
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、平時のみならず、大規模な災害や事故により負傷者等が同時に多数、発生したとき、命を守るために必要な医療が提供できるようDMATや災害拠点病院等を整備しておくことが重要です。

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ける医療と福祉が連携した在宅医療の提供体制の確保・充実や、難病患者の地域ケア、統合医療など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・災害医療体制の整備

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。また、東海・東南海地震等の災害時等に必要な医療の確保を図ります。

3 安心して出産・子育てができる医療体制の確保・充実

安心して子どもを産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 今後求められる医療の推進

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始めとした今後求められる医療を推進します。

1. 医療従事者の確保

< 課題と方向性 >

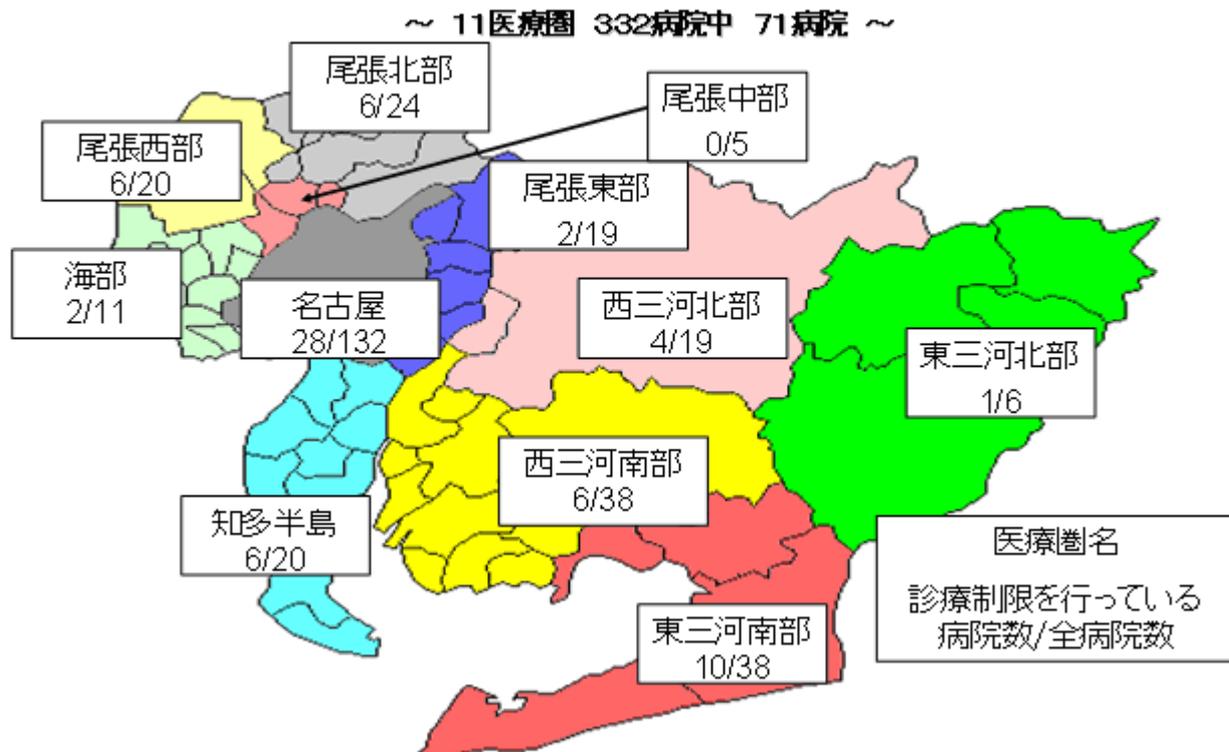
【医師不足】

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61)。

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61)



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するとともに、**大学医学部の更なる定員増が図られるよう、国へ要請していきます。**

地域医療再生基金¹を活用し、地域の医療課題の解決や医療連携を進めるため、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」での協議や、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における助言・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の強化について検討するとともに、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62）。

(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)

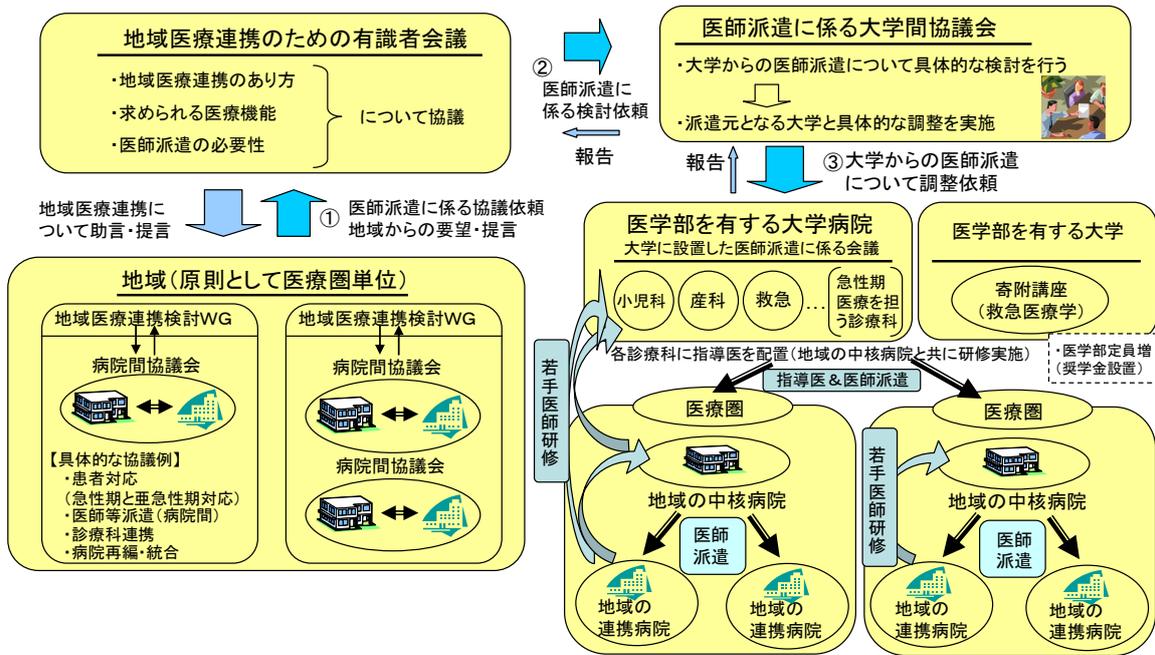
看護職員の再就業に必要な知識や技術の習得を図る看護職カムバック研修を実施す

1 地域医療再生基金・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、「医師育成・派遣体制の構築」「入院・外来救急医療の機能分担による再構築」「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。**また国の平成 22 年度補正予算により、地域医療再生基金が拡大される予定である。**

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。

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 62)



2. 救急医療・災害医療体制の整備

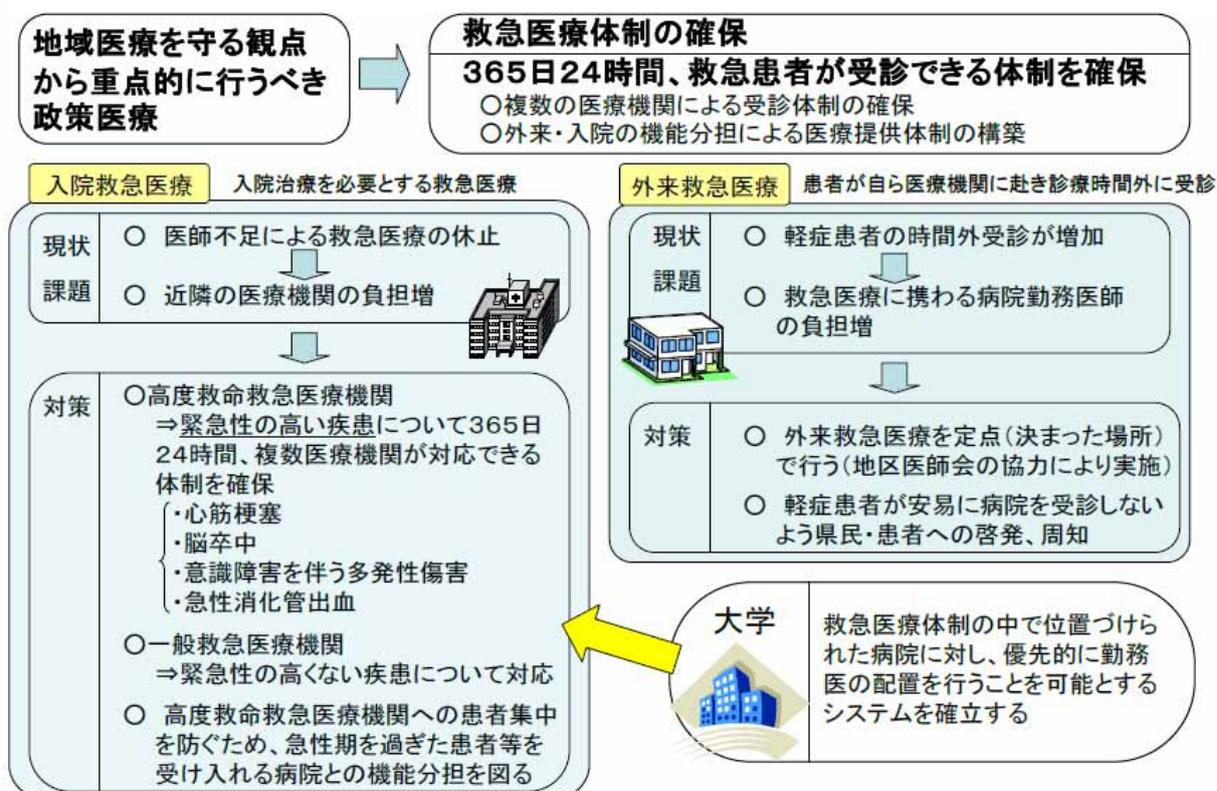
< 課題と方向性 >

【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 63）、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 63）



【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。

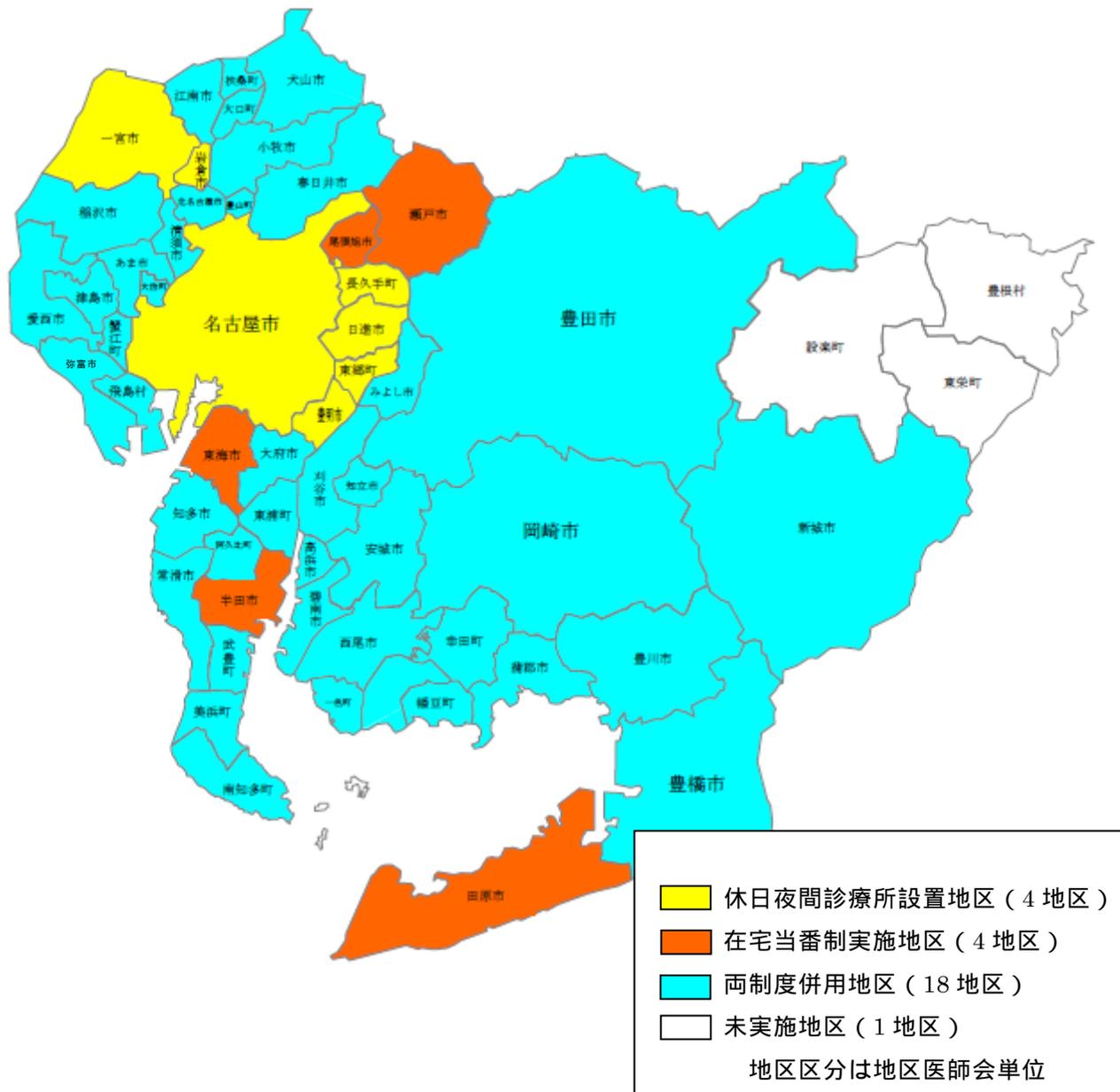
地区医師会においては、従来から在宅当番医制（診療所が交替で時間外診療を実施）または休日夜間診療所において外来救急に対応していますが、患者の受診しやすさを考慮すると、休日夜間診療所による診療及び、病院の時間外外来において地域の開業医が協力して診察を行うなどの定点化（決まった場所での診療）が望ましいと考えられます。

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 64）、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64）



【災害医療体制の確保】

災害時に命を守るためには、災害発生直後の救命処置、重篤患者への救急医療、広域搬送、これらを支える情報連絡体制の整備や医薬品等の確保が重要となります。

被災された方の命を守るため、重篤患者の治療に当たる役割を担うのが災害拠点病院であり、このほか地域の医療機関に医療資器材の貸出を行うなど、災害時医療の中核となります。

本県では、平成23年（2011年）4月1日現在で33か所の病院を災害拠点病院に指定していますが、今後、すべての施設の耐震化を図るなど、施設、設備の充実及び機能の強化を図る必要があります。

【DMATとトリアージ】

東海・東南海地震等の大規模災害では、非常に多くの負傷者が同時に発生することが予測されます。こうした場合に、限られた医療資源を有効に活用し、一人でも多くの命を救うためには、現場で治療の優先順位を定めた上で、適切な医療機関へ搬送することが重要となります。これをトリアージと言いますが、その中心的な役割を担うのがDMAT（ディーマット：Disaster Medical Assistance Team）です。DMATは、災害の急性期（概ね48時間以内）に活動するための、専門的な訓練を受けた災害派遣医療チームで、本県では37チームあり（平成23年（2011年）4月1日現在）、県はDMATを持つ18病院と派遣協定を結んでいます。

DMATは、トリアージのほか基幹病院での医療支援や被災地内外への患者搬送の支援などの役割を担います。DMATは、消防機関や災害対策本部等と連携して活動することから、その能力が現場で十分に発揮されるよう、関係機関との訓練を継続していくことが必要です。

【被災者の広域搬送】

大規模災害時には、災害拠点病院自体が被災したり、重篤患者が集中するおそれがあり、患者を県外の被災していない地域の医療機関へ搬送しなければならないケースの発生も想定されます。本県では、県営名古屋空港にSCU（エスシーユー：Staging Care Unit）と呼ばれる広域搬送拠点臨時医療施設を設置することとしており、ドクターヘリや救急車でここに運ばれてきた患者をDMATが応急救護等をした後、自衛隊機で県外へ搬送します。

SCUの現場では速やかな情報伝達や関係機関との連携、的確な判断が必要であり、平時の訓練により作業等に習熟しておくことが求められます。

【避難所等での医療救護】

大規模災害時には早期に医療救護のための組織を立ち上げ、負傷者や慢性疾患を抱えた被災住民等に対し迅速な活動が展開できるよう、マンパワーや資源の確保等を含めた初動体制を確立する必要があります。

本県では、愛知県医師会、愛知県歯科医師会、愛知県薬剤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、広域災害に対応するため、中部9県1市による災害応援に関する協定も締結しています。

さらに、大規模災害の発生時において不足し供給が困難となることが予測される医薬品や衛生材料については備蓄を行っており、医療用ガス、歯科用品についても関係団体と供給協定を締結しています。

< 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。また、必要に応じドクターカーの整備を図ります。

(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・アクセス道路の整備により救急搬送時間の短縮を図ります。なお、ドクターヘリの運用については近隣県との協力連携体制を構築するとともに、増設に関し検討を進めます。

(災害拠点病院等の耐震化等)

災害時に必要な医療を確保するため、災害拠点病院など医療施設等の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。

大規模地震の被害を少なくするため、病院等に対して防災マニュアルの作成を指導していきます。

災害拠点病院、2 次医療機関を始めとする医療機関、消防機関等の災害時における情報把握体制を整備するため、愛知県広域災害・救急医療情報システムを引き続き維持していきます。

(医療救護訓練等)

DMA T活動やSCUの運営について関係機関と連携した訓練を実施します。

県の総合防災訓練等において医療救護活動の体制を点検し、必要に応じて改善を図ります。

(関係機関との協定等)

関係団体との協定による災害時医療救護体制について、必要に応じて見直しを検討します。

医薬品、衛生材料、医療用ガス等の備蓄・供給体制について、必要に応じて見直しを検討します。

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 65）、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の整備を図ることが必要です。

【救急医療と周産期医療の連携の強化】

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

【小児救急病床の不足】

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

愛知県内で医師不足のため診療制限している病院（上位3科）（表12）

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

注）診療制限している病院数 / 当該診療科を標榜する病院総数

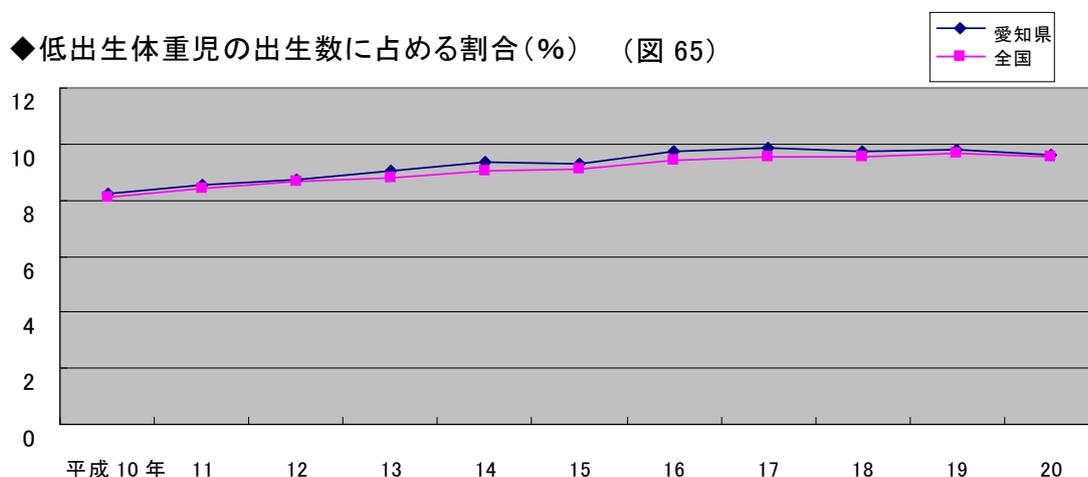
資料 平成22年 愛知県健康福祉部調査による

◆ 出生数、低体重児数及びその割合（表13）

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

資料 「人口動態統計」（厚生労働省）

◆ 低出生体重児の出生数に占める割合（%）（図65）



< 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

の整備を推進するとともに、NICU を退室した、病状が比較的安定している軽症の新生児を受け入れる GCU（回復治療室）及び NICU の長期滞在児に対応するための後方支援病床の整備を促進します。

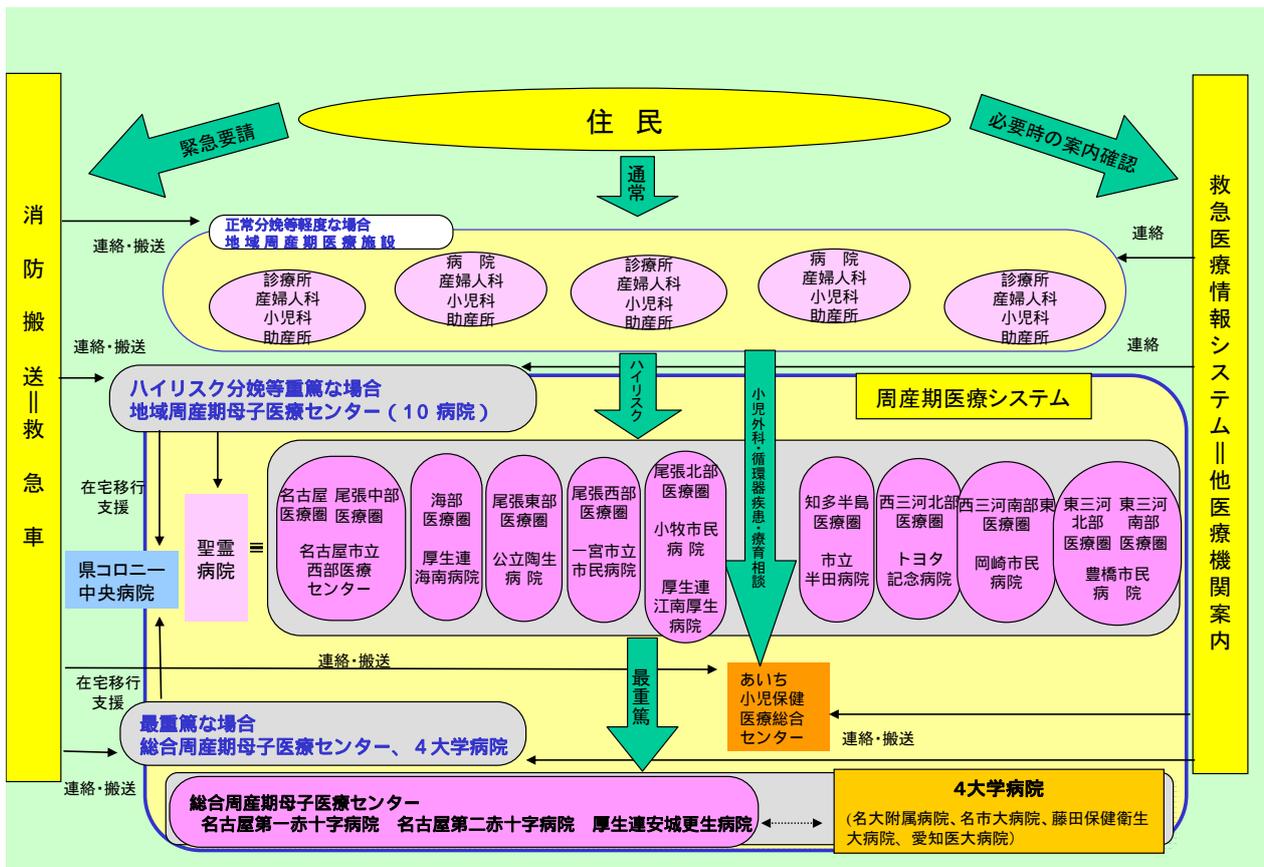
分娩数の多い尾張地区及び分娩に対応できる施設の少ない三河地区において、それぞれ地域の中核病院 1 か所に助産師を活用したバースセンターの整備を図ります。

東三河北部医療圏には分娩を取り扱う医療機関がなく、東三河南部医療圏においても産科医の絶対数が不足しているため、東三河地区の産科医確保に向けた調整を行うとともに、限られた産科の医療資源を有効に活用するため、豊橋市民病院内に設置した病診連携室において、各医療機関における分娩受入可能数を把握し、分娩希望者や医療機関への情報提供を行う取組を支援します。

（小児救急病床の整備）

小児救急に対応するため、PICU の整備（1 か所以上）を促進します。

愛知県周産期医療連携体系図（図 66）



4 . がん医療体制の充実

< 課題と方向性 >

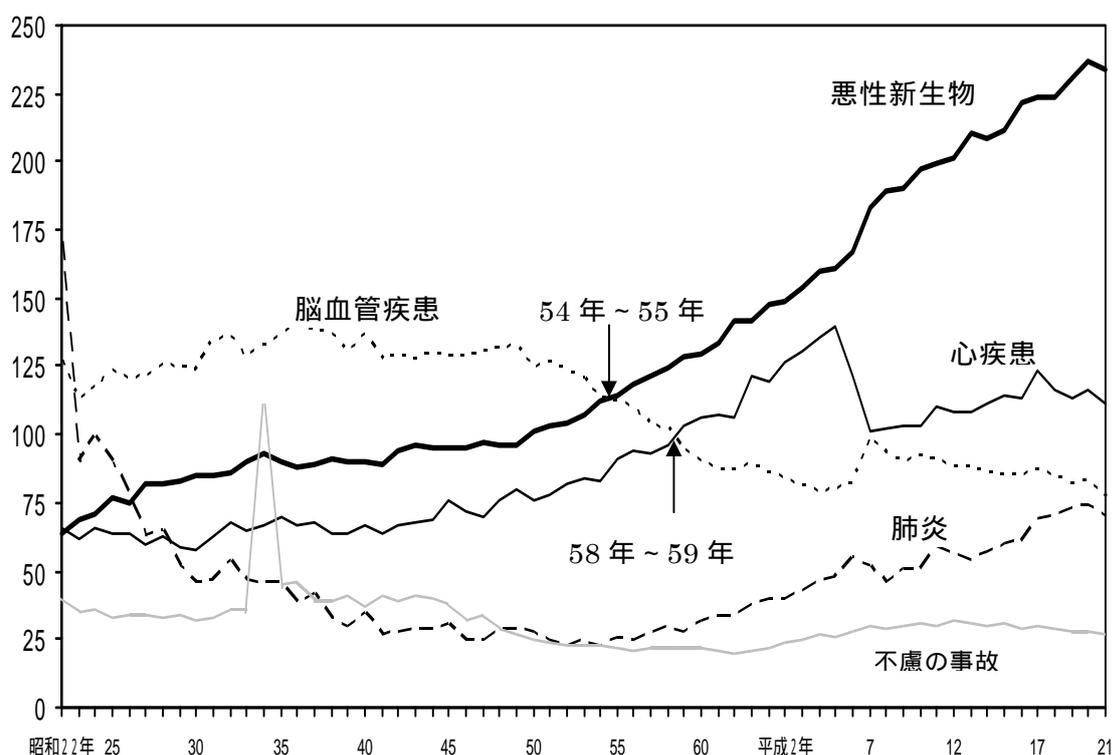
【がんによる死亡】

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 67）
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。

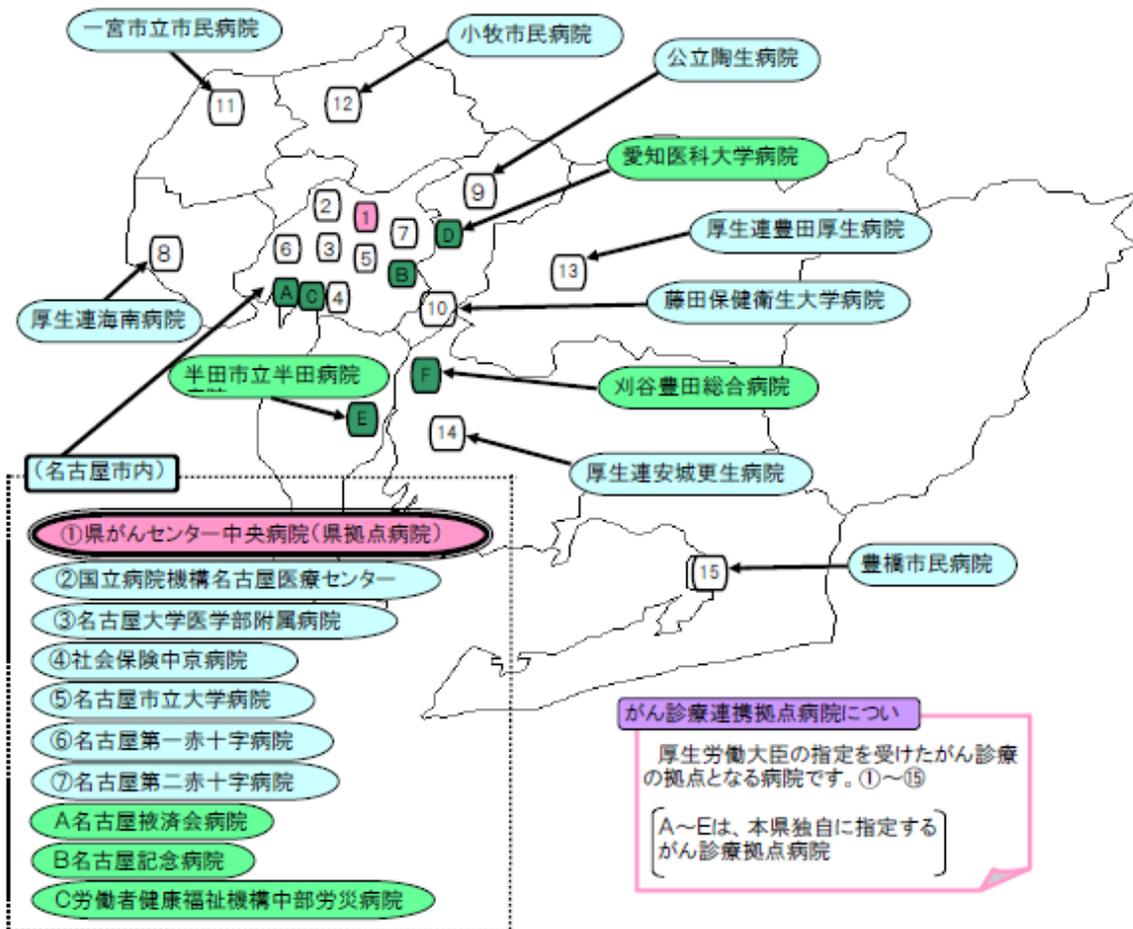
(緩和ケアの充実)

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 68)



5 . 今後求められる医療の推進

< 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。

【統合医療の推進】

医療には、近代西洋医学以外に伝統医学、自然療法等多くのものがあり、相補・代替医療と呼ばれるこれらのものを近代西洋医学に統合して、患者中心の医療を行う統合医療の推進が求められています。生活の質を高める統合医療は、漢方・鍼灸医療のように健康保険の対象となっているものもあれば、民間療法として行われているものもあり多種多様であり、こうした統合医療の推進について国において検討されています。

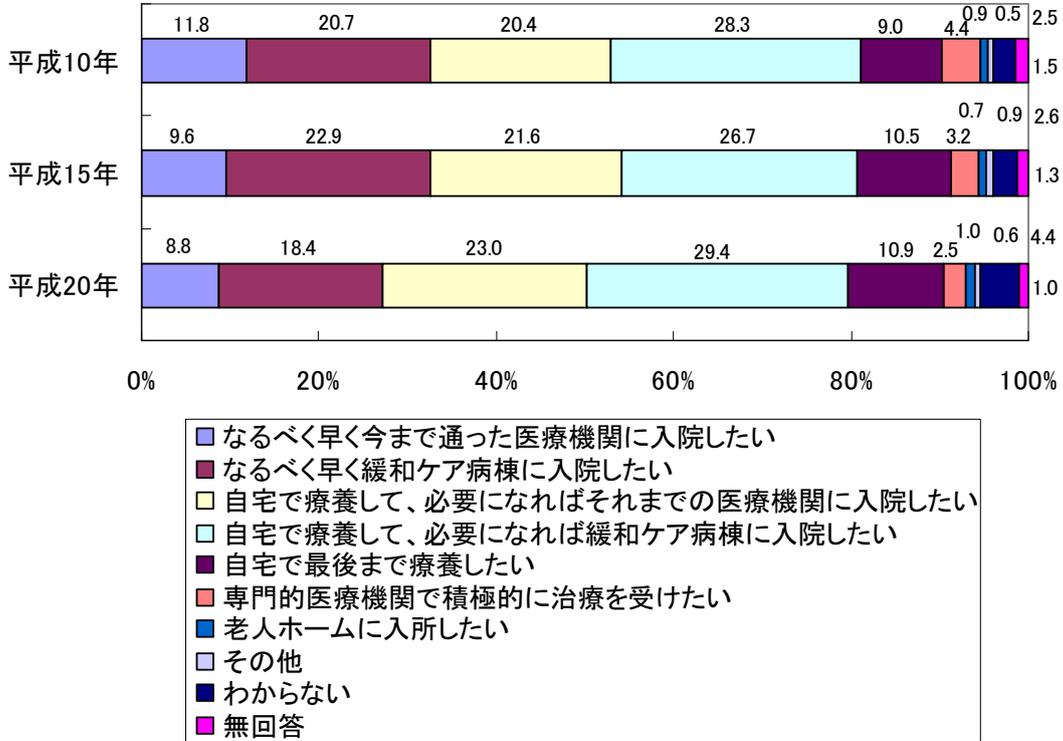
【医療制度の適切な実施】

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。

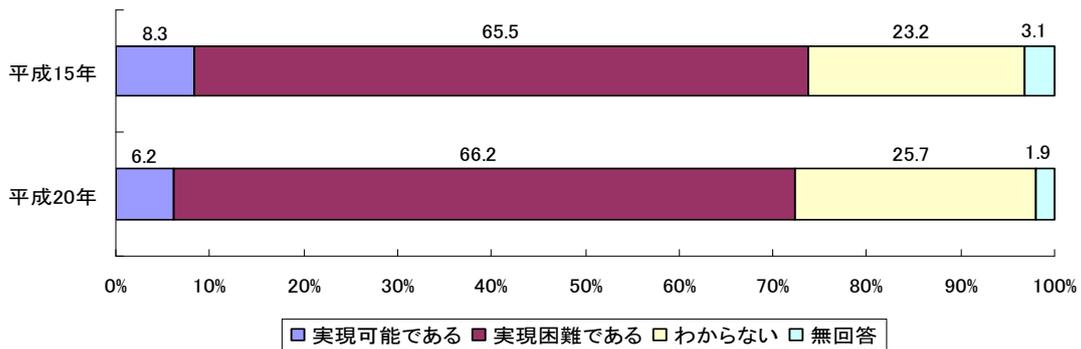
また、高齢者を始め子ども、母子・父子家庭、障害のある方が安心して医療を受けられるよう、市町村とともに医療保険における自己負担相当額を助成するなど、福祉の観点から一定のセーフティネットの役割を担うことが求められています。

終末期における療養の場所 (図 69)

〔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〕

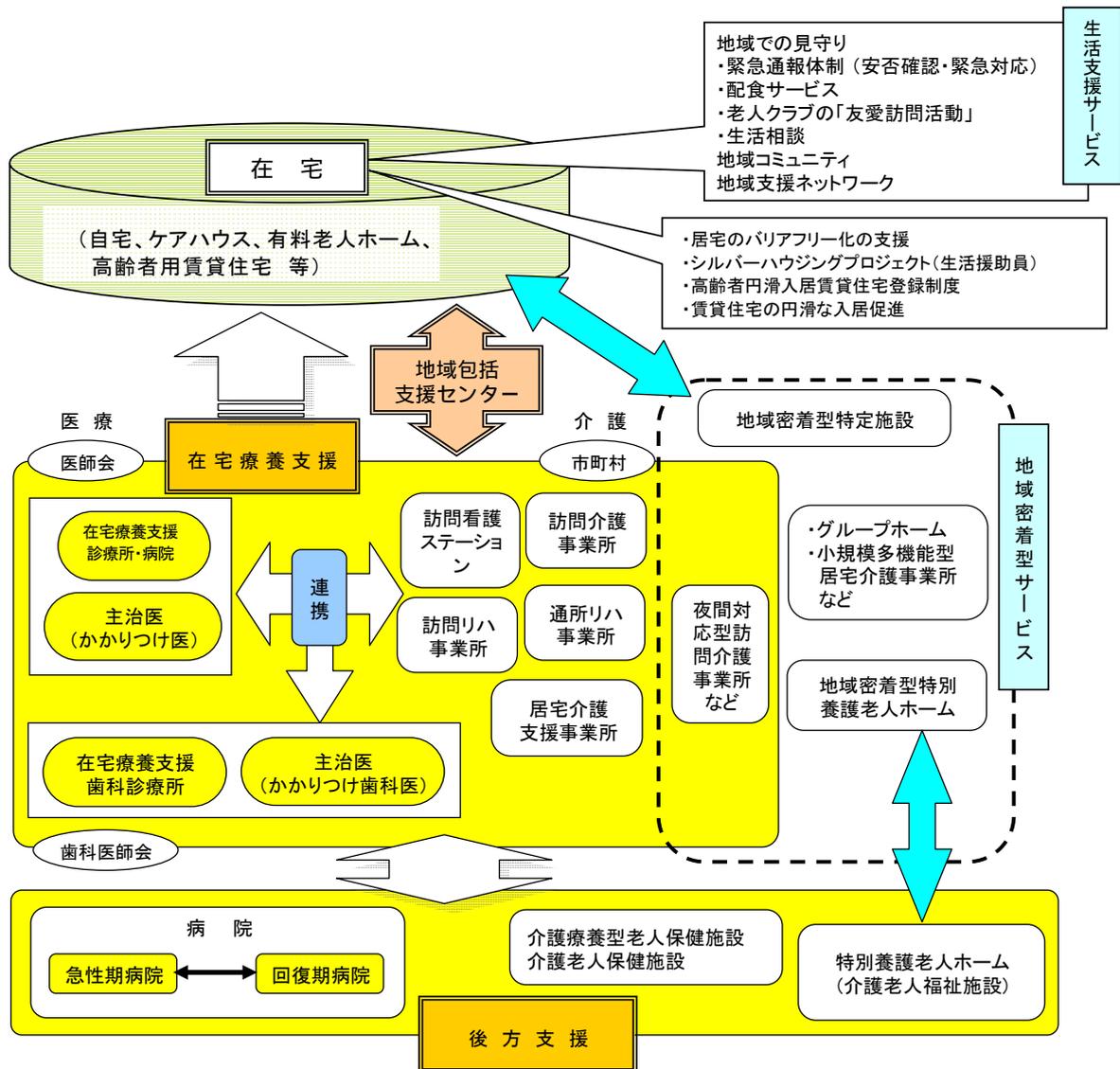


〔(上記において)自宅で最期まで療養することは実現可能か〕



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 70)



(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・リハビリテーション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。

(統合医療の推進)

国において進められている統合医療分野の調査・研究の動きを注視し、生活の質の向上につながるよう的確に対応していきます。

(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。

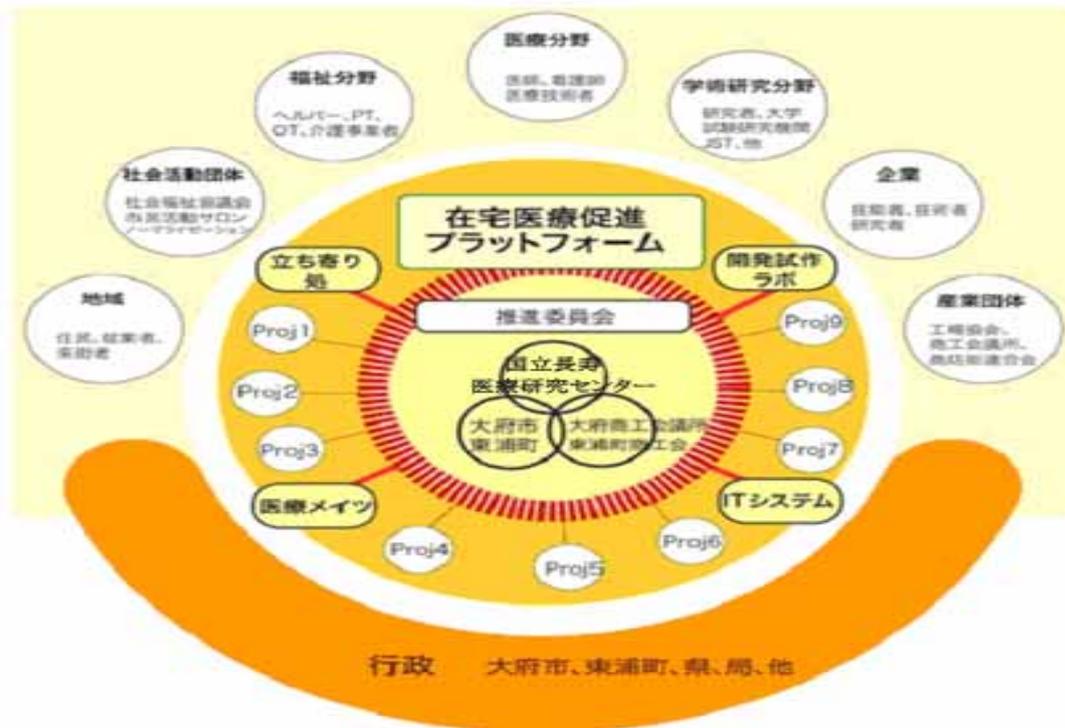
後期高齢者医療制度が円滑に運営されるよう、財政的支援等を継続するとともに、現在国において検討されている新たな高齢者医療制度がよりよいものとなるよう必要に応じ国に対して意見を述べていきます。

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那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。

