

埼玉県地域保健医療計画(案)

(平成30～35年度)

(2018～2023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.....	4
第2章 計画の背景.....	4
第1節 地勢と交通.....	4
第2節 人口構造.....	5
第3節 人口動態.....	5
第4節 住民の受療状況.....	7
第5節 医療提供施設等の状況.....	9
第6節 医療費の概況.....	12
第3章 医療圏.....	12
第1節 医療圏の設定.....	12
第2節 事業ごとの医療圏.....	14
第4章 基準病床数.....	15
第1節 基準病床数.....	15
第5章 計画の推進体制と評価.....	17
第1節 計画の推進体制と役割.....	17
第2節 評価及び見直し.....	19
第3節 進捗状況及び評価結果の周知方法.....	19
第2部 くらしと健康.....	19

第1章	ライフステージに応じた健康づくり	19
第1節	健康づくり対策	19
第2節	歯科保健対策	21
第3節	親と子の保健対策	24
第4節	青少年の健康対策	27
第2章	疾病・障害とQOL（生活の質）の向上	29
第1節	難病対策	29
第2節	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	30
第3節	人生の最終段階における医療	31
第4節	臓器移植対策	33
第5節	リハビリテーション医療	34
第6節	動物とのふれあいを通じたQOL（生活の質）の向上	35
第3章	健康危機管理体制の整備と生活衛生	36
第1節	健康危機管理体制の整備充実	36
第2節	保健衛生施設の機能充実	37
第3節	安全で良質な水の供給	38
第4節	衛生的な生活環境の確保	39
第5節	安全な食品の提供	40
第3部	医療の推進	41
第1章	疾病ごとの医療提供体制の整備	41
第1節	がん医療	41
第2節	脳卒中医療	44
第3節	心筋梗塞等の心血管疾患医療	47
第4節	糖尿病医療	49
第5節	精神疾患医療	51

第6節	感染症対策.....	54
第2章	事業ごとの医療提供体制の整備.....	56
第1節	救急医療.....	56
第2節	災害時医療.....	59
第3節	周産期医療.....	62
第4節	小児医療.....	64
第5節	へき地医療.....	67
第3章	在宅医療の推進.....	67
第1節	在宅医療の推進.....	67
第4章	医療従事者等の確保.....	71
第1節	医療従事者等の確保.....	71
第5章	医療の安全の確保.....	77
第1節	医療の安全の確保.....	77
第2節	医薬品等の安全対策.....	79
第3節	医薬品の適正使用の推進.....	80
第4節	献血の推進.....	82
第4部	地域医療構想.....	83
第1章	地域医療構想の概要.....	83
第2章	地域医療構想の実現に向けた取組.....	86
第5部	医療費適正化計画.....	89
第1章	住民の健康の保持の推進.....	89
第2章	医療の効率的な提供の推進.....	90
第3章	医療費の見込み.....	92
第4章	国民健康保険の運営.....	93

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

1 埼玉県地域保健医療計画

本県の75歳以上の高齢者人口は、全国一のスピードで増加し、いわゆる団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年以降も増え続けると推計されています。

こうした急速な高齢化の進展により、医療や介護の需要は大幅に増大することが見込まれます。さらに、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となることが想定されます。

複数の慢性疾患や認知症などの疾患を抱えながらも、住み慣れた地域で質の高い生活を送りたいと願う高齢者を支えるためには、いままでの「治す医療」だけでは不十分です。

「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構築」を同時に進め、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」への転換が求められています。

埼玉県地域保健医療計画（第7次）は、異次元の超高齢社会を迎える本県において、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、平成30年度（2018年度）から平成35年度（2023年度）までの6年間に取り組むべき施策の方向性を示すものです。

(1) 健康長寿を目指した更なる取組の推進

健康で生き生きと自立した生活を送ることができる県民が増えることは、将来の医療や介護の需要を抑制し、社会の活力を高めることにつながります。

そこで、県民一人一人が日頃から健康に留意し、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔^{くわう}の健康について適切な生活習慣を実践する健康長寿の取組をさらに推進していきます。

(2) 医療機能の分化と連携の推進

平成28年（2016年）10月に埼玉県地域保健医療計画の一部となる「埼玉県地域医療構想」を策定し、本県の医療提供体制の将来像を明らかにしました。

医療を取り巻く環境が一層厳しくなる中で、県民が必要とする医療を提供するためには、限られた医療資源を効率的に活用する「医療機能の分化と連携」を進めていくことが不可欠です。

外来診療や在宅医療、初期救急や二次救急など県民に身近な医療については、できるだけ住み慣れた地域で、過不足なくサービスを受けられる体制を整備していきます。

また、高度で先進的な医療については、その機能を集約化し、専門人材を集中的に配置することなどにより、効率的で質の高い医療提供体制の構築を目指します。

(3) 地域包括ケアシステムの構築

住み慣れた地域で切れ目のない医療・介護サービスが提供されるためには、それぞれの地域で医療と介護に関わる多職種間の連携体制の整備が不可欠です。

そのため、平成30年度（2018年度）を初年度とする埼玉県高齢者支援計画との整合を図りながら、医療と介護、福祉の関係者が連携・協力して一体的・体系的に高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築を進めます。

(4) 医療を支える人材の確保

更なる少子化が見込まれる中、増大する医療ニーズを支える人材の確保はますます困難になることが想定されます。

医療従事者や医療を志す人にとって、働きがいと働きやすさを兼ね備えた魅力ある埼玉県を目指し、将来を支える医療人材を確保していきます。

2 埼玉県医療費適正化計画

日本は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界有数の高い平均寿命と保健医療水準を達成してきました。

その反面、医療費は、長期的な増加基調にあります。昨今では、高齢化の進展や先進医療技術の導入、新たな薬剤の開発などが医療費を押し上げる要因となり、国民医療費の国内総生産（GDP）に対する比率は約8%、国民所得（NI）に対する比率は約11%となっています。

本県は、人口一人当たりの国民医療費が全都道府県で最も低い県ですが、全国一のスピードで進む高齢化により、今後、医療費が急激に増加することが懸念されます。

このような中、本県の医療を持続可能なものとしていくためには、県民の安心・安全を確保しながら、医療費の大幅な増大を防ぐことが必要となります。

そこで、平成30年度（2018年度）を初年度とし、平成35年度（2023年度）までを計画期間とする埼玉県医療費適正化計画（第3期）を策定し、埼玉県地域保健医療計画と一体的に、「県民の健康の保持」や「医療の効率的な提供」の推進に取り組むものです。

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、大規模地震や豪雨などによる災害の頻発、グローバル化の進展による感染症拡大の懸念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、3つの基本理念を設定しました。

- 1 生涯を通じた健康づくり体制の確立
- 2 質が高く効率的な医療提供体制の確保と医療・介護サービス連携の強化
- 3 安心・安全な暮らしを守る健康危機管理体制の構築

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」及び高齢者の医療の確保に関する法律第9条に基づく「医療費適正化計画」であるとともに、以下の関係計画等との整合性を図った保健医療に関する総合的な計画です。

また、この計画は、県だけでなく市町村や保健医療関係機関・団体等も含めて、推進すべき施策の方向性を示すものです。併せて、県民の自主的、積極的な行動を誘引する性格を持つものです。

- (1) 埼玉県5か年計画－希望・活躍・うるおいの埼玉－
- (2) 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）
- (3) 埼玉県高齢者支援計画（介護保険事業支援計画・介護保険法、老人福祉計画・老人福祉法）
- (4) 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）
- (5) 埼玉県健康長寿計画（健康増進計画・健康増進法）
- (6) 埼玉県食育推進計画（食育基本法）
- (7) 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）
- (8) 埼玉県自殺対策計画（自殺対策基本法）
- (9) 埼玉県アルコール健康障害対策推進計画（アルコール健康障害対策基本法）
- (10) 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）
- (11) 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）

2 計画の構成

(1) 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。

(2) 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、疾病・障害とQOL（生活の質）の向上、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。

(3) 第3部 医療の推進

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

(4) 第4部 地域医療構想

地域医療構想の概要、地域医療構想の実現に向けた取組について定めています。

(5) 第5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、平成30年度（2018年度）から平成35年度（2023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、急激な社会情勢の変化や大幅な制度改正などがあった場合には、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3,800km²で、東西約103km、南北約52km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。

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といった幹

線道路の整備も進められ、東日本の交通の要衝となっています。

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れ、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。平成22年（2010年）から平成27年（2015年）までの5年間の人口増加率は1.0%と、緩やかな増加となっています。

このように、本県の人口は、緩やかな増加傾向にありますが、間もなく減少に転ずると見込まれています。平成37年（2025年）には718万人に減少し、平成47年（2035年）には700万人を割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、平成37年（2025年）には203万人に増加する見通しです。特に75歳以上の人口は、平成27年（2015年）から10年間で約1.6倍の121万人に増加する見通しです。

本県の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は、平成27年（2015年）の国勢調査によると、全国平均の26.6%に対し、24.8%と全国で6番目に低い状況となっています。今後、平成37年（2025年）には約28%、平成47年（2035年）には約32%になると推計されています。

第3節 人口動態

1 出生

平成28年（2016年）の出生数は54,447人、人口千人当たりの出生数（出生率）は7.6人となっており、全国より0.2人下回っています。

出生率の年次推移をみると、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。

2 死亡

平成28年（2016年）の死亡数は63,466人、人口千人当たりの死亡数（死亡率）は8.9人となっており、全国より1.6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。

(1) 主要死因別死亡

平成28年（2016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34,333人で、人口十万人当たりの死亡数は478.9人となっており、死亡総数の54.1%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、平成28年（2016年）には人口十万人当たりの死亡数は267.1人となっており、死亡総数の30.2%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。平成28年（2016年）には人口十万人当たりの死亡数は139.9人となっており、死亡総数の15.8%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。平成28年（2016年）には人口十万人当たりの死亡数は72.0人となっており、死亡総数の8.1%を占めています。

(2) 乳児死亡及び新生児死亡

平成28年（2016年）の乳児死亡数は118人で、出生千人当たりの乳

児死亡数（乳児死亡率）は2.2人となっています。

このうち、新生児死亡数は52人で、出生千人当たりの死亡数（新生児死亡率）は1.0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、一時的に上昇している年もありますが、長期的には低下傾向にあります。

(3) 周産期死亡

平成28年（2016年）の周産期死亡数は185人（胎）、出産千人（胎）当たりの周産期死亡数（周産期死亡率）は3.4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。

本県の平成27年（2015年）の健康寿命は、男性17.19年、女性20.05年となっています。この10年間で男性は1.19年、女性は1.13年延びています。

2 受療等の状況

(1) 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723人（全国1,038人）であり、都道府県の中で、低率順で第1位の神奈川県に次いで第2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4,974人（同5,696人）であり、低率順で第1位の沖縄県、第2位の千葉県、第3位の石川県、第4位の富山県に次いで第5位となっています。

イ 医療施設種類別入院・外来受療率

県民の入院受療率を医療施設の種類別にみると、病院707人（全国1,002人）、一般診療所16人（同36人）となっています。

外来受療率についてみると、病院1,161人（同1,292人）、一般診療所2,831人（同3,331人）、歯科診療所982人（同1,073人）となっています。

ウ 傷病大分類別受療率

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「循環器系の疾患」が138人と最も多くなっています。次いで「精神及び行動の

障害」の135人、「新生物」の91人の順となっています。

外来では、「消化器系の疾患」が983人と最も高く、次いで「循環器系の疾患」の634人、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の517人の順となっています。

エ 性・年齢階級別受療率

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687人、外来が4,311人、女性では入院が760人、外来が5,638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61人を最低に、外来では15～24歳の1,596人を最低として、年齢とともに上昇傾向を示しています。女性は、男性同様、入院では5～14歳の49人、外来では15～24歳の2,241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。

(2) 病院病床の利用状況

平成27年(2015年)の病院の入院患者の平均在院日数は、全国の29.1日と同じ29.1日(在院日数の短い方からの全国順位で第18位)となっています。このうち介護療養病床を除く平均在院日数は、全国の27.9日に対し、28.4日(同第20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75.0%に対し、74.6%(全国高率順位第27位)となっています。療養病床では全国の88.8%に対し、88.5%(同第24位)となっています。精神病床では全国の86.5%に対し、90.2%(同第5位)、結核病床では全国の35.4%に対し、32.1%(同第21位)となっています。

(3) 入院患者数

平成26年(2014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51,100人となっています。このうち県民は44,600人(87.3%)となっています。

県外からの流入患者は、6,500人(12.7%)であり、主な流入元は、東京都(4,700人)、千葉県(500人)、群馬県(300人)、神奈川県(200人)、茨城県・栃木県(各100人)となっています。

また、入院受療した県民の総数は52,300人で、県外の医療施設で受療した県民は7,700人(14.7%)となっています。

県外への主な流出先は、東京都(5,100人)、群馬県(800人)、千葉県(700人)、茨城県(300人)、神奈川県・栃木県(各200人)となっています。

(4) 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339,000人となっています。このうち県民は325,000人(95.9%)となっています。

県外からの流入外来患者は14,000人(4.1%)であり、主な流入元は東京都(5,200人)、千葉県(800人)、群馬県(500人)、茨城県・神奈川県(各300人)、栃木県(200人)となっています。

また、外来受療した県民の総数は360,100人で、県外の医療施設で受療した県民は35,100人(9.7%)となっています。

県外への主な流出先は、東京都(30,200人)、群馬県(2,200人)、千葉県(500人)、栃木県(300人)、神奈川県(200人)、茨城県(100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

(1) 保健所

県が設置する保健所(13か所)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(平成30年(2018年)4月から川口市))も保健所を設置しています。

(2) 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。

(3) その他の施設

ア 埼玉県衛生研究所

衛生研究所は、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、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。

また、食肉衛生検査センター(本所)では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を行っています。

また、と畜場や食鳥処理場へのHACCPによる衛生管理の導入を推進し、食肉・食鳥肉の衛生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じた、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などを行っています。

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、プールやスタジオを活用して健康づくり事業を実施しています。また、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

(1) 病院

平成28年(2016年)10月1日現在(医療施設調査)の病院は342施設であり、人口十万人当たりでは、全国の6.7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313施設となっています。

(2) 一般診療所

平成28年(2016年)10月1日現在の一般診療所は4,225施設であり、人口十万人当たりでは、全国の80.0施設に対し58.0施設となっています。

(3) 歯科診療所

平成28年(2016年)10月1日現在の歯科診療所は3,546施設であり、人口十万人当たりでは、全国の54.3施設に対し48.6施設となっています。

(4) 薬局

平成28年(2016年)3月31日現在の薬局は、2,765施設であり、人口十万人当たりでは、全国の45.9施設に対し38.1施設となっています。

3 保健医療従事者

- (1) 医師
平成28年(2016年)12月31日現在、県内の届出医師は12,172人となっています。
- (2) 歯科医師
平成28年(2016年)12月31日現在、県内の届出歯科医師は5,293人となっています。
- (3) 薬剤師
平成28年(2016年)12月31日現在、県内の届出薬剤師は15,100人となっています。
- (4) 保健師
平成28年(2016年)12月31日現在、県内で従事している保健師は2,067人となっています。
- (5) 助産師
平成28年(2016年)12月31日現在、県内で従事している助産師は1,573人となっています。
- (6) 看護師及び准看護師
平成28年(2016年)12月31日現在、県内で従事している看護師は46,416人、准看護師は14,435人となっています。
- (7) 歯科衛生士
平成28年(2016年)12月31日現在、県内で従事している歯科衛生士は5,821人となっています。
- (8) 歯科技工士
平成28年(2016年)12月31日現在、県内で従事している歯科技工士は1,153人となっています。
- (9) 管理栄養士及び栄養士
平成29年(2017年)3月31日現在、県内の給食施設に従事している管理栄養士は1,995人、栄養士は2,658人となっています。
- (10) 精神保健福祉士
平成29年(2017年)6月30日現在、県内に住所を有する精神保健福祉士は4,154人となっています。
- (11) その他の医療従事者
ア 病院の医療従事者
平成28年(2016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3,256.5人、作業療法士1,696.1人、視能訓練士189.3人、言語聴覚士639.4人、診療放射線技師及び診療エックス線技師1,983.2人、臨床検査技師及び衛生

検査技師2,384.8人、臨床工学技士982.8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412.6人、作業療法士78.0人、視能訓練士176.1人、言語聴覚士20.5人、診療放射線技師及び診療エックス線技師468.2人、臨床検査技師及び衛生検査技師487.9人、臨床工学技士382.1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

平成27年度(2015年度)の本県の医療費(総額)は2兆1,139億円、うち高齢者医療費は6,394億円であり、高齢化の進展や医療技術の高度化等に伴い、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、1.7倍に増加しています。

2 一人当たりの医療費の状況

平成27年度(2015年度)の本県における一人当たり医療費は29万1千円、全国平均は33万3千円であり、全国で最も低額となっています。

平成27年度(2015年度)の本県における一人当たり後期高齢者医療費は86万円、全国平均は94万9千円であり、全国で15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1.3%であり、全国平均の1.8%に対し、やや低くなっています。

平成27年度(2015年度)の65歳以上の一人当たり医療費の全国平均は74万2千円であり、65歳未満の一人当たり医療費の18万円に対し、4倍以上となっています。

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12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13号は、第12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、第1次の医療計画で、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12号の区域、三次保健医療圏を同項第13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、県民が医師等に最初に接し、診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、おおむね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、県の総合計画である「埼玉県5か年計画」において設定された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	(参考) 圏域内保健所
南部保健医療圏		川口市・蕨市・戸田市	南部保健所 川口市保健所 (平成30年4月予定)
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	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	春日部保健所 越谷市保健所
	東部(南)保健医療圏	草加市・八潮市・三郷市・吉川市	草加保健所
さいたま保健医療圏		さいたま市	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	鴻巣保健所
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	東松山保健所
	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	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	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	加須保健所
	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	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	熊谷保健所
	北部(西)保健医療圏	本庄市・美里町・神川町・上里町	本庄保健所
秩父保健医療圏		秩父市・横瀬町・皆野町・長瀨町・小鹿野町	秩父保健所

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

- (1) 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
- (2) 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。
- (3) 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・長瀨町・小鹿野町

- (4) 第三次救急医療は、高度救命救急センター、救命救急センター及び小児救命救急センターが担っています。

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

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14号の規定に基づき定めるものです。既存病床数が基準病床数を超える場合には、原則として病床の新設又は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。

(参 考)

二次保健医療圏	基準病床数 (平成30～32年度)	既存病床数
南部保健医療圏	(調整中)	4,459
南西部保健医療圏		4,500
東部保健医療圏		7,734
さいたま保健医療圏		7,825
県央保健医療圏		3,196
川越比企保健医療圏		6,786
西部保健医療圏		7,466
利根保健医療圏		4,077
北部保健医療圏		3,604
秩父保健医療圏		759
計		50,406

(平成29年3月末現在)

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

また、病床の整備を行う際には、地域の実情に応じた質が高く効率的な医療提供体制を目指す観点から、医療法第30条の14第1項に規定する協議の場(地域医療構想調整会議)における議論を踏まえるものとします。

2 精神病床、結核病床及び感染症病床

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

(参 考)

医療圏	病床種別	基準病床数	既存病床数
		(平成30～32年度)	
全地域	精神病床	13,140	13,938
	結核病床	100	130
	感染症病床	85	74

(平成29年3月末現在)

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

第5章 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

(1) 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、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。

(2) 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・地域医療構想協議会」を設置しています。同協議会では、地域保健医療計画及び地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行います。

(3) 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等推進協議会」で、計画推進に必要な重要事項を協議します。

「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

(1) 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、第1節1(3)に記した埼玉県地域保健医療計画等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の構築を進め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。

(2) 市町村

住民に身近な市町村の保健活動は、この計画の推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、特定健診・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することとします。

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、その充実に努めます。

(3) 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、保険者や健康診査等の実施機関、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

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、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、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。

(4) 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、目標の設定に当たっては、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等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。

なお、計画の進捗が不十分である場合など、必要があると認めるときは取組内容の見直し等を行います。

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

第1節 健康づくり対策

1 目指すべき姿

生活習慣病予防など健康づくり対策を推進することにより、誰もが、健康で、生き生きと暮らすことができるようになることを目指します。

2 現状と課題

いつまでも健康を実感しながら、生き生きとした生活を送ることは県民一人一人の願いです。

急速な高齢化の進展に伴い、がん、心臓病などの生活習慣病患者や要介護者の増加などが懸念されています。

食生活の変化、IT化の進展など生活様式や社会環境が大きく変化したことが肥満やストレス等を誘発しています。これらが高血圧症や糖尿病などの生活習慣病の増加にもつながっています。

生活習慣や生活環境の変化により、気管支ぜん息やアトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎などのアレルギー疾患患者は増加しています。

高齢社会においては、健康で自立した生活を送ることができる期間、いわゆる健康寿命をできる限り伸ばしていくことが必要です。

このためには、県民一人一人が、主体的に望ましい生活習慣を身に付ける必要があります。また、健康管理に留意するなど、生涯を通じて健康づくりに取り組むことが重要です。

県では、健康増進法が定める健康増進計画である埼玉県健康長寿計画等を策定し、推進しています。

健康づくりのためには、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔^{くわう}について、望ましい生活習慣の実践が必要です。

適正な生活習慣の形成には、行政はもとより、家庭、地域、学校、団体・企業などが一体となって健康づくり運動を展開することが必要です。

歯科口腔^{くわう}では、歯の喪失・歯周病とがん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、歯・口腔^{くわう}と全身の健康との関連性が指摘されていることから、歯科口腔保健^{くわう}の向上に向けた取組が重要です。

介護保険法に基づき、市町村では、介護予防の取組が進められています。高齢者自らが要介護状態になることを予防するため、健康保持に努めることが必要です。

さらに、健康づくりを支援する人材の育成が必要です。

3 課題への対応

- (1) 地域、学校、団体・企業等が連携し、県民主体の健康づくり体制の充実を図ります。
- (2) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、歯・口腔^{くわう}等に関する望ましい生活習

慣の確立を図ります。

- (3) アレルギー疾患に対し適切な医療が受けられるよう、医療提供体制や情報提供体制等を整備します。
- (4) 介護保険法に基づく介護予防事業を推進します。
- (5) 健康的な食生活を支えるための情報提供体制等、食環境の整備を進めます。
- (6) 健康づくりのためのマンパワーの確保を図ります。

4 主な取組

- (1) 生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進
- (2) 勤労者のメンタルヘルス対策の充実
- (3) 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
- (4) 禁煙支援・受動喫煙防止対策の推進
- (5) 食育の推進
- (6) アレルギー疾患対策の充実
- (7) 介護予防の推進
- (8) 特定給食施設等の指導強化
- (9) 健康づくり支援のための人材育成

5 指標

- (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）
現状値 男 17.19年 → 目標値 男 17.79年
女 20.05年 女 20.40年
(平成27年) (平成35年)
- (2) 日常生活に制限のない期間の平均（年）
現状値 男 71.39年 → 目標値 男 73.24年
女 74.12年 女 76.83年
(平成25年) (平成34年)

第2節 歯科保健対策

1 目指すべき姿

口腔内と全身の健康状態の保持・増進のため、誰もが生涯を通じた歯と口腔の健康づくりを実践し、定着することを目指します。

2 現状と課題

- (1) 生涯を通じた歯・口腔の健康づくり
歯・口腔の健康と機能は、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、

認知症との関連性が指摘されており、健康寿命の延伸やQOL（生活の質）の向上のため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^{しよく}や歯周病^りに罹患し、50歳代から歯を失う傾向が大きくなっています。

歯や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運動を展開するとともに、口腔清掃^{くう}や定期健康診査を生活習慣として定着させることが重要です。

また、ライフステージに沿って、きめ細かな歯科保健サービス提供体制を構築し、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^{くう}の推進に関する条例に基づく歯科保健医療対策を推進する必要があります。

(2) 母子歯科保健・学校歯科保健対策の推進

本県の乳幼児のう蝕^{しよく}有病者率は減少傾向にあります。う蝕^{しよく}有病者率等に地域格差の拡大が認められるなど、対策の成果は十分ではない状況です。

さらに、児童生徒のう蝕^{しよく}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認められ、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^{しよく}は、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。

う蝕^{しよく}予防は妊娠期や子育て期からの取組が重要です。一方で、う蝕^{しよく}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^{しよく}予防方法として効果があることが分かっています。

個人レベルで予防対策を高める方法に家庭での歯・口腔^{くう}の健康管理（セルフ・ケア）があります。このほか、歯科診療所での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^{しよく}予防対策を進めることが重要です。

(3) 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急増する時期であり、特に、40歳以降の抜歯原因の40～50%が歯周病です。また、50歳代以降、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。

歯周病予防等のために、歯・口腔^{くう}の健康管理（セルフ・ケア）としての積極的な口腔清掃をはじめとする生活習慣の改善と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。

併せて歯の喪失・歯周病及び口腔機能^{くう}の低下とがん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、認知症との関連性、全身と歯の健康の関連性が指摘されており、歯科と医科などとの連携もより一層重要になっています。

(4) 高齢者や障害者に対する歯科保健医療体制の確保

要介護を含む高齢者や障害（児）者等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。

このため、歯科疾患に悩む要介護を含む高齢者や障害（児）者等の歯科保健医療対策を推進し、歯・口腔の健康を保持し口腔機能の維持・回復を図るとともに、肺炎の予防やフレイルの予防（低栄養防止等）をする必要があります。

3 課題への対応

- (1) 県民が自分自身で歯・口腔の健康管理（セルフ・ケア）ができる能力を身に付けることができるようになるための生涯を通じた歯科保健医療対策を充実します。
- (2) 乳幼児及び児童生徒のう蝕予防を推進するための歯科保健医療対策の充実を図ります。
- (3) 成人期以降の歯の喪失・歯周病及び口腔機能低下予防のための定期歯科健診の推進と歯科保健指導をはじめとする歯・口腔の健康管理（セルフ・ケア）に対する支援に向けた基盤整備を図るとともに、歯周病とがん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、認知症の予防に向けた医科歯科の連携を進めます。
- (4) 要介護者を含む高齢者や障害（児）者等の歯科保健医療対策の充実、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を図ります。
- (5) 地域在宅歯科医療推進拠点における各種研修の充実、歯科医師の指導の下で行われる当該拠点の歯科衛生士による口腔アセスメントの充実など、在宅歯科医療の推進を図ります。

4 主な取組

- (1) 県民の歯の自己管理能力の確立
- (2) 歯科保健事業の評価
- (3) 地域での歯科保健医療体制の整備
- (4) 小児期からの歯の喪失防止に向けた取組をはじめ各ライフステージにおける歯科口腔保健の推進
- (5) かかりつけ歯科医の定着促進
- (6) フッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用の普及・拡大
- (7) 医科歯科連携の推進
- (8) 要介護を含む高齢者、障害（児）者等に対する歯科保健医療体制の整備、地域在宅歯科医療推進拠点の充実

5 指標

- (1) 12歳児でのう蝕^{しょく}のない者の割合の増加
 現状値 67.7% → 目標値 78.1%
 (平成27年度) (平成35年度)
- (2) 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 808機関 → 目標値 3,600機関
 (平成28年度) (平成35年度)
- (3) 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 292機関 → 目標値 1,200機関
 (平成28年度) (平成35年度)
- (4) 在宅歯科医療実施登録機関数
 現状値 782医療機関 → 中間目標値 1,080医療機関
 (平成28年度) (平成32年度)
 → 目標値 1,200医療機関
 (平成35年度)

第3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

(1) 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。一層の安全性の追求が求められます。

妊娠・出産・産褥^{じょく}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。

(2) 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組の夫婦が不妊に悩んだことがあります。実際に検査や治療を受ける夫婦はその約半数にとどまっています。

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。

(3) 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、発達段階に応じたり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。

(4) 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。

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。

また、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。

(5) 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、次世代への悪影響をも及ぼしかねない問題です。

このため、心身の健康について正しい情報を入手し、自ら判断し、健康管理ができることが望まれます。

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 課題への対応

- (1) 妊娠期から子育て期まで切れ目のない支援体制の構築を進めます。
- (2) 不妊・不育症に関する支援を進めます。
- (3) 小児保健医療水準を維持・向上させるため、子供の事故防止や疾病の早期発見・治療など、子供の健康支援施策の充実を図ります。
- (4) 乳幼児のう蝕^{しよく}予防を推進するために、妊娠期や子育て期における歯科保健医療対策の充実を図ります。
- (5) 多岐にわたる子供の精神的な健康問題に対応するため、子供の心の健康づくり対策を推進します。
- (6) 増加する児童虐待相談等に対応するため、親と子の心の問題への取組をはじめ、保健・医療・福祉・教育・警察・司法等との連携を図り、児童虐待予防・防止対策を強化します。
- (7) 発達障害を正しく理解し、支援できる人材を育成します。
- (8) 発達障害の診療・療育体制の充実を図ります。
- (9) 働きながら子供を安心して生み育てられる環境を整備するため、地域の子育て支援施策の充実を図ります。
- (10) 次世代を育む親となる思春期の子供たちの健やかな成長を促すため、思春期の健康教育を推進します。

4 主な取組

- (1) 周産期医療体制の充実及び小児在宅医療の推進
- (2) 小児救急医療体制の充実
- (3) 妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援体制の充実
- (4) 母子の身体的、精神的ケアの充実
- (5) 母子の家族に対する精神的ケアの充実
- (6) 不妊に関する治療費等への支援や専門相談等の充実

- (7) 乳幼児の事故防止及びSIDS（乳幼児突然死症候群）の予防
- (8) 各種医療給付による早期治療・療育の促進
- (9) 乳幼児医療費等の助成による家族の経済的負担の軽減
- (10) 県立特別支援学校における医療的ケアの実施
- (11) 病院における院内学級設置及び訪問教育の実施
- (12) 子供の心の健康に関する相談、情報提供等の充実
- (13) 児童虐待予防・防止のための取組の充実
- (14) 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
- (15) 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、遊具等を活用した実習形式の研修などによる身近な地域で専門的な支援ができる人材の育成
- (16) 発達障害のある子供を持つ親への支援
- (17) 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
- (18) 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
- (19) 病児・病後児保育の充実
- (20) 思春期の健康教育の推進
- (21) 学校保健の充実
- (22) 性に関する教育や薬物乱用対策の推進
- (23) 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4節 青少年の健康対策

1 目指すべき姿

子供たちの生活習慣の乱れが指摘されています。生活環境の急激な変化に伴い、アレルギー疾患なども増加しています。こうした中、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

青少年の健康については、生活習慣等の変化に伴い、体力の低下、小児生活習慣病、アレルギー性疾患など様々な問題が指摘されています。

児童生徒のう蝕^{しよく}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^{しょく}は、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。

う蝕^{しょく}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^{しょく}予防方法として効果があることが分かっています。

また、誤ったダイエット指向、更には拒食・過食症といった摂食障害などの問題や、若年妊娠、人工妊娠中絶、性感染症等の性をめぐる問題が生じています。

一方で、不妊に悩む夫婦も増えており、若い世代から妊娠・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。

薬物乱用問題では、若年層への乱用の拡大や乱用薬物の多様化が見られます。近年では、危険ドラッグの乱用が大きな社会問題となったほか、若年層を中心とした大麻の乱用が懸念されています。

このため、子供たち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る必要があります。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。

生涯にわたり健康で充実した生活を送るためには、児童生徒のうちから健康な生活を維持していく資質や能力を育成することが必要です。

各学校においては、全教職員の共通理解の下、学校医・学校歯科医・学校薬剤師等の保健関係者や家庭、地域との連携を密にした学校保健活動の積極的な推進が必要です。

3 課題への対応

- (1) 思春期等における健康への悩みを解決するため、健康相談の体制を充実します。また、妊娠・出産・不妊に関する正しい知識の普及啓発に努めます。
- (2) 児童生徒のう蝕^{しょく}予防を推進するため、フッ化物応用などの歯科保健医療対策の充実を図ります。
- (3) 地域、学校等との連携により、薬物乱用の防止や心の健康づくりなど、青少年の健全育成に努めます。
- (4) 児童生徒の健康の保持増進を図るため、学校保健活動を充実します。

4 主な取組

- (1) 健康相談体制の充実
- (2) フッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用の普及・拡大
- (3) 薬物乱用対策の推進
- (4) 子供の心の医療体制整備の推進

- (5) 学校保健の充実
- (6) 学校保健委員会の開催

第2章 疾病・障害とQOL（生活の質）の向上

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

(1) 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、平成28年度（2016年度）末で約4万8千人となっており、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、小児慢性特定疾患医療給付事業を実施しており、受給者数は、平成28年度（2016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、平成21年度（2009年度）に埼玉県難病相談支援センターを設置するとともに、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入院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（以下「基本方針」という。）」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、平成23年（2011年）3月11日に発生した東日本大震災を契機に、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。

これらの課題を解決し、難病法や基本方針の要請に対応するために、医療費助成制度を適切に運用するとともに、地域の医療提供体制や患者の支援体制の

一層の充実が必要です。

(2) 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 課題への対応

(1) 難病に関する地域の医療体制や患者の支援体制を一層充実させるほか、増え続ける患者への支援に迅速・的確に対応していきます。

(2) 原子爆弾被爆者の健康の保持増進を図るため、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、健康診断を実施します。

4 主な取組

(1) 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

(2) 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 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

1 目指すべき姿

急速に高齢化が進む中、高齢者が健康を実感しながら、地域で安心して自立した暮らしを営むことができることを目指します。

2 現状と課題

高齢化の進展により、脳卒中、急性心筋梗塞、骨関節系の疾患等による機能障害を伴う患者の増加や要介護者の増加などが懸念されます。このため、寝たきり等の予防や心身機能の維持・回復への需要が高まっています。

高齢化に伴うロコモティブシンドローム（運動器症候群）、フレイル（虚弱）といった身体機能の低下を予防する取組も重要です。身体機能の低下によって肺炎、大腿骨頸部骨折等を起こしやすくなります。

健康を維持するためにも、日常生活の中で身体活動を高める取組が必要です。

歯・口腔の健康と機能は、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、認知症との関連性が指摘されており、健康寿命の延伸やQOL（生活の質）の向上のための基礎と言えます。

生涯にわたり歯を保持し、口腔の健康と機能を維持することは、食生活の改善とQOL（生活の質）の向上に寄与するだけでなく、肺炎の予防やフレイル予防

(低栄養の防止等)にも寄与することが分かってきています。しかし、現状では多くの方がう蝕^{しよく}や歯周病^りに罹患し、50歳代から歯を失う傾向が大きくなっています。

一方、自宅や地域で疾患や障害を抱えつつ生活を送る者の増加が見込まれ、介護へのニーズも増加していきます。

3 課題への対応

- (1) 日常生活における身体活動の維持、向上を図ります。
- (2) 生活習慣病の予防を推進します。
- (3) 介護保険法に基づく介護予防事業を推進します。
- (4) フレイル予防(低栄養の防止等)や介護予防、口腔^{こう}ケアの実施による誤嚥^{えん}性肺炎の予防のために、8020運動などの歯や口腔^{くわう}の健康状態を保持増進する取組を促進します。

4 主な取組

- (1) 生活習慣病予防など健康づくり対策の推進
- (2) 介護予防の推進
- (3) 歯・口腔^{くわう}の健康の維持・向上のための取組の推進

5 指標

- (1) 健康寿命(65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間)(再掲)

現状値	男	17.19年	→	目標値	男	17.79年
	女	20.05年			女	20.40年
		(平成27年)				(平成35年)

- (2) 日常生活に制限のない期間の平均(年)(再掲)

現状値	男	71.39年	→	目標値	男	73.24年
	女	74.12年			女	76.83年
		(平成25年)				(平成34年)

第3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QOL(生活の質)を維持・向上するための医療とケアを行うべきであるとする考えが提唱されてきています。

人生の最終段階における療養の場所や希望する医療について、患者の意思が尊

重される環境を整備し、地域の医療・介護関係者が連携して患者の意思に沿った医療とケアを提供できる体制の構築を目指します。

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。

一方、治療上の選択肢が限られたとしても長年住み慣れた自宅で療養生活を送り、最期を迎えたいと希望される方も増えてきています。

内閣府の「平成24年度高齢者の健康に関する意識調査」では、治る見込みがない病気になった場合、最期を迎えたい場所として約55%の人が「自宅」と回答しています。

しかし、平成28年（2016年）の本県における死亡場所の78.9%は病院や診療所であり、自宅で亡くなる人は12.5%にとどまっています。

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ものとして、平成19年（2007年）に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定しました。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、それに基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人の決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要であるとしています。

また、本県では平成29年度（2017年度）に埼玉県医師会とともに人生の最終段階の医療をテーマとした医療シンポジウムを開催し、在宅医療に取り組んでいる医師や家族を看取った遺族の発表、有識者による意見交換を行いました。このシンポジウムの結びでは、「人生の最終章をどう過ごすかは極めて難しい問題としながらも、人間としての尊厳を望む人が多くなっていること、単なる延命治療は個人・家族・社会の全てにとって苦痛と負担が大きいことなどを踏まえ、適切な対応を心がけること」を共通認識として、県内の行政、医療機関、企業、各種団体等や県民各人が協力して「人生の最終章は人としての尊厳をもって過ごせるようにする」ことの実現に努めることとしました。

早期から肉体的な苦痛等を緩和する医療とケアが行われ、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等について十分な情報提供と説明がなされることが必要です。その上で、病院で延命治療を続けるのか、延命を行わず家庭で自然な最期を迎えるのか患者が意思を明確にし、家族と十分に話し合うとともに、医療・介護従事者が多職種チームとなり患者の意思を尊重した医療とケアを実施する体制の整備が必要です。

3 課題への対応

- (1) 人生の最終段階における医療について、希望する療養場所や医療処置等を自ら考える機会や本人が意思決定を表明できる環境を整備します。
- (2) 人生の最終段階における医療に携わる医師、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します。

4 主な取組

- (1) 患者本人の意思決定を支援するための情報提供、普及・啓発
- (2) 人生の最終段階における医療提供体制の整備

第4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さいの適切な提供の推進を図ります。

2 現状と課題

(1) 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。

(2) 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、非血縁者間で数百人から数万人に一人と少ないことから、多くの人の登録が必要です。

3 課題への対応

- (1) 臓器移植に対する正しい知識や意思表示に関する普及啓発を行います。
- (2) 骨髄移植のドナー登録の促進を図ります。

4 主な取組

- (1) 臓器移植の普及促進

(2) 骨髄移植の普及支援

第5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、維持期（生活期）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

(1) 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、訪問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。

(2) 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、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 課題への対応

(1) リハビリテーション医療体制の充実を図ります。

- (2) 埼玉県総合リハビリテーションセンターを中心に医療機関や市町村、保健所、障害福祉サービス事業所、就労支援関係機関などとの連携による支援体制の充実を図ります。
- (3) 地域リハビリテーションを推進します。
- (4) マンパワーの養成を図ります。

4 主な取組

- (1) 医療機関の機能分化と連携の促進
- (2) 埼玉県総合リハビリテーションセンターの医療部門の充実
- (3) 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よる高次脳機能障害者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
- (4) 地域リハビリテーションの推進
- (5) 専門職のための研修の充実

第6節 動物とのふれあいを通じたQOL（生活の質）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

少子高齢化による家族構成の変化や生活水準の向上などにより、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へ変化しています。

それに伴い、誤った飼育管理による生活環境に関するトラブルや、動物から人に感染する疾病等に対する県民の関心が高まっています。

このため、狂犬病やオウム病などの動物由来感染症についての予防対策を推進する必要があります。また、動物の正しい飼い方指導の充実を図ることが必要です。

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潤いと安らぎを与え、QOL（生活の質）の向上につながります。また、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。

3 課題への対応

- (1) 動物の適正な飼育管理指導及び動物由来感染症の予防対策の充実強化を図ります。

- (2) 人と動物とのふれあい活動を充実させ、アニマルセラピー活動の支援を図ります。

4 主な取組

- (1) 動物由来感染症の予防対策の推進
- (2) 動物の愛護及び適正飼育管理の推進
- (3) アニマルセラピー活動の推進

5 指標

福祉施設等でのアニマルセラピー活動の活動回数と参加人数

現状値 23回 1,254人 → 目標値 30回 1,500人

(平成28年度)

(平成35年度)

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。

健康危機の事例では、腸管出血性大腸菌O157などの大規模集団感染事例やエボラ出血熱やMERS（中東呼吸器症候群）、高病原性鳥インフルエンザの発生などがあります。

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。

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」及び「保健医療部危機管理マニュアル」を策定しています。また、危機の原因別マニュアルの策定など対応体制の整備を進めています。

3 課題への対応

- (1) 健康危機の未然防止対策を充実します。
- (2) 健康危機発生時に備えた体制を強化します。

4 主な取組

- (1) 情報収集及び提供体制の充実
- (2) 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
- (3) 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
- (4) 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
- (5) 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。

さらに、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（平成30年（2018年）4月から川口市））も保健所を設置しています。

保健所では、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。

保健所等を技術的に支援していく機関として衛生研究所があります。衛生研究所は、地域保健に関する調査研究及び試験検査などの科学的かつ技術的な中核機関としての役割を有しています。

グローバル化の加速に伴う新たな感染症の脅威などから県民の健康を守るため、検査機能の強化や人材の育成が急務となっています。

3 課題への対応

- (1) 保健所
 - ア 保健衛生に関する施策等の広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化します。
 - イ 市町村支援拠点としての機能を強化します。
 - ウ 健康危機管理の拠点としての機能を強化します。
- (2) 衛生研究所
 - ア 地域保健に関する科学的かつ技術的な拠点としての機能を強化します。
 - イ 県民の生命と生活に重大な影響を及ぼす感染症に関して原因を迅速に解明する機能を強化し、その結果について県民等に分かりやすく情報発信していきます。

4 主な取組

- (1) 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への支援
 - ウ 健康危機管理想定訓練の実施
- (2) 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

第3節 安全で良質な水の供給

1 目指すべき姿

県民のライフラインである水道について、安全で良質な水の安定供給に努めます。また、災害に強い水道の構築に努めます。

2 現状と課題

(1) 安全で良質な飲料水供給体制の確保

水道は、ほとんどの県民が利用できるまで普及していますが、安定給水のためには節水意識の高揚を図るとともに水資源の確保が必要です。

また、安全で良質な水を供給するためには、水道水源である河川水や地下水の水質変化の早期把握が必要です。

さらに、水質の安全性を担保するためには、全ての検査機関で正しい検査結果が得られるよう、水質検査の信頼性確保が必要です。

(2) 災害に強い水道の構築

水道は、地震等の災害時においてもライフラインとして、その供給ルートの確保が必要です。

このため、水道施設の計画的な更新、耐震化を進める必要があります。しかし、水道事業体では水需要の低迷により料金収入が減少しており、耐震化等を進める財源確保のための運営基盤強化が課題です。

3 課題への対応

- (1) 節水意識の高揚と水資源の確保、水道水源の監視による水質変化の早期把握、精度管理を活用した水質検査の信頼性確保に努めます。
- (2) 国からの交付金の活用、スケールメリットにより運営基盤を強化する水道広域化を促進します。

4 主な取組

- (1) 水質監視・水質検査精度管理の実施
- (2) 節水意識の高揚
- (3) 水道施設の計画的な更新・維持管理
- (4) 市町村水道広域化の促進
- (5) 地震に強い水道施設の整備の促進

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や特定建築物の衛生的環境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（理容所、美容所、クリーニング所、興行場、旅館及び公衆浴場）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。

建築物が大型化・高層化し、構造も閉鎖型のものが多く、空気環境や給排水に係る衛生管理上の問題が見られます。

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ます。

3 課題への対応

衛生的な生活環境を作るため、生活衛生関係営業施設や特定建築物の衛生的環境の維持向上を図ります。

4 主な取組

- (1) 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
- (2) 一般公衆浴場確保対策の推進
- (3) 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
- (4) 生活衛生関係営業者の自主管理体制の確立の促進

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

(1) 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ます。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。

(2) 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、自ら考えて安全性を向上させるHACCPを導入し、施設に応じた衛生管理を実施していくことが必要となっています。

3 課題への対応

- (1) 食品の安全性を確保するため、食品関係施設に対して重点的・専門的な監視指導を行うとともに、検査体制を強化します。
- (2) 食品等事業者による衛生管理の国際標準であるHACCPに基づく衛生管理の導入を支援し、食品の安全性確保、食中毒の発生防止を推進します。
- (3) 生産から消費に至るまでのフードチェーンに携わる各者間の相互理解を深め、食品の安全確保に関する情報を積極的に提供します。
- (4) 食をめぐる制度改正に伴う課題に対応して、国内外の情勢を的確に捉え、食の安全・安心を推進していきます。

4 主な取組

- (1) 食品の監視指導・検査体制の強化
- (2) 食品等事業者の自主管理の促進とHACCPの導入支援
- (3) 食品表示の適正化による食への信頼の確保
- (4) 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
- (5) 食の安全・安心確保に向けた情報提供と普及啓発

5 指標

HACCP導入型基準を選択する施設数

現状値 56施設 → 目標値 300施設

(平成28年度末) (平成33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

1 目指すべき姿

本県のがんの現状を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれらの医療機関相互の連携により、保健、医療及び介護サービスが連携・継続して実施される体制を構築します。

2 現状と課題

(1) 予防・早期発見

悪性新生物（がん）は、県民の死因の第1位です（19,148人、30.2%：平成28年（2016年）人口動態統計（厚生労働省））。

喫煙（受動喫煙を含む。）は発がんリスクを高めると言われており、禁煙の推進や受動喫煙防止の取組の徹底などが必要です。

禁煙、節度ある飲酒、食生活及び運動等の生活習慣に注意して予防に心掛け、がん検診を受診して早期対応することが大切です。

がん検診は、がんの早期発見に有効な方法ですが、受診率が低いことが課題となっています。

県民のがんに関する正しい知識の普及啓発の促進や、市町村が実施するがん検診の受診率の向上を図る必要があります。

また、検診等の精度管理の向上や検診従事者の知識や技能の向上を図り、早期発見につなげる必要があります。

ウイルスや細菌の感染に起因するがん対策の推進も重要です。

(2) 専門医療、在宅・緩和医療

必要な医療を地域全体で切れ目なく提供できるよう、がん診療連携拠点病院を中心とした医療連携体制の構築が必要です。

がんの治療法には、局所療法として手術療法及び放射線療法、全身療法として化学療法があります。治療に当たっては、がんの病態に応じ、これら各種療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施が必要です。

また、がん治療においては、合併症予防や症状緩和、術後の早期回復によるがん治療の質や療養生活の質の向上が欠かせません。このため、感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする病院内の歯科医師及び地域の歯科医療機関等との連携を図るなど、周術期管理を適切に行うことが重要です。

がんは小児の病死原因の第1位であり、治療後も長期にわたるケアが必要となることから、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備が必要です。

がん患者とその家族に対しては、がん医療に携わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士などの医療スタッフから、正しく分かりやすい適切な情報や助言が提供されることが必要です。

このため、高度化、多様化しているがん医療をはじめとするがんに関する情報や医療資源等の情報提供体制、こころのケアを含めた相談支援体制の整備が必要です。

がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活が送れるよう、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対するこころのケアを含めた緩和ケアが、患者の状態に応じ、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療や在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施されることが必要です。

がん患者が住み慣れた自宅や地域での療養を選択できるよう、在宅医療と介護サービスが連携・継続して実施される体制の充実も必要です。

より効果的ながん対策を進めるためには県内のがんの実態を把握することが不可欠です。

3 課題への対応

- (1) 食生活・運動等の生活習慣の改善や禁煙・受動喫煙防止の推進を図ります。
- (2) がんの正しい知識の普及促進とともに、がん患者への理解を促進します。
- (3) がん検診の受診率や検診精度の向上を図ります。
- (4) ウイルスや細菌の感染に起因するがん対策の推進を図ります。
- (5) がん診療連携拠点病院を核に医療機関の役割分担を明確にし、医療連携体制の構築を促進します。
- (6) 県立がんセンターの診断と治療機能の向上を図ります。
- (7) 県立小児医療センターにおける小児がんに関する診断と治療機能の向上を図ります。
- (8) がん医療をはじめとするがんに関する情報や医療資源等の情報提供体制、こころのケアを含めた相談支援体制の整備を図ります。
- (9) がんと診断された時から身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを行う医療提供体制の推進を図ります。
- (10) がん患者・家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できる体制を整備します。
- (11) がんの罹患率や治療効果などの把握を通じ、ビッグデータを活用した効果的ながん対策を進めます。

4 主な取組

- (1) 生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進
- (2) 禁煙支援・受動喫煙防止対策の推進
- (3) 食育の推進
- (4) がんに関する正しい知識やがん検診についての普及啓発及び効果的な受診勧奨の推進
- (5) がん検診の精度管理向上策の推進
- (6) 子宮頸がんの正しい知識の普及啓発の推進
- (7) 肝がんの予防としての肝炎対策の推進
- (8) 高度専門的ながん医療体制の整備
- (9) 地域連携クリティカルパスの普及
- (10) 医科歯科連携の推進
- (11) 県立がんセンターにおける医療体制の強化
- (12) 県立小児医療センターにおける小児がん医療の充実
- (13) がん医療に関する全県的な相談支援体制の整備
- (14) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(15) 看取りを含めた人生の最終段階におけるケアの提供体制の整備

(16) がん登録の推進

5 指標

がん検診受診率

(1) 胃がん検診

現状値	男	42.4%	→	目標値	男	50.0%
	女	32.6%			女	50.0%
		(平成28年)				(平成34年)

(2) 肺がん検診

現状値	男	48.0%	→	目標値	男	50.0%
	女	38.7%			女	50.0%
		(平成28年)				(平成34年)

(3) 大腸がん検診

現状値	男	42.8%	→	目標値	男	50.0%
	女	38.5%			女	50.0%
		(平成28年)				(平成34年)

(4) 子宮がん検診

現状値		30.3%	→	目標値		50.0%
		(平成28年)				(平成34年)

(5) 乳がん検診

現状値		35.1%	→	目標値		50.0%
		(平成28年)				(平成34年)

第2節 脳卒中医療

1 目指すべき姿

脳卒中の予防と早期発見を進めるとともに、発症後の迅速かつ専門的な診療から、病期に応じたリハビリテーション、在宅療養まで、医療サービスが連携・継続して実施される体制を構築します。

2 現状と課題

(1) 予防・早期発見

脳卒中(脳血管疾患)は、県民の死因の第4位です(5,159人、8.1%:平成28年(2016年)人口動態統計(厚生労働省))。

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈、喫煙、過度の飲酒など

も危険因子となります。

健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。

(2) 急性期・回復期・維持期医療

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、速やかに専門の医療機関を受診できるよう、本人や家族等周囲にいる人が迅速に救急要請等を行うことが重要です。

脳卒中はできるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなります。このため、救急救命士を含む救急隊員が適切に観察・判断・処置を行い、専門的な治療が可能な医療機関に迅速に搬送することが重要です。

脳卒中の急性期には、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。脳梗塞では、適応患者に対し発症後4.5時間以内に行う血栓溶解療法(t-PA療法)や、血栓を回収除去等して脳血流を再開通させる血栓回収療法などが有効な治療法です。脳出血では、血圧や脳浮腫の管理等が主体であり、出血部位によって手術が行われることがあります。くも膜下出血では、再破裂の防止を目的に開頭手術や血管内治療を行います。

脳卒中の急性期診療においては、単一の医療機関で24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することは困難な場合があることから、地域の複数の医療機関が連携し、ICTを活用した情報共有や円滑な転院体制の構築が求められます。

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられます。急性期には、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的としたリハビリテーションが行われます。

脳卒中患者の急性期後の状態は様々であり、必ずしも全ての患者が、回復期リハビリテーションに移行しませんが、回復期には、身体機能を回復させるリハビリテーションが、維持期には、日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションが行われます。

回復期から維持期には、脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が、多職種により行われることが大切です。

リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となります。そのため、患者の状態に応じた医療の提供、施設間の連携、患者情報の共有に基づく疾病管理が必要となります。

脳卒中の後遺症として、口腔機能の著しい低下があり、誤嚥性肺炎の予防等のために、早期からの摂食・嚥下リハビリテーションや口腔ケアの対策が必要

です。

このため、入院患者の歯・口腔^{くわう}の健康や機能の状況を診査する口腔^{くわう}アセスメントを実施し、必要に応じて助言・指導を行うほか、歯科医療機関につながる必要があります。

また、脳卒中の後遺症として、記憶力や注意力の低下などの症状が現れ、日常生活や社会生活に支障が出る高次脳機能障害になった方が、必要な医療やサービスを受けられるよう、適切な診断がなされることが必要です。

重度の後遺症により退院や転院が困難な患者については、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関とが連携し、総合的かつ切れ目のない対応が必要です。

3 課題への対応

- (1) 食生活・運動等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。
- (2) 医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の活動を支援します。
- (3) 救急搬送体制の充実とともに救急隊と医療機関との連携強化を図り、速やかに専門的な診療が開始される体制の構築を促進します。
- (4) 医療機関の機能分化を進め、急性期から回復期、維持期まで地域における医療連携体制の構築を促進します。
- (5) 入院患者の歯・口腔^{くわう}の健康管理を促進します。
- (6) 退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、在宅における看取りなど在宅医療を担う機関相互の連携強化を図ります。
- (7) 在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。

4 主な取組

- (1) 生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進
- (2) 食育の推進
- (3) 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
- (4) 救急救命士の養成及びプレホスピタル・ケア（病院前救護）の充実
- (5) ドクターヘリを活用した早期治療の推進
- (6) 救急医療情報システムの運営及び機能充実
- (7) 急性期脳梗塞治療ネットワークなどの連携体制の構築
- (8) 医療機関の機能分化と連携の促進
- (9) 地域において在宅療養を支援する連携体制の構築
- (10) 患者を支える多職種連携システムの確立

(11) 口腔^{くわう}アセスメントの充実

5 指標

(1) 特定健康診査受診率

現状値 50.9% → 目標値 70%
(平成27年度) (平成35年度)

(2) 急性期脳梗塞治療（t-P A療法や血栓回収療法）の実施件数

現状値 917件 → 目標値 1,800件
(平成28年度) (平成35年度)

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患医療

1 目指すべき姿

心血管疾患の予防と早期発見を進めるとともに、発症後の迅速かつ専門的な診療から、心血管疾患リハビリテーション、在宅療養、再発予防まで、医療サービスが連携・継続して実施される体制を構築します。

2 現状と課題

(1) 予防・早期発見

急性心筋梗塞や心不全を含む心疾患は、県民の死因の第2位です（10,026人、15.8%：平成28年（2016年）人口動態統計（厚生労働省））。

急性心筋梗塞の危険因子には、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどがあります。

健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。

(2) 急性期・回復期・維持期医療、再発予防

急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生やAED（自動体外式除細動器）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命措置が迅速に連携して実施されることが重要です。

このため、一般市民に対するAEDの使用法を含む救急蘇生法の普及啓発も大切です。

急性期の心血管疾患は、疾患により必要とされる治療内容が異なります。内科的治療が中心となる心不全、冠動脈インターベンション（PCI）治療が中心となる急性心筋梗塞、外科的治療が必要となることが多い急性大動脈解離などが挙げられます。

このため、対象疾患に応じた急性期診療を24時間体制で提供できる体制が求められます。

心血管疾患は、急性発症や治療中の急変が多いため、医療機関ごとの医療機能を明確にした上で、患者の状態に応じて円滑に転院搬送できる体制も含めた、効率的な連携体制を構築する必要があります。

心血管疾患患者の回復期・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。このため、運動療法、危険因子是正、患者教育等、多職種チームによる多面的・包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することが大切です。

歯周病と心疾患などとの関連性が指摘されていることから、歯・口腔^{くわう}の健康管理も大切です。入院患者の歯・口腔^{くわう}の健康や機能の状態を診査する口腔^{くわう}アセスメントを実施し、必要に応じて助言・指導を行うほか、歯科医療機関につなげる必要があります。

在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、増加が見込まれる慢性心不全の管理など、かかりつけ医と専門的医療を行う医療機関などが相互に連携し、継続した治療や長期の医療が必要となります。

3 課題への対応

- (1) 食生活・運動等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。
- (2) 医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の活動を支援します。
- (3) AEDの普及促進と県民に対する救急蘇^そ生法の知識・技能の普及啓発を図ります。
- (4) 救急搬送体制の充実とともに救急隊と医療機関との連携強化を図り、速やかに専門的な診療が開始される体制の構築を促進します。
- (5) 医療機関の機能分化を進め、急性期から回復期、維持期まで地域における医療連携体制の構築を促進します。
- (6) 入院・外来患者の歯・口腔^{くわう}の健康管理を促進します。
- (7) 退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、在宅における看取りなど在宅医療を担う機関相互の連携強化を図ります。
- (8) 在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。

4 主な取組

- (1) 生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進
- (2) 食育の推進
- (3) 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
- (4) 救急救命士の養成及びプレホスピタル・ケア（病院前救護）の充実

- (5) ドクターヘリを活用した早期治療の推進
- (6) 救急医療情報システムの運営及び機能充実
- (7) A E Dの設置促進と設置場所の情報提供
- (8) 救命講習の受講促進
- (9) 地域において在宅療養を支援する連携体制の構築
- (10) 患者を支える多職種連携システムの確立
- (11) 口腔^{くわう}アセスメントの充実

5 指標

特定健康診査受診率（再掲）

現状値 50.9% → 目標値 70%

（平成27年度）

（平成35年度）

第4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。

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

(1) 予防・早期発見

埼玉県糖尿病患者数は、平成13年（2001年）の15万2千人から平成28年（2016年）には33万人と2.2倍に増加しており、全国平均の1.9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。

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。

(2) 糖尿病の治療・教育、合併症医療

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^{こん}や慢性の腎症、網膜症、神経障害などです。

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。

3 課題への対応

- (1) 食生活・運動等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。
- (2) 医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の活動を支援します。
- (3) 医療保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防対策の取組を支援します。
- (4) 医療機関の機能分化を進め、地域における医療連携体制の構築を促進します。
- (5) かかりつけ医等と歯科医療機関との連携を進め、地域における糖尿病予防や改善のための体制を構築します。

4 主な取組

- (1) 生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進
- (2) 食育の推進
- (3) 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
- (4) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業の実施
- (5) 医療機関の機能分化と連携の促進
- (6) 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を促進

5 指標

- (1) 特定健康診査受診率（再掲）

現状値 50.9% → 目標値 70%

（平成27年度）

（平成35年度）

- (2) 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 292機関 → 目標値 1,200機関

（平成28年度）

（平成35年度）

第5節 精神疾患医療

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。

また、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。

2 現状と課題

(1) 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を示していますが、平成28年（2016年）は1,254人と、依然として多くの方が自殺に追い込まれています（警察庁（自殺統計）より）。

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必要があります。

また、青少年のほか、中高年者のひきこもりが社会問題化しています。

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相談体制を整備するとともに、各分野の連携強化も必要です。

(2) 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、高次脳機能障害者が適切な医療やサービスを受けながら地域社会で暮らしていけるよう、地域での支援体制の整備を図ることが必要です。また、高次脳機能障害者については、精神症状などによって家族に精神的負担等が伴うため、家族の負担を軽減するための施策を促進する必要があります。

覚醒剤等の薬物は依存性が強く、乱用は本人の健康のみならず、社会の安全を脅かします。

また、アルコールやギャンブル等の依存症は、適切な治療と支援により回復が十分可能な疾患です。

これら依存症は、患者本人や家族が依存症であるという認識を持ちにくいことや、依存症患者や家族などが、相談できる場所や治療できる専門の医療機関が分からず、必要な支援を受けられていないという現状も見受けられます。このため、依存症に係る情報や知識の普及・啓発、相談支援体制及び医療提供体制の整備などを図っていく必要があります。

(3) 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 課題への対応

- (1) 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。
- (2) 様々な自殺の要因に対応するため、関係機関、民間団体と連携し、地域ぐるみの取組の推進を図ります。また、自殺対策を効果的に実施し、明確な成果につなげられるよう、埼玉県自殺対策計画を策定し、総合的な自殺対策の推進に取り組めます。
- (3) 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。

- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 多様な精神疾患等に対応するため、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。
- (7) 高次脳機能障害者の精神症状などに対応するため、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。
- (8) 身近なところで依存症の相談や専門医療が受けられるよう、相談・医療等の支援体制の整備を図ります。
- (9) 認知症対策を推進するため、認知症の予防、早期診断、早期対応はもとより、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。

4 主な取組

- (1) 精神保健福祉相談・訪問指導体制の強化
- (2) 多重債務相談窓口の設置推進、関係機関との連携協力体制の確立、市町村への情報提供・支援など埼玉県自殺対策計画の推進
- (3) ひきこもり地域支援センターの運営など、ひきこもり対策の推進
- (4) 障害福祉サービスの充実
- (5) 自殺のおそれがある者やひきこもり者、依存症患者やその家族等への支援を行う民間団体の育成支援
- (6) 精神科救急医療体制の充実
- (7) 多様な精神疾患等に対応できる医療体制の構築に向けた、拠点医療機関や専門医療機関の指定、公表の推進
- (8) 県立精神医療センターにおける医療体制の強化
- (9) 埼玉県高次脳機能障害者支援センターを中心とした高次脳機能障害者支援体制の充実
- (10) 覚醒剤等薬物依存症対策の推進
- (11) アルコール依存症対策の推進
- (12) ギャンブル依存症対策の推進
- (13) 認知症予防対策の推進

- (14) 認知症高齢者に関わる医師・歯科医師・看護師や介護に携わる者の研修の推進
- (15) 認知症疾患医療センターを中心とした認知症疾患対策の推進
- (16) 認知症の人やその家族の支援の強化

5 指標

- (1) 精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数
現状値 7,349人 → 目標値 6,556人
(平成26年) (平成32年度)
- (2) 精神病床における入院後3か月時点の退院率
現状値 63.0% → 目標値 69%以上
(平成26年度) (平成32年度)
- (3) かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数
現状値 1,136人 → 目標値 1,700人
(平成28年度) (平成32年度)

第6節 感染症対策

1 目指すべき姿

感染症に感染しても迅速・適切な治療を受けることができ、また、感染拡大を最小限に抑える体制を構築します。さらに原因不明な感染症の発生に対しても迅速に解明・公表することで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

グローバル化の進展により海外で流行している感染症の国内感染リスクが高まるなど、感染症をめぐる状況が大きく変化中、エボラ出血熱やMERS（中東呼吸器症候群）といったこれまで知られていなかった感染症（新興感染症）が出現しています。

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。

海外では東南アジアを中心として世界的に鳥インフルエンザ（H5N1）の発症事例が、また中国において鳥インフルエンザ（H7N9）の患者報告があり、新型インフルエンザへの変異が懸念されています。

平成26年（2014年）には約70年ぶりにデング熱の国内感染が発生しました。このように、過去に流行し、その後流行することなく長期間経過したため、多くの方が免疫を獲得しておらず、急速に感染拡大するような感染症（再興感染

症)も発生するおそれがあります。

こうした状況の中、新興・再興感染症の発生や大規模集団感染等の事態に備えた感染症危機管理体制の整備・充実が大きな課題となっています。

感染症が発生した場合、その拡大防止のため、患者の早期治療、新たな患者の早期発見及び十分な衛生管理が必要となります。また、患者等に対する適切な医療の提供により、健康被害を最小限にとどめる必要があります。

このため、保健所を中心に関係機関が連携を取りつつ、患者等の人権に配慮しながら、症状や状況に応じた適切な感染拡大防止対策及び被害軽減策を講じることが必要です。

新型インフルエンザ等に対する対策として、新型インフルエンザ等対策特別措置法が平成25年(2013年)4月に施行されました。この法律は、新型インフルエンザ等発生時における措置などを定め、国民の生命・健康を保護し、国民生活及び経済への影響を最小とすることを目的とするもので、これに基づき、平成25年(2013年)6月には政府行動計画が閣議決定されました。

これを踏まえ、平成26年(2014年)1月に、県は「埼玉県新型インフルエンザ等対策行動計画」を策定しました。この計画に基づき、医療体制の整備などを進めていく必要があります。

また、近い将来克服されると考えられていた結核やエイズ等の感染症も依然として我々に脅威を与えています。

結核患者は減少傾向にあるものの、いまだ国内で年間1万5,000人以上、埼玉県内で1,000人近くの患者が発生しています。さらに多剤耐性結核感染症の増加も否定できないことから、いかに結核治療の中断者を減らすかが課題となっています。

3 課題への対応

- (1) 平常時及び感染症発生時における危機管理体制の充実を図ります。
- (2) 感染症に対する適切な医療提供体制の整備充実を図ります。
- (3) 性感染症に対する正しい知識の普及啓発と感染の拡大防止を図ります。
- (4) 結核の感染拡大を防ぐため、結核対策の充実を図ります。

4 主な取組

- (1) 新型インフルエンザなど新興感染症に対する危機管理体制の整備
- (2) 感染症流行監視体制の整備
- (3) 感染症指定医療機関の整備
- (4) 感染症対策を担う人材の育成
- (5) エイズなど性感染症の予防・啓発

- (6) 学校における性感染症の予防・啓発
- (7) HIV感染者等の早期発見体制の強化
- (8) 結核の正しい知識や定期健康診断受診に関する普及啓発
- (9) DOTS（直接服薬確認療法）事業の推進

5 指標

HIV感染者早期発見率

現状値 63% → 目標値 80%

(平成28年) (平成34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を確保します。

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を構築します。

2 現状と課題

(1) 救急医療を取り巻く状況

本県の一日の推計患者数は、入院で約51.1千人、外来で約339千人となっています。

救急搬送人数は平成21年（2009年）以降増加し続け、平成28年（2016年）には約26%増の約29万7千人となっています。

中でも、入院治療を必要としない軽症患者の救急搬送は年々増加し、搬送人数に占める割合は約54%となっています。また、高齢者の救急搬送人数は、この10年で約1.7倍に増加し、軽症患者は約2倍となっています。

傷病種別では、交通外傷や一般負傷に次いで、心疾患や脳疾患の救急搬送が多くなっています。

また、第二次救急医療圏別に見ると、比企地区や東部南地区、児玉地区の救急受入率が県全体と比較して低く、特に児玉地区は群馬県への依存度が高い状況です。

(2) 救急医療の提供体制（初期～第三次）

救急医療については、病気やけがの症状の度合いに応じ、初期、第二次、第三次の救急医療体制と救急医療情報システムを整備しています。

初期救急は、入院を必要としない軽症の救急患者に対応するものです。市町村が、休日夜間急患センター、在宅当番医、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。

初期救急は、平日夜間や休日の診療体制に未整備の時間帯がある状況です。

第二次救急は、入院や手術を必要とする重症救急患者に対応するもので、市町村が第二次救急医療圏ごとに病院群輪番制により整備しています。

救急搬送される患者の大部分が入院を要する救急医療機関に搬送されているものの、病院群輪番制病院によっては、患者の受入状況に差が生じていることから、今後は、受入れの実態に即して救急医療機関としての役割を見直す必要があります。また、休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。

県では、搬送困難事案を削減するため、第二次救急医療機関の中から搬送困難事案受入医療機関を指定しています。しかしながら、住所不定者や酩酊者、無保険者、独居者などが搬送困難事案になりやすいため、搬送困難事案受入医療機関の負担感が強まっています。

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、地理的空白地帯を埋め、適切な治療を提供できるようにする必要があります。

このほか、救急車により搬送される救急患者の受入機関として救急告示病院・診療所がありますが、救急搬送人数が増加している一方で、救急告示病院・診療所の数は横ばいのため、一医療機関当たりの負担は増えている状況です。

軽症でも第二次や第三次の救急医療機関を受診する患者が多く、本来の救急患者の診療に支障を来すこともあるため、適正受診について普及啓発を図ることが重要です。

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や介護施設等へ転院できる体制を構築することが求められています。

さらに、精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の救急要請では、医療機関の選定に時間がかかることが多いため、精神科医療機関と救急医療機関の連携を強

化し、円滑な受入体制を構築することが必要です。

(3) 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。

一般市民が急病や不慮の事故による傷病者の救護活動を行うためには、普段からAEDの使用をはじめ救急蘇生法の知識・技能を身につけておくことが大切です。

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。また、防災ヘリコプターによるドクターヘリ専用機の補完運航も行っています。

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、急な病気やけがに対する県民の不安解消や軽症患者の集中による救急医療機関の負担軽減を目的として、救急電話相談や医療機関案内を24時間365日実施しています。大人の救急電話相談では約7割が当日の受診が不要な相談であり、不要不急な受診の抑制に効果が出ています。

これまでの救急医療の取組により、延伸が続いていた救急搬送時間は近年短縮傾向にあります。今後も現場活動時間を短縮させる効果的な取組を推進するとともに、受入医療機関の体制を強化し、引き続き搬送時間が短縮するよう努める必要があります。

3 課題への対応

- (1) 初期、第二次、第三次の救急医療体制の整備を促進します。
- (2) 救急医療情報システムを活用し、救急隊と医療機関との連携強化などにより救急搬送体制の充実を図ります。
- (3) 救急医療機関の適正受診や救急車の適正利用を推進します。
- (4) AEDの普及促進と県民に対する救急蘇生法の知識・技能の普及啓発を図り

ます。

4 主な取組

- (1) 人口や地理的状况を考慮した救命救急センターの整備
- (2) 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・強化
- (3) 搬送困難事案受入医療機関の体制充実や特殊疾患（耳鼻科、消化管出血等）の輪番体制の整備
- (4) 地域の実情を踏まえた救急告示医療機関の受入体制強化
- (5) 精神身体合併症患者の受入体制強化
- (6) 高次医療機関と連携した転院支援の促進
- (7) 救急医療情報システムの機能強化
- (8) ドクターヘリを活用した早期治療の推進
- (9) 救急救命士の養成及びプレホスピタル・ケア（病院前救護）の充実
- (10) A E Dの設置促進と設置場所の情報提供
- (11) 救命講習の受講促進
- (12) 救急電話相談や医療機関案内の充実による救急医療機関の適正受診や救急車の適正利用の推進

5 指標

- (1) 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 43.6分 → 目標値 39.4分
（平成28年） （平成35年）
- (2) 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 4.1% → 目標値 2.7%
（平成28年速報値） （平成35年）
- (3) 救急電話相談（大人）の相談件数
現状値 33,386件 → 目標値 118,000件
（平成28年度） （平成35年度）

第2節 災害時医療

1 目指すべき姿

大規模災害が発生した場合には、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適切な医療を提供します。

そのため、平時から災害を念頭に置いた医療関係機関や防災関係機関との連携体制を構築します。

2 現状と課題

(1) 災害時医療体制の整備

災害時にあっても、患者の重症度に応じた適切な医療を提供するためには、被災現場から救護所、地域の医療機関、更には後方医療機関に至る体系的な医療提供体制が必要です。

本県では18の災害拠点病院を指定していますが、人口当たりの災害拠点病院の数が全国平均を下回っており、災害拠点病院がない二次保健医療圏もあります。

本県では全ての災害拠点病院が埼玉DMAT（災害派遣医療チーム）を保有していますが、人口当たりのDMATの数は全国平均を下回っています。

災害時の初期救急段階（発災後おおむね三日間）においては、医療に関する具体的な指揮命令を行う者を設定することが困難です。このため、災害現場に最も近い保健所などにおいて、県の内外から自律的に参集した医療チームを配置調整するなどのコーディネート機能を担う体制の整備が必要です。

また、妊産婦、新生児及び小児や人工透析患者への対応についても、コーディネート機能を担う体制の整備が必要です。

(2) 災害発生時の対応

災害発生後、救護所や避難所の被災者に対する中長期的な健康管理活動として、保健所を中心に関係機関と協力しながら、感染症のまん延防止、衛生面のケア（口腔ケア含む）、アレルギー疾患への対応、メンタルヘルスケアなどを適切に行うことが必要です。

また、全国から派遣された保健医療活動チームを円滑に受け入れ、効果的・効率的な活動を行えるよう関係機関で構成される対策会議を地域ごとに設置・運営する必要があります。

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することが必要です。

(3) 平時の備え

災害時に必要となる医薬品などを防災基地などで備蓄するとともに、医薬品卸売業者などにランニング備蓄を委託することにより、災害用医薬品などの確保を図っています。

災害時に迅速な医療救護活動を行うためには、消防、警察などの関係機関と医療機関・DMATなどの医療救護班が連携することが大切です。本県では、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。

災害拠点病院はもとより、それ以外の医療機関においても、被災後早期に診

療機能を回復できるよう、事業継続計画（BCP）の策定や施設の耐震化など、平時からの備えに取り組む必要があります。

3 課題への対応

- (1) 具体的な被災想定を踏まえた医療救護活動計画を策定します。また、取組が実効性のあるものとなるよう、医療救護班だけでなく関係機関と連携した訓練を実施します。
- (2) 災害時においても十分機能を発揮するためBCPを備えた災害時医療の拠点となる医療機関を整備するとともに、災害時医療を担う医療従事者の養成に取り組んでいきます。
- (3) 災害時医療のコーディネート体制を整備して、県の内外から参集した医療救護班等の配置調整や情報提供等の円滑化・効率化を図ります。
- (4) 災害時に必要となる医薬品などを確保するため、備蓄・調達体制の整備を図ります。
- (5) 保健所において発災後の時間経過に応じた適切かつ切れ目のない保健医療活動を実施できる体制を整備します。
- (6) 災害時における精神科医療や精神保健活動による支援を提供できるよう体制を整備します。

4 主な取組

- (1) 具体的な被災想定を踏まえた医療救護活動計画の策定
- (2) 地域ごとの配置状況を踏まえた災害拠点病院やDMAT指定医療機関の整備
- (3) 県立病院における災害時医療体制の確保（県立小児医療センターの災害拠点病院化等）
- (4) 災害時医療を担う人材を養成するための研修体制の充実
- (5) 医療機関同士はもとより消防、医薬品卸業協会など関係機関との連携強化と訓練の実施
- (6) 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
- (7) 災害用医薬品などの備蓄・調達体制の整備
- (8) 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
- (9) BCP未策定病院に対するノウハウの提供などの策定支援
- (10) 埼玉県災害派遣精神医療チーム（DPAT）体制の整備
- (11) 災害時に精神科医療を提供できる体制の整備（災害拠点精神科病院の指定等）

5 指標

- (1) 埼玉DMA Tのチーム数
現状値 32隊 → 目標値 60隊以上
(平成28年度) (平成35年度)
- (2) 医療チーム等の受入れを想定した、地域ごとのコーディネート機能の確認を行う災害訓練の年間実施回数
現状値 0回 → 目標値 10回 (保健医療圏ごとに1回)
(平成28年度) (平成35年度)
- (3) 災害拠点病院におけるBCPの策定割合
現状値 22.2% → 目標値 100%
(平成28年度) (平成30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活かしながら、身近な場所での出産から高度で専門的な医療まで、分娩^{べん}のリスクに応じた安全な医療を継続的に提供することができる周産期医療体制を整備します。

2 現状と課題

(1) ハイリスク出産への対応

出生数は減少していますが、ハイリスク出産の割合は高い水準にあります。

NICU（新生児集中治療室）の必要数は、出生数一万人当たり25床から30床とされています。これまでNICUの整備を進めてきた結果、平成29年（2017年）4月時点の本県のNICU数は143床となり、平成28年（2016年）の出生数（54,448人）に基づく最低必要数を満たしました。

しかし、県内のNICUは常に満床状態であり、平成28年（2016年）の母体搬送（妊娠6か月以降）の約13%に当たる143人が近隣都県に搬送されています。

平成29年（2017年）1月に県内2か所目の総合周産期母子医療センターを整備しましたが、地域周産期母子医療センターを含めた周産期母子医療センター数は、出生数一万人当たりで比較すると、全国平均の約5か所に対して約1.8か所と少ない状況であり、県内における地域の偏在も見られます。

これらの課題を解決するため、引き続きハイリスク出産に対応した周産期医療体制の充実に努めるとともに、近隣都県との連携体制の構築、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。

(2) 継続的な周産期医療体制の確保

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産婦人科医数(平成26年(2014年))は、全国平均8.6人に対して本県は約6.4人、新生児専門医数(平成29年(2017年)2月)は全国平均約0.7人に対して本県は約0.5人と、いずれも全国平均を大きく下回っています。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、医師の確保・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平成29年(2017年)には92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、平成27年(2015年)は診療所が42.4%、病院が56.8%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数の推移は1.9人(平成20年(2008年))から2.2人(平成26年(2014年))と、1~2名の医師による診療体制には大きな変化がない一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医数は5.1人(平成20年(2008年))から6.9人(平成26年(2014年))と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、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。

このような傾向を踏まえて、県内で安全に出産ができる体制の継続的な確保に取り組む必要があります。

このほか、周産期メンタルヘルス等の課題にも取り組む必要があります。

(3) 災害時における周産期医療体制の整備

東日本大震災を踏まえた研究等によって、被災地や周辺地域における情報伝達網の遮断や、小児・周産期医療に精通した災害医療従事者が不足していることなどから、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘されています。このため、災害時における小児・周産期医療体制の整備が必要です。

災害時には近隣都県との連携も必要であり、ハイリスク出産への対応を含め、近隣都県との連携体制の構築が必要です。

3 課題への対応

(1) ハイリスク出産への対応

周産期医療体制の充実・連携強化を図ります。

(2) 継続的な周産期医療体制の確保

医療人材の確保、医師の負担軽減等を図ります。

- (3) 災害時における周産期医療体制の整備
災害時における周産期医療ネットワークを構築します。

4 主な取組

- (1) ハイリスク出産への対応
- 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構築
 - 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 遠隔胎児診断支援システムの活用促進
 - カ 小児在宅医療の推進
- (2) 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 分娩取扱施設に対する支援
 - エ 産科医と精神科医の連携体制の構築
- (3) 災害時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配置
 - イ 災害時における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構築（再掲）

5 指標

- (1) 県外への母体搬送数（妊娠6か月以降）
現状値 143人 → 目標値 70人
（平成28年） （平成35年）
- (2) 県内の出生数に対する分娩取扱数の割合
現状値 95% → 目標値 95%
（平成28年） （平成35年）
- (3) 災害時小児周産期リエゾン指定者数
現状値 3人 → 目標値 21人
（平成29年度） （平成35年度）

第4節 小児医療

1 目指すべき姿

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処置を行うため、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、小児救急電話相談を充実させ、医療機関の適正受診を推進します。

2 現状と課題

(1) 小児救急医療を取り巻く状況

本県の一日の小児（0歳から14歳までを指す。）推計患者数は、入院で約0.9千人、外来で約40.4千人となっています。

入院については、周産期に発生した病態のほか、喘息をはじめとする呼吸器系の疾患、先天奇形、変形及び染色体異常、神経系の疾患が多くなっています。

外来については、急性上気道感染症をはじめとする呼吸器系の疾患が多くなっています。

小児の救急搬送人数は、少子化にもかかわらず、この5年で2万2千人程度と横ばいであり、中でも軽症患者の割合は約85%となっています。

また、第二次救急医療圏別に見ると、東部南地区や東部北地区、比企地区、児玉地区の救急受入率が県全体と比較して低く、特に児玉地区は群馬県への依存度が高い状況です。

(2) 小児救急医療の提供体制（初期～第三次）

小児救急医療については、症状に応じて初期から第三次までの救急医療体制と救急医療情報システムを整備しています。

初期救急は、入院を必要としない軽症患者を対象とし、市町村が休日夜間急患センター、在宅当番医制により整備しています。

第二次救急は、入院や手術を必要とする重症患者を対象とし、県が第二次救急医療圏ごとに輪番制（小児救急医療支援事業）又は拠点病院制（小児救急医療拠点病院運営事業）により整備しています。

第三次救急は、生命の危機が切迫している重篤患者を対象とし、県が小児救命救急センターを整備しています。

地域の状況を踏まえ、初期救急から第三次救急までの機能が適切に発揮されるよう、県と市町村が連携してその整備に取り組む必要があります。

県内のどこに住んでいても、必要なときに小児救急医療を受けられる体制が確保されていることが必要です。しかし、夜間や休日も含めた小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合は、平成29年度（2017年度）当初で86%であり、依然として全ての曜日に対応できない医療圏があります。休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。

また、地域の医療機関では対応困難な小児重症救急患者を受け入れられるよ

う、小児救命救急医療体制を強化するため、県内に2か所、小児救命救急センターを整備しました。

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。

その結果、医師の疲弊や減少により輪番制から撤退する病院が出るなど、小児救急医療体制の維持が困難な地域があります。

背景として、少子化や核家族化が進み、身近に相談できる人がいないことによる保護者の不安感や、専門・高度医療志向の高まりなどが指摘されています。

保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進し、小児救急病院への軽症患者の集中を緩和する必要があります。

初期、第二次及び第三次における救急医療機関の適切な役割分担と連携により、医療体制の充実を図る必要があります。

3 課題への対応

- (1) 初期、第二次、第三次の小児救急医療体制の整備を促進します。
- (2) 救急医療情報システムを活用し、救急隊と医療機関との連携強化などにより小児救急搬送体制の充実を図ります。
- (3) 保護者の不安の軽減と小児救急病院への患者集中の緩和を図ります。

4 主な取組

- (1) 地域の実情を踏まえた小児救急医療体制の整備・充実
- (2) 中核的医療機関の診療を開業医が支援する仕組みの構築
- (3) P I C U（小児集中治療室）など小児救命救急センターの機能充実
- (4) 救急医療情報システムの機能強化
- (5) ドクターヘリを活用した早期治療の推進
- (6) 小児医療に関する正しい受診方法の普及啓発
- (7) 小児救急電話相談事業の充実
- (8) 内科医等に対する小児救急実践研修の実施による小児初期診療体制への支援

5 指標

- (1) 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 3.4% → 目標値 2%
(平成27年) (平成35年)
- (2) 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 86% → 目標値 100%
(平成29年4月) (平成36年4月)

(3) 小児救急電話相談の相談件数

現状値 70,759件 → 目標値 140,000件
(平成28年度) (平成35年度)

第5節 へき地医療

1 目指すべき姿

県内のどこに住んでいても、一定水準の医療の提供を受けられる体制の確保を目指します。

2 現状と課題

無医（無歯科医）地区などの、交通機関も少なく医療に恵まれない地域（いわゆるへき地）については、住民が必要とする医療を受けられる体制の整備が必要です。

本県は、無医地区はありませんが、これに近い状況にある地域もあるため、体制の充実に向けた支援が必要です。

3 課題への対応

- (1) へき地に勤務する医師の確保を支援します。
- (2) へき地医療を支援する体制の確保を図ります。

4 主な取組

- (1) 自治医科大学卒業医師や奨学金貸与医師等の地域病院への派遣
- (2) へき地に勤務する医師のキャリア形成支援
- (3) 病院、地域医師会との連携による後方支援体制の整備

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、(1)在宅療養に向けた退院支援、(2)日常の療養生活の支援、(3)急変時の対応、(4)患者が望む場所での看取りを目指し、地域における医療や介護の多職種連携を図りながら24時間体制で在宅医療が提供される体制を構築します。

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。

平成29年（2017年）における65歳以上の県内高齢者人口は183万人（町（丁）字別人口（平成29年1月1日現在））ですが、平成52年（2040年）には約220万人（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（平成25年3月推計）」）となり、同年の75歳以上の人口割合は、現在の11.1%から18.2%に増加します。

また、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。

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、QOL（生活の質）の向上を重視した医療への期待の高まり等により、平成28年度（2016年度）に策定した「埼玉県地域医療構想」で、平成37年（2025年）の在宅医療等の必要量は平成25年（2013年）の約1.8倍の82,372人/日（うち訪問診療分は45,731人/日）と推計されており、在宅医療のニーズは大幅に増加し、また多様化していきます。

(1) 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、退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための退院後の生活を見据えた入院初期からの退院支援が重要となっています。

(2) 日常の療養生活の支援

訪問診療を実施する医療機関は平成29年（2017年）3月末現在、766か所です。公益社団法人日本医師会の「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」によると、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、診療所の約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ています。

訪問看護利用者数、訪問看護ステーション数、訪問看護ステーションに従事する看護職員数いずれも増加傾向にありますが、今後さらに医療・介護需要の大幅な増加が見込まれます。このため、医療依存度の高い患者やターミナルケ

ア、24時間対応など様々なニーズに対応できるよう、訪問看護を担う人材の確保や育成、安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を強化することが必要です。

療養生活の質の向上に向け、歯・口腔^{くわう}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促進が求められています。

在宅療養患者の多剤・重複投薬や相互作用の防止、残薬解消など薬学的管理・指導を行い、服薬情報を一元的・継続的に把握することが求められています。

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。

(3) 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。

(4) 在宅での看取り

患者や家族のQOL（生活の質）の維持・向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められています。

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必要に応じて支援していくことが求められます。

3 課題への対応

(1) 退院支援、日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅における看取りなど在宅医療を担う医療や介護の関係機関相互の連携強化を図ります。

また、市町村や地域の郡市医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体や保健所が連携しながら在宅医療の推進を図っていきます。

特に保健所は、医療・介護連携の円滑な実施に向けて、地域の郡市医師会等の関係団体と連携して調整を行うなど、積極的に役割を果たしていきます。

(2) 在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。

また、多職種のチームによる医療において、多職種間での情報共有をより円

滑に進めていくため、ICTによる医療・介護連携ネットワークシステムの普及・拡大を図っていきます。

(3) 多職種連携による在宅医療を推進するため、関係機関・団体等と連携し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得するための研修の実施等により在宅医療に関わる医療や介護の人材育成を図っていきます。

(4) 県内全ての郡市医師会に設置され、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業として運営されている在宅医療連携拠点については、退院支援、日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅における看取りなどを推進するため、在宅医療に必要な連携を担う窓口として積極的な役割を果たせるよう支援していきます。

また、在宅医療・介護連携推進事業において、特に「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」、「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、「在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」については、医療に係る専門的・技術的な対応が必要であり、また、二次保健医療圏等の広域的な連携が必要であることから重点的に支援をしていきます。

(5) 人生の最終段階における療養の場所や希望する医療について、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、患者本人が意思決定できる体制を整えるとともに、人生の最終段階における医療の提供や在宅での看取り体制の構築を図ります。

(6) 訪問看護師の確保や、医療依存度の高い患者やターミナルケアに対応できる質の高い訪問看護師の育成を促進します。

(7) 県内全ての郡市歯科医師会に加え地域の実情に応じて設置された地域在宅歯科医療推進拠点では、訪問歯科診療等の相談や受診調整、入院患者の歯と口腔内の状況把握などにより在宅歯科医療を推進します。

併せて、医療・介護の多職種と連携しながら、口腔内と全身の健康状態の改善を通して在宅療養患者のQOL（生活の質）の向上を図っていきます。

(8) がん患者等に専門的な薬物療法を提供できる高度薬学管理機能を有する薬局の体制整備を支援し、緩和ケアや残薬管理等に対応できる薬剤師を育成するとともに、地域の医療機関などとの連携の促進を図ります。

4 主な取組

(1) 地域において在宅療養を支援する連携体制の構築

(2) 患者を支える多職種連携システムの確立

(3) 在宅医療に関わる医療・介護人材の育成

(4) 在宅医療連携拠点に対する広域的な支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援

- (5) 人生の最終段階における医療提供体制の整備
- (6) 在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成
- (7) 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
- (8) 在宅医療を担う薬局の整備促進と薬剤師の育成

5 指標

- (1) 訪問診療を実施する医療機関数（在宅時医学総合指導管理料及び施設入居時等医学総合指導管理料の届出医療機関数）

現状値 766か所 → 中間目標値 930か所
 （平成28年度） （平成32年度）

→ 目標値 1,075か所
 （平成35年度）

- (2) 県内の訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数

現状値 2,133人 → 中間目標値 2,280人
 （平成28年末） （平成32年末）

→ 目標値 2,540人
 （平成34年末）

- (3) 在宅患者調剤加算算定薬局数

現状値 640薬局 → 中間目標値 760薬局
 （平成28年度） （平成32年度）

→ 目標値 850薬局
 （平成35年度）

- (4) 在宅歯科医療実施登録機関数（再掲）

現状値 782医療機関 → 中間目標値 1,080医療機関
 （平成28年度） （平成32年度）

→ 目標値 1,200医療機関
 （平成35年度）

※ 在宅医療に関する指標については3年後に見直しを行うため、中間年における目標値を設定しています。

第4章 医療従事者等の確保

第1節 医療従事者等の確保

1 目指すべき姿

医師、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。

医師の地域的な偏在や診療科間の偏在の解消を含めた保健医療福祉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。

(1) 医師

平成28年（2016年）12月末現在、県内の医療施設等で就業している医師数は、12,172人であり、平成18年（2006年）の10,016人と比べ2,156人、21.5%増加しています。

本県は、人口急増県であることから、人口十万人当たりの医師数は、167人であり、全国（251.7人）を大きく下回り、都道府県中47位です。

しかし、平成18年（2006年）と比較すると、17.9%増加しており、全国の伸び（15.7%）を上回っています。

また、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。

このため県では、平成25年（2013年）12月に県、県医師会、大学、県内医療機関が一体となって医師確保対策に取り組む「埼玉県総合医局機構」を創設しました。

埼玉県総合医局機構では、医師不足地域や医師が不足している診療科への勤務を条件として、医学生への奨学金や研修医への研修資金を貸与することなどにより、医師の確保や偏在の解消に努めています。

また、医療従事者向けの教育研修施設である地域医療教育センターを開設するなど、医師をはじめとした医療従事者の県内への誘導と定着を図っています。

(2) 歯科医師

平成28年（2016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、5,293人であり、平成18年（2006年）の4,637人と比べ656人、14.1%増加しています。

人口十万人当たりの歯科医師数は、72.6人であり、全国（82.4人）を9.8人下回り、都道府県中23位です。

しかし、平成18年度（2006年度）と比較すると10.7%と全国の伸び（8.3%）以上に増加しています。

高齢社会の一層の進展にあつて、健康寿命の延伸のために、口腔^{くわう}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QOL（生活の質）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。

(3) 薬剤師

平成28年（2016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、15,100人であり、平成18年（2006年）の11,742人と比べ3,358人、28.6%増加しています。

人口十万人当たりの薬剤師数は、207.2人であり、全国（237.4人）を30.2人下回っており、都道府県中26位です。しかし、平成18年度（2006年度）と比較すると24.7%と全国の伸び（20.1%）以上に増加しています。

医療の高度化・専門化、チーム医療の普及、患者等への医薬品の情報提供及びかかりつけ薬剤師・薬局機能の推進等により、高度な知識・技術と臨床経験を有する薬剤師の確保が求められています。

(4) 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

平成28年（2016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、64,491人（保健師2,067人、助産師1,573人、看護師46,416人、准看護師14,435人）であり、平成18年（2006年）の46,852人と比べ17,639人、37.6%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平成37年（2025年）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。

人材確保とともに、医療の高度化・専門化、県民の医療ニーズの多様化・複雑化に対応するため、より高度な知識と技術を有する看護職員の育成が求めら

れています。

また、今後の在宅医療のニーズの増加への対応として、訪問看護を担う人材の確保・定着や育成を強化していく必要があります。

(5) 介護支援専門員（ケアマネジャー）

平成29年（2017年）5月31日現在、県内の指定居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員の数は、8,397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 課題への対応

(1) 医師

医師の確保を進めるとともに、地域偏在、診療科偏在の解消を図ります。また、教育研修環境の向上によるスキルアップ支援や若手医師のキャリア形成支援などにより、医師の県内医療機関への誘導及び定着を図ります。

(2) 歯科医師

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。また、歯科チームとしてより高度な知識と技術を有する歯科衛生士の育成・確保を促進します。

(3) 薬剤師

がん患者等高度な薬物療法を必要とする在宅医療への対応や、多剤・重複投薬の防止、残薬対策等対人業務においてより専門性を発揮できる、「かかりつけ薬剤師」の育成・確保を推進していきます。

(4) 看護職員

総合的な人材確保の対策を講じることにより、県民のニーズに対応できる看護職員の確保を図ります。併せて、県民に安心・安全で価値の高い医療・介護サービスが提供できるよう、専門性の高い看護師の育成を促進します。

(5) 介護支援専門員（ケアマネジャー）

多様化するニーズに対応するため介護支援専門員の資質の向上を図ります。

4 主な取組

(1) 医師

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

県、県医師会、大学、県内医療機関など地域の医療関係機関で構成する埼

玉県総合医局機構が、医師の確保や医師の地域偏在・診療科偏在の解消などに取り組むコントロールタワーとして、医師確保対策を一元的に実施していきます。

イ 医師の地域偏在・診療科偏在の解消

国のデータベースの活用などにより医師の充足状況の把握をするとともに、医師不足地域や医師が不足している診療科への勤務を条件として、医学生への奨学金や研修医への研修資金を貸与し、医師の地域偏在、診療科偏在の解消に努めます。

また、産科や小児科等の魅力、やりがいなどについて、医学生や研修医の動機付けとなるような様々な情報発信を行い、医師不足診療科等に勤務する医師の確保に努めます。

さらに、大学附属病院・医学系大学院などの整備を支援することにより、医師の確保を図ります。

ウ 奨学金貸与者等若手医師に対するキャリア形成支援

奨学金等の返還免除要件である義務年限を果たしながら専門医等の資格を取得できるキャリア形成プログラムの策定などのキャリア形成支援体制を構築し、若手医師等が安心して地域医療に従事できる環境を整備します。

エ 臨床研修医などの医師の誘導・定着策の推進

県内で臨床研修を実施する魅力などについて様々な情報発信を行い、臨床研修医の県内医療機関への誘導と定着を図ります。

オ 地域医療教育センターによる教育研修環境の向上

シミュレーターを活用した医療従事者向け教育研修施設である地域医療教育センターにより、県内医療従事者のスキルアップ支援を実施するとともに、教育研修環境の向上による県内医療機関への誘導と定着を図ります。

カ 病院勤務医等の負担軽減

開業医による地域の拠点病院支援や医療機関における勤務環境の実態把握、勤務環境改善支援などにより、病院勤務医等の負担軽減や働きやすい職場環境づくり等による病院の魅力向上を図ります。

キ 女性医師に対する就業支援策の推進

女性医師支援センターによる女性医師の復職支援や、短時間勤務制度の導入などによる女性医師が辞めない職場づくりを支援します。

(2) 歯科医師

ア 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、歯科衛生士の資質向上にも努めます。

イ 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。

(3) 薬剤師

無菌調剤、緩和ケア等高度な知識と技術を有し、また、多職種と連携しながら在宅医療を担う地域の「かかりつけ薬剤師」を育成します。

(4) 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の実施及び支援、病院内保育所の運営支援や働きやすい職場づくり支援等を行うことにより、早期離職防止や就労環境改善による定着、離職防止を促進していきます。

ウ 看護職員の再就業支援

ナースセンターを拠点とした職業紹介や届出制度活用促進を図ることにより、育児等で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

専門分野の看護師研修の実施や、指導的役割を担う看護師を育成するために認定看護師の確保や支援を行うなど、高度・専門的な医療提供に資する看護師の育成を図ります。

また、特定行為研修の体制の整備に関し、現状把握や課題抽出を踏まえ、特定行為研修に係る支援事業の検討を行っていきます。

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確保・育成

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、訪問看護師の確保・定着、資質向上を図ります。

キ 助産師の活用の推進

助産師就業の偏在把握や助産師出向の検討等を行い、助産師就業の偏在是正、助産師実践能力の強化等を促進していきます。

(5) 介護支援専門員（ケアマネジャー）

介護支援専門員に対して介護の専門的知識・技術を習得する研修を実施する

ことにより資質向上を図り、介護サービスの質の向上を図ります。

(6) 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。

5 指標

(1) 臨床研修医の県内採用数

現状値 1, 311人 → 目標値 2, 184人

(平成24年度～平成28年度) (平成29年度～平成35年度)

(2) 県内の訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数(再掲)

現状値 2, 133人 → 中間目標値 2, 280人

(平成28年末) (平成32年末)

→ 目標値 2, 540人

(平成34年末)

(3) 県内医療施設(病院・診療所)の医師数(人口十万人当たり)

現状値 160.1人(全国最下位) → 目標値 全国最下位脱出

(平成28年末)

(平成32年末)

第5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体制などの体制づくりを目指します。

2 現状と課題

(1) 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おり、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薬事法（現「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」）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「埼玉県医療機能情報提供システム」を県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。

(2) 医療安全の確保

新たな多剤耐性菌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、薬事法（現「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」）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「医療機関案内」、「対応・接遇」の順となっています。

3 課題への対応

- (1) 医療機関及び薬局から医療機能に関する情報を収集し、県民や患者に必要な情報を提供することにより、安心して自らが望む医療機関及び薬局の選択ができるように支援します。
- (2) 医療におけるインフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンなどの普及を支援するとともに、医療安全相談体制の機能強化を図ります。
- (3) 医療の安全を確保するための体制整備を進めます。

4 主な取組

- (1) 埼玉県医療機能情報提供システムの運営

- (2) 患者の視点に立った医療サービスの質的向上の推進
- (3) 医療安全相談体制の充実
- (4) 医療機関の医療安全管理体制の確立の支援

5 指標

「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 53% → 目標値 60%
(平成29年度) (平成35年度)

※ がんや脳卒中など主要な疾病等の病態に応じた各機能（急性期、回復期、在宅医療など）の診療実施施設については、「埼玉県医療機能情報提供システム」を活用し、県ホームページにより情報提供します。

URL : <http://www.iryu-kensaku.jp/saitama/>

第2節 医薬品等の安全対策

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。

2 現状と課題

(1) 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。

(2) 薬物乱用対策の推進

近年、覚醒剤等の薬物事犯の検挙者数は横ばい傾向にありますが、薬物乱用

者が青少年や一般市民層に広がり、深刻な社会問題となっています。

このような状況に対応するためには、学校・家庭・地域が連携した薬物乱用の予防啓発が必要です。また、薬物乱用者の約半数は再乱用者であることから、薬物乱用者の回復支援も必要です。

さらに、流通が巧妙化、潜在化する危険ドラッグや新たな形態の薬物の出現に対応するため、迅速な流通規制と継続的な監視が必要です。

(3) 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や事件・事故発生時の安全対策を充実強化する必要があります。

3 課題への対応

(1) 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。

(2) 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。

(3) 覚醒剤、大麻、危険ドラッグなどの薬物乱用による健康被害を防止するため、予防啓発の充実強化や再乱用防止の徹底、乱用薬物の流通阻止を図ります。

(4) 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及び危機管理体制の整備充実を図ります。

4 主な取組

(1) 医薬品などの品質管理の徹底

(2) 医薬品などの製造販売業者などに対する監視指導及び収去検査の実施

(3) いわゆる健康食品の買上検査及び広告監視の強化

(4) 薬物乱用対策の推進

(5) 危険ドラッグなどの製造・流通の防止

(6) 毒物劇物製造業者などに対する監視指導の実施

(7) 毒物劇物などによる危害の発生防止に関する情報の収集及び提供体制の整備充実

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、初めてその役割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）の数量シェアを欧米諸国並みの80%以上とすることにより、患者一人一人の負担軽減につなげるほか、優れた医療保険制度を次の世代に引き継いでいくことに貢献します。

2 現状と課題

(1) 医薬品等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。

そのため、薬剤師などによる相談体制を充実させる必要があります。

(2) かかりつけ薬剤師・薬局の推進

複数の医薬品を併用すると、相互作用により薬の効果が十分に得られなかったり、反対に薬が効きすぎて副作用が出ることがあります。

このため、多剤・重複投薬の防止や残薬対策などに対応できる、身近で相談しやすい「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能を強化し、県民に「かかりつけ薬局」を選んで活用してもらうことが必要です。

さらに、薬局の有する機能の情報を広く提供することが必要です。

(3) ジェネリック医薬品の使用促進

新たな医薬品の開発に伴い、使用される医薬品も多種多様になっています。また、患者負担の軽減や医療費適正化の観点から、ジェネリック医薬品の使用を促進するための取組が行われています。

ジェネリック医薬品の数量シェアは、順調に推移していますが、依然としてジェネリック医薬品の品質等に漠然とした不安を抱いている県民及び医療関係者がいるため、不安を解消する必要があります。

また、ジェネリック医薬品メーカーによる医療関係者に対する情報提供が少ないことから、医療関係者はジェネリック医薬品の使用及び採用に苦慮している状況です。

3 課題への対応

県民に対して医薬品等の適正な使用を進めるため、正しい知識の普及啓発、医薬品などの情報の収集及び提供を行う薬事情報体制の充実強化を図ります。

また、多剤・重複投薬の防止や残薬対策などを推進する「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能を強化します

さらに、医療関係者や県民に対しジェネリック医薬品に関する研修会等を開催

することにより、ジェネリック医薬品に対する不安の解消に努めます。

4 主な取組

- (1) 医薬品などの正しい知識の普及啓発
- (2) 医薬品などの適正使用のための情報提供
- (3) かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化
- (4) 多剤・重複投薬の防止や残薬対策などの適正使用の推進
- (5) ジェネリック医薬品に関する研修会の開催
- (6) 汎用ジェネリック医薬品リストの作成

5 指標

ジェネリック医薬品の数量シェア

現状値 69.8% → 目標値 80.0%以上
(平成28年度末) (平成33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分画製剤しょうは、現在、国内の献血で賄われています。

県は高校生献血の推進に積極的に取り組んでおり、その結果、高校生の献血者数は、平成19年度(2007年度)から10年連続日本一となっています。

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。

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 課題への対応

広く県民に献血の普及啓発を図り、献血者の確保及び血液製剤の安定供給を進めます。

4 主な取組

- (1) 献血の普及啓発と献血組織の充実
- (2) 若年層を中心とした献血者の確保
- (3) 安全な血液製剤の安定供給
- (4) 血液製剤の適正使用の推進

5 指標

10代～30代の献血者数

現状値 97,502人 → 目標値 142,360人
(平成27年度) (平成32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、平成37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）～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）～35年度（2023年度））に、引き続き位置付けます。

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（平成37年（2025年））の医療提供体制に関する構想です。

3 構成

(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。

本県の区域は、二次保健医療圏の圏域と同様に設定しています。

(2) 平成37年(2025年)における医療需要等

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。

また、在宅医療等についても患者数を推計します。

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。

(3) 医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制

平成37年(2025年)における医療需要等を基に、本県の医療提供体制整備の方向性を示します。

さらに、将来の必要病床数など地域医療構想の達成を推進するための体制などを示します。

(4) 各区域の概要及び医療提供体制整備の方向性

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。

県内10区域ごとに、入院患者の受療動向を基に、将来の医療需要を推計し、その上で必要な医療提供体制の整備の方向性を示します。

4 医療需要の推計結果

平成37年(2025年)及び平成47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)	平成37年 (2025年)	平成47年 (2035年)
高度急性期	3,543	4,145	4,232
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

5 必要病床数の推計結果（平成37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

6 病床機能報告による病床数と必要病床数との比較

平成28年度（2016年度）の病床機能報告結果と平成37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 病床機能報告	50,372	6,707	24,118	4,437	12,965	2,145
平成37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	
----	--------	-------	-------	---------	--------	--

7 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)	平成37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2章 地域医療構想の実現に向けた取組

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

(1) 医療機能の分化・連携と病床整備

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。

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もつながります。

(2) 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、平成37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)

	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)	平成37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

(3) 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。

(4) 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 課題への対応

- (1) 医療機能の分化・連携を進め、高度急性期から回復期、在宅医療等まで切れ目のない医療提供体制を整備します。
- (2) 地域包括ケアシステムの構築に併せ、在宅医療連携拠点等の機能強化や、在宅医療を担う医療従事者の確保・養成等、在宅医療体制の整備を進めます。
- (3) 医療従事者の確保・養成を図るとともに、医師の地域偏在や診療科偏在の解消に取り組み、県民が住み慣れた地域で必要な医療を受けられる体制づくりを進めます。
- (4) 地域医療構想の実現に向けた取組については、地域医療介護総合確保基金を有効に活用します。

4 主な取組

- (1) 医療機能の分化・連携と病床整備
 - ア 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
 - イ 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
 - ウ 病床機能報告制度を活用した医療機能情報の提供と共有
 - エ ICTを活用した地域医療連携ネットワークの整備支援 (※)
- (※) 利根保健医療圏では、地域の病院や診療所、臨床検査施設などを安全なネットワークシステムで結び、患者の情報を共有するシステム（とねっと）を平成24年（2012年）7月から運用しており、中核病院の専門医や診療所のかかりつけ医がこれらの情報を診療に役立てている。
- (2) 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の構築
 - イ 患者を支える多職種連携システムの確立
 - ウ 在宅医療連携拠点に対する広域的な支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援
 - エ 人生の最終段階における医療提供体制の整備
 - オ 在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成
 - カ 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
 - キ 在宅医療を担う薬局の整備促進と薬剤師の育成
- (3) 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 看護職員の養成、離職防止・定着促進、再就業支援
 - エ 看護職員の資質の向上

第5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。

そのためには、県、市町村、医療保険者、医療機関、事業者などの関係者が、自らの役割を認識し、相互に連携する体制づくりを推進していきます。

2 現状と課題

県民の疾病全体に占める生活習慣病（悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患など）の割合は、死因では約6割、医療費（市町村国民健康保険）では約3割を占めています。

生活習慣病の危険因子である高血糖、高血圧、脂質異常は死因に大きな影響を与えています。

生活習慣病は、食生活の乱れや運動不足、喫煙などの生活習慣によって起こる病気です。

生活習慣病は、生活習慣の改善によって予防や進行を抑えることが可能であり、県民の生涯にわたってのQOL（生活の質）の維持・向上のためには、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点をおいた取組が重要です。

現在、生活習慣病の予防のために各医療保険者において特定健康診査が行われていますが、受診率はまだ低い状況にあることから、受診率の向上のための取組が必要です。

また、医療保険者の持つ健診やレセプト等のデータを活用し、健康課題に合わせた効果的かつ効率的な保健事業の実施が求められるようになってきていることから、県、市町村、医療保険者等による連携を推進する必要があります。

また、歯・口腔^{くわう}の健康及びそれに関する生活習慣の改善は、その基本的要素の一つであることから、これに対応した取組も重要です。

さらに、県民の健康を保持していくためには、若い時期からの生活習慣病の予防に重点を置いた取組が必要です。

3 課題への対応

生活習慣病予防対策を推進することにより、県民の健康を保持し、QOL（生活

の質)の維持、向上を図ります。

保険者協議会等と連携し、県全体の課題に対応するための効果的かつ効率的な保健事業の実施ができる体制づくりを目指します。

4 主な取組

- (1) 医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進
後期高齢者に対する健康診査の推進・健診結果に基づく支援の充実
- (2) 市町村等による健康増進事業の支援
- (3) 保険者等との連携
保険者協議会等の場を活用した連携体制の推進
- (4) 生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進
- (5) 禁煙支援・受動喫煙防止対策の推進
- (6) 食育の推進
- (7) がん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、認知症の予防・改善に向けた歯科口腔保健^{くわ}の推進と医科歯科連携の強化
- (8) 介護予防の推進
- (9) 特定給食施設等の指導強化
- (10) 健康づくり支援のための人材育成
- (11) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業の実施

5 指標

- (1) 特定健康診査受診率(再掲)
現状値 50.9% → 目標値 70%
(平成27年度) (平成35年度)
- (2) 特定保健指導の実施率
現状値 13.8% → 目標値 45%
(平成27年度) (平成35年度)
- (3) 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)
現状値 16.5% → 目標値 25.0%
(平成27年度) (平成35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・連携を進めることにより、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

(1) 病床機能の分化・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。

(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化

ジェネリック医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。

国においては、平成19年（2007年）に策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」に基づき、安定供給、品質確保、情報提供体制の課題について、国やジェネリック医薬品メーカー等が行うべき取組を明らかにしてきたところです。

さらに、平成25年（2013年）4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、取組を進めています。

平成29年（2017年）6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、平成32年（2020年）9月までに80%とする、新たな数量シェア目標が定められました。

国においては、患者や医療関係者が安心してジェネリック医薬品を使用できるような環境整備を図っているところですが、本県における平成29年（2017年）3月現在の数量シェアは69.8%となっており、ジェネリック医薬品の普及はまだ十分とは言えません。

要因の一つとして、ジェネリック医薬品の品質に対する県民や医療関係者の信頼が高いとはいえない状況にあることや、ジェネリック医薬品の安定供給及び情報提供体制に関する問題点も指摘されています。

また、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」の機能を強化することが必要となっています。

3 課題への対応

(1) 病床機能の分化・連携の促進

各医療機関が担う医療機能を明確にし、病床機能に応じた患者を受け入れる体制を構築するとともに、医療機関相互の連携を推進します。

(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化

国においては、ジェネリック医薬品の品質に対する信頼性の確保、診療報酬上の使用促進策等、総合的な使用促進を図ることとしています。

県としても、ジェネリック医薬品の普及啓発活動を推進し、ジェネリック医薬品の普及について医療関係者等から理解を得られるよう取り組んでいきます。

また、多剤・重複投薬の防止や残薬対策などを推進する「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能を強化します。

4 主な取組

(1) 病床機能の分化・連携の促進

ア 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

イ 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

ウ 病床機能報告制度を活用した医療機能情報の提供と共有

エ ICTを活用した地域医療連携ネットワークの整備支援

(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化

ア 県民を対象としたセミナーの開催やリーフレット等による普及啓発

イ 医療関係者を対象とした勉強会の開催やジェネリック医薬品工場の視察

ウ 他団体と連携した普及啓発活動

エ 残薬対策など「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能強化

5 指標

ジェネリック医薬品の数量シェア（再掲）

現状値 69.8% → 目標値 80.0%以上

（平成28年度末）

（平成33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226億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

平成28年度 (2016年度)	平成35年度 (2023年度)	効果
①現状(推計) 2兆253億円	②計画に基づく適正化の取組を行わない場合 2兆4,624億円	④効果(③-②) ▲226億円
	③計画に基づく適正化の取組を行った場合 2兆4,398億円	

第4章 国民健康保険の運営

1 目指すべき姿

国民健康保険新制度の下、県と市町村とが連携し、医療費適正化の取組を推進します。

2 現状と課題

(1) 国民健康保険新制度の開始

平成30年度(2018年度)から市町村国民健康保険は県と市町村の共同運営となります。県は財政運営の責任主体として、国保財政の安定的な運営に取り組むこととなります。

(2) 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。

(3) 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。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推進していく必要があります。

3 課題への対応

市町村は地域の実情を踏まえ、各課題に対する目標を設定し、医療費の伸びの抑制等を目指します。

県は、市町村が行う医療費適正化の取組を支援するため、人材育成や財政支援などに取り組めます。

4 主な取組

市町村国民健康保険に係る下記の取組の推進

- (1) データヘルスの推進
- (2) 特定健康診査受診率の向上
- (3) 特定保健指導実施率の向上
- (4) ジェネリック医薬品の使用促進
- (5) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業の実施
- (6) 医療費適正化の推進体制の充実

5 指標

- (1) データヘルス計画に基づく保健事業実施・展開市町村数（市町村国民健康保険実施分）

現状値 49市町村 → 目標値 全63市町村
（平成28年度） （平成32年度）

- (2) 特定健康診査受診率（市町村国民健康保険実施分）

現状値 38.6% → 目標値 60.0%以上
（平成27年度） （平成35年度）

- (3) 特定保健指導実施率（市町村国民健康保険実施分）

現状値 16.7% → 目標値 60.0%以上
（平成27年度） （平成35年度）

