

## 埼玉県地域保健医療計画（第7次）中間見直し 新旧対照表（案）

（傍線の部分は、改正部分）

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

改正案	現 行
<p>法、老人福祉計画・老人福祉法、<u>認知症施策推進計画・認知症施策推進大綱</u>)</p> <p>(4)～(8) (略)</p> <p>(9) <u>埼玉県依存症対策推進計画</u> (アルコール健康障害対策基本法、<u>ギャンブル等依存症対策基本法</u>)</p> <p>(10)・(11) (略)</p> <p><u>(12) 埼玉県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画 (健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法)</u></p> <p>2 (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第2章 (略)</p> <p>第3章 医療圏</p> <p>第1節 (略)</p> <p>第2節 事業ごとの医療圏</p> <p>1 救急医療圏</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) 第三次救急医療は、高度救命救急センター、救命救急セン</p>	<p>法、老人福祉計画・老人福祉法)</p> <p>(4)～(8) (略)</p> <p>(9) <u>埼玉県アルコール健康障害対策推進計画</u> (アルコール健康障害対策基本法)</p> <p>(10)・(11) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第2章 (略)</p> <p>第3章 医療圏</p> <p>第1節 (略)</p> <p>第2節 事業ごとの医療圏</p> <p>1 救急医療圏</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) 第三次救急医療は、高度救命救急センター、救命救急セン</p>

改正案	現行																																								
<p>ター及び小児救命救急センターが担っています。</p>	<p>ター及び小児救命救急センターが担っています。</p>																																								
<p>ア 高度救命救急センター及び救命救急センター</p>	<p>ア 高度救命救急センター及び救命救急センター</p>																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="219 411 748 470">施設名</th> <th data-bbox="748 411 1104 470">運営開始時期</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="219 470 748 529">さいたま赤十字病院高度救命救急センター</td> <td data-bbox="748 470 1104 529">昭和55年7月 (高度救命は平成29年1月)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 529 748 588">埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター</td> <td data-bbox="748 529 1104 588">昭和62年4月 (高度救命は平成11年3月)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 588 748 647">深谷赤十字病院救命救急センター</td> <td data-bbox="748 588 1104 647">平成4年4月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 647 748 707">防衛医科大学校病院救命救急センター</td> <td data-bbox="748 647 1104 707">平成4年9月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 707 748 766">川口市立医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="748 707 1104 766">平成6年5月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 766 748 825">獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="748 766 1104 825">平成10年5月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 825 748 884">埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="748 825 1104 884">平成20年6月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 884 748 943">自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="748 884 1104 943">平成28年4月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 943 748 1002"><u>さいたま市立病院救命救急センター</u></td> <td data-bbox="748 943 1104 1002"><u>令和2年12月</u></td> </tr> <tr> <td data-bbox="219 1002 748 1061"><u>独立行政法人国立病院機構埼玉病院救命救急センター</u></td> <td data-bbox="748 1002 1104 1061"><u>令和3年5月</u></td> </tr> </tbody> </table>	施設名	運営開始時期	さいたま赤十字病院高度救命救急センター	昭和55年7月 (高度救命は平成29年1月)	埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター	昭和62年4月 (高度救命は平成11年3月)	深谷赤十字病院救命救急センター	平成4年4月	防衛医科大学校病院救命救急センター	平成4年9月	川口市立医療センター救命救急センター	平成6年5月	獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター	平成10年5月	埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター	平成20年6月	自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センター	平成28年4月	<u>さいたま市立病院救命救急センター</u>	<u>令和2年12月</u>	<u>独立行政法人国立病院機構埼玉病院救命救急センター</u>	<u>令和3年5月</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1184 411 1713 470">施設名</th> <th data-bbox="1713 411 2069 470">運営開始時期</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1184 470 1713 529">さいたま赤十字病院高度救命救急センター</td> <td data-bbox="1713 470 2069 529">昭和55年7月 (高度救命は平成29年1月)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1184 529 1713 588">埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター</td> <td data-bbox="1713 529 2069 588">昭和62年4月 (高度救命は平成11年3月)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1184 588 1713 647">深谷赤十字病院救命救急センター</td> <td data-bbox="1713 588 2069 647">平成4年4月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1184 647 1713 707">防衛医科大学校病院救命救急センター</td> <td data-bbox="1713 647 2069 707">平成4年9月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1184 707 1713 766">川口市立医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="1713 707 2069 766">平成6年5月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1184 766 1713 825">獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="1713 766 2069 825">平成10年5月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1184 825 1713 884">埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="1713 825 2069 884">平成20年6月</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1184 884 1713 943">自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センター</td> <td data-bbox="1713 884 2069 943">平成28年4月</td> </tr> </tbody> </table>	施設名	運営開始時期	さいたま赤十字病院高度救命救急センター	昭和55年7月 (高度救命は平成29年1月)	埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター	昭和62年4月 (高度救命は平成11年3月)	深谷赤十字病院救命救急センター	平成4年4月	防衛医科大学校病院救命救急センター	平成4年9月	川口市立医療センター救命救急センター	平成6年5月	獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター	平成10年5月	埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター	平成20年6月	自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センター	平成28年4月
施設名	運営開始時期																																								
さいたま赤十字病院高度救命救急センター	昭和55年7月 (高度救命は平成29年1月)																																								
埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター	昭和62年4月 (高度救命は平成11年3月)																																								
深谷赤十字病院救命救急センター	平成4年4月																																								
防衛医科大学校病院救命救急センター	平成4年9月																																								
川口市立医療センター救命救急センター	平成6年5月																																								
獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター	平成10年5月																																								
埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター	平成20年6月																																								
自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センター	平成28年4月																																								
<u>さいたま市立病院救命救急センター</u>	<u>令和2年12月</u>																																								
<u>独立行政法人国立病院機構埼玉病院救命救急センター</u>	<u>令和3年5月</u>																																								
施設名	運営開始時期																																								
さいたま赤十字病院高度救命救急センター	昭和55年7月 (高度救命は平成29年1月)																																								
埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター	昭和62年4月 (高度救命は平成11年3月)																																								
深谷赤十字病院救命救急センター	平成4年4月																																								
防衛医科大学校病院救命救急センター	平成4年9月																																								
川口市立医療センター救命救急センター	平成6年5月																																								
獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター	平成10年5月																																								
埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター	平成20年6月																																								
自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センター	平成28年4月																																								
<p>イ (略)</p>	<p>イ (略)</p>																																								
<p>2 (略)</p>	<p>2 (略)</p>																																								
<p>第4章 基準病床数</p>	<p>第4章 基準病床数</p>																																								
<p>第1節 基準病床数</p>	<p>第1節 基準病床数</p>																																								

改 正 案			現 行		
(略)			(略)		
1 療養病床及び一般病床			1 療養病床及び一般病床		
療養病床及び一般病床の病床数は、医療法施行規則に基づき、二次保健医療圏ごとに定めることとされています。			療養病床及び一般病床の病床数は、医療法施行規則に基づき、二次保健医療圏ごとに定めることとされています。		
新たな病床の整備は、原則として、二次保健医療圏ごとに基準病床数を上限として行います。			新たな病床の整備は、原則として、二次保健医療圏ごとに基準病床数を上限として行います。		
(参 考)			(参 考)		
二次保健医療圏	基準病床数 (令和4・5年度)	既存病床数	二次保健医療圏	基準病床数 (平成30～32年度)	既存病床数
南部保健医療圏		<u>4,668</u>	南部保健医療圏	<u>4,671</u>	<u>4,459</u>
南西部保健医療圏		<u>4,568</u>	南西部保健医療圏	<u>4,604</u>	<u>4,500</u>
東部保健医療圏		<u>7,930</u>	東部保健医療圏	<u>8,184</u>	<u>7,734</u>
さいたま保健医療圏		<u>7,778</u>	さいたま保健医療圏	<u>7,566</u>	<u>7,825</u>
県央保健医療圏		<u>3,272</u>	県央保健医療圏	<u>3,323</u>	<u>3,196</u>
川越比企保健医療圏	<u>(調整中)</u>	<u>6,972</u>	川越比企保健医療圏	<u>7,111</u>	<u>6,786</u>
西部保健医療圏		<u>7,623</u>	西部保健医療圏	<u>7,648</u>	<u>7,466</u>
利根保健医療圏		<u>4,313</u>	利根保健医療圏	<u>4,284</u>	<u>4,077</u>

改正案				現行			
北部保健医療圏			<u>3,563</u>	北部保健医療圏	<u>2,802</u>		<u>3,604</u>
秩父保健医療圏			<u>753</u>	秩父保健医療圏	<u>546</u>		<u>759</u>
計			<u>51,440</u>	計	<u>50,739</u>		<u>50,406</u>
(令和3年3月末現在)				(平成29年3月末現在)			
<p>病床の整備を行う際には、地域の実情に応じた質が高く効率的な医療提供体制を目指す観点から、医療法第30条の14第1項に規定する協議の場（地域医療構想調整会議）における議論を踏まえるものとします。</p> <p>2 精神病床、結核病床及び感染症病床</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">(参 考)</p>				<p><u>基準病床数については、医療法第30条の6の規定に基づき、在宅医療等に関する計画との整合を図るため平成32年度（2020年度）で見直しを行い、必要に応じて計画を変更します。</u></p> <p><u>また、</u>病床の整備を行う際には、地域の実情に応じた質が高く効率的な医療提供体制を目指す観点から、医療法第30条の14第1項に規定する協議の場（地域医療構想調整会議）における議論を踏まえるものとします。</p> <p>2 精神病床、結核病床及び感染症病床</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">(参 考)</p>			
医療圏	病床種別	基準病床数	既存病床数	医療圏	病床種別	基準病床数	既存病床数

改正案				現行			
		(令和4・5年度)				(平成30～32年度)	
全県域	精神病床	<u>(調整中)</u>	<u>13,516</u>	全県域	精神病床	<u>13,140</u>	<u>13,938</u>
	結核病床		130		結核病床	<u>100</u>	130
	感染症病床		<u>75</u>		感染症病床	<u>85</u>	<u>74</u>
(令和3年3月末現在)				(平成29年3月末現在)			
<p>第5章 (略)</p> <p>第2部 くらしと健康</p> <p>第1章 ライフステージに応じた健康づくり</p> <p>第1節 健康づくり対策</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>いつまでも健康を実感しながら、生き生きとした生活を送ることは県民一人一人の願いです。</p> <p>急速な高齢化の進展に伴い、がん、心臓病などの生活習慣病患者や要介護者の増加などが懸念されています。</p>				<p>第5章 (略)</p> <p>第2部 くらしと健康</p> <p>第1章 ライフステージに応じた健康づくり</p> <p>第1節 健康づくり対策</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>いつまでも健康を実感しながら、生き生きとした生活を送ることは県民一人一人の願いです。</p> <p>急速な高齢化の進展に伴い、がん、心臓病などの生活習慣病患者や要介護者の増加などが懸念されています。</p>			
<p><u>基準病床数については、平成32年度(2020年度)で見直しを行い、必要に応じて計画を変更します。</u></p>							

改正案	現行
<p>食生活の変化、IT化の進展など生活様式や社会環境が大きく変化したことが肥満やストレス等を誘発しています。これらが高血圧症や糖尿病などの生活習慣病の増加にもつながっています。</p> <p>生活習慣や生活環境の変化により、気管支ぜん息やアトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎などのアレルギー疾患患者は増加しています。</p> <p>高齢社会においては、健康で自立した生活を送ることができる期間、いわゆる健康寿命をできる限り伸ばしていくことが必要です。</p> <p>このためには、県民一人一人が、主体的に望ましい生活習慣を身に付ける必要があります。また、健康管理に留意するなど、生涯を通じて健康づくりに取り組むことが重要です。</p> <p>県では、健康増進法が定める健康増進計画である埼玉県健康長寿計画等を策定し、推進しています。</p> <p>健康づくりのためには、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔<sup>くわう</sup>について、望ましい生活習慣の実践が必要です。</p>	<p>食生活の変化、IT化の進展など生活様式や社会環境が大きく変化したことが肥満やストレス等を誘発しています。これらが高血圧症や糖尿病などの生活習慣病の増加にもつながっています。</p> <p>生活習慣や生活環境の変化により、気管支ぜん息やアトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎などのアレルギー疾患患者は増加しています。</p> <p>高齢社会においては、健康で自立した生活を送ることができる期間、いわゆる健康寿命をできる限り伸ばしていくことが必要です。</p> <p>このためには、県民一人一人が、主体的に望ましい生活習慣を身に付ける必要があります。また、健康管理に留意するなど、生涯を通じて健康づくりに取り組むことが重要です。</p> <p>県では、健康増進法が定める健康増進計画である埼玉県健康長寿計画等を策定し、推進しています。</p> <p>健康づくりのためには、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔<sup>くわう</sup>について、望ましい生活習慣の実践が必要です。</p>

改正案	現 行
<p>適正な生活習慣の形成には、行政はもとより、家庭、地域、学校、団体・企業などが一体となって健康づくり運動を展開することが必要です。</p> <p>歯科口腔<sup>くう</sup>では、歯の喪失・歯周病とがん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、歯・口腔<sup>くう</sup>と全身の健康との関連性が指摘されていることから、歯科口腔保健<sup>くう</sup>の向上に向けた取組が重要です。</p> <p>介護保険法に基づき、市町村では、介護予防の取組が進められています。高齢者自らが要介護状態になることを予防するため、健康保持に努めることが必要です。</p> <p>さらに、健康づくりを支援する人材の育成が必要です。</p> <p><u>また、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する必要があります。</u></p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p><u>(7) 市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が進むよう支援します。</u></p>	<p>適正な生活習慣の形成には、行政はもとより、家庭、地域、学校、団体・企業などが一体となって健康づくり運動を展開することが必要です。</p> <p>歯科口腔<sup>くう</sup>では、歯の喪失・歯周病とがん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、歯・口腔<sup>くう</sup>と全身の健康との関連性が指摘されていることから、歯科口腔保健<sup>くう</sup>の向上に向けた取組が重要です。</p> <p>介護保険法に基づき、市町村では、介護予防の取組が進められています。高齢者自らが要介護状態になることを予防するため、健康保持に努めることが必要です。</p> <p>さらに、健康づくりを支援する人材の育成が必要です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(6) (略)</p>



改正案	現行
<p>4 主な取組</p> <p>(1)～(9) (略)</p> <p><u>(10) 埼玉県後期高齢者医療広域連合と連携した市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組の支援</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1) 健康寿命（65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間）</p> <p>現状値 男 17.19年 → 目標値 男 <u>18.17</u>年  女 20.05年 女 <u>20.98</u>年  (平成27年) (令和5年)</p> <p>(2) 日常生活に制限のない期間の平均（年）</p> <p>現状値 男 71.39年 → 目標値 男 <u>73.85</u>年  女 74.12年 女 <u>75.42</u>年  (平成25年) (令和4年)</p> <p>第2節～第4節 (略)</p> <p>第2章 疾病・障害とQOL（生活の質）の向上</p> <p>第1節 (略)</p> <p>第2節 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策</p>	<p>4 主な取組</p> <p>(1)～(9) (略)</p> <p>5 指標</p> <p>(1) 健康寿命（65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間）</p> <p>現状値 男 17.19年 → 目標値 男 <u>17.79</u>年  女 20.05年 女 <u>20.40</u>年  (平成27年) (平成35年)</p> <p>(2) 日常生活に制限のない期間の平均（年）</p> <p>現状値 男 71.39年 → 目標値 男 <u>73.24</u>年  女 74.12年 女 <u>76.83</u>年  (平成25年) (平成34年)</p> <p>第2節～第4節 (略)</p> <p>第2章 疾病・障害とQOL（生活の質）の向上</p> <p>第1節 (略)</p> <p>第2節 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策</p>

改正案	現行
<p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>高齢化の進展により、脳卒中、急性心筋梗塞、骨関節系の疾患等による機能障害を伴う患者の増加や要介護者の増加などが懸念されます。このため、寝たきり等の予防や心身機能の維持・回復への需要が高まっています。</p> <p>高齢化に伴うロコモティブシンドローム（運動器症候群）、フレイル（虚弱）といった身体機能の低下を予防する取組も重要です。身体機能の低下によって肺炎、大腿骨頸部骨折等を起こしやすくなります。</p> <p>健康を維持するためにも、日常生活の中で身体活動を高める取組が必要です。</p> <p>歯・口腔<sup>くう</sup>の健康と機能は、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、認知症との関連性が指摘されており、健康寿命の延伸やQOL（生活の質）の向上のための基礎と言えます。</p> <p>生涯にわたり歯を保持し、口腔<sup>くう</sup>の健康と機能を維持することは、食生活の改善とQOL（生活の質）の向上に寄与するだけでなく、肺炎の予防やフレイル予防（低栄養の防止等）にも寄</p>	<p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>高齢化の進展により、脳卒中、急性心筋梗塞、骨関節系の疾患等による機能障害を伴う患者の増加や要介護者の増加などが懸念されます。このため、寝たきり等の予防や心身機能の維持・回復への需要が高まっています。</p> <p>高齢化に伴うロコモティブシンドローム（運動器症候群）、フレイル（虚弱）といった身体機能の低下を予防する取組も重要です。身体機能の低下によって肺炎、大腿骨頸部骨折等を起こしやすくなります。</p> <p>健康を維持するためにも、日常生活の中で身体活動を高める取組が必要です。</p> <p>歯・口腔<sup>くう</sup>の健康と機能は、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、認知症との関連性が指摘されており、健康寿命の延伸やQOL（生活の質）の向上のための基礎と言えます。</p> <p>生涯にわたり歯を保持し、口腔<sup>くう</sup>の健康と機能を維持することは、食生活の改善とQOL（生活の質）の向上に寄与するだけでなく、肺炎の予防やフレイル予防（低栄養の防止等）にも寄</p>

改正案	現行
<p>与することが分かってきています。しかし、現状では多くの人 がう蝕<sup>しょく</sup>や歯周病<sup>り</sup>に罹患し、50歳代から歯を失う傾向が大き くなっています。</p> <p>一方、自宅や地域で疾患や障害を抱えつつ生活を送る者の増 加が見込まれ、介護へのニーズも増加していきます。</p> <p><u>また、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援 を実施するため、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施 する必要があります。</u></p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p><u>(5) 市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実 施が進むよう支援します。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p><u>(4) 埼玉県後期高齢者医療広域連合と連携した市町村における 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組の支援</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1) 健康寿命（65歳に到達した人が「要介護2」以上になる</p>	<p>与することが分かってきています。しかし、現状では多くの人 がう蝕<sup>しょく</sup>や歯周病<sup>り</sup>に罹患し、50歳代から歯を失う傾向が大き くなっています。</p> <p>一方、自宅や地域で疾患や障害を抱えつつ生活を送る者の増 加が見込まれ、介護へのニーズも増加していきます。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>5 指標</p> <p>(1) 健康寿命（65歳に到達した人が「要介護2」以上になる</p>

改正案	現行
<p>までの期間) (再掲)</p> <p>現状値 男 17.19年 → 目標値 男 <u>18.17</u>年            女 20.05年 女 <u>20.98</u>年            (平成27年) (令和5年)</p> <p>(2) 日常生活に制限のない期間の平均(年) (再掲)</p> <p>現状値 男 71.39年 → 目標値 男 <u>73.85</u>年            女 74.12年 女 <u>75.42</u>年            (平成25年) (令和4年)</p>	<p>までの期間) (再掲)</p> <p>現状値 男 17.19年 → 目標値 男 <u>17.79</u>年            女 20.05年 女 <u>20.40</u>年            (平成27年) (平成35年)</p> <p>(2) 日常生活に制限のない期間の平均(年) (再掲)</p> <p>現状値 男 71.39年 → 目標値 男 <u>73.24</u>年            女 74.12年 女 <u>76.83</u>年            (平成25年) (平成34年)</p>
<p>第3節 人生の最終段階における医療</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>人生の最終段階において、人間の尊厳を重視し、身体的・精神的苦痛を取り除き、日常生活の満足度などのQOL(生活の質)を維持・向上するための医療とケアを行うべきであるとする考えが提唱されてきています。</p> <p>人生の最終段階における医療やケアについて、<u>かかりつけ医をはじめとする医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされた上で、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるACP(アドバンス・ケア・プ</u></p>	<p>第3節 人生の最終段階における医療</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>人生の最終段階において、人間の尊厳を重視し、身体的・精神的苦痛を取り除き、日常生活の満足度などのQOL(生活の質)を維持・向上するための医療とケアを行うべきであるとする考えが提唱されてきています。</p> <p>人生の最終段階における<u>療養の場所や希望する</u>医療について、患者の意思が尊重される環境を整備し、地域の医療・介護関係者が連携して患者の意思に沿った医療とケアを提供できる体制の構築を目指します。</p>

改正案	現行
<p><u>ランニング）を普及・啓発し、</u>患者の意思が尊重される環境を整備<u>するとともに、</u>地域の医療・介護関係者が連携して患者の意思に沿った医療とケアを提供できる体制の構築を目指します。</p> <p>2 現状と課題</p> <p>以前は家庭で看取ることが一般的でしたが、今日では医療機関に入院して高度な医療を受け、可能な限り延命治療を受けることができるようになりました。</p> <p>一方、治療上の選択肢が限られたとしても長年住み慣れた自宅で療養生活を送り、最期を迎えたいと希望される方も増えてきています。</p> <p>内閣府の「平成24年度高齢者の健康に関する意識調査」では、治る見込みがない病気になった場合、最期を迎えたい場所として約55%の人が「自宅」と回答しています。</p> <p>しかし、平成28年（2016年）の本県における死亡場所の78.9%は病院や診療所であり、自宅で亡くなる人は12.5%にとどまっています。</p> <p>厚生労働省は人生の最終段階を迎えた患者や家族と医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを作</p>	<p>2 現状と課題</p> <p>以前は家庭で看取ることが一般的でしたが、今日では医療機関に入院して高度な医療を受け、可能な限り延命治療を受けることができるようになりました。</p> <p>一方、治療上の選択肢が限られたとしても長年住み慣れた自宅で療養生活を送り、最期を迎えたいと希望される方も増えてきています。</p> <p>内閣府の「平成24年度高齢者の健康に関する意識調査」では、治る見込みがない病気になった場合、最期を迎えたい場所として約55%の人が「自宅」と回答しています。</p> <p>しかし、平成28年（2016年）の本県における死亡場所の78.9%は病院や診療所であり、自宅で亡くなる人は12.5%にとどまっています。</p> <p>厚生労働省は人生の最終段階を迎えた患者や家族と医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを作</p>

改正案	現行
<p>り上げるためのプロセスを示す<u>ガイドライン</u>を平成19年（2007年）に策定し、平成30年（2018年）には、<u>ACP</u>の概念を盛り込み、「<u>人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン</u>」として改訂しました。このガイドラインでは、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、<u>医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則</u>であるとしています。</p> <p>また、本県では平成29年度（2017年度）に埼玉県医師会とともに人生の最終段階の医療をテーマとした医療シンポジウムを開催し、在宅医療に取り組んでいる医師や家族を看取った遺族の発表、有識者による意見交換を行いました。このシンポジウムの結びでは、「人生の最終章をどう過ごすかは極めて難しい問題としながらも、人間としての尊厳を望む人が多くなっていること、単なる延命治療は個人・家族・社会の全てにとって苦痛と負担が大きいことなどを踏まえ、適切な対応を心がけ</p>	<p>り上げるためのプロセスを示す<u>ものとして</u>、平成19年（2007年）に「<u>人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン</u>」を策定しました。このガイドラインでは、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、<u>それに基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人の決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要</u>であるとしています。</p> <p>また、本県では平成29年度（2017年度）に埼玉県医師会とともに人生の最終段階の医療をテーマとした医療シンポジウムを開催し、在宅医療に取り組んでいる医師や家族を看取った遺族の発表、有識者による意見交換を行いました。このシンポジウムの結びでは、「人生の最終章をどう過ごすかは極めて難しい問題としながらも、人間としての尊厳を望む人が多くなっていること、単なる延命治療は個人・家族・社会の全てにとって苦痛と負担が大きいことなどを踏まえ、適切な対応を心がけ</p>

改正案	現行
<p>ること」を共通認識として、県内の行政、医療機関、企業、各種団体等や県民各人が協力して「人生の最終章は人としての尊厳をもって過ごせるようにする」ことの実現に努めることとしました。</p> <p>早期から肉体的な苦痛等を緩和する医療とケアが行われ、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等について十分な情報提供と説明がなされることが必要です。その上で、病院で延命治療を続けるのか、延命を行わず家庭で自然な最期を迎えるのか患者が意思を明確にし、家族と十分に話し合うとともに、医療・介護従事者が多職種チームとなり患者の意思を尊重した医療とケアを実施する体制の整備が必要です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) 人生の最終段階における医療やケアについて、<u>ACPを普及・啓発し</u>、希望する療養場所や医療処置等を自ら考える機会や本人が意思決定を表明できる環境を整備します。</p> <p>(2) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) 患者本人の意思決定を支援するための情報提供<u>や</u>普及・啓</p>	<p>ること」を共通認識として、県内の行政、医療機関、企業、各種団体等や県民各人が協力して「人生の最終章は人としての尊厳をもって過ごせるようにする」ことの実現に努めることとしました。</p> <p>早期から肉体的な苦痛等を緩和する医療とケアが行われ、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等について十分な情報提供と説明がなされることが必要です。その上で、病院で延命治療を続けるのか、延命を行わず家庭で自然な最期を迎えるのか患者が意思を明確にし、家族と十分に話し合うとともに、医療・介護従事者が多職種チームとなり患者の意思を尊重した医療とケアを実施する体制の整備が必要です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) 人生の最終段階における医療について、希望する療養場所や医療処置等を自ら考える機会や本人が意思決定を表明できる環境を整備します。</p> <p>(2) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) 患者本人の意思決定を支援するための情報提供<u>、</u>普及・啓</p>

改正案	現行
<p>発</p> <p>(2) (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第5節 リハビリテーション医療</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>リハビリテーションを必要とする人々が、住み慣れた地域で安心して質の高いリハビリテーションを受けられるよう、急性期から回復期、<u>生活期（維持期）</u>におけるリハビリテーション医療提供体制の充実を図ります。</p> <p>2～4 (略)</p> <p>第6節 (略)</p> <p>第3章 健康危機管理体制の整備と生活衛生</p> <p>第1節～第4節 (略)</p> <p>第5節 安全な食品の提供</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 食中毒発生の防止対策</p>	<p>発</p> <p>(2) (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第5節 リハビリテーション医療</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>リハビリテーションを必要とする人々が、住み慣れた地域で安心して質の高いリハビリテーションを受けられるよう、急性期から回復期、<u>維持期（生活期）</u>におけるリハビリテーション医療提供体制の充実を図ります。</p> <p>2～4 (略)</p> <p>第6節 (略)</p> <p>第3章 健康危機管理体制の整備と生活衛生</p> <p>第1節～第4節 (略)</p> <p>第5節 安全な食品の提供</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 食中毒発生の防止対策</p>



改正案	現 行
<p>食中毒は従来多発していた腸炎ビブリオやサルモネラを原因とする事件は減少し、カンピロバクターやノロウイルスによる食中毒事件が増加しており、大規模な食中毒も発生しています。</p> <p>カンピロバクターやノロウイルスはいずれも少量で発症するため、食品施設での衛生管理を一層徹底する必要があります。</p> <p>県民には、「新鮮だから安全」などの肉の生食に対する誤解を改め、食品衛生に関する正しい知識を分かりやすく伝えていかなければなりません。</p> <p>このため、食品等事業者は衛生管理に着実に取り組むとともに、<u>導入が義務化されたHACCPの実効性を担保するためにも、施設に応じた衛生管理を自主的に実施していくことが求められます。</u></p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 食品等事業者による衛生管理の国際標準であるHACCPに基づく<u>自主的な衛生管理を支援し、定着を図るとともに、</u></p>	<p>食中毒は従来多発していた腸炎ビブリオやサルモネラを原因とする事件は減少し、カンピロバクターやノロウイルスによる食中毒事件が増加しており、大規模な食中毒も発生しています。</p> <p>カンピロバクターやノロウイルスはいずれも少量で発症するため、食品施設での衛生管理を一層徹底する必要があります。</p> <p>県民には、「新鮮だから安全」などの肉の生食に対する誤解を改め、食品衛生に関する正しい知識を分かりやすく伝えていかなければなりません。</p> <p>このため、食品等事業者は衛生管理に着実に取り組むとともに、<u>自ら考えて安全性を向上させるHACCPを導入し、施設に応じた衛生管理を実施していくことが必要となっています。</u></p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 食品等事業者による衛生管理の国際標準であるHACCPに基づく衛生管理の<u>導入</u>を支援し、食品の安全性確保、食中</p>

改正案	現行
<p>食品の安全性確保、食中毒の発生防止を推進します。</p> <p>(3)・(4) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>食品等事業所が行うべき自主衛生管理の一つである自主検査の推奨</u></p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>5 指標</p> <p><u>食品関連事業所における製品等の自主検査実施率</u>  <u>現状値 10.3% → 目標値 55.0%</u>  <u>(令和2年度末) (令和5年度末)</u></p> <p>第3部 医療の推進</p> <p>第1章 疾病ごとの医療提供体制の整備</p> <p>第1節 がん医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>悪性新生物（がん）は、県民の死因の第1位です <u>(20,</u></p>	<p>毒の発生防止を推進します。</p> <p>(3)・(4) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>食品等事業者の自主管理の促進とHACCPの導入支援</u></p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>5 指標</p> <p><u>HACCPに基づく衛生管理を行う施設数</u>  <u>現状値 56施設 → 目標値 561施設</u>  <u>(平成28年度末) (令和3年度末)</u></p> <p>第3部 医療の推進</p> <p>第1章 疾病ごとの医療提供体制の整備</p> <p>第1節 がん医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>悪性新生物（がん）は、県民の死因の第1位です <u>(19,</u></p>

改正案	現行
<p><u>463人、28.9%：令和2年（2020年）</u>人口動態統計（厚生労働省））。</p> <p>喫煙（受動喫煙を含む。）は発がんリスクを高めると言われており、禁煙の推進や受動喫煙防止の取組の徹底などが必要です。</p> <p>禁煙、節度ある飲酒、食生活及び運動等の生活習慣に注意して予防に心掛け、がん検診を受診して早期対応することが大切です。</p> <p>がん検診は、がんの早期発見に有効な方法ですが、受診率が低いことが課題となっています。</p> <p>県民のがんに関する正しい知識の普及・啓発の促進や、がん検診の受診率の向上を図る必要があります。</p> <p>また、検診等の精度管理の向上や検診従事者の知識や技能の向上を図り、早期発見につなげる必要があります。</p> <p>ウイルスや細菌の感染が<u>発生に関与するとされる</u>がんへの対策<u>を進めること</u>も重要です。</p> <p>(2) 専門医療、在宅・緩和医療</p> <p>必要な医療を地域全体で切れ目なく提供できるよう、がん</p>	<p><u>148人、30.2%：平成28年（2016年）</u>人口動態統計（厚生労働省））。</p> <p>喫煙（受動喫煙を含む。）は発がんリスクを高めると言われており、禁煙の推進や受動喫煙防止の取組の徹底などが必要です。</p> <p>禁煙、節度ある飲酒、食生活及び運動等の生活習慣に注意して予防に心掛け、がん検診を受診して早期対応することが大切です。</p> <p>がん検診は、がんの早期発見に有効な方法ですが、受診率が低いことが課題となっています。</p> <p>県民のがんに関する正しい知識の普及啓発の促進や、<u>市町村が実施する</u>がん検診の受診率の向上を図る必要があります。</p> <p>また、検診等の精度管理の向上や検診従事者の知識や技能の向上を図り、早期発見につなげる必要があります。</p> <p>ウイルスや細菌の感染に<u>起因する</u>がん対策の<u>推進</u>も重要です。</p> <p>(2) 専門医療、在宅・緩和医療</p> <p>必要な医療を地域全体で切れ目なく提供できるよう、がん</p>

改正案	現行
<p>診療連携拠点病院を中心とした医療連携体制の構築が必要です。</p> <p>がんの治療法には、局所療法として手術療法及び放射線療法、全身療法として化学療法があります。治療に当たっては、がんの病態に応じ、これら各種療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施が必要です。</p> <p>また、がん治療においては、合併症予防や症状緩和、術後の早期回復によるがん治療の質や療養生活の質の向上が欠かせません。このため、感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする病院内の歯科医師及び地域の歯科医療機関等との連携を図るなど、周術期管理を適切に行うことが重要です。</p> <p>がんは、小児・AYA世代の病死の<u>主な原因の一つ</u>であり、治療後も長期にわたるケアが必要となることから、小児・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。</p> <p>がん患者とその家族に対しては、がん医療に携わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士などの医療スタッフ</p>	<p>診療連携拠点病院を中心とした医療連携体制の構築が必要です。</p> <p>がんの治療法には、局所療法として手術療法及び放射線療法、全身療法として化学療法があります。治療に当たっては、がんの病態に応じ、これら各種療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施が必要です。</p> <p>また、がん治療においては、合併症予防や症状緩和、術後の早期回復によるがん治療の質や療養生活の質の向上が欠かせません。このため、感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする病院内の歯科医師及び地域の歯科医療機関等との連携を図るなど、周術期管理を適切に行うことが重要です。</p> <p>がんは、小児の病死原因の<u>第1位</u>であり、治療後も長期にわたるケアが必要となることから、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備が必要です。</p> <p>がん患者とその家族に対しては、がん医療に携わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士などの医療スタッフ</p>

改正案	現行
<p>から、正しく分かりやすい適切な情報や助言が提供されることが必要です。</p> <p>このため、高度化、多様化しているがん医療をはじめとするがんに関する情報や医療資源等の情報提供体制、こころのケアを含めた相談支援体制の整備が必要です。</p> <p>がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活が送れるよう、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対するこころのケアを含めた緩和ケアが、患者の状態に応じ、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療や在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施されることが必要です。</p> <p>がん患者が住み慣れた自宅や地域での療養を選択できるよう、在宅医療と介護サービスが連携・継続して実施される体制の充実も必要です。</p> <p>より効果的ながん対策を進めるためには県内のがんの実態を把握することが不可欠です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) ウイルスや細菌の感染が発生に関与するとされるがんへの</p>	<p>から、正しく分かりやすい適切な情報や助言が提供されることが必要です。</p> <p>このため、高度化、多様化しているがん医療をはじめとするがんに関する情報や医療資源等の情報提供体制、こころのケアを含めた相談支援体制の整備が必要です。</p> <p>がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活が送れるよう、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対するこころのケアを含めた緩和ケアが、患者の状態に応じ、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療や在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施されることが必要です。</p> <p>がん患者が住み慣れた自宅や地域での療養を選択できるよう、在宅医療と介護サービスが連携・継続して実施される体制の充実も必要です。</p> <p>より効果的ながん対策を進めるためには県内のがんの実態を把握することが不可欠です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) ウイルスや細菌の感染に起因するがん対策の推進を図りま</p>

改正案	現行																																
<p>対策を進めます。</p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(6)～(11)</u> (略)</p> <p><u>(12)</u> がんの罹患率や生存率などの把握を通じ、<u>全国がん登録</u>のデータを活用した効果的ながん対策を進めます。</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(7) (略)</p> <p><u>(8) 小児・AYA世代のがん患者に対する妊孕性温存療法に関する支援</u></p> <p><u>(9)～(17)</u> (略)</p> <p>5 指標</p> <p>がん検診受診率</p> <p>(1) 胃がん検診</p> <table border="0"> <tr> <td>現状値</td> <td>男</td> <td>42.4%</td> <td rowspan="2">}</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女</td> <td>32.6%</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(平成28年)</td> </tr> </table> <p>(2) 肺がん検診</p>	現状値	男	42.4%	}		女	32.6%	(平成28年)				<p>す。</p> <p><u>(5)～(10)</u> (略)</p> <p><u>(11)</u> がんの罹患率や治療効果などの把握を通じ、<u>ビッグデータ</u>を活用した効果的ながん対策を進めます。</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(7) (略)</p> <p><u>(8)～(16)</u> (略)</p> <p>5 指標</p> <p>がん検診受診率</p> <p>(1) 胃がん検診</p> <table border="0"> <tr> <td>現状値</td> <td>男</td> <td>42.4%</td> <td>→</td> <td>目標値</td> <td>男</td> <td>50.0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女</td> <td>32.6%</td> <td></td> <td></td> <td>女</td> <td>50.0%</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(平成28年)</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><u>(平成34年)</u></td> </tr> </table> <p>(2) 肺がん検診</p>	現状値	男	42.4%	→	目標値	男	50.0%		女	32.6%			女	50.0%	(平成28年)					<u>(平成34年)</u>	
現状値	男	42.4%	}																														
	女	32.6%																															
(平成28年)																																	
現状値	男	42.4%	→	目標値	男	50.0%																											
	女	32.6%			女	50.0%																											
(平成28年)					<u>(平成34年)</u>																												

改正案	現行
<p>現状値 男 48.0% 女 38.7% (平成28年)</p> <p>(3) 大腸がん検診</p> <p>現状値 男 42.8% 女 38.5% (平成28年)</p> <p>(4) 子宮<sup>けい</sup>頸がん検診</p> <p>現状値 30.3% (平成28年)</p> <p>(5) 乳がん検診</p> <p>現状値 35.1% (平成28年)</p>	<p>現状値 男 48.0% → <u>目標値 男 50.0%</u> 女 38.7% <u>女 50.0%</u> (平成28年) <u>(平成34年)</u></p> <p>(3) 大腸がん検診</p> <p>現状値 男 42.8% → <u>目標値 男 50.0%</u> 女 38.5% <u>女 50.0%</u> (平成28年) <u>(平成34年)</u></p> <p>(4) 子宮がん検診</p> <p>現状値 30.3% → <u>目標値 50.0%</u> (平成28年) <u>(平成34年)</u></p> <p>(5) 乳がん検診</p> <p>現状値 35.1% → <u>目標値 50.0%</u> (平成28年) <u>(平成34年)</u></p>
<p>第2節 脳卒中医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>脳卒中（脳血管疾患）は、県民の死因の第4位です（<u>4,</u></p>	<p>第2節 脳卒中医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>脳卒中（脳血管疾患）は、県民の死因の第4位です（<u>5,</u></p>

目標値  
左記の全てのがん種の  
受診率50.0%  
(令和4年)

改正案	現行
<p>929人、7.0%：令和2年（2020年）人口動態統計（厚生労働省）。</p> <p>脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈、喫煙、過度の飲酒なども危険因子となります。</p> <p>健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。</p> <p>(2) 急性期、回復期、<u>生活期（維持期）</u></p> <p>脳卒中を疑うような症状が出現した場合、速やかに専門の医療機関を受診できるよう、本人や家族等周囲にいる人が迅速に救急要請等を行うことが重要です。</p> <p>脳卒中はできるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなります。このため、救急救命士を含む救急隊員が適切に観察・判断・処置を行い、専門的な治療が可能な医療機関に迅速に搬送することが重要です。</p> <p>脳卒中の急性期には、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。脳梗塞では、適応患</p>	<p>159人、8.1%：平成28年（2016年）人口動態統計（厚生労働省）。</p> <p>脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈、喫煙、過度の飲酒なども危険因子となります。</p> <p>健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。</p> <p>(2) 急性期・回復期・<u>維持期医療</u></p> <p>脳卒中を疑うような症状が出現した場合、速やかに専門の医療機関を受診できるよう、本人や家族等周囲にいる人が迅速に救急要請等を行うことが重要です。</p> <p>脳卒中はできるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなります。このため、救急救命士を含む救急隊員が適切に観察・判断・処置を行い、専門的な治療が可能な医療機関に迅速に搬送することが重要です。</p> <p>脳卒中の急性期には、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。脳梗塞では、適応患</p>



改正案	現行
<p>者に対し発症後 4.5 時間以内に行う血栓溶解療法 (t-P A 療法) や、血栓を回収除去等して脳血流を再開通させる血栓回収療法などが有効な治療法です。脳出血では、血圧や脳浮腫の管理等が主体であり、出血部位によって手術が行われることがあります。くも膜下出血では、再破裂の防止を目的に開頭手術や血管内治療を行います。</p> <p>脳卒中の急性期診療においては、単一の医療機関で 24 時間専門的な診療を提供できる体制を確保することは困難な場合があることから、地域の複数の医療機関が連携し、ICT を活用した情報共有や円滑な転院体制の構築が求められます。</p> <p>脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられます。急性期には、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的としたリハビリテーションが行われます。</p> <p>脳卒中患者の急性期後の状態は様々であり、必ずしも全ての患者が、回復期リハビリテーションに移行しませんが、回復期には、身体機能を回復させるリハビリテーションが、<u>生活期 (維持期)</u> には、日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションが行われます。</p>	<p>者に対し発症後 4.5 時間以内に行う血栓溶解療法 (t-P A 療法) や、血栓を回収除去等して脳血流を再開通させる血栓回収療法などが有効な治療法です。脳出血では、血圧や脳浮腫の管理等が主体であり、出血部位によって手術が行われることがあります。くも膜下出血では、再破裂の防止を目的に開頭手術や血管内治療を行います。</p> <p>脳卒中の急性期診療においては、単一の医療機関で 24 時間専門的な診療を提供できる体制を確保することは困難な場合があることから、地域の複数の医療機関が連携し、ICT を活用した情報共有や円滑な転院体制の構築が求められます。</p> <p>脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられます。急性期には、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的としたリハビリテーションが行われます。</p> <p>脳卒中患者の急性期後の状態は様々であり、必ずしも全ての患者が、回復期リハビリテーションに移行しませんが、回復期には、身体機能を回復させるリハビリテーションが、<u>維持期</u> には、日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションが行われます。</p>

改正案	現行
<p>回復期から<u>生活期（維持期）</u>には、脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が、多職種により行われることが大切です。</p> <p>リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となります。そのため、患者の状態に応じた医療の提供、施設間の連携、患者情報の共有に基づく疾病管理が必要となります。</p> <p>脳卒中の後遺症として、口腔機能の著しい低下があり、誤嚥性肺炎の予防等のために、早期からの摂食・嚥下リハビリテーションや口腔ケアの対策が必要です。</p> <p>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。</p> <p>また、脳卒中の後遺症として、記憶力や注意力の低下などの症状が現れ、日常生活や社会生活に支障が出る高次脳機能障害になった方が、必要な医療やサービスを受けられるよう、適切な診断がなされることが必要です。</p>	<p>回復期から<u>維持期</u>には、脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が、多職種により行われることが大切です。</p> <p>リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となります。そのため、患者の状態に応じた医療の提供、施設間の連携、患者情報の共有に基づく疾病管理が必要となります。</p> <p>脳卒中の後遺症として、口腔機能の著しい低下があり、誤嚥性肺炎の予防等のために、早期からの摂食・嚥下リハビリテーションや口腔ケアの対策が必要です。</p> <p>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。</p> <p>また、脳卒中の後遺症として、記憶力や注意力の低下などの症状が現れ、日常生活や社会生活に支障が出る高次脳機能障害になった方が、必要な医療やサービスを受けられるよう、適切な診断がなされることが必要です。</p>

改正案	現 行
<p>重度の後遺症により退院や転院が困難な患者については、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関とが連携し、総合的かつ切れ目のない対応が必要です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) <u>栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣や社会環境の改善を通じた生活習慣病の予防を推進します。</u></p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) <u>急性期の病態安定後、集中的な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。</u></p> <p>(5) <u>かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実を図ります。</u></p> <p>(6) <u>かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上を図ります。</u></p> <p>(7) <u>多職種による切れ目のない支援により、再発や病状の悪化を防ぎます。</u></p>	<p>重度の後遺症により退院や転院が困難な患者については、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関とが連携し、総合的かつ切れ目のない対応が必要です。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) <u>食生活・運動等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。</u></p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) <u>医療機関の機能分化を進め、急性期から回復期、維持期まで地域における医療連携体制の構築を促進します。</u></p> <p>(5) <u>入院患者の歯・口腔の健康管理を促進します。</u></p> <p>(6) <u>退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、在宅における看取りなど在宅医療を担う機関相互の連携強化を図ります。</u></p> <p>(7) <u>在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員</u></p>

改正案	現行
<p><u>(8) 医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるような取組を推進します。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 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</p> <p>(6)～(10) (略)</p> <p><u>(11) リハビリテーション医療の連携強化</u></p> <p><u>(12) (略)</u></p> <p>5 (略)</p> <p>第3節 心筋梗塞等の心血管疾患医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>急性心筋梗塞や心不全を含む心疾患は、県民の死因の第2位です <b>(10,857人、15.3%：令和2年(2020年)</b> 人口動態統計(厚生労働省))。</p> <p>急性心筋梗塞の危険因子には、高血圧、脂質異常症、喫煙、</p>	<p><u>など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) ドクターヘリを活用した早期治療の推進</p> <p>(6)～(10) (略)</p> <p><u>(11) (略)</u></p> <p>5 (略)</p> <p>第3節 心筋梗塞等の心血管疾患医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 予防・早期発見</p> <p>急性心筋梗塞や心不全を含む心疾患は、県民の死因の第2位です <u>(10,026人、15.8%：平成28年(2016年)</u> 人口動態統計(厚生労働省))。</p> <p>急性心筋梗塞の危険因子には、高血圧、脂質異常症、喫煙、</p>

改正案	現 行
<p>糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどがあります。</p> <p>健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。</p> <p>(2) 急性期、<u>回復期</u>、<u>生活期（維持期）</u>、再発予防</p> <p>急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生やAED（自動体外式除細動器）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命措置が迅速に連携して実施されることが重要です。</p> <p>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。</p> <p>急性期の心血管疾患は、疾患により必要とされる治療内容が異なります。内科的治療が中心となる心不全、冠動脈インターベンション（PCI）治療が中心となる急性心筋梗塞、外科的治療が必要となることが多い急性大動脈解離などが挙げられます。</p> <p>このため、対象疾患に応じた急性期診療を24時間体制で提供できる体制が求められます。</p>	<p>糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどがあります。</p> <p>健康診断などによる危険因子の早期発見、早期治療、生活習慣の改善が大切です。</p> <p>(2) 急性期・<u>回復期</u>・<u>維持期医療</u>、再発予防</p> <p>急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生やAED（自動体外式除細動器）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命措置が迅速に連携して実施されることが重要です。</p> <p>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。</p> <p>急性期の心血管疾患は、疾患により必要とされる治療内容が異なります。内科的治療が中心となる心不全、冠動脈インターベンション（PCI）治療が中心となる急性心筋梗塞、外科的治療が必要となることが多い急性大動脈解離などが挙げられます。</p> <p>このため、対象疾患に応じた急性期診療を24時間体制で提供できる体制が求められます。</p>

改正案	現 行
<p>心血管疾患は、急性発症や治療中の急変が多いため、医療機関ごとの医療機能を明確にした上で、患者の状態に応じて円滑に転院搬送できる体制も含めた、効率的な連携体制を構築する必要があります。</p> <p>心血管疾患患者の回復期や生活期（維持期）の管理については、社会生活への復帰とともに、再発・再入院を予防する観点が必要です。このため、運動療法、危険因子是正、<u>服薬指導等</u>の患者教育等、多職種チームによる多面的・包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することが大切です。</p> <p>歯周病と心疾患などとの関連性が指摘されていることから、歯・口腔<sup>くう</sup>の健康管理も大切です。入院患者の歯・口腔<sup>くう</sup>の健康や機能の状態を診査する口腔<sup>くう</sup>アセスメントを実施し、必要に応じて助言・指導を行うほか、歯科医療機関につなげる必要があります。</p> <p>在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、増加が見込まれる慢性心不全の管理など、かかりつけ医と専門的医療を行う医療機関などが相互に連携し、継続した治療や長期の医療が必要となります。</p>	<p>心血管疾患は、急性発症や治療中の急変が多いため、医療機関ごとの医療機能を明確にした上で、患者の状態に応じて円滑に転院搬送できる体制も含めた、効率的な連携体制を構築する必要があります。</p> <p>心血管疾患患者の回復期・<u>維持期</u>の管理については、社会生活への復帰とともに、再発・再入院を予防する観点が重要です。このため、運動療法、危険因子是正、患者教育等、多職種チームによる多面的・包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することが大切です。</p> <p>歯周病と心疾患などとの関連性が指摘されていることから、歯・口腔<sup>くう</sup>の健康管理も大切です。入院患者の歯・口腔<sup>くう</sup>の健康や機能の状態を診査する口腔<sup>くう</sup>アセスメントを実施し、必要に応じて助言・指導を行うほか、歯科医療機関につなげる必要があります。</p> <p>在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、増加が見込まれる慢性心不全の管理など、かかりつけ医と専門的医療を行う医療機関などが相互に連携し、継続した治療や長期の医療が必要となります。</p>

改正案	現 行
<p>3 課題への対応</p> <p>(1) <u>栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣や社会環境の改善を通じた生活習慣病の予防を推進します。</u></p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) <u>救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制を構築します。</u></p> <p>(5) <u>リハビリテーションを急性期の入院中から開始し、回復期から生活期（維持期）まで継続できる体制を構築します。</u></p> <p>(6) <u>かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実を図ります。</u></p> <p>(7) <u>かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上を図ります。</u></p> <p>(8) <u>心血管疾患患者の管理について、多職種による切れ目のない支援により、特に入退院を繰り返す患者が増加している心不全等の患者の再発予防・再入院予防を図ります。</u></p>	<p>3 課題への対応</p> <p>(1) <u>食生活・運動等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。</u></p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) <u>救急搬送体制の充実とともに救急隊と医療機関との連携強化を図り、速やかに専門的な診療が開始される体制の構築を促進します。</u></p> <p>(5) <u>医療機関の機能分化を進め、急性期から回復期、維持期まで地域における医療連携体制の構築を促進します。</u></p> <p>(6) <u>入院・外来患者の歯・口腔の健康管理を促進します。</u></p> <p>(7) <u>退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、在宅における看取りなど在宅医療を担う機関相互の連携強化を図ります。</u></p> <p>(8) <u>在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。</u></p>

改正案	現行
<p><u>(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。</u></p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) ドクターヘリや<u>ドクターカー</u>を活用した早期治療の推進</p> <p>(6) (略)</p> <p><u>(7) 急性心血管疾患治療に係る連携体制の構築</u></p> <p><u>(8)～(11)</u> (略)</p> <p><u>(12) リハビリテーション医療の連携強化</u></p> <p><u>(13)</u> (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第5節 精神疾患医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 心の健康</p> <p>近年における社会環境の複雑多様化は、人々の精神的スト</p>	<p>4 主な取組</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) ドクターヘリを活用した早期治療の推進</p> <p>(6) (略)</p> <p><u>(7)～(10)</u> (略)</p> <p><u>(11)</u> (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>第4節 (略)</p> <p>第5節 精神疾患医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 心の健康</p> <p>近年における社会環境の複雑多様化は、人々の精神的スト</p>



改正案	現行
<p>レスを増大させるとともに、様々な心の健康問題も生じさせています。</p> <p>本県の自殺者数は、平成21年（2009年）の1,796人をピークに減少傾向を示して<u>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</u>（警察庁（自殺統計）より）。</p> <p>このため、自殺の背景にある、精神保健上の問題、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会的要因に対応する施策を地域と連携し推進する<u>とともに、相談・支援体制を整備充実する</u>必要があります。</p> <p>また、青少年のほか、中高年者のひきこもりが社会問題化しています。</p> <p>毎日を生きがいをもって生活していくためには、心の健康は不可欠であり、ライフステージに応じた心の健康づくりが重要な課題となっています。</p> <p>このため、地域保健、学校保健及び労働保健の各分野において心の健康に対する相談体制を整備するとともに、各分野</p>	<p>レスを増大させるとともに、様々な心の健康問題も生じさせています。</p> <p>本県の自殺者数は、平成21年（2009年）の1,796人をピークに減少傾向を示して<u>いますが、平成28年（2016年）は1,254人と、依然として多くの方が自殺に追い込まれています</u>（警察庁（自殺統計）より）。</p> <p>このため、自殺の背景にある、精神保健上の問題、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会的要因に対応する施策を地域と連携し推進する必要があります。</p> <p>また、青少年のほか、中高年者のひきこもりが社会問題化しています。</p> <p>毎日を生きがいをもって生活していくためには、心の健康は不可欠であり、ライフステージに応じた心の健康づくりが重要な課題となっています。</p> <p>このため、地域保健、学校保健及び労働保健の各分野において心の健康に対する相談体制を整備するとともに、各分野</p>

改正案	現行
<p>の連携強化も必要です。</p> <p>(2) 精神医療対策の充実と地域ケアの推進</p> <p>精神障害者が精神疾患の悪化や再発を予防しながら、地域社会の一員として安心して生活することができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が重要です。</p> <p>自傷他害のおそれのある場合や、精神疾患の急性症状に対しては速やかな精神科治療が必要です。このため、いつでも医療を受けることができるよう、救急医療体制の充実が必要です。</p> <p>多様な精神疾患等に適切に対応するためには、医療機関の役割分担や個々の病院の医療機能等を明確にし、医療機関相互の連携を図ることや、専門的な医療を提供できる医療体制の整備を図る必要があります。</p> <p>また、精神障害者は、単に精神疾患を有する者として捉えるばかりでなく、社会生活を送る上で様々な困難、不自由を有する障害者でもあります。このため、生活上の障害を除去・軽減し、生きがいをもって生活できるように、障害福祉サービスなど地域での生活支援体制の充実が必要です。</p>	<p>の連携強化も必要です。</p> <p>(2) 精神医療対策の充実と地域ケアの推進</p> <p>精神障害者が精神疾患の悪化や再発を予防しながら、地域社会の一員として安心して生活することができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が重要です。</p> <p>自傷他害のおそれのある場合や、精神疾患の急性症状に対しては速やかな精神科治療が必要です。このため、いつでも医療を受けることができるよう、救急医療体制の充実が必要です。</p> <p>多様な精神疾患等に適切に対応するためには、医療機関の役割分担や個々の病院の医療機能等を明確にし、医療機関相互の連携を図ることや、専門的な医療を提供できる医療体制の整備を図る必要があります。</p> <p>また、精神障害者は、単に精神疾患を有する者として捉えるばかりでなく、社会生活を送る上で様々な困難、不自由を有する障害者でもあります。このため、生活上の障害を除去・軽減し、生きがいをもって生活できるように、障害福祉サービスなど地域での生活支援体制の充実が必要です。</p>

改正案	現行
<p>さらに、高次脳機能障害者が適切な医療やサービスを受けながら地域社会で暮らしていけるよう、地域での支援体制の整備を図ることが必要です。また、高次脳機能障害者については、精神症状などによって家族に精神的負担等が伴うため、家族の負担を軽減するための施策を促進する必要があります。</p> <p>覚醒剤等の薬物は依存性が強く、乱用は本人の健康のみならず、社会の安全を脅かします。</p> <p>アルコールやギャンブル等の依存症は、適切な治療と支援により回復が十分可能な疾患です。<u>また、アルコールやギャンブルに限らず、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。</u></p> <p>これら依存症は、患者本人や家族が依存症であるという認識を持ちにくいことや、依存症患者や家族などが、相談できる場所や治療できる専門の医療機関が分からず、必要な支援を受けられていないという現状も見受けられます。このため、依存症に係る情報や知識の普及・啓発、相談支援体制及び医療提供体制の整備などを図っていく必要があります。</p>	<p>さらに、高次脳機能障害者が適切な医療やサービスを受けながら地域社会で暮らしていけるよう、地域での支援体制の整備を図ることが必要です。また、高次脳機能障害者については、精神症状などによって家族に精神的負担等が伴うため、家族の負担を軽減するための施策を促進する必要があります。</p> <p>覚醒剤等の薬物は依存性が強く、乱用は本人の健康のみならず、社会の安全を脅かします。</p> <p><u>また、</u>アルコールやギャンブル等の依存症は、適切な治療と支援により回復が十分可能な疾患です。</p> <p>これら依存症は、患者本人や家族が依存症であるという認識を持ちにくいことや、依存症患者や家族などが、相談できる場所や治療できる専門の医療機関が分からず、必要な支援を受けられていないという現状も見受けられます。このため、依存症に係る情報や知識の普及・啓発、相談支援体制及び医療提供体制の整備などを図っていく必要があります。</p>

改正案	現行
<p>(3) (略)</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>新型コロナウイルス感染症の影響による暮らしの不安や心の悩みなども含め、</u>様々な自殺の要因に対応するため、関係機関、民間団体と連携し、地域ぐるみの取組の推進を図ります。また、自殺対策を効果的に実施し、明確な成果につなげられるよう、埼玉県自殺対策計画を策定し、総合的な自殺対策の推進に取り組みます。</p> <p>(3)～(7) (略)</p> <p>(8) <u>アルコール依存症、ギャンブル等依存症、薬物依存症など様々な依存症を包括的に位置付ける埼玉県依存症対策推進計画を策定し、総合的な依存症対策の推進に取り組みます。</u></p> <p>(9)・(10) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 多重債務相談窓口、<u>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</u></p>	<p>(3) (略)</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 様々な自殺の要因に対応するため、関係機関、民間団体と連携し、地域ぐるみの取組の推進を図ります。また、自殺対策を効果的に実施し、明確な成果につなげられるよう、埼玉県自殺対策計画を策定し、総合的な自殺対策の推進に取り組みます。</p> <p>(3)～(7) (略)</p> <p>(8)・(9) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 多重債務相談窓口の<u>設置推進</u>、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</p>

改正案	現行
<p><u>ターネットを活用した正しい知識の普及</u>、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</p> <p>(3)～(9) (略)</p> <p>(10) <u>「埼玉県依存症対策推進計画」に基づいた依存症対策の推進による依存症の理解の促進や相談体制の強化、医療機関をはじめとする関係機関との連携構築、回復・社会参加に向けた支援の実施</u></p> <p><u>(11)・(12)</u> (略)</p> <p><u>(13)</u> 認知症疾患医療センターの<u>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</u>の推進</p> <p><u>(14)</u> (略)</p> <p>5 指標</p> <p><u>(1) 自殺死亡率</u></p> <p><u>現状値 18.0 → 目標値 14.0</u></p> <p><u>(平成27年) (令和4年※)</u></p>	<p>の推進</p> <p>(3)～(9) (略)</p> <p>(10) <u>覚醒剤等薬物依存症対策の推進</u></p> <p><u>(11) アルコール依存症対策の推進</u></p> <p><u>(12) ギャンブル依存症対策の推進</u></p> <p><u>(13)・(14)</u> (略)</p> <p><u>(15)</u> 認知症疾患医療センター<u>を中心とした認知症疾患対策</u>の推進</p> <p><u>(16)</u> (略)</p> <p>5 指標</p>

改正案	現行
<p><u>※自殺対策計画における令和5年度としての目標値</u></p> <p>(2) 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<u>5,755</u>人 (平成26年) (令和5年度末)</p> <p>(3) 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)</p> <p>(4) 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<u>1,800</u>人 (平成28年度末) (令和5年度末)</p>	<p>(1) 精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数 現状値7,349人 → 目標値<u>6,556</u>人 (平成26年) (平成32年度)</p> <p>(2) 精神病床における入院後3か月時点の退院率 現状値63.0% → 目標値69%以上 (平成26年度) (平成32年度)</p> <p>(3) かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数 現状値1,136人 → 目標値<u>1,700</u>人 (平成28年度) (平成32年度)</p>
<p>第6節 感染症対策</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>グローバル化の進展により海外で流行している感染症の国内感染リスクが高まるなど、感染症をめぐる状況が大きく変化する中、エボラ出血熱や<u>SARS（重症急性呼吸器症候群）</u>、<u>MERS（中東呼吸器症候群）</u>、<u>新型コロナウイルス感染症</u>といったこれまで知られていなかった感染症（新興感染症）が出現して</p>	<p>第6節 感染症対策</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>グローバル化の進展により海外で流行している感染症の国内感染リスクが高まるなど、感染症をめぐる状況が大きく変化する中、エボラ出血熱やMERS（中東呼吸器症候群）といったこれまで知られていなかった感染症（新興感染症）が出現しています。</p>

改正案	現行
<p>います。</p> <p>平成21年（2009年）に新型インフルエンザ（A/H1N1）が世界的に大流行し、県内で医療機関を受診した患者数は100万人を超えたと推計されています。</p> <p>海外では東南アジアを中心として世界的に鳥インフルエンザ（H5N1）の発症事例が、また中国において鳥インフルエンザ（H7N9）の患者報告があり、新型インフルエンザへの変異が懸念されています。</p> <p>平成26年（2014年）には約70年ぶりにデング熱の国内感染が発生しました。このように、過去に流行し、その後流行することなく長期間経過したため、多くの方が免疫を獲得しておらず、急速に感染拡大するような感染症（再興感染症）も発生するおそれがあります。</p> <p>こうした状況の中、新興・再興感染症の発生や大規模集団感染等の事態に備えた感染症危機管理体制の整備・充実が大きな課題となっています。</p> <p>感染症が発生した場合、その拡大防止のため、患者の早期治療、新たな患者の早期発見及び十分な衛生管理が必要となりま</p>	<p>平成21年（2009年）に新型インフルエンザ（A/H1N1）が世界的に大流行し、県内で医療機関を受診した患者数は100万人を超えたと推計されています。</p> <p>海外では東南アジアを中心として世界的に鳥インフルエンザ（H5N1）の発症事例が、また中国において鳥インフルエンザ（H7N9）の患者報告があり、新型インフルエンザへの変異が懸念されています。</p> <p>平成26年（2014年）には約70年ぶりにデング熱の国内感染が発生しました。このように、過去に流行し、その後流行することなく長期間経過したため、多くの方が免疫を獲得しておらず、急速に感染拡大するような感染症（再興感染症）も発生するおそれがあります。</p> <p>こうした状況の中、新興・再興感染症の発生や大規模集団感染等の事態に備えた感染症危機管理体制の整備・充実が大きな課題となっています。</p> <p>感染症が発生した場合、その拡大防止のため、患者の早期治療、新たな患者の早期発見及び十分な衛生管理が必要となりま</p>

改正案	現行
<p>す。また、患者等に対する適切な医療の提供により、健康被害を最小限にとどめる必要があります。</p> <p>このため、保健所を中心に関係機関が連携を取りつつ、患者等の人権に配慮しながら、症状や状況に応じた適切な感染拡大防止対策及び被害軽減策を講じることが必要です。</p> <p>新型インフルエンザ等に対する対策として、新型インフルエンザ等対策特別措置法が平成25年（2013年）4月に施行されました。この法律は、新型インフルエンザ等発生時における措置などを定め、国民の生命・健康を保護し、国民生活及び経済への影響を最小とすることを目的とするもので、これに基づき、平成25年（2013年）6月には政府行動計画が閣議決定されました。</p> <p>これを踏まえ、平成26年（2014年）1月に、県は「埼玉県新型インフルエンザ等対策行動計画」を策定しました。この計画に基づき、医療体制の整備などを進めていく必要があります。</p> <p>また、近い将来克服されると考えられていた結核やエイズ等の感染症も依然として我々に脅威を与えています。</p>	<p>す。また、患者等に対する適切な医療の提供により、健康被害を最小限にとどめる必要があります。</p> <p>このため、保健所を中心に関係機関が連携を取りつつ、患者等の人権に配慮しながら、症状や状況に応じた適切な感染拡大防止対策及び被害軽減策を講じることが必要です。</p> <p>新型インフルエンザ等に対する対策として、新型インフルエンザ等対策特別措置法が平成25年（2013年）4月に施行されました。この法律は、新型インフルエンザ等発生時における措置などを定め、国民の生命・健康を保護し、国民生活及び経済への影響を最小とすることを目的とするもので、これに基づき、平成25年（2013年）6月には政府行動計画が閣議決定されました。</p> <p>これを踏まえ、平成26年（2014年）1月に、県は「埼玉県新型インフルエンザ等対策行動計画」を策定しました。この計画に基づき、医療体制の整備などを進めていく必要があります。</p> <p>また、近い将来克服されると考えられていた結核やエイズ等の感染症も依然として我々に脅威を与えています。</p>



改正案	現行
<p>結核患者は減少傾向にあるものの、いまだ国内で年間1万5,000人以上、埼玉県内で1,000人近くの患者が発生しています。さらに多剤耐性結核感染症の増加も否定できないことから、いかに結核治療の中断者を減らすかが課題となっています。</p> <p>3～5 (略)</p> <p><u>第7節 新型コロナウイルス感染症対策</u></p> <p><u>1 目指すべき姿</u></p> <p><u>新型コロナウイルス感染症については、これまでの経験を活かして、関係機関と連携し、感染拡大を未然に防ぐとともに、感染拡大の予兆があった場合は、被害を最小限に食い止められるように、相談、診療・検査、医療・療養の体制を整備することで、感染拡大防止に向けた取組を進めます。</u></p> <p><u>2 現状と課題</u></p> <p><u>令和元年12月に中国湖北省武漢市からWHO（世界保健機関）に初めて新型コロナウイルスによる集団発生が報告されました。</u></p> <p><u>我が国においては令和2年1月、県では令和2年2月に初め</u></p>	<p>結核患者は減少傾向にあるものの、いまだ国内で年間1万5,000人以上、埼玉県内で1,000人近くの患者が発生しています。さらに多剤耐性結核感染症の増加も否定できないことから、いかに結核治療の中断者を減らすかが課題となっています。</p> <p>3～5 (略)</p>

改正案	現行
<p><u>て陽性患者が確認され、令和3年11月末までに、累計で約11万人を超える新規陽性者が確認されています。</u></p> <p><u>こうした中、県では、いち早く相談体制を確立するとともに、県医師会の協力による診療・検査医療機関の指定や民間検査機関等による検査体制を構築し、感染対策の強化を図るなど、県民の不安解消に努めてきました。</u></p> <p><u>また、感染者の受入れに当たり、診療や感染防御対策に課題を抱える医療機関も少なくなかったため、感染症専門医や県看護協会、感染管理認定看護師の協力を得て、これらの医療機関への技術的支援や助言を行っていただいたところです。</u></p> <p><u>今後、各医療機関において、感染症専門人材をはじめとする医療人材の確保や医療機器の整備、感染防護具の備蓄など、平時から備える必要があります。</u></p> <p><u>また、感染者急増時にも対応できる病床や宿泊療養施設を確保するとともに、宿泊・自宅療養者が安心して療養生活を送ることができるよう医療提供体制の強化が必要です。</u></p> <p><u>一方、体制を整備するだけでなく、感染拡大防止に向けた取組も必要です。</u></p>	

改正案	現行
<p><u>例えば、県民に対しては、マスクの着用や手指消毒の徹底、3密（密集、密接、密閉）の回避など、基本的な感染予防対策の啓発といった正確な情報提供を行っていく必要があります。</u></p> <p><u>また、医療機関や高齢者施設等においては、一度感染者が発生すると集団感染いわゆる「クラスター」が発生しやすいことから、発生後の介入だけでなく、平時から大規模なクラスター発生に備えた取組を行う必要があります。</u></p> <p><u>ワクチン接種については、市町村の接種を支援するとともに、副反応に対応した相談体制を確保する必要があります。</u></p> <p><u>各保健所は、感染者に対する積極的疫学調査を行っていますが、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。</u></p> <p><u>なお、令和3年1月には、県内でも変異株による感染が確認され、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。</u></p> <p><u>今後も様々な状況に対応できるよう保健・医療提供体制を確保していく必要があります。</u></p>	

改正案	現行
<p>3 課題への対応</p> <p>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。</p> <p>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な体制を構築します。</p> <p>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。</p> <p>4) ECMOや簡易陰圧装置など新型コロナウイルス感染症に備えた医療機器の整備支援や感染防護具の確保・備蓄を確実に進めます。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	

改正案	現行
<p><u>防止の普及・啓発を図ります。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(9) 市町村のワクチン接種を支援します。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>なお、国では、令和6年度から開始する第8次医療計画において、新型コロナウイルス感染症を踏まえた対応を「新興感染症等の感染拡大時における医療」として位置付ける予定です。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>4 主な取組</u></p> <p><u>(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</u></p> <p><u>(2) 診療・検査医療機関での受診体制等の確保</u></p> <p><u>(3) 衛生研究所の体制整備</u></p> <p><u>(4) 衛生研究所と民間検査機関も含めた検査体制の構築</u></p>	

改 正 案	現 行
<p>(5) <u>感染症専門医や感染管理認定看護師が配置されていない医療機関に対する感染症専門人材の育成・確保</u></p> <p>(6) <u>新型コロナウイルス感染症に備えた医療機器の整備支援や感染防護具の確保・備蓄</u></p> <p>(7) <u>感染者急増時を見据えた病床・宿泊療養施設の確保</u></p> <p>(8) <u>かかりつけ医や宿泊・自宅療養者支援センターによる療養者の医療体制の強化</u></p> <p>(9) <u>県民に対する感染防止の普及・啓発の実施</u></p> <p>(10) <u>医療機関や社会福祉施設などでの大規模クラスターに備えた対策の支援</u></p> <p>(11) <u>市町村のワクチン接種の支援</u></p> <p>(12) <u>保健所の体制強化</u></p> <p><u>5 指標</u></p> <p><u>感染症専門研修受講者数</u></p> <p><u>目標値 全病院数※（令和5年度）</u></p> <p><u>※令和3年度時点：343人</u></p> <p>第2章 事業ごとの医療提供体制の整備</p> <p>第1節 救急医療</p>	<p>第2章 事業ごとの医療提供体制の整備</p> <p>第1節 救急医療</p>

改正案	現行
<p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 救急医療の提供体制（初期～第三次）</p> <p>救急医療については、病気やけがの症状の度合いに応じ、初期、第二次、第三次の救急医療体制と救急医療情報システムを整備しています。</p> <p>初期救急は、入院を必要としない軽症の救急患者に対応するものです。市町村が、休日夜間急患センター、在宅当番医、休日歯科診療所及び在宅歯科当番医により整備しています。</p> <p>初期救急は、平日夜間や休日の診療体制に未整備の時間帯がある状況です。</p> <p>第二次救急は、入院や手術を必要とする重症救急患者に対応するもので、市町村が第二次救急医療圏ごとに病院群輪番制により整備しています。</p> <p>救急搬送される患者の大部分が入院を要する救急医療機関に搬送されているものの、病院群輪番制病院によっては、患者の受入状況に差が生じていることから、今後は、受入れの</p>	<p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 救急医療の提供体制（初期～第三次）</p> <p>救急医療については、病気やけがの症状の度合いに応じ、初期、第二次、第三次の救急医療体制と救急医療情報システムを整備しています。</p> <p>初期救急は、入院を必要としない軽症の救急患者に対応するものです。市町村が、休日夜間急患センター、在宅当番医、休日歯科診療所及び在宅歯科当番医により整備しています。</p> <p>初期救急は、平日夜間や休日の診療体制に未整備の時間帯がある状況です。</p> <p>第二次救急は、入院や手術を必要とする重症救急患者に対応するもので、市町村が第二次救急医療圏ごとに病院群輪番制により整備しています。</p> <p>救急搬送される患者の大部分が入院を要する救急医療機関に搬送されているものの、病院群輪番制病院によっては、患者の受入状況に差が生じていることから、今後は、受入れの</p>

改正案	現行
<p>実態に即して救急医療機関としての役割を見直す必要があります。また、休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。</p> <p>県では、搬送困難事案を削減するため、第二次救急医療機関の中から搬送困難事案受入医療機関を指定しています。しかしながら、住所不定者や酩酊者、無保険者、独居者などが搬送困難事案になりやすいため、搬送困難事案受入医療機関の負担感が強まっています。</p> <p>また、休日に耳鼻咽喉科を救急で受診する場合、受け入れる医療機関が少なく受診先を探すことが困難な状況にあるため、県では耳鼻咽喉科の輪番体制を整備しています。</p> <p>第三次救急は、生命の危機が切迫している重篤患者に対応するもので、県が救命救急センターを整備しています。</p> <p>救命救急センターの整備に当たっては、救急医療圏単位で一定の人口規模を目安にしつつも、地理的空白地帯を埋め、適切な治療を提供できるようにする必要があります。</p> <p>このほか、救急車により搬送される救急患者の受入機関と</p>	<p>実態に即して救急医療機関としての役割を見直す必要があります。また、休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。</p> <p>県では、搬送困難事案を削減するため、第二次救急医療機関の中から搬送困難事案受入医療機関を指定しています。しかしながら、住所不定者や酩酊者、無保険者、独居者などが搬送困難事案になりやすいため、搬送困難事案受入医療機関の負担感が強まっています。</p> <p>また、休日に耳鼻咽喉科を救急で受診する場合、受け入れる医療機関が少なく受診先を探すことが困難な状況にあるため、県では耳鼻咽喉科の輪番体制を整備しています。</p> <p>第三次救急は、生命の危機が切迫している重篤患者に対応するもので、県が救命救急センターを整備しています。</p> <p>救命救急センターの整備に当たっては、救急医療圏単位で一定の人口規模を目安にしつつも、地理的空白地帯を埋め、適切な治療を提供できるようにする必要があります。</p> <p>このほか、救急車により搬送される救急患者の受入機関と</p>



改正案	現行
<p>して救急告示病院・診療所がありますが、救急搬送人数が増加している一方で、救急告示病院・診療所の数は横ばいのため、一医療機関当たりの負担は増えている状況です。</p> <p>軽症でも第二次や第三次の救急医療機関を受診する患者が多く、本来の救急患者の診療に支障を来すこともあるため、適正受診について普及・啓発を図ることが重要です。</p> <p>また、第二次や第三次の救急医療機関に搬送された患者が救急病床を長期間使用し、新たな救急患者を受け入れることが困難になる現状があるため、急性期を脱した患者が救急医療機関から症状に応じた適切な医療機関や介護施設等へ転院できる体制を構築することが求められています。</p> <p>さらに、精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の救急要請では、医療機関の選定に時間がかかることが多いため、精神科医療機関と救急医療機関の連携を強化し、円滑な受入体制を構築することが必要です。</p> <p><u>加えて、循環器病は急激に発症し、数分から数時間で生命に関わる重大な事態に陥ることも多く、発症後早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性があること</u></p>	<p>して救急告示病院・診療所がありますが、救急搬送人数が増加している一方で、救急告示病院・診療所の数は横ばいのため、一医療機関当たりの負担は増えている状況です。</p> <p>軽症でも第二次や第三次の救急医療機関を受診する患者が多く、本来の救急患者の診療に支障を来すこともあるため、適正受診について普及啓発を図ることが重要です。</p> <p>また、第二次や第三次の救急医療機関に搬送された患者が救急病床を長期間使用し、新たな救急患者を受け入れることが困難になる現状があるため、急性期を脱した患者が救急医療機関から症状に応じた適切な医療機関や介護施設等へ転院できる体制を構築することが求められています。</p> <p>さらに、精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の救急要請では、医療機関の選定に時間がかかることが多いため、精神科医療機関と救急医療機関の連携を強化し、円滑な受入体制を構築することが必要です。</p>

改正案	現行
<p><u>から、既に整備されている急性期脳梗塞治療のネットワークに加え、急性心血管疾患についても、より迅速な医療を提供できる体制を強化していく必要があります。</u></p> <p>(3) 病院前救護</p> <p>救急救命士は、生命が危険な状態にある傷病者に対し、医療機関に搬送されるまでの間、医師の指示の下に心肺蘇生（静脈路確保、気管挿管、薬剤投与等）などの救急救命処置を行うことができ、救命率の向上に大きな役割を果たすことから、救急救命士の確保及び技術・質の向上を図る必要があります。</p> <p>一般市民が急病や不慮の事故による傷病者の救護活動を行うためには、普段からAEDの使用をはじめ救急蘇生法の知識・技能を身につけておくことが大切です。</p> <p>救急患者の搬送は主として市町村の救急隊により実施されています。救急患者に対する迅速かつ的確な医療の提供が必要ですが、医療機関への受入れに時間がかかるケースが多く課題となっています。このため、医療機関の受入体制の充実が必要です。また、救急搬送体制及びメディカルコントロール体制の充実・強化も必要です。</p>	<p>(3) 病院前救護</p> <p>救急救命士は、生命が危険な状態にある傷病者に対し、医療機関に搬送されるまでの間、医師の指示の下に心肺蘇生（静脈路確保、気管挿管、薬剤投与等）などの救急救命処置を行うことができ、救命率の向上に大きな役割を果たすことから、救急救命士の確保及び技術・質の向上を図る必要があります。</p> <p>一般市民が急病や不慮の事故による傷病者の救護活動を行うためには、普段からAEDの使用をはじめ救急蘇生法の知識・技能を身につけておくことが大切です。</p> <p>救急患者の搬送は主として市町村の救急隊により実施されています。救急患者に対する迅速かつ的確な医療の提供が必要ですが、医療機関への受入れに時間がかかるケースが多く課題となっています。このため、医療機関の受入体制の充実が必要です。また、救急搬送体制及びメディカルコントロール体制の充実・強化も必要です。</p>

改正案	現行
<p>医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することにより、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図ることを目的として、ドクターヘリを埼玉医科大学総合医療センター（川越市）に配備しています。また、防災ヘリコプターによるドクターヘリ専用機の補完運航も行っています。</p> <p><u>さらに、東西の救命救急センターに、24時間365日体制のドクターカー広域運行拠点の整備を進め、ドクターヘリが運航できない夜間や天候不良時などにおいても、重篤な救急患者に対して迅速な医療を提供しています。</u></p> <p>救急車による搬送において、不要不急の搬送件数が増加しています。本来の救急患者への医療を確保するため、救急車の適正利用が求められています。</p> <p>そこで、急な病気やけがに対する県民の不安解消や軽症患者の集中による救急医療機関の負担軽減を目的として、救急電話相談や医療機関案内を24時間365日実施して<u>おり、併せてA I 救急相談を運用して</u>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</p>	<p>医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することにより、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図ることを目的として、ドクターヘリを埼玉医科大学総合医療センター（川越市）に配備しています。また、防災ヘリコプターによるドクターヘリ専用機の補完運航も行っています。</p> <p>救急車による搬送において、不要不急の搬送件数が増加しています。本来の救急患者への医療を確保するため、救急車の適正利用が求められています。</p> <p>そこで、急な病気やけがに対する県民の不安解消や軽症患者の集中による救急医療機関の負担軽減を目的として、救急電話相談や医療機関案内を24時間365日実施しています。大人の救急電話相談では約7割が当日の受診が不要な相談であり、不要不急な受診の抑制に効果が出ています。</p>

改正案	現行
<p>診の抑制に効果が出ています。</p> <p>これまでの救急医療の取組により、延伸が続いていた救急搬送時間は近年短縮傾向にあります。今後も現場活動時間を短縮させる効果的な取組を推進するとともに、受入医療機関の体制を強化し、引き続き搬送時間が短縮するよう努める必要があります。</p> <p>3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)~(5) (略)</p> <p><u>(6) 循環器病患者の受入体制強化</u></p> <p><u>(7)・(8)</u> (略)</p> <p><u>(9)</u> ドクターヘリや<u>ドクターカー</u>を活用した早期治療の推進</p> <p><u>(10)~(12)</u> (略)</p> <p><u>(13)</u> 救急電話相談、<u>A I 救急相談及び</u>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</p> <p>5 (略)</p> <p>第2節 災害時医療</p> <p>1 (略)</p>	<p>これまでの救急医療の取組により、延伸が続いていた救急搬送時間は近年短縮傾向にあります。今後も現場活動時間を短縮させる効果的な取組を推進するとともに、受入医療機関の体制を強化し、引き続き搬送時間が短縮するよう努める必要があります。</p> <p>3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)~(5) (略)</p> <p><u>(6)・(7)</u> (略)</p> <p><u>(8)</u> ドクターヘリを活用した早期治療の推進</p> <p><u>(9)~(11)</u> (略)</p> <p><u>(12)</u> 救急電話相談や医療機関案内の充実による救急医療機関の適正受診や救急車の適正利用の推進</p> <p>5 (略)</p> <p>第2節 災害時医療</p> <p>1 (略)</p>

改正案	現行
<p>2 現状と課題</p> <p>(1) 災害時医療体制の整備</p> <p>災害時にあっても、患者の重症度に応じた適切な医療を提供するためには、被災現場から救護所、地域の医療機関、更には後方医療機関に至る体系的な医療提供体制が必要です。</p> <p>本県では<u>2.2</u>の災害拠点病院を指定していますが、人口当たりの災害拠点病院の数が全国平均を下回っており、災害拠点病院がない二次保健医療圏もあります。</p> <p>本県では全ての災害拠点病院が埼玉DMA T（災害派遣医療チーム）を保有していますが、人口当たりのDMA Tの数は全国平均を下回っています。</p> <p>災害時の初期救急段階（発災後おおむね三日間）においては、医療に関する具体的な指揮命令を行う者を設定することが困難です。このため、災害現場に最も近い保健所などにおいて、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。</p> <p>また、妊産婦、新生児及び小児や人工透析患者への対応に</p>	<p>2 現状と課題</p> <p>(1) 災害時医療体制の整備</p> <p>災害時にあっても、患者の重症度に応じた適切な医療を提供するためには、被災現場から救護所、地域の医療機関、更には後方医療機関に至る体系的な医療提供体制が必要です。</p> <p>本県では<u>1.8</u>の災害拠点病院を指定していますが、人口当たりの災害拠点病院の数が全国平均を下回っており、災害拠点病院がない二次保健医療圏もあります。</p> <p>本県では全ての災害拠点病院が埼玉DMA T（災害派遣医療チーム）を保有していますが、人口当たりのDMA Tの数は全国平均を下回っています。</p> <p>災害時の初期救急段階（発災後おおむね三日間）においては、医療に関する具体的な指揮命令を行う者を設定することが困難です。このため、災害現場に最も近い保健所などにおいて、県の内外から自律的に参集した医療チームを配置調整するなどのコーディネート機能を担う体制の整備が必要です。</p> <p>また、妊産婦、新生児及び小児や人工透析患者への対応に</p>

改正案	現行
<p>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。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) 具体的な被災想定を踏まえた医療救護活動計画<u>に基づき、</u> 医療救護班だけでなく関係機関と連携した訓練を実施します。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) 災害時に必要となる医薬品などを確保<u>し、供給</u>するため、 備蓄・調達体制<u>や救護所等への医薬品供給を調整する体制</u>の 整備を図ります。</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p><u>(1) 地域ごとの配置状況を踏まえた災害拠点病院や災害時連携</u> <u>病院、DMAT 指定医療機関の整備</u></p> <p><u>(2)~(4)</u> (略)</p>	<p>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。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) 具体的な被災想定を踏まえた医療救護活動計画<u>を策定しま</u> <u>す。また、取組が実効性のあるものとなるよう、</u>医療救護班 だけでなく関係機関と連携した訓練を実施します。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) 災害時に必要となる医薬品などを確保するため、備蓄・調 達体制の整備を図ります。</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p><u>(1) 具体的な被災想定を踏まえた医療救護活動計画の策定</u></p> <p><u>(2) 地域ごとの配置状況を踏まえた災害拠点病院やDMAT 指</u> <u>定医療機関の整備</u></p> <p><u>(3) 県立病院における災害時医療体制の確保（県立小児医療セ</u> <u>ンターの災害拠点病院化等）</u></p> <p><u>(4)~(6)</u> (略)</p>

改正案	現 行
<p><u>(5) 災害用医薬品などの備蓄・調達体制の整備、<u>薬剤師災害リーダーの養成</u></u></p> <p><u>(6)~(9) (略)</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 災害時連携病院の指定数</u> <u>目標値 20 病院 (令和 5 年度)</u></p> <p><u>(4) 薬剤師災害リーダーの養成人数</u> <u>現状値 0 人 → 目標値 124 人以上</u> <u>(令和 2 年度) (令和 5 年度)</u></p> <p>第 3 節 周産期医療</p> <p>1 ~ 3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) ハイリスク出産への対応</p> <p>ア~エ (略)</p> <p>オ <u>ICT を活用した分娩取扱施設に対する支援</u></p> <p>カ (略)</p>	<p><u>(7) 災害用医薬品などの備蓄・調達体制の整備</u></p> <p><u>(8)~(11) (略)</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 災害拠点病院における B C P の策定割合</u> <u>現状値 22.2% → 目標値 100%</u> <u>(平成 28 年度) (平成 30 年度)</u></p> <p>第 3 節 周産期医療</p> <p>1 ~ 3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1) ハイリスク出産への対応</p> <p>ア~エ (略)</p> <p>オ <u>遠隔胎児診断支援システムの活用促進</u></p> <p>カ (略)</p>

改正案	現行
<p>(2)・(3) (略)</p> <p>5 指標</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) <u>地域における災害時小児周産期リエゾン（医師）の養成者数</u></p> <p><u>現状値 15人 → 目標値 27人</u></p> <p><u>(令和 2年度) (令和 5年度)</u></p> <p>第4節 小児医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 小児救急医療の提供体制（初期～第三次）</p> <p>小児救急医療については、症状に応じて初期から第三次までの救急医療体制と救急医療情報システムを整備しています。</p> <p>初期救急は、入院を必要としない軽症患者を対象とし、市町村が休日夜間急患センター、在宅当番医制により整備しています。</p> <p>第二次救急は、入院や手術を必要とする重症患者を対象と</p>	<p>(2)・(3) (略)</p> <p>5 指標</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) <u>災害時小児周産期リエゾン指定者数</u></p> <p><u>現状値 3人 → 目標値 21人</u></p> <p><u>(平成 29年度) (平成 35年度)</u></p> <p>第4節 小児医療</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 小児救急医療の提供体制（初期～第三次）</p> <p>小児救急医療については、症状に応じて初期から第三次までの救急医療体制と救急医療情報システムを整備しています。</p> <p>初期救急は、入院を必要としない軽症患者を対象とし、市町村が休日夜間急患センター、在宅当番医制により整備しています。</p> <p>第二次救急は、入院や手術を必要とする重症患者を対象と</p>



改正案	現行
<p>し、県が第二次救急医療圏ごとに輪番制（小児救急医療支援事業）又は拠点病院制（小児救急医療拠点病院運営事業）により整備しています。</p> <p>第三次救急は、生命の危機が切迫している重篤患者を対象とし、県が小児救命救急センターを整備しています。</p> <p>地域の状況を踏まえ、初期救急から第三次救急までの機能が適切に発揮されるよう、県と市町村が連携してその整備に取り組む必要があります。</p> <p>県内のどこに住んでいても、必要なときに小児救急医療を受けられる体制が確保されていることが必要です。しかし、夜間や休日も含めた小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合は、平成29年度（2017年度）当初で86%であり、依然として全ての曜日に対応できない医療圏があります。休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。</p> <p>また、地域の医療機関では対応困難な小児重症救急患者を受け入れられるよう、小児救命救急医療体制を強化するため、</p>	<p>し、県が第二次救急医療圏ごとに輪番制（小児救急医療支援事業）又は拠点病院制（小児救急医療拠点病院運営事業）により整備しています。</p> <p>第三次救急は、生命の危機が切迫している重篤患者を対象とし、県が小児救命救急センターを整備しています。</p> <p>地域の状況を踏まえ、初期救急から第三次救急までの機能が適切に発揮されるよう、県と市町村が連携してその整備に取り組む必要があります。</p> <p>県内のどこに住んでいても、必要なときに小児救急医療を受けられる体制が確保されていることが必要です。しかし、夜間や休日も含めた小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合は、平成29年度（2017年度）当初で86%であり、依然として全ての曜日に対応できない医療圏があります。休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。</p> <p>また、地域の医療機関では対応困難な小児重症救急患者を受け入れられるよう、小児救命救急医療体制を強化するため、</p>

改正案	現行
<p>県内に2か所、小児救命救急センターを整備しました。</p> <p><u>さらに、搬送困難事案を削減するため、小児に特化した搬送困難事案受入医療機関を指定しています。</u></p> <p><u>このほか、医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することにより、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図ることを目的とするドクターヘリの配備に加え、ドクターカーの整備も進めています。</u></p> <p>一方、夜間や休日に、軽症であっても小児科のある救急病院を受診するケースが増加し、小児救急病院の負担が増大しています。</p> <p>その結果、医師の疲弊や減少により輪番制から撤退する病院が出るなど、小児救急医療体制の維持が困難な地域があります。</p> <p>背景として、少子化や核家族化が進み、身近に相談できる人がいないことによる保護者の不安感や、専門・高度医療志向の高まりなどが指摘されています。</p> <p>保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進し、小</p>	<p>県内に2か所、小児救命救急センターを整備しました。</p> <p>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。</p> <p>その結果、医師の疲弊や減少により輪番制から撤退する病院が出るなど、小児救急医療体制の維持が困難な地域があります。</p> <p>背景として、少子化や核家族化が進み、身近に相談できる人がいないことによる保護者の不安感や、専門・高度医療志向の高まりなどが指摘されています。</p> <p>保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進し、小</p>

改正案	現 行
<p>児救急病院への軽症患者の集中を緩和する必要があります。</p> <p>初期、第二次及び第三次における救急医療機関の適切な役割分担と連携により、医療体制の充実を図る必要があります。</p> <p>3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p><u>(4) 搬送困難事案受入医療機関の体制充実</u></p> <p><u>(5)</u> (略)</p> <p><u>(6)</u> ドクターヘリや<u>ドクターカー</u>を活用した早期治療の推進</p> <p><u>(7)</u> (略)</p> <p><u>(8)</u> 小児救急電話相談や<u>A I 救急相談</u>の充実</p> <p><u>(9)</u> (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>第5節 (略)</p> <p>第3章 在宅医療の推進</p> <p>第1節 在宅医療の推進</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>在宅医療は、最期まで住み慣れた自宅等で自分らしい生活を</p>	<p>児救急病院への軽症患者の集中を緩和する必要があります。</p> <p>初期、第二次及び第三次における救急医療機関の適切な役割分担と連携により、医療体制の充実を図る必要があります。</p> <p>3 (略)</p> <p>4 主な取組</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p><u>(4)</u> (略)</p> <p><u>(5)</u> ドクターヘリを活用した早期治療の推進</p> <p><u>(6)</u> (略)</p> <p><u>(7)</u> 小児救急電話相談<u>事業</u>の充実</p> <p><u>(8)</u> (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>第5節 (略)</p> <p>第3章 在宅医療の推進</p> <p>第1節 在宅医療の推進</p> <p>1 目指すべき姿</p> <p>在宅医療は、最期まで住み慣れた自宅等で自分らしい生活を</p>

改正案	現行
<p>続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムに不可欠な構成要素です。</p> <p>在宅での療養を希望する患者が住み慣れた地域に必要な医療を受けるため、(1)在宅療養に向けた<u>入</u>退院支援、(2)日常の療養生活の支援、(3)急変時の対応、(4)患者が望む場所での看取りを目指し、地域における医療や介護の多職種連携を図りながら24時間体制で在宅医療が提供される体制を構築します。</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(略)</p> <p>(1) <u>入</u>退院支援</p> <p>在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割が期待されています。最近は何らかの医療処置を必要とする在宅療養患者が増加してきたことから、医療の継続性を確保するとともに、<u>入</u>退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための退院後の生活を見据えた<u>支援</u>が必要です。<u>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</u></p>	<p>続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムに不可欠な構成要素です。</p> <p>在宅での療養を希望する患者が住み慣れた地域に必要な医療を受けるため、(1)在宅療養に向けた退院支援、(2)日常の療養生活の支援、(3)急変時の対応、(4)患者が望む場所での看取りを目指し、地域における医療や介護の多職種連携を図りながら24時間体制で在宅医療が提供される体制を構築します。</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(略)</p> <p>(1) 退院支援</p> <p>在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割が期待されています。最近は何らかの医療処置を必要とする在宅療養患者が増加してきたことから、医療の継続性を確保するとともに、退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための退院後の生活を見据えた<u>入院初期からの退院支援が重要となっています。</u></p>

改正案	現行
<p><u>と在宅療養に関わる医療・介護従事者が情報を共有し、円滑な在宅療養に向けた支援を行うことが必要です。こうした情報共有等のルールを定めた入退院支援ルールを地域の実情に応じて策定していくことが求められます。</u></p> <p>(2) 日常の療養生活の支援</p> <p>訪問診療を実施する医療機関は平成29年（2017年）3月末現在、766か所です。公益社団法人日本医師会の「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」によると、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、診療所の約7割が24時間対応の困難さを挙げています。</p> <p>在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められています。</p> <p>訪問看護利用者数、訪問看護ステーション数、訪問看護ステーションに従事する看護職員数<u>の</u>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</p>	<p>(2) 日常の療養生活の支援</p> <p>訪問診療を実施する医療機関は平成29年（2017年）3月末現在、766か所です。公益社団法人日本医師会の「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」によると、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、診療所の約7割が24時間対応の困難さを挙げています。</p> <p>在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められています。</p> <p>訪問看護利用者数、訪問看護ステーション数、訪問看護ステーションに従事する看護職員数いずれも増加傾向にありますが、今後さらに医療・介護需要の大幅な増加が見込まれます。このため、医療依存度の高い患者やターミナルケア、24時間対応など様々なニーズに対応できるよう、訪問看護を</p>

改正案	現行
<p>を担う人材の確保や育成、安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を強化することが必要です。</p> <p>療養生活の質の向上に向け、歯・口腔<sup>くわう</sup>の健康状態の悪化や機能低下、これらによる栄養不足や運動機能低下、誤嚥性肺炎<sup>えん</sup>の予防などのため、在宅療養患者への歯科医療の提供促進が求められています。</p> <p><u>地域において薬局は、他の医療機関や介護療養施設等との連携体制を構築した上で、様々な療養の場を移行する患者の服薬情報等を一元的・継続的に管理し、質の高い薬物療法（薬剤管理）を提供していくことが求められています。</u></p> <p>患者が安心して質の高い在宅医療を受けられるよう、多職種協働による包括的かつ継続的な医療を提供することが必要です。このため、地域における病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅（地域密着型）サービス事業所などの連携体制の構築が必要です。</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 在宅での看取り</p> <p>患者や家族のQOL（生活の質）の維持・向上を図りつつ</p>	<p>担う人材の確保や育成、安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を強化することが必要です。</p> <p>療養生活の質の向上に向け、歯・口腔<sup>くわう</sup>の健康状態の悪化や機能低下、これらによる栄養不足や運動機能低下、誤嚥性肺炎<sup>えん</sup>の予防などのため、在宅療養患者への歯科医療の提供促進が求められています。</p> <p><u>在宅療養患者の多剤・重複投薬や相互作用の防止、残薬解消など薬学的管理・指導を行い、服薬情報を一元的・継続的に把握することが求められています。</u></p> <p>患者が安心して質の高い在宅医療を受けられるよう、多職種協働による包括的かつ継続的な医療を提供することが必要です。このため、地域における病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅（地域密着型）サービス事業所などの連携体制の構築が必要です。</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 在宅での看取り</p> <p>患者や家族のQOL（生活の質）の維持・向上を図りつつ</p>

改正案	現行
<p>療養生活を支えるとともに、<u>人生の最終段階における医療やケアについて、患者本人が意思決定できる体制を整え</u>、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められています。</p> <p>高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える人が増加していることから、介護施設等による看取りを支援していくことが求められます。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) <u>入</u>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。</p> <p>また、市町村や地域の郡市医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体や保健所が連携しながら在宅医療の推進を図っていきます。</p> <p>特に保健所は、医療・介護連携の円滑な実施に向けて、地域の郡市医師会等の関係団体と連携して調整を行うなど、積極的に役割を果たしていきます。</p> <p>(2) 在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、</p>	<p>療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められています。</p> <p>高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える人が増加していることから、介護施設等による看取りを<u>必要に応じて</u>支援していくことが求められます。</p> <p>3 課題への対応</p> <p>(1) 退院支援、日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅における看取りなど在宅医療を担う医療や介護の関係機関相互の連携強化を図ります。</p> <p>また、市町村や地域の郡市医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体や保健所が連携しながら在宅医療の推進を図っていきます。</p> <p>特に保健所は、医療・介護連携の円滑な実施に向けて、地域の郡市医師会等の関係団体と連携して調整を行うなど、積極的に役割を果たしていきます。</p> <p>(2) 在宅医療において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、</p>

改正案	現 行
<p>歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。</p> <p>また、多職種のチームによる医療において、多職種間での情報共有をより円滑に進めていくため、ICTによる医療・介護連携ネットワークシステムの普及・拡大を図っていきます。</p> <p><u>さらに、在宅で療養する患者に対し、訪問看護師等のサポートを得るなど効果的なオンライン診療を推進していきます。</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 県内全ての郡市医師会に設置され、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業として運営されている在宅医療連携拠点については、<u>入</u>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。</p> <p>また、在宅医療・介護連携推進事業において、特に「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」、「在</p>	<p>歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築します。</p> <p>また、多職種のチームによる医療において、多職種間での情報共有をより円滑に進めていくため、ICTによる医療・介護連携ネットワークシステムの普及・拡大を図っていきます。</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 県内全ての郡市医師会に設置され、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業として運営されている在宅医療連携拠点については、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。</p> <p>また、在宅医療・介護連携推進事業において、特に「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」、「在</p>



改正案	現行
<p>宅医療・介護連携に関する相談支援」、「在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」については、医療に係る専門的・技術的な対応が必要であり、また、二次保健医療圏等の広域的な連携が必要であることから重点的に支援をしていきます。</p> <p>(5) <u>医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、</u>人生の最終段階における医療やケアについて、<u>本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるACP（アドバンス・ケア・プランニング）を普及・啓発し、</u>患者本人が意思決定できる体制を整えます。<u>また、</u>人生の最終段階における医療の提供や在宅での看取り体制の構築を図ります。</p> <p>(6)・(7) (略)</p> <p>(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<u>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</u>支援し、緩和ケアや残薬管理等に対応できる薬剤師の<u>育成を図ります。</u></p>	<p>宅医療・介護連携に関する相談支援」、「在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」については、医療に係る専門的・技術的な対応が必要であり、また、二次保健医療圏等の広域的な連携が必要であることから重点的に支援をしていきます。</p> <p>(5) 人生の最終段階における<u>療養の場所や希望する医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、</u>患者本人が意思決定できる体制を整え<u>るとともに、</u>人生の最終段階における医療の提供や在宅での看取り体制の構築を図ります。</p> <p>(6)・(7) (略)</p> <p>(8) がん患者等に専門的な薬物療法を提供できる高度薬学管理機能を有する薬局の<u>体制整備</u>を支援し、緩和ケアや残薬管理等に対応できる薬剤師を<u>育成するとともに、地域の医療機関などとの連携の促進を図ります。</u></p>

改 正 案	現 行
<p>4 主な取組</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 訪問看護師等のサポートを得るなど効果的なオンライン診療の普及</u></p> <p><u>(4)・(5) (略)</u></p> <p><u>(6) 患者本人の意思決定を支援するための情報提供や普及・啓発</u></p> <p><u>(7)～(9) (略)</u></p> <p><u>(10) 地域の医療機関や介護療養施設などと連携して一元的・継続的な薬物療法（薬剤管理）を行える薬局の整備と緩和ケアや残薬管理等に対応できる薬剤師の育成</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1) (略)</p> <p><u>(2) 入退院支援ルール作成済み市町村数</u>  <u>現状値 26 市町村 → 目標値 63 市町村</u>  <u>(令和 2 年度) (令和 5 年度)</u></p> <p><u>(3) 訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数</u>  現状値 2, 133 人 → 中間目標値 2, 280 人</p>	<p>4 主な取組</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3)・(4) (略)</u></p> <p><u>(5)～(7) (略)</u></p> <p><u>(8) 在宅医療を担う薬局の整備促進と薬剤師の育成</u></p> <p>5 指標</p> <p>(1) (略)</p> <p><u>(2) 県内の訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数</u>  現状値 2, 133 人 → 中間目標値 2, 280 人</p>

改正案	現行
<p>(平成28年末) (令和2年末) → 目標値 <u>3,414</u> 人 (令和4年末)</p> <p><u>(4) 地域連携薬局の認定数</u> <u>目標値500薬局(令和5年度)</u></p> <p><u>(5) (略)</u></p> <p>第4章 医療従事者等の確保 第1節 医療従事者等の確保 1～3 (略) 4 主な取組 (1) 医師 ア～ウ (略) エ 臨床研修医 <u>及び後期研修医</u> の誘導・定着策の推進</p>	<p>(平成28年末) (平成32年末) → 目標値 <u>2,540</u> 人 (平成34年末)</p> <p><u>(3) 在宅患者調剤加算算定薬局数</u> <u>現状値640薬局 → 中間目標値760薬局</u> <u>(平成28年度) (平成32年度)</u> <u>→ 目標値850薬局</u> <u>(平成35年度)</u></p> <p><u>(4) (略)</u> <u>※ 在宅医療に関する指標については3年後に見直しを行うため、中間年における目標値を設定しています。</u></p> <p>第4章 医療従事者等の確保 第1節 医療従事者等の確保 1～3 (略) 4 主な取組 (1) 医師 ア～ウ (略) エ 臨床研修医 <u>などの医師</u> の誘導・定着策の推進</p>

改正案	現行
<p>県内で臨床研修<u>及び後期研修</u>を実施する魅力などについて様々な情報発信を行い、臨床研修医<u>及び後期研修医</u>の県内医療機関への誘導と定着を図ります。</p> <p>オ～キ (略)</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) 看護職員</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 看護職員の離職防止・定着促進</p> <p>新人看護職員が臨床実践能力を獲得するための研修及び支援<u>体制の強化</u>、病院内保育所の運営支援や働きやすい職場づくり支援等を行うことにより、早期離職防止や就労環境改善による定着、離職防止を促進していきます。</p> <p>ウ 看護職員の再就業支援</p> <p>ナースセンターを拠点とした職業紹介や<u>再就業に必要な研修の充実</u>を図ることにより、<u>ライフイベント等のため</u>離職した看護有資格者の再就業を支援していきます。</p> <p>エ 看護職員の資質の向上</p> <p><u>認定看護師資格取得や特定行為研修の受講支援</u>、指導的</p>	<p>県内で臨床研修を実施する魅力などについて様々な情報発信を行い、臨床研修医の県内医療機関への誘導と定着を図ります。</p> <p>オ～キ (略)</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(4) 看護職員</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 看護職員の離職防止・定着促進</p> <p>新人看護職員が臨床実践能力を獲得するための研修<u>の実施</u>及び支援、病院内保育所の運営支援や働きやすい職場づくり支援等を行うことにより、早期離職防止や就労環境改善による定着、離職防止を促進していきます。</p> <p>ウ 看護職員の再就業支援</p> <p>ナースセンターを拠点とした職業紹介や<u>届出制度活用促進</u>を図ることにより、<u>育児等で</u>離職した看護有資格者の再就業を支援していきます。</p> <p>エ 看護職員の資質の向上</p> <p><u>専門分野の看護師研修の実施</u>や、指導的役割を担う看護</p>

改正案	現行
<p>役割を担う看護師を<u>確保</u>するために認定看護師の<u>医療機関への派遣</u>を行うなど<u>により</u>、高度・専門的な医療提供に資する看護師の育成を図ります。</p> <p>また、特定行為研修の体制の整備に関し、現状把握や課題抽出を踏まえ、特定行為研修に係る支援事業の検討を行っていきます。</p> <p>オ～キ (略)</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>5 指標</p> <p>(1) 臨床研修医の採用数 (略)</p> <p>(2) 訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数(再掲)</p> <p>現状値 2, 133人 → 中間目標値 2, 280人 (平成28年末) (令和2年末)</p> <p>→ 目標値 <u>3, 414</u>人 (令和4年末)</p> <p><u>(3) 医療施設(病院・診療所)の医師数</u></p>	<p>師を<u>育成</u>するために認定看護師の<u>確保や支援</u>を行うなど、高度・専門的な医療提供に資する看護師の育成を図ります。</p> <p>また、特定行為研修の体制の整備に関し、現状把握や課題抽出を踏まえ、特定行為研修に係る支援事業の検討を行っていきます。</p> <p>オ～キ (略)</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>5 指標</p> <p>(1) 臨床研修医の<u>県内</u>採用数 (略)</p> <p>(2) <u>県内の</u>訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数(再掲)</p> <p>現状値 2, 133人 → 中間目標値 2, 280人 (平成28年末) (平成32年末)</p> <p>→ 目標値 <u>2, 540</u>人 (平成34年末)</p> <p><u>(3) 県内医療施設(病院・診療所)の医師数(人口十万人当た</u></p>

改 正 案	現 行
<p>現状値 12,443人 → 目標値 15,170人 (平成30年末) (令和4年末)</p> <p>(4) 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)</p> <p>(5) 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)</p> <p>第5章 医療の安全の確保 第1節・第2節 (略) 第3節 医薬品の適正使用の推進 1～4 (略) 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)</p> <p>第4節 献血の推進</p>	<p>り)</p> <p>現状値 160.1人 → 目標値 全国最下位脱出 (全国最下位) (平成32年末) (平成28年末)</p> <p>第5章 医療の安全の確保 第1節・第2節 (略) 第3節 医薬品の適正使用の推進 1～4 (略) 5 指標 ジェネリック医薬品の数量シェア 現状値 69.8% → 目標値 80.0%以上 (平成28年度末) (平成33年度末)</p> <p>第4節 献血の推進</p>

改正案	現行
<p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>医療に必要不可欠な輸血用血液製剤や大部分の血漿<sup>しょう</sup>分画製剤は、現在、国内の献血で賄われています。</p> <p>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。</p> <p>血液は人工的に作ることができず、長期的に保存することもできないので、輸血に必要な血液を確保するため、絶えず新しい血液が必要となります。</p> <p>このため、献血の推進をさらに図るとともに、医療機関における血液製剤の使用の適正化を推進する必要があります。</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 指標</p>	<p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>医療に必要不可欠な輸血用血液製剤や大部分の血漿<sup>しょう</sup>分画製剤は、現在、国内の献血で賄われています。</p> <p><u>県は高校生献血の推進に積極的に取り組んでおり、その結果、高校生の献血者数は、平成19年度（2007年度）から10年連続日本一となっています。</u></p> <p>少子高齢化により将来の献血を担う若年層が減少する一方で、血液製剤を使用する高齢者が増加しています。これまでの献血状況で推移すると、将来的には輸血用血液製剤が不足する懸念があります。</p> <p>血液は人工的に作ることができず、長期的に保存することもできないので、輸血に必要な血液を確保するため、絶えず新しい血液が必要となります。</p> <p>このため、献血の推進をさらに図るとともに、医療機関における血液製剤の使用の適正化を推進する必要があります。</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 指標</p>

改正案	現行
<p>10代～30代の献血者数 現状値97,502人 → 目標値<u>101,581</u>人 (平成27年度) (令和5年度)</p> <p>第4部・第5部 (略)</p> <p>第6部 医療費適正化計画</p> <p>第1章 (略)</p> <p>第2章 医療の効率的な提供の推進</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化</p> <p>ジェネリック医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。</p>	<p>10代～30代の献血者数 現状値97,502人 → 目標値<u>142,360</u>人 (平成27年度) (平成32年度)</p> <p>第4部・第5部 (略)</p> <p>第6部 医療費適正化計画</p> <p>第1章 (略)</p> <p>第2章 医療の効率的な提供の推進</p> <p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化</p> <p>ジェネリック医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。</p> <p>国においては、平成19年(2007年)に策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」に基づき、</p>



改正案	現 行
<p>平成29年（2017年）6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、令和2年（2020年）9月までに80%とする、数量シェア目標が定められました。</p> <p>さらに、令和3年（2021年）6月には、「経済財政運営と改革の基本方針2021」において、ジェネリック医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進めるとともに、数量シェアを2023年度末までにすべての都道府県において80%以上とする新たな目標が示されました。</p> <p>国においては、患者や医療関係者が安心してジェネリック</p>	<p>安定供給、品質確保、情報提供体制の課題について、国やジェネリック医薬品メーカー等が行うべき取組を明らかにしてきたところです。</p> <p>さらに、平成25年（2013年）4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、取組を進めています。</p> <p>平成29年（2017年）6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、平成32年（2020年）9月までに80%とする、新たな数量シェア目標が定められました。</p> <p>国においては、患者や医療関係者が安心してジェネリック</p>

改正案	現行
<p>医薬品を使用できるような環境整備を図っているところですが、本県における令和2年（2020年）3月現在の数量シェアは81.3%となりましたが、市町村別、年齢別にみると80%を達成していないところがある状況です。</p> <p>要因の一つとして、ジェネリック医薬品の品質に対する県民や医療関係者の信頼が高いとはいえない状況にあることや、ジェネリック医薬品の安定供給及び情報提供体制に関する問題点も指摘されています。</p> <p>また、多剤・重複投薬の防止や残薬対策などを推進するため、「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能を強化することが必要となっています。</p> <p>3・4 （略）</p> <p>5 指標</p> <p>ジェネリック医薬品の数量シェア（再掲）</p> <p>現状値69.8% → 目標値80.0%以上</p> <p>（平成28年度末） （令和5年度末）</p> <p>第3章 （略）</p> <p>第4章 国民健康保険の運営</p>	<p>医薬品を使用できるような環境整備を図っているところですが、本県における平成29年（2017年）3月現在の数量シェアは69.8%となっており、ジェネリック医薬品の普及はまだ十分とは言えません。</p> <p>要因の一つとして、ジェネリック医薬品の品質に対する県民や医療関係者の信頼が高いとはいえない状況にあることや、ジェネリック医薬品の安定供給及び情報提供体制に関する問題点も指摘されています。</p> <p>また、多剤・重複投薬の防止や残薬対策などを推進するため、「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能を強化することが必要となっています。</p> <p>3・4 （略）</p> <p>5 指標</p> <p>ジェネリック医薬品の数量シェア（再掲）</p> <p>現状値69.8% → 目標値80.0%以上</p> <p>（平成28年度末） （平成33年度末）</p> <p>第3章 （略）</p> <p>第4章 国民健康保険の運営</p>

改正案	現行
<p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 国民健康保険新制度の開始</p> <p>平成30年度(2018年度)から市町村国民健康保険は県と市町村の共同運営となりま<u>した</u>。県は財政運営の責任主体として、国保財政の安定的な運営に取り組むこととなりま<u>した</u>。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 指標</p> <p>(1) データヘルス計画に基づく保健事業実施・展開市町村数(市町村国民健康保険実施分)</p> <p>現状値49市町村 → 目標値全63市町村 <u>(※)</u></p> <p>(平成28年度) (令和2年度)</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p><u>※ 平成29年度末で全63市町村がデータヘルス計画を策定し、計画に基づき保健事業を実施しています。</u></p>	<p>1 (略)</p> <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 国民健康保険新制度の開始</p> <p>平成30年度(2018年度)から市町村国民健康保険は県と市町村の共同運営となりま<u>す</u>。県は財政運営の責任主体として、国保財政の安定的な運営に取り組むこととなりま<u>す</u>。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 指標</p> <p>(1) データヘルス計画に基づく保健事業実施・展開市町村数(市町村国民健康保険実施分)</p> <p>現状値49市町村 → 目標値全63市町村</p> <p>(平成28年度) (平成32年度)</p> <p>(2)・(3) (略)</p>