

---

## 必要な医療が受けられる社会へ

---

全国的な医師不足、看護師不足により本県においても地域の医療提供体制に不安が生じています。地域の病院の診療科が閉鎖され、離れた医療機関を受診せざるを得なくなったり、診療日が少なくなって待ち時間が長くなるなどの影響が指摘されています。そのような状況の中、地域医療を守るための最優先の課題は、人の命にかかわる救急医療の確保です。救急医療が確実に確保されるよう医師の育成、派遣等を進めるとともに、限られた医療資源を有効に活用するため、医療機関の機能分担・連携体制を構築することが必要です。

また産科医不足や少子化に対応するため、周産期医療を確保することも重要な課題です。特に高齢出産の増加等によりハイリスク出産が増えていると言われており、その受入体制の充実強化は喫緊です。

一方、県民の死亡原因の第1位であるがん（悪性新生物）も、医療体制の充実が強く求められている分野です。県民が等しく質の高いがん診療を受けることができるようにするとともに、がんの治療をしながら日常生活が送れるよう、緩和ケア体制や相談体制の充実を図ることが大切です。

さらに今後の超高齢社会において、高齢者が住み慣れた自宅などで最期まで安心して生活できるようにするため、医療と福祉が連携した在宅医療の提供体制の確保・充実が求められています。

なお、一定の医療資源の中で質の高い医療サービスを今後とも実現していくためには、県民一人ひとりが、地域医療は自ら支え、守るものであるという意識を持ち、自身の健康管理に努めるとともに、不必要な時間外受診を控えるなど、医療従事者の負担を軽減する取組を率先して行うことも重要です。

## < 施策体系 >

### 1 医療従事者の確保

医師を始めとした医療従事者の確保を図るとともに、限られた医療資源の有効活用を図ります。

### 2 救急医療体制の整備

365日24時間、緊急性の高い疾患に常に対応可能な救急医療体制を確保し、県民の命を守ります。

### 3 安心して出産・子育てができる医療体制の確保・充実

安心して子どもを産み育てられる医療体制を整備するとともに、子どもを対象とした医療の充実を図ります。

### 4 がん医療体制の充実

質の高いがん診療が各地域で等しく受けられるよう、地域格差の是正を図り、最先端のがん治療から緩和ケアまで必要な医療を受けられる体制の充実を図ります。

### 5 在宅医療の推進

住み慣れた家（地域）で必要な医療が受けられるよう、地域の実情に応じた在宅医療システムの構築を推進します。

# 1 . 医療従事者の確保

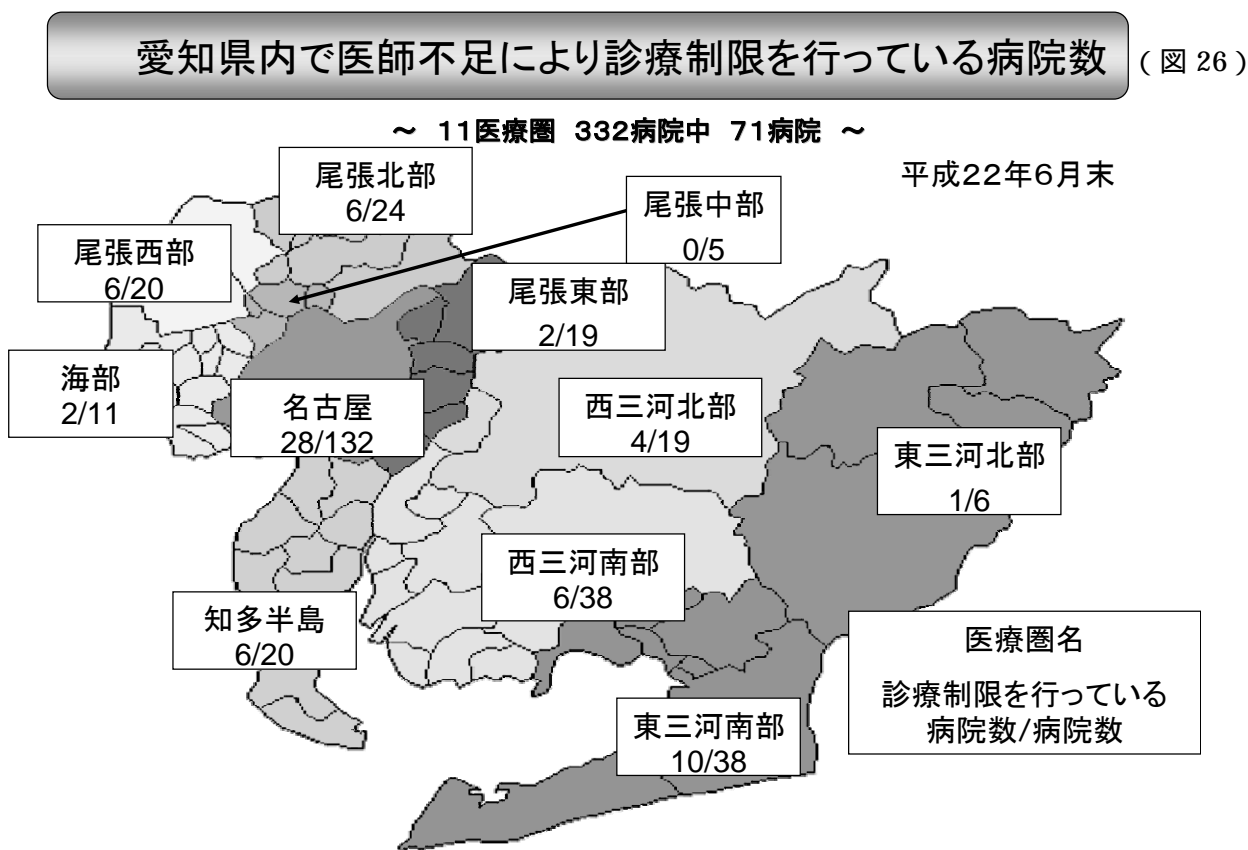
## 【課題と方向性】

### ( 医師不足 )

高齢化の進展、医療技術の高度化などに伴い、医師を始めとする医療従事者の需要は増していますが、それに見合う供給がなされておらず、医療従事者の不足が深刻な問題となっています。

特に、病院勤務医に関しては、従来、地域の公立病院等には大学医学部の各診療科医局が医師を派遣していましたが、平成 16 年度（2004 年度）から必修化された新医師臨床研修制度を契機に、臨床研修先として一般的な症例の多い都会の大病院に研修医が集中し、逆に大学医局が敬遠され、医局への入局者が減少する事態となりました。このことにより医局の医師派遣機能が低下し、地域の公立病院等の医師確保に支障が生ずるようになりました。

これに伴い、平成 22 年（2010 年）6 月現在で県内の 21.4% の病院において診療科の閉鎖や診療日数の縮小などの診療制限が行われています。



( 医学部定員の増及び医療資源の有効活用 )

こうした状況の中、国は平成 20 年度 ( 2008 年度 ) 以降、医師養成数の増加に取り組んでおり、県内の大学医学部の定員も平成 20 年度 ( 2008 年度 ) の 380 名から平成 22 年度 ( 2010 年度 ) には 422 名に増員されましたが、入学した学生が 1 人前の医師として活躍するにはおよそ 10 年かかると言われており、それまでの間は限られた医療資源をより有効に活用することが重要であり、県内の大学医学部と連携した医師の育成・派遣体制を構築していくとともに、離職者への再就業支援などを推進する必要があります。

( 愛知県内の大学医学部入学定員の推移 ) ( 表 8 )

募集定員	名古屋 大 学	名古屋 市立大学	愛知医科 大 学	藤田保健 衛生大学	計
平成 20 年度	100	80	100	100	380
平成 21 年度	108	92	105	110	415
平成 22 年度	112	95	105	110	422

( 病院勤務医の負担軽減 )

一方、夜間・休日における患者の集中などにより病院勤務医は過重労働となり、厳しい勤務環境に耐えかねて離職する医師もあり、残された病院勤務医に更に負担がかかるという悪循環が生じているため、早急に病院勤務医の負担軽減や処遇改善を図る必要があります。

( 臨床研修医の募集定員 )

新医師臨床研修制度については、国が平成 20 年度 ( 2008 年度 ) に都道府県ごとに募集定員の上限を設けるなどの見直し案を発表しました。これによると、本県の研修医採用者数は大幅に減少することが見込まれたため、国に要望を行った結果、一定の経過措置が盛り込まれ、ほぼ従来どおりの研修医を確保できることとなりましたが、今後も従来どおりの研修医数が確保できるよう、経過措置の継続等を国に働きかける必要があります。

( 女性医師が働きやすい職場環境の整備 )

近年、医師全体に占める女性医師の割合が増加していますが、出産・育児等による離職後の職場復帰について、医療の日々の進歩についていけるかという本人の不安や、職場における育児支援制度の不十分さなど、復帰を難しくする要因が数多くあり、それが医師不足に一層の拍車をかけています。このため、院内保育や短時間勤務制の導入など、女性医師の働きやすい環境を整備することが求められています。

(看護職員確保対策の推進)

急速な少子高齢化の進展や医療技術の進歩などにより、医療現場の安全・安心を支え、患者のニーズに応じた看護を提供する看護職員の役割は、ますます重要となり、看護職員の資質の向上とともに、看護職員の確保が一層求められています。一方で少子化の影響から看護師等学校養成所からの新卒就業者の伸びが期待できない状況になっています。このため、資格を持ちながら看護業務に従事していない方の再就業支援や離職防止対策を推進する必要があります。

【県の主要な取組】

地域医療に従事する医師のうち、特に志望者が少なく不足している救急医療及び周産期医療を担う医師を養成するため、医学部を有する大学に寄附講座を設置して医学部学生の教育を行うとともに、大学に指導医を配置し、卒業して間もない若手医師に対して、広く地域医療を担うために必要となる知識・技術の修得を目的とした教育の実施を促進します。

毎年、県内大学医学部の入学者のうち、地域医療を志す学生 10 名に奨学金を貸与し、将来的に地域医療を担う医師を確保します。

医療圏ごとに設置した「地域医療連携検討ワーキンググループ」で地域の医療課題や医療連携のあり方について協議し、その協議結果について全県を対象として設置した「地域医療連携のための有識者会議」において検討し、必要な助言・提言を行います。また、へき地の医療機関相互の機能分担・連携のあり方や医師の派遣体制についても検討を進めるとともに、へき地診療所を支援するため、へき地医療支援システムの充実を図っていきます。

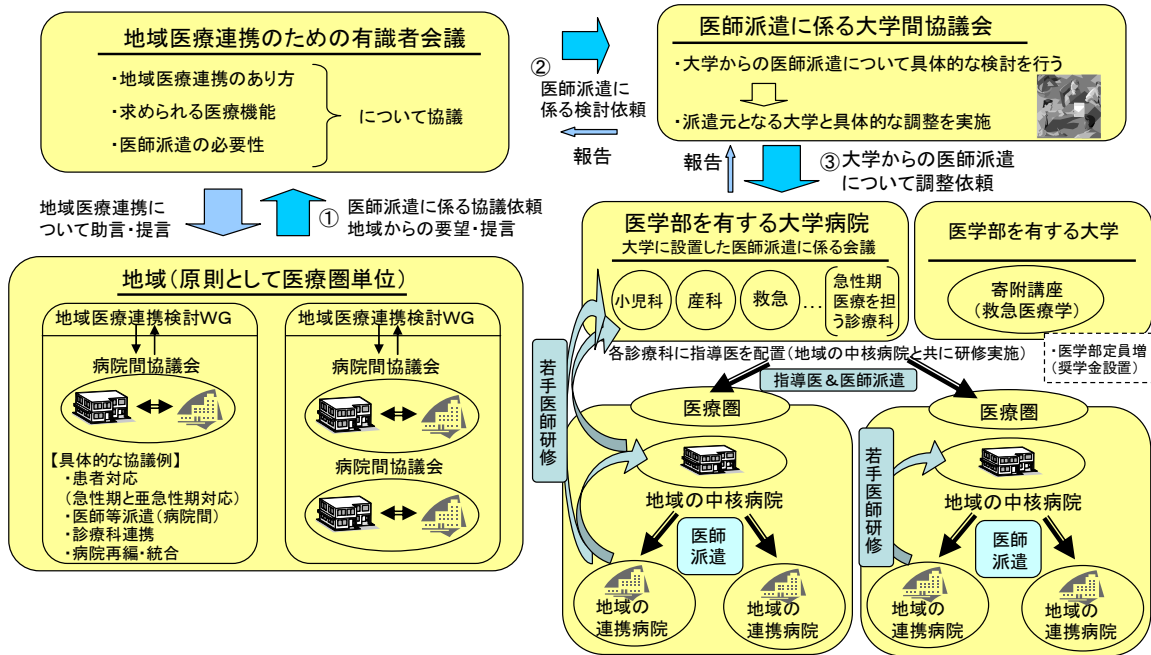
さらに、地域医療の確保のために必要と位置づけられた病院に医師を継続的に派遣するため、県内の医学部を有する 4 大学を構成員とする「医師派遣に係る大学間協議会」において、具体的な調整を行うシステム（「愛知方式」による医師派遣体制）を構築します（図27）。

勤務条件の緩和、複数主治医制の導入、女性医師のキャリア形成に関する相談窓口の設置など、女性医師を始めとした医療従事者が働きやすい環境の整備についてのモデル事業を実施し、その評価・検証の結果、効果的と考えられる取組については、他の医療機関へ情報提供を行い、その普及に努めます。

看護職員の再就業に必要な知識や技術の修得を図る看護職カムバック研修を実施するとともに、新人看護職員研修の実施促進やこれらの研修体制が整わない中小病院に対し出張研修を行うなど、院内教育体制を支援することにより看護職員の早期離職の防止及び定着促進を図ります。

# 地域医療再生のための「愛知方式」医師育成・派遣体制の構築

(図 27)



## 2 . 救急医療体制の整備

---

### 【課題と方向性】

#### ( 救急医療体制の確保 )

平成 21 年 ( 2009 年 ) に実施した県政モニターアンケートでは、福祉や医療で今後充実させるべき施策として「緊急時に必要な医療を受けることができるよう、救急医療の確保」を挙げる意見が多くあり、県民の重要関心事となっています。

救急医療は住民の生命に直結しており、地域において安心して生活を送るためには、救急医療体制の確保が最大の課題と考えられます。このため、救急医療機関の機能の充実を図るとともに、医療機関の機能分担と相互連携による、効率的で適確な医療体制の構築を進める必要があります。

#### ( 入院救急医療の推進 )

入院救急医療 ( 入院治療を必要とする救急医療 ) については、特に緊急性の高い疾患 ( 脳卒中、心筋梗塞、意識障害を伴う多発性傷害、急性消化管出血 ) に関し 365 日 24 時間、確実に対応できる体制を確保する必要があります。

その一方で、本来、緊急性の高い疾患に対応すべき病院 ( 救命救急センター等 ) の時間外外来に軽症患者が集中することにより、重篤な救急患者の受入れが制限され、本来の救急医療機関としての機能が阻害されるとともに、救急医療に従事する病院勤務医の負担が過重になることで、医師が救急医療の現場を敬遠するおそれがあることから、さらなる病院勤務医の不足も懸念されます。このため、緊急性の高くない疾患については、二次輪番制参加病院や救急告示病院等の医療機関で対応するよう、医療機関相互の機能分担・連携を図ることが極めて重要となります。

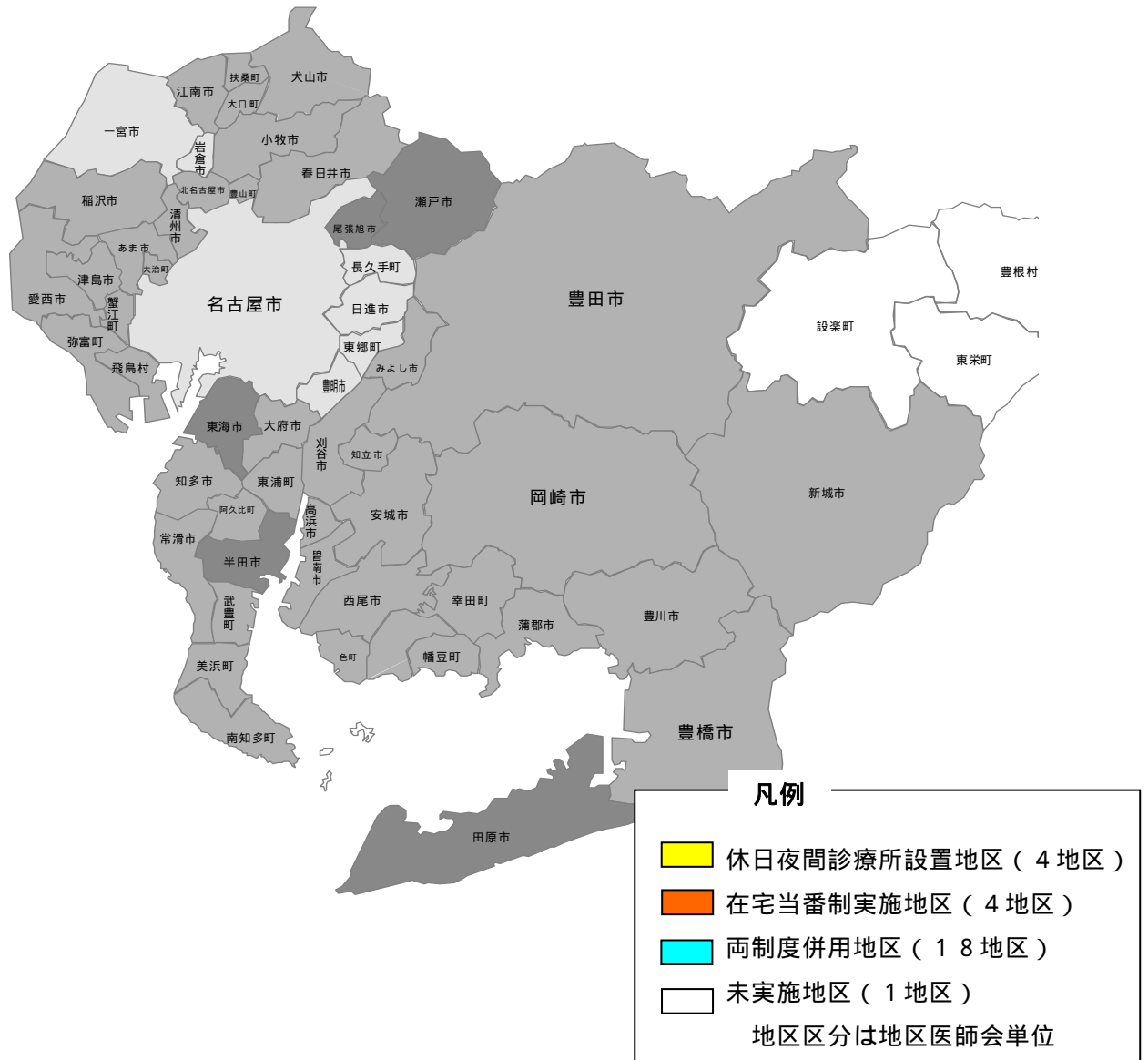
#### ( 外来救急医療機能の充実 )

外来救急医療 ( 患者が自ら医療機関に赴き通常の診察時間外に受診するもの ) については、「救急医療は地域全体で支える」という共通認識のもと、実情に応じて地域の医師会等が中心になって対応する必要があります。

地区医師会においては、従来から在宅当番医制 ( 診療所が交替で時間外診療を実施 ) または休日夜間診療所において外来救急に対応していますが、患者の受診しやすさを考慮すると、休日夜間診療所による診療及び、病院の時間外外来において地域の開業医が協力して診察を行うなどの定点化 ( 決まった場所での診療 ) が望ましいと考えられます。

平成 22 年 ( 2010 年 ) 9 月時点では県内 27 地区 ( 地区医師会単位 ) のうち休日夜間診療所での対応が 22 地区 ( 在宅当番医制との併用地区含む ) となっており、今後、定点化のさらなる推進による外来救急医療機能の充実が求められています。

第1次救急医療体制図（平成22年9月1日）（図28）



（プライマリ・ケアの推進）

健康で安心な生活を送るためには、身近な医療機関で適切な医療を受けることができ、疾病の継続的な管理や予防のための健康相談等を含めた包括的な医療（プライマリ・ケア）を受けられることが大切です。プライマリ・ケアの機能を担うのがかかりつけ医であり、地域の診療所の医師が当たります。そして、県民一人ひとりが日ごろから症状が見られたときに、早目にかかりつけ医に診療時間内に受診をすることが、重症化させないためにも、また救急医療体制の確保のためにも重要となっています。

【県の主要な取組】

入院救急医療については、地域（原則医療圏）ごとに緊急性の高い疾患に365日24時間対応可能な医療機関を複数設置できる体制を確保するため、現在1か所のみ



の地域においては整備を促進するとともに、複数確保されている地域にあっては、その維持を図ります。

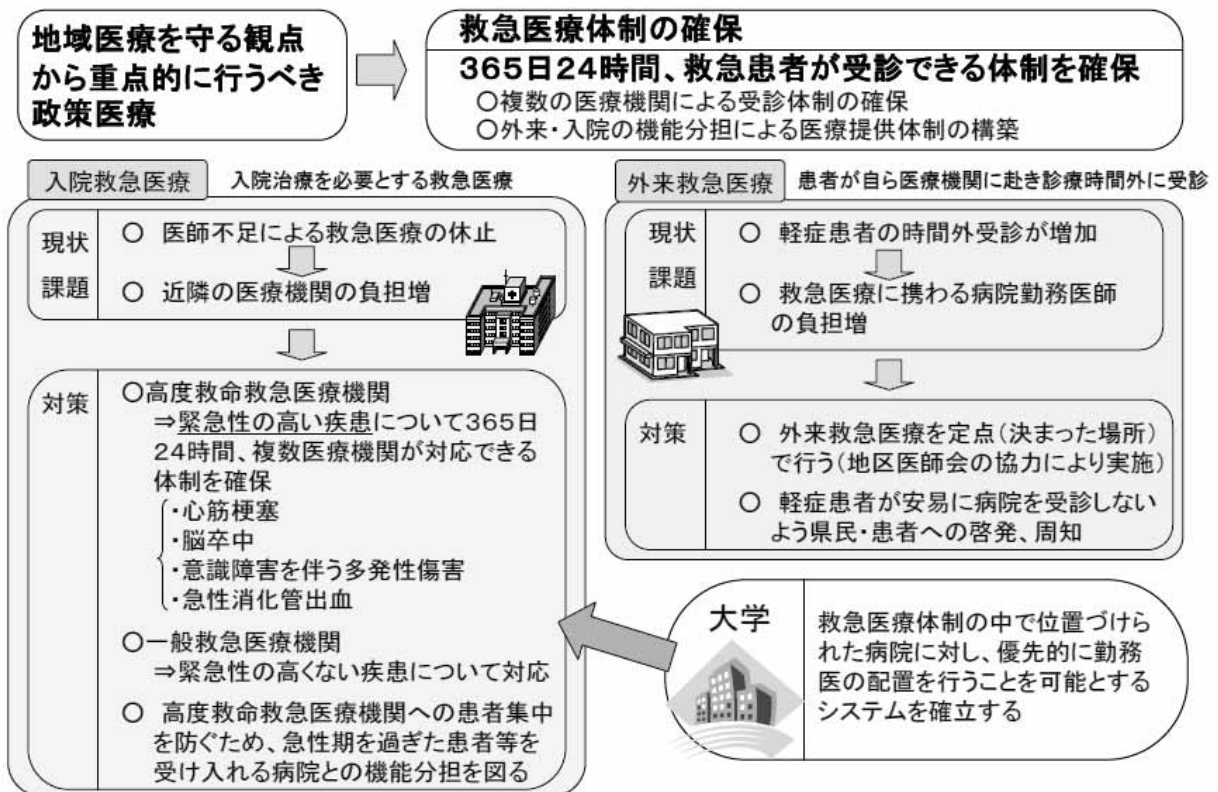
外来救急医療については、いわゆる「コンビニ受診」など、軽症患者が病院外来に集中することのないよう、県民への意識啓発を行うとともに、地域の医師会等の協力により、休日夜間診療所等において時間外患者の対応を行うことにより、軽症患者の病院への集中を防ぎます。

消防法第 35 条の 5 に基づく「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定し、その適切な運用を行うことにより、救急搬送における受入医療機関の選定困難事案の発生(いわゆる「たらい回し」)を減らすとともに、医学的観点から質の高い、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制をつくることを目指します。

東三河北部医療圏の救急医療の確保を図るため、東三河南部医療圏の医療機関との連携を進め、新城市民病院の病床の一部を豊川市民病院に移設し、東三河北部医療圏の救急患者に対応するとともに、救急車による搬送に時間を要する山間へき地については、ドクターヘリ及び防災ヘリの活用並びに救急搬送ヘリポートの整備により救急搬送時間の短縮を図ります。

## 救急医療体制整備の考え方

( 図 29 )



### 3 . 安心して出産・子育てができる医療体制の確保・充実

---

#### 【課題と方向性】

##### (産科医及び分娩実施医療機関の不足)

医師の中でも特に産科医の不足は深刻で、医師不足のため診療制限している診療科では産婦人科が最も割合が高くなっており(表9)、分娩を実施する医療機関数も減少しています(平成19年度(2007年度)169か所 平成22年度(2010年度)156か所)。このため、地域で安心して子どもを産み育てることができるよう周産期医療体制の確保、充実を図る必要があります。

##### (ハイリスク管理専用病床の必要性)

出生数に占める低体重児の割合は10年前と比較して増えていますが(表10、図30)、高齢出産の増加などがその原因の一つとされています。ハイリスク出産の危険度の高い妊産婦や低体重児はMFICU(母体・胎児集中治療管理室)やNICU(新生児集中治療管理室)などの専用病床においてハイリスク管理をする必要があります。このため、周産期母子医療センターの整備及び機能強化を通じてMFICUやNICUなどの専用病床を増加させるとともに、NICUの長期滞在児の後方支援病床となる重症心身障害児施設の整備を図ることが必要です。

##### (救急医療と周産期医療の連携の強化)

安心・安全な出産のためには、切迫流産や妊娠高血圧症候群などの合併症を併発するリスクのある妊産婦の受入体制の充実強化も図る必要があります。そのためには救急医療と周産期医療の連携を図ることが重要となります。特に、脳卒中や心筋梗塞など、重篤な合併症を併発した妊産婦の対応のため、救命救急センターや周産期母子医療センターを中心に、救急医療部門と周産期医療部門及びその関係部門(脳神経外科、心臓血管外科等)の連携により万全の対応を図ることが必要です。

##### (小児救急病床の不足)

子どもの重症患者については、成人に比べて症状の把握が困難であり、治療においても小児専門の設備やスタッフの配置などが必要とされていますが、大人のICU(集中治療室)や小児科の一般病床が使用されているのが現状です。このため、小児の救急治療を専門に行うPICU(小児集中治療室)の整備を図ることが必要です。

(表9) 医師不足のため診療制限している病院(上位3科)(平成22年6月 愛知県調査)

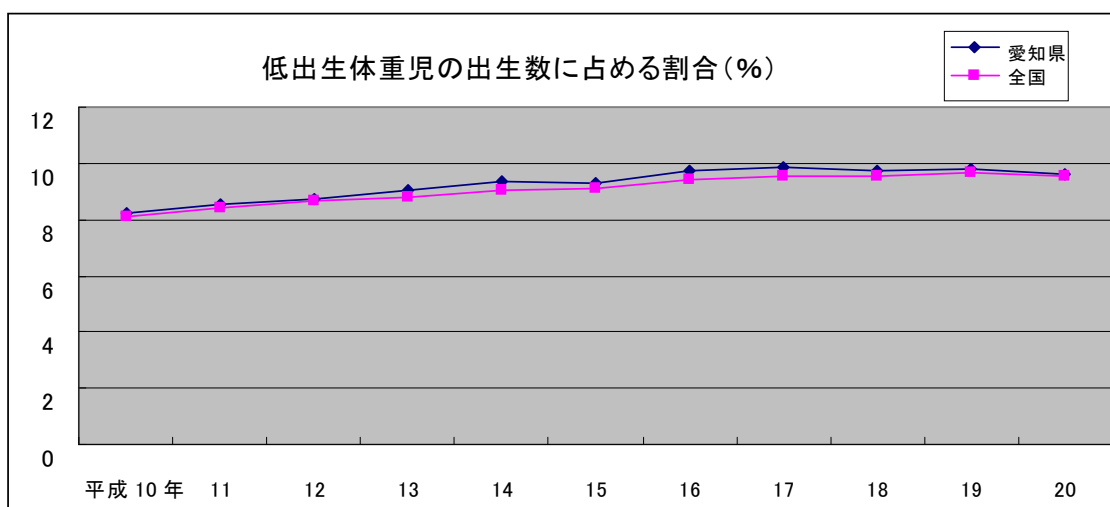
診療科	病院数(構成比)
産婦人科	15 / 69 (21.7%)
小児科	18 / 133 (13.5%)
精神科	13 / 102 (12.7%)

注) 診療制限している病院数 / 当該診療科を標榜する病院総数

(表10) 出生数、低体重児数及びその割合

		H10年	H11年	H12年	H13年	H14年	H15年	H16年	H17年	H18年	H19年	H20年
愛知県	出生数	75,206	73,738	74,736	73,057	71,823	70,126	70,417	67,110	69,999	70,218	71,029
	低体重児	6,200	6,317	6,537	6,590	6,738	6,526	6,845	6,626	6,805	6,884	6,816
	割合(%)	8.2	8.6	8.7	9.0	9.4	9.3	9.7	9.9	9.7	9.8	9.6
全国	出生数	1,203,147	1,177,669	1,190,547	1,170,662	1,153,855	1,123,610	1,110,721	1,062,530	1,092,674	1,089,818	1,091,156
	低体重児	97,612	99,163	102,888	102,881	104,314	102,320	104,832	101,272	104,559	105,164	104,479
	割合(%)	8.1	8.4	8.6	8.8	9.0	9.1	9.4	9.5	9.6	9.6	9.6

厚生労働省「人口動態統計」



(図30)

【県の主要な取組】

「周産期医療体制整備計画」(平成23年3月策定)に基づき、ハイリスク分娩に対応するため、MFICUを備えた総合周産期母子医療センターについて、名古屋・尾張地区及び東三河地区における整備を推進します。

ハイリスク新生児に対応するため、出生数1万人当たり25床程度を目標にNICUの

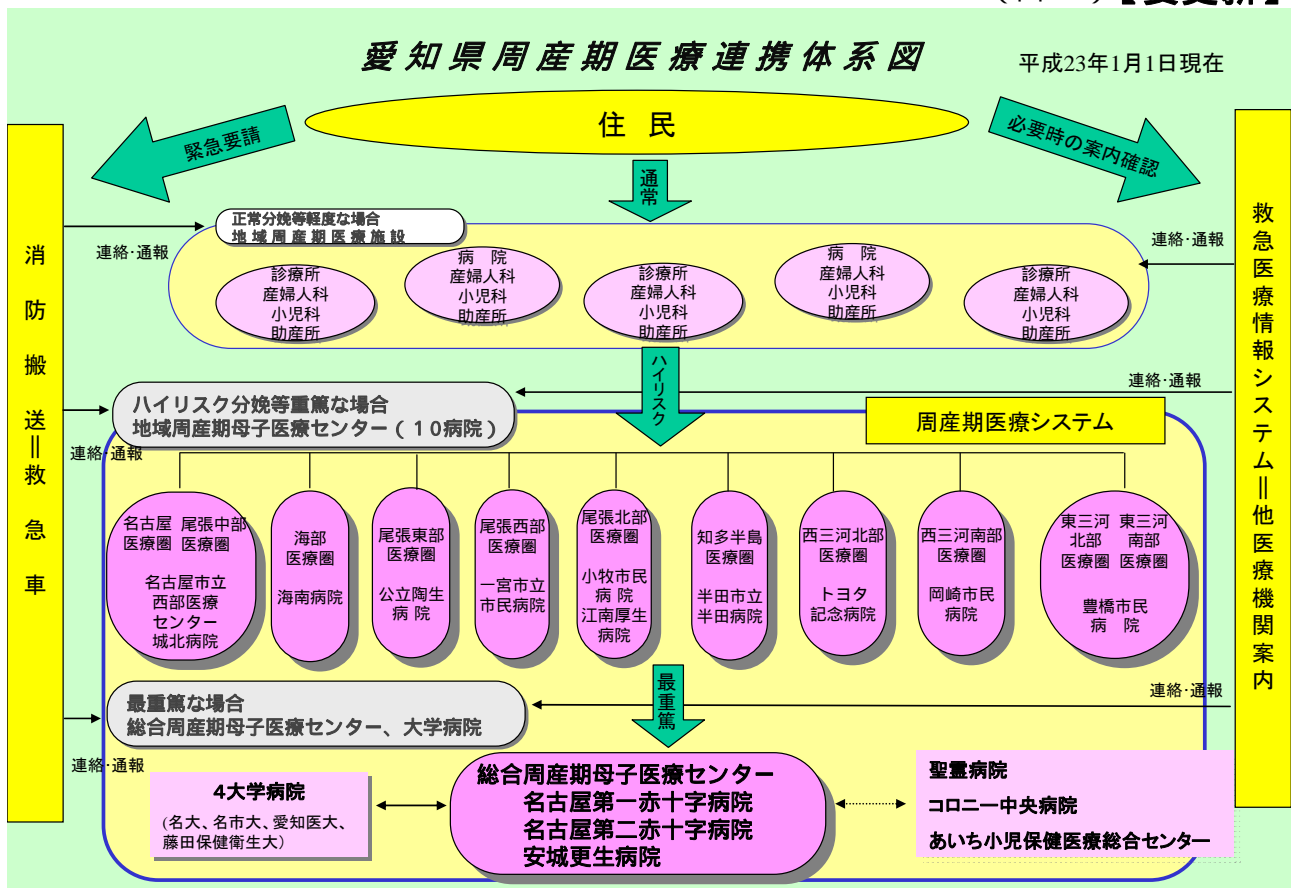
整備を推進するとともに、NICU の長期滞在児に対応するための重症心身障害児施設の整備を促進します。

分娩数の多い尾張地区及び分娩に対応できる施設の少ない三河地区において、それぞれ地域の中核病院 1 か所に助産師を活用したバースセンターの整備を図ります。

東三河北部医療圏には分娩を取り扱う医療機関がなく、東三河南部医療圏においても産科医の絶対数が不足しているため、東三河地区の産科医確保に向けた調整を行うとともに、限られた産科の医療資源を有効に活用するため、豊橋市民病院内に設置した病診連携室において、各医療機関における分娩受入可能数を把握し、分娩希望者や医療機関への情報提供を行う取組を支援します。

小児救急に対応するため、PICU の整備（1 か所以上）を促進します。

（図 31）【要更新】



## 4 . がん医療体制の充実

### 【課題と方向性】

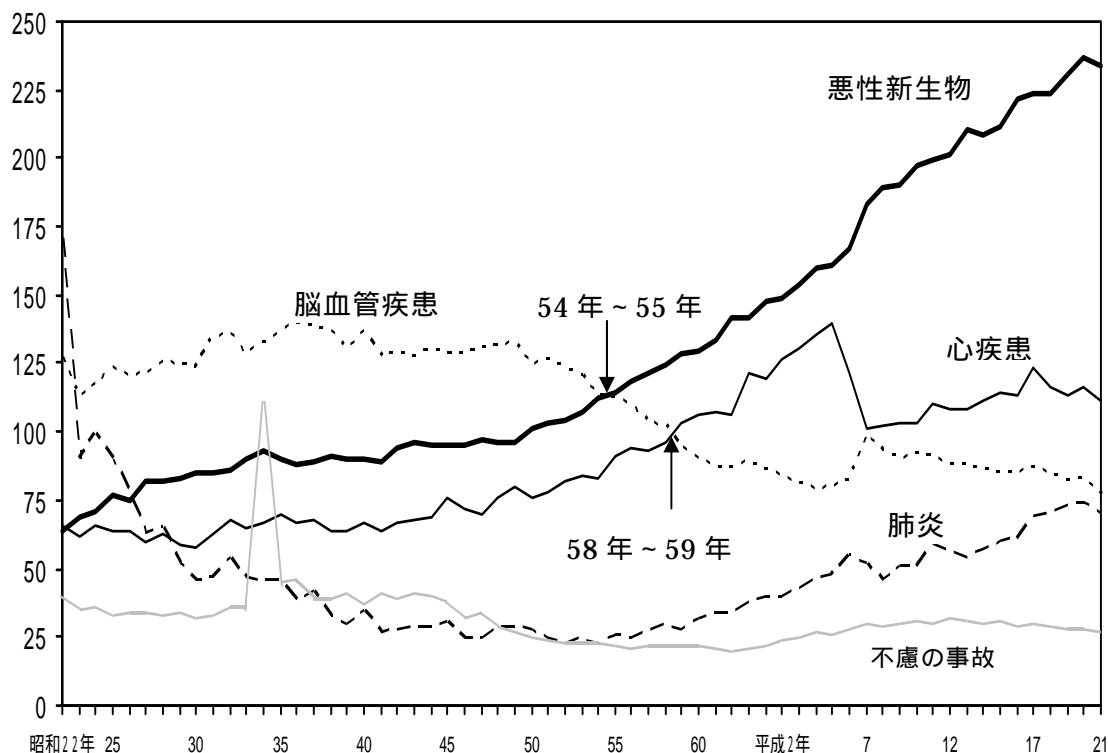
#### (がんによる死亡)

本県の悪性新生物（がん）による死亡者数は毎年増加しており、平成 21 年（2009 年）では総死亡者数の約 30%（16,888 人）を占め、昭和 55 年（1980 年）以降、死亡原因の 1 位となっています。このため、がんの予防はもとより、その治療体制の充実、今後ますます重要になります。

死因別死亡者数の状況〔平成 21 年〕（表 11）

順位	死 因	全 国		愛知県	
		死亡者数	割合	死亡者数	割合
1	が ん	344,105 人	30.1%	16,888 人	30.6%
2	心 疾 患	180,745 人	15.8%	8,047 人	14.6%
3	脳血管疾患	122,350 人	10.7%	5,548 人	10.0%
全死亡者数		1,141,865 人		55,189 人	

死亡率(人口10万対) 愛知県の主要死因別死亡率の年次推移〔平成 21 年〕（図 32）



厚生労働省「平成 21 年人口動態統計」

#### （がん医療の充実）

地域において県民が等しく質の高いがん診療を受けることができるよう、県内どこに住んでいても高度ながん医療が受けられる体制を整備する必要があります。このため、地域ごとにがん診療の拠点となる病院を整備するとともに、当該病院と地域の医療機関が機能分担と連携を図ることにより、地域で安心して治療を受けられる体制を整備することが重要です。

#### （先進医療の推進）

医療技術の進歩に伴い、がんは決して「不治の病」ではなく、早期発見により多くが治療可能となっています。その治療方法も、従来の切除手術のみではなく、化学療法や放射線療法、または各種治療の併用と選択肢が広がってきていますが、今後さらに粒子線治療など最先端のがん治療を受けられる医療機関の整備が求められています。

#### （緩和ケアの充実）

がん患者の増加とともに緩和ケアや終末期医療の需要は高まると予想されます。「がんと共に生きる」という考え方のもと、がんの治療をしながらも生活の質（ＱＯＬ）を維持できるよう、治療の初期段階から切れ目なく緩和ケアが受けられる体制の充実が重要です。

#### （相談支援体制の充実）

がん患者やその家族は、がんと診断され、その治療を受けるに際して、様々な疑問や不安に襲われます。これらを解消するための相談体制を整備し、また患者同士が悩みや体験を語り合い、交流できる機会を設けることが求められています。

### 【県の主要な取組】

都道府県がん診療拠点病院である愛知県がんセンター中央病院においては、高度ながん医療の提供を行うとともに、地域がん診療連携拠点病院では、医療従事者への研修を実施してがんの専門的医療従事者の育成を推進します。

地域のがん診療の拠点となる病院として、厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院に加え、本県独自に指定するがん診療拠点病院の整備を進めます。

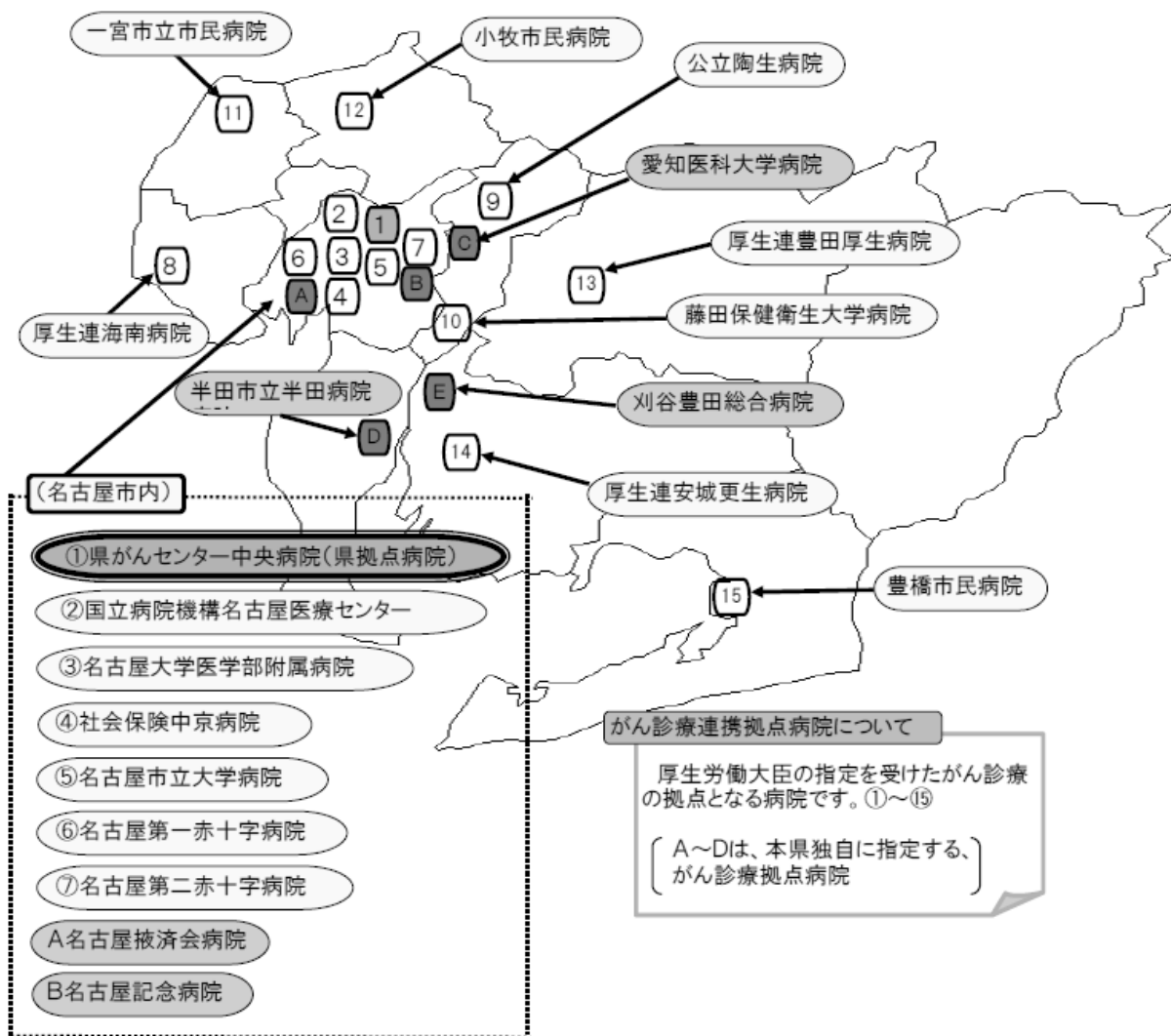
東海３県では初めてとなる粒子線を利用した最先端のがん治療を提供する施設（粒子線治療施設）に対する支援を進めます。

地域ごとに緩和ケア病棟の整備を促進するとともに、地域連携クリティカルパスの

導入によりがん拠点病院と地域の医療機関の連携を進め、在宅医療を中心とした緩和ケア提供体制の構築を推進します。

すべてのがん診療連携拠点病院に相談支援センターの整備を進め、がんの治療方法の説明やセカンドオピニオンを行っている医師の紹介など、患者の立場に立ってがん医療全般の相談に応じる体制を確保します。

愛知県内のがん診療連携拠点病院の所在地 (図 33)



## 5 . 在宅医療の推進

---

### 【課題と方向性】

#### （在宅医療の重要性）

超高齢社会においては、高齢者の急増に伴い医療の必要な患者が増加することが予想されます。そうした中で、住み慣れた自宅や地域で療養したい、介護を受けたいと希望する高齢者が、地域において適切な医療・介護サービス等を受け、人として尊厳をもっていきいきとした生活を送れるよう、保健・医療・福祉が連携した総合的な対応が必要であり、在宅医療の役割がこれまで以上に重要となります。

#### （他分野との連携の必要性）

在宅での医療は、患者の生活と密接につながっており、医療だけではなく、介護保険を始めとした福祉サービスの提供から住宅の改修まで、様々な分野との連携が必要です。このため、住み慣れた家（地域）で生活の質を維持しながら、必要な医療及び介護が受けられるよう、地域において包括的、継続的な医療及び介護の提供体制を構築することが必要です。

#### （終末期医療について）

厚生労働省が平成20年（2008年）3月に行った「終末期医療に関する調査」では、死期が迫っている場合の療養場所として、63%の人が自宅で療養することを望んでいますが、66%の人は自宅で最期まで療養することは困難であると感じています。このため、地域の実情に応じた在宅医療の提供体制の確立を目指し、地域の行政機関（地域包括支援センター）及び地区医師会（かかりつけ医）が中心となった、終末期医療までを見据えた在宅医療システムの構築が求められています。

#### （在宅医療システムの構築）

在宅医療については一部地域において先進的な取組が実施されているものの、他の地域にまで拡大して実施されていないのが現状です。これを拡大していくためには、地域の実情（都市部、都市近郊、過疎地）に応じ、かつ持続可能なシステムを構築していく必要があります。

#### （地域医療支援病院の整備）

医療機関の連携及び機能分担を推進し、紹介患者に対する医療の提供等を行い、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医を支援する地域医療支援病院は、在宅医療の推進のため非常に有益な方策の一つですが、現在のところ地域医療支援病院は県全体で9病院のみであり、またその多くが名古屋市内に集中しているなど地域的な偏在が見られ

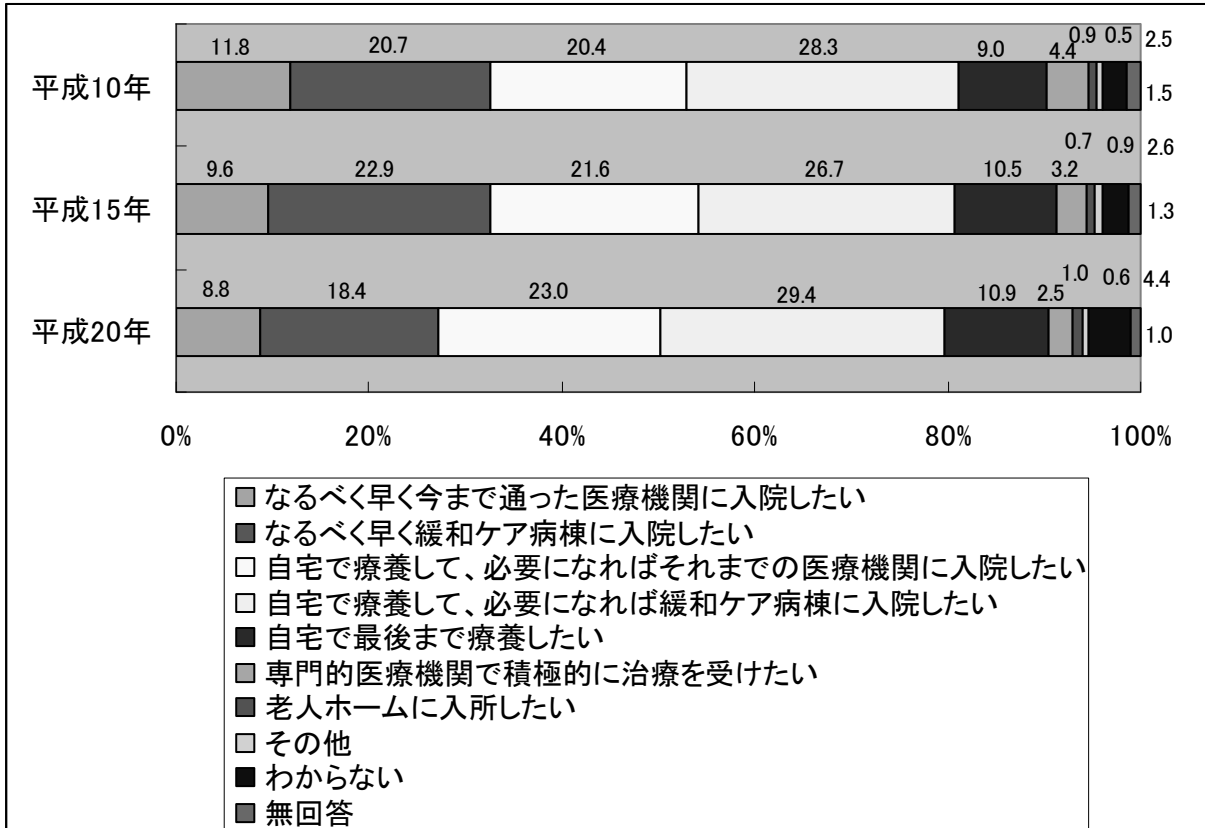


ます。このため、まだ地域医療支援病院の存在しない医療圏を中心に、整備を促進する必要があります。

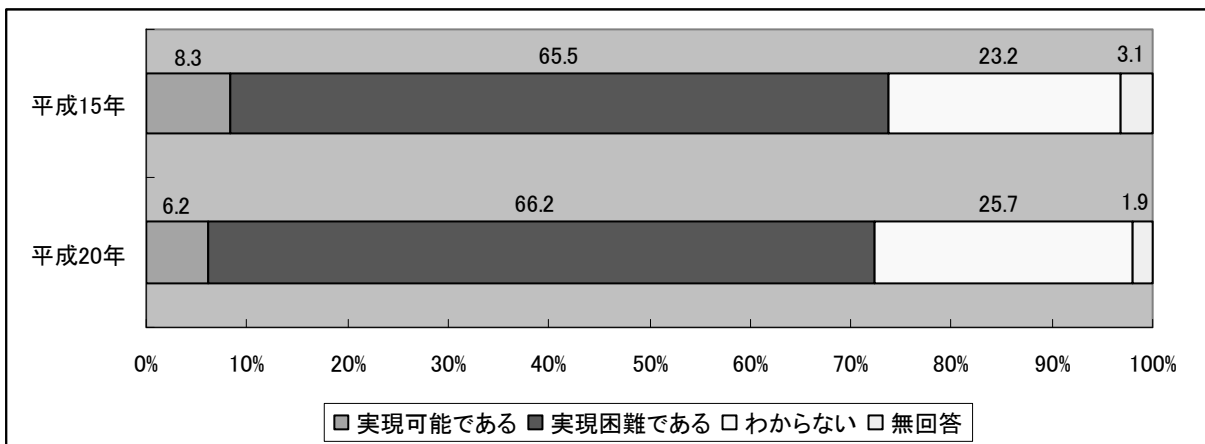
(療養及び看取りの場所について)

(図 34)

(質問) あなたご自身が治る見込みがなく死期が迫っている(6か月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。



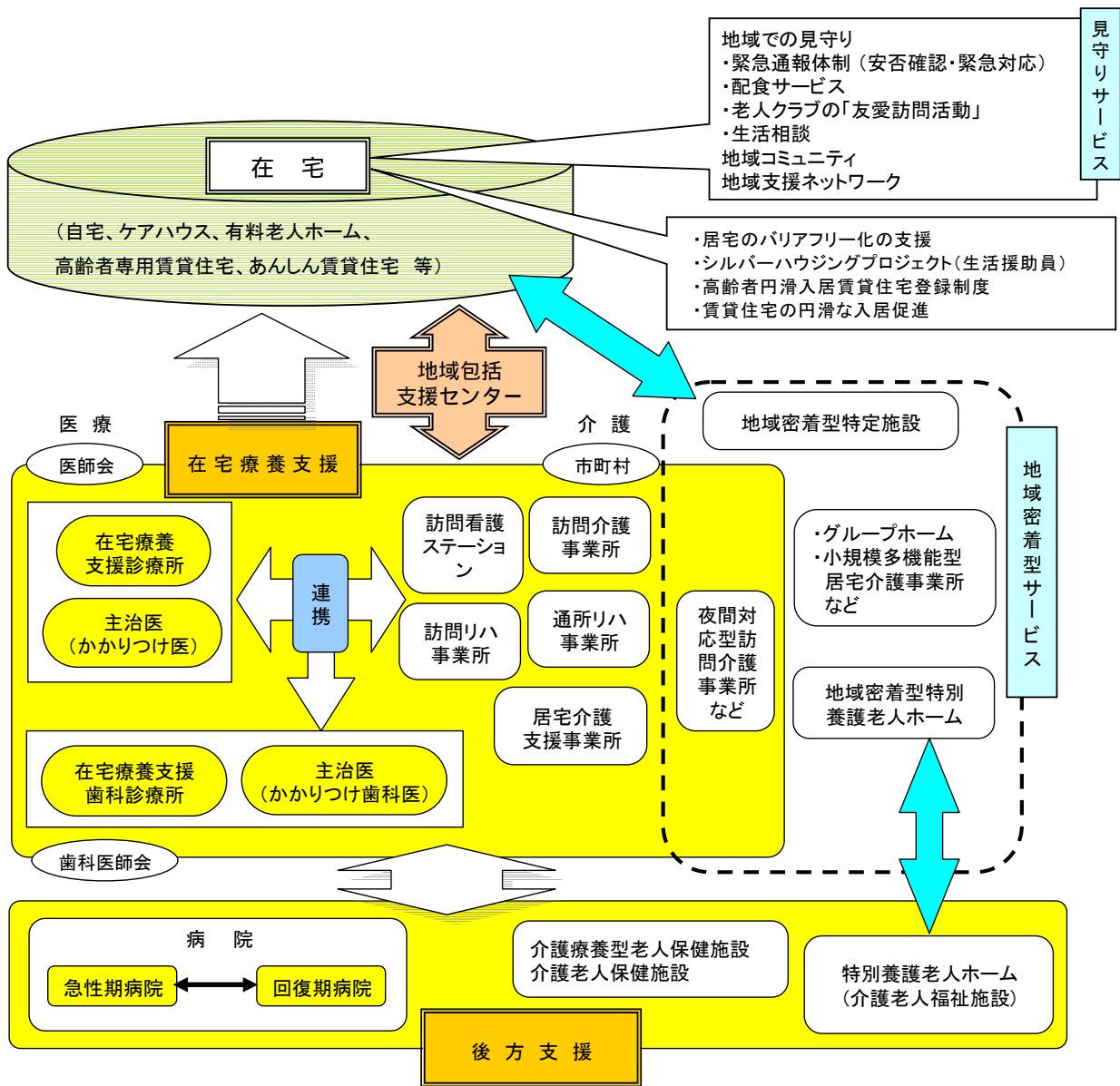
(質問) 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか。



終末期医療に関する調査 (H20.3 厚生労働省調査結果)

# 在宅医療（地域ケア）のイメージ

（第4期愛知県高齢者保健福祉計画より）



（参 考）

## 【在宅療養支援診療所】

在宅で療養をしている患者に対し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している診療所のこと、平成18年度の診療報酬改定で新設された。

489 か所（H20.9.1 現在）      559 か所（H22.9.1 現在）

## 【県の主要な取組】

保健・医療・福祉の連携による、終末期医療までも視野に入れた在宅医療・在宅ケアの推進体制の確立に向け、かかりつけ医、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどを中心とし、地域の実情（都市部、都市近郊、過疎地）に応じた在宅医療のモデル（情報システム、人的システム）を構築し、その普及・啓発に努めます。

地域医療支援病院については、要件に適合する病院からの申請に基づき、各医療圏域に1か所以上を目標に順次承認し、整備を進めます。

大府市にある国立長寿医療研究センターは、長寿医療を扱うナショナルセンターとして長寿社会の到来に向けた先進的な調査研究を実施していることから、在宅医療システムの構築に向け国立長寿医療研究センターとの連携を強化します。

### コラム 「長寿医療の先進地を目指す地域医療ネットワーク構築事業」

「国立長寿医療センターを中核にした地域活性化委員会」が平成20、21年度の国委託事業として実施したもので、「高齢者が長生きを喜べる社会」に向けて、地域市町村を中心とするサポート体制のもと、高齢者の在宅医療、生活支援、社会参加支援を目的とする様々な活動が実施されました。

この事業で実施された様々な実証実験は、今後の在宅医療のシステム構築に向けての示唆に富んだ内容となっており、今後の進展が注目されています。

