

## **第3部 医療の推進**



# 第1章 疾病ごとの医療提供体制の整備

## 第1節 がん医療

### 1 目指すべき姿

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

### 2 現状と課題

#### (1) 予防・早期発見

悪性新生物（がん）は、県民の死因の第1位です（20,463人、28.9%：令和2年（2020年）人口動態統計（厚生労働省））。

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

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

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

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

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

ウイルスや細菌の感染が発生に関与するとされるがんへの対策を進めることも重要です。

#### (2) 専門医療、在宅・緩和医療

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

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

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

がんは小児・AYA世代の病死の主な原因の一つであり、治療後も長期にわたるケアが必要となることから、小児・AYA世代のがん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備が必要です。

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

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

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

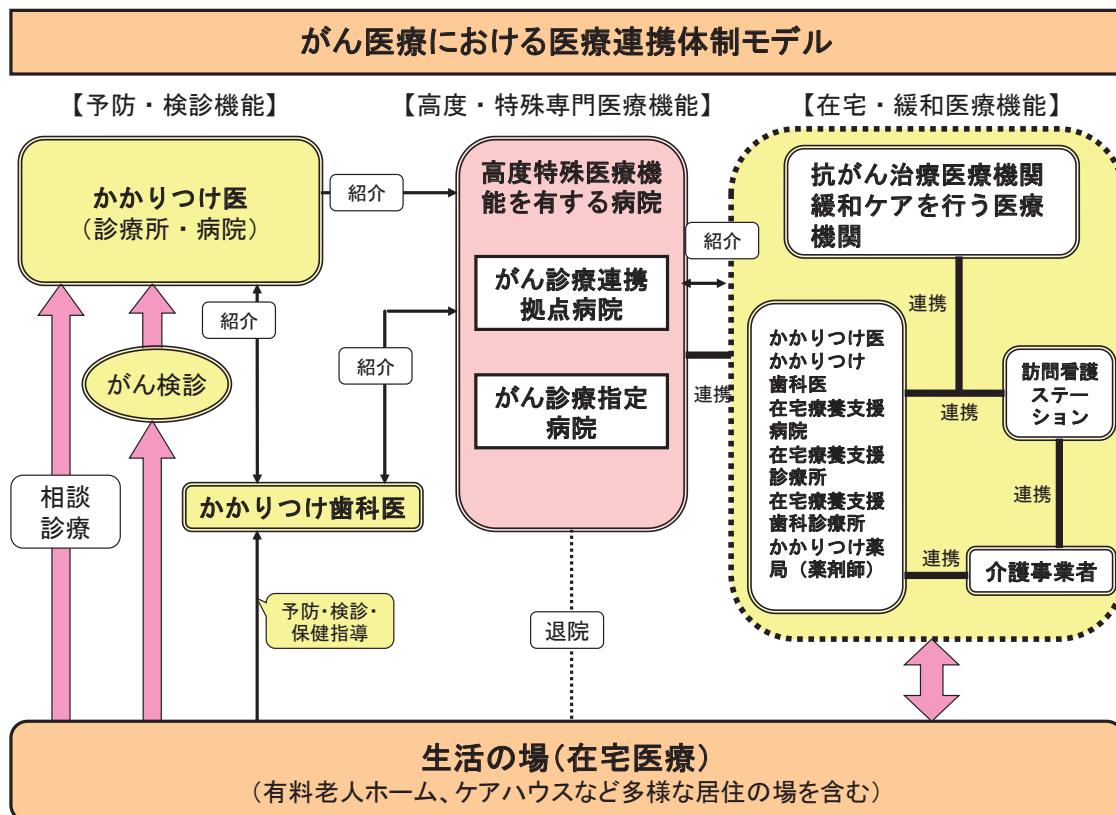
がん患者が住み慣れた自宅や地域での療養を選択できるよう、在宅医療と介護サービスが連携・継続して実施される体制の充実も必要です。

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

### 3 課題への対応

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

【図表3-1-1-1 がん医療における医療連携体制モデル】



#### 4 主な取組

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

## (17) がん登録の推進

## 5 指標

### がん検診受診率

#### ■ 胃がん検診

現状値 男 42.4%  
女 32.6%  
(平成28年)

#### ■ 肺がん検診

現状値 男 48.0%  
女 38.7%  
(平成28年)

#### ■ 大腸がん検診

現状値 男 42.8%  
女 38.5%  
(平成28年)

#### ■ 子宮<sup>けい</sup>頸がん検診

現状値 30.3%  
(平成28年)

#### ■ 乳がん検診

現状値 35.1%  
(平成28年)

#### 目標値

左記の全てのがん種の受診率 50.0%  
(令和4年)

## 第2節 脳卒中医療

### 1 目指すべき姿

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

### 2 現状と課題

#### (1) 予防・早期発見

脳卒中（脳血管疾患）は、県民の死因の第4位です（4,929人、7.0%：令和2年（2020年）人口動態統計（厚生労働省））。

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

健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。

#### (2) 急性期、回復期、生活期（維持期）

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

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

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

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

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

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

リハビリテーションが行われます。

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

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

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

このため、入院患者の歯・口腔の健康や機能の状況を診査する口腔アセスメントを実施し、必要に応じて助言・指導を行うほか、歯科医療機関につなぐことが必要です。

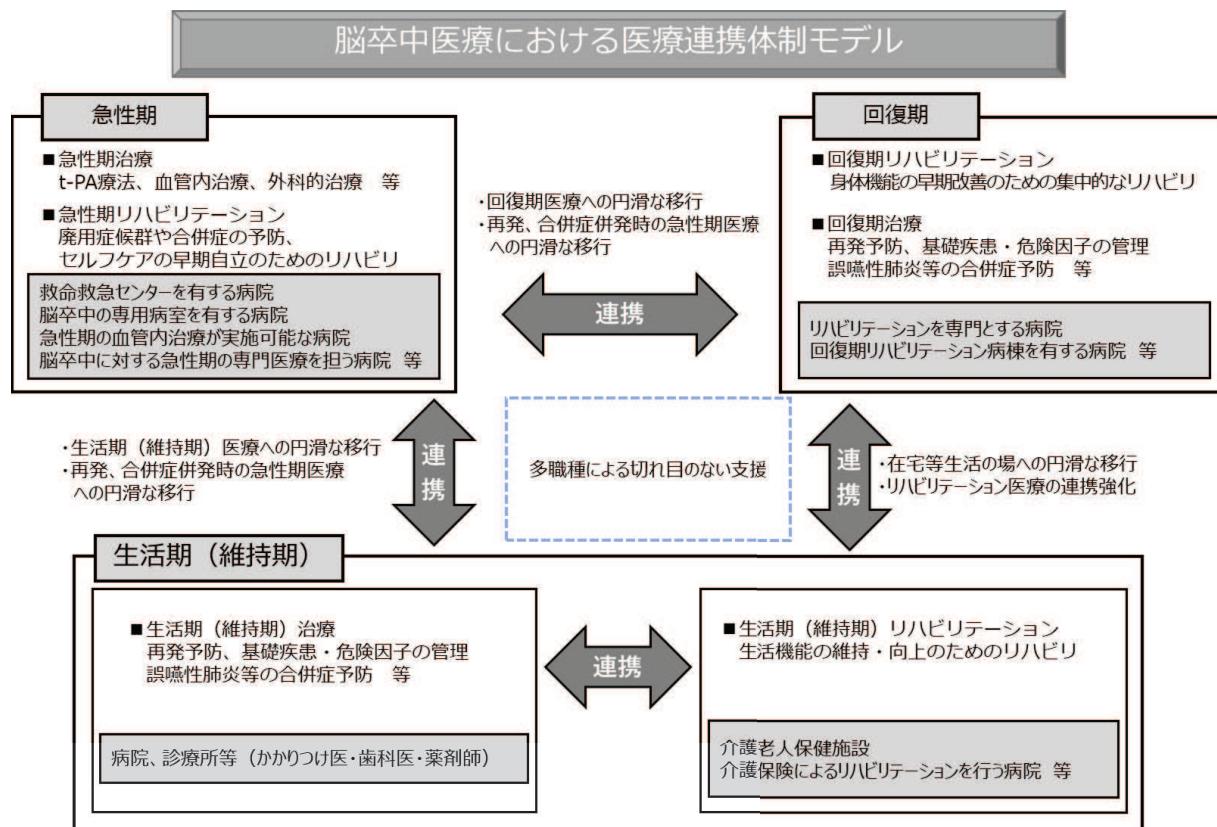
また、脳卒中の後遺症として、記憶力や注意力の低下などの症状が現れ、日常生活や社会生活に支障が出る高次脳機能障害になった方が、必要な医療やサービスを受けられるよう、適切な診断がなされることが必要です。

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

### 3 課題への対応

- (1) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣や社会環境の改善を通じた生活習慣病の予防を推進します。
- (2) 医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の活動を支援します。
- (3) 救急搬送体制の充実とともに救急隊と医療機関との連携強化を図り、速やかに専門的な診療が開始される体制の構築を促進します。
- (4) 急性期の病態安定後、集中的なリハビリテーションの実施が有効と判断される場合には速やかに開始し、回復期に切れ目なく移行できる連携体制を構築します。
- (5) かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実を図ります。
- (6) かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上を図ります。
- (7) 多職種による切れ目のない支援により、再発や病状の悪化を防ぎます。
- (8) 医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるような取組を推進します。

【図表3-1-2-1 脳卒中医療における医療連携体制モデル】



#### 4 主な取組

- (1) 生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進
- (2) 食育の推進
- (3) 特定健康診査・特定保健指導など生活習慣病を予防する取組の支援
- (4) 救急救命士の養成及びプレホスピタル・ケア（病院前救護）の充実
- (5) ドクターヘリやドクターカーを活用した早期治療の推進
- (6) 救急医療情報システムの運営及び機能充実
- (7) 急性期脳梗塞治療ネットワークなどの連携体制の構築
- (8) 医療機関の機能分化と連携の促進
- (9) 地域において在宅療養を支援する連携体制の構築
- (10) 患者を支える多職種連携システムの確立
- (11) リハビリテーション医療の連携強化
- (12) 口腔アセスメントの充実

#### 5 指標

##### ■ 特定健康診査受診率

現状値 50.9% → 目標値 70%

(平成27年度) (平成35年度)

■ 急性期脳梗塞治療（t－P A療法や血栓回収療法）の実施件数

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

## 第3節 心筋梗塞等の心血管疾患医療

### 1 目指すべき姿

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

### 2 現状と課題

#### (1) 予防・早期発見

急性心筋梗塞や心不全を含む心疾患は、県民の死因の第2位です（10, 857人、15.3%：令和2年（2020年）人口動態統計（厚生労働省））。

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

健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。

#### (2) 急性期、回復期、生活期（維持期）、再発予防

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

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

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

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

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

心血管疾患患者の回復期や生活期（維持期）の管理については、社会生活への復帰とともに、再発・再入院を予防する観点が重要です。このため、運動療法、危険因子是正、服薬指導等の患者教育等、多職種のチームによる多面的・包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することが大切です。

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

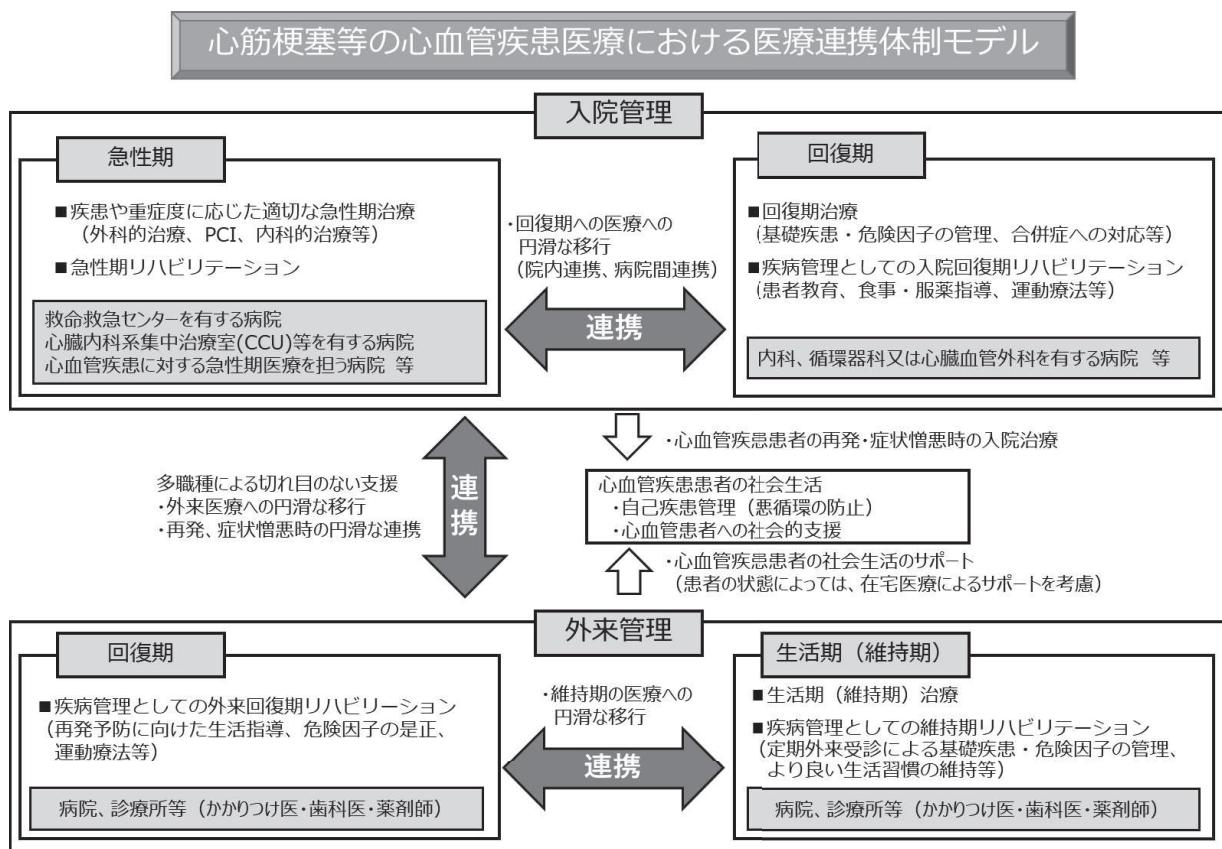
要です。

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

### 3 課題への対応

- (1) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣や社会環境の改善を通じた生活習慣病の予防を推進します。
- (2) 医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の活動を支援します。
- (3) AEDの普及促進と県民に対する救急蘇生法の知識・技能の普及啓発を図ります。
- (4) 救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制を構築します。
- (5) リハビリテーションを急性期の入院中から開始し、回復期から生活期（維持期）まで継続できる体制を構築します。
- (6) かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実を図ります。
- (7) かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上を図ります。
- (8) 心血管疾患患者の管理について、多職種による切れ目のない支援により、特に入退院を繰り返す患者が増加している心不全等の患者の再発予防・再入院予防を図ります。
- (9) 医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるような取組を推進します。

【図表3-1-3-1 心筋梗塞等の心血管疾患医療における医療連携体制モデル】



#### 4 主な取組

- (1) 生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進
- (2) 食育の推進
- (3) 特定健康診査・特定保健指導など生活習慣病を予防する取組の支援
- (4) 救急救命士の養成及びプレホスピタル・ケア（病院前救護）の充実
- (5) ドクターヘリやドクターカーを活用した早期治療の推進
- (6) 救急医療情報システムの運営及び機能充実
- (7) 急性心血管疾患治療に係る連携体制の構築
- (8) AEDの設置促進と設置場所の情報提供
- (9) 救命講習の受講促進
- (10) 地域において在宅療養を支援する連携体制の構築
- (11) 患者を支える多職種連携システムの確立
- (12) リハビリテーション医療の連携強化
- (13) 口腔アセスメントの充実

## 5 指標

### ■ 特定健康診査受診率（再掲）

現状値 50.9% → 目標値 70%

(平成27年度) (平成35年度)

## 第4節 糖尿病医療

### 1 目指すべき姿

糖尿病の発症を予防するとともに、糖尿病が疑われる人や発症している人については、重症化を防ぐことを目指します。

糖尿病の治療に係る医療連携体制を構築します。

### 2 現状と課題

#### (1) 予防・早期発見

埼玉県の糖尿病患者数は、平成13年（2001年）の15万2千人から平成28年（2016年）には33万人と2.2倍に増加しており、全国平均の1.9倍を上回っています（国民生活基礎調査（厚生労働省））。

糖尿病の多くは、過食、運動不足などの生活習慣及びその結果としての肥満が原因となり、インスリンの作用不足を生じて発症します。

また、脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子となる慢性疾患であるとともに、合併症を引き起こすおそれのある疾患です。

さらに、糖尿病と歯周病には双方向の関係があり、歯周病の悪化によって血糖コントロールが悪化することが指摘されています。

糖尿病の発症の予防には、代謝を促進し、内臓脂肪を減らすことが有効で、食生活の改善、運動習慣の徹底、適正体重の維持が重要です。

糖尿病は自覚症状がほとんどないため、特定健康診査等を受診し、肥満や高血糖などの危険因子を早期に発見することが大切です。

新規人工透析導入患者の約4割を占める糖尿病性腎症の重症化を予防するためには、医療機関への受診勧奨や、生活習慣の改善を目的とした保健指導を実施する必要があります。

#### (2) 糖尿病の治療・教育、合併症医療

糖尿病の治療には、食事療法、運動療法、薬物療法による血糖値の管理及び血圧・脂質・体重などの管理が行われます。これらの治療を身近な病院・診療所等の医師の管理の下、継続的に行う必要があります。

糖尿病が進行すると合併症が発症してしまいます。糖尿病の主な合併症は、急性の糖尿病性昏睡や慢性の腎症、網膜症、神経障害などです。

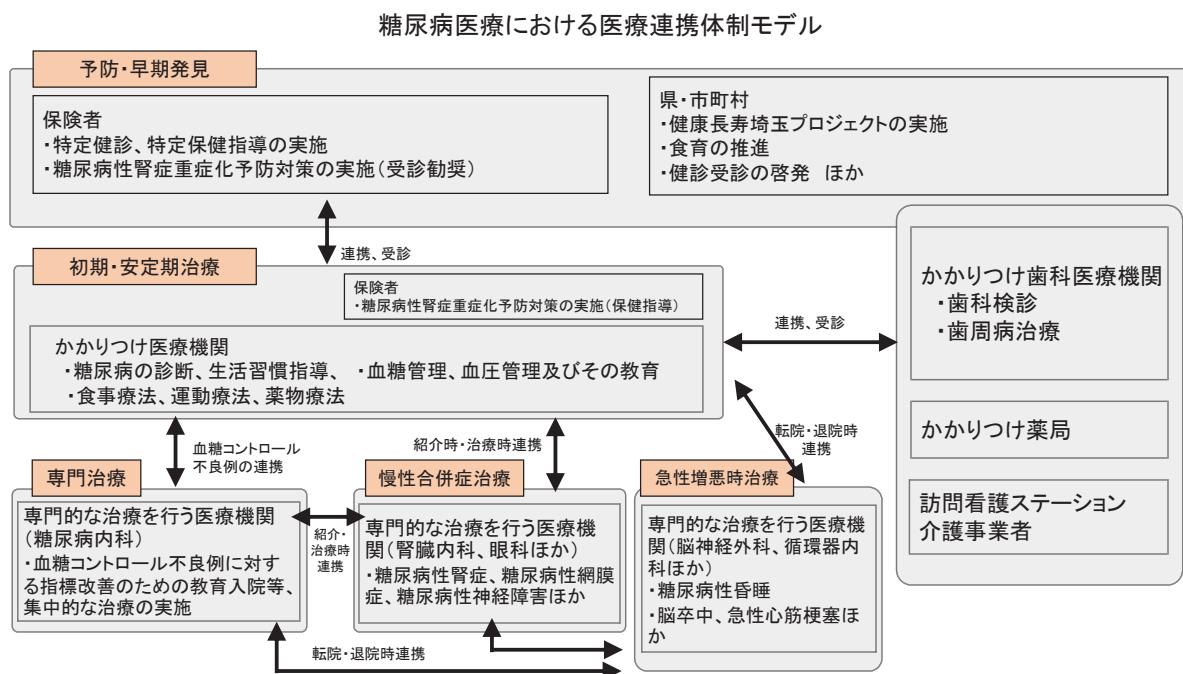
糖尿病の重症化を予防するため、かかりつけ医と糖尿病専門医や腎臓専門医などの医療連携といった糖尿病診療体制の構築が必要です。

### 3 課題への対応

#### (1) 食生活・運動等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。

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

【図表3-1-4-1 糖尿病医療における医療連携体制モデル】



#### 4 主な取組

- (1) 生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進
- (2) 食育の推進
- (3) 特定健康診査・特定保健指導など生活習慣病を予防する取組の支援
- (4) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業の実施
- (5) 医療機関の機能分化と連携の促進
- (6) かかりつけ医等と歯科医療機関との連携による糖尿病予防や改善のための体制構築を促進

#### 5 指標

##### ■ 特定健康診査受診率（再掲）

現状値 50.9% → 目標値 70%

(平成27年度) (平成35年度)

■ 糖尿病と歯周病に係る医科歯科連携協力歯科医療機関数（再掲）

現状値 292機関 → 目標値 1,200機関

（平成28年度） （平成35年度）

## 第5節 精神疾患医療

### 1 目指すべき姿

精神障害者が、精神疾患の悪化や再発を予防しながら、地域社会の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることができる社会を目指します。

また、医療機関の役割分担・連携を推進し、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を図ります。

### 2 現状と課題

#### (1) 心の健康

近年における社会環境の複雑多様化は、人々の精神的ストレスを増大させるとともに、様々な心の健康問題も生じさせています。

本県の自殺者数は、平成21年（2009年）の1,796人をピークに減少傾向を示していましたが、令和2年（2020年）は新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言の解除後に増加傾向に転じ、令和元年（2019年）の1,110人から76人増加しました（警察庁（自殺統計）より）。

このため、自殺の背景にある、精神保健上の問題、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会的要因に対応する施策を地域と連携し推進するとともに、相談・支援体制を整備充実する必要があります。

また、青少年のほか、中高年者のひきこもりが社会問題化しています。

毎日を生きがいをもって生活していくためには、心の健康は不可欠であり、ライフステージに応じた心の健康づくりが重要な課題となっています。

このため、地域保健、学校保健及び労働保健の各分野において心の健康に対する相談体制を整備するとともに、各分野の連携強化も必要です。

#### (2) 精神医療対策の充実と地域ケアの推進

精神障害者が精神疾患の悪化や再発を予防しながら、地域社会の一員として安心して生活することができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が重要です。

自傷他害のおそれのある場合や、精神疾患の急性症状に対しては速やかな精神科治療が必要です。このため、いつでも医療を受けることができるよう、救急医療体制の充実が必要です。

多様な精神疾患等に適切に対応するためには、医療機関の役割分担や個々の病院の医療機能等を明確にし、医療機関相互の連携を図ることや、専門的な医療を提供できる医療体制の整備を図る必要があります。

また、精神障害者は、単に精神疾患を有する者として捉えるばかりでなく、社会生活を送る上で様々な困難、不自由を有する障害者でもあります。このため、生活

上の障害を除去・軽減し、生きがいをもって生活できるように、障害福祉サービスなど地域での生活支援体制の充実が必要です。

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

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

アルコールやギャンブル等の依存症は、適切な治療と支援により回復が十分可能な疾患です。また、アルコールやギャンブルに限らず、ゲーム依存など様々な依存がみられることから、依存症全体として調和のとれた対策を推進していく必要があります。

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

### (3) 認知症ケア

国の高齢社会白書（平成29年度版）によると、65歳以上認知症患者数は、平成24年（2012年）には462万人と65歳以上の高齢者の約7人に1人でしたが、平成37年（2025年）には約5人に1人となるとの推計も示されており、本県においても認知症の高齢者が急増することが見込まれます。

脳血管性認知症の原因である動脈硬化を予防するためには、生活習慣の改善が必要です。

また、65歳未満で発症する若年性認知症の患者もいます。

認知症患者は、精神症状や徘徊などの行動・心理症状（周辺症状）が出現する場合があるため、介護する家族には大きな精神的、肉体的負担が伴います。

このため、家族の負担を軽減するための施策を促進する必要があります。

さらに、認知症患者の中には内科疾患等を持つ者も多く、こうした患者が適切なサービスや医療（歯科医療を含む）を受けながら、住み慣れた地域社会で暮らしていくよう地域でのケア体制の整備を図る必要があります。

## 3 課題への対応

- (1) 県民の心の健康づくりを図るとともに、精神保健に係る相談窓口の充実を図ります。
- (2) 新型コロナウイルス感染症の影響による暮らしの不安や心の悩みなども含め、様々な自殺の要因に対応するため、関係機関、民間団体と連携し、地域ぐるみの取組

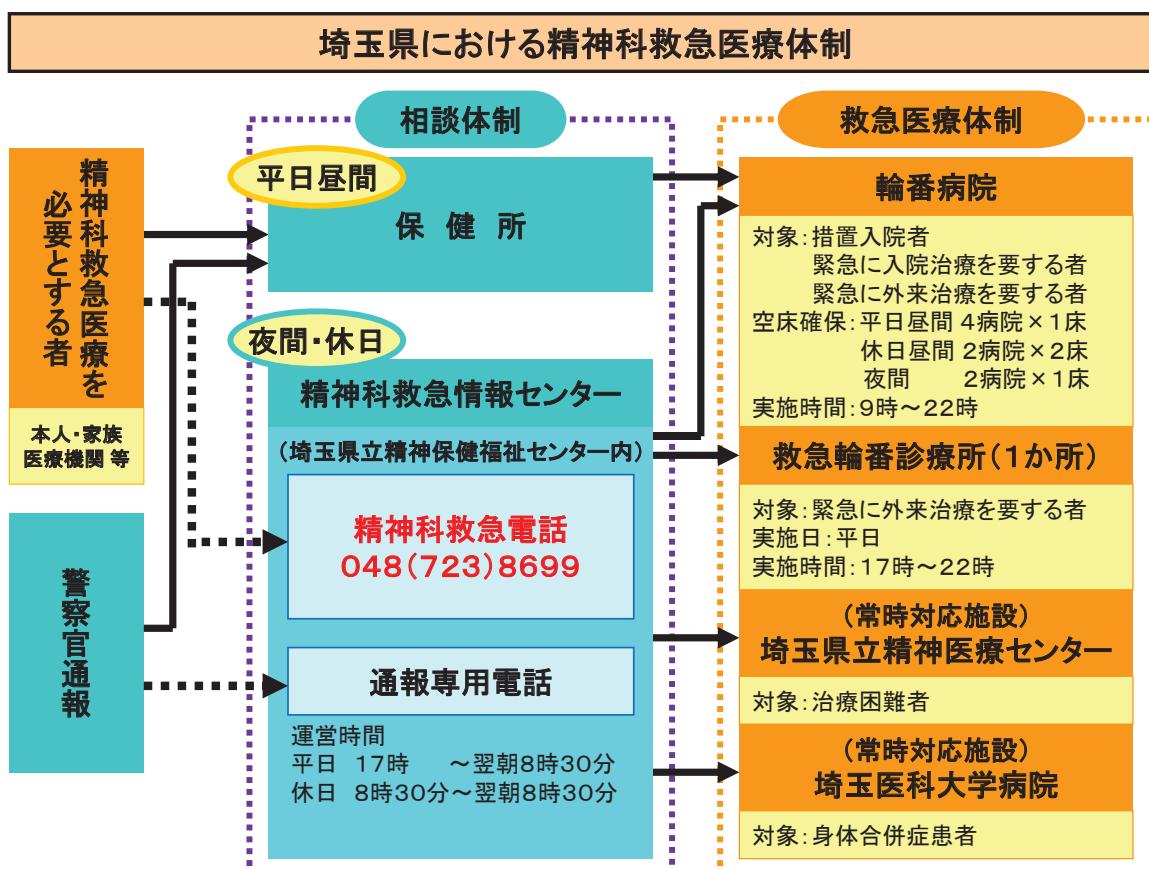
推進を図ります。また、自殺対策を効果的に実施し、明確な成果につなげられるよう、埼玉県自殺対策計画を策定し、総合的な自殺対策の推進に取り組みます。

- (3) ひきこもり者やその家族を支援するため、専門の相談窓口を設置するなど、相談体制の充実を図ります。
- (4) 精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて関係者が連携し、障害福祉サービスの充実を図るなど、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指します。
- (5) 県民が必要なときに、いつでも適切な精神科医療を受けられるよう精神科医療体制の充実を図ります。
- (6) 多様な精神疾患等に適切に対応するため、個々の医療機関の役割や医療機能等を明確にするとともに、医療機関相互の連携や専門の医療を提供できる体制の整備を推進していきます。
- (7) 高次脳機能障害者の精神症状などに対応するため、地域における医療と介護・福祉の連携体制の整備充実を図ります。
- (8) アルコール依存症、ギャンブル等依存症、薬物依存症など様々な依存症を包括的に位置付ける埼玉県依存症対策推進計画を策定し、総合的な依存症対策の推進に取り組みます。
- (9) 身近なところで依存症の相談や専門医療が受けられるよう、相談・医療等の支援体制の整備を図ります。
- (10) 認知症対策を推進するため、認知症の予防、早期診断、早期対応はもとより、地域包括支援センターとの連携を強化し、地域における医療と介護・福祉の連携体制の整備充実を図ります。

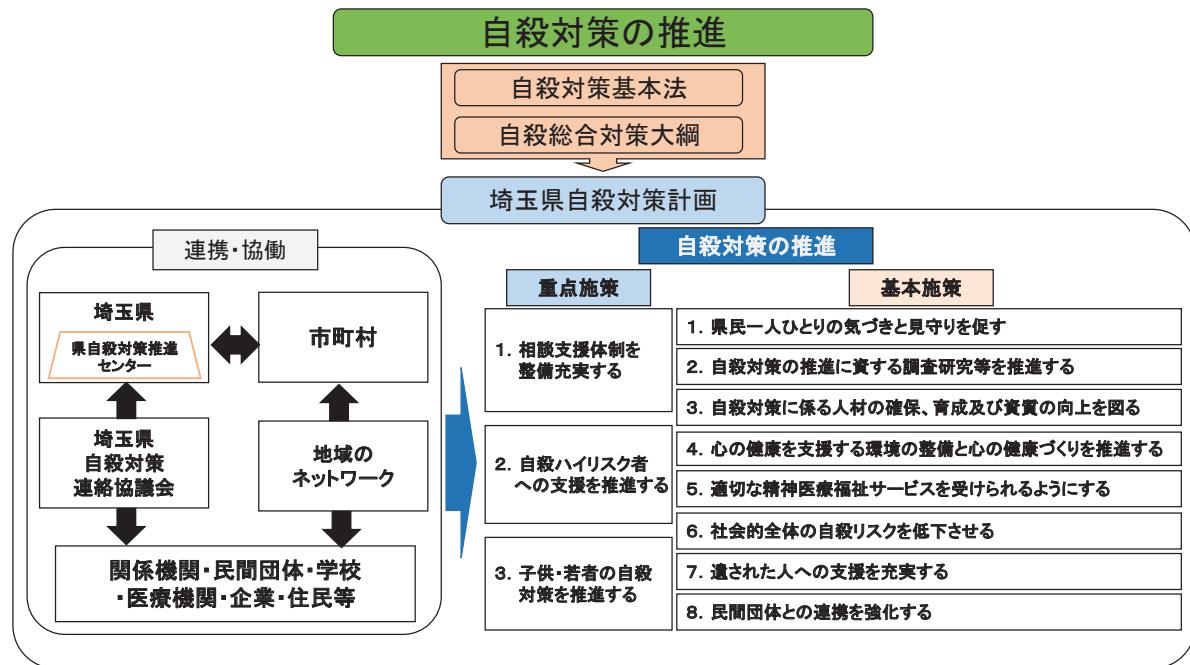
【図表3-1-5-1 精神疾患等に対応できる医療連携体制】



【図表3-1-5-2 埼玉県における精神科救急医療体制】



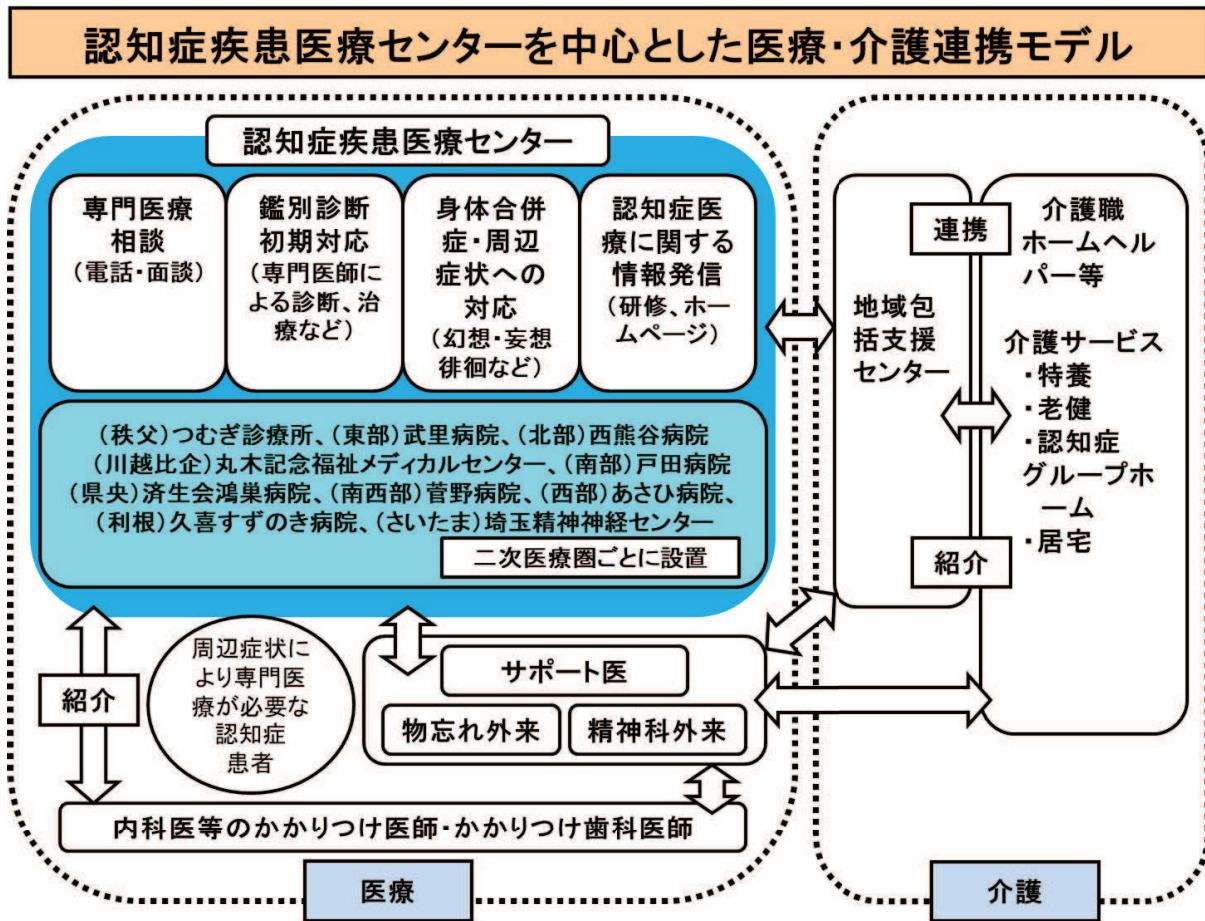
【図表3-1-5-3 自殺対策の推進】



【図表3-1-5-4 依存症対策の概要】

	発症予防(1次予防)	進行予防(2次予防)	再発予防・回復支援(3次予防)
重点課題	依存症に関する教育、普及啓発を強化し、依存症の発生を予防	依存症に関する予防及び相談から治療、回復支援に係る切れ目のない支援体制の整備	
基本的施策と主な取組	<p>【若年層への普及啓発、予防教育】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>児童・生徒・大学生等を対象とした教育・啓発ツールの開発、周知</li> <li>SNSを活用した効果的な広報や教育</li> </ul> <p>【それぞれの年齢やハイリスク者など、特徴に応じた普及啓発、予防教育】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各世代や特性(未成年者や単身高齢者等の飲酒、生活保護受給者のギャンブル依存問題等)に応じた予防活動</li> <li>学校教員や支援者(ケアマネージャー・生活保護ケースワーカー等)と連携した予防教育の推進</li> </ul> <p>【それぞれの年齢やハイリスク者など、特徴に応じた普及啓発、予防教育】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各世代や特性(未成年者や単身高齢者等の飲酒、生活保護受給者のギャンブル依存問題等)に応じた予防活動</li> <li>学校教員や支援者(ケアマネージャー・生活保護ケースワーカー等)と連携した予防教育の推進</li> </ul>	<p>【相談窓口の整備、充実強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>依存症相談拠点機関(精神保健福祉センターを指定)、保健所や民間団体を含め、身近に相談できる窓口の周知徹底</li> <li>それぞれの関係機関の特性を踏まえた相談支援体制の構築</li> </ul> <p>【相談窓口の整備、充実強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>依存症相談拠点機関(精神保健福祉センターを指定)、保健所や民間団体を含め、身近に相談できる窓口の周知徹底</li> <li>それぞれの関係機関の特性を踏まえた相談支援体制の構築</li> </ul> <p>【研修等による支援者育成】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>依存症治療拠点機関が実施する医療従事者を対象とした研修の実施</li> <li>「依存症対策全国センター」が実施する研修への参加による支援者の資質向上</li> </ul>	<p>【回復支援団体等との協働】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自助グループ等、民間団体の活動についての周知</li> <li>民間団体による主体的な取組の促進</li> </ul> <p>【依存症連携会議等の開催による関係機関との連携強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「依存症対策推進会議」等における取組の進捗状況の共有と検証</li> <li>依存症相談拠点機関が実施する「依存症対策連携会議」における関係機関との連携強化と依存症対策の検討</li> </ul> <p>【関係事業者による依存症対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「依存症対策推進会議」等への参画による情報交換</li> <li>公営競技や遊技業関係事業者による主体的な取組の促進</li> </ul>

【図表3-1-5-5 認知症疾患医療センターを中心とした医療・介護連携モデル】



#### 4 主な取組

- (1) 精神保健福祉相談・訪問指導体制の強化
- (2) 多重債務相談窓口、電話やSNS相談等の相談支援体制の整備充実、様々な分野でのゲートキーパー育成の支援、インターネットを活用した正しい知識の普及、関係機関との連携協力体制の確立、市町村への情報提供・支援など埼玉県自殺対策計画の推進
- (3) ひきこもり地域支援センターの運営など、ひきこもり対策の推進
- (4) 障害福祉サービスの充実
- (5) 自殺のおそれがある者やひきこもり者、依存症患者やその家族等への支援を行う民間団体の育成支援
- (6) 精神科救急医療体制の充実
- (7) 多様な精神疾患等に対応できる医療体制の構築に向けた、拠点医療機関や専門医療機関の指定、公表の推進
- (8) 県立精神医療センターにおける医療体制の強化
- (9) 埼玉県高次脳機能障害者支援センターを中心とした高次脳機能障害者支援体制の充実

- (10) 「埼玉県依存症対策推進計画」に基づいた依存症対策の推進による依存症の理解の促進や相談体制の強化、医療機関をはじめとする関係機関との連携構築、回復・社会参加に向けた支援の実施
- (11) 認知症予防対策の推進
- (12) 認知症高齢者に関わる医師・歯科医師・看護師や介護に携わる者の研修の推進
- (13) 認知症疾患医療センターの運営を強化し、県民が早期に認知症に対する相談・診断・治療を受けられる体制の推進
- (14) 認知症の人やその家族の支援の強化

## 5 指標

### ■ 自殺死亡率

現状値 18.0 → 目標値 14.0

(平成27年) (令和4年※)

※自殺対策計画における令和5年度としての目標値

### ■ 精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数

現状値 7,349人 → 目標値 5,755人

(平成26年) (令和5年度末)

### ■ 精神病床における入院後3か月時点の退院率

現状値 63.0% → 目標値 69%以上

(平成26年度) (令和5年度)

### ■ かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数

現状値 1,136人 → 目標値 1,800人

(平成28年度) (令和5年度末)

## 第6節 感染症対策

### 1 目指すべき姿

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

### 2 現状と課題

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

平成21年（2009年）に新型インフルエンザ（A/H1N1）が世界的に大流行し、県内で医療機関を受診した患者数は100万人を超えたと推計されています。

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

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

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

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

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

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

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

ていく必要があります。

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

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

【図表3-1-6-1 感染症報告数（埼玉県内）】

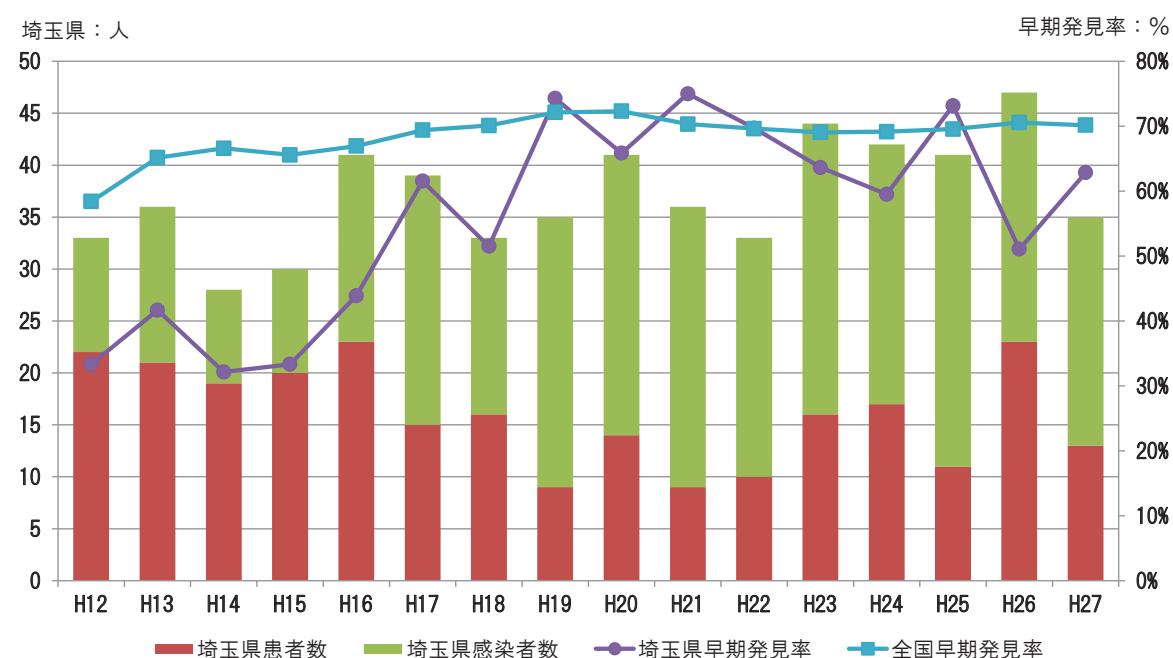
(単位：人)

感染症名	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
結核※	1,100	1,050	1,018	955	979
コレラ	0	0	0	0	0
細菌性赤痢	12	4	2	6	11
腸チフス	1	5	2	1	2
パラチフス	1	1	1	1	0
腸管出血性大腸菌感染症	130	191	265	167	174
計	1,244	1,251	1,288	1,130	1,166

※結核は、県内に住所地のある新規登録患者数

資料：県保健医療政策課

【図表3-1-6-2 エイズ患者・HIV感染症報告者数、HIV感染者早期発見率（埼玉県内）】



資料：県保健医療政策課

### 3 課題への対応

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

### 4 主な取組

- (1) 新型インフルエンザなど新興感染症に対する危機管理体制の整備
- (2) 感染症流行監視体制の整備
- (3) 感染症指定医療機関の整備
- (4) 感染症対策を担う人材の育成
- (5) エイズなど性感染症の予防・啓発
- (6) 学校における性感染症の予防・啓発
- (7) H.I.V感染者等の早期発見体制の強化
- (8) 結核の正しい知識や定期健康診断受診に関する普及啓発
- (9) DOTS（直接服薬確認療法）事業の推進

### 5 指標

#### ■ H.I.V感染者早期発見率

現状値 63% → 目標値 80%  
(平成28年) (平成34年)

## 第7節 新型コロナウイルス感染症対策

### 1 目指すべき姿

新型コロナウイルス感染症については、これまでの経験を活かして、関係機関と連携し、感染拡大を未然に防ぐとともに、感染拡大の予兆があった場合は、被害を最小限に食い止められるように、相談、診療・検査、医療・療養の体制を整備することで、感染拡大防止に向けた取組を進めます。

### 2 現状と課題

令和元年12月に中国湖北省武漢市からWHO（世界保健機関）に初めて新型コロナウイルスによる集団発生が報告されました。

我が国においては令和2年1月、県では令和2年2月に初めて陽性患者が確認され、令和3年11月末までに、累計で約11万人を超える新規陽性者が確認されています。

こうした中、県では、いち早く相談体制を確立するとともに、県医師会の協力による診療・検査医療機関の指定や民間検査機関等による検査体制を構築し、感染対策の強化を図るなど、県民の不安解消に努めてきました。

また、感染者の受入れに当たり、診療や感染防御対策に課題を抱える医療機関も少なくなかつたため、感染症専門医や県看護協会、感染管理認定看護師の協力を得て、これらの医療機関への技術的支援や助言を行っていただいたところです。

今後、各医療機関において、感染症専門人材をはじめとする医療人材の確保や医療機器の整備、感染防護具の備蓄など、平時から備える必要があります。

また、感染者急増時にも対応できる病床や宿泊療養施設を確保するとともに、宿泊・自宅療養者が安心して療養生活を送ることができるよう医療提供体制の強化が必要です。

一方、体制を整備するだけでなく、感染拡大防止に向けた取組も必要です。

例えば、県民に対しては、マスクの着用や手指消毒の徹底、3密（密集、密接、密閉）の回避など、基本的な感染予防対策の啓発といった正確な情報提供を行っていく必要があります。

また、医療機関や高齢者施設等においては、一度感染者が発生すると集団感染いわゆる「クラスター」が発生しやすいことから、発生後の介入だけでなく、平時から大規模なクラスター発生に備えた取組を行う必要があります。

ワクチン接種については、市町村の接種を支援するとともに、副反応に対応した相談体制を確保する必要があります。

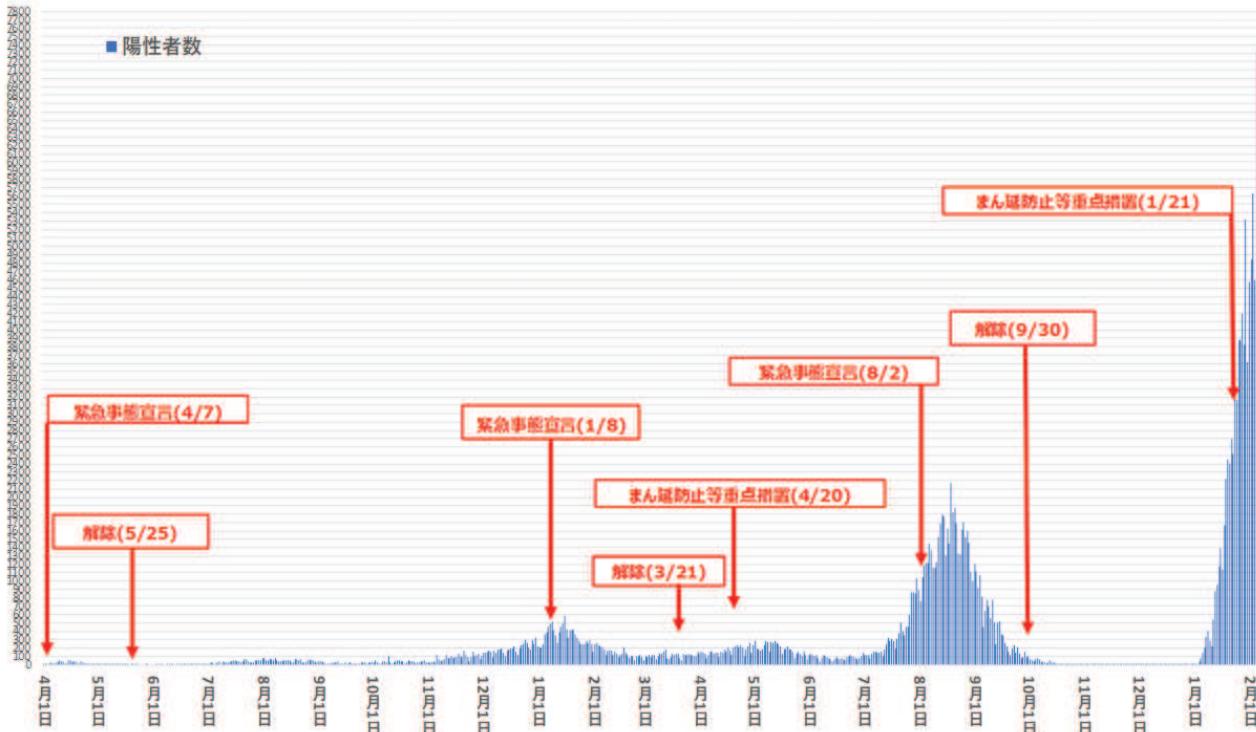
各保健所は、感染者に対する積極的疫学調査を行っていますが、疫学調査の実施が追い付かない状況や感染者への連絡も滞る事態が生じたことから、感染拡大に備え、保健所への過重な負担の軽減が求められます。

なお、令和3年1月には、県内でも変異株による感染が確認され、その後も次々に

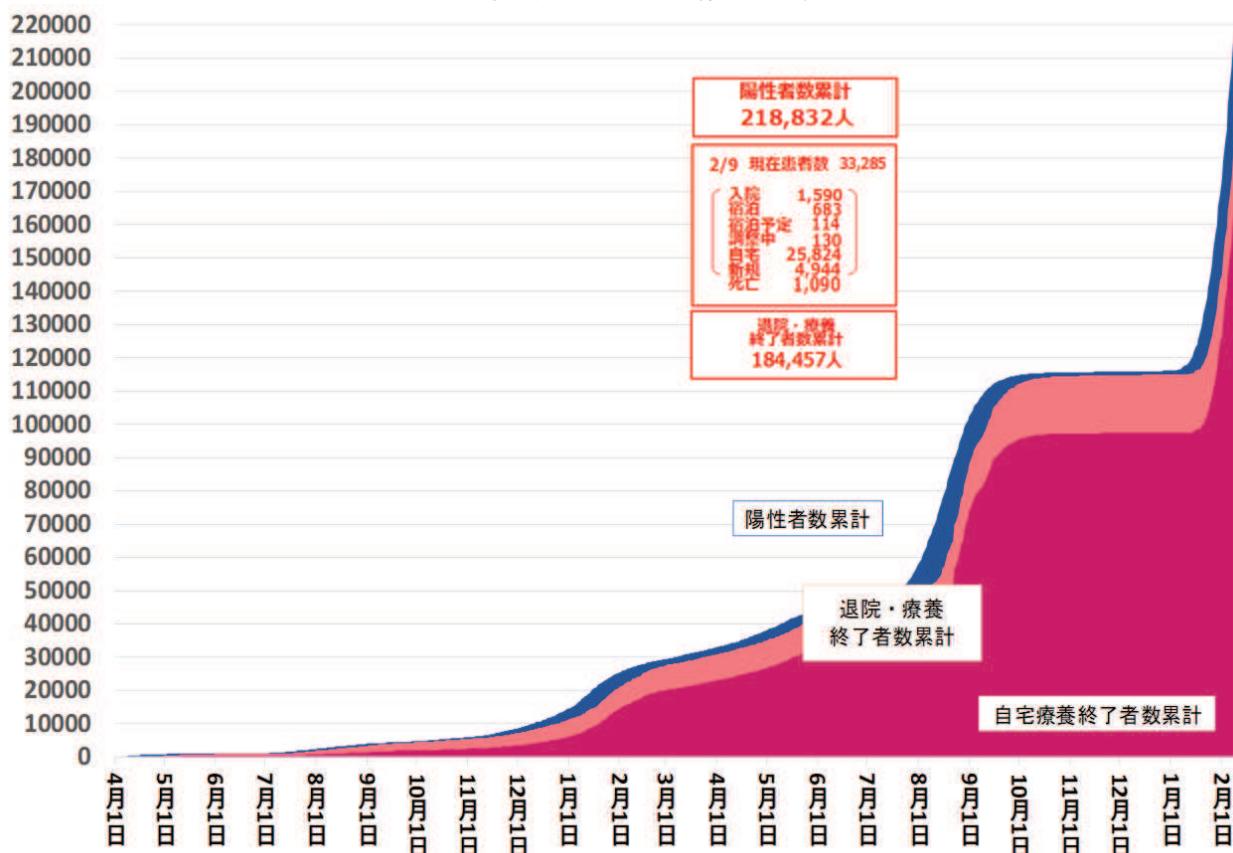
新たな変異株が確認され、以後、猛威を振るうなど、変化が著しい状況にあります。

今後も様々な状況に対応できるよう保健・医療提供体制を確保していく必要があります。

【図表3-1-7-1 陽性者数の推移（日別）】



【図表3-1-7-2 陽性者数と退院・療養終了者数の推移（累計）】



### 3 課題への対応

- (1) 発症から罹患後症状まで、県民が相談しやすく、診療・検査を受けやすい体制の整備を図り、県民の不安解消と早期の治療につなげていきます。
- (2) 衛生研究所による迅速な検体検査の実施と併せて、民間検査機関も含め、検査需要に対応できる検査能力を確保できるよう体制を構築します。
- (3) 感染症専門医や感染管理認定看護師が配置されていない医療機関に対して、感染症対策に精通した感染症専門人材を育成・確保します。
- (4) ECMOや簡易陰圧装置など新型コロナウィルス感染症に備えた医療機器の整備支援や感染防護具の確保・備蓄を確実に行います。
- (5) 患者推計に基づき、必要となる病床数の確保や一般医療との両立を図る体制を平時から構築するとともに、宿泊療養施設の確保を図ります。
- (6) 宿泊・自宅療養者が安心して過ごせる仕組みを構築します。
- (7) 県民に対する正確な感染防止対策等の情報提供をし、感染防止の普及・啓発を図ります。
- (8) 医療機関や社会福祉施設などでの大規模なクラスター発生を防ぐため、平時からの感染防止対策を支援します。
- (9) 市町村のワクチン接種を支援します。
- (10) 保健所が積極的疫学調査に注力できるよう業務の負担軽減を図ります。

なお、国では、令和6年度から開始する第8次医療計画において、新型コロナウィルス感染症を踏まえた対応を「新興感染症等の感染拡大時における医療」として位置付ける予定です。

本県においても、次期計画策定に向け、国の動向を注視していきます。

### 4 主な取組

- (1) 「県民サポートセンター」、「受診・相談センター」及び「診療・検査医療機関検索システム」などによる相談体制等の確保
- (2) 診療・検査医療機関での受診体制等の確保
- (3) 衛生研究所の体制整備
- (4) 衛生研究所と民間検査機関も含めた検査体制の構築
- (5) 感染症専門医や感染管理認定看護師が配置されていない医療機関に対する感染症専門人材の育成・確保
- (6) 新型コロナウィルス感染症に備えた医療機器の整備支援や感染防護具の確保・備蓄
- (7) 感染者急増時を見据えた病床・宿泊療養施設の確保
- (8) かかりつけ医や宿泊・自宅療養者支援センターによる療養者の医療体制の強化

- (9) 県民に対する感染防止の普及・啓発の実施
- (10) 医療機関や社会福祉施設などでの大規模クラスターに備えた対策の支援
- (11) 市町村のワクチン接種の支援
- (12) 保健所の体制強化

## 5 指標

### ■ 感染症専門研修受講者数

目標値 全病院数※

(令和5年度) ※令和3年度時点：343人

## **第2章 事業ごとの医療提供体制の整備**

## 第1節 救急医療

### 1 目指すべき姿

救急医療資源に限りがある中で、県民の誰もが適切な救急医療を受けられるよう、地域の医療機関が連携し、質の高い効果的な救急医療体制を確保します。

病院前救護活動を適切に実施できる体制や、重症度・緊急性に応じた医療を提供できる体制、救急医療機関等から療養の場へ円滑に移行できる体制を構築します。

### 2 現状と課題

#### (1) 救急医療を取り巻く状況

本県の一日の推計患者数は、入院で約51,1千人、外来で約339千人となっています。

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

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

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

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

#### (2) 救急医療の提供体制（初期～第三次）

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

初期救急は、入院を必要としない軽症の救急患者に対応するものです。市町村が、休日夜間急患センター、在宅当番医、休日歯科診療所及び在宅歯科当番医により整備しています。

初期救急は、平日夜間や休日の診療体制に未整備の時間帯がある状況です。

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

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

県では、搬送困難事案を削減するため、第二次救急医療機関の中から搬送困難事

案受入医療機関を指定しています。しかしながら、住所不定者や酩酊者、無保険者、独居者などが搬送困難事案になりやすいため、搬送困難事案受入医療機関の負担感が強まっています。

また、休日に耳鼻咽喉科を救急で受診する場合、受け入れる医療機関が少なく受診先を探すことが困難な状況にあるため、県では耳鼻咽喉科の輪番体制を整備しています。

第三次救急は、生命の危機が切迫している重篤患者に対応するもので、県が救命救急センターを整備しています。

救命救急センターの整備に当たっては、救急医療圏単位で一定の人口規模を目安にしつつも、地理的空白地帯を埋め、適切な治療を提供できるようにする必要があります。

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

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

また、第二次や第三次の救急医療機関に搬送された患者が救急病床を長期間使用し、新たな救急患者を受け入れることが困難になる現状があるため、急性期を脱した患者が救急医療機関から症状に応じた適切な医療機関や介護施設等へ転院できる体制を構築することが求められています。

さらに、精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の救急要請では、医療機関の選定に時間がかかる多いため、精神科医療機関と救急医療機関の連携を強化し、円滑な受入体制を構築することが必要です。

加えて、循環器病は急激に発症し、数分から数時間で生命に関わる重大な事態に陥ることも多く、発症後早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性があることから、既に整備されている急性期脳梗塞治療のネットワークに加え、急性心血管疾患についても、より迅速な医療を提供できる体制を強化していく必要があります。

### (3) 病院前救護

救急救命士は、生命が危険な状態にある傷病者に対し、医療機関に搬送されるまでの間、医師の指示の下に心肺蘇生（静脈路確保、気管挿管、薬剤投与等）などの救急救命処置を行うことができ、救命率の向上に大きな役割を果たすことから、救急救命士の確保及び技術・質の向上を図る必要があります。

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

救急患者の搬送は主として市町村の救急隊により実施されています。救急患者に対する迅速かつ的確な医療の提供が必要ですが、医療機関への受入れに時間がかかるケースが多く課題となっています。このため、医療機関の受入体制の充実が必要です。また、救急搬送体制及びメディカルコントロール体制の充実・強化も必要です。

医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することにより、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図ることを目的として、ドクターへリを埼玉医科大学総合医療センター（川越市）に配備しています。また、防災ヘリコプターによるドクターへリ専用機の補完運航も行っています。

さらに、東西の救命救急センターに、24時間365日体制のドクターカー広域運行拠点の整備を進め、ドクターへリが運航できない夜間や天候不良時などにおいても、重篤な救急患者に対して迅速な医療を提供しています。

救急車による搬送において、不要不急の搬送件数が増加しています。本来の救急患者への医療を確保するため、救急車の適正利用が求められています。

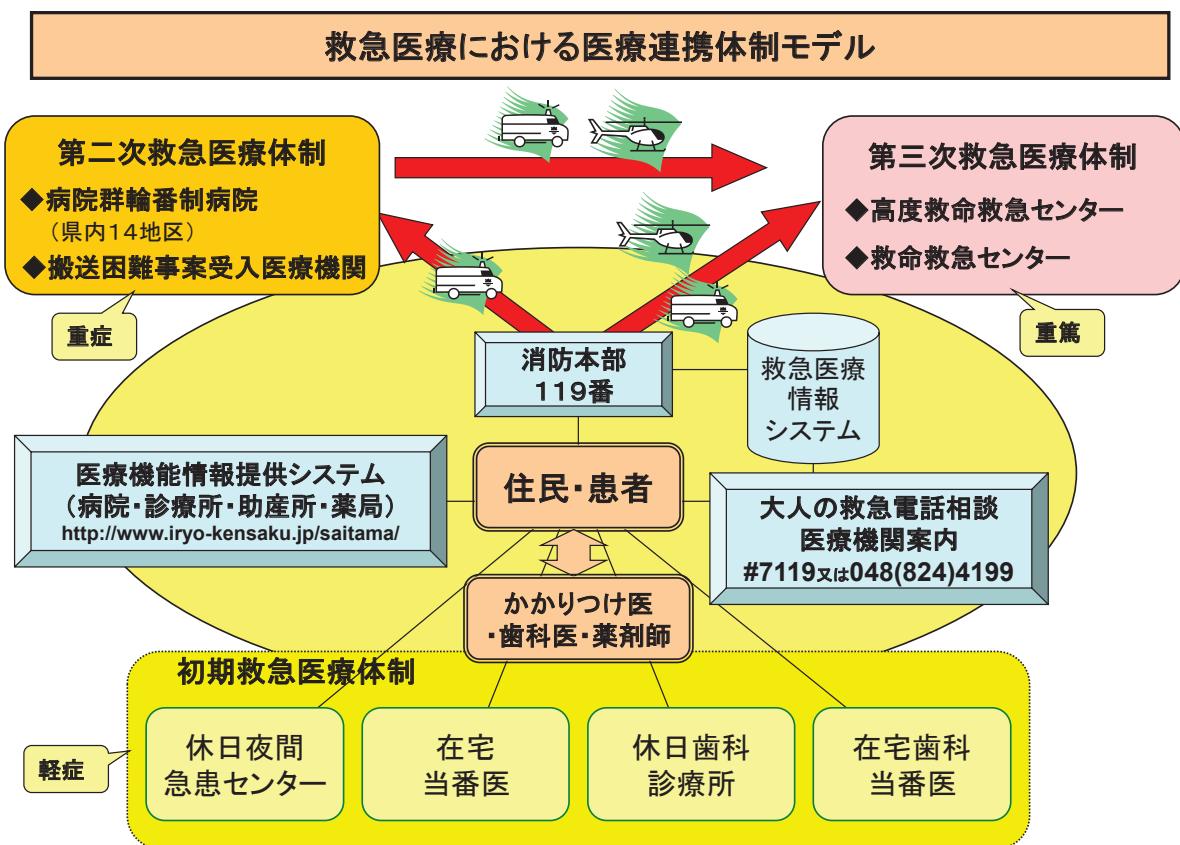
そこで、急な病気やけがに対する県民の不安解消や軽症患者の集中による救急医療機関の負担軽減を目的として、救急電話相談や医療機関案内を24時間365日実施しており、併せてAED救急相談を運用しています。大人の救急電話相談では約7割が当日の受診が不要な相談であり、不要不急な受診の抑制に効果が出ています。

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

### 3 課題への対応

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

【図表3-2-1-1 救急医療における医療連携体制モデル】



#### 4 主な取組

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

## 5 指標

■ 救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間

現状値 43.6分 → 目標値 39.4分  
(平成28年) (平成35年)

■ 重症救急搬送患者の医療機関への受入照会が4回以上となってしまう割合

現状値 4.1% → 目標値 2.7%  
(平成28年速報値) (平成35年)

■ 救急電話相談（大人）の相談件数

現状値 33,386件 → 目標値 118,000件  
(平成28年度) (平成35年度)

## 第2節 災害時医療

### 1 目指すべき姿

大規模災害が発生した場合には、限られた医療資源を最大限活用し、発災後の時間経過に応じた適切な医療を提供します。

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

### 2 現状と課題

#### (1) 災害時医療体制の整備

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

本県では22の災害拠点病院を指定していますが、人口当たりの災害拠点病院の数が全国平均を下回っており、災害拠点病院がない二次保健医療圏もあります。

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

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

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

#### (2) 災害発生時の対応

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

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

県内で大規模な災害等が発生した場合に、被災者及びその支援者に対して適切な精神科医療や精神保健活動による支援を提供することが必要です。

#### (3) 平時の備え

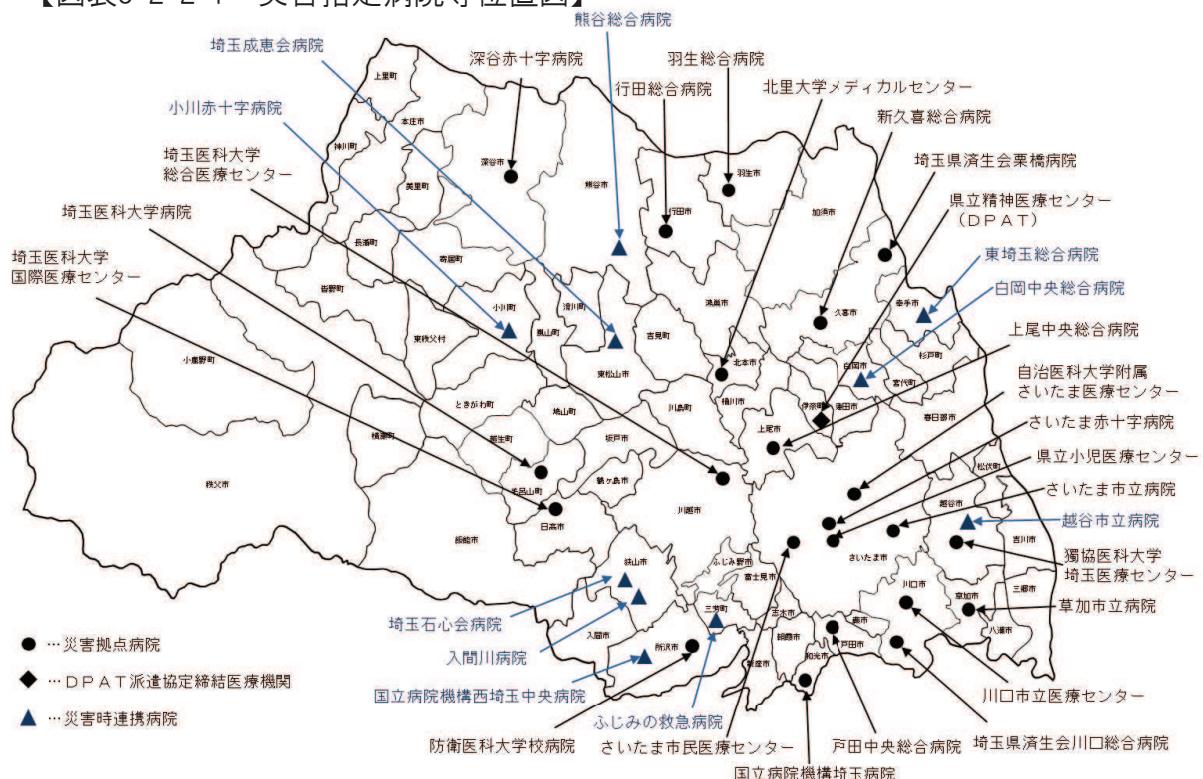
災害時に必要となる医薬品などを防災基地などで備蓄するとともに、医薬品卸売業者などにランニング備蓄を委託することにより、災害用医薬品などの確保を図つ

ています。

災害時に迅速な医療救護活動を行うためには、消防、警察などの関係機関と医療機関・DMA Tなどの医療救護班が連携することが大切です。本県では、消防、防災航空隊と埼玉DMA Tとが連携して活動する埼玉SMART（埼玉県特別機動援助隊）を組織し、災害現場を想定した研修や訓練を実施しています。

災害拠点病院はもとより、それ以外の医療機関においても、被災後早期に診療機能を回復できるよう、事業継続計画（BCP）の策定や施設の耐震化など、平時からの備えに取り組む必要があります。

【図表3-2-2-1 災害指定病院等位置図】

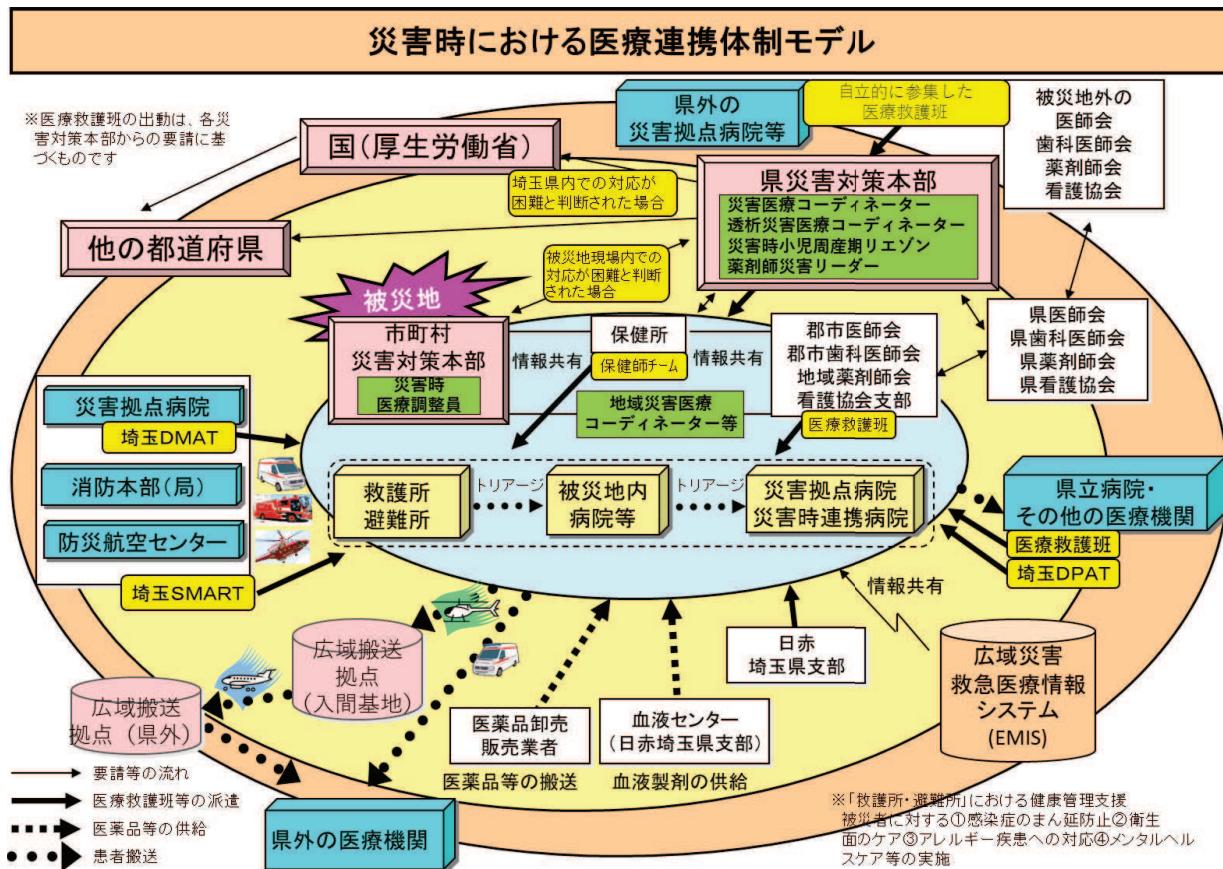


### 3 課題への対応

- (1) 具体的な被災想定を踏まえた医療救護活動計画に基づき、医療救護班だけでなく関係機関と連携した訓練を実施します。
- (2) 災害時においても十分機能を発揮するためBCPを備えた災害時医療の拠点となる医療機関を整備するとともに、災害時医療を担う医療従事者の養成に取り組んでいきます。
- (3) 災害時医療のコーディネート体制を整備して、県の内外から参集した医療救護班等の配置調整や情報提供等の円滑化・効率化を図ります。
- (4) 災害時に必要となる医薬品などを確保し、供給するため、備蓄・調達体制や救護所等への医薬品供給を調整する体制の整備を図ります。
- (5) 保健所において発災後の時間経過に応じた適切かつ切れ目のない保健医療活動を実施できる体制を整備します。

(6) 災害時における精神科医療や精神保健活動による支援を提供できるよう体制を整備します。

【図表3-2-2-2 災害時における医療連携体制モデル】



【図表3-2-2-3 DMATの活動（訓練）】



#### 4 主な取組

- (1) 地域ごとの配置状況を踏まえた災害拠点病院や災害時連携病院、DMAT指定医療機関の整備
- (2) 災害時医療を担う人材を養成するための研修体制の充実
- (3) 医療機関同士はもとより消防、医薬品卸業協会など関係機関との連携強化と訓練の実施

- (4) 災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾンなど、災害時医療のコーディネート機能を担う体制の整備
- (5) 災害用医薬品などの備蓄・調達体制の整備、薬剤師災害リーダーの養成
- (6) 災害時における保健師を中心とする保健衛生活動体制の整備
- (7) BCP未策定病院に対するノウハウの提供などの策定支援
- (8) 埼玉県災害派遣精神医療チーム（DPAT）体制の整備
- (9) 災害時に精神科医療を提供できる体制の整備（災害拠点精神科病院の指定等）

## 5 指標

### ■ 埼玉DMATのチーム数

現状値 32隊 → 目標値 60隊以上  
(平成28年度) (平成35年度)

### ■ 医療チーム等の受入れを想定した、地域ごとのコーディネート機能の確認を行う災害訓練の年間実施回数

現状値 0回 → 目標値 10回（保健医療圏ごとに1回）  
(平成28年度) (平成35年度)

### ■ 災害時連携病院の指定数

目標値 20病院  
(令和5年度)

### ■ 薬剤師災害リーダーの養成人数

現状値 0人 → 目標値 124人以上  
(令和2年度) (令和5年度)

## 第3節 周産期医療

### 1 目指すべき姿

誰もが安心して子供を産み育てることができる環境づくりを推進するため、将来を見据え、限られた医療資源を有効に活かしながら、身近な場所での出産から高度で専門的な医療まで、分娩のリスクに応じた安全な医療を継続的に提供することができる周産期医療体制を整備します。

### 2 現状と課題

#### (1) ハイリスク出産への対応

出生数は減少していますが、ハイリスク出産の割合は高い水準にあります。

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

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

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

これらの課題を解決するため、引き続きハイリスク出産に対応した周産期医療体制の充実に努めるとともに、近隣都県との連携体制の構築、NICU入院児が早期に退院できる環境整備等に取り組む必要があります。

#### (2) 継続的な周産期医療体制の確保

出生数千人当たりで比較すると、分娩取扱施設における常勤産婦人科医数（平成26年（2014年））は、全国平均8.6人に対して本県は約6.4人、新生児専門医数（平成29年（2017年）2月）は全国平均約0.7人に対して本県は約0.5人と、いずれも全国平均を大きく下回っています。このため、周産期医療に従事する医師の負担は非常に大きく、医師の確保・育成に加え、医師の負担軽減策が必要です。

平成14年（2002年）に129か所あった本県の分娩取扱医療機関数は平成29年（2017年）には92か所まで減少しました。また、平成14年（2002年）の出生場所の割合は診療所が48.0%、病院が50.6%でしたが、平成27年（2015年）は診療所が42.4%、病院が56.8%となりました。

一方、分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医数の推移は1.9人（平成20年（2008年））から2.2人（平成26年（2014年））と、1～2名の医師による診療体制には大きな変化がない一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医数は5.1人（平成20年（2008年））から6.9人（平成26年（2014年））と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられます。

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

このほか、周産期メンタルヘルス等の課題にも取り組む必要があります。

### (3) 災害時における周産期医療体制の整備

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

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

## 3 課題への対応

### (1) ハイリスク出産への対応

周産期医療体制の充実・連携強化を図ります。

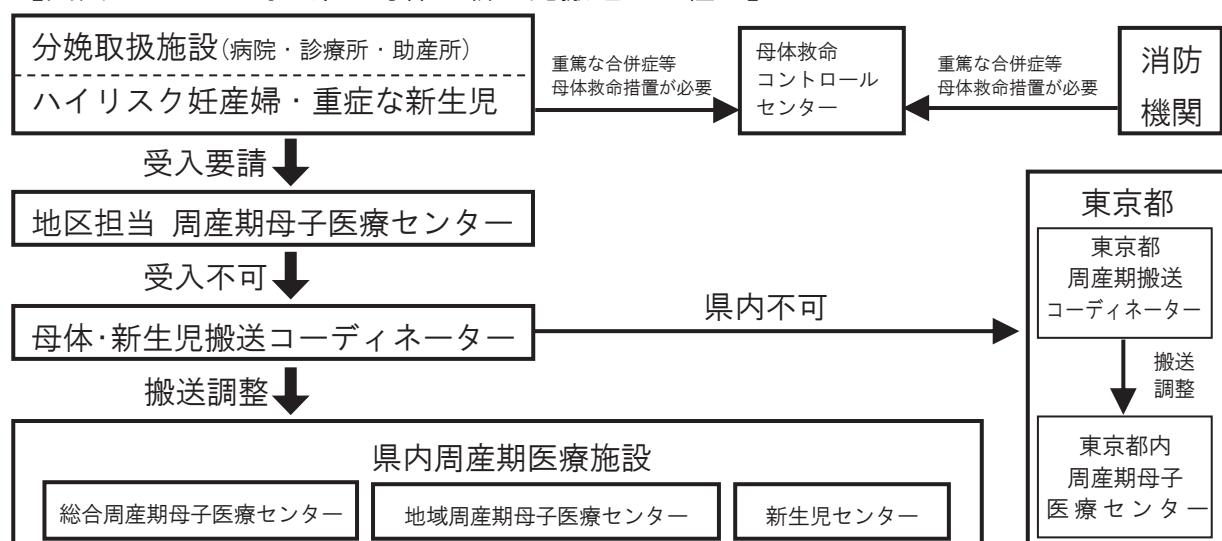
### (2) 継続的な周産期医療体制の確保

医療人材の確保、医師の負担軽減等を図ります。

### (3) 災害時における周産期医療体制の整備

災害時における周産期医療ネットワークを構築します。

【図表3-2-3-1 埼玉県の母体・新生児搬送の仕組み】



## 4 主な取組

- (1) ハイリスク出産への対応
  - ア 救命措置が必要な妊娠婦の受入体制の確保
  - イ ハイリスク妊娠又は新生児の搬送調整体制の確保
  - ウ 近隣都県との連携体制の構築
  - エ 周産期母子医療センターの整備、運営支援等による周産期医療体制の充実
  - オ ICTを活用した分娩取扱施設に対する支援
  - カ 小児在宅医療の推進
- (2) 継続的な周産期医療体制の確保
  - ア 周産期医療に携わる医療人材の確保・育成
  - イ 助産師、看護師の職能向上による医師の負担軽減
  - ウ 分娩取扱施設に対する支援
  - エ 産科医と精神科医の連携体制の構築
- (3) 災害時における周産期医療体制の整備
  - ア 災害時小児周産期リエゾンの配置
  - イ 災害時における周産期医療ネットワークの構築
  - ウ 近隣都県との連携体制の構築（再掲）

## 5 指標

■ 県外への母体搬送数（妊娠6か月以降）

現状値 143人 → 目標値 70人  
 （平成28年） （平成35年）

■ 県内の出生数に対する分娩取扱数の割合

現状値 95% → 目標値 95%  
 （平成28年） （平成35年）

■ 地域における災害時小児周産期リエゾン（医師）の養成人数

現状値 15人 → 目標値 27人  
 （令和2年度） （令和5年度）

## 第4節 小児医療

### 1 目指すべき姿

身近な地域で夜間・休日に初期救急医療を受けられる体制の充実を図り、症状の重い小児患者には迅速かつ適切な救命処置を行うため、小児救命救急センターをはじめとした受入体制を強化します。

子供の急な病気やけがに対する保護者の不安に対応し、救急医療機関の負担を軽減するため、小児救急電話相談を充実させ、医療機関の適正受診を推進します。

### 2 現状と課題

#### (1) 小児救急医療を取り巻く状況

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

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

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

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

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

#### (2) 小児救急医療の提供体制（初期～第三次）

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

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

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

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

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

県内のどこに住んでいても、必要なときに小児救急医療を受けられる体制が確保されていることが必要です。しかし、夜間や休日も含めた小児救急患者に対応でき

る第二次救急医療圏の割合は、平成29年度(2017年度)当初で86%であり、依然として全ての曜日に対応できない医療圏があります。休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分にない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。

また、地域の医療機関では対応困難な小児重症救急患者を受け入れられるよう、小児救命救急医療体制を強化するため、県内に2か所、小児救命救急センターを整備しました。

さらに、搬送困難事案を削減するため、小児に特化した搬送困難事案受入医療機関を指定しています。

このほか、医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することにより、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図ることを目的とするドクターヘリの配備に加え、ドクターカーの整備も進めています。

一方、夜間や休日に、軽症であっても小児科のある救急病院を受診するケースが増加し、小児救急病院の負担が増大しています。

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

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

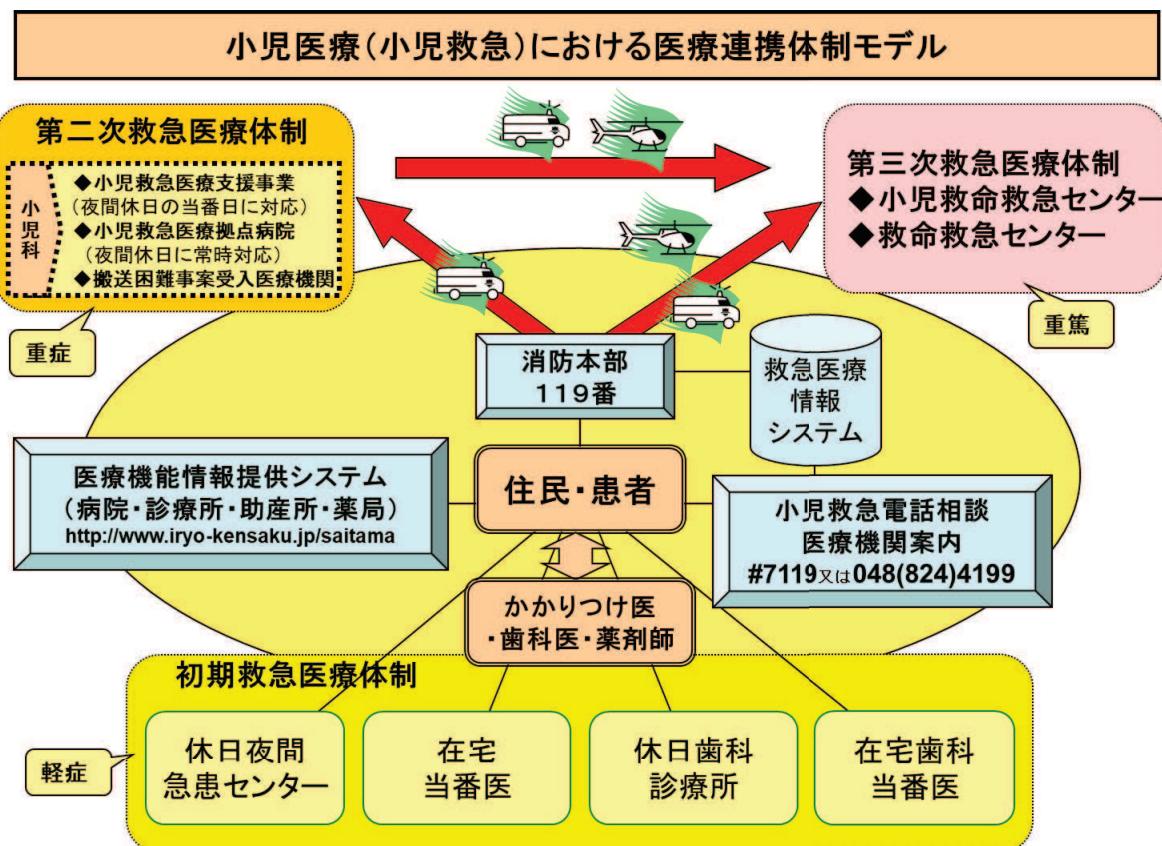
保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進し、小児救急病院への軽症患者の集中を緩和する必要があります。

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

### 3 課題への対応

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

【図表3-2-4-1 小児医療（小児救急）における医療連携体制モデル】



#### 4 主な取組

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

#### 5 指標

■ 小児救急搬送で4回以上の受入照会を行った割合

現状値 3.4% → 目標値 2%

(平成27年) (平成35年)

■ 夜間や休日も小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合

現状値 86% → 目標値 100%

(平成29年4月) (平成36年4月)

■ 小児救急電話相談の相談件数

現状値 70,759件 → 目標値 140,000件

(平成28年度) (平成35年度)

## **第5節 へき地医療**

### **1 目指すべき姿**

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

### **2 現状と課題**

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

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

### **3 課題への対応**

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

### **4 主な取組**

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

## **第3章 在宅医療の推進**

## 第1節 在宅医療の推進

### 1 目指すべき姿

在宅医療は、最期まで住み慣れた自宅等で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムに不可欠な構成要素です。

在宅での療養を希望する患者が住み慣れた地域で必要な医療を受けるため、(1)在宅療養に向けた入退院支援、(2)日常の療養生活の支援、(3)急変時の対応、(4)患者が望む場所での看取りを目指し、地域における医療や介護の多職種連携を図りながら24時間体制で在宅医療が提供される体制を構築します。

### 2 現状と課題

悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるという疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しています。そのため、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る人が今後も増加していくことが見込まれます。

平成29年（2017年）における65歳以上の県内高齢者人口は183万人（町（丁）字別人口（平成29年1月1日現在））ですが、平成52年（2040年）には約220万人（国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」）となり、同年の75歳以上の人口割合は、現在の11.1%から18.2%に増加します。

また、65歳以上の高齢者のいる世帯の約6割が独居又は夫婦のみの世帯であり、今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供のあり方を検討することが重要です。

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

#### (1) 入退院支援

在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割が期待されています。最近は何らかの医療処置を必要とする在宅療養患者が増加してきたことから、医療の継続性を確保するとともに、入退院に伴って新たに生じる心理的・社会的问题の予防や対応のための退院後の生活を見据えた支援が必要です。日頃から、患者本人や家族に急な入院に備えた準備を促すとともに、入院前・入院初期から入院医

療機関と在宅療養に関する医療・介護従事者が情報を共有し、円滑な在宅療養に向けた支援を行うことが必要です。こうした情報共有等のルールを定めた入退院支援ルールを地域の実情に応じて策定していくことが求められます。

## (2) 日常の療養生活の支援

訪問診療を実施する医療機関は平成29年（2017年）3月末現在、766か所です。公益社団法人日本医師会の「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」によると、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、診療所の約7割が24時間対応の困難さを挙げています。

在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められています。

訪問看護利用者数、訪問看護ステーション数、訪問看護ステーションに従事する看護職員数のいずれも増加傾向にありますが、今後さらに医療・介護需要の大幅な増加が見込まれます。このため、医療依存度の高い患者やターミナルケア、24時間対応など様々なニーズに対応できるよう、訪問看護を担う人材の確保や育成、安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を強化することが必要です。

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促進が求められています。

地域において薬局は、他の医療機関や介護療養施設等との連携体制を構築した上で、様々な療養の場を移行する患者の服薬情報等を一元的・継続的に管理し、質の高い薬物療法（薬剤管理）を提供していくことが求められています。

患者が安心して質の高い在宅医療を受けられるよう、多職種協働による包括的かつ継続的な医療を提供することが必要です。このため、地域における病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅（地域密着型）サービス事業所などの連携体制の構築が必要です。

## (3) 急変時の対応

急変時の対応に関する患者の不安や家族の負担への懸念がある中で、こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題となっています。

そのため、往診や訪問看護の対応が可能な連携体制、緊急時に円滑に入院できる病床の確保といった後方支援体制の構築が求められます。

## (4) 在宅での看取り

患者や家族のQOL（生活の質）の維持・向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、人生の最終段階における医療やケアについて、患者本人が意思決定できる体制を整え、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められています。

高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える人が増加していることから、介護施設等による看取りを支援していくことが求められます。

### 3 課題への対応

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

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

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

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

また、多職種のチームによる医療において、多職種間での情報共有をより円滑に進めていくため、ＩＣＴによる医療・介護連携ネットワークシステムの普及・拡大を図っていきます。

さらに、在宅で療養する患者に対し、訪問看護師等のサポートを得るなど効果的なオンライン診療を推進していきます。

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

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

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

- (5) 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、人生の最終段階における医療やケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）を普及・啓発し、患者本人が意思決定できる体制を整えます。また、人生の最終段階における医療の提供や在宅での看取り体制の構築を図ります。

- (6) 訪問看護師の確保や、医療依存度の高い患者やターミナルケアに対応できる質の

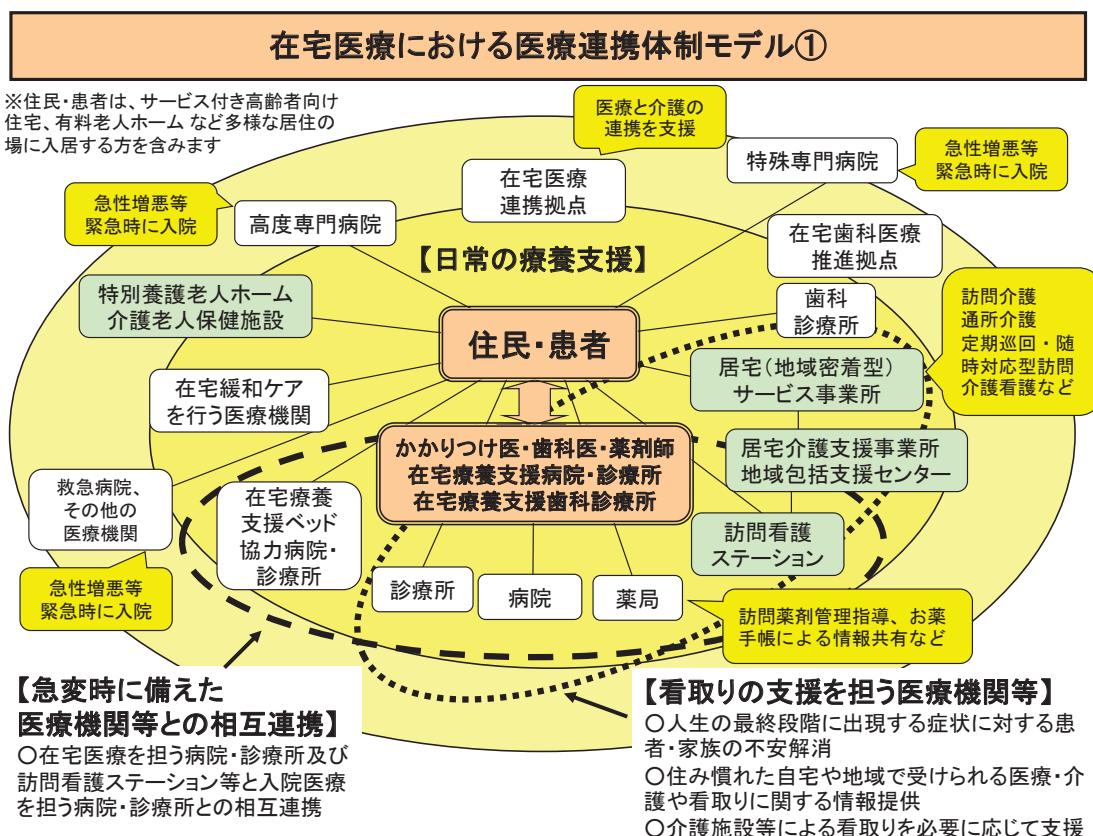
高い訪問看護師の育成を促進します。

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

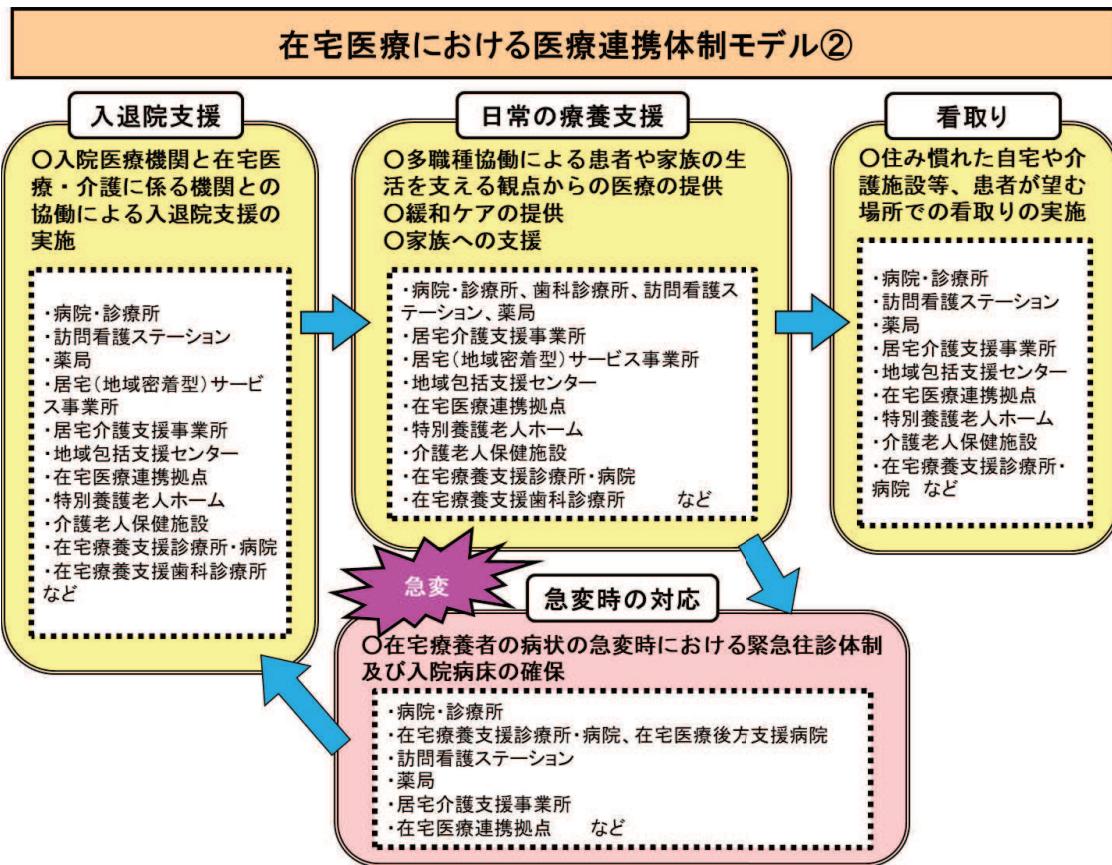
併せて、医療・介護の多職種と連携しながら、口腔内と全身の健康状態の改善を通して在宅療養患者のQOL（生活の質）の向上を図っていきます。

- (8) がん患者等に専門的な薬物療法を提供できる高度薬学管理機能を有する薬局や地域の医療機関や介護療養施設などと連携して一元的・継続的な薬物療法（薬剤管理）を行う薬局を支援し、緩和ケアや残薬管理等に対応できる薬剤師の育成を図ります。

【図表3-3-1-1 在宅医療における医療連携体制モデル①】



【図表3-3-1-2 在宅医療における医療連携体制モデル②】



#### 4 主な取組

- (1) 地域において在宅療養を支援する連携体制の構築
- (2) 患者を支える多職種連携システムの確立
- (3) 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
- (4) 在宅医療に関わる医療・介護人材の育成
- (5) 在宅医療連携拠点に対する広域的な支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援
- (6) 患者本人の意思決定を支援するための情報提供や普及・啓発
- (7) 人生の最終段階における医療提供体制の整備
- (8) 在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成
- (9) 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
- (10) 地域の医療機関や介護療養施設などと連携して一元的・継続的な薬物療法（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

## 5 指標

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

現状値	中間目標値	目標値
766か所 (平成28年度)	930か所 (平成32年度)	1,075か所 (平成35年度)

- 入退院支援ルール作成済み市町村数

現状値 26市町村 → 目標値63市町村  
(令和2年度) (令和5年度)

- 訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数

現状値	中間目標値	目標値
2,133人 (平成28年末)	2,280人 (令和2年末)	3,414人 (令和4年末)

- 地域連携薬局の認定数

目標値 500薬局  
(令和5年度)

- 在宅歯科医療実施登録機関数（再掲）

現状値	中間目標値	目標値
782医療機関 (平成28年度)	1,080医療機関 (平成32年度)	1,200医療機関 (平成35年度)



## **第4章 医療従事者等の確保**

## 第1節 医療従事者等の確保

### 1 目指すべき姿

医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員（ケアマネジャー）等の保健医療福祉従事者は、医療の高度化・専門化や異次元の高齢化などを背景に、求められるニーズに対応していく医療・介護サービス提供体制の根幹を成すものとなります。

医師の地域的な偏在や診療科間の偏在の解消を含めた保健医療福祉人材の確保を目指します。さらに保健医療福祉従事者の質の向上や各々が持つ力を最大限に発揮できる環境整備を推進していくことで、地域において県民に安心・安全で価値の高い医療・介護サービスが提供されることを目指します。

### 2 現状と課題

医療の高度化・専門化に伴い、より質の高い、多様なサービスが保健医療従事者に求められています。

急速な高齢社会への対応等により、保健・医療・福祉サービスの需要の増大が見込まれます。保健医療福祉従事者として、幅広く、多様な分野に対応できる人材の確保が必要となっています。

#### (1) 医師

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

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

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

また、医師の都市部への集中などによる地域偏在や、産科、小児科、救急等を担当する医師が少ないなどの診療科偏在への対応も課題となっています。

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

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

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

【図表3-4-1-1 医師数の推移】

(単位：人)

年次	実人員	人口十万人対医師数	
		埼玉県	全国
平成18年	10,016	141.6	217.5
26年	11,503	158.9	244.9
28年	12,172	167.0	251.7

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

## (2) 歯科医師

平成28年（2016年）12月末現在、県内の医療施設等で就業している歯科医師数は、5,293人であり、平成18年（2006年）の4,637人）と比べ656人、14.1%増加しています。

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

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

高齢社会の一層の進展にあって、健康寿命の延伸のために、口腔の健康維持による生活習慣病、認知症の予防を含めた計画的な歯科医学的管理や療養上必要な指導・支援を行う「かかりつけ歯科医」の機能充実が求められています。

また、要介護状態であっても適切な歯科医療が受けられるよう、在宅歯科医療をはじめとする多様な歯科保健医療サービスに対するニーズに対応していく必要があります。

患者のQOL（生活の質）の確保など県民に対する保健医療サービスの向上を図るため、地域ケア会議等に歯科医師、歯科衛生士が参画するなど、保健・医療に関する関係職種と歯科との連携・協働が不可欠です。

【図表3-4-1-2 歯科医師数の推移】

(単位：人)

年次	実人員	人口十万人対歯科医師数	
		埼玉県	全国
平成18年	4,637	65.6	76.1
26年	5,177	71.5	81.8
28年	5,293	72.6	82.4

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

## (3) 薬剤師

平成28年（2016年）12月末現在、県内の医療施設等で就業している薬剤師数は、15,100人であり、平成18年（2006年）の11,742人と比べ3,358人、28.6%増加しています。

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

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

【図表3-4-1-3 薬剤師数の推移】

(単位：人)

年次	実人員	人口十万人対薬剤師数	
		埼玉県	全国
平成18年	11,742	166.1	197.6
26年	14,190	196.0	226.7
28年	15,100	207.2	237.4

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

## (4) 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

平成28年（2016年）12月末現在、県内の医療施設等で就業している看護職員数は、64,491人（保健師2,067人、助産師1,573人、看護師46,416人、准看護師14,435人）であり、平成18年（2006年）の46,852人と比べ17,639人、37.6%増加しています。

医療・介護需要の大幅な増加が見込まれる平成37年（2025年）に向けて、養成のみならず、少子化や人口減少を踏まえた離職防止・定着促進、再就業支援を軸とした総合的な看護職員確保対策を強化していく必要があります。

様々なライフステージで働き続けられるよう勤務環境改善の促進や、ナースセンターを活用した復職支援なども含めた、将来を見据えた県民の医療ニーズに対応できる人材の確保（人材の提供体制の整備）を推し進めていかなければなりません。

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

また、今後の在宅医療のニーズの増加への対応として、訪問看護を担う人材の確

保・定着や育成を強化していく必要があります。

【図表3-4-1-4 看護職員就業者数の推移①】

(単位：人)

年次	実人員				
	保健師	助産師	看護師	准看護師	総計
平成18年	1, 505	1, 008	28, 822	15, 517	46, 852
26年	1, 878	1, 412	41, 184	14, 232	58, 706
28年	2, 067	1, 573	46, 416	14, 435	64, 491

資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

【図表3-4-1-5 看護職員就業者数の推移②】

(単位：人)

年次	人口十万人対就業者数（埼玉県）				
	保健師	助産師	看護師	准看護師	総計
平成18年	21.3	14.3	407.6	219.4	662.6
26年	25.9	19.5	568.9	196.6	811.0
28年	28.4	21.6	636.8	198.0	884.8
全国順位 (平成28年)	44位	46位	47位	40位	46位

(単位：人)

年次	人口十万人対就業者数（全国）				
	保健師	助産師	看護師	准看護師	総計
平成18年	31.5	20.2	635.5	299.1	986.2
26年	38.1	26.7	855.2	267.7	1187.7
28年	40.4	28.2	905.5	254.6	1228.6

※職種ごとの数値は四捨五入しているため、「総計」に合わない場合がある。

資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

ただし「総計」については埼玉県医療人材課調べ

## (5) 介護支援専門員（ケアマネジャー）

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

高齢化の進展に伴い、介護を必要とする高齢者が増加し、必要となる介護支援専門員の数は、ますます増加するものと見込まれます。

適切な介護サービスの調整が行われるよう、介護支援専門員の資質の向上が求められています。

### 3 課題への対応

#### (1) 医師

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

#### (2) 歯科医師

予防と治療が一体となった歯科保健医療サービス提供のための総合的な対策を実施し、「かかりつけ歯科医」としての知識と技術を有する歯科医師の育成を促進していきます。また、歯科チームとしてより高度な知識と技術を有する歯科衛生士の育成・確保を促進します。

#### (3) 薬剤師

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

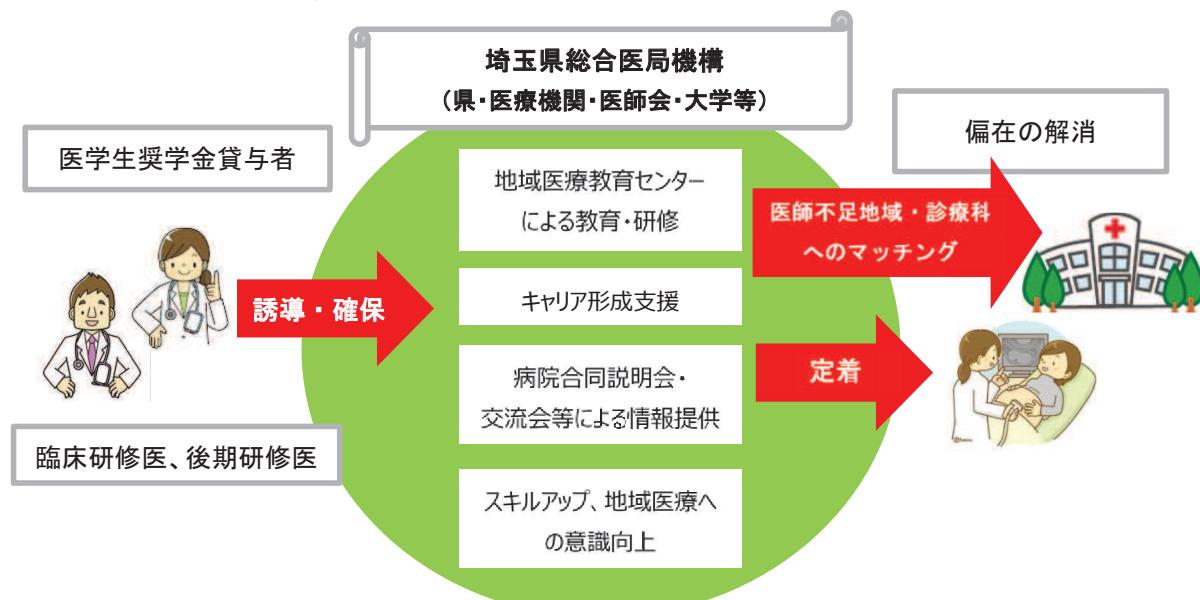
#### (4) 看護職員

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

#### (5) 介護支援専門員（ケアマネジャー）

多様化するニーズに対応するため介護支援専門員の資質の向上を図ります。

【図表3-4-1-6 医師確保の取組】



## 4 主な取組

### (1) 医師

#### ア 埼玉県総合医局機構による一元的な医師確保対策の推進

県、県医師会、大学、県内医療機関など地域の医療関係機関で構成する埼玉県総合医局機構が、医師の確保や医師の地域偏在・診療科偏在の解消などに取り組むコントロールタワーとして、医師確保対策を一元的に実施していきます。

#### イ 医師の地域偏在・診療科偏在の解消

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

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

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

#### ウ 奨学金貸与者等若手医師に対するキャリア形成支援

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

#### エ 臨床研修医及び後期研修医の誘導・定着策の推進

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

#### オ 地域医療教育センターによる教育研修環境の向上

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

【図表3-4-1-1 地域医療教育センター】



力 病院勤務医等の負担軽減

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

キ 女性医師に対する就業支援策の推進

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

(2) 歯科医師

ア 医科歯科連携の推進

歯科の立場から生活習慣病、認知症の予防・改善を図るため医科歯科連携の強化を促進し、歯科衛生士の資質向上にも努めます。

イ 地域における多職種連携の推進

地域ケア会議への参画等をはじめ、地域包括ケアにおける多職種連携の中で歯科専門職としての知識を活かしながら患者・家族をサポートしていく体制を構築していきます。

(3) 薬剤師

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

(4) 看護職員

ア 看護職員の養成

看護師等養成所教員の資質向上による看護基礎教育の強化や、看護師等養成所の運営支援、看護学生に対する育英奨学金の貸与等を行うことにより、県内の看護職員の確保・定着を促進していきます。

イ 看護職員の離職防止・定着促進

新人看護職員が臨床実践能力を獲得するための研修及び支援体制の強化、病院内保育所の運営支援や働きやすい職場づくり支援等を行うことにより、早期離職防止や就労環境改善による定着、離職防止を促進していきます。

ウ 看護職員の再就業支援

ナースセンターを拠点とした職業紹介や再就業に必要な研修の充実を図ることにより、ライフイベント等のため離職した看護有資格者の再就業を支援していきます。

エ 看護職員の資質の向上

認定看護師資格取得や特定行為研修の受講支援、指導的役割を担う看護師を確保するために認定看護師の医療機関への派遣を行うなどにより、高度・専門的な医療提供に資する看護師の育成を図ります。

また、特定行為研修の体制の整備に関し、現状把握や課題抽出を踏まえ、特定

行為研修に係る支援事業の検討を行っていきます。

**オ 保健師の現任教育の充実と資質の向上**

職務経験に合わせた階層別の研修や健康福祉分野に係る課題を対象とした専門分野の研修により保健師の資質の向上を図ります。

**カ 在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成**

訪問看護ステーションにおける体験実習や、高度な医療に対応する訪問看護師を育成する訪問看護ステーションへの支援等を行うことにより、訪問看護師の確保・定着、資質向上を図ります。

**キ 助産師の活用の推進**

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

**(5) 介護支援専門員（ケアマネジャー）**

介護の専門的知識・技術や医療に関する知識などを習得する研修を実施し、多様なニーズに連携して対応できるよう資質の向上を図ります。

**(6) その他の保健医療福祉従事者**

地域の保健・医療・福祉を取り巻く状況の変化や多様化するニーズに的確に対応するため、研修等を実施することにより、従事者の資質向上を図ります。

【図表3-4-1-7 埼玉県が設立又は運営している医療従事者養成校】

公立大学法人 埼玉県立大学	入学定員：大学395人、大学院26人
<p>◇ 保健・医療・福祉分野の専門的な知識と技術を身に付け、リーダーとして活躍できる総合力を備えた人材育成を目指しています。また、大学院では学際的な知識と技術を総合的に駆使できる能力を身に付けた高度な専門職業人の育成を目指しています。平成11年4月に開学、平成22年4月に公立大学法人となり、教育・研究の一層の充実に取り組んでいます。</p> <p>◇ 看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、臨床検査技師、歯科衛生士など多くの卒業生が県内の医療機関等で活躍しています。</p>	

埼玉県立高等看護学院	入学定員：80人
<p>◇ 昭和49年4月に開設、昭和57年4月に南・北高等看護学院を設置の後、南高等看護学院の廃止に伴い、平成14年4月に北高等看護学院が名称変更されました。看護実践のための基礎的な知識・技術・態度を教授し、専門職業人として社会に貢献できる看護師を育成することを教育目的としています。</p> <p>◇ 県立病院をはじめ県内の医療機関等に多くの卒業生を輩出しています。</p>	

埼玉県立常盤高等学校	入学定員：80人
◇ 昭和45年に埼玉県立常盤女子高等学校として開設、平成14年度入学生から、看護科3年・看護専攻科2年の5年一貫教育による看護養成課程の高等学校となり、平成15年4月の共学化に伴い名称変更されました。豊かな人間性、確かな知識・技術を兼ね備えた看護のスペシャリスト養成を目標としています。	
◇ 多くの修了生が県内の医療機関等に就職し、保健衛生の充実等に貢献しています。	

## 5 指標

### ■ 臨床研修医の採用数

現状値 1,311人 → 目標値 2,184人

(平成24年度～平成28年度) (平成29年度～平成35年度)

### ■ 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	中間目標値	目標値
-----	-------	-----

2,133人	→ 2,280人	→ 3,414人
--------	----------	----------

(平成28年末)	(令和2年末)	(令和4年末)
----------	---------	---------

### ■ 医療施設（病院・診療所）の医師数

現状値 12,443人 → 目標値 15,170人

(平成30年末) (令和4年末)

### ■ 後期研修医の採用数

目標値 647人

(令和4年度及び令和5年度の累計)

### ■ 就業看護職員数

現状値 68,722人 → 目標値 75,781人

(平成30年度末) (令和4年度末)

## 第5章 医療の安全の確保

## 第1節 医療の安全の確保

### 1 目指すべき姿

県民の健康を確保するためには、県民が安心して医療機関を受診できる環境づくりを進める必要があります。そのため、患者本位の医療の実現が重要であり、医療提供者及び県による分かりやすい情報提供や相談体制などの体制づくりを目指します。

### 2 現状と課題

#### (1) 患者本位の医療の提供

医療提供体制は県民の健康を確保するための重要な基盤です。また、患者本位の医療の実現が重要であり、医療提供者及び県による分かりやすい情報提供や相談体制などの環境づくりと患者・家族が積極的かつ主体的に医療に参加していく仕組みづくりが求められます。

医療機関におけるインフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンの充実が求められており、平成19年度（2007年度）から「患者さんのための3つの宣言」実践医療機関を県が登録、公表しています。

平成18年（2006年）の医療法の改正により、患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるよう支援するため、医療機能情報の提供制度が創設されました。

また、同様の趣旨から薬局機能についても薬事法（現「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」）の改正により、薬局機能情報の提供制度が創設されました。

平成20年（2008年）3月から「埼玉県医療機能情報提供システム」を県ホームページに掲載し、県内約1万の医療機関及び薬局から報告された医療機能情報等を公表しています。

#### (2) 医療安全の確保

新たな多剤耐性菌による院内感染の発生などにより、医療の安全性向上と信頼の確保への取組が重要な課題となっています。

平成18年（2006年）の医療法の改正により、全ての医療機関の管理者に、医療の安全のための体制整備、院内感染対策の体制整備、医薬品・医療機器の安全使用・安全管理のための体制整備が義務付けられました。

また、薬事法（現「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」）の改正により、薬局に対しては、医薬品の業務に係る医療の安全管理体制の整備が義務付けられました。

医療事故等の防止に向け、医療従事者一人一人の意識改革と資質向上はもとより、組織的な取組を進めていくことが重要です。

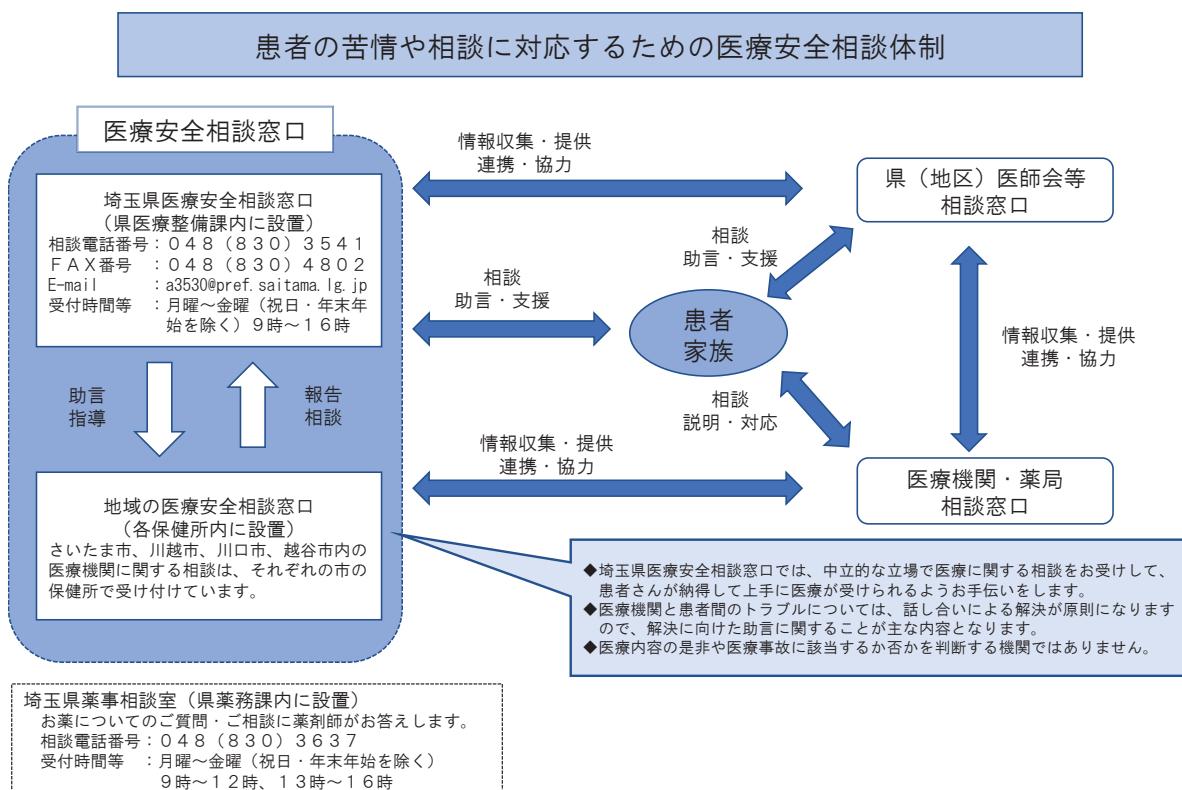
患者やその家族など県民からの医療に関する相談に応じるため、「医療安全相談窓口」を県医療整備課及び各保健所内に設置し、必要な情報を提供するとともに、必要に応じて医療機関に対し助言・指導を行っています。

相談件数は、年間約6千件を超え、主な相談内容としては「健康・病気」に関するものが最も多く、次いで「医療機関案内」、「対応・接遇」の順となっています。

### 3 課題への対応

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

【図表3-5-1-1 患者の苦情や相談に対応するための医療安全相談体制】



### 4 主な取組

- (1) 埼玉県医療機能情報提供システムの運営
- (2) 患者の視点に立った医療サービスの質的向上の推進
- (3) 医療安全相談体制の充実
- (4) 医療機関の医療安全管理体制の確立の支援

## 5 指標

### ■ 「患者さんのための3つの宣言」実践登録医療機関の割合

現状値 53% → 目標値 60%

(平成29年度) (平成35年度)

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

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

## 第2節 医薬品等の安全対策

### 1 目指すべき姿

県民の命と健康を守るという絶対的な使命感に基づき、品質の高い、安全な医薬品などの流通を目指します。

### 2 現状と課題

#### (1) 安全な医薬品などの供給

近年、技術の進歩や医薬品などの流通がグローバル化したことに伴い、最先端の技術等を利用した医薬品や、海外で開発された医薬品などが使用され、保健医療の向上に寄与しています。

一方、これら医薬品などによる保健衛生上の危害を未然に防止するため、高度な品質の確保とともに、副作用の低減化や細菌等による汚染防止などの安全対策が強く求められています。

そのため、医薬品などの製造から流通、更には市販後の使用に至る各段階で、国際水準に対応した監視指導・検査体制を充実強化する必要があります。

また、製造販売業者などによる自主管理の充実強化を推進することが必要です。

さらに、インターネット等の普及により、医薬品などの入手経路が多様化していることから、いわゆる健康食品や無承認無許可医薬品等による健康被害を未然に防止するための監視指導の強化が必要です。

#### (2) 薬物乱用対策の推進

近年、覚醒剤等の薬物事犯の検挙者数は横ばい傾向にありますが、薬物乱用者が青少年や一般市民層に広がり、深刻な社会問題となっています。

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

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

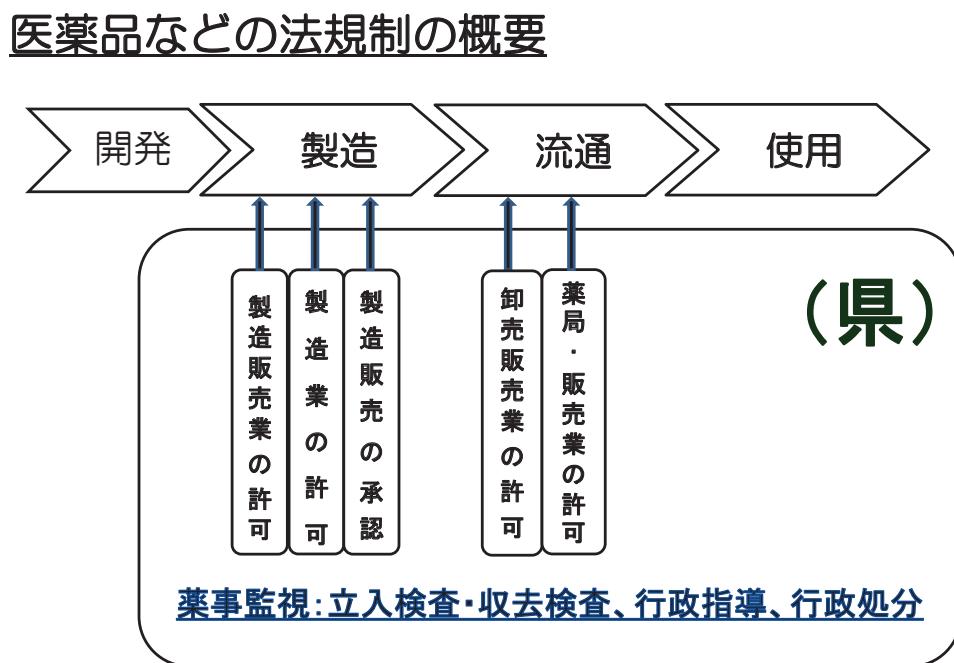
#### (3) 毒物劇物安全対策の充実

毒物劇物は、工業薬品、試薬、農薬など幅広い分野で使用されています。

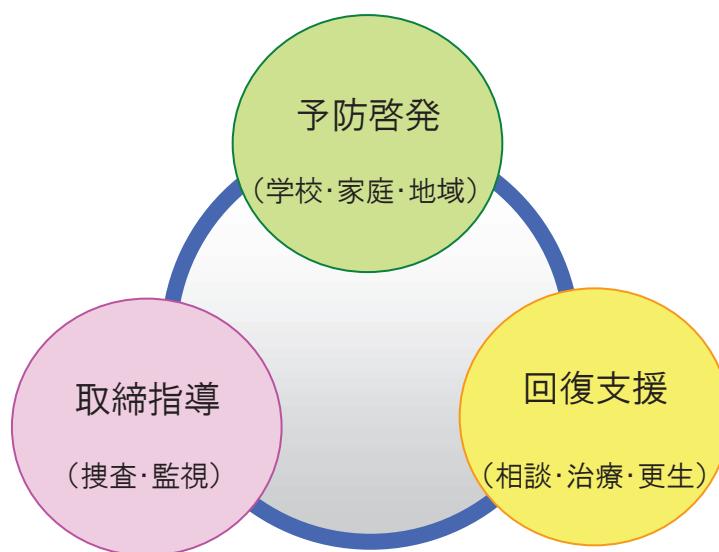
毒物劇物は取扱いを誤ったり、事故が発生した場合には、保健衛生上の大変な危害発生のおそれがあります。

毒物劇物取扱者による毒物劇物の適正管理や事件・事故発生時の安全対策を充実強化する必要があります。

【図表3-5-2-1 医薬品などの法規制の概要】



【図表3-5-2-2 薬物乱用対策の体系】



### 3 課題への対応

- (1) 医薬品などの品質、有効性及び安全性を確保するため、国際水準に基づき医薬品製造販売業者などに対する監視指導を行い、医薬品などの製造、品質管理や安全管理の充実強化を図ります。
- (2) 収去検査やいわゆる健康食品の検査により、不良品及び無承認無許可医薬品等の発見に努め、これらの健康被害の発生防止に努めます。
- (3) 覚醒剤、大麻、危険ドラッグなどの薬物乱用による健康被害を防止するため、予防啓発の充実強化や再乱用防止の徹底、乱用薬物の流通阻止を図ります。

- (4) 毒物劇物などの化学物質による危害を未然に防止するため、毒物劇物製造業者などに対する監視指導体制及び危機管理体制の整備充実を図ります。

#### 4 主な取組

- (1) 医薬品などの品質管理の徹底
- (2) 医薬品などの製造販売業者などに対する監視指導及び収去検査の実施
- (3) いわゆる健康食品の買上検査及び広告監視の強化
- (4) 薬物乱用対策の推進
- (5) 危険ドラッグなどの製造・流通の防止
- (6) 毒物劇物製造業者などに対する監視指導の実施
- (7) 毒物劇物などによる危害の発生防止に関する情報の収集及び提供体制の整備充実

## 第3節 医薬品の適正使用の推進

### 1 目指すべき姿

医薬品は効能効果、用法用量及び副作用等の必要な情報が正しく伝達され、適切に使用されることにより、初めてその役割を十分に発揮します。そのため、県民に医薬品の正しい情報を提供し、適正使用を推進します。

また、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の数量シェアを欧米諸国並みの80%以上とすることにより、患者一人一人の負担軽減につなげるほか、優れた医療保険制度を次の世代に引き継いでいくことに貢献します。

### 2 現状と課題

#### (1) 医薬品等の正しい知識の普及啓発

医薬品等の適正使用を推進するため、正しい知識の普及啓発と医薬品等の副作用情報の収集及び情報提供が必要です。

そのため、薬剤師などによる相談体制を充実させる必要があります。

#### (2) かかりつけ薬剤師・薬局の推進

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

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

さらに、薬局の有する機能の情報を広く提供することが必要です。

#### (3) ジェネリック医薬品の使用促進

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

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

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

### 3 課題への対応

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

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

さらに、県民及び医療関係者に対しジェネリック医薬品に関する研修会等を開催することにより、ジェネリック医薬品に対する不安の解消に努めます。

#### 4 主な取組

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

#### 5 指標

■ ジェネリック医薬品の数量シェア

現状値 69.8% → 目標値 80.0%以上

(平成28年度末) (令和5年度末)

## 第4節 献血の推進

### 1 目指すべき姿

医療に必要不可欠な輸血用血液製剤を、安全かつ安定的に供給するため、必要な時に血液が確保できる環境を整備します。

### 2 現状と課題

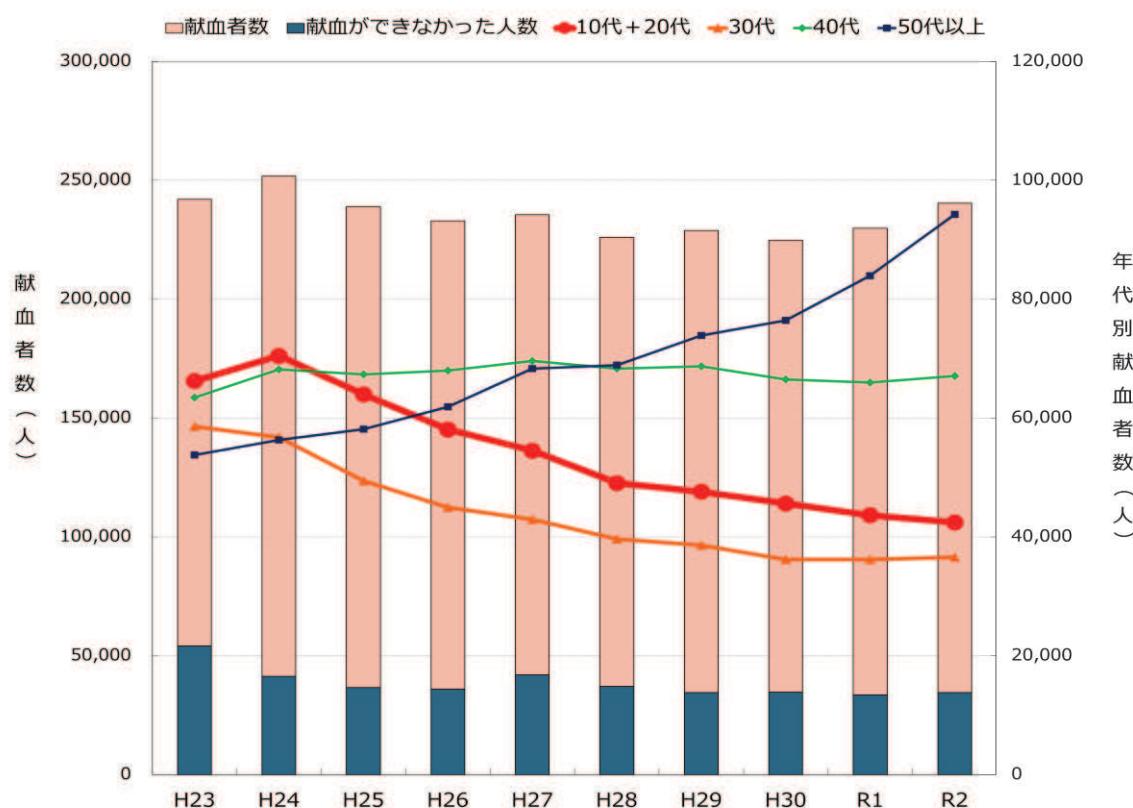
医療に必要不可欠な輸血用血液製剤や大部分の血漿分画製剤は、現在、国内の献血で賄われています。

少子高齢化により将来の献血を担う若年層が減少する一方で、血液製剤を使用する高齢者が増加しています。これまでの献血状況で推移すると、将来的には輸血用血液製剤が不足する懸念があります。

血液は人工的に作ることができず、長期的に保存することもできないので、輸血に必要な血液を確保するため、絶えず新しい血液が必要となります。

このため、献血の推進をさらに図るとともに、医療機関における血液製剤の使用の適正化を推進する必要があります。

【図表3-5-4-1 埼玉県の献血者数の推移（年代別）】



資料：県薬務課

【図表3-5-4-2 血液センター・献血ルーム位置図】



### 3 課題への対応

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

### 4 主な取組

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

### 5 指標

#### ■ 10代～30代の献血者数

現状値 97,502人 → 目標値 101,581人  
(平成27年度) (令和5年度)

