策に関する告知をするとともに、広報宣伝媒体の作成においては、のめり込み防止や射幸心をあおる内容とならないよう広告・宣伝に関する指針、ガイ

ドラインを遵守した取組を行います。

【施策２９】　啓発週間における新大学生・新社会人を対象とした啓発[公営競技]

公営競技事業者は、ＳＮＳ等も活用し、ギャンブル等依存症に関する普及啓発活動を通年実施しています。毎年の啓発週間に、新たに大学生・社会人となった青少年や若い世代に対し、ギャンブル等依存症問題の関心と理解を深めるため、ＳＮＳ等も活用し、発症抑止につながる知識の普及といった啓発活動（ポスター、セミナー等）に継続的に取り組んでいきます。

【施策３０】　啓発週間におけるフォーラムの開催及び店舗内のポスター掲示[ぱちんこ]

啓発週間に開催されるフォーラム、シンポジウムの開催周知を行うとともに、依存症に関するリーフレット等の配布をしていきます。

【アクセス制限】

【施策３１】　自己申告及び家族申告プログラムの周知[ぱちんこ]

ぱちんこ業界では、ぱちんこ営業所の顧客システムを活用して、客が１日の遊技使用上限金額を自ら申告し、設定値に達した場合、ぱちんこ営業所の従業員が当該客に警告する「自己申告プログラム」の普及に取り組んでいます。

また、申告対象を１日の遊技時間や１か月の遊技回数、利用者の同意を得た家族からの申告に基づき、当該利用者のぱちんこ営業所への入店を制限する取組（「家族申告プログラム」）も実施しています。

【施策３２】　１８歳未満の可能性がある者に対する身分証明書による年齢確認[ぱちんこ]

風営適正化法第２２条第１項第５号において、１８歳未満の者をぱちんこ営業所に客として立ち入らせることは禁止されており、現在でも、従業員の巡回、監視カメラの設置等を実施し、１８歳未満の可能性がある者を把握した場合は年齢確認を行っているほか、ぱちんこ営業所の賞品提供場所に年齢確認シートを備え、賞品提供時に、１８歳以上かどうか判別が難しい客に対して指差し確認を求め、年齢確認を実施する取組を行っています。

今後も１８歳未満の可能性がある者に対して身分証明書による年齢確認を実施していきます。

【施設内の取組】

【施策３３】　施設内・営業所内のＡＴＭ等の撤去等[公営競技・ぱちんこ]

各事業者においてキャッシング機能の廃止、１日当たりの利用上限額が設定されたＡＴＭの設置もしくはＡＴＭの撤去等の取組を実施します。

【相談・治療につなげる取組】

【施策３４】　自助グループを始めとする民間団体等に対する支援[公営競技・ぱちんこ]

＜各公営競技等の取組＞

○ぱちんこ：特定非営利活動法人リカバリーサポートネットへの支援

○ボートレース：ギャンブル依存症予防回復支援センターへの支援

○競馬：全国公営競技施行者協議会による民間団体等への支援

○競輪・オートレース：（公財）ＪＫＡによる民間団体等への補助事業による支援

【依存症対策の体制整備】

【施策３５】　第三者機関による立入検査の実施[ぱちんこ]

ぱちんこ業界では、各ぱちんこ営業所向けに依存（のめり込み）問題対応ガイドライン等を策定し、ぱちんこ営業所に周知するとともに、アドバイザーを配置し、ぱちんこ営業所において、ぱちんこへの依存問題に関する相談等に対応しているなど、依存防止対策に取り組んでいます。

風営適正化法に基づく県公安委員会による立入に加え、第三者機関（一般社団法人遊技産業健全化推進機構）がぱちんこ営業所における依存防止対策の取組状況の点検を行っているほか、県遊技協同組合での立入も実施しています。

【施策３６】　「安心パチンコ・パチスロアドバイザー」による対策の強化[ぱちんこ]

ぱちんこ業界においては、ぱちんこへの依存防止対策の専門員として、ぱちんこ営業所にアドバイザーを配置するための取組を開始しました。この取組は、パチンコ・パチスロ産業２１世紀会が開催する講習会を受講したぱちんこ営業所の従業員等に対して、修了証の発行を受けた者が、アドバイザーとして、ぱちんこ営業所において、ぱちんこへの依存問題に関する相談等に対応するものです。

今後も講習受講者の増加を図るとともに、アドバイザーがぱちんこ営業所における依存防止対策の専門員として適切な活動を行うことができるよう取り組んでいきます。

○関係事業者の主な取組

ａ　浦和競馬場

(a)　広報・普及啓発の推進

・競馬場内に掲示する開催告知ポスターやイベント告知チラシに注意喚起標語（「投票券の購入は２０歳から無理のない資金で適度に楽しみましょう、のめり込みに注意しましょう」）を掲載しています。

・注意喚起標語ステッカーを勝馬投票券の自動販売機及び勝馬投票券の記載台に貼付しています。
・メディア側の基準に従い射幸心をあおる内容にならないような広告の工夫をしています。

(b)　２０歳未満の利用禁止等

・２０歳未満と思われる者に対し、職員や警備員による声掛け及び身分証明書等による年齢確認の実施、浦和警察署生活安全課員及びボランティアによる補導活動を実施しています。
・「未成年者による勝馬投票券購入防止マニュアル」に基づき、職員、警備員等に対する教育・指導の徹底をしています。

(c)　アクセス制限等

・アクセス制限については、インターネット等における勝馬投票券販売所のサポートセンターを教示し、相談してもらうよう案内しています。
・本人またはその家族等が入場制限を申告したときは、埼玉県浦和競馬組合が定める手続きを経て当該措置を実施しています。
・入場制限者と思われる者への声掛けの実施、警備員等の配置を強化しています。

(d)　本人、家族等への相談支援

・「埼玉県浦和競馬組合依存症相談窓口対応マニュアル」に基づき、本人やその家族等からの相談を受け付け、専門家が対応する相談窓口を案内しています。
・ギャンブル等依存症に関する相談があった場合は、必要に応じて支援機関、医療機関等を紹介しています。

(e)　環境改善

・ＡＴＭの撤去を行っています。
・場内モニターにてギャンブル依存症に関する注意喚起を表示しています。

b　大宮競輪場・西武園競輪場

(a)　広報・普及啓発の推進

・開催告知ポスター、チラシ、出走表、ホームページ等に注意喚起標語（「車券の購入は２０歳になってから。競輪は適度に楽しみましょう。」）を掲載しています。
・注意喚起標語ステッカーを投票機に貼り付けています。

・競輪場内にギャンブル依存症対策に関するポスターを掲示しています。
・広報宣伝媒体の作成においては、射幸心をあおる内容とならないようにするため、「競輪の広告・宣伝に関するガイドライン」を順守しています。
・競輪業界全体で広告宣伝に関するガイドラインを定めており、ポスター制作やＷＥＢ広告等を行う際には当該ガイドラインに基づいて、過度に射幸心をあおる内容とせず、必要な注意喚起を行うなど、ギャンブル依存症対策の観点から適正な広告宣伝を実施しています。

(b)　２０歳未満の利用禁止等

・全国公営競技施行者協議会作成ポスターの啓発ポスターや大宮西武園競輪場のホームページ、本場開催時のＣＳ放送番組内のテロップにより、（「車券の購入は２０歳になってから。」）を掲載しています。
・２０歳未満のみの入場に対する警備員の声掛けを実施しています。

(c)　アクセス制限等

・本人及び家族からの申告（家族からの場合、本人の承諾不要）による競輪場への入場制限及びインターネット投票サイト等へのアクセス制限を実施しています。
・入場制限者への声掛けを実施しています。

(d)　本人、家族等への相談支援

・本人、家族の相談窓口の設置（電話相談も可能）をしています。
・お客様相談コーナーを設置しています。

(e)　環境改善

・場内ＡＴＭは不設置にしています。
・場内モニターにてギャンブル依存症に関する注意喚起を表示しています。

(f)　従業員研修

・ギャンブル依存症の相談があった際に円滑に対応できるよう研修を実施しています。

c　ボートレース戸田

(a)　広報・普及啓発の推進

・総合案内所及び各入場門等にギャンブル等依存症に関する告知ポスターの掲示をしています。

・場内記載台等において周知シールを掲示しています。

(b)　２０歳未満の利用禁止等

・２０歳未満と思われる者に対し、警備員等による声掛け及び身分証明書等による年齢確認の実施をしています。

(c)　アクセス制限等

・本人またはその家族等が入場制限を申告したときは、ギャンブル依存症相談窓口運用マニュアルに基づき、適切な処置を講じています。

(d)　本人、家族等への相談支援

・本人やその家族等からの相談を受け付け、専門家が対応する相談窓口について、案内しています。
・ギャンブル等依存症に関する相談があった場合は、必要に応じて支援機関、医療機関等を紹介しています。

(e)　環境改善

・ＡＴＭの撤去を行っています。

d　川口オートレース場

(a)　広報・普及啓発の推進

・オートレース場内及び出走表等に注意喚起標語（「車券の購入は２０歳になってから」「オートレースは適度に楽しみましょう」）を掲示・掲載しています。
・注意喚起標語等のＣＳ放送でしています。
・注意喚起標語ステッカーを勝車投票券の自動販売機に貼付しています。

(b)　２０歳未満の利用禁止等

・２０歳未満で、車券購入しようと思われる者に対し、警備員による声掛けをしています。
・注意喚起標語ステッカー貼付による注意喚起を行っています。

(c)　アクセス制限等

・本人またはその家族等が入場制限を申告したときは、入場禁止に係る実施基準並びに依存症相談窓口運用ガイドラインに基づき、当該措置を実施しています。

(d)　本人、家族等への相談支援

・本人やその家族等からの相談を受け付け、専門家が対応する相談窓口について案内しています。

・お客様相談室の設置をしています。

(e)　環境改善

・ＡＴＭの撤去を行っています。

(f)　従業員研修

・ギャンブル等依存症に関する相談があった場合に円滑に対応できるよう、業務の打ち合わせ会議などに合わせ研修を実施しています。

e　遊技業協同組合

(a)　広報・普及啓発の推進

・新たに広告宣伝に関する指針を作成、公表するとともに指針に基づいた広告宣伝を行っています。

(b)　１８歳未満の利用禁止等

・１８歳未満の可能性がある者に対する身分証明書による年齢確認を行っています。

(c)　アクセス制限等

・自己申告及び家族申告プログラムの実施及び周知をしています。

自己申告・家族申告プログラム導入状況

県内４９４店舗

・自己申告プログラム導入店舗：２６３店舗

・家族申告プログラム導入店舗：２３１店舗

(d)　本人、家族等への相談支援

・ギャンブル等依存症に関する相談があった場合は、「安心パチンコ・パチスロアドバイザー」により、支援機関等の紹介をしています。

(e)　環境改善

・ＡＴＭの撤去等を行っています。

(f)　従業員研修

・ギャンブル等依存症に関する相談があった場合に、円滑に対応できるよう「安心パチンコ・パチスロアドバイザー」を各店舗に配置をしています。登録アドバイザー制度充実させるため、随時講習会を実施し、アドバイザーの拡大を

図り、依存問題に資する情報（メールマガジン）を月１回配信。

◆基本方針Ⅶ　依存症対策を進める上で必要な調査・研究の実施

＜Ⅶ－１＞　調査・研究の実施

実態や対策の効果を検証するためのデータ収集、分析を行っていきます。また、ギャンブル等依存症に関する研究成果などに注意し、有効な研究成果であれば、本計画に反映させるよう努めていきます。

【施策３７】　埼玉県立精神保健福祉センターにおけるギャンブル等依存症に関する回復支援方法の検討

当事者のための認知行動療法プログラム（ＳＡＴ－Ｇ）等を相談支援における活用について検討していきます。

【施策３８】　埼玉県立精神医療センターにおける専門的な治療の実施

ギャンブル障害外来プログラム（標準治療プログラム）などを実施します。

【施策３９】　ギャンブル等依存症に関する実態把握及び研究成果等の情報収集

他都県市における取組や研究成果等について民間団体等と連携を図りながら実態調査や情報の収集をします。

(ｳ)　薬物依存症対策

a　現状と課題

令和３年度（２０２１年度）に実施された国立精神・神経医療研究センターの「薬物使用に関する全国住民調査」の結果によると、生涯で１度でも薬物（有機溶剤、大麻、覚醒剤、ＭＤＭＡ、コカイン、ヘロイン、危険ドラッグ、ＬＳＤのうち何らかの薬物）の使用を経験した人の割合は２.４％で、本県での推計数は約１０万９千人となります。

県内における薬物依存症に関する埼玉県立精神保健福祉センターや保健所への相談件数は、令和４年度（２０２２年度）で４３９件（埼玉県立精神保健福祉センター１１２件、保健所３２７件）、埼玉県立精神医療センターの受診者数は、外来患者が３１６名、入院患者は４１名にとどまっています。

また、近年、大麻事犯は増加傾向が顕著になっており、その半数以上を若年層が占めていることから、若年層を中心とした啓発の強化が必要です。

b　対策

埼玉県薬物乱用対策推進計画を推進するとともに、学校教育等において、たばこやアルコールなどの嗜好品がいわゆるゲートウェイドラッグとなる可能性についても触れることにより、依存症の一次予防を総合的、効果的に進めるとともに、乱用と依存症の違いについて丁寧に説明するなど、スティグマを助長させないよう十分配慮した普及啓発に取り組んでいきます。

(ｴ)　ゲーム障害その他対策

a　ゲーム障害対策

(a)　現状と課題

インターネットやスマートフォン、パソコンなどの機器を使用する様々なコンテンツは、現代の生活に欠かせないものとなっています。そのなかでもゲームは、インターネットに繋がっているオンラインゲームかオフラインか、使用媒体の機器は据置き型ゲーム機かスマートフォン、パソコンか、課金利用の有無などさまざまな要素を含みます。ゲーム目的以外でのインターネットの利用、スマートフォンの利用については、日常的な行為と依存症としてとらえるべき問題行為との境界があいまいです。

日本ではまだ導入されていませんが、ＷＨＯ（世界保健機関）は、令和４年（２０２２年）に発効した「国際疾病分類第１１版（ＩＣＤ-１１）」に「Gamingdisorder」として「ゲームに関する病的な状態」を加えました。そこには、持続的反復的なゲーム行動のパターンによって特徴づけられ、オンラインまたはオフラインであり、①ゲームに対する制御の障害、②ゲーム以外の生活上の関心事や日常活動よりもゲームの優先順位を高める、③ネガティブな結果が発生しているにもかかわらず、ゲームを続け、エスカレートする。ゲーム行動のパターンは、個人、家族、社会、教育、職業、またはその他の重要な生活機能の領域に著しい苦痛や重大な障害をもたらすことを挙げています。

通常、上記行動パターンが少なくとも１２か月以上続く場合に診断しますが、すべての診断要件が満たされ、症状が重篤な場合には、診断に必要な期間が短縮される場合があるとされています。

県ではゲーム障害に関する相談は依存症に対する相談として、保健所や埼玉県立精神保健福祉センターで対応しています。令和４年度（２０２２年度）の相談件数は、１５９件（埼玉県立精神保健福祉センター４３件、保健所１１６件）でした。

ゲーム障害が体に与える影響として、睡眠不足と睡眠の質の低下（睡眠障害)、食事習慣の乱れ（摂食障害のリスク要因)、デジタル眼精疲労、不適切な姿勢による首、肩、背中の痛み（頸部痛）などが挙げられます。また、不登校、引きこもりの状態や家庭内暴力などの問題が起き、うつ病や自殺のリスクも高まるとされています。

これら日常生活上の問題のほか、オンラインゲーム等で過度の課金を行ってしまうといった経済的な問題も併せて生ずることもあることが、ゲーム障害の特徴として指摘されています。

(b)　対策

ゲーム障害に関する予防及び正しい知識についての普及啓発に取り組み、相談関係者、教育関係者と連携し学校の児

童・生徒・保護者への理解の促進を図ります。埼玉県立精神保健福祉センター、保健所等において相談支援を行い、必要に応じて教育機関を始めとする関係機関との連携を図りながら取り組みます。

また、厚生労働省が主催する「ゲーム依存症対策関係者連絡会議」が開催され、対策が検討されています。その動きを踏まえながら、今後具体的な施策を検討していくこととします。

【具体的対策】

○ゲーム障害の知識及び予防等に関する知識の普及啓発

○埼玉県立精神保健福祉センターや保健所での相談支援の実施

○ゲーム障害に対応できる専門性のある相談員の人材育成

b　たばこ対策

(a)　現状と課題

たばこに含まれるニコチンは、中枢神経系に作用します。喫煙してニコチンを常時摂取するようになると、神経伝達物質の調節をニコチンに委ねてしまい、自分で分泌する能力が低下します。そのため、禁煙したり、たばこを吸えない状態が続くと神経伝達物質の分泌が低下し、さまざまなニコチン離脱症状が出現することになります。

たばこが吸えない状態が続いたときに喫煙することによって、離脱症状という不快な症状が消失するため、再び喫煙を続けてしまう現象（負の強化）が起こります。その結果、喫煙を繰り返してしまい、やめることが困難なのがニコチン依存症の特徴です。さらに、ニコチンに依存しても普段の生活がただちに破綻することが少ないため問題意識を持ちにくい、という特徴も持ちます。

未成年者を含め若者の喫煙の問題点として、①健康影響が大きい、②より高度なニコチン依存症に陥りやすい、③喫煙以外の薬物依存の入り口となる、ことがあげられます。

若者の喫煙には、喫煙に関する知識や態度、自己イメージなどの心理的要因が関わるほか、保護者等の周囲の喫煙状況、学校での喫煙規制、たばこの価格、たばこ広告の規制など、若者をとりまく環境の影響が大きいことがわかっています。

また、喫煙はアルコールや大麻その他の違法薬物の使用など、喫煙以外の健康リスクのある行動に繋がっていく、いわゆるゲートウェイドラッグとなる可能性があります。たばこやアルコールをはじめ種々の健康リスク行動などの若者の健康問題については、学校や家庭での教育にとどまらず社会や地域などを含めた包括的な対策が必要です。

(b)　対策

第２部第１章第１節に位置付ける埼玉県健康長寿計画に基づく喫煙対策を推進するとともに、学校教育等において「たばこ」がニコチン依存症の原因になることやいわゆるゲートウェイドラッグとなる可能性についても触れることにより、ニコチン依存症の一次予防を学校等と連携を図りながら総合的、効果的に進めていきます。（一部再掲）

ｃ　子供のメディア対策

(a)　現状と課題

家庭内においては、子供が、メディア（テレビ、ＤＶＤ、スマートフォンやタブレットなど）を長時間見ることは、視力の発達を妨げたり、人とのかかわり体験の不足を招くことが心配されます。

(b)　対策

乳幼児期は正しい生活習慣を身につけさせたい大切な時期ですので、保護者と子供で一緒にメディアを利用するための時間や場面などのルールを考えることが大切です。

また、日本小児科医会では、「メディア漬けの予防は乳幼児から」として、２歳までのテレビ・ビデオ視聴を控えることや、授乳中、食事中のテレビ・ビデオ視聴をやめることなど、子供が成長とともに自律していけるよう保護者がメディア利用をコントロール（ペアレンタルコントロール）することが重要としています。

エ　計画の推進体制

(ｱ)　計画の推進体制

関係各課、各機関は、それぞれが特に対象としている者への適切な対策を講じるとともに、相互が連携して総合的な対策の推進を図っていきます。

(ｲ)　計画の進行管理

国の依存症関係の基本計画の動向や、学識経験者、医療関係者、保健関係者、福祉関係者、自助グループ・回復支援施設等の民間団体、関係事業者の代表者等で構成する「埼玉県依存症対策推進会議」において、必要な事項の協議や計画の達成状況の評価等を毎年確認し、評価を行います。

なお、個別法のあるアルコール健康障害対策、ギャンブル等依存症対策については、学識経験者、医療関係者、保健関係者、福祉関係者、自助グループ・回復支援施設等の民間団体、関係事業者で構成するアルコール健康障害専門会議、ギャンブル等依存症専門会議において専門的な協議を深めます。

オ　今後の展開等

本計画は、アルコール、薬物、ギャンブル等に限らず、ゲーム、ニコチンなど様々な依存があるなか、依存症全体として調

和のとれた対策を推進するため、依存症の共通の特徴を踏まえた包括的な計画としました。

依存症の発生や進行を予防するためには、県民一人一人が依存症問題に関心を深め、依存症に関する正しい知識を身に着けることが必要です。このため、県では引き続き様々な啓発活動を通じて、幅広い世代への知識の普及啓発に努めていきます。

令和４年（２０２２年）に実施された「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」では、アルコール、たばこ、薬物乱用のいずれの経験率も前回調査（平成３０年（２０１８年））に比べて有意に減少したことが確認されています。また、減少の背景として、新型コロナウイルス感染症により学校生活を含む様々な社会的活動が制限されている中で、アルコールや薬物を使う機会が少なくなったことが影響している可能性が示唆されています。

一方、若年層における市販薬の乱用やエナジードリンクに含まれるカフェイン作用と中毒性が懸念されています。国立精神神経医療研究センターの「市販薬（ＯＴＣ薬）乱用・依存の現状と防止に向けた課題」において、平成２８年（２０１６年）調査に平成２６年（２０１４年）調査では存在しなかった市販薬を「主たる薬物」とする１０代患者が出現している、とあります。

一旦、依存症に陥ると、治療や回復には多くの時間や労力を要することから、早期発見・早期介入が重要とされています。特に精神疾患の中でも依存の病気は自己責任論への親和性が高く、周囲からの理解が得られず治療や相談につながりにくい現状でもあります。

このため、保健所や埼玉県立精神保健福祉センターにおける相談支援体制のより一層の充実を図るとともに、こうした相談窓口の周知にも努めていきます。

また、アルコール、薬物、ギャンブル等以外のゲーム障害をはじめとする依存症についても、啓発や相談体制の構築などの面で、より具体的な対策が求められていくことが考えられます。本計画で示した依存症等への「基本的な考え方」「基本的施策」などを踏まえ、ポストコロナにおける新たな生活環境や行動の変化による影響も考えられることから、こうした社会環境の変化も注視しつつ、一次予防から三次予防までの対策について見直しを行いながら、当事者とその家族が日常生活及び社会生活を安心して営むことができ、社会が回復者を温かく迎え入れることができる環境の醸成に向けて適切な取組が行えるように、引き続き、必要な対策の検討を進めてまいります。

⑶　ひきこもり支援の推進

ア　埼玉県引きこもり支援に関する条例の理念に基づき、ひきこもり者やその家族を支援するため、専門の相談窓口を設置するなど相談体制の充実を図ります。

イ　民間支援団体の情報提供等を行い、ひきこもり者やその家族を支援します。

⑷　自殺予防対策

ア　計画策定の趣旨等

(ｱ)　計画策定の趣旨

本県では、行政や関係機関、民間団体などが連携・協力し、県を挙げて自殺対策に取り組むため、平成１９年（２００７年）１月に「埼玉県自殺対策連絡協議会」を設置、本県の自殺対策について検討を開始しました。そして、平成２０年（２００８年）９月には、同協議会が取りまとめた提言や、国の「自殺総合対策大綱」の趣旨を踏まえ、「埼玉県自殺対策推進ガイドライン（平成２６年（２０１４年）２月一部改正）」を策定し、防ぎ得る自殺を無くすための基本的な方向性や対策を定め、本県においてさまざまな自殺対策を講じてきました。

平成２８年（２０１６年）には、自殺対策基本法（平成１８年法律第８５号）が一部改正され、都道府県は地域の実情を勘案した自殺対策に関する計画を策定することが義務付けられました。そこで、これまでの自殺対策に関連する施策の推進状況や国の「自殺総合対策大綱」を勘案しながら、一人一人がかけがえのない個人として尊重され、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す」ことを基本理念とした、「埼玉県自殺対策計画」を平成３０年（２０１８年）３月に策定し、行政や関係機関、民間団体などが連携を図りながら、保健、医療、福祉、教育、労働、法律等に関わる総合的な取組を進めてまいりました。

こうした取組もあって、埼玉県の自殺者数は、令和４年（２０２２年）には１，２４７人となり、ピーク時の平成２１年の１，７９６人と比較して、５４９人減少（約３割減）しました。しかし、依然として年間１，０００人を超える方が、自ら命を絶つという深刻な事態が続いています。

このような中、これまでの計画推進の成果等を踏まえ、さらなる対策強化を図るべく、このたび、令和６年度（２０２４年度）から令和１１年度（２０２９年度）までの６年間を計画期間とする「埼玉県自殺対策計画（第３次）」を策定します。

(ｲ)　計画の位置付け

国の「自殺総合対策大綱」の趣旨を踏まえつつ、自殺対策基本法第１３条第１項に基づき策定します。

（参考）

○自殺対策基本法

第１３条　都道府県は、自殺総合対策大綱及び地域の実情を勘案して、当該都道府県の区域内における自殺対策についての計画を定めるものとする。

(ｳ)　計画の構成

埼玉県自殺対策計画では、「重点施策」として、当計画の計画期間内に特に重点的に取り組むべき施策について、その取組を示しています。そして「基本施策」では、長期的あるいは継続的に実施していくべき施策について、関連する様々な分

野における取組を示しています。
　また、「計画の達成指標」では、埼玉県自殺対策計画の最終的な目標である人口１０万人当たりの自殺者数の減少を掲げ、本県の自殺対策の推進に取り組んでいきます。

イ　埼玉県における自殺の現状と課題

　自殺に関する統計には、主に厚生労働省の「人口動態統計」と警察庁の「自殺統計」の２種類があります。２つの統計には次のような違いがあります。

厚生労働省「人口動態統計（住所地）」と警察庁「自殺統計（発見地）」の違い

○調査対象の差異

　厚生労働省の人口動態統計は、日本における日本人を対象としています。
　警察庁の自殺統計は、総人口（日本における外国人も含む。）を対象としています。

○調査時点の差異

　厚生労働省の人口動態統計は、住所地を基に死亡時点で計上します。
　警察庁の自殺統計は、発見地を基に自殺死体発見時点で計上します。
　なお、いずれの統計も暦年（１月から１２月）の統計です。

○事務手続き上の差異

　厚生労働省の人口動態統計は、自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明の時は自殺以外で処理しており、死亡診断書等について自殺であった旨の訂正がない場合は、自殺に計上していません。
　一方、警察庁の自殺統計は、捜査等により、死亡した理由が自殺であると判明した時点で、自殺に計上しています。

統計データの見方

○「自殺死亡率」は、人口１０万人当たりの自殺者数を表しています。
○埼玉県自殺対策計画では、４０歳未満を「若年層」、４０歳から５９歳までを「中高年層」、６０歳以上を「高齢者層」として年代を区分しています。
○「％」は、それぞれの割合を小数点第２位で四捨五入して算出しています。そのため、すべての割合を合計しても１００％にならないことがあります。
○本文中の「令和元年」及び図表中の「Ｒ１」は、平成３１年（２０１９年）１月１日から令和元年（２０１９年）１２月３１日を指しています。

(ｱ)　統計データから見る埼玉県の自殺の現状

a　自殺者数の推移

本県の年間自殺者数は、平成１０年（１９９８年）の急増以降、平成２１年（２００９年）まで増加傾向で推移し、平成２１年（２００９年）には過去最多となる１，７９６人となりました。

その後、平成２２年（２０１０年）から平成２９年（２０１７年）まで８年連続で減少、直近３年は増減を繰り返し、令和４年は１，２４７人となっています。

b　性別による自殺者数の推移

本県の自殺者数の状況を男女別にみると、平成１０年（１９９８年）には、男性が前年比３１６人増の１，０８５人（４１．１％増）と高い増加を示した後、増減を繰り返し、平成２１年（２００９年）に最多となる１，２５４人となりました。なお、男女比は男性の割合が高く、令和４年（２０２２年）は男性７８５人、女性４６２人と男性は女性の約１．７倍となっています。

c　自殺者数の長期的推移

本県の自殺者数の長期的な推移をみると、厚生労働省「人口動態統計」では、平成９年（１９９７年）まで微増後、平成１０年（１９９８年）に急増、連続して１，４００人を超える状態が続いていました。また、平成２２年（２０１０年）以降は減少傾向を続けており、令和４年（２０２２年）には１，２５３人（概数）になりました。

d　自殺者数と交通事故死者数との比較

本県の自殺者数と交通事故死者数をみると、平成４年（１９９２年）は、自殺者数８８９人、交通事故死者数４９４人と自殺者数は交通事故死者数の約１．８倍でした。その後、交通事故死が年々減少しているのに比べ自殺者数は増加傾向が続き、平成２２年（２０１０年）以降は減少に転じたものの、令和４年（２０２２年）は自殺者１，２４７人と交通事故死者数１０４人の約１２倍になっています。

e　自殺死亡率の推移

人口１０万人当たりの自殺死亡者数を示す自殺死亡率は、警察庁「自殺統計」及び厚生労働省「人口動態統計」とも本県は全国と比較して低い水準にありましたが、令和４年（２０２２年）は「自殺統計」においては１７．０、「人口動態統計」では１７．６になり、全国平均（１７．５、１７．４）を自殺統計では下回りました。

f　年齢階級別（１０歳階級）の自殺者数の推移

本県の平成２１年（２００９年）以降の年齢階級別の自殺者数の推移を見ると、２０歳代から６０歳代までの各年齢階級は減少傾向にあり、１９歳以下、７０歳代及び８０歳以上は横ばいになっていましたが、近年全世代で微増、微減を繰り返しています。

ｇ　令和４年の年齢階級別・男女・原因別の自殺者数

本県の令和４年（２０２２年）の年齢階級別の自殺者数を見ると、各年齢階級で男女とも「健康問題」が多くなっています。「健康問題」以外の理由では、「経済・生活問題」が中高年層の男性で多くなっています。

ｈ　年齢層別の自殺者数と自殺死亡率の推移

本県の平成２１年（２００９年）以降の年齢層別の自殺者数と自殺死亡率の推移を見ると、平成２１年（２００９年）以降、各層とも減少傾向にありましたが、近年は全世代で微増、微減を繰り返しています。

ｉ　令和４年（２０２２年）における死因順位別にみた年齢階級別の死亡数

本県の令和４年（２０２２年）における各年齢階級別の死因において、１５歳から３９歳までは自殺が死因の１位となっています。

ｊ　職業別の自殺者数の推移

本県の職業別自殺者数は、「無職者」「被雇用者」が多くなっています。平成２４年（２０１２年）以降の職業別自殺者数の推移をみると、「無職者」は減少していますが、他は概ね横ばいとなっています。

ｋ　職業別の自殺者数の構成割合

本県の職業別自殺者数は、男女とも「無職者」が一番多く、次に「被雇用者」となっています。

ｌ　原因・動機別の自殺者数の推移

本県の平成２１年（２００９年）以降の原因・動機別自殺者数の推移をみると、「健康問題」「経済・生活問題」が大きく減少、他の原因・動機も減少傾向にあります。

ｍ　令和４年（２０２２年）の自殺の原因・動機別の内訳

本県における自殺を原因別に見ると、令和４年（２０２２年）は「健康問題」の割合が６５.０％と最も高く、続いて「経済・生活問題」の１１．１％、「家庭問題」の６．２％の順となっています。「健康問題」のうち「精神障害」の割合が７７．８％、「精神障害」のうち、「うつ病」が４３．７％となっています。

また、「経済・生活問題」のうち「生活苦」が４２．４％、負債が２９．５％となっています。（埼玉県警察「自殺統計資料」）

ｎ　月別自殺者数の推移

本県の月別自殺者数は、バラツキがありますが特定の月への偏りはありません。

ｏ　都道府県別の自殺者数

令和４年（２０２２年）の都道府県別の自殺者数をみると、本県は東京都、大阪府、神奈川県に次いで４番目に多くな

っています。

p　都道府県別の自殺死亡率

令和４年（２０２２年）の都道府県別の自殺死亡率をみると、本県の自殺死亡率は１７．０と全国平均を下回りました。関東近県では、群馬県、栃木県、茨城県、東京都より低く、神奈川県、千葉県より高くなっています。

q　同居人の状況別自殺者数及び自殺死亡率

平成２８年（２０１６年）から令和２年（２０２０年）までの自殺者数の合計をみると、男女とも「同居」の自殺者数が「独居」より多くなっています。

しかし、自殺死亡率では、男女とも「独居」が「同居」より高くなり、特に男性は高齢になるほどその傾向が顕著になっています。

r　自殺未遂の状況

自殺者のうち自殺未遂の状況をみると、男女とも同数程度の未遂者がいますが、女性は自殺未遂歴「あり」の人の割合が多くなっています。特に、女性の３０歳代において、自殺者のうち半数を超える人が自殺未遂歴「あり」となっています。

s　自殺死亡率の地域差

本県の自殺死亡率を１００とした場合の比率である標準化死亡比は、保健所の担当区域別で比較すると、北部及び秩父地域で県平均よりやや高い状況となっています。

t　国際的にみた自殺の状況

ＷＨＯ（世界保健機関）の統計を基に、厚生労働省では主要国の自殺死亡率を取りまとめています。令和元年（２０１９年）の日本の自殺死亡率は１５．７（厚生労働省「人口動態統計」）となっており、先進諸国と比べて高くなっています。

ウ　自殺対策の推進に関する基本的な考え方

(ｱ)　共通認識

埼玉県の自殺対策がその効果を発揮して『誰も自殺に追い込まれることのない社会を目指す』ためには、自殺の現状の把握だけではなく、次に掲げた、共通認識、取組主体ごとの役割及び基本的な考え方を踏まえて取り組むことが重要です。

a　自殺は誰にも起こりうる身近な問題である

多くの人は、自分は自殺と関係がないと考えがちですが、実際は自分や家族、友人など周りの人が当事者になる可能性があります。自殺対策を進める上で、県民一人一人が、自殺は誰にも起こりうる身近な問題であることを認識する必要が

あります。

b　自殺はその多くが追い込まれた末の死である

自殺は、病気の悩み等の健康問題のほか、倒産、失業、多重債務等の経済・生活問題、介護・看病疲れ等の家庭問題等、様々な要因が複雑に関係しています。自殺は個人の自由な意志や選択の結果ではなく、その多くが様々な悩みにより心理的に「追い込まれた末の死」であるということを認識する必要があります。

c　自殺はその多くが防ぐことができる社会的な問題

ＷＨＯ（世界保健機関）が「自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題」であると明言しているように、自殺は社会の努力で避けることのできる死であるということが、世界の共通認識となっています。心理的な悩みを引き起こす様々な要因に対する社会の適切な介入により、また、自殺に至る前のうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により、多くの自殺は防ぐことができるということを、認識する必要があります。

d　自殺を考えている人は何らかのサイン(予兆)を発していることが多い

死にたいと考えている人は、心の中では「生きたい」という気持ちとの間で激しく揺れ動いており、不眠、原因不明の体調不良、自殺をほのめかす言動等、自殺の危険を示すサイン（予兆）を発している場合が多いとされています。自殺を図った人の家族や職場の同僚など身近な人でも、自殺のサインに気づき難い場合もありますので、身近な人以外の人が自殺のサインに気づき自殺予防につなげていくことが必要です。

(ｲ)　取組主体ごとの役割

将来にわたり誰も自殺に追い込まれることのない、安全で安心して生きることができる社会の構築を実現するためには、国、埼玉県、市町村、関係機関、民間団体、学校、事業所、医療機関、県民等が、それぞれ果たすべき役割を明確化・共有化した上で相互に連携・協働して、県を挙げて自殺対策を推進する必要があります。

a　埼玉県

県は、県の実情に応じた総合的かつ効果的な自殺対策計画を策定するとともに、埼玉県自殺対策推進センターにおいて、市町村が行う地域の実情に応じた自殺対策計画の策定及び見直しについて支援します。

また、広域的に対応をする必要がある、相談・支援体制の整備や啓発活動、人材育成や心の健康づくり、ハイリスク地対策や自殺者の親族等に対する支援などを行うとともに、市町村や民間団体などが実施する自殺対策に関する取組への支援を行います。

なお、県が自殺対策の計画、実施をするに当たっては、学識経験者や保健、医療、福祉、教育、労働、法律など幅広い分野の関係機関等で構成される埼玉県自殺対策連絡協議会などを通じて、各取組主体と連携を図っていきます。

b　市町村

住民にとって最も身近な市町村においては、住民の自殺を防ぐため、心の健康づくりや地域で活動する団体への支援など、住民に密着した様々な取組の調整・進行役としての役割を担うことが期待されます。地域における自殺の実態を把握した上で、自殺対策基本法に基づき自殺対策に関する計画を策定するとともに、必要な自殺対策を自ら企画立案し、計画的に実施することが必要です。

また、住民に対する普及啓発や、自殺のサインを早期に発見し自殺を予防するための人材育成、地域の関係機関及び相談窓口の緊密な連携体制づくりなどの自殺対策を推進していく必要があります。

c　関係機関・民間団体

県内では、警察や消防をはじめ、ＮＰＯ団体、ボランティア団体など様々な機関や民間団体が活動をしています。より多くの機関や民間団体が、埼玉県自殺対策計画の『誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す』という基本理念に沿って、県や市町村等が実施する自殺対策に積極的に協力することが大切であり、機関や民間団体等が相互間の連携を強化し活動の輪を広げることで、県民が自殺対策に参画する際の母体になることも期待されます。

また、自殺防止を目的とする活動だけではなく、関連する分野での活動も自殺対策に寄与することを理解し、国や県、市町村等と連携・協働しながら、継続的に自殺対策に参画する必要があります。

d　学校

児童生徒に対しては、心の健康の保持・増進や良好な人格の形成、生活上の困難・ストレスに直面したときの対処方法を身に付けることへの支援が重要です。学校においては、児童生徒を対象に長い人生におけるメンタルヘルスの基礎づくりを目的とし、自殺予防・心の健康の保持に係る教育を実施していくという視点が必要です。

また、教職員や保護者を対象にした自殺の問題への理解を深めるための研修を進め、生や死、自殺の問題への理解を深めていくことができるようにすることが必要です。

さらに、いじめによる児童生徒の自殺防止に向けて、相談しやすい体制を整備するとともに、学校や教育委員会がいじめの兆候をいち早く把握し、家庭や地域と連携して対処することも重要です。

e　企業

長時間労働や職場の人間関係等により強いストレスを感じている労働者が多いことから、それぞれの職場で心の健康の重要性を理解し、埼玉県自殺対策計画の基本理念に沿って、うつ病の早期発見・早期治療のための取組や、精神的ストレスの要因を取り除くための対策を講じることが必要です。

また、労働者が心身ともに健康的に働くためには、労働環境や職場におけるコミュニケーションの改善、産業保健の向

上等に積極的に取り組むとともに、ワーク・ライフ・バランスを推進することも大切です。

f　医療機関

医療機関は、各種の身体疾患による身体的・心理的・社会的な苦痛への対応、うつ病をはじめとした精神疾患の診断・治療、自殺未遂者への対応など、自殺を防止する上で重要な役割を担っています。精神科の医療機関は、適切な治療を行うとともに、心理社会的な治療や支援も適切に取り入れ、他科との連携や、機能の異なる精神科医療機関同士の協力体制を推進することが求められます。

また、県民一人一人がうつ病についての正しい知識を持って、医療機関へ適切に相談できるようにするための啓発活動も大切です。

g　住民

県民一人一人が、埼玉県自殺対策計画の基本理念に沿って、自殺問題や心の健康問題に関心を持ち理解を深めるとともに、自殺対策に関する活動を自発的に行い、県や市町村、民間団体等が実施する自殺対策に協力することが重要です。

また、一人で悩みを抱えてしまうことの背景となる「自殺や多重債務、うつ病などは恥ずかしいもの」という考え方は間違ったものであるということを理解するとともに、自殺に追い込まれるという危機は誰にでも起こりうるものであり、その場合には誰かに援助を求めることが適当であることを理解し、自らの心の不調に気づき適切に対処することが必要です。

さらに、周囲の人の心の不調や自殺のサインに気づき、寄り添い、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門家につなぎ、見守っていくなど、誰もが自殺対策の主役として取り組むことが重要です。

(ｳ)　基本的な考え方

本県における自殺の現状及び共通認識、取組主体ごとの役割を踏まえ、次の考え方に基づき自殺対策に取組みます。

a　生きることの包括的な支援として推進します

現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化の進行や価値観の多様化など社会を取り巻く環境が大きく変化する中では、誰もが心の健康を損なう可能性があり、自分や周囲の人が自殺や自殺未遂に至る可能性も決して低くはありません。

自殺の背景・原因となる要因には様々なものがありますが、その多くは相談・支援体制の整備という社会的な取組により避けることができるというのが、世界の共通認識となっています。

自殺はその多くが追い込まれた末の死であり、その多くが防ぐことができる社会的な問題であるとの基本認識の下、自殺対策を生きることの包括的な支援として実施していくことが必要です。

b　関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組みます

自殺は、健康問題、経済・生活問題、人間関係の問題等、様々な要因とその人の性格的傾向、家族の状況、死生感などが複雑に関係しています。自殺に追い込まれようとしている人が安心して生きられるようにするためには、精神保健的な視点だけではなく、社会・経済的な視点を含む包括的な取組が重要です。

自殺の要因となり得る生活困窮、ひきこもり、いじめの問題や依存症等へのサポートや生活困窮者対策など自殺対策と関わりのある取組に参画している関係機関や民間団体などと連携・協働し、自殺に追い込まれる危険の高い人や自殺に追い込まれようとしている人を支援するためのネットワークづくりが重要です。

c　対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させます

自殺対策は、自殺の危険性が低い段階での「事前予防(一次予防)」、現に起こりつつある自殺の危機に対応し自殺を防ぐ「自殺発生の危機対応（二次予防)」、自殺が生じてしまった場合にその影響を最小限に抑え、新たな自殺を防ぐ「事後対応（三次予防)」の各段階に応じて効果的に取り組む必要があります。

d　本県の状況を踏まえて自殺対策に取り組みます

本県の自殺者数は平成２２年（２０１０年）から減少傾向にあるものの、４０歳代～５０歳代では、自殺者数が高水準で推移しており、さらに、１５歳から３９歳までの死因としては自殺が一番多い結果になっています。

こうした状況を県自殺対策推進センターにおいて情報収集し、分析・評価することにより明らかにし、本県の自殺の状況や課題を踏まえた自殺対策を進めます。

(ｴ)　基本理念等

自殺対策の推進に関する基本的な考え方を踏まえ、『県民の取組として幅広い活動とすること』『予防、発生、事後対応の各段階を通じて切れ目のない支援をおこなうこと』『自殺の要因に応じた、細やかな対応を行うこと』などに留意し、自殺対策を推進していきます。

また、誰もが当事者となり得る自殺問題に、県民一人一人の生きる力を包括的に支援することにより適切に対処していくとともに、これを県や市町村など行政機関だけでなく、民間団体を含む県民一人一人の理解と協力により的確に支えていくことを目指すこととし、次の基本理念を設定します。

【基本理念】

『誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す』

【啓発活動のキャッチフレーズ】

『気づいてください体と心の限界サイン』

エ　自殺対策推進のための具体的な取組

(ｱ)　施策体系

自殺対策の推進に関する基本的な考え方を踏まえ、３つの重点施策と８つの基本施策を整理すると、次のようになります。

(ｲ)　重点施策ごとの主な取組

a　相談支援体制を整備充実する

埼玉県立精神保健福祉センター及び保健所の相談体制を強化するとともに、市町村や自殺対策関係団体等が行う相談支援事業を支援するなど、県、市町村、関係団体等が連携して県民の相談に応じることができる体制を整備します。

また、ゲートキーパー等から専門機関まで、悩みや不安を抱えている人からの相談に応じることができる間口の広い相談体制の構築を図ります。

(a)　地域における相談体制の充実と支援策、相談窓口情報等の分かりやすい発信

県及び市町村による自殺の危険を示すサインとその対応方法、相談窓口のわかりやすい一覧表等を掲載した住民向けの自殺予防のためのホームページ等の作成や相談しやすい体制の整備を促進します。

また、悩みを抱える人がいつでもどこでも相談でき、適切な支援を迅速に受けられるための拠り所として、電話相談を実施する体制を整備します。さらに、支援を必要としている人が簡単に適切な支援策に辿り着けるようにするため、インターネット（スマートフォン等を含む。）を活用した検索の仕組みなど、支援策情報の集約・提供を強化し、その周知を図ります。

≪主な取組≫

県内の自殺対策の拠点となる県自殺対策推進センターや埼玉県立精神保健福祉センターのホームページ等を通じ、自殺対策の取組や心の悩みに関する相談窓口や相談機関等の情報を提供します。

県及び市町村は、健康問題、生活問題、法律問題等について、どのような問題を抱えたときにはどこに相談ができるかが掲載された、相談窓口が網羅されたホームページ等を作成し、広く周知します。

民間団体が活動しやすい環境やネットワークづくりについて支援に努めるとともに、各相談機関の活動内容をまとめたホームページ等を作成し、県民の相談へのアクセスを容易にします。

県民からの精神保健福祉相談に応じるとともに、緊急性が高い事案には家族や関係者等の協力を得て孤立を防ぎ、医療機関につなぐ等の対応をします。また、埼玉県立精神保健福祉センターでは、全国共通の相談電話「こころの健康相談統一ダイヤル」を運営し、心の悩みに対応します。

各保健所において、不眠、うつ状態、アルコールや薬物問題、ひきこもりなどでお困りの本人やその家族からの相談

を実施します。また、精神科医による精神保健相談や公認心理士等による不登校・ひきこもりの専門相談を行います。

さまざまな困難を有する青少年を総合的に支援するために、個別の相談機関の情報を一元化して提供し、利用促進を図ります。

市町村保健センター等による訪問指導や健康相談などの機会を活用し、うつ病の懸念のある方の把握に努め、適切な相談につなげるよう体制づくりを進めます。

児童・高齢者・障害者の各虐待の通報等を一括して受ける虐待通報ダイヤルを運用するとともに、県民に対する虐待防止の普及・啓発等を行い、虐待の予防や早期発見、早期対応に繋げます。また、７月を「虐待ゼロ推進月間」とし、普及啓発活動を行います。

包括的な相談支援体制の整備や、重層的支援体制整備事業に取り組む市町村に対し、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、アドバイザー派遣や研修等を行います。

(b)　ＩＣＴを活用した自殺対策の強化

スマートフォンの普及やＳＮＳ等の利用拡大など若年層のコミュニケーションツールの変化を踏まえ、ＳＮＳを活用するなど、相談の多様な手段の確保を図ります。

【主な取組】

若者の多くがＳＮＳを日常的なコミュニケーション手段として用いている現状を踏まえ、横ばい傾向のままである若者の自殺を防ぐため、若年層を対象としたＳＮＳ相談体制の構築を図ります。

若者のコミュニケーション手段の変化を踏まえ、ＳＮＳを活用した教育相談体制を整備し、県内の中学・高校生の抱える悩みや不安等に対応し、問題の深刻化を未然に防止します。

保護者が抱える子育ての不安や子供の親子関係の悩みなどに対して、ＳＮＳを活用した相談窓口を開設します。

(c)　民間団体の人材育成に対する支援

民間団体の活動を支援するため、相談の担い手などの人材の育成を支援します。

【主な取組】

心の不安や悩みを打ち明けられる電話相談体制を運営している民間団体の相談員の確保や相談員の資質向上のための活動に対し支援を行います。

自殺ハイリスク者としてのアルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル依存症等の問題を抱える人を支援する民間

団体の相談員の確保や相談員の資質向上のための活動に対し支援を行います。

(d)　民間団体の相談事業に対する支援

民間団体による自殺対策を目的とした相談事業に対する支援を実施します。

【主な取組】

自殺対策を実施する民間団体の取組等の実態を把握するとともに、情報交換を行うなど、行政及び各民間団体間の連携を図ります。

自殺対策につながる相談支援に取り組む民間団体の地域の実情に応じた活動に対し支援を行います。

保健、医療、福祉、教育、労働、法律など関係機関及び民間団体で構成される埼玉県自殺対策連絡協議会を開催し、自殺の現状や取組状況について情報を共有します。

(e)　多重債務の相談窓口の充実

多重債務者に対する相談支援体制の充実を図ります。

【主な取組】

多重債務等の社会的要因に対応するため、「暮らしとこころの総合相談会」を実施し、法律相談等に合わせ、埼玉県立精神保健福祉センターの職員等による心の健康相談をワンストップで実施するとともに、相談窓口の周知を図ります。

多重債務など様々な課題を抱える生活困窮者からの相談に応じ、弁護士会や日本司法支援センター（法テラス）などの専門機関と連携して解決に向けた支援を行います。

多重債務者の救済と発生防止を図るため、弁護士会や司法書士会などの民間団体や国・市町村等の関係機関と連携した支援を行うとともに、県内の相談窓口の周知を図ります。

(f)　失業者等に対する相談窓口の充実等

失業者等に対して早期再就職支援等の各種雇用対策を推進するとともに、ハローワーク等の窓口においてきめ細やかな職業相談を実施します。

また、失業に直面した際に生じる心の悩み相談など様々な生活上の問題に関する相談に対応します。

【主な取組】

「埼玉しごとセンター」において、県が行う就職相談などのサービスとハローワークの職業紹介を一体化し、相談から就職までスムーズかつスピーディにワンストップの支援を進めます。

ＮＰＯや関係行政機関と連携し、１５歳から４９歳までの無業者の就業に向けた支援を行うため、「若年自立支援セ

ンター埼玉」を運営し、相談事業や職業意識啓発事業等を通じて、１５歳から４９歳までの無業者の就業を支援します。

県労働相談センターにおいて、賃金・退職金や労働時間などの労働条件、採用や退職、労務管理上の問題など、労働者及び経営者が抱えている労働問題についての相談に応じます。

生活困窮者自立相談支援機関において、生活困窮者を対象に就労の支援など自立に関する様々な問題について相談に応じます。

県社会福祉協議会が実施する貸付事業を支援し、一時的に生計が困難となった場合などに必要な資金を貸し付けることにより、低所得者、障害者、高齢者世帯の経済的自立を図ります。

b　自殺ハイリスク者への支援を推進する

自殺の危険性が高まっている人を早期に発見し、自殺の発生を回避するための体制を整備します。

また、自殺は、その多くが追い込まれた末の死であり、その背景には、失業や倒産、多重債務等の社会的な要因、うつ病やアルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル依存症などの問題が継続していることが多いため、関係機関等が連携・協力して包括的に支援する体制の整備に努めます。

(a)　依存症対策との連携

自殺の危険因子である依存症について、埼玉県薬物乱用対策推進計画や、埼玉県アルコール健康障害対策推進計画に基づく取組を推進するとともに、埼玉県立精神保健福祉センター、保健所、地域の救急医療機関、民間団体等との連携により、相談体制の充実を図ります。

【主な取組】

薬物依存症者やその家族等の相談に応じ、依存症からの回復支援に取り組む民間団体の活動を支援します。また、民間団体では病院退院直後や刑務所出所後等の薬物依存症者を対象に入寮型ホームを運営して就労等につなげる等、社会復帰支援を実施します。

埼玉県立精神保健福祉センターにおいて、依存症者及びその家族等からの相談に応じる中で医療機関への受診を勧奨します。

また、家族等に対して適切な対応を学ぶための講座等を開催し依存症者の治療に結びつけます。

保健所において、不眠、うつ状態、アルコールや薬物問題、ひきこもりなどの精神保健福祉相談を実施します。

啓発資材やホームページを活用し、薬物乱用防止について普及啓発と相談窓口の周知を図ります。また、薬物乱用防止教室や街頭キャンペーン等を通じて、薬物に関する知識の普及啓発を図ります。

(b)　医療と地域の連携推進による包括的な自殺未遂者支援の強化

自殺未遂者は、失業や倒産、多重債務等の社会的な要因や健康問題などが継続していることが多いため、医療機関と関係機関等が連携・協力して包括的に支援する体制を整備します。

【主な取組】

精神症状の悪化により緊急に医療を必要とする精神障害者に対し、適切な精神科救急医療体制を整備します。

医療・介護関係者や、消防職員等を対象に自殺未遂者を中心としたハイリスク者への対応に関する研修を実施します。

(c)　職場におけるメンタルヘルス対策の推進

過労死等がなく、仕事と生活を調和させ、健康で充実して働き続けることができる社会の実現のため、啓発、相談体制の整備等の過労死等の防止のための対策を推進します。

また、職場におけるメンタルヘルス対策を推進するため、ストレスチェック制度の実施などを踏まえ、職場環境の改善を図り、心の健康を保つための取組を推進します。

さらに、全ての事業所においてハラスメント行為等が生じないよう周知・啓発、相談窓口等の設置等の対策を推進します。

【主な取組】

勤労者とその家族、事業主、安全衛生管理者などからのメンタルヘルスに関する相談に産業カウンセラーが専門的立場から助言、情報提供を行います。

勤労者や事業主に対して、労働関係法規等やメンタルヘルス、ハラスメント対策等について学習する機会「労働教育講座」を提供し、健全な労使関係の確立に寄与することにより、労働者が安心して働くことができるよう支援します。

過労死・過労自殺を防止するため、長時間労働が行われている事業場に対する監督指導を徹底するとともに、これらの制度に関する相談・支援を行います。また、働く者が生活時間や睡眠時間を確保し、健康な生活を送るため、勤務間インターバル制度の導入促進を図り、労働時間の適正な把握を徹底するため、「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」の周知を行います。

職場におけるメンタルヘルス対策の充実を推進するため、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の普及啓発を図るとともに、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度の実施の徹底を通じて、事業場におけるメンタルヘルス対策の更なる普及を図ります。

職場におけるメンタルヘルスケア等の相談窓口を活用してもらうため、周知・ＰＲに努めます。

事業主や管理監督者が、部下からの相談に応じる中で心身の異常を察知し、適切な助言を行うための情報提供や研修を実施します。

c　子供・若者、女性の自殺対策を推進する

自殺対策事業では、４０歳未満を「若年層」として実施していますが、小中高校生や大学生などの学生、２０歳代から３０歳代の社会人など、ライフステージや立場ごとに置かれている状況が異なることから、それぞれの集団の置かれている状況に沿った施策を推進していきます。

また、妊産婦への支援、コロナ過で顕在化した課題を踏まえた女性の自殺対策を更に強化していきます。

(a)　児童生徒の自殺予防に資する教育の実施

学校において、児童生徒が命の大切さを実感できる教育や各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての教育に加えて、困難な事態や強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付けるための教育の実施に向けた環境づくりを進めます。

【主な取組】

ＬＧＢＴＱへの支援を行う民間団体の活動に対し支援を行います。

「さいたまチャイルドライン」など若年層を対象とした電話相談窓口が、学校を通して児童生徒に広く認知されるよう周知を図ります。

学習指導要領に基づき、学校において「命の大切さ」「人間の尊厳」などを教え、発達年齢に応じた自殺予防に資する授業を行い、基礎・基本的な知識の定着を図ります。

「いじめ撲滅強化月間（１１月）」を中心とした「いじめ撲滅キャンペーン」を通じて、いじめ問題の解決に社会全体で取り組む機運の醸成を図ります。

青少年を対象に、「どうぶつ愛護教室」などでの動物とのふれあいを通じ、命を慈しむ心や思いやりの心を醸成します。

(b)　いじめを苦にした子供の自殺の予防

いじめは決して許されないことであり、どの子供にも、どの学校でも起こり得るものであることを周知徹底し、すべての教育関係者がいじめの兆候をいち早く把握して、迅速に対応することを指導します。

また、子供がいつでも不安や悩みを打ち明けられるような、いじめなどの問題に関する教育相談体制を支援するとともに、学校、地域、家庭が連携して、いじめを早期に発見し、適切に対応できる地域ぐるみの体制整備を促進します。

【主な取組】

教職員に対する研修を充実するとともに、家庭と連携し、いじめの防止及び早期発見・早期対応に努めます。

不登校やいじめ等の未然防止、早期発見及び支援・対応等を図るため、スクールカウンセラーやスクールソーシャル

ワーカーを活用するとともに、学校内の関係者がチームとして取り組み、関係機関と連携した教育相談体制を進めます。
「いじめ撲滅強化月間（１１月）」において、協力団体と合同でキャンペーンを行います。また、いじめの問題を隠さず相談ができるように、個別の相談機関の情報を一元化して提供し、利用促進を図ります。
いじめや体罰などの子供の権利侵害に対応するため、相談窓口を設置し、子供の気持ちを最優先に考えて相談に応じます。
「県立総合教育センター」や「きたうらわ相談室」において、指導主事、面接相談員、スクールカウンセラー、嘱託医が面接相談を行います。また、２４時間３６５日実施している「よい子の電話教育相談（子ども用フリーダイヤル）」のほか、電子メール相談やＦＡＸ相談を実施します。

(c)　大学や専修学校等と連携した自殺対策の推進

自殺対策や自殺のリスク要因への対応に係る人材の確保、育成及び資質の向上が重要であることから、若年層に対し、県内の大学、専修学校、中途退学者等の若者を支援している関係団体等と連携して自殺対策を推進します。

【主な取組】

若年層が抱える様々な不安、メンタルヘルスに関する悩みやストレスに直面したときの対処方法について、気軽に相談できるよう情報提供に努めます。
若年層を対象としたメンタルヘルス啓発資料を作成・配布し、大学や関係団体との連携により啓発等を行います。
フィルタリングサービスの活用など、インターネット上の自殺関連情報などの有害情報から青少年を守るための方策の普及啓発に取り組みます。
ネットアドバイザーを小・中学校等へ派遣して、「子供安全見守り講座」を実施し、ネットいじめの防止について啓発します。

(d)　教職員に対する普及啓発等

児童生徒と日々接している学級担任、養護教諭等の教職員や、学生相談に関わる大学等の教職員に対し、自殺の危険性の高い児童生徒等に気づいたときの対応方法などについて普及啓発を実施します。

【主な取組】

児童・生徒からの悩みを広く受け止めることができるよう、学級担任や生徒指導担当教諭、養護教諭等に自殺の危険性が高い児童生徒への気づき方や、その際の対応方法、心の悩みのサポート方法などについて情報提供を行います。
児童・生徒に直接関わる教職員へ自殺予防に資する情報提供を行います。また、必要に応じて保護者への情報提供を実施します。

生徒指導ハンドブック「Ｉ’ｓ２０１９」（自殺防止について）の適切な活用を促します。

児童・生徒の心のケアやひきこもり児童・生徒への対応を行う場合は、担任だけでなく、養護教諭、生徒指導主任、学校医、スクールカウンセラー等の相談に携わる者等がチームを組んで、複数の目での見守りや、検討を行うなど学校全体で取り組みます。

教職員に対する研修等で、自殺予防教育に係る啓発を実施します。

教職員の資質向上を図るため、子供の人権等の人権教育推進に関する現状を踏まえた研修を実施します。また、子供を虐待から守るため、教職員、市町村教育委員会職員及び児童養護施設等職員を対象とした研修会を実施します。

各私立学校における人権教育の推進のため、教職員対象の研修会を実施するとともに、学校での人権教育に活用するための教材・資料を配布し活用を促します。

現に直面している危機に対応するため、学校内だけでなく外部の関係機関と連携して取り組みます。

(e)　学校における心の健康づくり推進体制の整備

保健室やカウンセリングルームなどをより開かれた場として活用し、養護教諭・学級担任等の行う健康相談を推進するとともに、スクールカウンセラー等の配置など学校における相談体制の充実を図ります。

【主な取組】

いじめなどによる児童生徒等の心のケアに対応するため、市町村において思春期向けリーフレットや相談窓口のチラシを作成し、学校における相談体制の周知を図る事業に対し支援します。

子供を虐待から守るためには、虐待を受けた児童生徒の心理面、学習面、生活面での支援が重要であることから、教職員、市町村教育委員会職員及び児童養護施設等職員を対象とした効果的な支援の在り方についての研修会を実施します。

学校における適切な相談対応や施設等の配慮により、児童生徒及び教職員のＬＧＢＴＱをはじめとする性の多様性への理解が進み、あらゆるセクシュアリティが尊重されることで、全ての児童生徒及び教職員が安心して学校生活を送ることができるように支援します。

各私立学校における人権教育の推進のため、教職員対象の研修会を実施するとともに、学校での人権教育に活用するための教材・資料を配布します。

スクールソーシャルワーカーの配置を充実させ、関係機関との連携や家庭訪問などを実施し、いじめ問題の解決に向けた支援を行います。

(f)　ＩＣＴを活用した自殺対策の強化（再掲）

スマートフォンの普及やＳＮＳ等の利用拡大など若年層のコミュニケーションツールの変化を踏まえ、ＳＮＳを活用するなど、相談の多様な手段の確保を図ります。

【主な取組】

若者の多くがＳＮＳを日常的なコミュニケーション手段として用いている現状を踏まえ、横ばい傾向のままである若者の自殺を防ぐため、若年層を対象としたＳＮＳ相談体制の構築を図ります。

若者のコミュニケーション手段の変化を踏まえ、ＳＮＳを活用した教育相談体制を整備し、県内の中学・高校生の抱える悩みや不安等に対応し、問題の深刻化を未然に防止します。

保護者が抱える子育ての不安や子供の親子関係の悩みなどに対して、ＳＮＳを活用した相談窓口を開設します。

(g)　インターネット上の誹謗中傷対策の推進

インターネット上での誹謗中傷等の深刻化が問題となっている状況を踏まえ、子供・若者等に対する啓発を行うとともに、違法・有害情報の排除を図ります。

【主な取組】

ネットアドバイザーを小・中学校等へ派遣して、「子供安全見守り講座」を実施し、誹謗中傷などネットいじめの防止について啓発します。

フィルタリングサービスの活用など、インターネット上の有害情報から青少年を守るための方策の普及啓発に取り組みます。

スマートフォン等インターネット端末を利用した不適切な行為やネットいじめ、誹謗中傷などのインターネット上のトラブルを解消するため、関係機関と連携するとともに、教職員の研修や、保護者、児童生徒への啓発を行います。

(h)　子供への支援の充実

社会的養護の下で育った子供の自立支援を効果的に進めるために、進学や就職などのタイミングで支援が途切れることのないよう、退所した後も引き続き子供を受け止め、支えとなるような支援の充実を図ります。

また、子供たちが自己肯定感を育み、将来に夢と希望を持てるよう、子供の居場所づくりに取り組む民間団体等への支援の充実を図ります。

【主な取組】

児童養護施設退所者が退所後に自立できるよう、支援の中核となる退所児童等アフターケア事業所「クローバーハウス」の運営、施設への就労支援チームの派遣、低額かつ生活相談のできる住居の提供等を通じて、総合的な自立支援体制を構築します。また、児童養護施設等を退所後すぐに就業する者又は大学等において高等教育を受ける者等に対し、

安定した生活基盤を築くための支援や就職に必要な資格取得のための資金の貸付を行います。

子供の居場所づくりに取り組む民間団体や企業等の好事例を紹介し、団体間のネットワーク化を図るとともに、各団体が継続的に子供の居場所づくりに取り組めるよう、県が支援します。また、研修等により子供の居場所づくりに携わる人材を育成します。

(i)　妊産婦への支援の充実

出産後間もない時期の産婦については、産後うつの予防等を図ります。

また、産後に心身の不調又は育児不安等を抱える者等に対しては、心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保します。

【主な取組】

妊娠・出産・育児の様々な相談にワンストップで応じ、児童福祉機能と連携することで、妊娠期から子育て期まで切れ目のない支援体制を担う市町村の「こども家庭センター」の運営を支援します。また、核家族世帯の割合が高い埼玉県において、孤立化しやすい産婦への取組として「産後ケア」や「産後健診」を推進できるよう市町村を支援し、安心して産み育てられる環境づくりを進めます（埼玉版ネウボラ推進事業）。

予期せぬ妊娠等に悩む方からの相談に対して正しい情報を提供し、必要に応じてこども家庭センター等へつなげることで、関係機関が連携して支援を行います。

(j)　女性への支援の充実

貧困の連鎖解消のため、貧困に陥らない、貧困から脱却するための支援を行うとともに、根本にある女性の貧困を生み出す社会状況の理解を広げます。

【主な取組】

貧困など困難な状況にある女性に、継続した精神的なサポートや就業や自立につなげるための講座を開催します。また、貧困問題等の問題解決に向けた実践的な活動を行う地域のリーダーを育成します。

(ｳ)　基本施策ごとの主な取組

a　県民一人一人の気づきと見守りを促す

一人で悩みを抱える背景となる「自殺や多重債務、うつ病等の自殺関連事象は不名誉で恥ずかしいものである」という間違った社会通念からの脱却や、自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」であり、その場合には誰かに援助を求めることが適当であるということが共通認識となるように、啓発活動を行います。

また、自分の周りにいるかもしれない自殺を考えている人の存在に気づき、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門家

につなぎ、見守っていける人材を育成するため、教育活動、広報活動等に取り組んでいきます。

(a)　自殺予防週間と自殺対策強化月間の実施

自殺対策の重要性を認識し、自殺対策に関する気運を醸成するため、自殺予防週間及び自殺対策強化月間に、国や市町村、関係機関等と連携した啓発事業を展開し、県民の自殺の問題に対する関心と理解を深めます（自殺対策基本法では、９月１０日から１６日までを「自殺予防週間」に、３月を「自殺対策強化月間」と定め、啓発活動を広く展開するとしています。）。

【主な取組】

自殺予防週間（９月１０日～１６日）や自殺対策強化月間（３月）に合わせ、自殺対策の普及啓発パンフレット等を作成・配布するとともに、県や市町村のホームページや広報紙など様々な広報媒体を活用し、県民に自殺予防に関する正しい知識の普及啓発を図ります。また、関東近都県市の九都県市では９月を「九都県市自殺防止強化月間」と定め、九都県市、市町村、民間団体等の関係機関が連携・協力して啓発活動を実施します。

(b)　自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識の普及

自殺や自殺関連事象に関する間違った社会通念からの脱却と県民一人一人の危機遭遇時の応用能力を高めるため、インターネット（スマートフォン等を含む。）を活用して正しい知識の普及を推進します。

【主な取組】

自殺を考えている人は、悩みを抱えながらも「サインを発している」ということについて、家族や周囲の人たちが気づくことができるような啓発・教育等を実施します。

国勢調査（令和２年（２０２０年））によると、埼玉県内の通勤・通学者のうち、約１/４は県外に通勤・通学し、県外からも多数の通勤・通学者がいることから、九都県市と連携して共同キャンペーンなどの取組を実施します。

県や各市町村のホームページや広報誌など様々な広報媒体を活用するとともに、報道機関の協力を得て、普及啓発活動を積極的に進めます。

「自殺予防のための行動」や「体と心のチェックリスト」、「相談窓口」等について記載したカードを作成し、配布します。

「過労死等防止啓発月間（１１月）」にあわせ、過労死等防止策について、ホームページを作成し、普及啓発を図ります。

労働者自身がストレス等に気づき、これに対応するための知識、方法を身につけてもらうため、セルフケアに関する研修、情報提供を行います。

出産、子育て、更年期、家庭不和などで生じる女性の心の健康問題に対するケアのため、地域における各種保健事業、相談事業を実施する中で様々な情報発信などを行います。

自殺対策における地域住民の理解を深めるため、「こころの健康づくり」のための講演会や講座を開催します。

心の健康問題に対する相談機能を向上させるため、市町村や保健所等の職員を対象に、心の健康づくりや自殺の要因となる精神疾患等についての研修を実施します。

高齢者や障害者などで援助を必要とする方に対し、必要な情報提供や相談援助活動を行い、地域住民の福祉の増進を図ります。

(c)　うつ病や依存症等についての普及啓発の推進

ライフステージ別に抑うつ状態やうつ病、依存症等の精神疾患に対する正しい知識の普及・啓発を行うことにより、早期相談・早期受診等を促進します。

【主な取組】

若年層を対象としたメンタルヘルス啓発資料を作成・配布し、大学や関係団体との連携により啓発等を行います。

埼玉県立精神保健福祉センターのホームページ等を通じ、自殺対策の取組や心の悩みに関する相談窓口や相談機関等の情報を提供します。

保健所のホームページ等を通じ、不眠、うつ状態、アルコールや薬物問題、ひきこもりなどの精神保健福祉相談の相談窓口の情報を提供します。

b　自殺対策の推進に資する調査研究等を推進する

自殺者や遺族のプライバシーに配慮しつつ、埼玉県及び市町村の自殺対策の推進に資する情報収集や調査研究等を多角的に実施するとともに、その結果を県内の自殺対策の実践に還元します。

(a)　市町村自殺対策計画の策定等の支援

埼玉県自殺対策推進センターによる自殺対策に資する情報収集とその提供により、市町村の自殺対策を支援します。

また、市町村自殺対策計画の策定支援や進捗管理など、自殺対策の総合的かつ効果的な実施を支援します。

【主な取組】

埼玉県自殺対策推進センターを設置し、市町村が取り組む自殺対策について、連携・協力するとともに、専門的・広域的な視点から支援します。

市町村において実効性のある自殺対策を実施してもらうため、市町村自殺対策担当者会議等を実施し、情報提供、職員の研修、地域での関係機関・団体等のネットワークづくりに向けた環境整備等の支援を行うほか、市町村自殺対策計

画の策定支援及び進捗管理を行います。

(b)　自殺の実態や自殺対策の実施状況等に関する調査研究及び検証

国の指定調査研究等法人や民間団体等と連携し、社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過を多角的に把握して、保健、医療、福祉、教育、労働、法律等の領域における個別的対応や制度的改善を充実させるための調査を実施します。

【主な取組】

自殺に関する人口動態統計や警察庁統計資料等を用いて、自殺の現状や要因などを統計的に分析します。

消防庁「事故種別救急出動件数」の統計資料を用いて、自損行為の現状や特徴などを統計的に分析します。

埼玉県立精神保健福祉センターで受け付けた、自殺関連の相談情報を収集・分析するとともに、個人情報に十分配慮して相談事例の集積を行います。

国の指定調査研究等法人と連携し、自殺関係の統計情報や調査結果を整理して関係機関に提供するとともに、その概要をホームページ等に掲載するなど情報提供を行います。

本県の自殺の現状を踏まえ、自殺対策につながる調査研究を実施し、その成果を県内の自殺対策に活用します。

国や関係機関が実施する自殺に関する調査に協力し、自殺の傾向や要因等を把握するための調査研究を支援します。

c　自殺対策に係る人材の確保、育成及び資質の向上を図る

自殺のリスクが高くなる前の予兆や自殺のリスクの高い人を早期に発見し、早期に対応するため、自殺の危険を示すサインにいち早く気づき、声をかけ、話を聴き、必要に応じて専門家につなぎ、見守るなどの役割を担う人材を育成します。

自殺の要因は多岐にわたることから、行政と関係機関等が協働して、職場や学校、地域など様々な場面で、自殺を予防するための人材を確保・育成する体制を整備します。

(a)　地域保健スタッフや産業保健スタッフの資質の向上

埼玉県立精神保健福祉センター、保健所等における心の健康問題に関する相談機能を向上させるため、保健師等の地域保健スタッフに対する心の健康づくりや自殺予防についての研修を実施します。

また、職域におけるメンタルヘルス対策を推進するため、産業保健スタッフの資質向上のための研修等を充実します。

【主な取組】

精神疾患の早期発見・早期治療につなげるため、医療従事者への研修を実施し、かかりつけ医と精神科医等との連携体制づくりなどを進めます。

保健師等の地域保健スタッフに対する心の健康づくりや自殺予防についての研修を実施するほか、技術協力を行いま

す。

出産、子育て、更年期、家庭内不和などで生じる女性の心の健康問題に対するケアのため、地域における各種保健事業、相談事業を実施する中で様々な情報発信などを行います。

産業保健スタッフ等によるケアを推進するため、メンタルヘルス全般の知識、職場復帰への支援、医療機関との連携、個人情報の適切な取り扱い等に関する研修や情報提供を関係機関と連携して実施します。

(b)　介護支援専門員等に対する研修

介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士等の介護事業従事者の研修等の機会を通じ、高齢者の心の健康づくりや自殺対策に関する知識の普及を図ります。

【主な取組】

認知症疾患医療センターを整備し、認知症に関する専門医療相談や鑑別診断などを行い地域の保健医療・介護機関と連携を図ります。また、地域における認知症の専門医療に対する研修のほか、家族や地域住民等を対象とする研修などにも取り組みます。

地域包括支援センターの職員等を対象とした研修や情報提供を実施します。

(c)　民生委員・児童委員等への研修

住民主体の見守り活動を支援するため、民生委員・児童委員等に対する心の健康づくりや自殺対策に関する施策についての研修や情報提供を行います。

【主な取組】

民生委員・児童委員に対して研修や情報提供を行うことにより個々の委員の意識を高め、地域における見守り活動を推進するなかで、自殺防止の一助となりうる力を醸成します。

(d)　社会的要因に関する相談員の資質の向上

消費生活センター、地方公共団体等の多重債務相談窓口、商工会・商工会議所等の経営相談窓口、ハローワークの相談窓口等の相談員に対しメンタルヘルスについての正しい知識の普及を促進します。

【主な取組】

失業・多重債務・法律問題等の社会的要因に対応するため、就業、消費者金融、法律等の相談体制を充実するとともに、相談担当職員に対して自殺対策に資する情報提供を行います。

(e)　遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上

関係職員等に対して、適切な遺族対応等に関する知識の普及を促進します。

【主な取組】

自殺者の親族の相談に関わる関係職員向けの研修を実施し、身近な人の自殺を経験した人への心のケアに関する支援体制の充実を図ります。

(f)　様々な分野でのゲートキーパー等の育成

地域における関係機関、民間団体、専門家などゲートキーパーとしての役割が期待される職業について、地域の自殺対策やメンタルヘルスに関する知識について情報提供等を行い、ゲートキーパー養成の取組を促進します。

また、県民一人一人が、周りの人の異変に気付いた場合には身近なゲートキーパーとして適切に行動することができるよう、必要な基礎的知識の普及を図ります。

【主な取組】

県自殺対策推進センターによる情報発信により、県民が自発的かつ継続的に自殺対策に取り組む社会の実現に向け、自殺対策における理解者・賛助者の拡大を図ります。

地域の特性に合わせたゲートキーパーを育成するため、市町村におけるゲートキーパー育成に協力及び情報提供を行います。

自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応を図ることができる人材を育てるための研修を通じて、地域のゲートキーパー活動を支援します。

本県の自殺ハイリスク地である鉄道路線の鉄道会社職員等を対象に職業別ゲートキーパー研修を行います。

(g)　自殺対策従事者への心のケアの推進

民間団体の活動に従事する人も含む自殺対策従事者の心の健康を維持するための仕組みづくりを推進するとともに、心の健康に関する知見を活かした支援方法の普及を図ります。

【主な取組】

自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応を図ることができる人材を育てるとともに、自殺対策従事者の心のケアへの取組を推進します。

d　心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する

自殺の原因となる様々なストレスについて、ストレス要因の軽減、ストレスへの適切な対応など心の健康の保持・増進のための職場、地域、学校における体制整備を進めます。

(a)　地域における心の健康づくり推進体制の整備

埼玉県立精神保健福祉センター、保健所等における心の健康問題やその背景にある社会的問題等に関する相談対応機

能を向上させるとともに、心の健康づくりにおける地域保健と関連施策との連携を推進します。

【主な取組】

埼玉県立精神保健福祉センターや保健所で実施している心の健康に関する相談事業等の取組を充実強化していきます。

市町村保健センター等での健康相談など様々な事業を通じた心の健康づくりにより、自殺対策につなげていきます。

また、地域の実情に応じた生きがい対策、困りごと相談事業などの取組を充実強化します。

地域の特性に応じた自殺対策を推進するため、市町村ごとに地域自殺対策計画を策定し、関係機関や民間団体等とのネットワークを構築します。

市町村等の相談窓口で適切な相談支援が行えるよう、うつ病や自殺関連の相談用リーフレット等を作成・提供します。

より多くの人が相談しやすい体制の整備を図るため、全国どこからでも共通の電話番号に電話をすれば、電話をかけた所在地の公的相談機関に接続できる電話相談事業「こころの健康統一ダイヤル」を実施します。

地域において人々が安心して暮らせるよう、住民・団体・企業・行政がお互いに協力して地域の福祉課題の解決に取り組むため、「埼玉県地域福祉支援計画」に基づき市町村の地域福祉の推進を支援します。

孤独・孤立対策の支援体制の強化と孤独・孤立を予防する地域づくりを推進するため、県・市町村・ＮＰＯ等の各種団体・社会福祉協議会・民間企業等が参加する孤独・孤立対策官民連携プラットフォームを運営します。また、プラットフォーム会員を対象とした意見交換会等を開催します。

市町村において、住民同士が参加する介護予防の取組を支援するとともに、地域における支え合い活動につなげていきます。

パワーハラスメント対策について、広く県民及び労使に向けた周知・広報を行うとともに、労使の具体的な取組の推進を図り、事業者に対し、パワーハラスメント、セクシュアルハラスメント及び妊娠・出産等に関するハラスメントがあってはならないという方針の明確化、相談窓口の設置、ハラスメント事案発生後の適切な対応、再発防止の取組等の実施を指導するとともに、対策の周知を行います。

(b)　大規模災害や感染症により増大している不安への対応

大規模災害の被災者や新型コロナウイルスなどの感染症の影響を受けた県民は、様々なストレス要因を抱えることとなるため、孤立防止や心のケアに加えて、生活再建等の関連施策を講じます。

【主な取組】

大規模災害が発生した際は、被災者等を対象に相談支援事業を実施し、被災者等の暮らしの不安や心の悩みに対する

相談に応じます。

県内で大規模な災害等が発生した場合に、被災者及びその支援者に対して適切な精神科医療や精神保健活動による支援を提供できる体制を整備します。

災害発生後、救護所、避難所の被災者に対する中長期的な保健管理活動として、市町村や保健所を中心として感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアなどを行います。

大規模災害により住まいを失い、自らの資力では住宅確保ができない方に対し、埼玉県が民間賃貸住宅を借り上げるなどして住まいを提供します。

大規模災害や新型感染症等の影響により、経済的な困窮問題や感染不安を抱える被災者等の暮らしの不安や心の悩みに対する相談体制を強化します。

経済的理由により授業料・入学料の納入が困難な生徒や所得が一定以下の世帯に対し、授業料等の負担を軽減することで、修学機会の確保を図ります。

生活困窮者の自立相談支援機関において、生活困窮者を対象に就労の支援など自立に関する様々な問題について相談に応じます。（再掲）また、相談者の中から自殺のリスクが高いと感じられるものを把握した場合には、保健師等の専門職へつないだり相談窓口の情報提供を行うなどの支援を行います。

県社会福祉協議会が実施する貸付事業を支援し、一時的に生計が困難となった場合などに必要な資金を貸し付けることにより、低所得者、障害者、高齢者世帯の経済的自立を図ります。

母子家庭の母及び父子家庭の父並びに寡婦に対して各種資金の貸付けを行い、その経済的自立の促進と生活意欲の助長を図り、併せて扶養している児童の福祉の増進を図ります。

e　適切な精神科医療福祉サービスを受けられるようにする

自殺の危険性の高い人の早期発見に努め、確実に精神科医療につなぐ取組に併せて、これらの人々が適切な精神科医療を受けられるよう支援体制を整備します。

(a)　子供に対する精神保健医療福祉サービスの提供体制の整備

子供の心の問題に対応するため、保健所において子供やその家族への総合的かつ専門的な支援を実施するとともに、保健所が管轄する地域における支援体制を整備し、次代を担う子供たちの健全育成を図ります。

【主な取組】

何らかの精神的な問題があると思われる児童に対し、保健所において小児精神保健医療に関する専門相談を実施します。また、市町村・学校関係者に対し、専門的知識を持つ医師等による子供の精神保健に関する研修会や、行政職員・

医師等を構成員としたネットワーク会議を開催します。

(b)　うつ病や依存症以外の精神疾患患者等への支援の推進

うつ病や依存症以外の自殺の危険因子である統合失調症等について、家族問題等との関連性も踏まえて、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行います。

【主な取組】

埼玉県立精神保健福祉センターのホームページ等を通じ、自殺対策の取組や心の悩みに関する相談窓口や相談機関等の情報を提供します。

保健所のホームページ等を通じ、不眠、うつ状態、アルコールや薬物問題、ひきこもりなどの精神保健福祉相談の相談窓口の情報を提供します。

(c)　慢性疾患患者等に対する支援

重篤な慢性疾患に苦しむ患者等からのさまざまな相談を適切に受けることができる体制の整備充実を図ります。

【主な取組】

難病患者等の療養上、生活上の悩みや不安等の解消を図るとともに、電話や面接などによる相談、患者会などの交流促進、就労支援など、難病患者等がもつ様々なニーズに対応するため、保健所や「難病相談支援センター」で相談を受け付けます。

f　社会全体の自殺リスクを低下させる

社会的要因を含む様々な要因により自殺の危険性が高まっている人に対し、社会的な支援の手を差し伸べることにより、自殺を防止します。

(a)　危険な場所対策の推進

自殺の多発場所における安全確保の徹底や支援情報等の掲示を行います。

また、県内の鉄道路線等での自殺予防を図るため、鉄道会社職員に対し自殺対策やメンタルヘルスに関する知識の普及や情報提供等を行うなど、人材育成を図ります。

【主な取組】

自殺予防のために制作した動画を予防週間及び強化月間に電車ドア上のトレインチャンネルや駅構内の掲示設備であるデジタルサイネージ上で放映し、自殺対策の普及啓発を図ります。また、鉄道会社が実施する自殺対策事業を支援します。

本県の自殺ハイリスク地である鉄道路線の鉄道会社職員等を対象に職業別ゲートキーパー研修を行います。

鉄道事業者への市町村を通じた補助金交付などによりホームドア設置を推進します。

(b)　インターネット上の自殺関連情報対策の推進

インターネット上の自殺関連情報について、サイト管理者等への削除依頼を行います。

また、第三者に危害の及ぶ恐れのある自殺の手段等を紹介するなどの情報等への対応として、青少年へのフィルタリングの普及等の対策を推進します。

【主な取組】

フィルタリングサービスの活用など、インターネット上の有害情報から青少年を守るための方策の普及啓発に取り組みます。

スマートフォン等インターネット端末を利用した不適切な行為やネットいじめなどのインターネット上のトラブルを解消するため、関係機関と連携するとともに、教職員の研修や、保護者、児童生徒への啓発を行います。

サイバーパトロールの実施やネット防犯パトロールボランティアからの通報などにより、インターネット上に氾濫する違法・有害情報の排除に向けた取組を強化します。

(c)　介護者への支援の充実

高齢者を介護する者の負担を軽減するため、地域包括支援センターその他関係機関等との連携協力体制の整備や介護者に対する相談等が円滑に実施されるよう、相談業務等に従事する職員の確保や資質の向上などに関し、必要な支援の実施に努めます。

【主な取組】

高齢者の多くが何らかの身体機能の低下により内科等のかかりつけ医を受診していることから、うつ病の早期発見・早期治療につなげるため、医療従事者への研修を実施し、かかりつけ医と精神科医との連携体制づくりを推進します。

認知症の早期発見・早期診断・早期治療の徹底と身近で充実した医療体制の整備を進めます。

認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守るため、認知症サポーターを養成します。

ケアラーが孤立することのない社会を目指し、広報啓発や支援を担う人材の育成等を実施します。

(d)　ひきこもりへの支援の充実

保健・医療・福祉・教育・労働、法律等の分野の関係機関と連携の下でひきこもりの一時相談窓口としての機能を有する埼玉県ひきこもり相談サポートセンター、埼玉県立精神保健福祉センター、保健所等において、本人・家族に対する相談・支援等を行い、ひきこもり対策を推進します。

【主な取組】

「埼玉県ひきこもり相談サポートセンター」を設置運営して、ひきこもり状態にある本人やその家族に対して、ひきこもり状態にある方の意思を尊重した支援を行う関係機関・民間団体とのネットワークの構築及び情報発信を行います。

ひきこもり状態にある方のいる家庭などを訪問し、相談支援等を行っている民間団体に対し支援を行います。

ひきこもり状態にある方同士が悩みを共有し、社会的自立の促進を図る「集いの場」を運営する民間団体を支援します。

埼玉県立精神保健福祉センターや保健所に、ひきこもりの問題を抱える本人やその家族を対象とした相談窓口を設置し相談・支援を行います。

生活困窮者の自立相談支援機関において、ひきこもりの状態にある方やその家族からの相談があった際には、ひきこもりの状態にある方等の特性を踏まえ丁寧に対応するとともに、必要に応じて関係機関につなぎます。

「若者自立支援センター埼玉」において、ひきこもり経験のある１５歳から４９歳までの無業者で就職を希望する方に対して職業的自立できるよう関係機関や関係団体と協力・連携を図りながら支援します。

(e)　児童虐待の被害者等への支援の充実

児童虐待は、子供の心身の発達と人格の形成に重大な影響を与え、自殺のリスク要因ともなり得ます。児童虐待の発生予防から虐待を受けた子供の自立支援まで一連の対策の更なる強化を図ります。

【主な取組】

虐待により心に傷を負った児童のケアを重点的に行うため、一時保護所に心理担当職員を配置するとともに、児童精神科医が診断や指導を実施します。また、児童養護施設等の入所児童へのケアの充実を図るとともに、退所後に自立できるようアフターケアを行います。

児童相談所との連携を強化し、児童虐待防止対策を図るため、婦人相談センターの体制強化とＤＶ被害者及び同伴児童の適切な支援を行います。

(f)　性犯罪・性暴力の被害者等への支援の充実

性犯罪被害者等が受けた被害の早期回復及び軽減を図り、再び安心して生活を営むことができる社会を実現するため、関係機関・団体と連携し支援の充実を図ります。

さらに、性犯罪・性暴力被害者等、困難を抱えた方への支援を推進するため、婦人相談センター等の関係機関と民間支援団体が連携した支援の取組を進めます。

【主な取組】

被害の特殊性から潜在化しやすく、そのため支援の手が届きにくい性犯罪・性暴力被害に関し、ワンストップ支援センターを中心とした相談体制の強化、医療費及び弁護士相談費用の支援を行います。

ドメスティック・バイオレンスなどの、女性に対する暴力の根絶と被害者への支援のため、相談・保護機能の充実を図るとともに、予防啓発を推進します。また、ＤＶ被害母子の心のケアの取組を推進するため、心理教育プログラムや講座を実施するほか、困難を抱えた女性を支援する民間団体の活動に対し支援を行います。

ワンストップ支援センターと婦人相談センターとの連携を強化し、性暴力被害者への適切な支援を行います。

(g)　生活困窮者への支援の充実

複合的な課題を抱える生活困窮者の中に自殺リスクを抱えている人が少なくない実情を踏まえて、生活困窮者自立支援法に基づく自立相談支援事業において包括的な支援を行うとともに、自殺対策に係る関係機関等とも緊密に連携し、効果的かつ効率的な支援を行います。

【主な取組】

多重債務者等に対する「暮らしとこころの総合相談」を実施し、法律相談等に合わせ、埼玉県立精神保健福祉センター等の職員による心の健康相談をワンストップで実施します。

現に生活に困窮し、生活保護となるおそれのある生活困窮者に対し、その人に応じた支援をおこない、自立の促進を図ります。また、生活困窮者世帯及び生活保護世帯の中高生を対象に学習支援を実施し、貧困の連鎖を断ちます。

「埼玉しごとセンター」において、県が行う就職相談などのサービスとハローワークの職業紹介を一体化し、相談から就職までスムーズかつスピーディにワンストップの支援を進めます。

(h)　ひとり親家庭に対する相談窓口の充実等

子育てと生計の維持を一人で担い、様々な困難を抱えている人が多いひとり親家庭を支援します。

【主な取組】

母子家庭の母及び父子家庭の父並びに寡婦に対して各種資金の貸付を行い、その経済的自立の促進と生活意欲の助長を図り、あわせて扶養している児童の福祉の増進を図ります。

母子家庭、父子家庭及び寡婦の相談指導に当たる母子・父子自立支援員を設置し、その活動を促進するとともに、各種研修会等を通じて母子・父子自立支援員の資質の向上及びひとり親家庭福祉事業の充実を図ります。

ひとり親家庭が経済的に安定して自立できるよう、福祉事務所に就業支援専門員を設置し、ひとり親家庭の就業支援を行います。

子育ての不安や生活の悩みを抱えながら、地域で孤立しがちであるひとり親家庭に対して、当事者団体のマンパワー

やノウハウを活用して相談支援を行い、地域におけるひとり親家庭の見守り体制を確立します。
　ポケットブック「まいたま」の廃止により、埼玉県公式ＬＩＮＥやＨＰからひとり親家庭の情報を入手する方法に移行したため、その方法が浸透するよう広報を行います。
　安定した就労に結びつきやすい資格取得や、より条件のよい就職・転職を支援し、経済的自立の促進を図ります。
　女性の就業支援から就業後のフォローまで実施することで、より確実な就業、職場への定着、両立、キャリアアップに結び付けます。

(i)　妊産婦への支援の充実（再掲）

　出産後間もない時期の産婦については、産後うつの予防等を図ります。
　また、産後に心身の不調又は育児不安等を抱える者等に対しては、心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保します。
　【主な取組】
　妊娠・出産・育児の様々な相談にワンストップで応じ、児童福祉機能と連携することで、妊娠期から子育て期まで切れ目のない支援体制を担う市町村の「こども家庭センター」の運営を支援します。
　予期せぬ妊娠等に悩む方からの相談に対して正しい情報を提供し、必要に応じてこども家庭センター等へつなげることで、関係機関が連携して支援を行います。

(j)　女性への支援の充実（再掲）

　貧困の連鎖解消のため、貧困に陥らない、貧困から脱却するための支援を行うとともに、根本にある女性の貧困を生み出す社会状況の理解を広げます。
　【主な取組】
　貧困など困難な状況にある女性に、継続した精神的なサポートや就業や自立につなげるための講座を開催します。また、貧困問題等の問題解決に向けた実践的な活動を行う地域のリーダーを育成します。

(k)　性的マイノリティへの支援の充実

　性的マイノリティは、社会や地域の無理解や偏見等の社会的要因によって自殺念慮を抱えることもあることから、性的マイノリティに対する理解を促進します。
　【主な取組】
　自死遺族や性的マイノリティ等への支援を行う民間団体の活動に対し支援を行います。また、性的マイノリティの理解を促進する冊子を作成・配布し、啓発等を行います。

性の多様性を尊重した社会づくりに向け、ＬＧＢＴＱ当事者等から相談を受ける専門相談窓口を整備します。また、性の多様性に関する正しい理解が進むよう、県民や企業に対する啓発活動を実施します。

(1)　自殺対策に資する居場所づくりの推進

生きづらさを抱えた人や自己肯定感が低い若者、配偶者と離別・死別した人など孤立のリスクを抱える恐れのある人が、孤立する前に、地域とつながり、支援とつながることができるよう、孤立を防ぐための居場所づくり等を推進します。

【主な取組】

ひきこもりの当事者同士が悩みを共有し、社会的自立の促進を図る「集いの場」を運営する民間団体を支援します。

生活困窮世帯及び生活保護世帯の中高生を対象に、居場所づくりを兼ねた学習支援を実施します。

g　遺された人への支援を充実する

自殺者の親族や周囲の人々は深い悲しみに見舞われます。遺された人の心理的影響を和らげるため、心のケアに関する支援体制の充実を図ります。

(a)　遺族の自助グループ等の運営支援

地域における遺族の自助グループ等の運営を支援するとともに、相談機関の情報を遺族等へ周知するなど、遺族等への相談体制の充実を図ります。

【主な取組】

遺族のケアを目的とした自助グループの活動を支援するとともに、各種相談窓口や団体の連絡先を掲載したホームページを作成するなど、自助グループの活動を支援します。

自殺者の親族の相談に関わる関係職員向けの研修を実施し、身近な人の自殺を経験した人への心のケアに関する支援体制の充実を図ります。

(b)　遺族等の支援ニーズに対する情報提供の推進等

遺族等が必要に応じて支援情報を迅速に得ることができるよう、情報提供の充実を図ります。

【主な取組】

遺族等のケアを目的とした自助グループの運営に係る協力や活動内容を掲載したリーフレットを関係機関に配布することなどを通じて、自助グループの活動を支援します。

大切な人を自殺で亡くされた家族や周囲の人たちを対象に「自死遺族相談」を行って、心のケアを行うとともに、支援に関する情報の収集、提供に努めます。

h　民間団体との連携を強化する

県及び市町村の自殺対策において、民間団体は重要な役割を担っていますが、多くの民間団体は、組織運営や人材育成、資金確保等の面で課題を抱えています。こうした現状を踏まえ、民間団体の活動を支援するため、必要な施策を講じていきます。

(a)　地域における連携体制の確立

地域において、自殺対策を行っている公的機関、民間団体等の実践的な連携体制の確立を促すとともに、連携体制が円滑に機能するよう優良事例に関する情報提供等の支援を行います。

【主な取組】

埼玉県自殺対策連絡協議会を開催し、県域レベルで連携・情報共有するとともに、自殺対策の進捗状況の把握やその時点の課題等を検討し、新たな自殺対策に反映していきます。また、自殺対策関係課所連絡会議を開催し、庁内等の協力体制を整備します。

支援の対象者や目的ごとに関係機関等が協力することにより、地域レベルでの関係機関のスムーズな参加・協力を促します。

包括的な相談支援体制の整備や、重層的支援体制整備事業に取り組む市町村に対し、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、アドバイザー派遣や研修等を行います。

(b)　民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援

県及び市町村における取組を推進するため、民間団体の実施する先駆的・試行的な自殺対策や調査等を支援します。

また、民間団体が先駆的・試行的な自殺対策に取り組みやすくなるよう、必要な情報提供等を行うとともに、自殺ハイリスク地における民間団体を支援します。

【主な取組】

自殺に対策に取り組んでいる民間団体やボランティアの方々と協力・連携して自殺対策を進めます。

オ　計画の達成指標

自殺総合対策大綱における国の数値目標は、令和８年（２０２６年）までに（令和７年（２０２５年））の自殺死亡率を平成２７年（２０１５年）の１８．５と比べて３０％以上減少させる(１３．０)ことを目標としています。

埼玉県では、本計画（第３次）の計画期間内に達成すべき中間目標として、令和８年（２０２６年）までに自殺死亡率を平成２７年（２０１５年）比３０％減となる自殺死亡率１２．６を目標とし、将来にわたって誰も自殺に追い込まれることのな

い、安全で安心して生きることができる社会の実現を目指します。

カ　計画の推進体制

(ｱ)　推進体制

関係各課、各機関は、それぞれが特に対象としている者への適切な対策を講ずるとともに、相互に連携・協力して総合的な自殺対策の推進を図っていきます。

また、保健医療部疾病対策課内に「埼玉県自殺対策推進センター」を設置し、県の自殺の実情等についての情報収集や分析を行うほか、市町村の自殺対策計画策定等についての助言や支援等を行うとともに、埼玉県自殺対策計画の推進を図っていきます。

埼玉県自殺対策連絡協議会

学識経験者や、医療・保健、労働、教育などの幅広い分野における関係機関・団体の参画の下に、総合的な自殺予防対策の推進等を目的として設置した埼玉県自殺対策連絡協議会において、埼玉県自殺対策計画の進捗状況や効果を検証しながら自殺対策を推進します。

自殺対策関係課所連絡会議

庁内及びさいたま市の関係課所からなる自殺対策関係課所連絡会議で情報共有を図り、全庁的、部内横断的かつさいたま市と連携した自殺対策を推進します。

市町村自殺対策担当者会議

地域住民に密着した様々な取組の調整・進行役としての役割を担うことが期待される市町村の自殺対策を推進するため、市町村自殺対策担当者会議で情報共有を図り、県と市町村が連携・協働体制を強化します。

(ｲ)　計画の進行管理

ＰＤＣＡサイクルを通じて、自殺対策の施策や取組の効果を検証し、検証の結果や国の動向を踏まえつつ、埼玉県自殺対策計画の実効性を高めるものとして必要に応じて取組等を改善することにより、継続的に自殺対策を展開していきます。

４　指標

⑴　自殺死亡率（人口１０万人当たり）

現状値　１５．２　　→　目標値　１２．６以下

（令和３年（２０２１年））　　（令和８年（２０２６年））

⑵　精神病床における慢性期（１年以上）入院患者数

現状値　５，４８６人　　→　目標値　５，３４９人
（令和４年度（２０２２年度））　　（令和８年度（２０２６年度））

⑶　精神病床における入院後３か月時点の退院率
現状値　６０．３％　　→　目標値　６８．９％以上
（令和元年（２０１９年））　　（令和８年（２０２６年））

⑷　かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数
現状値　１，６１４人　　→　目標値　２，３００人
（令和４年（２０２２年））　　（令和８年（２０２６年））

第２章　事業ごとの医療提供体制の整備

第１節　救急医療

１　目指すべき姿

救急医療資源に限りがある中で、県民の誰もが適切な救急医療を受けられるよう、地域の医療機関が連携し、質の高い効果的な救急医療体制の確保を目指します。

また、病院前救護活動を適切に実施できる体制や、重症度・緊急度に応じた医療を提供できる体制、救急医療機関等から療養の場へ円滑に移行できる体制の構築を目指します。

２　現状と課題

⑴　救急医療を取り巻く状況

救急搬送人員は、平成２１年（２００９年）以降年々増加し続けてきましたが、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う衛生意識の向上や不要不急の外出自粛といった県民の行動変容により令和２年（２０２１年）に一旦減少（前年比１１．２％減）しました。

しかし、令和３年（２０２１年）から再び増加し、令和４年（２０２２年）は前年比１５％増の約３４万人となっています。

入院治療を必要としない軽症患者は、救急車の適正利用推進の効果もあり平成２４年以降減少しましたが、令和４年（２０２２年）は増加に転じ、搬送人員に占める割合は約５０％となりました。

高齢者の救急搬送人員は、平成２４年（２０１２年）は約１３万人でしたが令和４年（２０２２年）には約２０万人と約１．

５倍に増加しています。高齢者の救急搬送人員のうち軽症者数は、平成２４年（２０１２年）は約５．５万人でしたが令和４年（２０２２年）には約８万人とこの１０年で約１．４倍となっています。

傷病種別では、「重症」「死亡」に分類された数では心疾患、脳疾患の救急搬送が上位を占めています。

また、二次救急医療圏別で圏域内の救急受入率は、比企地区や児玉地区が県全体と比較して低い状況であり、特に児玉地区では群馬県に搬送されている状況があります。

⑵　救急医療の提供体制

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を整備するとともに、救急医療情報システムを運用しています。

初期救急医療は、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、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が、休日夜間などの診療体制の一部に未整備がある状況です。

第二次救急医療は、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。

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にない地域は集約化・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。

県では、高齢者、独居者などが搬送困難事案になりやすいため、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整備しています。

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。

第三次救急医療は、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。

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、地理的空白地帯については、ドクターヘリ、ドクターカーによる搬送の効率化により、適切な医療体制を構築しています。

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、救急搬送人員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。

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、更なる普及啓発を図ることが重要です。

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療機関から症状に応じた適切な医療機関、高齢者施設、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。
そこで、県では救急医療情報システムに転院支援メニューを設けるなど転院コーディネーターへの支援を行い、急性期を脱した患者を救急医療機関等から療養の場へ円滑に移行できる体制を整備しています。
また、精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者については、合併する精神疾患の治療又は入院が必要な場合に受け入れる精神科医療機関を整備し、救急医療機関との連携を強化しています。
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かかわる重大な事態に陥るため、迅速な医療提供体制の構築が必要となります。そこで、県では、急性期脳梗塞治療や大動脈緊急症治療のネットワーク体制を構築しており、引き続き、体制を強化していくことが重要です。
また、新型コロナウイルス感染症がまん延した際、救急外来の受診がひっ迫したことを踏まえ、救急医療体制の整備・推進に当たっては、地域の実情に応じて、新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の整備を図っていくことが重要です。

⑶　病院前救護

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。

一般県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・技能を身に付けておくことが大切です。
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。
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。
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を整備し、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、重篤な救急患者に対して迅速な医療を提供しています。
また、各地域の消防本部と医療機関で協定を結んだ上で運行するワークステーション型ドクターカーの整備も広がっています。

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。

そこで、急な病気やケガ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日実施しており、併せてＡＩ救急相談を運用しています。大人の救急電話相談では約８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。

今後も現場活動時間の短縮や搬送困難事案の減少に向け、効果的な取組を推進するとともに、受入医療機関の体制の強化に引き続き取り組む必要があります。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　人口や地理的状況を考慮した救命救急センターの整備
⑵　既存の高度救命救急センターや救命救急センターの充実
⑶　搬送困難事案受入医療機関の体制充実や耳鼻咽喉科等の輪番体制の充実
⑷　地域の実情に応じた救急医療体制（高齢者の救急搬送、急性期を脱した患者を救急医療機関等から療養の場へ円滑に移行できる体制）の充実
⑸　疾患別（脳疾患、心疾患）のネットワークの更なる充実
⑹　救急医療情報システムを活用した救急搬送体制の強化
⑺　ドクターヘリやドクターカーの効果的な活用
⑻　救急電話相談、ＡＩ救急相談及び医療機関案内の充実による救急車の適正利用の促進と不要不急の救急搬送の抑制
⑼　ＡＥＤの設置促進と設置場所の情報提供
⑽　病院前救護活動（救急救命士の養成、救命講習の受講等）の充実

４　指標

⑴　重症救急搬送患者の医療機関への受入照会が４回以上となってしまう割合
　現状値　７．２％　　→　目標値　２．４％
　（令和３年（２０２１年））　　（令和１１年（２０２９年））
⑵　救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間
　現状値　４７．７分　　→　目標値　３９．４分（再掲）

（令和３年（２０２１年））　　（令和１１年（２０２９年））

第２節　災害時医療

１　目指すべき姿

災害時における医療体制の構築を推進することにより、大規模災害の発生時に限られた医療資源を最大限活用し、発災後の時間経過に応じた必要な医療を提供できることを目指します。

２　現状と課題

⑴　保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に実施できる体制の整備

災害時には、限られた資源を効率的に最大限活用して保健医療活動を実施する必要があることから、保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に実施することが求められます。

県は、災害対策本部に保健医療調整本部を設置し、災害医療コーディネーター等の助言を受けて、保健医療活動チームの派遣調整や保健医療活動に関する情報の収集、整理及び分析等を行います。

保健所は、地域災害保健医療対策会議を設置し、地域災害医療コーディネーター等の助言を受けて、地域の被災状況等の確認や保健医療活動チームの受入れ、派遣調整など、被災した域内市町村における保健医療活動の総合調整を行います。

市町村は、必要に応じて避難所等に救護所を設置するとともに、医療関係者等と連携した医療救護を行うなど、自らの地域防災計画に基づく保健医療活動を実施します。

県は、こうした災害医療コーディネート体制を強化するため、県医師会等と連携した研修・訓練の実施等を通じ、総合調整を担う人材を養成するとともに、保健所設置市を含む県内市町村、近隣都道府県、国、関係機関・団体などとの連携の強化を図ることが必要です。

また、災害医療コーディネート体制の構築に当たっては、妊産婦や新生児、小児、人工透析患者等への対応を強化することも必要です。

⑵　災害時においても継続して医療を提供できる災害に強い医療提供体制の整備

災害時は医療ニーズが急増する一方、医療機関の診療機能が低下します。

こうした中で、県民に必要な医療を提供するためには、災害時においても継続して医療を提供できる災害に強い医療提供体制を平時から整備しておくことが求められます。

本県では、令和５年（２０２３年）３月３１日現在、災害拠点病院を２２病院、災害時連携病院を１８病院指定しています。

災害時連携病院は、県独自の取組として令和３年度（２０２１年度）から整備を進めており、災害拠点病院と連携し、中等症患者や容態の安定化した重症患者等の受入れなどの役割を担います。災害拠点病院のない秩父保健医療圏においては、重症者を域外に搬送しつつ、支援に入るＤＭＡＴ（災害派遣医療チーム）等と連携しながら患者受入れの拠点となる機能を持ちます。

災害拠点病院及び災害時連携病院は、災害時医療を提供する上での中心的な役割を担うことから、地域ごとの状況を踏まえつつ、更に整備を推進する必要があります。

また、本県には災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う災害拠点精神科病院がないことから、今後指定に向けた調整を行う必要があります。

一方、災害時に拠点となる病院以外の病院がその機能や地域における役割に応じた医療を提供することも必要です。

令和４年（２０２２年）９月１日現在、県内の病院のうち、事業継続計画（ＢＣＰ）を策定している病院の割合は３９．２％、耐震化が完了している病院の割合は８２．５％です。

ＢＣＰの策定や耐震化、浸水対策等に係る施設・設備の整備、備蓄等の取組は、災害時に病院機能を維持し、発揮するために重要であることから、更に推進することが重要です。

また、災害時に各医療機関が必要な支援を受けて診療を継続するためには、広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）により自らの被災状況を発信する必要があることから、県では医療機関を対象に、定期的にＥＭＩＳの入力訓練を実施しています。

平時にこうした取組を担い、災害時の医療を理解する人材を各病院において育成することも重要です。

災害現場における医療の提供という点においては、災害時に迅速な医療救護活動を行うため、消防、防災航空隊と埼玉ＤＭＡＴとが連携して活動する埼玉ＳＭＡＲＴ（埼玉県特別機動援助隊）を組織し、災害現場を想定した研修や訓練を実施しています。

このように、災害時に消防等の関係機関と医療機関・ＤＭＡＴなどの医療救護班が連携して迅速な医療救護活動を行うため、平時から連携を深めておくことが必要です。

この他、災害時に必要となる医薬品については、防災基地等で備蓄するとともに、複数の医薬品卸売業者に委託して、ランニング備蓄により確保しています。

⑶　災害時医療を担う人的資源の充実

本県では全ての災害拠点病院が埼玉ＤＭＡＴを保有しており、災害時には県の要請等に基づき、県保健医療調整本部、医療施設、災害現場などにおいて、ＤＭＡＴの本部活動や医療活動等を行います。

また、全ての災害時連携病院が埼玉地域ＤＭＡＴを保有しており、災害時には県の要請に基づき、埼玉ＤＭＡＴと連携しな

がら自院における患者受入態勢の構築や、災害現場等における医療活動等を行います。
県では、令和５年（２０２３年）３月３１日現在、５２隊（２８６人）の埼玉ＤＭＡＴと１８隊（８８人）の埼玉地域ＤＭＡＴを整備しています。
また、令和５年（２０２３年）３月３１日現在、県内１３の精神科病院が１３隊（７７人）のＤＰＡＴ（災害派遣精神医療チーム）を保有しており、災害時には県の要請に基づき、被災地での精神科医療の提供や精神保健活動への専門的支援等を行います。
ＤＭＡＴ及びＤＰＡＴについては、研修・訓練の実施等により、引き続き質の維持・向上とともに、次世代の隊員の養成を図ることが必要です。
この他、災害時には被災地の医療提供体制が復旧するまでの間、避難所や救護所等に避難した住民などに対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ）、日本赤十字社の救護班、災害支援ナース、日本災害歯科支援チーム（ＪＤＡＴ）、保健師チーム、薬剤師チーム等の保健医療活動チームが活動を行います。
災害時にこれらの人材を有効に活用し、最適な支援活動につなげるため、平時から各団体と連携を深めておくことが必要です。
また、災害時の医療とともに、感染症発生・まん延時に対応できる人材の養成も必要です。

３　課題解決に向けた主な取組
⑴　災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾンなど、災害時医療のコーディネート機能を担う体制の整備
⑵　多職種が参加する訓練の実施と関係機関の連携の強化
⑶　保健所を中心とした地域コーディネート体制の充実
⑷　災害時における保健師を中心とする保健衛生活動体制の整備
⑸　災害用医薬品などの備蓄・供給体制の整備、薬剤師災害リーダーの養成
⑹　地域ごとの状況を踏まえた災害拠点病院や災害時連携病院の更なる整備
⑺　災害時に精神科医療を提供できる体制の整備
⑻　病院の施設・設備整備に対する支援
⑼　病院のＢＣＰ策定や見直し等に対する支援
⑽　ＤＭＡＴ、ＤＰＡＴ、災害支援ナース等の養成等に対する研修の実施及び支援

4　指標

⑴　災害時連携病院の指定数

現状値　１８病院（令和４年度（２０２２年度））　→　目標値　４０病院（令和１１年度（２０２９年度））

⑵　病院のＢＣＰ策定率

現状値　３９．２％（令和４年度（２０２２年度））　→　目標値　６５％（令和１１年度（２０２９年度））

第３節　周産期医療

1　目指すべき姿

誰もが安心して子供を産み育てることができる環境づくりを推進するため、将来を見据え、限られた医療資源を有効に生かしながら、身近な場所での出産から高度で専門的な医療まで、分娩のリスクに応じた安全な医療を継続的に提供できる周産期医療体制を整備します。

2　現状と課題

⑴　ハイリスク分娩への対応

出生数は減少していますが、出生年齢の上昇等に伴い、ハイリスク分娩の割合は高い水準にあります。

令和５年（２０２３年）７月に県内１０か所目の地域周産期母子医療センターを認定し、２か所の総合周産期母子医療センターと合わせて、県内の周産期母子医療センターは１２か所体制となりましたが、県内における地域の偏在が見られます。

平成２８年（２０１６年）の母体搬送（妊娠６か月以降）では全体の約１３％に当たる１４３人が近隣都県に搬送されていましたが、県医師会と連携して実施する母体・新生児搬送コーディネーター事業の推進等により、令和４年（２０２２年）は約４％に当たる４９人と大幅に減少しています。

また、ＮＩＣＵ（新生児集中治療室）の必要数は、出生数１万人当たり２５床から３０床とされています。本県では、令和５年（２０２３年）４月現在１７４床あり、令和４年（２０２２年）の本県の出生数（４３，４５１人）で算出すると、出生数１万人当たりの病床数は４０床となり、必要数を満たしています。

一方、県内の周産期母子医療センターにおけるＮＩＣＵの病床稼働率は８５％を超えるとともに、低出生体重児の出生割合は横ばいで推移していることなどから、引き続きＮＩＣＵの必要数を確保していくことが必要です。

これらの課題を解決するため、引き続きハイリスク分娩に対応した周産期医療体制の充実に努め、近隣都県との連携体制の充実、ＮＩＣＵ入院児が早期に退院できる環境整備等に取り組む必要があります。

このほか、精神疾患合併妊婦等、周産期のメンタルヘルスの課題にも取り組む必要があります。

⑵　継続的な周産期医療体制の整備

出生数千人当たりで比較すると、分娩取扱施設における常勤換算産婦人科医師数（令和２年（２０２０年））は、全国平均１０．６人に対して本県は約９．３人、助産師数（令和２年（２０２０年））は全国平均２９．８人に対して本県は約２３．０人となっています。また、新生児専門医数（令和２年（２０２０年））は全国平均約１．９人に対して本県は約１．３人と、いずれも全国平均を下回っています。このため、周産期医療に従事する医師の負担は非常に大きく、周産期医療に携わる医療人材の確保・育成に加え、医師の負担軽減策が必要です。

平成１４年（２００２年）に１２９か所あった本県の分娩取扱医療機関数は令和２年（２０２０年）には８３か所まで減少しました。また、平成１４年（２００２年）の出生場所の割合は診療所が４８．０％、病院が５０．６％でしたが、令和３年（２０２１年）は診療所が４３．９％、病院が５５．６％となりました。

一方、分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医師数の推移は１．９人（平成２０年（２００８年））から２．７人（令和２年（２０２０年））、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医師数は５．１人（平成２０年（２００８年））から９．０人（令和２年（２０２０年））と増加傾向であり、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられます。

このような傾向等を踏まえて、地域の実情に応じて、医療資源の集約化・重点化について検討を行うなど、県内で安全に出産ができる体制を継続して確保する必要があります。

⑶　災害時等における周産期医療体制の整備

東日本大震災などこれまでの災害を踏まえ、災害時における小児・周産期医療体制の整備が求められています。

本県では、災害時の小児・周産期医療体制の構築等を進め、地域における災害時小児周産期リエゾン（医師）は、令和５年（２０２３年）４月現在２９名となっています。

災害時には、ハイリスク分娩への対応を含め、地域の周産期医療ネットワークの構築が求められるとともに、近隣都県との連携体制の充実が必要です。

このほか、新興感染症の発生・まん延時においても、地域の周産期医療を確保するための対策に取り組む必要があります。

3　課題解決に向けた主な取組

⑴　ハイリスク分娩（べん）への対応

ア　救命措置が必要な妊産婦の受入体制の確保

イ　ハイリスク妊産婦又は新生児の搬送調整体制の確保

ウ　近隣都県との連携体制の充実

エ　周産期母子医療センターの整備、運営支援等による周産期医療体制の充実

オ　ＩＣＴを活用した分娩（べん）取扱施設に対する支援

カ　小児在宅医療の推進

キ　産科医と精神科医の連携体制の構築

⑵　継続的な周産期医療体制の確保

ア　周産期医療に携わる医療人材の確保・育成

イ　助産師、看護師の職能向上による医師の負担軽減

ウ　分娩（べん）取扱施設に対する支援

エ　地域の実情に応じた医療資源の集約化・重点化の検討

オ　産科医と精神科医の連携体制の構築（再掲）

⑶　災害時等における周産期医療体制の整備

ア　災害時小児周産期リエゾンの養成

イ　災害時における地域の周産期医療ネットワークの構築

ウ　近隣都県との連携体制の充実（再掲）

4　指標

⑴　母体・新生児搬送コーディネーターの母体搬送調整で４回以上の受入照会を行った割合

現状値　１８．７％　（令和４年度（２０２２年度））　→　目標値　１５．０％　（令和１１年度（２０２９年度））

⑵　ＮＩＣＵ・ＧＣＵ長期（１年以上）入院児数

現状値　７人　　→　目標値　０人（医療の必要性から入院が不可欠な児を除く）

（令和４年度（２０２２年度））　　（令和１１年度（２０２９年度））

第４節　小児医療

１　目指すべき姿

小児患者及び家族が安心で良質な医療を受け、自分らしく暮らしていけるよう、小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制を構築します。

子供の急な病気やけがに対する保護者の不安に対応し、救急医療機関の負担を軽減するため、小児救急電話相談やＡＩ救急相談の周知、子供の急病等の対応等について啓発を実施し、医療機関の適正受診を推進します。

身近な地域で夜間・休日に初期救急医療を受けられる体制の充実を図り、症状の重い小児患者には迅速かつ適切な救命措置を行うため、小児救命救急センターをはじめとした受入体制を強化していきます。

医療的ケア児が地域で安心して生活ができるよう、医師等の医療従事者に対する研修や医療的ケア児の在宅支援を担う人材の養成及び多職種の連携体制を構築し、小児在宅医療の推進を図ります。

２　現状と課題

⑴　小児医療を取り巻く状況

本県の１日の小児（０歳から１４歳までを指す。）推計患者数は、入院で約１，２００人、外来で約４２，２００人となっています。

本県の乳児死亡率（出生１，０００対）は１．４、新生児死亡率（出生１，０００対）は０．４となっています。

小児の救急搬送人員は、少子化にもかかわらず、平成３０年（２０１８年）の２４，９６４人から令和４年（２０２２年）の２９，１３０人（速報値）と増加傾向であり、また、軽症患者の割合は令和４年（２０２２年）で約７９％（速報値）になっています。

また、第二次救急医療圏別で圏域内の救急受入率は、比企地区や児玉地区が県全体と比較して低い状況であり、特に児玉地区では群馬県に搬送されている状況があります。

小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等に専門

医志向、病院志向が大きく影響していると指摘されています。
　このような状況を背景として、２４時間３６５日、子供の病気やけがへの対応について、看護師に相談することができる「小児救急電話相談（＃８０００）」を実施しており、令和４年度（２０２２年度）は１１５，８２１件の相談に対応しています。

⑵　小児医療の提供体制

　県内のどこに住んでいても、小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制が確保されていることが必要です。
　本県で小児科を標ぼうしている一般病院は、平成２８年（２０１６年）から令和２年（２０２０年）までの間に７．３％減少、診療所は２．６％減少、小児外科を標ぼうしている一般病院は変化なく、診療所は１７．６％増加しています。
　災害時に小児及び小児患者に適切な医療が提供できるよう災害時小児周産期リエゾンを養成し、平時より訓練を実施しています。
　本県における小児医療体制においては、救急医療が提供できる医療施設が設置されていない医療圏があります。
　そのため、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、地域の実情や搬送困難事案の分析を踏まえ、県と市町村が連携して小児医療体制の整備に取り組む必要があります。
　また、地域における小児医療体制の整備・推進に当たっては、小児科の医師確保・偏在対策の推進、成育過程の各段階に応じた医療提供体制の整備・救急医療の充実、新型コロナウイルス感染症における経験を踏まえた新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の確保を図っていくことが重要です。
　小児の医療提供体制に求められる医療機能としては、まず、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能が挙げられます。
　本県では、「小児救急電話相談（＃８０００）」を実施し、令和４年度（２０２２年度）においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大等による相談件数の増加に対し、回線数を増やす対応を行いました。相談件数や応答率を確認しながら適切な相談体制を構築しています。
　また、子供の急な病気やけがに対して、慌てずに落ち着いて対応していただくことを目的に「子どもの救急ミニガイドブック」を市町村を通じて保護者に配布し急病等の対応について啓発しています。
　心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を身に付けてもらうため、小児、乳児、新生児と関わり合う家族などに対して、普通救命講習や上級救命講習を実施しています。
　小児慢性特定疾病医療費助成制度に基づく対象者の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、相互交流支援事業や相談支援事業などにより、地域の医療資源、福祉サービス等の情報の提供を行っています。
　また、埼玉県移行期医療支援センターを設置し、小児期医療機関と成人期医療機関の連携促進や患児の自立支援の推進を図

っています。
埼玉県医療的ケア児等支援センターでは、医療的ケア児支援のための人材育成や多機関調整などを担う「県センター」と、医療的ケア児等とその家族の相談窓口や市町村支援などを担う県内４か所の「地域センター」の二層体制により、市町村や支援機関と連携し、医療的ケア児が地域で安心して生活できるよう支援しています。
児童虐待の早期発見のため、埼玉県立小児医療センターに児童虐待専門コーディネーターを配置し、虐待を疑った医療機関等から相談を受け専門の医師が助言する児童虐待対応医療ネットワーク事業を実施しています。
次に求められる機能は、初期小児救急医療及び日常的な小児医療を実施する機能（初期小児救急・一般小児医療）です。
初期小児救急医療では、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（２７か所)、在宅当番医制（２８郡市医師会）により整備しています。
小児在宅医療の推進のため、医師・薬剤師・看護師・介護職員等に対し研修会を開催し、小児在宅医療の担い手を育成し、また、県医師会や周産期医療施設、在宅医等の関係者による協議を行うための会議を開催しています。
小児慢性特定疾病児童等及びその家族からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行うとともに、児童を受け入れている学校等への相談援助や情報提供を目的とした研修会や会議を開催しています。
さらに、第二次救急医療圏において中心的に小児医療を実施する機能が求められます。
第二次小児救急医療では、入院や手術を必要とする中等症・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。
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。
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、令和５年度（２０２３年度）当初で９２．９％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にない地域は、小児科の医師確保・偏在対策や地域の実情に応じた集約化・重点化を行うなど救急医療体制を更に強化する必要があります。
一方、夜間や休日に、軽症であっても小児科のある救急病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。
保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進するため、「小児救急電話相談（＃８０００）」などにより、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。
また、医療的ケアを必要とする重症心身障害児者を在宅で介護する家族の精神的・身体的負担を軽減するため、対象児者をショートステイ及びデイサービスで受け入れた施設等に対し補助を行っています。

最後に、第三次医療圏において中核的に小児医療を実施する機能が求められます。

第三次小児救急医療では、緊急手術や集中治療を必要としたり生命の危機が切迫している重症・重篤患者を対象とし、県内２か所の小児救命救急センターを整備しています。高度な医療を提供する新生児集中治療室（ＮＩＣＵ）を有する医療機関数は１３施設１７４床、小児集中治療室（ＰＩＣＵ）を有する医療機関数は２施設３０床となっています。

小児の集中治療に係る専門的な実地研修により、小児集中治療室で従事する小児の救命救急医療及び集中治療を担う医師等を養成しています。

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ができるドクターヘリを配備するとともに、ドクターカーの整備も進めています。（再掲）

今後も、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図るための取組が必要です。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能の充実
⑵　初期小児救急医療及び日常的な小児医療を実施する機能（初期小児救急・一般小児医療）の充実
⑶　第二次救急医療圏において中心的に小児医療を実施する機能の充実
⑷　第三次医療圏において中核的に小児医療を実施する機能の充実
⑸　災害時等における小児及び小児患者への対応推進
⑹　医療的ケア児への対応推進

４　指標

⑴　小児救急搬送で４回以上の受入照会を行った割合
現状値　２．８％　（令和３年（２０２１年））　→　目標値　２．０％　（令和１１年（２０２９年））

⑵　夜間や休日も小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合
現状値　９２．９％　（令和４年度末（２０２２年度末））　→　目標値　１００％　（令和１１年度末（２０２９年度末））

第５節　感染症医療

本節は、感染症の予防のために、感染症法第１０条第１項に基づき、感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針（平成１１年厚生省告示第１１５号。以下、「基本指針」という。）に即して策定する感染症の予防のための施策の実施に関する計画（以下、「予防計画」という。）として定めるものです。

１　目指すべき姿

感染症に罹患しても迅速・適切な検査・治療を受けることができ、感染拡大を最小限に抑える体制を構築します。また、新興感染症（本節においては、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症のことをいう。以下同じ。）の発生に対して、関係機関と連携して、平時から感染症の発生及びまん延を防止していくための医療提供体制、検査体制、宿泊療養体制等を整備し、県民が安心して生活できる社会を目指します。

２　現状と課題

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。

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（平成２４年法律第３１号）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、国民生活及び経済への影響を最小とすることを目的とするもので、同法に基づき、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。また、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。

令和元年（２０１９年）に中国で確認された新型コロナウイルス（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２）が世界的に流行（パンデミック）し、令和２年（２０２０年）にWHO（世界保健機関）が国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（ＰＨＥＩＣ）を宣言しました。令和５年（２０２３年）５月に宣言が終了されるまでに本県において約１８０万人が陽性となりました。このパンデミックにおいては、これまでの感染症では想定していなかった対応が求められました。

これを踏まえ、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の発生及びまん延に備えるため、令和４年（２０２２年）１２月には、感染症法の改正がなされました。改正感染症法においては、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的

なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずることとされています。感染症の発生に備えるため、平時からの体制構築が課題となっています。

その他、若年者の性感染症の増加が懸念される中、性感染症に関する正しい知識の普及及び早期発見体制の構築も必要です。

3　課題解決に向けた主な取組

⑴　感染症の予防の推進の基本的な方向

ア　対策に当たっての基本的な考え方

(ｱ)　事前対応型の体制の構築

a　感染症対策は、国内外における感染症に関する情報の収集、分析並びに国民及び医師等医療関係者への公表（以下、「感染症発生動向調査」という。）を適切に実施するための体制（以下、「感染症発生動向調査体制」という。）の整備、基本指針、予防計画及び特定感染症予防指針に基づく取組を通じて、平時（患者発生後の対応時（感染症法第４章又は感染症法第５章の規定による措置が必要とされる状態をいう。以下同じ。）以外の状態をいう。以下同じ。）から感染症の発生及びまん延を防止していくことに重点を置いた事前対応型の体制を構築することが重要です。

b　県は、県、保健所設置市、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者の団体、消防機関その他の関係機関（高齢者施設等の関係団体等を含む。）で構成される「埼玉県感染症対策連携協議会」（以下、「連携協議会」という。）を設置します。連携協議会を通じ、予防計画等について協議を行うとともに、予防計画に基づく取組状況を毎年報告し、進捗確認を行うことで、平時より感染症の発生及びまん延を防止していくための取組について関係者が一体となってＰＤＣＡサイクルに基づき改善を図り、実施状況を検証することが必要です。

c　県は、感染症法第９条第３項に基づき基本指針が変更された場合には、感染症法第１０条第４項に基づき予防計画に再検討を加え、必要があると認めるときは、予防計画を変更します。また、県が予防計画の実施状況に関する調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときも、同様とします。

(ｲ)　県民個々人に対する感染症の予防及び治療に重点を置いた対策

感染症の発生の状況、動向及び原因に関する情報の収集及び分析とその分析の結果並びに感染症の予防及び治療に必要な情報の県民への積極的な公表を進めつつ、県民個々人における予防及び感染症の患者に対する良質かつ適切な医療の提供を通じた早期治療の積み重ねによる社会全体の予防を推進していくことが重要です。

(ｳ)　人権の尊重

a　感染症の予防と患者等の人権の尊重の両立を基本とする観点から、患者の個人の意思や人権を尊重し、一人一人が安心

して社会生活を続けながら良質かつ適切な医療を受けられ、入院の措置がとられた場合にも早期に社会に復帰できるような環境の整備に努めることが必要です。

b　感染症に関する個人情報の保護には十分留意し、感染症に対する差別や偏見の解消のため、報道機関に協力を求めることを含め、あらゆる機会を通じて正しい知識の普及啓発に努めることが必要です。

(ｴ)　健康危機管理の観点に立った迅速かつ的確な対応

感染症の発生は、周囲へまん延する可能性があることから、県は、県民の健康を守るための健康危機管理の観点に立った迅速かつ的確な対応が求められています。そのため、感染症の発生状況等の的確な把握が不可欠であり、感染症の病原体の検査を含めた総合的な感染症発生動向調査体制の確立に向けて、疫学的視点を重視しつつ、行政機関内の関係部局はもちろんのこと、その他の関係者が適切に連携して迅速かつ的確に対応できる体制の整備を行うとともに、基本指針及び予防計画に基づき、また健康危機管理の段階に応じた行動計画等の策定及びその周知を通じ、健康危機管理体制の構築を行うことが必要です。

イ　関係機関、県民及び医師等の役割

(ｱ)　地方公共団体の役割

a　連携協議会は、感染症法に基づく予防計画の策定等を通じて、県、保健所設置市その他の関係者の平時からの意思疎通、情報共有、連携の推進並びに有事の際の情報共有や情報発信を目的に、県が実情に即して設置します。

b　保健所設置市は、基本指針及び「埼玉県感染症予防計画」に即して予防計画を策定することに鑑み、予防計画を立案する段階から、県と相互に連携して感染症対策を行う必要があります。

c　県及び保健所設置市（以下、「県等」という。）においては、保健所については地域における感染症対策の中核的機関として、また、地方衛生研究所等（地域保健法第２６条に規定する業務を行う同法第５条第１項に規定する地方公共団体の機関（当該地方公共団体が当該業務を他の機関に行わせる場合は、当該機関）をいう。以下同じ。）については県等における感染症の技術的かつ専門的な機関として、それぞれの役割が十分に果たされるよう、体制整備や人材育成等の取組を計画的に行うことが重要です。

d　県は、平時から感染症対応が可能な専門職を含む人材の確保、他の地方公共団体等への人材派遣、国及び他の地方公共団体からの人材の受入れ等に関する体制を構築します。

新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間には、情報集約、地方公共団体間調整、業務の一元化等の対応により、保健所設置市等を支援する必要があります。

e　市町村は、自宅療養者等の療養環境の整備等、県が実施する施策への協力や感染状況等の情報提供、相談対応を通じて

住民に身近な立場から感染症の発生及びまん延の防止を図る必要があります。

(ｲ)　県民の役割

県民は、感染症に関する正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うよう努めなければなりません。また、感染症の患者等について、偏見や差別をもって患者等の人権を損なわないようにしなければなりません。

(ｳ)　医師等の役割

a　医師、感染管理認定看護師その他の医療関係者は、医療関係者の立場で県等の施策に協力するとともに、良質かつ適切な医療を提供するよう努めなければなりません。また、感染症患者等に適切な説明を行い、治療や感染拡大防止に必要な対応への理解を得るよう努めなければなりません。

b　病院、診療所、病原体等の検査を行っている機関、高齢者施設、障害者施設等の開設者等は、施設における感染症の発生の予防やまん延の防止のために必要な措置を講ずるよう努めなければなりません。

c　保険医療機関又は保険薬局は、感染症の入院患者の医療その他必要な医療の実施について、国又は地方公共団体が講ずる措置に協力することとします。特に、公的医療機関等（感染症法第３６条の２第１項に規定する公的医療機関等をいう。以下同じ。）、地域医療支援病院及び特定機能病院は、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新興感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を迅速かつ適確に講ずるため、知事が通知する医療の提供等の事項について、措置を講じなければなりません。

(ｴ)　獣医師等の役割

a　獣医師その他の獣医療関係者は、獣医療関係者の立場で県等の施策に協力するとともに、良質かつ適切な獣医療を提供することにより感染症の予防に寄与するよう努めなければなりません。

b　動物等取扱業者（感染症法第５条の２第２項に規定する者をいう。以下同じ。）は、自らが取り扱う動物及びその死体（以下、「動物等」という。）が感染症を人に感染させることがないように、感染症の予防に関する知識及び技術の習得、動物等の適切な管理その他の必要な措置を講ずるよう努めなければなりません。

ウ　予防接種

予防接種は、感染源対策、感染経路対策及び感受性対策からなる感染症予防対策の中で、主として感受性対策を受け持つ重要なものです。そのため、国が行うワクチンの有効性及び安全性の評価を踏まえ、ワクチンに関する正しい知識の普及を進め、県民の理解を得つつ、予防接種法（昭和２３年法律第６８号）に基づき積極的に予防接種を推進していく必要があります。

⑵　感染症の発生の予防及びまん延防止に関する事項

ア　感染症の発生の予防のための施策に関する事項

(ｱ)　感染症の発生の予防のための施策に関する考え方

a　感染症の発生の予防のための対策においては、事前対応型行政の構築を中心として、地方公共団体が具体的な感染症対策を企画、立案、実施及び評価していくことが重要です。

b　感染症の発生の予防のための対策のための日常行われるべき施策は、感染症発生動向調査がその中心としてなされるものですが、さらに、平時における食品保健対策、環境衛生対策等について、関係各機関及び関係団体との連携を図りながら具体的に講ずる必要があります。また、患者発生後の対応時においては、感染症のまん延の防止のための施策に関する事項につき適切に措置を講ずる必要があります。

c　予防接種による予防が可能であり、ワクチンの有効性及び安全性が確認されている感染症については、実施体制の整備等を進め、予防接種法に基づき適切に予防接種が行われることが重要です。また、市町村は、地域の医師会、薬剤師会等と十分な連携を行い、個別接種の推進その他の対象者が接種をより安心して受けられるような環境の整備を地域の実情に応じて行うべきです。さらに、県及び市町村においては、県民が予防接種を受けようと希望する場合、予防接種が受けられる場所、機関等についての情報を積極的に提供していくことが重要です。（＊）

＊知事は、新型インフルエンザ等対策特別措置法第３１条の２及び第３１条の３に基づき、特に必要であるときは、歯科医師等に対し、検体採取又は注射行為を行うよう要請する。

(ｲ)　感染症発生動向調査事業の実施

a　県等が、感染症発生動向調査を実施することは、感染症の予防のための施策の推進に当たり、最も基本的な事項であることから、一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症の情報収集、分析及び公表について、精度管理を含めて統一的な体系で進めていくことが不可欠です。県等は、特に現場の医師に対して、感染症発生動向調査の重要性についての理解を求め、医師会等を通じ、その協力を得ながら、適切に進めていきます。

b　県等においては、感染症法第１２条に規定する届出の義務について、医師会等を通じて周知を行い、病原体の提出を求めるとともに、最新の医学的知見を踏まえた感染症発生動向調査の実施方法の見直しについての検討やデジタル化が進む中での迅速かつ効果的に情報を収集・分析する方策についての検討を推進します。また、県は、感染症法第１４条第１項及び第１４条の２第１項に規定する指定に当たっては、定量的な感染症の種類ごとの罹患率等の推定を含めて、感染症の発生の状況及び動向の正確な把握ができるように行います。

c　感染症法第１３条の規定による届出を受けた知事、保健所設置市の長　（以下、「知事等」という。）は、当該届出に係る動物等が感染症を人に感染させることを防止するため、速やかに感染症法第１５条に規定する感染症の発生の状況、動

向及び原因の調査（以下、「積極的疫学調査」という。）の実施その他必要な措置を講じます。この場合においては、保健所、衛生研究所、動物等取扱業者の指導を行う機関等が相互に連携します。

d　一類感染症、二類感染症、三類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者並びに新感染症にかかっていると疑われる者については、感染症法に基づき健康診断等の感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに患者に対する良質かつ適切な医療の提供が迅速かつ適切に行われる必要があり、また、四類感染症については、病原体に汚染された場所の消毒、ねずみ族の駆除等の措置が迅速かつ適切に行われる必要があるほか、一部の五類感染症についても、感染拡大防止のため迅速に対応する必要があることから、医師から知事等への届出については、適切に行われるように求めます。

e　二類感染症、三類感染症、四類感染症及び五類感染症の疑似症については、感染症の発生予防及びまん延防止のための措置が迅速かつ適切に行われる必要があります。このため、感染症法第１４条に規定する指定届出機関からの届出が適切に行われるよう医師会等を通じて周知を行います。また、二類感染症、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の疑似症について、厚生労働大臣が認めたときは、指定届出機関以外の病院又は診療所の医師に対し、知事等への届出を適切に求めます。

f　感染症の病原体の迅速かつ正確な特定は、患者への良質かつ適切な医療の提供のために不可欠ですが、さらに、感染症の発生の予防及びまん延の防止のために極めて重要な意義を有しています。したがって、県等は、衛生研究所等を中心として、国立感染症研究所と連携し、病原体に関する情報が統一的に収集、分析及び公表される体制を構築するとともに、患者に関する情報とともに全国一律の基準及び体系で一元的に機能する感染症発生動向調査体制を構築します。また、国立感染症研究所及び衛生研究所等が必要に応じて医療機関等の協力も得ながら、病原体の収集・分析を行います。

(ｳ)　早期発見体制の構築等による感染症の予防

a　結核に係る定期の健康診断については、高齢者、結核発症の危険性が高いとされる幾つかの特定の集団、発症すると二次感染を起こしやすい職業等の定期の健康診断の実施が有効かつ合理的であると認められる者については、重点的な健康診断を実施します。

b　正しい知識の普及及び早期発見体制の構築に基づく性感染症の予防を図ります。

イ　感染症のまん延の防止のための施策に関する事項

(ｱ)　患者等発生後の対応時の対応に関する考え方

a　感染症のまん延防止対策の実施に当たっては、健康危機管理の観点から、迅速かつ的確に対応するとともに、患者等の人権を尊重することが重要です。また、県民個々人の予防及び良質かつ適切な医療の提供を通じた早期治療の積み重ねによる社会全体の予防の推進を図っていくことが基本です。

b　感染症のまん延の防止のためには、県等が感染症発生動向調査等による情報の公表等を行うことにより、患者等を含めた県民、医療関係者等の理解と協力に基づいて、県民が自ら予防に努め、健康を守る努力を行うことが重要です。

c　感染症の対応においては、必要なところに支援が行き届くように、社会全体で支援する仕組みを構築していく必要があります。

d　知事は、情報（新興感染症の発生の状況、動向及び原因に関する情報に限る。）の公表に関し、当該情報に関する住民の理解の増進に資するため必要があると認めるときは、市町村長に対し、必要な協力を求めることが重要です。また、当該協力のために必要があると認めるときは、協力を求めた市町村長に対し、個人情報の保護に留意の上、患者数及び患者の居住地域等の情報を提供することができます。

e　対人措置（感染症法第４章に規定する措置をいう。以下同じ。）等一定の行動制限を伴う対策を行うに当たっては、必要最小限のものとするべきであり、仮に措置を行う場合であっても患者等の人権の尊重が必要です。

f　知事等が対人措置及び対物措置（感染症法第５章に規定する措置をいう。）を行うに当たっては、感染症発生動向調査等により収集した情報を適切に活用する必要があります。

g　事前対応型行政を進める観点から、県等においては、特定の地域に感染症が集団発生した場合における医師会等の専門職能団体や高齢者施設等関係団体等、近隣の地方公共団体との役割分担及び連携体制について、まん延の防止の観点からあらかじめ定めておくことが必要です。

h　複数の都道府県等にまたがるような広域的な感染症のまん延の場合には、県等においても都道府県等相互の連携体制をあらかじめ構築しておくことが必要です。

i　感染症のまん延の防止のため緊急の必要があるときは、必要に応じ、県は、予防接種法第６条に基づく指示を行い、臨時の予防接種が適切に行われるようにする必要があります。

(ｲ)　検体の採取等、健康診断、就業制限及び入院

a　対人措置を講ずるに当たっては、感染症の発生及びまん延に関する情報を対象となる患者等に提供し、その理解と協力を求めながら行うことを基本とし、人権の尊重の観点から必要最小限のものとするとともに、審査請求に係る教示等の手続及び感染症法第２０条第６項に基づく患者等に対する意見を述べる機会の付与を厳正に行います。

b　検体の提出若しくは検体の採取に応じるべきことの勧告又は検体の採取の措置の対象者は、一類感染症、二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者、疑似症患者若しくは無症状病原体保有者若しくは感染症の患者と接触した者など当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者又は新感染症の所見がある者若しくは新感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者とします。

c　健康診断の勧告等については、病原体の感染源、感染経路その他の状況を十分に考慮した上で、当該感染症にかかっていると疑うに足りる理由のある者を対象とします。また、感染症法に基づく健康診断の勧告等以外にも、県等が情報の公表を的確に行うことにより、県民が自発的に健康診断を受けるように勧奨するなどの対策を講じます。

d　就業制限の対象者には、本人の自覚に基づく自発的な休暇又は就業制限の対象以外の業務に一時的に従事すること等により対応することが基本であり、県等は、対象者その他の関係者に対し、このことの周知等を行います。

e　入院の勧告等に係る入院においては、医師から患者等に対する十分な説明と同意に基づいた医療の提供が基本です。県等においては、入院後も、感染症法第２４条の２に基づく処遇についての知事等に対する苦情の申出や、必要に応じての十分な説明及びカウンセリング（相談）を通じ、患者等の精神的不安の軽減を図るよう要請します。

f　知事等が入院の勧告を行うに際しては、県等の職員から患者等に対して、入院の理由、退院請求、審査請求に関すること等、入院の勧告の通知に記載する事項を含め十分な説明を行います。また、入院勧告等を実施した場合にあっては、県等は、講じた措置の内容、提供された医療の内容及び患者の病状について、患者ごとに記録票を作成する等の統一的な把握を行います。

g　入院の勧告等に係る患者等が、感染症法第２２条第３項に基づく退院請求を行った場合、知事等は当該患者の病原体を保有しているかどうかの確認を速やかに行います。

(ｳ)　感染症の診査に関する協議会

感染症の診査に関する協議会については、感染症のまん延の防止の観点から、感染症に関する専門的な判断を行うことは当然ですが、患者等への医療及び人権の尊重の視点も必要であることから、知事等は、協議会の委員の任命に当たっては、この趣旨を十分に考慮します。

(ｴ)　消毒その他の措置

消毒、ねずみ族及び昆虫等の駆除、物件に対する措置、建物への立入制限又は封鎖、交通の制限及び遮断等の措置を講ずるに当たっては、知事等及び知事の指示を受けた市町村長は、可能な限り関係者の理解を得ながら実施していくよう努めるとともに、これらの措置は、個人の権利に配慮しつつ、必要最小限のものとします。

(ｵ)　積極的疫学調査のための体制の構築

a　積極的疫学調査については、国際交流の進展等に即応し、より一層、その内容を充実させていきます。

b　積極的疫学調査については、対象者の協力が得られるようその趣旨をよく説明し、理解を得ることに努めます。また、一類感染症、二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者又は新感染症の所見がある者については、正当な理由なく応じない場合には、指示、罰則の対象となることを、人権に配慮しあらかじめ丁寧に説明します。

c　積極的疫学調査は、①一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者が発生し、又は発生した疑いがある場合、②五類感染症の発生の状況に異状が認められる場合、③国内で発生していない感染症であって国外でまん延しているものが発生するおそれがある場合、④動物が人に感染させるおそれがある感染症が発生し、又は発生するおそれがある場合、⑤その他知事等が必要と認める場合、には的確に行うことが重要です。これらの場合においては、保健所、衛生研究所、動物等取扱業者の指導を行う機関等と密接な連携を図ることにより、地域における流行状況の把握並びに感染源及び感染経路の究明を迅速に進めていきます。

d　知事等が積極的疫学調査を実施する場合にあっては、必要に応じて国立感染症研究所、国立研究開発法人国立国際医療研究センター、他の都道府県等の地方衛生研究所等の協力を求め、それらを得ながら実施していくことが重要であり、協力の求めがあった場合は、関係する地方公共団体は必要な支援を積極的に行います。

ウ　感染症の発生予防及びまん延防止のための関係機関等との連携

(ｱ)　食品保健対策との連携

a　予防に当たっての連携

県等においては、感染症対策部門と食品保健部門の効果的な役割分担と連携が必要です。飲食に起因する感染症である食品媒介感染症の予防に当たっては、食品の検査及び監視を要する業種や給食施設への発生予防指導については、他の食中毒対策と併せて食品保健部門が主体となり、二次感染によるまん延の防止等の情報の公表や指導については、感染症対策部門が主体となることを基本とします。

b　まん延防止に当たっての連携

(a)　食品媒介感染症が疑われる疾患が発生した場合には、県等においては、保健所長等の指揮の下、食品保健部門にあっては主として病原体の検査等を行うとともに、感染症対策部門にあっては患者に関する情報を収集するといったような役割分担により、相互に連携を図りながら、迅速な原因究明を行います。

(b)　病原体、原因食品、感染経路等が判明した場合には、県等の食品保健部門にあっては一次感染を防止するため、原因物質に汚染された食品等の販売禁止、営業停止等の行政処分を行うとともに、また、感染症対策部門にあっては必要に応じ、消毒等を行います。

(c)　二次感染による感染症のまん延の防止については、感染症対策部門において感染症に関する情報の公表の他必要な措置をとる等により、その防止を図ります。

(d)　原因となった食品等の究明に当たっては、保健所等は、衛生研究所、国立試験研究機関等との連携を図ります。

(ｲ)　環境衛生対策との連携

a　予防に当たっての連携

(a)　平時において、水や空調設備、ねずみ族及び昆虫等を介する感染症の発生の予防対策を講ずるに当たっては、県等は、感染症を媒介するねずみ族及び昆虫等（以下、「感染症媒介昆虫等」という。）の駆除並びに防鼠及び防虫に努めることの必要性等の正しい知識の普及、蚊を介する感染症が流行している海外の地域等に関する情報の提供、カラス等の死亡鳥類の調査、関係業種への指導等について感染症対策部門と環境衛生部門の連携を図ります。

(b)　平時における感染症媒介昆虫等の駆除並びに防鼠及び防虫は、感染症対策の観点からも重要です。この場合の駆除並びに防鼠及び防虫については、地域によって実情が異なることから、各市町村が各々の判断で適切に実施するものとします。また、駆除に当たっては、過剰な消毒及び駆除とならないように配慮します。

b　まん延防止に当たっての連携

水や空調設備、感染症媒介昆虫等を介した感染症のまん延防止の対策を講ずるに当たっても、県等の感染症対策部門にあっては、環境衛生部門との連携を図ります。

(ｳ)　関係各機関及び関係団体の連携

a　感染症の予防を効果的かつ効率的に進めていくためには、感染症対策部門、食品保健部門、環境衛生部門等が適切に連携を図っていくことが基本ですが、学校（学校設置者）、企業等の関係機関及び団体等とも連携を図ります。また、国と地方公共団体の連携体制、地方公共団体相互の連携体制、行政機関と医師会等の専門職能団体や高齢者施設等関係団体等の連携体制を、連携協議会等を通じて構築します。さらに、広域での対応に備え、国と地方公共団体の連携強化や都道府県等間の連携強化を図ります。

b　感染症のまん延の防止のためには、特に感染症の集団発生や原因不明の感染症が発生した場合に対応できるよう、国と地方公共団体、地方公共団体相互間の連携体制及び行政機関と医師会等の医療関係団体並びに国や県等における関係部局の連携体制を構築しておきます。

c　検疫所が隔離又は停留等を行うに当たって、関係者との連携を図りながら、必要な療養施設等を確保できるように、県等は協力するよう努めます。

なお、検疫手続の対象となる入国者について、一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の病原体の保有が明らかになった場合又は入国者の健康状態の異状を確認した場合には、県等への通知により、国内の感染症対策との連携を図ることとされています。

⑶　感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究

ア　感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する基本的な考え方

感染症対策は、科学的な知見に基づいて推進されるべきものであることから、感染症及び病原体等に関する調査及び研究は、感染症対策の基本となるべきものです。

イ　県等における情報の収集、調査及び研究の推進

(ｱ)　県等における情報の収集、調査及び研究

県等における情報の収集、調査及び研究の推進に当たっては、地域における感染症対策の中核的機関である保健所及び県等における感染症及び病原体等の技術的かつ専門的な機関である衛生研究所等が県等の関係主管部局と連携を図りつつ、計画的に取り組みます。

(ｲ)　保健所における情報の収集、調査及び研究

保健所は、地域における感染症対策の中核的機関との位置付けから、感染症対策に必要な情報の収集、疫学的な調査及び研究を衛生研究所等との連携の下に進め、地域における総合的な感染症の情報の発信拠点としての役割を担います。

(ｳ)　衛生研究所等における情報の収集、調査及び研究

a　衛生研究所等は、県等における感染症及び病原体等の技術的かつ専門的な機関として、国立感染症研究所や他の地方衛生研究所等、検疫所、県等の関係部局及び保健所との連携の下に、感染症及び病原体等の調査、研究、試験検査並びに情報等の収集、分析及び公表の業務を通じて感染症対策の重要な役割を担います。

b　衛生研究所等における調査及び研究については、新たな政策課題の設定及び分析評価を行うとともに、検査精度及び検査件数等の規模の双方の要請に応えます。また、調査及び研究の成果等は、関係法令を踏まえつつ、関係機関及び県民に対して、積極的に提供します。

(ｴ)　調査及び研究の留意点

県等における調査及び研究においては、地域に特徴的な感染症の発生の動向やその対策等の地域の環境や当該感染症の特性等に応じた取組を行います。その取組に当たっては、疫学的な知識及び感染症対策の経験を有する職員を活用します。

(ｵ)　感染症対策の推進に活かしていく仕組みについて

a　感染症の発生届及び積極的疫学調査に関する情報を迅速かつ効率的に収集し、感染症対策の推進に活かしていくための仕組みとして、厚生労働省令で定める感染症指定医療機関の医師が県に対して届出等を行う場合には、電磁的方法によるものとします。

b　厚生労働省令で定める感染症指定医療機関の医師は、新型インフルエンザ等感染症の患者又は新感染症の所見がある

者が入院した場合や、当該患者又は所見がある者が退院又は死亡した場合も電磁的方法で報告します。

ｃ　県等は、収集した様々な情報について個人を特定しないようにした上で、連結して分析します。

(ｶ)　感染症指定医療機関における対応

感染症指定医療機関は、新興感染症の対応を行い、知見の収集及び分析を行います。県は、第一種・第二種感染症指定医療機関及び第一種協定指定医療機関に対しては、国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターを中心とした感染症に関する医薬品等の治験及び研究開発のネットワークに参加し、感染症の発生時に新興再興感染症データバンク事業（ＲＥＢＩＮＤ）に協力するよう促します。

ウ　関係各機関及び関係団体との連携

感染症及び病原体等に関する調査及び研究に当たっては、関係各機関及び関係団体が適切な役割分担を行うことが重要です。このため、衛生研究所等は、国立感染症研究所、国立研究開発法人国立国際医療研究センター、国立研究開発法人日本医療研究開発機構、大学研究機関をはじめとする関係研究機関等と相互に十分な連携を図ります。

⑷　病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上

ア　病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する基本的な考え方

(ｱ)　感染症対策において、病原体等の検査の実施体制及び検査能力（以下、「病原体等の検査体制等」という。）を十分に有することは、人権の尊重の観点や感染の拡大防止の観点から極めて重要です。

(ｲ)　衛生研究所等をはじめとする各検査機関における病原体等の検査体制等は、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施行規則（平成１０年厚生省令第９９号）に基づき整備し、管理することが重要です。

また、県等は、感染症指定医療機関のみならず、一般の医療機関における検査、民間の検査機関等における検査等に対し技術支援や精度管理等を実施することが重要です。

(ｳ)　新興感染症のまん延が想定される感染症が発生した際に、検査が流行初期の段階から円滑に実施されるよう、連携協議会等を活用し、関係者や関係機関と協議の上、平時から計画的な準備を行うことが重要です。また、併せて医師会、民間の検査機関等との連携を推進することが重要です。

イ　県等における病原体等の検査の推進

(ｱ)　県等は、広域にわたり又は大規模に感染症が発生し、又はまん延した場合を想定し、連携協議会等を活用し、衛生研究所等や保健所における病原体等の検査に係る役割分担を明確にした上で、それぞれの連携を図ります。流行初期においては、検査の集約などによる効率化のための調整を行います。さらに、県等は、必要な対応について、あらかじめ近隣の都道府県等との協力体制について協議するよう努めます。

(ｲ)　衛生研究所等の体制

a　県等は、衛生研究所等が十分な試験検査機能を発揮できるよう、「地方衛生研究所等の整備における留意事項について（通知）」令和５年（２０２３年）３月２９日付け健発０３２９第１０号厚生労働省健康局長通知に基づいて、平時から体制整備を行います。

また、県等は、有事において、衛生研究所等の職員だけでは対応できない場合を想定し、平時から自治体設置の公的検査機関等、民間検査機関等と、有事の際に協力してもらうネットワークづくりや協力を求める協定を締結します。

b　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。

また、国立感染症研究所の検査手法を活用して検査実務を行うほか、保健所や他の都道府県等の地方衛生研究所等と連携して、迅速かつ適確に検査を実施します。

c　衛生研究所等は、一類感染症が疑われる検体を国立感染症研究所に搬送します。二類感染症、三類感染症及び四類感染症の病原体に関しては、国立感染症研究所等と連携して、迅速かつ適確に検査を実施します。また、五類感染症の病原体についても、民間の検査機関において実施不可能な病原体の検査について、その検査能力に応じた体制の整備を図ります。

d　衛生研究所等は、国立感染症研究所等の国立試験研究機関等が実施する研修へ職員を計画的に派遣します。さらに、研修に参加した職員が、習得した感染症に関する知識を積極的かつ効果的に活用できるように、研修会の開催や職員配置を工夫するよう努めます。

e　衛生研究所等は、検査機器等の設備の整備のため、周辺機器も含めてリストアップし、平時からメンテナンスを実施するとともに、老朽化した機器の更新等について計画的に対応します。また、衛生研究所等は、平時から、必要な物品についてもリストアップし、計画的に備蓄を実施します。

f　衛生研究所等は、平時から国立感染症研究所、本庁、保健所、医療機関等の関係機関と協力し、情報ネットワークの体制を構築し、情報発信について、本庁と役割分担を確認します。

(ｳ)　県等は、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、医師会、医療機関、民間検査機関又は薬局との検査等措置協定等により、平時から計画的に準備を行います。検査の実施能力及び検査機器数に関する県の目標は、別表区分⑶のとおりとします。

ウ　総合的な病原体等の検査情報の収集、分析及び公表のための体制の構築

感染症の病原体等に関する情報の収集、分析及び公表は、患者に関する情報とともに、感染症発生動向調査の言わば車の両

輪として位置付けられるものです。そのため、県等は、未知の感染症も含めた病原体等に関する情報の収集のための体制を構築するとともに、患者情報と病原体情報が迅速かつ総合的に分析され、公表できるようにします。

エ　関係機関及び関係団体との連携

県等は、病原体等の情報の収集に当たって、医師会等の医療関係団体、民間検査機関等と連携を図りながら進めます。また、特別な技術が必要とされる検査については、衛生研究所等と国立感染症研究所、国立研究開発法人国立国際医療研究センター、大学の研究機関等が相互に連携を図って実施します。

⑸　感染症に係る医療を提供する体制の確保

ア　感染症に係る医療提供の考え方

(ｱ)　近年の医学、医療の著しい進歩により、多くの感染症について治癒やコントロールが可能となった現在では、感染症の患者に対して早期に良質かつ適切な医療を提供し、重症化を防ぐとともに、感染症の病原体の感染力を減弱し、消失させることにより周囲への感染症のまん延を防止することが施策の基本です。

(ｲ)　感染症に係る医療は特殊なものではなく、まん延防止を担保しながら一般の医療の延長線上で行われるべきであるとの認識の下、良質かつ適切な医療の提供が行われる必要があります。このため、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び第一種協定指定医療機関等においては、①感染症の患者に対して、感染症のまん延防止措置を講じた上で、できる限り感染症以外の患者と同様の療養環境において医療を提供すること、②通信の自由が実効的に担保されるよう必要な措置を講じること、③患者がいたずらに不安に陥らないように、十分な説明及びカウンセリング（相談）を患者の心身の状況を踏まえつつ行うこと等が重要です。

また、結核指定医療機関においては、患者に薬物療法を含めた治療の必要性について十分に説明し、理解及び同意を得て治療を行うことが重要です。

(ｳ)　特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関、第一種協定指定医療機関、第二種協定指定医療機関及び結核指定医療機関は、その機能に応じて、それぞれの役割を果たすとともに、相互の連携体制や、国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターとの連携体制を構築していく必要があります。

(ｴ)　県は、新興感染症が発生した際に、速やかに外来診療、入院、自宅療養者等への医療等が提供できるよう、埼玉県医療審議会や連携協議会等を活用し、関係者や関係機関と協議の上、平時から計画的な準備を行うことが重要です。その際、新興感染症発生時に主に当該感染症に対応する医療機関と、当該感染症以外に対応する医療機関等の役割分担が図られるよう調整することが重要です。また、新興感染症に対応する医療機関においては、外来診療、入院、自宅療養者等への医療等の役割分担が重要となります。

イ　第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関について

(ｱ)　第一種感染症指定医療機関

知事は、主として一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症患者の入院を担当する医療機関として、総合的な診療機能を有する病院のうち、感染症法第３８条第２項に規定する厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、その開設者の同意を得て、第一種感染症指定医療機関として指定します。第一種感染症指定医療機関については、原則として県内に一箇所指定します。この場合において、当該指定に係る病床は、原則として２床とします。ただし、地理的条件、社会的条件、交通事情等に照らし、１つの病院に複数の都道府県の区域内の一類感染症、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させることが効率的であると認められるときは、病院の所在地を管轄する知事は、当該指定に係る病床が県で２床以上となる限りにおいて、当該病院について、当該複数の都道府県の区域内の一類感染症、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させる第一種感染症指定医療機関として指定することができます。

(ｲ)　第二種感染症指定医療機関

ａ　知事は、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、総合的な診療機能を有する病院のうち、感染症法第３８条第２項に規定する厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、その開設者の同意を得て、第二種感染症指定医療機関として指定します。

ｂ　第二種感染症指定医療機関については、県内の二次保健医療圏（医療法第３０条の４第２項第１４号に規定する区域）ごとに原則として一箇所指定し、当該指定に係る病床の数は、当該二次保健医療圏の人口を勘案して必要と認める数とします。ただし、地理的条件、社会的条件、交通事情等に照らし、１つの病院に複数の二次保健医療圏の区域内の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させることが効率的であると認められるときは、当該指定に係る病床が当該複数の二次保健医療圏の区域内の人口を勘案して必要と認める病床数の総和以上となる限りにおいて、当該病院について、当該複数の二次保健医療圏の区域内の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させる第二種感染症指定医療機関として指定することができます。

ウ　新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間等における医療提供体制

(ｱ)　新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間前においては、第一種感染症指定医療機関及び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。

(ｲ)　公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、各地域におけるその機能や役割を踏まえ、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新興感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を講ずることを義務付

け、知事が通知します。

(ｳ)　県は、新型コロナウイルス感染症（ＣＯＶＩＤ−１９）における医療提供体制を参考に、必要な医療提供体制を確保します。その際、新型コロナウイルス感染症対応での実績を参考に、県で必要な医療提供体制を確保することを基本としつつ、重症者用の病床の確保も行うとともに、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）、感染症以外の患者への対応を含めて切れ目のない医療提供体制の整備を図ります。

(ｴ)　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、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しておきます。

(ｵ)　第一種協定指定医療機関

a　県は、新型インフルエンザ等感染症等発生等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。当該協定の締結に当たっては、二次保健医療圏ごと等の詳細な設定も踏まえて検討します。

b　第一種協定指定医療機関については、県ホームページにおいて掲載します。

c　新興感染症が発生した際に、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、実際に知事が定める基準に従い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なります。

d　第一種協定指定医療機関における病床確保数に関する県の目標は、別表区分⑴のとおりとします。

(ｶ)　第二種協定指定医療機関（発熱外来を担当する医療機関）

a　県は、新型インフルエンザ等感染症等発生等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。

b　第二種協定指定医療機関（発熱外来を担当する医療機関）については、県ホームページにおいて掲載します。

c　新興感染症が発生した際に、流行初期の段階から発熱外来を行う旨の医療措置協定を締結し、実際に知事が定める基準に従い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なります。

d　第二種協定指定医療機関（発熱外来を担当する医療機関）の確保医療機関数に関する県の目標は、別表区分⑴のとおりとします。

(ｷ)　第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療提供）

a　県は、新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間における新興感染症の自宅療養者等への医療の提供のため、当該医

療を担当する医療機関、保険薬局等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。また、第二種協定指定医療機関のうち、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に、高齢者施設等の療養者に対し、新興感染症に係る医療の提供を行う医療機関、保険薬局等と平時に医療措置協定を締結し、特に高齢者施設等に対する医療支援体制を確認します。

b　新興感染症発生・まん延時においても、在宅療養患者等に対する口腔（くう）の管理は重要であるため、県は、歯科衛生士も活用しながら、必要となる在宅歯科医療や高齢者施設等との連携が円滑に実施できる体制の構築を進めます。

c　第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療提供）については、県ホームページにおいて掲載します。

d　第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療提供）の機関数に関する県の目標は、別表区分⑴のとおりとします。

(ｸ)　後方支援体制

a　県は、新型インフルエンザ等感染症等発生等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（以下、「後方支援を行う医療機関」という。）と平時に医療措置協定を締結するとともに、回復した患者の退院先となる介護老人保健施設等の高齢者施設等とも連携した上で、後方支援体制を整備します。

b　後方支援を行う医療機関については、県ホームページにおいて掲載します。

c　後方支援を行う医療機関数に関する県の目標は、別表区分⑴のとおりとします。

(ｹ)　人材派遣体制

a　県は、新型インフルエンザ等感染症等発生等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。また、県は、医療人材の応援体制を整備するとともに、感染症法第４４条の４の２第１項から第３項まで（これらの規定を感染症法第４４条の８において準用する場合を含む。）又は感染症法第５１条の２第１項から第３項までの規定に基づく県の区域を越えた医療人材の応援を要請する場合の方針について、平時から確認します。

b　医療人材派遣を行う医療機関については、県ホームページにおいて掲載します。

c　他の医療機関に派遣可能な医療人材の確保人数に関する県の目標は、別表区分⑴のとおりとします。

(ｺ)　個人防護具等の備蓄等

a　県は、医療機関と平時に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等の備蓄を求めておくことにより、個人防護具等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。個人防護具を十分に備蓄している協定締結医療機関の数に関する県の目標は、別表区分⑵のとおりとします。

b　医療機関、検査機関等の感染症対応を行う機関は、必要な個人防護具等の備蓄に努めるものとします。

c　医療機関等や県等における個人防護具等の備蓄に当たっては、適切な保管をし、品質管理をします。

d　県は、新興感染症の汎流行時に、地域におけるその予防又は治療に必要な個人防護具等や医薬品等の供給及び流通を適確に行うため、必要な個人防護具等や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。

(ｻ)　疑い患者への対応

疑い患者への対応については、新興感染症の性状等により対応も異なることから、国から随時周知される国内外の最新の知見等を踏まえて、県と医療機関は機動的に対応します。

(ｼ)　入院調整体制

県においては、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、保健所や医師会、医療機関、高齢者施設等との連携強化を図り、保健所設置市等に対する平時からの体制整備等に係る総合調整権限や、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間の保健所設置市への指示権限を適切に行使しながら、ＩＣＴの活用などにより、円滑な入院調整体制の構築、実施を図ります。

エ　一般医療機関における感染症患者に対する医療の提供

(ｱ)　感染症の患者に対する医療は、感染症指定医療機関のみで提供されるものではありません。一類感染症、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者であっても、最初に診察を受ける医療機関は、一般の医療機関であることが予想されます。また、三類感染症、四類感染症及び五類感染症の患者については、基本的には一般の医療機関において医療が提供されます。このため、全ての医療関係者に対し、これらの患者の対応についての理解及び適切な対応を求めていきます。

(ｲ)　一類感染症、二類感染症等であって、国内に病原体が常在しないものについて、国内で患者が発生するおそれが高まる場合には、県が当該感染症の外来診療を担当する医療機関を選定します。また、保健所が当該医療機関に感染が疑われる患者を誘導するなど初期診療体制を確立することにより、地域における医療提供体制に混乱が生じないようにすることについて検討します。

(ｳ)　一般の医療機関においても、国及び県等から公表された感染症に関する情報について積極的に把握し、同時に医療機関内において感染症のまん延の防止のために必要な措置も講ずることが重要です。また、感染症の患者について差別的な取扱いを行うことなく、良質かつ適切な医療の提供がなされるようにします。

(ｴ)　一類感染症又は二類感染症が集団発生した場合や新型インフルエンザ等感染症の汎流行時には、一般の医療機関に緊急避難的にこれらの患者を入院させることがあるため、県等は、そのために必要な対応についてあらかじめ定めておきます。

(ｵ)　一般の医療機関は、多くの場合感染症の患者を診察する最初の医療機関となることから、当該医療機関での対応が感染症の予防の観点からも、感染症の患者に対する良質かつ適切な医療の提供の観点からも極めて重要です。このため、国、県

等は、それぞれ医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体との連携を通じて、一般の医療機関との有機的な連携を図ります。

オ　関係各機関及び関係団体との連携

(ｱ)　感染症の患者に対する良質かつ適切な医療の提供のため、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に対応する感染症指定医療機関については、県は必要な指導を積極的に行います。

(ｲ)　一般の医療機関における感染症の患者への良質かつ適切な医療の提供が確保されるよう、国及び県等においては、医師会等の医療関係団体と緊密な連携を図ります。

(ｳ)　地域における感染症対策の中核的機関である保健所は、感染症指定医療機関や地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体等との緊密な連携を図ります。

(ｴ)　県は、埼玉県医療審議会や連携協議会等を通じ、平時から、医療関係団体以外の、高齢者施設等の関係団体や障害者施設等の関係団体等とも連携し、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間における医療提供体制を検討していきます。

⑹　感染症の患者の移送のための体制の確保

ア　感染症の患者の移送のための体制の確保に関する考え方

(ｱ)　知事等が入院を勧告した患者又は入院させた患者の医療機関への移送は、知事等が行う業務とされていますが、その体制の確保に当たっては、一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症の発生及びまん延時に積極的疫学調査等も担う保健所のみでは対応が困難な場合において、地方公共団体内における役割分担や、消防機関との連携、移送に係る民間事業者、民間救急事業者等への業務委託等を図ることが重要です。

(ｲ)　保健所は感染症患者を迅速かつ適切に移送するため、移送体制の充実を図るとともに、関係市町村及び消防機関等に対して感染症に関する的確な情報を提供するなど、密接な連携を図り、協力を求めていくものとします。

(ｳ)　新感染症等、詳細な情報が乏しい感染症については、県等は、あらかじめ国に対し、技術的な指導及び助言を受けるなど密接な連携を図った上で、患者の移送を行います。

(ｴ)　感染症発生時における患者の移送について、県等は、必要に応じ患者搬送車及び機器の配置を行うなど適切な業務執行体制を整備します。

イ　感染症の患者の移送のための体制の確保の方策

(ｱ)　感染症の患者の移送について、発生・まん延した感染症の性状を踏まえ、必要に応じて保健所、民間事業者、民間救急事業者及び消防機関等と役割分担を行います。その際の基本的な役割分担は以下のとおりとします。

a　自宅・宿泊施設から医療機関への移送については、軽症者は保健所又は民間事業者が行い、中等症の患者は、病状や状

況に応じて、保健所、民間救急事業者又は消防機関が行い、重症者は消防機関又は民間救急事業者が行います。

b　自宅から宿泊施設への移送については、民間事業者が行います。

(ｲ)　新興感染症発生・まん延時の疑い患者への移送については、感染症の性状等により対応も異なることから、国から随時周知される国内外の最新の知見等を踏まえて、県、医療機関及び消防機関等は機動的に対応します。

(ｳ)　一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は疑似症患者並びに新感染症の所見がある者若しくは当該新感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由がある者の発生に備え、平時から、関係者を含めた移送訓練や演習等を定期的に計画し、実施します。

ウ　関係各機関及び関係団体との連携

(ｱ)　感染症法第２１条（感染症法第２６条第１項又は第２項において準用する場合を含む。）又は感染症法第４７条の規定による移送を行うに当たり、保健所等との協定に基づき消防機関と連携する場合には、⑸のウの(ｼ)及び⑼のエの入院調整体制の構築等により、円滑な移送が行われるよう努めます。また、平時からＩＣＴの活用などにより消防機関に対して医療機関の受入体制の情報を共有する枠組みを整備します。

さらに、消防機関が傷病者を搬送した後、当該傷病者が、感染症法第１２条第１項第１号等に規定する患者等であると医療機関が判断した場合には、医療機関から消防機関に対して、当該感染症等に関し適切に情報等を提供するよう努めます。

(ｲ)　県等は、連携協議会等を通じ、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及び費用負担等を協議し、必要な協定を締結します。

(ｳ)　県等は、一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症の発生に備え、移送に必要な車両の確保、民間事業者や民間救急事業者等との役割分担をあらかじめ決めておきます。

(ｴ)　高齢者施設等に入所しており配慮を必要とする方の移送については、高齢者施設等の関係団体等とも連携し、移送の際の留意事項を含めて協議します。

⑺　新興感染症発生時における宿泊施設の確保

ア　宿泊施設の確保に関する基本的な考え方

新興感染症が発生した場合には、重症者を優先する医療体制へ移行することも想定されるため、県等は、自宅療養者等の家庭内感染等や医療体制のひっ迫を防ぐ等の観点から、新興感染症の特性や、感染力その他当該感染症の発生及びまん延の状況を考慮しつつ、宿泊施設の体制を整備できるよう、地域の実情に応じて、連携協議会等を活用し、関係者や関係機関との協議の上、平時から計画的な準備を行うことが重要です。

イ　宿泊施設の確保の方策

(ｱ)　県は、民間宿泊業者等と感染症の発生及びまん延時の宿泊療養の実施に関する検査等措置協定を締結すること等により、平時から宿泊施設の確保を行います。また、検査等措置協定を締結する宿泊施設等との円滑な連携を図るために、地域の実情に応じて、連携協議会等を活用します。

(ｲ)　県等は、感染症発生初期に民間宿泊業者の協力を得られないことが見込まれる場合は、公的施設の活用を併せて検討します。

(ｳ)　県等は、協定により宿泊施設を提供する事業者の団体、消毒を行う事業者の団体、廃棄物処理を行う事業者の団体等との円滑な連携を図るために、地域の実情に応じて、連携協議会等を活用します。

(ｴ)　宿泊施設の確保居室数に関する県の目標は、別表区分⑷のとおりとします。

⑻　新興感染症発生時における外出自粛対象者の療養生活の環境整備

ア　外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する基本的な考え方

新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は新感染症の外出自粛対象者（外出自粛に係る感染症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。)）については、体調悪化時等に、適切な医療に繋げることができる健康観察の体制を整備することが重要です。また、外出自粛により生活上必要な物品等の物資の入手が困難になることから、当該対象者について生活上の支援を行うことが重要です。

また、外出自粛対象者が高齢者施設等や障害者施設等において過ごす場合は、施設内で感染がまん延しないような環境を構築することが重要です。

イ　外出自粛対象者の療養生活の環境整備の方策

(ｱ)　県等は、外出自粛対象者の健康観察の実施に当たっては、第二種協定指定医療機関を始めとする医療機関、医師会、薬剤師会、看護協会や民間事業者等への委託等や市町村の協力に加え、施設同士、訪問看護ステーション同士の連携も活用しつつその体制を確保します。

(ｲ)　県等は、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、栄養士会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います。また、県等は、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することや、福祉ニーズのある外出自粛対象者が、必要なサービスや支援を適切に受けられるよう、介護サービス事業者や障害福祉サービス事業者等との連携を図ります。

(ｳ)　県等は、外出自粛対象者の健康観察や生活支援等に当たっては、積極的に市町村と連携し、必要な範囲で患者情報の提供を行います。なお、市町村の協力を得る場合は、連携協議会等を活用し、あらかじめ情報提供の具体的な内容や役割分担、

費用負担のあり方について、協議します。

(ｴ)　県等は、健康観察や生活支援等を効率的に行うため、ＩＣＴを積極的に活用します。

ウ　宿泊施設の運営体制

県は、宿泊施設の運営に係る体制確保の方策を平時から検討し、宿泊施設運営業務マニュアル等を整備します。また、感染症の発生及びまん延時には、医療体制の状況を踏まえつつ、宿泊事業者と連携し、迅速に職員、資機材等を確保する等、円滑な宿泊施設の運営体制の構築及び実施を図ります。

エ　高齢者施設等や障害者施設等における療養環境の整備

県等は、高齢者施設等や障害者施設等において、医療措置協定を締結した医療機関と連携し、感染制御チームや感染管理認定看護師が必要に応じてゾーニング等の感染対策の助言を行うことができる体制を平時から確保し、また、施設同士、訪問看護ステーション同士は連携を強化し、新興感染症の発生及びまん延時において施設内における感染のまん延を防止します。

⑼　感染症の予防又はまん延防止のための総合調整・指示の方針

ア　感染症法第６３条の３第１項の規定による総合調整又は感染症法第６３条の４の規定による指示の方針の基本的な考え方

感染症法第６３条の３第１項に基づき、知事は、平時から新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に至るまで、感染症の発生及びまん延を防止するため必要がある場合、感染症対策全般について、保健所設置市の長、市町村長及び関係機関に対して総合調整を行います。

また、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、県民の生死に直結する緊急性を有する入院勧告又は入院措置を実施するために必要な場合に限り、知事は保健所設置市の長への指示を行います。

イ　感染症法第６３条の３第１項の規定による総合調整の方針

(ｱ)　知事による総合調整は、平時であっても感染症対策に当たり必要がある場合に実行します。

(ｲ)　知事は、総合調整を行うために必要があると認めるときは、保健所設置市の長や他の関係機関等に対し、報告又は資料の提供を求めます。

ウ　感染症法第６３条の４の規定による指示の方針

知事による指示は、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間の際、県民の生死に直結する緊急性を有する入院勧告や入院措置を実施するために必要な場合に限り、保健所設置市の長に対してのみ行います。

エ　入院調整体制の整備

県は、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、保健所や医師会、医療機関、高齢者施設等との連携強化を図ります。

また、県は、保健所設置市等に対する平時からの体制整備等に係る総合調整権限や、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間の保健所設置市への指示権限を適切に行使しながら、円滑な入院調整体制の構築、実施を図ります。

⑽　感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上

ア　人材の養成及び資質の向上に関する基本的な考え方

現在、感染者が減少している感染症に関する知見を十分有する者が少なくなっています。その一方で、医療現場で患者の治療に当たる感染症の医療専門職の他にも、介護施設等でクラスターが発生した場合に適切な感染拡大防止対策を行うための感染管理の専門家、感染症の疫学情報を分析する専門家に加え、行政の中においても感染症対策の政策立案を担う人材など、新たな感染症対策に対応できる知見を有する多様な人材が改めて必要となっています。これを踏まえ、県等は、これら必要とされる感染症に関する人材の確保のため、感染症に関する幅広い知識や研究成果の医療現場への普及等の役割を担うことができる人材の養成を行う必要があります。また、大学医学部をはじめとする、医師等の医療関係職種の養成課程や大学院等においても、感染症に関する教育を更に充実させていくことが求められます。

イ　人材の養成及び資質の向上

(ｱ)　知事等は、国立保健医療科学院、国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センター等で実施される感染症対策・感染症検査等に関する研修会や実地疫学専門家養成コース（ＦＥＴＰ－Ｊ）等に保健所及び衛生研究所職員等を積極的に派遣するとともに、県等が感染症に関する講習会等を開催すること等により保健所の職員等に対する研修の充実を図ります。

(ｲ)　保健所職員等の研修回数に関する県の目標は、別表区分⑸のとおりとします。

ウ　研修を終了した保健所職員等の活用

国立保健医療科学院、国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センター等における感染症対策・感染症検査等に関する研修会や実地疫学専門家養成コース（ＦＥＴＰ－Ｊ）等に参加した保健所及び衛生研究所職員等については、習得した感染症に関する知識を積極的かつ効果的に活用します。知識を習得した職員に対しては、その知識を他の関係職員に提供するなど感染症対策の中心的な役割を果たすよう求めていきます。

エ　ＩＨＥＡＴ要員（＊）の活用

(ｱ)　県等は、ＩＨＥＡＴ要員の確保や研修、ＩＨＥＡＴ要員との連絡体制の整備やＩＨＥＡＴ要員及びその所属機関との連携の強化などを通じて、ＩＨＥＡＴ要員による支援体制を確保します。

(ｲ)　保健所は、平時から、ＩＨＥＡＴ要員への実践的な訓練の実施やＩＨＥＡＴ要員の支援を受けるための体制を整備する

などＩＨＥＡＴ要員の活用を想定した準備を行います。

(ｳ)　県は、広域自治体として、保健所設置市との事前の調整に基づき、保健所設置市の実施するＩＨＥＡＴ研修に対し、必要に応じて講師派遣や、部分開催、共催等による支援、企画への助言等を行います。

＊ＩＨＥＡＴ（Infectious disease Health Emergency Assistance Team）とは、法に規定する新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われた場合その他の健康危機が発生した場合において、保健師等の専門職が保健所等の業務を支援する仕組み。ＩＨＥＡＴ要員は、ＩＨＥＡＴ運用支援システムに登録し、保健所等への支援の要請を受ける旨の承諾をした外部の専門職（医師、保健師、看護師のほか、歯科医師、薬剤師、助産師、管理栄養士等）のことをいう。

オ　感染症対応を行う医療従事者等の研修

(ｱ)　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は、感染症対応を行う医療従事者等の新興感染症の発生を想定した必要な研修・訓練を実施すること又は国、県等若しくは医療機関が実施する当該研修・訓練に医療従事者を参加させることにより、体制強化を図るよう努めます。また、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間においては、感染症医療担当従事者等を他の医療機関、宿泊施設及び高齢者施設等に派遣できるように平時から研修や訓練を実施しておくよう努めます。

(ｲ)　高齢者施設や障害者施設等は、新興感染症の発生を想定した必要な研修・訓練を実施します。県等はそれらの研修・訓練を支援します。

(ｳ)　県は、感染症患者が発生すると集団感染が起きやすい医療機関等に勤務する医療従事者等に対し、感染症発生時の対応の基礎などについての研修を行います。

(ｴ)　感染症対応を行う医療従事者の研修回数に関する県の目標は、別表区分⑸のとおりとします。

カ　人材の養成及び資質の向上に係る医師会等関係各機関との連携

(ｱ)　医師会等の医療関係団体は、会員等に対して感染症に関する情報提供及び研修を行うよう努めます。

(ｲ)　県等は、関係機関及び関係団体が行う研修へ職員を積極的に参加させるとともに、その人材の活用等に努めます。

⑾　保健所の体制の確保

ア　感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する基本的な考え方

(ｱ)　保健所は地域の感染症対策の中核的機関として、地域保健法に基づき厚生労働大臣が策定する基本指針とも整合性をとりながら、必要な情報の収集、分析、対応策の企画立案・実施、リスクコミュニケーション等を行うとともに、感染症の感染拡大時にも健康づくり等地域保健対策も継続することが重要です。

(ｲ)　県等は、連携協議会等を活用しながら関係機関及び関係団体と連携するとともに、各地方公共団体の保健衛生部門等に

おける役割分担を明確化することが重要です。

(ｳ)　感染症発生時に迅速に対応できるよう、感染症に関する情報が、責任者に対して迅速かつ適切に伝達され、一元的に管理される体制を構築することが重要です。あわせて、外部人材の活用も含めた必要な人員の確保、受入体制の整備、必要な機器及び機材の整備、物品の備蓄等を通じて健康危機発生時に備えて、各保健所の平時からの計画的な体制整備が必要です。また、業務の一元化、外部委託、ＩＣＴ活用も視野に入れた体制を検討することが重要です。

イ　感染症の予防及びまん延防止に関する保健所の体制の確保

(ｱ)　県等は、連携協議会等を活用し、地方公共団体間の役割分担や連携内容を平時から調整します。感染症のまん延が長期間継続することも考慮し、必要となる保健所の人員数を想定し、感染症発生時においてその体制を迅速に切り替えることができるようにします。

(ｲ)　県等は、広域的な感染症のまん延の防止の観点から、感染経路の特定、濃厚接触者の把握等に係る積極的疫学調査等の専門的業務を十分に実施するために、感染症の拡大を想定した保健所の人員体制や設備等を整備します。

a　保健所の円滑な業務遂行に必要な人員を配置します。

b　感染症発生時には、保健所は速やかに所内の業務を優先度に応じて縮小や延期、中止するなど業務継続計画（ＢＣＰ）を踏まえた体制に切り替えます。併せて、感染症対応に関する事務フローを整理し、業務の外部委託や県における一元化の検討を進めます。

c　必要に応じて、更に職員を配置・派遣するとともに、ＩＨＥＡＴ要員や市町村等からの応援を含めた受入体制を構築（応援派遣要請のタイミングの想定も含む。）し、住民及び職員等の精神保健福祉対策等を図ります。

d　必要な機器及び機材の整備、物品の備蓄を始め、ＩＣＴの活用などを通じた業務の効率化を積極的に進めます。

(ｳ)　流行開始から１か月間に想定される業務量に対応する保健所の人員確保数及び即応可能なＩＨＥＡＴ要員の研修受講人数に関する県の目標は、別表区分⑹のとおりとします。

(ｴ)　県等は、感染症危機時に迅速に対応できる保健所体制を整備するために、平時から有事に備えて保健所による健康危機対処計画の策定を支援し、その実現に必要な予算、人員、物資の確保等を行います。

(ｵ)　県等は、地域の健康危機管理体制を確保するため、保健所に保健所長を補佐する統括保健師等の総合的なマネジメントを担う保健師を配置します。

ウ　関係機関及び関係団体との連携

(ｱ)　県等は、連携協議会等を活用し、市町村、学術機関、消防機関などの関係機関、専門職能団体等と保健所業務について連携します。

(ｲ)　保健所は、感染症発生時における連携体制を確保するため、平時から、地方公共団体の本庁部門や衛生研究所等と協議し、役割分担を確認するとともに、管内の市町村と協議し、感染症発生時における協力について検討します。

⑿　緊急時における対応

ア　緊急時における感染症の発生の予防及びまん延防止、病原体等の検査実施並びに医療の提供に関する基本的な考え方

県は、感染症の患者の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために緊急の必要があると認めるときには、感染症の患者の病状、数その他感染症の発生及びまん延の状況を勘案して、当該感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために必要な措置を定め、医師その他の医療関係者に対し、当該措置の実施に対する必要な協力を求め、迅速かつ的確な対策が講じられるようにすることとします。

イ　緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策

(ｱ)　一類感染症又は新感染症の患者の発生又はそのまん延のおそれが生じた場合には、県は、埼玉県危機管理指針に基づき対応します。

(ｲ)　一類感染症、二類感染症又は新感染症の患者の発生又はそのまん延のおそれが生じた場合には、県は、予防計画において、当該感染症の患者が発生した場合の具体的な医療提供体制や移送の方法等について必要な計画を定め、公表します。

(ｳ)　県は、感染症の患者の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために緊急の必要があると認めるときには、感染症の患者の病状、数その他感染症の発生及びまん延の状況を勘案して、当該感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために必要な措置を定め、医師その他の医療関係者に対し、当該措置の実施に対する必要な協力を求め、迅速かつ的確な対策を講じます。

(ｴ)　国が感染症の患者の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために緊急の必要性があると認め行った指示に対し、県等は迅速かつ的確に対処します。

(ｵ)　新感染症の患者の発生や生物兵器を用いたテロリストによる攻撃が想定される場合など、地方公共団体に十分な知見が集積されていない状況で感染症対策が必要とされる場合には、関係する地方公共団体は、必要に応じ国に職員や専門家の派遣等の支援を求めます。

(ｶ)　知事等は、感染症法第１２条第２項に規定する国への報告等を確実に行うとともに、特に新感染症への対応を行う場合その他感染症への対応について緊急と認める場合にあっては、国との緊密な連携を図ります。

(ｷ)　検疫所において、一類感染症の患者等が発見され、知事等に幅広く情報提供が行われた場合、知事等は検疫所と連携し、同行者等の追跡調査その他の必要と認める措置を行います。

ウ　緊急時における地方公共団体相互間の連絡体制

(ｱ)　関係地方公共団体は、緊密な連絡を保ち、感染症の発生状況、緊急度等を勘案し必要に応じて、相互に応援職員、専門家の派遣等を行います。また、県等から消防機関に対して、感染症に関する情報等を適切に連絡します。

(ｲ)　県等から関係市町村に対して、医師等からの届出に基づいて必要な情報を提供することとするとともに、県と保健所設置市との緊急時における連絡体制を整備します。

(ｳ)　複数の市町村にわたり感染症が発生した場合であって緊急を要するときは、県は、県内の統一的な対応方針を提示する等の、市町村間の連絡調整を行う等の指導的役割を果たします。

(ｴ)　複数の都道府県等にわたり感染症が発生した場合又はそのおそれがある場合には、関係する都道府県等で構成される対策連絡協議会を設置する等の連絡体制の強化に努めます。

(ｵ)　県等は、医師会等の医療関係団体等と緊密な連携を図ります。

⑬　感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重

ア　感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する基本的な考え方

県及び市町村においては適切な情報の公表、正しい知識の普及等を行うことが、医師等においては患者等への十分な説明と同意に基づいた医療を提供することが、県民においては感染症について正しい知識を持ち、自らが予防するとともに、患者等が差別を受けることがないよう配慮していくことが重要です。さらに、県及び市町村は、感染症の予防又はまん延の防止のための措置を行うに当たって、人権を尊重することが必要です。

イ　感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する方策

(ｱ)　県及び市町村は、診療、就学、就業、交通機関の利用等の場面において、患者等への差別や偏見の排除等のため、国に準じた施策を講じます。

(ｲ)　県及び市町村は、相談機能の充実等、住民に身近なサービスを充実することが重要であり、特に、保健所は、地域における感染症対策の中核的機関として、感染症についての情報提供、相談等のリスクコミュニケーションを行います。

(ｳ)　連携協議会等で議論を行う際には、患者の人権を考慮して感染症対策の議論を行います。

ウ　患者等の情報の適切な取扱い

(ｱ)　患者等のプライバシーを保護するため、県等は、医師が知事等へ感染症患者に関する届出を行った場合には、状況に応じて、患者等へ当該届出の事実等を通知するように努めるよう徹底を図ります。

(ｲ)　報道機関においては、常時、的確な情報を提供することが重要ですが、個人情報に注意を払い、感染症に関し、誤った情報や不適当な報道がなされたときには、速やかにその訂正がなされるように、県等は、報道機関との連携を平常時から密接に行う等の体制整備を図ります。

(ｳ)　感染症患者等に関する個人情報は、埼玉県個人情報の保護に関する法律施行条例（令和４年条例第５０号）に基づき、適切に取り扱います。また、感染症に関する情報の公開に当たっては、患者等のプライバシーに十分配慮します。

エ　関係各機関との連携

国及び地方公共団体間、地方公共団体間等における密接な連携のため、定期会議の開催等を行います。

⑭　その他の感染症の予防のための施策

ア　施設内感染の防止

(ｱ)　病院、診療所、高齢者施設、障害者施設等において感染症が発生し又はまん延しないよう、県等にあっては、最新の医学的知見等を踏まえた施設内感染に関する情報をこれらの施設の開設者又は管理者に適切に提供します。また、これらの施設の開設者及び管理者にあっては、提供された感染症に関する情報に基づき、必要な措置を講ずるとともに、普段より施設内の患者及び職員の健康管理を進めることにより、感染症が早期発見されるように努めます。

(ｲ)　医療機関においては、院内感染対策委員会等を中心に院内感染の防止に努めることが重要であり、実際に取ったこれらの措置等に関する情報について、県等や他の施設に提供することにより、その共有化を図るよう努めます。

イ　災害防疫

(ｱ)　災害発生時の感染症の発生の予防及びまん延の防止の措置は、生活環境が悪化し、被災者の病原体に対する抵抗力が低下する等の悪条件下に行われるものであるため、知事等は、迅速かつ的確に所要の措置を講じ、感染症の発生及びまん延の防止に努めます。

(ｲ)　(ｱ)の際、県等においては、保健所等を拠点として、迅速な医療機関の確保、防疫活動、保健活動等を実施します。

ウ　動物由来感染症対策

(ｱ)　県等は、動物由来感染症に対する必要な措置等が速やかに行えるよう、獣医師等に対し、感染症法第１３条に規定する届出や狂犬病予防法（昭和２５年法律第２４７号）に規定する届出の義務について周知を行うとともに、ワンヘルス・アプローチ（人間及び動物の健康並びに環境に関する分野横断的な課題に対し、関係者が連携してその解決に向けて取り組むことをいう。）に基づき、保健所等と関係機関及び医師会、獣医師会などの関係団体等との情報交換を行うこと等により連携を図って、県民への情報提供を進めます。

(ｲ)　ペット等の動物を飼育する者は、(ｱ)により県民に提供された情報等により動物由来感染症に関する正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うよう努めます。

(ｳ)　県等は、積極的疫学調査の一環として動物の病原体保有状況調査（動物由来感染症の病原体の動物における保有の状況に係る調査をいう。）により広く情報を収集することが重要であるため、保健所、衛生研究所、動物等取扱業者の指導を行

う機関等が連携を図りながら調査に必要な体制について構築していきます。

(ｴ)　動物由来感染症の予防及びまん延の防止の対策については、感染症の病原体を媒介するおそれのある動物に対する対策や、動物等取扱業者への指導、獣医師との連携等が必要であることから、県等の感染症対策部門において、ペット等の動物に関する施策を担当する部門と適切に連携をとりながら対策を講じていきます。

エ　外国人への対応

感染症法は、県内に居住し又は滞在する外国人についても同様に適用されるため、保健所等の窓口に感染症対策を外国語で説明したパンフレットを備えておく等の取組を行います。

オ　薬剤耐性対策

県等は、医療機関において、薬剤耐性の対策及び抗菌薬の適正使用が行われるよう、適切な方策を講じます。

別表（数値目標）（＊１）

区分	目標項目	平時	流行初期	流行初期以降
⑴医療提供体制	協定締結医療機関（入院）の確保病床数		１，２００床（＊２）	２，０００床（＊２）
	うち重症病床数		１００床	１５０床
	協定締結医療機関（発熱外来）の確保医療機関数		１，１００機関	１，６００機関
	協定締結医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の機関数			２，２００機関

	うち病院			１００機関
	うち診療所			８５０機関
	うち薬局			１，１００機関
	うち訪問看護事業所			１５０機関
	協定締結医療機関（後方支援）の機関数			１７０機関
	協定締結医療機関（人材派遣）の確保人数			２５０人
	うち派遣可能な医師数			１００人
	うち派遣可能な看護師数			１５０人
⑵物資の確保	個人防護具の備蓄を十分に行う協定締結医療機関（病院・診療所・訪問看護事業所）の数	協定締結医療機関の８割以上		
⑶検査体制	検査の実施能力		４，５００件/日	１２，５００件/日
	うち地方衛生研究所等		６５０件/日	９００件/日

		※（）内はＰＣＲ検査機器数		（１５台）	（１６台）
		（県）		３００件/日 （５台）	３００件/日 （５台）
		（さいたま市）		１００件/日 （４台）	２００件/日 （４台）
		（川越市）		９０件/日 （２台）	１８０件/日 （３台）
		（川口市）		８０件/日 （２台）	１２０件/日 （２台）
		（越谷市）		８０件/日 （２台）	１００件/日 （２台）
		うち医療機関・民間検査機関		３，８５０件/日	１１，６００件/日
⑷宿泊療養体制	協定締結宿泊施設の確保居室数			１，０００室	１，９００室
⑸人材の養成・資質の向上	医療従事者や保健所職員の研修・訓練回数		年１回以上		

⑹保健所の体制整備	流行初期１か月間において想定される業務量に対応する人数（＊３）			１，２８０人	
		うち南部保健所		５１人	
		うち朝霞保健所		７７人	
		うち春日部保健所		５３人	
		うち草加保健所		５５人	
		うち鴻巣保健所		５６人	
		うち東松山保健所		３４人	
		うち坂戸保健所		３８人	
		うち狭山保健所		８９人	
		うち加須保健所		３６人	
		うち幸手保健所		４７人	
		うち熊谷保健所		６３人	
		うち本庄保健所		３１人	
		うち秩父保健所		３０人	
		うちさいたま市保健所		２７５人	
		うち川越市保健所		９１人	

		うち川口市保健所		１６３人	
		うち越谷市保健所		９１人	
	１年間以内のＩＨＥＡＴ研修受講人数		５６人		
		うち県	１６人		
		うちさいたま市	１５人		
		うち川越市	７人		
		うち川口市	８人		
		うち越谷市	１０人		

＊１　予防計画における数値目標は、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に置くこととします。

＊２流行初期：１，２００床・流行初期以降：２，０００床の確保数には、感染症病床の７７ 床も含まれます。（令和６年１月現在）

＊３　配置・派遣に当たっては、第一種感染症指定医療機関を管内に有することを勘案します。

４　指標

⑴　新興感染症発生時における病床の確保数

現状値　０床　→　目標値　【流行初期】　１，２００床

【流行初期以降】２，０００床

（令和４年度（２０２２年度））　（令和６年度（２０２４年度））９月までに確保し、その後確保数を維持する。

⑵　感染症専門研修受講者数

現状値　１１４人　　→　　目標値　５４２人

（令和４年度（２０２２年度））　　（令和８年度（２０２６年度））

第３章　在宅医療の推進

第１節　在宅医療の推進

１　目指すべき姿

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。

在宅での療養を希望する患者が住み慣れた地域で必要な医療を受けるため、⑴在宅療養に向けた入退院支援、⑵日常の療養生活の支援、⑶急変時の対応、⑷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在宅医療が提供される体制を構築します。

２　現状と課題

悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるという疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しています。そのため、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る人が今後も増加していくことが見込まれます。

令和５年（２０２３年）における６５歳以上の県内高齢者人口は約１９８万人(町（丁）字別人口（令和５年１月１日現在））ですが、令和２２年（２０４０年）には約２３２万人（国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和５年推計)」）となり、同年の７５歳以上の人口割合は、現在の１４．３％から１８．１％に増加します。

令和２年（２０２０年）における６５歳以上の高齢者のいる世帯の約６割が独居又は夫婦のみの世帯であり、今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供のあり方を検討することが重要です。

また、医療的なケアを受けながら日常生活を営む小児の患者も増加しています。

このように、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩に伴い、生活の質（ＱＯＬ）の向上を重視した医療への期待も

あり、在宅医療のニーズは大幅に増加し、また多様化しています。

⑴　入退院支援

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、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、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各地域で策定しましたが、今後は策定されたルールが効果的に活用されることが求められます。

⑵　日常の療養生活の支援

訪問診療を実施する医療機関は令和５年（２０２３年）３月末現在、８９４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、診療所の約７割が２４時間対応の困難さを挙げています。

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るとともに、これまで訪問診療を担っていない医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進が求められます。

在宅医療ニーズが高まる中、訪問看護利用者数、訪問看護ステーション数は増加傾向にあります。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、事業者規模の拡大等の機能強化などによる安定的かつ質の高い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。

療養生活の質の向上に向け、歯・口腔（くう）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（えん）性肺炎の予防などのため、在宅療養患者への歯科医療の提供の促進が必要です。そのため、地域在宅歯科医療推進拠点において、訪問歯科診療等の相談や受診調整、入院患者の歯と口腔（くう）内の状況把握などを行うとともに、医療・介護の多職種と連携しながら、口腔（くう）内と全身の健康状態の改善を通して在宅療養患者の生活の質（ＱＯＬ）の向上を図ることが求められます。

地域において薬局は、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、入院、在宅及び介護施設への入所と療養環境が変わっても、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（薬剤管理）を提供していくことが求められます。

医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテ

ーションまで切れ目なく提供できる体制の整備が求められます。

訪問栄養食事指導を充実させるためには、指導が可能な管理栄養士が在籍する拠点を広く周知し、スムーズな利用ができる環境整備が必要です。そのために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所のほか、栄養ケア・ステーション、機能強化型認定栄養ケア・ステーション、栄養ケア・ユニット等の体制の整備と機能強化が求められます。

小児在宅医療の推進のためには、小児在宅医療を担う医師・薬剤師・看護師・介護職員等を育成することが必要です。

また、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。

⑶　急変時の対応

急変時の対応に関する患者の不安や家族の負担への懸念がある中で、こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題となっています。

そのため、往診や訪問看護の対応が可能な連携体制、緊急時に円滑に入院できる病床の確保といった後方支援体制の構築が求められます。

⑷　在宅での看取り

患者や家族の生活の質（ＱＯＬ）の維持・向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、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、患者やそのケアをする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ます。

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。

⑸　在宅医療において積極的な役割を担う医療機関

前記⑴から⑷までに掲げる在宅医療の機能の充実に向けて、多職種と協働し、２４時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関等の支援も行う「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」が必要となります。

「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が担うことが想定され、特に機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院については、より積極的な役割を担うことが求められます。

⑹　在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記⑴から⑷までに掲げる在宅医療の機能の充実に向けて、在宅医療の提供体制の充実を図るとともに、医療・介護の連携

を一層推進していくことが必要となります。
　このため、各地域で在宅医療に必要な連携を推進する上で中心的な役割を果たす「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が必要となります。
　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」については、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等が担うことが想定されます。また、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要となります。

３　課題解決に向けた主な取組
⑴　地域において在宅療養を支援する連携体制と後方支援体制の構築
⑵　在宅医療に必要な連携を担う拠点に対する広域的な継続支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援
⑶　訪問診療を担う医師の育成
⑷　在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成
⑸　在宅歯科医療の推進を担う地域在宅歯科医療推進拠点の充実
⑹　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
⑺　地域リハビリテーションの推進（再掲）
⑻　管理栄養士が在籍する拠点の周知と管理栄養士の資質向上や栄養ケア・ステーション等の機能強化
⑼　小児在宅医療の推進（再掲）
⑽　患者を支える多職種連携システムの普及・拡大
⑾　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
⑿　在宅医療に関わる医療・介護人材の育成
⒀　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（再掲）
⒁　人生の最終段階における医療提供体制の整備（再掲）

４　指標
⑴　訪問診療を実施する医療機関数（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出医療機関数）
　現状値　８９４か所　　→　目標値　１，０００か所　　→　目標値　１，０８０か所

（令和４年度（２０２２年度））　（令和８年度（２０２６年度））　（令和１１年度（２０２９年度））

⑵　訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数

現状値　３，２８０人　→　目標値　４，００５人　→　目標値　４，３００人

（令和４年度（２０２２年度））　（令和８年度（２０２６年度））　（令和１０年度（２０２８年度））

⑶　地域連携薬局の認定を取得した薬局数

現状値　２２７薬局　→　目標値　８００薬局

（令和４年度（２０２２年度））　（令和８年度（２０２６年度））

⑷　在宅歯科医療実施登録機関数（再掲）

現状値　８７４医療機関　→　目標値　１，０６０医療機関　→　目標値　１，２００医療機関

（令和４年度（２０２２年度））　（令和８年度（２０２６年度））　（令和１１年度（２０２９年度））

第４章　医療の安全の確保

第１節　医療の安全の確保

１　目指すべき姿

県民の健康を確保するためには、県民が安心して医療機関を受診できる環境づくりを進める必要があります。そのため、患者本位の医療の実現が重要であり、医療提供者及び県による分かりやすい情報提供や相談対応などの体制づくりを目指します。

２　現状と課題

⑴　患者本位の医療の提供

医療提供体制は県民の健康を確保するための重要な基盤です。また、患者本位の医療の実現が重要であり、医療提供者及び県による分かりやすい情報提供や相談体制などの環境づくりと患者・家族が積極的かつ主体的に医療に参加していく仕組みづくりが求められます。

医療機関におけるインフォームド・コンセントやセカンドオピニオンの充実が求められています。このため、平成１９年度（２００７年度）から「患者さんのための３つの宣言」実践医療機関を県が登録、公表しています。

平成１８年（２００６年）の医療法の改正により、患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるよう支援するため、医療機能情報の提供制度が創設されました。

また、同様の趣旨から薬局機能についても医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下、「薬機法」という。）（旧「薬事法」）の改正により、薬局機能情報の提供制度が創設されました。

平成２０年（２００８年）３月から県内の医療機能情報等をホームページに掲載し、県内約１万の医療機関及び薬局から報告された医療機能情報等を公表しています。

⑵　医療安全の確保

新型コロナウイルス感染症等新たな感染症による院内感染の発生などにより、医療の安全性向上と信頼の確保への取組が重要な課題となっています。

平成１８年（２００６年）の医療法の改正により、全ての医療機関の管理者に、医療の安全のための体制整備、院内感染対策の体制整備、医薬品・医療機器の安全使用・安全管理のための体制整備が義務付けられました。

また、薬機法の改正により、薬局に対しては、医薬品の業務に係る医療の安全管理体制の整備が義務付けられました。

医療事故等の防止に向け、医療従事者一人一人の意識改革と資質向上はもとより、組織的な取組を進めていくことが重要です。

患者やその家族など県民からの医療に関する相談に応じるため、「医療安全相談窓口」を県医療整備課及び各保健所内に設置し、必要な情報を提供するとともに、必要に応じて医療機関に対し助言・指導を行っています。

相談件数は、年間約６千件を超え、主な相談内容としては「健康・病気」に関するものが最も多く、次いで「対応・接遇」、「医療機関案内」の順となっています。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　医療機能情報提供制度の運営による医療機関等選択の支援

⑵　患者の視点に立った医療提供を目的とした、インフォームド・コンセントやセカンドオピニオンなどの普及支援

⑶　医療安全相談体制の充実

⑷　医療機関の医療安全管理体制確立の支援

４　指標

⑴　「患者さんのための３つの宣言」実践登録医療機関の割合

現状値　５７．８％　（令和４年度末（２０２２年度末））　→　目標値　６３．５％　（令和１１年度末（２０２９年度末））

第２節　医薬品等の安全対策

本節のうち、薬物乱用対策の推進については、埼玉県薬物の濫用の防止に関する条例（平成２７年条例第１９号）第３条の趣旨を踏まえた「埼玉県薬物乱用対策推進計画」として定めるものです。

１　目指すべき姿

県民の命と健康を守るという絶対的な使命感に基づき、品質の高い、安全な医薬品などの流通を目指します。

薬物乱用の防止を通じ、県民が安心して暮らすことのできる社会をつくります。

２　現状と課題

⑴　安全な医薬品などの供給

近年、技術の進歩や医薬品などの流通がグローバル化したことに伴い、最先端の技術等を利用した医薬品や、海外で開発された医薬品などが使用され、保健医療の向上に寄与しています。

一方、これら医薬品などによる保健衛生上の危害を未然に防止するため、高度な品質の確保とともに、副作用の低減化や細菌等による汚染防止などの安全対策が強く求められています。

そのため、医薬品などの製造から流通、更には市販後の使用に至る各段階で、国際水準に対応した監視指導・検査体制を充実強化する必要があります。

また、製造販売業者などによる自主管理の充実強化を推進することが必要です。

さらに、インターネット等の普及により、医薬品などの入手経路が多様化していることから、いわゆる健康食品や無承認無許可医薬品等による健康被害を未然に防止するための監視指導の強化が必要です。

⑵　毒物劇物安全対策の充実

毒物劇物は、工業薬品、試薬、農薬など幅広い分野で使用されています。

毒物劇物は取扱いを誤ったり、事故が発生した場合には、保健衛生上の大きな危害発生のおそれがあります。

毒物劇物取扱者による毒物劇物の適正管理等の安全対策や事件・事故発生時の被害拡大防止対策を充実強化する必要があります。

⑶　薬物乱用対策の推進

本県では平成２７年度（２０１５年度）から埼玉県薬物乱用対策推進計画を定め、以下「ア予防啓発」、「イ取締指導」、「ウ回復支援」の３つの柱により、薬物乱用対策を推進してきたところです。

しかし、依然として全薬物事犯の検挙者数は５００人前後で横ばいに推移しており、減少傾向は見られません。薬物事犯検挙者数を薬物別にみると、覚醒剤の検挙者が引き続き多数を占めていますが、覚醒剤事犯が減少傾向である一方、大麻事犯が増加傾向となっています。

特に、大麻事犯においては、全検挙者の半数以上を１０代及び２０代（以下、本節において「若年層」といいます。）が占めていることが特徴となっています。また、大麻事犯については、全国的にも急激に増加しており、国において令和５年８月に策定された「第六次薬物乱用防止五か年戦略」において「大麻乱用期の渦中」と表現されており、埼玉県においても大麻に注力した対応が急務となっています。

大麻事犯については、若年層の割合が多いことに加えて初犯者が約８割と高いことから、特に若年層に対する大麻に重点をおいた予防啓発が重要と考えられます。

さらに、薬物の供給源となる密売組織、大麻栽培事犯及びその需要となる末端乱用者に対する取締りの徹底と、新たな乱用薬物の出現に対応するため、迅速な流通規制及び監視も必要です。

また、薬物乱用の防止には、薬物乱用者の再乱用防止も重要ですが、全薬物事犯の再犯率に減少傾向はみられず、５０％前後で推移しており、薬物乱用者及びその家族等に対する回復支援も重要です。

ア　予防啓発

(ｱ)　取組の現状

a　薬物乱用防止指導員の活動

県では、薬物乱用防止の啓発活動を積極的に行うため、薬物乱用防止指導員を委嘱しています。

薬物乱用防止指導員は、主に医師、薬剤師及び保護司等のボランティアから構成され、学校における薬物乱用防止教室や各種会合等における講演会の講師を行うほか、地域におけるイベント等の場において啓発活動を行っています。

さらに県では地域における薬物乱用防止活動を計画的に行うため、県保健所ごとに薬物乱用防止指導員協議会を設置し、薬物乱用防止指導員協議会では、協議会ごとに薬物乱用防止啓発キャンペーン等を計画するほか、薬物乱用防止指導員の資質向上のための研修等を行っています。

また、委嘱したすべての薬物乱用防止指導員を対象とした研修も実施し、薬物乱用に関する最新の情報を提供すると共に指導力向上に努めています。

b　薬物乱用防止教室の実施

県では、児童生徒に対して薬物の正しい知識の普及のため、小・中・高等学校及び特別支援学校に対して薬物乱用防止教室の開催を働きかけています。

令和４年度（２０２２年度）においては、公立の特別支援学校における薬物乱用防止教室の実施率が９０．０％であったものの、その他全ての公立学校において、薬物乱用防止教室が開催されました。一方、私立の小・中・高等学校及び特別支援学校における薬物乱用防止教室の実施率は、全国平均を上回るものの、７７．４％に留まっています。

県及び県警では、薬物乱用防止教室の講師派遣も行っています。また、学校で薬物乱用防止教室を開催するにあたって、学校薬剤師、地区保護司会、さいたま法務少年支援センター非行防止相談室ひいらぎ、関東信越厚生局麻薬取締部などの関係機関・関係団体の方も活躍しています。

c　地域に密着した薬物乱用防止活動

青少年をはじめ広く県民に薬物乱用防止を呼び掛けるため、県は、関係機関・関係団体と連携し、街頭や各種イベント会場において、啓発キャンペーンを実施しています。

令和４年度（２０２２年度）においては、３０会場において啓発を実施しました。

また、県は、啓発キャンペーンのほか、関係団体の協力を得ながら、各種アミューズメント施設や店舗等において啓発資材の掲示や配布も行っています。

d　各種広報媒体を活用した薬物乱用防止啓発情報の発信

県及び県警は、テレビ・ラジオ・広報誌・ホームページ等の広報媒体を活用し、県民に薬物乱用を未然に防止するための最新の情報を発信しています。

e　不動産業界との協定

県及び県警は、公益社団法人宅地建物取引業協会及び公益社団法人全日本不動産協会埼玉県本部と各々、「危険ドラッグの販売等の防止に関する協定」を締結しています。

この協定に基づき、各不動産業者を通じて薬物乱用防止啓発活動の推進を図っています。

(ｲ)　課題

a　県内における薬物事犯の検挙者数は、全体として減少していません。薬物を乱用しない、薬物の誘いを断れるよう規範意識の醸成を少年期から図る必要があるため、すべての学校で児童生徒を対象に薬物乱用防止教室を開催する必要があります。

b　大麻事犯の検挙者数の半分以上が若年層であることから、大麻をはじめとする違法薬物に対する危険性や有害性について若年層を中心に広く効果的に啓発する必要があります。

イ　取締指導

(ｱ)　取組の現状

a　覚醒剤、大麻等薬物事犯への取締り

県警では、薬物の供給源となる密売組織を壊滅させ、また需要側となる末端乱用者に対する取締りを徹底し、薬物需要の根絶に取り組んでおり、令和４年（２０２２年）には、４１６人を検挙しています。

b　麻薬、向精神薬及び覚醒剤原料取扱施設への監視指導

医療用の麻薬、向精神薬及び覚醒剤原料を取扱う医療機関は増加傾向にあります。

県では、これらの医療用の麻薬等が不正に流通し、悪用されないよう、医療機関等の麻薬、向精神薬及び覚醒剤原料取扱施設の監視指導を行っています。令和４年度（２０２２年度）は５，００８施設の監視指導を行い、麻薬等の適正な管理及び使用を指導しています。

c　多様化する乱用薬物への対応

法規制を潜り抜ける新たな危険ドラッグの県内への流通を食い止めるため、国及び他の自治体と連携し、法規制に先んじて条例に基づく知事指定薬物に指定し、知事指定薬物の製造や販売等を規制しています。これまでに１３７成分を知事指定薬物として指定しています（令和５年（２０２３年）６月２１日現在)。

d　不動産業界団体との協定

「危険ドラッグの販売等の防止に関する協定」に基づき、公益社団法人宅地建物取引業協会及び公益社団法人全日本不動産協会埼玉県本部において提供している建物賃貸借契約書例の特約事項欄、重要事項説明書の記入例として、危険ドラッグの販売等を禁止する事項及び当該禁止事項に違反した場合の契約を解除する事項を作成し、会員周知することにより、危険ドラッグの販売店舗の出店の未然防止を図っています。

(ｲ)　課題

a　大麻、覚醒剤等乱用薬物の不正な県内流通や乱用を防止する必要があります。

b　麻薬取扱施設は増加傾向にあり、これらの監視指導を徹底することにより医療麻薬等の不正流通を引き続き防止する必要があります。

c　新たに現れる危険ドラッグ等の成分となる薬物に対し、取締りを徹底する必要があります。

ウ　回復支援

(ｱ)　取組の現状

a　薬物依存症の治療

薬物事犯の再犯者率が約５割と高い状況にあります。理由として、薬物依存症からの回復が難しいことが一因と言われています。薬物乱用対策を推進するうえで薬物依存症者による再乱用を防止することが重要ですが、薬物依存症は専門的な医療機関での治療が必要とされます。

県内では、埼玉県立精神医療センターが認知行動療法プログラムによる薬物依存症の専門的治療を行っています。埼玉県立精神医療センターにおける薬物依存症の患者数は、令和４年度（２０２２年度）において、入院患者が延べ５４人、外来患者が延べ３５４人に達しており、県では、薬物依存症者に対する治療が可能な医療機関の整備を促進する等、薬物依存症の治療体制の充実に努めています。

b　薬物依存症者の社会復帰支援

薬物依存症者の回復のためには、薬物依存症の治療だけではなく、健全な社会に復帰するための支援を行う必要があります。

再犯防止と改善更生を図る一環として、薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予制度が平成２８年（２０１６年）６月に施行されました。これにより刑期を残して社会に出る覚醒剤等薬物事犯者は保護観察を付され、地域社会の中で回復の支援を受けることとなります。

県では、県内の薬物依存症者の回復と社会復帰支援に取り組む民間団体（以下、「回復支援団体」という。）と連携して薬物依存症者の回復を支援するとともに、薬物依存症者の家族の交流会等を通じてその家族等への支援も行っています。

c　薬物問題に対する相談体制

薬物を乱用してしまった場合には、早期発見・早期対応が重要となり、薬物乱用者（薬物依存症者を含む）の状態及び状況に応じた対応が必要です。

薬物に関する薬物乱用者及びその家族等からの相談については、保健所、埼玉県立精神保健福祉センター及びさいたま法務少年支援センター非行防止相談室ひいらぎ（さいたま少年鑑別所）等で応じています。これらの機関では、相談者が抱えている問題への対処方法や薬物依存症の治療に結びつけるための助言を行っています。

(ｲ)　課題

a　県内の薬物依存治療を行う医療機関の整備や、薬物依存症の治療の充実を図る必要があります。

b　薬物依存症からの回復のためには社会復帰に向けた支援が重要であり、支援体制を充実強化する必要があります。

c　県内の回復支援団体の支援を通じて薬物依存症者の社会復帰を進める必要があります。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　医薬品などの品質管理の徹底及び製造販売業者などに対する監視指導

医薬品などの品質、有効性及び安全性を確保するため、国際水準に基づき医薬品製造販売業者などに対する監視指導を行い、医薬品などの製造、品質管理や安全管理の充実強化を図ります。

⑵　医薬品などの収去検査の実施及びいわゆる健康食品の買上検査・広告監視の強化

収去検査やいわゆる健康食品の検査により、不良品及び無承認無許可医薬品等の発見に努め、これらの健康被害の発生防止に努めます。

⑶　毒物劇物製造業者などに対する監視指導及び毒物劇物安全管理研修会の実施

毒物劇物などの化学物質による危害を未然に防止するため、毒物劇物製造業者などに対する監視指導体制の整備充実を図ります。

⑷　毒物劇物などによる事件・事故発生時の情報収集等被害拡大防止体制の整備充実

毒物劇物などの化学物質による事件・事故発生時の被害拡大防止のため、毒物劇物製造業者などに対する危機管理体制の整備充実を図ります。

⑸　薬物乱用対策の推進

ア　予防啓発

(ｱ)　学校における薬物乱用防止教育の充実（関連する取組１）

薬物の乱用を未然に防止するためには、青少年のうちから薬物乱用の有害性・危険性について正しい知識を持たせ、薬物乱用を拒絶する規範意識を向上させることが重要です。

そこで、県、県警及び教育委員会等が連携・協力して、学校教育における薬物乱用防止教育を推進するとともに内容の充実を図ります。

また、最新の情報を盛り込み、年齢層に応じた啓発資材を作成・配布等することにより効果的な薬物乱用防止の啓発を図ります。

(ｲ)　薬物乱用未然防止のための青少年を中心とした地域社会全体の薬物根絶意識の醸成（関連する取組２）

薬物の乱用を未然に防止するためには、地域社会において青少年に薬物を乱用させない環境整備が必要であり、その推進には家庭や地域における薬物根絶意識の醸成を図ることが重要です。また、学校に通っていない青少年に対しても薬物乱用の有害性・危険性について正しい知識を持たせ、薬物乱用を拒絶する規範意識を向上させる必要があります。

そこで、県、県警及び関係機関が連携・協力して、幅広く青少年、家庭及び地域社会に対し、薬物乱用防止の啓発を行うとともに、啓発内容の充実を図ります。

(ｳ)　薬物乱用防止のための普及啓発への支援の充実（関連する取組３）

学校や地域社会における薬物乱用防止の教育や学習を推進するためには、啓発用資材等の充実を図るとともに、薬物乱用の有害性や危険性等の関する正しい知識を効果的に伝える人材を育成する必要があります。

また、学校や地域社会における普及啓発活動は、継続的に行うことが重要であるため、各普及活動を積極的に支援します。

イ　取締指導

(ｱ)　大麻、麻薬、覚醒剤等の規制薬物の取締りの充実強化（関連する取組４）

薬物乱用を防止するためには、薬物の供給源となる密売組織を壊滅し、薬物を入手できない社会を目指すとともに、薬物密売組織の維持・拡大を支える末端乱用者に対する取締りを徹底し、薬物需要の根絶を図る必要があります。

そこで、薬物事犯者の検挙を徹底し、薬物事犯の発生防止に取り組みます。また、自生する又は不正に栽培している大麻やけしの除去を行います。

(ｲ)　正規流通麻薬、向精神薬等の適正な管理の徹底（関連する取組５）

正規に流通している麻薬、向精神薬や覚醒剤原料は医療に欠かせません。

これらの薬物が不正に売買され、あるいは薬物乱用者の手に渡ることのないよう、医療機関等の麻薬、向精神薬及び覚醒剤原料取扱施設を監視指導することにより、不正流通、事故及び法令違反の未然防止に取り組みます。

(ｳ)　多様化する乱用薬物等に対する迅速な対応による薬物の流通阻止（関連する取組６）

法規制が及ばない危険ドラッグ等の薬物を条例で規制するとともに、多様化する販売形態の調査及び取締りを強化し、危険ドラッグによる健康被害の未然防止に取り組みます。

ウ　回復支援

(ｱ)　薬物依存症治療体制の充実（関連する取組７）

薬物依存症者に対しては、適切な医療を提供する必要がありますが、同時に、薬物依存症者について適切な対処を可能とする医療体制の整備が必要です。

また、薬物依存症者を早急に治療に結びつけるためには、家族や周囲の協力が必要です。

そこで、県と保健所設置市が連携して薬物依存症者及びその家族等を支援します。また、県は、医療機関における薬物依存症治療体制を支援します。

(ｲ)　社会復帰に向けた回復支援の充実強化（関連する取組８）

薬物を乱用してしまった場合には、早期発見・早期対応が重要となり、薬物乱用者の状態及び状況に応じた適切な対応が必要です。特に、薬物の再乱用を防止するには、薬物依存症の治療のみならず、社会復帰の支援を行う必要があります。

そこで、回復支援団体と連携した相談事業を通じて、薬物依存症者の社会復帰を支援します。

また、青少年の非行立直り支援の一環として、薬物乱用者とその家族等を支援することにより、薬物の再乱用防止を推進します。

(ｳ) 関係機関による相談体制の充実強化（関連する取組９）

薬物乱用の問題への対応や薬物依存症からの回復のためには、薬物乱用者・依存症者本人への支援はもとより、家族等による薬物乱用者・依存症者への適切な対応が重要です。

そこで、薬物乱用者・依存症者やその家族等からの相談に応じ、薬物乱用からの脱却や薬物依存症からの回復のための支援を行います。

また、薬物乱用者・依存症者及びその家族等が、早期にかつ確実に相談窓口にたどり着けるよう働きかけを行います。

４　指標

⑴　薬物乱用防止指導員による薬物乱用防止教室を実施した学校数及び受講者数

現状値　１６４校　３４，９９０人　→　目標値　２３０校　６５，０００人

（令和４年度（２０２２年度））　（令和１１年度（２０２９年度））

第３節　医薬品の適正使用の推進

１　目指すべき姿

医薬品は効能効果、用法用量及び副作用等の必要な情報が正しく伝達され、適切に使用されることにより、初めてその薬効を十分に発揮します。そのため、県民に医薬品の正しい情報を提供し、適正使用を推進します。

また、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用は患者一人一人の費用負担の軽減につながるほか、優れた国民保険制度を次の世代に引き継いでいくことに貢献するものです。本県では国の目標（令和３年６月閣議決定）でもある「ジェネリック医薬品数量シェア８０％以上」を達成しました。今後も様々な取り組みにより現状値を下回らないように取り組みます。

２　現状と課題

⑴　医薬品の正しい知識の普及啓発

医薬品等の適正使用を推進するため、正しい知識の普及啓発と医薬品等の副作用情報の収集及び情報提供が必要です。

⑵　かかりつけ薬剤師・薬局の推進等

高齢社会を迎え患者が複数の診療科を受診する場合があり、医薬品の飲み合わせによる副作用（十分に効果が得られない場合や身体に悪い影響が出るなど）や重複投薬が課題となっています。

そのため、医薬品に関する正しい知識（副作用含む）の普及啓発や服薬する医薬品をチェック（多剤・重複投薬防止、残薬対策）できる「かかりつけ薬剤師、薬局」（服薬情報の一元的・継続的把握、２４時間対応・在宅対応、医療機関等との連携）の機能を強化し、県民にこれらを選んで活用してもらうことが必要です。

さらに、健康サポート薬局（かかりつけ薬剤師・薬局としての機能に加えて県民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する機能を有する薬局）や地域連携薬局（令和３年から認定制度の始まった、患者の入退院時の医療機関との情報連携や在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局）を通じて積極的に様々な機能を県民に提供していく必要があります。

⑶　ジェネリック医薬品の使用促進

ジェネリック医薬品は患者負担の軽減や医療費適正化の観点から使用促進のための様々な取組みにより順調に普及してきています（数量シェア８０％以上の達成）。

しかしながら、一部のジェネリック医薬品メーカーの不祥事から医療関係者等の中には品質を不安視する声もあります。

そのため、数量シェア８０％以上の堅持と不安解消のための取組が必要です。また、将来的にはバイオ後続品（＊）の使用促進を図っていく必要があります。

併せて、製薬メーカーの出荷停止等により医薬品の安定供給に影響が見受けられるため注視していく必要があります。

＊バイオ後続品　ホルモン製剤や抗体製剤といった分子量が非常に大きく複雑な構造を持つ先行バイオ医薬品と品質がほとんど同じで、同じ効果と安全性が確認された医薬品

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　医薬品などの正しい知識の普及啓発
⑵　医薬品などの適正使用のための情報提供
⑶　かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化、健康サポート薬局・地域連携薬局の拡充
⑷　多剤・重複投薬の防止や残薬対策などの適正使用の推進
⑸　県民を対象としたジェネリック医薬品に関するセミナーの開催やリーフレット等による普及啓発
⑹　ジェネリック医薬品（バイオ後続品を含む）に関する研修会の開催

⑺　汎用ジェネリック医薬品リストの作成

４　指標

ジェネリック医薬品の数量シェア

現状値　８４．０％　　→　目標値　８０．０％以上

（現状値を下回らないように取り組む）

（令和４年度（２０２２年度））　　（令和１１年度末（２０２９年度末））

第４節　献血の推進

１　目指すべき姿

医療に必要不可欠な輸血用血液製剤を、安全かつ安定的に供給するため、必要な時に血液が確保できる環境を整備します。

２　現状と課題

医療に必要不可欠な輸血用血液製剤や大部分の血漿（しょう）分画製剤は、現在、国内の献血で賄われています。

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。

令和２年度（２０２０年度）令和３年度（２０２１年度）は新型コロナウイルス感染症の影響により、学校・事業所への献血バスの配車が中止されることが多くありましたが、令和４年度（２０２２年度）以降は回復しつつあります。今後は、学校等に対する啓発をさらに充実させ、若年層を中心とした献血者を確保する必要があります。

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。

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。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　献血の普及啓発と献血組織の充実

⑵　若年層を中心とした献血者の確保

⑶　安全な血液製剤の安定供給
⑷　血液製剤の適正使用の推進

４　指標
１０代～３０代の献血者数
現状値　７４，７５６人　　→　目標値　９０，７２０人
（令和４年度（２０２２年度））　　（令和１１年度（２０２９年度））

第４部　地域医療構想

第１章　地域医療構想の概要

１　策定の趣旨

急速な高齢化の進展による医療需要・介護需要の大きな変化が見込まれる中、医療や介護を必要とする県民が、できる限り住み慣れた地域で必要なサービスを受けられる体制を確保することが求められます。

そのためには、地域ごとに異なる条件や実情を踏まえ、限られた医療資源を効率的に活用できる医療提供体制の「将来像」を明らかにしていく必要があります。

そこで、令和７年（２０２５年）の医療提供体制に関する構想として、平成２８年（２０１６年）１０月に埼玉県地域医療構想を策定しました。

本構想は第６次の埼玉県地域保健医療計画（平成２５年度（２０１３年度）～平成２９年度（２０１７年度））の一部として策定したものですが、第７次埼玉県地域保健医療計画（平成３０年度（２０１８年度）～令和５年度（２０２３年度））、第８次埼玉県地域保健医療計画（令和６年度（２０２４年度）～令和１１年度（２０２９年度））に、引き続き位置付けます。

なお、令和８年度（２０２６年度）以降の地域医療構想については、今後、国から示される方針を踏まえて策定します。

２　性格

地域医療構想は、医療法により都道府県に策定が義務付けられている医療計画において定める事項として同法第３０条の４第２項第７号に規定されている将来（令和７年（２０２５年））の医療提供体制に関する構想です。

第２章　本県の概況と２０２５年における医療需要等

１　区域の設定

地域の特性を踏まえた医療提供体制を構築するための構想区域（以下、「区域」という。）を設定します。

本県では、第１部第３章第１節に定める二次保健医療圏を区域として設定しています。これは、二次保健医療圏が、「埼玉県５か年計画」における、県民の生活圏としての一体性などを考慮した「地域区分」などとの整合が図られていることや、埼玉県高齢者支援計画における「老人福祉圏域」や、埼玉県障害者支援計画における「障害保健福祉圏域」として定めていることを踏まえたものです。

２　医療需要の推計結果

医療機能を、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の４機能に区分して、将来の医療需要及び必要病床数を推計します。

【医療機能区分】

医療機能区分	
高度急性期機能	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの。
急性期機能	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（高度急性期機能に該当するものを除く）。
回復期機能	急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ＡＤＬ（日常生活における基本的動作を行う能力をいう。）の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含み、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合も含む）。
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者（長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者、難病患者その他の疾患の患者を含む。）を入院させるもの。

令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）における、医療需要推計結果は次のとおりです。

【医療需要推計結果（人／日）】

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	３，５４３	４，１４５	４，２３２

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
急性期	１０，６２５	１４，００７	１４，８９２
回復期	１０，７０１	１５，０４４	１６，２８８
慢性期	１０，９４２	１２，８９０	１４，４６９
需要合計	３５，８１１	４６，０８６	４９，８８１

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により推計

【留意事項】

平成２５年（２０１３年）の慢性期の医療需要については、令和７年（２０２５年）の医療需要推計において在宅医療等に移行するとされている数を含みません。

【各区域の医療需要推計結果（人／日）】

⑴　南部

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	３９１	４５７	４８１
急性期	１，１６７	１，４９９	１，６０７
回復期	１，０５５	１，４６０	１，５８６
慢性期	６５５	８０１	８９６
需要合計	３，２６８	４，２１７	４，５７０

⑵　南西部

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	２４７	３１９	３３８
急性期	９３９	１，３１５	１，４１５

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
回復期	８０６	１，２２０	１，３３８
慢性期	８９６	１，２０６	１，３５５
需要合計	２，８８８	４，０６０	４，４４６

⑶　東部

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	５０１	６２３	６３５
急性期	１，５９５	２，１７１	２，２６７
回復期	１，７１１	２，４６１	２，６０１
慢性期	１，６０９	２，３８０	２，６６０
需要合計	５，４１６	７，６３５	８，１６３

⑷　さいたま

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	６９８	７７９	８０１
急性期	１，６３４	２，１６１	２，３４２
回復期	１，４４５	２，０７１	２，２９７
慢性期	１，０８１	１，４３０	１，６１６
需要合計	４，８５８	６，４４１	７，０５６

⑸　県央

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	２０９	２５８	２６２
急性期	７５９	９９３	１，０３５
回復期	７３４	１，００８	１，０６３
慢性期	６５６	７３３	８２４
需要合計	２，３５８	２，９９２	３，１８４

⑹　川越比企

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	５６１	６０１	５９４
急性期	１，３６６	１，７６３	１，８５０
回復期	１，６２３	２，２６６	２，４３０
慢性期	１，８４３	１，９０６	２，１０１
需要合計	５，３９３	６，５３６	６，９７５

⑺　西部

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	４３４	５２０	５２７
急性期	１，３０５	１，７５５	１，８７１
回復期	１，４６７	２，１３３	２，３３３
慢性期	２，２４６	２，４２７	２，７９６
需要合計	５，４５２	６，８３５	７，５２７

⑻　利根

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	２６５	３１９	３２４
急性期	９２５	１，２３３	１，３２９
回復期	９４１	１，３０３	１，４３１
慢性期	８９９	１，０８２	１，２１０
需要合計	３，０３０	３，９３７	４，２９４

⑼　北部

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	２１４	２４５	２４７
急性期	８０６	９８１	１，０３８
回復期	７６５	９５９	１，０４２
慢性期	８２６	７２８	８０５
需要合計	２，６１１	２，９１３	３，１３２

⑽　秩父

	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）	令和１７年 （２０３５年）
高度急性期	２３	２４	２３
急性期	１２９	１３６	１３８
回復期	１５４	１６３	１６７
慢性期	２３１	１９７	２０６
需要合計	５３７	５２０	５３４

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により推計

３　必要病床数の推計結果（令和７年（２０２５年））

医療需要の推計結果を基に算定した各区域の必要病床数は次のとおりです。

【各区域における必要病床数推計結果（床）】

区域	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
南部	５，０２５	６０９	１，９２２	１，６２３	８７１
南西部	４，７７７	４２５	１，６８５	１，３５６	１，３１１
東部	８，９３５	８３１	２，７８３	２，７３４	２，５８７
さいたま	７，６６４	１，０３９	２，７７０	２，３０１	１，５５４
県央	３，５３４	３４４	１，２７３	１，１２０	７９７
川越比企	７，６５２	８０２	２，２６０	２，５１８	２，０７２
西部	７，９５１	６９４	２，２４９	２，３７０	２，６３８
利根	４，６３０	４２６	１，５８０	１，４４８	１，１７６
北部	３，４４２	３２７	１，２５８	１，０６６	７９１
秩父	６００	３１	１７４	１８１	２１４
合計	５４，２１０	５，５２８	１７，９５４	１６，７１７	１４，０１１

【留意事項】

必要病床数は、医療需要（推計入院患者数）を医療法施行規則で定められた機能別の病床稼働率で除して算出することとされています。機能別の病床稼働率は次のとおりです。

・高度急性期：７５％
・急性期：７８％
・回復期：９０％
・慢性期：９２％

なお、ここでいう必要病床数とは、各区域の目指すべき医療提供体制を検討していく際の「目安」として算出した「将来必要と推計される病床数」という意味です。

４　病床機能報告による病床数と必要病床数との比較

地域医療構想の策定にあたり、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握、分析を行う必要があることから、各医療機関が有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告する仕組み（病床機能報告制度）が平成２６年度（２０１４年度）から開始されました。

平成２８年度（２０１６年度）の病床機能報告結果と令和７年（２０２５年）の必要病床数を比較すると、全体で３，８３８床が不足し、特に回復期機能は１２，２８０床と大幅に不足する結果となっています。

【病床機能報告による病床数と必要病床数の比較（床）】

	全体	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答等
平成２８年度 （２０１６年度） 病床機能報告	５０，３７２	６，７０７	２４，１１８	４，４３７	１２，９６５	２，１４５
令和７年 （２０２５年） 必要病床数推計	５４，２１０	５，５２８	１７，９５４	１６，７１７	１４，０１１	
差引	▲３，８３８	１，１７９	６，１６４	▲１２，２８０	▲１，０４６	

【留意事項】

病床機能報告の結果と地域医療構想策定支援ツールによる必要病床数を比較する際は、次の点に留意する必要があります。

・病床機能報告の病床機能区分は性質的な基準となっているため、医療機関ごとの判断に差があります。
・病床機能報告では、病棟単位での報告となっているため、一つの病棟で複数の病床機能を担っている場合は、主たる機能を選択することになっています。
・病床機能報告は各医療機関の自己申告ですが、必要病床数は診療報酬の点数を基にした医療資源投入量で推計していますの

で、病床機能の捉え方が違います。

5　在宅医療等の必要量の推計結果

在宅医療等の必要量の推計結果は次のとおりです。

なお、在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、サービス付き高齢者向け住宅、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所の病床以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定しています。

【在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）（人／日）】

区域	平成２５年 （２０１３年）	令和７年 （２０２５年）
南部	６，２２５　（４，４０８）	１０，７４０　（７，５１８）
南西部	３，６４７　（２，１３６）	７，０３９　（３，９３５）
東部	６，１７１　（３，４７６）	１２，１０１　（６，６２８）
さいたま	１０，８１４　（７，７５２）	１８，７８５（１３，４２５）
県央	２，６２８　（１，２２０）	４，８７４　（２，１８３）
川越比企	４，８１６　（２，４６９）	８，７９９　（４，１０５）
西部	４，３５０　（１，８３３）	８，９３８　（３，２４４）
利根	２，８４９　（９６７）	４，５４７　（１，４９２）
北部	３，７７１　（２，０００）	５，５４１　（２，８０２）
秩父	８８１　（３６５）	１，００８　（３９９）
合計	４６，１５２（２６，６２６）	８２，３７２（４５，７３１）

（）の数値は全体のうち訪問診療分

第３章　医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制

１　目指すべき姿

急速な高齢化の進展に伴い医療・介護の需要の大幅な増加が見込まれる中、医療機能の分化・連携と在宅医療等の充実を進め、発症から急性期、回復期、在宅医療等まで良質かつ適切な医療が効率的に提供される体制を構築し、県民が住み慣れた地域で必要な時に、必要なサービスの提供を受けられる体制を確保します。

２　現状と課題

⑴　医療機能の分化・連携と病床整備

将来の必要病床数と病床機能報告による現在の病床数を比較すると、全体では不足しており、病床機能ごとで見ると、回復期の不足に対し、急性期は既に過剰となっています。

病床機能ごとの過不足を議論するに当たっては、第２章「４病床機能報告による病床数と必要病床数との比較」の留意事項を踏まえ、病床機能報告の詳細な分析や検討を行った上で必要病床数との比較を行う必要があります。

限られた医療資源で増大する医療需要に対応するためには、各医療機関が担う医療機能を明確にするとともに、病床機能に応じた患者を受け入れる体制を構築し、医療機関相互の連携を図る、医療機能の分化・連携を進めることが重要です。

なお、地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携は、県（行政）が主導的に権限を行使して行うものではなく、あくまでも医療機関の自主的な取組によることが原則です。

こうした取組を促すため、区域ごとの協議の場として、本県では平成２９年度（２０１７年度）から各区域に「地域保健医療・地域医療構想協議会」を設置（令和４年度（２０２２年度）から「地域医療構想調整会議」と「地域保健医療協議会」に分離）しています。

⑵　在宅医療等の体制整備

高齢化の進展のほか、病床機能の分化・連携の推進に伴い慢性期の入院患者の一部が在宅医療等へ移行することにより、本県では、令和７年（２０２５年）に在宅医療等の必要量が、平成２５年（２０１３年）の約１．８倍になるなど、その需要が大幅に増加することが見込まれています。

こうした中、在宅医療等は、高度急性期から回復期、慢性期へ移行した患者の退院後の受け皿として、極めて重要な役割を担うことになります。

そのため、急変時の対応や看取りのための連携体制の構築など、在宅等での長期療養を支援する多職種協働による包括的か

つ継続的な医療提供体制の確保が急務となっています。

【病床機能の分化・連携による在宅医療等の新たなサービス必要量の推計結果（患者住所地ベース）（人／日）】

	令和２年 （２０２０年）	令和５年 （２０２３年）	令和７年 （２０２５年）
療養病床からの転換分 （在宅医療等）	２，７０２	５，４０３	７，２０４
一般病床からの転換分 （外来）	１，６３２	３，２６４	４，３５２

⑶　医療従事者の確保

将来の医療需要を踏まえ、適切かつ持続的な医療提供体制を構築していくためには、各医療機能に対応できる医療従事者を確保していく必要があります。

医師の都市部への集中などによる地域偏在や、産科、小児科、救急等を担当する医師が少ないなどの診療科偏在への対応も課題となっています。

⑷　地域医療介護総合確保基金

医療と介護サービスの提供体制の改革を推進するため、消費税財源を活用した基金を創設し、病床の機能分化・連携、在宅医療の充実、医療従事者の確保のために必要な事業を実施しています。

基金を活用し、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組などを支援することが必要です。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　医療機能の分化・連携と病床整備

ア　地域医療構想調整会議での協議を通じた医療機能の分化・連携

イ　病床機能報告制度と定量基準分析の実施と分析結果を活用した医療機能情報の提供と共有

ウ　急性期病床から地域包括ケア病床等回復期病床への転換促進

エ　令和７年（２０２５年）に向けた各医療機関の対応方針の策定と地域医療構想調整会議における協議と合意

オ　地域医療構想アドバイザー制度を活用した地域医療構想調整会議での議論の活性化

カ　国における医療ＤＸの推進の検討状況を踏まえた必要な対応の実施

⑵　在宅医療等の体制整備
ア　地域において在宅療養を支援する連携体制と後方支援体制の構築
イ　在宅医療に必要な連携を担う拠点に対する広域的な継続支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援
ウ　訪問診療を担う医師の育成
エ　在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成
オ　在宅歯科医療の推進を担う地域在宅歯科医療推進拠点の充実
カ　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
キ　患者を支える多職種連携システムの普及・拡大
ク　人生の最終段階における医療提供体制の整備
⑶　医療従事者の確保
ア　埼玉県総合医局機構による一元的な医師確保対策の推進
イ　医師の地域偏在・診療科偏在の解消
ウ　医学生向け奨学金制度（地域枠奨学金、出身者奨学金）
エ　看護職員の養成、離職防止・定着促進、再就業支援
オ　看護職員の資質の向上
⑷　埼玉県地域医療介護総合確保基金の活用
ア　地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
イ　居宅等における医療の提供に関する事業
ウ　医療従事者の確保に関する事業

第４章　各地域の概要及び医療提供体制整備の方向性

第１節　総論

１　経緯

地域医療構想は、区域ごとに策定することになっています。
各区域の構想を策定するに当たっては、医療専門職をはじめとする関係者の方々に参加していただき、現在の病院の整備状況

（医療機関数及び医療機能）等を踏まえた上で、医療機能の分化・連携及び病床の整備、在宅医療等の体制整備についての検討を進めました。

具体的には、各区域において、地元の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院、福祉施設、医療保険者、市町村などの関係者で構成される「地域保健医療協議会」で平成２７年（２０１５年）１１月から平成２８年（２０１６年）３月にかけて議論を行い、意見を取りまとめました。

この章は、それらの意見を基に、各区域における現在の課題や今後の医療提供体制整備の方向性を示したものです。

構想策定後は、ここで示す方向性の実現に向けて、各医療機関や県で具体的な取組等を進めていくこととなります。

また、令和３年度（２０２１年度）には地域医療構想の中間検証として、各区域で開催した「地域保健医療・地域医療構想協議会」で今後の方向性の再確認を行うと共に、取組内容・実績、今後の取組について意見交換と取りまとめを行いました。

２　医療機能の分化・連携及び病床の整備

各区域において、将来不足する医療機能をどのように確保していくかが大きな課題となっています。

また、本県では、病床機能報告の留意事項を踏まえ、病床機能報告の定量基準分析を平成２９年度（２０１７年度）から実施しており、地域医療構想調整会議では、病床機能報告を基本としつつ、必要病床数との比較には定量基準分析結果を用いた議論を行っています。

定量基準分析結果では、急性期と報告されている病床には回復期機能に分類される医療を提供しているものが多くあるとされ、令和７年（２０２５年）の必要病床数の推計結果と令和３年度（２０２１年度）の病床機能報告及び定量基準分析結果を比較すると、病床機能報告との単純な比較では回復期機能は１０，６２５床と依然として大幅に不足するように見られますが、定量基準分析結果では不足は３，８０４床となり、必要病床数との乖離はかなり小さくなっています。

限られた医療資源で増大する医療需要に対応するためには、これまでの自院完結型から地域完結型の医療提供体制への再構築が必要であり、各医療機関が担う医療機能の明確化による役割分担と医療機関相互の連携を図る、医療機能の分化・連携を進めることが重要です。

医療機能の分化・連携は、病床稼働率の向上に寄与することが見込まれることから、結果として将来の必要病床数の減少につながります。

区域の実情に応じた取組を通じ、高度急性期から在宅医療等まで切れ目のない医療提供体制の整備を目指します。

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟無回答	合計
令和７年（２０２５年）必要病床数推計(a)	５，５２８	１７，９５４	１６，７１７	１４，０１１		５４，２１０
令和３年度（２０２１年度）病床機能報告(b)	６，２１９	２４，７６５	６，０９２	１２，３４０	１，９８２	５１，３９８
令和３年度（２０２１年度）定量基準分析結果(c)	５，０４１	１９，２４８	１２，９１３	１２，２１４	１，９８２	５１，３９８
差引(b-a)	６９１	６，８１１	▲１０，６２５	▲１，６７１		▲２，８１２
差引(c-a)	▲４８７	１，２９４	▲３，８０４	▲１，７９７		▲２，８１２

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

３　在宅医療等の体制整備

医療機能の分化・連携を図る中で、在宅医療等は、高度急性期から回復期、慢性期へと移行した患者の退院後の受け皿として、極めて重要な役割を担うこととなります。

本県では、令和７年（２０２５年）に在宅医療等の必要量が平成２５年（２０１３年）の１．８倍になるなど、その需要が大幅に増加することが見込まれています。

こうした中、急変時の対応や看取りのための連携体制の構築、口腔機能の低下や誤嚥性肺炎予防等のための歯科受療の促進、薬剤の適正管理や飲み残しの防止対策など、在宅等での長期療養を支援する多職種協働による包括的かつ継続的な医療提供体制の確保が急務となっており、在宅医療等を担う医療機関・歯科医療機関・薬局・訪問看護ステーションなどの整備の推進、医師・

歯科医師・薬剤師・看護師・歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保、養成が求められています。

高齢化率や世帯人員、高齢者施設の状況など在宅医療等を取り巻く現状は区域により差異があります。

こうした区域の実情を踏まえ、県民誰もが、住み慣れた地域で必要な医療・介護が受けられる体制を目指し、地域包括ケアシステムの推進に併せ、在宅医療等の体制整備を進めていきます。急速な高齢化の進展による医療需要・介護需要の大きな変化が見込まれる中、医療や介護を必要とする県民が、できる限り住み慣れた地域で必要なサービスを受けられる体制を確保することが求められます。

【（参考）在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出医療機関数、在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数、在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局数（人口１０万人当たり）】

区域	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出医療機関数	在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数	在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局数
南部	９．６１	４．７５	３３．８２
南西部	７．４８	４．０８	３２．９３
東部	９．９８	５．１６	３６．１２
さいたま	１７．７７	５．１５	３９．５７
県央	１１．４３	３．７５	３６．５４
川越比企	１３．８６	５．５９	４２．０８
西部	１０．７５	３．６３	３４．７１
利根	１０．０５	５．１８	３６．５８
北部	１６．０３	４．２１	４２．８７
秩父	１６．０３	８．５５	４４．８７

出典：厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）

人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

第２節　南部区域

１　区域の概要

⑴　区域内市町村：川口市、戸田市、蕨市

⑵　人口推計

⑶　病院数（一般・療養）：２７（うち２００床以上の病院：６）（令和５年（２０２３年）４月１日現在）

⑷　特定の医療機能を有する病院

・川口市立医療センター･･･「救」「災（基幹）」「周」「地」「がん」

・埼玉県済生会川口総合病院･･･「災」「周」「地」「がん」

・戸田中央総合病院･･･「災」「地」「がん」

（「救」救命救急センター、「災」災害拠点病院、「周」周産期母子医療センター、「地」地域医療支援病院、「がん」がん診療連携拠点病院

⑸　在宅療養支援医療機関等の状況

・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数：７９（人口１０万人当たり９．６１）

・在宅療養支援歯科診療所届出数：３９（人口１０万人当たり４．７５）

・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数：２７８（人口１０万人当たり３３．８２）

※　厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）

※　人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

２　入院患者の受療動向

【入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））（人／日）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
流入	５６	１６２	１７８	１０９	５０５
流出	１３６	２８７	２５９	２５４	９３６
（流入－流出）	▲８０	▲１２５	▲８１	▲１４５	▲４３１
					流出超過

県内	県外
４４４	６１
３６８	５６８
７６	▲５０７

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

３　医療需要推計

令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

⑴　入院患者の医療需要

第２章２「医療需要推計結果」参照

⑵　在宅医療等の必要量

第２章５「在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）」参照

⑶　病床の必要量

⑴を基に、機能区分別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により令和７年（２０２５年）における病床の必要量を算出

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟無回答	合計
令和７年（２０２５年）必要病床数推計(a)	６０９	１，９２２	１，６２３	８７１		５，０２５
令和３年度（２０２１年度）病床機能報告(b)	３５４	２，７８６	５１１	８３５	３９	４，５２５
令和３年度（２０２１年度）定量基準分析結果(c)	３６０	１，９４４	１，３４２	８４０	３９	４，５２５
差引(b-a)	▲２５５	８６４	▲１，１１２	▲３６		▲５００
差引(c-a)	▲２４９	２２	▲２８１	▲３１		▲５００

(参考)流出入を見込まない場合の必要病床数	７４３	２，０９７	１，７１２	１，０３９		５，５９１

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

⑷　病床利用率

【病床利用率（平成２６年（２０１４年）病院報告）（%)】

	一般病床	療養病床
全国	７４．８	８９．４
県全体	７４．１	８９．４
南部	７９．０	８８．８

４　医療提供体制の整備

南部区域は高齢者の増加などを背景として、令和７年（２０２５年）以降も医療需要が増加すると見込まれています。

区域内の一般病床利用率は極めて高いものの、東京都を中心に多くの入院患者が区域外に流出している状況にあります。

また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不足が見込まれています。

さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。

これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

・高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。

・回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進めます。

・増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。

・在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。

・ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

5　【参考資料】地域医療構想策定時の地域保健医療協議会における関係者の主な意見

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・急性期を脱した患者の受け皿がなく、特に回復期の病床が不足している。
・急性期から回復期の病床に転院調整を行う上で、合併症の有無が大きなネックになっている。
・地域包括ケア病床を有する病院と急性期病院との間では、ある程度役割分担が構築されつつあるものの、こうした医療機能・連携についての情報が患者・家族等に対して必ずしも周知徹底されていない状況にある。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・急性期病院の機能を明瞭化し、病床の回転を高めていくことにより、新たな病床の整備を最小限にとどめるべきである。
・不足する地域包括ケア病床等回復期病床については、急性期等からの転換や整備を進めるとともに、急性期病院においても一定数の回復期病床を確保する必要がある。
・急性期と慢性期治療の役割分担や在宅医療も含めた医療連携を今後さらに推進していくため、医療・介護・福祉・保健従事者が定期的に情報交換を行う機会を設ける。
・地域住民に対しては、医療機能の分化・連携について普及啓発を行い、住民の意識を変えていく必要がある。
・急性期から慢性期・在宅施設へと主治医が代わっても一定水準の医療が受けられるよう、住民への啓蒙や医療機関同士の更なる連携を図る必要がある。
・必要な時に必要なサービスが提供できるよう医療提供体制の確保を進める必要がある。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・訪問診療等を担う医療機関（特に夜間）が不足しており、在宅医療をバックアップするための空きベッドが確保されていない状況にある。
・介護サービスが不足していることから、病院での治療後、急性期を脱しても居宅や介護老人保健施設等の施設での生活に移行できないケースが多い。また、治療後にスムーズに在宅医療に移行できないことが影響し、在宅患者の急変時の受入れに影響が生じるケースもある。
・「看取り」ができる在宅医療を支える人材の確保を含めた体制の整備が必要とされている。

・在宅療養へ患者を移行させるための急変時の対応、看取り等を行う医療機関が不足しており、在宅で看取りがなされるケースは極めて少数である。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・在宅医療の提供に当たり、患者やその家族、住民に対して訪問診療、訪問看護、介護保険などのサポートがあることを周知していく。
・患者が自宅で亡くなることを特別なことではないこととして受け入れられるよう、ＡＣＰ等について住民に対する啓発が必要である。
・在宅患者の容態急変時に対応するための空きベッドを確保するなど、バックアップ体制の強化やその活用方法の具体化により、訪問診療を行う医療機関の増加が図れるのではないか。
・医師一人当たりの負担を軽減するため、訪問診療を担う診療所同士で複数のチームを作り、夜間や急変時に２４時間対応が可能な体制の構築が必要である。
・課題の抽出や対応策を検討するための協議の場の設置、医療・介護サービス資源の把握、顔の見える関係構築を通じて、定期的に地域の体制を評価するとともに、随時軌道修正していけるような話合いの場を設ける。
・地域包括ケアを機能させるには、地域のネットワークを把握して適切な対応を行えるコーディネーターの存在が不可欠であることから、医療を含めた幅広い知識と経験が豊富な専門職（保健所及び市の保健師、薬剤師など）を育成する。
・介護老人保健施設など介護施設の受入能力を高めることが重要である。
・地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療介護連携を進めるための情報共有システムの導入を検討すべきである。

６　【参考資料】令和３年度（２０２１年度）地域保健医療・地域医療構想協議会における取組についての中間検証結果

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・各急性期病院に地域保健医療・地域医療構想協議会で自院の現状と将来の計画について報告していただき、各病院が担う機能について圏域内で認識を共有した。（実施数：平成３０年度８病院）
・地域医療介護総合確保基金を活用した急性期から回復期への病床機能転換事業補助にあたり、補助事業対象病院に地域保健医療・地域医療構想協議会で計画を報告していただき、地域医療の推進に資するものであるとの圏域の合意が得られた。（申請数：令和３年度１病院（２６床））
・第７次医療整備計画に基づく地域包括ケア病棟の整備（増床）を行うにあたり、医療機関・介護施設等の関係者による医

療・介護連携に関する意見交換会を開催し、地域連携による地域完結型医療の構築を推進した。（開催回数：令和元年度川口市で１回開催、参加医療機関・介護施設数２５）

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・回復期・慢性期病棟を持つ医療機関と顔のみえる関係を構築し、問題点の解決に取り組んでいく。
・２０２５年と２０４０年の目標について協議する必要がある。
・定期的な連携の会や患者ごとの連携の会などをさらに積極的に進める必要がある。
・地域医療介護総合確保基金を活用した急性期から回復期への病床機能転換事業補助にあたり、補助事業対象病院に地域保健医療・地域医療構想協議会で計画を報告していただく。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・当圏域では、在宅医療と介護連携に関する現状把握・課題抽出・対応策の検討や情報共有の場として以下の会議が設置されている。
＜川口市＞地域包括ケア連絡協議会（年３回）
＜蕨市・戸田市＞医療・介護連携ネットワーク会議（年２回）
＜南部保健所＞南部地域保健医療・医療構想協議会在宅医療部会（年１回）
・保健所と３市との共催により、市民向けの在宅医療講演会（年１回）や専門職向けの多職種連携の会を開催している（年１回）。
・蕨市・戸田市では、５医療機関が輪番で在宅療養支援ベッドを確保している。
・上記会議等を通じて、医療介護専用ＳＮＳ「メディカル・ケア・ステーション」の利用促進に取り組んでいる。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・上記の取組を継続して実施する。
・会議以外の取組も含めた連携や他業種との連携の強化をさらに進める。
・医療機能分化・在宅医療の地域住民への普及啓発について、リーフレット「あなたに合った医療を受けるために」を活用しつつ、市・郡市医師会・医療機関にも協力いただきながら進める。

第３節　南西部区域

１　区域の概要

⑴　区域内市町村：朝霞市、志木市、和光市、新座市、富士見市、ふじみ野市、三芳町

⑵　人口推計

⑶　病院数（一般・療養）：２７（うち２００床以上の病院：８）（令和５年（２０２３年）４月１日現在）

⑷　特定の医療機能を有する病院

・独立行政法人国立病院機構埼玉病院･･･「救」「災」「周」「地」「がん」
（「救」救命救急センター、「災」災害拠点病院、「周」周産期母子医療センター、「地」地域医療支援病院、「がん」がん診療連携拠点病院）

⑸　在宅療養支援医療機関等の状況

・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数：５５（人口１０万人当たり７．４８）

・在宅療養支援歯科診療所届出数：３０（人口１０万人当たり４．０８）

・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数：２４２（人口１０万人当たり３２．９３）

※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

２　入院患者の受療動向

【入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））（人／日）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
流入	２５	１５３	１５７	２２８	５６３
流出	１７８	３６５	３８２	３１１	１，２３６
（流入－流出）	▲１５３	▲２１２	▲２２５	▲８３	▲６７３
					流出超過

県内	県外
２７９	２８４
５８１	６５５
▲３０２	▲３７１

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

・平成２５年（２０１３年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

３　医療需要推計

令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

・平成２５年（２０１３年）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

⑴　入院患者の医療需要

第２章２「医療需要推計結果」参照

⑵　在宅医療等の必要量

第２章５「在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース)」参照

⑶　病床の必要量

⑴を基に、機能区分別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により令和７年（２０２５年）における病床の必要量を算出

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床)】

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答	合計
令和７年（２０２５年) 必要病床数推計(a)	４２５	１，６８５	１，３５６	１，３１１		４，７７７
令和３年度 （２０２１年度) 病床機能報告(b)	２４４	２，７０６	３９４	１，２５５	５８	４，６５７
令和３年度 （２０２１年度) 定量基準分析結果(c)	３７１	１，７４５	１，２５９	１，２２４	５８	４，６５７
差引(b-a)	▲１８１	１，０２１	▲９６２	▲５６		▲１２０
差引(c-a)	▲５４	６０	▲９７	▲８７		▲１２０

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答	合計
(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	６３５	２，０１５	１，７３０	１，４９４		５，８７４

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

⑷　病床利用率

【病床利用率（平成２６年（２０１４年）病院報告）（%)】

	一般病床	療養病床
全国	７４．８	８９．４
県全体	７４．１	８９．４
南西部	７８．５	９２．９

４　医療提供体制の整備

南西部区域は高齢者の増加などを背景として、令和７年（２０２５年）以降も医療需要が増加すると見込まれています。

区域内の病床利用率は全国平均を上回っていますが、東京都を中心に多くの入院患者が区域外に流出している状況にあります。

また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不足が見込まれています。

さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。

これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

・高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。

・回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進めます。

・増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。

・在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。

・ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

5　【参考資料】地域医療構想策定時の地域保健医療協議会における関係者の主な意見

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・救急患者を受け入れても、病状安定後に次の受入先病院が見付からないため、転院させることができない状況にある。

・高齢者の場合、回復期を脱しても退院後の受入先の確保が難しく、自宅等に戻れないケースや、受入施設が見付からないケースが多い。

・重症感染症、周産期、未熟児などについては、国立病院機構埼玉病院が受入先の中心となっている。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・高度急性期病床については、他区域との連携も視野に入れて整備していくことが必要である。

・大規模な病院では同一の病院内に複数の機能を持つ必要がある。

・放射線治療や心臓血管手術などが行える病院は、区域内に複数ある必要はないため、今後医療機器の整備状況などを踏まえて役割を整理すべきである。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・看取りを行う医師、訪問リハビリテーションを行う理学療法士等の専門人材や訪問看護師が不足している。

・在宅医療を行う開業医は増えているが、医師会などの団体に必ずしも全ての医師が入会していないことなどから、連携が難しい状況にある。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・深夜の看取りについて、直ちに確認して欲しいと考える住民が多い一方で、実際には翌朝の対応で問題がないケースも多くあることから、住民に対する看取りについての啓発が必要である。

・訪問リハビリテーション、訪問看護を充実していく必要がある。

・在宅医療を支えるための医師や看護師等の医療従事者の早急な確保が急務である。

6　【参考資料】令和３年度（２０２１年度）地域保健医療・地域医療構想協議会における取組についての中間検証結果

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷など生命にかかわる重篤な患者に対して高度な救急医療を提供する第三次救急医療機関として、令和３年（２０２１年）５月に独立行政法人国立病院機構埼玉病院を救命救急センターに指定した。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・引き続き、地域医療構想調整会議で協議していく。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・各市町ではパンフレット、広報誌、エンディングノートの作成等により啓発を進めている。

・新型コロナ感染拡大の中、朝霞地区医師会及び東入間医師会ではＷＥＢによる多職種連携の研修会が開催され、関係団体も参加し、医療介護の人材育成を図った。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・引き続き、関係機関と連携を強化する。

第４節　東部区域

１　区域の概要

⑴　区域内市町村：春日部市、草加市、越谷市、八潮市、三郷市、吉川市、松伏町

⑵　人口推計

⑶　病院数（一般・療養）：４３（うち２００床以上の病院：１２）（令和５年（２０２３年）４月１日現在）

⑷　特定の医療機能を有する病院

・春日部市立医療センター･･･「周」「がん」

・草加市立病院･･･「災」

・獨協医科大学埼玉医療センター･･･「救」「災」「周」「地」「がん」

（「救」救命救急センター、「災」災害拠点病院、「周」周産期母子医療センター、「地」地域医療支援病院、「がん」がん診療連携拠点病院）

⑸　在宅療養支援医療機関等の状況

・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数：１１６（人口１０万人当たり９．９８）
・在宅療養支援歯科診療所届出数：６０（人口１０万人当たり５．１６）
・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数：４２０（人口１０万人当たり３６．１２）
※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）
※人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

２　入院患者の受療動向

【入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））（人／日）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
流入	６７	２０３	３８９	３２１	９８０
流出	１８４	３８３	３５１	２６２	１，１８０
（流入－流出）	▲１１７	▲１８０	３８	５９	▲２００
					流出超過

県内	県外
５３１	４４９
３９０	７９０
１４１	▲３４１

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

３　医療需要推計

令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

⑴　入院患者の医療需要

第２章２「医療需要推計結果」参照

⑵　在宅医療等の必要量

第２章５「在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）」参照

⑶　病床の必要量

⑴を基に、機能区分別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により令和７年（２０２５年）における病床の必要量を算出

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟無回答	合計
令和７年（２０２５年）必要病床数推計(a)	８３１	２，７８３	２，７３４	２，５８７		８，９３５
令和３年度（２０２１年度）病床機能報告(b)	２１２	４，５３０	１，０４３	１，６８４	２６７	７，７３６
令和３年度（２０２１年度）定量基準分析結果(c)	７３９	３，１７２	１，８１６	１，７４２	２６７	７，７３６
差引(b-a)	▲６１９	１，７４７	▲１，６９１	▲９０３		▲１，１９９
差引(c-a)	▲９２	３８９	▲９１８	▲８４５		▲１，１９９

(参考)流出入を見込まない場合の必要病床数	１，０２４	３，１０６	２，６９５	２，５８２		９，４０７

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

⑷　病床利用率

【病床利用率（平成２６年（２０１４年）病院報告）（%)】

	一般病床	療養病床
全国	７４．８	８９．４
県全体	７４．１	８９．４
東部	７４．６	８７．４

４　医療提供体制の整備

東部区域は高齢者の増加などを背景として、令和７年（２０２５年）以降も医療需要が増加すると見込まれています。

東京都を中心に多くの入院患者が区域外に流出している中で、一般病床の利用率は県平均を上回るものの、全国平均より低い状況にあります。

また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不足が見込まれています。

さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。

これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

・高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。

・回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進めます。

・増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。

・在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。

・ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

５　【参考資料】地域医療構想策定時の地域保健医療協議会における関係者の主な意見

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・回復期病床・慢性期病床の不足のため、急性期での治療が終了した患者を転院させる医療機関が少ない状況にある。

・多くの入院患者が東京都、千葉県などに流出していることや病床利用率を見る限り、必ずしも一般病床に不足感はない。

・各医療機関の機能が相互で把握されておらず、また、機能分化についての地域住民の理解が十分でない。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・医師・看護師の確保が最重要課題である。

・医療連携を推進するために、その核となる地域医療支援病院が必要である。

・大学病院、市立病院など規模の大きい病院が中心となり、医師及び医療スタッフを、回復期や慢性期の機能を持つ病院へ

派遣することで、病院間の役割や機能について相互理解を深め、密接な連携を可能にする。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・在宅での看取りについて住民に問いかけるような啓発活動が必要である。

・訪問診療を担う医師、急変時の受入れを行う施設が明らかに不足しており、特に夜間対応は地元以外の医療機関に依存している状況にある。

・在宅医療の推進にも有効性の高い地域包括ケア病棟が区域内に全くない。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・在宅医療を推進するため、住民側の意識の変化を促す啓発（特に終末期をどのように迎えるか、延命治療、人工呼吸器の装着、胃ろうの造設に対する自己決定等）が必要となる。

・医師会立などの在宅医療専門診療所、訪問看護ステーションの開設を検討していくべきである。

6　【参考資料】令和３年度（２０２１年度）地域保健医療・地域医療構想協議会における取組についての中間検証結果

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・医師・看護師の確保に関して、各団体において、学生への修学資金貸与、学校への説明会、実習生の受入れ等を実施している。

・平成２９年１０月２４日獨協医科大学埼玉医療センターが地域医療支援病院に承認された。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・医師・看護師の確保に関して、各団体において、学生への修学資金貸与、学校への説明会、実習生の受入れ等を引き続き実施する。

・医師及び医療スタッフの派遣については、各医療機関で検討する。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・各団体において、ＡＣＰをテーマとした講演会を実施又は予定している。また、住民向けの在宅医療リーフレット・ガイドブックを作成し配布した団体もある。

・当圏域内の医師会の全てで訪問看護ステーションを設立しており、各自治体からの業務を受託している。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・引き続き、各団体においてＡＣＰをテーマとした講演会等を実施する。また、住民向けの在宅医療リーフレット・ガイドブック等の配布などにより周知していく。

第５節　さいたま区域

１　区域の概要

⑴　区域内市町村：さいたま市

⑵　人口推計

⑶　病院数（一般・療養）：３５（うち２００床以上の病院：１３）（令和５年（２０２３年）４月１日現在）

⑷　特定の医療機能を有する病院

・さいたま赤十字病院･･･「救（高度）」「災（基幹）」「周（総合）」「地」「がん」
・さいたま市立病院･･･「救」「災」「周」「地」「がん」
・自治医科大学附属さいたま医療センター･･･「救」「災」「周」「地」「がん」
・埼玉県立小児医療センター･･･「小救」「災」「周（総合）」「地」「小が」
・さいたま市民医療センター･･･「災」「地」
・独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター･･･「地」

（「救」救命救急センター、「小救」小児救命救急センター、「災」災害拠点病院、「周」周産期母子医療センター、「地」地域医療支援病院、「がん」がん診療連携拠点病院、「小が」小児がん拠点病院）

⑸　在宅療養支援医療機関等の状況

・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数：２３８（人口１０万人当たり１７．７７）
・在宅療養支援歯科診療所届出数：６９（人口１０万人当たり５．１５）
・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数：５３０（人口１０万人当たり３９．５７）

※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

２　入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））

【入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））（人／日）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
流入	２０４	２７７	２２５	２４１	９４７
流出	１７２	４５７	５１３	４４０	１，５８２
（流入－流出）	３２	▲１８０	▲２８８	▲１９９	▲６３５
					流出超過

県内	県外
９０８	３９
１，２７４	３０８
▲３６６	▲２６９

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

３　医療需要推計

令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

⑴　入院患者の医療需要

第２章２「医療需要推計結果」参照

⑵　在宅医療等の必要量

第２章５「在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）」参照

⑶　病床の必要量

⑴を基に、機能区分別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により令和７年（２０２５年）における病床の必要量を算出

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟無回答	合計
令和７年（２０２５年）必要病床数推計(a)	１，０３９	２，７７０	２，３０１	１，５５４		７，６６４

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答	合計
令和３年度 （２０２１年度） 病床機能報告(b)	１，５２６	３，３５０	６８９	１，３７４	１７２	７，１１１
令和３年度 （２０２１年度） 定量基準分析結果(c)	１，３５２	２，７３４	１，４５６	１，３９７	１７２	７，１１１
差引(b-a)	４８７	５８０	▲１，６１２	▲１８０		▲５５３
差引(c-a)	３１３	▲３６	▲８４５	▲１５７		▲５５３

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	１，０６９	３，０７８	２，７２６	１，８４７		８，７２０

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

⑷　病床利用率

【病床利用率（平成２６年（２０１４年）病院報告）(%)】

	一般病床	療養病床
全国	７４．８	８９．４
県全体	７４．１	８９．４
さいたま	７６．５	９０．４

４　医療提供体制の整備

さいたま区域は高齢者の増加などを背景として、令和７年（２０２５年）以降も医療需要が増加すると見込まれています。

区域内の病床利用率は全国平均、県平均を上回る状況にあり、周辺区域から患者を受け入れる一方、多くの入院患者が東京都や南部などの区域外に流出しています。

また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不

足が見込まれています。
さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。
これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。
・高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。
・回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進めます。
・増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。
・在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。
・ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

5　【参考資料】地域医療構想策定時の地域保健医療協議会における関係者の主な意見
⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備
ア　地域医療構想策定時の現状
・回復期及び慢性期病床が相対的に不足しており、特に慢性期病床については県内他区域への流出が多い状況にある。一方、高度急性期及び急性期病床は、既に令和１７年（２０３５年）の推計需要を上回っている。
・病病連携、病診連携のため、各医師会による各地域内の病院や診療所の情報共有、分析が行われているが、各医療機能内、医療機能間での意見交換や情報共有に関する区域全体としての取組が十分ではない。
イ　地域医療構想策定時の今後の方向性
・各医療機関間の意見交換や情報共有に加え、市と各医師会が協力し、区域全体あるいは地域ごとの意見交換、情報共有の活性化を図り、医療機能ごとの役割分担、連携を進めていく。
・高度急性期においては、先進・先端医療の提供の観点からも、原則として特定の医療機能を有する基幹病院が担い、慢性期病床については原則として地域に密着する中小病院や有床診療所がその役割を担うことが望ましいと考えられる。基幹病院と地域に密着した中小病院や診療所の機能分担により、地域完結型のシームレスな病病連携、病診連携を構築していく。
・回復期機能、慢性期機能、在宅医療をサポートする機能等への機能転換を推進する必要がある。

・周辺医療機関間における医療機能や実情について理解を深めるための相互訪問の実施を推進する。
・外部有識者等による各病院、各診療所の医療機能や強み・弱み等の収集・分析・評価などが必要である。
・認知症に限らず、精神疾患など多様な疾患を有する患者を受け入れる際の課題の把握及び医療機関相互の情報交換や連携等の場を創出していくため、地域医療介護総合確保基金を活用した支援が必要である。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・介護老人保健施設や特定施設については、一部の施設で待機者が減少傾向にある。
・在宅医療に関して積極的に取り組む医療機関でも、人員的な余裕がない。必要病床数推計を踏まえれば、今後、在宅医療を行う患者に対する医療提供を拡大する必要がある。
・在宅での看取りに医師が立ち会うケースは少なく、在宅医療、訪問診療を行う医師自体も高齢化しつつある。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・既存の病床機能から、在宅医療をサポートするような医療機能へ転換を行うことを希望する医療機関について、県の統一的なルールの下で地域医療介護総合確保基金の活用を検討していく。
・市民に対してかかりつけ医やかかりつけ薬局を持つよう呼びかける取組などの啓発を引き続き実施し、在宅医療等に対する理解を進める。
・高度急性期及び急性期病院は、医療従事者が安心して在宅医療に取り組むことができるよう、重症化した患者のスムーズな受入れや、在宅医療機関に対する教育活動など、様々な形で協力していくことが求められる。
・在宅医療、訪問診療等に興味のある若手医師を養成する取組を進めていく必要がある。
・地域包括ケアシステムの一環として在宅医療を進めるために、訪問看護、訪問介護、薬局等との連携を推進する必要がある。併せて、医療的ケアが必要な障害児・者が安心して生活できるよう、在宅医療と障害福祉施策との連携も進めていく必要がある。
・地域医療介護総合確保基金を活用し、ＩＣＴ技術により、高度急性期病院や訪問診療等を実施する医療機関が、在宅患者の状態を把握し急変時に効率的な対応を行うためのシステムや、介護にあたる家族の負担軽減を図るためのシステムを構築すべきである。

６　【参考資料】令和３年度（２０２１年度）地域保健医療・地域医療構想協議会における取組についての中間検証結果

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・地域保健医療協議会及び地域医療構想調整会議において、各医療機関、各医師会と協力し、区域全体あるいは地域ごとの課題に対する意見交換、情報共有を行っている。

・県では、回復期リハビリテーション病床又は地域包括ケア病床への医療機能の転換を行う病院に対し、地域医療介護総合確保基金を活用した施設・設備整備補助を平成２８年度（２０１６年度）から行っている。

・新型コロナウイルス感染症の対応に関し、圏域内の医療機関を集めた会議体を複数回開催する等、医療機関相互の理解を深める取組を行った。

・県では、令和３年度（２０２１年度）に「コロナ以降のサスティナブルな病院等の経営支援事業」として、介護施設との連携等により増収を図る新たな経営モデルの作成・普及を通じて、医療機関が経営環境の変化に対応できるよう支援する取組を行った。

・地域医療介護総合確保基金を活用して行える医療機関への支援は、医療機能の分化・連携に関するものは、医療機関の施設又は設備の整備に関する事業が主であるため、精神疾患など多様な疾患を有する患者を受け入れる際の課題の把握及び医療機関相互の情報交換や連携等の場の創出は実施できていない。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・引き続き、地域保健医療協議会及び地域医療構想調整会議を開催し、各医療機関、各医師会と協力し、区域全体あるいは地域ごとの課題に対する意見交換、情報共有を行う。

・各医療機関が地域において担う役割と連携について対応方針を策定し、令和５年度（２０２３年度）にかけて地域医療構想調整会議で協議、検証していく。

・急性期病床から地域包括ケア病床へ機能転換を検討している病院に対し、地域医療介護総合確保基金を財源とする埼玉県病床機能転換事業費補助の活用を勧め、回復期の医療機能への転換を促進する。

・必要に応じて、圏域内の医療機関を集め、情報共有や意見交換をする機会を設ける等、医療機関相互の理解を深める取組を行う。

・埼玉県委託事業で医療コンサルタントが令和３年度（２０２１年度）に作成した経営モデルを医療機関に普及啓発することで、コロナ以降も県民に安心・安全な医療を提供できる体制を整えていく。

・医療機関が集まる既存の会議の場等を利用することで、課題の把握や情報交換、連携体制の構築を進めることを検討していく。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・県では、在宅療養患者の急変時の入院先となる地域包括ケア病床への医療機能の転換を行う病院に対し、地域医療介護総合確保基金を活用した施設・設備整備補助を平成２８年度（２０１６年度）から行っている。
・令和２年度（２０２０年度）には、「かかりつけ医」の啓発品として、マスクケースを作成し、配布した。
・また、「かかりつけ薬局」の啓発についても、リーフレットを作成し、行政のホームページにて広報活動を行っている。
・病院や地域包括支援センター、在宅医療連携拠点、訪問看護ステーションのスタッフ等を対象とした医療従事者研修会を実施した。
・県では県医師会への委託事業として、訪問診療の実施を検討している医師を対象とした研修「在宅医療塾」を令和２年度（２０２０年度）から開催し、訪問診療分野への参入を促している。
・在宅医療と介護の連携を推進するため、顔の見える関係づくりを目指して医療と介護関係者の会議や研修を開催しており、令和２年度(２０２０年度)からは円滑な情報共有を目的とした入退院支援ルールの策定について協議を行っている。
・県では、在宅医療・介護関係者が在宅療養患者の情報を共有・連携するためのコミュニケーションツールとして、県・郡市医師会の協力のもと、「メディカル・ケア・ステーション」（通称「ＭＣＳ」）をカスタマイズし、平成２９年（２０１７年）３月から利用している。現在では、医師や訪問看護師等の医療従事者からケアマネジャー等の介護事業者まで、多くの職種間で利用が広がっている。このシステムの導入により、多くの職種が都合の良い時間にストレスなく連絡を取り合えるようになり、多職種間での情報共有の迅速化、容易化が図られている。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・急性期病床から地域包括ケア病床へ機能転換を検討している病院に対し、地域医療介護総合確保基金を財源とする埼玉県病床機能転換事業費補助の活用を勧め、在宅医療をサポートする医療機能への転換を促進する。
・病診連携を図り、医療の安定供給を図るため、引き続き「かかりつけ医」の普及啓発を実施する。また、「かかりつけ薬局」の啓発についても、リーフレットの作成や行政等のＨＰにて広報活動を実施する。
・医療・介護・福祉の連携を推進するため、病院や地域包括支援センターや訪問看護ステーションのスタッフ等を対象とした医療従事者研修会を開催する。
・埼玉県委託事業として県医師会が実施している、訪問診療の実施を検討している医師を対象とした研修を受講していただくことで、若手医師の在宅医療への参入促進を図る。
・在宅医療と介護の連携を推進するため、医療と介護関係者の会議や多職種研修会を引き続き開催する。また、入退院支援ルールについては、令和４年度（２０２２年度）からの運用開始に伴い、上記の会議や研修会等にてルールの周知を図っ

ていく。
・郡市医師会が設置している在宅医療連携拠点の協力もいただき、「ＭＣＳ」を利用した多職種間での情報共有を進め、チームによる在宅医療を推進する。

第６節　県央区域

１　区域の概要

⑴　区域内市町村：鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、伊奈町

⑵　人口推計

⑶　病院数（一般・療養）：１５（うち２００床以上の病院：４）（令和５年（２０２３年）４月１日現在）

⑷　特定の医療機能を有する病院

・埼玉県立がんセンター･･･「がん」
・北里大学メディカルセンター･･･「災」「地」
・上尾中央総合病院･･･「災」「地」「がん」
（「災」災害拠点病院、「地」地域医療支援病院、「がん」がん診療連携拠点病院）

⑸　在宅療養支援医療機関等の状況

・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数：６１（人口１０万人当たり１１．４３）
・在宅療養支援歯科診療所届出数：２０（人口１０万人当たり３．７５）
・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数：１９５（人口１０万人当たり３６．５４）

※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

２　入院患者の受療動向

【入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））（人／日）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
流入	４６	１７０	１９０	２１２	６１８

県内	県外
６１８	０

流出	１０６	２４５	２１１	２２１	７８３	７５６	２７
（流入－流出）	▲６０	▲７５	▲２１	▲９	▲１６５	▲１３８	▲２７
					流出超過		

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

３　医療需要推計

令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

⑴　入院患者の医療需要

第２章２「医療需要推計結果」参照

⑵　在宅医療等の必要量

第２章５「在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）」参照

⑶　病床の必要量

⑴を基に、機能区分別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により令和７年（２０２５年）における病床の必要量を算出

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟無回答	合計
令和７年（２０２５年）必要病床数推計(a)	３４４	１，２７３	１，１２０	７９７		３，５３４
令和３年度（２０２１年度）病床機能報告(b)	５８７	１，６４５	２８６	８１２	１０６	３，４３６
令和３年度（２０２１年度）定量基準分析結果(c)	３４５	１，５２９	６６３	７９３	１０６	３，４３６

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答	合計
差引(b-a)	２４３	３７２	▲８３４	１５		▲９８
差引(c-a)	1	２５６	▲４５７	▲４		▲９８

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	４５０	１，４４５	１，２０３	８０９		３，９０７

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

⑷　病床利用率

【病床利用率（平成２６年（２０１４年）病院報告）(%)】

	一般病床	療養病床
全国	７４．８	８９．４
県全体	７４．１	８９．４
県央	６７．９	９２．２

４　医療提供体制の整備

県央区域は高齢者の増加などを背景として、令和７年（２０２５年）以降も医療需要が増加すると見込まれています。

さいたま、川越比企など近隣の区域に多くの入院患者が流出している中で、一般病床の利用率は、全国平均、県平均を下回っている状況にあります。

また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不足が見込まれています。

さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。

これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

・高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。

・回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進め

ます。
・増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。
・在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。
・ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

５　【参考資料】地域医療構想策定時の地域保健医療協議会における関係者の主な意見

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・病床数は充足しているが、病床利用率は季節等によってばらつきがある。
・同一の医療機関に留まることを希望する患者が一定数存在し、転院までの期間が長くかかることもある。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・一定数の増床（約２７０床）により、将来の医療需要に対してある程度対応が可能となるのではないか。
・関係者間の連携が重要であることから、つなぎ役を担うコーディネーターとして地域をコントロールできる能力のある人材の養成が不可欠である。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・慢性期から移行する場合、在宅での療養への流れはほとんどなく、介護施設等への入所が多い状況にある。
・在宅療養への移行は、医療機関や医療従事者のみならず、介護関係者との連携や家族の支えがあって初めて実現するものであるが、医療と福祉の連携が十分でない状況にある。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・在宅医療を支える人たちを地域包括ケアシステムによりバックアップする仕組みを整備する必要がある。
・医療機関から在宅医療への移行だけではなく、地域に潜むニーズを掘り起こし、そのニーズに対応していく必要がある。
・医療機関間及び医療・福祉の連携を推進するため、連携のための体制整備やコーディネーター等の人材育成を図る。

6　【参考資料】令和３年度（２０２１年度）地域保健医療・地域医療構想協議会における取組についての中間検証結果

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・医療・介護連携に関する意見交換会の開催

第７次医療整備計画に基づく地域包括ケア病棟の整備（増床）を行うにあたり、医療機関・介護施設等の関係者による医療・介護連携に関する意見交換会を開催し、地域連携による地域完結型医療の構築を推進した。

（開催回数：令和元年度（２０１９年度）１回開催、参加医療機関・介護施設数１２）

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・圏域の病床機能の現状と今後の方向性の明確化

地域医療構想調整会議において、病床機能報告及び病床機能報告定量基準分析結果について検討する。

必要に応じて、病床を有する医療機関に、現在の病床機能・今後の方向性について説明を求め、圏域に不足する病床機能等の課題を明確にする。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・入退院支援ルール策定に向けた協議の開始

令和３年（２０２１年）９月に入退院支援ルール策定研修会を開催し、北足立郡市・上尾市医師会管内それぞれが、入退院支援ルール策定に向けた協議を開始した。

（北足立郡市医師会管内開催回数：令和３年度（２０２１年度）１回開催（書面）、参加団体数２６）（令和３年（２０２１年）１２月３日時点）

（上尾市医師会管内開催回数：令和３年度（２０２１年度）２回開催、参加団体数１２）（令和３年（２０２１年）１２月３日時点）

・身寄りのない高齢者等への円滑な医療・保健・福祉サービス提供連絡会の開催

平成３０年（２０１８年）３月に、身寄りのない高齢者等への円滑な医療・保健・福祉サービス提供体制の整備検討会を設置し、課題について検討した。平成３１年（２０１９年）３月に、検討結果について報告書を取りまとめた。令和元年度（２０１９年度）に、検討会は連絡会に移行した。

（開催回数：令和元年度（２０１９年度）２回開催、参加団体数８）

（開催回数：令和２年度（２０２０年度）開催なし（新型コロナウイルス感染症の影響））

（開催回数：令和３年度（２０２１年度）１回開催、参加団体数８）（令和３年（２０２１年）１２月３日時点）
・連携推進会議、地域ケア会議等の開催
連携推進会議等を開催し、多職種連携を推進した。
（例：在宅医療・介護連携推進会議、自立支援型地域ケア会議）
・研修会、講演会等の開催
市町、医師会、歯科医師会、保健所等において人材育成を目的とし、医療・介護関係者を対象とした研修会等を開催した。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組
・入退院支援ルール策定に向けた協議の実施、入退院支援ルールの運用開始
入退院支援ルールの協議を実施し医療・介護関係者の連携を進める。
（北足立郡市医師会管内、上尾市医師会管内ともに、令和４年度（２０２２年度）中に入退院支援ルールの運用開始予定）
・身寄りのない高齢者等への円滑な医療・保健・福祉サービス提供連絡会の開催
連絡会を開催し、身寄りのない高齢者等に係る課題等を共有していく。
・連携推進会議、地域ケア会議等の開催
連携推進会議等を開催し、多職種連携を推進する。
（例：在宅医療・介護連携推進会議、自立支援型地域ケア会議）
・研修会、講演会等の開催
市町、医師会、歯科医師会、保健所等において人材育成を目的とし、医療・介護関係者を対象とした研修会等を開催する。

第７節　川越比企区域

１　区域の概要

⑴　区域内市町村：川越市、東松山市、坂戸市、鶴ヶ島市、毛呂山町、越生町、滑川町、嵐山町、小川町、川島町、吉見町、鳩山町、ときがわ町、東秩父村

⑵　人口推計

⑶　病院数（一般・療養）：４０（うち２００床以上の病院：９）（令和５年（２０２３年）４月１日現在）

⑷　特定の医療機能を有する病院

・埼玉医科大学総合医療センター･･･「救(高度)」「小救」「災（基幹)」「周(総合)」「地」「がん（高度)」

・埼玉医科大学病院･･･「災」「周」「特」
・東松山医師会病院･･･「地」
・小川赤十字病院･･･「地」
（「救」救命救急センター、「小救」小児救命救急センター、「災」災害拠点病院、「周」周産期母子医療センター、「地」地域医療支援病院、「がん」がん診療連携拠点病院、「特」特定機能病院）

⑸　在宅療養支援医療機関等の状況
・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数：１０９（人口１０万人当たり１３．８６）
・在宅療養支援歯科診療所届出数：４４（人口１０万人当たり５．５９）
・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数：３３１（人口１０万人当たり４２．０８）
※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）
※人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

２　入院患者の受療動向
【入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））（人／日）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
流入	２３０	３７９	４０８	６９５	１，７１２
流出	１１０	３１１	２４６	３１４	９８１
（流入－流出）	１２０	６８	１６２	３８１	７３１
					流入超過

県内	県外
１，５２８	１８４
９１２	６９
６１６	１１５

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

３　医療需要推計
令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提

にして推計を行いました。

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

・平成２５年（２０１３年）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

⑴　入院患者の医療需要

第２章２「医療需要推計結果」参照

⑵　在宅医療等の必要量

第２章５「在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）」参照

⑶　病床の必要量

⑴を基に、機能区分別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により令和７年（２０２５年）における病床の必要量を算出

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟無回答	合計
令和７年（２０２５年）必要病床数推計(a)	８０２	２，２６０	２，５１８	２，０７２		７，６５２
令和３年度（２０２１年度）病床機能報告(b)	１，７２６	２，１９２	１，０７４	１，９６０	３０１	７，２５３
令和３年度（２０２１年度）定量基準分析結果(c)	７７７	２，３４５	１，８９０	１，９４０	３０１	７，２５３
差引(b-a)	９２４	▲６８	▲１，４４４	▲１１２		▲３９９
差引(c-a)	▲２５	８５	▲６２８	▲１３２		▲３９９

(参考)流出入を見込まない場合の必要病床数	７０３	２，１６３	２，３００	１，６１５		６，７８１

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

⑷　病床利用率

【病床利用率（平成２６年（２０１４年）病院報告）（%）】

	一般病床	療養病床
全国	７４．８	８９．４
県全体	７４．１	８９．４
川越比企	７３．６	９１．１

4　医療提供体制の整備

川越比企区域は高齢者の増加などを背景として、令和７年（２０２５年）以降も医療需要が増加すると見込まれています。

高度急性期を中心に県内他区域からの多くの入院患者を受け入れており、本県の医療の中心となっています。

また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不足が見込まれています。

さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。

これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

・高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。

・回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進めます。

・増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。

・在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。

・ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

5　【参考資料】地域医療構想策定時の地域保健医療協議会における関係者の主な意見

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・救急で搬送される患者の大半を高齢者が占める中で、高度急性期においては不安定な病状が続く患者を直ちに転送できな

いケースも少なくなく、また回復期・慢性期への転院が円滑に進んでいない。また、高度急性期から急性期、回復期へという本来あるべき機能分化が成立していない状況にある。

・回復期病床では、すべての医療機関が満床という状況ではない。在宅医療・介護については、関係者間で話し合いがなされているが、病院間での連携の協議は実施されていない。

・医療連携の最前線であるべき医療機関の地域連携室のスタッフに、それぞれの医療機関の機能が、必ずしも十分に理解されていない。

・高度急性期を担う病院からの紹介について、受入先の連携室では社会福祉士だけで対応しているケースもあり、患者の病状が的確に伝わらないことがある。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・地域医療介護総合確保基金の活用並びに必要な財源の確保を進め、不足が見込まれる病床機能の整備を行う必要がある。

・病床の整備に伴って、必要となる医師・看護師等の人材の養成・確保を行うべきである。

・既存医療機関の病床数を増やす方向で整備していくことが現実的である。

・区域内の医師会が中心となって、回復期病床の定義を明確にした上で詳細な調査を行い、現状の問題点を整理していく。

・個々の病院がそれぞれの機能を生かし、相互に一層の連携を図るため、病院の経営層（院長・事務部長・看護部長）と医師会、行政が一堂に会し、最新の医療政策の動向を含め、地域の医療を考える場として、地域医療構想調整会議及び部会等の下部組織を設置する。

・医療機関の地域連携室に社会福祉士のほか看護師を常駐させ、医師もメンバーに加えた中で、チームワークで取り組む体制を構築することが必要である。また、地域連携クリティカルパス（＊）やＩＣＴを積極的に活用し、情報の共有を図るべきである。

＊　地域連携クリティカルパス　急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・病院、診療所ともに、在宅での看取りや訪問診療を担える医師は極めて少なく、マンパワーが不足している。特に、急変した患者は必ず受け入れるというバックアップ体制が構築されていない。

・介護を受ける高齢者の多くは年金のみで生計を立てている状況であるため、特別養護老人ホームのみが入所待ちとなり、

入居費用のかさむ介護老人保健施設はベッドが埋まらなくなることが懸念されている。実際に金銭的な理由で居宅での療養を選択するケースも見受けられる。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・入院治療から在宅医療に移行する場合は、直近で入院していた病院等をかかりつけ病院と位置付け、急変時は漏れなく受け入れるシステムの導入を検討すべきである。

・特別養護老人ホーム、介護型老人保健施設等が主に看取りの場となっているが、今後はサービス付き高齢者向け住宅についても看取りが可能な施設を増やす必要がある。

・地域の医師会では患者が相談できる拠点を設置し、後方ベッドならびに在宅登録医の確保について体制づくりを進めるなど、今後地域内での共通理解を進めていく。

・訪問看護ステーションの多くは小規模多機能型であるため、これらのステーションを統合集約するなどにより、２４時間対応など、利用者ニーズに対応できる看護多機能型のステーション整備を進め、地域における訪問看護の体制を充実・強化していく必要がある。

6　【参考資料】令和３年度（２０２１年度）地域保健医療・地域医療構想協議会における取組についての中間検証結果

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・地域医療介護総合確保基金を活用した急性期から回復期への病床機能転換事業補助にあたり、補助対象病院に地域保健医療・地域医療構想協議会（以下、「協議会」という。）で計画を報告していただき、地域医療の推進に資するものであるとの圏域の合意のもと整備がなされた。（令和２年度（２０２０年度）１病院）

・地域医療構想を推進するための作業部会として医療機能分化・連携推進部会を設置し、地域の医療機能の分化・連携促進に努めている。（平成２９年度（２０１７年度）～）

・第７次地域保健医療計画に基づく公募において病床整備を行うにあたり、協議会及び医療機能分化・連携推進部会において計画を協議した。（平成３０年度（２０１８年度）～令和元年度（２０１９年度））

　また、医療機関・介護施設等の関係者による意見交換会を開催し、回復期のニーズ等について確認を行い、地域連携による地域完結型医療の構築について検討した。（令和元年度（２０１９年度））

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・既存の医療機能分化・連携推進部会を地域医療構想調整会議に改編し、地域医療構想の更なる推進を目指す。

・地域医療介護総合確保基金や病床機能報告の定量基準分析等を活用し、病床の機能分化・連携を進める。
・第７次地域保健医療計画の中間見直しに基づき、地域に必要な病床機能の整備を目指す。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・圏域内の各医師会において、在宅医療連携拠点を設置し、地域の在宅医療に係る相談への対応を行っている。
・圏域内の各医師会及び各市町村において関係機関との連携強化を目的とした協議会や多職種連携のための研修会を開催するとともに、入退院支援ルール策定を進めている。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・在宅医療連携拠点を中心に、引き続き地域の在宅医療に係る相談への対応及び支援等を行う。
・協議会や多職種連携のための研修会といった機会の活用により、圏域内の医師会等関係団体及び行政機関といった関係者間の連携を進める。
・引き続き入退院支援ルール未策定の地域での策定を進めるとともに、ルール策定後は、市町村ホームページへの掲載等により関係機関への周知を図っていく。また、運用開始後の課題や改善点について、市町村や郡市医師会、在宅医療連携拠点などで話し合い改善を図っていく。

第８節　西部区域

１　区域の概要

⑴　区域内市町村：所沢市、飯能市、狭山市、入間市、日高市

⑵　人口推計

⑶　病院数（一般・療養）：４５（うち２００床以上の病院：９）（令和５年（２０２３年）４月１日現在）

⑷　特定の医療機能を有する病院

・埼玉石心会病院･･･「地」
・防衛医科大学校病院･･･「救」「災」「特」
・独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院･･･「周」「地」
・埼玉医科大学国際医療センター･･･「救」「災」「地」「がん（高度）」

（「救」救命救急センター、「災」災害拠点病院、「周」周産期母子医療センター、「地」地域医療支援病院、「がん」がん診

療連携拠点病院、「特」特定機能病院）

⑸　在宅療養支援医療機関等の状況

・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数：８３（人口１０万人当たり１０．７５）

・在宅療養支援歯科診療所届出数：２８（人口１０万人当たり３．６３）

・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数：２６８（人口１０万人当たり３４．７１）

※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

２　入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））

【入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））（人／日）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
流入	１３６	２９５	３１９	８４２	１，５９２
流出	９８	２４６	２４８	２８２	８７４
（流入－流出）	３８	４９	７１	５６０	７１８
					流入超過

県内	県外
９３７	６５５
４４７	４２７
４９０	２２８

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

・平成２５年（２０１３年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

３　医療需要推計

令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成

・平成２５年（２０１３年）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

⑴　入院患者の医療需要

第２章２「医療需要推計結果」参照

⑵　在宅医療等の必要量

第２章５「在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）」参照

⑶　病床の必要量

⑴を基に、機能区分別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により令和７年（２０２５年）における病床の必要量を算出

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟無回答	合計
令和７年（２０２５年）必要病床数推計(a)	６９４	２，２４９	２，３７０	２，６３８		７，９５１
令和３年度（２０２１年度）病床機能報告(b)	８１５	３，０３３	８７１	２，２１３	４８９	７，４２１
令和３年度（２０２１年度）定量基準分析結果(c)	４３９	２，４８８	１，８４８	２，１５７	４８９	７，４２１
差引(b-a)	１２１	７８４	▲１，４９９	▲４２５		▲５３０
差引(c-a)	▲２５５	２３９	▲５２２	▲４８１		▲５３０

(参考)流出入を見込まない場合の必要病床数	６４７	２，１７６	２，２７６	１，８４２		６，９４１

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

⑷　病床利用率

【病床利用率（平成２６年（２０１４年）病院報告）（%)】

	一般病床	療養病床
全国	７４．８	８９．４
県全体	７４．１	８９．４

西部	７１．３	８９．８

4　医療提供体制の整備

西部区域は高齢者の増加などを背景として、令和７年（２０２５年）以降も医療需要が増加すると見込まれています。

東京都などから慢性期を中心に多くの入院患者を受け入れているものの、一般病床の利用率は全国平均、県平均を下回っている状況にあります。

また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不足が見込まれています。

さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。

これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

・高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。

・回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進めます。

・増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。

・在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。

・ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

5　【参考資料】地域医療構想策定時の地域保健医療協議会における関係者の主な意見

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・回復期リハビリテーション病棟の整備状況について、区域内で次のような大きなバラつきがある。

所沢（人口１０万人対８７．９床)、飯能（５６．６床)、日高（５８．１床）は充足。狭山（２７．６床)、入間（２０．９床）は不足。（県平均４２．３床）

・地域の連携検討会等を通じて連携が強化されており、地域医療連携は円滑に進められている。

・一方、医療機能の分化（急性期病院と回復期病院の役割分担など）について、患者や家族の理解が十分に得られず、転院の同意が得にくいことがある。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・区域に不足する地域包括ケア病床等回復期病床について、急性期からの機能転換を中心として最優先に整備を進める必要がある。なお、整備に当たっては、区域内における地域バランスに配慮する必要がある。
・各病院の病床機能別受入可能患者数がリアルタイムに把握できるシステムの構築を検討すべきである。
・地域医療連携を推進するため、現状では十分に活用されていない「がん」のクリティカルパス（＊）の活用を進めることが必要である。
・地域住民に対し、医療機能の分化や在宅医療についての普及啓発を行っていく。
・地域医療介護総合確保基金を活用し、急性期治療や在宅療養患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う上で必要となる病床を整備する必要がある。

＊　クリティカルパス　良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・訪問診療を担う医師（開業医、勤務医）の絶対数が不足しており、例えば、深夜における看取りなどの時間的拘束や急変時の受入病院の確保など、未だ医師個人レベルの負担になっている。また、訪問看護を担う看護師や在宅医療に関与する歯科医師、薬剤師も不足している。
・介護施設での看取りを増やすとしても、緩和ケアなどの医療行為を含むことから、介護職員のみでの対応には限界があり、社会的責任の在り方など多くの問題が残っている。
・各市医師会を中心に在宅医療連携拠点を設置し、往診医の登録や患者情報を共有するためのシステム導入、容態急変時の受入ベッドの確保が進められている。
・医師、看護師、介護福祉士などの多職種が連携し、在宅医療・介護サービスの更なる充実に向けたネットワーク作り（ワールドカフェ＝多職種連携座談会など）を進めている。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・在宅医療を担うマンパワーを増やすため、居宅での救急診療体制の整備をはじめ、患者急変時の対応や患者の状態に応じた医療機関の役割分担の明確化などを進めることが重要である。
・ワールドカフェ等により、在宅医療・介護関係者に対する研修をはじめ情報の共有支援、地域住民への普及啓発等を推進

する。
・往診医の確保や充実、往診医を支える仕組み等の整備について、地域医療介護総合確保基金の活用を図るべきである。

6　【参考資料】令和３年度（２０２１年度）地域保健医療・地域医療構想協議会における取組についての中間検証結果

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・協議会で議論継続中。また、県では、急性期病床から地域包括ケア病床又は回復期リハビリテーション病床への医療機能の転換を行う病院に対し、地域医療介護総合確保基金を活用した施設・設備整備補助を平成２８年度（２０１６年度）から行っている。
・管内で在宅医療推進会議を開催し、各自治体の状況について情報共有を図っている。
・県では、在宅療養患者急変時の受入れ（サブアキュート）と、急性期治療後の在宅復帰支援（ポストアキュート）の機能を果たすことが期待されている地域包括ケア病床を、病床機能転換による整備促進のため、地域医療介護総合確保基金を活用した施設・設備整備補助を行っている。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・今後の高齢者増加を踏まえ、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等まで適切な医療が効率的に受けられるような医療提供体制について協議を進めていく。
・医療機能分化・在宅医療の地域住民への普及啓発について、リーフレット「あなたに合った医療を受けるために」を活用しつつ、市・郡市医師会・医療機関にも協力いただきながら進める。
・急性期病床から地域包括ケア病床へ機能転換を検討している病院に対し、地域医療介護総合確保基金を財源とする埼玉県病床機能転換事業費補助の活用を勧め、回復期の医療機能への転換を促進する。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・埼玉県在宅医療部会において、患者急変時の対応として、ファーストコールを訪問看護ステーションが受ける体制の周知方法が協議された。協議の結果を反映した周知チラシによって、訪問看護ステーション協会から周知が図られている。
・飯能・日高地区でワールドカフェ等により、普及啓発を進めている。
・協議会で議論継続中。また、県では地域医療介護総合確保基金を活用した県医師会への委託事業として、在宅医療の実施を検討している医師を対象にした研修を令和２年度（２０２０年度）から開催し、在宅医療分野への参入を促している。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・今後、在宅医療のニーズは大幅に増加すると考えられる。そのため、医療と介護の関係機関や多職種が協働して高齢者を支える地域包括ケアシステムの推進に向け、市や郡市医師会と連携し、体制の整備を図っていく。

・引き続きワールドカフェ等により普及啓発を進め、住民の意識浸透を図っていく。

第９節　利根区域

１　区域の概要

⑴　区域内市町村：行田市、加須市、羽生市、久喜市、蓮田市、幸手市、白岡市、宮代町、杉戸町

⑵　人口推計

⑶　病院数（一般・療養）：２６（うち２００床以上の病院：７）（令和５年（２０２３年）４月１日現在）

⑷　特定の医療機能を有する病院

・行田総合病院･･･「災」「地」

・埼玉県済生会加須病院･･･「救」「災」「地」

・新久喜総合病院･･･「災」「地」

・羽生総合病院･･･「災」

（「救」救命救急センター、「災」災害拠点病院、「地」地域医療支援病院）

⑸　在宅療養支援医療機関等の状況

・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数：６４（人口１０万人当たり１０．０５）

・在宅療養支援歯科診療所届出数：３３（人口１０万人当たり５．１８）

・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数：２３３（人口１０万人当たり３６．５８）

※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

２　入院患者の受療動向

【入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））（人／日）】

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
流入	１７	１３１	１４８	２３３	５２９
流出	１４１	３６８	３４９	２６７	１，１２５
（流入－流出）	▲１２４	▲２３７	▲２０１	▲３４	▲５９６
					流出超過

県内	県外
４６６	６３
８９７	２２８
▲４３１	▲１６５

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

３　医療需要推計

令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

⑴　入院患者の医療需要

第２章２「医療需要推計結果」参照

⑵　在宅医療等の必要量

第２章５「在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）」参照

⑶　病床の必要量

⑴を基に、機能区分別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により令和７年（２０２５年）における病床の必要量を算出

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床）】

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答	合計
令和７年（２０２５年） 必要病床数推計(a)	４２６	１，５８０	１，４４８	１，１７６		４，６３０

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答	合計
令和３年度 （２０２１年度） 病床機能報告(b)	３３５	２，３１６	７０５	９６９	２４９	４，５７４
令和３年度 （２０２１年度） 定量基準分析結果(c)	５２５	１，５４９	１，３３７	９１４	２４９	４，５７４
差引(b-a)	▲９１	７３６	▲７４３	▲２０７		▲５６
差引(c-a)	９９	▲３１	▲１１１	▲２６２		▲５６

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	５９９	１，８９０	１，６６８	１，１９５		５，３５２

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

⑷　病床利用率

【病床利用率（平成２６年（２０１４年）病院報告）(%)】

	一般病床	療養病床
全国	７４．８	８９．４
県全体	７４．１	８９．４
利根	７２．１	８２．６

４　医療提供体制の整備

利根区域は高齢者の増加などを背景として、令和７年（２０２５年）以降も医療需要が増加すると見込まれています。

入院患者の多くがさいたま、県央、東部など近隣の区域に流出しており、病床利用率が全国平均、県平均を下回っている状況にあります。

区域内に高度急性期の病床が極めて少なく、急性期医療を安定して提供していくことが最大の課題となっていますが、最も大

きい要因が医療従事者の不足です。
　また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不足が見込まれています。
　さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。
　これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。
・医師、看護師等の確保を進め、地域全体の受入機能を向上させます。
・高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。
・回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進めます。
・増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。
・在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。
・ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

5　【参考資料】地域医療構想策定時の地域保健医療協議会における関係者の主な意見
⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備
ア　地域医療構想策定時の現状
・令和７年（２０２５年）の必要病床のうち、慢性期の病床について、現在の療養病床との比較で不足が見込まれるものの、病床機能報告の病床数では充足している。
・病床利用率が県内で最も低いという特徴がある。病床利用率が低い理由として、地域完結医療体制の構築が万全でないため、当区域から周辺の区域への入院患者の流出が多いことが挙げられる。
・医師や看護師等の絶対数が不足している。従来から相応の許可病床を有していても、マンパワーが不足していることから病床が十分利用されていない状況にある。
・急性期医療では、一定の病病・病診連携は形成されている。
・慢性期医療においては、在宅での医療・介護連携をコーディネートする人材が不足しており、多職種・多施設の連携が十分に図られていない。

・かかりつけ医としての訪問診療や看取りなどへの対応は、地域によっては診療所の医師が域外在住者であることも多いため、十分な連携が図られていないケースもある。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・病床の整備に当たっては、単にベッドを増やすだけでなく、医療提供体制を整備することが重要である。
・既に県と医師会との連携による総合医局制度や新たな専門医制度に対応する利根保健医療圏の医療機関と県内大学病院との研修プログラムの策定など、医師確保のための施策は進んでいるが、県だけでなく市町の力を更に発揮すべきである。
・急性期医療機関の負担軽減のために回復期、慢性期医療機関でも急性期後の転院のみならず、対応可能な新規入院の受入れが必要である。
・在宅における医療・介護全般にわたり患者ケアをコーディネートできる人材を増やし、医療機能連携の充実を図る必要がある。
・人材確保のための登録・紹介機関の設置、養成のための奨学金の活用や、県内の人材育成機関の拡充を検討すべきである。
・医療連携や分化を促進するための事業や介護との連携の勉強会等の開催に対する支援が求められる。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・人口に対する在宅療養支援診療所等、在宅医療を提供する医療機関数が少ない。
・訪問診療や在宅での看取りなどは、かかりつけ医の献身的な取組に支えられているが、地域によっては診療所の医師が域外在住者であることも多いため、２４時間体制の訪問ができないケースもある。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・訪問診療医の負担軽減を図り、受持ち患者数を増やすため、ＩＣＴを活用した双方向性のリモート診療を可能とするシステムを導入していく。
・特別養護老人ホームや介護老人保健施設等の介護施設の利用情報を一元化し、より効率的な施設運用を行っていく。
・救急ではないが入院させて様子を見るという事例の増加が想定されるため、軽度の医療処置を必要とする在宅高齢者の介護施設への一時入所や病病連携を推進する。そして、高度な医療処置が必要な患者の転送をスムーズに行える体制を整備していく。
・訪問診療については自治体の境界を越えるため、近隣自治体間の連携を強化する。

6　【参考資料】令和３年度（２０２１年度）地域保健医療・地域医療構想協議会における取組についての中間検証結果

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・第７次地域保健医療計画に基づく増床整備
（４病院、２０７床）
（高度専門医療９１床、在宅療養支援２０床（令和３年（２０２１年）４月）
（地域包括ケア１６床（令和３年（２０２１年）１２月予定）
（回復期リハ、地域包括ケア８０床（令和５年（２０２３年）４月予定）

・多職種連携会議・研修会の実施により、在宅医療に携わる人材の育成やネットワーク構築に取り組んだ。

・在宅医療における医師、歯科医師、コメディカル等を紹介する在宅主治医等紹介システムを運営（行田市医師会・行田市在宅医療支援センター）

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・利根地域医療構想調整会議において、医療機関からの病床機能報告及び定量基準分析手法により将来必要となる医療提供体制を検討していく。第７次地域保健医療計画に基づく未開設の増床整備についても、引き続き推進する。

・在宅医療を担う医療や介護の関係者による連携会議・地域ケア会議等を通じ、在宅療養を支援する連携体制の強化を推進する。また、医療・介護関係者を対象とした研修会等を開催し、人材の育成と拡充を図る。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・「ＭＣＳ」などの活用が進み、医療・介護現場の情報共有による支援体制の強化が図られた。

・「入退院調整手引き」、「医療介護連携ガイド」、「在宅医療・介護マップ」の作成や情報更新により、地域の医療機関や介護事業所等の情報を集約し、施設運用の効率化を図った。

・郡市医師会を単位に在宅医療・介護連携推進事業による各職種及び病院間の連携強化により、患者をサポートする体制の整備が進んでいる。
（行田市医師会（行田市）、北埼玉医師会（加須市・羽生市）、南埼玉郡市医師会（久喜市・蓮田市・白岡市・宮代町）、（北葛北部医師会（幸手市・杉戸町））

・病院救急車（Ｄ－ＥＲ）の導入により近隣医療機関・施設との連携強化を図った。（白岡中央総合病院）

・郡市医師会を単位に、自治体を超えた近隣自治体間の連携強化に取組んでいる。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・医療・介護・福祉などの情報を集約し、情報提供の効率化を図るとともに、相談窓口の充実を図る。
・在宅医療・介護連携推進事業による各職種及び病院間の連携強化により、在宅療養を支援する体制整備を推進する。
・郡市医師会を単位に、自治体を超えた近隣自治体間の連携強化を推進する。

第１０節　北部区域

１　区域の概要

⑴　区域内市町村：熊谷市、本庄市、深谷市、寄居町、美里町、神川町、上里町

⑵　人口推計

⑶　病院数（一般・療養）：３１（うち２００床以上の病院：４）（令和５年（２０２３年）４月１日現在）

⑷　特定の医療機能を有する病院

・深谷赤十字病院･･･「救」「災」「周」「地」「がん」
・埼玉県立循環器・呼吸器病センター･･･「地」
・熊谷総合病院･･･「地」
（「救」救命救急センター、「災」災害拠点病院、「周」周産期母子医療センター、「地」地域医療支援病院、「がん」がん診療連携拠点病院）

⑸　在宅療養支援医療機関等の状況

・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数：８０（人口１０万人当たり１６．０３）
・在宅療養支援歯科診療所届出数：２１（人口１０万人当たり４．２１）
・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数：２１４（人口１０万人当たり４２．８７）

※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

２　入院患者の受療動向

【入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））（人／日）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計

県内	県外

流入	２８	１１８	１２１	１４６	４１３
流出	１１０	２７６	２９６	１５１	８３３
（流入－流出）	▲８２	▲１５８	▲１７５	▲５	▲４２０
					流出超過

４０１	１２
３４７	４８６
５４	▲４７４

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

３　医療需要推計

令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

⑴　入院患者の医療需要

第２章２「医療需要推計結果」参照

⑵　在宅医療等の必要量

第２章５「在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）」参照

⑶　病床の必要量

⑴を基に、機能区分別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により令和７年（２０２５年）における病床の必要量を算出

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床）】

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答	合計
令和７年（２０２５年） 必要病床数推計(a)	３２７	１，２５８	１，０６６	７９１		３，４４２
令和３年度 （２０２１年度） 病床機能報告(b)	４２０	１，８５４	３９３	１，００１	２０７	３，８７５

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答	合計
令和３年度 （２０２１年度） 定量基準分析結果(c)	１３３	１，５０１	１，０６４	９７０	２０７	３，８７５
差引(b-a)	９３	５９６	▲６７３	２１０		４３３
差引(c-a)	▲１９４	２４３	▲２	１７９		４３３

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	４４７	１，４７８	１，２９６	７７２		３，９９３

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

⑷　病床利用率

【病床利用率（平成２６年（２０１４年）病院報告）（%)】

	一般病床	療養病床
全国	７４．８	８９．４
県全体	７４．１	８９．４
北部	７１．０	９２．０

4　医療提供体制の整備

北部区域は高齢者の増加などを背景として、令和７年（２０２５年）以降も医療需要が増加すると見込まれています。

北部地域では、多くの入院患者が群馬県を中心に流出しています。一般病床については、医師、看護師等医療従事者が充足していないためフル稼働しておらず、病床の利用率が全国平均、県平均を下回っている状況にあります。

また、将来必要となる機能別の病床の必要量と現時点での病床機能報告との比較では、地域包括ケア病棟など回復期機能の不足が見込まれています。

さらに、在宅医療等の必要量も大幅に増加することが見込まれています。

これらを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

・高度急性期及び急性期については、必要な病床数を維持しつつ、適切な病床機能の配分に努めます。また、群馬県への流出率が高いことから、群馬県との調整を図りつつ、北部区域に不足している救急医療、周産期医療及び小児医療の機能を確保するため、医師、看護師等医療従事者の確保を進めます。
・回復期機能を中心とした不足が見込まれる病床機能については、急性期等からの機能転換により、必要な病床の整備を進めます。
・増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。
・在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。
・ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

5　【参考資料】地域医療構想策定時の地域保健医療協議会における関係者の主な意見

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・北部区域では、救急医療、周産期医療及び小児医療の機能が不足しており、群馬県への多くの患者の流出がある。
・病病連携や病診連携を図るための情報収集や情報共有の機能が不十分で、個人的な人脈などを活用し連携先を探している状況にある。
・既存病床数の中には、相応の未稼働病床が存在する。
・医療機能の分化と連携を進めることで、他の医療機関への転院が必要となることについて、地域住民の理解が不足している。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・単に必要病床数の推計により機能分化するのではなく、北部区域に不足している救急医療、周産期医療及び小児医療の機能の確保に十分考慮する必要がある。
・高度急性期を中心に多くの患者が流出している群馬県との連携を深化させるため、群馬県との定例的な会議の設置や救急医療に係る県をまたぐ補助制度の充実を図る。
・不足病床の整備に当たっては、病床数を単に増やすだけではなく、平均在院日数の短縮や病床稼働率を向上させることも必要である。

・回復期機能の病床が大幅に不足しているので、他機能から回復期機能に変更する場合には、リハビリテーション室の増設や備品整備に係る費用を支援すべきである。
・病病連携や病診連携を図るためには、各病院に退院・転院調整機能等の専門部署（地域連携室）を一定の補助制度により設置誘導し、医療機能別に具体的に提供できる医療内容を共有するための共通フォーマットを作成し、情報を集約して提供するシステムを構築する。
・地域連携クリティカルパスについては、群馬県と埼玉県では様式が異なるため、様式の統一や標準化に向けた検討を行うべきである。
・未稼働病床については、経過期間を設けた上でもなお未稼働である場合には病床を返上させ、今後必要な医療機能を整備していくための病床に充てるなどの方策を検討していく必要がある。
・ＣＴ、ＭＲＩなどの高額な医療機器を病院単独で整備している医療機関が多いため、高額な医療機器は地域で共同利用できるよう、整備情報を共有し、簡易な手続きで共同利用できるようなシステムを構築していくことが重要となる。
・各病院の地域医療連携室・連携担当者の情報を集約し、患者や地域住民からの相談に応じる窓口を設置する必要がある。
・地域住民に対し、医療機能の分化による１０年後の体制について周知する。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・現在訪問診療を行っている医師が今後高齢化する一方、新規参入する医師が非常に少ない。開業医の中から、在宅医療を担う医師をどう増やしていくかが今後の課題である。
・現在の若手医師は在宅医療をやりたがらない傾向にある。
・発熱等により、担当医師が在宅での医療提供に不安を感じた場合に、患者を臨機に受け入れる後方支援病院の整備が求められている。
・訪問看護ステーションを増やし、一人当たりの医師の負担を増やさずに在宅医療を行う仕組みづくりが必要となっている。
・大規模訪問看護ステーション（訪問看護師１０人程度）の整備に当たっては、初年度経費の負担が大きい。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・医師・看護師等の人材の確保は、最重要事項として、永続的かつ充実した取組を進めることが重要である。特に、専門医システムと連動し若手医師が在宅医療に取り組むための方策が必要である。
・後方支援病院の整備については、現在、在宅医療提供体制充実支援事業において１日１床の空床を確保しているが、将来

的には在宅診療登録医の数に比例させて病床を確保することとし、そのための予算を十分確保する必要がある。
・訪問看護ステーションについて、小規模なステーションでは２４時間対応は困難で、医師を支えることができないため、看護師が１０人以上いるような大規模なステーションの整備を誘導していく必要がある。特に、事務所賃貸料や移動用の自動車購入費への支援が必要である。
・地域単位で、在宅医療の提供を総合的に企画運用し、随時情報を提供する司令塔的な役割を果たす組織を構築する必要がある。
・地域包括ケアを機能させるため、地域のネットワークを把握して適切な対応を行うコーディネーターを養成する。

６　【参考資料】令和３年度（２０２１年度）地域保健医療・地域医療構想協議会における取組についての中間検証結果
⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備
ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績
・北部地域保健医療・地域医療構想協議会の下に「地域医療構想推進部会」を令和元年度（２０１９年度）に設置した。
・熊谷保健所は熊谷・深谷地区救急医療対策協議会、本庄保健所は児玉地域救急対策協議会を毎年度開催して意見聴取を実施した。令和２年度（２０２０年度）に北部地区小児周産期リエゾンとの情報交換会を実施、令和３年度（２０２１年度）に新たな協議の場の立上げを調整した。
・毎年度、熊谷・深谷地区、児玉地区小児救急医療支援事業担当課長会議及び小児二次救急医療担当医会議を実施し、市町及び小児二次救急医療機関から意見聴取を実施した。
・令和２年度（２０２０年度）に本庄・伊勢崎・藤岡の三保健所による情報交換会を設置し、会議を開催。今後も定期的に開催していくことを確認した。
・平成２９年度（２０１７年度）から、児玉地区小児救急医療支援事業により、群馬県内２病院に補助を行っている。
・北部地域保健医療・地域医療構想協議会において、医療機関からの病床機能報告及び県が実施した定量基準分析手法により、平均在院日数の短縮、病床稼働率の向上及び非稼働病床の状況について検討した。
・平成２８年度（２０１６年度）から、病床機能転換促進事業補助を実施して、回復期病床への転換を支援している。
・令和元年度（２０１９年度）に、北部地域保健医療・地域医療構想協議会で各医療機関の高額医療機器保有状況について報告を実施した。
・北部地域保健医療・地域医療構想協議会での検討内容を埼玉県ホームページで公開している。
イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・議論の活性化を図るため、北部地域保健医療・地域医療構想協議会を北部地域保健医療協議会及び北部地域医療構想調整会議に再編する。
・熊谷保健所は熊谷・深谷地区救急医療対策協議会、本庄保健所は児玉地域救急対策協議会を引き続き開催する。
・小児周産期の課題を検討する新たな協議の場の立ち上げを予定している。
・熊谷・深谷地区、児玉地区小児救急医療支援事業担当課長会議及び小児二次救急医療担当医会議を引き続き実施し、市町及び小児二次救急医療機関との情報共有を図る。
・本庄・伊勢崎・藤岡の三保健所との情報交換会を開催する。
・引き続き、児玉地区小児救急医療支援事業により、群馬県内２病院に補助を実施する。
・北部地域医療構想調整会議において、通年化される診療実績報告、病床機能報告及び定量基準分析の数値により平均在院日数の短縮及び病床稼働率の向上について検討を行う。
・病床機能転換促進事業補助により、継続して、回復期病床への転換を支援する。
・非稼働病棟を有する病院に対し、非稼働である理由と今後の再稼働予定を調査し、北部地域医療構想調整会議において調査結果を報告する。
・北部地域医療構想調整会議での検討内容を、引き続き、埼玉県ホームページで公開する。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・平成２７年度（２０１５年度）から実施の在宅医療提供体制支援事業により、在宅療養患者の急変時入院ベッドを地域の医療機関に確保した。なお、この支援事業は令和２年度（２０２０年度）で終了したが、これは地域包括ケア病床の整備が進み、在宅療養後方支援体制が整備されたことによる。
・訪問看護ステーションの大規模化等に対する補助制度を活用していただくことで、訪問看護ステーションの質の確保と安定的な事業運営の支援を推進した。
・市町で、地域包括ケア会議を開催した。
・熊谷・深谷地区（令和３年度（２０２１年度））及び本庄・児玉地区（平成２９年度（２０１７年度））で、入退院支援ルールを策定した。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・医療従事者等の人材確保については、埼玉県地域保健医療計画に基づき推進する。また、在宅医療への参入促進のため、埼玉県医師会在宅医療塾の周知を行う。

・在宅療養患者の急変時の受入先となる地域包括ケア病床の更なる整備のため、急性期病床から地域包括ケア病床への機能転換を考えている病院に、施設・設備整備にあたって病床機能転換促進事業補助を活用していただく。
・訪問看護ステーション大規模化等補助により、継続して、訪問看護ステーションの大規模化を支援する。
・市町で、地域包括ケア会議を開催する。
・熊谷・深谷地区及び本庄・児玉地区の入退院支援ルールをブラッシュアップする。

第１１節　秩父区域

１　区域の概要

⑴　区域内市町村：秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町、小鹿野町

⑵　人口推計

⑶　病院数（一般・療養）：８（うち２００床以上の病院：０）（令和５年（２０２３年）４月１日現在）

⑷　特定の医療機能を有する病院

なし

⑸　在宅療養支援医療機関等の状況

・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出医療機関数：１５（人口１０万人当たり１６．０３）
・在宅療養支援歯科診療所届出数：８（人口１０万人当たり８．５５）
・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数：４２（人口１０万人当たり４４．８７）

※厚生労働省関東信越厚生局「施設基準届出受理医療機関名簿」（令和５年（２０２３年）７月１日現在）

※人口は、町（丁）字別人口（令和５年（２０２３年）１月１日現在）

２　入院患者の受療動向

【入院患者の受療動向（平成２５年（２０１３年））（人／日）】

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
流入	0	0	0	0	0

県内	県外
0	0

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
流出	２７	６３	５０	０	１４０
（流入－流出）	▲２７	▲６３	▲５０	０	▲１４０
					流出超過

県内	県外
１４０	０
▲１４０	０

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データを、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

３　医療需要推計

令和７年（２０２５年）及び令和１７年（２０３５年）の医療需要を、現在と同程度の割合で患者の流出入があることを前提にして推計を行いました。

・厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成
・平成２５年（２０１３年）の医療需要データは、ガイドラインによる方法で機能区分別に推計

⑴　入院患者の医療需要

第２章２「医療需要推計結果」参照

⑵　在宅医療等の必要量

第２章５「在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）」参照

⑶　病床の必要量

⑴を基に、機能区分別に医療法施行規則で定める病床稼働率等により令和７年（２０２５年）における病床の必要量を算出

【必要病床数と病床機能報告・定量基準分析結果による病床数の比較（床）】

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答	合計
令和７年（２０２５年） 必要病床数推計(a)	３１	１７４	１８１	２１４		６００
令和３年度 （２０２１年度） 病床機能報告(b)	０	３５３	１２６	２３７	９４	８１０

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答	合計
令和３年度 （２０２１年度） 定量基準分析結果(c)	０	２４１	２３８	２３７	９４	８１０
差引(b-a)	▲３１	１７９	▲５５	２３		２１０
差引(c-a)	▲３１	６７	５７	２３		２１０

(参考)流出入を見込まない 場合の必要病床数	８１	２５６	２４０	２２２		７９９

※病床機能報告、定量基準分析結果には、令和３年（２０２１年）７月２日以降整備（予定）の病床数を含んでいません。

⑷　病床利用率

【病床利用率（平成２６年（２０１４年）病院報告）(%)】

	一般病床	療養病床
全国	７４．８	８９．４
県全体	７４．１	８９．４
秩父	７５．４	７３．６

4　医療提供体制の整備

秩父区域の医療需要は今後ほぼ横ばいで推移すると見込まれ、現状では将来必要となる病床数は確保されています。
しかし、医療従事者の不足から、確保が困難な診療科が発生しつつあります。
さらに、在宅医療等の必要量も増加することが見込まれています。
このことを踏まえた医療提供体制整備の方向性は次のとおりです。

・区域内の医療機関がそれぞれの地域で安定的に医療を提供していくために、医師、看護師等医療従事者の確保を進めます。
・現在の病床機能を維持し、必要な医療を提供していきます。
・在宅医療等の体制整備は、山間部という地域の特性を踏まえた地域包括ケアシステムの推進に併せて行います。

・増加が見込まれる在宅医療等の需要に対応するため、医療・介護を横断的に支援する機能を強化し、在宅医療等に関わる多職種連携体制を構築します。
・在宅医療等を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の医療従事者や医療と介護をつなげる人材の確保と養成を進めます。
・ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの機能強化を図り、地域完結医療体制の構築に努めます。

５　【参考資料】地域医療構想策定時の地域保健医療協議会における関係者の主な意見

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・相互に顔が見える関係が構築されており、ＭＳＷ（医療ソーシャルワーカー）の連携も良好であるため、区域内の病院機能はある程度明確になっている。今後、病診連携、歯科との連携等の一層の推進が必要である。
・この地域は人口が少なく、患者数も少ないため、機能を集約しても効率が悪く、厳格な機能分化は住民の不便に繋がる。むしろ現状の緩やかな分化と連携がこの地域には適していると考えられる。
・７病院で運営されていた救急輪番病院は、現在は３病院になっている。また、分娩を取り扱う産科医療機関が減少し、平成２５年には１診療所のみになっている。診療科によっては特定の医療機関に依存している状況にあり、地域で確保が困難な診療科が発生しつつある。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・１市４町と医師会、歯科医師会等による連携を進め、地域の中で横断的に構成された「ちちぶ版地域包括ケアシステム」による取組を推進する。
・高齢化に伴う区域の現状について住民に周知を図り、特に高齢の外来患者に関しては生活圏にある近くの診療所へ、入院は病院へという役割分担の理解を促進する。
・高度急性期を担う医療機関が区域内に存在しないことから、この機能を他区域の医療機関に依存している。このため、地域外の医療機関との連携を更に強化するほか、患者の搬送に必要なアクセス網の整備充実を秩父地域全体で取り組む必要がある。
・地域が広範囲であり、交通手段も限られる中で、住民の高齢化や単身化が進み、老老介護が実態化している現状などを踏まえれば、各地区の病院には単独機能と併せて、急性期や慢性期、在宅支援のための機能が求められる。
・医療従事者の確保が特に困難である現状を踏まえ、救急医療、産科医療等の確保が困難な診療科に対して、引き続きさま

ざまな充実・支援策を実施していく必要がある。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　地域医療構想策定時の現状

・退院を支援しても、高齢独居や老老介護の増加に伴い、在宅での療養が困難となってきており、介護が必要な高齢者の受入れを家族が同意しないケースがある。

・単身の高齢者が多く、居宅へ戻れないケースや在宅療養に移行しても、家族の居住地が遠方であるため家族からの十分な支援が受けられないケースもある。

・現状では、訪問医療に従事するスタッフを確保することが厳しく、介護老人保健施設等の新設や拡充も大きくは見込めない状況にある。

・この区域では各患者の居宅間の距離や動線が長いため、１日に訪問できる件数が限られる。

イ　地域医療構想策定時の今後の方向性

・地域医療を地域の基幹インフラとして捉え、医療に対する需給ギャップの解消を目指した事業を実施している「ちちぶ医療協議会」による取組を、引き続き推進する。

・在宅医療を支える施設や人材確保を進めるため、様々な取組を進めていく必要がある。

・レスパイト入所や介護しやすい住まいの整備、その整備に対する支援のほか、地域包括支援センターごとの訪問看護ステーションの整備などについての検討を行う必要がある。

・医療・介護・福祉の情報が集約でき、対応できる施設（訪問看護など複合施設）の整備が求められる。

６　【参考資料】令和３年度（２０２１年度）地域保健医療・地域医療構想協議会における取組についての中間検証結果

⑴　医療機能の分化・連携及び病床の整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・秩父圏域ケア連携会議（事務局：秩父市立病院）において、地域課題の検討や医療・介護・福祉の連携を推進している。この活動の中で、住民に対して認知症の啓発や在宅医療の周知活動を実施している。

・秩父管内の二次救急病院で対応できにない際は、埼玉医科大学病院等の区域外の高度急性期病院に搬送している。そのため連携を密にするとともに、ドクターヘリの利用や令和２年度（２０２０年度）からはドクターカーの運用が始まるなど、搬送体制の強化を図っている。

・現在でも、秩父管内の８病院中４病院が一般病床と療養病床の両方を備え、５病院が在宅医療を実施している。今後も各病院がその地域の医療拠点となるよう、機能強化を促していく。

・救急輪番病院と産科診療所に対して、ちちぶ医療協議会から医療従事者確保のための補助金を支給するとともに、産科診療所には埼玉医科大学病院等から医師、秩父市立病院から助産師の派遣を行っており、現在の診療体制を堅持するよう努めている。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・秩父圏域ケア連携会議により、１市４町、医師会等との連携を深め、「ちちぶ版地域包括ケアシステム」の取組を推進する。また、この取組中で、医療の役割分担の理解促進等を進める。
・引き続き高度急性期病院との連携を推進するとともに、ドクターヘリ、ドクターカー等による搬送体制の強化を図る。
・各病院がその地域の医療拠点となるよう、機能強化を促していく。
・ちちぶ医療協議会からの支援を引き続き実施し、救急医療、産科医療体制の維持を図っていく。

⑵　在宅医療等の体制整備

ア　令和３年度（２０２１年度）時の取組の内容・実績

・ちちぶ医療協議会が実施する地域医療体制確保のための取り組みを、引き続き支援していく。
・在宅医療は管内で５病院、１０診療所が実施しているが、今後も利用の増加が見込まれるため、秩父圏域ケア連携会議等での議論や必要な支援を行っていく。
・レスパイト入所は、特別養護老人ホームや居宅事業所等がショートステイとして受け入れている。介護しやすい住まいについては福祉用具貸与等の利用を促していく。訪問看護は、秩父市４か所、横瀬町、皆野町、小鹿野町に各１か所の計７カ所あり、管内をほぼ網羅している。在宅医療の需要の増加が見込まれることから、必要な検討を行っていく。
・医療・介護・福祉の情報収集や相談対応は、市町が設置している地域包括支援センターがその役割を果たしている。

イ　令和３年度（２０２１年度）時の今後の取組

・引き続き、ちちぶ医療協議会による地域医療体制確保のための取り組みを支援していく。
・秩父圏域ケア連携会議等での在宅医療の取組を支援していく。
・必要に応じて、レスパイト入所、福祉用具貸与等の情報提供を行う。
・医療・介護・福祉の情報収集や相談対応は、各市町の地域包括支援センターが対応していく。

第５部　医療従事者の確保等

第１章　医師の確保に関する事項

本章は、医療法（昭和２３年法律第２０５号）第３０条の４第２項に基づく医師確保計画として定めるものです。

１　目指すべき姿

本県の医師確保の方針は、従来からの課題である地域偏在と診療科偏在を解消するとともに、地域医療構想の実現に向けて必要な医師を確保していくこととします。

計画期間は、令和６年（２０２４年）から令和８年（２０２６年）までの３年間です。

２　現状と課題

⑴　医療施設の医師数等

本県の医師数は年々増加しており、令和２年度末（２０２０年度末）で１３，０５７人であり全国８位です。この１０年間（平成２２年（２０１０年）～令和２年（２０２０年））の増加数は、２，７９８人で全国４位、増加率は２７．３％で全国１位です。

しかし、人口１０万人当たり医師数は１７７．８人で全国４７位です。

国は、医師偏在指標を公表しています。これは、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映して作成されたもので、医師の多寡を統一的・客観的に比較、評価した指標です。この医師偏在指標では、本県は全国第４２位で、医師少数県とされています。

また、地域や診療科に偏りがみられます。

⑵　地域医療構想に基づく医師数

現行の地域医療構想は令和７年（２０２５年）における医療提供体制に関する構想です。

地域医療構想では、令和７年（２０２５年）における医療需要を「入院需要」と「在宅需要」に分けて定めています。

このため、必要医師数についても「入院需要」と「在宅需要」に分けて推計します。

ア　入院需要

㋐　計画（計画期間：令和２年（２０２０年）～令和５年（２０２３年））の評価

これまでの計画では、令和５年（２０２３年）における入院需要に必要な医師数は、９，７２０．３人（常勤換算）と推計しています。直近の令和３年（２０２１年）の病床機能報告の分析データにおける、医師数は９，６２３．２人（常勤換算）であり、目標達成するためには９７．１人を確保する必要があります。

(ｲ)　必要医師数

a　医療機能ごとの必要医師数

地域医療構想では、入院需要について、４つの医療機能「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」ごとに令和７年（２０２５年）時点の医療需要（必要病床数）を定めています。

これを基に、令和８年（２０２６年）の必要病床数を推計した上で、医療機能ごとの１００床当たりの勤務医師数（令和３年度（２０２１年度）病床機能報告の分析データ）を用いて算出したものは次の①のとおりです。

【医療機能ごとの必要医師数（常勤換算）　（単位：人）」】

病床機能	① １００床当たり 勤務医師数	② 働き方改革の推定値	③ 必要医師数
高度急性期	７４．４	３．８％	４，２７４．６
急性期	２１．３		３，９７６．６
回復期	８．２		１，４１８．２
慢性期	５．９		８５６．６
合計	―	―	１０，５２６．０

b　働き方改革（時間外労働規制）の影響

病院勤務医については、働き方改革（時間外労働規制）の影響を考慮する必要があります。

令和６年（２０２４年）４月から始まる時間外労働規制では、原則として病院勤務医の時間外勤務は年間９６０時間（月平均８０時間）が上限となり、週勤務時間でみると、週労働時間の６０時間を超える勤務が規制の対象となります。

働き方改革の影響により、令和８年（２０２６年）までで一定の時間外労働の削減が進むと仮定して推計すると、総労働時間が削減され、先の②のとおり、その割合は３．８％となります。

c　入院需要に対する必要医師数

前記 a、b の内容を考慮して算出した結果、令和８年（２０２６年）における入院需要に必要な医師数は、１０，５２６．０人となります。内訳は、高度急性期が４，２７４．６人、急性期が３，９７６．６人、回復期が１，４１８．２人、

慢性期が８５６．６人です。

(ｳ)　二次保健医療圏ごとの必要医師数

入院需要に対する二次保健医療圏ごとの令和８年（２０２６年）の必要医師数は次のとおりとなります。

【入院需要の二次保健医療圏ごとの必要医師数　（単位：人）】

保健医療圏	令和８年度
埼玉県	１０，５２６．０
南部	１，０８７．５
南西部	８９６．９
東部	１，６４９．２
さいたま	１，７０７．１
県央	６９１．７
川越比企	１，４６１．１
西部	１，３９７．１
利根	８７４．１
北部	６７０．３
秩父	９１．０

イ　在宅需要

(ｱ)　計画（計画期間：令和２年（２０２０年）～令和５年（２０２３年））の評価

これまでの計画では、令和５年（２０２３年）における在宅需要に対する必要医師数は、１，４８９．１人（常勤換算）と推計しています。直近の令和４年（２０２２年）の在宅医療の医師数は、１，４０９．９人（常勤換算）であり、７９．２人不足しています。

(ｲ)　在宅療養患者数と在宅医療を実施している医師数

地域医療構想では、在宅需要について、令和７年（２０２５年）の訪問診療分の在宅療養患者数（１日当たり）を定めています。これを基に、令和８年（２０２６年）の在宅療養患者数を推計します。

また、在宅医療を実施している医師数は、訪問診療を実施している診療所・病院（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を算定している医療機関）の施設基準などから推計すると、令和４年（２０２２年）は１，４０９．９人（常勤換算）となります。

(ｳ)　在宅需要に対する必要医師数

(ｲ)から算出した結果、患者一人当たり医師数は０．０３４人となり、令和８年（２０２６年）における在宅需要に必要な医師数は、１，６０９．０人（常勤換算）となります。

(ｴ)　二次保健医療圏ごとの必要医師数

在宅需要に対する二次保健医療圏ごとの令和８年（２０２６年）の必要医師数は次のとおりとなります。

【在宅需要の二次保健医療圏ごとの必要医師数　（単位：人)】

保健医療圏	令和８年度
埼玉県	１，６０９．０
南部	２６４．４
南西部	１３８．９
東部	２３４．３
さいたま	４７２．５
県央	７７．０
川越比企	１４４．２
西部	１１４．３
利根	５２．２
北部	９７．５
秩父	１３．６

端数処理を行っていることから、合計は一致しません。

⑶　産科・小児科等における医師の確保に関する事項

医師確保計画では、医師全体の医師確保とは別に、産科・小児科に限定した医師の確保に関する事項について定めることとされています。

本県では、産科・小児科・救急科を、医師確保が困難な特定診療科として重点的に対策を講じています。

令和２年度（２０２０年度）の診療科別人口１０万人当たり医師数は、産科が３１．８人で全国４７位、小児科は９７．４人で全国４４位、救急科が２．４人で全国３４位であり、医師の確保を図っていく必要があります。

また、特定の医療機能を有する医療機関である周産期母子医療センターの医療体制及び小児二次救急輪番体制及び救命救急センターの医療体制を確保・維持するための令和８年（２０２６年）の必要医師数は、次のとおりとなります。

必要医師数の確保に向けた施策は３⑴エのとおりです。

【「政策医療として必要な医師数（常勤換算）」】

政策的医療機関	整備数 （単位：箇所）	令和５年（２０２３年） 現医師数 （単位：人）	令和８年（２０２６年） 医療機関が希望する医師数 （単位：人）
周産期母子医療センター	１２	４１４．８	５２２．９
第二次小児救急医療体制	２６	２８２．６	３２８．０
救命救急センター	１１	４０６．７	５２５．３

３　課題解決に向けた主な取組

本県では、課題解決に向け、次の取組を行います。

⑴　埼玉県総合医局機構を通じた取組

本県では、埼玉県医師会、県内医療機関、大学等と協力して、平成２５年（２０１３年）に埼玉県総合医局機構（以下、「医局機構」という。）を創設しました。

医局機構を通じて、本県の医師確保に関する取組を推進しています。

ア　医師を増やす施策

(ｱ)　医学生向け奨学金制度（地域枠奨学金、出身者奨学金）

特定地域（川越比企（北）保健医療圏、利根保健医療圏、北部保健医療圏、秩父保健医療圏）や特定診療科（県内の病院の産科、小児科又は救命救急センター）への一定期間の勤務を条件として、医学生へ奨学金を貸与し、特定地域や特定診療科へ医師を誘導します。

【「奨学金制度による医師確保数（見込み)」　（単位：人)】

制度名	令和５年（２０２３年)	令和６年（２０２４年)	令和７年（２０２５年)	令和８年（２０２６年)
出身者奨学金	５５	８９	１０３	１１７
地域枠奨学金	８０	１１８	１５０	１７６
合計	１３５	２０７	２５３	２９３

(ｲ)　研修医向け研修資金制度（臨床研修医、専攻医）

産科、小児科、救命救急センターにおける一定期間の勤務を条件として、臨床研修医や専攻医に対して研修資金を貸与します。

【研修資金制度による医師確保数（見込み)」　（単位：人)】

制度名	令和５年（２０２３年)	令和６年（２０２４年)	令和７年（２０２５年)	令和８年（２０２６年)
臨床研修医研修資金	９	１１	８	９
専攻医（後期研修医）研修資金	６８	７６	７６	７７
合計	７７	８７	８４	８６

(ｳ)　自治医科大学卒業医師の派遣

へき地等の医療に恵まれない地域における医療を確保するために、全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業した医師を秩父保健医療圏や北部保健医療圏など医師確保が困難な地域の医療機関へ派遣し、地域医療提供体制の確保を図ります。

【「自治医科大学の卒業医師派遣数」　（単位：人)】

―	令和５年	令和６年	令和７年	令和８年

	（２０２３年）	（２０２４年）	（２０２５年）	（２０２６年）
自治医科大学卒業医師	２７	２３	２２	２２

(ｴ)　臨床研修医の県内誘導（臨床研修病院合同説明会開催）

病院合同説明会を開催し、全国の医学生に県内臨床研修病院の特色や魅力をＰＲし、県内での研修受講を誘導します。

(ｵ)　専攻医の県内誘導（ＷＥＢサイトによる専門研修プログラムのＰＲ）

特設ＷＥＢサイトを構築し、県内の専門研修プログラムごとの特徴や本県で研修を受講する魅力を通年で効果的にＰＲすることで、専攻医の県内への誘導を図ります。

(ｶ)　学生向けの医療体験の開催等

本県で将来、医師になることへの志を育てるために、高校生等を対象に模擬医療体験や病院見学、医師との懇談会等を実施します。

イ　医師のキャリア形成、質の向上と負担軽減

(ｱ)　医学生及び若手医師に対するキャリアコーディネーターによる支援

医師のキャリア形成に精通したキャリアコーディネーターを設置し、医療機関や医学生及び若手医師に対しての助言や支援を行います。

(ｲ)　若手医師のキャリア形成プログラムの策定

特定地域や特定診療科の勤務が義務付けられている奨学金貸与医師の能力開発・資質向上の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムを個々の医師のニーズに合わせて策定します。

(ｳ)　県内医師向けのスキルアップ支援研修（地域医療教育センターの運営）

県内研修医向けに高規格シミュレータを用いた研修や学会認定資格取得研修等を定期的に開催し、本県の地域医療を担う医師の教育・環境の向上を支援します。

(ｴ)　医療機関の勤務環境改善の取組への支援（医療勤務環境改善支援センターの運営）

埼玉県医療勤務環境改善支援センターを運営し、医業経営コンサルタントや社会保険労務士等の専門家と連携して医療機関の勤務環境改善の取組へ総合的な支援を行います。

(ｵ)　女性医師の就業支援（女性医師支援センターの運営）

埼玉県女性医師支援センターを運営し、女性医師の就業を支援します。

ウ　地域医療提供体制確保のための医師確保

(ｱ)　寄附講座による診療体制整備支援
大学医学部に寄附講座を設置し、地域医療における課題を調査、課題解決を図り、地域医療提供体制を確保します。
(ｲ)　医学生向け奨学金制度（地域枠奨学金、出身者奨学金）（再掲）
(ｳ)　小児二次救急輪番を担う地域の拠点病院への医師派遣
小児二次救急の輪番を担う地域の拠点病院のうち小児科医の確保が困難な病院への当直医の派遣を支援します。
(ｴ)　秩父地域の産科医療を確保するための医師派遣
秩父保健医療圏内における産科医療の維持を図るため、ちちぶ医療協議会が実施する産科医等の派遣事業を支援します。

エ　産科・小児科医等の確保
(ｱ)　医学生向け奨学金制度（地域枠奨学金、出身者奨学金）（再掲）
(ｲ)　研修医向け研修資金制度（臨床研修医、専攻医）（再掲）
(ｳ)　産科・小児科・救急科の魅力を学ぶ研修（地域医療教育センターの運営）
地域医療教育センターでは、特に医師が不足している産科・小児科・救急科について、各分野の第一線で活躍している医師を講師に招き、各科の魅力を学ぶ研修を重点的に実施します。
(ｴ)　寄附講座による診療体制整備支援（再掲）
(ｵ)　小児二次救急輪番を担う地域の拠点病院への医師派遣（再掲）
(ｶ)　秩父地域の産科医療を確保するための医師派遣（再掲）

⑵　順天堂大学からの医師派遣
現在整備を進めている順天堂大学医学部附属病院の開院前より、医師が不足している地域に対し医師派遣を行っていきます。

4　指標
⑴　医療施設（病院・診療所）の医師数
現状値　１３，０５７人　　→　目標値　１６，３４３人
（令和２年度（２０２０年度））　　（令和８年度（２０２６年度））
【指標の説明】
医師確保の取組により、本県の人口１０万人当たり医師数（平成３０年１６９．８人）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３県の近年の増加傾向を踏まえた平均値（令和８年２２３．３人）に達することを目指し、目標値を設定。

⑵　専攻医（後期研修医）の採用数

現状値　７４７人　→　目標値　１，６７０人

（令和４年度（２０２２年度）及び令和５年度（２０２３年度）の累計）　（令和４年度（２０２２年度）から令和８年度（２０２６年度）までの累計）

【指標の説明】

「第７次埼玉県地域保健医療計画」における令和５年度の目標値（３３３人）を踏まえ、更に専攻医（後期研修医）の採用数を増加させることを目指し、目標値を設定。

第２章　医療従事者等の確保に関する事項

１　目指すべき姿

歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員（ケアマネジャー）等の保健医療福祉従事者は、医療の高度化・専門化や異次元の高齢化などを背景に、求められるニーズに対応していく医療・介護サービス提供体制の根幹を成すものとなります。

保健医療福祉人材の確保については、それぞれの職種の課題を踏まえ、地域の実情に応じた人材の確保を目指します。さらに保健医療福祉従事者の質の向上や各々が持つ力を最大限に発揮できる環境整備を推進していくことで、地域において県民に安心・安全で価値の高い医療・介護サービスが提供されることを目指します。

２　現状と課題

医療の高度化・専門化に伴い、より質の高い、多様なサービスが保健医療従事者に求められています。

急速な高齢社会への対応等により、保健・医療・福祉サービスの需要の増大が見込まれます。保健医療福祉従事者として、幅広く、多様な分野に対応できる人材の確保が必要となっています。

⑴　歯科医師

令和２年（２０２０年）１２月末現在、県内の医療施設等で就業している歯科医師数は、５，４６８人であり、平成２２年（２０１０年）の４，９７５人と比べ４９３人、９．９％増加しています。

人口１０万人当たりの歯科医師数は、７４．４人であり、全国（８２．５人）を８．１人下回り、都道府県中２２位です。しかし、平成２２年（２０１０年）と比較すると７．７％と全国の伸び（７．０％）以上に増加しています。

高齢社会の一層の進展にあって、健康寿命の延伸のために、口腔（くう）の健康維持による生活習慣病、認知症の予防を含めた計画

的な歯科医学的管理や療養上必要な指導・支援を行う「かかりつけ歯科医」の機能充実が求められています。
　また、要介護状態であっても適切な歯科医療が受けられるよう、在宅歯科医療をはじめとする多様な歯科保健医療サービスに対するニーズに対応していく必要があります。
　患者の生活の質（ＱＯＬ）の確保など県民に対する保健医療サービスの向上を図るため、地域ケア会議等に歯科医師、歯科衛生士が参画するなど、保健・医療に関する関係職種と歯科との連携・協働が不可欠です。

⑵　薬剤師

　令和２年（２０２０年）１２月末現在、県内の医療施設等で就業している薬剤師数は、１３，５８７人であり、平成２２年（２０１０年）の９，９７７人と比べ３，６１０人、３６．２％増加しています。
　人口１０万人当たりの薬剤師数は、１８５．０人であり、全国（１９８．６人）を１３．６人下回っており、都道府県中２７位です。しかし、平成２２年（２０１０年）と比較すると３３．４％と全国の伸び（２８．７％）以上に増加しています。
　地域医療における薬物療法の有効性・安全性の確保や公衆衛生の向上に資するため、病院薬剤師にあっては病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師にあっては在宅医療や高度な薬学的管理を行う機能等を中心とした業務・役割の更なる充実が求められています。

⑶　看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

　令和４年（２０２２年）１２月末現在、県内の医療施設等で就業している看護職員数は、６９，５３２人（保健師２，３１１人、助産師１，６１５人、看護師５４，６０３人、准看護師１１，００３人）であり、平成２４年（２０１２年）の５５，９８５人と比べ１３，５４７人、２４．２％増加しています。
　医療・介護需要の大幅な増加が見込まれる令和７年（２０２５年）以降に向けて、養成のみならず、少子化や人口減少を踏まえた離職防止・定着促進、再就業支援を軸とした総合的な看護職員確保対策を強化していく必要があります。
　様々なライフステージで働き続けられるよう勤務環境改善の促進やナースセンターを活用した復職支援なども含めた、将来を見据えた県民の医療ニーズに対応できる人材の確保（人材の提供体制の整備）を推し進めていかなければなりません。
　また、医療の高度化・専門化、高齢化に伴う在宅医療ニーズの増大に対応するため、迅速かつ専門的なケアを提供できる高度な知識と技術を有する看護職員や訪問看護を担う人材の育成・確保・定着が求められています。

⑷　介護支援専門員（ケアマネジャー）

　令和５年（２０２３年）３月３１日現在、県内の指定居宅介護支援事業所等に勤務する介護支援専門員の数は、９，２１６人です。
　高齢化の進展に伴い、介護を必要とする高齢者が増加し、必要となる介護支援専門員の数は、ますます増加するものと見込

まれます。
適切な介護サービスの調整が行われるよう、介護支援専門員の資質の向上が求められています。

3　課題解決に向けた主な取組

⑴　歯科医師

ア　予防と治療が一体となった歯科保健医療サービス提供のための総合的な対策を実施し、「かかりつけ歯科医」としての知識と技術を有する歯科医師の育成を促進していきます。

イ　医科歯科連携の推進

歯科の立場から生活習慣病、認知症の予防・改善を図るため医科歯科連携の強化を促進し、歯科衛生士の育成・確保と資質向上にも努めます。

ウ　地域における多職種連携の推進

地域ケア会議への参画等をはじめ、地域包括ケアにおける多職種連携の中で歯科専門職としての知識を活かしながら患者・家族をサポートしていく体制を構築していきます。

⑵　薬剤師

医療及び医薬品等に関する専門的知識の習得などのため、在宅医療研修やオンライン服薬指導研修などを行い、薬剤師の資質向上を図ります。

また、病院、薬局における薬剤師の就労状況を把握し、薬剤師の偏在等の状況に応じ、薬学生へのアプローチをはじめ必要な確保策を検討します。

⑶　看護職員

ア　看護職員の養成

看護師等養成所教員の資質向上による看護基礎教育の強化や、看護師等養成所の運営支援、看護学生に対する育英奨学金の貸与等を行うことにより、県内の看護職員の確保・定着を促進していきます。

イ　看護職員の離職防止・定着促進

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。

ウ　看護職員の再就業支援

ナースセンターを拠点とした、地域の実情などの状況に応じた適切な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、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していきます。

エ　看護職員の資質の向上

認定看護師資格取得や特定行為研修の受講支援、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。

また、特定行為研修の体制については、現状把握や課題抽出を継続し、事例報告会等を通じて普及啓発を行い、整備していきます。

オ　保健師の現任教育の充実と資質の向上

職務経験に合わせた階層別の研修や健康福祉分野に係る課題を対象とした専門分野の研修により保健師の資質の向上を図ります。

カ　在宅医療を担う訪問看護師の育成・確保

訪問看護ステーションにおける体験実習や、高度な医療に対応する訪問看護師を育成する訪問看護ステーションへの支援等を行うことにより、訪問看護師の育成・確保・定着、資質向上を図ります。

キ　助産師の活用の推進

医師不足・分娩施設の減少や妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズに対応するため、助産師の資質の向上、積極的な活用を推進していきます。

⑷　介護支援専門員（ケアマネジャー）

介護の専門的知識・技術や医療に関する知識などを習得する研修を実施し、多様なニーズに連携して対応できるよう資質の向上を図ります。

⑸　その他の保健医療福祉従事者

地域の保健・医療・福祉を取り巻く状況の変化や多様化するニーズに的確に対応するため、研修等を実施することにより、従事者の資質向上を図ります。

４　指標

⑴　就業看護職員数

現状値　６９，５３２人　（令和４年度（２０２２年度））　→　目標値　７９，８０２人　（令和８年度（２０２６年度））

⑵　看護師の特定行為研修修了者数

現状値　１３３人　　→　目標値　６１０人
（令和５年（２０２２年）３月）　　（令和１１年度（２０２９年度））

⑶　訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数（再掲）
現状値　３，２８０人　　→　目標値４，３００人
（令和４年度(２０２２年度)）　　（令和１０年度（２０２８年度））

第３章　外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

第１節　外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

外来医療に係る医療提供体制を確保するため、地域ごとに課題を共有し、解決に向けた協議を行う必要があります。そこで、外来医療機能に関する情報等に基づいて地域偏在状況を可視化し、初期救急医療や在宅医療など不足している外来医療機能を明らかにして、地域における協議に活用します。

また、今後も医療需要の増加が見込まれる本県においては、検査等に使用する高額な医療機器について効率的に活用することが求められており、各医療機関が保有する医療機器の共同利用の協議を進めていく必要があります。そこで、医療機器の配置・利用状況を、各医療機関が把握できるよう必要な情報を提供します。

第２節　区域の設定と推進体制

１　区域単位

医療法に基づき、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する取組を推進するための区域を設定します。

本県の区域は、現在の二次保健医療圏の圏域と同様に設定します。

これは、二次保健医療圏が、「埼玉県５か年計画」における、県民の生活圏としての一体性などを考慮した「地域区分」などとの整合が図られていることや、地域医療構想においても、二次保健医療圏の圏域を、地域の特性を踏まえた医療提供体制を構築するための「構想区域」として定めていることを踏まえたものです。

２　推進体制

医療法に基づき、外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項について協議を行う場を区域ごとに設置します。

外来医療に係る医療提供体制に関する事項は、地域医療構想等の入院医療及び在宅医療等に関する事項とも関係するものです。

このことから、本県においては、二次保健医療圏ごとに設置している「地域医療構想調整会議」を協議の場として位置付けます。

この協議の場において、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者による協議を進めていきます。

第３節　外来医療の提供状況

１　外来医師偏在指標

⑴　基本的な考え方

外来医師偏在指標は、二次医療圏ごとの外来医療機能の偏在・不足等の状況を可視化するために、人口十万人当たりの診療所医師数を指標化したものです。

指標の値は、国が一元的に整理したデータを基に、医療需要と人口構成、医師の性別・年齢区分、病院と診療所の外来医療に関する対応割合等を勘案して、全国一律の計算式により算定され、国から県に提供されるものです。

国のガイドラインでは、外来医師偏在指標の値が全国の二次医療圏（３３５医療圏）の上位３分の１に該当する場合、当該二次医療圏を「外来医師多数区域」と設定することとされています。

その上で、外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対しては、当該区域において不足する医療機能を担うよう求めることとされています。

一方で、外来医師偏在指標の活用に当たっての留意事項として、ガイドラインでは次のように示されています。

「外来医師偏在指標の活用においては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に踏まえた上で、外来医師偏在指標の数値を絶対的な基準として取り扱うことや外来医師偏在指標のみに基づく機械的な運用を行うことの無いよう十分に留意する必要がある。」

⑵　本県の状況

外来医師偏在指標の算定に用いられるデータのうち、診療所の医師数及び外来患者延数については、次のとおりです。

【診療所の医師数及び外来患者延数】

（単位：人）

区域	医師数	外来患者延数

埼玉県	４，７０２	４，９６６，７９１
南部	５０４	５２０，３８７
南西部	４２５	４１４，７３８
東部	６１８	７５５，９１５
さいたま	１，１１１	１，０５９，８６６
県央	３２０	３９９，０３１
川越比企	４７９	５１３，４９０
西部	４６９	４８４，７７３
利根	３５５	３９３，３２４
北部	３３９	３５５，３３３
秩父	８２	６９，９３４

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※　医師数は厚生労働省「令和２年（２０２０年）医師・歯科医師・薬剤師調査」

※　外来患者延数は、ＮＤＢ(レセプト情報・特定健診等情報データベース)の平成３１年（２０１９年）４月から令和２年（２０２０年）３月までの診療分データ（ＮＤＢのデータ期間は、以下同じ。）に基づき集計した医科レセプト（入院外）の初診・再診及び往診・在宅訪問診療の診療行為の算定回数を合算したもの（月平均算定回数）

診療所の医師数や外来患者延数、その他の要素を加味して算定された県全体の外来医師偏在指標は、全国平均を下回っており相対的には外来医師が少ない状況です。

区域ごとにみると、さいたま区域及び秩父区域の外来医師偏在指標が上位３分の１に該当しています。

【外来医師偏在指標】

区域	指標

全国	１１２．２
埼玉県	９３．２
南部	１００．２
南西部	９８．７
東部	８０．２
さいたま	１０８．８
県央	８２．１
川越比企	８７．８
西部	８８．３
利根	８７．６
北部	９３．８
秩父	１１３．４

しかしながら、秩父区域の外来医療は以下のような状況にあります。

ア　平成２２年（２０１０年）から令和２年（２０２０年）の１０年間で、県内二次保健医療圏の中で唯一診療所医師数が減少している（△９．９％）。

イ　区域内の診療所に自治医科大学卒業医師を配置し、政策的に医療体制の維持を図っている。

このことから、秩父区域については外来医師偏在指標を機械的に適用することはせず、本県における外来医師多数区域はさいたま区域のみとします。

２　外来医療の状況

新規開業希望者を含めた各医療機関が、本県の外来医療の現状を把握できるよう、国のレセプト情報・特定健診等情報データベース（ＮＤＢ）を活用して医療施設数及び診療所当たりの患者延数を集計しました。

⑴　医療施設数

国のＮＤＢデータを活用して集計した診療実績がある医療施設数（以下、「実施施設数」という。）は、次のとおりです。

ア　時間外等診療

県全体では、外来診療実施施設数に対する時間外等（時間外、夜間、休日、深夜）診療実施施設数の割合は、全国平均と比べて、病院、診療所のいずれも上回っています。

一方、区域ごとにみると、病院では川越比企及び北部において全国平均の割合を下回っています。

【時間外等診療実施施設数　（単位：施設、％）】

区域	外来診療実施施設数（A）		時間外等診療実施施設数（B）		時間外等診療実施施設の割合（B／A）	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	８，２９６	８３，９７６	７，５９６	６８，５９２	９１．６	８１．７
埼玉県	３４３	３，６５２	３２２	３，１３４	９３．９	８５．８
南部	３０	３９８	２９	３５０	９６．７	８７．９
南西部	３０	３２１	２８	２８９	９３．３	９０．０
東部	４８	５１２	４６	４２４	９５．８	８２．８
さいたま	３８	８１１	３７	６９６	９７．４	８５．８
県央	１８	２４４	１８	２１４	１００．０	８７．７
川越比企	４９	３９０	４１	３３９	８３．７	８６．９
西部	５６	３５４	５２	２９３	９２．９	８２．８
利根	３２	２７５	３２	２２６	１００．０	８２．２
北部	３４	２７８	３１	２４３	９１．２	８７．４
秩父	８	６９	８	６０	１００．０	８７．０

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※　小数点第１位を四捨五入しているため、埼玉県の実施施設数と各区域における実施施設数の積上げ合計が一致しない場合がある。

イ　往診

県全体では、外来診療実施施設数に対する往診実施施設数の割合は、全国平均と比べて、病院、診療所のいずれも下回っています。

一方、区域ごとにみると、病院では南西部、さいたま、川越比企、北部及び秩父において、診療所では北部及び秩父において、全国平均の割合を上回っています。

【往診実施施設数（月平均施設数）　（単位：施設、％)】

区域	外来診療実施施設数（A）（再掲）		往診実施施設数（B）		往診実施施設の割合（B／A）	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	８，２９６	８３，９７６	３，５２３	３３，６２６	４２．５	４０．０
埼玉県	３４３	３，６５２	１２８	１，０７１	３７．３	２９．３
南部	３０	３９８	１２	１０６	４０．０	２６．６
南西部	３０	３２１	１５	７４	５０．０	２３．１
東部	４８	５１２	１２	１２１	２５．０	２３．６
さいたま	３８	８１１	１８	２３１	４７．４	２８．５
県央	１８	２４４	３	７１	１６．７	２９．１
川越比企	４９	３９０	２１	１１６	４２．９	２９．７
西部	５６	３５４	１６	１０６	２８．６	２９．９
利根	３２	２７５	１０	９６	３１．３	３４．９
北部	３４	２７８	１６	１１２	４７．１	４０．３
秩父	８	６９	５	３８	６２．５	５５．１

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※　小数点第１位を四捨五入しているため、埼玉県の実施施設数と各区域における実施施設数の積上げ合計が一致しない場合がある。

※　往診実施施設数は、ＮＤＢデータにおける医科レセプト（入院外）の往診の診療行為が算定された病院及び診療所数

ウ　訪問診療

県全体では、外来診療実施施設数に対する訪問診療実施施設数の割合は、全国平均と比べて、病院、診療所のいずれにおいても下回っています。

一方、区域ごとにみると、病院では南部、南西部、東部及び秩父において、全国平均の割合を上回っています。

【訪問診療実施施設数（月平均施設数）（単位：施設、％）】

区域	外来診療実施施設数（Ａ）（再掲）		訪問診療実施施設数（Ｂ）		訪問診療実施施設の割合（Ｂ／Ａ）	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	８，２９６	８３，９７６	３，５２３	３３，６２６	４２．５	４０．０
埼玉県	３４３	３，６５２	１３０	７４０	３７．９	２０．３
南部	３０	３９８	１５	６９	５０．０	１７．３
南西部	３０	３２１	１４	４９	４６．７	１５．３
東部	４８	５１２	２４	９０	５０．０	１７．６
さいたま	３８	８１１	１３	１９５	３４．２	２４．０
県央	１８	２４４	４	４７	２２．２	１９．３
川越比企	４９	３９０	１６	７３	３２．７	１８．７
西部	５６	３５４	１３	６０	２３．２	１６．９
利根	３２	２７５	１２	５７	３７．５	２０．７
北部	３４	２７８	１４	７９	４１．２	２８．４
秩父	８	６９	５	２１	６２．５	３０．４

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※　小数点第１位を四捨五入しているため、埼玉県の実施施設数と各区域における実施施設数の積上げ合計が一致しない場合がある。

※　訪問診療実施施設数は、ＮＤＢデータにおける医科レセプト（入院外）の在宅患者訪問診療の診療行為が算定された病院及び診療所数

⑵　診療所当たりの患者延数

国のＮＤＢデータを活用して、診療実績がある診療所（以下、「実施診療所」という。）当たりの患者延数を、外来患者延数、時間外等外来患者延数、往診患者延数及び訪問診療患者延数の区分ごとに集計しました。

県全体では、実施診療所当たりの患者延数は、全国平均と比べて、全ての区分で上回っており、一人の医師が担う患者数が相対的に多い状況です。

一方、区域ごとにみると、以下の区分では全国平均の患者延数を下回っています。

ア　外来患者延数

秩父

イ　時間外等外来患者延数

さいたま、西部、利根、北部及び秩父

ウ　往診患者延数

利根、北部及び秩父

エ　訪問診療患者延数

北部及び秩父

【実施診療所当たり患者延数（医科レセプト算定回数）（単位：人）】

区域	実施診療所当たり外来患者延数	実施診療所当たり時間外等外来患者延数	実施診療所当たり往診患者延数	実施診療所当たり訪問診療患者延数
全国	１，１３４	６７	６	４７
埼玉県	１，３３４	９７	１１	１１２
南部	１，２７６	９９	１３	１６２
南西部	１，２６８	１１０	１２	１４２
東部	１，４５４	９３	１２	１１２
さいたま	１，２７２	１０１	１１	１３０

区域	実施診療所当たり外来患者延数	実施診療所当たり時間外等外来患者延数	実施診療所当たり往診患者延数	実施診療所当たり訪問診療患者延数
県央	１，６１７	１２３	１５	７４
川越比企	１，２９０	１００	１９	１１１
西部	１，３４６	８７	１０	１２３
利根	１，４０７	９１	８	９６
北部	１，２６２	７４	６	５０
秩父	９９８	４０	７	３８

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

このほか、県内の医療施設の情報は、県ホームページの「埼玉県医療機能情報提供システム」により情報提供します。

ＵＲＬ：http://www.iryo-kensaku.jp/saitama/

なお、令和６年（２０２４年）４月から、「埼玉県医療機能情報提供システム」は厚生労働省が構築する全国統一システムに移行する予定です。

３　医療機器の効率的な活用

⑴　医療機器の配置状況

「外来医療の医療計画の策定及び実現に必要と考えられるデータ」（厚生労働省提供）をもとに、ＣＴ、ＭＲＩ、ＰＥＴ、マンモグラフィ、及び放射線治療（体外照射）の配置台数を集計しました。

令和２年（２０２０年）１０月１日現在、ＣＴ、ＭＲＩ、及びマンモグラフィについては全ての区域に配置されていますが、ＰＥＴについては南西部及び秩父での配置がなく、放射線治療は秩父での配置がありません。

今後は、区域ごとに医療機器の配置にばらつきが生じていることを含め、各区域で、医療機器の配置の必要性や利用状況について、課題の有無等を地域の関係者との協議を通じて把握して行く必要があります。

【病院、診療所の医療機器の保有台数（単位：台）】

区域	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		マンモグラフィ		放射線治療	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
南部	３２	２４	１７	９	１	０	１０	１４	３	０
南西部	２８	１６	１６	７	０	０	１０	７	１	０
東部	５２	４９	２４	１５	２	０	１７	７	４	０
さいたま	４４	５５	３３	２３	３	１	１８	２７	１０	０
県央	２０	２６	１４	８	２	０	６	３	５	０
川越比企	５１	３０	２８	１１	１	０	１５	１８	３	０
西部	５４	３２	３０	１０	２	３	１５	９	４	０
利根	２９	２８	１４	８	１	０	８	１	１	０
北部	３５	２８	２３	７	１	０	７	６	３	０
秩父	６	１２	３	１	０	０	４	０	０	０

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

⑵　医療機器の調整人口当たり台数

「医療機器の調整人口当たり台数」は、医療機器の配置状況を可視化するため、人口十万人当たりの医療機器の台数を医療需要と人口構成を勘案して指標化したものです。

指標の値は、国が一元的に整理したデータを基に、全国一律の計算式により算定され、国から県に提供されています。

県全体では、調整人口当たりの医療機器の台数は、全国平均と比べて、全ての医療機器で下回っており、相対的に医療機器の台数は少なくなっています。

一方、区域ごとにみると、以下の医療機器では、調整人口当たりの台数が全国平均を上回っています。

ア　ＣＴ

北部及び秩父

イ　ＭＲＩ
　　北部
ウ　ＰＥＴ
　　西部
エ　マンモグラフィ
　　川越比企及び秩父
オ　放射線治療
　　県央

こうした状況を踏まえ、各区域で医療機器の効率的な活用についての協議を進めて行く必要があります。

【調整人口当たりの医療機器の台数（単位：台）】

区域	調整人口当たり台数				
	ＣＴ	ＭＲＩ	ＰＥＴ	マンモグラフィ	放射線治療
全国	１１．５	５．７	０．５	３．４	０．８
埼玉県	９．２	４．２	０．２４	２．８	０．４７
南部	７．９	３．５	０．１４	３．０	０．４３
南西部	６．７	３．４	０．００	２．４	０．１５
東部	９．１	３．４	０．１８	２．１	０．３６
さいたま	８．４	４．６	０．３４	３．４	０．８６
県央	８．６	４．１	０．３６	１．７	０．９１
川越比企	１０．１	４．８	０．１２	４．２	０．３６
西部	１０．９	５．０	０．６１	３．１	０．４９
利根	８．５	３．３	０．１４	１．４	０．１４
北部	１２．２	５．８	０．１９	２．６	０．５７

区域	調整人口当たり台数				
	ＣＴ	ＭＲＩ	ＰＥＴ	マンモグラフィ	放射線治療
秩父	１６．０	３．７	０．００	４．２	０．００

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

⑶　稼働状況

県全体では、病院における医療機器１台当たりの稼働件数は、全国平均と比べて、全ての医療機器で上回っており、相対的に利用率は高くなっています。

一方、区域ごとにみると、以下の医療機器では、全国平均の稼働件数を下回っています。

ア　ＣＴ

川越比企、西部、北部及び秩父

イ　ＭＲＩ

川越比企、北部及び秩父

ウ　放射線治療

さいたま及び秩父

こうした状況を踏まえ、各区域で医療機器の利用率についての協議を進めて行く必要があります。

【病院、診療所の医療機器の稼働件数（機器１台当たり年間件数）（単位：件数／台）】

区域	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		マンモグラフィ		放射線治療	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
埼玉県	２，４３２	７２９	１，９５７	２，５７７	１，００１	２，３０９	５２７	４９０	４，０３７	－
南部	２，９２１	７８２	２，３７７	２，２７８	９９７	－	５８４	３５１	４，１２６	－
南西部	２，７２４	８５３	２，２１６	３，０８３	－	－	４４２	１５１	７，１８８	－
東部	２，４６５	７９４	２，０１１	２，２２０	４１４	－	３５９	１，３６３	３，５３７	－
さいたま	３，０８３	５６５	１，９５４	３，３４０	１，０８２	３，５６９	４７６	６３０	２，３４４	－

区域	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		マンモグラフィ		放射線治療	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
県央	３，６８６	９４０	２，４５１	２，１３４	１，２７６	－	１，３５２	５７９	５，９０５	－
川越比企	１，９８０	５８８	１，７８２	２，５０９	１，５８９	－	６５６	２５０	５，６３２	－
西部	１，８０９	１，１４５	１，８４３	２，０１５	１，４８８	１，８８９	４４７	３８７	４，５０１	－
利根	２，６０１	８７７	２，３１９	２，３５３	１６４	－	５８２	４５	７，０００	－
北部	１，７７６	３２１	１，３３９	２，４２４	６６０	－	４４２	４５９	２，８９１	－
秩父	１，６８０	３２８	１，３３２	２，２８７	－	－	１４７	－	－	－

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

第４節　外来医療に係る医療提供体制の確保に向けた取組

１　外来医療機能の確保に関する協議

地域の実情に応じた望ましい外来医療に係る医療提供体制を確保するために、協議の場における議論を通じて地域における課題を共有します。その上で、各区域の協議の場において合意が得られた場合には、新規開業希望者を含め区域内の医療機関に対して不足する外来医療機能を担うことへの協力を求めていきます。

また、計画策定段階において意見聴取を行った外来医療機能の不足の状況は年月を経ると変化することも想定されるため、計画期間中においても必要に応じて協議の場での状況確認を行うとともに、適宜、情報提供を行います。

さらに、協議の場における協議内容等を広く周知し、新規開業希望者へも積極的に情報提供することにより、新規開業者も含めた各医療機関の自発的な取組を促していきます。

２　医療機器の効率的な活用に関する協議

地域医療支援病院では、地域の病院・診療所との医療機器の共同利用が承認要件の一つとされており、積極的な役割を担うことが期待されています。

このため、地域医療支援病院における共同利用の状況や課題の有無を整理し、医療機器の効率的な活用方針の検討に向け、地域において必要な協議を進めていきます。

3　外来機能報告の結果に基づく紹介受診重点医療機関の協議

令和４年度（２０２２年度）より、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、医療機関の管理者が外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告する外来機能報告等が始まりました。

当該報告を踏まえて、協議の場において医療資源を重点的に活用する外来（以下、「紹介受診重点外来」という。）を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化することとされています。

これは、患者が医療機関を選択するに当たり、外来医療機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、紹介受診重点外来の機能に着目し、当該外来医療を提供する基幹的な役割を担う意向を有する病院又は診療所として、「紹介受診重点医療機関」を明確化することとされているためです。

本県においても、地域医療構想調整会議での協議を踏まえ、「紹介受診重点医療機関」をホームページ等で公表し、県民にも分かるよう、医療機関の外来機能の明確化を図っています。

第６部　医療費適正化計画

医療費適正化計画は、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」に関する数値目標を設定し、これらの目標達成を通じて県民の生活の維持・向上を図りながら、医療費の適正化を図ります。

第１章　住民の健康の保持の推進

１　目指すべき姿

生活習慣病の発症を予防するため、県民一人一人が望ましい生活習慣を実践できるようになることを目指します。そのために、県、市町村、事業者、保険者及び医療関係団体等が連携を図り、関係者が一体となって取組を推進していきます。

２　現状と課題

全国の受療の実態をみると、高齢期になるに従い、生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に７５歳を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。不適切な食生活や運動不足等の生活習慣、歯周病などの歯科疾患がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、その結果、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至る経過をたどっています。

医療費の急増を抑えていくためには、若いうちからの生活習慣病予防対策が重要な取組の一つと考えられます。健康の維持、増進によって、一人一人の生活の質（ＱＯＬ）が向上し、健康寿命を延ばすことにつながるだけでなく、健康に働く県民を増やすことで、社会保障の担い手を増やすことや、健康格差の拡大を防止することにもつながるなどの多面的な意義があります。

平成２０年度（２００８年度）から、生活習慣病予防のための特定健康診査及び特定保健指導の実施が保険者に義務付けられました。本県の特定健康診査の受診率は上昇しているものの、目標には届いていません。また特定保健指導の実施率は依然として低い水準であり、今後も引き続き、関係機関が連携した取組の強化が求められています。

特に、特定健康診査受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、年々上昇の傾向にあります。減少のためには、メタボリックシンドローム該当者等が、気軽に特定保健指導に参加できる体制の整備と、特定保健指導の質の向上が重要です。

また、定期予防接種は、感染症の発生及びまん延を予防するため、市町村が主体となり、乳幼児などを対象とした麻しん・風しん、結核をはじめ、１２歳～１６歳の女子を対象としたヒトパピローマウイルス感染症、高齢者などを対象としたインフルエンザなどについて実施しています。予防接種は適正な実施が重要であり、普及啓発に取り組むことが必要です。

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　医療保険者、事業者、県、市町村等の連携による特定健康診査・特定保健指導の推進
⑵　後期高齢者に対する健康診査の推進・健康診査結果に基づく支援の充実
⑶　保険者協議会等の場を活用した保険者等との連携体制の推進
⑷　特定健康診査・特定保健指導に関わる人材育成
⑸　特定健康診査データ等の解析と関係機関への周知
⑹　受動喫煙防止対策の推進
⑺　定期予防接種の促進
⑻　糖尿病性腎症重症化予防対策事業の実施
⑼　介護予防、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進
⑽　市町村等による健康増進事業の支援
⑾　がん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病予防・改善に向けた歯科口腔保健の推進と医科歯科連携の強化

４　指標

⑴　特定健康診査　受診率（再掲）
　現状値　５６．０％　→　目標値　７０％
　（令和３年度（２０２１年度））　（令和１１年度（２０２９年度））
⑵　特定保健指導　実施率
　現状値　１８．７％　→　目標値　４５％
　（令和３年度（２０２１年度））　（令和１１年度（２０２９年度））
⑶　メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の平成２０年度と比べた減少率（特定保健指導対象者の割合の減少）
　現状値　１１．４％　→　目標値　２５％
　（令和３年度（２０２１年度））　（令和１１年度（２０２９年度））

第２章　医療の効率的な提供の推進

１　目指すべき姿

埼玉県地域医療構想を踏まえ、病床機能の分化・連携を進めるとともに、医療・介護の連携の推進により、限られた医療資源を効率的に活用します。

さらに、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進のための取組を進めるとともに、多剤・重複投薬の防止や残薬対策などを推進するため、「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能を強化します。

２　現状と課題

⑴　病床機能の分化・連携や医療・介護の連携の促進

埼玉県地域医療構想では、高度急性期から慢性期までの全ての機能で将来の医療需要（入院需要）が増加すると推計されており、それに伴い、医療費も増加していくことが想定されます。

こうしたことから、増大する医療需要に対応しつつ、医療費の適正化を図っていくことが求められます。

⑵　ジェネリック医薬品の使用促進（再掲）とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化

ジェネリック医薬品は患者負担の軽減や医療費適正化の観点から使用促進のための様々な取組により順調に普及してきています。（数量シェア８０％以上の達成）

しかしながら、一部のジェネリック医薬品メーカーの不祥事から医療関係者等の中には品質を不安視する声もあります。

そのため、数量シェア８０％以上の堅持と不安解消のための取組が必要です。また、将来的にはバイオ後続品（＊）の使用促進を図っていく必要があります。

併せて、製薬メーカーの出荷停止等により医薬品の安定供給に影響が見受けられるため注視していく必要があります。

また、高齢社会を迎え患者が複数の診療科を受診する場合があり、医薬品の飲み合わせによる副作用（十分に効果が得られない場合や身体に悪い影響が出るなど）や重複投薬が課題となっています。

そのため、医薬品に関する正しい知識（副作用含む）の普及啓発や服薬する医薬品をチェック（多剤・重複投薬防止、残薬対策）できる「かかりつけ薬剤師、薬局」の機能を強化し、県民にこれらを選んで活用してもらうことが必要です。

さらに、薬局も医療機関と連携し、積極的に様々な機能を県民に提供していく必要があります。

＊バイオ後続品　ホルモン製剤や抗体製剤といった分子量が非常に大きく複雑な構造を持つ先行バイオ医薬品と品質がほとんど同じで、同じ効果と安全性が確認された医薬品

３　課題解決に向けた主な取組

⑴　病床機能の分化・連携や医療・介護の連携の促進

ア　地域医療構想調整会議での協議を通じた医療機能の分化・連携（再掲）

イ　病床機能報告制度と定量基準分析の実施と分析結果を活用した医療機能情報の提供と共有（再掲）

ウ　急性期病床から地域包括ケア病床等回復期病床への転換促進（再掲）

エ　令和７年（２０２５年）に向けた各医療機関の対応方針の策定と地域医療構想調整会議における協議と合意（再掲）

オ　地域医療構想アドバイザー制度を活用した地域医療構想調整会議での議論の活性化（再掲）

カ　国における医療ＤＸの推進の検討状況を踏まえた必要な対応の実施（再掲）

キ　在宅医療に必要な連携を担う拠点に対する広域的な継続支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援（再掲）

⑵　ジェネリック医薬品の使用促進（再掲）とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化（再掲）

ア　県民を対象としたジェネリック医薬品に関するセミナーの開催やリーフレット等による普及啓発（再掲）

イ　ジェネリック医薬品（バイオ後続品を含む）に関する研修会の開催（再掲）

ウ　汎用ジェネリック医薬品リストの作成（再掲）

エ　「かかりつけ薬剤師、薬局」の機能強化による多剤・重複投薬の防止や残薬対策などの適正使用の推進

４　指標

ジェネリック医薬品の数量シェア（再掲）

現状値　８４．０％	→	目標値　８０．０％以上 （現状値を下回らないように取り組む）
（令和４年度（２０２２年度））		（令和１１年度末（２０２９年度末））

第３章　医療費の見込み

厚生労働省が示した積算方法による計画期間における本県医療費の見通しは次のとおりです。なお、算出に当たり、地域医療構想の実現に向けた医療機能の分化・連携の推進やジェネリック医薬品の使用促進、特定健診、保健指導の実施率の達成による適正化効

果及びかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化による医薬品の適正使用の促進効果などを織り込んでいます。
本県では、計画に基づく適正化の取組を行った場合、約１６３億円の適正化効果があるものと見込まれます。
本県の医療費の見通し

<table>
<tr><th>令和４年度
（２０２２年度）</th><th>令和１１年度
（２０２９年度）</th><th>効果</th></tr>
<tr><td rowspan="2">①現状（推計）
２兆２，２２６億円</td><td>②計画に基づく適正化の取組を行わない場合
２兆６，６１８億円</td><td rowspan="2">④効果（③－②）
▲１６３億円</td></tr>
<tr><td>③計画に基づく適正化の取組を行った場合
２兆６，４５５億円</td></tr>
</table>

第４章　国民健康保険の運営

１　目指すべき姿

県と市町村が共同運営する国民健康保険制度の下、医療費適正化の取組を推進します。

２　現状と課題

⑴　国民健康保険制度の運営

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、市町村と共に埼玉県国民健康保険運営方針（県と市町村が国民健康保険を共同運営する際の統一的な指針）に基づき、持続可能で安定的な国民健康保険の運営を図っています。

⑵　一人当たり医療費の増加

被保険者一人当たりの医療費は、高年齢層の被保険者の増加や医療の高度化などにより、増加傾向にあります。一人当たり医療費の増加は、被保険者の負担増につながります。

医療保険制度を持続可能なものにするためにも、医療費の適正化を進めていく必要があります。

⑶　データの活用

保険者は、加入者の健診情報や医療の受診状況であるレセプトのデータ（受診の状況、かかった疾病、医療費など）の情報を保有しています。また、全ての市町村がデータヘルス計画を策定しています。医療費の適正化を進めるためにも、保険者がレセプトと健診のデータを最大限に活用し、地域の健康課題に即した加入者の健康づくりを計画的に推進していく必要があります。

３　課題解決に向けた主な取組

市町村国民健康保険に係る下記の取組の推進

⑴　データヘルスの推進
⑵　特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上
⑶　ジェネリック医薬品の使用促進
⑷　生活習慣病の重症化予防の推進
⑸　健康づくり事業の推進
⑹　適正受診・適正服薬の推進

４　指標

⑴　特定健康診査受診率（市町村国民健康保険実施分）

現状値　３８．２％　（令和３年度（２０２１年度））　→　目標値　６０％以上　（令和１１年度（２０２９年度））

⑵　特定保健指導実施率（市町村国民健康保険実施分）

現状値　１９．４％　（令和３年度（２０２１年度））　→　目標値　６０％以上　（令和１１年度（２０２９年度））

埼玉県 地域保健医療計画（第８次）案 について①

令和６年１月２６日
保　健　医　療　部

策定スケジュール

地域保健医療計画推進協議会	医療審議会	県議会
以下について協議 第１回 施策体系　（６月） 第２回 骨子及び指標　（８月） 第３回 本文案　（１０月） 第４回 県民コメントの反映（１月）	医療法第３０条の４第１５項に基づく諮問及びこれに対する答申	２月定例会に議案提出

第1部　基本的な事項

人口減少・超少子高齢化という歴史的な課題に対応し、将来にわたり持続可能で質の高い保健医療体制を確保する

▶ 基本理念

１　ポストコロナにおける新興感染症発生・まん延時に向けた対策

・医療機関・検査機関・宿泊施設等と平時から協定を締結
・感染症発生時に適切な対応ができる人材を育成
・保健所の体制確保、衛生研究所の検査体制の整備と機能強化

２　今後増大する多様な医療需要に対応できる医療従事者の確保

・医学生向け奨学金制度等の活用
・認定看護師資格取得や特定行為研修の受講支援

３　安心と活気にあふれる高齢社会の実現に向けた健康づくりの推進

・県、市町村、企業、民間団体等の多様な主体による健康づくりの取組
・ロコモティブシンドロームやフレイル予防を通じた生活機能の維持・向上
・乳幼児期から高齢期を通じ、生涯を通じた歯・口腔の健康づくり

４　誰もが安心して自分らしい暮らしができる、多様な方々が共生する社会の構築

・小児・ＡＹＡ世代のがん患者に対する療養支援体制を構築
・女性、若者、中高年、失業者、年金受給者など誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現に向け、対策を強化
・在宅難病患者一時入院事業に取り組み、レスパイトや風水害等に備えた事前の避難的入院ができる環境を整備

▶ 計画期間

令和６年度（２０２４年度）から令和１１年度（２０２９年度）までの６年間（３年後に中間見直し）

▶ 医療圏

現行計画と同様「埼玉県５か年計画」の１０の地域区分を２次保健医療圏に設定

▶ 基準病床数 ➡ 別紙のとおり

第2部　くらしと健康

誰もが、健康で、生き生きと暮らす健康長寿社会の実現を目指す

▶ 健康づくり対策 ➡ 多様な主体により全世代の健康づくりを推進するため、循環器疾患、糖尿病、慢性腎臓病（ＣＫＤ）や慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）等の生活習慣病の発症予防、重症化予防に取り組む。

▶ 歯科保健対策 ➡ 誰一人取り残さない歯科口腔保健、健康寿命の延伸、健康格差の縮小を目指し、妊娠期から子育て期、成人期、高齢期と、生涯を通じた歯・口腔の健康づくりに取り組む。

▶ アレルギー疾患対策 ➡ 近年増加傾向にあるアレルギー疾患を有する者が、県内どこでも適切な医療を受けられ、環境に応じ必要な支援を受けることができるよう、医療人材の育成、患者支援に携わる関係者の資質向上等、体制を整備する。

▶ 健康危機管理体制の整備充実 ➡ 感染症、食中毒など県民の生命、健康の安全を脅かす事態に対し、健康危機管理マニュアルの整備等による危機管理体制の充実・強化に取り組み、迅速・的確に対応できる体制を整備する。

埼玉県 地域保健医療計画（第８次）案 について②

第3部　医療の推進

疾病、事業ごとの医療提供体制等の整備を行う

▶ **がん医療** ➡ がん診療連携拠点病院等を中心とした質の高い医療提供体制の整備及び緩和ケアが適切に提供される体制を整備する。また、がん患者の就労に関する相談支援や、治療に伴う外見変化に対するケアの充実に取り組む。

▶ **循環器医療** ➡ 脳卒中及び心筋梗塞等の発症予防・重症化予防に向けた生活習慣の改善や早期受診の重要性の普及啓発、急性期、回復期から社会復帰に向けた切れ目のない医療提供、リハビリテーションを通じ、患者支援体制の充実に取り組む。

▶ **精神疾患医療** ➡ 多様な精神疾患等に適切に対応するため、個々の医療機関の役割や機能等を明確にし、連携体制を整備する。また、精神疾患の救急医療体制の充実等により、誰もが安心して自分らしい暮らしができるよう取り組む。

▶ **救急医療** ➡ 搬送困難事案を削減するため、救急車適正利用の促進、受入医療機関の整備促進、救急医療情報システムを活用した救急搬送の強化等に取り組む。

▶ **災害時医療** ➡ 災害医療コーディネート体制の整備、多職種参加の訓練の実施等により、災害時に県民が必要な医療を受けられる体制を構築する。

▶ **周産期医療** ➡ 母体・新生児搬送調整等によるハイリスク分娩への対応により、全ての妊産婦が分娩のリスクに応じ出産できる体制を構築する。

▶ **小児医療** ➡ 身近な地域で夜間・休日に初期救急医療を受けられる体制の充実、重症・重篤患者に迅速かつ適切な救命措置を行う小児救命救急センター等の体制の充実、医療的ケア児の在宅支援を担う人材の養成及び多職種連携体制の構築に取り組む。

▶ **感染症医療** ➡ 関係機関との協定締結により、必要な体制の迅速かつ確実な立ち上げを確保するとともに、平時から感染症対応人材を育成し、医療機関の感染症への対応力の向上を図る。

▶ **在宅医療の推進** ➡ 入退院支援、日常療養生活支援、急変時対応及び在宅での看取りについて、医療や介護の多職種連携を図り、在宅医療の提供体制を構築する。

第4部　地域医療構想

県民が住み慣れた地域で必要なサービスが受けられるよう、令和７年（２０２５年）における医療需要を基に、本県の医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制を示す。

第5部　医療従事者の確保等

今後増大する多様な医療需要に対応できる医療従事者を確保する

▶ **医師の確保** ➡ 今後増大する多様な医療需要や地域偏在や診療科偏在を解消するため、医学生向け奨学金制度の活用等による医師確保を図るとともに、臨床研修医や専攻医の確保の取組を促進する。

▶ **医療従事者等の確保** ➡ 認定看護師資格取得や特定行為研修の受講支援等により、専門性の高い看護職員を育成・確保する。また、薬剤師の資質向上を図るとともに、薬剤師の就労状況を把握し、必要な確保策を検討する。

第6部　医療費適正化計画

県民の生活の維持・向上を図りながら医療費の適正を図る

▶ **住民の健康の保持の推進** ➡ 医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進、市町村による健康増進事業の支援、保険者協議会を通じた連携体制の推進等により、県民一人一人が望ましい生活習慣を実践できるよう取り組む。

▶ **医療の効率的な提供の推進** ➡ 医療機能の分化・連携や、医療・介護の連携により、限られた医療資源を効率的に活用するとともに、多剤・重複投薬の防止や残薬対策の推進、ジェネリック医薬品の使用推進に取り組む。

計画の進捗評価

▶ **４２指標** を設定（別紙のとおり）。達成状況を評価しＰＤＣＡサイクルを活用して計画を着実に推進していく。

【新たに設定する 主な指標例】
- 新興感染症発生時における病床の確保数
- 看護師の特定行為研修修了者　等

【別紙】第８次地域保健医療計画　基準病床数（一般病床 及び 療養病床）について

二次保健医療圏	A	B	A･Bの比較	C	D	(D - C)	参考
	既存病床数	基準病床数	過剰／非過剰	許可等病床数（整備予定を含む）	必要病床数	新たに整備可能となる病床数	基準病床数（7次計画中間見直し）
南部	4,781	5,271	非過剰	4,902	5,025	123	4,912
南西部	4,633	4,609	過剰	4,777	4,777	0	4,633
東部	8,598	9,192	非過剰	8,862	8,935	73	8,749
さいたま	7,612	9,896	非過剰	7,917	7,664	0	7,566
県央	3,289	4,319	非過剰	3,530	3,534	4	3,323
川越比企	6,825	7,587	非過剰	7,448	7,652	204	7,232
西部	7,697	7,767（特例加算の317床を含む）	過剰	7,881	7,951	70	7,951
利根	4,238	4,906	非過剰	4,651	4,630	0	4,284
北部	3,562	3,797	非過剰	3,913	3,442	0	2,802
秩父	753	580	過剰	791	600	0	546
合計	51,988	57,924		54,672	54,210	**474**	51,998

➠ 地域医療構想調整会議等での議論を踏まえ、地域医療構想で推計した２０２５年における必要病床数（５４，２１０床）を確保する。

＊ 西部保健医療圏は、国の算定式によると「病床過剰」の圏域となるが、地域医療構想で推計した２０２５年における必要病床数に向けて整備を行うため、厚生労働大臣に対し、特例により病床数を加算する協議を行う

（参考）　埼玉県 地域保健医療計画（第８次）指標一覧

指　標　名	数　値
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）	〔現状〕　男性：18.01年、女性：20.86年 ➡　〔R11〕　男性：18.83年、女性：21.58年
②日常生活に制限のない期間の平均　（年）	〔現状〕　男性：73.48年、女性：75.73年 ➡　〔R10〕　男性：74.60年、女性：76.17年
③【新】食塩摂取量	〔現状〕　10.2ｇ/日　➡　〔R11〕　7.5ｇ/日 未満
④１２歳児で う蝕 のない者の割合	〔現状〕　78.2 %　➡　〔R11〕　87.0 %
⑤生活習慣病（がん、心疾患、脳卒中等）、認知症に対応可能な歯科医療機関数	〔現状〕　2,266 機関　➡　〔R11〕　3,600 機関
⑥糖尿病と歯周病に係る医科歯科連携協力歯科医療機関数	〔現状〕　700 機関　➡　〔R11〕　1,200 機関
⑦在宅歯科医療実施登録機関数	〔現状〕　874 機関　➡　〔R11〕　1,200 機関
⑧食品関連事業所における製品等の自主検査実施率	〔現状〕　66.5 %　➡　〔R8〕　100 %
⑨がん検診受診率	〔現状〕　胃がん　男性：42.3 %、女性：33.1 % 肺がん　男性：48.6 %、女性：43.4 % 大腸がん　男性：44.8 %、女性：41.3 % 乳がん　42.5 %、子宮頸がん　38.2 % ➡〔R10〕全てのがん種の受診率　60 %
⑩救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間	〔現状〕　47.4 分　➡　〔R11〕　39.4 分
⑪【新】在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	〔現状〕　59.2 %　➡　〔R11〕　62.16 %
⑫【新】在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	〔現状〕　91.5 %　➡　〔R11〕　93.0 %
⑬【新】糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく受診勧奨に応じた率	〔現状〕　10.4 %　➡　〔R11〕　14.0 %
⑭特定健康診査受診率	〔現状〕　56.0 %　➡　〔R11〕　70 %
⑮自殺死亡率（人口１０万人当たり）	〔現状〕　15.2　➡　〔R8〕　12.6 以下
⑯精神病床における慢性期（１年以上）入院患者数	〔現状〕　5,486 人　➡　〔R8〕　5,349 人
⑰精神病床における入院後３か月時点の退院率	〔現状〕　60.3 %　➡　〔R8〕　68.9 %
⑱かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	〔現状〕　1,614 人　➡　〔R8〕　2,300 人
⑲重症救急搬送患者の医療機関への受入照会が４回以上となってしまう割合	〔現状〕　7.2 %　➡　〔R11〕　2.4 %

指　標　名	数　値
⑳災害時連携病院の指定数	〔現状〕　18 病院　➡　〔R11〕　40病院
㉑【新】病院のＢＣＰ策定率	〔現状〕　39.2 %　➡　〔R11〕　65 %
㉒【新】母体・新生児搬送コーディネーターの母体搬送調整で４回以上の受入照会を行った割合	〔現状〕　18.7 %　➡　〔R11〕　15 %
㉓【新】ＮＩＣＵ・ＧＣＵ長期（1年以上）入院児数	〔現状〕　7 人　➡　〔R11〕　0 人 （医療の必要性から入院が不可欠な児を除く）
㉔小児救急搬送で４回以上の受入照会を行った割合	〔現状〕　2.8 %　➡　〔R11〕　2.0 %
㉕夜間や休日も小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合	〔現状〕　92.9 %　➡　〔R11〕　100 %
㉖【新】新興感染症発生時における病床の確保数	〔現状〕　０床　➡　流行初期：1,200 床、流行初期以降：2,000 床（令和6年9月までに確保し、その後確保数を維持する）
㉗感染症専門研修受講者数	〔現状〕　114 人　➡　〔R8〕　542 人
㉘訪問診療を実施する医療機関数（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出医療機関数）	〔現状〕　894 か所　➡　〔R8〕　1,000 か所 ➡　〔R11〕1,080 か所
㉙訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数	〔現状〕　3,280 人　➡　〔R8〕　4,005 人 ➡　〔R10〕4,300 人
㉚地域連携薬局の認定を取得した薬局数	〔現状〕　227 薬局　➡　〔R8〕　800 薬局
㉛「患者さんのための３つの宣言」実践登録医療機関の割合	〔現状〕　57.8 %　➡　〔R11〕63.5 %
㉜【新】薬物乱用防止指導員による薬物乱用防止教室を実施した学校数及び受講者数	〔現状〕　164 校　34,990 人 ➡　〔R11〕230 校　65,000 人
㉝ジェネリック医薬品の数量シェア	〔現状〕　84.0 %　➡　〔R11〕80.0 %以上 （現状値を下回らないように取り組む）
㉞１０代～３０代の献血者数	〔現状〕　74,756 人　➡　〔R11〕90,720 人
㉟医療施設　（病院・診療所）　の医師数	〔現状〕　13,057 人　➡　〔R8〕　16,343 人
㊱専攻医（後期研修医）の採用数	〔現状〕　747 人　➡　〔R8〕　1,670 人 （R4年度～R5年度の累計）　（R4年度～R8年度の累計）
㊲就業看護職員数	〔現状〕　69,532 人　➡　〔R8〕　79,802 人
㊳【新】看護師の特定行為研修修了者	〔現状〕　133 人　➡　〔R11〕　610 人
㊴特定保健指導の実施率	〔現状〕　18.7 %　➡　〔R11〕　45 %
㊵メタボリックシンドローム該当者及び予備群の平成２０年度と比べた減少率（特定保健指導対象者の割合の減少率）	〔現状〕　11.4 %　➡　〔R11〕　25 %
㊶特定健康診査受診率（市町村国民健康保険実施分）	〔現状〕　38.2 %　➡　〔R11〕　60 %以上
㊷特定保健指導実施率（市町村国民健康保険実施分）	〔現状〕　19.4 %　➡　〔R11〕　60 %以上