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	課　　題
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。	○　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。
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が、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。	○　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。	○　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。
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。	○　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。
（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。	○　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。
（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。	○　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。

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。

（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。

○　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。

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。

○　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。

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。

○　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））

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		○		○			

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。	○　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ことが必要です。
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、都道府県知事が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）	○　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。
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。	

【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）

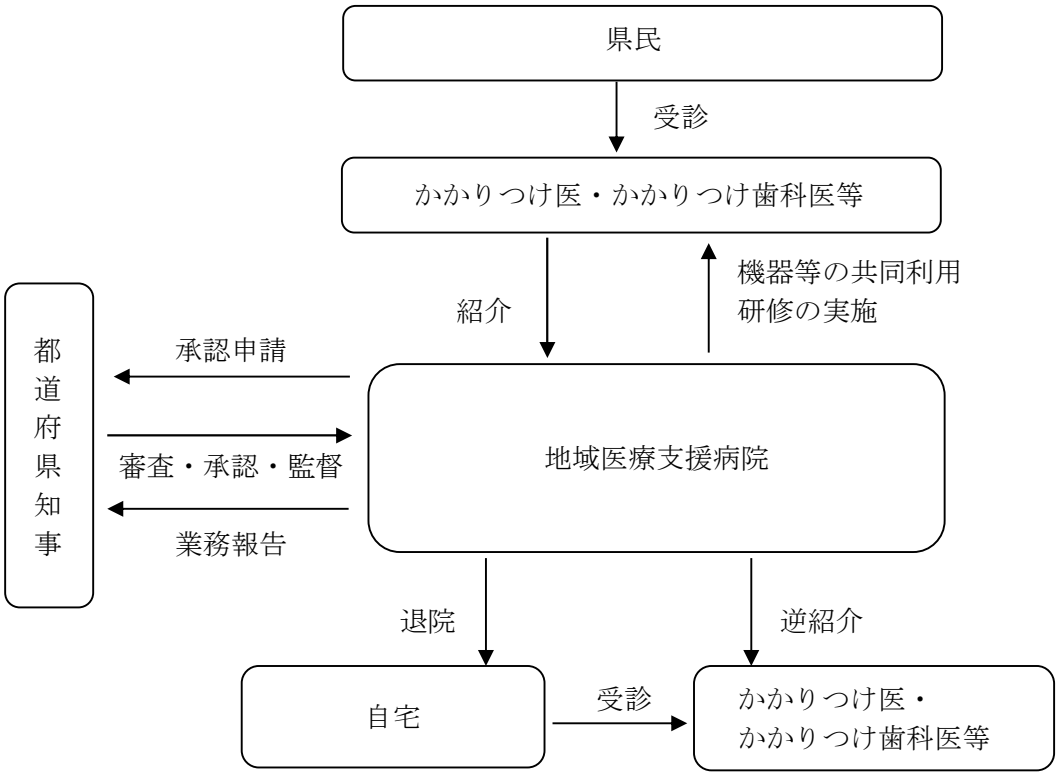
医療圏	医療機関の名称	所在地	承認年月日
名古屋・尾張中部	日赤名古屋第二病院	名古屋市昭和区	平成 17 年 9 月 30 日
	日赤名古屋第一病院	名古屋市中村区	平成 18 年 9 月 29 日
	中京病院	名古屋市南区	平成 18 年 9 月 29 日
	（国）名古屋医療センター	名古屋市中区	平成 19 年 9 月 26 日
	名古屋掖済会病院	名古屋市中川区	平成 19 年 9 月 26 日
	名古屋記念病院	名古屋市天白区	平成 21 年 3 月 25 日
	中部労災病院	名古屋市港区	平成 23 年 9 月 14 日
	名市大東部医療センター	名古屋市千種区	令和３年４月１日
	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
	藤田医科大学ばんたね病院	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。	○　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。
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。	○　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。
○　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。	○　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。

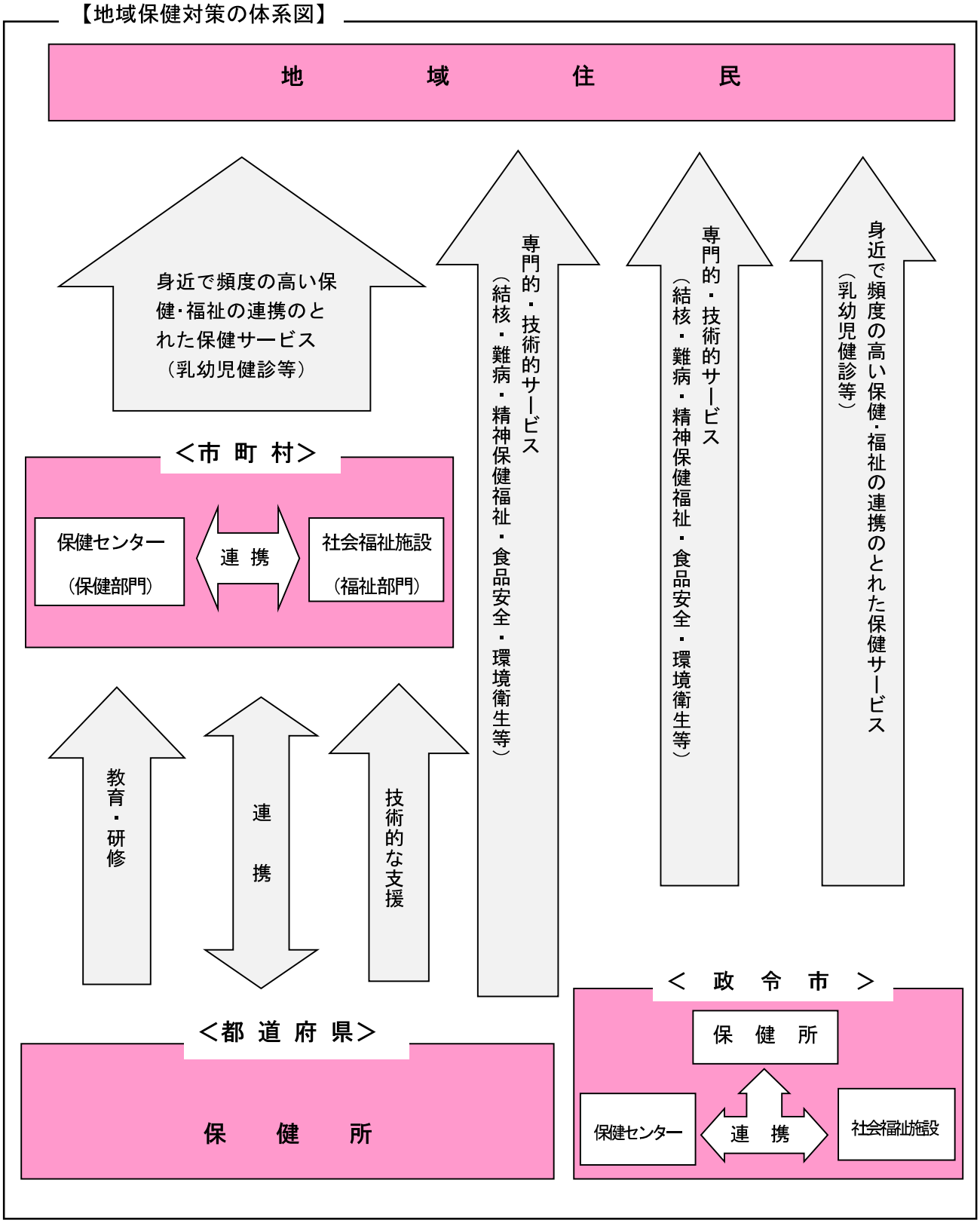
○　災害時の保健医療活動の拠点として機能するためには、平常時から地域における課題等について検討する体制を整備するなど、医療機関、医師会・歯科医師会・薬剤師会等医療関係団体、消防・警察、市町村等の行政機関、住民組織など様々な関係機関との連携を一層強化する必要があります。

○　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	課　　題
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)	○　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。
(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。	○　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。
(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	○　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。

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。

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16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

○　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。

○　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ことが必要です。

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23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。

○　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。

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。

○　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												
		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	1,370	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												
		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	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												
		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	1,169	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												
		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	1,166	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 知多半島総合医療センター　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

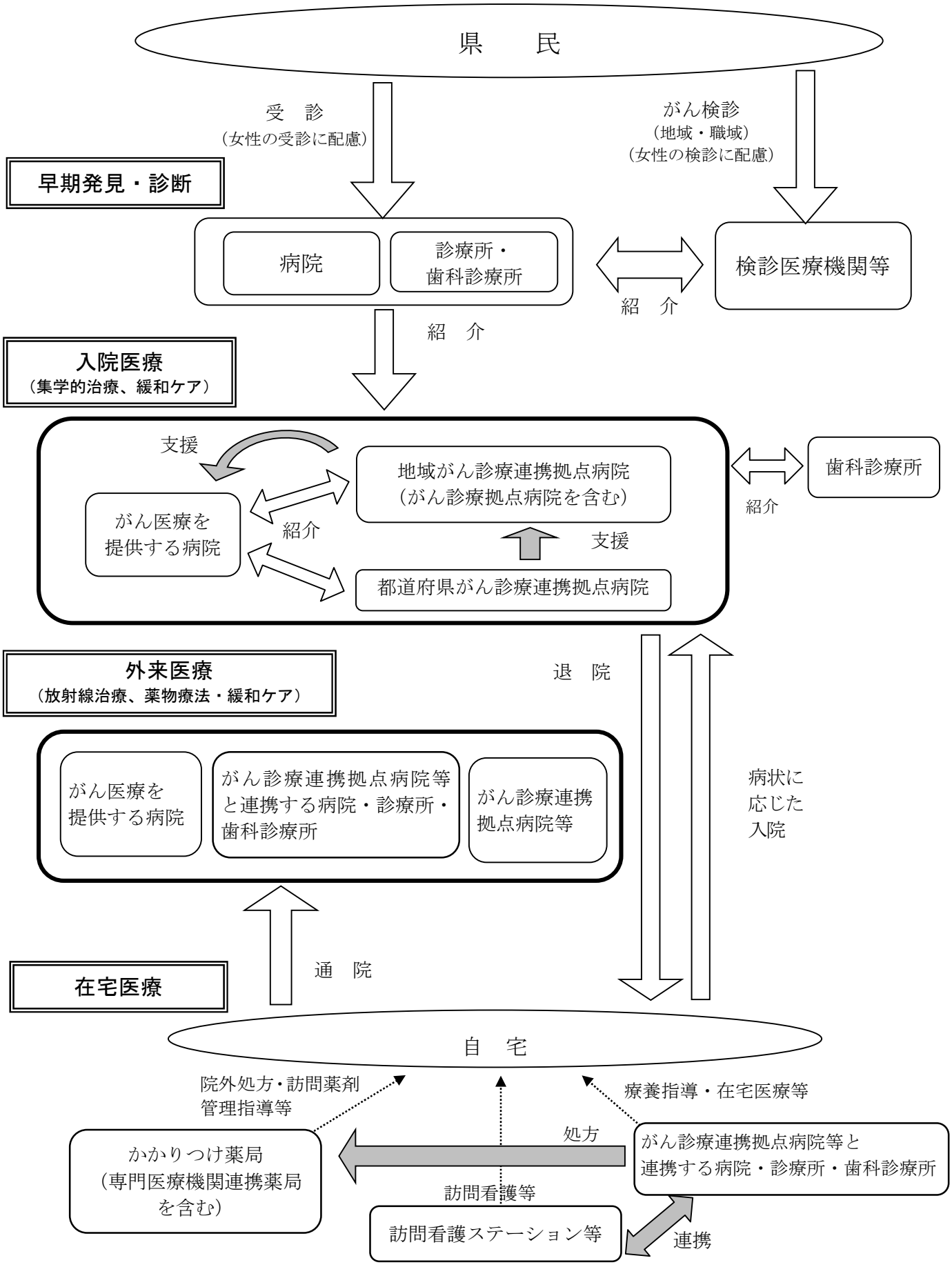
資料：東海北陸厚生局

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


県　　民
受　診
（女性の受診に配慮）
がん検診
（地域・職域）
（女性の検診に配慮）
早期発見・診断
病院
診療所・
歯科診療所
検診医療機関等
紹　介
紹　介
入院医療
（集学的治療、緩和ケア）
支援
地域がん診療連携拠点病院
（がん診療拠点病院を含む）
歯科診療所
紹介
がん医療を
提供する病院
紹介
支援
都道府県がん診療連携拠点病院
外来医療
（放射線治療、薬物療法・緩和ケア）
退　院
病状に
応じた
入院
がん医療を
提供する病院
がん診療連携拠点病院等
と連携する病院・診療所・
歯科診療所
がん診療連携
拠点病院等
通　院
在宅医療
自　宅
院外処方・訪問薬剤
管理指導等
療養指導・在宅医療等
処方
かかりつけ薬局
（専門医療機関連携薬局
を含む）
がん診療連携拠点病院等と
連携する病院・診療所・歯科診療所
訪問看護等
訪問看護ステーション等
連携

【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	課　　題
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	○　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。
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 65.6%（令和６(2024)年度）、特定保健指導実施率は 33.7%（令和６(2024)年度） です。（全国の特定健康診査実施率：61.4%、特定保健指導実施率 28.0%） 　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%）	○　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。
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）	

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。

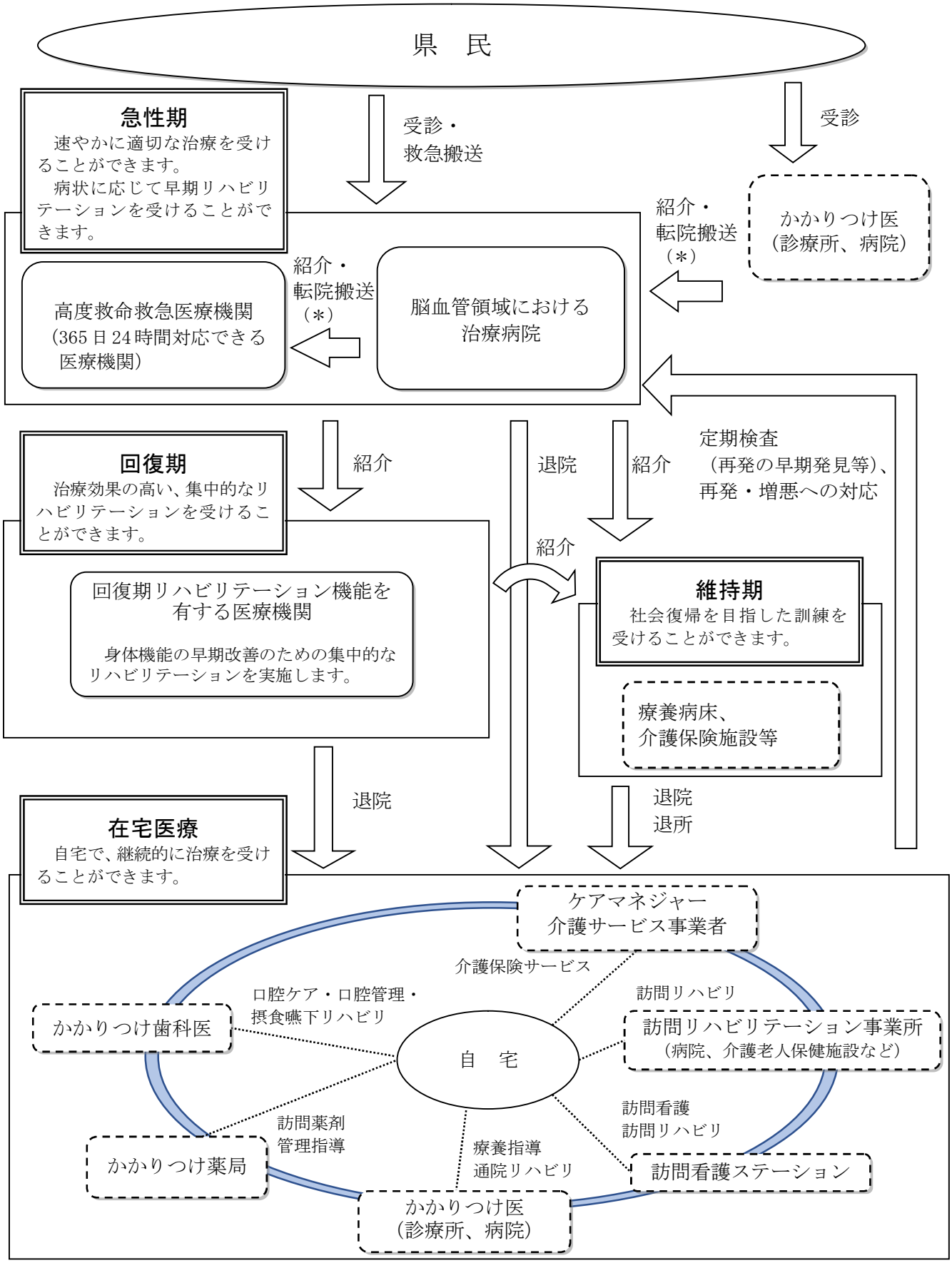
【目標値】

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


県　民
受診・
救急搬送
受診
急性期
速やかに適切な治療を受けることができます。
病状に応じて早期リハビリテーションを受けることができます。
紹介・
転院搬送
（＊）
かかりつけ医
（診療所、病院）
紹介・
転院搬送
（＊）
高度救命救急医療機関
（365日24時間対応できる医療機関）
脳血管領域における
治療病院
回復期
治療効果の高い、集中的なリハビリテーションを受けることができます。
紹介
退院
紹介
定期検査
（再発の早期発見等）、
再発・増悪への対応
紹介
回復期リハビリテーション機能を有する医療機関
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実施します。
維持期
社会復帰を目指した訓練を受けることができます。
療養病床、
介護保険施設等
退院
退院
退所
在宅医療
自宅で、継続的に治療を受けることができます。
ケアマネジャー
介護サービス事業者
介護保険サービス
口腔ケア・口腔管理・
摂食嚥下リハビリ
訪問リハビリ
かかりつけ歯科医
自　宅
訪問リハビリテーション事業所
（病院、介護老人保健施設など）
訪問薬剤
管理指導
訪問看護
訪問リハビリ
療養指導
通院リハビリ
かかりつけ薬局
訪問看護ステーション
かかりつけ医
（診療所、病院）

【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、脳動脈瘤頚部クリッピング（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・尾張中部	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　藤田医科大学ばんたね病院　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
264	25	122	75	86	47	36	44	54	0	55	808

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												
		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	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												
		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	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	0	1	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												
		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	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												
		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	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												
		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	1,798	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												
		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	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	課　　題
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。	○　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。
○　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	○　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。
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。	○　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。
○　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 65.6%（令和６(2024)年度)、特定保健指導実施率は 33.7%(令和６(2024)年度）です。（全国の特定健康診査実施率：61.4%、特定保健指導実施率 28.0%） 　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%）	○　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。
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	

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)

○　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。

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

○　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ＡＥＤ（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ＡＥＤマップ」を開設し、全国に先駆けＡＥＤ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。

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。

○　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。

【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。

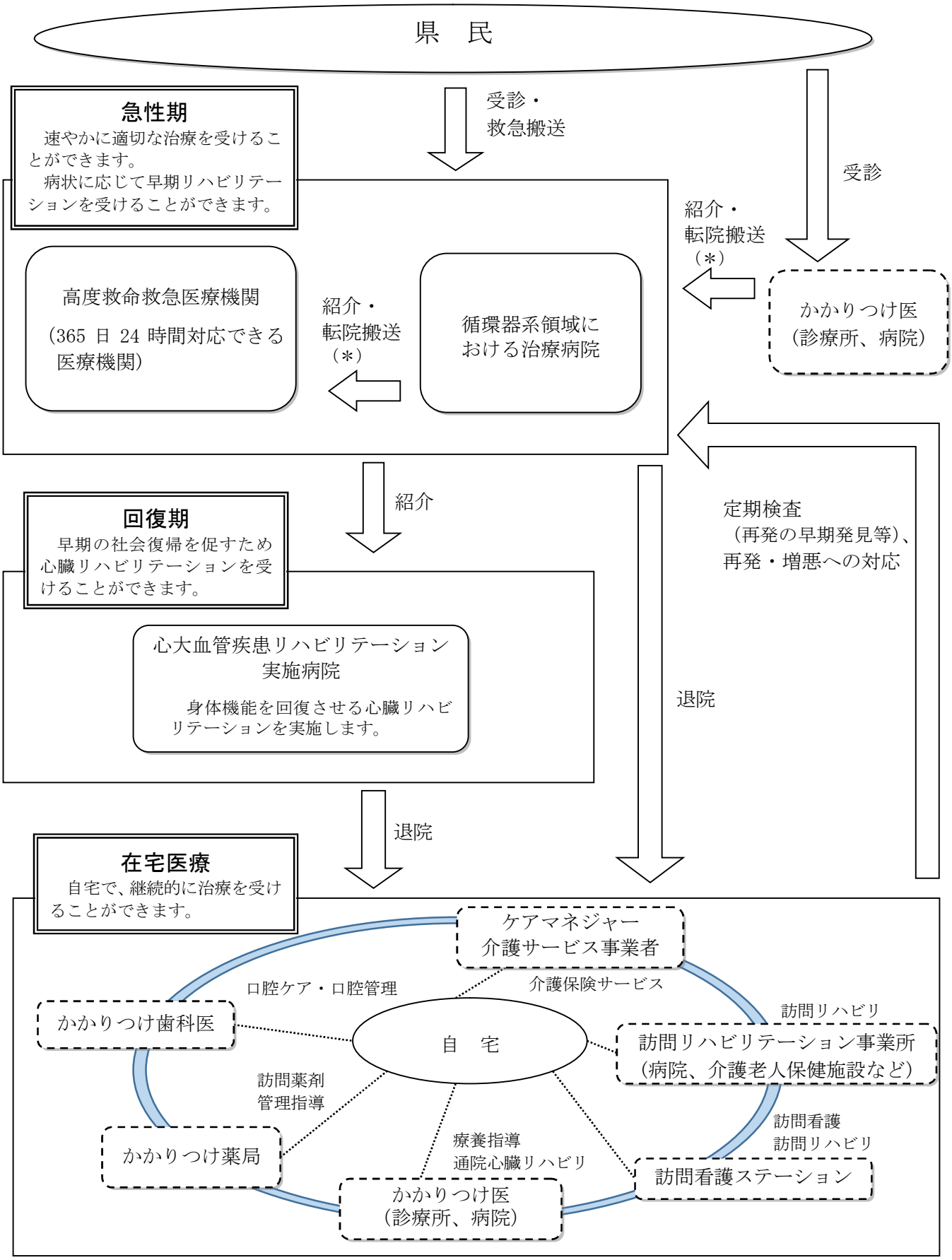
【目標値】

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・尾張中部	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１日現在）

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　藤田医科大学ばんたね病院 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。

③ＰＣＩ（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。

④ＩＣＵ、ＣＣＵ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												
		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	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												
		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	1,102	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												
		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	1,972	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												
		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	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												
		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	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												
		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	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	課　　題
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。	○　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。
○　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６（2024）年度の特定健診（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 56 万人（28.7%）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」）	○　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。
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。	○　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。
○　本県の令和６（2024）年度の特定健康診査実施率は 65.6%（全国 61.4%）、特定保健指導実施率は 33.7%（全国 28.0%）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%）	○　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。
○　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。	○　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。
○　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	

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、自己血糖測定の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。

○　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。

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。

○　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)

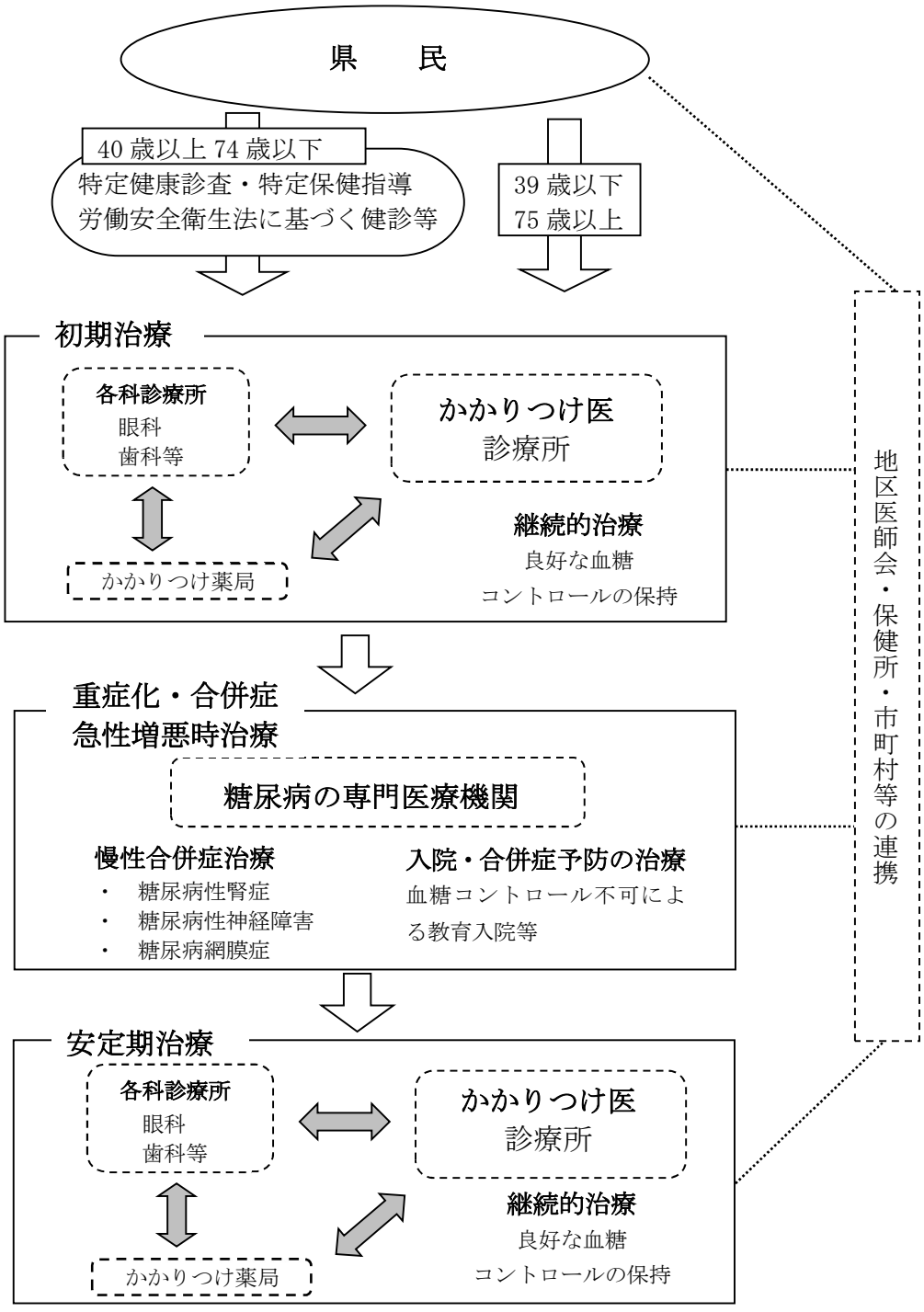
11.4 人　　⇒　　11.2 人以下
(令和 3(2021)年)

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、血液中の糖分量が増加している者）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	課　　題
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。	○　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。
○　地域で生活する精神障害者を支える精神科在宅患者訪問看護・指導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（ＡＣＴ）を実施しており、令和７(2025)年度のＡＣＴ訪問件数は、1,841 件となっています。	○　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ＡＣＴ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。
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	○　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。

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。

(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。

○　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。

○　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。

○　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。

(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４(2022)年における本県の認知症高齢者は 23 万６千人、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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

(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

○　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。

○　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。

(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。

○　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。

(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２万３千人となっていま

○　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。

○　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。

○　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（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。

○　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。

○　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。

(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	322.6 日以上	(令和４(2022)年度退院者) 322.6 日

項目	令和 11（2029） 年度末	備考 (令和４(2022)年度退院者)
精神病床への 30 日以上の再入院率（退院後 90 日時点）	9.9%以下	9.9%
精神病床への 30 日以上の再入院率（退院後 180 日時点）	16.5%以下	16.5%
精神病床への 30 日以上の再入院率（退院後 365 日時点）	24.1%以下	24.1%

*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

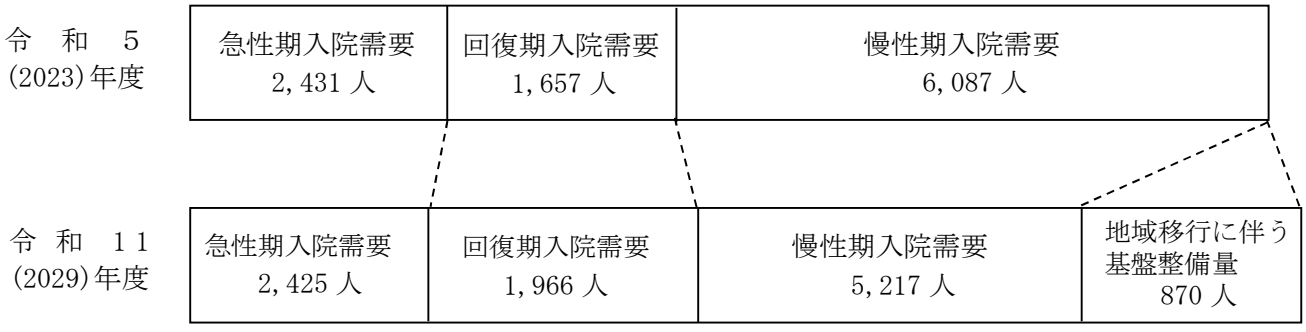
B_2　精神病床における入院期間が１年以上である 65 歳未満の入院患者のうち、当該都道府県の区域に住所を有する者（認知症である者に限る。）の令和 11 年における年齢階級別の推計患者数

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＞



用語の解説

○　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。

○　ＡＣＴ（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こらず、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（ＤＰＡＴ：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ＤＰＡＴ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 の和訳が施行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。

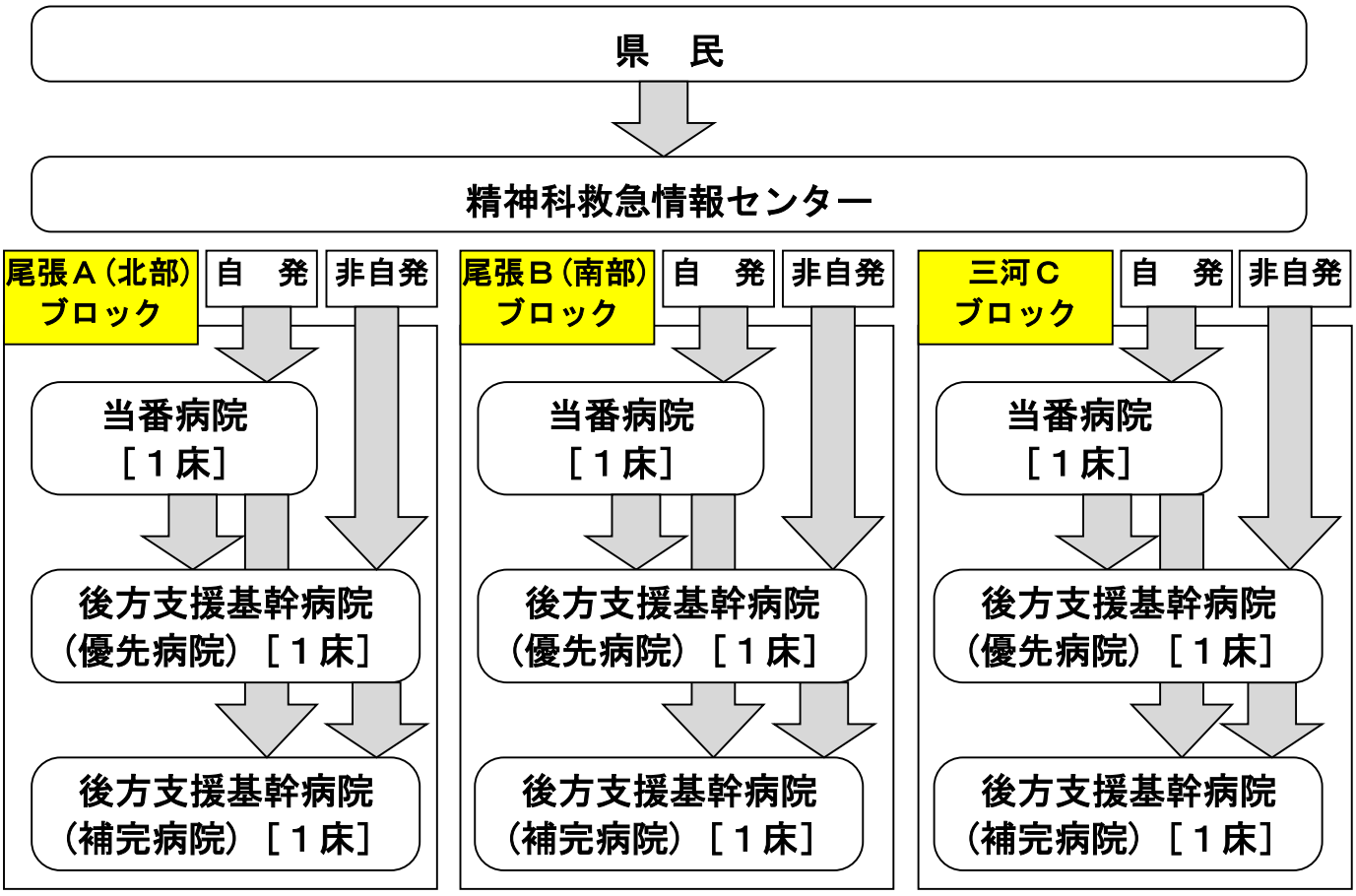
＜認知症疾患医療センター＞（令和８(2026)年４月１日現在）

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）	紘仁病院※（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 紘仁病院 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 京ケ峰岡田病院 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 紘仁病院 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 京ケ峰岡田病院 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	京ケ峰岡田病院 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	課　　題
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。	○　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。
○　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)	○　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。
○　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。	○　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。
○　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、知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	

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。
○　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。

○　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・膵臓・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	膵臓・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	136	888	1,031	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）	○　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。
○　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。	
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。
○　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。	
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。	推進し、在宅難病患者のＱＯＬ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ＱＯＬ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。
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。	○　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ＱＯＬ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	課　題
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	○　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。

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。

○　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。

【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

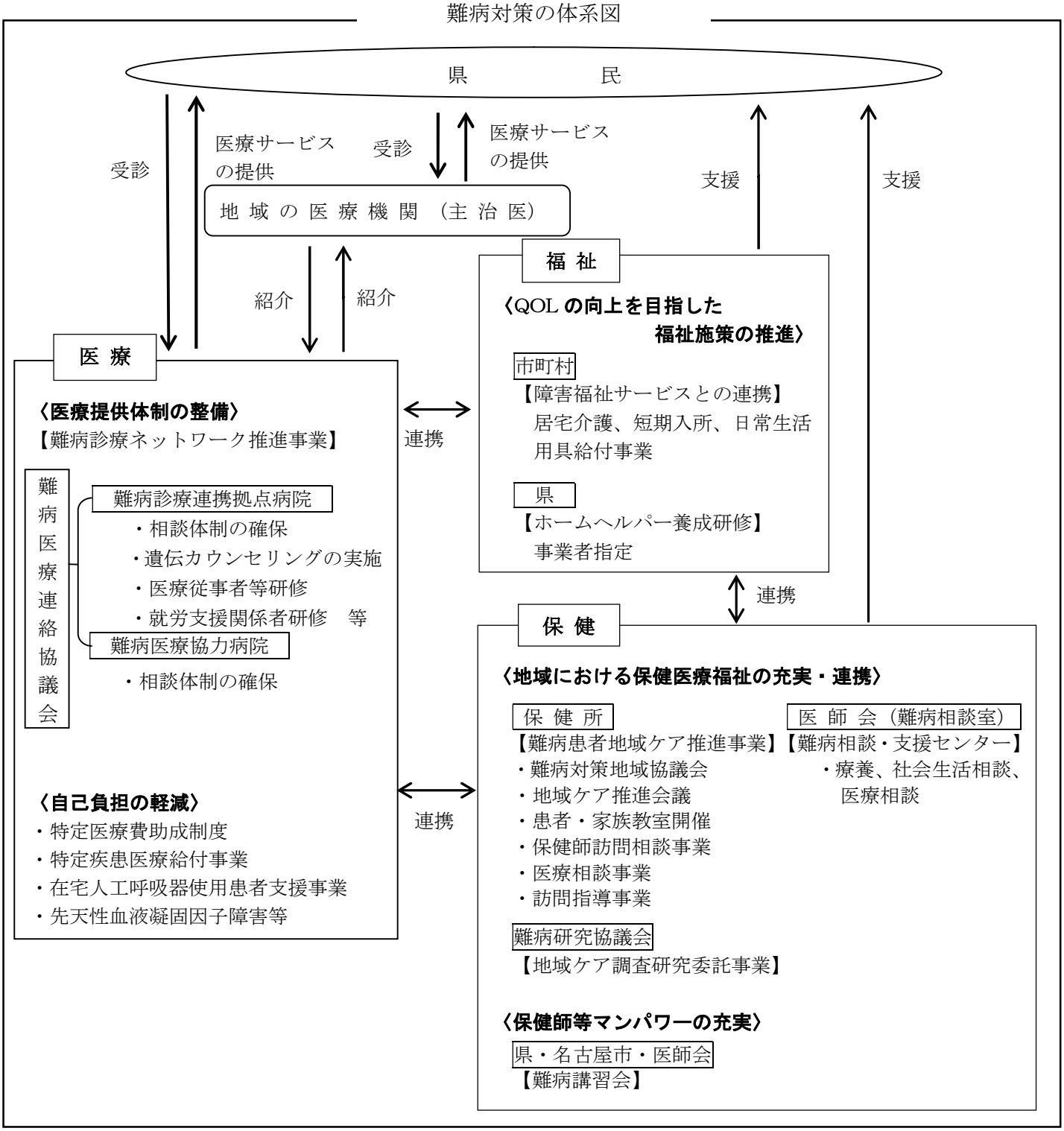
このうち、以下の要件の全てを満たすものを、患者の置かれている状況からみて、良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生科学審議会の意見を聴いて、厚生労働大臣が医療助成等の対象に指定するとされています。

・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



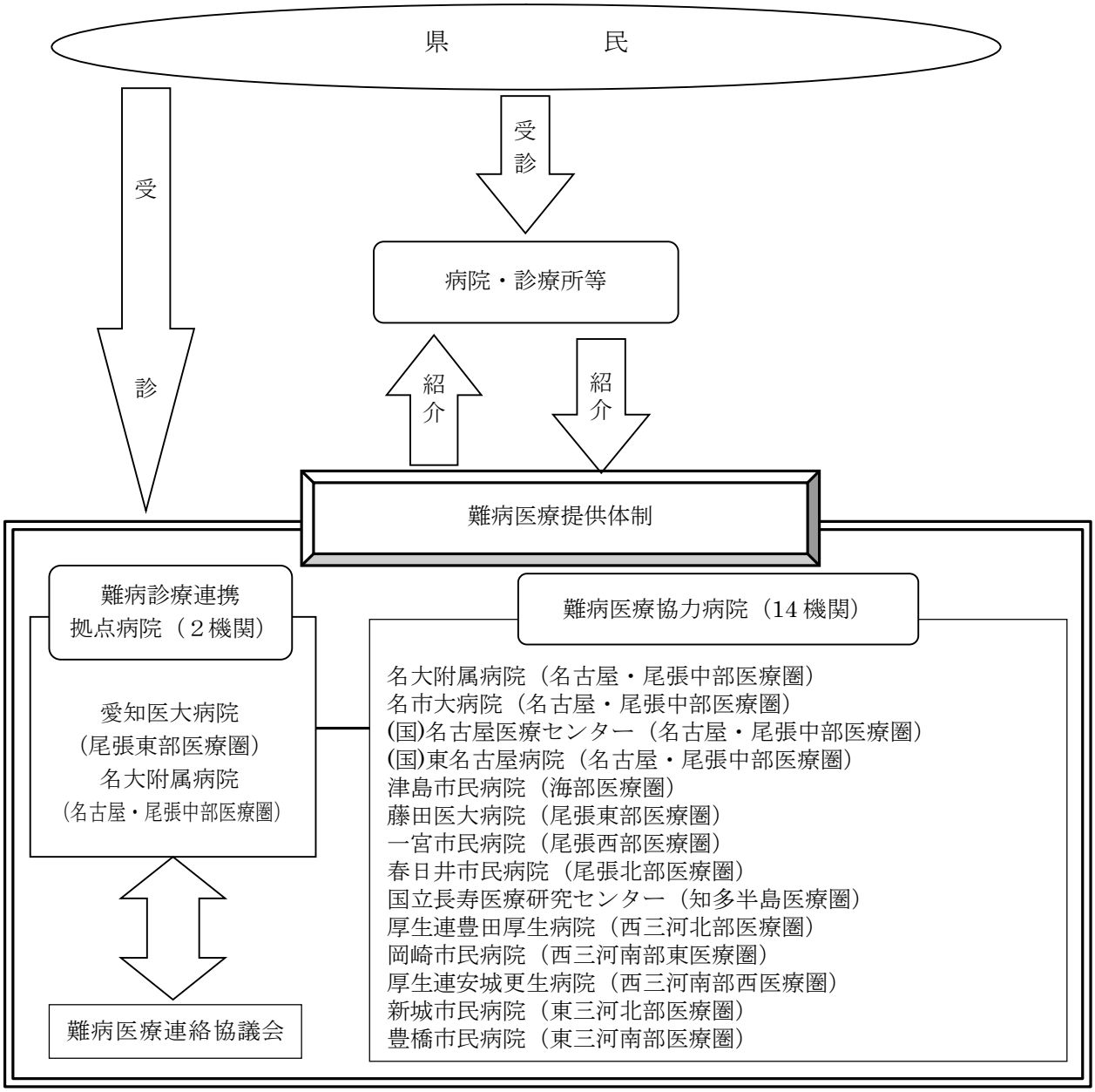
【体系図の説明】

○　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。	○　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。
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。	○　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。
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）、麻しん、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。	○　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	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		
	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	9[illegible]						0.2	0.2	0.2
2017	96.7	98.8	9[illegible]						0.4	0.4	0.2
2018	96.9	97.7	9[illegible]						0.7	0.7	0.3
2019	95.4	95.4	9[illegible]						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

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

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。

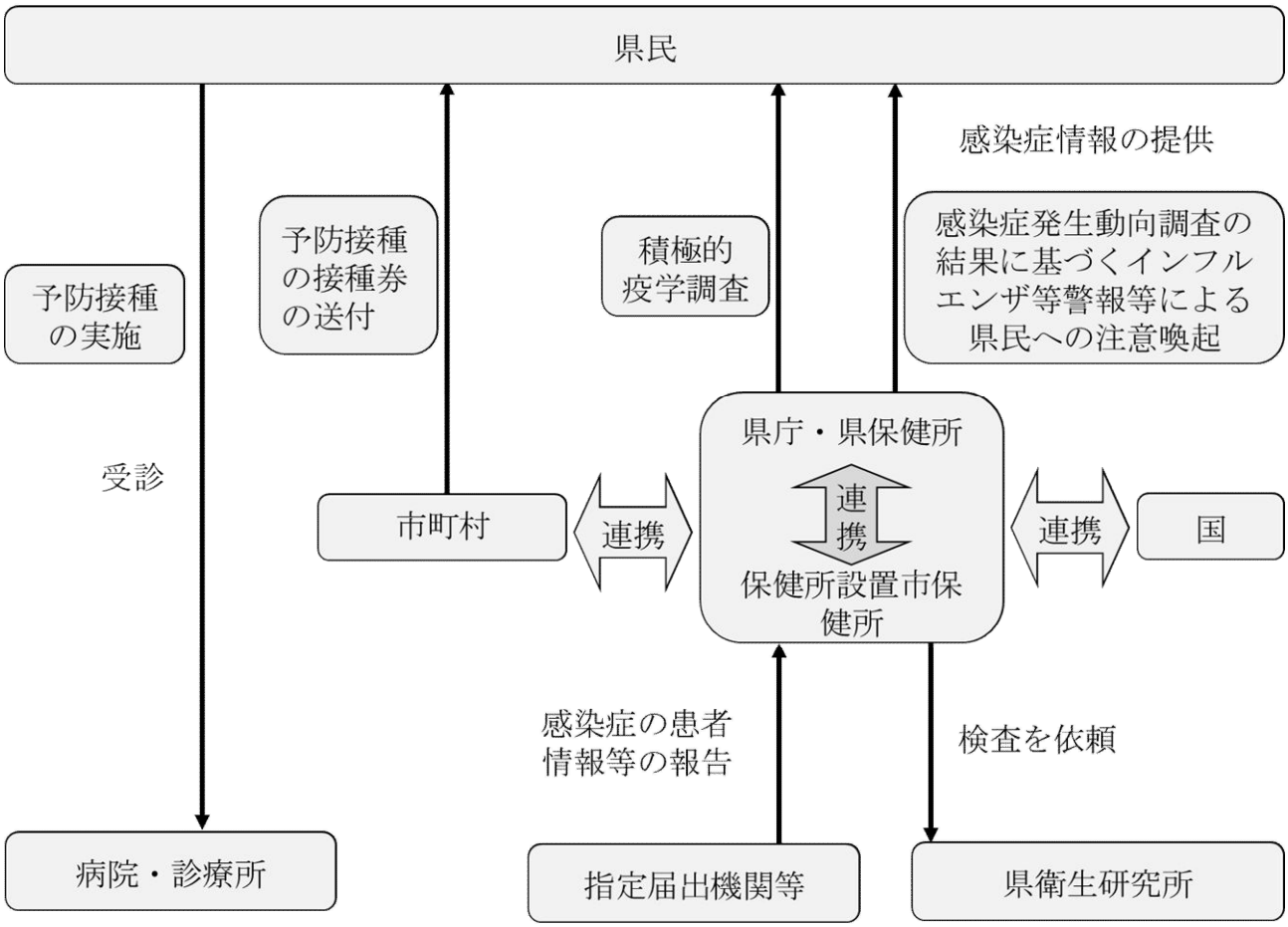
注４：令和４（2022）年のヒトパピローマウイルス感染症接種率は、キャッチアップ接種を除き「12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にあたる女子のうち、各市町村で接種券を出した数」を対象者数として算出している。

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	課　　題
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。	○　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約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。

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	○　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、ＨＩＶ・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

○　ＨＩＶ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）

○　ＨＩＶ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。

4　エイズ対策会議の開催

○　愛知県のＨＩＶ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　ＨＩＶ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、ＨＩＶ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。

○　抗ＨＩＶ療法の進歩等により、ＨＩＶ陽性者の生命予後は顕著に改善され、ＨＩＶ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ＨＩＶ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ＨＩＶ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。

~~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。~~

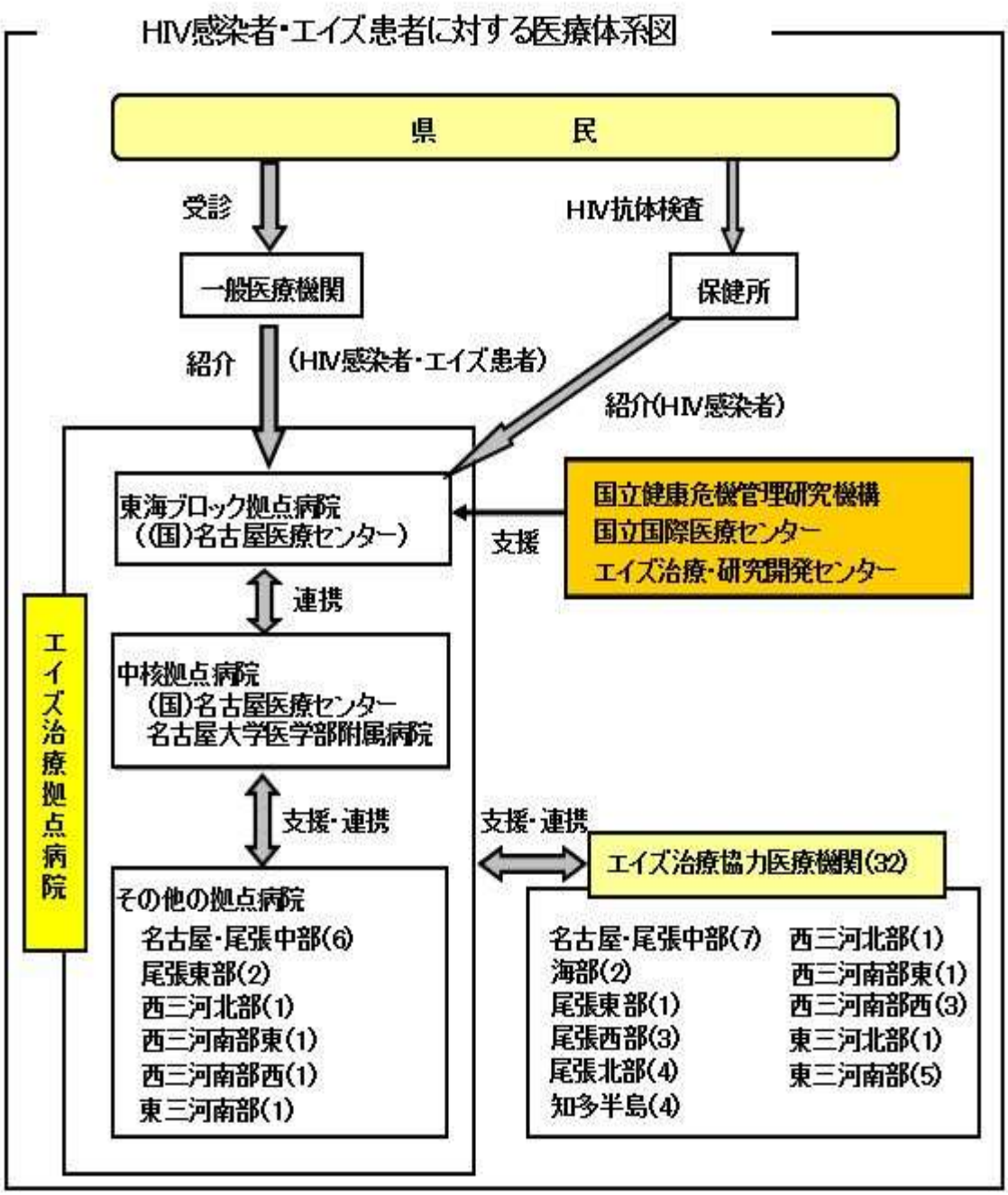
6　治療協力医療機関等向け研修会の開催

○　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。

【今後の方策】

○　ＨＩＶ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、ＨＩＶ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ＨＩＶ抗体検査が行われています。

○　ブロック拠点病院には、ＨＩＶ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	
	藤田医大病院	○中核拠点病院	

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。	○　「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。
○　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）	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
○　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）	○　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。
○　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）	○　高齢者に重点をおいた取組が必要です。
○　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）	○　外国出生者に重点をおいた取組が必要です。
○　学校、病院、高齢者福祉施設等での患者発生があります。	○　集団感染予防の取組が必要です。
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。	○　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。	○　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。
○　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	

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

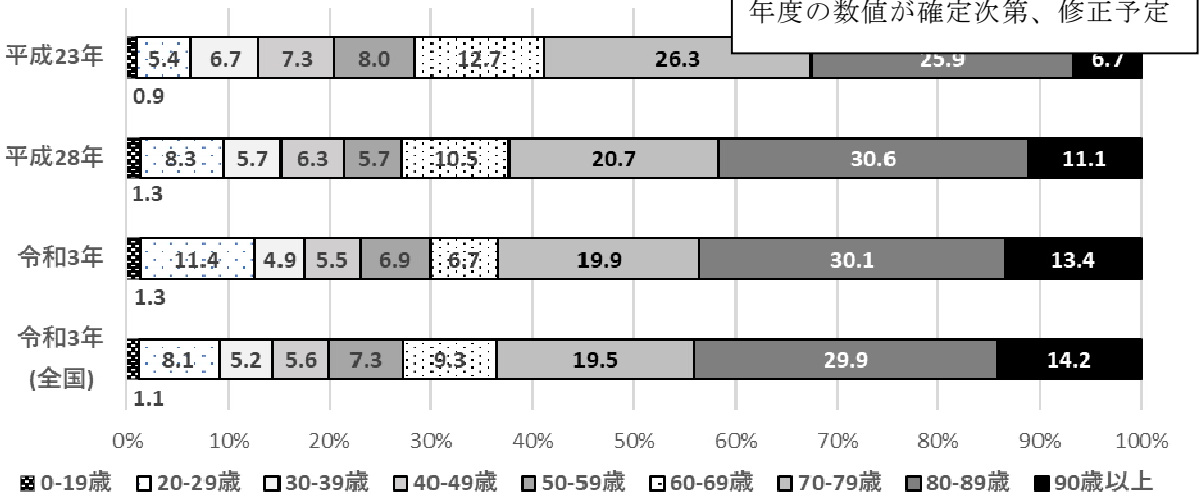
各数値については、令和７（2025）年度の数値が確定次第、修正予定

区分	新登録患者数		罹　患　率		喀 肺			
	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）

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



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）

令和７（2025）年度の数値が確定次第、修正予定

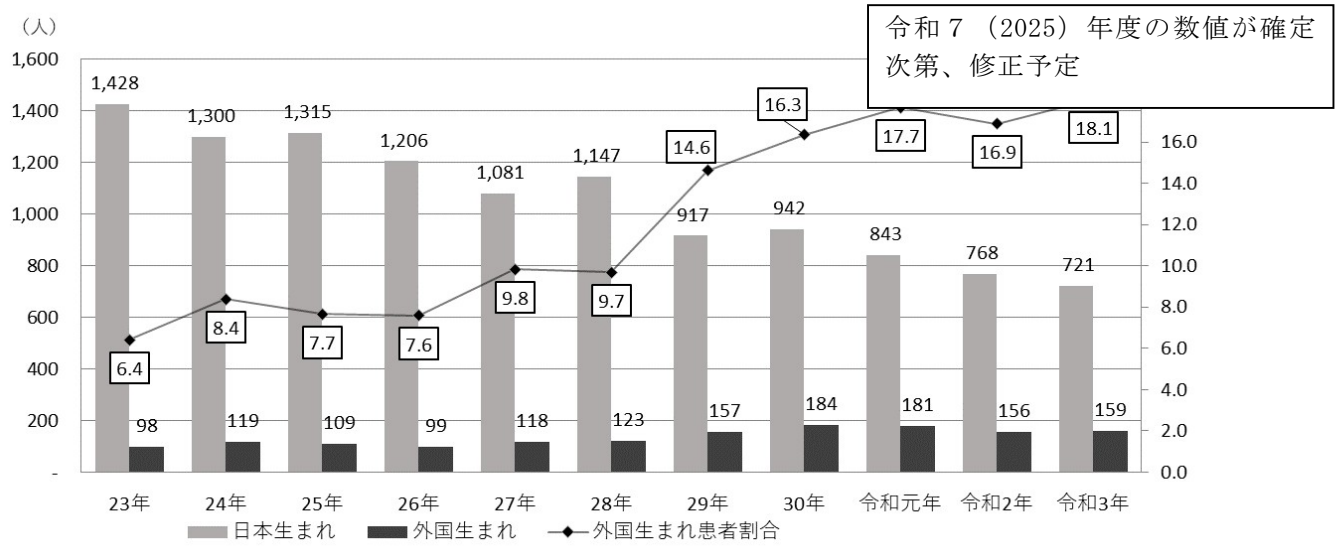


表2-8-7　医療圏別結核病床を有する病院

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	東三河南部	豊橋市民病院	10
尾張東部	公立陶生病院	25		豊川市民病院	8
計					111

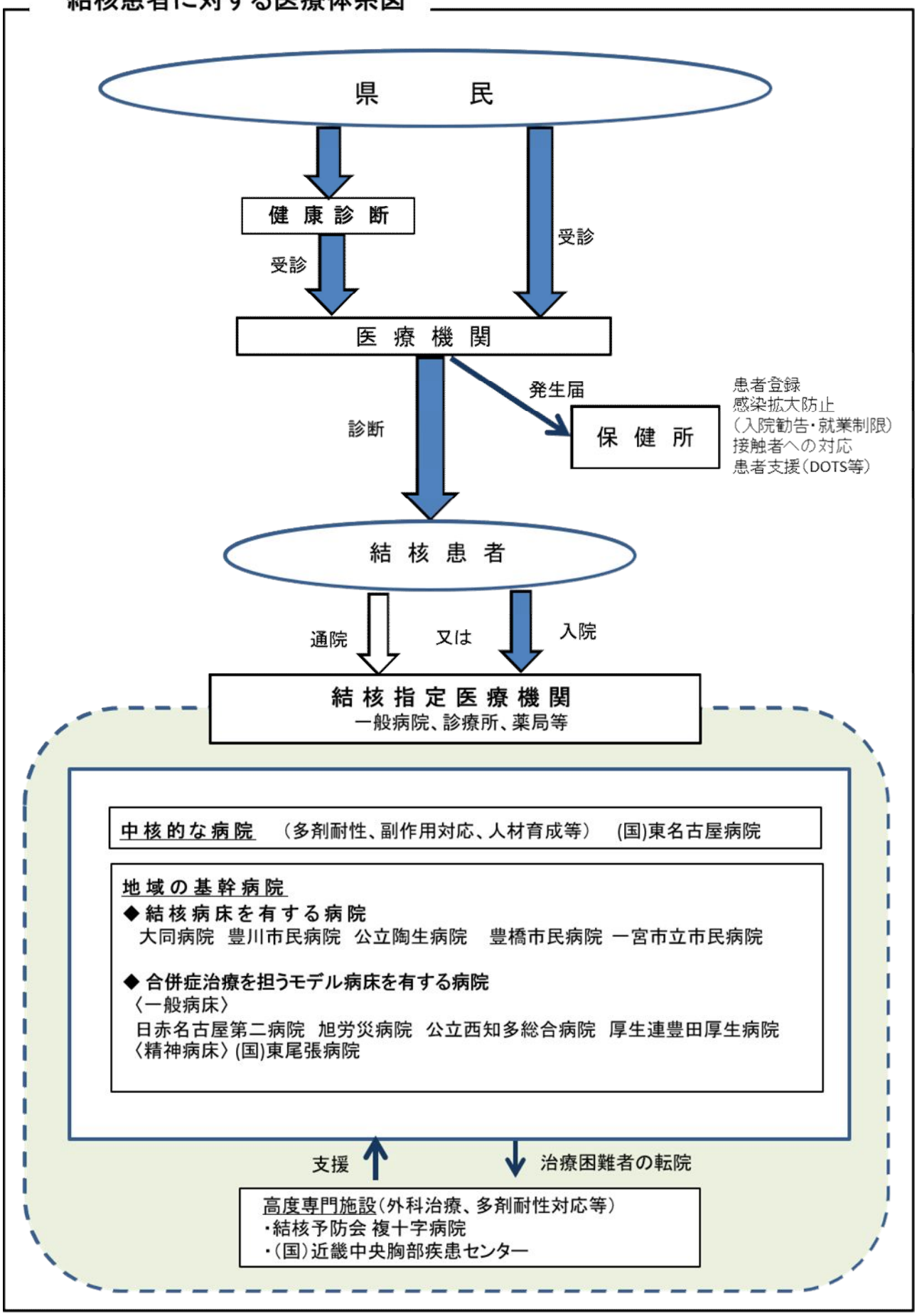
注　(国)東名古屋病院は令和８（2026）年４月から16床休床中。

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
	(国)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　(国)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、結核に係る定期の健康診断について、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	課　　題
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。	○　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。
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。	○　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。
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	○　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材を作成、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けるようにするために、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型ウイルス肝炎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。

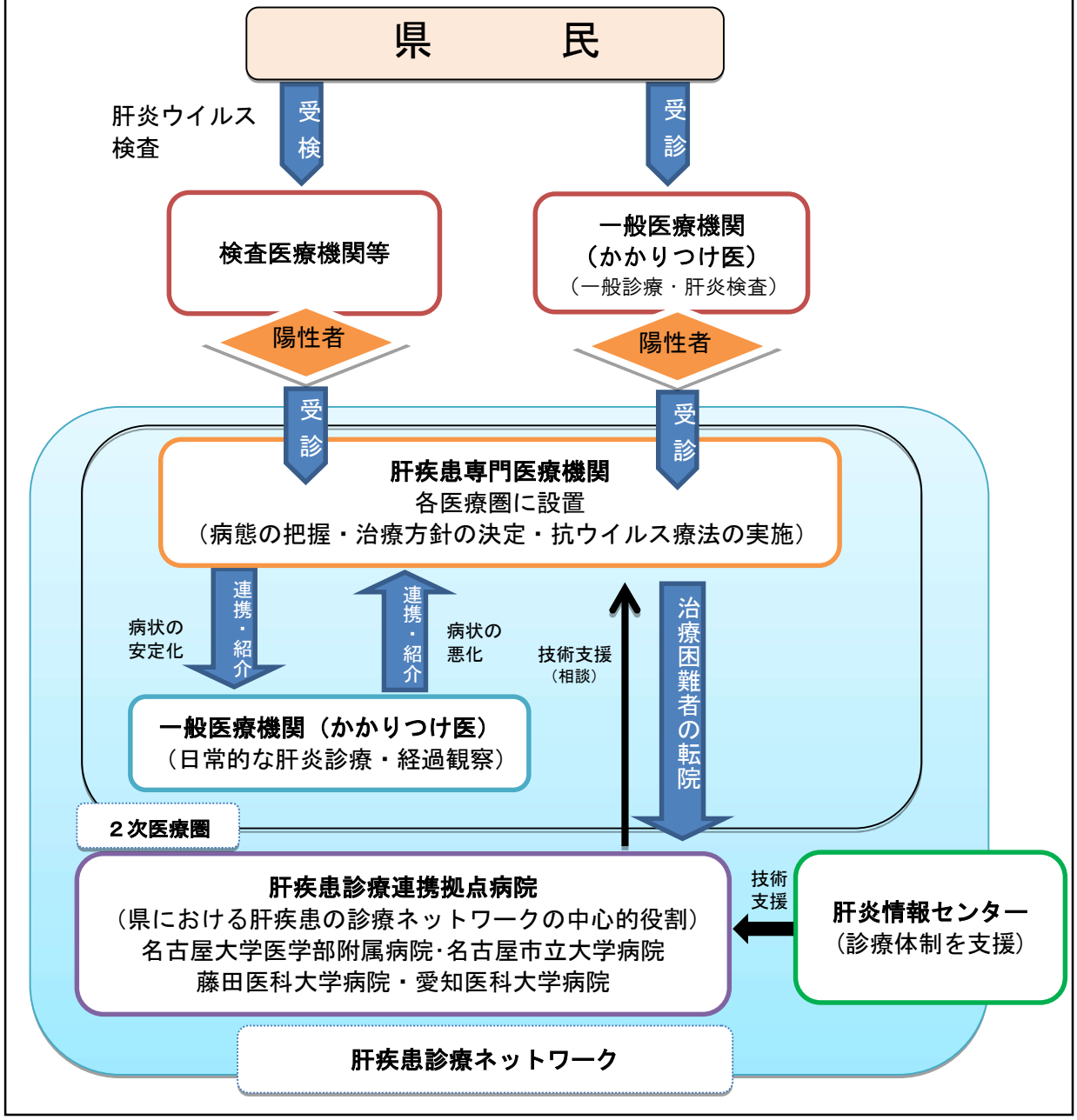
表2-8-9　肝疾患診療連携拠点病院（令和８(2026)年４月１日現在）

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。	○　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。
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。	○　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。
○　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。	○　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。
○　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。	○　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。	○　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。
○　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。
○　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)	○　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。
○　入院前から在宅に至るまで切れ目のない口腔	○　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。

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。

(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。

○　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。

(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

○　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。

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。

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

○　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	課　題
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 40 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。	○　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。
○　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。	○　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。
(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）	○　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。
○　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。	○　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。
(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	○　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。

○　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。

(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。

○　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。

(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。

○　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。

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

○　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。

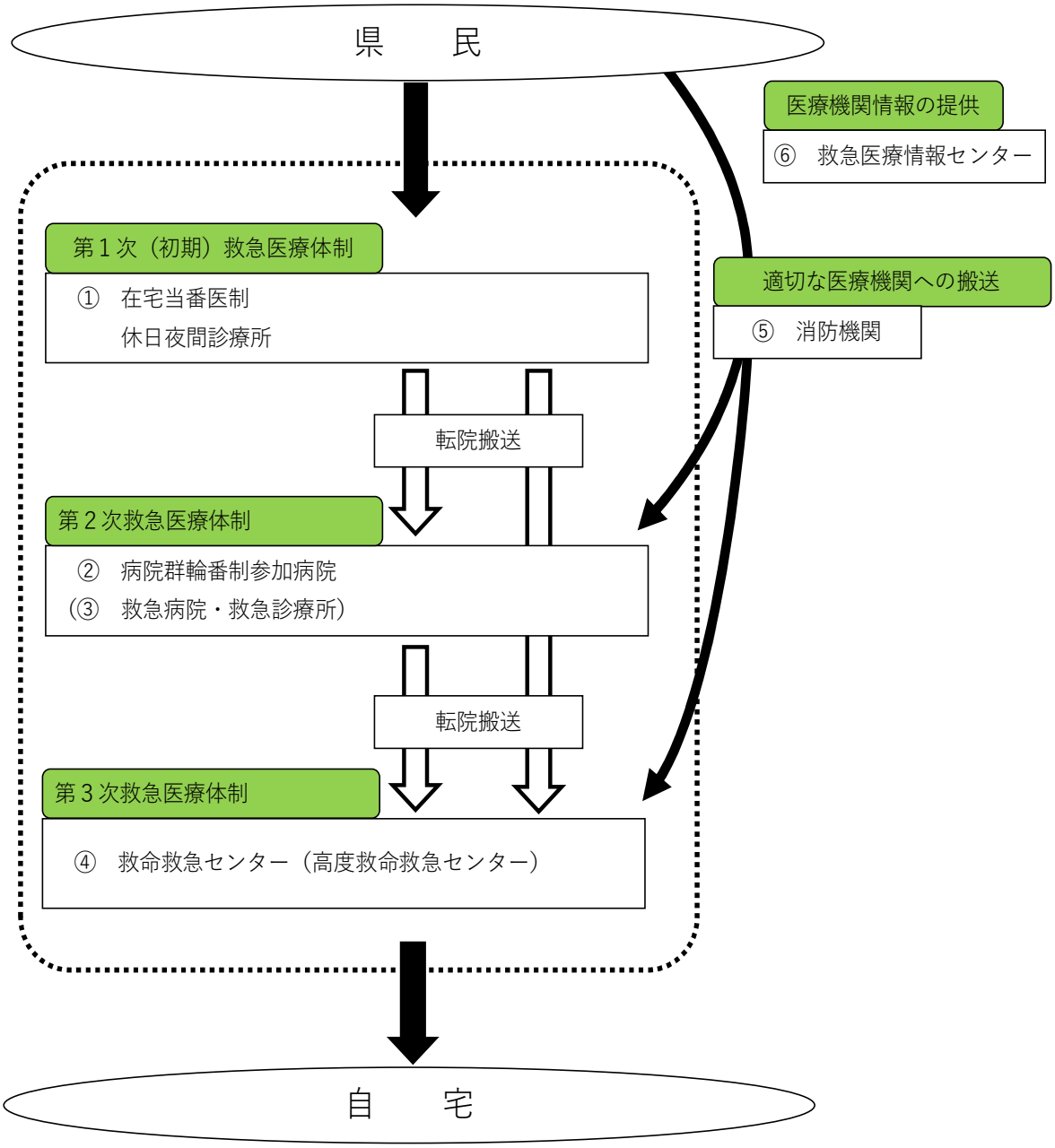
○　第１次から第３次までの救急医療体制それぞれの充実を図るとともに、適切な機能分担の推進を図っていきます。

【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）

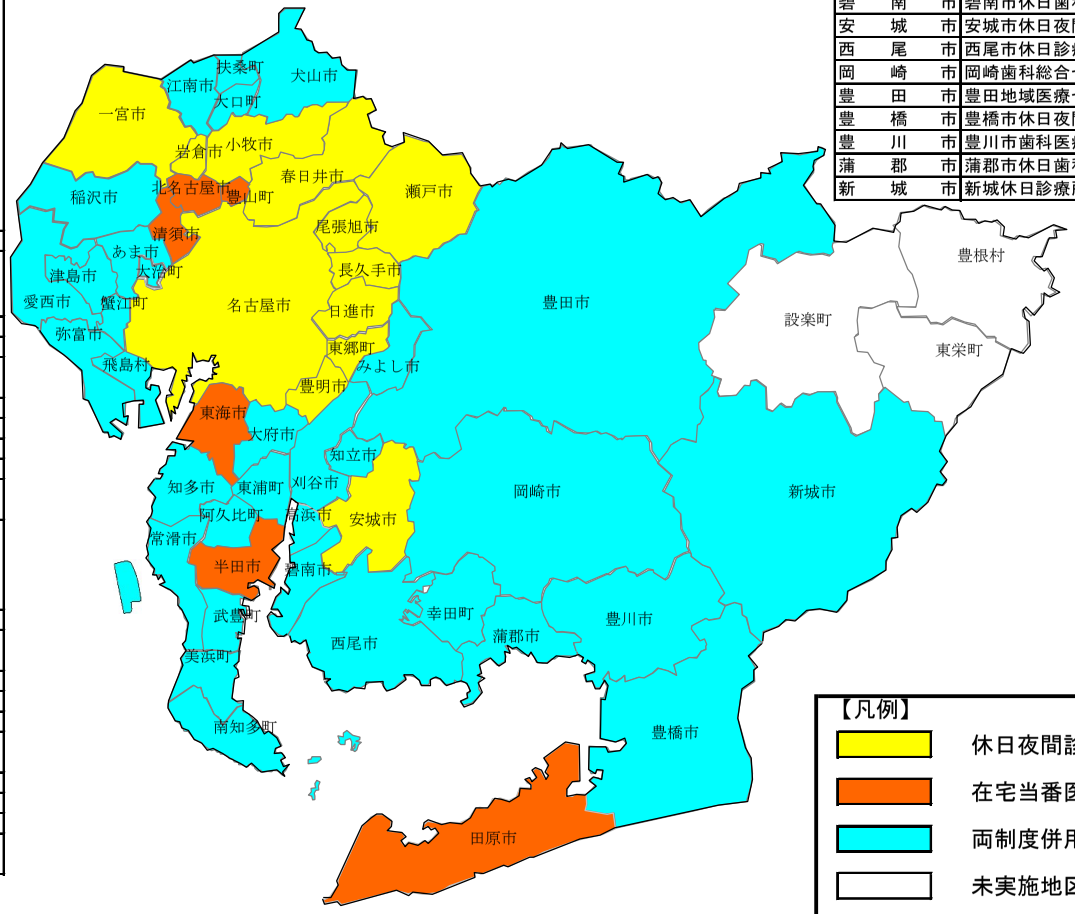
休日夜間診療所一覧(医科)　　40か所

	群市医師会名	診療所名	管轄市町村
※	名古屋市	名古屋市医師会千種区休日急病診療所・東部平日夜間急病センター	名古屋市
		〃　昭和区休日急病診療所	
		〃　守山区　〃	
		〃　名東区　〃	
		〃　急病センター(眼科、耳鼻咽喉科)	
		〃　北区休日急病診療所	
		〃　西区　〃	
		〃　瑞穂区　〃	
		〃　南区休日急病診療所・南部平日夜間急病センター	
		〃　緑区休日急病診療所	
		〃　天白区　〃	
		〃　中村区　〃	
		〃　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	
		〃　港区休日急病診療所	
	津島市	津島地区休日急病診療所	津島市
	海部	海部地区急病診療所	愛西市、弥富市、あま市、大治町、蟹江町、飛島村
※	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
	尾北	犬山市休日急病診療所 江南市　〃	犬山市、江南市、大口町、扶桑町
※	岩倉市	岩倉市　〃	岩倉市
※	春日井市	春日井市休日・平日夜間急病診療所	春日井市
※	小牧市	小牧市休日急病診療所	小牧市
※	瀬戸旭	瀬戸旭休日急病診療所	瀬戸市、尾張旭市
※	東名古屋	豊明市休日診療所 東名古屋医師会休日急病診療所	豊明市、日進市、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
	碧南市	碧南市　〃	碧南市
	刈谷	刈谷医師会休日診療所	刈谷市、知立市、高浜市
※	安城市	安城市休日夜間急病診療所	安城市
	西尾幡豆	西尾市休日診療・障害者歯科診療所	西尾市
	岡崎市	岡崎市医師会夜間急病診療所	岡崎市、幸田町
	豊田加茂	豊田加茂医師会立休日救急内科診療所 豊田市立南部休日救急内科診療所	豊田市、みよし市
	豊橋市	豊橋市休日夜間急病診療所	豊橋市
	豊川市	豊川市　〃	豊川市
	蒲郡市	蒲郡市休日急病診療所	蒲郡市
	新城	新城休日診療所 新城市夜間診療所	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。

■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。



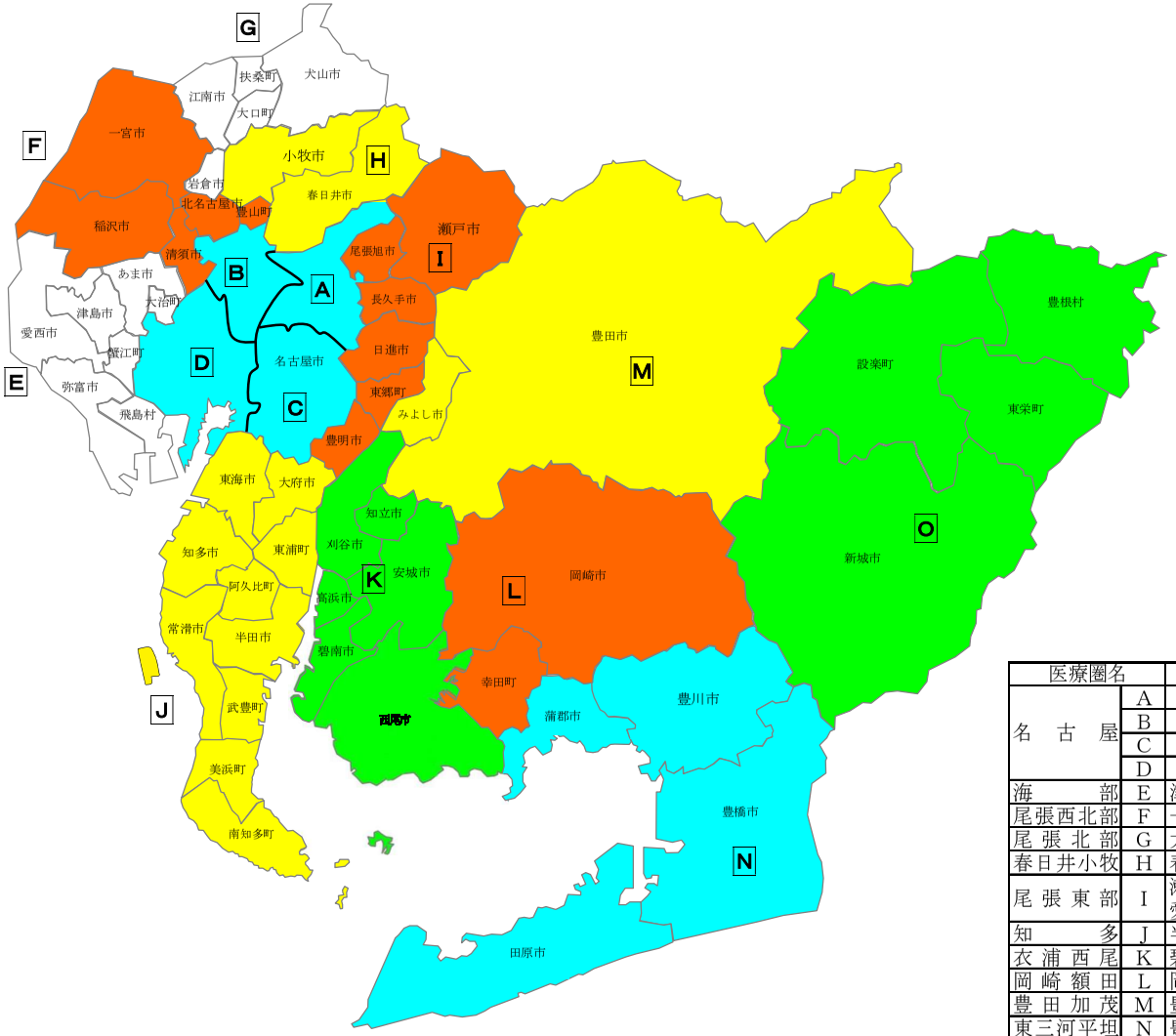
【凡例】
- 休日夜間診療所設置地区（8地区）
- 在宅当番医制実施地区（4地区）
- 両制度併用地区（14地区）
- 未実施地区（1地区）

※地区区分は地区医師会単位

休日夜間診療所一覧(歯科)　　17か所

所在地	診療所名
名古屋市	名古屋北歯科保健医療センター
	名古屋南　〃
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・障害者歯科診療所
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・障害者歯科診療所
豊川市	豊川市歯科医療センター
蒲郡市	蒲郡市休日歯科・障がい者歯科診療所
新城市	新城休日診療所

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
東三河平坦	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）



◆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】	
	病院名	指定年月日
大府市	県あいち小児医療センター	H28.3.30

◆第３次救急医療施設（救命救急センター）

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。

◆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。

2次医療圏	救命救急センター【24か所】	
	病院名	指定年月日
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
	名市大病院【瑞穂区】	H23.4.1
	名市大東部医療センター【千種区】	R3.4.1
海部	厚生連海南病院【弥富市】	H25.9.1
尾張西部	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
尾張東部	藤田医大病院【豊明市】	S54.4.5
		(注1)R3.4.1
	愛知医大病院【長久手市】	S54.7.1
		(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	知多半島総合医療センター【半田市】	R7.4.1
西三河北部	厚生連豊田厚生病院【豊田市】	H20.1.1
	トヨタ記念病院【豊田市】	H23.4.1
西三河南部東	岡崎市民病院【岡崎市】	S56.4.1
西三河南部西	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
東三河北部	—	
東三河南部	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	課　題
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。	○　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。
○　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。	○　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。
○　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。また、県保健医療調整本部には、福祉局の関係職員が連絡要員として参画することで、福祉施設等に係る被害情報や支援方策等の情報共有を図ることとしています。	○　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。
○　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。	○　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)

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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 97.6%、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 100%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。

○　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。

○　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 80.8%、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 82.5%となっています。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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

○　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１

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０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、近年の地震・風水害による派遣経験等を踏まえ、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、災害時に医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ます。

○　市町村は、各市町村の防災計画の中で発災直後からの健康問題への保健活動の役

え、令和３(2021)年３月に改訂しています。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の提供体制を確保するため、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。

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。

神科医療を継続して提供する病院として、災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。

○　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。

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。

○　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。

(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。

○　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､コーディネート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に実施するとともに、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ＤＰＡＴ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（ＥＭＩＳ：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（ＳＣＵ：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ＳＣＵ
　甚大な被害を受けた地域の重症患者をＳＣＵ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（ＤＭＡＴ：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ＤＭＡＴ
・日本ＤＭＡＴ……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ＤＭＡＴ…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（ＤＰＡＴ：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。

災害医療提供体制体系〈急性期～亜急性期〉

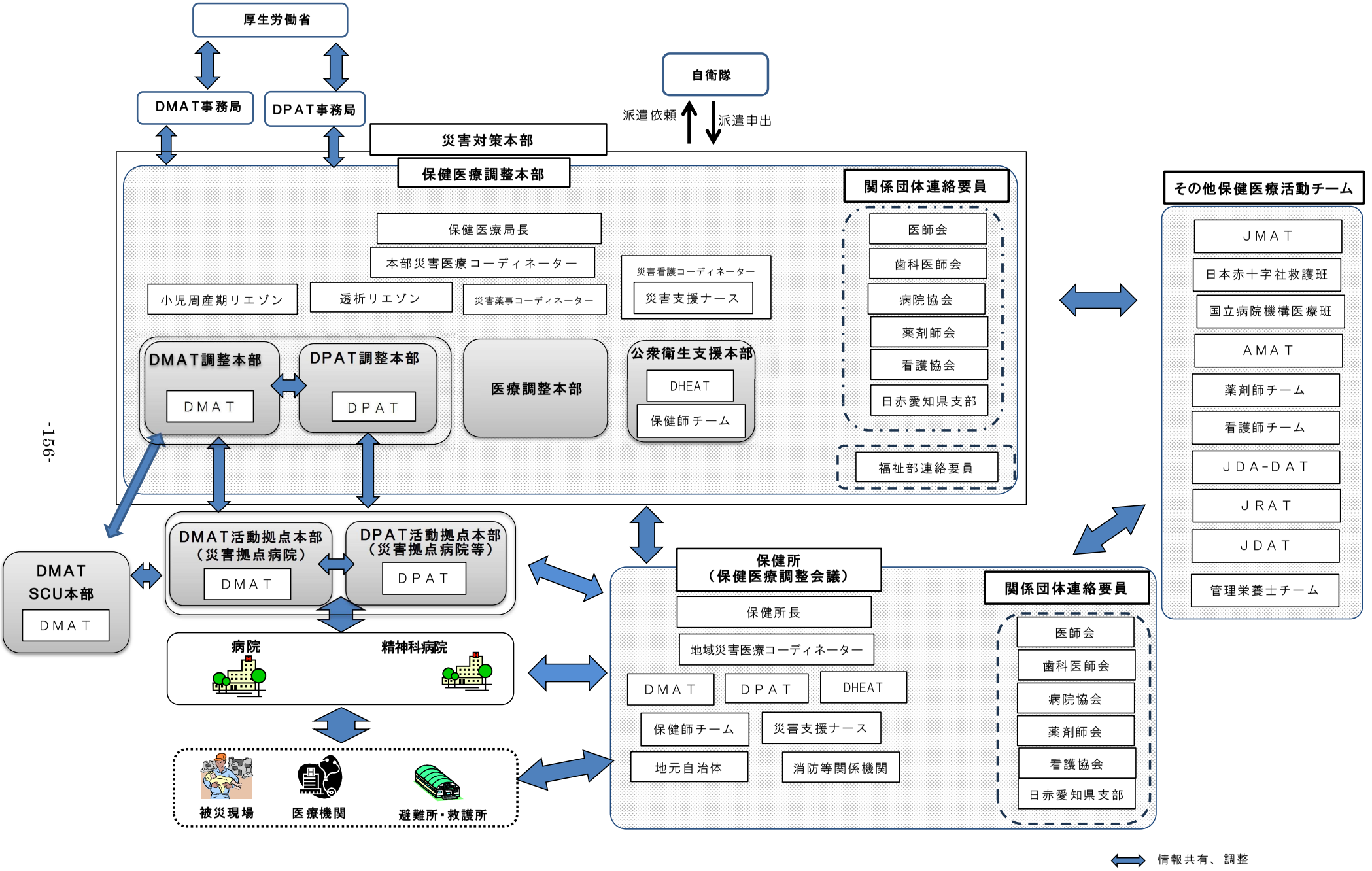


Fig.2 災害医療提供体制（急性期～亜急性期）

■ 中長期

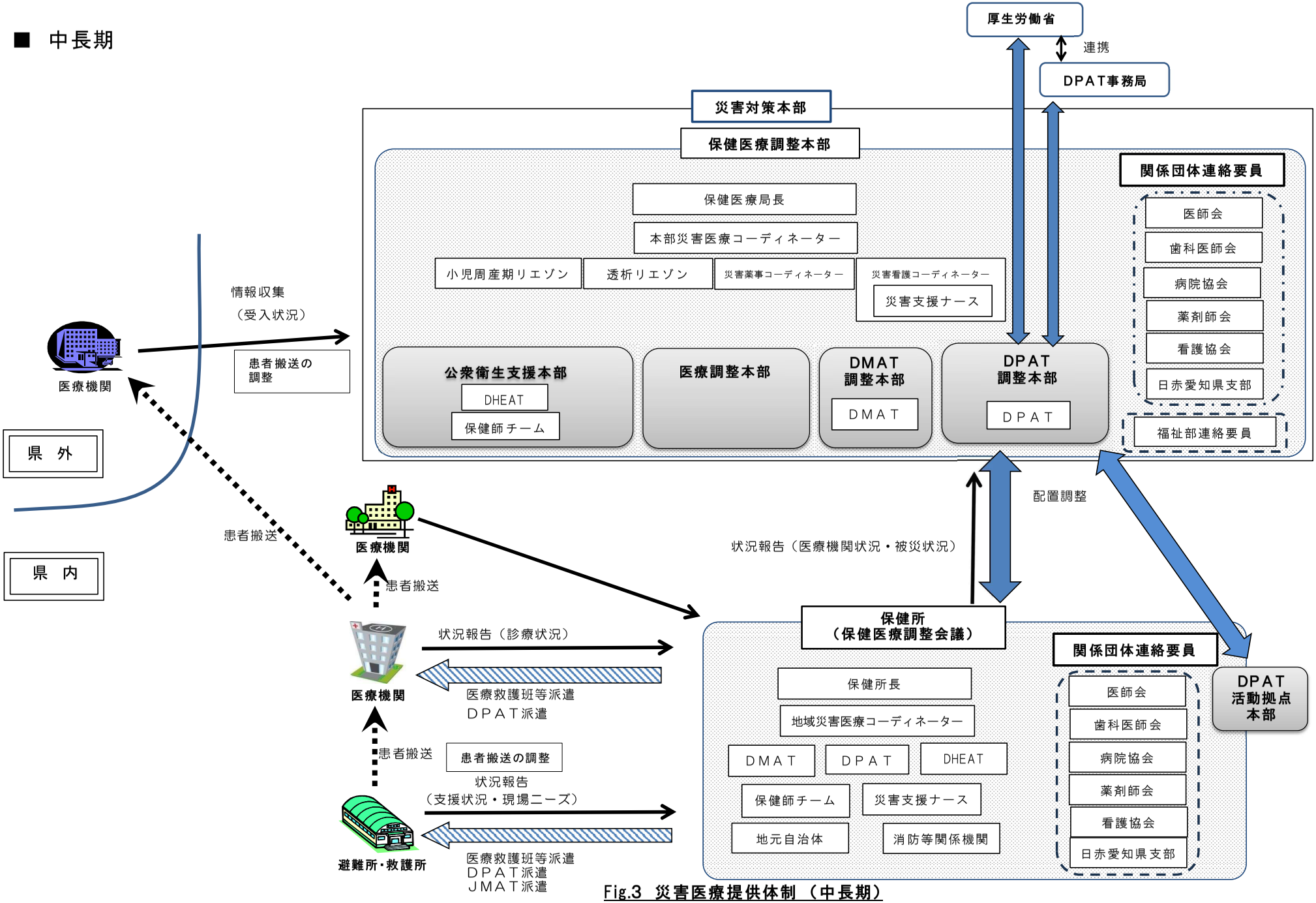


Fig.3 災害医療提供体制 （中長期）

【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）

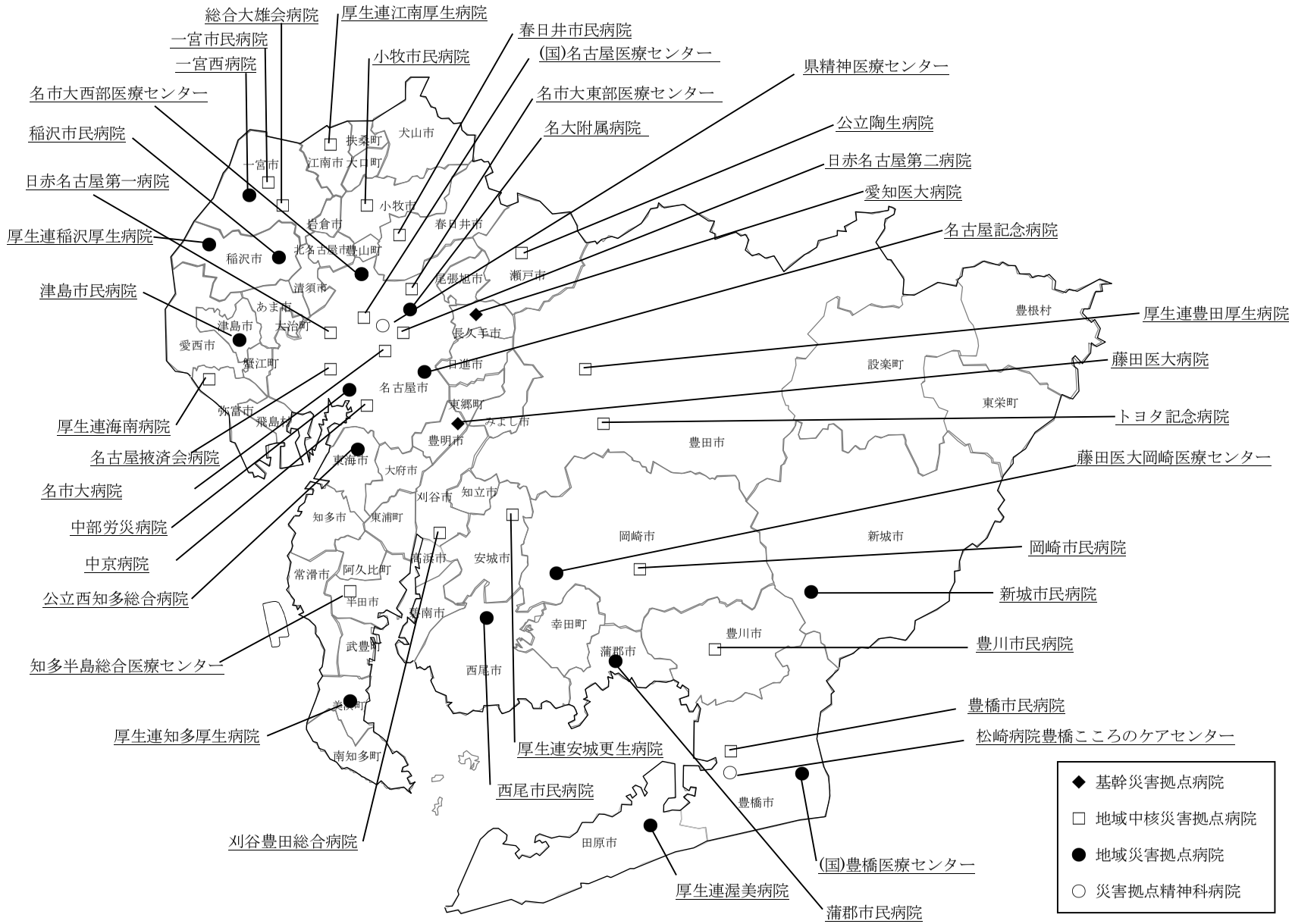


表4-1　災害拠点病院(令和8(2026)年４月１日現在)　※　最新の医療機関名につきましては、別表をご覧ください。

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	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	ー

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 被災医療機関の医療体制の確保支援	医療救護所、避難所等における医療・健康管理	被災医療機関の復旧支援
活動する医療チーム	ＤＭＡＴ（ロジスティックを含む）	医療救護班 保健師チーム等	ＤＰＡＴ（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。(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る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）

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

(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

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、ＩＨＥＡＴ（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。

○　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。

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。

○　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（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、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。

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。

(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、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、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。

○　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。

○　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。

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。

○　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。

(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)

○　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。

(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。

○　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。

○　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)

○　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。

	○　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。	○　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。
(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。	○　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。~~
(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。	○　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 東三河南部	豊橋市民病院	10
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

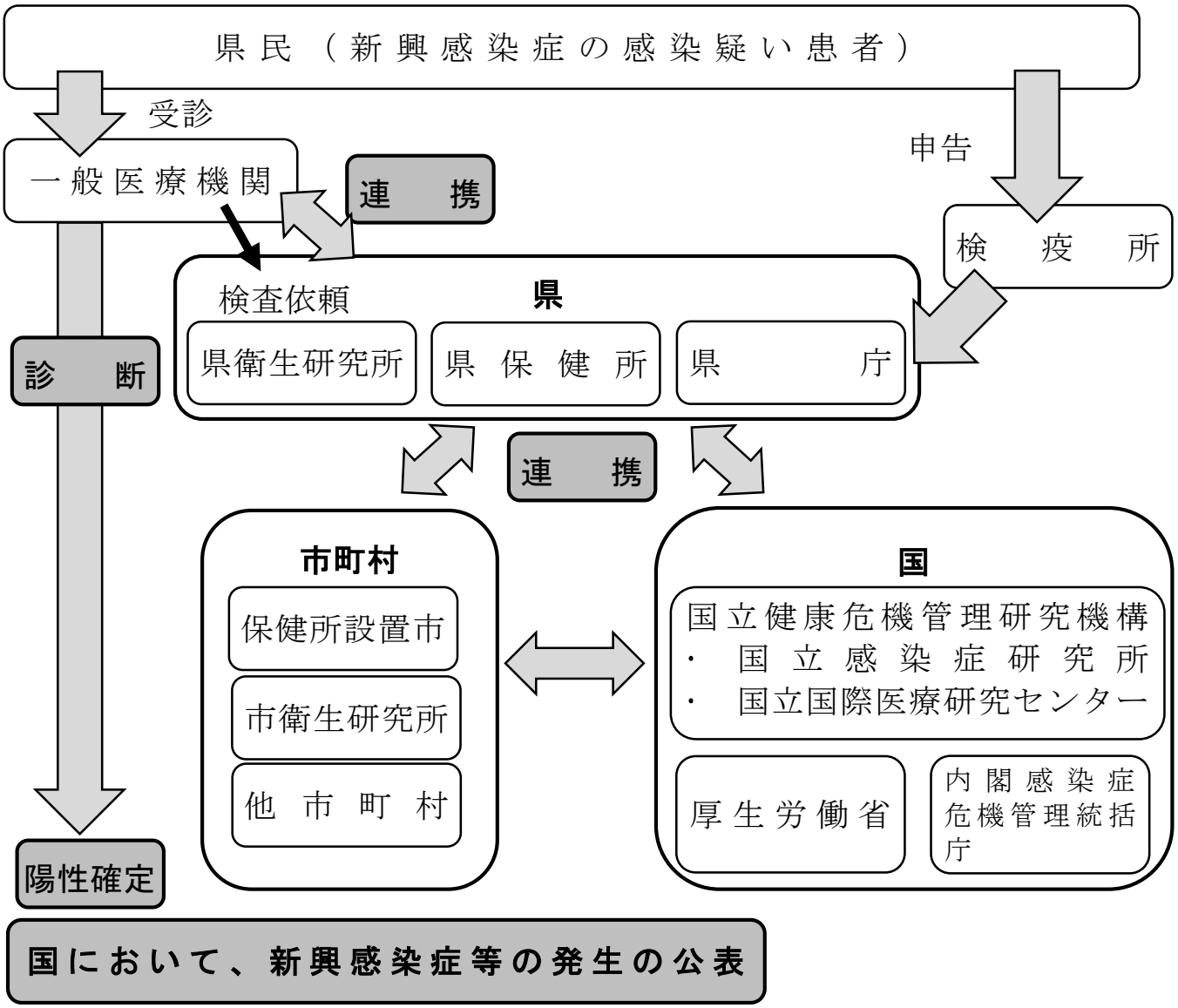
	準備期※1	初動期※2	対応期※2
実施体制	・実践的な訓練の実施 ・業務継続計画の作成 ・関係機関との連携構築	・県対策本部の設置 ・必要時、県対策本部幹事会等にて、対応を協議	・情報把握体制の一元化 ・必要時、総合調整・指示、応援職員の派遣・代行
情報収集・分析	・国や JIHS と連携して、情報収集分析の実施体制の運用訓練	・国及び JIHS 等から情報を収集・分析する体制確立	・国の方針を踏まえながら、地域の実情に応じた対策の見直し
サーベイランス	・国の技術的な指導や研修等を活用し、有事のサーベイランス実施体制に必要な準備	・有事のサーベイランス開始（疑似症→全数把握、入院、病原体ゲ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	ﾘﾚﾝｻﾞ	ｲﾅﾋﾞﾙ	ﾗﾋﾟｱｸﾀ	ｿﾞﾌﾙｰｻﾞ	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	39,300 (△54,900)	―	(△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5－②参照					協定書等に従い随時対応
～１か月		流行初期対応	流行初期対応			
～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

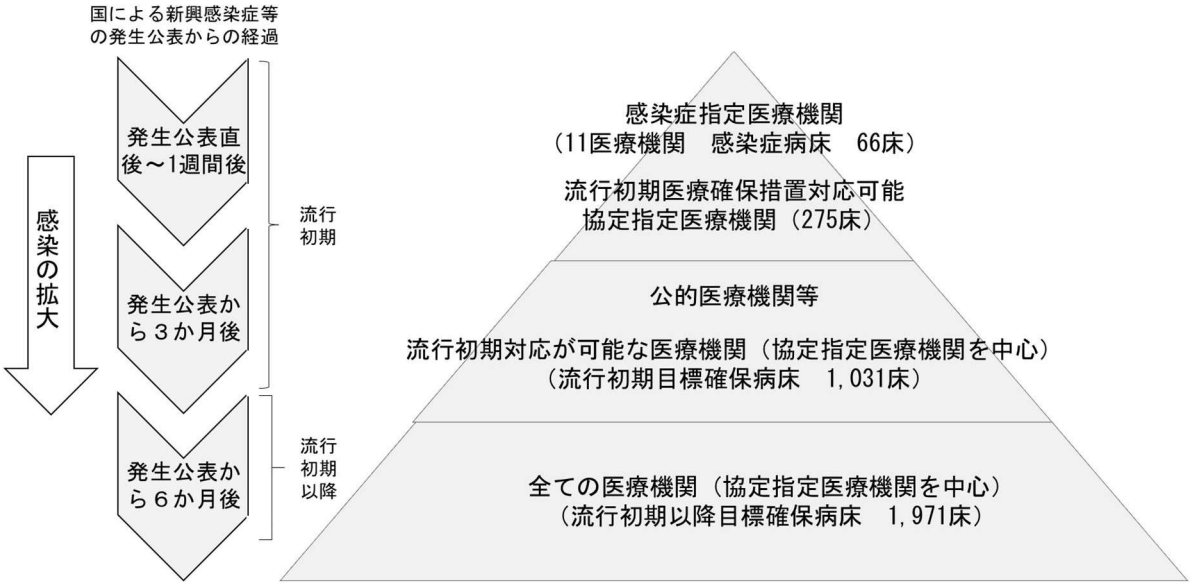
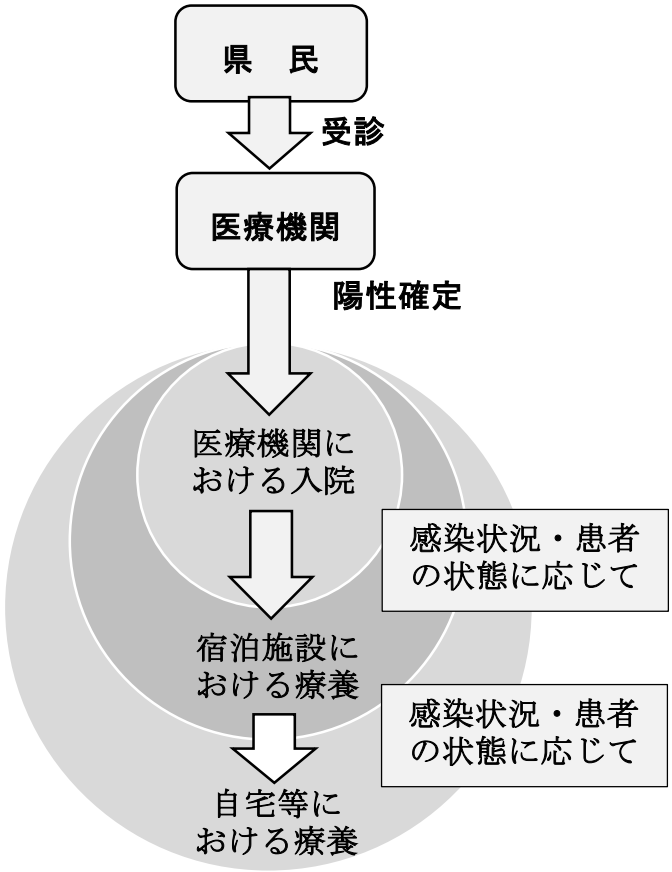


図 5-③　新興感染症等発生時における、陽性確定後の感染症患者の療養に関する考え方



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。

○　ＩＨＥＡＴ
　ＩＨＥＡＴ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ＩＨＥＡＴ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（Ｈ５Ｎ１又はＨ７Ｎ９）
　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Ｈ５Ｎ１亜型又はＨ７Ｎ９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（Ｈ５Ｎ１又はＨ７Ｎ９）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。）