

愛知県地域保健医療計画（素案）

令和9（2027）年3月



目 次

第1部 総論	1
第1章 計画の基本理念	2
第1節 計画の背景、目的	2
第2節 計画の推進	4
第2章 地域の概況	5
第1節 地勢及び交通	5
第2節 人口及び人口動態	6
第3章 地域医療構想の推進	14
第2部 医療圏及び基準病床数等	15
第1章 医療圏	16
第2章 基準病床数	20
第3章 保健医療施設等の概況	23
第1節 保健医療施設の状況	23
第2節 受療動向	27
第3部 医療提供体制の整備	41
第1章 保健医療施設の整備目標	42
第1節 2次3次医療の確保	42
第2節 公的病院等の役割を踏まえた医療機関相互の連携のあり方	45
第3節 地域医療支援病院の整備	50
第4節 保健施設の基盤整備	53
第2章 機能を考慮した医療提供施設の整備目標	56
第1節 がん対策	56
第2節 脳卒中对策	69
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患対策	78
第4節 糖尿病対策	86
第5節 精神保健医療対策	91
第6節 移植医療対策	103
第7節 難病対策・アレルギー疾患対策	107
1 難病対策	107
2 アレルギー疾患対策	108
第8節 感染症・結核対策	112
1 感染症対策	112
2 エイズ対策	116
3 結核対策	120

4 肝炎対策	125
第9節 歯科保健医療対策	129
第3章 救急医療対策	137
第4章 災害医療対策	146
第5章 新興感染症発生・まん延時における医療対策	160
第6章 へき地保健医療対策	173
第7章 周産期医療対策	185
第1節 周産期医療対策	185
第2節 母子保健事業	193
第8章 小児医療対策	198
第1節 小児医療対策	198
第2節 小児救急医療対策	201
第3節 小児がん対策	206
第9章 在宅医療対策	208
1 プライマリ・ケアの推進	208
2 在宅医療の提供体制の整備	210
第10章 保健医療従事者の確保対策	219
1 医師確保計画の推進	219
2 歯科医師	221
3 薬剤師	223
4 看護職員	230
5 理学療法士、作業療法士、その他	237
第11章 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項	239
第1節 病診連携等推進対策	239
第2節 高齢者保健医療福祉対策	242
第3節 薬局の機能強化と地域医薬品供給体制の充実	251
1 薬局の機能推進対策	251
2 医薬分業の推進対策	253
第4節 保健医療情報システム	256
第5節 医療安全対策	257
第6節 血液確保対策	260
第7節 健康危機管理対策	262
第12章 2次医療圏における医療提供体制	
第1節 名古屋・尾張中部医療圏	
第2節 海部医療圏	
第3節 尾張東部医療圏	
第4節 尾張西部医療圏	
第5節 尾張北部医療圏	

第6節	知多半島医療圏	
第7節	西三河北部医療圏	
第8節	西三河南部東医療圏	
第9節	西三河南部西医療圏	
第10節	東三河北部医療圏	
第11節	東三河南部医療圏	

第4部	外来医療計画の推進		265
-----	-----------	-------	-----

(資料)

全都道府県共通の現状把握指標一覧	
目標達成に至るまでの論理的な体系表	

※ページ番号のない項目については、今後記載します。

第 1 部 総 論

第1章 計画の基本理念

第1節 計画の背景、目的

【計画の背景、経過】

1 計画策定の背景

- 本県では、県民の誰もが、いつでも、どこでも適切な医療を受けることができるよう、保健医療施設の基盤整備や体制づくりを進めるとともに、健康の保持増進から疾病の予防、治療、リハビリ、在宅ケアに至る一貫した生活習慣病対策を積極的に推進してきました。
- しかしながら、少子高齢化の急速な進展や、生活習慣病の増加に伴う疾病構造の変化、医療の高度化・専門化など県民の保健医療を取り巻く環境は大きく変化しており、県民のニーズも複雑化、多様化してきています。
- また、地震、豪雨等の自然災害の発生や、新興感染症を始めとした多様な健康危機に対する備えも求められています。
- こうした中、地域の限りある医療資源が、その機能を十分に発揮できるような連携体制を確立することが喫緊の課題です。

2 計画策定の経過

- 昭和60(1985)年の医療法の一部改正により、地域における医療を提供する体制の確保に関する計画（医療計画）の作成が、各都道府県に義務付けられました。
- 本県においては、昭和62(1987)年8月に医療圏及び必要病床数を記載した「愛知県地域保健医療計画」を作成し、その後、医療法による5年ごと（第7次医療計画からは6年ごと）の見直し及び医療法の一部の改正に伴う計画の見直しを行い、これまでに10回の見直しを行ってきました。
- 平成26(2014)年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号）が制定され、病床の機能の分化と連携を推進するため、医療法が改正され、医療計画の一部として、地域医療構想を策定することとされました。
- 平成30(2018)年7月の医療法の一部改正により、医療計画の一部として、外来医療計画及び医師確保計画を策定することとされました。

（愛知県地域保健医療計画の見直しの状況）

昭和 62(1987)年 8 月	愛知県地域保健医療計画策定（2次医療圏、必要病床数を記載） （計画期間：昭和 62(1987)年 8 月～平成 4 (1992)年 7 月）	第 1 次医療計画
平成元(1989)年 3 月	任意的記載事項（各種の保健医療対策）を公示	
平成 4 (1992)年 8 月	第 1 回見直し（各医療圏計画も策定） （計画期間：平成 4 (1992)年 8 月～平成 9 (1997)年 7 月）	第 2 次医療計画
平成 9 (1997)年 8 月	第 2 回見直し （計画期間：平成 9 (1997)年 8 月～平成 14(2002)年 7 月）	第 3 次医療計画
平成 10(1998)年 10 月	県計画で療養型病床群の整備目標を追加公示	
平成 13(2001)年 3 月	第 3 回見直し（2次医療圏、基準病床数を見直し） （計画期間：平成 13(2001)年 4 月～平成 18(2006)年 3 月）	第 4 次医療計画
平成 18(2006)年 3 月	第 4 回見直し（基準病床数を見直し） （計画期間：平成 18(2006)年 4 月～平成 23(2011)年 3 月）	第 5 次医療計画
平成 20(2008)年 3 月	第 5 回見直し（4 疾病 5 事業を中心とする医療連携体制等を追加記載） （計画期間：平成 20(2008)年 4 月～平成 25(2013)年 3 月）	

平成 23(2011)年 3 月	第 6 回見直し(2 次医療圏、基準病床数を見直し) (計画期間：平成 23(2011)年 4 月～平成 28(2016)年 3 月)	
平成 25(2013)年 3 月	第 7 回見直し(精神疾患を既存の 4 疾病に追加記載) (計画期間：平成 25(2013)年 4 月～平成 30(2018)年 3 月)	第 6 次医療計画
平成 28(2016)年 4 月	基準病床数を見直し (適用期間：平成 28(2016)年 4 月～平成 30(2018)年 3 月)	
平成 28(2016)年 10 月	愛知県地域医療構想を追加公示	
平成 30(2018)年 3 月	第 8 回見直し(2 次医療圏、基準病床数を見直し) (計画期間：平成 30(2018)年 4 月～令和 6 (2024)年 3 月)	第 7 次医療計画
令和 4 (2022)年 3 月	第 9 回見直し(中間見直し(時点修正等)、愛知県外来医療計画及び愛知県医師確保計画の追加)	
令和 6 (2024)年 3 月	第 10 回見直し(基準病床数を見直し、新興感染症発生・まん延時における医療の追加) (計画期間：令和 6 (2024)年 4 月～令和 12(2030)年 3 月)	第 8 次医療計画
令和 9 (2027)年 3 月	第 11 回見直し(中間見直し(時点修正等)、基準病床数を見直し、愛知県外来医療計画及び愛知県医師確保計画を改定、人材確保支援計画及び愛知県薬剤師確保計画を統合)	

3 今回の計画の見直し

- 令和 8 (2026) 年 6 月に改正された「医療計画作成指針」に基づき、基準病床数の見直しを行いました。
- 医療計画の記載事項の一部として策定している「愛知県外来医療計画」及び「愛知県医師確保計画」を改定しました。
- 政策的に関連が深い「人材確保支援計画」(令和 7 (2025) 年 3 月策定)及び「愛知県薬剤師確保計画」(令和 7 (2025) 年 3 月策定)を愛知県地域保健医療計画に統合しました。
- 5 疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患) 6 事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))及び在宅医療等の取組を推進するとともに、「第10期愛知県高齢者福祉保健医療計画」(令和 9 (2027) 年 3 月策定)等、他の計画との整合性の確保を図りました。

令和 8 (2026) 年 6 月に改正された「在宅医療の体制の構築に係る指針」への対応や本計画の地域医療構想と新たな地域医療構想との関係の記載は、今後検討。

【計画の目的】

- 愛知県地域保健医療計画は、県民の多様な保健医療需要に対応し、疾病予防から治療、リハビリ、在宅ケアに至る一貫した保健医療サービスが、適切に受けられる保健医療提供体制の確立を目指すことを目的とし、次の 3 つの基本方針の下に、行政関係者、保健医療関係者、県民などが一体となって、共に保健医療の確保、推進を図っていくための計画として策定します。

- 1 地域医療の体系化及び地域の特性に配慮した医療機関の機能分担、業務連携を推進し、効率的な医療提供体制の確立を図ります。
- 2 疾病予防等の保健対策を推進し、生涯を通じた健康づくりを支援します。
- 3 保健医療従事者の確保、資質の向上及び人材の有効活用を図ります。

【計画の性格】

愛知県地域保健医療計画は、次の性格を持つものです。

- 1 愛知県の保健医療対策の今後の基本方針を示すものです。
- 2 2 次医療圏での保健医療対策の推進方向を示すものです。
- 3 医療機関及びその他関係機関などが整備を進めるに当たっての指針となるものです。

第2節 計画の推進

1 計画目標年次

- 計画期間は、令和6(2024)年度から令和11(2029)年度までの6年間とします。

2 計画の普及啓発

- 愛知県地域保健医療計画は、県、市町村、保健・医療関係機関などが一体となって推進していくことが必要であり、計画を達成するためには、広く一般県民などに趣旨と内容を十分周知の上、理解と協力を得ることが極めて重要となります。
- このため、本計画の趣旨と内容を県のホームページに掲載するとともに、各種会議で説明するなど、幅広い広報活動を効果的に行之、この計画の普及啓発に努めていきます。

3 計画の推進体制

(1) 全県単位での推進

本県では、愛知県地域保健医療計画の推進のため、愛知県医療審議会の部会として「医療体制部会」を設置しており、この部会において、全県レベルで計画推進のための協議を行い、計画の目標達成を図ることとします。

(2) 2次医療圏単位での推進

各医療圏において、地域の特性を踏まえた計画の推進を図る必要があることから、「圏域保健医療福祉推進会議」において、推進方策などを調整、協議し、計画の目標達成を図ることとします。

4 市町村等との連携

- 市町村は、地域住民に直結する基礎的自治体として、住民の健康保持、増進等に寄与する保健・医療・福祉の施策を実施しているため、医療計画の推進に際しては、一層緊密に市町村と連携を図っていくこととします。
- また、保健医療に関する施策を効果的、効率的に実施し、本計画の目標を達成するためには、関係団体・機関との連携も重要であるため、一層連携を強化して推進していくこととします。

5 計画の進行管理

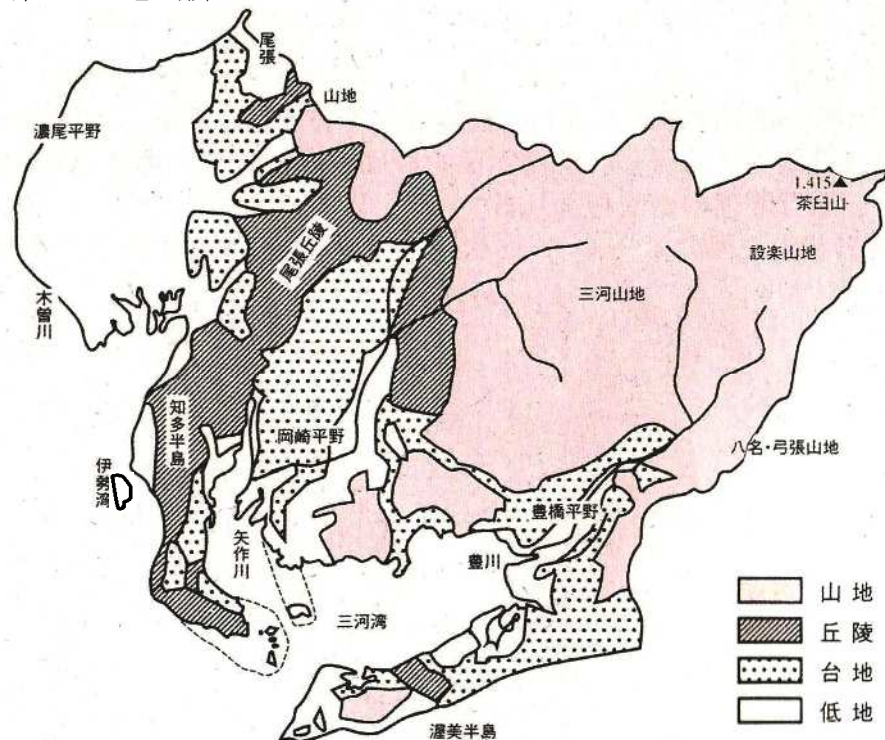
- 愛知県地域保健医療計画のうち、整備目標や目標値を記載した項目の進行管理については、愛知県医療審議会に報告し、進捗状況进行评估するとともに、推進方策等について意見を求めるなどして、進行管理の徹底を図ります。
- また、進捗状況を県のWebページに掲載するなど、広く県民などに進行管理を広報します。

第2章 地域の概況

第1節 地勢及び交通

- 愛知県は、日本列島のほぼ中央にあり、三重、岐阜、長野、静岡の各県に隣接し、南は太平洋に面し、伊勢湾、三河湾を望みます。面積は、5,173,24km²で、国土の約1.4%を占めており、全国で27番目の広さとなっています。
- 西部は、木曽川によって造られた広大な濃尾平野とその東側の尾張丘陵からなり、また、尾張丘陵が南に伸びて知多半島を形成しています。中央部は、矢作川に沿って上流に三河山地が、下流には岡崎平野が形成されています。東部は、豊川に沿って上流に設楽山地と八名・弓張山地が、下流には豊橋平野が形成され、また、豊橋平野からは渥美半島が伸びています。
- 本県は、名古屋市を中心に東西交通の要衝で、産業、経済の立地条件に恵まれ、輸送機械を主体とする製造品出荷額等は全国1位を堅持する工業県です。
また、園芸や畜産が盛んな全国有数の農業県でもあります。
- 道路は、我が国の幹線道路として骨格的な役割を担う東名・新東名・名神高速道路が東西に横断し、また、中央自動車道が北東に、東海北陸自動車道が北に、東名阪自動車道が西方に延びており、名古屋市内には都市高速道路が整備されています。
- 鉄道交通は、J R東海の東海道新幹線、東海道本線等、名古屋鉄道の名古屋鉄道本線等、近畿日本鉄道名古屋線、豊橋鉄道渥美線、愛知環状鉄道線、あおなみ線、東部丘陵線（リニモ）などがあり、名古屋市内には地下鉄6路線が整備されています。
- 空港については、名古屋市北に県営名古屋空港があり、知多半島常滑沖には中部国際空港（セントレア）があります。

〈愛 知 県 の 地 形〉



第2節 人口及び人口動態

今後、令和8年10月1日現在人口に基づき修正予定

1 総人口

本県の人口は、令和7(2025)年10月1日現在、7,453,803人で、男性3,712,719人（構成比49.8%）、女性3,741,084人（構成比50.2%）となっています。

表2-2-1 本県人口の推移（毎年10月1日現在）

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成29年 (2017年)	令和2年 (2020年)	令和5年 (2023年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)
人口(人)	7,410,719	7,483,128	7,526,318	7,542,415	7,480,897	7,453,803	今後 記載 予定
男 性	3,704,220	3,740,844	3,761,085	3,761,502	3,725,279	3,712,719	
女 性	3,706,499	3,742,284	3,765,233	3,780,913	3,755,618	3,741,084	
増 加 率	-	1.0%	0.6%	0.2%	▲0.2%	▲0.4%	
指 数	100	101.0	101.6	101.8	100.9	100.6	

資料：平成27(2015)年までは「国勢調査」（総務省）、平成29(2017)年以降は「あいちの人口」（愛知県県民文化局）

2 人口構成

年齢区分別では、令和7(2025)年10月1日現在、年少人口（0～14歳）が886,516人（構成比11.9%）、生産年齢人口（15～64歳）が4,635,968人（同62.2%）、老年人口（65歳以上）が1,931,319人（同25.9%）となっています。

年少人口の割合は、平成22(2010)年の14.5%から令和7(2025)年には11.9%に低下している一方で、老年人口の割合は、平成22(2010)年の20.3%から令和7(2025)年には25.9%と増大しており、本県においても急速な少子高齢化が進行しています。

表2-2-2 年齢区分別人口の推移（毎年10月1日現在）

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成29年 (2017年)	令和2年 (2020年)	令和5年 (2023年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)
年 齢 三 区 分	年少人口 (人) (構成比%)	1,065,254 (14.5)	1,025,122 (13.7)	1,010,605 (13.4)	980,388 (13.0)	928,750 (12.4)	928,750 (12.4)
	生産年齢人口 (人) (構成比%)	4,791,445 (65.2)	4,680,299 (62.5)	4,668,443 (62.0)	4,654,635 (61.7)	4,628,806 (61.9)	4,628,806 (61.9)
	老年人口 (人) (構成比%)	1,492,085 (20.3)	1,777,707 (23.8)	1,847,270 (24.5)	1,907,392 (25.3)	1,923,341 (25.7)	1,923,341 (25.7)
	計	7,410,719	7,483,128	7,526,318	7,542,415	7,480,897	7,453,803

資料：平成22(2010)年までは「国勢調査」（総務省）、平成27(2015)年以降は「あいちの人口」（愛知県県民文化局）

注1：平成22(2010)年までは、各年齢区分別人口に年齢不詳者を含んでいないため、年齢三区分の人口の合計値は、計と一致しない。

注2：平成22(2010)年以降、年齢三区分の構成比は、年齢不詳者を除いて算出しているが、小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない年次がある。

表2-2-3 地域別年齢区分別人口構成比の推移（毎年10月1日現在）

（単位：％）

医 療 圏		平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成29年 (2017年)	令和 2年 (2020年)	令和 5年 (2023年)	令和 7年 (2025年)	令和 8年 (2026年)					
名古屋・ 尾張中部	年少人口	13.0	12.7	12.4	12.0	11.6	11.1	今後記載予定					
	生産年齢人口	65.8											
	老年人口	21.2	63.2	63.0	62.7	63.0	63.5						
尾張中部	年少人口	15.0							24.1	24.6	25.2	25.4	25.4
	生産年齢人口	64.8											
	老年人口	20.2	13.7	59.8	59.9	60.2	28.0						
海 部	年少人口	15.0							13.0	12.4	11.9	11.4	
	生産年齢人口	63.2											60.2
	老年人口	21.9	26.1	27.1	27.7	27.9							
尾張東部	年少人口	15.4					14.8		14.5	14.2	13.7	13.2	
	生産年齢人口	65.0											61.7
	老年人口	19.6	23.5	24.2	24.9	25.2							
尾張西部	年少人口	14.8					13.9		13.5	12.8	12.2	11.7	
	生産年齢人口	63.3											60.5
	老年人口	21.9	25.6	26.7	27.6	28.2							
尾張北部	年少人口	15.0					14.0		13.6	13.0	12.3	11.8	
	生産年齢人口	64.3											61.0
	老年人口	20.7	25.0	25.9	26.5	26.8							
知多半島	年少人口	15.1					14.6		14.2	13.8	13.2	12.6	
	生産年齢人口	64.6											61.6
	老年人口	20.2	23.8	24.6	25.2	25.7							
西三河北部	年少人口	15.6					14.7		14.1	13.5	12.7	12.0	
	生産年齢人口	68.1											65.0
	老年人口	16.3	20.3	21.3	22.7	23.7							
西三河南部 東	年少人口	15.5					15.1		14.8	14.3	13.6	12.9	
	生産年齢人口	66.5											63.4
	老年人口	18.0	21.5	22.4	23.4	24.3							
西三河南部 西	年少人口	15.8					15.0		14.6	14.2	13.6	13.1	
	生産年齢人口	66.4											64.2
	老年人口	17.9	20.8	21.5	22.2	22.7							
東三河北部	年少人口	11.9					11.2		10.8	10.2	9.6	9.0	
	生産年齢人口	56.9											53.5
	老年人口	31.2	35.3	37.0	38.6	40.1							
東三河南部	年少人口	14.7					13.9		13.5	13.1	12.5	11.9	
	生産年齢人口	64.1											61.1
	老年人口	21.2	24.9	25.8	26.7	27.4							
愛知県計	年少人口	14.5					13.7		13.4	13.0	12.4	11.9	
	生産年齢人口	65.2											62.5
	老年人口	20.3	23.8	24.5	25.3	25.7							

資料：平成22(2010)年までは「国勢調査」（総務省）、平成27年以降は「あいちの人口」（愛知県県民文化局）

注：平成22(2010)年以降、年齢三区分の構成比は、年齢不詳者を除いて算出しているが、小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない年次がある。

3 将来推計人口

本県の人口は、令和2(2020)年には、7,542,415人ですが、国立社会保障・人口問題研究所の「都道府県の将来推計人口」によると、令和32(2050)年には6,676,331人に減少し、少子高齢化の傾向はますます強まると推計されています。

表2-2-4 将来推計人口

		令和2年 (2020年)	令和12年 (2030年)	令和17年 (2035年)	令和22年 (2040年)	令和27年 (2045年)	令和32年 (2050年)
愛 知 県	総人口(千人)	7,542	7,346	7,211	7,050	6,870	6,676
	年少人口比(%)	13.0	11.2	11.0	11.1	11.1	10.8
	生産年齢人口比(%)	61.7	61.4	59.8	56.9	55.4	54.7
	老年人口比(%)	25.3	27.3	29.2	31.9	33.5	34.5
全 国	総人口(千人)	126,146	120,116	116,639	112,837	108,801	104,686
	年少人口比(%)	11.9	10.3	10.0	10.1	10.1	9.9
	生産年齢人口比(%)	59.5	58.9	57.6	55.1	53.6	52.9
	老年人口比(%)	28.6	30.8	32.3	34.8	36.3	37.1

資料：「都道府県の将来推計人口（令和5(2023)年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

4 人口動態

本県の主な人口動態は、下表及び次図のとおりです。

表2-2-5 人口動態統計

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	令和 2 年 (2020年)	令和 4 年 (2022年)	令和 5 年 (2023年)	令和 6 年 (2024 年)
出 生	69, 872	65, 615	55, 613	51, 152	48, 402	45, 514
人口千対	9. 6(8. 5)	9. 0(8. 0)	7. 6(6. 8)	7. 1(6. 3)	6. 7(6. 0)	6. 4(5. 7)
死 亡	58, 477	64, 060	70, 518	81, 183	80557	82, 618
人口千対	8. 1(9. 5)	8. 8(10. 3)	9. 7(11. 1)	11. 2(12. 9)	11. 2(13. 0)	11. 5(13. 3)
死 産	1, 402	1, 283	1, 012	885	924	933
出産千対	19. 7(24. 2)	19. 2(22. 0)	17. 9(20. 1)	17. 0(19. 3)	18. 7(20. 9)	20. 1(21. 8)
周産期死亡	281	253	168	151	152	147
出産千対	4. 0(4. 2)	3. 8(3. 7)	3. 0(3. 2)	2. 9(3. 3)	3. 1(3. 3)	3. 2(3. 3)
乳児死亡	153	140	95	95	90	90
出生千対	2. 2(2. 3)	2. 1(1. 9)	1. 7(1. 8)	1. 9(1. 8)	1. 9(1. 8)	2. 0(1. 8)
新生児死亡	79	62	48	44	41	49
出生千対	1. 1(1. 1)	0. 9(0. 9)	0. 9(0. 8)	0. 9(0. 8)	0. 8(0. 8)	1. 1(0. 9)
婚 姻	45, 039	41, 054	35, 930	33, 434	31, 759	32, 250
人口千対	6. 2(5. 5)	5. 6(5. 1)	4. 5(4. 0)	4. 6(4. 1)	4. 4(3. 9)	4. 5(4. 0)

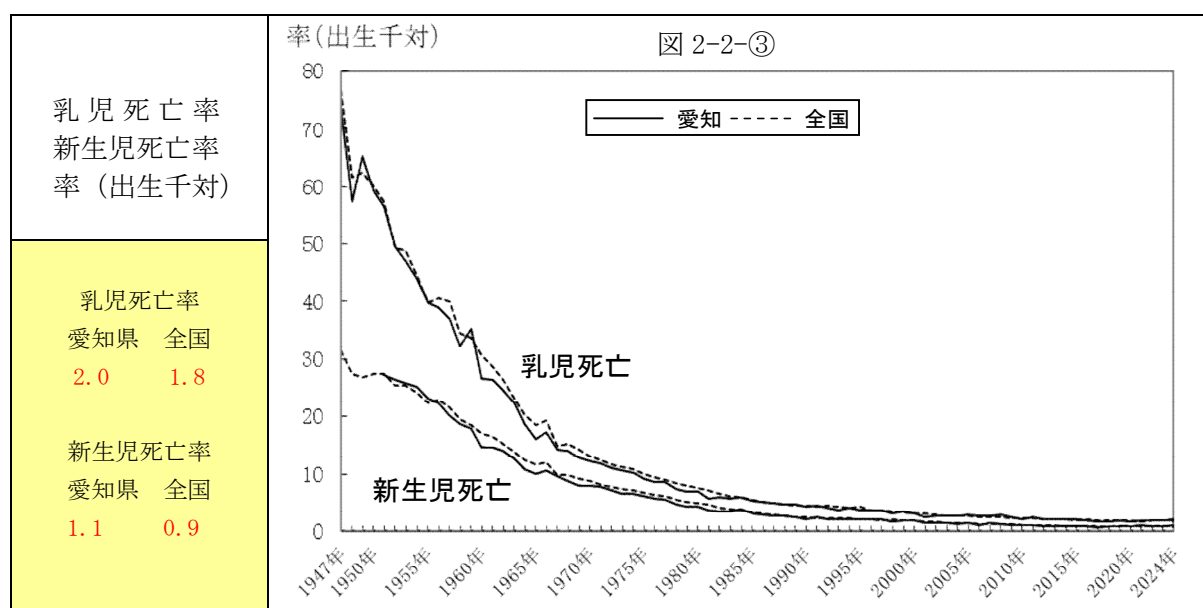
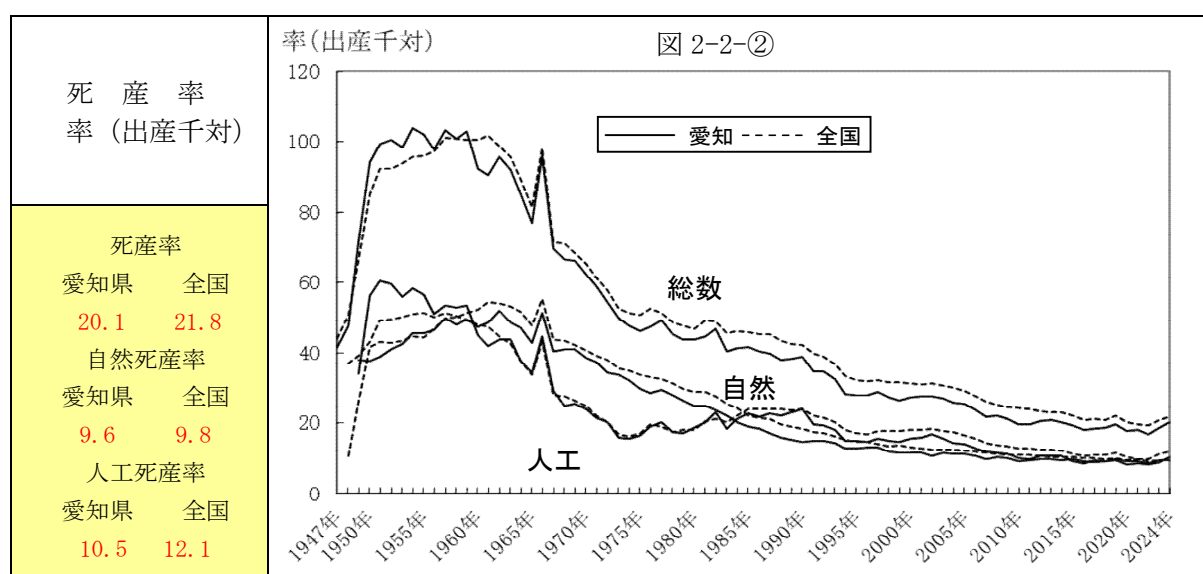
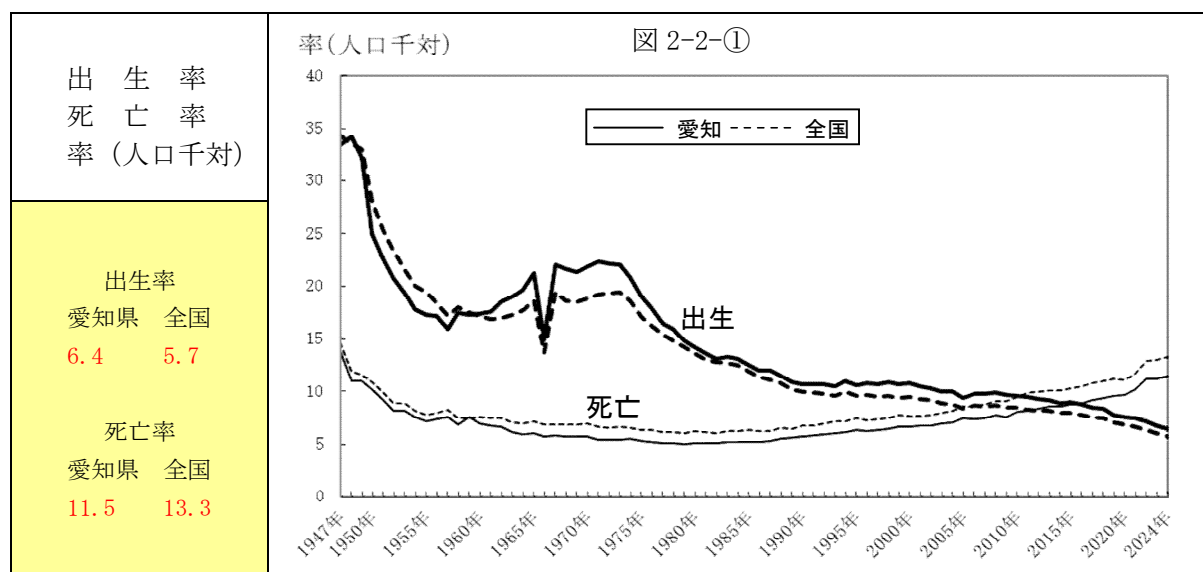
資料：令和 6 (2024) 年愛知県衛生年報 (愛知県保健医療局)

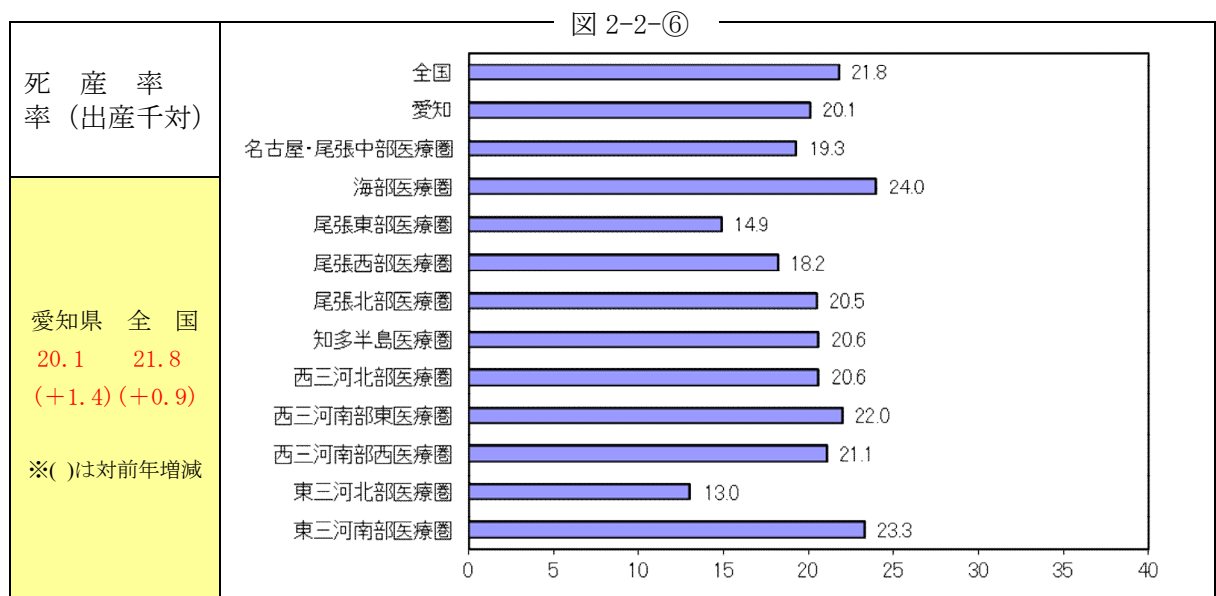
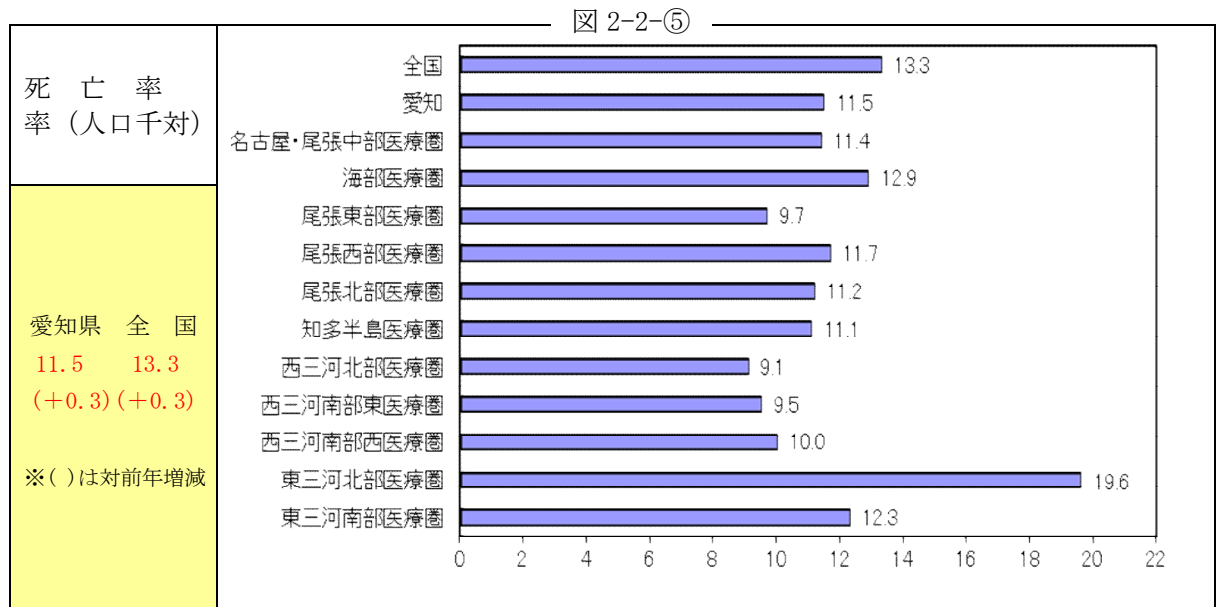
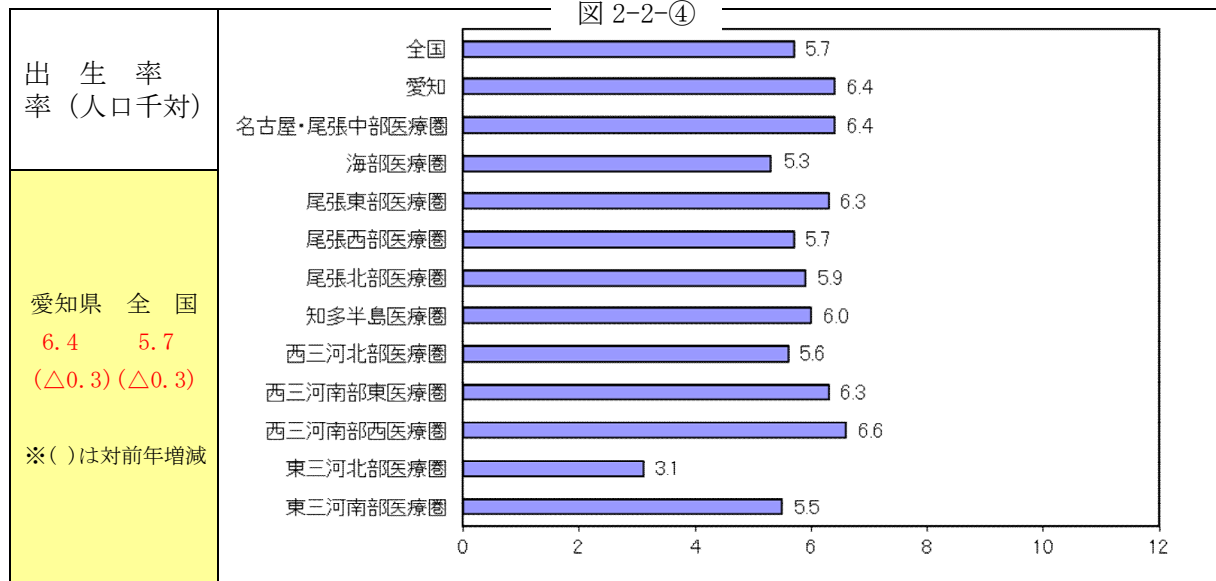
注：() は全国値

表2-2-6 平均寿命の年次推移

年 次	愛 知 県		全 国	
	男	女	男	女
昭和 45 年(1970年)	70. 52	75. 00	69. 31	74. 66
50 年(1975年)	72. 66	76. 79	71. 13	76. 89
55 年(1980年)	74. 12	78. 70	73. 35	78. 76
60 年(1985年)	75. 56	80. 78	74. 78	80. 48
平成 2 年(1990年)	76. 47	82. 03	75. 92	81. 90
7 年(1995年)	76. 87	83. 16	76. 38	82. 85
12 年(2000年)	77. 99	84. 51	77. 72	84. 60
17 年(2005年)	78. 88	85. 21	78. 56	85. 52
22 年(2010年)	79. 62	86. 14	79. 55	86. 30
27 年(2015年)	81. 03	86. 66	80. 75	86. 99
令和 2 年(2020年)	81. 59	87. 44	81. 56	87. 71
3 年(2021年)	81. 78	87. 54	81. 47	87. 57
4 年(2022年)	81. 28	87. 11	81. 05	87. 09
5 年(2023年)	81. 48	87. 28	81. 09	87. 14
6 年(2024年)	81. 48	87. 27	81. 09	87. 13

資料：愛知県保健医療局





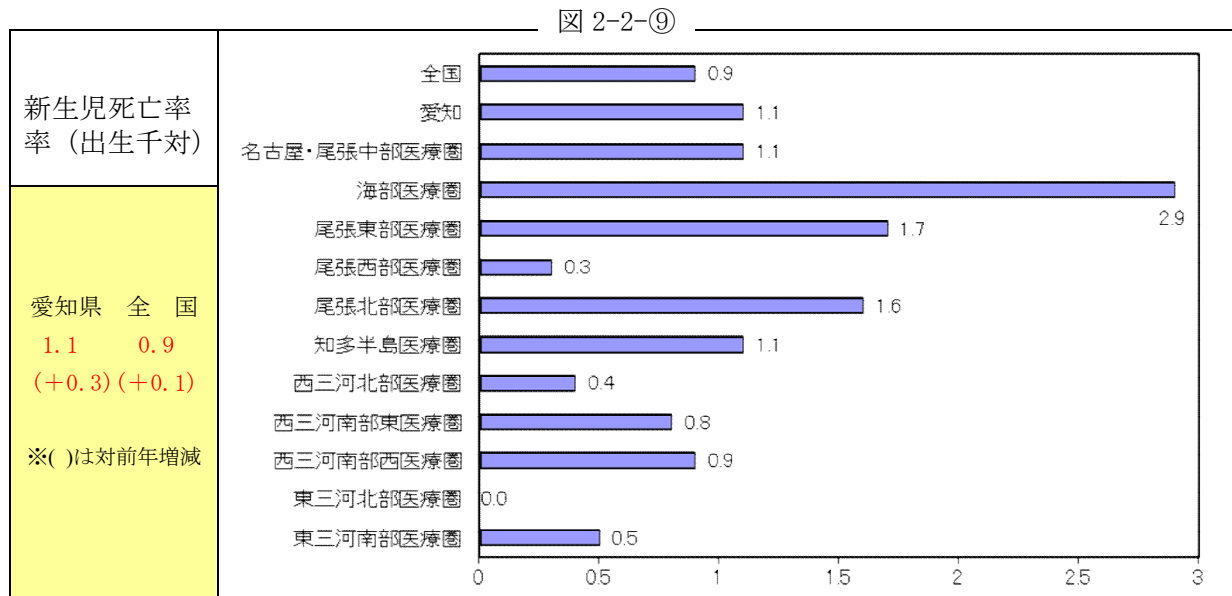
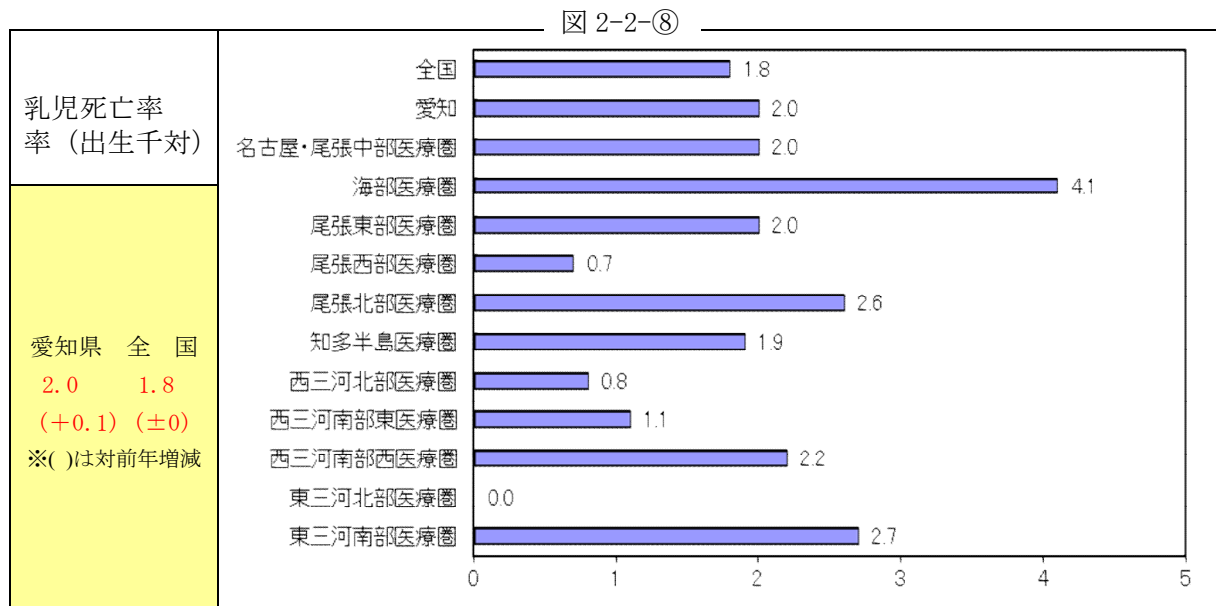
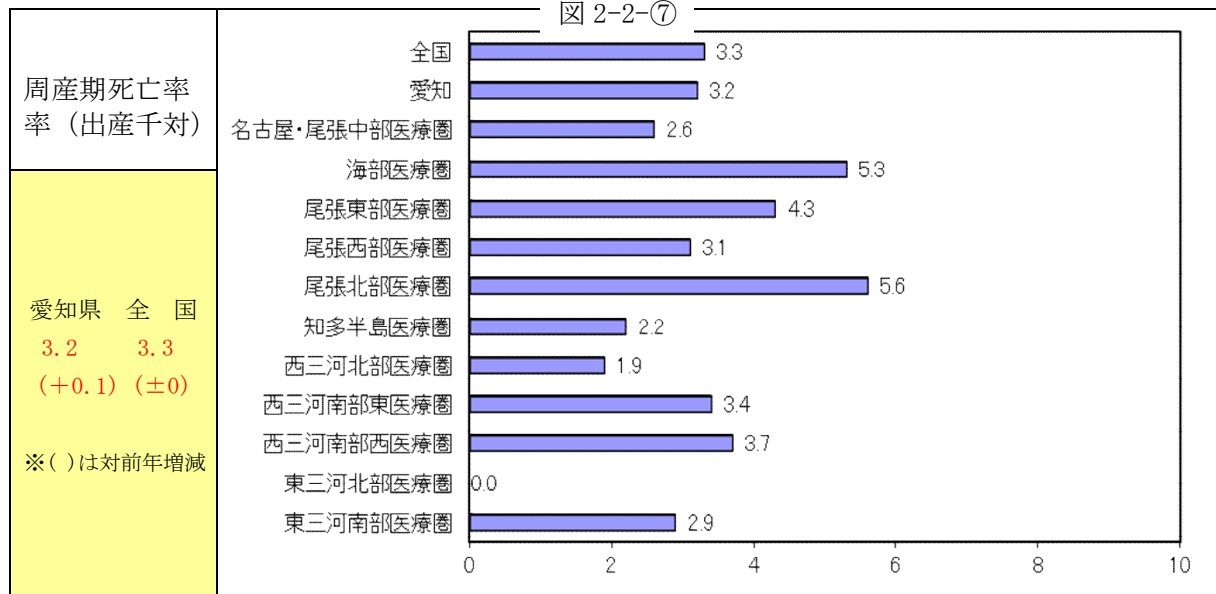


表2-2-7 死亡順位・死亡数・死亡率（人口10万人当たり）の前年比較

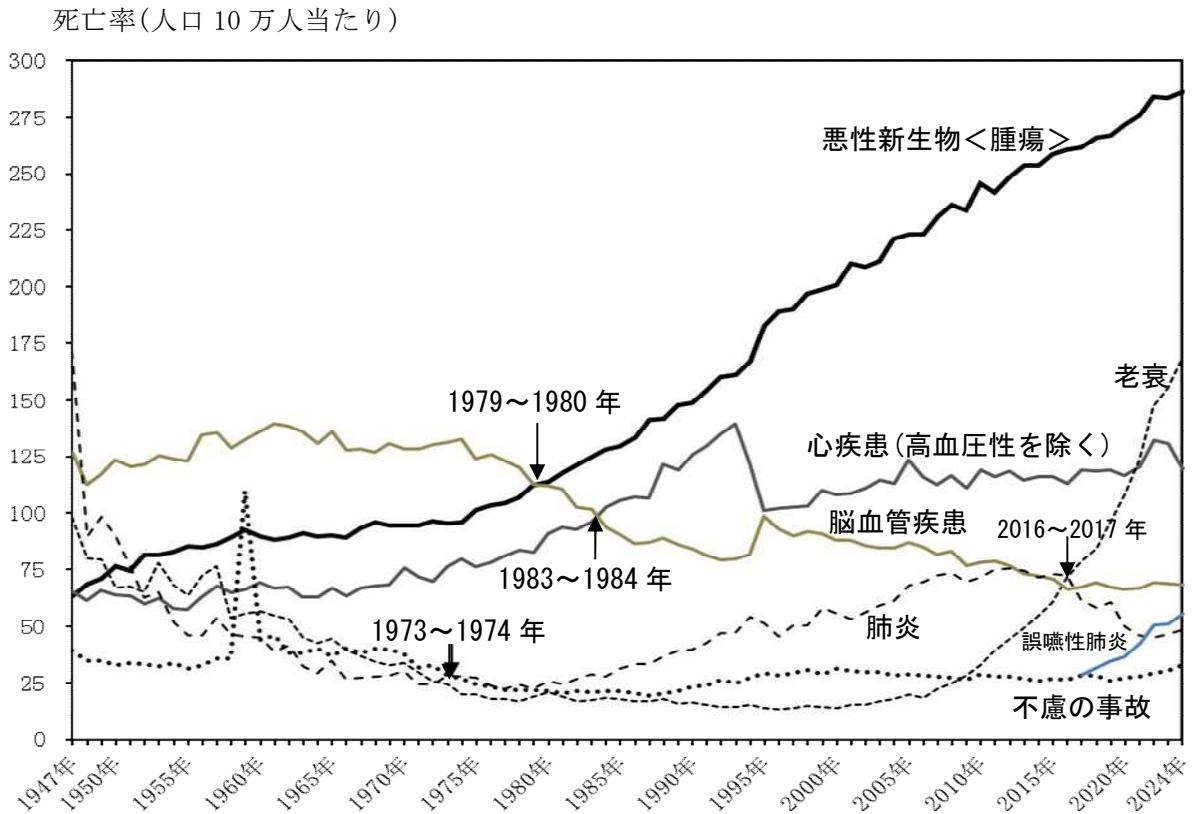
死 因	愛 知 県								全 国			
	令和 6 年(2024年)				令和 5 年(2023年)				令和 6 年(2024年)			
	順位	死亡数	率	割合	順位	死亡数	率	割合	順位	死亡数	率	割合
全 死 因		82,618(2,061)	1153.9	100.0		80,557	1119.6	100.0		1,605,378	1334.5	100.0
悪性新生物	1	20,516(89)	286.5	24.8	1	20,427	283.9	25.4	1	384,111	319.3	23.9
老 衰	2	12,059(875)	168.4	14.6	2	11,184	155.4	13.9	3	206,887	172.0	12.9
心 疾 患	3	8,588(△826)	119.9	10.4	3	9,414	130.8	11.7	2	226,388	188.2	14.1
脳血管疾患	4	4,922(△58)	68.7	6.0	4	4,980	69.2	6.2	4	102,821	85.5	6.4
誤嚥性肺炎	5	3,995(293)	55.8	4.8	5	3,702	51.5	4.6	6	63,667	52.9	4.0
肺 炎	6	3,487(141)	48.7	4.2	6	3,346	46.5	4.2	5	80,176	66.6	5.0
不慮の事故	7	2,345(158)	32.8	2.8	7	2,187	30.4	2.7	7	45,743	38.0	2.8
新型コロナウイルス感染症	8	1,612(△106)	22.5	2.0	8	1,718	23.9	2.1	8	35,865	29.8	2.2
腎 不 全	9	1,329(△57)	18.6	1.6	9	1,386	19.3	1.7	9	29,665	24.7	1.8
間質性肺炎	10	1,282(16)	17.9	1.6	10	1,266	17.6	1.6	12	24,395	20.3	1.5
10死因小計		60,135(525)	839.9	72.8		59,610	828.5	74.0		1,199,718	997.3	74.7

資料：令和 6（2024）年人口動態統計（確定数）（愛知県保健医療局）

注 1：（ ）は前年からの増減を示す。

注 2：率算出の人口（日本人人口）には、令和 6（2024）年は「人口推計（2024年10月 1 日現在）」（総務省統計局）、令和 5（2023）年は「人口推計（2023年10月 1 日現在）」（総務省統計局）を用いた。

図 2-2-⑩ 主要死因別死亡率の年次推移（愛知県）



今後、記載予定

第 2 部 医療圏及び基準病床数等

第1章 医 療 圏

1 2次医療圏（医療法第30条の4第2項第14号に定める区域）

原則として、1次医療（通院医療）から2次医療（入院医療）までを包括的、継続的に提供し、一般及び療養の病床（精神病床、結核病床及び感染症病床を除き、診療所の病床を含む。）の整備を図るための地域単位として設定する区域で、表1-1のとおり定めます。

なお、人口規模が20万人未満の2次医療圏について、療養病床及び一般病床の流入入院患者割合が20%未満であり、流出入院患者割合が20%以上である場合、その設定の見直しを検討することとされており、本県では、東三河北部医療圏が該当しますが、圏域面積が著しく広大であることや、へき地医療対策の必要性等の観点から、引き続き単独の医療圏とし、救急医療等不足する医療機能については、東三河南部医療圏と連携を図っていきます。また、次期の見直しに向けて、東三河南部医療圏との統合の適否について、議論を深めていきます。

表1-1 2次医療圏の名称及び区域

名 称	区 域
名古屋・尾張中部医療圏	名古屋市、清須市、北名古屋市、豊山町
海 部 医 療 圏	津島市、愛西市、弥富市、あま市、大治町、蟹江町、飛島村
尾張東部医療圏	瀬戸市、尾張旭市、豊明市、日進市、長久手市、東郷町
尾張西部医療圏	一宮市、稲沢市
尾張北部医療圏	春日井市、犬山市、江南市、小牧市、岩倉市、大口町、扶桑町
知多半島医療圏	半田市、常滑市、東海市、大府市、知多市、阿久比町、東浦町、南知多町、美浜町、武豊町
西三河北部医療圏	豊田市、みよし市
西三河南部東医療圏	岡崎市、幸田町
西三河南部西医療圏	碧南市、刈谷市、安城市、西尾市、知立市、高浜市
東三河北部医療圏	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
東三河南部医療圏	豊橋市、豊川市、蒲郡市、田原市

2 3次医療圏（医療法第30条の4第2項第15号に定める区域）

主として特殊な医療（3次医療）を提供する病院の整備を図るための単位として設定する区域で、愛知県全域とします。

2次医療圏図

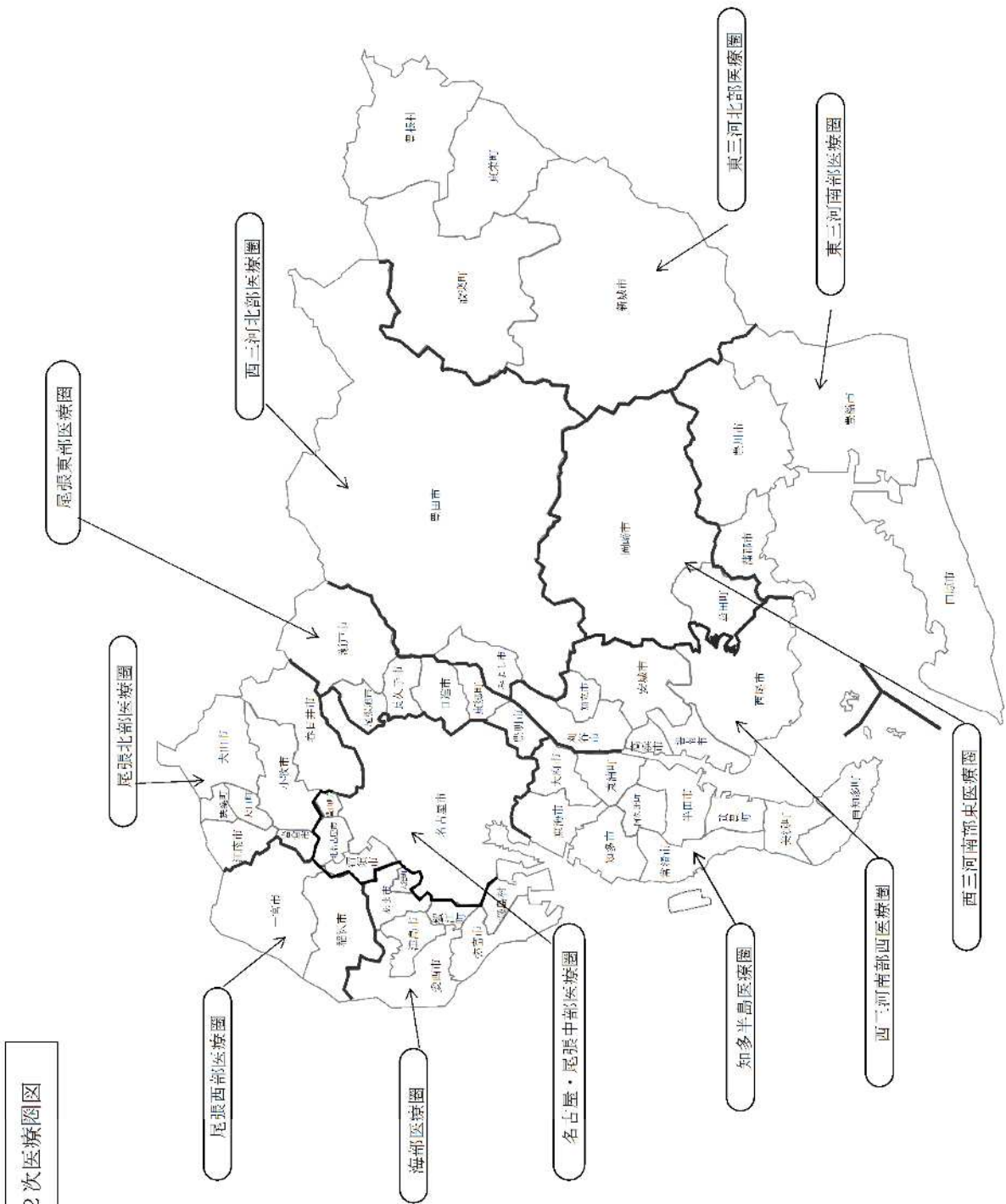


表1-2 2次医療圏別医療資源等

医 療 圏	人 口 (人)	面 積 (km ²)	病院数 (施設)	一般診療所 (施設)	歯科診療所 (施設)
名古屋・尾張中部	2,507,579	368.35	116 (0.5)	2,475 (9.9)	1,480 (5.9)
海部	317,542	208.63	11 (0.3)	227 (7.1)	131 (4.1)
尾張東部	474,397	230.14	18 (0.4)	362 (7.6)	233 (4.9)
尾張西部	501,565	193.17	18 (0.4)	369 (7.4)	250 (5.0)
尾張北部	720,027	295.96	26 (0.4)	490 (6.8)	333 (4.6)
知多半島	614,970	392.06	19 (0.3)	418 (6.8)	255 (4.1)
西三河北部	475,702	950.51	20 (0.4)	297 (6.2)	170 (3.6)
西三河南部東	421,568	443.92	15 (0.4)	271 (6.4)	179 (4.2)
西三河南部西	696,122	363.76	22 (0.3)	428 (6.1)	284 (4.1)
東三河北部	47,785	1,052.43	3 (0.6)	46 (9.6)	24 (5.0)
東三河南部	676,546	671.26	36 (0.5)	464 (6.9)	308 (4.6)
計	7,453,803	5,173.26	304 (0.4)	5,847 (7.8)	3,647 (4.9)

注1：（ ）は人口万対比の数値

注2：人口は令和7(2025)年10月1日現在（「あいちの人口」愛知県県民文化局）

注3：面積は令和8(2026)年1月1日現在（「令和8年全国都道府県市区町村別面積調」国土交通省国土地理院）
ただし、所属未定地は各医療圏値に含んでいないため、各医療圏値の合計は計と一致しない。

注4：病院、一般診療所、歯科診療所については令和7(2025)年10月1日現在（「病院名簿」愛知県保健医療局）

病院・診療所（医療法の定義等）

病院及び診療所は、ともに医療法に規定された施設で、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、そのうち、病院は、20人以上の患者を入院させるための施設（20床以上）を有するもので、診療所は、19床以下か無床の施設のことをいいます。したがって、設備構造及び医師、看護師等の配置要件からは、病院は、主に入院機能を受け持つ施設となります。

表1-3 一般病床自域依存率の経年変化

(単位：％)

医 療 圏	平成8年 5月	平成11年 7月	平成16年 7月	平成21年 6月	平成29年 6月	令和5年 6月	令和8年 6月
名古屋	95.1	88.0	89.0	88.5	87.7	86.3	今後、記載予定
尾張中部		26.4	16.9	23.4	25.2		
海 部		58.1	56.7	58.9	55.7	55.1	
尾張東部		75.2	72.8	71.3	73.0	72.6	
尾張西部	82.9	81.3	83.8	81.7	85.5	87.0	
尾張北部	76.6	76.9	77.9	79.7	78.5	80.0	
知多半島	70.1	69.3	70.0	68.6	65.7	64.5	
西三河北部	70.6	71.4	75.7	79.1	76.6	80.0	
西三河南部東	79.3	82.4	83.0	72.6	69.6	77.1	
西三河南部西				82.2	81.5	77.5	
東三河北部	72.6	83.6	74.1	47.2	47.9	43.5	
東三河南部	94.9	95.2	91.4	91.4	93.8	93.0	

資料：愛知県保健医療局調べ

注：平成29(2017)年6月、令和5(2023)年6月、令和8(2026)年6月の数値は病院及び有床診療所が対象
(平成16(2004)年7月以前の数値は病院のみ対象)

第2章 基準病床数

- 医療法第30条の4第2項第17号に規定する基準病床数は、表2-1のとおりとします。
- 基準病床数は、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療計画において定めるもので、既存病床数が基準病床数を超える医療圏（病床過剰地域）では、病院の開設、増床は原則として許可されません。

表2-1 基準病床数

病 床 種 別	医 療 圏	基準病床数 (令和9～令和11年度)
療 養 病 床 及び 一 般 病 床	名古屋・尾張中部	今後、記載予定
	海 部	
	尾 張 東 部	
	尾 張 西 部	
	尾 張 北 部	
	知 多 半 島	
	西 三 河 北 部	
	西三河南部東	
	西三河南部西	
	東 三 河 北 部	
	東 三 河 南 部	
	計	
精 神 病 床	全 県 域	今後、記載予定
結 核 病 床	全 県 域	
感 染 症 病 床	全 県 域	

注1：「療養病床及び一般病床」の基準病床数は、両病床数を合算した数値です。

注2：精神、結核、感染症の各病床については、全県単位で整備することとしています。

表2-2 既存病床数 (令和8(2026)年9月末現在)

病 床 種 別	医 療 圏	既存病床数
療 養 病 床 及び 一 般 病 床	名古屋・尾張中部	今後、記載予定
	海 部	
	尾 張 東 部	
	尾 張 西 部	
	尾 張 北 部	
	知 多 半 島	
	西 三 河 北 部	
	西三河南部東	
	西三河南部西	
	東 三 河 北 部	
	東 三 河 南 部	
	計	
精 神 病 床	全 県 域	今後、記載予定
結 核 病 床	全 県 域	
感 染 症 病 床	全 県 域	

注1：「既存病床数」は、承認済の病床整備計画を反映した場合の病床数としている。

注2：「既存病床数」は、令和6(2024)年3月までの経過措置である介護医療院の定員数（療養病床数）及び平成18(2006)年12月31日以前に開設した有床診療所の病床数は含まれていない。

1 療養病床及び一般病床

2次医療圏ごとに(1)アに掲げる療養病床の算定式により算定した数と2次医療圏ごとに(2)アに掲げる一般病床の算定式により算定した数の合計。ただし、県における当該数の合計は、2次医療圏ごとに(1)イ及び(2)イで掲げる式によりそれぞれ算定した数の合計を超えないものとする。

なお、県外に流出している入院患者数が、県外から流入している入院患者数よりも多く、特に必要とする場合にのみ、流出先都道府県との調整協議を行った上で、都道府県間を超える患者の流出入について合意を得た数を、当該合計数に加減することができる。

(1) 療養病床

$$\text{ア} \quad \frac{\Sigma A_1 B_1 - G + C_1 - D_1}{E_1}$$

$$\text{イ} \quad \frac{\Sigma A_1 B_1 - G}{E_1}$$

A₁ : 2次医療圏の性別・年齢階級別人口（5歳階級）

B₁ : 性別・年齢階級別療養病床入院受療率

厚生労働大臣が定める性別・年齢階級別の療養病床入院受療率を上限として、長期療養に係る医療を必要とする者の数を勘案して都道府県知事が定める率

G : 介護施設、在宅医療等に対応可能な数

病院及び有床診療所の療養病床における入院患者のうち、今後の介護老人保健施設及び居宅等における医療の確保の進展等を勘案して、介護老人保健施設及び居宅等における医療等によって対応が可能な数として都道府県知事が定める数

C₁ : 他医療圏等から当該医療圏への流入入院患者数の範囲内で都道府県知事が定める数

D₁ : 当該医療圏から他医療圏等への流出院患者数の範囲内で都道府県知事が定める数

E₁ : 厚生労働大臣が定める病床利用率

厚生労働大臣が定める病床利用率が都道府県の直近の病床利用率を下回る場合は、厚生労働大臣が定める療養病床に係る病床利用率以上、都道府県の直近の療養病床利用率以下の範囲内で都道府県知事が定める数

(2) 一般病床

$$\text{ア} \quad \frac{\Sigma A_1 B_2 \times F + C_2 - D_2}{E_2}$$

$$\text{イ} \quad \frac{\Sigma A_1 B_2 \times F}{E_2}$$

A₁ : 2次医療圏の性別・年齢階級別人口（5歳階級）

B₂ : 厚生労働大臣が定める性別・年齢階級別一般病床退院率（地方ブロック値）

F : 平均在院日数

厚生労働大臣が地方ブロックの平均在院日数の分布状況を勘案して定める日数を上限として、当該都道府県の平均在院日数の状況等を勘案して都道府県知事が定める数

C₂ : 他医療圏等から当該医療圏への流入入院患者数の範囲内で知事が定める数

D₂ : 当該医療圏から他医療圏等への流出院患者数の範囲内で知事が定める数

E₂ : 厚生労働大臣が定める病床利用率

厚生労働大臣が定める病床利用率が都道府県の直近の病床利用率を下回る場合は、厚生労働大臣が定める一般病床に係る病床利用率以上、都道府県の直近の一般病床利用率以下の範囲内で都道府県知事が定める数

2 精神病床

全県を区域として以下に掲げる式により算定した数

$$\frac{A_2 + A_3 + A_4 X_1 + A_5 X_2 + C_3 - D_3}{E_3}$$

- A_2 : 令和11 (2029) 年における急性期患者数推計値
 A_3 : 令和11 (2029) 年における回復期患者数推計値
 A_4 : 令和11 (2029) 年における慢性期患者数推計値 (認知症を除く)
 A_5 : 令和11 (2029) 年における慢性期患者数推計値 (認知症)
 X_1 : 1 - 認知症を除く慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合
 X_2 : 1 - 認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合
 C_3 : 他県から本県への流入入院患者数
 D_3 : 本県から他県への流出入院患者数
 E_3 : 厚生労働大臣が定める病床利用率

3 結核病床

全県を区域として次に掲げる式により算定した数

$$A \times B \times C \times D + E$$

- A : 本県の1日当たりの「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 (以下「感染症法」という)」第19条及び第20条の規定に基づき入院した結核患者の数
 B : 感染症法第19条及び第20条の規定に基づき入院した結核患者の退院までに要する平均日数
 C : 当該区域における感染症法第12条第1項の規定による医師の届出のあった年間新規患者発生数の区分に応じ、それぞれ定める係数

年間新規患者発生数	係 数
99人以下	1.8
100人以上499人以下	1.5
500人以上	1.2

- D : 1

粟粒結核、結核性髄膜炎等の重症結核、季節変動、結核以外の患者の混入その他当該区域の実情に照らして1を超え1.5以下の範囲内で知事が特に定めた場合はその数値

- E : 医療計画に基準病床数を定めようとする日の属する年度の前の年度における本県の慢性排菌患者のうち入院している者の数

4 感染症病床

全県を区域として、感染症法の規定に基づき厚生労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに知事の指定を受けている第一種及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を基準として知事が定めた数

(感染症指定医療機関の配置基準)

第一種感染症指定医療機関：都道府県の区域ごとに1か所、2床

第二種感染症指定医療機関：2次医療圏ごとに1か所、その人口に応じ次の病床数

30 万人未満	4 床
30 万人以上 100 万人未満	6 床
100 万人以上 200 万人未満	8 床
200 万人以上 300 万人未満	10 床
300 万人以上	12 床

第3章 保健医療施設等の概況

第1節 保健医療施設の状況

1 病院

- 病院数は年々減少しており、令和7(2025)年には304施設となっています。
- 病床数も、平成17(2005)年の69,505床（人口万対95.8）と比較すると、令和7(2025)年には63,803床（人口万対85.6）と減少しています。

表3-1-1 病院数及び病床数の推移

	平成17年 (2005年) 10月	平成22年 (2010年) 10月	平成24年 (2012年) 10月	平成29年 (2017年) 10月	令和2年 (2020年) 10月	令和4年 (2022年) 10月	令和7年 (2025年) 10月
一般病院	312	289	288	286	284	281	267
精神科病院	38	40	37	38	37	36	37
計	350	329	325	324	321	317	304
病床	一般病床	41,638	40,472	40,265	39,777	39,988	39,273
	療養病床	13,786	13,740	13,864	14,903	13,747	12,478
	精神病床	13,621	13,239	12,995	12,657	12,392	11,875
	結核病床	396	275	256	200	136	111
	感染症病床	64	64	64	72	66	66
	計	69,505	67,790	67,444	67,609	66,335	63,803

資料：病院名簿（愛知県保健医療局）

注：精神科病院は精神病床のみを有する病院

- 医療圏ごとの病院の状況は、以下のとおりです。
東三河北部医療圏は、地形的な面から東三河南部医療圏と連携を図っています。

表3-1-2 医療圏別病院数及び病床数（令和 7 (2025) 年10月 1 日現在）

医 療 圏	病院数	病床数計	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
名古屋・尾張中部	116	23,300	15,432	3,679	4,127	50	12
海 部	11	2,127	1,124	517	480	0	6
尾 張 東 部	18	5,446	3,485	688	1,242	25	6
尾 張 西 部	18	4,491	2,893	652	922	18	6
尾 張 北 部	26	5,862	3,347	1,429	1,080	0	6
知 多 半 島	19	3,879	2,524	493	854	0	8
西 三 河 北 部	20	3,477	2,165	602	704	0	6
西 三 河 南 部 東	15	3,058	1,652	716	690	0	0
西 三 河 南 部 西	22	4,673	3,085	1,189	393	0	6
東 三 河 北 部	3	299	199	100	0	0	0
東 三 河 南 部	36	7,191	3,367	2,413	1,383	18	10
計	304	63,803	39,273	12,478	11,875	111	66

資料：病院名簿（愛知県保健医療局）

2 診療所

- 診療所の現況は、表3-1-3のとおりで、有床診療所は減少傾向にありますが、無床診療所は年々増加する傾向にあります。

表3-1-3 診療所数等の推移

	平成17年 (2005年) 10月	平成22年 (2010年) 10月	平成24年 (2012年) 10月	平成29年 (2017年) 10月	令和2年 (2020年) 10月	令和4年 (2022年) 10月	令和7年 (2025年) 10月
無床診療所	4,342	4,646	4,754	5,083	5,259	5,406	5,595
有床診療所	540	473	432	324	279	271	252
(病床数)	(6,144)	(5,426)	(5,056)	(4,018)	(3,558)	(3,414)	(3,128)
歯科診療所	3,551	3,666	3,707	3,757	3,735	3,717	3,647

資料：病院名簿（愛知県保健医療局）

表3-1-4 医療圏別診療所数(令和7(2025)年10月1日現在)

医 療 圏	一 般 診療所数	内 訳		歯 科 診療所数
		無床診療所数	有床診療所数（病床数）	
名古屋・ 尾張中部	2,475	2,396	79（952）	1,480
海 部	227	213	14（135）	131
尾張東部	362	343	19（203）	233
尾張西部	369	347	22（263）	250
尾張北部	490	456	34（475）	333
知多半島	418	400	18（274）	255
西三河北部	297	285	12（143）	170
西三河南部東	271	261	10（112）	179
西三河南部西	428	408	20（241）	284
東三河北部	46	44	2（6）	24
東三河南部	464	442	22（324）	308
計	5,847	5,595	252（3,128）	3,647

資料：病院名簿（愛知県保健医療局）

3 その他の保健医療施設

○ 保健医療施設の整備状況は、以下のとおりです。

表3-1-5 保健所等の保健医療施設の推移（毎年末時点）

		平成 17 年 (2005 年)	平成 22 年 (2010 年)	平成 24 年 (2012 年)	平成 29 年 (2017 年)	令和元年 (2019 年)	令和 4 年 (2022 年)	令和 7 年 (2025 年)
保健所	県立	12 (9)	12 (9)	12 (9)	12 (9)	12 (8)	11 (8)	11 (8)
	市立	19	19	19	19	4	5	5
市町村保健センター		67	57	54	54	54	54	54

注 1：県立の保健所の（ ）内は分室・駐在の数

注 2：名古屋市の各区保健所は、平成30(2018)年4月から、1保健所・16保健所支所へ体制変更

注 3：市町村保健センターは、類似施設を含め設置している市町村の数

表3-1-6 薬局・助産所・介護施設の推移（毎年10月1日時点）

		平成 17 年 (2005 年)	平成 22 年 (2010 年)	平成 23 年 (2011 年)	平成 28 年 (2016 年)	令和元年 (2019 年)	令和 4 年 (2022 年)	令和 7 年 (2025 年)
薬 局		2,788	2,928	2,957	3,239	3,268	3,635	今後、 記載予定
助 産 所		145	157	165	186	206	239	
介護 老人 保健 施設	施設数	146	162	193	166	194	190	
	定員	14,805	16,328	18,353	16,693	18,405	18,116	
訪問看護ステーション		298	298	326	579	719	1,005	

資料：衛生年報、病院名簿（愛知県保健医療局）、介護サービス施設・事業所調査

注 1：薬局の数は毎年3月末時点の数

注 2：介護老人保健施設は毎年9月30日時点の数

第2節 受療動向

- 本県では、入院患者の動向を把握するため、令和8(2026)年度に県内のすべての病院及び有床診療所に対して「患者一日実態調査」(令和8(2026)年6月30日午前0時現在)を実施しており、本節はこの調査結果に基づいて記載しています。

1 入院患者数

- 入院患者総数は、51,657人(うち県内居住患者総数49,638人)であり、医療機関の所在地別(医療圏単位)の患者数は、以下のとおりです。

調査後、修正

表3-2-1 医療機関所在地医療圏別入院患者数

医療機関 所在地医療圏	入 院 患 者 数				
	総 数	一 般 病 床 入 院	療 養 病 床 入 院	精 神 病 床 入 院	結 核 病 床 入 院
名古屋 ・尾張中部	今後、記載予定				
海 部					
尾 張 東 部					
尾 張 西 部					
尾 張 北 部					
知 多 半 島					
西三河北部					
西三河南部東					
西三河南部西					
東三河北部					
東三河南部					
計					

資料：令和8(2026)年度患者一日実態調査(愛知県保健医療局)

○ また、入院患者の住所地別（医療圏単位）の状況は、以下のとおりです。

表3-2-2 患者住所地医療圏別入院患者数

患者住所地 医 療 圏	入 院 患 者 数				
	総 数	一 般 病 床 入 院	療 養 病 床 入 院	精 神 病 床 入 院	結 核 病 床 入 院
名古屋・ 尾張中部	今後、記載予定				
海 部					
尾張東部					
尾張西部					
尾張北部					
知多半島					
西三河北部					
西三河南部東					
西三河南部西					
東三河北部					
東三河南部					
県 外 等					
計					

資料：令和8（2026）年度患者一日実態調査（愛知県保健医療局）

2 入院患者の動向

- 病床種別ごとの入院患者の動向（患者住所地と入院先の医療機関所在地の関係）を医療圏単位に整理しました。

(1) 一般病床

○

今後、記載予定

(2) 療養病床

○

今後、記載予定

(3) 精神病床

○

今後、記載予定

(4) 結核病床

○

今後、記載予定

用語の解説

- 自域依存率

当該医療圏内の住民が当該医療圏内の医療機関に入院している割合のこと。

表3-2-3 一般病床の入院患者（医療機関所在地・患者住所地別）

医療圏		患者住所地医療圏											
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計 (流入患者率)
医療機関所在地医療圏	名古屋・尾張中部	今後、記載予定											
	海部												
	尾張東部												
	尾張西部												
	尾張北部												
	知多半島												
	西三河北部												
	西三河南部東												
	西三河南部西												
	東三河北部												
	東三河南部												
	計 (流出患者率)												

資料：令和8（2026）年度患者一日実態調査（愛知県保健医療局）

上段	自域入院患者数
中段	自域依存率（自域入院患者数/当該医療圏内の住民の全入院患者数×100）
下段	自域患者率（自域入院患者数/当該医療圏内の病院の全入院患者数×100）

注1：自域入院患者数とは、当該医療圏内の住民が当該医療圏内の医療機関に入院している数のことです。

注2：自域患者率とは、当該医療圏内の医療機関に入院している患者のうち、当該医療圏内の住民の割合のことです。

一般病床における医療圏間医療依存度

図 3-2-①

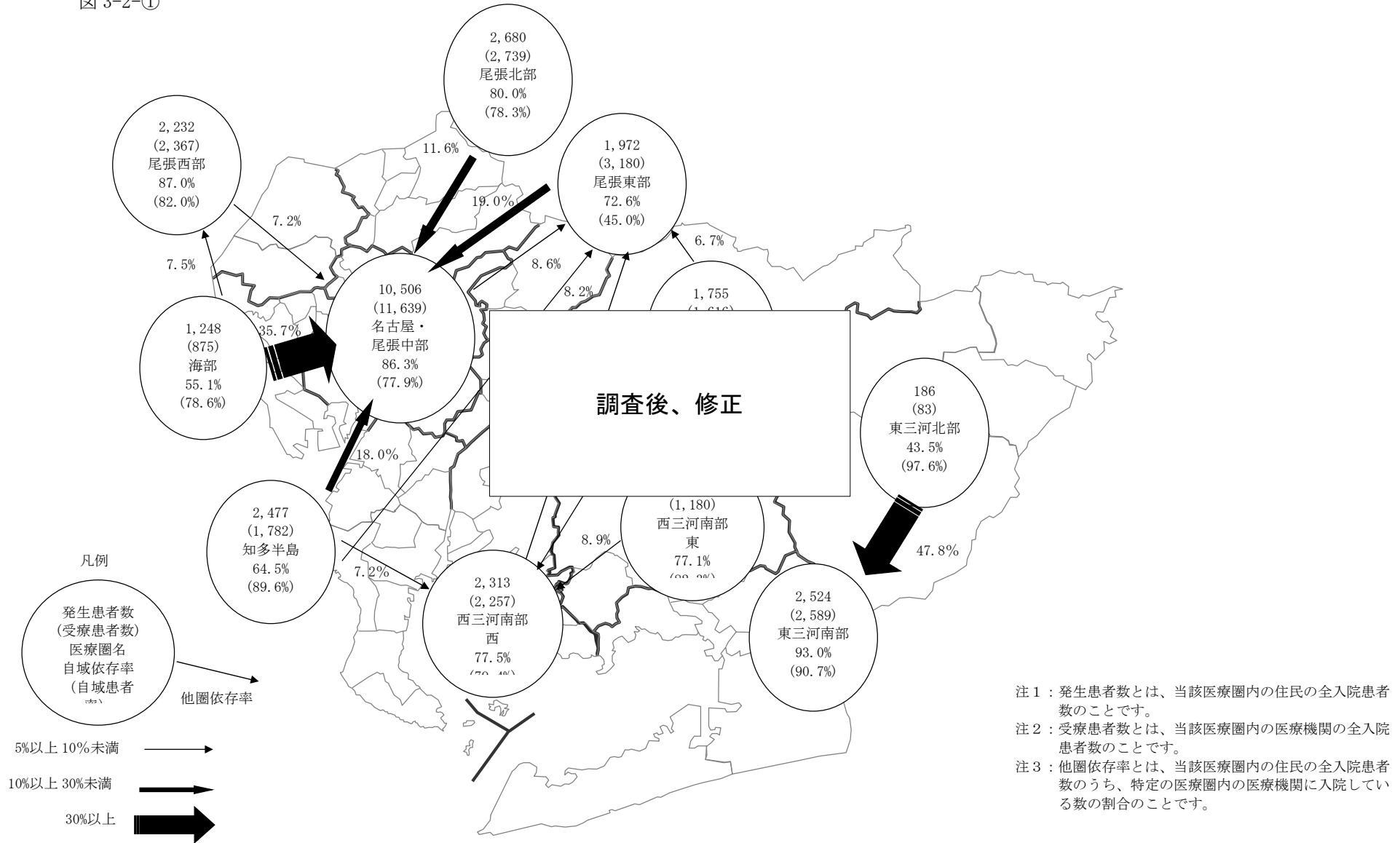


表3-2-4 療養病床の入院患者（医療機関所在地・患者住所地別）

医療圏		患者住所地医療圏											
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計 (流入患者率)
医療機関所在地医療圏	名古屋・尾張中部	今後、記載予定											
	海部												
	尾張東部												
	尾張西部												
	尾張北部												
	知多半島												
	西三河北部												
	西三河南部東												
	西三河南部西												
	東三河北部												
	東三河南部												
	計 (流出患者率)												

資料：令和8（2026）年度患者一日実態調査（愛知県保健医療局）

上段	自域入院患者数
中段	自域依存率（自域入院患者数/当該医療圏内の住民の全入院患者数×100）
下段	自域患者率（自域入院患者数/当該医療圏内の病院の全入院患者数×100）

注1：自域入院患者数とは、当該医療圏内の住民が当該医療圏内の医療機関に入院している数のことです。
注2：自域患者率とは、当該医療圏内の医療機関に入院している患者のうち、当該医療圏内の住民の割合のことです。

図 3-2-②

療養病床における医療圏間医療依存度

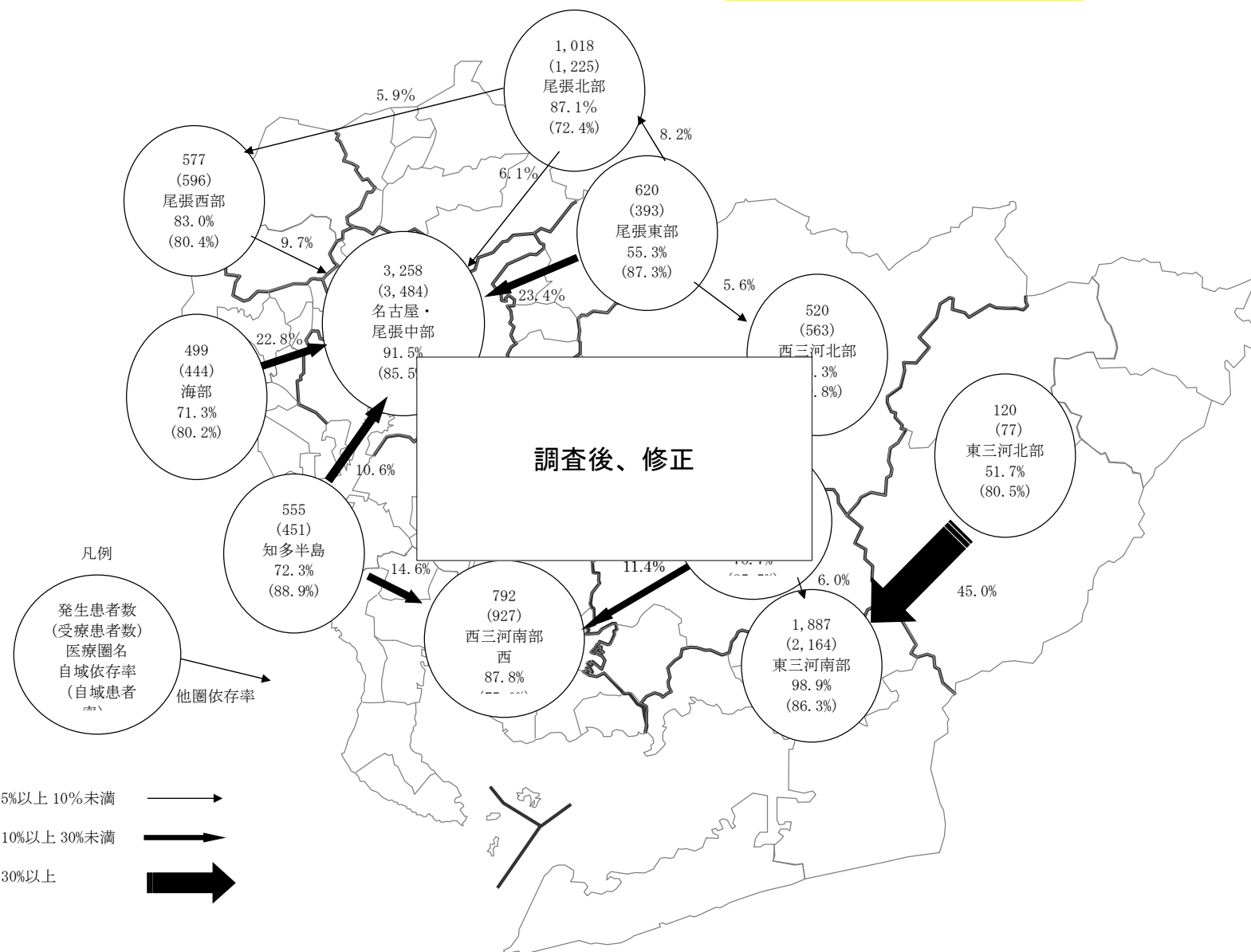


表3-2-5 精神病床の入院患者（医療機関所在地・患者住所地別）

医療圏		患者住所地医療圏											
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計 (流入患者率)
医療機関所在地医療圏	名古屋・尾張中部	今後、記載予定											
	海部												
	尾張東部												
	尾張西部												
	尾張北部												
	知多半島												
	西三河北部												
	西三河南部東												
	西三河南部西												
	東三河北部												
	東三河南部												
	計 (流出患者率)												

資料：令和8（2026）年度患者一日実態調査（愛知県保健医療局）

上段	自域入院患者数
中段	自域依存率（自域入院患者数/当該医療圏内の住民の全入院患者数×100）
下段	自域患者率（自域入院患者数/当該医療圏内の病院の全入院患者数×100）

注1：自域入院患者数とは、当該医療圏内の住民が当該医療圏内の医療機関に入院している数のことです。

注2：自域患者率とは、当該医療圏内の医療機関に入院している患者のうち、当該医療圏内の住民の割合のことです。

図 3-2-③

精神病床における医療圏間医療依存度

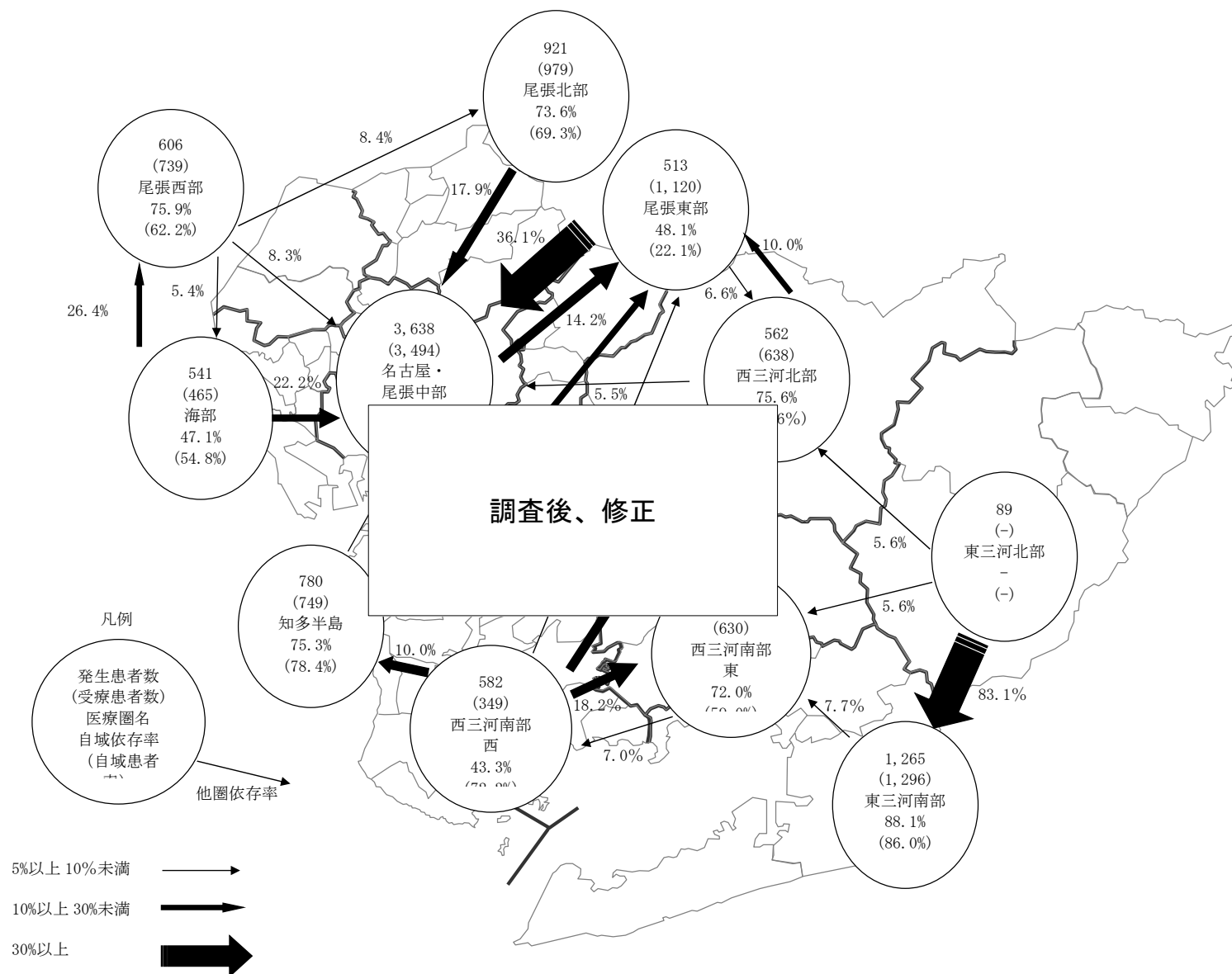


表3-2-6 結核病床の入院患者（医療機関所在地・患者住所地別）

医療圏		患者住所地医療圏											
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計 (流入患者率)
医療機関所在地医療圏	名古屋・尾張中部	今後、記載予定											
	海部												
	尾張東部												
	尾張西部												
	尾張北部												
	知多半島												
	西三河北部												
	西三河南部東												
	西三河南部西												
	東三河北部												
	東三河南部												
	計 (流出患者率)												

資料：令和8（2026）年度患者一日実態調査（愛知県保健医療局）

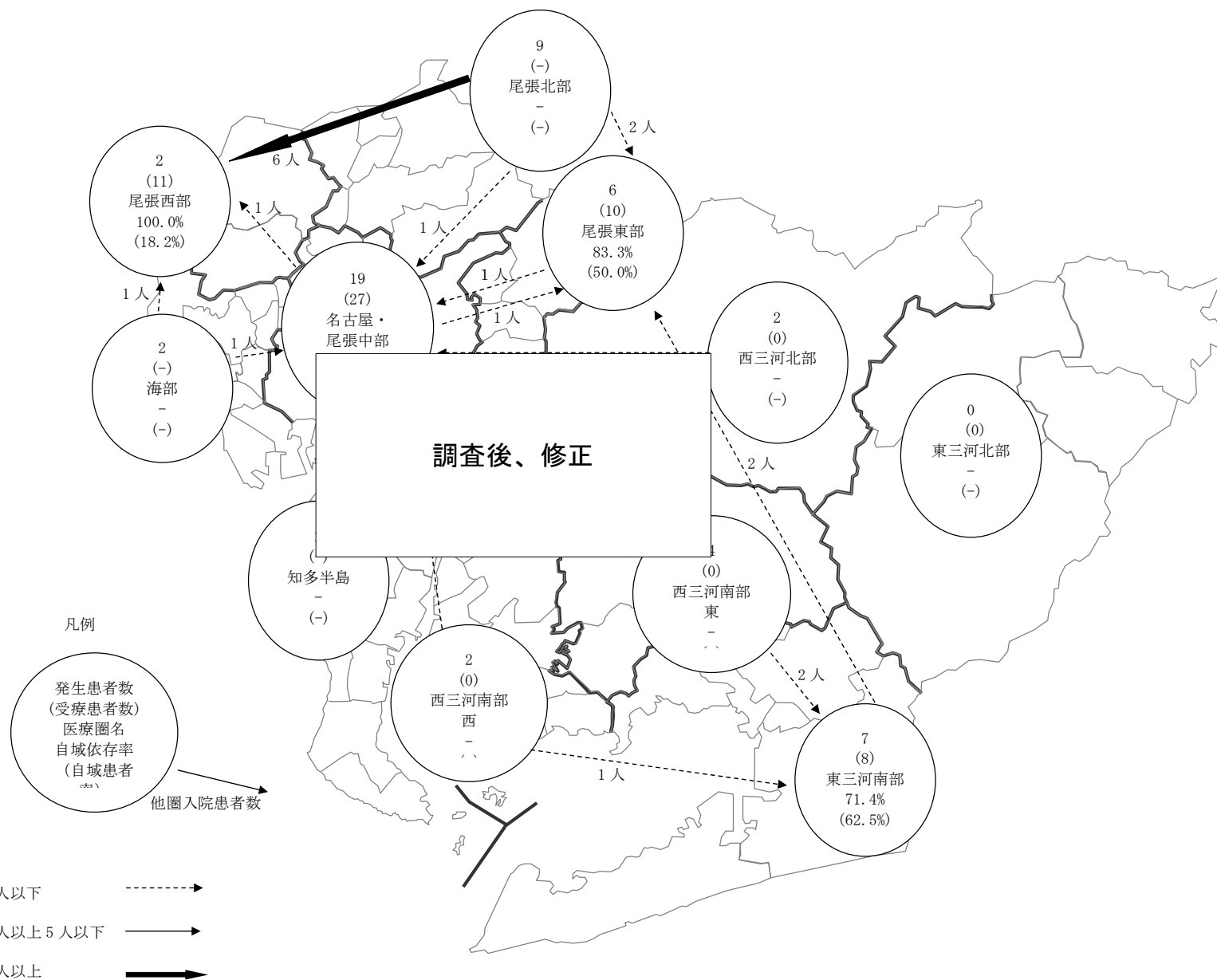
上段	自域入院患者数
中段	自域依存率（自域入院患者数/当該医療圏内の住民の全入院患者数×100）
下段	自域患者率（自域入院患者数/当該医療圏内の病院の全入院患者数×100）

注1：自域入院患者数とは、当該医療圏内の住民が当該医療圏内の医療機関に入院している数のことです。

注2：自域患者率とは、当該医療圏内の医療機関に入院している患者のうち、当該医療圏内の住民の割合のことです。

図 3-2-④

結核病床における医療圏間医療依存度



3 病床利用率

○ 病院の病床利用率は、以下のとおりです。

表3-2-7 医療圏別病院病床利用率

医 療 圏	一 般 病 床			療 養 病 床			精 神 病 床			結 核 病 床		
	病床数	入院患者数	病床利用率	病床数	入院患者数	病床利用率	病床数	入院患者数	病床利用率	病床数	入院患者数	病床利用率
名古屋・尾張中部	今後、記載予定											
海 部												
尾張東部												
尾張西部												
尾張北部												
知多半島												
西三河北部												
西三河南部東												
西三河南部西												
東三河北部												
東三河南部												
計												

資料：令和8（2026）年度患者一日実態調査（愛知県保健医療局）、病院名簿（愛知県保健医療局）

注1：病床数は令和7（2025）年10月1日現在、入院患者数は令和8（2026）年6月30日午前0時現在

注2：病院のみ対象（有床診療所は含まない）

- 県内病院の全病床における病床利用率は、**79.0%**となっています。
また、平均在院日数は、短縮される傾向にあります。

表 3-2-8 病院病床利用率及び平均在院日数

			平成 17 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 28 年	令和元年	令和 4 年	令和 6 年
病 床 利 用 率	総病床	愛知県	84.8	83.0	82.2	80.0	76.2	76.2	79.0
		全 国	84.8	82.3	81.9	80.1	75.3	75.3	77.0
	一般 病床	愛知県	80.0	76.9	76.1	74.7	73.4	73.4	78.4
		全 国	79.4	76.6	76.2	75.2	67.6	67.6	72.1
	療養 病床	愛知県	93.2	93.3	92.5	87.9	93.0	93.0	89.8
		全 国	93.4	91.7	91.2	88.2	83.7	83.7	82.7
	精神 病床	愛知県	92.4	92.2	91.6	88.3	82.5	82.5	83.0
		全 国	91.7	89.6	89.1	86.2	78.1	78.1	77.6
	結核 病床	愛知県	57.0	50.2	55.3	47.5	55.0	55.0	41.1
		全 国	45.3	36.5	36.6	34.5	27.4	27.4	26.6
平 均 在 院 日 数	総病床	愛知県	30.3	27.6	26.9	24.0	22.7	22.7	21.2
		全 国	35.7	32.5	32.0	28.5	27.3	27.3	25.6
	一般 病床	愛知県	18.1	16.1	15.7	14.0	12.0	12.0	11.5
		全 国	19.8	18.2	17.9	16.2	13.1	13.1	12.5
	療養 病床	愛知県	160.5	171.8	170.1	142.4	150.0	150.0	142.8
		全 国	172.8	176.4	175.1	152.2	149.5	149.5	140.2
	精神 病床	愛知県	348.0	281.3	287.5	250	179.4	179.4	162.2
		全 国	327.2	301.0	298.1	269.9	205.0	205.0	189.1
	結核 病床	愛知県	67.7	76.9	81.2	65.1	52.4	52.4	60.1
		全 国	71.9	71.5	71.0	66.3	44.5	44.5	49.5

資料：病院報告（厚生労働省）

注：平成17(2005)年以降の数字は、第4次医療法改正（以下「法改正」という。）後の病床区分によるものです。

4 入院受療率

調査後、修正

- 入院受療率（人口10万人当たり）は、入院総数で664、一般病床入院が390、療養病床入院が139、精神病床入院が134、結核病床入院が1となります。
- これを医療圏別にみると、以下のとおりで、東三河北部及び東三河南部医療圏が高い数値となっています。

表3-2-9 医療圏別入院受療率（令和8（2026）年6月30日午前0時現在）

医 療 圏	人 口 (R 5. 10. 1)	入 院 受 療 率 （人口10万人当たり）				
		総 数	一般病床入院	療養病床入院	精神病床入院	結核病床入院
名古屋・尾張中部	今後、記載予定					
海 部						
尾張東部						
尾張西部						
尾張北部						
知多半島						
西三河北部						
西三河南部東						
西三河南部西						
東三河北部						
東三河南部						
計						

資料：令和8（2026）年度患者一日実態調査（愛知県保健医療局）

第 3 部 医療提供体制の整備

第1章 保健医療施設の整備目標

第1節 2次3次医療の確保

【現状と課題】

現 状

1 2次医療

- 令和7(2025)年10月1日現在、病院数は304施設となっており、近年横ばいで推移しています。
- 一般病床及び療養病床の状況は、表1-1-1、表1-1-2のとおりで、病床不足医療圏において病床整備を進めています。
- 病床整備については、医療圏ごとに設置している圏域保健医療福祉推進会議及び構想区域ごとに設定している地域医療構想推進委員会の意見を聴き、整備を図ることとしています。

2 3次医療

- 病院での一般的な入院治療では対応できない「特殊な医療」については、3次医療で整備を図ることとしています。特殊な医療について、厚生労働省令では4つの類型を示しています。

課 題

- 病床不足医療圏における病床整備に当たっては、一般病床と療養病床の均衡、地域医療構想で定める必要病床数を考慮する必要があります。
- 2次救急医療機関の減少や救急対応後の病床確保などの課題について、検討する必要があります。
- 県内の大学病院等を中心に、3次医療の確保を図ることが必要です。
- 3次医療機能に付随する病床についても、病床過剰医療圏での増床はできないので、医療法の規定による特定の病床の特例（特定病床）の制度による整備が必要となります。
ただし、例外的な整備であることから、慎重に行う必要があります。

医療法施行規則第30条の28の7による3次医療の類型化

- ①先進的な技術を必要とするもの・・・経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等
- ②特殊な医療機器の使用を必要とするもの・・・高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等
- ③発生頻度が低い疾病に関するもの・・・先天性胆道閉鎖症等
- ④救急医療であって特に専門性の高いもの・・・広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等

3 特定機能病院

- 特定機能病院とは、医療法第4条の2の規定に基づき、一般の病院では対応が困難な疾患の治療を行うなどの高度の医療サービスの提供、医療技術の開発等の機能を有する病院のことで、県内では4つの大学病院及び県がんセンターが承認を受けています。

- 制度発足当初からの医療を取り巻く環境変化等を踏まえ、令和8(2026)年4月に医療法施行規則が改正され、特定機能病院の承認要件等の見直しが行われました。

特定機能病院名	所在地	診療科	紹介率	逆紹介率	承認年月日
愛知医大病院	長久手市	22科	92.8%	69.2%	H6. 1.25
藤田医大病院	豊明市	26科	92.5%	70.0%	H6. 4.12
名大附属病院	名古屋市昭和区	33科	74.0%	75.5%	H7. 1.26
名市大病院	名古屋市瑞穂区	36科	88.8%	89.7%	H7. 6.28
県がんセンター	名古屋市千種区	27科	105.6%	105.6%	R4. 12.1

資料：特定機能病院業務報告書（令和4年度結果）（東海北陸厚生局）

医療情報ネット（令和8(2026)年7月1日現在）

4 先進医療

- 一般の保険診療に取り入れられていない先進医療について、厚生労働大臣が有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定しています。

先進医療の種類

- 第2項先進医療技術
先進的医療技術とともに用いる医薬品や医療機器などについて、薬機法上の承認、認証、適用がある医療技術
- 第3項先進医療技術
薬機法上の承認などが得られていない医薬品や医療機器を用いるため、一定の要件を満たした場合に限り、保険診療との併用が可能な医療技術

【今後の方策】

- 2次医療の確保のため、一般病床と療養病床の均衡を考慮しつつ、そのあり方を検討していきます。
- 3次医療については、大学病院を始めとする県内の専門医療機関において整備を図ります。

表1-1-1 病院数、一般病床及び療養病床の状況

区 分		令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和4年 (2022年)	令和7年 (2025年)
愛知県	病 院 数	323病院	321病院	317病院	304病院
	一般病床数	39,896床(52.9床)	39,988床(53.0床)	40,030(53.4床)	39,273(52.7床)
	療養病床数	14,787床(19.6床)	13,747床(18.2床)	13,207(17.6床)	12,478(16.7床)
全 国	病 院 数	8,372病院	8,243病院	8,156病院	8,001病院
	一般病床数	890,712床(70.4床)	887,644床(70.5床)	886,663床(71.0床)	868,807床(70.5床)
	療養病床数	319,506床(25.3床)	293,143床(23.3床)	278,694床(22.3床)	264,656床(21.5床)

資料：病院名簿（愛知県保健医療局）

注：各年10月1日現在、病床数の（ ）は人口万人に当たり

表1-1-2 一般病床及び療養病床の基準病床数と既存病床数

医 療 圏	基 準 病 床 数 ①	既 存 病 床 数 (R8. 10. 1) ②	差 引 病 床 数 (①－②)
名古屋・ 尾張中部	今後、記載予定		
海 部			
尾張東部			
尾張西部			
尾張北部			
知多半島			
西三河北部			
西三河南部東			
西三河南部西			
東三河北部			
東三河南部			
計			

資料：愛知県保健医療局

用語の解説

○ 特定病床

医療法第30条の4第11項、医療法施行規則第30条の32の2第1項に規定する「特定の病床（がん・小児等の病床）の特例の対象」となる病床のことをいい、2次医療圏における基準病床数を超えて病床を整備しても都道府県知事の勧告（医療法第30条の11）の対象とはならない病床をいいます。

第2節 公的病院等の役割を踏まえた医療機関相互の連携のあり方

【現状と課題】

現 状	課 題
1 国関係の病院の状況 ○ 県内には、「国立長寿医療研究センター」を始め、国に関係する病院(独立行政法人含む)が6か所(令和7(2025)年10月1日現在)あります。 2 県所管の病院の状況 ○ 病院事業庁所管の県立病院については、中期計画に基づき、県内の中核機関としての役割・機能を発揮し、高度で良質な専門医療を提供するため、診療機能の充実・強化や持続可能な安定した経営基盤の確立に取り組んでいます。 3 各県立病院の状況 (1) 県がんセンター（名古屋市千種区） ○ 県内のがん医療における中核的医療機関として、病院と研究所が一体となって高度で先進的ながん医療の提供と開発をしています。 ○ 都道府県がん診療連携拠点病院、がんゲノム医療拠点病院並びに特定機能病院として、先進的ながん医療を提供するとともに、地域の医療機関と連携し、県内のがん医療水準の向上に努めています。 (2) 県精神医療センター（名古屋市千種区） ○ 民間の医療機関では対応が困難な患者を中心に受け入れ、先進的な精神科専門医療を提供しています。 ○ 平日夜間と休日における「精神科救急医療システム」のブロックの当番病院及び後方支援基幹病院としての役割を担っています。 また、平日昼間においては、消防機関の受入医療機関確保基準における、県内唯一の精神疾患の確保基準対象医療機関として役割を担っています。 ○ 精神科救急医療や医療観察法患者への対応、児童青年期の患者に対する専門病棟の整備など高度な精神科専門医療を提供しています。 (3) 県あいち小児医療センター（大府市） ○ 保健部門と医療部門を併せ持つ県内唯一の小児の専門病院として、多くの小児専門医を擁し、高度で先進的な小児医療を提供しています。 ○ 県内唯一の「小児救命救急センター」として、小児3次救急を本格的に実施しています。	○ 県立病院は、他の公立病院や民間病院等との適切な機能分担を図るとともに、一層の病診・病病連携や在宅医療に向けての取組が求められています。 ○ 県内のがん医療における中核的医療機関として、更なる機能の充実・強化が求められています。 ○ がん克服に向けた研究を促進し、他の医療機関や関係大学、産業界等との連携を強化することが求められています。 ○ 保健・医療・福祉機関・地域との連携に努めながら、県内の精神科医療の先進的かつ中核的病院として、高度な精神科専門医療の提供の充実・強化が求められています。 ○ 患者の地域移行を円滑に進めるため、看護師だけでなく多職種で訪問支援する取組（ACT）の一層の充実・強化が求められています。 ○ 多くの小児専門医を擁する小児専門病院の特質を生かした、高度で先進的な小児医療の提供が求められています。 ○ 重症患者相談システムや救急車搬送システムを本格的に運用するなどによ

さらに、小児心臓病センターによる重篤かつ緊急性の高い心臓疾患に対する医療の提供や、高度治療を要する周産期部門の診療などを行っています。

- 保健部門では、市町村保健センター等の関係機関や医療部門と連携し、健康や発達の問題を抱える子どもの相談や医療関係者に対する教育・研修などを行っています。

(4) 県医療療育総合センター中央病院（春日井市）

- 県医療療育総合センター中央病院は、心身の発達に重大な障害を及ぼす各種疾病の総合的な診断・予防・治療及び重症心身障害児・者医療を提供し、障害のある方とその家族を支援する専門医療機関としての役割を担っています。
- 地域の障害者施設や医療機関で対応困難な方々への医療を提供するとともに、在宅療養している方へのレスパイト入院等の受入れ体制を強化して、障害のある方々が、身近な地域で安心して生活できるよう取り組んでいます。

また、地域で生活する障害のある人達を支援する医療や福祉関係者等多職種間の連携システムである「このはネット」の運用を、令和3（2021）年4月から開始しました。

4 市町村立病院の状況

- 市立病院は、救急、へき地医療など採算性の確保が難しい医療を担っていることから、市立病院の多くが経営問題を抱えています。
- 総務省においては、「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を示し、それに基づき、各市立病院は、令和5（2023）年度までに「公立病院経営強化プラン」を策定しました。
- 「市立半田病院」及び「常滑市民病院」は、経営統合により効率化を図るため、令和7（2025）年4月1日に地方独立行政法人化し、知多半島総合医療機構を設立しました。
これに伴い、両病院は名称を「知多半島総合医療センター」及び「知多半島りんくう病院」に変更し、令和7（2025）年度に公立病院経営強化プランを策定しました。

5 その他の公的病院等の状況

- 県内には、その他の公的病院等として、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、愛知県厚生農業協同組合連合会、独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人地域医療機能推進機構の開設する病院が14病院あり、救急医療、へき地医療等の機能を担っています。

り、小児3次救急ネットワーク体制の強化が求められています。

- 健康や発達の問題への対応、児童虐待防止など、子どもと家族のための保健部門の機能の充実・強化が求められています。

- 地域における医療や福祉関係者等多職種間の連携のためのネットワークづくりの更なる普及が求められています。

- 各市立病院は、「公立病院経営強化プラン」を着実に実行することが求められています。
- 地域医療構想推進委員会の協議の方向性との齟齬が生じた場合には、プランの見直しを行うなど、構想区域全体における医療提供体制との整合性を図ることが求められています。

- その他の公的病院は、他の医療機関に率先して、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示すことを目的として、平成 29(2017)年中に「公的医療機関等 2025 プラン」を策定しました。

【今後の方策】

- 「公立病院経営強化プラン」又は「公的医療機関等2025プラン」を基に、地域医療構想の達成に向けた具体的な議論を促進します。

資料

【公的病院等の現況】

- **令和 7（2025）年10月 1 日現在**、県内には、全ての医療圏に**52**の公的病院等があり、病床規模別には、500床以上の大病院が約 4 割を占めるなど、比較的規模の大きな病院が多い現状となっています。
- 医療機能については、救急医療、がん診療拠点病院等があり、表1-2-1のとおりとなっています。

病床規模	～99床	～199床	～299床	～399床	～499床	500床以上	計
病院数	2	11	9	7	3	20	52
構成比%	3.8	21.2	17.3	13.4	5.8	38.5	100

(資料：病院名簿（愛知県保健医療局）)

公的病院等の役割を踏まえた医療機関相互の連携のあり方

表1-2-1 県内の公的病院等一覧 (令和7(2025)年10月1日現在)

医療圏	所在地	施設名	病床数	救命救急センター	二次輪番	災害拠点病院・災害拠点精神科病院	へき地医療拠点病院	周産期母子医療センター	がん診療連携拠点病院等	地域医療支援病院
名古屋・尾張中部	中区	(国)名古屋医療センター	656	○		◎			○	○
	守山区	(国)東尾張病院	183							
	名東区	(国)東名古屋病院	370		○					
	千種区	県精神医療センター	273			△				
	千種区	県がんセンター	500						◎	
	千種区	名市大東部医療センター	498	○		◎				○
	北区	名市大西部医療センター	500		○	○		○	○	○
	北区	名古屋市重症心身障害児者施設	90							
	瑞穂区	名古屋市大リハビリ病院	80							
	緑区	名市大みどり市民病院	205		○					
	名東区	名市大みらい光生病院	140							
	南区	中京病院	580	○		◎			○	○
	港区	中部労災病院	524		○	○			△	○
	中村区	日赤名古屋第一病院	818	○		◎		◎	○	○
	昭和区	日赤名古屋第二病院	764	○		◎		◎	○	○
	昭和区	名大附属病院	1,076		○	○		◎	○	
	瑞穂区	名市大病院	800	○		◎		◎	○	
	西区	県済生会リハビリ病院	199							
	西区	県青い鳥医療療育センター	170							
海部	津島市	津島市民病院	352		○	○				
	あま市	あま市民病院	180							
	弥富市	厚生連海南病院	540	○		◎		○	○	○
尾張東部	瀬戸市	公立陶生病院	633	○		◎		○	○	○
	尾張旭市	旭労災病院	250		○					○
尾張西部	一宮市	一宮市民病院	594	○		◎		○	○	○
	一宮市	木曽川市民病院	130		○					
	稲沢市	稲沢市民病院	278		○	○				
	稲沢市	厚生連稲沢厚生病院	225		○	○				
尾張北部	春日井市	県医療療育総合センター中央病院	267							
	春日井市	春日井市民病院	558	○		◎			△	○
	小牧市	小牧市民病院	520	○		◎		○	○	○
	江南市	厚生連江南厚生病院	630	○		◎		○	△	○
知多半島	大府市	国立長寿医療研究センター	383							
	大府市	県あいち小児医療センター	200	○	※小児救命救急センター					
	半田市	知多半島総合医療センター	416	○		◎		○	○	○
	常滑市	知多半島りんくう病院	266							
	東海市	公立西知多総合病院	468		○	○			△	○
	美浜町	厚生連知多厚生病院	199		○	○	○			
西三河北部	みよし市	みよし市民病院	114		○					
	豊田市	厚生連豊田厚生病院	606	○		◎			○	○
	豊田市	厚生連足助病院	148		○		○			

公的病院等の役割を踏まえた医療機関相互の連携のあり方

医療圏	所在地	施設名	病床数	救命救急センター	二次輪番	災害拠点病院・災害拠点精神科病院	へき地医療拠点病院	周産期母子医療センター	がん診療連携拠点病院等	地域医療支援病院
西三河南部東	岡崎市	岡崎市民病院	680	○		◎	○	○	○	○
	岡崎市	県三河青い鳥医療療育センター	140							
西三河南部西	碧南市	碧南市民病院	255		○					
	西尾市	西尾市民病院	321		○	○				
	安城市	厚生連安城更生病院	771	○		◎		◎	○	○
東三河北部	新城市	新城市民病院	199		○	○	○			
東三河南部	豊橋市	(国)豊橋医療センター	364		○	○				
	豊橋市	豊橋市民病院	800	○		◎	○	◎	○	○
	豊川市	豊川市民病院	501	○		◎	○		△	○
	蒲郡市	蒲郡市民病院	382		○	○				
	田原市	厚生連渥美病院	302		○	○				

注：① 本計画における「公的病院等」は、平成 15(2003)年 4 月 24 日付け医政発第 0424005 号厚生労働省医政局長通知「地域における公的病院等を含めた医療機関の機能分担と連携の確保への協力依頼について」に定める病院を対象としています。

- ② 災害拠点病院
 ◎…地域中核災害拠点病院
 ○…地域災害拠点病院
 △…災害拠点精神科病院
- ③ 周産期母子医療センター
 ◎…総合周産期母子医療センター
 ○…地域周産期母子医療センター
- ④ がん診療連携拠点病院
 ◎…都道府県がん診療連携拠点病院
 ○…地域がん診療連携拠点病院
 △…がん診療拠点病院

注：開設者変更により、以下のとおり施設名が変更となりました。

(令和 5 (2023) 年 4 月 1 日付け変更)

- ・「緑市民病院」⇒「名市大みどり市民病院」
- ・「名古屋市厚生院」⇒「名市大みらい光生病院」

(令和 7 (2025) 年 4 月 1 日付け変更)

- ・「市立総合リハビリセンター」⇒「名市大リハビリ病院」
- ・「市立半田病院」⇒「知多半島総合医療センター」
- ・「常滑市民病院」⇒「知多半島りんくう病院」

注：県立愛知病院は、令和 5 (2023) 年度末に廃止しました。

第3節 地域医療支援病院の整備

【現状と課題】

現 状	課 題
1 地域医療支援病院の趣旨 ○ 地域医療支援病院とは、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、かかりつけ医・かかりつけ歯科医等が第一線の地域医療を担い、これらの支援を通じて地域医療の確保を図ることを目的として、平成9（1997）年の第3次医療法改正により制度化されました。 2 地域医療支援病院の承認状況 ○ 地域医療支援病院については、都道府県知事はその承認を与えることとされており、全国で719病院（令和7（2025）年9月1日現在）が承認を受けています。本県には、現在、日赤名古屋第二病院始め31病院あります。（表1-3-1） 3 地域医療支援病院に係る地域での合意形成 ○ 地域医療支援病院の承認に当たっては、当該医療圏の関係者の意見を聴くこととしており、具体的には、圏域保健医療福祉推進会議において意見聴取を行い、地域での合意形成を図ることとしています。	○ 地域医療支援病院は、地域における病診連携の推進方策の一つとして有益であるため、地域医療支援病院の要件を満たす病院からの申請に基づき承認していく必要があります。 ○ 地域医療支援病院は、かかりつけ医・かかりつけ歯科医等を支援することにより、地域医療を確保するものであり、地域医療支援病院の承認に当たっては、当該病院の機能のみでなく、かかりつけ医・かかりつけ歯科医等との連携方策等、当該地域の実情を考慮する必要があります。 ○ 現在地域医療支援病院がない医療圏は、東三河北部医療圏のみとなっています。

【今後の方策】

- 地域における病診連携の推進を図るため、地域医療支援病院の要件に適合する病院からの申請に基づき、医師会等関係者の合意形成を踏まえて、順次承認していきます。
- 公立・公的病院については、医療圏において果たすべき役割として、地域における医療を支援する機能の強化が期待されており、各病院のあり方等の検討の際には、地域医療支援病院の承認も考慮するよう努めます。
- 地域医療支援病院については、2次医療圏に1か所以上の整備に努めます。
- 感染症法により、地域医療支援病院に対して、感染症の発生・まん延時に担うべき医療の提供が義務付けられたため、流行初期以降に医療の提供を担う医療機関として全ての地域医療支援病院と医療措置協定を締結し、病床の確保を図ります。
- 地域医療支援病院の承認を受けた病院については、業務報告等を通じて、地域医療支援病院としての業務が適切に行われるよう指導します。
- 地域医療支援病院の整備が早期に見込まれない医療圏については、病診連携システムの推進を図ることにより、地域医療支援機能の充実を図ります。

【目標値】

○地域医療支援病院数

31病院 (令和8(2026)年4月1日)

※全11医療圏中10医療圏整備済み ⇒ 2次医療圏に1か所以上

○感染症発生・まん延時に医療措置協定に基づき病床を確保し医療を提供する病院の割合
100% (全地域医療支援病院)

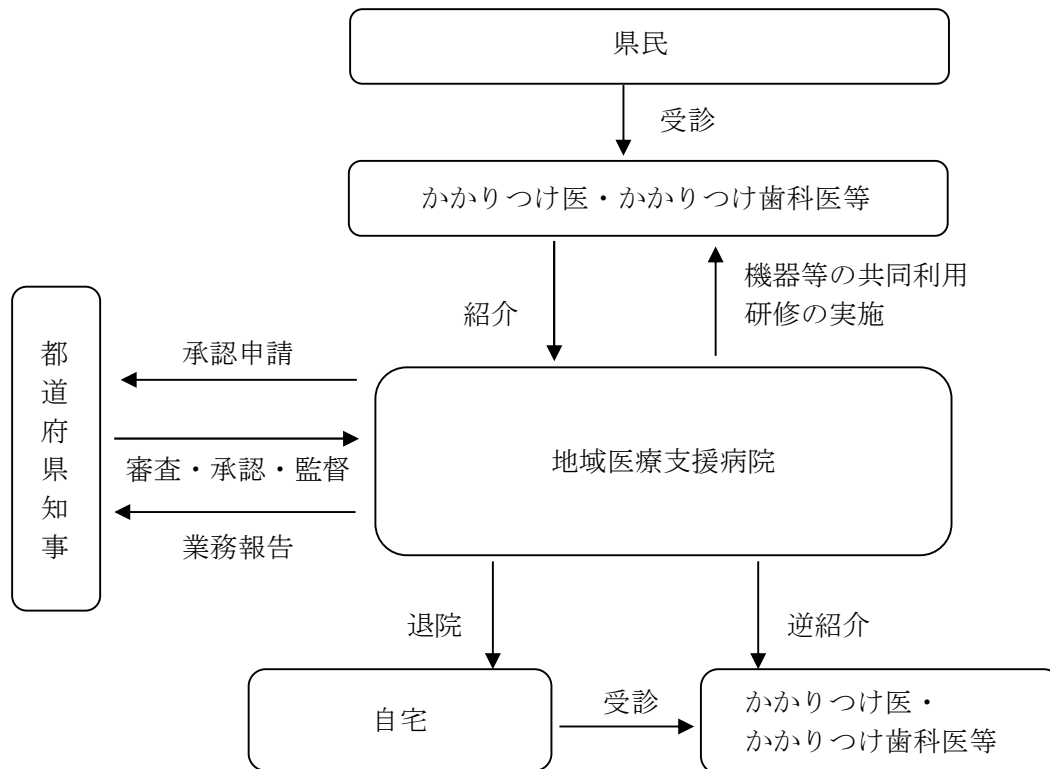
表 1-3-1 地域医療支援病院 (令和8(2026)年4月1日現在)

医療圏	医療機関の名称	所在地	承認年月日
名古屋・尾張中部	日赤名古屋第二病院	名古屋市昭和区	平成17年9月30日
	日赤名古屋第一病院	名古屋市中村区	平成18年9月29日
	中京病院	名古屋市南区	平成18年9月29日
	(国)名古屋医療センター	名古屋市中区	平成19年9月26日
	名古屋掖済会病院	名古屋市中川区	平成19年9月26日
	名古屋記念病院	名古屋市天白区	平成21年3月25日
	中部労災病院	名古屋市港区	平成23年9月14日
	名市大東部医療センター	名古屋市千種区	令和3年4月1日
	名市大西部医療センター	名古屋市北区	令和3年4月1日
	国共済名城病院	名古屋市中区	平成27年9月25日
	藤田医科大学ばんだね病院	名古屋市中川区	平成29年9月22日
	大同病院	名古屋市南区	令和6年11月1日
海部	厚生連海南病院	弥富市	平成29年9月22日
尾張東部	公立陶生病院	瀬戸市	平成23年9月14日
	旭労災病院	尾張旭市	令和2年3月24日
尾張西部	総合大雄会病院	一宮市	平成23年3月22日
	一宮市民病院	一宮市	平成24年9月24日
尾張北部	春日井市民病院	春日井市	平成24年9月24日
	小牧市民病院	小牧市	平成27年9月25日
	厚生連江南厚生病院	江南市	令和元年10月28日
	名古屋徳洲会総合病院	春日井市	令和5年11月1日
知多半島	公立西知多総合病院	東海市	平成30年10月30日
	知多半島総合医療センター	半田市	令和7年4月1日
西三河北部	厚生連豊田厚生病院	豊田市	平成29年9月22日
	トヨタ記念病院	豊田市	平成29年9月22日
西三河南部東	岡崎市民病院	岡崎市	平成21年9月11日
	藤田医科大学岡崎医療センター	岡崎市	令和4年10月19日
西三河南部西	厚生連安城更生病院	安城市	平成22年9月27日
	刈谷豊田総合病院	刈谷市	平成28年9月26日
東三河南部	豊橋市民病院	豊橋市	平成26年9月26日
	豊川市民病院	豊川市	令和元年10月28日

地域医療支援病院

- 地域医療支援病院とは
かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援し、2次医療圏単位で地域医療の充実を図る病院として、医療法第4条の規定に基づき都道府県知事が地域医療支援病院として承認した病院

(地域医療支援病院のイメージ)



- 地域医療支援病院の開設者となることができる者（医療法第4条・平成10年厚生省告示第105号）

国、都道府県、市町村、社会医療法人、公的医療機関の開設者、医療法人、一般社団・財団法人、公益社団・財団法人、学校法人、社会福祉法人、独立行政法人労働者健康安全機構、一定の要件を満たすエイズ治療拠点病院又は地域がん診療拠点病院の開設者

- 地域医療支援病院の承認要件

- (1) 紹介外来制を原則としていること

次の①、②又は③のいずれかに該当すること

- ① 紹介率が80%以上であること
- ② 紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率が40%以上であること
- ③ 紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること

- (2) 共同利用のための体制が整備されていること

- (3) 救急医療を提供する能力を有すること

- (4) 地域の医療従事者の資質向上を図るための研修を行わせる能力を有すること

- (5) 原則として200床以上の病床を有すること

- (6) 一般の病院に必要な施設に加え、集中治療室、化学、細菌及び病理の検査施設、病理解剖室、研究室、講義室、図書室、救急用又は患者輸送用自動車並びに医薬品情報管理室を有すること

第4節 保健施設の基盤整備

【現状と課題】

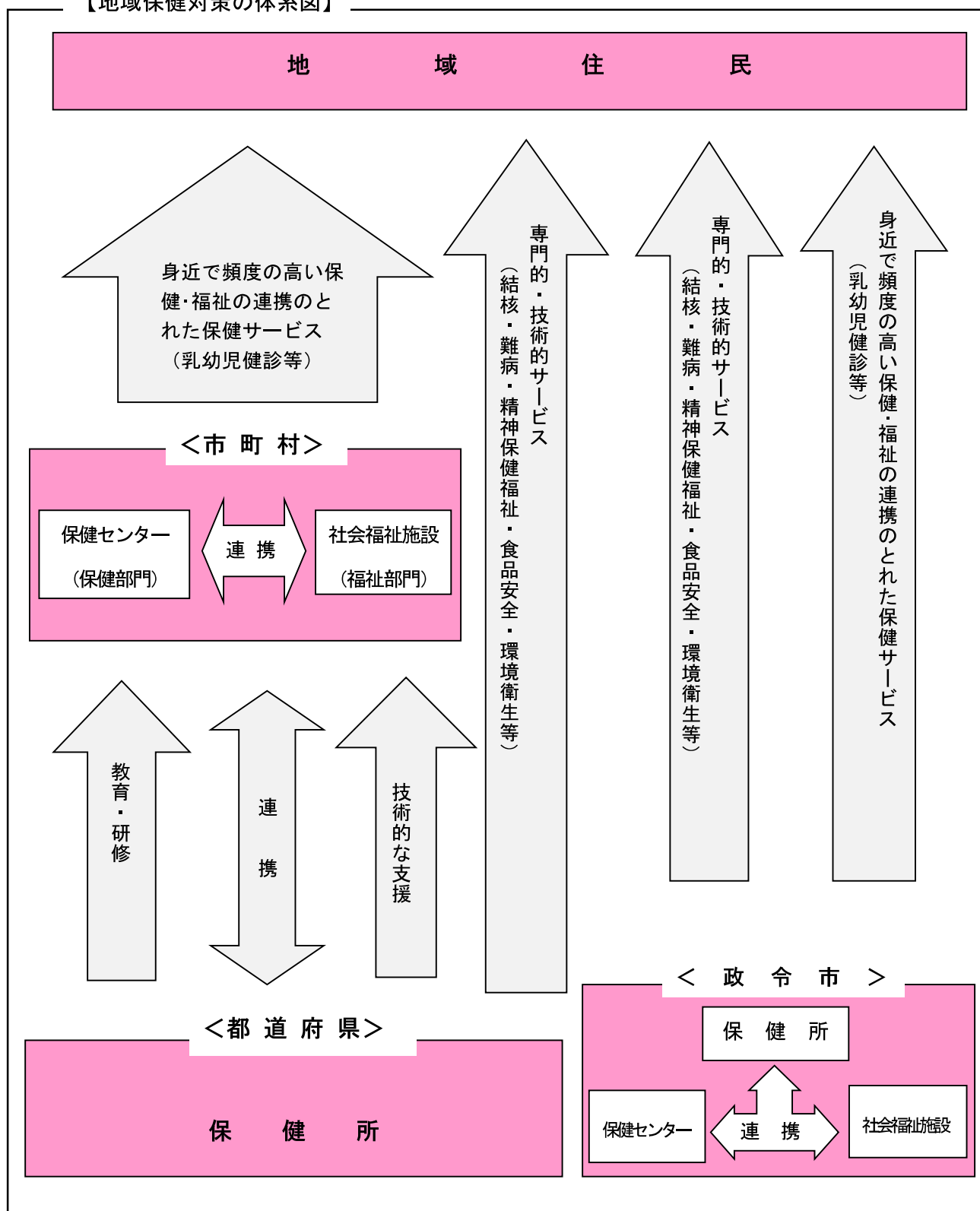
現 状	課 題
1 地域保健法 ○ 地域保健法（昭和22年法律第101号）は、平成6（1994）年に改正の後、平成9（1997）年4月に全面施行されました。地域保健対策の総合的な推進により、地域住民の健康の保持及び増進に寄与することを目的とし、同法第5条により保健所、及び同法第18条により市町村保健センターが設置されています。 ○ 地域保健の体系では、母子保健、栄養相談、歯科保健などの住民に身近で利用頻度の高い保健・福祉サービスは市町村が担当し、県及び政令市の設置する保健所は、地域保健の広域的・専門的かつ技術的拠点としての機能を強化することとしています。 2 保健所の設置と機能強化 ○ 令和8（2026）年4月1日現在、本県では、11保健所6保健分室2駐在を設置しています。「保健分室」は、平成20（2008）年4月1日に受付業務に特化した組織として支所から改組し、設置したものです。 また、政令指定都市の名古屋市は、1保健所16支所、中核市の豊橋市、岡崎市、一宮市及び豊田市は、それぞれ1保健所を設置しています。 ○ 県保健所の設置及び所管区域の設定は、平成13（2001）年3月の地域保健医療計画の見直しにより、2次医療圏と老人福祉圏域（介護保険法に定める区域）が一致したことに伴い、原則として2次医療圏ごとに1か所設置することとし、人口が著しく多い圏域（全国の2次医療圏の平均人口の約37万人を著しく超える場合）及び中部国際空港など圏域内に特殊な事情を抱える圏域には複数設置しています。 ○ 保健所には、医師、歯科医師、獣医師、薬剤師、保健師等の多種の専門的技術職員が配置されており、自殺・ひきこもり対策、難病対策、結核対策、エイズ対策、肝炎対策及び新型インフルエンザ対策等の専門的かつ技術的な対人サービス業務並びに環境衛生や食品安全などの対物サービス業務を行うとともに、広域的視点に立ち、市町村が地域特性を踏まえた質の高い保健サービスを提供できるよう支援を行っています。	○ 県保健所と市町村は、地域の健康課題を共有し、分野横断的・重層的な連携体制の下、地域保健対策を推進していく必要があります。 ○ 今後も、県保健所の果たすべき役割や、中核市・保健所政令市への移行など、保健所を取り巻く状況の変化に応じて、県保健所の設置及び所管区域を見直す必要があります。 ○ 地域保健法第4条に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」により、「①健康なまちづくりの推進」、「②専門的かつ技術的業務」、「③情報の収集、整理及び活用」、「④調査及び研究」、「⑤市町村に対する援助及び市町村相互間の連絡調整」の推進や、「⑥企画及び調整」についての機能の強化を進めていくことにより、市町村、医療機関、学校や企業等と連携を

- 少子高齢化の進展、単身世帯の増加等の住民生活スタイルの変化、非感染性疾患（NCD）対策の重要性増大や食中毒事案の広域化など、地域保健を取り巻く状況は大きく変化しており、健康危機管理事例への対応、多様化・高度化した住民ニーズに即した取組が必要になってきています。
 - また、保健所は、災害時には保健医療活動等の拠点としての役割を担っており、発災時に迅速に保健医療調整会議を設置し、医療救護班、災害派遣精神医療チーム（DPAT）、災害時健康危機管理チーム（DHEAT）等の配置や、関係機関と連携して病院の被災状況等の情報収集を行うとともに、市町村と連携して必要な支援の情報収集と医療の調整にあたります。
- 3 市町村保健センター
- 市町村保健センターは、母子保健事業、生活習慣病予防事業、栄養相談、歯科保健など住民に身近で利用頻度の高い保健サービスの重要な実施拠点になっています。
 - 複合施設（福祉施設等との併設）、類似施設（母子保健センター、老人福祉センターなど）を設置している市町村を含め、全ての市町村において保健センターの機能が整備されており、県内では身近な各種の保健サービスを提供する体制は整備されています。
- 図り、地域住民の健康の保持及び増進並びに地域住民が安心して暮らせる地域保健体制を推進していく必要があります。
 - 地域における健康危機管理の拠点として、平時から健康危機に備えた準備を計画的に推進するとともに、複合的に健康危機が発生した場合においても対応できるよう体制を強化する必要があります。
 - 災害時の保健医療活動の拠点として機能するためには、平常時から地域における課題等について検討する体制を整備するなど、医療機関、医師会・歯科医師会・薬剤師会等医療関係団体、消防・警察、市町村等の行政機関、住民組織など様々な関係機関との連携を一層強化する必要があります。
 - 市町村における保健活動の推進拠点である市町村保健センターは、類似施設を含め、県内全ての市町村において整備されており、県はその運営について、引き続き専門的かつ技術的な支援を行う必要があります。

【今後の方策】

- 保健所の地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能、地域における健康危機管理拠点としての機能及び災害時の保健医療活動等の拠点としての機能を進めるとともに、市町村や政令市との関係における県保健所の果たすべき役割などを見極めながら、今後も保健所の設置及び所管区域について必要な見直しを行います。

【地域保健対策の体系図】



※ 第4節においては、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年厚生省告示第374号）」の用例により、地域保健法施行令（昭和23年政令第77号）第1条第3号で定める市を「保健所政令市」と記載し、地方自治法で定める指定都市や中核市と保健所政令市を総称して「政令市」と記載

第2章 機能を考慮した医療提供施設の整備目標

第1節 がん対策

【現状と課題】

現 状

1 がんの患者数等

- 本県の悪性新生物による死亡数は、令和3(2021)年は20,031人、令和4(2022)年は20,533人、令和5(2023)年は20,427人、令和6(2024)年は20,516人と横ばいであるが、総死亡の約30%を占めています。
- 全国がん登録によると、令和5(2023)年の各部位のがん罹患状況は、男性で、前立腺、大腸、肺、胃、肝臓の順に多く、女性は、乳房、大腸、肺、子宮、胃、肝臓の順となっています。
(表 2-1-1、2-1-2)

2 予防・早期発見

(1) 予防

- がんについて正しい知識を持ち、喫煙や食事、運動といった生活習慣とがんの発症に関連があることや、適切な生活習慣が予防に寄与することを知り、主体的に生活習慣の改善に努めることで、がんの罹患数を抑えることができます。
- 本県の喫煙率は、男性 24.5%、女性 5.8%です。(令和4(2022)年愛知県生活習慣関連調査)

(2) がん検診の受診率及び精度管理の向上

- がんの早期発見のため、適切にがん検診を受診することが重要ですが、令和4(2022)年度の本県のがん検診の受診率は、胃がん検診 41.1%、肺がん検診 48.5%、大腸がん検診 46.3%、乳がん検診 45.5%、子宮頸がん検診 40.5%となっています。(表 2-1-3)
- がん検診の実施主体である市町村において、国の推奨する科学的根拠に基づく検診を実施するとともに、検診精度の質の維持向上に努める必要があります。
- 本県においては、健康づくり推進協議会がん対策部会を設置し、胃、子宮、乳房、肺、及び大腸の5部位について市町村が行う検診の精度管理に資する技術的助言等を行っています。

(3) がんの発生状況の把握

- 全国がん登録が法制化され、平成28(2016)年1月から開始しています。
- がんの予防等に関する県民への啓発や医療

課 題

- がんの発症が、喫煙、食生活や運動などの生活習慣に深く関わっており、がんの予防において、適切な生活習慣を維持することの重要性について県民の理解が一層広まるよう、知識普及に努める必要があります。

- 県では、がん検診受診率の目標値を国のがん対策推進基本計画に準じて胃がん、肺がん、大腸がんは60%と設定しており、一層の向上が必要です。

- 乳がんと子宮がんは、比較的若い年代で罹患するとともに、女性特有の心理的な制約が受診率に影響していると考えられること、また、早期発見・早期治療により生存率が大幅に改善するため、国計画に準じて検診受診率の目標を60%と設定しており、受診率は向上傾向にありますが、県民に対して特にこれらの検診受診を一層働きかけていく必要があります。

- がん登録で、県民のがん罹患の状況や生存率等を正確に算出するためには、より多くのがん登録の届出や死亡情報の集

機関等における医療水準の向上等のために、がん登録の情報の利用等を通じ、がんの罹患状況を含むがんの現状把握に努める必要があります。

- 県は、届出情報を集約し、国立がん研究センターへ提出するとともに、独自に統計分析を行って報告書を作成・配布しています。
- がん診療連携拠点病院では、院内がん登録が行われています。

3 医療提供体制

- 地域におけるがん診療の連携を推進し、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん、乳がん等）について、質の高いがん医療の均てん化を図るため、厚生労働大臣により、がん診療連携拠点病院が指定されています。

本県では、都道府県がん診療連携拠点病院が1か所、地域がん診療連携拠点病院が18か所指定されています。（表2-1-4）

- 本県では、がん医療の均てん化やがん医療水準の向上を一層進めていくため、一定の基準を満たす病院を、がん診療拠点病院として本県独自に11病院指定しています。（表2-1-4）
- がん患者の受療動向は、名古屋市周辺の医療圏では、名古屋・尾張中部医療圏への依存傾向がみられます。（表2-1-5）
- 放射線治療や薬物療法を行っている病院を医療圏別、胃、大腸、乳腺、肺、子宮、肝臓等の部位別にみると、医療圏により差異があります。（表2-1-7、2-1-8）
- 外来で薬物療法を受けられる病院は、全ての医療圏にあります。（表2-1-9）
- 新たな放射線治療である粒子線治療が普及しつつあります。
- ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築するため、厚生労働大臣によりがんゲノム医療中核拠点病院等が指定されています。
本県では、がんゲノム医療中核拠点病院が1か所、がんゲノム医療拠点病院が1か所、がんゲノム医療連携病院が15か所指定されています。（表2-1-10）
- 愛知県におけるがんの退院患者平均在院日数は13.4日であり、全国平均14.4日と比べて短くなっています。（令和5（2023）年患者調査）
- 全てのがん診療連携拠点病院等でがんに関する地域連携クリティカルパスを作成しています。
- 合併症予防などに資するため、医科歯科連携による口腔ケア・口腔管理推進の取組が行われ

積が必要です。

- 全国がん登録により集められたデータを基に、がんに関する正しい知識について県民の方へ周知・啓発する必要があります。

- 国が指定するがん診療連携拠点病院を中心とした県全体及び各医療圏単位でのがん診療連携体制の充実を図っていく必要があります。

- 国が指定するがん診療連携拠点病院及び県が指定するがん診療拠点病院と、地域の医療機関との連携を更に進める必要があります。

- がん診療連携拠点病院等において、がん患者が、適切なセカンドオピニオン等の情報を得ながら、病態やニーズに応じたがん治療が受けられるよう、適切な治療を受けられる体制を強化していく必要があります。

- 医療機能が不足する医療圏にあっては、他の医療圏との機能連携を推進していくことが必要です。

- 入院治療後に、就労などの社会生活を継続しながら、外来で放射線治療や抗がん剤治療を受けられるような医療機関の体制強化や地域連携クリティカルパスの活用等による医療連携の強化を図る必要があります。

- がんゲノム医療中核拠点病院に指定されている名大附属病院や、がんゲノム医療拠点病院に指定されている県がんセンターを中心に、がんゲノム医療提供体制の構築を進める必要があります。

- 入院治療後に、住み慣れた家庭や地域の医療機関で適切な通院治療や療養を選択できるような体制を強化していく必要があります。

- 医療機関の受診に際して女性特有の心理的な制約が影響していると考えられることから、医療機関での受診を受けやすい環境を整備していく必要があります。

- 更なる医科歯科連携の充実を図る必要があります。

- ています。
- 都道府県がん診療連携協議会においては、感染症のまん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するため、当該都道府県や各がん医療圏におけるBCPについて議論を行うこととされています。
- 4 緩和ケア等
- がん医療においては、患者の身心両面の苦痛を緩和する緩和ケアの実施が求められています。
 - 県内で緩和ケア病棟を有する施設は19施設、緩和ケア診療加算を算定できる緩和ケアチームを有する施設は30施設です。(表2-1-11)
 - 通院困難ながん患者に対する在宅がん医療総合診療料の届出を行っている医療機関は、788施設(令和8(2026)年5月現在)となっており、全ての医療圏にあります。
- 5 相談支援・情報提供
- がん診療連携拠点病院などに設置されている「がん相談支援センター」では、がん患者や家族の方に対し、がんに関する情報提供や療養についての相談に応じています。
 - 新興感染症の発生・まん延時に必要ながん医療を提供するため、がん診療連携拠点病院を中心に診療機能の役割分担や地域の実情に応じた連携体制等を構築していく必要があります。
 - がんと診断された直後からの身心両面での緩和ケアが提供される体制の充実を図っていく必要があります。
 - 医療技術の進歩により、がん治療後の生存期間が大幅に改善してきたことから、治療後に通院しながら就労などの社会生活が営めるような外来緩和ケアの充実を図る必要があります。
 - 末期の患者が自宅等の住み慣れた環境で療養できるよう、在宅緩和ケアの充実を図る必要があります。
 - 患者数の少ない小児・AYA世代のがんや希少がん、難治性がん等については、個々の患者の状況に応じた多様なニーズに対応するための情報を提供する必要があります。
 - がん患者が治療と仕事を両立できる環境を整備していくため、本人、企業、医療機関等の関係機関が連携していく必要があります。

【今後の方策】

- 「第4期愛知県がん対策推進計画」に基づき、健康づくり推進協議会がん対策部会において進行管理をしながら、がん対策を推進します。
- 喫煙対策などのがん予防の取組を進めるとともに、喫煙、食生活、運動等の生活習慣ががんの発症と深く関わっていることを各種の機会を通じて、県民に周知するなど、県民の禁煙支援や受動喫煙防止に資するよう、キャンペーン活動や情報提供を行います。
- 愛知県がんセンター研究所での研究の成果を基に、効果的ながん対策を目指します。
- 検診受診率の向上のため、市町村と協力し、がん検診に関する正しい知識や必要性に関する普及啓発、受診勧奨を行います。
- 市町村において効果的で効率的ながん検診が実施されるよう、市町村のがん検診の事業評価や技術的助言を行います。
- がん検診及び精密検査に従事する専門職の資質の向上を図ります。
- がん登録の制度を推進し、がん登録の精度の定着を図り、集積した情報を的確に県民や医療機関に提供していきます。
- 「第4期愛知県がん対策推進計画」に基づき、がん患者とその家族が病状に応じた適切なが

ん医療が受けられる体制を整備します。特に、放射線治療、薬物療法始め質の高いがん医療のレベルの均一化を図るため、原則として2次医療圏に1か所（指定される病院がない場合は隣接医療圏の病院でカバーすることも含む）以上のがん診療連携拠点病院の整備を支援していきます。

また、県独自にがん診療拠点病院を指定することにより、県内のがん医療の均てん化を更に進めていきます。

- 県がんセンターにおいては、都道府県がん診療連携拠点病院、がんゲノム医療拠点病院として、地域の医療機関と機能分担し、予防から診断・治療・共生まで患者の状況に応じた最良の高度・専門的ながん医療を提供するとともに、県内のがん医療水準の向上に貢献します。また、特定機能病院として高度な医療安全の下、併設の研究所と一体となって、がん医療と予防研究を推進します。
- がんゲノム医療中核拠点病院に指定されている名大附属病院やがんゲノム医療拠点病院に指定されている県がんセンターを中心に医療機関が連携しながら、がんゲノム医療の提供体制の構築を進めていきます。
- がん診療連携拠点病院の相談支援の機能や地域医療連携の機能を充実強化していきます。
- 女性が検診や治療を受けやすい環境づくりを進めていきます。
- 小児・AYA世代のがんについては、小児がん拠点病院と連携し、診療連携体制や相談支援体制等に関する協議を行うなど体制強化に努めていきます。
- 小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報の提供に努めます。
- 仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の相談支援の取組をがん患者に提供できるよう努めます。
- 地域連携クリティカルパスの活用をより一層推進し、各分野における医療連携の充実を図ります。

【目標値】

がん年齢調整死亡率（75歳未満 人口10万人当たり）

男性	73.0	⇒	男性	64.7
女性	51.0	⇒	女性	46.0
(令和6(2024)年)			(令和9(2027)年)	

表2-1-1 主要部位のがんの推計患者数（男性）

部位	平成29年 (2017)年	平成30年 (2018)年	令和元年 (2019)年	令和2年 (2020)年	令和3年 (2021)年	令和4年 (2022)年	令和5年 (2023)年
胃	4,389	4,222	4,141	3,636	3,665	3,644	3,452
肺	4,449	4,427	4,652	4,507	4,628	4,508	4,531
大腸	4,786	4,502	4,736	4,483	4,652	4,675	4,685
前立腺	4,852	4,760	4,794	4,524	4,898	5,358	5,445
肝臓	1,284	1,211	1,164	1,074	1,088	1,109	1,074
全部位計	29,137	28,690	29,292	27,998	28,954	29,392	29,533

表2-1-2 主要部位のがんの推計患者数（女性）

部位	平成29年 (2017)年	平成30年 (2018)年	令和元年 (2019)年	令和2年 (2020)年	令和3年 (2021)年	令和4年 (2022)年	令和5年 (2023)年
乳房	4,564	4,647	5,043	4,874	5,032	5,150	5,326
大腸	3,467	3,475	3,669	3,392	3,589	3,621	3,746
胃	1,789	1,660	1,743	1,558	1,601	1,558	1,489
肺	2,029	2,013	2,142	2,012	2,234	2,199	2,333
子宮	1,552	1,539	1,649	1,520	1,693	1,662	1,664
肝臓	605	542	521	480	454	500	486
全部位計	20,763	20,807	22,009	20,889	22,148	22,126	22,786

資料：全国がん登録

注：推計患者数は、上皮内がんを除いた数です。

全部位計は、表に記載した主要部位と、それ以外の全ての部位を含むがんの推計患者数です。

「大腸」は、結腸、直腸S状結腸移行部、直腸を合計した数です。

登録精度が低い（登録件数が少ない）場合は、推計患者数が低値となるため、経年的に推計患者数の推移を比較する場合には注意が必要です。

表 2-1-3 がん検診受診率（愛知県）

	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
令和4(2022)年度	41.1	48.5	46.3	45.5	40.5
令和元(2019)年度	42.2	48.2	44.7	47.4	44.3
平成28(2016)年度	40.4	45.2	41.6	45.6	41.6
平成25(2013)年度	39.0	40.9	37.8	41.7	38.6

資料：国民生活基礎調査

注：40歳から69歳を対象として算定。ただし、子宮頸がんは20歳から69歳を対象とする。

表2-1-4 がん診療連携拠点病院等指定状況

<厚生労働大臣指定のがん診療連携拠点病院>

医 療 圏	医 療 機 関 名
名古屋・尾張中部	県がんセンター（※） 名市大西部医療センター 日赤名古屋第一病院 （国）名古屋医療センター 名大附属病院 日赤名古屋第二病院 名市大病院 中京病院
海 部	厚生連海南病院
尾張東部	公立陶生病院 藤田医科大学病院 愛知医大病院
尾張西部	一宮市民病院
尾張北部	小牧市民病院
知多半島	知多半島総合医療センター
西三河北部	厚生連豊田厚生病院
西三河南部東	岡崎市民病院
西三河南部西	厚生連安城更生病院
東三河北部	-
東三河南部	豊橋市民病院

注1：※は都道府県がん診療連携拠点病院、その他18病院は地域がん診療連携拠点病院

注2：東三河北部は、隣接医療圏の病院でカバーすると位置付けている。

注3：全国の指定病院数（令和8（2026）年4月1日現在）

都道府県がん診療連携拠点病院51病院、地域がん診療連携拠点病院357病院

<愛知県知事指定のがん診療拠点病院>

医 療 圏	医 療 機 関 名
名古屋・尾張中部	名古屋掖済会病院 中部労災病院 大同病院 名市大東部医療センター
尾張西部	一宮西病院
尾張北部	春日井市民病院 厚生連江南厚生病院
知多半島	公立西知多総合病院
西三河北部	トヨタ記念病院
西三河南部西	刈谷豊田総合病院
東三河南部	豊川市民病院

表2-1-5 がん入院患者の状況（令和7（2025）年）

①胃（手術あり）

（単位：人／年）

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	1,370	4	171	13	20	0	0	3	0	0	1	1,582	13.4%
	海部	109	108	3	5	0	0	0	0	0	0	0	225	52.0%
	尾張東部	51	0	249	0	2	0	5	1	0	0	0	308	19.2%
	尾張西部	22	4	3	431	10	0	0	0	0	0	0	470	8.3%
	尾張北部	59	0	15	13	349	0	0	0	0	0	0	436	20.0%
	知多半島	73	0	42	0	0	244	0	26	0	0	0	385	36.6%
	西三河北部	6	0	25	0	0	0	216	8	2	0	0	257	16.0%
	西三河南部西	12	0	50	0	0	1	0	297	10	0	2	372	20.2%
	西三河南部東	5	0	19	0	0	0	10	26	183	0	3	246	25.6%
	東三河北部	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	17	35	51.4%
	東三河南部	11	0	1	0	0	0	0	3	4	0	342	361	5.3%
	計	1,718	116	578	462	381	245	231	364	200	17	365	4,677	
	流入患者率	20.3%	6.9%	56.9%	6.7%	8.4%	0.4%	6.5%	18.4%	8.5%	0.0%	6.3%		

②大腸（手術あり）

（単位：人／年）

医療圏		医療機関所在地												
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部	計	流出患者率
患者所在地	名古屋・尾張中部	3,255	4	332	27	44	1	4	3	5	0	0	3,675	11.4%
	海部	213	264	6	28	0	0	0	0	0	0	0	511	48.3%
	尾張東部	87	0	448	1	1	0	12	2	0	0	1	552	18.8%
	尾張西部	44	4	1	665	20	0	0	0	0	0	0	734	9.4%
	尾張北部	132	0	27	28	848	0	0	0	0	0	0	1,035	18.1%
	知多半島	171	2	57	0	0	492	0	96	2	0	0	820	40.0%
	西三河北部	14	0	23	0	0	0	441	15	2	0	1	496	11.1%
	西三河南部西	27	0	44	0	0	4	1	568	37	0	6	687	17.3%
	西三河南部東	16	0	9	0	0	0	9	57	381	0	4	476	20.0%
	東三河北部	2	0	0	0	0	0	1	0	1	38	38	80	52.5%
	東三河南部	35	0	4	0	0	0	0	12	17	0	832	900	7.6%
	計	3,996	274	951	749	913	497	468	753	445	38	882	9,966	
	流入患者率	18.5%	3.6%	52.9%	11.2%	7.1%	1.0%	5.8%	24.6%	14.4%	0.0%	5.7%		

③乳腺（手術あり）

（単位：人／年）

医療圏		医療機関所在地												計	流出 患者率
		名古屋・ 尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河 北部	西三河 南部西	西三河 南部東	東三河 北部	東三河 南部			
患者 所 在 地	名古屋・尾張中部	2,179	2	216	13	24	2	5	3	0	0	0	2,444	10.8%	
	海部	170	101	2	16	1	0	0	0	0	0	0	290	65.2%	
	尾張東部	95	0	309	0	1	1	9	1	0	0	0	416	25.7%	
	尾張西部	45	3	4	400	4	0	0	0	0	0	0	456	12.3%	
	尾張北部	163	0	28	28	392	0	0	0	0	0	0	611	35.8%	
	知多半島	128	0	71	0	0	282	2	55	0	0	1	539	47.7%	
	西三河北部	26	0	24	0	0	0	300	19	1	0	0	370	18.9%	
	西三河南部西	31	0	35	0	0	2	1	323	5	0	0	397	18.6%	
	西三河南部東	13	0	13	1	0	0	8	82	189	0	1	307	38.4%	
	東三河北部	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	22	26	100.0%	
	東三河南部	40	0	9	0	0	0	1	6	10	0	444	510	12.9%	
	計	2,890	106	713	458	422	287	326	489	207	0	468	6,366		
流入患者率	24.6%	4.7%	56.7%	12.7%	7.1%	1.7%	8.0%	33.9%	8.7%	0.0%	5.1%				

④肺（手術あり）

（単位：人／年）

医療圏		医療機関所在地												計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部			
患者所在地	名古屋・尾張中部	1,169	0	139	2	25	0	4	2	26	0	0	1,367	14.5%	
	海部	168	15	2	9	0	0	0	0	0	0	0	194	92.3%	
	尾張東部	42	0	177	0	2	0	1	0	2	0	0	224	21.0%	
	尾張西部	76	0	1	194	1	0	0	0	1	0	0	273	28.9%	
	尾張北部	138	0	18	8	201	0	0	0	0	0	0	365	44.9%	
	知多半島	134	0	40	1	0	32	0	53	26	0	0	286	88.8%	
	西三河北部	9	0	14	0	0	0	181	6	8	0	1	219	17.4%	
	西三河南部西	15	0	22	0	0	0	1	216	20	0	2	276	21.7%	
	西三河南部東	7	0	0	0	0	0	8	24	141	0	5	185	23.8%	
	東三河北部	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	15	20	100.0%	
	東三河南部	2	0	2	0	0	0	0	0	12	0	262	278	5.8%	
	計	1,762	15	417	214	229	32	196	301	236	0	285	3,687		
流入患者率	33.7%	0.0%	57.6%	9.3%	12.2%	0.0%	7.7%	28.2%	40.0%	0.0%	8.1%				

⑤子宮（手術あり）

（単位：人／年）

医療圏		医療機関所在地												計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部			
患者所在地	名古屋・尾張中部	1,166	8	117	9	22	1	8	3	1	0	1	1,336	12.7%	
	海部	92	79	0	14	0	0	0	0	0	0	0	185	57.3%	
	尾張東部	42	0	146	1	1	0	8	1	0	0	0	199	26.6%	
	尾張西部	31	4	0	233	10	0	2	0	0	0	0	280	16.8%	
	尾張北部	33	0	25	9	237	0	0	1	0	0	0	305	22.3%	
	知多半島	97	0	29	0	1	130	0	52	1	0	0	310	58.1%	
	西三河北部	10	0	10	0	0	0	201	6	1	0	0	228	11.8%	
	西三河南部西	7	0	26	1	0	3	3	287	20	0	1	348	17.5%	
	西三河南部東	4	0	5	1	0	0	10	26	151	0	11	208	27.4%	
	東三河北部	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	13	15	100.0%	
	東三河南部	5	0	4	0	0	1	0	6	5	0	237	258	8.1%	
	計	1,488	91	362	268	271	135	233	382	179	0	263	3,672		
流入患者率	21.6%	13.2%	59.7%	13.1%	12.5%	3.7%	13.7%	24.9%	15.6%	0.0%	9.9%				

⑥肝臓（手術あり）

（単位：人／年）

医療圏		医療機関所在地												
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部	計	流出患者率
患者所在地	名古屋・尾張中部	798	2	110	1	20	1	0	1	0	0	1	934	14.6%
	海部	71	60	3	5	0	0	0	0	0	0	0	139	56.8%
	尾張東部	44	0	148	1	0	0	4	0	0	0	0	197	24.9%
	尾張西部	50	0	0	128	4	0	0	0	0	0	0	182	29.7%
	尾張北部	63	0	6	3	223	0	3	0	0	0	0	298	25.2%
	知多半島	58	0	28	0	0	99	0	10	1	0	0	196	49.5%
	西三河北部	9	0	14	0	0	0	103	5	0	0	0	131	21.4%
	西三河南部西	19	0	20	0	0	0	0	158	9	0	1	207	23.7%
	西三河南部東	8	0	5	0	0	0	4	15	84	0	2	118	28.8%
	東三河北部	5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	12	19	89.5%
	東三河南部	13	0	5	0	0	0	0	1	3	0	209	231	9.5%
	計	1,138	62	339	138	247	100	114	190	97	2	225	2,652	
流入患者率	29.9%	3.2%	56.3%	7.2%	9.7%	1.0%	9.6%	16.8%	13.4%	0.0%	7.1%			

⑦小児（手術あり）

（単位：人／年）

医療圏		医療機関所在地												
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部	計	流出患者率
患者所在地	名古屋・尾張中部	50	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	55	9.1%
	海部	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100.0%
	尾張東部	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	83.3%
	尾張西部	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100.0%
	尾張北部	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	100.0%
	知多半島	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100.0%
	西三河北部	5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	7	85.7%
	西三河南部西	17	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	19	89.5%
	西三河南部東	8	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	12	91.7%
	東三河北部	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100.0%
	東三河南部	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	7	85.7%
	計	135	0	10	0	0	0	1	3	1	0	1	151	
	流入患者率	63.0%	0.0%	90.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%		

資料提供元：令和 8（2026）年度地域医療提供体制データ分析事業（名古屋大学）

表2-1-6 がんの部位別手術等実施病院数（令和3（2021）年度に手術を10件以上行った病院数）

部位	名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	合計
胃	25	2	4	6	6	7	3	3	5	0	5	66
大腸	31	2	5	8	7	10	4	3	6	1	8	85
乳腺	23	2	4	5	6	10	2	2	5	0	6	65
肺	17	0	3	3	4	2	2	3	2	0	2	38
子宮	11	1	3	3	4	2	2	2	2	0	2	32
肝臓	17	1	3	2	4	1	2	2	2	0	2	36

資料：愛知県医療機能情報公表システム（令和4（2022）年度調査）

表2-1-7 放射線治療実施施設数

部位	名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	合計
胃	13	1	3	3	2	2	2	3	4	0	5	38
乳腺	16	1	3	2	4	2	2	2	4	0	6	42
肺	17	1	3	3	4	2	2	3	4	0	5	44
子宮	16	1	3	3	4	2	2	3	3	0	5	42

資料：愛知県医療機能情報公表システム（令和4（2022）年度調査）

表2-1-8 薬物療法実施病院数

部位	名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	合計
胃	44	2	7	12	9	16	4	4	10	1	9	118
大腸	44	2	8	12	9	16	5	4	10	1	9	120
乳腺	35	2	6	8	8	14	4	2	9	1	8	97
肺	27	2	5	9	6	8	2	3	6	0	5	73
子宮	24	2	4	4	5	8	2	1	4	0	4	58
肝臓	37	2	7	8	9	15	4	3	5	1	9	100

資料：愛知県医療機能情報公表システム（令和4（2022）年度調査）

表2-1-9 外来における薬物療法（化学療法）実施病院数

名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	合計
45	3	8	12	8	15	7	6	9	2	13	128

資料：愛知県医療機能情報公表システム（令和4（2022）年度調査）

表2-1-10 がんゲノム医療中核拠点病院等指定状況

区分	医療機関名	
がんゲノム医療中核拠点病院	名大附属病院	
がんゲノム医療拠点病院	県がんセンター	
がんゲノム医療連携病院	医療機関名	連携先
	日赤名古屋第一病院（国）名古屋医療センター 日赤名古屋第二病院 中京病院 公立陶生病院 藤田医科大学病院 愛知医大病院 小牧市民病院 厚生連豊田厚生病院 岡崎市民病院 厚生連安城更生病院 豊橋市民病院	名大附属病院
	名市大西部医療センター 一宮市民病院	県がんセンター
	名市大病院	国立がん研究センター中央病院

表2-1-11 緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算届出施設（令和8（2026）年5月1日現在）

医療圏名	緩和ケア病棟入院料届出施設		緩和ケア診療加算届出施設
	施設名	病床数	
名古屋・尾張中部	日赤名古屋第一病院	20	県がんセンター
	協立総合病院	16	名市大西部医療センター
	名古屋掖済会病院	19	名市大東部医療センター
	総合病院南生協病院	20	日赤名古屋第一病院
	済衆館病院	20	（国）名古屋医療センター
	—	—	名大附属病院
			日赤名古屋第二病院
			名市大病院
			協立総合病院
			名古屋掖済会病院
			中部労災病院
			中京病院
			大同病院
			南生協病院
海部	津島市民病院	18	—
	厚生連海南病院	18	—
尾張東部	藤田医大病院	37	公立陶生病院
	愛知国際病院	20	藤田医大病院
	—	—	愛知医大病院
尾張西部	一宮市民病院	14	一宮市民病院
	一宮西病院	40	一宮西病院
	大雄会第一病院	6	総合大雄会病院
尾張北部	徳洲会総合病院	18	春日井市民病院
	小牧市民病院	14	小牧市民病院
	厚生連江南厚生病院	20	厚生連江南厚生病院
知多半島	公立西知多総合病院	20	—
西三河北部	厚生連豊田厚生病院	17	厚生連豊田厚生病院
	トヨタ記念病院	14	—
西三河南部東	岡崎市民病院	20	岡崎市民病院
西三河南部西	刈谷豊田総合病院	20	刈谷豊田総合病院
	厚生連安城更生病院	17	厚生連安城更生病院
	—	—	西尾市民病院
東三河北部	—	—	—
東三河南部	（国）豊橋医療センター	24	豊橋市民病院
	成田記念病院	32	豊川市民病院
計	23施設	464	30施設

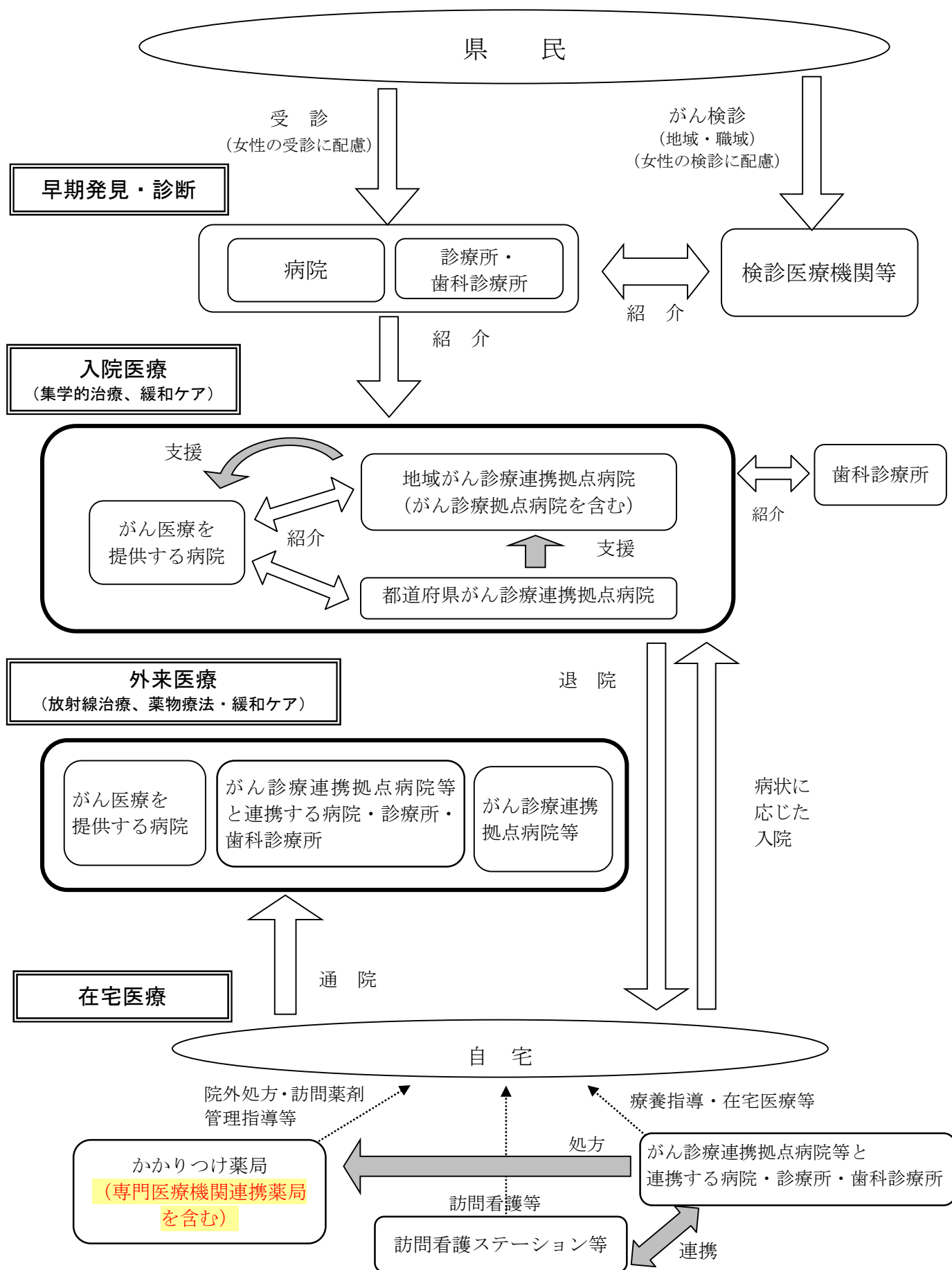
資料：東海北陸厚生局

表2-1-12 緩和ケア実施病院数

	名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	合計
医療用麻薬によるがん疼痛治療	77	4	13	14	13	14	11	8	16	4	20	194
がんに伴う精神症状のケア	35	2	5	8	5	5	2	3	4	1	7	77

資料：愛知県医療機能情報公表システム（令和4（2022）年度調査）

がん 医療連携体系図



【がん 医療連携体系図の説明】

- 早期発見・診断
 - ・ 県民は、有症状時には病院、診療所、歯科診療所への受診、無症状時には検診医療機関等において、がん検診を受けます。
 - ・ 県民は、必要に応じて専門的医療を行う病院等で受診します。
 - ・ 女性が検診やがんを含めた身体の悩みで、受診しやすい環境づくりを進めていきます。
- 入院医療
 - ・ 「都道府県がん診療連携拠点病院」である県がんセンターでは、本県のがん医療をリードし、地域がん診療連携拠点病院等の医療従事者に対する研修を実施して、がんの専門的医療従事者の育成に努めています。
 - ・ 「地域がん診療連携拠点病院」等では、手術療法・放射線治療・薬物療法による集学的治療及び緩和ケア等、専門的ながん医療を提供しています。
 - ・ 必要に応じて緩和ケア病棟を有する医療機関への入院が実施されます。
- 外来医療
 - ・ 退院後は、病状や年齢・就労状況等に応じて、外来で治療及び経過観察が行われます。
 - ・ 必要に応じて外来緩和ケアが実施されます。
 - ・ 事業所の人事労務担当者・産業医等とがん診療連携拠点病院等及び連携する医療機関は、従業員ががんになっても働きながら外来通院を行えるよう、従業員の同意の下、がん治療に関する情報の共有を進めていきます。
- 在宅医療
 - ・ 退院後は、病状や年齢等に応じて、在宅で治療及び経過観察が行われます。
 - ・ かかりつけ医の指示の下で、かかりつけ薬局（専門医療機関連携薬局を含む）による服薬指導や麻薬の管理などが行われます。
 - ・ 必要に応じて在宅訪問診療・訪問看護を通じた緩和ケアが実施されます。
 - ・ 必要に応じてかかりつけ歯科医による口腔ケア・口腔管理が実施されます。

※ 具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

用語の解説

○ 全国がん登録

これまで行われてきた都道府県による任意の登録制度であった「地域がん登録」に代わり、がんと診断された人の診断結果や治療内容などのデータが、都道府県に設置された「がん登録室」を通じて集められ、国のデータベースで一元管理される新しい仕組みで、平成28(2016)年1月に始まりました。

○ 院内がん登録

医療機関において、がんの診断、治療、予後などの情報を集積し、院内におけるがん診療の向上と患者への支援を目指して行われる登録事業のことです。

○ がん診療連携拠点病院

全国どこに住んでいても等しく高度ながん医療を受けることができるよう、厚生労働大臣が指定する病院であり、緩和ケアチーム、相談支援センターなどの設置等が義務付けられています。都道府県におおむね1か所指定される都道府県がん診療連携拠点病院と、2次医療圏に1か所程度指定される地域がん診療連携拠点病院があります。

○ がん診療拠点病院

本県のがん医療の充実強化を図るため、厚生労働大臣が指定する病院以外で、一定の基準を満たす高度ながん医療を提供する病院を愛知県独自に指定した病院です。

○ 放射線治療

局部に対する治療法で、がんの部分に放射線をあてて治療します。

○ 薬物療法（化学療法）

薬物療法とは、薬を使う治療のことで、がんの場合は、抗がん剤、ホルモン剤等を使う化学療法を指します。

○ 粒子線治療

水素や炭素の原子核を高速に加速したものを粒子線といいます。

従来のエックス線による治療と比較して、がん細胞周囲の正常組織の損傷が最小限に抑えられ、がん細胞のみを強力に狙い打ちすることができる点で大きな効果が期待できるがん治療法です。

○ 緩和ケア

単なる延命治療ではなく、患者の身体的及び精神的な苦痛を緩和するとともに、生活面でのケア、家族への精神的ケアなどを行う、患者の「生」への質を重視した医療をいいます。

また、こうした機能を持つ専門施設が緩和ケア病棟、又はホスピスといわれているものです。

○ 在宅がん医療総合診療

居宅において療養を行っている通院困難な末期のがん患者に対し、定期的に訪問診療や訪問看護を行い、患者の急変時等にも対応できる体制があるなど総合的医療を提供できる診療所により行われている診療のことです。

○ 愛知県がん対策推進計画

がん対策基本法に基づき、愛知県におけるがん医療の総合的かつ計画的な推進を図るため、令和6(2024)年3月に見直し、策定しました。計画では、がんになっても安心して自分らしく暮らせるあいちの実現を目指します。

○ 地域連携クリティカルパス

地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な計画のことです。

○ AYA世代

思春期・若年成人世代（Adolescent and Young Adult、AYA）を指します。

AYA世代に発症するがんは、診療体制が定まっておらず、小児と成人領域のはざまで患者が適切な治療が受けられないなどの特徴があります。

○ 手術

がんや、がんのある臓器を取り除く治療法です。

第2節 脳卒中対策

【現状と課題】

現 状

1 脳血管疾患の患者数等

- 令和5(2023)年患者調査(厚生労働省)によると、愛知県内で令和5(2023)年10月に脳梗塞で入院している推計患者数は3.1千人、その他の脳血管疾患は2.0千人です。(表2-2-1)

- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万人当たり)は、男性が平成17(2005)年は183.9(194.3)、平成22(2010)年は149.5(153.7)、平成27(2015)年は107.3(116.0)、令和2(2020)年は87.6(93.8)、女性が平成17(2005)年は130.3(125.3)、平成22(2010)年は92.1(93.3)、平成27(2015)年は71.6(72.6)、令和2(2020)年は52.0(56.4)となっています。

* () は全国値

2 予防

- 高血圧や糖尿病、脂質異常症、歯周病、喫煙、過度の飲酒などは、脳卒中の危険因子とされており、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 平成20(2008)年度から、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導が実施されており、本県の特定健康診査実施率は63.3%(令和5(2023)年度)、特定保健指導実施率は33.0%(令和5(2023)年度)です。(全国の特定健康診査実施率:59.7%、特定保健指導実施率27.7%)
また、後期高齢者医療の被保険者が受診する健康診査の本県の受診率は39.3%(令和6(2024)年度)です。(全国の健康診査受診率:27.8%)

3 医療提供体制

- 医療情報ネットにおいて、脳神経外科を標榜している病院は114病院、神経内科は69病院です。(令和8(2026)年5月1日時点)
- 令和6(2024)年12月31日現在、主たる診療科が脳神経外科の医師数は417人(人口10万人当たり5.6人、全国6.1人)、脳神経内科の医師数は383人(人口10万人当たり5.1人、全国4.8人)です。(令和6(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計)

課 題

- 発症後の速やかな救命処置と専門的な医療機関への搬送、診療及び治療が必要な疾病であることから、医療機関での受入れ体制と迅速かつ適切な救急搬送体制の整備が重要です。

- 年齢調整死亡率は減少傾向にあるものの、医療機能の充実と生活習慣の改善を一層図っていく必要があります。

- 脳卒中の発症には、食生活、運動、喫煙、飲酒、口腔衛生などの生活習慣が深く関わっていることを全ての県民が理解するよう、周知に努める必要があります。

- 特定健康診査について、実施率の向上及び医療保険者ごとの実施率の格差解消に努める必要があります。

- 対象者が特定保健指導を受けるように県民に周知する必要があります。

4 愛知県医師会の脳卒中システム

- 県医師会の「愛知県脳卒中救急医療システム」では、令和6(2024)年6月1日現在、45医療機関を指定しています。(表2-2-2)

5 医療連携体制

- 急性期の医療機能について一定の基準で抽出した高度救命救急医療機関(「医療連携体系図の説明」参照)は、令和5(2023)年1月1日時点で36病院です。(表2-2-3)
- 医療情報ネットによると、令和7(2025)年に頭蓋内血腫除去術は58病院、脳動脈瘤根治術は50病院、脳血管内手術は50病院で実施されています。(表2-2-3)
- 令和8(2026)年5月1日現在で、超急性期脳卒中加算の届出は49病院です。(表2-2-3)
また、NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)を用いた年齢調整レセプト出現比のうち、脳梗塞の急性期治療の1つである経皮的脳血栓回収術は、令和4(2022)年の本県は92.1と、全国平均100よりもやや低くなっています。
DPC調査対象病院のt-PAの実施状況(令和7(2025)年)をみると、実施のない医療圏があります。(表2-2-4)
- 令和8(2026)年度地域医療提供体制データ分析事業(名古屋大学)によると、他の医療圏へ流出している医療圏があります。(表2-2-5)
- 令和5(2023)年の救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間は、全国が45.6分に対し、本県は34.5分となっています。
- 脳血管疾患により救急搬送された患者数(人口10万人当たり)をみると、全国が17.1に対し、本県は9.4となっています。(令和5(2023)年患者調査)
- 「愛知県地域医療構想」に定める令和7(2025)年の必要病床数と令和7(2025)年の病床数を比較すると、県全体で回復期の医療機能は、10,211床の不足となっています。
- 令和7(2025)年7月1日現在、回復期リハビリテーション病床を有する病院は、71病院です。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定している病院は、289か所です。(医療情報ネット(令和6(2024)年度NDBデータ))
- 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は、本県では56.5%となっています。(令和5(2023)年患者調査)
- 本県における脳血管疾患の退院患者平均在院

- 重篤な救急患者のために、救急医療提供体制と連携医療システムの整備を進める必要があります。

- 救急隊が「脳卒中疑い」と判断するものについては、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定し、平成24(2012)年4月1日から運用しており、当該基準の運用状況について、消防機関と医療機関の双方が有する情報の調査・分析による見直しを実施していく必要があります。
- 緊急性の高い救急医療については、アクセス時間等を考慮し、医療圏を越えた対応が必要です。
- 急性期脳梗塞に対しては、t-PA製剤投与や血管内治療が有効ですが、医療機能が十分でない医療圏については、隣接する医療圏との連携を図り、医療の確保を図る必要があります。
- 脳卒中発症後の急性期医療からリハビリテーションに至るまでの診療体制の整備・充実を進めていく必要があります。
- 退院後も身近な地域においてリハビリテーションが受けられるよう、病病、病診連携を推進することが必要です。
- 回復期の医療機能の病床の充足が必要です。
- 患者が在宅等の生活の場で療養ができるよう、介護・福祉サービス等との連携をすることが重要です。
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防のためにも、脳卒中患者に対する摂食嚥下リハビリテーションを含む、口腔衛生管理・口腔機能管理体制を整備する必要があります。

日数は58.7日であり、全国平均の68.9日と比べて短くなっています。(令和5(2023)年患者調査)

- 口腔内細菌による感染症を始めとする合併症の軽減を目的として、手術後早期から歯科と連携した口腔機能管理が実施されています。
- 歯科情報の共有がなされず、口腔管理が不十分なことがあります。

6 新興感染症の発生・まん延時における医療の体制

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、救急患者の対応が困難になるなど診療体制に支障が生じることがありました。

7 患者等への支援の推進

- 脳卒中・心臓病等の患者を中心とした包括的な支援を推進するため、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を配置しています。

- 平時から急性期の医療機能を有する医療機関のみに患者が集中しないよう、回復期の医療機能を有する医療機関と脳卒中等の特徴を踏まえ、効率的な役割分担のあり方等について検討することが重要です。

【今後の方策】

- 第2期愛知県循環器病対策推進計画に基づき、脳卒中対策を総合的かつ計画的に推進していきます。
- 疾患予防のため、個々の生活習慣と疾患との関連について県民の理解を深めるとともに、早期発見・早期治療のため、関係機関と連携し、特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に向けた取組を支援していきます。
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の運用状況について、消防機関と医療機関の双方が有する情報を調査・分析し、必要があるときは見直しを行っていきます。
- 発症後の急性期医療から回復期・維持期等リハビリテーションに至る治療体制について、整備を進めていきます。
- 医療機能が十分でない医療圏については、隣接する医療圏との連携が図られるようにします。
- 不足が見込まれる回復期の医療機能が充足できるよう、病床の転換等を支援します。
- 全身の健康状態の回復及び誤嚥性肺炎などの合併症予防のため、病院・診療所・歯科診療所が連携して口腔ケアを支援していきます。
- 在宅歯科医療連携室を活用し、多職種で連携して在宅歯科医療及び口腔管理の充実を図っていきます。

【目標値】

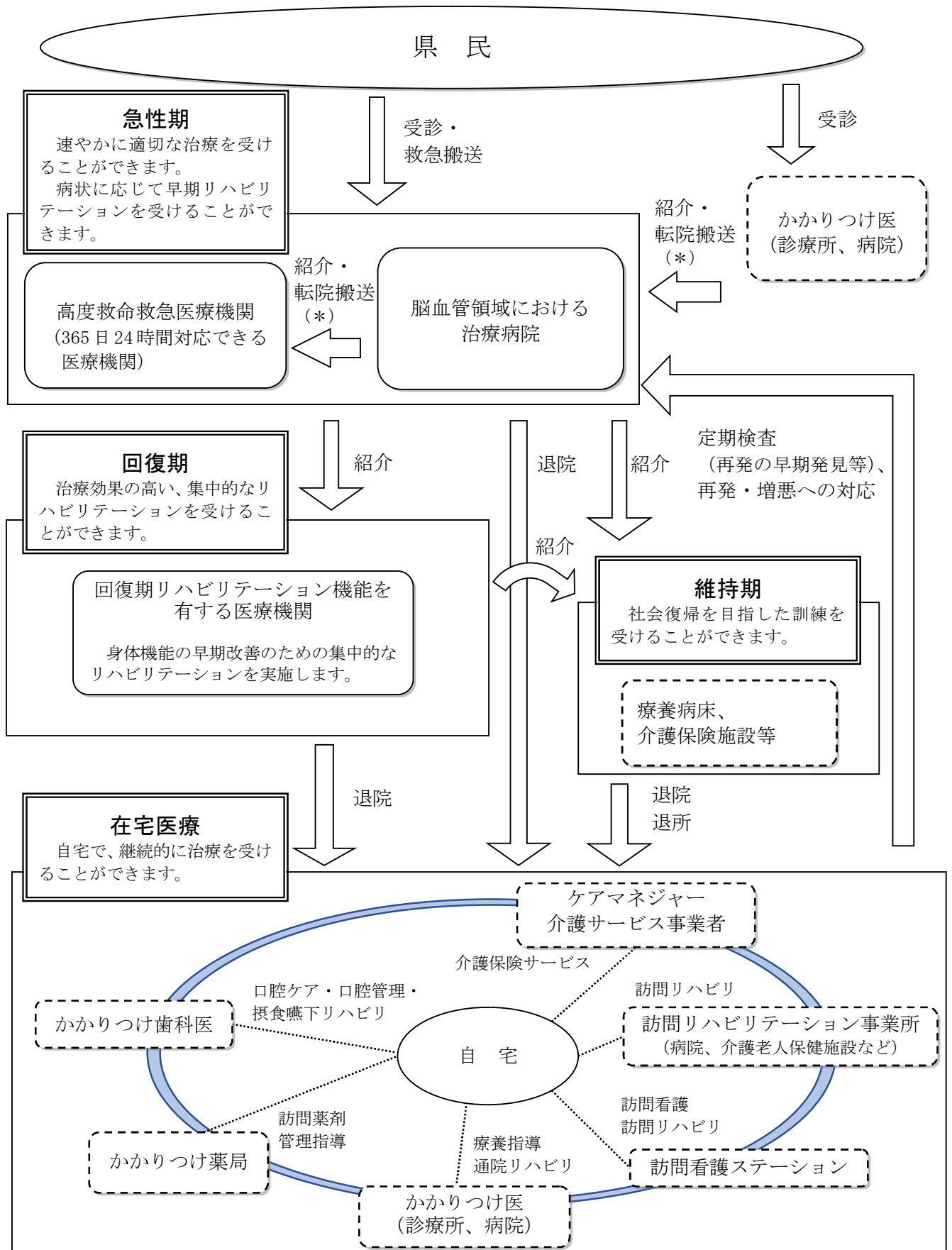
脳血管疾患年齢調整死亡率(人口10万人当たり)

男性 87.6 ⇒ 男性 85.4

女性 52.0 ⇒ 女性 50.7

(令和2(2020)年)

脳卒中 医療連携体系図



【脳卒中 医療連携体系図の説明】

- 急性期
 - ・ 県民は、「高度救命救急医療機関」や「脳血管領域における治療病院」で専門的な治療を受けます。
 - * 症状が重く、専門的な治療が必要な場合には、対応可能な病院に紹介されます。
その場合、救急車やドクターカーなどにより転院搬送等され、治療を受けます。
 - ・ 県民は、日常生活動作の向上を図るため、病状に応じて早期リハビリテーションを受けます。
 - ・ 「高度救命救急医療機関」とは、救急対応専門医師数7名以上（7人未満の場合は時間外対応医師（病院全体・当直）が4名以上）かつ脳神経外科医師と神経内科医師の両方が在籍する病院です。
 - ・ 「脳血管領域における治療病院」とは、頭蓋内血腫除去術、脳動脈瘤頸部クリッピング（脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）含む）又は脳血管内手術を実施している病院です。
- 回復期
 - ・ 県民は、回復期リハビリテーション機能をもつ医療機関で、身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを受けます。
 - ・ 「回復期リハビリテーション機能を有する医療機関」とは、回復期リハビリテーション病棟の届出を行っている病院、又は脳血管疾患等リハビリテーション料を算定している病院です。
- 維持期
 - ・ 県民は、療養病床のある病院や介護保険施設等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを受け、在宅等への復帰及び日常生活の継続を行います。
- 在宅医療
 - ・ かかりつけ医を始め、保健・医療・福祉が連携して在宅等の生活の場で療養できるようにします。
- 切れ目のない支援体制
 - ・ 転院や退院の際には、地域連携診療計画を作成し、ICT（情報通信技術）等を活用した情報連携により、切れ目のない保健・医療・福祉サービスを受けられるようにします。

※ 具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

表2-2-1 病院の推計入院患者数（施設所在地） 単位：千人

医 療 圏	令和5（2023）年10月の推計入院患者数	
	脳 梗 塞	その他の脳血管疾患
名古屋・中部	1.0	0.6
海 部	0.2	0.1
尾張東部	0.2	0.1
尾張西部	0.1	0.1
尾張北部	0.4	0.3
知多半島	0.2	0.1
西三河北部	0.1	0.1
西三河南部東	0.3	0.2
西三河南部西	0.2	0.1
東三河北部	0	0
東三河南部	0.4	0.3
愛 知 県	3.1	2.0

資料：令和5（2023）年患者調査（厚生労働省）

注：0は推計入院患者数が50人未満

表2-2-2 愛知県脳卒中救急医療システム参加医療機関（令和8（2026）年6月1日現在）

医療圏（病院数）	指 定 医 療 機 関 名
名古屋・尾張中部（17）	名市大附東部医療センター 大隈病院 名鉄病院 日赤名古屋第一病院 名古屋セントラル病院 （国）名古屋医療センター 名大附属病院 日赤名古屋第二病院 名市大病院 協立総合病院 名古屋掖済会病院 藤田医科大学ばんだね病院 中部労災病院 中京病院 大同病院 みどり市民病院 済衆館病院
海 部（2）	津島市民病院 厚生連海南病院
尾張東部（3）	公立陶生病院 藤田医大病院 愛知医大病院
尾張西部（3）	一宮市民病院 総合大雄会病院 一宮西病院
尾張北部（4）	春日井市民病院 小牧市民病院 厚生連江南厚生病院 さくら総合病院
知多半島（4）	知多半島総合医療センター 厚生連知多厚生病院 知多半島りんくう病院 公立西知多総合病院
西三河北部（2）	厚生連豊田厚生病院 トヨタ記念病院
西三河南部東（1）	岡崎市民病院
西三河南部西（5）	碧南市民病院 刈谷豊田総合病院 厚生連安城更生病院 八千代病院 西尾市民病院
東三河北部（0）	（該当なし）
東三河南部（6）	豊橋市民病院 （国）豊橋医療センター 豊川市民病院 総合青山病院 蒲郡市民病院 厚生連渥美病院
計	47医療機関

資料：愛知県医師会

表2-2-3 脳血管疾患医療の状況

医療圏	高度救命救急医療機関	脳血管領域における治療実績			超急性期脳卒中加算届出施設数
		頭蓋内血腫除去術	脳動脈瘤根治術	脳血管内手術	
名古屋・尾張中部	13	18病院	13病院	15病院	17
海 部	2	2	2	2	2
尾張東部	3	3	3	3	3
尾張西部	3	4	4	3	4
尾張北部	4	8	6	6	6
知多半島	2	5	5	5	3
西三河北部	2	2	2	2	2
西三河南部東	2	2	2	2	2
西三河南部西	3	7	6	5	4
東三河北部	0	0	0	0	0
東三河南部	2	7	7	7	6
計	36	58	50	50	49

資料：高度救命救急医療機関は令和5（2023）年1月1日現在の状況

脳血管領域における治療実績は、医療情報ネット（令和8（2026）年度調査）

超急性期脳卒中加算届出施設数は、令和8（2026）年5月7日現在の東海北陸厚生局への届出施設数

表2-2-4 DPC調査対象病院におけるt-PA実施状況（令和7（2025）年度DPC導入の影響評価に係る調査）

名古屋・尾張中部	海 部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計
278	31	134	75	93	54	38	70	49	0	56	878

資料提供元：令和8（2026）年度地域医療提供体制データ分析事業（名古屋大学）

表2-2-5 脳卒中入院患者の状況（令和7（2025）年）

① くも膜下出血（手術なし）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	215	3	30	1	10	0	1	0	0	0	1	261	17.6%
	海部	6	23	0	0	0	0	0	0	0	0	1	30	23.3%
	尾張東部	6	0	26	0	10	0	1	0	1	0	0	44	40.9%
	尾張西部	2	3	0	44	2	0	0	0	0	0	0	51	13.7%
	尾張北部	4	1	0	3	64	1	0	0	0	0	0	73	12.3%
	知多半島	20	0	6	0	0	31	0	4	0	0	1	62	50.0%
	西三河北部	2	0	0	0	0	0	43	3	1	0	0	49	12.2%
	西三河南部西	2	0	2	0	0	0	0	35	1	0	2	42	16.7%
	西三河南部東	0	0	0	0	0	0	2	3	25	0	1	31	19.4%
	東三河北部	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	6	11	63.6%
	東三河南部	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	74	76	2.6%
	計	258	30	64	48	86	32	47	46	29	4	86	730	
	流入患者率	16.7%	23.3%	59.4%	8.3%	25.6%	3.1%	8.5%	23.9%	13.8%	0.0%	14.0%		

② くも膜下出血（手術あり）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	201	1	30	3	13	0	0	2	0	0	0	250	19.6%
	海部	6	18	0	1	1	0	0	0	0	0	2	28	35.7%
	尾張東部	2	0	38	0	0	0	0	0	1	0	0	41	7.3%
	尾張西部	2	0	0	50	1	0	0	0	0	0	0	53	5.7%
	尾張北部	3	0	1	2	60	0	0	0	0	0	0	66	9.1%
	知多半島	14	1	6	0	0	32	0	8	0	0	0	61	47.5%
	西三河北部	1	1	1	0	0	0	33	3	1	0	0	40	17.5%
	西三河南部西	3	0	0	0	0	3	1	54	3	0	0	64	15.6%
	西三河南部東	2	0	0	0	0	0	1	3	28	0	2	36	22.2%
	東三河北部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	100.0%
	東三河南部	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	68	70	2.9%
	計	234	21	76	56	76	35	35	70	34	0	80	717	
	流入患者率	14.1%	14.3%	50.0%	10.7%	21.1%	8.6%	5.7%	22.9%	17.6%	0.0%	15.0%		

③ 脳梗塞（手術なし）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	5,631	51	547	50	201	16	10	10	2	0	2	6,520	13.6%
	海部	231	653	0	28	1	0	1	2	0	0	1	917	28.8%
	尾張東部	238	2	794	0	67	6	39	5	7	0	0	1,158	31.4%
	尾張西部	55	20	0	1,226	27	1	0	1	0	0	0	1,330	7.8%
	尾張北部	91	3	19	93	1,601	1	0	1	0	0	2	1,811	11.6%
	知多半島	179	0	62	0	0	1,048	2	145	0	0	0	1,436	27.0%
	西三河北部	14	0	24	0	0	0	1,139	34	22	0	1	1,234	7.7%
	西三河南部西	25	0	45	1	0	8	5	1,330	38	0	15	1,467	9.3%
	西三河南部東	5	0	1	1	2	1	44	70	818	0	7	949	13.8%
	東三河北部	1	0	1	0	1	0	4	0	0	52	85	144	63.9%
	東三河南部	6	0	3	0	0	1	1	5	9	1	1,635	1,661	1.6%
	計	6,476	729	1,496	1,399	1,900	1,082	1,245	1,603	896	53	1,748	18,627	
	流入患者率	13.0%	10.4%	46.9%	12.4%	15.7%	3.1%	8.5%	17.0%	8.7%	1.9%	6.5%		

④ 脳梗塞 (手術あり)

(単位：人/年)

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	474	3	81	16	25	1	1	1	2	0	0	604	21.5%
	海部	22	75	1	6	0	0	0	0	0	0	0	104	27.9%
	尾張東部	6	0	100	0	4	0	2	2	0	0	0	114	12.3%
	尾張西部	2	1	1	243	2	0	0	0	0	0	0	249	2.4%
	尾張北部	10	0	4	17	174	0	0	0	0	0	0	205	15.1%
	知多半島	16	0	8	0	0	121	0	19	0	0	0	164	26.2%
	西三河北部	3	0	12	0	0	1	64	4	1	0	0	85	24.7%
	西三河南部西	3	0	7	0	0	2	0	109	6	0	0	127	14.2%
	西三河南部東	0	0	0	0	0	0	2	5	78	0	4	89	12.4%
	東三河北部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	8	87.5%
	東三河南部	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	162	165	1.8%
	計	536	79	215	282	205	125	69	141	88	1	173	1,914	
	流入患者率	11.6%	5.1%	53.5%	13.8%	15.1%	3.2%	7.2%	22.7%	11.4%	0.0%	6.4%		

⑤ 脳出血 (手術なし)

(単位：人/年)

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	1,798	17	154	11	67	5	9	4	1	0	3	2,069	13.1%
	海部	90	171	0	11	0	0	0	2	1	0	1	276	38.0%
	尾張東部	77	1	190	0	37	1	10	4	2	0	0	322	41.0%
	尾張西部	18	1	1	336	16	0	0	1	1	0	0	374	10.2%
	尾張北部	35	1	8	32	530	1	2	0	0	0	0	609	13.0%
	知多半島	52	1	21	0	0	279	2	40	1	0	0	396	29.5%
	西三河北部	6	0	11	0	0	1	367	10	8	0	0	403	8.9%
	西三河南部西	8	0	11	1	0	4	2	337	11	0	6	380	11.3%
	西三河南部東	4	0	1	2	0	0	11	23	276	0	5	322	14.3%
	東三河北部	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	60	69	88.4%
	東三河南部	2	0	3	0	0	1	0	0	13	2	585	606	3.5%
	計	2,090	192	400	393	650	292	404	421	314	10	660	5,826	
	流入患者率	14.0%	10.9%	52.5%	14.5%	18.5%	4.5%	9.2%	20.0%	12.1%	20.0%	11.4%		

⑥ 脳出血 (手術あり)

(単位：人/年)

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	230	2	21	6	11	0	0	0	0	0	1	271	15.1%
	海部	10	22	0	3	0	0	0	0	0	0	0	35	37.1%
	尾張東部	1	0	42	0	1	0	1	0	1	0	0	46	8.7%
	尾張西部	2	0	0	71	2	0	0	0	0	0	0	75	5.3%
	尾張北部	1	0	4	7	50	0	1	0	0	0	0	63	20.6%
	知多半島	12	0	6	0	0	40	1	6	0	0	0	65	38.5%
	西三河北部	1	0	4	0	0	0	35	2	0	0	0	42	16.7%
	西三河南部西	0	0	2	0	0	0	0	48	5	0	0	55	12.7%
	西三河南部東	2	0	3	0	0	0	2	3	36	0	0	46	21.7%
	東三河北部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	11	90.9%
	東三河南部	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	89	92	3.3%
	計	260	24	82	87	64	40	40	59	44	1	100	801	
	流入患者率	11.5%	8.3%	48.8%	18.4%	21.9%	0.0%	12.5%	18.6%	18.2%	0.0%	11.0%		

資料提供元：令和8（2026）年度地域医療提供体制データ分析事業（名古屋大学）

用語の解説

○ 誤嚥性肺炎

食べ物や異物、唾液中の細菌、痰、胃からの逆流物などが気道内に入ったことが原因で発生する肺炎です。特に高齢者や脳卒中患者においては、飲み込みをコントロールする神経や筋力の低下が生じることが多くみられます。

○ 摂食嚥下リハビリ

食べ物もしくは食べ物以外の器具を用いて、飲み込む動作を再学習し、口から食事ができるようになることを手助けするリハビリテーションです。

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患対策

【現状と課題】

現 状

1 心疾患の患者数等

- 令和 5 (2023) 年患者調査 (厚生労働省) で、虚血性心疾患の受療率 (人口10万人当たり) をみると、入院受療率は、全国が 8 人 に対して本県は 7 人、外来受療率は、全国が 42 人 に対して本県は 45 人 です。
- 本県の虚血性心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり) は、男性が平成17(2005)年は122.0 (116.4)、平成22(2010)年は97.7 (101.5)、平成27 (2015) 年は75.5 (84.5)、令和 2 (2020) 年は60.5 (73.0)、女性が平成17 (2005) 年は67.8 (62.3)、平成22 (2010) 年は50.8 (51.1)、平成27(2015)年は38.0 (38.8)、令和 2 (2020) 年は26.0 (30.2) となっています。

* () は全国値

2 予防

- 高血圧や糖尿病、脂質異常症、歯周病、喫煙、過度の飲酒などは、心筋梗塞の危険因子とされており、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 平成 20(2008)年度から、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導が実施されており、本県の特定健康診査実施率は 63.3% (令和 5 (2023) 年度)、特定保健指導実施率は 33.0% (令和 5 (2023) 年度) です。(全国の特定健康診査実施率: 59.7%、特定保健指導実施率 27.7%)
また、後期高齢者医療の被保険者が受診する健康診査の本県の受診率は 39.3% (令和 6 (2024) 年度) です。(全国の健康診査受診率: 27.8%)

3 医療提供体制

- 医療情報ネットにおいて、心臓血管外科又は心臓外科を標榜している病院は、49病院です。(令和 8 (2026) 年 5 月 1 日時点)。
- 令和 6 (2024) 年12月31日現在、主たる診療科が心臓血管外科の医師数は178人 (人口10万人当たり 2.4人、全国 2.5人)、循環器内科の医師数は676人 (人口10万人当たり 8.5人、全国 10.9人) です。(令和 6 (2024) 年医師・歯科医師・薬剤師統計)
- 心臓カテーテル法による諸検査を実施でき

課 題

- 発症後の速やかな救命処置と、専門的な医療機関への搬送、診療及び治療が必要な疾病であることから、医療機関での受入れ体制と迅速かつ適切な救急搬送体制の整備が重要です。
- 年齢調整死亡率は減少傾向にあるものの、医療機能の充実と生活習慣の改善を一層図っていく必要があります。
- 心血管疾患の発症には、食生活、運動、喫煙、飲酒、口腔衛生などの生活習慣が深く関わっていることを全ての県民が理解するよう、周知に努める必要があります。
- 特定健康診査について、実施率の向上及び医療保険者ごとの実施率の格差解消に努める必要があります。
- 対象者が特定保健指導を受けるように県民に周知する必要があります。

る施設は、65病院です。(表2-3-1)

4 愛知県医師会の急性心筋梗塞システム

- 県医師会の急性心筋梗塞システムでは、急性心筋梗塞発症者の救急医療確保のため、年間を通して24時間体制で救急対応可能な45医療機関を指定(令和8(2026)年6月1日現在)しています。(表2-3-2)

5 医療連携体制

- 高度救命救急医療機関(「医療連携体系図の説明」参照)は、令和5(2023)年1月1日時点で29病院です。(表2-3-1)
- 医療情報ネットによると、令和7(2025)年に経皮的冠動脈形成術は62病院、経皮的冠動脈ステント留置術は54病院で実施されています。(表2-3-1)
- 医療圏別にみると、高度救命救急医療機関や循環器系領域における治療病院のないところがあります。
- 令和5(2023)年の救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間は、全国が45.6分に対し、本県は34.5分となっています。
- 虚血性心疾患により救急搬送された患者数(人口10万人当たり)をみると、本県は1.3人となっています。(令和5(2023)年患者調査)
- 令和8(2026)年度地域医療提供体制データ分析事業(名古屋大学)によると、他の医療圏へ流出している医療圏があります。(表2-3-3)
- 「愛知県地域医療構想」に定める令和7(2025)年の必要病床数と令和7(2025)年の病床数を比較すると、県全体で回復期の医療機能は、10,211床の不足となっています。
- 日常生活動作の低下等を予防するため、発症後早期から病状に応じたリハビリテーションを実施します。
- 心大血管疾患リハビリテーション料を算定している医療機関は、93か所あります。(東海北陸厚生局への届出施設数)
- 本県における虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は5.7日であり、全国平均の7.9日と比べて短くなっています。(令和5(2023)年患者調査)
- 在宅等の生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は、本県では94%となっています。(令和5(2023)年患者調査)
- 口腔内細菌による感染症を始めとする合併症の軽減を目的として、手術前後に歯科と連携した口腔機能管理が実施されています。

6 応急手当・病院前救護

- 突然の心停止に対して高い効果があるとさ

- 重篤な救急患者のために、救急医療提供体制と連携医療システムの整備を進める必要があります。

- 救急隊が「心筋梗塞疑い」と判断するものについては、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定し、平成24(2012)年4月1日から運用を開始しており、当該基準の運用状況について、消防機関と医療機関の双方が有する情報の調査・分析による見直しを実施していく必要があります。
- 急性期の心血管疾患において、経皮的冠動脈形成術等の治療法の対応が望まれますが、機能が不足している医療圏では、今後も隣接する医療圏の病院と機能連携を図っていく必要があります。
- 慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、入院中だけでなく退院後も継続して行うことが重要です。
- 回復期の医療機能の病床の充足が必要です。
- 病床の機能の分化と連携の推進等により、平均在院日数の短縮を進める必要があります。
- 急性期を脱し、在宅復帰した後においても、再発防止や重症化予防のためには基礎疾患や危険因子(高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙、口腔衛生等)の管理が継続的に行われる必要があります。

れる薬剤（アドレナリン）投与の処置が救急救命士に認められており、本県では、地域のメディカルコントロール協議会により薬剤投与の処置を行うことのできる救急救命士の確保に努めています。

- 突然の心停止に対しては、できるだけ早く A E D（自動体外式除細動器）を使用して除細動（心臓のふるえを取り除くこと）を行うことが必要です。本県では、平成19(2007)年4月から、ホームページ「あいち A E D マップ」を開設し、全国に先駆け A E D の設置に関する情報や使用方法について県民の皆様に提供しています。

7 新興感染症の発生・まん延時における医療の体制

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、救急患者の対応が困難になるなど診療体制に支障が生じることがありました。

- 平時から急性期の医療機能を有する医療機関のみに患者が集中しないよう、回復期の医療機能を有する医療機関と心筋梗塞等の心血管疾患の特徴を踏まえ、効率的な役割分担のあり方等について検討することが重要です。

8 患者等への支援の推進

- 脳卒中・心臓病等の患者を中心とした包括的な支援を推進するため、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を配置しています。

【今後の方策】

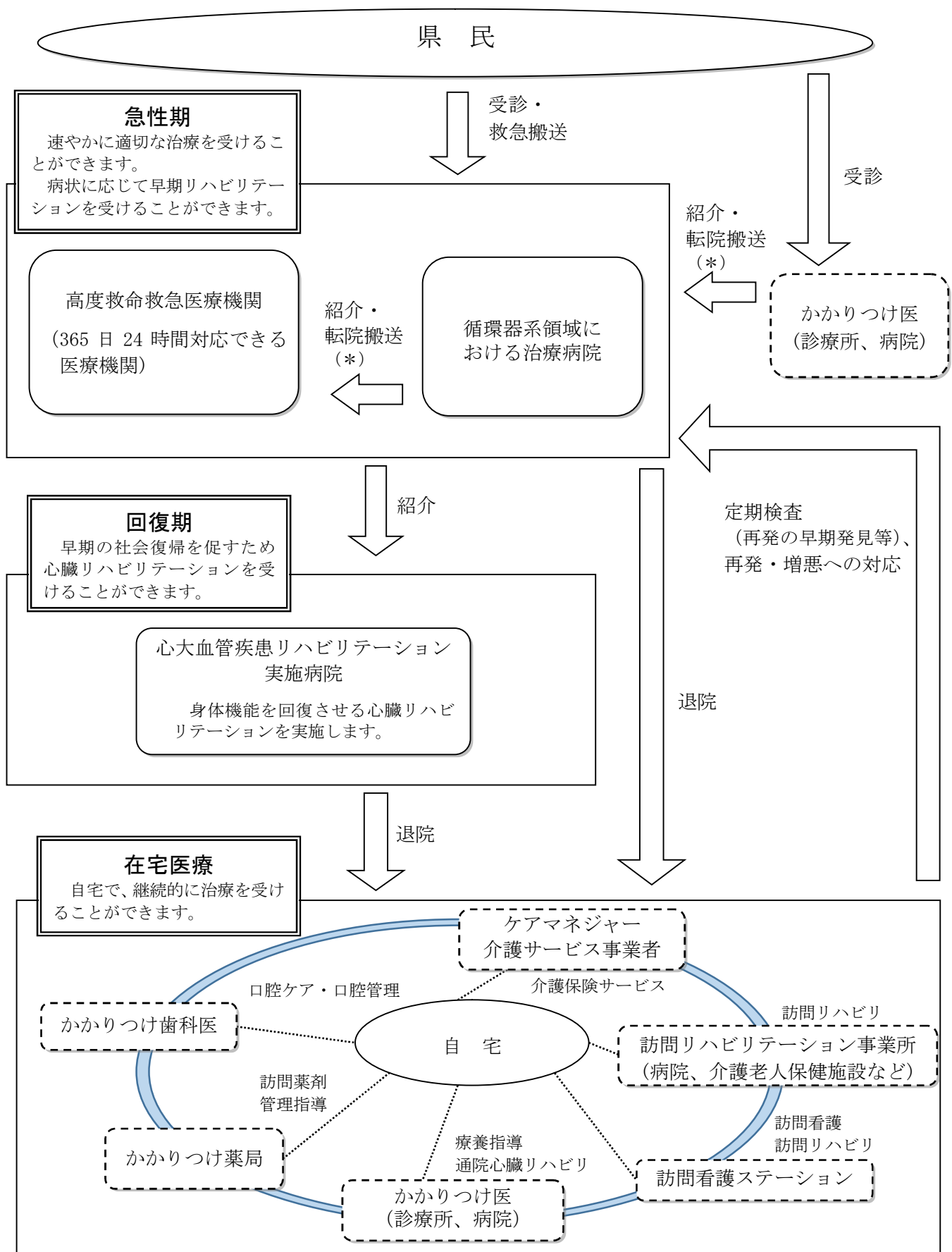
- 第2期愛知県循環器病対策推進計画に基づき、心筋梗塞等の心血管疾患対策を総合的かつ計画的に推進していきます。
- 疾患予防のため、個々の生活習慣と疾患との関連について県民の理解を深めるとともに、早期発見・早期治療のため、関係機関と連携し、特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に向けた取組を支援していきます。
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の運用状況について、消防機関と医療機関の双方が有する情報を調査・分析し、必要があるときは見直しを行っていきます。
- 発症後の急性期医療から回復期・維持期等リハビリテーションに至る治療体制について、整備を進めていきます。
- 不足が見込まれる回復期の医療機能が充足できるよう、病床の転換等を支援します。
- 医療機能が十分でない医療圏については、隣接する医療圏との連携が図られるようにします。

【目標値】

虚血性心疾患年齢調整死亡率(人口10万人当たり)

男性 60.5	⇒	男性 59.0
女性 26.0	⇒	女性 25.4
(令和2(2020)年)		

心筋梗塞等の心血管疾患 医療連携体系図



【心筋梗塞等の心血管疾患 医療連携体系図の説明】

- 急性期
 - ・ 県民は、「高度救命救急医療機関」及び「循環器系領域における治療病院」で、速やかに適切な専門的治療を受けます。
 - ＊ 症状が重く、手術等の専門的な治療が必要な場合には、対応可能な病院に紹介されます。その場合、救急車やドクターカーなどによる転院搬送等され、治療を受けます。
 - ・ 県民は、日常生活動作の向上を図るため、病状に応じて早期リハビリテーションを受けます。
 - ・ 「高度救命救急医療機関」とは、救急対応専門医師数7名以上（7名未満の場合は時間外対応医師（病院全体・当直）が4名以上）かつ循環器科医師と心臓血管外科医師の両方が在籍している病院です。
 - ・ 「循環器系領域における治療病院」とは、経皮的冠動脈ステント留置術又は経皮的冠動脈形成術（PTCA）を実施している病院です。
- 回復期
 - ・ 県民は、心大血管疾患リハビリテーション実施病院で身体機能を回復させる心臓リハビリテーションを受けるとともに、在宅等への復帰の準備を行います。
 - ・ 「心大血管疾患リハビリテーション実施病院」とは、心大血管疾患リハビリテーション料を算定している病院です。
- 在宅医療
 - ・ かかりつけ医を始め保健・医療・福祉が連携して在宅等の生活の場で療養できるようにします。
 - ・ 疾患の再発や憎悪を防ぐため、通院による心臓リハビリテーションを受けます。
- 切れ目のない支援体制
 - ・ 転院や退院の際には、地域連携診療計画を作成し、ICT(情報通信技術)等を活用した情報連携により、切れ目のない保健・医療・福祉サービスを受けられるようにします。

※ 具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

表2-3-1 心疾患医療の状況

医療圏	循環器系領域における実績について					高度救命救急医療機関
	心臓カテーテル法による諸検査	冠動脈バイパス術	経皮的冠動脈形成術（PTCA）	経皮的冠動脈血栓吸引術	経皮的冠動脈ステント留置術	
名古屋・中部	20病院	10病院	19病院	18病院	20病院	9
海部	2	1	2	2	2	1
尾張東部	4	3	4	3	4	3
尾張西部	6	3	6	4	6	3
尾張北部	6	3	6	5	6	3
知多半島	7	2	6	3	6	1
西三河北部	4	2	3	3	1	2
西三河南部東	2	2	2	2	0	2
西三河南部西	5	2	5	5	5	2
東三河北部	0	0	0	0	0	0
東三河南部	9	4	9	9	4	3
計	65	32	62	54	54	29

資料：医療情報ネット（令和8（2026）年5月1日時点）

高度救命救急医療機関は令和5（2023）年1月1日現在の状況

表 2-3-2 愛知県医師会急性心筋梗塞システム参加医療機関（令和 8（2026）年 6 月現在）

医療圏（病院数）	指 定 医 療 機 関 名
名古屋・尾張中部（18）	名市大附東部医療センター 名古屋ハートセンター 名鉄病院 日赤名古屋第一病院 （国）名古屋医療センター 国共済名城病院 名大附属病院 日赤名古屋第二病院 名市大病院 協立総合病院 名古屋掖済会病院 名古屋共立病院 藤田医科大学ばんだね病院 中部労災病院 中京病院 大同病院 南生協病院 名古屋記念病院
海 部（1）	厚生連海南病院
尾張東部（3）	公立陶生病院 藤田医科大学病院 愛知医大病院
尾張西部（3）	一宮市民病院 総合大雄会病院 一宮西病院
尾張北部（5）	春日井市民病院 名古屋徳洲会総合病院 小牧市民病院 総合犬山中央病院 厚生連江南厚生病院
知多半島（2）	知多半島総合医療センター 公立西知多総合病院
西三河北部（2）	厚生連豊田厚生病院 トヨタ記念病院
西三河南部東（1）	岡崎市民病院
西三河南部西（4）	碧南市民病院 刈谷豊田総合病院 厚生連安城更生病院 西尾市民病院
東三河北部（0）	（該当なし）
東三河南部（6）	豊橋市民病院 （国）豊橋医療センター 豊橋ハートセンター 豊川市民病院 蒲郡市民病院 厚生連渥美病院
計	45医療機関

資料：愛知県医師会

注：急性心筋梗塞システム参加基準

- ①年間 25 例以上の急性心筋梗塞の診療実績がある。
- ②常勤の循環器科医師が 3 名以上勤務している。
- ③ P C I（経皮的冠動脈インターベンション）が常時施行可能である。
- ④ I C U、C C Uの何れか、あるいは両方が備わっている。
- ⑤循環器科医師、心臓血管外科医師が毎日当直しているか、または待機体制をとっている。
- ⑥常勤の心臓血管外科医師が勤務しているか、心臓血管外科を有する医療機関と密接な協力体制を維持している。

（参考）システム非参加医療機関（参加基準は満たさないが、心臓カテーテル実施病院）

医療圏（病院数）	医 療 機 関 名
名古屋・尾張中部（2）	名市大附属西部医療センター 名古屋セントラル病院
海 部（1）	津島市民病院
尾張東部（1）	旭労災病院
尾張西部（3）	泰玄会病院 稲沢市民病院 厚生連稲沢厚生病院
尾張北部（1）	さくら総合病院
知多半島（5）	杉石病院 小嶋病院 あいち小児保健医療総合センター 国立長寿医療センター 厚生連知多厚生病院
西三河北部（2）	さくら病院 みよし市民病院
西三河南部東（1）	藤田医科大学岡崎医療センター
西三河南部西（1）	八千代病院
東三河北部（0）	（該当なし）
東三河南部（3）	成田記念病院 第二積善病院 総合青山病院
計	20医療機関

資料：医療情報ネット（令和 8（2026）年 5 月 1 日時点）

表2-3-3 心疾患の入院患者の状況（令和7（2025）年）

① 急性心筋梗塞（手術なし）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	183	3	35	3	16	1	1	0	3	0	0	245	25.3%
	海部	7	22	0	4	0	0	0	0	0	0	0	33	33.3%
	尾張東部	5	0	47	0	1	0	2	1	5	0	0	61	23.0%
	尾張西部	0	0	0	38	0	0	1	0	0	0	0	39	2.6%
	尾張北部	2	0	0	2	77	0	1	0	0	0	0	82	6.1%
	知多半島	13	0	5	0	0	24	0	7	0	0	0	49	51.0%
	西三河北部	0	0	2	0	0	0	45	2	1	0	0	50	10.0%
	西三河南部西	0	0	11	0	0	0	1	67	2	0	2	83	19.3%
	西三河南部東	0	0	0	0	0	0	1	5	45	0	0	51	11.8%
	東三河北部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	6	0.0%
	東三河南部	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	48	50	4.0%
	計	210	25	101	47	94	25	52	82	56	7	50	749	
	流入患者率	12.9%	12.0%	53.5%	19.1%	18.1%	4.0%	13.5%	18.3%	19.6%	14.3%	4.0%		

② 急性心筋梗塞（手術あり）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	1,102	5	133	19	77	4	7	1	3	0	1	1,352	18.5%
	海部	49	91	0	12	1	0	1	0	0	0	0	154	40.9%
	尾張東部	30	0	159	0	2	0	11	6	0	0	0	208	23.6%
	尾張西部	7	2	1	302	9	0	0	0	0	0	0	321	5.9%
	尾張北部	13	0	2	16	379	0	1	0	1	0	0	412	8.0%
	知多半島	67	0	25	1	1	189	0	31	0	0	0	314	39.8%
	西三河北部	3	0	5	0	0	2	223	4	1	0	0	238	6.3%
	西三河南部西	3	0	16	0	2	3	1	314	7	0	1	347	9.5%
	西三河南部東	4	0	3	0	0	1	8	18	178	0	4	216	17.6%
	東三河北部	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	22	25	100.0%
	東三河南部	1	0	1	0	0	0	0	4	3	0	196	205	4.4%
	計	1,279	98	346	350	471	199	254	378	193	0	224	3,792	
	流入患者率	13.8%	7.1%	54.0%	13.7%	19.5%	5.0%	12.2%	16.9%	7.8%	0.0%	12.5%		

③ 狭心症（手術なし）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	1,972	3	252	45	44	7	2	2	6	0	1	2,334	15.5%
	海部	80	169	4	35	0	0	0	0	0	0	0	288	41.3%
	尾張東部	63	0	338	0	5	0	23	1	4	0	1	435	22.3%
	尾張西部	20	7	2	1,143	14	0	0	0	0	0	0	1,186	3.6%
	尾張北部	38	0	10	39	587	0	1	0	0	0	0	675	13.0%
	知多半島	89	0	48	1	0	393	0	63	3	0	1	598	34.3%
	西三河北部	3	0	24	0	1	0	536	17	2	0	0	583	8.1%
	西三河南部西	10	0	36	0	0	1	1	350	14	0	5	417	16.1%
	西三河南部東	2	0	5	0	0	0	23	18	322	0	12	382	15.7%
	東三河北部	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	10	12	100.0%
	東三河南部	5	0	3	0	0	0	0	0	7	0	394	409	3.7%
	計	2,282	179	722	1,263	651	401	586	451	360	0	424	7,319	
	流入患者率	13.6%	5.6%	53.2%	9.5%	9.8%	2.0%	8.5%	22.4%	10.6%	0.0%	7.1%		

④ 狭心症（手術あり）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	2,728	4	234	30	67	4	2	2	5	0	2	3,078	11.4%
	海部	163	269	1	37	1	0	1	0	0	0	0	472	43.0%
	尾張東部	76	0	348	0	2	0	14	5	1	0	0	446	22.0%
	尾張西部	25	4	0	834	9	0	0	0	0	0	0	872	4.4%
	尾張北部	65	0	16	28	640	0	1	2	0	0	0	752	14.9%
	知多半島	141	1	40	1	0	380	0	44	1	0	0	608	37.5%
	西三河北部	6	0	11	0	0	1	353	12	1	0	0	384	8.1%
	西三河南部西	14	0	36	1	0	1	0	464	7	0	1	524	11.5%
	西三河南部東	4	0	8	0	0	0	11	51	304	0	13	391	22.3%
	東三河北部	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	10	14	100.0%
	東三河南部	6	0	2	0	0	0	0	3	7	0	341	359	5.0%
	計	3,228	278	697	931	719	386	384	583	327	0	367	7,900	
	流入患者率	15.5%	3.2%	50.1%	10.4%	11.0%	1.6%	8.1%	20.4%	7.0%	0.0%	7.1%		

⑤ 大動脈解離（手術なし）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	309	0	55	6	17	0	2	0	0	0	0	389	20.6%
	海部	16	42	0	9	0	0	0	0	0	0	0	67	37.3%
	尾張東部	9	0	59	0	2	0	2	1	1	0	0	74	20.3%
	尾張西部	4	0	0	56	1	0	0	0	0	0	0	61	8.2%
	尾張北部	1	0	4	11	126	1	0	0	0	0	0	143	11.9%
	知多半島	11	0	6	0	0	53	0	13	0	0	0	83	36.1%
	西三河北部	2	0	4	0	2	0	53	6	0	0	0	67	20.9%
	西三河南部西	1	0	2	0	0	0	0	108	1	0	0	112	3.6%
	西三河南部東	0	0	1	0	0	0	0	7	32	0	0	40	20.0%
	東三河北部	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	9	16	62.5%
	東三河南部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	94	94	0.0%
	計	353	42	132	82	148	54	57	135	34	6	103	1,146	
	流入患者率	12.5%	0.0%	55.3%	31.7%	14.9%	1.9%	7.0%	20.0%	5.9%	0.0%	8.7%		

⑥ 大動脈解離（手術あり）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地											計	流出患者率
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部		
患者所在地	名古屋・尾張中部	194	0	22	7	13	0	0	1	1	0	0	238	18.5%
	海部	14	9	1	4	0	0	0	0	0	0	0	28	67.9%
	尾張東部	10	0	32	0	1	0	2	0	0	0	0	45	28.9%
	尾張西部	6	0	0	59	1	0	0	0	0	0	0	66	10.6%
	尾張北部	11	0	3	18	35	0	0	0	0	0	0	67	47.8%
	知多半島	17	0	9	0	2	4	0	9	0	0	0	41	90.2%
	西三河北部	5	0	3	0	3	0	21	1	0	0	0	33	36.4%
	西三河南部西	2	0	6	0	1	0	0	29	1	0	0	39	25.6%
	西三河南部東	1	1	5	1	0	1	1	5	13	0	1	29	55.2%
	東三河北部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100.0%
	東三河南部	3	1	3	0	0	0	0	1	0	0	7	15	53.3%
	計	263	11	84	89	56	5	24	46	15	0	11	604	
	流入患者率	26.2%	18.2%	61.9%	33.7%	37.5%	20.0%	12.5%	37.0%	13.3%	0.0%	36.4%		

資料提供元：令和8（2026）年度地域医療提供体制データ分析事業（名古屋大学）

第4節 糖尿病対策

【現状と課題】

現 状

1 糖尿病の現状

- 令和6(2024)年の国民健康・栄養調査結果によると、「糖尿病が強く疑われる者」は、全国で約1,100万人と推計され、平成9(1997)年以降増加しています。また、「糖尿病の可能性を否定できない者」は、約700万人と推計されています。
- 令和5(2023)年患者調査(厚生労働省)によると、糖尿病を主な傷病として継続的な医療を受けている患者数は、県内で約33万7千人(全国:約552万人)と推計されています。
- 令和5(2023)年度の特健健診(40歳～74歳)の実施結果から、愛知県におけるメタボリックシンドローム該当者と予備群は、約54万人(28.3%)です。
- 糖尿病性腎症は、新規透析原因の第1位、糖尿病性網膜症は、成人視覚障害の原因疾患の第3位であり、糖尿病性腎症による透析は、近年はほぼ横ばいで推移しています。
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数(人口10万人当たり)は、全国が10.3人に対し、本県は8.6人です。(令和6(2024)年日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」)

2 糖尿病予防・重症化予防

- 糖尿病の大部分を占める2型糖尿病の発症には、遺伝的要因に食生活、運動不足、ストレス等の生活習慣が密接に関連しています。
- 本県の令和5(2023)年度の特健健康診査実施率は63.3%(全国59.7%)、特定保健指導実施率は33.0%(全国27.7%)です。
また、後期高齢者医療の被保険者が受診する健康診査の本県の実施率は、39.3%(令和6(2024)年度)です。(全国の健康診査実施率:27.8%)
- 令和4(2022)年愛知県生活習慣関連調査によると、健診の結果、肥満・糖尿病・血中の脂質異常等に関する指摘を受け、保健指導あるいは医療機関を受診するように勧められた者のうち、14.3%が「何もしていない」と回答しています。
- 市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組を推進するため、平成30(2018)年3月に愛知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、国のプログラム改定に伴い、令和

課 題

- 糖尿病の疑いがあるままの放置や治療中断は、腎症や神経障害、網膜症などの重症合併症につながりやすいことから、自らが定期的に診察を受け、早期に生活習慣改善ができる体制づくりや糖尿病の正しい知識の普及・啓発が必要です。
- 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の抑制を図る必要があります。
- 糖尿病に関する正しい知識の普及・啓発が必要となります。
- メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)は、糖尿病等の基礎病態であることが多いため、特定健診の実施率を高め、早期のリスク改善を促す必要があります。
- 糖尿病ハイリスク者に対して、健診後の適切な保健指導、受診勧奨を行う必要があります。
- 糖尿病の予防、重症化予防には、県民を支援していく体制づくりが重要です。

6 (2024)年度に改定しました。

- 令和元(2019)年度から愛知県糖尿病性腎症重症化予防推進会議を開催し、市町村国保及び後期高齢者医療広域連合と関係団体等との情報共有や連携体制の構築を図っています。

3 医療提供体制

- 令和6(2024)年12月31日現在、主たる診療科が糖尿病内科(代謝内科)の医師数は、402人(人口10万人当たり5.4人、全国5.0人)です。(表2-4-1)
- 医療情報ネットによると、食事療法、運動療法、自己血糖測定 of 糖尿病患者教育を実施している病院は、198施設あります。(令和8(2026)年5月1日時点)
また、インスリン療法を実施している病院は、212施設あり、糖尿病の重症化予防に向けて取り組んでいます。

4 医療連携体制

- 糖尿病内科医師は、東三河北部医療圏を除く各医療圏にいます。(表2-4-1)
- 歯周病は、糖尿病と深い関係があることから、糖尿病の合併症の一つとされており、本県では医歯薬連携の取組を行っています。

5 新興感染症の発生・まん延時における医療の体制

- 新型コロナウイルス感染症の発生時において、治療中断など継続的な疾病管理に支障が見られました。

- 地域において病院、診療所、歯科診療所がそれぞれの機能を生かした役割分担を行い、病診連携及び病病連携を推進する必要があります。
- 糖尿病の合併症である歯周病の重症化を予防する必要性からも、歯科診療所等との連携促進が必要です。

- 新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入等の疾病管理に向けた診療提供体制を検討していきます。

【今後の方策】

- 第3期健康日本21 あいち計画に基づき、糖尿病の発症予防や重症化予防対策を推進します。
- 若年からの教育や、正しい生活習慣のあり方を習得することによる予防効果が大きいことから、学校保健や産業保健と連携して予防対策を推進していきます。
- 関係機関と連携し、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上に取り組んでいきます。
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進等により、発症予防・重症化予防を行う市町村及び保険者等の情報共有や協力連携体制の構築を進めていきます。
- 県民を適切な食習慣へ導くために、食生活改善に向けた啓発や飲食提供施設の事業者と連携した食環境づくりなどに努めていきます。
- 糖尿病患者が適切な治療を受けることができる、歯科診療所を含めた診診連携、病診連携等を推進することにより、糖尿病の各段階に合わせた効果的・効率的な糖尿病医療の提供を図ります。

【目標値】

糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数(人口 10 万人当たり)

11.4 人 ⇒ 11.2 人以下
(令和 3(2021)年)

表 2-4-1 糖尿病関係医師数の状況

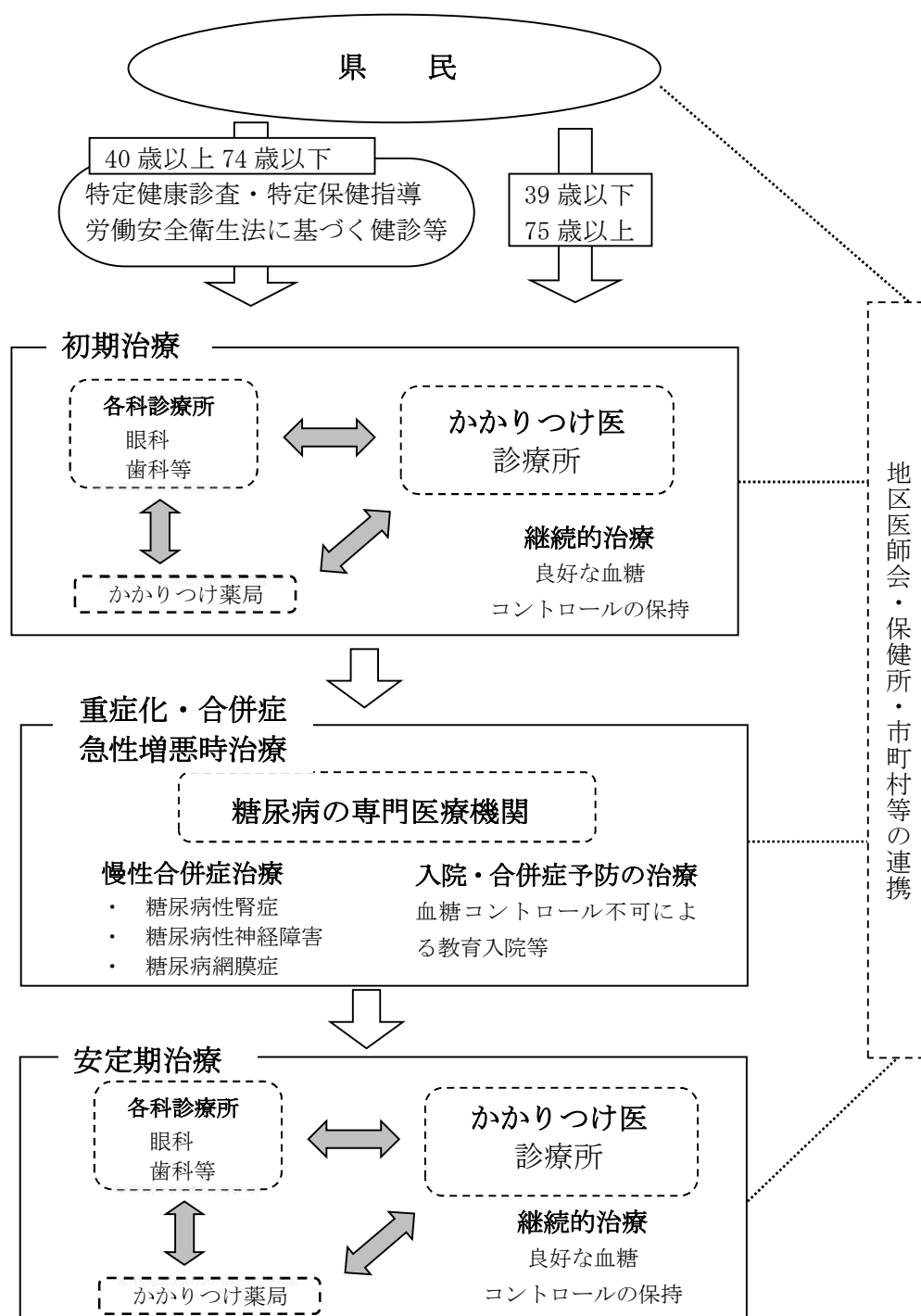
医療圏	糖尿病（代謝内科）医師数
名古屋・尾張中部	167 (3.46)
海部	16 (5.01)
尾張東部	59(12.42)
尾張西部	25 (4.96)
尾張北部	25 (3.46)
知多半島	21 (3.40)
西三河北部	18 (3.78)
西三河南部東	20 (2.87)
西三河南部西	34 (8.03)
東三河北部	0 (0.00)
東三河南部	17 (2.50)
計	402 (5.38)

資料：令和 6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

注 1：糖尿病（代謝内科）医師数は主たる診療科の医師数

注 2：（ ）は人口 10 万人当たり

糖尿病医療対策に関する体系図



【体系図の説明】

- 特定健康診査・特定保健指導や労働安全衛生法に基づく健診等により、糖尿病の早期発見や糖尿病予備群のリスクを発見し、受診や生活習慣の改善を促します。生活習慣の改善を促すとともに、糖尿病受診勧奨対象者には、受診勧奨を行います。
- かかりつけ医による定期的な治療において、日常の血糖管理の状態を把握し、同時に眼科、歯科等と連携して病状の変化を観察し、重症化や合併症の予防を促します。
- 重症化した場合や急性増悪時には、糖尿病専門医療機関で治療を受けます。
- 症状が安定した場合には、かかりつけ医において継続的な治療を受けます。

用語の解説

- 糖尿病が強く疑われる人
ヘモグロビン A1c (NGSP 値) 6.5%以上、又はアンケート調査で現在糖尿病の治療を受けていると答えた人
- 糖尿病の可能性を否定できない人
ヘモグロビン A1c (NGSP 値) 6.0%以上、6.5%未満で現在糖尿病の治療を受けていない人
- 1型糖尿病、2型糖尿病
糖尿病には、すい臓からのインスリン分泌が低下して発病する1型（インスリン依存型）と生活習慣の影響が大きいとされる2型があり、日本では、2型糖尿病が90%以上を占めています。
- 糖尿病は、血糖値や口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状などを基に診断されますが、糖尿病と診断されないが正常ともいえない境界型糖尿病、糖尿病予備群と呼ばれる人たちが多く存在します。
- 糖尿病が進行すると、腎症、網膜症、神経障害などの合併症を起こし、人工透析が必要となったり、失明に至ったりすることもあります。また、糖尿病は動脈硬化を進行させ、脳血管疾患や心血管疾患の主要な誘因となります。
- メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）
腹囲を基準に血中脂質、血圧、血糖が高い状態が放置されれば、糖尿病等を始めとする生活習慣病になる危険性が高い状態。
- 【メタボリックシンドロームの診断基準（平成17(2005)年4月）】
- | | | |
|----------------|----|------------------------------------|
| ・内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積 | 腹囲 | 男性 ≥ 85 cm
女性 ≥ 90 cm |
|----------------|----|------------------------------------|
- 上記に加え以下の2項目以上
- | | |
|-------------|------------------|
| ・中性脂肪 | ≥ 150 mg/dl |
| かつ／または | |
| HDL コレステロール | < 40 mg/dl |
| ・収縮期血圧 | ≥ 130 mmHg |
| かつ／または | |
| 拡張期血圧 | ≥ 85 mmHg |
| ・空腹時血糖 | ≥ 110 mg/dl |
- * 中性脂肪、HDLコレステロール、高血圧、糖尿病に対する薬物治療を受けている場合は、それぞれの項目に含めます。
- 糖尿病ハイリスク者
耐糖能異常者（インスリンの分泌量が減るか、その作用が弱くなるかにより、血液中の糖分が増加している者）や投薬を必要としない初期の糖尿病患者です。

第5節 精神保健医療対策

【現状と課題】

現 状

1 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 保健・医療・福祉関係者による協議の場を県や障害保健福祉圏域、市町村ごとに設置して、精神科病院からの地域移行の推進や、精神障害者の地域生活支援のための体制整備に取り組んでいます。

- 地域で生活する精神障害者を支える精神科訪問看護を提供する病院は人口 10 万人当たり 0.28 か所（実数 21 か所）、診療所数は人口 10 万人当たり 0.32 か所（実数 24 か所）で、全国平均（病院 0.51 か所、診療所 0.36 か所）に比べて低くなっています。（令和 5（2023）年医療施設調査）

また、在宅で療養している患者への医療等の提供を行う精神科在宅患者支援管理料、精神科退院時共同指導料、療養生活継続支援加算の届出のある医療機関は、それぞれ 9 か所、39 か所、66 か所（施設基準の届出受理状況（東海北陸厚生局、令和 8（2026）年 5 月 1 日現在））となっています。

なお、県精神医療センターでは、精神障害者の地域移行を進めるための包括的地域生活支援プログラム（A C T）を実施しており、令和 7（2025）年度の A C T 訪問件数は、1,841 件となっています。

2 多様な精神疾患等に対応できる医療機能の明確化

(1) 統合失調症

- 令和 5（2023）年患者調査によると、統合失調症、統合失調型障害（統合失調型（パーソナリティ）症）及び妄想性障害（妄想症）による患者数は、約 3 万 8 千人となっ

課 題

- 障害保健福祉圏域（2 次医療圏）、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、地域援助事業者（一般・特定相談支援事業者、居宅介護支援事業者等）、市町村、保健所等が連携し、地域の課題を共有化した上で、地域包括ケアシステムの構築に資する取組を更に推進していく必要があります。
- 地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整えることによって、長期入院患者の地域生活への移行が可能であることから、精神病床における入院需要（患者数）及び基盤整備量を明確にし、精神障害者が退院後、地域で孤立することなく、必要な医療が受けられる地域で安心して継続的に生活できるよう、推進していく必要があります。
- アウトリーチを含め、地域で生活する精神障害者を支える医療サービスを提供する医療機関等を増やしていく必要があります。
- 県精神医療センターでの A C T 訪問件数増加のため、24 時間 365 日の受入れ体制の整備に向けて、弾力的な人員配置を行っていく必要があります。

- 治療抵抗性統合失調症治療薬や mECT（修正型電気けいれん療法）等の専門的治療方法の普及のため、精神科医療機関と血液内科・麻酔科等を有する医療機関との連携を図る

- ています。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を実施している精神科医療機関は、31 か所です。
- (2) うつ病・躁うつ病（双極症）
- 令和 5 (2023) 年患者調査によると、躁うつ病（双極症）を含む気分（感情）障害（気分症）による患者数は、約 4 万 7 千人となっています。
 - うつ病等の早期発見・早期治療を図るため、かかりつけ医が精神疾患に関する知識を習得するための「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修」を実施しています。
- (3) 認知症
- 今後の高齢社会の進展に伴い、我が国の認知症高齢者の増加が見込まれており、令和 22 (2040) 年には、最大で約 584 万人になると推計されています。
 なお、令和 7 (2025) 年における本県の認知症高齢者は 25 万 1 千人、令和 22 (2040) 年には、最大で 33 万 6 千人へと増加すると推計されています。
 また、平成 29 (2017) 年度から令和元 (2019) 年度に実施された全国調査によると、若年性認知症は、全国で 3 万 5 千 7 百人と推計され、本県に当てはめると、約 2 千 2 百人と推計されます。
 - 認知症の人への支援体制の充実・強化を図るため、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医、病院勤務の医療従事者、歯科医師、薬剤師、看護職員等に対する認知症対応力向上研修、産業医向け若年性認知症支援研修等の研修を実施しています。
 - 県内には、認知症の専門相談や鑑別診断等を行う認知症疾患医療センターが、21 か所整備されています。
 - 若年性認知症の人や、その家族等からの相談に応じ、医療・福祉・就労等の総合的な支援をするため、「愛知県若年性認知症総合支援センター」を設置しています。
- (4) 児童・思春期精神疾患及び発達障害（神経発達症）
- 県内には、児童・精神科の病床が県医療療育総合センター中央病院に 25 床あるほか、県精神医療センターに児童青年期の専門病棟 22 床、専門デイケアが整備されて
- とともに、治療を行う医療機関を明確にする必要があります。
- 認知行動療法や mECT が実施できる医療機関を明確にする必要があります。
 - 一般かかりつけ医と連携した、医療提供体制を構築する必要があります。
 - 認知症に対応できる医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の人材育成を更に進める必要があります。
 - 認知症に対応できる医療機関を明確にし、また、早期発見等を図るため、関係機関の連携を進めていく必要があります。
 - 若年性認知症の人は、就労や生活費等の経済的問題が大きいことなどから、居場所づくり、就労・社会参加支援等、様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく必要があります。
 - 児童・思春期精神疾患に対応できる専門医療機関を明確にし、専門職を養成していく必要があります。

います。

- 県医療療育総合センター中央病院において、小児心療科病棟を 33 床整備しています。
 - あいち発達障害者支援センターにおいて、家族・支援者向けに相談に応じ、研修を実施しています。
 - 県医療療育総合センター中央病院を中心とした「発達障害医療ネットワーク」では、発達障害（神経発達症）医療の現状と課題を踏まえ、診療技能の研修、啓発等を通じ、発達障害（神経発達症）に対応できる人材育成の支援等を実施しています。
 - 平成 28(2016)年度から「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」を実施しています。
 - 県精神医療センターには、発達障害（神経発達症）のある成人患者に対するアセスメントを行う病床が設置されています。
- (5) 依存症
- アルコール・薬物・ギャンブル等依存症者に対して回復支援プログラムを精神保健福祉センターで実施しています。また、家族教室や支援者に対し、研修等を実施しています。
 - アルコール健康障害対策については、令和 5 (2023) 年度に策定した「第 2 期愛知県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、相談体制の整備や人材育成等の取組を進めています。
 - ギャンブル等依存症対策については、令和 7 (2025) 年度に策定した「第 3 期愛知県ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、発症予防、進行・再発予防及び回復支援、依存症対策の基盤整備、多重債務問題等への取組を進めています。
 - 依存症専門医療機関の令和 8 (2026) 年 4 月 1 日現在の選定状況については、アルコール健康障害 15 か所、薬物依存症 7 か所、ギャンブル等依存症 6 か所となっています。
- (6) その他の精神疾患等
- 令和 5 (2023) 年患者調査によると、てんかんの患者数は、約 2 万 4 千人となっています。また、外傷後ストレス障害（心的外傷後ストレス症）(PTSD)、摂食障害（摂食症）による全国の患者数は、それぞれ約 1 万 2 千人、約 2 万 3 千人となっ
 - 発達障害（神経発達症）に対応できる専門医療機関を明確にし、更に専門職を養成していく必要があります。
 - 早期発見・早期介入のため、当事者・家族等からの相談に応じる体制の整備、治療体制の整備などの取組を進める必要があります。
 - アルコール、薬物、ギャンブル等依存症に対応できる専門医療機関の整備を更に進める必要があります。
 - てんかん、外傷後ストレス障害（心的外傷後ストレス症）(PTSD)、摂食障害（摂食症）、高次脳機能障害のそれぞれの疾患等に対応できる医療機関を明確にし、専門職を養成していく必要があります。

す。

- てんかんについては、てんかん診療体制の整備を図るため、てんかん診療拠点機関を選定し、「愛知県てんかん治療医療連携協議会」を設置しております。
- 高次脳機能障害については、**社会福祉法人名古屋市総合リハビリテーション事業団**及び特定非営利活動法人高次脳機能障害者支援「笑い太鼓」を県の**高次脳機能障害者支援センター**として**指定して**います。

(7) 精神科救急

- 精神科救急情報センターでは、24 時間 365 日体制で精神障害者やその家族等からの電話相談への対応や医療機関の紹介等を行っており、**令和 7 (2025) 年度**は **8,363 件**の相談があり、その内訳は、電話相談 **5,375 件**、当番病院等医療機関案内 **2,425 件**等となっています。
- 夜間・休日の精神科救急医療体制については、**令和 7 (2025) 年度**の対応件数は **2,146 件**で、うち入院は **1,267 件**となっています。
- 令和 5 (2023) 年 6 月から県内 3 ブロックの当番病院（空床各 1 床）、後方支援基幹病院（優先病院）（空床各 1 床）及び後方支援基幹病院（補完病院）（空床各 1 床）により運用しています。

- 各ブロック内で確保している病床を超えた患者の入院が必要な場合に対応できる安定した体制の運用を図る必要があります。

(8) 身体合併症

- **令和 7 (2025) 年度末現在**、2 か所の精神科医療機関に 34 床の精神・身体合併症病床があります。また、平成 25 (2013) 年度から平成 27 (2015) 年度まで救急医療機関と精神科病院の連携モデル事業に取り組み、**令和 7 (2025) 年度末現在**、9 か所の身体一般科医療機関が精神科病院と連携しています。
- 新型コロナウイルス感染症まん延時には、県精神医療センターを始めとした各医療機関において、新型コロナウイルス感染症に罹患した精神疾患を有する患者の受入れなどの対応を行いました。

- 身体一般科医療機関と精神科病院との連携を推進していく必要があります。

- 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、定期的な外来を受診又は在宅医療を受けている精神疾患を有する患者が新興感染症に罹患した場合や、精神病床に入院した患者が新興感染症に罹患した場合等を見据えて医療機関の対応状況を整理する必要があります。

(9) 自殺対策

- 令和 5 (2023) 年度に策定した「愛知県自殺対策推進計画」に基づく取組を推進しています。**令和 7 (2025) 年**の自殺者数は

- 愛知県自殺対策推進計画に基づき、更なる自殺防止の取組を推進する必要があります。

1,189人と、新型コロナウイルス感染症拡大以降、高止まりの状況となっています。

(10) 災害精神医療

- 災害時に被災地での精神科医療の提供や被災した医療機関への専門的支援を行う災害派遣精神医療チーム（DPA T）については、令和 8（2026）年 4 月 1 日現在、県内で 24 チームが編成可能です。
- 災害時に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を、令和 8（2026）年 3 月末現在、2 病院指定しています。

- DPA T の養成及び質の向上を図るとともに、災害拠点精神科病院の拡充により、災害時における精神科医療提供体制を強化することが必要です。

(11) 医療観察法における対象者への医療

- 令和 7（2025）年 4 月 1 日現在、入院処遇を実施している指定入院医療機関は 2 か所で、指定通院医療機関は 25 か所です。

- 治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な指定通院医療機関の一層の確保を図る必要があります。

3 圏域の設定

- 精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にして精神医療圏を設定することとされています。

- 圏域を設定するに当たっては、各医療機関の医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して設定する必要があります。

【今後の方策】

1 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障害の程度にかかわらず、地域で暮らしていける地域包括ケアシステムの構築を進めていくため、第 8 期障害福祉計画との整合性を図り、設定する数値目標の達成を目指します。
- 「精神障害者地域移行・地域定着推進協議会」を開催し、地域移行・地域定着推進のための県の体制整備のあり方を検討していきます。
- 地域移行・地域定着支援に携わる職員の人材育成や、医療と福祉の連携を促進する研修を実施していきます。
- 当事者の経験を生かして地域移行・地域定着支援に携わる「ピアサポーター」の養成研修を実施します。
- ピアサポーターが精神科病院を訪問し、地域生活の体験談を語ることにより、入院中の患者が地域生活への希望をもてるよう支援するプログラムを実施していきます。
- アウトリーチを推進するための普及啓発や関係機関への働きかけを実施します。

2 多様な精神疾患等に対応できる医療機能の明確化等

- 多様な精神疾患等に対応できる精神科医療機関の医療機能を明確にします。

※ 各精神疾患に対して専門的治療を実施している精神病床のある病院、精神科外来のある病院、診療所につきましては、別表を御覧ください。
- 認知症疾患医療センターについては、2 次医療圏に 1 か所の整備を基本とし、県内各圏域のニーズや国の動向等を踏まえつつ、整備を図ります。
- 県医療療育総合センター中央病院は、発達障害（神経発達症）を含めた障害児・者の地域生活を支援するため、発達障害医療ネットワーク及び重症心身障害児者療育ネットワークの中核として、引き続き関係機関との連携を図り、支援体制整備を進めます。
- 精神・身体合併症連携推進事業を引き続き実施し、身体一般科医療機関と精神科病院の

連携を図ります。

- 依存症患者が地域で適切な治療を受けられるようにするため、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症の専門医療機関を選定します。
- 第4期愛知県自殺対策推進計画に基づき、総合的な対策を推進します。
- 精神科救急対策においては、各ブロック当番病院（空床各1床）、後方支援基幹病院（優先病院）（空床各1床）及び後方支援基幹病院（補完病院）（空床各1床）により運用します。
- DPATの養成及び質の向上を図るとともに、災害拠点精神科病院の拡充により、災害時における精神科医療提供体制の充実を図ります。

3 圏域の設定

- 精神疾患医療体制の圏域（精神医療圏）は、精神病床における基準病床数が都道府県を1単位として定められていること、及び各医療機関の医療機能や地域ごとの医療資源の状況により全県的な連携・対応が必要であることから、全県で1圏域とします。
- 精神科救急医療については、県内を3ブロックに分け、ブロックごとの輪番制による当番病院と後方支援基幹病院による対応を基本として、引き続き運用します。
- 保健・医療・福祉の連携や医療機能の明確化については、身近な地域での連携や医療提供が必要であるため、障害保健福祉圏域や2次医療圏を考慮します。

【目標値】

項目	令和 11 (2029) 年度末	備考 (令和 5 (2023) 年度)
精神病床における入院需要（患者数）	9,608 人	10,175 人 (*4)
精神病床における急性期（3ヶ月未満）入院需要（患者数）(*1)	2,425 人	2,431 人 (*4)
精神病床における回復期（3ヶ月以上1年未満）入院需要（患者数）(*1)	1,966 人	1,657 人 (*4)
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要	5,217 人	6,087 人 (*4)
精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）(*1) (*2)	3,020 人	3,200 人 (*4)
精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）(*1) (*3)	2,197 人	2,887 人 (*4)
精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数	325.0 日以上	(令和 4 (2022) 年度退院者) 325.0 日

*1 精神病床に係る基準病床数の算定式（医療法施行規則第30条の30）に基づき算出

*2 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉に係る基盤整備量の算定式（障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針別表第4の1の項〔別記参照。なお、 X_1 、 X_2 における都道府県が定める値は $X_1:0$ 、 $X_2:0$ 。*3においても同じ。）

*3 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉に係る基盤整備量の算定式（上記指針別表第4の2の項）に基づき算出

*4 令和 5 (2023) 年度 630 調査に基づき算出（住所地ベース）

（別記）障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針（抜粋）

別表第 4

- 1 1 年以上長期入院者数（65 歳以上） $\Sigma (A_1) \times (1 - X_1) + \Sigma (A_2) \times (1 - X_2)$
- 2 1 年以上長期入院者数（65 歳未満） $\Sigma (B_1) \times (1 - X_1) + \Sigma (B_2) \times (1 - X_2)$
- 3 地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）（C）－（（1 に掲げる式により算定した患者数）＋（2 に掲げる式により算定した患者数））

この表における式において、 A_1 、 A_2 、 B_1 、 B_2 、 C 、 X_1 、 X_2 は、それぞれ次の値を表すものとする。

- A_1 精神病床における入院期間が 1 年以上である 65 歳以上の入院患者のうち、当該都道府県の区域に住所を有する者（認知症である者を除く。）の令和 11 年における年齢階級別の推計患者数
- A_2 精神病床における入院期間が 1 年以上である 65 歳以上の入院患者のうち、当該都道府県の区域に住所を有する者（認知症である者に限る。）の令和 11 年における年齢階級別の推計患者数
- B_1 精神病床における入院期間が 1 年以上である 65 歳未満の入院患者のうち、当該都道府県の区域に住所を有する者（認知症である者を除く。）の令和 11 年における年齢階級別の推計患者数
- B_2 精神病床における入院期間が 1 年以上である 65 歳未満の入院患者のうち、当該都道府県の区域に住所を有する者（認知症である者に限る。）の令和 11 年における年齢階級別の推計患者数
- C 令和 5 年における精神病床における入院期間が 1 年以上である入院患者数
- X_1 精神病床における入院期間が 1 年以上である入院患者（認知症である者を除く。）について、各都道府県の令和 11 年の人口当たりの慢性期の推定入院患者数（認知症である者を除く。以下「a」という。）と、令和 5 年時点で人口当たりの慢性期の入院患者数（認知症である者を除く。）が少ない県の水準（以下「b」という。）を比較し、a が b を下回っている場合は 0、上回っている場合はその差分を計算の上、差分が各都道府県の令和 11 年の人口当たりの慢性期の推定入院患者数の 2 割未満の場合は差分の半分、差が 2 割以上の場合は 0.1 をそれぞれ標準とし、さらに各都道府県において 0 を下回らない範囲で標準より 0.02 より小さい値を加えた又は減じた都道府県知事が定める値
- X_2 精神病床における入院期間が 1 年以上である入院患者（認知症である者に限る。）について、各都道府県の令和 11 年の人口当たりの慢性期の推定入院患者数（認知症である者に限る。以下「c」という。）と、令和 5 年時点で人口当たりの慢性期の入院患者数（認知症である者に限る。）が少ない県の水準（以下「d」という。）を比較し、c が d を下回っている場合は 0、上回っている場合はその差分を計算の上、差分が各都道府県の令和 11 年の人口当たりの慢性期の推定入院患者数の 2 割未満の場合は差分の半分、差が 2 割以上の場合は 0.1 をそれぞれ標準とし、さらに各都道府県において 0 を下回らない範囲で標準より 0.02 より小さい値を加えた又は減じた都道府県知事が定める値

<精神病床の入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標イメージ>

令和 5 (2023) 年度	急性期入院需要 2,431 人	回復期入院需要 1,657 人	慢性期入院需要 6,087 人	
令和 11 (2029) 年度	急性期入院需要 2,425 人	回復期入院需要 1,966 人	慢性期入院需要 5,217 人	地域移行に伴う 基盤整備量 870 人

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム
精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしく暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）等地域の助け合いによる支援体制。
- A C T（アクト）
Assertive Community Treatment の略（包括的地域生活支援プログラム）。
重い精神障害がある人が、住み慣れた場所で安心して暮らしていけるように、医師・看護師・精神保健福祉士など多職種の専門家から構成されるチームが、24 時間 365 日体制で支援を提供するプログラム。
- 地域移行サービス
障害者支援施設、精神科病院、児童福祉施設を利用する 18 歳以上の者等を対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出の同行支援、住居確保、関係機関との調整等を行います。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬
治療抵抗性統合失調症（他の薬剤を十分量、十分期間使用しても全く症状改善が見られない患者をいう）の治療薬として世界各国で販売されている内服薬。治療抵抗性統合失調症であっても、その 30%から 70%に症状の大幅な改善又は一部改善が見られます。
- mECT（修正型電気けいれん療法）
修正型電気けいれん療法は、頭部に通電することで、人為的にてんかんと同様の電気活動を誘発する治療法です。全身麻酔と筋肉のけいれんを起こさなくする薬を使用して、麻酔により眠っている間に治療をするので、痛みを感じることはなく、また、筋肉のけいれんを起こさせなくする薬を使用するので、全身のけいれんが起らず、骨折や脱臼に代表される合併症を予防できます。
- 認知症疾患医療センター
認知症疾患に関する鑑別診断、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、保健医療関係者等への認知症に関する知識の向上を図るための研修の実施や、地域の保健医療関係者、福祉関係者、地域包括支援センター等介護関係者、有識者等で組織する認知症疾患医療センター地域連携会議の開催、必要に応じて診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援及び認知症当事者によるピア活動や交流会、アルツハイマー病の抗アミロイド β 抗体薬に係る治療・相談支援等を実施するなど、地域における認知症医療の中心となる医療機関。
- 災害派遣精神医療チーム（D P A T : Disaster Psychiatric Assistance Team）
被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援を行うため、専門的な研修・訓練を受けた医療チームです。
- 災害拠点精神科病院
災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神科医療を行うための診療機能や D P A T 派遣機能を有するほか、患者の一時的避難に対応できる場所や重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有し、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病院です。
- ピアサポーター
ピア（peer）とは、「仲間、同輩、対等者」という意味で、一般に、同じ課題や環境を体験する当事者が、同じ体験を抱える者を仲間の立場で支援する人のこと。

※病名については、ICD-11 の和訳が公表されていない段階であるため、和訳が公表されている DSM-5-TR の病名を（ ）で併記しました。

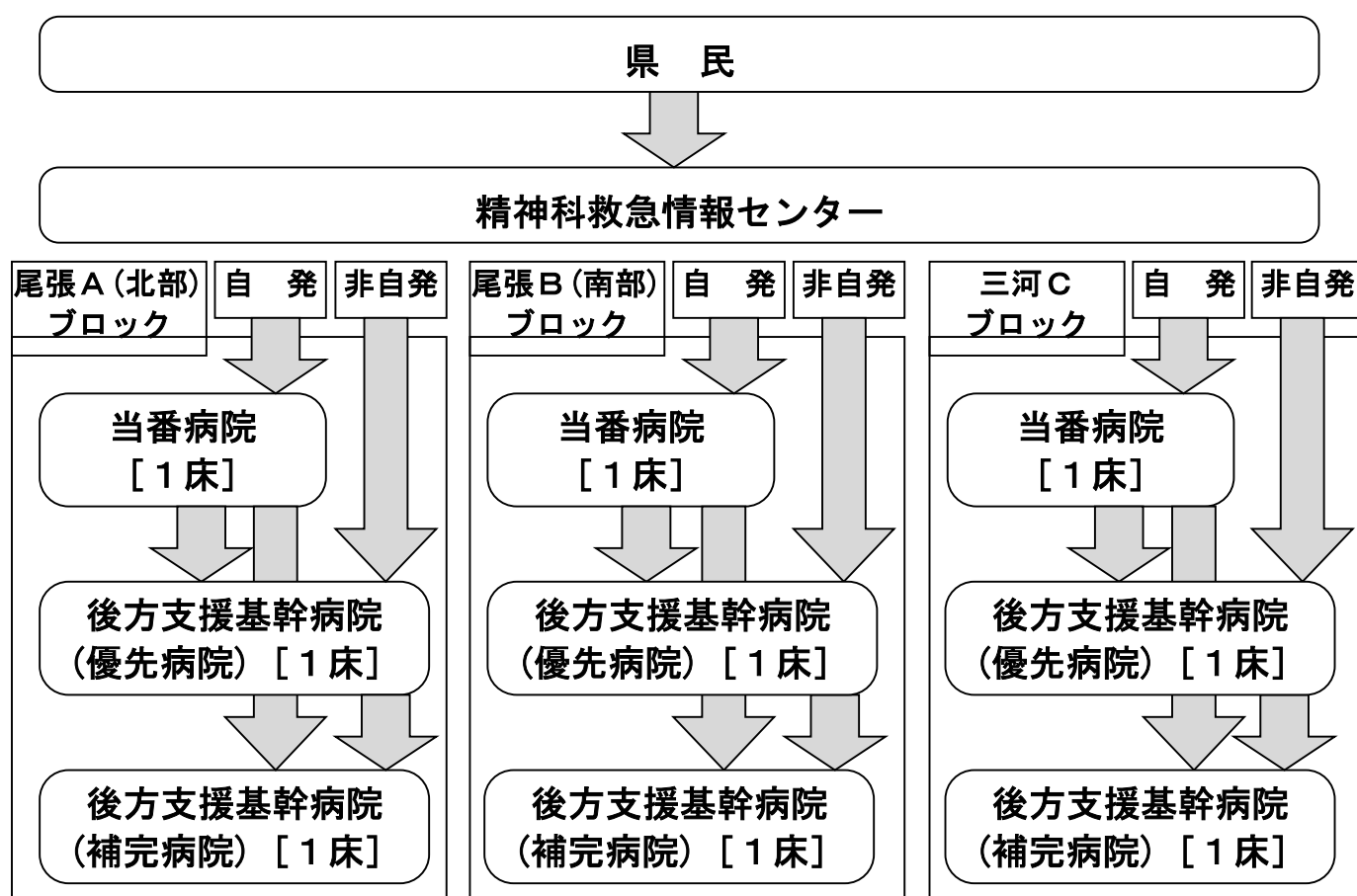
＜認知症疾患医療センター＞（令和8(2026)年4月1日現在）

医 療 圏	指定病院（所在地）	連携病院（所在地）
名古屋・尾張中部	大隈病院（北区）	もりやま総合心療病院※（守山区）
	名鉄病院（西区）	北林病院※（中村区） 八事病院※（天白区）
	偕行会城西病院（中村区）	名古屋共立病院（中川区） （国）名古屋医療センター（中区） 八事病院※（天白区） 桶狭間病院藤田こころケアセンター※（豊明市） 藤田医大病院※（豊明市）
	まつかげシニアホスピタル※（中川区）	名古屋掖済会病院（中川区）
	あいせい紀年病院（南区）	中京病院（南区） 大同病院（南区）
	もりやま総合心療病院※（守山区）	名市大東部医療センター（千種区） 名古屋徳洲会総合病院（春日井市） 名大附属病院※（昭和区）
	相生山ほのぼのメモリークリニック（緑区）	藤田医大病院※（豊明市） 桶狭間病院藤田こころケアセンター※（豊明市） 八事病院※（天白区）
	藤が丘さくらなみきクリニック（名東区）	絃仁病院※（守山区） 愛知医大病院※（長久手市）
	八事病院※（天白区）	（国）東名古屋病院（名東区） 日赤名古屋第二病院（昭和区）
	済衆館病院（北名古屋市）	小牧市民病院（小牧市） 七宝病院※（あま市） 名鉄病院（西区）
海 部	七宝病院※（あま市）	津島市民病院（津島市） あま市民病院（あま市）
尾 張 東 部	愛知医大病院※（長久手市）	—
尾 張 西 部	上林記念病院※（一宮市）	一宮西病院（一宮市） 一宮市民病院（一宮市）
尾 張 北 部	あさひが丘ホスピタル※（春日井市）	東海記念病院（春日井市） 名古屋徳洲会総合病院（春日井市） 名大附属病院※（昭和区） 国立長寿医療研究センター（大府市） 愛知医大病院※（長久手市） 春日井市民病院（春日井市） 小牧市民病院（小牧市）

	布袋病院※（江南市）	厚生連江南厚生病院（江南市） 小牧市民病院（小牧市）
知 多 半 島	国立長寿医療研究センター（大府市）	大府病院※（東浦町）
西三河北部	トヨタ記念病院（豊田市）	仁大病院※（豊田市）
西三河南部東	岡崎市民病院（岡崎市）	三河病院※（岡崎市） 羽栗病院※（岡崎市） 京ヶ峰岡田病院※（幸田町）
西三河南部西	八千代病院（安城市）	南豊田病院※（豊田市） 成田記念病院（豊橋市）
東三河北部	未指定	—
東三河南部	豊橋こころのケアセンター※（豊橋市）	光生会病院（豊橋市） 成田記念病院（豊橋市）
	可知記念病院※（豊橋市）	豊橋市民病院（豊橋市） 豊川市民病院※（豊川市） 蒲郡市民病院（蒲郡市） 厚生連渥美病院（田原市）
計	21 センター（県指定 12、名古屋市指定 9）	

※精神病床を有する病院

<精神科救急の体系図>



【体系図の説明】

県内を3ブロックに分け、ブロックごとの輪番制による当番病院と後方支援基幹病院（優先病院）及び後方支援基幹病院（補完病院）で対応します。

- ① 各ブロックの当番病院、後方支援基幹病院（優先病院）は、空床ベッドを各1床確保し、入院の必要がある患者を受け入れます。原則、当番病院は自発診療（患者本人の受診希望に基づく診療）、後方支援基幹病院（優先病院）は非自発診療（患者本人の受診希望に基づかない診療）に対応します。
- ② 各ブロックの当番病院が満床等で受入れできない場合は、後方支援基幹病院（優先病院）が対応します。
- ③ 各ブロックの後方支援基幹病院（補完病院）は、空床ベッドを各1床確保し、後方支援基幹病院（優先病院）が満床等で受入れできない場合に対応します。

＜精神科救急輪番制当番病院等＞

尾張Aブロック	尾張Bブロック	三河ブロック
県精神医療センター 杉田病院 楠メンタルホスピタル 松蔭病院 (国) 東尾張病院 もりやま総合心療病院 絃仁病院 七宝病院 好生館病院 いまむら病院 上林記念病院 北津島病院 東春病院 あさひが丘ホスピタル 犬山病院 布袋病院	北林病院 精治寮病院 あいせい紀年病院 笠寺精治寮病院 八事病院 桶狭間病院藤田こころケアセンター 豊明栄病院 一ノ草病院 大府病院 みどりの風南知多病院 共和病院	和合病院 衣ヶ原病院 豊田西病院 仁大病院 南豊田病院 三河病院 羽栗病院 京ヶ峰岡田病院 刈谷病院 矢作川病院 可知記念病院 松崎病院豊橋こころのケアセンター 岩屋病院 豊川市民病院
16 病院	11 病院	14 病院
後方支援基幹病院（優先病院）	後方支援基幹病院（優先病院）	後方支援基幹病院（優先病院）
県精神医療センター 松蔭病院 (国) 東尾張病院 もりやま総合心療病院 絃仁病院 上林記念病院 犬山病院	あいせい紀年病院 八事病院 桶狭間病院藤田こころケアセンター みどりの風南知多病院 共和病院	和合病院 豊田西病院 京ヶ峰岡田病院 刈谷病院 可知記念病院 松崎病院豊橋こころのケアセンター
後方支援基幹病院（補完病院）	後方支援基幹病院（補完病院）	後方支援基幹病院（補完病院）
県精神医療センター、 松蔭病院 、 上林記念病院	あいせい紀年病院 八事病院 桶狭間病院藤田こころケアセンター みどりの風南知多病院 共和病院	京ヶ峰岡田病院 刈谷病院
名古屋市（千種区、東区、北区、西区、 熱田区 、 中川区 、 港区 、守山区、名東区）、一宮市、春日井市、津島市、犬山市、江南市、小牧市、稲沢市、岩倉市、愛西市、清須市、北名古屋市、弥富市、あま市、豊山町、丹羽郡、海部郡	名古屋市（ 中村区 、 中区 、昭和区、瑞穂区、南区、緑区、天白区）、半田市、常滑市、東海市、大府市、知多市、豊明市、知多郡	豊橋市、岡崎市、 瀬戸市 、 豊川市 、碧南市、刈谷市、豊田市、安城市、西尾市、蒲郡市、新城市、知立市、 尾張旭市 、高浜市、 日進市 、田原市、みよし市、 長久手市 、 東郷町 、幸田町、北設楽郡

※ 最新の医療機関名につきましては別表を御覧ください。

第6節 移植医療対策

【現状と課題】

現 状

1 臓器移植

- 臓器の移植に関する法律は、平成22(2010)年7月の改正により、臓器移植する場合に限り、脳死を「人の死」と位置付け、本人の意思が不明な場合は家族の承諾のみで提供が可能となったほか、15歳未満の子どもからの移植も可能となっています。
- 現在、移植のために提供できる臓器は、心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸及び眼球（角膜）となっています。（表2-6-1）
- 脳死で臓器が提供できる施設は、『「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）』で定められた条件を満たす施設に限定されています。（表2-6-2）
- 県内の臓器移植施設は、心臓1施設、肺2施設、肝臓1施設、膵臓3施設、小腸1施設、腎臓8施設となっています。（表2-6-3）
- 臓器移植に対する県民の理解を得るため、臓器提供意思表示カード（ドナーカード）やシールの配布を行うなど普及啓発に努めています。
- 医療機関や医療従事者等に対する移植医療に関わる普及啓発を行うため、公益財団法人愛知腎臓財団に県臓器移植連絡調整者（コーディネーター）を設置しています。
- 角膜移植については、公益財団法人愛知県アイバンク協会で、昭和51(1976)年3月から、角膜提供登録の活動を行っています。

2 骨髄移植及び末梢血幹細胞移植

- 骨髄移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律が平成26(2014)年1月に施行され、日本骨髄バンクは、法に基づく骨髄・末梢血幹細胞提供あっせん事業者となりました。
- 本県では、「愛知県骨髄バンクドナー登録推進調整会議」を設置し、骨髄バンクの登録推進の方策について検討しています。
- ドナー登録は、18歳～54歳までとなっており、登録者（令和8(2026)年3月末現在）は、全国で564,155人、うち本県分は21,202人であり、全国で8番目の登録者数となっています。（表2-6-4）
- ドナー登録者を増やすため、県では、意識啓発用のパンフレットを作成、配布しています。
- ドナー登録は、5保健所（清須、春日井、半田、衣浦東部、豊川）における定期登録受付、全

課 題

- 本人の意思を尊重するといった臓器移植の基本的理念を広く県民に周知し、引き続き臓器提供意思表示カードの配布等を行う必要があります。
- 15歳未満の子どもからの臓器提供が可能となるなどの法改正の概要を広く県民に普及啓発を行う必要があります。
- 骨髄バンクドナー登録者は、55歳をもって登録から削除されることから、目標達成に向けて、今後も登録機会の拡大及び更なる啓発の実施を行っていく必要があります。

- 保健所における特別登録受付及び日赤献血ルーム等における受付で実施しています。
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 県内の非血縁者間の骨髄移植認定施設は、10施設となっています。(表2-6-5)○ 平成8(1996)年度以降に無菌病室施設整備補助を行った施設は7病院15病室となっています。 | <ul style="list-style-type: none">○ 骨髄移植の実施に必要な無菌病室を更に整備する必要があります。 |
|--|--|

【今後の方策】

- 公益財団法人愛知腎臓財団や公益財団法人愛知県アイバンク協会と協力して、県民の理解を得るための普及啓発に努めていきます。
- 骨髄移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に向け、国、骨髄バンク及び関係機関と連携し、年間1,000人のドナー新規登録者を目標に、登録の普及啓発と機会の拡大に努めていきます。
- 骨髄移植施設等において骨髄移植の実施に必要な無菌病室を整備し、県内の骨髄移植の実施体制の充実を図っていきます。

【目標値】

骨髄ドナー新規登録者

年間1,000人
(令和8(2026)年度)

表2-6-1 臓器提供の意思表示

脳死からの臓器提供	心臓・肺・肝臓・腎臓・ 脾臓・小腸・眼球（角膜）	本人が提供を拒否しておらず、遺族が提供を承諾する場合に可能
心臓停止後の臓器提供	脾臓・腎臓・眼球（角膜）	

表2-6-2 県内の臓器提供施設

類型	施設数（各類型で重複する施設あり）
大学附属病院	県内12施設（令和8（2026）年6月9日調べ）
日本救急医学会の指導医指定施設	県内8施設（令和8（2026）年1月22日現在）
日本脳神経外科学会の基幹施設又は連携施設	県内45施設（令和7（2025）年6月3日現在）
救命救急センターとして認定された施設	県内24施設（令和8（2026）年6月9日調べ）
日本小児総合医療施設協議会の会員施設	県内3施設（令和7（2025）年4月現在）
合計	県内52施設（重複する施設を除く）

表2-6-3 移植関係学会合同委員会により選定された臓器移植施設

（令和8（2026）年6月3日現在）

臓器	臓器移植施設
心臓	名大附属病院など12施設（県内：1施設）
肺	藤田医大病院・名大附属病院など12施設（県内：2施設）
肝臓	名大附属病院など23施設（県内：1施設）
膵臓	日赤名古屋第二病院・藤田医大病院・名大附属病院など20施設（県内：3施設）
小腸	名大附属病院など13施設（県内：1施設）
腎臓	名大附属病院・日赤名古屋第二病院・中京病院・藤田医大病院・愛知医大病院・小牧市民病院・岡崎市民病院・豊橋市民病院など122施設（県内：8施設）

表2-6-4 骨髄バンク登録者受付状況

年度	保健所					小計	特 別 登録会	献 血 ルーム等	合 計	有効 登録者 数
	清須	半田	衣浦 東部	春日井	豊川					
24年度	(4)	1		2		7	363	424	794	19,612
25年度	(6)	3		3	3	15	320	384	719	19,490
26年度	(3)	3		3	1	10	246	383	639	19,263
27年度		4		4		8	344	645	997	19,333
28年度	(6)	7		5		18	406	874	1,298	19,706
29年度		9	4	3		16	356	966	1,338	20,093
30年度	(10)	12	4	7	3	36	436	1,422	1,894	20,917
元年度	(3)	13	2	4	2	24	872	949	1,845	21,597
2年度	(3)	8	3	5	1	20	872	499	1,391	21,739
3年度		3		1	3	7	109	889	1,005	21,629
4年度	2	3	1	1		7	127	671	805	21,220
5年度	2	9	5	2	1	19	292	1,028	1,339	21,299
6年度		5	5	1	1	12	290	1,034	1,336	21,440
7年度		4	3		1	8	283	756	1,047	21,202

（愛知県保健医療局）

注：有効登録者数とは、本人の希望等により登録を取り消した数を引いた登録者総数（各年度3月末現在）

（ ）内の数字は一宮保健所としての登録者数

表2-6-5 骨髄移植認定施設※（令和8（2026）年6月現在）

番号	病 院 名	診 療 科 名
1	日赤名古屋第一病院	小児医療センター血液腫瘍科・血液内科
2	（国）名古屋医療センター	細胞療法科（小児科）、 細胞療法科（血液内科）
3	名大附属病院	小児科・血液内科
4	日赤名古屋第二病院	血液・腫瘍内科／輸血部
5	名市大病院	血液・腫瘍内科
6	愛知医大病院	血液内科
7	厚生連江南厚生病院	血液・腫瘍内科
8	厚生連安城更生病院	血液・腫瘍内科
9	豊橋市民病院	血液・腫瘍内科
10	愛知県がんセンター	血液・細胞療法部
11	藤田医科大学病院	血液・細胞療法科

※末梢血幹細胞移植も可能

（公益社団法人 日本骨髄バンク）

用語の解説

○ 骨髄移植

白血病、重症再生不良貧血、先天性免疫不全症などの血液難病に対する効果的な治療法であり、患者の骨髄幹細胞を他人の健康な骨髄幹細胞と入れ替えることにより、患者の造血機能を改善するものです。ただし、骨髄移植を成功させるためには、患者と骨髄提供者（ドナー）の白血球の型が適合している必要があるため、より多くの骨髄バンクドナー登録者を増やす必要があります。

○ 骨髄移植認定施設

公益財団法人日本骨髄バンクが非血縁者間骨髄移植施設について認定基準を設け、診療科単位で認定しています。

○ 末梢血幹細胞移植

末梢血（全身を流れる血液）には、通常、造血幹細胞はほとんど存在しませんが、白血球を増やす薬を注射すると、末梢血中にも流れ出します。

採取前の3～4日間、連日、骨髄提供者（ドナー）に注射し、造血幹細胞が増えたところで血液成分を分離する機器を使い、造血幹細胞を採取し、骨髄移植と同様の方法で患者に注入します。

第7節 難病対策・アレルギー疾患対策

1 難病対策

【現状と課題】

現 状

課 題

1 「難病の患者に対する医療等に関する法律」

- わが国における難病対策の開始から 40 年以上が経過し、難病の疾病間での不公平感や難病患者に対する総合的な支援施策の不足等の課題が顕在化してきたことから、平成 27(2015)年 1 月 1 日に「難病の患者に対する医療等に関する法律」(平成 26 年法律第 50 号)(以下「難病法」という。)が施行され、新たな難病対策が実施されています。
- 難病法の基本理念として、難病の治療研究を進め、疾病の克服を目指すとともに、難病患者の社会参加を支援し、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指すことが示されています。

- 難病法の基本理念を実現するためにも、今後も難病への理解が促進されるよう、県民への普及啓発活動を行うとともに、引き続き難病患者の社会参加への支援が必要になります。

2 難病患者への医療費の公費負担状況

- 難病法第 5 条第 1 項に基づき、国が定めた指定難病(348 疾病)に罹患しており、かつ、その病状が一定程度以上の患者又は指定難病に係る医療費が高額な患者に対して、医療費の支給等を行っています。(表 2-7-1)
- 特定疾患から指定難病に移行しなかったスモン始め 4 疾患及び県単独の 2 疾患について、特定疾患医療給付事業を継続実施しています。

- 難病患者は、療養生活が長期にわたることが多いため、今後も国の施策と整合性を保ちつつ、患者の医療費負担の軽減を図っていく必要があります。

3 難病医療提供体制の推進

- 難病患者に対する良質かつ適切な医療の確保を図るとともに、難病の患者及びその家族が地域で安心して暮らすことのできる環境の整備を目的として、「愛知県難病医療連絡協議会」を設置し、難病診療連携拠点病院・難病医療協力病院を中心とした、地域医療機関の連携による難病医療提供体制の推進を図っています。
- 難病診療連携拠点病院においては、患者等からの難病の診療に関する相談対応、医療従事者向けの研修及び難病患者の就労支援に関する研修を実施しています。

- 難病患者が、症状や病気の進行状況に応じ、専門的・系統的に治療が受けられるように、拠点・協力病院と地域の医療機関との連携の充実・強化を図る必要があります。

4 難病患者地域ケアの推進

- 保健所では、地域課題の共有や体制整備等を目的とした難病対策地域協議会を開催するとともに、難病患者・家族を対象にした患者家族

- 保健所の広域的・専門的・技術的機能を強化し、保健所を中心に、保健・医療・福祉が一体となった難病患者地域ケアを

教室の開催や、在宅難病患者を対象にした療養支援計画の策定・評価、保健師等による要支援患者の訪問相談などを実施しています。

- 愛知県医師会が医師会館内に難病相談室（難病相談・支援センター）を常設し、専門医の医療相談、医療ソーシャルワーカーによる療養・生活相談を行っています。
- 県内の専門医等で組織する愛知県難病研究協議会に難病患者の地域ケアに関する研究を委託するとともに、愛知県医師会等と共催で難病講習会を開催し、難病に関する知識普及を行っています。

5 福祉サービスの提供

- 障害者総合支援法の施行により、平成 25(2013)年 4 月から障害者の範囲に難病が加わっています。

推進し、在宅難病患者の Q O L を重視した在宅ケアを進める必要があります。

- 長期在宅療養者やその家族の Q O L の維持・向上を図るため、保健・医療・福祉の連携は必要不可欠であり、地域住民に密着したきめ細かな対応が必要です。
- 医師や看護師等の医療職のみならず、保健・福祉従事者への知識の普及や啓発を今後も継続することが必要です。
- 利用者一人ひとりの実情に応じ、適切な障害福祉サービスが提供されるよう、保健サービスと福祉サービスの密接な連携が必要となります。

【今後の方策】

- 県 Web ページ等により県民への普及啓発を行うとともに、県医師会の難病相談室への支援を通じて、治療や療養生活、経済的な問題や両立支援などの相談に対応していきます。
- 国の施策と整合性を保ち、患者の医療費負担の軽減を図っていきます。
- 難病医療連絡協議会等を活用し、拠点・協力病院と地域の医療機関との連携充実・強化を図っていきます。
- 保険・医療・福祉が一体となった難病患者のケアを保健所等が中心となって進めることにより、在宅難病患者の Q O L の向上を目指します。
- 研修等を開催し、医療、保険、福祉従事者への知識の普及を図ります。

表 2-7-1 保健所別指定難病等認定患者数（令和 7（2025）年度末）

区分	計	瀬戸	春日井	江南	清須	津島	半田	知多	衣浦東部	西尾	新城	豊川	豊橋市	岡崎市	豊田市	一宮市	名古屋市
指定難病	37,159	3,827	3,472	2,067	2,217	2,454	1,954	2,484	3,880	1,328	360	2,136	2,505	2,623	2,885	2,967	0
特定疾患	45	3	4	2	2	1	2	2	2	0	0	2	3	2	3	4	13
県単独疾患	23	2	1	2	1	1	0	3	4	0	0	0	0	1	2	0	6
合計	37,227	3,832	3,477	2,071	2,220	2,456	1,956	2,489	3,886	1,328	360	2,138	2,508	2,626	2,890	2,971	19

* 「指定難病」の名古屋市分については、平成 30(2018)年 4 月から大都市特例により移譲した。

2 アレルギー疾患対策

【現状と課題】

現 状

1 アレルギー疾患

- アレルギー疾患対策の総合的な推進を図るため、平成 27(2015)年 12 月 25 日に「アレルギー疾患対策基本法」（平成 26 年法律第 98 号）が施行されました。
- アレルギー疾患（気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜

課 題

- アレルギー疾患を有する者が居住地域にかかわらず、等しく適切な医療を受けることができる体制の整備等、総合的なアレルギー疾患対策の推進が求められています。

炎、花粉症、食物アレルギー等）を有する者は、しばしば発症、増悪、軽快、寛解、再燃を不定期に繰り返し、長期にわたり生活の質を著しく損なうことがあります。

2 アレルギー疾患医療連絡協議会

- 平成 30(2018)年 10 月 1 日に、地域におけるアレルギー疾患対策を推進するため、愛知県アレルギー疾患医療連絡協議会を設置し、地域におけるアレルギー疾患の実情を把握し、情報提供、人材育成等の施策の企画、立案や実施等を行っています。

- 本県として地域の実情を把握し、医療従事者、アレルギー疾患を有する者及びその他の関係者の意見を参考に、地域のアレルギー疾患対策の施策を策定する必要があります。

3 愛知県アレルギー疾患医療拠点病院

- 平成 30 年(2018)年 10 月 1 日に、県のアレルギー疾患医療の中心的役割を担う愛知県アレルギー疾患医療拠点病院を 6 病院指定しました。

【今後の方策】

- アレルギー疾患を有する者が、居住地域にかかわらず、等しく適切な医療を受けることができるよう、愛知県アレルギー疾患医療拠点病院を中心とした体制の充実を図ります。
- アレルギー疾患の知識等について県民や関係者（医療従事者・教育関係者）への啓発を図るとともに、県として地域の実情を把握し、関係者の意見を参考に、地域のアレルギー疾患対策の施策の策定を目指します。

用語の解説

○ 難病

難病対策は、国が昭和47(1972)年に策定した「難病対策要綱」に基づき、統一的な取組が開始され、医療・保健・福祉の総合的な対策の推進が図られてきましたが、難病対策の開始から40年以上が経過し、難病の疾病間での不公平感や、難病患者に対する総合的な支援施策の不足等の課題が顕在化してきたことから、国において見直しが行われ、平成26(2014)年 5 月30日に「難病法」（平成26年法律第50号）が公布、平成27(2015)年 1 月 1 日に施行され、新たな難病対策が実施されています。

難病法に定める難病の定義としては、以下のように示されています。

- ・発病の機構が明らかではなく
- ・治療方法が確立していない
- ・希少な疾病であって
- ・長期の療養を必要とするもの

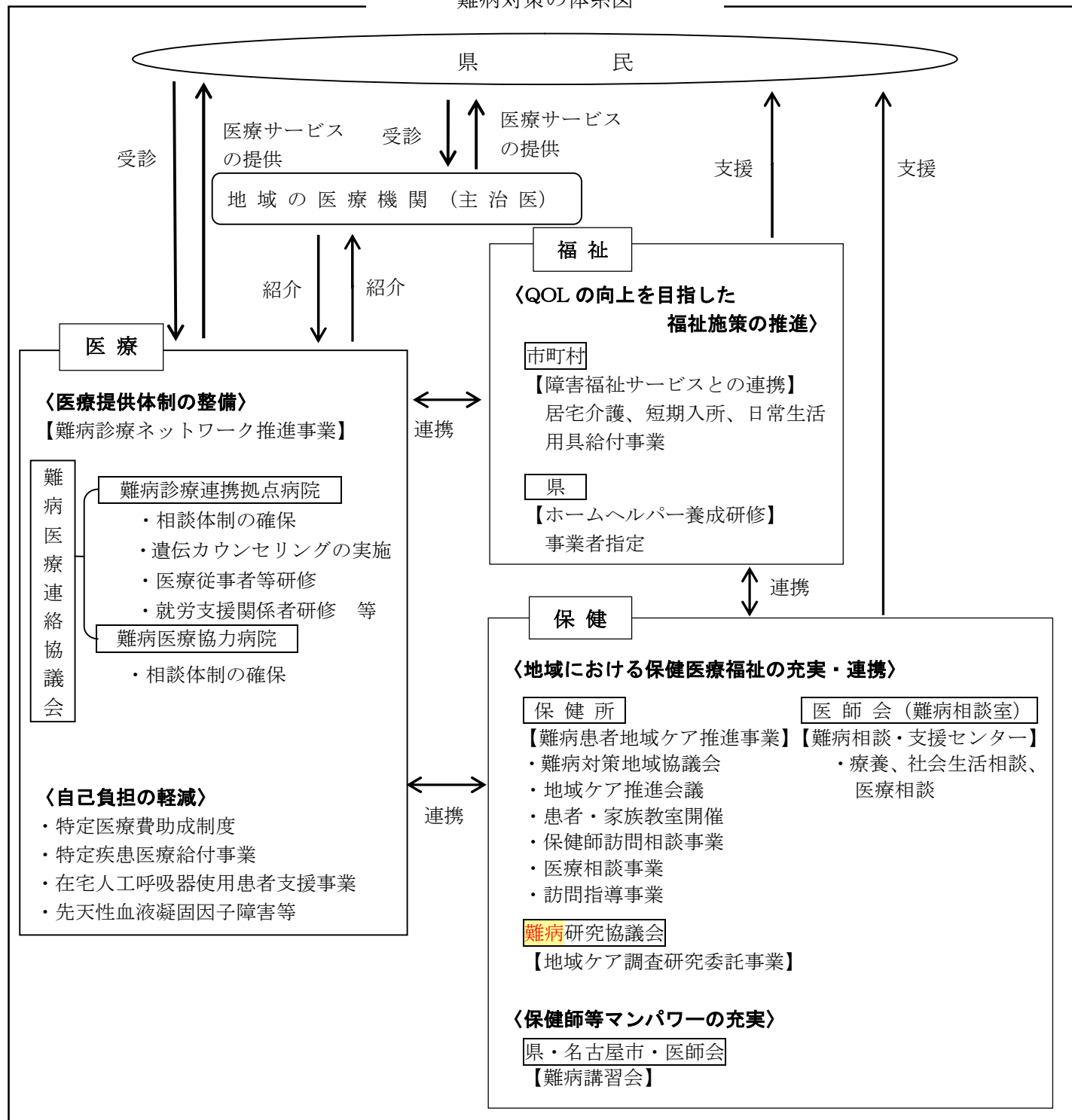
このうち、以下の要件の全てを満たすものを、患者の置かれている状況からみて、良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生科学審議会の意見を聴いて、厚生労働大臣が医療助成等の対象に指定するとされています。

- ・患者が本邦において一定の人数に達しないこと。
- ・客観的な診断基準（又はそれに準ずるもの）が確立していること。

○ 難病相談・支援センター

国は、平成 15(2003)年度から難病患者・家族等の療養上・生活上での様々なニーズに対応したきめ細かな相談支援が行えるよう、都道府県ごとの活動拠点となる難病相談・支援センターを設置することとしています。愛知県においては、愛知県医師会が昭和 56(1981)年 4 月に、全国に先駆けて常設の難病相談室を開設しており、これを難病相談・支援センターとして位置付けています。

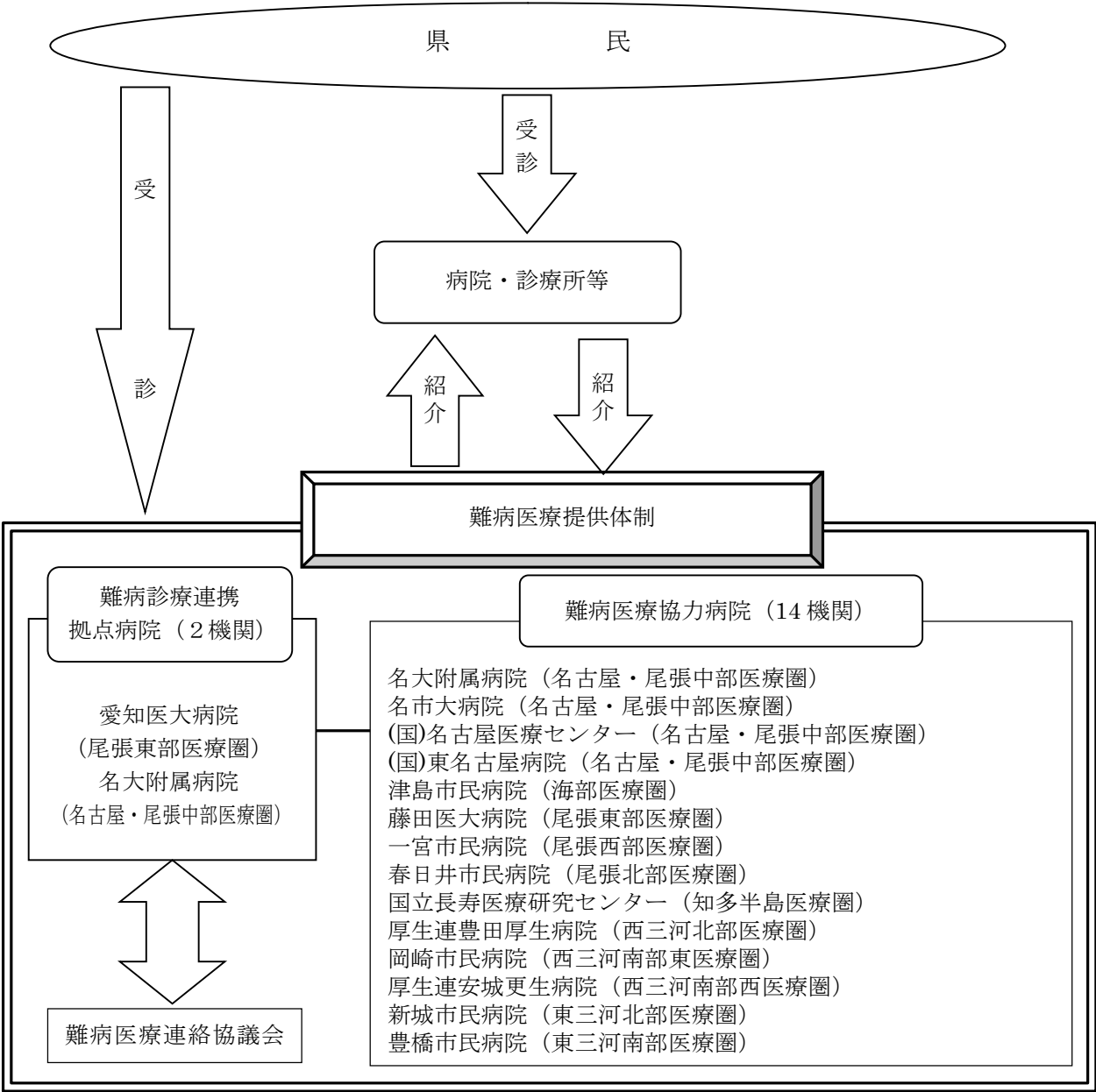
難病対策の体系図



【体系図の説明】

- 医療提供体制の整備を図るため、県内の医療機関の連携による難病診療ネットワークの推進事業及び医療費の自己負担を軽減するための医療給付事業を実施しています。（医療施策）
- 地域における保健医療福祉の充実・連携を図るため、保健所を中心とした難病患者地域ケア推進事業及び特定疾患研究協議会や愛知県医師会との連携による事業を実施しています。（保健施策）
- 難病患者のQOLの向上のために、事業者による難病患者等ホームヘルパー養成研修を実施しています。（福祉施策）

愛知県難病診療ネットワーク（令和 7（2025）年 4 月 1 日時点）



第8節 感染症・結核対策

1 感染症対策

【現状と課題】

現 状	課 題
1 感染症発生動向調査事業の活用 ○ 感染症法に規定された感染症のうち、医師から届出義務のある92疾病のほか、25疾病について届出をしていただく医療機関（指定届出機関）を指定し、患者発生の動向を早期に把握するとともに、週単位にとりまとめ、感染症情報としてホームページにより毎週公表しています。なお、特定の感染症について、大きな流行が発生した場合又は予測される場合は、随時プレス発表を行い、県民に対して注意を喚起しています。また、感染症法施行規則に規定された五類感染症については、定期的に検体を提出していただく医療機関（指定提出機関）を指定し、提出された検体について検査を実施し、疫学調査の強化を行っています。 2 積極的疫学調査の実施 ○ 感染症の患者が発生、又はその疑いがあり、感染症のまん延防止を図るため必要がある場合には、患者本人や接触者等を対象に、発症前後の行動調査や健康診断を行っています。また、検査の必要性が認められる場合には、患者等に対して検体等の提出を求めます。 3 予防接種の実施 ○ 特定の病気について、発病防止、症状の軽減、まん延の防止を目的として、予防接種が行われています。 ○ 予防接種法に基づき、市町村長は、ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻疹、風しん、日本脳炎、破傷風、結核（BCG）、Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症、水痘、B型肝炎、ロタウイルス感染症、RSウイルス感染症、インフルエンザ、高齢者肺炎球菌感染症、新型コロナウイルス感染症及び帯状疱疹について、予防接種を実施することとされています。（表2-8-1） ○ 平成26(2014)年4月から、かかりつけ医が住所地の市町村以外にいる場合など、住所地の市町村内の医療機関で接種できない場合に、県内の協力医療機関で予防接種を受けられるよう、各市町村及び医師会と連携して、愛知県広域予防接種事業を実施しています。	○ 地域における感染症の発生を的確に把握する必要があります。 ○ 実施に当たっては、プライバシーに十分に配慮する必要があります。 ○ 予防接種法に基づく定期の予防接種は、各市町村長が実施する事業です。この予防接種率の向上に向けて、接種対象者やその保護者に対する有効な啓発を実施していく必要があります。 ○ 愛知県広域予防接種事業を円滑に実施できるよう、引き続き、医師会、市町村等の関係機関と協議を進めていく必要があります。

【今後の方策】

- 地域における感染症の発生動向を的確に把握できるように指定届出機関を指定し、効果的な感染症情報の公表に努めます。
- 定期の予防接種を受けることの必要性について、県のホームページ等を利用して啓発します。

表2-8-1 予防接種実施状況

(%)

年度	DT	DPT-IPV		麻しん		風しん			日本脳炎				
	2期	1期初回	1期追加	第1期	第2期	第1期	第2期	第5期	1期初回	1期追加	2期		
2016	72.8	98.3	94.6	97.8	93.8	97.8	93.8	－	94.5	90.4	65.8		
2017	73.2	98.2	94.3	97.9	94.3	97.9	94.3	－	93.1	89.2	72.5		
2018	81.2	99.1	93.5	98.5	95.4	98.5	95.4	－	99.6	96.9	83.4		
2019	75.1	98.3	94.8	96.8	95.4	96.8	95.4	－	95.5	94.8	77.1		
2020	79.0	99.5	99.1	98.6	96.0	98.6	96.0	－	96.0	84.0	72.8		
2021	79.2	98.3	94.6	95.0	94.7	95.0	94.7	－	74.8	36.1	31.2		
2022	75.9	98.9	91.6	96.3	93.5	96.3	93.5	－	101.2	112.8	92.1		
年度	H i b 感染症				小児の肺炎球菌感染症				ヒトパピローマウイルス感染症				
	第1回	第2回	第3回	第4回	第1回	第2回	第3回	第4回	第1回	第2回	第3回		
2016	96.9	98.0	97.7	93.3	96.9	97.0	96.2	93.8	0.2	0.2	0.2		
2017	96.7	98.8	98.3	95.3	96.9	97.9	96.8	94.8	0.4	0.4	0.2		
2018	96.9	97.7	97.5	94.9	96.9	97.8	97.7	95.0	0.7	0.7	0.3		
2019	95.4	95.4	94.9	89.5	96.2	97.7	98.0	91.7	1.2	1.2	0.7		
2020	97.7	100.6	101.4	100.7	97.2	98.5	98.9	97.2	6.4	5.5	3.7		
2021	97.3	97.8	97.3	93.0	97.4	97.7	97.5	92.9	14.4	14.1	11.1		
2022	97.3	98.3	97.4	92.8	97.3	98.3	97.6	93.4	10.2	10.4	8.1		
年度	水痘		B型肝炎			ロタ（1価）		ロタ（5価）			インフル エンザ	高齢者の 肺炎球菌 感染症	BCG
	第1回	第2回	第1回	第2回	第3回	第1回	第2回	第1回	第2回	第3回			
2016	92.1	82.8	77.9	70.7	24.5	－	－	－	－	－	54.4	32.2	98.1
2017	91.5	84.7	98.8	99.2	100.6	－	－	－	－	－	51.9	32.6	97.4
2018	94.3	87.1	99.2	99.6	95.8	－	－	－	－	－	51.9	31.4	99.0
2019	95.0	89.2	96.9	97.7	94.4	－	－	－	－	－	55.6	12.8	96.7
2020	96.4	94.8	98.9	99.5	98.4	47.9	40.5	24.9	20.5	16.4	69.4	14.4	100.9
2021	93.9	91.2	98.0	98.2	95.5	68.4	70.3	37.5	38.5	40.2	60.6	12.2	97.3
2022	95.9	87.0	98.4	99.4	96.8	67.1	69.2	35.1	36.3	37.4	63.6	10.9	99.3

資料：愛知県保健医療局調査

注1：DT は、2種混合ワクチンで、ジフテリアと破傷風を予防する。

注2：DPT-IPV は、4種混合ワクチンで、ジフテリア、百日せき、破傷風及びポリオを予防する。

なお、販売中止に伴い、令和8（2026）年4月1日から使用ワクチンより除外された。

注3：平成25（2013）年4月からヒトパピローマウイルス感染症が定期接種に追加されたが、平成25（2013）年6月から積極的接種勧奨が差し控えられた。令和3（2021）年11月に積極的接種勧奨が再開された。

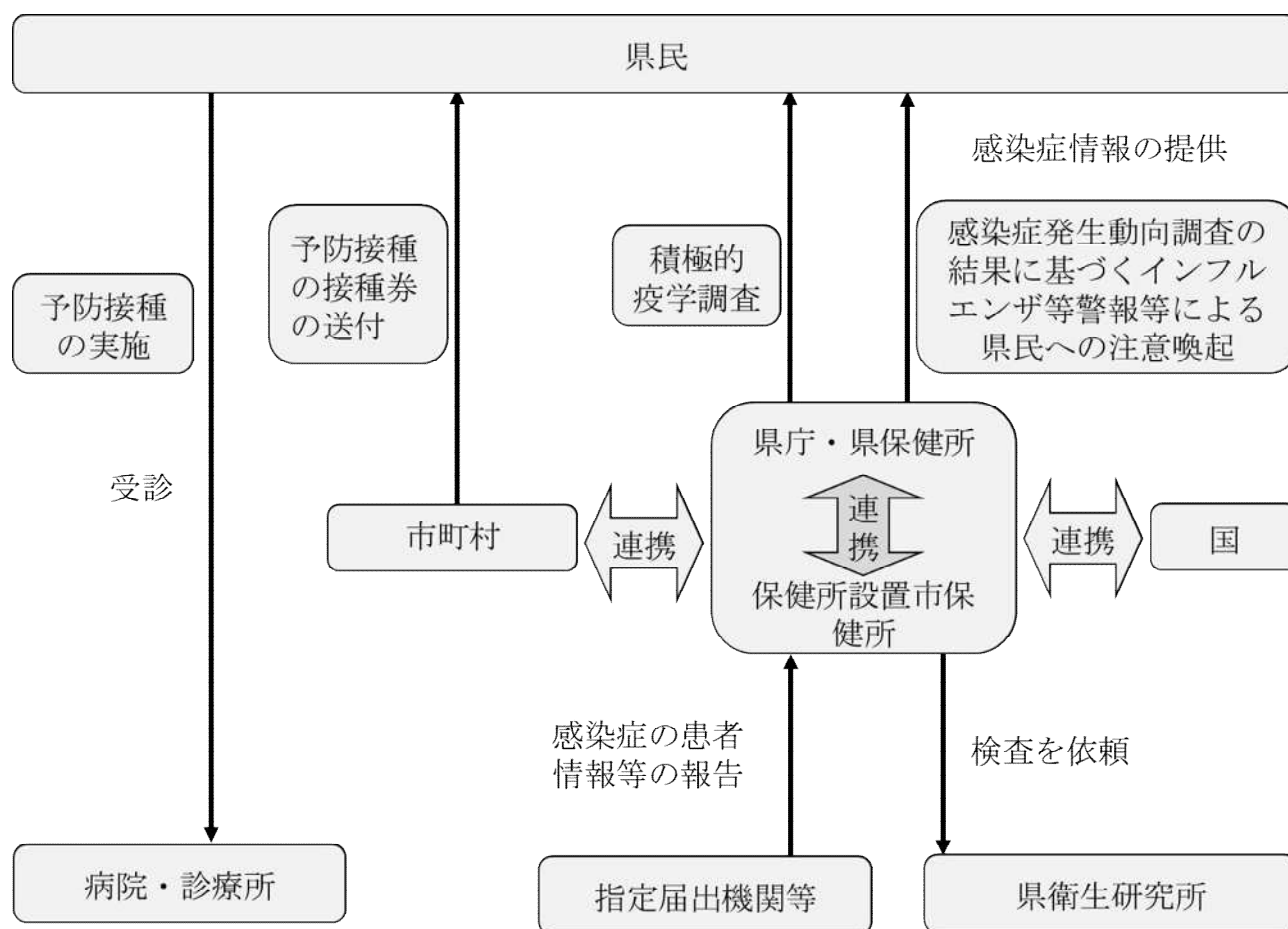
注4：令和4（2022）年のヒトパピローマウイルス感染症接種率は、キャッチアップ接種を除き「12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にあたる女子のうち、各市町村で接種券を出した数」を対象者数として算出している。

注5：平成31（2019）年2月1日から風しん第5期が追加された。

注6：令和2（2020）年10月1日からロタウイルス感染症が追加された。

注7：DPT-IPV-Hibは5種混合ワクチンで、ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ及びHib感染症を予防する。

感染症予防 体系図



【体系図の説明】

- 県は、感染症発生動向調査の結果に基づくインフルエンザ警報等の発令により、県民への注意喚起を行っています。
- 県及び保健所設置市は、感染症患者の発生、又はその疑いがある場合においては、積極的疫学調査を実施します。
- 各市町村において、予防接種の接種券の送付等の予防接種事業を行っています。

用語の解説

感染症法に基づく分類

○ 一類感染症

感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症（エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱）

○ 二類感染症

感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症（急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。）、鳥インフルエンザ（H5N1又はH7N9））

○ 三類感染症

感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高くないが、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起こし得る感染症（コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス）

○ 四類感染症

動物、飲食物等の物件を介して人に感染し、国民の健康に影響を与えるおそれがある感染症（E型肝炎、ウエストナイル熱、A型肝炎、エキノコックス症、黄熱、オウム病、回帰熱、Q熱、狂犬病、鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9を除く。）、つつがむし病等 計44疾病）

○ 五類感染症

感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を一般県民や医療関係者に提供・公開していくことによって、発生・拡大を防止すべき感染症（アメーバ赤痢、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、後天性免疫不全症候群、梅毒、破傷風、麻しん、咽頭結膜熱、感染性胃腸炎、性器クラミジア感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症等 計50疾病）

○ 新型インフルエンザ等感染症

新型インフルエンザ（新たに人から人に伝染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザ）、再興型インフルエンザ（かつて世界的に流行したインフルエンザであってその後流行することなく長期間が経過しているものとして厚生労働大臣が定めるものが再興したもの）、新型コロナウイルス感染症（新たに人から人に伝染する能力を有することとなったコロナウイルスを病原体とする感染症）及び再興型コロナウイルス感染症（かつて世界的規模で流行したコロナウイルスを病原体とする感染症であってその後流行することなく長期間が経過しているものとして厚生労働大臣が定めるもので再興したもの）

いずれも、全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいうとされている。

2 エイズ対策

【現状と課題】

現 状

1 HIV感染者、エイズ患者の発生状況

- わが国におけるHIV感染者及びエイズ患者（以下「HIV陽性者」という。）の報告数は、横ばいが続いていましたが、平成30(2018)年より減少しており、令和7(2025)年の報告数は890件でした。
本県における令和7(2025)年の報告数は、57件であり、令和7(2025)年末までの累積報告数は2,420件に上っています。（表参照）
年代別では、20歳代が621件（約26%）、30歳代が839件（約35%）と多くを占めています。
また、感染原因別では、特に男性同性間の性的接触によるものが1,527件（64.3%）と多くを占めています。

表 HIV陽性者報告数の推移

（名古屋市、中核市を含む）

年	報告数	いきなりエイズの割合
令和2年 (2020)年	83 件	30.1 %
令和3年 (2021)年	88 件	34.1 %
令和4年 (2022)年	69 件	31.9 %
令和5年 (2023)年	85 件	31.8 %
令和6年 (2024)年	69 件	30.4 %
令和7年 (2025)年	57 件	31.6 %
累 計	2,420 件	33.3 %

* 累計は昭和63(1988)年から令和7(2025)年の報告数の合計

2 保健所等におけるHIV抗体検査の実施

- エイズは、無症候期が約10年と非常に長い疾病であることから、感染を防止するためには、この無症候期の感染者の早期発見が重要です。そこで、全保健所において、感染不安者に対する無料匿名のHIV抗体検査を実施しています。
- 医療機関での検査を希望する受検者のために、検査を（国）名古屋医療センターに委託して実施しています。

○ 令和8（2026）年度から、検査の利便性

課 題

- 平成29(2017)年以降、HIV感染者及びエイズ患者数は減少傾向となっておりますが、他の都道府県と比較して高水準で推移していることから、今後とも継続して知識啓発を実施していく必要があります。
- 施策の実施において特別な配慮が必要とされる個別施策層（青少年、同性愛者等）に対しては、NGO等と連携し、HIVに感染する危険性の低い性行動を浸透させていく必要があります。
- エイズを発症してから初めてHIV感染が確認される事例、いわゆる“いきなりエイズ”の割合が年間報告数の30%前後あります。HIV感染の早期発見は、個人においては早期治療・発病予防に、社会においては感染の拡大防止に結びつくことから、“いきなりエイズ”の割合を減らしていく必要があります。

- 検査の実施に当たっては、受検者のプライバシーに十分に配慮する必要があります。また、受検者のニーズに合わせ、検査当日に結果が判明する即日検査や休日検査を増やすなど、受検機会の拡大を図る必要があります。

を高めるため、H I V・梅毒郵送検査を実施しています。

3 エイズ治療拠点病院の整備

- H I V陽性者の治療を積極的に実施する医療機関として、14病院をエイズ治療拠点病院として選定し、公表しています。（表2-8-5）

4 エイズ対策会議の開催

- 愛知県のH I V感染者及びエイズ患者数は、他県に比べ高水準で推移していることから、各分野の専門家及び行政担当者において、これらの要因を分析、検証し、効果的なエイズ対策を総合的に検討しています。

5 H I V感染症医療推進会議の開催

- 診療水準の向上及び診療連携の充実を図り、H I V陽性者に対する医療体制の構築を推進するための方策を重点的に検討しています。

6 中核拠点病院医師等研修の実施

- エイズ治療を行う人材を育成するため、国立健康危機管理研究機構国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センターが実施する研修に中核拠点病院の医師等を派遣しています。

7 治療協力医療機関等向け研修会の開催

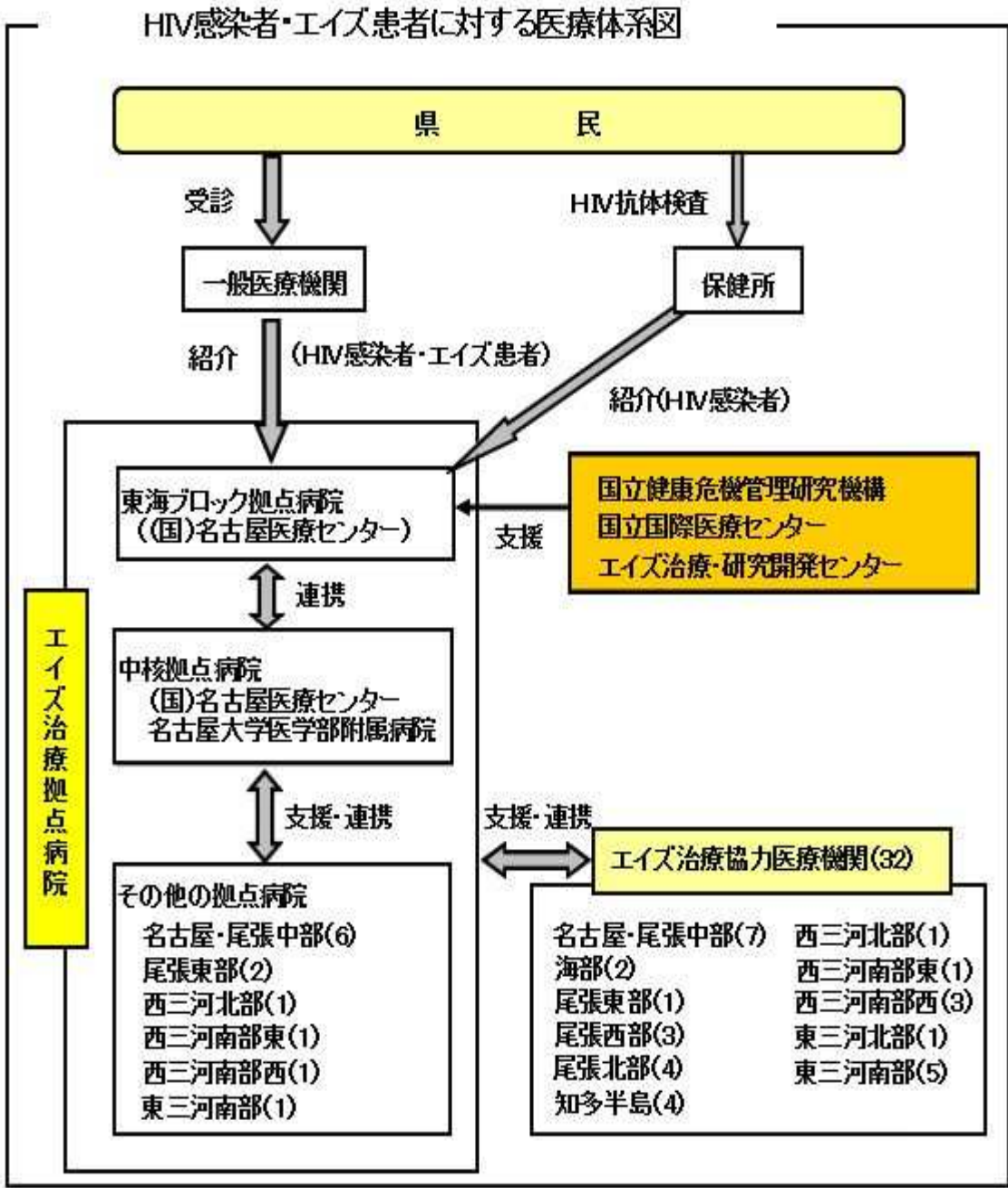
- エイズ医療体制の強化を図るため、エイズ治療拠点病院の医師等を対象に研修会を開催しています。

- H I V感染者、エイズ患者の治療が（国）名古屋医療センターに集中しています。このため、エイズ治療が進まない拠点病院の機能を強化する必要があります。

- 抗H I V療法の進歩等により、H I V陽性者の生命予後は顕著に改善され、H I V陽性者の累積的な増加や高齢化への対応が必要となります。このため、抗H I V療法の提供体制だけでなく、エイズ治療拠点病院と地域の医療機関との連携により、地域におけるH I V陽性者への通常医療の提供体制も充実させていく必要があります。

【今後の方策】

- H I V感染者やエイズ患者の発生動向に留意し、青少年や同性愛者を対象とした知識啓発を進めます。
- ブロック拠点病院、中核拠点病院及びエイズ治療拠点病院と連携し、県内の多くの医療機関において、H I V陽性者の受入れが進むようにします。



【体系図の説明】

- 県内の全ての保健所において、無料・匿名によるH I V抗体検査が行われています。
- ブロック拠点病院には、H I V診療に係る専門外来が設置されています。
- 中核拠点病院の役割として、県内の拠点病院等の医療従事者等に対する各種研修が実施され、エイズ診療にあたる人材の育成が図られています。

表2-8-5 エイズ治療拠点病院（令和 8 (2026) 年 4 月 1 日時点）

医療圏	エイズ治療拠点病院	医療圏	エイズ治療拠点病院
名古屋・尾張中部	名市大東部医療センター	尾張西部	—
	日赤名古屋第一病院	尾張北部	—
	◎○（国）名古屋医療センター	知多半島	—
	○ 名大附属病院	西三河北部	トヨタ記念病院
	日赤名古屋第二病院	西三河南部東	岡崎市民病院
	名市大病院	西三河南部西	厚生連安城更生病院
	（国）東名古屋病院	東三河北部	—
	大同病院	東三河南部	豊橋市民病院
海部	—		
尾張東部	愛知医大病院	◎東海ブロック拠点病院 ○中核拠点病院	
	藤田医大病院		

用語の解説

- HIV感染者
HIV(Human Immunodeficiency Virus)に感染しているが、ニューモシスティス肺炎、カンジダ症、カポジ肉腫、トキソプラズマ脳症などエイズ（後天性免疫不全症候群 AIDS Aquired Immunodeficiency Syndrome）診断指標疾患の発症には至っていない者。
- エイズ患者
HIVに感染し、ニューモシスティス肺炎、カンジダ症、カポジ肉腫、トキソプラズマ脳症などエイズ診断指標疾患を発症した者。
- エイズ治療拠点病院
エイズに関する高度な医療の提供、情報の収集と地域における他の医療機関への情報提供、地域内の医療従事者に対する教育等の機能を有する病院で県が選定。
- ブロック拠点病院【東海ブロック：岐阜県、静岡県、三重県、愛知県】
全国を8ブロックに区分し、ブロック内の中核拠点病院を支援する病院として国が選定。
- 中核拠点病院
拠点病院を支援する病院として、各都道府県が拠点病院の中から原則1か所を選定。
- 治療協力医療機関
エイズ治療拠点病院を選定する以前の昭和62(1987)年から、愛知県が独自に選定。県主催のカンファレンス（研修）等に参加し、拠点病院等と連携を図るとともに、エイズ診療に積極的に対応する医療機関。

3 結核対策

【現状と課題】

現 状	課 題
1 結核の発生動向 ○ 我が国は、欧米先進国と比べ罹患率が高く、長年、中まん延国に位置付けられていましたが、罹患率（人口 10 万人当たり）は年々減少を続け、令和 3（2021）年に 9.2 と初めて 10 を割り、低まん延国となりました。 ○ 本県の新登録患者数及び罹患率は、「結核緊急事態宣言」が出された平成 11（1999）年をピークに減少しているものの、令和 3（2021）年の新登録患者数は 880 人、罹患率は 11.7 と、全国で 5 番目に高い状況で、依然として、中まん延状態です。（表 2-8-6） ○ 感染の危険性が高い喀痰塗抹陽性肺結核患者の罹患率は、令和 3（2021）年は 3.8 と、全国の 3.3 に比べ、高い状況です。（表 2-8-6） ○ 県内の市町村別の罹患率状況をみると、名古屋市及びその周辺地域の罹患率が高い傾向にあります。 ○ 新登録患者の年齢構成の推移をみると、60 歳以上の高年齢層が年々増加しており、令和 3（2021）年には、全体の 70.1%を占め、特に 80 歳以上が 43.5%となっています。（図 2-8-①） ○ また、新登録患者のうち、外国出生者の割合が年々増加しており、令和 3（2021）年には、全体の 18.1%を占め、特に 20、30 歳代で増えています。（図 2-8-②） ○ 学校、病院、高齢者福祉施設等での患者発生があります。 2 結核対策 ○ 結核の予防・早期発見のため、定期の健康診断、接触者健康診断、予防接種を法令等に基づき実施しています。 ○ 保健所は、医療機関の届出に基づき、結核患者を登録し、家庭訪問指導や検診等により、病状、受療状況等の把握をしています。また、患者管理情報を結核発生動向調査としてまとめ、結核対策に活用しています。 ○ 結核患者を確実に治療終了とするため、保健所と医療機関が連携しながら、DOTS（直接服薬確認療法）事業の推進を図っています。 ○ 結核医療については、「結核医療の基準」に基づく適正医療の普及促進に努め、患者の入院勧告・適正医療等を感染症診査協議会において審議するとともに、医療費の公費負担を行って	○ 「愛知県感染症予防計画」及び「愛知県結核対策プラン」に基づき、結核対策を総合的に推進していくことが必要です。 ○ 罹患率に地域差があり、地域の実情に応じた具体的な取組が必要です。 ○ 高齢者に重点をおいた取組が必要です。 ○ 外国出生者に重点をおいた取組が必要です。 ○ 集団感染予防の取組が必要です。 ○ 市町村等が定期の健康診断や予防接種を適切に実施できるよう、結核対策に関する確かな情報提供が必要です。 ○ 保健所が、地域の関係機関、関係団体との連携を一層強化するとともに、患者発生時の迅速かつ的確な対応、健康診断の実施の徹底等を図ることが必要です。 ○ 結核治療が長期化することにより、治療を中断する率が高くなります。結核治療が長期化する高齢の結核患者や糖尿病等の合併症を持った結核患者に対し、確実に治療終了に結びつけるため、医療機関と保健所が連携してDOTSを行うことが必要です。

います。

- 県、名古屋市、中核市で連携しながら、各種研修会による人材育成や啓発資料の配布により正しい知識の普及に努めています。

3 結核病床

- 県全域で適正な医療提供を図るために、知事が基準病床数を算定することになっています。
- 結核病床数は、患者数の減少と、それに伴う結核病床の廃止により、令和8年(2026)年4月1日現在、111床になっています。(表2-8-7)
- 合併症が重症あるいは専門的高度医又は特殊医療を必要とする結核患者などを収容するための結核患者収容モデル事業が実施されています。(表2-8-8)

- 結核患者の発生動向や病床利用状況に応じた結核病床の確保と適切な配置が必要です。

- 患者中心の医療提供を行う観点から、地域ごとに合併症治療を主に担う基幹病院を実情に応じて確保することが必要です。

【今後の方策】

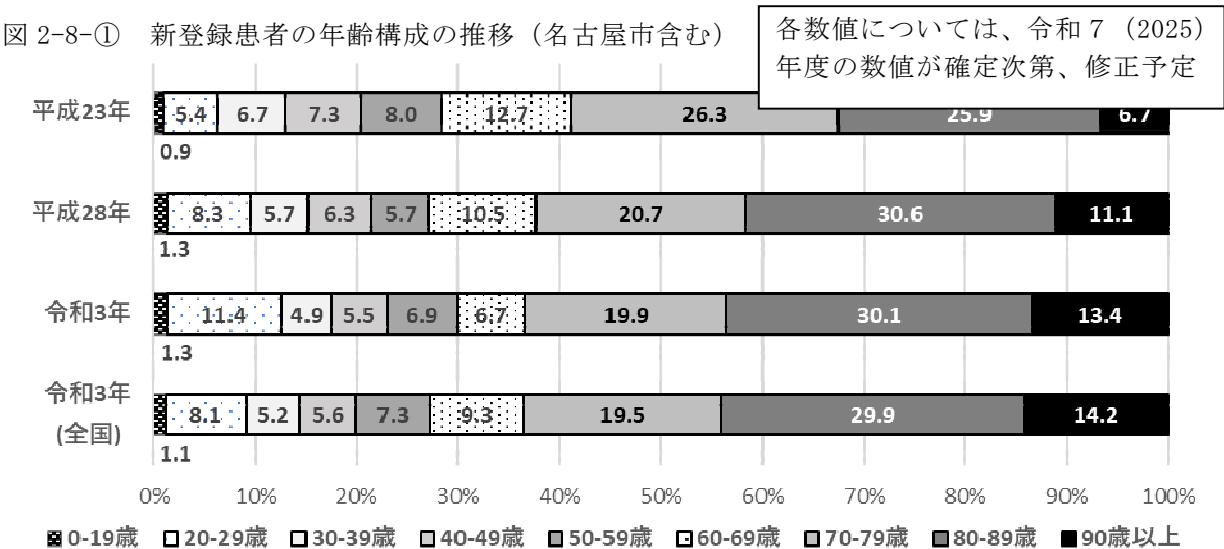
- 結核の対応については、発症のリスク等に応じた効率的な健康診断、初発患者の周辺の接触者健康診断、有症状時の早期受療の勧奨、結核患者に対する適正な医療の提供、治療完遂に向けた患者支援に引き続き取り組んでいきます。
- 県は、名古屋市、中核市その他の市町村と連携を図り、医療機関等の協力を得ながら、地域の実情に即して、予防対策、適正な医療提供、知識普及などの結核対策を総合的に推進します。
- 行政と医療機関の連携により、発見した患者を確実に治療終了するよう支援するDOTS（直接服薬確認療法）事業を推進します。

表2-8-6 主な結核指標の推移

区分	新登録患者数		罹患率		喀肺	各数値については、令和7（2025）年度の数値が確定次第、修正予定			
	愛知県	全 国	愛知県	全 国		愛知県	全 国	愛知県	全 国
平成 23	1,526	22,681	20.6	17.7	589	8,654	7.9	6.8	
24	1,419	21,283	19.1	16.7	557	8,237	7.5	6.5	
25	1,424	20,495	19.1	16.1	598	8,119	8.0	6.4	
26	1,305	19,615	17.5	15.4	521	7,651	7.0	6.0	
27	1,199	18,280	16.0	14.4	458	7,131	6.1	5.6	
28	1,270	17,625	16.9	13.9	478	6,642	6.4	5.2	
29	1,074	16,789	14.3	13.3	401	6,359	5.3	5.0	
30	1,126	15,590	14.9	12.3	399	5,781	5.3	4.6	
令和元	1,024	14,460	13.6	11.5	339	5,231	4.5	4.1	
2	924	12,739	12.3	10.1	308	4,615	4.1	3.7	
3	880	11,519	11.7	9.2	283	4,127	3.8	3.3	

資料：愛知の結核2021（愛知県保健医療局）及び結核の統計2022（公益財団法人結核予防会）

図 2-8-① 新登録患者の年齢構成の推移（名古屋市含む）



資料：愛知の結核 2021（愛知県保健医療局）及び結核の統計 2022（公益財団法人結核予防会）

図 2-8-② 新登録患者の外国出生結核患者数、割合の推移（名古屋市含む）

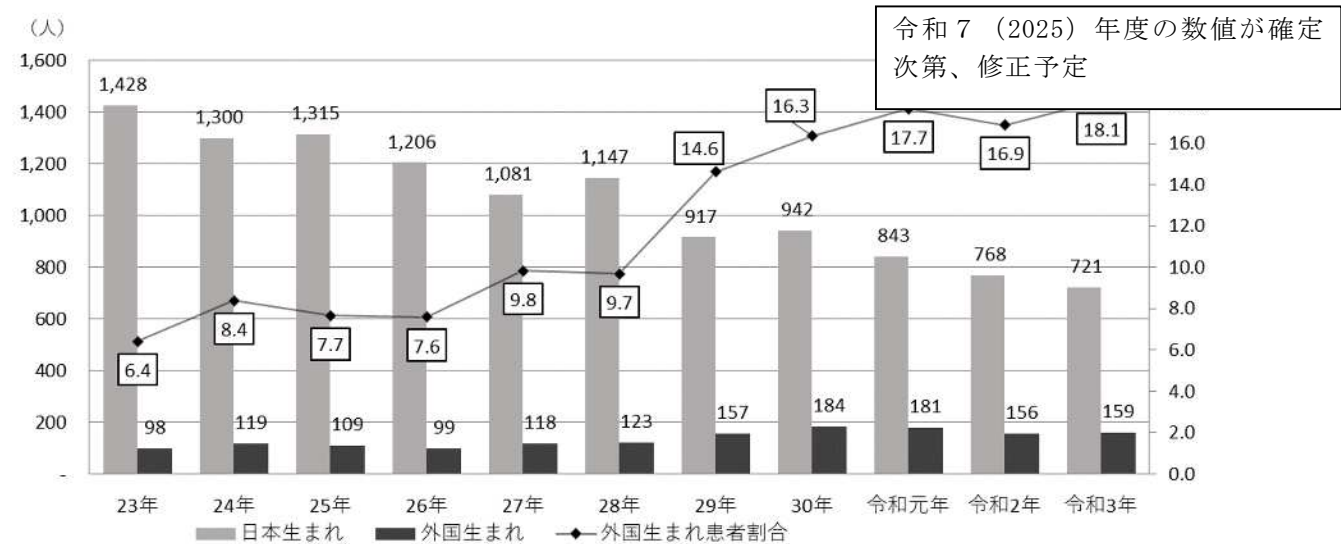


表2-8-7 医療圏別結核病床を有する病院

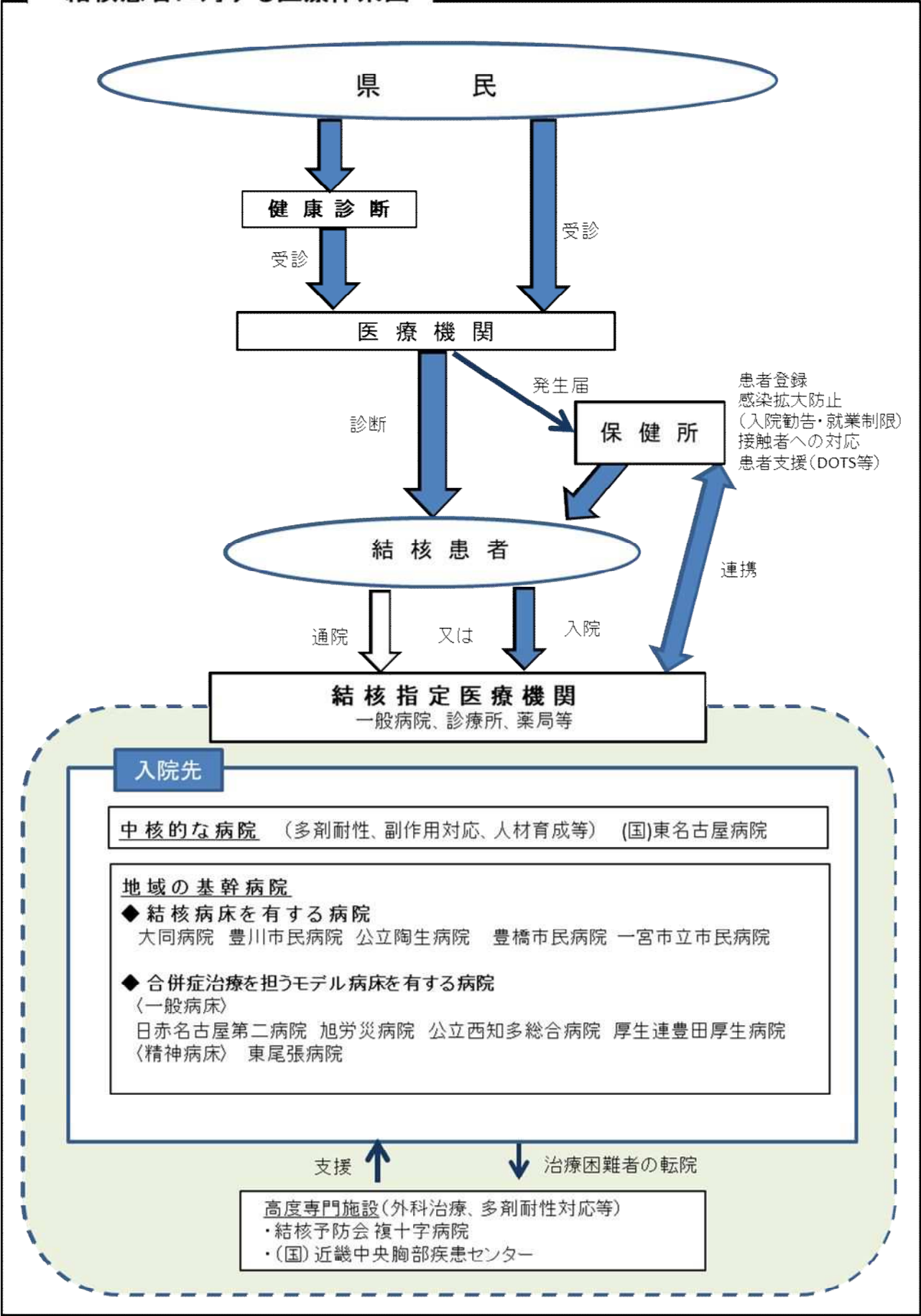
医療圏	病院名	病床数	医療圏	病院名	病床数
名古屋・尾張中部	大同病院	10	尾張西部	一宮市民病院	18
	(国)東名古屋病院	40		豊橋市民病院	10
尾張東部	公立陶生病院	25	東三河南部	豊川市民病院	8
計					111

表2-8-8 医療圏別合併症治療を担うモデル病床を有する病院

医療圏	病院名	病床数
名古屋・尾張中部	日赤名古屋第二病院	9
	東尾張病院（注）	4
尾 張 東 部	旭労災病院	2
知 多 半 島	公立西知多総合病院	10
西三河北部	厚生連豊田厚生病院	2
計		27

注 東尾張病院は、令和 2（2020）年 3 月から休床中。

結核患者に対する医療体系図



【体系図の説明】

- 感染症法では、結核に係る定期的健康診断について、それを行う者、その対象者を規定しており、対象者は健康診断を受けなければならないとしています。
- 勧告入院の対象となる結核患者は、「まん延を防止するため必要があると認めるとき」とされており、具体的には、呼吸器等に症状があり、喀痰塗抹検査の結果が陽性であるときなどとされています。
- 高度専門施設は、外科治療等の結核の高度専門医療を担うことができる施設であり、中核的な病院でも治療が困難な患者を受け入れ、また、他の病院に対する技術的な支援を行うなど地域医療連携体制の支援を行います。
- 結核指定医療機関は、結核患者の通院医療を担当するものであり、感染症法に基づき、都道府県知事等が指定します。なお、この指定を受けなければ、公費負担医療を担当することができません。

用語の解説

- 新登録患者
結核患者が発生すると、診断した医師からの届出により保健所において患者登録されますが、その年に新たに保健所で登録された患者を新登録患者といいます。
- 感染症診査協議会
感染症患者に対する入院勧告、医療費公費負担申請の内容等について審議を行う機関です。
- DOTS (Directly Observed Treatment, Shortcourse:直接服薬確認療法)
患者が服薬するのを直接確認することを基本とした、治療完遂に向けて患者を支援する取組です。
- 結核患者収容モデル事業
結核患者の高齢化等に伴って複雑化する高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神障害者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床又は精神病床において収容治療するための、より適切な基準を策定するために行われている事業です。

4 肝炎対策

【現状と課題】

現 状

- 1 正しい知識の普及啓発と受検の促進
 - わが国の肝炎ウイルスキャリア数は、B型が92万人～94万人、C型が18万人～48万人存在すると推定されており、本人が感染に気付かないうちに慢性肝炎から肝硬変、肝がんへと進行することが問題となっています。
 - 平成14(2002)年度から、市町村が実施主体となり、老人保健事業（平成20(2008)年度から健康増進事業）で、40歳以上の地域住民を対象とした「肝炎ウイルス検診」が実施されています。
 - また、平成19(2007)年度から、保健所において、感染リスクがある希望者に対し、無料肝炎ウイルス検査を実施するとともに、平成20(2008)年度からは、医療機関でも同様に無料で検査を受けられるようにするなど、検査体制の充実を図ってきました。
 - 肝炎ウイルスに関する正しい知識、検査の受検勧奨等に関するポスター、リーフレットの作成、掲示・配布や、新聞、ラジオその他インターネットの活用により、検査の受検勧奨や医療費助成制度について広報しています。
- 2 検査から治療への適切な移行
 - 肝炎ウイルス検査で発見された陽性者を的確に診断し、適切な医療につなぐことが重要であり、正確な病態の把握や治療方針の決定には、肝疾患に関する専門医療機関の関与が必要なため、保健所検査においては、専門医療機関への受診勧奨を行っています。
- 3 適切な肝炎医療の提供
 - 病態に応じた適切な肝炎医療提供のためには、肝疾患に関する専門医療機関において治療方針の決定を受ける必要がありますが、その一方、患者が安定した病態を示す場合等は、日常的な診療において、かかりつけ医による診療が望ましく、かかりつけ医と専門医療機関との連携が必須です。
 - 地域における肝疾患診療の向上、均てん化を図ることを目的とし、平成20(2008)年4月以降、肝疾患診療連携拠点病院及び肝疾患専門医

課 題

- 県及び市町村は、肝炎ウイルス検査(検診)の機会を設け、県民に対し受検勧奨を行ってきましたが、行政の検査における受検者数からみると、多くの未受検者が存在し、肝炎の正しい知識と検査の必要性についての認識が十分浸透していないと考えられます。
- このため、検査の受検を勧奨し、肝炎の正しい理解が進むよう、効果的な普及啓発・情報提供を行うとともに、受検促進策を講じて肝炎ウイルス検査の受検者を掘り起こす必要があります。また、感染を拡大させないために、新たな感染の可能性が高い若年層に対する感染予防についての啓発等も必要です。
- 専門医療機関への受診勧奨はしていますが、その後に医療機関へ受診したかどうかについては、把握しておらず、確実に適切な医療につなぐためには、その後の受診状況の把握等が必要です。
- 市町村の検査による陽性者についても、受診状況の把握等を市町村に働きかける必要があります。
- 陽性者自らが治療・経過観察の必要性などを理解し、受診を継続していけるように支援する必要があります。
- 拠点病院・肝疾患専門医療機関・かかりつけ医との肝疾患診療ネットワークを構築し、連携を図ってきたところですが、

療機関を指定し、拠点病院・肝疾患専門医療機関・かかりつけ医との肝疾患診療ネットワークを構築しています。(表2-8-9、2-8-10)

- 肝炎患者は、病気の進行、治療、就労の継続、経済的な問題など様々な不安を抱えており、安心して治療を開始・継続していくため、拠点病院において肝疾患相談室を開設し、患者等を支援しています。
- B型及びC型肝炎は、インターフェロン治療等が奏効すれば、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能ですが、この治療に係る医療費の患者負担が高額であるため、国の制度に基づく医療費助成を実施し、肝炎患者の経済的負担の軽減を図っています。
- 住民や関係者に肝炎の基本的な理解を広め、検査の勧奨とともに、情報提供を行うことにより、安心して受診や受療を継続できるよう支援する人材を養成するため、肝炎医療コーディネーター養成研修会を開催しています。

更に拡充しながら、治療水準の向上と均てん化を図っていく必要があります。

- 肝炎患者が治療開始・継続できるように、国の制度に基づく医療費助成を継続実施していく必要があります。また、治療法の進歩や医療費助成制度を知らないために未治療である方を治療につなげていくために、市町村・医療機関等に対し、肝炎治療や医療費助成制度についての普及啓発を行う必要があります。

【今後の方策】

- 国の「肝炎対策基本法」に基づき策定した「愛知県肝炎対策推進計画」に沿って、肝炎対策を総合的に推進します。
- 県民に対して、検査の受検を勧奨し、肝炎についての正しい理解が進むよう、効果的な普及啓発・情報提供等を行い、肝炎ウイルス検査の受検者を掘り起こすとともに、感染の拡大を防止するため、新たな感染の可能性が高い若年層に対し、血液の付着する器具の共有を伴う行為等による感染の危険性等について啓発し、新たな感染を予防します。
- 検査希望者が検査を受検できるよう、引き続き保健所等の無料検査体制を維持するとともに、市町村の健康増進事業における肝炎ウイルス検診の個別勧奨の推進など、検査の受検促進を図ります。
- 検査で陽性となった者が確実に適切な医療機関を受診するために、結果伝達時に専門医療機関を受診するよう働きかけるとともに、その後の受診状況の確認と、未受診の場合の受診勧奨を行う体制を整備します。
- 治療に対する患者自らの自覚を促す一助とするため、病態や生活上の注意事項を紹介し、また、治療や経過の記録が残せるような資料を作成、配布します。
- 肝疾患診療連携拠点病院や肝疾患専門医療機関とかかりつけ医とのネットワーク（肝疾患診療ネットワーク）を構築し、連携を図ってきたところですが、更に拡充しながら、引き続き治療水準の向上と均てん化を図ります。
- かかりつけ医と専門医療機関が連携して診療し、陽性者に適切な医療が行われるよう、肝炎診療支援（診療連携）マニュアルを作成・配布します。
- 肝炎患者の治療についての不安や精神的負担の軽減や、肝炎患者の受診継続を支援していくようにするために、現行の肝疾患相談室の機能の充実や、保健所や市町村の担当者に対する研修の開催に取り組みます。
- B型及びC型肝炎ウイルスの根治を目的として行う抗ウイルス療法については、国の制度に基づき、引き続き医療費の助成を実施していくとともに、肝炎治療及び医療費助成制度について、肝炎患者、市町村、医療機関等関係機関に広く周知していきます。
- 肝がん・重度肝硬変の長期に渡る治療に対し、国の制度に基づき、中・低所得の患者の医療費の負担軽減を図るとともに、患者、市町村、医療機関等関係機関に広く周知していきます。

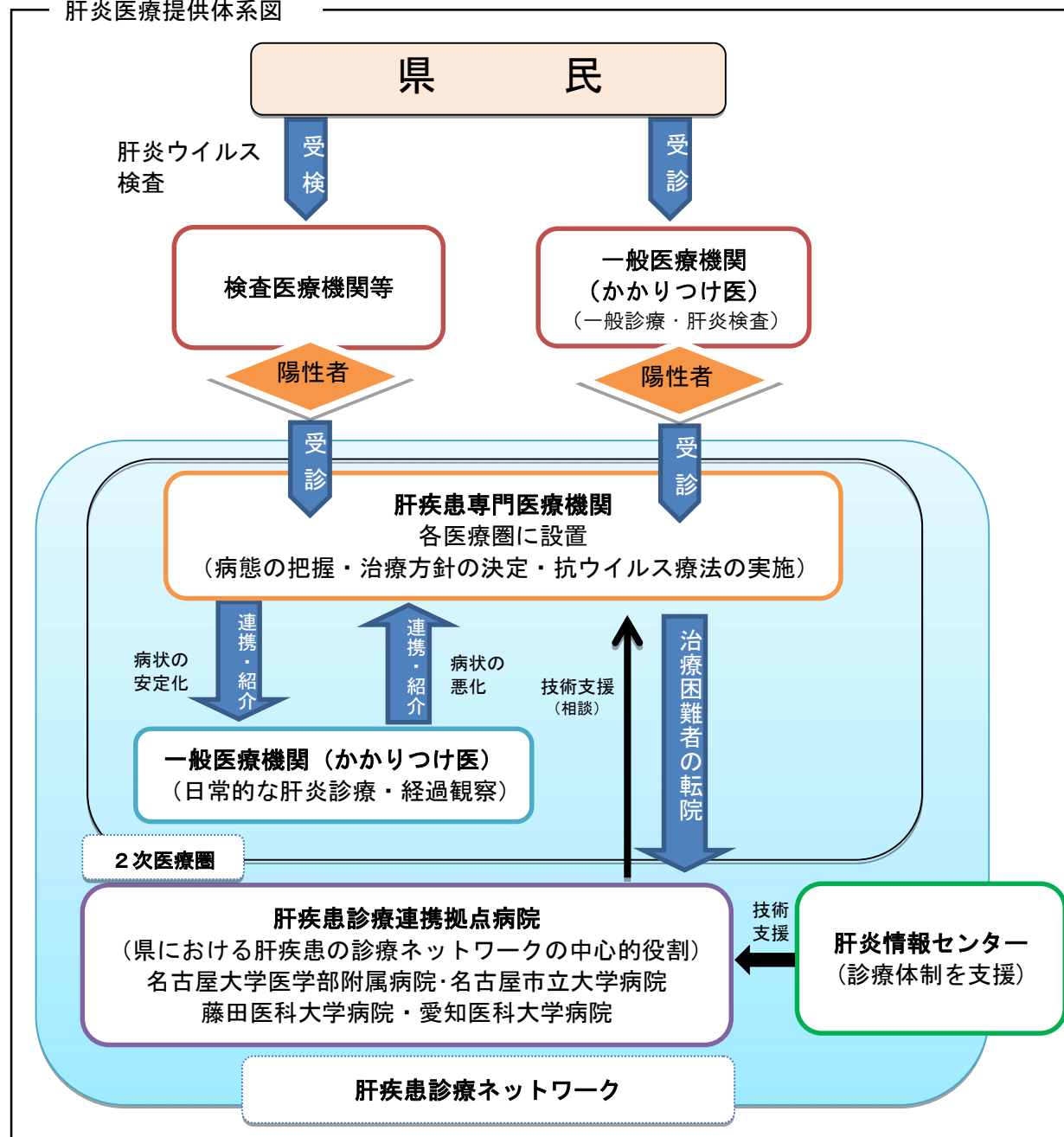
表2-8-9 肝疾患診療連携拠点病院（令和 8（2026）年 4 月 1 日現在）

指定年月	医療機関名
平成 20（2008）年 4 月	名市大病院
平成 22（2010）年 4 月	名大附属病院
	藤田医大病院
	愛知医大病院

表2-8-10 肝疾患専門医療機関（令和 8（2026）年 4 月 1 日現在）

医療圏	医療機関数	医療圏	医療機関数	医療圏	医療機関数
名古屋・尾張中部	104	尾張西部	23	西三河南部東	11
		尾張北部	23	西三河南部西	18
海部	7	知多半島	14	東三河北部	1
尾張東部	12	西三河北部	10	東三河南部	21
				計	244

肝炎医療提供体系図



【体系図の説明】

- 肝炎ウイルス検査や一般医療機関（かかりつけ医）での診療等によって感染が明らかになった陽性者は、病態の把握等のため、肝疾患専門医療機関を受診します。
- 肝疾患専門医療機関では、病態の把握、治療方針の決定等をし、病状が安定している場合は、一般医療機関（かかりつけ医）を紹介するなど連携して治療を行います。
- 一般医療機関（かかりつけ医）では、日常的な肝炎診療（内服処方、注射等）・経過観察を行い、病状が悪化した場合は、肝疾患専門医療機関を紹介するなど連携して治療します。
- 肝疾患診療連携拠点病院では、治療困難者等の受入れとともに、肝疾患専門医療機関に対し、肝炎治療についての最新の知見をもって技術支援等を行います。
- 肝炎情報センターでは、肝炎医療従事者に対する研修や情報提供、相談支援等を行うとともに、必要な調査や提言を行うことで、連携を図りながら、肝疾患診療連携拠点病院の支援を行います。

用語の解説

- ウイルス性肝炎
肝炎ウイルスに感染して、肝臓の細胞が壊れていく病気です。主な肝炎ウイルスには、A型、B型、C型、D型、E型の5種類がありますが、特にB型、C型の肝炎ウイルスによるものは、慢性化し、肝硬変や肝がんに至ることがあります。
- 肝疾患診療連携拠点病院
肝疾患専門医療機関に求められる条件を満たした上で、肝炎を中心とする肝疾患に関する以下の機能を有し、県の中で肝疾患診療ネットワークの中心的な役割を果たす医療機関として、県が指定した医療機関です。
 - ◆ 医療情報の提供
 - ◆ 県内の専門医療機関等に関する情報の収集や提供
 - ◆ 医療従事者や地域住民を対象とした研修会、講演会の開催、相談支援
 - ◆ 専門医療機関との協議の場の設定
 - ◆ 肝がんに対する集学的治療が実施可能な体制
- 肝疾患専門医療機関
以下の条件を満たす医療機関であって、県が指定した医療機関です。
 - ◆ 専門的な知識を持つ医師（日本肝臓学会の専門医等）による診断と治療方針の決定が行われていること
 - ◆ インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること
 - ◆ 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること
 - ◆ 肝疾患診療連携拠点病院等が実施する肝疾患に関する研修会等に参加できること
- インターフェロン治療
インターフェロンは、免疫系・炎症の調節等に作用して効果を発揮する薬剤で、ウイルス性肝炎を根治することができるものです。B型肝炎の場合は約3割、C型肝炎の場合は約5～9割の人が治療効果を期待できますが、治療効果は遺伝子型やウイルス量などによって異なります。

第9節 歯科保健医療対策

【現状と課題】

現 状	課 題
1 かかりつけ歯科医の推進 ○ 令和4(2022)年度生活習慣関連調査によると、かかりつけ歯科医を持つ者の割合は78.1%、定期的な歯科健診を年1回以上受けている者の割合は、56.7%となっています。(表2-9-1) ○ かかりつけ歯科医を持つ者の割合と定期的な歯科健診を受けている者の割合がかけ離れており、医療圏によっても差が見られます。 2 歯科医療体制の充実 (1) 病診連携・医歯薬連携の推進 ○ 歯科診療所は、地域医療支援病院等と連携しています。また、地区歯科医師会と地域の病院口腔外科との連携が図られています。 ○ 一部の市町村では、専門医と連携した口腔がん検診が実施されています。また、愛知県歯科医師会では、口腔がんの早期発見を図るため、歯科医師に対する研修等が実施されています。 ○ 高齢化の進展により、がん、循環器病、糖尿病、骨粗しょう症などの有病者が増加しており、全身状態の確認を要する場合は、医療機関と連携した歯科診療が行われています。 ○ がん患者の手術後等の合併症の軽減を目的とした口腔機能管理（周術期等口腔機能管理）については、病院内の医科歯科連携のほか、病院と歯科診療所との連携が行われています。 ○ 疾患や薬剤の副作用など、様々な原因で口腔が乾燥することにより、歯科疾患のリスクが増大することがあるため、医歯薬連携に基づいた歯科診療が行われています。 (2) 在宅療養者（児）への歯科診療の推進 ○ 在宅医療サービスを実施している歯科診療所の割合は40.7%で、前回（令和2(2020)年度）に比べてやや減少しています。高齢化率の高い東三河北部医療圏などでその割合が高く、取組が進んでいます。(表2-9-2) ○ 在宅療養支援歯科診療所の数は、令和8(2026)年5月現在で660か所、18.1%で、前回（令和6(2024)年度）に比べて、施設数、割合ともに増加しています。(表2-9-3) ○ 入院前から在宅に至るまで切れ目のない口腔	○ かかりつけ歯科医がいても定期的な歯科健診を受けていない者がいることから、かかりつけ歯科医機能について県民に広く周知し、定期的な歯科健診を積極的に推奨する必要があります。 ○ かかりつけ歯科医は、歯科衛生士とともに、通院が困難な者も含めた県民の生涯を通じた歯科疾患の予防及び口腔機能の育成・維持・向上を図り、全身の健康を支援する必要があります。 ○ 高度な歯科医療の提供においては、病院と歯科診療所の機能分担を行う必要があります。 ○ 口腔がんの早期発見・早期治療の重要性について県民に啓発するとともに、歯科医師の口腔粘膜診察の技術向上と病診連携の充実を図る必要があります。 ○ 有病者に対する安全な歯科医療の提供に向けて、緊急時対応を含めた医療機関との連携体制を継続する必要があります。 ○ がんや循環器病等の手術・治療の前後の口腔機能管理のための医科歯科連携、糖尿病治療や口腔乾燥における医歯薬連携など、引き続き医療連携体制の充実に努める必要があります。 ○ 在宅療養者（児）が身近な地域で在宅歯科医療及び介護保険のサービスが受けられるよう、対応できる歯科診療所の増加が望まれます。 ○ 他の医療機関や介護・福祉施設等と適切に連携する在宅療養支援歯科診療所の増加を図り、在宅歯科医療提供体制を強化することが必要です。 ○ 退院後の在宅療養において、かかりつけ歯科医及び歯科衛生士による口腔

健康管理の提供体制を整備するため、病院関係者と歯科医療関係者との連携を図っています。

- 地域包括ケアシステムにおいて、医療・介護の多職種連携による口腔健康管理の支援ができる歯科衛生士を養成しています。
- 令和4(2022)年度生活習慣関連調査によると、誤嚥性肺炎が歯と口の健康に関連があることを知っている者は、45.8%となっています。
- 人口過疎地域では、高齢化率が高く、在宅歯科医療のニーズも高まっています。

(3) 障害者（児）への歯科診療の推進

- 障害者（児）の治療を行っている歯科診療所の割合は、15.6%となっています。（表2-9-4）
- 愛知県歯科医師会と連携し、障害者歯科治療における認定協力医の育成、専門的対応を行う歯科医療センター（15 か所）と高度な治療を行う病院（2 か所：愛知学院大学歯学部附属病院、愛知県医療療育総合センター中央病院）との医療連携システムの構築を進めています。
- 医療的ケアが日常的に必要な状態にある、障害児（者）や重症心身障害児（者）の口腔健康管理に対応できる歯科診療所は、限られています。
- 令和4(2022)年9月に実施した障害者（児）入所施設における歯科保健サービス提供状況調査（愛知県保健医療局）によると、歯科健診を実施している施設の割合は、97.7%となっています。
- 障害者施設等の利用者に対する歯科健診は、愛知県歯科医師会、協力歯科医療機関の活動や市町村の支援により実施されています。

(4) 救急歯科医療及び災害時・感染症まん延時における歯科保健医療の対応

- 地区歯科医師会は、地元市町村と協議し、休日夜間歯科診療所の開設又は当番医制による自院での休日・夜間救急対応が行われています。
- 災害時の歯科医療救護活動体制を確保するため、愛知県歯科医師会及び関係団体と協定を締結しています。
- 愛知県歯科医師会では、災害時に対応可能な

健康管理、介護・医療の多職種と連携した食支援の継続が必要です。

- 地域包括ケアシステムにおける歯科医療の役割を充実させるため、在宅歯科医療に従事する歯科衛生士の確保、人材育成が必要です。
- 在宅療養における口腔健康管理の重要性について、県民や関係者に広く啓発する必要があります。
- 居住する地域にかかわらず、在宅歯科医療を含めた歯科保健医療提供体制の確保に向けて、対応を検討していく必要があります。

- 身近な地域で障害者（児）が安心して歯科治療を受けられるよう、障害者歯科医療の従事者に対する研修を継続するとともに、後方支援を行う医療提供体制の維持が必要です。

- 医療的ケアが日常的に必要な状態にある障害児等の口腔健康管理の重要性について、医療・介護・福祉関係者に周知するとともに、対応できる歯科診療所の増加に向けた取組が必要です。

- 障害者（児）入所又は通所施設利用者の口腔健康管理や適切な歯科治療を推奨するため、施設職員に対する研修などの支援が必要です。

- 障害児がかかりつけ歯科医を早期から持ち、定期的な歯科健診による疾患予防の重要性について、県民及び関係者に広く啓発し、さらに、地域の支援関係者と連携した口腔機能育成の相談支援体制を整備する必要があります。

- 地域の休日夜間等救急体制について、地域の実状に合わせて医療圏ごとに検討する必要があります。

- 災害時における歯科医療救護活動に加え、誤嚥性肺炎等による災害医関連死と二次健康被害の最小化を図るため、関係機関・団体と連携した歯科保

会員医療機関「災害時歯科診療マップ」を、インターネット上で情報提供されています。

- 感染症まん延時における歯科医療提供体制を整備するための検討をしています。

3 ライフステージに応じた歯科保健対策

- 1歳6か月児のむし歯の経験のある者の割合は0.46%、3歳児では5.1%と、全国的に見て良好な歯の健康状態を保っています。尾張地域の医療圏と比較して、三河地域の医療圏でやや高い傾向があります。(表2-9-5)
- 2歳児対象の歯科健診は、令和6(2024)年度では、県内54市町村のうち51市町村(94.4%)で実施されています。また、全ての市町村でフッ化物歯面塗布事業が実施されています。
- 12歳児で永久歯にむし歯のある者の割合は、14.7%と、全国的に見て良好な状況を保っていますが、医療圏別では約1.8倍の差が見られます。(表2-9-5)
- 幼稚園・保育所・認定こども園及び小・中学校におけるフッ化物洗口は、令和6(2024)年度では幼稚園・保育所・認定こども園869、小学校324、中学校9施設で実施されていますが、医療圏により実施率に差が見られます。(表2-9-6)
- 市町村では、母子保健事業の中で口腔機能の育成に関する健康教育、保健指導が実施されています。
- 市町村では、妊産婦を対象とした歯科健診や健康教育が実施されています。妊産婦歯科健診の受診率は、令和6(2024)年度では40.2%ですが、医療圏によって差があります。(表2-9-7)
- 市町村では、健康増進法に基づく、20・30・40・50・60・70歳対象の歯周病検診を実施しています。受診率は、20歳で7.9%、30歳で7.9%、40歳で7.5%、50歳で7.8%、60歳で10.4%、70歳で11.5%です。(表2-9-8)
- 40・50・60・70歳対象の歯周病検診は全市町村で実施されている一方で、20・30歳対象の歯周病検診は一部未実施の市町村があります。
- 愛知県歯科医師会では、医療保険者と連携した事業所歯科健診が実施されています。
- 喫煙は、歯周病の発症・進行のリスクとなるため、歯科診療所で喫煙する患者に対して禁煙支援が行われています。
- 令和4(2022)年度生活習慣関連調査によると、糖尿病が歯と口の健康に関連があることを知っ

健活動体制の整備が必要です。

- 感染症のまん延時における歯科医療提供体制を継続して検討するとともに、必要な歯科治療を中断しないことについて、県民への啓発が必要です。
- 市町村は、乳歯から永久歯のむし歯の減少を目指して、予防効果が高いフッ化物の応用を推進し、質の高い事業の実施や、県民への啓発を積極的に行う必要があります。
- 子どものむし歯の減少の一方、むし歯を多数有する児もいることから、口腔の健康格差の縮小に向けた取組が必要です。
- 歯科健診時に保護者による適切な健康管理がなされていない子どもを関係機関につなぎ、連携して支援することが必要です。
- むし歯の健康格差の縮小に効果的なフッ化物洗口について、実施施設が安全かつ効果的に継続できるよう、市町村や関係団体等と連携して支援する必要があります。
- 乳幼児期に重要な口腔機能育成のため、市町村による食育と連動した保健事業の推進に加え、歯科医師を始め、地域の子育てや発達に関わる多職種と連携した支援体制の構築が必要です。
- 市町村は、口腔環境が悪化しやすい妊産婦の口腔健康管理の支援を、引き続き推進する必要があります。
- 若い世代や働く世代に対して、定期的な歯科健診の促進を図るとともに、治療を要する受診者を適切に歯科医療につなぐため、歯科健診と併せた保健指導の更なる充実が求められます。
- 喫煙・受動喫煙と歯周病との関連について県民に広く啓発するとともに、歯科診療所における禁煙支援の継続が必要です。
- 糖尿病を始めとする生活習慣病と歯

ている者の割合は、25.4%となっています。

- 市町村では、高齢者を対象とした保健事業や介護予防事業の一体的実施を進めており、フレイル予防の3つの柱として、口腔機能を含めた栄養、身体活動、社会参加の取組が実施されています。
- 後期高齢者歯科健診は、令和6(2024)年度は41市町村(75.9%)で実施されており、うち18市町村(33.3%)ではオーラルフレイルを早期発見するために口腔機能の評価が行われています。
- 愛知県歯科医師会が運営する愛知歯科医療センターでは、歯科医療機関からの紹介に応じて、口腔機能の検査が実施されています。

4 地域歯科保健情報の把握・管理、人材育成

- 保健所は、愛知県歯科保健情報管理システムを活用し、管内地域の歯科保健情報の収集・分析・評価を行っています。
- 地域の歯科保健の向上を図るため、県口腔保健支援センター、保健所、歯科医師会、歯科衛生士会が、歯科保健医療関係者を対象に研修を実施しています。

周病の関係について県民に啓発を図るとともに、病診連携、診診連携等の推進により全身疾患及び歯周病の重症化予防に取り組む必要があります。

- オーラルフレイル（口腔機能の低下）の予防と早期発見の重要性を、県民や医療・介護関係者に広く周知することが必要です。
- 口腔機能の評価を目的とした後期高齢者歯科健診の推進を図るとともに、歯の喪失防止と口腔機能の維持・向上に向けた、かかりつけ歯科医による支援の継続が必要です。
- 口腔機能低下に対応できる歯科診療所の増加を図る取組が必要です。

- 保健所は、市町村の歯科保健診断を支援し、地域の歯科保健の課題に応じた取組を進める必要があります。
- 地域の歯科保健の課題を解決するため、歯科専門職に加え、保健師、管理栄養士等の多職種を対象とした研修を引き続き実施する必要があります。

【今後の方策】

- 県民が自ら進んで歯科疾患の予防・早期発見・早期治療等の歯と口の健康づくりに取り組めるよう、かかりつけ歯科医を持ち、定期的に歯科健診を受けることの普及啓発に努めていきます。
- 県民の8020（80歳で自分の歯を20本以上保つこと）達成のためには、関係者が歯科医療の機能連携を理解する必要があることから、地域における歯科医療の供給体制について情報共有できる環境整備を図っていきます。
- 高度な歯科医療の提供における病診連携、有病者に対する安全な歯科医療の提供における医科歯科連携、全身疾患における医療連携の推進に努めていきます。
- 在宅療養者及び障害者（児）に対する歯科医療に従事する歯科医師及び歯科衛生士の人材育成を推進し、医療提供体制を整備するとともに、医療・介護の多職種と連携を図り、口からおいしく安全に食べるための支援体制の整備に努めていきます。
- 歯科の救急対応に係る体制、災害時の歯科保健医療提供体制、感染症まん延時等における歯科医療提供体制等の整備について、継続して関係機関・団体等と検討していきます。
- 県民の健康で質の高い生活の実現のため、ライフステージに沿った歯科疾患対策及び口腔機能の育成や、オーラルフレイル予防に関する施策の拡充に努めていきます。
- 地域における歯科保健対策が推進されるよう、歯科保健データの収集、分析、評価、還元を行うとともに、人材育成など市町村の求めに応じた支援を積極的に展開していきます。
- 医療圏ごとの歯科保健医療に係る健康課題については、保健所が設置する歯と口の健康づくり推進会議において情報共有し、課題解決に向けた検討と取組を行うなど、歯と口の健康の地域格差縮小に努めていきます。
- 健康づくり推進協議会及び同協議会歯科口腔保健対策部会において、歯科保健対策の分

析・評価を行い、県の施策を検討していきます。

【目標値】

○80歳(75～84歳)で20歯以上の自分の歯を有する者の割合

58.7% ⇒ 75%

(令和4(2022)年)

○在宅療養支援歯科診療所の割合

18.1% ⇒ 20%

(令和8(2026)年5月)

表 2-9-1 かかりつけ歯科医を持つ人・定期的な歯科健診を受ける人の状況

医 療 圏	かかりつけ歯科医を持つ者の割合	歯科健診を年1回以上受けている者の割合
名古屋・尾張中部	74.8%	57.1%
海 部	76.5%	51.8%
尾 張 東 部	79.8%	63.2%
尾 張 西 部	74.1%	56.1%
尾 張 北 部	76.2%	55.8%
知 多 半 島	76.7%	57.2%
西三河北部	84.2%	65.8%
西三河南部東	81.5%	61.3%
西三河南部西	80.6%	54.5%
東三河北部	94.1%	52.9%
東三河南部	81.3%	52.3%
県 計	78.1%	56.7%

資料：令和4(2022)年度生活習慣関連調査(愛知県保健医療局)

表 2-9-2 歯科診療所による在宅歯科医療等の提供状況

医 療 圏	施設数	在宅医療サービス				介護保険サービス (居宅療養管理指導)	
		実施	訪問診療 (居宅)	訪問診療 (施設)	訪問歯科 衛生指導	歯科医師	歯科 衛生士
名古屋・尾張中部	1,511	38.2%	19.5%	17.3%	8.8%	13.3%	10.1%
海 部	132	51.5%	25.8%	22.0%	12.1%	18.9%	12.9%
尾 張 東 部	239	42.3%	21.8%	15.1%	10.9%	15.1%	11.7%
尾 張 西 部	246	41.9%	25.6%	17.9%	13.8%	14.6%	13.0%
尾 張 北 部	337	46.3%	21.4%	16.9%	6.2%	12.8%	10.4%
知 多 半 島	255	51.8%	27.8%	22.4%	12.5%	15.7%	11.8%
西三河北部	167	40.1%	18.0%	13.8%	10.2%	9.0%	4.2%
西三河南部東	181	33.7%	15.5%	13.3%	7.2%	10.5%	7.2%
西三河南部西	284	34.9%	15.8%	13.7%	6.3%	8.5%	6.0%
東三河北部	26	50.0%	30.8%	23.1%	7.7%	11.5%	11.5%
東三河南部	318	40.3%	17.3%	15.4%	7.5%	9.1%	8.8%
県 計	3,696	40.7%	20.4%	16.9%	9.1%	12.7%	9.8%

資料：令和5(2023)年医療施設調査(厚生労働省)

表 2-9-3 在宅療養支援歯科診療所の設置状況

医 療 圏	施設数	割合
名古屋・尾張中部	272	18.4%
海 部	30	22.9%
尾 張 東 部	54	23.2%
尾 張 西 部	52	20.8%
尾 張 北 部	60	18.0%
知 多 半 島	57	22.4%
西 三 河 北 部	26	15.3%
西三河南部東	13	7.3%
西三河南部西	46	16.2%
東 三 河 北 部	7	29.2%
東 三 河 南 部	43	14.0%
県 計	660	18.1%

資料：令和 8 (2026) 年 5 月 1 日現在

(東海北陸厚生局調べ)

注：令和 7 (2025) 年 10 月 1 日現在の歯科診療所数で
割合算出

表 2-9-4 障害者の歯科治療の提供状況

医 療 圏	施設数	割合
名古屋・尾張中部	194	13.1%
海 部	17	13.0%
尾 張 東 部	44	18.9%
尾 張 西 部	47	18.8%
尾 張 北 部	52	15.6%
知 多 半 島	51	20.0%
西 三 河 北 部	27	15.9%
西三河南部東	31	17.3%
西三河南部西	45	15.8%
東 三 河 北 部	5	20.8%
東 三 河 南 部	57	18.5%
県 計	570	15.6%

資料：医療情報ネット

対応することができる疾患・治療内容

著しく歯科診療が困難な者（障害者等）の
歯科治療（令和 8 (2026) 年 1 月現在）

注：令和 7 (2025) 年 10 月 1 日現在の歯科診療所数で
割合算出

表 2-9-5 幼児、12 歳児のむし歯経験者率

医 療 圏	1 歳 6 か月児	3 歳児	5 歳児	12 歳児
名古屋・尾張中部	0.41%	4.1%	14.8%	14.8%
海 部	0.80%	6.6%	19.0%	14.5%
尾 張 東 部	0.22%	4.1%	14.5%	10.5%
尾 張 西 部	0.19%	4.6%	14.7%	11.1%
尾 張 北 部	0.37%	5.0%	15.6%	16.6%
知 多 半 島	0.28%	3.7%	17.3%	13.0%
西 三 河 北 部	0.56%	6.1%	18.2%	13.7%
西三河南部東	0.62%	7.3%	17.9%	16.2%
西三河南部西	0.63%	5.2%	18.1%	15.4%
東 三 河 北 部	1.11%	10.2%	20.2%	14.9%
東 三 河 南 部	0.68%	8.0%	20.0%	19.0%
県 計	0.46%	5.1%	16.5%	14.7%
全 国 平 均	0.58%	7.3%	19.4%	23.1%

資料：令和 6 (2024) 年度地域歯科保健業務状況報告（愛知県保健医療局）

ただし、全国平均については、

1 歳 6 か月児及び 3 歳児は、令和 6 (2024) 年度地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

5 歳児 及び 12 歳児は、令和 7 (2025) 年度学校保健統計調査（文部科学省）

注：5 歳児は、幼稚園・保育所・認定こども園の年長児

12 歳児は、中学 1 年生の生徒で、永久歯のむし歯を有する者の数で割合算出

表 2-9-6 フッ化物洗口の実施状況

医 療 圏	実施施設数			合計（実施率）
	幼稚園・保育所・認定こども園	小学校	中学校	
名古屋・尾張中部	221	4	1	226 (20.0%)
海 部	11	1	0	12 (8.3%)
尾 張 東 部	18	5	0	23 (12.4%)
尾 張 西 部	62	3	0	65 (30.7%)
尾 張 北 部	125	14	0	139 (47.0%)
知 多 半 島	121	72	4	197 (76.1%)
西三河北部	62	66	0	128 (55.4%)
西三河南部東	15	19	0	34 (20.2%)
西三河南部西	74	51	1	126 (44.4%)
東三河北部	21	14	0	35 (71.4%)
東三河南部	139	75	3	217 (66.8%)
県 計	869	324	9	1,202 (36.6%)

資料：令和 6 (2024) 年度地域歯科保健活動支援報告（愛知県保健医療局）

表 2-9-7 妊産婦歯科健診及び健康教育実施状況

医 療 圏	妊産婦歯科健診		妊産婦健康教育
	受診者数	受診率	参加者数
名古屋・尾張中部	13,898	41.5%	1,733
海 部	710	21.7%	384
尾 張 東 部	1,452	48.5%	552
尾 張 西 部	1,467	39.9%	475
尾 張 北 部	3,415	50.0%	1,571
知 多 半 島	2,242	39.2%	493
西三河北部	2,073	33.4%	41
西三河南部東	2,112	38.4%	1,064
西三河南部西	3,692	46.2%	1,137
東三河北部	71	44.1%	0
東三河南部	1,693	29.6%	918
県 計	32,825	40.2%	8,368

資料：令和 6 (2024) 年度地域歯科保健業務状況報告（愛知県保健医療局）

注：妊産婦歯科健診については、自治体ごとに算出方法に差があるため、参考値である

表 2-9-8 健康増進法による歯周病検診実施状況

医療圏	20 歳		30 歳		40 歳		50 歳		60 歳		70 歳	
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率
名古屋・尾張中部	1,774	7.9%	1,921	6.5%	2,045	6.2%	3,053	7.5%	3,094	10.1%	2,788	11.1%
海 部	98	3.0%	148	4.4%	166	4.4%	215	3.6%	239	5.7%	180	5.2%
尾張東部	454	10.2%	434	8.7%	519	8.4%	559	6.9%	562	9.3%	623	13.7%
尾張西部	437	8.4%	500	10.1%	553	9.3%	866	9.7%	795	12.2%	630	11.3%
尾張北部	591	8.0%	664	8.5%	698	8.1%	1,109	8.8%	970	10.3%	893	12.2%
知多半島	161	5.6%	449	7.7%	597	7.7%	810	7.9%	854	11.1%	836	13.3%
西三河北部	187	3.4%	311	5.7%	210	3.3%	228	2.9%	226	4.0%	272	5.5%
西三河南部東	292	7.0%	420	8.9%	524	9.1%	565	7.9%	568	11.3%	620	13.3%
西三河南部西	755	10.0%	892	10.0%	1,026	10.7%	1,225	10.7%	1,205	13.8%	980	14.0%
東三河北部	39	9.5%	38	11.8%	69	12.5%	82	12.5%	132	19.8%	144	18.1%
東三河南部	733	10.7%	799	11.4%	767	9.2%	1,068	9.7%	1,045	11.7%	963	12.4%
県 計	5,521	7.9%	6,576	7.9%	7,174	7.5%	9,780	7.8%	9,690	10.4%	8,929	11.5%

資料：令和 6 (2024) 年度歯科疾患検診実施状況報告（愛知県保健医療局）

用語の解説

○ かかりつけ歯科医機能

生涯にわたって歯・口腔の健康を維持するために、定期的な歯科健康診査、歯科治療、相談・指導など、個人のライフステージに沿って健康管理を総合的に支援する歯科医師をかかりつけ歯科医といいます。高次医療や全身疾患を有する、又は在宅で療養する場合において、他科及び多職種との連携により、医療の質を担保するとともに、QOLの向上を支援する役割を担います。

○ 口腔健康管理

歯科疾患、口腔粘膜疾患、口腔機能障害（摂食嚥下機能障害を含む）による器質的、機能的な変化に対する医学的管理をいいます。歯科医師や歯科衛生士が、口腔ケアの指導、歯や口腔粘膜の付着物の除去、摂食嚥下リハビリテーション等を行い、口腔内を起因とした感染症リスクの抑制や、誤嚥性肺炎の予防を図ります。

○ 周術期等口腔機能管理

医科と歯科が連携して、がん、脳卒中などに対する手術、心臓血管外科手術、臓器移植手術など、実施する患者の周術期（手術前後の時期）において口腔機能の管理を行うことをいい、術後感染などの合併症を予防する目的で行われます。がん等に対する放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者に対して行う口腔機能の管理も該当します。

○ 在宅療養支援歯科診療所

在宅で療養している患者に対し、口腔機能の管理や緊急時の対応等の研修を修了した常勤の歯科医師、歯科衛生士を配置し、歯科医療面から支援する診療所のことで、平成20(2008)年度の診療報酬改定において定義されました。

○ 口腔機能の育成

乳幼児期から学齢期においては、顎や顔面が発育する時期であり、この時期に健全な口腔機能（食べる・噛む・飲み込む・話すなどの機能）を獲得することをいいます。成人期以降においても良好な口腔機能を維持することにつながることから、近年、重要性が認識されるようになりました。安静時に口が開いている、食べ物を噛まずに丸飲みをしている、上手に発音できないなど、口腔機能の獲得に遅れが見られ、治療が必要な場合には、「口腔機能発達不全症」と診断され、保険診療の適応となります。

○ フッ化物の応用

むし歯予防を目的として、フッ化物洗口、フッ化物配合歯磨剤やフッ化物歯面塗布など、年齢や場面に応じて選択しながら活用することをいいます。

○ フッ化物歯面塗布

フッ化物を応用したむし歯予防法の一つです。フッ化物製剤を歯に塗布する、主に低年齢児に用いる方法です。

○ フッ化物洗口

フッ化物を応用したむし歯予防法の一つです。フッ化ナトリウム水溶液を口に含み、ぶくぶくうがいをする、小学校などの集団で用いられることが多い方法です。

○ オーラルフレイル

「歯の喪失や食べること、話すことに代表されるさまざまな機能の『軽微な衰え』が重複し、口の機能低下の危険性が増加しているが、改善も可能な状態」を指します。（令和6(2024)年4月1日 一般社団法人日本老年医学会・一般社団法人日本老年歯科医学会・一般社団法人日本サルコペニア・フレイル学会「オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント」より引用）

第3章 救急医療対策

【現状と課題】

現 状

1 救急医療体制の整備

(1) 第1次救急医療体制

- 令和8(2026)年10月1日現在、休日夜間診療所は医科が42か所、歯科が17か所設置されています(図3-①)。また、地区(医師会)単位でみると、医科では、休日夜間診療所設置が8地区、在宅当番医制実施が4地区、両制度併用が14地区、未実施が1地区となっています。
- 比較的軽症の患者が、まず最寄りの外来救急医療を担う医療機関に受診するよう、県民への啓発、周知を図るとともに、緊急性のない時間外受診の抑制についても周知する必要があります。

(2) 第2次救急医療体制

- 「救急病院等を定める省令」では、救急隊による常時の搬送先として、救急病院、救急診療所を告示することとなっています。
- 第1次救急医療を担う休日夜間診療所の後方病院として、入院又は緊急手術を要する救急患者の医療を担当する第2次救急医療施設が整備されています。第2次救急医療体制は、県内に15の広域2次救急医療圏域を設定し、広域2次救急医療圏域ごとに病院が輪番方式で対応する病院群輪番制により実施されています。(図3-②)
- 令和8(2026)年10月1日現在、85か所の医療機関が病院群輪番制に参加しています。また、このほかに、救命救急センターを設置している24病院の第3次救急医療機関のうち、広域2次救急医療圏域の事情により、19病院が輪番に参加して第2次救急医療体制の支援を行っています。

(3) 第3次救急医療体制

- 令和8(2026)年10月1日現在、救命救急センターを24か所指定し、第2次救急医療機関の後方病院として、脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷などにおける重篤救急患者の救命医療の確保のため、24時間体制で対応しています。
また、救命救急センターのうち、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者を受け入れる施設である高度救命救急センターを2か所指定しています。

なお、重篤な小児患者を24時間体制で受け

課 題

- 未実施地区については、地域の第2次救急医療機関と連携する必要があります。

- 日頃の病歴等健康状態を管理し、急病時に適切な指示が受けられるよう、「かかりつけ医」の定着を図ることが必要です。

- 広域2次救急医療圏域と2次医療圏域が整合しない地域がありますが、その見直しについては、救急搬送の問題等を踏まえ、検討する必要があります。

- 広域2次救急医療圏の事情により、第3次救急医療機関が病院群輪番制に参加し、第2次救急医療を担っている広域2次救急医療圏が13医療圏あります。この現状を踏まえて、第2次救急医療体制のあり方について検討する必要があります。

- 緊急性の高い疾患については、救命救急センター及びそれに相当する機能を有する高度救命救急医療機関が複数で機能別に対応し、緊急性の高くない疾患については、それ以外の入院救急医療機関で対応するなど、機能分化を一層推進することが必要です。

入れ、超急性期の医療を提供する施設である小児救命救急センターを平成 28(2016)年 3 月 30 日付けで 1 か所指定しています。(図 3-③)

- 厚生労働省が行う救命救急センター充実段階評価において、令和元(2019)年～令和 7(2025)年は、22 か所の救命救急センターが S 又は A と評価されています。

(4) 救命期後医療

- 救急医療機関（特に第 3 次救急医療機関）に搬入された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる医療機関の「出口の問題」が指摘されています。

(5) 母体救命救急体制

- 重篤な合併症（脳卒中、心筋梗塞等）を併発した妊産婦の救急患者については、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）が連絡を取りあって受入れをしています。

2 愛知県広域災害・救急医療情報システムの運営

- 昭和 56(1981)年 4 月に県内全域を対象とした愛知県救急医療情報システムを整備し、県民等に対し 24 時間体制で医療機関の案内業務を行っています。

平成 10(1998)年には、災害時に医療機関の被災情報を把握する広域災害医療情報システムを導入し、現在では、厚生労働省、他都道府県と連携して全国共通の災害医療情報等を収集する、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）により災害医療の情報収集機能の強化を図っています。

- 平成 16(2004)年 6 月からは、インターネット方式による新たなシステムを導入するとともに、現在では、5 か国語（英語、中国語、スペイン語、ポルトガル語、韓国語）による音声 FAX 自動案内を開始しています。
- 平成 21(2009)年 4 月末からは、救急隊が医療機関へ搬送した情報や、問合せしたものの受入れ不能であった情報を、当該救急隊が携帯電話を使って入力することにより、受入医療機関に関する情報を共有する救急搬送情報共有システム（ETIS）を全国で初めて運用開始しています。
- 令和元(2019)年 12 月からは、県民が現在受診可能な医療機関を検索できる Web サイト

- 救命救急センターの更なる機能強化・質の向上を図る取組の実施が望まれます。

- 急性期を乗り越えた患者が、より一層円滑に救急医療病床から一般病床や療養病床等への転床・転院できるよう、体制を構築する必要があります。

- 合併症を併発している妊産婦の受入れ体制の充実強化のため、救急医療と周産期医療の連携を図る必要があります。

- EMIS をより活用するため、消防機関との連携を一層図る必要があります。

「あいち救急医療ガイド」に外国語表示機能を追加し、4か国語（英語、中国語（繁体語・簡体語）、韓国語、ポルトガル語）による案内を開始しています。

3 ドクターヘリによる活動

- 平成 14(2002)年 1 月から、愛知医大病院高度救命救急センターにドクターヘリ（医師が同乗する救急専用ヘリコプター）を常駐させ、消防機関、医療機関等からの出動要請に基づき、救急医療の専門医・看護師が同乗して、救急現場に出動し、患者に高度な応急措置を行い、医療機関へ短時間で搬送を行うことで、救命率の向上を図っています。また、令和 6 (2024) 年 2 月から、藤田医大病院高度救命救急センターに 2 機目のドクターヘリを配備しています。
- 出動実績は、令和 5 (2023) 年度 388 件、令和 6 (2024) 年度 573 件、令和 7 (2025) 年度 554 件となっています。
- 令和 8 (2026) 年度 4 月から、岐阜県及び三重県とドクターヘリの相互応援に係る協定を締結しており、県域を越えた応需体制を構築しています。
- 「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に係る指針」への対応について、中部ブロック内で会議を行い、災害時における広域的な連携・協力体制の構築を図っています。

4 救急医療についての普及活動の実施

- 毎年、9 月 9 日を救急の日とし、9 月 9 日を含む 1 週間を救急医療週間として、全国的に各種行事が行われています。
- 愛知県では、9 月 9 日又はその前後の日に、県民に救急医療・救急業務に対する理解と協力を得るため、救急医療推進大会を開催し、救急医療・救急業務功労者の表彰を行っています。

5 病院前医療救護活動の充実強化

- 救急救命士の処置範囲の拡大を中心とした救急業務の高度化を推進するため、愛知県救急業務高度化推進協議会及び県内 7 地区にメディカルコントロール協議会を設置しています。
- 救急救命士を計画的に養成するとともに、常時指示体制の確立などメディカルコントロール体制の構築を図っています。
- 心肺停止者に対する自動体外式除細動器 (AED) の使用が医師などの資格を持たない一般県民にも認められていることから、県庁や多くの県民が利用する施設に設置されています。

- 新規の救急救命士を養成するとともに、高度な技術を維持するための再教育を進めていく必要があります。
- 医療機関で働く救急救命士においても、業務の質を担保する仕組みが必要となります。

6 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準

- 消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、平成23(2011)年12月に傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準を定めて運用しています。

救急隊は、この基準中の観察項目等を使用し、搬送先を決定します。また、受入先決定に多数回照会が必要な事案の多い手指切断例の事案では、テレトリアージという仕組みを活用し、より適切な搬送を目指しています。

- 近年、全国の多くの消防本部で課題と認識されている心肺蘇生を望まない傷病者への対応について、県内の全消防本部において対応方針が定められています。

7 新興感染症の発生・まん延時における体制

- 新興感染症発生・まん延時に、感染症患者受入れ専用の病床を確保しています。

- 新興感染症発生・まん延時に、救急外来の機能が制限されないよう、平時のうちから医療機関の役割分担を明確化にする必要があります。

【今後の方策】

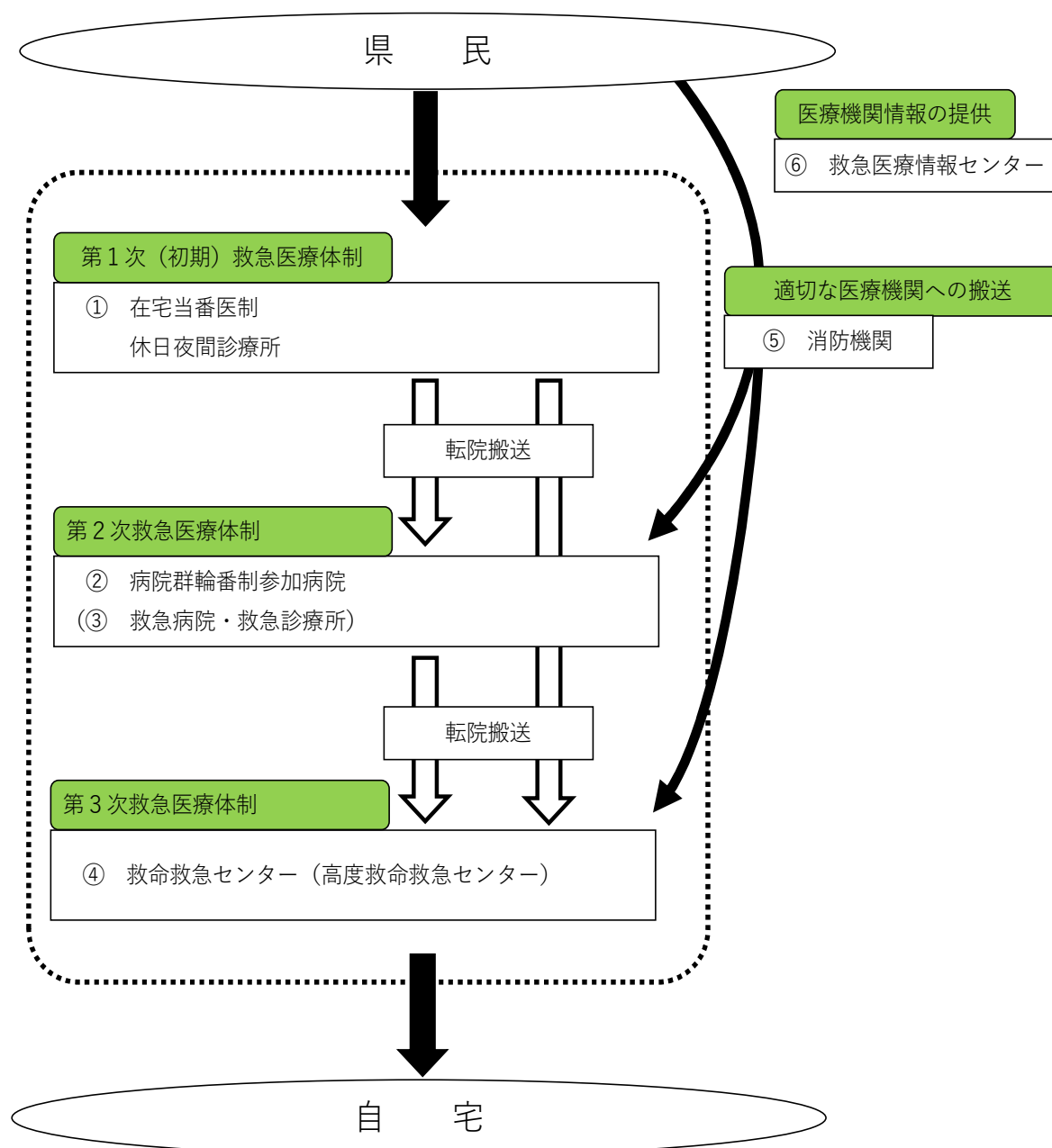
- 広域2次救急医療圏ごとに医療資源等の状況が異なるため、第3次救急医療機関の病院群輪番制の参加も含めて、地域の実情に応じた第2次救急医療体制の構築について検討を進めていきます。
- 救命救急センターの更なる機能強化・質の向上のための取組として、令和7(2025)年8月から本格運用している「重症外傷センター」の有効性を検証し、県内全域で円滑な運用が図られるよう検討を進めていきます。
- 合併症を併発している妊産婦の受入れ体制の充実強化のため、救急医療と周産期医療の連携を進めていきます。
- 救急医療の適正な利用を図るため、救急医療に関する診療所と病院の役割などについて、様々な場を通じ啓発をしていきます。
- 第1次から第3次までの救急医療体制それぞれの充実を図るとともに、適切な機能分担の推進を図っていきます。

【目標値】

重症者の救急搬送のうち、受入照会回数が4回以上のものの割合

0.7% (令和6(2024)年) ⇒ 維持 0.6% (令和3(2021)年)

【救急医療体制図】



【体制図の説明】

救急医療とは、通常の診療時間外（休日、夜間）及び緊急的に医療を必要とする者に医療を提供するもので、第1次、第2次、第3次と機能分担された救急医療体制を構築することとされています。

- ① 第1次（初期）救急医療体制とは、休日、夜間において、外来の救急患者への医療を提供する体制であり、休日夜間診療所又は在宅当番医制による医療提供体制が、市町村の広報等により周知されています。
- ② 第2次救急医療体制とは、救急隊及び第1次救急医療を担う医療機関からの要請に応え、入院又は緊急手術を要する救急患者に医療を提供する体制であり、病院群輪番制病院（休日、夜間に当番で診療に当たる病院）が救急患者を受け入れています。
- ③ 救急病院・救急診療所とは、救急病院等を定める省令に基づき、救急隊によって搬送される

傷病者への医療を担当する医療機関であり、一定の要件を満たし、かつ救急業務に協力する旨の申出があった場合に、知事が認定、告示しています。病院群輪番制に参加している医療機関と、参加していない医療機関があります。

- ④ 第3次救急医療体制とは、第2次救急医療体制では対応できない脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷、熱傷、小児の特殊診療などの重篤な救急患者に、24時間体制で高度な医療を総合的に提供する体制であり、救命救急センターが救急患者を受け入れています。
- ⑤ 消防機関は、傷病者の状態に応じて2次又は3次救急医療機関に受入れを要請し、搬送します。
- ⑥ 愛知県救急医療情報センターでは、県民等に対し、24時間体制で救急医療機関の案内業務を行っています。

※ 具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

用語の解説

○ 病院前医療救護活動（プレホスピタル・ケア）

救命率を向上させるため、傷病者を医療機関に搬送するまでの間に救護活動を実施することをいいます。

平成3（1991）年に救急救命士法が制定され、医師の指示の下に救急救命処置を行うことができる資格（救急救命士）が定められました。現在、実施範囲が拡大され、医師の指示の下、気管挿管、薬剤投与などの実施が認められています。

○ 自動体外式除細動器（AED：Automated External Defibrillators）

突然死は、しばしば心室細動という重症の不整脈により引き起こされます。心室細動は、筋肉がけいれんしたような状態で、その唯一の治療法は、電気ショックによる除細動です。

除細動が1分遅れるごとに7～10%生存率が低下するといわれています。その除細動を一般人でも安全に実施できる機器が自動体外式除細動器（AED）です。

○ テレトリアージ

平日9時～17時の時間帯に、救急隊が、手指切断患者の負傷状態を画像送信等により医療機関に情報提供し、搬送先や適切な処置等について助言指示を得るものです。愛知県内を3区分し、名大附属病院（名古屋地区）、愛知医大病院（尾張地区）、厚生連安城更生病院（三河地区）において実施されています。

図3-① 第1次救急医療体制図 (令和8(2026)年10月1日)

■第1次救急医療施設

救急医療体制の基盤として、傷病の初期及び急性期症状の医療を担当し、第2次救急医療機関への選別機能を持つ。各地域ごとに、休日夜間診療所及び在宅当番医制で対応する。

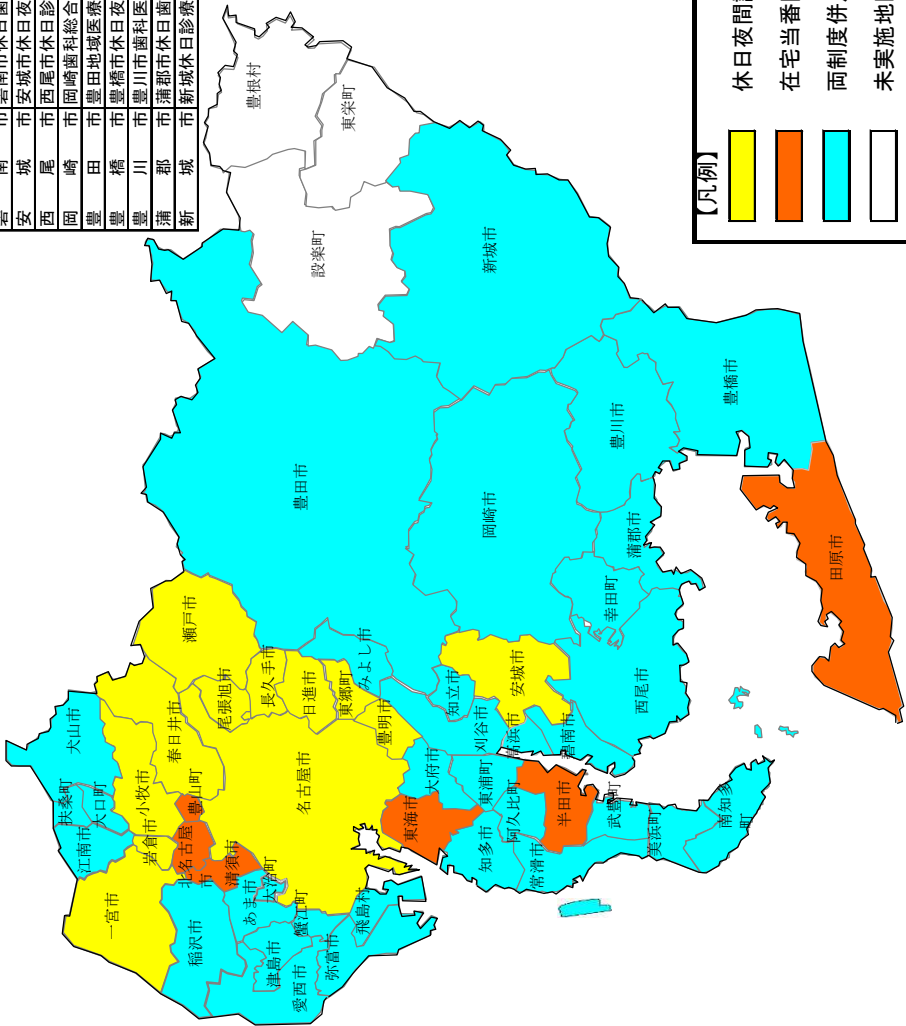
群市医師会名	休日夜間診療所一覽(医科)	42か所	診療所名	管轄市町村
※名古屋市	名古屋医師会千種区休日急病診療所・東部平日夜間急病診療所	名古屋市	千種区休日急病診療所	千種市
	昭和区休日急病診療所	昭和区	昭和区休日急病診療所	昭和町
	守山区	守山区	守山区休日急病診療所	守山区
	名東区	名東区	名東区休日急病診療所	名東市
	急病センター(眼科、耳鼻咽喉科)		急病センター(眼科、耳鼻咽喉科)	
	北区休日急病診療所	北区	北区休日急病診療所	北区
	瑞穂区	瑞穂区	瑞穂区休日急病診療所	瑞穂市
	南区休日急病診療所・南部平日夜間急病センター	南区	南区休日急病診療所・南部平日夜間急病センター	南区
	緑区休日急病診療所	緑区	緑区休日急病診療所	緑区
	天白区	天白区	天白区休日急病診療所	天白区
	中村区	中村区	中村区休日急病診療所	中村区
	熱田区	熱田区	熱田区休日急病診療所	熱田区
	中川区休日急病診療所・西部平日夜間急病センター	中川区	中川区休日急病診療所・西部平日夜間急病センター	中川区
	港区休日急病診療所	港区	港区休日急病診療所	港区
津島市	津島地区休日急病診療所	津島市	津島地区休日急病診療所	津島市
海部市	海部地区休日急病診療所	海部市	海部地区休日急病診療所	海部市
一宮市	一宮市休日急病診療所	一宮市	一宮市休日急病診療所	一宮市
稲沢市	稲沢市医師会休日急病診療所	稲沢市	稲沢市医師会休日急病診療所	稲沢市
西名古屋東部	西部休日急病診療所	清須市、北名古屋、豊山町	西部休日急病診療所	清須市、北名古屋、豊山町
尾山北	尾山北休日急病診療所	尾山北	尾山北休日急病診療所	尾山北
岩倉市	岩倉市休日急病診療所	岩倉市	岩倉市休日急病診療所	岩倉市
春日井市	春日井市休日急病診療所	春日井市	春日井市休日急病診療所	春日井市
小牧市	小牧市休日急病診療所	小牧市	小牧市休日急病診療所	小牧市
瀬戸旭	瀬戸旭休日急病診療所	瀬戸旭	瀬戸旭休日急病診療所	瀬戸旭
東名古屋	豊明市休日診療所	豊明市、尾張旭市、長久手市、東郷町	豊明市休日診療所	豊明市、尾張旭市、長久手市、東郷町
知多市	知多市休日診療所	常滑市、大府市、知多市、阿久比町、東浦町、南知多町、美浜町、武豊町	知多市休日診療所	常滑市、大府市、知多市、阿久比町、東浦町、南知多町、美浜町、武豊町
翠南市	翠南市休日診療所	翠南市	翠南市休日診療所	翠南市
刈谷市	刈谷市医師会休日診療所	刈谷市、知立市、高浜市	刈谷市医師会休日診療所	刈谷市、知立市、高浜市
安城市	安城市休日急病診療所	安城市	安城市休日急病診療所	安城市
西尾市	西尾市休日急病診療所・曙香科診療所	西尾市	西尾市休日急病診療所・曙香科診療所	西尾市
岡崎市	岡崎市医師会夜間急病診療所	岡崎市	岡崎市医師会夜間急病診療所	岡崎市
豊田加茂	豊田加茂医師会立休日救急内科診療所	豊田加茂	豊田加茂医師会立休日救急内科診療所	豊田加茂
豊橋市	豊橋市立南部休日救急内科診療所	豊橋市	豊橋市立南部休日救急内科診療所	豊橋市
豊川市	豊川市休日急病診療所	豊川市	豊川市休日急病診療所	豊川市
蒲郡市	蒲郡市休日急病診療所	蒲郡市	蒲郡市休日急病診療所	蒲郡市
新城市	新城市休日診療所	新城市	新城市休日診療所	新城市

注1：※は休日夜間診療所のみ実施。その他は、在宅当番医制と併用。
注2：西名古屋医師会、東海市医師会、半田市医師会及び田原市医師会には在宅当番医制を実施。
注3：北設楽郡医師会(設楽町・東栄町・豊根村)は未実施。

休日夜間診療所一覽(歯科)

17か所

所在地	診療所名
名古屋	名古屋北歯科保健医療センター
津島市	津島地区急病診療所
一宮市	一宮市口腔衛生センター
江南市	江南市休日急病診療所
春日井市	春日井市休日・平日夜間急病診療所
小牧市	小牧市休日急病診療所
半田市	半田市歯科医療センター
碧南市	碧南市休日歯科診療所
安城市	安城市休日夜間急病診療所
西尾市	西尾市休日診療・曙香者歯科診療所
岡崎市	岡崎歯科総合センター
豊田市	豊田地域医療センター
豊橋市	豊橋市休日夜間・曙香者歯科診療所
満洲市	満洲市休日歯科・障がい者歯科診療所
新城市	新城市休日診療所

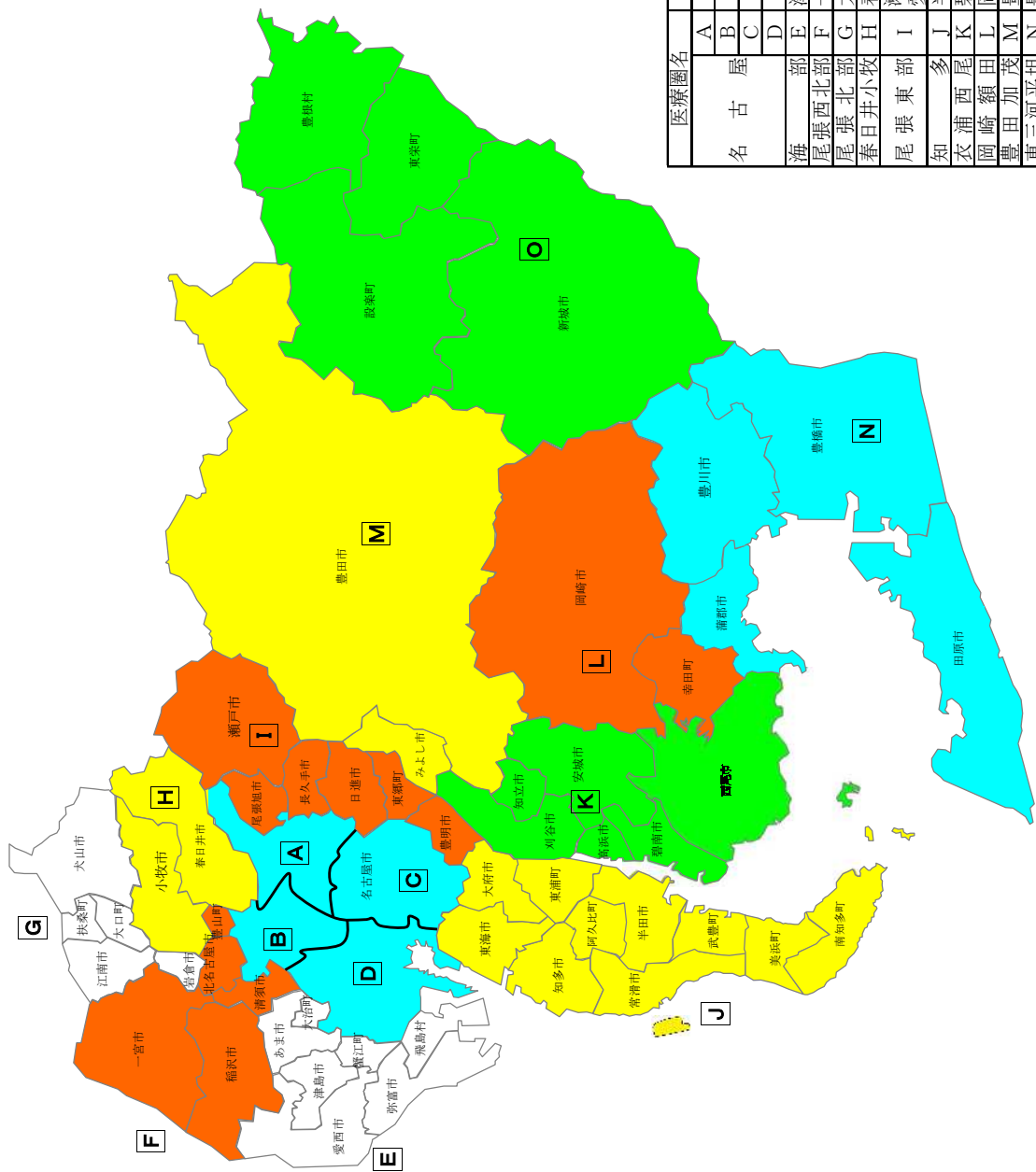


【凡例】

- 休日夜間診療所設置地区(8地区)
- 在宅当番医制実施地区(4地区)
- 両制度併用地区(14地区)
- 未実施地区(1地区)

※地区区分は地区医師会単位

図 3-② 第 2 次救急医療体制図（令和 8（2026）年 10 月 1 日）



■ 第 2 次救急医療施設

第 1 次救急医療機関の後方病院として、入院又は緊急手術を要する救急患者の医療を担当するもので、県内 15 の広域 2 次救急医療圏ごとに、いくつかの病院が共同連帯して輪番方式で対応する。

広域 2 次救急医療圏

医療圏名		区	域	運営開始年月日
名古屋	A	(千種区・昭和区・守山区・名東区)		S53. 10. 1
	B	(東区・北区・西区・中区)		
	C	(瑞穂区・南区・緑区・天白区)		
	D	(中村区・熱田区・中川区・港区)		
海部	E	津島市、愛西市、弥富市、あま市、海部郡		S54. 10. 1
尾張西北部	F	一宮市、稲沢市、清須市、北名古屋市、西春日井郡		S54. 4. 1
尾張北部	G	犬山市、江南市、岩倉市、丹羽郡		S55. 4. 1
春日井小牧	H	春日井市、小牧市		S54. 4. 1
尾張東部	I	瀬戸市、尾張旭市、豊明市、日進市、長久手市、愛知郡		S53. 4. 1
知多	J	半田市、常滑市、東海市、大府市、知多市、知多郡		S54. 4. 1
衣浦西尾	K	碧南市、刈谷市、安城市、西尾市、知立市、高浜市		S55. 4. 1
岡崎額田	L	岡崎市、額田郡		S53. 4. 1
豊田加茂	M	豊田市、みよし市		S55. 9. 1
東三河平岡	N	豊橋市、豊川市、蒲郡市、田原市		S56. 4. 1
東三河山間	O	新城市、北設楽郡		S56. 1. 1

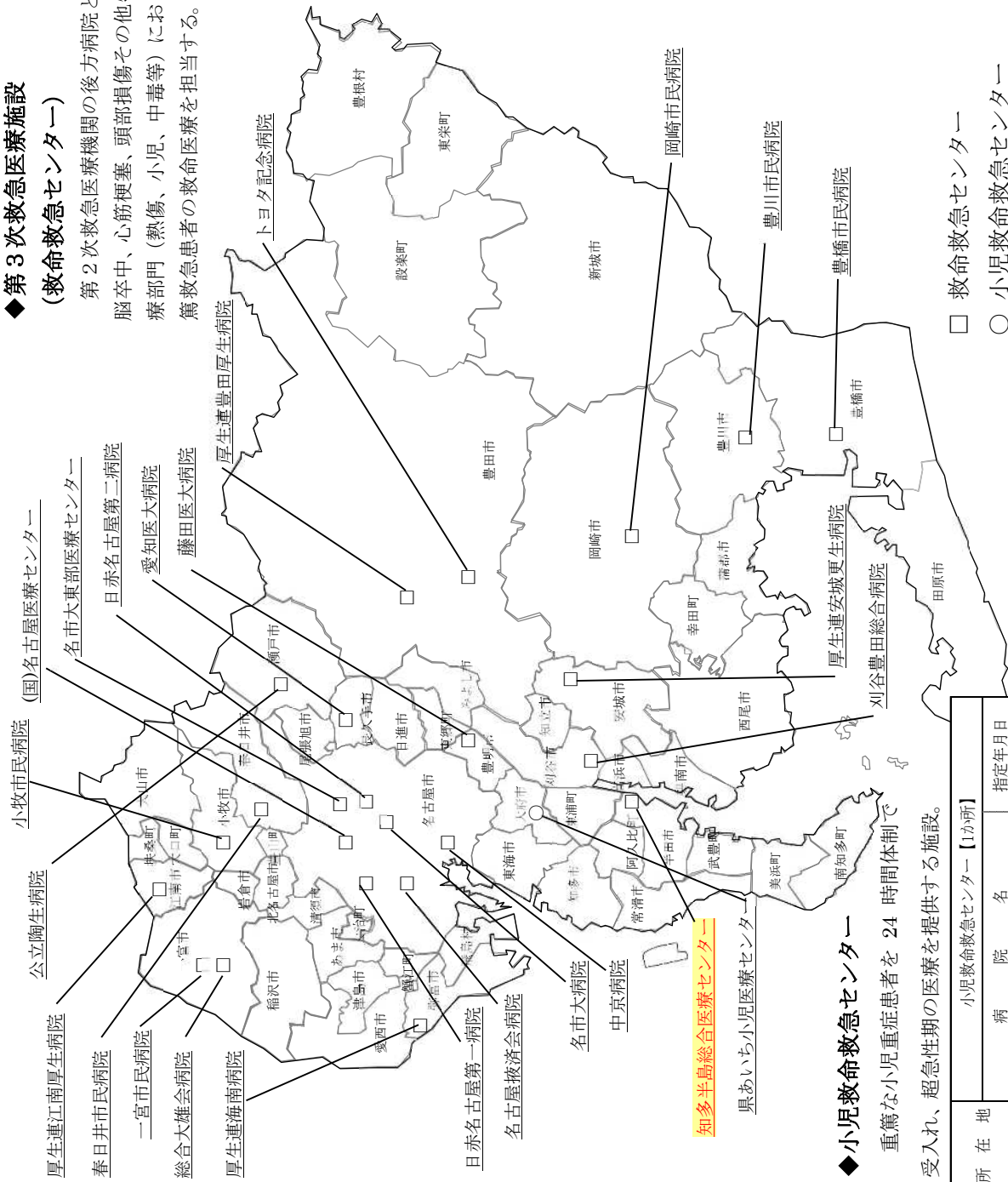
図 3-③ 第3次救急医療体制図（令和8（2026）年10月1日）

◆第3次救急医療施設
（救命救急センター）

◆高度救命救急センター

第3次救急医療施設のうち、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する高度な救命医療を担当する。

第2次救急医療機関の後方病院として、脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷その他特殊診療部門（熱傷、小児、中毒等）における重篤救急患者の救命医療を担当する。



◆小児救命救急センター

重篤な小児重症患者を24時間体制で受入れ、超急性期の医療を提供する施設。

所在地	小児救命救急センター【1か所】		指定年月日
	病	院 名	
大府市	県あいいち小児医療センター		H28.3.30

□ 救命救急センター

○ 小児救命救急センター

2次医療圏	救命救急センター【24か所】		指定年月日
	病院名		
名古屋・尾張中部	名古屋掖済会病院【中川区】		S53.5.23
	(国)名古屋医療センター【中区】		S54.6.1
	日赤名古屋第二病院【昭和区】		S59.4.1
	中京病院【南区】		H15.4.1
	日赤名古屋第一病院【中村区】		H15.5.1
海部	名古屋市大病院【瑞穂区】		H23.4.1
	名古屋市大東部医療センター【千種区】		R3.4.1
	厚生連海部南病院【弥富市】		H25.9.1
	総合大雄会病院【一宮市】		H22.4.1
	一宮市民病院【一宮市】		H22.5.1
尾張西部	藤田医大病院【豊明市】		S54.4.5
	(注1)R3.4.1		(注1)R3.4.1
	愛知医大病院【長久手市】		S54.7.1
	(注1)H8.3.28		(注1)H8.3.28
	公立陶生病院【瀬戸市】		H26.1.1
尾張北部	小牧市民病院【小牧市】		H3.4.1
	春日井市民病院【春日井市】		H27.10.1
	厚生連江南厚生病院【江南市】		H27.10.1
	知多半島総合医療センター【半田市】		R7.4.1
	厚生連豊田厚生病院【豊田市】		H20.1.1
知多半島	トヨタ記念病院【豊田市】		H23.4.1
	岡崎市民病院【岡崎市】		S56.4.1
	厚生連安城更生病院【安城市】		H14.5.1
	刈谷豊田総合病院【刈谷市】		H23.4.1
	—		—
西三河北部	豊橋市民病院【豊橋市】		S56.4.8
	豊川市民病院【豊川市】		R1.12.1
	—		—
	—		—
	—		—

注1 高度救命救急センター指定

第4章 災害医療対策

【現状と課題】

現 状

1 平常時における対策

- 南海トラフ地震等の大規模災害に備え、愛知県地域防災計画（地震災害対策計画、風水害等災害対策計画）を策定しています。
- 大規模災害時において医療に関する調整を担う災害医療コーディネーターとして、全県域を対象に調整を行う本部災害医療コーディネーターと、2次医療圏等の単位で地域の医療に関する調整を担う地域災害医療コーディネーターを任命しています。
- 災害医療コーディネーターをサポートするため、災害薬事コーディネーター、災害看護コーディネーター並びに小児周産期医療及び透析医療に係るリエゾンを任命しています。
- 大規模災害時には、県災害対策本部の下に、県保健医療調整本部を置き、その下にDMAT（災害派遣医療チーム）調整本部、DPAT（災害派遣精神医療チーム）調整本部、医療救護班等の派遣調整等を行う医療調整本部及び公衆衛生支援本部を迅速に設置することとし、平時から体制強化に努めています。
- 地域においては、2次医療圏等の単位で保健医療調整会議を保健所が設置することとし、平時から地域の課題等について検討し、体制強化に努めています。

課 題

- 愛知県地域防災計画に定める医療救護活動については、大規模災害時等における対応状況や県の総合防災訓練等の結果を基に、必要に応じて見直すことが必要です。
- 災害医療コーディネーターを中心とした、関係機関による連携体制の強化を図るとともに、災害医療コーディネーター間で、平常時からの連携体制を構築する必要があります。
- 災害医療コーディネーターの配置を進めるとともに、訓練への参加や研修の受講を推進する必要があります。
- 災害薬事コーディネーター、災害看護コーディネーター及びリエゾンは、災害医療コーディネーターとの連携強化を図る必要があります。
- 県保健医療調整本部は、各種保健医療活動チーム（災害派遣医療チーム（DMAT）、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、全日本医療支援班（AMAT）、日本災害歯科支援チーム（JDAT）、薬剤師チーム、看護師チーム、災害支援ナース、保健師チーム、管理栄養士チーム、日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）、災害派遣精神医療チーム（DPAT）、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）及び日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT））等との連絡及び情報連携を行うための連絡窓口を設置し、災害時における保健医療活動の総合調整を行い、多職種連携を進める必要があります。
- 大規模災害に備え、保健医療調整本部や保健医療調整会議を迅速に設置するとともに、長期間にわたりその機能を維持するためのマニュアルを、業務継続計画（BCP）の考え方に基づいて策定しておく必要があります。

- 災害時に多発する重症患者の救命医療を行うための高度な診療機能、被災地からの重症患者の受入れ機能、DMATの派遣機能等を有し、災害時の医療救護活動の拠点となる災害拠点病院を、広域二次救急医療圏ごとに複数設置しています。
令和8(2026)年4月1日現在、県内に40か所を指定し、88チームの日本DMATを編成可能です。(図4-①、表4-1)
- 災害時における精神科医療体制を提供する上で中心的な役割を担う災害拠点精神科病院を、令和8(2026)年3月末現在、2病院指定しています。
- DPATについては、令和8(2026)年4月1日現在、県内で24チームが編成可能です。
- DMAT・DPATは、災害時のみならず、新興感染症のまん延時にクラスターが発生した施設等における感染制御等の活動を行います。
- 県内の災害拠点病院及び災害拠点精神科病院において、全ての建物に耐震改修を行っている病院が92.1%、浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在し、何らかの浸水対策を実施している病院が83.3%となっています。
- 災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院においても、災害時に主に中等症者の受入れ及び治療機能を担うなど、災害時の円滑な医療提供体制を構築するため、その機能に応じて役割を分担します。
- 県内の災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院では、全ての建物に耐震改修を行っている病院が78.0%、浸水想定区域に所在し、何らかの浸水対策を実施している病院が75.5%となっています。
- 大規模災害時の航空医療搬送拠点として、県営名古屋空港を位置付け、航空搬送拠点臨時医療施設(SCU)を設置することとしています。
また、被害の大きい地域には、重症患者を災害拠点病院やSCU等に搬送するための拠点として、前線型SCUを設置することとしています。
令和4(2022)年度に実施した大規模地震時医療活動訓練において、SCUの運用方法について整理しています。
- 病院に対して、自ら被災することを想定してBCPを策定するよう指導しています。な
- 大規模災害時に災害拠点病院がその機能や地域における役割を発揮できるよう、全ての施設の耐震化を図るとともに、DMATの養成及び質の向上を図っていく必要があります。
- DPATの養成及び質の向上を図るとともに、災害拠点精神科病院の拡充により、災害時における精神科医療提供体制を強化することが必要です。
- DMAT・DPAT等の派遣及び活動の円滑化に向けて、派遣や研修・訓練への参加がしやすくなるよう、仕組みを明確にする必要があります。
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や、自家発電機等の電気設備の高所移設、排水ポンプの設置等による浸水対策を講じる必要があります。
- 災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院が、災害時における役割を果たすことができるよう、取組を促す必要があります。
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する県内の災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外のその他の医療機関は、浸水対策を講じるよう努める必要があります。
- 前線型SCUの設置場所及びその機能について、検討を進める必要があります。
- 災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院においても、被災後、早期に診

お、災害拠点病院及び災害拠点精神科病院においては、全てBCPを整備し、訓練等が実施されています。

一方、災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院におけるBCP策定率は、令和8(2026)年3月末現在で72.5%となっています。

- 大規模災害に備え、病院に対して耐震性の強化を指導しています。
- 公衆衛生支援本部は、全県域を対象とした公衆衛生活動のマネジメント及びロジスティクス等に関することを行っています。
- 災害時の情報収集システムは、全国の都道府県と連携して厚生労働省が運営する、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）により構築されています。

県内すべての病院がEMISに登録されており災害時には被災情報の入力を行います。また、平時における施設の基本情報の入力率は、79.5%となっています。

- 災害時の医療救護体制を確保するため、愛知県医師会、愛知県病院協会、愛知県歯科医師会、愛知県薬剤師会、愛知県看護協会、愛知県柔道整復師会、愛知県鍼灸マッサージ師会及び日本赤十字社愛知県支部と医療救護等に関する協定を締結しています。

また、中部9県1市による災害時の相互協力体制に関する協定を締結しています。

- 平成8(1996)年4月から、大規模災害時に不足し供給が困難となることが予測される医療救護活動に必要な医薬品及び衛生材料について備蓄を行い、県内全域の広域的な医薬品等の供給体制を整備しています。(令和8年(2026)年4月現在、医薬品は30分類(67品目)を10か所、医療機器は2分類(11品目)を10か所、衛生材料は11分類(38品目)を5か所において備蓄)

また、医療用ガス、歯科用品については、関係団体と供給協定を締結しています。

さらに、より幅広い種類の医薬品等を災害時に速やかに供給できるよう、平成25年(2013)年8月に愛知県医薬品卸協同組合、中部衛生材料協同組合、愛知県医療機器販売協会と併給協定を締結しています。

- 県は、大規模災害に備え、平常時から災害直後、復旧・復興期までの保健師の活動を示した「愛知県災害時保健師活動マニュアル」について、近年の地震・風水害による派遣経験等を踏まえ、令和3(2021)年3月に改訂し

療機能を回復できるよう、BCPの整備に努める必要があります。加えて、自家発電機の整備や燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を推進し、その機能や地域における役割に応じた医療提供体制を検討していく必要があります。

- 大規模災害時の被害を減らすため、病院の耐震化を推進していく必要があります。

- 大規模災害時に県内病院の状況を的確に把握できるよう、自施設の情報と自らの被災情報を発信できる体制を構築する必要があります。

- 協定内容を必要に応じて見直す必要があります。

- 訓練等を通じて備蓄医薬品の随時見直しが必要です。

- 医療機関において医薬品の備蓄を進める一方、市町村においても備蓄に努めることが必要です。

- 県は、「愛知県災害時保健師活動マニュアル(改訂版)」を必要に応じて見直し

- 市町村は、各市町村の防災計画の中で災害直後からの健康問題への保健活動の役

ています。また、保健所・市町村による地域特性に応じた「災害時保健活動マニュアル」の作成や、不測の事態に備えるための図上演習等の研修の開催など、災害時保健活動の体制整備を図っています。

2-1 発災時対策

【発災直後から72時間程度まで】

- 被災地からの医療救護支援要請に対応するため、災害医療コーディネーター、災害薬事コーディネーター、**災害看護コーディネーター及びリエゾン（小児周産期・透析）**等を参集し、県災害対策本部の下に県保健医療調整本部を設置します。
- 県保健医療調整本部の下に、県内で活動する全てのDMATを指揮・統括するDMAT調整本部、全県的な医療に関する調整を行う医療調整本部、全てのDPATを指揮・統括するDPAT調整本部、DHEATを始めとする全県的な公衆衛生活動に関する調整を行う公衆衛生支援本部を設置します。
- DMAT調整本部は、被害状況に応じて中核となる災害拠点病院等内にDMATを指揮・調整する機能を有するDMAT活動拠点本部を設置します。
- DMAT調整本部は、統括DMAT登録者が率いるDMATを県営名古屋空港に派遣し、SCUを設置するとともに、全国から参集するDMATの受入れ体制を整備します。
- DPAT調整本部は、被災状況に応じて、DPAT派遣要請を行うとともに、参集するDPATの受入れ体制を整備します。
- DPAT調整本部は、被害状況に応じて、DPATを指揮・調整するDPAT活動拠点本部を設置します。
- 病院が被災して入院患者の転院搬送が必要となった場合、DMAT又はDPATを中心に支援活動を行うこととしております。
- 2次医療圏等ごとに保健所が保健医療調整会議を迅速に設置し、関係機関と連携して病院の被災状況等の情報収集を行うとともに、市町村と連携して必要な支援の情報収集と医療資源の調整を行います。
- 災害拠点病院は、災害時の医療救護活動の拠点となって重症患者の救命医療に対応するとともに、広域及び地域医療搬送に伴う患者の受入れ及び搬出に対応します。
- 災害拠点精神科病院は、災害時における精神科医療を継続して提供する病院として、災

割を検討し、平常時から体制を整備しておく必要があります。

- 県と市町村は、保健所を中心に連携し、特に災害発生後の中長期における対応を検討しておく必要があります。

- 発災時に被災状況等の情報収集が速やかに行われるよう、平時から訓練を実施するなど病院関係者との連携を強化する必要があります。

- DMAT・SCU本部及びDMAT参集拠点の設置体制の整備が必要です。
- DMAT活動拠点本部の設置・運営体制と管理下の災害拠点病院との連携体制の整備が必要です。

- DPAT調整本部及びDPAT活動拠点本部と、災害拠点精神科病院との連携体制の整備が必要です。

- 病院の入院患者の転院搬送や受入れ等を円滑に行うことができるよう、関係機関との連携体制について検討していく必要があります。

害時に精神科医療の必要な患者の受入れ搬出に対応します。

2-2 発災時対策

【発災後おおむね72時間から5日間程度まで】

- 県保健医療調整本部において、全国から参集する医療救護班を各保健医療調整会議に派遣するための調整を行います。
保健医療調整会議は、派遣された医療救護班の配置調整を行います。
- DPAT活動拠点本部は、保健医療調整会議と連携して、派遣されたDPATの指揮・調整を行います。
- 医療救護班は、保健医療調整会議において割り当てられた医療機関、医療救護所及び避難所において、医療救護活動を行います。
- 県及び市町村の保健師は、連携・協力して、保健活動を開始します。
- 県及び市町村は、連携・協力して、主に避難所における災害時要配慮者や被災住民への健康相談、歯科保健相談、精神保健福祉相談、栄養指導等の保健活動を推進するための人的・物的確保を行います。また、医療ボランティアの受入れを行います。

2-3 発災時対策

【発生後おおむね5日目程度以降】

(1) 保健医療対策

- 県保健医療調整本部において、医療救護班等の医療チームやDPAT、保健師チーム等の派遣調整を行います。また、保健医療調整会議やDPAT活動拠点本部において、それらの配置調整を行います。
- 医療救護所や避難所における医療救護活動に加えて、保健活動やDPATによる相談・支援者支援等の活動を行います。
- 公衆衛生支援本部において、DHEATを始めとする支援の要請及び受入れ等の派遣調整を行います。

(2) 防疫対策

- 災害発生時には、被災地において感染症がまん延しないように、感染症発生状況やその兆候等の把握及び防疫活動状況等の把握を行います。

- DMATから医療救護班による医療救護活動に切り替えていく時期であるため、DMATから医療を切れ目なく医療救護班に引き継ぐことが必要です。
- 避難所、医療救護所の運営状況を把握できるよう、EMISの活用について、市町村と連携していく必要があります。
- 迅速に保健活動が行えるよう、平時からの演習実習等、体制整備に向けた取組が必要です。
- 災害時要配慮者に係る情報の把握、共有及び安否確認等の円滑な実施には、自主防災組織や民生委員・児童委員等を含めた関係機関との連携が必要です。
- 保健医療調整会議は、医療及び公衆衛生が円滑に連携できるよう、パイプ役としての機能強化が必要です。
- 被災地域の医療機関の復旧支援が必要です。
- 保健医療調整会議において、チームを統括する体制が必要です。
- 各チームにおける通信手段の確保が必要です。
- 災害に応じた防疫活動がいずれの被災地においても効果的に行われるよう、市町村と保健所との連携体制を構築する必要があります。
- 局地的な事故災害発生時におけるDMATの派遣については、消防機関と連携し

た初動体制について検討していく必要があります。

(3) 食品衛生対策

- 救援物資集積所等の把握及び避難所等で食中毒発生防止に必要な食品衛生対策を行います。

また、被災した食品関係営業施設に対して、営業再開時における助言・指導を行います。

3 危機管理対応

- 航空機事故、鉄道事故、高速道路等における多重交通事故等、局地的な事故災害発生時には、現場の要請に応じて、直ちにDMAT派遣を要請します。

また、必要に応じて、被災者及び家族への心のケアとしてDPAT派遣を要請します。

【今後の方策】

- 全ての災害拠点病院及び災害拠点精神科病院において、施設の耐震化、自家発電装置の整備、衛星携帯電話等通信手段の確保、診療に必要な水及び飲料水等の確保等、災害時における中心的な役割を果たすために必要な機能の充実・強化を図ります。
- 災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院においても、被災後、早期に診療機能を回復できるよう、実効性の高いBCPの整備や、自家発電機の整備や燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を推進し、その機能や地域における役割に応じた医療提供体制を確立します。
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院及び災害拠点病院以外の病院について、止水板等の設置による止水対策を含む浸水対策を進めます。
- 災害時における医療の確保を図るため、災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の医療施設についても耐震化を推進するとともに、施設、設備の充実及び機能の強化を図ります。
- 大規模災害時に県内病院の状況を的確に把握できるよう、全ての病院に対してEMISへの参加登録及び利用を促進し、平時においては、施設情報の入力により自施設の脆弱性の見える化を図るとともに、発災時には、自らの被災情報を発信できるよう備え、自助・公助の効率化を図ります。
- 南海トラフ地震等の大規模災害発生時には、県保健医療調整本部及び保健医療調整会議（2次医療圏等）において、コーディネーター機能が十分に発揮できるよう、災害医療コーディネーター、災害薬事コーディネーター、災害看護コーディネーター、リエゾン（小児周産期・透析）、県医師会等関係団体及び自衛隊等関係機関との連携体制の充実・強化を図ります。
- 災害医療コーディネーター、災害薬事コーディネーター、災害看護コーディネーター、リエゾン（小児周産期・透析）、県医師会等関係団体及び自衛隊等関係機関が連携して、南海トラフ地震を想定した訓練を定期的実施するとともに、訓練結果の検証を基に医療救護活動計画を見直すなど、災害に備えた体制の充実・強化を図ります。
- 関係機関と連携し、医療救護活動に従事する専門家育成のための研修を開催します。
- 保健所・DHEAT、各種保健医療活動チームとの連絡及び情報連携を行うための連絡窓口を設置し、災害時における保健医療福祉活動の総合調整を行い、多職種連携を進めます。
- 大規模災害発生時には、迅速に対応できるよう初動体制の確立を図るとともに、被災者に対する医療、保健、福祉を長期にわたって提供できる医療体制の確立を図ります。
- 必要に応じて既存の「愛知県災害時保健師活動マニュアル（改訂版）」を改訂します。
- 保健所における災害時の対応力の強化を図ります。

- 災害拠点病院及び災害拠点精神科病院において、BCPがより充実するよう指導していくとともに、これら以外の病院においても、被災後、早期に診療機能を回復できるよう、BCPの作成を促進します。
- 災害時には病院がEMISを迅速かつ適切に操作できるよう、定期的な訓練を実施していくとともに、医療救護所の活動状況等についてEMISを活用して把握できるよう、市町村、愛知県医師会等の関係団体との連携体制を確立していきます。
- 大規模災害に備えて、医薬品等の備蓄の充実を図るとともに、災害時の医薬品卸売販売業者等による流通の支援体制等、災害時における医薬品の供給体制の充実を図ります。
- DPATの養成及び質の向上を図るとともに、災害拠点精神科病院の拡充により、災害時における精神科医療提供体制の充実を図ります。

【目標値】

- 災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院における業務継続計画（BCP）の策定率

72.5% ⇒ 80%
(令和7(2025)年度)

- 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合

73.7% ⇒ 100%
(令和6(2024)年度)

- 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の操作担当者の指定をしている病院の割合

84.2% ⇒ 100%
(令和6(2024)年度)

用語の解説

○災害拠点病院

重症患者の救命医療を担う高度な診療機能、受入れ機能、広域搬送機能、自己完結型の医療チームの派遣機能、医療資器材の貸出機能を有するほか、機能性の高い自家発電装置や衛星電話等の充実した通信機器等を保有し、災害時において医療を継続して提供するための拠点となる病院です。

○ 災害拠点精神科病院

災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神科医療を行うための診療機能やD P A T派遣機能を有するほか、患者の一時的避難に対応できる場所や重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有し、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病院です。

○ 災害医療コーディネーター

県が任命する救急医療・災害医療に精通した医師で、医療ニーズに比して圧倒的に提供可能な医療資源が少ないことが想定される災害時において、的確に医療ニーズを把握し、被災状況や緊急性等を踏まえて医療を提供していくための分析や調整を行う上での中心的な役割を担います。

○ 災害薬事コーディネーター

県が任命する災害薬事に精通した薬剤師で、保健医療調整本部において被災地域からの医薬品等に関する要請や医療救護活動に従事する薬剤師の配置調整などを行うことで災害医療コーディネーターをサポートします。

○ リエゾン

県が任命する小児周産期・透析医療に精通した医師で、保健医療調整本部において、的確に医療ニーズを把握し、被災状況や緊急性等を踏まえて医療を提供していくための分析や調整を行う役割を担います。

○ 広域災害・救急医療情報システム（E M I S : Emergency Medical Information System）

大規模な災害や事故に備え、インターネットを利用して医療機関の情報を収集・発信し、活用できるよう、厚生労働省が中心となって、全国の都道府県と連携して運営しているシステムであり、災害時における迅速な医療活動において重要な役割を果たします。

○ 航空搬送拠点臨時医療施設（S C U : Staging Care Unit）

災害時において、重症患者を県外の災害拠点病院に搬送するための航空搬送拠点であり、患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所です。（県営名古屋空港）

○ 前線型S C U

甚大な被害を受けた地域の重症患者をS C Uや被災地域外の災害拠点病院に搬送するための航空搬送拠点であり、患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所です。

○ 災害派遣医療チーム（D M A T : Disaster Medical Assistance Team）

災害急性期（概ね48時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた災害派遣医療チームです。

愛知D M A T

- ・日本D M A T……厚生労働省主催の専門研修を修了した者により編成され、全国で活動できるチーム
- ・ローカルD M A T…県主催の専門研修を修了した者により編成され、県内のみで活動できるチーム

○ 災害派遣精神医療チーム（D P A T : Disaster Psychiatric Assistance Team）

被災地での精神科医療の提供、精神保健活動への専門的支援、被災した医療機関への専門的支援、支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援等を行う専門チームです。

○ 災害時保健活動マニュアル

被災住民の健康回復への支援・生活再生への支援に向けて、災害時、保健師が迅速・的確に活動を行うための指針です。

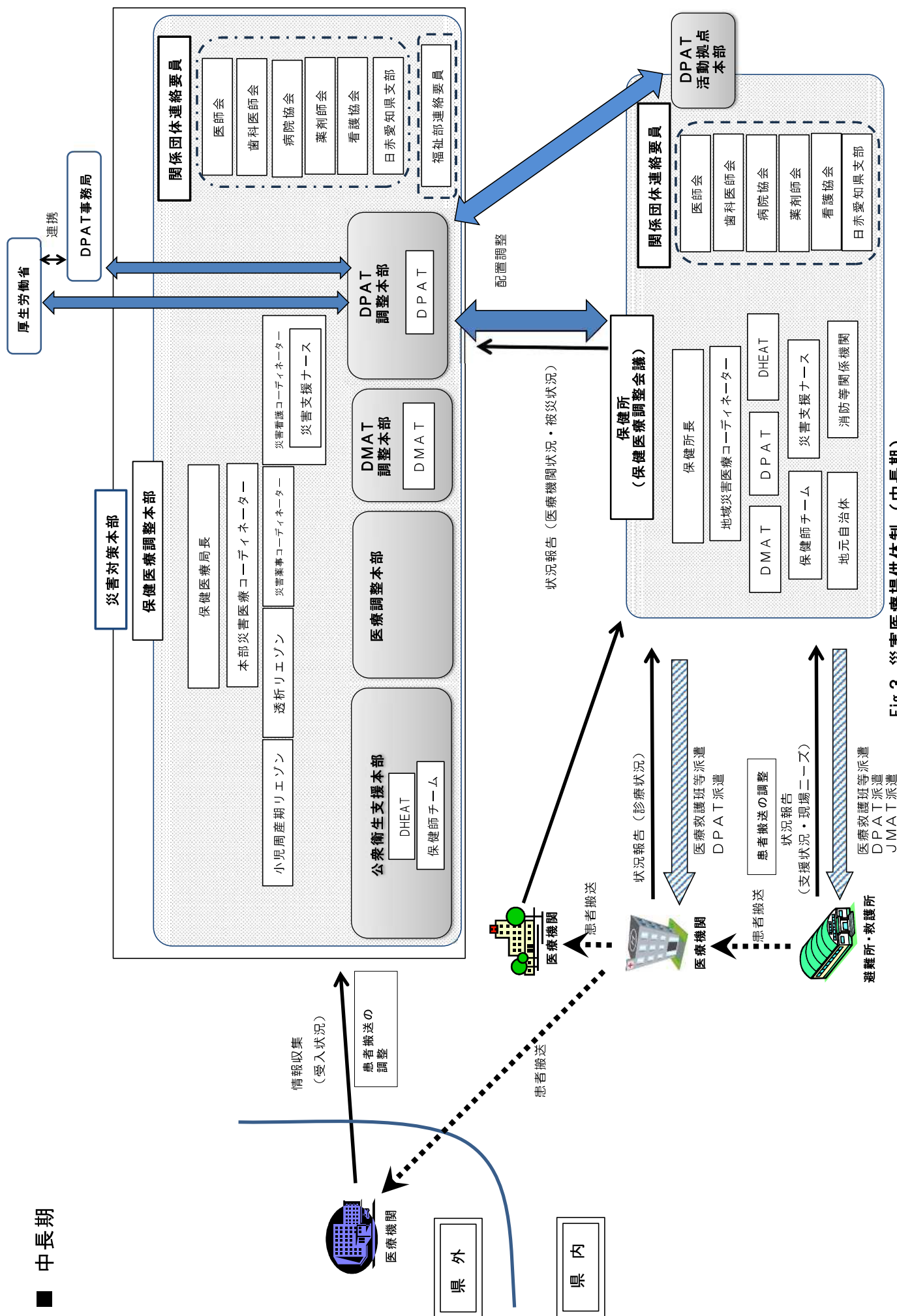


Fig.3 災害医療提供体制（中長期）

【体系図の説明】

- 災害発災時に、災害対策本部の下に、全県的な災害医療の調整機能を担う保健医療調整本部を設置します。また、2次医療圏等ごとの保健所に、地域の医療に関する調整を担う保健医療調整会議を設置します。

なお、災害には、地震、風水害、火山災害、雪害等の自然災害から、海上災害、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模な事故による災害（事故災害）に至るまで様々な種類があります。
- 保健医療調整本部及び保健医療調整会議は、連携して医療機関の被災状況や避難所等の医療ニーズの把握・分析を行い、医療チームの配置や患者搬送、医薬品の供給等の調整を行います。

また、福祉分野と相互に情報共有を図るため、連絡要員を配置することで大規模災害時における避難者・要配慮者等の支援を行う体制を組織横断的に確保します。
- 都道府県等への保健医療活動チームの派遣要請や受入れ、県全域の医薬品等の調達は、保健医療調整本部において行い、地域における保健医療活動チームの配置や医薬品等の配分調整は、保健医療調整会議において行います。
- 災害発生直後における医療救護活動は、DMATによる活動が中心となり、DMAT調整本部が、県内で活動する全てのDMATを統制します。

また、DMAT調整本部は、必要に応じてDMAT活動拠点本部やDMAT・SCU本部を設置します。
- 災害発生時における精神科医療機関の支援、被災者の心のケア活動等は、DPATが中心となって行います。DPAT調整本部は、県内で活動する全てのDPATを統制します。
- 災害発生後、時間の経過とともに、DMATによる活動から次第に医療救護班等による活動が中心となります。また、災害発生直後は重症患者等への緊急医療が中心となりますが、次第に救護所や避難所での慢性期医療や、中長期では健康指導や医療機関の復旧支援等が中心となります。

図4-① 災害拠点病院等指定状況 (令和8(2026)年4月1日)

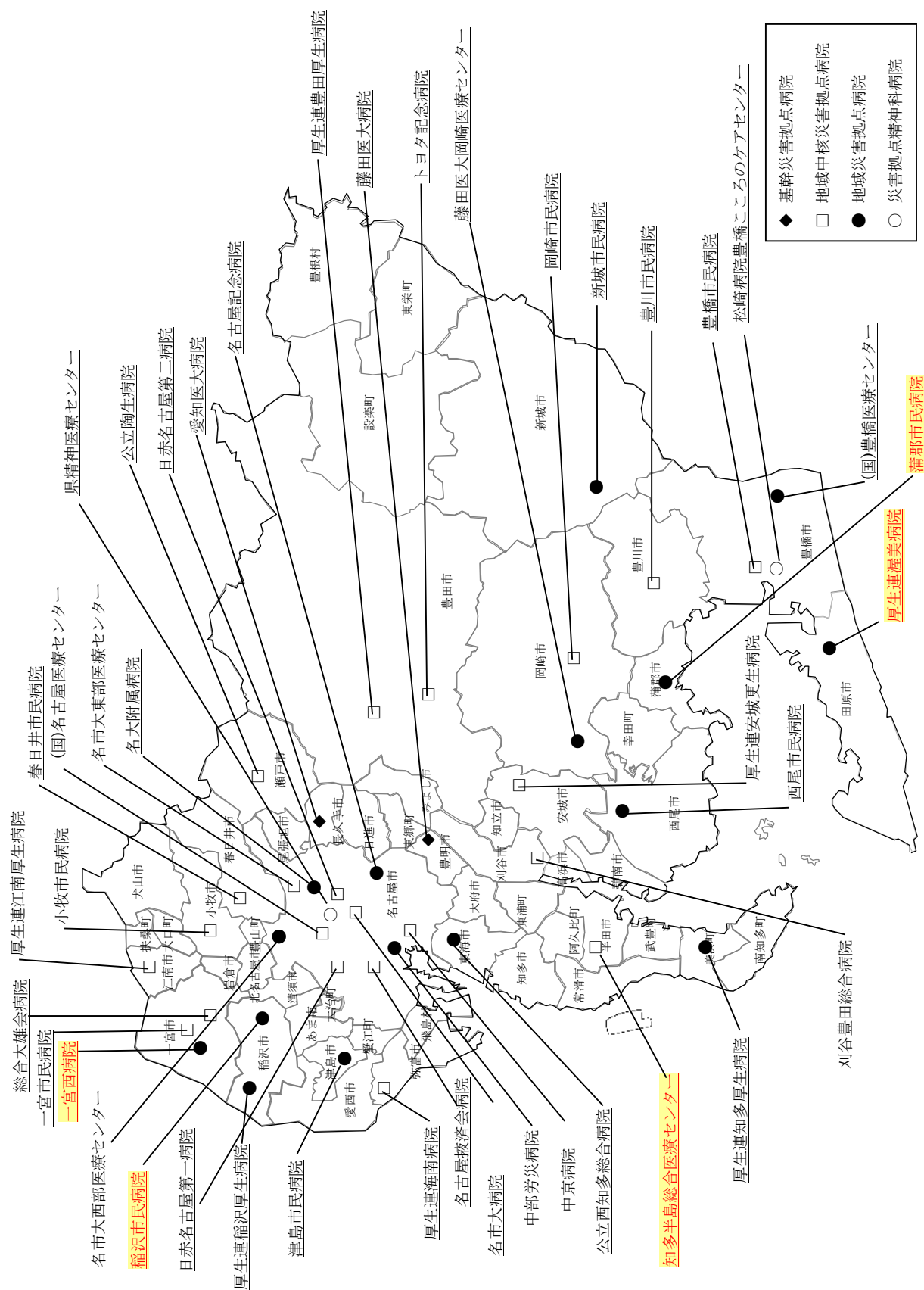


表4-1 災害拠点病院(令和8(2026)年4月1日現在)

※ 最新の医療機関名につきましては、別表をご覧ください。

所在地	病院名	種類	指定年月日
昭和区	日赤名古屋第二病院	中核	地域：平成8年11月26日 中核：平成19年3月31日
	名大附属病院		地域：平成19年3月31日
千種区	名市大東部医療センター	中核	地域：平成19年3月31日 中核：平成30年2月1日
北区	名市大西部医療センター	地域	平成24年3月31日
中区	(国)名古屋医療センター	中核	地域：平成8年11月26日 中核：平成19年3月31日
南区	中京病院	中核	地域：平成8年11月26日 中核：平成19年3月31日
瑞穂区	名市大病院	中核	地域：平成19年3月31日 中核：平成23年4月1日
天白区	名古屋記念病院	地域	平成19年3月31日
中村区	日赤名古屋第一病院	中核	地域：平成8年11月26日 中核：平成19年3月31日
中川区	名古屋掖済会病院	中核	地域：平成8年11月26日 中核：平成19年3月31日
港区	中部労災病院	地域	平成19年3月31日
弥富市	厚生連海南病院	中核	地域：平成15年4月1日 中核：平成25年9月1日
津島市	津島市民病院	地域	平成19年3月31日
一宮市	一宮市民病院	中核	地域：平成19年3月31日 中核：平成22年5月1日
	総合大雄会病院	中核	地域：平成19年3月31日 中核：平成22年4月1日
	一宮西病院	地域	令和8年4月1日
稲沢市	厚生連稲沢厚生病院	地域	平成21年4月1日
	稲沢市民病院	地域	令和6年4月1日
春日井市	春日井市民病院	中核	地域：平成22年3月31日 中核：平成27年10月1日
江南市	厚生連江南厚生病院	中核	地域：平成20年5月1日 中核：平成27年10月1日
小牧市	小牧市民病院	中核	地域：平成8年11月26日 中核：平成19年3月31日
豊明市	藤田医大病院	基幹	平成8年11月26日
瀬戸市	公立陶生病院	中核	地域：平成21年10月1日 中核：平成26年1月1日
長久手市	愛知医大病院	基幹	地域：平成8年11月26日 基幹：平成18年9月25日
半田市	知多半島総合医療センター	中核	中核：令和7年4月1日
美浜町	厚生連知多厚生病院	地域	平成19年3月31日
東海市	公立西知多総合病院	地域	平成27年9月30日
安城市	厚生連安城更生病院	中核	地域：平成15年4月1日 中核：平成19年3月31日
刈谷市	刈谷豊田総合病院	中核	地域：平成19年3月31日 中核：平成23年4月1日
西尾市	西尾市民病院	地域	平成19年3月31日
岡崎市	岡崎市民病院	中核	地域：平成8年11月26日 中核：平成19年3月31日
	藤田医科大学岡崎医療センター	地域	令和4年4月1日
豊田市	厚生連豊田厚生病院	中核	地域：平成8年11月26日 中核：平成20年1月1日
	トヨタ記念病院	中核	地域：平成19年3月31日 中核：平成23年4月1日
豊橋市	豊橋市民病院	中核	地域：平成8年11月26日 中核：平成19年3月31日
	(国)豊橋医療センター	地域	平成19年3月31日
豊川市	豊川市民病院	中核	地域：平成19年3月31日 中核：令和元年12月1日
	蒲郡市民病院	地域	令和6年4月1日
田原市	厚生連渥美病院	地域	令和8年4月1日
新城市	新城市民病院	地域	平成8年11月26日

種類	名称	指定数	機能 (地域災害拠点病院以外)
基幹	基幹災害拠点病院	2	地域災害拠点病院の機能のほか、県下全域の災害拠点病院の機能を強化するための訓練・研修機能を有する
中核	地域中核災害拠点病院	22	広域二次救急医療圏の中核医療機関として当該地域の災害拠点病院のとりまとめのほか、当該地域の災害医療体制を強化する機能を有する
地域	地域災害拠点病院	16	—

災害拠点精神科病院(令和8(2026)年3月31日現在)

所在地	病院名	種類	指定年月日
千種区	県精神医療センター	—	令和2年3月31日
豊橋市	医療法人松崎病院豊橋こころのケアセンター	—	令和2年3月31日

表 4-2 大規模災害時における医療提供体制

区分	発災～72 時間程度 (急性期)	72 時間程度～5 日間程度 (亜急性期)	5 日目程度以降～ (中長期)
基本的考え方	外傷治療 救命救急	医療機関の支援	慢性疾患治療 被災者の健康管理 医療機関の復旧
提供する医療	緊急医療	医療救護所、避難所等における医療・健康管理	
	被災医療機関の医療体制の確保支援	被災医療機関の復旧支援	
活動する医療チーム	DMA T (ロジスティックを含む)	医療救護班	
		保健師チーム等	
	DPA T (ロジスティックを含む)		

第5章 新興感染症発生・まん延時における医療対策

【現状と課題】

現 状

- 1 新興感染症への対応
 - 令和2(2020)年からの新型コロナウイルス感染症の流行は、病床や人材不足のみならず、医療用物資の確保・備蓄など、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなりました。
 - 本県の新型コロナウイルス感染症の感染者数は、本県で最初の感染者を確認して以降、5類感染症への移行までに8つの波を繰り返し、令和5(2023)年5月7日までに2,124,836人と多くの方が感染しました。
 - 新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、令和4(2022)年12月9日公布の「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（感染症法）」の一部改正により、「愛知県感染症予防計画」の見直しを令和6(2024)年3月に行いました。
 - また、平時にあらかじめ県と医療機関等がその機能・役割に応じた協定を締結し、新興感染症発生・まん延時には、その協定に基づいて医療を提供する仕組み等が設けられました。
- 2 平時の取組
 - (1) 現在の保健・医療提供体制
 - 感染症患者に対して、良質かつ適切な医療を提供し、重症化を防ぐとともに、周囲への感染症のまん延を防止するため、感染症指定医療機関を指定しています。
 - 新感染症等の患者の入院を担当させる病院（特定感染症指定医療機関）を国と連携の上1施設（2床）、エボラ出血熱等の一類感染症等の患者の入院を担当させる病院（第一種感染症指定医療機関）1施設（2床）、中東呼吸器症候群（MERS）等の二類感染症等の患者の入院を担当させる病院（第二種感染症指定医療機関）9施設（62床）を指定し、感染症病床を合計11施設（66床）確保しています。（表5-1、表5-2、表5-3）
 - (2) 医療を提供する体制の確保
 （医療措置協定・臨時医療施設関連協定）
 - 平時から、県と医療機関が医療措置協定を締結することで、感染症発生・まん延時にあって、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に基づいて協定の履行を確保しています。（表5-4）

課 題

- 新興感染症が発生した際には、発生状況に応じて段階的に、必要となる病床等が確保できるように、平時から医療機関等と協議を行い、あらかじめ医療提供体制の仕組み等を決めておく必要があります。
- 実際に発生・まん延した感染症が、事前の想定とは大きく異なる事態となった場合は、その感染症の特性に合わせて対応することとなるため、協定は、状況に応じた機動的な対応を行うことができないような内容とすることが必要です。

- 協定締結項目は、病床、発熱外来、自宅療養者等に対する医療の提供、後方支援、人材派遣、個人防護具の備蓄で、新興感染症発生・まん延時において、県は、協定締結医療機関に対し事前に締結した協定項目について対応を求めます。(表5-5)
- 新興感染症の発生・まん延時において公的医療機関等（感染症法第36条の2第1項に規定する公的医療機関等をいう。以下同じ。）並びに地域医療支援病院及び特定機能病院は、その機能や役割を踏まえた医療の提供が義務付けられました。また、公的医療機関等との協定に係る協議において、協議がまとまらない場合には、県からの通知により、医療体制の整備について要請できることとなりました。
- 協定締結項目のうち、確保病床数及び発熱外来については、新興感染症の発生公表後から1週間以内に流行初期の医療体制が整備できるよう、国の基準に基づき、県で流行初期医療確保措置の基準を設けています。
- 協定締結項目のうち、確保病床数について、重症者に使用できる病床数を規定し、重症者に対し適切な医療を実施できる体制を設けています。
- 協定締結項目のうち、確保病床数について、特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害児者、認知症患者等）に使用できる病床数を規定し、当該患者に対し適切な医療を実施できる体制を検討しています。
- 学校法人藤田学園と臨時医療施設として活用できる施設をあらかじめ確保するための協定を締結しています。
- (3) 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上（検査措置協定）
 - 平時から、県と医療機関及び検査機関が検査措置協定を締結することで、感染症発生・まん延時において、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に基づいて協定の履
 - 協定には、「①病床の確保」、「②発熱外来」、「③自宅療養者等に対する医療の提供」、「④後方支援」、「⑤人材派遣」及び「⑥個人防護具の備蓄」の項目のうち、双方の合意により設定した数値等を盛り込み、新興感染症の発生時に速やかに医療体制を整備できるようにする必要があります。
 - 上記のうち、確保病床数及び発熱外来を開設する医療機関数については、医療圏ごとに目標値を設定します。目標値は、新型コロナウイルス感染症対応時の、第3波最大時（流行初期）及び最大時（流行初期以降）の値とし、その目標に向けて、平時から医療体制を準備する必要があります。
 - 各医療機関との協議の結果、県の目標に満たない場合には、県からの通知により、公的医療機関等に対し、新興感染症発生時に必要な医療体制の整備を要請し、新興感染症発生時に備える必要があります。
 - 県の流行初期医療確保措置の基準に従い、基準を満たす医療機関に対し、協定の締結又は通知を実施し、新興感染症の発生時に速やかに対応できるよう、医療体制を準備する必要があります。
 - 重症者用病床の確保病床数について、医療圏ごとに目標値を設定し、新興感染症の発生時に速やかに対応できるよう、医療体制を準備する必要があります。
 - 協定には、特に配慮が必要な患者の病床の対応可能病床数を規定することで、新興感染症の発生時に速やかに対応できるよう、医療体制を準備する必要があります。
 - 新興感染症の発生時に、速やかに臨時医療施設を開設できるよう準備する必要があります。
 - 協定締結項目には、核酸検出検査についての検査の実施能力等を含め、新興感染症の発生時に速やかに対応できるよう、検査体制を準備する必要があります。

- 行を確保しています。
- (4) 宿泊施設の確保（宿泊施設確保措置協定）
- 平時から、県と民間の宿泊施設が宿泊施設確保措置協定を締結することで、感染症発生・まん延時において、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に基づいて協定の履行を確保しています。
- (5) 患者移送のための体制の確保（移送協定）
- 感染症患者の移送、移送に必要な車両確保等のため、県保健所等は、消防機関及び民間救急等と移送協定の締結や役割分担・連携に係る事項についての移送に関する申し合わせ書を取り交わしています。
- (6) 感染症対策連携協議会の開催
- 関係機関の連携強化を図る場として県、保健所設置市、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者の団体及び消防機関等を構成員とした感染症対策連携協議会を設置しています。
 - 協議会では、平時から県感染症予防計画等について協議し、「入院調整の方法」、「医療人材の確保・保健所体制」、「検査体制や方針」、「情報共有のあり方」等を議論しています。
- (7) 住民への周知
- 感染症患者が医療機関等の選択に資するよう、協定の締結内容等、必要な情報を県Webページ等で公開しています。
- (8) 感染症の予防に関する人材の養成、資質の向上
- 医療従事者や保健所職員等に感染症の予防に関する研修・訓練を受講する機会を設けることにより、専門性に対応した人材の育成及び資質の向上を図っています。
- (9) 保健所の体制の確保
- 保健所の危機管理体制を強化するため、感染拡大時に、保健所外部からの応援体制として、I H E A T（アイヒート）を整備しています。
 - 感染拡大時に迅速に対応できる保健所体制を整備するため、健康危機対処計画を策定しています。
- (10) DMAT・DPATの派遣
- す。
- 県内に大きな偏りなく宿泊施設を確保し、協定締結項目には、陽性患者等を収容できる部屋の室数等を含めた協定を締結し、新興感染症の発生時に速やかに対応できるよう、宿泊療養体制を準備する必要があります。
 - 感染症患者等の移送を円滑に行うため、県内全域において消防機関及び民間救急等と十分に協議を行い、協定の締結や申し合わせ書の内容を見直す必要があります。
 - 感染拡大時、病床確保等が迅速に行えるよう、平時から感染症対策連携協議会において、医療機関等との連携強化を図ることで、円滑な医療提供体制の構築、実施を図ることが必要です。
 - 患者が医療機関等を選択できるよう、協定の内容については、県Webページ等で、できる限り分かりやすく公開することが必要です。
 - 医療従事者や保健所職員等が、新興感染症への対応について、最新の科学的知見に基づいた適切な知識等を習得するため継続的に研修・訓練を受講する機会を設けることが必要です。
 - 感染拡大時に保健所業務がひっ迫しないよう、保健所体制の強化の検討が必要です。

- 感染拡大時に、患者の受入れ調整の対応や、クラスターが発生した介護施設等での感染制御等の支援等を行っています。

3 感染症発生・まん延時の取組

(1) 医療を提供する体制の確保

- 新興感染症の発生公表直後の初期対応（発生公表後1週間以内）においては、公表前から対応実績のある感染症指定医療機関及び医療措置協定において、流行初期医療確保措置対応が可能としている医療機関を中心に対応できるよう、準備を進めています。
- 流行初期（発生公表後3か月以内）においては、上記に加え、公的医療機関等や協定指定医療機関を加えた医療体制を構築し、対応できるよう準備を進めています。
- 流行初期期間経過後（発生公表後6か月以内）については、締結した協定項目を基に、新型コロナウイルス感染症対応時の最大の体制を構築し、対応できるよう準備を進めています。
- 重症者用病床の確保に伴い、通常医療が制限されないよう、地域において後方支援を行う医療機関との連携及び役割分担をしています。
- 特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害児者、認知症患者等）の医療機関を確保できるよう、準備を進めています。

(2) 病原体等の検査の実施体制の確保

- 流行初期（発生公表後1か月以内）において、締結した協定項目を基に、これまでの新型コロナウイルス感染症の流行初期時における検査体制と同等以上の体制を構築し、対応できるよう準備を進めています。
- 流行初期期間経過後（発生公表後6か月以内）については、締結した協定項目を基に、これまでの新型コロナウイルス感染症対応時における最大の検査体制と同等以上の体制を構築し、対応できるよう準備を進めています。

(3) 宿泊施設の確保

- 流行初期（発生公表後1か月を目途）において、締結した協定項目を基に、これまでの新型コロナウイルス感染症の流行初期時と同等以上の宿泊療養体制を構築し、対応できるよう準備を進めています。
- 流行初期期間経過後（発生公表後6か月以内）については、締結した協定項目を基に、こ

- **協定締結**医療機関向けの研修、訓練の実施など感染症対応を行う人材の育成を進め、感染症対応能力の強化を図ることが必要です。

- 既存の感染症指定医療機関に加えて、協定を締結した流行初期医療確保措置が可能な医療機関と平時から連携し、医療圏ごとに必要な医療体制を1週間以内に構築する必要があります。

- 流行初期、流行初期期間経過後の各フェーズにおいて、目標としている病床数や発熱外来医療機関数を確保するため、平時から協定を締結した各医療機関と連携する必要があります。

- 締結した協定に基づき、重症者用病床を速やかに確保し、医療体制を構築する必要があります。

- 締結した協定に基づき、特に配慮が必要な患者用病床を速やかに確保し、医療体制を構築する必要があります。

- 流行初期、流行初期期間経過後の各フェーズにおいて必要な検査体制を確保するため、平時から協定を締結した各検査機関と連携する必要があります。

- 流行初期、流行初期期間経過後の各フェーズにおいて必要な宿泊療養体制を確保するため、平時から協定を締結した各宿泊施設と連携する必要があります。

れまでの新型コロナウイルス感染症対応時の最大の体制を構築し、対応できるよう準備を進めています。

(4) 自宅療養者等に対する医療の提供

- 流行初期期間経過後（発生公表後6か月以内）については、医療機関等と締結した協定項目を基に、これまでの新型コロナウイルス感染症対応時における最大の医療体制と同等以上の体制を構築し、対応できるよう準備を進めています。

4 新型インフルエンザ等の対策

(1) 新型インフルエンザ発生の危惧

- 新興感染症のうち、新型インフルエンザについては、過去の発生を踏まえ、抗インフルエンザ薬の備蓄等、今後の発生に備えています。
- 従来から新型インフルエンザへの変異が危惧されている鳥インフルエンザ（H5N1又はH7N9）については、現在でも、海外において、ヒトへの感染が認められています。

(2) 行動計画等の策定

- 新型インフルエンザ等対策特別措置法が平成25(2013)年4月13日に施行されたことに伴い、政府行動計画に連動した「愛知県新型インフルエンザ等対策行動計画」を平成25(2013)年11月に新たに策定しました。また、愛知県新型インフルエンザ等対策本部条例を、特措法の施行に合わせて、平成25(2013)年4月13日に施行しました。更に、政府行動計画が令和6(2024)年7月2日に抜本的に改正されたことに伴い、本県行動計画を令和7(2025)年6月に改定しました。
- 行動計画では、新型インフルエンザ等の県レベルでの発生段階を、準備期・初動期・対応期の3段階に分け、各段階に応じた対策を定めています。(表5-6)

(3) 医療体制の整備

- 新型インフルエンザの感染を疑う患者の診療を行う医療機関（帰国者・接触者外来）や、新型インフルエンザの入院患者に対応する医療機関の従事者を守るための感染防護具の備蓄等、医療体制の整備を進めています。
- 県民の医療用として、国と都道府県において、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄を行っています。(表5-7)

- 必要な自宅療養体制を確保するため、平時から協定を締結した関係機関と連携する必要があります。

- 鳥インフルエンザから新型インフルエンザへの変異に備え、対策を講じておく必要があります。
- 海外における、鳥インフルエンザ（H5N1又はH7N9）の人への感染状況等について、情報収集していく必要があります。
- 家きん等に鳥インフルエンザ（H5N1又はH7N9）が発生した場合には、関係部局が連携を図り、人への感染を未然に防ぐ必要があります。

- 行動計画は、新型インフルエンザに関する最新の科学的な知見を取り入れ、見直す必要があるため、政府行動計画の改定等を踏まえ、適時適切に変更していく必要があります。
- 行動計画は、感染症法で規定する県感染症予防計画と整合性を確保することが必要です。

- 感染者の急増に対応できるよう十分な医療体制を確保する必要があります。
- 有効期限が切れる抗インフルエンザウイルス薬の更新を行っていく必要があります。

- 医療関係団体、主要医療機関、市町村等関係機関との協議・調整を行い、医療体制の整備を推進しています。
- (4) 予防・まん延防止
 - 新型インフルエンザ等が発生した場合の保健所等の体制や関係機関との連絡体制を整備しています。
 - 保健所等の職員が使用する感染防護具の備蓄を進めています。
 - 県庁における新型インフルエンザ等発生時の業務継続計画（BCP）を策定しています。
- (5) 普及啓発
 - 市町村担当者、医療従事者等を対象とした研修会を開催し、県民等への普及啓発の核となる方々への情報提供に努めるとともに、県Webページにより情報を発信しています。
 - 新しい抗インフルエンザウイルス薬についても、国の動向を注視していく必要があります。
 - 医療体制の整備については、県全体はもとより、医療圏ごとの実情に応じて推進していく必要があります。
 - 検疫所との緊密な連携を維持するとともに、保健所においては、地区医師会、主要医療機関、市町村等関係機関との連絡体制を構築、維持する必要があります。
 - 県行動計画の改定（令和7（2025）年6月）に伴い、見直しを図る必要があります。
 - 県民や事業者の皆様に対して、わかりやすい広報に努めていく必要があります。

【今後の方策】

- 「感染症予防計画」に基づき、感染症対策連携協議会において、関係機関と連携強化を図りながら、平時から新興感染症等の発生に備えた医療提供体制、検査体制及び宿泊療養体制等を構築します。
- 感染拡大時に対応可能な医療機関、検査機関及び宿泊施設と協定を締結し、新興感染症発生・まん延時の医療提供体制、検査体制及び宿泊療養体制の強化を図ります。
- 学校法人藤田学園と締結した臨時医療施設の確保に関する協定に基づき、本学園と連携し、新興感染症発生時の医療提供体制の強化を図ります。
- 医療機関との協定の締結状況や履行状況等について、患者が適切に医療の選択ができるよう、公開・周知します。
- 感染症対応を行う人材の育成を進め、感染症対応能力を強化します。
- 新型インフルエンザの発生に備え、県民への適切な医療を提供する体制や保健所等の体制の整備等を進めていきます。
- 県民等へ新型インフルエンザの正しい知識等の普及啓発に努めます。

【目標値】

項目	令和11(2029)年度末	
	流行初期	流行初期 期間経過 後
確保病床数	1,031床	1,971床
うち、重症者用病床数	126床	230床
発熱外来を開設する医療機関数	1,506機関	2,502機関

表 5-1 特定感染症指定医療機関

感染症指定医療機関	感染症病床数(床)
知多半島りんくう病院	2

表 5-2 第一種感染症指定医療機関

感染症指定医療機関	感染症病床数(床)
日赤名古屋第二病院	2

表 5-3 第二種感染症指定医療機関 (令和8(2026)年3月末現在)

医療圏	感染症指定医療機関	感染症病床数（床）
名古屋・尾張中部	名市大東部医療センター	10
海 部	厚生連海南病院	6
尾 張 東 部	公立陶生病院	6
尾 張 西 部	一宮市民病院	6
尾 張 北 部	春日井市民病院	6
知 多 半 島	厚生連知多厚生病院	6
西 三 河 北 部	厚生連豊田厚生病院	6
西 三 河 南 部 東	－	－
西 三 河 南 部 西	刈谷豊田総合病院	6
東 三 河 北 部	豊橋市民病院	10
東 三 河 南 部		
計		62

表 5-4 各医療圏別の目標値

		総数	医 療 圏										
			名古屋・ 尾張中部	海部	尾張 東部	尾張 西部	尾張 北部	知多 半島	西三河 北部	西三河 南部東	西三河 南部西	東三河 北部	東三河 南部
病床確保数	流行初期	1,031	430	19	156	84	86	55	49	62	23	1	66
	(うち重症者病床)	(126)	(56)	(1)	(29)	(8)	(9)	(6)	(3)	(7)	(4)	(0)	(3)
	流行初期 期間経過後	1,971	782	51	218	201	153	116	86	116	108	17	123
	(うち重症者病床)	(230)	(104)	(5)	(34)	(19)	(14)	(11)	(8)	(13)	(9)	(0)	(13)
発熱外来医療機関数	流行初期	1,506	569	78	80	125	104	109	88	95	116	18	124
	流行初期 期間経過後	2,502	988	110	157	187	211	183	138	134	174	23	197

表 5-5 医療措置協定項目と協議対象者

協定項目	協 議 対 象 者				
	病 院	有床診療所	無床診療所	薬 局	訪 問 看 護 事 業 所
病床の確保	◎	◎	—	—	—
発熱外来	○	○	○	—	—
自宅療養者等への 医療提供	○	○	○	○	○
後方支援	○	○	—	—	—
人材派遣	○	○	—	—	—
個人防護具の備蓄	○	○	○	○	○

◎：第一種協定指定医療機関 ○：第二種協定指定医療機関

表5-6 新型インフルエンザ等の発生段階における主な対策

	準備期※1	初動期※2	対応期※2
実施体制	- 実践的な訓練の実施 - 業務継続計画の作成 - 関係機関との連携構築	- 県対策本部の設置 - 必要時、県対策本部幹事会等にて、対応を協議	- 情報把握体制の一元化 - 必要時、総合調整・指示、応援職員の派遣・代行
情報収集・分析	国や JIHS と連携して、情報収集分析の実施体制の運用訓練	国及び JIHS 等から情報を収集・分析する体制確立	国の方針を踏まえながら、地域の実情に応じた対策の見直し
サーベイランス	国の技術的な指導や研修等を活用し、有事のサーベイランス実施体制に必要な準備	有事のサーベイランス開始（疑似症→全数把握、入院、病原体ゲノム等のサーベイランス）	- 退院の届け出等の要請 - 流行状況に応じたサーベイランス体制の柔軟な見直し
情報提供・共有、リスクコミュニケーション	情報提供、共有の形態及び方法に関する体制の整備	準備期で整備した取り組みを実施	県民の関心事項等を踏まえ、引き続き取り組みを実施
水際対策	検疫所との連携体制の構築	帰国者等の健康監視の実施	必要時、帰国者健康監視の継続
まん延防止	まん延防止等重点措置、緊急事態宣言等発令時の対策に係る参考指標等の検討	まん延防止等重点措置、緊急事態宣言等発令時の準備	- 入院勧告・措置等 - 外出自粛、営業時間の変更、休業等の要請
ワクチン	特定接種、住民接種体制の構築	ワクチン接種に携わる医療従事者の確保	特定接種、住民接種の実施
医療	予防計画に基づく医療提供体制、宿泊療養施設の確保	流行初期の協定締結医療機関等へ対応準備要請	- 段階的な医療体制拡充 - 流行初期確保措置の実施
治療薬・治療法	抗インフルエンザウイルス薬の計画的かつ安定的な備蓄	濃厚接触者等への予防投与	国と調整し、抗インフルエンザ薬の配分
検査	迅速に検査を実施できる体制の整備・強化	予防計画に基づく検査体制の立ち上げ	国からの要請や状況に応じて検査体制の拡充
保健	- 感染症対応人材の確保・育成、応援及び受援に関する体制の構築 - 保健所の業務継続計画の策定	- 保健所、衛生研究所における有事体制移行の準備状況確認 - 相談センターの整備	- 有事体制への速やかな移行や検査体制の拡充を推進 - 体制や対応の適宜見直し
物資	県行動計画に基づき、感染症対策物資等を備蓄配置	感染症対策物資等について備蓄・配置状況の確認及び必要量の確保	個人防護具が不足する地域や医療機関への配布
県民生活及び県民経済の安定の確保	支援の実施に係る行政手続や支援金等の給付交付等について、適切な仕組みの整備	市町村、事業者及び県民等に、事業継続のための準備等の呼び掛け	- 県民生活及び社会経済活動の安定の確保 - 影響を緩和する支援及び対策

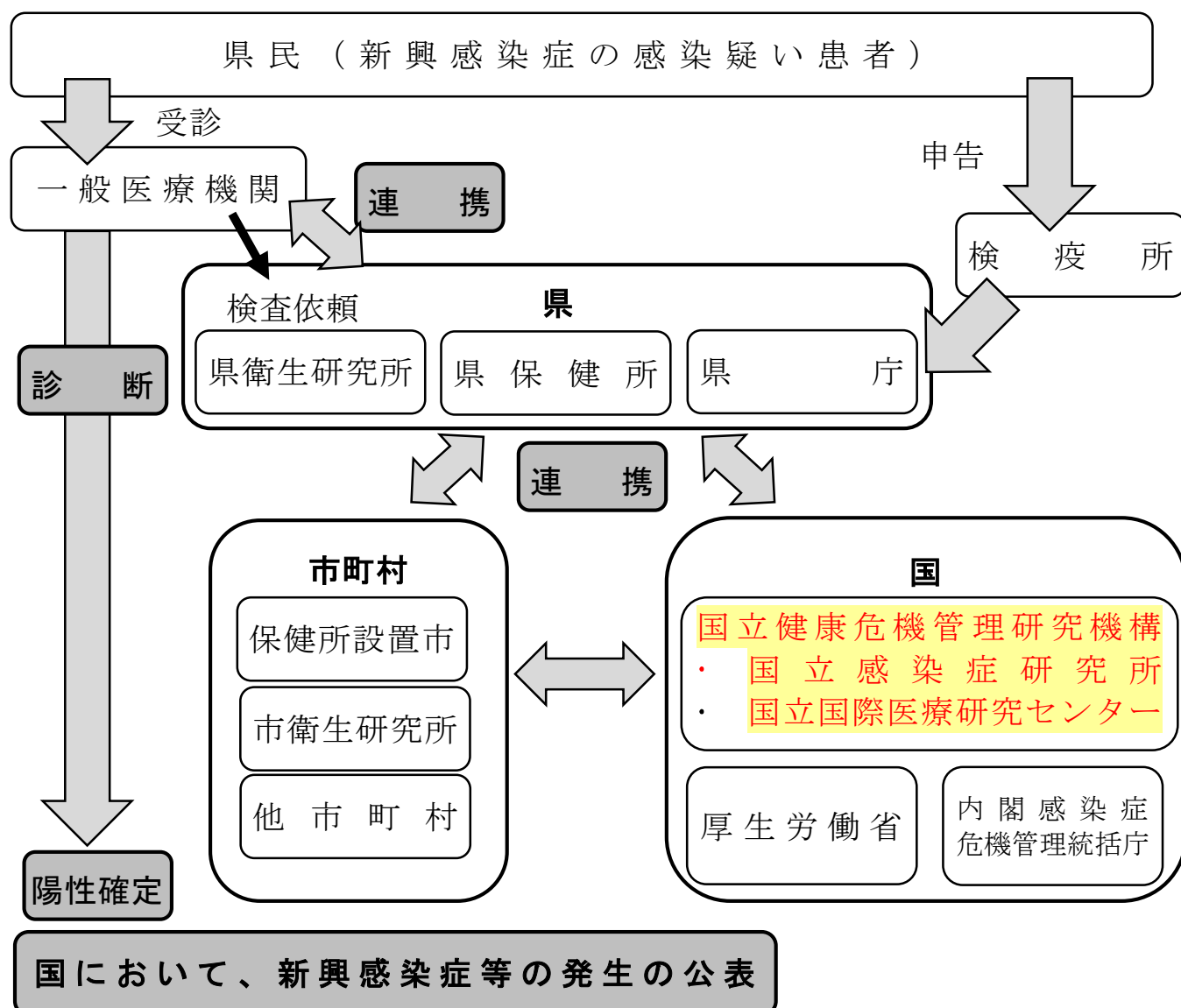
※1 準備期 : 予防や準備等の事前準備の期間

※2 初動期・対応期 : 発生後の対応のための期間

表5-7 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄状況（令和8（2026）年3月末現在） 単位：人分

年度	タミフル Cap	タミフル DS	リレンザ [®]	イナビル	ラビ [®] アクタ	ゾフルザ [®]	合計
2006	283,000	—	—	—	—	—	283,000
2007	305,000	—	—	—	—	—	305,000
2009	412,000	—	51,400	—	—	—	463,400
2010	189,300	—	—	—	—	—	189,300
2011	189,300	—	25,700	—	—	—	215,000
2012	—	—	—	—	—	—	—
2013	—	—	113,400	—	—	—	113,400
2014	—	—	113,400	—	—	—	113,400
2015	—	—	—	—	—	—	—
2016	(△280,200)	72,650	—	—	54,900	—	(△152,650)
2017	(△305,000)	115,350	—	—	12,200	—	(△177,450)
2019	(△412,000)	—	(△51,400)	141,500	—	—	(△321,900)
2020	89,000 (△192,100)	—	(△25,700)	128,800	—	—	0
2021	182,590 (△189,300)	—	—	15,600	(△15,600)	—	(△6,710)
2022	6,710	—	—	—	(△12,200)	12,450	6,960
2023	23,670	—	(△113,400)	31,050	—	73,150	14,470
2024	3,150	—	71,300 (△113,400)	38,950	—	—	0
2025	—	—	—	—	—	—	—
合計	304,400	188,000	71,300	355,900	39,300	85,600	1,044,500

図 5-① 新興感染症等 医療連携体系図



【新興感染症対応に係る協定締結施設等の対応】

※具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

	病院・診療所	検査機関	宿泊施設	薬局	指定訪問看護事業所	移送（消防等）
～1週間	図5-1②参照					
～1か月		流行初期対応	流行初期対応			協定書等に従い随時対応
～3か月						
～6か月		流行初期経過後対応	流行初期経過後対応	流行初期経過後対応	流行初期経過後対応	

【体系図の説明】

- 新興感染症の感染疑い患者は、検疫所に申告のうえ、医療機関を受診する。
- 県は、検疫所からの情報を踏まえ、国・市町村・医療機関等と連携し健康観察・検査等の対応にあたる。

図 5-② 病院・診療所における発生公表後の対応整理表

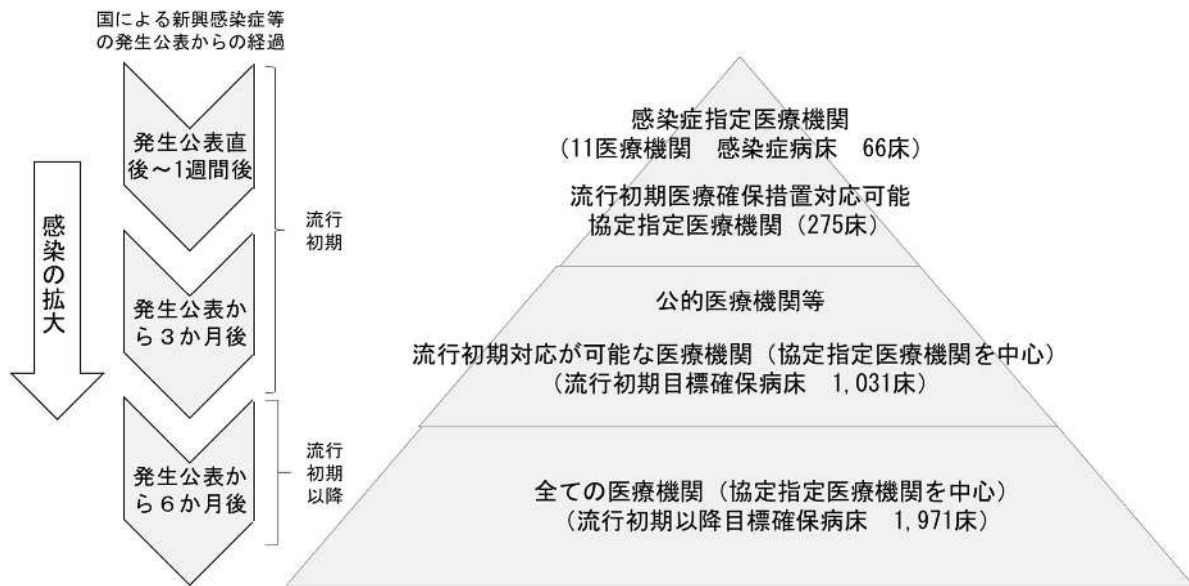
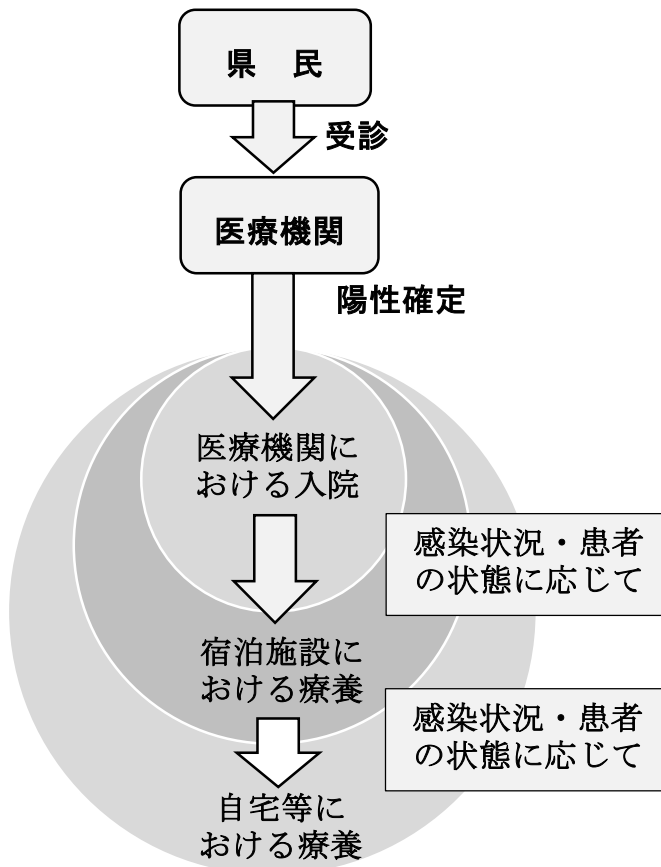


図 5-③ 新興感染症等発生時における、陽性確定後の感染症患者の療養に関する考え方



用語の解説

- 新興感染症
新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症の総称のこと。
- 発生公表
厚生労働大臣が感染症法に基づき、新興感染症が発生したと認めたとき、速やかに、その旨及び発生した地域を公表すること。
- 流行初期
医療体制については、発生公表後 1 週間以内に立ち上げる流行初期医療確保措置から発生公表後 3 か月までのこと。なお、検査及び宿泊施設については、発生公表後 1 か月以内の体制のこと。
- 流行初期期間経過後
発生公表後、6 か月までのこと。
- 流行初期医療確保措置
発生公表後、流行初期において病床の確保及び発熱外来に対応する医療機関のうち、国の考えを基に県が定めた基準を満たす医療機関については、感染症法に基づき、当該対応に係る費用が国で補填されるもの。
- 第一種協定指定医療機関
医療措置協定等に基づき、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者を入院させ、必要な医療を提供する医療機関として都道府県知事が指定した病院又は診療所のこと。
- 第二種協定指定医療機関
医療措置協定等に基づき、厚生労働省令で定める医療を提供する医療機関として都道府県知事が指定した病院若しくは診療所（指定訪問看護事業者を含む）又は薬局のこと。
- I H E A T
I H E A T は、感染症のまん延等の健康危機が発生した場合に地域の保健師等の専門職が保健所等の業務を支援する仕組みである。医師、保健師、看護師のほか、歯科医師、薬剤師、助産師、管理栄養士などが、保健所等への支援を行う I H E A T 要員として登録されている。
- 臨時医療施設
新型インフルエンザ等対策特別措置法第34条の 4 に基づき、県の区域内において病院その他の医療機関が不足し、医療の提供に支障が生ずると認める場合に、県行動計画で定めるところにより、患者等に対する医療の提供を行うための施設であって都道府県知事が臨時に開設するもの。
- 鳥インフルエンザ（H 5 N 1 又は H 7 N 9）
鳥インフルエンザウイルスは、カモやアヒルなどの水禽類が保有しているとされるウイルスで、そのウイルスの亜型である H 5 N 1 亜型又は H 7 N 9 亜型のウイルスは、鶏などが感染すると高い病原性を示すことが知られている。人は、このウイルスに感染しにくいといわれているが、感染した鳥やそれらの排泄物との接触を介してウイルスに濃厚にさらされると、まれに感染することがあり、重篤な症状を示すおそれがある。
現在、日本国内で、鳥インフルエンザ（H 5 N 1 又は H 7 N 9）が人に感染した事例はないが、国内で発生した場合は、感染症法に基づき、二類感染症として入院勧告、就業制限等の措置が実施される。
- 入院対応医療機関
感染症法第 19 条第 1 項に基づく入院勧告を受けた新型インフルエンザ等の患者（疑いを含む。）の入院を受け入れる医療機関（感染症指定医療機関を除く。）

第6章 へき地保健医療対策

【対象地域】

- へき地保健医療対策の主な対象地域は、「山村振興法」（対象3市3町村）、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」（対象2市3町村）及び「離島振興法」（篠島、日間賀島、佐久島）の適用地域です。
また、「令和7年度無医地区等及び無歯科医地区等調査」（令和7（2025）年10月末日現在：厚生労働省）によると、県内には、西三河北部、西三河南部西及び東三河北部医療圏の2市3町村に19か所の無医地区があり、西三河北部及び東三河北部医療圏の1市3町村に22か所の無歯科医地区が存在します。（無医地区・無歯科医地区に準ずる地区を含む。表6-1）
これらの地域において、へき地診療所を中心とした医療の確保を図ることを目的として、本県では、「愛知県へき地医療対策実施要綱」を定め、へき地保健医療対策を推進しています。
- 「愛知県医師確保計画」では、医師少数区域及び医師少数スポットを定め、地域枠医師の派遣等による医師確保対策を推進していくこととしていますが、へき地保健医療対策の主な対象地域は、医師少数区域及び医師少数スポットに含まれています。
- 「愛知県薬剤師確保計画」では、薬剤師少数区域及び薬剤師少数スポットを定め、薬剤師確保対策を推進していくこととしていますが、へき地保健医療対策の主な対象地域は、薬剤師少数区域及び薬剤師少数スポットに含まれています。
- 「人材確保支援計画」では、特定町村（「山村振興法」又は「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」のいずれかに該当する町村のうち、「地域保健法」第24条に基づき申し出のあった町村）に対して、保健師の確保・定着及び資質向上を図っています。

【現状と課題】

現 状	課 題
1 医療機関の状況 ○ 「山村振興法」等の適用地域には、病院2施設、診療所53施設（内科28施設、歯科25施設）、薬局12施設があり、住民への医療を提供しています。（表6-1） 2 へき地医療対策 (1) へき地診療所 ○ 特に医療の確保が必要と認められる地域の公立診療所等について、県が5市4町村の10診療所を「へき地診療所」として指定しています。（表6-2） ○ 医師の確保が困難なへき地診療所には、開設者からの派遣要請に基づき、自治医大卒業医師を派遣しています。 ○ 自治医大卒業医師の派遣要請に応じられるよう、義務年限終了後も最大15年間、県職員の身分を有したまま、へき地診療所等へ派遣できる方策を取り入れています。 ○ 医療資源等が限られている中、へき地医療に	○ 開業医の高齢化が進んでおり、診療所が廃止された後の住民の医療の確保が問題になります。 ○ 歯科医療の供給体制を、保健事業との連携の下に、整備していく必要があります。 ○ へき地医療を担う医療機関においては、全診療科的な対応が必要となるため、総合的な診療ができる医師や、在宅医療の提供を始めとする地域包括ケアシステムを支えることができる医師の育成、確保を継続していく必要があります。 ○ へき地医療に従事する医師に対して、診療技術支援への取組が必要です。 ○ 自治医大卒業医師にとって義務年限終了後も魅力ある勤務環境を整えるとともに、へき地医療に従事する医師のキャリア支援を継続していく必要があります。 ○ 限られた医療人材を効率的かつ効果

関わる医師の努力により、地域住民の生活に密着した医療が提供されています。

(2) へき地医療拠点病院

- へき地医療拠点病院は、無医地区の住民に対する巡回診療や、へき地診療所への医師の派遣などを行う病院です。

現在、県内では6病院を指定しており、その活動実績等は、表6-3のとおりです。

- 医師臨床研修における地域医療の研修をへき地で行うプログラムを3病院が策定し、研修医の受入れを行っています。
- 医師が不足しているへき地医療拠点病院には、開設者からの派遣要請に基づき、自治医大卒業医師又は地域枠医師を派遣しています。

(3) へき地医療支援機構

- へき地医療支援機構を県医務課地域医療支援室に設置し、へき地医療支援計画策定会議において、無医地区に対する巡回診療の調整、へき地診療所への代診医派遣の調整などを実施しています。(表6-4)
- 将来のへき地医療を担う自治医大医学生や、地域枠医学生、へき地医療関係者などを対象とした、へき地・地域医療研修会を開催し、へき地医療に対する理解を深めています。(表6-4)

(4) ドクターヘリ及び防災ヘリ

- 愛知医大病院高度救命救急センターにドクターヘリ（医師が同乗する救急専用ヘリコプター）を配備し、消防機関等からの出動要請に基づき、へき地を含む救急現場に出動しています。

令和6（2024）年2月から、藤田医大病院高度救命救急センターに2機目のドクターヘリを配備しています。

- 愛知県防災ヘリコプターは、救急広域搬送体制の一翼を担っています。傷病者が発生した場合、救急車又は船舶による搬送に比べて搬送時間が短縮でき、救命効果が期待できる場合に対応します。

的に活用するため、オンライン診療等の遠隔医療の導入も検討する必要があります。

- へき地医療拠点病院が行う主要3事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）について、対象地域の医療ニーズを踏まえ、いずれか月1回以上あるいは年12回以上（オンライン診療で代替した巡回診療・代診医派遣も実績に含みます。）実施できるよう、へき地医療支援の取組が向上するような検討が必要です。
- へき地医療への理解を深めるため、研修医に向けてプログラムを周知する必要があります。
- へき地医療拠点病院の医師確保に向けての支援が必要です。
- 巡回診療や医師派遣だけでなく、医師の育成においても、へき地医療拠点病院とへき地診療所との連携強化を更に推進していく必要があります。

- 自治医大卒業医師及び地域枠医師の義務年限終了後の地域への定着に向けた取組が必要です。
- へき地・地域医療研修会は、多職種連携を意識した形で更に推進していく必要があります。

- 重複要請における不応需や医療機器装着患者の病院間搬送等、近隣圏との広域救急搬送体制の更なる強化を図る必要があります。

3 へき地看護対策

- へき地においては、高齢化率が高く、医療・介護に従事する看護職員の確保についてのニーズが大きいため、**愛知県立総合看護専門学校**に在学する者に「愛知県へき地医療確保看護修学資金」を貸与し、修学を支援するとともに、県内のへき地医療機関への就業を促進しています。

4 へき地歯科保健医療対策

- 県歯科医師会が**無歯科医地区等において**歯科健診等を行い、歯科疾患の予防や歯の健康意識の啓発を図っています。
- **歯科診療所を開設する歯科医師の高齢化が進んでいます。また、**歯科保健医療に携わる人材が不足しています。

5 AEDによる早期除細動の実施

- へき地を含む各消防本部においては、住民に対して、AEDの使用を含む救命講習等を実施しています。(表 6-5)

6 新興感染症の発生・まん延への対策

- 新興感染症の発生・まん延時においても、へき地医療体制を確保するため、へき地医療拠点病院からへき地診療所への代診医派遣の調整をへき地医療支援機構で実施しています。

7 へき地医薬品提供対策

- へき地においては、薬局が少なく、医薬品の提供を行う薬剤師の確保が困難であることから、薬剤師少数区域及び薬剤師少数スポットを定め、薬剤師確保対策を推進しています。

8 へき地保健対策

- へき地において保健師の確保・定着が困難な町村に対して、県は、「人材確保支援計画」に基づき、保健師の確保や定着、資質向上を図る事業を行い、地域保健活動の円滑な推進を図っています。

- へき地においては、今後も高齢化が進むことから、医療機関等で就業する看護師を更に確保する必要があります。

- **今後、歯科診療所の廃止が増えると住民の歯科医療の確保が問題となります。住民の歯の健康維持の啓発を進めるとともに、**歯科保健医療提供体制の確保**について検討していく必要があります。**

- へき地では、救急隊が傷病者に接触するまでに時間を要することから、消防本部と地域が連携をし、更に多くの住民がAEDを使用できるよう、周知等を図る必要があります。

- 今後も新たな感染症の発生が懸念されることから、まん延時にも適切なへき地医療体制が確保できるよう、備えていく必要があります。

- へき地での薬剤師確保対策を推進するため、関係者が現状を十分認識し、医薬品の安定供給の確保策を検討していく必要があります。

- 地域保健活動を推進するために、へき地に採用された保健師の定着及び資質の向上を図る必要があります。

【人材確保支援計画（第7次）】

（１）人材確保計画の推進

地域保健対策を円滑に推進していくためには、住民に身近で利用頻度の高い保健サービスに必要な人材の確保及び資質の向上を図ることが必要ですが、町村によっては必要な対策を講じても人口規模等地域の特性により必要な人材の確保が困難な場合があります。

本県では、地域保健法第24条に基づき申出のあった町村（以下「特定町村」という。）について、平成7（1995）年度から「人材確保支援計画」を策定し、5年ごとに計画の策定と実施・評価を積み重ね、特定町村の保健師の確保・定着及び資質向上を図ることを目標とします。

なお、地域保健法第24条および地域保健対策の推進に関する基本的な指針第4に基づく保健師の「人材確保支援計画（第7次）」として位置付けます。

（２）特定町村

特定町村は、過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和3年法律第19号）又は山村振興法（昭和40年法律第64号）のいずれかに該当する町村のうち、申出のあった設楽町、東栄町、豊根村とします。（表1）

計画期間中に、町村の事情により変化が生じた場合は特定町村の対象から除くこととします。

表1 関係2法に該当する自治体と本計画における特定町村

関係法	該当地域	特定町村
過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法	設楽町（全域） 東栄町（全域） 豊根村（全域） 新城市（旧鳳来町、旧作手村の地域）	○設楽町 ○東栄町
山村振興法	岡崎市（旧額田町） 豊田市（旧藤岡町、旧小原村、旧足助町、旧下山村、旧旭町、旧稲武町） 新城市（旧鳳来町、旧作手村） 設楽町（旧津具村） 東栄町 豊根村（旧富山村）	○豊根村

出典：過疎対策（総務局総務部市町村課地域振興室Webページ資料）

：愛知県の山村振興対策（総務局総務部市町村課地域振興室Webページ資料）

（３）計画期間

令和7（2025）年度から令和11（2029）年度までの5年間

（４）計画内容

ア 基本方針

特定町村における地域保健対策の円滑な実施を図るために必要な保健師人材の確保・定着及び資質の向上を図る。

（ア）特定町村に必要な人材確保

（イ）特定町村保健師の人材の定着

（ウ）特定町村保健師の資質の向上

イ 保健師確保目標数

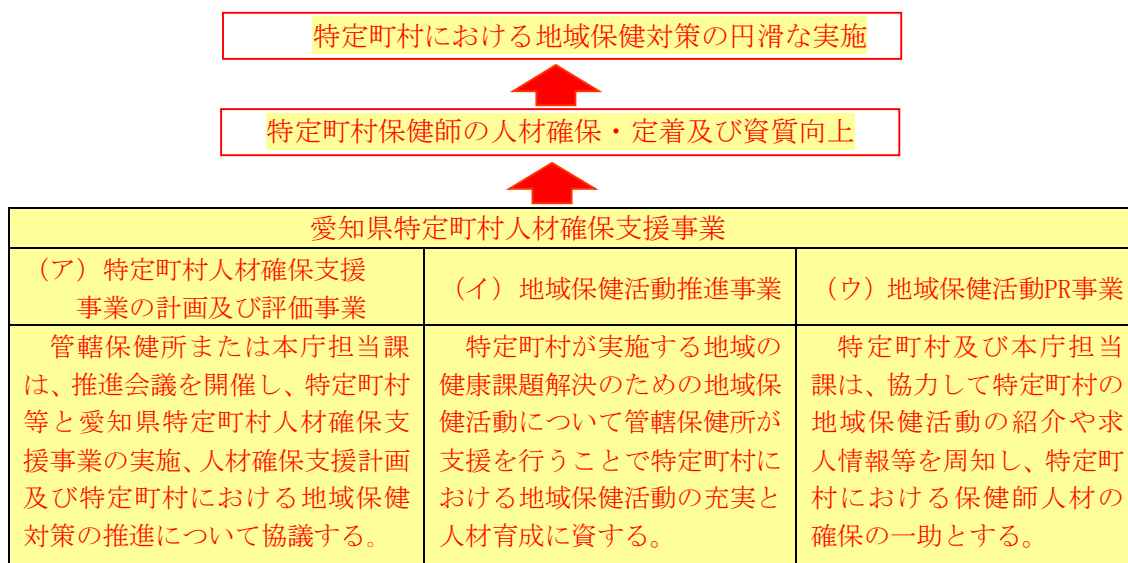
令和7（2025）年3月末時点

	設楽町	東栄町	豊根村
現員数（人）	5	3	1
目標数（人）	5	3	4

※現員数は市町村充足計画の正規数

ウ 施策体系

特定町村・管轄する保健所・本庁担当課が適切な役割分担のもと、連携・協力して、愛知県特定町村人材確保支援事業実施要領（資料3）により、以下の事業を実施する。



エ 取組の方向性

設楽町

- 設楽町は、再任用保健師の任期終了を見据えた人材確保及び働きやすい職場環境の整備を図り、魅力ある地域保健活動の推進に努める。（人材確保・定着）
- 設楽町及び新城保健所は、町保健師全体の育成を行いつつ新任期及びリーダー的役割を担う保健師の育成・支援に注力する。（資質の維持・向上）

東栄町

- 東栄町は、保健師の定着及び働きやすい職場環境の整備を図り、魅力ある地域保健活動の推進に努める。（人材確保・定着）
- 東栄町及び新城保健所は、町保健師全体の育成を行いつつ新任期及びリーダー的役割を担う保健師の育成・支援に注力する。（資質の維持・向上）

豊根村

- 豊根村は、保健師の人材確保に努めるとともに、業務内容を精査し、保健師以外の職員と協力しながら魅力ある地域保健対策を実施する。（人材確保・定着）
- 新城保健所は、豊根村の地域保健対策に係る事業の運営、体制の整備が図られるよう必要に応じて地域保健活動推進事業を活用するなどして支援する。（人材確保、資質の向上）
- 豊根村及び新城保健所は、他町村保健師との交流を積極的に図るなどして村保健師全体の育成・支援を行う。（資質の維持・向上）

【今後の方策】

- 愛知県へき地医療支援機構と愛知県地域医療支援センターが中心となり、へき地における保健・医療従事者その他関係者と連携し、へき地保健医療対策を推進します。
- 自治医大卒業医師等の適切な配置やへき地医療拠点病院とへき地診療所との連携強化等、へき地医療に従事する医師の効率的かつ効果的な活用を図ります。
- 自治医大卒業医師等が、義務年限終了後も継続してへき地医療に従事し、定着するような対策を検討します。
- 医師等医療従事者の不足に対応するため、へき地医療拠点病院からへき地診療所への医師、看護師等の派遣を推進します。
- へき地医療に従事する医師とのコミュニケーションの強化を図るとともに、関係機関の協力を得ながら、へき地医療に従事する医師のキャリア形成の支援を推進します。
- へき地を含めた地域医療の確保のため、愛知県地域医療対策協議会において地域枠医師の派遣調整等について協議を行っていきます。
- へき地医療に従事する医師に対する研修等の技術的支援が行われるような体制の整備を推進します。

- 自治医大卒業医師等の派遣に加え、オンライン診療等の遠隔医療を導入することによるへき地の医療提供体制の確保について、関係機関との検討を進めます。
- 医師無料職業紹介事業（ドクターバンクあいち）により、へき地の医療機関の紹介を行っていきます。
- 「人材確保支援計画」に基づき、保健師の確保・定着及び資質向上を図っていきます。
- 「愛知県へき地医療確保看護修学資金」など、へき地で医療・介護に従事する看護職員の確保に向けた取組を推進します。
- 予防救急の普及、AEDによる早期除細動の実施、ヘリコプターを活用した広域搬送体制の構築等を総合的に推進することにより、へき地における救急医療体制の向上を図ります。
- 既存病床数が基準病床数を上回る圏域において、へき地医療の提供の推進のために診療所に病床が必要な場合は、医療審議会の意見を聞きながら、医療法施行規則第1条の14第7項第2号の診療所として整備を図ります。該当する診療所名は別表を御覧ください。

【目標値】

- 代診医等派遣要請に係る充足率
100% ⇒ 維持
(令和7(2025)年度)
- へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合
 (オンライン診療で代替した巡回診療・代診医派遣も実績に含む)
50% ⇒ 100%
(令和7(2025)年度)

表6-1 へき地（保健医療対策対象地域）における病院数、診療所及び薬局数

令和8(2026)年5月1日現在)

市町村等名	〔旧町村名〕	診療所数		病院数	無医地区数		へき地診療所	薬局数	市町村等名	〔旧町村名〕	診療所数		病院数	無医地区数		へき地診療所	薬局数
		医科	歯科		医科	歯科					医科	歯科		医科	歯科		
豊田市	藤岡町	3	6					4	設楽町	設楽町	2	2		3	3		1
	小原村	2	1		1	1	1	0		津具村	1	1				1	0
	足助町	1	2	1	5	5		1	東栄町	一	1	1		2	3	1	1
	下山村	1	1		2	2		1	豊根村	豊根村	1	1		2	2	1	0
	旭町	1	0		2	5		0		富山村	0	0		1	1		0
	稲武町	2	2					1	(篠島)		1	1				1	0
岡崎市	額田町	3	2				2	1	(日間賀島)		1	1					1
新城市	鳳来町	6	3	1				0	(佐久島)		1	0		1		1	0
	作手村	1	1				1	1	計		28	25	2	19	22	9	12

注1:旧町村名は、合併前の山村振興法、過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法の対象町村を記載。

注2:無医地区数は、令和7年度無医地区等調査(厚生労働省)による。

注3:診療所数は、一般外来を行わない診療所を除く。

表6-2 へき地診療所の診療実績等

(令和8(2026)年3月31日現在)

	豊 田 市 立 乙 ケ 林 診 療 所	岡 崎 市 額 田 北 部 診 療 所	岡 崎 市 額 田 宮 崎 診 療 所	新 城 市 作 手 診 療 所	設 楽 町 つ ぐ 診 療 所	東 栄 町 国 民 健 康 保 険 東 栄 診 療 所	豊 根 村 診 療 所	厚 生 連 知 多 厚 生 篠 島 病 院 診 療 所 属	西 尾 市 佐 久 島 診 療 所	田 原 市 赤 羽 根 診 療 所
全病床数(有床診療所のみ)(床)	—	—	—	2	0	0	—	—	0	0
医師数(常勤)(人)	0	1	1	1	1	3	1	0	1	1
医師数(非常勤)(人)	1	0	0	0.01	0.2	1.3	0.1	0.5	0	0
看護師数(常勤)(人)	1	2	2	1.42	2	7	2	0	0	1
看護師数(非常勤)(人)	5	0.9	0.9	0.63	0	2.1	0.2	1	1	1
その他医療従事者数(人)	0	0	0	1	0	6.4	1	0.5	0	0
訪問診療延べ日数(日)	2	20	0	28	43	143	191	0	12	12
訪問看護延べ日数(日)	0	0	0	-	0	16	11	0	0	0
一週間の開院日数(日)	4	5	5	5	5	5	5	5	2.5	5
一日平均外来患者数(人)	19	30	19	18.5	11	88.8	18	14	6	21.2

注1:県医務課調べ。

注2:非常勤医師、非常勤看護師及びその他医療従事者は、常勤換算して加算している。

表6-3 へき地医療拠点病院の活動実績等

(令和8(2026)年3月31日現在)

	厚生連知多厚生病院 (知多半島医療圏)	厚生連足助病院 (西三河北部医療圏)	岡崎市民病院 (西三河北部医療圏)	新城市民病院 (東三河北部医療圏)	豊橋市民病院 (東三河南部医療圏)	豊川市民病院 (東三河南部医療圏)
全病床数(床)	199	148	680	173	800	501
全医師数(人)	42.7	19.1	208	24.8	238	216
標準医師数(人)	23.75	12.6	46.8	11.8	89	50
一日平均入院患者数(人)	185	107	461	89.6	645	408
一日平均外来患者数(人)	549	245	837	294.2	1,965	1,218
巡回診療の実施回数(回)※	0	15	0	0	0	0
巡回診療の延べ日数(日)	0	7.5	0	0	0	0
巡回診療の延べ受診患者数(人)	0	140	0	0	0	0
医師派遣実施回数(回)※	0	0	61	33	5	0
医師派遣延べ派遣日数(日)	0	0	57	22.5	4.5	0
代診医派遣実施回数(回)※	8	3	2	1	0	4
代診医延べ派遣日数(日)	6.5	3	1.5	1	0	3.5

※ へき地医療拠点病院の主要3事業。国通知では、いずれか月1回以上あるいは年12回以上実施することが望ましいとされている。

注1: 令和7年度へき地医療現況調査(厚生労働省)及び県医務課調べ。

注2: 全病床数は、休床中の病床数を除いている。

注3: 全医師数には、非常勤医師数を常勤換算して加算している。

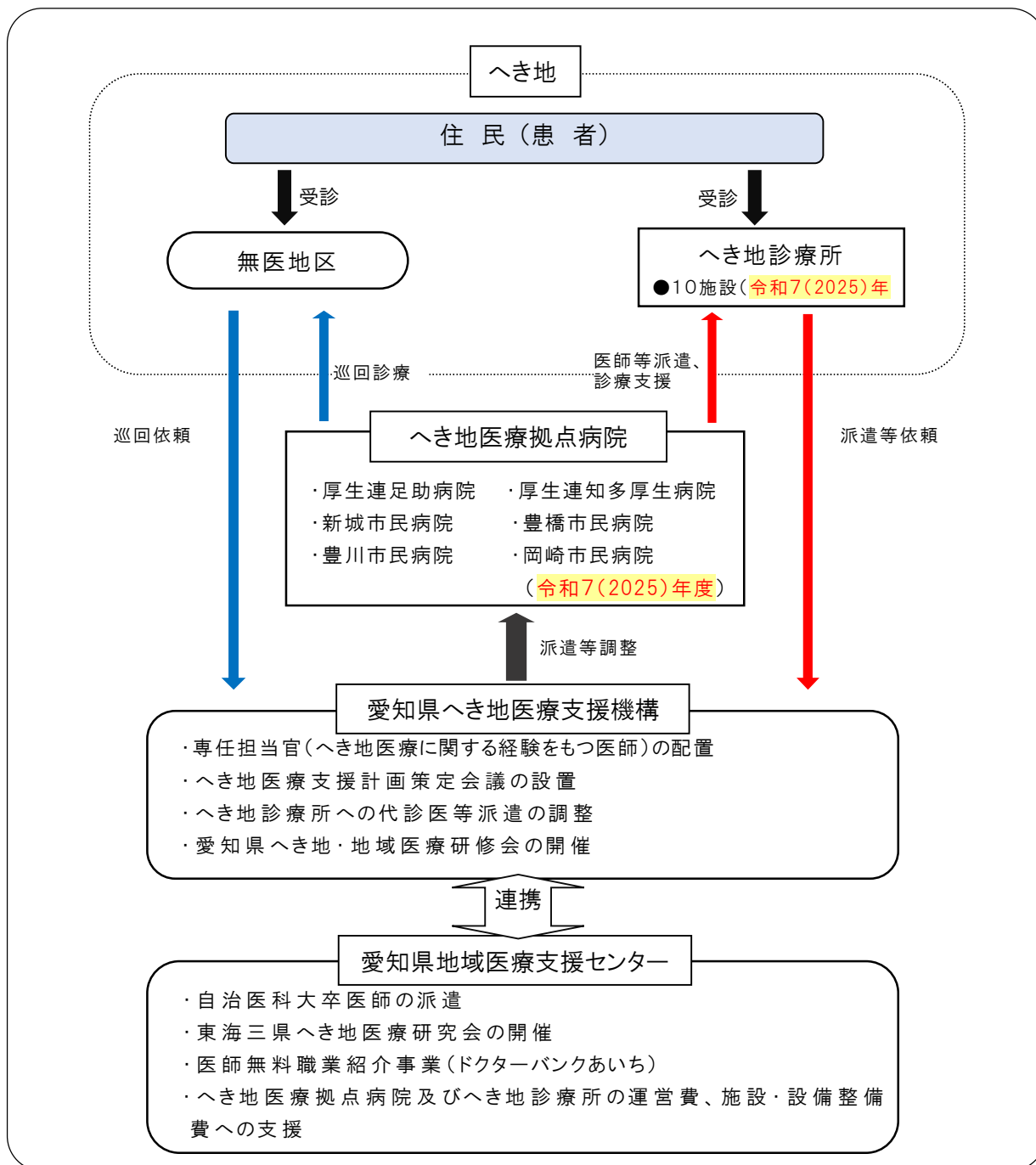
表6-4 へき地医療支援機構の実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
へき地医療支援計画策定会議の開催回数	2回	2回	3回	2回	2回
へき地地域医療研修会(開催場所・参加者数)	オンライン開催(90人)	足助病院・オンライン開催(72人)	知多厚生病院・ハイブリッド開催(83人)	東栄診療所等・現地開催(84人)	三河湾リゾートリンクス、佐久島診療所・ハイブリッド開催(72人)

表6-5 へき地を含む消防本部での救急講習会実施状況(令和6(2024)年)

消防本部	講習会実施回数	講習会参加人員
知多南部消防組合消防本部	83	3,363
西尾市消防本部	161	2,403
岡崎市消防本部	385	3,907
豊田市消防本部	1,401	26,861
新城市消防本部	93	1,673

【へき地医療連携体制図】



【体制図の説明】

- 無医地区における医療の確保のため、へき地医療拠点病院による巡回診療が行われています。
- へき地診療所とは、原則として人口1,000人以上の無医地区等において、住民の医療確保のため市町村等が開設する診療所をいいます。
- へき地医療拠点病院とは、無医地区における巡回診療や、へき地診療所への医師の派遣などを行う病院です。

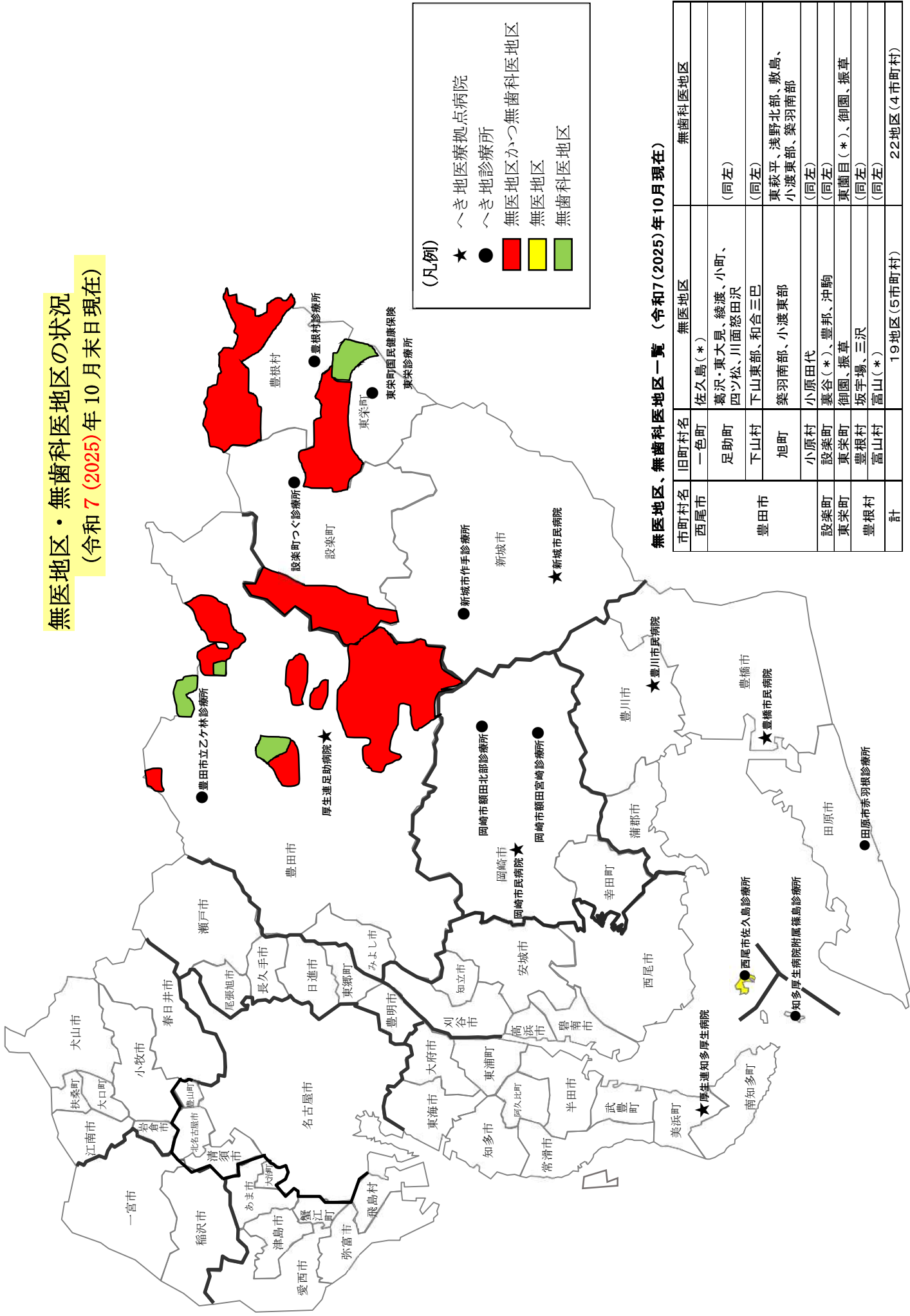
※ 具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

用語の解説

- 無医地区・無歯科医地区
50人以上が居住する地区であって、半径4km以内に医療機関がなく、かつ、容易に医療機関を利用できない地区をいいます。
- 無医地区・無歯科医地区に準ずる地区
無医地区・無歯科医地区ではありませんが、これに準じて医療の確保が必要と知事が判断して厚生労働大臣に協議し、適当であると認められた地区をいいます。

無医地区・無歯科医地区の状況

(令和7(2025)年10月末日現在)



注) *は、無医地区又は無歯科医地区に準ずる地区

第7章 周産期医療対策

第1節 周産期医療対策

【現状と課題】

現 状

- 1 母子保健関係指標の状況
 - 令和6(2024)年人口動態調査によると、愛知県の出生数は45,514人、出生率(人口千対)は6.4(全国5.7)、乳児死亡数は90人、乳児死亡率(出生千対)は2.0(全国1.8)、新生児死亡数は49人、新生児死亡率(出生千対)は1.1(全国0.9)、周産期死亡数は147人、周産期死亡率(出産千対)は3.2(全国3.3)、死産数は933人、死産率は20.1(全国21.8)、妊産婦死亡数は2人、妊産婦死亡率(出産10万対)は4.3(全国4.6)となっています。
 - 医師・歯科医師・薬剤師統計によると、令和6(2024)年12月31日現在で、愛知県内の主たる診療科を産科・産婦人科とする医療施設従事医師数は、723人となっています。平成26(2014)年12月31日時点と比べると、31人増加しています。(表7-1-1)
 - 令和6(2024)年保健師等業務従事者届によると、病院に勤務する助産師数は1,275人、診療所に勤務する助産師数は673人となっています。また、地域や医療機関による偏在があります。
- 2 正常分娩に対する周産期医療体制
 - 令和7(2025)年7月1日時点では、分娩を取り扱っている病院は43か所あり、診療所については71か所あります。
 - 東三河北部医療圏においては、分娩を扱っている医療機関はありません。
 - 令和7(2025)年4月1日時点では、院内助産所は10か所の病院で、助産師外来は24か所の病院で整備されています。
- 3 ハイリスク分娩に対する周産期医療体制
 - 診療体制の整備された分娩環境や未熟児に対する最善の対応など、充実した周産期医療に対する需要の増加に応えるため、地域において妊娠、出産から新生児に至る高度専門的な医療を効率的に提供する総合的な周産期医療体制を整備し、安心して子どもを産み育てる環境づくりを推進しています。
 - 令和8(2026)年4月現在、総合周産期母子医

課 題

- 新生児死亡率、周産期死亡率及び妊産婦死亡率は低い水準で止まっていると考えられますが、今後も本水準の維持が必要です。
- 分娩取扱医療機関の確保に向けて、適切な支援を行う必要があります。
- 病院勤務の産科医師の負担軽減のため、院内助産所や助産師外来の整備などをより一層推進していく必要があります。

療センターは7か所、地域周産期母子医療センターは12か所で指定等し、ハイリスク分娩等に対応しています（図1）。

- 周産期母子医療センターでは、多くの施設で外来診療により、精神疾患を有する母体に対応しています。また、必要に応じ、入院診療可能な4大学病院と連携を図っています。
- 高度で専門的な周産期医療を提供する大学病院や県あいち小児医療センターは、総合周産期母子医療センター等と連携して適切な医療を提供しています。
- 地域周産期母子医療センターがない2次医療圏がありますが、近隣医療圏との連携により、適切な周産期医療体制の整備を図っています。
- 愛知県周産期医療協議会において、地域の実情に応じた周産期医療体制の整備に関する事項等に関して検討及び協議を行っています。
- 令和8(2026)年4月1日現在、診療報酬加算対象の母体・胎児集中治療室(MFICU)の病床は、日赤名古屋第一病院に9床、名大附属病院に6床、日赤名古屋第二病院に6床、名市大病院に6床、厚生連安城更生病院に6床、豊橋市民病院に6床、藤田医大病院に6床、**名市大西部医療センターに6床**の計**51床**あります。
- 令和8(2026)年6月1日現在、診療報酬加算対象の新生児集中治療室(NICU)の病床は、周産期母子医療センターを中心に**193床**ありますが、**総合周産期母子医療センターにおける、NICUの病床利用率は、90%以上となっています。**
- 総合周産期母子医療センターは、県内全体から患者を受け入れており、MFICU及びNICUは慢性的に満床に近い状態となっています。
- NICU・新生児回復期治療室(GCU)には、病状や社会的事情など様々な要因により長期入院している実態があります。
- NICU等の後方支援病床としての機能を持つ、本県の重症心身障害児者施設(医療型障害児入所施設・療養介護事業所)の定員は、**766人**で、人口1万人当たりの整備率は、**令和7(2025)年4月1日現在で1.03**となっており、類似の都府県並みの状況(全国42位)にあります。

4 災害時における周産期医療体制

- 本県の災害時における周産期医療については、(公社)日本産科婦人科学会による大規模

- 国の周産期医療の体制構築に係る指針によると、出生1万人当たり25床から30床のNICUの病床が必要とされています。本県に当てはめると、128床から154床程度であり、現状では指針に基づく必要病床数は満たしていると考えられますが、一時的に満床となり受入れが困難となる場合があることから、安心して出産ができるよう、引き続き質の高い新生児医療を効率的に提供する必要があります。

- 長期入院児への対応について、関係機関と連携を図っていく必要があります。

- NICU等の後方支援病床の整備を図る必要があります。

- NICU長期入院児が在宅で安心して生活できるよう、医療・福祉の連携体制を進める必要があります。

- 災害時における周産期母子医療センターの体制確保を図る必要があります。

災害対策情報システム「PEACE」を活用して連携を取ることとしています。

5 新興感染症の発生・まん延への対策

- 新興感染症の発生・まん延時においても、地域の周産期医療を確保するために、妊産婦の受入先等を含めた医療提供体制を関係機関と協議します。

- 産科医療機関と周産期母子医療センター間での災害時の連携体制について、検討していく必要があります。

- 適切に妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う体制を構築する必要があります。

【今後の方策】

- 周産期ネットワークを一層充実強化し、安心して子どもを産み育てる環境の整備を進めます。
- 原則として、総合周産期母子医療センターと救命救急センターとの併設を促進します。
- 周産期母子医療センターは、実情に応じて、精神疾患を有する母体に適切に対応する体制の構築を図ります。
- 産科及び産婦人科と産科及び産婦人科以外の診療科との連携体制の構築を図ります。
- NICUにおいて質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう図ります。
- NICU長期入院児等が円滑に在宅ケアへ移行できる体制づくりに引き続き取り組んで行きます。
- 災害時における周産期医療体制の構築を図ります。
- 新興感染症の発生・まん延時における周産期医療体制の構築を図ります。
- 既存病床数が基準病床数を上回る圏域において、周産期医療の提供の推進のために診療所に病床が必要な場合は、医療審議会の意見を聞きながら、医療法施行規則第1条の14第7項第2号の診療所として整備を図ります。該当する診療所名は別表を御覧ください。

【目標値】

新生児集中治療室（NICU）の病床数

193床

（令和8（2026）年6月）

⇒

維持

187床

（令和5年（2023）年5月）

表7-1-1 産科・産婦人科医師数等

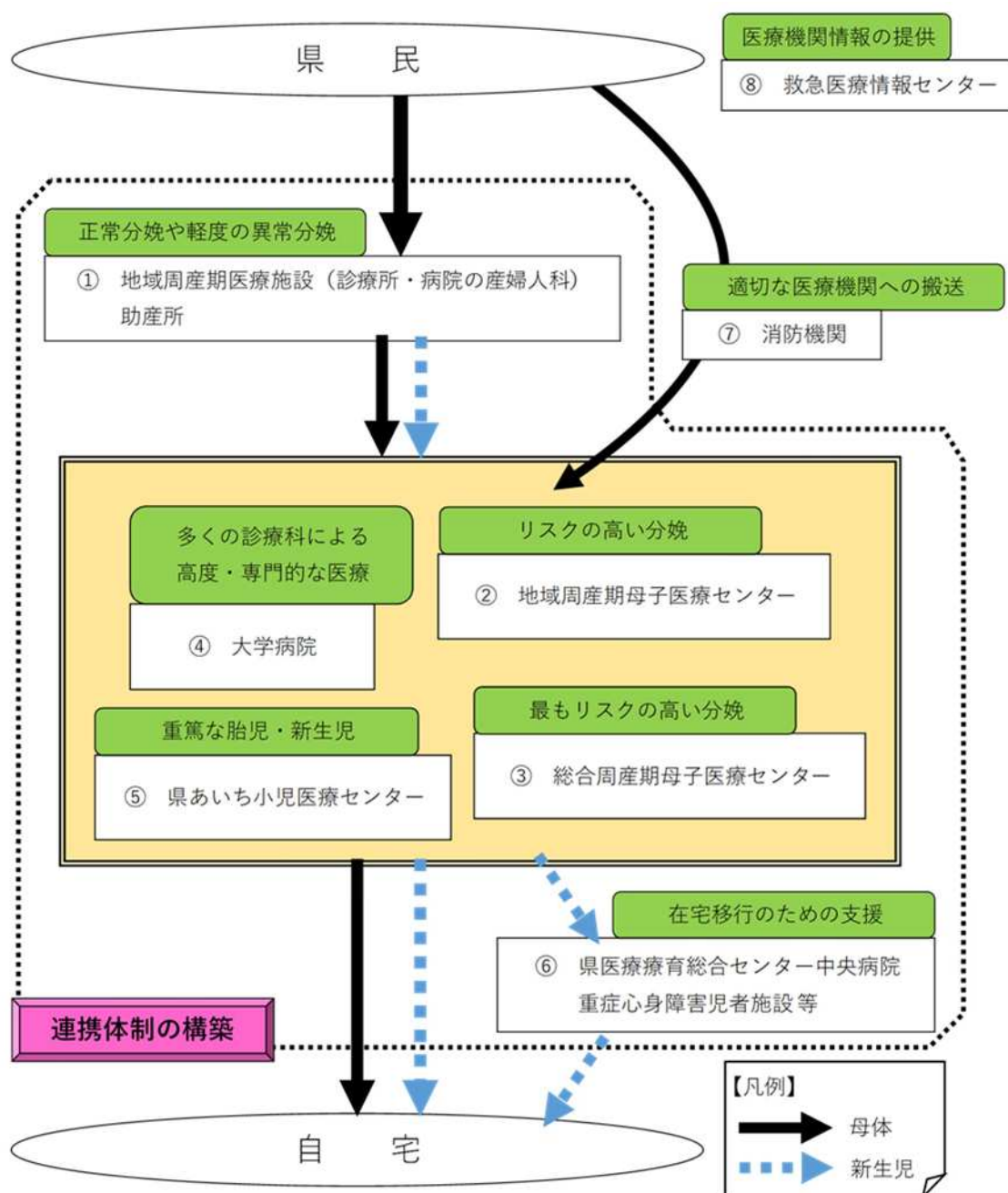
医 療 圏	産 科、 産婦人科医師数	出 生 数	出生千人あたり 医 師 数
名古屋・尾張中部	341	16,119	21.16
海 部	17	1,705	9.97
尾 張 東 部	58	2,984	19.44
尾 張 西 部	41	2,861	14.33
尾 張 北 部	61	4,256	14.33
知 多 半 島	36	3,711	9.70
西 三 河 北 部	39	2,666	14.63
西三河南部東	34	2,662	12.77
西三河南部西	63	4,631	13.60
東 三 河 北 部	1	152	6.58
東 三 河 南 部	55	3,767	14.60
計	746	45,514	16.39

資料 医師数：令和6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計

（産婦人科・産科の医療施設従事医師数。ただし、2つ以上の診療科に従事している場合は、
各々の診療科に重複計上している。）

出生数：令和6（2024）年人口動態統計調査

愛知県周産期医療連携体系図



※ 妊婦及び新生児の状態によっては、消防機関から直接、総合周産期母子医療センターや大学病院へ搬送する場合があります。

※ 状態が改善した妊婦又は新生児は、搬送元医療機関や地域の医療機関へ転院する場合があります（戻り搬送）。

【体系図の説明】

周産期医療に係る基本的な流れを示したものです。

- ① 妊婦は、通常、地域の診療所や病院（地域周産期医療施設）又は助産所で出産します。
- ② 地域周産期母子医療センターでは、ハイリスク分娩等の重篤患者に対し、周産期に係る比較的高度な医療を提供します。
- ③ 総合周産期母子医療センターでは、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療や、産科合併症以外の合併症（脳血管障害、

心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等）を有する母体への医療など、最もリスクの高い患者に対し医療を提供します。

- ④ 大学病院では、多くの診療科にわたる高度で専門的な医療を提供します。また、周産期医療に携わる人材を育成します。
- ⑤ 県あいち小児医療センターは、平成 28(2016)年度に周産期部門を設置して産科・NICUを整備し、出生直後の対応が要求される胎児や重篤な新生児に対し医療を提供しています。
- ⑥ 県医療療育総合センター中央病院や重症心身障害児者施設は、NICU等を退院した障害児等のレスパイト入院の受入れ及び退院後の障害児等への医療的支援を行っています。
- ⑦ 県民（妊婦等）は、緊急事態が生じた場合には、消防機関に連絡します。
消防機関は、妊婦の状態に応じて地域周産期母子医療センターなどに迅速に連絡し、搬送します。
- ⑧ 救急医療情報センターでは、インターネットや電話を通じ、消防機関や県民に対して受診可能な医療機関を案内します。

※ 具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

用語の解説

○ 周産期医療

周産期とは、妊娠後期から新生児早期まで（一般には妊娠満22週から出生後7日未満）のお産にまつわる時期を一括した概念をいい、この時期に母体、胎児、新生児を総合的に管理して母と子の健康を守るのが周産期医療です。

周産期医療では、妊娠の異常、分娩期の異常、胎児・新生児の異常に適切に対処するため、産科、小児科その他の医療スタッフが連携、協力します。

○ 愛知県周産期医療協議会

国の周産期医療の体制構築に係る指針において、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、都道府県が設置することになっている協議会です。

愛知県医師会、愛知県病院協会、愛知県産婦人科医会、愛知県小児科医会、愛知県看護協会、愛知県助産師会、周産期母子医療センター、県医療療育総合センター中央病院、県あいち小児医療センターなどが参加しています。

○ 総合周産期母子医療センター

相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療を行うことができるとともに、当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定するものです。

○ 地域周産期母子医療センター

産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に関して比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設を都道府県が認定するものです。

○ MFICU

Maternal Fetal Intensive Care Unitの略で、日本語では母体・胎児集中治療室といいます。妊娠高血圧症候群、前置胎盤、合併症妊娠、切迫早産や胎児異常など、ハイリスク出産の危険度が高い母体と胎児に対応するための設備を備えています。

○ NICU

Neonatal Intensive Care Unitの略で、日本語では新生児集中治療室といいます。低出生体重児や何らかの病気がある新生児に対応するための設備を備えています。

○ GCU

Growing Care Unitの略で、日本語では新生児回復期治療室あるいは継続保育室などといいます。NICU（新生児集中治療室）を退室した児や病状が比較的安定している軽症の児等に対する治療を行います。

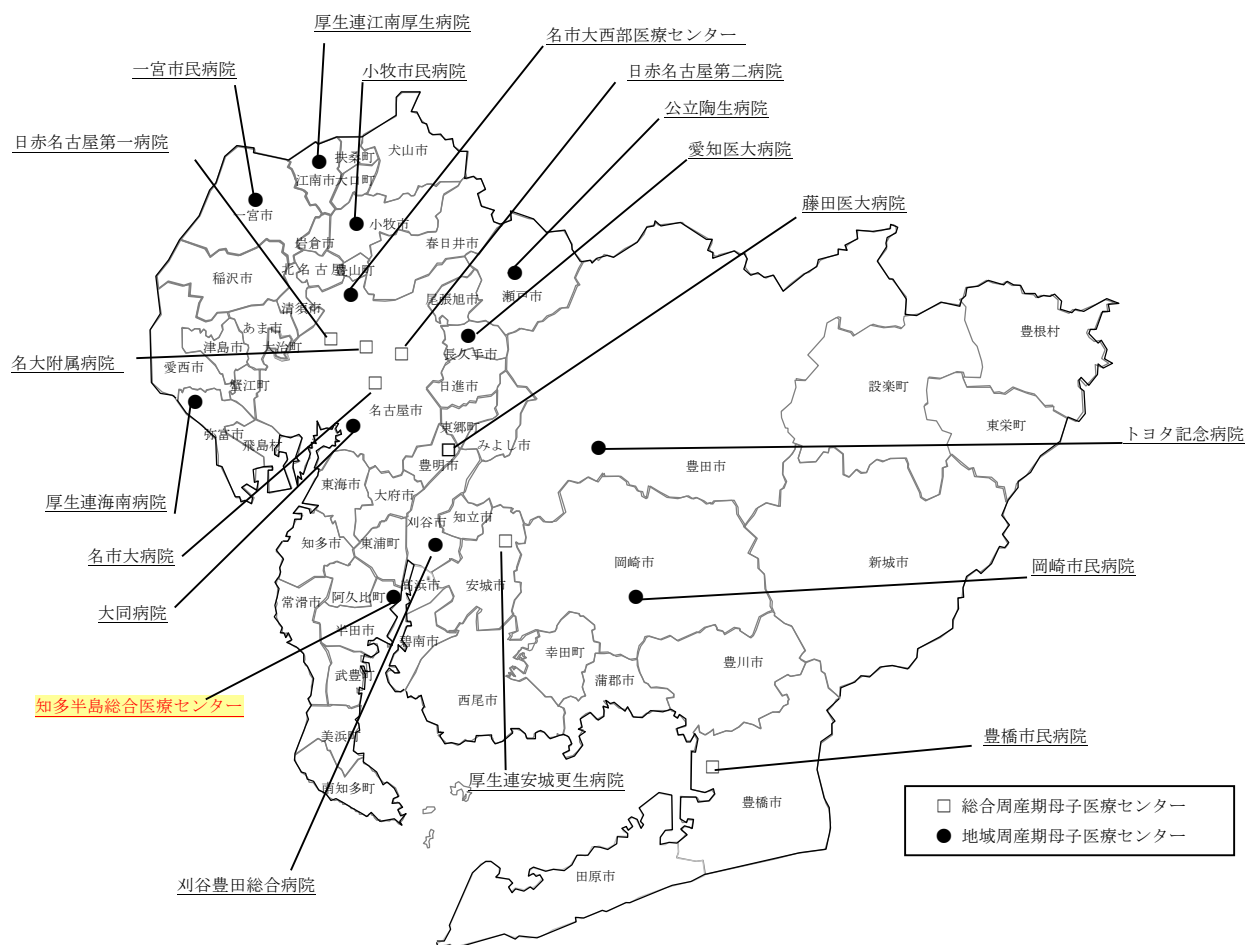
○ 院内助産所

病院の中で助産師が中心となり、妊婦の健診や分娩を行う施設です。正常分娩に対応します。

○ 助産師外来

医療機関等において、外来で、正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師が自立して行うものです。

図1 周産期母子医療センターの状況 (令和8(2026)年4月1日)



医 療 圏	病 院 名
名古屋・尾張中部	(総合) 日赤名古屋第一病院 、 日赤名古屋第二病院 、名大附属病院 名市大病院 (地域) 名市大西部医療センター、大同病院
海 部	(地域) 厚生連海南病院
尾 張 東 部	(総合) 藤田医大病院 (地域) 愛知医大病院 、 公立陶生病院
尾 張 西 部	(地域) 一宮市民病院
尾 張 北 部	(地域) 小牧市民病院 、 厚生連江南厚生病院
知 多 半 島	(地域) 知多半島総合医療センター
西 三 河 北 部	(地域) トヨタ記念病院
西三河南部東	(地域) 岡崎市民病院
西三河南部西	(総合) 厚生連安城更生病院 (地域) 刈谷豊田総合病院
東 三 河 北 部	－
東 三 河 南 部	(総合) 豊橋市民病院

(総合) 7 施設 (地域) 12 施設 ☐ は救命救急センター併設

第2節 母子保健事業

【現状と課題】

現 状

1 母子保健の水準

- 医療水準や生活水準、公衆衛生の向上などによって、乳児や新生児の死亡率は、低い水準で推移しています。(表7-2-1)
- しかし、出生率の低下、晩婚化・晩産化、低出生体重児の出生割合は横ばいとなっています。
- 10代の人工妊娠中絶は、愛知県では、平成元(1989)年の6.6(15～19歳女性人口千対)から増加したものの、平成13(2001)年の12.5をピークに減少傾向に転じ、令和6(2024)年度には4.4となっています。

2 母子保健事業の実施体制

- 多様な地域住民のニーズに的確に対応するため、平成9(1997)年度から、住民に身近で頻度の高い母子保健サービスは市町村で行い、広域的専門的サービスは県保健所で行っています。
- 市町村では、母子健康手帳の交付、妊産婦・乳幼児健康診査、妊産婦・新生児・未熟児訪問指導、各種健康教育、健康相談等の事業を地域の実情に応じて実施しています。
- 県の保健所は、市町村での円滑な母子保健事業の実施を図るため技術的援助を行うとともに、障害児、長期療養児の療育指導等を行っています。

3 妊娠期からの切れ目ない支援

- 母子保健法の改正により、令和3(2021)年4月1日から、母親の心身の安定と母子の愛着形成を促す産後ケア事業が市町村の努力義務とされました。
- 児童福祉法の改正により、令和6(2024)年度以降、「子ども家庭総合支援拠点」と「子育て世代包括支援センター」の設立の意義や機能は維持した上で、「こども家庭センター」の設置に努めることとされました。

課 題

- 今後も母子保健関係指標の改善が求められます。
- 低出生体重児は、発育・発達にリスクを抱えるとともに、将来、生活習慣病になりやすいことがわかってきており、出生割合を減少させるための対策をとる必要があります。
- 母子保健サービスについては、県保健所と市町村がそれぞれの機能の充実を図り、重層的に展開していく必要があります。
- 産婦健康診査において、継続的な支援等が必要とされた者に対する市町村や医療機関等の連携体制を整備する必要があります。
- こども家庭センターの設置や、同センターと妊産婦、子育て世帯、こどもが気軽に相談できる子育て世帯の身近な相談機関との密接な連携を促進するなど、子育て世帯に対する包括的な支援のための体制の強化が必要です。

4 安心安全な妊娠・出産の確保

- 県内全市町村で、妊婦健康診査が公費負担により計14回実施されています。
- 不妊症や不育症で悩む夫婦等に対応するため、県は、「不妊・不育専門相談センター」を設置し、様々な相談に応じています。

5 健やかなこどもの成長・発達の促進

- 県や名古屋市では、早期に発見し、早期に治療を行うことにより知的障害等の心身障害を予防するため、先天性代謝異常等検査を行っています。
- 産科医療機関などでは、新生児聴覚検査が実施されており、県では、聴覚障害を早期に発見し、治療や早期療育につなげるよう、県内の新生児聴覚検査の体制整備について検討し、市町村及び産科医療機関へ情報共有、助言等を行っています。
- 3～4か月児、1歳6か月児、3歳児健康診査は、受診率が90%を超え、市町村では子育て支援にも重点をおいて実施しています。

- 乳幼児のむし歯は改善されている一方で、むし歯を多発するこどもがいます。また、不正咬合等が認められるこどもの割合は、増加傾向です。
- 平成28(2016)年の児童福祉法改正により、母子保健施策が児童虐待の早期発見に資することが明確化されています。

- 「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第21次報告）」において、全国の虐待による死亡事例(心中以外)のうち、0歳児の割合は68.8%であり、中でも日齢0日・0か月児の割合が高い状況です。
- 本県独自の項目を加えて作成した妊娠届出書を活用し、出産後の養育支援が必要な家庭を妊娠届出の機会に把握し、妊娠期や出産後早期からの支援を推進しています。
- 市町村においては、全ての乳児のいる家庭を訪問し、子育ての孤立化を防ぎ、養育支援が特に必要な家庭への訪問による支援を行う乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）

- 不妊症や不育症の悩みについては、正しい知識と理解が必要であり、知識普及と情報提供に関する施策の推進を図っていく必要があります。

- 聴覚障害による音声言語発達への影響を最小限に抑えるため、早期発見、早期療育体制の整備が求められています。

- 乳幼児健康診査の未受診児は、養育支援が必要な家庭の児が含まれているため、未受診者を把握し支援することが必要です。

また、乳幼児健康診査については、更に質の向上を図るとともに、子育て支援の機能や虐待予防の視点を重視する必要があります。

- 母子保健事業を通じ、妊娠期からむし歯予防に加え、口腔機能の育成の視点を取り入れた助言・支援が必要です。

- 母子保健事業を通じ、児童虐待の予防、早期発見に努めることが必要です。

また、妊娠期及び出産後早期からの相談支援体制の整備が求められています。

- 出産後の養育支援が必要と認められる妊婦を把握した場合、養育支援訪問事業等を活用するなど、関係機関と連携を図り支援を継続することが必要です。

及び養育支援訪問事業の実施が努力義務とされています。

6 生涯を通じた健康の保持増進

- 女性の健康は、女性自身の日常生活の基盤だけでなく、こどもの育成について大きな影響があります。
- 県では、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの観点から、思春期、成年期、更年期、老年期等、各ライフステージの課題に応じた健康教育や健康相談を実施しています。
- 県では、若い世代の男女が生殖機能の仕組みに関する正しい知識を学び、自らのライフプランを考えることができるよう、企業や教育現場と連携して健康教育を実施しています。

- 妊娠前からの望ましい食生活の実践等、適切な健康管理が必要です。
- リプロダクティブ・ヘルス／ライツを重視しつつ、こどもの健全な育成の前提として、女性がその健康状態に応じた的確に自己管理を行うことができるよう、学校等との十分な連携による健康教育等の充実が必要です。
- 男女ともに性や妊娠に関する正しい知識を身に付け、健康管理を行うよう促すプレコンセプションケアの推進が必要です。

【今後の方策】

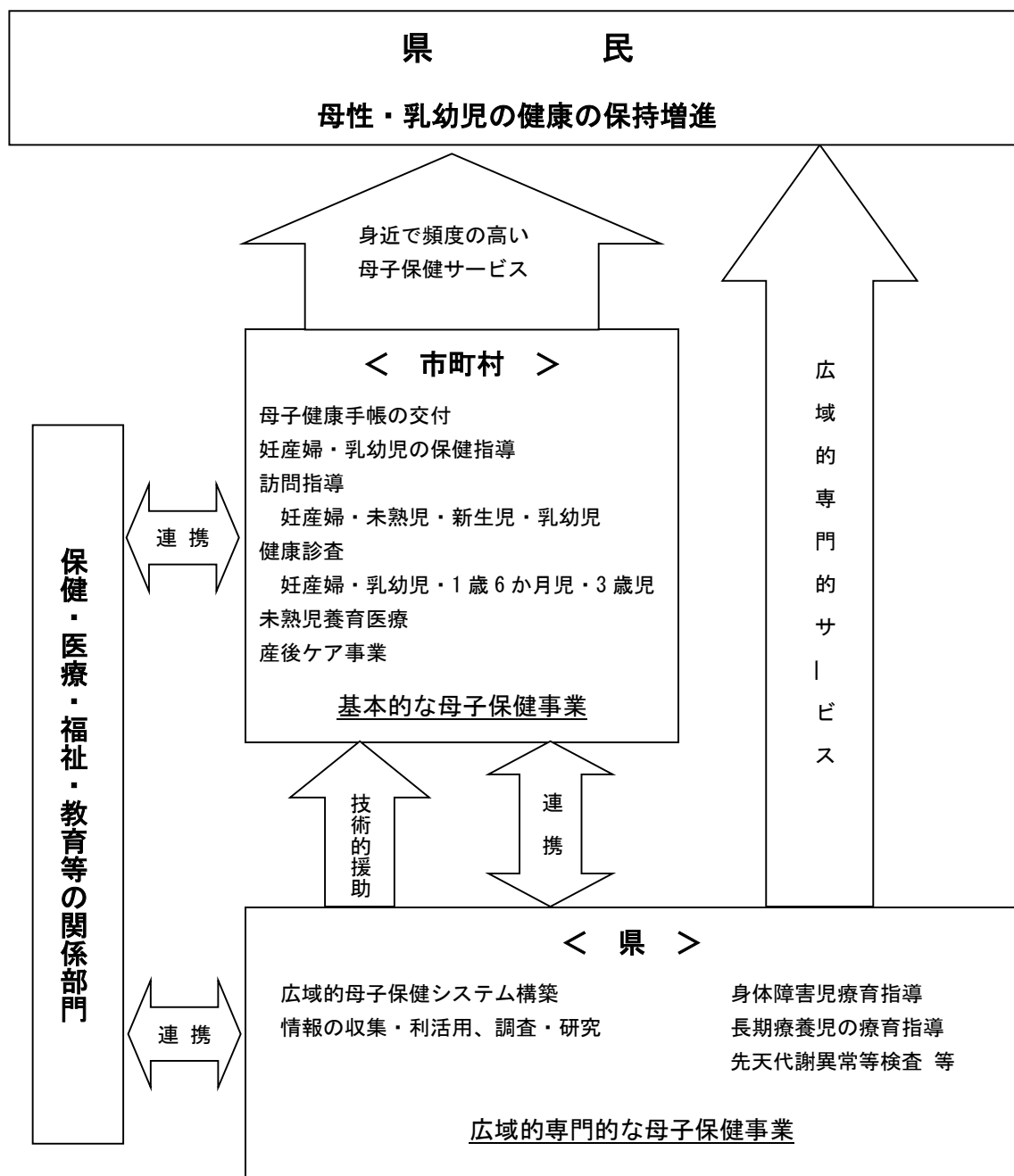
- 低出生体重児の出生割合の減少に向けた取組を進めます。
- 安心安全な妊娠出産を実現できるよう、妊婦健康診査の必要性や妊娠出産に関する正しい知識の普及に努めます。
- 子育て支援及び虐待予防の観点を重視した妊娠期・出産後早期からの支援の充実を図ります。
- 健やかなこどもの成長発達を促進するため、効果的な母子保健事業を展開できるよう、母子保健事業関係者に必要な情報提供と専門的技術の習得のための研修会を実施します。また、保健所を中心に、広域的情報の収集・分析・評価や母子保健事業の推進のための会議等を行います。
- こどもの健全な口腔を育成・維持するため、口腔機能の発育・発達に応じた食育を推進します。

表7-2-1 母子保健関係指標

区 分	出生率 (人口千対)		乳児 死亡率 (出生千対)		新生児 死亡率 (出生千対)		周産期 死亡率 (出産千対)		死産率 (出産千対)		妊産婦 死亡率 (出産10万対)	
	2012 年	2022 年	2012 年	2022 年	2012 年	2022 年	2012 年	2022 年	2012 年	2022 年	2012 年	2022 年
愛知県	9.3	7.1	2.1	1.9	0.8	0.9	3.8	2.9	20.7	17.0	1.4	5.8
(全国順位)	(3)	(4)	(19)	(31)	(7)	(32)	(20)	(12)	(6)	(8)	(27)	(35)
全国平均	8.2	6.3	2.2	1.8	1.0	0.8	4.0	3.3	23.4	19.3	4.0	4.2
全国1位率	12.2	9.4	1.1	0.9	0.4	0.2	2.4	2.2	17.5	15.6	0.0	0.0

資料：人口動態統計（厚生労働省）

母子保健対策の体系図



【母子保健対策体系図の説明】

- 市町村は、身近で頻度の高い相談事業・健康診査・健康教育等を一元的に展開しています。
- 県は、長期療養児等を対象とした専門的な知識及び技術が必要とする事業を行うとともに、市町村が行う事業に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、必要な技術的援助を行います。
- 基本となる計画等の方針に基づき、関係部門との連携を図り、母子保健対策の充実を図ります。

用語の解説

- リプロダクティブ・ヘルス／ライツ
性と生殖に関する健康と権利のこと。妊娠、出産の機能や過程において、身体的・精神的に良好な状態にあること及び良好な状態にある権利のことを言います。具体的内容として、いつ、何人、子どもを産むか産まないか選ぶ自由、安全で満足のある性生活、安全な妊娠・出産、こどもが健康に生まれ育つことなどが含まれた概念です。
- プレコンセプションケア
妊娠前から、男女ともに性や妊娠に関する正しい知識を身に付け、健康管理を行うよう促すこと。
- こども家庭センター
全ての妊産婦、子育て世帯、こどもへ一体的に相談支援を行う機能を有する機関です。

第8章 小児医療対策

第1節 小児医療対策

【現状と課題】

現 状

- 1 患者数等
 - 国の令和5(2023)年患者調査によると、15歳未満の愛知県内の医療施設に入院している推計患者数は、1.4千人で、全体の2.6%となっています。
 - 男女別では、男性0.8千人、女性0.6千人となっています。
 - 愛知県内に住んでいる15歳未満の外来患者数は、56.0千人で、全体の11.3%となっています。
 - 男女の比率は、男性31.7千人、女性24.4千人と、男性の割合が高くなっています。
- 2 医療提供状況
 - 国の令和6年(2024)医師・歯科医師・薬剤師統計によると、本県の主たる診療科を小児科とする医療施設従事医師数（15歳未満人口千対比）は1.10人ですが、医療圏によりばらつきがあり、名古屋・尾張中部、尾張東部医療圏に小児科医が多く集まっている一方、海部、東三河北部医療圏で低くなっています。（表8-1-1）
- 3 特殊（専門）外来等
 - 増加傾向にある生活習慣病、アレルギー疾患などへの専門的な対応や、慢性疾患児などの在宅ケアに対する支援が求められています。
- 4 保健、医療、福祉の連携
 - 虐待を受けている子どもは、増加傾向にあり、早期に発見して、適切に対応していくことが重要です。
県内市町村全てに、要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）が設置されており、保健、医療、福祉、教育などの関係機関が連携して、虐待を受けている子どもを始めたとする要保護児童への対応を行っています。
 - 県や保健所設置市では、小児慢性特定疾病児等長期にわたり療養が必要な児の相談や療育指導等を行っています。
 - あいち発達障害者支援センターでは、自閉症などの発達障害児（者）等に対し、相談、療育支援等を行うとともに、地域における総合的な支援体制の整備を推進しています。

課 題

- 小児科医や小児科を標榜する病院、診療所が少ない医療圏においては、他の医療圏との機能連携が必要となります。
- 病病連携、病診連携による小児医療提供の体制整備の推進が必要です。
- 医療機関は、虐待や虐待の兆候を発見しやすい立場にあるため、地域関係機関と連携し、地域のネットワークへつなげていく必要があります。
- 児童虐待対応における医療機関の役割は極めて重要であり、院内ネットワークの設置や地域関係機関とのケア会議等の開催を働きかけていく必要があります。
- 医療、教育等地域関係機関と連携した支援が必要です。
- 保健機関と医療機関が連携し、歯科医療も含めた慢性疾患児などの在宅ケアに対する支援が必要です。

5 医療費の公費負担状況

- 未熟児養育医療費、身体障害児育成医療費、小児慢性特定疾病医療費について、公費による助成が行われています。(表8-1-2)

また、県においては、通院は小学校就学前まで、入院は中学校卒業まで医療費の助成を行っています。

【今後の方策】

- 身近な地域で診断から治療、また、子どものニーズに応じたサービスが提供できるよう、医療機関や地域関係機関の連携を推進します。
- 発達障害や子どもの心の問題に対応できる全県的な医療体制の整備に努めます。
- 対応困難な小児疾患については、県内で速やかに医療が受けられるよう、病診、病病連携を推進します。
- 高度で専門的な小児疾患や、子どもの虐待などの対応において、県あいち小児保健医療総合センターは、医療部門の機能を最大限に発揮するとともに、保健部門の機能を生かした地域及び他の医療機関等との連携強化を進め、総合的な保健・医療サービスの提供に努めていきます。
- 既存病床数が基準病床数を上回る圏域において、小児医療の提供の推進のために診療所に病床が必要な場合は、医療審議会の意見を聞きながら、医療法施行規則第1条の14第7項第3号の診療所として整備を図ります。

該当する診療所名は別表を御覧ください。

表 8-1-1 小児科医師数等

医療圏	小児科医師数※ 令和6年12月31日	15歳未満人口 令和6年10月1日	15歳未満千人対 小児科医師数
名古屋・尾張中部	411	284,655	1.44
海 部	18	37,276	0.48
尾 張 東 部	99	63,887	1.55
尾 張 西 部	64	60,067	1.07
尾 張 北 部	77	87,032	0.88
知 多 半 島	108	79,832	1.35
西 三 河 北 部	45	58,649	0.77
西 三 河 南 部 東	45	56,236	0.80
西 三 河 南 部 西	61	92,794	0.66
東 三 河 北 部	2	4,561	0.44
東 三 河 南 部	65	82,980	0.78
計	995	907,969	1.10

資料 小児科医師数(主たる診療科が小児科の医療施設従事医師数)：

令和6(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計(厚生労働省)

15歳未満人口：あいちの人口(愛知県県民文化局)

※ 複数の診療科に従事している場合の主として小児科に従事している場合と、1診療科のみに従事している場合の医師数である。

表8-1-2 医療給付の状況（令和 6 (2024) 年度）

（給付実人数）

区分		合 計	愛知県	名古屋市	豊橋市	岡崎市	一宮市	豊田市
未熟児 養育医療	総 数 (入院のみ)	1725	908	520	50	61	135	51
育成医療	合 計	766	435	113	71	47	55	45
	入 院	198	112	27	11	14	21	13
	通 院	568	323	86	60	33	34	32
小児慢性 特定疾病	合 計	6,701	2,882	2,019	355	540	401	504
	入 院	2,108	1,074	559	110	138	101	126
	通 院	4,593	1,808	1,460	245	402	300	378

資料：保健医療局健康医務部健康対策課調べ（未熟児養育医療、小児慢性特定疾病）

福祉局福祉部障害福祉課調べ（育成医療）

注：未熟児養育医療、育成医療は、平成 25(2013) 年 4 月に県及び保健所設置市から全ての市町村へ事務移譲

第2節 小児救急医療対策

【現状と課題】

現 状

- 1 小児の時間外救急
 - 休日・夜間における小児の時間外救急については、休日夜間診療所や病院群輪番制などの大人も含めた一般的な救急医療体制により対応しています。
 - 病院の時間外外来に軽症患者が集中しており、病院勤務医の負担が増大し、小児科医師が病院勤務を敬遠する原因となっています。
- 2 小児の救命救急医療
 - 2次医療圏単位での24時間体制の小児の救命救急医療については、小児救命救急センター、救命救急センター、小児救急医療支援事業に参加する病院及び小児医療を24時間体制で提供する病院（診療報酬で小児入院医療管理料1又は2の評価を受けた病院）で対応しています。
 - 全県レベルでの24時間体制の小児重篤患者の救命救急医療については、県内唯一の小児救命救急センターであり、病床数について全国トップクラスの小児専門の特定集中治療室（P I C U）を有する県あいち小児医療センターが対応するほか、P I C Uを設置している病院で対応しています。
 - P I C Uは、令和5(2023)年4月1日現在、県あいち小児医療センター（16床）、日赤名古屋第二病院（2床）、名市大病院（4床）の3病院に計22床整備され、運用しています。
 - 日本小児科学会の試算（平成18(2006)年）では、小児人口4万人当たり1床必要とされており、本県の小児人口(973千人(令和2年国勢調査))から計算すると、P I C Uは県全体で25床程度必要となります。
 - 小児重篤患者の生存率向上や早期安定化を図るため、県あいち小児医療センター、4大学病院、日赤名古屋第二病院の小児科専門医が電話会議により治療方針や病状に応じた転院先を協議し、迅速に転院搬送を行う「小児重症患者搬送連携システム」を、平成29(2017)年3月に県あいち小児医療センターに整備し、運用しています。

課 題

- 休日・夜間における小児の時間外救急において、病院の時間外外来への軽症患者の集中を緩和するため、軽症患者は休日夜間診療所や在宅当番医の第1次救急医療機関を受診するよう、住民や患者・家族等への普及啓発を図る必要があります。
- 地域性を考慮の上、P I C Uの整備を進める必要があります。

3 小児科医の不足

- 令和元(2019)年6月末時点の「医師不足の影響に関する調査(愛知県)」によると、県内の病院のうち、小児科で何らかの診療制限を行っている病院は、全体の14.0%(17/121病院)となっており、診療制限を行っている病院の割合をみると、精神科に次いで高い割合となっています。
- 令和6(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計(厚生労働省)によると、県内医療施設の小児科に従事する医師は2,022人で、15歳未満千人当たりの医師数は2.23人となっています。(表8-2-1)
- 医療圏別では、西三河北部医療圏が1.28人と最も少なく、東三河北部医療圏が2.85人と最も多くなっています。
- 県内の小児外科に従事する医師は、69人(令和6(2024)年)であり、県内全ての地域の小児基幹病院(小児救命救急センター、救命救急センター、小児救急医療支援事業に参加する病院及び小児医療を24時間体制で提供する病院)への複数配置は困難な状況にあります。

4 小児救急電話相談事業の実施

- 本県では、かかりつけの小児科医が診察していない夜間に、患者の症状に応じた適切な医療相談が受けられるよう、保護者向けの小児救急電話相談事業を実施しています。(表8-2-3)
- 月曜日から金曜日は午後7時から翌日午前8時まで、土曜日・日曜日・祝日・年末年始は午前8時から翌朝8時まで、看護師資格を有する相談員が電話で対応します。電話番号は、全国統一の短縮番号#8000番(短縮番号を利用できない場合は052-962-9900)です。

5 新興感染症の発生・まん延時における医療の体制

- 新興感染症の発生・まん延時における小児救急医療を実施する医療機関の体制を整備しています。

- 小児救急医療に従事する医師の増加を図る必要があります。

- 小児救急電話相談事業については、適切な体制を確保するため、応答率※を確認し、改善の必要性を適宜検討する必要があります。

※着信件数のうち、受電対応者が応答した件数の割合。

- 新興感染症発生・まん延時に適切に対応できるよう、平時から医療機関等と協定を締結し、特に配慮が必要な患者の病床を確保し、医療体制を構築していくことが必要です。

【今後の方策】

- 休日・夜間における小児の初期救急医療について、休日夜間診療所や在宅当番医の第1次救急医療機関を受診するよう、住民や患者・家族に対し、適正受診の呼びかけの広報啓発活動を実施します。
- 小児重篤患者への対応については、小児救命救急センターである県あいち小児医療センターを中心に、PICUを有する医療機関との連携体制を充実・強化を図っていきます。
- 小児集中治療室医療従事者研修事業費補助金を活用して、小児の集中治療に習熟した専門医の確保に努めます。
- 小児救急電話相談事業の応答率向上のため、運営体制の改善を検討していきます。

【目標値】

小児救急電話相談事業の応答率

58.7%

⇒ 60.0%

(令和7(2025)年度)

表 8-2-1 令和6(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計(厚生労働省)

医療圏	小児科※	小児外科※	15歳未満人口 (令和6年10月1日)	15歳未満千人対小児科医師数	15歳未満千人対小児外科医師数
名古屋・尾張中部	802	30	284,655	2.82	0.11
海 部	75	1	37,276	2.01	0.03
尾 張 東 部	157	11	63,877	2.46	0.17
尾 張 西 部	127	2	60,067	2.11	0.03
尾 張 北 部	193	9	87,032	2.22	0.10
知 多 半 島	209	6	79,832	2.62	0.08
西 三 河 北 部	75	6	58,649	1.28	0.10
西 三 河 南 部 東	94	—	56,236	1.67	—
西 三 河 南 部 西	140	2	92,794	1.51	0.02
東 三 河 北 部	13	—	4,561	2.85	—
東 三 河 南 部	137	2	82,980	1.65	0.02
計	2,022	69	907,969	2.23	0.08

※2つ以上の診療科に従事している場合、各々の科に重複計上している。

※15歳未満人口は、あいちの人口(愛知県県民文化局)の数値。

表 8-2-2

県あいち小児医療センターでの「小児特定集中治療管理料」算定に係る救急搬送

小児特定集中治療室(PICU)が8床以上で、選任の小児科医が常時治療室内に勤務し、その選任の小児科医に小児特定集中治療の経験が5年以上の医師2名以上を含むことなどの条件がある。

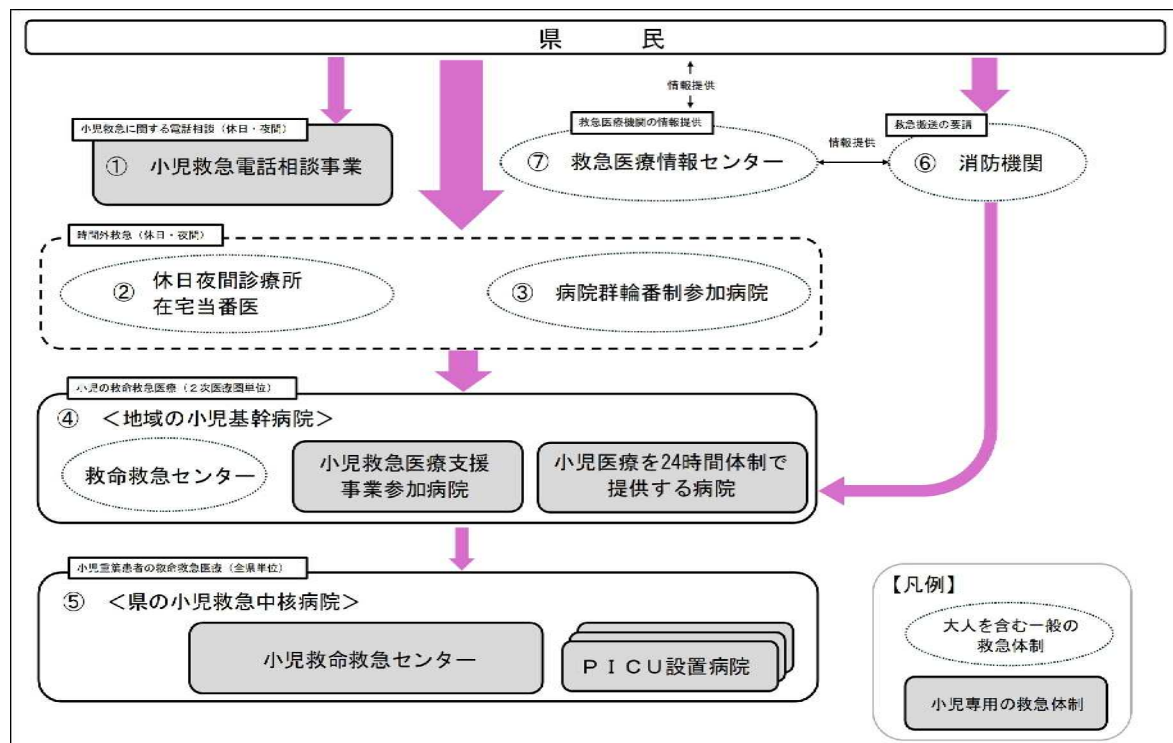
算定基準：ほかの保健医療機関から転院(転院日に救急搬送診療科を算定)した患者を年間50名以上(うち、入室後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が年間30名以上)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	月平均
平成30年度														
救急搬送	7	1	10	7	11	9	6	5	13	8	10	13	100	8.3
うち人工呼吸	3	1	6	3	5	5	1	2	4	6	5	5	46	3.8
令和元年度														
救急搬送	8	15	10	21	16	12	17	8	19	15	14	10	165	13.8
うち人工呼吸	3	1	7	13	8	5	8	4	10	6	7	6	78	6.5
令和2年度														
救急搬送	3	4	3	3	5	7	6	5	6	6	2	6	56	4.7
うち人工呼吸	0	2	3	2	3	3	4	3	3	4	2	4	33	2.8
令和3年度														
救急搬送	2	4	7	10	7	3	5	3	2	8	6	3	60	5.0
うち人工呼吸	1	2	6	10	3	2	2	2	2	6	4	3	43	3.6
令和4年度														
救急搬送	5	4	5	12	5	6	4	9	6	11	8	7	82	6.8
うち人工呼吸	4	1	5	7	5	4	3	6	6	8	4	3	56	4.7
令和5年度														
救急搬送	6	14	15	32	25	16	7	10	14	11	19	11	180	15.0
うち人工呼吸	4	7	8	15	11	10	4	4	5	5	7	2	82	6.8
令和6年度														
救急搬送	15	19	12	17	10	7	14	10	22	22	26	18	192	16.0
うち人工呼吸	9	8	7	5	1	3	0	1	7	8	8	5	62	5.2
令和7年度														
救急搬送	11	13	11	7	14	15	16	22	21	18	13	24	185	15.4
うち人工呼吸	2	2	3	2	8	4	7	9	8	5	3	4	57	4.8

表 8-2-3 小児救急電話相談事業の推移

年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
件数	1,682件	2,932件	3,763件	5,245件	7,853件	8,796件	10,209件 〔7～8月のみ 毎日施行実施〕
相談体制	【H17年4月～】 小児科医1名 【H19年7月～】 看護師2名＋ 支援小児科医師 【H21年7月～】 看護師3名＋ 支援小児科医師1名						
年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
件数	13,965件	17,950件	21,743件	33,254件	36,455件	35,920件	38,838件
相談体制	【H24年4月～】 民間電話相談会社へ 委託 【H27年1月～】 電話相談実施時間 19時～翌朝8時						
年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
件数	34,622件	27,938件	28,984件	43,503件	38,630件	41,382件	36,614件
相談体制							

【小児救急医療連携体系図】



【体系図の説明】

- ① 小児救急電話相談事業とは、小児の保護者の安心感の向上を図るため、かかりつけの小児科医等が診療していない夜間・休日（月曜日から金曜日は午後7時から翌日午前8時まで、土曜日・日曜日・祝日・年末年始は午前8時から翌日午前8時まで）に、看護師資格を有する相談員が保護者向けの救急電話相談を行うものです。
- ② 休日・夜間の時間外救急は、休日夜間診療所及び在宅当番医が担当します。
- ③ 病院群輪番制に参加する病院は、原則として2次医療圏域の休日・夜間の救急患者を受け入れますが、時間外外来に多くの小児の軽症患者が集中しています。
- ④ 地域の小児基幹病院には、救命救急センター、小児救急医療支援事業に参加する病院及び小児医療を24時間体制で提供する病院（診療報酬により小児入院管理料1又は2の評価を受けている病院）が該当します。
地域の小児基幹病院は、原則として2次医療圏域の小児の救命救急医療を担います。
小児救急医療支援事業は、県内2か所の医療圏で実施しています。
- ⑤ 県の小児救急中核病院には、小児救命救急センターが該当します。また、県の要請によりP I C Uを設置している2病院は、小児救命救急センターの役割の一部を補完します。
県の小児救急中核病院は、全県レベルで小児重篤患者の救命救急医療を担います。
県あいち小児医療センターは、平成28(2016)年3月30日に、小児救命救急センターに指定されています。
- ⑥ 救急搬送の要請を受けた消防機関は、地域の小児基幹病院に連絡し、迅速に搬送します。
- ⑦ 愛知県救急医療情報センターでは、インターネットや電話を通じ、消防機関や県民に対して受診可能な医療機関を案内します。 ※ 具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

第3節 小児がん対策

【現状と課題】

現 状

- 1 患者数等
 - 全国がん登録によると、本県の小児がん患者（0～14歳）は、令和5（2023）年で118件把握されており、全てのがん（52,319件）の約0.2%を占めています。（表8-3-1）
 - また、小児慢性特定疾病医療給付において、令和7（2025）年度の悪性新生物による給付は、444件が承認されています。
 - 本県の0～14歳の悪性新生物による死亡数は、令和6（2024）年で12人です。（0～14歳の死亡数全体：166人）
- 2 医療提供体制
 - 国は、固形腫瘍及び造血器腫瘍における治療実績を有し、専門的な小児がん医療を提供する医療機関について、全国で15医療機関を小児がん拠点病院として指定しています。
本県では、名大附属病院が指定されています。
 - 小児がん拠点病院では、集学的治療・緩和ケアの提供、医師等に対する研修の実施、難治性・再発がんに対する治療体制、セカンドオピニオン体制の整備及び臨床研究の推進等、地域全体の小児がん医療及び支援の質の向上を図りつつ、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療を受けられるような心理社会的な支援、適切な療育・教育環境等の提供を行っています。
 - また、地域の質の高い小児がん医療及び支援を提供し、医療資源の集約化を図るため、本県では7か所の小児がん連携病院が、小児がん拠点病院により指定されています。

課 題

- 成長期にあるという小児の特性を踏まえ、本人・家族に対する心理社会的な支援、適切な療育・教育環境等の提供、治療による合併症や二次がんに関する相談支援・対応等の長期的な支援を図るためには、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院及び愛知県がん診療拠点病院との連携協力体制を充実させていく必要があります。
- 退院後は、小学校や中学校等で日常生活の多くの時間を過ごすこととなり、小児がん患者のこれらの学校等への復学を支援していく必要があります。

【今後の方策】

- 小児がん拠点病院を中核とした連携協力体制の強化を行うことにより、地域の小児がんの治療体制、相談支援及び療養体制の整備や、長期的なフォローアップが可能な体制の整備を目指します。
- 小児がん治療に伴い必要となる院内学級等療養支援に関する情報や、家族の宿泊施設などの情報の収集・発信を行うなど、患者だけでなく、家族の支援にも努めます。
- 小学校や中学校等への復学時に重要となる教諭等への小児がんに関する情報提供を行い、小児がん患者の復学を支援していきます。

表 8-3-1 小児がん患者の把握数（全国がん登録で把握された罹患数）

令和 2 (2020) 年	令和 3 (2021) 年	令和 4 (2022) 年	令和 5 (2023) 年
128 件	107 件	126 件	118 件

資料：「**全国がん登録**」（件数は上皮内がんを除く）

表8-3-2 小児がん初発診断症例数（令和 3 (2021) 年 1 月から12月診断）

		白血病	悪性リンパ種	その他造血器腫瘍	脳・脊髄腫瘍	骨軟部腫瘍	その他	合計
小児がん拠点病院	名大附属病院	10	0	15	22	7	45	99
小児がん連携病院	(国)名古屋医療センター	11	1	0	1	2	0	15
	名市大病院	0	0	5	5	2	1	13
	日赤名古屋第一病院	11	2	1	7	0	4	25
	名市大西部医療センター	0	0	0	3	0	1	4
	藤田医大病院	6	4	0	7	0	6	23
	愛知医大病院	3	0	2	2	1	2	10
	厚生連安城更生病院	5	0	0	1	0	2	8
	計	46	7	23	48	12	61	197

資料：小児がん診療に関する調査（令和 5 (2023) 年 6 月実施）

注：小児がん拠点病院（名大附属病院）及び小児がん連携病院を対象に調査

用語の解説

- 小児がん拠点病院
小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境を整備した小児がんの拠点病院で、全国で15医療機関が指定されています。
- 小児がん連携病院
地域の質の高い小児がん医療及び支援を提供し、医療資源の集約化を図るための連携病院で、本県では **7 医療機関** が小児がん拠点病院により指定されています。
- 固形腫瘍
脳腫瘍や骨肉腫、横紋筋肉腫など、かたまりをつくって増生する悪性腫瘍
- 造血器腫瘍
白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫などの血液の悪性腫瘍
- 小児がん治療後の合併症（晩期合併症）
小児がんに対する化学療法、放射線治療等による治療後、数か月あるいは数年が経過後（晩期）に生じる健康上の問題（小児がん治療による正常細胞への影響やその機能不全）
晩期合併症の種類、リスクは、治療内容（薬剤などの種類、量、投与方法）、治療時の年齢などにより異なります。
例：成長・発達、性成熟（二次性徴）、心肺機能、不妊などへの影響、二次がん発症等
- 二次がん
小児がんが治癒した後に、小児がんに対して行った抗がん剤や放射線照射などの治療が発症リスクになると考えられる、別のがんを発症すること

第9章 在宅医療対策

1 プライマリ・ケアの推進

【現状と課題】

現 状

1 プライマリ・ケアの現状

- 地域住民が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が受けられ、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）が受けられることが重要です。
- プライマリ・ケアの機能を担うのは、かかりつけ医・かかりつけ歯科医であり、医療機関としては、地域の診療所（歯科診療所を含む。）が中心になります。
- プライマリ・ケアにおいては、診療所の医師がかかりつけ医（歯科医）の役割を担うことが重要ですが、患者の大病院志向を背景として、その普及が進みにくい状況にあります。
- 診療所のうち、一般診療所は毎年増加していますが、歯科診療所は、平成30(2018)年から減少しています。また、一般診療所のうち、有床診療所は、毎年減少しています。（表9-1-1）
- 診療所を受診する外来患者の総数は、病院の外来患者の総数よりも多くなっています。（表9-1-2）
- 地域住民による主体的な健康の維持増進を支援する健康サポート薬局制度や、地域医療の中で多職種との連携等を通じて最適な薬物治療を提供する地域連携薬局の創設などにより、かかりつけ薬剤師・薬局の果たす役割も大きくなっています。

2 プライマリ・ケアの推進

- プライマリ・ケアを担う医師・歯科医師には、保健、医療だけでなく、福祉に係る幅広い知識が求められるため、大学医学部、歯学部卒前教育から医師臨床研修における教育が重要になります。
- 近年の医学の進歩に伴い、プライマリ・ケアで提供される医療は、高度化かつ多様化しています。

課 題

- 健康づくりから疾病管理まで、一人ひとりの特性にあったプライマリ・ケアが受けられるよう、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の重要性について啓発する必要があります。
- 医療技術の進歩や医療機器の開発等により、在宅医療が多様化、高度化してきていることから、これに対応する医療従事者の資質の向上が求められています。
- 医師（歯科医師）は、臨床研修制度により、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付けることが必要です。
- プライマリ・ケアを推進するためには、診療所では対応できない高度な検査、治療等に対応するための病診連携を図ることが必要です。
- また、医療機器の共同利用や医療技術の向上に係る研修などを通じて、かかりつけ医等を支援する機能が必要です。
- 今後、新たな感染症の発生が懸念されることから、感染症の発生・まん延時についても、在宅医療の提供体制が確保されるよう備える必要があります。

【今後の方策】

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、市町村等と連携を密にし、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の重要性についての啓発を行うなど、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及に努めます。
- 医師、歯科医師の研修については、臨床研修病院などと連携し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を習得するのに必要な指導体制を整備し、その資質の向上を図ります。

表9-1-1 一般診療所、歯科診療所数の推移（毎年10月1日現在）

区 分	平成 20年	…	25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和 元年	2年	3年	4年	5年	6年	7年
一般診療所	512	…	408	384	363	343	324	302	286	279	276	271	265	255	252
無床診療所	4,535	…	4,851	4,929	4,975	5,035	5,083	5,162	5,215	5,259	5,352	5,406	5,488	5,535	5,595
計	5,047	…	5,259	5,313	5,338	5,378	5,407	5,464	5,501	5,538	5,628	5,677	5,753	5,790	5,847
歯科診療所	3,641	…	3,707	3,714	3,727	3,727	3,757	3,756	3,745	3,735	3,736	3,717	3,722	3,685	3,647

資料：病院名簿（愛知県保健医療局）

表9-1-2 病院、一般診療所の外来患者数

（単位：千人）

	病院					一般診療所				
	総数	通院	往診	訪問診療	医師以外の訪問	総数	通院	往診	訪問診療	医師以外の訪問
外来患者数	76.2	75.7	0.1	0.4	0	330.1	322.3	1.5	6.2	0.1
うち65歳以上（再掲）	40.5	40.1	0.1	0.3	－	152.8	130.6	1.2	6	－

資料：令和5（2023）年患者調査（厚生労働省）

注：四捨五入により内訳の合計が総数と一致しない

用語の解説

○ プライマリ・ケア

家庭や地域社会の状況を考慮し、個々の患者に起こるほとんどの健康問題に責任を持って対処する医師（歯科医師）が、患者と継続的な関係を持ちながら提供する、身近で包括的な医療のことをいいます。小児科その他の医療スタッフが連携、協力します。

2 在宅医療の提供体制の整備

【現状と課題】

現 状	課 題
1 在宅医療の提供 ○ 寝たきりの高齢者や慢性疾患で長期の療養が必要な患者など、主として在宅での適切な医療を必要とする患者が増加しています。 ○ 医療技術の進歩や発症早期からのリハビリテーションにより、病院を早期に退院できる患者が増えています。 ○ 県内の全ての医療圏において、医療保険、介護保険等による在宅医療サービスが実施されています。(表9-2-1、表9-2-2) ○ 日常の療養生活を支援するための、訪問診療を提供している医療機関は、令和5(2023)年10月1日現在、1,147か所となっています。 また、歯科医療の面から、訪問歯科診療を提供している歯科診療所は、令和6(2024)年度において1,479か所、服薬指導の面から、訪問薬剤管理指導を実施する薬局は、令和8(2026)年5月1日現在、3,562か所となっています。(表9-2-3) ○ 24時間体制で往診に対応する在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所は、医療を必要とする高齢者が地域で安心して生活するために欠かせないものであり、令和7(2025)年4月1日現在における設置状況は、在宅療養支援病院は71か所、在宅療養支援診療所は897か所となっています。(表9-2-4) また、歯科医療の面から支援する在宅療養支援歯科診療所は、令和7(2025)年4月1日現在、652か所となっています。(表9-2-5) 近隣の薬局と連携するなどして、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されている薬局は、令和6(2024)年度において、1,595か所となっています。 ○ かかりつけ医からの指示により、看護師が定期的に家庭訪問し、高齢者や家族の健康状態と介護状況に応じて必要な看護サービスを提供する訪問看護ステーションは、令和8(2026)年6月1日現在、1,401か所となっています。(表9-2-6) ○ 退院支援から生活の場における支援、急変時の対応、看取りまで、切れ目なく継続して適切な医療が行われるよう、それぞれの場面において、入院医療機関及び在宅医療機関、訪問看護ステーション等の連携が進んでいます。 ○ 医療の継続性や退院に伴って新たに生じる問題	○ 在宅療養支援診療所、24時間対応可能な薬局数などの指標のうち、全国水準を下回っているものもあり(表9-2-7)、こうした在宅医療サービスの提供において基盤となる資源を更に充実させる必要があります。 ○ 看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスを始め、地域市町村を主体とする介護予防、日常生活支援総合事業との連携による機能強化が必要です。 ○ 退院支援体制を強化させるために

の対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた支援を行う退院調整支援担当者を配置している医療機関は、令和5(2023)年10月1日現在、203か所となっています。

- 急変時に入院が必要と判断された場合に、24時間の受入れ体制を確保する在宅療養後方支援病院は、令和7(2025)年1月1日現在、26か所となっています。
- 患者が住み慣れた地域で最期を迎えるための在宅看取りを実施している医療機関は、令和6(2024)年度において、722か所となっています。

- NICU等への長期入院の後、たん吸引や経管栄養などの医療的ケアを自宅で受けながら日常生活を営む小児等の患者も増加しています。

県では、こうした小児在宅医療に対応できる医師等を増加させるための取組を県医師会等と連携し、実施しています。

また、小児在宅医療における訪問薬剤管理指導を行う薬局・薬剤師を増加させる取組も実施しています。

- 全国統一的な情報提供システム(医療情報ネット)において、地域で在宅医療を提供する医療機関に関する情報をインターネット上で提供しています。

また、県歯科医師会では在宅医療に対応可能な会員医療機関の情報を「訪問歯科診療申込窓口」で、県薬剤師会では「在宅医療受入薬局リスト検索」で提供しています。

- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、訪問栄養食事指導を実施しています。

2 医療と介護の連携

- 在宅医療の推進には、医療と介護の連携が重要であるため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、介護支援専門員など、医療及び介護に係る様々な職種が互いの専門的知識を生かしながら、連携して患者・家族をサポートしていく体制を構築するための研修会が、地域において実施されています。

- また、県としては、市町村職員等を対象とした研修会の開催などにより支援を行っています。

は、入院医療機関と在宅医療に係る機関との連携・協働を深めること、また、地域の実情を踏まえた共通ルール等の策定・運用が望まれます。

- 急変時に対応を行うことが可能な病院の確保を進める必要があります。

- 在宅看取りを行う医療機関の充実、及び施設や後方支援を担う医療機関での看取り体制の強化を図り、入院医療機関等における相談体制も含め、患者の意思がより尊重される形で人生の終盤を地域で迎えることができる体制の整備を進める必要があります。

- 医師を始め、小児在宅医療に対応できる人材の更なる確保が不可欠であるとともに、福祉や教育との連携が必要です。

- 県栄養士会が設置し、運営する栄養ケア・ステーションの活用等、在宅での栄養管理体制の整備が必要です。

- 医療と介護の連携の推進は、介護保険法の地域支援事業として制度化され、市町村が主体となって、医師会等の関係団体と協力しながら実施することが求められています。

- 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業における取組で、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供

- 多職種間で在宅患者の情報をリアルタイムで共有する、いわゆる在宅医療連携システムは、平成30(2018)年度から、県内全ての市町村において導入されています。

○ 各地域において、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等の在宅医療提供体制の整備に向けた検討を行っています。

3 地域包括ケアシステムの推進

- 高齢者が地域において安心して暮らし続けることができるように、地域包括ケアシステムの推進に向けた取組を進めています。
- システムの推進には、医療・介護・福祉の連携が必要であり、地域における連携の中核的機関である地域包括支援センターでは、社会福祉士等専門職が、高齢者からの総合的な相談に対し助言を行うとともに、医療・介護・福祉の必要なサービスをつなぐ役割を果たしています。

体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的支援が必要です。

- 在宅医療の提供体制において、情報通信技術が導入・普及されることは、在宅医療従事者の負担軽減の観点からも重要であり、市町村間での互換性確保、利活用の更なる促進のため、地域の関係者間で協議を進める必要があります。

○ 多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供できるよう、地域の実情に応じた「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等の在宅医療提供体制の整備が必要です。

- 地域包括支援センターは、制度横断的な連携ネットワークを推進して、取組を適切に実施する必要があります。

【今後の方策】

- 在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導を実施する薬局を充実する方策について、医師会等の関係機関と連携し、進めていきます。
- 既存病床数が基準病床数を上回る圏域において、在宅医療の提供の推進のために診療所に病床が必要な場合は、医療審議会医療体制部会の意見を聞きながら、医療法施行規則第1条の14第7項第1号の診療所として整備を図ります。 該当する診療所名は別表を御覧ください。
- 歯科医療機関に対して、在宅歯科診療に必要な医療機器等の整備に係る経費の助成等、財政的支援に努めます。
- 在宅患者急変時における後方支援病院の確保を進めます。
- 在宅での看取りが可能な体制を確保するため、医療機関における適切な情報提供や相談体制のあり方、本人や家族の意思決定が困難な事例への対応方法など、人生の最終段階における医療提供体制に関する検討を進めます。
- 小児在宅医療に従事する医師等を増加させるための取組を、医師会等関係団体と連携し、進めていきます。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、介護支援専門員、介護福祉士などの関係多職種がお互いの専門的な知識を生かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制の構築に取り組む市町村を支援していきます。
- 市町村が行う、医療、介護、予防、生活支援サービス、住まいを地域において切れ目なく提供する地域包括ケアシステムを推進していく取組を支援していきます。

- 将来の在宅医療に係る需要について、医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、県や市町村の医療・介護担当者等による検討を行っていきます。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の整備を進めていきます。 該当する施設は、今後県ウェブページに掲載します。

【目標値】

○ 訪問診療を実施している診療所・病院	1,471施設(令和6(2024)年度)	⇒	1,711施設
○ 在宅療養支援診療所・病院	968施設(令和7(2025)年4月1日)	⇒	1,015施設
○ 機能強化型在宅療養支援診療所・病院	357施設(令和7(2025)年4月1日)	⇒	363施設
○ 在宅療養後方支援病院	26施設(令和7(2025)年1月1日)	⇒	25施設
○ 24時間体制を取っている訪問看護ステーション	1,121施設(令和6(2024)年10月1日)	⇒	1,110施設
○ 機能強化型訪問看護ステーション	59施設(令和7(2025)年4月1日)	⇒	54施設
○ 訪問歯科診療を実施している歯科診療所	1,479施設(令和6(2024)年度)	⇒	1,652施設
○ 在宅療養支援歯科診療所	652施設(令和7(2025)年4月1日)	⇒	682施設
○ 訪問薬剤管理指導を実施している薬局	3,562施設(令和8(2026)年5月1日)	⇒	3,824施設
○ 退院支援を実施している診療所・病院	170施設(令和6(2024)年度)	⇒	160施設
○ 在宅看取りを実施している診療所・病院	722施設(令和6(2024)年度)	⇒	813施設
○ 訪問診療を受けた患者数	1,662,806件(令和6(2024)年度)	⇒	1,543,224件
○ 看取り数	18,737件(令和6(2024)年度)	⇒	17,469件 (令和8(2026)年度)

用語の解説

○ 在宅療養支援病院・診療所

患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、患者の求めに応じ24時間往診が可能な体制を確保し、又は訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保することで、緊急時に在宅で療養を行なっている患者様が直ちに入院できるなど、必要に応じた医療・看護を提供できる病院・診療所を指します。

○ 在宅療養支援歯科診療所

在宅で療養している患者に対し、口腔機能の管理や緊急時の対応等の研修を修了した常勤の歯科医師、歯科衛生士を配置し、歯科医療面から支援する診療所のことで、平成20(2008)年度の診療報酬改定において定義されました。

○ 在宅療養後方支援病院

許可病床200床以上の病院で、当該病院を、緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者について、緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れることができるものとして、平成26(2014)年度診療報酬改定において定義されました。

○ 24時間体制を取っている訪問看護ステーション

訪問看護ステーションのうち、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制及び緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制が整備されているとして、東海北陸厚生局へ届出を行っているものを指します。

○ 機能強化型在宅療養支援病院・診療所

在宅療養支援病院・診療所の施設基準に加え、在宅療養を担当する常勤医師数や、過去1年間の緊急往診実績、看取り実績等の基準を単独で又は連携する複数の医療機関で備えている病院・診療所として、東海北陸厚生局へ届出を行っているものを指します。

○ 機能強化型訪問看護ステーション

「24時間対応体制の訪問看護ステーション」のうち、ターミナルケア、超・準超重症児・重症度の高い患者の受入れ、介護保険の居宅介護支援事業所の設置等といった、機能の高いものとして、東海北陸厚生局へ届出を行っているものを指します。

○ 訪問薬剤管理指導を実施する薬局

在宅で療養している患者に対し、医師の指示に基づき薬学的管理指導計画を策定した上で、薬学管理、服薬指導等を行う保険薬局のことで、平成6(1994)年に創設されました。

○ 栄養ケア・ステーション

各都道府県栄養士会が設置する管理栄養士・栄養士が所属し、医師の指示に基づく訪問栄養食事指導を行うことができる地域密着型の拠点です。

○ 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

圏域において、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の提供体制を構築するため、①自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、②他の医療機関の支援も行いながら、③医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を指します。また、これらの病院・診療所には、④災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うことや、⑤患者の家族等への支援を行うことも求められます。

○ 在宅医療に必要な連携を担う拠点

圏域において、在宅医療の関係機関による機関間の連携や医療及び介護の関係職種間の連携を図り、包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るほか、在宅医療に関する人材育成や知己住民への普及啓発、さらには災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行う組織体のことです。

表9-2-1 在宅医療サービスの実施状況（病院・一般診療所）

	総数	医療保険等による													
		総数		往診		在宅患者訪問診療		在宅患者訪問看護・指導		在宅患者訪問リハビリテーション指導管理		訪問看護ステーションへの指示書の交付		在宅看取り	
		施設数	実施率	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数
【病院】															
名古屋・尾張中部	124	68	54.8%	21	783	28	13,810	3	26	8	150	45	2,612	12	57
海部	11	9	81.8%	1	16	5	245	3	36	4	66	5	252	1	4
尾張東部	18	10	55.6%	5	71	8	1,531	1	151	1	5	8	474	4	7
尾張西部	19	11	57.9%	4	22	4	113	3	239	1	141	6	130	2	2
尾張北部	26	16	61.5%	5	65	6	487	-	-	-	-	8	351	1	3
知多半島	19	11	57.9%	4	75	6	891	1	3	4	50	10	568	3	16
西三河北部	20	12	60.0%	3	242	6	1,460	2	57	3	124	10	777	3	35
西三河南部東	22	17	77.3%	7	70	12	364	1	4	3	24	12	474	3	5
西三河南部西	15	9	60.0%	3	30	4	173	1	3	2	59	5	60	-	-
東三河北部	3	3	100.0%	3	4	3	90	-	-	2	15	2	13	1	2
東三河南部	37	23	62.2%	4	77	10	167	3	15	2	105	14	512	3	6
計	314	189	60.2%	60	1,455	92	19,331	18	534	30	739	125	6,223	33	137
【診療所】															
名古屋・尾張中部	2,377	761	32.0%	422	5,601	430	44,944	49	1,386	35	185	364	10,025	126	493
海部	227	96	42.3%	49	362	60	3,098	6	55	2	7	49	855	12	31
尾張東部	348	97	27.9%	48	295	55	3,091	4	15	6	10	44	489	19	45
尾張西部	357	139	38.9%	83	1,288	86	8,429	11	258	8	38	73	1,721	28	99
尾張北部	496	163	32.9%	83	1,642	82	11,042	11	1,270	10	62	71	1,980	30	138
知多半島	406	143	35.2%	76	907	83	6,320	6	183	15	140	68	1,191	32	80
西三河北部	289	82	28.4%	40	237	50	2,260	5	127	7	40	35	712	11	18
西三河南部東	419	122	29.1%	69	1,221	79	4,361	7	682	13	64	69	1,938	18	175
西三河南部西	260	83	31.9%	40	483	42	2,888	6	58	12	60	39	474	16	51
東三河北部	46	18	39.1%	8	23	11	92	2	9	-	-	9	31	3	3
東三河南部	457	133	29.1%	67	899	77	5,486	8	102	13	213	57	942	24	80
計	5,682	1,837	32.3%	985	12,958	1,055	92,011	115	4,145	121	819	878	20,358	319	1,213

	総数	介護保険による							
		総数		居宅療養管理指導 (介護予防サービスを含む)		訪問看護 (介護予防サービスを含む)		訪問リハビリテーション (介護予防サービスを含む)	
		施設数	実施率	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数
【病院】									
名古屋・尾張中部	124	38	30.6%	16	5,276	5	123	30	2,247
海部	11	7	63.6%	2	58	3	192	3	431
尾張東部	18	8	44.4%	4	604	5	1,853	5	1,481
尾張西部	19	7	36.8%	1	17	2	443	5	554
尾張北部	26	6	23.1%	2	191	2	721	3	1,092
知多半島	19	6	31.6%	3	559	—	—	6	1,688
西三河北部	20	6	30.0%	3	553	3	402	5	585
西三河南部東	22	10	45.5%	4	95	3	1,439	8	2,134
西三河南部西	15	5	33.3%	2	84	2	233	5	1,493
東三河北部	3	2	66.7%	2	64	1	1	2	115
東三河南部	37	8	21.6%	2	74	1	118	7	1,973
計	314	103	32.8%	41	7,575	27	5,525	79	13,793
【診療所】									
名古屋・尾張中部	2,377	281	11.8%	223	22,999	21	166	31	806
海部	227	33	14.5%	25	1,096	2	6	2	72
尾張東部	348	41	11.8%	28	912	4	21	8	739
尾張西部	357	48	13.4%	31	2,849	7	196	8	337
尾張北部	496	57	11.5%	41	2,266	7	122	16	549
知多半島	406	51	12.6%	38	4,014	4	82	9	1,443
西三河北部	289	20	6.9%	20	1,096	2	10	2	7
西三河南部東	419	40	9.5%	32	2,147	4	529	7	398
西三河南部西	260	29	11.2%	13	1,347	6	200	10	860
東三河北部	46	5	10.9%	3	21	1	1	2	120
東三河南部	457	51	11.2%	34	2,060	7	377	19	2,845
計	5,682	656	11.5%	488	40,807	65	1,710	114	8,176

資料：令和5(2023)年医療施設調査（厚生労働省）

注：「実施件数」は、令和5(2023)年9月1か月の数

表9-2-2 在宅医療サービスの実施状況（歯科診療所）

	総数	医療保険による										介護保険による					
		総数		訪問診療 （居宅）		訪問診療 （病院・診療所）		訪問診療 （介護施設等）		訪問歯科 衛生指導		総数		居宅療養管理指導 （歯科医師による）		居宅療養管理指導 （歯科衛生士等による）	
		施設数	実施率	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施率	施設数	実施件数	施設数	実施件数
名古屋・尾張中部	1,511	577	38.2%	295	5,267	68	850	261	18,483	133	8,230	294	19.5%	201	14,525	152	20,508
海部	132	68	51.5%	34	192	6	123	29	185	16	74	41	31.1%	25	207	17	274
尾張東部	239	101	42.3%	52	351	6	143	36	1,760	26	1,719	63	26.4%	36	1,696	28	1,865
尾張西部	246	103	41.9%	63	603	8	77	44	3,221	34	1,874	54	22.0%	36	1,760	32	2,473
尾張北部	337	156	46.3%	72	915	8	89	57	2,511	21	1,087	87	25.8%	43	1,689	35	1,812
知多半島	255	132	51.8%	71	1,015	14	306	57	3,043	32	1,503	57	22.4%	40	1,436	30	1,258
西三河北部	167	67	40.1%	30	154	6	113	23	931	17	705	32	19.2%	15	347	7	276
西三河南部東	284	99	34.9%	45	315	9	42	39	680	18	443	44	15.5%	24	1,106	17	846
西三河南部西	181	61	33.7%	28	164	3	69	24	620	13	528	25	13.8%	19	282	13	398
東三河北部	26	13	50.0%	8	22	1	40	6	119	2	40	3	11.5%	3	30	3	27
東三河南部	318	128	40.3%	55	438	12	96	49	1,277	24	1,005	60	18.9%	29	784	28	673
計	3,696	1,505	40.7%	753	9,436	141	1,948	625	32,830	336	17,208	760	2	471	23,862	362	30,410

資料：令和5（2023）年医療施設調査（厚生労働省）

注：「実施件数」は、令和5（2023）年9月1か月の数

表9-2-3 訪問薬剤管理指導を実施する薬局数

名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計
1,301	149	249	257	344	277	199	168	263	23	332	3,562

資料：診療報酬施設基準 在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出施設数（令和8（2026）年5月1日時点）

表9-2-4 在宅療養支援病院・診療所の設置状況

医療圏	名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計
在宅療養支援病院	34	3	6	5	3	3	5	1	5	1	5	71
在宅療養支援診療所	383	36	61	70	81	66	44	30	62	3	61	897

資料：診療報酬施設基準 在宅療養支援病院・診療所（1）～（3）の届出施設数（令和7（2025）年4月1日時点）

表9-2-5 在宅療養支援歯科診療所の設置状況

名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計
267	28	50	50	63	60	26	11	47	7	43	652

資料：診療報酬施設基準 在宅療養支援歯科診療所の届出施設数（令和7（2025）年4月1日時点）

表9-2-6 訪問看護ステーションの設置状況

名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計
669	53	72	116	109	87	59	61	82	3	90	1,401

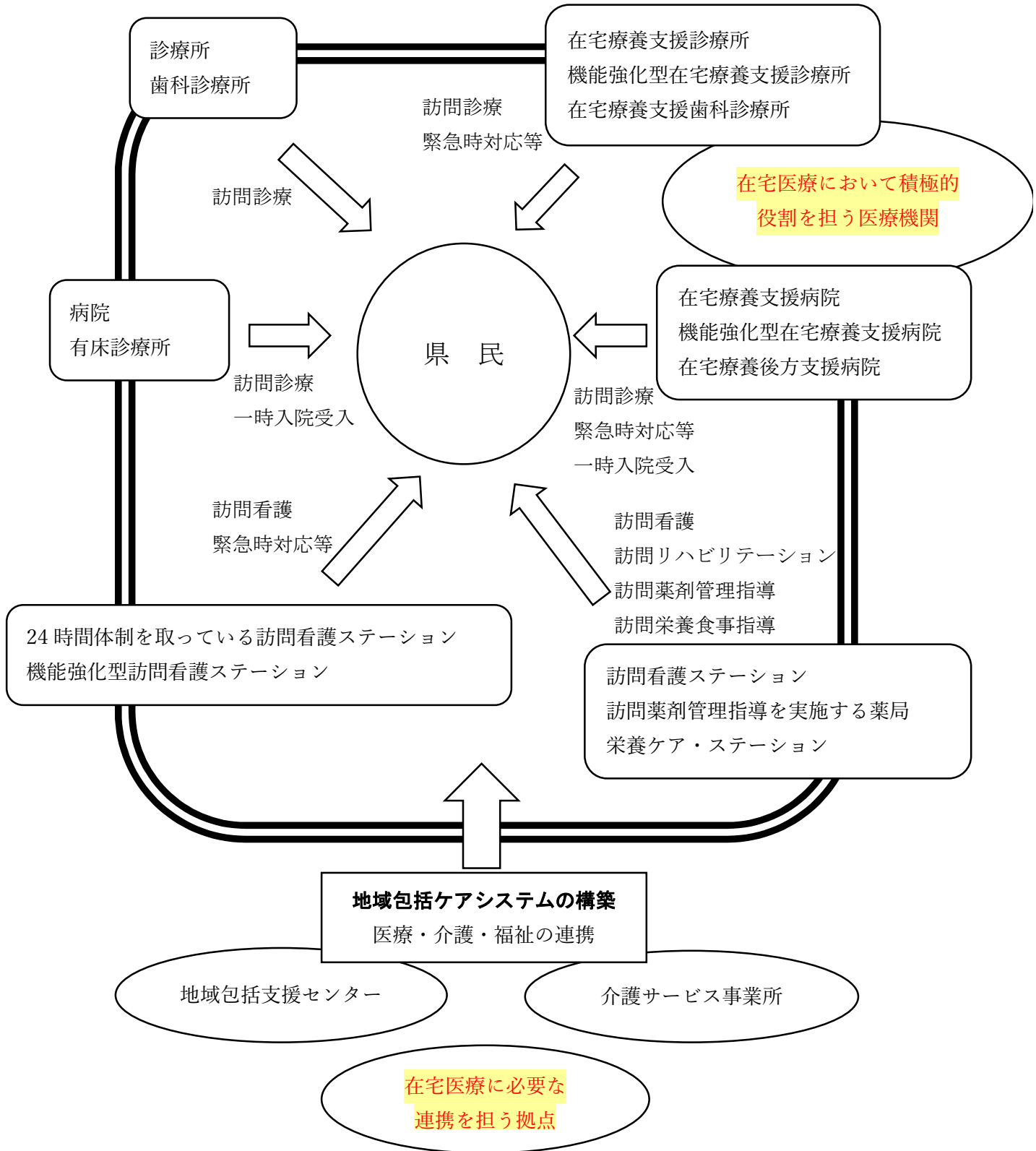
資料：愛知県内介護保険事業所一覧（令和8（2026）年6月1日時点）

表 9-2-7 在宅医療基盤の本県と全国と比較（人口 10 万人当たり）

指標名		全国	愛知県	資料
在宅療養支援診療所	診療所数	12.5	12.0	令和 7 (2025) 年 4 月診療報酬施設基準
在宅療養支援病院※	病院数	1.75	0.95	令和 7 (2025) 年 4 月診療報酬施設基準
在宅療養支援歯科診療所		7.26	8.71	令和 7 (2025) 年 4 月診療報酬施設基準
介護保険を扱う訪問看護ステーション数		14.57	16.3	令和 6 (2024) 年介護サービス施設・事業所調査
訪問看護ステーションの従業者数		118.33	127.82	令和 6 (2024) 年介護サービス施設・事業所調査
24 時間体制を取っている訪問看護ステーションの従業者数	保健師	1.19	0.75	令和 6 (2024) 年介護サービス施設・事業所調査
	助産師	0.18	0.31	
	看護師	77.26	88.7	
	准看護師	5.24	6.11	
	理学療法士	16.2	14.87	
	作業療法士	7.09	5.25	
24 時間対応可能な薬局数		21.9	21.3	令和 6 (2024) 年度 NDB
在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数		3.03	4.18	令和 6 (2024) 年度 NDB
訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数		1.32	1.43	令和 6 (2024) 年度 NDB

※ 在宅療養支援病院は「半径 4 km 以内に診療所が存在しないこと又は許可病床数が 200 床未満」の場合に認められるものであるため、本県と全国をその数で比較する際は注意を要する。

【在宅医療連携体系図】



第10章 保健医療従事者の確保対策

1 医師確保計画の推進

地域間の医師偏在の解消等を通じて地域における医療提供体制を確保していくため、令和2(2020)年3月に「愛知県医師確保計画」を策定しましたが、3年ごとに見直し(初回のみ4年間)、令和18(2036)年度までに医師偏在是正を達成することを長期的な目標としています。

なお、詳細な内容については、別冊の「愛知県医師確保計画」に記載しています。

(1) 計画期間

令和9(2027)年度から令和11(2029)年度までの3年間

(2) 「愛知県医師確保計画」の主な内容

ア 医師少数(多数)区域の設定

- 都道府県は、厚生労働省が算出した医師偏在指標に基づき、医師少数区域、医師多数区域を2次医療圏単位で設定します。国が示した基準では、全国330ある2次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位33.3%を医師多数区域、下位33.3%を医師少数区域とすることとされています。
- なお、本県は、医師少数でも多数でもない都道府県とされています。

【本県における医師少数区域・医師多数区域】

圏域名	新たな医師偏在指標				前回計画策定時の医師偏在指標			
	(確定値)	区分	順位 (47都道府県) (330医療圏)	【参考】 へき地尺度	(確定値)	区分	順位 (47都道府県) (330医療圏)	【参考】 へき地尺度
全国	266.8	-	-	-	255.6			-
愛知県	258.3		27位	-	240.2		28位	-
名古屋・尾張中部	330.7	医師多数	27位	-0.0103	305.4	医師多数	37位	-
海部	205.5		183位	-0.0020	207.7		131位	-
尾張東部	334.6	医師多数	25位	-0.0042	333.2	医師多数	24位	-
尾張西部	213.7		154位	-0.0028	214.9		120位	-
尾張北部	195.5		213位	-0.0034	185.2		203位	-
知多半島	220.1		137位	-0.0014	196.5		174位	-
西三河北部	218.8		141位	0.0007	192.3※		186位相当	-
西三河南部東	206.8		180位	-0.0025	188.8		195位	-
西三河南部西	213.1		160位	-0.0030	194.7		181位	-
東三河北部	199.3		202位	0.0032	165.2	医師少数	251位	-
東三河南部	186.6	医師少数	239位	-0.0043	184.2		206位	-

※へき地尺度…医師偏在指標を算定するに当たり、地理的要素を反映させたもの。①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯の4項目で評価する。医師偏在指標が中位の二次医療圏のうち、へき地尺度が上位10%の医療圏は、医師少数区域として設定する。(数値が大きいほどへき地)

【3次医療圏(愛知県)の状況】

分類		新たな 医師偏在指標	順位	(参考) 前回計画策定時の 医師偏在指標	順位
	全国	266.8	-	255.6	-
医師多数 (1位～16位)					
医師多数・少数以外 (17位～31位)	愛知県	258.3	27	240.2	28
医師少数 (32位～47位)					

イ 医師の確保の方針

今後、記載予定

2 歯科医師

【現状と課題】

現 状	課 題
(1) 歯科医師法第6条第3項による届出状況 ○ 本県を従業地としている歯科医師の届出数（令和6(2024)年12月31日現在）は6,097人で、前回調査の令和4(2022)年と比べ34人増加していますが、最も多かった令和2(2020)年と比べると62人減少しています。（表10-1-1） ○ 人口10万人当たりの歯科医師数でみると81.9人となっており、全国の83.7人を下回っています。 また、医療圏別では、名古屋・尾張中部医療圏が多く105.9人、西三河北部医療圏が60.8人と少ない状況になっています。（表10-1-2） ○ 海部、東三河北部医療圏では従事する歯科医師が3人以下の町村があります。また、西三河北部と東三河北部医療圏に、無歯科医地区及び無歯科医地区に準ずる地区（令和7(2025)年10月現在）が計22地区あります。 (2) 歯科医師の養成 ○ 本県では1大学に歯学部が設置されており、令和8(2026)年度入学定員は、125人となっています。（表10-1-3） ○ 歯科医師臨床研修制度により、歯科医療の果たすべき社会的役割を認識し、基本的な診療能力を身に付けるため、1年以上の研修が必修となっています。	○ 無歯科医地区等での歯科保健医療提供体制の充実強化を図る必要があります。

【今後の方策】

- 県内全ての地域で歯科保健医療提供体制が確保できるよう、関係団体等と検討を進めます。

表10-1-1 歯科医師数の推移（毎年末）

区 分	平成 18 (2006) 年	平成 20 (2008) 年	平成 22 (2010) 年	平成 24 (2012) 年	平成 26 (2014) 年	平成 28 (2016) 年	平成 30 (2018) 年	令和 2 (2020) 年	令和 4 (2022) 年	令和 6 (2024) 年
本県歯科医師数	4,978	5,189	5,363	5,550	5,581	5,683	5,738	6,159	6,063	6,097
本県人口 10 万人当たり	68.1	70.1	72.4	74.7	74.9	75.7	76.1	82.4	80.9	81.7
全国人口 10 万人当たり	76.1	77.9	79.3	80.4	81.8	82.4	83.0	85.2	84.2	83.7

資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（平成28(2016)年以前は医師・歯科医師・薬剤師調査）（厚生労働省）

表10-1-2 歯科医師従業地別届出数（令和 6 (2024) 年末）

医 療 圏	歯 科 医 師			人口 令和 8 (2026) 年 4 月 1 日
	届出数	人口 10万人当たり	うち 医療施設の 従事者	
名古屋・尾張中部	2,684	105.9	2,589	2,534,923
海 部	198	62.6	195	316,271
尾 張 東 部	413	87.2	408	473,541
尾 張 西 部	359	71.7	353	500,762
尾 張 北 部	532	74.1	520	717,839
知 多 半 島	409	66.7	398	613,354
西 三 河 北 部	289	60.8	274	475,446
西 三 河 南 部 東	270	64.2	261	420,396
西 三 河 南 部 西	427	61.5	417	694,675
東 三 河 北 部	30	63.6	28	47,170
東 三 河 南 部	486	72.2	476	673,470
愛 知 県	6,097	81.9	5,919	7,439,980
全 国	103,652	83.7	100,266	—

資料：令和 6 (2024) 年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

注：人口10万人当たりの人口は、「あいちの人口」を用いています。

(表10-1-1では、人口推計（各年10月1日現在）（総務省統計局）の人口を用いているため、県全体の人口10万人当たりの歯科医師数が異なっています。)

表10-1-3 歯学部設置状況

名 称	設置者	入学定員（令和 8 (2026) 年度までの年度ごと）	
		平成 20 (2008) ～24 (2012) 年度	平成 25 (2013) 年度～
愛知学院大学歯学部	学校法人	130人	125人

用語の解説

○ 歯科医師臨床研修制度

診療に従事しようとする歯科医師は、1年以上、歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く）又は厚生労働大臣の指定する病院若しくは診療所において、臨床研修を受けなければなりません。

3 薬剤師

(1) 薬剤師確保計画の推進

「薬剤師確保計画」は、地域ごとの薬剤師の多寡について全国ベースで統一的・客観的に比較・評価することができる「薬剤師偏在指標」に基づき、2次医療圏単位での医療提供体制の確保を目的として、薬剤師の偏在対策を図っていくものです。

本県では、2025（令和7）年3月に「愛知県薬剤師確保計画」を策定しましたが、原則、3年ごとに計画の実施・達成を積み重ね、その結果、2036（令和18）年度までに薬剤師偏在是正を達成することを長期的な目標とします。

なお、本計画は医療法第30条の4第2項第12号の規定及び国の薬剤師確保計画ガイドラインに基づく「薬剤師確保計画」として位置付けます。

ア 計画期間

2025（令和7）年度から2029（令和11）年度までの5年間

イ 計画の推進

2024（令和6）年度に「愛知県薬剤師確保計画ワーキンググループ」を設置し、関係者（県内薬学部設置4大学、愛知県薬剤師会、愛知県病院薬剤師会、愛知県女性薬剤師会、愛知県医薬品卸協同組合）と協議、連携を図りながら薬剤師確保対策を推進しています。

ウ 本県の薬剤師の状況と人口の推移

(ア) 薬剤師の状況

- 本県を従業地としている薬剤師の届出数は16,925人（2024（令和6）年12月31日現在）で、人口10万人当たりでは全国平均を下回っていますが、増加傾向が続いています。（表1）

表1 人口10万対薬局・医療施設に従事する薬剤師数（人）

年別	愛知県		全国	
	薬剤師数	うち薬局・医療施設に従事する薬剤師数	薬剤師数	うち薬局・医療施設に従事する薬剤師数
平成24年	180.8	141.7	219.6	161.3
平成26年	188.5	149.1	226.7	170
平成28年	195.6	157.9	237.4	181.3
平成30年	204.9	168.3	246.2	190.1
令和2年	212.2	174.8	255.2	198.6
令和4年	216.7	176	259.1	202.6
令和6年	226.9	186.3	265.8	210.6

出典：厚生労働省（医師・歯科医師・薬剤師調査）

- 薬局・医療施設に従事する薬剤師数は13,901人で、届出者の約8割を占めています。
- 業態別の薬剤師数は、薬局に従事する薬剤師数は10,542人、医療施設に従事する薬剤師数は3,359人となっており医療施設に従事する薬剤師数は増加傾向が続いています。

(イ) 将来の人口と医療需要の見通し

- 本県の総人口は、2023（令和5）年を「1」とした場合、2036（令和18）年には0.96に減少すると推計されます。
- 本県の64歳以下の人口は、2036（令和18）年に向けて減少すると推計されますが、0～14歳人口の減少率が高くなる見込みです。
- 本県の65歳以上人口は、2036（令和18）年に向けて増加すると推計されますが、65～74歳人口は減少し、75歳以上人口は増加する見込みです。
- 本県では4大学に薬学部が設置されており、2025（令和7）年度入学定員は625人となっています。（表2）

表 2 県内 4 大学薬学部を設置状況

名称	設置者	入学定員 (人)	入学者数 (人)				入学定員充足率 (入学者数／入学定員)			
			2025年度	2024年度	2023年度	2022年度	2025年度	2024年度	2023年度	2022年度
名古屋市立大学	公立大学法人	65	68	72	73	68	104.6%	110.8%	112.3%	104.6%
愛知学院大学	学校法人	145	165	156	154	166	113.8%	107.6%	106.2%	114.5%
金城学院大学	学校法人	150	144	182	140	192	96.0%	121.3%	93.3%	128.0%
名城大学	学校法人	265	271	286	311	277	102.3%	107.9%	117.4%	104.5%
計	—	625	648	696	678	703	—	—	—	—

○ 本県の病院・薬局の施設数は、病院 313 施設、薬局 3,735 施設となっています。

(表 3)

表 3 県内の病院・薬局施設数

2 次医療圏	病院数※	薬局数※
名古屋・尾張中部	117 (126)	1,380 (1,292)
海 部	14 (11)	152 (145)
尾 張 東 部	18 (19)	251 (224)
尾 張 西 部	18 (20)	269 (257)
尾 張 北 部	27 (26)	357 (336)
知 多 半 島	20 (19)	285 (253)
西 三 河 北 部	20 (20)	203 (180)
西 三 河 南 部 東	15 (16)	178 (164)
西 三 河 南 部 西	22 (22)	283 (268)
東 三 河 北 部	6 (3)	26 (25)
東 三 河 南 部	36 (37)	351 (339)
愛知県 計	313 (319)	3,735 (3,483)

出典：病院数（病院名簿（令和 7 年 10 月 1 日時点））

薬局数（医薬品販売業等施設数（令和 8 年 3 月 31 日時点））

※括弧内の施設数は、薬剤師偏在指標の算定に用いた病院数及び薬局数

病院数（令和 3 年医療施設調査）

薬局数（令和 4 年 9 月時点で地方厚生局が公表する全国の薬局の情報）

エ 地域・業態別の薬剤師少数（多数）区域の設定

○ 都道府県は、薬剤師偏在指標に基づき、地域（都道府県・2 次医療圏）別、業態別（病院・薬局）の偏在指標を設定し、これらを地域別薬剤師偏在指標、病院薬剤師偏在指標、薬局薬剤師偏在指標とします。

○ 薬剤師偏在指標を大きい地域順に並べ、薬剤師偏在指標（1.0）より高い 2 次医療圏・都道府県を「薬剤師多数区域」及び「薬剤師多数都道府県」とし、また、薬剤師偏在指標（1.0）より低い 2 次医療圏・都道府県のうち下位 2 分の 1 の 2 次医療圏・都道府県を「薬剤師少数区域」及び「薬剤師少数都道府県」と区域設定します。

○ なお、本県は、地域別薬剤師偏在指標（現在）が 0.93（全国 20 位）で、薬剤師少数・多数以外の都道府県に位置付けられています。

○ 業態別の現時点の偏在指標では、病院薬剤師は 0.75、薬局薬剤師は 1.00 となっており、病院薬剤師は薬剤師少数都道府県に位置付けられています。（表 4、5）

表4【本県の薬剤師偏在指標】

	病院薬剤師偏在指標				薬局薬剤師偏在指標				地域別薬剤師偏在指標			
	現在時点 2023年度	区域 設定	将来時点 2036年度	区域 設定	現在時点 2023年度	区域 設定	将来時点 2036年度	区域 設定	現在時点 2023年度	区域 設定	将来時点 2036年度	区域 設定
名古屋・尾張中部	0.82	*	0.80	*	1.21	多	1.26	多	1.09	多	1.12	多
海部	0.78	*	0.83	*	0.86	*	1.01	多	0.84	*	0.96	*
尾張東部	0.96	*	0.90	*	1.07	多	1.13	多	1.03	多	1.04	多
尾張西部	0.66	少	0.66	少	0.93	*	1.03	多	0.85	*	0.92	*
尾張北部	0.67	少	0.66	少	0.90	*	1.00	*	0.83	*	0.90	少
知多半島	0.62	少	0.62	少	0.88	*	0.95	*	0.82	*	0.87	少
西三河北部	0.50	少	0.46	少	0.93	*	0.94	*	0.81	*	0.79	少
西三河南部東	0.72	少	0.66	少	0.91	*	0.90	*	0.86	*	0.83	少
西三河南部西	0.89	*	0.83	*	0.77	*	0.77	少	0.80	*	0.79	少
東三河北部	0.41	少	0.48	少	0.78	*	1.08	多	0.70	少	0.94	*
東三河南部	0.67	少	0.67	少	0.88	*	0.98	*	0.82	*	0.88	少
愛知県	0.75	少	0.74	少	1.00	*	1.06	多	0.93	*	0.96	少
全国	0.80		0.82		1.08		1.22		0.99		1.09	

出典：「薬剤師偏在指標等について」（令和5年6月9日付け厚生労働省医薬・生活衛生局総務課事務連絡）

※ 青色の網掛け部分は薬剤師多数区域、黄色の網掛け部分は薬剤師少数区域。

表5【本県における薬剤師少数区域、薬剤師多数区域】

薬剤師 偏在指標		分 類	2次医療圏の名称(種別)	薬剤師少数スポット ※
「1.0」以上		薬剤師 多数区域	名古屋・尾張中部（薬局）	
			尾張東部（薬局）	
「1.0」 未 満	上位 2分の1	薬剤師 少数・ 多数以外 の区域	名古屋・尾張中部（病院）	
			海部（薬局・病院）	
			尾張東部（病院）	
			尾張西部（薬局）	
			尾張北部（薬局）	
			知多半島（薬局）	南知多町(篠島、日間賀島)
			西三河北部（薬局）	豊田市（旧藤岡町、旧小原村、 旧足助町、旧旭町、旧稲武町、 旧下山村の各地区）
			西三河南部東（薬局）	岡崎市（旧額田町）
			西三河南部西（薬局・病院）	西尾市(佐久島)
			東三河北部（薬局）	新城市（旧鳳来町、旧作手村）、 設楽町、東栄町、豊根村
			東三河南部（薬局）	
	下位 2分の1	薬剤師 少数区域	尾張西部（病院）	
			尾張北部（病院）	
			知多半島（病院）	
			西三河北部（病院）	
			西三河南部東（病院）	
			東三河北部（病院）	
			東三河南部（病院）	

- 本県における 2026（令和 8）年度及び 2036（令和 18）年度までの目標薬剤師数、要確保薬剤師数は、次のとおりです。（表 6）

表 6【本県の目標薬剤師数・要確保薬剤師数】

	2023年度：現在時点			2026年度						2036年度：将来時点					
	現状薬剤師数（人）			目標薬剤師数（人）			要確保薬剤師数（人）			目標薬剤師数（人）			要確保薬剤師数（人）		
	病院	薬局	地域別	病院	薬局	地域別	病院	薬局	地域別	病院	薬局	地域別	病院	薬局	地域別
名古屋・尾張中部	1,026	3,556	4,582	1,388	—	—	362	—	—	1,467	—	—	440	—	—
海部	92	346	438	127	396	523	35	51	85	128	—	523	35	—	85
尾張東部	293	590	884	351	—	—	58	—	—	374	—	—	80	—	—
尾張西部	168	595	763	208	646	926	40	51	163	291	—	955	123	—	192
尾張北部	231	793	1,024	287	898	1,287	57	105	262	402	914	1,316	171	121	291
知多半島	135	644	779	176	748	986	41	104	207	249	777	1,026	114	133	247
西三河北部	105	496	601	178	569	810	73	73	208	264	608	872	160	111	271
西三河南部東	116	435	551	135	515	698	19	81	148	204	558	762	88	123	211
西三河南部西	260	594	854	326	608	1,148	66	14	294	358	890	1,248	98	296	394
東三河北部	8	61	69	15	72	91	6	11	22	19	—	85	11	—	15
東三河南部	241	747	988	290	861	1,253	49	113	265	411	881	1,292	171	133	304
愛知県	2,676	8,857	11,533	3,352	9,182	13,125	676	325	1,592	4,173	—	13,781	1,497	—	2,248

※ 青色の網掛け部分は薬剤師多数区域、黄色の網掛け部分は薬剤師少数区域。

※ 現状薬剤師数は国の示す推計モデルで算出した人数（実際に従事している薬剤師数とは異なります）。

- 病院薬剤師は、2026（令和 8）年度及び 2036（令和 18）年度ともに県内全域で目標薬剤師数を確保する必要があります。

特に尾張西部医療圏、尾張北部医療圏、知多半島医療圏、西三河北部医療圏、西三河南部東医療圏、東三河北部医療圏、東三河南部医療圏の 7 医療圏の病院薬剤師においては、2026（令和 8）年度に薬剤師少数区域を脱するため、目標薬剤師数を確保する必要があります。

- 薬局薬剤師は、2036（令和 18）年度に向けて偏在の解消に取り組むとともに、目標薬剤師数を確保する必要があります。

特に将来時点で薬剤師少数区域となる西三河南部西医療圏においては、2026（令和 8）年度に薬剤師少数区域とならないよう目標薬剤師数を確保する必要があります。

カ 薬剤師の確保の方針

（ア）本県における薬剤師の確保の方針

- 薬剤師少数都道府県（病院薬剤師）に位置付けられている本県では、特に病院薬剤師の確保及び偏在解消に取り組みます。
- なお、2036（令和 18）年までの薬剤師偏在是正を達成するため、薬剤師少数区域（2 次医療圏）において優先的に確保することとし、短期的な施策に加えて長期的な施策を検討し、実施していきます。

（イ）2 次医療圏・薬剤師少数スポットにおける薬剤師の確保の方針

【病院薬剤師】

a 薬剤師少数区域（尾張西部医療圏、尾張北部医療圏、知多半島医療圏、西三河北部医療圏、西三河南部東医療圏、東三河北部医療圏、東三河南部医療圏）

- 将来にわたる持続的な地域医療提供体制の確保に向けて目標薬剤師数（薬剤師少数区域を脱する水準*以上）を設定し、薬剤師の確保を図ることとします。

* 2 次医療圏の目標偏在指標 0.74、県の目標偏在指標 0.85【2026 年度】

b 薬剤師少数でも多数でもない区域（名古屋・尾張中部医療圏、海部医療圏、尾張東部医療圏、西三河南部西医療圏）

○ 持続的な地域医療提供体制の確保に向けて目標薬剤師数（薬剤師多数区域の水準*以上）を設定し、薬剤師の確保を図ることとします。

*2次医療圏の目標偏在指標 1.00、県の目標偏在指標 1.00【2026年度】

○ 薬剤師少数スポットについては、薬剤師少数区域と同様に薬剤師を確保し、偏在の解消に取り組むこととします。

c 薬剤師多数区域（該当なし）

【薬局薬剤師】

a 薬剤師少数区域（該当なし）

b 薬剤師少数でも多数でもない区域（海部医療圏、尾張西部医療圏、尾張北部医療圏、知多半島医療圏、西三河北部医療圏、西三河南部西医療圏、西三河南部東医療圏、東三河北部医療圏、東三河南部医療圏）

○ 持続的な地域医療提供体制の確保に向けて目標薬剤師数（薬剤師多数区域の水準*以上）を設定し、薬剤師の確保を図ることとします。

*2次医療圏の目標偏在指標 1.00、県の目標偏在指標 1.00【2026年度】

○ 薬剤師少数スポットについては、薬剤師少数区域と同様に薬剤師を確保し、偏在の解消に取り組むこととします。

○ ただし、西三河南部西医療圏は、2036（令和18）年度の将来時点において薬剤師少数区域に該当するため、2026（令和8）年度についても薬剤師少数区域として扱うこととします。

c 薬剤師多数区域（名古屋・尾張中部医療圏、尾張東部医療圏）

○ 持続的な地域医療提供体制の確保に向けて薬剤師の確保を図るとともに、区域内外の偏在の解消に取り組むこととします。

キ 薬剤師確保を推進するための施策

（ア）基本的な考え方

○ 目標薬剤師数を達成するためには、大学や薬剤師会等の関係者の協力を得ながら施策を行っていく必要があります。そのため、愛知県薬事審議会において、これらの関係者と十分な協議を行いながら、実効性のある施策に取り組みます。

○ 短期的に得られる施策と、薬剤師確保の効果が得られるまでに時間のかかる長期的な施策を適切に組み合わせることにより、目標薬剤師数を達成するよう施策に取り組むとともに、これまで「愛知県地域保健医療計画」に掲げていた薬剤師確保に関する施策についても、引き続き取組を進めていきます。

（イ）今後の主な施策

a 短期的に効果が得られる施策

○ 病院・薬局への薬剤師の出向・派遣による偏在対策

薬剤師を多く雇用する病院や薬局から、薬剤師少数区域等の病院・薬局への出向・派遣調整を行うための仕組みを検討していきます。

○ 薬剤師再就業支援事業による薬剤師確保対策

薬剤師の資格を有しながら結婚、出産、子育て等の事情により薬局等の医療現場に従事していない薬剤師に対して研修会、実務実習を開催し、円滑な復職を支援します。

○ 就職案内サイトや就職説明会等を通じた薬剤師確保対策

県内の病院・薬局と薬学生・潜在薬剤師を対象とした交流サイトを開設し、病院・

薬局の情報を発信するとともに、薬学生等に様々な職場の魅力を伝える就職説明会等のマッチングの機会を提供します。

b 長期的な施策

○ 子ども薬剤師体験研修事業による薬剤師確保対策

薬剤師を目指す子どもたちを増やすため、薬局・病院の薬剤師が行う調剤等業務やくすりや病気の予防について楽しみながら学ぶ体験研修を行い、薬剤師の魅力を発信します。

○ 薬剤師就労状況調査事業による偏在対策

県内の薬局・病院及び薬学部設置大学へアンケート調査を実施し、薬剤師の就業状況の実態を把握することにより、薬剤師の偏在対策を評価します。

(ウ) 効果を検討すべき施策

○ 奨学金卒後返済支援による薬剤師確保対策

薬剤師を確保するため、奨学金卒後返済支援の対象や実施方法を検討していきます。

(2) 薬剤師の養成

【現状と課題】

現 状

- 患者本位の医薬分業を推進するために、かかりつけ薬剤師の養成が必要です。
- 薬剤師は、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及び増進等に資するため、業務・役割の更なる充実が求められています。

課 題

- かかりつけ薬剤師を養成するために、最新の医療及び医薬品等に関する専門的情報の取得を基礎としつつ、患者・住民とのコミュニケーション能力の向上を図る研修を、地域の薬剤師会や薬業団体と連携しながら開催する必要があります。
- 調剤等の業務に加え、病院薬剤師にあっては病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師にあっては在宅医療や特定の疾病について医療機関と連携して高度な薬学的管理を行う機能等、専門性を持った薬剤師の養成が必要です。

【今後の方策】

- 医薬分業、在宅医療の進展等に伴い、地域の需要に即したかかりつけ薬剤師の確保と質の向上を目指します。

用語の解説

○ かかりつけ薬剤師

医師と連携し、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行う、患者自身が選択した信頼できる薬剤師のことです。

○ 薬剤師偏在指標

地域における薬剤師の偏在状況の把握を可能とするため、厚生労働省が医療需要（ニーズ）に基づき、地域ごと、薬剤師の業種ごとの薬剤師数の多寡により算出した、薬剤師偏在の度合いの指標のことです。

$$\text{薬剤師偏在指標} = \frac{\text{調整薬剤師労働時間（※1）}}{\text{薬剤師の推計業務量（※2）}}$$

（※1）：業態別の薬剤師の勤務形態（常勤又は非常勤）、性別、年齢階級（20代～60代、70代以上）によって労働時間が異なることを踏まえて標準化した、薬剤師の労働時間。

（※2）：地域別の性・年齢階級別人口等を踏まえた医療需要をもとに推計した薬剤師の必要業務時間。

○ 薬剤師少数スポット

薬剤師少数区域と同様に取扱うことのできる2次医療圏よりも小さい単位の局所的に薬剤師が少ない地域であり、本県では、山村振興法、過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法及び離島振興法の適用地域のうち、表5の地域を設定します。

4 看護職員

【現状と課題】

現 状

(1) 就業看護職員の状況

- 令和6(2024)年に実施した「看護業務従事者届」の状況では、届出数（実人員）は88,269人で、前回（令和4(2022)年）の83,420人から4,849人（5.8%）増加しています。（表10-3-2）
- 職種別では、看護師が5,464人（8.1%）、保健師が300人（9.7%）、それぞれ増加しましたが、助産師は22人（△0.9%）、准看護師は893人（△7.9%）、それぞれ減少しています。
また、就業場所としては、病院と診療所が合わせて76.3%で、介護保険関係施設は6.7%となっています。
職種別にみると、保健師は65.8%が公的機関である保健所、市町村又は都道府県に勤務しています。
- 看護職員の就業先は、介護保険施設、訪問看護ステーション等にも広がっています。

(2) 看護職員需給推計

- 令和元(2019)年11月に、令和7(2025)年における看護職員の需給推計を策定しましたが、それによると、6,419人～13,403人の看護職員の不足が見込まれています。（表10-3-1）

(3) 看護職員養成状況

- 看護師等学校養成所の入学定員の状況を見ると、看護師養成定員は、おおむね横ばい、准看護師養成定員は減少傾向になっています。学校の種類別では、大学での養成が増加し、養成所での養成は減少傾向にあ

課 題

- 看護業務従業者は年々増加していますが、引き続き計画的かつ安定的な確保を図る必要があります。また、少子高齢化の更なる進行や医療の高度化などにより、患者のニーズに応じたより質の高い看護が求められています。
- 看護職員を安定的に確保するため、県立の看護専門学校等での養成を継続するとともに、看護職を目指す者が希望どおり看護職に就けるよう、支援していく必要があります。
また、少子化の進行に伴う看護職への志望者数の動向にも留意する必要があります。
- 医療の高度化や在宅医療の推進、介護老人保健施設などの介護保険関係サービスのニーズの増加が予想されるため、より一層、看護職員の必要職員数を確保していく必要があります。
特に、訪問看護については、地域包括ケアシステムの構築を進めるためには、職員の確保及び資質の向上がますます必要とされます。
- 少子化の進行や高学歴化などの影響により、新卒就業者数が減少傾向にあるため、今後、必要な看護職員数を確保していくためには、離職防止や再就業の促進等の取組を、より一層実施していく必要があります。
- 介護保険事業支援計画における訪問看護や介護保険サービスでの利用見込み量の増加に伴い、この分野で従事する看護職員の確保を図る必要があります。
- 今後も、看護職員の需給の状況を把握し、各種の看護対策事業を推進していきます。
- 保健医療や医療従事者を取り巻く環境の変化に伴い、看護基礎教育の内容が見直され、新しいカリキュラムが令和4(2022)年度（2年課程は令和5(2023)年度）から適用されました。看護師等養成所が効果的にカリキ

ります。

なお、准看護師養成定員は、今後も減少傾向にあるものと見込んでいます。(表10-3-3)

- また、看護職員の資質向上策の一つとして、准看護師が看護師資格を得るための教育を推進するため、「2年課程通信制」が平成16(2004)年から制度化され、本県では、入学定員250人の養成所が1校あります。令和7(2025)年度の卒業生は232人、国家試験合格者は191人となっています。

(4) 看護職員の離職防止

- 令和7(2025)年度に日本看護協会が実施した「2025年病院看護実態調査」の状況では、愛知県の常勤看護職員の離職率は10.7%、新卒採用者の離職率は7.0%となっています。

(5) 看護職員の就業支援

- ナースセンターでは、平成27(2015)年度から相談員の増員や名駅支所の開設、ハローワークとの連携強化に取り組んでおり、令和7(2025)年度の求人登録数は17,203件、求職登録者数は2,775人、就職あっせん者数1,294人となっています。(表10-3-4)
- 出産等のために就業先を長期間離れていた場合、必要な知識や技術に不安を感じて、再就業をためらう看護職員がいます。
- 再就業に必要な知識や技術を習得させ就業を促進するため、看護職カムバック研修を実施しています。その受講生の就業率は、令和7(2025)年度は43.0%でした。(表10-3-5)

(6) 看護職員の継続教育

- 看護職員の継続教育を推進するための拠点として、平成15(2003)年度から「愛知県看護研修センター」を設置し、看護教員等指導者の養成や施設内教育等の支援、再就業希望者のための実務研修などの事業を実施しています。
- 令和7(2025)年度は、8種類の研修事業を延46回開催し、合計671人の受講者がありました。(表10-3-6)

ュラムを運用できるように、技術的助言を継続して行う必要があります。

- 2年課程通信制について、令和8(2026)年度から通信制課程の入学・入所資格である准看護師としての就業経験年数が短縮されているため、5年以上看護業務に従事している准看護師数の動向に留意していきます。

- 常勤看護職員の離職率は、全国(11.0%)と比較すると低いですが、引き続き離職率を低下させるための対策を行う必要があります。

- 新人看護職員の早期離職防止や院内教育の充実を図るために、新人看護職員研修や中小病院での出張研修を引き続き進めていく必要があります。

- 求人登録数は増えているものの、求職登録者数は減少しており、求人・求職間の条件面の格差があるため、引き続きナースセンターにおいて、求人・求職間の条件面の格差などミスマッチの原因分析を行い、再就業の促進を図っていく必要があります。

- また、定年退職後の看護職員員の再雇用制度の普及やハローワークとの連携なども進めていく必要があります。

- 看護職カムバック研修の受講者の確保や研修受講生の就業を促進することが課題となっています。

- 医療の高度化、専門分化や在宅医療の多様化など、保健医療をとりまく環境が変化する中で、看護職員には、より高度な専門知識及び専門技術の習得が求められており、看護職員への継続教育の充実がますます重要となります。

また、看護基礎教育を推進する上で指導的な役割を果たす看護教員リーダーを養成するために、教務主任養成講習会を令和4(2022)年度に開講しました。今後も定期的な開催を目指します。

- 保健医療福祉環境が変化するにつれて、看護の役割が拡大し、臨床においても質の高い看護ケアが求められているため、「クリティカルケア」など19の特定の看護分野において、水準の高い熟練した看護技術と知識を用いてあらゆる場で看護を必要とする対象に看護実践ができ、他の看護職員のケア技術向上の指導ができる「認定看護師」を育成しています。

県内では、愛知県看護協会が日本看護協会から認定看護師教育機関として認定を受けており、愛知県看護協会では、「摂食嚥下障害看護」、「**認知症看護**」の分野の認定看護師が育成されています。
- 在宅医療等の推進を図っていくためには、看護師が医師又は歯科医師の判断を待たず、手順書により一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師を養成・確保していく必要があることから、平成27(2015)年10月より特定行為に係る看護師の研修制度が開始されました。

県内では、大学院**3**課程、病院**21**施設、愛知県看護協会**等2**施設の計**26**か所が厚生労働大臣から特定行為研修機関の指定を受けています。
- 医療の高度化、専門分化に伴い、看護現場においては、特定の看護分野において、水準の高い看護を提供できる認定看護師がますます必要とされていることから、更に認定看護師の育成を目指します。
- 県内では、修了者が**668人（令和6(2024)年12月末時点）**と限られていることから、今後も特定行為研修の修了者、その他専門性の高い看護職員の養成と確保に努めます。

【今後の方策】

(1) 量的な確保

- 県立大学看護学部及び県立看護専門学校において、引き続き資質の高い看護職員の養成に努めます。
- 看護師等養成所の定期的な運営指導などにより、養成所の適正な運営の維持・向上及び新卒就業者数の確保に努めます。
- 看護技術に不安のある新人看護職員の離職を防止するため、新人看護職員研修の助成や研修体制の整わない病院（主に中小病院）等に対し、出張研修を実施します。
- 看護職員の離職防止・復職支援のため、病院内保育の充実、勤務環境の改善を支援します。
- ナースセンターにおける就業促進事業の充実に努めます。

(2) 資質の向上

- 社会的に有為な看護師を育成するため、看護師等養成所における基礎教育の充実に努めます。
- 研修体制の整わない病院等の看護職員の資質の向上に努めます。
- 認定看護師及び特定行為研修の修了者など在宅医療等を支える看護職員や、感染症の発生・まん延時に迅速かつ的確に対応できる高度な看護実践能力を有する人材を養成・確保するため、制度の充実に努めます。
- 訪問看護需要の増大に対応するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、資質向上のための人材の養成や派遣など、訪問看護に従事する看護職員の確保に努めます。

(3) 普及啓発等

- 看護職への志望者数の動向に留意するとともに、看護対策の基盤として、引き続き「看護の心」の普及啓発に努めます。

【目標値】

- 特定行為研修修了者の就業者数

668人（令和6（2024）年12月末） ⇒ 776人

<考え方>

- ・在宅医療における質の高い効果的なケアの実施の推進
- ・新興感染症等の感染拡大時に対応できる看護師の確保
- ・タスクシフト／シェアの推進に資する看護師の確保

表 10-3-1 愛知県看護職員需給推計（令和元（2019）年11月策定）（実人員）

区 分	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
需要推計	94,424 人	95,272 人	101,408 人
供給推計	88,005 人		
不足数	6,419 人	7,267 人	13,403 人
充足率	93.2%	92.4%	86.8%

※ 需要推計については、看護職員の超過勤務時間や有給休暇の取得日数など労働環境の変化に対応して幅を持たせた次の3つのシナリオを設けて係数処理を行い、推計した。

シナリオ①：1ヶ月における超過勤務時間が10時間以内、1年あたりの有給休暇取得5日以上

シナリオ②：1ヶ月における超過勤務時間が10時間以内、1年あたりの有給休暇取得10日以上

シナリオ③：1ヶ月における超過勤務時間なし、1年あたりの有給休暇取得20日以上

表10-3-2 令和6（2024）年看護業務従事者届の状況（令和6（2024）年12月末現在）（実人員）

区 分	病 院	診療所	介護保険 関係施設	保健所・ 市町村	訪問看護 ステーション	その他	計	前回の 状 況
看 護 師	44,566	12,949	4,033	463	7,367	2,854	72,232	66,768
准看護師	2,837	4,776	1,737	29	622	358	10,359	11,252
助 産 師	1,275	673	0	112	5	247	2,312	2,334
保 健 師	173	117	114	2,217	11	734	3,366	3,066
計	48,851	18,515	5,884	2,821	8,005	4,193	88,269	83,420
構 成 比	55.3%	21.0%	6.7%	3.2%	9.1%	4.7%	100.0%	—

表10-3-3 看護師等学校養成所の入学定員の推移 (人)

区 分	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度
看 護 師 養 成	3,387	3,467	3,477	3,413	3,373
准 看 護 師 養 成	120	120	120	120	80
保健師・助産師養成	80	80	80	80	80
計	3,587	3,667	3,677	3,613	3,533

※保健師は、他に大学院、大学及び統合カリキュラムでの養成あり。

助産師は、他に大学院及び大学での養成あり。

表10-3-4 ナースセンターにおける求人・求職登録状況等の推移

区分	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度
求人登録数(件)	13,314	14,324	15,123	16,197	17,203
求職登録者数(人)①	3,912	2,969	3,136	2,291	2,775
就職者数(人)②	1,423	1,208	1,212	1,129	1,294
就職率(%)②/①	36.4	40.7	38.6	49.3	46.6

表10-3-5 看護職カムバック研修の受講状況

区分	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度
受講者数(人) ※	108	92	117	71	135
就業者数(人)	60	46	41	34	58
就 業 率 (%)	55.6	50.0	35.0	47.9	43.0

※ 受講者数は、研修受講者のうち、未就業の実人数を示す。

表10-3-6 看護職員の継続教育における事業実施状況 (人)

区分	開催状況		受講者数				
	6 年度まで	7 年度	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度
専任教員養成講習会	1年×1回		23	26	29	28	22
教務主任養成講習会 ※1	9月×1回		—	11	—	—	—
臨地実習指導者講習会	8週×2回		60	121	128	128	126
〃(特定分野)	10日×2回		47	52	48	65	52
看護職カムバック研修 ※2	延28回		235	228	181	182	242
その他(8研修会)	延9回	延12回	220	229	245	250	229
計	延43回	延46回	617	667	642	653	671

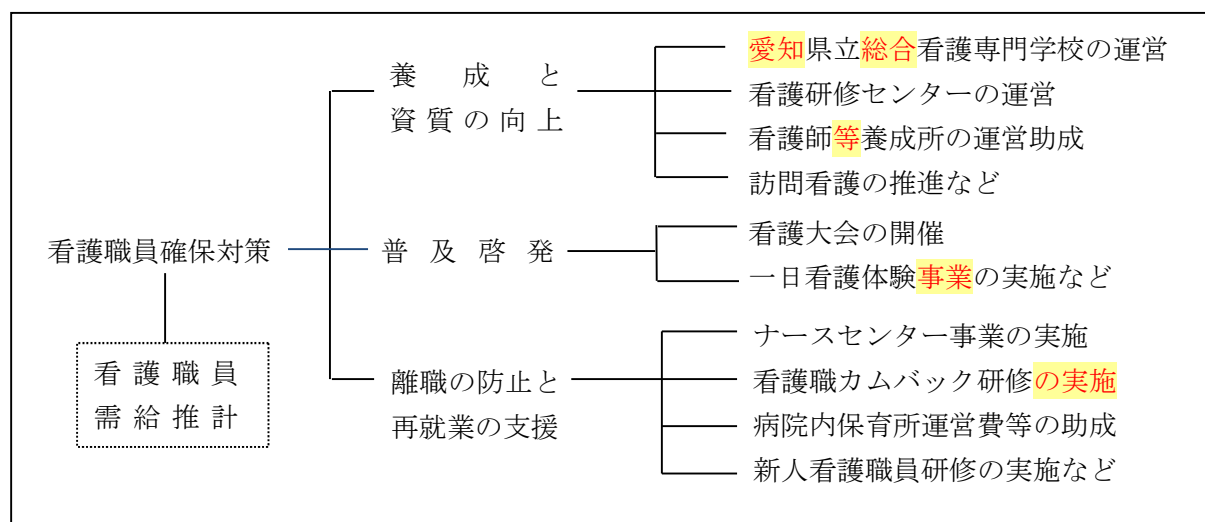
※1 教務主任養成講習会は、令和4（2022）年度から令和5（2023）年度（22か月）に開講。

※2 看護職カムバック研修は、令和7（2025）年度から復職・スキルアップ研修として、復職者以外にも対象を拡大。

表10-3-7 特定行為研修修了者の就業状況 (人)

区分		2年度	4年度	6年度
看護師	病院	91	313	594
	診療所	4	5	24
	助産所従事者	—	—	—
	訪問看護ステーション	2	7	38
	介護保険施設等	—	—	3
	社会福祉施設	—	—	—
	保健所、都道府県又は市区町村	—	—	—
	事業所	—	—	—
	看護師等学校養成所又は研究機関	3	4	6
	その他	1	5	1
保健師		—	—	—
助産師		—	—	2
計		101	334	668

【看護対策の体系図】



【体系図の説明】

- 看護対策を推進していく上での基本指標となるのが「看護職員需給推計」であり、今後もこの需給推計を踏まえて各種事業を推進していきます。
- 看護職員確保対策は大きく3つに分かれ、まず、「養成と資質の向上」として、資質の高い看護職員の養成や現任職員の研修事業などを実施しています。
また、「普及啓発」として、県民の看護に対する関心を高めるために、看護大会や一日看護体験事業などを実施しています。
「離職の防止と再就業の支援」として、看護職の求人・求職活動への支援や新人看護職員研修及び病院内保育所への助成などを実施しています。

用語の解説

○ 看護職員需給推計

今後の看護政策の方向を検討するための基礎資料。厚生労働省の統一的な策定方針に沿って各都道府県が算定した需要数・供給数を集計したもの。平成22(2010)年に策定した第7回看護職員需給見通しまでは、全数調査による積み上げ方式で集計されていましたが、2025(令和7)年の需給推計では、将来の医療需要を踏まえた推計方法で集計しています。

○ 認定看護師

必要な教育課程を修了し、日本看護協会の認定看護師認定審査により、特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を有することを認められた者です。認定されている看護分野は、令和2(2020)年度から、クリティカルケア、皮膚・排泄ケア、緩和ケア、がん薬物療法看護、感染管理、糖尿病看護、生殖看護、新生児集中ケア、腎不全看護、手術看護、在宅ケア、乳がん看護、摂食嚥下障害看護、小児プライマリケア、認知症看護、脳卒中看護、がん放射線療法看護、呼吸器疾患看護、心不全看護の19分野です。

○ 特定行為研修

診療の補助であって、看護師が手順書（医師が看護師に診療補助を行わせるのに指示として作成する文書等であって、患者の病状の範囲、診療の補助の内容等をいう）により、「経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整」、「インスリンの投与量の調整」等38の特定行為を行う場合に、特に必要とされる「実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能」の向上のための研修です。この研修は、厚生労働大臣から指定を受けた指定研修機関において受講する必要があります。

5 理学療法士、作業療法士、その他

【現状と課題】

現 状	課 題
(1) 理学療法士、作業療法士 ○ 厚生労働省の令和 5 (2023) 年医療施設静態調査によると、本県の病院に勤務している理学療法士は、常勤換算で 4,367.1 人 (人口10万人当たり 58.4 人、全国平均 71.5 人)、作業療法士は 2,387.3 人 (人口10万人当たり 31.9 人、全国平均 40.5 人) となっています。 ○ 県内には、令和 8 (2026) 年 4 月 1 日現在、理学療法士の養成施設が 20 施設 (入学定員 965 人)、作業療法士が 14 施設 (入学定員 500 人) あります。 (2) 歯科衛生士、歯科技工士 ○ 令和 6 (2024) 年度衛生行政報告例 (厚生労働省) によると、本県に就業している歯科衛生士は 8,479 人 (人口10万人当たり 113.7 人、全国平均 120.8 人) で、このうち 96.0% が病院・診療所に勤務しています。 ○ 歯科技工士は 1,880 人 (人口 10 万人当たり 25.2 人、全国平均 25.6 人) で、主な就業先は、歯科技工所が 79.5%、病院・診療所が 19.3% となっています。 ○ 県内には、令和 7 (2025) 年 4 月 1 日現在、歯科衛生士の養成施設は 11 施設 (入学定員 702 人) あります。歯科技工士の養成施設は 3 施設 (入学定員 90 人) ありますが、入学定員に対する充足率が 66.7% と定員割れをしている状況です。 (3) 診療放射線技師等 ○ 上記以外に保健医療関係の資格制度として、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、あん摩マッサージ指圧師等があります。(表 10-4-1)	○ 理学療法士及び作業療法士は、人口の高齢化の進展に伴い、介護保険法等による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業等で、今後ますます需要が多くなることから、質的、量的充実が求められます。 ○ 社会構造や医療ニーズの変化等に伴い、歯科衛生士の担う業務が多様化、高度化してきており、資質の向上と人材の確保が求められています。 ○ 歯科衛生士の確保のため、早期離職の防止と未就労歯科衛生士の復職を支援する必要があります。 ○ 歯科技工士は、全国的に人手不足の傾向が続く中、人材の確保が課題となっています。

【今後の方策】

- 医師や看護師を含めた保健医療従事者が、緊密な連携を保ち、患者に適切な医療を提供する「チーム医療」に対応できるよう、資質の高い保健医療従事者の養成を推進します。

表10-4-1 病院の従事者状況（毎年10月1日時点）

単位：人（常勤換算）

職 種	平成19 (2007)年	平成20 (2008)年	平成21 (2009)年	平成22 (2010)年	平成23 (2011)年	平成24 (2012)年	平成25 (2013)年
理学療法士	1,646.2	1,830.6	1,977.8	2,214.1	2,450.3	2,651.7	2,889
作業療法士	900.5	983.6	1,116.3	1,257.2	1,348.3	1,476.4	1,563.7
視能訓練士	158.9	180.0	197.1	206.5	214.6	230.6	240.1
言語聴覚士	352.5	382.3	427.9	500.6	531.4	595.9	643.9
義肢装具士	4.8	4.5	4.6	4.5	4.6	6.6	4.6
歯科衛生士	222.5	225.8	236.5	237.5	237.1	246.8	257.1
歯科技工士	41.0	39.0	38.0	38.0	36.4	36.2	33.1
診療放射線技師	1,817.8	1,850.7	1,891.2	1,918.1	1,978.7	2,046.1	2,102.6
診療エックス線技師	7.1	6.3	4.3	4.2	4.1	4.2	4.1
臨床検査技師	2,330.9	2,354.2	2,434.7	2,456.4	2,451.4	2,526.6	2,602.7
臨床工学技士	535.2	592.5	617.8	676.5	699	735.2	797.1
あん摩マッサージ 指圧師	118.8	120.6	103.7	89.1	77.2	66.2	63.5

職 種	平成26 (2014)年	平成27 (2015)年	平成28 (2016)年	平成29 (2017)年	令和2 (2020)年	令和5 (2023)年	本県養成施設 (令和8年4月1日現在)	
理学療法士	3,098.9	3,251.1	3,425.8	3603.1	3881.9	4,367.1	20施設	定員965
作業療法士	1,690.8	1,762	1,898.2	1980.4	2135	2,387.3	14	500
視能訓練士	241	257.4	267.8	271.7	312.6	329.4	2	80
言語聴覚士	693.1	749	797.9	828.6	887.7	972.7	5	170
義肢装具士	6.5	5.4	4.4	3.8	3.2	4.8	1	30
歯科衛生士	272.1	289.7	299.6	287.6	310.4	321.1	11	702
歯科技工士	34.1	35.1	33.1	31.2	33.1	36	3	90
診療放射線技師	2,159.9	2,204.9	2,280.1	2323.6	2426.6	2,575.8	3	210
診療エックス線技師	3.1	3.2	3.2	1.1	2.4	0.1	－	－
臨床検査技師	2,613.7	2,642.8	2,705.7	2719.5	2809.8	2953.6	2	120
臨床工学技士	849.7	909.7	958	1012.2	1162.9	1,235.2	3	120
あん摩マッサージ 指圧師	52.5	52.1	47	38	27.7	19.4	2	24

資料：病院報告（厚生労働省 平成19(2007)年～平成28(2016)年）、

医療施設静態調査（厚生労働省 平成29(2017)年～令和5(2023)年（3年ごとに実施））

養成施設については愛知県保健医療局調べ

第11章 その他医療を提供する体制の確保 に関し必要な事項

第1節 病診連携等推進対策

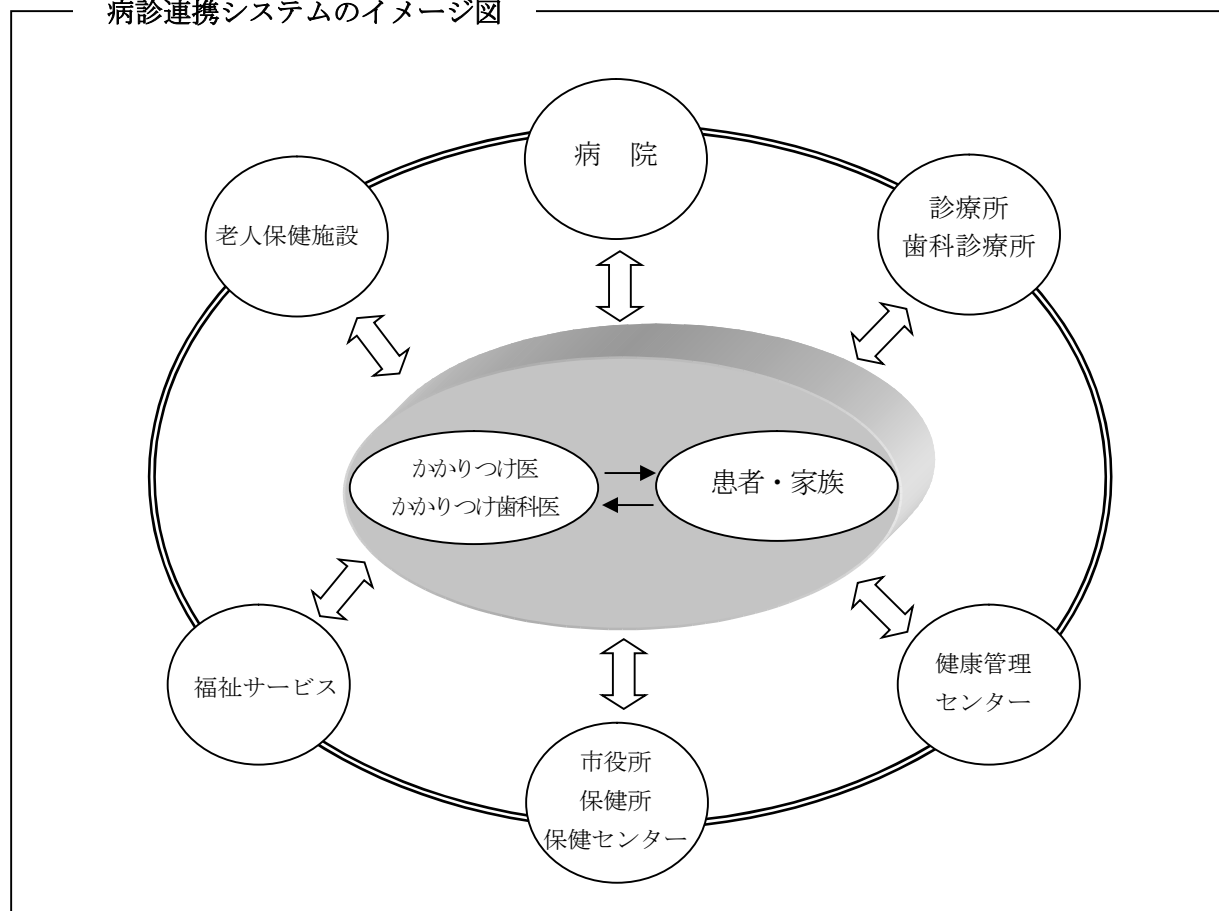
【現状と課題】

現 状	課 題
1 医療機関相互の連携 ○ 軽症患者が病院を受診することで、患者にとって待ち時間が長くなるとともに、病院勤務医への負担となっています。 ○ 多くの病院、診療所は、患者の症状に応じて他の医療機関に紹介・転送しています。 ○ 患者の紹介・転送に伴う診療情報の提供も、ほとんどの場合実施されています。 2 病診連携システムの現状 ○ 医療機能情報提供制度（令和7（2025）年度）によると、地域医療連携体制に関する窓口を実施している病院は、242病院となっています。（表11-1-1） ○ 愛知県医師会、地区医師会では、地域医療支援病院を始めとする医療機関との関わりを通じ、病診連携の支援を行っています。 3 地域医療支援病院 ○ 医療圏における病診連携システムの中心となる地域医療支援病院は、本県では30病院です。（第3部第1章第3節参照）	○ いつでも、誰もが症状に応じた適切な医療を受けるためには、患者紹介システムを確立する必要があります。 ○ 医療機関相互の連携を推進するためには、患者紹介システムが重要ですが、実効的なシステムとするためには、逆紹介（病院の退院患者を地域の診療所へ紹介すること）を確立する必要があります。 ○ 患者の必要とする医療情報についても整備していく必要があります。 ○ 病診連携の推進のためには、患者紹介のほか、病院の入院部門の開放化、高度医療機器の共同利用などの病院の開放化を進める必要があります。

【今後の方策】

- 医療機関の機能分化と相互連携を推進するため、病診連携システムの整備を推進します。
- 患者紹介・逆紹介のシステム化や病院施設・設備の開放・共同利用など、地域の医療機関が連携する仕組みづくりを推進します。

病診連携システムのイメージ図



用語の解説

○ 病診連携システム

診療所・歯科診療所は、患者のプライマリ・ケアを担い、病院は入院機能を受け持つという機能分担を前提に両者の連携を図るためのシステムをいい、地域医師会又は地域の中核的な病院が中心となって運営する患者紹介システムを指すことが多いですが、本来は、病床や高度医療機器の共同利用、症例検討会等の研修の開放などを含んだ地域の医療機関の連携システムのことです。

○ 病診連携システムのメリット

- ① 患者は、適切な時期に症状に応じた医療機関に紹介されれば、安心して身近な医療機関（かかりつけ医、かかりつけ歯科医）で医療を受けることができます。
- ② 患者は、かかりつけ医、かかりつけ歯科医により、健康増進からリハビリまで、各段階を通じて一貫性、継続性のある全人的な保健医療サービスを受けることができます。
- ③ 患者の過度な大病院への集中を防ぎ、症状とその程度に応じた医療機関受診が可能になります。
- ④ 高度医療機器などの医療資源の有効利用を図ることができます。
- ⑤ 医療従事者が相互に啓発し合い、医療水準の向上が期待できます。
- ⑥ 医療機関相互の信頼が深まり、地域医療の混乱を招くような過度の競争を回避できます。

表 11-1-1 病診連携に取り組んでいる病院

医療圏	病院数 a	地域医療連携体制 に関する窓口を 実施している病院数 b	b/a
名古屋・尾張中部	116	87	75.0%
海 部	11	11	100.0%
尾 張 東 部	18	15	83.3%
尾 張 西 部	18	15	83.3%
尾 張 北 部	26	20	76.9%
知 多 半 島	19	14	73.7%
西 三 河 北 部	20	17	85.0%
西 三 河 南 部 東	15	10	66.7%
西 三 河 南 部 西	22	17	77.3%
東 三 河 北 部	3	2	66.7%
東 三 河 南 部	36	26	72.2%
計	304	234	77.0%

資料：令和 7（2025）年度医療機能情報提供制度

病院数は令和 7（2025）年 10 月 1 日現在

第2節 高齢者保健医療福祉対策

【現状と課題】

現 状

1 介護保険事業の状況

- 高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めています。
- 平成 18(2006)年度から、県内全市町村において地域包括支援センターが設置され、予防給付、地域支援事業が実施されています。
令和 8 (2026) 年 4 月 1 日現在の地域包括支援センター数は、245 か所となっています。
- 「介護予防・日常生活支援総合事業」が平成 29(2017)年 4 月から、全市町村において実施されており、市町村が中心となって、地域の実情に応じた住民等の多様な主体による多様なサービスを充実することにより、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援を実施できるよう、市町村職員や地域包括支援センター職員等を対象に研修等を実施しています。
- 居宅サービス及び地域密着型サービスの利用者は、施設サービスの利用者に比べ、高い伸びを示しています。(表 11-2-1)
なお、令和 2 (2020)年度の地域密着型サービスの利用者は、前年比で減少していますが、これは新型コロナウイルス感染症の拡大による影響と考えられます。
また、医療系サービスの訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導の利用状況は、通所リハビリテーションを除き、年々増加しています。(表 11-2-2)
- 令和 8 (2026) 年 3 月の要支援、要介護認定者数を平成 12(2000)年 4 月と比較すると、約 4.3 倍に増加しており、特に軽度の要介護者の増加が著しくなっています。(表 11-2-3)
- 愛知県高齢者福祉保健医療計画に基づく介護保険施設の整備目標及び整備状況を定めています。(表 11-2-4)

課 題

- 「地域包括ケアシステム」の推進に向けた市町村の取組推進への支援が必要です。
- 地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行う中核的機関であり、包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援）等を適切に実施する必要があります。
- 住民等の多様な主体による多様なサービスを充実することが必要です。
- 軽度の要介護者の増加が著しいことから、介護予防の推進により自立生活の維持を図ると同時に、要介護者の自立支援のため、地域密着型サービスとの連携を図る必要があります。
- 介護保険施設の整備については、施設相互の均衡を図りながら、老人福祉圏域ごとに計画的に行う必要があります。
- 介護保険施設の整備については、ユニットケアを特徴とする個室化を図り、在宅では対応が困難な要介護度の高い方の利用を重点的に進めていく必要があります。
また、地域密着型サービスともバランスをとりながら、計画的に整備していく必要があります。
- 愛知県高齢者福祉保健医療計画の令和 5 (2023) 年度の実施状況では、地域密着型サービスの利用が通所サービスや小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等において低調となっており、市町村を通じて利用者に対してサービス内容の周知に努め、利用

2 認知症施策の推進

- 今後の高齢社会の進展に伴い、我が国の認知症高齢者の増加が見込まれており、令和 22(2040)年には、最大で約 584 万人になると推計されています。

なお、令和 7(2025)年における本県の認知症高齢者は 25 万 1 千人、令和 22(2040)年には、最大で 33 万 6 千人へと増加すると推計されています。

- 認知症の人を地域で支えるために、認知症を正しく理解し、地域で認知症の人やその家族を手助けする認知症サポーターを養成しています。
- 認知症予防の取組として、認知症・介護予防の普及啓発活動などを身近な地域において行う「認知症予防リーダー（あいちオレンジリーダー）」を育成するための研修を実施しています。
- 早期発見、診断、治療、診断後支援のため、速やかに適切な医療・介護等提供されるよう、医師・歯科医師・薬剤師・看護職員及び介護職員、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム員等への研修を実施しています。
- 市町村の認知症地域支援体制及び認知症ケアに関する先進事例や好事例を収集し、県内市町村への普及、また、研修会の実施により、認知症施策の全体的な水準の向上を図っています。

3 高齢者虐待防止

- 市町村等が「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」に基づき、虐待を受けたあるいは受けるおそれのある高齢者へ迅速かつ適切な対応、養護者に対する支援、養介護施設等への指導、助言、及び改善計画書等への対応を適切に行えるよう、市町村等の職員を対象に研修会を実施しています。

4 生活支援サービスの提供体制の整備

- 高齢者の一人暮らしや夫婦のみの世帯が増加しています。また、家族や地域のつながりの希薄化による高齢者の孤立化や、買い物等日常生活に不便や不安を感じる高齢者の生活支援が課題となっています。
- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるようにするためには、平常時からの安否確認や緊急時の対応、日常生活における支援ニーズの把握など、地域における見守りや生活支援の体制整備が必要です。
- 令和 8(2026)年 4 月 1 日現在の生活支援体制

促進を図る必要があります。

- 認知症の人が自らの意思によって、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症施策を推進していく必要があります。

- 地域や職域での認知症サポーターの養成と活動を推進し、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを進める必要があります。
- 認知症の予防、早期発見・早期対応及び認知症高齢者に適したサービスの質の向上、人材の養成等医療と介護が一体となった支援体制を構築していく必要があります。
- 認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するために、市町村において医療と介護の連携強化や地域における支援体制の構築を図ることが必要です。

- 高齢者虐待の予防と早期対応を地域全体で取り組み、高齢者が尊厳を持ち、日々暮らせる地域となることが求められています。

- 市町村における生活支援体制整備推進のために、普及啓発、市町村の実情に応じた取組支援を行う必要があります。

整備状況としては、生活支援コーディネーターを全市町村で配置、協議体を 53 市町村で設置しています。

5 高齢化の進展に伴う疾病等

- 高齢化の進展に伴い、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、フレイル（高齢者の虚弱）、オーラルフレイル（口腔機能の低下）、肺炎、大腿骨頸部骨折等の増加が予想されます。
- 令和 4（2022）年度愛知県生活習慣関連調査によると、運動習慣者（1 回 30 分以上かつ週 2 回以上の運動を 1 年以上実施している者）の割合は、男性が 37.7%、女性が 29.6%ですが、年代別にみると、若い年代ほど低い状況です。
- 令和 4（2022）年度愛知県生活習慣関連調査によると、ロコモティブシンドロームを認知している者の割合は、全体では 32.0%ですが、20 歳代は 24.0%、30 歳代は 18.7%、60 歳代・70 歳代はともに 37.3%となっています。
- 令和 4（2022）年度愛知県生活習慣関連調査によると、オーラルフレイルを認知している者の割合は、9.3%です。また、80 歳（75～84 歳）で 20 本以上の自分の歯を有する者の割合は、58.7%です。
- 令和 4（2022）年に D P C 調査対象病院に入院した 65 歳以上の肺炎患者のうち、誤嚥性肺炎の患者割合は、54.3%となっています。（表 11-2-5）
- 令和 4（2022）年に D P C 調査対象病院に入院した 65 歳以上の大腿骨頸部骨折患者について、一部の患者が他の医療圏へ流出している医療圏があります。（表 11-2-6）

6 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

- 高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、後期高齢者の保健事業を効果的かつ効率的できめ細かなものとするため、令和 2（2020）年度から、後期高齢者医療広域連合は、高齢者保健事業の一部を市町村に委託し、市町村は、国民健康保険の保健事業及び介護保険の地域支援事業と一体的に実施することとされました。
- この一体的な実施の取組においては、市町村に医療専門職を配置した上で、地域の関係団体との連携の下、K D B を活用した健康課題の把握等に基づくハイリスクアプローチや、通いの場等を活用したポピュレーションアプローチを行ってい

- 疾病予防・介護予防等を中心に、医療・介護が連携した対応をしていくことが必要です。
- 運動不足に伴う運動器の障害は、特に高齢期において自立度を低下させ、介護が必要となる危険性を高めます。運動器の健康維持の重要性の理解を図り、若い頃から運動の実施等に努め、高齢期になっても運動器の健康が保たれ、気軽に外出や社会参加が可能となるよう、取組を進めていくことが重要です。
- 後期高齢期には、生活習慣病等の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下などのフレイルが顕著に進行するため、予防する取組が重要です。高齢者の特性に応じた健康状態や生活機能への適切な介入支援が必要です。
- 歯の喪失防止やオーラルフレイルの早期発見のための歯科健診の重要性と、適切な口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防について、様々な機会を捉えた啓発が必要です。
- 高齢者の肺炎や大腿骨頸部骨折など回復期につなげることの多い疾患については、医療圏内で対応することが望ましく、回復期の医療機能の充実が必要です。

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組について事業が着実に進むよう、後期高齢者医療広域連合と連携した市町村への支援が必要です。

ます。

- 令和 6 (2024) 年度より、54 市町村で一体的な実施の取組が開始され、国より量の増加、質の向上が定められています。

今後の方策】

- 高齢者が住み慣れた地域で、健康で生きがいを持ち、安心して暮らせる社会の実現を図るため、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した「地域包括ケアシステム」の推進を図るよう、愛知県高齢者福祉保健医療計画の着実な推進を図ります。
- 「高齢化の進展」や「病床の機能の分化と連携の推進」により増加していく、在宅医療や介護サービスの需要については、市町村等と連携し、適切に対応していきます。
- 「地域包括ケアシステム」の更なる深化・推進にむけた市町村の取組推進への支援を行います。
- 不足が見込まれる回復期の医療機能が充足できるよう、病床の転換等を支援します。
- 認知症施策においては、共生社会の実現を推進するための認知症基本法及び認知症施策推進条例に基づく「あいちオレンジタウン推進計画」の着実な推進を図ります。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組について、令和 6 (2024) 年度には 54 市町村で実施され、量の増加、質の向上がはかれるよう、アドバイザーの派遣や、制度の周知徹底、優良事例の横展開を通してその取組を支援します。

表 11-2-1 サービス受給者の推移

(人・%)

区 分	平成 30 (2018)年度	令和元 (2019)年度	令和 2 (2020)年度	令和 3 (2021)年度	令和 4 (2022)年度	令和 5 (2023)年度
居宅サービス	185,221 (1.1)	193,080 (4.2)	198,441 (2.8)	205,648 (3.6)	211,302 (2.7)	218,316 (3.3)
地域密着型サービス	37,370 (3.7)	38,636 (3.4)	38,183 (-1.2)	38,895 (1.9)	39,632 (1.9)	40,610 (2.5)
施設サービス	41,989 (1.6)	42,452 (1.1)	42,576 (0.3)	42,673 (0.2)	42,600 (-0.2)	42,954 (0.8)
計	264,580 (1.6)	274,168 (3.6)	279,200 (1.8)	287,216 (2.9)	293,534 (2.2)	301,880 (2.8)

資料：介護保険事業状況報告年報の人数（月平均）

（ ）内は前年数字に対する伸び率（%）

表 11-2-2 居宅サービスのサービス利用実績

(単位：件)

区 分	平成 30 (2018)年度	令和元 (2019)年度	令和 2 (2020)年度	令和 3 (2021)年度	令和 4 (2022)年度	令和 5 (2023)年度
訪問看護	26,909	29,139	31,702	34,785	37,150	39,977
訪問リハビリテーション	4,383	4,769	5,118	5,804	6,170	6,412
居宅療養管理指導	76,878	84,955	92,202	100,858	109,795	120,894
通所リハビリテーション	32,540	33,778	31,654	32,256	32,281	33,022

資料：介護保険事業状況報告年報の件数（月平均） 介護予防を含む。

表 11-2-3 要支援・要介護認定者数の推移

区 分	平成 12(2000)年 4 月末		区 分	令和 8 (2026) 年 3 月末		認定者数 の伸び率 (%)
	認定者数 (人)	構成比 (%)		認定者数 (人)	構成比 (%)	
要 支 援	9,469	11.1	要支援 1	54,481	14.9	575.4
要介護 1	19,895	23.4	要支援 2	67,267	36.5	671.5
			要介護 1	66,329		
要介護 2	15,774	18.5	要介護 2	60,007	16.4	380.4
要介護 3	13,653	16.0	要介護 3	46,518	12.7	340.7
要介護 4	14,793	17.4	要介護 4	44,429	12.1	300.3
要介護 5	11,536	13.6	要介護 5	26,696	7.3	231.4
合 計	85,120	100.0	合 計	365,727	100.0	429.7

資料：介護保険事業状況報告、令和 8 (2026) 年は暫定値

※端数処理の関係で合計値が合わない箇所あり。

表 11-2-4 介護保険施設・訪問看護ステーション

医療圏	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護 医療院	訪問看護 ステーション
	整備目標	入所 定員総数	整備目標	入所 定員総数	入所定員 総数	施設数
名古屋・ 尾張中部	9,161 人	9,012 人	7,037 人	6,508 人	849 人	669 か所
海 部	1,431 人	1,431 人	1,018 人	930 人	160 人	53 か所
尾張東部	1,463 人	1,383 人	1,125 人	1,125 人	200 人	72 か所
尾張西部	2,150 人	2,150 人	1,185 人	1,085 人	0 人	116 か所
尾張北部	2,383 人	2,323 人	1,533 人	1,533 人	50 人	109 か所
知多半島	2,538 人	2,498 人	1,647 人	1,647 人	28 人	87 か所
西三河北部	1,401 人	1,311 人	790 人	790 人	63 人	59 か所
西三河南部東	1,036 人	1,036 人	846 人	746 人	107 人	61 か所
西三河南部西	2,472 人	2,472 人	1,543 人	1,543 人	173 人	82 か所
東三河北部	444 人	404 人	243 人	243 人	95 人	3 か所
東三河南部	2,097 人	2,097 人	1,326 人	1,326 人	523 人	90 か所
計	26,576 人	26,117 人	18,293 人	17,476 人	2,248 人	1,401 か所

注：整備目標は令和 8 (2026) 年度（第 9 期計画）、定員総数は令和 8 (2026) 年 3 月 31 日現在（ただし、訪問看護ステーションは令和 8 (2026) 年 6 月 1 日現在）

表 11-2-5 肺炎入院患者の状況 65 歳以上（令和 7（2025）年）

医療圏	肺炎	うち誤嚥性肺炎
名古屋・尾張中部	13,456	6,330 (47.0%)
海 部	1,658	749 (45.2%)
尾 張 東 部	3,094	1,247 (40.3%)
尾 張 西 部	3,952	1,989 (50.3%)
尾 張 北 部	4,050	2,061 (50.9%)
知 多 半 島	2,140	1,059 (49.5%)
西 三 河 北 部	1,980	1,062 (53.6%)
西 三 河 南 部 東	1,600	763 (47.7%)
西 三 河 南 部 西	3,222	1,552 (48.2%)
東 三 河 北 部	183	80 (43.7%)
東 三 河 南 部	3,112	1,401 (45.0%)
計	38,447	18,293 (47.6%)

資料提供元：令和 8（2026）年度地域医療提供体制データ分析事業（名古屋大学）

表 11-2-6 大腿骨頸部骨折患者の状況 65 歳以上（令和 4（2022）年）

① 大腿骨頸部骨折 65 歳以上（手術なし）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地												
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部	計	流出患者率
患者所在地	名古屋・尾張中部	1,919	41	45	9	43	5	2	1	20	0	1	2,086	8.0%
	海部	48	295	0	3	0	0	0	0	0	0	0	346	14.7%
	尾張東部	132	0	198	1	22	1	5	0	25	0	0	384	48.4%
	尾張西部	77	11	0	317	12	0	2	0	0	0	1	420	24.5%
	尾張北部	23	1	5	54	618	0	0	0	2	0	0	703	12.1%
	知多半島	55	0	4	0	0	403	1	12	0	0	1	476	15.3%
	西三河北部	4	0	2	0	0	0	342	3	12	0	3	366	6.6%
	西三河南部西	3	0	1	0	0	3	0	241	7	0	4	259	6.9%
	西三河南部東	0	0	0	0	0	0	1	10	235	0	8	254	7.5%
	東三河北部	0	0	0	0	0	0	2	0	0	13	23	38	65.8%
	東三河南部	1	0	0	0	1	1	1	1	8	0	572	585	2.2%
	計	2,262	348	255	384	696	413	356	268	309	13	613	5,917	
流入患者率	15.2%	15.2%	22.4%	17.4%	11.2%	2.4%	3.9%	10.1%	23.9%	0.0%	6.7%			

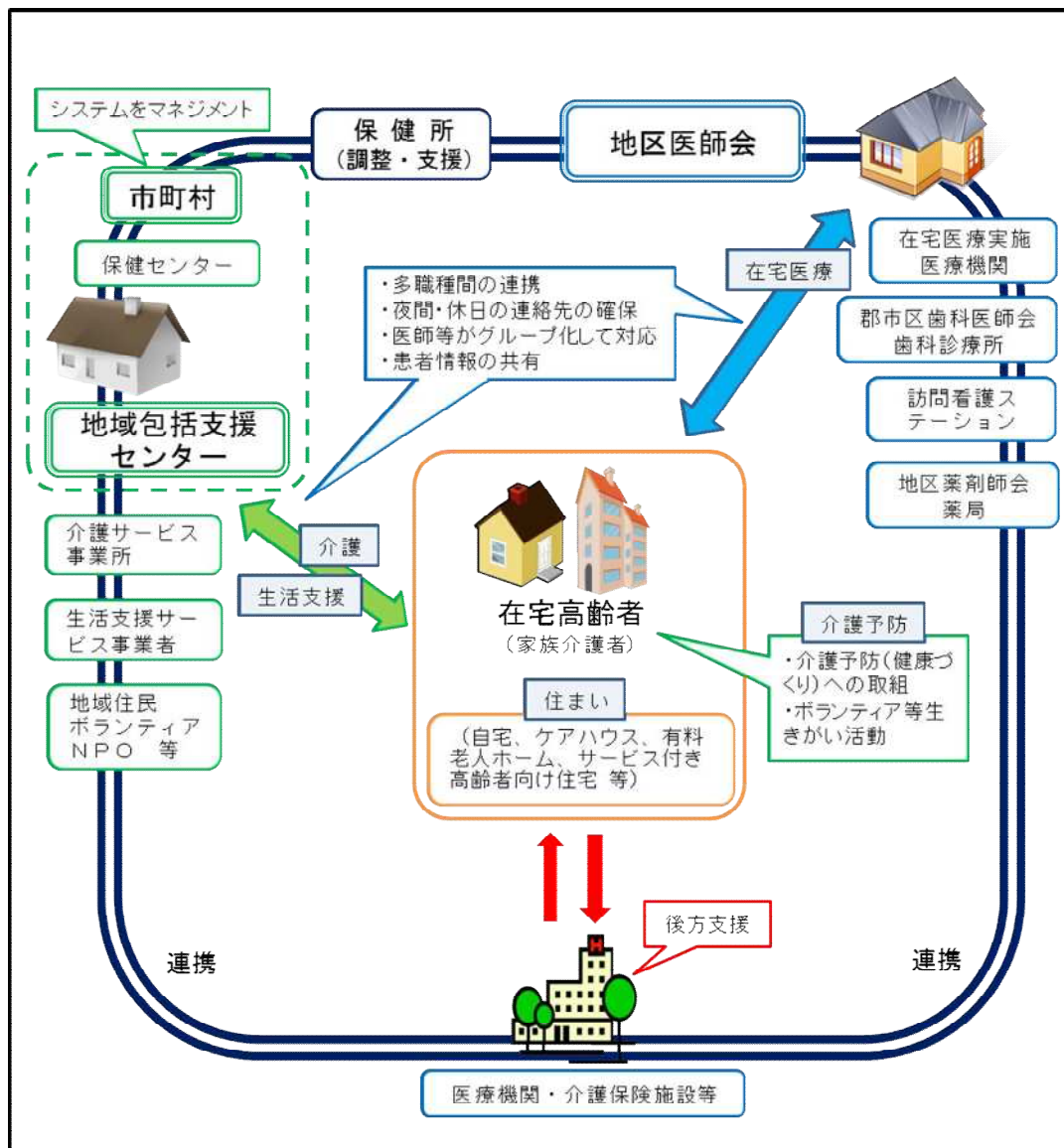
② 大腿骨頸部骨折 65 歳以上（手術あり）

（単位：人/年）

医療圏		医療機関所在地												
		名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部	計	流出患者率
患者所在地	名古屋・尾張中部	3,497	24	259	34	93	10	2	6	3	0	0	3,928	11.0%
	海部	90	425	2	24	3	0	2	0	0	0	0	546	22.2%
	尾張東部	89	0	501	0	16	2	11	5	4	0	0	628	20.2%
	尾張西部	10	8	1	874	24	0	1	0	0	0	1	919	4.9%
	尾張北部	36	1	17	33	1,162	0	0	0	0	0	2	1,251	7.1%
	知多半島	85	0	20	1	1	743	0	70	0	0	1	921	19.3%
	西三河北部	7	0	13	0	1	0	512	23	9	0	3	568	9.9%
	西三河南部西	8	0	24	1	1	5	2	873	29	0	7	950	8.1%
	西三河南部東	2	1	3	0	0	1	6	32	485	0	4	534	9.2%
	東三河北部	0	0	0	1	1	0	2	0	0	60	39	103	41.7%
	東三河南部	1	0	0	0	0	0	1	1	9	5	964	981	1.7%
	計	3,825	459	840	968	1,302	761	539	1,010	539	65	1,021	11,329	
流入患者率	8.6%	7.4%	40.4%	9.7%	10.8%	2.4%	5.0%	13.6%	10.0%	7.7%	5.6%			

資料提供元：令和 8（2026）年度地域医療提供体制データ分析事業（名古屋大学）

【地域包括ケアシステムのイメージ】



用語の解説

○ 地域包括支援センター

包括的支援事業として介護予防ケアマネジメント、地域における総合相談及び包括的・継続的ケアマネジメントの支援、権利擁護（成年後見制度の活用促進・高齢者虐待防止など）などを担う中核機関として、平成 17(2005)年の介護保険法の法改正（以下「法改正」という。）により創設されました。

○ 予防給付

要介護状態の軽減、悪化防止などのため、自立支援をより徹底する観点から平成 17(2005)年の法改正により、要支援認定者に対する新たな予防給付が創設されました。

○ 地域支援事業

要支援・要介護になるおそれのある高齢者や家族などを対象に、要介護にならないための効果的な介護予防事業等が、平成 17(2005)年の法改正により位置付けられました。

また、平成 26(2014)年の法改正では、新たに在宅医療・介護連携推進事業等が包括的支援事業に加わるなど、事業の充実が図られました。

○ 要支援

常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要する状態、又は身体上若しくは精神上の障害があるため一定期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態。要支援1～2の区分があります。

○ 要介護

身体上又は精神上の障害があるため、一定期間、日常生活における基本的な動作の全部又は一部について一定期間にわたり継続して常時介護を要することが見込まれる状態であって、要支援状態以外の状態をいい、要介護1～5の区分があります。

○ 地域密着型サービス

認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加等を踏まえ、住み慣れた地域での生活を継続できるよう平成18(2006)年度より創設されました。

① 市町村がサービス事業者の指定・指導監督権限を有します。

② 当該市町村の被保険者のみサービスの利用が可能です。

③ 日常生活圏ごとに必要整備量を市町村計画に定めます。

④ 地域密着型サービスの種類

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護(29人以下の有料老人ホームなど)、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(29人以下の特別養護老人ホーム)、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護

○ 愛知県高齢者福祉保健医療計画

本県では、老人福祉法に基づく「老人福祉計画」と介護保険法に基づく「介護保険事業支援計画」とを一体的に作成するとともに、その一部を共生社会の実現を推進するための認知症基本法及び認知症施策推進条例に基づく認知症施策の推進を図るための計画としても位置付けており、福祉保健医療サービスの目標量及び提供体制のあり方等を明らかにしています。

この計画は、3年ごとに見直すことになっており、令和6(2024)年度から令和8(2026)年度が計画期間の第9期計画を策定しました。

○ 介護保険施設

介護保険施設には、以下の施設があります。

① 介護老人福祉施設

老人福祉法に規定する特別養護老人ホームで、要介護者に対して、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う施設。

② 介護老人保健施設

要介護者に対して、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を行うとともに、その日常生活上の世話を行う施設。

③ 介護医療院

長期にわたり療養が必要な要介護者に対して、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う施設。

○ ロコモティブシンドローム(運動器症候群)

運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態。

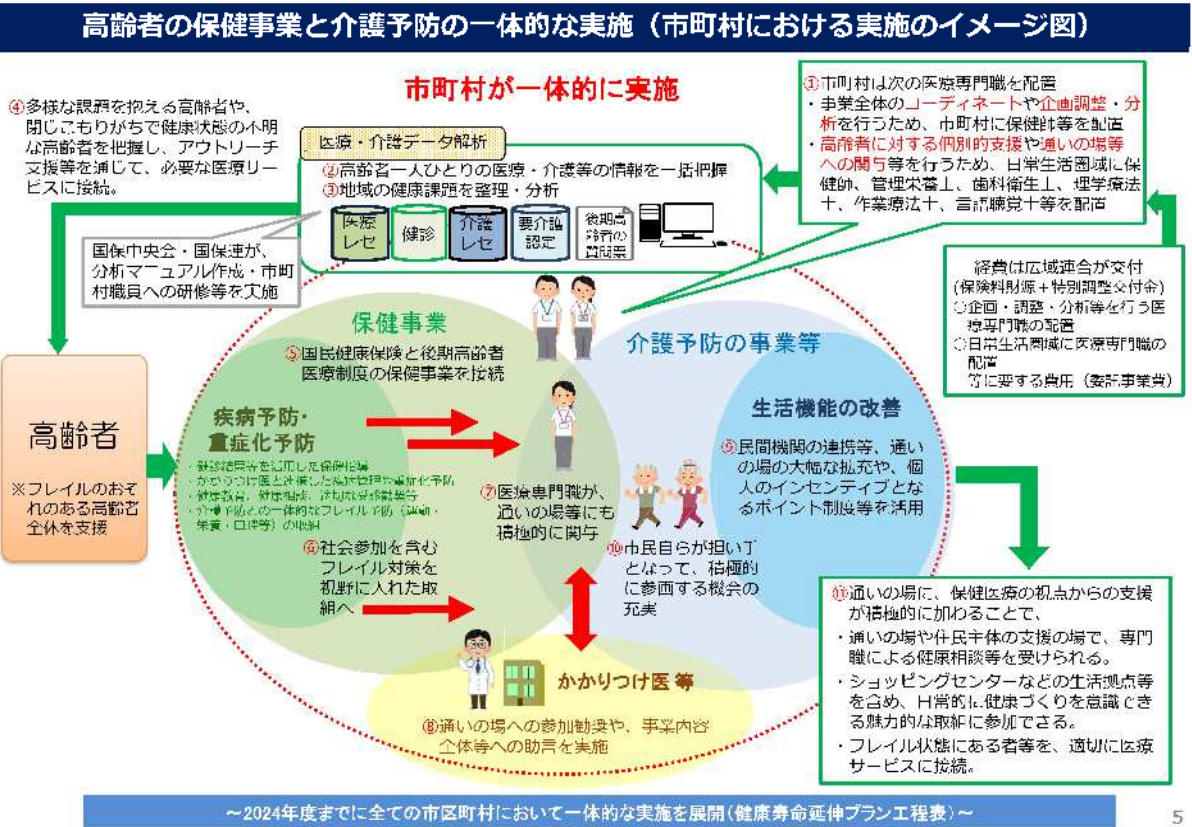
○ フレイル

「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないが、「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」報告書では、「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。(平成27年度厚生労働科学研究特別事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」報告書より引用)

○ オーラルフレイル

「歯の喪失や食べること、話すことに代表されるさまざまな機能の『軽微な衰え』が重複し、口の機能低下の危険性が増加しているが、改善も可能な状態」を指します。(令和6(2024)年4月1日 一般社団法人日本老年医学会・一般社団法人日本老年歯科医学会・一般社団法人日本サルコペニア・フレイル学会「オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント」より引用)

【高齢者の保健事業を介護予防の一体的な実施】



第3節 薬局の機能強化と地域医薬品供給体制の充実

1 薬局の機能推進対策

【現状と課題】

現 状	課 題
○ 地域の薬局では、医薬品供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うこと、入退院時における医療機関との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが求められています。 ○ 中学校区に薬局がない地域においても、医薬品供給体制を確保する必要があります。 ○ かかりつけ薬剤師・薬局の役割や、そのメリットへの県民の認識が高くありません。 ○ 地域において安全で質の高い医療を提供するためには、薬物療法についても、入院から外来・在宅医療へ移行する中で円滑に提供し続ける体制を構築することが重要です。 ○ 地域包括ケアの一翼を担うために、多職種・多機関との連携体制が求められています。 ○ 患者等のニーズに応じて充実・強化すべき機能として、健康サポート機能、地域連携機能及び高度薬学管理機能が求められており、これらの機能を持つ薬局について、健康サポート薬局や地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局の認定制度が創設されています。 ○ 患者の服薬情報を一元的に管理するお薬手帳の更なる普及が求められます。なお、紙媒体のお薬手帳よりも携帯性が高いことから薬局に持参しやすく、かつ長期にわたる服用歴や他の健康に関する情報を管理可能な電子版お薬手帳を普及することが望まれます。	○ 立地に依存した便利さだけで患者に選択される薬局ではなく、地域における必要な医薬品の供給拠点であると同時に、患者・住民のニーズに対応できるかかりつけ薬剤師・薬局としての機能を発揮する必要があります。 ○ 薬剤師が一人、又は少数の薬局も多く、薬局単独での十分な対応が困難な場合があります。 ○ かかりつけ薬剤師・薬局の役割や機能を理解し、かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶ意義について、県民への普及啓発が必要です。 ○ 薬剤師は、在宅医療の現場など薬局外での活動や地域包括ケアにおける一員としての役割を務める必要があります。 ○ 薬剤師・薬局が調剤業務のみに偏るのではなく、地域包括ケアの一翼として地域の会議等に積極的に参加し、他機関との連携体制を構築する必要があります。 ○ 患者やかかりつけ医を始めとした多職種との積極的なやり取りを通じて、地域で活躍するかかりつけ薬剤師の育成が必要です。 ○ 健康サポート機能、地域連携機能や高度薬学管理機能を持つ薬局を増やす必要があります。 ○ 患者の希望に応じて、電子版お薬手帳に対応できる体制を構築する必要があります。

【今後の方策】

- 患者・住民のニーズに対応できるかかりつけ薬剤師・薬局の取組を後押ししていきます。
- かかりつけ薬局の意義である薬局の基本的な機能や服薬情報を一元管理することの重要

性等について、県民へ普及、定着を図ります。

- 薬剤師が在宅業務の知識を習得し、経験を得るための講習会や研修会を開催していきます。
- 夜間・休日等の対応のため、近隣の薬局間における連携や、地区又は広域の薬剤師会による輪番制を推進し、その情報を地域住民に発信します。
- 地域包括ケアシステムの中で、薬局・薬剤師が地域のチーム医療の一員として患者の薬物療法に薬学的知見を生かし、副作用の早期発見や重複投薬の防止等の行き届いた薬学的管理を担えることを、県民に周知していきます。
- 地域の薬剤師会や医療・介護関係団体等と連携し、薬局と医療・介護関係団体等との連携をサポートしていきます。
- 薬剤師を対象とした患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修や、医療機関等との連携強化につながる多職種と共同で実施する研修等を、薬剤師会や医療・介護関係団体等と連携して開催していきます。
- 健康サポート薬局、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局を広く県民に周知するとともに、薬局の積極的な取組を後押ししていきます。
- 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導のために、電子版お薬手帳を含め、お薬手帳の活用を今後も継続的に呼びかけていきます。
- 県薬剤師会と連携し、必要に応じて電子版お薬手帳を利用できる薬局の拡大を図っていきます。

○ 地域医薬品供給情報共有システムの導入・活用を推進することで、地域の医薬品の供給状況を把握するとともに、薬局間連携による在庫状況の共有や医薬品の融通を図っています。

用語の解説

- かかりつけ薬局
かかりつけ薬局は、薬物治療等に関して安心して相談できる身近な存在として、患者自身が地域の薬局の中から選ぶ信頼する薬局のことで、日常の交流を通じて個々の患者ごとに適切な情報提供等を行います。
患者が複数の医療機関・診療科を受診した場合でも、かかりつけ薬局で調剤、投薬を受けることで、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われます。
- 健康サポート薬局
かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、住民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する（健康サポート）機能を備えた薬局のこと。健康サポート薬局では、医薬品等の安全かつ適正な使用に関する助言を行うことや、健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、必要に応じ、適切な関係機関に紹介するなどの取組を積極的に実施します。
- 地域連携薬局
外来受診時だけでなく、在宅医療への対応や入退院時を含め、他の医療提供施設との服薬情報の一元的・継続的な情報連携に対応できる薬局です。
- 専門医療機関連携薬局
がん等の専門的な薬学管理が必要な利用者に対して、他の医療提供施設との密な連携を行いつつ、より高度な薬学管理や、高い専門性が求められる特殊な調剤に対応できる薬局です。
- 電子版お薬手帳
お薬手帳は、患者が使っている医薬品の名称や用法用量等に関する情報を経時的に記録するものです。
電子版お薬手帳は、スマートフォン等の電子媒体に医薬品の情報を記録するもので、携帯性が高いことから薬局に持参しやすく、かつ長期にわたる服用歴や他の健康に関する情報を管理することもできます。

2 医薬分業の推進対策

【現状と課題】

現 状	課 題
○ 「愛知県医薬分業推進基本方針」で定める医薬分業の質の評価に係る4つの指標において、令和3(2021)年末時点で、いずれの指標も全国平均を下回っています。 ○ 医薬分業のメリットが十分理解されていない面があります。 ○ 薬局において患者が選択する医薬品の幅が広がっていますが、ジェネリック（後発）医薬品やバイオシミラー（バイオ後続品）について、その特徴やメリットの理解は、まだ十分とは言えません。	○ 県、医師会、歯科医師会、薬剤師会等関係団体が相互に連携して患者本位の医薬分業を推進し、各指標を向上させる必要があります。 ○ 医薬分業のメリットについて、広く県民の理解を求める必要があります。 ○ ジェネリック（後発）医薬品やバイオシミラー（バイオ後続品）の特徴やメリットを広く周知し、県民の理解を求める必要があります。

【今後の方策】

- 令和4(2022)年4月1日付けで一部改正した「愛知県医薬分業推進基本方針」に従い、本県の医薬分業の質の評価が、**前年度を上回る又は**全国平均を上回ること为目标として推進します。
- 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会等関係団体と相互に連携し、服薬情報の一元的・継続的な把握と、それに基づく患者ごとに最適な薬学的管理・指導が行われる患者本位の医薬分業を推進します。
- 医薬分業を始め公衆衛生・地域医療の拠点となる「かかりつけ薬剤師・薬局」を育成し、県民への普及、定着を図ります。
- ジェネリック（後発）医薬品等の適正使用及び理解向上を図っていきます。

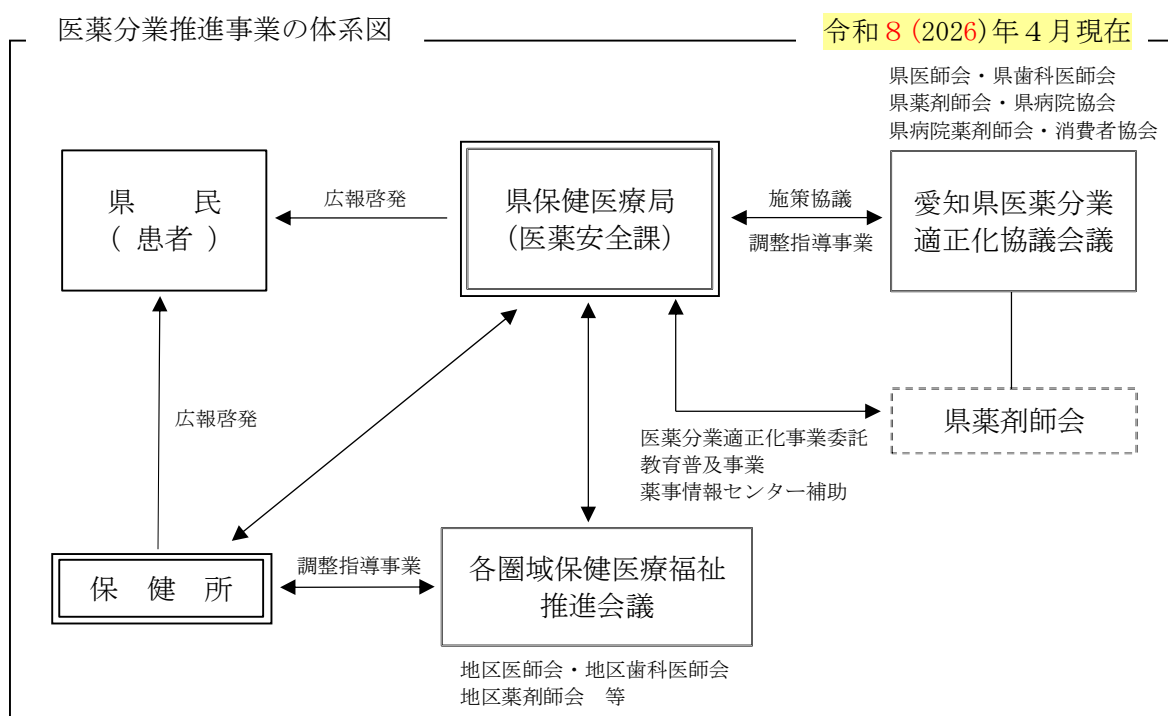
【目標値】

医薬分業の質の評価に係る4つの指標（電子版お薬手帳又は電子薬歴システム等、ICTを導入している薬局の割合 等）において、**前年度を上回る又は**全国平均を上回ること

0項目 ⇒ 4項目
(令和4(2022)年度)

表11-3-2-1 医薬分業指標の現状（令和7(2025)年度末時点）

項 目	指標 (令和3(2021)年度末)		指標 (令和7(2025)年度末)	
	愛知県	全国	愛知県	全国
① 電子版お薬手帳又は電子薬歴システム等、ICTを導入している薬局の割合	52.6%	72.6%	91.6%	—
② 医師へ患者の服薬情報等を文書で提供した薬局の割合（過去1年間に平均月1回以上）	17.4%	29.8%	42.2%	—
③ 在宅業務を実施した薬局の割合（過去1年間に平均月1回以上）	27.6%	37.8%	43.3%	—
④ 健康サポート薬局研修を修了した薬剤師が地域ケア会議等の地域の多職種と連携する会議に出席している薬局の割合（過去1年間に1回以上）	8.3%	17.8%	19.8%	—



【体系図の説明】

- 医薬安全課は、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県病院協会、県病院薬剤師会及び消費者協会で構成する愛知県医薬分業適正化協議会議を開催し、適正な医薬分業の推進・定着のための施策を検討しています。
- 医薬安全課がより質の高い患者本位の医薬分業を推進するため、県薬剤師会に医薬分業適正化事業等を委託しています。
- 保健所は、それぞれの地区医師会、地区歯科医師会及び地区薬剤師会等と調整をしながら、必要に応じ各圏域保健医療福祉推進会議で地域実情に見合った医薬分業を指導しています。
- 県民に対する医薬分業に関する知識啓発は、医薬安全課及び保健所が中心となって実施しています。

【実施されている施策】

- 各医療圏の実情に応じた医薬分業の推進
 - ・圏域保健医療福祉推進会議において、地域の実情に応じた推進方策を検討
- 後発医薬品の適正使用及び理解向上の推進
 - ・後発医薬品適正使用協議会の開催
 - ・県政お届け講座等講習会による県民への啓発活動の実施
- かかりつけ薬剤師・薬局の育成
 - ・薬局業務運営ガイドライン及び患者のための薬局ビジョンの周知・普及
- 医薬分業の適正化
 - ・薬局で発生した調剤過誤等の不適切な事例を収集し、原因の究明、防止対策の検討、薬局薬剤師への周知徹底等を実施（県薬剤師会への委託）
 - ・かかりつけ薬剤師・薬局及びお薬手帳の普及促進（県薬剤師会への委託）
- 薬剤師の研修体制の充実
 - ・調剤過誤対策を始め、調剤、服薬指導等に関する研修の充実
 - ・在宅医療に即座に対応できる薬剤師の育成及び薬局の体制構築（県薬剤師会への委託）
 - ・薬事情報センターの運営補助（県薬剤師会への補助）
- 医薬分業に関する知識の普及啓発
 - ・「薬と健康の週間」における広報啓発

- ・薬事教育普及事業の補助（県薬剤師会への補助）
- ・その他、医薬分業を正しく理解するための、一般県民（患者）及び関係者に対する啓発

用語の解説

○ 医薬分業

医師・歯科医師と薬剤師によって医薬品の使用をダブルチェックし、効き目や安全性を一層高め、より良い医療を提供することを目的としています。

医薬分業の良い点は、患者が薬局で十分な薬の説明や服薬指導を受けられ、納得して服用することができるとともに、薬局での薬歴管理により、重複投与や相互作用による副作用を未然に防止し、安全な使用が確保できることです。

○ 服薬指導

患者がより安全に医薬品を使用できるように、交付の際に、その効能効果、使用方法、注意事項等を説明することを服薬指導といい、これによりコンプライアンス（服薬遵守）の向上が図られます。

○ 薬局業務運営ガイドライン

薬局を医療機関の一つと位置づけ、地域保健医療に貢献する「かかりつけ薬局」を育成するため、薬局自らの努力目標であり、かつ、行政指導の指針として国が定め、県で運用を行っているものです。

○ 患者のための薬局ビジョン

患者本位の医薬分業の実現に向けて、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）になる令和7（2025）年、更に10年後の令和17（2035）年に向けて、中長期的視野に立って現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示するものです。

○ ジェネリック（後発）医薬品

ジェネリック医薬品とは、有効成分及び効き目は新薬（先発医薬品）と同じですが、新薬の特許期間満了後に承認された医薬品です。研究開発に要する費用が低く抑えることができることから、新薬に比べてより安価な医薬品で後発医薬品ともいいます。

○ バイオ医薬品

遺伝子組換え技術や細胞培養技術等を応用して、微生物や細胞が持つたんぱく質（ホルモン、酵素、抗体等）等を作る力を利用して製造される医薬品のことです。

○ バイオシミラー（バイオ後続品）

国内で承認された、バイオ医薬品と同等の品質等を有する医薬品のことです。

第4節 保健医療情報システム

【現状と課題】

現 状

課 題

○ 広域災害・救急医療情報システム

救急医療情報センターを設置(運営を愛知県医師会に委託)し、24 時間体制で県民等からの電話照会に対して、救急対応医療機関の紹介を行っています。

平成 16(2004)年 6 月からは、インターネット方式による新たなシステムを導入するとともに、現在、5 か国語(英語、中国語、スペイン語、ポルトガル語、韓国語)による音声 F A X 自動案内を開始しています。(http://www.qq.pref.aichi.jp)

また、平成 21(2009)年 4 月末からは、救急隊が医療機関へ搬送した情報や、問い合わせたものの受入れ不能であった情報を、当該救急隊が携帯電話を使って入力することにより、受入医療機関に関する情報を共有する救急搬送情報共有システム(E T I S) を、全国で初めて運用開始しています。

さらに、令和元(2019)年 12 月からは、県民が現在受診可能な医療機関を検索できる W e b サイト「あいち救急医療ガイド」に外国語表示機能を追加し、4 か国語(英語、中国語(繁体語・簡体語)、韓国語、ポルトガル語)による案内を開始しています。

○ 8020 支援情報システム

愛知県歯科医師会では、「あなたの町の歯医者さん情報」を掲載し、県民に歯科医療情報を提供しています。

○ 薬事情報システム

愛知県薬剤師会では、薬事情報センターを設け、医薬品等に関するデータの収集管理を行い、医療関係者を始め、広く県民に情報提供を行っています。

○ 感染症発生動向調査システム

結核や感染症の発生状況を調査し、厚生労働省にオンラインにより報告するとともに、集計分析結果を県民に対し情報提供しています。

○ 医療機能情報公表システム

県内の病院、診療所、助産所及び薬局の医療機能情報について、医療機関等から県が報告を受け、県は全国統一的な情報提供システム(医療情報ネット)により情報提供をしています。

○ 医療機関に対して県への報告を求めていくことによって、医療機能情報の更新等を適切に行い、情報の精度を高めていく必要があります。

【今後の方策】

○ 県及び各団体において整備している各種保健医療情報システムの精度を高め、県民が利用しやすいシステムとなるよう充実・強化を図ります。

第5節 医療安全対策

【現状と課題】

現 状	課 題
1 立入検査による指導 ○ 医療法の改正により、平成 19(2007)年4月から、全ての医療機関に医療安全のための体制の確保が義務付けられました。具体的な措置として、院内感染対策、医薬品の安全管理、医療機器の安全管理があげられています。 ○ 医療安全に対する県民の関心の高まりを受け、本県では、平成 13(2001)年9月から、医師、事務職等が主体であった医療監視員に薬剤師、保健師、栄養士等の職種を加え、医療安全管理チェックリストを用いてより具体的な指導に努めてきました。 チェックリストについては、医療事故の防止のための体制や運用状況について、事前に医療機関がチェックしたものを立入検査時に確認し、必要に応じて指導しています。 なお、医療安全の項目は、毎年度見直しを行い、医療機関の医療安全対策の充実を図っています。 2 愛知県医療安全支援センター ○ 医療法に、都道府県及び保健所設置市は医療安全支援センターを設置するよう努めることが明記され、平成 19(2007)年4月から施行されています。 ○ 本県では、平成 15(2003)年7月1日に愛知県医療安全支援センターを開設し、医療に関する苦情や相談に対応しています。同センターには、事務職1名及び看護師2名を配置し、第三者的な立場で患者等相談者からの相談に迅速に対応するなど、医療の安全と県民の医療に対する信頼を高めるための施策を実施しており、ホームページやパンフレットを用いて、周知に努めています。令和7(2025)年度は1,436件、1日平均5.9件の相談を受理しています。 ○ 保健所設置市には、平成 16(2004)年6月1日から、名古屋市医療安全相談窓口が設置され、また、平成 22(2010)年度には、豊橋市、岡崎市、豊田市に、令和3(2021)年度には、一宮市に新たに設置となり、全ての保健所設置市に医療安全支援センターが設置されています。 ○ 国は、2次医療圏ごとに医療安全支援センターを設置するように求めており、本県では、保健所の相談体制の中で対応しています。	○ 全ての医療機関に対する立入検査の実施に合わせ、今後は医療監視員に対する研修等の充実により、検査体制の強化を図る必要があります。 ○ 今後も施設基準、人員配置基準等の検査とともに、チェックリストの改善を図りながら、医療安全につながる指導の充実を図る必要があります。 ○ 収集された相談事例を安全対策に活用するためには、情報を分析し、医療機関に提供することが有用であり、県と医療機関の間の伝達手段としてメーリングリストなどでネットワーク化を図ることが必要です。 ○ 当センターでは対応できない法的な事項や医療内容等に関わる専門的な相談については、他の機関との一層の連

- 専門的な相談について、愛知県医師会（平成18(2006)年度より事業委託）、愛知県歯科医師会（平成20(2008)年度より事業委託）、愛知県弁護士会・医療事故相談センターなどの機関と連携しています。
 - 県内の病院の **73.4%** が院内に苦情相談の受付窓口を定めており、これらの窓口とも連携を図っています。
- 3 医療安全推進協議会
- 愛知県医療安全支援センターの開設と同時に、「愛知県医療安全推進協議会」を設置しました。県内における適切で安全な医療の提供を目的に、委員は医療関係者を始め弁護士、消費者団体の代表及び有識者から構成され、同センターの運営、医療安全対策に関する検討を行っています。ほかには、名古屋市にも設置されています。
 - 医療機関において重大な医療事故が発生した場合に、県への任意の報告を求めています。
- 4 医療安全情報の提供
- 医療法に基づく医療事故収集等による医療安全情報を始め、関係通知を関係団体を通じて医療機関に情報提供しています。
- 5 院内感染対策
- 感染症の専門家のいない中小規模の病院等が、院内感染の防止策の立案や初動対策を講じるに当たって、地域の医療機関や大学の専門家などから助言、技術支援を受けることのできるネットワークを構築することにより、地域全体での院内感染対策の向上を図ることを目的に、平成20(2008)年9月1日から、院内感染ネットワーク事業を開始しています。
地域で専門家で構成する委員会を定期開催し、ネットワーク委員会の運営や支援について検討を行っています。
また、相談を受けての助言や、支援を行った事例など、院内感染の情報についてまとめた事例集を作成し、県内医療機関に情報提供を行っています。
- 6 医療事故調査制度
- 医療が提供されている中で「予期せぬ死亡」が発生したとき、原因を究明するために調査を行い、再発防止を図る制度です。本制度を支援するため愛知
- 携・協力が必要です。
- **多く**の病院において相談窓口が設置されていますが、今後は専任職員の配置など充実策を更に推進していくことが必要です。
 - 収集された事故報告を安全対策に活用するための情報の分析方法及び提供方法を確立することが必要です。
 - 国の動きを踏まえながら、関係団体と情報を共有し、県民への啓発などを検討することが必要です。

県医師会と連携（令和４（2022）年度より事業委託）し、医療の安全と質の向上を図っています。

7 高度な医療機器の配置状況

- 高度な医療機器の配置状況については、病床機能報告制度（令和 7（2025）年度）でみると、各医療圏により差があります。（表 11-5-1）
- 高度な医療機器が不足する医療圏に当たっては、他の医療圏との連携を推進していく必要があります。

【今後の方策】

- 医療安全管理チェックリストによる立入検査を行い、医療機関が安全・安心な医療を提供できるよう指導していきます。
- 県と医療機関の連携、有益な医療安全対策の情報を提供するため、医療機関のメーリングリストを構築し、ネットワーク化を図っていきます。
- 相談事例及び事故事例を集積して分析し、参加登録した医療機関のメーリングリストを活用して提供していきます。また、問題点については、保健所が行う医療機関への立入検査の際に伝達、指導を行います。
- 専門的な内容に対応するため、関係機関との一層の連携を進めます。
- 医療事故等の不適切な事例について、医療機関における改善状況等の確認と指導を行い、再発防止に努めます。

表 11-5-1 高度な医療機器の配置状況
＜病院における医療機器の設置台数＞

	医療機器の台数																		
	① CT				② MRI			③ その他の医療機器											
	マルチスライスCT			その他のCT	3テスラ以上	1.5テスラ以上 3テスラ未満	1.5テスラ未満	血管造影装置	SPECT	マンモグラフィ	PET	PETCT	PETMRI	ガンマナイフ	サイバーナイフ	強度変調放射線治療装置 (IMRT)	遠隔操作式密着小線源治療装置	内視鏡手術用支援機器 (フィッパ)	
	64列以上	16列以上64列未満	16列未満																
名古屋・尾張中部	85	57	4	8	30	59	3	65	27	34	0	8	0	2	1	18	3	26	
海部	6	6	0	0	1	7	0	5	2	3	0	0	0	0	0	1	0	1	
尾張東部	23	7	1	3	8	10	0	17	9	9	1	3	0	0	0	5	1	9	
尾張西部	21	7	0	0	4	12	0	17	4	7	0	2	0	0	0	4	0	4	
尾張北部	18	13	0	0	5	19	1	14	6	10	0	2	0	1	0	3	0	3	
知多半島	12	10	0	1	5	9	0	11	5	7	0	2	0	0	0	2	0	2	
西三河北部	12	8	0	1	5	7	2	8	2	8	0	2	0	0	1	2	0	3	
西三河南部東	7	9	0	0	2	6	1	8	2	4	0	2	0	0	0	3	1	4	
西三河南部西	16	14	2	0	5	17	2	11	3	12	0	2	0	0	1	5	0	5	
東三河北部	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
東三河南部	20	18	1	1	7	11	2	18	7	12	0	3	0	0	0	5	1	4	
合計	221	151	8	14	72	158	11	174	67	107	1	26	0	3	3	48	6	61	

資料：令和 7（2025）年度 病床機能報告（愛知県保健医療局）

＜診療所における医療機器の設置台数＞

	医療機器の台数																		
	① CT				② MRI				③ その他の医療機器										
	マルチスライスCT			その他のCT	3テスラ以上	1.5テスラ以上 3テスラ未満	1.5テスラ未満	血管造影 装置	SPECT	マンモグラ フィ	PET	PETCT	PETMRI	ガンマナイフ	サイバーナ イフ	強度変調放射 線治療 (IMRT)	遠隔操作式密 封小線源治療 装置	内視鏡手術用 支援機器(ダ ヴィンチ)	
	64列以上	16列以上64 列未満	16列未満																
	名古屋・尾張中部	2	15	0	0	1	5	10	3	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1
海部	0	4	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
尾張東部	1	3	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
尾張西部	0	6	0	0	0	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
尾張北部	4	5	0	0	0	3	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	
知多半島	1	6	0	0	0	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
西三河北部	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
西三河南部東	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
西三河南部西	2	4	0	1	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
東三河北部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
東三河南部	2	2	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	12	46	0	4	1	22	20	11	0	12	0	0	0	0	0	0	1		

資料：令和 7（2025）年度 病床機能報告（愛知県保健医療局）

第6節 血液確保対策

【現状と課題】

現 状

- 「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」において、国・地方公共団体・採血事業者の役割が明記されています。
- 毎年度、国が定める「献血推進計画」に基づき、愛知県献血推進協議会の意見を踏まえて、献血目標量及び献血推進のための事業を設定しています。
- 本県の輸血用血液製剤は、県内の献血で確保されていますが、将来、少子高齢化が進み、献血者数が減少すると予測されています。献血目標量の達成及びより安全な血液製剤の供給を図るため、400mL及び成分献血の推進を図っています。(400mL及び成分献血による血液は、少人数の献血者の血液で輸血を行うことができるため患者にとって、副作用などを減らすことができます。)(図11-6-①～11-6-③)

課 題

- 少子化と若者の献血離れにより、献血者が減少していますが、毎年度、国が定める必要な血液の目標量を確保していく必要があります。

【今後の方策】

- 国から毎年度示される、県の献血により確保すべき血液の目標量の確保を図っていきます。
- より安全な血液製剤の供給を図るため、400mL 及び成分献血の推進を図っていきます。
- 若年層の献血への理解を深めるための普及・啓発を一層推進していきます。

用語の解説

○ 献血の種類

採血方法は大きく分けて2種類あり、全ての血液の成分を採血する方法（全血献血）と必要な血液の成分を採血する方法（成分献血）があります。

- ・全血献血は、1回の献血での採血量で、400mL 献血と 200mL 献血があります。
- ・成分献血は採血する成分の種類で、血漿成分献血と血小板成分献血があります。

○ 輸血用血液製剤の種類

医療機関で使われる輸血用血液製剤には、大きく分けて「赤血球」、「血漿」、「血小板」及び「全血」があります。現在では、血液を各成分に分離し、患者が必要とする成分だけを輸血する「成分輸血」が主流となっています。

(資料提供：愛知県赤十字血液センター・作成：愛知県)

図 11-6-①

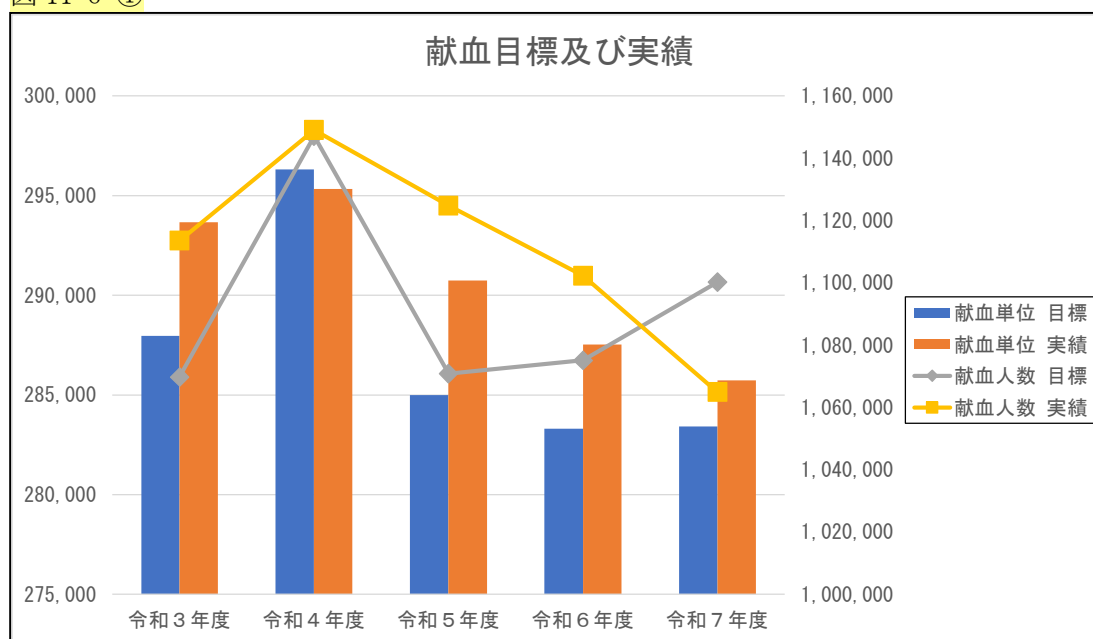


図 11-6-②

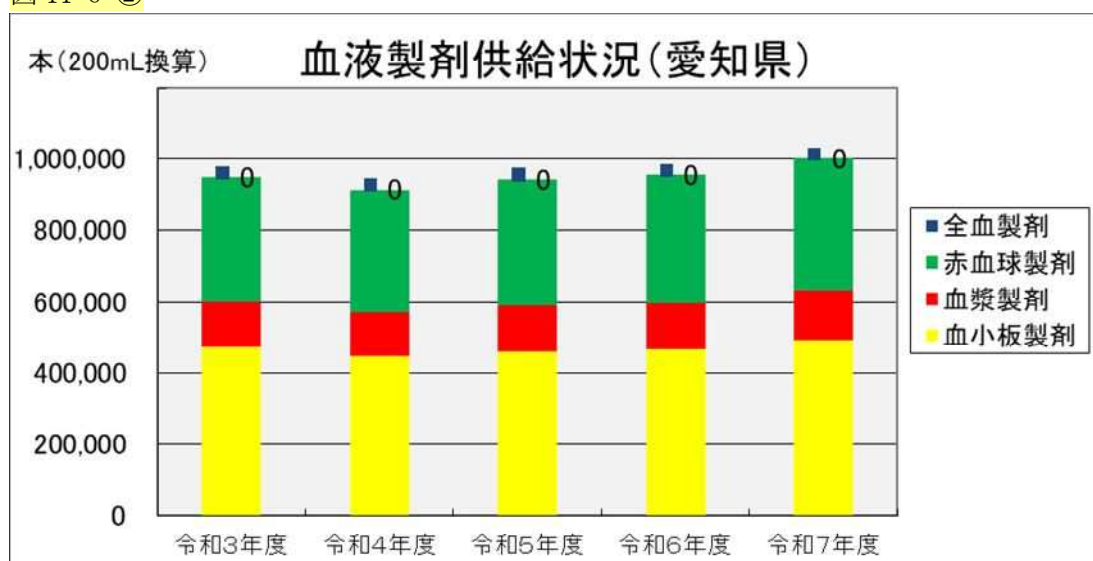
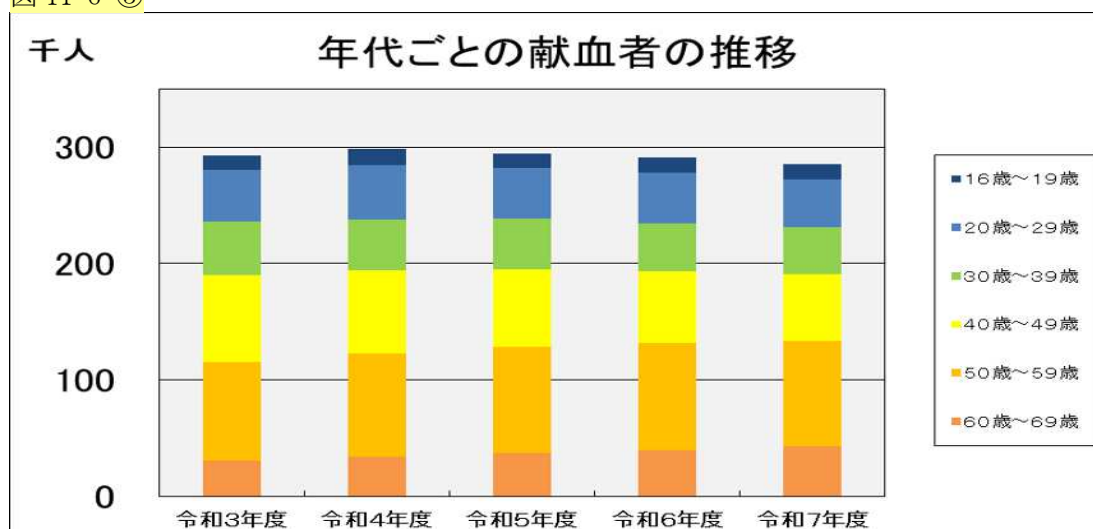


図 11-6-③



第7節 健康危機管理対策

【現状と課題】

現 状

- 1 健康危機管理体制の整備
 - 県保健医療局に健康危機管理調整会議を設置し、定期的を開催することにより、局内の円滑な調整を図っています。
 - 関係機関と健康危機管理体制の整備、連絡網の作成を行っています。
 - 広域的な連携体制を確保するため、東海北陸ブロック健康危機管理連絡協議会における相互支援に関する協定を平成18(2006)年12月に締結しています。
 - 健康危機管理手引書を作成し、関係機関に配備しています。
 - 警察と衛生研究所が、相互に連携して検査を分担実施できる体制を整備しています。
 - 24時間、365日の対応に備え、休日、夜間における連絡体制を整備しています。
- 2 平時の対応
 - 各種規制法令に基づき、通常の監視指導を行っています。
 - 広範囲にわたる健康危機の発生が予測される施設に対しては、広域機動班による監視指導を行っています。
発生が予測される健康危機については、個別の対応マニュアルを整備しています。
 - 保健所職員に対する研修を定期的実施しています。
- 3 有事の対応
 - 被害の状況を把握し、被害を受けた方に対する医療提供体制の確保を図っています。
 - 関係機関との連携の下に、原因究明体制を確保しています。
 - 健康危機発生状況及び予防措置等について、県民へ速やかに広報できる体制を整備しています。
 - 重大な健康被害が発生し、若しくは発生のおそれがある場合は、対策本部を設置します。
- 4 事後の対応
 - 健康診断、心身の健康相談を実施します。
 - 有事の対応状況を評価するための調査研究を実施します。

課 題

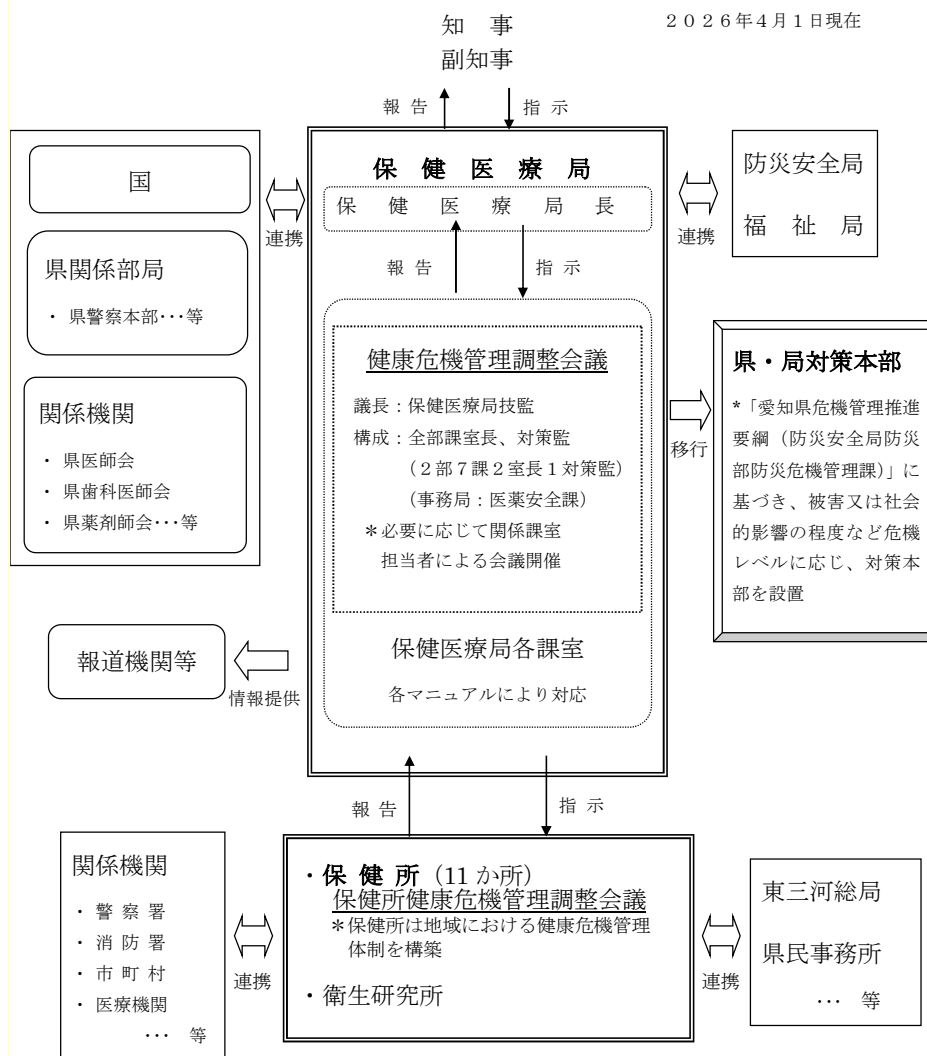
- 健康危機管理体制の整備では、常に組織等の変更に留意し、逐次見直し、有事に機能できる体制の整備が必要です。
- 職員の研修・訓練を実施することにより、手引書の実効性を検討し、見直しを図る必要があります。
- 原因究明に関わる検査機関（保健所、衛生研究所、科学捜査研究所等）との連携の充実を図る必要があります。
- 監視指導体制、連絡体制について、常に実効性のあるものであることを確認する必要があります。
- 情報の一元化に努める必要があります。
- 複数の原因を想定した対応ができる体制づくりが必要です。
- 調査研究体制の充実が必要です。

【今後の方策】

- 平時には、健康危機管理調整会議を定期に開催し、保健医療局各課室が情報を共有するとともに、有事の際には、速やかに開催し、県として適切な対応を決定します。
- 保健所や衛生研究所の機能強化を図るため、職員の研修や訓練を実施するなど、人材育成に努めます。

保健医療局健康危機管理体制図

2026年4月1日現在



【体制図の解説】

- 平時には、保健医療局内各課室において健康危機に関する情報収集を行い、健康危機管理調整会議を定期的に開催して、情報の共有を図っています。また、必要な情報が速やかに知事まで報告される体制を整備しています。
 - 県の防災安全局を始めとする関係部局、国及び警察本部並びに関係機関との連絡網により、情報収集及び情報提供を行うなど連携を図っています。
 - 有事の際には、健康危機管理調整会議を速やかに開催し、適切な対応を図ります。また、愛知県危機管理推進要綱に基づく対策本部設置の必要性について検討し、必要に応じて対策本部及び現地対策本部を設置します。
- 地域においても、保健所を中心として、警察署、消防署、市町村等と密接な連携を保ち、情報収集に努めており、有事の際には、速やかに保健医療局の各担当課室へ状況報告が行われ、適切な対応を行うための体制を整えています。

第4部 外来医療計画の推進

外来医療計画の推進

1 策定の趣旨

外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にあり、地域によっては協議が十分に行われていない現状にあります。

こうした状況に対応するため、平成30(2018)年7月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」(平成30年法律第79号)が制定され、医療法等の関係法令の改正が行われ、都道府県は医療法第30条の4第1項に規定する医療計画に定める事項として新たに「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を追加し、外来医療に関する情報を可視化し、その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議を行い、協議を踏まえた取組を推進することになりました。

表1 医療施設別の施設数・医師数(常勤換算)

	愛 知 県		全 国	
	施設数(か所)	医師数(人)	施設数(か所)	医師数(人)
病 院	314 (5.2%)	13,079 (59.7%)	8,122 (7.2%)	260,350 (63.0%)
有床診療所	268 (4.5%)	8,834 (40.3%)	5,641 (5.0%)	152,772 (37.0%)
無床診療所	5,414 (90.3%)		99,253 (87.8%)	
計	5,996	21,913	113,016	413,122

資料：令和5(2023)年医療施設調査

2 計画の期間

この計画は、令和9(2027)年度から令和11(2029)年度までの3年間とします。

3 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

(1) 外来医師偏在指標の設定

○ 医療需要及び人口構成とその変化や患者の流出入を反映するなどして、医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す指標として、医師偏在指標を設定することとしています。
なお、外来医師偏在指標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性質のものです。

○ 厚生労働省が策定した、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)では、外来医療に関する医師偏在指標は、診療所医師の性別・年齢分布、地域ごとの外来医療ニーズ(性・年齢別人口・昼夜間人口比等による)、診療所における外来医療患者対応割合等を踏まえ算出することとされています。

○ ガイドラインでは、まず、厚生労働省が示す外来医師偏在指標の計算式に基づき、都道府県において2次医療圏単位で外来医師偏在指標を定め、この外来医師偏在指標に基づき2次医療圏ごとに外来医師多数区域を適宜設定することとされています。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}^{(*)1}}{\text{地域の人口(10万人)} \times \text{地域の標準化外来受療率比}^{(*)2} \times \text{診療所外来患者数割合} \times (\text{病院+一般診療所外来患者流出入調整係数})}$$

$$\begin{aligned} \text{標準化診療所医師数}^{(*)1} &= \sum \left(\text{性・年齢階級別診療所医師数} \times \text{性・年齢階級別労働時間比} \right) \\ \text{地域の標準化外来受療率比}^{(*)2} &= \frac{\text{地域の期待外来受療率}^{(*)3}}{\text{全国の期待外来受療率}} \\ \text{地域の期待外来受療率}^{(*)3} &= \frac{\text{地域の外来医療需要}^{(*)4}}{\text{地域の人口}} \\ \text{地域の外来医療需要}^{(*)4} &= \sum \left(\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口} \right) \end{aligned}$$

(2) 外来医師多数区域の設定

- ガイドラインでは、外来医師偏在指標の値が全国の2次医療圏（330医療圏）の中で上位33.3%（110位まで）に該当する2次医療圏を外来医師多数区域として設定することと示されています。
- 厚生労働省が算定した外来医師偏在指標によると、名古屋・尾張中部医療圏が全国の2次医療圏の中で上位33.3%に該当する2次医療圏となります。
- よって、名古屋・尾張中部医療圏を本県の外来医師多数区域として設定します。

表2 外来医師偏在指標

2次医療圏名	外来医師偏在指標		外来医師多数区域
		全国順位	
名古屋・尾張中部	141.2	20位	○
海 部	84.5	267位	
尾 張 東 部	106.0	142位	
尾 張 西 部	100.1	179位	
尾 張 北 部	95.0	213位	
知 多 半 島	93.0	225位	
西 三 河 北 部	89.7	242位	
西 三 河 南 部 東	94.9	214位	
西 三 河 南 部 西	82.5	277位	
東 三 河 北 部	96.9	200位	
東 三 河 南 部	89.7	243位	
愛 知 県	109.5	—	
全 国	115.7	—	

4 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場の設定

- 都道府県は、医療法第30条の18の5の規定に基づき、2次医療圏またはその他都道府県知事が適当と認める区域ごとに診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとされています。
- また、協議の場については、地域医療構想調整会議を活用することが可能とされています。
- 本県では、地域医療構想の推進のための取組と連携を図るため、各構想区域の地域医療構想推進委員会を協議の場として設定することとします。
- 協議の場では、外来機能に関する外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について、協議を行い、地域ごとの方針決定を行っていきます。

【協議の場における協議事項】

＜全ての医療圏で協議する事項＞

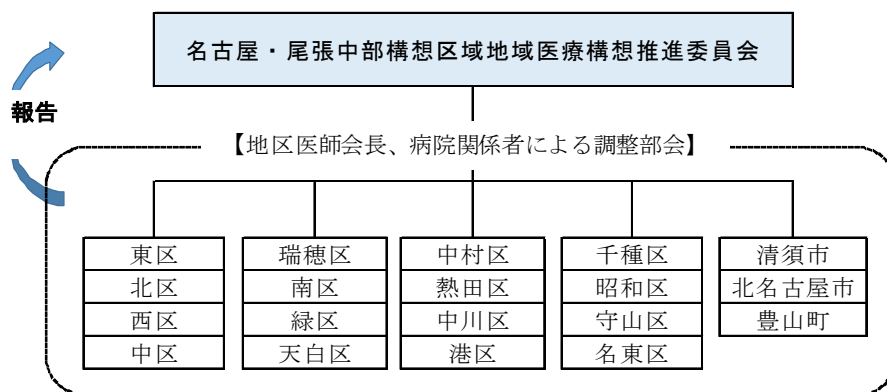
- ・地域外来医療のうち「地域で不足している外来医療機能」に関する検討（初期救急医療、在宅医療、産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療）
- ・医療機器の効率的な活用に関する検討

＜外来医師多数区域の医療圏で協議する事項＞

- ・外来医師多数区域における新規開業者への届出の際に求める事項（地域で不足する外来医療機能を担うことを求める）
- ・新規開業者が拒否した場合の協議の場への出席要請と協議の結果の公表

- 検討を行う際に必要なデータについては、「5 各医療圏における外来医療の提供状況」に記載しています。
- なお、外来医師多数区域である、名古屋・尾張中部医療圏については、地域医療構想推進委員会の下に、調整部会を設置して、地域ごとの課題の検討を行っています。

【名古屋・尾張中部医療圏の協議体制】



5 各医療圏における外来医療の提供状況

(1) 地域外来医療について

- 令和7（2025）年12月12日に「医療法等の一部を改正する法律」が制定され、都道府県は、地域において特に必要とされる外来医療（以下「地域外来医療」という。）に関する事項を、外来医療に係る協議の場において、関係者との協議を行い、その結果を取りまとめ、公表、周知することとされました。

また、都道府県は、厚生労働省令で定める基準を超え、特に地域外来医療を確保する必要があると認められる区域を外来医師過多区域として指定し、当該区域における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開設6か月前までに事前届出を求め、地域で不足している医療機能や医師不足地域での医療の提供を要請、勧告、従わない場合は公表を行うことができることとなりました。

- 本県においては、厚生労働省令で定める基準を超える2次医療圏がないため、外来医師過多区域の指定は行いませんが、地域外来医療のうち「地域で不足する医療機能」について、ガイドラインに基づき、改めて協議を行う必要があります。
- 地域で不足する外来医療機能については、診療所を開設する新規開業者を対象として情報提供をしていきます。

(2) 地域で不足している外来医療機能に関する検討のための情報

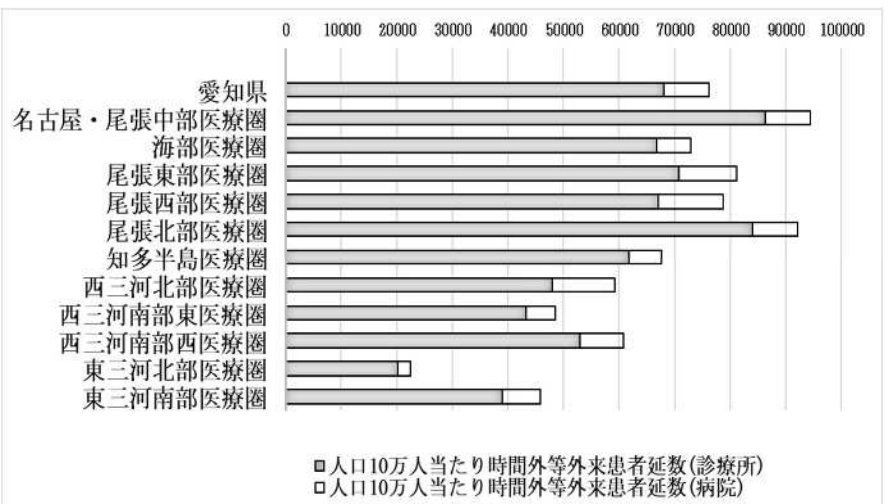
- 地域で不足している外来医療機能に関する協議をするためには、2次医療圏ごとの初期救急医療提供の状況、在宅医療サービスの実施状況、公衆衛生医療の状況を明らかにする必要があります。

ア 初期救急の現状

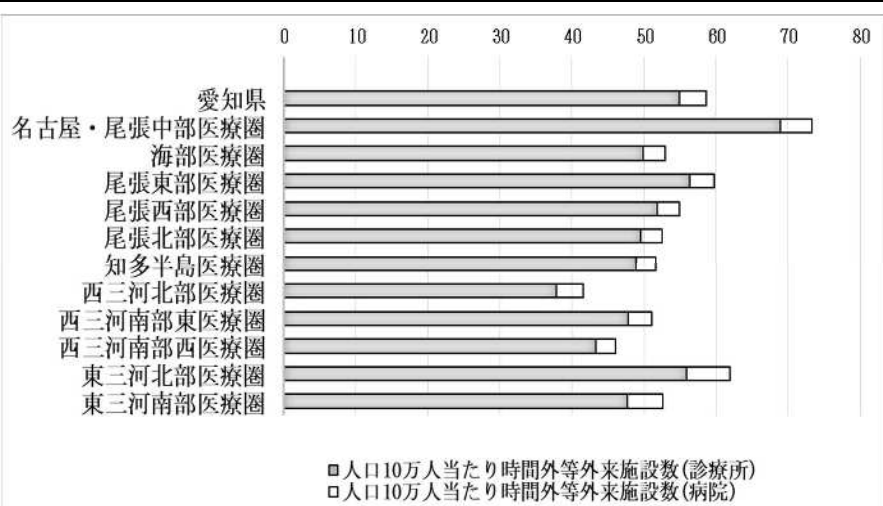
- 令和5（2023）年10月1日現在、休日夜間診療所（医科）は42か所設置されています。また、地区（医師会）単位でみると、休日夜間診療所設置が8地区、在宅当番医制実施が3地区、両制度併用が15地区、未実施が1地区となっています。（第3部第3章「救急医療対策」参照）

時間外等外来に係るNDBデータ（令和6（2024）年）

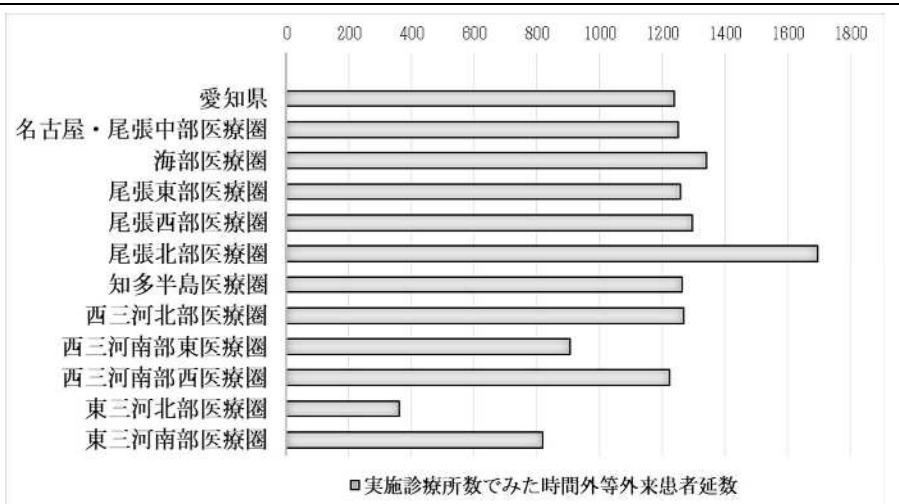
人口10万人当たり
時間外等外来患者数
図1-①



人口10万人当たり
時間外等外来医療施
設数
図1-②



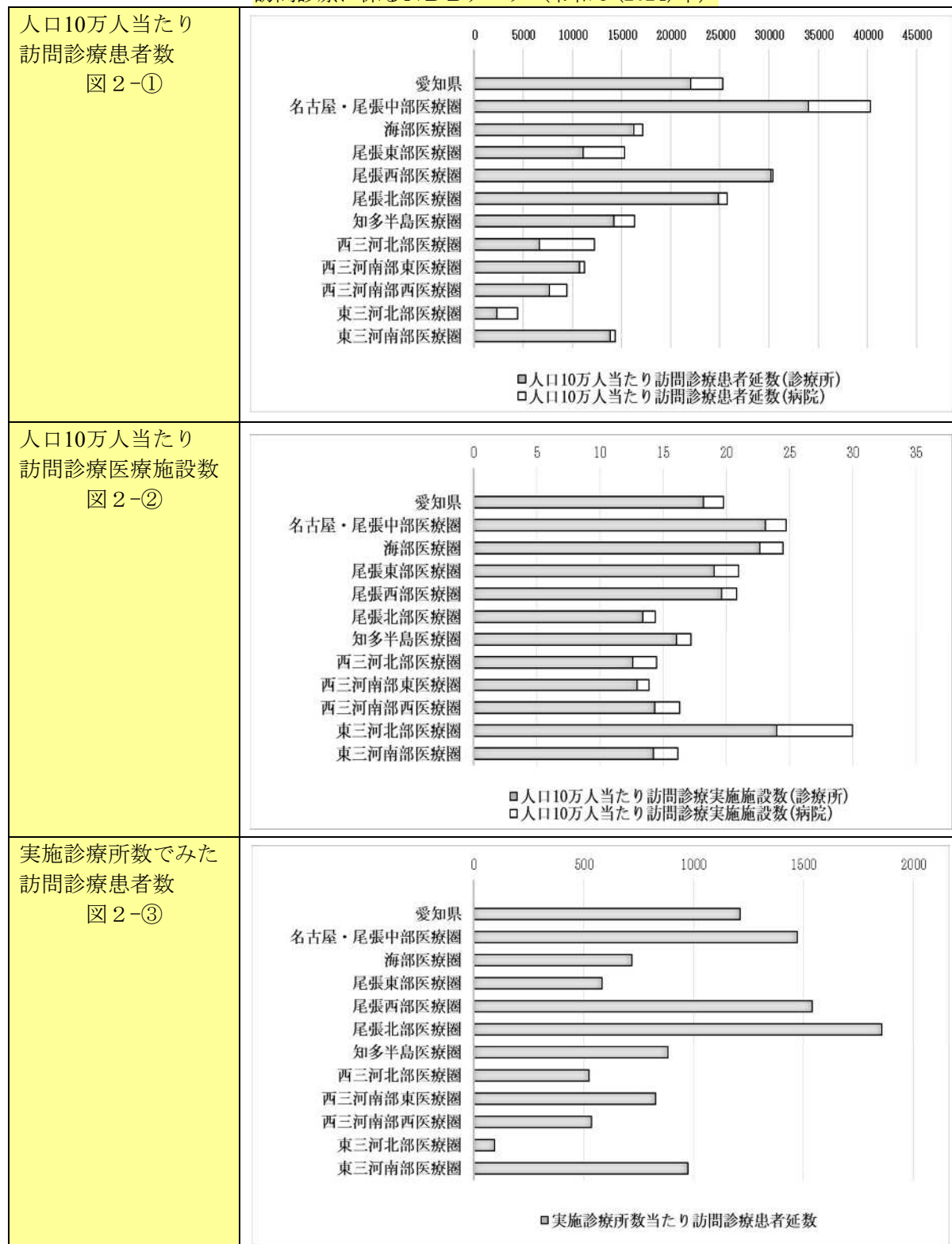
実施診療所数でみた
時間外等外来患者数
図1-③



イ 在宅医療サービスの実施状況

- 寝たきりの高齢者や慢性疾患で長期の療養が必要な患者など、主として在宅での適切な医療を必要とする患者が増加しています。
- 医療技術の進歩や発症早期からのリハビリテーションにより、病院を早期に退院できる患者が増えています。
- 医療保険による在宅医療、介護保険により在宅サービスを実施している医療機関は以下のとおりであり、全ての医療圏において在宅医療等が実施されています。

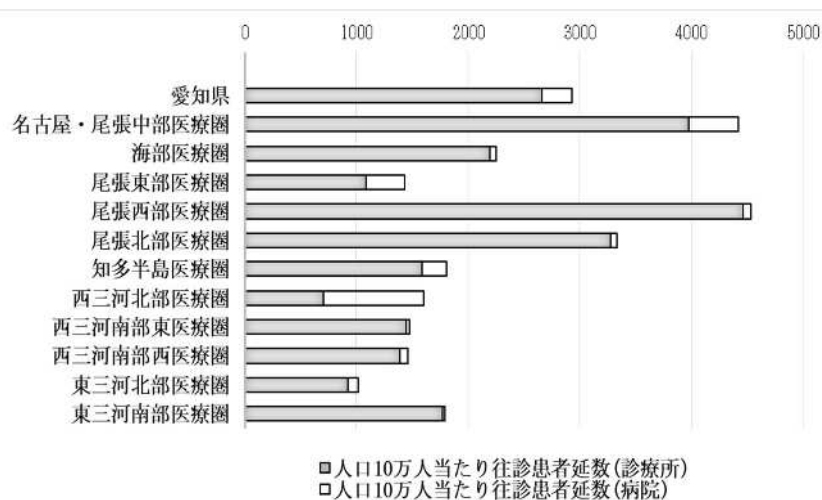
訪問診療に係るNDBデータ（令和6（2024）年）



往診に係るNDBデータ（令和6（2024）年）

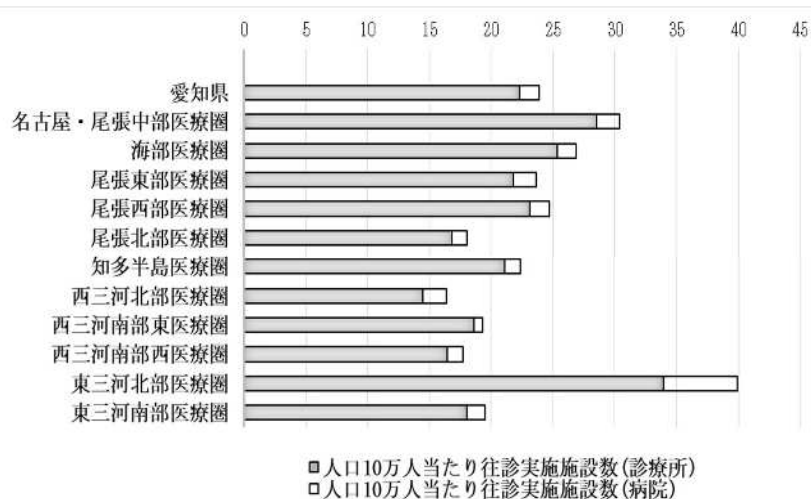
人口10万人当たり
往診患者数

図2-④



人口10万人当たり
往診医療施設数

図2-⑤



実施診療所数でみた
往診患者数

図2-⑥

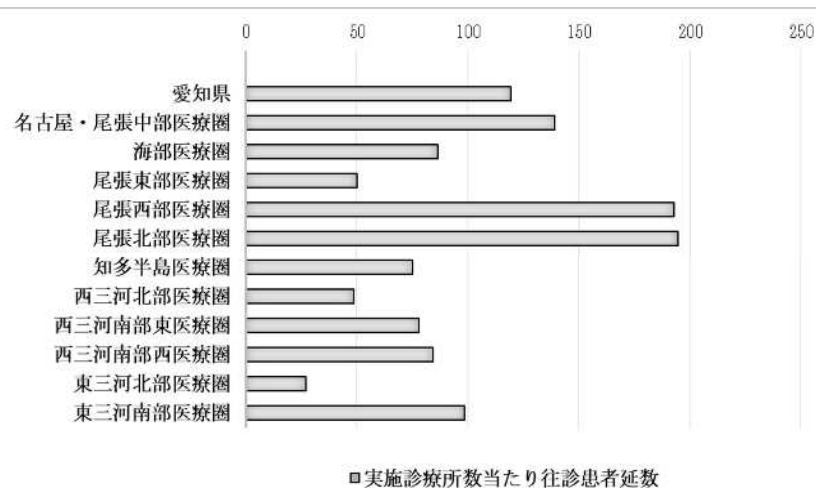


表3 医療保険等による在宅医療サービス

医療圏		往診		在宅患者 訪問看護・指導		在宅患者 訪問診療		在宅患者訪問リハビ テーション指導管理		訪問看護ステーションへ の指示書の交付		在宅看取り	
		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
名古屋・ 尾張中部	施設数	21	422	3	49	28	430	8	35	45	364	12	126
	実施数	783	5,601	26	1,386	13,810	44,944	150	185	2,612	10,025	57	493
海部	施設数	1	49	3	6	5	60	4	2	5	49	1	12
	実施数	16	362	36	55	245	3,098	66	7	252	855	4	31
尾張東部	施設数	5	48	1	4	8	55	1	6	8	44	4	19
	実施数	71	295	151	15	1,531	3,091	5	10	474	489	7	45
尾張西部	施設数	4	83	3	11	4	86	1	8	6	73	2	28
	実施数	22	1,288	239	258	113	8,429	141	38	130	1,721	2	99
尾張北部	施設数	5	83	0	11	6	82	0	10	8	71	1	30
	実施数	65	1,642	0	1,270	487	11,042	0	62	351	1,980	3	138
知多半島	施設数	4	76	1	6	6	83	4	15	10	68	3	32
	実施数	75	907	3	183	891	6,320	50	140	568	1,191	16	80
西三河北部	施設数	3	40	2	5	6	50	3	7	10	35	3	11
	実施数	242	237	57	127	1,460	2,260	124	40	777	712	35	18
西三河南部東	施設数	3	40	1	6	4	42	2	12	5	39	0	16
	実施数	30	483	3	58	173	2,888	59	60	60	474	0	51
西三河南部西	施設数	7	69	1	7	12	79	3	13	12	69	3	18
	実施数	70	1,221	4	682	364	4,361	24	64	474	1,938	5	175
東三河北部	施設数	3	8	0	2	3	11	2	0	2	9	1	3
	実施数	4	23	0	9	90	92	15	0	13	31	2	3
東三河南部	施設数	4	67	3	8	10	77	2	13	14	57	3	24
	実施数	77	899	15	102	167	5,486	105	213	512	942	6	80

資料：令和5(2023)年医療施設調査 注：「実施件数」は、令和5(2023)年9月1か月の数

表4 介護保険等による在宅医療サービス

医療圏		居宅療養管理指導 (介護予防サービスを含む)		訪問看護 (介護予防サービスを含む)		訪問リハビリテーション (介護予防サービスを含む)	
		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
名古屋・ 尾張中部	施設数	16	223	5	21	30	31
	実施数	5,276	22,999	123	166	2,247	806
海部	施設数	2	25	3	2	3	2
	実施数	58	1,096	192	6	431	72
尾張東部	施設数	4	28	5	4	5	8
	実施数	604	912	1,853	21	1,481	739
尾張西部	施設数	1	31	2	7	5	8
	実施数	17	2,849	443	196	554	337
尾張北部	施設数	2	41	2	7	3	16
	実施数	191	2,266	721	122	1,092	549
知多半島	施設数	3	38	0	4	6	9
	実施数	559	4,014	0	82	1,688	1,443
西三河北部	施設数	3	20	3	2	5	2
	実施数	553	1,096	402	10	585	7
西三河南部東	施設数	2	13	2	6	5	10
	実施数	84	1,347	233	200	1,493	860
西三河南部西	施設数	4	32	3	4	8	7
	実施数	95	2,147	1,439	529	2,134	398
東三河北部	施設数	2	3	1	1	2	2
	実施数	64	21	1	1	115	120
東三河南部	施設数	2	34	1	7	7	19
	実施数	74	2,060	118	377	1,973	2,845

資料：令和5(2023)年医療施設調査 注：「実施件数」は、令和5(2023)年9月1か月の数

ウ 公衆衛生医療の実施状況

(ア) 産業医

- 事業所は、事業場の規模に応じて産業医を選任する必要があります。
 - ・労働者数50人以上3,000人以下の規模の事業場・・・1名以上選任
 - ・労働者数3,001人以上の規模の事業場・・・2名以上選任
 - ・常時1,000人以上の労働者を使用する事業場と労働安全衛生規則第13条第1項第2号に掲げる業務に常時500人以上の労働者を従事させる事業場・・・専属の産業医選任

(イ) 学校医

- 学校には、学校医を置く必要があります。
 - ・医師のうちから任命又は委嘱
 - ・学校における保健管理に関する専門的事項に関し、技術及び指導に従事

表5 学校医数の状況

	国立		公立		私立		計	
	学校医数	学校数	学校医数	学校数	学校医数	学校数	学校医数	学校数
小学校	7	2	2,839	959	6	4	2,852	965
中学校	11	3	1,287	415	26	22	1,324	440
高等学校	8	2	448	162	60	55	516	219
特別支援学校	5	1	156	43	0	0	161	44
義務教育学校	0	0	5	2	0	0	5	2

資料：令和7(2025)年度学校基本調査

(ウ) 予防接種

- 予防接種法に基づき、市町村長は、ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻しん、風しん、日本脳炎、破傷風、結核、Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症、水痘、B型肝炎、ロタウイルス感染症、RSウイルス、インフルエンザ、高齢者肺炎球菌感染症、新型コロナウイルス及び帯状疱疹について、予防接種を実施することとされています。

表6 予防接種を実施する医療機関の状況

医療圏	ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、破傷風及びHib感染症の五種混合		ジフテリア、百日せき及び破傷風の三種混合		ジフテリア及び破傷風の二種混合		ポリオ（急性灰白髄炎）		麻しん		風しん		麻しん及び風しんの二種混合		日本脳炎	
	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
名古屋・尾張中部	329	22	461	29	678	35	323	24	691	47	756	54	888	59	680	42
海部	54	0	62	0	87	2	54	2	80	4	83	4	101	7	87	3
尾張東部	54	4	90	6	125	7	64	5	105	9	117	8	153	10	124	8
尾張西部	63	6	82	5	135	8	61	5	113	6	128	6	161	11	134	8
尾張北部	75	6	132	8	185	9	70	6	168	10	178	12	219	13	185	11
知多半島	67	4	76	6	143	10	53	6	119	7	133	6	179	13	151	12
西三河北部	37	2	52	5	84	8	48	4	75	7	79	7	105	10	93	8
西三河南部東	29	5	45	4	72	6	30	5	68	5	73	5	93	9	70	7
西三河南部西	75	5	78	8	154	13	56	7	138	10	146	12	176	16	156	13
東三河北部	12	1	12	1	18	2	10	2	16	1	15	1	21	2	19	2
東三河南部	54	10	67	9	138	16	40	9	117	22	129	23	172	23	149	17

医療圏	結核		破傷風		Hib感染症		小児の肺炎球菌感染症		ヒトパピローマウイルス感染症		水痘		インフルエンザ		成人の肺炎球菌感染症	
	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
名古屋・尾張中部	341	28	408	36	457	31	476	32	545	32	780	52	1,478	102	1,030	94
海部	62	3	53	5	65	2	69	2	66	2	94	7	160	9	132	8
尾張東部	63	6	68	8	87	6	89	6	107	6	142	9	258	17	177	16
尾張西部	70	6	99	10	86	7	89	6	113	7	150	10	250	15	189	13
尾張北部	71	6	88	12	117	8	121	10	143	8	202	14	328	25	248	23
知多半島	81	8	89	10	98	9	103	8	120	11	168	11	296	18	218	14
西三河北部	60	6	52	6	59	8	56	8	66	6	100	8	190	17	127	15
西三河南部東	28	4	43	7	38	6	42	6	64	5	89	9	170	14	126	12
西三河南部西	83	9	104	14	99	8	104	7	116	7	166	17	282	20	205	19
東三河北部	7	0	17	2	13	1	14	1	15	0	18	3	29	3	24	3
東三河南部	51	12	92	20	77	10	82	11	105	15	159	19	297	33	229	32

医療圏	おたふくかぜ		A型肝炎		B型肝炎		狂犬病		黄熱病		ロタウイルス感染症		髄膜炎菌感染症		新型コロナウイルス感染症	
	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
名古屋・尾張中部	741	52	344	24	776	65	101	7	9	1	431	31	124	6	583	62
海部	89	5	30	1	94	6	9	2	1	0	66	2	12	1	77	4
尾張東部	132	9	80	9	141	11	24	6	4	0	77	6	28	5	118	7
尾張西部	143	8	69	2	144	9	23	2	2	0	77	6	33	3	125	7
尾張北部	196	12	90	8	198	15	25	5	2	0	100	8	21	3	132	13
知多半島	151	11	62	6	161	12	30	6	2	0	87	8	23	1	124	9
西三河北部	94	9	44	4	101	11	12	2	2	0	49	5	12	2	74	8
西三河南部東	82	9	34	5	88	10	13	3	2	0	32	4	11	3	72	8
西三河南部西	160	16	74	11	162	16	28	6	4	1	93	8	26	2	129	14
東三河北部	15	2	7	3	16	3	2	2	0	0	13	1	5	1	22	2
東三河南部	148	20	77	15	163	21	24	7	3	0	69	11	15	2	128	24

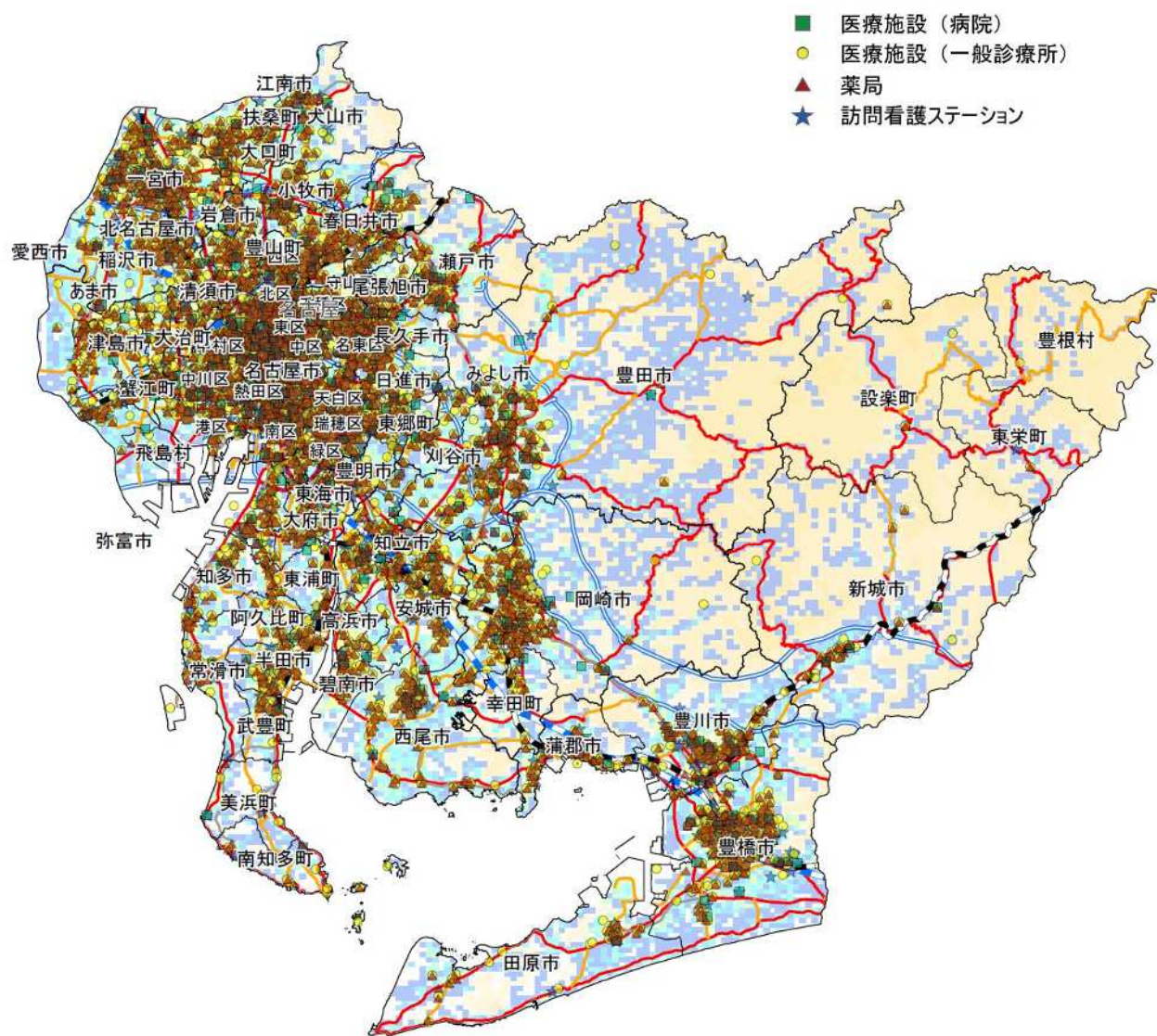
医療圏	带状疱疹		その他	
	診療所	病院	診療所	病院
名古屋・尾張中部	514	41	223	24
海部	59	2	21	2
尾張東部	96	5	43	1
尾張西部	100	7	24	4
尾張北部	131	12	43	7
知多半島	104	6	40	5
西三河北部	58	4	41	6
西三河南部東	63	6	28	3
西三河南部西	118	9	44	5
東三河北部	11	0	11	1
東三河南部	109	18	48	6

資料：医療情報ネット（令和8（2026）年度調査）

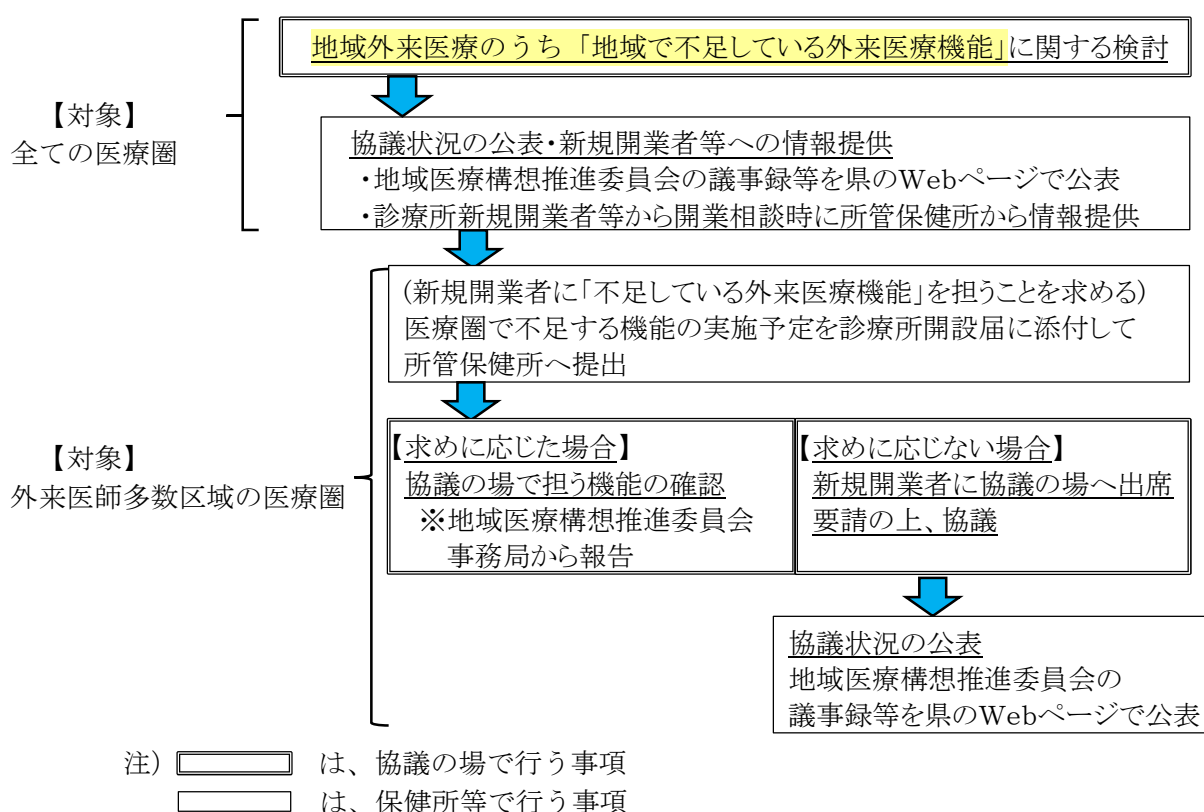
(3) 病院・診療所の所在に関するマッピング

- ガイドラインでは、医療機関のマッピング（地図情報として可視化）に関する情報等、開業に当たって参考となる情報について明示することとされています。

【医療施設（病院・診療所）の所在地マップ】



【地域外来医療のうち「地域で不足している外来医療機能」に係るプロセス図】

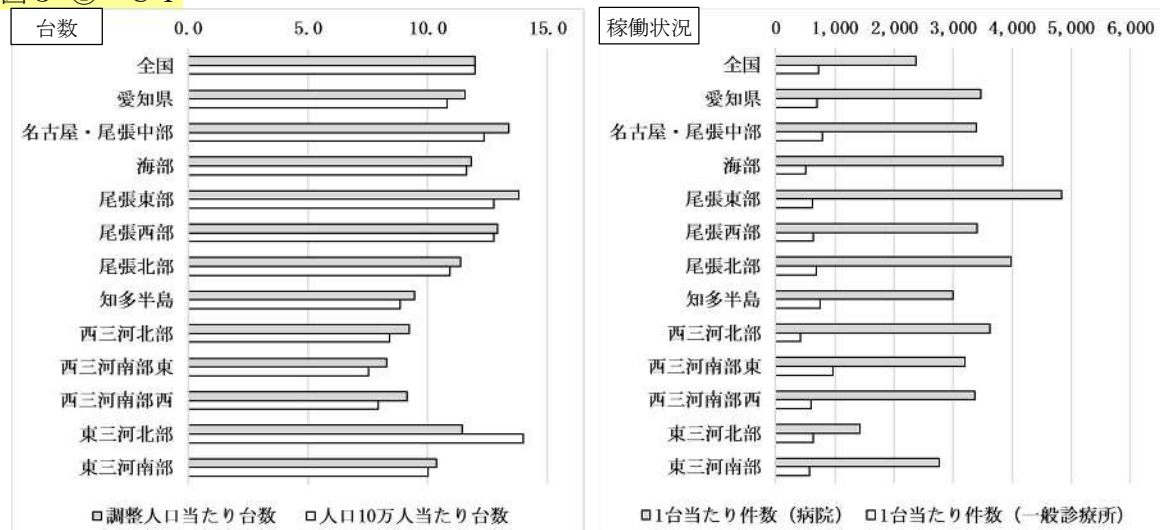


- 外来医師多数区域における新規開業者に対しては、地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた事項に関して、地域の医師会や市町村と情報共有する等、フォローアップを行うこととします。（外来医師多数区域以外の医療圏でも新規開業者に地域で不足する医療機能を担うことを求めることは可能。）

6 医療機器の共同利用について

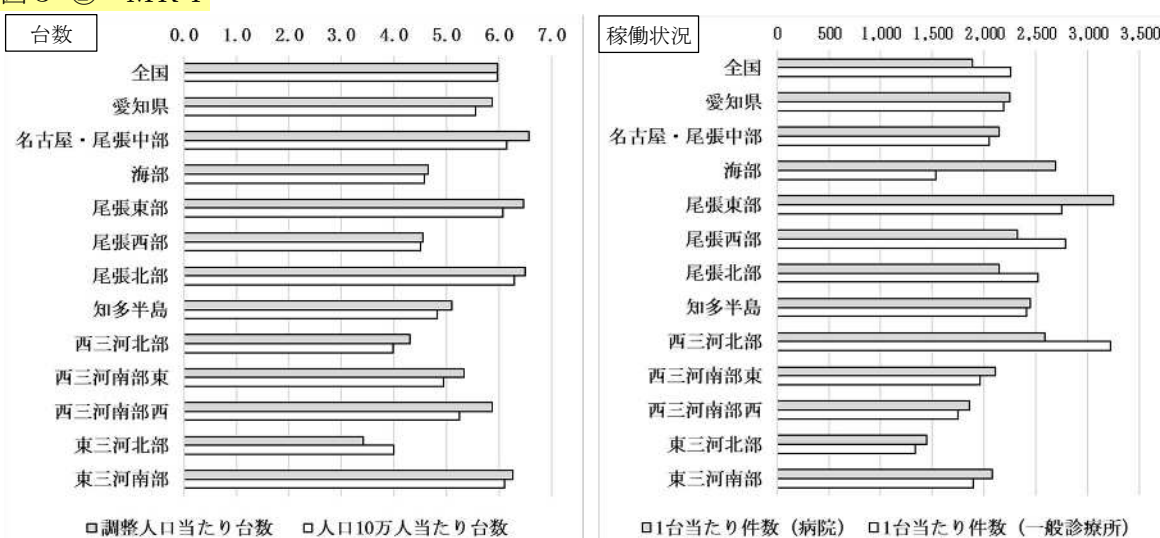
- 人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況が異なっています。今後、人口減少が見込まれる中、医療機器についても共同利用の推進等によって効率的に活用していく必要があります。
- 医療機器の設置状況、稼働状況、保有状況等に関する情報、共同利用の方針、共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセスを策定し、医療機器等の共同利用の方針や具体的な共同利用計画について協議の場で協議を行っていきます。
- 医療機器の共同利用については、対象医療機器を設置する全ての病院・診療所を対象とします。
- (1) 対象医療機器の設定
 - CT、MRI、PET、放射線治療（リニアック、ガンマナイフ）並びにマンモグラフィとします。
 - ※CT、MRIについては、施設基準に適合しているものとして地方厚生局等に届け出たものとする。
- (2) 医療機器の設置状況及び稼働状況
 - (1)で定めた対象医療機器の本県における「人口10万人当たり台数と調整人口（性・年齢構成を調整した人口）当たり台数」及び「稼働状況」については、次のとおりです。

図 3-① C T



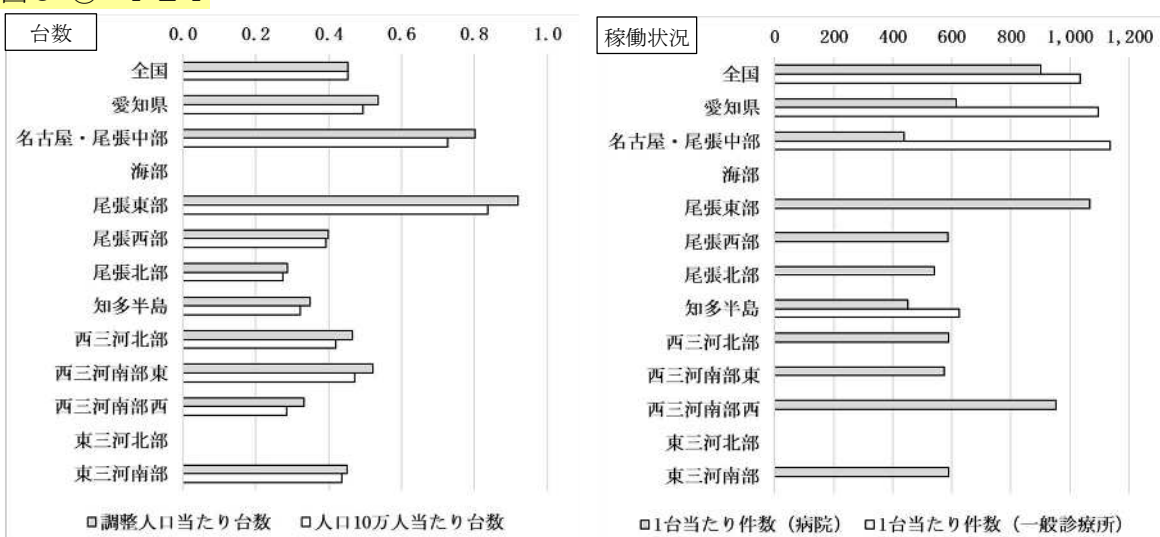
※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

図 3-② M R I



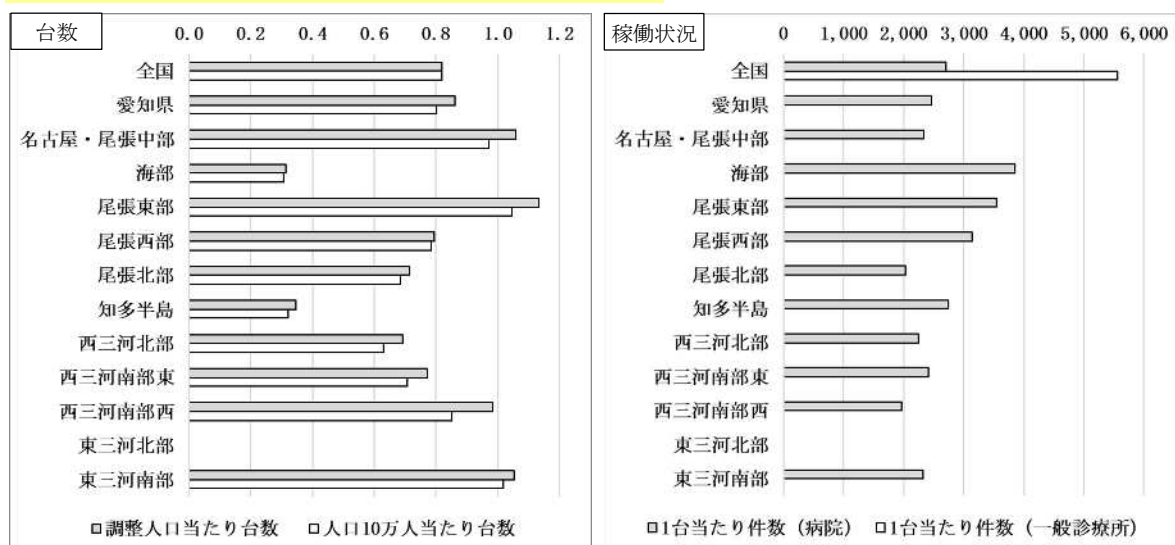
※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

図 3-③ P E T



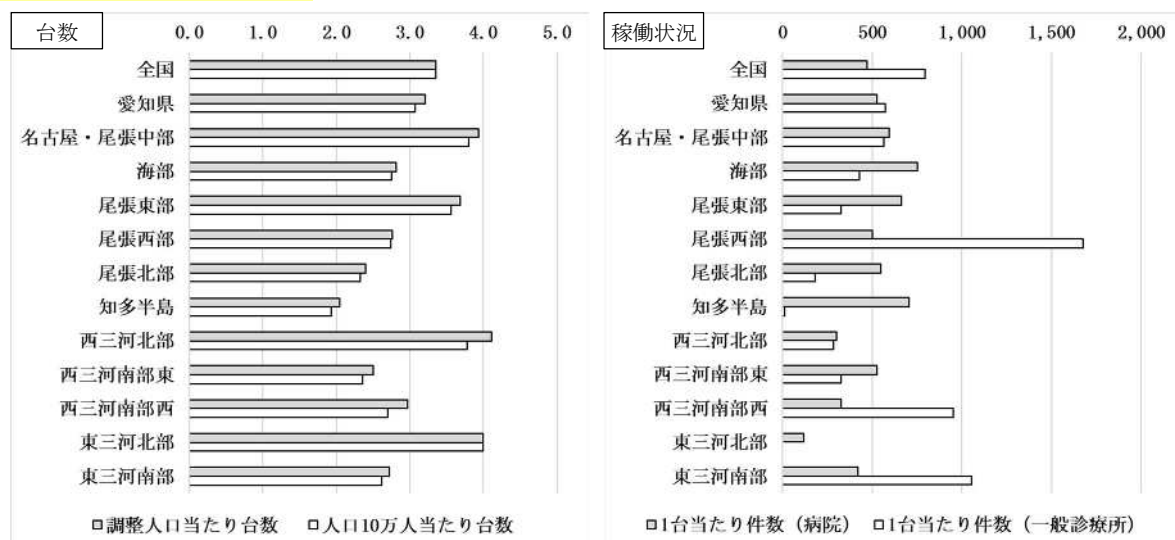
※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

図3-④ 放射線治療（リニアック、ガンマナイフ）



※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

図3-⑤ マンモグラフィ



※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

資料：令和5（2023）年医療施設調査、NDBデータ（令和6年（2024年））

(3) 共同利用の方針（全医療機器共通）

- 対象医療機器を新たに設置した際には、共同利用（対象医療機器について連携先の病院又は診療所から紹介された患者のために利用される場合を含む）に努めるものとします。
- 医療機関が対象医療機器を購入する場合は、下記の記載事項により当該医療機器の共同利用に係る計画を策定し、協議の場において確認を求めることとします。

【記載事項】

- ・ 共同利用の対象とする医療機器
- ・ 共同利用の実施
- ・ 保守、整備等の実施に関する方針
- ・ 画像撮影等の検査機器については、画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

(4) チェックのためのプロセス

- 共同利用計画及び共同利用に関する規定、保守点検計画については、対象医療機器の設置後10日以内に医療機関の開設等の場所を所管する保健所（以下「所管保健所」という。）

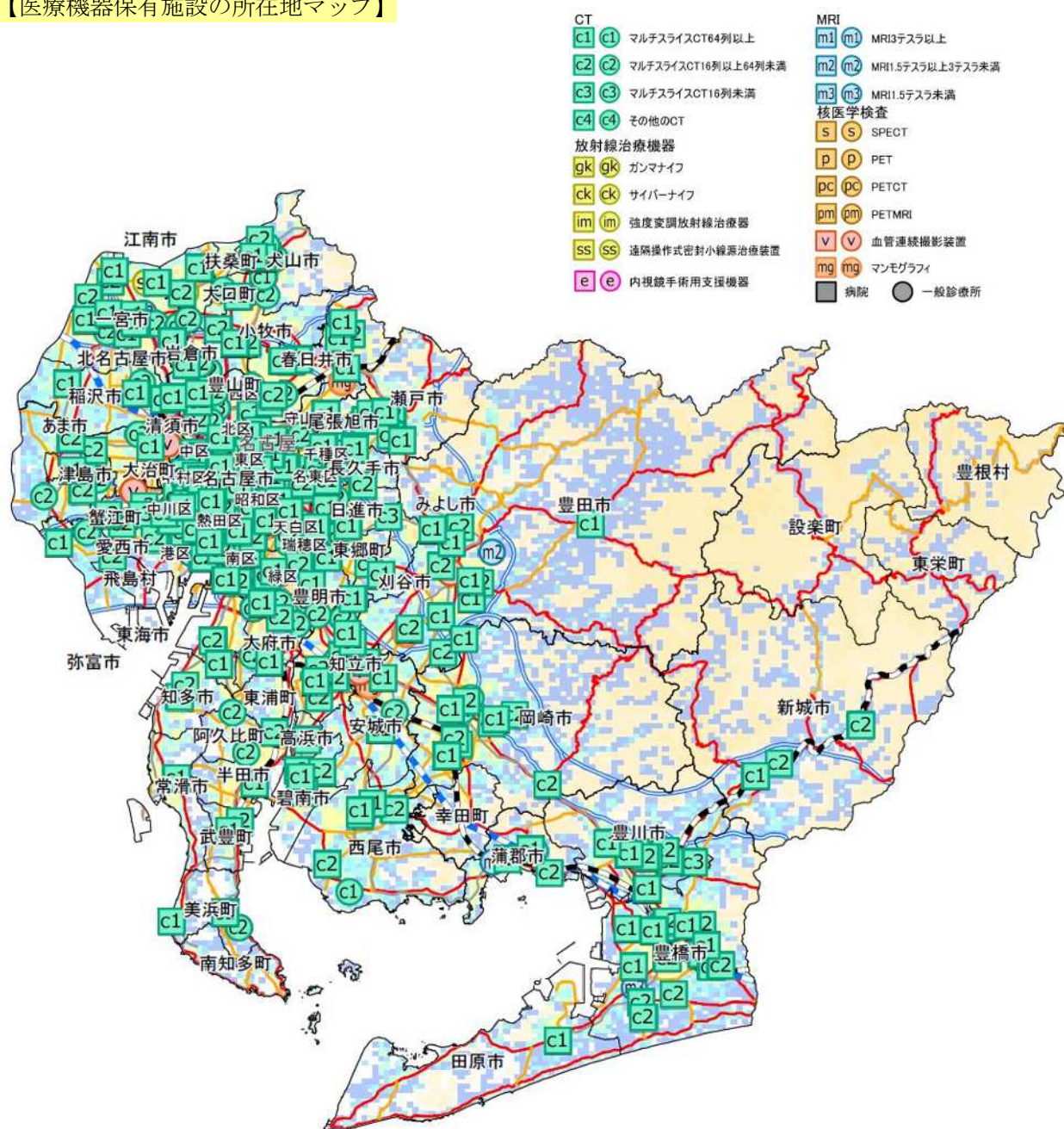
に提出することとします。(提出期限はエックス線装置設置届等と同じ)

- 所管保健所は共同利用計画及び共同利用に関する規定、保守点検計画及び医療法に基づく医療機器の設置届出等により、医療機器の安全管理に係る体制並びに診療用放射線の安全管理に係る体制について確認します。
- 協議の場合は、共同利用計画により、共同利用方針(共同利用を行わない場合は共同利用を行わない理由)について確認するものとします。
- 地域の医療資源を可視化する観点から、医療機器の稼働状況について、都道府県への報告を求めることとします。なお、外来機能報告対象医療機関は、外来機能報告による報告をもって当該保有台数及び利用件数の報告に替えることができるものとします。

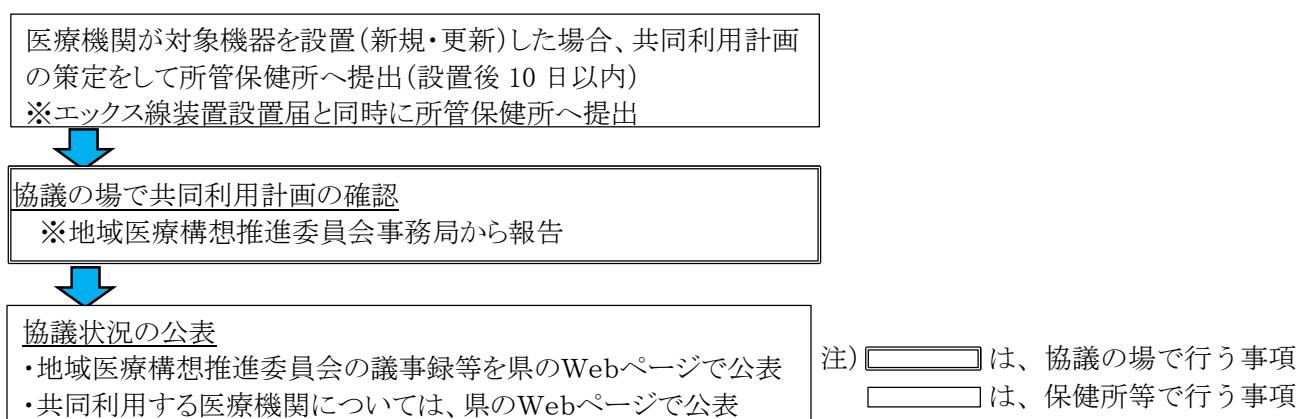
(5) 病院・診療所の所在に関するマッピング

- ガイドラインでは、医療機器を有する医療機関をマッピングした上で、新規購入希望者に対して情報を提供することとされています。

【医療機器保有施設の所在地マップ】



【医療機器の共同利用に関するプロセス図】



7 外来機能報告について

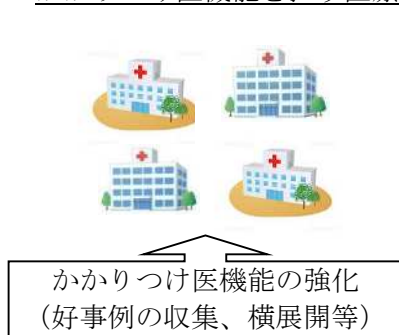
- 令和 3 (2021) 年 5 月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和 3 年法律第 49 号)により、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、医療機関の管理者が外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告する外来機能報告等が医療法に位置づけられました(令和 4 (2022) 年 4 月 1 日施行)。
- 患者が医療機関を選択するに当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来(紹介受診重点外来)の機能に着目し、当該外来医療を提供する基幹的な役割を担う意向を有する病院又は診療所として、紹介受診重点医療機関を明確化することになりました。
- 都道府県においては、外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討を行うこととされています。
- 本県では、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場として設定している各構想区域の地域医療構想推進委員会において、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討していきます。

＜「医療資源を重点的に活用する外来」の例示＞

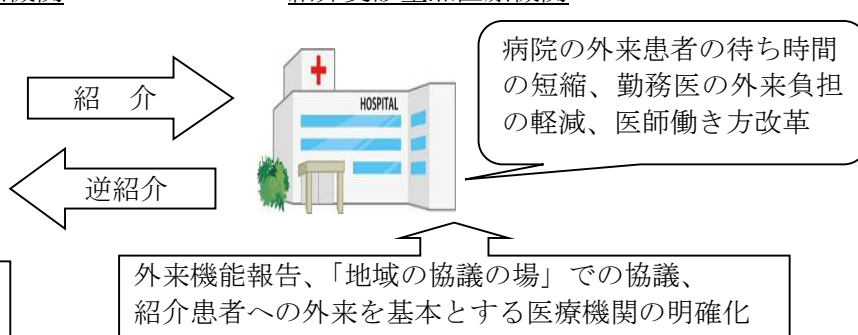
- ・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来(悪性腫瘍手術の前後の外来 など)
- ・高額等の医療機器・設備を必要とする外来(外来化学療法、外来放射線治療 など)
- ・特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来 など)

【紹介受診重点医療機関イメージ図】

＜かかりつけ医機能を担う医療機関＞



＜紹介受診重点医療機関＞



【紹介受診重点医療機関(令和 8 (2026) 年 4 月 1 日現在)】 46 施設

※ 具体的な医療機関名は、医療計画課 Web ページにおいて公開し、随時更新しています。