

第3章 救急医療対策

【現状と課題】

現 状

1 救急医療体制の整備

(1) 第1次救急医療体制

- 令和5(2023)年10月1日現在、休日夜間診療所は医科が42か所、歯科が17か所設置されています(図3-①)。また、地区(医師会)単位でみると、医科では、休日夜間診療所設置が8地区、在宅当番医制実施が3地区、両制度併用が15地区、未実施が1地区となっています。
- 比較的軽症の患者が、まず最寄りの外来救急医療を担う医療機関に受診するよう、県民への啓発、周知を図るとともに、緊急性のない時間外受診の抑制についても周知する必要があります。

(2) 第2次救急医療体制

- 「救急病院等を定める省令」では、救急隊による常時の搬送先として、救急病院、救急診療所を告示することとなっています。
- 第1次救急医療を担う休日夜間診療所の後方病院として、入院又は緊急手術を要する救急患者の医療を担当する第2次救急医療施設が整備されています。第2次救急医療体制は、県内に15の広域2次救急医療圏域を設定し、広域2次救急医療圏域ごとに病院が輪番方式で対応する病院群輪番制により実施されています。(図3-②)
- 令和5(2023)年10月1日現在、86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、14病院が輪番に参加して第2次救急医療体制の支援を行っています。

(3) 第3次救急医療体制

- 令和5(2023)年10月1日現在、救命救急センターを24か所指定し、第2次救急医療機関の後方病院として、脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷などにおける重篤救急患者の救命医療の確保のため、24時間体制で対応しています。
また、救命救急センターのうち、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者を受け入れる施設である高度救命救急センターを2か所指定しています。

なお、重篤な小児患者を24時間体制で受け

課 題

- 未実施地区については、地域の第2次救急医療機関と連携する必要があります。
- 日頃の病歴等健康状態を管理し、急病時に適切な指示が受けられるよう、「かかりつけ医」の定着を図ることが必要です。
- 広域2次救急医療圏域と2次医療圏域が整合しない地域がありますが、その見直しについては、救急搬送の問題等を踏まえ、検討する必要があります。
- 広域2次救急医療圏の事情により、第3次救急医療機関が病院群輪番制に参加し、第2次救急医療を担っている広域2次救急医療圏が9医療圏あります。この現状を踏まえて、第2次救急医療体制のあり方について検討する必要があります。
- 緊急性の高い疾患については、救命救急センター及びそれに相当する機能を有する高度救命救急医療機関が複数で機能別に対応し、緊急性の高くない疾患については、それ以外の入院救急医療機関で対応するなど、機能分化を一層推進する必要があります。

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 4(2022)年は、全ての救命救急センターが S 又は A と評価されています。

(4) 救命期後医療

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

(5) 母体救命救急体制

- 重篤な合併症(脳卒中、心筋梗塞等)を併発した妊産婦の救急患者については、救命救急センターや周産期母子医療センターを中心に、救急医療部門と周産期医療部門及びその関係部門(脳神経外科、心臓血管外科等)が連絡を取りあって受入れをしています。

2 愛知県広域災害・救急医療情報システムの運営

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

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

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

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

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

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

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

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

3 ドクターヘリによる活動

- 平成 14(2002)年 1 月から、愛知医大病院高度救命救急センターにドクターヘリ（医師が同乗する救急専用ヘリコプター）を常駐させ、消防機関、医療機関等からの出動要請に基づき、救急医療の専門医・看護師が同乗して、救急現場に出動し、患者に高度な応急措置を行い、医療機関へ短時間で搬送を行うことで、救命率の向上を図っています。
- 出動実績は、令和 2 (2020)年度 367 件、令和 3 (2021)年度 398 件、令和 4 (2022)年度 359 件となっています。
- 愛知県から他県に出動した件数は、令和 2 (2020)年度は 2 件、令和 3 (2021)年度は 1 件、令和 4 (2022)年度は 1 件となっています。
また、他県から愛知県に出動した要請件数は、令和 2 (2020)年度は 19 件、令和 3 (2021)年度は 14 件、令和 4 (2022)年度は 14 件となっています。
- 令和 6 (2024)年 2 月から、藤田医大病院高度救命救急センターに 2 機目のドクターヘリを配備しています。
- 「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。

- 令和 4 (2022) 年の出動要請 511 件のうち、他事案出動中や機体不具合等による不応需が 49 件ありました。隣県でも同様の事態が発生するため、県域を越えた応需体制を検討する必要があります。

- 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。

- 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。
- 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】

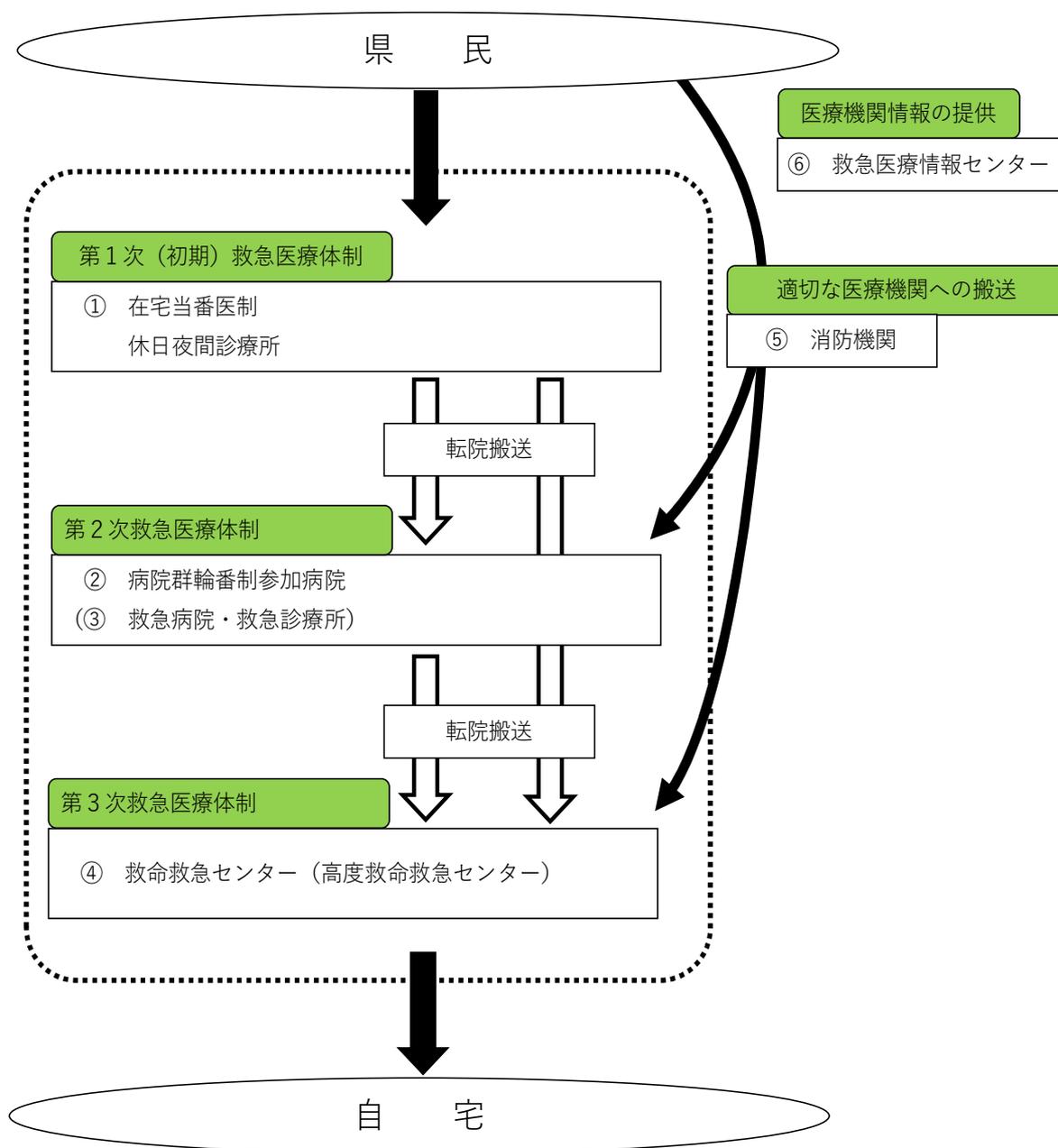
- 広域2次救急医療圏ごとに医療資源等の状況が異なるため、第3次救急医療機関の病院群輪番制の参加も含めて、地域の実情に応じた第2次救急医療体制の構築について検討を進めていきます。
- 救命救急センターの更なる機能強化・質の向上のための取組として、令和5(2023)年1月から試行している「重症外傷センター」の有効性を検証し、本格導入に向けた検討を進めていきます。
- 合併症を併発している妊産婦の受入れ体制の充実強化のため、救急医療と周産期医療の連携を進めていきます。
- 救急医療の適正な利用を図るため、救急医療に関する診療所と病院の役割などについて、様々な場を通じ啓発をしていきます。
- 第1次から第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

0.6% ⇒ 維持
(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

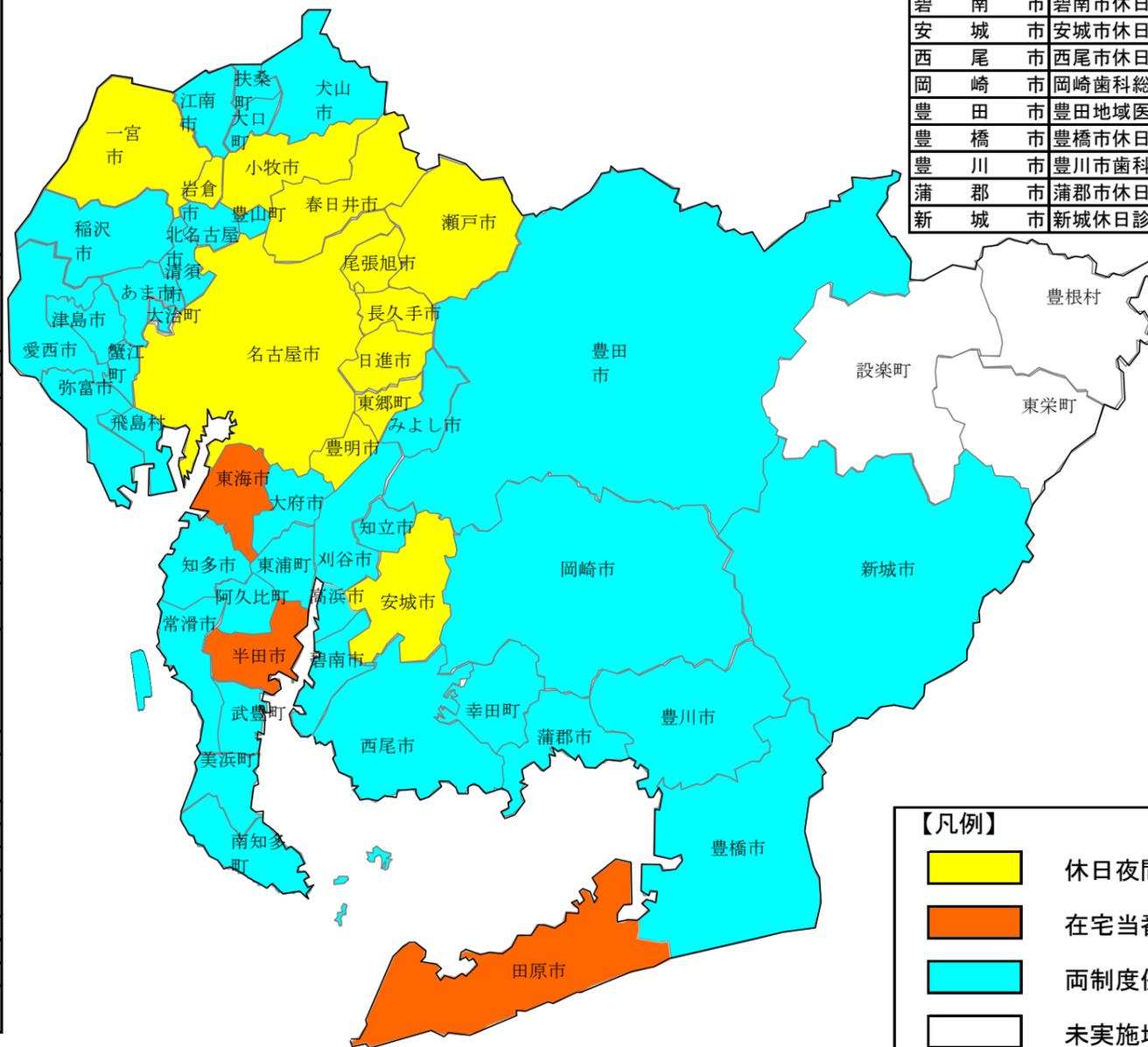
- 病院前医療救護活動（プレホスピタル・ケア）
救命率を向上させるため、傷病者を医療機関に搬送するまでの間に救護活動を実施することをいいます。
平成3（1991）年に救命救急士法が制定され、医師の指示の下に救急救命処置を行うことができる資格（救急救命士）が定められました。現在、実施範囲が拡大され、医師の指示の下、気管挿管、薬剤投与などの実施が認められています。
- 自動体外式除細動器（AED：Automated External Defibrillators）
突然死は、しばしば心室細動という重症の不整脈により引き起こされます。心室細動は、筋肉がけいれんしたような状態で、その唯一の治療法は、電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5（2023）年10月1日）

休日夜間診療所一覧(医科) 42か所		管轄市町村
群市医師会名	診療所名	
※名古屋市	名古屋市医師会千種区休日急病診療所	名古屋市
	〃 昭和区 〃	
	〃 守山区休日急病診療所・東部平日夜間急病センター	
	〃 名東区休日急病診療所	
	〃 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
西名古屋	西部休日急病診療所	清須市、北名古屋市、豊山町
尾北	犬山市休日急病診療所	犬山市、江南市、大口町、扶桑町
〃	江南市 〃	
※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	豊明市、日進市、長久手市、東郷町
〃	東名古屋医師会休日急病診療所	
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、みよし市
〃	豊田市立南部休日救急内科診療所	
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
新城市	新城市休日診療所	新城市
〃	新城市夜間診療所	

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。



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	新城市休日診療所

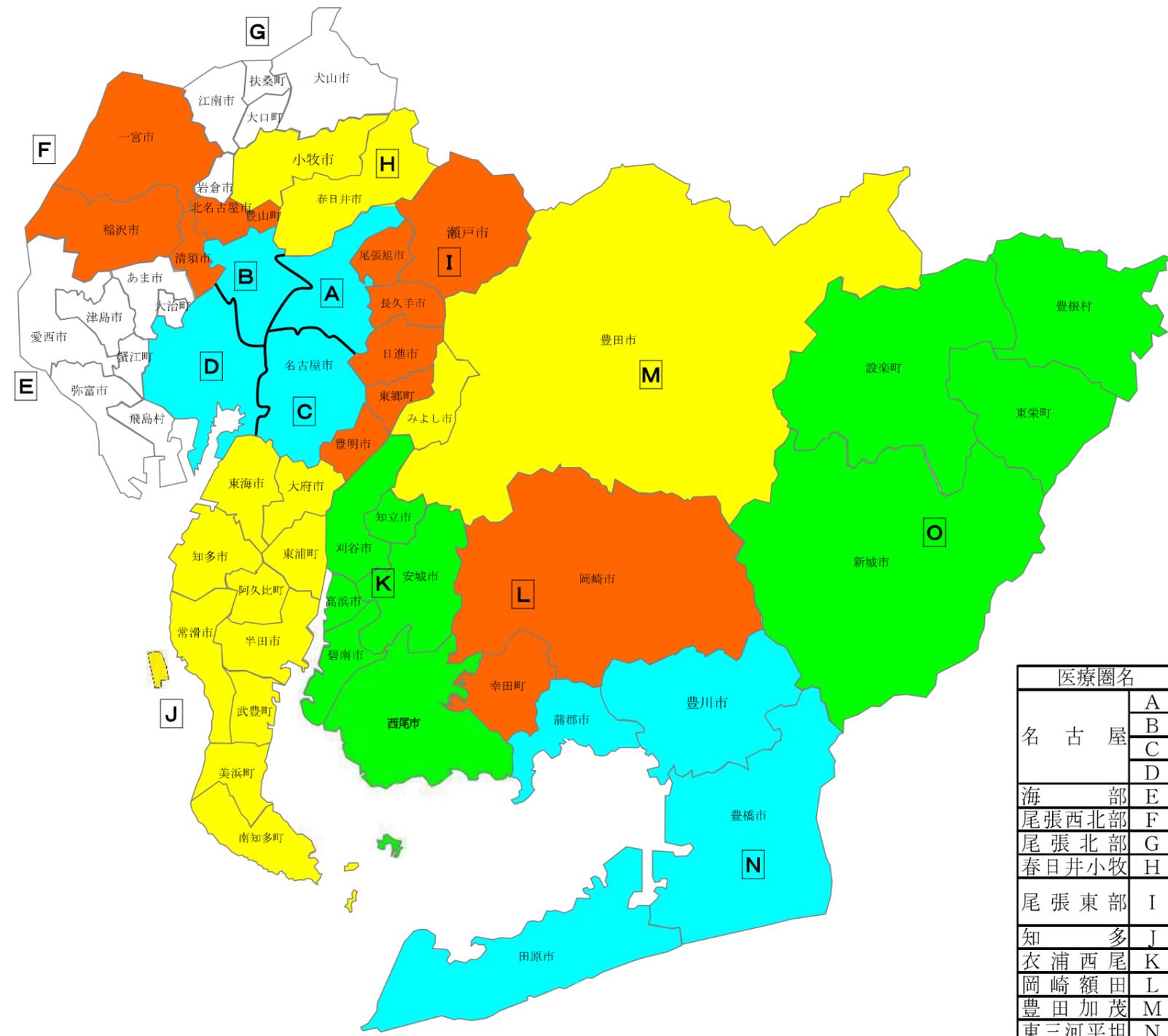
【凡例】

- 休日夜間診療所設置地区(8地区)
- 在宅当番医制実施地区(3地区)
- 両制度併用地区(15地区)
- 未実施地区(1地区)

※地区区分は地区医師会単位

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：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。

図 3-② 第 2 次救急医療体制図（令和 5 年(2023)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5（2023）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。

◆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。

□ 救命救急センター
 ○ 小児救命救急センター

2次医療圏	救命救急センター【24か所】	
	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
海部	厚生連海南病院【弥富市】	H25.9.1
	名市大東部医療センター【千種区】	R3.4.1
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	市立半田病院【半田市】	H17.2.1
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

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4章 災害医療対策

【現状と課題】

現 状

1 平常時における対策

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

課 題

- 愛知県地域防災計画に定める医療救護活動については、大規模災害時等における対応状況や県の総合防災訓練等の結果を基に、必要に応じて見直すことが必要です。
- 災害医療コーディネーターを中心とした、関係機関による連携体制の強化を図るとともに、災害医療コーディネーター間で、平常時からの連携体制を構築する必要があります。
- 災害医療コーディネーターの配置を進めるとともに、訓練への参加や研修の受講を推進する必要があります。
- 災害薬事コーディネーターは、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。
- 小児医療に係るリエゾンについても、養成し、任命する必要があります。
- 県保健医療調整本部は、保健所・災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）、各種保健医療活動チーム（DMAT、DPAT）、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、全日本病院医療支援班（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、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）、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福祉活動の総合調整を行い、多職種連携を進める必要があります。
- 大規模災害に備え、保健医療調整本部や保健医療調整会議を迅速に設置するとともに、長期間にわたりその機能を維持するためのマニュアルを、業務継続計画（BCP）の考え方に基づいて策定しておく必要があります。

- 災害時に多発する重症患者の救命医療を行うための高度な診療機能、被災地からの重症患者の受入れ機能、DMATの派遣機能等を有し、災害時の医療救護活動の拠点となる災害拠点病院を、広域二次救急医療圏ごとに複数設置しています。
令和5(2023)年4月1日現在、県内に36か所を指定し、71チームの日本DMATを編成可能です。(図4-①、表4-1)
- 災害時における精神科医療体制を提供する上で中心的な役割を担う災害拠点精神科病院を、令和5(2023)年3月末現在、2病院指定しています。
- DPATについては、令和5(2023)年4月1日現在、県内で20チームが編成可能です。
- DMAT・DPATは、災害時のみならず、新興感染症のまん延時にクラスターが発生した施設等における感染制御等の活動を行います。
- 県内の災害拠点病院及び災害拠点精神科病院において、全ての建物に耐震改修を行っている病院が92.1%、浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在し、何らかの浸水対策を実施している病院が83.3%となっています。
- 災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院においても、災害時に主に中等症者の受入れ及び治療機能を担うなど、災害時の円滑な医療提供体制を構築するため、その機能に応じて役割を分担します。
- 県内の災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院では、全ての建物に耐震改修を行っている病院が78.0%、浸水想定区域に所在し、何らかの浸水対策を実施している病院が75.5%となっています。
- 大規模災害時の航空医療搬送拠点として、県営名古屋空港を位置付け、航空搬送拠点臨時医療施設(SCU)を設置することとしています。
また、被害の大きい地域には、重症患者を災害拠点病院やSCU等に搬送するための拠点として、前線型SCUを設置することとしています。
令和4(2022)年度に実施した大規模地震時医療活動訓練において、SCUの運用方法について整理しています。
- 病院に対して、自ら被災することを想定してBCPを策定するよう指導しています。な
- 大規模災害時に災害拠点病院がその機能や地域における役割を発揮できるよう、全ての施設の耐震化を図るとともに、DMATの養成及び質の向上を図っていく必要があります。
- DPATの養成及び質の向上を図るとともに、災害拠点精神科病院の拡充により、災害時における精神科医療提供体制を強化することが必要です。
- DMAT・DPAT等の派遣及び活動の円滑化に向けて、派遣や研修・訓練への参加がしやすくなるよう、仕組みを明確にする必要があります。
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や、自家発電機等の電気設備の高所移設、排水ポンプの設置等による浸水対策を講じる必要があります。
- 災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院が、災害時における役割を果たすことができるよう、取組を促す必要があります。
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する県内の災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外のその他の医療機関は、浸水対策を講じるよう努める必要があります。
- 前線型SCUの設置場所及びその機能について、検討を進める必要があります。
- 災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院においても、被災後、早期に診

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

一方、災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院におけるBCP策定率は、令和5(2023)年3月末現在で58.7%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。
県内病院のEMISへの登録率は、令和5(2023)年4月1日現在で98.1%となっています。一方で、施設情報の入力率は、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5年(2023)年4月現在、医薬品は30分類(68品目)を10か所、医療機器は2分類(11品目)を10か所、衛生材料は12分類(39品目)を5か所において備蓄)
また、医療用ガス、歯科用品については、関係団体と供給協定を締結しています。
さらに、より幅広い種類の医薬品等を災害時に速やかに供給できるよう、平成25年(2013)年8月に愛知県医薬品卸協同組合、中部衛生材料協同組合、愛知県医療機器販売協会と併給協定を締結しています。
- 県は、大規模災害に備え、平常時から災害直後、復旧・復興期までの保健師の活動を示した「愛知県災害時保健師活動マニュアル」について、近年の地震・風水害による派遣経験等を踏まえ、令和3(2021)年3月に改訂し

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

- 大規模災害時の被害を減らすため、病院の耐震化を推進していく必要があります。
- 大規模災害時に県内病院の状況を的確に把握できるよう、全ての病院がEMISに参加登録し、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

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

に対応します。

2-2 発災時対策

【発災後おおむね72時間から5日間程度まで】

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

2-3 発災時対策

【発生後おおむね5日目程度以降】

(1) 保健医療対策

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

(2) 防疫対策

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

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

あります。

(3) 食品衛生対策

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

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

3 危機管理対応

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

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

【今後の方策】

- 全ての災害拠点病院及び災害拠点精神科病院において、施設の耐震化、自家発電装置の整備、衛星携帯電話等通信手段の確保、診療に必要な水及び飲料水等の確保等、災害時における中心的な役割を果たすために必要な機能の充実・強化を図ります。
- 災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の病院においても、被災後、早期に診療機能を回復できるよう、実効性の高いBCPの整備や、自家発電機の整備や燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を推進し、その機能や地域における役割に応じた医療提供体制を確立します。
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院及び災害拠点病院以外の病院について、止水板等の設置による止水対策を含む浸水対策を進めます。
- 災害時における医療の確保を図るため、災害拠点病院及び災害拠点精神科病院以外の医療施設についても耐震化を推進するとともに、施設、設備の充実及び機能の強化を図ります。
- 大規模災害時に県内病院の状況を的確に把握できるよう、全ての病院に対してEMISへの参加登録及び利用を促進し、平時においては、施設情報の入力により自施設の脆弱性の見える化を図るとともに、発災時には、自らの被災情報を発信できるよう備え、自助・公助の効率化を図ります。
- 南海トラフ地震等の大規模災害発生時には、県保健医療調整本部及び保健医療調整会議(2次医療圏等)において、コーディネー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、県医師会等関係団体、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、リエゾン(周産期・透析)、県医師会等関係団体、自衛隊等関係機関が連携して、南海トラフ地震を想定した訓練を定期的実施するとともに、訓練結果の検証を基に医療救護活動計画を見直すなど、災害に備えた体制の充実・強化を図ります。
- 災害時に小児患者に適切な医療を提供できるよう、災害医療コーディネーターのサポート役となる、リエゾン(小児)を養成し、任命します。
- 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
58.7% ⇒ 80%
(令和4(2022)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
88.9% ⇒ 100%
(令和4(2022)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
97.2% ⇒ 100%
(令和4(2022)年度)

用語の解説

- 災害拠点病院
重症患者の救命医療を担う高度な診療機能、受入れ機能、広域搬送機能、自己完結型の医療チームの派遣機能、医療資器材の貸出機能を有するほか、機能性の高い自家発電装置や衛星電話等の充実した通信機器等を保有し、災害時において医療を継続して提供するための拠点となる病院です。
- 災害拠点精神科病院
災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神科医療を行うための診療機能やD P A T派遣機能を有するほか、患者の一時的避難に対応できる場所や重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有し、災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う病院です。
- 災害医療コーディネーター
県が任命する救急医療・災害医療に精通した医師で、医療ニーズに比して圧倒的に提供可能な医療資源が少ないことが想定される災害時において、的確に医療ニーズを把握し、被災状況や緊急性等を踏まえて医療を提供していくための分析や調整を行う上での中心的な役割を担います。
- 災害薬事コーディネーター
県が任命する災害薬事に精通した薬剤師で、保健医療調整本部において被災地域からの医薬品等に関する要請や医療救護活動に従事する薬剤師の配置調整などを行うことで災害医療コーディネーターをサポートします。
- リエゾン
県が任命する周産期・透析医療に精通した医師で、保健医療調整本部において、的確に医療ニーズを把握し、被災状況や緊急性等を踏まえて医療を提供していくための分析や調整を行う役割を担います。
- 広域災害・救急医療情報システム（E M I S : Emergency Medical Information System）
大規模な災害や事故に備え、インターネットを利用して医療機関の情報を収集・発信し、活用できるよう、厚生労働省が中心となって、全国の都道府県と連携して運営しているシステムであり、災害時における迅速な医療活動において重要な役割を果たします。
- 航空搬送拠点臨時医療施設（S C U : Staging Care Unit）
災害時において、重症患者を県外の災害拠点病院に搬送するための航空搬送拠点であり、患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所です。（県営名古屋空港）
- 前線型S C U
甚大な被害を受けた地域の重症患者をS C Uや被災地域外の災害拠点病院に搬送するための航空搬送拠点であり、患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所です。
- 災害派遣医療チーム（D M A T : Disaster Medical Assistance Team）
災害急性期（概ね48時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた災害派遣医療チームです。

愛知D M A T ・日本D M A T……厚生労働省主催の専門研修を修了した者により編成され、全国で活動できるチーム ・ローカルD M A T…県主催の専門研修を修了した者により編成され、県内のみで活動できるチーム
--
- 災害派遣精神医療チーム（D P A T : Disaster Psychiatric Assistance Team）
被災地での精神科医療の提供、精神保健活動への専門的支援、被災した医療機関への専門的支援、支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援等を行う専門チームです。
- 災害時保健活動マニュアル
被災住民の健康回復への支援・生活再生への支援に向けて、災害時、保健師が迅速・的確に活動を行うための指針です。

災害医療提供体制体系図

■ 急性期～亜急性期

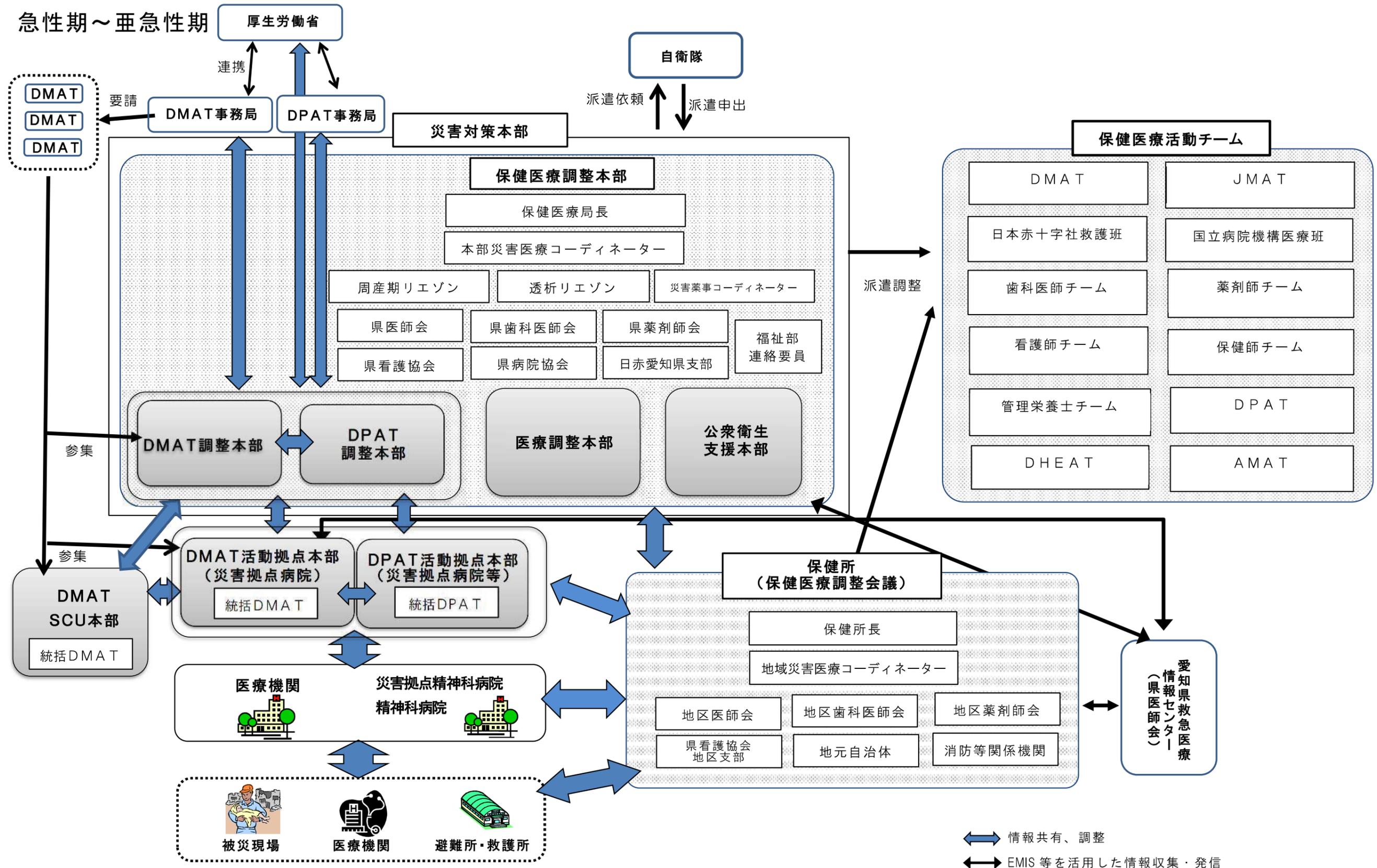


Fig.2 災害医療提供体制（急性期～亜急性期）

■ 中長期

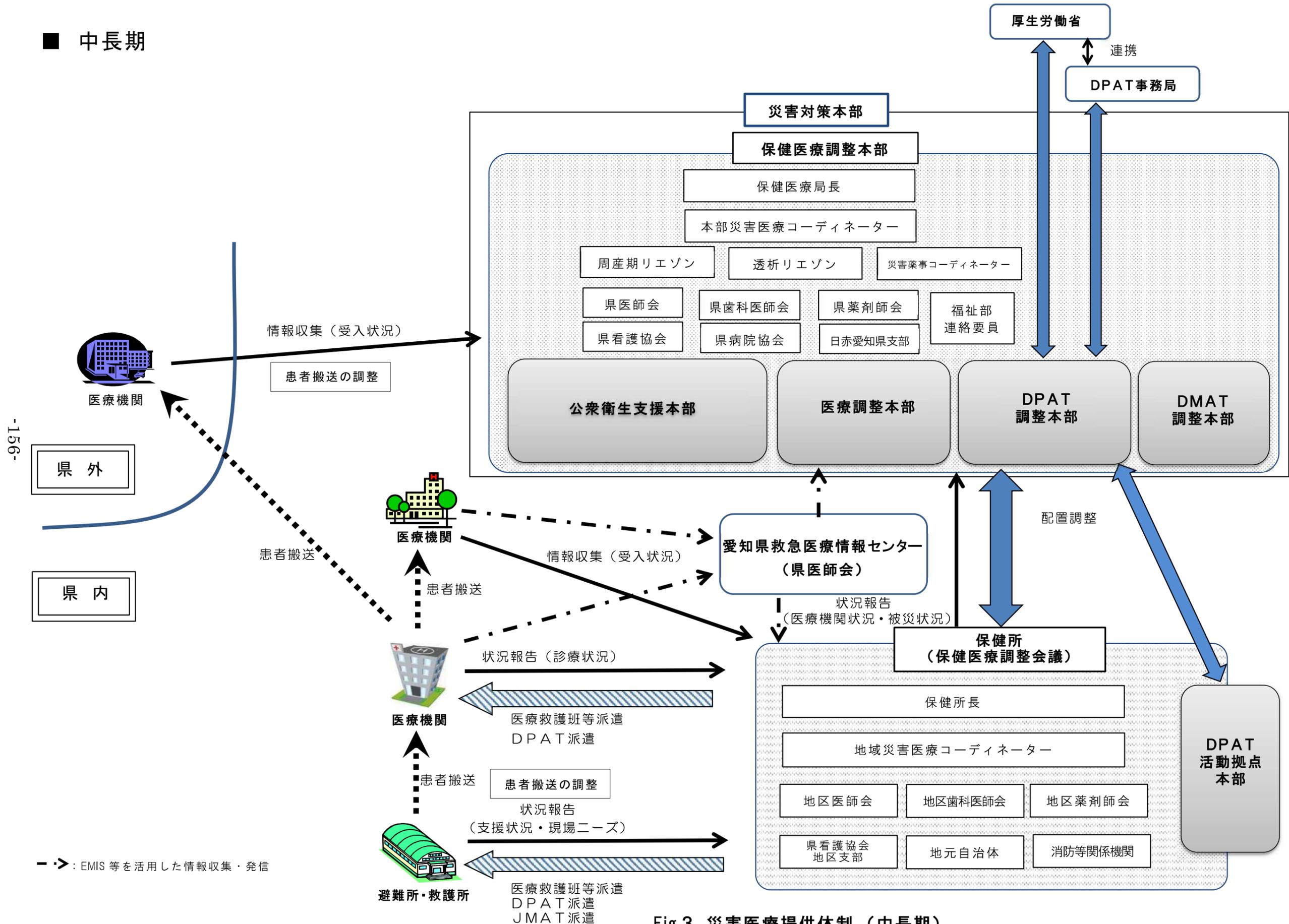


Fig.3 災害医療提供体制 (中長期)

【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。
- 愛知県医師会の愛知県救急医療情報センターは、EMIS等により、医療機関における診療状況等の収集・発信を行い、保健医療調整本部や保健医療調整会議、医療機関等の活動を支援します。

図4-① 災害拠点病院等指定状況（令和5（2023）年4月1日）

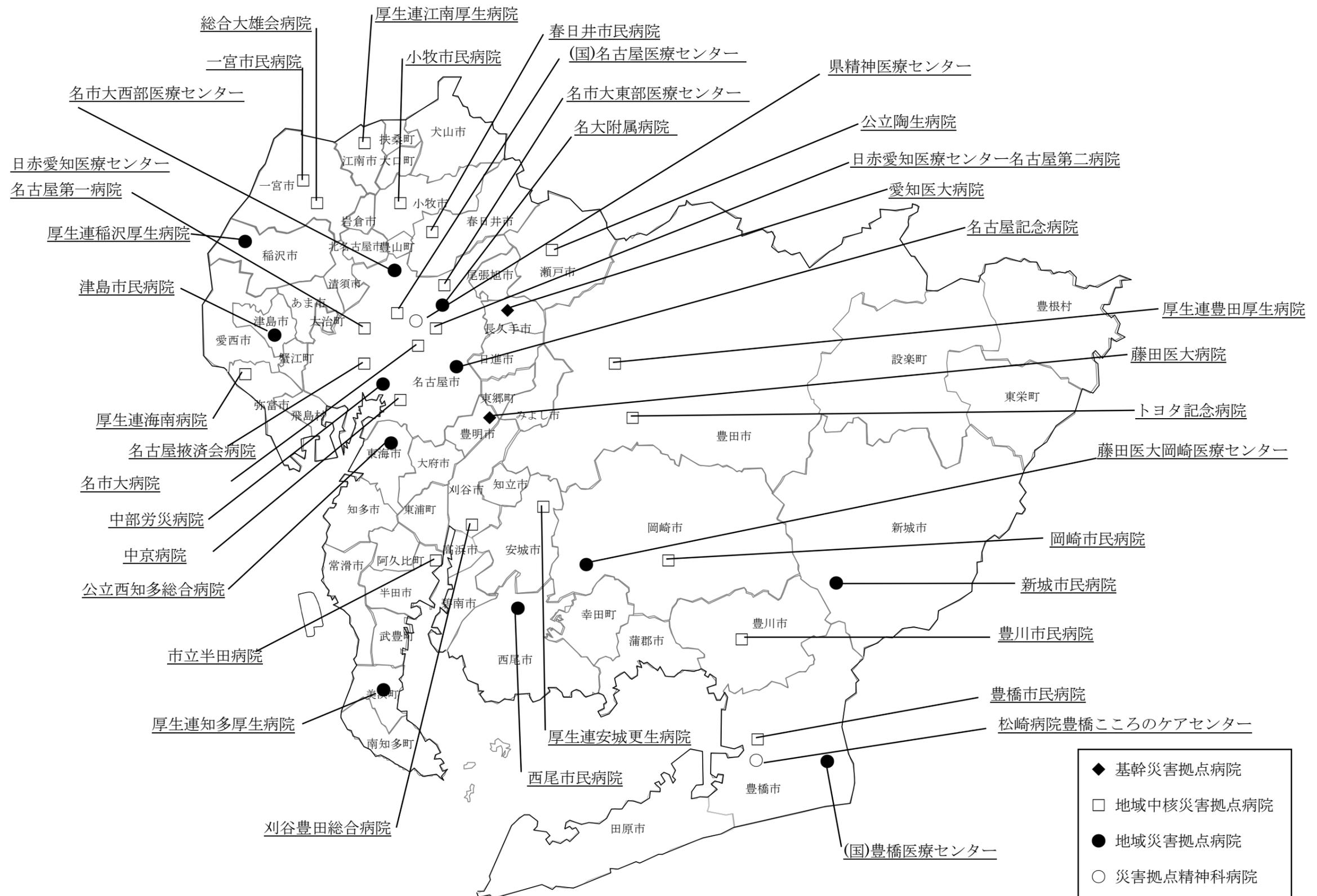


表4-1 災害拠点病院(令和5(2023)年4月1日現在) ※ 最新の医療機関名につきましては、別表をご覧ください。

所在地	病院名	種類	指定年月日
昭和区	日赤愛知医療センター名古屋第二病院	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	日赤愛知医療センター名古屋第一病院	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
稲沢市	厚生連稲沢厚生病院	地域	平成21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	市立半田病院	中核	地域：平成8年11月26日 中核：平成19年3月31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
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	12	—

災害拠点精神科病院(令和5(2023)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			
活動する医療チーム			

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月に行うことが義務付けされました。
 - 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)
 - 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)
 - 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定において、協定がまとまらない場合には、県からの通知により、医療体制の整備について要請できることとなりました。
 - 協定締結項目のうち、確保病床数及び発熱外来については、新興感染症の発生公表後から1週間以内に流行初期の医療体制が整備できるよう、国の基準に基づき、県で流行初期医療確保措置の基準を設けています。
 - 協定締結項目のうち、確保病床数について、重症者に使用できる病床数を規定し、重症者に対し適切な医療を実施できる体制を設けています。
 - 協定締結項目のうち、確保病床数について、特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害児者、認知症患者等）に使用できる病床数を規定し、当該患者に対し適切な医療を実施できる体制を検討しています。
- (3) 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上（検査措置協定）
- 平時から、県と医療機関及び検査機関が検査措置協定を締結することで、感染症発生・まん延時において、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に基づいて協定の履
 - 協定には、「①病床の確保」、「②発熱外来」、「③自宅療養者等に対する医療の提供」、「④後方支援」、「⑤人材派遣」及び「⑥個人防護具の備蓄」の項目のうち、双方の合意により設定した数値等を盛り込み、新興感染症の発生に速やかに医療体制を整備できるようにする必要があります。
 - 上記のうち、確保病床数及び発熱外来を開設する医療機関数については、医療圏ごとに目標値を設定します。目標値は、新型コロナウイルス感染症対応時の、第3波最大時（流行初期）及び最大時（流行初期以降）の値とし、その目標に向けて、平時から医療体制を準備する必要があります。
 - 各医療機関との協議の結果、県の目標に満たない場合には、県からの通知により、公的医療機関等に対し、新興感染症発生時に必要な医療体制の整備を要請し、新興感染症発生時に備える必要があります。
 - 県の流行初期医療確保措置の基準に従い、基準を満たす医療機関に対し、協定の締結又は通知を実施し、新興感染症の発生初期に速やかに対応できるよう、医療体制を準備する必要があります。
 - 重症者用病床の確保病床数について、医療圏ごとに目標値を設定し、新興感染症の発生初期に速やかに対応できるよう、医療体制を準備する必要があります。
 - 協定には、特に配慮が必要な患者の病床の対応可能病床数を規定することで、新興感染症の発生初期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、新興感染症の発生初期に速やかに対応できるよう、検査体制を準備する必要があります。

行を確保しています。

(4) 宿泊施設の確保（宿泊施設確保措置協定）

- 平時から、県と民間の宿泊施設が宿泊施設確保措置協定を締結することで、感染症発生・まん延時において、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に基づいて協定の履行を確保しています。

(5) 患者移送のための体制の確保（移送協定）

- 感染症患者の移送、移送に必要な車両確保等のため、県保健所等は、消防機関及び民間救急等と役割分担・連携に係る事項についての移送に関する申し合わせ書を取り交わしています。

(6) 感染症対策連携協議会の開催

- 関係機関の連携強化を図る場として県、保健所設置市、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者の団体及び消防機関等を構成員とした感染症対策連携協議会を設置しています。
- 協議会では、平時から県感染症予防計画等について協議し、「入院調整の方法」、「医療人材の確保・保健所体制」、「検査体制や方針」、「情報共有のあり方」等を議論しています。

(7) 住民への周知

- 感染症患者が医療機関等の選択に資するよう、協定の締結内容等、必要な情報を県Webページ等で公開しています。

(8) 感染症の予防に関する人材の養成、資質の向上

- 医療従事者や保健所職員等に感染症の予防に関する研修・訓練を受講する機会を設けることにより、専門性に対応した人材の育成及び資質の向上を図っています。

(9) 保健所の体制の確保

- 保健所の危機管理体制を強化するため、感染拡大時に、保健所外部からの応援体制として、I H E A T（アイヒート）を整備しています。
- 感染拡大時に迅速に対応できる保健所体制を整備するため、健康危機対処計画を策定しています。

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、新興感染症の発生初期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。

- 今回の新型コロナの対応を踏まえ、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。

- 新興感染症対応について、最新の科学的知見に基づいた適切な知識等を医療従事者が習得することを目的として、医療従事者や保健所職員等が継続的に研修・訓練を受講することが必要です。

- 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。

(10) DMAT・DPATの派遣

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

3 感染症発生・まん延時の取組

(1) 医療を提供する体制の確保

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

(2) 病原体等の検査の実施体制の確保

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

(3) 宿泊施設の確保

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

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

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

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

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

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

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

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

- 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。
- 4 新型インフルエンザ等の対策
- (1) 新型インフルエンザ発生の危惧
- 新興感染症のうち、新型インフルエンザについては、過去の発生を踏まえ、抗インフルエンザ薬の備蓄等、今後の発生に備えています。
 - 従来から新型インフルエンザへの変異が危惧されている鳥インフルエンザ（H5N1又はH7N9）については、現在でも、海外において、ヒトへの感染が認められています。
- (2) 行動計画等の策定
- 新型インフルエンザ等対策特別措置法が平成25(2013)年4月13日に施行されたことに伴い、平成17(2005)年に策定した行動計画の見直しを行い、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。
 - 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、県内未発生前、県内発生早期及び県内感染期の3段階に分け、各段階に応じた対策を定めています。(表5-6)
- (3) 医療体制の整備
- 新型インフルエンザの感染を疑う患者の診療を行う医療機関（帰国者・接触者外来）や、新型インフルエンザの入院患者に対応する医療機関の従事者を守るための感染防護具の備蓄等、医療体制の整備を進めています。
 - 県民の医療用として、国と都道府県におい
- 必要な自宅療養体制を確保するため、平時から協定を締結した関係機関と連携する必要があります。
 - 鳥インフルエンザ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。
 - 家さん等に鳥インフルエンザ（H5N1又はH7N9）が発生した場合には、関係部局が連携を図り、人への感染を未然に防ぐ必要があります。
 - 行動計画は、新型インフルエンザに関する最新の科学的な知見を取り入れ、見直す必要があるため、政府行動計画の改定等を踏まえ、適時適切に変更していく必要があります。
 - 行動計画は、感染症法で規定する県感染症予防計画と整合性を確保することが必要です。
 - 感染者の急増に対応できるよう十分な医療体制を確保する必要があります。
 - 有効期限が切れる抗インフルエンザ

- 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)
- 医療関係団体、主要医療機関、市町村等関係機関との協議・調整を行い、医療体制の整備を推進しています。
- (4) 予防・まん延防止
- 新型インフルエンザ等が発生した場合の保健所等の体制や関係機関との連絡体制を整備しています。
 - 保健所等の職員が使用する感染防護具の備蓄を進めています。
 - 県庁における新型インフルエンザ等発生時の業務継続計画（BCP）を策定しています。
- (5) 普及啓発
- 市町村担当者、医療従事者等を対象とした研修会を開催し、県民等への普及啓発の核となる方々への情報提供に努めるとともに、県Webページにより情報を発信しています。
- 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。
 - 医療体制の整備については、県全体はもとより、医療圏ごとの実情に応じて推進していく必要があります。
- 検疫所との緊密な連携を維持するとともに、保健所においては、地区医師会、主要医療機関、市町村等関係機関との連絡体制を構築、維持する必要があります。
- 県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。
- 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)
常滑市民病院	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 5 (2023) 年 3 月末現在)

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

表 5-4 各医療圏別の目標値

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

表 5-5 医療措置協定項目と協議対象者

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

◎：第一種協定指定医療機関 ○：第二種協定指定医療機関

表5-6 新型インフルエンザ等の県レベルでの発生段階における主な対策

発生段階	主な対策
県内未発生期	<p>感染拡大防止策の準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口、県民への情報提供体制の強化 ・医療機関、医療従事者への情報提供の実施 ・市町村による対策本部の設置*
県内発生早期	<p>積極的な感染拡大防止策の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の入院措置、濃厚接触者への外出自粛要請等を実施 ・学校、保育施設等の臨時休業等を要請 ・患者の全数把握、学校等での集団発生の把握を強化 ・住民に不要不急の外出自粛等を要請*（県内感染期も継続） ・学校等の施設の使用制限*（県内感染期も継続）
県内感染期	<p>被害軽減を主とした対策の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門家の意見を踏まえ、国と協議の上、県内感染期への移行を決定、周知 ・一般の医療機関での診療に切り替え（「帰国者・接触者外来」等の廃止） ・患者の全数把握を中止（サーベイランスの縮小） ・患者の入院勧告の中止（軽症者は自宅療養、重症者は入院） ・必要に応じて、県の備蓄する抗インフルエンザウイルス薬を放出 ・市町村による住民接種を開始（パンデミックワクチンの供給開始次第） ・臨時の医療施設の設置* ・緊急物資の運送* ・物資の売渡しの要請* ・生活関連物資等の価格の安定*

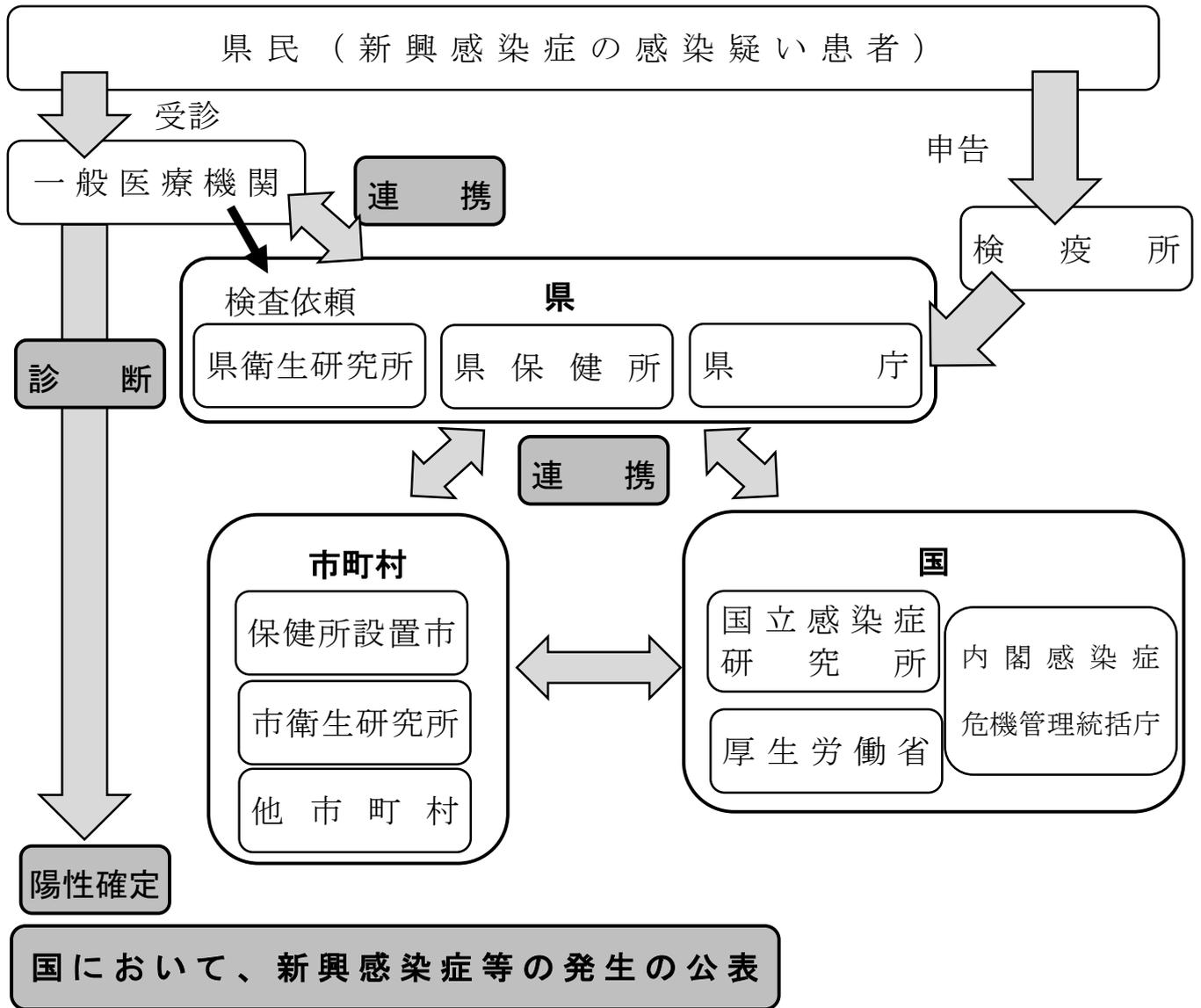
※特措法第32条第1項に基づく緊急事態宣言がされている場合の措置

表5-7 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄状況

単位：人分

年度	タミフル Cap	タミフル DS	リレンザ [®]	イビール	ラピアクタ	ゾフルザ [®]	合計
2006	283,000	—	—	—	—	—	283,000
2007	305,000	—	—	—	—	—	305,000
2009	412,000	—	51,400	—	—	—	463,400
2010	189,300	—	—	—	—	—	189,300
2011	189,300	—	25,700	—	—	—	215,000
2012	—	—	—	—	—	—	—
2013	—	—	113,400	—	—	—	113,400
2014	—	—	113,400	—	—	—	113,400
2015	—	—	—	—	—	—	—
2016	(△280,200)	72,650	—	—	54,900	—	(△152,650)
2017	(△305,000)	115,350	—	—	12,200	—	(△177,450)
2019	(△412,000)	—	(△51,400)	141,500	—	—	(△321,900)
2020	89,000 (△192,100)	—	(△25,700)	128,800	—	—	0
2021	182,590 (△189,300)	—	—	15,600	(△15,600)	—	(△6,710)
2022	6,710	—	—	—	(△12,200)	12,450	6,960
合計	278,300	188,000	226,800	285,900	39,300	12,450	1,030,750

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5-1参照	↓	↓	↓	↓	↓
～1か月		流行初期対応	流行初期対応			協定書等に 従い 随時対応
～3か月		↓	↓	↓	↓	↓
～6か月		流行初期経過後 対応	流行初期経過後 対応	流行初期経過後 対応	流行初期経過後 対応	↓

【体系図の説明】

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

図 5-② 病院・診療所における発生公表後の対応整理表

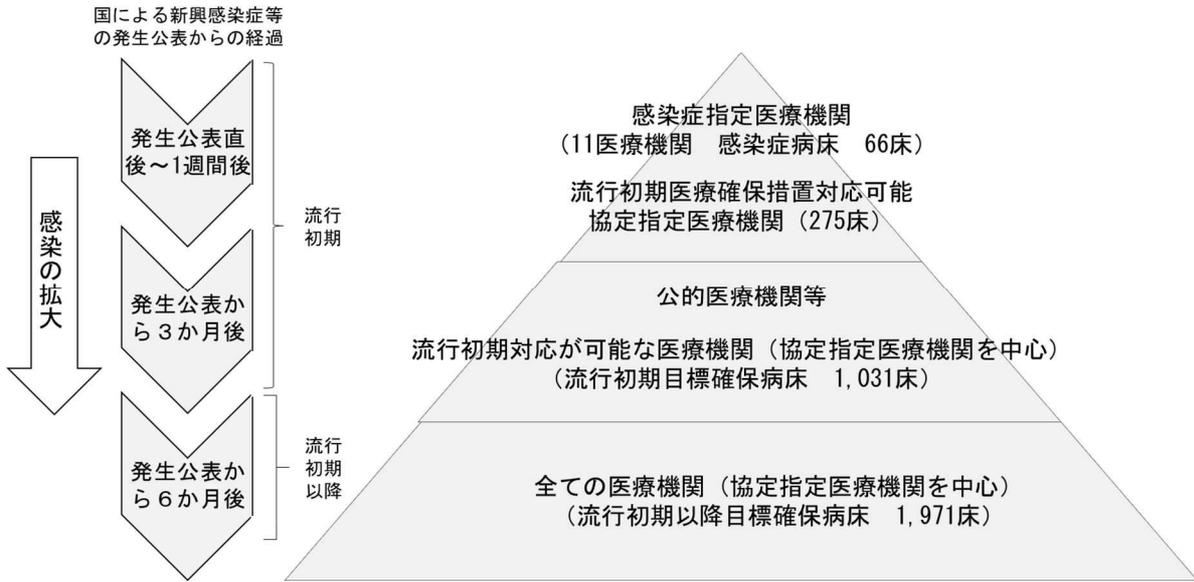
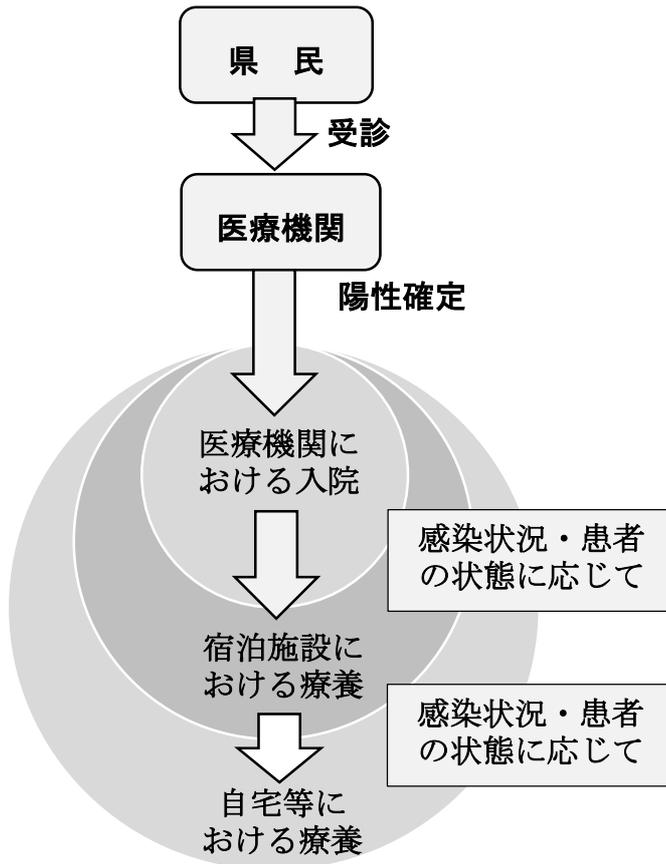


図 5-③ 新興感染症等発生時における、陽性確定後の感染症患者の療養に関する考え方



用語の解説

- 新興感染症
新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症の総称のこと。
- 発生公表
厚生労働大臣が感染症法に基づき、新興感染症が発生したと認めたとき、速やかに、その旨及び発生した地域を公表すること。
- 流行初期
医療体制については、発生公表後1週間以内に立ち上げる流行初期医療確保措置から発生公表後3か月までのこと。なお、検査及び宿泊施設については、発生公表後1か月以内の体制のこと。
- 流行初期期間経過後
発生公表後、6か月までのこと。
- 流行初期医療確保措置
発生公表後、流行初期において病床の確保及び発熱外来に対応する医療機関のうち、国の考えを基に県が定めた基準を満たす医療機関については、感染症法に基づき、当該対応に係る費用が国で補填されるもの。
- 第一種協定指定医療機関
医療措置協定等に基づき、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者を入院させ、必要な医療を提供する医療機関として都道府県知事が指定した病院又は診療所のこと。
- 第二種協定指定医療機関
医療措置協定等に基づき、厚生労働省令で定める医療を提供する医療機関として都道府県知事が指定した病院若しくは診療所（指定訪問看護事業者を含む）又は薬局のこと。
- I H E A T
I H E A Tは、感染症のまん延等の健康危機が発生した場合に地域の保健師等の専門職が保健所等の業務を支援する仕組みである。医師、保健師、看護師のほか、歯科医師、薬剤師、助産師、管理栄養士などが、保健所等への支援を行うI H E A T要員として登録されている。
- 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。）

第6章 へき地保健医療対策

【対象地域】

- へき地保健医療対策の主な対象地域は、「山村振興法」（対象3市3町村）、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」（対象2市3町村）及び「離島振興法」（篠島、日間賀島、佐久島）の適用地域です。
また、「令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査」（令和4（2022）年10月末日現在：厚生労働省）によると、県内には、西三河北部、西三河南部西及び東三河北部医療圏の2市3町村に19か所の無医地区があり、西三河北部及び東三河北部医療圏の1市3町村に22か所の無歯科医地区が存在します。（無医地区・無歯科医地区に準ずる地区を含む。表6-1）
これらの地域において、へき地診療所を中心とした医療の確保を図ることを目的として、本県では、「愛知県へき地医療対策実施要綱」を定め、へき地保健医療対策を推進しています。
- 「愛知県医師確保計画」では、医師少数区域及び医師少数スポットを定め、地域枠医師の派遣等による医師確保対策を推進していくこととしていますが、へき地保健医療対策の主な対象地域は、医師少数区域及び医師少数スポットに含まれています。

【現状と課題】

現 状	課 題
<p>1 医療機関の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「山村振興法」等の適用地域には、病院2施設、診療所56施設（医科28施設、歯科28施設）があり、住民への医療を提供しています。（表6-1） 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 開業医の高齢化が進んでおり、診療所が廃止された後の住民の医療の確保が問題になります。 ○ 歯科医療の供給体制を、保健事業との連携の下に、整備していく必要があります。
<p>2 へき地医療対策</p> <p>(1) へき地診療所</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 特に医療の確保が必要と認められる地域の公立診療所等について、県が5市4町村の10診療所を「へき地診療所」として指定しています。（表6-2） ○ 医師の確保が困難なへき地診療所には、開設者からの派遣要請に基づき、自治医大卒業医師を派遣しています。 ○ 自治医大卒業医師の派遣要請に応じられるよう、義務年限終了後も最大15年間、県職員の身分を有したまま、へき地診療所等へ派遣できる方策を取り入れています。 ○ 医療資源等が限られている中、へき地医療に関わる医師の努力により、地域住民の生活に密着した医療が提供されています。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ へき地医療を担う医療機関においては、全診療科的な対応が必要となるため、総合的な診療ができる医師や、在宅医療の提供を始めとする地域包括ケアシステムを支えることができる医師の育成、確保を継続していく必要があります。 ○ へき地医療に従事する医師に対して、診療技術支援への取組が必要です。 ○ 自治医大卒業医師にとって義務年限終了後も魅力ある勤務環境を整えるとともに、へき地医療に従事する医師のキャリア支援を継続していく必要があります。 ○ 限られた医療人材を効率的かつ効果的に活用するため、オンライン診療等の遠隔医療の導入も検討する必要があります。
<p>(2) へき地医療拠点病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ へき地医療拠点病院は、無医地区の住民に対 	<ul style="list-style-type: none"> ○ へき地医療拠点病院が行う主要3事

する巡回診療や、へき地診療所への医師の派遣などを行う病院です。

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

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

(3) へき地医療支援機構

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

(4) ドクターヘリ及び防災ヘリ

- 愛知医大病院高度救命救急センターにドクターヘリ(医師が同乗する救急専用ヘリコプター)を配備し、消防機関等からの出動要請に基づき、へき地を含む救急現場に出動しています。
令和6(2024)年2月から、藤田医大病院高度救命救急センターに2機目のドクターヘリを配備しています。
- 愛知県防災ヘリコプターは、救急広域搬送体制の一翼を担っています。傷病者が発生した場合、救急車又は船舶による搬送に比べて搬送時間が短縮でき、救命効果が期待できる場合に対応します。

3 へき地保健対策(特定町村保健師確保・定着対策事業)

- 過疎等であるために保健師の確保・定着が困難な町村に対して、県は、「人材確保支援計画(令和2(2020)～6(2024)年度)」に基づき、保健師

業(巡回診療、医師派遣、代診医派遣)について、対象地域の医療ニーズを踏まえ、いずれか月1回以上あるいは年12回以上(オンライン診療で代替した巡回診療・代診医派遣も実績に含みます。)実施できるよう、へき地医療支援の取組が向上するような検討が必要です。

- へき地医療への理解を深めるため、研修医に向けてプログラムを周知する必要があります。
- へき地医療拠点病院の医師確保に向けての支援が必要です。
- 巡回診療や医師派遣だけでなく、医師の育成においても、へき地医療拠点病院とへき地診療所との連携強化を更に推進していくことが必要です。

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

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

- 地域保健活動を推進するために、へき地に採用された保健師の定着及び資質の向上を図ることが必要です。

の確保や資質向上を図る事業を行い、地域保健活動の円滑な推進を図っています。

4 へき地看護対策

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

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

5 へき地歯科保健医療対策

- 県歯科医師会が歯科医療に恵まれない地域の歯科健診等を実施し、歯科疾患の予防や歯の健康意識の啓発を図っています。
- へき地における歯科保健医療に携わる人材が不足しています。

- 無歯科医地区の住民に対する歯の健康意識への啓発を行うとともに、関係者が現状を十分認識し、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。

6 AEDによる早期除細動の実施

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

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

7 新興感染症の発生・まん延への対策

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

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

【今後の方策】

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

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

【目標値】

- 代診医等派遣要請に係る充足率
98.1% ⇒ 100%
(令和4(2022)年度)
- へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合
(オンライン診療で代替した巡回診療・代診医派遣も実績に含む)
33% ⇒ 100%
(令和4(2022)年度)

表6-1 へき地（保健医療対策対象地域）における病院数及び診療所数

(令和5(2023)年5月1日現在)

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

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

注2:無医地区数は、令和4年度無医地区等調査(厚生労働省)による。

注3:診療所数は、一般外来を行わない診療所を除く。

表6-2 へき地診療所の診療実績等

(令和5(2023)年6月1日現在)

	豊田市立乙ヶ林診療所	岡崎市額田北部診療所	岡崎市額田宮崎診療所	新城市作手診療所	設楽町つぐ診療所	東栄町国民健康保険東栄診療所	豊根村診療所	厚生連知多厚生病院附属篠島診療所	西尾市佐久島診療所	田原市赤羽根診療所
全病床数(有床診療所のみ)(床)	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
医師数(常勤)(人)	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1
医師数(非常勤)(人)	0	0	0	0	0.2	2.4	0.2	0.5	0	0
看護師(常勤)(人)	1	2	2	4	2	11	2	0	0	1
看護師(非常勤)(人)	1	0.9	0.9	0	0	0.4	0.6	1.0	0.9	2
その他医療従事者数(人)	0	0	0	2	0	14.7	1	0.5	0	1
訪問診療延べ日数(日)	12	16	0	83	93	149	75	0	14	12
訪問看護延べ日数(日)	0	0	0	176	0	21	0	0	0	0
一週間の開院日数(日)	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5
一日平均外来患者数(人)	18	33	23	25	15	85	12	15	7	18

注1:県医務課調べ。

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

表6-3 へき地医療拠点病院の活動実績等

	厚生連 知多厚生病院 (知多半島 医療圏)	厚生連 足助病院 (西三河北部 医療圏)	岡崎市民病院 (西三河南部東 医療圏)	新城市民病院 (東三河北部 医療圏)	豊橋市民病院 (東三河南部 医療圏)	豊川市民病院 (東三河南部 医療圏)
全病床数(床)	199	190	680	173	800	501
全医師数(人)	44.3	21.2	206.0	26.9	234.0	193.0
標準医師数(人)	25.3	13.5	47.3	11.2	87.6	47.0
一日平均入院患者数(人)	167	169	469	96	635	404
一日平均外来患者数(人)	591	266	830	265	1,924	1,141
巡回診療の実施回数(回)※	0	17	0	0	0	0
巡回診療の延べ日数(日)	0	8.5	0	0	0	0
巡回診療の延べ受診患者数(人)	0	149	0	0	0	0
医師派遣実施回数(回)※	0	9	4	88	4	0
医師派遣延べ派遣日数	0	4.5	2	64	4	0
代診医派遣実施回数(回)※	6	3	7	7	0	6
代診医延べ派遣日数(日)	4.5	1.5	6.5	5.0	0	5.0

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

注1:令和4年度へき地医療現況調査(厚生労働省)及び県医務課調べ。

注2:全病床数は、休床中の病床数を除いている。

注3:全医師数には、非常勤医師数を常勤換算して加算している。

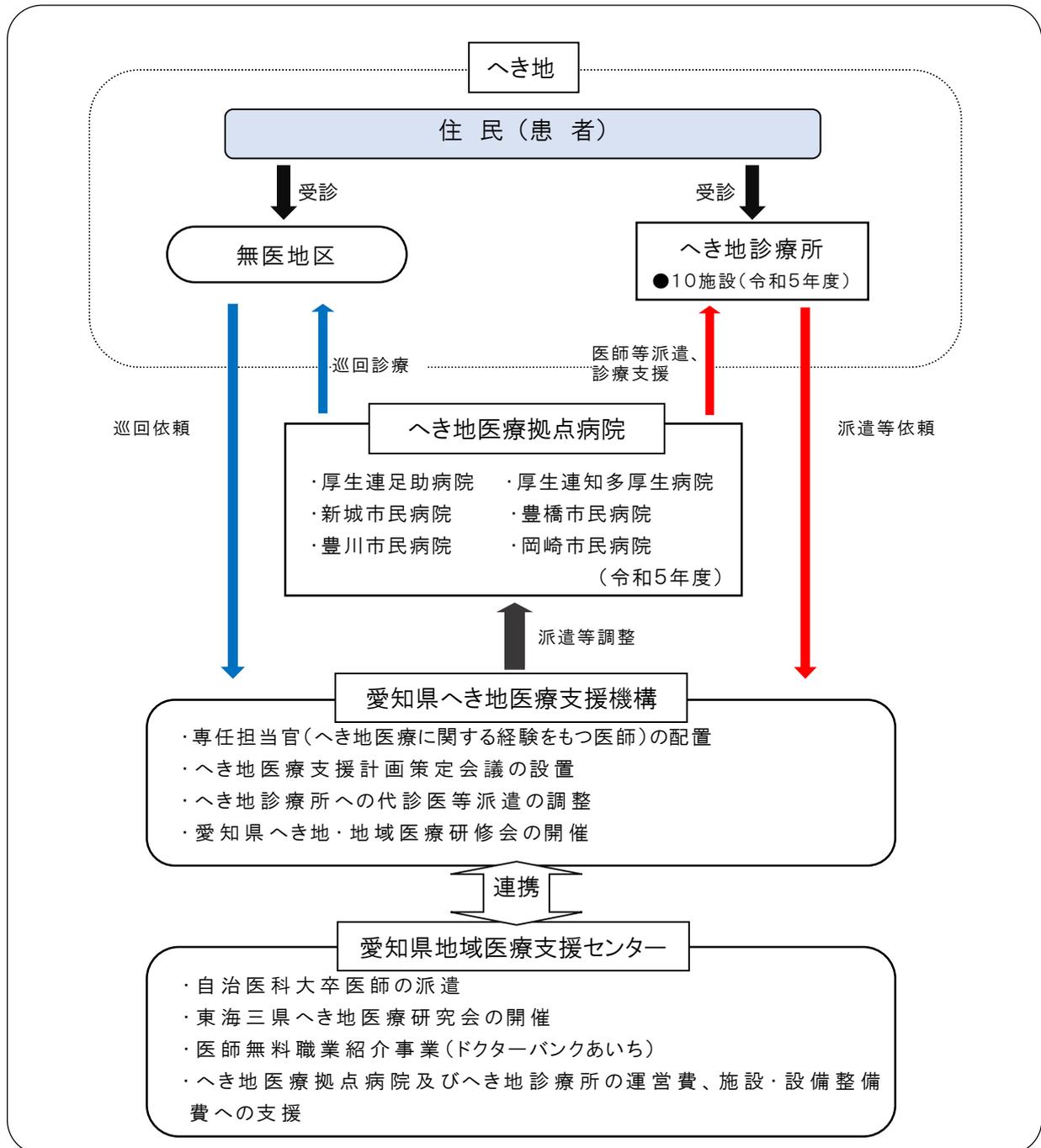
表6-4 へき地医療支援機構の実績

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
へき地医療支援計画策定会議の開催回数	2回	3回	2回	2回	3回
へき地・地域医療研修会 (開催場所・参加者数)	新城市つくだ 交流館 (105人)	西尾市佐久島 (中止)	オンライン開催 (90人)	足助病院・ オンライン開催 (72人)	知多厚生病院・ ハイブリッド開催 (83人)

表6-5 へき地を含む消防本部での救急講習会実施状況(令和4年、豊田市のみ令和4年度)

消防本部	講習会実施回数	講習会参加人員
知多南部消防組合消防本部	59	1,549
西尾市消防本部	125	1,528
岡崎市消防本部	307	2,397
豊田市消防本部	1,297	24,770
新城市消防本部	78	970

【へき地医療連携体制図】



【体制図の説明】

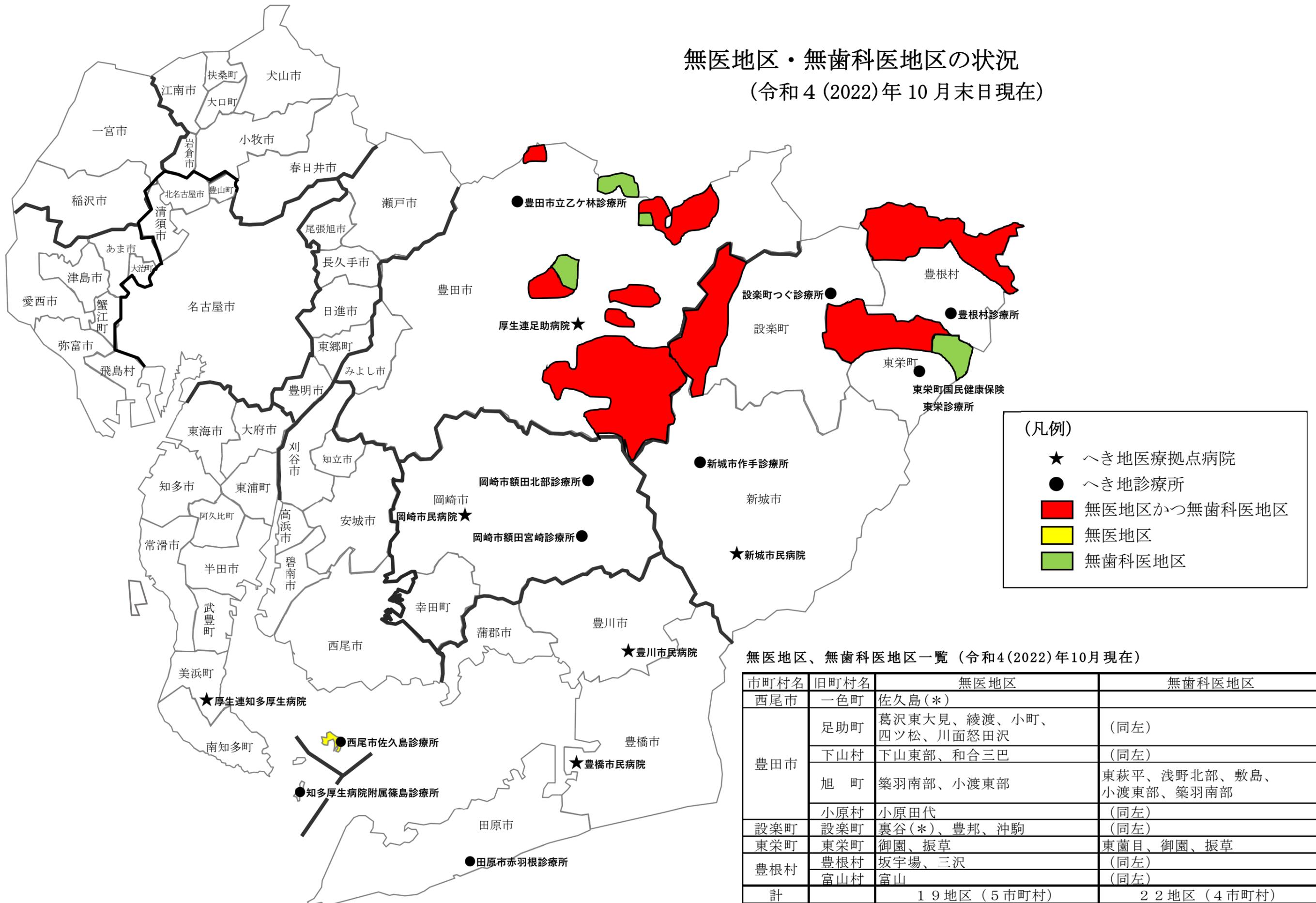
- 無医地区における医療の確保のため、へき地医療拠点病院による巡回診療が行われています。
- へき地診療所とは、原則として人口1,000人以上の無医地区等において、住民の医療確保のため市町村等が開設する診療所をいいます。
- へき地医療拠点病院とは、無医地区における巡回診療や、へき地診療所への医師の派遣などを行う病院です。

※ 具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

用語の解説

- 無医地区・無歯科医地区
50人以上が居住する地区であって、半径4km以内に医療機関がなく、かつ、容易に医療機関を利用できない地区をいいます。
- 無医地区・無歯科医地区に準ずる地区
無医地区・無歯科医地区ではありませんが、これに準じて医療の確保が必要と知事が判断して厚生労働大臣に協議し、適当であると認められた地区をいいます。
- 特定町村
過疎等の町村において必要な対策を講じても、地域の特性により必要な人材の確保・定着又は資質の向上が困難な町村のうち、県への支援を申し出た町村です。

無医地区・無歯科医地区の状況 (令和4(2022)年10月末日現在)



- (凡例)
- ★ へき地医療拠点病院
 - へき地診療所
 - 無医地区かつ無歯科医地区
 - 無医地区
 - 無歯科医地区

無医地区、無歯科医地区一覧 (令和4(2022)年10月現在)

市町村名	旧町村名	無医地区	無歯科医地区
西尾市	一色町	佐久島(*)	
豊田市	足助町	葛沢東大見、綾渡、小町、四ツ松、川面怒田沢	(同左)
	下山村	下山東部、和合三巴	(同左)
	旭町	築羽南部、小渡東部	東萩平、浅野北部、敷島、小渡東部、築羽南部
	小原村	小原田代	(同左)
設楽町	設楽町	裏谷(*)、豊邦、沖駒	(同左)
東栄町	東栄町	御園、振草	東藪目、御園、振草
豊根村	豊根村	坂宇場、三沢	(同左)
	富山村	富山	(同左)
計		19地区(5市町村)	22地区(4市町村)

注) *は、無医地区又は無歯科医地区に準ずる地区

第7章 周産期医療対策

第1節 周産期医療対策

【現状と課題】

現 状

- 1 母子保健関係指標の状況
 - 令和4(2022)年人口動態調査によると、愛知県の出生数は51,152人、出生率(人口千対)は7.1(全国6.3)、乳児死亡数は95人、乳児死亡率(出生千対)は1.9(全国1.8)、新生児死亡数は44人、新生児死亡率(出生千対)は0.9(全国0.8)、周産期死亡数は151人、周産期死亡率(出産千対)は2.9(全国3.3)、死産数は885人、死産率は17.0(全国19.3)、妊産婦死亡数は3人、妊産婦死亡率(出産10万対)は5.8(全国4.2)となっています。
 - 医師・歯科医師・薬剤師統計によると、令和2(2020)年12月31日現在で、愛知県内の主たる診療科を産科・産婦人科とする医療施設従事医師数は、718人となっています。平成22(2010)年12月31日時点と比べると、126人増加しています。(表7-1-1)
 - 令和2(2020)年保健師等業務従事者届によると、病院に勤務する助産師数は1,268人、診療所に勤務する助産師数は738人となっています。また、地域や医療機関による偏在があります。
- 2 正常分娩に対する周産期医療体制
 - 令和5(2023)年7月1日時点では、分娩を取り扱っている病院は46か所あり、診療所については75か所あります。
 - 東三河北部医療圏においては、分娩を扱っている医療機関はありません。
 - 令和5(2023)年4月1日時点では、院内助産所は7か所の病院で、助産師外来は26か所の病院で整備されています。
- 3 ハイリスク分娩に対する周産期医療体制
 - 診療体制の整備された分娩環境や未熟児に対する最善の対応など、充実した周産期医療に対する需要の増加に応えるため、地域において妊娠、出産から新生児に至る高度専門的な医療を効率的に提供する総合的な周産期医療体制を整備し、安心して子どもを産み育てる環境づくりを推進しています。
 - 令和5(2023)年4月現在、総合周産期母子医

課 題

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

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

- 周産期母子医療センターでは、多くの施設で外来診療により、精神疾患を有する母体に対応しています。また、必要に応じ、入院診療可能な4大学病院と連携を図っています。
- 高度で専門的な周産期医療を提供する大学病院や県あいち小児医療センターは、総合周産期母子医療センター等と連携して適切な医療を提供しています。
- 地域周産期母子医療センターがない2次医療圏がありますが、近隣医療圏との連携により、適切な周産期医療体制の整備を図っています。
- 愛知県周産期医療協議会において、地域の実情に応じた周産期医療体制の整備に関する事項等に関して検討及び協議を行っています。
- 令和4（2022）年4月1日現在、診療報酬加算対象の母体・胎児集中治療室（MFICU）の病床は、日赤名古屋第一病院に9床、名大附属病院に6床、日赤名古屋第二病院に6床、名大病院に6床、厚生連安城更生病院に6床、豊橋市民病院に6床、藤田医大病院に6床の計45床あります。
- 令和5（2023）年5月1日現在、診療報酬加算対象の新生児集中治療室（NICU）の病床は、周産期母子医療センターを中心に187床あります。
多くの周産期母子医療センターでNICUの稼働率が80%を超えています。
- 総合周産期母子医療センターは、県内全体から患者を受け入れており、MFICU及びNICUは慢性的に満床に近い状態となっています。
- NICU・新生児回復期治療室（GCU）には、病状や社会的事情など様々な要因により長期入院している実態があります。
- NICU等の後方支援病床としての機能を持つ、本県の重症心身障害児者施設（医療型障害児入所施設・療養介護事業所）の定員は、758人で、人口1万人当たりの整備率は、令和5（2023）年4月1日現在で1.01となっており、類似の都府県並みの状況（全国42位）にあります。

4 災害時における周産期医療体制

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

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

- 長期入院児への対応について、関係機関と連携を図っていく必要があります。

- NICU等の後方支援病床の整備を図る必要があります。

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

- 災害時における周産期母子医療センターの体制確保を図る必要があります。

災害対策情報システム「PEACE」を活用して連携を取ることとしています。

5 新興感染症の発生・まん延への対策

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

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

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

【今後の方策】

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

【目標値】

新生児集中治療室（NICU）の病床数

187床 ⇒ 維持
(令和5(2023)年5月)

表7-1-1 産科・産婦人科医師数等

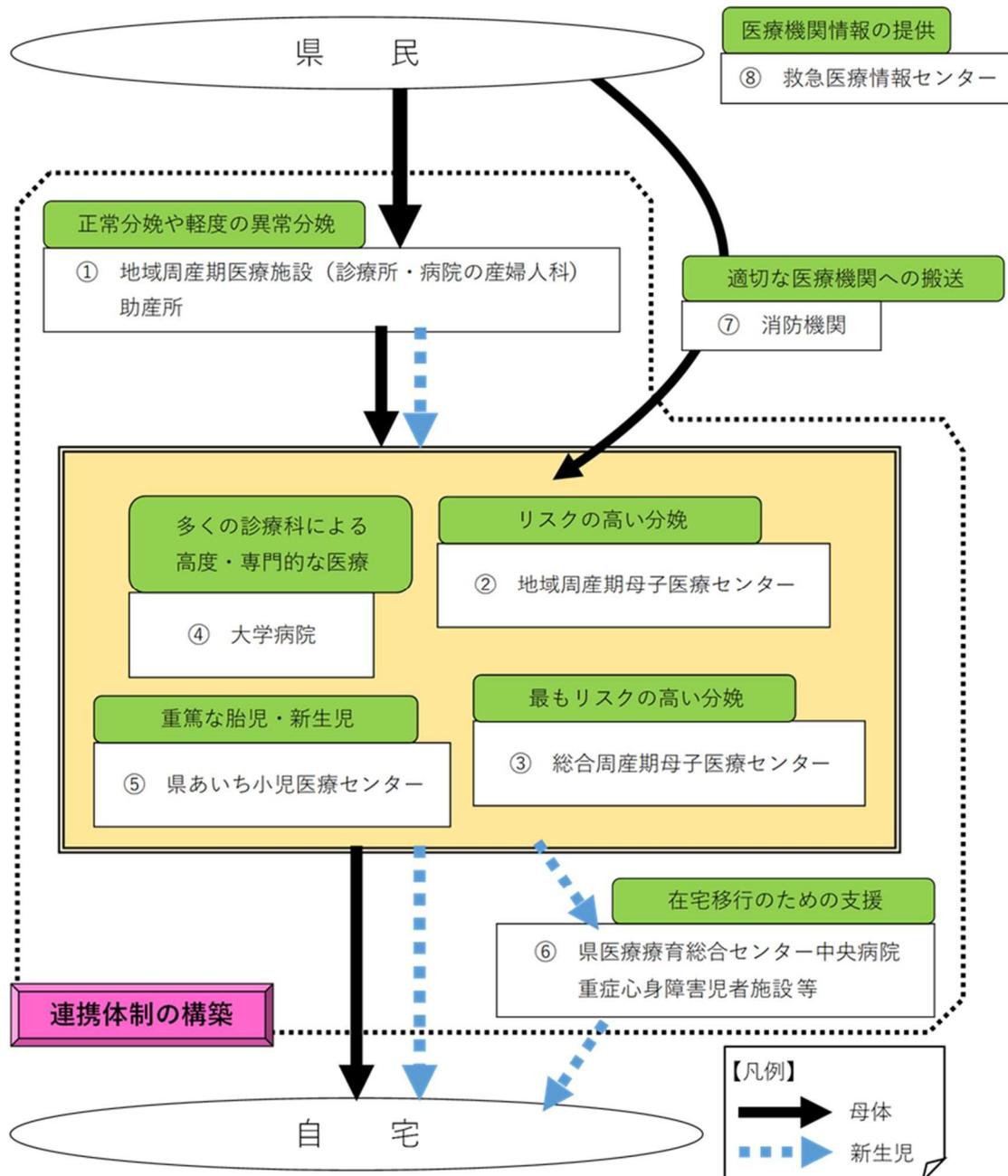
医療圏	産科、 産婦人科医師数	出生数	出生千人あたり 医師数
名古屋・尾張中部	319	19,100	16.70
海 部	17	2,099	8.10
尾 張 東 部	75	3,657	20.51
尾 張 西 部	43	3,527	12.19
尾 張 北 部	60	5,171	11.60
知 多 半 島	35	4,680	7.48
西三河北部	29	3,554	8.16
西三河南部東	32	3,236	9.89
西三河南部西	53	5,572	9.51
東三河北部	1	208	4.81
東三河南部	54	4,809	11.23
計	718	55,613	12.91

資料 医師数：令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

(主たる診療科が産婦人科・産科の医療施設従事医師数)

出生数：令和2年人口動態統計調査

愛知県周産期医療連携体系図



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

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

【体系図の説明】

周産期医療に係る基本的な流れを示したものです。

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

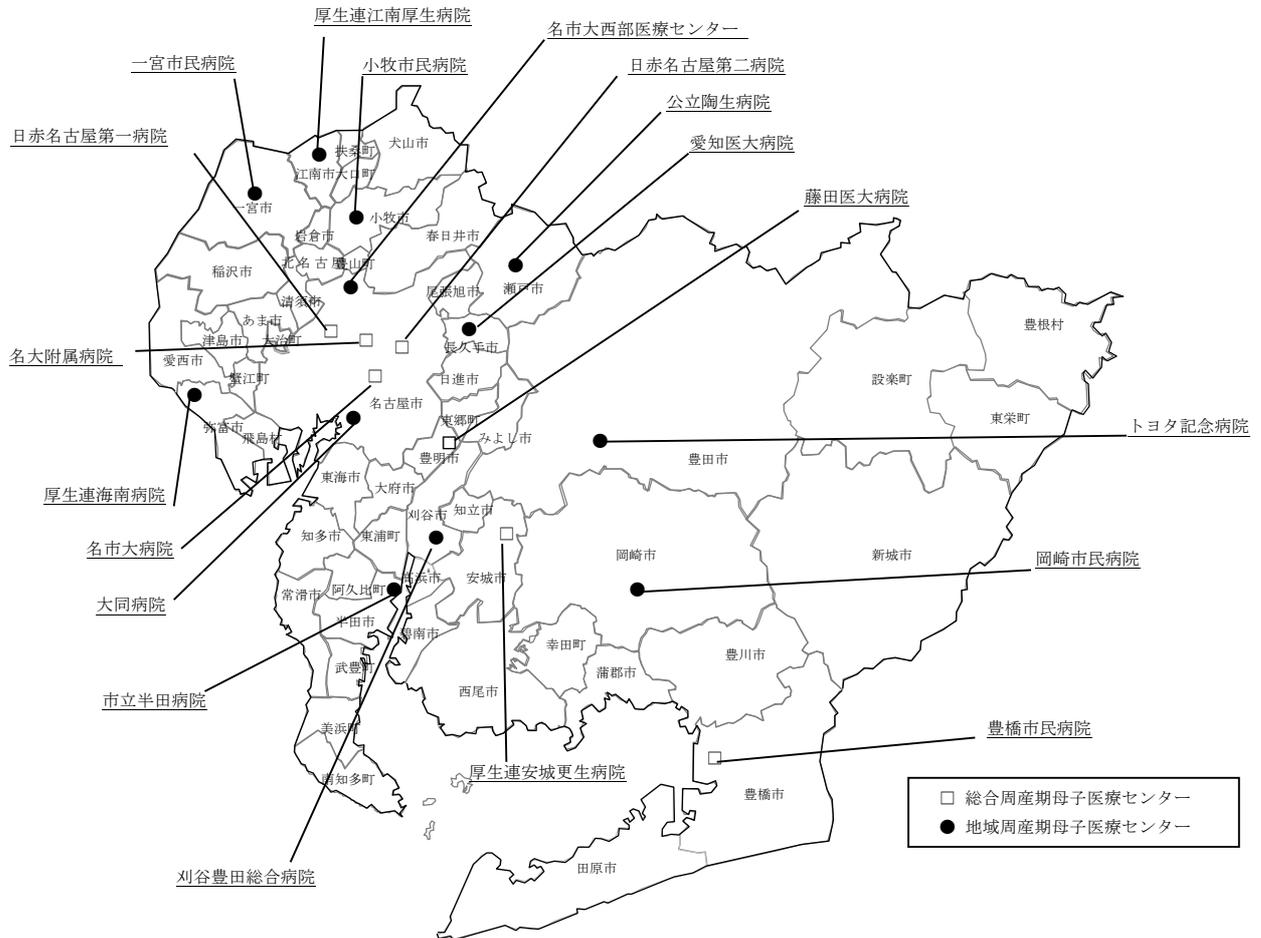
- 心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等)を有する母体への医療など、最もリスクの高い患者に対し医療を提供します。
- ④ 大学病院では、多くの診療科にわたる高度で専門的な医療を提供します。また、周産期医療に携わる人材を育成します。
 - ⑤ 県あいち小児医療センターは、平成 28(2016)年度に周産期部門を設置して産科・NICUを整備し、出生直後の対応が要求される胎児や重篤な新生児に対し医療を提供しています。
 - ⑥ 県医療療育総合センター中央病院や重症心身障害児者施設は、NICU等を退院した障害児等のレスパイト入院の受入れ及び退院後の障害児等への医療的支援を行っています。
 - ⑦ 県民(妊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

※ 具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

用語の解説

- 周産期医療
周産期とは、妊娠後期から新生児早期まで（一般には妊娠満22週から出生後7日未満）のお産にまつわる時期を一括した概念をいい、この時期に母体、胎児、新生児を総合的に管理して母と子の健康を守るのが周産期医療です。
周産期医療では、妊娠の異常、分娩期の異常、胎児・新生児の異常に適切に対処するため、産科、小児科その他の医療スタッフが連携、協力します。
- 愛知県周産期医療協議会
国の周産期医療の体制構築に係る指針において、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、都道府県が設置することになっている協議会です。
愛知県医師会、愛知県病院協会、愛知県産婦人科医会、愛知県小児科医会、愛知県看護協会、愛知県助産師会、周産期母子医療センター、県医療療育総合センター中央病院、県あいち小児医療センターなどが参加しています。
- 総合周産期母子医療センター
相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療を行うことができるとともに、当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定するものです。
- 地域周産期母子医療センター
産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に関して比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設を都道府県が認定するものです。
- MFICU
Maternal Fetal Intensive Care Unitの略で、日本語では母体・胎児集中治療室といいます。妊娠高血圧症候群、前置胎盤、合併症妊娠、切迫早産や胎児異常など、ハイリスク出産の危険度が高い母体と胎児に対応するための設備を備えています。
- NICU
Neonatal Intensive Care Unitの略で、日本語では新生児集中治療室といいます。低出生体重児や何らかの病気がある新生児に対応するための設備を備えています。
- GCU
Growing Care Unitの略で、日本語では新生児回復期治療室あるいは継続保育室などといっています。NICU（新生児集中治療室）を退室した児や病状が比較的安定している軽症の児等に対する治療を行います。
- 院内助産所
病院の中で助産師が中心となり、妊婦の健診や分娩を行う施設です。正常分娩に対応します。
- 助産師外来
医療機関等において、外来で、正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師が自立して行うものです。

図1 周産期母子医療センターの状況（令和5（2023）年4月1日）



医療圏	病院名
名古屋・尾張中部	(総合) <u>日赤名古屋第一病院</u> 、 <u>日赤名古屋第二病院</u> 、 <u>名大附属病院</u> <u>名市大病院</u> (地域) <u>名市大西部医療センター</u> 、 <u>大同病院</u>
海部	(地域) <u>厚生連海南病院</u>
尾張東部	(総合) <u>藤田医大病院</u> (地域) <u>愛知医大病院</u> 、 <u>公立陶生病院</u>
尾張西部	(地域) <u>一宮市民病院</u>
尾張北部	(地域) <u>小牧市民病院</u> 、 <u>厚生連江南厚生病院</u>
知多半島	(地域) <u>市立半田病院</u>
西三河北部	(地域) <u>トヨタ記念病院</u>
西三河南部東	(地域) <u>岡崎市民病院</u>
西三河南部西	(総合) <u>厚生連安城更生病院</u> (地域) <u>刈谷豊田総合病院</u>
東三河北部	—
東三河南部	(総合) <u>豊橋市民病院</u>

(総合) 7施設 (地域) 12施設 □ は救命救急センター併設

第2節 母子保健事業

【現状と課題】

現 状

1 母子保健の水準

- 医療水準や生活水準、公衆衛生の向上などによって、乳児や新生児の死亡率は、低い水準で推移しています。(表7-2-1)
- しかし、出生率の低下、晩婚化・晩産化、低出生体重児の出生割合は横ばいとなっています。
- 10代の人工妊娠中絶は、愛知県では、平成元(1989)年の6.6(15～19歳女性人口千対)から増加したものの、平成13(2001)年の12.5をピークに減少傾向に転じ、令和4(2022)年度には3.5となっています。

2 母子保健事業の実施体制

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

3 妊娠期からの切れ目ない支援

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

課 題

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

4 安心安全な妊娠・出産の確保

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

5 健やかなこどもの成長・発達の促進

- 県や名古屋市では、早期に発見し、早期に治療を行うことにより知的障害等の心身障害を予防するため、先天性代謝異常等検査を行っています。
- 産科医療機関などでは、新生児聴覚検査が実施されており、県では、聴覚障害を早期に発見し、治療や早期療育につなげるよう、県内の新生児聴覚検査の体制整備について検討し、市町村及び産科医療機関へ情報共有、助言等を行っています。
- 3～4か月児、1歳6か月児、3歳児健康診査は、受診率が90%を超え、市町村では子育て支援にも重点をおいて実施しています。
- 乳幼児のむし歯は改善されている一方で、むし歯を多発するこどもがいます。また、不正咬合等が認められるこどもの割合は、増加傾向です。
- 平成28(2016)年の児童福祉法改正により、母子保健施策が児童虐待の早期発見に資することが明確化されています。
- 全国の虐待による死亡事例(心中以外)のうち、0歳児の割合が48.0%であり、中でも日齢0日・0か月児の割合が高い状況です。
- 本県独自の項目を加えて作成した妊娠届出書を活用し、出産後の養育支援が必要な家庭を妊娠届出の機会に把握し、妊娠期や出産後早期からの支援を推進しています。
- 市町村においては、全ての乳児のいる家庭を訪問し、子育ての孤立化を防ぎ、養育支援が特に必要な家庭への訪問による支援を行う乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)及び養育支援訪問事業の実施が努力義務とされています。

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

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

- 乳幼児健康診査の未受診児は、養育支援が必要な家庭の児が含まれているため、未受診者を把握し支援することが必要です。
また、乳幼児健康診査については、更に質の向上を図るとともに、子育て支援の機能や虐待予防の視点を重視する必要があります。

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

- 母子保健事業を通じ、児童虐待の予防、早期発見に努めることが必要です。
また、妊娠期及び出産後早期からの相談支援体制の整備が求められています。

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

6 生涯を通じた健康の保持増進

- 女性の健康は、女性自身の日常生活の基盤だけでなく、こどもの育成について大きな影響があります。
- 県では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点から、思春期、成年期、更年期、老年期等、各ライフステージの課題に応じた健康教育や健康相談を実施しています。
- 県では、若い世代の男女が生殖機能の仕組みに関する正しい知識を学び、自らのライフプランを考えることができるよう、企業や教育現場と連携して健康教育を実施しています。
- 妊娠前からの望ましい食生活の実践等、適切な健康管理が必要です。
- リプロダクティブ・ヘルス/ライツを重視しつつ、こどもの健全な育成の前提として、女性がその健康状態に応じた的確に自己管理を行うことができるよう、学校等との十分な連携による健康教育等の充実が必要です。
- 男女ともに性や妊娠に関する正しい知識を身に付け、健康管理を行うよう促すプレコンセプションケアの推進が必要です。

【今後の方策】

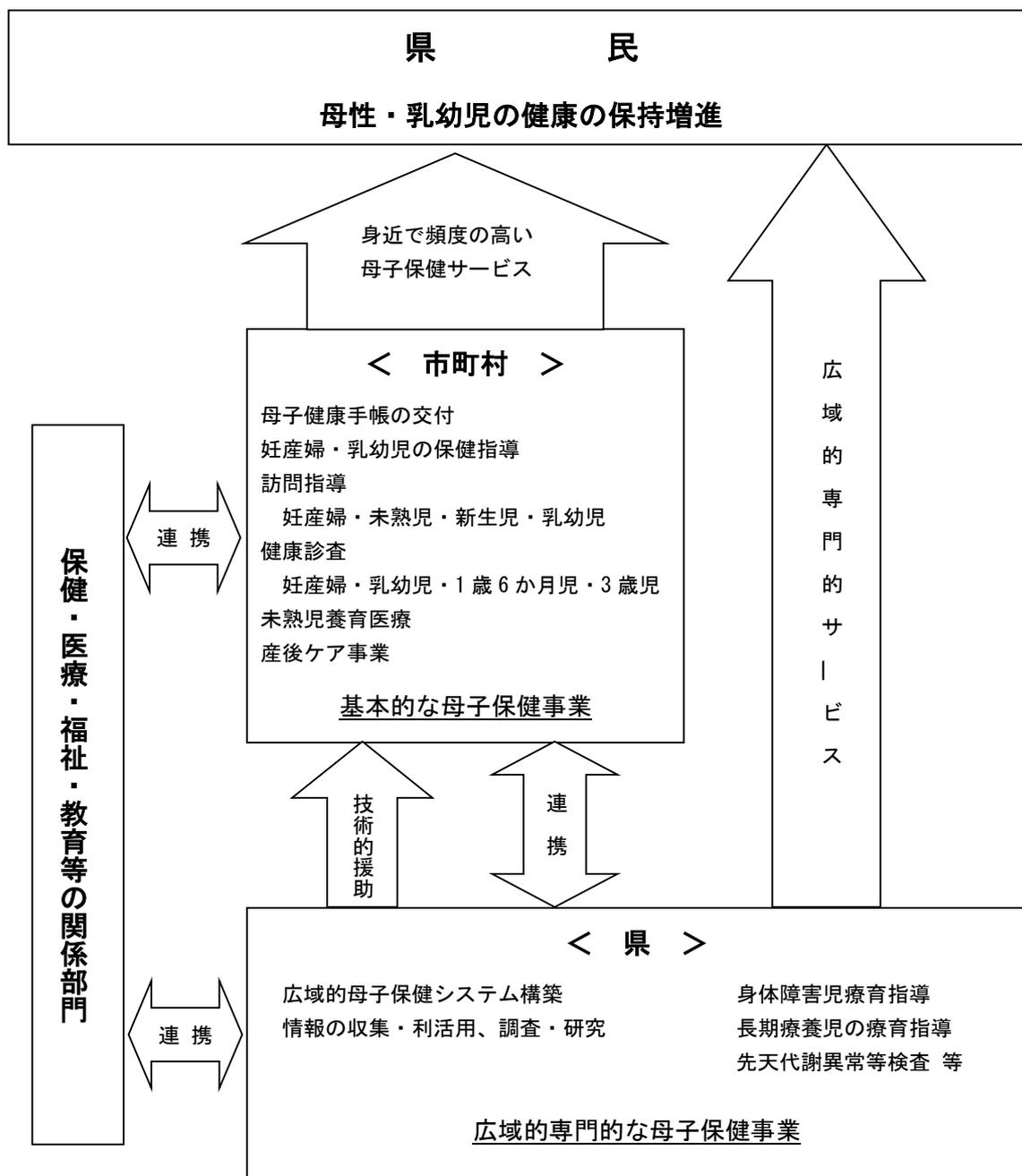
- 低出生体重児の出生割合の減少に向けた取組を進めます。
- 安心安全な妊娠出産を実現できるよう、妊婦健康診査の必要性や妊娠出産に関する正しい知識の普及に努めます。
- 子育て支援及び虐待予防の観点を重視した妊娠期・出産後早期からの支援の充実を図ります。
- 健やかなこどもの成長発達を促進するため、効果的な母子保健事業を展開できるよう、母子保健事業関係者に必要な情報提供と専門的技術の習得のための研修会を実施します。また、保健所を中心に、広域的情報の収集・分析・評価や母子保健事業の推進のための会議等を行います。
- こどもの健全な口腔を育成・維持するため、口腔機能の発育・発達に応じた食育を推進し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

表7-2-1 母子保健関係指標

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

資料：人口動態統計（厚生労働省）

母子保健対策の体系図



【母子保健対策体系図の説明】

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

用語の解説

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

第8章 小児医療対策

第1節 小児医療対策

【現状と課題】

現 状

- 1 患者数等
 - 国の令和2年患者調査によると、15歳未満の愛知県内の医療施設に入院している推計患者数は、1.4千人で、全体の2.6%となっています。
 - 男女別では、男性0.7千人、女性0.6千人となっています。
 - 愛知県内に住んでいる15歳未満の外来患者数は、64.7千人で、全体の13.6%となっています。
 - 男女の比率は、男性34.4千人、女性30.4千人と、男性の割合が高くなっています。
- 2 医療提供状況
 - 国の令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計によると、本県の主たる診療科を小児科とする医療施設従事医師数（15歳未満人口千対比）は0.98人ですが、医療圏によりばらつきがあり、名古屋・尾張中部、尾張東部医療圏に小児科医が多く集まっている一方、海部、東三河北部医療圏で低くなっています。（表8-1-1）
- 3 特殊（専門）外来等
 - 増加傾向にある生活習慣病、アレルギー疾患などへの専門的な対応や、慢性疾患児などの在宅ケアに対する支援が求められています。
- 4 保健、医療、福祉の連携
 - 虐待を受けている子どもは、増加傾向にあり、早期に発見して、適切に対応していくことが重要です。
県内市町村全てに、要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）が設置されており、保健、医療、福祉、教育などの関係機関が連携して、虐待を受けている子どもを始めたとする要保護児童への対応を行っています。
 - 県や保健所設置市では、小児慢性特定疾病児等長期にわたり療養が必要な児の相談や療育指導等を行っています。
 - あいち発達障害者支援センターでは、自閉症などの発達障害児（者）等に対し、相談、療育支援等を行うとともに、地域における総合的な支援体制の整備を推進しています。

課 題

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

5 医療費の公費負担状況

- 未熟児養育医療費、身体障害児育成医療費、小児慢性特定疾病医療費について、公費による助成が行われています。(表8-1-2)
また、県においては、通院は小学校就学前まで、入院は中学校卒業まで医療費の助成を行っています。

【今後の方策】

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

該当する診療所名は別表を御覧ください。

表 8-1-1 小児科医師数等

医療圏	小児科医師数※ 令和2年12月31日	15歳未満人口 令和2年10月1日	15歳未満千人対 小児科医師数
名古屋・尾張中部	399	301,367	1.32
海 部	20	40,417	0.49
尾 張 東 部	100	67,421	1.48
尾 張 西 部	59	66,079	0.89
尾 張 北 部	76	95,661	0.79
知 多 半 島	92	86,673	1.06
西 三 河 北 部	36	65,462	0.55
西 三 河 南 部 東	45	61,249	0.73
西 三 河 南 部 西	63	99,343	0.63
東 三 河 北 部	2	5,405	0.37
東 三 河 南 部	71	91,311	0.78
計	963	980,388	0.98

資料 小児科医師数(主たる診療科が小児科の医療施設従事医師数)：

令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計(厚生労働省)

15歳未満人口：あいちの人口(愛知県県民文化局)

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

表8-1-2 医療給付の状況（令和3（2021）年度）

（給付実人数）

区分		合 計	愛知県	名古屋市	豊橋市	岡崎市	一宮市	豊田市
未熟児 養育医療	総 数 (入院のみ)	2,086	1,168	585	57	82	132	62
育成医療	合 計	1,187	609	265	108	67	63	75
	入 院	293	163	44	26	17	21	22
	通 院	894	446	221	82	50	42	53
小児慢性 特定疾病	合 計	6,859	3,271	2,113	374	415	304	382
	入 院	1,923	983	503	110	117	101	109
	通 院	4,936	2,288	1,610	264	298	203	273

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

福祉局福祉部障害福祉課調べ（育成医療）

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

第2節 小児救急医療対策

【現状と課題】

現 状

- 1 小児の時間外救急
 - 休日・夜間における小児の時間外救急については、休日夜間診療所や病院群輪番制などの大人も含めた一般的な救急医療体制により対応しています。
 - 病院の時間外外来に軽症患者が集中しており、病院勤務医の負担が増大し、小児科医師が病院勤務を敬遠する原因となっています。

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

課 題

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

- 地域性を考慮の上、P I C Uの整備を進める必要があります。

3 小児科医の不足

- 令和元(2019)年6月末時点の「医師不足の影響に関する調査(愛知県)」によると、県内の病院のうち、小児科で何らかの診療制限を行っている病院は、全体の14.0%(17/121病院)となっており、診療制限を行っている病院の割合をみると、精神科に次いで高い割合となっています。
- 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計(厚生労働省)によると、県内医療施設の小児科に従事する医師は2,070人で、15歳未満千人当たりの医師数は2.11人となっています。(表8-2-1)
- 医療圏別では、西三河北部医療圏が1.19人と最も少なく、名古屋・尾張中部医療圏が2.72人と最も多くなっています。
- 県内の小児外科に従事する医師は、70人(令和2(2020)年)であり、県内全ての地域の小児基幹病院(小児救命救急センター、救命救急センター、小児救急医療支援事業に参加する病院及び小児医療を24時間体制で提供する病院)への複数配置は困難な状況にあります。

4 小児救急電話相談事業の実施

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

5 新興感染症の発生・まん延時における医療の体制

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

- 小児救急医療に従事する医師の増加を図る必要があります。

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

※着信件数のうち、受電対応者が応答した件数の割合。

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

【今後の方策】

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

【目標値】

小児救急電話相談事業の応答率

51.2% ⇒ 60.0%
(令和4(2022)年度)

表 8-2-1 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

医療圏	小児科※	小児外科※	15歳未満人口 (令和2年10月1日)	15歳未満千人対小児科医師数	15歳未満千人対小児外科医師数
名古屋・尾張中部	819	29	301,367	2.72	0.10
海部	77	2	40,417	1.91	0.05
尾張東部	168	12	67,421	2.49	0.18
尾張西部	149	2	66,079	2.25	0.03
尾張北部	201	8	95,661	2.10	0.08
知多半島	188	7	86,673	2.17	0.08
西三河北部	78	4	65,462	1.19	0.06
西三河南部東	85	2	61,249	1.39	0.03
西三河南部西	137	4	99,343	1.38	0.04
東三河北部	12	—	5,405	2.22	—
東三河南部	156	—	91,311	1.71	—
計	2,070	70	980,388	2.11	0.07

※2つ以上の診療科に従事している場合、各々の科に重複計上している。

※15歳未満人口は、あいちの人口（愛知県民文化局）の数値。

表 8-2-2

県あいち小児医療センターでの「小児特定集中治療管理料」算定に係る救急搬送

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

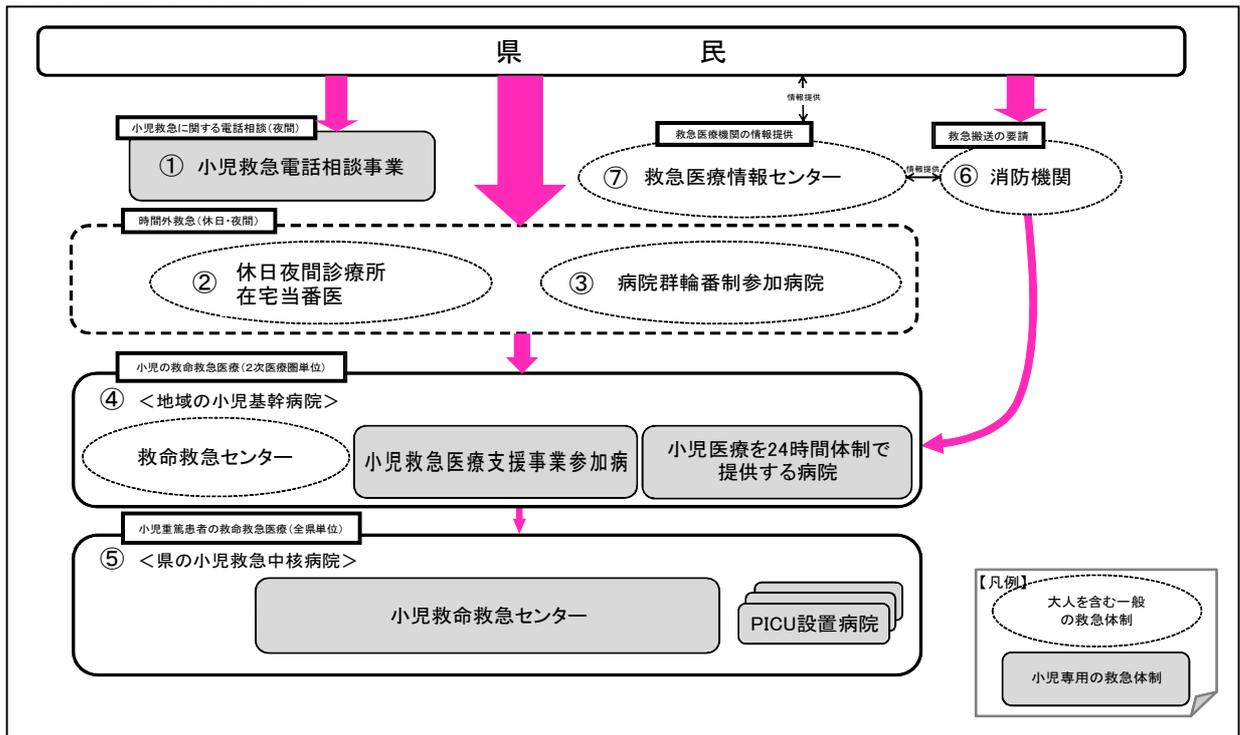
算定基準:ほかの保健医療機関から転院(転院日に救急搬送診療科を算定)した患者を年間50名以上
(うち、入室後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が年間30名以上)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	月平均
平成30年度														
救急搬送	7	1	10	7	11	9	6	5	13	8	10	13	100	8.3
うち人工呼吸	3	1	6	3	5	5	1	2	4	6	5	5	46	3.8
令和元年度														
救急搬送	8	15	10	21	16	12	17	8	19	15	14	10	165	13.8
うち人工呼吸	3	1	7	13	8	5	8	4	10	6	7	6	78	6.5
令和2年度														
救急搬送	3	4	3	3	5	7	6	5	6	6	2	6	56	4.7
うち人工呼吸	0	2	3	2	3	3	4	3	3	4	2	4	33	2.8
令和3年度														
救急搬送	2	4	7	10	7	3	5	3	2	8	6	3	60	5.0
うち人工呼吸	1	2	6	10	3	2	2	2	2	6	4	3	43	3.6
令和4年度														
救急搬送	5	4	5	12	5	6	4	9	6	11	8	7	82	6.8
うち人工呼吸	4	1	5	7	5	4	3	6	6	8	4	3	56	4.7

表 8-2-3 小児救急電話相談事業の推移

	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度
件数	1,682件	2,932件	3,763件	5,245件	7,853件	8,796件	10,209件 (7~8月のみ 毎日試行実施)	13,965件	17,950件
相談体制	【H17年4月~】 小児科医1名		【H19年7月~】 看護師2名+ 支援小児科医1名			【H21年7月~】 看護師3名+ 支援小児科医1名		【H24年4月~】 民間電話相談会社へ 委託	
	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
件数	21,743件	33,254件	36,455件	35,920件	38,838件	34,622件	27,938件	28,984件	43,503件
相談体制	【H27年1月~】 電話相談実施時間 19時~翌朝8時								

【小児救急医療連携体系図】



【体系図の説明】

- ① 小児救急電話相談事業とは、小児の保護者の安心感の向上を図るため、かかりつけの小児科医等が診療していない夜間（午後7時から翌日午前8時）に、看護師資格を有する相談員が保護者向けの救急電話相談を行うものです。
- ② 休日・夜間の時間外救急は、休日夜間診療所及び在宅当番医が担当します。
- ③ 病院群輪番制に参加する病院は、原則として2次医療圏域の休日・夜間の救急患者を受け入れますが、時間外外来に多くの小児の軽症患者が集中しています。
- ④ 地域の小児基幹病院には、救命救急センター、小児救急医療支援事業に参加する病院及び小

児医療を 24 時間体制で提供する病院(診療報酬により小児入院管理料 1 又は 2 の評価を受けている病院)が該当します。

地域の小児基幹病院は、原則として 2 次医療圏域の小児の救命救急医療を担います。

小児救急医療支援事業は、県内 2 か所の医療圏で実施しています。

- ⑤ 県の小児救急中核病院には、小児救命救急センターが該当します。また、県の要請により P I C U を設置している 3 病院は、小児救命救急センターの役割の一部を補完します。

県の小児救急中核病院は、全県レベルで小児重篤患者の救命救急医療を担います。

県あいち小児医療センターは、平成 28(2016)年 3 月 30 日に、小児救命救急センターに指定されています。

- ⑥ 救急搬送の要請を受けた消防機関は、地域の小児基幹病院に連絡し、迅速に搬送します。

- ⑦ 愛知県救急医療情報センターでは、インターネットや電話を通じ、消防機関や県民に対して受診可能な医療機関を案内します。 ※ 具体的な医療機関名は、別表に記載しています。

第3節 小児がん対策

【現状と課題】

現 状

- 1 患者数等
 - 全国がん登録によると、本県の小児がん患者（0～14歳）は、令和元（2019）年で118件把握されており、全てのがん（51,302件）の約0.2%を占めています。（表8-3-1）
 - また、小児慢性特定疾病医療給付において、令和4（2022）年度の悪性新生物による給付は、472件が承認されています。
 - 本県の0～14歳の悪性新生物による死亡数は、令和元（2019）年で19人です。（0～14歳の死亡数全体：191人）
- 2 医療提供体制
 - 国は、固形腫瘍及び造血器腫瘍における治療実績を有し、専門的な小児がん医療を提供する医療機関について、全国で15医療機関を小児がん拠点病院として指定しています。
本県では、名大附属病院が指定されています。
 - 小児がん拠点病院では、集学的治療・緩和ケアの提供、医師等に対する研修の実施、難治性・再発がんに対する治療体制、セカンドオピニオン体制の整備及び臨床研究の推進等、地域全体の小児がん医療及び支援の質の向上を図りつつ、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療を受けられるような心理社会的な支援、適切な療育・教育環境等の提供を行っています。
 - また、地域の質の高い小児がん医療及び支援を提供し、医療資源の集約化を図るため、本県では9か所の小児がん連携病院が、小児がん拠点病院により指定されています。

課 題

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

【今後の方策】

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

表 8-3-1 小児がん患者の把握数（全国がん登録で把握された罹患数）

平成 28 (2016)年	平成 29 (2017)年	平成 30 (2018)年	令和元 (2019)年
125 件	147 件	142 件	118 件

資料：「愛知のがん統計」（件数は上皮内がんを除く）

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

		白血病	悪性リンパ種	その他造血器腫瘍	脳・脊髄腫瘍	骨軟部腫瘍	その他	合計
小児がん拠点病院	名大附属病院	10	0	15	22	7	45	99
小児がん連携病院	(国)名古屋医療センター	11	1	0	1	2	0	15
	名市大病院	0	0	5	5	2	1	13
	日赤名古屋第一病院	11	2	1	7	0	4	25
	日赤名古屋第二病院	2	0	1	1	0	1	5
	名市大西部医療センター	0	0	0	3	0	1	4
	藤田医大病院	6	4	0	7	0	6	23
	愛知医大病院	3	0	2	2	1	2	10
	厚生連安城更生病院	5	0	0	1	0	2	8
	豊橋市民病院	4	0	0	2	0	0	6
	計	52	7	24	51	12	62	208

資料：小児がん診療に関する調査（令和5（2023）年6月実施）

注：小児がん拠点病院（名大附属病院）及び小児がん連携病院を対象に調査

用語の解説

- 小児がん拠点病院
小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境を整備した小児がんの拠点病院で、全国で15医療機関が指定されています。
- 小児がん連携病院
地域の質の高い小児がん医療及び支援を提供し、医療資源の集約化を図るための連携病院で、本県では9医療機関が小児がん拠点病院により指定されています。
- 固形腫瘍
脳腫瘍や骨肉腫、横紋筋肉腫など、かたまりをつくって増生する悪性腫瘍
- 造血器腫瘍
白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫などの血液の悪性腫瘍
- 小児がん治療後の合併症（晩期合併症）
小児がんに対する化学療法、放射線治療等による治療後、数か月あるいは数年が経過後（晩期）に生じる健康上の問題（小児がん治療による正常細胞への影響やその機能不全）
晩期合併症の種類、リスクは、治療内容（薬剤などの種類、量、投与方法）、治療時の年齢などにより異なります。
例：成長・発達、性成熟（二次性徴）、心肺機能、不妊などへの影響、二次がん発症等
- 二次がん
小児がんが治癒した後に、小児がんに対して行った抗がん剤や放射線照射などの治療が発症リスクになると考えられる、別のがんを発症すること

第9章 在宅医療対策

1 プライマリ・ケアの推進

【現状と課題】

現 状

1 プライマリ・ケアの現状

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

2 プライマリ・ケアの推進

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

課 題

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

【今後の方策】

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

表9-1-1 一般診療所、歯科診療所数の推移（毎年10月1日現在）

区分	平成20年	21年	22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	
一般診療所	有床診療所	512	494	473	449	432	408	384	363	343	324	302	286	279	276	271
	無床診療所	4,535	4,619	4,646	4,702	4,754	4,851	4,929	4,975	5,035	5,083	5,162	5,215	5,259	5,352	5,406
	計	5,047	5,113	5,119	5,151	5,186	5,259	5,313	5,338	5,378	5,407	5,464	5,501	5,538	5,628	5,677
歯科診療所	3,641	3,655	3,666	3,691	3,707	3,707	3,714	3,727	3,727	3,757	3,756	3,745	3,735	3,736	3,717	

資料：病院名簿（愛知県保健医療局）

表9-1-2 病院、一般診療所の外来患者数（単位：千人）

	病院					一般診療所				
	総数	通院	往診	訪問診療	医師以外の訪問	総数	通院	往診	訪問診療	医師以外の訪問
外来患者数	76.3	75	0.2	1	0.1	302	295.1	1.2	5.3	0.4
うち65歳以上（再掲）	43.2	42	0.2	1	0.1	137.2	130.6	1.2	5	0.4

資料：令和2年患者調査（厚生労働省）

注：四捨五入により内訳の合計が総数と一致しない

用語の解説

○ プライマリ・ケア

家庭や地域社会の状況を考慮し、個々の患者に起こるほとんどの健康問題に責任を持って対処する医師（歯科医師）が、患者と継続的な関係を持ちながら提供する、身近で包括的な医療のことをいいます。小児科その他の医療スタッフが連携、協力します。

2 在宅医療の提供体制の整備

【現状と課題】

現 状	課 題
<p>1 在宅医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 寝たきりの高齢者や慢性疾患で長期の療養が必要な患者など、主として在宅での適切な医療を必要とする患者が増加しています。 ○ 医療技術の進歩や発症早期からのリハビリテーションにより、病院を早期に退院できる患者が増えています。 ○ 医療保険による在宅医療、介護保険による在宅サービスを実施している医療機関は、全ての医療圏において在宅医療等が実施されています。(表9-2-1、表9-2-2、表9-2-3) ○ 日常の療養生活を支援するための、訪問診療を提供している医療機関は、令和2(2020)年10月1日現在、1,239か所となっています。 また、歯科医療の面から、訪問歯科診療を提供している歯科診療所は、令和3(2021)年度において1,376か所、服薬指導の面から、訪問薬剤管理指導を実施する薬局は、令和6(2024)年1月1日現在、3,462か所となっています。(表9-2-3) ○ 24時間体制で往診に対応する在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所は、医療を必要とする高齢者が地域で安心して生活するために欠かせないものであり、令和6(2024)年1月1日現在における設置状況は、在宅療養支援病院は65か所、在宅療養支援診療所は854か所となっています。(表9-2-4) また、歯科医療の面から支援する在宅療養支援歯科診療所は、令和6(2024)年1月1日現在、617か所となっています。(表9-2-5) 近隣の薬局と連携するなどして、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されている薬局は、令和3(2021)年度において、1,230か所となっています。 ○ かかりつけ医からの指示により、看護師が定期的に家庭訪問し、高齢者や家族の健康状態と介護状況に応じて必要な看護サービスを提供する訪問看護ステーションは、令和6(2024)年1月1日現在、1,119か所となっています。(表9-2-6) ○ 退院支援から生活の場における支援、急変時の対応、看取りまで、切れ目なく継続して適切な医療が行われるよう、それぞれの場面において、入院医療機関及び在宅医療機関、訪問看護ステーション等の連携が進んでいます。 ○ 医療の継続性や退院に伴って新たに生じる問題の対応のために、入院初期から退院後の生活を見 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅療養支援診療所、24時間対応可能な薬局数などの指標のうち、全国水準を下回っているものもあり(表9-2-7)、こうした在宅医療サービスの提供において基盤となる資源を更に充実させることが必要です。 ○ 複合型サービス、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスを始め、地域市町村を主体とする新しい総合事業との連携による機能強化が必要です。 ○ 退院支援体制を強化させるためには、入院医療機関と在宅医療に係る機

据えた支援を行う退院調整支援担当者を配置している医療機関は、令和2(2020)年10月1日現在、192か所となっています。

- 急変時に入院が必要と判断された場合に、24時間の受入れ体制を確保する在宅療養後方支援病院は、令和6(2024)年1月1日現在、23か所となっています。
- 患者が住み慣れた地域で最期を迎えるための在宅看取りを実施している医療機関は、令和2(2020)年10月1日現在、353か所となっています。

- NICU等への長期入院の後、たん吸引や経管栄養などの医療的ケアを自宅で受けながら日常生活を営む小児等の患者も増加しています。

県では、こうした小児在宅医療に対応できる医師等を増加させるための取組を県医師会等と連携し、実施しています。

また、小児在宅医療における訪問薬剤管理指導を行う薬局・薬剤師を増加させる取組も実施しています。

- なお、平成20(2008)年3月から運用を開始した「愛知県医療機能情報公表システム」(令和6(2024)年4月から全国統一のシステムに統合)において、地域で在宅医療を提供する医療機関に関する情報をインターネット上で提供しています。

また、県歯科医師会では在宅医療に対応可能な会員医療機関の情報を「訪問歯科診療申込窓口」で、県薬剤師会では「在宅医療受入薬局リスト検索」で提供しています。

- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、訪問栄養食事指導を実施しています。

2 医療と介護の連携

- 在宅医療の推進には、医療と介護の連携が重要であるため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、介護支援専門員など、医療及び介護に係る様々な職種が互いの専門的知識を生かしながら、連携して患者・家族をサポートしていく体制を構築するための研修会が、地域において実施されています。

- また、県としては、市町村からの相談に対し、助言・指導を行う相談窓口の設置や、市町村職員等を対象とした研修会の開催などにより支援を行っています。

関との連携・協働を深めること、また、地域の実情を踏まえた共通ルール等の策定・運用が望まれます。

- 急変時に対応を行うことが可能な病院の確保を進める必要があります。

- 在宅看取りを行う医療機関の充実、及び施設や後方支援を担う医療機関での看取り体制の強化を図り、入院医療機関等における相談体制も含め、患者の意思がより尊重される形で人生の終盤を地域で迎えることができる体制の整備を進める必要があります。

- 医師を始め、小児在宅医療に対応できる人材の更なる確保が不可欠であるとともに、福祉や教育との連携が必要です。

- 県栄養士会が設置し、運営する栄養ケア・ステーションの活用等、在宅での栄養管理体制の整備が必要です。

- 医療と介護の連携の推進は、介護保険法の地域支援事業として制度化され、市町村が主体となって、医師会等の関係団体と協力しながら実施することが求められています。

- 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業における取組で、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供

- 多職種間で在宅患者の情報をリアルタイムで共有する、いわゆる在宅医療連携システムは、平成30(2018)年度から、県内全ての市町村において導入されています。

3 地域包括ケアシステムの構築

- 高齢者が地域において安心して暮らし続けることができるように、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進めています。
- システムの構築には、医療・介護・福祉の連携が必要であり、地域における連携の中核的機関である地域包括支援センターでは、社会福祉士等専門職が、高齢者からの総合的な相談に対し助言を行うとともに、医療・介護・福祉の必要なサービスをつなぐ役割を果たしています。

体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的支援が必要です。

- 在宅医療の提供体制において、情報通信技術が導入・普及されることは、在宅医療従事者の負担軽減の観点からも重要であり、市町村間での互換性確保、利活用の更なる促進のため、地域の関係者間で協議を進める必要があります。

- 地域包括支援センターは、制度横断的な連携ネットワークを構築して、取組を適切に実施する必要があります。

【今後の方策】

- 在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導を実施する薬局を充実する方策について、医師会等の関係機関と連携し、進めていきます。
- 既存病床数が基準病床数を上回る圏域において、在宅医療の提供の推進のために診療所に病床が必要な場合は、医療審議会医療体制部会の意見を聞きながら、医療法施行規則第1条の14第7項第1号の診療所として整備を図ります。 該当する診療所名は別表を御覧ください。
- 歯科医療機関に対して、在宅歯科診療に必要な医療機器等の整備に係る経費の助成等、財政的支援に努めます。
- 在宅患者急変時における後方支援病院の確保を進めます。
- 在宅での看取りが可能な体制を確保するため、医療機関における適切な情報提供や相談体制のあり方、本人や家族の意思決定が困難な事例への対応方法など、人生の最終段階における医療提供体制に関する検討を進めます。
- 小児在宅医療に従事する医師等を増加させるための取組を、医師会等関係団体と連携し、進めていきます。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、介護支援専門員、介護福祉士などの関係多職種がお互いの専門的な知識を生かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制の構築に取り組む市町村を支援していきます。
- 市町村が行う、医療、介護、予防、生活支援サービス、住まいを地域において切れ目なく提供する地域包括ケアシステムを構築していく取組を支援していきます。
- 将来の在宅医療に係る需要について、医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、県や市町村の医療・介護担当者等による検討を行っていきます。
- 在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する検討を進めます。

【目標値】

○ 訪問診療を実施している診療所・病院	1,425施設(令和3(2021)年度)	⇒	1,711施設
○ 在宅療養支援診療所・病院	919施設(令和6(2024)年1月1日)	⇒	1,015施設
○ 機能強化型在宅療養支援診療所・病院	329施設(令和6(2024)年1月1日)	⇒	363施設
○ 在宅療養後方支援病院	23施設(令和6(2024)年1月1日)	⇒	25施設
○ 24時間体制を取っている訪問看護ステーション	1,005施設(令和5(2023)年7月1日)	⇒	1,110施設
○ 機能強化型訪問看護ステーション	49施設(令和5(2023)年7月1日)	⇒	54施設
○ 訪問歯科診療を実施している歯科診療所	1,376施設(令和3(2021)年度)	⇒	1,652施設
○ 在宅療養支援歯科診療所	617施設(令和6(2024)年1月1日)	⇒	682施設
○ 訪問薬剤管理指導を実施している薬局	3,462施設(令和6(2024)年1月1日)	⇒	3,824施設
○ 退院支援を実施している診療所・病院	133施設(令和3(2021)年度)	⇒	160施設
○ 在宅看取りを実施している診療所・病院	677施設(令和3(2021)年度)	⇒	813施設
○ 訪問診療を受けた患者数	1,285,056件(令和3(2021)年度)	⇒	1,543,224件
○ 看取り数	14,547件(令和3(2021)年度)	⇒	17,469件 (令和8(2026)年度)

用語の解説

- 在宅療養支援病院
在宅で療養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おり、適切な意思決定支援に係る指針を作成している病院のことで、平成20(2008)年度の診療報酬改定で「半径4km以内に診療所が存在しない」という基準のもと定義されましたが、平成22(2010)年度に基準が緩和され、「許可病床が200床未満の病院」についても認められることになりました。
- 在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院と同様の機能を果たす診療所のことで、平成18(2006)年度の診療報酬改定において定義されました。
- 機能強化型在宅療養支援病院・診療所
在宅療養支援病院・診療所の施設基準に加え、在宅療養を担当する常勤医師数や、過去1年間の緊急往診実績、看取り実績等の基準を単独で又は連携する複数の医療機関で備えている病院・診療所として、東海北陸厚生局へ届出を行っているものを指します。
- 在宅療養後方支援病院
許可病床200床以上の病院で、当該病院を、緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者について、緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れることができるものとして、平成26(2014)年度診療報酬改定において定義されました。
- 24時間体制を取っている訪問看護ステーション
訪問看護ステーションのうち、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制及び緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制が整備されているとして、東海北陸厚生局へ届出を行っているものを指します。
- 機能強化型訪問看護ステーション
「24時間対応体制の訪問看護ステーション」のうち、ターミナルケア、超・準超重症児・重症度の高い患者の受入れ、介護保険の居宅介護支援事業所の設置等といった、機能の高いものとして、東海北陸厚生局へ届出を行っているものを指します。
- 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。
- 訪問薬剤管理指導を実施する薬局
在宅で療養している患者に対し、医師の指示に基づき薬学的管理指導計画を策定した上で、薬学管理、服薬指導等を行う保険薬局のことで、平成6(1994)年に創設されました。
- 栄養ケア・ステーション
各都道府県栄養士会が設置する管理栄養士・栄養士が所属し、医師の指示に基づく訪問栄養食事指導を行うことができる地域密着型の拠点です。

表9-2-1 在宅医療サービスの実施状況（病院・一般診療所）

	総数	医療保険等による													
		総数		往診		在宅患者訪問診療		在宅患者訪問看護・指導		在宅患者訪問リハビリテーション指導管理		訪問看護ステーションへの指示書の交付		在宅看取り	
		施設数	実施率	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数
【病院】															
名古屋・尾張中部	127	81	63.8%	27	658	37	7,790	9	464	5	84	54	2,256	13	69
海部	11	9	81.8%	2	15	5	272	1	14	3	27	6	190	1	6
尾張東部	19	15	78.9%	8	276	9	1,449	2	151	2	10	9	512	4	10
尾張西部	20	15	75.0%	1	3	3	55	4	43	-	-	9	204	1	3
尾張北部	26	17	65.4%	7	56	5	509	-	-	1	4	12	343	-	-
知多半島	19	11	57.9%	3	48	6	526	1	3	3	12	9	494	2	17
西三河北部	20	15	75.0%	3	125	7	1,400	-	-	3	108	11	664	4	19
西三河南部東	16	11	68.8%	3	87	4	191	1	7	2	83	5	74	-	-
西三河南部西	22	18	81.8%	9	64	12	957	3	50	3	55	15	579	2	3
東三河北部	4	3	75.0%	2	3	3	102	-	-	1	10	1	19	1	1
東三河南部	37	24	64.9%	6	14	10	125	2	42	2	35	15	184	3	4
計	321	219	68.2%	71	1,349	101	13,376	23	774	25	428	146	5,519	31	132
【診療所】															
名古屋・尾張中部	2,246	792	35.3%	425	5,092	457	39,423	49	1,202	33	276	384	8,646	125	350
海部	219	92	42.0%	45	389	53	1,713	6	216	2	3	41	260	8	14
尾張東部	329	116	35.3%	68	332	74	3,182	6	43	5	23	61	472	24	35
尾張西部	356	153	43.0%	86	893	94	5,741	7	75	10	19	74	1,100	27	70
尾張北部	491	171	34.8%	81	1,760	97	18,150	12	2,450	10	78	75	1,414	26	124
知多半島	389	143	36.8%	78	707	86	4,682	7	171	12	51	74	1,041	29	73
西三河北部	272	87	32.0%	35	217	53	1,781	8	55	6	15	41	357	9	25
西三河南部東	262	91	34.7%	44	405	44	2,451	8	40	16	53	45	394	14	39
西三河南部西	402	138	34.3%	85	1,092	86	3,305	11	48	12	24	78	893	29	57
東三河北部	48	21	43.8%	13	52	10	190	2	2	2	3	11	35	6	9
東三河南部	449	142	31.6%	79	884	84	5,454	16	222	17	242	71	876	25	52
計	5,463	1,946	35.6%	1,039	11,823	1,138	86,072	132	4,524	125	787	955	15,488	322	848

	総数	介護保険による							
		総数		居宅療養管理指導 (介護予防サービスを含む)		訪問看護 (介護予防サービスを含む)		訪問リハビリテーション (介護予防サービスを含む)	
		施設数	実施率	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数
【病院】									
名古屋・尾張中部	127	35	27.6%	18	3,554	6	809	21	2,162
海部	11	7	63.6%	3	79	2	13	4	264
尾張東部	19	8	42.1%	5	370	3	471	4	174
尾張西部	20	6	30.0%	1	1	1	135	1	30
尾張北部	26	6	23.1%	2	90	-	-	4	273
知多半島	19	8	42.1%	5	168	2	530	6	906
西三河北部	20	7	35.0%	3	68	3	474	5	273
西三河南部東	16	5	31.3%	2	122	1	49	5	2,581
西三河南部西	22	11	50.0%	6	109	3	240	8	1,030
東三河北部	4	2	50.0%	2	69	1	2	2	162
東三河南部	37	11	29.7%	2	49	3	202	8	993
計	321	106	33.0%	49	4,679	25	2,925	68	8,848
【診療所】									
名古屋・尾張中部	2,246	292	13.0%	210	18,832	26	790	29	711
海部	219	32	14.6%	18	751	5	48	4	40
尾張東部	329	44	13.4%	31	1,124	7	134	8	221
尾張西部	356	43	12.1%	35	2,328	2	17	4	20
尾張北部	491	66	13.4%	39	2,539	10	219	16	248
知多半島	389	53	13.6%	37	2,329	6	152	9	2,083
西三河北部	272	24	8.8%	19	706	3	9	3	13
西三河南部東	262	22	8.4%	12	1,250	4	21	7	67
西三河南部西	402	52	12.9%	38	1,621	6	28	10	466
東三河北部	48	7	14.6%	4	141	1	44	4	47
東三河南部	449	52	11.6%	38	2,870	10	239	16	2,170
計	5,463	687	12.6%	481	34,491	80	1,701	110	6,086

資料：令和2年医療施設調査（厚生労働省）

注：「実施件数」は、令和2年9月1か月の数

表9-2-2 在宅医療サービスの実施状況（歯科診療所）

	総数	医療保険による										介護保険による					
		総数		訪問診療 (居宅)		訪問診療 (病院・診療所)		訪問診療 (介護施設等)		訪問歯科 衛生指導		総数		居宅療養管理指導 (歯科医師による)		居宅療養管理指導 (歯科衛生士等による)	
		施設数	実施率	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施率	施設数	実施件数	施設数	実施件数
名古屋・尾張中部	1,517	580	38.2%	271	4,645	65	900	221	14,569	116	6,623	291	19.2%	169	11,546	125	15,461
海部	135	67	49.6%	28	102	5	121	30	253	12	105	29	21.5%	14	131	11	206
尾張東部	238	107	45.0%	59	455	7	175	43	2,326	26	1,480	58	24.4%	31	1,502	27	1,598
尾張西部	248	98	39.5%	53	493	7	80	48	2,591	26	1,404	58	23.4%	32	1,403	27	1,928
尾張北部	335	160	47.8%	59	354	12	69	49	2,372	16	545	90	26.9%	36	1,064	22	1,269
知多半島	252	115	45.6%	66	947	17	148	56	2,376	29	1,483	62	24.6%	36	1,360	25	1,440
西三河北部	171	64	37.4%	26	158	7	139	23	474	13	272	27	15.8%	16	275	9	199
西三河南部東	174	63	36.2%	26	170	4	12	19	287	5	177	28	16.1%	12	235	9	206
西三河南部西	290	131	45.2%	46	480	15	83	42	644	15	551	57	19.7%	27	912	19	776
東三河北部	29	15	51.7%	5	23	-	-	5	87	4	43	3	10.3%	2	15	3	20
東三河南部	323	132	40.9%	56	319	6	102	37	798	25	693	65	20.1%	25	236	27	324
計	3,712	1,532	41.3%	695	8,146	145	1,829	573	26,777	287	13,376	768	20.7%	400	18,679	304	23,427

資料：令和2年医療施設調査（厚生労働省）

注：「実施件数」は、令和2年9月1か月の数

表9-2-3 訪問薬剤管理指導を実施する薬局数

名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計
1,279	145	233	251	331	261	185	162	261	23	331	3,462

資料：令和6年1月1日（診療報酬施設基準）

表9-2-4 在宅療養支援病院・診療所の設置状況

医療圏	名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計
在宅療養支援病院	30	3	6	4	3	2	5	1	5	1	5	65
在宅療養支援診療所	365	37	56	68	80	63	40	25	61	3	56	854

資料：令和6年1月1日（診療報酬施設基準）

表9-2-5 在宅療養支援歯科診療所の設置状況

名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計
254	25	49	49	59	59	25	9	42	7	39	617

資料：令和6年1月1日（診療報酬施設基準）

表9-2-6 訪問看護ステーションの設置状況

名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部	計
538	40	59	87	90	69	44	44	76	2	70	1,119

資料：令和6年1月1日（愛知県内介護保険事業所一覧）

表 9-2-7 在宅医療基盤の本県と全国と比較

指標名		全国	愛知県	資料
在宅療養支援診療所	診療所数(人口10万人当たり)	8.97	8.09	令和4年3月診療報酬施設基準
在宅療養支援病院※	病院数(人口10万人当たり)	0.78	0.43	令和4年3月診療報酬施設基準
在宅療養支援歯科診療所(人口10万人当たり)		6.77	7.93	令和4年3月診療報酬施設基準
介護保険を扱う訪問看護ステーション数 (人口10万人当たり)		9.5	10.0	令和3年介護サービス施設・事業所調査
訪問看護ステーションの従業者数 (人口10万人当たり)		86.2	89.1	令和3年介護サービス施設・事業所調査
24時間体制を取っている訪問看護ステーションの従業者数	保健師 (人口10万人当たり)	0.9	0.8	令和3年介護サービス施設・事業所調査
	助産師 (人口10万人当たり)	0.08	0.07	
	看護師 (人口10万人当たり)	50.1	55.0	
	准看護師 (人口10万人当たり)	3.9	4.5	
	理学療法士 (人口10万人当たり)	11.3	11.2	
	作業療法士 (人口10万人当たり)	4.9	3.9	
24時間対応可能な薬局数		17.5	16.3	令和3年度NDB
在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数		10.6	13.3	
訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数(人口10万人当たり)		1.16	1.33	令和3年度NDB

※ 在宅療養支援病院は「半径4km以内に診療所が存在しないこと又は許可病床数が200床未満」の場合に認められるものであるため、本県と全国をその数で比較する際は注意を要する。

【在宅医療連携体系図】

