

4. がん医療体制の充実

＜課題と方向性＞

【がんによる死亡】

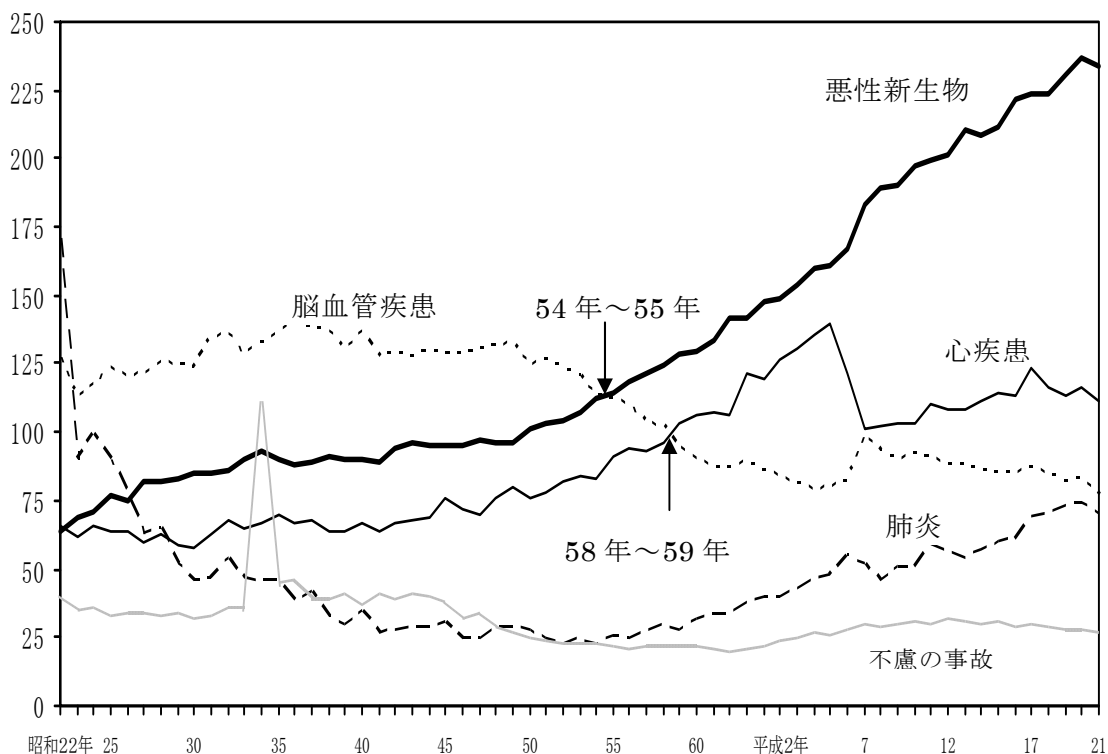
本県の悪性新生物（がん）による死亡者数は毎年増加しており、平成 21 年（2009 年）では総死亡者数の約 30%（16,888 人）を占め、昭和 55 年（1980 年）以降、死亡原因の 1 位となっています。このため、がんの予防はもとより、その治療体制の充実、今後ますます重要になります。

◆ 死因別死亡者数の状況〔平成 21 年（2009 年）〕（表 14）

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

◆ 愛知県の主要死因別死亡率の年次推移〔平成 21 年（2009 年）〕（図 66）

死亡率(人口10万対)



資料 「平成 21 年 人口動態統計」（厚生労働省）

【地域におけるがん医療】

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

【先進医療の推進】

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

【緩和ケアの充実】

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

【相談支援体制の充実】

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

＜県の主要な取組＞

（地域におけるがん医療）

- 都道府県がん診療連携拠点病院である愛知県がんセンター中央病院においては、がんセンター研究所と連携を図りながら先進的ながん研究を進めるとともに、高度ながん医療を提供します。また、都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院は地域のその他の医療機関の医療従事者への研修を実施してがんの専門的医療従事者の育成を推進します。
- 地域におけるがん診療の連携を推進し、質の高いがん医療がどこでも受けられるよう、地域のがん診療の拠点となる病院として、厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院に加え、本県独自に指定するがん診療拠点病院の整備を進めます。

（先進医療の推進）

- 東海 3 県では初めてとなる粒子線を利用した最先端のがん治療を提供する施設（粒

子線治療施設) に対する支援を進めます。

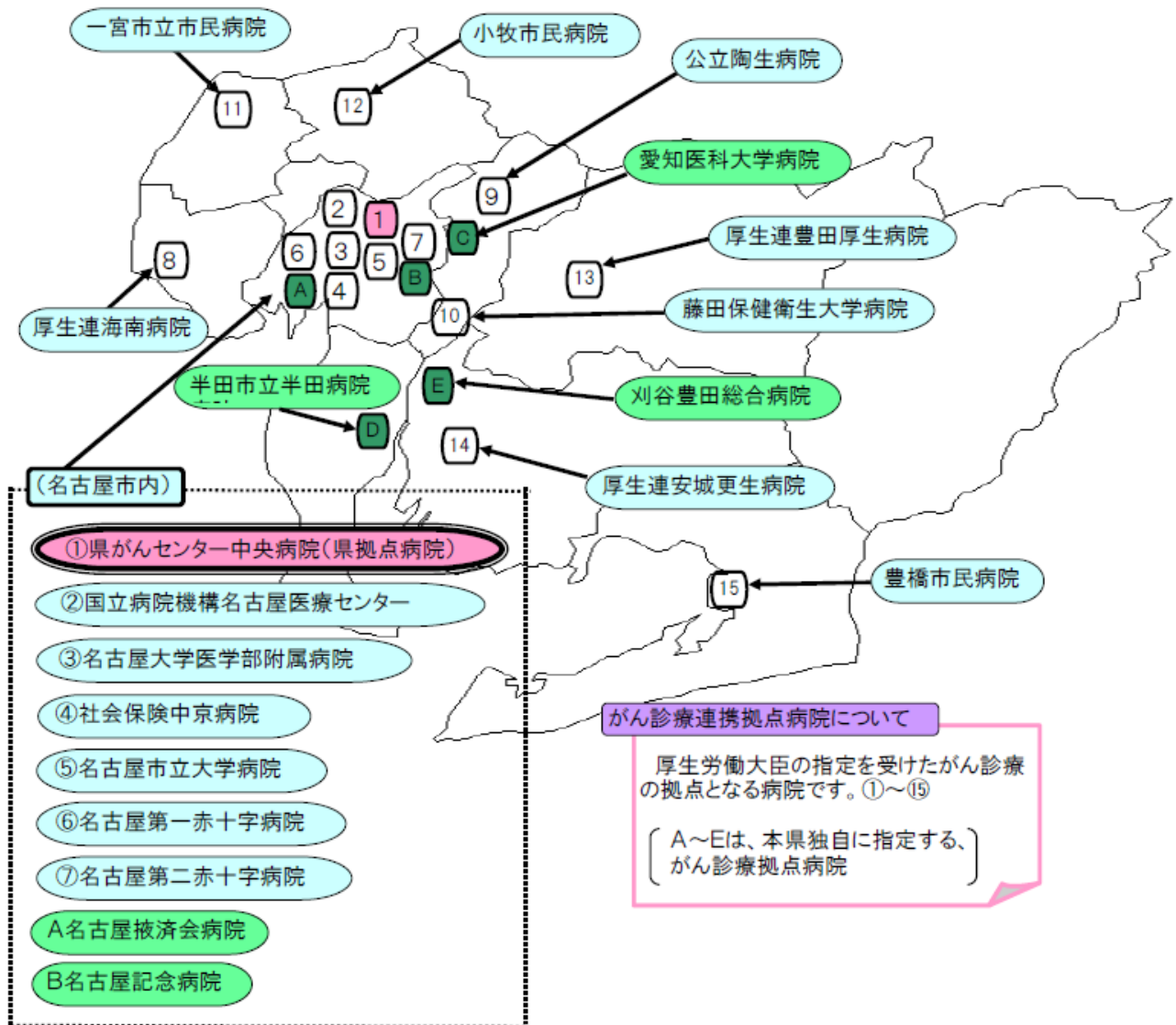
(緩和ケアの充実)

○ 地域ごとに緩和ケア病棟の整備を促進するとともに、地域連携クリティカルパスの導入によりがん拠点病院と地域の医療機関の連携を進め、在宅医療を中心とした緩和ケア提供体制の構築を推進します。

(相談支援体制の充実)

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

◆ がん診療連携拠点病院の所在地 (図 67)



5. 在宅医療の推進

<課題と方向性>

【在宅医療の重要性】

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

【病診連携等の推進】

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

【他分野との連携の必要性】

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

【終末期医療について】

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

【在宅医療システムの構築】

在宅医療については一部地域において先進的な取組が実施されているものの、他の

地域にまで拡大して実施されていないのが現状です。これを拡大していくためには、地域の実情（都市部、都市近郊、過疎地）に応じ、かつ持続可能なシステムを構築していく必要があります。

【難病患者地域ケアの推進】

医療技術は進展しているものの、依然として原因不明で治療方法未確立の難病は数多くあり、医療費などの経済的不安や専門病院での受入れ、就労、在宅での介護など療養上の不安や悩みを抱える難病患者も多いことから、総合的な相談・支援体制の充実や在宅療養上の適切な支援を行い、安定した療養生活の確保と難病患者やその家族の生活の質(QOL)の向上を図る取組が求められています。

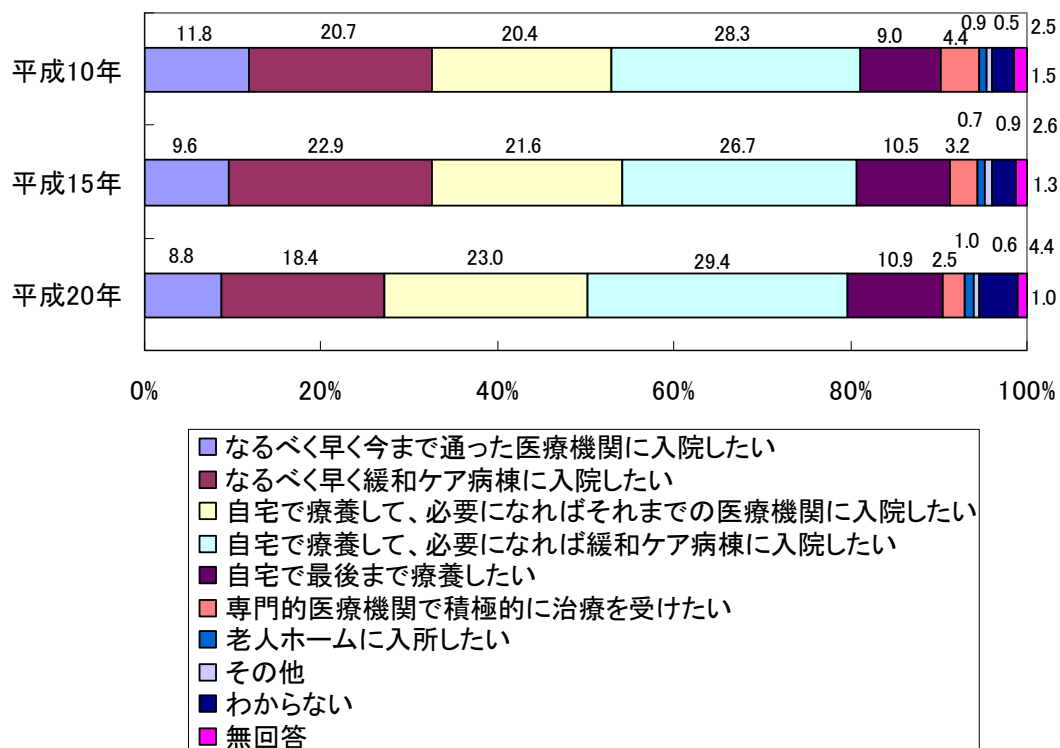
【医療制度の適切な実施】

我が国の医療制度は、全ての国民が公的な医療保険制度に加入し、誰もが安心して医療を受けられる国民皆保険制度を採用しています。医療保険制度のうち、市町村が保険者となっている国民健康保険（自営業の方や退職された方などを対象）や、都道府県単位の広域連合が運営する後期高齢者医療制度（75 歳以上の方などを対象）が円滑に運営されるよう、県は財政的な支援等を引き続き行っていく必要があります。

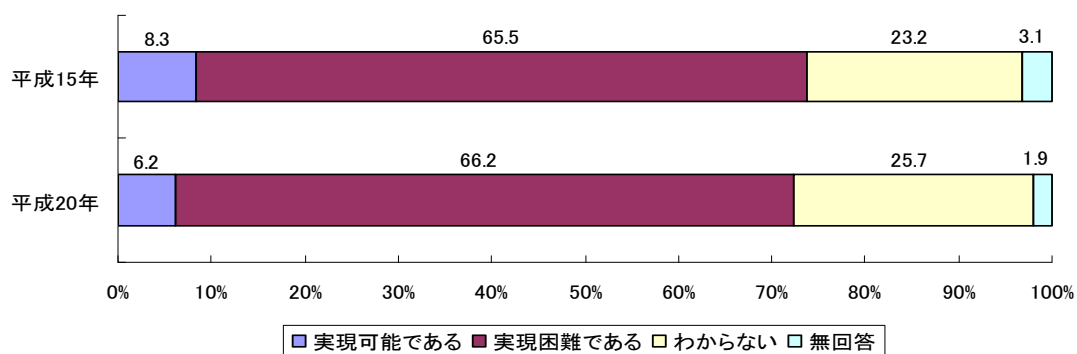
また、高齢者を始め子ども、母子・父子家庭、障害のある方が安心して医療を受けられるよう、市町村とともに医療保険における自己負担相当額を助成するなど、福祉の観点から一定のセーフティネットの役割を担うことが求められています。

◆ 終末期における療養の場所 （図 68）

（自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6 か月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合の療養の場所について）

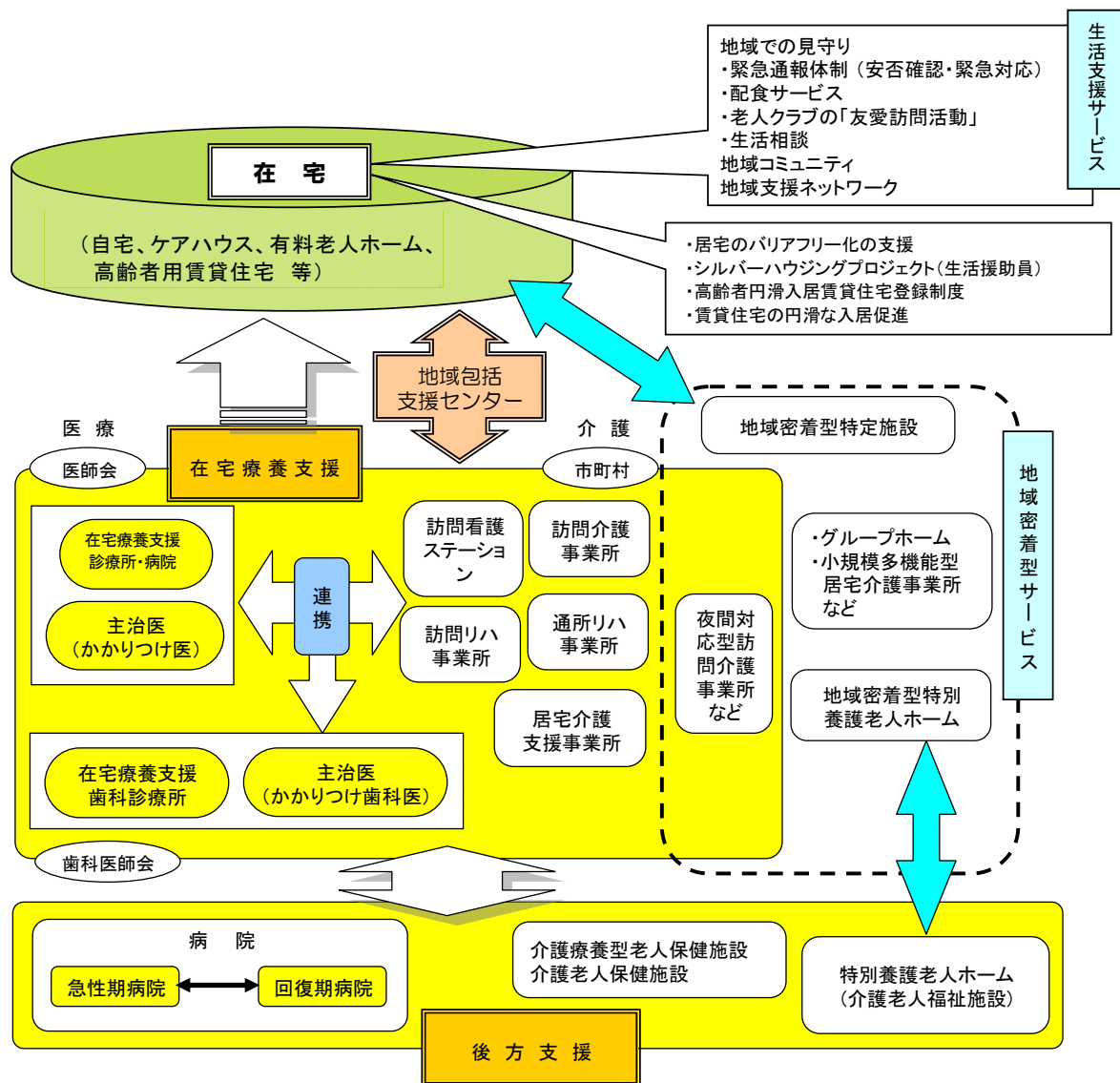


（（上記において）自宅で最期まで療養することは実現可能か）



資料 「終末期医療に関する調査（平成 20 年 3 月）」（厚生労働省）

◆ 在宅医療(地域ケア)のイメージ(図 69)



(参 考)

【在宅療養支援診療所】

在宅で療養をしている患者に対し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している診療所のこと、平成18年度(2006年度)の診療報酬改定で新設された。

489か所(H20(2008).9.1現在) → 559か所(H22(2010).9.1現在)

資料 「第4期愛知県高齢者保健福祉計画」(愛知県健康福祉部)

＜県の主要な取組＞

（在宅医療システムの構築）

- 保健・医療・福祉の連携による、終末期医療までも視野に入れた在宅医療・在宅ケアの推進体制の確立に向け、かかりつけ医、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどを中心とし、地域の実情（都市部、都市近郊、過疎地）に応じた在宅医療のモデルを構築し、その普及・啓発に努めます。
- 地域医療支援病院については、要件に適合する病院からの申請に基づき、各医療圏域に1か所以上を目標に順次承認し、整備を進めます。
- 大府市にある独立行政法人国立長寿医療研究センターは、長寿医療を扱うナショナルセンターとして長寿社会の到来に向けた先進的な調査研究を実施していることから、在宅医療システムの構築に向け独立行政法人国立長寿医療研究センターとの連携を強化します。

（難病患者の地域ケア推進）

- 難病患者が在宅で快適な療養生活を送るため、保健所を核とした専門病院・地区医師会・市町村・福祉関係団体を含めた総合的な難病患者地域ケアシステムの構築を図り、保健・医療・福祉の連携を一層強化します。

- 適時に適切な入院施設の確保が行えるよう、地域の医療機関の連携による難病医療ネットワークを推進します。

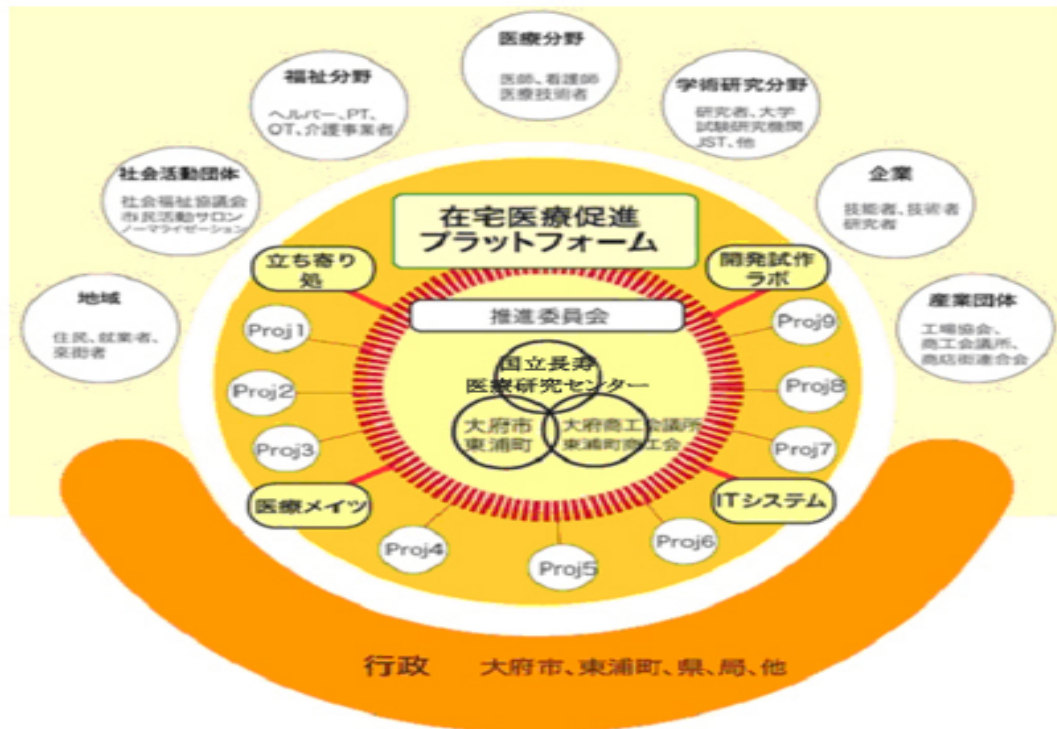
（医療制度の適切な実施）

- 国民健康保険が円滑に運営されるよう、財政的支援を行うとともに、事業運営や財政運営の広域化の取組について支援していきます。
- 後期高齢者医療制度が円滑に運営されるよう、財政的支援等を継続するとともに、現在国において検討されている新たな高齢者医療制度がよりよいものとなるよう必要に応じ国に対して意見を述べていきます。
- 子ども、母子・父子家庭、障害のある方、寝たきり・認知症の高齢者が必要な医療を安心して受けられるよう福祉医療制度を実施していきます。

☆コラム⑩「長寿医療の先進地を目指す地域医療ネットワーク構築事業」☆

「国立長寿医療センターを中核にした地域活性化委員会」が平成 20、21 年度（2008～2009 年度）の国委託事業として実施したもので、「高齢者が長生きを喜べる社会」に向けて、地域市町村を中心とするサポート体制のもと、高齢者の在宅医療、生活支援、社会参加支援を目的とする様々な活動が実施されました。

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



☆コラム⑪ 高齢者医療制度☆

昭和 48 年（1973 年）に老人医療費（70 歳～）が無料化されましたが、その後老人医療費が急増し、国民健康保険の財政運営が厳しくなり、医療施設のサロン化や社会的入院といった弊害も指摘されていたことから、昭和 58 年（1983 年）に老人保健制度ができました。老人保健制度は、外来 1 月 400 円、入院 1 日 300 円（当時）の患者負担を導入し、保険者（国民健康保険や被用者保険）からの拠出金と公費で運営するものでした。その後もさらに高齢化が進み、若い世代の老人保健制度への支払いが増えていく中で、この仕組みでは「高齢者と若い世代がどれくらいの割合で費用を負担するのか明確ではない」などの声が高まり、平成 20 年（2008 年）4 月に後期高齢者医療制度がスタートしました。この制度は、税金 5 割、若い世代の保険料 4 割、高齢者の保険料 1 割で運営する仕組みとなっています。

この制度は 75 歳以上の高齢者医療を国保、被用者保険から分離区分した独立型としたことなど、導入当初には様々な批判がなされ、政権交代の結果、現在、国において、後期高齢者医療制度を廃止し、新たな制度に移行することが検討されています。新たな制度については、高齢者医療制度改革会議において、平成 22 年（2010 年）12 月 20 日に「被用者である高齢者や被扶養者は被用者保険に、それ以外の方は国保に加入する。国保については都道府県単位の財政運営とする。」といった内容の最終とりまとめが示されましたが、これに対して、現行制度の単なる看板の掛け替えにすぎない、市町村国保の構造的な課題・財源論に真正面から取り組んでいないなど様々な意見があり、今後の制度移行は不透明なものとなっています。

愛知県では、新しい制度がより良い制度となるよう、国に対して意見を述べるとともに、現行の後期高齢者医療制度が安定的に運営されるよう、総額 575 億円余の予算措置（平成 22 年度当初予算）や制度の運営主体である広域連合に対する助言・指導を行っています。

☆コラム⑫ 愛知県国民健康保険広域化等支援方針☆

市町村国民健康保険は、他の健康保険（被用者保険）に比べて被保険者の年齢構成が高く、保険料を支える被保険者の所得は低くなっています。また、被保険者側から見れば、保険給付は全国共通であるにもかかわらず、保険料（税）は市町村間の格差があり不公平感があると考えられます。

愛知県は全国的にみると、被保険者一人当たりの医療費は低いほうであるにもかかわらず、保険料（税）や法定外繰入金は高くなっています。これは愛知県の世帯単位の所得が全国に比べ高いため、国からの財政調整交付金が他府県より大幅に少ないためと考えられます。

今後高齢化の進展により医療費は増加する見込みですが、保険料（税）の引上げには限度があることから、国民健康保険財政はさらに厳しくなると予測されます。このような状況のもとで、市町村国民健康保険を安定的に運営していくためには、保険者規模拡大による財政運営の安定や事務の共同実施による効率化等、国民健康保険の広域的な取組が有効と考えられます。このため、愛知県では平成 22 年 12 月に「愛知県国民健康保険広域化支援方針」を策定し、事業運営の広域化、財政運営の広域化に向けた取組を推進するとともに、市町村ごとの保険料（税）の収納率の差異を是正し、収納率の向上を図ることとしています。

なお、市町村の国民健康保険を安定的に運営するため、県では総額 418 億円近くの予算措置（平成 22 年度当初予算）をしています。

