

配付資料一覧

- 次第（１頁）
- 委員名簿（２頁）
- 協議会設置要綱（３～６頁）
- 資料１－１ 埼玉県地域保健医療計画（第８次）中間見直し 新旧対照表（案）（７～１７４頁）
- 資料１－２ 主な見直し等内容一覧表（１７５～１８３頁）
- 資料１－３ 追加・見直し指標一覧表（１８４～１８６頁）
- 資料１－４ 見直しスケジュール（１８７頁）
- 参考資料 埼玉県地域保健医療計画（第８次）の中間見直しについて（１８８～１９０頁）

令和８年度 第３回 埼玉県地域保健医療計画推進協議会 次第

日時：令和８年１０月７日（水）１８：００～１９：３０

場所：Teams によるオンライン会議

１ 開 会

２ あいさつ

３ 議 事

（１）埼玉県地域保健医療計画の中間見直し（案）について

４ 閉 会

埼玉県地域保健医療計画推進協議会委員名簿

名簿

任期：R6. 12. 1～R9. 3. 31

番号	氏名	役職	備考
1	イケイ マモル 池井 真守	全国健康保険協会埼玉支部 支部長	参加
2	イケダ リエコ 池田 里江子	一般社団法人埼玉県薬剤師会 副会長	参加
3	イワタ マサヒサ 岩田 昌久	一般社団法人埼玉県歯科医師会 副会長	参加
4	カネコ ナオシ 金子 直史	社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会 副会長	参加
5	カラハシ リュウイチ 唐橋 竜一	埼玉県国民健康保険団体連合会 常務理事	参加
6	クボ アキコ 久保 彰子	日本栄養大学 准教授	参加
7	コダイラ ワタル 古平 渉	公益財団法人埼玉県健康づくり事業団 専務理事	参加
8	ササキ ケンジ 佐々木 賢治	一般社団法人埼玉県介護支援専門員協会 理事	参加
9	スズキ カズヨシ 鈴木 一良	一般社団法人埼玉県食品衛生協会 検査センター所長	参加
10	タカハシ シゲオ 高橋 茂雄	一般社団法人埼玉県医師会母子保健委員会 委員長	参加
11	バサキ ショウジ 馬崎 昇司	公益社団法人埼玉県理学療法士会 副会長	参加
12	ハヤシ フミアキ 林 文明	一般社団法人埼玉県精神科病院協会 会長	参加
13	ハラサワ シゲル 原澤 茂	埼玉県病院団体協議会 構成委員（埼玉県済生会川口総合病院 名誉院長）	参加
14	ヒロサワ シンサク 廣澤 信作	一般社団法人埼玉県医師会 副会長	参加
15	ベッショ マサミ 別所 正美	学校法人埼玉医科大学 副理事長	参加
16	マスオ タケン 増尾 猛	健康保険組合連合会埼玉連合会 常任理事・事務局長	参加
17	ミヤザキ カオリ 宮崎 香理	公益社団法人埼玉県介護老人保健施設協会 理事	参加
18	ムラタ アサコ 村田 朝子	恩賜財団母子愛育会埼玉県支部 支部長	参加
19	ヨシナガ トモコ 吉永 智子	公益社団法人埼玉県看護協会 専務理事	参加
20	ワタベ アキコ 渡部 明子	埼玉県食生活改善推進員団体連絡協議会 副会長	参加

（五十音順 敬称略）

埼玉県地域保健医療計画推進協議会設置要綱

(設置)

第1条 埼玉県地域保健医療計画（以下「計画」という。）について、関係機関等との十分な連携を図るため、埼玉県地域保健医療計画推進協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(構成)

第2条 協議会は、委員23人以内で組織する。

2 委員は、学識経験者、医療関係者、保健・衛生関係者、福祉関係者、医療保険関係者及び公募選考者のうちから保健医療部長が選任する。

3 前項で定める委員とは別に、第5条第1項で定める協議会の会長が必要と認めるときは、その指名に基づき、保健医療部長が特別委員を任命することができる。

4 前項に規定する特別委員は、その者の任命に係る会議が終了したときは、解任されるものとする。

(役割)

第3条 協議会は、次の事項について、検討し、及び協議するものとする。

(1) 計画の試案作成に関すること。

(2) 計画の推進に関すること。

(3) 計画についての関係団体の協力の確保に関すること。

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、2年とし、再任を妨げない。

2 補欠のため選任された委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第5条 協議会に会長及び副会長を置く。

2 会長及び副会長は、委員の互選により選任する。

- 3 会長は、会務を整理し、協議会を代表する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、副会長がその職務を行う。

(会議)

第6条 会長は、会議を招集し、その議長となる。

- 2 会議は、委員の過半数の出席がなければ開くことができないものとする。

(学識経験者の招へい)

第7条 会長は、専門の事項を協議するため、当該事項に関する学識経験者の意見等を聴く必要があると認めるときは、当該学識経験者を招へいするよう保健医療部長に求めることができる。

(会議の公開)

第8条 協議会の会議は公開とする。ただし、出席した委員の3分の2以上の多数で議決したときは、非公開とすることができる。

(部会の設置)

第9条 協議会は、必要に応じて部会を置くことができる。

- 2 部会の所掌する事項等は、協議会において定める。
- 3 部会長は会長が指名する。
- 4 部会の構成員は部会長が定める。
- 5 部会長は会務を整理し、部会を代表する。
- 6 部会長は、必要があると認めるときは、部会に構成員以外の者の出席を求め、又は他の方法で意見を聴くことができる。
- 7 部会の運営については、第6条及び前条の規定を準用する。この場合において、第6条第1項中「会長」とあるのは「部会長」と、同条第2項中「委員」とあるのは「構成員」と、前条中「協議会」とあるのは「部会」と、「委員」とあるのは「構成員」と読み替えるものとする。

(庶務)

第10条 協議会の庶務は、保健医療部保健医療政策課において処理する。ただし、部会の庶務は保健医療部医療整備課において処理する。

(その他)

第11条 この要綱に定めるほか、協議会の運営に必要な事項は、別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成8年6月14日から施行する。

2 埼玉県地域保健医療計画推進連絡会議設置要綱（平成元年8月1日衛生部長決裁）は、廃止する。

附 則

この要綱は、平成10年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成12年6月14日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年5月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年6月7日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和8年9月1日から施行する。
- 2 令和8年11月30日に第4条第1項に規定する任期が終了することとなる委員の任期は、同項の規定にかかわらず、令和9年3月31日までとする。

埼玉県地域保健医療計画（第8次）中間見直し 新旧対照表（案）

（傍線の部分は、改正部分）

改 正 案	現 行
埼玉県地域保健医療計画 第1部 基本的な事項 第1章 基本的な考え方 第1節・第2節 （略） 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」であるとともに、政策的に関連の深い他の個別計画等をこの計画の中に組み込み、より一体的に保健医療施策を推進するための総合的な計画です。 また、県だけでなく、市町村や保健医療関係機関・団体等も含めて、推進すべき施策の方向性を示すものであるとともに、県民の自主的、積極的な行動を誘引する性格を持つものです。 (1) この計画に組み込んだ政策的に関連の深い個別計画や指針ア～サ （略） <u>シ 埼玉県薬剤師確保計画（薬剤師確保計画ガイドライン）</u>	埼玉県地域保健医療計画 第1部 基本的な事項 第1章 基本的な考え方 第1節・第2節 （略） 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」であるとともに、政策的に関連の深い他の個別計画等をこの計画の中に組み込み、より一体的に保健医療施策を推進するための総合的な計画です。 また、県だけでなく、市町村や保健医療関係機関・団体等も含めて、推進すべき施策の方向性を示すものであるとともに、県民の自主的、積極的な行動を誘引する性格を持つものです。 (1) この計画に組み込んだ政策的に関連の深い個別計画や指針ア～サ （略） シ 医療費適正化計画（高齢者の医療の確保に関する法律）

改 正 案	現 行
<u>【第5部第2章】</u> <u>ス 医療費適正化計画（高齢者の医療の確保に関する法律）</u> <u>【第6部】</u> (2) (略) 2 計画の構成 (1)～(3) (略) (4) 第4部 <u>医療従事者の確保等</u> <u>医師の確保に関する事項、医療従事者等の確保に関する事項及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項について定めています。</u> (5) 第5部 <u>医療費適正化計画</u> <u>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。</u> (6) <u>地域医療構想</u> <u>地域医療構想の概要、本県の概況と2025年における医</u>	<u>【第6部】</u> (2) (略) 2 計画の構成 (1)～(3) (略) (4) 第4部 <u>地域医療構想</u> <u>地域医療構想の概要、本県の概況と2025年における医療需要等、医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制、各地域の概要及び医療提供体制整備の方向性について定めています。</u> (5) 第5部 <u>医療従事者の確保等</u> <u>医師の確保に関する事項、医療従事者等の確保に関する事項及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項について定めています。</u> (6) <u>第6部 医療費適正化計画</u> <u>住民の健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進、医</u>

改 正 案	現 行
<u>療需要等、医療提供体制整備の方向性と地域医療構想の推進体制、各地域の概要及び医療提供体制整備の方向性について定めています。</u> 第４節 計画の期間 計画期間は、令和６年度（２０２４年度）から令和１１年度（２０２９年度）までの６か年とします。 ただし、在宅医療の推進に関する計画、医師の確保に関する事項及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項については、医療法第３０条の６の規定に基づき、３年で見直しを行い、必要に応じて計画を変更します。 <u>また、巻末の地域医療構想については、医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第８７号）の施行に伴う経過措置により、改正後の医療法に基づく地域医療構想が策定された場合には、策定の時点をもって効力を失うものとします。</u> その他、社会経済情勢の著しい変化や制度の大幅な変更が生じた場合などには、状況の変化に対応するため、必要な見直しを行うこととします。	<u>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。</u> 第４節 計画の期間 計画期間は、令和６年度（２０２４年度）から令和１１年度（２０２９年度）までの６か年とします。 ただし、在宅医療の推進に関する計画、医師の確保に関する事項及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項については、医療法第３０条の６の規定に基づき、３年で見直しを行い、必要に応じて計画を変更します。 その他、社会経済情勢の著しい変化や制度の大幅な変更が生じた場合などには、状況の変化に対応するため、必要な見直しを行うこととします。

改 正 案	現 行
第2章 計画の背景 第1節～第3節 (略) 第4節 住民の受療状況 1 <u>日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）</u> <u>国が示している健康寿命の1つで、「要介護1以下」を「健康な期間（日常生活動作が自立している期間）」、「要介護2以上」を「不健康な期間」として算出</u>しています。 本県の<u>令和5年（2023年）の日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）は、男性79.7年、女性84.1年</u>となっています。 2 (略) 第5節 医療提供施設等の状況 1 保健衛生施設 (1)～(2) (略) (3) その他の施設 ア～ウ (略)	第2章 計画の背景 第1節～第3節 (略) 第4節 住民の受療状況 1 <u>健康寿命</u> <u>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</u>としています。 <u>本県の令和3年（2021年）の健康寿命は、男性18.01年、女性20.86年</u>となっています。この5年間で男性は<u>1.17年、女性は1.10年</u>延びています。 2 (略) 第5節 医療提供施設等の状況 1 保健衛生施設 (1)～(2) (略) (3) その他の施設 ア～ウ (略) <u>エ 埼玉県県民健康福祉村</u> <u>県民健康福祉村は、健康づくりの拠点施設として、県民</u>

改 正 案	現 行
3 (略) 第6節 (略) 第3章 (略) 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17号の規定に基づき、全国統一の算定式により算出される病床数であり、この数を超えるときは病床の新設・増加が抑制されます。 ただし、診療所の療養病床又は一般病床については、医療法施行規則第1条の14第7項第1号から第3号までに該当するものとして医療審議会の議を経たときは、届出により設置することができます。 なお、届出により療養病床又は一般病床を設置し<u>た</u>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。	<u>に健康づくりの場を提供するとともに、健康運動指導者の養成・研修など市町村が実施する健康づくり事業を支援しています。</u> 3 (略) 第6節 (略) 第3章 (略) 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17号の規定に基づき、全国統一の算定式により算出される病床数であり、この数を超えるときは病床の新設・増加が抑制されます。 ただし、診療所の療養病床又は一般病床については、医療法施行規則第1条の14第7項第1号から第3号までに該当するものとして医療審議会の議を経たときは、届出により設置することができます。 なお、届出により療養病床又は一般病床を設置し又は設置予定の診療所の名称については、県ホームページにより公表します。

改 正 案	現 行
1 療養病床及び一般病床 療養病床及び一般病床の病床数は、医療法施行規則第30条の30第1号に基づき、二次保健医療圏ごとに定めることとされています。 新たな病床の整備は、原則として、二次保健医療圏ごとに基準病床数を上限として行いますが、<u>令和7年12月の医療法改正により、令和9年4月から、将来の病床数の必要量である必要病床数を超えるときは病床の新設・増加が抑制されることとなります。</u> <u>現在の必要病床数は令和7年（2025年）の医療需要を基に算出されていますが、新たな地域医療構想の見据える令和22年（2040年）は、全ての二次保健医療圏で人口減少が進む一方で、地域によっては医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者が増加すると推計されており、地域ごとに医療需要の増減の見込みが異なります。このような各地域の状況を踏まえ、将来確保すべき病床を着実に整備していく必要があります。</u>	1 療養病床及び一般病床 療養病床及び一般病床の病床数は、医療法施行規則第30条の30第1号に基づき、二次保健医療圏ごとに定めることとされています。 新たな病床の整備は、原則として、二次保健医療圏ごとに基準病床数を上限として行います。 <u>一方、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となる令和7年（2025年）に推計される医療需要を基に、医療提供体制について定めた地域医療構想（第4部参照）では、二次保健医療圏ごとに国の算定式により算出される必要病床数を目途として定め、医療法第30条の14第1項に規定する協議の場（地域医療構想調整会議）において、その病床数の中で、病床機能の分化・連携について協議しています。</u> <u>この地域医療構想を実現するため、令和7年（2025年）</u>

改 正 案	現 行
そこで、二次保健医療圏の中で、基準病床数を上限とする前提において、<u>令和２２年（２０４０年）における医療需要の推計を基に国の算定式により必要病床数を算出し、</u>既存病床数に対し、精神や身体の障害に係る児童福祉施設の病床など特定の者が利用する病床等を加えてもなお、必要病床数に満たない病床数について、病床整備を行います。 <u>また、新型インフルエンザ等が発生した場合には患者数の増大が予想されます。そのため、平時から感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第３６条の３第１項に基づき、県内にある医療機関等との間で病床確保に関する医療措置協定等を締結することで、新型インフルエンザ等の発生時に、当該感染症患者を受け入れる病床を確保できる体制を整備しています。引き続き、感染症有事における新型インフルエンザ等に対する医療提供体制及び通常医療の提供体制の確保を進めてまいります。</u>	<u>における病床の必要量である必要病床数の着実な整備が必要となっています。</u> そこで、二次保健医療圏の中で、基準病床数を上限とする前提において、既存病床数に対し、精神や身体の障害に係る児童福祉施設の病床など特定の者が利用する病床等を加えてもなお、必要病床数に満たない病床数について、<u>当面の</u>病床整備を行います。 <u>なお、新型コロナウイルス感染症発生時において、急性期を担う多くの医療機関において、一般病床を新型コロナ患者の受入病床に転用したことにより、新型コロナ以外の一般医療に影響が生じました。</u> <u>新型コロナのような感染症発生時においては、県内での対応が原則となることから、県境を越えた患者移動が制限された場合、特に、妊産婦や小児、精神疾患の陽性患者など、特別な配慮が必要な患者に対する病床が十分確保できない恐れが今後もあります。</u>

改 正 案	現 行												
【医療措置協定による確保病床数】 (単位：床) <table><tr><th></th><th>計画策定時</th><th>令和 6 年度末</th><th>令和 7 年度末</th></tr><tr><td>流行初期</td><td>0</td><td>1,494</td><td>1,525</td></tr><tr><td>流行初期以降</td><td>0</td><td>2,540</td><td>2,568</td></tr></table>		計画策定時	令和 6 年度末	令和 7 年度末	流行初期	0	1,494	1,525	流行初期以降	0	2,540	2,568	そこで、これらの患者に対する病床が確保できるよう、今回の新型コロナ対応を踏まえた基準病床数及び必要病床数の加算を可能とするなど、平時より感染症対応を想定した病床制度とするとともに、その配分については、二次保健医療圏の考え方に捕らわれない、知事裁量により弾力的な制度とすることについて、国に対し要望しています。
	計画策定時	令和 6 年度末	令和 7 年度末										
流行初期	0	1,494	1,525										
流行初期以降	0	2,540	2,568										

改 正 案

(参 考)

二次保健医療圏	基準病床数 (令和 <u>9</u> ～11年度)	既存病床数	必要病床数				
			(令和22年)	高度急性期	急性期	包括期	慢性期
南部保健医療圏	(検討中)	<u>4, 6 9 4</u>	<u>4, 6 9 1</u>	<u>6 8 6</u>	<u>1, 2 8 2</u>	<u>1, 9 1 7</u>	<u>8 0 6</u>
南西部保健医療圏		<u>4, 6 3 6</u>	<u>5, 2 6 6</u>	<u>7 5 2</u>	<u>1, 3 3 0</u>	<u>1, 8 6 5</u>	<u>1, 3 1 9</u>
東部保健医療圏		<u>8, 0 7 1</u>	<u>7, 4 2 5</u>	<u>8 9 8</u>	<u>1, 7 6 8</u>	<u>2, 8 3 4</u>	<u>1, 9 2 5</u>
さいたま保健医療圏		<u>6, 8 0 5</u>	<u>7, 7 4 4</u>	<u>1, 4 8 7</u>	<u>2, 1 8 0</u>	<u>2, 5 5 8</u>	<u>1, 5 1 9</u>
県央保健医療圏		<u>3, 2 5 6</u>	<u>3, 2 1 3</u>	<u>4 4 8</u>	<u>8 4 4</u>	<u>1, 1 2 1</u>	<u>8 0 0</u>
川越比企保健医療圏		<u>7, 0 1 9</u>	<u>7, 0 7 5</u>	<u>8 3 5</u>	<u>1, 4 1 9</u>	<u>2, 3 1 7</u>	<u>2, 5 0 4</u>
西部保健医療圏		<u>6, 9 3 0</u>	<u>8, 0 2 4</u>	<u>8 6 1</u>	<u>1, 6 6 4</u>	<u>2, 7 5 1</u>	<u>2, 7 4 8</u>
利根保健医療圏		<u>3, 9 8 6</u>	<u>4, 4 6 9</u>	<u>5 4 3</u>	<u>1, 0 6 5</u>	<u>1, 8 3 4</u>	<u>1, 0 2 7</u>
北部保健医療圏		<u>3, 5 5 4</u>	<u>3, 7 7 5</u>	<u>3 8 5</u>	<u>8 0 6</u>	<u>1, 4 7 1</u>	<u>1, 1 1 3</u>
秩父保健医療圏		<u>6 9 7</u>	<u>5 5 3</u>	<u>3 3</u>	<u>8 4</u>	<u>2 2 0</u>	<u>2 1 6</u>
計		<u>4 9, 6 4 8</u>	<u>5 2, 2 3 5</u>	<u>6, 9 2 8</u>	<u>12, 4 4 2</u>	<u>18, 8 8 8</u>	<u>13, 9 7 7</u>

(既存病床数は令和8年3月末現在)

改 正 案

(参考)

<u>高度急性期</u>	<u>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</u>
<u>急性期</u>	<u>急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（高度急性期に該当するものを除く。）</u>
<u>包括期</u>	<u>高齢者その他の者に対し、治療並びに入院早期からのリハビリテーションその他の早期の在宅復帰に向けた療養上必要な管理及び支援を一体的に行うもの又は急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療若しくはリハビリテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨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む。）</u>
<u>慢性期</u>	<u>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</u>

現 行

(参 考)

二次保健医療圏	基準病床数 (令和 <u>6</u> ～11年度)	既存病床数	必要病床数
南部保健医療圏	<u>5, 2 7 1</u>	<u>4, 7 8 1</u>	<u>5, 0 2 5</u>
南西部保健医療圏	<u>4, 6 0 9</u>	<u>4, 6 3 3</u>	<u>4, 7 7 7</u>
東部保健医療圏	<u>9, 1 9 2</u>	<u>8, 5 9 8</u>	<u>8, 9 3 5</u>
さいたま保健医療圏	<u>9, 8 9 6</u>	<u>7, 6 1 2</u>	<u>7, 6 6 4</u>
県央保健医療圏	<u>4, 3 1 9</u>	<u>3, 2 8 9</u>	<u>3, 5 3 4</u>
川越比企保健医療圏	<u>7, 5 8 7</u>	<u>6, 8 2 5</u>	<u>7, 6 5 2</u>
西部保健医療圏	<u>7, 7 6 7</u>	<u>7, 6 9 7</u>	<u>7, 9 5 1</u>
利根保健医療圏	<u>4, 9 0 6</u>	<u>4, 2 3 8</u>	<u>4, 6 3 0</u>
北部保健医療圏	<u>3, 7 9 7</u>	<u>3, 5 6 2</u>	<u>3, 4 4 2</u>
秩父保健医療圏	<u>5 8 0</u>	<u>7 5 3</u>	<u>6 0 0</u>
計	<u>5 7, 9 2 4</u>	<u>5 1, 9 8 8</u>	<u>5 4, 2 1 0</u>

(既存病床数は令和5年3月末現在)

改 正 案				現 行			
2 精神病床、結核病床及び感染症病床 病院の精神病床、結核病床及び感染症病床の病床数は、医療法施行規則に規定する算定式に基づき、県の区域（三次保健医療圏）ごとに定めることとされています。				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)				(参 考)			
保健医療圏	病床種別	基準病床数 (令和 <u>9</u> ～11年度)	既存病床数	保健医療圏	病床種別	基準病床数 (令和 <u>6</u> ～11年度)	既存病床数
全県域	精神病床	<u>(検討中)</u>	<u>12,831</u>	全県域	精神病床	<u>12,003</u>	<u>13,405</u>
	結核病床	<u>80</u>	130		結核病床	<u>100</u>	130
	感染症病床	85	<u>79</u>		感染症病床	85	<u>75</u>
(既存病床数は令和 <u>8</u> 年3月末現在)				(既存病床数は令和 <u>5</u> 年3月末現在)			
第5章 (略)				第5章 (略)			
第2部 くらしと健康				第2部 くらしと健康			
第1章 ライフステージに応じた健康づくりとQOLの向上				第1章 ライフステージに応じた健康づくりとQOLの向上			
第1節 健康づくり対策				第1節 健康づくり対策			
(略)				(略)			

改 正 案	現 行
1 目指すべき姿 (1)～(2) (略) (3) 基本方針 8つの基本方針を掲げ、基本理念の実現を目指します。 ア <u>日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)の維持</u>と健康格差の縮小 イ～ク (略) 2 現状と課題 (略) (1) <u>日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)の維持</u>と健康格差の縮小 ア <u>日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)</u> <u>国が示す健康寿命の指標の1つで、「要介護1以下」を「健康な期間(日常生活動作が自立している期間)」、「要介護2以上」を「不健康な期間」として算出しています。厚生労働省の依頼により、国民健康保険中央会で介護保険データを基に毎年算出するもので、0歳からの平</u>	1 目指すべき姿 (1)～(2) (略) (3) 基本方針 8つの基本方針を掲げ、基本理念の実現を目指します。 ア <u>健康寿命の延伸</u>と健康格差の縮小 イ～ク (略) 2 現状と課題 (略) (1) <u>健康寿命の延伸</u>と健康格差の縮小 ア <u>健康寿命</u> <u>本県では、生活の質(QOL)を考慮し、「65歳に達した県民が、健康で自立した生活を送る期間」、具体的には「要介護2」以上になるまでの期間を「健康寿命」と定義して、県独自に、県全体、二次保健医療圏別、市町村別の健康寿命を算出しています。</u>

改 正 案	現 行
<u>均自立期間を用いています。算出する際に、①0～39歳全員を健康と仮定、②40歳以上の要介護2以上認定者を不健康と仮定、を条件としています</u> <u>令和5年の全国の日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）は男性79.7年、女性84.1年、埼玉県は男性79.7年、女性84.1年となっており、公表されている平成29年からほぼ変わらず、維持している状況です。</u> イ <u>平均余命（国民健康保険中央会算出）</u> <u>日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）と同時に算出されている令和5年の全国の平均余命は男性81.1年、女性87.2年、埼玉県は男性81.1年、女性87.1年となっています。</u>	<u>本県の健康寿命は、令和3年（2021年）は、男性18.01年、女性20.86年となっており、この10年間で、男性は1.17年、女性は1.10年延びています。</u> <u>また、国は「健康上の問題による日常生活への影響がない期間」を健康寿命として算出しています。国民生活基礎調査結果を基に3年に1回算出するもので、調査対象は6歳以上の居宅者です。令和元年（2019年）の全国の健康寿命は男性72.68年、女性75.38年、埼玉県は男性73.48年（全国3位）、女性75.73年（全国20位）となっています。</u> イ <u>平均寿命</u> <u>国が算出した本県の令和2年（2020年）の平均寿命は、男性81.44年、女性87.31年であり、平成22年（2010年）と比較し、男性は、1.82年、女性は1.43年延びています。令和2年都道府県別生命表によると、令和2年（2020年）の平均寿命の都道府県順位は、本県は男性24位、女性は39位でした。</u> <u>また、県が算出する65歳平均余命は、令和3年（20</u>

改 正 案	現 行
ウ <u>日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)と平均余命(国民健康保険中央会算出)の差</u> <u>埼玉県令和5年(2023年)の日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)と平均余命の差は男性で1.4年、女性で3.1年となっています。</u> <u>日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)と平均余命との差を縮めることで、できるだけ長く健康的な生活を送ることが重要です。</u> エ 健康格差 健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義されています。地域格差の実態を明らかにし、その縮小に向けた取組を強化するための指標としては、様々なものが考えられますが、各種格差を是正することにより、最終的には健康寿命の格差の縮小を目指すという視点から、埼玉県では健康寿命の二次保健医療	<u>21年)が男性19.74年、女性24.47年で、男女とも緩やかな上昇傾向が続き、この10年間で、男性は1.06年、女性は0.89年延びています。</u> ウ <u>健康寿命と平均寿命の差</u> <u>県が算出した埼玉県の令和3年(2021年)の65歳健康寿命と65歳平均余命の差は男性で1.73年、女性で3.61年となっています。</u> <u>65歳健康寿命を延伸し、65歳平均余命との差を縮めることで、できるだけ長く健康的な生活を送ることが重要です。</u> エ 健康格差 健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義されています。地域格差の実態を明らかにし、その縮小に向けた取組を強化するための指標としては、様々なものが考えられますが、各種格差を是正することにより、最終的には健康寿命の格差の縮小を目指すという視点から、埼玉県では健康寿命の二次保健医療

改 正 案	現 行
圏別格差を目標項目として設定してきました。 <u>健康格差については、経年推移を確認するため、引き続き埼玉県独自の「健康寿命」の数値を使用します。</u> 二次保健医療圏ごとに比較した場合、男性の健康寿命が最も長い地域は１８．４９年、最も短い地域は１７．２７年です。女性では、最も長い地域は２１．１９年、最も短い地域は２０．４９年です。男性は１．２２年、女性は０．７０年の差が生じています。 健康寿命の違いには様々な要因が影響していますが、各々の要因の関連の強さについては未解明の部分が多いのが現状です。様々な背景を検討し、健康格差の要因の把握及び分析をすることで、その差を縮める必要があります。 (2) 生活習慣の改善 ア 栄養・食生活 (略) (ア) 適正体重の維持 (略) a <u>こども</u>の肥満 本県の肥満傾向にある<u>こども</u>（１０歳：小学校５年	圏別格差を目標項目として設定してきました。 二次保健医療圏ごとに比較した場合、男性の健康寿命が最も長い地域は１８．４９年、最も短い地域は１７．２７年です。女性では、最も長い地域は２１．１９年、最も短い地域は２０．４９年です。男性は１．２２年、女性は０．７０年の差が生じています。 健康寿命の違いには様々な要因が影響していますが、各々の要因の関連の強さについては未解明の部分が多いのが現状です。様々な背景を検討し、健康格差の要因の把握及び分析をすることで、その差を縮める必要があります。 (2) 生活習慣の改善 ア 栄養・食生活 (略) (ア) 適正体重の維持 (略) a <u>子供</u>の肥満 本県の肥満傾向にある<u>子供</u>（１０歳：小学校５年生）

改 正 案	現 行
生) (＊) の割合は、令和 3 年度学校保健統計によると、10.23%となっており、第3次健康長寿計画策定時の平成28年度(2016年度)と比較して、増加傾向がみられます。 ＊肥満傾向児 性別、年齢別、身長別標準体重から肥満度(過体重度)を算出し、肥満度が20%以上の者を肥満傾向児とする。 肥満度(過体重度) = [実測体重(kg) - 身長別標準体重(kg)] / 身長別標準体重(kg) × 100 (%) b～c (略) (イ) (略) イ～カ (略) (3) (略) (4) 生活機能の維持・向上 生活習慣病に罹患しなくても、日常生活に支障を来す状態となることもあります。国が算出する健康寿命が「日常生活に制限のない期間の平均」であることを鑑みると、<u>平均自立期間の維持</u>のためには、こうした状態とならないような取組も必要です。生活習慣の改善を通じて、心身の両面から健康を保持することで、生活機能の維持・向上を図ることが求められています。	(＊) の割合は、令和 3 年度学校保健統計によると、10.23%となっており、第3次健康長寿計画策定時の平成28年度(2016年度)と比較して、増加傾向がみられます。 ＊肥満傾向児 性別、年齢別、身長別標準体重から肥満度(過体重度)を算出し、肥満度が20%以上の者を肥満傾向児とする。 肥満度(過体重度) = [実測体重(kg) - 身長別標準体重(kg)] / 身長別標準体重(kg) × 100 (%) b～c (略) (イ) (略) イ～カ (略) (3) (略) (4) 生活機能の維持・向上 生活習慣病に罹患しなくても、日常生活に支障を来す状態となることもあります。国が算出する健康寿命が「日常生活に制限のない期間の平均」であることを鑑みると、<u>健康寿命の延伸</u>のためには、こうした状態とならないような取組も必要です。生活習慣の改善を通じて、心身の両面から健康を保持することで、生活機能の維持・向上を図ることが求められています。

改 正 案	現 行
ア ロコモティブシンドローム ロコモティブシンドロームは、運動器の障害によって、立つ、歩くという移動機能の低下を来した状態と定義されています。生活機能の中でも移動機能は<u>平均自立期間を維持する</u>観点からも、特に重要項目と考えられます。 県民の健康に関するアンケート（令和４年１１月実施）では、ロコモティブシンドロームについて「言葉も意味も知らなかった」という割合は男性６４．８％、女性５２．２％であり、認知度が高いとは言えない状況です。 イ （略） (5) （略） (6) 自然に健康になれる環境づくり <u>平均自立期間を維持するため</u>には、自ら健康づくりに積極的に取り組む人だけでなく、健康に関心の薄い人を含む、幅広い人々に対してアプローチを行うことが重要です。そのために、本人が無理なく自然に健康な行動をとることができるような環境整備を行うことが求められています。 また、望まない受動喫煙の機会をなくすことも、環境整備	ア ロコモティブシンドローム ロコモティブシンドロームは、運動器の障害によって、立つ、歩くという移動機能の低下を来した状態と定義されています。生活機能の中でも移動機能は<u>健康寿命の延伸の</u>観点からも、特に重要項目と考えられます。 県民の健康に関するアンケート（令和４年１１月実施）では、ロコモティブシンドロームについて「言葉も意味も知らなかった」という割合は男性６４．８％、女性５２．２％であり、認知度が高いとは言えない状況です。 イ （略） (5) （略） (6) 自然に健康になれる環境づくり <u>健康寿命の延伸</u>には、自ら健康づくりに積極的に取り組む人だけでなく、健康に関心の薄い人を含む、幅広い人々に対してアプローチを行うことが重要です。そのために、本人が無理なく自然に健康な行動をとることができるような環境整備を行うことが求められています。 また、望まない受動喫煙の機会をなくすことも、環境整備

改 正 案	現 行
の一つです。 受動喫煙により、肺がんや虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候群などの疾患のリスクが上昇することが報告されています。健康増進法では、望まない受動喫煙を防止するため、学校、病院、児童福祉施設等、行政機関（第一種施設）については敷地内禁煙、第一種施設以外の多数の者が利用する施設（第二種施設）等については原則屋内禁煙とされています。こうした状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進することが必要です。 国民健康・栄養調査（埼玉県分）によると、自分以外の人 が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）があったと 回答した者（現在喫煙者を除く）の割合は、令和４年（２０ ２２年）では「路上」が最も高く、２８．５％でした。 (7) 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備 健康づくりを行うに当たっては、保健・医療・福祉等への アクセスが確保されていることに加え、様々な基盤を整える ことが重要です。近年、自治体のみならず企業や民間団体と いった多様な主体による健康づくりが広まっており、そうし	の一つです。 受動喫煙により、肺がんや虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候群などの疾患のリスクが上昇することが報告されています。健康増進法では、望まない受動喫煙を防止するため、学校、病院、児童福祉施設等、行政機関（第一種施設）については敷地内禁煙、第一種施設以外の多数の者が利用する施設（第二種施設）等については原則屋内禁煙とされています。こうした状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進することが必要です。 国民健康・栄養調査（埼玉県分）によると、自分以外の人 が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）があったと 回答した者（現在喫煙者を除く）の割合は、令和４年（２０ ２２年）では「路上」が最も高く、２８．５％でした。 (7) 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備 健康づくりを行うに当たっては、保健・医療・福祉等への アクセスが確保されていることに加え、様々な基盤を整える ことが重要です。近年、自治体のみならず企業や民間団体と いった多様な主体による健康づくりが広まっており、そうし

改 正 案	現 行
た取組をさらに推進していく必要があります。 ア 健康経営実践事業所 健康経営は、従業員に対する健康づくりを行うことで、県民の<u>平均自立期間の維持</u>につながることに加え、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化、ひいては業績向上や株価上昇につながるものです。企業が健康経営を進めることに加え、自治体と企業が連携した取組を進めることで、地域全体でより効果的・効率的な健康づくりを進めることができます。 本県では、令和４年度（２０２２年度）末現在、健康経営実践事業所に認定された事業所数は２，０９８事業所です。 イ （略） ウ <u>みんなで健康マイスター</u> 県では、<u>令和７年度（２０２５年度）</u>から健康についての知識を学び、身近な人にも勧めてもらうため「<u>みんなで健康マイスター（旧健康長寿サポーター）</u>」の養成を行っています。<u>令和７年度（２０２５年度）</u>末現在、<u>１７，７０</u>	た取組をさらに推進していく必要があります。 ア 健康経営実践事業所 健康経営は、従業員に対する健康づくりを行うことで、県民の<u>健康寿命延伸</u>につながることに加え、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化、ひいては業績向上や株価上昇につながるものです。企業が健康経営を進めることに加え、自治体と企業が連携した取組を進めることで、地域全体でより効果的・効率的な健康づくりを進めることができます。 本県では、令和４年度（２０２２年度）末現在、健康経営実践事業所に認定された事業所数は２，０９８事業所です。 イ （略） ウ <u>健康長寿サポーター</u> 県では、<u>平成２５年度（２０１３年度）</u>から健康についての知識を学び、身近な人にも勧めてもらうため「健康長寿サポーター」の養成を行っています。<u>令和４年度（２０２２年度）</u>末現在、<u>１０５，３９４人のサポーター</u>を養成

改 正 案	現 行
<u>2人のマイスター</u>を養成しました。 エ (略) (8) (略) 3 課題解決に向けた主な取組 (1) <u>日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）の維持</u>と健康格差の縮小 ア 目指す方向性 生活習慣病の予防や社会生活を営むために必要な機能の維持・向上による<u>日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）の維持</u>を目指します。 また、住む市町村の違いなどで健康状態の差が生じないよう、県内のどこに住んでいても健やかに暮らせる健康格差のない地域の構築を目指します。 イ (略) (2) 生活習慣の改善 ア 目指す方向性 <u>平均自立期間を維持する</u>ためには、食生活、身体活動、歯科口腔の機能維持などといった生活習慣の改善が重要で	しました。 エ (略) (8) (略) 3 課題解決に向けた主な取組 (1) <u>健康寿命の延伸</u>と健康格差の縮小 ア 目指す方向性 生活習慣病の予防や社会生活を営むために必要な機能の維持・向上による<u>健康寿命</u>の延伸を目指します。 また、住む市町村の違いなどで健康状態の差が生じないよう、県内のどこに住んでいても健やかに暮らせる健康格差のない地域の構築を目指します。 イ (略) (2) 生活習慣の改善 ア 目指す方向性 <u>健康寿命延伸</u>のためには、食生活、身体活動、歯科口腔の機能維持などといった生活習慣の改善が重要です。

改 正 案	現 行
す。 生活習慣病有病者は認知症発症リスクが高まることも分かっています。自立して健康に生きられる期間をできるだけ長くするために、生活習慣の改善につながる取組を推進していきます。 イ 主な取組 (ア) (略) (イ) 身体活動・運動 ・日常生活における歩数の増加 ・運動習慣者の増加への取組 ・身体活動量が少ない者の減少への取組 ・肥満傾向にある <u>こども</u> の減少への取組 ・65歳以上の運動習慣者の増加への取組 (ウ)～(カ) (略) (3)～(5) (略) (6) 自然に健康になれる環境づくり ア 目指す方向性 <u>平均自立期間を維持するため</u>には、自らの健康づくりに積極的に取り組む者だけでなく、健康に関心の薄い者を含む、幅広い者に対して健康づくりのアプローチを行うことが重要です。そのため、本人が無理なく自然に健康な行動	生活習慣病有病者は認知症発症リスクが高まることも分かっています。自立して健康に生きられる期間をできるだけ長くするために、生活習慣の改善につながる取組を推進していきます。 イ 主な取組 (ア) (略) (イ) 身体活動・運動 ・日常生活における歩数の増加 ・運動習慣者の増加への取組 ・身体活動量が少ない者の減少への取組 ・肥満傾向にある <u>子供</u> の減少への取組 ・65歳以上の運動習慣者の増加への取組 (ウ)～(カ) (略) (3)～(5) (略) (6) 自然に健康になれる環境づくり ア 目指す方向性 <u>健康寿命の延伸</u>には、自らの健康づくりに積極的に取り組む者だけでなく、健康に関心の薄い者を含む、幅広い者に対して健康づくりのアプローチを行うことが重要です。そのため、本人が無理なく自然に健康な行動をとることが

改 正 案	現 行
をとることが出来るような環境整備を進めていきます。 イ (略) (7) (略) (8) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり ア (略) イ 主な取組 < <u>こども</u> > ・肥満傾向にある <u>こども</u> の減少への取組（再掲） ・健康的な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する <u>こども</u> の増加への取組 ・乳幼児・学齢期のう ^{しょく} 蝕 のない者の増加への取組（再掲） < 高齢者 > ・ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の認知度の向上（再掲） ・65歳以上の運動習慣者の増加への取組（再掲） ・低栄養傾向の高齢者の割合の増加を抑制するための取組（再掲）	出来るような環境整備を進めていきます。 イ (略) (7) (略) (8) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり ア (略) イ 主な取組 < <u>子供</u> > ・肥満傾向にある <u>子供</u> の減少への取組（再掲） ・健康的な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する <u>子供</u> の増加への取組 ・乳幼児・学齢期のう ^{しょく} 蝕 のない者の増加への取組（再掲） < 高齢者 > ・ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の認知度の向上（再掲） ・65歳以上の運動習慣者の増加への取組（再掲） ・低栄養傾向の高齢者の割合の増加を抑制するための取組（再掲）

改 正 案	現 行
・ 60 歳代における咀嚼^{そしゃく}良好者の増加への取組（再掲） ・ 口腔機能^{くう}の維持と向上の推進（再掲） ・ 介護予防の取組の実施（再掲） <女性> ・ 20～30 歳代女性のやせの者の割合の減少に向けた取組（再掲） ・ 妊娠中の飲酒の防止（再掲） ・ 妊娠中の喫煙の防止（再掲） 4 指標 (1) <u>日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）</u> 現状値 男性 <u>79.7</u> 年 → 目標値 男性 <u>79.8</u> 年 女性 <u>84.1</u> 年 女性 <u>84.1</u> 年 (<u>令和5年（2023年）</u>) (<u>令和11年（2029年）</u>)	・ 60 歳代における咀嚼^{そしゃく}良好者の増加への取組（再掲） ・ 口腔機能^{くう}の維持と向上の推進（再掲） ・ 介護予防の取組の実施（再掲） <女性> ・ 20～30 歳代女性のやせの者の割合の減少に向けた取組（再掲） ・ 妊娠中の飲酒の防止（再掲） ・ 妊娠中の喫煙の防止（再掲） 4 指標 (1) <u>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）</u> 現状値 男性 <u>18.01</u> 年 → 目標値 男性 <u>18.83</u> 年 女性 <u>20.86</u> 年 女性 <u>21.58</u> 年 (<u>令和3年（2021年）</u>) (<u>令和11年（2029年）</u>) (2) <u>日常生活に制限のない期間の平均（年）</u> 現状値 男性 <u>73.48</u> 年 → 目標値 男性 <u>74.60</u> 年 女性 <u>75.73</u> 年 女性 <u>76.17</u> 年 (<u>令和元年（2019年）</u>) (<u>令和10年（2028年）</u>)

改 正 案							現 行						
(関連指標)							(関連指標)						
1 <u>日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）の維持</u> と健康格差の縮小							1 <u>健康寿命の延伸</u> と健康格差の縮小						
指標名		現状値		目標値		データ ソース	指標名		現状値		目標値		データ ソース
1	<u>日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）の維持</u>	男性	<u>79.7</u> 20 23 年	男性	<u>79.8</u> 20 29 年	<u>国民健康保険中央会統計情報</u>	1	<u>健康寿命の延伸（65歳に到達した人が「要介護2」以上になるまでの期間）</u>	男性	<u>18.0</u> 1 20 21 年	男性	<u>18.8</u> 3 20 29 年	<u>埼玉県 の健康 指標総 合ソフト</u>
		女性		女性					女性		女性		
		<u>84.1</u> 年		<u>84.1</u> 年					<u>20.8</u> 6 年		<u>21.5</u> 8 年		
2	健康格差の縮小 （各二次保健医療圏単位の健康寿命の差の縮小）	男性	<u>1.22</u> 20 21 年	縮小傾向	<u>20 29 年</u>	<u>埼玉県 の健康 指標総 合ソフト</u>	1	<u>健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均）</u>	男性	<u>73.4</u> 8 20 19 年	男性	<u>74.6</u> 0 20 28 年	<u>国民生活基礎調査埼玉県分</u>
		女性							女性		女性		
		<u>0.70</u>							<u>75.7</u>		<u>76.1</u>		
											<u>7</u> 年		

改 正 案							現 行						
		年							<u>3 年</u>				
							2	健康格差の縮小 (各二次保健医療圏単位の健康 寿命の差の縮小)	男性 1 . 2 2 年 女性 0 . 7 0 年	2 0 2 1 年	縮小傾向	2 0 2 9 年	埼玉県 の健康 指標総 合ソフト
							2 生活習慣の改善						
指標名			現状値		目標値		データ ソース	備考					
3	適正体 重を維 持して いる者 の増加 (肥	肥満傾 向にあ る <u>こど</u> <u>も</u> の割 合の減 少	1 0 . 2 %	2 0 2 1 年度	減少	2 0 2 9 年度	文部科 学省:学 校保健 統計調 査						

指標名			現状値		目標値		データ ソース	備考	2 生活習慣の改善				
3	適正体 重を維 持して いる者 の増加	肥満傾 向にあ る <u>子供</u> の割合 の減少	1 0 . 2 %	2 0 2 1 年度	減少	2 0 2 9 年度	文部科 学省:学 校保健 統計調 査						

改 正 案									現 行									
	満、や せの減 少)	2 0 ～ 6 0 歳 代男性 の肥満 者の割 合の減 少	2 7 . 5 %	2 0 2 2 年	2 0 2 9 年	国民健 康・栄養 調査埼 玉県分	BMI 2 5 以上			(肥 満、や せの減 少)	2 0 ～ 6 0 歳 代男性 の肥満 者の割 合の減 少	2 7 . 5 %	2 0 2 2 年	2 0 2 9 年	国民健 康・栄養 調査埼 玉県分	BMI 2 5 以上		
		2 0 ～ 3 0 歳 代女性 のやせ の者の 割合の 減少	2 0 . 7 %				1 5 % 未満				BMI 1 8 . 5 未満	2 0 ～ 3 0 歳 代女性 のやせ の者の 割合の 減少				2 0 . 7 %	1 5 % 未満	BMI 1 8 . 5 未満
		4 0 ～ 6 0 歳	2 3 . 1 %				1 5 %				BMI 2 5	4 0 ～ 6 0 歳				2 3 . 1 %	1 5 %	BMI 2 5

改 正 案										現 行									
		代女性 の肥満 者の割 合の減 少			未満			以上				代女性 の肥満 者の割 合の減 少			未満			以上	
		低栄養 傾向の 高齢者 の割合 の増加 の抑制	1 2 . 4 %		減少			BMI 2 0 以下				低栄養 傾向の 高齢者 の割合 の増加 の抑制	1 2 . 4 %		減少			BMI 2 0 以下	

改 正 案									現 行								
4	適切な 量と質 の食事 をとる 者の増 加	主食・主 菜・副菜 を組み 合わせ た食事 を1日 2回以 上ほぼ 毎日食 べてい る者の 割合の 増加(年 齢調整 値)	49. 9%	20 22 年	7 0% 以上	20 29 年	国民健 康・栄養 調査埼 玉県分 ／県民 の健康 に關す るアン ケート	20 歳以 上 年齢 調整 は平 成2 7年 モデ ル人 口	4	適切な 量と質 の食事 をとる 者の増 加	主食・主 菜・副菜 を組み 合わせ た食事 を1日 2回以 上ほぼ 毎日食 べてい る者の 割合の 増加(年 齢調整 値)	49. 9%	20 22 年	7 0% 以上	20 29 年	国民健 康・栄養 調査埼 玉県分 ／県民 の健康 に關す るアン ケート	20 歳以 上 年齢 調整 は平 成2 7年 モデ ル人 口
		食塩摂 取量の 減少(年 齢調整 値)	10. 2g	20 22 年	7. 5g 未満	20 29 年	国民健 康・栄養 調査埼 玉県分	20 歳以 上 年齢			食塩摂 取量の 減少(年 齢調整 値)	10. 2g	20 22 年	7. 5g 未満	20 29 年	国民健 康・栄養 調査埼 玉県分	20 歳以 上 年齢

改 正 案									現 行								
		値)						調整 は平 成 2 7 年 モデ ル人 口			値)						調整 は平 成 2 7 年 モデ ル人 口
		野菜摂 取量の 増加(年 齢調整 値)	2 8 7 g	2 0 2 2 年	3 5 0 g 以上	2 0 2 9 年		2 0 歳以 上 年 齢 調 整 は平 成 2 7 年 モデ ル人 口			野菜摂 取量の 増加(年 齢調整 値)	2 8 7 g	2 0 2 2 年	3 5 0 g 以上	2 0 2 9 年		2 0 歳以 上 年 齢 調 整 は平 成 2 7 年 モデ ル人 口

改 正 案									現 行								
		果物摂取量の改善(年齢調整値)	85g	2022年	150g以上	2029年		20歳以上年齢調整は平成27年モデル人口			果物摂取量の改善(年齢調整値)	85g	2022年	150g以上	2029年		20歳以上年齢調整は平成27年モデル人口
5	日常生活における歩数の増加	20～64歳	男性 7,634歩 女性 6,340歩	2022年	8,000歩 8,000歩	2029年	国民健康・栄養調査埼玉県分		5	日常生活における歩数の増加	20～64歳	男性 7,634歩 女性 6,340歩	2022年	8,000歩 8,000歩	2029年	国民健康・栄養調査埼玉県分	
		65歳以上	男性 5,2	2022	6,000	20					65歳以上	男性 5,2	2022	6,000	20		

改 正 案									現 行								
			5 4 歩	年	0 歩	2 9						5 4 歩	年	0 歩	2 9		
			女性		6 ,	年						女性		6 ,	年		
			4 , 2		0 0							4 , 2		0 0			
			9 7 歩		0 歩							9 7 歩		0 歩			
6	運動習 慣者の 増加	2 0 ~ 6 4 歳	男性		3		国民健 康・栄養 調査埼 玉県分		6	運動習 慣者の 増加	2 0 ~ 6 4 歳	男性		3		国民健 康・栄養 調査埼 玉県分	
			1 5 .	2 0	0 %	2 0						1 5 .	2 0	0 %	2 0		
		6 5 歳 以上	女性	2 2		2 9					6 5 歳 以上	女性	2 2		2 9		
			3 0 .	年	3	年						3 0 .	年	3	年		
			4 %		5 %							4 %		5 %			
			男性		6							男性		6			
			5 6 .	2 0	0 %	2 0						5 6 .	2 0	0 %	2 0		
			5 %	2 2		2 9						5 %	2 2		2 9		
			女性	年	6	年						女性	年	6	年		
			5 6 .		0 %							5 6 .		0 %			
			8 %									8 %					

改 正 案								現 行							
7	睡眠で休養がとれている者の割合の増加（年齢調整値）	78.3%	2022年	80%	2029年	国民健康・栄養調査埼玉県分／県民の健康に関するアンケート	20歳以上年齢調整は平成27年モデル人口	7	睡眠で休養がとれている者の割合の増加（年齢調整値）	78.3%	2022年	80%	2029年	国民健康・栄養調査埼玉県分／県民の健康に関するアンケート	20歳以上年齢調整は平成27年モデル人口
8	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少（年齢調	男性 9.8%	2022年	減少	2029年	国民健康・栄養調査埼玉県分	リスクを高める飲	8	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少（年齢調	男性 9.8%	2022年	減少	2029年	国民健康・栄養調査埼玉県分	リスクを高める飲

改 正 案								現 行								
	整値)					／県民 の健康 に関するアン ケート	酒量 は、 1日 当た りの 純ア ルコ ール 摂取 量が 男性 40 g以 上、 女性 20 g以 上 年齢 調整		整値)						／県民 の健康 に関するアン ケート	酒量 は、 1日 当た りの 純ア ルコ ール 摂取 量が 男性 40 g以 上、 女性 20 g以 上 年齢 調整
		女性 8. 5%														

改 正 案								現 行							
							は平成27年モデル人口								は平成27年モデル人口
9	喫煙率の減少（年齢調整値）	15.2%	2022年	12%	2029年	国民健康・栄養調査埼玉県分	年齢調整は平成27年モデル人口	9	喫煙率の減少（年齢調整値）	15.2%	2022年	12%	2029年	国民健康・栄養調査埼玉県分	年齢調整は平成27年モデル人口

改 正 案								現 行									
1 0	乳幼児・学 齢期の う蝕 のない 者の増 加	3歳児 でう蝕 のない 者の割 合の増 加	91. 2%	20 21 年度	9 4. 9%	20 29 年度	厚生労 働省：母 子保健 法健康 診査（3 歳、歯 科）に係 る実施 状況調 べ		1 0	乳幼児・学 齢期の う蝕 のない 者の増 加	3歳児 でう蝕 のない 者の割 合の増 加	91. 2%	20 21 年度	9 4. 9%	20 29 年度	厚生労 働省：母 子保健 法健康 診査（3 歳、歯 科）に係 る実施 状況調 べ	
		12歳 児でう 蝕のな い者の 割合の 増加	78. 2%	20 21 年度	8 7. 0%	20 29 年度	埼玉県 教育委 員会調 べ				12歳 児でう 蝕のな い者の 割合の 増加	78. 2%	20 21 年度	8 7. 0%	20 29 年度	埼玉県 教育委 員会調 べ	
1 1	過去1年間に歯科 検診を受診した者 の割合の増加		54. 4%	20 22 年	6 7%	20 29 年	国民健 康・栄養 調査埼 玉県分 ／県民 の健康	20 歳以 上	1 1	過去1年間に歯科 検診を受診した者 の割合の増加		54. 4%	20 22 年	6 7%	20 29 年	国民健 康・栄養 調査埼 玉県分 ／県民 の健康	20 歳以 上

改 正 案							現 行							
						に 関 す る ア ン ケ ー ト							に 関 す る ア ン ケ ー ト	
	6 0 歳代における そしゃく 咀嚼良好者の割 合の増加	7 8 . 5 %	2 0 2 1 年度	8 5 %	2 0 2 9 年度	特定健 康診査 (市町 村国民 健康保 険、協会 けんぽ) 結果		6 0 歳代における そしゃく 咀嚼良好者の割 合の増加	7 8 . 5 %	2 0 2 1 年度	8 5 %	2 0 2 9 年度	特定健 康診査 (市町 村国民 健康保 険、協会 けんぽ) 結果	
	糖尿病と歯周病に 係る医科歯科連携 協力歯科医療機 関数の増加	7 0 0 機関	2 0 2 2 年度	1 , 2 0 2 0 機 関	2 0 2 9 年度	健康長 寿課調 べ		糖尿病と歯周病に 係る医科歯科連携 協力歯科医療機 関数の増加	7 0 0 機関	2 0 2 2 年度	1 , 2 0 2 0 機 関	2 0 2 9 年度	健康長 寿課調 べ	
3 ～ 7 (略)							3 ～ 7 (略)							
8 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり							8 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり							

改 正 案								現 行							
指標名		現状値		目標値		データソース	備考	指標名		現状値		目標値		データソース	備考
次世代の健康								次世代の健康							
再掲	肥満傾向にある <u>こども</u> の割合の減少	10.2%	2021年度	減少	2029年度	文部科学省：学校保健統計調査		再掲	肥満傾向にある <u>子供</u> の割合の減少	10.2%	2021年度	減少	2029年度	文部科学省：学校保健統計調査	
再掲	3歳児で <u>しょく</u> のない者の割合の増加	91.2%	2021年度	94.9%	2029年度	厚生労働省：母子保健法健康診査（3歳、歯科）に係る実施状況調べ		再掲	3歳児で <u>しょく</u> のない者の割合の増加	91.2%	2021年度	94.9%	2029年度	厚生労働省：母子保健法健康診査（3歳、歯科）に係る実施状況調べ	
再掲	12歳児で <u>しょく</u> のない者の割合の増加	78.2%	2021年度	87.0%	2029年度	埼玉県教育委員会調べ		再掲	12歳児で <u>しょく</u> のない者の割合の増加	78.2%	2021年度	87.0%	2029年度	埼玉県教育委員会調べ	

改 正 案								現 行							
高齢者の健康								高齢者の健康							
再掲	ロコモティブシンドロームを認知している者の割合の増加	41.4%	2022年	80%	2029年	県民の健康に関するアンケート	20歳以上	再掲	ロコモティブシンドロームを認知している者の割合の増加	41.4%	2022年	80%	2029年	県民の健康に関するアンケート	20歳以上
再掲	65歳以上の運動習慣者の割合の増加	男性 56.5%	2022年	60%	2029年	国民健康・栄養調査埼玉県分		再掲	65歳以上の運動習慣者の割合の増加	男性 56.5%	2022年	60%	2029年	国民健康・栄養調査埼玉県分	
		女性 56.8%	2022年	60%						女性 56.8%	2022年	60%			
再掲	低栄養傾向の高齢	12.4%	2022	減少	2029	国民健康・栄養調査埼玉県		再掲	低栄養傾向の高齢	12.4%	2022	減少	2029	国民健康・栄養調査埼玉県	

改 正 案								現 行							
	者の割合 の増加の 抑制		年		年	分			者の割合 の増加の 抑制		年		年	分	
再 掲	60歳代 における そしやく 咀嚼良好 者の割合 の増加	78. 5%	20 21 年度	85%	20 29 年度	特定健康診査 (市町村国民 健康保険、協 会けんぽ) 結 果		再 掲	60歳代 における そしやく 咀嚼良好 者の割合 の増加	78. 5%	20 21 年度	85%	20 29 年度	特定健康診査 (市町村国民 健康保険、協 会けんぽ) 結 果	
女性の健康								女性の健康							
再 掲	20～3 0歳代女 性のやせ の者の割 合の減少	20. 7%	20 22 年	15% 未満	20 29 年	国民健康・栄 養調査埼玉県 分		再 掲	20～3 0歳代女 性のやせ の者の割 合の減少	20. 7%	20 22 年	15% 未満	20 29 年	国民健康・栄 養調査埼玉県 分	
第2節 食育の推進 (略) 1～2 (略)								第2節 食育の推進 (略) 1～2 (略)							

改 正 案	現 行
3 課題解決に向けた主な取組 (1) 生涯を通じた健康を支える～食育が健康づくりの第一歩～ ア (略) イ 主な取組 (ア) (略) (イ) 朝食を欠食する若い世代の減少 ・ <u>子ども</u>の規則正しい生活リズムの定着、朝食の大切さの理解のための「早寝・早起き・朝ごはん」等の取組 ・ 学校給食等を通じた望ましい食習慣の形成（再掲） ・ 若い世代に対する食事の重要性や食習慣の改善に関する情報の提供 (ウ)～(エ) (略) (2) (略) ア 目指す方向性 食生活が自然の恩恵の上に成り立つことを意識するとともに、豊かな食生活を生涯にわたって支えます。 イ 主な取組 (ア) (略) (イ) 食育への関心 ・ 様々な場所や機会において、自発的に食育に取り組める地域活動への支援 ・ 学校等の場で<u>子ども</u>が楽しく食について学ぶことができるような取組の促進	3 課題解決に向けた主な取組 (1) 生涯を通じた健康を支える～食育が健康づくりの第一歩～ ア (略) イ 主な取組 (ア) (略) (イ) 朝食を欠食する若い世代の減少 ・ <u>子供</u>の規則正しい生活リズムの定着、朝食の大切さの理解のための「早寝・早起き・朝ごはん」等の取組 ・ 学校給食等を通じた望ましい食習慣の形成（再掲） ・ 若い世代に対する食事の重要性や食習慣の改善に関する情報の提供 (ウ)～(エ) (略) (2) (略) ア 目指す方向性 食生活が自然の恩恵の上に成り立つことを意識するとともに、豊かな食生活を生涯にわたって支えます。 イ 主な取組 (ア) (略) (イ) 食育への関心 ・ 様々な場所や機会において、自発的に食育に取り組める地域活動への支援 ・ 学校等の場で<u>子供</u>が楽しく食について学ぶことができるような取組の促進

改 正 案	現 行
・食生活が自然の恩恵の上に成り立ち、食に関わる人々の様々な活動に支えられていることについて、学校給食等を通して理解を深め、感謝の念を醸成 ・国の定めた食育月間（毎年6月）や食育の日（毎月19日）を活用した食育推進運動の重点的かつ効果的な推進 (ウ)～(カ) (略) (3) (略) 4 (略) 第3節 歯科保健対策 (略) 1～2 (略) 3 課題解決に向けた主な取組 (1) 歯科疾患の予防 ア 妊娠期から子育て期における母子の歯科口腔保健^{くう}の推進 <u>こども</u>の歯は胎児のときから育まれます。生まれたばかりの乳児の口の中にはう蝕^{しよく}の原因となる菌は存在しないことから、保育者による歯を守る行動が大切です。う蝕^{しよく}予防には、乳幼児からの規則正しい生活と歯みがきの習慣を身に付けることが必要です。 また、妊産婦は、女性ホルモンの増加や生活習慣の変化	・食生活が自然の恩恵の上に成り立ち、食に関わる人々の様々な活動に支えられていることについて、学校給食等を通して理解を深め、感謝の念を醸成 ・国の定めた食育月間（毎年6月）や食育の日（毎月19日）を活用した食育推進運動の重点的かつ効果的な推進 (ウ)～(カ) (略) (3) (略) 4 (略) 第3節 歯科保健対策 (略) 1～2 (略) 3 課題解決に向けた主な取組 (1) 歯科疾患の予防 ア 妊娠期から子育て期における母子の歯科口腔保健^{くう}の推進 <u>子供</u>の歯は胎児のときから育まれます。生まれたばかりの乳児の口の中にはう蝕^{しよく}の原因となる菌は存在しないことから、保育者による歯を守る行動が大切です。う蝕^{しよく}予防には、乳幼児からの規則正しい生活と歯みがきの習慣を身に付けることが必要です。 また、妊産婦は、女性ホルモンの増加や生活習慣の変化

改 正 案	現 行
等により、う 蝕^{しょく} や歯周病などの歯科疾患が悪化しやすい傾向にあります。妊娠期は体調の変化や家庭環境により、自覚症状があってもなかなか歯科受診できず、放置されることも少なくありません。妊娠中の歯周病により早産や低体重児出産の可能性が高くなることが指摘されています。 このため、市町村における妊産婦や乳幼児を対象とした生活保健指導への支援、乳幼児健康診査での啓発活動の促進等、妊娠期から子育て期における母子の歯科口腔^{くう}保健を推進します。 【主な取組】 ・市町村の保健師や管理栄養士、地域の医師、助産師等を対象とした妊産婦と乳幼児への生活歯援（しえん）指導研修会等の実施により、妊産婦や乳児に対する歯科保健指導の充実を図ります。 ・妊娠中の歯の健康管理、定期的な歯科検診や受診勧奨及び乳幼児の乳歯の管理について、市町村に母子健康手帳及び副読本によって周知できるよう情報提供をします。 ・児童虐待防止歯科保健研修会により、歯科医師等によ	等により、う 蝕^{しょく} や歯周病などの歯科疾患が悪化しやすい傾向にあります。妊娠期は体調の変化や家庭環境により、自覚症状があってもなかなか歯科受診できず、放置されることも少なくありません。妊娠中の歯周病により早産や低体重児出産の可能性が高くなることが指摘されています。 このため、市町村における妊産婦や乳幼児を対象とした生活保健指導への支援、乳幼児健康診査での啓発活動の促進等、妊娠期から子育て期における母子の歯科口腔^{くう}保健を推進します。 【主な取組】 ・市町村の保健師や管理栄養士、地域の医師、助産師等を対象とした妊産婦と乳幼児への生活歯援（しえん）指導研修会等の実施により、妊産婦や乳児に対する歯科保健指導の充実を図ります。 ・妊娠中の歯の健康管理、定期的な歯科検診や受診勧奨及び乳幼児の乳歯の管理について、市町村に母子健康手帳及び副読本によって周知できるよう情報提供をします。 ・児童虐待防止歯科保健研修会により、歯科医師等によ

改 正 案	現 行
る児童虐待の早期発見を促進します。 ・ 保育所等における定期的な歯科検診の実施を支援します。 ・ 1歳6か月児健康診査及び3歳児健康診査の県内市町村の実施状況を把握し、調査結果を市町村に情報提供します。 ・ 小・中学校における定期的な歯科健診の実施により、児童生徒の歯・口腔^{くう}の状態を把握し、公表します。 ・ 歯・口の健康に関する今日的課題を解決するために講義や実践発表を行い、学校歯科保健活動の充実を図ります。 ・ 歯科保健活動における優秀な学校を表彰するとともに、講演や実践発表を行い、学校歯科保健活動の充実を図ります。 ・ 望ましい食生活やゆっくりかんで食べるなどの生活習慣の基礎が身に付くよう、食育に係る啓発活動を支援します。 イ 幼児・児童生徒^{しょうく}のう蝕^{しよく}予防のためのフッ化物応用の推	る児童虐待の早期発見を促進します。 ・ 保育所等における定期的な歯科検診の実施を支援します。 ・ 1歳6か月児健康診査及び3歳児健康診査の県内市町村の実施状況を把握し、調査結果を市町村に情報提供します。 ・ 小・中学校における定期的な歯科健診の実施により、児童生徒の歯・口腔^{くう}の状態を把握し、公表します。 ・ 歯・口の健康に関する今日的課題を解決するために講義や実践発表を行い、学校歯科保健活動の充実を図ります。 ・ 歯科保健活動における優秀な学校を表彰するとともに、講演や実践発表を行い、学校歯科保健活動の充実を図ります。 ・ 望ましい食生活やゆっくりかんで食べるなどの生活習慣の基礎が身に付くよう、食育に係る啓発活動を支援します。 イ 幼児・児童生徒^{しょうく}のう蝕^{しよく}予防のためのフッ化物応用の推

改 正 案	現 行
進 フッ化物応用によるう蝕^{しよく}予防の有効性と安全性は、既に国内外の多くの調査・研究によって明らかにされています。県内では、乳幼児健康診査の際、フッ化物歯面塗布を実施する市町村も増えてきています。小・中学校など集団で行うフッ化物洗口は、継続性に優れ、地域においてう蝕^{しよく}予防の恩恵を平等に受けることができます。あわせて、「自分の歯は自分で守る」という意識の醸成や歯みがきの習慣化も期待できます。このため、保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校、特別支援学校等でのフッ化物洗口の実施を支援し、実施施設を拡大するなど、幼児・児童生徒のう蝕^{しよく}予防のためのフッ化物応用を推進します。 【主な取組】 ・保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校、特別支援学校等に対し、フッ化物洗口に係る薬剤・器材の支給や歯科医師による技術支援など導入に向けた支援を行います。 ・埼玉県小児う蝕^{しよく}予防対策推進委員会を開催し、フッ	進 フッ化物応用によるう蝕^{しよく}予防の有効性と安全性は、既に国内外の多くの調査・研究によって明らかにされています。県内では、乳幼児健康診査の際、フッ化物歯面塗布を実施する市町村も増えてきています。小・中学校など集団で行うフッ化物洗口は、継続性に優れ、地域においてう蝕^{しよく}予防の恩恵を平等に受けることができます。あわせて、「自分の歯は自分で守る」という意識の醸成や歯みがきの習慣化も期待できます。このため、保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校、特別支援学校等でのフッ化物洗口の実施を支援し、実施施設を拡大するなど、幼児・児童生徒のう蝕^{しよく}予防のためのフッ化物応用を推進します。 【主な取組】 ・保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校、特別支援学校等に対し、フッ化物洗口に係る薬剤・器材の支給や歯科医師による技術支援など導入に向けた支援を行います。 ・埼玉県小児う蝕^{しよく}予防対策推進委員会を開催し、フッ

改 正 案	現 行
化物洗口の拡大に向けた事業の実施計画を策定するとともに小児のう^{しよく}蝕 予防対策に関する取組について協議します。 ・「小児期からのフッ化物応用の進め方研修会」を通じて保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校、特別支援学校等に対し、フッ化物洗口の効果に係る情報を提供し、導入に向けた啓発を行います。 ・生活に困窮する世帯の<u>こども</u>に対し、フッ化物洗口を含む歯科保健指導を行うなど個別に支援し、健康格差の縮小に努めます。 ・フッ化物洗口が困難な障害児・者施設等でのフッ化物歯面塗布、フッ化物配合歯みがき剤等の普及を促進します。 ウ （略） エ 高齢期の歯科口腔保健の推進 厚生労働省が令和４年（２０２２年）１１月から１２月に実施した歯科疾患実態調査の全国結果では、８０歳になっても自分の歯が２０本以上ある８０２０（はちまるにいまる）を達成した人の割合は５１．６％でした。	化物洗口の拡大に向けた事業の実施計画を策定するとともに小児のう^{しよく}蝕 予防対策に関する取組について協議します。 ・「小児期からのフッ化物応用の進め方研修会」を通じて保育所や幼稚園、認定こども園、小・中学校、特別支援学校等に対し、フッ化物洗口の効果に係る情報を提供し、導入に向けた啓発を行います。 ・生活に困窮する世帯の<u>子供</u>に対し、フッ化物洗口を含む歯科保健指導を行うなど個別に支援し、健康格差の縮小に努めます。 ・フッ化物洗口が困難な障害児・者施設等でのフッ化物歯面塗布、フッ化物配合歯みがき剤等の普及を促進します。 ウ （略） エ 高齢期の歯科口腔保健の推進 厚生労働省が令和４年（２０２２年）１１月から１２月に実施した歯科疾患実態調査の全国結果では、８０歳になっても自分の歯が２０本以上ある８０２０（はちまるにいまる）を達成した人の割合は５１．６％でした。

改 正 案	現 行
高齢者の現在歯数の増加に伴い、う蝕や歯周病になる可能性が高まることから、根面う蝕の予防と現在歯の健全な状態を維持する取組が必要となります。 また、高齢期においては、摂食嚥下等の口腔機能が低下しやすく、オーラルフレイルさらにはフレイルに陥る場合があります、その予防対策が重要となります。 このため、市町村職員や介護保険施設の職員等を対象とした研修会の実施など高齢者の心身の特性を踏まえた高齢期の歯科口腔保健を推進します。 【主な取組】 ・各地域で介護保険施設の職員や市町村職員等を対象に「高齢者歯科保健研修会」を開催し、要介護高齢者等に対する口腔ケアの知識や実習、フレイル予防対策にも重要な口腔機能向上トレーニングの普及啓発を行います。 ・介護保険施設等の職員等に対し、適切な口腔ケアや食支援に関する指導を行うとともに、入所者には歯科保健指導を行います。 ・地域在宅歯科医療推進窓口ににおいて、要介護高齢者等	高齢者の現在歯数の増加に伴い、う蝕や歯周病になる可能性が高まることから、根面う蝕の予防と現在歯の健全な状態を維持する取組が必要となります。 また、高齢期においては、摂食嚥下等の口腔機能が低下しやすく、オーラルフレイルさらにはフレイルに陥る場合があります、その予防対策が重要となります。 このため、市町村職員や介護保険施設の職員等を対象とした研修会の実施など高齢者の心身の特性を踏まえた高齢期の歯科口腔保健を推進します。 【主な取組】 ・各地域で介護保険施設の職員や市町村職員等を対象に「高齢者歯科保健研修会」を開催し、要介護高齢者等に対する口腔ケアの知識や実習、フレイル予防対策にも重要な口腔機能向上トレーニングの普及啓発を行います。 ・介護保険施設等の職員等に対し、適切な口腔ケアや食支援に関する指導を行うとともに、入所者には歯科保健指導を行います。 ・地域在宅歯科医療推進拠点において、要介護高齢者等

改 正 案	現 行
の歯科口腔保健医療に関する相談に対応します。 ・警察本部がさいたま市岩槻区に設置する高齢者講習施設において、施設を利用する高齢者やその家族に対して口腔機能の向上に関する普及啓発を行<u>い</u>ます。 オ （略） (2) 生活の質（ＱＯＬ）の向上に向けた口腔機能の獲得・維持・向上 （略） ア 生涯を通じた口腔機能の獲得・維持・向上の推進 食えることや話すことの楽しみ等生活の質（ＱＯＬ）の向上を図るためには、乳幼児期から学齢期において適切な口腔機能を獲得し、成人期以降は口腔機能の維持を図るとともに、機能が低下した際には回復及び向上を図っていくことが大切です。 そのため、健康で質の高い生活を確保するために、ライフステージごとの特性を踏まえつつ、ライフコースアプローチに基づく口腔機能獲得・維持・向上に取り組めます。	の歯科口腔保健医療に関する相談に対応します。 ・警察本部がさいたま市岩槻区に設置する高齢者講習施設において、施設を利用する高齢者やその家族に対して口腔機能の向上に関する普及啓発を行<u>うとともに、地域在宅歯科医療推進拠点事業の周知を実施し</u>ます。 オ （略） (2) 生活の質（ＱＯＬ）の向上に向けた口腔機能の獲得・維持・向上 （略） ア 生涯を通じた口腔機能の獲得・維持・向上の推進 食えることや話すことの楽しみ等生活の質（ＱＯＬ）の向上を図るためには、乳幼児期から学齢期において適切な口腔機能を獲得し、成人期以降は口腔機能の維持を図るとともに、機能が低下した際には回復及び向上を図っていくことが大切です。 そのため、健康で質の高い生活を確保するために、ライフステージごとの特性を踏まえつつ、ライフコースアプローチに基づく口腔機能獲得・維持・向上に取り組めます。

改 正 案	現 行
【主な取組】 ・ 歯・口・顎の成長発達を促すために、正しい姿勢での食事摂取、口呼吸など口腔機能の獲得等に悪影響を及ぼす習癖等の防止、正しくかむことの重要性等について、食育指導等を通じて学校歯科保健活動の充実を図ります。 ・ 望ましい食生活やゆっくりかんで食べるなどの生活習慣の基礎が身に付くよう、食育に係る啓発活動を支援します。（再掲） ・ 各地域で介護保険施設の職員や市町村職員等を対象に「高齢者歯科保健研修会」を開催し、要介護高齢者等に対する口腔ケアの知識や実習、フレイル予防対策にも有効な口腔機能向上トレーニングの重要性について普及啓発を行います。（再掲） ・ 警察本部がさいたま市岩槻区に設置する高齢者講習施設において、施設を利用する高齢者やその家族に対して口腔機能の向上に関する普及啓発を行<u>い</u>ます。（再掲） イ～ウ （略）	【主な取組】 ・ 歯・口・顎の成長発達を促すために、正しい姿勢での食事摂取、口呼吸など口腔機能の獲得等に悪影響を及ぼす習癖等の防止、正しくかむことの重要性等について、食育指導等を通じて学校歯科保健活動の充実を図ります。 ・ 望ましい食生活やゆっくりかんで食べるなどの生活習慣の基礎が身に付くよう、食育に係る啓発活動を支援します。（再掲） ・ 各地域で介護保険施設の職員や市町村職員等を対象に「高齢者歯科保健研修会」を開催し、要介護高齢者等に対する口腔ケアの知識や実習、フレイル予防対策にも有効な口腔機能向上トレーニングの重要性について普及啓発を行います。（再掲） ・ 警察本部がさいたま市岩槻区に設置する高齢者講習施設において、施設を利用する高齢者やその家族に対して口腔機能の向上に関する普及啓発を行<u>うとともに、地域在宅歯科医療推進拠点事業の周知を実施</u>します。（再掲） イ～ウ （略）

改 正 案	現 行
(3) 定期歯科検診及び保健指導の促進 (略) ア かかりつけの歯科医師（歯科医院）の定着 かかりつけ歯科医師（歯科医院）は、生涯にわたる歯と口の健康や全身の健康づくりを支援し、多職種連携に参画し、地域医療の一翼を担っています。かかりつけの歯科医師（歯科医院）を持ち、定期的に歯科検診を受け、歯石除去などのプロフェッショナルケアを受けることで、生活習慣病予防のための保健指導も身近な地域で気軽に受けることができます。 また、かかりつけ歯科医師（歯科医院）は、患者の身体状況・住まい等が変わっても、関係者と連携しつつ切れ目なくサービスを提供するなど、ライフステージに応じ、患者のニーズにきめ細やかに対応し、安全・安心な歯科保健医療サービスを提供することが求められます。 このため、地域における研修会等を通じて、かかりつけの歯科医師（歯科医院）の定着に向けた啓発を行います。 【主な取組】	(3) 定期歯科検診及び保健指導の促進 (略) ア かかりつけの歯科医師（歯科医院）の定着 かかりつけ歯科医師（歯科医院）は、生涯にわたる歯と口の健康や全身の健康づくりを支援し、多職種連携に参画し、地域医療の一翼を担っています。かかりつけの歯科医師（歯科医院）を持ち、定期的に歯科検診を受け、歯石除去などのプロフェッショナルケアを受けることで、生活習慣病予防のための保健指導も身近な地域で気軽に受けることができます。 また、かかりつけ歯科医師（歯科医院）は、患者の身体状況・住まい等が変わっても、関係者と連携しつつ切れ目なくサービスを提供するなど、ライフステージに応じ、患者のニーズにきめ細やかに対応し、安全・安心な歯科保健医療サービスを提供することが求められます。 このため、地域における研修会等を通じて、かかりつけの歯科医師（歯科医院）の定着に向けた啓発を行います。 【主な取組】

改 正 案	現 行
・ライフステージごとに開催する歯科保健研修会等において、かかりつけの歯科医師（歯科医院）の必要性について啓発を行います。 ・<u>地域</u>在宅歯科医療推進<u>窓口</u>において、県民の相談に応じ、ニーズに合った歯科医療機関を紹介します。 イ （略） (4) 歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健の推進 （略） ア 要介護高齢者・医療的ケア児等在宅療養者の生活の質（QOL）を高める在宅歯科医療の推進 要介護高齢者や医療的ケア児等の在宅歯科医療のニーズに対応していくためには、訪問歯科診療など在宅歯科医療を担う歯科医療機関数の増加が重要となります。 また、地域包括ケアシステムにおける効果的かつ効率的な歯科保健医療サービスの提供が求められています。 このため医科・介護サービスと歯科医療との連携推進を図る<u>地域</u>在宅歯科医療推進<u>窓口</u>の設置や、在宅歯科医療の	・ライフステージごとに開催する歯科保健研修会等において、かかりつけの歯科医師（歯科医院）の必要性について啓発を行います。 ・在宅歯科医療推進<u>拠点</u>において、県民の相談に応じ、ニーズに合った歯科医療機関を紹介します。 イ （略） (4) 歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健の推進 （略） ア 要介護高齢者・医療的ケア児等在宅療養者の生活の質（QOL）を高める在宅歯科医療の推進 要介護高齢者や医療的ケア児等の在宅歯科医療のニーズに対応していくためには、訪問歯科診療など在宅歯科医療を担う歯科医療機関数の増加が重要となります。 また、地域包括ケアシステムにおける効果的かつ効率的な歯科保健医療サービスの提供が求められています。 このため医科・介護サービスと歯科医療との連携推進を図る在宅歯科医療推進<u>拠点</u>の設置や、在宅歯科医療の機器

改 正 案	現 行
機器の整備を行い、要介護高齢者・医療的ケア児等在宅療養者の生活の質（ＱＯＬ）を高める在宅歯科診療の支援が重要となります。 【主な取組】 ・訪問歯科診療が受診できるよう、<u>地域</u>在宅歯科医療推進<u>窓口</u>において、県民の相談に応じ、地域の歯科医療機関と調整を行います。 ・各地域の病院と連携し、<u>地域</u>在宅歯科医療推進<u>窓口</u>において、歯科医師と協力して入院患者の口腔アセスメントを実施します。 ・医療的ケア児への歯科的アプローチの理解を深めるために、在宅医療、介護、福祉、教育関係者等を対象に「小児在宅歯科医療推進研修会」を開催します。 ・医療的ケア児に対応可能な歯科医師・歯科衛生士の育成及び専門医との連携を進めます。 ・医療的ケア児の歯科的問題に関しては、<u>地域</u>在宅歯科医療推進<u>窓口</u>が相談に応じます。 ・ＩＣＴ（情報通信技術）を活用した摂食嚥下リハビリ	の整備を行い、要介護高齢者・医療的ケア児等在宅療養者の生活の質（ＱＯＬ）を高める在宅歯科診療の支援が重要となります。 【主な取組】 ・訪問歯科診療が受診できるよう、在宅歯科医療推進<u>拠点</u>において、県民の相談に応じ、地域の歯科医療機関と調整を行います。 ・各地域の病院と連携し、在宅歯科医療推進<u>拠点</u>において、歯科医師と協力して入院患者の口腔アセスメントを実施します。 ・医療的ケア児への歯科的アプローチの理解を深めるために、在宅医療、介護、福祉、教育関係者等を対象に「小児在宅歯科医療推進研修会」を開催します。 ・医療的ケア児に対応可能な歯科医師・歯科衛生士の育成及び専門医との連携を進めます。 ・医療的ケア児の歯科的問題に関しては、在宅歯科医療推進<u>拠点</u>が相談に応じます。 ・ＩＣＴ（情報通信技術）を活用した摂食嚥下リハビリ

改 正 案	現 行
テーションの遠隔診療・指導及び研修システムを進めます。 イ （略） (5) 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備 （略） ア （略） イ 医科歯科連携の推進 歯の喪失や歯周病及び口腔機能の低下と糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病や認知症との関連性、全身と歯の健康の関連性が指摘されていることから、より一層、医科と歯科の連携を推進します。 【主な取組】 ・埼玉県医科歯科・多職種連携推進会議の開催により、歯科と糖尿病をはじめとする他の医療分野と連携した対策を促進します。（再掲） ・歯科医師、歯科衛生士を対象に、糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病や認知症に対応するための研修会を実施します。（再掲）	テーションの遠隔診療・指導及び研修システムを進めます。 イ （略） (5) 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備 （略） ア （略） イ 医科歯科連携の推進 歯の喪失や歯周病及び口腔機能の低下と糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病や認知症との関連性、全身と歯の健康の関連性が指摘されていることから、より一層、医科と歯科の連携を推進します。 【主な取組】 ・埼玉県医科歯科・多職種連携推進会議の開催により、歯科と糖尿病をはじめとする他の医療分野と連携した対策を促進します。（再掲） ・歯科医師、歯科衛生士を対象に、糖尿病やがん、心疾患、脳卒中などの生活習慣病や認知症に対応するための研修会を実施します。（再掲）

改 正 案	現 行
・各地域の病院と連携し、<u>地域</u>在宅歯科医療推進<u>窓口</u>において、歯科医師と協力して入院患者の口腔内のアセスメントを実施します。(再掲) ・各がん診療連携拠点病院等において、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組みます。(再掲) ウ～エ (略) 4 (略) 第4節 親と子の保健対策 <u>本節は、母子保健法及び成育基本法などの総合的な推進、また、国のプレコンセプションケア推進5か年計画に基づき、県、市町村等が取り組むべき方向性を示すものです。</u> 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<u>子ども</u>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	・各地域の病院と連携し、在宅歯科医療推進<u>拠点</u>において、歯科医師と協力して入院患者の口腔内のアセスメントを実施します。(再掲) ・各がん診療連携拠点病院等において、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組みます。(再掲) ウ～エ (略) 4 (略) 第4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<u>子供</u>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

改 正 案	現 行
(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<u>こども</u>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<u>こども</u>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) (略) (3) 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備 <u>こども</u>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。 <u>こども</u>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。	(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<u>子供</u>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<u>子供</u>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) (略) (3) 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備 <u>子供</u>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。 <u>子供</u>たちが、心身ともに健やかに育つためには、疾病予防や早期発見・早期治療が重要です。併せて、障害の軽減を図るための保健・医療・福祉サービスの充実や教育分野との連携も必要です。

改 正 案	現 行
障害や慢性の疾患のある<u>こども</u>たちに対し、発達段階に応じたりハビリテーションが行われることが大切です。また、在宅医療の充実など家族への支援も求められています。 <u>こども</u>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、S I D S(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必要があります。 本県の乳幼児のう 蝕^{しょく}有病者率は減少傾向にありますが、う 蝕^{しょく}有病者率の地域間格差などの課題があります。 う 蝕^{しょく}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^{しょく}は生活環境やそれを取り巻く社会的環境の影響を受けやすい側面を持っています。多くの調査・研究により、フッ化物応用法は、個人及び地域において取り組むう 蝕^{しょく}予防方法として効果があることが分かっています。 (4) <u>こども</u>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<u>こども</u>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<u>こども</u>の心の健康問題の発生を予防	障害や慢性の疾患のある<u>子供</u>たちに対し、発達段階に応じたりハビリテーションが行われることが大切です。また、在宅医療の充実など家族への支援も求められています。 <u>子供</u>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、S I D S(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必要があります。 本県の乳幼児のう 蝕^{しょく}有病者率は減少傾向にありますが、う 蝕^{しょく}有病者率の地域間格差などの課題があります。 う 蝕^{しょく}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^{しょく}は生活環境やそれを取り巻く社会的環境の影響を受けやすい側面を持っています。多くの調査・研究により、フッ化物応用法は、個人及び地域において取り組むう 蝕^{しょく}予防方法として効果があることが分かっています。 (4) <u>子供</u>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<u>子供</u>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<u>子供</u>の心の健康問題の発生を予防す

改 正 案	現 行
する観点からも、親と子の心の健康に取り組む必要があります。 家庭内においては、<u>こども</u>が、メディア（テレビ、DVD、スマートフォンやタブレットなど）を長時間見ることは、視力の発達を妨げたり、人とのかかわり体験の不足を招くことが心配されます。乳幼児期は正しい生活習慣を身につけさせたい大切な時期ですので、保護者と<u>こども</u>と一緒にメディアを利用するための時間や場面などのルールを考えることが大切です。 児童虐待に関する相談件数は依然として高い水準にあります。児童虐待は、<u>こども</u>の発達成長期において心や体に重大な影響を与えます。<u>こども</u>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<u>こども</u>への支援ニーズの高まりに対応していくことが求められています。 働きながら<u>こども</u>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。	る観点からも、親と子の心の健康に取り組む必要があります。 家庭内においては、<u>子供</u>が、メディア（テレビ、DVD、スマートフォンやタブレットなど）を長時間見ることは、視力の発達を妨げたり、人とのかかわり体験の不足を招くことが心配されます。乳幼児期は正しい生活習慣を身につけさせたい大切な時期ですので、保護者と<u>子供</u>と一緒にメディアを利用するための時間や場面などのルールを考えることが大切です。 児童虐待に関する相談件数は依然として高い水準にあります。児童虐待は、<u>子供</u>の発達成長期において心や体に重大な影響を与えます。<u>子供</u>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<u>子供</u>への支援ニーズの高まりに対応していくことが求められています。 働きながら<u>子供</u>を安心して生み育てられる環境の一層の整備も必要です。

改 正 案	現 行
また、障害の状況から医療的ケアが必要な児童生徒に対しては、学校において医療的ケアの実施に取り組んでいくことが必要です。 (5) 思春期の<u>健康管理</u>と健康教育の推進 近年、思春期における性行動の活発化・低年齢化による若年妊娠や性感染症の問題、薬物乱用、喫煙・飲酒、過剰なダイエットの問題が指摘されています。 思春期における問題行動は、生涯にわたる健康障害や、次世代に悪影響を及ぼしかねない問題です。 そのため、思春期世代においても、男女ともに将来の妊娠等を意識し、自分の心身の健康管理を行う「プレコンセプションケア」の推進が望まれます。 また、学校・家庭・地域が連携して、保健指導や保護者へのプレコンセプションケアに係る普及啓発などの取組を推進していくことが必要です。<u>その際、自治体、企業、教育機関等において、性や健康に関する正しい知識の普及と健康管理を促す人材（プレコンサポーター等）の養成・参画を促すとともに、地域や社会全体でプレコンセプションケアを推進し</u>	また、障害の状況から医療的ケアが必要な児童生徒に対しては、学校において医療的ケアの実施に取り組んでいくことが必要です。 (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、次世代に悪影響を及ぼしかねない問題です。 そのため、思春期世代においても、男女ともに将来の妊娠等を意識し、自分の心身の健康管理を行う「プレコンセプションケア」の推進が望まれます。 また、学校・家庭・地域が連携して、保健指導や保護者へのプレコンセプションケアに係る普及啓発などの取組を推進していくことが必要です。

改 正 案	現 行
<u>ていく必要があります。</u> 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必要があります。 3 課題解決に向けた主な取組 (1)～(8) (略) (9) <u>こども</u>医療費等の助成による家族の経済的負担の軽減 (10)～(11) (略) (12) <u>こども</u>の心の健康に関する相談、情報提供等の充実 (13)～(16) (略) (17) 発達障害のある<u>こども</u>を持つ親への支援 (18) 市町村や地域の支援機関に対する発達障害のある<u>こども</u>の支援方法等に関する助言・支援 (19)～(24) (略) 第5節 青少年の健康対策 1～2 (略)	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必要があります。 3 課題解決に向けた主な取組 (1)～(8) (略) (9) <u>乳幼児</u>医療費等の助成による家族の経済的負担の軽減 (10)～(11) (略) (12) <u>子供</u>の心の健康に関する相談、情報提供等の充実 (13)～(16) (略) (17) 発達障害のある<u>子供</u>を持つ親への支援 (18) 市町村や地域の支援機関に対する発達障害のある<u>子供</u>の支援方法等に関する助言・支援 (19)～(24) (略) 第5節 青少年の健康対策 1～2 (略)

改 正 案	現 行
3 課題解決に向けた主な取組 (1)～(3) (略) (4) <u>こども</u>の心の医療体制整備の充実（再掲） (5)～(9) (略) 第6節 人生の最終段階における医療 1～3 (略) <u>4 指標</u> <u>人生の最終段階において望む医療やケアについて話し合ったことがある割合</u> <u>現状値 33.1% → 目標値 43.0%</u> <u>(令和7年度(2025年度)) (令和11年度(2029年度))</u> 第7節 動物とのふれあいを通じたQOLの向上 1 目指すべき姿 (略) 2 現状と課題 リモートワークの普及などによる生活様式の変化や少子高齢化の更なる進展に伴い、伴侶動物としてペットを飼育する家庭が増え、人と動物との関係がより密接なものになっています。 それに伴い、狂犬病やSF TS（重症熱性血小板減少症候群）	3 課題解決に向けた主な取組 (1)～(3) (略) (4) <u>子供</u>の心の医療体制整備の充実（再掲） (5)～(9) (略) 第6節 人生の最終段階における医療 1～3 (略) 第7節 動物とのふれあいを通じたQOLの向上 1 目指すべき姿 (略) 2 現状と課題 リモートワークの普及などによる生活様式の変化や少子高齢化の更なる進展に伴い、伴侶動物としてペットを飼育する家庭が増え、人と動物との関係がより密接なものになっています。 それに伴い、狂犬病やSF TS（重症熱性血小板減少症候群）

改 正 案	現 行
などの動物由来感染症への感染リスクや、不適正な飼育管理によって発生する地域でのトラブルが増加することも懸念されています。 このため、動物由来感染症について周知し、予防対策を推進するとともに、動物の正しい飼い方についての啓発や指導を行い、飼い主に対して社会的責任の自覚を促していく必要があります。 また、動物とふれあうことは、お年寄りや障害のある方の暮らしに安らぎをあたえ、生活の質（ＱＯＬ）の向上につながるとともに、<u>こども</u>たちの動物を慈しむ心を育て、心豊かな社会の形成に役立ちます。 人と動物とのふれあい活動などを推進し、動物愛護に関する取組を拡大していくには、民間で活躍するボランティアや関係団体の協力が不可欠であり、ボランティアの育成や活動支援などを継続していく必要があります。 3 (略) 第2章 疾病・障害への取組 第1節 難病対策	などの動物由来感染症への感染リスクや、不適正な飼育管理によって発生する地域でのトラブルが増加することも懸念されています。 このため、動物由来感染症について周知し、予防対策を推進するとともに、動物の正しい飼い方についての啓発や指導を行い、飼い主に対して社会的責任の自覚を促していく必要があります。 また、動物とふれあうことは、お年寄りや障害のある方の暮らしに安らぎをあたえ、生活の質（ＱＯＬ）の向上につながるとともに、<u>子供</u>たちの動物を慈しむ心を育て、心豊かな社会の形成に役立ちます。 人と動物とのふれあい活動などを推進し、動物愛護に関する取組を拡大していくには、民間で活躍するボランティアや関係団体の協力が不可欠であり、ボランティアの育成や活動支援などを継続していく必要があります。 3 (略) 第2章 疾病・障害への取組 第1節 難病対策

改 正 案	現 行
1 (略) 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、令和４年度（２０２２年度）末で約４万４千人となっており、高齢化とともに認定患者数が年々増加しています。なお、<u>こども</u>の難病患者に対しては、児童福祉法第１９条の２に基づき、小児慢性特定疾病医療費支給事業を実施しており、受給者数は、令和４年度（２０２２年度）末で約５千人となっています。 難病の患者に対する療養生活の支援については、埼玉県難病相談支援センターを設置し、患者・家族等からの療養・日常生活等の相談に対応しています。さらに県内４か所に難病診療連携拠点病院を指定し、各拠点病院に専任の難病診療連携コーディネーターを配置することで難病の早期診断につな	1 (略) 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、令和４年度（２０２２年度）末で約４万４千人となっており、高齢化とともに認定患者数が年々増加しています。なお、<u>子供</u>の難病患者に対しては、児童福祉法第１９条の２に基づき、小児慢性特定疾病医療費支給事業を実施しており、受給者数は、令和４年度（２０２２年度）末で約５千人となっています。 難病の患者に対する療養生活の支援については、埼玉県難病相談支援センターを設置し、患者・家族等からの療養・日常生活等の相談に対応しています。さらに県内４か所に難病診療連携拠点病院を指定し、各拠点病院に専任の難病診療連携コーディネーターを配置することで難病の早期診断につな

改 正 案	現 行
げるとともに、難病医療連絡協議会を設置し、患者への適切な情報提供や在宅療養患者の緊急時の入院を円滑に行うためのネットワークづくりに取り組んできました。 難病法に基づく「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針」を踏まえ、療養生活の環境整備や難病の患者に対する医療等と難病の患者に対する福祉サービスに関する施策、就労の支援に関する施策その他の関連する施策との連携の一層の推進が必要です。 また、近年台風などによる風水害が激甚化しており、特に在宅で人工呼吸器等を使用する患者に対する災害時の支援の重要性が指摘されています。そのため災害予見時に、在宅人工呼吸器利用患者が事前に避難目的で入院できる仕組みを導入するなど地域の医療提供体制や患者の支援体制の一層の充実に取り組んでいます。 さらに、<u>子ども</u>の難病患者の成人期医療への円滑な移行を促進するため、埼玉県移行期医療支援センターを設置し、小児期医療機関と成人期医療機関の連携促進や患児の自立支援の推進を図っています。	げるとともに、難病医療連絡協議会を設置し、患者への適切な情報提供や在宅療養患者の緊急時の入院を円滑に行うためのネットワークづくりに取り組んできました。 難病法に基づく「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針」を踏まえ、療養生活の環境整備や難病の患者に対する医療等と難病の患者に対する福祉サービスに関する施策、就労の支援に関する施策その他の関連する施策との連携の一層の推進が必要です。 また、近年台風などによる風水害が激甚化しており、特に在宅で人工呼吸器等を使用する患者に対する災害時の支援の重要性が指摘されています。そのため災害予見時に、在宅人工呼吸器利用患者が事前に避難目的で入院できる仕組みを導入するなど地域の医療提供体制や患者の支援体制の一層の充実に取り組んでいます。 さらに、<u>子供</u>の難病患者の成人期医療への円滑な移行を促進するため、埼玉県移行期医療支援センターを設置し、小児期医療機関と成人期医療機関の連携促進や患児の自立支援の推進を図っています。

改 正 案	現 行
(2) (略) 3 (略) 第2節～第3節 (略) 第4節 アレルギー疾患対策 1 (略) 2 現状と課題 (略) (1)～(2) (略) (3) アレルギー疾患患者を支援する人材や相談体制の確保 ア 患者等の支援に携わる関係者の資質向上 アレルギー疾患の発症予防や生活の質（ＱＯＬ）の維持向上には、患者自身や家族に加え、患者が日常生活で接する関係者の理解と支援が不可欠です。 とりわけ、患者が<u>子ども</u>や高齢者、障害者等の場合は、自己管理が十分に行えないことが考えられるため、その必要性が大きいといえます。 学校や保育所、その他の社会福祉施設や行政機関等、患者の相談や支援に携わる関係者がアレルギー疾患に関する知識を深める必要があります。	(2) (略) 3 (略) 第2節～第3節 (略) 第4節 アレルギー疾患対策 1 (略) 2 現状と課題 (略) (1)～(2) (略) (3) アレルギー疾患患者を支援する人材や相談体制の確保 ア 患者等の支援に携わる関係者の資質向上 アレルギー疾患の発症予防や生活の質（ＱＯＬ）の維持向上には、患者自身や家族に加え、患者が日常生活で接する関係者の理解と支援が不可欠です。 とりわけ、患者が<u>子供</u>や高齢者、障害者等の場合は、自己管理が十分に行えないことが考えられるため、その必要性が大きいといえます。 学校や保育所、その他の社会福祉施設や行政機関等、患者の相談や支援に携わる関係者がアレルギー疾患に関する知識を深める必要があります。

改 正 案	現 行
イ～ウ (略) (3) (略) 3 (略) 第5節 (略) 第3章 健康危機管理体制の整備と生活衛生 第1節～第4節 (略) 第5節 安全な食品の提供 1～3 (略) 4 指標 <u>人口10万人当たりの食中毒事件患者数</u> 現状値 <u>5.0人</u> → 目標値 <u>4.1人</u> (<u>令和7年末(2025年末)</u>) (<u>令和11年末(2029年末)</u>) 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 (略) 1 (略) 2 現状と課題及び課題解決に向けた主な取組	イ～ウ (略) (4) (略) 3 (略) 第5節 (略) 第3章 健康危機管理体制の整備と生活衛生 第1節～第4節 (略) 第5節 安全な食品の提供 1～3 (略) 4 指標 <u>食品関連事業所における製品等の自主検査実施率</u> 現状値 <u>66.5%</u> → 目標値 <u>100%</u> (<u>令和4年度末(2022年度末)</u>) (<u>令和8年度末(2026年度末)</u>) 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 (略) 1 (略) 2 現状と課題及び課題解決に向けた主な取組

改 正 案	現 行
(1) (略) (2) 患者本位で持続可能ながん医療の提供 ア がん医療提供体制等 (ア)～(イ) (略) (ウ) 妊^{よう}孕性温存療法 a 現状と課題 がん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊^{よう}孕性が低下することは、将来^{よう}こどもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者にとって大きな課題です。 妊^{よう}孕性温存療法として、胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存することは、高額な自費診療であり、がん患者等にとって経済的負担となっていたことから、県は平成30年度（2018年度）から「埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊^{よう}孕性温存療法研究促進事業」を立ち上げ、治療費の助成を開始しました。 また、令和4年度（2022年度）からは、がん患者等で妊^{よう}孕性温存療法を行った者が、その後妊娠を希望する際に凍結保存した検体を用いる生殖補助医療（温存後生殖補助医療）も治療費助成の対象となっています。 b (略) イ～エ (略)	(1) (略) (2) 患者本位で持続可能ながん医療の提供 ア がん医療提供体制等 (ア)～(イ) (略) (ウ) 妊^{よう}孕性温存療法 a 現状と課題 がん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊^{よう}孕性が低下することは、将来^{よう}子供を産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者にとって大きな課題です。 妊^{よう}孕性温存療法として、胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存することは、高額な自費診療であり、がん患者等にとって経済的負担となっていたことから、県は平成30年度（2018年度）から「埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊^{よう}孕性温存療法研究促進事業」を立ち上げ、治療費の助成を開始しました。 また、令和4年度（2022年度）からは、がん患者等で妊^{よう}孕性温存療法を行った者が、その後妊娠を希望する際に凍結保存した検体を用いる生殖補助医療（温存後生殖補助医療）も治療費助成の対象となっています。 b (略) イ～エ (略)

改 正 案	現 行
(3) (略) (4) これらを支える基盤の整備 ア (略) イ がん教育とがんに関する知識の普及啓発 (ア) 現状と課題 <u>子ども</u>が健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切です。これらをより一層効果的なものとするため、医療従事者（医師、薬剤師や看護師等）やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、<u>子ども</u>に、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報も含めたがんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要です。 県では、県民に対するがんに関する知識の普及啓発について、県ホームページや国のがん情報サービスや拠点病院等の広報などにより進めています。 一方で、インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者やその家族等を含む県民が必要な情報に適切にアクセスすることが難しいことなどが指摘されています。そのため県では、学校におけるがん教育の推進を図るため、がん教育推進連絡協議会を設置し、学習指導要領に基づいたがん教育の確実な実施に向けた取組の充実及び外部講師の活用を図るための体制の整備に向けた検討を行っています。また、外部講師を活用したがん教育を推進するため、県が実施	(3) (略) (4) これらを支える基盤の整備 ア (略) イ がん教育とがんに関する知識の普及啓発 (ア) 現状と課題 <u>子供</u>が健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切です。これらをより一層効果的なものとするため、医療従事者（医師、薬剤師や看護師等）やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、<u>子供</u>に、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報も含めたがんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要です。 県では、県民に対するがんに関する知識の普及啓発について、県ホームページや国のがん情報サービスや拠点病院等の広報などにより進めています。 一方で、インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者やその家族等を含む県民が必要な情報に適切にアクセスすることが難しいことなどが指摘されています。そのため県では、学校におけるがん教育の推進を図るため、がん教育推進連絡協議会を設置し、学習指導要領に基づいたがん教育の確実な実施に向けた取組の充実及び外部講師の活用を図るための体制の整備に向けた検討を行っています。また、外部講師を活用したがん教育を推進するため、県が実施

改 正 案	現 行
する一定の研修を修了した者を県が管理し、学校からの希望に応じて外部講師として派遣する事業を実施しています。平成25年度から令和4年度までの10年間で1万を大きく超える小中高生及び大学生に外部講師を活用したがん教育を実施しています。 (イ) (略) ウ～オ (略) (5) (略) 3 指標 <u>がんによる年齢調整死亡率（人口10万対）</u> 現状値 <u>64.7</u> → 目標値 <u>61.7</u> (令和6年（2024年）) (令和11年（2029年）) 第2節 脳卒中医療	する一定の研修を修了した者を県が管理し、学校からの希望に応じて外部講師として派遣する事業を実施しています。平成25年度から令和4年度までの10年間で1万を大きく超える小中高生及び大学生に外部講師を活用したがん教育を実施しています。 (イ) (略) ウ～オ (略) (5) (略) 3 指標 <u>がん検診受診率</u> 現状値 <u>胃がん・男性 42.3%</u> → 目標値 <u>左記すべてのがん</u> <u>胃がん・女性 33.1%</u> <u>種の受診率60%</u> <u>肺がん・男性 48.6%</u> <u>(令和10年（2028年）)</u> <u>肺がん・女性 43.4%</u> <u>大腸がん・男性 44.8%</u> <u>大腸がん・女性 41.3%</u> <u>乳がん 42.5%</u> <u>子宮頸がん 38.2%</u> <u>(令和4年（2022年）)</u> 第2節 脳卒中医療

改 正 案	現 行
(略) 1 目指すべき姿 (略) (1) 全体目標 国の循環器病対策推進基本計画に基づき「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」及び「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」を図り、<u>日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）</u>の<u>維持</u>及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指します。 <u>日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）</u> 男 現状値 <u>79.7</u> → 目標値 <u>79.8</u> 女 現状値 <u>84.1</u> → 目標値 <u>84.1</u> <u>令和5年（2023年）</u> 令和11年（2029年） 脳血管疾患の年齢調整死亡率 男 現状値 93.4 → 目標値 61.3 女 現状値 58.0 → 目標値 37.9 令和3年（2021年） 令和11年（2029年） 虚血性心疾患の年齢調整死亡率	(略) 1 目指すべき姿 (略) (1) 全体目標 国の循環器病対策推進基本計画に基づき「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」及び「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」を図り、<u>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）</u>延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指します。 <u>健康寿命</u> 男 現状値 <u>18.01</u> → 目標値 <u>18.83</u> 女 現状値 <u>20.86</u> → 目標値 <u>21.58</u> <u>令和3年（2021年）</u> 令和11年（2029年） 脳血管疾患の年齢調整死亡率 男 現状値 93.4 → 目標値 61.3 女 現状値 58.0 → 目標値 37.9 令和3年（2021年） 令和11年（2029年） 虚血性心疾患の年齢調整死亡率

改 正 案	現 行
男 現状値 101.9 → 目標値 71.7 女 現状値 45.6 → 目標値 28.2 令和3年(2021年) 令和11年(2029年) (2) (略) 2 現状と課題及び課題解決に向けた主な取組 (1) 予防や正しい知識の普及啓発 ア (略) イ 課題解決に向けた主な取組 (ア) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔^{くう}についての健康に関する生活習慣や社会環境の改善を通じた生活習慣病の予防を推進するために、健康づくり対策や食育の推進、学校における教育も含めた<u>こども</u>の頃からの循環器病に関連する知識の普及啓発に取り組めます。 (イ) (略) (2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実 ア～ク (略) ケ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 (ア) (略) (イ) 課題解決に向けた主な取組 a <u>こども</u>の健やかな成育を確保するため、学校健診等	男 現状値 101.9 → 目標値 71.7 女 現状値 45.6 → 目標値 28.2 令和3年(2021年) 令和11年(2029年) (2) (略) 2 現状と課題及び課題解決に向けた主な取組 (1) 予防や正しい知識の普及啓発 ア (略) イ 課題解決に向けた主な取組 (ア) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔^{くう}についての健康に関する生活習慣や社会環境の改善を通じた生活習慣病の予防を推進するために、健康づくり対策や食育の推進、学校における教育も含めた<u>子供</u>の頃からの循環器病に関連する知識の普及啓発に取り組めます。 (イ) (略) (2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実 ア～ク (略) ケ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 (ア) (略) (イ) 課題解決に向けた主な取組 a <u>子供</u>の健やかな成育を確保するため、学校健診等の

改 正 案	現 行
の機会における小児の循環器病患者の早期発見を引き続き推進します。 b 小児期から成人期へ切れ目なく適切な医療を受けられるよう、埼玉県移行期医療支援センターを設置し、移行期の循環器疾患に対応できる医療機関と連携して「移行期医療支援」を推進します。 c 長期の治療や高額な医療費負担が必要となる小児慢性特定疾病に罹患する<u>子ども</u>に対して、医療費の助成を行うとともに、相互交流やボランティア等との交流によりコミュニケーション能力や社会性^{かんよう}の涵養を図り、<u>子ども</u>の自立支援を推進します。 コ (略) (3) (略) 3 (略) 第3節 (略) 第4節 精神疾患医療 (略) 1 (略) 2 現状と課題 (1) ～(2) (略) (3) 認知症ケア 国の高齢社会白書（<u>令和8年度版</u>）によると、認知症<u>の高</u>	機会における小児の循環器病患者の早期発見を引き続き推進します。 b 小児期から成人期へ切れ目なく適切な医療を受けられるよう、埼玉県移行期医療支援センターを設置し、移行期の循環器疾患に対応できる医療機関と連携して「移行期医療支援」を推進します。 c 長期の治療や高額な医療費負担が必要となる小児慢性特定疾病に罹患する<u>子供</u>に対して、医療費の助成を行うとともに、相互交流やボランティア等との交流によりコミュニケーション能力や社会性^{かんよう}の涵養を図り、<u>子供</u>の自立支援を推進します。 コ (略) (3) (略) 3 (略) 第3節 (略) 第4節 精神疾患医療 (略) 1 (略) 2 現状と課題 (1) ～(2) (略) (3) 認知症ケア 国の高齢社会白書（平成29年度版）によると、<u>65歳以</u>

改 正 案	現 行
<u>年齢</u>数は、<u>令和２２年（２０４０年）</u>には<u>５８４万人と６５歳以上の高齢者の約７人</u>に１人<u>が認知症</u>になるとの推計も示されており、本県においても認知症の高齢者が急増することが見込まれます。 脳血管性認知症の<u>発症リスクを高める</u>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<u>人</u>もいます。 認知症<u>の人</u>は、行動・心理症状（<u>B P S D</u>）が出現する場合がある<u>ほか、日常生活に様々な支障を生じることから、</u>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、<u>本人と家族が地域で安心して暮らし続けられるよう、</u>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<u>の人</u>の中には内科疾患等を持つ者も多く、こうした<u>人の尊厳と意思が尊重され、</u>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。	<u>上認知症患者</u>数は、<u>平成２４年（２０１２年）</u>には<u>４６２万人と６５歳以上の高齢者の約７人に１人</u>でしたが、<u>平成３７年（２０２５年）</u>には約<u>５人</u>に１人<u>となる</u>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<u>原因である</u>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<u>患者</u>もいます。 認知症<u>患者</u>は、<u>精神症状や徘徊などの</u>行動・心理症状（<u>周辺症状</u>）が出現する場合がある<u>ため、</u>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<u>患者</u>の中には内科疾患等を持つ者も多く、こうした<u>患者が</u>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。

改 正 案	現 行
ます。 3 課題解決に向けた主な取組 (1) (略) (2) 依存症対策 ア～イ (略) ウ 個別対策 (ア) (略) (イ) ギャンブル等依存症 a～c (略) d 重点課題・目標・施策・取組 【重点課題1】 ギャンブル等依存に関する教育及び普及啓発を強化し、ギャンブル等依存の問題の発生を予防する。 【目標1】 教育及び普及啓発の強化により、若年層から正しい理解ができています。 ◆基本方針Ⅰ 教育及び普及啓発の強化 <Ⅰ－1> ギャンブル等依存症について、高校生に対する教育及び大学生に対する知識の普及 平成30年（2018年）3月公示の新高等学校学習指導要領の保健体育科の指導内容として、新たに精神疾患を取り上げ、平成30年（2018年）7月公表の新高等学校学習指導要領解説においては、「精神疾患の予防と回復」にて「アルコール、薬物などの物質への依存症に加えて、ギャンブル等への過剰な参加は習慣化すると嗜癖行動になる危険性	3 課題解決に向けた主な取組 (1) (略) (2) 依存症対策 ア～イ (略) ウ 個別対策 (ア) (略) (イ) ギャンブル等依存症 a～c (略) d 重点課題・目標・施策・取組 【重点課題1】 ギャンブル等依存に関する教育及び普及啓発を強化し、ギャンブル等依存の問題の発生を予防する。 【目標1】 教育及び普及啓発の強化により、若年層から正しい理解ができています。 ◆基本方針Ⅰ 教育及び普及啓発の強化 <Ⅰ－1> ギャンブル等依存症について、高校生に対する教育及び大学生に対する知識の普及 平成30年（2018年）3月公示の新高等学校学習指導要領の保健体育科の指導内容として、新たに精神疾患を取り上げ、平成30年（2018年）7月公表の新高等学校学習指導要領解説においては、「精神疾患の予防と回復」にて「アルコール、薬物などの物質への依存症に加えて、ギャンブル等への過剰な参加は習慣化すると嗜癖行動になる危険性

改 正 案	現 行
があり、日常生活にも悪影響を及ぼすことに触れるようにする。」と記載され、精神疾患の一つとしてギャンブル等依存症を含めた依存症について取り上げることになりました。令和4年度（2022年度）入学生より年次進行で実施されています。 また、啓発用資料として『ギャンブル等依存症は適切な支援により回復が可能です』を内閣官房、消費者庁、厚生労働省、金融庁（作成取りまとめ：消費者庁）が公表しています。この資料は本人のみならず家族向けの内容となっています。 なお、依存症対策全国センター（久里浜医療センター）において、同センターの外来を受診し、ギャンブル等依存症と診断された後、認知行動療法を受けた者（113名）のギャンブル開始平均年齢は19.5歳であったとの報告がされています。 ギャンブル等依存症の発生を予防するために、誰もが関心と理解を深め、予防に必要な注意を払うことができるよう、若年層への正しい知識の普及を図るための教育や啓発の推進を図ります。 【施策1】～【施策4】（略） 【施策5】 大学と連携した学生等への周知 作成したリーフレット等の啓発ツールを配布する等により、大学や専修学校への普及啓発に取り組みます。 < I - 2 > ギャンブル等依存症に関する普及啓発 依存症は「病気」であり、「適切な治療や支援によって回復すること」など、正しい知識の普及を図る必要があります。<u>こども</u>から高齢者まで各世代に応じた啓発を行います。	があり、日常生活にも悪影響を及ぼすことに触れるようにする。」と記載され、精神疾患の一つとしてギャンブル等依存症を含めた依存症について取り上げることになりました。令和4年度（2022年度）入学生より年次進行で実施されています。 また、啓発用資料として『ギャンブル等依存症は適切な支援により回復が可能です』を内閣官房、消費者庁、厚生労働省、金融庁（作成取りまとめ：消費者庁）が公表しています。この資料は本人のみならず家族向けの内容となっています。 なお、依存症対策全国センター（久里浜医療センター）において、同センターの外来を受診し、ギャンブル等依存症と診断された後、認知行動療法を受けた者（113名）のギャンブル開始平均年齢は19.5歳であったとの報告がされています。 ギャンブル等依存症の発生を予防するために、誰もが関心と理解を深め、予防に必要な注意を払うことができるよう、若年層への正しい知識の普及を図るための教育や啓発の推進を図ります。 【施策1】～【施策4】（略） 【施策5】 大学と連携した学生等への周知 作成したリーフレット等の啓発ツールを配布する等により、大学や専修学校への普及啓発に取り組みます。 < I - 2 > ギャンブル等依存症に関する普及啓発 依存症は「病気」であり、「適切な治療や支援によって回復すること」など、正しい知識の普及を図る必要があります。<u>子供</u>から高齢者まで各世代に応じた啓発を行います。

改 正 案	現 行
【施策6】～【施策36】（略） ○関係事業者の主な取組（略） (ウ)（略） (エ) ゲーム障害その他対策 a～b（略） c <u>子ども</u>のメディア対策 (a) 現状と課題 家庭内においては、<u>子ども</u>が、メディア（テレビ、DVD、スマートフォンやタブレットなど）を長時間見ることは、視力の発達を妨げたり、人とのかわり体験の不足を招くことが心配されます。 (b) 対策 乳幼児期は正しい生活習慣を身につけさせたい大切な時期ですので、保護者と<u>子ども</u>と一緒にメディアを利用するための時間や場面などのルールを考えることが大切です。 また、日本小児科医会では、「メディア漬けの予防は乳幼児から」として、2歳までのテレビ・ビデオ視聴を控えることや、授乳中、食事中的テレビ・ビデオ視聴をやめることなど、<u>子ども</u>が成長とともに自律していけるよう保護者がメディア利用をコントロール（ペアレンタルコントロール）することが重要としています。 エ～オ（略） (3)（略） (4) 自殺予防対策	【施策6】～【施策36】（略） ○関係事業者の主な取組（略） (ウ)（略） (エ) ゲーム障害その他対策 a～b（略） c <u>子供</u>のメディア対策 (a) 現状と課題 家庭内においては、<u>子供</u>が、メディア（テレビ、DVD、スマートフォンやタブレットなど）を長時間見ることは、視力の発達を妨げたり、人とのかわり体験の不足を招くことが心配されます。 (b) 対策 乳幼児期は正しい生活習慣を身につけさせたい大切な時期ですので、保護者と<u>子供</u>と一緒にメディアを利用するための時間や場面などのルールを考えることが大切です。 また、日本小児科医会では、「メディア漬けの予防は乳幼児から」として、2歳までのテレビ・ビデオ視聴を控えることや、授乳中、食事中的テレビ・ビデオ視聴をやめることなど、<u>子供</u>が成長とともに自律していけるよう保護者がメディア利用をコントロール（ペアレンタルコントロール）することが重要としています。 エ～オ（略） (3)（略） (4) 自殺予防対策

改 正 案	現 行
ア～ウ （略） エ 自殺対策推進のための具体的な取組 （ア） （略） （イ） 重点施策ごとの主な取組 （a） （略） （b） I C Tを活用した自殺対策の強化 スマートフォンの普及やS N S等の利用拡大など若年層のコミュニケーションツールの変化を踏まえ、S N Sを活用するなど、相談の多様な手段の確保を図ります。 【主な取組】 若者の多くがS N Sを日常的なコミュニケーション手段として用いている現状を踏まえ、横ばい傾向のままである若者の自殺を防ぐため、若年層を対象としたS N S相談体制の構築を図ります。 若者のコミュニケーション手段の変化を踏まえ、S N Sを活用した教育相談体制を整備し、県内の中学・高校生の抱える悩みや不安等に対応し、問題の深刻化を未然に防止します。 保護者が抱える子育ての不安や<u>子ども</u>の親子関係の悩みなどに対して、S N Sを活用した相談窓口を開設します。 （c）～（f） b （略） c <u>子ども</u>・若者、女性の自殺対策を推進する 自殺対策事業では、40歳未満を「若年層」として実施していますが、小中高校生や大学生などの学生、	ア～ウ （略） エ 自殺対策推進のための具体的な取組 （ア） （略） （イ） 重点施策ごとの主な取組 （a） （略） （b） I C Tを活用した自殺対策の強化 スマートフォンの普及やS N S等の利用拡大など若年層のコミュニケーションツールの変化を踏まえ、S N Sを活用するなど、相談の多様な手段の確保を図ります。 【主な取組】 若者の多くがS N Sを日常的なコミュニケーション手段として用いている現状を踏まえ、横ばい傾向のままである若者の自殺を防ぐため、若年層を対象としたS N S相談体制の構築を図ります。 若者のコミュニケーション手段の変化を踏まえ、S N Sを活用した教育相談体制を整備し、県内の中学・高校生の抱える悩みや不安等に対応し、問題の深刻化を未然に防止します。 保護者が抱える子育ての不安や<u>子供</u>の親子関係の悩みなどに対して、S N Sを活用した相談窓口を開設します。 （c）～（f） b （略） c <u>子供</u>・若者、女性の自殺対策を推進する 自殺対策事業では、40歳未満を「若年層」として実施していますが、小中高校生や大学生などの学生、

改 正 案	現 行
20歳代から30歳代の社会人など、ライフステージや立場ごとに置かれている状況が異なることから、それぞれの集団の置かれている状況に沿った施策を推進していきます。 また、妊産婦への支援、コロナ過で顕在化した課題を踏まえた女性の自殺対策を更に強化していきます。 (a) (略) (b) いじめを苦にした<u>子ども</u>の自殺の予防 いじめは決して許されないことであり、どの<u>子ども</u>にも、どの学校でも起こり得るものであることを周知徹底し、すべての教育関係者がいじめの兆候をいち早く把握して、迅速に対応することを指導します。 また、<u>子ども</u>がいつでも不安や悩みを打ち明けられるような、いじめなどの問題に関する教育相談体制を支援するとともに、学校、地域、家庭が連携して、いじめを早期に発見し、適切に対応できる地域ぐるみの体制整備を促進します。 【主な取組】 教職員に対する研修を充実するとともに、家庭と連携し、いじめの防止及び早期発見・早期対応に努めます。 不登校やいじめ等の未然防止、早期発見及び支援・対応等を図るため、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーを活用するとともに、学校内の関係者がチームとして取り組み、関係機関と連携した教育相談体制を進めます。 「いじめ撲滅強化月間（11月）」において、協力団体と合同でキャンペーンを行います。また、いじ	20歳代から30歳代の社会人など、ライフステージや立場ごとに置かれている状況が異なることから、それぞれの集団の置かれている状況に沿った施策を推進していきます。 また、妊産婦への支援、コロナ過で顕在化した課題を踏まえた女性の自殺対策を更に強化していきます。 (a) (略) (b) いじめを苦にした<u>子供</u>の自殺の予防 いじめは決して許されないことであり、どの<u>子供</u>にも、どの学校でも起こり得るものであることを周知徹底し、すべての教育関係者がいじめの兆候をいち早く把握して、迅速に対応することを指導します。 また、<u>子供</u>がいつでも不安や悩みを打ち明けられるような、いじめなどの問題に関する教育相談体制を支援するとともに、学校、地域、家庭が連携して、いじめを早期に発見し、適切に対応できる地域ぐるみの体制整備を促進します。 【主な取組】 教職員に対する研修を充実するとともに、家庭と連携し、いじめの防止及び早期発見・早期対応に努めます。 不登校やいじめ等の未然防止、早期発見及び支援・対応等を図るため、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーを活用するとともに、学校内の関係者がチームとして取り組み、関係機関と連携した教育相談体制を進めます。 「いじめ撲滅強化月間（11月）」において、協力団体と合同でキャンペーンを行います。また、いじ

改 正 案	現 行
めの問題を隠さず相談ができるように、個別の相談機関の情報を一元化して提供し、利用促進を図ります。 いじめや体罰などの<u>こども</u>の権利侵害に対応するため、相談窓口を設置し、<u>こども</u>の気持ちを最優先に考えて相談に応じます。 「県立総合教育センター」や「きたうらわ相談室」において、指導主事、面接相談員、スクールカウンセラー、嘱託医が面接相談を行います。また、24時間365日実施している「よい子の電話教育相談（こども用フリーダイヤル）」のほか、電子メール相談やFAX相談を実施します。 (c) (略) (d) 教職員に対する普及啓発等 児童生徒と日々接している学級担任、養護教諭等の教職員や、学生相談に関わる大学等の教職員に対し、自殺の危険性の高い児童生徒等に気づいたときの対応方法などについて普及啓発を実施します。 【主な取組】 児童・生徒からの悩みを広く受け止めることができるよう、学級担任や生徒指導担当教諭、養護教諭等に自殺の危険性が高い児童生徒への気づき方や、その際の対応方法、心の悩みのサポート方法などについて情報提供を行います。 児童・生徒に直接関わる教職員へ自殺予防に資する情報提供を行います。また、必要に応じて保護者への情報提供を実施します。 生徒指導ハンドブック「I's 2019」（自殺防止について）の適切な活用を促します。	めの問題を隠さず相談ができるように、個別の相談機関の情報を一元化して提供し、利用促進を図ります。 いじめや体罰などの<u>子供</u>の権利侵害に対応するため、相談窓口を設置し、<u>子供</u>の気持ちを最優先に考えて相談に応じます。 「県立総合教育センター」や「きたうらわ相談室」において、指導主事、面接相談員、スクールカウンセラー、嘱託医が面接相談を行います。また、24時間365日実施している「よい子の電話教育相談（こども用フリーダイヤル）」のほか、電子メール相談やFAX相談を実施します。 (c) (略) (d) 教職員に対する普及啓発等 児童生徒と日々接している学級担任、養護教諭等の教職員や、学生相談に関わる大学等の教職員に対し、自殺の危険性の高い児童生徒等に気づいたときの対応方法などについて普及啓発を実施します。 【主な取組】 児童・生徒からの悩みを広く受け止めることができるよう、学級担任や生徒指導担当教諭、養護教諭等に自殺の危険性が高い児童生徒への気づき方や、その際の対応方法、心の悩みのサポート方法などについて情報提供を行います。 児童・生徒に直接関わる教職員へ自殺予防に資する情報提供を行います。また、必要に応じて保護者への情報提供を実施します。 生徒指導ハンドブック「I's 2019」（自殺防止について）の適切な活用を促します。

改 正 案	現 行
児童・生徒の心のケアやひきこもり児童・生徒への対応を行う場合は、担任だけでなく、養護教諭、生徒指導主任、学校医、スクールカウンセラー等の相談に携わる者等がチームを組んで、複数の目での見守りや、検討を行うなど学校全体で取り組みます。 教職員に対する研修等で、自殺予防教育に係る啓発を実施します。 教職員の資質向上を図るため、<u>こども</u>の人権等の人権教育推進に関する現状を踏まえた研修を実施します。また、<u>こども</u>を虐待から守るため、教職員、市町村教育委員会職員及び児童養護施設等職員を対象とした研修会を実施します。 各私立学校における人権教育の推進のため、教職員対象の研修会を実施するとともに、学校での人権教育に活用するための教材・資料を配布し活用を促します。 現に直面している危機に対応するため、学校内だけでなく外部の関係機関と連携して取り組みます。 (e) 学校における心の健康づくり推進体制の整備 保健室やカウンセリングルームなどをより開かれた場として活用し、養護教諭・学級担任等の行う健康相談を推進するとともに、スクールカウンセラー等の配置など学校における相談体制の充実を図ります。 【主な取組】 いじめなどによる児童生徒等の心のケアに対応するため、市町村において思春期向けリーフレットや相談窓口のチラシを作成し、学校における相談体制の周知を図る事業に対し支援します。	児童・生徒の心のケアやひきこもり児童・生徒への対応を行う場合は、担任だけでなく、養護教諭、生徒指導主任、学校医、スクールカウンセラー等の相談に携わる者等がチームを組んで、複数の目での見守りや、検討を行うなど学校全体で取り組みます。 教職員に対する研修等で、自殺予防教育に係る啓発を実施します。 教職員の資質向上を図るため、<u>子供</u>の人権等の人権教育推進に関する現状を踏まえた研修を実施します。また、<u>子供</u>を虐待から守るため、教職員、市町村教育委員会職員及び児童養護施設等職員を対象とした研修会を実施します。 各私立学校における人権教育の推進のため、教職員対象の研修会を実施するとともに、学校での人権教育に活用するための教材・資料を配布し活用を促します。 現に直面している危機に対応するため、学校内だけでなく外部の関係機関と連携して取り組みます。 (e) 学校における心の健康づくり推進体制の整備 保健室やカウンセリングルームなどをより開かれた場として活用し、養護教諭・学級担任等の行う健康相談を推進するとともに、スクールカウンセラー等の配置など学校における相談体制の充実を図ります。 【主な取組】 いじめなどによる児童生徒等の心のケアに対応するため、市町村において思春期向けリーフレットや相談窓口のチラシを作成し、学校における相談体制の周知を図る事業に対し支援します。

改 正 案	現 行
<u>子ども</u>を虐待から守るためには、虐待を受けた児童生徒の心理面、学習面、生活面での支援が重要であることから、教職員、市町村教育委員会職員及び児童養護施設等職員を対象とした効果的な支援の在り方についての研修会を実施します。 学校における適切な相談対応や施設等の配慮により、児童生徒及び教職員のＬＧＢＴＱをはじめとする性の多様性への理解が進み、あらゆるセクシュアリティが尊重されることで、全ての児童生徒及び教職員が安心して学校生活を送ることができるように支援します。 各私立学校における人権教育の推進のため、教職員対象の研修会を実施するとともに、学校での人権教育に活用するための教材・資料を配布します。 スクールソーシャルワーカーの配置を充実させ、関係機関との連携や家庭訪問などを実施し、いじめ問題の解決に向けた支援を行います。 (f) ICTを活用した自殺対策の強化（再掲） スマートフォンの普及やＳＮＳ等の利用拡大など若年層のコミュニケーションツールの変化を踏まえ、ＳＮＳを活用するなど、相談の多様な手段の確保を図ります。 【主な取組】 若者の多くがＳＮＳを日常的なコミュニケーション手段として用いている現状を踏まえ、横ばい傾向のままである若者の自殺を防ぐため、若年層を対象としたＳＮＳ相談体制の構築を図ります。 若者のコミュニケーション手段の変化を踏まえ、ＳＮＳを活用した教育相談体制を整備し、県内の中	<u>子供</u>を虐待から守るためには、虐待を受けた児童生徒の心理面、学習面、生活面での支援が重要であることから、教職員、市町村教育委員会職員及び児童養護施設等職員を対象とした効果的な支援の在り方についての研修会を実施します。 学校における適切な相談対応や施設等の配慮により、児童生徒及び教職員のＬＧＢＴＱをはじめとする性の多様性への理解が進み、あらゆるセクシュアリティが尊重されることで、全ての児童生徒及び教職員が安心して学校生活を送ることができるように支援します。 各私立学校における人権教育の推進のため、教職員対象の研修会を実施するとともに、学校での人権教育に活用するための教材・資料を配布します。 スクールソーシャルワーカーの配置を充実させ、関係機関との連携や家庭訪問などを実施し、いじめ問題の解決に向けた支援を行います。 (f) ICTを活用した自殺対策の強化（再掲） スマートフォンの普及やＳＮＳ等の利用拡大など若年層のコミュニケーションツールの変化を踏まえ、ＳＮＳを活用するなど、相談の多様な手段の確保を図ります。 【主な取組】 若者の多くがＳＮＳを日常的なコミュニケーション手段として用いている現状を踏まえ、横ばい傾向のままである若者の自殺を防ぐため、若年層を対象としたＳＮＳ相談体制の構築を図ります。 若者のコミュニケーション手段の変化を踏まえ、ＳＮＳを活用した教育相談体制を整備し、県内の中

改 正 案	現 行
学・高校生の抱える悩みや不安等に対応し、問題の深刻化を未然に防止します。 保護者が抱える子育ての不安や<u>子ども</u>の親子関係の悩みなどに対して、SNSを活用した相談窓口を開設します。 (g) インターネット上の誹謗中傷対策の推進 インターネット上での誹謗中傷等の深刻化が問題となっている状況を踏まえ、<u>子ども</u>・若者等に対する啓発を行うとともに、違法・有害情報の排除を図ります。 【主な取組】 ネットアドバイザーを小・中学校等へ派遣して、「子供安全見守り講座」を実施し、誹謗中傷などネットいじめの防止について啓発します。 フィルタリングサービスの活用など、インターネット上の有害情報から青少年を守るための方策の普及啓発に取り組みます。 スマートフォン等インターネット端末を利用した不適切な行為やネットいじめ、誹謗中傷などのインターネット上のトラブルを解消するため、関係機関と連携するとともに、教職員の研修や、保護者、児童生徒への啓発を行います。 (h) <u>子ども</u>への支援の充実 社会的養護の下で育った<u>子ども</u>の自立支援を効果的に進めるために、進学や就職などのタイミングで支援が途切れることのないよう、退所した後も引き続き<u>子ども</u>を受け止め、支えとなるような支援の充実を図ります。 また、<u>子ども</u>たちが自己肯定感を育み、将来に夢	学・高校生の抱える悩みや不安等に対応し、問題の深刻化を未然に防止します。 保護者が抱える子育ての不安や<u>子供</u>の親子関係の悩みなどに対して、SNSを活用した相談窓口を開設します。 (g) インターネット上の誹謗中傷対策の推進 インターネット上での誹謗中傷等の深刻化が問題となっている状況を踏まえ、<u>子供</u>・若者等に対する啓発を行うとともに、違法・有害情報の排除を図ります。 【主な取組】 ネットアドバイザーを小・中学校等へ派遣して、「子供安全見守り講座」を実施し、誹謗中傷などネットいじめの防止について啓発します。 フィルタリングサービスの活用など、インターネット上の有害情報から青少年を守るための方策の普及啓発に取り組みます。 スマートフォン等インターネット端末を利用した不適切な行為やネットいじめ、誹謗中傷などのインターネット上のトラブルを解消するため、関係機関と連携するとともに、教職員の研修や、保護者、児童生徒への啓発を行います。 (h) <u>子供</u>への支援の充実 社会的養護の下で育った<u>子供</u>の自立支援を効果的に進めるために、進学や就職などのタイミングで支援が途切れることのないよう、退所した後も引き続き<u>子供</u>を受け止め、支えとなるような支援の充実を図ります。 また、<u>子供</u>たちが自己肯定感を育み、将来に夢と

改 正 案	現 行
と希望を持てるよう、<u>子ども</u>の居場所づくりに取り組む<u>市町村や</u>団体等の支援を図ります。 【主な取組】 児童養護施設退所者が退所後に自立できるよう、支援の中核となる退所児童等アフターケア事業所「クローバーハウス」の運営、施設への就労支援チームの派遣、低額かつ生活相談のできる住居の提供等を通じて、総合的な自立支援体制を構築します。また、児童養護施設等を退所後すぐに就業する者又は大学等において高等教育を受ける者等に対し、安定した生活基盤を築くための支援や就職に必要な資格取得のための資金の貸付を行います。 <u>子ども</u>の居場所づくりに取り組む民間団体や企業等の好事例を紹介し、団体間のネットワーク化を図るとともに、各団体が継続的に<u>子ども</u>の居場所づくりに取り組めるよう、県が支援します。また、研修等により<u>子ども</u>の居場所づくりに携わる人材を育成します。 (i)～(j) (略) (ウ) 基本施策ごとの主な取組 a～d (略) e 適切な精神科医療福祉サービスを受けられるようにする (略) (a) <u>子ども</u>に対する精神保健医療福祉サービスの提供体制の整備 <u>子ども</u>の心の問題に対応するため、保健所において	希望を持てるよう、<u>子供</u>の居場所づくりに取り組む<u>民間</u>団体等<u>へ</u>の支援の<u>充実</u>を図ります。 【主な取組】 児童養護施設退所者が退所後に自立できるよう、支援の中核となる退所児童等アフターケア事業所「クローバーハウス」の運営、施設への就労支援チームの派遣、低額かつ生活相談のできる住居の提供等を通じて、総合的な自立支援体制を構築します。また、児童養護施設等を退所後すぐに就業する者又は大学等において高等教育を受ける者等に対し、安定した生活基盤を築くための支援や就職に必要な資格取得のための資金の貸付を行います。 <u>子供</u>の居場所づくりに取り組む民間団体や企業等の好事例を紹介し、団体間のネットワーク化を図るとともに、各団体が継続的に<u>子供</u>の居場所づくりに取り組めるよう、県が支援します。また、研修等により<u>子供</u>の居場所づくりに携わる人材を育成します。 (i)～(j) (略) (ウ) 基本施策ごとの主な取組 a～d (略) e 適切な精神科医療福祉サービスを受けられるようにする (略) (a) <u>子供</u>に対する精神保健医療福祉サービスの提供体制の整備 <u>子供</u>の心の問題に対応するため、保健所において

改 正 案	現 行
てこどもやその家族への総合的かつ専門的な支援を実施するとともに、保健所が管轄する地域における支援体制を整備し、次代を担う<u>こども</u>たちの健全育成を図ります。 【主な取組】 何らかの精神的な問題があると思われる児童に対し、保健所において小児精神保健医療に関する専門相談を実施します。また、市町村・学校関係者に対し、専門的知識を持つ医師等による<u>こども</u>の精神保健に関する研修会や、行政職員・医師等を構成員としたネットワーク会議を開催します。 (b)～(c) (略) f 社会全体の自殺リスクを低下させる (略) (a)～(d) (e) 児童虐待の被害者等への支援の充実 児童虐待は、<u>こども</u>の心身の発達と人格の形成に重大な影響を与え、自殺のリスク要因ともなり得ます。児童虐待の発生予防から虐待を受けた<u>こども</u>の自立支援まで一連の対策の更なる強化を図ります。 【主な取組】 虐待により心に傷を負った児童のケアを重点的に行うため、一時保護所に心理担当職員を配置するとともに、児童精神科医が診断や指導を実施します。また、児童養護施設等の入所児童へのケアの充実を図るとともに、退所後に自立できるようアフターケアを行います。 児童相談所との連携を強化し、児童虐待防止対策を図るため、婦人相談センターの体制強化とDV被	こどもやその家族への総合的かつ専門的な支援を実施するとともに、保健所が管轄する地域における支援体制を整備し、次代を担う<u>子供</u>たちの健全育成を図ります。 【主な取組】 何らかの精神的な問題があると思われる児童に対し、保健所において小児精神保健医療に関する専門相談を実施します。また、市町村・学校関係者に対し、専門的知識を持つ医師等による<u>子供</u>の精神保健に関する研修会や、行政職員・医師等を構成員としたネットワーク会議を開催します。 (b)～(c) (略) f 社会全体の自殺リスクを低下させる (略) (a)～(d) (e) 児童虐待の被害者等への支援の充実 児童虐待は、<u>子供</u>の心身の発達と人格の形成に重大な影響を与え、自殺のリスク要因ともなり得ます。児童虐待の発生予防から虐待を受けた<u>子供</u>の自立支援まで一連の対策の更なる強化を図ります。 【主な取組】 虐待により心に傷を負った児童のケアを重点的に行うため、一時保護所に心理担当職員を配置するとともに、児童精神科医が診断や指導を実施します。また、児童養護施設等の入所児童へのケアの充実を図るとともに、退所後に自立できるようアフターケアを行います。 児童相談所との連携を強化し、児童虐待防止対策を図るため、婦人相談センターの体制強化とDV被

改 正 案	現 行
害者及び同伴児童の適切な支援を行います。 (f)～(1) (略) g～h (略) オ～カ (略) 4 指標 (1) 自殺死亡率（人口１０万人当たり） 現状値 １５．２ → 目標値 １２．６以下 （令和３年（２０２１年））（<u>令和１１年（２０２９年）</u>） (2) 精神病床における慢性期（１年以上）入院患者数 現状値 ５，４８６人 → 目標値 <u>（検討中）</u>人 （令和４年度（２０２２年度））（<u>令和１１年度（２０２９年度）</u>） (3) <u>退院患者の精神病床への３０日以上再入院率（退院後９０日時点）</u> 現状値 <u>（検討中）</u>％ → 目標値 <u>（検討中）</u>％ （<u>令和５年（２０２３年）</u>）（<u>令和１１年（２０２９年）</u>） (4) かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数 現状値 １，６１４人 → 目標値 <u>（検討中）</u>人 （令和４年（２０２２年））（<u>令和１１年（２０２９年）</u>） 第２章 事業ごとの医療提供体制の整備	害者及び同伴児童の適切な支援を行います。 (f)～(1) (略) g～h (略) オ～カ (略) 4 指標 (1) 自殺死亡率（人口１０万人当たり） 現状値 １５．２ → 目標値 １２．６以下 （令和３年（２０２１年））（<u>令和８年（２０２６年）</u>） (2) 精神病床における慢性期（１年以上）入院患者数 現状値 ５，４８６人 → 目標値 <u>５，３４９</u>人 （令和４年度（２０２２年度））（<u>令和８年度（２０２６年度）</u>） (3) <u>精神病床における入院後３か月時点の退院率</u> 現状値 <u>６０．３</u>％ → 目標値 <u>６８．９</u>％以上 （<u>令和元年（２０１９年）</u>）（<u>令和８年（２０２６年）</u>） (4) かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数 現状値 １，６１４人 → 目標値 <u>２，３００</u>人 （令和４年（２０２２年））（<u>令和８年（２０２６年）</u>） 第２章 事業ごとの医療提供体制の整備

改 正 案	現 行
第 1 節 （略） 第 2 節 災害時医療 1 （略） 2 現状と課題 (1) （略） (2) 災害時においても継続して医療を提供できる災害に強い医療提供体制の整備 災害時は医療ニーズが急増する一方、医療機関の診療機能が低下します。 こうした中で、県民に必要な医療を提供するためには、災害時においても継続して医療を提供できる災害に強い医療提供体制を平時から整備しておくことが求められます。 本県では、<u>令和 8 年（2026 年）</u> 3 月 31 日現在、災害拠点病院を 22 病院、災害時連携病院を <u>32</u> 病院指定しています。 災害時連携病院は、県独自の取組として令和 3 年度（2021 年度）から整備を進めており、災害拠点病院と連携し、中等症患者や容態の安定化した重症患者等の受入れな	第 1 節 （略） 第 2 節 災害時医療 1 （略） 2 現状と課題 (1) （略） (2) 災害時においても継続して医療を提供できる災害に強い医療提供体制の整備 災害時は医療ニーズが急増する一方、医療機関の診療機能が低下します。 こうした中で、県民に必要な医療を提供するためには、災害時においても継続して医療を提供できる災害に強い医療提供体制を平時から整備しておくことが求められます。 本県では、<u>令和 5 年（2023 年）</u> 3 月 31 日現在、災害拠点病院を 22 病院、災害時連携病院を <u>18</u> 病院指定しています。 災害時連携病院は、県独自の取組として令和 3 年度（2021 年度）から整備を進めており、災害拠点病院と連携し、中等症患者や容態の安定化した重症患者等の受入れな

改 正 案	現 行
どの役割を担います。災害拠点病院のない秩父保健医療圏においては、重症者を域外に搬送しつつ、支援に入るDMAT（災害派遣医療チーム）等と連携しながら患者受入れの拠点となる機能を持ちます。 災害拠点病院及び災害時連携病院は、災害時医療を提供する上での中心的な役割を担うことから、地域ごとの状況を踏まえつつ、更に整備を推進する必要があります。 また、本県には災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う災害拠点精神科病院がないことから、今後指定に向けた調整を行う必要があります。 一方、災害時に拠点となる病院以外の病院がその機能や地域における役割に応じた医療を提供することも必要です。 <u>令和8年（2026年）4</u>月1日現在、県内の病院のうち、事業継続計画（BCP）を策定している病院の割合は<u>73.3</u>％、耐震化が完了している病院の割合は<u>87.1</u>％です。 BCPの策定や耐震化、浸水対策等に係る施設・設備の整備、備蓄等の取組は、災害時に病院機能を維持し、発揮	どの役割を担います。災害拠点病院のない秩父保健医療圏においては、重症者を域外に搬送しつつ、支援に入るDMAT（災害派遣医療チーム）等と連携しながら患者受入れの拠点となる機能を持ちます。 災害拠点病院及び災害時連携病院は、災害時医療を提供する上での中心的な役割を担うことから、地域ごとの状況を踏まえつつ、更に整備を推進する必要があります。 また、本県には災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う災害拠点精神科病院がないことから、今後指定に向けた調整を行う必要があります。 一方、災害時に拠点となる病院以外の病院がその機能や地域における役割に応じた医療を提供することも必要です。 <u>令和4年（2022年）9</u>月1日現在、県内の病院のうち、事業継続計画（BCP）を策定している病院の割合は<u>39.2</u>％、耐震化が完了している病院の割合は<u>82.5</u>％です。 BCPの策定や耐震化、浸水対策等に係る施設・設備の整備、備蓄等の取組は、災害時に病院機能を維持し、発揮

改 正 案	現 行
するために重要であることから、更に推進することが重要です。 また、災害時に各医療機関が必要な支援を受けて診療を継続するためには、広域災害救急医療情報システム（E M I S）により自らの被災状況を発信する必要があることから、県では医療機関を対象に、定期的にE M I Sの入力訓練を実施しています。 平時にこうした取組を担い、災害時の医療を理解する人材を各病院において育成することも重要です。 災害現場における医療の提供という点においては、災害時に迅速な医療救護活動を行うため、消防、防災航空隊と埼玉DMA Tとが連携して活動する埼玉S M A R T（埼玉県特別機動援助隊）を組織し、災害現場を想定した研修や訓練を実施しています。 このように、災害時に消防等の関係機関と医療機関・DMA Tなどの医療救護班が連携して迅速な医療救護活動を行うため、平時から連携を深めておくことが必要です。 この他、災害時に必要となる医薬品については、防災基	するために重要であることから、更に推進することが重要です。 また、災害時に各医療機関が必要な支援を受けて診療を継続するためには、広域災害救急医療情報システム（E M I S）により自らの被災状況を発信する必要があることから、県では医療機関を対象に、定期的にE M I Sの入力訓練を実施しています。 平時にこうした取組を担い、災害時の医療を理解する人材を各病院において育成することも重要です。 災害現場における医療の提供という点においては、災害時に迅速な医療救護活動を行うため、消防、防災航空隊と埼玉DMA Tとが連携して活動する埼玉S M A R T（埼玉県特別機動援助隊）を組織し、災害現場を想定した研修や訓練を実施しています。 このように、災害時に消防等の関係機関と医療機関・DMA Tなどの医療救護班が連携して迅速な医療救護活動を行うため、平時から連携を深めておくことが必要です。 この他、災害時に必要となる医薬品については、防災基

改 正 案	現 行
地等で備蓄するとともに、複数の医薬品卸売業者に委託して、ランニング備蓄により確保しています。 (3) (略) 3 (略) 4 指標 (1) 災害時連携病院の指定数 現状値 18病院 → 目標値 40病院 (令和4年度(2022年度)) (令和11年度(2029年度)) (2) 病院のBCP策定率 現状値 39.2% → 目標値 <u>90</u>% (令和4年度(2022年度)) (令和11年度(2029年度)) 第3節 周産期医療 1 目指すべき姿 誰もが安心して<u>子ども</u>を産み育てることができる環境づくりを推進するため、将来を見据え、限られた医療資源を有効に生かしながら、身近な場所での出産から高度で専門的な医療まで、^{べん}分娩のリスクに応じた安全な医療を継続的に提供できる周産期医療体制を整備します。	地等で備蓄するとともに、複数の医薬品卸売業者に委託して、ランニング備蓄により確保しています。 (3) (略) 3 (略) 4 指標 (1) 災害時連携病院の指定数 現状値 18病院 → 目標値 40病院 (令和4年度(2022年度)) (令和11年度(2029年度)) (2) 病院のBCP策定率 現状値 39.2% → 目標値 <u>65</u>% (令和4年度(2022年度)) (令和11年度(2029年度)) 第3節 周産期医療 1 目指すべき姿 誰もが安心して<u>子供</u>を産み育てることができる環境づくりを推進するため、将来を見据え、限られた医療資源を有効に生かしながら、身近な場所での出産から高度で専門的な医療まで、^{べん}分娩のリスクに応じた安全な医療を継続的に提供できる周産期医療体制を整備します。

改 正 案	現 行
2～3 （略） 第4節 小児医療 1 目指すべき姿 小児患者及び家族が安心して良質な医療を受け、自分らしく暮らしていけるよう、小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制を構築します。 <u>こども</u>の急な病気やけがに対する保護者の不安に対応し、救急医療機関の負担を軽減するため、小児救急電話相談やA I 救急相談の周知、<u>こども</u>の急病等の対応等について啓発を実施し、医療機関の適正受診を推進します。 身近な地域で夜間・休日に初期救急医療を受けられる体制の充実を図り、症状の重い小児患者には迅速かつ適切な救命措置を行うため、小児救命救急センターをはじめとした受入体制を強化していきます。 医療的ケア児<u>等</u>が地域で安心して生活ができるよう、医師等の医療従事者に対する研修や医療的ケア児<u>等</u>の在宅支援を担う人材の養成及び多職種の連携体制を構築し、小児在宅医療の推進を図ります。	2～3 （略） 第4節 小児医療 1 目指すべき姿 小児患者及び家族が安心して良質な医療を受け、自分らしく暮らしていけるよう、小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制を構築します。 <u>子供</u>の急な病気やけがに対する保護者の不安に対応し、救急医療機関の負担を軽減するため、小児救急電話相談やA I 救急相談の周知、<u>子供</u>の急病等の対応等について啓発を実施し、医療機関の適正受診を推進します。 身近な地域で夜間・休日に初期救急医療を受けられる体制の充実を図り、症状の重い小児患者には迅速かつ適切な救命措置を行うため、小児救命救急センターをはじめとした受入体制を強化していきます。 医療的ケア児が地域で安心して生活ができるよう、医師等の医療従事者に対する研修や医療的ケア児の在宅支援を担う人材の養成及び多職種の連携体制を構築し、小児在宅医療の推進を図ります。

改 正 案	現 行
2 現状と課題 (1) 小児医療を取り巻く状況 本県の1日の小児（0歳から14歳までを指す。）推計患者数は、入院で約1,200人、外来で約42,200人となっています。 本県の乳児死亡率（出生1,000対）は1.4、新生児死亡率（出生1,000対）は0.4となっています。 小児の救急搬送人員は、少子化にもかかわらず、平成30年（2018年）の24,964人から令和4年（2022年）の29,130人（速報値）と増加傾向であり、また、軽症患者の割合は令和4年（2022年）で約79%（速報値）になっています。 また、第二次救急医療圏別で圏域内の救急受入率は、比企地区や児玉地区が県全体と比較して低い状況であり、特に児玉地区では群馬県に搬送されている状況があります。 小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等に専門医志向、病院志向が大きく影響していると指摘されて	2 （略） (1) (1) 小児医療を取り巻く状況 本県の1日の小児（0歳から14歳までを指す。）推計患者数は、入院で約1,200人、外来で約42,200人となっています。 本県の乳児死亡率（出生1,000対）は1.4、新生児死亡率（出生1,000対）は0.4となっています。 小児の救急搬送人員は、少子化にもかかわらず、平成30年（2018年）の24,964人から令和4年（2022年）の29,130人（速報値）と増加傾向であり、また、軽症患者の割合は令和4年（2022年）で約79%（速報値）になっています。 また、第二次救急医療圏別で圏域内の救急受入率は、比企地区や児玉地区が県全体と比較して低い状況であり、特に児玉地区では群馬県に搬送されている状況があります。 小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等に専門医志向、病院志向が大きく影響していると指摘されて

改 正 案	現 行
います。 このような状況を背景として、24時間365日、<u>こども</u>の病気やけがへの対応について、看護師に相談することができる「小児救急電話相談（<u>#7119または#8000</u>）」を実施しており、令和4年度（2022年度）は115,821件の相談に対応しています。 (2) 小児医療の提供体制 県内のどこに住んでいても、小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制が確保されていることが必要です。 本県で小児科を標ぼうしている一般病院は、平成28年（2016年）から令和2年（2020年）までの間に7.3%減少、診療所は2.6%減少、小児外科を標ぼうしている一般病院は変化なく、診療所は17.6%増加しています。 災害時に小児及び小児患者に適切な医療が提供できるよう災害時小児周産期リエゾンを養成し、平時より訓練を実施しています。 本県における小児医療体制においては、救急医療が提供できる医療施設が設置されていない医療圏があります。	います。 このような状況を背景として、24時間365日、<u>子供</u>の病気やけがへの対応について、看護師に相談することができる「小児救急電話相談（#8000）」を実施しており、令和4年度（2022年度）は115,821件の相談に対応しています。 (2) 小児医療の提供体制 県内のどこに住んでいても、小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制が確保されていることが必要です。 本県で小児科を標ぼうしている一般病院は、平成28年（2016年）から令和2年（2020年）までの間に7.3%減少、診療所は2.6%減少、小児外科を標ぼうしている一般病院は変化なく、診療所は17.6%増加しています。 災害時に小児及び小児患者に適切な医療が提供できるよう災害時小児周産期リエゾンを養成し、平時より訓練を実施しています。 本県における小児医療体制においては、救急医療が提供できる医療施設が設置されていない医療圏があります。

改 正 案	現 行
そのため、初期救急から第三次救急までの機能が適切に発揮されるよう、地域の実情や搬送困難事案の分析を踏まえ、県と市町村が連携して小児医療体制の整備に取り組む必要があります。 また、地域における小児医療体制の整備・推進に当たっては、小児科の医師確保・偏在対策の推進、成育過程の各段階に応じた医療提供体制の整備・救急医療の充実、新型コロナウイルス感染症における経験を踏まえた新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の確保を図っていくことが重要です。 小児の医療提供体制に求められる医療機能としては、まず、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能が挙げられます。 本県では、「小児救急電話相談（<u># 7 1 1 9</u>または# 8 0 0 0）」を実施し、令和４年度（２０２２年度）においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大等による相談件数の増加に対し、回線数を増やす対応を行いました。相談件数や応答率を確認しながら適切な相談体制を構築しています。	そのため、初期救急から第三次救急までの機能が適切に発揮されるよう、地域の実情や搬送困難事案の分析を踏まえ、県と市町村が連携して小児医療体制の整備に取り組む必要があります。 また、地域における小児医療体制の整備・推進に当たっては、小児科の医師確保・偏在対策の推進、成育過程の各段階に応じた医療提供体制の整備・救急医療の充実、新型コロナウイルス感染症における経験を踏まえた新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の確保を図っていくことが重要です。 小児の医療提供体制に求められる医療機能としては、まず、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能が挙げられます。 本県では、「小児救急電話相談（# 8 0 0 0）」を実施し、令和４年度（２０２２年度）においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大等による相談件数の増加に対し、回線数を増やす対応を行いました。相談件数や応答率を確認しながら適切な相談体制を構築しています。

改 正 案	現 行
また、<u>こども</u>の急な病気やけがに対して、慌てずに落ち着いて対応していただくことを目的に「<u>こども</u>の救急ミニガイドブック」を市町村を通じて保護者に配布し急病等の対応について啓発しています。 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を身に付けてもらうため、小児、乳児、新生児と関わり合う家族などに対して、普通救命講習や上級救命講習を実施しています。 小児慢性特定疾病医療費助成制度に基づく対象者の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、相互交流支援事業や相談支援事業などにより、地域の医療資源、福祉サービス等の情報の提供を行っています。 また、埼玉県移行期医療支援センターを設置し、小児期医療機関と成人期医療機関の連携促進や患児の自立支援の推進を図っています。 埼玉県医療的ケア児等支援センターでは、医療的ケア児<u>等</u>支援のための人材育成や多機関調整などを担う「県センター」と、医療的ケア児等とその家族の相談窓口や市町村支援などを担う県内4か所の「地域センター」の二層体制により、市	また、<u>子供</u>の急な病気やけがに対して、慌てずに落ち着いて対応していただくことを目的に「<u>子ども</u>の救急ミニガイドブック」を市町村を通じて保護者に配布し急病等の対応について啓発しています。 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を身に付けてもらうため、小児、乳児、新生児と関わり合う家族などに対して、普通救命講習や上級救命講習を実施しています。 小児慢性特定疾病医療費助成制度に基づく対象者の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、相互交流支援事業や相談支援事業などにより、地域の医療資源、福祉サービス等の情報の提供を行っています。 また、埼玉県移行期医療支援センターを設置し、小児期医療機関と成人期医療機関の連携促進や患児の自立支援の推進を図っています。 埼玉県医療的ケア児等支援センターでは、医療的ケア児支援のための人材育成や多機関調整などを担う「県センター」と、医療的ケア児等とその家族の相談窓口や市町村支援などを担う県内4か所の「地域センター」の二層体制により、市

改 正 案	現 行
町村や支援機関と連携し、医療的ケア児等が地域で安心して生活できるよう支援しています。 児童虐待の早期発見のため、埼玉県立小児医療センターに児童虐待専門コーディネーターを配置し、虐待を疑った医療機関等から相談を受け専門の医師が助言する児童虐待対応医療ネットワーク事業を実施しています。 次に求められる機能は、初期小児救急医療及び日常的な小児医療を実施する機能（初期小児救急・一般小児医療）です。 初期小児救急医療では、入院を必要としない軽症患者を対象とし、市町村が休日夜間急患センター（２７か所）、在宅当番医制（２８郡市医師会）により整備しています。 小児在宅医療の推進のため、医師・薬剤師・看護師・介護職員等に対し研修会を開催し、小児在宅医療の担い手を育成し、また、県医師会や周産期医療施設、在宅医等の関係者による協議を行うための会議を開催しています。 小児慢性特定疾病児童等及びその家族からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行うとともに、児童を受け入れている学校等への相談援助や情報提供を目的とした研修会や	町村や支援機関と連携し、医療的ケア児が地域で安心して生活できるよう支援しています。 児童虐待の早期発見のため、埼玉県立小児医療センターに児童虐待専門コーディネーターを配置し、虐待を疑った医療機関等から相談を受け専門の医師が助言する児童虐待対応医療ネットワーク事業を実施しています。 次に求められる機能は、初期小児救急医療及び日常的な小児医療を実施する機能（初期小児救急・一般小児医療）です。 初期小児救急医療では、入院を必要としない軽症患者を対象とし、市町村が休日夜間急患センター（２７か所）、在宅当番医制（２８郡市医師会）により整備しています。 小児在宅医療の推進のため、医師・薬剤師・看護師・介護職員等に対し研修会を開催し、小児在宅医療の担い手を育成し、また、県医師会や周産期医療施設、在宅医等の関係者による協議を行うための会議を開催しています。 小児慢性特定疾病児童等及びその家族からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行うとともに、児童を受け入れている学校等への相談援助や情報提供を目的とした研修会や

改 正 案	現 行
会議を開催しています。 さらに、第二次救急医療圏において中心的に小児医療を実施する機能が求められます。 第二次小児救急医療では、入院や手術を必要とする中等症・重症患者を対象とし、県が第二次救急医療圏ごとに輪番制（小児救急医療支援事業）又は拠点病院制（小児救急医療拠点病院運営事業）により整備しています。 搬送困難事案を削減するため、小児に特化した搬送困難事案受入医療機関を指定しています。 夜間や休日も含めた小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合は、令和５年度（２０２３年度）当初で９２．９％であり、依然として全ての曜日に対応できない医療圏があります。 休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は、小児科の医師確保・偏在対策や地域の実情に応じた集約化・重点化を行うなど救急医療体制を更に強化する必要があります。 一方、夜間や休日に、軽症であっても小児科のある救急病	会議を開催しています。 さらに、第二次救急医療圏において中心的に小児医療を実施する機能が求められます。 第二次小児救急医療では、入院や手術を必要とする中等症・重症患者を対象とし、県が第二次救急医療圏ごとに輪番制（小児救急医療支援事業）又は拠点病院制（小児救急医療拠点病院運営事業）により整備しています。 搬送困難事案を削減するため、小児に特化した搬送困難事案受入医療機関を指定しています。 夜間や休日も含めた小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合は、令和５年度（２０２３年度）当初で９２．９％であり、依然として全ての曜日に対応できない医療圏があります。 休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は、小児科の医師確保・偏在対策や地域の実情に応じた集約化・重点化を行うなど救急医療体制を更に強化する必要があります。 一方、夜間や休日に、軽症であっても小児科のある救急病

改 正 案	現 行
院を受診するケースが増加し、小児救急病院の負担が増大しています。 保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進するため、「小児救急電話相談（<u># 7 1 1 9</u>または# 8 0 0 0）」などにより、小児救急病院への軽症患者の集中を緩和する必要があります。 また、医療的ケアを必要とする重症心身障害児者を在宅で介護する家族の精神的・身体的負担を軽減するため、対象児者をショートステイ及びデイサービスで受け入れた施設等に対し補助を行っています。 最後に、第三次医療圏において中核的に小児医療を実施する機能が求められます。 第三次小児救急医療では、緊急手術や集中治療を必要とし、たり生命の危機が切迫している重症・重篤患者を対象とし、県内２か所の小児救命救急センターを整備しています。高度な医療を提供する新生児集中治療室（NICU）を有する医療機関数は１３施設１７４床、小児集中治療室（PICU）を有する医療機関数は２施設３０床となっています。	院を受診するケースが増加し、小児救急病院の負担が増大しています。 保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進するため、「小児救急電話相談（# 8 0 0 0）」などにより、小児救急病院への軽症患者の集中を緩和する必要があります。 また、医療的ケアを必要とする重症心身障害児者を在宅で介護する家族の精神的・身体的負担を軽減するため、対象児者をショートステイ及びデイサービスで受け入れた施設等に対し補助を行っています。 最後に、第三次医療圏において中核的に小児医療を実施する機能が求められます。 第三次小児救急医療では、緊急手術や集中治療を必要とし、たり生命の危機が切迫している重症・重篤患者を対象とし、県内２か所の小児救命救急センターを整備しています。高度な医療を提供する新生児集中治療室（NICU）を有する医療機関数は１３施設１７４床、小児集中治療室（PICU）を有する医療機関数は２施設３０床となっています。 小児の集中治療に係る専門的な実地研修により、小児集中

改 正 案	現 行
小児の集中治療に係る専門的な実地研修により、小児集中治療室で従事する小児の救命救急医療及び集中治療を担う医師等を養成しています。 医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することができるドクターヘリを配備するとともに、ドクターカーの整備も進めています。（再掲） 今後も、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図るための取組が必要です。 3 課題解決に向けた主な取組 (1)～(5) (略) (6) 医療的ケア児等への対応推進 4 (略) 第5節 感染症医療 (略) 1～2 (略) 3 課題解決に向けた主な取組 (1) (略)	治療室で従事する小児の救命救急医療及び集中治療を担う医師等を養成しています。 医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することができるドクターヘリを配備するとともに、ドクターカーの整備も進めています。（再掲） 今後も、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図るための取組が必要です。 3 課題解決に向けた主な取組 (1)～(5) (略) (6) 医療的ケア児への対応推進 4 (略) 第5節 感染症医療 (略) 1～2 (略) 3 課題解決に向けた主な取組 (1) (略)

改 正 案	現 行
(2) 感染症の発生の予防及びまん延防止に関する事項 ア 感染症の発生の予防のための施策に関する事項 (ア) (略) (イ) 感染症発生動向調査事業の実施 a～e (略) f 感染症の病原体の迅速かつ正確な特定は、患者への良質かつ適切な医療の提供のために不可欠ですが、さらに、感染症の発生の予防及びまん延の防止のために極めて重要な意義を有しています。したがって、県等は、衛生研究所等を中心として、<u>国立健康危機管理研究機構</u>と連携し、病原体に関する情報が統一的に収集、分析及び公表される体制を構築するとともに、患者に関する情報とともに全国一律の基準及び体系で一元的に機能する感染症発生動向調査体制を構築します。また、<u>国立健康危機管理研究機構</u>及び衛生研究所等が必要に応じて医療機関等の協力も得ながら、病原体の収集・分析を行います。 (ウ) (略) イ 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項	(2) 感染症の発生の予防及びまん延防止に関する事項 ア 感染症の発生の予防のための施策に関する事項 (ア) (略) (イ) 感染症発生動向調査事業の実施 a～e (略) f 感染症の病原体の迅速かつ正確な特定は、患者への良質かつ適切な医療の提供のために不可欠ですが、さらに、感染症の発生の予防及びまん延の防止のために極めて重要な意義を有しています。したがって、県等は、衛生研究所等を中心として、<u>国立感染症研究所</u>と連携し、病原体に関する情報が統一的に収集、分析及び公表される体制を構築するとともに、患者に関する情報とともに全国一律の基準及び体系で一元的に機能する感染症発生動向調査体制を構築します。また、<u>国立感染症研究所</u>及び衛生研究所等が必要に応じて医療機関等の協力も得ながら、病原体の収集・分析を行います。 (ウ) (略) イ 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項

改 正 案	現 行
(ア)～(エ) (略) (オ) 積極的疫学調査のための体制の構築 a～c (略) d 知事等が積極的疫学調査を実施する場合にあっては、必要に応じて<u>国立健康危機管理研究機構</u>、他の都道府県等の地方衛生研究所等の協力を求め、それらを得ながら実施していくことが重要であり、協力の求めがあった場合は、関係する地方公共団体は必要な支援を積極的に行います。 ウ (略) (3) 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究 ア (略) イ (略) (ア)～(イ) (略) (ウ) 衛生研究所等における情報の収集、調査及び研究 a 衛生研究所等は、県等における感染症及び病原体等の技術的かつ専門的な機関として、<u>国立健康危機管理研究機構</u>や他の地方衛生研究所等、検疫所、県等の関係部局及び保健所との連携の下に、感染症及び病原体等の調査、	(ア)～(エ) (略) (オ) 積極的疫学調査のための体制の構築 a～c (略) d 知事等が積極的疫学調査を実施する場合にあっては、必要に応じて<u>国立感染症研究所、国立研究開発法人国立国際医療研究センター</u>、他の都道府県等の地方衛生研究所等の協力を求め、それらを得ながら実施していくことが重要であり、協力の求めがあった場合は、関係する地方公共団体は必要な支援を積極的に行います。 ウ (略) (3) 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究 ア (略) イ (略) (ア)～(イ) (略) (ウ) 衛生研究所等における情報の収集、調査及び研究 a 衛生研究所等は、県等における感染症及び病原体等の技術的かつ専門的な機関として、<u>国立感染症研究所</u>や他の地方衛生研究所等、検疫所、県等の関係部局及び保健所との連携の下に、感染症及び病原体等の調査、研究、

改 正 案	現 行
研究、試験検査並びに情報等の収集、分析及び公表の業務を通じて感染症対策の重要な役割を担います。 b (略) (エ)～(オ) (略) (カ) 感染症指定医療機関における対応 感染症指定医療機関は、新興感染症の対応を行い、知見の収集及び分析を行います。県は、第一種・第二種感染症指定医療機関及び第一種協定指定医療機関に対しては、<u>国立健康危機管理研究機構</u>を中心とした感染症に関する医薬品等の治験及び研究開発のネットワークに参加し、感染症の発生時に新興再興感染症データベース事業（REBIND）に協力するよう促します。 ウ 関係各機関及び関係団体との連携 感染症及び病原体等に関する調査及び研究に当たっては、関係各機関及び関係団体が適切な役割分担を行うことが重要です。このため、衛生研究所等は、<u>国立健康危機管理研究機構</u>、国立研究開発法人日本医療研究開発機構、大学研究機関をはじめとする関係研究機関等と相互に十分な連携	試験検査並びに情報等の収集、分析及び公表の業務を通じて感染症対策の重要な役割を担います。 b (略) (エ)～(オ) (略) (カ) 感染症指定医療機関における対応 感染症指定医療機関は、新興感染症の対応を行い、知見の収集及び分析を行います。県は、第一種・第二種感染症指定医療機関及び第一種協定指定医療機関に対しては、<u>国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センター</u>を中心とした感染症に関する医薬品等の治験及び研究開発のネットワークに参加し、感染症の発生時に新興再興感染症データベース事業（REBIND）に協力するよう促します。 ウ 関係各機関及び関係団体との連携 感染症及び病原体等に関する調査及び研究に当たっては、関係各機関及び関係団体が適切な役割分担を行うことが重要です。このため、衛生研究所等は、<u>国立感染症研究所、国立研究開発法人国立国際医療研究センター</u>、国立研究開

改 正 案	現 行
を図ります。 (4) 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上 ア (略) イ 県等における病原体等の検査の推進 (ア) (略) (イ) 衛生研究所等の体制 a (略) b 衛生研究所等は、新興感染症の発生初期において検査を担うことを想定し、平時からの研修や実践的な訓練の実施、検査機器等の設備の整備、検査試薬等の物品の確保等を通じ、自らの試験検査機能の向上に努めるとともに、地域の検査機関の資質の向上と精度管理に向けて、積極的な情報の収集及び提供や技術的指導を行い、質の向上を図ります。 また、<u>国立健康危機管理研究機構</u>の検査手法を活用して検査実務を行うほか、保健所や他の都道府県等の地方衛生研究所等と連携して、迅速かつ適確に検査を実施し	発法人日本医療研究開発機構、大学研究機関をはじめとする関係研究機関等と相互に十分な連携を図ります。 (4) 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上 ア (略) イ 県等における病原体等の検査の推進 (ア) (略) (イ) 衛生研究所等の体制 a (略) b 衛生研究所等は、新興感染症の発生初期において検査を担うことを想定し、平時からの研修や実践的な訓練の実施、検査機器等の設備の整備、検査試薬等の物品の確保等を通じ、自らの試験検査機能の向上に努めるとともに、地域の検査機関の資質の向上と精度管理に向けて、積極的な情報の収集及び提供や技術的指導を行い、質の向上を図ります。 また、<u>国立感染症研究所</u>の検査手法を活用して検査実務を行うほか、保健所や他の都道府県等の地方衛生研究所等と連携して、迅速かつ適確に検査を実施します。

改 正 案	現 行
ます。 c 衛生研究所等は、一類感染症が疑われる検体を<u>国立健康危機管理研究機構</u>に搬送します。二類感染症、三類感染症及び四類感染症の病原体に関しては、<u>国立健康危機管理研究機構</u>等と連携して、迅速かつ適確に検査を実施します。また、五類感染症の病原体についても、民間の検査機関において実施不可能な病原体の検査について、その検査能力に応じた体制の整備を図ります。 d 衛生研究所等は、<u>国立健康危機管理研究機構</u>等の国立試験研究機関等が実施する研修へ職員を計画的に派遣します。さらに、研修に参加した職員が、習得した感染症に関する知識を積極的かつ効果的に活用できるように、研修会の開催や職員配置を工夫するよう努めます。 e (略) f 衛生研究所等は、平時から<u>国立健康危機管理研究機構</u>国立感染症研究所、本庁、保健所、医療機関等の関係機関と協力し、情報ネットワークの体制を構築し、情報発信について、本庁と役割分担を確認します。	c 衛生研究所等は、一類感染症が疑われる検体を<u>国立感染症研究所</u>に搬送します。二類感染症、三類感染症及び四類感染症の病原体に関しては、<u>国立感染症研究所</u>等と連携して、迅速かつ適確に検査を実施します。また、五類感染症の病原体についても、民間の検査機関において実施不可能な病原体の検査について、その検査能力に応じた体制の整備を図ります。 d 衛生研究所等は、<u>国立感染症研究所</u>等の国立試験研究機関等が実施する研修へ職員を計画的に派遣します。さらに、研修に参加した職員が、習得した感染症に関する知識を積極的かつ効果的に活用できるように、研修会の開催や職員配置を工夫するよう努めます。 e (略) f 衛生研究所等は、平時から国立健康危機管理研究機構<u>国立感染症研究所</u>、本庁、保健所、医療機関等の関係機関と協力し、情報ネットワークの体制を構築し、情報発信について、本庁と役割分担を確認します。

改 正 案	現 行
(ウ) (略) ウ (略) エ 関係機関及び関係団体との連携 県等は、病原体等の情報の収集に当たって、医師会等の医療関係団体、民間検査機関等と連携を図りながら進めます。また、特別な技術が必要とされる検査については、衛生研究所等と<u>国立健康危機管理研究機構</u>、大学の研究機関等が相互に連携を図って実施します。 (5) 感染症に係る医療を提供する体制の確保 ア 感染症に係る医療提供の考え方 (ア)～(イ) (略) (ウ) 特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関、第一種協定指定医療機関、第二種協定指定医療機関及び結核指定医療機関は、その機能に応じて、それぞれの役割を果たすとともに、相互の連携体制や、<u>国立健康危機管理研究機構</u>との連携体制を構築していく必要があります。	(ウ) (略) ウ (略) エ 関係機関及び関係団体との連携 県等は、病原体等の情報の収集に当たって、医師会等の医療関係団体、民間検査機関等と連携を図りながら進めます。また、特別な技術が必要とされる検査については、衛生研究所等と<u>国立感染症研究所、国立研究開発法人国立国際医療研究センター</u>、大学の研究機関等が相互に連携を図って実施します。 (5) 感染症に係る医療を提供する体制の確保 ア 感染症に係る医療提供の考え方 (ア)～(イ) (略) (ウ) 特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関、第一種協定指定医療機関、第二種協定指定医療機関及び結核指定医療機関は、その機能に応じて、それぞれの役割を果たすとともに、相互の連携体制や、<u>国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センター</u>との連携体制を構築していく

改 正 案	現 行
(エ) (略) イ～オ (略) (5)～(9) (略) (10) 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上 ア (略) イ 人材の養成及び資質の向上 (ア) 知事等は、国立保健医療科学院、<u>国立健康危機管理研究機構</u>等で実施される感染症対策・感染症検査等に関する研修会や実地疫学専門家養成コース（F E T P－J）等に保健所及び衛生研究所職員等を積極的に派遣するとともに、県等が感染症に関する講習会等を開催すること等により保健所の職員等に対する研修の充実を図ります。 (イ) (略) ウ 研修を終了した保健所職員等の活用 国立保健医療科学院、<u>国立健康危機管理研究機構</u>等における感染症対策・感染症検査等に関する研修会や実地疫学専	必要があります。 (エ) (略) イ～オ (略) (5)～(9) (略) (10) 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上 ア (略) イ 人材の養成及び資質の向上 (ア) 知事等は、国立保健医療科学院、<u>国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センター</u>等で実施される感染症対策・感染症検査等に関する研修会や実地疫学専門家養成コース（F E T P－J）等に保健所及び衛生研究所職員等を積極的に派遣するとともに、県等が感染症に関する講習会等を開催すること等により保健所の職員等に対する研修の充実を図ります。 (イ) (略) ウ 研修を終了した保健所職員等の活用 国立保健医療科学院<u>国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センター</u>等における感染症対策・感染

改 正 案	現 行
門家養成コース（F E T P－J）等に参加した保健所及び衛生研究所職員等については、習得した感染症に関する知識を積極的かつ効果的に活用します。知識を習得した職員に対しては、その知識を他の関係職員に提供するなど感染症対策の中心的な役割を果たすよう求めています。 エ～オ （略） (11) 保健所の体制の確保 ア （略） イ 感染症の予防及びまん延防止に関する保健所の体制の確保 (ア)～(エ) (オ) 県等は、地域の健康危機管理体制を確保するため、<u>本庁等に統括保健師を配置するとともに、</u>保健所に保健所長を補佐する総合的なマネジメントを担う保健師を配置します。 ウ （略） (11)～(14) （略）	症検査等に関する研修会や実地疫学専門家養成コース（F E T P－J）等に参加した保健所及び衛生研究所職員等については、習得した感染症に関する知識を積極的かつ効果的に活用します。知識を習得した職員に対しては、その知識を他の関係職員に提供するなど感染症対策の中心的な役割を果たすよう求めています。 エ～オ （略） (11) 保健所の体制の確保 ア （略） イ 感染症の予防及びまん延防止に関する保健所の体制の確保 (ア)～(エ) (オ) 県等は、地域の健康危機管理体制を確保するため、保健所に保健所長を補佐する<u>統括保健師等の</u>総合的なマネジメントを担う保健師を配置します。 ウ （略） (11)～(14) （略）

改 正 案	現 行
4 指標 (1) 新興感染症発生時における病床の確保数 現状値 0床 → 目標値 【流行初期】 1, 200床 【流行初期以降】 2, 000床 (令和4年度(2022年度)) (令和6年度(2024年度)) 9月までに確保し、その後確保数を維持する。 (2) <u>新興感染症への早期対応のため受入体制強化に取り組む医療機関の割合(病床ベース)</u> 現状値 <u>15.6%</u> → 目標値 <u>70.0%</u> (<u>令和7年度(2025年度)</u>) (<u>令和11年度(2029年度)</u>) 第3章 在宅医療の推進 第1節 在宅医療の推進 1 (略) 2 現状と課題 (略) (1) (略) (2) 日常の療養生活の支援	4 指標 (1) 新興感染症発生時における病床の確保数 現状値 0床 → 目標値 【流行初期】 1, 200床 【流行初期以降】 2, 000床 (令和4年度(2022年度)) (令和6年度(2024年度)) 9月までに確保し、その後確保数を維持する。 (2) <u>感染症専門研修受講者数</u> 現状値 <u>114人</u> → 目標値 <u>542人</u> (<u>令和4年度(2022年度)</u>) (<u>令和8年度(2026年度)</u>) 第3章 在宅医療の推進 第1節 在宅医療の推進 1 (略) 2 現状と課題 (略) (1) (略) (2) 日常の療養生活の支援

改 正 案	現 行
訪問診療を実施する医療機関は令和５年（２０２３年）３月末現在、８９４か所です。公益社団法人日本医師会の「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」によると、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、診療所の約７割が２４時間対応の困難さを挙げています。 在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、２４時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められるとともに、これまで訪問診療を担っていない医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進が求められます。 <u>災害時にも適切な在宅医療を提供するための業務継続計画（Business Continuity Plan：BCP）の策定が求められます。</u> 在宅医療ニーズが高まる中、訪問看護利用者数、訪問看護ステーション数は増加傾向にあります。このため、医療依存度の高い患者やターミナルケア、２４時間対応など様々なニーズに対応できるよう、訪問看護を担う人材の確保や育成、事業者規模の拡大等の機能強化などによる安定的かつ質の高	訪問診療を実施する医療機関は令和５年（２０２３年）３月末現在、８９４か所です。公益社団法人日本医師会の「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」によると、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、診療所の約７割が２４時間対応の困難さを挙げています。 在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、２４時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められるとともに、これまで訪問診療を担っていない医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進が求められます。 在宅医療ニーズが高まる中、訪問看護利用者数、訪問看護ステーション数は増加傾向にあります。このため、医療依存度の高い患者やターミナルケア、２４時間対応など様々なニーズに対応できるよう、訪問看護を担う人材の確保や育成、事業者規模の拡大等の機能強化などによる安定的かつ質の高

改 正 案	現 行
い訪問看護サービスの提供体制の整備を強化することが必要です。 療養生活の質の向上に向け、歯・口腔の健康状態の悪化や機能低下、これらによる栄養不足や運動機能低下、誤嚥性肺炎の予防などのため、在宅療養患者への歯科医療の提供の促進が必要です。そのため、地域在宅歯科医療推進窓口ににおいて、訪問歯科診療等の相談や受診調整、入院患者の歯と口腔内の状況把握などを行うとともに、医療・介護の多職種と連携しながら、口腔(くう)内と全身の健康状態の改善を通して在宅療養患者の生活の質（ＱＯＬ）の向上を図ることが求められます。 地域において薬局は、医療機関や介護療養施設等との連携体制を構築した上で、入院、在宅及び介護施設への入所と療養環境が変わっても、患者の服薬情報等を一元的・継続的に管理し、質の高い薬物療法（薬剤管理）を提供していくことが求められます。 医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハ	い訪問看護サービスの提供体制の整備を強化することが必要です。 療養生活の質の向上に向け、歯・口腔の健康状態の悪化や機能低下、これらによる栄養不足や運動機能低下、誤嚥性肺炎の予防などのため、在宅療養患者への歯科医療の提供の促進が必要です。そのため、地域在宅歯科医療推進拠点において、訪問歯科診療等の相談や受診調整、入院患者の歯と口腔内の状況把握などを行うとともに、医療・介護の多職種と連携しながら、口腔(くう)内と全身の健康状態の改善を通して在宅療養患者の生活の質（ＱＯＬ）の向上を図ることが求められます。 地域において薬局は、医療機関や介護療養施設等との連携体制を構築した上で、入院、在宅及び介護施設への入所と療養環境が変わっても、患者の服薬情報等を一元的・継続的に管理し、質の高い薬物療法（薬剤管理）を提供していくことが求められます。 医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハ

改 正 案	現 行
ビリテーションまで切れ目なく提供できる体制の整備が求められます。 訪問栄養食事指導を充実させるためには、指導が可能な管理栄養士が在籍する拠点を広く周知し、スムーズな利用ができる環境整備が必要です。そのために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所のほか、栄養ケア・ステーション、機能強化型認定栄養ケア・ステーション、栄養ケア・ユニット等の体制の整備と機能強化が求められます。 小児在宅医療の推進のためには、小児在宅医療を担う医師・薬剤師・看護師・介護職員等を育成することが必要です。 また、患者が安心して質の高い在宅医療を受けられるよう、多職種協働による包括的かつ継続的な医療を提供することが必要です。このため、地域における病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅（地域密着型）サービス事業所などの連携体制の構築が必要です。 (3)～(4) （略） (5) 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関	ビリテーションまで切れ目なく提供できる体制の整備が求められます。 訪問栄養食事指導を充実させるためには、指導が可能な管理栄養士が在籍する拠点を広く周知し、スムーズな利用ができる環境整備が必要です。そのために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所のほか、栄養ケア・ステーション、機能強化型認定栄養ケア・ステーション、栄養ケア・ユニット等の体制の整備と機能強化が求められます。 小児在宅医療の推進のためには、小児在宅医療を担う医師・薬剤師・看護師・介護職員等を育成することが必要です。 また、患者が安心して質の高い在宅医療を受けられるよう、多職種協働による包括的かつ継続的な医療を提供することが必要です。このため、地域における病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅（地域密着型）サービス事業所などの連携体制の構築が必要です。 (3)～(4) （略） (5) 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関

改 正 案	現 行
前記(1)から(4)までに掲げる在宅医療の機能の充実に向けて、多職種と協働し、24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関等の支援も行う「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」が必要となります。 「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が担うことが想定されていることから、これらの医療機関を中心に位置付けます。 (6) (略) 3 課題解決に向けた主な取組 (1) 地域において在宅療養を支援する連携体制と後方支援体制の構築 (2) 在宅医療に必要な連携を担う拠点に対する広域的な継続支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援 <u>(3) 災害時にも適切な在宅医療を提供するための業務継続計画(Business Continuity Plan : B C P) の策定の支援</u> <u>(4) 訪問診療を担う医師の育成</u>	前記(1)から(4)までに掲げる在宅医療の機能の充実に向けて、多職種と協働し、24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関等の支援も行う「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」が必要となります。 「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が担うことが想定され、<u>特に機能強化型在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援病院については、より積極的な役割を担うことが求められます。</u> (6) (略) 3 課題解決に向けた主な取組 (1) 地域において在宅療養を支援する連携体制と後方支援体制の構築 (2) 在宅医療に必要な連携を担う拠点に対する広域的な継続支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援 <u>(3) 訪問診療を担う医師の育成</u>

改 正 案	現 行
(5) 在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成 (6) 在宅歯科医療の推進を担う地域在宅歯科医療推進<u>窓口</u>の充実 (7) 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 (8) 地域リハビリテーションの推進（再掲） (9) 管理栄養士が在籍する拠点の周知と管理栄養士の資質向上や栄養ケア・ステーション等の機能強化 (10) 小児在宅医療の推進（再掲） (11) 患者を支える多職種連携システムの普及・拡大 (12) 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 (13) 在宅医療に関わる医療・介護人材の育成 (14) 患者本人の意思決定を支援するための情報提供や普及・啓発（再掲） (15) 人生の最終段階における医療提供体制の整備（再掲） 4 指標	(4) 在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成 (5) 在宅歯科医療の推進を担う地域在宅歯科医療推進<u>拠点</u>の充実 (6) 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 (7) 地域リハビリテーションの推進（再掲） (8) 管理栄養士が在籍する拠点の周知と管理栄養士の資質向上や栄養ケア・ステーション等の機能強化 (9) 小児在宅医療の推進（再掲） (10) 患者を支える多職種連携システムの普及・拡大 (11) 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 (12) 在宅医療に関わる医療・介護人材の育成 (13) 患者本人の意思決定を支援するための情報提供や普及・啓発（再掲） (14) 人生の最終段階における医療提供体制の整備（再掲） 4 指標

改 正 案	現 行
(1) 訪問診療を実施する医療機関数（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出医療機関数） 現状値 894か所 → 目標値 1,000か所 → 目標値 1,080か所 （令和4年度（2022年度）） （令和8年度（2026年度）） （令和11年度（2029年度）） (2) 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 3,280人 → 目標値 4,005人 → 目標値 <u>5,352</u>人 （令和4年度（2022年度）） （令和8年度（2026年度）） （令和10年度（2028年度）） (3) <u>在宅患者に対応するかかりつけ薬局の割合</u> 現状値 <u>46.2%</u> → 目標値 <u>49.0%</u> <u>（令和7年度（2025年度））</u> <u>（令和11年度（2029年度））</u> (4) 在宅歯科医療実施登録機関数（再掲） 現状値 874医療機関 → 目標値 1,060医療機関 → 目標値 1,200医療機関 （令和4年度（2022年度）） （令和8年度（2026年度））	(1) 訪問診療を実施する医療機関数（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出医療機関数） 現状値 894か所 → 目標値 1,000か所 → 目標値 1,080か所 （令和4年度（2022年度）） （令和8年度（2026年度）） （令和11年度（2029年度）） (2) 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 3,280人 → 目標値 4,005人 → 目標値 <u>4,300</u>人 （令和4年度（2022年度）） （令和8年度（2026年度）） （令和10年度（2028年度）） (3) <u>地域連携薬局の認定を取得した薬局数</u> 現状値 <u>227薬局</u> → 目標値 <u>800薬局</u> <u>（令和4年度（2022年度））</u> <u>（令和8年度（2026年度））</u> (4) 在宅歯科医療実施登録機関数（再掲） 現状値 874医療機関 → 目標値 1,060医療機関 → 目標値 1,200医療機関 （令和4年度（2022年度）） （令和8年度（2026年度））

改正案	現行
(令和11年度(2029年度)) <u>(5) 人生の最終段階において望む医療やケアについて話し合ったことがある割合(再掲)</u> <u>現状値 33.1% → 目標値 43.0%</u> <u>(令和7年度(2025年度)) (令和11年度(2029年度))</u> 第4章 医療の安全の確保 第1節 医療の安全の確保 1 (略) 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います。このため、平成19年度(2007年度)から「患者さんのための3つの宣言」	(令和11年度(2029年度)) 第4章 医療の安全の確保 第1節 医療の安全の確保 1 (略) 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います。このため、平成19年度(2007年度)から「患者さんのための3つの宣言」

改 正 案	現 行
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医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下、「薬機法」という。）（旧「薬事法」）の改正により、薬局機能情報の提供制度が創設されました。 平成２０年（２００８年）３月から県内の医療機能情報等をホームページで公表していました。<u>令和６年（２０２４年）４月から厚生労働省が運営する全国の医療機関検索システム「医療情報ネット（ナビイ）」が開始されたため、県内の医療機関及び薬局から報告された医療機能情報等は、県ホームページから「医療情報ネット（ナビイ）」へ移行して公表されています。</u> (2) (略) ３～４ (略)	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医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下、「薬機法」という。）（旧「薬事法」）の改正により、薬局機能情報の提供制度が創設されました。 平成２０年（２００８年）３月から県内の医療機能情報等をホームページで<u>掲載し、県内約１万</u>の医療機関及び薬局から報告された医療機能情報等<u>を公表し</u>ています。 (2) (略) ３～４ (略)

改 正 案	現 行
第2節～第4節 （略） 第4部 医療従事者の確保等 第1章 医師の確保に関する事項 本章は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項に基づく医師確保計画として定めるものです。 1 目指すべき姿 本県の医師確保の方針は、従来からの課題である地域偏在と診療科偏在を解消するとともに、地域医療構想の実現に向けて必要な医師を確保していくこととします。 計画期間は、<u>令和9年（2027年）</u>から<u>令和11年（2029年）</u>までの3年間です。 2 現状と課題 (1) 医療施設の医師数等 本県の医師数は年々増加しており、<u>令和6年末（2024年末）</u>で<u>13,863人</u>、全国<u>7</u>位です。この10年間（<u>平成26年（2014年）～令和6年（2024年）</u>）の増加数	第2節～第4節 （略） <u>第4部 地域医療構想</u> <u>（略）</u> ・地域医療構想については、内容に変更はなく、改正医療法への対応及び新たな地域医療構想の策定に向けた構成整理のため、第4部から巻末へ移動。 ・新たな地域医療構想の策定と同時に失効予定。 第5部 医療従事者の確保等 第1章 医師の確保に関する事項 本章は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項に基づく医師確保計画として定めるものです。 1 目指すべき姿 本県の医師確保の方針は、従来からの課題である地域偏在と診療科偏在を解消するとともに、地域医療構想の実現に向けて必要な医師を確保していくこととします。 計画期間は、<u>令和6年（2024年）</u>から<u>令和8年（2026年）</u>までの3年間です。 2 現状と課題 (1) 医療施設の医師数等 本県の医師数は年々増加しており、<u>令和2年度末（2020年度末）</u>で<u>13,057人</u>であり全国<u>8</u>位です。この10年間（<u>平成22年（2010年）～令和2年（2020年）</u>）

改 正 案	現 行
は、<u>2, 805</u>人で全国4位、増加率は<u>25. 4</u>%で全国1位です。 しかし、人口10万人当たり医師数は<u>189. 1</u>人、全国47位で<u>あり</u>、地域や診療科に偏りがみられます。 (2) <u>計画の対象区域と医師偏在指標</u> <u>国は、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映し、医師の多寡を統一的・客観的に比較、評価した指標として、医師偏在指標を算出しています。国の医師確保計画策定ガイドライン（以下、ガイドライン）では、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域・医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとされています。医師偏在指標の上位33. 3%が医師多数区域、下位33. 3%が医師少数区域に区分されており、都道府県も同様の考え方で、医師多数都道府県、医師少数都道府県が設定されています。令和8年（2026年）4月に公表された医師偏在指標では、本県は全国43位であり、医師少数都道府県とされています。</u> <u>また、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位で局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に扱うことができるとされており、本県は川越比企（北）保健医療圏を医師少数スポットとして定めています。</u>	の増加数は、<u>2, 798</u>人で全国4位、増加率は<u>27. 3</u>%で全国1位です。 しかし、人口10万人当たり医師数は<u>177. 8</u>人で全国47位です。 <u>国は、医師偏在指標を公表しています。これは、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映して作成されたもので、医師の多寡を統一的・客観的に比較、評価した指標です。この医師偏在指標では、本県は全国第42位で、医師少数県とされています。</u> <u>また、地域や診療科に偏りがみられます。</u> (2) <u>地域医療構想に基づく医師数</u> <u>現行の地域医療構想は令和7年（2025年）における医療提供体制に関する構想です。</u> <u>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。</u> <u>このため、必要医師数についても「入院需要」と「在宅需要」に分けて推計します。</u> <u>ア 入院需要</u> <u>(ア) 計画（計画期間：令和2年（2020年）～令和5年（2023年））の評価</u> <u>これまでの計画では、令和5年（2023年）における入院需要に必要な医師数は、9,720. 3人（常勤換算）と推計しています。直近の令和3年（2021年）の病床機能報告の分析データにおける、医師数は9,623. 2人（常勤換算）であり、目標達成するためには97. 1人を確保する必要があります。</u> <u>(イ) 必要医師数</u> <u>a 医療機能ごとの必要医師数</u> <u>地域医療構想では、入院需要について、4つの医療</u>

改正案

【埼玉県における医師偏在指標と区域分類】

	医師偏在指標	全国順位	区域分類	備考
埼玉県	207.2	43	医師少数県	全国266.8 下位閾値243.2
南部	204.0	188		下位閾値193.7
南西部	187.7	235	医師少数区域	
東部	199.9	200		
さいたま	250.5	86	医師多数区域	
県央	198.6	205		
川越比企	240.4	102	医師多数区域	
西部	239.3	105	医師多数区域	
利根	147.1	314	医師少数区域	
北部	149.2	309	医師少数区域	
秩父	149.7	307	医師少数区域	

現行

機能「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」ごとに令和7年（2025年）時点の医療需要（必要病床数）を定めています。
これを基に、令和8年（2026年）の必要病床数を推計した上で、医療機能ごとの100床当たりの勤務医師数（令和3年度（2021年度）病床機能報告の分析データ）を用いて算出したものは次の①のとおりです。

【医療機能ごとの必要医師数（常勤換算）（単位：人）】

病床機能	① 100床当たり 勤務医師数	② 働き方改革の推 定値	③ 必要医師数
高度急性期	74.4	3.8%	4,274.6
急性期	21.3		3,976.6
回復期	8.2		1,418.2
慢性期	5.9		856.6
合計	＝	＝	10,526.0

b 働き方改革（時間外労働規制）の影響

病院勤務医については、働き方改革（時間外労働規制）の影響を考慮する必要があります。
令和6年（2024年）4月から始まる時間外労働規制では、原則として病院勤務医の時間外勤務は年間960時間（月平均80時間）が上限となり、週勤務

改 正 案					現 行																									
※全国の二次医療圏の総数は３３０で、本表の「全国順位」はこの数を母数として順位付けしている ガイドラインでは、産科・小児科については都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位３３．３％に該当する医療圏を相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとしています。ただし、当該医療圏は画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるものとされています。 また、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況を鑑み、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととされています。 【医師偏在指標と区域分類（産科）】 <table><tr><th></th><th>医師偏在指標</th><th>全国順位</th><th>区域分類</th><th>備考</th></tr><tr><td>埼玉県</td><td>11.01</td><td>45</td><td>相対的医師少数県</td><td>全国13.39 下位閾値12.47</td></tr></table>						医師偏在指標	全国順位	区域分類	備考	埼玉県	11.01	45	相対的医師少数県	全国13.39 下位閾値12.47	時間でみると、週労働時間の60時間を超える勤務が規制の対象となります。 働き方改革の影響により、令和8年（2026年）までで一定の時間外労働の削減が進むと仮定して推計すると、総労働時間が削減され、先の②のとおり、その割合は3.8％となります。 c 入院需要に対する必要医師数 前記 a、b の内容を考慮して算出した結果、令和8年（2026年）における入院需要に必要な医師数は、10,526.0人となります。内訳は、高度急性期が4,274.6人、急性期が3,976.6人、回復期が1,418.2人、慢性期が856.6人です。 (ウ) 二次保健医療圏ごとの必要医師数 入院需要に対する二次保健医療圏ごとの令和8年（2026年）の必要医師数は次のとおりとなります。 【入院需要の二次保健医療圏ごとの必要医師数（単位：人）】 <table><tr><th>保健医療圏</th><th>令和8年度</th></tr><tr><td>埼玉県</td><td>10,526.0</td></tr><tr><td>南部</td><td>1,087.5</td></tr><tr><td>南西部</td><td>896.9</td></tr><tr><td>東部</td><td>1,649.2</td></tr><tr><td>さいたま</td><td>1,707.1</td></tr><tr><td>県央</td><td>691.7</td></tr></table>		保健医療圏	令和8年度	埼玉県	10,526.0	南部	1,087.5	南西部	896.9	東部	1,649.2	さいたま	1,707.1	県央	691.7
	医師偏在指標	全国順位	区域分類	備考																										
埼玉県	11.01	45	相対的医師少数県	全国13.39 下位閾値12.47																										
保健医療圏	令和8年度																													
埼玉県	10,526.0																													
南部	1,087.5																													
南西部	896.9																													
東部	1,649.2																													
さいたま	1,707.1																													
県央	691.7																													

改 正 案						現 行			
	南部	<u>11.39</u>	<u>155</u>		下位閾値10.91		川越比企	<u>1,461.1</u>	
	南西	<u>9.54</u>	<u>202</u>	相対的医師少数区域			西部	<u>1,397.1</u>	
	部						利根	<u>874.1</u>	
	東部	<u>8.82</u>	<u>216</u>	相対的医師少数区域			北部	<u>670.3</u>	
	さいたま	<u>12.72</u>	<u>129</u>				秩父	<u>91.0</u>	
	県央	<u>9.66</u>	<u>198</u>	相対的医師少数区域					
	川越比企	<u>15.59</u>	<u>71</u>						
	西部	<u>14.45</u>	<u>93</u>						
	利根	<u>5.50</u>	<u>247</u>	相対的医師少数区域					
	北部	<u>7.92</u>	<u>231</u>	相対的医師少数区域					
	秩父	<u>8.41</u>	<u>223</u>	相対的医師少数区域					
※全国の周産期医療圏の総数は263で、本表の「全国順位」はこの数を母数として順位付けしている 【医師偏在指標と区域分類（小児科）】						イ 在宅需要 (ア) 計画（計画期間：令和2年（2020年）～令和5年（2023年））の評価 これまでの計画では、令和5年（2023年）における在宅需要に対する必要医師数は、1,489.1人（常勤換算）と推計しています。直近の令和4年（2022年）の在宅医療の医師数は、1,409.9人（常勤換算）であり、79.2人不足しています。 (イ) 在宅療養患者数と在宅医療を実施している医師数 地域医療構想では、在宅需要について、令和7年（2025年）の訪問診療分の在宅療養患者数（1日当たり）を定めています。これを基に、令和8年（2026年）の在宅療養患者数を推計します。 また、在宅医療を実施している医師数は、訪問診療を実施している診療所・病院（在宅時医学総管理料及び施設入居時等医学総管理料を算定している医療機関）の施設基準などから推計すると、令和4年（2022年）は1,409.9人（常勤換算）となります。 (ウ) 在宅需要に対する必要医師数 (イ)から算出した結果、患者一人当たり医師数は0.0			
	医師偏在指標	全国順位	区域分類	備考					

改 正 案					現 行	
埼玉県		<u>1 0 7 . 3</u>	<u>4 4</u>	相対的医師少数県	<u>3 4 人となり、令和 8 年（2 0 2 6 年）における在宅需要に必要な医師数は、1， 6 0 9 . 0 人（常勤換算）となります。</u>	
					<u>(エ) 二次保健医療圏ごとの必要医師数</u>	
	さいたま	<u>1 2 5 . 4</u>	<u>1 2 5</u>		<u>在宅需要に対する二次保健医療圏ごとの令和 8 年（2 0 2 6 年）の必要医師数は次のとおりとなります。</u>	
	中央	<u>5 8 . 5</u>	<u>3 0 1</u>	相対的医師少数区域	<u>【在宅需要の二次保健医療圏ごとの必要医師数（単位：人）】</u>	
	川越	<u>1 4 6 . 0</u>	<u>6 3</u>			
	比企	<u>7 1 . 1</u>	<u>2 8 6</u>	相対的医師少数区域		
	児玉	<u>2 4 . 6</u>	<u>3 0 6</u>	相対的医師少数区域		
	熊谷・深谷	<u>7 1 . 4</u>	<u>2 8 5</u>	相対的医師少数区域		
	所沢	<u>1 1 9 . 8</u>	<u>1 4 3</u>			
	朝霞	<u>1 0 2 . 7</u>	<u>2 0 3</u>			
	戸田・蕨	<u>1 0 2 . 8</u>	<u>2 0 2</u>			
	川口	<u>1 0 7 . 0</u>	<u>1 8 8</u>			
	東部	<u>7 8 . 5</u>	<u>2 7 5</u>	相対的医師少数区域		

保健医療圏	令和 8 年度
埼玉県	<u>1， 6 0 9 . 0</u>
南部	<u>2 6 4 . 4</u>
南西部	<u>1 3 8 . 9</u>
東部	<u>2 3 4 . 3</u>
さいたま	<u>4 7 2 . 5</u>
県央	<u>7 7 . 0</u>
川越比企	<u>1 4 4 . 2</u>
西部	<u>1 1 4 . 3</u>
利根	<u>5 2 . 2</u>
北部	<u>9 7 . 5</u>
秩父	<u>1 3 . 6</u>

端数処理を行っていることから、合計は一致しません。

改 正 案						現 行	
		北					
	東部	94.0	233	相対的医師少数区域			
	南						
	坂戸・飯能	149.4	59				
	秩父	53.9	304	相対的医師少数区域			
※全国の小児医療圏の総数は306で、本表の「全国順位」はこの数を母数として順位付けしている (3) <u>医師偏在指標に基づく目標医師数</u> <u>ガイドラインでは、目標医師数を当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義しています。目標医師数に既に達している場合は、計画開始時の医師数を上限に目標医師数とします。</u> <u>医師偏在指標に基づく本計画の目標医師数は次のとおりです。</u> <u>なお、この目標医師数は、あくまで下位33.3%の基準に達するために計画終了時点で確保しておくべき医師の総数であり、この数をもって医師が充足したと判断すべきではありません。医師偏在指標はあくまでも相対的な偏在の状況を表すものであり、指標のみを基準として医師の過不足を評価することは適切ではないため留意が必要です。</u>						(3) <u>産科・小児科等における医師の確保に関する事項</u> <u>医師確保計画では、医師全体の医師確保とは別に、産科・小児科に限定した医師の確保に関する事項について定めることとされています。</u> <u>本県では、産科・小児科・救急科を、医師確保が困難な特定診療科として重点的に対策を講じています。</u> <u>令和2年度（2020年度）の診療科別人口10万人当たり医師数は、産科が31.8人で全国47位、小児科は97.4人で全国44位、救急科が2.4人で全国34位であり、医師の確保を図っていく必要があります。</u> <u>また、特定の医療機能を有する医療機関である周産期母子医療センターの医療体制及び小児二次救急輪番体制及び救命救急センターの医療体制を確保・維持するための令和8年（2026年）の必要医師数は、次のとおりとなります。</u>	

改 正 案				現 行			
【埼玉県における目標医師数】				必要医師数の確保に向けた施策は3(1)エのとおりです。 【「政策医療として必要な医師数（常勤換算）」】			
	令和6年12月末 医師数	目標医師数	備考			令和5年（2023年） 現医師数 （単位：人）	令和8年（2026年） 医療機関が希望 する医師数 （単位：人）
埼玉県	13,863	16,367	計画開始時の下位33.3%の基準に達するために要する医師数	政策的医療機関	整備数 （単位：箇所）		
南部	1,333	1,333		周産期母子医療センター	12	414.8	522.9
南西部	1,098	1,143	計画開始時の下位33.3%の基準に達するために要する医師数	第二次小児救急医療体制	26	282.6	328.0
東部	2,042	2,042		救命救急センター	11	406.7	525.3
さいたま	2,834	2,834					
県央	930	930					
川越比企	2,011	2,011					
西部	1,910	1,910					
利根	850	1,121	計画開始時の下位33.3%の基準に達するために要する医師数				
北部	741	951					

改 正 案				現 行	
	秩父	1 1 4	1 3 2		
また、ガイドラインでは産科及び小児科について、計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位 3 3 . 3 %に達する医師数を産科・小児科における偏在対策基準医師数として設定することとされています。 産科・小児科においては医療圏を越えた連携、集約化等により医療提供体制の確保がなされてきたことから、偏在対策基準医師数は医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師の目標数ではないとされています。 産科・小児科の偏在対策基準医師数は次のとおりです。					
【偏在対策基準医師数（産科）】					
		令和 6 年 1 2 月末医師数	偏在対策 基準医師数		
埼玉県		4 4 0 . 4	4 6 2 . 4		
南部		4 9 . 0	4 5 . 6		
南西部		4 3 . 8	5 0 . 3		
東部		6 0 . 6	6 9 . 1		
さいたま		8 0 . 8	6 4 . 7		
県央		2 3 . 2	2 2 . 0		
川越比企		8 8 . 4	5 8 . 9		
西部		5 2 . 6	3 6 . 3		

改 正 案				現 行	
	利根	1 9 . 8	3 2 . 5		
	北部	2 0 . 0	2 2 . 7		
	秩父	2 . 2	2 . 4		
<u>※令和 6 年 1 2 月末医師数（分娩取扱医師）は、国が、統計値をもとに主たる従事先・従たる従事先の医療圏が異なる場合は、主たる従事先の医療圏において 0 . 8 人、従たる従事先の医療圏において 0 . 2 人と換算</u>					
<u>【偏在対策基準医師数（小児科）】</u>					
	令和 6 年 1 2 月末医師数	偏在対策 基準医師数			
埼玉県	さいたま	8 8 3 . 8	8 8 0 . 0		
	中央	2 5 2 . 0	1 9 2 . 3		
	川越	2 9 . 0	4 2 . 3		
	比企	1 1 8 . 4	7 5 . 0		
	児玉	1 3 . 2	1 5 . 3		
	熊谷・深谷	3 . 0	8 . 9		
		3 0 . 0	3 6 . 3		

改 正 案				現 行	
	所沢	68.2	51.2		
	朝霞	52.2	49.9		
	戸田・蕨	24.8	22.9		
	川口	71.6	65.6		
	東部北	40.6	43.1		
	東部南	112.2	111.0		
	坂戸・飯能	64.8	39.3		
	秩父	3.8	5.4		
※令和6年12月末医師数（小児科医師）は、国が、統計値をもとに主たる従事先・従たる従事先の医療圏が異なる場合は、主たる従事先の医療圏において0.8人、従たる従事先の医療圏において0.2人と換算 (4) 医師確保計画（計画期間：令和6年（2024年）から令和8年（2026年））の評価 これまでの計画では、令和8年度（2026年度）医師数の目標値を16,343人と設定し、医師の確保に取り組んできましたが、令和6年末（2024年末）の本県の医師数は13,863人でした。本県は医師少数県であり、本計画においても引き続き医師の増加を医師確保の基本方針とし、取り組むこととします。 また、令和4年度（2022年度）から令和8年度（20					

改 正 案					現 行																								
<u>26年度）における専攻医の採用数の目標値を1,670人と設定していました。同期間の採用数は1,966人で、目標値を達成しました。</u> 3 課題解決に向けた主な取組 本県では、<u>埼玉県医師会、県内医療機関、大学等と協力して平成25年（2013年）に埼玉県総合医局機構を創設し、本県の医師確保に関する取組を推進しています。本計画では課題解決に向け、医師の養成課程を通じて各段階に応じたきめ細かな対策に取り組めます。また、大学医学部・大学病院と連携し、医師の養成やキャリア形成、県内医療機関への医師派遣などを通じて医師の確保・定着に向けた取組を推進します。</u> (1) <u>医師を確保するための施策</u> ア <u>医学生向け奨学金制度（地域枠奨学金、出身者奨学金）</u> <u>特定地域（川越比企（北）保健医療圏、利根保健医療圏、北部保健医療圏、秩父保健医療圏）や特定診療科（産科、小児科又は救命救急センター）、準特定診療科（外科、総合診療を担う診療科）への一定期間の勤務を条件として、医学生へ奨学金を貸与し、特定地域、特定診療科、準特定診療科へ医師を誘導します。</u> 【奨学金制度による医師確保数（見込み）（単位：人）】 <table><tr><th>制度名</th><th>令和8年</th><th>令和9年</th><th>令和10年</th><th>令和11年</th></tr><tr><td></td><td><u>（2026年）</u></td><td><u>（2027年）</u></td><td><u>（2028年）</u></td><td><u>（2029年）</u></td></tr></table>					制度名	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年		<u>（2026年）</u>	<u>（2027年）</u>	<u>（2028年）</u>	<u>（2029年）</u>	3 課題解決に向けた主な取組 本県では、<u>課題解決に向け、次の取組を行います。</u> (1) <u>埼玉県総合医局機構を通じた取組</u> <u>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。</u> <u>医局機構を通じて、本県の医師確保に関する取組を推進しています。</u> ア <u>医師を増やす施策</u> (ア) <u>医学生向け奨学金制度（地域枠奨学金、出身者奨学金）</u> <u>特定地域（川越比企（北）保健医療圏、利根保健医療圏、北部保健医療圏、秩父保健医療圏）や特定診療科（県内の病院の産科、小児科又は救命救急センター）への一定期間の勤務を条件として、医学生へ奨学金を貸与し、特定地域や特定診療科へ医師を誘導します。</u> 【「奨学金制度による医師確保数（見込み）」（単位：人）】 <table><tr><th>制度名</th><th>令和5年</th><th>令和6年</th><th>令和7年</th><th>令和8年</th></tr><tr><td></td><td><u>（2023年）</u></td><td><u>（2024年）</u></td><td><u>（2025年）</u></td><td><u>（2026年）</u></td></tr></table>					制度名	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年		<u>（2023年）</u>	<u>（2024年）</u>	<u>（2025年）</u>	<u>（2026年）</u>
制度名	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年																									
	<u>（2026年）</u>	<u>（2027年）</u>	<u>（2028年）</u>	<u>（2029年）</u>																									
制度名	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年																									
	<u>（2023年）</u>	<u>（2024年）</u>	<u>（2025年）</u>	<u>（2026年）</u>																									

改 正 案					現 行				
出身者奨学金	80	109	129	141	出身者奨学金	55	89	103	117
地域枠奨学金	143	184	212	250	地域枠奨学金	80	118	150	176
合計	223	293	341	391	合計	135	207	253	293
					<u>(イ) 研修医向け研修資金制度（臨床研修医、専攻医）</u> <u>産科、小児科、救命救急センターにおける一定期間の勤務を条件として、臨床研修医や専攻医に対して研修資金を貸与します。</u>				
					<u>【研修資金制度による医師確保数（見込み）】（単位：人）</u>				
					制度名	令和5年 (2023年)	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)
					臨床研修医研修資金	9	11	8	9
					専攻医（後期研修医）研修資金	68	76	76	77
合計	77	87	84	86					
					<u>(ウ) 自治医科大学卒業医師の派遣</u> <u>へき地等の医療に恵まれない地域における医療を確保するために、全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業した医師を秩父保健医療圏や北部保健医療圏など医師確保が困難な地域の医療機関へ派遣し、地域医療提供体制の確保を図ります。</u>				

改 正 案					現 行				
					<u>【「自治医科大学の卒業医師派遣数」(単位：人)】</u>				
					二	令和5年 (2023年)	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)
					自治医科大学卒業医師	27	23	22	22
イ <u>研修医向け研修資金制度（臨床研修医、専攻医）</u> <u>産科、小児科、救命救急センターにおける一定期間の勤務を条件として、臨床研修医や専攻医に対して研修資金を貸与します。</u> <u>【研修資金制度による医師確保数（見込み）（単位：人）】</u>					(エ) <u>臨床研修医の県内誘導（臨床研修病院合同説明会開催）</u> <u>病院合同説明会を開催し、全国の医学生に県内臨床研修病院の特色や魅力をPRし、県内での研修受講を誘導します。</u> (オ) <u>専攻医の県内誘導（WEBサイトによる専門研修プログラムのPR）</u> <u>特設WEBサイトを構築し、県内の専門研修プログラムごとの特徴や本県で研修を受講する魅力を通年で効果的にPRすることで、専攻医の県内への誘導を図ります。</u> (カ) <u>学生向けの医療体験の開催等</u> <u>本県で将来、医師になることへの志を育てるために、高校生等を対象に模擬医療体験や病院見学、医師との懇談会等を実施します。</u>				
					イ <u>医師のキャリア形成、質の向上と負担軽減</u> (ア) <u>医学生及び若手医師に対するキャリアコーディネーターによる支援</u> <u>医師のキャリア形成に精通したキャリアコーディネーターを設置し、医療機関や医学生及び若手医師に対しての助言や支援を行います。</u> (イ) <u>若手医師のキャリア形成プログラムの策定</u>				
制度名	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年					

改 正 案					現 行
	(2 0 2 6 年)	(2 0 2 7 年)	(2 0 2 8 年)	(2 0 2 9 年)	特定地域や特定診療科の勤務が義務付けられている奨学金貸与医師の能力開発・資質向上の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムを個々の医師のニーズに合わせて策定します。 (ウ) 県内医師向けのスキルアップ支援研修(地域医療教育センターの運営) 県内研修医向けに高規格シミュレータを用いた研修や学会認定資格取得研修等を定期的に開催し、本県の地域医療を担う医師の教育・環境の向上を支援します。 (エ) 医療機関の勤務環境改善の取組への支援(医療勤務環境改善支援センターの運営) 埼玉県医療勤務環境改善支援センターを運営し、医業経営コンサルタントや社会保険労務士等の専門家と連携して医療機関の勤務環境改善の取組へ総合的な支援を行います。 (オ) 女性医師の就業支援(女性医師支援センターの運営) 埼玉県女性医師支援センターを運営し、女性医師の就業を支援します。 ウ 地域医療提供体制確保のための医師確保 (イ) 寄附講座による診療体制整備支援 大学医学部に寄附講座を設置し、地域医療における課題を調査、課題解決を図り、地域医療提供体制を確保します。 (イ) 医学生向け奨学金制度(地域枠奨学金、出身者奨学金)(再掲) (ウ) 小児二次救急輪番を担う地域の拠点病院への医師派遣 小児二次救急の輪番を担う地域の拠点病院のうち小児科医の確保が困難な病院への当直医の派遣を支援します。
臨床研修医研修資金	6	6	5	7	
専攻医研修資金	75	76	77	83	
合計	81	82	82	90	
ウ 自治医科大学卒業医師の派遣					
へき地等の医療に恵まれない地域における医療を確保するために、全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学で地域医療・福祉に貢献する気概のある医師を養成し、卒業した医師を秩父保健医療圏や北部保健医療圏など医師確保が困難な地域の医療機関へ派遣し、地域医療提供体制の確保を図ります。					
【自治医科大学の卒業医師派遣数(見込み)(単位:人)】					
二	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年	

改 正 案					現 行
	(2026年)	(2027年)	(2028年)	(2029年)	(エ) <u>秩父地域の産科医療を確保するための医師派遣</u> <u>秩父保健医療圏内における産科医療の維持を図るため、</u> <u>ちちぶ医療協議会が実施する産科医等の派遣事業を支援</u> <u>します。</u>
自治医科大学 卒業医師	24	20	22	23	エ <u>産科・小児科医等の確保</u> (ア) <u>医学生向け奨学金制度(地域枠奨学金、出身者奨学金)</u> <u>(再掲)</u> (イ) <u>研修医向け研修資金制度(臨床研修医、専攻医)(再</u> <u>掲)</u> (ウ) <u>産科・小児科・救急科の魅力を学ぶ研修(地域医療教</u> <u>育センターの運営)</u> <u>地域医療教育センターでは、特に医師が不足している</u> <u>産科・小児科・救急科について、各分野の第一線で活躍</u> <u>している医師を講師に招き、各科の魅力を学ぶ研修を重</u> <u>点的に実施します。</u> (エ) <u>寄附講座による診療体制整備支援(再掲)</u> (オ) <u>小児二次救急輪番を担う地域の拠点病院への医師派</u> <u>遣(再掲)</u> (カ) <u>秩父地域の産科医療を確保するための医師派遣(再</u> <u>掲)</u> (2) <u>順天堂大学からの医師派遣</u> <u>現在整備を進めている順天堂大学医学部附属病院の開院前</u> <u>より、医師が不足している地域に対し医師派遣を行っていき</u> <u>ます。</u>
エ <u>臨床研修医の県内誘導(臨床研修病院合同説明会開催)</u> <u>病院合同説明会を開催し、全国の医学生に県内臨床研修</u> <u>病院の特色や魅力をPRし、県内での臨床研修受講を誘導</u> <u>します。</u> オ <u>専攻医の県内誘導(Webサイトによる専門研修プログ</u> <u>ラムのPR)</u> <u>Webサイトを運営し、県内の専門研修プログラムごと</u> <u>の特徴や本県で専門研修を受講することの魅力を通年で効</u> <u>果的にPRすることで、専攻医の県内への誘導を図ります。</u> カ <u>学生向けの医療体験の開催等</u> <u>本県で将来、医師になることへの志を育てるために、高</u> <u>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</u> <u>等を実施します。</u> (2) <u>医師のキャリア形成と就業環境の支援</u> ア <u>医学生及び若手医師に対するキャリアコーディネーター</u> <u>による支援</u> <u>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</u> <u>ーを設置し、医療機関や医学生及び若手医師に対しての助</u> <u>言や相談支援を行います。</u> イ <u>若手医師のキャリア形成プログラムの策定</u> <u>特定地域や特定診療科、準特定診療科の勤務が義務付け</u>					

改 正 案	現 行
<u>られている奨学金貸与医師の能力開発・資質向上の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムを個々の医師のニーズに合わせて策定します。</u> ウ <u>県内医師向けのスキルアップ支援研修（地域医療教育センターの運営）</u> <u>県内研修医向けに高規格シミュレータを用いた研修や学会認定資格取得研修等の定期的な開催、研修医が互いに技術を高め合う研修の実施を通じて、本県の地域医療を担う医師のスキルアップを支援します。</u> エ <u>医師の働き方改革への取組</u> <u>令和6年（2024年）4月から医師の時間外労働の上限規制が適用され、医師の時間外・休日労働は原則960時間以内とされたことから、医師の労働時間短縮に向けた体制整備や業務効率化・職場環境改善を支援します。</u> オ <u>医療機関の勤務環境改善の取組への支援（医療勤務環境改善支援センターの運営）</u> <u>埼玉県医療勤務環境改善支援センターを運営し、医業経営コンサルタントや社会保険労務士等の専門家と連携して医療機関の勤務環境改善の取組へ総合的な支援を行います。</u> カ <u>医師の就業支援（埼玉県ドクターサポートセンターの運営）</u> <u>埼玉県ドクターサポートセンターを通じて、医療機関の情報提供や相談対応など医師の就業を支援します。</u> (3) <u>地域医療提供体制確保のための医師確保</u> ア <u>寄附講座による診療体制整備支援</u> <u>大学医学部に寄附講座を設置し、地域医療における課題の調査、解決を図るとともに、医師の派遣を通じて地域医療提供体制を確保します。</u>	

改 正 案	現 行
<u>イ 医学生向け奨学金制度（地域枠奨学金、出身者奨学金）（再掲）</u> <u>ウ 小児二次救急輪番を担う地域の拠点病院への医師派遣</u> <u>小児二次救急の輪番を担う地域の拠点病院のうち小児科</u> <u>医の確保が困難な病院への当直医の派遣を支援します。</u> <u>エ 秩父地域の産科医療を確保するための医師派遣</u> <u>秩父保健医療圏内における産科医療の維持を図るため、</u> <u>ちちぶ医療協議会が実施する産科医等の派遣事業を支援し</u> <u>ます。</u> <u>オ 特定地域の公的医療機関への医師派遣</u> <u>特定地域の公的医療機関の特定診療科及び秩父地域の公</u> <u>的医療機関へ医師派遣を行う医療機関を支援します。</u> <u>カ 勤務医の労働時間短縮に向けた医師派遣</u> <u>勤務医の労働時間短縮を図るため、長時間労働医師が所</u> <u>属する医療機関へ医師派遣を行う医療機関を支援します。</u> <u>(4) 特定診療科・準特定診療科の医師確保</u> <u>ア 医学生向け奨学金制度（地域枠奨学金、出身者奨学金）</u> <u>（再掲）</u> <u>イ 研修医向け研修資金制度（臨床研修医、専攻医）（再掲）</u> <u>ウ 特定診療科・準特定診療科の魅力を学ぶ研修（地域医療</u> <u>教育センターの運営）</u> <u>地域医療教育センターでは、産科・小児科・救急科や、</u> <u>外科・総合診療を担う診療科について、各分野の第一線で</u> <u>活躍している医師を講師に招き、各科の魅力を学ぶ研修を</u> <u>重点的に実施します。</u> <u>エ 寄附講座による診療体制整備支援（再掲）</u> <u>オ 小児二次救急輪番を担う地域の拠点病院への医師派遣</u> <u>（再掲）</u> <u>カ 秩父地域の産科医療を確保するための医師派遣（再掲）</u>	

改 正 案	現 行						
<u>キ 特定地域の公的医療機関への医師派遣（再掲）</u> <u>(5) 医師偏在是正プラン</u> <u>令和6年（2024年）12月に公表された「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を踏まえ、ガイドラインでは、医師確保計画において重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定することとされています。</u> <u>ア 重点医師偏在対策支援区域</u> <u>重点医師偏在対策支援区域は国において「今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少スピードの方が早い地域等」と定義されており、区域については国が提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情を考慮し都道府県が設定することとされています。本県は、川越比企（北）保健医療圏、利根保健医療圏、北部保健医療圏、秩父保健医療圏を重点医師偏在対策支援区域に設定し、優先的かつ重点的に対策を進めることとします。</u> <u>イ 区域における必要な医師数</u> <u>重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、原則として国が提示する候補区域の要件を脱するために必要な医師数とされています。区域における必要医師数は次のとおりです。</u> <u>【重点医師偏在対策支援区域における必要医師数】</u> <table><tr><td><u>重点医師偏在対策支援区域</u></td><td><u>令和6年12月末医師数</u></td><td><u>区域における必要医師数</u></td></tr><tr><td><u>川越比企(北)</u></td><td><u>283</u></td><td><u>413</u></td></tr></table>	<u>重点医師偏在対策支援区域</u>	<u>令和6年12月末医師数</u>	<u>区域における必要医師数</u>	<u>川越比企(北)</u>	<u>283</u>	<u>413</u>	
<u>重点医師偏在対策支援区域</u>	<u>令和6年12月末医師数</u>	<u>区域における必要医師数</u>					
<u>川越比企(北)</u>	<u>283</u>	<u>413</u>					

改 正 案			現 行
利根	8 5 0	1, 1 2 1	
北部	7 4 1	9 5 1	
秩父	1 1 4	1 3 2	
※利根、北部、秩父保健医療圏については２（３）に記載した目標医師数と同じ ウ 区域における医師偏在対策を推進するための施策 国が提示する経済的インセンティブに係る事業等を通じて、区域における医師の確保・定着に継続的に取り組みます。 ４ 指標 (1) 医療施設（病院・診療所）の医師数 現状値 1 3, 8 6 3人 → 目標値 1 6, 3 6 7人 （令和６年度（２０２４年度）） （令和１１年度（２０２９年度）） 【指標の説明】 ガイドラインに基づき、計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位３３．３％に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数を設定。 (2) 専攻医の採用数 現状値 1, 2 1 9人 （令和６年度（２０２４年度）から令和８年度（２０２６年度）までの累計） → 目標値 1, 3 1 4人 （令和９年度（２０２７年度）から令和１１年度（２０２９年度）までの累計） 【指標の説明】 専攻医の採用数を令和７年度の臨床研修医の採用数と同			４ 指標 (1) 医療施設（病院・診療所）の医師数 現状値 1 3, 0 5 7人 → 目標値 1 6, 3 4 3人 （令和２年度（２０２０年度）） （令和８年度（２０２６年度）） 【指標の説明】 医師確保の取組により、本県の人口１０万人当たり医師数（平成３０年１６９．８人）について、社会・経済的条件が近似する千葉県、神奈川県、埼玉県３県の近年の増加傾向を踏まえた平均値（令和８年２２３．３人）に達することを目指し、目標値を設定。 (2) 専攻医（後期研修医）の採用数 現状値 7 4 7人 （令和４年度（２０２２年度）及び令和５年度（２０２３年度）の累計） → 目標値 1, 6 7 0人 （令和４年度（２０２２年度）から令和８年度（２０２６年度）までの累計） 【指標の説明】 「第７次埼玉県地域保健医療計画」における令和５年度

改 正 案	現 行
<u>数に増やす</u>ことを目指し、目標値を設定。 第2章 医療従事者等の確保に関する事項 1 (略) 2 現状と課題 (略) (1) (略) (2) 薬剤師 <u>令和6年(2024年)</u>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、<u>14,722</u>人であり、<u>平成26年(2014年)</u>の<u>11,098</u>人と比べ<u>3,624</u>人、<u>32.7</u>%増加しています。 人口10万人当たりの薬剤師数は、<u>200.8</u>人であり、全国(<u>210.6</u>人)を<u>9.8</u>人下回っており、都道府県中<u>25</u>位です。しかし、<u>平成26年(2014年)</u>と比較すると<u>31.0</u>%と全国の伸び(<u>23.9</u>%)以上に増加しています。 <u>厚生労働省の需給推計によると、全国の薬剤師の総数としては、令和2年(2020年)から概ね10年間は、需要と</u>	<u>の目標値(333人)を踏まえ、更に専攻医(後期研修医)の採用数を増加させる</u>ことを目指し、目標値を設定。 第2章 医療従事者等の確保に関する事項 1 (略) 2 現状と課題 (略) (1) (略) (2) 薬剤師 <u>令和2年(2020年)</u>12月末現在、県内の医療施設等で就業している薬剤師数は、13,587人であり、<u>平成22年(2010年)</u>の<u>9,977</u>人と比べ<u>3,610</u>人、<u>36.2</u>%増加しています。 人口10万人当たりの薬剤師数は、<u>185.0</u>人であり、全国(<u>198.6</u>人)を<u>13.6</u>人下回っており、都道府県中<u>27</u>位です。しかし、<u>平成22年(2010年)</u>と比較すると<u>33.4</u>%と全国の伸び(<u>28.7</u>%)以上に増加しています。

改 正 案	現 行
<u>供給は同程度で推移しますが、将来的には、需要が業務充実により増加すると仮定したとしても、供給が需要を上回り、薬剤師が過剰になるとされています。令和2年（2020年）時点では地域偏在等により、特に病院を中心として薬剤師が充足しておらず、不足感が生じています。</u> <u>薬剤師偏在指標は、全国的に統一的な尺度を用いて各地域の薬剤師の偏在状況を相対的に示す指標として国が算定したものです。</u> <u>国の薬剤師確保計画ガイドラインでは、薬剤師多数の区域と少数の区域を設定し、目標偏在指標（1.0）より偏在指標が高い都道府県及び二次医療圏を「薬剤師多数都道府県」及び「薬剤師多数区域」、目標偏在指標（1.0）より偏在指標が低い都道府県及び二次医療圏のうち下位二分の一を「薬剤師少数都道府県」及び「薬剤師少数区域」としています。</u> <u>本県の病院薬剤師偏在指標は「0.75」、薬局薬剤師偏在指標は「1.08」、地域別薬剤師偏在指標は「0.99」となっており、病院薬剤師は「薬剤師少数県」に位置付けられています。地域別にみると、病院薬剤師における「県央保</u>	

改 正 案	現 行
<u>健医療圏」、「西部保健医療圏」、「北部保健医療圏」、「秩父保健医療圏」の4保健医療圏が「薬剤師少数区域」に位置付けられています。</u> 地域医療における薬物療法の有効性・安全性の確保や公衆衛生の向上に資するため、病院薬剤師にあつては病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師にあつては在宅医療や高度な薬学的管理を行う機能等を中心とした業務・役割の更なる充実が求められています。 (3) 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師） 令和4年（2022年）12月末現在、県内の医療施設等で就業している看護職員数は、69,532人（保健師2,311人、助産師1,615人、看護師54,603人、准看護師11,003人）であり、平成24年（2012年）の55,985人と比べ13,547人、24.2%増加しています。 <u>2040年に向けて高齢化率が高まることが見込まれており</u>、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	地域医療における薬物療法の有効性・安全性の確保や公衆衛生の向上に資するため、病院薬剤師にあつては病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師にあつては在宅医療や高度な薬学的管理を行う機能等を中心とした業務・役割の更なる充実が求められています。 (3) 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師） 令和4年（2022年）12月末現在、県内の医療施設等で就業している看護職員数は、69,532人（保健師2,311人、助産師1,615人、看護師54,603人、准看護師11,003人）であり、平成24年（2012年）の55,985人と比べ13,547人、24.2%増加しています。 <u>医療・介護需要の大幅な増加が見込まれる令和7年（2025年）以降に向けて</u>、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

改 正 案	現 行
を強化していく必要があります。 様々なライフステージで働き続けられるよう勤務環境改善の促進やナースセンターを活用した復職支援なども含めた、将来を見据えた県民の医療ニーズに対応できる人材の確保(人材の提供体制の整備)を推し進めていかなければなりません。 また、医療の高度化・専門化、高齢化に伴う在宅医療ニーズの増大に対応するため、迅速かつ専門的なケアを提供できる高度な知識と技術を有する看護職員や訪問看護を担う人材の育成・確保・定着が求められています。 (4) (略) 3 課題解決に向けた主な取組 (1) (略) (2) 薬剤師 <u>令和11年度までの埼玉県における薬剤師確保のための施策として、以下の取組を実施することで、県全体の薬剤師数の底上げとともに、病院薬剤師の増加を図っていきます。</u> <u>併せて、これまで実施してきた取組の効果・成果等について調査し、施策の見直しを行います。</u>	的な看護職員確保対策を強化していく必要があります。 様々なライフステージで働き続けられるよう勤務環境改善の促進やナースセンターを活用した復職支援なども含めた、将来を見据えた県民の医療ニーズに対応できる人材の確保(人材の提供体制の整備)を推し進めていかなければなりません。 また、医療の高度化・専門化、高齢化に伴う在宅医療ニーズの増大に対応するため、迅速かつ専門的なケアを提供できる高度な知識と技術を有する看護職員や訪問看護を担う人材の育成・確保・定着が求められています。 (4) (略) 3 課題解決に向けた主な取組 (1) (略) (2) 薬剤師 <u>医療及び医薬品等に関する専門的知識の習得などのため、在宅医療研修やオンライン服薬指導研修などを行い、薬剤師の資質向上を図ります。</u> <u>また、病院、薬局における薬剤師の就労状況を把握し、薬剤師の偏在等の状況に応じ、薬学生へのアプローチをはじめ</u>

改 正 案	現 行
<u>ア 未来の薬剤師育成</u> <u>将来薬剤師を目指す中学生や高校生を対象に、薬剤師の業務内容や魅力を知ってもらうための体験型のイベントを開催します。</u> <u>また、薬学生を対象に、就職説明会の開催や就職イベントへの出展など、積極的な情報発信に取り組めます。</u> <u>イ 薬剤師の復職・転職支援</u> <u>定年や育児等で離職した薬剤師に病院薬剤師として復職してもらうための取組や、他業種からの転職をサポートする取組を支援します。復職支援セミナーや相談会等を開催するとともに、復職希望者を対象としたインターンシップの実施や研修会の開催等、復職に対する不安の払拭や知識面・技術面のサポート体制を整備することで、離職期間が長い薬剤師や病院での実務経験がない薬剤師が病院に復職・転職しやすい環境を整備します。</u> <u>ウ 薬剤師の離職防止・定着支援</u> <u>キャリア別の段階的な研修プログラムを構築し、新人から指導者まで継続的にサポートできる研修体制を充実させ</u>	<u>必要な確保策を検討します。</u>

改 正 案	現 行
<u>るとともに、研修プログラム等の教育・研修コンテンツを掲載したプラットフォームの構築も検討していきます。</u> <u>また、これまで推進してきたハード面を中心とした業務効率化に加え、A I の活用等による業務効率化を推進することで就労環境の改善を図るとともに、業務効率化による業務縮減効果を県内病院に展開することで、離職防止・定着を促進します。</u> <u>さらに、地域の薬局同士が連携した地域全体としての医薬品提供体制の構築（薬局間連携）や、在宅移行時に病院薬剤師が在宅患者宅を訪問し薬局薬剤師と情報共有する体制（薬薬連携）を推進し、在宅医療に対応した薬剤師を育成します。</u> (3) 看護職員 ア～オ （略） カ 在宅医療を担う訪問看護師の育成・確保 <u>訪問看護ステーションにおける体験実習を実施するとともに、二次医療圏ごとに指定した「教育ステーション」において、実践的な研修や多職種連携研修等を実施すること</u>	(3) 看護職員 ア～オ （略） カ 在宅医療を担う訪問看護師の育成・確保 <u>訪問看護ステーションにおける体験実習や、高度な医療に対応する訪問看護師を育成する訪問看護ステーションへの支援等を行うことにより、訪問看護師の育成・確保・定</u>

改 正 案	現 行
<u>により、訪問看護師の育成・確保・定着を促進します。</u> キ (略) (4)～(5) (略) 4 指標 (1) 就業看護職員数 現状値 69,532人 → 目標値 <u>80,204</u>人 (令和4年度(2022年度)) (令和10年度(2028年度)) (2) 看護師の特定行為研修修了者数 現状値 133人 → 目標値 <u>899</u>人 (令和5年(2023年)3月) (令和10年度(2028年度)) (3) 訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数(再掲) 現状値 3,280人 → 目標値<u>5,352</u>人 (令和4年度(2022年度)) (令和10年度(2028年度)) 第3章 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 第1節～第2節 (略) 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	<u>着、資質向上を図ります。</u> キ (略) (4)～(5) (略) 4 指標 (1) 就業看護職員数 現状値 69,532人 → 目標値 <u>79,802</u>人 (令和4年度(2022年度)) (令和8年度(2026年度)) (2) 看護師の特定行為研修修了者数 現状値 133人 → 目標値 <u>610</u>人 (令和5年(2023年)3月) (令和11年度(2029年度)) (3) 訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数(再掲) 現状値 3,280人 → 目標値<u>4,300</u>人 (令和4年度(2022年度)) (令和10年度(2028年度)) 第3章 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 第1節～第2節 (略) 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

改 正 案	現 行
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。 <u>また、厚生労働省令で定める基準（「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上かつ可住地面積あたり診療所数が上位10％以上）を超える区域がある場合において、特に地域外来医療を確保する必要がある場合は当該区域を「外来医師過多</u>	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。

改 正 案	現 行
<u>区域」と指定することとされています。</u> <u>外来医師過多区域において新規開業を希望する者に対しては、医療法に基づく新規開設の事前届出の求め、地域で不足する医療機能・医師不足地域での医療の提供の要請、要請に応じなかった場合の勧告・公表、保険医療機関の指定の短縮等が行われることとされています。</u> 一方で、外来医師偏在指標の活用に当たっての留意事項として、ガイドラインでは次のように示されています。 「外来医師偏在指標の活用においては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況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 <u>(月平均)</u> については、次のとおりです。	一方で、外来医師偏在指標の活用に当たっての留意事項として、ガイドラインでは次のように示されています。 「外来医師偏在指標の活用においては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況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。

改 正 案	現 行																																																																								
【診療所の医師数及び外来患者延数 <u>(月平均)</u>】 (単位：人) <table><tr><th>区域</th><th>医師数</th><th>外来患者延数</th></tr><tr><td>埼玉県</td><td><u>4, 8 4 3</u></td><td><u>5, 3 2 5, 3 1 9</u></td></tr><tr><td>南部</td><td><u>5 8 9</u></td><td><u>5 7 1, 5 6 6</u></td></tr><tr><td>南西部</td><td><u>3 8 5</u></td><td><u>4 6 5, 2 4 5</u></td></tr><tr><td>東部</td><td><u>6 1 2</u></td><td><u>8 1 0, 0 7 0</u></td></tr><tr><td>さいたま</td><td><u>1, 2 7 7</u></td><td><u>1, 1 9 3, 2 9 5</u></td></tr><tr><td>県央</td><td><u>3 1 6</u></td><td><u>4 0 7, 4 4 5</u></td></tr><tr><td>川越比企</td><td><u>5 0 5</u></td><td><u>5 5 9, 8 2 0</u></td></tr><tr><td>西部</td><td><u>4 6 5</u></td><td><u>4 9 6, 0 5 1</u></td></tr><tr><td>利根</td><td><u>3 1 7</u></td><td><u>3 8 9, 9 9 3</u></td></tr><tr><td>北部</td><td><u>3 1 4</u></td><td><u>3 6 1, 3 9 3</u></td></tr><tr><td>秩父</td><td><u>6 3</u></td><td><u>7 0, 4 4 2</u></td></tr></table> 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「<u>令和6年（2024年）医師・ 歯科医師・薬剤師統計</u>」	区域	医師数	外来患者延数	埼玉県	<u>4, 8 4 3</u>	<u>5, 3 2 5, 3 1 9</u>	南部	<u>5 8 9</u>	<u>5 7 1, 5 6 6</u>	南西部	<u>3 8 5</u>	<u>4 6 5, 2 4 5</u>	東部	<u>6 1 2</u>	<u>8 1 0, 0 7 0</u>	さいたま	<u>1, 2 7 7</u>	<u>1, 1 9 3, 2 9 5</u>	県央	<u>3 1 6</u>	<u>4 0 7, 4 4 5</u>	川越比企	<u>5 0 5</u>	<u>5 5 9, 8 2 0</u>	西部	<u>4 6 5</u>	<u>4 9 6, 0 5 1</u>	利根	<u>3 1 7</u>	<u>3 8 9, 9 9 3</u>	北部	<u>3 1 4</u>	<u>3 6 1, 3 9 3</u>	秩父	<u>6 3</u>	<u>7 0, 4 4 2</u>	【診療所の医師数及び外来患者延数】 (単位：人) <table><tr><th>区域</th><th>医師数</th><th>外来患者延数</th></tr><tr><td>埼玉県</td><td><u>4, 7 0 2</u></td><td><u>4, 9 6 6, 7 9 1</u></td></tr><tr><td>南部</td><td><u>5 0 4</u></td><td><u>5 2 0, 3 8 7</u></td></tr><tr><td>南西部</td><td><u>4 2 5</u></td><td><u>4 1 4, 7 3 8</u></td></tr><tr><td>東部</td><td><u>6 1 8</u></td><td><u>7 5 5, 9 1 5</u></td></tr><tr><td>さいたま</td><td><u>1, 1 1 1</u></td><td><u>1, 0 5 9, 8 6 6</u></td></tr><tr><td>県央</td><td><u>3 2 0</u></td><td><u>3 9 9, 0 3 1</u></td></tr><tr><td>川越比企</td><td><u>4 7 9</u></td><td><u>5 1 3, 4 9 0</u></td></tr><tr><td>西部</td><td><u>4 6 9</u></td><td><u>4 8 4, 7 7 3</u></td></tr><tr><td>利根</td><td><u>3 5 5</u></td><td><u>3 9 3, 3 2 4</u></td></tr><tr><td>北部</td><td><u>3 3 9</u></td><td><u>3 5 5, 3 3 3</u></td></tr><tr><td>秩父</td><td><u>8 2</u></td><td><u>6 9, 9 3 4</u></td></tr></table> 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「<u>令和2年（2020年）医師・ 歯科医師・薬剤師調査</u>」	区域	医師数	外来患者延数	埼玉県	<u>4, 7 0 2</u>	<u>4, 9 6 6, 7 9 1</u>	南部	<u>5 0 4</u>	<u>5 2 0, 3 8 7</u>	南西部	<u>4 2 5</u>	<u>4 1 4, 7 3 8</u>	東部	<u>6 1 8</u>	<u>7 5 5, 9 1 5</u>	さいたま	<u>1, 1 1 1</u>	<u>1, 0 5 9, 8 6 6</u>	県央	<u>3 2 0</u>	<u>3 9 9, 0 3 1</u>	川越比企	<u>4 7 9</u>	<u>5 1 3, 4 9 0</u>	西部	<u>4 6 9</u>	<u>4 8 4, 7 7 3</u>	利根	<u>3 5 5</u>	<u>3 9 3, 3 2 4</u>	北部	<u>3 3 9</u>	<u>3 5 5, 3 3 3</u>	秩父	<u>8 2</u>	<u>6 9, 9 3 4</u>
区域	医師数	外来患者延数																																																																							
埼玉県	<u>4, 8 4 3</u>	<u>5, 3 2 5, 3 1 9</u>																																																																							
南部	<u>5 8 9</u>	<u>5 7 1, 5 6 6</u>																																																																							
南西部	<u>3 8 5</u>	<u>4 6 5, 2 4 5</u>																																																																							
東部	<u>6 1 2</u>	<u>8 1 0, 0 7 0</u>																																																																							
さいたま	<u>1, 2 7 7</u>	<u>1, 1 9 3, 2 9 5</u>																																																																							
県央	<u>3 1 6</u>	<u>4 0 7, 4 4 5</u>																																																																							
川越比企	<u>5 0 5</u>	<u>5 5 9, 8 2 0</u>																																																																							
西部	<u>4 6 5</u>	<u>4 9 6, 0 5 1</u>																																																																							
利根	<u>3 1 7</u>	<u>3 8 9, 9 9 3</u>																																																																							
北部	<u>3 1 4</u>	<u>3 6 1, 3 9 3</u>																																																																							
秩父	<u>6 3</u>	<u>7 0, 4 4 2</u>																																																																							
区域	医師数	外来患者延数																																																																							
埼玉県	<u>4, 7 0 2</u>	<u>4, 9 6 6, 7 9 1</u>																																																																							
南部	<u>5 0 4</u>	<u>5 2 0, 3 8 7</u>																																																																							
南西部	<u>4 2 5</u>	<u>4 1 4, 7 3 8</u>																																																																							
東部	<u>6 1 8</u>	<u>7 5 5, 9 1 5</u>																																																																							
さいたま	<u>1, 1 1 1</u>	<u>1, 0 5 9, 8 6 6</u>																																																																							
県央	<u>3 2 0</u>	<u>3 9 9, 0 3 1</u>																																																																							
川越比企	<u>4 7 9</u>	<u>5 1 3, 4 9 0</u>																																																																							
西部	<u>4 6 9</u>	<u>4 8 4, 7 7 3</u>																																																																							
利根	<u>3 5 5</u>	<u>3 9 3, 3 2 4</u>																																																																							
北部	<u>3 3 9</u>	<u>3 5 5, 3 3 3</u>																																																																							
秩父	<u>8 2</u>	<u>6 9, 9 3 4</u>																																																																							

改正案	現行								
※ 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<u>令和6年(2024年)</u>4月から<u>令和7年(2025年)</u>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、<u>外来診療科、小児科外来診療科、小児かかりつけ診療科</u>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(<u>端数処理により、県全体と各区域の合計は一致しない</u>) 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、さいたま区域の外来医師偏在指標が上位3分の1に該当していることから、<u>本県においては、さいたま区域を外来医師多数区域とします。</u> 【外来医師偏在指標】 <table> <tr> <th>区域</th><th>指標</th></tr> <tr> <td>全国</td><td><u>115.7</u></td></tr> </table>	区域	指標	全国	<u>115.7</u>	※ 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<u>平成31年(2019年)</u>4月から<u>令和2年(2020年)</u>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(<u>月平均算定回数</u>) 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、さいたま区域<u>及び秩父区域</u>の外来医師偏在指標が上位3分の1に該当しています。 【外来医師偏在指標】 <table> <tr> <th>区域</th><th>指標</th></tr> <tr> <td>全国</td><td><u>112.2</u></td></tr> </table>	区域	指標	全国	<u>112.2</u>
区域	指標								
全国	<u>115.7</u>								
区域	指標								
全国	<u>112.2</u>								

改 正 案			現 行		
	埼玉県	<u>91.2</u>		埼玉県	<u>93.2</u>
	南部	<u>108.5</u>		南部	<u>100.2</u>
	南西部	<u>82.2</u>		南西部	<u>98.7</u>
	東部	<u>74.6</u>		東部	<u>80.2</u>
	さいたま	<u>116.5</u>		さいたま	<u>108.8</u>
	県央	<u>82.1</u>		県央	<u>82.1</u>
	川越比企	<u>87.0</u>		川越比企	<u>87.8</u>
	西部	<u>85.0</u>		西部	<u>88.3</u>
	利根	<u>77.8</u>		利根	<u>87.6</u>
	北部	<u>84.6</u>		北部	<u>93.8</u>
	秩父	<u>88.4</u>		秩父	<u>113.4</u>
<u>なお、本県においては、外来医師過多区域に該当する区域（厚生労働省令で定める基準（「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上かつ可住地面積あたり診療所数が上位10%以上）を超える区域がある場合において、特に地域外来医療を確保する区域）はありません。</u>			<u>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。</u> <u>ア 平成22年（2010年）から令和2年（2020年）の10年間で、県内二次保健医療圏の中で唯一診療所医師数が減少している（△9.9%）。</u> <u>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</u>		

改 正 案	現 行
2 外来医療の状況 新規開業希望者を含めた各医療機関が、本県の外来医療の現状を把握できるよう、国のレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用して医療施設数及び診療所当たりの患者延数を集計しました。 (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<u>は下回っており</u>、診療所<u>は</u>上回っています。	<u>的に医療体制の維持を図っている。</u> <u>このことから、秩父区域については外来医師偏在指標を機械的に適用することはせず、本県における外来医師多数区域はさいたま区域のみとします。</u> 2 外来医療の状況 新規開業希望者を含めた各医療機関が、本県の外来医療の現状を把握できるよう、国のレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用して医療施設数及び診療所当たりの患者延数を集計しました。 (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<u>のいずれも</u>上回っています。

改 正 案							現 行						
区域ごとにみると、病院では<u>南部、東部、さいたま、県央、西部及び秩父、診療所では全区域</u>において全国平均の割合を<u>上</u>回っています。 【時間外等診療実施施設数 （単位：施設、％）】							<u>一方、</u>区域ごとにみると、病院では<u>川越比企及び北部</u>において全国平均の割合を<u>下</u>回っています。 【時間外等診療実施施設数 （単位：施設、％）】						
区域	外来診療実施施設数（Ａ）		時間外等診療実施施設数（Ｂ）		時間外等診療実施施設の割合（Ｂ／Ａ）		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		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	8,050	87,570	7,189	68,496	89.3	78.2	全国	8,296	83,976	7,596	68,592	91.6	81.7
埼玉県	337	3,945	297	3,299	88.1	83.6	埼玉県	343	3,652	322	3,134	93.9	85.8
南部	31	438	29	388	93.5	88.6	南部	30	398	29	350	96.7	87.9
南西部	30	347	25	303	83.3	87.3	南西部	30	321	28	289	93.3	90.0
東部	49	571	44	481	89.8	84.2	東部	48	512	46	424	95.8	82.8
さいたま	38	922	35	748	92.1	81.1	さいたま	38	811	37	696	97.4	85.8
県央	18	256	18	227	100.0	88.7	県央	18	244	18	214	100.0	87.7
川越比企	47	413	35	336	74.5	81.4	川越比企	49	390	41	339	83.7	86.9
西部	52	379	47	308	90.4	81.3	西部	56	354	52	293	92.9	82.8

改 正 案							現 行						
利根	<u>3.1</u>	<u>277</u>	<u>27</u>	<u>224</u>	<u>87.1</u>	<u>80.9</u>	利根	<u>32</u>	<u>275</u>	<u>32</u>	<u>226</u>	<u>100.0</u>	<u>82.2</u>
北部	34	<u>272</u>	<u>30</u>	<u>225</u>	<u>88.2</u>	<u>82.7</u>	北部	34	<u>278</u>	<u>31</u>	<u>243</u>	<u>91.2</u>	<u>87.4</u>
秩父	<u>7</u>	<u>70</u>	<u>7</u>	<u>59</u>	100.0	<u>84.3</u>	秩父	<u>8</u>	<u>69</u>	<u>8</u>	<u>60</u>	100.0	<u>87.0</u>
資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省） ※ <u>外来診療実施施設数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の診療行為が算定された病院及び診療所数</u> ※ <u>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診療行為が算定された病院及び診療所数</u> イ 往診 県全体では、外来診療実施施設数に対する往診実施施設数の割合は、全国平均と比べて、病院、診療所のいずれも下回っています。 一方、区域ごとにみると、病院では南西部、さいたま及び秩父において、診療所では北部及び秩父において、全国							資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省） ※ <u>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。</u> イ 往診 県全体では、外来診療実施施設数に対する往診実施施設数の割合は、全国平均と比べて、病院、診療所のいずれも下回っています。 一方、区域ごとにみると、病院では南西部、さいたま、<u>川越比企、北部</u>及び秩父において、診療所では北部及び秩						

改 正 案							現 行						
平均の割合を上回っています。							父において、全国平均の割合を上回っています。						
【往診実施施設数（単位：施設、％）】							【往診実施施設数 <u>（月平均施設数）</u> （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）		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		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	8.050	87,570	3,640	30,572	45.2	34.9	全国	8,296	83,976	3,523	33,626	42.5	40.0
埼玉県	337	3,945	133	1,013	39.5	25.7	埼玉県	343	3,652	128	1,071	37.3	29.3
南部	31	438	14	102	45.2	23.3	南部	30	398	12	106	40.0	26.6
南西部	30	347	15	65	50.0	18.7	南西部	30	321	15	74	50.0	23.1
東部	49	571	14	122	28.6	21.4	東部	48	512	12	121	25.0	23.6
さいたま	38	922	18	219	47.4	23.8	さいたま	38	811	18	231	47.4	28.5
県央	18	256	8	72	44.4	28.1	県央	18	244	3	71	16.7	29.1
川越比企	47	413	18	114	38.3	27.6	川越比企	49	390	21	116	42.9	29.7
西部	52	379	18	91	34.6	24.0	西部	56	354	16	106	28.6	29.9
利根	31	277	8	86	25.8	31.0	利根	32	275	10	96	31.3	34.9
北部	34	272	13	109	38.2	40.1	北部	34	278	16	112	47.1	40.3

改 正 案							現 行						
秩父	<u>7</u>	<u>70</u>	<u>7</u>	<u>33</u>	<u>100.0</u>	<u>47.1</u>	秩父	<u>8</u>	<u>69</u>	<u>5</u>	<u>38</u>	<u>62.5</u>	<u>55.1</u>
資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）							資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）						
※ 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、病院では南西部及び秩父において、<u>診療所では北部において、</u>全国平均の割合を上回っています。 【訪問診療実施施設数（単位：施設、％）】							※ 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<u>南部、</u>南西部、<u>東部</u>及び秩父において、全国平均の割合を上回っています。 【訪問診療実施施設数 <u>（月平均施設数）</u>（単位：施設、％）】						

改 正 案							現 行						
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)		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		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	8,050	87,570	3,648	24,059	45.3	27.5	全国	8,296	83,976	3,523	33,626	42.5	40.0
埼玉県	337	3,945	124	761	36.8	19.3	埼玉県	343	3,652	130	740	37.9	20.3
南部	31	438	13	69	41.9	15.8	南部	30	398	15	69	50.0	17.3
南西部	30	347	15	51	50.0	14.7	南西部	30	321	14	49	46.7	15.3
東部	49	571	20	109	40.8	19.1	東部	48	512	24	90	50.0	17.6
さいたま	38	922	12	181	31.6	19.6	さいたま	38	811	13	195	34.2	24.0
県央	18	256	6	52	33.3	20.3	県央	18	244	4	47	22.2	19.3
川越比企	47	413	15	76	31.9	18.4	川越比企	49	390	16	73	32.7	18.7
西部	52	379	14	67	26.9	17.7	西部	56	354	13	60	23.2	16.9
利根	31	277	10	63	32.3	22.7	利根	32	275	12	57	37.5	20.7
北部	34	272	13	76	38.2	27.9	北部	34	278	14	79	41.2	28.4
秩父	7	70	6	17	85.7	24.3	秩父	8	69	5	21	62.5	30.4
資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）							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						

改 正 案	現 行
※ 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、<u>秩父では外来患者延数、時間外等外来患者延数及び訪問診療患者延数において、</u>全国平均の患者延数を下回っています。	<u>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。</u> ※ 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、<u>以下の区分では</u>全国平均の患者延数を下回っています。 <u>ア 外来患者延数</u> <u>秩父</u>

改 正 案					現 行				
【実施診療所当たり患者延数（ <u>月平均</u> 医科レセプト算定回数）（単位：人）】					<u>イ 時間外等外来患者延数</u>				
					<u>さいたま、西部、利根、北部及び秩父</u>				
					<u>ウ 往診患者延数</u>				
					<u>利根、北部及び秩父</u>				
					<u>エ 訪問診療患者延数</u>				
					<u>北部及び秩父</u>				
【実施診療所当たり患者延数（ <u>月平均</u> 医科レセプト算定回数）（単位：人）】					【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	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	<u>1, 110</u>	<u>69</u>	<u>9</u>	<u>90</u>	全国	<u>1, 134</u>	<u>67</u>	<u>6</u>	<u>47</u>
埼玉県	<u>1, 313</u>	<u>97</u>	<u>18</u>	<u>168</u>	埼玉県	<u>1, 334</u>	<u>97</u>	<u>11</u>	<u>112</u>
南部	<u>1, 272</u>	<u>101</u>	<u>17</u>	<u>186</u>	南部	<u>1, 276</u>	<u>99</u>	<u>13</u>	<u>162</u>
南西部	<u>1, 312</u>	<u>113</u>	<u>20</u>	<u>171</u>	南西部	<u>1, 268</u>	<u>110</u>	<u>12</u>	<u>142</u>
東部	<u>1, 385</u>	<u>95</u>	<u>17</u>	<u>155</u>	東部	<u>1, 454</u>	<u>93</u>	<u>12</u>	<u>112</u>

改 正 案					現 行				
さいたま	<u>1, 2 4 8</u>	<u>1 1 2</u>	<u>1 9</u>	<u>2 1 5</u>	さいたま	<u>1, 2 7 2</u>	<u>1 0 1</u>	<u>1 1</u>	<u>1 3 0</u>
県央	<u>1, 5 6 0</u>	<u>1 1 7</u>	<u>2 5</u>	<u>1 1 9</u>	県央	<u>1, 6 1 7</u>	<u>1 2 3</u>	<u>1 5</u>	<u>7 4</u>
川越比企	<u>1, 3 1 8</u>	<u>9 9</u>	<u>2 4</u>	<u>1 6 6</u>	川越比企	<u>1, 2 9 0</u>	<u>1 0 0</u>	<u>1 9</u>	<u>1 1 1</u>
西部	<u>1, 2 7 1</u>	<u>7 9</u>	<u>2 0</u>	<u>1 8 6</u>	西部	<u>1, 3 4 6</u>	<u>8 7</u>	<u>1 0</u>	<u>1 2 3</u>
利根	<u>1, 3 6 8</u>	<u>7 5</u>	<u>1 5</u>	<u>1 5 4</u>	利根	<u>1, 4 0 7</u>	<u>9 1</u>	<u>8</u>	<u>9 6</u>
北部	<u>1, 2 9 4</u>	<u>6 9</u>	<u>1 1</u>	<u>1 0 8</u>	北部	<u>1, 2 6 2</u>	<u>7 4</u>	<u>6</u>	<u>5 0</u>
秩父	<u>9 8 1</u>	<u>4 2</u>	<u>1 3</u>	<u>8 2</u>	秩父	<u>9 9 8</u>	<u>4 0</u>	<u>7</u>	<u>3 8</u>
資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）					資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）				
※ <u>実施診療所当たり外来患者延数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の診療行為の算定回数（診療所分）を合算したものを実施診療所数で除したもの（月平均）</u>									
※ <u>実施診療所当たり時間外等外来患者延数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の時間外等加算（時間外、夜間、休日、深夜）の診</u>									

改 正 案	現 行
<u>療行為の算定回数（診療所分）を合算したものを実施診療所数で除したもの（月平均）</u> <u>※ 実施診療所当たり往診患者延数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の往診の診療行為の算定回数（診療所分）を合算したものを実施診療所数で除したもの（月平均）</u> <u>※ 実施診療所当たり訪問診療患者延数は、NDBデータにおける医科レセプト（入院外）の在宅患者訪問診療の診療行為の算定回数（診療所分）を合算したものを実施診療所数で除したもの（月平均）</u> <u>※ 各数値の算出にあたっては月平均の算出のため、端数処理を実施している。</u> 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<u>てきました</u>。 令和6年（2024年）4月から<u>は</u>、「埼玉県医療機能情報提供システム」は厚生労働省が構築する全国統一システム「<u>医療情報ネット</u>」に移行<u>されました</u>。	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<u>ます</u>。 <u>URL</u>：http://www.iryō-kensaku.jp/saitama/ <u>なお</u>、令和6年（2024年）4月から、「埼玉県医療機能情報提供システム」は厚生労働省が構築する全国統一システムに移行<u>する予定です</u>。

改 正 案										現 行																																																																							
U R L : https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp 3 医療機器の効率的な活用 (1) 医療機器の配置状況 「外来医療計画の策定及び実現に必要と考えられるデータ」（厚生労働省提供）をもとに、ＣＴ、ＭＲＩ、ＰＥＴ、マンモグラフィ、及び放射線治療（体外照射）の配置台数を集計しました。 <u>令和5年（2023年）</u> 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<u>いく</u>必要があります。 【病院、診療所の医療機器の保有台数（単位：台）】 <table><tr><th rowspan="2">区域</th><th colspan="2">ＣＴ</th><th colspan="2">ＭＲＩ</th><th colspan="2">ＰＥＴ</th><th colspan="2">マンモグラフィ</th><th colspan="2">放射線治療</th></tr><tr><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th></tr></table>																				区域	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		マンモグラフィ		放射線治療		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	3 医療機器の効率的な活用 (1) 医療機器の配置状況 「外来<u>医療の</u>医療計画の策定及び実現に必要と考えられるデータ」（厚生労働省提供）をもとに、ＣＴ、ＭＲＩ、ＰＥＴ、マンモグラフィ、及び放射線治療（体外照射）の配置台数を集計しました。 <u>令和2年（2020年）</u> 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<u>行く</u>必要があります。 【病院、診療所の医療機器の保有台数（単位：台）】 <table><tr><th rowspan="2">区域</th><th colspan="2">ＣＴ</th><th colspan="2">ＭＲＩ</th><th colspan="2">ＰＥＴ</th><th colspan="2">マンモグラフィ</th><th colspan="2">放射線治療</th></tr><tr><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th></tr></table>																				区域	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		マンモグラフィ		放射線治療		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
区域	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		マンモグラフィ		放射線治療																																																																								
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所																																																																							
区域	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		マンモグラフィ		放射線治療																																																																								
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所																																																																							

改 正 案											現 行										
南部	<u>2 5</u>	<u>3 0</u>	<u>1 5</u>	9	1	0	<u>9</u>	<u>1 3</u>	<u>2</u>	0	南部	<u>3 2</u>	<u>2 4</u>	<u>1 7</u>	9	1	0	<u>1 0</u>	<u>1 4</u>	<u>3</u>	0
南西部	<u>3 3</u>	<u>2 1</u>	<u>1 9</u>	7	0	0	<u>1 2</u>	7	1	0	南西部	<u>2 8</u>	<u>1 6</u>	<u>1 6</u>	7	0	0	<u>1 0</u>	7	1	0
東部	<u>5 4</u>	<u>5 9</u>	<u>2 3</u>	1 5	2	0	<u>1 3</u>	<u>8</u>	4	0	東部	<u>5 2</u>	<u>4 9</u>	<u>2 4</u>	1 5	2	0	<u>1 7</u>	<u>7</u>	4	0
さいたま	<u>5 0</u>	<u>7 0</u>	3 3	2 3	<u>4</u>	1	<u>1 7</u>	2 7	1 0	0	さいたま	<u>4 4</u>	<u>5 5</u>	3 3	2 3	<u>3</u>	1	<u>1 8</u>	2 7	1 0	0
県央	<u>2 5</u>	<u>2 9</u>	<u>1 6</u>	8	2	<u>1</u>	<u>5</u>	3	5	0	県央	<u>2 0</u>	<u>2 6</u>	<u>1 4</u>	8	2	<u>0</u>	<u>6</u>	3	5	0
川越比企	5 1	<u>3 3</u>	<u>2 7</u>	1 1	1	0	1 5	<u>2 0</u>	3	0	川越比企	5 1	<u>3 0</u>	<u>2 8</u>	1 1	1	0	1 5	<u>1 8</u>	3	0
西部	5 4	<u>3 0</u>	<u>3 2</u>	1 0	<u>3</u>	3	1 5	<u>8</u>	<u>5</u>	0	西部	5 4	<u>3 2</u>	<u>3 0</u>	1 0	<u>2</u>	3	1 5	<u>9</u>	<u>4</u>	0
利根	<u>3 4</u>	2 8	<u>1 9</u>	8	1	0	<u>1 0</u>	<u>0</u>	1	0	利根	<u>2 9</u>	2 8	<u>1 4</u>	8	1	0	<u>8</u>	<u>1</u>	1	0
北部	<u>3 4</u>	<u>2 3</u>	<u>2 4</u>	7	1	0	<u>9</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	0	北部	<u>3 5</u>	<u>2 8</u>	<u>2 3</u>	7	1	0	<u>7</u>	<u>6</u>	<u>3</u>	0
秩父	6	<u>1 3</u>	<u>2</u>	1	0	0	4	0	0	0	秩父	6	<u>1 2</u>	<u>3</u>	1	0	0	4	0	0	0
資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）											資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）										
(2) 医療機器の調整人口当たり台数											(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。											「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。											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。										

改 正 案	現 行
県全体では、<u>医療機器</u>の調整人口当たり台数は、全国平均と比べて、全ての医療機器で下回っており、相対的に医療機器の台数は少なくなっています。 一方、区域ごとにみると、以下の医療機器では、<u>医療機器</u>の調整人口当たり台数が全国平均を上回っています。 ア C T 秩父 イ M R I 北部 ウ P E T <u>県央及び</u>西部 エ マンモグラフィ 川越比企及び秩父 オ 放射線治療 県央 【<u>医療機器</u>の調整人口当たり台数（単位：台）】	県全体では、調整人口当たり<u>の医療機器の</u>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 <u>北部及び</u>秩父 イ M R I 北部 ウ P E T 西部 エ マンモグラフィ 川越比企及び秩父 オ 放射線治療 県央 <u>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。</u> 【調整人口当たり<u>の医療機器の</u>台数（単位：台）】

改 正 案						現 行					
区域	調整人口当たり台数					区域	調整人口当たり台数				
	C T	M R I	P E T	マンモグラフィ	放射線治療		C T	M R I	P E T	マンモグラフィ	放射線治療
全国	<u>12.0</u>	<u>6.0</u>	<u>0.45</u>	3.4	<u>0.82</u>	全国	<u>11.5</u>	<u>5.7</u>	<u>0.5</u>	3.4	<u>0.8</u>
埼玉県	<u>9.8</u>	<u>4.5</u>	<u>0.28</u>	2.8	<u>0.49</u>	埼玉県	<u>9.2</u>	<u>4.2</u>	<u>0.24</u>	2.8	<u>0.47</u>
南部	<u>7.6</u>	<u>3.2</u>	0.14	<u>2.8</u>	<u>0.28</u>	南部	<u>7.9</u>	<u>3.5</u>	0.14	<u>3.0</u>	<u>0.43</u>
南西部	<u>8.1</u>	<u>4.3</u>	0.00	<u>2.7</u>	0.15	南西部	<u>6.7</u>	<u>3.4</u>	0.00	<u>2.4</u>	0.15
東部	<u>10.1</u>	<u>3.8</u>	0.18	<u>1.8</u>	0.36	東部	<u>9.1</u>	<u>3.4</u>	0.18	<u>2.1</u>	0.36
さいたま	<u>9.9</u>	<u>4.7</u>	<u>0.42</u>	3.4	<u>0.82</u>	さいたま	<u>8.4</u>	<u>4.6</u>	<u>0.34</u>	3.4	<u>0.86</u>
県央	<u>10.0</u>	<u>5.0</u>	<u>0.55</u>	<u>1.5</u>	<u>0.92</u>	県央	<u>8.6</u>	<u>4.1</u>	<u>0.36</u>	<u>1.7</u>	<u>0.91</u>
川越比企	<u>10.4</u>	<u>4.9</u>	0.12	<u>4.5</u>	<u>0.37</u>	川越比企	<u>10.1</u>	<u>4.8</u>	0.12	<u>4.2</u>	<u>0.36</u>
西部	<u>10.6</u>	<u>5.7</u>	<u>0.75</u>	<u>3.0</u>	<u>0.63</u>	西部	<u>10.9</u>	<u>5.0</u>	<u>0.61</u>	<u>3.1</u>	<u>0.49</u>
利根	<u>9.2</u>	<u>3.9</u>	<u>0.15</u>	<u>1.6</u>	<u>0.15</u>	利根	<u>8.5</u>	<u>3.3</u>	<u>0.14</u>	<u>1.4</u>	<u>0.14</u>
北部	<u>11.1</u>	<u>6.1</u>	0.19	<u>2.8</u>	<u>0.77</u>	北部	<u>12.2</u>	<u>5.8</u>	0.19	<u>2.6</u>	<u>0.57</u>
秩父	<u>18.0</u>	<u>3.9</u>	0.00	<u>4.3</u>	0.00	秩父	<u>16.0</u>	<u>3.7</u>	0.00	<u>4.2</u>	0.00
資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）						資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）					
(3) 稼働状況						(3) 稼働状況					
県全体では、病院における医療機器1台当たりの稼働件数						県全体では、病院における医療機器1台当たりの稼働件数					

改 正 案	現 行
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。<u>また、診療所においては、C T、M R I、P E Tの医療機器 1 台当たりの稼働件数が全国平均を上回っております。</u> 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 C T <u>病 院：川越比企、西部、北部及び秩父</u> <u>診療所：北部及び秩父</u> イ M R I <u>病 院：川越比企、北部及び秩父</u> <u>診療所：県央、西部及び秩父</u> ウ P E T <u>病 院：南部、東部及び利根</u> <u>エ マンモグラフィ</u> <u>病 院：南西部、さいたま、西部、利根、北部及び秩父</u> <u>診療所：南部、南西部、さいたま、県央、川越比企及び西部</u>	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 C T 川越比企、西部、北部及び秩父 イ M R I 川越比企、北部及び秩父

改 正 案											現 行										
<u>オ</u> 放射線治療 <u>病院：</u> さいたま及び <u>北部</u>											<u>ウ</u> 放射線治療 さいたま及び <u>秩父</u> <u>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。</u>										
【病院、診療所の医療機器の稼働件数（機器１台当たり年間件数）（単位：件数／台）】											【病院、診療所の医療機器の稼働件数（機器１台当たり年間件数）（単位：件数／台）】										
区域	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		マンモグラフィ		放射線治療		区域	ＣＴ		ＭＲＩ		ＰＥＴ		マンモグラフィ		放射線治療	
	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		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全国	2,372	724	1,887	2,251	900	1,034	469	796	2,705	5,555	埼玉県	2,432	729	1,957	2,577	1,001	2,309	527	490	4,037	-
埼玉県	2,623	936	2,053	2,878	1,003	1,794	471	718	3,506	-	南部	2,921	782	2,377	2,278	997	-	584	351	4,126	-
南部	4,062	871	2,824	3,419	886	-	499	496	6,212	-	南西部	2,724	853	2,216	3,083	-	-	442	151	7,188	-
南西部	2,594	786	2,268	2,963	-	-	269	655	4,027	-	東部	2,465	794	2,011	2,220	414	-	359	1,363	3,537	-
東部	2,673	953	2,397	2,583	550	-	532	1,451	3,191	-	さいたま	3,083	565	1,954	3,340	1,082	3,569	476	630	2,344	-
さいたま	3,145	754	2,064	3,741	1,046	3,931	399	786	2,072	-	県央	3,686	940	2,451	2,134	1,276	-	1,352	579	5,905	-
県央	3,162	1,165	2,421	1,669	1,153	0	1,529	632	4,957	-	川越比企	1,980	588	1,782	2,509	1,589	-	656	250	5,632	-
川越比企	2,152	997	1,819	2,987	1,836	-	547	450	4,567	-	西部	1,809	1,145	1,843	2,015	1,488	1,889	447	387	4,501	-
西部	2,142	1,673	1,991	2,077	1,110	1,680	443	734	3,641	-	利根	2,601	877	2,319	2,353	164	-	582	45	7,000	-

改 正 案											現 行										
利根	2, 517	1, 078	1, 967	2, 492	323	-	468	-	7, 789	-	北部	1, 776	321	1, 339	2, 424	660	-	442	459	2, 891	-
北部	2, 032	520	1, 294	3, 702	1, 077	-	241	921	2, 070	-	秩父	1, 680	328	1, 332	2, 287	-	-	147	-	-	-
秩父	2, 026	291	1, 236	1, 865	-	-	138	-	-	-	資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）										

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※表記の「-」は台数がない場合

第4節 （略）

第4章 かかりつけ医機能の確保に関する事項

1 かかりつけ医機能の確保の方針

今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の減少が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくことが求められます。そこで、令和5年5月に、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）」が成立し、令和7年4月から「かかりつけ医機能報告」が施行されました。これに基づき、各医療機関は、都道府県へかかりつけ医機能を報告し、報告を受けた都道府県は地域の関係者との協議の場において、地

改 正 案											現 行										
利根	2, 517	1, 078	1, 967	2, 492	323	-	468	-	7, 789	-	北部	1, 776	321	1, 339	2, 424	660	-	442	459	2, 891	-
北部	2, 032	520	1, 294	3, 702	1, 077	-	241	921	2, 070	-	秩父	1, 680	328	1, 332	2, 287	-	-	147	-	-	-
秩父	2, 026	291	1, 236	1, 865	-	-	138	-	-	-	資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）										

資料：外来医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※表記の「-」は台数がない場合

第4節 （略）

第4章 かかりつけ医機能の確保に関する事項

1 かかりつけ医機能の確保の方針

今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の減少が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくことが求められます。そこで、令和5年5月に、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）」が成立し、令和7年4月から「かかりつけ医機能報告」が施行されました。これに基づき、各医療機関は、都道府県へかかりつけ医機能を報告し、報告を受けた都道府県は地域の関係者との協議の場において、地

改 正 案	現 行
<u>域で不足する機能を確保する方策を検討します。</u> <u>2 かかりつけ医機能の確保に向けた取組</u> <u>かりつけ医機能確保に関する事項は、新たな地域医療構想における在宅医療に関する事項と関係することから、本県では「地域医療構想調整会議」を協議の場として位置付けます。また、各構想区域の実情に応じて、身近な協議の場を設けます。この協議の場において、かかりつけ医機能報告の結果を踏まえ、診療に関する学識関係者の団体その他の医療関係者等により協議を進めていきます。</u> <u>なお、かかりつけ医機能の確保に関して、県民がニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるよう、かかりつけ医機能報告制度で報告された情報は、医療情報ネット（ナビイ）を通じて、情報提供します。また、協議の結果については、公表するとともに、協議の場で議論を行った具体的な方策の効果や、当該方策を実施した後の課題について定期的に検証します。</u> 第 5 部 医療費適正化計画 第 1 章 （略）	第 6 部 医療費適正化計画 第 1 章 （略）

改 正 案	現 行
第2章 医療の効率的な提供の推進 1 目指すべき姿 埼玉県地域医療構想を踏まえ、病床機能の分化・連携を進めるとともに、医療・介護の連携の推進により、限られた医療資源を効率的に活用します。 <u>また</u>、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。 <u>さらに、地域の医療従事者及びその関係団体の参加のもと「地域フォーミュラリの策定に向けて検討する場」を設置し、地域フォーミュラリ策定の取組を進めます。</u> 2 現状と課題 (1)～(2) (略) <u>(3) 地域フォーミュラリの策定の推進</u> <u>令和8年3月に、厚生労働省が定める第4期医療費適正化計画の基本方針が改正され、都道府県が取り組むべき施策に関する事項として、「地域フォーミュラリ（＊）について各都道府県において策定に向けて検討する場」の設置等の追記が行われました。また、同年同月に厚生労働省から都道府県へ、この場を通じて、後発医薬品の成分別使用割合や具体的な薬効群の成分リスト、保険者から提供される検診データ、各医療圏の事情、地域の医師会・歯科医師会・薬剤師会の意見などを踏まえて、</u>	第2章 医療の効率的な提供の推進 1 目指すべき姿 埼玉県地域医療構想を踏まえ、病床機能の分化・連携を進めるとともに、医療・介護の連携の推進により、限られた医療資源を効率的に活用します。 <u>さらに</u>、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)～(2) (略)

改 正 案	現 行
<u>地域フォーミュラリ策定要否の検討や候補地域の探索を行うことについての依頼が通知されました。</u> <u>そこで、地域フォーミュラリの意義を踏まえ、策定に向けた取組を進める必要があります。</u> <u>*地域フォーミュラリ 地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針。</u> <u>薬剤費の自己負担軽減、治療方針の均一化、調剤業務の負担軽減、災害時も含めた安定供給などの効果が見込まれています。</u> 3 課題解決に向けた主な取組 (1)～(2) (略) <u>(3) 地域フォーミュラリの策定の推進</u> <u>ア 地域フォーミュラリに関する意識啓発</u> <u>イ 「地域フォーミュラリ策定に向けて検討する場」の設置</u> <u>ウ 地域フォーミュラリの策定</u> 4 (略)	3 課題解決に向けた主な取組 (1)～(2) (略) 4 (略)

改 正 案	現 行
第3章 （略） 第4章 国民健康保険の運営 1～2 （略） 3 課題解決に向けた主な取組 市町村国民健康保険に係る下記の取組の推進 (1) データヘルスの推進 (2) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上 (3) ジェネリック医薬品の使用促進 (4) 生活習慣病の重症化予防の推進 (5) 健康づくり事業の推進 (6) 適正受診・適正服薬の推進 <u>(7) 地域フォーミュラリの策定の推進（再掲）</u> 4 （略） <u>地域医療構想</u> <u>令和7年12月の医療法改正により、令和9年4月から都道府県は医療計画の上位概念として地域医療構想を定めることとされており、現在、2040年を見据えた新たな地域医療構想の策定を進めている。</u> <u>一方、改正医療法の附則の規定により、新たな地域医療構想の策定までは、地域医療構想に関する規定の施行日である令和9年4月1日より前に策定された地域医療構想を暫定的に継続し、取組を継続する</u>	第3章 （略） 第4章 国民健康保険の運営 1～2 （略） 3 課題解決に向けた主な取組 市町村国民健康保険に係る下記の取組の推進 (1) データヘルスの推進 (2) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上 (3) ジェネリック医薬品の使用促進 (4) 生活習慣病の重症化予防の推進 (5) 健康づくり事業の推進 (6) 適正受診・適正服薬の推進 4 （略）

改 正 案	現 行
<u>こととされている。</u> <u>このため、これまで第4部に掲載していた現行の埼玉県地域医療構想を、本計画の巻末に掲載することとし、その取組を引き続き推進する。</u> <u>(略)</u> ・地域医療構想については、内容に変更はなく、改正医療法への対応及び新たな地域医療構想の策定に向けた構成整理のため、第4部から巻末へ移動。 ・新たな地域医療構想の策定と同時に失効予定。	

主な見直し等内容一覧表

No	頁	部	章	節	加筆・修正箇所	理由	再掲	担当課
1	1	1	1	3	【計画の位置付け】 「1(1) この計画に組み込んだ政策的に関連の深い個別計画や指針」に「シ 埼玉県薬剤師確保計画(薬剤師確保計画ガイドライン)【第5部第2章】」を追記。	薬剤師確保計画を組み込むため。		薬務課
2	2	1	1	3	【計画の構成】 「2(4) 第4部 地域医療構想」を第4部から巻末へ移動。 以降、「第4部 医療従事者の確保等」、「第5部 医療費適正化計画」と修正。	改正医療法への対応及び新たな地域医療構想の策定に向けた構成整理のため。		保健医療政策課
3	3	1	1	4	【計画の期間】 「また、巻末の地域医療構想については、医療法等の一部を改正する法律(令和7年法律第87号)の施行に伴う経過措置により、改正後の医療法に基づく地域医療構想が策定された場合には、策定の時点をもって効力を失うものとします。」を追記。	改正後の医療法に基づく新しい地域医療構想が策定される際に、現行計画が自動的に効力を失うことを明確にするため。		保健医療政策課
4	4	1	2	4	【住民の受療状況】 「1 健康寿命」を「日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)」に修正し、それに伴い本文も修正する。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。		健康長寿課
5	4	1	2	5	【医療提供施設等の状況】 「1(3) その他の施設」の「エ 埼玉県県民健康福祉村」を削除。	令和8年4月1日より都市公園へ移行し都市整備部が所管しているため。		健康長寿課
6	6	1	4	1	【基準病床数】 「1 療養病床及び一般病床」の必要病床数についての記載を「2040年の必要病床数」に修正。	2040年の必要病床数を定めたため。		保健医療政策課
7	7	1	4	1	【基準病床数】 「1 療養病床及び一般病床」の病床制度についての記載を、感染症法に基づいた医療措置協定の締結による、感染症有事の医療提供体制の確保に関する内容に修正。	令和6年度より実施している、感染症法に基づいた医療措置協定締結の取り組みを踏まえ、修正が必要なため。		感染症対策課
8	9	1	4	1	【基準病床数】 「1 療養病床及び一般病床」の基準病床数を「検討中」とし、既存病床数を最新値に更新。 また、必要病床数を「2040年の必要病床数」に更新。	基準病床数については現在計算中であることから「検討中」とし、既存病床数を時点修正するとともに、2040年の必要病床数に更新したため。		保健医療政策課
9	12	1	4	1	【基準病床数】 「2 精神病床、結核病床及び感染症病床」の基準病床数について、精神病床は「検討中」とし、結核病床は100床から80床に変更。 また、既存病床数を最新値に更新。	精神病床の基準病床数については現在計算中であることから「検討中」とした。結核病床の基準病床数については、直近5年間(令和2～6年度)の基準病床数の算定結果のうち、最も高い数値である令和4年度の72.88を切り上げ80床とする。 また、既存病床数を時点修正した。		疾病対策課 感染症対策課

No	頁	部	章	節	加筆・修正箇所	理由	再掲	担当課
10	13	2	1	1	【健康づくり対策】 「1(3) 基本方針」の「ア 健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を「日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)の維持と健康格差の縮小」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
11	13	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(1)健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を「日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)の維持と健康格差の縮小」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
12	13	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(1)ア 健康寿命」を「日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)」に修正し、それに伴い本文も修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
13	14	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(1)イ 平均寿命」を「平均余命」に修正。	国民健康保険中央会で平均自立期間と併せて算出されている平均余命を採用したため。		健康長寿課
14	15	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(1)ウ 健康寿命と平均余命の差」を「日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)と平均余命(国民健康保険中央会算出)の差」に修正。	国民健康保険中央会で平均自立期間と併せて算出されている平均余命を採用したため。	○	健康長寿課
15	16	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(1)エ 健康格差」に「経年推移を確認するため、埼玉県独自の「健康寿命」の数値を使用します。」と追記。	日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)では経年推移を確認することができないため、従来の健康寿命を引き続き採用したため。		健康長寿課
16	16	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(2)ア(ア) 子供の肥満」を「こどもの肥満」に修正。 以降、77箇所の「子供」表記を「こども」に修正。 (主な見直し等内容一覧表への記載は省略。)	子供政策分野における「子供」表記を平仮名表記「こども」に統一するため。		—
17	17	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(4) 生活機能の維持・向上」の「健康寿命の延伸」を「平均自立期間の維持」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。		健康長寿課
18	18	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(4)ア ロコモティブシンドローム」の「健康寿命の延伸の」を「平均自立期間を維持する」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
19	18	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(6) 自然に健康になれる環境づくり」の「健康寿命の延伸には」を「平均自立期間を維持するためには」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
20	20	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(7)ア 健康経営実践事業所」の「県民の健康寿命延伸につながる」を「県民の平均自立期間の維持につながる」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
21	20	2	1	1	【健康づくり対策】 「2(7)ウ 健康長寿サポーター」を「みんなで健康マイスター」に修正し、それに伴い本文も修正。	「健康長寿サポーター」事業は令和7年度から「みんなで健康マイスター」事業にリニューアルしたため。		健康長寿課

No	頁	部	章	節	加筆・修正箇所	理由	再掲	担当課
22	21	2	1	1	【健康づくり対策】 「3(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を「日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)維持と健康格差の縮小」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
23	21	2	1	1	【健康づくり対策】 「3(1)ア 目指す方向性」の「健康寿命の延伸」を「日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)の維持」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
24	21	2	1	1	【健康づくり対策】 「3(2)ア 目指す方向性」の「健康寿命延伸のためには」を「平均自立期間を維持するためには」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
25	22	2	1	1	【健康づくり対策】 「3(6)ア 目指す方向性」の「健康寿命の延伸には」を「平均自立期間を維持するためには」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
26	24	2	1	1	【健康づくり対策】 「4 指標」を「(1)日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)」に変更。 現状値 男79.7年、女84.1年(令和5年) 目標値 男79.8年、女84.1年(令和11年)	埼玉県5か年計画と整合を図り、より長く健康で自立した生活ができるようにすることが重要であるため、新たな指標を設定。		健康長寿課
27	25	2	1	1	【健康づくり対策】 「4(関連指標)」の「1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を「日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)の維持と健康格差の縮小」に修正。	健康寿命の主たる指標を県独自の健康寿命から、全国との比較が可能な平均自立期間に変更し、今後の人口減少と高齢者の死亡数増加を鑑みた目標設定としたため。	○	健康長寿課
28	25	2	1	1	【健康づくり対策】 「4(関連指標)」を「1 日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)の維持」に変更。	指標の変更に合わせ、現状値と目標値を変更。		健康長寿課
29	47	2	1	3	【歯科保健対策】 「3(1)エ 高齢期の歯科口腔保健の推進」の「地域在宅歯科医療推進拠点」を「地域在宅歯科医療推進窓口」に修正。	地域における在宅歯科医療をより効率的に実施するため、拠点を集約化することとしたため。		健康長寿課
30	48	2	1	3	【歯科保健対策】 「3(1)エ 高齢期の歯科口腔保健の推進」の「行うとともに、地域在宅歯科医療推進拠点事業の周知を実施し」を「行い」に修正。	地域における在宅歯科医療をより効率的に実施するため、拠点を集約化することとしたため。		健康長寿課
31	49	2	1	3	【歯科保健対策】 「3(2)ア 生涯を通じた口腔機能の獲得・維持・向上の推進」の「行うとともに、地域在宅歯科医療推進拠点事業の周知を実施し」を「行い」に修正。	地域における在宅歯科医療をより効率的に実施するため、拠点を集約化することとしたため。	○	健康長寿課
32	51	2	1	3	【歯科保健対策】 「3(3)ア かかりつけの歯科医師(歯科医院)の定着」の「在宅歯科医療推進拠点」を「地域在宅歯科医療推進窓口」に修正。	地域における在宅歯科医療をより効率的に実施するため、拠点を集約化することとしたため。		健康長寿課
33	51	2	1	3	【歯科保健対策】 「3(4)ア 要介護高齢者・医療的ケア児等在宅療養者の生活の質(QOL)を高める在宅歯科医療の推進」の「在宅歯科医療推進拠点」を「地域在宅歯科医療推進窓口」に修正。	地域における在宅歯科医療をより効率的に実施するため、拠点を集約化することとしたため。		健康長寿課

No	頁	部	章	節	加筆・修正箇所	理由	再掲	担当課
34	54	2	1	3	【歯科保健対策】 「3(5)イ 医科歯科連携の推進」の「在宅歯科医療推進拠点」を「地域在宅歯科医療推進窓口」に修正。	地域における在宅歯科医療をより効率的に実施するため、拠点を集約化することとしたため。	○	健康長寿課
35	54	2	1	4	【親と子の保健対策】 「本節は、母子保健法及び成育基本法などの総合的な推進、また、国のプレコンセプションケア推進5か年計画に基づき、県、市町村等が取り組むべき方向性を示すものです。」を追加。	国のプレコンセプションケア推進5か年計画にて、プレコンサポーターの位置づけを定めており、国庫補助要件にも条件づけられているため。		健康長寿課
36	58	2	1	4	【親と子の保健対策】 「2(5) 思春期の健康教育の推進」を「2(5) 思春期の健康管理と健康教育の推進」に修正し、「プレコンセプションケア及びプレコンサポーター」に関する記載を追加。	国のプレコンセプションケア推進5か年計画にて、プレコンサポーターの位置づけを定めており、国庫補助要件にも条件づけられているため。		健康長寿課
37	59	2	1	4	【親と子の保健対策】 「3(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」を「こども医療費等の助成による家族の経済的負担の軽減」に修正。	対象年齢拡大に伴い事業名称を「乳幼児医療費」から「こども医療費」に変更したため。		国保医療課
38	60	2	1	6	【人生の最終段階における医療】 「4 指標 人生の最終段階において望む医療やケアについて話し合ったことがある割合」を追加。 現状値 33.1%(令和7年度) 目標値 43.0(令和11年度)	人生の最終段階における医療やケアについて家族等や医療介護関係者と話し合っていた必要があることから新たに指標を選定。		医療整備課
39	65	2	3	5	【安全な食品の提供】 「4 指標」を「人口10万人当たりの食中毒事件患者数」に変更。 現状値 5.0人(令和7年末) 目標値 4.1人(令和11年末)	目標値を達成する見込みであり、また、埼玉県5か年計画と整合を図るため、人口10万人当たりの食中毒事件患者数とすることで、各自治体における人口規模にかかわらず比較を可能となることから、新たな指標を設定。		食品安全課
40	68	3	1	1	【がん医療】 「3 指標」を「がんによる年齢調整死亡率」に変更 現状値 64.7(令和6年(2024年)) 目標値 61.7(令和11年(2029年))	埼玉県5か年計画と整合を図るとともに、がんによる死亡者数の減少を図るため、新たな指標を設定		疾病対策課
41	69	3	1	2	【脳卒中医療及び心筋梗塞等の心血管疾患医療】 「1(1)全体目標」の「健康寿命の延伸」を「日常生活動作が自立している期間の平均の維持」に修正。	延伸から維持に変更したのは、平均自立期間の算出が始まった平成29年以降の傾向をみると、令和2年をピークとして若干下がる傾向にあるため。	○	疾病対策課
42	71	3	1	4	【精神疾患医療】 「2(3) 認知症ケア」の本文を認知症基本法等を踏まえて修正。	認知症基本法(令和6年施行)や認知症施策推進基本計画(令和6年12月閣議決定)を踏まえた修正が必要なため。		地域包括ケア課
43	81	3	1	4	【精神疾患医療】 「2(4)エ(イ)c(h) こどもへの支援の充実」の「民間団体等への支援の充実を図ります。」「市町村や団体等の支援を図ります。」に修正。	県が直接団体等を支援するように受け取られてしまわないようにするため。		こども支援課
44	84	3	1	4	【精神疾患医療】 「5 指標」の「(1) 自殺死亡率(人口10万人当たり)」を修正。 現状値 15.2(令和3年) 目標値 12.6以下(令和11年)	令和8年度までの目標値であったため、埼玉県5か年計画と整合を図り、目標値を設定。		疾病対策課

No	頁	部	章	節	加筆・修正箇所	理由	再掲	担当課
45	84	3	1	4	【精神疾患医療】 「5 指標」の「(2) 精神病床における慢性期(1年以上)入院患者数」を修正。 現状値 5,486人(令和4年度) 目標値 (検討中)人(令和11年度)	令和8年度までの目標値であったため、令和11年度までの目標値を設定。(目標値は、県障害者支援計画と整合性を図るため、検討中。)		疾病対策課
46	84	3	1	4	【精神疾患医療】 「5 指標」の「(3) 退院患者の精神病床への30日以上再入院率(退院後90日時点)」に変更。 現状値 (検討中)%(令和5年) 目標値 (検討中)%(令和11年)	国の基本指針において、「精神病床における早期退院率」については、「退院患者の精神病床への30日以上再入院率」に改められたため。(数値は、県障害者支援計画と整合性を図るため、検討中。)		疾病対策課
47	84	3	1	4	【精神疾患医療】 「5 指標」の「(4) かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数」を修正。 現状値 1,614人(令和4年) 目標値 (検討中)人(令和11年)	令和8年度までの目標値であったため、新たに策定する埼玉県認知症施策推進計画と整合を図り、令和11年度までの目標値を設定。(目標値は、県認知症施策推進計画と整合性を図るため、検討中。)		地域包括ケア課
48	85	3	2	2	【災害時医療】 「2(2) 保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に実施できる体制の整備」の「災害時連携病院指定数、BCP策定率、病院の耐震化率」を更新。	主な取組に関連する数値を更新するため。		医療整備課
49	88	3	2	2	【災害時医療】 「4 指標」の「(2) 病院のBCP策定率」を修正。 現状値 39.2%(令和4年度) 目標値 90.0%(令和11年度)	最新値(R8:73.3%)が目標値を上回っていることから、目標値を上方修正。		医療整備課
50	89	3	2	4	【小児医療】 「1 目指すべき姿」の「医療的ケア児」を「医療的ケア児等」に修正。	医療的ケア児支援法の改正により重症心身障害児が支援対象に新たに盛り込まれたことから追加するもの。		医療整備課
51	93	3	2	4	【小児医療】 「2(2) 小児医療の提供体制」の「子どもの救急ミニガイドブック」を「こどもの救急ミニガイドブック」に修正。	名称を変更したため。		医療整備課
52	93	3	2	4	【小児医療】 「2(2) 小児医療の提供体制」の「医療的ケア児」を「医療的ケア児等」に修正。	医療的ケア児支援法の改正により重症心身障害児が支援対象に新たに盛り込まれたことから追加するもの。	○	医療整備課
53	97	3	2	4	【小児医療】 「3(6) 医療的ケア児への対応推進」の「医療的ケア児」を「医療的ケア児等」に修正。	医療的ケア児支援法の改正により重症心身障害児が支援対象に新たに盛り込まれたことから追加するもの。	○	医療整備課
54	98	3	2	5	【感染症対策】 「3(2)ア(イ) 感染症発生動向調査事業の実施」の「国立感染症研究所」を「国立健康危機管理研究機構」に修正。	令和7年4月に国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターが統合されたため。		感染症対策課
55	99	3	2	5	【感染症対策】 「3(2)イ(オ) 積極的疫学調査のための体制の構築」の「国立感染症研究所」を「国立健康危機管理研究機構」に修正。	令和7年4月に国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターが統合されたため。	○	感染症対策課
56	99	3	2	5	【感染症対策】 「3(3)イ(ウ) 衛生研究所等における情報の収集、調査及び研究」の「国立感染症研究所」を「国立健康危機管理研究機構」に修正。	令和7年4月に国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターが統合されたため。	○	感染症対策課
57	100	3	2	5	【感染症対策】 「3(3)イ(カ) 感染症指定医療機関における対応」の「国立感染症研究所」を「国立健康危機管理研究機構」に修正。	令和7年4月に国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターが統合されたため。	○	感染症対策課

No	頁	部	章	節	加筆・修正箇所	理由	再掲	担当課
58	100	3	2	5	【感染症対策】 「3(3)ウ 関係各機関及び関係団体との連携」の「国立感染症研究所」を「国立健康危機管理研究機構」に修正。	令和7年4月に国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターが統合されたため。	○	感染症対策課
59	101	3	2	5	【感染症対策】 「3(4)イ(イ) 衛生研究所等の体制」の「国立感染症研究所」を「国立健康危機管理研究機構」に修正。	令和7年4月に国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターが統合されたため。	○	感染症対策課
60	103	3	2	5	【感染症対策】 「3(4)エ 関係機関及び関係団体との連携」の「国立感染症研究所」を「国立健康危機管理研究機構」に修正。	令和7年4月に国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターが統合されたため。	○	感染症対策課
61	103	3	2	5	【感染症対策】 「3(5)ア 感染症に係る医療提供の考え方」の「国立感染症研究所」を「国立健康危機管理研究機構」に修正。	令和7年4月に国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターが統合されたため。	○	感染症対策課
62	104	3	2	5	【感染症対策】 「3(10)イ 人材の養成及び資質の向上」の「国立感染症研究所」を「国立健康危機管理研究機構」に修正。	令和7年4月に国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターが統合されたため。	○	感染症対策課
63	104	3	2	5	【感染症対策】 「3(10)ウ 研修を終了した保健所職員等の活用」の「国立感染症研究所」を「国立健康危機管理研究機構」に修正。	令和7年4月に国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターが統合されたため。	○	感染症対策課
64	105	3	2	5	【感染症対策】 「3(11)イ 感染症の予防及びまん延防止に関する保健所の体制の確保」に「統括保健師及び総合的なマネジメントを担う保健師の配置」に関する記載を追加。	厚生労働省の令和8年5月15日付通知により、都道府県等の本庁に「統括保健師」を、保健所に「総合的なマネジメントを担う保健師」を配置するよう改正されたため。		感染症対策課
65	106	3	2	5	【感染症対策】 「4 指標」を「(2)新興感染症への早期対応のため受入体制強化に取り組む医療機関の割合(病床ベース)」に変更。 現状値 15.6%(令和7年度) 目標値 70.0%(令和11年度)	目標値を達成し、また、埼玉県5か年計画と整合を図るため、新興感染症発生時における迅速かつ円滑な病床確保を担保する新たな指標を設定。		感染症対策課
66	107	3	3	1	【在宅医療の推進】 「2(2) 日常の療養生活の支援」に「災害時にも、適切な医療を提供するための業務継続計画(BCP)の策定が求められます」との記載を追加。	国の指針において追加され、在宅療養支援診療所・病院の診療報酬の届出基準にも追加されたため。		医療整備課
67	108	3	3	1	【在宅医療】 「2(2) 日常の療養生活の支援」の「地域在宅歯科医療推進拠点」を「地域在宅歯科医療推進窓口」に修正。	地域における在宅歯科医療をより効率的に実施するため、拠点を集約化することとしたため。		健康長寿課
68	110	3	3	1	【在宅医療】 「2(5) 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」の記載内容を医療機関の指定を行う内容に修正。	国の指針において、「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」を指定することとなっているため。		医療整備課
69	110	3	3	1	【在宅医療】 「3 課題解決に向けた主な取組」に「(3) 災害時にも、適切な在宅医療を提供するための業務継続計画(BCP)の策定の支援」を新たに追加し、従来の(3)以降の項番号を修正。	国の指針において追加され、在宅療養支援診療所・病院の診療報酬の届出基準にも追加されたため。		医療整備課
70	111	3	3	1	【在宅医療】 「3 課題解決に向けた主な取組」の「(5) 地域在宅歯科医療推進拠点」を「(6) 地域在宅歯科医療推進窓口」に修正。	地域における在宅歯科医療をより効率的に実施するため、拠点を集約化することとしたため。		健康長寿課

No	頁	部	章	節	加筆・修正箇所	理由	再掲	担当課
71	112	3	3	1	【在宅医療】 「4 指標」の「(2) 訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数」を修正。 現状値 3,280人(令和4年度) 目標値 5,352人(令和10年度)	最新値(R6:4,992人)が目標値を上回っていることから、目標値を上方修正。		医療人材課
72	112	3	3	1	【在宅医療】 「4 指標」の「(3) 在宅患者に対応するかかりつけ薬局の割合」に変更。 現状値 46.4%(令和7年度) 目標値 49.0%(令和11年度)	埼玉県5か年計画と整合を図るため、県内保険薬局の半数以上が在宅患者に対応するかかりつけ薬局として地域での役割・機能を果たすことを目指し新たな指標を設定。		薬務課
73	113	3	3	1	【在宅医療】 「4 指標」に「人生の最終段階において望む医療やケアについて話し合ったことがある割合」を追加。 現状値 33.1%(令和7年度) 目標値 43.0%(令和11年度)	人生の最終段階における医療やケアについて家族等や医療介護関係者と話し合っていた必要があることから新たに指標を選定。	○	医療整備課
74	114	3	4	1	【医療の安全の確保】 「2(1) 患者本位の医療の提供」に「県システムから国のシステムでの公表に移行」する記載に修正。	国のシステムの運用が開始したため。		医療整備課
75	115				【地域医療構想】 地域医療構想については、第4部から巻末へ移動。 以降、「第4部 医療従事者の確保等」、「第5部 医療費適正化計画」と修正。	改正医療法への対応及び新たな地域医療構想の策定に向けた構成整理のため。	○	保健医療政策課
76	115	4	1		【医師の確保に関する事項】 国から示された医師確保計画策定ガイドラインに基づき、医師確保計画を策定。	令和9年から令和11年までの医師確保計画を策定するため。		医療人材課
77	134	4	1		【医師の確保に関する事項】 「4 指標」の「(1) 医療施設(病院・診療所)の医師数」を修正。 現状値 13,863人(令和6年度) 目標値 16,367人(令和11年度)	令和8年度までの目標値であったため、国ガイドラインに基づき、令和11年度までの目標値を設定。		医療人材課
78	134	4	1		【医師の確保に関する事項】 「4 指標」の「(2) 専攻医の採用数」を修正。 現状値 1,219人 (令和6年度から令和8年度までの累計) 目標値 1,314人 (令和9年度から令和11年度までの累計)	目標値を達成し、また、令和8年度までの目標値であったため、令和11年度までの目標値を設定		医療人材課
79	135	4	2		【医療従事者等の確保に関する事項】 「2(2) 薬剤師」に「薬剤師の需給推計及び薬剤師偏在指標」の記載を追加。	薬剤師確保計画を統合するため。		薬務課
80	137	4	2		【医療従事者等の確保に関する事項】 「2(3) 看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)」の「医療・介護需要の大幅な増加が見込まれる令和7年(2025年)以降に向けて」を「2040年に向けて高齢化率が高まることが見込まれており」に修正。	既に令和8年度を迎えており、今後は2040年を見据えて取組を行っていく必要があるため。		医療人材課
81	138	4	2		【医療従事者等の確保に関する事項】 「3(2) 薬剤師」を「令和11年度までの埼玉県における薬剤師確保のための施策」に修正。	薬剤師確保計画を組み込むため。		薬務課
82	139	4	2		【医療従事者等の確保に関する事項】 「3(2)ア 未来の薬剤師育成」を追加。	薬剤師確保計画を組み込むため。		薬務課
83	139	4	2		【医療従事者等の確保に関する事項】 「3(2)イ 薬剤師の復職・転職支援」を追加。	薬剤師確保計画を組み込むため。		薬務課
84	139	4	2		【医療従事者等の確保に関する事項】 「3(2)ウ 薬剤師の離職防止・定着支援」を追加。	薬剤師確保計画を組み込むため。		薬務課

No	頁	部	章	節	加筆・修正箇所	理由	再掲	担当課
85	140	4	2		【医療従事者等の確保に関する事項】 「3(3)カ 在宅医療を担う訪問看護師の育成・確保」を「訪問看護ステーションにおける体験実習を実施するとともに、二次医療圏ごとに指定した「教育ステーション」において、実践的な研修や多職種連携研修等を実施することにより、訪問看護師の育成・確保・定着を促進します。」に修正	訪問看護事業を見直したため。		医療人材課
86	141	4	2		【医療従事者等の確保に関する事項】 「4 指標」の「(1) 就業看護職員数」を修正。 現状値 69,532人(令和4年度) 目標値 80,204人(令和10年度)	令和8年度までの目標値であったため、令和10年度までの目標値を設定。		医療人材課
87	141	4	2		【医療従事者等の確保に関する事項】 「4 指標」の「(2) 看護師の特定行為研修修了者」を修正。 現状値 133人(令和5年3月) 目標値 899人(令和10年度)	最新値(R6:445人)を踏まえ、目標値を上方修正。		医療人材課
88	141	4	2		【医療従事者等の確保に関する事項】 「4 指標」の「(3) 訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員」を修正。 現状値 3,280人(令和4年度) 目標値 5,352人(令和10年度)	最新値(R6:4,992人)が目標値を上回っていることから、目標値を上方修正。	○	医療人材課
89	142	4	3	3	【外来医療の提供状況】 「1(1) 基本的な考え方」に「外来医師過多区域」について追記。	外来医師過多区域の指定基準と、該当区域における新規開業希望者への具体的な対応措置を明確にするため。		保健医療政策課
90	143	4	3	3	【外来医療の提供状況】 「1(2) 本県の状況」のデータ等を更新。	外来医師偏在指標に係るデータ集の数値を更新するため。		保健医療政策課
91	147	4	3	3	【外来医療の提供状況】 「2 外来医療の状況」のデータ等を更新。	外来医師偏在指標に係るデータ集の数値を更新するため。		保健医療政策課
92	157	4	3	3	【外来医療の提供状況】 「3 医療機器の効率的な活用」のデータ等を更新。	外来医師偏在指標に係るデータ集の数値を更新するため。		保健医療政策課
93	163	4	4		【かかりつけ医機能の確保に関する事項】 「1 かかりつけ医機能の確保の方針」を追加。	「かかりつけ医機能報告制度」は令和7年4月に開始したため。		保健医療政策課
94	164	4	4		【かかりつけ医機能の確保に関する事項】 「2 かかりつけ医機能の確保に向けた取組」を追加。	「かかりつけ医機能報告制度」は令和7年4月に開始したため。		保健医療政策課
95	165	5	2		【医療の効率的な提供の推進】 「1 目指すべき姿」に「さらに、地域の医療従事者及びその関係団体の参加のもと「地域フォーミュラの策定に向けて検討する場」を設置し、地域フォーミュラ策定の取組を進めます。」と追記。	国の第4期医療費適正化計画の基本方針が改正に伴い、地域フォーミュラの意義を踏まえ、策定に向けた取組を進める必要があるため。		国保医療課、薬務課
96	165	5	2		【医療の効率的な提供の推進】 「2(3) 地域フォーミュラの策定の推進」を追加。	国の第4期医療費適正化計画の基本方針が改正に伴い、地域フォーミュラの意義を踏まえ、策定に向けた取組を進める必要があるため。		国保医療課、薬務課
97	166	5	2		【医療の効率的な提供の推進】 「3(3) 地域フォーミュラの策定の推進」を追加。	国の第4期医療費適正化計画の基本方針が改正に伴い、地域フォーミュラの意義を踏まえ、策定に向けた取組を進める必要があるため。		国保医療課、薬務課

No	頁	部	章	節	加筆・修正箇所	理由	再掲	担当課
98	167	5	4		【国民健康保険の運営】 「3(7) 地域フォーミュラの策定の推進(再掲)」を追加。	国の第4期医療費適正化計画の基本方針が改正に伴い、地域フォーミュラの意義を踏まえ、策定に向けた取組を進める必要があるため。		国保医療課、薬務課
99	167				【地域医療構想】 地域医療構想については、内容に変更はなく、第4部から巻末へ移動。	改正医療法への対応及び新たな地域医療構想の策定に向けた構成整理のため。	○	保健医療政策課

追加・見直し指標一覧

資料 1 - 3

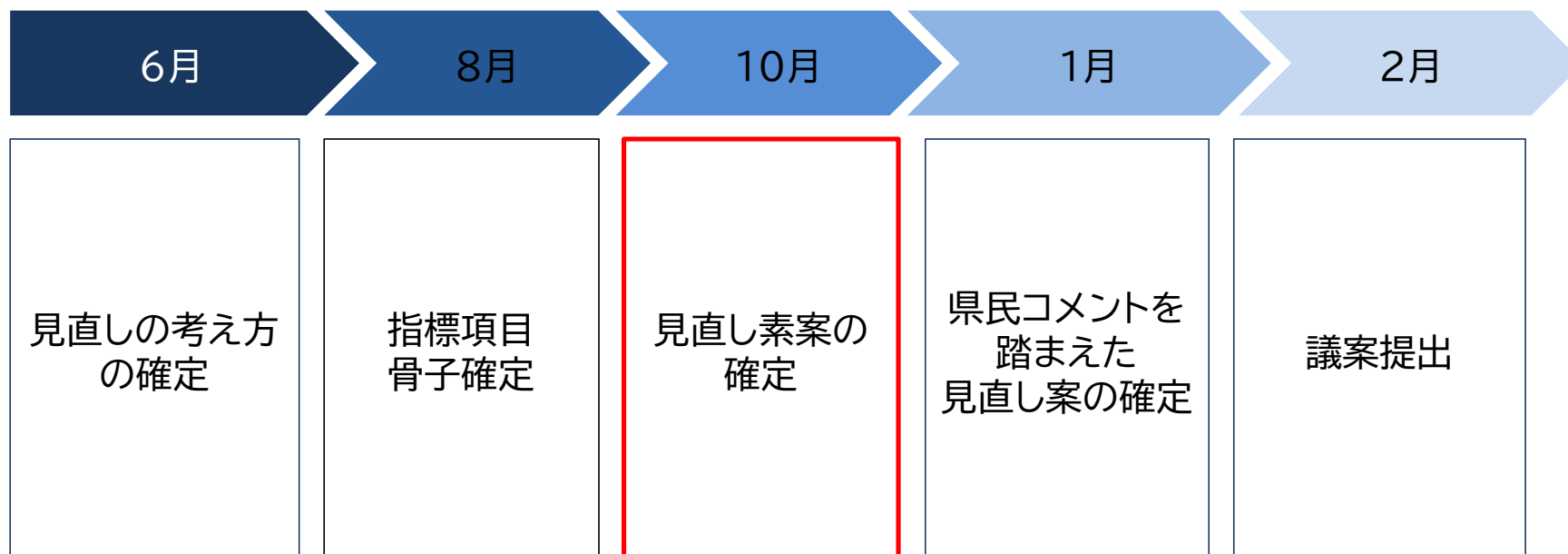
区分	部-章-節	指標名	現状値		目標値		新たな目標値		指標の定義	新たな指標の選定理由 ／目標値変更の理由	目標値の根拠	備考	所管課
			現状値	左記の 基準時点	目標値	左記の 基準時点	目標値	左記の 基準時点					
新たに追加	2-1-1	日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）	男79.7年 女84.1年	令和5年 (2023年)	男79.8年 女84.1年	令和11年 (2029年)			日常生活動作が自立している期間の平均（「要介護1以下」を「健康な期間（日常生活動作が自立している期間）」、「要介護2以上」を「不健康な期間」として算出した指標）	より長く健康で自立した生活ができるようにすることが重要であることからこの指標を選定。／①全国、他道府県との比較が可能。②0歳からの平均自立期間を用いるため県民が理解しやすい。	過去5年間（令和元年から令和5年）の平均値を維持することを旨とし、目標を設定。	埼玉県5か年計画との整合を図るため、指標「健康寿命（65歳から要介護2以上になるまでの期間）」、「日常生活に制限のない期間の平均（年）」からの変更。	健康長寿課
新たに追加	2-1-6	人生の最終段階における医療やケアについて話し合ったことがある割合	33.1%	令和7年 (2025年)度	43.0%	令和11年 (2029年)度			人生の最終段階における医療やケアについて家族等や医療介護関係者と話し合ったことがある人の割合	人生の最終段階における医療やケアについて家族等や医療介護関係者と話し合ってもらい、必要があることから、話し合ったことがある人の割合を新たな指標として設定。	2040年度（令和22年度）の推計値を設定し（70％）それを最終目標として令和11年度の目標値を設定。		医療整備課
新たに追加	2-3-5	人口10万人当たりの食中毒事件患者数	5.0人	令和7年 (2025年)末	4.1人	令和11年 (2029年)末			厚生労働省が年次ごとに公表する各自治体の食中毒発生患者数と総務省が公表する住民基本台帳に基づく各自治体の人口を基に算出した人口10万人当たりの食中毒事件患者数	各自治体における人口規模にかかわらず比較可能となるため。	関東1都6県の中で、過去5年間（令和3年～令和7年）で最も少ない人口10万人当たりの食中毒事件患者数4.2人を下回ることを旨とし、目標値を設定。	埼玉県5か年計画との整合を図るため、指標「食品関連事業所における製品等の自主検査実施率」からの変更。	食品安全課
新たに追加	3-1-1	がんによる年齢調整死亡率	64.7	令和6年 (2024年)	61.7	令和11年 (2029年)			人口構成が基準人口と同じと仮定した場合における75歳未満の人口10万人あたりのがんによる死亡者数	毎年調査されている定量的な指標であり、計画の進捗管理に適切であるため。	長期的な視点から過去10年間（平成27年～令和6年）の実績値を踏まえ、目標値を設定。	埼玉県5か年計画との整合を図るため、指標「がん検診受診率（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん）」からの変更。	疾病対策課
目標値見直し	3-1-4	自殺死亡率	15.2	令和3年 (2021年)	12.6以下	令和8年 (2026年)	12.6以下	令和11年 (2029年)	人口10万人当たりの自殺者数	令和8年度までの目標値であったため。	各年の変動を踏まえ、長期的な視点から、埼玉県が埼玉県自殺対策推進ガイドラインを策定してからの実績値を踏まえ、目標値を設定。		疾病対策課
目標値見直し	3-1-4	精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数	5,486人	令和4年 (2022年)度	5,349人	令和8年 (2026年)度	検討中	令和11年 (2029年)度	精神科病院に1年以上入院している患者の人数	令和8年度までの目標値であったため。	精神科病院に1年以上入院している患者の人数を最新の県の人口動態や患者数などに基づき、目標値として設定する。		疾病対策課
新たに追加	3-1-4	退院患者の精神病床への30日以上の再入院率（退院後90日時点）	検討中	令和5年 (2023年)	検討中	令和11年 (2029年)			精神科病院を退院した患者の30日以上の再入院率（退院後90日時点）	国の基本方針において、精神病床における早期退院率が削除され、「退院患者の精神病床への30日以上の再入院率」に改められた。また、埼玉県障害者支援計画も新指標となるため、整合性を図ることから当指標を採用する。	退院患者の人数を最新の県の人口動態や患者数などに基づき、目標値として設定する。	埼玉県障害者支援計画等との整合を図るため、指標「精神病床における入院後3か月時点の退院率」からの変更。	疾病対策課
目標値見直し	3-1-4	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数	1,614人	令和4年 (2022年)	2,300人	令和8年 (2026年)	検討中	令和11年 (2029年)	県が開催する当該研修（さいたま市及び県医師会と共催）の修了者数	新たに策定する「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。	検討中		地域包括ケア課

区分	部-章-節	指標名	現状値		目標値		新たな目標値		指標の定義	新たな指標の選定理由 ／目標値変更の理由	目標値の根拠	備考	所管課
			現状値	左記の 基準時点	目標値	左記の 基準時点	目標値	左記の 基準時点					
目標値 見直し	3-2-2	病院のBCP策定率	39.2%	令和4年 (2022年)度	65.0%	令和11年 (2029年)度	90.0%	令和11年 (2029年)度	県内の全病院に占めるBCP (業務継続計画)を策定して いる病院の割合	令和7年度において目標値を 達成したため。	現行の目標設定の考え方を踏 襲し、最新の令和8年度時点 でBCP未策定かつ病床数100 以上の43病院について、第8 次計画期間中のBCP策定完 了を目指す。 病床数100以下の病院につい ても、救急医療機関を中心に 第8次計画期間中のBCP策定 を促進する。		医療整備課
新たに 追加	3-2-5	新興感染症への早期 対応のため受入体制強 化に取り組む医療機関 の割合（病床ベース）	15.6%	令和7年 (2025年)度	70.0%	令和11年 (2029年)度			感染症指定医療機関及び流 行初期医療確保措置対象医 療機関の確保病床のうち、感 染症危機訓練に参加し受入 体制強化に取り組む医療機関 の確保病床の割合。	感染症危機訓練を通じ、病床 確保などの検討を行うことによ り、新興感染症発生時における 迅速かつ円滑な病床確保が 担保されることから、この指標を 選定。	感染症指定医療機関及び流 行初期医療確保措置対象医 療機関全てが感染症危機訓 練に参加し、受入体制の強化 に取り組むことを目指し、目標 値を設定。	埼玉県 5 か年計画との整合を 図るため、指標「感染症専門 研修受講者数」からの変更。	感染症対策課
目標値 見直し	3-3-1	訪問看護ステーションに 従事する訪問看護職員 数	3,280人	令和4年 (2022年)度	4,005人 4,300人	令和8年 (2026年)度 令和10年 (2028年)度	5,352人	令和10年 (2028年)度	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	目標達成状況を踏まえた目標 値の変更。	第9期埼玉県高齢者支援計 画を基に令和22年（2040 年）の訪問看護職員必要数 を算出し、令和10年の必要数 を目標値に設定した。		医療人材課
目標値 見直し	3-3-1	在宅患者に対応するか かりつけ薬局の割合	46.2%	令和7年 (2025年)度	49.0%	令和11年 (2029年)度			保険薬局のうち在宅薬学総合 体制加算の届出をしている薬 局の割合	在宅医療の需要が増えることが 見込まれる中、在宅患者が適 切に薬学的管理や指導を受け られることが重要であることから、 この指標を選定。	県内保険薬局の半数以上が 在宅患者に対応するかかりつけ 薬局として地域での役割・機能 を果たすことを目指し、目標値 を設定。	埼玉県 5 か年計画との整合を 図るため、指標「地域連携薬 局の認定を取得した薬局数」か らの変更。	薬務課
新たに 追加	3-3-1	人生の最終段階におけ る医療やケアについて話 し合ったことがある人の 割合（再掲）	33.1%	令和7年 (2025年)度	43.0%	令和11年 (2029年)度			人生の最終段階における医療 やケアについて家族等や医療介 護関係者と話し合ったことがあ る人の割合	人生の最終段階における医療 やケアについて家族等や医療介 護関係者と話し合っていただ く必要があることから、話し合っ たことがある人の割合を新たな指 標として設定。	2040年度（令和22年度） の推計値を設定し（70％）そ れを最終目標として令和11年 度の目標値を設定。		医療整備課
目標値 見直し	4-1	医療施設（病院・診 療所）の医師数	13,863人	令和6年 (2024年)度	16,343人	令和8年 (2026年)度	16,367人	令和11年 (2029年)度	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	国が示す医師偏在指標が更 新されたことから、次期計画期 間に合わせた新たな目標値を 設定するため。	国ガイドラインに基づき、計画終 了時点の医師偏在指標が全 国順位の低位1/3に達する水 準の医師数を設定。		医療人材課
目標値 見直し	4-1	専攻医の採用数	1,219人	令和6年(2024 年)度から令和8 年(2026年)度 の累計	1,670人	令和4年(2022 年)度から令和8 年(2026年)度 の累計	1,314人	令和9年(2027 年)度から令和11 年(2029年)度の 累計	計画期間における県内専門研 修基幹施設病院で採用された 専攻医の累計人数	次期計画期間に合わせた新た な目標値を設定するため。	専攻医採用数を令和7年度 の臨床研修医採用者数と同数 にすることを旨として設定。	「専攻医」に名称が統一された ため、指標名を「専攻医（後 期研修医）の採用数」から変 更する。	医療人材課
目標値 見直し	4-2	就業看護職員数	69,532人	令和4年 (2022年)度	79,802人	令和8年 (2026年)度	80,204人	令和10年 (2028年)度	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	当初設定していた目標値の達 成基準時点に達したため。	『「2040年を見据えた社会保 障の将来見通し（議論の素 材）」に基づくマンパワーのシミュ レーション』2018年5月21日 厚生労働省）の「現状投影 ベース」等に基づく看護職員の 需要推計に埼玉県の看護職員 の構成割合を掛け合わせて 算出したもの。		医療人材課

区分	部-章-節	指標名	現状値		目標値		新たな目標値		指標の定義	新たな指標の選定理由 ／目標値変更の理由	目標値の根拠	備考	所管課
			現状値	左記の 基準時点	目標値	左記の 基準時点	目標値	左記の 基準時点					
目標値 見直し	4-2	看護師の特定行為研 修修了者	113人	令和5年 (2023年)3月	610人	令和11年 (2029年)度	899人	令和10年 (2028年)度	県内に就業する看護師の特定 行為研修修了者数	目標達成状況を踏まえ、当初 の目標値の根拠について、病 院においては、同一勤務帯に 複数名配置されていることを想 定した積算方法に見直した。 特定行為研修修了者数の集 計について、より精緻な集計の ため、採用データを衛生行政報 告例に変更。同調査が隔年実 施（偶数年度）のため、目標 基準時点を令和10年度に変 更。	厚労省が示す目標値の算出 例である、①在宅・慢性期領 域の就業者数、②新興感染 症等の有事に対応可能な就業 者数を参考とし、目標値設定 にあたって用いるデータは、県内 病院、訪問看護ステーションに おいて既に算定している診療報 酬の所定点数、加算の項目を 設定。（令和8年5月時点）① は119人②は日勤2人、準夜 勤1人、深夜勤1人配置とし、 195病院×4人＝780人、①＋ ②＝899人		医療人材課
目標値 見直し	4-2	訪問看護ステーションに 従事する訪問看護職 員数（再掲）	3,280人	令和4年 (2022年)度	4,005人 4,300人	令和8年 (2026年)度 令和10年 (2028年)度	5,352人	令和10年 (2028年)度	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	目標達成状況を踏まえた目標 値の変更。	第9期埼玉県高齢者支援計 画を基に令和22年（2040 年）の訪問看護職員必要数 を算出し、令和10年の必要数 を目標値に設定した。		医療人材課

埼玉県地域保健医療計画（第8次）の中間見直しについて

見直しスケジュール



埼玉県地域保健医療計画（第8次）の中間見直しについて

○見直し方針

① 医療法に基づく見直し

医療法で3年ごとの見直しが定められている在宅医療、医師確保、外来医療計画等について、新たな指標設定やガイドラインを踏まえた見直し

② 基準病床数・必要病床数の見直し

医療圏毎の基準病床数を再算定を検討するとともに、病床整備の方針を議論するため、地域医療構想で算定する必要病床数を記載

③ 計画策定後の状況変化に伴う見直し

組み込まれている個別計画等を踏まえた見直し

④ 他計画との整合を図るための見直し

埼玉県5か年計画や埼玉県高齢者支援計画等との整合性を図るための見直し

⑤ 目標達成状況を踏まえた見直し

目標値を達成した指標や取組の方向性を見直し 等

○全体構成

8次計画(前期)

- 第1部 基本的な事項
- 第2部 暮らしと健康
- 第3部 医療の推進

第4部 地域医療構想

- 第5部 医療従事者の確保
- 第6部 医療費適正化計画

8次計画(後期)

- 第1部 基本的な事項
- 第2部 暮らしと健康
- 第3部 医療の推進

- 第4部 医療従事者の確保
- 第5部 医療費適正化計画

地域医療構想

【経過措置】
R9.4以降、
新たな構想
の策定まで
暫定的に取
組を継続

○見直し内容

1 基本的な事項

計画期間 令和11年度まで（R9年度からR11年度までの取組等を見直し）

基準病床数 病床整備の考え方を記載し、**必要病床数を更新（2025→2040）**。
基準病床数の算出方法については国に確認中。

2 暮らしと健康

ライフステージに応じた健康づくりとQOLの向上

▶ 健康づくり対策

指標の見直し（5か年計画との整合性）

【指標】健康寿命（65歳から要介護2以上になるまでの期間）

【指標】日常生活に制限のない期間の平均（年）

新【指標】日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）

現状値：〔R5〕 男79.7年、女84.1年

目標値：〔R11〕 男79.8年、女84.1年

▶ 親と子の保健対策

国のプレコンセプションケア推進5か年計画に基づき、プレコンセプションケアの推進に係る取組としてプレコンサポーター等についての記載を追加

▶ 人生の最終段階における医療

新指標の設定

新【指標】人生の最終段階において望む医療やケアについて話し合ったことがある割合

※ 在宅医療の推進に「再掲」

現状値：〔R7〕 33.1%

目標値：〔R11〕 43.0%

▶ 安全な食品の提供

指標の見直し（５か年計画との整合性）

【指標】食品関連事業所における製品等の自主検査実施率

新【指標】人口１０万人当たりの食中毒事件患者数
現状値：〔Ｒ７〕 ５．０人
目標値：〔Ｒ１１〕 ４．１人

３ 医療の推進

疾病ごとの医療提供体制等の整備

▶ がん医療

指標の見直し（５か年計画との整合性）

【指標】がん検診受診率（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん）

新【指標】がんによる年齢調整死亡率（人口１０万対）
現状値：〔Ｒ６〕 ６４．７
目標値：〔Ｒ１１〕 ６１．７

▶ 精神疾患医療

埼玉県認知症施策推進計画と整合を図るため、認知症ケアの記載を更新

指標の見直し（障害者支援計画との整合性）

【指標】精神病床における入院後３か月時点の退院率

新【指標】退院患者の精神病床への３０日以上再入院率（退院後９０日時点）
現状値：検討中（障害者支援計画と整合）
目標値：検討中

指標の時点更新

【指標】自殺死亡率（人口１０万人当たり）
目標値：〔Ｒ８〕 １２．６以下
⇒ 〔Ｒ１１〕 １２．６以下（５か年計画と整合）

【指標】精神病床における慢性期（１年以上）入院患者数
目標値：〔Ｒ８〕 ５，３４９人
⇒ 〔Ｒ１１〕 検討中（障害者支援計画と整合）

【指標】かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数
目標値：〔Ｒ８〕 ２，３００人
⇒ 〔Ｒ１１〕 検討中（認知症施策推進計画と整合）

事業ごとの医療提供体制の整備

▶ 災害時医療

指標の目標値上方修正 ※Ｒ８時点で既に達成（７３．３％）

【指標】病院のＢＣＰ策定率
目標値：〔Ｒ１１〕 ６５％
⇒ 〔Ｒ１１〕 ９０％

▶ 感染症医療

国の「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」の改正等に伴う更新（本庁への統括保健師配置等）

指標の見直し（５か年計画との整合性）

【指標】感染症専門研修受講者数

新【指標】新興感染症への早期対応のため受入体制強化に取り組む医療機関の割合（病床ベース）
現状値：〔Ｒ７〕 １５．６％
目標値：〔Ｒ１１〕 ７０．０％

*１ 感染症指定医療機関及び流行初期医療確保措置対象医療機関の確保病床のうち、感染症危機訓練に参加し受入体制強化に取り組む医療機関の確保病床の割合。

在宅医療の推進

国の「在宅医療の体制構築に係る指針」の改正等に伴う更新（ＢＣＰ策定支援）

指標の目標値上方修正 ※Ｒ６時点で既に達成（４，９９２人）

【指標】訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数
※ 医療従事者等の確保に関する事項に「再掲」
目標値：〔Ｒ１０〕 ４，３００人
⇒ 〔Ｒ１０〕 ５，３５２人

指標の見直し（５か年計画との整合性）

【指標】地域連携薬局の認定を取得した薬局数

新【指標】在宅患者に対応するかかりつけ薬局の割合 *２
現状値：〔Ｒ７〕 ４６．２％
目標値：〔Ｒ１１〕 ４９．０％
*２ 保険薬局のうち在宅薬学総合体制加算の届出をしている薬局の割合

4 医療従事者の確保等

医師の確保に関する事項（医師確保計画）

国から示された医師確保計画策定ガイドラインに基づく医師確保計画の見直し

- ・ 医師偏在指標に基づく目標医師数の算出
- ・ 医師確保のための施策に関する記載の更新（医学生向け奨学金制度、研修医向け研修資金制度、自治医大卒業医師の派遣、臨床研修医の県内誘導）
- ・ 医師のキャリア形成と就業環境の支援に関する記載の更新
- ・ 地域医療提供体制確保のための医師確保に関する記載の更新（寄附講座等）
- ・ 特定診療科・準特定診療科の医師確保に関する記載の更新
- ・ 医師偏在是正プランに関する記載の追加

指標の時点更新

【指標】医療施設（病院・診療所）の医師数

目標値：〔R8〕 16,343人
⇒ 〔R11〕 16,367人 *3

*3 国ガイドラインに基づき、医師偏在指標が下位1/3に達するために必要な医師数に変更。

【指標】専攻医の採用数 ※名称変更（現在の指標名「専攻医（後期研修医）の採用数」）

目標値：〔R4からR8の累計〕 1,670人
⇒ 〔R9からR11の累計〕 1,314人

医療従事者の確保に関する事項

▶ 薬剤師の確保

県全体の薬剤師数の底上げとともに病院薬剤師の増加を図るため、薬剤師確保に必要な施策を定めた薬剤師確保計画を組み込む。

- ・ 未来の薬剤師育成
- ・ 薬剤師の復職・転職支援
- ・ 薬剤師の離職防止・定着支援

▶ 看護師の確保

指標の時点更新

【指標】就業看護職員数

目標値：〔R8〕 79,802人
⇒ 〔R10〕 80,204人

指標の目標値上方修正 ※最新値（R6：445人）を踏まえた上方修正

【指標】看護師の特定行為研修修了者

目標値：〔R11〕 610人
⇒ 〔R10〕*4 899人

*4 国の取り扱いに合わせ、採用データを衛生行政報告例に変更。
同調査が隔年実施（偶数年度）のため、目標基準時点を令和10年度に変更。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（外来医療計画）

外来医師偏在指標に係るデータ集の数値を更新。

かかりつけ医機能確保に関する事項 追加

令和7年4月に開始した「かかりつけ医機能報告制度」に関する記載を追加。

5 医療費適正化計画

▶ 医療の効率的な提供の推進

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針に基づき、地域の医療従事者及びその関係団体の参加のもと設置する「**地域フォーミュラリ**」の策定に向けて検討する場」について追記。

地域医療構想

令和7年12月の医療法改正により、**令和9年4月から都道府県は医療計画の上位概念として地域医療構想を定める**こととされており、現在、2040年を見据えた新たな地域医療構想の策定を進めている。

他方、改正医療法の附則の規定により、**新たな地域医療構想の策定までは、地域医療構想に関する規定の施行日である令和9年4月1日より前に策定された地域医療構想を暫定的に継続し、取組を継続することとされている。**

このため、これまで第4部に掲載していた現行の埼玉県地域医療構想を、本計画の巻末に掲載することとし、その取組を引き続き推進する。