

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 12）、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生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】

10 年前と比較して、出生数に占める低体重児の割合が増えており（表 13、図 40）、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、地域医療再生計画に基づく取組として、総合・地域周産期母子医療センターの 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を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。

◆ 愛知県内で医師不足のため診療制限している病院（上位3科）（表12）

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

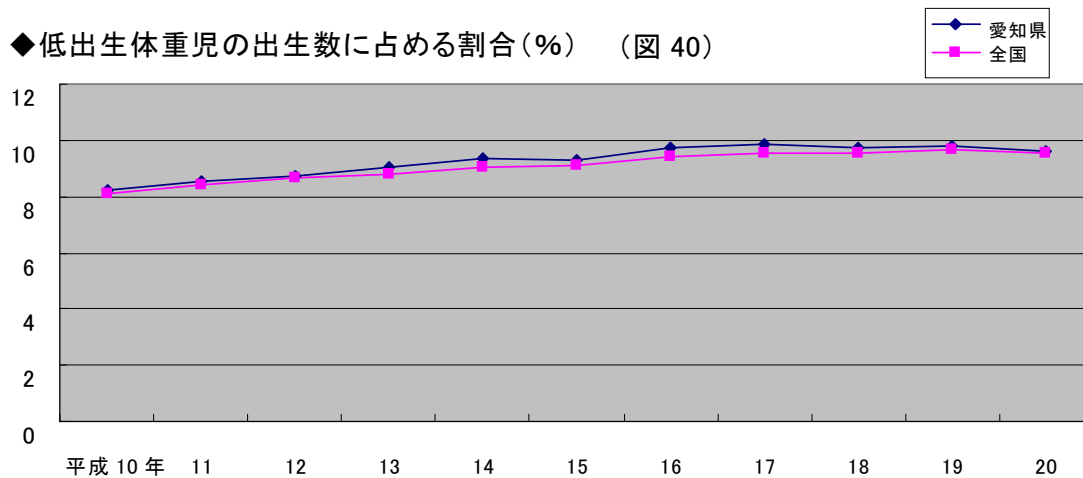
資料 平成22年 愛知県健康福祉部調査による

◆ 出生数、低体重児数及びその割合（表13）

		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

資料 「人口動態統計」（厚生労働省）

◆ 低出生体重児の出生数に占める割合(%) (図40)



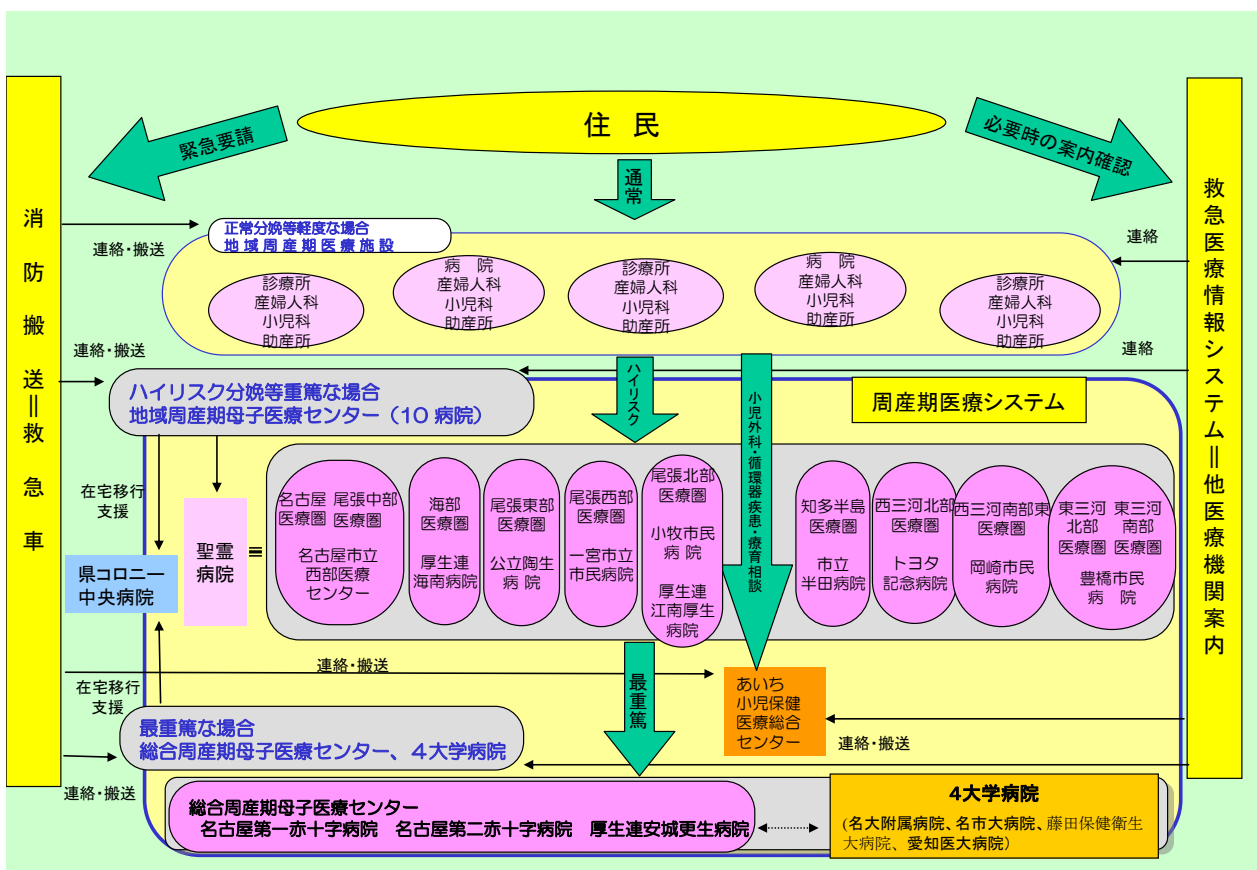
<県の主要な取組>

- 地域医療再生計画及び「周産期医療体制整備計画」（平成23年（2011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を退室した、病状が比較的安定している軽症の新

生児を受け入れる GCU（回復治療室）及び 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。

◆ 愛知県周産期医療連携体系図（図 41）



4. がん医療体制の充実

<課題と方向性>

【がんによる死亡】

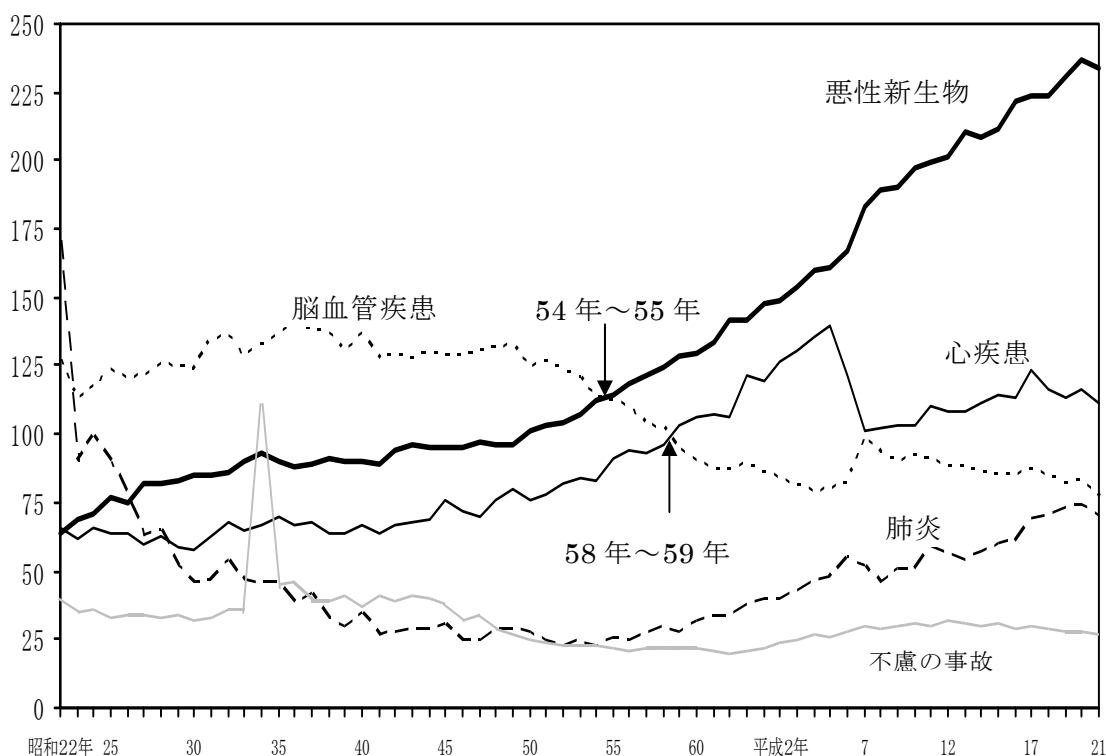
本県の悪性新生物（がん）による死亡者数は毎年増加しており、平成 21 年（2009 年）では総死亡者数の約 30%（16,888 人）を占め、昭和 55 年（1980 年）以降、死亡原因の 1 位となっています。このため、がんの予防はもとより、その治療体制の充実、今後ますます重要になります。

◆ 死因別死亡者数の状況〔平成 21 年（2009 年）〕（表 14）

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

◆ 愛知県の主要死因別死亡率の年次推移〔平成 21 年（2009 年）〕（図 42）

死亡率(人口10万対)



資料 「平成 21 年 人口動態統計」(厚生労働省)

【地域におけるがん医療】

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確保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】

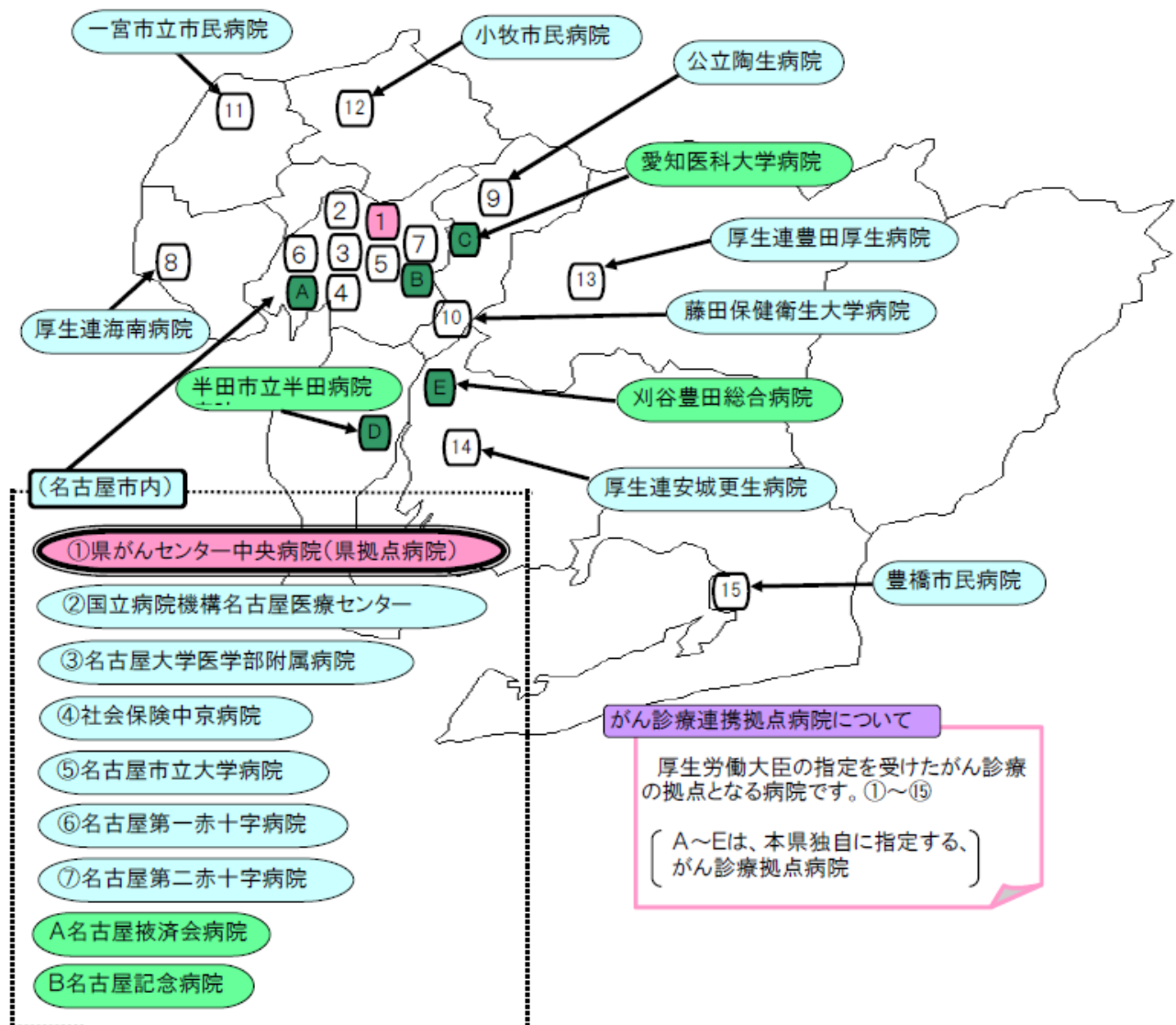
がん患者やその家族は、がんと診断され、その治療を受けるに際して、様々な疑問や不安に襲われます。これらを解消するための相談体制を整備し、また患者同士が悩みや体験を語り合い、交流できる機会を設けることが求められています。

＜県の主要な取組＞

- 都道府県がん診療連携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、がんセンター研究所と連携を図りながら先進的ながん研究を進めるとともに、高度ながん医療を提供します。また、都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院は地域のその他の医療機関の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。
- 地域におけるがん診療の連携を推進し、質の高いがん医療がどこでも受けられるよう、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。

◆ がん診療連携拠点病院の所在地 (図 43)



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。

【病診連携等の推進】

在宅医療の推進にあたっては自宅近くのかかりつけ医が重要な役割を担いますが、専門医による医学的管理や急変時の対応が必要な場合があり、かかりつけ医と専門医がいる病院との病診連携が進められています。入院患者が退院後、在宅医療に移行するときに、病院の専門医とかかりつけ医を始めとした在宅医療に携わる関係者が患者に係る医療情報を共有することも大切です。また、かかりつけ医からの紹介患者に対し医療を提供し、かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院の整備も促進する必要があります。さらに、画像伝送、生体情報伝送など遠隔医療システムの普及に向けた取組も求められています。

【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）で家族も含め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】

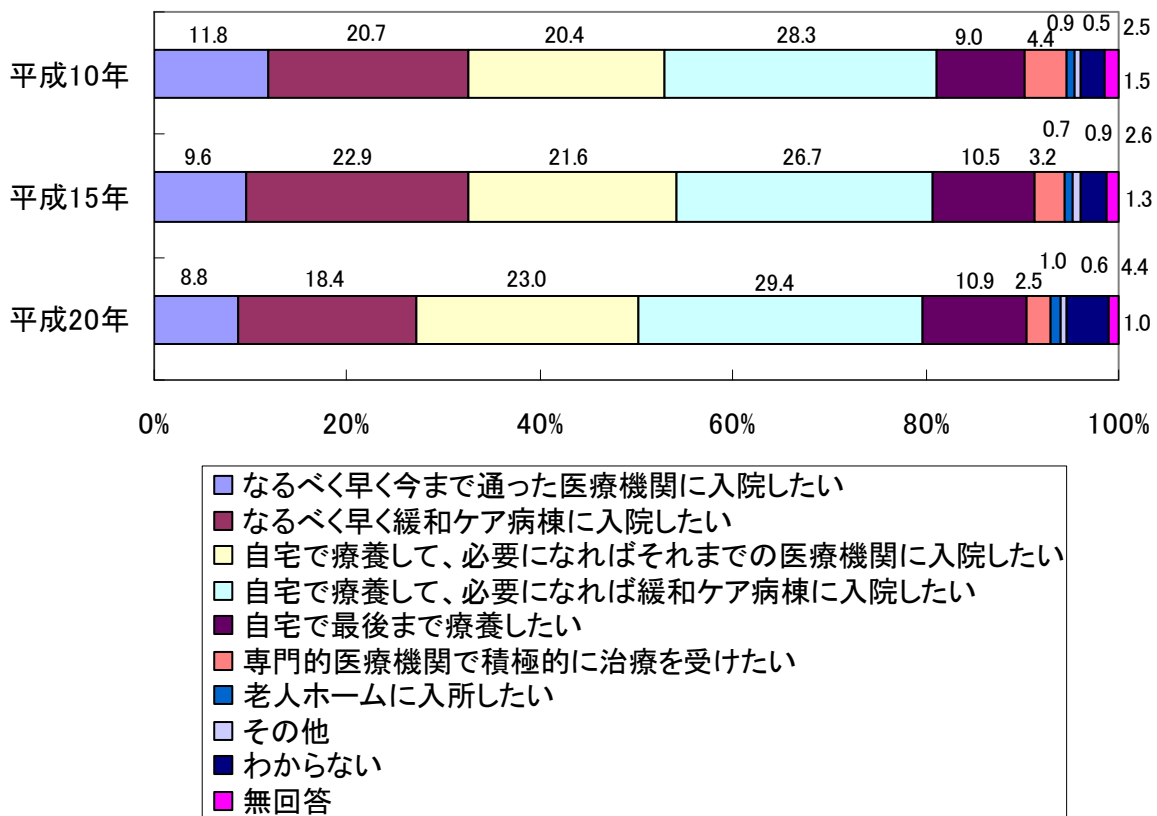
厚生労働省が平成20年（2008年）3月に行った「終末期医療に関する調査」では、死期が迫っている場合の療養場所として、63%の人が自宅で療養することを望んでいますが、66%の人は自宅で最期まで療養することは困難であると感じています。このため、地域の実情に応じた在宅医療の提供体制の確立を目指し、地域の行政機関（地域包括支援センター）及び地区医師会（かかりつけ医）が中心となった、終末期医療までを見据えた在宅医療システムの構築が求められています。

【在宅医療システムの構築】

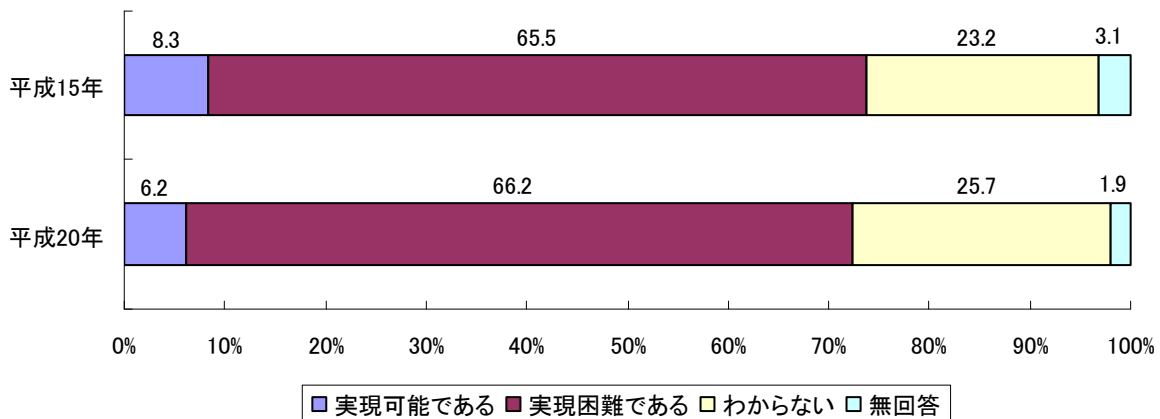
在宅医療については一部地域において先進的な取組が実施されているものの、他の地域にまで拡大して実施されていないのが現状です。これを拡大していくためには、地域の実情（都市部、都市近郊、過疎地）に応じ、かつ持続可能なシステムを構築していく必要があります。

◆ 終末期における療養の場所（図 44）

（自分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）と告げられた場合の療養の場所について）

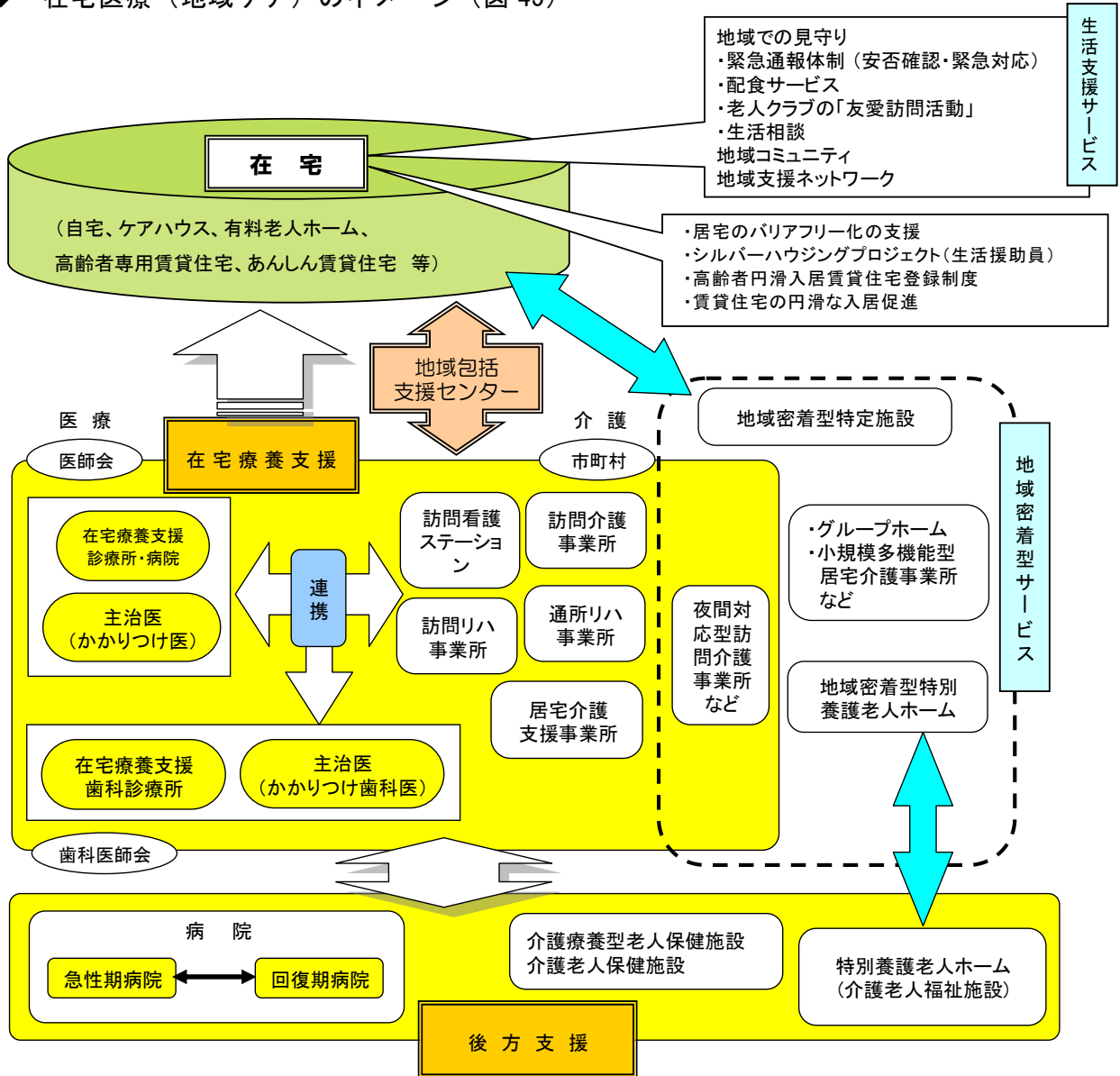


（（上記において）自宅で最期まで療養することは実現可能か）



資料 「終末期医療に関する調査（平成20年3月）」（厚生労働省）

◆ 在宅医療（地域ケア）のイメージ（図 45）



資料 「第4期愛知県高齢者保健福祉計画」（愛知県健康福祉部）

（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で、平成18年度（2006年度）の診療報酬改定で新設された。

＜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（2008～2009 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。

