
II 必要な医療が受けられる社会へ

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

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

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

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

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

県においては関係団体、医療関係者、市町村等と連携を図りながら、また診療報酬や医師養成数を定めている国とも協議をしながら、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保していくことが求められています。

＜施策体系＞

1 医療従事者の確保

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

2 救急医療体制の整備

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

3 安心して出産・子育てができる医療体制の確保・充実

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

4 がん医療体制の充実

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

5 在宅医療の推進

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

1. 医療従事者の確保

<課題と方向性>

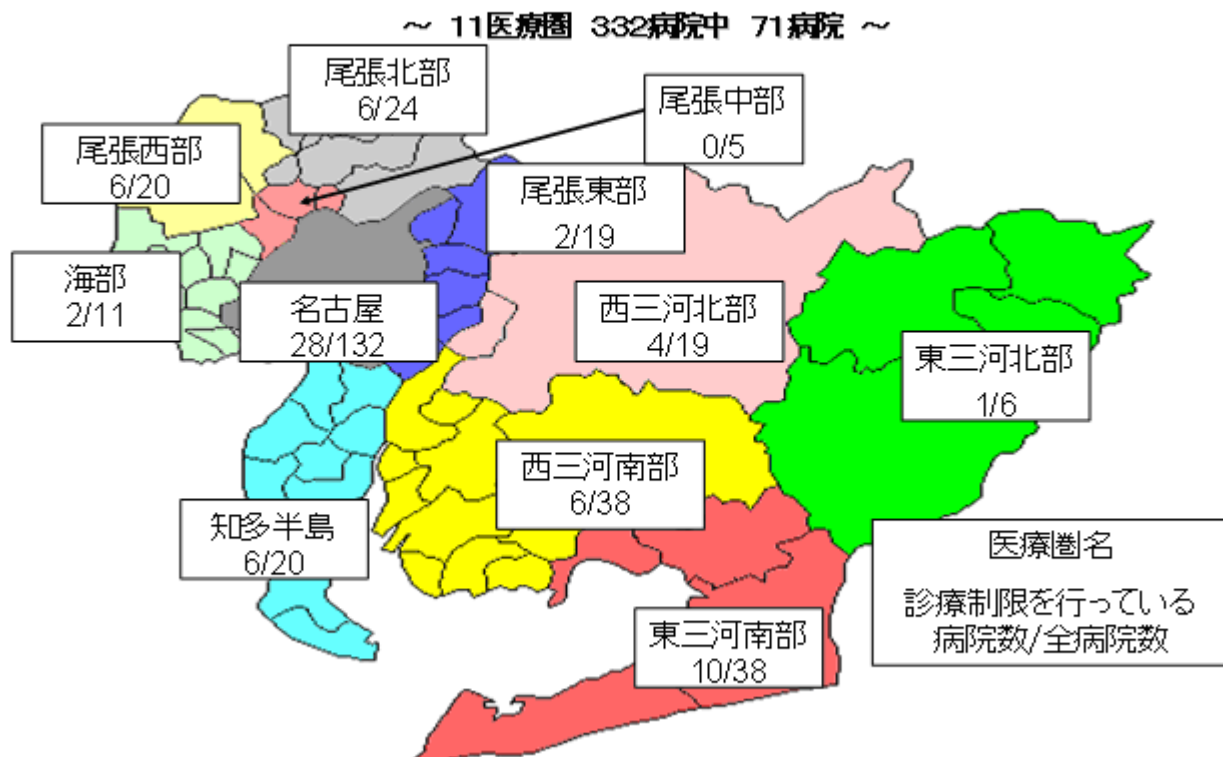
【医師不足】

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

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

これに伴い、平成22年（2010年）6月現在で県内の21.4%の病院において診療科の閉鎖や診療日数の縮小などの診療制限が行われています（図60）。

◆ 医師不足により診療制限を行っている病院数（平成22年6月末現在）（図60）



資料 平成22年 愛知県健康福祉部調査による

【医学部定員の増及び医療資源の有効活用】

こうした状況の中、国は平成 20 年度（2008 年度）以降、医師養成数の増加に取り組んでおり、県内の大学医学部の定員も平成 20 年度（2008 年度）の 380 名から平成 22 年度（2010 年度）には 422 名に増員されました（表 11）。しかし、入学した学生が医師として医療現場の第一線で活躍するにはおよそ 10 年かかると言われており、それまでの間は限られた医療資源をより有効に活用することが重要であり、県内の大学医学部と連携した医師の育成・派遣体制を構築していくとともに、離職者への再就業支援などを推進する必要があります。

◆ 大学医学部入学定員の推移 （表 11）

年度	名古屋 大 学	名古屋 市立大学	愛知医科 大 学	藤田保健 衛生大学	計
H20(2008)	100	80	100	100	380
H21(2009)	108	92	105	110	415
H22(2010)	112	95	105	110	422

【病院勤務医の負担軽減】

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

【女性医師が働きやすい職場環境の整備】

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

【看護職員確保対策の推進】

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

＜県の主要な取組＞

（医師の育成・派遣）

- 地域医療に従事する医師のうち、特に志望者が少なく不足している救急医療及び周産期医療を担う医師を養成するため、医学部を有する大学に寄附講座を設置して医学部学生の教育を支援します。また、大学に指導医を配置し、卒業して間もない若手医師に対して、広く地域医療を担うために必要となる知識・技術の修得を目的とした教育の実施を促進します。
- 県内大学医学部の入学者のうち、地域医療を志す学生（毎年 10 名）に奨学金を貸与し、将来的に地域医療を担う医師を確保します。
- 地域医療再生計画¹に基づき、医療圏ごとに設置した「地域医療連携検討ワーキンググループ」で地域の医療課題や医療連携のあり方について協議し、その協議結果について全県を対象として設置した「地域医療連携のための有識者会議」²において検討し、必要な助言・提言を行います。また、へき地の医療機関相互の機能分担・連携のあり方や医師の派遣体制についても検討を進めるとともに、へき地診療所を支援するため、へき地医療支援システムの充実を図っていきます。

さらに、地域医療の確保のために必要と位置付けられた病院に医師を継続的に派遣するため、県内の医学部を有する4大学を構成員とする「医師派遣に係る大学間協議会」において、具体的な調整を行うシステム（「愛知方式」による医師派遣体制）を構築します（図61）。

（働きやすい環境の整備）

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

（看護職員の確保）

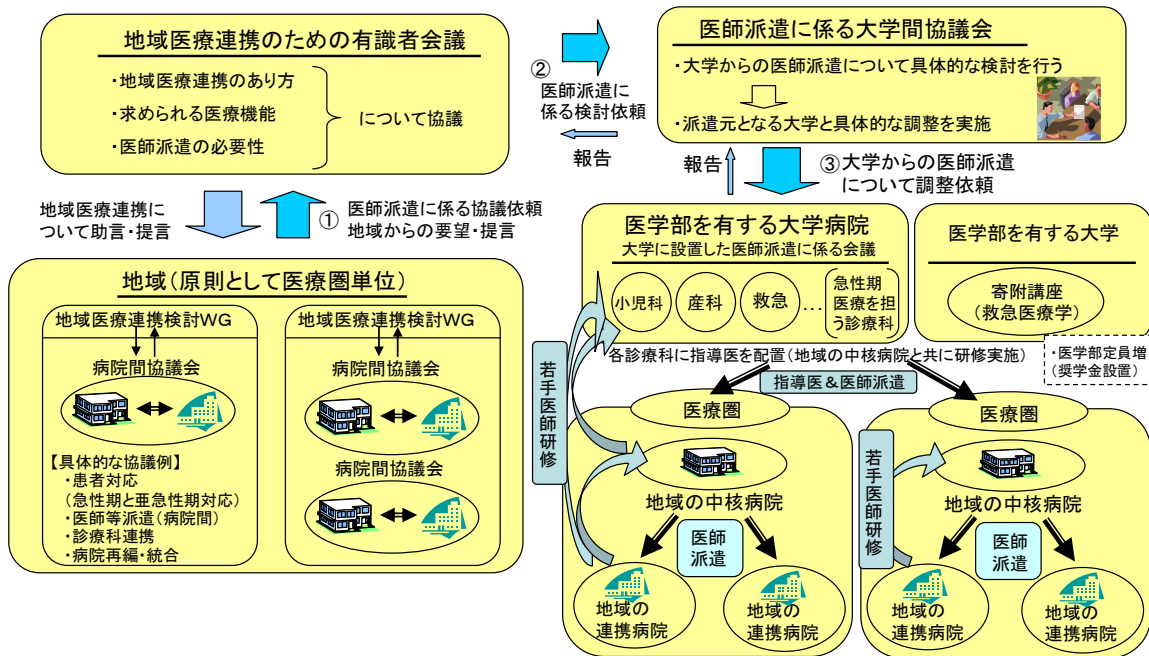
- 看護職員の再就業に必要な知識や技術の習得を図る看護職カムバック研修を実施するとともに、新人看護職員研修の実施促進や研修体制が整わない中小病院に出張研修

¹ 地域医療再生計画：地域医療の確保、地域の医師確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県が策定する計画であり、国からの交付金を財源として都道府県に設置された基金により各種事業を実施する。本県では平成 21 年（2009 年）12 月に、「①医師育成・派遣体制の構築」「②入院・外来救急医療の機能分担による再構築」「③周産期（小児救急含む）医療体制の再構築」を主要項目とする地域医療再生計画を策定した。

² 地域医療連携のための有識者会議：平成 19 年（2007 年）12 月の「公立病院改革ガイドライン」に基づく各公立病院の改革プラン策定を支援し、医療機能の分担・連携の観点から地域医療の確保を図ることを目的とし、県が平成 20 年（2008 年）3 月に「公立病院等地域医療連携のための有識者会議」として設置。構成員は、医学部を有する大学病院の病院長や医師会を始め医療関係団体の長等。平成 22 年（2010 年）4 月からは、地域医療再生計画に基づく会議として、名称も「地域医療連携のための有識者会議」に変更した。

を行うなど、院内教育体制を支援することにより看護職員の早期離職の防止及び定着促進を図ります。

◆ 地域医療再生のための「愛知方式」医師育成・派遣体制の構築 （図 61）



2. 救急医療体制の整備

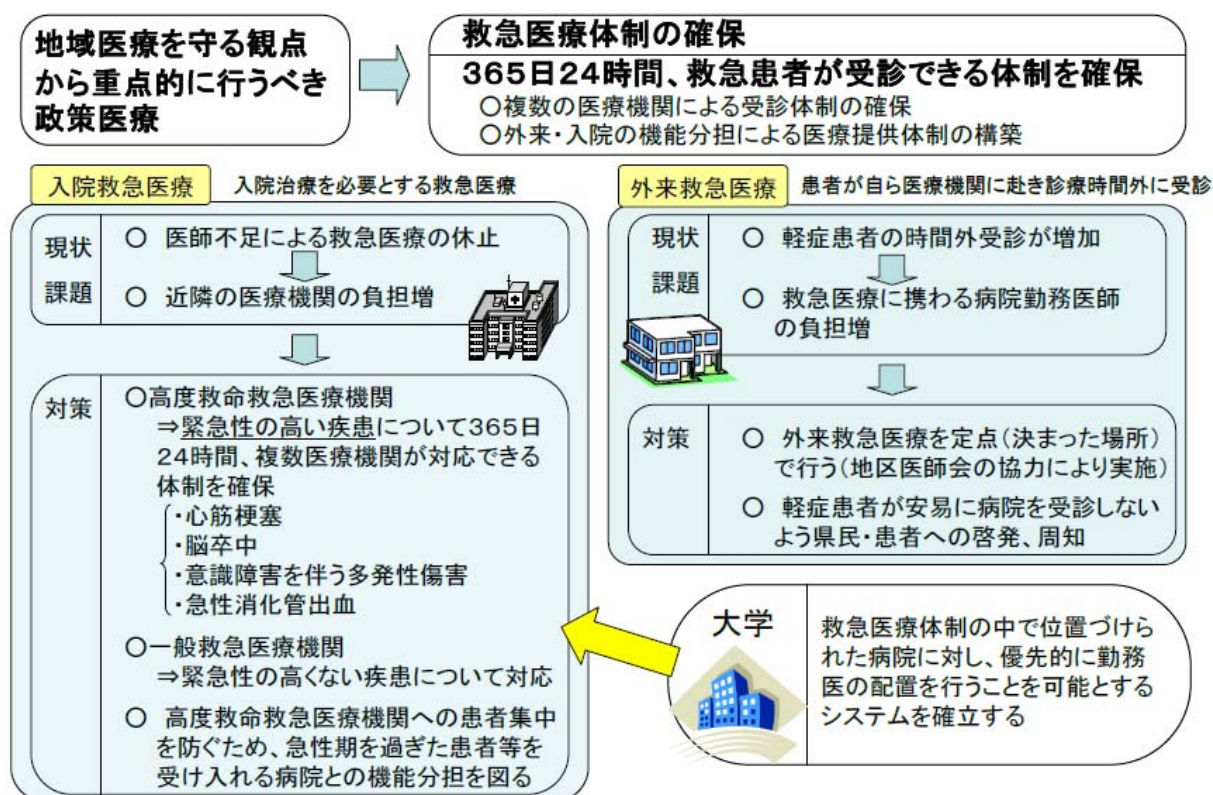
<課題と方向性>

【救急医療体制の確保】

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

救急医療は住民の生命に直結しており、地域において安心して生活を送るためには、救急医療体制の確保が最大の課題と考えられます。県では「地域医療のための有識者会議」（P135 参照）において、特に救急医療体制確保の観点から検討を行ってきました。同会議からは、入院救急医療と外来救急医療を中心に救急医療体制確保のための提言がなされており（図62）、それに沿った取組が求められています。

◆ 救急医療体制整備の考え方 （図62）



【入院救急医療の推進】

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

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

【病病連携の推進及び早期リハビリの充実】

緊急性の高い疾患に対応すべき病院に、緊急（急性期）対応を終えた患者が留まることにより、新たな患者の受入れが困難になっており、そうした患者を受け入れる病床の確保のため、更なる病院間の連携を進める必要があります。

また、救急患者の社会復帰を促進するためには、入院早期からのリハビリを実施できる体制を整備する必要があります。

【外来救急医療機能の充実】

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

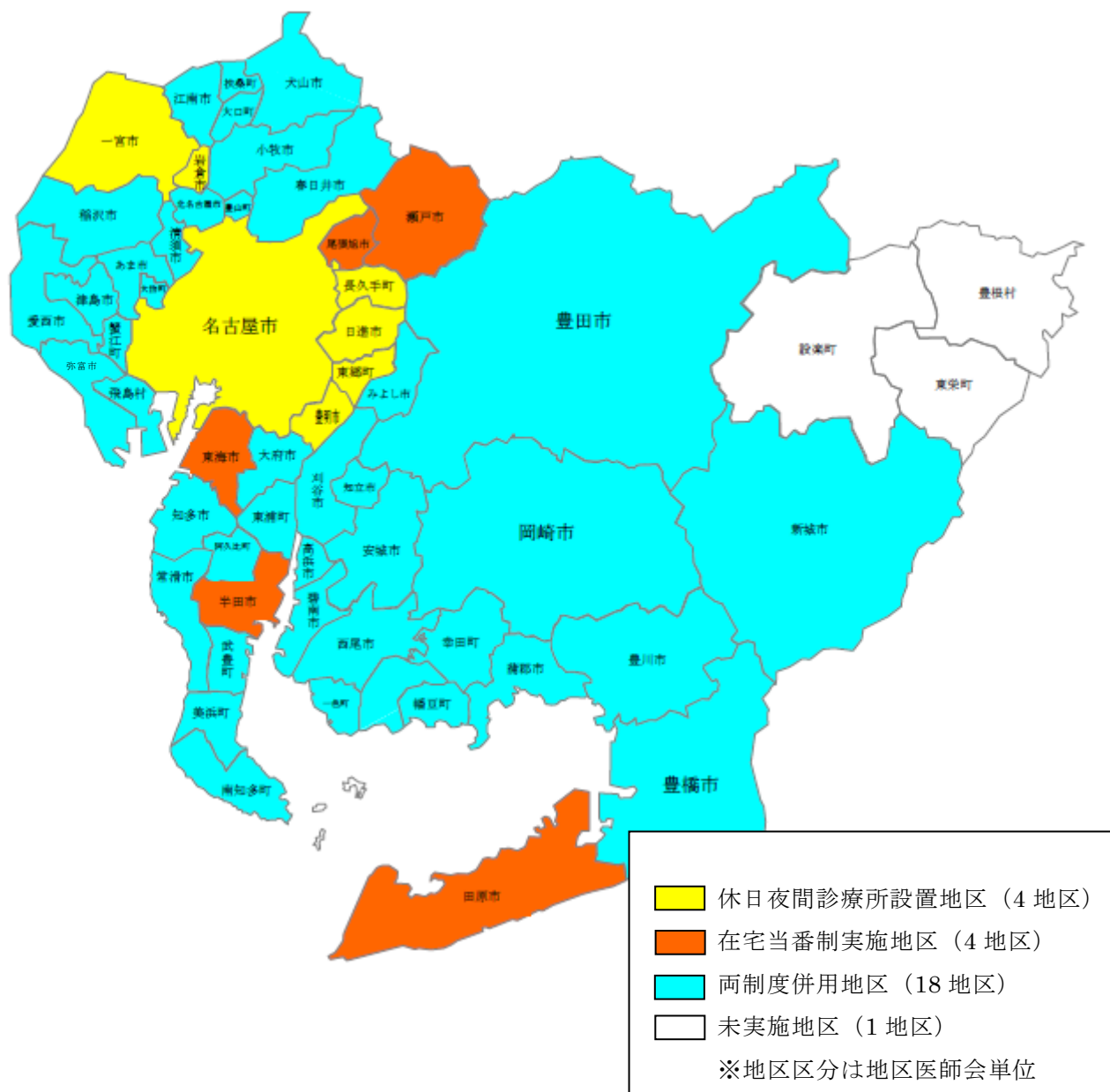
地区医師会においては、従来から在宅当番医制（診療所が交替で時間外診療を実施）または休日夜間診療所において外来救急に対応していますが、患者の受診しやすさを考慮すると、休日夜間診療所による診療及び、病院の時間外外来において地域の開業医が協力して診察を行うなどの定点化（決まった場所での診療）が望ましいと考えられます。

平成 22 年（2010 年）9 月時点では県内 27 地区（地区医師会単位）のうち休日夜間診療所での対応が 22 地区（在宅当番医制との併用地区含む）となっており（図 63）、今後、定点化のさらなる推進による外来救急医療機能の充実が求められています。

【プライマリ・ケアの推進】

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

◆ 第1次救急医療体制図（平成22年（2010年）9月1日）（図63）



＜県の主要な取組＞

（入院救急医療）

- 入院救急医療については、地域医療再生計画に基づき、地域（原則医療圏）ごとに緊急性の高い疾患に365日24時間対応可能な医療機関を複数設置できる体制を確保するため、現在1か所のみの地域においては整備を促進するとともに、複数確保されている地域にあっては、その維持を図ります。

（外来救急医療）

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

(搬送・受入体制)

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

(山間へき地・離島)

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

3. 安心して出産・子育てができる医療体制の確保・充実

<課題と方向性>

【産科医及び分娩実施医療機関の不足】

医師の中でも特に産科医の不足は深刻で、医師不足のため診療制限している診療科では産婦人科が最も割合が高くなっており（表 12）、分娩を実施する医療機関数も減少しています（平成 19 年度（2007 年度）169 か所 ⇒ 平成 22 年度（2010 年度）156 か所）。このため、地域で安心して子どもを生み育てることができるよう周産期医療体制の確保、充実を図る必要があります。

【ハイリスク管理専用病床の必要性】

10 年前と比較して、出生数に占める低体重児の割合が増えており（表 13、図 40）、高齢出産の増加などがその原因の一つとされています。ハイリスク出産の危険度の高い妊産婦や低体重児は MFICU（母体・胎児集中治療管理室）や NICU（新生児集中治療管理室）などの専用病床においてハイリスク管理をする必要があります。このため、地域医療再生計画に基づく取組として、総合・地域周産期母子医療センターの MFICU や NICU などの専用病床を増加させるとともに、NICU の長期滞在児の後方支援病床となる重症心身障害児施設の整備を図ることが必要です。

【救急医療と周産期医療の連携の強化】

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

【小児救急病床の不足】

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

◆ 愛知県内で医師不足のため診療制限している病院（上位 3 科）（表 12）

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

注）診療制限している病院数／当該診療科を標榜する病院総数

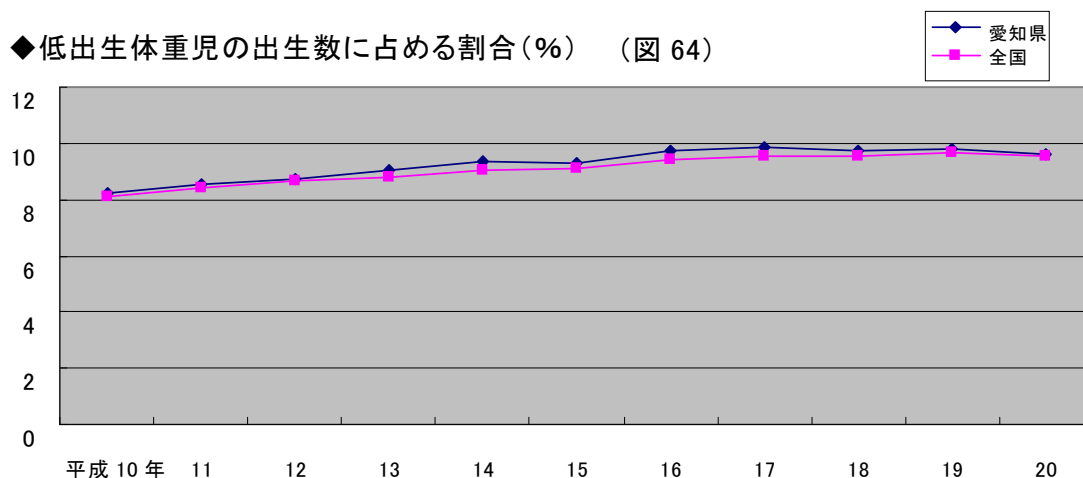
資料 平成22年 愛知県健康福祉部調査による

◆ 出生数、低体重児数及びその割合（表 13）

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

資料 「人口動態統計」（厚生労働省）

◆ 低出生体重児の出生数に占める割合（％）（図 64）



<県の主要な取組>

（周産期医療体制の整備）

- 地域医療再生計画及び「周産期医療体制整備計画」（平成 23 年（2011 年）3 月策定）に基づき、ハイリスク分娩に対応するため、MFICU を備えた総合周産期母子医療センターについて、名古屋・尾張地区及び東三河地区における整備を推進します。

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

- 分娩数の多い尾張地区及び分娩に対応できる施設の少ない三河地区において、それぞれ地域の中核病院 1 か所に助産師を活用したバースセンターの整備を図ります。
- 東三河北部医療圏には分娩を取り扱う医療機関がなく、東三河南部医療圏においても産科医の絶対数が不足しているため、東三河地区の産科医確保に向けた調整を行うとともに、限られた産科の医療資源を有効に活用するため、豊橋市民病院内に設置した病診連携室において、各医療機関における分娩受入可能数を把握し、分娩希望者や医療機関への情報提供を行う取組を支援します。

○ 小児救急に対応するため、PICU の整備（1 か所以上）を促進します。

The diagram illustrates the Aichi Prefecture Emergency Medical Information System, showing the flow of patients from residents to various medical facilities based on the severity of their condition.

住民 (Residents) are at the top, with arrows indicating **緊急要請 (Emergency Request)** and **必要時の案内確認 (Confirmation of guidance when necessary)**.

The system is organized into three main levels of care:

- 通常 (Normal):**
 - 正常分娩等軽度な場合 (Normal delivery, etc., mild cases):** Patients are directed to **地域周産期医療施設 (Regional perinatal medical facilities)**, which include:
 - 診療所 産婦人科 小児科 助産所 (Clinic, Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, Midwife)
 - 病院 産婦人科 小児科 助産所 (Hospital, Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, Midwife)
- ハイリスク (High Risk):**
 - ハイリスク (High risk):** Patients are directed to the **周産期医療システム (Perinatal medical system)**, which includes:
 - 名古屋 尾張中部医療圏 (Nagoya, Tokai Chubu Medical Area):** 名古屋尾張中部医療圏 (Nagoya Tokai Chubu Medical Area), 名古屋尾張中部医療圏 (Nagoya Tokai Chubu Medical Area), 名古屋尾張中部医療圏 (Nagoya Tokai Chubu Medical Area).
 - 海部医療圏 (Kai Medical Area):** 海部医療圏 (Kai Medical Area).
 - 尾張東部医療圏 (Toai Medical Area):** 尾張東部医療圏 (Toai Medical Area).
 - 尾張西部医療圏 (Toai Sai Medical Area):** 尾張西部医療圏 (Toai Sai Medical Area).
 - 尾張北部医療圏 (Toai Hoku Medical Area):** 尾張北部医療圏 (Toai Hoku Medical Area).
 - 小牧市民病院 (Komaki City Hospital):** 小牧市民病院 (Komaki City Hospital).
 - 厚生連江南厚生病院 (Ikoma Hospital):** 厚生連江南厚生病院 (Ikoma Hospital).
 - 知多半島医療圏 (Tomikawa Medical Area):** 知多半島医療圏 (Tomikawa Medical Area).
 - 西三河北部医療圏 (Saiwa Hoku Medical Area):** 西三河北部医療圏 (Saiwa Hoku Medical Area).
 - 西三河南部医療圏 (Saiwa Nanbu Medical Area):** 西三河南部医療圏 (Saiwa Nanbu Medical Area).
 - 東三河北部医療圏 (Toai Hoku Medical Area):** 東三河北部医療圏 (Toai Hoku Medical Area).
 - 東三河南部医療圏 (Toai Nanbu Medical Area):** 東三河南部医療圏 (Toai Nanbu Medical Area).
 - 市立半田病院 (Shirayama Hospital):** 市立半田病院 (Shirayama Hospital).
 - トヨタ記念病院 (Toyota Memorial Hospital):** トヨタ記念病院 (Toyota Memorial Hospital).
 - 岡崎市民病院 (Okazaki City Hospital):** 岡崎市民病院 (Okazaki City Hospital).
 - 豊橋市民病院 (Toyohashi City Hospital):** 豊橋市民病院 (Toyohashi City Hospital).
- 最重篤 (Most Critical):**
 - 最重篤な場合 (Most critical cases):** Patients are directed to the **総合周産期母子医療センター、4大学病院 (Comprehensive perinatal mother and child medical center, 4 university hospitals)**, which includes:
 - 総合周産期母子医療センター (Comprehensive perinatal mother and child medical center):** 総合周産期母子医療センター (Comprehensive perinatal mother and child medical center).
 - 4大学病院 (4 University Hospitals):** 4大学病院 (4 University Hospitals).

The diagram also shows the flow of patients between these levels and facilities, including **連絡・搬送 (Contact and transport)** and **在宅移行支援 (Home transfer support)**.