埼玉県地域保健医療計画（第８次）中間見直し（案）
新旧対照表

埼玉県　保健医療部

（傍線の部分は、改正部分）

改　正　案	現　　行
埼玉県地域保健医療計画	埼玉県地域保健医療計画
第１部　基本的な事項	第１部　基本的な事項
第１章　基本的な考え方	第１章　基本的な考え方
第１節・第２節　（略）	第１節・第２節　（略）
第３節　計画の位置付け	第３節　計画の位置付け
１　計画の性格	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。	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。	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	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～サ　（略）	ア～サ　（略）
シ　埼玉県薬剤師確保計画（薬剤師確保計画ガイドライン）	シ　医療費適正化計画（高齢者の医療の確保に関する法律）

改　正　案	現　　行
【第４部第２章】	【第６部】
ス　医療費適正化計画（高齢者の医療の確保に関する法律）	
【第５部】	
⑵　この計画と整合性を図った関連計画	⑵　この計画と整合性を図った関連計画
ア～サ　（略）	ア～サ　（略）
シ　埼玉県こども・若者計画（こども基本法、埼玉県こども・若者基本条例、子ども・子育て支援法、埼玉県青少年健全育成条例等）	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	２　計画の構成
⑴～⑶　（略）	⑴～⑶　（略）
	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。
⑷　第４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	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

改　正　案	現　　行
項、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項及びかかりつけ医機能の確保に関する事項について定めています。	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。
⑸　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。	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。
⑹　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。	
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。	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。

改　正　案	現　　行
また、巻末の地域医療構想については、医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第８７号）の施行に伴う経過措置により、改正後の医療法に基づく地域医療構想が策定された場合には、策定の時点をもって効力を失うものとします。 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～第３節　（略） 第４節　住民の受療状況 １　日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間） 日常生活動作が自立している期間の平均（以下、「平均自立期間」という）は、国が示している健康寿命の１つで、「要介護１以下」を「健康な期間（日常生活動作が自立している期間）」、「要介護２以上」を「不健康な期間」として算出しています。 本県の令和５年（２０２３年）の平均自立期間は、男性７９．７年、女性８４．１年となっています。	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～第３節　（略） 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。

改　正　案	現　　行
2　（略）	2　（略）
第５節　医療提供施設等の状況	第５節　医療提供施設等の状況
1　保健衛生施設	1　保健衛生施設
⑴～⑵　（略）	⑴～⑵　（略）
⑶　その他の施設	⑶　その他の施設
ア～ウ　（略）	ア～ウ　（略）
	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。
2～3　（略）	2～3　（略）
第６節　（略）	第６節　（略）
第３章　（略）	第３章　（略）
第４章　基準病床数	第４章　基準病床数
第１節　基準病床数	第１節　基準病床数
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	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

改　正　案	現　　行
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た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が、令和７年１２月の医療法改正により、令和９年４月から、将来の病床数の必要量である必要病床数を超えるときは病床の新設・増加が抑制されることになります。 　現在の必要病床数は令和７年（２０２５年）の医療需要を基	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

改　正　案	現　　行
に算出されていますが、新たな地域医療構想の見据える令和２２年（２０４０年）は、全ての二次保健医療圏で人口減少が進む一方で、地域によっては医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者が増加すると推計されており、地域ごとに医療需要の増減の見込みが異なります。このような各地域の状況を踏まえ、将来確保するべき病床を着実に整備していく必要があります。	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、令和２２年（２０４０年）における医療需要の推計を基に国の算定式により必要病床数を算出し、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、病床整備を行います。	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。
また、新型インフルエンザ等が発生した場合には患者数の増大が予想されます。そのため、平時から感染症の予防及び感染	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

改　正　案	現　　行
症の患者に対する医療に関する法律第３６条の３第１項に基づき、県内にある医療機関等との間で病床確保に関する医療措置協定等を締結することで、新型インフルエンザ等の発生時に、当該感染症患者を受け入れる病床を確保できる体制を整備しています。引き続き、感染症有事における新型インフルエンザ等に対する医療提供体制及び通常医療の提供体制の確保を進めてまいります。 【医療措置協定による確保病床数】 （単位：床） 令和５年度末（計画策定時）：流行初期 0、流行初期以降 0 令和６年度末：流行初期 1,494、流行初期以降 2,540 令和７年度末：流行初期 1,525、流行初期以降 2,568	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。

改　正　案

（参考）

二次保健医療圏	基準病床数 （令和９～１１年度）	既存病床数	必要病床数 （令和２２年）	高度急性期	急性期	包括期	慢性期
南部保健医療圏		４，６９４	４，６９１	６８６	１，２８２	１，９１７	８０６
南西部保健医療圏		４，６３６	５，２６６	７５２	１，３３０	１，８６５	１，３１９
東部保健医療圏		８，０７１	７，４２５	８９８	１，７６８	２，８３４	１，９２５
さいたま保健医療圏		６，８０５	７，７４４	１，４８７	２，１８０	２，５５８	１，５１９
県央保健医療圏		３，２５６	３，２１３	４４８	８４４	１，１２１	８００
川越比企保健医療圏	（検討中）	７，０１９	７，０７５	８３５	１，４１９	２，３１７	２，５０４
西部保健医療圏		７，６８５	８，０２４	８６１	１，６６４	２，７５１	２，７４８
利根保健医療圏		４，１６３	４，４６９	５４３	１，０６５	１，８３４	１，０２７
北部保健医療圏		３，５５４	３，７７５	３８５	８０６	１，４７１	１，１１３
秩父保健医療圏		６９７	５５３	３３	８４	２２０	２１６
計		５０，５８０	５２，２３５	６，９２８	１２，４４２	１８，８８８	１３，９７７

（既存病床数は令和８年３月末現在）

改　正　案
（参考） 高度急性期：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：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（高度急性期に該当するものを除く。） 包括期：高齢者その他の者に対し、治療並びに入院早期からのリハビリテーションその他の早期の在宅復帰に向けた療養上必要な管理及び支援を一体的に行うもの又は急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療若しく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、大腿骨頚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む。） 慢性期：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

現　　行

（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）

改　正　案

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）

保健医療圏	病床種別	基準病床数（令和９～１１年度）	既存病床数
全県域	精神病床	（検討中）	１２，８３１
	結核病床	８０	１３０
	感染症病床	８５	７９

（既存病床数は令和８年３月末現在）

第５章　（略）

第２部　くらしと健康

第１章　ライフステージに応じた健康づくりとＱＯＬの向上

第１節　健康づくり対策

（略）

現　　行

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）

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　（略）

第２部　くらしと健康

第１章　ライフステージに応じた健康づくりとＱＯＬの向上

第１節　健康づくり対策

（略）

改　正　案	現　　行
1　目指すべき姿 ⑴～⑵　（略） 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　日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）の維持と健康格差の縮小 イ～ク　（略） 2　現状と課題 （略） ⑴　日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）の維持と健康格差の縮小 ア　日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間） 日常生活動作が自立している期間の平均（以下、「平均自立期間」という）は、国が示す健康寿命の指標の１つで、「要介護１　以下」を「健康な期間（日常生活動作が自立している期間）」、「要介護２　以上」を「不健康な期間」として算出しています。厚生労働省の依頼により、	1　目指すべき姿 ⑴～⑵　（略） 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～ク　（略） 2　現状と課題 （略） 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。

改　正　案	現　　行
国民健康保険中央会で介護保険データを基に毎年算出するもので、０歳からの平均自立期間を用いています。算出する際に、①０～３９歳全員を健康と仮定、②４０歳以上の要介護２以上認定者を不健康と仮定、を条件としています。 令和５年の全国の平均自立期間は男性７９．７年、女性８４．１年、埼玉県は男性７９．７年、女性８４．１年となっており、公表されている平成２９年からほぼ変わらず、維持している状況です。	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　平均余命 平均自立期間と同時に国民健康保険中央会で算出されている令和５年の全国の平均余命は男性８１．１年、女性８７．２年、埼玉県は男性８１．１年、女性８７．１年となっています。	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（２０

改　正　案	現　　行
	２１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　平均自立期間と平均余命の差 埼玉県の令和５年（２０２３年）の平均自立期間と平均余命の差は男性で１．４年、女性で３．１年となっています。 平均自立期間と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。	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おり、「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、算出した数値により比較します。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	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。

改　正　案	現　　行
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。 健康格差については、経年推移を確認するため、引き続き埼玉県独自の「健康寿命」の数値を使用します。 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 （略） (ｱ)　適正体重の維持	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 （略） (ｱ)　適正体重の維持

改　正　案	現　　行
（略） a　こどもの肥満 本県の肥満傾向にあるこども（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～c　（略） (ｲ)　（略） イ～カ　（略） ⑶　（略） 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、平均自立期間の維持のためには、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	（略） 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～c　（略） (ｲ)　（略） イ～カ　（略） ⑶　（略） 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

改　正　案	現　　行
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平均自立期間を維持する観点からも、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　（略） ⑸　（略） ⑹　自然に健康になれる環境づくり 平均自立期間を維持するためには、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	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　（略） ⑸　（略） 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

改　正　案	現　　行
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	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

改　正　案	現　　行
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。	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	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、県民の平均自立期間の維持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。	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。	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　（略）	イ　（略）
ウ　みんなで健康マイスター	ウ　健康長寿サポーター
県では、令和７年度（２０２５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「みんなで	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

改　正　案	現　　行
健康マイスター」の養成を行っています。令和７年度（２０２５年度）末現在、１７，７０２人のマイスターを養成しました。	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　（略）	エ　（略）
⑻　（略）	⑻　（略）
３　課題解決に向けた主な取組	３　課題解決に向けた主な取組
⑴　平均自立期間の維持と健康格差の縮小	⑴　健康寿命の延伸と健康格差の縮小
ア　目指す方向性	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・向上による平均自立期間の維持を目指します。 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。	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　（略）	イ　（略）
⑵　生活習慣の改善	⑵　生活習慣の改善
ア　目指す方向性	ア　目指す方向性
平均自立期間を維持するためには、食生活、身体活動、歯科口腔の機能維持などといった生活習慣の改善が重要で	健康寿命延伸のためには、食生活、身体活動、歯科口腔の機能維持などといった生活習慣の改善が重要です。

改　正　案	現　　行
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)　（略） (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 ・肥満傾向にあるこどもの減少への取組 ・６５歳以上の運動習慣者の増加への取組 (ｳ)～(ｶ)　（略） ⑶～⑸　（略） ⑹　自然に健康になれる環境づくり ア　目指す方向性 平均自立期間を維持するためには、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	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)　（略） (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)～(ｶ)　（略） ⑶～⑸　（略） 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

改　正　案	現　　行
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　（略） ⑺　（略） ⑻　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり ア　（略） イ　主な取組 ＜こども＞ ・肥満傾向にあるこどもの減少への取組（再掲） ・健康的な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有するこどもの増加への取組 ・乳幼児・学齢期のう蝕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）	出来るような環境整備を進めていきます。 イ　（略） ⑺　（略） ⑻　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり ア　（略） 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）

改　正　案	現　　行
・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 日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間） 現状値　男性　７９．７年　→　目標値　男性　７９．８年 女性　８４．１年　女性　８４．１年 （令和５年（２０２３年））　（令和１１年（２０２９年））	・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））

改　正　案

（関連指標）

1　日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）の維持と健康格差の縮小

	指標名	現状値		目標値		データソース
1	日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）の維持	男性 ７９．７ 年 女性 ８４．１ 年	２０２３年	男性 ７９．８ 年 女性 ８４．１ 年	２０２９年	国民健康保険中央会統計情報
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	２０２１年	縮小傾向	２０２９年	埼玉県の健康指標総合ソフト

現　　行

（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 ７５．７	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

改　正　案

		年				

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	肥満傾向にあるこどもの割合の減少	１０．２％	２０２１年度	減少	２０２９年度	文部科学省：学校保健統計調査	

現　　行

		３年				
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	

改正案								現行							
	満、やせの減少）	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		（肥満、やせの減少）	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			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	２３．１％		１５％			BMI２５			４０～６０歳	２３．１％		１５％			BMI２５

改　正　案									現　　行								
		代女性の肥満者の割合の減少			未満			以上			代女性の肥満者の割合の減少			未満			以上
		低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制	１２．４％		減少			BMI ２０以下			低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制	１２．４％		減少			BMI ２０以下

改正案								
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	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

現行								
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	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

改　正　案								現　　行							
		値）					調整は平成２７年モデル人口			値）					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			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

改正案									現行								
		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			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
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		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							女性６，３４０歩		８，０００歩			
		６５歳以上	男性５，２	２０２２	６，００	２０					６５歳以上	男性５，２	２０２２	６，００	２０		

改正案									現行								
			５４歩	年	０歩	２９年						５４歩	年	０歩	２９年		
			女性４，２９７歩		６，０００歩							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		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％							女性３０．４％		３５％			
		６５歳以上	男性５６．５％	２０２２年	６０％	２０２９年					６５歳以上	男性５６．５％	２０２２年	６０％	２０２９年		
			女性５６．８％		６０％							女性５６．８％		６０％			

改正案							
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	男性９．８％	２０２２年	減少	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	リスクを高める飲

現行							
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	男性９．８％	２０２２年	減少	２０２９年	国民健康・栄養調査埼玉県分	リスクを高める飲

改　正　案							現　　行						
	整値）	女性８．５％				／県民の健康に関するアンケート	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	整値）	女性８．５％				／県民の健康に関するアンケート	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						年齢調整

改正案							
							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

現行							
							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

改正案								
１０	乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	３歳児でう蝕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	２０歳以上

現行								
１０	乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	３歳児でう蝕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	２０歳以上

改正案							
						に関するアンケート	
	６０歳代における咀嚼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	
	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	

３～７　（略）

８　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

現行							
						に関するアンケート	
	６０歳代における咀嚼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	
	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	

３～７　（略）

８　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

改　正　案							
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	肥満傾向にあるこどもの割合の減少	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	

現　　行							
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	

改正案							
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
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	１２．４％	２０２２	減少	２０２９	国民健康・栄養調査埼玉県	

現行							
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
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	１２．４％	２０２２	減少	２０２９	国民健康・栄養調査埼玉県	

改　正　案							
	者の割合の増加の抑制		年		年	分	
再掲	６０歳代における咀嚼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	
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

（略）

１～２　（略）

現　　行							
	者の割合の増加の抑制		年		年	分	
再掲	６０歳代における咀嚼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	
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

（略）

１～２　（略）

改　正　案	現　　行
3　課題解決に向けた主な取組	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～	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　（略）	ア　（略）
イ　主な取組	イ　主な取組
(ｱ)　（略） (ｲ)　朝食を欠食する若い世代の減少 ・こども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)～(ｴ)　（略）	(ｱ)　（略） (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)～(ｴ)　（略）
⑵　（略）	⑵　（略）
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。	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	イ　主な取組
(ｱ)　（略） (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 ・学校等の場でこども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	(ｱ)　（略） (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

改　正　案	現　　行
・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)～(ｶ)　（略）	・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)～(ｶ)　（略）
⑶　（略）	⑶　（略）
４　（略）	４　（略）
第３節　歯科保健対策	第３節　歯科保健対策
（略）	（略）
１～２　（略）	１～２　（略）
３　課題解決に向けた主な取組	３　課題解決に向けた主な取組
⑴　歯科疾患の予防	⑴　歯科疾患の予防
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 こども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	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

改　正　案	現　　行
等により、う蝕（しょく）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（くう）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	等により、う蝕（しょく）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（くう）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

改　正　案	現　　行
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（くう）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。	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（くう）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（しょく）予防のためのフッ化物応用の推	イ　幼児・児童生徒のう蝕（しょく）予防のためのフッ化物応用の推

改　正　案	現　　行
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	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

改　正　案	現　　行
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（しょく）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こどもに対し、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。	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（しょく）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　（略）	ウ　（略）
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。	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。

改　正　案	現　　行
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窓口において、要介護高齢者等	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

改　正　案	現　　行
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います。 オ　（略） ⑵　生活の質（ＱＯＬ）の向上に向けた口腔機能の獲得・維持・向上 （略） 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。	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　（略） ⑵　生活の質（ＱＯＬ）の向上に向けた口腔機能の獲得・維持・向上 （略） 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。

改　正　案	現　　行
【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います。（再掲） イ～ウ　（略）	【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～ウ　（略）

改　正　案	現　　行
⑶　定期歯科検診及び保健指導の促進 （略） 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】	⑶　定期歯科検診及び保健指導の促進 （略） 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】

改　正　案	現　　行
・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。 ・地域在宅歯科医療推進窓口において、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　（略） ⑷　歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健の推進 （略） 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地域在宅歯科医療推進窓口の設置や、在宅歯科医療の	・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　（略） ⑷　歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健の推進 （略） 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

改　正　案	現　　行
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、地域在宅歯科医療推進窓口において、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、地域在宅歯科医療推進窓口において、歯科医師と協力して入院患者の口腔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、地域在宅歯科医療推進窓口が相談に応じます。 ・ＩＣＴ（情報通信技術）を活用した摂食嚥下リハビリ	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リハビリ

改　正　案	現　　行
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　（略） 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 （略） ア　（略） 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）	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　（略） 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 （略） ア　（略） 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）

改　正　案	現　　行
・各地域の病院と連携し、地域在宅歯科医療推進窓口において、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）	・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～エ　（略）	ウ～エ　（略）
4　（略）	4　（略）
第４節　親と子の保健対策	第４節　親と子の保健対策
本節は、母子保健法及び成育基本法などの総合的な推進を図ります。また、国のプレコンセプションケア推進５か年計画に基づき、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	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、次世代を担うこども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。	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	2　現状と課題

改　正　案	現　　行
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、生まれてくるこども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こども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。	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　（略）	⑵　（略）
⑶　小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備 こども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。 こどもたちが、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。	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。

改　正　案	現　　行
障害や慢性の疾患のあるこどもたちに対し、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。 こども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　こども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 乳幼児期のこどもの心の発達は、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、次代を担うこどもの心の健康問題の発生を予防	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

改　正　案	現　　行
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。	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、こどもが、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、保護者とこども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。	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、こどもの発達成長期において心や体に重大な影響を与えます。こどもを虐待から守り、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。	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、発達障害のあるこども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。	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。
働きながらこども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。	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。

改　正　案	現　　行
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　思春期の健康管理と健康教育の推進 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。加えて、自治体、企業、教育機関等において、性や健康に関する正しい知識の普及と健康管理を促す人材（プレコンサポーター等）を養成し、その協力のもと、地域や社会全体でプレコンセプションケアを推進して	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。

改　正　案	現　　行
いく必要があります。 　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。 ３　課題解決に向けた主な取組 ⑴～⑻　（略） ⑼　こども医療費等の助成による家族の経済的負担の軽減 ⑽～⑾　（略） ⑿　こどもの心の健康に関する相談、情報提供等の充実 ⒀～⒃　（略） ⒄　発達障害のあるこどもを持つ親への支援 ⒅　市町村や地域の支援機関に対する発達障害のあるこどもの支援方法等に関する助言・支援 ⒆～(24)　（略） 第５節　青少年の健康対策 １～２　（略） ３　課題解決に向けた主な取組	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～⑻　（略） 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～⑾　（略） ⑿　子供の心の健康に関する相談、情報提供等の充実 ⒀～⒃　（略） ⒄　発達障害のある子供を持つ親への支援 ⒅　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 ⒆～(24)　（略） 第５節　青少年の健康対策 １～２　（略） ３　課題解決に向けた主な取組

改　正　案	現　　行
⑴～⑶　（略）	⑴～⑶　（略）
⑷　こどもの心の医療体制整備の充実（再掲）	⑷　子供の心の医療体制整備の充実（再掲）
⑸～⑼　（略）	⑸～⑼　（略）
第６節　人生の最終段階における医療	第６節　人生の最終段階における医療
１～３　（略）	１～３　（略）
４　指標 人生の最終段階において望む医療やケアについて話し合ったことがある割合 現状値　３３．１％　→　目標値　４３．０％ （令和７年度（２０２５年度））　（令和１１年度（２０２９年度））	
第７節　動物とのふれあいを通じたＱＯＬの向上	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 （略）	１　目指すべき姿 （略）
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	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

改　正　案	現　　行
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、こども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　（略） 第２章　疾病・障害への取組 第１節　難病対策 １　（略）	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　（略） 第２章　疾病・障害への取組 第１節　難病対策 １　（略）

改　正　案	現　　行
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、こども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	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

改　正　案	現　　行
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、こども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　（略）	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　（略）

改　正　案	現　　行
3　（略）	3　（略）
第２節　（略）	第２節　（略）
第３節　リハビリテーション医療	第３節　リハビリテーション医療
1　（略）	1　（略）
2　現状と課題	2　現状と課題
⑴　（略）	⑴　（略）
⑵　高次脳機能障害	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。	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。また、県内４か所に高次脳機能障害者支援センターを設置して相談に対応するとともに、高次脳機能障害者を適切な支援につなげる取組を実施しています。	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。	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。

改　正　案	現　　行
3　課題解決に向けた主な取組	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	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	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	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	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　４か所の高次脳機能障害者支援センターを核とした、市町村及び医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関等と連携を密にした支援体制の構築	
⑹　地域リハビリテーションの推進	⑸　地域リハビリテーションの推進
⑺　専門職のための研修の充実	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	第４節　アレルギー疾患対策
1　（略）	1　（略）
2　現状と課題	2　現状と課題

改　正　案	現　　行
（略）	（略）
⑴～⑵　（略）	⑴～⑵　（略）
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	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　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。	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、患者がこどもや高齢者、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。	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。	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～ウ　（略）	イ～ウ　（略）
⑷　（略）	⑷　（略）
３　（略）	３　（略）
第５節　（略）	第５節　（略）
第３章　健康危機管理体制の整備と生活衛生	第３章　健康危機管理体制の整備と生活衛生

改　正　案	現　　行
第１節～第４節　（略）	第１節～第４節　（略）
第５節　安全な食品の提供	第５節　安全な食品の提供
１～３　（略）	１～３　（略）
４　指標	４　指標
人口１０万人当たりの食中毒事件患者数	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　５．０人　→　目標値　４．１人	現状値　６６．５％　→　目標値　１００％
（令和７年末（２０２５年末））　（令和１１年末（２０２９年末））	（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章　疾病ごとの医療提供体制の整備
第１節　がん医療	第１節　がん医療
（略）	（略）
１　（略）	１　（略）
２　現状と課題及び課題解決に向けた主な取組	２　現状と課題及び課題解決に向けた主な取組
⑴　（略）	⑴　（略）
⑵　患者本位で持続可能ながん医療の提供	⑵　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　がん医療提供体制等
(ｱ)～(ｲ)　（略）	(ｱ)～(ｲ)　（略）
(ｳ)　妊孕性温存療法	(ｳ)　妊孕性温存療法

改　正　案	現　　行
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、妊孕性が低下することは、将来こども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。	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　（略）	b　（略）
イ～エ　（略）	イ～エ　（略）
⑶　（略）	⑶　（略）
⑷　これらを支える基盤の整備	⑷　これらを支える基盤の整備
ア　（略）	ア　（略）
イ　がん教育とがんに関する知識の普及啓発	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	(ｱ)　現状と課題

改　正　案	現　　行
こども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、こどもに、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）　（略） ウ～オ　（略）	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）　（略） ウ～オ　（略）

改　正　案	現　　行
⑸　（略）	⑸　（略）
３　指標	３　指標
がんによる年齢調整死亡率（人口１０万対）	がん検診受診率
現状値　６４．７　→　目標値　６１．７	現状値　胃がん・男性　４２．３％　→　目標値　左記すべてのがん
（令和６年（２０２４年））　（令和１１年（２０２９年））	胃がん・女性　３３．１％　種の受診率６０％
	肺がん・男性　４８．６％　（令和１０年（２０２８年））
	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％
	子宮頸がん　３８．２％
	（令和４年（２０２２年））
第２節　脳卒中医療	第２節　脳卒中医療
（略）	（略）
１　目指すべき姿	１　目指すべき姿
（略）	（略）
⑴　全体目標	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	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

改　正　案	現　　行
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、日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）の維持及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指します。	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。
日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）	健康寿命
男　現状値　７９．７　→　目標値　７９．８	男　現状値　１８．０１　→　目標値　１８．８３
女　現状値　８４．１　→　目標値　８４．１	女　現状値　２０．８６　→　目標値　２１．５８
令和５年（２０２３年）　令和１１年（２０２９年）	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	脳血管疾患の年齢調整死亡率
男　現状値　９３．４　→　目標値　６１．３	男　現状値　９３．４　→　目標値　６１．３
女　現状値　５８．０　→　目標値　３７．９	女　現状値　５８．０　→　目標値　３７．９
令和３年（２０２１年）　令和１１年（２０２９年）	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	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	男　現状値　１０１．９　→　目標値　７１．７
女　現状値　４５．６　→　目標値　２８．２	女　現状値　４５．６　→　目標値　２８．２
令和３年（２０２１年）　令和１１年（２０２９年）	令和３年（２０２１年）　令和１１年（２０２９年）
⑵　（略）	⑵　（略）
２　現状と課題及び課題解決に向けた主な取組	２　現状と課題及び課題解決に向けた主な取組

改　正　案	現　　行
⑴　予防や正しい知識の普及啓発 ア　（略） 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こども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)　（略） 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～ク　（略） ケ　小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 (ｱ)　（略） (ｲ)　課題解決に向けた主な取組 a　こども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こどもに対して、医療費の助成	⑴　予防や正しい知識の普及啓発 ア　（略） 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)　（略） 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～ク　（略） ケ　小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 (ｱ)　（略） (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

改　正　案	現　　行
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を図り、こどもの自立支援を推進します。	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を図り、子供の自立支援を推進します。
コ　（略）	コ　（略）
⑶　（略）	⑶　（略）
3　（略）	3　（略）
第３節　（略）	第３節　（略）
第４節　精神疾患医療	第４節　精神疾患医療
（略）	（略）
1　（略）	1　（略）
2　現状と課題	2　現状と課題
⑴ ～⑵　（略）	⑴ ～⑵　（略）
⑶　認知症ケア	⑶　認知症ケア
国の高齢社会白書（令和８年度版）によると、認知症の高齢者数は、令和２２年（２０４０年）には５８４万人と６５歳以上の高齢者の約７人に１人が認知症に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。	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。

改　正　案	現　　行
脳血管性認知症の発症リスクを高め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人もいます。 認知症の人は、行動・心理症状（ＢＰＳＤ）が出現する場合があるほか、日常生活に様々な支障を生じることから、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、本人と家族が地域で安心して暮らし続けられるよう、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、認知症の人の中には内科疾患等を持つ者も多く、こうした人の尊厳と意思が尊重され、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　（略） ⑵　依存症対策 ア～イ　（略）	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　（略） ⑵　依存症対策 ア～イ　（略）

改　正　案	現　　行
ウ　個別対策 (ｱ)　（略） (ｲ)　ギャンブル等依存症 ａ～ｃ　（略） 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	ウ　個別対策 (ｱ)　（略） (ｲ)　ギャンブル等依存症 ａ～ｃ　（略） 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

改　正　案	現　　行
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】～【施策４】　（略） 【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。こどもから高齢者まで各世代に応じた啓発を行います。 【施策６】～【施策３６】　（略） ○関係事業者の主な取組　（略） (ｳ)　（略） (ｴ)　ゲーム障害その他対策 ａ～ｂ　（略） ｃ　こどものメディア対策 (a)　現状と課題	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】～【施策４】　（略） 【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】～【施策３６】　（略） ○関係事業者の主な取組　（略） (ｳ)　（略） (ｴ)　ゲーム障害その他対策 ａ～ｂ　（略） ｃ　子供のメディア対策 (a)　現状と課題

改　正　案	現　　行
家庭内においては、こどもが、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、保護者とこども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、こども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。	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～オ　（略）	エ～オ　（略）
⑶　（略）	⑶　（略）
⑷　自殺予防対策	⑷　自殺予防対策
ア～ウ　（略）	ア～ウ　（略）
エ　自殺対策推進のための具体的な取組 (ｱ)　（略） (ｲ)　重点施策ごとの主な取組 (a)　（略） (b)　ＩＣＴを活用した自殺対策の強化	エ　自殺対策推進のための具体的な取組 (ｱ)　（略） (ｲ)　重点施策ごとの主な取組 (a)　（略） (b)　ＩＣＴを活用した自殺対策の強化

改　正　案	現　　行
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こども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)～(f)	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)～(f)
b　（略）	b　（略）
c　こども・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)　（略） (b)　いじめを苦にしたこどもの自殺の予防	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)　（略） (b)　いじめを苦にした子供の自殺の予防

改　正　案	現　　行
いじめは決して許されないことであり、どのこどもにも、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、こども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こどもの権利侵害に対応するため、相談窓口を設置し、こども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	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

改　正　案	現　　行
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（こ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)　（略） (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、こどもの人権等の	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（こ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)　（略） (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

改　正　案	現　　行
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、こども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。 　こども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	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

改　正　案	現　　行
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こども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、こども・若者等に対す	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

改　正　案	現　　行
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)　こどもへの支援の充実 社会的養護の下で育ったこども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こどもを受け止め、支えとなるような支援の充実を図ります。 また、こどもたちが自己肯定感を育み、将来に夢と希望を持てるよう、こどもの居場所づくりに取り組む市町村や団体等の支援を図ります。 【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、	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、

改　正　案	現　　行
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。 こども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、各団体が継続的にこどもの居場所づくりに取り組めるよう、県が支援します。また、研修等によりこどもの居場所づくりに携わる人材を育成します。	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)～(j)　（略）	(i)～(j)　（略）
(ｳ)　基本施策ごとの主な取組	(ｳ)　基本施策ごとの主な取組
a ～ d　（略） 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 （略） (a)　こどもに対する精神保健医療福祉サービスの提供体制の整備 こどもの心の問題に対応するため、保健所においてこども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、次代を担うこども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こどもの精神保	a ～ d　（略） 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 （略） (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

改　正　案	現　　行
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)～（c）　（略） f　社会全体の自殺リスクを低下させる （略） (a)～(d) (e)　児童虐待の被害者等への支援の充実 児童虐待は、こども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こども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)～(l)　（略） g～h　（略） オ～カ　（略） 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	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)～（c）　（略） f　社会全体の自殺リスクを低下させる （略） (a)～(d) (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)～(l)　（略） g～h　（略） オ～カ　（略） 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

改　正　案	現　　行
（令和３年（２０２１年））　（令和１１年（２０２９年））	（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	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　（検討中）人	現状値　５，４８６人　→　目標値　５，３４９人
（令和４年度（２０２２年度））　（令和１１年度（２０２９年度））	（令和４年度（２０２２年度））　（令和８年度（２０２６年度））
⑶　退院患者の精神病床への３０日以上の再入院率（退院後９０日時点）	⑶　精神病床における入院後３か月時点の退院率
現状値　（検討中）％　→　目標値　（検討中）％	現状値　６０．３％　→　目標値　６８．９％以上
（令和５年（２０２３年））　（令和１１年（２０２９年））	（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	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　（検討中）人	現状値　１，６１４人　→　目標値　２，３００人
（令和４年（２０２２年））　（令和１１年（２０２９年））	（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２章　事業ごとの医療提供体制の整備
第１節　（略）	第１節　（略）
第２節　災害時医療	第２節　災害時医療
１　（略）	１　（略）
２　現状と課題	２　現状と課題
⑴　（略）	⑴　（略）
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	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

改　正　案	現　　行
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８年（２０２６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３２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	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

改　正　案	現　　行
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８年（２０２６年）４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７３．３％、耐震化が完了している病院の割合は８７．１％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	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

改　正　案	現　　行
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。	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　（略）	⑶　（略）
３　（略）	３　（略）
４　指標	４　指標
⑴　災害時連携病院の指定数	⑴　災害時連携病院の指定数

改　正　案	現　　行
現状値　１８病院　　→　目標値　４０病院 （令和４年度（２０２２年度））　（令和１１年度（２０２９年度）） ⑵　病院のＢＣＰ策定率 現状値　３９．２％　→　目標値　９０％ （令和４年度（２０２２年度））　（令和１１年度（２０２９年度）） 第３節　周産期医療 １　目指すべき姿 誰もが安心してこども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。 ２～３　（略） 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。	現状値　１８病院　　→　目標値　４０病院 （令和４年度（２０２２年度））　（令和１１年度（２０２９年度）） ⑵　病院のＢＣＰ策定率 現状値　３９．２％　→　目標値　６５％ （令和４年度（２０２２年度））　（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。 ２～３　（略） 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。

改　正　案	現　　行
こども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、こども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。	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。	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。
医療的ケア児等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等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。	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	２　（略）
⑴　小児医療を取り巻く状況	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	本県の乳児死亡率（出生１，０００対）は１．４、新生児

改　正　案	現　　行
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、こども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（＃７１１９または＃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。	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。

改　正　案	現　　行
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	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

改　正　案	現　　行
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（＃７１１９または＃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、こども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「こ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

改　正　案	現　　行
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、医療的ケア児等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、医療的ケア児等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。	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。

改　正　案	現　　行
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	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

改　正　案	現　　行
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（＃７１１９または＃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。	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

改　正　案	現　　行
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	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）

改　正　案	現　　行
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～⑸　（略） ⑹　医療的ケア児等への対応推進 4　（略） 第５節　感染症医療 （略） １～２　（略） 3　課題解決に向けた主な取組 ⑴　（略） 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)　（略） (ｲ)　感染症発生動向調査事業の実施 a～e　（略） f　感染症の病原体の迅速かつ正確な特定は、患者への良	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～⑸　（略） ⑹　医療的ケア児への対応推進 4　（略） 第５節　感染症医療 （略） １～２　（略） 3　課題解決に向けた主な取組 ⑴　（略） 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)　（略） (ｲ)　感染症発生動向調査事業の実施 a～e　（略） f　感染症の病原体の迅速かつ正確な特定は、患者への良

改　正　案	現　　行
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、国立健康危機管理研究機構と連携し、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、国立健康危機管理研究機構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。	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)　（略）	(ｳ)　（略）
イ　感染症のまん延の防止のための施策に関する事項	イ　感染症のまん延の防止のための施策に関する事項
(ｱ)～(ｴ)　（略）	(ｱ)～(ｴ)　（略）
(ｵ)　積極的疫学調査のための体制の構築	(ｵ)　積極的疫学調査のための体制の構築
a～c　（略）	a～c　（略）
d　知事等が積極的疫学調査を実施する場合にあっては、必要に応じて国立健康危機管理研究機構、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	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

改　正　案	現　　行
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。	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　（略）	ウ　（略）
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	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　（略）	ア　（略）
イ　（略）	イ　（略）
(ｱ)～(ｲ)　（略）	(ｱ)～(ｲ)　（略）
(ｳ)　衛生研究所等における情報の収集、調査及び研究	(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、国立健康危機管理研究機構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。	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　（略）	b　（略）
(ｴ)～(ｵ)　（略）	(ｴ)～(ｵ)　（略）
(ｶ)　感染症指定医療機関における対応	(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	感染症指定医療機関は、新興感染症の対応を行い、知

改　正　案	現　　行
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、国立健康危機管理研究機構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。	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	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、国立健康危機管理研究機構、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。	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	⑷　病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上
ア　（略）	ア　（略）
イ　県等における病原体等の検査の推進	イ　県等における病原体等の検査の推進
(ｱ)　（略）	(ｱ)　（略）

改　正　案	現　　行
(ｲ)　衛生研究所等の体制	(ｲ)　衛生研究所等の体制
a　（略）	a　（略）
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、国立健康危機管理研究機構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。	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健康危機管理研究機構に搬送します。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、国立健康危機管理研究機構等と連携して、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	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

改　正　案	現　　行
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。	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、国立健康危機管理研究機構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。	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　（略）	e　（略）
f　衛生研究所等は、平時から国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所、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。	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)　（略）	(ｳ)　（略）
ウ　（略）	ウ　（略）
エ　関係機関及び関係団体との連携	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	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

改　正　案	現　　行
生研究所等と国立健康危機管理研究機構、大学の研究機関等が相互に連携を図って実施します。	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	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　感染症に係る医療提供の考え方
(ｱ)～(ｲ)　（略）	(ｱ)～(ｲ)　（略）
(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、国立健康危機管理研究機構との連携体制を構築していく必要があります。	(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)　（略）	(ｴ)　（略）
イ～オ　（略）	イ～オ　（略）
⑹～⑼　（略）	⑹～⑼　（略）
⑽　感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上	⑽　感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上
ア　（略）	ア　（略）

改　正　案	現　　行
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、国立健康危機管理研究機構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)　（略） 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、国立健康危機管理研究機構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。	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)　（略） 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。

改　正　案	現　　行
エ～オ　（略）	エ～オ　（略）
⑾　保健所の体制の確保	⑾　保健所の体制の確保
ア　（略）	ア　（略）
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	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)～(ｴ)	(ｱ)～(ｴ)
(ｵ)　県等は、地域の健康危機管理体制を確保するため、本庁等に統括保健師を配置するとともに、保健所に保健所長を補佐する総合的なマネジメントを担う保健師を配置します。	(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　（略）	ウ　（略）
⑿～⒁　（略）	⑿～⒁　（略）
４　指標	４　指標
⑴　新興感染症発生時における病床の確保数	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	現状値　０床　→　目標値　【流行初期】１，２００床
【流行初期以降】２，０００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））	（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	９月までに確保し、その後確保数

改　正　案	現　　行
を維持する。	を維持する。
⑵　新興感染症への早期対応のため受入体制強化に取り組む医療機関の割合（病床ベース）	⑵　感染症専門研修受講者数
現状値　１５．６％　→　目標値　７０．０％	現状値　１１４人　→　目標値　５４２人
（令和７年度（２０２５年度））　（令和１１年度（２０２９年度））	（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３章　在宅医療の推進
第１節　在宅医療の推進	第１節　在宅医療の推進
１　（略）	１　（略）
２　現状と課題	２　現状と課題
（略）	（略）
⑴　（略）	⑴　（略）
⑵　日常の療養生活の支援	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。	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	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

改　正　案	現　　行
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。	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。
災害時にも適切な在宅医療を提供するための事業継続計画（ＢＣＰ）の策定が求められます。	
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。	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・口腔の健康状態の悪化や機能低下、これらによる栄養不足や運動機能低下、誤嚥性肺炎の予防などのため、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窓口において、訪問歯科診療等の相談や受診調整、入院患者の歯と口腔	療養生活の質の向上に向け、歯・口腔の健康状態の悪化や機能低下、これらによる栄養不足や運動機能低下、誤嚥性肺炎の予防などのため、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

改　正　案	現　　行
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	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

改　正　案	現　　行
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～⑷　（略） 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ていることから、これらの医療機関を中心に位置	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～⑷　（略） 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

改　正　案	現　　行
付けます。	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　（略）	⑹　（略）
3　課題解決に向けた主な取組	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	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	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　災害時にも適切な在宅医療を提供するための事業継続計画（ＢＣＰ）の策定の支援	
⑷　訪問診療を担う医師の育成	⑶　訪問診療を担う医師の育成
⑸　在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成	⑷　在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成
⑹　在宅歯科医療の推進を担う地域在宅歯科医療推進窓口の充実	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
⑺　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	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
⑻　地域リハビリテーションの推進（再掲）	⑺　地域リハビリテーションの推進（再掲）

改　正　案	現　　行
⑼　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	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
⑽　小児在宅医療の推進（再掲）	⑼　小児在宅医療の推進（再掲）
⑾　患者を支える多職種連携システムの普及・拡大	⑽　患者を支える多職種連携システムの普及・拡大
⑿　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	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
⒀　在宅医療に関わる医療・介護人材の育成	⑿　在宅医療に関わる医療・介護人材の育成
⒁　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）	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）
⒂　人生の最終段階における医療提供体制の整備（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	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）	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	現状値　８９４か所　→　目標値　１，０００か所
→　目標値　１，０８０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４年度（２０２２年度））　（令和８年度（２０２６年度））
（令和１１年度（２０２９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	⑵　訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数

改　正　案	現　　行
現状値　３，２８０人　→　目標値　４，００５人 →　目標値　５，３５２人 （令和４年（２０２２年））　（令和８年（２０２６年）） （令和１０年（２０２８年）） ⑶　在宅患者に対応するかかりつけ薬局の割合 現状値　４６．２％　→　目標値　４９．０％ （令和７年度（２０２５年度））　（令和１１年度（２０２９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）） ⑸　人生の最終段階において望む医療やケアについて話し合ったことがある割合（再掲） 現状値　３３．１％　→　目標値　４３．０％ （令和７年度(２０２５年度)）　（令和１１年度(２０２９年度)）	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	第４章　医療の安全の確保 第１節　医療の安全の確保

改　正　案	現　　行
１　（略）	１　（略）
２　現状と課題	２　現状と課題
⑴　患者本位の医療の提供	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。	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。	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、	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、

改　正　案	現　　行
「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で公表していました。令和６年（２０２４年）４月から厚生労働省が運営する全国の医療機関検索システム「医療情報ネット（ナビイ）」が開始されたため、県内の医療機関及び薬局から報告された医療機能情報等は、県ホームページから「医療情報ネット（ナビイ）」へ移行して公表されています。	「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で掲載し、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　（略）	⑵　（略）
３～４　（略）	３～４　（略）
第２節～第４節　（略）	第２節～第４節　（略）
	第４部　地域医療構想
	（略）
・地域医療構想については、内容に変更はなく、改正医療法への対応及び新たな地域医療構想の策定に向けた構成整理のため、第４部から巻末へ移動。 *・新たな地域医療構想の策定と同時に失効予定。*	

改　正　案	現　　行
第４部　医療従事者の確保等	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	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。	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	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。	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９年度（２０２７年度）から令和１１年度（２０２９年度）までの３年間です。	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	２　現状と課題
⑴　医療施設の医師数等	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６年末（２０２４年末）で１３，８６３人、全国７位です。この１０年間（平成２６年（２０１４年）～令和６年（２０２４年））の増加数は、２，８０５人で全国４位、増加率は２５．４％で全国１位です。	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１８９．１人、全国４７位であり、地域や診療科に偏りがみられます。	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　計画の対象区域と医師偏在指標	⑵　地域医療構想に基づく医師数
国は、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映し、医師の多寡を統一的・客観的に比較、評価した指標として、医師	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。

改　正　案

偏在指標を算出しています。国の医師確保計画策定ガイドライン（以下、ガイドライン）では、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて、二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとされています。医師偏在指標の上位３３．３％が医師多数区域、下位３３．３％が医師少数区域に区分されており、都道府県も同様の考え方で、医師多数都道府県、医師少数都道府県が設定されています。令和８年（２０２６年）４月に公表された医師偏在指標では、本県は全国４３位であり、医師少数都道府県とされています。

また、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位で局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるとされており、本県は川越比企（北）保健医療圏を医師少数スポットとして定めています。

【埼玉県における医師偏在指標と区域分類】

	医師偏在指標	全国順位	区域分類	備考
埼玉県	２０７．２	４３	医師少数県	全国２６６．８ 下位閾値２４３．２
南部	２０４．０	１８８		下位閾値１９３．７
南西部	１８７．７	２３５	医師少数区域	

現　　行

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	② 働き方改革の推	③ 必要医師数

改　正　案

東部	１９９．９	２００		
さいたま	２５０．５	８６	医師多数区域	
県央	１９８．６	２０５		
川越比企	２４０．４	１０２	医師多数区域	
西部	２３９．３	１０５	医師多数区域	
利根	１４７．１	３１４	医師少数区域	
北部	１４９．２	３０９	医師少数区域	
秩父	１４９．７	３０７	医師少数区域	

※全国の二次医療圏の総数は３３０で、本表の「全国順位」はこの数を母数として順位付けしている

ガイドラインでは、産科・小児科については都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位３３．３％に該当する医療圏を相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとしています。ただし、当該医療圏は画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるものとされています。

現　　行

	勤務医師数	定値	
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。

改　正　案

また、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況を鑑み、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととされています。

【医師偏在指標と区域分類（産科）】

	医師偏在指標	全国順位	区域分類	備考
埼玉県	１１．０１	４５	相対的医師少数県	全国１３．３９ 下位閾値１２．４７
南部	１１．３９	１５５		下位閾値１０．９１
南西部	９．５４	２０２	相対的医師少数区域	
東部	８．８２	２１６	相対的医師少数区域	
さいたま	１２．７２	１２９		
県央	９．６６	１９８	相対的医師少数区域	

現　　行

(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

改　正　案	現　　行

	川越比企	１５．５９	７１		
	西部	１４．４５	９３		
	利根	５．５０	２４７	相対的医師少数区域	
	北部	７．９２	２３１	相対的医師少数区域	
	秩父	８．４１	２２３	相対的医師少数区域	

※全国の周産期医療圏の総数は２６３で、本表の「全国順位」はこの数を母数として順位付けしている

【医師偏在指標と区域分類（小児科）】

	医師偏在指標	全国順位	区域分類	備考
埼玉県	１０７．３	４４	相対的医師少数県	全国１２６．０ 下位閾値１１８．８
さいたま	１２５．４	１２５		下位閾値１０２．６８
中央	５８．５	３０１	相対的医師少数区域	
川越	１４６．０	６３		
比企	７１．１	２８６	相対的医師少数区域	

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

改　正　案

児玉	２４．６	３０６	相対的医師少数区域
熊谷・深谷	７１．４	２８５	相対的医師少数区域
所沢	１１９．８	１４３	
朝霞	１０２．７	２０３	
戸田・蕨	１０２．８	２０２	
川口	１０７．０	１８８	
東部北	７８．５	２７５	相対的医師少数区域
東部南	９４．０	２３３	相対的医師少数区域
坂戸・飯能	１４９．４	５９	
秩父	５３．９	３０４	相対的医師少数区域

現　　行

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。

改　正　案

※全国の小児医療圏の総数は３０６で、本表の「全国順位」はこの数を母数として順位付けしている

⑶　医師偏在指標に基づく目標医師数

ガイドラインでは、目標医師数を当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位３３．３％に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義しています。目標医師数に既に達している場合は、計画開始時の医師数を上限に目標医師数とします。

医師偏在指標に基づく本計画の目標医師数は次のとおりです。

なお、この目標医師数は、あくまで下位３３．３％の基準に達するために計画終了時点で確保しておくべき医師の総数であり、この数をもって医師が充足したと判断すべきではありません。医師偏在指標はあくまでも相対的な偏在の状況を表すものであり、指標のみを基準として医師の過不足を評価することは適切ではないため留意が必要です。

【埼玉県における目標医師数】

	令和６年末医師数	目標医師数	備考
埼玉県	１３，８６３	１６，３６７	計画開始時の下位３３．３％の基準に達するために要する医師数
南部	１，３３３	１，３３３	
南西部	１，０９８	１，１４３	計画開始時の下位３３．３％の基準に達するために要する医師数

現　　行

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）

改　正　案					現　　行			
	東部	２，０４２	２，０４２		周産期母子医療センター	１２	４１４．８	５２２．９
	さいたま	２，８３４	２，８３４		第二次小児救急医療体制	２６	２８２．６	３２８．０
	県央	９３０	９３０		救命救急センター	１１	４０６．７	５２５．３
	川越比企	２，０１１	２，０１１					
	西部	１，９１０	１，９１０					
	利根	８５０	１，１２１	計画開始時の下位３３．３％の基準に達するために要する医師数				
	北部	７４１	９５１					
	秩父	１１４	１３２					

また、ガイドラインでは産科及び小児科について、計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位３３．３％に達する医師数を産科・小児科における偏在対策基準医師数として設定することとされています。

産科・小児科においては医療圏を越えた連携、集約化等により医療提供体制の確保がなされてきたことから、偏在対策基準医師数は医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師の目標数ではないとされています。

産科・小児科の偏在対策基準医師数は次のとおりです。

【偏在対策基準医師数（産科）】

	令和６年医師数	偏在対策

改　正　案	現　　行

			基準医師数
埼玉県		４４０．４	４６２．４
	南部	４９．０	４５．６
	南西部	４３．８	５０．３
	東部	６０．６	６９．１
	さいたま	８０．８	６４．７
	県央	２３．２	２２．０
	川越比企	８８．４	５８．９
	西部	５２．６	３６．３
	利根	１９．８	３２．５
	北部	２０．０	２２．７
	秩父	２．２	２．４

※令和６年医師数（分娩取扱医師）は、国が、統計値をもとに主たる従事先・従たる従事先の医療圏が異なる場合は、主たる従事先の医療圏において０．８人、従たる従事先の医療圏において０．２人と換算

【偏在対策基準医師数（小児科）】

改　正　案	現　　行

	令和６年医師数	偏在対策 基準医師数
埼玉県	８８３．８	８８０．０
さいたま	２５２．０	１９２．３
中央	２９．０	４２．３
川越	１１８．４	７５．０
比企	１３．２	１５．３
児玉	３．０	８．９
熊谷・深谷	３０．０	３６．３
所沢	６８．２	５１．２
朝霞	５２．２	４９．９
戸田・蕨	２４．８	２２．９
川口	７１．６	６５．６
東部北	４０．６	４３．１
東部南	１１２．２	１１１．０
坂戸・飯能	６４．８	３９．３
秩父	３．８	５．４

改　正　案	現　　行
※令和６年医師数（小児科医師）は、国が、統計値をもとに主たる従事先・従たる従事先の医療圏が異なる場合は、主たる従事先の医療圏において０．８人、従たる従事先の医療圏において０．２人と換算 ⑷　医師確保計画（計画期間：令和６年度（２０２４年度）から令和８年度（２０２６年度））の評価 これまでの計画では、令和８年（２０２６年）医師数の目標値を１６，３４３人と設定し、医師の確保に取り組んできましたが、令和６年（２０２４年）の本県の医師数は１３，８６３人でした。本県は医師少数県であり、本計画においても引き続き医師の増加を医師確保の基本方針とし、取り組むこととします。 また、令和４年度（２０２２年度）から令和８年度（２０２６年度）における専攻医の採用数の目標値を１，６７０人と設定していました。同期間の採用数は１，９６６人で、目標値を達成しました。 ３　課題解決に向けた主な取組 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を創設し、本県の医師確保に関する取組を推進しています。本計画では課題解決に向け、医師の養成課程を通じて各段階に応じたきめ細かな対策に取り組みます。また、大学医学部・大学病院と連携し、医師の養成やキャリア形成、県内医療機関への医師派遣などを通じて医師の確保・定着に向けた取組を推進します。 ⑴　医師を確保するための施策	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

改　正　案

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（産科、小児科又は救命救急センター）、準特定診療科（外科、総合診療を担う診療科）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、特定診療科、準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８年度（２０２６年度）	令和９年度（２０２７年度）	令和１０年度（２０２８年度）	令和１１年度（２０２９年度）
出身者奨学金	８０	１０９	１２９	１４１
地域枠奨学金	１４３	１８４	２１２	２５０
合計	２２３	２９３	３４１	３９１

現　　行

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

改　正　案	現　　行

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）】

二	令和５年（２０２３年）	令和６年（２０２４年）	令和７年（２０２５年）	令和８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

改　正　案	現　　行
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）】	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

制度名	令和８年度（２０２６年度）	令和９年度（２０２７年度）	令和１０年度（２０２８年度）	令和１１年度（２０２９年度）
臨床研修医研修資金	６	６	５	７
専攻医研修資金	７５	７６	７７	８３
合計	８１	８２	８２	９０

改　正　案	現　　行
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。	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

【自治医科大学の卒業医師派遣数（見込み）（単位：人）】

一	令和８年度（２０２６年度）	令和９年度（２０２７年度）	令和１０年度（２０２８年度）	令和１１年度（２０２９年度）
自治医科大学卒業医師	２４	２０	２２	２３

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、県内での臨床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）
Ｗｅｂサイトを運営し、県内の専門研修プログラムごとの特徴や本県で専門研修を受講することの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　中高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

改　正　案	現　　行
等を実施します。 ⑵　医師のキャリア形成と就業環境の支援 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相談支援を行います。 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、準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の定期的な開催、研修医が互いに技術を高め合う研修の実施を通じて、本県の地域医療を担う医師のスキルアップを支援します。 エ　医師の働き方改革への取組 令和６年（２０２４年）４月から医師の時間外労働の上限規制が適用され、医師の時間外・休日労働は原則９６０時間以内とされたことから、医師の労働時間短縮に向けた体制整備や業務効率化・職場環境改善を支援します。 オ　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	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。

改　正　案	現　　行
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。 カ　医師の就業支援（埼玉県ドクターサポートセンターの運営） 埼玉県ドクターサポートセンターを通じて、医療機関の情報提供や相談対応など医師の就業を支援します。 ⑶　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の調査、解決を図るとともに、医師の派遣を通じて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。 オ　特定地域の公的医療機関への医師派遣 特定地域の公的医療機関の特定診療科及び秩父地域の公的医療機関へ医師派遣を行う医療機関を支援します。 カ　勤務医の労働時間短縮に向けた医師派遣 勤務医の労働時間短縮を図るため、長時間労働医師が所属する医療機関へ医師派遣を行う医療機関を支援します。 ⑷　特定診療科・準特定診療科の医師確保 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）	

改　正　案	現　　行
イ　研修医向け研修資金制度（臨床研修医、専攻医）（再掲） ウ　特定診療科・準特定診療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、産科・小児科・救急科や、外科・総合診療を担う診療科について、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） キ　特定地域の公的医療機関への医師派遣（再掲） ⑸　医師偏在是正プラン 令和６年（２０２４年）１２月に公表された「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を踏まえ、ガイドラインでは、医師確保計画において重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定することとされています。 ア　重点医師偏在対策支援区域 重点医師偏在対策支援区域は国において「今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少スピードの方が早い地域等」と定義されており、区域については国が提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情を考慮し都道府県が設定することとされています。本県は、川越比企（北）保健医療圏、利根保健医療圏、北部保健医療圏、秩父保健医療圏を重点医師偏在対策支援区域に設定し、優先的かつ重点的に対策を進めることとします。 イ　区域における必要な医師数	

改　正　案	現　　行
重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、原則として国が提示する候補区域の要件を脱するために必要な医師数とされています。区域における必要医師数は次のとおりです。 【重点医師偏在対策支援区域における必要医師数】 ※利根、北部、秩父保健医療圏については２（３）に記載した目標医師数と同じ ウ　区域における医師偏在対策を推進するための施策 国が提示する経済的インセンティブに係る事業等を通じて、区域における医師の確保・定着に継続的に取り組みます。 ４　指標 ⑴　医療施設（病院・診療所）の医師数 現状値　１３，８６３人　→　目標値　１６，３６７人 （令和６年（２０２４年））　（令和１１年（２０２９年）） 【指標の説明】 ガイドラインに基づき、計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位３３．３％に相当する医師偏在指標に達す	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

重点医師偏在対策支援区域	令和６年医師数	区域における必要医師数
川越比企(北)	２８３	４１３
利根	８５０	１，１２１
北部	７４１	９５１
秩父	１１４	１３２

改　正　案	現　　行
るために必要な医師の総数を設定。	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　専攻医の採用数 現状値　１，２１９人 （令和６年度（２０２４年度）から令和８年度（２０２６年度）までの累計） →　目標値　１，３１４人 （令和９年度（２０２７年度）から令和１１年度（２０２９年度）までの累計） 【指標の説明】 専攻医の採用数を令和７年度の臨床研修医の採用数と同数に増やすことを目指し、目標値を設定。	⑵　専攻医（後期研修医）の採用数 現状値　７４７人 （令和４年度（２０２２年度）及び令和５年度（２０２３年度）の累計） →　目標値　１，６７０人 （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	第２章　医療従事者等の確保に関する事項
１　（略）	１　（略）
２　現状と課題	２　現状と課題
（略）	（略）
⑴　（略）	⑴　（略）
⑵　薬剤師	⑵　薬剤師
令和６年（２０２４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、１４，７２２人であり、平成２６年（２０１４年）の１１，０９８人と比べ３，６２４人、３	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、３

改　正　案	現　　行
２．７％増加しています。 　人口１０万人当たりの薬剤師数は、２００．８人であり、全国（２１０．６人）を９．８人下回っており、都道府県中２５位です。しかし、平成２６年（２０１４年）と比較すると３１．０％と全国の伸び（２３．９％）以上に増加しています。 　厚生労働省の需給推計によると、全国の薬剤師の総数としては、令和２年（２０２０年）から概ね１０年間は、需要と供給は同程度で推移しますが、将来的には、需要が業務充実により増加すると仮定したとしても、供給が需要を上回り、薬剤師が過剰になるとされています。令和２年（２０２０年）時点では地域偏在等により、特に病院を中心として薬剤師が充足しておらず、不足感が生じています。 　薬剤師偏在指標は、全国的に統一的な尺度を用いて各地域の薬剤師の偏在状況を相対的に示す指標として国が算定したものです。 　国の薬剤師確保計画ガイドラインでは、薬剤師多数の区域と少数の区域を設定し、目標偏在指標（１．０）より偏在指	６．２％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。

改　正　案	現　　行
標が高い都道府県及び二次医療圏を「薬剤師多数都道府県」及び「薬剤師多数区域」、目標偏在指標（１．０）より偏在指標が低い都道府県及び二次医療圏のうち下位二分の一を「薬剤師少数都道府県」及び「薬剤師少数区域」としています。 本県の病院薬剤師偏在指標は「０．７５」、薬局薬剤師偏在指標は「１．０８」、地域別薬剤師偏在指標は「０．９９」となっており、病院薬剤師は「薬剤師少数県」に位置付けられています。地域別にみると、病院薬剤師における「県央保健医療圏」、「西部保健医療圏」、「北部保健医療圏」、「秩父保健医療圏」の４保健医療圏が「薬剤師少数区域」に位置付けられています。 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。	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	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

改　正　案	現　　行
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。 ２０４０年に向けて高齢化率が高まることが見込まれており、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。	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　（略）	⑷　（略）

改　正　案	現　　行
3　課題解決に向けた主な取組 ⑴　（略） ⑵　薬剤師 令和１１年度までの埼玉県における薬剤師確保のための施策として、以下の取組を実施することで、県全体の薬剤師数の底上げとともに、病院薬剤師の増加を図っていきます。 併せて、これまで実施してきた取組の効果・成果等について調査し、施策の見直しを行います。 ア　未来の薬剤師育成 将来薬剤師を目指す中学生や高校生を対象に、薬剤師の業務内容や魅力を知ってもらうための体験型のイベントを開催します。 また、薬学生を対象に、就職説明会の開催や就職イベントへの出展など、積極的な情報発信に取り組みます。 イ　薬剤師の復職・転職支援 定年や育児等で離職した薬剤師に病院薬剤師として復職してもらうための取組や、他業種からの転職をサポートする取組を支援します。復職支援セミナーや相談会等を開催	3　課題解決に向けた主な取組 ⑴　（略） 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。

改　正　案	現　　行
するとともに、復職希望者を対象としたインターンシップの実施や研修会の開催等、復職に対する不安の払拭や知識面・技術面のサポート体制を整備することで、離職期間が長い薬剤師や病院での実務経験がない薬剤師が病院に復職・転職しやすい環境を整備します。 ウ　薬剤師の離職防止・定着支援 キャリア別の段階的な研修プログラムを構築し、新人から指導者まで継続的にサポートできる研修体制を充実させるとともに、研修プログラム等の教育・研修コンテンツを掲載したプラットフォームの構築も検討していきます。 また、これまで推進してきたハード面を中心とした業務効率化に加え、ＡＩの活用等による業務効率化を推進することで就労環境の改善を図るとともに、業務効率化による業務縮減効果を県内病院に展開することで、離職防止・定着を促進します。 さらに、地域の薬局同士が連携した地域全体としての医薬品提供体制の構築（薬局間連携）や、在宅移行時に病院薬剤師が在宅患者宅を訪問し薬局薬剤師と情報共有する体	

改　正　案	現　　行
制（薬薬連携）を推進し、在宅医療に対応した薬剤師を育成します。	
⑶　看護職員	⑶　看護職員
ア～オ　（略）	ア～オ　（略）
カ　在宅医療を担う訪問看護師の育成・確保	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を実施するとともに、二次医療圏ごとに指定した「教育ステーション」において、実践的な研修や多職種連携研修等を実施することにより、訪問看護師の育成・確保・定着を促進します。	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　（略）	キ　（略）
⑷～⑸　（略）	⑷～⑸　（略）
４　指標	４　指標
⑴　就業看護職員数	⑴　就業看護職員数
現状値　６９，５３２人　→　目標値　８０，２０４人	現状値　６９，５３２人　→　目標値　７９，８０２人
（令和４年（２０２２年））　（令和１０年（２０２８年））	（令和４年度（２０２２年度））　（令和８年度（２０２６年度））
⑵　看護師の特定行為研修修了者数	⑵　看護師の特定行為研修修了者数
現状値　１３３人　→　目標値　８９９人	現状値　１３３人　→　目標値　６１０人
（令和５年（２０２３年）３月）　（令和１０年（２０２８年））	（令和５年（２０２３年）３月）　（令和１１年度（２０２９年度））

改　正　案	現　　行
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５，３５２人 （令和４年（２０２２年））　（令和１０年（２０２８年））	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～第２節　（略）	第１節～第２節　（略）
第３節　外来医療の提供状況	第３節　外来医療の提供状況
１　外来医師偏在指標	１　外来医師偏在指標
⑴　基本的な考え方	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。	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。	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	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

改　正　案	現　　行
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。 　また、厚生労働省令で定める基準（「全国平均値＋標準偏差の１．５倍」以上かつ可住地面積あたり診療所数が上位１０％以上）を超える区域がある場合において、特に地域外来医療を確保する必要がある場合は当該区域を「外来医師過多区域」と指定することとされています。 　外来医師過多区域において新規開業を希望する者に対しては、医療法に基づく新規開設の事前届出の求め、地域で不足する医療機能・医師不足地域での医療の提供の要請、要請に応じなかった場合の勧告・公表、保険医療機関の指定の短縮等が行われ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	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

改　正　案	現　　行
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。」	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	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（月平均）については、次のとおりです。	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（月平均）】	【診療所の医師数及び外来患者延数】
（単位：人）	（単位：人）

区域	医師数	外来患者延数
埼玉県	４，８４３	５，３２５，３１９
南部	５８９	５７１，５６６
南西部	３８５	４６５，２４５
東部	６１２	８１０，０７０
さいたま	１，２７７	１，１９３，２９５
県央	３１６	４０７，４４５

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

改　正　案			現　　行		
川越比企	５０５	５５９，８２０	川越比企	４７９	５１３，４９０
西部	４６５	４９６，０５１	西部	４６９	４８４，７７３
利根	３１７	３８９，９９３	利根	３５５	３９３，３２４
北部	３１４	３６１，３９３	北部	３３９	３５５，３３３
秩父	６３	７０，４４２	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）			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６年（２０２４年）医師・歯科医師・薬剤師統計」			※　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)の令和６年（２０２４年）４月から令和７年（２０２５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、外来診療科、小児科外来診療科、小児かかりつけ診療科及び往診・在宅訪問診療の診療行為の算定回数を合算したもの（端数処理により、県全体と各区域の合計は一致しない）			※　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			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		

<table>
<tr><th>改　正　案</th><th>現　　行</th></tr>
<tr><td>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、さいたま区域の外来医師偏在指標が上位３分の１に該当しているることから、本県においては、さいたま区域を外来医師多数区域とします。
【外来医師偏在指標】
<table><tr><th>区域</th><th>指標</th></tr><tr><td>全国</td><td>１１５．７</td></tr><tr><td>埼玉県</td><td>９１．２</td></tr><tr><td>南部</td><td>１０８．５</td></tr><tr><td>南西部</td><td>８２．２</td></tr><tr><td>東部</td><td>７４．６</td></tr><tr><td>さいたま</td><td>１１６．５</td></tr><tr><td>県央</td><td>８２．１</td></tr><tr><td>川越比企</td><td>８７．０</td></tr><tr><td>西部</td><td>８５．０</td></tr><tr><td>利根</td><td>７７．８</td></tr><tr><td>北部</td><td>８４．６</td></tr></table></td><td>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】
<table><tr><th>区域</th><th>指標</th></tr><tr><td>全国</td><td>１１２．２</td></tr><tr><td>埼玉県</td><td>９３．２</td></tr><tr><td>南部</td><td>１００．２</td></tr><tr><td>南西部</td><td>９８．７</td></tr><tr><td>東部</td><td>８０．２</td></tr><tr><td>さいたま</td><td>１０８．８</td></tr><tr><td>県央</td><td>８２．１</td></tr><tr><td>川越比企</td><td>８７．８</td></tr><tr><td>西部</td><td>８８．３</td></tr><tr><td>利根</td><td>８７．６</td></tr><tr><td>北部</td><td>９３．８</td></tr></table></td></tr>
</table>

改　正　案	現　　行
秩父　８８．４ なお、本県においては、外来医師過多区域に該当する区域（厚生労働省令で定める基準（「全国平均値＋標準偏差の１．５倍」以上かつ可住地面積あたり診療所数が上位１０％以上）を超える区域がある場合において、特に地域外来医療を確保する区域）はありません。	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	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

改　正　案

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、病院は下回っており、診療所は上回っています。

区域ごとにみると、病院では南部、東部、さいたま、県央、西部及び秩父、診療所では全区域において全国平均の割合を上回っています。

【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	８，０５０	８７，５７０	７，１８９	６８，４９６	８９．３	７８．２
埼玉県	３３７	３，９４５	２９７	３，２９９	８８．１	８３．６

現　　行

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

改　正　案

南部	31	438	29	388	93.5	88.6
南西部	30	347	25	303	83.3	87.3
東部	49	571	44	481	89.8	84.2
さいたま	38	922	35	748	92.1	81.1
県央	18	256	18	227	100.0	88.7
川越比企	47	413	35	336	74.5	81.4
西部	52	379	47	308	90.4	81.3
利根	31	277	27	224	87.1	80.9
北部	34	272	30	225	88.2	82.7
秩父	7	70	7	59	100.0	84.3

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※　外来診療実施施設数は、ＮＤＢデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の診療行為が算定された病院及び診療所数

※　時間外等診療実施施設数は、ＮＤＢデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、

現　　行

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。

改　正　案

小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の診療行為が算定された病院及び診療所数

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　（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	8，050	87，570	3，640	30，572	45．2	34．9
埼玉県	337	3，945	133	1，013	39．5	25．7
南部	31	438	14	102	45．2	23．3
南西部	30	347	15	65	50．0	18．7

現　　行

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

改　正　案						
東部	49	571	14	122	28.6	21.4
さいたま	38	922	18	219	47.4	23.8
県央	18	256	8	72	44.4	28.1
川越比企	47	413	18	114	38.3	27.6
西部	52	379	18	91	34.6	24.0
利根	31	277	8	86	25.8	31.0
北部	34	272	13	109	38.2	40.1
秩父	7	70	7	33	100.0	47.1

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※　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

現　　行						
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

改　正　案

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、病院では南西部及び秩父において、診療所では北部において、全国平均の割合を上回っています。

【訪問診療実施施設数（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	8,050	87,570	3,648	24,059	45.3	27.5
埼玉県	337	3,945	124	761	36.8	19.3
南部	31	438	13	69	41.9	15.8
南西部	30	347	15	51	50.0	14.7
東部	49	571	20	109	40.8	19.1
さいたま	38	922	12	181	31.6	19.6
県央	18	256	6	52	33.3	20.3
川越比企	47	413	15	76	31.9	18.4

現　　行

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

改　正　案						
西部	５２	３７９	１４	６７	２６．９	１７．７
利根	３１	２７７	１０	６３	３２．３	２２．７
北部	３４	２７２	１３	７６	３８．２	２７．９
秩父	７	７０	６	１７	８５．７	２４．３

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※　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

現　　行						
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

改　正　案	現　　行
数が相対的に多い状況です。 　一方、区域ごとにみると、秩父では外来患者延数、時間外等外来患者延数及び訪問診療患者延数において、全国平均の患者延数を下回っています。 【実施診療所当たり患者延数（月平均医科レセプト算定回数）（単位：人）】	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）】

改　正　案

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	１，１１０	６９	９	９０
埼玉県	１，３１３	９７	１８	１６８
南部	１，２７２	１０１	１７	１８６
南西部	１，３１２	１１３	２０	１７１
東部	１，３８５	９５	１７	１５５
さいたま	１，２４８	１１２	１９	２１５
県央	１，５６０	１１７	２５	１１９
川越比企	１，３１８	９９	２４	１６６
西部	１，２７１	７９	２０	１８６
利根	１，３６８	７５	１５	１５４
北部	１，２９４	６９	１１	１０８
秩父	９８１	４２	１３	８２

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

現　　行

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
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）

改　正　案	現　　行
※　実施診療所当たり外来患者延数は、ＮＤＢデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の診療行為の算定回数（診療所分）を合算したものを実施診療所数で除したもの（月平均） ※　実施診療所当たり時間外等外来患者延数は、ＮＤＢデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の時間外等加算（時間外、夜間、休日、深夜）の診療行為の算定回数（診療所分）を合算したものを実施診療所数で除したもの（月平均） ※　実施診療所当たり往診患者延数は、ＮＤＢデータにおける医科レセプト（入院外）の往診の診療行為の算定回数（診療所分）を合算したものを実施診療所数で除したもの（月平均） ※　実施診療所当たり訪問診療患者延数は、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の算定回数（診療所分）を合算したもの	

改　正　案	現　　行
を実施診療所数で除したもの（月平均） ※　各数値の算出にあたっては月平均の算出のため、端数処理を実施している。 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」により情報提供してきました。 令和６年（２０２４年）４月からは、「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「医療情報ネット」に移行されました。 ＵＲＬ：https://www.iryou.teikyouseido.mhlw.go.jp 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５年（２０２３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	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

改　正　案	現　　行
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いく必要があります。	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	２５	３０	１５	9	1	0	9	１３	2	0
南西部	３３	２１	１９	7	0	0	１２	7	1	0
東部	５４	５９	２３	１５	2	0	１３	8	4	0
さいたま	５０	７０	３３	２３	4	1	１７	２７	１０	0
県央	２５	２９	１６	8	2	1	5	3	5	0
川越比企	５１	３３	２７	１１	1	0	１５	２０	3	0
西部	５４	３０	３２	１０	3	3	１５	8	5	0
利根	３４	２８	１９	8	1	0	１０	0	1	0

【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

改　正　案										
北部	３４	２３	２４	7	1	0	９	５	４	0
秩父	6	１３	２	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、医療機器の調整人口当たり台数は、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、医療機器の調整人口当たり台数が全国平均を上回っています。

ア　ＣＴ

秩父

イ　ＭＲＩ

北部

現　　行										
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

改　正　案

ウ　ＰＥＴ

県央及び西部

エ　マンモグラフィ

川越比企及び秩父

オ　放射線治療

県央

【医療機器の調整人口当たり台数（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	１２．０	６．０	０．４５	３．４	０．８２
埼玉県	９．８	４．５	０．２８	２．８	０．４９
南部	７．６	３．２	０．１４	２．８	０．２８
南西部	８．１	４．３	０．００	２．７	０．１５
東部	１０．１	３．８	０．１８	１．８	０．３６
さいたま	９．９	４．７	０．４２	３．４	０．８２

現　　行

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

改　正　案					
県央	１０．０	５．０	０．５５	１．５	０．９２
川越比企	１０．４	４．９	０．１２	４．５	０．３７
西部	１０．６	５．７	０．７５	３．０	０．６３
利根	９．２	３．９	０．１５	１．６	０．１５
北部	１１．１	６．１	０．１９	２．８	０．７７
秩父	１８．０	３．９	０．００	４．３	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。また、診療所においては、ＣＴ、ＭＲＩ、ＰＥＴの医療機器１台当たりの稼働件数が全国平均を上回っております。

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

病　院：川越比企、西部、北部及び秩父

現　　行					
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
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

改　正　案	現　　行
診療所：北部及び秩父 イ　ＭＲＩ 病　院：川越比企、北部及び秩父 診療所：県央、西部及び秩父 ウ　ＰＥＴ 病　院：南部、東部及び利根 エ　マンモグラフィ 病　院：南西部、さいたま、西部、利根、北部及び秩父 診療所：南部、南西部、さいたま、県央、川越比企及び西部 オ　放射線治療 病院：さいたま及び北部	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）】	【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

区域	ＣＴ	ＭＲＩ	ＰＥＴ	マンモグラフィ	放射線治療

改　正　案

	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
全国	2,372	724	1,887	2,251	900	1,034	469	796	2,705	5,555
埼玉県	2,623	936	2,053	2,878	1,003	1,794	471	718	3,506	-
南部	4,062	871	2,824	3,419	886	-	499	496	6,212	-
南西部	2,594	786	2,268	2,963	-	-	269	655	4,027	-
東部	2,673	953	2,397	2,583	550	-	532	1,451	3,191	-
さいたま	3,145	754	2,064	3,741	1,046	3,931	399	786	2,072	-
県央	3,162	1,165	2,421	1,669	1,153	0	1,529	632	4,957	-
川越比企	2,152	997	1,819	2,987	1,836	-	547	450	4,567	-
西部	2,142	1,673	1,991	2,077	1,110	1,680	443	734	3,641	-
利根	2,517	1,078	1,967	2,492	323	-	468	-	7,789	-
北部	2,032	520	1,294	3,702	1,077	-	241	921	2,070	-
秩父	2,026	291	1,236	1,865	-	-	138	-	-	-

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※表記の「-」は台数がない場合

第４節　（略）

第４章　かかりつけ医機能の確保に関する事項

現　　行

	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	-
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　（略）

改　正　案	現　　行
１　かかりつけ医機能の確保の方針 　今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の減少が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくことが求められます。そこで、令和５年５月に、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年法律第 31 号）」が成立し、令和７年４月から「かかりつけ医機能報告」が施行されました。これに基づき、各医療機関は、都道府県へかかりつけ医機能を報告し、報告を受けた都道府県は地域の関係者との協議の場において、地域で不足する機能を確保する方策を検討します。 ２　かかりつけ医機能の確保に向けた取組 　かかりつけ医機能確保に関する事項は、新たな地域医療構想における在宅医療に関する事項と関係することから、本県では「地域医療構想調整会議」を協議の場として位置付けます。また、各構想区域の実情に応じて、身近な協議の場を設けます。この協議の場において、かかりつけ医機能報告の結果を踏まえ、	

改　正　案	現　　行
診療に関する学識関係者の団体その他の医療関係者等により協議を進めていきます。 　なお、かかりつけ医機能の確保に関して、県民がニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるよう、かかりつけ医機能報告制度で報告された情報は、医療情報ネット（ナビイ）を通じて、情報提供します。また、協議の結果については、公表するとともに、協議の場で議論を行った具体的な方策の効果や、当該方策を実施した後の課題について定期的に検証します。	
第５部　医療費適正化計画 第１章　（略） 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。 　また、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。 　さらに、地域の医療従事者及びその関係団体の参加のもと「地域フォーミュラリの策定に向けて検討する場」を設置し、地域フ	第６部　医療費適正化計画 第１章　（略） 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。

改　正　案	現　　行
ォーミュラリ策定の取組を進めます。 2　現状と課題 ⑴～⑵　（略） ⑶　地域フォーミュラリの策定の推進 令和８年３月に、厚生労働省が定める第４期医療費適正化計画の基本方針が改正され、都道府県が取り組むべき施策に関する事項として、「地域フォーミュラリ（＊）について各都道府県において策定に向けて検討する場」の設置等の追記が行われました。また、同年同月に厚生労働省から都道府県へ、この場を通じて、後発医薬品の成分別使用割合や具体的な薬効群の成分リスト、保険者から提供される検診データ、各医療圏の事情、地域の医師会・歯科医師会・薬剤師会の意見などを踏まえて、地域フォーミュラリ策定要否の検討や候補地域の探索を行うことについての依頼が通知されました。 そこで、地域フォーミュラリの意義を踏まえ、策定に向けた取組を進める必要があります。 ＊地域フォーミュラリ　地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医	2　現状と課題 ⑴～⑵　（略）

改　正　案	現　　行
薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針。 薬剤費の自己負担軽減、治療方針の均一化、調剤業務の負担軽減、災害時も含めた安定供給などの効果が見込まれています。	
3　課題解決に向けた主な取組	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	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	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	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	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）
エ　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	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）
オ　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	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）

改　正　案	現　　行
カ　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	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　（略）	⑵　（略）
⑶　地域フォーミュラリの策定の推進	
ア　地域フォーミュラリに関する意識啓発	
イ　「地域フォーミュラリ策定に向けて検討する場」の設置	
ウ　地域フォーミュラリの策定	
4　（略）	4　（略）
第３章　（略）	第３章　（略）
第４章　国民健康保険の運営	第４章　国民健康保険の運営
１～２　（略）	１～２　（略）
３　課題解決に向けた主な取組	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	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	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	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	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	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	⑸　健康づくり事業の推進
⑹　適正受診・適正服薬の推進	⑹　適正受診・適正服薬の推進
⑺　地域フォーミュラリの策定の推進（再掲）	

改　正　案	現　　行
4　（略） 地域医療構想 令和７年１２月の医療法改正により、令和９年４月から都道府県は医療計画の上位概念として地域医療構想を定めることとされており、現在、２０４０年を見据えた新たな地域医療構想の策定を進めている。 一方、改正医療法の附則の規定により、新たな地域医療構想の策定までは、地域医療構想に関する規定の施行日である令和９年４月１日より前に策定された地域医療構想を暫定的に継続し、取組を進めることとされている。 このため、これまで第４部に掲載していた現行の埼玉県地域医療構想を、本計画の巻末に掲載することとし、その取組を引き続き推進する。 （略）	4　（略）