



埼玉県地域保健医療計画 (一部変更後)



埼玉県マスコット「コバトン」「さいたまっち」

平成30～令和5年度
(2018～2023年度)

一部変更後
令和4・5年度
(2022・2023年度)

彩の国  埼玉県

計画の一部変更（令和4年3月）の考え方

埼玉県地域保健医療計画（平成30～令和5年度）は、令和3年度に医療法や現行計画策定後の社会情勢の変化等を踏まえて、以下の4つの視点から計画の一部を変更しました。

（一部変更後の計画期間：令和4・5年度）

なお、元号やデータは、今回の変更箇所と直接関わらない箇所については変更していません。

1 医療法などの規定に基づく見直し

基準病床数の見直しや、医療法第30条の6の規定により入退院支援ルールの作成済み市町村数を指標とし、在宅医療の充実を図る等の見直しを行いました。

2 平成30年の計画策定後の状況変化に伴う見直し

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の制定を踏まえて新たに策定された「埼玉県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画」に伴う見直しや、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、新たに「新型コロナウイルス感染症対策」を節として追加する等の見直しを行いました。

3 他計画との整合を図るための見直し

新たに策定された「埼玉県5か年計画 ～日本一暮らしやすい埼玉へ～」との整合を図るために、医師確保の目標を数値化し、新たに県内医療施設（病院・診療所）の医師数を指標として設ける等の見直しを行いました。

4 目標達成状況を踏まえた見直し

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）や災害拠点病院のBCP策定割合など、指標の最新値が目標値を達成しているもの等について、新たな指標の設定や目標値の見直しを行いました。

目 次

第1部 基本的な事項	1
第1章 基本的な考え方	3
第1節 計画策定の趣旨	4
第2節 基本理念	5
第3節 計画の位置付け	6
第4節 計画の期間	7
第2章 計画の背景	9
第1節 地勢と交通	10
第2節 人口構造	11
第3節 人口動態	13
第4節 住民の受療状況	19
第5節 医療提供施設等の状況	26
第6節 医療費の概況	33
第3章 医療圏	37
第1節 医療圏の設定	38
第2節 事業ごとの医療圏	41
第4章 基準病床数	45
第1節 基準病床数	46
第5章 計画の推進体制と評価	49
第1節 計画の推進体制と役割	50
第2節 評価及び見直し	52
第3節 進捗状況及び評価結果の周知方法	52

第2部	くらしと健康	53
第1章	ライフステージに応じた健康づくり	55
第1節	健康づくり対策	56
第2節	歯科保健対策	59
第3節	親と子の保健対策	62
第4節	青少年の健康対策	66
第2章	疾病・障害とQOL（生活の質）の向上	69
第1節	難病対策	70
第2節	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	72
第3節	人生の最終段階における医療	74
第4節	臓器移植対策	77
第5節	リハビリテーション医療	78
第6節	動物とのふれあいを通じたQOL（生活の質）の向上	80
第3章	健康危機管理体制の整備と生活衛生	81
第1節	健康危機管理体制の整備充実	82
第2節	保健衛生施設の機能充実	85
第3節	安全で良質な水の供給	87
第4節	衛生的な生活環境の確保	88
第5節	安全な食品の提供	89
第3部	医療の推進	93
第1章	疾病ごとの医療提供体制の整備	95
第1節	がん医療	96
第2節	脳卒中医療	100
第3節	心筋梗塞等の心血管疾患医療	104

第4節	糖尿病医療	108
第5節	精神疾患医療	111
第6節	感染症対策	118
第7節	新型コロナウイルス感染症対策	121
第2章	事業ごとの医療提供体制の整備	125
第1節	救急医療	126
第2節	災害時医療	131
第3節	周産期医療	135
第4節	小児医療	138
第5節	へき地医療	142
第3章	在宅医療の推進	143
第1節	在宅医療の推進	144
第4章	医療従事者等の確保	151
第1節	医療従事者等の確保	152
第5章	医療の安全の確保	161
第1節	医療の安全の確保	162
第2節	医薬品等の安全対策	165
第3節	医薬品の適正使用の推進	168
第4節	献血の推進	170
第4部	地域医療構想	173
第1章	地域医療構想の概要	175
第2章	地域医療構想の実現に向けた取組	183
第5部	医師の確保等に関する事項	189
第1章	基本的事項	191

第1節	埼玉県地域保健医療計画（第7次）の一部変更の趣旨	192
第2節	構成	192
第3節	期間	192
第2章	医師の確保に関する事項	193
第1節	医師確保の方針及び必要医師数	194
第2節	必要医師数の確保に向けた施策	199
第3節	産科・小児科における医師の確保に関する事項	206
第4節	医療圏ごとの令和5年（2023年）に目指す医療の姿	208
第3章	外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項	229
第1節	外来医療に係る医療提供体制の確保の方針	230
第2節	区域の設定と推進体制	230
第3節	外来医療の提供状況	231
第4節	外来医療に係る医療提供体制の確保に向けた取組	246
第6部	医療費適正化計画	247
第1章	住民の健康の保持の推進	249
第2章	医療の効率的な提供の推進	253
第3章	医療費の見込み	257
第4章	国民健康保険の運営	259
資料編		263
特定の医療機能を有する病院位置図		265
本県の救急医療体制		266
多様な精神疾患等ごとの医療機関の医療機能一覧表		272
公的病院における5事業の取組		276
基準病床数の算定方法		277

医師の確保に関する事項.....	282
外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項.....	292
主な取組及び担当課一覧.....	295
指標一覧（数値目標）.....	309
指標一覧（医療提供体制の現状）.....	318
埼玉県地域保健医療計画（第7次）策定の経緯.....	333
用語の解説.....	335

第1部 基本的な事項

第1章 基本的な考え方

第1節 計画策定の趣旨

1 埼玉県地域保健医療計画

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

こうした急速な高齢化の進展により、医療や介護の需要は大幅に増大することが見込まれます。さらに、生産年齢人口の減少により、医療・介護を担う人材の確保はより一層困難となることが想定されます。

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

「効率的で質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を同時に進め、医療と介護が相互に連携し患者を支える「治し、支える医療」への転換が求められています。

埼玉県地域保健医療計画(第7次)は、異次元の超高齢社会を迎える本県において、将来にわたり持続可能で質の高い保健医療体制を確保するため、平成30年度(2018年度)から平成35年度(2023年度)までの6年間に取り組むべき施策の方向性を示すものです。

(1) 健康長寿を目指した更なる取組の推進

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

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

(2) 医療機能の分化と連携の推進

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

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

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

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

(3) 地域包括ケアシステムの構築

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

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

(4) 医療を支える人材の確保

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

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

2 埼玉県医療費適正化計画

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

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

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

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

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

第2節 基本理念

急速な高齢化による医療・介護需要の増大、大規模地震や豪雨などによる災害の頻発、グローバル化の進展による感染症拡大の懸念など保健医療を取り巻く環境が大きく変化中、県民の誰もが医療や介護の不安を感じることなく、健康で生き生きとした生活を送ることができる埼玉県の実現を目指し、3つの基本理念を設定しました。

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

第3節 計画の位置付け

1 計画の性格

この計画は、医療法第30条の4に基づく「医療計画」及び高齢者の医療の確保に関する法律第9条に基づく「医療費適正化計画」であるとともに、以下の関係計画等との整合性を図った保健医療に関する総合的な計画です。

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

- (1) 埼玉県5か年計画 ～日本一暮らしやすい埼玉へ～
- (2) 埼玉県がん対策推進計画（がん対策基本法、埼玉県がん対策推進条例）
- (3) 埼玉県高齢者支援計画（介護保険事業支援計画・介護保険法、老人福祉計画・老人福祉法、認知症施策推進計画・認知症施策推進大綱）
- (4) 埼玉県障害者支援計画（障害福祉計画・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、障害者計画・障害者基本法、障害児福祉計画・児童福祉法）
- (5) 埼玉県健康長寿計画（健康増進計画・健康増進法）
- (6) 埼玉県食育推進計画（食育基本法）
- (7) 埼玉県歯科口腔保健推進計画（歯科口腔保健の推進に関する法律、埼玉県歯科口腔保健の推進に関する条例）
- (8) 埼玉県自殺対策計画（自殺対策基本法）
- (9) 埼玉県依存症対策推進計画（アルコール健康障害対策基本法、ギャンブル等依存症対策基本法）
- (10) 埼玉県新型インフルエンザ等対策行動計画（新型インフルエンザ等対策特別措置法）
- (11) 埼玉県薬物乱用対策推進計画（埼玉県薬物の濫用の防止に関する条例）
- (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）

2 計画の構成

- (1) 第1部 基本的な事項

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

- (2) 第2部 暮らしと健康

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

- (3) 第3部 医療の推進

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

(4) 第4部 地域医療構想

地域医療構想の概要、地域医療構想の実現に向けた取組について定めています。

(5) 第5部 医療費適正化計画

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

第4節 計画の期間

計画期間は、平成30年度（2018年度）から平成35年度（2023年度）までの6か年とします。

ただし、在宅医療の推進に関する計画については、医療法第30条の6の規定に基づき、3年で見直しを行い、必要に応じて計画を変更します。

その他、急激な社会情勢の変化や大幅な制度改正などがあった場合には、状況の変化に対応するため、必要な見直しを行うこととします。

第2章 計画の背景

第1節 地勢と交通

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

面積は約3,800km²で、東西約103km、南北約52kmの内陸県です。

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

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

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

本県では、東京に向けて発達した南北方向の鉄道網や道路網が整備されています。

また、県内を東西に結ぶ東京外環自動車道や首都圏中央連絡自動車道といった幹線道路の整備も進められ、東日本の交通の要衝となっています。

第2節 人口構造

1 人口の動き

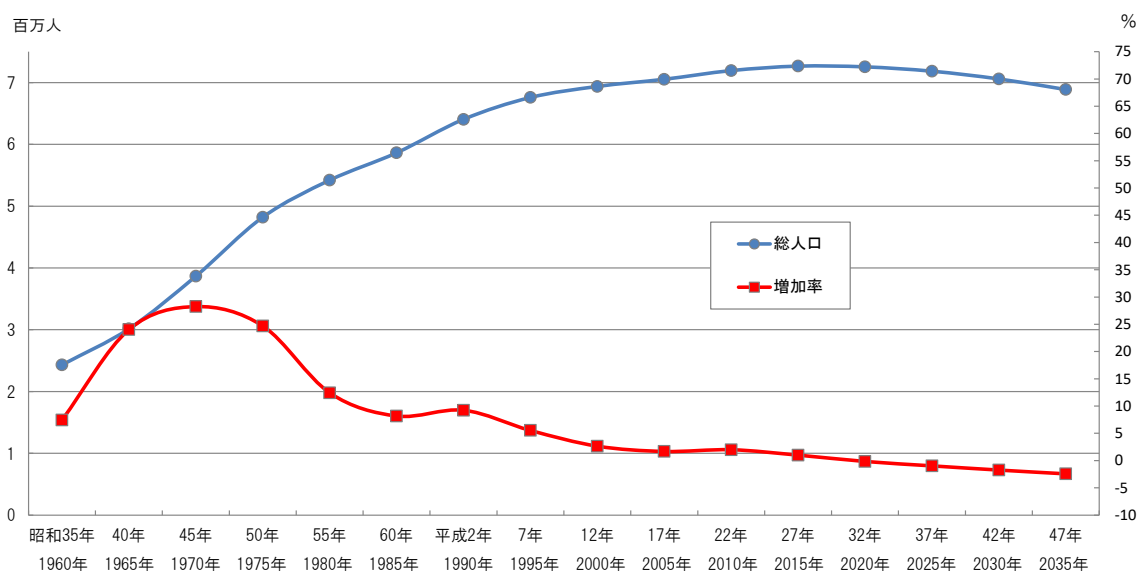
本県の人口は、我が国の経済が高度成長期に入った昭和35年（1960年）頃から社会増加を大きな要因として急激に増加しました。さらに昭和40年代後半には、戦後の第1次ベビーブーム世代が出産適齢期に入ったことから第2次ベビーブームが起こり、自然増加も拡大しました。

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

この結果、昭和35年（1960年）の約243万人から昭和60年（1985年）には約586万人、平成27年（2015年）には約727万人に達しました。平成22年（2010年）から平成27年（2015年）までの5年間の人口増加率は1.0%と、緩やかな増加となっています。

このように、本県の人口は、緩やかな増加傾向にありますが、間もなく減少に転ずると見込まれています。平成37年（2025年）には718万人に減少し、平成47年（2035年）には700万人を割ると推計されています。

【図表1-2-2-1 埼玉県の総人口の推移】



注) 各年の増加率は各5年間の増加率です。平成32年以降は推計値です。

資料：平成27年までは国勢調査（総務省）、平成32年以降は埼玉県推計

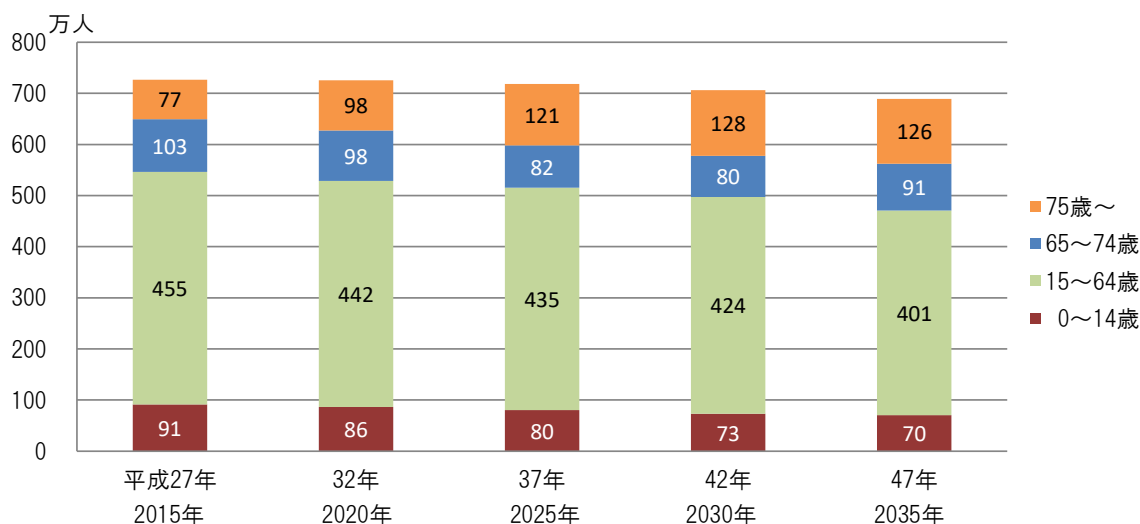
2 人口構成

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

一方、65歳以上の老年人口は、平成37年（2025年）には203万人に増加する見通しです。特に75歳以上の人口は、平成27年（2015年）から10年間で約1.6倍の121万人に増加する見通しです。

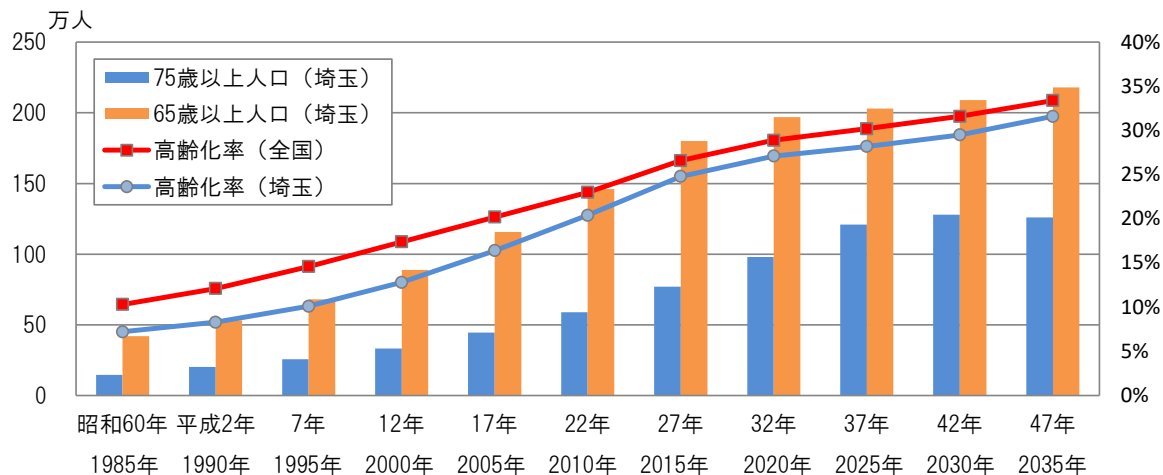
本県の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は、平成27年（2015年）の国勢調査によると、全国平均の26.6%に対し、24.8%と全国で6番目に低い状況となっています。今後、平成37年（2025年）には約28%、平成47年（2035年）には約32%になると推計されています。

【図表1-2-2-2 埼玉県人口構成の見通し】



資料：平成27年は国勢調査（総務省）、平成32年以降は埼玉県推計

【図表1-2-2-3 高齢化率の見通し（埼玉県・全国）】



資料：平成27年までは国勢調査（総務省）、平成32年以降の埼玉県は埼玉県推計、全国は日本の将来推計人口（平成29年推計 国立社会保障・人口問題研究所）

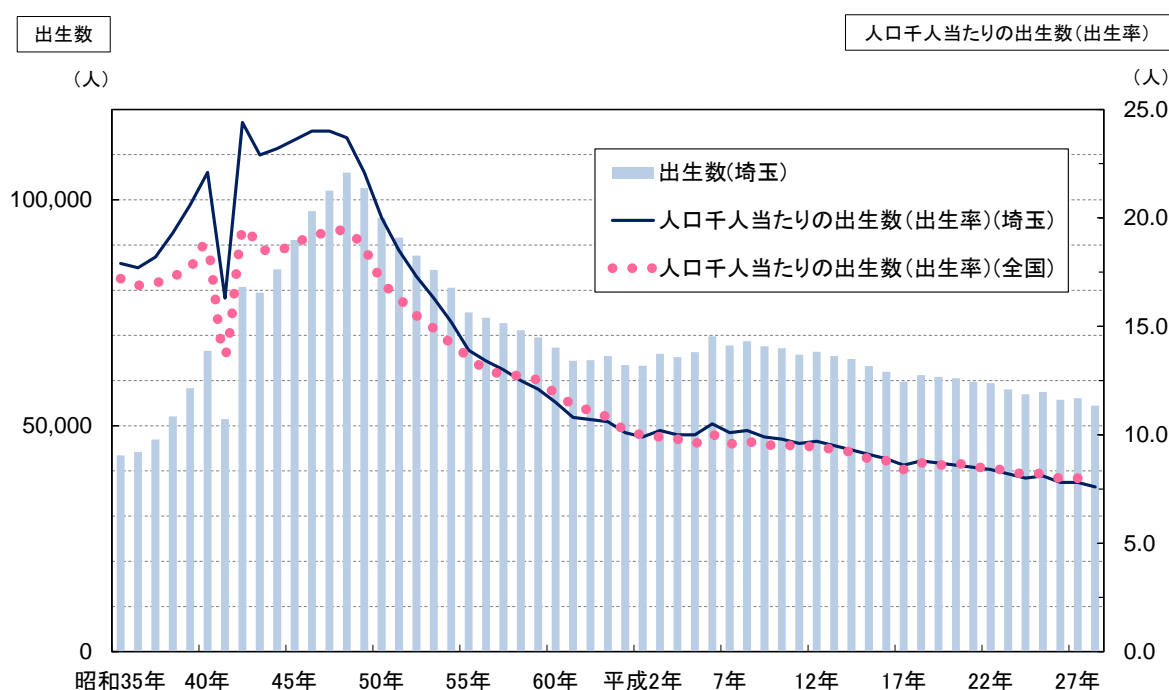
第3節 人口動態

1 出生

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

出生率の年次推移をみると、第2次ベビーブームの昭和46年（1971年）及び昭和47年（1972年）の24.0人以降低下を続け、平成元年（1989年）に10.1人となりました。その後も緩やかな低下傾向が続いています。

【図表1-2-3-1 出生数及び人口千人当たりの出生数（出生率）の年次推移】



注) 昭和41年の低下は、丙午（ひのえうま）によるものと考えられます。

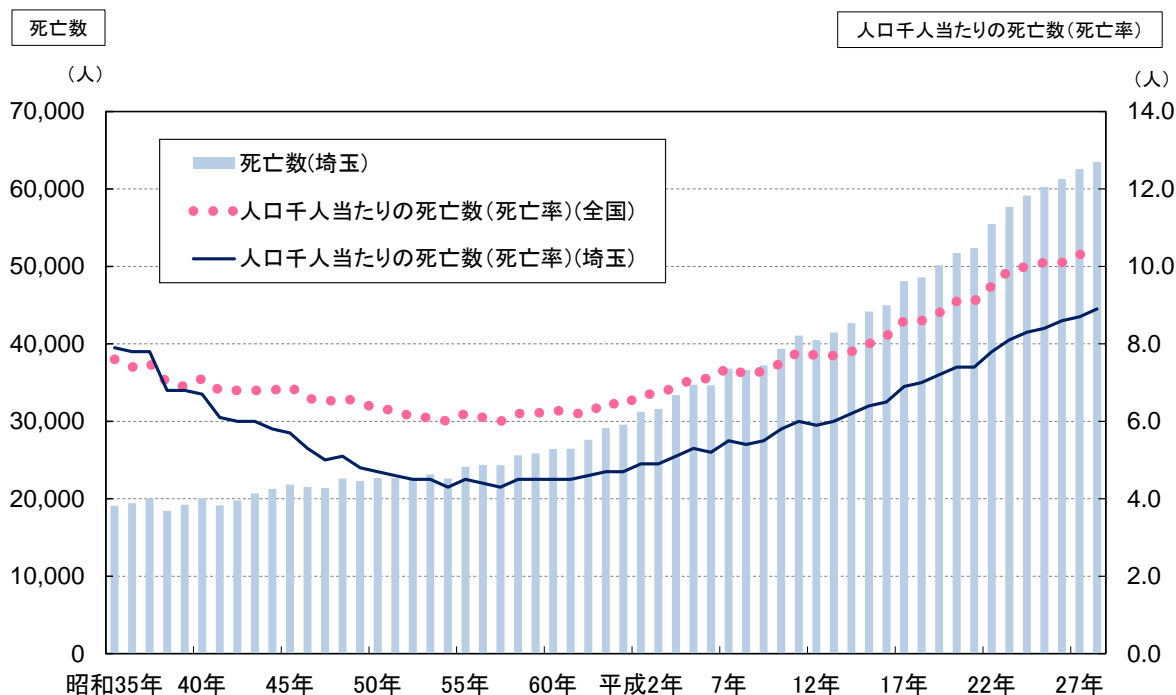
資料：人口動態統計（厚生労働省）

2 死亡

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

死亡率の年次推移をみると、昭和38年（1963年）の6.8人以降全国平均を下回り、低下傾向が続きましたが、昭和61年（1986年）の4.5人以降上昇傾向に転じています。

【図表1-2-3-2 死亡数及び人口千人当たりの死亡数（死亡率）の年次推移】



資料：人口動態統計（厚生労働省）

(1) 主要死因別死亡

平成28年（2016年）の死因別死亡数は、悪性新生物（がん）、心疾患及び脳血管疾患のいわゆる三大生活習慣病が34,333人で、人口十万人当たりの死亡数は478.9人となっており、死亡総数の54.1%を占めています。

ア 悪性新生物（がん）による死亡

昭和56年（1981年）以降死因順位の第1位を占めるとともに、一貫して増え続け、平成28年（2016年）には人口十万人当たりの死亡数は267.1人となっており、死亡総数の30.2%を占めています。

イ 心疾患による死亡

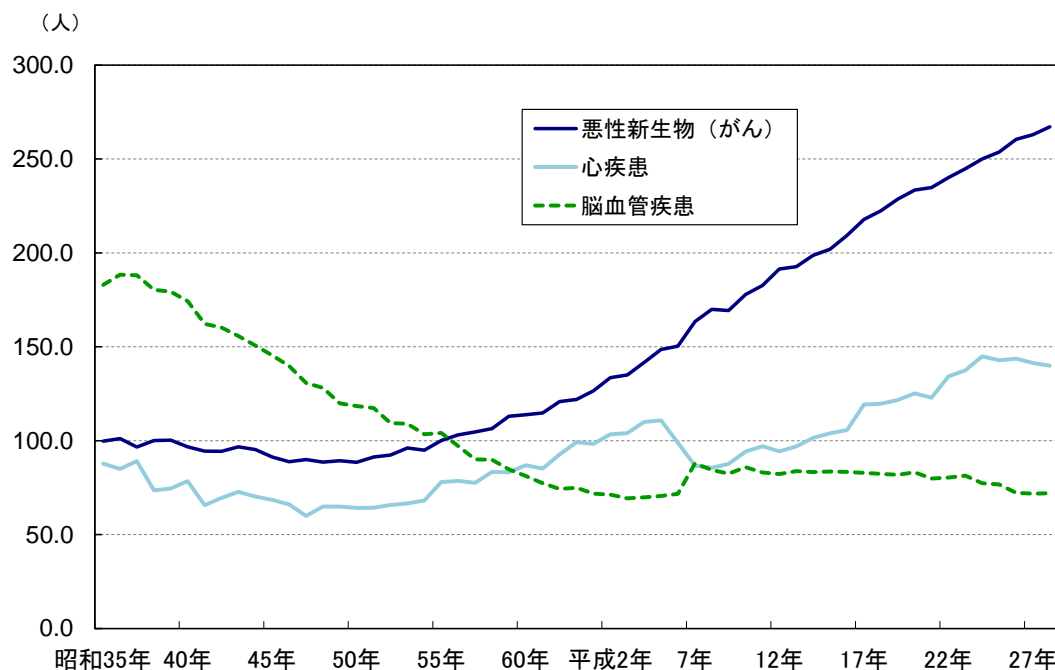
昭和60年（1985年）に脳血管疾患と入れ替わって死因の第2位となり、その後も緩やかに上昇を続けていました。平成7年（1995年）の死亡診断書の記載方法改正による影響等から一時減少しましたが、平成9年（1997年）から再び増加傾向に転じています。平成28年（2016年）には人口十万人当たりの死亡数は139.9人となっており、死亡総数の15.8%を占めています。

ウ 脳血管疾患による死亡

昭和24年（1949年）以降死因の第1位を占めてきましたが、昭和36年（1961年）をピークに低下を続け、昭和56年（1981年）には悪性新生物（がん）と入れ替わって第2位となりました。その後も低下傾向が続き、昭和

60年（1985年）には心疾患と入れ替わって第3位、平成23年（2011年）には肺炎と入れ替わって第4位となりました。平成28年（2016年）には人口十万人当たりの死亡数は72.0人となっており、死亡総数の8.1%を占めています。

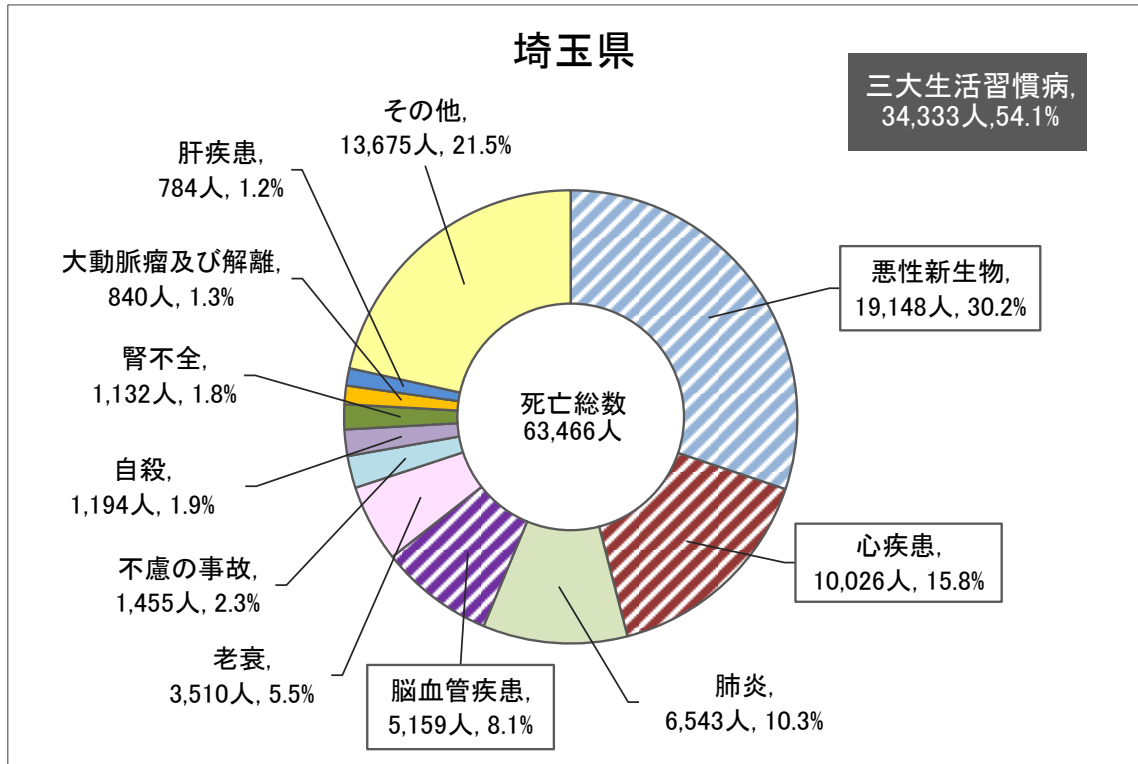
【図表1-2-3-3 三大生活習慣病の人口十万人当たりの死亡数の年次推移（埼玉県）】



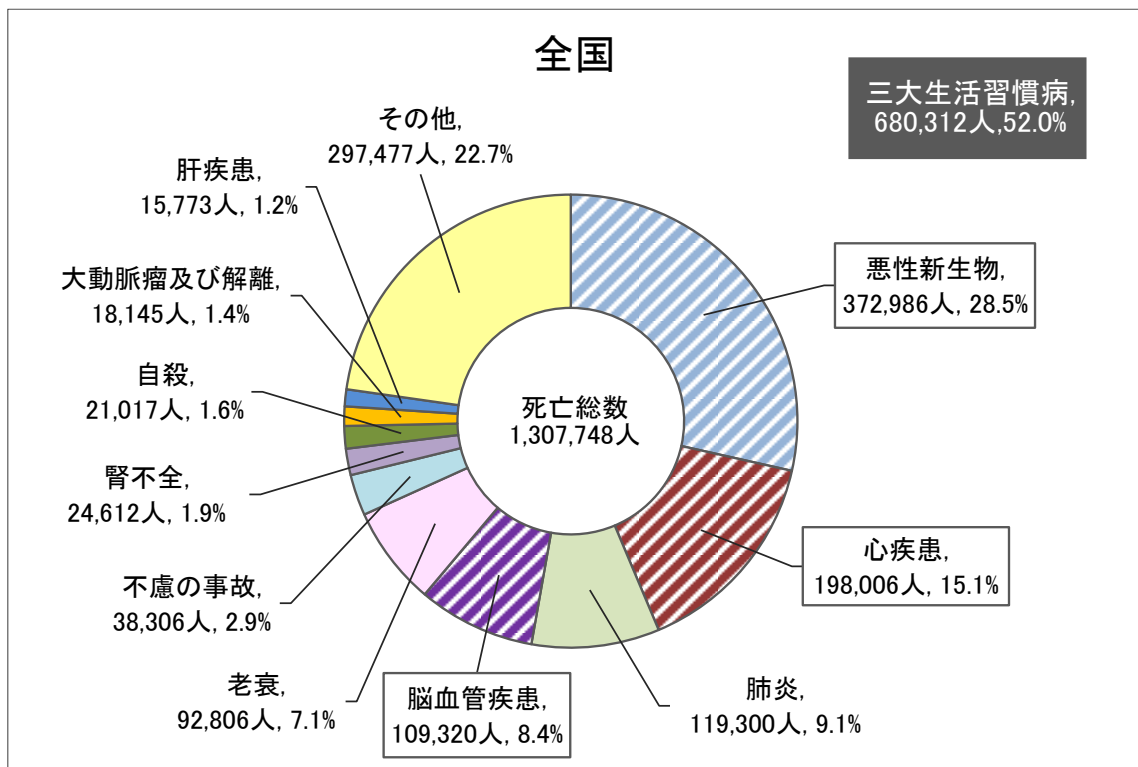
注) 平成6、7年の心疾患及び平成7年の脳血管疾患の著しい変動は、死亡傾向が急激に変化したものではなく、死因分類（ICD-10）及び死亡診断書の改正によるものと考えられます。

資料：人口動態統計（厚生労働省）

【図表1-2-3-4 死因別死亡数及び死亡総数に占める割合（平成28年）】



資料：平成28年人口動態統計（厚生労働省）



資料：平成28年人口動態統計（厚生労働省）

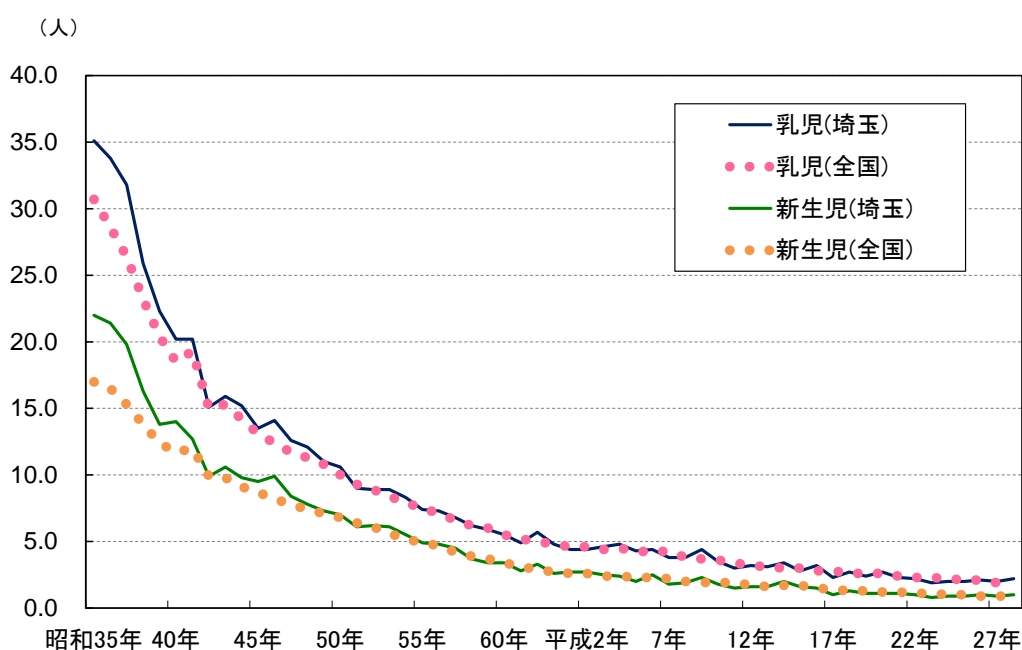
(2) 乳児死亡及び新生児死亡

平成28年（2016年）の乳児死亡数は118人で、出生千人当たりの乳児死亡数（乳児死亡率）は2.2人となっています。

このうち、新生児死亡数は52人で、出生千人当たりの死亡数（新生児死亡率）は1.0人となっています。

乳児死亡率及び新生児死亡率の年次推移をみると、一時的に上昇している年もありますが、長期的には低下傾向にあります。

【図表1-2-3-5 出生千人当たりの乳児死亡数（乳児死亡率）及び出生千人当たりの新生児死亡数（新生児死亡率）の年次推移】



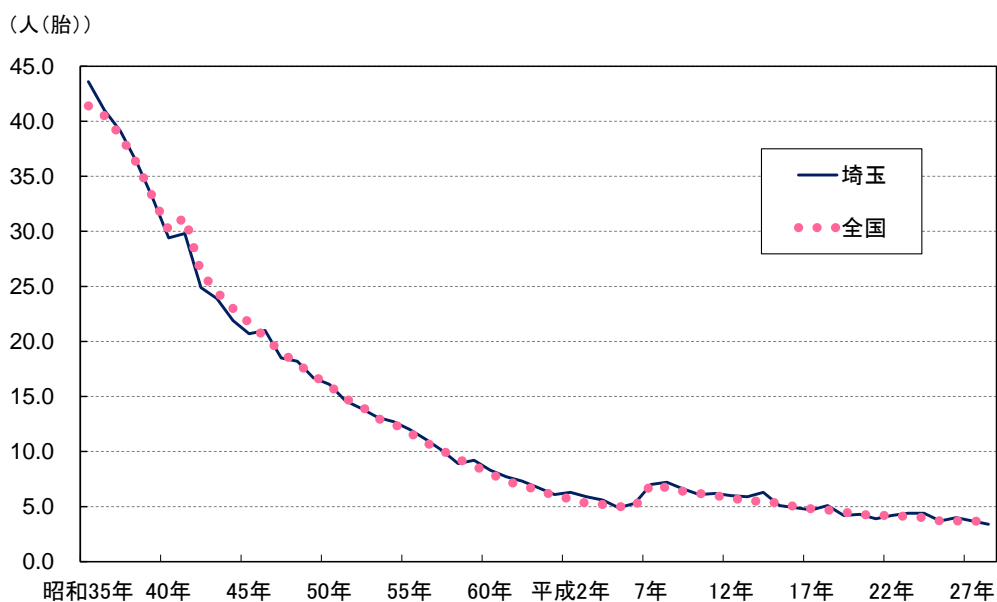
資料：人口動態統計（厚生労働省）

(3) 周産期死亡

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

周産期死亡率の年次推移をみると、長期的には低下傾向にあります。

【図表1-2-3-6 出産千人（胎）当たりの周産期死亡数（周産期死亡率）の年次推移】



注) 周産期死亡の定義が変わり、平成6年までは「妊娠満28週以後の死産及び早期新生児死亡」でしたが、平成7年からは「妊娠満22週以後の死産及び早期新生児死亡」となりました。

資料：人口動態統計（厚生労働省）

第4節 住民の受療状況

1 健康寿命

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

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

2 受療等の状況

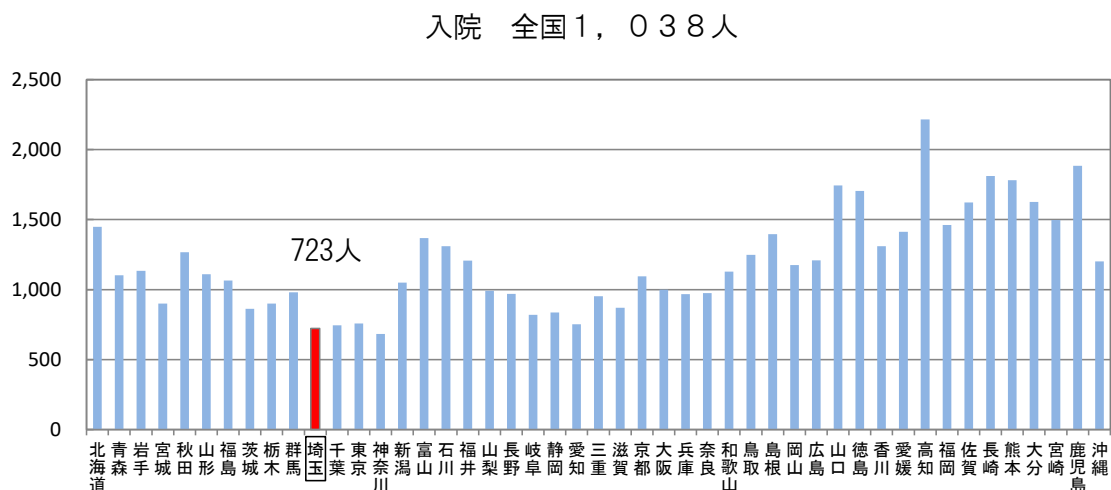
(1) 受療率

ア 入院・外来受療率

県民の人口十万人当たりの推計入院患者数(入院受療率)は723人(全国1,038人)であり、都道府県の中で、低率順で第1位の神奈川県に次いで第2位となっています。

人口十万人当たりの推計外来患者数(外来受療率)は4,974人(同5,696人)であり、低率順で第1位の沖縄県、第2位の千葉県、第3位の石川県、第4位の富山県に次いで第5位となっています。

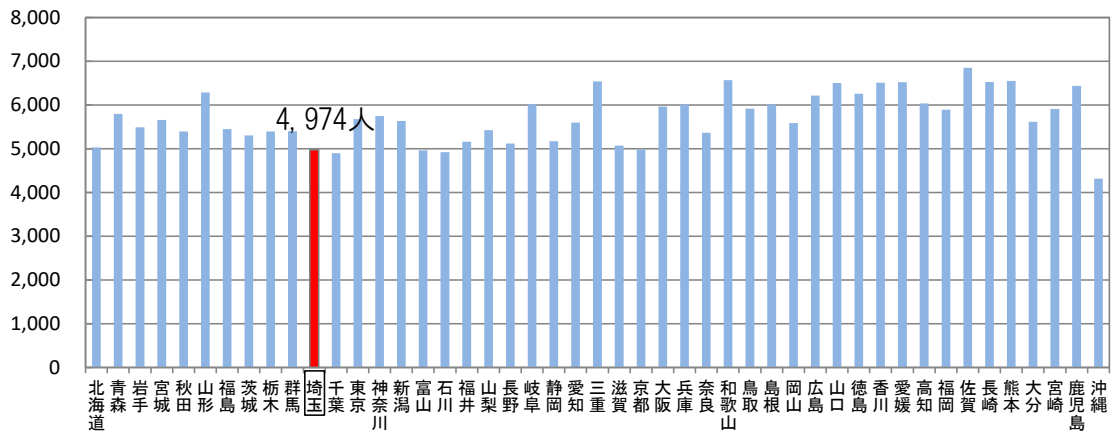
【図表1-2-4-1 人口十万人当たりの推計入院患者数(入院受療率)】



資料：平成26年患者調査(厚生労働省)

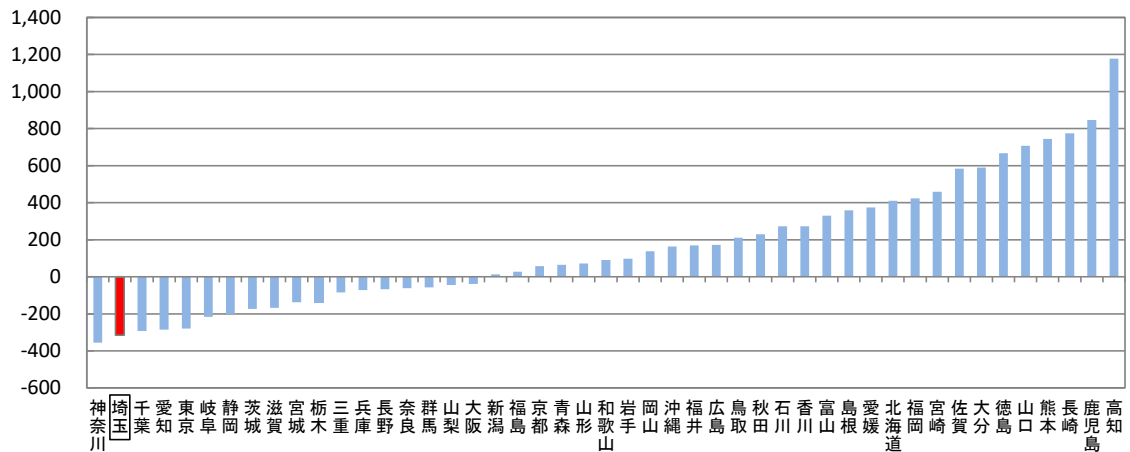
【図表1-2-4-2 人口十万人当たりの推計外来患者数（外来受療率）】

外来 全国5,696人



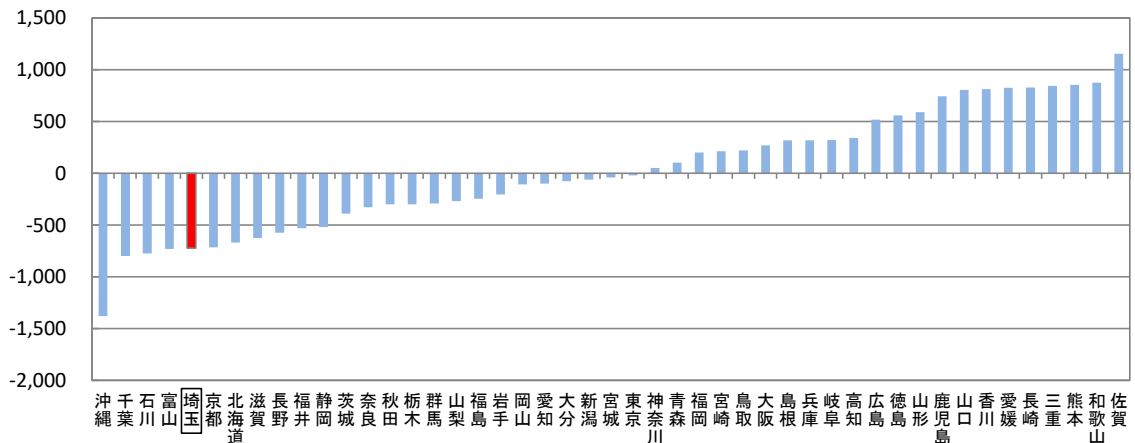
資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

【図表1-2-4-3 人口十万人当たりの推計入院患者数（入院受療率）：全国平均1,038人との差】



資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

【図表1-2-4-4 人口十万人当たりの推計外来患者数（外来受療率）：全国平均5,696人との差】



資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

イ 医療施設種類別入院・外来受療率

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

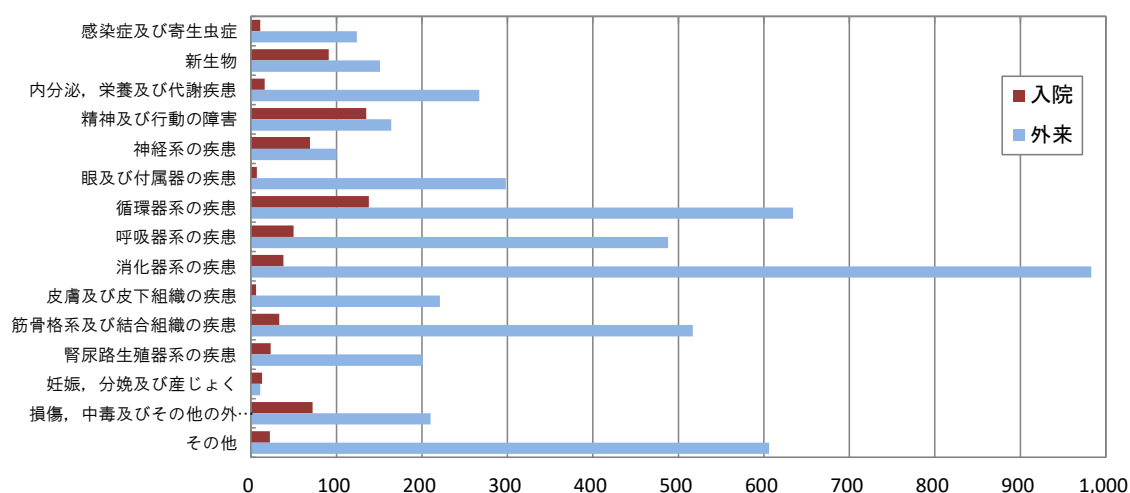
外来受療率についてみると、病院1,161人（同1,292人）、一般診療所2,831人（同3,331人）、歯科診療所982人（同1,073人）となっています。

ウ 傷病大分類別受療率

傷病大分類別に人口十万人当たりの推計患者数をみると、入院では「循環器系の疾患」が138人と最も多くなっています。次いで「精神及び行動の障害」の135人、「新生物」の91人の順となっています。

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

【図表1-2-4-5 人口十万人当たりの傷病大分類別受療率（埼玉県）】



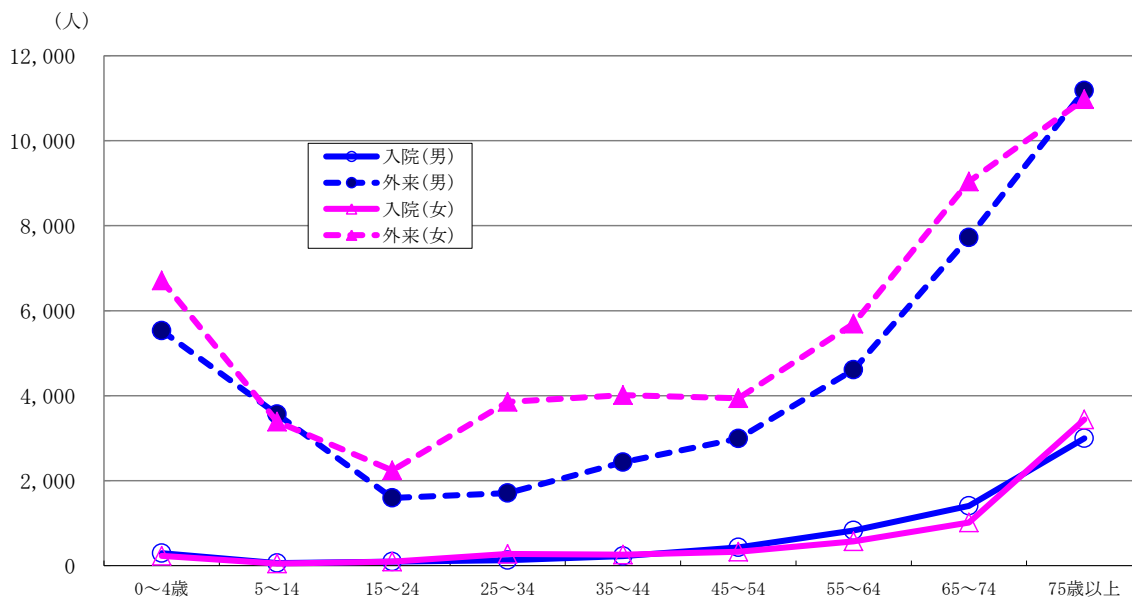
資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

エ 性・年齢階級別受療率

人口十万人当たりの推計患者を性別にみると、男性では入院が687人、外来が4,311人、女性では入院が760人、外来が5,638人となっています。

これを年齢階級別にみると、男性は、入院では5～14歳の61人を最低に、外来では15～24歳の1,596人を最低として、年齢とともに上昇傾向を示しています。女性は、男性同様、入院では5～14歳の49人、外来では15～24歳の2,241人を最低に、おおむね年齢とともに上昇傾向を示しています。

【図表1-2-4-6 人口十万人当たりの性・年齢階級別受療率（埼玉県）】



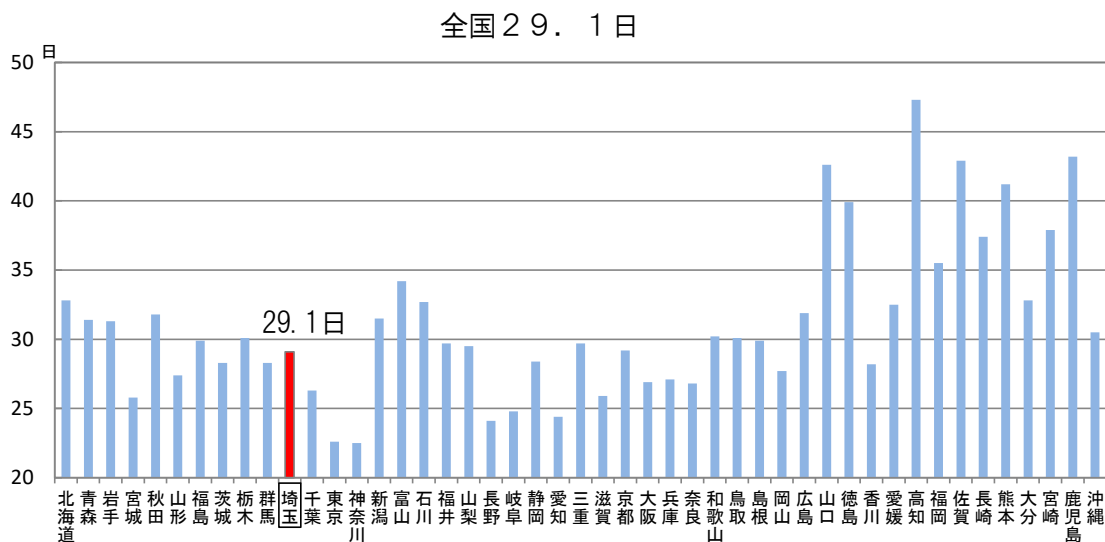
資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

(2) 病院病床の利用状況

平成27年（2015年）の病院の入院患者の平均在院日数は、全国の29.1日と同じ29.1日（在院日数の短い方からの全国順位で第18位）となっています。このうち介護療養病床を除く平均在院日数は、全国の27.9日に対し、28.4日（同第20位）となっています。

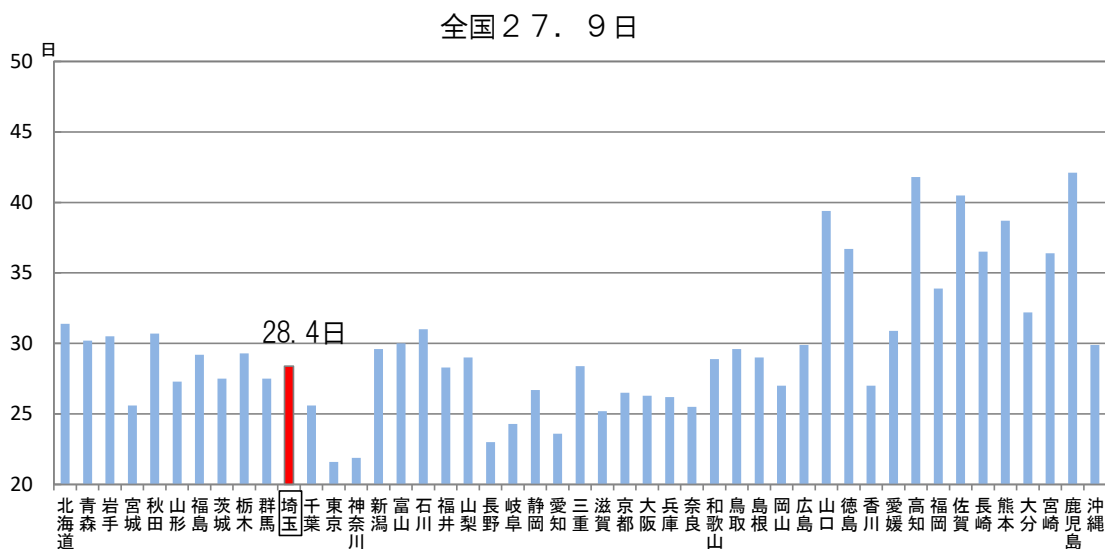
病床利用率を病床種別にみると、一般病床では全国の75.0%に対し、74.6%（全国高率順位第27位）となっています。療養病床では全国の88.8%に対し、88.5%（同第24位）となっています。精神病床では全国の86.5%に対し、90.2%（同第5位）、結核病床では全国の35.4%に対し、32.1%（同第21位）となっています。

【図表1-2-4-7 病院の平均在院日数（全病床）】



資料：平成27年病院報告（厚生労働省）

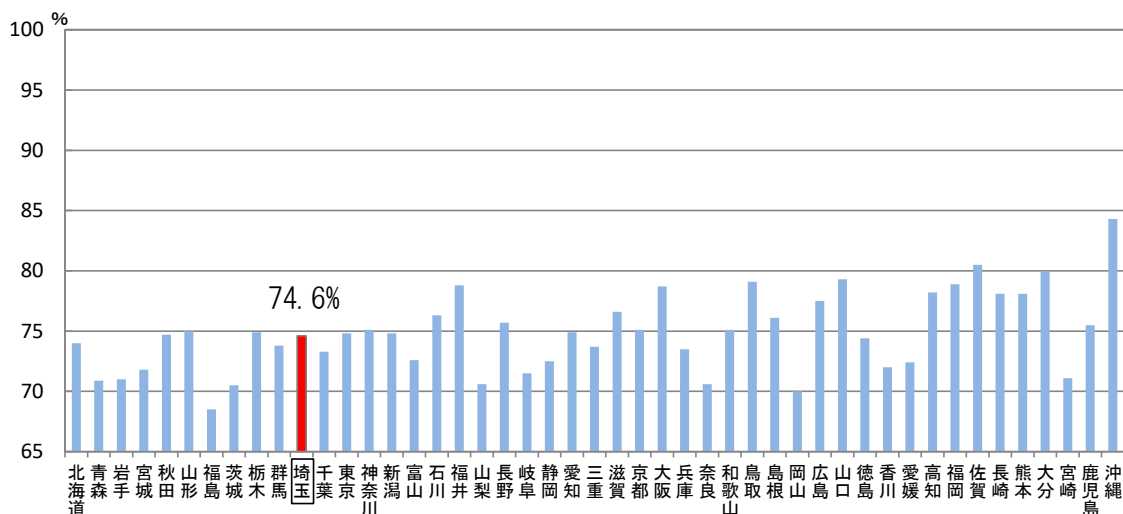
【図表1-2-4-8 病院の平均在院日数（介護療養病床を除く）】



資料：平成27年病院報告（厚生労働省）

【図表1-2-4-9 病院の一般病床の利用率】

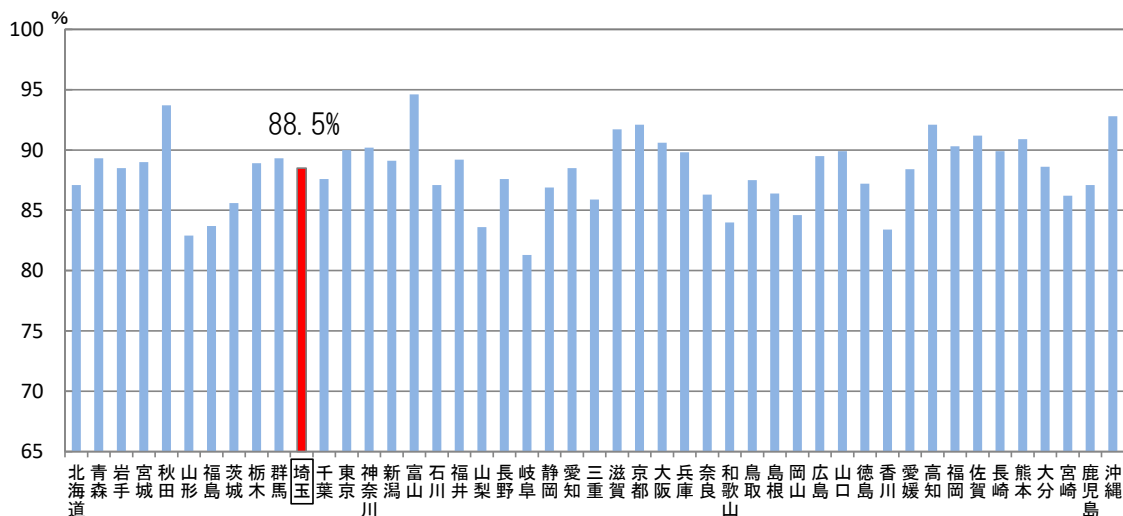
全国75.0%



資料：平成27年病院報告（厚生労働省）

【図表1-2-4-10 病院の療養病床の利用率】

全国88.8%



資料：平成27年病院報告（厚生労働省）

(3) 入院患者数

平成26年（2014年）の患者調査によると、調査日当日に、県内の医療施設で受療した入院患者の総数は51,100人となっています。このうち県民は44,600人（87.3%）となっています。

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

また、入院受療した県民の総数は52,300人で、県外の医療施設で受療した

県民は7,700人(14.7%)となっています。

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

(4) 外来患者数

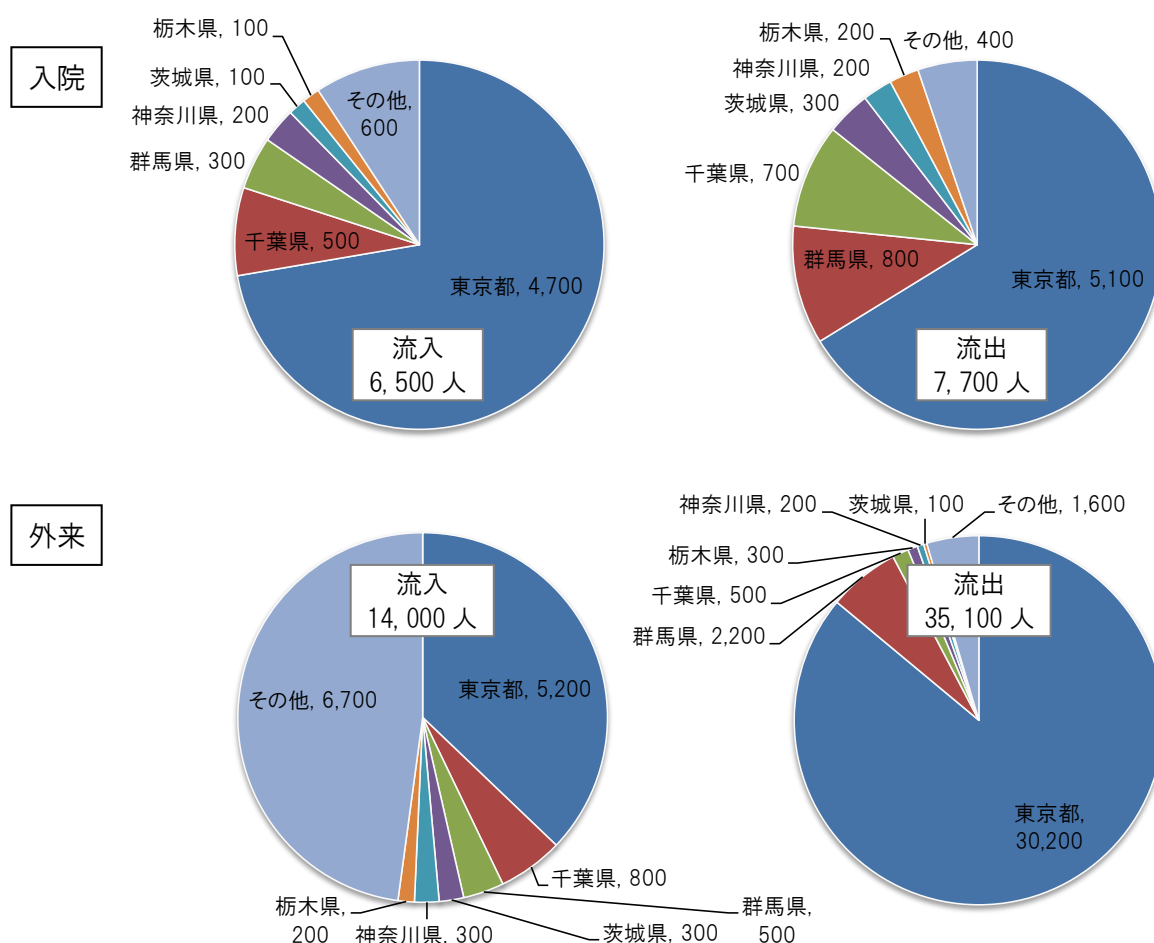
県内の医療施設で受療した外来患者の総数は339,000人となっています。このうち県民は325,000人(95.9%)となっています。

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

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

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

【図表1-2-4-11 入院・外来患者の流出入の状況(埼玉県)】



資料：平成26年患者調査(厚生労働省)

第5節 医療提供施設等の状況

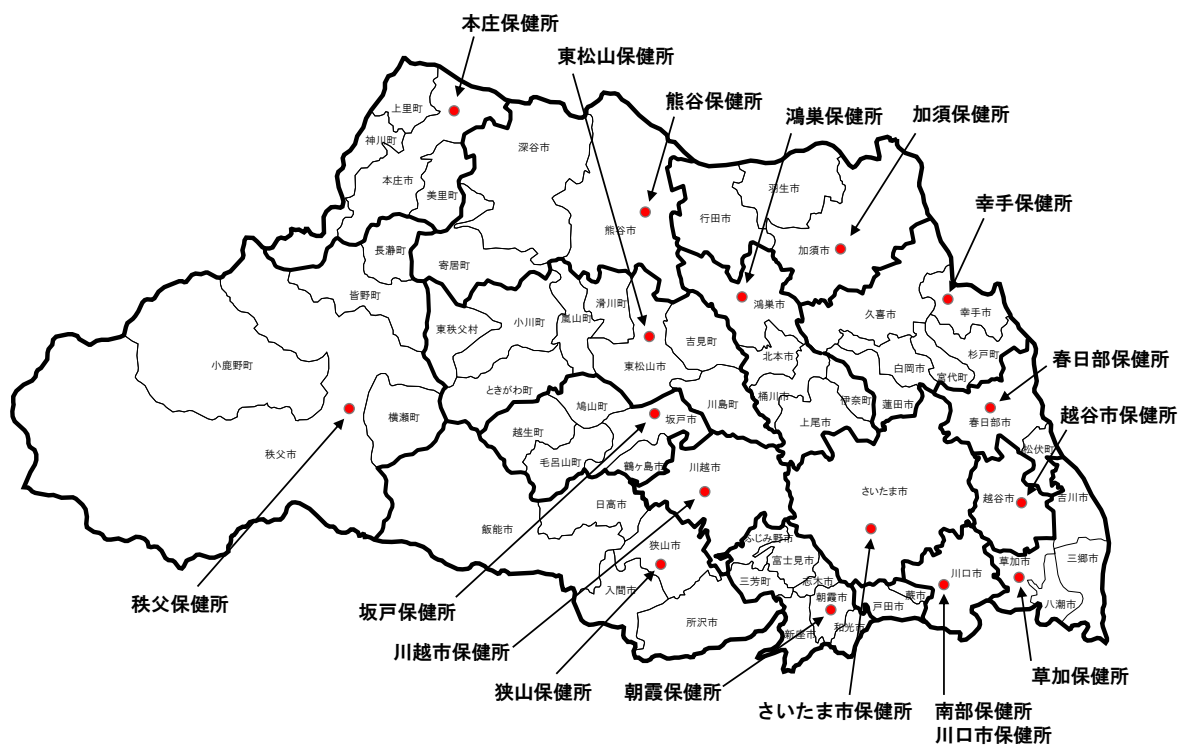
1 保健衛生施設

(1) 保健所

県が設置する保健所（13か所）は、県民の健康と生活を守る地域保健の広域的・専門的・技術的拠点としての役割を果たしています。また、市町村や地域の保健・医療・福祉関係機関と連携して、この計画を推進する役割を有しています。

県のほか、地方自治法に定める指定都市及び中核市（さいたま市、川越市、越谷市（平成30年（2018年）4月から川口市））も保健所を設置しています。

【図表 1-2-5-1 保健所管内図】



(2) 市町村保健センター

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

(3) その他の施設

ア 埼玉県衛生研究所

衛生研究所は、本県の衛生行政の科学的、技術的中核機関です。関係行政部局と緊密な連携の下に、公衆衛生の向上を図るため、調査研究、試験検査、研修指導及び公衆衛生の情報等の収集、解析、提供を行っています。

イ 埼玉県食肉衛生検査センター

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

また、食肉衛生検査センター（本所）では肉眼検査で判定が難しい病気の精密検査や肉に残留する動物用医薬品の検査を行っています。

また、と畜場や食鳥処理場へのHACCPによる衛生管理の導入を推進し、食肉・食鳥肉の衛生の向上に努めています。

ウ 埼玉県動物指導センター

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

また、動物由来感染症予防の啓発や社会福祉施設等でのアニマルセラピー活動などを行っています。

エ 埼玉県県民健康福祉村

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

2 医療施設

(1) 病院

平成28年（2016年）10月1日現在（医療施設調査）の病院は342施設であり、人口十万人当たりでは、全国の6.7施設に対し4.7施設となっています。

開設主体別の内訳は、国立・公的病院29施設、民間病院313施設となっています。

(2) 一般診療所

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

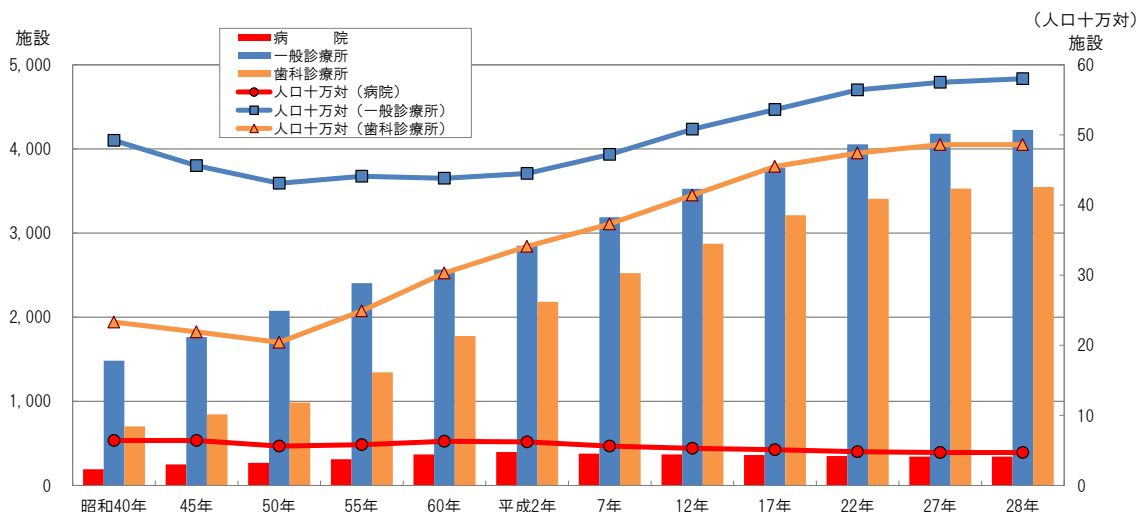
(3) 歯科診療所

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

(4) 薬局

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

【図表 1-2-5-2 医療施設数の推移】



資料：医療施設調査（厚生労働省）

3 保健医療従事者

(1) 医師

平成28年（2016年）12月31日現在、県内の届出医師は12,172人となっています。

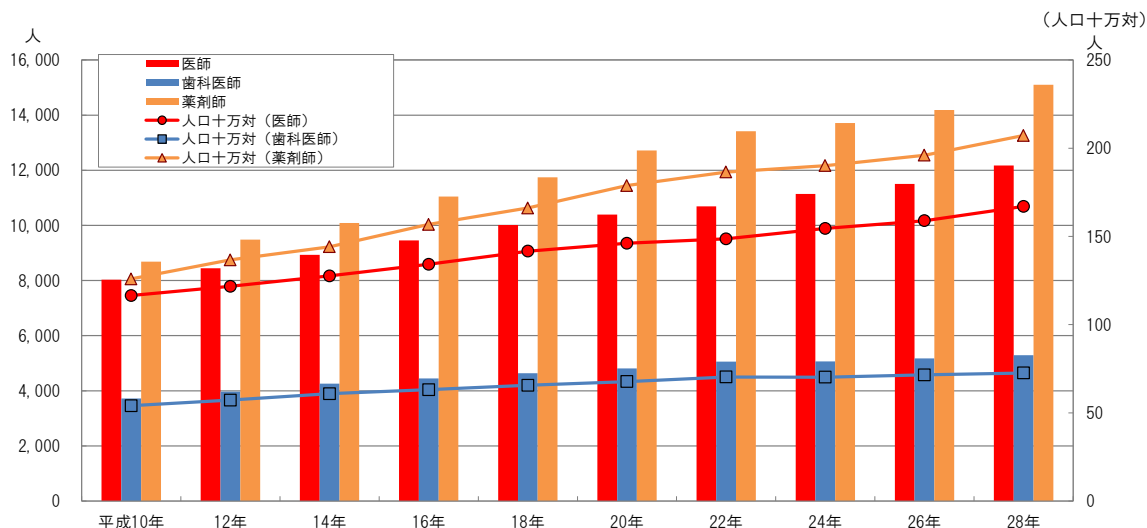
(2) 歯科医師

平成28年（2016年）12月31日現在、県内の届出歯科医師は5,293人となっています。

(3) 薬剤師

平成28年（2016年）12月31日現在、県内の届出薬剤師は15,100人となっています。

【図表 1-2-5-3 医師・歯科医師・薬剤師数の推移（埼玉県）】



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

【図表 1-2-5-4 診療科別医師数（埼玉県）】

	医師数(割合)	全国 順位	人口十万 対医師数	全国 順位
内科	2,900人(24.9%)	8	39.8人	47
呼吸器内科	195人(1.7%)	9	2.7人	45
循環器内科	445人(3.8%)	8	6.1人	46
消化器内科	428人(3.7%)	9	5.9人	47
神経内科	161人(1.4%)	10	2.2人	45
皮膚科	400人(3.4%)	6	5.5人	42
アレルギー科	7人(0.1%)	6	0.1人	18
リウマチ科	59人(0.5%)	9	0.8人	29
小児科	743人(6.4%)	7	81.9人	46
精神科	617人(5.3%)	8	8.5人	46
心療内科	28人(0.2%)	8	0.4人	39
外科	1,047人(9.0%)	9	14.4人	47
脳神経外科	276人(2.4%)	9	3.8人	47
整形外科	810人(6.9%)	9	11.1人	47
形成外科	105人(0.9%)	7	1.4人	31
美容外科	21人(0.2%)	5	0.3人	15
眼科	573人(4.9%)	6	7.9人	44
耳鼻咽喉科	381人(3.3%)	6	5.2人	45
泌尿器科	275人(2.4%)	8	3.8人	47
産婦人科・産科	445人(3.8%)	8	28.9人	47
婦人科	88人(0.8%)	4	2.7人	21
リハビリテーション科	86人(0.7%)	9	1.2人	41
放射線科	182人(1.6%)	10	2.5人	47
麻酔科	347人(3.0%)	8	4.8人	44
救急科	146人(1.3%)	5	2.0人	31
その他診療科	902人(7.7%)	9	12.4人	46
合計	※11,667人(100%)	9	160.1人	47

※医療施設に従事する医師数であり、県内の届出医師数とは異なります。

資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

【留意事項】

- ・内科の医師数は、内科、腎臓内科、糖尿病内科（代謝内科）及び血液内科の医師数の合計です。

- ・ 外科の医師数は、外科、乳腺外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科、気管食道外科、呼吸器外科、心臓血管外科及び小児外科の医師数の合計です。
- ・ 小児科の人口十万人対医師数は、15歳未満人口十万人当たりの医師数です。
- ・ 産婦人科・産科の人口十万人対医師数は、15～49歳女子人口十万人当たりの医師数です。
- ・ 婦人科の人口十万人対医師数は、15歳以上女子人口十万人当たりの医師数です。

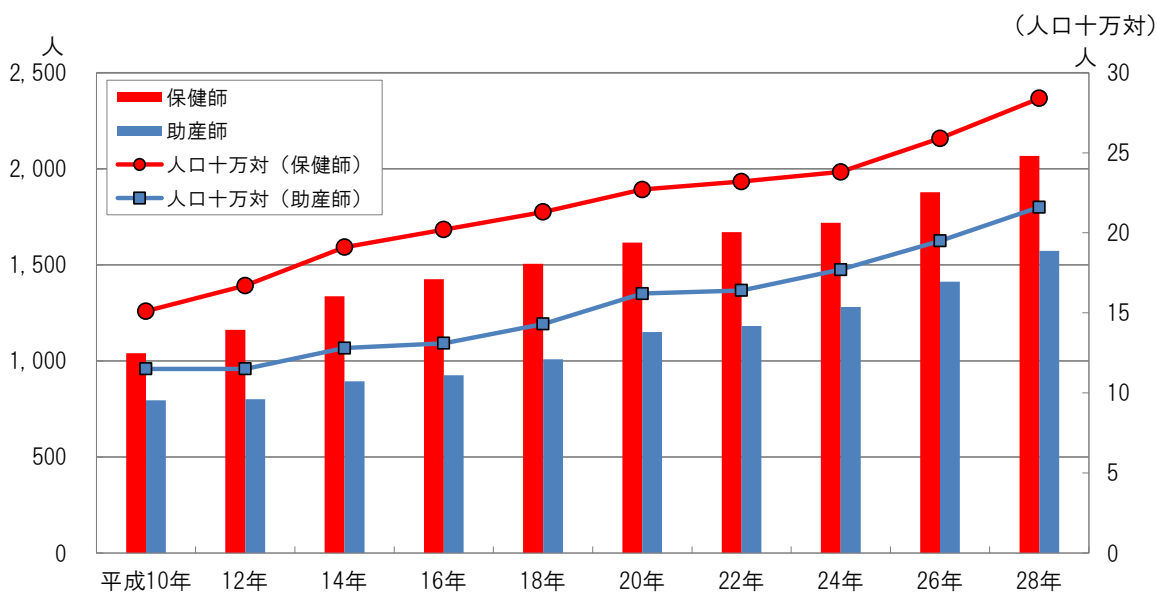
(4) 保健師

平成28年（2016年）12月31日現在、県内で従事している保健師は2,067人となっています。

(5) 助産師

平成28年（2016年）12月31日現在、県内で従事している助産師は1,573人となっています。

【図表1-2-5-5 保健師・助産師数の推移（埼玉県）】

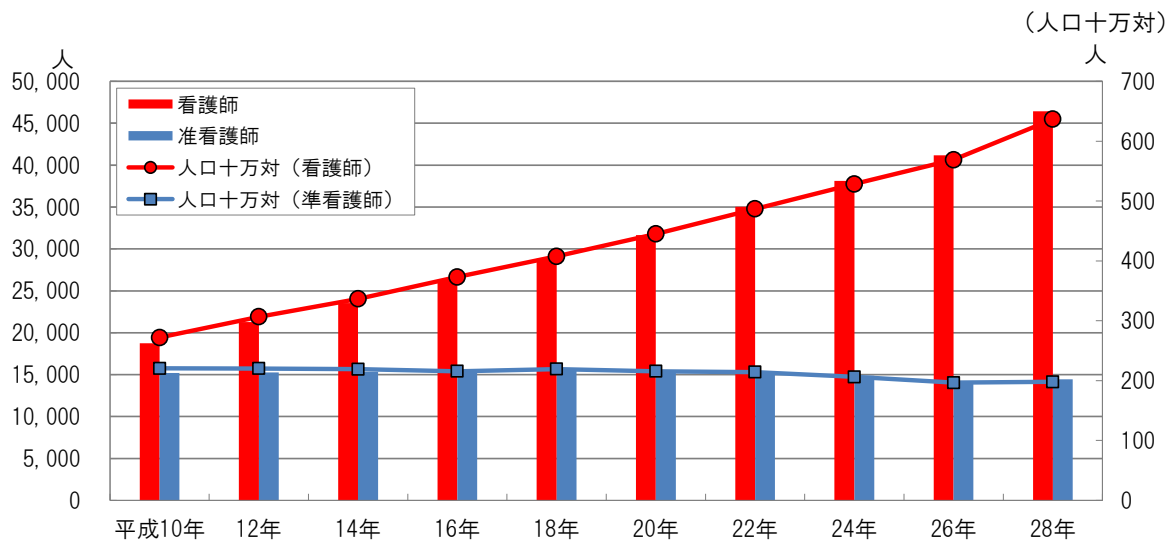


資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

(6) 看護師及び准看護師

平成28年(2016年)12月31日現在、県内で従事している看護師は46,416人、准看護師は14,435人となっています。

【図表 1-2-5-6 看護師・准看護師数の推移(埼玉県)】



資料：衛生行政報告例(厚生労働省)

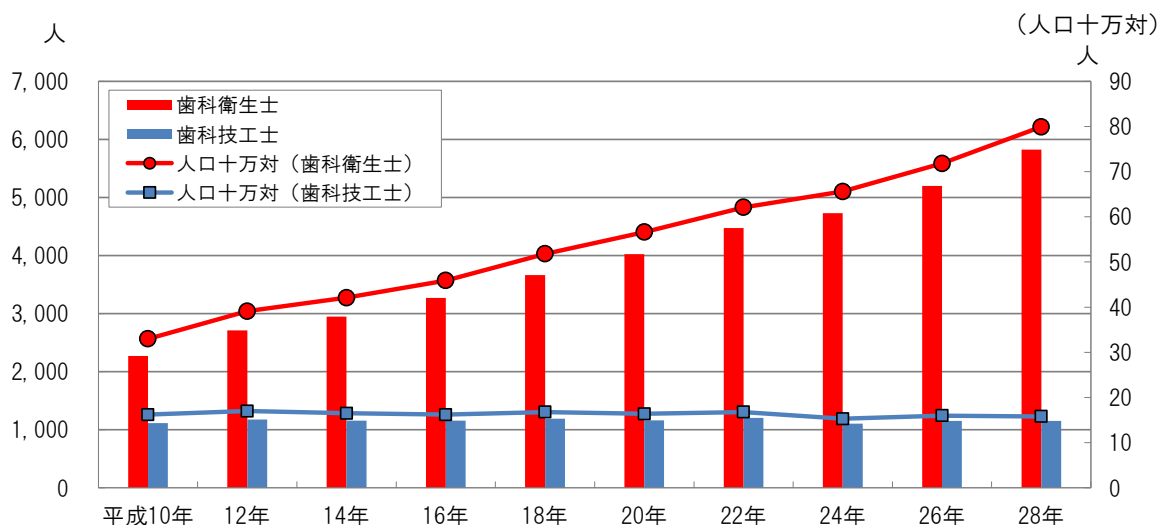
(7) 歯科衛生士

平成28年(2016年)12月31日現在、県内で従事している歯科衛生士は5,821人となっています。

(8) 歯科技工士

平成28年(2016年)12月31日現在、県内で従事している歯科技工士は1,153人となっています。

【図表 1-2-5-7 歯科衛生士・歯科技工士数の推移(埼玉県)】



資料：衛生行政報告例(厚生労働省)

(9) 管理栄養士及び栄養士

平成29年（2017年）3月31日現在、県内の給食施設に従事している管理栄養士は1,995人、栄養士は2,658人となっています。

(10) 精神保健福祉士

平成29年（2017年）6月30日現在、県内に住所を有する精神保健福祉士は4,154人となっています。

(11) その他の医療従事者

ア 病院の医療従事者

平成28年（2016年）10月1日現在、県内の病院に従事している主な専門職員（常勤換算数）は、理学療法士3,256.5人、作業療法士1,696.1人、視能訓練士189.3人、言語聴覚士639.4人、診療放射線技師及び診療エックス線技師1,983.2人、臨床検査技師及び衛生検査技師2,384.8人、臨床工学技士982.8人などとなっています。

イ 一般診療所の医療従事者

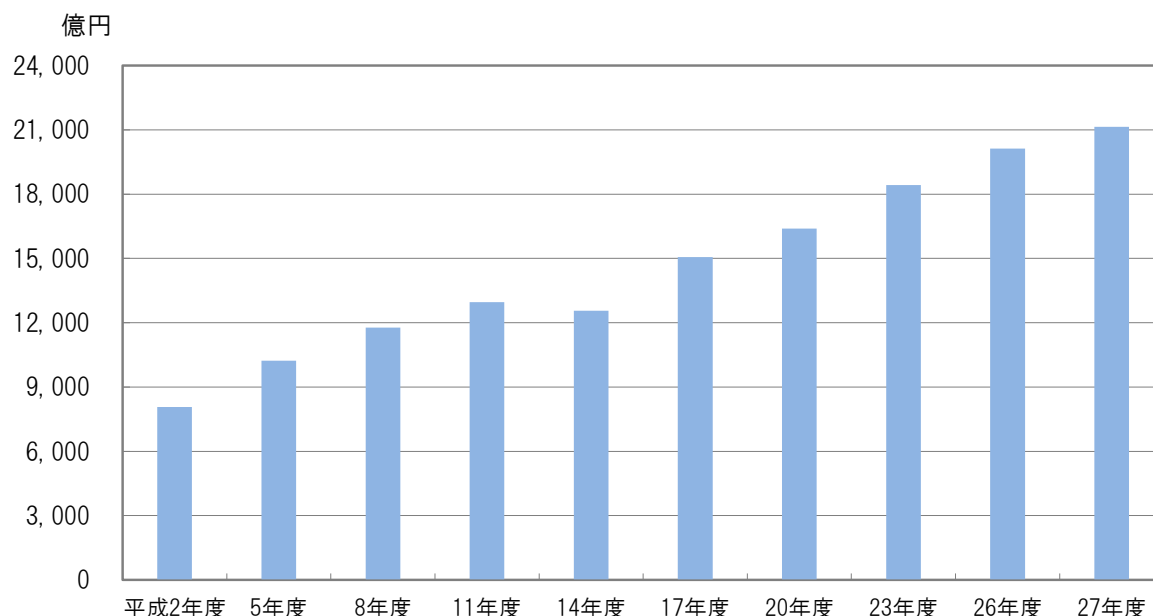
平成26年（2014年）10月1日現在、県内の一般診療所で従事している主な専門職員（常勤換算数）は、理学療法士412.6人、作業療法士78.0人、視能訓練士176.1人、言語聴覚士20.5人、診療放射線技師及び診療エックス線技師468.2人、臨床検査技師及び衛生検査技師487.9人、臨床工学技士382.1人などとなっています。

第6節 医療費の概況

1 医療費の状況

平成27年度（2015年度）の本県の医療費（総額）は2兆1,139億円、うち高齢者医療費は6,394億円であり、高齢化の進展や医療技術の高度化等に伴い、平成20年度（2008年度）の本県の医療費（総額）1兆6,393億円、うち高齢者医療費3,809億円に対し、それぞれ約1.3倍、1.7倍に増加しています。

【図表1-2-6-1 医療費（総額）の推移（埼玉県）】



資料：国民医療費（厚生労働省）

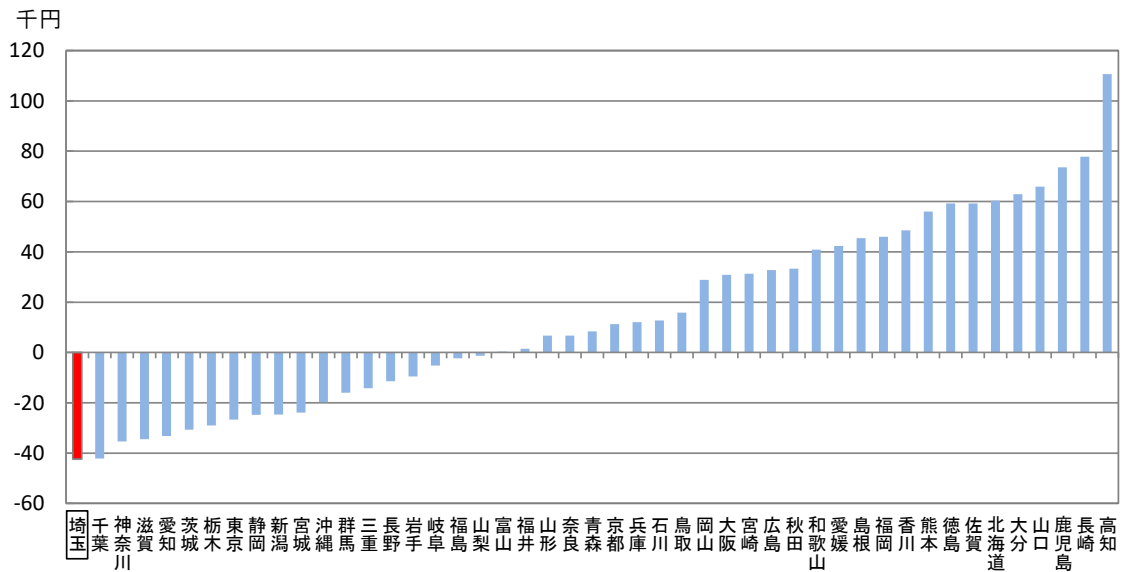
2 一人当たりの医療費の状況

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

平成27年度（2015年度）の本県における一人当たり後期高齢者医療費は86万円、全国平均は94万9千円であり、全国で15番目に低額となっています。また、本県の対前年度伸び率は1.3%であり、全国平均の1.8%に対し、やや低くなっています。

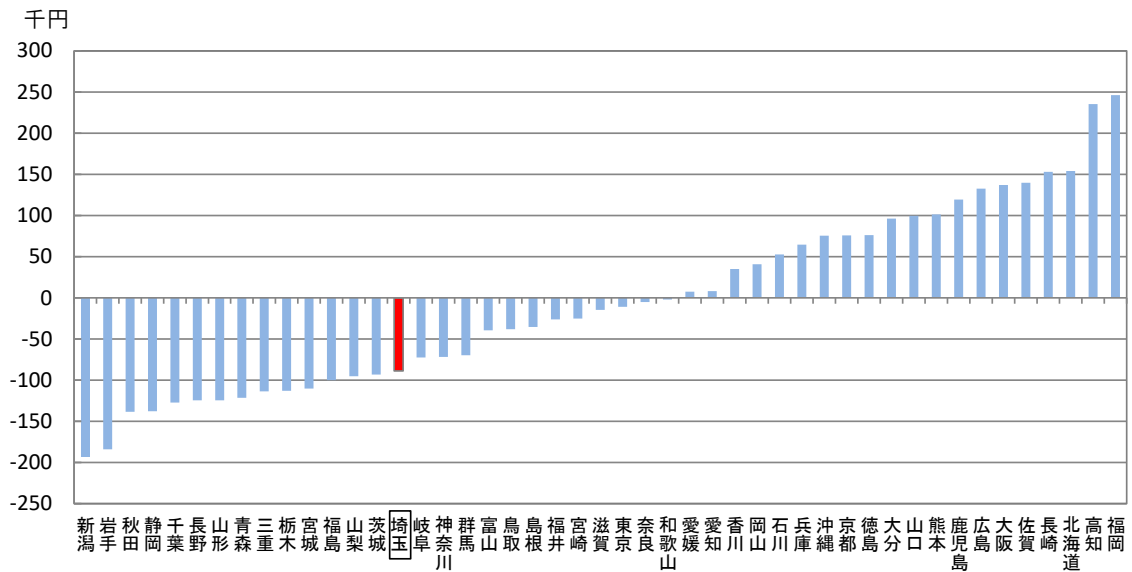
平成27年度（2015年度）の65歳以上の一人当たり医療費の全国平均は74万2千円であり、65歳未満の一人当たり医療費の18万円に対し、4倍以上となっています。

【図表1-2-6-2 一人当たり医療費：全国平均33万3千円との差】



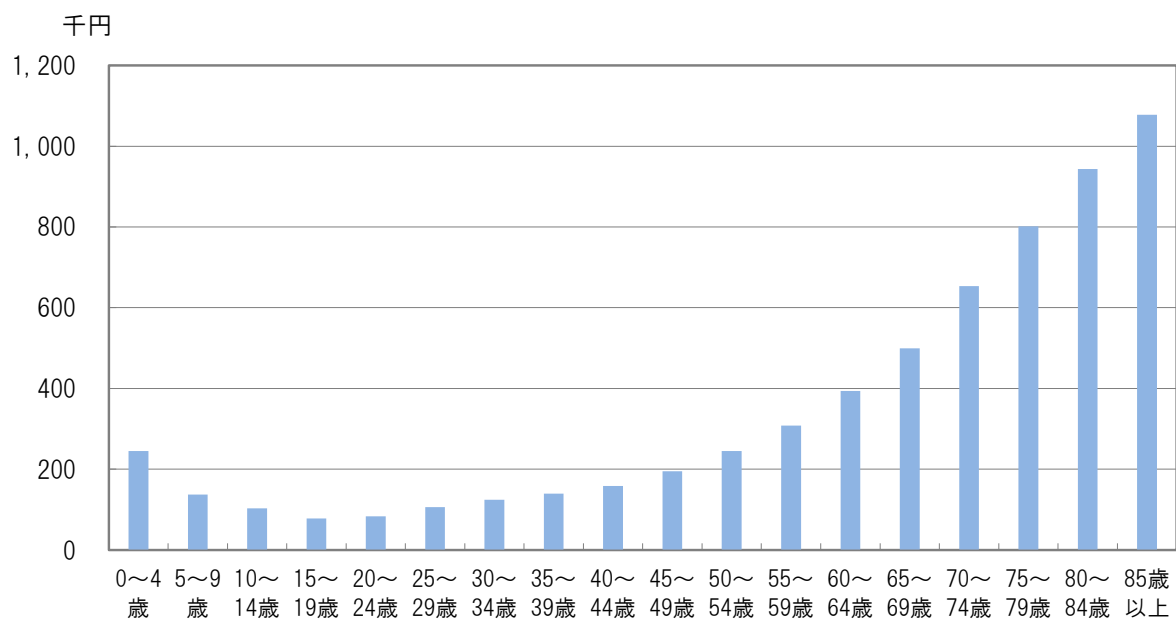
資料：平成27年度国民医療費（厚生労働省）

【図表1-2-6-3 一人当たり後期高齢者医療費：全国平均94万9千円との差】



資料：平成27年度後期高齢者医療事業年報（厚生労働省）

【図表 1-2-6-4 年齢階級別一人当たり医療費（全国）】



資料：平成27年度国民医療費（厚生労働省）

第3章 医療圏

第1節 医療圏の設定

医療法第30条の4第2項は、医療計画に定めるべき事項を掲げています。その一つとして、同項第12号は、主として病院及び診療所の病床の整備の単位となる区域の設定を掲げています。

また、同項第13号は、第12号で定めた区域を複数併せた、より広域的な区域の設定も掲げています。これは、特殊な医療を提供する病院の療養病床又は一般病床の整備の単位となる区域とされています。

本県では、第1次の医療計画で、一次、二次、三次の保健医療圏を設定し、以来、この医療圏ごとに病床等をはじめとする保健医療サービス提供体制の整備を図ってきました。

この計画においては、二次保健医療圏を医療法第30条の4第2項第12号の区域、三次保健医療圏を同項第13号の区域として設定します。

1 一次保健医療圏

一次保健医療圏は、県民が医師等に最初に接し、診療や保健指導を受ける圏域です。日常生活に密着した保健医療サービスが提供され、完結するよう、おおむね市町村の区域としています。

高齢者の医療の確保に関する法律で、県民に対する特定健診・保健指導は、保険者の役割として明確化されています。市町村は国民健康保険の保険者であることから、一次保健医療圏は特定健診・保健指導の基礎的な区域にもなっています。

2 二次保健医療圏

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

本県では、県の総合計画である「埼玉県5か年計画」において設定された10の地域区分を二次保健医療圏としています。

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

二次保健医療圏の区域は次のとおりです。

【図表 1-3-1-1 二次保健医療圏】

二次保健医療圏	圏域内市町村	(参考) 圏域内保健所
南部保健医療圏	川口市・蕨市・戸田市	南部保健所 川口市保健所 (平成30年4月予定)

南西部保健医療圏		朝霞市・志木市・和光市・新座市・富士見市・ふじみ野市・三芳町	朝霞保健所
東部保健医療圏			
副次圏	東部(北)保健医療圏	春日部市・越谷市・松伏町	春日部保健所 越谷市保健所
	東部(南)保健医療圏	草加市・八潮市・三郷市・吉川市	草加保健所
さいたま保健医療圏		さいたま市	さいたま市保健所
県央保健医療圏		鴻巣市・上尾市・桶川市・北本市・伊奈町	鴻巣保健所
川越比企保健医療圏			
副次圏	川越比企(北)保健医療圏	東松山市・滑川町・嵐山町・小川町・川島町・吉見町・ときがわ町・東秩父村	東松山保健所
	川越比企(南)保健医療圏	川越市・坂戸市・鶴ヶ島市・毛呂山町・越生町・鳩山町	坂戸保健所 川越市保健所
西部保健医療圏		所沢市・飯能市・狭山市・入間市・日高市	狭山保健所
利根保健医療圏			
副次圏	利根(北)保健医療圏	行田市・加須市・羽生市	加須保健所
	利根(南)保健医療圏	久喜市・蓮田市・幸手市・白岡市・宮代町・杉戸町	幸手保健所
北部保健医療圏			
副次圏	北部(東)保健医療圏	熊谷市・深谷市・寄居町	熊谷保健所
	北部(西)保健医療圏	本庄市・美里町・神川町・上里町	本庄保健所
秩父保健医療圏		秩父市・横瀬町・皆野町・長・町・小鹿野町	秩父保健所

【図表 1-3-1-2 二次保健医療圏】



3 三次保健医療圏

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

第2節 事業ごとの医療圏

1 救急医療圏

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

ア 外来治療を必要とする軽症の救急患者に対する初期救急医療体制

イ 入院治療を必要とする重症の救急患者に対応する第二次救急医療体制

ウ 重篤な救急患者に対応する第三次救急医療体制

(2) 初期救急医療は、在宅当番医制、休日夜間急患センター、休日歯科診療所及び在宅歯科当番医により実施されています。

(3) 第二次救急医療は、第二次救急医療圏ごとに病院群輪番制方式により実施されています。

第二次救急医療圏の区域は次のとおりです。

【図表 1-3-2-1 第二次救急医療圏】

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

【図表1-3-2-2 第二次救急医療圏】



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

【図表1-3-2-3 高度救命救急センター及び救命救急センター】

施設名	運営開始時期
さいたま赤十字病院高度救命救急センター	昭和55年7月 (高度救命は平成29年1月)
埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター	昭和62年4月 (高度救命は平成11年3月)
深谷赤十字病院救命救急センター	平成 4年4月
防衛医科大学校病院救命救急センター	平成 4年9月
川口市立医療センター救命救急センター	平成 6年5月
獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター	平成10年5月
埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター	平成20年6月
自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センター	平成28年4月
さいたま市立病院救命救急センター	令和2年12月
独立行政法人国立病院機構埼玉病院救命救急センター	令和 3年5月

【図表1-3-2-5 小児救命救急センター】

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

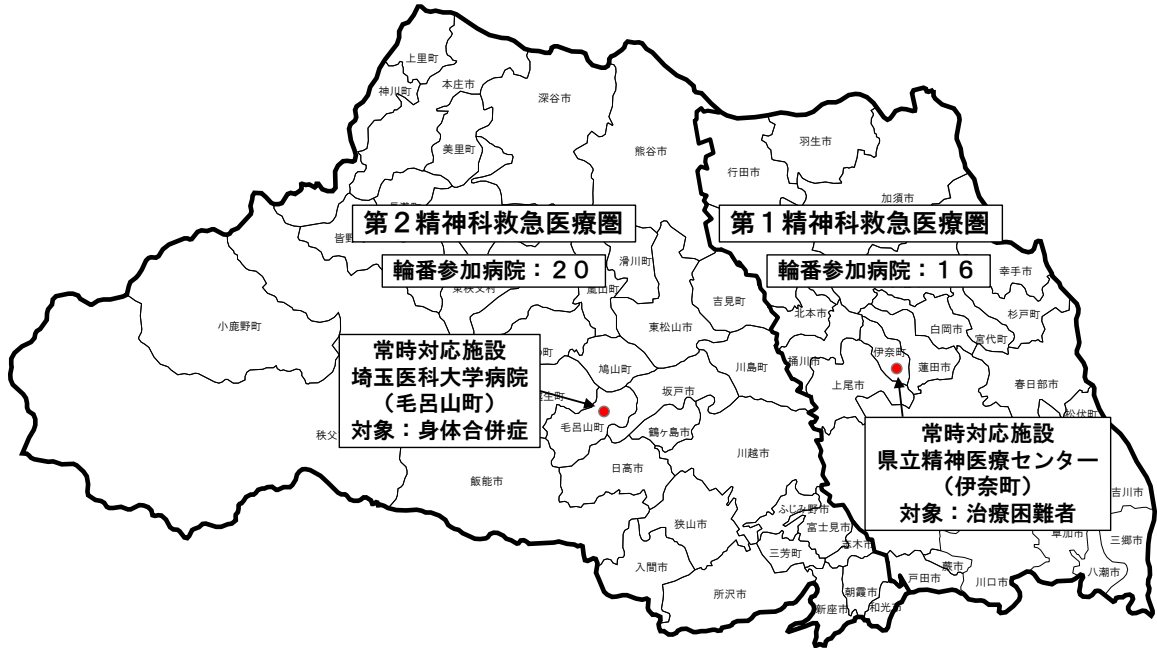
【図表1-3-2-4 高度救命救急センター・救命救急センター・小児救命救急センター位置図】



2 精神科救急医療圏

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

【図表1-3-2-6 精神科救急医療圏】



第4章 基準病床数

第1節 基準病床数

基準病床数は、医療法第30条の4第2項第14号の規定に基づき定めるものです。既存病床数が基準病床数を超える場合には、原則として病床の新設又は増加が抑制されます。

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

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

1 療養病床及び一般病床

療養病床及び一般病床の病床数は、医療法施行規則に基づき、二次保健医療圏ごとに定めることとされています。

新たな病床の整備は、原則として、二次保健医療圏ごとに基準病床数を上限として行います。

(参考)

二次保健医療圏	基準病床数 (令和4・5年度)	既存病床数
南部保健医療圏	4,912	4,668
南西部保健医療圏	4,633	4,568
東部保健医療圏	8,749	7,930
さいたま保健医療圏	7,566	7,778
県央保健医療圏	3,323	3,272
川越比企保健医療圏	7,232	6,972
西部保健医療圏	7,951	7,623
利根保健医療圏	4,284	4,313
北部保健医療圏	2,802	3,563
秩父保健医療圏	546	753
計	51,998	51,440

(令和3年3月末現在)

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

2 精神病床、結核病床及び感染症病床

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

(参考)

医療圏	病床種別	基準病床数 (令和4・5年度)
全県域	精神病床	12,614
	結核病床	100
	感染症病床	85

既存病床数
13,516
130
75

(令和3年3月末現在)

第5章 計画の推進体制と評価

第1節 計画の推進体制と役割

1 各保健医療圏における推進体制

(1) 一次保健医療圏における推進体制

市町村は、当該地域の保健・医療・福祉の関係団体、県の保健所等との連携を図りながら、計画の推進に努めます。

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

(2) 二次保健医療圏における推進体制

各圏域別に保健医療関係者、医療保険者、行政関係者の代表等により構成する「地域保健医療・地域医療構想協議会」を設置しています。同協議会では、地域保健医療計画及び地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行います。

(3) 三次保健医療圏における推進体制

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

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

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

2 実施主体の役割

(1) 県

ア 県（関係部局）

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

推進に当たっては、第1節1(3)に記した埼玉県地域保健医療計画等推進協議会において、計画推進に関する協議を行うほか、計画全体の進行管理等を行います。

イ 保健所

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

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

さらに、地域の実情に応じた医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの

構築を進めるための調整役としての役割も期待されています。

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

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

(2) 市町村

住民に身近な市町村の保健活動は、この計画の推進のためにますます重要となっています。

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

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

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

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

さらに、市町村は、初期救急と第二次救急のうち病院群輪番制（大人）の整備主体として、その充実に努めます。

(3) 保健医療関係団体等

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

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

また、研究・研修体制の充実などを行い、医療従事者の資質の向上と養成確保に努めます。

(4) 県民

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

また、患者も医療の担い手であるという意識を持って、医療情報の入手、自らの

医療内容の理解、治療に対する意思表示などを積極的に行っていく必要があります。
さらに、限りある資源である救急医療を安心して利用できるよう、救急医療機関の適切な受診や救急車の適正な利用等を心掛ける必要があります。

第2節 評価及び見直し

本計画で定める目標を達成するためには、県民、関係機関、団体等の理解と協力の下、着実に各種施策の推進を図ることが必要です。そのため、目標の設定に当たっては、計画の進捗状況が県民に的確に伝わるよう、できるだけ数値化した指標を用いています。

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

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

第3節 進捗状況及び評価結果の周知方法

本計画の進捗状況は、ホームページで広く県民や関係者に公表します。

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

第2部 くらしと健康

第1章 ライフステージに応じた健康づくり

第1節 健康づくり対策

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

さらに、健康づくりを支援する人材の育成が必要です。

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。

3 課題への対応

- (1) 地域、学校、団体・企業等が連携し、県民主体の健康づくり体制の充実を図ります。
- (2) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、歯・口腔^{くわう}等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。
- (3) アレルギー疾患に対し適切な医療が受けられるよう、医療提供体制や情報提供体制等を整備します。
- (4) 介護保険法に基づく介護予防事業を推進します。
- (5) 健康的な食生活を支えるための情報提供体制等、食環境の整備を進めます。
- (6) 健康づくりのためのマンパワーの確保を図ります。
- (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。

【図表2-1-1-1 健康づくり対策の推進（毎日1万歩運動）】



4 主な取組

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

5 指標

■ 健康寿命（65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間）

現状値 男 17.19年 → 目標値 男 18.17年

女 20.05年 女 20.98年

（平成27年）

（令和5年）

■ 日常生活に制限のない期間の平均（年）

現状値 男 71.39年 → 目標値 男 73.85年

女 74.12年 女 75.42年

（平成25年）

（令和4年）

第2節 歯科保健対策

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

(1) 生涯を通じた歯・口腔の健康づくり

歯・口腔の健康と機能は、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病、認知症との関連性が指摘されており、健康寿命の延伸やQOL（生活の質）の向上のために基礎的かつ重要な要素となります。しかし、現状では多くの人がかう蝕や歯周病に罹患し、50歳代から歯を失う傾向が大きくなっています。

歯や口腔の健康状態を保持増進し80歳で20本以上の歯を保有することをスロージョーガンとした8020運動を展開するとともに、口腔清掃や定期健康診査を生活習慣として定着させることが重要です。

また、ライフステージに沿って、きめ細かな歯科保健サービス提供体制を構築し、生涯にわたって健やかな生活が確保されるよう、歯科口腔保健の推進に関する条例に基づく歯科保健医療対策を推進する必要があります。

(2) 母子歯科保健・学校歯科保健対策の推進

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

さらに、児童生徒のかう蝕保有率については、減少傾向にあるものの依然として高い値を示す地域が認められ、地域間格差及び個人間格差といった課題があります。かう蝕は、学習能率の妨げになるばかりでなく、健康な身体をつくり上げるための食生活にも影響を与えます。

かう蝕予防は妊娠期や子育て期からの取組が重要です。一方で、かう蝕は生活環境やそれを取り巻く社会的環境の影響を受けやすい側面を持っています。多くの調査・研究から、フッ化物応用法は、個人及び地域において取り組むかう蝕予防方法として効果があることが分かっています。

個人レベルで予防対策を高める方法に家庭での歯・口腔の健康管理（セルフ・ケア）があります。このほか、歯科診療所での専門家が実施するプロフェッショナル・ケアや地域全体で健康を支援する地域保健（コミュニティ・ケア）の方法があります。これらの実践による総合的なかう蝕予防対策を進めることが重要です。

(3) 成人歯科保健医療対策の推進

20歳以降は、歯の喪失原因である歯周病の急増する時期であり、特に、40歳以降の抜歯原因の40～50%が歯周病です。また、50歳代以降、喪失歯が急増

することを考慮すると、この時期の歯周病対策が重要です。

歯周病予防等のために、歯・口腔^{くわう}の健康管理（セルフ・ケア）としての積極的な口腔^{くわう}清掃をはじめとする生活習慣の改善と必要に応じた歯科医療機関での管理が求められています。加えて、それらを支援するための効果的な保健指導等の基盤整備を進める必要があります。

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

(4) 高齢者や障害者に対する歯科保健医療体制の確保

要介護を含む高齢者や障害（児）者等は歯科受診が困難である場合が多く、口腔内の状態は一般的に悪化しやすい状況にあります。

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

3 課題への対応

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

4 主な取組

- (1) 県民の歯の自己管理能力の確立
- (2) 歯科保健事業の評価
- (3) 地域での歯科保健医療体制の整備
- (4) 小児期からの歯の喪失防止に向けた取組をはじめ各ライフステージにおける歯科口腔^{くわう}保健の推進

- (5) かかりつけ歯科医の定着促進
- (6) フッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用の普及・拡大
- (7) 医科歯科連携の推進
- (8) 要介護を含む高齢者、障害（児）者等に対する歯科保健医療体制の整備、地域在宅歯科医療推進拠点の充実

5 指標

- 12歳児でのう蝕^{しよく}のない者の割合の増加

現状値 67.7% → 目標値 78.1%
 (平成27年度) (平成35年度)

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

現状値 808機関 → 目標値 3,600機関
 (平成28年度) (平成35年度)

- 糖尿病と歯周病に係る医科歯科連携協力歯科医療機関数

現状値 292機関 → 目標値 1,200機関
 (平成28年度) (平成35年度)

- 在宅歯科医療実施登録機関数

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

第3節 親と子の保健対策

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

(1) 妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援の確保

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

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

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

(2) 不妊・不育症に関する支援

晩婚化や晩産化が進み、不妊に悩む夫婦も増えています。3組に1組の夫婦が不妊に悩んだことがあります。実際に検査や治療を受ける夫婦はその約半数にとどまっています。

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

(3) 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

子供が健やかに育つように支援することは、小児保健と医療の主要な課題です。

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

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

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

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

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

- (4) 子供の心の健やかな発達の促進と児童虐待予防対策の推進、子育て環境の整備
乳幼児期の子供の心の発達は、一番身近な養育者の心の状態と密接に関係します。このため、次代を担う子供の心の健康問題の発生を予防する観点からも、親と子の心の健康に取り組む必要があります。

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

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

また、働きながら子供を安心して生み育てられる環境の一層の整備も必要です。

- (5) 思春期の健康教育の推進

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

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

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

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

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

3 課題への対応

- (1) 妊娠期から子育て期まで切れ目のない支援体制の構築を進めます。
- (2) 不妊・不育症に関する支援を進めます。
- (3) 小児保健医療水準を維持・向上させるため、子供の事故防止や疾病の早期発見・治療など、子供の健康支援施策の充実を図ります。
- (4) 乳幼児のう蝕^{しよく}予防を推進するために、妊娠期や子育て期における歯科保健医療対策の充実を図ります。
- (5) 多岐にわたる子供の精神的な健康問題に対応するため、子供の心の健康づくり対策を推進します。

- (6) 増加する児童虐待相談等に対応するため、親と子の心の問題への取組をはじめ、保健・医療・福祉・教育・警察・司法等との連携を図り、児童虐待予防・防止対策を強化します。
- (7) 発達障害を正しく理解し、支援できる人材を育成します。
- (8) 発達障害の診療・療育体制の充実を図ります。
- (9) 働きながら子供を安心して生み育てられる環境を整備するため、地域の子育て支援施策の充実を図ります。
- (10) 次世代を育む親となる思春期の子供たちの健やかな成長を促すため、思春期の健康教育を推進します。

4 主な取組

- (1) 周産期医療体制の充実及び小児在宅医療の推進
- (2) 小児救急医療体制の充実
- (3) 妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援体制の充実
- (4) 母子の身体的、精神的ケアの充実
- (5) 母子の家族に対する精神的ケアの充実
- (6) 不妊に関する治療費等への支援や専門相談等の充実
- (7) 乳幼児の事故防止及びS I D S（乳幼児突然死症候群）の予防
- (8) 各種医療給付による早期治療・療育の促進
- (9) 乳幼児医療費等の助成による家族の経済的負担の軽減
- (10) 県立特別支援学校における医療的ケアの実施
- (11) 病院における院内学級設置及び訪問教育の実施
- (12) 子供の心の健康に関する相談、情報提供等の充実
- (13) 児童虐待予防・防止のための取組の充実
- (14) 児童虐待予防・防止に関する普及啓発と関係機関のネットワークによる早期対応の促進
- (15) 発達障害に早期に気づき支援できる人材の育成、医療・療育の専門職の人材育成、遊具等を活用した実習形式の研修などによる身近な地域で専門的な支援ができる人材の育成
- (16) 発達障害のある子供を持つ親への支援
- (17) 市町村や地域の支援機関に対する発達障害のある子供の支援方法等に関する助言・支援
- (18) 発達障害の診療・療育の拠点となる中核発達支援センターの運営、個別療育及び親支援を提供する発達障害地域療育センターの運営
- (19) 病児・病後児保育の充実
- (20) 思春期の健康教育の推進

- (21) 学校保健の充実
- (22) 性に関する教育や薬物乱用対策の推進
- (23) 妊娠期や子育て期における歯科保健医療対策の充実、フッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用の普及・拡大

第4節 青少年の健康対策

1 目指すべき姿

子供たちの生活習慣の乱れが指摘されています。生活環境の急激な変化に伴い、アレルギー疾患なども増加しています。こうした中、学校、家庭、地域の医療機関をはじめとする関係機関などが連携して学校保健を充実させることなどにより、青少年の健康増進を目指します。

2 現状と課題

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

児童生徒のう蝕^{しよく}保有率については、減少傾向にあるものの依然として高い値を示す地域があり、地域間格差及び個人間格差といった課題があります。

う蝕^{しよく}は、学習能率の妨げになるばかりでなく、健康な身体をつくり上げるための食生活にも影響を与えます。

う蝕^{しよく}は生活環境やそれを取り巻く社会的環境の影響を受けやすい側面を持っています。多くの調査・研究から、フッ化物応用法は、個人及び地域において取り組むう蝕^{しよく}予防方法として効果があることが分かっています。

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

一方で、不妊に悩む夫婦も増えており、若い世代から妊娠・出産・不妊に関する正しい知識を学ぶことも必要となっています。

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

このため、子供たちが将来の目標を持って安全で健康に生きられるよう環境づくりを進める必要があります。また、感受性が高い時期に、地域の中での様々な社会体験活動や多くの人々とのふれあいを通して、豊かな心を育てていくことが重要です。

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

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

3 課題への対応

- (1) 思春期等における健康への悩みを解決するため、健康相談の体制を充実します。

また、妊娠・出産・不妊に関する正しい知識の普及啓発に努めます。

- (2) 児童生徒のう蝕^{しよく}予防を推進するため、フッ化物応用などの歯科保健医療対策の充実を図ります。
- (3) 地域、学校等との連携により、薬物乱用の防止や心の健康づくりなど、青少年の健全育成に努めます。
- (4) 児童生徒の健康の保持増進を図るため、学校保健活動を充実します。

4 主な取組

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

第2章 疾病・障害とQOL（生活の質）の向上

第1節 難病対策

1 目指すべき姿

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

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

原子爆弾被爆者の健康保持と福祉の向上のため、援護対策を進めます。

2 現状と課題

(1) 難病対策の充実

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

指定難病等の受給者数は、平成28年度（2016年度）末で約4万8千人となっており、高齢化とともに認定患者数が年々増加しています。なお、子供の難病患者に対しては、児童福祉法第19条の2に基づき、小児慢性特定疾病医療給付事業を実施しており、受給者数は、平成28年度（2016年度）末で約5千人となっています。

難病の患者に対する療養生活の支援については、平成21年度（2009年度）に埼玉県難病相談支援センターを設置するとともに、難病医療連絡協議会を設置し、患者への適切な情報提供や在宅入院患者の緊急時の入院を円滑に行うためのネットワークづくりに取り組んできました。

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

また、平成23年（2011年）3月11日に発生した東日本大震災を契機に、特に在宅で人工呼吸器等を使用する患者に対する災害時の支援の重要性が指摘されています。

これらの課題を解決し、難病法や基本方針の要請に対応するために、医療費助成制度を適切に運用するとともに、地域の医療提供体制や患者の支援体制の一層の充実が必要です。

(2) 原子爆弾被爆者対策の充実

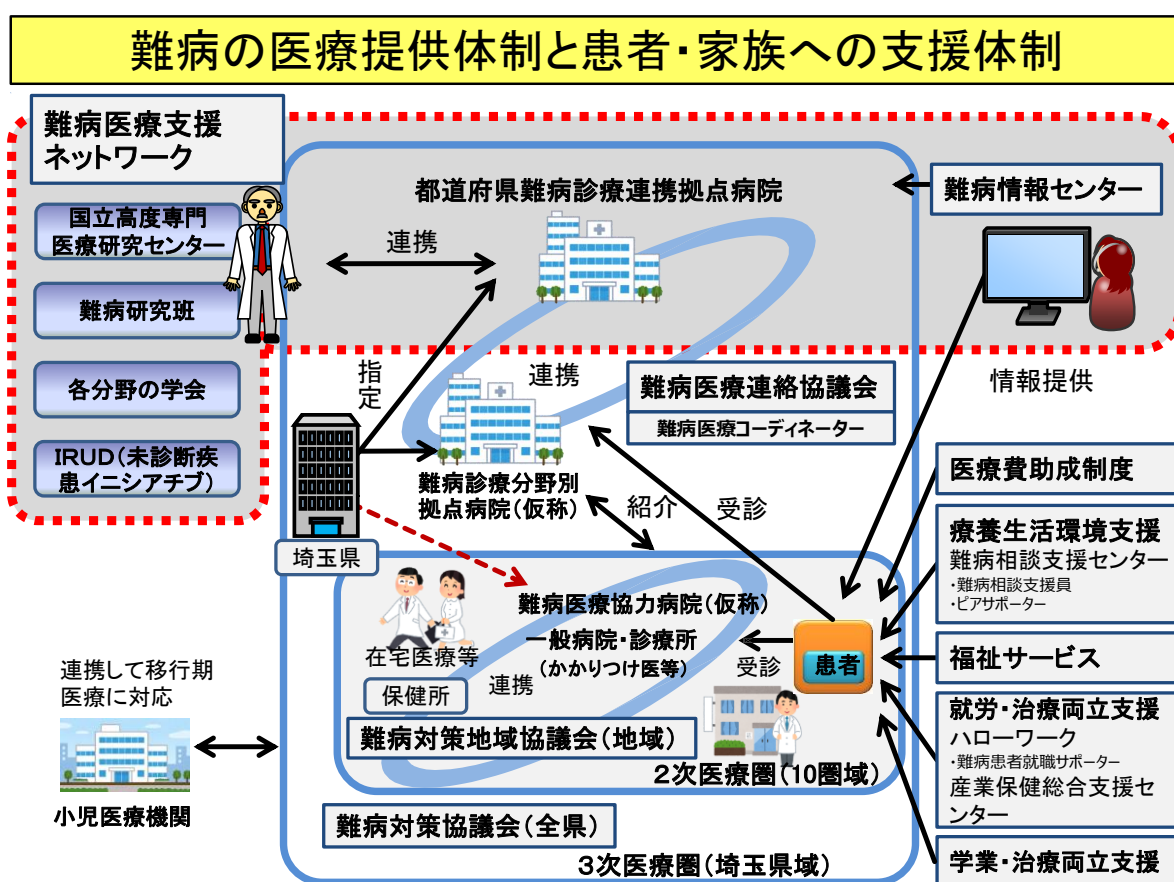
広島市と長崎市に原子爆弾が投下されてから長期間経過し、被爆者も高齢化しています。

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

3 課題への対応

- (1) 難病に関する地域の医療体制や患者の支援体制を一層充実させるほか、増え続ける患者への支援に迅速・的確に対応していきます。
- (2) 原子爆弾被爆者の健康の保持増進を図るため、被爆者に医療費や各種手当、福祉関係の経費を支給するほか、健康診断を実施します。

【図表2-2-1-1 難病の医療提供体制と患者・家族への支援体制】



4 主な取組

- (1) 難病患者への医療給付、地域医療体制の確保及び療養支援、災害時の支援体制の構築
- (2) 原子爆弾被爆者に対する医療費や各種手当等の支給及び健康診断の実施

第2節 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

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

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

健康を維持するためにも、日常生活の中で身体活動を高める取組が必要です。

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

生涯にわたり歯を保持し、口腔の健康と機能を維持することは、食生活の改善とQOL（生活の質）の向上に寄与するだけでなく、肺炎の予防やフレイル予防（低栄養の防止等）にも寄与することが分かってきています。しかし、現状では多くの人がかぶらや歯周病に罹患し、50歳代から歯を失う傾向が大きくなっています。

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。

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。

3 課題への対応

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

4 主な取組

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

5 指標

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

現状値	男	17.19年	→	目標値	男	18.17年
	女	20.05年			女	20.98年
		(平成27年)				(令和5年)

■ 日常生活に制限のない期間の平均（年）（再掲）

現状値	男	71.39年	→	目標値	男	73.85年
	女	74.12年			女	75.42年
		(平成25年)				(令和4年)

第3節 人生の最終段階における医療

1 目指すべき姿

人生の最終段階において、人間の尊厳を重視し、身体的・精神的苦痛を取り除き、日常生活の満足度などのQOL（生活の質）を維持・向上するための医療とケアを行うべきであるとする考えが提唱されてきています。

人生の最終段階における医療やケアについて、かかりつけ医をはじめとする医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされた上で、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるACP（アドバンス・ケア・プランニング）を普及・啓発し、患者の意思が尊重される環境を整備するとともに、地域の医療・介護関係者が連携して患者の意思に沿った医療とケアを提供できる体制の構築を目指します。

2 現状と課題

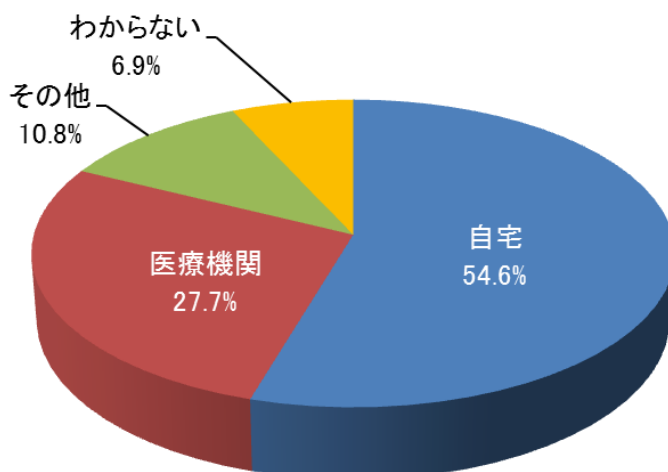
以前は家庭で看取ることが一般的でしたが、今日では医療機関に入院して高度な医療を受け、可能な限り延命治療を受けることができるようになりました。

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

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

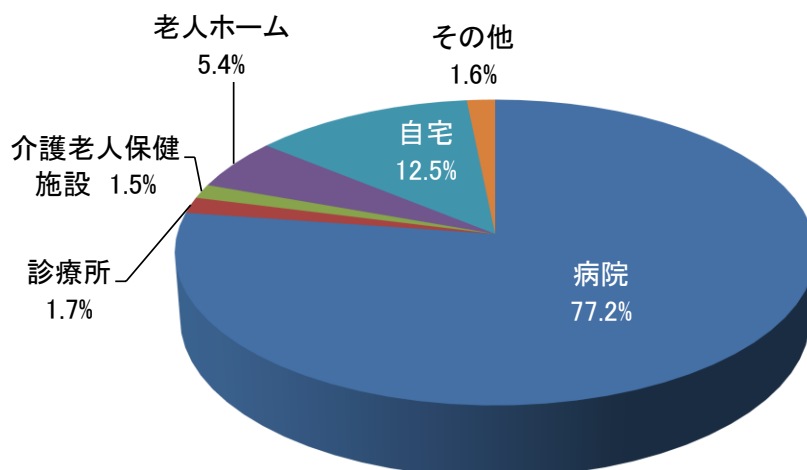
しかし、平成28年（2016年）の本県における死亡場所の78.9%は病院や診療所であり、自宅で亡くなる人は12.5%にとどまっています。

【図表2-2-3-1 人生の最期を迎えたい場所】



資料：平成24年度高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

【図表2-2-3-1 埼玉県における死亡場所】



※構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計は100にはならない。

資料：平成28年人口動態調査（厚生労働省）

厚生労働省は人生の最終段階を迎えた患者や家族と医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを作り上げるためのプロセスを示すガイドラインを平成19年（2007年）に策定し、平成30年（2018年）には、ACPの概念を盛り込み、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」として改訂しました。このガイドラインでは、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、医療・ケアを受ける本人が多専門職種（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であるとしています。

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

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

事者が多職種ของทีมとなり患者の意思を尊重した医療とケアを実施する体制の整備が必要です。

3 課題への対応

- (1) 人生の最終段階における医療やケアについて、ACPを普及・啓発し、希望する療養場所や医療処置等を自ら考える機会や本人が意思決定を表明できる環境を整備します。
- (2) 人生の最終段階における医療に携わる医師、看護師などの医療従事者のほかケアマネジャーなどの介護従事者の専門的な知識の習得、技術の向上を図り、関係職種がチームとして患者や家族を支える体制を整備します。

4 主な取組

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

第4節 臓器移植対策

1 目指すべき姿

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

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

2 現状と課題

(1) 臓器移植の促進

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

(2) 骨髄移植の促進

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

3 課題への対応

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

4 主な取組

- (1) 臓器移植の普及促進
- (2) 骨髄移植の普及支援

第5節 リハビリテーション医療

1 目指すべき姿

リハビリテーションを必要とする人々が、住み慣れた地域で安心して質の高いリハビリテーションを受けられるよう、急性期から回復期、生活期（維持期）におけるリハビリテーション医療提供体制の充実を図ります。

2 現状と課題

(1) 各種リハビリテーション

高齢化の進展などにより、脳卒中、急性心筋梗塞、骨関節系の疾患等による機能障害を伴う患者の増加が見込まれます。このため、寝たきり等の予防や心身機能の維持・回復への需要が高まっています。

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

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

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

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

(2) 高次脳機能障害

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

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

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

3 課題への対応

(1) リハビリテーション医療体制の充実を図ります。

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

- (3) 地域リハビリテーションを推進します。
- (4) マンパワーの養成を図ります。

4 主な取組

- (1) 医療機関の機能分化と連携の促進
- (2) 埼玉県総合リハビリテーションセンターの医療部門の充実
- (3) 埼玉県総合リハビリテーションセンターに開設した高次脳機能障害者支援センターによる高次脳機能障害者への助言指導や情報提供、リハビリ訓練などの支援の推進
- (4) 地域リハビリテーションの推進
- (5) 専門職のための研修の充実

第6節 動物とのふれあいを通じたQOL（生活の質）の向上

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

少子高齢化による家族構成の変化や生活水準の向上などにより、伴侶動物としてペットを飼育する家庭が増え、人と動物との関係がより密接なものへ変化しています。

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

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

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

3 課題への対応

- (1) 動物の適正な飼育管理指導及び動物由来感染症の予防対策の充実強化を図ります。
- (2) 人と動物とのふれあい活動を充実させ、アニマルセラピー活動の支援を図ります。

4 主な取組

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

5 指標

■ 福祉施設等でのアニマルセラピー活動の活動回数と参加人数

現状値 23回 1,254人 → 目標値 30回 1,500人
(平成28年度) (平成35年度)

第3章 健康危機管理体制の整備と生活衛生

第1節 健康危機管理体制の整備充実

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

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

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

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

さらには、核（nuclear）、生物（biological）、化学（chemical）を用いた大量破壊兵器による国内でのNBCテロ事件の発生も懸念されています。

こうした事態の発生予防、拡大防止等を迅速かつ的確に実施するため、健康危機管理体制を整備することが重要な課題となっています。

健康危機管理は、健康危機情報の的確な収集・分析と必要な情報を迅速に関係機関へ提供することが重要です。

また、医療機関、検査機関、消防、警察、国、市町村などの関係機関との緊密な連携を図ることが必要です。

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

【図表2-3-1-1 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2-3-1-2 食中毒発生状況】

		平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
埼玉県※	件数	14件	25件	27件	23件	12件
	患者数	552人	589人	439人	291人	88人

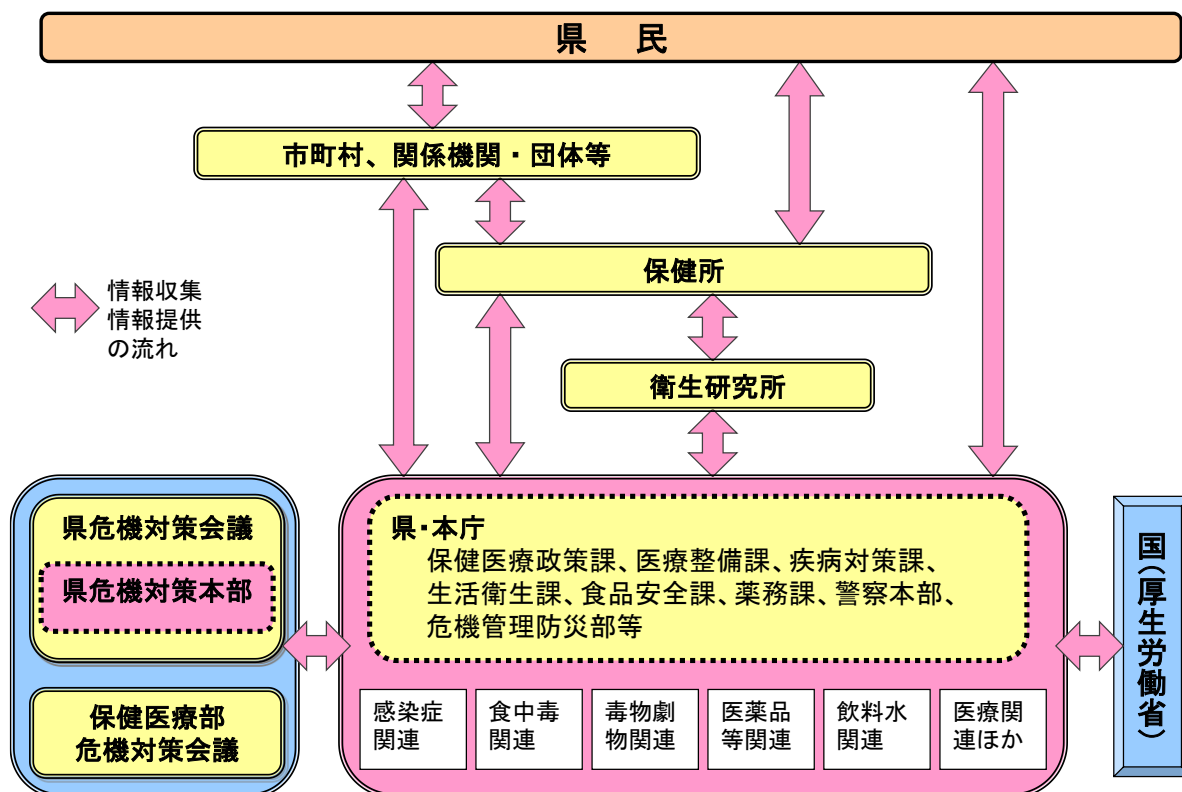
※さいたま市、川越市、越谷市を除く

資料：県食品安全課

3 課題への対応

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

【図表2-3-1-3 健康危機管理情報の主な流れ図】



4 主な取組

- (1) 情報収集及び提供体制の充実
- (2) 食品、毒物劇物、医薬品等の事業者などに対する監視指導体制の充実強化
- (3) 食品、毒物劇物、医薬品等の事業者などによる自主管理体制の充実強化
- (4) 健康危機管理マニュアルの整備等による危機管理体制の充実強化
- (5) 危機管理対応のための職員等の資質向上

第2節 保健衛生施設の機能充実

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

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

さらに、地方自治法に定める指定都市及び中核市（さいたま市、川越市、越谷市（平成30年（2018年）4月から川口市））も保健所を設置しています。

保健所では、精神保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所などと連携を図りながら、業務を行っています。

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

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

【図表2-3-2-1 衛生研究所（吉見町）】



衛生研究所外観



検査機器を用いた食品添加物検査

3 課題への対応

(1) 保健所

ア 保健衛生に関する施策等の広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化します。

イ 市町村支援拠点としての機能を強化します。

ウ 健康危機管理の拠点としての機能を強化します。

(2) 衛生研究所

- ア 地域保健に関する科学的かつ技術的な拠点としての機能を強化します。
- イ 県民の生命と生活に重大な影響を及ぼす感染症に関して原因を迅速に解明する機能を強化し、その結果について県民等に分かりやすく情報発信していきます。

4 主な取組

(1) 保健所

- ア 保健衛生施策等の推進
- イ 市町村が行う生活習慣病予防などの取組への支援
- ウ 健康危機管理想定訓練の実施

(2) 衛生研究所

- ア 感染症対策の充実
- イ 食の安全・安心、医薬品等の安全性の確保
- ウ 保健所との連携・支援
- エ 検査体制の強化

第3節 安全で良質な水の供給

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

(1) 安全で良質な飲料水供給体制の確保

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

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

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

(2) 災害に強い水道の構築

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

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

3 課題への対応

(1) 節水意識の高揚と水資源の確保、水道水源の監視による水質変化の早期把握、精度管理を活用した水質検査の信頼性確保に努めます。

(2) 国からの交付金の活用、スケールメリットにより運営基盤を強化する水道広域化を促進します。

4 主な取組

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

第4節 衛生的な生活環境の確保

1 目指すべき姿

生活衛生関係営業施設や特定建築物の衛生的環境の維持向上を図ることにより、公衆衛生の確保及び県民生活の安定に寄与します。

2 現状と課題

県民生活に密着した生活衛生関係営業施設（理容所、美容所、クリーニング所、興行場、旅館及び公衆浴場）は、生活様式の変化に伴い多種多様化しており、監視指導等を行う上で高い専門性が求められています。

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

このため、時代に適応した経営の指導、施設の衛生監視指導、検査体制の整備及び営業者の自主的な管理体制の確立が求められます。

3 課題への対応

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

4 主な取組

- (1) 生活衛生関係営業施設及び特定建築物の監視指導體制の充実
- (2) 一般公衆浴場確保対策の推進
- (3) 公衆浴場等におけるレジオネラ属菌汚染防止対策の推進
- (4) 生活衛生関係営業者の自主管理体制の確立の促進

第5節 安全な食品の提供

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

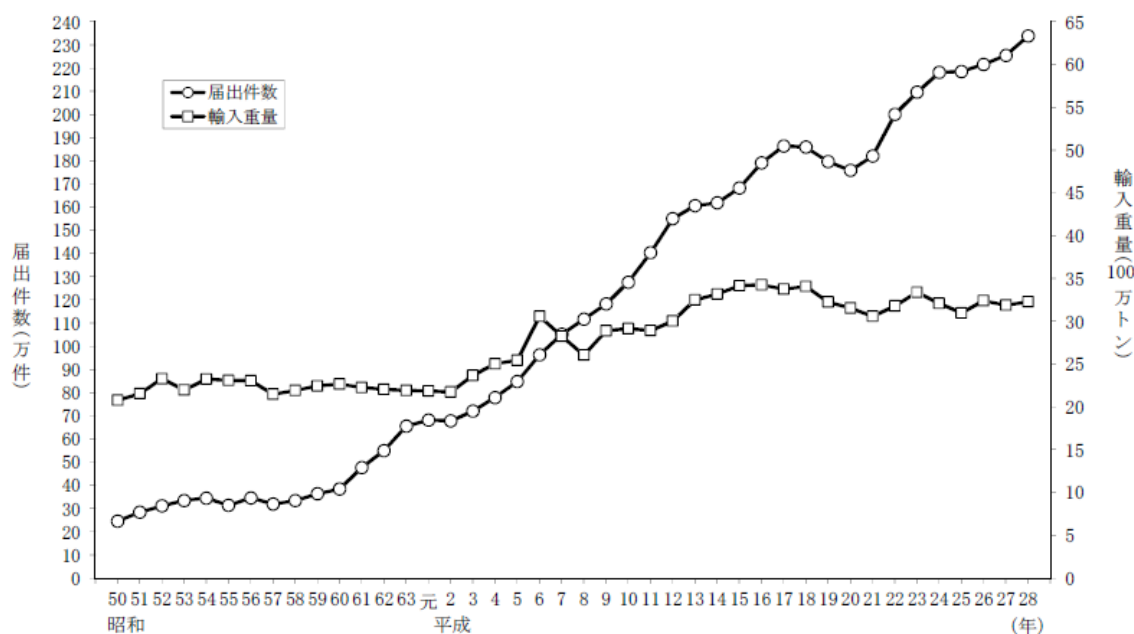
(1) 食品の安全確保

食中毒や残留農薬、食品の不適正表示、異物混入事件の発生、輸入食品の増加などを背景に、食の安全に対する県民の関心が高まっています。

近年の食を取り巻く環境は、製造・加工技術、包装や輸送技術の進歩に伴い、多種多様な食品が広域に流通しているため、食品事故発生に対する事後対応より、未然防止に重点を置く必要があります。

食品の安全を確保するためには、生産から流通・消費に至るまでのフードチェーン全体で取り組む必要があります。農畜水産物の生産及び食品の製造、加工、調理の各段階において実施されている安全に関する取組を確認し、評価する方法の導入が求められています。

【図表2-3-5-1 輸入食料品の届出数量の推移】



※昭和50年～平成18年は年次、平成19年以降は年度

資料：輸入食品監視統計（厚生労働省）

(2) 食中毒発生の防止対策

食中毒は従来多発していた腸炎ビブリオやサルモネラを原因とする事件は減少し、

カンピロバクターやノロウイルスによる食中毒事件が増加しており、大規模な食中毒も発生しています。

カンピロバクターやノロウイルスはいずれも少量で発症するため、食品施設での衛生管理を一層徹底する必要があります。

県民には、「新鮮だから安全」などの肉の生食に対する誤解を改め、食品衛生に関する正しい知識を分かりやすく伝えていかなければなりません。

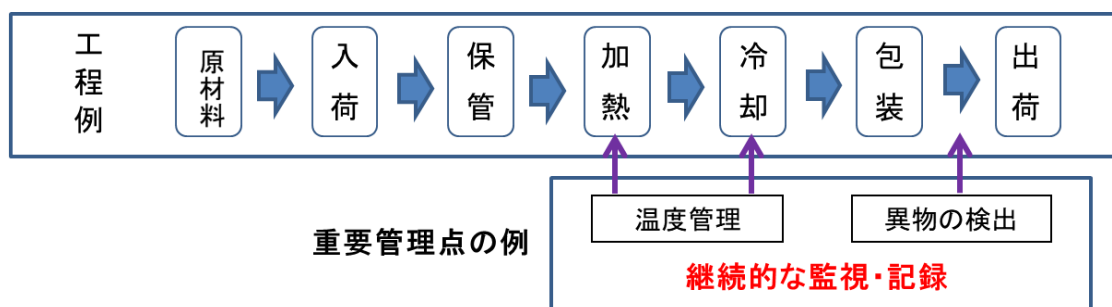
このため、食品等事業者は衛生管理に着実に取り組むとともに、導入が義務化されたHACCPの実効性を担保するためにも、施設に応じた衛生管理を自主的に実施していくことが求められます。

3 課題への対応

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

【図表2-3-5-2 HACCPの仕組み】

【HACCPの仕組み】



4 主な取組

- (1) 食品の監視指導・検査体制の強化
- (2) 食品等事業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
- (3) 食品表示の適正化による食への信頼の確保
- (4) 県民や食品等事業者に対する食中毒の発生防止対策の実施

(5) 食の安全・安心確保に向けた情報提供と普及啓発

5 指標

■ 食品関連事業所における製品等の自主検査実施率

現状値 10.3% → 目標値 55.0%

(令和2年度末)

(令和5年度末)

第3部 医療の推進

第1章 疾病ごとの医療提供体制の整備

第1節 がん医療

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

(1) 予防・早期発見

悪性新生物（がん）は、県民の死因の第1位です（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されており、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。

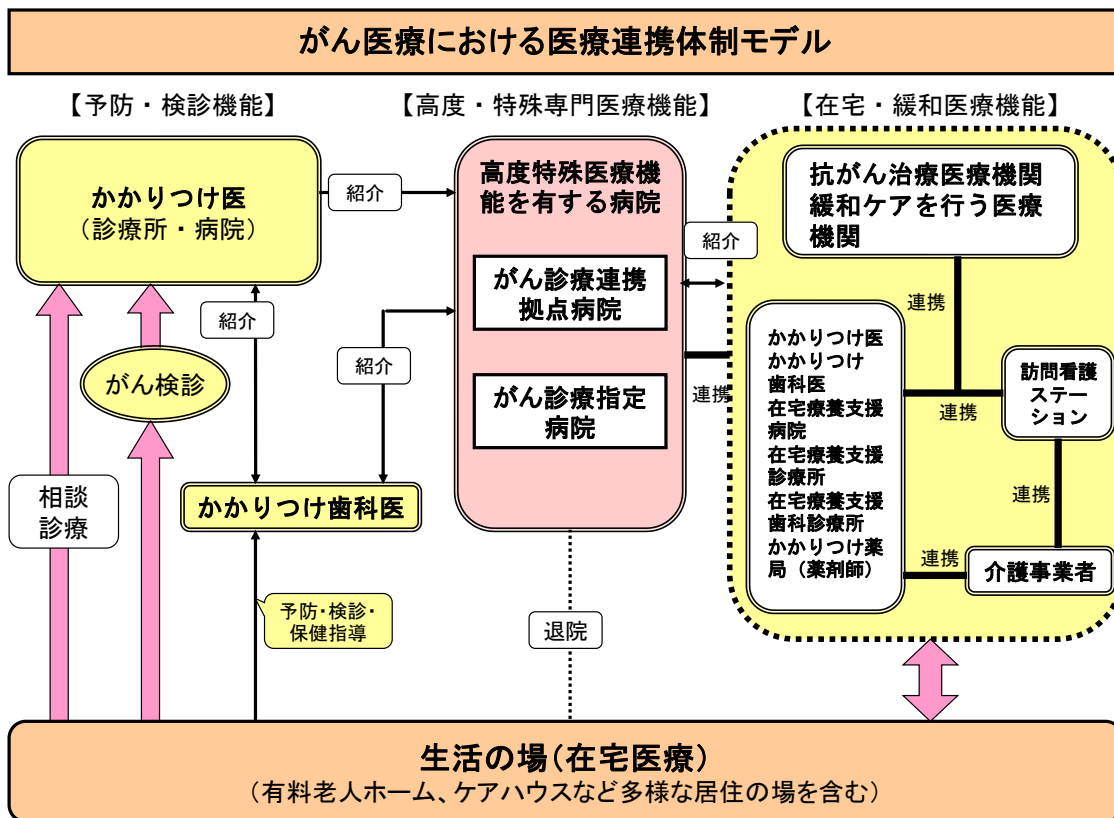
がん患者が住み慣れた自宅や地域での療養を選択できるよう、在宅医療と介護サービスが連携・継続して実施される体制の充実も必要です。

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孕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)

■ 子宮頸^{けい}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、病期に応じたリハビリテーション、在宅療養まで、医療サービスが連携・継続して実施される体制を構築します。

2 現状と課題

(1) 予防・早期発見

脳卒中（脳血管疾患）は、県民の死因の第4位です（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、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的としたリハビリテーションが行われます。

脳卒中患者の急性期後の状態は様々であり、必ずしも全ての患者が、回復期リハビリテーションに移行しませんが、回復期には、身体機能を回復させるリハビリテーションが、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。

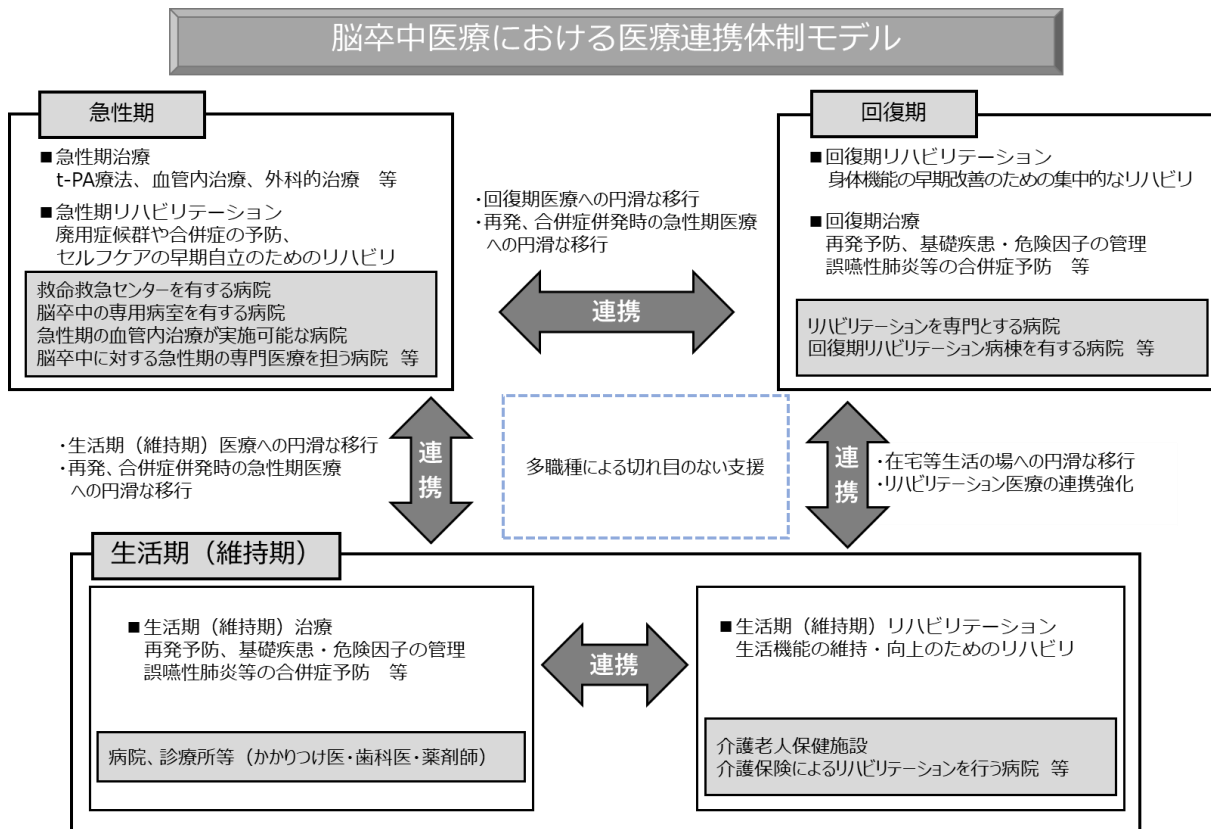
また、脳卒中の後遺症として、記憶力や注意力の低下などの症状が現れ、日常生活や社会生活に支障が出る高次脳機能障害になった方が、必要な医療やサービスを受けられるよう、適切な診断がなされることが必要です。

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、集中的なり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^{くう}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）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命措置が迅速に連携して実施されることが重要です。

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

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

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

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

心血管疾患患者の回復期や生活期（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、服薬指導等の患者教育等、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。

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

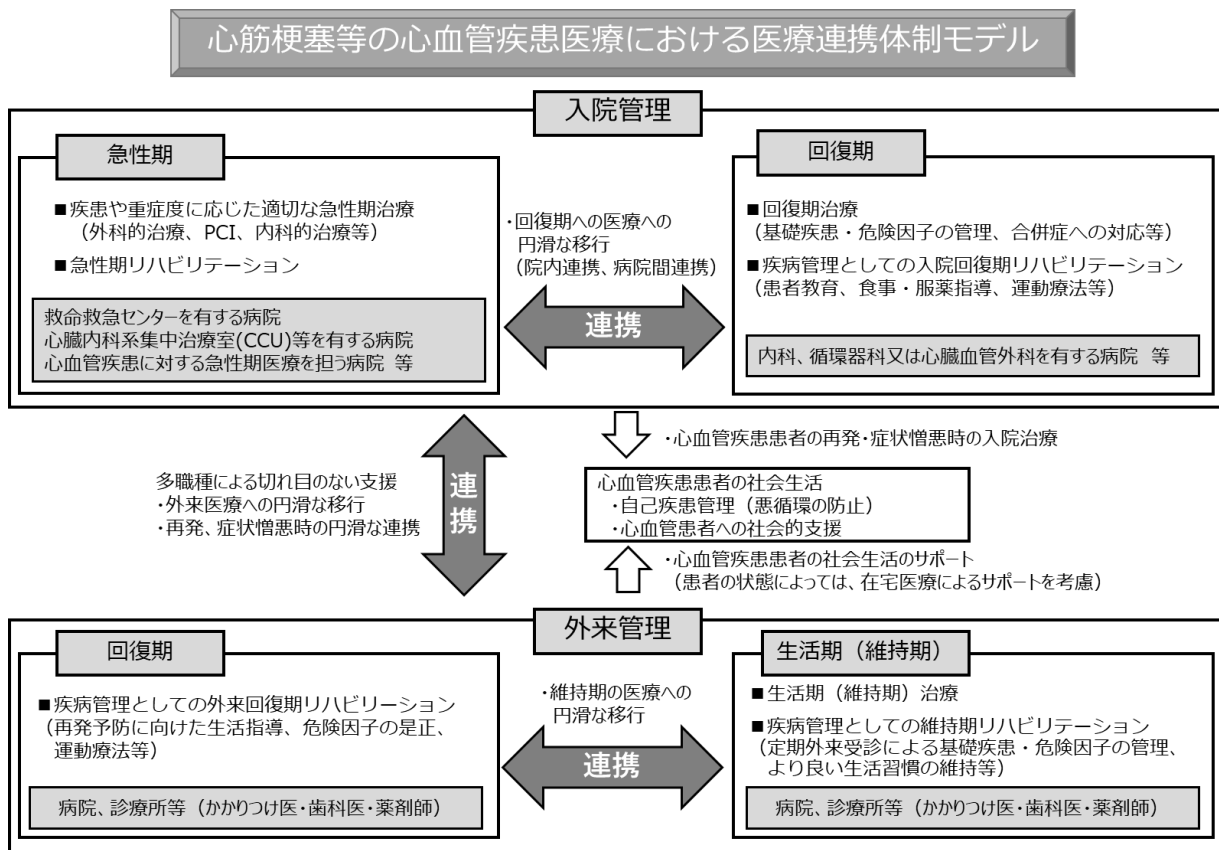
要です。

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^{くわう}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^その知識・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^{くわう}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) A E D 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^{くう}アセスメントの充実

5 指標

■ 特定健康診査受診率（再掲）

現状値 50.9% → 目標値 70%

（平成27年度）

（平成35年度）

第4節 糖尿病医療

1 目指すべき姿

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

糖尿病の治療に係る医療連携体制を構築します。

2 現状と課題

(1) 予防・早期発見

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

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

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

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

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

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

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

(2) 糖尿病の治療・教育、合併症医療

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

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

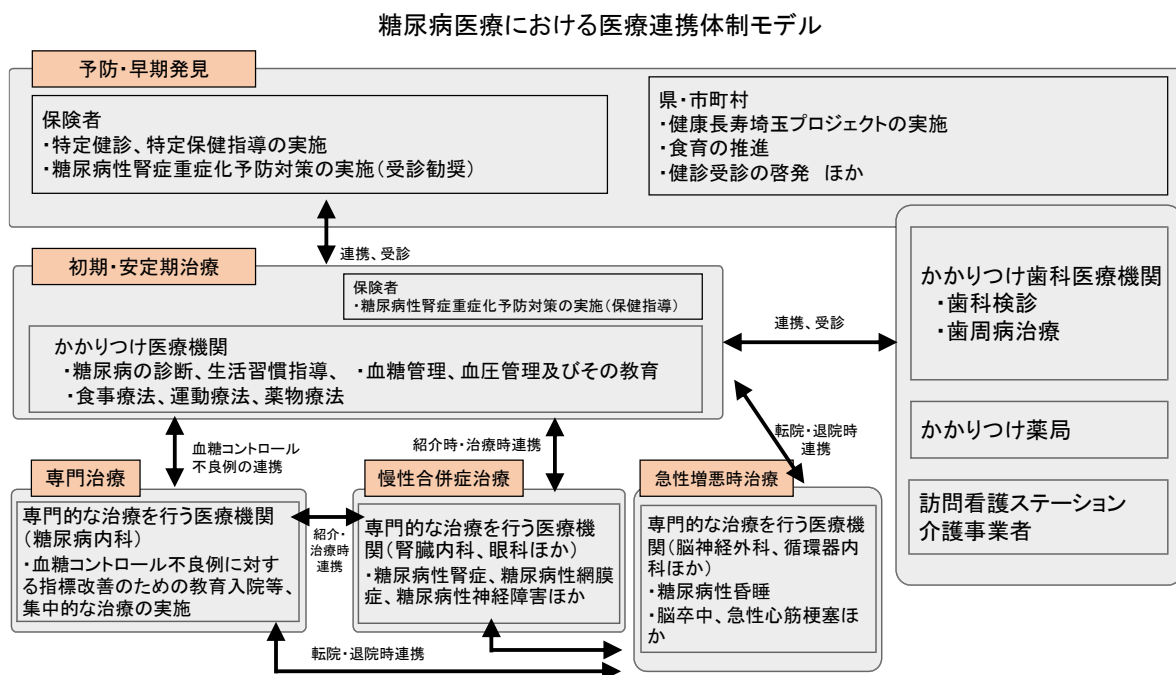
糖尿病の重症化を予防するため、かかりつけ医と糖尿病専門医や腎臓専門医などとの医療連携といった糖尿病診療体制の構築が必要です。

3 課題への対応

(1) 食生活・運動等に関する望ましい生活習慣の確立を図ります。

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

【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対処するためには、医療機関の役割分担や個々の病院の医療機能等を明確にし、医療機関相互の連携を図ることや、専門的な医療を提供できる医療体制の整備を図る必要があります。

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

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

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

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

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けるよう地域でのケア体制の整備を図る必要があります。

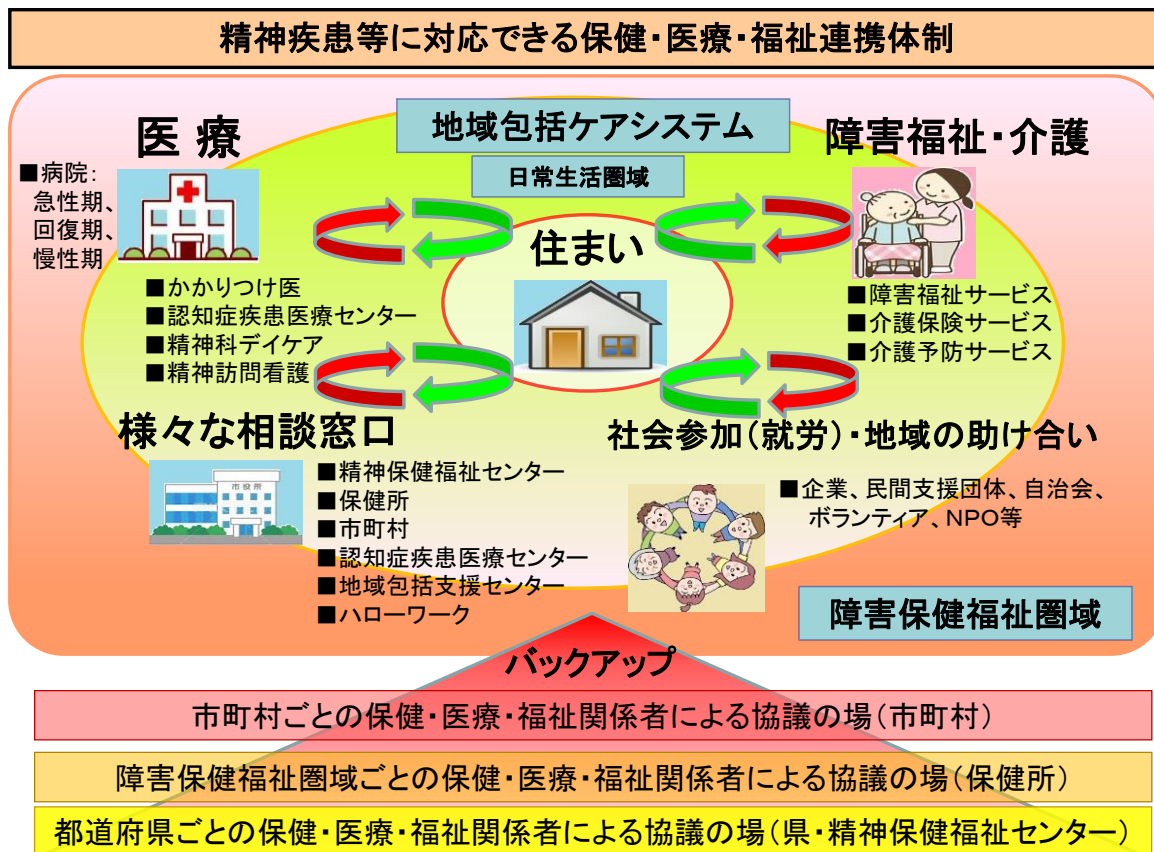
3 課題への対応

- (1) 県民の心の健康づくりを図るとともに、精神保健に係る相談窓口の充実を図ります。
- (2) 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

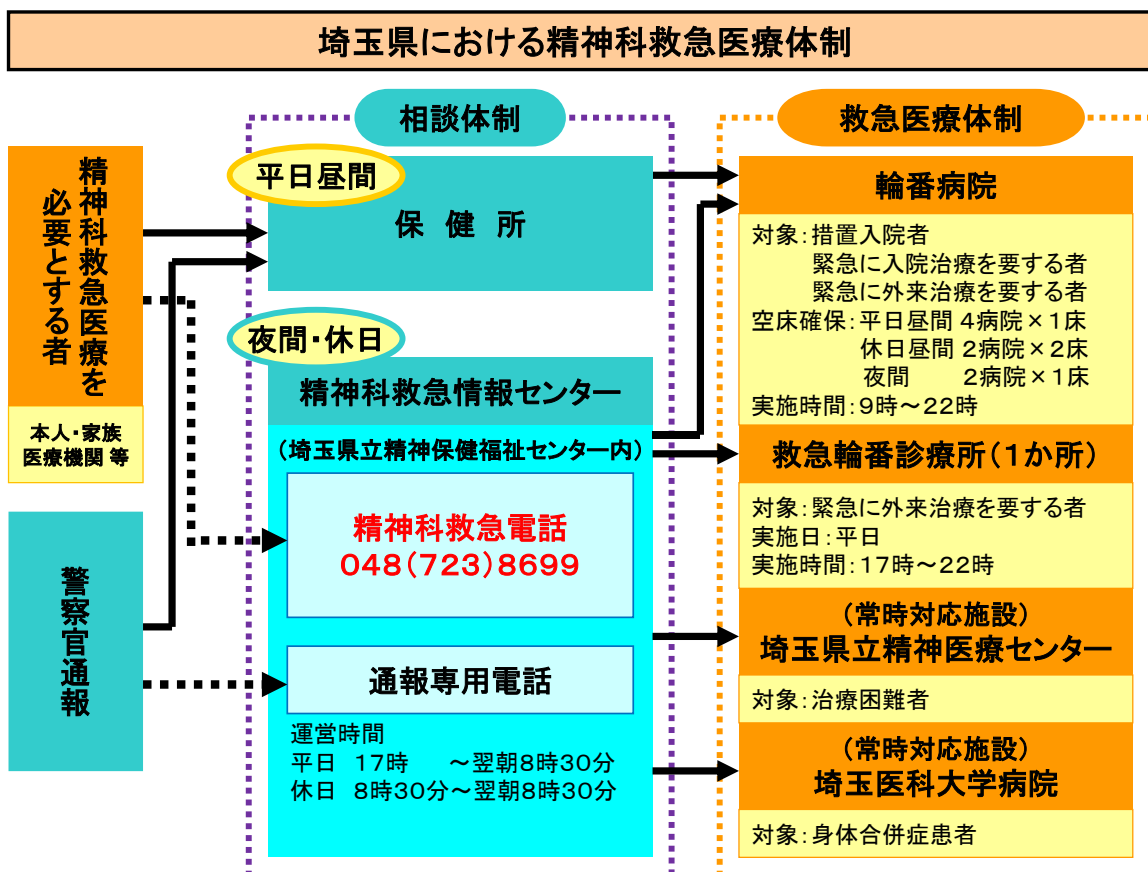
推進を図ります。また、自殺対策を効果的に実施し、明確な成果につなげられるよう、埼玉県自殺対策計画を策定し、総合的な自殺対策の推進に取り組みます。

- (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。

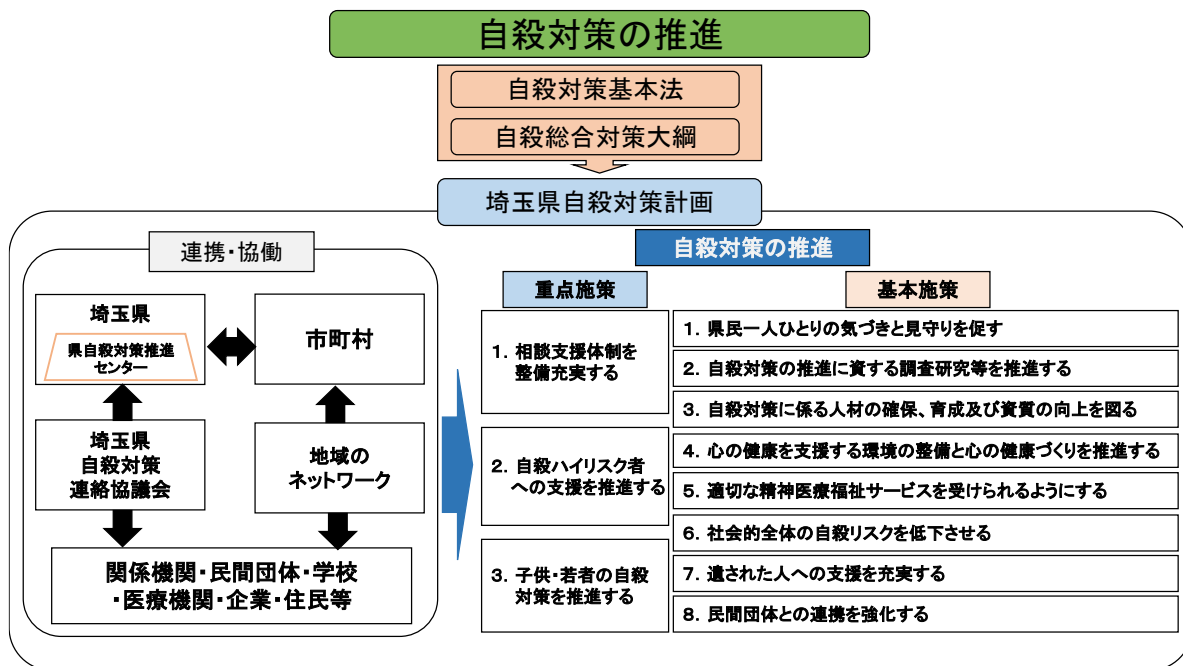
【図表3-1-5-1 精神疾患等に対応できる医療連携体制】



【図表3-1-5-2 埼玉県における精神科救急医療体制】



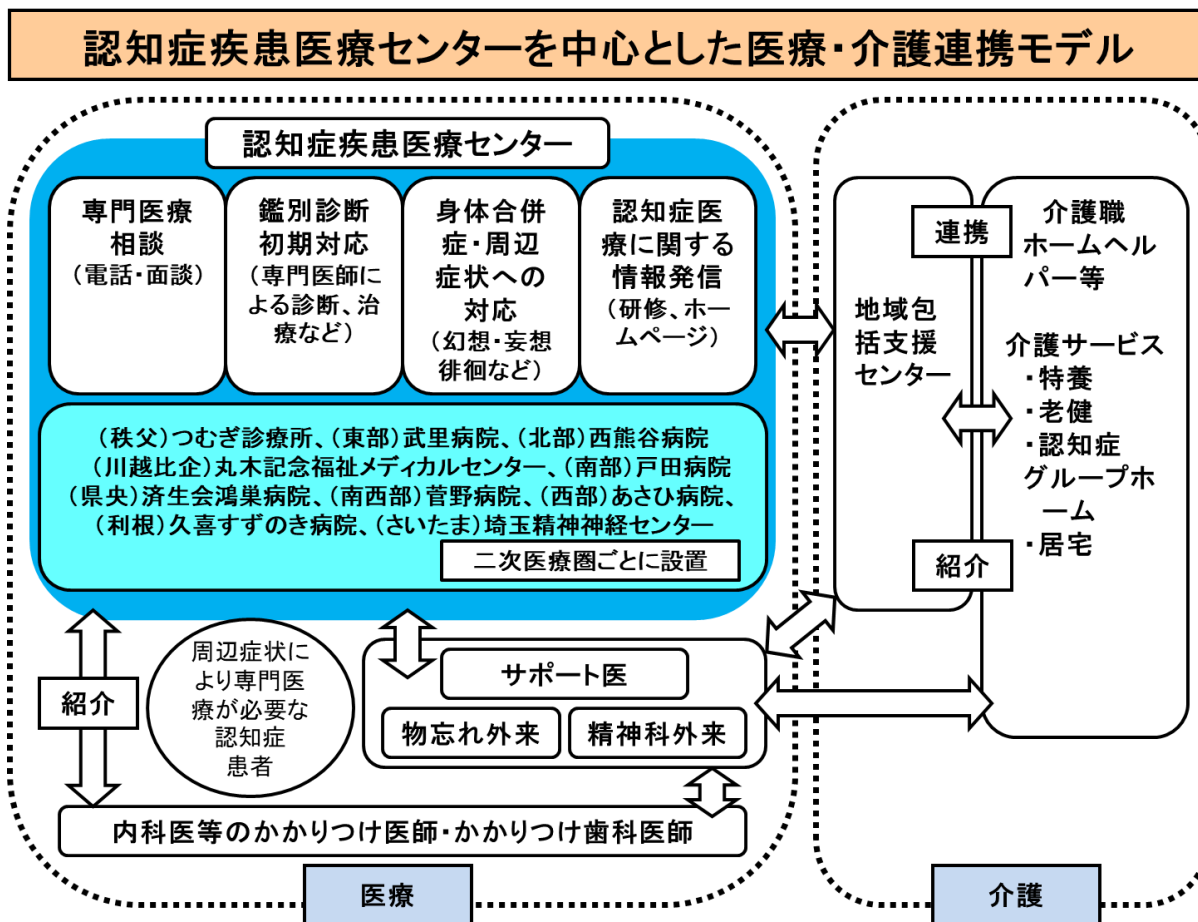
【図表3-1-5-3 自殺対策の推進】



【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	【若年層への普及啓発、予防教育】 ※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 ※SNSを活用した効果的な広報や教育	【相談窓口の整備、充実強化】 ※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 ※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	【回復支援団体等との協働】 ※自助グループ等、民間団体の活動についての周知 ※民間団体による主体的な取組の促進
	【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】 ※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 ※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	【相談窓口の整備、充実強化】 ※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 ※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	【依存症連携会議等の開催による関係機関との連携強化】 ※「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 ※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
	【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】 ※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 ※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	【研修等による支援者育成】 ※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 ※「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	【関係事業者による依存症対策】 ※「依存症対策推進会議」等への参画による情報交換 ※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

【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必要があります。

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

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

ていく必要があります。

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

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

【図表3-1-6-1 感染症報告数（埼玉県内）】

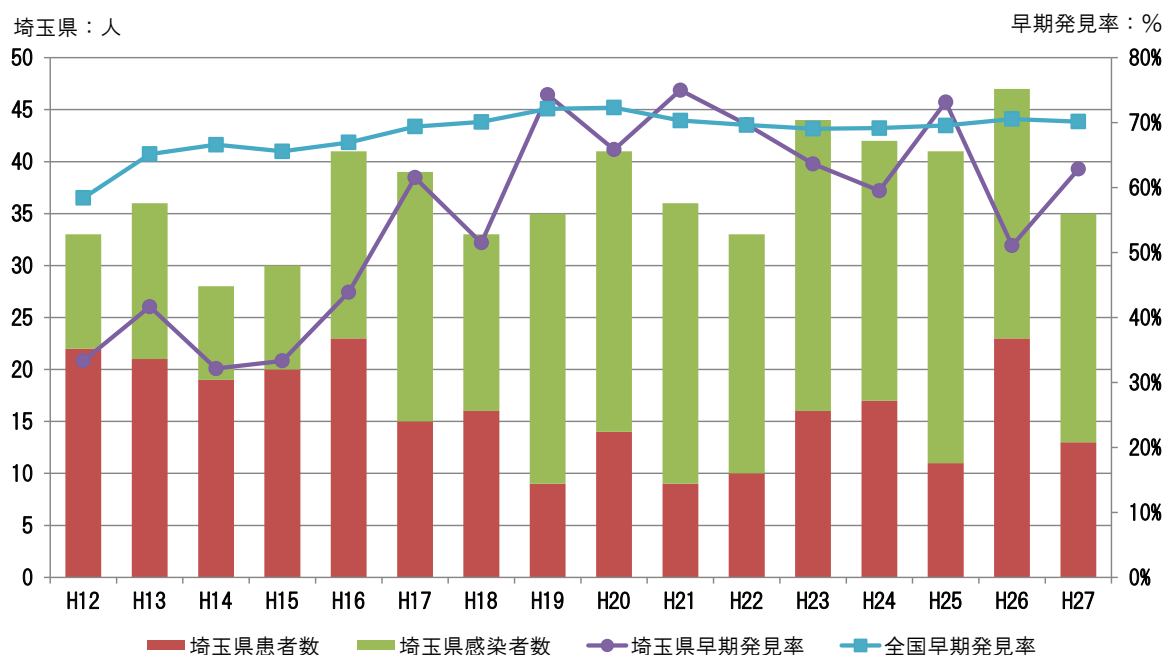
(単位：人)

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) HIV感染者等の早期発見体制の強化
- (8) 結核の正しい知識や定期健康診断受診に関する普及啓発
- (9) DOTS（直接服薬確認療法）事業の推進

5 指標

■ HIV感染者早期発見率

現状値 63% → 目標値 80%
(平成28年) (平成34年)

第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。

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。

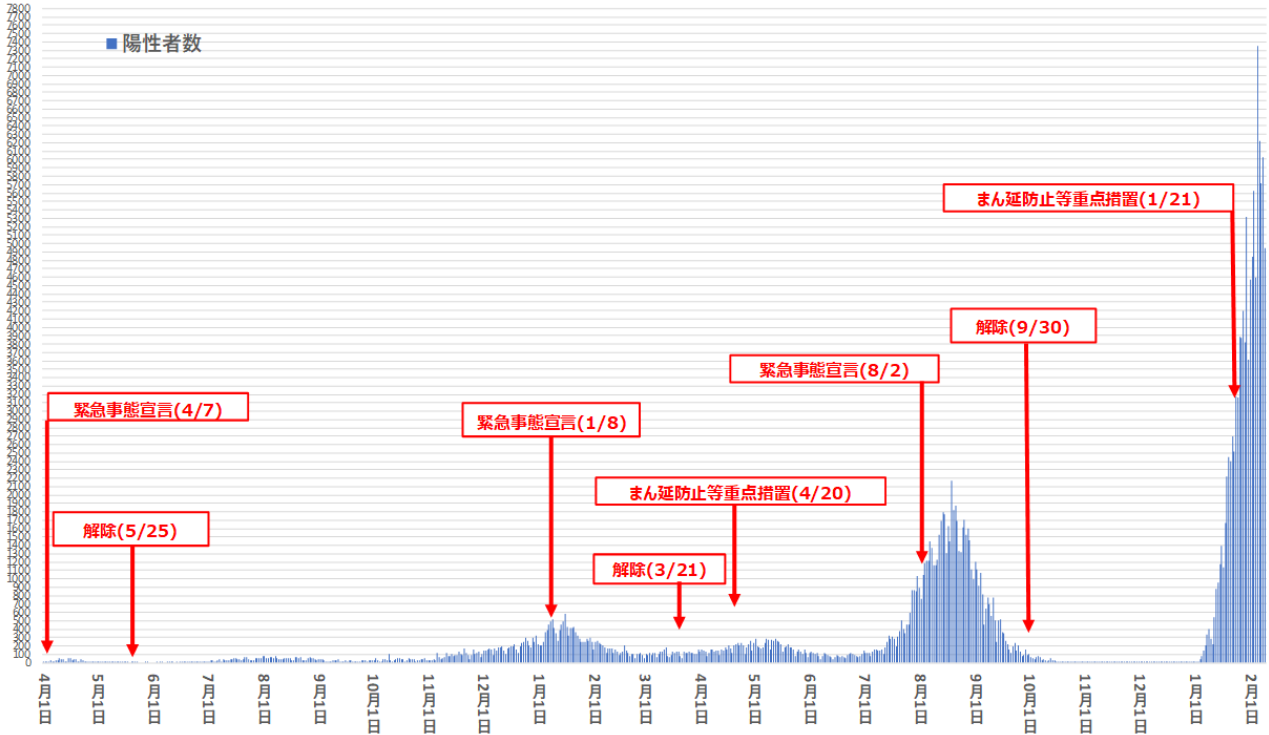
ワクチン接種については、市町村の接種を支援するとともに、副反応に対応した相談体制を確保する必要があります。

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つ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。

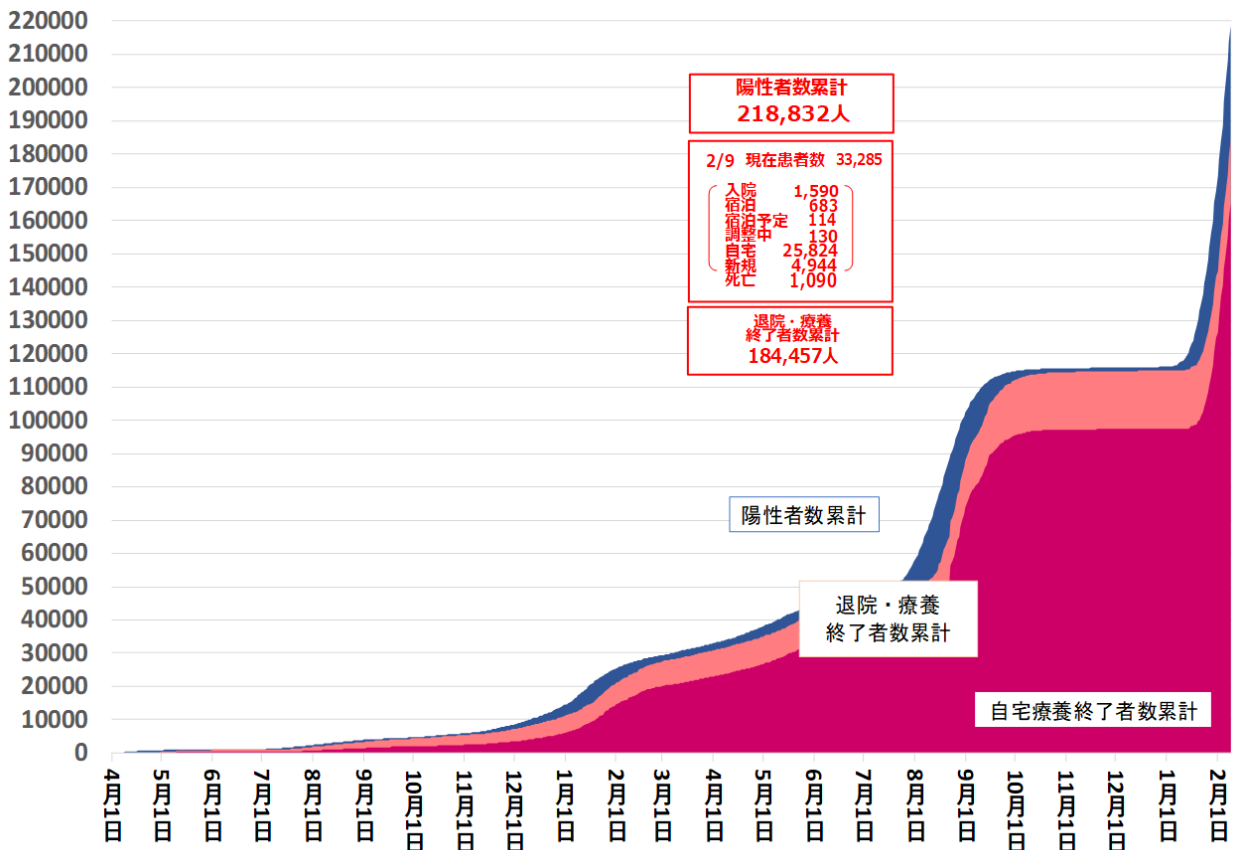
なお、令和3年1月には、県内でも変異株による感染が確認され、その後も次々に

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・備蓄を確実にを行います。
- (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。

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
- (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・緊急度に応じた医療を提供できる体制、救急医療機関等から療養の場へ円滑に移行できる体制を構築します。

2 現状と課題

(1) 救急医療を取り巻く状況

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

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

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

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

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

(2) 救急医療の提供体制（初期～第三次）

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

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

初期救急は、平日夜間や休日の診療体制に未整備の時間帯がある状況です。

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

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

県では、搬送困難事案を削減するため、第二次救急医療機関の中から搬送困難事

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

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

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

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

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

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

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

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

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。

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。

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。

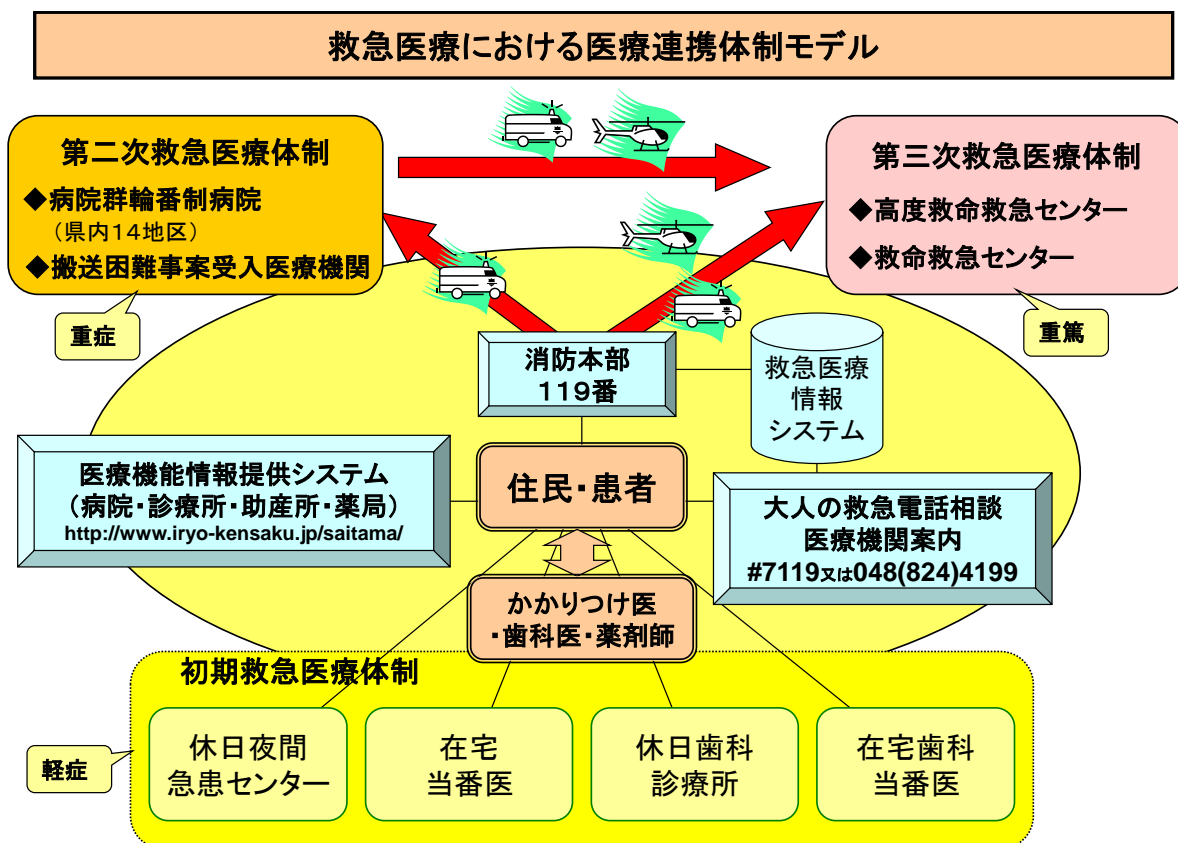
そこで、急な病気やけがに対する県民の不安解消や軽症患者の集中による救急医療機関の負担軽減を目的として、救急電話相談や医療機関案内を24時間365日実施しており、併せてA I救急相談を運用しています。大人の救急電話相談では約7割が当日の受診が不要な相談であり、不要不急な受診の抑制に効果が出ています。

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

3 課題への対応

- (1) 初期、第二次、第三次の救急医療体制の整備を促進します。
- (2) 救急医療情報システムを活用し、救急隊と医療機関との連携強化などにより救急搬送体制の充実を図ります。
- (3) 救急医療機関の適正受診や救急車の適正利用を推進します。
- (4) A E D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。

【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) 人口や地理的状况を考慮した救命救急センターの整備
- (2) 既存の高度救命救急センターや救命救急センターの充実・強化
- (3) 搬送困難事案受入医療機関の体制充実や特殊疾患（耳鼻科、消化管出血等）の輪番体制の整備
- (4) 地域の実情を踏まえた救急告示医療機関の受入体制強化
- (5) 精神身体合併症患者の受入体制強化
- (6) 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、A I 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

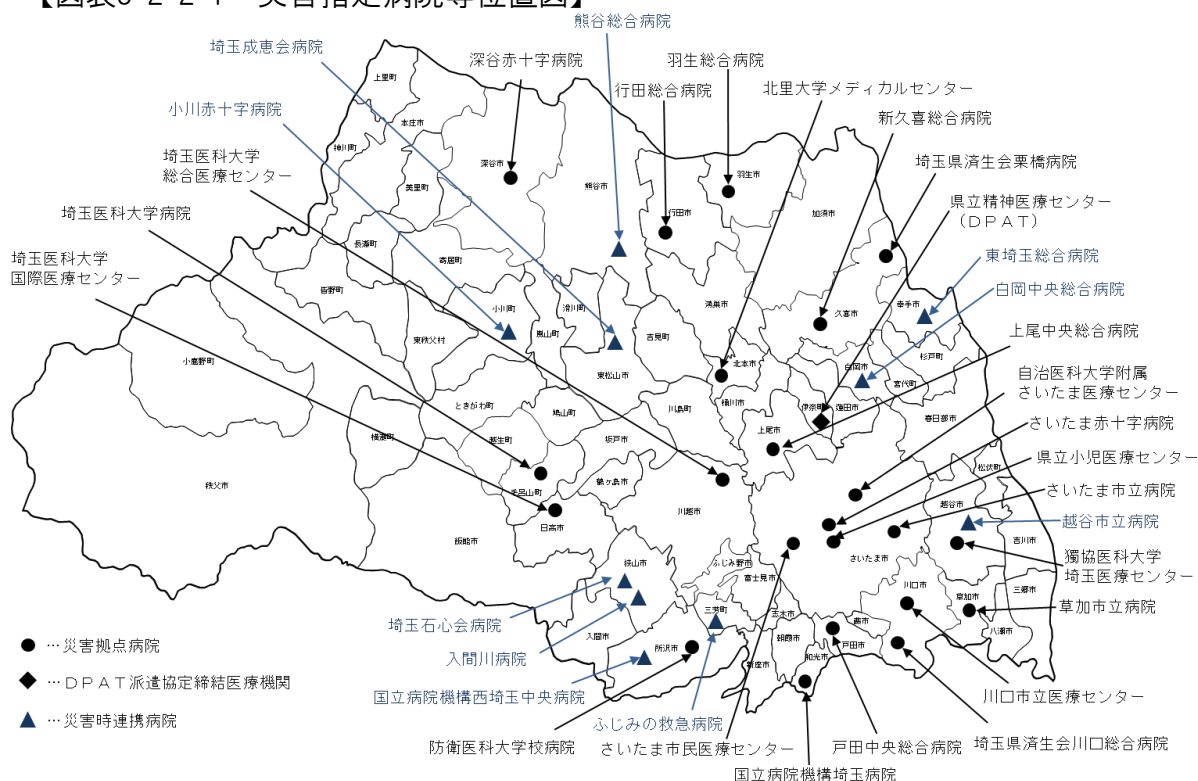
災害時に必要となる医薬品などを防災基地などで備蓄するとともに、医薬品卸売業者などにランニング備蓄を委託することにより、災害用医薬品などの確保を図る

ています。

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

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

【図表3-2-2-1 災害指定病院等位置図】

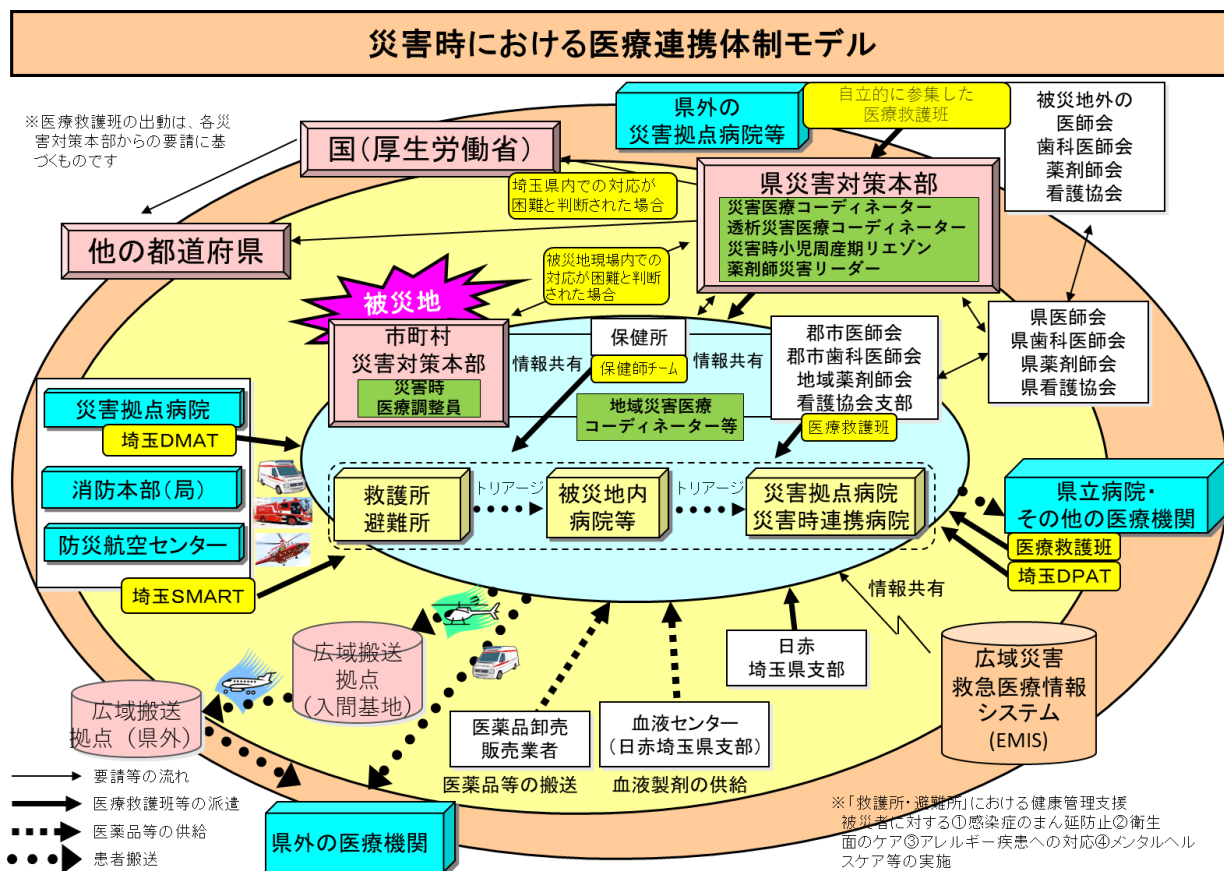


3 課題への対応

- (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DPAT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^{べん}のリスクに応じた安全な医療を継続的に提供することができる周産期医療体制を整備します。

2 現状と課題

(1) ハイリスク出産への対応

出生数は減少していますが、ハイリスク出産の割合は高い水準にあります。

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

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

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

これらの課題を解決するため、引き続きハイリスク出産に対応した周産期医療体制の充実努めるとともに、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^{べん}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^{べん}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。

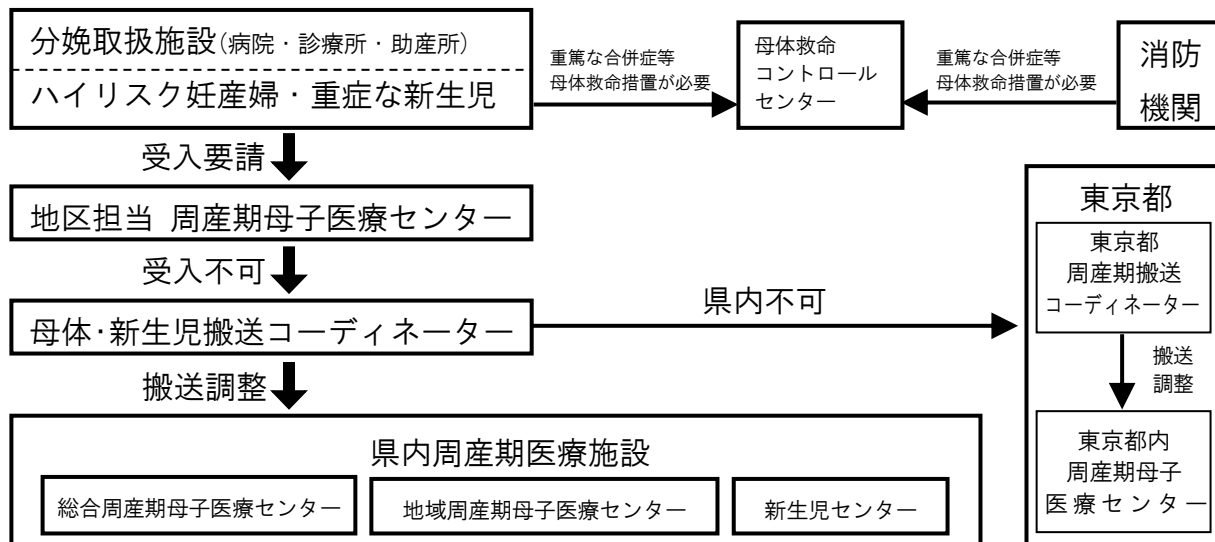
(2) 継続的な周産期医療体制の確保

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産婦の受入体制の確保
 - イ ハイリスク妊婦又は新生児の搬送調整体制の確保
 - ウ 近隣都県との連携体制の構築
 - エ 周産期母子医療センターの整備、運営支援等による周産期医療体制の充実
 - オ 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^{べん}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^{べん}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でない地域は集約化・重点化するなど救急医療体制を更に強化する必要があります。

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

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、小児救急医療体制の維持が困難な地域があります。

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

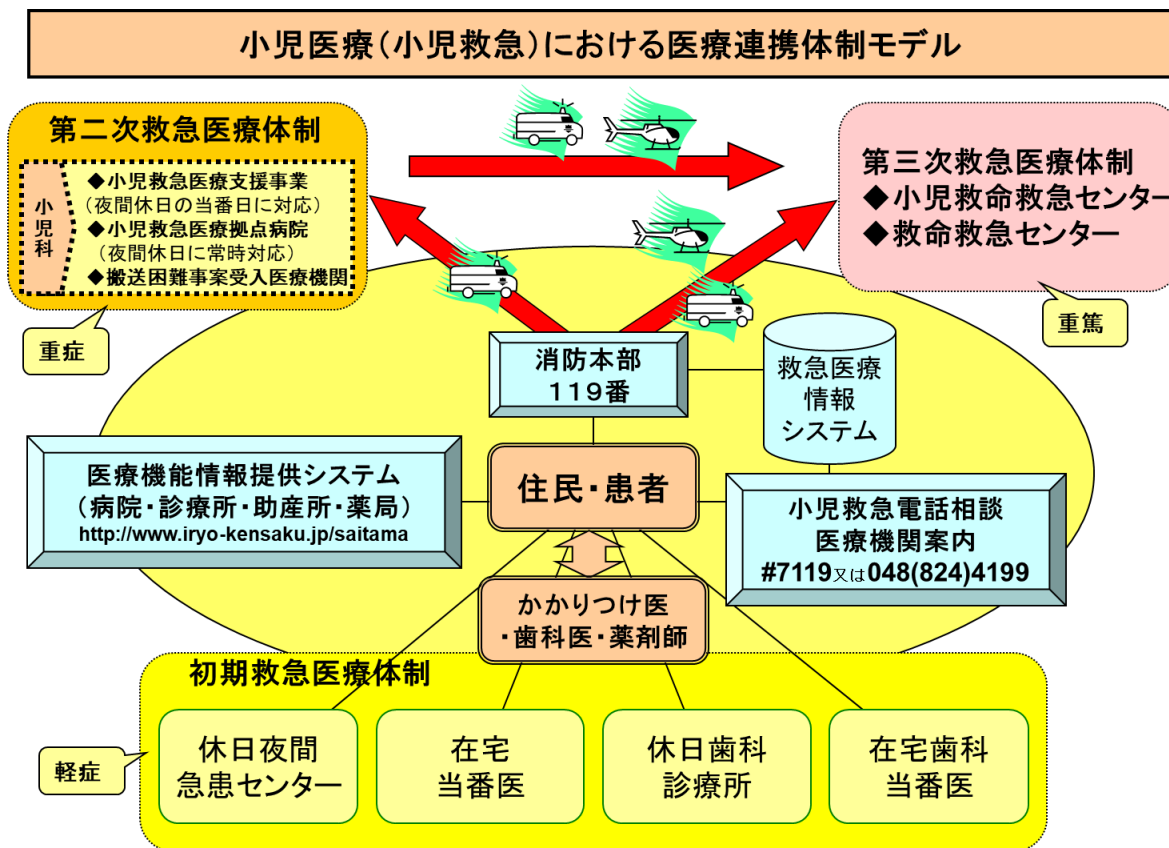
保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進し、小児救急病院への軽症患者の集中を緩和する必要があります。

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

3 課題への対応

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

【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) PICU（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に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った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・社会的問題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。

(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。今後さらに医療・介護需要の大幅な増加が見込まれます。このため、医療依存度の高い患者やターミナルケア、24時間対応など様々なニーズに対応できるよう、訪問看護を担う人材の確保や育成、安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を強化することが必要です。

療養生活の質の向上に向け、歯・口腔^{くわう}の健康状態の悪化や機能低下、これらによる栄養不足や運動機能低下、誤嚥性肺炎^{えん}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らるとともに、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、市町村や地域の郡市医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体や保健所が連携しながら在宅医療の推進を図っていきます。

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

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

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

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、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

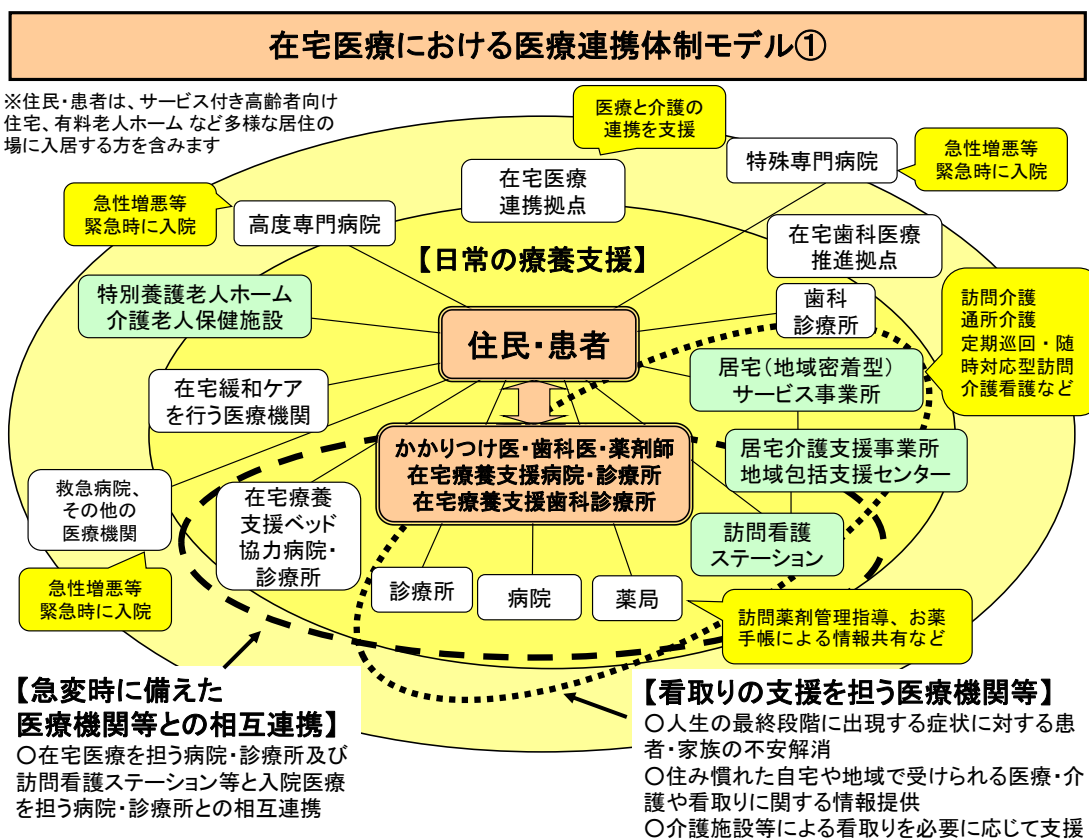
高い訪問看護師の育成を促進します。

- (7) 県内全ての郡市歯科医師会に加え地域の实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。

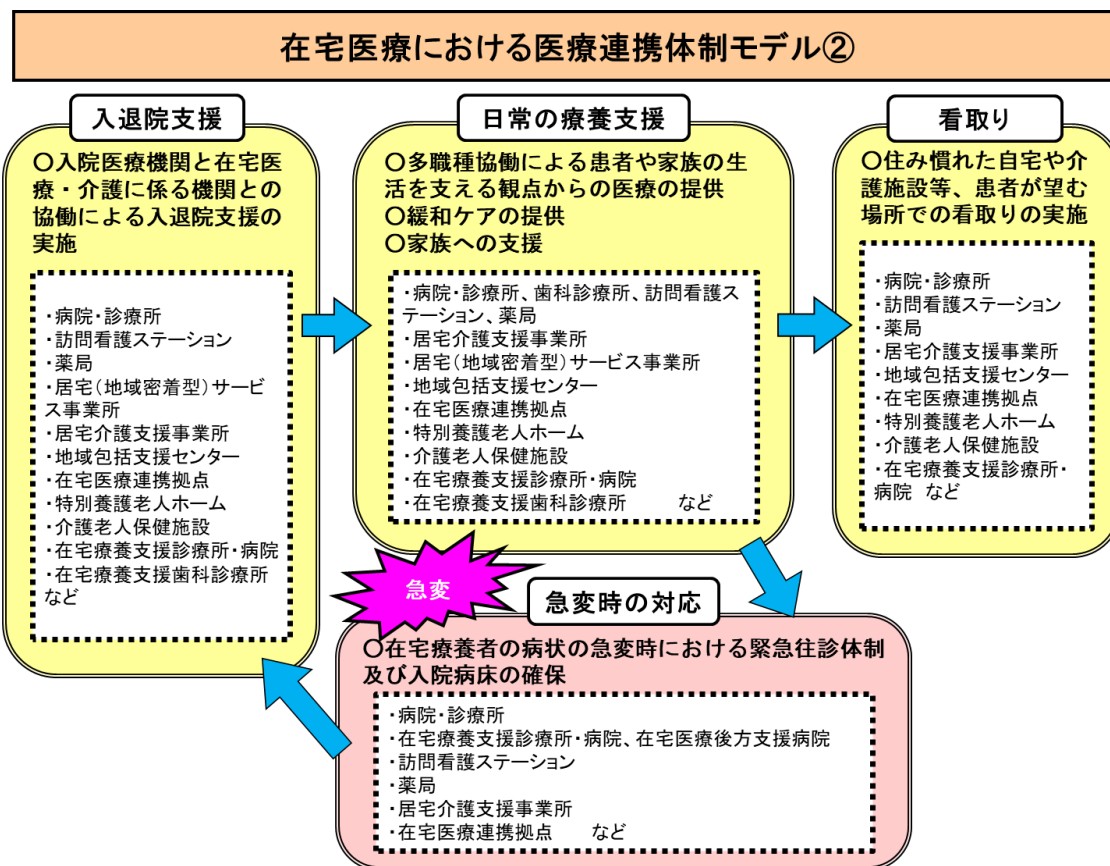
併せて、医療・介護の多職種と連携しながら、口腔内と全身の健康状態の改善を通して在宅療養患者のQOL（生活の質）の向上を図っていきます。

- (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	→	930か所	→	1,075か所
(平成28年度)		(平成32年度)		(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	→	2,280人	→	3,414人
(平成28年末)		(令和2年末)		(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	→	1,080医療機関	→	1,200医療機関
(平成28年度)		(平成32年度)		(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つて、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、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。

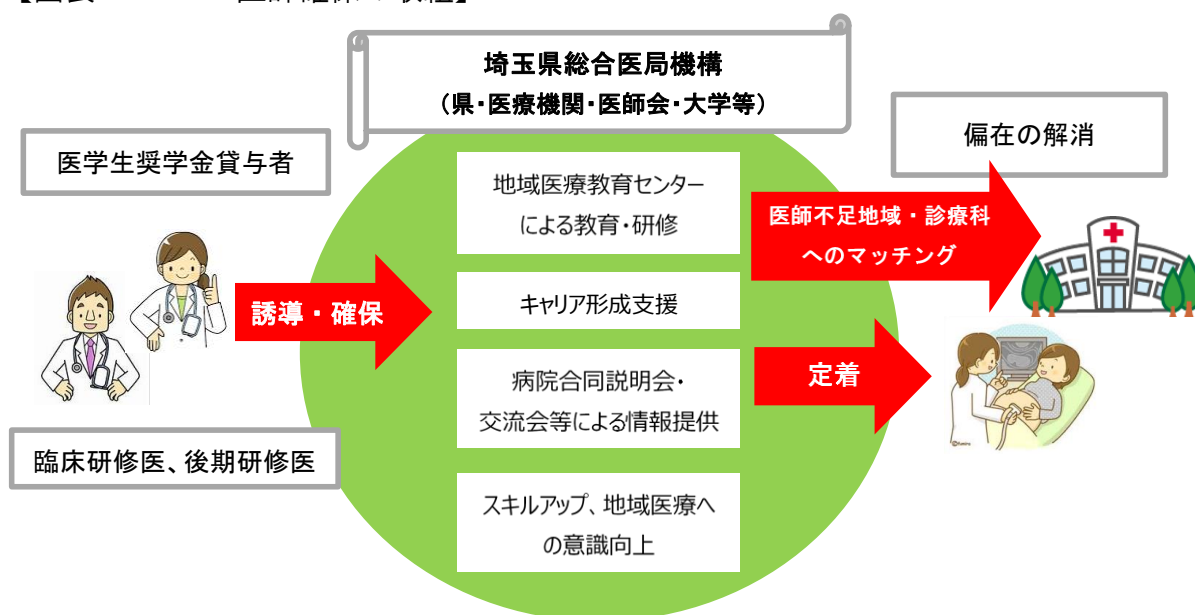
(4) 看護職員

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】



カ 病院勤務医等の負担軽減

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

キ 女性医師に対する就業支援策の推進

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

(2) 歯科医師

ア 医科歯科連携の推進

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

イ 地域における多職種連携の推進

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

(3) 薬剤師

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

(4) 看護職員

ア 看護職員の養成

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

イ 看護職員の離職防止・定着促進

新人看護職員が臨床実践能力を獲得するための研修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標としています。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
<p>◇ 昭和45年4月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。</p> <p>◇ 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。</p>	

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。

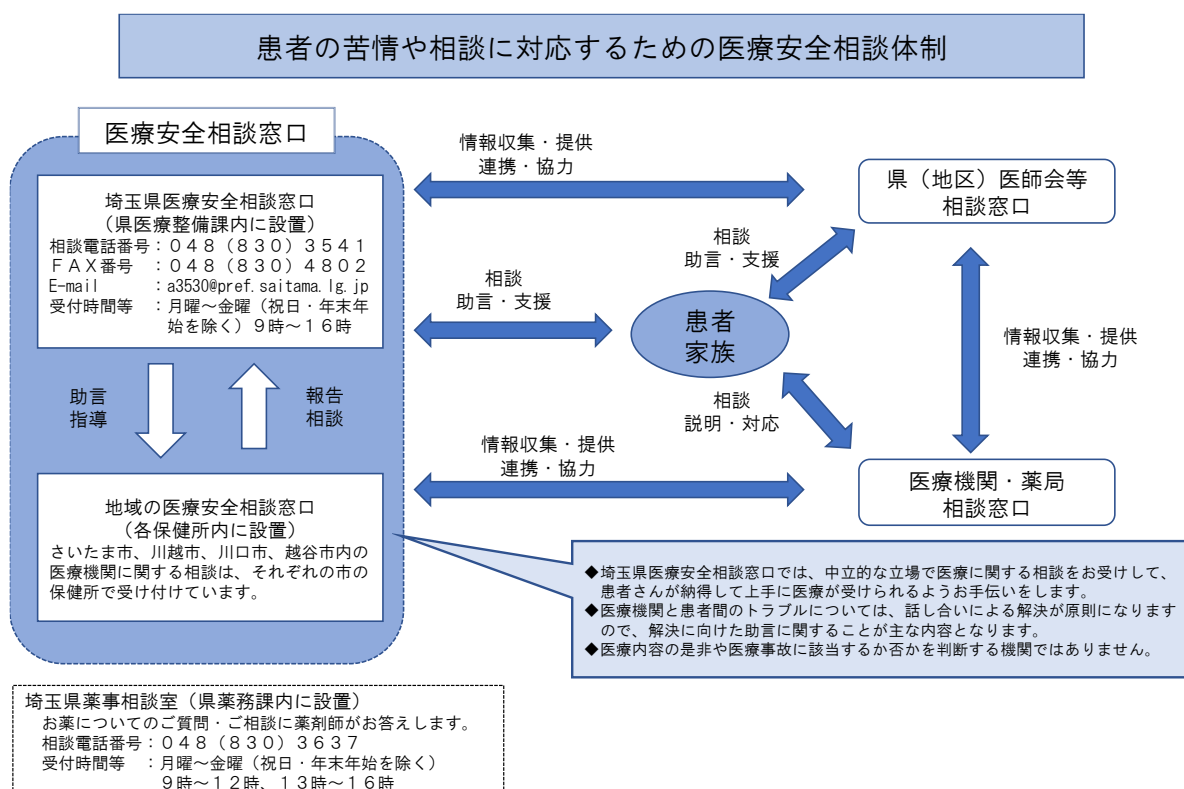
患者やその家族など県民からの医療に関する相談に応じるため、「医療安全相談窓口」を県医療整備課及び各保健所内に設置し、必要な情報を提供するとともに、必要に応じて医療機関に対し助言・指導を行っています。

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.iryu-kensaku.jp/saitama/>

第2節 医薬品等の安全対策

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

(1) 安全な医薬品などの供給

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

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

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

また、製造販売業者などによる自主管理の充実強化を推進することが必要です。

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

(2) 薬物乱用対策の推進

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

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

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

(3) 毒物劇物安全対策の充実

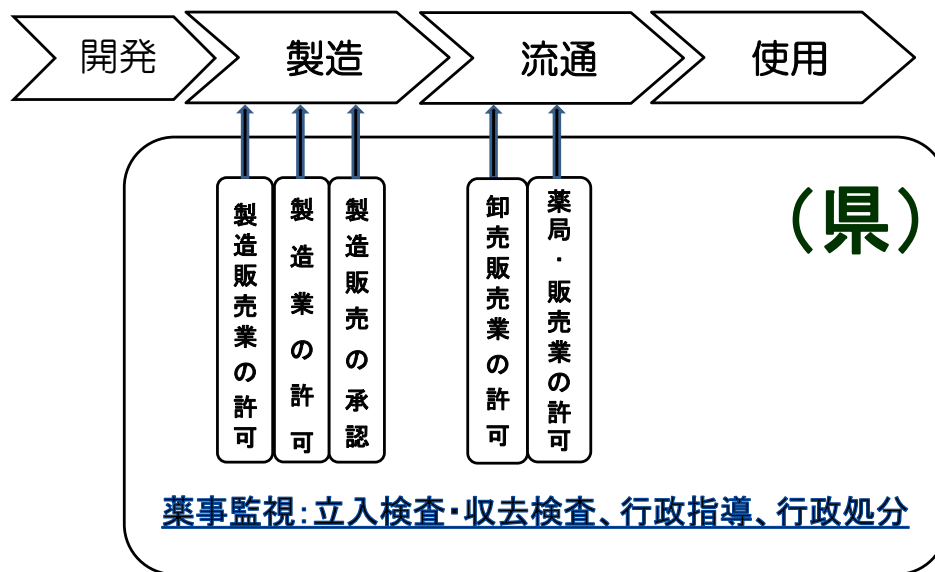
毒物劇物は、工業薬品、試薬、農薬など幅広い分野で使用されています。

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

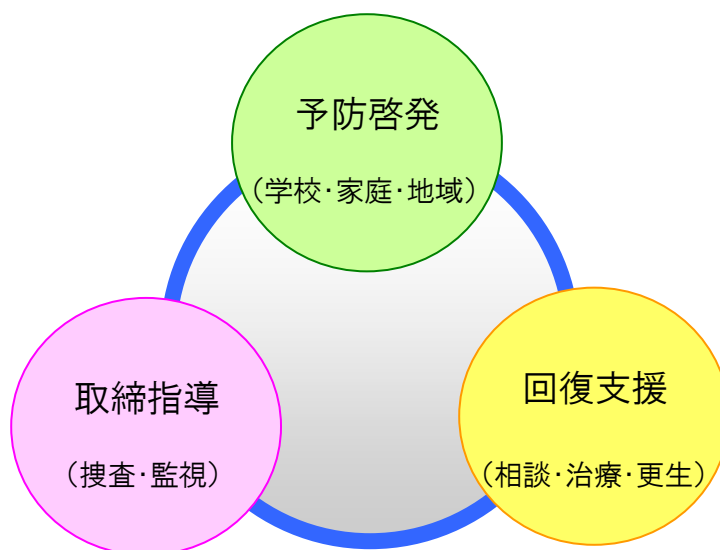
毒物劇物取扱者による毒物劇物の適正管理や事件・事故発生時の安全対策を充実強化する必要があります。

【図表3-5-2-1 医薬品などの法規制の概要】

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ったり、反対に薬が効きすぎて副作用が出ることがあります。

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

さらに、薬局の有する機能の情報を広く提供することが必要です。

(3) ジェネリック医薬品の使用促進

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

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

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

3 課題への対応

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

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

さらに、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

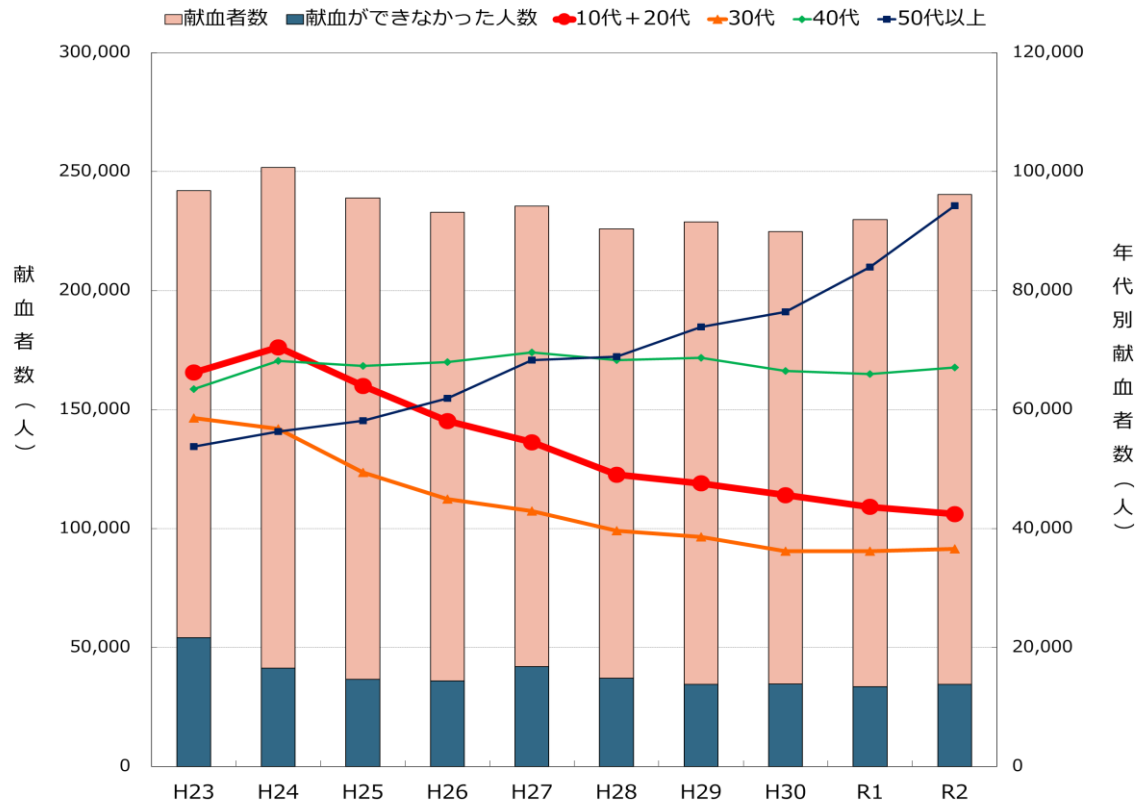
医療に必要不可欠な輸血用血液製剤や大部分の血漿^{しょう}分画製剤は、現在、国内の献血で賄われています。

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

血液は人工的に作ることはできず、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)

第4部 地域医療構想

第1章 地域医療構想の概要

1 策定の趣旨

急速な高齢化の進展による医療需要・介護需要の大きな変化が見込まれる中、医療や介護を必要とする県民が、できる限り住み慣れた地域で必要なサービスを受けられる体制を確保することが求められます。

そのためには、地域ごとに異なる条件や実情を踏まえ、限られた医療資源を効率的に活用できる医療提供体制の「将来像」を明らかにしていく必要があります。

そこで、平成37年（2025年）の医療提供体制に関する構想として、平成28年（2016年）10月に埼玉県地域医療構想を策定しました。

本構想は第6次の埼玉県地域保健医療計画（平成25年度（2013年度）～29年度（2017年度））の一部として策定したのですが、第7次埼玉県地域保健医療計画（平成30年度（2018年度）～35年度（2023年度））に、引き続き位置付けます。

2 性格

地域医療構想は、医療法により都道府県に策定が義務付けられている医療計画において定める事項として同法第30条の4第2項第7号に規定されている将来（平成37年（2025年））の医療提供体制に関する構想です。

3 構成

(1) 区域の設定

地域の特性を踏まえた医療提供体制を構築するための構想区域（以下「区域」という。）を設定します。

本県の区域は、二次保健医療圏の圏域と同様に設定しています。

(2) 平成37年（2025年）における医療需要等

医療機能を、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能に区分して、将来の医療需要及び必要病床数を推計します。

また、在宅医療等についても患者数を推計します。

【図表4-1-1 医療機能区分】

医療機能区分	
高度急性期機能	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの。
急性期機能	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（高度急性期機能に該当するものを除く）。
	急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリ

回復期機能	リテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、 大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADL（日常生活に おける基本的動作を行う能力をいう。）の向上及び在宅復帰を目的 としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含み、 リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者 への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合も含む）。
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者（長期にわたり療養が必要な重度 の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者、 難病患者その他の疾患の患者を含む。）を入院させるもの。

(3) 医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制

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

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

(4) 各区域の概要及び医療提供体制整備の方向性

地域医療構想は、区域ごとに策定することになっています。

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

4 医療需要の推計結果

平成37年（2025年）及び平成47年（2035年）における、医療需要推計結果は次のとおりです。

【図表4-1-2 医療需要推計結果】

(人/日)

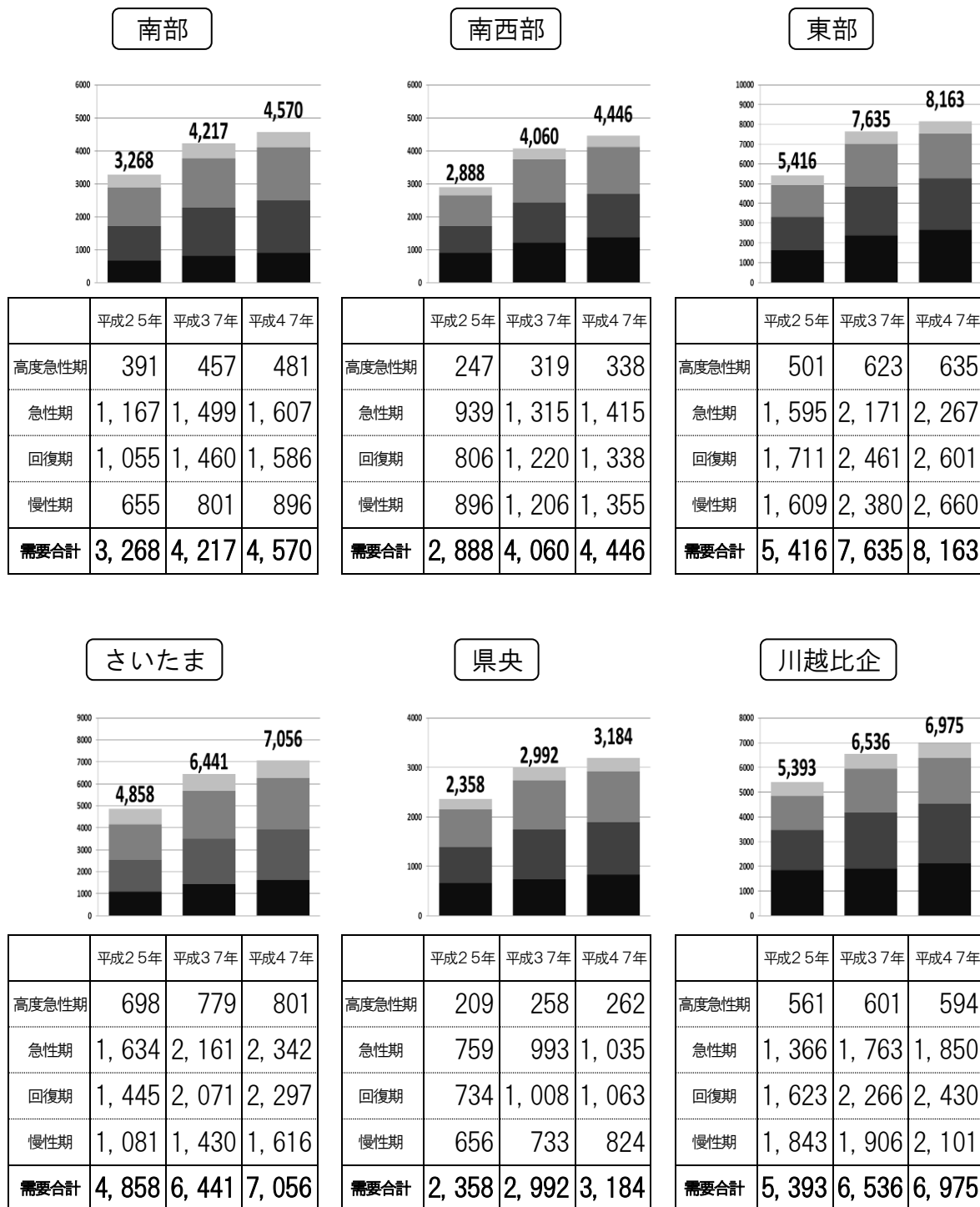
	平成25年 (2013年)	平成37年 (2025年)	平成47年 (2035年)
高度急性期	3, 543	4, 145	4, 232
急性期	10, 625	14, 007	14, 892
回復期	10, 701	15, 044	16, 288
慢性期	10, 942	12, 890	14, 469
需要合計	35, 811	46, 086	49, 881

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により推計

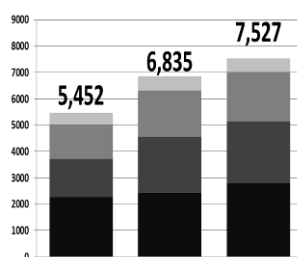
【留意事項】

平成25年（2013年）の慢性期の医療需要については、平成37年（2025年）の医療需要推計において在宅医療等に移行するとされている数を含みません。

【図表4-1-3 各区域の医療需要推計結果（人／日）】

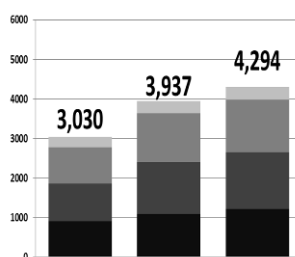


西部



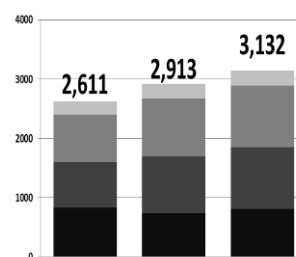
	平成25年	平成37年	平成47年
高度急性期	434	520	527
急性期	1,305	1,755	1,871
回復期	1,467	2,133	2,333
慢性期	2,246	2,427	2,796
需要合計	5,452	6,835	7,527

利根



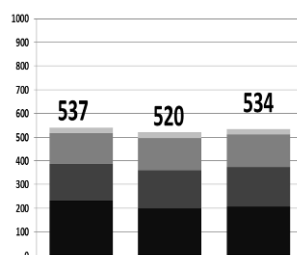
	平成25年	平成37年	平成47年
高度急性期	265	319	324
急性期	925	1,233	1,329
回復期	941	1,303	1,431
慢性期	899	1,082	1,210
需要合計	3,030	3,937	4,294

北部



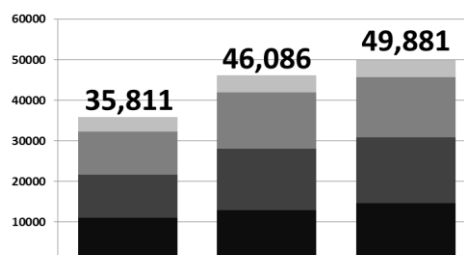
	平成25年	平成37年	平成47年
高度急性期	214	245	247
急性期	806	981	1,038
回復期	765	959	1,042
慢性期	826	728	805
需要合計	2,611	2,913	3,132

秩父



	平成25年	平成37年	平成47年
高度急性期	23	24	23
急性期	129	136	138
回復期	154	163	167
慢性期	231	197	206
需要合計	537	520	534

全県



	平成25年	平成37年	平成47年
高度急性期	3,543	4,145	4,232
急性期	10,625	14,007	14,892
回復期	10,701	15,044	16,288
慢性期	10,942	12,890	14,469
需要合計	35,811	46,086	49,881

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により推計

5 必要病床数の推計結果（平成37年（2025年））

医療需要の推計結果を基に算定した各区域の必要病床数は次のとおりです。

【図表4-1-4 各区域における必要病床数推計結果】

(床)

区域	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
南部	5,025	609	1,922	1,623	871
南西部	4,777	425	1,685	1,356	1,311
東部	8,935	831	2,783	2,734	2,587
さいたま	7,664	1,039	2,770	2,301	1,554
県央	3,534	344	1,273	1,120	797
川越比企	7,652	802	2,260	2,518	2,072
西部	7,951	694	2,249	2,370	2,638
利根	4,630	426	1,580	1,448	1,176
北部	3,442	327	1,258	1,066	791
秩父	600	31	174	181	214
合計	54,210	5,528	17,954	16,717	14,011

【留意事項】

必要病床数は、医療需要（推計入院患者数）を医療法施行規則で定められた機能別の病床稼働率で除して算出することとされています。機能別の病床稼働率は次のとおりです。

- ・高度急性期：75%
- ・急性期：78%
- ・回復期：90%
- ・慢性期：92%

なお、ここでいう必要病床数とは、各区域の目指すべき医療提供体制を検討していく際の「目安」として算出した「将来必要と推計される病床数」という意味です。

6 病床機能報告による病床数と必要病床数との比較

平成28年度（2016年度）の病床機能報告結果と平成37年（2025年）の必要病床数を比較すると、全体で3,838床が不足し、特に回復期機能は12,280床と大幅に不足する結果となっています。

【図表4-1-5 病床機能報告による病床数と必要病床数の比較】

(床)

	全体	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟 無回答等
平成28年度 病床機能報告	50,372	6,707	24,118	4,437	12,965	2,145
平成37年 必要病床数推計	54,210	5,528	17,954	16,717	14,011	
差引	▲3,838	1,179	6,164	▲12,280	▲1,046	

【留意事項】

病床機能報告の結果と地域医療構想策定支援ツールによる必要病床数を比較する際は、次の点に留意する必要があります。

- ・ 病床機能報告の病床機能区分は性質的な基準となっているため、医療機関ごとの判断に差があります。
- ・ 病床機能報告では、病棟単位での報告となっているため、一つの病棟で複数の病床機能を担っている場合は、主たる機能を選択することになっています。
- ・ 病床機能報告は各医療機関の自己申告ですが、必要病床数は診療報酬の点数を基にした医療資源投入量で推計していますので、病床機能の捉え方が違います。

7 在宅医療等の必要量の推計結果

在宅医療等の必要量の推計結果は次のとおりです。

なお、在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、サービス付き高齢者向け住宅、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所の病床以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定しています。

【図表4-1-6 在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）】

(人/日)

区域	平成25年 (2013年)	平成37年 (2025年)
南部	6,225 (4,408)	10,740 (7,518)
南西部	3,647 (2,136)	7,039 (3,935)
東部	6,171 (3,476)	12,101 (6,628)
さいたま	10,814 (7,752)	18,785 (13,425)
県央	2,628 (1,220)	4,874 (2,183)
川越比企	4,816 (2,469)	8,799 (4,105)
西部	4,350 (1,833)	8,938 (3,244)
利根	2,849 (967)	4,547 (1,492)
北部	3,771 (2,000)	5,541 (2,802)
秩父	881 (365)	1,008 (399)
合計	46,152 (26,626)	82,372 (45,731)

() の数値は全体のうち訪問診療分

第2章 地域医療構想の実現に向けた取組

1 目指すべき姿

急速な高齢化の進展に伴い医療・介護の需要の大幅な増加が見込まれる中、医療機能の分化・連携と在宅医療等の充実を進め、発症から急性期、回復期、在宅医療等まで良質かつ適切な医療が効率的に提供される体制を構築し、県民が住み慣れた地域に必要な時に、必要なサービスの提供を受けられる体制を確保します。

2 現状と課題

(1) 医療機能の分化・連携と病床整備

限られた医療資源で増大する医療需要に対応するためには、各医療機関が担う医療機能を明確にするとともに、病床機能に応じた患者を受け入れる体制を構築し、医療機関相互の連携を図る、医療機能の分化・連携を進めることが重要です。

医療機能の分化・連携は、病床稼働率の向上に寄与することが見込まれることから、結果として将来の必要病床数の減少にもつながります。

(2) 在宅医療等の体制整備

高齢化の進展のほか、病床機能の分化・連携の推進に伴い慢性期の入院患者の一部が在宅医療等へ移行することにより、本県では、平成37年（2025年）に在宅医療等の必要量が、平成25年（2013年）の約1.8倍になるなど、その需要が大幅に増加することが見込まれています。

こうした中、在宅医療等は、高度急性期から回復期、慢性期へ移行した患者の退院後の受け皿として、極めて重要な役割を担うことになります。

そのため、急変時の対応や看取りのための連携体制の構築など、在宅等での長期療養を支援する多職種協働による包括的かつ継続的な医療提供体制の確保が急務となっています。

【図表4-2-1 病床機能の分化・連携による在宅医療等の新たなサービス必要量の推計結果（患者住所地ベース）】

(人/日)

	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)	平成37年 (2025年)
療養病床からの転換分 (在宅医療等)	2,702	5,403	7,204
一般病床からの転換分 (外来)	1,632	3,264	4,352

(3) 医療従事者の確保

将来の医療需要を踏まえ、適切かつ持続的な医療提供体制を構築していくためには、

各医療機能に対応できる医療従事者を確保していく必要があります。

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

(4) 地域医療介護総合確保基金

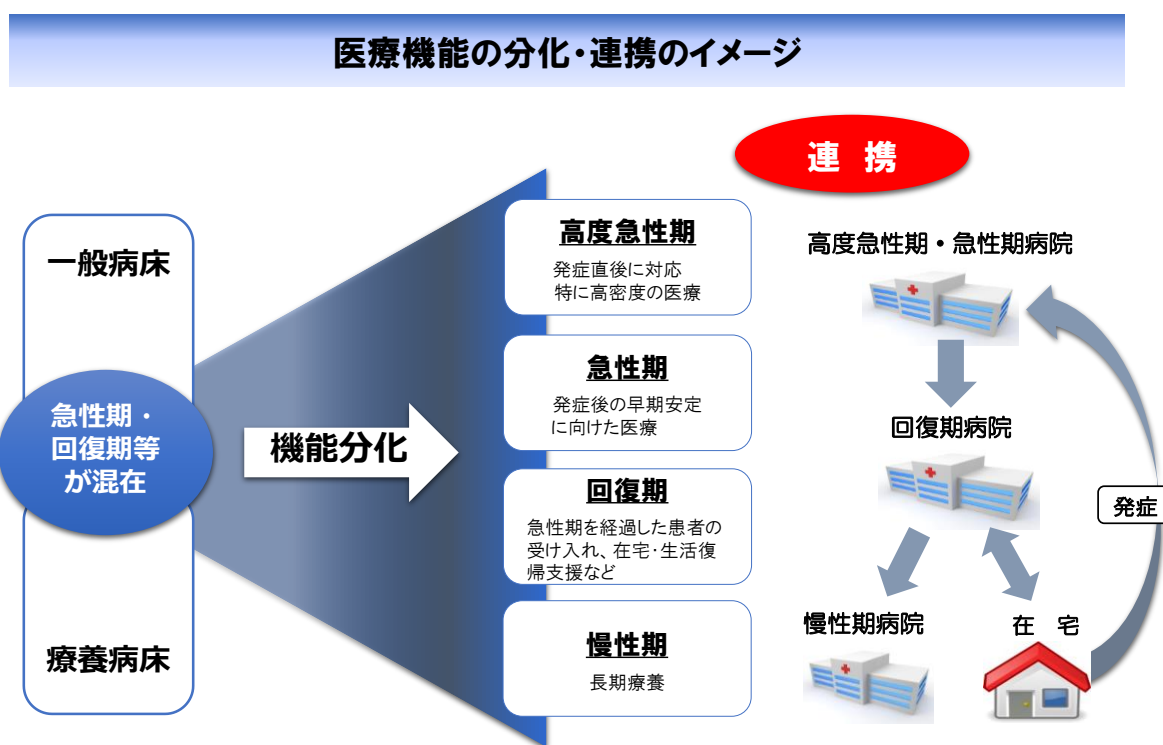
医療と介護サービスの提供体制の改革を推進するため、消費税財源を活用した基金を創設し、病床の機能分化・連携、在宅医療の充実、医療従事者の確保のために必要な事業を実施しています。

基金を活用し、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組などを支援することが必要です。

3 課題への対応

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

【図表4-2-2 医療機能の分化・連携のイメージ】



4 主な取組

(1) 医療機能の分化・連携と病床整備

- ア 急性期病床から地域包括ケア病床等回復期病床への転換促進
- イ 地域医療構想調整会議での協議を通じた医療機能の分化・連携
- ウ 病床機能報告制度を活用した医療機能情報の提供と共有
- エ ICTを活用した地域医療連携ネットワークの整備支援（※）

（※）利根保健医療圏では、地域の病院や診療所、臨床検査施設などを安全なネットワークシステムで結び、患者の情報を共有するシステム（とねっと）を平成24年（2012年）7月から運用しており、中核病院の専門医や診療所のかかりつけ医がこれらの情報を診療に役立てている。

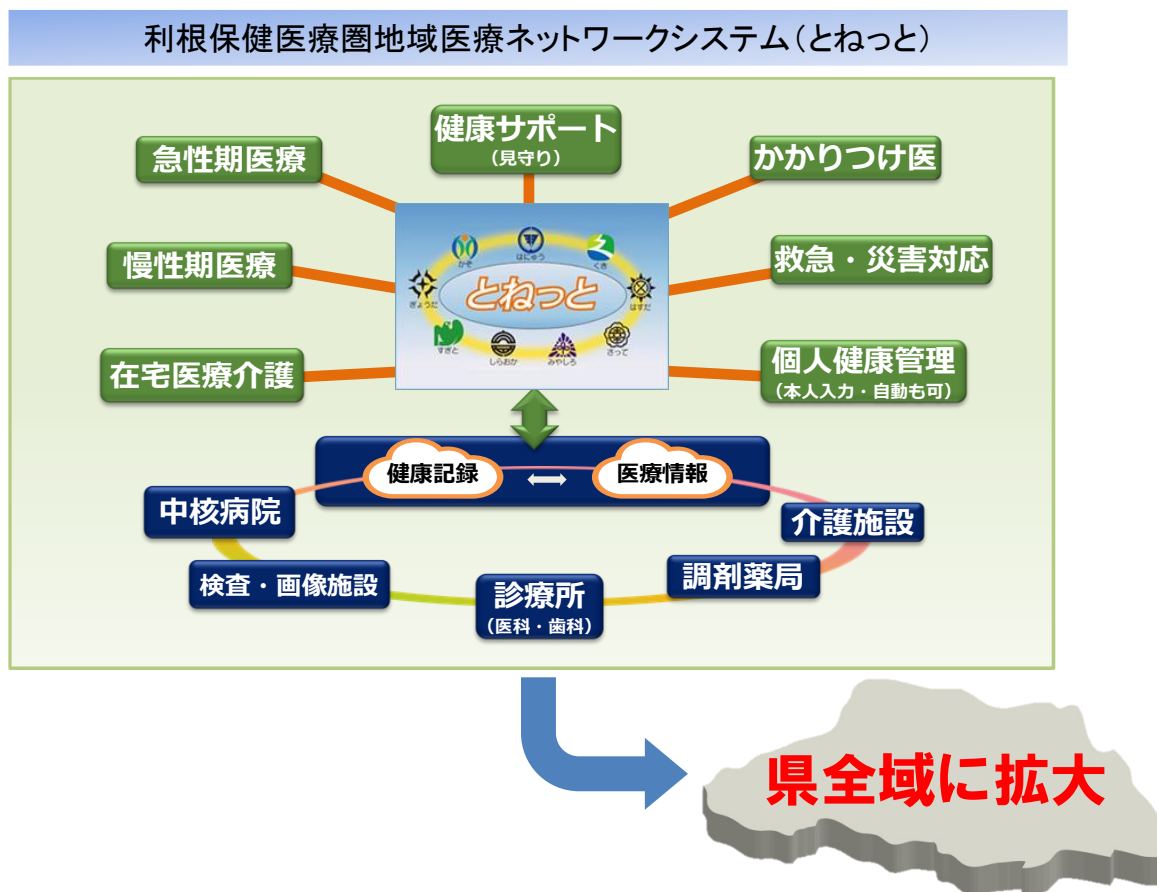
(2) 在宅医療等の体制整備

- ア 地域において在宅療養を支援する連携体制の構築
- イ 患者を支える多職種連携システムの確立
- ウ 在宅医療連携拠点に対する広域的な支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援
- エ 人生の最終段階における医療提供体制の整備
- オ 在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成
- カ 在宅歯科医療の推進を担う地域在宅歯科医療推進拠点の充実
- キ 在宅医療を担う薬局の整備促進と薬剤師の育成

(3) 医療従事者の確保

- ア 埼玉県総合医局機構による一元的な医師確保対策の推進
- イ 医師の地域偏在・診療科偏在の解消
- ウ 看護職員の養成、離職防止・定着促進、再就業支援
- エ 看護職員の資質の向上

【図表4-2-3 ICTを利用した地域医療連携ネットワークの例】



第5部 医師の確保等に関する事項

第1章 基本的事項

第1節 埼玉県地域保健医療計画（第7次）の一部変更の趣旨

住み慣れた地域で必要な医療を受けられる体制を整備する上で、医師の地域偏在や診療科偏在が課題となっています。地域における医療提供体制を確保するためには、これらの偏在を解消し、必要な医師数を確保することが求められます。

また、外来医療が入院医療や在宅医療と切れ目なく提供されるよう、外来医療の状況を可視化し共通認識を形成することで、医療機関の自発的な取組や地域の医療関係者間の協議等による連携を進める必要があります。

こうした中、医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）が平成30年（2018年）7月に成立し、平成31年（2019年）4月1日から施行されました。この改正により、医師の確保に関する事項及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項が、各都道府県が定める医療計画の一部に加えられることとなりました。

そこで、第7次の埼玉県地域保健医療計画（平成30年度（2018年度）～令和5年度（2023年度））の一部として、医師の確保に関する事項及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を定めるものです。

第2節 構成

1 医師の確保に関する事項

医師確保の方針及び必要医師数、必要医師数の確保に向けた施策、産科・小児科における医師の確保に関する事項、医療圏ごとの令和5年（2023年）に目指す医療の姿について定めています。

なお、医師の確保に関する事項は、医療提供体制の確保に必要な医師数を示すもので、個別の医療機関の求めに応じて医師を確保することを目的としたものではありません。

2 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

外来医療に係る医療提供体制の確保の方針、区域の設定と推進体制、外来医療の提供状況、外来医療に係る医療提供体制の確保に向けた取組について定めています。

第3節 期間

第5部の計画期間は、令和2年度（2020年度）から、埼玉県地域保健医療計画（第7次）の終期である令和5年度（2023年度）までの4年間とします。

第2章 医師の確保に関する事項

第1節 医師確保の方針及び必要医師数

埼玉県の令和5年（2023年）に目指す医療の姿

1 埼玉県地域医療構想に基づく医師確保の方針

国は、医療法改正を踏まえ「医師偏在指標」を公表しました。これは、これまで使われてきた人口十万人当たりの医師数と異なり、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映して作成されたものです。この医師偏在指標では、本県は全国第44位で「医師少数県」とされています。

全国の中では相対的に医師が少ないとされている本県において、県内の医師の配置や分布をみると地域や診療科による偏りがみられます。

また、平成28年（2016年）から地域医療構想に基づき、地域に必要な医療体制の整備を進めていますが、令和7年（2025年）に向けて医療需要が高まると見込んでいます。

そのため、今後の本県の医師確保の方針は、従来からの課題である地域偏在と診療科偏在を解消するとともに地域医療構想の実現に向けて必要な医師を確保していくこととします。

地域医療構想では、令和7年（2025年）における医療需要を「入院需要」と「在宅需要」に分けて定めています。

このため、必要医師数についても「入院需要」と「在宅需要」に分けて推計しています。

2 入院需要

(1) 医療機能ごとの必要病床数

地域医療構想では、入院需要について、4つの医療機能「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」ごとに令和7年（2025年）時点の医療需要（必要病床数）を定めています。

これを基に、令和5年（2023年）の必要病床数を推計すると次のとおりとなります。

【図表 5-2-1-1 医療機能ごとの必要病床数】

(単位：床)

必要病床数	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)	令和 7 年 (2025 年)
高度急性期	4,044	5,157	5,528
急性期	18,678	18,135	17,954
回復期	13,379	15,883	16,717
慢性期	12,752	13,696	14,011
その他	1,829	457	—
合計	50,682	53,328	54,210

(2) 病床当たり勤務医師数

医療機能ごとの100床当たりの勤務医師数は、平成29年度(2017年度)病床機能報告の分析データに基づき算出します。

【図表 5-2-1-2 医療機能ごとの100床当たりの勤務医師数(常勤換算)】

(単位：人)

医療機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
100床当たりの勤務医師数	37.7	21.9	14.3	7.5

(3) 働き方改革(時間外労働規制)の影響

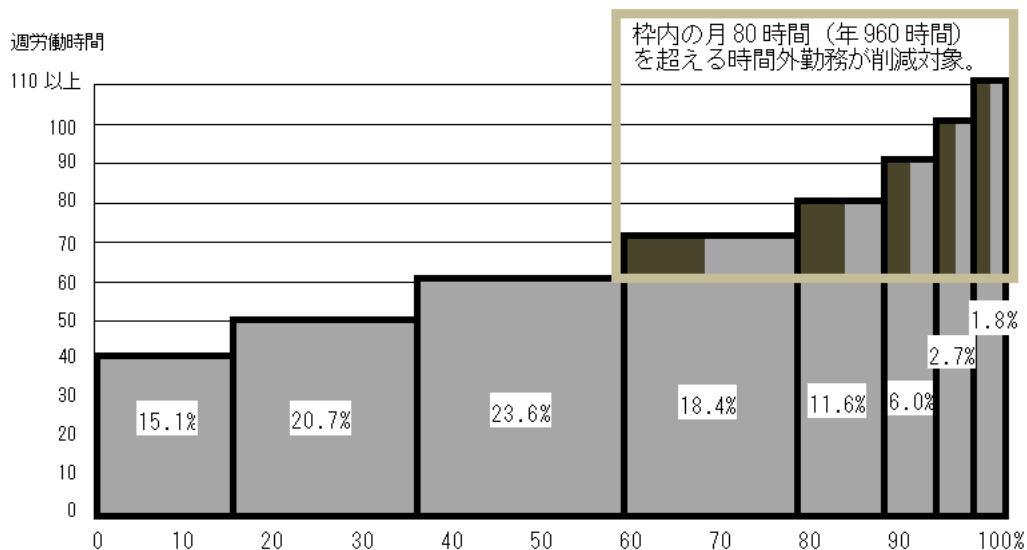
病院勤務医については、働き方改革(時間外労働規制)の影響を考慮する必要があります。

令和6年(2024年)4月から始まる時間外労働規制では、原則として病院勤務医の時間外勤務は年間960時間(月平均80時間)が上限となり、週勤務時間でみると、週労働時間の60時間を超える勤務が規制の対象となります。国の調べによると、現状では勤務医の約4割がこの上限を超えた労働時間(週当たり60時間超)となっています。

なお、救命救急センターや第二次救急医療機関のうち救急車の受入件数が年間1,000件以上などの病院は、この規制の例外規定が適用されます。

時間外労働規制の対象となる病院で、令和2年(2020年)から令和5年(2023年)までの4年間で一定の時間外労働の削減が進むと仮定して推計した結果、総労働時間の削減率は5.2%となり、その分医師の労働力が減ることが想定されます。

【図表 5-2-1-3 病院勤務医の週勤務時間の区分割合】



資料：第9回医師の働き方改革に関する検討会（平成30年（2018年）9月3日）資料

この影響を考慮した令和5年（2023年）時点での100床当たりの必要な勤務医師数は次のとおりとなります。

【図表 5-2-1-4 働き方改革の影響を考慮した100床当たりの必要医師数（常勤換算）】

（単位：人）

医療機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
100床当たりの勤務医師数	39.8	23.1	15.1	7.9

(4) 入院需要に対する必要医師数

以上の(1)～(3)の内容を考慮して算出した結果、令和5年（2023年）における入院需要に必要な医師数は、9,720.3人となります。

【図表 5-2-1-5 入院需要に対する必要医師数】

	平成 29 年 (2017 年)		令和 5 年 (2023 年)
医療需要推計 (病床数)	50,682 床		53,328 床
	高度急性期	4,044 床	5,157 床
	急性期	18,678 床	18,135 床
	回復期	13,379 床	15,883 床
	慢性期	12,752 床	13,696 床
	その他	1,829 床	457 床
医師の働き方改革の推定値 (時間外労働規制)	—		時間外労働規制後の総労働時間の削減率 5.2%
病院勤務医師数 (常勤換算)	8,487.2 人		9,720.3 人

なお、令和5年(2023年)の必要医師数(病院勤務医師数)のうち、地域医療構想において特定の医療機能を有する病院の医師数は次のとおりです。

【図表 5-2-1-6 政策医療として必要な医師数(常勤換算)】

(単位：機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和 5 年 (2023 年)
救命救急センター	8	551.2
周産期母子医療センター	12	563.0
第二次小児救急医療輪番病院 (小児救急医療拠点病院を含む)	27	268.4
合計	47	1,382.6

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査(県医療人材課)

3 在宅需要

(1) 在宅療養患者数

地域医療構想では、在宅需要について、令和7年(2025年)の訪問診療分の在宅療養患者数(1日当たり)を定めています。

これを基に、令和5年(2023年)の在宅療養患者数を推計すると次のとおりとなります。

【図表 5-2-1-7 在宅療養患者数（訪問診療分）】

（単位：人）

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)	令和 7 年 (2025 年)
在宅療養患者	32, 994	42, 547	45, 731

(2) 在宅医療を実施している医師数

在宅医療を実施している医師数は、訪問診療を実施している診療所・病院（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を算定している医療機関）の施設基準などから推計すると、平成29年（2017年）は1, 171. 2人（常勤換算）となります。

(3) 在宅需要に対する必要医師数

以上の(1)及び(2)から算出した結果、患者一人当たり医師数は0. 035人となり、令和5年（2023年）における在宅需要に必要な医師数は、1, 489. 1人（常勤換算）となります。

【図表 5-2-1-8 在宅需要に対する必要医師数（常勤換算）】

（単位：人）

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅医療の医師数	1, 171. 2	1, 489. 1

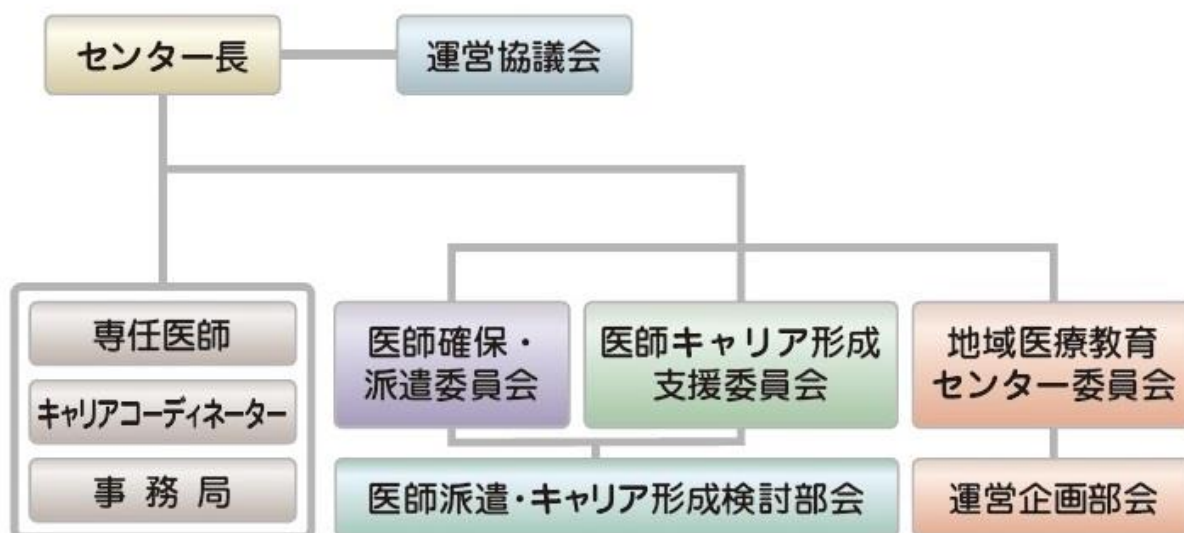
第2節 必要医師数の確保に向けた施策

本県では、埼玉県医師会、県内医療機関、大学等と協力して、平成25年（2013年）に埼玉県総合医局機構（以下「医局機構」という。）を創設しました。

医局機構では、本県の医師確保に関する情報発信や若手医師のキャリアアップ支援など医師の県内定着を進めているほか、奨学金貸与者等を医師が不足している病院や地域に派遣するなどの役割を果たしています。

なお、本県では、平成30年度（2018年度）から、医局機構を医療法第30条の23に基づく地域医療対策協議会に位置付けています。

【図表 5-2-2-1 埼玉県総合医局機構の組織】



1 医師を増やす施策

県内で医療に従事する医師の数を着実に増やしていきます。

(1) 埼玉県医学生奨学金による医師養成

特定地域（川越比企（北）保健医療圏、利根保健医療圏、北部保健医療圏、秩父保健医療圏）や特定診療科（県内の病院の産科、小児科又は救命救急センター）への一定期間の勤務を条件として、医学生（対象者は以下「奨学金貸与者」という。）への奨学金を貸与し、医局機構が特定地域や特定診療科へ医師を誘導します。

【図表 5-2-2-2 奨学金制度による医師確保数（見込み）】

(単位：人)

制度名	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
県外医学生奨学金	16	33	53	73
地域枠医学生奨学金	45	61	77	101
合計	61	94	130	174

地域枠については、本県の必要医師数を確保するため各医科大学に設置を要請してまいります。

【図表 5-2-2-3 各医科大学への地域枠の設置数】

(単位：人)

大学名	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
埼玉医科大学	19	19	19	19
日本医科大学	4	4	4	4
順天堂大学	7	7	7	7
合計	30	30	30	30

(2) 自治医科大学卒業医師の派遣

へき地等の医療に恵まれない地域における医療を確保するために、全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業した医師を秩父保健医療圏や北部保健医療圏など医師確保が困難な地域の医療機関へ派遣し、地域医療の確保を図ります。

【図表 5-2-2-4 自治医科大学の卒業医師派遣数】

(単位：人)

	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
自治医科大学卒業医師	21	20	25	25

(3) 研修資金制度

本県では、臨床研修医及び後期研修医に対する研修資金貸与制度があります。産科、小児科、救命救急センターにおいて一定期間の勤務を条件として、臨床研

修医や後期研修医に対して研修資金を貸与します（対象者は以下「研修資金貸与者」という。）。

【図表 5-2-2-5 研修資金制度による医師確保数（見込み）】

（単位：人）

制度名	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
臨床研修医研修資金	19	18	18	14
後期研修医研修資金	67	70	66	68
合計	86	88	84	82

(4) 臨床研修医の県内誘導

民間主催の大規模な臨床研修病院合同説明会で、全国からの医学生に県内臨床研修病院の特色や魅力をPRし、県内への誘導・定着を図ります。

また、臨床研修病院に対して外部の評価機関による臨床研修評価受審に要する費用を助成することで、質の高い研修を求める臨床研修希望者を県内に誘導します。全ての臨床研修病院の臨床研修評価の認定を目指します。

(5) 後期研修医の県内誘導

寄附講座を活用して県外大学病院から県内病院へ指導医及び専門医を招へいし、後期研修の指導体制を強化します。

また、民間主催の大規模な後期研修病院合同説明会への出展や、臨床研修医向けのセミナーを開催することで、県内の後期研修病院をPRします。

さらに、県内の後期研修基幹施設に対し研修環境改善を支援することで、専門医を目指せる魅力ある研修環境を整備します。

これらの施策により、後期研修医の県内への誘導・定着を図ります。

【図表 5-2-2-6 後期研修医採用者（見込み）】

（単位：人）

	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
後期研修医採用者	275	295	314	333

(6) 高校生等の志養成

本県で医師になることへの志をかん養するために、高校生等を対象に模擬医療体

験や病院見学、医師との懇談会等を実施します。

(7) 順天堂大学医学部附属病院・医学系大学院等の整備支援

医師の地域偏在や診療科偏在解消のためには、安定的、継続的に医師を派遣する必要があります。

そこで、医師派遣を条件に大学附属病院及び医学系大学院の整備計画を公募し、学校法人順天堂の計画を採用しました。

現在整備を進めており、開院後は、附属病院を拠点として医師確保が困難な地域等への医師派遣を行っていきます。

2 医師のキャリア形成支援、質の向上と負担軽減

県内で医療に従事する医師への支援や負担軽減により、定着を図ります。

(1) 医師のキャリア形成支援

ア 奨学金貸与者へのキャリア形成プログラム

特定地域や特定診療科での勤務が義務付けられる奨学金貸与者（医師）の能力開発・資質向上の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムを個々の医師のニーズに合わせて策定するとともに、奨学金貸与者（医師）が専門医を取得できるようにキャリア形成支援を進めます。

イ キャリアコーディネーターの設置

医師のキャリア形成に精通したキャリアコーディネーターを設置し、医療機関や医学生・若手医師に対しての助言・支援を行います。

ウ 学位取得などのキャリア形成支援

最先端の医療技術等を研究し県内医療に還元するため、大学院に進学し博士号の取得などのキャリア形成支援を行います。

(2) 医師の質の向上

ア 海外留学支援制度の拡充

最先端の知識・技術を修得し、県内で後進養成として還元できるようにするため、医師の海外留学を支援します。

イ 地域医療教育センターの運用

県内研修医向けに高規格シミュレータを用いた研修や学会認定資格取得研修のほか、県内の医療の魅力を伝える研修などを定期的で開催します。

本県の地域医療を担う毎年2,000人以上の医師の教育・環境の向上を支援します。

(3) 医師の負担軽減

ア 医療勤務環境改善支援センターの運営

埼玉県医療勤務環境改善支援センターを運営し、医業経営コンサルタント協会や社会保険労務士会等と連携して医療機関の勤務環境改善の取組へ総合的な支援を行います。

(7) 医療機関からの勤務環境改善に向けた相談に対する対応

(イ) 医療機関の勤務環境改善に資する研修会の開催

また、令和6年(2024年)4月からの医師の時間外労働規制に向けて、診療従事勤務医の時間外労働時間の上限が年960時間、月100時間となるよう支援します。

イ 女性医師支援

埼玉県女性医師支援センターを運営し、女性医師の就業を支援します。

(7) 就業や復職に関する相談対応

(イ) 育児や介護支援の情報提供

(ウ) 復職研修のための研修病院との調整

(エ) 病院への就労環境改善支援

(オ) 県内病院の勤務体制、求人情報の提供

(カ) 女性医師の情報交換の場の提供

また、就業継続を目的に、女性医師の短時間勤務等に伴う代替医師配置を行う医療機関への助成を実施します。

ウ タスクシフトの推進

医療秘書の導入など医師の事務負担を減らし、診療に専念できる環境づくりを支援します。

3 地域医療体制のための医師確保

地域医療構想では、構想区域ごとにおいて医療従事者、医療保険者などの関係者が協議・連携を進め、病床機能報告制度による病床の現状を踏まえながら、将来必要となる医療需要に対し、構想区域全体でどのように対応していくかの方向性を定めています。

一方、地域医療に不可欠な医療機能については、県や市町村が政策的にその体制の構築を図っていく必要があります。前述した奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導も

含め、特に本県としては、特定地域の医療体制や在宅医療体制の支援のほか、第三次救急医療体制、周産期医療体制、第二次小児救急医療体制の確保・充実を進めます。

(1) 救命救急センター

ア 寄附講座

第三次救急医療体制を担う救命救急センターの整備に向けた医師確保を支援するため、大学医学部に寄附講座を設置し、指導医等の派遣を受けることにより医師の確保・養成を図ります。

イ 運営支援

救命救急センターの運営費の一部を補助します。

(2) 周産期医療体制

ア 寄附講座

大学医学部との連携により寄附講座を設置し、地域周産期母子医療センターの安定運営に向けた医師の育成及び確保や、新生児集中治療室（NICU）の安定運営に向けた支援を行います。

イ 周産期医療従事者処遇改善

産科、小児科（新生児医療）を担当する医師等の不足により診療体制を維持することが困難な医療機関が増加しているため、これらの医師等の処遇改善を推進して、離職防止を図ることにより医療体制を維持します。

ウ 周産期医療体制整備

周産期医療施設運営費補助や周産期医療従事者研修等を実施することにより、周産期医療施設の安定的な運営を確保するとともに、周産期医療体制の充実・強化を図ります。

(3) 第二次小児救急医療体制

ア 寄附講座

第二次小児救急医療体制の安定運営に向けた医師確保を支援するため、大学医学部に寄附講座を設置し、指導医等の派遣を受けることにより医師の確保・養成を図ります。

イ 第二次小児救急医療輪番体制維持のための医師派遣

県立小児医療センターや大学病院の小児科医等を地域の拠点病院へ当直派遣することで、病院勤務医の負担軽減や第二次小児救急医療輪番の空白日の解消を図

るなど救急医療体制を強化します。

(4) 特定地域の医療支援

ア 開業医による救急医療支援

救急医療における病院勤務医の確保に資するため、開業医が休日や夜間に救急医療の拠点となる病院で軽症患者を診察する仕組みをつくり、医療体制整備と病院勤務医の負担軽減を図ります。

イ 秩父保健医療圏医師派遣支援

秩父保健医療圏内における産科医療の維持を図るため、ちちぶ医療協議会が実施する産科医等の派遣事業に対して補助を行います。

(5) 在宅医療

高齢化の進展に伴う医療・介護需要の大幅な増加に対応するため、訪問診療等を行う医師育成のための研修を実施するなど、在宅医療を担う医師の確保を進めます。

第3節 産科・小児科における医師の確保に関する事項

1 趣旨

国のガイドラインにより、医師全体の医師確保とは別に産科・小児科に限定した医師の確保に関する事項について定めることとされています。

これに伴い、国が産科・小児科における医師偏在指標を公表しています。

この医師偏在指標では、本県は、産科が全国第45位、小児科が全国第46位でいずれも「相対的医師少数県」となっています。

この節では、地域医療構想に基づき、地域に必要となる周産期医療体制及び第二次小児救急医療体制の確保・充実を目的として、必要医師数や医師確保対策を取りまとめます。

2 産科・小児科における医師確保の方針

周産期母子医療センターの医療体制の維持や第二次小児救急医療体制の確保・維持のため、各医療機関は不足する医師の確保に努めるとともに、県は医師育成奨学金貸与制度等の施策を利用した医師の誘導・定着に努めます。

3 必要医師数の確保に向けた施策

特定の医療機能を有する医療機関である周産期母子医療センターの医療体制及び第二次小児救急医療体制を確保・維持するための令和5年（2023年）の必要医師数は、次のとおりです。

【図表 5-2-3-1 医療機関ごとの必要医師数（常勤換算）】

（単位：人）

医療機関		令和元年 (2019年)	令和5年 (2023年)
周産期母子医療 センター	産科	165.9	213.4
	小児科	260.7	349.6
第二次小児救急医療輪 番病院(小児救急医療拠 点病院を含む)	小児科	217.8	268.4
合計	産科	165.9	213.4
	小児科	478.5	618.0

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査（県医療人材課）

周産期母子医療センターや第二次小児救急医療輪番病院の本来担うべき医療機能を

果たすために必要な医師は、医局機構が対象医療機関を決定した上で、次の施策により誘導していきます。

- (1) 大学医学部との連携により寄附講座を設置し、地域周産期母子医療センターとして安定運営のための支援や新生児集中治療室（NICU）の安定運営のための支援を行います。（再掲）
- (2) 産科、小児科（新生児医療）を担当する医師等の不足により診療体制を維持することが困難な医療機関が増加しているため、これらの医師等の処遇改善を推進して、離職防止を図ることにより医療体制を維持します。（再掲）
- (3) 周産期医療施設運営費補助や周産期医療従事者研修等を実施することにより、周産期医療施設の安定的な運営を確保するとともに、周産期医療体制の充実・強化を図ります。（再掲）
- (4) 第二次小児救急医療体制の安定運営に向けた医師確保を支援するため、大学医学部に寄附講座を設置し、指導医等の派遣を受けることにより医師の確保・養成を図ります。（再掲）
- (5) 県立小児医療センターや大学病院の小児科医等を地域の拠点病院へ当直派遣することで、病院勤務医の負担軽減や第二次小児救急医療輪番の空白日の解消を図るなど救急医療体制を強化します。（再掲）
- (6) 第二次小児救急医療輪番病院（小児救急医療拠点病院を含む。）の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。

第4節 医療圏ごとの令和5年（2023年）に目指す医療の姿

1 南部保健医療圏

地域医療構想における南部保健医療圏の病床数は、平成29年（2017年）の4,452床から令和5年（2023年）の4,882床と増加するため、病院勤務に必要な医師数は866.2人から960.7人となります。また、在宅療養患者数が5,445人から7,000人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、193.3人から245.0人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-1 入院需要】

	平成29年 (2017年)		令和5年 (2023年)
	4,452床		4,882床
医療需要推計 (病床数)	高度急性期	290床	529床
	急性期	2,173床	1,985床
	回復期	1,114床	1,496床
	慢性期	729床	835床
	その他	146床	37床
病院勤務医師数（常勤換算）	866.2人		960.7人

うち政策医療として必要な医師数（常勤換算）

（単位：機関、人）

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
救命救急センター	1	11.5
周産期母子医療センター	2	46.6
第二次小児救急医療輪番病院	5	52.4
合計	8	110.5

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査（県医療人材課）

【図表 5-2-4-2 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	5,445	7,000
在宅医療の医師数 (常勤換算)	193.3	245.0

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。
- イ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。
- ウ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。

2 南西部保健医療圏

地域医療構想における南西部保健医療圏の病床数は、平成29年（2017年）の4,070床から令和5年（2023年）の4,600床と増加するため、病院勤務の必要な医師数は650.2人から839.9人となります。また、在宅療養患者数が2,736人から3,635人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、97.1人から127.2人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-3 入院需要】

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
	4,070床	4,600床
医療需要推計 (病床数)	高度急性期	441床
	急性期	1,584床
	回復期	1,309床
	慢性期	1,262床
	その他	4床
病院勤務医師数（常勤換算）	650.2人	839.9人

うち政策医療として必要な医師数（常勤換算）

（単位：機関、人）

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
周産期母子医療センター	1	56.0
第二次小児救急医療輪番病院	2	32.5
合計	3	88.5

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査（県医療人材課）

【図表 5-2-4-4 在宅需要】

（単位：人）

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
在宅療養患者の数	2,736	3,635
在宅医療の医師数 (常勤換算)	97.1	127.2

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。
- イ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。
- ウ 大学医学部との連携により寄附講座を設置し、地域周産期母子医療センターとして安定運営のための支援や新生児集中治療室（NICU）の安定運営のための支援を行います。
- エ 第二次小児救急医療体制の安定運営に向けた医師確保を支援するため、大学医学部に寄附講座を設置し、指導医等の派遣を受けることにより医師の確保・養成を図ります。
- オ 地域医療体制の整備、地域の救急医療における病院勤務医の負担軽減のため、地域の第二次小児救急医療輪番病院において、地域の開業医が休日・夜間の外来患者を診察する協力体制の構築を支援します。

3 東部保健医療圏

地域医療構想における東部保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の7,571床から令和5年(2023年)の8,594床と増加するため、病院勤務の必要な医師数は1,321.8人から1,524.0人となります。また、在宅療養患者数が4,527人から6,103人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、160.7人から213.6人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-5 入院需要】

	平成29年 (2017年)		令和5年 (2023年)
医療需要推計 (病床数)	7,571床		8,594床
	高度急性期	503床	749床
	急性期	2,848床	2,799床
	回復期	2,170床	2,593床
	慢性期	1,786床	2,387床
	その他	264床	66床
病院勤務医師数(常勤換算)		1,321.8人	1,524.0人

うち政策医療として必要な医師数(常勤換算)

(単位:機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
救命救急センター	1	36.0
周産期母子医療センター	1	55.0
第二次小児救急医療輪番病院	5	53.9
合計	7	144.9

資料:政策医療を担う病院に対する医師配置数調査(県医療人材課)

【図表 5-2-4-6 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	4,527	6,103
在宅医療の医師数 (常勤換算)	160.7	213.6

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。
- イ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。
- ウ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。

4 さいたま保健医療圏

地域医療構想におけるさいたま保健医療圏の病床数は、平成29年（2017年）の7,136床から令和5年（2023年）の7,532床と増加しますが、急性期から回復期・慢性期への機能転換により、病院勤務の必要な医師数は1,505.7人から1,504.0人と減少となります。なお、在宅療養患者数は9,643人から12,480人に増加するため、在宅医療に必要な医師数は、342.3人から436.8人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-7 入院需要】

	平成 29 年 (2017 年)		令和 5 年 (2023 年)
医療需要推計 (病床数)	7,136 床		7,532 床
	高度急性期	1,090 床	1,052 床
	急性期	2,954 床	2,816 床
	回復期	1,440 床	2,086 床
	慢性期	1,436 床	1,524 床
	その他	216 床	54 床
病院勤務医師数（常勤換算）		1,505.7 人	1,504.0 人

うち政策医療として必要な医師数（常勤換算）

（単位：機関、人）

政策的医療機関	機関数	令和 5 年 (2023 年)
救命救急センター	2	242.8
周産期母子医療センター	4	178.6
第二次小児救急医療輪番病院	1	12.3
合計	7	433.7

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査（県医療人材課）

【図表 5-2-4-8 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	9,643	12,480
在宅医療の医師数 (常勤換算)	342.3	436.8

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

ア 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。

イ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。

5 県央保健医療圏

地域医療構想における県央保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の3,430床から令和5年(2023年)の3,508床と増加するため、病院勤務の必要な医師数は577.5人から651.7人となります。また、在宅療養患者数が1,541人から2,022人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、54.7人から70.8人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-9 入院需要】

	平成29年 (2017年)		令和5年 (2023年)
医療需要推計 (病床数)	3,430床		3,508床
	高度急性期	232床	316床
	急性期	1,407床	1,306床
	回復期	905床	1,066床
	慢性期	812床	801床
	その他	74床	19床
病院勤務医師数(常勤換算)		577.5人	651.7人

うち政策医療として必要な医師数(常勤換算)

(単位：機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
第二次小児救急医療輪番病院	2	14.3

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査(県医療人材課)

【図表 5-2-4-10 在宅需要】

(単位：人)

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
在宅療養患者の数	1,541	2,022
在宅医療の医師数 (常勤換算)	54.7	70.8

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

ア 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図るなど、第二次小児救急医療輪番体制の充実を支援します。

6 川越比企保健医療圏

地域医療構想における川越比企保健医療圏の病床数は、平成29年（2017年）の7,304床から令和5年（2023年）の7,565床と増加しますが、急性期から回復期・慢性期への機能転換により、病院勤務の必要な医師数は1,390.1人から1,352.8人と減少となります。なお、在宅療養患者数は3,014人から3,832人に増加するため、在宅医療に必要な医師数は、107.0人から134.1人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-11 入院需要】

	平成 29 年 (2017 年)		令和 5 年 (2023 年)
医療需要推計 (病床数)	7,304 床		7,565 床
	高度急性期	654 床	765 床
	急性期	2,361 床	2,285 床
	回復期	1,988 床	2,386 床
	慢性期	1,905 床	2,030 床
	その他	396 床	99 床
病院勤務医師数（常勤換算）	1,390.1 人		1,352.8 人

うち政策医療として必要な医師数（常勤換算）

（単位：機関、人）

政策的医療機関	機関数	令和 5 年 (2023 年)
救命救急センター	1	45.0
周産期母子医療センター	2	193.0
第二次小児救急医療輪番病院 (小児救急医療拠点病院)	2	45.1
合計	5	283.1

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査（県医療人材課）

【図表 5-2-4-12 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	3,014	3,832
在宅医療の医師数 (常勤換算)	107.0	134.1

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 川越比企（北）保健医療圏の公的医療機関や特定診療科（病院の産科、小児科又は救命救急センター）へ奨学金貸与者の医師を誘導します。
- イ 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。
- ウ 地域医療体制の整備、地域の救急医療における病院勤務医の負担軽減のため、地域の第二次小児救急医療輪番病院（小児救急医療拠点病院）において、地域の開業医が休日・夜間の外来患者を診察する協力体制の構築を支援します。
- エ 圏内はもとより秩父医療圏等圏外からの患者受け入れも行う小児救急医療拠点病院の運営を支援し、第二次小児救急医療体制の確保を図ります。
- オ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。

7 西部保健医療圏

地域医療構想における西部保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の7,440床から令和5年(2023年)の7,823床と増加するため、病院勤務の必要な医師数は1,092.9人から1,313.6人となります。また、在宅療養患者数が2,303人から3,009人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、81.8人から105.3人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-13 入院需要】

	平成29年 (2017年)		令和5年 (2023年)
医療需要推計 (病床数)	7,440床		7,823床
	高度急性期	421床	625床
	急性期	2,232床	2,245床
	回復期	1,897床	2,252床
	慢性期	2,542床	2,614床
	その他	348床	87床
病院勤務医師数(常勤換算)		1,092.9人	1,313.6人

うち政策医療として必要な医師数(常勤換算)

(単位：機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
救命救急センター	2	126.0
周産期母子医療センター	1	17.1
第二次小児救急医療輪番病院	4	19.8
合計	7	162.9

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査(県医療人材課)

【図表 5-2-4-14 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	2,303	3,009
在宅医療の医師数 (常勤換算)	81.8	105.3

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。
- イ 地域医療体制の整備、地域の救急医療における病院勤務医の負担軽減のため、地域の拠点病院において、地域の開業医が休日・夜間の外来患者を診察する協力体制の構築を支援します。
- ウ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の確保・充実を支援します。
- エ 大学病院の小児科医等を医師確保の困難な地域の拠点病院等へ当直要員等として派遣することにより、勤務医の負担を軽減し、救急医療体制の強化を促進します。
- オ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保を支援します。
- カ 全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で、地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業医師の派遣を行います。

8 利根保健医療圏

地域医療構想における利根保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の4,510床から令和5年(2023年)の4,600床と増加するため、病院勤務の必要な医師数は515.6人から821.6人となります。また、在宅療養患者数が1,142人から1,405人に増加するため、在宅医療に必要な医師数も、40.5人から49.2人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-15 入院需要】

	平成 29 年 (2017 年)		令和 5 年 (2023 年)
医療需要推計 (病床数)	4,510 床		4,600 床
	高度急性期	223 床	375 床
	急性期	1,593 床	1,583 床
	回復期	1,396 床	1,435 床
	慢性期	1,023 床	1,138 床
	その他	275 床	69 床
病院勤務医師数 (常勤換算)		515.6 人	821.6 人

うち政策医療として必要な医師数(常勤換算)

(単位：機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和 5 年 (2023 年)
第二次小児救急医療輪番病院	4	29.9

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査(県医療人材課)

【図表 5-2-4-16 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	1,142	1,405
在宅医療の医師数 (常勤換算)	40.5	49.2

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 利根保健医療圏の公的医療機関や特定診療科（病院の産科、小児科又は救命救急センター）へ奨学金貸与者の医師を誘導します。
- イ 大学医学部との連携により寄附講座を設置し、東部北地区救急医療圏に関する課題を調査・研究するとともに、救命救急センターの開設に向け、救急専門医を確保します。
- ウ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。
- エ 県立小児医療センター・大学病院の小児科医等を医師確保の困難な地域の救急医療の拠点となる病院等へ当直要員等として派遣することにより、勤務医の負担を軽減し、医療体制の強化を促進します。
- オ 地域医療体制の整備、地域の救急医療における病院勤務医の負担軽減のため、地域の第二次小児救急医療輪番病院において、地域の開業医が休日・夜間の外来患者を診察する協力体制の構築を支援します。

9 北部保健医療圏

地域医療構想における北部保健医療圏の病床数は、平成29年(2017年)の3,939床から令和5年(2023年)の3,566床と減少しますが、回復期・慢性期から高度急性期への機能転換により、病院勤務の必要な医師数は491.7人から650.1人と増加となります。なお、在宅療養患者数は2,267人から2,668人に増加するため、在宅医療に必要な医師数は、80.5人から93.4人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-17 入院需要】

	平成29年 (2017年)		令和5年 (2023年)
医療需要推計 (病床数)	3,939床		3,566床
	高度急性期	140床	280床
	急性期	1,580床	1,339床
	回復期	1,088床	1,071床
	慢性期	1,052床	856床
	その他	79床	20床
病院勤務医師数(常勤換算)		491.7人	650.1人

うち政策医療として必要な医師数(常勤換算)

(単位：機関、人)

政策的医療機関	機関数	令和5年 (2023年)
救命救急センター	1	89.9
周産期母子医療センター	1	16.7
第二次小児救急医療輪番病院	2	8.2
合計	4	114.8

資料：政策医療を担う病院に対する医師配置数調査(県医療人材課)

【図表 5-2-4-18 在宅需要】

(単位：人)

	平成 29 年 (2017 年)	令和 5 年 (2023 年)
在宅療養患者の数	2,267	2,668
在宅医療の医師数 (常勤換算)	80.5	93.4

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 北部保健医療圏の公的医療機関や特定診療科（病院の産科、小児科又は救命救急センター）へ奨学金貸与者の医師を誘導します。
- イ 救命救急センターの運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第三次救急医療体制の確保・充実を支援します。
- ウ 第二次小児救急医療輪番病院の運営を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、第二次小児救急医療輪番体制の維持を支援します。
- エ 県立小児医療センター・大学病院の小児科医等を医師確保の困難な地域の救急医療の拠点となる病院等へ当直要員等として派遣することにより、勤務医の負担を軽減し、第二次小児救急医療輪番空白日の解消を図る等救急医療体制の強化を促進します。
- オ 周産期母子医療センターの運営や医療従事者の処遇改善を支援するとともに、奨学金貸与者や研修資金貸与者の誘導を図り、周産期医療体制の確保・充実を支援します。
- カ 全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で、地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業医師の派遣を行います。

10 秩父保健医療圏

地域医療構想における秩父保健医療圏の病床数は、平成29年（2017年）の830床から令和5年（2023年）の658床と減少しますが、回復期・慢性期から高度急性期への機能転換により、病院勤務の必要な医師数は75.8人から101.9人と増加となります。なお、在宅療養患者数は376人から393人に増加するため、在宅医療に必要な医師数は、13.3人から13.7人となります。

(1) 地域医療構想に基づく医師確保

【図表 5-2-4-19 入院需要】

	平成29年 (2017年)		令和5年 (2023年)
医療需要推計 (病床数)	830床		658床
	高度急性期	—	23床
	急性期	248床	193床
	回復期	213床	189床
	慢性期	352床	249床
	その他	17床	4床
病院勤務医師数（常勤換算）		75.8人	101.9人

【図表 5-2-4-20 在宅需要】

(単位：人)

	平成29年 (2017年)	令和5年 (2023年)
在宅療養患者の数	376	393
在宅医療の医師数 (常勤換算)	13.3	13.7

(2) 必要医師数の確保に向けた施策

- ア 秩父保健医療圏の公的医療機関や特定診療科（病院の産科、小児科又は救命救急センター）へ奨学金貸与者の医師を誘導します。
- イ 地域医療体制の整備、地域の救急医療における病院勤務医の負担軽減のため、地域の拠点病院において、地域の開業医が休日・夜間の外来患者を診察する協力体制の構築を支援します。
- ウ 秩父保健医療圏内における産科医療の維持を図るため、ちちぶ医療協議会が実施する産科医等の派遣事業に対して補助を行います。

- エ 全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で、地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業医師の派遣を行います。

第3章 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

第1節 外来医療に係る医療提供体制の確保の方針

外来医療に係る医療提供体制を確保するため、地域ごとに課題を共有し、解決に向けた協議を行う必要があります。そこで、外来医療機能に関する情報等に基づいて地域偏在状況を可視化し、初期救急医療や在宅医療など不足している外来医療機能を明らかにして、地域における協議に活用します。

また、今後も医療需要の増加が見込まれる本県においては、検査等に使用する高額な医療機器について効率的に活用することが求められており、各医療機関が保有する医療機器の共同利用の協議を進めていく必要があります。そこで、医療機器の配置・利用状況を、各医療機関が把握できるよう必要な情報を提供します。

第2節 区域の設定と推進体制

1 区域単位

医療法に基づき、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する取組を推進するための区域を設定します。

本県の区域は、現在の二次保健医療圏の圏域と同様に設定します。

これは、二次保健医療圏が、「埼玉県5か年計画」における、県民の生活圏としての一体性などを考慮した「地域区分」などとの整合が図られていることや、地域医療構想においても、二次保健医療圏の圏域を、地域の特性を踏まえた医療提供体制を構築するための「構想区域」として定めていることを踏まえたものです。

2 推進体制

医療法に基づき、外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項について協議を行う場を区域ごとに設置します。

外来医療に係る医療提供体制に関する事項は、地域医療構想等の入院医療及び在宅医療等に関する事項とも関係するものです。

このことから、本県においては、地域医療構想調整会議の機能を果たすとともに、地域保健医療計画を推進するために二次保健医療圏ごとに設置している「地域保健医療・地域医療構想協議会」を協議の場として位置付けます。

この協議の場において、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者による協議を進めていきます。

第3節 外来医療の提供状況

1 外来医師偏在指標

(1) 基本的な考え方

外来医師偏在指標は、二次医療圏ごとの外来医療機能の偏在・不足等の状況を可視化するために、人口十万人当たりの診療所医師数を指標化したものです。

指標の値は、国が一元的に整理したデータを基に、医療需要と人口構成、医師の性別・年齢区分、病院と診療所の外来医療に関する対応割合等を勘案して、全国一律の計算式により算定され、国から県に提供されるものです。

国のガイドラインでは、外来医師偏在指標の値が全国の二次医療圏（335医療圏）の上位3分の1に該当する場合、当該二次医療圏を「外来医師多数区域」と設定することとされています。

その上で、外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対しては、当該区域において不足する医療機能を担うよう求めることとされています。

一方で、外来医師偏在指標の活用にあたっての留意事項として、ガイドラインでは次のように示されています。

「外来医師偏在指標の活用においては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に踏まえた上で、外来医師偏在指標の数値を絶対的な基準として取り扱うことや外来医師偏在指標のみに基づく機械的な運用を行うことの無いよう十分に留意する必要がある。」

(2) 本県の状況

外来医師偏在指標の算定に用いられるデータのうち、診療所の医師数及び外来患者延数については、次のとおりです。

【図表 5-3-3-1 診療所の医師数及び外来患者延数】

(単位：人)

区域	医師数	外来患者延数
埼玉県	4,321	4,941,866
南部	422	514,447
南西部	388	411,339
東部	575	749,844
さいたま	980	1,035,373
県央	301	400,543
川越比企	454	513,607
西部	425	488,974
利根	347	397,704
北部	346	357,725
秩父	83	72,310

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※ 医師数は厚生労働省「平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査」

※ 外来患者延数は、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）の平成29年（2017年）4月から平成30年（2018年）3月までの診療分データ（NDBのデータ期間は、以下同じ。）に基づき集計した医科レセプト（入院外）の初診・再診及び往診・在宅訪問診療の診療行為の算定回数を合算したもの（月平均算定回数）

診療所の医師数や外来患者延数、その他の要素を加味して算定された県全体の外来医師偏在指標は、全国平均を下回っており、相対的には外来医師が少ない状況です。

区域ごとにみると、秩父区域の外来医師偏在指標が上位3分の1に該当しています。

【図表 5-3-3-2 外来医師偏在指標】

区域	指標
全国	106.3
埼玉県	86.3
南部	84.2
南西部	91.2
東部	75.6
さいたま	98.1
県央	77.6
川越比企	83.9
西部	80.6
利根	85.6
北部	95.2
秩父	110.1

しかしながら、秩父区域の外来医療は以下のような状況にあります。

- ア 平成18年（2006年）から平成28年（2016年）の10年間で、県内二次保健医療圏の中で唯一診療所医師数が減少している（△15.3%）。
- イ 区域内の診療所に自治医科大学卒業医師を配置し、政策的に医療体制の維持を図っている。

このことから、秩父区域については外来医師偏在指標を機械的に適用することはせず、外来医師多数区域と設定しないこととします。

2 外来医療の状況

新規開業希望者を含めた各医療機関が、本県の外来医療の現状を把握できるよう、国のNDBを活用して医療施設数及び診療所当たりの患者延数を集計するとともに、外来医療機能の不足感を地域の医療関係者等から聴取しました。

(1) 医療施設数

国のNDBデータを活用して集計した診療実績がある医療施設数（以下「実施施設数」という。）は、次のとおりです。

ア 時間外等診療

県全体では、外来診療実施施設数に対する時間外等（時間外、夜間、休日、深夜）診療実施施設数の割合は、全国平均と比べて、病院、診療所のいずれも上回っています。

一方、区域ごとにみると、病院では県央、川越比企及び西部において、診療所ではさいたま及び西部において、全国平均の割合を下回っています。

【図表 5-3-3-3 時間外等診療実施施設数（月平均施設数）】

（単位：施設、％）

区域	外来診療実施施設数（A）		時間外等診療実施施設数（B）		時間外等診療実施施設の割合（B/A）	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	8,277	79,985	6,489	34,523	78.4	43.2
埼玉県	337	3,410	274	1,513	81.3	44.4
南部	29	365	23	161	79.3	44.1
南西部	28	294	23	141	82.1	48.0
東部	50	483	43	211	86.0	43.7
さいたま	35	736	32	288	91.4	39.1
県央	18	234	13	115	72.2	49.1
川越比企	49	367	35	165	71.4	45.0
西部	55	338	42	143	76.4	42.3
利根	32	262	27	124	84.4	47.3
北部	34	268	28	128	82.4	47.8
秩父	8	63	8	37	100.0	58.7

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※ 小数点第1位を四捨五入しているため、埼玉県の実施施設数と各区域における実施施設数の積上げ合計が一致しない場合がある。

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

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

イ 往診

県全体では、外来診療実施施設数に対する往診実施施設数の割合は、病院では全国平均を上回っていますが、診療所では全国平均を下回っています。

一方、区域ごとにみると、病院では南部、東部、西部及び利根において、診療所では北部及び秩父を除く区域において、全国平均の割合を下回っています。

【図表 5-3-3-4 往診実施施設数（月平均施設数）】

(単位：施設、%)

区域	外来診療実施施設数(A)(再掲)		往診実施施設数(B)		往診実施施設の割合(B/A)	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	8,277	79,985	1,936	21,317	23.4	26.7
埼玉県	337	3,410	83	662	24.6	19.4
南部	29	365	6	69	20.7	18.9
南西部	28	294	8	43	28.6	14.6
東部	50	483	10	73	20.0	15.1
さいたま	35	736	12	145	34.3	19.7
県央	18	234	*	44	*	18.8
川越比企	49	367	17	78	34.7	21.3
西部	55	338	6	61	10.9	18.0
利根	32	262	6	53	18.8	20.2
北部	34	268	11	72	32.4	26.9
秩父	8	63	*	24	*	38.1

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※ 小数点第1位を四捨五入しているため、埼玉県の実施施設数と各区域における実施施設数の積上げ合計が一致しない場合がある。

※ 「*」は実施施設数が3件未満の場合を指す。

※ 往診実施施設数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の往診の診療行為が算定された病院及び診療所数

ウ 訪問診療

県全体では、外来診療実施施設数に対する訪問診療実施施設数の割合は、全国平均と比べて、病院、診療所のいずれにおいても下回っています。

一方、区域ごとにみると、病院では東部、利根及び秩父を除く区域において、診療所では全ての区域において、全国平均の割合を下回っています。

【図表 5-3-3-5 訪問診療実施施設数（月平均施設数）】

（単位：施設、％）

区域	外来診療実施施設数（A）（再掲）		訪問診療実施施設数（B）		訪問診療実施施設の割合（B/A）	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	8,277	79,985	3,003	21,507	36.3	26.9
埼玉県	337	3,410	110	622	32.6	18.2
南部	29	365	10	60	34.5	16.4
南西部	28	294	9	42	32.1	14.3
東部	50	483	20	75	40.0	15.5
さいたま	35	736	12	163	34.3	22.1
県央	18	234	3	43	16.7	18.4
川越比企	49	367	14	62	28.6	16.9
西部	55	338	13	54	23.6	16.0
利根	32	262	12	46	37.5	17.6
北部	34	268	12	64	35.3	23.9
秩父	8	63	4	14	50.0	22.2

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※ 小数点第1位を四捨五入しているため、埼玉県の実施施設数と各区域における実施施設数の積上げ合計が一致しない場合がある。

※ 訪問診療実施施設数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の在宅患者訪問診療の診療行為が算定された病院及び診療所数

(2) 診療所当たりの患者延数

国のNDBデータを活用して、診療実績がある診療所（以下「実施診療所」という。）当たりの患者延数を、外来患者延数、時間外等外来患者延数、往診患者延数及び訪問診療患者延数の区分ごとに集計しました。

県全体では、実施診療所当たりの患者延数は、全国平均と比べて、全ての区分で上回っており、一人の医師が担う患者数が相対的に多い状況です。

一方、区域ごとにみると、以下の区分では全国平均の患者延数を下回っています。

ア 外来患者延数

秩父

イ 時間外等外来患者延数
さいたま、西部、利根、北部及び秩父

ウ 往診患者延数
利根、北部及び秩父

エ 訪問診療患者延数
北部及び秩父

【図表 5-3-3-6 実施診療所当たり患者延数（医科レセプト算定回数）】

（単位：人）

区域	実施診療所当たり外来患者延数	実施診療所当たり時間外等外来患者延数	実施診療所当たり往診患者延数	実施診療所当たり訪問診療患者延数
全国	1,214	29	9	59
埼玉県	1,449	31	15	94
南部	1,411	36	17	165
南西部	1,398	32	14	131
東部	1,552	35	14	87
さいたま	1,407	28	13	103
県央	1,714	30	19	67
川越比企	1,400	38	28	79
西部	1,448	25	15	111
利根	1,518	28	8	62
北部	1,333	25	7	35
秩父	1,139	16	8	49

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

このほか、県内の医療施設の情報は、県ホームページの「埼玉県医療機能情報提供システム」により情報提供します。

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

(3) 各区域において不足している外来医療機能

本県では、各区域の協議の場を活用して、区域ごとの外来医療機能の不足感について意見聴取を行いました。

提出された意見に基づき、4項目の医療提供体制（夜間や休日等における初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（産業医・学校医・予防接種）及び介護認定審査）について、区域ごとの状況を郡市医師会の管轄市区町村単位で取りまとめました。

これらの項目以外の意見については、県ホームページで情報提供します。

ア 南部区域

(7) 川口市

- a 初期救急医療及び在宅医療は不足感が強い。
- b 公衆衛生（産業医・学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(イ) 蕨市・戸田市

- a 初期救急医療及び在宅医療にやや不足感がある。

イ 南西部区域

(7) 朝霞市・志木市・和光市・新座市

- a 在宅医療及び介護認定審査にやや不足感がある。

(イ) 富士見市・ふじみ野市・三芳町

- a 在宅医療、公衆衛生（産業医・学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

ウ 東部区域

(7) 春日部市

- a 在宅医療及び公衆衛生（産業医）は不足感が強い。
- b 初期救急医療及び公衆衛生（学校医）にやや不足感がある。

(イ) 草加市・八潮市

- a 初期救急医療、在宅医療及び介護認定審査にやや不足感がある。

(ウ) 越谷市

- a 在宅医療及び公衆衛生（学校医）は不足感が強い。
- b 公衆衛生（産業医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(イ) 三郷市

- a 初期救急医療、公衆衛生（学校医・予防接種）及び介護認定審査にやや不足感がある。

- (オ) 吉川市・松伏町
 - a 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（産業医・学校医・予防接種）及び介護認定審査全てに不足感が強い。

エ さいたま区域

- (7) 桜区・浦和区・南区・緑区
 - a 介護認定審査は不足感が強い。
 - b 初期救急医療及び公衆衛生（学校医）にやや不足感がある。
- (イ) 西区・北区・大宮区・見沼区
 - a 介護認定審査は不足感が強い。
 - b 初期救急医療のうち小児救急医療、在宅医療及び公衆衛生（産業医・学校医・予防接種）にやや不足感がある。

- (ウ) 中央区
 - a 公衆衛生（学校医）にやや不足感がある。

- (イ) 岩槻区
 - a 初期救急医療、在宅医療及び介護認定審査にやや不足感がある。

オ 県央区域

- (7) 鴻巣市・桶川市・北本市・伊奈町
 - a 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

- (イ) 上尾市
 - a 初期救急医療及び在宅医療は不足感が強い。
 - b 公衆衛生（産業医・学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

カ 川越比企区域

- (7) 川越市
 - a 初期救急医療、在宅医療及び介護認定審査にやや不足感がある。

- (イ) 東松山市・滑川町・嵐山町・小川町・川島町・吉見町・鳩山町・ときがわ町・東秩父村
 - a 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（学校医）及び介護認定審査にやや不

足感がある。

(ウ) 坂戸市・鶴ヶ島市

- a 公衆衛生（学校医）及び介護認定審査は不足感が強い。
- b 初期救急医療、在宅医療及び公衆衛生（産業医）にやや不足感がある。

(イ) 毛呂山町・越生町

- a 初期救急医療にやや不足感がある。

キ 西部区域

(7) 所沢市

- a 公衆衛生（産業医）は不足感が強い。
- b 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(イ) 飯能市・日高市

- a 公衆衛生（産業医・学校医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(ウ) 狭山市

- a 初期救急医療にやや不足感がある。

(イ) 入間市

- a 初期救急医療は不足感が強い。

ク 利根区域

(7) 行田市

- a 在宅医療、公衆衛生（産業医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(イ) 加須市・羽生市

- a 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（産業医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

(ウ) 久喜市・蓮田市・白岡市・宮代町

- a 初期救急医療及び公衆衛生（学校医）は不足感が強い。
- b 在宅医療、公衆衛生（産業医）及び介護認定審査にやや不足感がある。

- (I) 幸手市・杉戸町
 - a 在宅医療及び介護認定審査は不足感が強い。
 - b 初期救急医療及び公衆衛生（産業医・学校医）にやや不足感がある。

- ケ 北部区域
 - (7) 熊谷市
 - a 初期救急医療のうち小児救急医療、在宅医療及び介護認定審査にやや不足感がある。

 - (イ) 本庄市・美里町・神川町・上里町
 - a 小児救急医療をはじめとした初期救急医療及び公衆衛生（学校医）は不足感が強い。

 - (ウ) 深谷市・寄居町
 - a 初期救急医療は、小児救急医療をはじめとして不足感が強い。
 - b 在宅医療及び公衆衛生（予防接種）にやや不足感がある。
 - c 介護認定審査は、区域内の一部にやや不足感がある。

- コ 秩父区域
 - a 初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（産業医・学校医・予防接種）及び介護認定審査全てに不足感が強い。

3 医療機器の効率的な活用

(1) 医療機器の配置状況

国のガイドラインに基づき、CT、MRI、PET、マンモグラフィ及び放射線治療の配置台数を集計しました。

平成29年（2017年）10月1日現在、CT、MRI及びマンモグラフィについては全ての区域に配置されていますが、PETについては南西部、利根、北部及び秩父での配置がなく、放射線治療は秩父での配置がありません。

今後は、区域ごとに医療機器の配置にばらつきが生じていることを含め、各区域で、医療機器の配置の必要性や利用状況について、課題の有無等を地域の関係者との協議を通じて把握して行く必要があります。

【図表 5-3-3-7 病院、診療所の医療機器の保有台数】

(単位:台)

区域	C T		M R I		P E T		マンモグラフィ		放射線治療	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
南部	25	26	17	7	1	0	11	9	3	0
南西部	28	17	14	7	0	0	11	6	1	0
東部	49	42	22	14	2	0	17	7	4	0
さいたま	38	41	31	22	3	2	18	23	9	0
県央	22	26	14	7	2	0	7	5	6	0
川越比企	46	30	25	8	1	0	16	16	2	0
西部	50	26	29	10	2	4	17	7	4	0
利根	30	26	16	8	0	0	9	1	1	0
北部	32	25	22	6	0	0	8	7	2	0
秩父	7	12	3	1	0	0	4	0	0	0

厚生労働省「平成29年(2017年)医療施設調査」を基に集計

(2) 医療機器の調整人口当たり台数

「医療機器の調整人口当たり台数」は、医療機器の配置状況を可視化するため、人口十万人当たりの医療機器の台数を医療需要と人口構成を勘案して指標化したものです。

指標の値は、国が一元的に整理したデータを基に、全国一律の計算式により算定され、国から県に提供されています。

県全体では、調整人口当たりの医療機器の台数は、全国平均と比べて、全ての医療機器で下回っており、相対的に医療機器の台数は少なくなっています。

一方、区域ごとにみると、以下の医療機器では、調整人口当たりの台数が全国平均を上回っています。

ア C T
秩父

イ P E T
西部

ウ マンモグラフィ

川越比企及び秩父

エ 放射線治療

県央

こうした状況を踏まえ、各区域で医療機器の効率的な活用についての協議を進めて行く必要があります。

【図表 5-3-3-8 調整人口当たりの医療機器の台数】

(単位：台)

区域	調整人口当たり台数				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療
全国	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91
埼玉県	8.5	4.0	0.24	2.7	0.45
南部	7.3	3.3	0.14	2.6	0.43
南西部	7.0	3.1	0	2.4	0.16
東部	8.4	3.2	0.18	2.1	0.36
さいたま	6.8	4.4	0.43	3.2	0.78
県央	9.1	3.9	0.36	2.2	1.11
川越比企	9.6	4.1	0.12	4.0	0.24
西部	9.7	4.9	0.74	3.0	0.50
利根	8.4	3.6	0	1.5	0.14
北部	11.1	5.4	0	2.9	0.38
秩父	16.3	3.6	0	4.0	0

厚生労働省「医療機器の調整人口当たり台数に係るデータ集」を基に集計

※ 医療機器の台数は厚生労働省「平成29年(2017年)医療施設調査」による。

(3) 稼働状況

ア 病院の医療機器

県全体では、医療機器1台当たりの稼働件数は、全国平均と比べて、全ての医療機器で上回っており、相対的に利用率は高くなっています。

一方、区域ごとにみると、以下の医療機器では、全国平均の稼働件数を下回っています。

- (ア) CT
西部、北部及び秩父
- (イ) MRI
利根、北部及び秩父
- (ウ) PET
東部
- (エ) マンモグラフィ
南西部、東部、西部、北部及び秩父
- (オ) 放射線治療
南部、南西部、東部、県央及び利根

イ 診療所の医療機器

県全体では、医療機器1台当たりの稼働件数は、全国平均と比べて、マンモグラフィを除き全ての医療機器において上回っています。

一方、区域ごとにみると、以下の医療機器では、全国平均の稼働件数を下回っています。

- (ア) CT
南部、さいたま、川越比企、北部及び秩父
- (イ) MRI
西部
- (ウ) マンモグラフィ
南部、南西部、県央、川越比企、西部、利根及び北部

なお、放射線治療については、県内の診療所に配置はありません。

こうした状況を踏まえ、各区域で医療機器の利用率についての協議を進めて行く必要があります。

【図表 5-3-3-9 病院、診療所の医療機器の稼働件数（機器1台当たり年間件数）】

（単位：件数／台）

区域	C T		M R I		P E T		マンモグラフィ		放射線治療	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	2,437	662	1,890	1,945	794	1,019	482	625	20	23
埼玉県	2,879	747	2,079	2,600	1,001	1,331	525	503	49	-
南部	4,039	608	2,328	2,422	812	-	653	341	11	-
南西部	2,829	693	2,331	2,810	-	-	361	214	*	-
東部	2,942	906	2,230	2,415	397	-	432	1,028	8	-
さいたま	3,927	648	2,174	3,130	933	1,571	489	778	81	-
県央	3,483	877	2,461	2,164	1,120	-	1,126	394	16	-
川越比企	2,525	526	2,102	3,146	1,399	-	695	232	44	-
西部	2,233	1,353	2,002	1,709	1,483	1,211	431	396	78	-
利根	2,609	859	1,745	2,177	-	-	490	39	*	-
北部	2,244	391	1,600	2,914	-	-	422	398	121	-
秩父	1,882	359	1,462	2,393	-	-	147	-	-	-

厚生労働省「医療機器の調整人口当たり台数に係るデータ集」を基に集計

※ 「-」は台数がない場合、「*」は検査件数が10件未満の場合を表す。

第4節 外来医療に係る医療提供体制の確保に向けた取組

1 外来医療機能の確保に関する協議

地域の実情に応じた望ましい外来医療に係る医療提供体制を確保するために、協議の場における議論を通じて地域における課題を共有します。その上で、各区域の協議の場において合意が得られた場合には、新規開業希望者を含め区域内の医療機関に対して不足する外来医療機能を担うことへの協力を求めていきます。

また、計画策定段階において意見聴取を行った外来医療機能の不足の状況は年月を経ると変化することも想定されるため、計画期間中においても必要に応じて協議の場での状況確認を行い、県ホームページ等により情報提供します。

さらに、協議の場における協議内容等を広く周知し、新規開業希望者へも積極的に情報提供することにより、新規開業者も含めた各医療機関の自発的な取組を促していきます。

2 医療機器の効率的な活用に関する協議

地域医療支援病院では、地域の病院・診療所との医療機器の共同利用が承認要件の一つとされており、積極的な役割を担うことが期待されています。

このため、地域医療支援病院における共同利用の状況や課題の有無を整理し、医療機器の効率的な活用方針の検討に向け、地域において必要な協議を進めていきます。

また、共同利用における検査依頼の受付から検査結果の提供までの流れが円滑に進むよう、予約体制や読影を行う医師の配置状況、検査結果の提供体制等について、地域における協議を通じて情報共有を進めていきます。

第6部 医療費適正化計画

医療費適正化計画は、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」に関する数値目標を設定し、これらの目標達成を通じて県民の生活の維持・向上を図りながら、医療費の適正化を図ります。

第1章 住民の健康の保持の推進

1 目指すべき姿

生活習慣病の発症を予防するため、県民一人一人が望ましい生活習慣を実践できるようになることを目指します。

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

2 現状と課題

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

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

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

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

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

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

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

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

3 課題への対応

生活習慣病予防対策を推進することにより、県民の健康を保持し、QOL（生活の質）の維持、向上を図ります。

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

4 主な取組

(1) 医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進

後期高齢者に対する健康診査の推進・健診結果に基づく支援の充実

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

5 指標

■ 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)

■ 特定保健指導の実施率

現状値 13.8% → 目標値 45%
(平成27年度) (平成35年度)

■ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の平成20年度と比べた減少率 (特定保健指導対象者の割合の減少率)

現状値 16.5% → 目標値 25.0%
(平成27年度) (平成35年度)

第2章 医療の効率的な提供の推進

1 目指すべき姿

埼玉県地域医療構想を踏まえ、病床機能の分化・連携を進めることにより、限られた医療資源を効率的に活用します。

さらに、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進のための取組を進めるとともに、多剤・重複投薬の防止や残薬対策などを推進するため、「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能を強化します。

2 現状と課題

(1) 病床機能の分化・連携の促進

埼玉県地域医療構想では、高度急性期から慢性期までの全ての機能で将来の医療需要（入院需要）が増加すると推計されており、それに伴い、医療費も増加していくことが想定されます。

こうしたことから、増大する医療需要に対応しつつ、医療費の適正化を図っていくことが求められます。

(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化

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

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。

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。

国においては、患者や医療関係者が安心してジェネリック医薬品を使用できるような環境整備を図っているところですが、本県における令和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。

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

また、多剤・重複投薬の防止や残薬対策などを推進するため、「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能を強化することが必要となっています。

3 課題への対応

(1) 病床機能の分化・連携の促進

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

(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化

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

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

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

4 主な取組

(1) 病床機能の分化・連携の促進

ア 急性期病床から地域包括ケア病床等回復期病床への転換促進

イ 地域医療構想調整会議での協議を通じた医療機能の分化・連携

ウ 病床機能報告制度を活用した医療機能情報の提供と共有

エ ICTを活用した地域医療連携ネットワークの整備支援

(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化

ア 県民を対象としたセミナーの開催やリーフレット等による普及啓発

イ 医療関係者を対象とした勉強会の開催やジェネリック医薬品工場の視察

ウ 他団体と連携した普及啓発活動

エ 残薬対策など「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能強化

5 指標

■ ジェネリック医薬品の数量シェア（再掲）

現状値 69.8% → 目標値 80.0%以上

（平成28年度末） （令和5年度末）

第3章 医療費の見込み

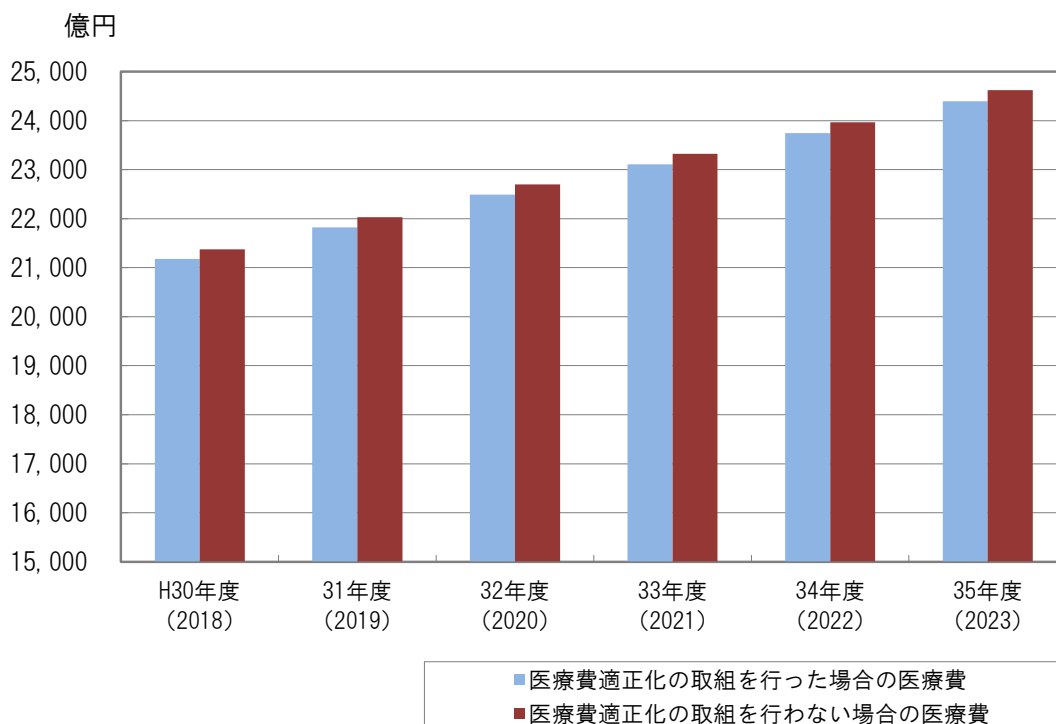
厚生労働省が示した積算方法による計画期間における本県医療費の見通しは次のとおりです。なお、算出に当たり、地域医療構想の実現に向けた医療機能の分化・連携の推進やジェネリック医薬品の使用促進、特定健診、保健指導の実施率の達成による適正化効果及びかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化による医薬品の適正使用の促進効果を織り込んでいます。

本県では、計画に基づく適正化の取組を行った場合、約226億円の適正化効果があるものと見込まれます。

本県の医療費の見通し

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

【図表5-3-1 本県の医療費の見通し】



資料：都道府県別の医療費の将来見通しの計算ツール（厚生労働省）による推計

第4章 国民健康保険の運営

1 目指すべき姿

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

2 現状と課題

(1) 国民健康保険新制度の開始

平成30年度（2018年度）から市町村国民健康保険は県と市町村の共同運営となりました。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した。

(2) 一人当たり医療費の増加

被保険者一人当たりの医療費は、高年齢層の被保険者の増加や医療の高度化などにより、増加傾向にあります。一人当たり医療費の増加は、被保険者の負担増につながります。

医療保険制度を持続可能なものにするためにも、医療費の適正化を進めていく必要があります。

(3) データの活用

保険者は、加入者の健診情報や医療の受診状況であるレセプトのデータ（受診の状況、かかった疾病、医療費など）の情報を保有しています。医療費の適正化を進めるためにも、保険者がレセプトと健診のデータを最大限に活用し、地域の健康課題に即した加入者の健康づくりを推進していく必要があります。

3 課題への対応

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

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

4 主な取組

市町村国民健康保険に係る下記の取組の推進

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

5 指標

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

現状値 49市町村 → 目標値 全63市町村（※）
（平成28年度） （令和2年度）

- 特定健康診査受診率（市町村国民健康保険実施分）

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

- 特定保健指導実施率（市町村国民健康保険実施分）

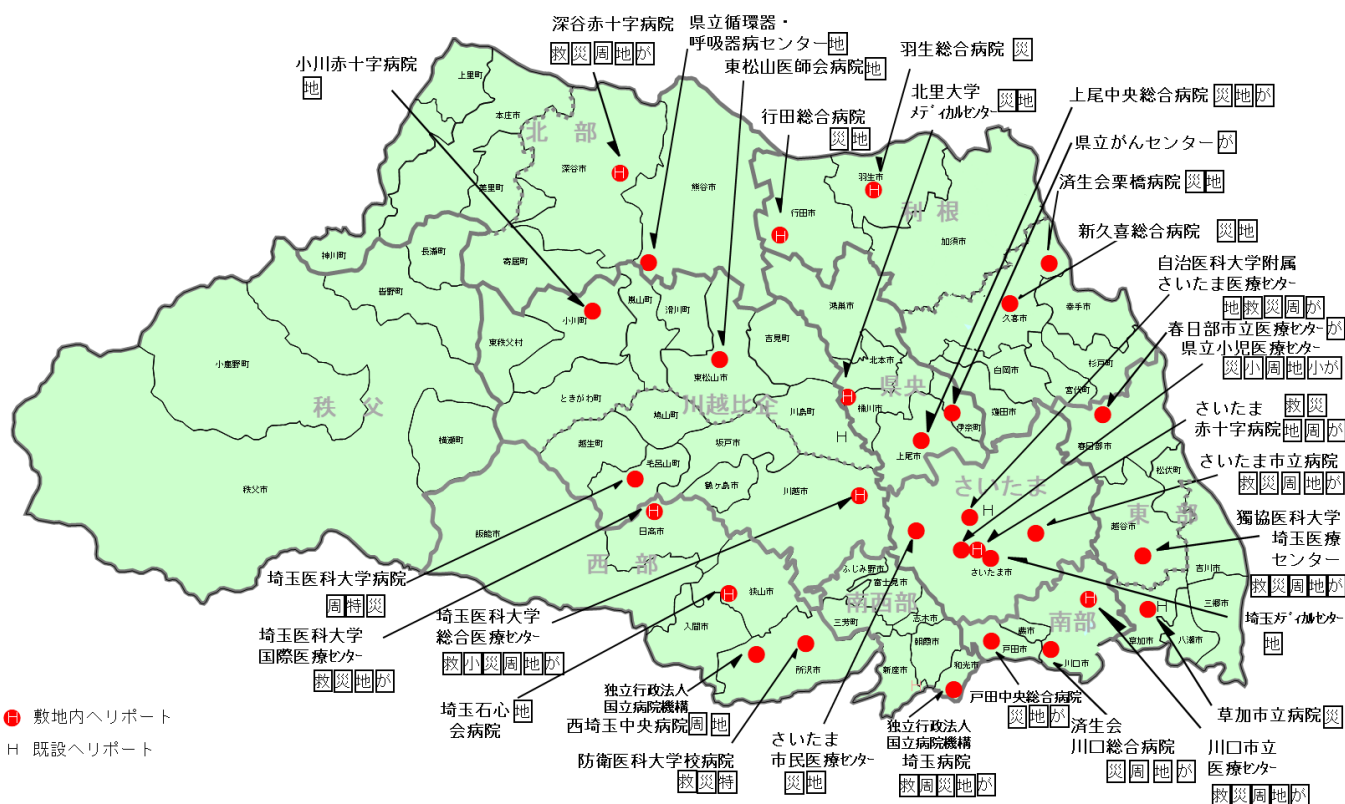
現状値 16.7% → 目標値 60.0%以上
（平成27年度） （平成35年度）

※ 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。

資料編

特定の医療機能を有する病院位置図

救救命救急センター・小小児救命救急センター・災災害拠点病院・周周産期母子医療センター
地地域医療支援病院・ががん診療連携拠点病院・小が小児がん拠点病院・特特定機能病院



● 敷地内ヘリポート
H 既設ヘリポート

保健医療圏	医療機関名	救命救急センター	小児救命救急センター	災害拠点病院	周産期母子医療センター	地域医療支援病院	がん診療連携拠点病院	小児がん拠点病院	特定機能病院
		略号	略号	略号	略号	略号	略号	略号	略号
南部	川口市立医療センター	○		○基幹	○	○	○		
	済生会川口総合病院			○	○	○	○		
	戸田中央総合病院			○	○	○	○		
南西部	独立行政法人国立病院機構埼玉病院	○		○	○	○	○		
	獨協医科大学埼玉医療センター	○		○	○	○	○		
東部	草加市立病院			○					
	春日部市立医療センター						○		
	さいたま赤十字病院	○高度		○基幹	○総合	○	○		
さいたま	県立小児医療センター		○	○		○		○	
	さいたま市立病院	○		○	○	○	○		
	自治医科大学附属さいたま医療センター	○		○	○	○	○		
	さいたま市民医療センター			○		○			
	埼玉メディカルセンター			○		○			
県央	北里大学メディカルセンター			○			○県		
	埼玉県立がんセンター			○			○		
	上尾中央総合病院			○		○	○		
川越比企	埼玉医科大学総合医療センター	○高度	○	○基幹	○総合	○	○高度		
	東松山医師会病院			○		○			
	埼玉医科大学病院			○	○				○
	小川赤十字病院			○		○			
西部	埼玉石心会病院					○			
	防衛医科大学校病院	○		○					○
	独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院			○	○	○			
	埼玉医科大学国際医療センター	○		○		○	○高度		
利根	行田総合病院			○		○			
	済生会栗橋病院			○		○			
	新久喜総合病院			○		○			
	羽生総合病院			○		○			
北部	深谷赤十字病院	○		○	○	○	○		
	県立循環器・呼吸器病センター			○		○			

本県の救急医療体制

第二次救急医療圏名	市町村名	人口(人)	初期救急医療体制			
			休日夜間急患センター	在宅当番医制	休日歯科診療所	在宅歯科当番医制
さいたま	さいたま市	1,324,025	さいたま市浦和 休日急患診療所 さいたま市大宮 休日夜間急患センター さいたま市与野 休日急患診療所 岩槻休日夜間急患診療所	浦和医師会 大宮医師会 さいたま市与野医師会 岩槻医師会	さいたま市浦和 休日急患診療所 大宮歯科休日 急患診療所 与野歯科休日 急患診療所	
中央	鴻巣市 上尾市 桶川市 北本市 伊奈町 計	116,828 226,940 74,748 65,201 44,841 528,558	鴻巣市夜間診療所 上尾市平日夜間及び 休日急患診療所	鴻巣市医師会 北足立郡市医師会 上尾市医師会	北足立歯科医師会 休日診療所	北足立歯科医師会
川越	川越市 富士見市 ふじみ野市 三芳町 川島町 計	354,571 111,859 113,597 38,434 19,378 637,839	川越市医師会 夜間休日診療所 東入間医師会 休日急患診療所・ 小児時間外救急診療所 比企地区こども夜間救急 センター	川越市医師会 東入間医師会 比企医師会	川越市予防歯科 センター	
比企	東松山市 滑川町 嵐山町 小川町 吉見町 ときがわ町 東秩父村 計	91,791 19,732 17,889 28,524 18,192 10,540 2,709 189,377	東松山市休日夜間急患 比企地区こども夜間救急 センター	比企医師会	東松山市 休日歯科センター	

※人口は、国勢調査(令和2年)

■医療整備課調べ(令和4年1月22日現在)

第二次救急医療圏名	第二次救急医療体制			第三次救急医療体制	救急医療情報システム協力機関数
	病院群輪番制	医療機関名	小児救急		
さいたま	○	さいたま赤十字病院	○	さいたま赤十字病院 救命救急センター	医療機関 26
	○	社会医療法人さいたま市民医療センター			
	○	指扇病院			
	○	独立行政法人地域医療機能推進機構さいたま北部医療センター			
	○	医療法人ヘブロン会大宮中央総合病院			
	○	医療法人社団双愛会大宮双愛病院			
	○	医療法人明浩会西大宮病院			
	○	自治医科大学附属さいたま医療センター			
	○	医療法人社団協友会彩の国東大宮メディカルセンター			
	○	医療法人聖仁会西部総合病院			
	○	医療法人社団松弘会三愛病院			
	○	独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター			
	○	医療法人川久保病院			
	○	医療法人秋葉病院			
	○	さいたま市立病院			
	○	医療法人博仁会共済病院			
	○	丸山記念総合病院			
	○	増田外科医院			
	○	至誠堂富田病院			
	中央	○			
○		ほしあい眼科			
○		医療法人社団幸正会岩槻南病院			
○		岩槻中央病院			
○		埼玉県立小児医療センター			
○		医療法人社団医風会さいたま岩槻病院			
○		医療法人社団弘象会東和病院			
○		埼玉脳神経外科病院			
○		こうのす共生病院			
○		医療法人財団ヘリオス会ヘリオス会病院			
川越	○	埼玉医科大学総合医療センター	○	埼玉県立 小児医療センター 小児救命救急センター	医療機関 23
	○	医療法人豊仁会三井病院			
	○	医療法人武蔵野総合病院			
	○	医療法人刀圭会本川越病院			
	○	社会医療法人社団尚篤会赤心堂病院			
	○	南古谷病院			
	○	医療法人社団誠弘会池袋病院			
	○	医療法人康正会病院			
	○	帯津三敬病院			
	○	医療法人財団明理会イムス富士見総合病院			
	○	みずほ台病院			
	○	医療法人社団サンセリテ三浦病院			
	○	医療法人誠壽会上福岡総合病院			
	○	医療法人社団明芳会イムス三芳総合病院			
	○	医療法人社団草芳会三芳野病院			
	○	川越救急クリニック			
	○	医療法人さくらさくら記念病院			
	○	医療法人実幸会栗原医院			
	○	富家病院			
	○	医療法人社団草芳会三芳野第2病院			
比企	○	ふじみの救急病院	○	埼玉県立 総合医療センター 救命救急センター 小児救命救急センター	医療機関 8
	○	医療法人行定病院			
	○	しらさぎ川越クリニック			
	○	東松山市立市民病院			
	○	東松山医師会病院			
	○	医療法人埼玉成恵会病院			
	○	小川赤十字病院			
	○	医療法人瀬川病院			
○	シャローム病院				
○	大谷整形外科病院				
○	武蔵嵐山病院				

■医療整備課調べ(令和4年1月22日現在)

第二次救急医療圏名	市町村名	人口(人)	初期救急医療体制			
			休日夜間急患センター	在宅当番医制	休日歯科診療所	在宅歯科当番医制
児玉	本庄市 美里町 神川町 上里町 計	78,569 11,039 13,359 30,343 133,310	本庄市児玉郡医師会立 本庄市休日急患診療所	本庄市児玉郡医師会		本庄市児玉郡市 歯科医師会
熊谷・深谷	熊谷市 行田市 深谷市 寄居町 計	194,415 78,617 141,268 32,374 446,674	熊谷市休日・夜間 急患診療所 深谷寄居医師会休日診療所 こども夜間診療所	深谷寄居医師会 行田市医師会	熊谷市休日急患 歯科診療所	行田市歯科医師会
所沢	所沢市 狭山市 入間市 計	342,464 148,699 145,651 636,814	所沢市市民医療センター 狭山市急患センター 入間市夜間診療所	所沢市医師会 入間地区医師会	所沢市歯科診療所 あおぞら 狭山市急患センター	
朝霞	朝霞市 志木市 和光市 新座市 計	141,083 75,346 83,989 166,017 466,435		朝霞地区医師会		
戸田・蕨	蕨市 戸田市 計	74,283 140,899 215,182	蕨市休日・平日夜間 急患診療所 戸田市休日・平日夜間 急患診療所	蕨戸田市医師会		
川口	川口市	594,274	川口市こども夜間救急診療所	川口市医師会		川口歯科医師会

※人口は、国勢調査(令和2年)

■医療整備課調べ(令和4年1月22日現在)

第二次救急医療圏名	第二次救急医療体制			第三次救急医療体制	救急医療情報システム協力機関数
	病院群輪番制	医療機関名	小児救急		
児玉	○	医療法人桂水会岡病院			医療機関 6
	○	医療法人柏成会青木病院			
	○	本庄総合病院			
	○	鈴木外科病院			
	○	医療法人益子会(社団)児玉中央病院			
	○	本庄駅前病院			
熊谷・深谷	○	深谷赤十字病院	○	深谷赤十字病院 救命救急センター	医療機関 12
	○	社会医療法人熊谷総合病院			
	○	熊谷外科病院			
	○	埼玉慈恵病院			
	○	医療法人啓清会関東脳神経外科病院			
	○	行田中央総合病院			
	○	社会医療法人壮幸会行田総合病院			
	○	医療法人社団優慈会佐々木病院			
	○	医療法人葵深谷中央病院			
	○	埼玉よりい病院			
	○	熊谷生協病院			
	○	皆成病院			
所沢	○	防衛医科大学校病院	○	防衛医科大学校病院 救命救急センター	医療機関 20
	○	独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院			
	○	所沢市市民医療センター			
	○	医療法人社団和風会所沢中央病院			
	○	社会医療法人至仁会圏央所沢病院			
	○	埼玉西協同病院			
	○	医療法人社団秀栄会所沢第一病院			
	○	所沢明生病院			
	○	医療法人入間川病院			
	○	狭山中央病院			
	○	医療法人社団清心会至聖病院			
	○	社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院			
	○	原田病院			
	○	豊岡第一病院			
	○	狭山厚生病院			
	○	医療法人慈桜会瀬戸病院			
	○	医療法人社団桜友会所沢ハートセンター			
	○	医療法人明晴会西武入間病院			
○	医療法人豊岡整形外科病院				
○	小林病院				
朝霞	○	朝霞厚生病院	○		医療機関 9
	○	医療法人社団武蔵野会TMGあさか医療センター			
	○	医療法人山柳会塩味病院			
	○	独立行政法人国立病院機構埼玉病院			
	○	坪田和光病院			
	○	医療法人社団新座志木中央総合病院			
	○	医療法人向英会高田整形外科病院			
	○	堀ノ内病院			
	○	医療法人社団TMG宗岡中央病院			
戸田・蕨	○	蕨市立病院	○		医療機関 6
	○	医療法人慈公会公平病院			
	○	医療法人社団東光会戸田中央総合病院			
	○	医療法人財団啓明会中島病院			
	○	医療法人社団東光会戸田中央産院			
川口	○	川口市立医療センター	○	川口市立医療センター 救命救急センター	医療機関 18
	○	社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会			
	○	川口総合病院			
	○	医療法人新青会川口工業総合病院			
	○	医療法人安東病院			
	○	医療法人健仁会益子病院			
	○	医療法人刀水会齋藤記念病院			
	○	医療法人社団大成会武南病院			
	○	医療法人社団協友会東川口病院			
	○	医療法人三誠会川口誠和病院			
	○	埼玉協同病院			
	○	医療法人厚和会河合病院			
	○	寿康会病院			
	○	医療法人千葉外科内科病院			
	○	医療法人あかつき会はとがや病院			
	○	かわぐち心臓呼吸器病院			
	○	医療法人青木会青木中央クリニック			
	○	医療法人社団桐和会川口さくら病院			
○	医療法人社団厚生会埼玉厚生病院				

■医療整備課調べ(令和4年1月22日現在)

第二次救急医療圏名	市町村名	人口(人)	初期救急医療体制			
			休日夜間急患センター	在宅当番医制	休日歯科診療所	在宅歯科当番医制
東部北	加須市 羽生市 久喜市 蓮田市 幸手市 白岡市 宮代町 杉戸町 計	111,623 52,862 150,582 61,499 50,066 52,214 34,147 43,845 556,838	久喜市休日夜間急患診療所	北埼玉医師会 南埼玉郡市医師会 北葛北部医師会		加須市歯科医師会 羽生市歯科医師会
東部南	春日部市 草加市 越谷市 八潮市 三郷市 吉川市 松伏町 計	229,792 248,304 341,621 93,363 142,145 71,979 28,266 1,155,470	春日部市小児救急夜間診療所 草加市子ども急病夜間クリニック 越谷市夜間急患診療所 八潮市立休日診療所 三郷市医師会立休日診療所	春日部市医師会 草加八潮医師会 越谷市医師会 三郷市医師会 吉川松伏医師会		春日部市歯科医師会 草加歯科医師会 越谷市歯科医師会 吉川市歯科医師会 三郷市歯科医師会
坂戸・飯能	飯能市 坂戸市 鶴ヶ島市 日高市 毛呂山町 越生町 鳩山町 計	80,361 100,275 70,117 54,571 35,366 11,029 13,560 365,279	飯能地区医師会立 休祝日・夜間診療所 坂戸鶴ヶ島医師会立 休日急患診療所 比企地区こども夜間救急センター	入間地区医師会 飯能地区医師会 坂戸鶴ヶ島医師会 比企医師会	飯能地区歯科医師会立 休祝日緊急歯科診療所	
秩父	秩父市 横瀬町 皆野町 長瀬町 小鹿野町	59,674 7,979 9,302 6,807 10,928	秩父郡市医師会休日診療所	秩父郡市医師会		秩父郡市歯科医師会

※人口は、国勢調査(令和2年)

■医療整備課調べ(令和4年1月22日現在)

第二次救急医療圏名	第二次救急医療体制			第三次救急医療体制	救急医療情報システム協力機関数
	病院群輪番制	医療機関名	小児救急		
東部北	○	医療法人社団弘人会中田病院	○	獨協医科大学 埼玉医療センター 救命救急センター	医療機関 22
	○	埼玉医療生活協同組合羽生総合病院			
	○	医療法人社団埼玉巨樹の会新久喜総合病院			
	○	社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会栗橋病院			
	○	蓮田病院			
	○	秋谷病院			
	○	医療法人 幸仁会堀中病院			
	○	社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院			
	○	医療法人社団哺育会白岡中央総合病院			
	○	医療法人心喜会 蓮田外科			
	○	医療法人土屋小児病院			
	○	医療法人十善病院			
	○	騎西病院			
	○	医療法人社団日新会新井整形外科			
	○	医療法人EMS西山救急クリニック			
	○	久喜メディカルクリニック			
	○	しらさきクリニック			
	○	東鷲宮病院			
	○	新井病院			
	○	蓮江病院			
○	医療法人社団愛友会蓮田一心会病院				
○	独立行政法人国立病院機構東埼玉病院				
東部南	○	獨協医科大学埼玉医療センター	○	獨協医科大学 埼玉医療センター 救命救急センター	医療機関 24
	○	春日部市立医療センター			
	○	医療法人梅原病院			
	○	秀和総合病院			
	○	医療法人財団明理会春日部中央総合病院			
	○	医療法人社団全仁会東都春日部病院			
	○	草加市立病院			
	○	越谷市立病院			
	○	医療法人協友会越谷誠和病院			
	○	医療法人社団大和会慶和病院			
	○	医療法人社団協友会八潮中央総合病院			
	○	医療法人財団健和会みさと健和病院			
	○	医療法人社団愛友会三郷中央総合病院			
	○	医療法人三愛会三愛会総合病院			
	○	医療法人社団協友会吉川中央総合病院			
	○	医療法人社団全仁会埼玉筑波病院			
	○	医療法人光仁会春日部厚生病院			
	○	みくに病院			
	○	医療法人社団嬉泉会春日部嬉泉病院			
	○	メディカルトピア草加病院			
○	医療法人正務医院				
○	医療法人眞幸会草加松原整形外科医院				
○	医療法人道心会埼玉東部循環器病院				
○	医療法人社団州山会広瀬病院				
坂戸・飯能	○	埼玉医科大学国際医療センター	○	埼玉医科大学 国際医療センター 救命救急センター	医療機関 10
	○	飯能中央病院			
	○	医療法人泰一会飯能整形外科病院			
	○	坂戸中央病院			
	○	医療法人関越病院			
	○	旭ヶ丘病院			
	○	武蔵台病院			
	○	佐瀬病院			
	○	医療法人社団輔正会岡村記念クリニック			
○	埼玉医科大学病院				
秩父	○	秩父市立病院	○	埼玉医科大学 国際医療センター 救命救急センター	医療機関 5
	○	医療法人花仁会秩父病院			
	○	埼玉医療生活協同組合皆野病院			
	○	秩父第一病院			
		国民健康保険町立小鹿野中央病院			

■医療整備課調べ(令和4年1月22日現在)

多様な精神疾患等ごとの医療機関の医療機能一覧表

多様な精神疾患等ごとの医療機関の医療機能一覧表(埼玉県内精神科病院)

令和4年3月25日現在

保健医療圏	医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ	認知症	児童思春期	摂食障害	身体合併症	PTSD	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル依存症	HP	
全域	1 埼玉県立精神医療センター	★	★		★	◆		◇	★	★	★	https://www.pref.saitama.lg.jp/seishin-c/	
	2 埼玉医科大学病院	★	★	◆	★	★	★	◇				http://www.saitama-med.ac.jp/hospital/	
南部	3 川口さくら病院			◇								https://kawaguchi-sakura.jp/	
南西部	4 菅野病院	◆	◆	◆	◇		◆					http://www.kanno-hospital.com/speech.html	
	5 和光病院			◇								http://wako-hos.jp/	
	6 埼玉セントラル病院			◇								https://www.ims.gr.jp/saitama_central/	
	7 三芳の森病院	◇	◇	◇								http://www.miyoshinomori-hp.com/	
東部	8 武里病院			◆								http://www.dementia.jp/	
	9 春日部セントノア病院			◇			◇					https://www.saintnoah.jp/	
	10 順天堂越谷病院	◆	◆	◇		◆			◇			https://hosp-koshigaya.iuntendo.ac.jp/	
	11 南埼玉病院	◆	◆	◇	◆			◆	◇	◇		https://www.minamisaitama.com/	
	12 北辰病院	◆	◆		◆	◆			◇	◇		http://www.hokusin.org/	
	13 八潮病院	◆	◆	◇	◆	◆		◆	◇	◇		https://yashiohp.com/	
	14 中村病院	◆	◆	◆	◆	◆		◇	◇	◇		https://www.nakamura-byoin.or.jp/	
	15 尾内内科神経科病院	◇	◇									http://www.onai-hsp.com/	
さいたま	16 みさと協立病院		◇	◇	◇	◇		◇	◇			https://www.tokyo-kinikai.com/misato/	
	17 聖みどり病院	◆	◆	◇	◇							https://shomidori-hospital.com/	
	18 埼玉精神神経センター	◆	◆	◆	◆		◇					https://saitama-ni.com/	
	19 与野中央病院	◆	◆						◆			http://www.yonochuoh-hosp.or.jp/	
	20 至誠堂富田病院	◇	◇	◇		◇	◇		◇			https://mumingroup.jp/tomita/	
	21 大宮厚生病院	◆	◆		◇							http://www.ohmiyakousei.com/	
県央	22 さいたま赤十字病院						★					http://www.saitama-med.jrc.or.jp/	
	23 済生会鴻巣病院	◆	◆	◆		◆		◆	◆	◆	◆	https://www.kounosu-hp.jp/	
	24 武蔵野病院	◇										https://www.soujinkaimusashino.com/	
	川越比企	25 川越同仁会病院	◆	◆									https://www.doujinkai-hp.com/
		26 山口病院	◆	◆	◆	◇	◇		◇				http://www.yamaguchi-hospital.jp
		27 岸病院	◆	◆									http://kishi-hosp.or.jp/
		28 西川病院	◆	◆	◇	◇			◇				http://www.nishikawa-hospital.or.jp/
		29 川越セントノア病院			◇								https://www.saintnoah-kawagoe.jp/
		30 トワーム小江戸病院			◆			◆					https://www.towarm.com/coedo/
		31 東松山病院	◆	◆	◇	◆	◆	◆	◆	◇	◇	◇	http://hm-hospital.or.jp/
32 埼玉森林病院		◆	◆	◇	◆	◆		◇	◇	◇		https://www.kokoro.or.jp/saitama/	
西部	33 丸木記念福祉メディカルセンター	◆	◆	◆			◆					https://www.saitama-mwa.or.jp/maruki/	
	34 防衛医科大学校病院	◆	◆	◇	◆	◇	★	◇				http://www.ndmc.ac.jp/hospital/	
	35 三ヶ島病院	◆	◆	◇	◇				◇			http://www.mikaijima.jp/	
	36 新所沢清和病院			◇			◆					http://www.hp-seiwa.org/	
	37 東所沢病院			◇								http://www.h-tokoro.jp/	
	38 ロイヤルこころの里病院	◆	◆	◇	◆							https://www.hirasawa-hp.jp/	
	39 狭山ヶ丘病院	◆	◆									https://sayamapsy.or.jp/	
	40 松風荘病院	◆	◆	◇								http://www.shofuso-hp.or.jp/	
	41 大生病院		◇	◇			◆					https://taisei-hosp.jp/	
	42 あさひ病院			◆								https://asahi-hosp.jp/	
	43 所沢慈光病院	◆	◆	◇		◆			◇			http://www.kouvikai1968.or.jp/index.html	
	44 南飯能病院	◆	◆	◇					◇			https://minamihanno.jp/	
	45 飯能老年病センター			◇			◆					http://www.h-g-c.jp/	
	46 武蔵の森病院	◇	◇	◇	◇	◇		◇	◇		◇	https://www.musashinomori.jp/	
	47 飯能靖和病院			◇								http://www.hannouseiwa.or.jp/	

利根	48	池沢神経科病院	◆	◆	◇				◇			http://www.hanyushi-ishikai.jp/clinic/clinic-5/
	49	不動ヶ丘病院	◆	◆					◆			https://fudou-hp.jp/
	50	東武丸山病院	◆	◆	◇							https://www.tobu-maruyama.or.jp/
	51	久喜すずのき病院	◆	◆	◆	◆	◆	◇	◆	◇	◇	https://www.suzunoki.net/
	52	新しらおか病院			◇							https://www.shin-shiraoka.jp/
	53	蓮田よつば病院		◇	◇							https://hasuda428.com/
北部	54	彩北病院	◆	◆	◇	◇				◇		https://iyobu-hospital.com/index.html
	55	本庄児玉病院			◇							http://www.honjokodama-hp.com/
	56	西熊谷病院	◆	◆	◆	◆	◇	◇	◆	◆	◆	http://www.nishikuma.or.jp/hospital/
	57	埼玉江南病院	◆	◆	◇	◇				◇	◇	https://kounanhospital.jp/system/
	58	北深谷病院	◆	◆	◇							http://www.kitafukaya.jp/
	59	楽天堂病院	◇	◇	◇							https://sites.google.com/site/rakusendohospital/home

◇:地域精神科医療機能 ◆:地域連携拠点機能 ★:県連携拠点機能

精神科病院における「地域精神科医療機能(◇)」について

患者の状況に応じて、多職種による適切な精神科医療を提供するとともに、関係機関と連携して、地域で生活するための支援を提供します。

精神科病院における「地域連携拠点機能(◆)」について

患者の状況に応じて、多職種による適切な精神科医療を提供するとともに、関係機関と連携して、地域で生活するための支援を提供します。
また、他の精神科医療機関等から、該当疾患の症状悪化時等における入院目的の個別相談や受入れ依頼について対応します。

精神科病院における「県連携拠点機能(★)」について

患者の状況に応じて、多職種による適切な精神科医療を提供するとともに、関係機関と連携して、地域で生活するための支援を提供します。
また、地域連携拠点機関から、難治性精神疾患の入院目的の受入れ依頼について対応します。

※地域連携拠点及び県連携拠点機能を保有する医療機関は、研修の企画・提供や積極的な情報発信、地域における連携会議の運営なども行います。

●てんかん診療について

埼玉医科大学病院を、埼玉県におけるてんかん診療拠点機関として指定しています。

てんかんの診療等が可能な県内医療機関につきましては、「埼玉てんかん診療連携医療機関一覧表について」から

御確認いただけます。 <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0705/tenkan/tenkansinryoukyotenkikan.html>

●高次脳機能障害について

県総合リハビリテーションセンター内に高次脳機能障害者支援センターが開設されています。

高次脳機能障害者支援センター(<https://www.pref.saitama.lg.jp/rihasen/annai/kouzinou.html>)には、

ご本人やご家族、関係機関の方々からの相談を受け付ける総合相談窓口を設置しています。

「高次脳機能障害に対応できる医療機関一覧」については、同ホームページの参考資料から御確認いただけます。

●発達障害について

発達障害の診療等が可能な県内医療機関につきましては、県発達障害総合支援センターホームページ

(<https://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/b0614/index.html>)の「発達障害医療機関リスト」から御確認いただけます。

多様な精神疾患等ごとの医療機関の医療機能一覧表(埼玉県内精神科診療所)

令和4年3月25日現在

保健医療圏	医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ	認知症	児童思春期	摂食障害	PTSD	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル依存症	HP
南部	1 かわくち今村クリニック	◇	◇	◇		◇					https://www.kyukokai.com/kyukokai/kawaguchi-imamura-clinic/
	2 東川口いずみクリニック	◇	◇	◇		◇	◇				http://higashi-izumicl.jp/
	3 しばた心身クリニック	◇	◇	◇	◇						http://shibata-cl.com/
	4 ふたばクリニック	◇	◇	◇							http://www15.plala.or.jp/futaba-clinic/
南西部	5 志木北口クリニック	◇	◇			◇	◇	◇	◇		http://www.asakamed.com/search/detail.php?no=88
	6 志木こころのクリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	https://www.siki-kokoro.com/
	7 あさか心のクリニック	◇	◇	◇	◇		◇				
	8 堀ノ内クリニック	◇	◇								https://horinouchi-clinic.or.jp/
東部	9 生徳診療所	◇	◇								http://www.hokusin.org/related_institution.html
	10 いずみクリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇			http://izumicl.jp/
	11 中村クリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇		http://www.nakamura-mental.net/
	12 サテライトクリニック しょうわ	◇	◇	◇	◇			◇	◇		https://www.showa.or.jp/about/facility/satellite-clinic/
	13 岡田メンタルクリニック	◇	◇	◇			◇	◇	◇		https://www.okada-mental.jp/
	14 川瀬クリニック	◇	◇				◇				http://kawaseclinic.webcrow.jp/
	15 有隣メンタルクリニック	◇	◇	◇			◇				http://yurin-mental.com/
	16 友愛クリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇			https://yuaisouka.com/
	17 草加すすのきクリニック	◇	◇	◇			◇	◇	◇		https://www.souka-suzunoki.net/
	18 さかの医院	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇			https://sakano-iin.com/
19 八潮駅前ひぐちクリニック	◇	◇	◇	◇		◇				http://www.vashio-higuchi-cl.jp/	
さいたま	20 野村クリニック	◇	◇	◇	◇		◇	◇	◇		https://nomuraclinic.net
	21 小原クリニック	◇	◇	◇	◇						https://www.ohara-clinic.or.jp/
	22 かせ心のクリニック	◇	◇	◇	◇						https://www.kase-cocoro.com/
	23 金沢クリニック	◇	◇	◇	◇	◇		◇			http://kana-cli.com/
	24 東大宮メンタルクリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇				https://www.higashi-omiya-mental.com/
	25 東大宮クリニック 婦人科・心療内科・精神科	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	https://higashioomiya-cl.com/
	26 浦和すすのきクリニック	◇	◇	◇			◇	◇	◇	◇	https://www.urawa-suzunoki.net/
	27 湯澤医院	◇	◇	◇	◇						https://hakushinkai.jp/facilities/yuzawa.html
	28 ひがメンタルクリニック	◇	◇	◇			◇	◇	◇	◇	https://www.higamental-cl.jp/
	29 渡辺メンタルクリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇			http://www.nabe-cli.com/
	30 ハレこころのクリニック大宮	◇	◇		◇						https://www.556smile.com/
	31 大野クリニック	◇	◇								http://www.oonoclinic.com/
	32 鷺谷メンタルクリニック	◇	◇				◇			◇	https://sagiya-mc.com/
	33 中浦和メンタルクリニック	◇	◇	◇			◇	◇	◇		https://nakaurawamental.com/
	34 彩の国みなみのクリニック	◇	◇	◇	◇		◇		◇		https://www.minamino-clinic.net/
	35 小山メンタルクリニック	◇	◇	◇			◇				http://www.mentalc.com/
	36 武蔵浦和メンタルクリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇			https://www.m-mental-clinic.com/
37 土呂メンタルクリニック	◇	◇	◇	◇		◇	◇			https://www.toromental.clinic/	
38 だるまさんクリニック	◇	◇		◇		◇				http://kuksa.main.jp/dharmasan/	
39 かたやまクリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	https://www.urawamisono-katayamaclinic.jp/	
県央	40 上尾の森診療所	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◇	◇	◇	https://www.junpukai.jp/
	41 上尾の森診療所楠川分院	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	https://www.junpukai.jp/branch
	42 河村クリニック	◇	◇	◇		◇					https://www.agemed.com/index.php?action=clinic_sampleindex&medical_id=260
	43 北本心ノ診療所	◇	◇	◇	◇	◇		◇	◇		https://www.koukeikai.com/
	44 南福音診療所		◇								http://minamifukuin.org/

川越北企	45	竹原クリニック	◇	◇	◇	◇		◇	◇		http://www.sakatsuna-ishikai.jp/mysearch/department/shinryoujiba/takehara.html
	46	本川越メンタルクリニック	◇	◇							http://www.mts-kawasaki.jp/website/kawasaki_top/02stpr01/04top/02youtokou&menu&id=004&no=00
	47	サクマこころのクリニック	◇	◇	◇	◇	◇			◇	https://sakuma-kokorono.clinic/
	48	佐々木医院	◇	◇							http://www.sss-hospital.jp/website/kawasaki_top/02stpr01/04top/02youtokou&menu&id=004&no=00
	49	米山クリニック	◇	◇	◇				◇		https://www.yonecli-kawaqoe.com/
	50	埼玉医科大学 かわごえクリニック	◇	◇		◇	◇				http://www.kc.saitama-med.ac.jp/index.html
	51	岸澤内科心療科医院	◇	◇	◇	◇			◇		https://kishizawa-clinic.com/
	52	森林公園メンタルク リニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	https://www.kokoro.or.jp/shinrin/
西部	53	メンタルクリニック むさしのもり	◇	◇	◇	◇		◇	◇		https://www.musashinomori-clinic.jp/
	54	所沢武蔵野クリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇		http://www.tokorozawa.saitama.med.or.jp/musacli/
	55	所沢メンタルクリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇		http://tokorozawa-mc.or.jp/shinryouikan.html
	56	入間平井クリニック	◇	◇	◇						http://iruma-medas.jp/search.php?block=1&subject=9
	57	あいクリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	http://www.narikidai.jp/group/ai-clinic-hanno/
	58	さんなんクリニック	◇	◇							
利根	59	こころときもちのク リニック	◇	◇		◇	◇	◇			http://kokorokimochi-clinic.blogspot.com/
北部	60	熊谷神経クリニック	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	https://www.yavoi.or.jp/kumapsy/
	61	上柴メンタルクリニック	◇	◇	◇				◇		https://kamimen.jp/
	62	清水クリニック	◇	◇	◇	◇	◇		◇		https://honiokodama-med.org/html/hospital/data/shimizu1.html
秩父	63	つむぎ診療所	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	https://www.chichibu.or.jp/tsumugi/

◇:地域精神科医療機能 ◆:地域連携拠点機能

精神科診療所における「地域精神科医療機能(◇)」について

地域における「かかりつけ医」として、患者の状況に応じた適切な精神科医療を提供します。

精神科診療所における「地域連携拠点機能(◆)」について

地域における「かかりつけ医」として、患者の状況に応じた適切な精神科医療を提供します。

また、他の精神科医療機関等から、該当疾患の症状悪化時等における入院目的の個別相談や受入れ依頼について対応します。

●てんかん診療について

埼玉医科大学病院を、埼玉県におけるてんかん診療拠点機関として指定しています。

てんかんの診療等が可能な県内医療機関につきましては、「埼玉てんかん診療連携医療機関一覧表について」から

御確認いただけます。<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0705/tenkan/tenkansinryoukyotenkikan.html>

●高次脳機能障害について

県総合リハビリテーションセンター内に高次脳機能障害者支援センターが開設されています。

高次脳機能障害者支援センター(<https://www.pref.saitama.lg.jp/rihasen/annai/kouzinou.html>)には、

ご本人やご家族、関係機関の方々からの相談を受け付ける総合相談窓口を設置しています。

「高次脳機能障害に対応できる医療機関一覧」については、同ホームページの参考資料から御確認いただけます。

●発達障害について

発達障害の診療等が可能な県内医療機関につきましては、県発達障害総合支援センターホームページ

(<https://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/b0614/index.html>)の「発達障害医療機関リスト」から御確認いただけます。

公的病院における5事業の取組

No.	保健医療圏	開設主体	施設名	所在市町村	小児医療	救急医療		災害医療	周産期医療			へき地医療
					小児輪番	救命救急センター	病院群輪番	災害拠点病院	周産期母子医療センター	NICU(新生児集中治療管理室)	新生児センター	該当なし
1	南部	市町村	川口市立医療センター	川口市	○	○		○基幹	○	○		
2	南部	済生会	社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会川口総合病院	川口市	○		○	○	○	○		
3	南部	市町村	蕨市立病院	蕨市	○		○					
4	南西部	独立行政法人	独立行政法人国立病院機構埼玉病院	和光市	○	○	○	○	○	○		
5	東部	市町村	春日部市立医療センター	春日部市	○		○			○	○	
6	東部	市町村	越谷市立病院	越谷市	○		○				○	
7	東部	市町村	草加市立病院	草加市	○		○	○		○		
8	さいたま	県	埼玉県立小児医療センター	さいたま市					○	○		
9	さいたま	市町村	さいたま市立病院	さいたま市		○	○	○	○	○		
10	さいたま	日赤	さいたま赤十字病院	さいたま市		○		○	○	○		
11	さいたま	独立行政法人	独立行政法人地域医療機能推進機構さいたま北部医療センター	さいたま市								
12	さいたま	独立行政法人	独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター	さいたま市								
13	県央	済生会	社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会鴻巣病院	鴻巣市								
14	県央	県	埼玉県総合リハビリテーションセンター	上尾市								
15	県央	県	埼玉県立がんセンター	伊奈町								
16	県央	県	埼玉県立精神医療センター	伊奈町								
17	川越比企	市町村	東松山市立市民病院	東松山市			○					
18	川越比企	県	埼玉県立嵐山郷	嵐山町								
19	川越比企	日赤	小川赤十字病院	小川町			○					
20	西部	国	国立障害者リハビリテーションセンター病院	所沢市								
21	西部	国	防衛医科大学校病院	所沢市		○		○			○	
22	西部	独立行政法人	独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院	所沢市	○		○		○			
23	西部	市町村	所沢市市民医療センター	所沢市			○					
24	利根	独立行政法人	独立行政法人国立病院機構東埼玉病院	蓮田市								
25	利根	済生会	社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会栗橋病院	久喜市	○		○	○				
26	北部	県	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	熊谷市								
27	北部	日赤	深谷赤十字病院	深谷市	○	○		○	○			
28	秩父	市町村	秩父市立病院	秩父市			○					県医師派遣
29	秩父	市町村	国民健康保険町立小鹿野中央病院	小鹿野町								県医師派遣

■資料：県医療整備課調べ(平成30年2月現在) ※令和4年3月一部修正

基準病床数の算定方法

1 療養病床及び一般病床

療養病床及び一般病床の基準病床数は、二次保健医療圏ごとに、アに掲げる式により算定します。ただし、県における基準病床の合計数は、二次保健医療圏ごとにイに掲げる式により算定した数の合計を超えることができません。

なお、後述する「5 基準病床数の算定の特例」に該当する場合には、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができます。

本計画では、高齢者人口の増加が更に進み医療需要の増加が大きく見込まれ、病床数の必要量が将来においても既存病床数を上回ると見込まれる地域について、この特例により療養病床及び一般病床の基準病床数について一定の加算を行っています。

特例協議の考え方（中間見直し時）

地域医療構想で推計した令和7年（2025年）の病床の必要量から児童福祉施設に係る病床など特定の者が利用する病床等を除いた病床数と既存病床数との差を、本計画の一部変更時（令和4年・2022年）から令和7年（2025年）までの間に整備可能とするための病床数とする。

$$\text{ア} \quad \frac{\text{【療養病床】}}{\sum AB_1 - G + C_1 - D_1} \div E_1 + \frac{\text{【一般病床】}}{\sum AB_2 \times F + C_2 - D_2} \div E_2$$

$$\text{イ} \quad \frac{\text{【療養病床】}}{\sum AB_1 - G} \div E_1 + \frac{\text{【一般病床】}}{\sum AB_2 \times F} \div E_2$$

【療養病床】

- A : 当該区域の性別及び年齢階級別人口（5歳ごと）
- B₁ : 全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率（5歳ごと）
- C₁ : 0～他区域から当該区域への流入入院患者数の範囲内で知事が定める数
- D₁ : 0～当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数
- E₁ : 病床利用率
- G : 介護施設、在宅医療等に対応可能な数

【一般病床】

- A : 当該区域の性別及び年齢階級別人口（5歳ごと）
 B₂ : 当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率（5歳ごと）
 C₂ : 0～他区域から当該区域への流入入院患者数の範囲内で知事が定める数
 D₂ : 0～当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数
 E₂ : 病床利用率
 F : 平均在院日数

注1 : 「性別及び年齢階級別人口」は、「埼玉県 町（丁）字別人口調査 平成29年1月1日現在」によるものです。

注2 : 「全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率」、「当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率」、「病床利用率」及び「平均在院日数」は、「医療法第30条の4第2項第11号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等」（平成29年3月28日厚生労働省告示第89号）で定められたものです。

注3 : 各区域の「流入入院患者数」及び「流出入院患者数」は、厚生労働省の「患者調査」及び「病院報告」から推計したものです。

2 精神病床

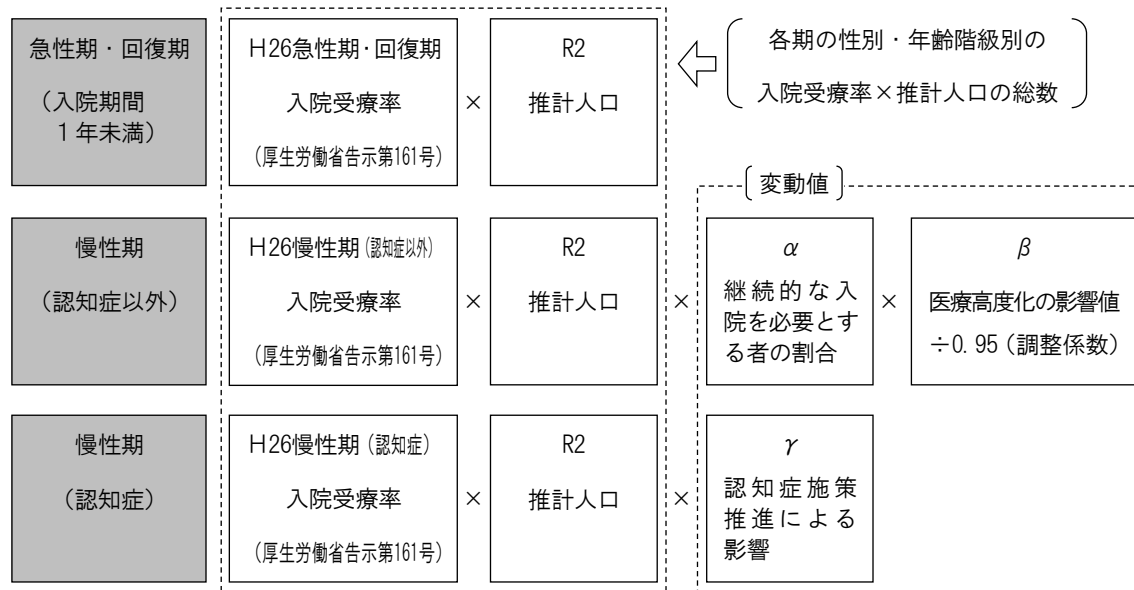
精神病床の基準病床数は、全県を区域として、令和2年度末の入院需要（患者数）の推計を基に、次に掲げる式により算定した数です。

【算定式】

$$\frac{A + C - D}{E}$$

- A : 令和2年度末の入院需要（患者数）
 C : 他都道府県から本県への流入入院患者数
 D : 本県から他都道府県への流出入院患者数
 E : 病床利用率

注1：「令和2年度末の入院需要（患者数）」は次により算定します。



【変動値（ $\alpha \cdot \beta \cdot \gamma$ ）について】

α ：入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合。慢性期入院患者の実態を勘案し、知事が定める値。（原則として0.8から0.85）

⇒埼玉県では、病床数が基準病床数を超過しているなどの本県の状況を考慮し、基準病床数の減少が最も穏やかとなる数値を設定した。（ $\alpha = 0.85$ ）

β ：治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響として、知事が定める値（原則として0.95から0.96）を3乗し、当初の普及速度を考慮して調整係数0.95で除した数とする。

⇒算定の考え方は α に同じ

$$(\beta = (0.96 \times 0.96 \times 0.96) \div 0.95 \doteq 0.93)$$

γ ：認知症施策の実績を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、知事が定める値（原則として0.97から0.98）を3乗した数とする。

⇒算定の考え方は α 、 β に同じ

$$(\gamma = 0.98 \times 0.98 \times 0.98 \doteq 0.94)$$

注2：「流入入院患者数」は平成29年患者調査（厚生労働省調査）下巻12表「推計入院患者数（施設所在地）」によるものです。

注3：「流出院患者数」は平成29年患者調査（厚生労働省調査）下巻13表「推計入院患者数（患者所在地）」によるものです。

注4：「病床利用率」は厚生労働省告示第161号によるものです。

3 結核病床

結核病床の基準病床数は、都道府県の区域ごとに都道府県知事が定める数です。

なお、当該基準病床数の算定に係る地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項に規定する技術的な助言は次のとおりです。

（平成17年7月19日付け健感発第0719001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」、平成20年3月31日健感発第0331001号改正現在）

【算定式】

$$(A \times B \times C \times D) + \text{ア}$$

- A：1日当たりの当該都道府県の区域内における感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第19条及び第20条の規定に基づき入院した結核患者の数
- B：同法第19条及び第20条の規定に基づき入院した結核患者の退院までに要する平均日数
- C：次に掲げる当該区域における同法第12条第1項の規定による医師の届出のあった年間新規患者（確定例）発生数の区分に応じ、それぞれに定める数値
- | | | |
|---|--------------|-----|
| 1 | 99人以下 | 1.8 |
| 2 | 100人以上499人以下 | 1.5 |
| 3 | 500人以上 | 1.2 |
- D：1（粟粒結核、結核性髄膜炎等の重症結核、季節変動、結核以外の患者の混入その他当該都道府県の区域の事情に照らして1を超え1.5以下の範囲内で都道府県知事が特に定めた場合にあつては、当該数値）
- ア：医療計画に基準病床数を定めようとする日の属する年度の前の年度の当該都道府県の区域内における慢性排菌患者（2年以上登録されており、かつ、1年以内に受けた検査の結果、菌陽性であった肺結核患者に限る）のうち入院している者の数

4 感染症病床

感染症病床の基準病床数は、全県を区域として、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）の規定に基づき厚生労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに知事の指定を受けている第一種及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として知事が定める数です。

5 基準病床数の算定の特例

医療計画作成時に次のような事情があるため、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができます。

- (1) 急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合
- (2) 特定の疾患に罹患する者が異常に多い場合
- (3) 高度の医療を提供する能力を有する病院が集中している場合
- (4) 基準病床数に係る特例の対象となる病床以外で、医学・医術の進歩に伴い特殊病床が必要と考えられる場合
- (5) その他当該区域において準ずる事情がある場合

なお、今後高齢者人口の増加が更に進む地域においては、医療需要の増加が大きく見込まれ、それに応じた医療提供体制の整備が求められることから、既存病床数が基準病床数を超えている地域で病床数の必要量が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、次によることとされています。

ア 高齢者人口の増加等に伴う医療需要の増加を勘案し、基準病床数の見直しについて毎年検討

イ 医療法第30条の4第7項の基準病床数算定時の特例措置で対応

また、前記ア及びイによる病床の整備に際しては、次の点を考慮しつつ、地域の実情等を十分に踏まえた上で検討することとされています。。

- (ア) 病床の機能区分（医療法第30条の13第1項に規定する病床の機能区分をいう。）ごとの医療需要
- (イ) 高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移
- (ウ) 疾病別の医療供給の状況、各医療圏の患者の流出入、交通機関の整備状況などの地域事情
- (エ) 都道府県内の各医療圏の医療機関の分布 等

医師の確保に関する事項

(1) 医師偏在指標

都道府県名	医師偏在指標	全国順位（位）
全国	239.8	—
北海道	224.7	29
青森県	173.6	45
岩手県	172.7	46
宮城県	234.9	22
秋田県	186.3	41
山形県	191.8	40
福島県	179.5	43
茨城県	180.3	42
栃木県	215.3	32
群馬県	210.9	34
埼玉県	177.1	44
千葉県	197.3	38
東京都	332.8	1
神奈川県	230.9	26
新潟県	172.7	47
富山県	220.9	30
石川県	272.2	7
福井県	233.7	24
山梨県	224.9	28
長野県	202.5	37
岐阜県	206.6	36
静岡県	194.5	39
愛知県	224.9	27
三重県	211.2	33
滋賀県	244.8	16
京都府	314.4	2
大阪府	275.2	6
兵庫県	244.4	17
奈良県	242.3	19

都道府県名	医師偏在指標	全国順位（位）
和歌山県	260.3	10
鳥取県	256.0	13
島根県	238.7	21
岡山県	283.2	4
広島県	241.4	20
山口県	216.2	31
徳島県	272.2	8
香川県	251.9	15
愛媛県	233.1	25
高知県	256.4	12
福岡県	300.1	3
佐賀県	259.7	11
長崎県	263.7	9
熊本県	255.5	14
大分県	242.8	18
宮崎県	210.4	35
鹿児島県	234.1	23
沖縄県	276.0	5

(2) 産科医師偏在指標

都道府県名	産科 医師偏在指標	全国順位（位）
全国	12.8	—
北海道	12.8	17
青森県	9.4	43
岩手県	10.7	36
宮城県	12.5	21
秋田県	16.5	3
山形県	12.1	23
福島県	8.6	46
茨城県	10.3	41
栃木県	12.9	16
群馬県	11.4	30

都道府県名	産科 医師偏在指標	全国順位（位）
埼玉県	8.9	45
千葉県	11.0	33
東京都	18.0	1
神奈川県	13.8	10
新潟県	9.4	44
富山県	13.3	13
石川県	13.1	14
福井県	14.5	8
山梨県	14.0	9
長野県	10.7	37
岐阜県	10.5	39
静岡県	12.6	19
愛知県	11.9	27
三重県	12.9	15
滋賀県	11.3	32
京都府	15.1	7
大阪府	16.0	4
兵庫県	12.5	20
奈良県	16.8	2
和歌山県	13.7	11
鳥取県	15.8	6
島根県	11.9	25
岡山県	12.8	18
広島県	12.2	22
山口県	11.5	29
徳島県	15.8	5
香川県	11.4	31
愛媛県	10.8	35
高知県	10.6	38
福岡県	13.5	12
佐賀県	10.9	34
長崎県	12.1	24
熊本県	8.2	47

都道府県名	産科 医師偏在指標	全国順位（位）
大分県	11.9	26
宮崎県	10.4	40
鹿児島県	10.1	42
沖縄県	11.8	28

(3) 小児科医師偏在指標

都道府県名	小児科 医師偏在指標	全国順位（位）
全国	106.2	—
北海道	109.1	24
青森県	93.4	38
岩手県	94.8	36
宮城県	99.3	30
秋田県	119.9	11
山形県	108.0	25
福島県	96.3	34
茨城県	82.2	47
栃木県	91.4	40
群馬県	117.5	15
埼玉県	83.9	46
千葉県	84.5	44
東京都	139.3	3
神奈川県	97.6	33
新潟県	103.4	29
富山県	128.6	6
石川県	116.9	16
福井県	123.7	8
山梨県	129.1	5
長野県	112.0	22
岐阜県	98.8	31
静岡県	84.2	45
愛知県	89.2	41
三重県	92.5	39

都道府県名	小児科 医師偏在指標	全国順位（位）
滋賀県	113.1	21
京都府	143.6	2
大阪府	110.6	23
兵庫県	104.3	28
奈良県	98.3	32
和歌山県	121.6	9
鳥取県	168.6	1
島根県	117.6	14
岡山県	118.8	12
広島県	95.7	35
山口県	107.0	27
徳島県	126.5	7
香川県	120.2	10
愛媛県	115.1	20
高知県	130.5	4
福岡県	115.4	18
佐賀県	116.5	17
長崎県	118.5	13
熊本県	107.9	26
大分県	115.4	19
宮崎県	86.8	42
鹿児島県	85.9	43
沖縄県	93.4	37

(4) 医師偏在指標の算定方法

医師偏在指標は、次に掲げる式により算定されます。

$$\frac{\text{標準化医師数（※1）}}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万人}}} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）}$$

※1 標準化医師数

$$\sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

※2 地域の標準化受療率比

$$\frac{\text{地域の期待受療率(※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

※3 地域の期待受療率

$$\frac{\Sigma (\text{全国の性・年齢階級別調整受療率(※4)} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

※4 性・年齢階級別調整受療率

$$\text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整係数} + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数}$$

注1：「地域の人口」及び「地域の性・年齢階級別人口」は、「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」によるものです。

注2：「性・年齢階級別医師数」は、厚生労働省の「平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年（2016年）12月31日現在）」における医療施設（病院・診療所）従事医師数のうち、性・年齢階級別（5歳ごと）医師数によるものです。

注3：「性・年齢階級別平均労働時間」（5歳ごと）及び「全医師の平均労働時間」は「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度（2016年度）厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）によるものです。

注4：「入院受療率」は「平成29年（2017年）患者調査」の全国性・年齢階級別入院患者数と「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」の性・年齢階級別人口を用いて厚生労働省において計算されたものです。

注5：「入院患者流出入調整係数」は各都道府県が報告した入院患者流入数・流出数及び地域の入院患者総数に基づき、厚生労働省において計算されたものです。

注6：「無床診療所受療率」は「平成29年（2017年）患者調査」の全国性年齢階級別一般診療所の外来患者数を社会医療診療行為別統計平成29年（2017年）6月審査分、診療所・無床診療所における初再診・外来診療科・在宅医療等算定回数で按分した無床診療所患者数と、「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」の性・年齢階級別人口を用いて厚生労働省において計算されたものです。

注7：「無床診療所医療医師需要度」は「医師需給分科会第3次中間取りまとめ」における医師の将来の需給推計における医師需要数を用いて厚生労働省において計算されたものです。

注8：「無床診療所患者流出入調整係数」は各都道府県が報告した地域の無床診療所患者流入数・流出数及び地域の無床診療所患者総数に基づき、厚生労働省において計算されたものです。

(5) 産科医師偏在指標の算定方法

産科医師偏在指標は、次に掲げる式により算定されます。

$$\frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数(※1)}}{\text{分娩件数} \div 1,000\text{件}}$$

※1 標準化産科・産婦人科医師数

$$\Sigma \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

注1：「産科・産婦人科医師数」は厚生労働省の「平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年（2016年）12月31日現在）」のうち、主たる診療科の「産科」、「産婦人科」のいずれかに従事している医師数（性・年齢階級別）です。

注2：「分娩件数」は、医療施設調査が9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用いて調整を行っています。

(6) 小児科医師偏在指標の算定方法

小児科医師偏在指標は、次に掲げる式により算定されます。

$$\frac{\text{標準化小児科医師数(※1)}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10\text{万人}}} \times \text{地域の標準化受療率比(※2)}$$

※1 標準化小児科医師数

$$\Sigma \text{性・年齢階級別小児科医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

※2 地域の標準化受療率比

$$\frac{\text{地域の期待受療率(※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

※3 地域の期待受療率

$$\frac{\text{地域の入院医療需要} (\times 4) \times \text{地域の無床診療所医療需要} (\times 5)}{\text{地域の年少人口}}$$

$$\frac{\text{地域の年少人口}}{10 \text{万人}}$$

10万人

※4 地域の入院医療需要

$$(\sum \text{全国の性・年齢階級別入院受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別年少人口}) \times \text{地域の入院患者流出入調整係数}$$

※5 地域の無床診療所医療需要

$$(\sum \text{全国の性・年齢階級別無床診療所受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別年少人口}) \times \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{地域の無床診療所患者流出入調整係数}$$

注1：「地域の年少人口」及び「地域の性・年齢階級別年少人口」は、「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」によるものです。

注2：「性・年齢階級別小児科医師数」は、厚生労働省の「平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年（2016年）12月31日現在）」における医療施設（病院・診療所）従事医師数のうち、小児科の性・年齢階級別（5歳ごと）医師数によるものです。

(7) 総労働時間の削減率の算定方法

総労働時間の削減率は、次に掲げる式により算定されます。

$$\left(1 - \frac{\text{規制適用後の週労働時間} (\times 6)}{\text{病院勤務医の一人当たり週労働時間} (\times 1)} \right) \times 100$$

※1 病院勤務医の一人当たり週労働時間

$$\begin{aligned} & \sum (\text{病院勤務医の1週当たりの労働時間} (40 \sim 110 \text{時間の8区分} (10 \text{時間ごと})) \times 1 \text{週当たりの労働時間ごとの区分割合} (\text{全体を1とした場合})) \\ & = ((40 \text{時間} \times 15.1\%) + (50 \text{時間} \times 20.7\%) + (60 \text{時間} \times 23.6\%) + (70 \text{時間} \times 18.4\%) + (80 \text{時間} \times 11.6\%) + (90 \text{時間} \times 6.0\%) + (100 \text{時間} \times 2.7\%) + (110 \text{時間} \times 1.8\%)) \\ & \div 100 \\ & = 62.79 \text{時間} \end{aligned}$$

※2 時間外労働規制の対象となる割合

平成29年度（2017年度）病床機能報告の病床数のうち、地域医療確保暫定特例水準の対象となりうる医療機関の病床数以外の時間外労働規制の対象となる病床数の割合

$$= (50,682 \text{床} - 24,559 \text{床}) \div 50,682 \text{床} \\ = 0.515$$

※3 令和5年（2023年）に時間外労働規制を受ける勤務割合

時間外労働規制の対象となる割合（※2）×令和4年（2022年）までの取組を仮定した割合（4年／5年）

$$= 0.515 \times 4 \text{年} / 5 \text{年} \\ = 0.41$$

※4 週60時間を超える部分の労働時間

Σ （病院勤務医の1週当たりの労働時間（70～110時間の5区分（10時間ごと））×1週当たりの労働時間ごとの区分割合（全体を1とした場合））

$$= (((70 \text{時間} - 60 \text{時間}) \times 18.4\%) + ((80 \text{時間} - 60 \text{時間}) \times 11.6\%) + ((90 \text{時間} - 60 \text{時間}) \times 6.0\%) + ((100 \text{時間} - 60 \text{時間}) \times 2.7\%) + ((110 \text{時間} - 60 \text{時間}) \times 1.8\%)) \div 100 \\ = 7.94 \text{時間}$$

※5 規制により削減される週労働時間

週60時間を超える部分の労働時間（※4）×令和5年（2023年）に時間外労働規制を受ける勤務割合（※3）

$$= 7.94 \text{時間} \times 0.41 \\ = 3.26 \text{時間}$$

※6 規制適用後の週労働時間

病院勤務医の一人当たり週労働時間（※1）－規制により削減される週労働時間（※5）

$$= 62.79 \text{時間} - 3.26 \text{時間} \\ = 59.53 \text{時間}$$

注1：※1及び4の出典は、第9回医師の働き方改革に関する検討会資料「病院勤務医の週勤務時間の区分割合」によるものです。

(8) 在宅医療を実施している医師数（平成29年）の算定方法

在宅医療を実施している医師数（平成29年（2017年））は、次に掲げる式により算定されます。

$$\begin{aligned} & \text{診療所の在宅医師数（※1）} + \text{在宅療養支援病院の医師数（※2）} \\ & + \text{在宅療養支援病院以外の病院の在宅医師数（※3）} \end{aligned}$$

- ※1 「在宅医学総合管理料及び施設入所時等医学総合管理料」の届出診療所数（695か所）に、平成29年（2017年）医療施設調査における診療所あたりの平均医師数（1.44人）を乗じて計算した医師数です。
- ※2 平成29年在宅療養支援病院の届出数（45か所（3区分合計））と、在宅療養支援病院の施設基準（1区分1人又は3人）を用いて計算した医師数（101人）です。
- ※3 「在宅医学総合管理料及び施設入所時等医学総合管理料」の在宅療養支援病院以外の届出医療機関数（31か所）に在宅療養支援病院当たりの在宅医師数（2.24人）を乗じて計算した医師数です。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

(1) 区域と区域内市町村

区域	区域内市町村	(参考)区域内保健所
南部	川口市・蕨市・戸田市	南部保健所・川口市保健所
南西部	朝霞市・志木市・和光市・新座市・富士見市・ふじみ野市・三芳町	朝霞保健所
東部	春日部市・草加市・越谷市・八潮市・三郷市・吉川市・松伏町	春日部保健所・草加保健所・越谷市保健所
さいたま	さいたま市	さいたま市保健所
県央	鴻巣市・上尾市・桶川市・北本市・伊奈町	鴻巣保健所
川越比企	川越市・東松山市・坂戸市・鶴ヶ島市・毛呂山町・越生町・滑川町・嵐山町・小川町・川島町・吉見町・鳩山町・ときがわ町・東秩父村	東松山保健所・坂戸保健所・川越市保健所
西部	所沢市・飯能市・狭山市・入間市・日高市	狭山保健所
利根	行田市・加須市・羽生市・久喜市・蓮田市・幸手市・白岡市・宮代町・杉戸町	加須保健所・幸手保健所
北部	熊谷市・本庄市・深谷市・美里町・神川町・上里町・寄居町	熊谷保健所・本庄保健所
秩父	秩父市・横瀬町・皆野町・長・町・小鹿野町	秩父保健所

(2) 外来医師偏在指標の算定方法

外来医師偏在指標は、区域ごとに次に掲げる式により算定されます。

標準化診療所医師数(※1)

$$\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万人}} \times \frac{\text{地域の標準化受療率比(※2)}}{\text{地域の診療所の外来患者対応割合(※4)}} \right) \times \frac{\text{外来患者流出入}}{\text{調整係数}}$$

※1 標準化診療所医師数

$$\sum \text{性・年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全診療所医師の平均労働時間}}$$

※2 地域の標準化受療率比

$$\frac{\text{地域の外来期待受療率(※3)}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

※3 地域の外来期待受療率

$$\frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

※4 地域の診療所の外来患者対応割合

$$\frac{\text{地域の診療所の外来患者延数}}{\text{地域の診療所+病院の外来患者延数}}$$

注1：「地域の人口」及び「地域の性・年齢階級別人口」（5歳ごと）は、「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」によるものです。

注2：「性・年齢階級別診療所医師数」は、厚生労働省の「平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年（2016年）12月31日現在）」における診療所従事医師数（5歳ごと）によるものです。

注3：「性・年齢階級別平均労働時間」（5歳ごと）及び「全診療所医師の平均労働時間」は、「平成28年度（2016年度）厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」（研究班）」に基づき、厚生労働省において計算されたものです。

注4：「全国の性・年齢階級別外来受療率」（5歳ごと）は、厚生労働省の「平成29年（2017年）患者調査」に基づく全国の性・年齢階級別の外来患者数（5歳ごと）を全国の性・年齢階級別人口（5歳ごと 住民基本台帳人口（平成30年（2018年）1月1日現在））で除すことにより、厚生労働省において計算されたものです。

注5：「外来患者延数」は、厚生労働省において、NDBの平成29年（2017年）4月から平成30年（2018年）3月までの診療分データ（12か月）に基づき抽出・集計したものです。なお、ここでの外来患者延数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診及び往診・在宅訪問診療の診療行為の算定回数を合算したものです。

注6：「外来患者流出入調整係数」は、各都道府県が報告した外来患者流入数・流出数、及び地域の外来患者総数に基づき、厚生労働省において計算されたものです。

(3) 各区域において不足している外来医療機能の意見聴取

国のガイドラインでは、現時点で不足している外来医療機能に関する検討に当たっては、協議の場における地域の医療関係者等の意見を適切に集約するものとされています。

このため、本県では、4項目の医療提供体制（夜間や休日等における初期救急医療、在宅医療、公衆衛生（産業医・学校医・予防接種）及び介護認定審査）をはじめとした外来医療機能の不足感について、協議の場の委員から意見を聴取しました。意見聴取に当たっての不足感の区分は、次のとおりです。

- ア とても不足していると感じる
- イ やや不足していると感じる
- ウ あまり不足していると感じない
- エ 不足していると感じない
- オ 無回答・分からない

(4) 医療機器の調整人口当たり台数の算定方法

医療機器の調整人口当たり台数は、医療機器の項目及び区域ごとに次に掲げる式により算定されます。

$$\frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万人}} \times \text{地域の標準化検査率比（※1）}}$$

※1 地域の標準化検査率比

$$\frac{\text{地域の人口当たり期待検査数（入院＋外来）（※2）}}{\text{全国の人口当たり期待検査数（入院＋外来）}}$$

※2 地域の人口当たり期待検査数

$$\frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性・年齢階級別検査数（入院＋外来）}}{\text{全国の性・年齢階級別人口}} \times \text{地域の性・年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

注1：「地域の人口」、「全国の性・年齢階級別人口」及び「地域の性・年齢階級別人口」（5歳ごと）は、「住民基本台帳人口 平成30年（2018年）1月1日現在」によるものです。

注2：「検査数」は、NDBの平成29年（2017年）4月から平成30年（2018年）3月までの医科レセプト及びDPCレセプトから、該当する診療行為の年間算定回数を抽出し、厚生労働省において計算したものです。

主な取組及び担当課一覧

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
(第2部 暮らしと健康)							
1	ライフステージに応じた健康づくり	1	健康づくり対策		生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進	県、市町村	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	1	健康づくり対策		勤労者のメンタルヘルス対策の充実	県、企業等	多様な働き方推進課
1	ライフステージに応じた健康づくり	1	健康づくり対策		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	県、医療保険者	健康長寿課 国保医療課
1	ライフステージに応じた健康づくり	1	健康づくり対策		禁煙支援・受動喫煙防止対策の推進	県、市町村、関係団体、 民間事業者	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	1	健康づくり対策		食育の推進	県、栄養士会、関係団体	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	1	健康づくり対策		アレルギー疾患対策の充実	県、市町村、医療機関	疾病対策課
1	ライフステージに応じた健康づくり	1	健康づくり対策		介護予防の推進	市町村	地域包括ケア課
1	ライフステージに応じた健康づくり	1	健康づくり対策		特定給食施設等の指導強化	県、関係団体	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	1	健康づくり対策		健康づくり支援のための人材養成	県、市町村	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	1	健康づくり対策		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	県、埼玉県後期高齢者 医療広域連合、市町村	国保医療課
1	ライフステージに応じた健康づくり	2	歯科保健対策		県民の歯の自己管理能力の確立	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	2	歯科保健対策		歯科保健事業の評価	県、市町村	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	2	歯科保健対策		地域での歯科保健医療体制の整備	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	2	歯科保健対策		小児期からの歯の喪失防止に向けた取組をはじめ各ライフステージにおける歯科口腔保健の推進	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	2	歯科保健対策		かかりつけ歯科医の定着促進	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	2	歯科保健対策		フッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用の普及・拡大	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	2	歯科保健対策		医科歯科連携の推進	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	2	歯科保健対策		要介護を含む高齢者、障害(児)者等に対する歯科保健医療体制の整備、地域在宅歯科医療推進拠点の充実	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		周産期医療体制の充実及び小児在宅医療の推進	県、市町村、医療機関、 医師会、看護協会、助産 師会	医療整備課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		小児救急医療体制の充実	県、市町村、医療機関	医療整備課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援体制の充実	市町村	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		母子の身体的、精神的ケアの充実	県、市町村	健康長寿課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		母子の家族に対する精神的ケアの充実	県、市町村	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		不妊に関する治療費等への支援や専門相談等の充実	県、市町村	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		乳幼児の事故防止及びSIDS(乳幼児突然死症候群)の予防	県、市町村	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		各種医療給付による早期治療・療育の促進	県、市町村	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		乳幼児医療費等の助成による家族の経済的負担の軽減	市町村	国保医療課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		県立特別支援学校における医療的ケアの実施	特別支援学校	(教)特別支援教育課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		病院における院内学級設置及び訪問教育の実施	県、市町村	(教)特別支援教育課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		子供の心の健康に関する相談、情報提供等の充実	県、市町村	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		児童虐待予防・防止のための取組の充実	県、市町村、医療機関、医師会	健康長寿課 こども安全課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		児童虐待予防・防止に関する普及啓発と関係機関のネットワークによる早期対応の促進	県、市町村、関係機関、関係団体	こども安全課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		発達障害に早期に気付き支援できる人材の育成、医療・療育の専門職の人材育成、遊具等を活用した実習形式の研修などによる身近な地域で専門的な支援ができる人材の育成	県	障害者福祉推進課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		発達障害のある子供を持つ親への支援	県	障害者福祉推進課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		市町村や地域の支援機関に対する発達障害のある子供の支援方法等に関する助言・支援	県	障害者福祉推進課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		発達障害の診療・療育の拠点となる中核発達支援センターの運営、個別療育及び親支援を提供する発達障害地域療育センターの運営	県	障害者福祉推進課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		病児・病後児保育の充実	市町村	少子政策課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		思春期の健康教育の推進	県	(教)保健体育課 保健医療政策課 健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		学校保健の充実	県	(教)保健体育課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策		性に関する教育や薬物乱用対策の推進	県	(教)保健体育課 保健医療政策課 健康長寿課 薬務課
1	ライフステージに応じた健康づくり	3	親と子の保健対策	▲	妊娠期や子育て期における歯科保健医療対策の充実、フッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用の普及・拡大	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	4	青少年の健康対策		健康相談体制の充実	県	健康長寿課 (教)保健体育課
1	ライフステージに応じた健康づくり	4	青少年の健康対策	▲	フッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用の普及・拡大	県、市町村、医療機関	健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	4	青少年の健康対策	▲	薬物乱用対策の推進	県、市町村、関係団体	薬務課 (教)保健体育課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
1	ライフステージに応じた健康づくり	4	青少年の健康対策		子供の心の医療体制整備の推進	県、医療機関、関係団体	保健医療政策課 健康長寿課
1	ライフステージに応じた健康づくり	4	青少年の健康対策	▲	学校保健の充実	県	(教)保健体育課
1	ライフステージに応じた健康づくり	4	青少年の健康対策		学校保健委員会の開催	県	(教)保健体育課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	1	難病対策		難病患者への医療給付、地域医療体制の確保及び療養支援、災害時の支援体制の構築	県、市町村	疾病対策課 健康長寿課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	1	難病対策		原子爆弾被爆者に対する医療費や各種手当等の支給及び健康診断の実施	県	疾病対策課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	2	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策		生活習慣病予防など健康づくり対策の推進	県、市町村	健康長寿課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	2	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	▲	介護予防の推進	市町村	地域包括ケア課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	2	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策		歯・口腔の健康の維持・向上のための取組の推進	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	2	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	▲	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	県、埼玉県後期高齢者医療広域連合、市町村	国保医療課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	3	人生の最終段階における医療		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	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	3	人生の最終段階における医療		人生の最終段階における医療提供体制の整備	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	4	臓器移植対策		臓器移植の普及促進	県、市町村	疾病対策課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	4	臓器移植対策		骨髄移植の普及支援	県、市町村	疾病対策課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	5	リハビリテーション医療		医療機関の機能分化と連携の促進	県、医療機関、薬局、医師会、歯科医師会、薬剤師会	医療整備課 健康長寿課 薬務課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	5	リハビリテーション医療		埼玉県総合リハビリテーションセンターの医療部門の充実	県	障害者福祉推進課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	5	リハビリテーション医療		埼玉県総合リハビリテーションセンターに開設した高次脳機能障害者支援センターによる高次脳機能障害者への助言指導や情報提供、リハビリ訓練などの支援の推進	県	障害者福祉推進課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	5	リハビリテーション医療		地域リハビリテーションの推進	県	障害者福祉推進課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	5	リハビリテーション医療		専門職のための研修の充実	県	障害者福祉推進課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	6	動物とのふれあいを通じたQOL(生活の質)の向上		動物由来感染症の予防対策の推進	県	生活衛生課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	6	動物とのふれあいを通じたQOL(生活の質)の向上		動物の愛護及び適正飼育管理の推進	県	生活衛生課
2	疾病・障害とQOL(生活の質)の向上	6	動物とのふれあいを通じたQOL(生活の質)の向上		アニマルセラピー活動の推進	県、ボランティア	生活衛生課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	1	健康危機管理体制の整備充実		情報収集及び提供体制の充実	県	保健医療政策課 薬務課 食品安全課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	1	健康危機管理体制の整備充実		食品、毒物劇物、医薬品等の営業者などに対する監視指導体制の充実強化	県	薬務課 食品安全課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	1	健康危機管理体制の整備充実		食品、毒物劇物、医薬品等の営業者などによる自主管理体制の充実強化	県	薬務課 食品安全課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	1	健康危機管理体制の整備充実		健康危機管理マニュアルの整備等による危機管理体制の充実強化	県	保健医療政策課 医療整備課 生活衛生課 食品安全課 薬務課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	1	健康危機管理体制の整備充実		危機管理対応のための職員等の資質向上	県	保健医療政策課 医療整備課 生活衛生課 薬務課 食品安全課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	2	保健衛生施設の機能充実		(1)保健所 ア 保健衛生施策等の推進	県	保健医療政策課 医療整備課 生活衛生課 薬務課 食品安全課 健康長寿課 こども安全課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	2	保健衛生施設の機能充実		イ 市町村が行う生活習慣病予防などの取組への支援	県	健康長寿課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	2	保健衛生施設の機能充実		ウ 健康危機管理想定訓練の実施	県	保健医療政策課 医療整備課 生活衛生課 薬務課 食品安全課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	2	保健衛生施設の機能充実		(2)衛生研究所 ア 感染症対策の充実	県	保健医療政策課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	2	保健衛生施設の機能充実		イ 食の安全・安心、医薬品等の安全性の確保	県	食品安全課 生活衛生課 薬務課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	2	保健衛生施設の機能充実		ウ 保健所との連携・支援	県	保健医療政策課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	2	保健衛生施設の機能充実		エ 検査体制の強化	県	保健医療政策課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	3	安全で良質な水の供給		水質監視・水質検査精度管理の実施	県、市町村	生活衛生課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	3	安全で良質な水の供給		節水意識の高揚	県、市町村、民間事業者	生活衛生課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	3	安全で良質な水の供給		水道施設の計画的な更新・維持管理	県、市町村	生活衛生課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	3	安全で良質な水の供給		市町村水道広域化の促進	県、市町村	生活衛生課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	3	安全で良質な水の供給		地震に強い水道施設の整備の促進	県、市町村	生活衛生課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	4	衛生的な生活環境の確保		生活衛生関係営業施設及び特定建築物の監視指導体制の充実	県	生活衛生課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	4	衛生的な生活環境の確保		一般公衆浴場確保対策の推進	県、営業者、(公財)埼玉県生活衛生営業指導センター	生活衛生課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	4	衛生的な生活環境の確保		公衆浴場等におけるレジオネラ属菌汚染防止対策の推進	県	生活衛生課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	4	衛生的な生活環境の確保		生活衛生関係事業者の自主管理体制の確立の促進	県、営業者、(公財)埼玉県生活衛生営業指導センター	生活衛生課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	5	安全な食品の提供		食品の監視指導・検査体制の強化	県	食品安全課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	5	安全な食品の提供		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	県	食品安全課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	5	安全な食品の提供		食品表示の適正化による食への信頼の確保	県	食品安全課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	5	安全な食品の提供		県民や食品等事業者に対する食中毒の発生防止対策の実施	県	食品安全課
3	健康危機管理体制の整備と生活衛生	5	安全な食品の提供		食の安全・安心確保に向けた情報提供と普及啓発	県	食品安全課
(第3部 医療の推進)							
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療	▲	生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進	県、市町村	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療	▲	禁煙支援・受動喫煙防止対策の推進	県、市町村、関係団体、民間事業者	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療	▲	食育の推進	県、栄養士会、関係団体	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		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	県、市町村、医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		がん検診の精度管理向上策の推進	県、市町村、医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		子宮頸がんの正しい知識の普及啓発の推進	県、市町村、医療機関	疾病対策課 感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		肝がんの予防としての肝炎対策の推進	県、市町村、医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		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	県、医療機関、関係団体	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		高度専門的ながん医療体制の整備	県、医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		地域連携クリティカルパスの普及	医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療	▲	医科歯科連携の推進	県、歯科医師会	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		県立がんセンターにおける医療体制の強化		保健医療政策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		県立小児医療センターにおける小児がん医療の充実		保健医療政策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		がん医療に関する全県的な相談支援体制の整備	県、医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		がんと診断された時からの緩和ケアの推進	県、医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		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	県、医療機関	疾病対策課 医療整備課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	1	がん医療		がん登録の推進	県、医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療	▲	生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進	県、市町村	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療	▲	食育の推進	県、栄養士会、関係団体	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療	▲	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	県、医療保険者	健康長寿課 国保医療課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療		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	県、市町村(消防機関を含む)、医師会、医療機関	医療整備課 消防防災課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療		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	県、消防機関、医療機関	医療整備課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療		救急医療情報システムの運営及び機能充実	県、消防機関、医療機関	医療整備課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療		急性期脳梗塞治療ネットワークなどの連携体制の構築	県、消防機関、医療機関	医療整備課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療	▲	医療機関の機能分化と連携の促進	県、医療機関、薬局、医師会、歯科医師会、薬剤師会	医療整備課 健康長寿課 薬務課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療		地域において在宅療養を支援する連携体制の構築	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療		患者を支える多職種連携システムの確立	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療		リハビリテーション医療の連携強化	県、医療機関、関係団体	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	2	脳卒中医療		口腔アセスメントの充実	県、歯科医師会	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療	▲	生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進	県、市町村	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療	▲	食育の推進	県、栄養士会、関係団体	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療	▲	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	県、医療保険者	健康長寿課 国保医療課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療	▲	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	県、市町村(消防機関を含む)、医師会、医療機関	医療整備課 消防防災課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療	▲	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	県、消防機関、医療機関	医療整備課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療	▲	救急医療情報システムの運営及び機能充実	県、消防機関、医療機関	医療整備課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療		急性心血管疾患治療に係る連携体制の構築	県、医療機関、関係団体	医療整備課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療		AEDの設置促進と設置場所の情報提供	国、県、市町村(消防機関を含む)、日赤、民間団体	薬務課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療		救命講習の受講促進	国、県、市町村(消防機関を含む)、日赤、民間団体	薬務課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療	▲	地域において在宅療養を支援する連携体制の構築	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療	▲	患者を支える多職種連携システムの確立	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療	▲	リハビリテーション医療の連携強化	県、医療機関、関係団体	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	3	心筋梗塞等の心血管疾患医療	▲	口腔アセスメントの充実	県、歯科医師会	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	4	糖尿病医療	▲	生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進	県、市町村	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	4	糖尿病医療	▲	食育の推進	県、栄養士会、関係団体	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	4	糖尿病医療	▲	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	県、医療保険者	健康長寿課 国保医療課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	4	糖尿病医療		糖尿病性腎症重症化予防対策事業の実施	県、市町村、国保連合会、医師会、埼玉糖尿病対策推進会議	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	4	糖尿病医療	▲	医療機関の機能分化と連携の促進	県、医療機関、薬局、医師会、歯科医師会、薬剤師会	医療整備課 健康長寿課 薬務課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	4	糖尿病医療		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	県、歯科医師会	健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		精神保健福祉相談・訪問指導体制の強化	県	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		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	県、市町村	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		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	県	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		障害福祉サービスの充実	市町村	障害者福祉推進課 障害者支援課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		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	県	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		精神科救急医療体制の充実	県、医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		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	県、医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		県立精神医療センターにおける医療体制の強化	県	保健医療政策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		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	県、医療機関	障害者福祉推進課 疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		「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	県、医療機関、関係団体	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		認知症予防対策の推進	県、市町村	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		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	県	地域包括ケア課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		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	県、医療機関	疾病対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	5	精神疾患医療		認知症の人やその家族の支援の強化	県・市町村	疾病対策課 地域包括ケア課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	6	感染症対策		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	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	6	感染症対策		感染症流行監視体制の整備	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	6	感染症対策		感染症指定医療機関の整備	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	6	感染症対策		感染症対策を担う人材の育成	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	6	感染症対策		エイズなど性感染症の予防・啓発	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	6	感染症対策		学校における性感染症の予防・啓発	県	(教)保健体育課 感染症対策課 健康長寿課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	6	感染症対策		HIV感染者等の早期発見体制の強化	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	6	感染症対策		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	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	6	感染症対策		DOTS(直接服薬確認療法)事業の推進	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		「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	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		診療・検査医療機関での受診体制等の確保	県、医療機関	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		衛生研究所の体制整備	県	保健医療政策課 感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		衛生研究所と民間検査機関も含めた検査体制の構築	県、民間検査機関	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		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	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		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	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		感染者急増時を見据えた病床・宿泊療養施設の確保	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		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	県、医療機関	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		県民に対する感染防止の普及・啓発の実施	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		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	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		市町村のワクチン接種の支援	県	感染症対策課
1	疾病ごとの医療提供体制の整備	7	新型コロナウイルス感染症対策		保健所の体制強化	県	保健医療政策課 感染症対策課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療		人口や地理的状況を考慮した救命救急センターの整備	県、市町村、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療		既存の高度救命救急センターや救命救急センターの充実・強化	県、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療		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	県、医師会、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療		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	県、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療		精神身体合併症患者の受入体制強化	県、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療		循環器病患者の受入体制強化	県、消防機関、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療		高次医療機関と連携した転院支援の促進	県、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療		救急医療情報システムの機能強化	県、消防機関、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療	▲	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	県、消防機関、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療	▲	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	県、市町村(消防機関を含む)、医師会、医療機関	医療整備課 消防防災課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療	▲	AEDの設置促進と設置場所の情報提供	国、県、市町村(消防機関を含む)、日赤、民間団体	業務課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療	▲	救命講習の受講促進	国、県、市町村(消防機関を含む)、日赤、民間団体	業務課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	1	救急医療		救急電話相談、AI救急相談及び医療機関案内の充実による救急医療機関の適正受診や救急車の適正利用の推進	県、市町村(消防機関を含む)	医療整備課 消防防災課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	2	災害時医療		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	県、医師会、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	2	災害時医療		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	県、医師会、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	2	災害時医療		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	県、医師会、医療機関、消防機関、市町村、民間事業者等	医療整備課 消防課 業務課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	2	災害時医療		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	県、医師会、医療機関、市町村	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	2	災害時医療		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	県、市町村	業務課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	2	災害時医療		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	県、市町村	医療整備課 保健医療政策課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	2	災害時医療		BCP未策定病院に対するノウハウの提供などの策定支援	県	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	2	災害時医療		埼玉県災害派遣精神医療チーム(DPAT)体制の整備	県	疾病対策課 障害者福祉推進課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	2	災害時医療		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)	県、医療機関	疾病対策課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		(1) ハイリスク出産への対応 ア 救命措置が必要な妊産婦の受入体制の確保	県、医療機関	医療整備課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		イ ハイリスク妊婦又は新生児の搬送調整体制の確保	県、医療機関、医師会	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		ウ 近隣都県との連携体制の構築	県	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		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	県、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		オ ICTを活用した分娩取扱施設に対する支援	県、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		カ 小児在宅医療の推進	県、市町村、医療機関、医師会	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		(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	県、医療機関	医療人材課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		イ 助産師、看護師の職能向上による医師の負担軽減	県、医療機関	医療人材課 医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		ウ 分娩(べん)取扱施設に対する支援	県、市町村	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		エ 産科医と精神科医の連携体制の構築	県、市町村、医療機関、医師会	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		(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ソンの配置	県、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療		イ 災害時における周産期医療ネットワークの構築	県、市町村、医療機関、医師会、看護協会、助産師会	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	3	周産期医療	▲	ウ 近隣都県との連携体制の構築	県	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	4	小児医療		地域の実情を踏まえた小児救急医療体制の整備・充実	県、市町村、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	4	小児医療		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	県、医療機関、医師会	医療人材課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	4	小児医療		PICU(小児集中治療室)など小児救命救急センターの機能充実	県、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	4	小児医療		搬送困難事象受入医療機関の体制充実	県、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	4	小児医療	▲	救急医療情報システムの機能強化	県、消防機関、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	4	小児医療	▲	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	県、消防機関、医療機関	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	4	小児医療		小児医療に関する正しい受診方法の普及啓発	県、医師会	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	4	小児医療		小児救急電話相談やAI救急相談事業の充実	県	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	4	小児医療		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	県、医師会	医療整備課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	5	へき地医療		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	県	医療人材課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	5	へき地医療		へき地に勤務する医師のキャリア形成支援	県、医療機関	医療人材課

章No.	章(方向)	節No.	節(施策)	再掲▲	主な取組	実施主体	主な担当課
2	事業ごとの医療提供体制の整備	5	へき地医療		病院、地域医師会との連携による後方支援体制の整備	県、医療機関、医師会	医療人材課
3	在宅医療の推進	1	在宅医療の推進	▲	地域において在宅療養を支援する連携体制の構築	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
3	在宅医療の推進	1	在宅医療の推進	▲	患者を支える多職種連携システムの確立	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
3	在宅医療の推進	1	在宅医療の推進		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	県	医療整備課
3	在宅医療の推進	1	在宅医療の推進		在宅医療に関わる医療・介護人材の育成	県、関係団体	医療人材課 高齢者福祉課
3	在宅医療の推進	1	在宅医療の推進		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	県、医師会	医療整備課
3	在宅医療の推進	1	在宅医療の推進	▲	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	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
3	在宅医療の推進	1	在宅医療の推進	▲	人生の最終段階における医療提供体制の整備	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
3	在宅医療の推進	1	在宅医療の推進		在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成	県、看護協会、訪問看護ステーション協会	医療人材課
3	在宅医療の推進	1	在宅医療の推進		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	県、歯科医師会	健康長寿課
3	在宅医療の推進	1	在宅医療の推進		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	県、薬剤師会	薬務課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		(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、医師会、医療機関	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		イ 医師の地域偏在・診療科偏在の解消	県、医師会、医療機関	医療人材課 保健医療政策課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		ウ 奨学金貸与者等若手医師に対するキャリア形成支援	県、医療機関、大学	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		エ 臨床研修医及び後期研修医の誘導・定着策の推進	県、医師会、医療機関	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		オ 地域医療教育センターによる教育研修環境の向上	県、医師会、医療機関、大学	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		カ 病院勤務医等の負担軽減	県、市町村、大学、医療機関	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		キ 女性医師に対する就業支援策の推進	県、医師会、医療機関	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保	▲	(2) 歯科医師 ア 医科歯科連携の推進	県、歯科医師会	健康長寿課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		イ 地域における多職種連携の推進	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		(3) 薬剤師 か かりつけ薬剤師の育成	県、薬剤師会	薬務課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		(4) 看護職員 ア 看護職員の養成	県、看護協会、医療機関	医療人材課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再 掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		イ 看護職員の離職防止・定着促進	県、看護協会、医療機関	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		ウ 看護職員の再就業支援	県、看護協会、医療機関	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		エ 看護職員の資質の向上	県、看護協会、医療機関	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		オ 保健師の現任教育の充実と資質の向上	県	保健医療政策課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保	▲	カ 在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成	県、看護協会、訪問看護ステーション協会	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		キ 助産師の活用の推進	県、関係団体	医療人材課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		(5)介護支援専門員(ケアマネジャー)研修を実施することにより、資質の向上を図る。	県	高齢者福祉課
4	医療従事者等の確保	1	医療従事者等の確保		(6)その他の保健医療福祉従事者研修等を実施することにより、従事者の資質向上を図る。	県	保健医療政策課
5	医療の安全の確保	1	医療の安全の確保		埼玉県医療機能情報提供システムの運営	県	医療整備課 業務課
5	医療の安全の確保	1	医療の安全の確保		患者の視点に立った医療サービスの質的向上の推進	県、医師会、医療機関	医療整備課
5	医療の安全の確保	1	医療の安全の確保		医療安全相談体制の充実	県	医療整備課 業務課
5	医療の安全の確保	1	医療の安全の確保		医療機関の医療安全管理体制の確立の支援	県、医療機関	医療整備課
5	医療の安全の確保	2	医薬品等の安全対策		医薬品などの品質管理の徹底	県	業務課
5	医療の安全の確保	2	医薬品等の安全対策		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	県	業務課
5	医療の安全の確保	2	医薬品等の安全対策		いわゆる健康食品の買上検査及び広告監視の強化	県	業務課
5	医療の安全の確保	2	医薬品等の安全対策	▲	薬物乱用対策の推進	県、関係団体	業務課
5	医療の安全の確保	2	医薬品等の安全対策		危険ドラッグなどの製造・流通の防止	県、関係団体	業務課
5	医療の安全の確保	2	医薬品等の安全対策		毒物劇物製造業者などに対する監視指導の実施	県	業務課
5	医療の安全の確保	2	医薬品等の安全対策		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	県	業務課
5	医療の安全の確保	3	医薬品の適正使用の推進		医薬品などの正しい知識の普及啓発	県、薬剤師会	業務課
5	医療の安全の確保	3	医薬品の適正使用の推進		医薬品などの適正使用のための情報提供	県、薬剤師会	業務課
5	医療の安全の確保	3	医薬品の適正使用の推進		かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化	県、薬剤師会	業務課
5	医療の安全の確保	3	医薬品の適正使用の推進		多剤・重複投薬の防止や残薬対策などの適正使用の推進	県、薬剤師会	業務課

章No.	章(方向)	節No.	節(施策)	再掲▲	主な取組	実施主体	主な担当課
5	医療の安全の確保	3	医薬品の適正使用の推進		ジェネリック医薬品に関する研修会の開催	県	薬務課
5	医療の安全の確保	3	医薬品の適正使用の推進		汎用ジェネリック医薬品リストの作成	県	薬務課
5	医療の安全の確保	4	献血の推進		献血の普及啓発と献血組織の充実	県、市町村、日赤血液センター	薬務課
5	医療の安全の確保	4	献血の推進		若年層を中心とした献血者の確保	県、市町村、日赤血液センター	薬務課
5	医療の安全の確保	4	献血の推進		安全な血液製剤の安定供給	県、日赤血液センター	薬務課
5	医療の安全の確保	4	献血の推進		血液製剤の適正使用の推進	県、医療機関、日赤血液センター	薬務課
(第4部 地域医療構想)							
2	地域医療構想の実現に向けた取組				(1)医療機能の分化・連携と病床整備 ア 急性期病床から地域包括ケア病床等回復期病床への転換促進	県、医師会、医療機関	医療整備課
2	地域医療構想の実現に向けた取組				イ 地域医療構想調整会議での協議を通じた医療機能の分化・連携	県、市町村、医師会、医療機関	保健医療政策課 医療整備課
2	地域医療構想の実現に向けた取組				ウ 病床機能報告制度を活用した医療機能情報の提供と共有	県、市町村、医師会、医療機関	保健医療政策課
2	地域医療構想の実現に向けた取組				エ ICTを活用した地域医療連携ネットワークの整備支援	県、市町村、医師会、医療機関	医療整備課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	(2)在宅医療等の体制整備 ア 地域において在宅療養を支援する連携体制の構築	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	イ 患者を支える多職種連携システムの確立	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	ウ 在宅医療連携拠点に対する広域的な支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援	県、医師会	医療整備課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	エ 人生の最終段階における医療提供体制の整備	県、市町村、医師会、医療機関、介護事業所	医療整備課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	オ 在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成	県、看護協会、訪問看護ステーション協会	医療人材課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	カ 在宅歯科医療の推進を担う地域在宅歯科医療推進拠点の充実	県、歯科医師会	健康長寿課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	キ 在宅医療を担う薬局の整備促進と薬剤師の育成	県、薬剤師会	薬務課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	(3)医療従事者の確保 ア 埼玉県総合医局機構による一元的な医師確保対策の推進	県、医師会、医療機関	医療人材課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	イ 医師の地域偏在・診療科偏在の解消	県、医師会、医療機関	医療人材課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	ウ 看護職員の養成、離職防止・定着促進、再就業支援	県、看護協会、医療機関	医療人材課
2	地域医療構想の実現に向けた取組			▲	エ 看護職員の資質の向上	県、看護協会、医療機関	医療人材課
(第6部 医療費適正化計画)							
1	住民の健康の保持の推進				医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進 後期高齢者に対する健康診査の推進・健診結果に基づく支援の充実	県、医療保険者、埼玉県後期高齢者医療広域連合	健康長寿課 国保医療課

章 No.	章 (方向)	節 No.	節 (施策)	再掲 ▲	主な取組	実施主体	主な担当課
1	住民の健康の保持の推進				市町村等による健康増進事業の支援	県	健康長寿課
1	住民の健康の保持の推進				保険者等との連携 保険者協議会等の場を活用した連携体制の推進	県、国保連合会、医療保 険者	国保医療課 保健医療政策課
1	住民の健康の保持の推進			▲	生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進	県、市町村、	健康長寿課
1	住民の健康の保持の推進			▲	禁煙支援・受動喫煙防止対策の推進	県、市町村、関係団体、 民間事業者	健康長寿課
1	住民の健康の保持の推進			▲	食育の推進	県、栄養士会、関係団体	健康長寿課
1	住民の健康の保持の推進				がん、心疾患、脳卒中、糖尿病などの生活習慣 病、認知症の予防・改善に向けた歯科口腔(く)の 保健の推進と医科歯科連携の強化	県、市町村、歯科医師会	健康長寿課
1	住民の健康の保持の推進			▲	介護予防の推進	市町村	地域包括ケア課
1	住民の健康の保持の推進			▲	特定給食施設等の指導強化	県、関係団体	健康長寿課
1	住民の健康の保持の推進				健康づくり支援のための人材育成	県、市町村	健康長寿課
1	住民の健康の保持の推進			▲	糖尿病性腎症重症化予防対策事業の実施	県、市町村、国保連合 会、医師会、埼玉糖尿病 対策推進会議	健康長寿課
2	医療の効率的な提供の推進			▲	(1) 病床機能の分化・連携の促進 ア 急性期病床から地域包括ケア病床等回復期 病床への転換促進	県、医師会、医療機関	医療整備課
2	医療の効率的な提供の推進			▲	イ 地域医療構想調整会議での協議を通じた医 療機能の分化・連携	県、市町村、医師会、医 療機関	保健医療政策課 医療整備課
2	医療の効率的な提供の推進			▲	ウ 病床機能報告制度を活用した医療機能情報 の提供と共有	県、市町村、医師会、医 療機関	保健医療政策課
2	医療の効率的な提供の推進			▲	エ ICTを活用した地域医療連携ネットワークの整 備支援	県、市町村、医師会、医 療機関	医療整備課
2	医療の効率的な提供の推進				(2) ジェネリック医薬品の使用促進とかかりつけ薬 剤師・薬局の機能強化 ア 県民を対象としたセミナーの開催やリーフレット 等による普及啓発	県、医師会、歯科医師 会、薬剤師会	薬務課
2	医療の効率的な提供の推進				イ 医療関係者を対象とした勉強会の開催やジェ ネリック医薬品工場の視察	県	薬務課
2	医療の効率的な提供の推進				ウ 他団体と連携した普及啓発活動	県、市町村、医師会、歯 科医師会、薬剤師会、協 会けんぽ	薬務課
2	医療の効率的な提供の推進			▲	エ 残薬対策など「かかりつけ薬剤師・薬局」の機 能強化	県、薬剤師会	薬務課
4	国民健康保険の運営				市町村国民健康保険に係る下記の取組の推進 (1) データヘルスの推進	県、市町村	国保医療課 保健医療政策課
4	国民健康保険の運営			▲	(2) 特定健康診査受診率の向上	県、市町村	国保医療課
4	国民健康保険の運営			▲	(3) 特定保健指導実施率の向上	県、市町村	国保医療課
4	国民健康保険の運営			▲	(4) ジェネリック医薬品の使用促進	県、市町村	国保医療課
4	国民健康保険の運営			▲	(5) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業の実施	県、市町村	国保医療課
4	国民健康保険の運営				(6) 医療費適正化の推進体制の充実	県、市町村	国保医療課 保健医療政策課

指標一覧（数値目標）

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由/ 目標値変更の理由	目標値の根拠	中間見直しの対象
			現状値	左記の基準時点(年度、年、年度末、年末等)	目標値	左記の基準時点(年度、年、年度末、年末等)				
2-1-1	58	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)	男17.19年 女20.05年	平成27年	男18.17年 女20.98年	令和5年	毎年ごとに発表される以下の指標を基に算出 ・介護者数 ・死亡(人口動態統計) ・定常人口 ・定常生存	女性の最新値が目標値を上回り、男性の目標値も上回ることが見込まれることから、新5か年計画の目標値と整合も踏まえた目標値とする。	各年の変動を踏まえ、長期的な視点から過去10年間(平成22年度～令和元年度)の実績値の伸び(平均 男0.11年 女0.10年)を踏まえ、目標値を設定。	○
2-1-1	58	日常生活に制限のない期間の平均(年)	男71.39年 女74.12年	平成25年	男73.85年 女75.42年	令和4年	国が定めた健康寿命であり、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。3年ごとに実施されている国民生活基礎調査の結果を基に算定。	国の目標設定の考え方及び新5か年計画の指標の目標値に合わせたため。	国目標(2016年から2040年までの24年間で3年延伸)を基準とし、その場合の1年あたりの伸び平均である0.125年を、最終年まで積み上げ、目標値を設定。	○
2-1-2	61	12歳児でのう蝕のない者の割合の増加	67.7%	平成27年度	78.1%	平成35年度	学校保健統計調査に基づく、12歳児(中学1年生)のう蝕有病者の割合。	う蝕は、学齢期の子供にとって代表的な疾病であり、小児の健全な育成のためにう蝕予防が重要であることから、この指標を選定。	歯科口腔保健の推進に関する条例が制定された平成23年度から直近の現状値である平成27年度までの、1年当たりの伸び率を今後も見込みこの目標値を設定。	
2-1-2	61	生活習慣病(がん、心疾患、脳卒中など)、認知症に対応可能な歯科医療機関数	808機関	平成28年度	3,600機関	平成35年度	歯科医師等が生活習慣病や認知症と歯科口腔保健との相互作用を理解し、医科歯科の連携強化等を図ることを目的に開催される研修会に参加することで登録される歯科医療機関数。	歯の喪失・歯周病と生活習慣病、認知症との関連性が指摘されている。このため、各疾患を理解し、対応可能な歯科医療機関を増加させることが重要であるため、この指標を選定。	がん、脳卒中等、認知症の各々の登録歯科医療機関数について、県歯科医師会登録医療機関数約2,400施設の50%に当たる施設数を指して、この目標値を設定。 目標値 がん 1,200機関 脳卒中等 1,200機関 認知症 1,200機関 ※脳卒中等とは、脳卒中のほか心疾患、嚥下機能向上に対応する登録歯科医療機関	
2-1-2	61	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	292機関	平成28年度	1,200機関	平成35年度	歯科医師等が糖尿病と歯周病の関係を理解し、医科歯科の連携強化等を目的に開催される講習会に参加することで、登録される歯科医療機関数。	歯周病と血糖コントロールの関係性が指摘されており、医科歯科連携の必要性が分かっている。このことから、医科歯科連携による糖尿病予防や改善が重要であるため、この指標を選定。	県歯科医師会登録医療機関数約2,400施設の50%に当たる施設数を指して、この目標値を設定。	

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由/ 目標値変更の理由	目標値の根拠	中間見直し の対象
			現状値	左記の基準時点(年度、年、年度末、年末等)	目標値	左記の基準時点(年度、年、年度末、年末等)				
2-1-2	61	在宅歯科医療実施登録機関数	782 医療機関	平成28年度	1,080 医療機関 1,200 医療機関	平成32年度 平成35年度	地域における在宅歯科医療の担い手の増加を目的に登録される歯科医療機関数。	歯科保健医療を必要としながら十分提供されていない要介護者等に対し、必要な在宅歯科医療を提供できる環境整備が重要であることから、この指標を選定。	県歯科医師会登録医療機関数約2,400施設の50%に当たる施設数を目標として、この目標値を設定。	
2-2-2	73	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)	男17.19年 女20.05年	平成27年	男18.17年 女20.98年	令和5年	毎年ごとに発表される以下の指標を基に算出 ・介護者数 ・死亡 (人口動態統計) ・定常人口 ・定常生存	女性の最新値が目標値を上回り、男性の目標値も上回ることから、新5か年計画の目標値と整合も踏まえた目標値とする。	各年の変動を踏まえ、長期的な視点から過去10年間(平成22年度～令和元年度)の実績値の伸び(平均 男0.11年 女0.10年)を踏まえ、目標値を設定。	○
2-2-2	73	日常生活に制限のない期間の平均(年)	男71.39年 女74.12年	平成25年	男73.85年 女75.42年	令和4年	国が定めた健康寿命であり、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。3年ごとに実施されている国民生活基礎調査の結果を基に算定。	国の目標設定の考え方及び新5か年計画の指標の目標値に合わせたため。	国目標(2016年から2040年までの24年間で3年延伸)を基準とし、その場合の1年あたりの伸び平均である0.125年を、最終年まで積み上げ、目標値を設定。	○
2-2-6	80	福祉施設等でのアニマルセラピー活動の活動回数と参加人数	23回 1,254人	平成28年度	30回 1,500人	平成35年度	動物指導センターが福祉施設や学校等で入所者や児童を対象に行うアニマルセラピー活動の実施回数と参加人数。	福祉施設や学校等でのアニマルセラピー活動により、入所者や児童の心の健康に寄与すると考えられるため。	動物指導センターでのアニマルセラピー活動は、平均すると1回50名ほどの参加者となる。職員及びセンター事業協力ボランティア人数、活動犬の頭数を鑑み、30回の実施を目指し、この目標値を設定。	
2-3-5	91	食品関連事業所における製品等の自主検査実施率	10.3%	令和2年度末	55.0%	令和5年度末	食品関連事業所(食品衛生法等に基づきHACCPに沿った衛生管理を行うこととされている大規模事業者の施設及び広域流通食品等製造施設)等において、HACCPの検証のための自主検査を実施している割合。	令和3年6月にHACCP導入が完全義務化され、旧指標は役割を終えたことから、その実効性を担保するための取組を新たな指標として設定。	食中毒の発生を未然に防止し、食の安全・安心を確保するには食品関連事業所における製品等の自主検査実施率を100%にする必要があり、令和8年度末にこれを達成(新5か年計画での目標)することを想定し目標値を設定。	○

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由/ 目標値変更の理由	目標値の根拠	中間 見直し の対象
			現状値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)	目標値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)				
3-1-1	99	胃がん検診受診率 肺がん検診受診率 大腸がん検診受診率 子宮頸がん検診受診率 乳がん検診受診率	男42.4% 女32.6%	平成28年	左記の全てのがん種の受診率 50.0%	令和4年	検診対象者に対するがん検診受診者の割合。 がん対策推進基本計画(厚生労働省H29.10)における目標値にあわせて、目標値の表現を修正。 令和2年度開催の埼玉県がん対策推進協議会において「子宮がんは、子宮頸がんと子宮体がんに大別されるが、本指標は子宮頸がん検診の受診率のみを示していることから、誤解を招きやすいため表記を見直すこと。」との意見が出されたことから、表記を「子宮頸がん」に修正。	がん対策推進基本計画(厚生労働省H29.10)に基づく、がん検診受診率について、50%を達成する目標であることを踏まえ、この目標値を設定。	○	
3-1-2	102	特定健康診査受診率	50.9%	平成27年度	70%	平成35年度	生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、医療保険者に義務付けられた特定健康診査受診者の割合。	県民の生活習慣病予防のためには、早期発見及び生活習慣の改善が重要であることから、この指標を選定。	国の全国的な目標が70%であり、国の目指す目標まで引き上げるものとして、この目標値を設定。	
3-1-2	103	急性期脳梗塞治療(t-PA療法や血栓回収療法)の実施件数	917件	平成28年度	1,800件	平成35年度	急性期脳梗塞治療を必要とする患者に対し、埼玉県急性期脳梗塞治療ネットワークに参加する医療機関がt-PA療法や血栓回収療法を実施した件数。	急性期脳梗塞は、t-PA療法や血栓回収療法により、できるだけ早期に治療を行うことで後遺症が軽くなり、予後も良好になることから、この指標を選定。	今後、埼玉県急性期脳梗塞ネットワークに参加する医療機関の受入体制が強化されることから、平成28年度の実施件数の約2倍を目指して、この指標を選定。	
3-1-3	107	特定健康診査受診率(再掲)	50.9%	平成27年度	70%	平成35年度	生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、医療保険者に義務付けられた特定健康診査受診者の割合。	県民の生活習慣病予防のためには、早期発見及び生活習慣の改善が重要であることから、この指標を選定。	国の全国的な目標が70%であり、国の目指す目標まで引き上げるものとして、この目標値を設定。	
3-1-4	109	特定健康診査受診率(再掲)	50.9%	平成27年度	70%	平成35年度	生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、医療保険者に義務付けられた特定健康診査受診者の割合。	県民の生活習慣病予防のためには、早期発見及び生活習慣の改善が重要であることから、この指標を選定。	国の全国的な目標が70%であり、国の目指す目標まで引き上げるものとして、この目標値を設定。	
3-1-4	110	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)	292機関	平成28年度	1,200機関	平成35年度	歯科医師等が糖尿病と歯周病の関係を理解し、医科歯科の連携強化等を目的に開催される講習会に参加することで、登録される歯科医療機関数。	歯周病と血糖コントロールの関係性が指摘されており、医科歯科連携の必要性が分かっている。このことから、医科歯科連携による糖尿病予防や改善が重要であるため、この指標を選定。	県歯科医師会登録医療機関数約2,400施設を50%に当たる施設数を目標として、この目標値を設定。	

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由/ 目標値変更の理由	目標値の根拠	中間 見直し の対象
			現状値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)	目標値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)				
3-1-5	117	自殺死亡率	18.0	平成27年	14.0	令和4年	人口10万人当たりの自殺者数	新型コロナウイルス感染症の影響が拡大する中、自殺を防ぐための取組による自殺死亡率の減少を目指して新たに指標として追加するもの。	国の自殺総合対策大綱を踏まえ、令和8年(令和7年実績)までに平成27年比30%減少させることを目指して、その途中の令和5年度としての目標値を設定。	○
3-1-5	117	精神病床における慢性期(1年以上)入院患者数	7,349人	平成26年	5,755人	令和5年度末	精神科病院に1年以上入院している患者の人数。	すでに当初の目標値を達成したため、新たな目標値を設定。	国ツールにより、最新の県の人口動態や患者数などにに基づき、目標値を設定。	○
3-1-5	117	精神病床における入院後3か月時点の退院率	63.0%	平成26年度	69%以上	令和5年度	精神科病院に入院した患者の入院後3か月時点の退院率。	保健・医療・福祉の連携支援体制が強化されることによって、精神科病院の入院患者の早期退院が可能となることの成果として、この指標を設定。	精神科病院に入院した患者の入院後3か月時点の退院率が69%以上とする厚生労働省の示す目標を踏まえ、障害福祉計画等との整合性を図り、この目標値を設定。	
3-1-5	117	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数	1,136人	平成28年度	1,800人	令和5年度末	県が年に1回開催する当該研修(さいたま市及び県医師会と共催)の修了者数	新たに策定した「埼玉県認知症施策推進計画」における目標設定に伴う変更。	平成29年度から令和2年度までの実績値の伸び率を踏まえ、目標値を設定。	○
3-1-6	120	HIV感染者早期発見率	63%	平成28年	80%	平成34年	県内の新規エイズ患者と新規HIV感染者の報告数の合計のうち、新規HIV感染者の占める割合。	エイズを発症する前でのHIV感染の段階で発見することにより、エイズの発症を遅らせたり、二次感染(他者への感染)の防止につなげることができる。早期の発見が重要であることから、この指標を選定。	本県では、HIV感染段階で発見される割合が全国平均(H27年:70%)に比べ低くなっている。このため、HIV感染段階における早期発見の割合を全国平均に10%程度上乗させた数値まで高めることを目指して、この目標値を設定。	
3-1-7	124	感染症専門研修受講者数	-	-	全病院数(令和3年時点:343人)	令和5年度	県が実施する感染症専門研修を受講した人数	コロナ対策を進める上で、感染症対策の専門人材の育成は不可欠であることから、その育成数を目標値とする。	県内の全病院(343施設)に感染症対策の専門人材を1名ずつ育成することを目指し、目標値を設定。	○
3-2-1	130	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	43.6分	平成28年	39.4分	平成35年	傷病者の救急要請(覚知)から救急医療機関へ搬送するまでに要した時間。	現場滞在時間を含め、どれだけ迅速に救急活動を行ったかを示す数値であることから、この指標を選定。	平成27年の全国平均である39.4分を下回ることを目指して、この目標値を設定。	
3-2-1	130	重症救急搬送患者の医療機関への受入照会が4回以上となった割合	4.1%	平成28年速報値	2.7%	平成35年	重症以上の救急搬送患者のうち、医療機関への受入照会が4回以上となった患者の割合。	搬送困難事案がどれだけ発生したかを示す数値であることから、この指標を選定。	平成27年の全国平均である2.7%を下回ることを目指して、目標値を設定。	

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由/ 目標値変更の理由	目標値の根拠	中間 見直し の対象
			現状値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)	目標値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)				
3-2-1	130	救急電話相談 (大人)の相談件 数	33,386件	平成28年度	118,000件	平成35年度	大人の救急電話相談で受け付けた電話相談の件数。	大人の救急電話相談がどれだけ認知され利用されているのか把握できる実績であることから、この指標を選定。	平成29年10月に相談時間が24時間化したことから、平成28年度の3.5倍増を目指して、この目標値を設定。	
3-2-2	134	埼玉DMATの チーム数	32隊	平成28年度	60隊以上	平成35年度	埼玉DMATの編成可能数。	災害時医療を効果的・効率的に実施するためには、災害時医療を担う人材を養成する必要があることから、この指標を選定。	日本DMAT検討委員会(厚生労働省)の調査結果を踏まえ、救命救急センターは5チーム、それ以外の病院は2チームの整備を基本として試算してこの目標値を設定。	
3-2-2	134	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ター機能の確認を行う災害訓練の年間実施回数	0回	平成28年度	10回(保健医療圏ごとに1回)	平成35年度	保健医療圏ごとに医療関係機関と地域災害医療コーディネーターが参加して災害時を想定した医療救護活動に関する訓練を実施した回数。	実災害における効果的・効率的な医療救護活動を実施するためには、地域災害医療コーディネーターと地域の医療関係機関が参加して訓練を実施することが必要であることから、この指標を選定。	全ての保健医療圏ごとに年1回以上訓練を参加することを想定してこの目標値を設定。	
3-2-2	134	災害時連携病院の指定数	-	-	20病院	令和5年度	災害時連携病院の指定数	前目標である「災害拠点病院のBCP策定割合」が目標値を達成したことから、災害時医療の体制整備に係る取組を新たな指標として設定。	新5か年計画の目標値(令和8年度:35病院)を踏まえ、令和3年度に10病院、令和4年度以降は5病院ずつ指定する形で目標値を設定。	○
3-2-2	134	薬剤師災害リーダーの養成人数	0人	令和2年度	124人以上	令和5年度	県が指定する養成講習会(一般社団法人日本災害医学会の災害薬事研修(標準コース))を修了した薬剤師の人数	県災害時医療救護基本計画(令和2年3月策定)で定めた、災害時の医療救護活動に使用する医薬品等の円滑な供給体制の構築を行う際、県に必要な指導助言を行う薬剤師災害リーダーの養成を図る必要があるため、新たな指標として設定。	地域薬剤師会(34地域×3人)及び災害拠点病院(22病院×1人)に薬剤師災害リーダーを配置することを想定し、目標値として設定。	○
3-2-3	137	県外への母体搬送数(妊娠6か月以降)	143人	平成28年	70人	平成35年	転院搬送の必要が生じた妊娠6か月以降の妊婦のうち、県外の医療機関へ搬送された人数。	ハイリスク出産への対応の進捗と、県外への母体搬送数は密接に関係しており、指標として設定。	現状値から県外への母体搬送数を半減させるものとして設定。	
3-2-3	137	県内の出生数に対する分娩取扱数の割合	95%	平成28年	95%	平成35年	県内の出生数に対する県内の分娩取扱施設における分娩取扱数の割合。	県内で出産ができる体制の継続的な確保が必要であるが、県外での里帰り出産も一定程度あることも事実である。よって、県内出産の割合の維持という指標を設定。	県内の出生数に対する分娩取扱数の割合を維持するものとして設定。	

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由/ 目標値変更の理由	目標値の根拠	中間 見直し の対象
			現状値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)	目標値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)				
3-2-3	137	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	15人	令和2年度	27人	令和5年度	地域における災害時小児・周産期リエゾン(医師)養成者数	地域のリエゾン(災害対策本部参集要員以外のリエゾン)は地域の災害体制の核となるため、その養成者数を指標として設定。	県内地域周産期母子医療センター(9か所)×3人(産科医、小児科医、新生児科医)	○
3-2-4	140	小児救急搬送で4回以上の受入照会を行った割合	3.4%	平成27年	2%	平成35年	小児救急搬送患者のうち、医療機関への受入照会が4回以上になった割合。	小児救急搬送患者のうち、搬送困難事案がどれだけ発生したかを示す数値であることから、この指標を選定。	小児救急搬送のうち、搬送困難事案の割合を3割以上削減することを目標として、この目標値を設定。	
3-2-4	141	夜間や休日小児救急患者に対応できる二次救急医療圏の割合	86%	平成29年4月	100%	平成36年4月	小児二次救急医療体制において、すべての曜日で夜間も含め受入体制が確保できている二次救急医療圏の割合。	休日や夜間に診療を必要とする小児患者が増えており、県民が安心して小児救急医療を受けられることから、この指標を選定。	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ようにするため、すべての二次救急医療圏で夜間や休日も含めた受入体制を確保することを目標として、この目標値を設定。	
3-2-4	141	小児救急電話相談の相談件数	70,759件	平成28年度	140,000件	平成35年度	小児救急電話相談で受け付けた電話相談の件数。	小児救急電話相談がどれだけ認知され、利用されているのか把握できる実績であることから、この指標を選定。	平成29年10月に相談時間が24時間化したことから、平成28年度の倍増を目標として、この目標値を設定。	
3-3-1	149	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)	766か所	平成28年度	930か所 1,075か所	平成32年度 平成35年度	通院困難な在宅患者に対し定期的に訪問診療を行い、総合的な医学管理を行っている医療機関の数。	在宅医療の実現するには、専門的な在宅養育支援診療所から訪問診療を行う一般的な診療所まで、在宅医療に取り組む医療機関が不可欠なためこの指標を選定。	「地域医療構想の2025年の在宅医療等の必要数」の25年～37年の平均(複利)伸び率を計算。その伸び率を用いて、平成28年度末の届出数を初期値として目標値を設定。	
3-3-1	149	入退院支援ルール作成済み市町村数	26市町村	令和2年度	63市町村	令和5年度	入退院支援ルールを作成した市町村の数	退院後の円滑な在宅生活には、入院前から病院関係者と在宅関係者が情報共有することが重要であり、そのためには地域の実情に応じたルール作りが必要なため、この指標を選定。	在宅医療への円滑な移行には在宅医療圏ごとに入退院支援ルールを作成することが重要である。そのため、県内全域で入退院支援ルールが作成されるよう63市町村を目標値として設定。	○
3-3-1	149	訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数	2,133人	平成28年末	2,280人 3,414人	令和2年末 令和4年末	訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)の数	令和2年末の実績が目標値を超えたため、新たな目標値を設定。	令和2年末の実績を踏まえ、令和7年に必要となる訪問看護職員数から目標値を設定。	○

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由/ 目標値変更の理由	目標値の根拠	中間 見直し の対象
			現状値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)	目標値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)				
3-3-1	149	地域連携薬局の 認定数	-	-	500薬局	令和5年度	入退院支援や在宅 医療など地域の医療 機関等と連携を行う地 域連携薬局の認定数	旧指標値「在宅患者 調剤加算算定薬局 数」の目標値を達成し たこと及び法改正によ り地域連携薬局の認 定制度が創設された ことから、その認定数 を新たな指標として設 定。	新5か年計画終期 (令和8年度)では、日 常生活圏域(中学校 区)において、患者が 自身に適した地域連 携薬局を選択できるよ う、中学校区の数を2 倍した数を目安に、目 標値を800薬局と設 定したことから、令和5 年度時点の中間指標を 目標値に設定。	○
3-3-1	149	在宅歯科医療実 施登録機関数 (再掲)	782 医療機関	平成28年度	1,080 医療機関 1,200 医療機関	平成32年度 平成35年度	地域における在宅 歯科医療の担い手の 増加を目的に登録さ れる歯科医療機関 数。	歯科保健医療を必 要としながら十分提 供されていない要介護 者等に対し、必要な 在宅歯科医療を提供 できる環境整備が重要 であることから、この 指標を選定。	県歯科医師会登録 医療機関数約2,400施 設の50%に当たる施設 数を目標として、この目 標値を設定。	
3-4-1	160	臨床研修医の県 内採用数	1,311人	平成24年度 ～ 平成28年度	2,184人	平成29年度 ～ 平成35年度	県内各臨床研修病 院において採用され た臨床研修医の人数。	臨床研修医は研修 後に本県の医療機関 などへの定着を期待 できるものであり、若 手医師を確保すること で医療体制の充実を 図ることができること から、この指標を選 定。	これまでおおむね 200人程度であった採 用実績や県内の医師 数を勘案し、毎年300 人程度に拡大すること を目指して、この目標 値を設定。	
3-4-1	160	訪問看護ステー ションに従事する 訪問看護職員数	2,133人	平成28年末	2,280人 3,414人	令和2年末 令和4年末	訪問看護ステー ションに従事する訪問 看護職員(保健師・助 産師・看護師・准 看護師)の数	令和2年末の実績が 目標値を超えたため、 新たな目標値を設定。	令和2年末の実績を 踏まえ、令和7年を 必要とする訪問看護 職員数から目標値を 設定。	○
3-4-1	160	医療施設(病院・ 診療所)の医師 数	12,443人	平成30年末	15,170人	令和4年末	2年ごとの医師・歯 科医師・薬剤師統計 により把握する数値	地域医療体制の充 実には、医師の確保 が不可欠であること から、この指標を選 定	医師確保の取組に より、人口10万人当 たり医師数について、 社会・経済的条件が近 似する千葉県、神奈 川県、埼玉県の平均 値(近年の増加傾向を 加味)に達することを 目指し、目標値を設 定。	○
3-4-1	160	後期研修医の採 用数	-	-	647人	令和4年度 及び令和5年 度の累計	県内の専門研修基 幹病院において採用 された後期研修医の 人数	後期研修修了後に 県内医療機関への定 着が期待でき、医師 の地域偏在解消に資 することから、新たな 指標として設定。	本県の医師確保計 画における後期研修 医採用者(見込み)の 令和4年度及び令和5 年度の累計を目標値 として設定。	○

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由/ 目標値変更の理由	目標値の根拠	中間 見直し の対象
			現状値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)	目標値	左記の基準時 点(年度、年、 年度末、年末 等)				
3-4-1	160	就業看護職員数	68,722人	平成30年度 末	75,781人	令和4年度 末	保健師、助産師、看護 師、准看護師の免 許を取得している者の うち就業しているもの の人数	地域医療体制の充 実には、看護職員の 確保が不可欠である こと、及び新5か年計 画に新たな指標として 追加するため。	国の供給推計方法 に基づいて算出した 令和7年度の看護職 員の供給推計78,416 人を踏まえて設定	○
3-5-1	164	「患者さんのための 3つの宣言」実 践登録医療機関 の割合	53%	平成29年度	60%	平成35年度	県内の病院及び診 療所において、「患者 さんのための3つの宣 言」(①十分な説明を行 い同意を得て医療を 提供すること、②患者 の診療情報を開示す ること、③セカンド・オ ピニオンに協力するこ と)を行い、県が登録 した医療機関の割合。	県民が安心して医療 機関を受診できる環 境づくりを進める取組 であることから、この 指標を選定。	県民が身近な地域 で登録医療機関を選 択し、受診できるよう にするため、過去5年 間の登録実績を踏ま え、病院・診療所の 60%の登録を目指し て、目標値として設 定。	
3-5-3	169	ジェネリック医薬 品の数量シェア	69.8%	平成28年度 末	80.0%以上	令和5年度 末	新薬(先発医薬品) の特許が切れたあと に販売される、新薬と 同じ有効成分、同じ効 能で安全性が確立さ された価格の安い医薬 品。	医薬品の適正使用 及び医療の効率的な 提供の推進のため は、ジェネリック医薬 品の数量シェアを増加 させる必要があること から、この指標を選 定。	「経済財政運営と改 革の基本方針2021」 において、目標時期 は、「令和5年度末ま でに80%」とされてお り、5か年計画におい ても同様の目標を設 定。	
3-5-4	171	10代～30代の献 血者数	97,502人	平成27年度	101,581人	令和5年度	県内の献血ルーム、 街頭献血会場などで 献血をした10代から 30代の人数。	厚生労働省の献血 推進に係る新たな中 期目標「献血推進 2025」の献血率目標 値を基に、県の目標 値を修正。	厚生労働省の献血 推進に係る新たな中 期目標「献血推進 2025」の献血率を適 用し、埼玉県の将来 推計人口から目標人 数を算出。	○
5-1	251	特定健康診査受 診率(再掲)	50.9%	平成27年度	70%	平成35年度	生活習慣病予防の 徹底を図るため、平成 20年4月から、医療保 険者に義務付けられ た特定健康診査受診 者の割合。	県民の生活習慣病 予防のためには、早 期発見及び生活習慣 の改善が重要である ことから、この指標を 選定。	国の全国的な目標 が70%であり、国の目 指す目標まで引き上 げるものとして、この 目標値を設定。	
5-1	251	特定保健指導の 実施率	13.8%	平成27年度	45%	平成35年度	特定健康診査の受 診の結果、一定の基 準に該当する者に対 して、医療保険者に義 務付けられた特定保 健指導の実施率の割 合。	県民の生活習慣病 予防のためには、特 定保健指導による生 活習慣の改善が重要 であることから、この 指標を選定。	国の全国的な目標 値が45%であるため、 国の目指す目標まで 引き上げるものとし て、この目標値を設 定。	
5-1	251	メタボリックシン ドロームの該当 者及び予備群の 平成20年度と比 べた減少率(特 定保健指導対象 者の割合の減少 率)	16.5%	平成27年度	25%	平成35年度	特定保健指導対象 者の割合の減少率。	メタボリックシン ドローム該当者及び予 備群の減少が、生活 習慣病のリスクの改 善につながるること から、この指標を選 定。	国の全国的な目標 値が平成20年度実績 と比べ25%減少であ るため、国の目指す目 標まで引き上げるもの として、この目標値を 設定。	

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由/ 目標値変更の理由	目標値の根拠	中間直しの対象
			現状値	左記の基準時点(年度、年、年度末、年末等)	目標値	左記の基準時点(年度、年、年度末、年末等)				
5-2	255	ジェネリック医薬品の数量シェア(再掲)	69.8%	平成28年度末	80.0%以上	令和5年度末	新薬(先発医薬品)の特許が切れたあとに販売される、新薬と同じ有効成分、同じ効能で安全性が確立された価格の安い医薬品。	医薬品の適正使用及び医療の効率的な提供の推進のためには、ジェネリック医薬品の数量シェアを増加させる必要があることから、この指標を選定。	「経済財政運営と改革の基本方針2021」において、目標時期は、「令和5年度末までに80%」とされており、5か年計画においても同様の目標を設定。	
5-4	261	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)	49市町村	平成28年度	全63市町村	令和2年度	データヘルス計画策定市町村数。	各市町村は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこととされていることから、この指標を選定。	国の指針である「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき、全市町村が実施することを設定。	
5-4	261	特定健康診査受診率(市町村国民健康保険実施分)	38.6%	平成27年度	60.0%以上	平成35年度	生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、医療保険者に義務付けられた特定健康診査受診者の割合。	市町村国保被保険者の生活習慣病予防のためには、早期発見及び生活習慣の改善が重要であることから、この指標を選定。	特定健康診査等基本方針において、第3期の目標値を市町村国保60%以上としていることから設定。	
5-4	261	特定保健指導実施率(市町村国民健康保険実施分)	16.7%	平成27年度	60.0%以上	平成35年度	特定健康診査の受診の結果、一定の基準に該当する者に対して、医療保険者に義務付けられた特定保健指導の実施の割合。	市町村国保被保険者の生活習慣病予防のためには、特定保健指導による生活習慣の改善が重要であることから、この指標を選定。	特定健康診査等基本方針において、第3期の目標値を市町村国保60%以上としていることから設定。	

指標一覧（医療提供体制の現状）

この一覧は、がん、脳卒中、救急医療など主要な疾病・事業に係る病期医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標によって、地域の医療提供体制等の現状を客観的に把握することを目的として、各種統計調査などのデータを基に厚生労働省が作成し都道府県に情報提供されたものです。

【項目欄中「SPO」の説明】

S（ストラクチャー指標）

…医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標

P（プロセス指標）

…実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

O（アウトカム指標）

…医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標

がん医療							全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)							128,066	7,323
面積(Km2)							377,971	3,798
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年				
予防 治療	S	禁煙外来を行っている医療機関数	医療施設調査	平成26年	禁煙外来を行っている一般診療所数	総数	12,692	472
						人口10万人当たり	9.9	6.5
			医療施設調査	平成26年	禁煙外来を行っている病院数	総数	2,410	85
						人口10万人当たり	1.9	1.2
予防	S	敷地内禁煙をしている医療機関の割合	医療施設調査	平成26年	敷地内禁煙をしている一般診療所数の割合		30.5	27.1
			医療施設調査	平成26年	敷地内禁煙をしている病院数の割合		51.2	45.5
予防	P	喫煙率	国民生活基礎調査	平成25年	喫煙率(男性)	喫煙者数/調査対象者数	33.7	33.9
			国民生活基礎調査	平成25年	喫煙率(女性)	喫煙者数/調査対象者数	10.7	13.1
予防	P	がん検診受診率	国民生活基礎調査	平成25年	がん検診受診率(胃がん)	健診受診者数/調査対象者数	30.6	29.5
			国民生活基礎調査	平成25年	がん検診受診率(肺がん)	健診受診者数/調査対象者数	33.9	32.5
			国民生活基礎調査	平成25年	がん検診受診率(大腸がん)	健診受診者数/調査対象者数	29.1	29.8
			国民生活基礎調査	平成25年	がん検診受診率(子宮頸がん)	健診受診者数/調査対象者数	27.5	24.9
			国民生活基礎調査	平成25年	がん検診受診率(乳がん)	健診受診者数/調査対象者数	24.2	23.3
予防 治療 療養支援	O	年齢調整死亡率	都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年	悪性新生物による年齢調整死亡率(男性)	人口10万人当たり	182.4	179.5
			都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年	悪性新生物による年齢調整死亡率(女性)	人口10万人当たり	92.2	93.4
治療	S	緩和ケアチームのある医療機関数	医療施設調査	平成26年	緩和ケアチームのある病院数	総数	992	41
						人口10万人当たり	0.8	0.6
治療	S	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	医療施設調査	平成26年	緩和ケア病棟を有する病院数	総数	366	13
						人口10万人当たり	0.3	0.2
			医療施設調査	平成26年	緩和ケア病棟を有する病院の病床数	総数	6,997	270
						人口10万人当たり	5.4	3.7
治療	S	がんを専門とする医療従事者数	日本がん治療認定医機構	平成28年4月1日現在	がん治療認定医の数	総数	14,745	473
						人口10万人当たり	11.6	6.5
			日本医療薬学会	平成28年6月16日現在	がん専門薬剤師の数	総数	482	4
			日本看護協会	平成28年11月1日現在	がん専門看護師の数	総数	656	15
						人口10万人当たり	0.5	0.2
治療 療養支援	S	医療用麻薬の処方を行っている医療機関数	医療施設調査	平成26年	医療用麻薬の処方を行っている一般診療所数	総数	7,818	371
						人口10万人当たり	6.1	5.1
			医療施設調査	平成26年	医療用麻薬の処方を行っている病院数	総数	5,599	235
						人口10万人当たり	4.4	3.2
治療	P	緩和ケアの実施件数	医療施設調査	平成26年	緩和ケア病棟の取扱患者延数	「緩和ケア病棟」の9月中の取扱患者延数	106,235	3,630
			医療施設調査	平成26年	緩和ケアチームの患者数	「緩和ケアチーム」の9月中の患者数	28,042	753
治療 療養支援	P	医療用麻薬の消費量	医療資源(医療用麻薬消費量)	平成23年		人口1千人当たり	41.1	34.1
療養支援	S	麻薬小売業免許取得薬局数	麻薬・覚せい剤行政の概況	平成26年12月31日現在		総数	44,937	1,943
						人口10万人当たり	35.0	26.7
療養支援	O	がん患者の在宅死亡割合	人口動態調査	平成27年		在宅等でのがんによる死亡者数/がんによる死亡者数	13.3	12.6

脳卒中医療							全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)							128,066	7,323
面積(Km2)							377,971	3,798
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年				
予防	P	健康診断・健康検査の受診率	国民生活基礎調査	平成25年		健診受診者数/調査対象者数	66.2	67.0
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	患者調査	平成26年		受療率を標準人口で補正した値	262.2	247.0
予防 救護 急性期 回復期 維持期	O	年齢調整死亡率	都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年	脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性)	人口10万人当たり	49.5	51.0
			都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年	脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性)	人口10万人当たり	26.9	29.2
救護	P	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	救急救助の現況	平成26年	救急要請(覚知)から医療機関への搬送までに要した平均時間	分	39.4	45.5
急性期	S	脳卒中を専門とする医療従事者数	日本看護協会	平成28年11月1日現在	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師数	総数	641	28
						人口10万人当たり	0.5	0.4
維持期	O	脳血管疾患患者の在宅死亡割合	人口動態調査	平成27年		在宅等での死亡者数/死亡者数	21.8	16.8

急性心筋梗塞医療							全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)							128,066	7,323
面積(Km2)							377,971	3,798
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年 (調査周期)				
予防	S	禁煙外来を行っている医療機関数	医療施設調査	平成26年	禁煙外来を行っている一般診療所数	総数	12,692	472
						人口10万人当たり	9.9	6.5
予防	P	健康診断・健康検査の受診率	国民生活基礎調査	平成25年		健診受診者数/調査対象者数	66.2	67.0
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	患者調査	平成26年		受療率を標準人口で補正した値	262.2	247.0
予防	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	患者調査	平成26年		年齢階級別推計患者数から算出した受療率を標準人口で補正した値	67.5	43.4
予防	P	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	患者調査	平成26年		受療率を標準人口で補正した値	98.6	82.4
予防	P	喫煙率	国民生活基礎調査	平成25年	喫煙率(男性)	喫煙者数/調査対象者数	33.7	33.9
			国民生活基礎調査	平成25年	喫煙率(女性)	喫煙者数/調査対象者数	10.7	13.1
予防 救護 急性期 回復期 再発予防	O	年齢調整死亡率	都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(男性)	人口10万人当たり	20.4	22.2
			都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(女性)	人口10万人当たり	8.4	9.9
救護	P	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	救急救助の現況	平成26年	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	分	39.4	45.5
救護	P	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	救急救助の現況	平成26年		総数	1,664	79

糖尿病医療							全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)							128,066	7,323
面積(Km2)							377,971	3,798
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年				
初期・安定期 治療	S	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する医療機関数	医療施設調査	平成26年	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する一般診療所数	総数	401	18
						人口10万人当たり	0.3	0.2
初期・安定期 治療	S	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する医療機関数	医療施設調査	平成26年	糖尿病内科(代謝内科)を標榜する病院数	総数	1,149	44
						人口10万人当たり	0.9	0.6
初期・安定期 治療	P	健康診断・健康検査の受診率	国民生活基礎調査	平成25年		健診受診者数/調査対象者数	66.2	67.0
初期・安定期 治療	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	患者調査	平成26年		受療率を標準人口で補正した値	262.2	247.0
初期・安定期 治療 専門治療 急性増悪時 治療 慢性合併症 治療	O	年齢調整死亡率	都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年	糖尿病による年齢調整死亡率(男性)	人口10万人当たり	6.7	6.5
			都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年	糖尿病による年齢調整死亡率(女性)	人口10万人当たり	3.3	3.5
専門治療	S	教育入院を行う医療機関数	日本糖尿病協会	平成27年度		総数	178	3
						人口10万人当たり	0.1	0.0
専門治療 急性増悪時 治療	S	糖尿病を専門とする医療従事者数	日本糖尿病学会	平成28年10月24日現在	糖尿病専門医数	総数	5,270	195.0
						人口10万人当たり	4.1	2.7
			日本糖尿病療養指導士認定機構	平成28年6月28日現在	糖尿病指導士数	総数	18,294	723.0
						人口10万人当たり	14.3	9.9
			日本看護協会	平成28年11月1日現在	糖尿病看護師数	総数	824	30
						人口10万人当たり	0.6	0.4
慢性合併症 治療	S	歯周病専門医の在籍する歯科医療機関数	日本歯周病学会	平成28年11月15日取得		総数	800	29
						人口10万人当たり	0.6	0.4

精神疾患医療						全国	埼玉	
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)						128,066	7,323	
面積(Km2)						377,971	3,798	
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年				
予防・アクセス(うつ病を含む)	S	かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数	精神科救急医療体制整備事業報告	平成25年度	かかりつけ医等心の健康対応力向上研修の開催回数	総数	68	1
			精神科救急医療体制整備事業報告	平成25年度	かかりつけ医等心の健康対応力向上研修の受講者数	総数	2,940	59
予防・アクセス(うつ病を含む)	S	GP連携会議の開催地域数、及び紹介システム構築地区数	精神科救急医療体制整備事業報告	平成23年度	GP連携会議の開催地域数	総数	110	1
			精神科救急医療体制整備事業報告	平成23年度	紹介システム構築地区数	総数	17	0
予防・アクセス(うつ病を含む)	S	かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数	新オレンジプラン	平成28年(平成27年度末)		総数	47,819	969
						人口10万人当たり	37.3	13.2
予防・アクセス(うつ病を含む)	S	認知症サポート医養成研修修了者数	新オレンジプラン	平成28年(平成27年度末)		総数	5,068	128
						人口10万人当たり	4.0	1.7
予防・アクセス(うつ病を含む)	P	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・延人員	地域保健・健康増進事業報告	平成26年度	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員	総数	323,337	11,795
			地域保健・健康増進事業報告	平成26年度	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員	総数	924,406	43,739
予防・アクセス(うつ病を含む)	P	精神保健福祉センターにおける相談等の活動	衛生行政報告例	平成27年	精神保健福祉センターにおける相談の実人員	総数	23,324	5,485
			衛生行政報告例	平成27年	精神保健福祉センターにおける相談の延人員	総数	144,110	23,839
			衛生行政報告例	平成27年	精神保健福祉センターにおける普及啓発「地域住民への講演、交流会」の開催回数	総数	829	6
			衛生行政報告例	平成27年	精神保健福祉センターにおける普及啓発「地域住民への講演、交流会」の延人員	総数	88,362	1,067
予防・アクセス(うつ病を含む)	P	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員・延人員	地域保健・健康増進事業報告	平成26年度	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員	総数	140,316	5,913
			地域保健・健康増進事業報告	平成26年度	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導延人員	総数	357,757	16,177
予防・アクセス(うつ病を含む)	P	精神保健福祉センターにおける訪問指導の実人員・延人員	衛生行政報告例	平成27年	精神保健福祉センターにおける訪問指導の実人員	総数	1,932	78
			衛生行政報告例	平成27年	精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人員	総数	10,740	616
予防・アクセス(うつ病を含む)	O	こころの状態	国民生活基礎調査	平成25年	日常生活における悩みやストレスの有無	総数	52,444	3,069

精神疾患医療							全国	埼玉
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年				
予防・アクセス(うつ病を含む)	0	こころの状態	国民生活基礎調査	平成25年	日常生活における悩みやストレスの原因	家族との人間関係	7,474	430
						家族以外との人間関係	7,969	436
						恋愛・性に関すること	1,507	93
						結婚	1,359	82
						離婚	356	21
						いじめ、セクシュアル・ハラスメント	445	28
						生きがいに関すること	5,403	330
						自由にできる時間がない	4,668	274
						収入・家計・借金等	14,415	913
						自分の病気や介護	10,511	580
						家族の病気や介護	7,184	400
						妊娠・出産	660	38
						育児	2,393	155
						家事	2,788	157
						自分の学業・受験・進学	3,255	194
						子どもの教育	4,253	270
						自分の仕事	18,196	1,094
						家族の仕事	2,917	174
住まいや生活環境	4,555	258						
その他	4,128	249						
わからない	1,233	68						
不詳	2,916	159						
予防・アクセス(うつ病を含む) 治療・回復・社会復帰(うつ病を含む) 精神科救急・身体合併症・専門医療	0	自殺死亡率(人口10万当たり)	人口動態調査	平成27年		人口10万当たり	18.5	18.0
治療・回復・社会復帰(うつ病を含む)	S	精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病院数	医療施設調査	平成26年	精神科を標榜する病院数	総数	2,748	106
						人口10万人当たり	2.1	1.5
			医療施設調査	平成26年	精神科を標榜する一般診療所数	総数	3,160	105
						人口10万人当たり	2.5	1.4

精神疾患医療							全国	埼玉
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年				
治療・回復・社会復帰(うつ病を含む)	S	精神科病院の従事者数	病院報告	平成27年		総数	9,180.9	467.7
						人口10万人当たり	7.2	6.4
治療・回復・社会復帰(うつ病を含む)	P	精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数	精神保健福祉資料	平成24年	精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数(入所系)	総数	14,774	457
			精神保健福祉資料	平成24年	精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数(通所系)	総数	78,697	2,905
治療・回復・社会復帰(うつ病を含む)	P	精神障害者手帳交付数	衛生行政報告例	平成27年		総数	913,026	45,645
治療・回復・社会復帰(うつ病を含む)	P	精神科デイ・ケア等の利用者数	精神保健福祉資料	平成25年	精神科デイ・ケア等の延べ利用者数	総数	658,636	24,041
			精神保健福祉資料	平成25年	精神科デイ・ケア等の利用実人員	総数	78,252	2,816
治療・回復・社会復帰(うつ病を含む)	P	精神科訪問看護の利用者数	精神保健福祉資料	平成25年	精神科訪問看護の利用者数(単科精神科病院)	総数	35,365	1,389
			精神保健福祉資料	平成25年	精神科訪問看護の利用者数(単科精神科病院以外)	総数	7,454	115
			精神保健福祉資料	平成25年	精神科訪問看護の利用者数(医療法に基づく標榜科目を「精神科」「神経科」としている診療所)	総数	7,915	143
			精神保健福祉資料	平成25年	精神科訪問看護の利用者数(精神病床を有しない「精神科」「神経科」外来)	総数	521	0
			精神保健福祉資料	平成25年	精神科訪問看護の利用者数(精神保健福祉センター)	総数	37	0
治療・回復・社会復帰(うつ病を含む) 精神科救急・身体合併症・専門医療	O	1年未満入院者の平均退院率	精神保健福祉資料	平成25年	1年未満入院者の平均退院率		72	70
治療・回復・社会復帰(うつ病を含む) 精神科救急・身体合併症・専門医療	O	在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数	精神保健福祉資料	平成25年		総数	2,538	115
治療・回復・社会復帰(うつ病を含む) 精神科救急・身体合併症・専門医療	O	3ヶ月以内再入院率	精神保健福祉資料	平成25年	3ヶ月以内再入院率		17.5	18.6
治療・回復・社会復帰(うつ病を含む) 精神科救急・身体合併症・専門医療	O	退院患者平均在院日数	患者調査	平成26年	精神及び行動障害退院患者平均在院日数		291.9	330.6

精神疾患医療							全国	埼玉
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年				
精神科救急	S	精神科救急医療施設数	精神科救急医療体制整備事業報告	平成27年度		総数	1,075	38
						人口10万人当たり	0.8	0.5
精神科救急	S	精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況	精神科救急医療体制整備事業報告	平成27年度	精神医療相談窓口開設状況	総数	36	1
						精神科救急情報センターの開設状況	平成27年度	精神科救急情報センターの開設状況
精神科救急	S	精神科救急医療体制を有する病院・診療所数	医療施設調査	平成26年	精神科救急医療体制を有する病院数	総数	1,067	33
						人口10万人当たり	0.8	0.5
精神科救急・身体合併症・専門医療	S	類型別認知症疾患医療センター数	新オレンジプラン	平成28年9月14日現在	類型別認知症医療センター数(1:基幹型)	総数	15	0
						人口10万人当たり	0.0	0.0
				平成28年9月14日現在	類型別認知症医療センター数(2:地域型)	総数	327	10
						人口10万人当たり	0.3	0.1
				平成28年9月14日現在	類型別認知症医療センター数(3:診療所型)	総数	24	0
						人口10万人当たり	0.0	0.0
精神科救急	P	精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数、入院件数	精神科救急医療体制整備事業報告	平成27年度	精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数	総数	45,465	961
						精神科救急医療体制整備事業報告	平成27年度	精神科救急医療機関の夜間・休日の入院件数
精神科救急	P	精神科救急情報センターへの相談件数	精神科救急医療体制整備事業報告	平成27年度		総数	68,607	2,101
精神科救急	P	年間措置患者・医療保護入院患者数(人口10万あたり)	衛生行政報告例	平成27年	年間措置患者数(人口10万あたり)	総数	7,106	644
						人口10万人当たり	5.5	8.8
			衛生行政報告例	平成27年	医療保護入院患者数(人口10万あたり)	総数	177,640	10,595
人口10万人当たり	138.5	145.0						
精神科救急	P	保護室の隔離、身体拘束の実施患者数	精神保健福祉資料	平成25年	保護室の隔離の実施患者数	総数	9,883	415
			精神保健福祉資料	平成25年	身体拘束の実施患者数	総数	10,229	878
身体合併症	S	精神科救急・合併症対応施設数	精神科救急医療体制整備事業報告	平成27年度		総数	18	0
						人口10万人当たり	0.0	0.0
身体合併症	S	救命救急センターで「精神科」を有する施設数	医療施設調査	平成26年		総数	206	7
						人口10万人当たり	0.2	0.1
身体合併症	S	入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数	医療施設調査	平成26年		総数	951	24
						人口10万人当たり	0.7	0.3
身体合併症	S	精神病床を有する一般病院数	医療施設調査	平成26年		総数	1,643	66
						人口10万人当たり	1.3	0.9
専門医療	S	医療観察法指定通院医療機関数	精神科救急医療体制整備事業報告	平成28年9月30日	医療観察法指定通院病院数	総数	503	17
						人口10万人当たり	0.4	0.2
			指定通院医療機関の指定	平成28年9月30日	医療観察法指定通院一般診療所数	総数	61	3
人口10万人当たり	0.0	0.0						

救急医療						全国	埼玉	
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)						128,066	7,323	
面積(Km ²)						377,971	3,798	
医療機能	SPO	指標名	調査名等	調査年				
救護	S	救急救命士の数	救急救助の現況	平成27年4月1日現在	総数	26,015	1,160	
					人口10万人当たり	20.3	15.9	
救護	S	住民の救急蘇生法講習の受講率	救急救助の現況	平成26年		114	96	
救護	S	救急車の稼働台数	救急救助の現況	平成27年4月1日現在	総数	6,184	262	
					人口10万人当たり	4.8	3.6	
救護	S	救急救命士が同乗している救急車の割合	救急救助の現況	平成27年4月1日現在		87.7	98.6	
救護	S	救急患者搬送数	救急救助の現況	平成26年	総数	5,405,917	281,747	
					人口10万人当たり	4,209.0	3,865.5	
救護	P	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	救急救助の現況	平成26年		1,664	79	
救護 救命医療	P	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	救急救助の現況	平成26年		分	39.4	45.5
救護 救命医療 入院救急医療	P	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上、あるいは4医療機関以上に要請を行った件数、全搬送件数に占める割合(受け入れ困難事例)	救急業務のあり方に関する検討会	平成26年	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上である件数	総数	23,500	3,704
			救急業務のあり方に関する検討会	平成26年	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上である全搬送件数に占める割合		5.3	15.6
			救急業務のあり方に関する検討会	平成26年	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った件数	総数	14,114	1,854
			救急業務のあり方に関する検討会	平成26年	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った全搬送件数に占める割合		3.2	7.8
救護 救命医療 入院救急医療 初期救急医療 救命期後医療	O	心肺機能停止患者の1ヶ月後の予後	救急救助の現況	平成26年	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率		12.2	12.2
			救急救助の現況	平成26年	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後社会復帰率		7.8	7.7
救命医療	S	救命救急センターの数	救急医療体制調査	平成28年8月1日現在	総数	284	8	
					人口10万人当たり	0.2	0.1	
救命医療	P	都道府県の救命救急センターの充実度評価Aの割合	救命救急センターの評価結果	平成27年		評価Aの割合	99.3	100
入院救急医療	S	2次救急医療機関の数	救急医療体制調査	平成28年3月31日現在	総数	2,733	133	
					人口10万人当たり	2.1	1.8	

災害時医療						全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)						128,066	7,323
面積(Km2)						377,971	3,798
医療機能	SPO	指標名	調査名等	調査年			
災害拠点病院	S	すべての施設が耐震化された災害拠点病院の割合	都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点		72.5	75.0
災害拠点病院	S	災害拠点病院のうち、災害に備えて医療資器材の備蓄を行っている病院の割合	都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点		95.8	87.5
災害拠点病院	S	災害拠点病院のうち、受水槽の保有や、井戸設備の整備を行っている病院の割合	都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点	災害拠点病院のうち、受水槽を保有する病院の割合	99.9	100
			都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点	災害拠点病院のうち、井戸設備の整備を行っている病院の割合	55.7	68.8
災害拠点病院	S	災害拠点病院のうち、食料や飲料水、医薬品等を3日分程度備蓄している病院の割合	都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点	災害拠点病院のうち、食料を3日分程度備蓄している病院の割合	93.5	93.8
			都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点	災害拠点病院のうち、飲料水を3日分程度備蓄している病院の割合	90.8	93.8
			都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点	災害拠点病院のうち、医薬品を3日分程度備蓄している病院の割合	96.4	87.5
災害拠点病院	S	災害拠点病院のうち、食料や飲料水、医薬品等の物資の供給について、関係団体と締結を結び優先的に供給される体制を整えている病院の割合	都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点	災害拠点病院のうち、食料の供給について、関係団体と締結を結び優先的に供給される体制を整えている病院の割合	55.4	62.5
			都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点	災害拠点病院のうち、飲料水の供給について、関係団体と締結を結び優先的に供給される体制を整えている病院の割合	55.0	62.5
			都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点	災害拠点病院のうち、医薬品の供給について、関係団体と締結を結び優先的に供給される体制を整えている病院の割合	57.1	50.0
災害拠点病院	S	災害拠点病院のうち、病院敷地内ヘリポートを有している病院の割合	都道府県調査(災害集計結果)	平成27年4月1日時点		46.8	37.5

周産期医療							全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数：人口(千人)							128,066	7,323
面積(Km2)							377,971	3,798
医療機能	SPO	指標名	調査名等	調査年				
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	S	新生児専門医、母体・胎 児専門医の数	日本周産期・新 生児医学会	平成28年10月 31日現在	新生児専門医数	総数	611	24
						人口10万人当たり	0.5	0.3
			日本周産期・新 生児医学会	平成28年10月 31日現在	母体・胎児専門医 の数	総数	656	22
						人口10万人当たり	2.5	1.4
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	S	助産師数	衛生行政報告例	平成26年	就業助産師数	総数	33,956	1,412
						人口10万人当たり	125.7	89.2
正常分娩	S	分娩を取り扱う助産所数	衛生行政報告例	平成27年		総数	408	26
						15-49歳女性10 万人あたり	1.5	1.7
地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	S	新生児診療を担当する医 師数	日本新生児生育 医学会	平成24年4月23 日現在		総数	2,968	126
						人口10万人当たり	2.3	1.8
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	P	出生率	人口動態調査	平成27年		人口千対	8	7.8
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	P	合計特殊出生率	人口動態調査	平成27年			1.5	1.4
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	P	低出生体重児出生率	人口動態調査	平成27年			9.5	9.5
正常分娩	P	産後訪問指導を受けた割 合	地域保健・健康 増進事業報告	平成26年度	新生児の産後訪問 指導を受けた割合	出生千人当たり	243.1	152.4
			地域保健・健康 増進事業報告	平成26年度	未熟児の産後訪問 指導を受けた割合	出生千人当たり	54.1	32.6
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	O	新生児死亡率	人口動態調査	平成27年		出生千人当たり	0.9	0.9
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	O	周産期死亡率	人口動態調査	平成27年		出産千対	3.7	3.7
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	O	妊産婦死亡率	人口動態調査	平成27年		出産10万対	3.8	5.2
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	O	死産率	人口動態調査	平成27年		出産千対	22	23.5
療養・療育支援	S	身体障害者手帳交付数 (18歳未満)	福祉行政報告例	平成27年		総数	103,969	4,187
療養・療育支援	O	乳児死亡率	人口動態調査	平成27年		出生千対	1.9	2.0
療養・療育支援	O	幼児死亡率	人口動態調査	平成27年		幼児千人当たり	0.5	0.5

小児医療							全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)							128,066	7,323
面積(Km2)							377,971	3,798
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年				
相談支援等 一般小児医療 地域小児医療 センター 小児中核病院	S	小児人口	住民基本台帳に 基づく人口、人口 動態及び世帯数 調査	平成28年1月1日		総数	16,321,557	937,680
						人口10万人当たり	12744.8	12803.9
相談支援等 一般小児医療 地域小児医療 センター 小児中核病院	S	出生率	人口動態調査	平成27年			8	7.8
相談支援等 一般小児医療 地域小児医療 センター 小児中核病院	O	乳児死亡率	人口動態調査	平成27年		出生千対	1.9	2
相談支援等 一般小児医療 地域小児医療 センター 小児中核病院	O	幼児死亡率	人口動態調査	平成27年		幼児千人当たり	0.5	0.5
相談支援等 一般小児医療 地域小児医療 センター 小児中核病院	O	小児(15才未満)の死亡 率	人口動態調査	平成27年		小児千人当たり	0.2	0.2
一般小児医療	S	一般小児医療を担う病院・ 診療所数	医療施設調査	平成26年	一般小児医療を 担う一般診療所 数	総数	5,510	234
						小児10万人当たり	33.1	24.6
			医療施設調査	平成26年	一般小児医療を 担う病院数	総数	2,677	118
						小児10万人当たり	16.1	12.4
一般小児医療	S	小児歯科を標榜する歯科 診療所数 【歯科診療所】	医療施設調査	平成26年	歯科診療所数	総数	42,627	2,427
						小児10万人当たり	255.8	255.2
一般小児医療 地域小児医療 センター 小児中核病院	P	特別児童扶養手当数、児 童育成手当(障害手当) 数、障害児福祉手当交付 数身体障害者手帳交付数 (18歳未満)	福祉行政報告例	平成27年	特別児童扶養手 当数	総数	224,793	9,801
			福祉行政報告例	平成27年	障害児福祉手 当交付数	総数	65,595	3,263
			福祉行政報告例	平成27年	身体障害者手 帳交付数(18歳未 満)	総数	103,969	4,187

へき地医療							全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)							128,066	7,323
面積(Km2)							377,971	3,798
医療機能	SPO	指標名	調査名等	調査年				
保健指導 へき地診療 へき地診療 の支援医療 行政機関等 の支援	S	へき地の数	無医地区等調査	平成26年10月 末日		総数	1,057	2
						人口10万人当たり	0.8	0.0
へき地診療	S	へき地診療所の数	へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在		総数	1,099	—
						人口10万人当たり	0.9	—
へき地診療	S	へき地診療所の医師数	へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在		総数	925.9	—
						人口10万人当たり	0.7	—
へき地診療	S	へき地診療所の病床数	へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在		総数	1,469.0	—
						人口10万人当たり	1.1	—
へき地診療 の支援医療	S	へき地医療拠点病院の数	へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在		総数	312	—
						人口10万人当たり	0.2	—
へき地診療 の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき 地への医師派遣実施回数及 び派遣日数	へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在	へき地医療拠点病 院からへき地へ医 師を派遣した回数	総数	13,620	—
			へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在	へき地医療拠点病 院からへき地へ医 師を派遣した延べ 日数	総数	12,700	—
			へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在	へき地医療拠点病 院からへき地へ代 診医を派遣した回 数	総数	3,821	—
			へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在	へき地医療拠点病 院からへき地へ代 診医を派遣した延 べ日数	総数	3,335	—
へき地診療 の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき 地への巡回診療実施回数、 延べ日数及び延べ受診患者 数	へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在	へき地医療拠点病 院によるへき地へ の巡回診療の実施回 数	総数	5,447	—
			へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在	へき地医療拠点病 院によるへき地へ の巡回診療の実施延 べ日数	総数	4,014	—
			へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在	へき地医療拠点病 院によるへき地へ の巡回診療の延べ受 診患者数	総数	27,915	—
行政機関等 の支援	P	へき地医療支援機構によるへ き地への医師(代診医含む) 派遣実施回数	へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在		総数	1,605	—
行政機関等 の支援	P	へき地医療支援機構における 専任担当官のへき地医療支 援業務従事日数	へき地保健医療 対策事業の現状 調べ	平成28年1月1 日現在		総数	96.9	—
						人口10万人当たり	0.1	—

在宅医療							全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数：人口(千人)							128,066	7,323
面積(Km2)							377,971	3,798
病期	SPO	指標名	調査名等	調査年				
退院支援 日常の療養 急変時の対応 看取り	S	訪問看護事業所数	介護給付費 実態調査	平成27年(平成 27年5月審査分 ～平成28年4月 審査分)		総数	10,126	341
						人口10万人当たり	7.9	4.7
退院支援	P	退院患者平均在院日数	患者調査	平成26年	退院患者平均在院 日数 病院		33.2	30
			患者調査	平成26年	退院患者平均在院 日数 一般診療所		17.4	11.8
日常の療養支援	P	訪問看護利用者数	介護給付費 実態調査	平成27年(平成 27年5月審査分 ～平成28年4月 審査分)	介護保険による訪問 看護利用者数(提供 回数)	総数	4,405	156
日常の療養支援	P	訪問リハビリテーション利 用者数	介護給付費 実態調査	平成27年(平成 27年5月審査分 ～平成28年4月 審査分)	訪問リハビリテーショ ン提供数	総数	946	54

埼玉県地域保健医療計画（第7次）策定の経緯

医療法に基づき厚生労働大臣が定めた「医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年3月30日厚生労働省告示第70号・平成29年一部改正）」に即して、地域の実情を踏まえて策定。

1 埼玉県医療審議会における審議及び諮問・答申

【審議等】

- ・平成29年10月27日 埼玉県地域保健医療計画（第7次）案について審議
- ・平成30年 1月22日 同上

【諮問・答申】

- ・平成30年 1月15日 「埼玉県地域保健医療計画（第7次）」案について（諮問）
- ・平成30年 1月22日 「埼玉県地域保健医療計画（第7次）」案について（答申）

2 埼玉県地域保健医療計画等推進協議会における検討

- ・平成29年 6月 8日 埼玉県地域保健医療計画（第7次）の策定について検討
- ・平成29年 9月20日 埼玉県地域保健医療計画（第7次）案について検討
- ・平成29年12月27日 同上

3 埼玉県地域保健医療計画（第7次）案の保健医療関係団体及び市町村等への意見照会

- ・平成29年10月24日 埼玉県医師会、埼玉県歯科医師会、埼玉県薬剤師会あて意見照会（～11月15日）
- ・平成29年10月24日 市町村あて意見照会（～11月15日）
- ・平成29年10月24日 救急業務を処理する一部事務組合あて意見照会（～11月15日）

4 県民の意見募集

- ・平成29年10月27日～11月24日 埼玉県県民コメント制度に基づく意見募集

5 県議会における計画の議決

- ・平成30年2月定例会第49号議案「埼玉県地域保健医療計画の策定について」平成30年3月27日 原案可決

※本計画は、埼玉県行政に係る基本的な計画について議会の議決事件と定める条例第2条第2号の規定に基づき議決すべき計画とされている。

6 計画策定

- ・平成30年3月29日 「埼玉県地域保健医療計画（第7次）」知事決定

7 公示

- ・平成30年3月30日 埼玉県ホームページにおいて公表

用語の解説

行	用語	説明
あ	ICT	Information and Communication Technology(情報通信技術)の略。 同様の言葉としてIT(Information Technology:情報技術)があるが、国際的にはICTの方が普及している。総務省の「IT政策大綱」が2004年から「ICT政策大綱」に名称を変更するなど、日本でもICTという表現が定着しつつある。
	アニマルセラピー活動	対象者の生活の質を向上させるため、動物との触れ合いを通じて意欲を引き出し、教育的機会や癒しの機会を与える活動。
	医科歯科連携協力 歯科医療機関	生活習慣病や認知症等の医科疾患に関する専門研修、または医科歯科連携のための研修を修了した歯科医療機関のこと。例えば、認知症患者の歯科治療に際して注意すべきことや対応の仕方、必要に応じた適切な医科歯科の連携が可能な歯科医療機関を指す。
	維持的リハビリテーション	急性期・回復期を経た患者で回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持・向上(生活リハ)を目的とした訓練などのこと。
	一般病床	病院または診療所の病床の種別の一つで、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外のもの。
	医療保険者	医療保険事業の運営・実施主体。医療保険事業を運営するために保険料を徴収したり、保険給付などを行う実施団体のこと。
	インフォームド・コンセント	患者が医師から病状、診療方針などの説明を十分に受け、同意した上で診療を受けること。
	う蝕保有率	う蝕(むし歯)を有する者の割合のこと。
	う蝕有病者率	う蝕(むし歯)の経験(治療していないう蝕、う蝕によって失われた歯、治療済みの歯)のうち、いずれかの歯を1歯以上有する者の割合のこと。
	AED(自動体外式除細動器)	Automated External Defibrillatorの略。生命の危険がある不整脈が起こった場合に、除細動が必要かどうかを自動的に判断し、心臓に電気ショックを与え、正常なリズムに戻すための機器。
	エイズ	HIV(ヒト免疫不全ウイルス)感染が原因で起きる病気の総称。
	HIV	ヒト免疫不全ウイルス(Human Immunodeficiency Virus)の頭文字をとったもの。このウイルス感染後、自覚症状のない時期が数年続き、更に進行すると免疫力が低下し、健康的な時にはかからなかった様々な病気を発症するようになる。エイズとはHIV感染が原因で起きる病気の総称。
	HLA(白血球の型)	赤血球にA・B・O・ABの血液型があるように、白血球にも型がある。ヒト白血球抗原(Human Leukocyte Antigen)の略で、その組み合わせには数万通りある。
	NICU(新生児集中治療室)	Neonatal Intensive Care Unitの略。病院において早産児や低出生体重児、または何らかの疾患のある新生児を集中的に管理・治療する部門。
エボラ出血熱	エボラウイルスによる感染症。エボラウイルスに感染すると2～21日(通常は7～10日)の潜伏期間の後、突然の発熱、頭痛、倦怠感、等の症状が現れる、次いでおう吐、下痢、出血(吐血、下血)などの症状が現れる。主に患者の体液等に触れることにより感染。	
遠隔胎児診断システム	専用回線で接続した産科医療機関が行う胎児診断を、さいたま新都心医療拠点(県立小児医療センターとさいたま赤十字病院)が支援するもの。なお、必要に応じて埼玉医科大学病院及び埼玉医科大学総合医療センターも診断支援に協力する。	
か	介護予防	介護が必要な状態になることを防ぐための健康づくりの取組。
	介護療養病床	療養病床の種別の一つで、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供する病床。医療療養病床は医療保険が適用されるのに対し、介護療養病床では介護保険が適用される。
	かかりつけ医	なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

行	用語	説明
か	かかりつけ歯科医	地域住民のライフサイクルに沿って、口と歯に関する保健・医療・福祉を提供し、地域に密着した幾つかの必要な役割を果たすことができる歯科医のこと。なお、主な役割は次のとおり。 <ul style="list-style-type: none"> ・患者のニーズに応じた健康相談 ・必要な初期歯科医療の提供 ・障害者・要介護者に対する適切な歯科医療の提供 ・福祉施設や在宅の患者に対する歯科医療・口腔ケアの提供 ・歯科疾患の予防のための定期的な専門的ケアの提供 ・チーム医療のための連携及び紹介または指示
	かかりつけ薬剤師・薬局	地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関する相談や健康管理について気軽に相談ができる薬剤師のこと。主な役割は、 <ul style="list-style-type: none"> ・服薬情報の一元的・継続的把握（多剤・重複投薬や相互作用の防止、残薬対策など） ・24時間対応、在宅対応（在宅患者への薬学的管理・服薬指導、地域の薬局・薬剤師会との連携、地域包括支援センター等との連携等） ・医療機関等との連携（疑義照会・処方提案、医療機関への受診勧奨等） かかりつけ薬剤師が役割を発揮し、地域包括ケアシステムの中で患者本位の医薬分業に取り組む薬局をかかりつけ薬局という。
	学校保健計画	学校保健安全法第5条により、学校においては、児童生徒等及び職員の心身の健康の保持増進を図るため、児童生徒等及び職員の健康診断、環境衛生検査、児童生徒等に対する指導その他保健に関する事項について計画し、これを実施しなければならないとされている。この計画をいう。
	がん検診受診率	40歳から69歳の者（子宮がん（子宮頸がん）検診は20歳から69歳）について、過去1年間にがん検診を受診した者の割合。「国民生活基礎調査」による推計値。
	患者さんのための3つの宣言	医療機関が患者に対し、①十分な説明を行い、同意を得て医療を提供すること、②患者の診療情報を開示すること、③セカンド・オピニオンに協力すること、の3項目を宣言すること。
	冠動脈インターベンション(PCI)治療	カテーテルを血管に通して心臓の冠動脈まで到達させて行う治療。
	カンピロバクター	家畜や野生動物の腸管の中に一般的に存在する細菌で、とりわけ「ニワトリ」の保有率が高いといわれている。酸素や熱に弱い特性から、「新鮮な食肉」ほど多くのカンピロバクターが存在する。「新鮮な生肉は安全」は間違いで、少量の菌でも感染、発症することから、手指や調理器具を介した二次感染についても注意が必要である。「ギラン・バレー症候群」という手足の麻痺や呼吸困難等の後遺症が残る場合がある。
	緩和ケア	がんに伴う体や心の問題を、単に病気に対する医療としてだけではなく、社会生活などまで含めて全体的に個々の患者を支えるという医療のあり方。 がんが進行した時期だけではなく、がんの診断や治療と並行して行われるべきと考えられている。
	危険ドラッグ	覚醒剤や大麻等に化学構造を似せて合成された物質などが添加された物質で、「ハーブ」、「お香」、「アロマオイル」、「バスソルト」など、危険な薬物ではないように偽装して販売されている薬物。
	基準病床数	医療法に基づき全国統一の算定式により計算する病床数。既存病床数が基準病床数を超える場合には、原則として病床の新設又は増加が抑制される。
	QOL(生活の質)	人々の生活を物質的な面から数量的にのみとらえるのではなく、精神的な豊かさや満足度も含めて、質的にとらえる考え方のこと。
	救急医療情報システム	医療機関、消防機関をインターネット回線で結び、医療機関が入力した診療の可否情報等に基づき、救急隊による搬送先医療機関の検索、県民への医療機関の案内を行うもの。
	救急救命士	症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者が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などのための一定の救急救命措置を行う資格を有する者。
	救急告示病院・診療所(救急告示医療機関)	救急医療の知識や経験を持つ医師が常時診療しており、厚生労働省令に基づいて都道府県知事が認定した医療機関。
	急性期脳梗塞治療ネットワーク	急性期脳梗塞治療を必要とする傷病者を迅速・円滑に受け入れるための医療機関と消防機関が連携する仕組み及び急性期脳梗塞治療が可能な医療機関相互の連携を強化する仕組み。
	救命救急センター	脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷等すべての重篤救急患者に24時間対応するもの。初期及び第二次救急医療施設の後方病院。

行	用語	説明
か	経済財政運営と改革の基本方針2017	内閣府に設置された経済財政政策に関する重要事項を調査審議する経済財政諮問会議の答申を受け、2017年6月9日に閣議決定を経て策定されたもの。正式な名称は、「経済財政運営と改革の基本方針2017～人材への投資を通じた生産性向上～」で、通称「骨太の方針」と呼ばれる。
	血液製剤	人の血液を原料として製造された医薬品の総称。大別すると、全血製剤(すべての血液成分を含んでいるもの。)、血液成分製剤(血液中の特定成分を分離調整したもので、赤血球製剤、血小板製剤、血漿製剤など。)、及び血漿分画製剤(血漿中の特定タンパク質を物理化学的に分離精製し製造されたもので、アルブミン製剤、免疫グロブリン製剤、血液凝固因子製剤など。)
	結核病床	結核の患者を入院させるための病床。一般病床に必要な構造設備のほか、機械換気設備については病室内の空気が風道を通じて病院等の他の部分へ流入しないようにすることや感染予防のための遮断等の措置、必要とされる消毒設備の設置が求められる。
	血栓回収療法	カテーテル等を使って血栓を回収除去等して再び血液が流れるようにする治療法。
	血栓溶解療法(t-PA)	薬を使って脳梗塞の血栓を溶かし再び血液が流れるようにする治療法。
	健康寿命	人の寿命において「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」。埼玉県では、65歳に到達した人が健康で自立した生活を送ることができる期間(「要介護2」以上になるまでの期間)としている。国では、健康寿命の定義を「日常生活に制限のない期間の平均(年)」としている。
	口腔アセスメント	入退院時を含めた切れ目のない歯科医療の提供のため、歯科医師・歯科衛生士が入院患者の口腔内状況や口腔ケア状況、摂食・嚥下機能状態、歯科疾患の治療の必要性及び緊急度等を把握。今後の歯科疾患治療等を行っていくための管理計画を作成する取組。
	口腔ケア	口腔ケアは、歯みがきや義歯の清掃をはじめとする口腔清掃(器質的口腔ケア)、摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能回復(機能的口腔ケア)から成り立つ。現在、多くが使用している定義では、「口腔清掃、歯石の除去、義歯の調整・修理・手入れ、簡単な治療などにより口腔の疾病予防・機能回復、健康の保持増進、さらに生活の質の向上を目指した技術」をいう。
	高次脳機能障害	病気や事故などの原因により、脳が損傷を受けたことによる記憶・判断などの認知機能や感情・意思などの情緒機能に障害が現れた状態をいう。
	高次脳機能障害者支援センター	県総合リハビリテーションセンター内に設置されている、高次脳機能障害者本人や家族、関係機関からの相談に対応するための総合相談窓口。
	高度救命救急センター	広範囲熱傷、指肢切断、急性薬物中毒などの特殊疾患患者に対して相当高度な診療機能を有する施設。
	高病原性鳥インフルエンザ	鳥インフルエンザのうち死亡率が高いか、ウイルスが変化して死亡率が高くなる可能性のある特定のものをいう。高病原性鳥インフルエンザウイルスとしてはA/H5亜型のものやA/H7亜型のものが知られている。
	誤嚥性肺炎	食べ物を飲み込む際、口から食道へ入るべきものが気管に入ってしまうことを誤嚥(ごえん)という。誤嚥性肺炎は、嚥下(えんげ)機能障害のため唾液や食べ物、あるいは胃液などと一緒細菌を誤って気道に吸引してしまうことにより起こる肺炎のこと。
	骨髄移植	骨髄は骨の内側にあるスポンジ状の組織で、その中に多くの造血幹細胞(白血球・赤血球・血小板のもとになる細胞)が含まれている。骨髄移植はドナーに全身麻酔をして注射器で骨髄液を吸引し、採取した骨髄液を患者の静脈へ点滴で注入する治療法。
	コミュニティ・ケア	地域社会の中で、行政・施設や機関・住民などが一体となって行うサービス。
さ	災害医療コーディネーター	災害時に医療機関の被災状況について情報の収集・分析を行い、医療救護班の派遣要請や受け入れに係る調整を行うなどして、県が行う災害時医療が円滑かつ効率的に行われるようサポートする役割を担う。
	災害拠点病院	被災地の医療の確保、被災した地域への医療支援などを行うために整備された病院のこと。国の定める災害医療支援機能を有し、24時間対応可能な救急体制を確保している。
	災害時小児周産期リエゾン	災害時に、県災害対策本部において、小児周産期医療に特化して新生児や妊産婦等の搬送先や搬送手段の調整、DMATへの助言等を行う人材。

行	用語	説明
さ	再興感染症	既知の感染症で、すでに公衆衛生上問題とならない程度まで患者数が減少していたが、近年再び流行し患者数が増加したもの、あるいは将来的に再び問題となる可能性がある感染症。再興感染症として挙げられるものとしては、結核、マラリア、デング熱、狂犬病などがある。
	臍帯血	臍帯(へその緒)と胎盤の中に流れる血液のこと。
	在宅医療・介護連携推進事業	2025年を目処に在宅医療と介護を一体的に提供するため、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業において、市区町村が取り組むべき事業の一つ。具体的には「在宅医療・介護連携に関する相談」など8つの事業項目を通じて、在宅医療・介護の連携を推進していく。平成27年度以降、取組を開始し、平成30年度中には全国の全ての市区町村で主体的に取り組むことが求められている。
	在宅医療連携拠点	病気を持ちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごす在宅医療を可能とするため、ケアマネジャー等の資格を持つ看護師などが地域の医療・介護を横断的にサポートする相談窓口。県内全ての郡市医師会に設置。
	在宅患者調剤加算	地方厚生局に在宅患者訪問薬剤指導を行う旨の届出を行っている保険薬局が、在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出をし、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費等を算定した場合に加算できる。主な施設基準は次のとおり。 ①直近1年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数が合算して10回以上 ②麻薬小売業者の免許を取得 など。
	在宅時医学総合指導管理料	在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、月1回以上定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の診療報酬上の評価。
	埼玉DMAT	埼玉SMARTの一員として機動的な援助活動を行うための研修を受講した、知事から指定を受けたDMAT。
	埼玉SMART	埼玉県特別機動援助隊のこと。県内の大規模な災害現場に知事の指示又は要請に基づき出動し、迅速で確実な救助・医療活動を行う枠組みで、県内消防本部の機動救助隊、防災航空隊、埼玉DMATにより構成されている。
	埼玉県医療機能情報提供システム	埼玉県のホームページから、県内の医療機関や薬局の情報を、診療科目や所在地などで検索し閲覧することができるシステム。
	埼玉県災害派遣精神医療チーム(DPAT)	災害発生等の緊急時において精神科医療の提供及び精神保健活動の支援を行う医療チーム(Disaster Psychiatric Assistance Team)
	埼玉県歯科口腔保健の推進に関する条例	口腔の健康づくりによって県民の健康の維持及び増進等に果たす役割の重要性に鑑み、歯科口腔保健の推進に関する法律に基づいて、歯科口腔保健の推進に関し、基本理念や施策の基本となる事項等を定めることで、施策の総合的かつ計画的な推進と、県民の生涯にわたる健康で質の高い生活の確保に寄与することを目的とした条例。平成23年10月18日施行。
	埼玉県総合医局機構	県、県医師会、県内医療機関、大学がオール埼玉で一体的に医師確保に取り組むために平成25年12月に設立された。奨学金制度や指導医の派遣、キャリアアップ支援などにより医師の確保・支援に取り組んでいる。
	埼玉県難病相談支援センター	難病の患者が地域で安心して療養しながら暮らしを続けていくことができるよう、難病の患者等に対する相談・支援、地域交流活動の促進及び就労支援などを行う施設。
	サルモネラ	サルモネラ属菌は自然環境に一般的に存在している。主に肉・卵を介して食中毒が発生しているが、感染力が非常に強いことから二次感染が疑われることもたびたびある。食肉の中心部まで十分に加熱するほか、卵については、「新鮮なもの」「冷蔵保管」「生食は表示期限内に消費」「割卵後は直ちに調理・喫食」が重要である。
	3か月時点の退院率(精神)	前年度末の3月1日から31日に入院した患者について、その総数の内、入院後3か月以内に退院した者の割合を、当該年度の3か月時点の退院率としている。
	産褥期	分娩が済んで女性の体が妊娠前の状態に戻っていくための時期(期間)をいう。一般に分娩後6週あるいは8週まで。
	ジェネリック医薬品(後発医薬品)	新薬(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た医薬品で後発医薬品ともいう。一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられていることから、先発医薬品に比べ薬価が安くなっており、患者の経済的負担の軽減や医療保険財政の改善が期待できる。

行	用語	説明
さ	歯科口腔保健の推進に関する法律	国民保健の向上に寄与するため、歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持(歯科口腔保健)の推進に関する施策を総合的に推進するための法律。平成23年8月10日施行。
	事業継続計画(BCP)	災害などの緊急事態にあっても損害を最小限にとどめ、中核となる事業の継続あるいは早期復旧を可能とするために、平時に行うべき活動や災害時における事業継続のための方法・手段などを取り決めておく計画のこと。
	脂質異常症	血液中の脂肪値が高い状態。
	施設入居時等医学総合管理料	有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症高齢者グループホーム、養護老人ホームなどにおいて療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、月1回以上の定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の診療報酬上の評価。
	SIDS(乳幼児突然死症候群)	何の予兆や既往歴もないまま乳幼児が死に至る原因の分からない病気で、窒息などの事故とは異なる。
	指定難病	「難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)H27. 1. 1施行」に基づく、難病の患者に対する医療費助成の対象疾病をいう(330疾病:H29. 4. 1現在)。難病法第1条では、難病を「発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもの」と定義している。なお、指定難病の指定は、難病のうち、次の要件の全てを満たすものを、患者の置かれている状況からみて良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて指定を行う。①患者数が本邦において一定の人数に達しないこと(人口のおおむね千分の一程度に相当)、②客観的な指標による一定の基準(診断基準又はそれに準ずるもの)が確立していること。
	若年性認知症	18歳以上65歳未満で発症する認知症。高齢になってから発症する認知症と比べ、脳の萎縮スピードが速く、一般的に進行が速いのが特徴。
	収去検査	医薬品等の品質や安全性確保のため、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に基づき、行政が製造販売業者、製造業者及び販売業者から、試験に必要な最小分量を無償で提供させ検査する行為。【根拠: 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 第69条】
	周産期	妊娠満22週から出生後満7日未満までをいう。この時期は母子ともに異常が発生しやすく、突発的な緊急事態に備えて、産科・小児科双方から一貫した総合的な医療体制が必要であることから、特に周産期医療と表現されている。
	周産期死亡数	妊娠満22週(154日)以後の死産数に早期新生児死亡(生後1週未満の死亡)数を加えたもの。
	周産期死亡(率)	{年間周産期死亡数/(年間出生数+年間の妊娠満22週以後の死産数)}×1,000
	周産期メンタルヘルス	周産期(妊娠満22週から生後7日未満)に係る妊産婦のメンタルヘルス。
	受動喫煙	喫煙者が自分の意思でたばこを吸うこと(能動喫煙)に対し、喫煙者の周囲にいる非喫煙者が、自分の意思とは無関係にたばこの煙を吸うこと。
	受療率	患者調査の調査日(1日)に医療施設で受療した患者数を人口(国勢調査)で除した人口10万人当たりの率。
	小児救命救急センター	診療科領域を問わず、すべての重篤な小児救急患者を24時間体制で受け入れる施設。
	傷病大分類	疾病、傷害、症状、患者の状態、医療行為などの1つ1つを、体系的な基準に従って、疾病等が所属する項目を分類したもの。傷病大分類は22の分類から構成されている。
	食育	生きる基本であって、知育・徳育・体育の基礎となるものであり、様々な経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実現することができる人間を育てること。
	女性医師支援センター	埼玉県総合医局機構が女性医師を支援するため設置したセンター。就業・復職に関する相談や、育児・介護支援のための情報提供を行っている。

行	用語	説明
さ	新型インフルエンザ	毎年流行を繰り返してきたインフルエンザウイルスとウイルスの特徴が大きく異なる新しいインフルエンザ。およそ10年から40年の周期で発生している。日本の法律では「新たに人から人に伝染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザであって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるもの(感染症法)」と定義されている。
	新型インフルエンザ(A/H1N1)	2009年4月にメキシコで確認され、世界的な大流行となった新型インフルエンザ。我が国においても5月に国内で初の患者が確認され、1年余りで約2千万人がり患したと推計されている。病原性は毎年流行している季節性インフルエンザ並であったが、一時的・地域的に医療資源・物資のひっ迫が見られた。
	新型インフルエンザ等対策特別措置法	新型インフルエンザ等に対する国・地方公共団体等の責務や発生時における措置などを定め、感染症法など他の法令と相まって国全体として万全の体制を整備し対策の強化を図ることで、国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び経済への影響を最小とすることを目的として制定された法律。
	心血管疾患リハビリテーション	心血管疾患患者の再発予防や在宅復帰を目的に、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーション。
	新興感染症	かつては知られていなかった新しく認識された感染症で、局地的にあるいは国際的に公衆衛生上問題となる感染症。病原体としてはウイルス、細菌、寄生虫など様々でウイルスによるものとしてはエイズ、エボラ出血熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)などがある。
	新生児死亡数	生後4週未満の死亡数。
	水道広域化	水道事業の財政基盤や技術基盤等の強化のため、市町村の行政区域を超えて事業の統合、施設の統合、施設管理の共同化等を実施すること。
	精神病床	病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。
	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が深く関与し、発祥の原因となる疾患の総称。
	セカンド・オピニオン	患者が主治医の診断、治療法などについて別の医師の意見を聞いた上で納得のいく診療を受けること。
た	摂食・嚥下リハビリテーション	食べ物を認知し食べること(摂食)や口から食道へ飲み込むこと(嚥下)に必要な筋肉を動かしたり、刺激を加えたりすることで、口腔周囲の運動や感覚機能を促し、機能の回復や誤嚥のリスクを予防する取組。
	セルフ・ケア(セルフケア)	自分自身で行う毎日のケア。う蝕(むし歯)予防のための取組では、歯みがき、歯間ブラシ・フロスや液体歯みがき、よく噛んで食べる、定期的な歯科検診の受診などをいう。
	総合周産期母子医療センター	相当規模のMFICU(母体・胎児集中治療管理室)を含む産科病棟及びNICU(新生児集中治療管理室)を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠(重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等)、胎児・新生児異常(超低出生体重児、先天異常児等)等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができる医療施設。
	ターミナルケア	死を目前にした人が、人生の残り時間を自分らしく過ごし、満足して最期を迎えられるようにすることを目的に、治療による延命よりも、病気の症状などによる苦痛や不快感を緩和し、精神的な平穏や残された生活の充実を優先させるケア。
	多剤・重複投薬	複数の医療機関を受診した場合等に、それぞれの医療機関から多数の薬を処方されたり、同じ薬効の薬が本来必要な量を超えて処方されたりすること。薬の相互作用や副作用が発現しやすくなるほか、飲み忘れ等による残薬が増加する可能性がある。
	多剤耐性菌	多くの抗菌薬(抗生剤)が効かなくなった細菌のこと。健康な方については、一般的には、体の中に入ったり、皮膚や粘膜の表面についたりするだけでは、すぐに病気になるわけではないが、体の抵抗力が落ちているときなどには、多剤耐性菌による感染症にかかることがあり、この場合、抗菌薬(抗生剤)が効かないため、治療が難しくなる。
	多職種連携システム	質の高い医療・介護を提供するために、医師、看護職、リハビリテーション専門職、医療ソーシャルワーカー、地域包括支援センター、介護支援専門員(ケアマネジャー)や社会福祉機関の職員など、異なった専門的背景をもつ専門職が、共有した目標に向けて共に働き、患者を支えていく仕組み。

行	用語	説明
た	地域医療介護総合確保基金	団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を図るため、消費税増収分を活用して、各都道府県に設置された基金。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施していくことになっている。
	地域医療教育センター	埼玉県総合医局機構がさいたま新都心に設置した県内医療機関に勤務する医療従事者向けの教育・研修施設。シミュレータ等を活用し、実際の診療さながらの研修を行うことができる。
	地域在宅歯科医療推進拠点	在宅で療養している人や体が不自由な方など、歯科医院への通院が困難な方を対象とした「在宅歯科医療推進窓口」。窓口では、専任の歯科衛生士が在宅歯科医療に関する相談や、在宅歯科医療を実施している歯科医院の紹介を行っている。
	地域周産期母子医療センター	産科及び小児科(新生児診療を担当するもの)等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設。
	地域包括ケアシステム	地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制。
	地域包括ケア病床	急性期治療を終えた患者の受入れ、在宅療養患者の緊急時の受入れ及びこれら患者の在宅復帰支援等を目的とした病床。
	地域包括支援センター	地域の高齢者の総合相談、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防の必要な援助などを行い、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする地域包括ケア実現に向けた中核的な機関。市町村又は市町村から委託された法人が設置・運営している。
	地域リハビリテーション	障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてのこと。
	地域連携クリティカルパス	急性期の医療機関から回復期の医療機関を経て自宅に戻るまでの治療経過に従って、各機関ごとの診療内容や達成目標等を明示した診療計画表(クリティカルパス)のこと。患者や関係する医療機関で共有することにより、質が高く効率的な医療の提供と患者の医療に対する安心の確保が見込まれる。
	中核発達支援センター	医療型障害児入所施設に医師や作業療法士等の専門職を配置した、発達障害児の診療・療育の拠点施設。
	腸炎ビブリオ	1950年10月、大阪南部で発生した「シラス干し」による患者272名、死者20名の大規模食中毒の原因菌として、腸炎ビブリオが初めて分離された。腸炎ビブリオによる食中毒の原因食品はほとんどが魚介類である。現在でも、8月を発生のピークとして、7～9月に多発する細菌性食中毒の主要原因菌の一つである。以前に国内で主流であった菌型から新しい菌型への変化が見られ、1998年をピークに急増したが、ここ数年はまた減少してきている。
	腸管出血性大腸菌O157	大腸菌は、家畜や人の腸内にも存在する。ほとんどのものは下痢の原因になることはないが、このうちいくつかのものは、人に下痢などの消化器症状や合併症を起こすことがあり、病原大腸菌と呼ばれている。病原大腸菌の中には、毒素を産生し、出血を伴う腸炎や溶血性尿毒症症候群(Hemolytic Uremic Syndrome、HUS)を起こす腸管出血性大腸菌と呼ばれるものがある。 腸管出血性大腸菌は、菌の成分(「表面抗原」や「べん毛抗原」などと呼ばれている)によりさらにいくつかかに分類されている。代表的なものは「腸管出血性大腸菌O157」で、そのほかに「O26」や「O111」などが知られている。
	治療的リハビリテーション	【急性期】廃用症候群(安静状態が長期に続くことによって起こる心身の様々な低下等。例:筋萎縮など)や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベットサイドで行う訓練などのこと(具体的内容:①早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、②摂食・嚥下訓練、③セルフケア訓練)。 【回復期】機能回復や日常生活動作(ADL)の向上を目的として、訓練室で訓練が可能になった時期から集中して行う訓練などのこと。
	DMAT	DMATは、Disaster Medical Assistance Teamの略で災害派遣医療チームのことである。災害の急性期に災害現場で救命処置等に対応できる機動性を備え、専門的なトレーニングを受けた医療チーム。
	データヘルス	健診やレセプト情報等データ化された健康・医療情報を医療保険者が分析した上で行う、加入者の健康状態に即した効果的・効率的な予防・健康づくりの取組。
	データヘルス計画	医療保険者が策定する、健康・医療情報を活用して、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画。

行	用語	説明
た	デング熱	デングウイルスに感染しておこる感染症。ウイルスに感染した患者の血を蚊が吸い、蚊の体内でウイルスが増殖し、その蚊が他の人の血を吸うことで感染する(蚊媒介性)。人から人に直接感染することはない。発熱、頭痛、筋肉痛や発疹が主な症状。平成26年に約70年ぶりに国内感染が発生した。
	糖尿病性昏睡	糖尿病による高度のインスリン作用不足で急性代謝失調を起こした「糖尿病ケトアシドーシス」や「高血糖高浸透圧症候群」により意識障害をきたし、昏睡に陥った状態。
	糖尿病性腎症	糖尿病で高血糖の状態が続く、腎臓内にある毛細血管の塊である糸球体の機能が悪くなり、腎臓のろ過機能が次第に衰えていく病気。進行すると高血圧や体のむくみ、たんぱく尿などの様々な症状が現れる。さらに腎不全となり、進行すると人工透析による治療が必要となる場合がある。
	動物由来感染症	動物から人間へうつる感染症のことで、「人獣共通感染症」という場合もある。
	ドクターヘリ	救急医療用の医療機器等を装備したヘリコプターであって、救急医療の専門医及び看護師が同乗し救急現場等に向かい、現場等から医療機関に搬送するまでの間、患者に救命医療を行うことができる専用ヘリコプターをいう。
	特定給食施設	特定かつ多数の人に対して継続的に栄養管理が必要な食事を提供する施設のうち、1回100食以上又は1日250食以上の食事を提供する施設。
	特定健康診査・特定保健指導	平成20年度から医療保険者に義務付けられた40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して行う生活習慣病に着目した健康診査・保健指導のこと。腹囲や血糖値、中性脂肪値などの特定項目での健診、結果の提供、生活習慣の改善に関する基本的な情報の提供を行う。さらに、特定保健指導対象者を選別し、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の実施に向けた「動機付け支援」又は「積極的支援」を行う。 特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果、腹囲が85cm以上(男性)、90cm以上(女性)の者又は腹囲が85cm未満(男性)、90cm未満(女性)の者でBMIが25以上の者のうち、①血糖(空腹時血糖が100mg/dl以上又はHbA1cが5.6%以上)、②脂質(中性脂肪150mg/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl未満)、③血圧(収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上)のいずれかに該当する者(糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く)をいう。
	特定建築物	建築物における衛生的環境の確保に関する法律(通称建築物衛生法)に基づき、一定の床面積と用途に該当する興行場、百貨店などの多数の人が使用又は利用する建築物をいう。 特定建築物の所有者等に、当該建築物について環境衛生上適正に管理することが義務付けられている。
	DOTS(直接服薬確認療法)	Directly Observed Treatment Short courseの略。結核を治すためには6~9月の服薬が必要となるが、症状が治まると服薬を中断してしまう場合があり、その結果、薬剤に耐性を持った菌が出現するなど治療が難しくなるとともに治療期間も長くなってしまふ。結核のまん延防止のためには治療を完遂する必要があり、服薬中断を未然に防止するため、薬を欠かさず服用しているかどうか、患者宅を訪問するなどして服薬状況をチェックするもの。
	な	鳥インフルエンザ(H5N1)(H7N9)
ナースセンター(都道府県ナースセンター)		「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づき、無料職業紹介事業や再就職のための研修会などを行う看護職員確保の公的な拠点。
乳児死亡数		生後1年未満の死亡数。
認知症		いろいろな原因で脳の細胞が壊れてしまったり働きが悪くなったりしたために様々な障害が起こり、生活する上で支障が出ている状態がおよそ6か月以上継続している状態。
認知症疾患医療センター		地域の保健・医療・介護機関等と連携を図り、地域の認知症疾患対策の拠点となる医療機関。認知症に関する専門医療相談、鑑別診断(専門の医師による詳しい診断)及び情報提供(研修を含む)などの機能を有している。
脳血管性認知症		脳梗塞などの脳血管疾患のために脳の細胞の働きが失われることで発症する認知症。片麻痺や嚥下障害、言語障害など身体症状が多く見られ、脳梗塞などの再発を繰り返しながら段階的に進行する特徴がある。

行	用語	説明
な	脳浮腫	脳が腫れた状態。
	ノロウイルス	ノロウイルスによる感染性胃腸炎や食中毒は、一年を通して発生しているが、特に冬季に流行する。ノロウイルスは手指や食品などを介して、経口で感染し、ヒトの腸管で増殖し、おう吐、下痢、腹痛などを起こす。健康な方は無症状又は軽症で回復するが、子どもやお年寄りなどでは重症化したり、吐物を誤って気道に詰まらせて死亡することがある。ノロウイルスについてはワクチンがなく、また、治療は輸液などの対症療法に限られる。
は	廃用症候群	体を動かさない状態が続くことによって心身の機能が低下すること。
	HACCP	HACCP(Hazard Analysis and Critical Control Point : 危害分析・重要管理点方式)とは、従来の最終製品の抜取検査による衛生管理ではなく、食品の製造における重要な工程を連続的に監視することで、一つ一つの製品の安全性を保証する国際標準の衛生管理手法。
	発達障害	自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害(LD)、注意欠陥多動性障害(ADHD)その他これに類する脳機能の障害でその症状が通常低年齢において発現するもの。
	発達障害地域療育センター	発達障害の特性が気になる子供に対し、作業療法士等の専門職が個別療育と親の子育て支援を行う施設。
	搬送困難事案受入医療機関	救急隊が緊急又は重症の疑いと判断した患者が、2回以上受入れを断られた場合、又は、それ以外であっても一定回数以上受入れを断られた場合に、原則として断らずに受け入れる医療機関。
	汎用ジェネリック医薬品	医療機関において広く使用されているジェネリック医薬品のこと。
	PICU(小児集中治療室)	Pediatric Intensive Care Unitの略。小児の大けがや、緊急を要する脳・内臓などの疾患に対応できる設備と医療スタッフを備えた集中治療室。
	PDCAサイクル	事業における管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Action(改善)の4段階を繰り返すことにより、業務の改善・向上などを図っていく手法。
	ひきこもり	さまざまな要因によって社会的な参加の場面がせばまり、就労や就学などの自宅以外での生活の場が長期にわたって失われている状態をいう。厚生労働省の行っている調査などでは、「仕事や学校に行かず、かつ、家族以外の人との交流をほとんどせずに、疾病や妊娠等の原因がなく6か月以上続けて自宅にひきこもっている状態」と定義されている。
	ひきこもり地域支援センター	ひきこもりに特化した専門的な第一次相談窓口としての機能を有し、本人や家族からの相談を受け、より適切な支援に結びつけることを目的として設置された機関。地域における関係機関とのネットワークの構築やひきこもり対策にとって必要な情報を広く提供するといった地域におけるひきこもり支援の拠点としての役割を担っている。埼玉県では、平成27年11月、「埼玉県ひきこもり相談サポートセンター」を越谷市内に開設している。
	病院群輪番制方式	手術・入院を要する重症患者の治療を担う第二次救急医療体制のうち、地域において複数の病院が交代で、休日・夜間に診療する体制。原則として救急車により直接搬送されてくる、又は初期救急医療施設から転送されてくる重症救急患者に対応するもの。
	病床機能報告	医療法に基づき、病院または診療所が、毎年、自らが有する一般病床・療養病床において担っている医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)や医療行為の内容等を都道府県に報告する制度。
	フードチェーン	農林水産物の生産から食品の販売に至る一連の国内外を含めた食品の供給行程。
	フッ化物応用法	口腔保健におけるフッ化物応用法は、フッ素化合物を用いて(日本では主に)局所応用を実施し、歯の質の強化や歯垢の細菌が作りだす酸の産生を抑制してう蝕(むし歯)予防を行う方法のこと。局所応用には、フッ化物歯面塗布、フッ化物洗口、フッ化物配合歯みがき剤の3つの方法がある。
フレイル	加齢とともに心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像(厚生労働省研究班報告書から)。	
プレホスピタル・ケア(病院前救護)	患者が医療機関に到着する前の救護体制。	

行	用語	説明
は	プロフェッショナル・ケア	歯科医師・歯科衛生士による口腔清掃についてのアドバイス、専門的歯面清掃及び口腔機能に対するリハビリテーション等の取組。歯みがき指導や歯石除去等。
	平均在院日数	病院に入院した患者の入院日数の平均値であり、病床利用率とともに病院の機能を示す指標である。 病院報告における一般病床の平均在院日数は、次の計算式により算出する。 年(月)間在院患者延数÷〔1/2×(年(月)間入院患者数+年(月)退院患者数)〕
	防災基地	被災者の救援・救護に必要な食料や生活必需品などを備蓄する倉庫機能及び救援物資などの集配機能を備えた総合活動拠点のこと。現在、中央(川島町)、越谷、新座、秩父、熊谷の5基地がある。
	訪問看護ステーション	病気や障害を持った方が住み慣れた地域や家庭で療養生活を送れるように、主治医の指示の下に看護師等が訪問し、診療の補助、療養上の世話などの訪問看護サービスを提供する事業所のこと。
	訪問歯科診療	何らかの身体的、精神的理由で歯科診療所に通院できない方に対し、歯科医師・歯科衛生士が自宅や介護施設、病院等に訪問して計画的に歯科診療や専門的口腔ケアを行うこと。
	保険者協議会	各医療保険者(国保、協会けんぽ、健保組合、共済等)の加入者の健康づくりの推進に当たり、保険者間の問題意識の共有や、取組の推進等を図るために都道府県ごとに設置される協議会。
ま	MERS(中東呼吸器症候群)	2012年に初めて確認されたMERSコロナウイルスによる感染症。主な症状は発熱、下痢、せき、息切れなどで下痢などの消化器症状を伴う場合もある。ヒトコブラクダが感染源の一つと疑われている。また、ラクダとの接触のほか咳やくしゃみなどによる飛沫感染等で人から人に感染すると考えられている。
	末梢血幹細胞	末梢血(全身を流れる血液)には通常は造血幹細胞はほとんど存在しないが、白血球を増やす薬(G-CSF)を注射すると、末梢血中にも造血幹細胞が流れ出す。採取前の3~4日間、連日G-CSFを注射し造血幹細胞が増えたところで、血液成分を分離する機器を使い造血幹細胞を採取し、骨髄移植と同様の方法で患者に注入する。
	看取り	遠くはない未来に亡くなることが想定される人に対して、身体的苦痛や精神的苦痛を可能な限り緩和・軽減するとともに、人生の最期までその人らしく充実して過ごせるように支援すること。
	無菌調剤	主に免疫力が低下している患者について、薬剤の混合時における微生物、異物汚染等を回避するために実施される調剤。在宅患者の中で、がん患者を中心に無菌調剤を必要とする患者は多く存在する。無菌調剤を行うためには、無菌環境を達成・維持するための特別な設備が必要とされる。
	無承認無許可医薬品	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に基づく品質・有効性・安全性の確認がされておらず、必要な承認・許可を取得していないもの。
	メタボリックシンドローム	内臓脂肪症候群のこと。内臓脂肪による肥満の人が、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病になる危険因子を複数併せ持っている状態。
	メディカルコントロール	病院前救護の質を保障するための体制。具体的には、救急救命士を含む救急隊員が、搬送中の傷病者に対して行う処置等の医療行為に関し、医師の指示、指導、助言を受ける体制や事後検証を行う体制を構築すること。
	メンタルヘルス	心の健康、精神衛生。メンタルヘルスクエア(対策)といえ、精神的な疲れや悩みの軽減を図るための対策ということ。
や	薬物乱用	医薬品(覚醒剤、モルヒネ、鎮咳剤、鎮痛剤など)を医療目的から逸脱したり、用法・用量を守らず使用すること、又は、医療目的のないもの(シンナー、大麻、ライターガスなど)を不正に使用すること。
	ライフステージ	人の一生を少年期・青年期・壮年期・老年期などと分けた、それぞれの段階のこと。
ら	ランニング備蓄	指定した医薬品を一定量医薬品卸売業者の倉庫に、通常の在庫に上乘せし備蓄すること。
	罹患率(がん)	ある集団で新たに診断されたがんの数を、その集団のその期間の人口で割った値。通常1年単位で算出され、「人口10万人のうち何例罹患したか」で表現される。
	療養病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容することを目的とした病院又は診療所の病床。

行	用語	説明
ら	レジオネラ属菌	土の中や河川、湖沼など自然界に広く生息している細菌であり、20～50℃で増殖するため、冷却塔水や循環式浴槽水などで多く検出される。 ヒトがレジオネラ属菌を含む目に見えないほど細かい水滴(エアロゾル)を吸い込むことにより感染し、肺炎等の症状を引き起こす。
	レセプト	患者が受けた保険診療について、医療機関が保険者に請求する医療報酬の明細書のこと。医科・歯科の場合には診療報酬明細書、薬局における調剤の場合には調剤報酬明細書、訪問看護の場合には訪問看護療養費明細書ともいう。
	ロコモティブシンドローム	運動器症候群。骨、関節、軟骨、椎間板、筋肉などの運動器のいずれか、あるいは複数に障害が起こり、「立つ」「歩く」といった機能が低下している状態。

埼玉県地域保健医療計画
(平成30～令和5年度)
(2018～2023年度)

一部変更後
(令和4・5年度)
(2022・2023年度)

令和4年3月発行
埼玉県 保健医療部 保健医療政策課
さいたま市浦和区高砂3-15-1
TEL: 048-830-3526

