

三重県保健医療計画 (第5次改訂)



三 重 県

第5次改訂の策定にあたって

～守ろう！健康、守ろう！三重の医療～

わが国は、世界で最も早く超高齢化社会を迎えており、今後の医療需要の増大は避けられません。また、近年、各地で医師・看護師等の不足や医療現場の疲弊が顕在化しており、地域医療は厳しい状況が続いています。



そのような中、昭和63年に策定され、今回が第5次の改訂となる三重県保健医療計画においては、限られた医療資源をより有効に活用し、住み慣れた地域で必要な医療が受けられるよう、地域の現状分析を行い、その結果に基づく新たな医療提供体制の構築をめざすこととしています。

特に、がんや脳卒中などの各疾病対策や、小児・周産期を含む救急医療対策、災害医療対策の充実に加え、新たに“精神疾患”と“在宅医療”の分野における医療提供体制を構築し、けがや病気をしたときから在宅療養に至るまで、切れ目なく医療が提供できる体制を提示しています。

その他、医師をはじめとする医療従事者の確保対策の拡充、多職種連携の推進に取り組むとともに、県民の皆さんの定期的な検診受診や、救急時における適切な受診行動につながるよう、かかりつけ医の重要性などについて普及啓発を進めることとしています。

また、この保健医療計画では、疾病対策等に関する54項目について5年後の数値目標を設定しています。本計画の進捗を適切に管理し、着実な実施につなげていくことが、患者本位の良質かつ適切な医療の提供につながると確信しています。

健康に暮らすこと。それは、私たちが幸福を実感するための前提、いわば土台となるものです。三重の医療を守り、生涯を通じて健康な生活を送れるよう、行政や医療機関だけでなく、県民の皆さんも一丸となって、この三重県保健医療計画（第5次改訂）を推進していきましょう。

最後になりましたが、本計画の策定にあたり、熱心にご議論いただいた三重県医療審議会委員の皆様、関係する部会の委員の皆様をはじめ、貴重なご意見やご提言をいただきました県民の皆様に、心からお礼申し上げます。

平成25年3月

三重県知事 鈴木英敬

目 次

第1章 保健医療計画に関する基本方針

第1節	計画策定の趣旨	1
第2節	計画の性格	3
第3節	計画の特徴	3
第4節	具体的な医療情報の提供	3
第5節	計画の期間	3

第2章 三重県の保健医療を取り巻く基本的な状況

第1節	三重県の地域特性	5
第2節	人口および人口動態	6
第3節	保健医療施設の状況	14
第4節	県民の受療動向	21

第3章 保健医療圏

第1節	保健医療圏の設定と基準病床数	23
-----	----------------	----

第4章 保健医療提供体制の構築

第1節	医師の確保と資質の向上	29
第2節	医療従事者の人材確保と資質の向上	39
第3節	保健医療提供体制の整備	60
第4節	公的病院等の役割	64

第5章 事業ごとの医療連携体制

第1節	がん対策	73
第2節	脳卒中対策	90
第3節	急性心筋梗塞対策	106
第4節	糖尿病対策	121
第5節	精神疾患対策	133
第6節	救急医療対策	147
第7節	災害医療対策	166
第8節	へき地医療対策	177
第9節	周産期医療対策	187

第10節	小児救急を含む小児医療対策	201
第11節	在宅医療対策	215
第12節	その他の対策	237

第6章 保健・医療・福祉の総合的な取組

第1節	保健・医療・福祉の連携	257
第2節	健康づくり活動の推進	257
第3節	高齢者の保健・医療・福祉の推進	259
第4節	障がい者の医療福祉の推進	264
第5節	母子保健対策の推進	266

第7章 健康危機管理体制の構築

第1節	結核・感染症対策	271
第2節	医薬品等の安全対策と薬物乱用防止	281
第3節	その他の取組	284

第8章 保健医療計画の推進体制

第1節	保健医療計画の周知と情報の公表	287
第2節	保健医療圏の推進体制	287
第3節	数値目標の進行管理	291
第4節	評価と検討	293

第9章 資料編

第1節	疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針別表の指標	295
第2節	市町別の指標（本文記載分を除く）	320
第3節	計画改訂の経緯	327
第4節	委員名簿	330
第5節	用語解説	336

本文中の「*」（アスタリスク）は、巻末の用語解説にその語句の説明が掲載されていることをあらわしています。なお「*」は、初出時のみ付けています。

第1章 保健医療計画に関する基本方針

第1節 計画策定の趣旨

1. 第5次改訂の趣旨

- 三重県では、昭和 63（1988）年 12 月に「三重県保健医療計画」を策定して以来、5年ごとに計画を見直し、改訂を行ってきました。
- 平成 20（2008）年 3 月の第 4 次改訂では、各地域において切れ目のない医療を提供するため、良質かつ適切な医療提供体制の確保をめざし、保健医療関係機関・団体等の協力のもと、各種の施策を展開してきたところです。
- しかし、昨今の急速な高齢化の進行とともに、人口減少化時代を迎え、社会構造の多様化・複雑化が進む中、医療技術の進歩、県民の意識の変化等、医療を取り巻く環境が大きく変わりつつあり、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められています。
- そのような中、国では「社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）」に基づき、急性期*をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むことになりました。
- 本県においても、こうした保健医療を取り巻く環境の変化に対応すべく、県内の医療提供体制の実態把握に努め、県民の皆さんが保健医療に対し、より一層の信頼と安心を実感できるよう、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するために、県保健医療計画の第 5 次改訂を行います。

2. 第 4 次改訂（平成 20 年度から平成 24 年度）の達成状況

- 三重県保健医療計画（第 4 次改訂）で掲げた 4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病） 5 事業（救急医療、災害時における医療、へき地*の医療、周産期医療*および小児医療）の数値目標については、前年度の達成状況を毎年度、三重県医療審議会において確認・評価を行っています。
- 平成 24（2012）年度は、19 項目中、13 項目の数値目標について達成していることが確認されました。

数値目標【達成】	数値目標【未達成】
13項目(68.4%)	6項目(31.6%)

- 達成できなかった 6 項目においても、第 4 次改訂時から改善したものは 3 項目ありました。脳卒中对策の数値目標である「地域連携クリティカルパス*の導入地域数」は、6 地域が増加するなど一定の効果が出ています。また、がん対策の「がんによる年齢調整死亡率*（75 歳未満）（人口 10 万人あたり）」も、改訂時より 5.8 ポイント減少し、死亡率の低さは、全国の上位に位置しています。
- 一方で、第 4 次改訂時から悪化した小児医療対策の「幼児死亡率*（1～4 歳人口 10 万人

あたり)」は、年度により達成、未達成が入れ替わるなど、効果が測定しにくく、今後は死亡原因別など、より詳細な分析が必要であると考えられます。

- 第5次改訂では、こうした第4次改訂の達成状況をふまえつつ、地域の実情に応じた新たな数値目標の設定に取り組みます。

図表 1-1-1 三重県保健医療計画(第4次改訂)の数値目標の達成状況

対策・事業	数値目標	現状値(H23) 下段()は策定時	目標値	達成状況
がん対策	がんによる年齢調整死亡率 (75歳未満)(人口10万人あたり)	78.5 (84.3)	72.4	B
脳卒中対策	脳血管疾患による年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	男性 45.4 (56.4)	男性 56.7以下	A
		女性 27.4 (34.6)	女性 33.4以下	A
	地域連携クリティカルパスの導入地域数	6 (0)	9	B
急性心筋梗塞対策	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	男性 24.0 (32.1)	男性 24.0以下	A
		女性 10.5 (15.1)	女性 10.7以下	A
糖尿病対策	糖尿病による年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	男性 6.9 (7.2)	男性 7.2以下	A
		女性 3.4 (4.3)	女性 3.7以下	A
救急医療対策	救急医療情報システム*参加医療機関数	568機関 (416機関)	460機関	A
	応急手当年間受講者数	23,143人 (28,127人)	30,000人	C
	救命救急センター*設置数	4か所 (2か所)	4か所	A
災害医療対策	県内災害拠点病院*の耐震化率	83.3% (44%)	67%	A
	DMAT*の専門研修受講チーム数	23チーム (9チーム)	13チーム	A
	災害医療従事者研修受講者数	3,562人 (841人)	1,500人	A
へき地医療対策	へき地診療所*からの代診医*派遣依頼 応需率*	100% (100%)	100%を維持	A
周産期医療対策	妊産婦死亡率* (出産*10万あたり)	6.5 (0.0)	0.0	C
	周産期死亡率* (出産千あたり)	29位 4.4 〔38位〕 5.2	10位以内 4.2	B
小児救急対策	みえ子ども医療ダイヤル*相談件数	6,741件 (3,655件)	5,000件	A
小児医療対策	幼児死亡率 (1~4歳人口10万人あたり)	33.5 (25.6)	20.0以下	C

A: 達成 B: 未達成(第4次改訂時よりは改善) C: 未達成(第4次改訂時より悪化)

出典: がん、脳卒中(脳血管疾患による年齢調整死亡率)、急性心筋梗塞、糖尿病、周産期医療、小児医療対策の現状値は、厚生労働省「平成23年人口動態調査」、その他は三重県調査(平成23年度または平成24年度)

3. 第5次改訂の基本的な考え方

- (1) **人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化等に伴う患者の疾病構造に的確に対応した医療提供体制の確立**
 - これまでの4疾病5事業に、新たに精神疾患と在宅医療を加えた、5疾病・5事業及び在宅医療における切れ目のない医療提供体制の構築に取り組みます。
- (2) **県内医療提供体制の実態に即した、医療機能の分化と連携強化の一層の推進**
 - 診療情報等を活用した現状把握の充実・強化による医療機能の明確化および連携の強化に取り組みます。
- (3) **医師、看護師等の医療従事者の確保による医療提供体制の維持・整備**
 - 三重県地域医療支援センター*における医師確保対策など、医療従事者の確保支援事業等を展開します。

第2節 計画の性格

- 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づく計画です。
- 本県の長期の戦略計画である「みえ県民力ビジョン」の着実な推進に向け、特定の課題に対応するための個別計画です。
- 本県の保健医療行政推進の基本方針であり、県民の皆さんが保健医療に対し、より一層の信頼と安心を実感できるよう、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築をめざすものです。
- 計画の推進にあたっては、「みえ地域ケア体制整備構想」、「三重の健康づくり基本計画」、「第二期三重県医療費適正化計画」、その他健康福祉に係る計画との整合を図ります。

第3節 計画の特徴

- 県民、医療機関*、医療関係団体、市町等が取り組む活動についても明らかにし、それぞれの立場で、できることに取り組むことにより、地域の医療を守る行動等につなげていくとともに、魅力ある医療機関や医療提供体制づくりを進めていきます。
- 県民の皆さんが保健医療サービスを必要とされるさまざまな場面で活用いただきやすいものとなるよう、具体的な医療情報についてもわかりやすく示しています。

第4節 具体的な医療情報の提供

- 第5次改訂では、5疾病・5事業及び在宅医療の医療提供体制について、具体的な医療機関名等を本文中、もしくは県のホームページ上で掲載しています。これらは県内各保健所等でも閲覧可能とし、変更があった場合は随時更新していきます。

第5節 計画の期間

- 平成25（2013）年4月1日から平成30（2018）年3月31日までの5年間とします。

第2章 三重県の保健医療を取り巻く基本的な状況

第1節 三重県の地域特性

1. 地域の特徴

(1) 地勢

- 三重県は、日本のほぼ中央に位置し、東西約 80 km、南北約 170 km と南北に長い県土をもっています。北は愛知県、岐阜県に、西は滋賀県、京都府、奈良県に、南は和歌山県にそれぞれ接し、北から南にかけて伊勢湾、熊野灘に面しています。
- 県内北部地域は名古屋生活圏に、南部地域の一部は和歌山県新宮生活圏に近接しています。また、北西部も滋賀県や奈良県等と関わりの深い地域となっています。
- 面積は、平成 24 (2012) 年 10 月 1 日現在 5,777.31k m² で国土面積の 1.53% を占めており、全国第 25 位の広さです¹。
- 県土は、中央を流れる櫛田川に沿った中央構造線によって、大きく北側の内帯地域と南側の外帯地域に分けられます。
- 内帯地域は東に伊勢湾を望み、北西には御在所岳や藤原岳等 1,000m を超える山々と養老、鈴鹿、笠置、布引等の 700~800m 級の山地・山脈が連なっています。
- 一方、外帯地域の東部はリアス式海岸の志摩半島から熊野灘に沿って南下、紀伊半島東部を形成し、西部には県内最高峰 1,695m の日出ヶ岳を中心に紀伊山地が形成されています。
- 医療提供体制の整備の面では、市町を 4 つの二次保健医療圏に分けて、保健医療圏*ごとに医療提供体制の充実を図っています。また、中勢伊賀保健医療圏と南勢志摩保健医療圏にはサブ保健医療圏を設けています。

図表 2-1-1 二次保健医療圏およびサブ保健医療圏

二次保健医療圏	構成市町	圏域人口 (人)
北勢保健医療圏	四日市市、桑名市、鈴鹿市、亀山市、いなべ市 (桑名郡) 木曾岬町、(員弁郡) 東員町 (三重郡) 菰野町、朝日町、川越町	840,194
中勢伊賀保健医療圏	津市	461,354 (284,867)
伊賀サブ保健医療圏	伊賀市、名張市	176,487
南勢志摩保健医療圏	松阪市、(多気郡) 多気町、明和町、大台町 (度会郡) 大紀町	468,708 (225,720)
伊勢志摩サブ保健医療圏	伊勢市、鳥羽市、志摩市 (度会郡) 玉城町、度会町、南伊勢町	242,988
東紀州保健医療圏	尾鷲市、熊野市 (北牟婁郡) 紀北町、(南牟婁郡) 御浜町、紀宝町	77,851

※「圏域人口」欄の () 内の数字は、サブ保健医療圏を除いた人口です。

出典：三重県「月別人口調査結果」(平成 23 年 10 月 1 日現在)

¹ 出典：国土地理院「平成 24 年 全国都道府県市区町村別面積調」

(2) 気候

- 三重県の気候は平野部、盆地部、山地部と地形の複雑さから、さまざまな気候の特性があります。
- 内帯地域中、海岸地帯に位置する津市は、年平均気温 15.5℃（平年値:昭和 46 年～平成 12 年の 30 年間の平均値、以下同じ）、年平均湿度 70%と比較的温暖で過ごしやすいところです。
- これに対し、内帯地域の西側、布引山地等に囲まれた伊賀盆地にある伊賀市の年平均気温は 13.8℃と県内で気温を観測している観測所の中では最も低く、夏冬や朝夕の温度較差が大きい内陸型の気候の特徴を示しています。
- 外帯地域東側の海岸地帯は、黒潮の影響で温暖な地域が広がっており、その南側、熊野灘に面した尾鷲市の気候は、年平均気温 15.9℃と四季を通じて暖かい南海型の気候となっています。また、年平均降水量は 3,922.4mm と全国でも有数の多雨地帯となっています。

(3) 交通機関の状況

- 県内の主要国道は、国道 1 号、国道 23 号、国道 25 号、国道 42 号、国道 258 号等があり、高規格幹線道路では、近畿自動車道名古屋大阪線（東名阪自動車道）および近畿自動車道伊勢線（伊勢自動車道）等があります。また、平成 25（2013）年度には近畿自動車道紀勢線（紀勢自動車道）、熊野尾鷲道路が全線開通予定です。
- こうした道路交通網により、国道 25 号は北勢地域と伊賀地域を結ぶ道路として、国道 23 号は北勢地域と中南勢地域を、国道 42 号は中南勢地域と紀州地域を結ぶ道路として重要な役割を果たしています。さらに、紀勢自動車道は救急搬送や災害に強いルートとして地域の生活基盤を支えることが期待されています。
- 県内を走る幹線鉄道としては、JRの関西本線、紀勢本線、近畿日本鉄道の大阪線、名古屋線、山田線等があり、その他のローカル線としては、三岐鉄道、伊勢鉄道、伊賀鉄道等があります。

第2節 人口および人口動態

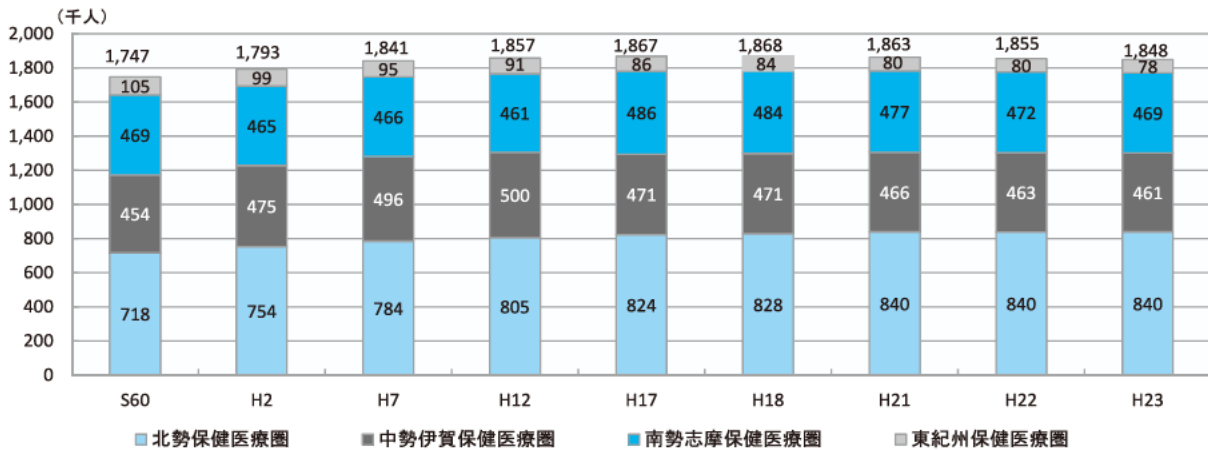
1. 人口

(1) 人口(年齢3区分)

① 人口推移

- 本県の人口は、平成 23（2011）年 10 月 1 日現在、1,848,107 人で、平成 18（2006）年頃まで増加傾向にありましたが、その後ゆるやかに減少しています。

図表 2-2-1 保健医療圏別人口推移

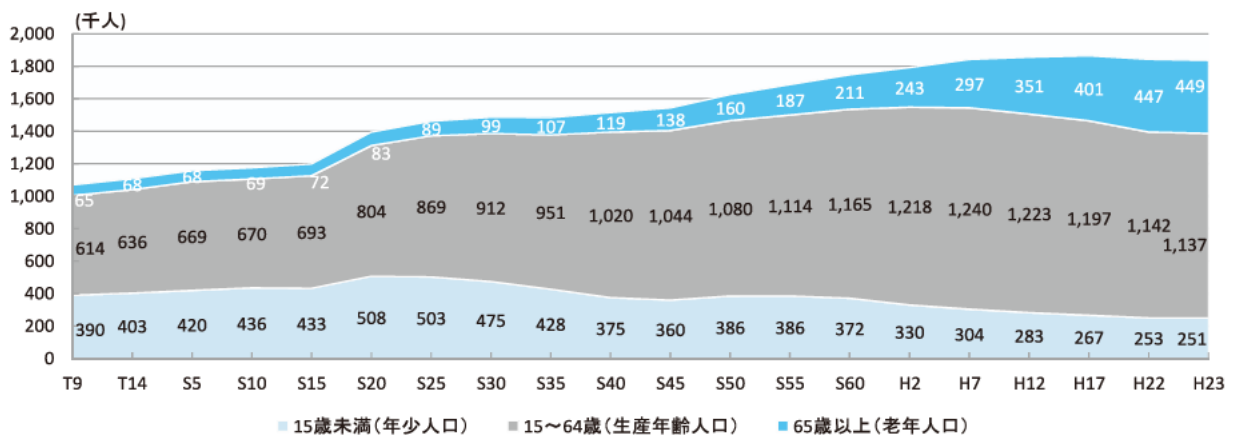


出典：三重県「月別人口調査結果」各年 10 月 1 日現在

② 年齢 3 区分別人口

- 本県の人口を年少（15 歳未満）、生産年齢（15～64 歳）および老年（65 歳以上）の 3 つの区分に分けて年次別に推移を見ると、年少人口の割合は低下傾向にあり、平成 23（2011）年の 13.6%（全国 13.1%²）は、統計上確認できる大正 9（1920）年以来最も低くなっています。老年人口の割合は、平成 23（2011）年に 24.3%（全国 23.3%）となっており、大正 9（1920）年以来最も高くなっています。
- 近年、老年人口の中でも入院する割合の高い 75 歳以上の高齢者人口が増加しています。
- 保健医療圏別に見ると、年少人口の割合は、北勢保健医療圏が 14.6%と最も高く、次いで中勢伊賀保健医療圏が 12.9%、南勢志摩保健医療圏が 12.7%と続き、東紀州保健医療圏が 11.3%で最も低くなっており、生産年齢人口の割合も同様の傾向となっています。一方、老年人口の割合は、東紀州保健医療圏が 35.2%と最も高く、最も低い北勢保健医療圏の 21.1%より 14.1 ポイント高くなっています。

図表 2-2-2 年齢3区分人口の推移



出典：三重県「三重県統計書」各年 10 月 1 日現在

² 出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」（平成 23 年 10 月 1 日現在）

図表 2-2-3 保健医療圏別年齢3区分別人口構成比

(単位：%)

保健医療圏	15歳未満	15～64歳	65歳以上
三重県	13.6	61.5	24.3
北勢保健医療圏	14.6	63.5	21.1
中勢伊賀保健医療圏	12.9	61.4	24.9
南勢志摩保健医療圏	12.7	59.4	27.4
東紀州保健医療圏	11.3	53.3	35.2

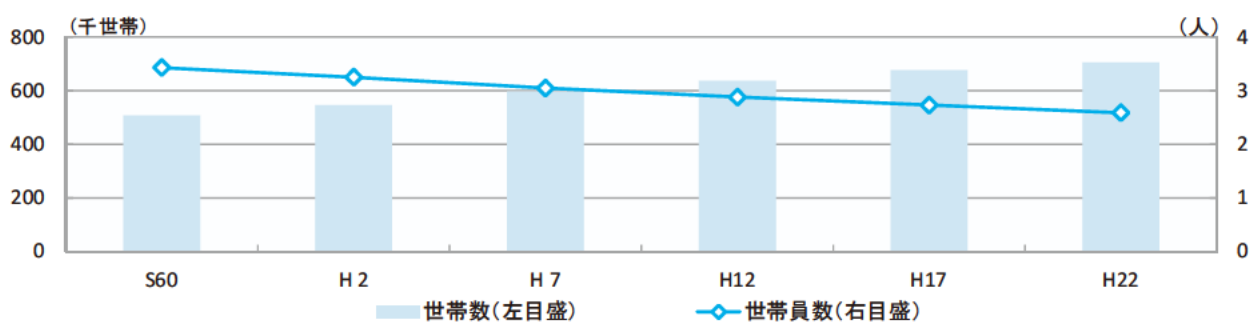
※年齢不詳を除いていますので、集計は100%とは合いません。

出典：三重県「月別人口調査結果」(平成23年10月1日現在)

③ 世帯

- 平成22(2010)年の本県の世帯数は、704,607世帯であり、前回の調査(平成17年10月1日現在)と比較すると、29,148世帯(4.32%)増加しています。また、一般世帯(施設等を除いた世帯)の1世帯あたりの人数は2.59人(全国2.42人)で、平成17(2005)年の調査に比べ0.14人減少しています。

図表 2-2-4 世帯数および世帯員数の推移



出典：総務省「国勢調査」

図表 2-2-5 保健医療圏別世帯数

(単位：世帯)

保健医療圏	世帯数	構成比
北勢保健医療圏	315,986	44.9
中勢伊賀保健医療圏	177,488	25.2
南勢志摩保健医療圏	175,695	24.9
東紀州保健医療圏	35,438	5.0
合計	704,607	100.0

出典：三重県「三重県統計書」(平成22年10月1日現在)

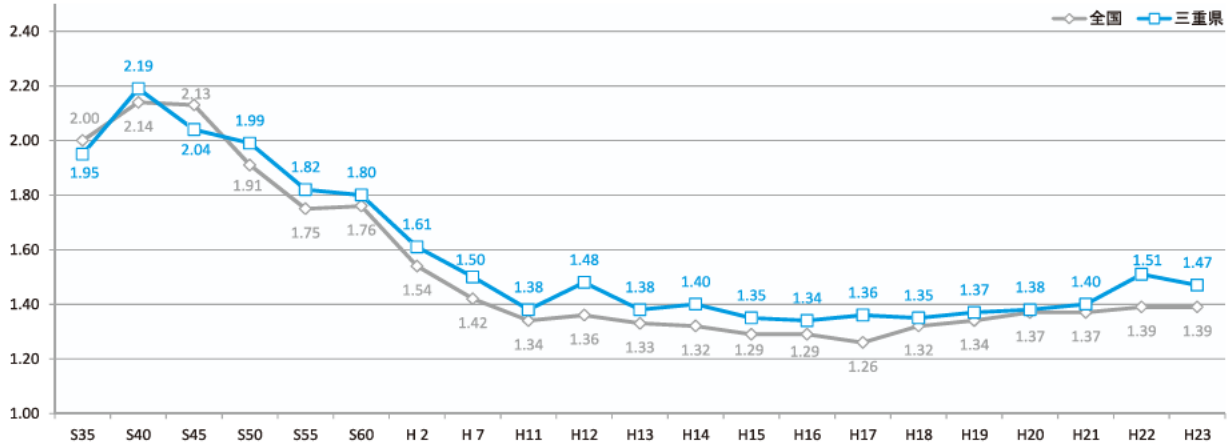
(2) 人口動態

① 出生

- 本県の平成23(2011)年の出生数は15,080人で、年次推移を見ると、昭和30年代後半は増加傾向にありましたが、その後減少傾向に転じ、近年は横ばいの状況です。
- また、平成23(2011)年の合計特殊出生率* (1人の女性が一生の間に産む子どもの数の

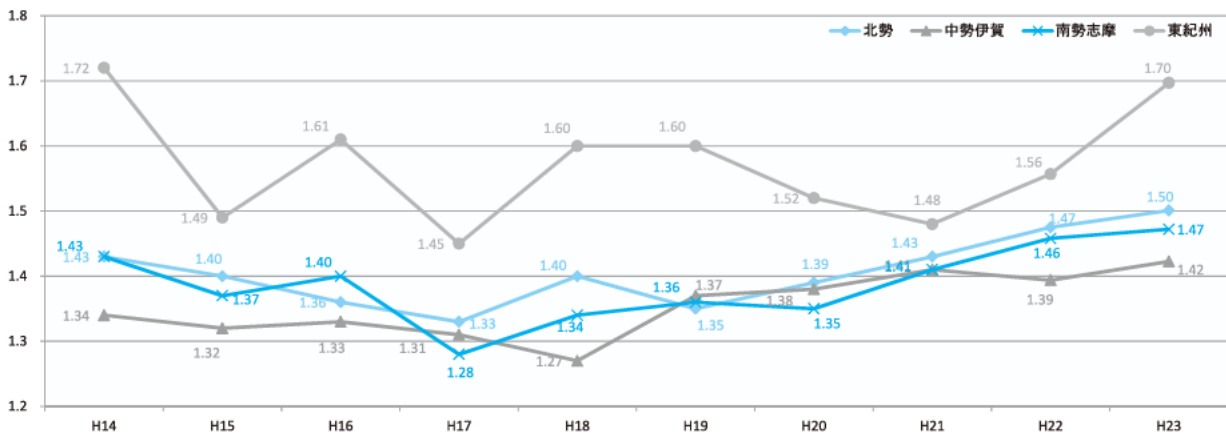
平均) は 1.47 で、全国平均の 1.39 を 0.08 上回っていますが、近年の緩やかな増加傾向の中、前年よりやや減少しました。

図表 2-2-6 合計特殊出生率の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-7 保健医療圏別合計特殊出生率の推移

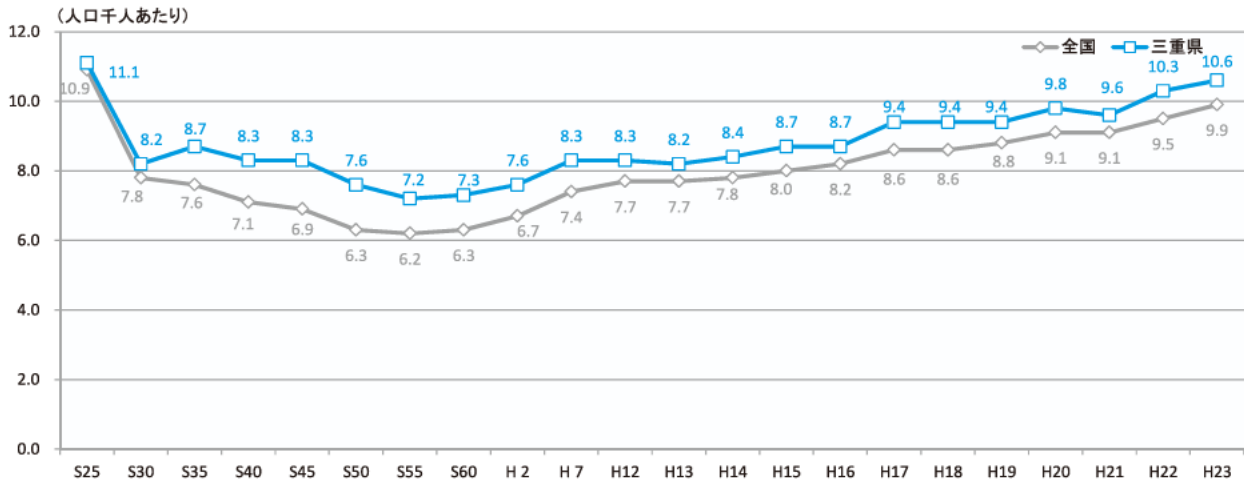


出典：三重県「人口動態調査(三重県による特別集計)」

② 死亡

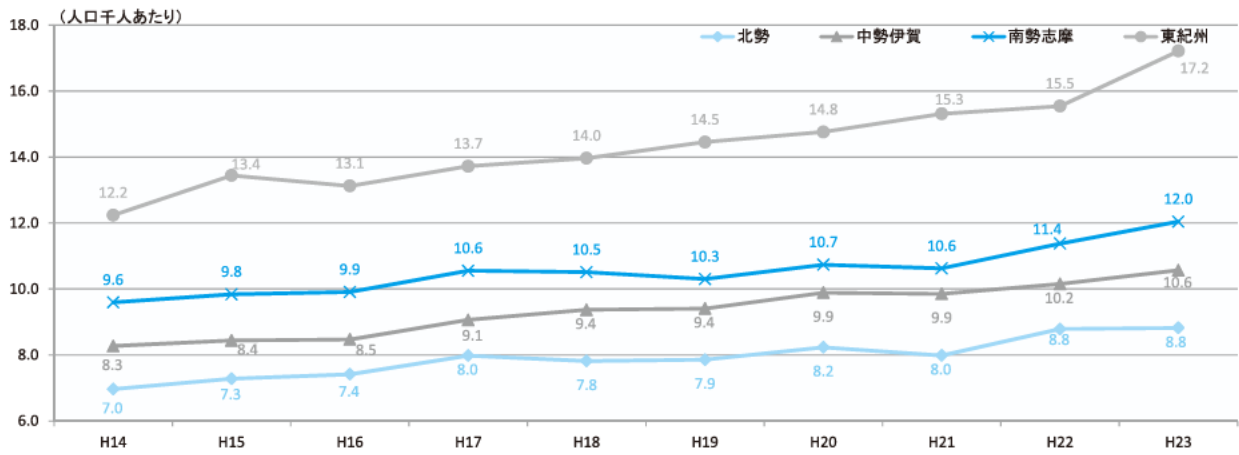
- 平成 23 (2011) 年の本県の死亡数は、19,271 人 (男性 10,038 人、女性 9,233 人) で、人口千人あたりの死亡率は 10.6 です。死亡率は全国平均 9.9 よりも高く (全国順位 27 位)、人口の高齢化等に伴い上昇傾向にあります。
- 一方、保健医療圏別に平成 23 (2011) 年の人口千人あたりの死亡率を見ると、北勢保健医療圏が最も低く 8.82、次いで中勢伊賀保健医療圏 10.57、南勢志摩保健医療圏 12.04、東紀州保健医療圏 17.21 となっています。

図表 2-2-8 死亡率の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-9 保健医療圏別死亡率の推移

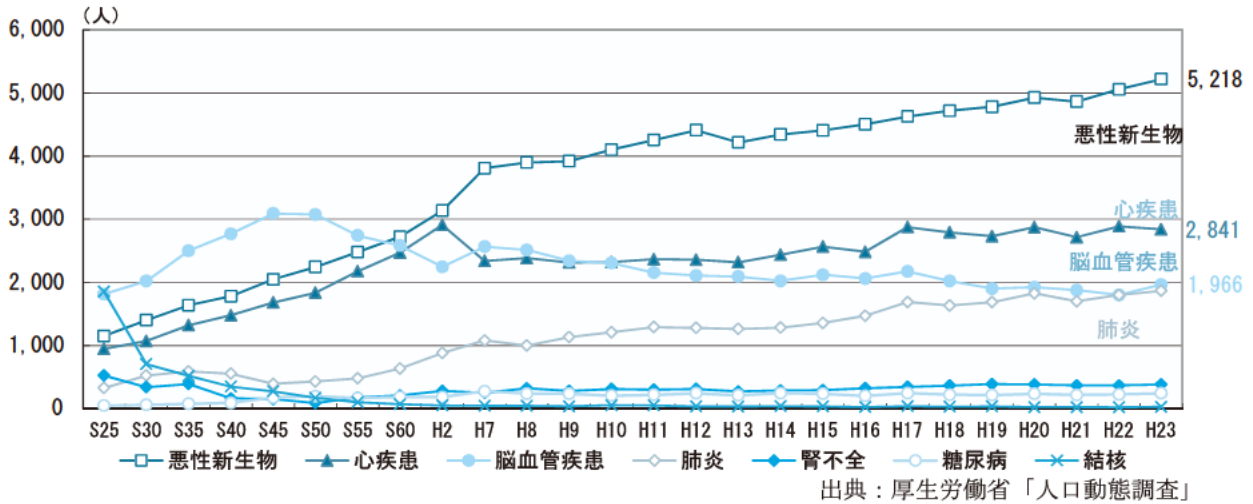


出典：三重県「人口動態調査(三重県による特別集計)」

- 平成 23 (2011) 年の本県の死因順位は、第 1 位「悪性新生物」5,218 人(死亡総数に占める割合 27.1%)、第 2 位「心疾患³」2,841 人(同 14.7%)、第 3 位「脳血管疾患」1,966 人(同 10.2%)で、3 疾患が総数に占める割合は 52.0%です。
- 人口 10 万人あたりの死亡率で比較すると、悪性新生物は 277.7 と全国平均 279.7 を下回っていますが、心疾患は 158.7、脳血管疾患は 104.4 でいずれも全国平均(149.8、97.7)を上回っています。また、肺炎も 99.0 と全国平均 94.1 を上回っています。
- 保健医療圏別の主な死因別では、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、肺炎、腎不全は東紀州保健医療圏で、糖尿病は南勢志摩保健医療圏と東紀州保健医療圏でそれぞれ高くなっています。

³ 高血圧性のものを除きます。

図表 2-2-10 年次別に見た主要死因別死亡数の推移



図表 2-2-11 保健医療圏別主な死因別死亡率

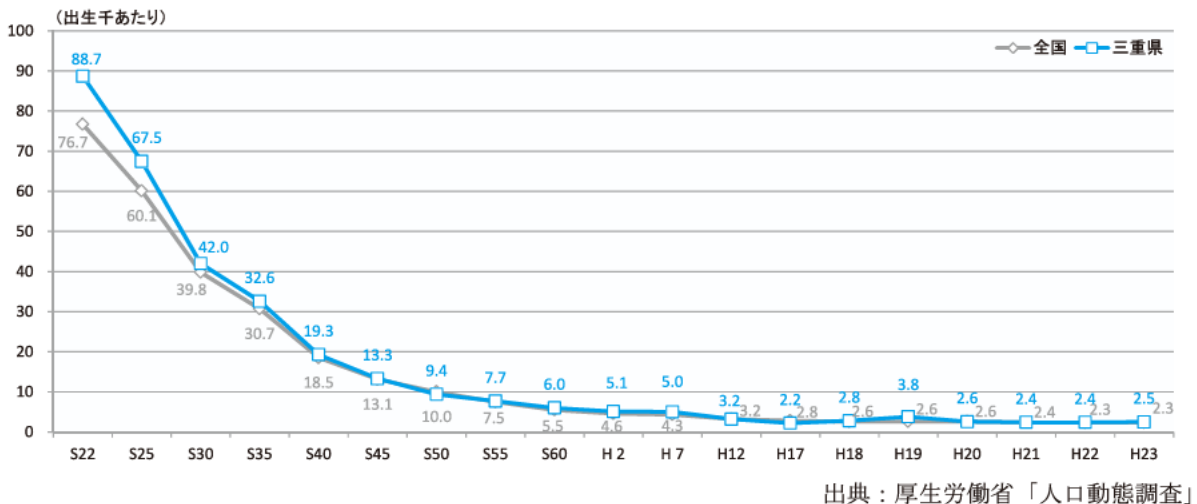
保健医療圏	総数	悪性 新生物	脳血管 疾患	心疾患	糖尿病	肺炎	腎不全
三重県	10.43	2.82	1.06	1.54	0.13	1.01	0.21
北勢保健医療圏	8.82	2.42	0.94	1.25	0.10	0.87	0.15
中勢伊賀保健医療圏	10.57	2.94	0.98	1.51	0.13	1.09	0.26
南勢志摩保健医療圏	12.04	3.20	1.22	1.89	0.18	1.08	0.24
東紀州保健医療圏	17.21	4.29	1.88	2.70	0.18	1.63	0.33

出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」

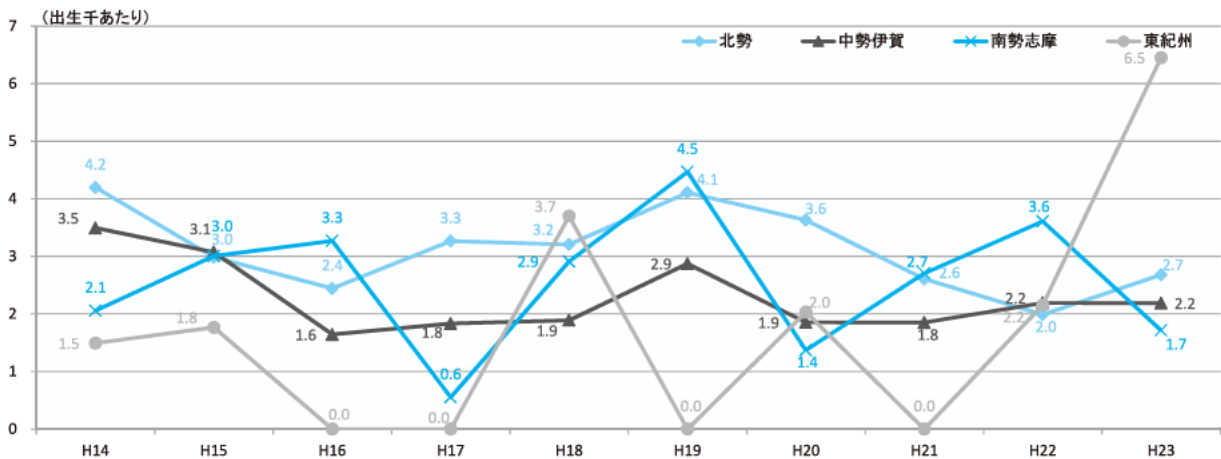
③ 乳児死亡

- 平成 23 (2011) 年の乳児*死亡数は 37 人 (男性 15 人、女性 22 人) で、出生千あたりの乳児死亡率は 2.5 (全国順位 14 位) と全国平均 2.3 とほぼ同水準です。近年は、ほぼ横ばい状態となっています。

図表 2-2-12 乳児死亡率の推移



図表 2-2-13 保健医療圏別乳児死亡率の推移

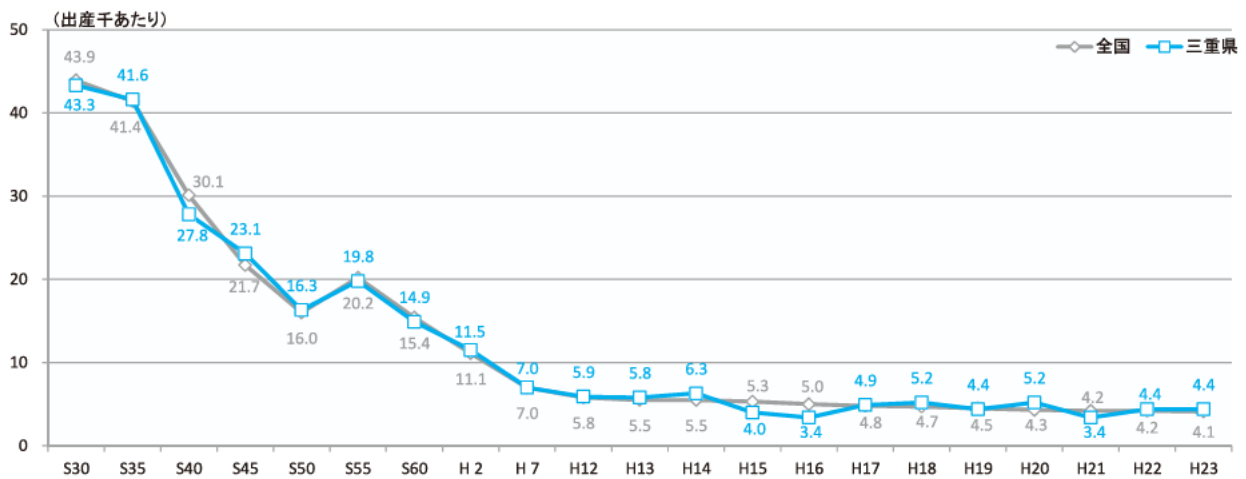


出典：三重県「人口動態調査(三重県による特別集計)」

④ 周産期死亡

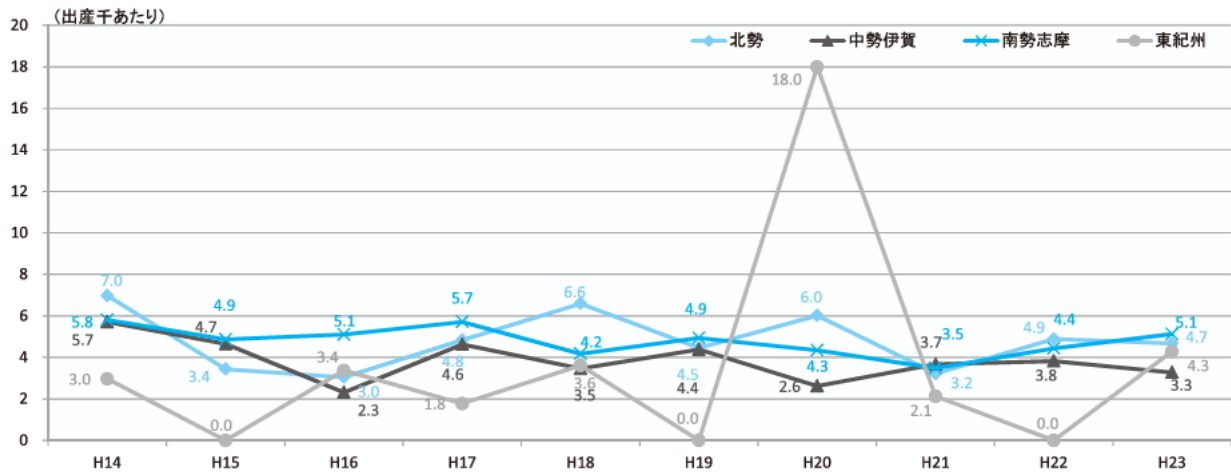
- 周産期死亡は、妊娠満 22 週以降の死産と生後 1 週未満の早期新生児死亡を合わせたもので、母体の健康状態に強く影響されます。平成 23 (2011) 年の本県の周産期死亡数は 67 人であり、出産千あたりの周産期死亡率は 4.4 (全国順位 29 位) となっており、全国平均 4.1 より高いものの、近年はほぼ横ばい状態となっています。

図表 2-2-14 周産期死亡率の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-15 保健医療圏別周産期死亡率の推移



出典：三重県「人口動態調査(三重県による特別集計)」

⑤ 平均寿命

- 本県の平成 22 (2010) 年の平均寿命は、男性 79.68 年、女性 86.25 年となっており、昭和 45 (1970) 年と比較してみると男性が 9.45 年、女性が 10.96 年延びています。

図表 2-2-16 平均寿命の推移

(単位：年)

年	男			女		
	全国	三重県	順位	全国	三重県	順位
昭和 45 年	69.84	70.23	11	75.23	75.29	17
昭和 50 年	71.79	71.75	17	77.01	76.84	20
昭和 55 年	73.57	73.83	13	79.00	79.07	18
昭和 60 年	74.95	74.87	23	80.75	80.61	31
平成 2 年	76.04	76.03	26	82.07	82.01	30
平成 7 年	76.38	76.76	27	82.85	83.02	36
平成 12 年	77.71	77.90	18	84.62	84.49	34
平成 17 年	78.53	78.90	20	85.49	85.58	34
平成 22 年	79.55	79.68	21	86.30	86.25	30

出典：厚生労働省「都道府県別生命表」

(3) 将来推計人口

① 人口推移

- 本県の人口は、平成 27 (2015) 年は 1,823 千人と推計されており、平成 47 (2035) 年には 1,600 千人まで減少する見込みです。

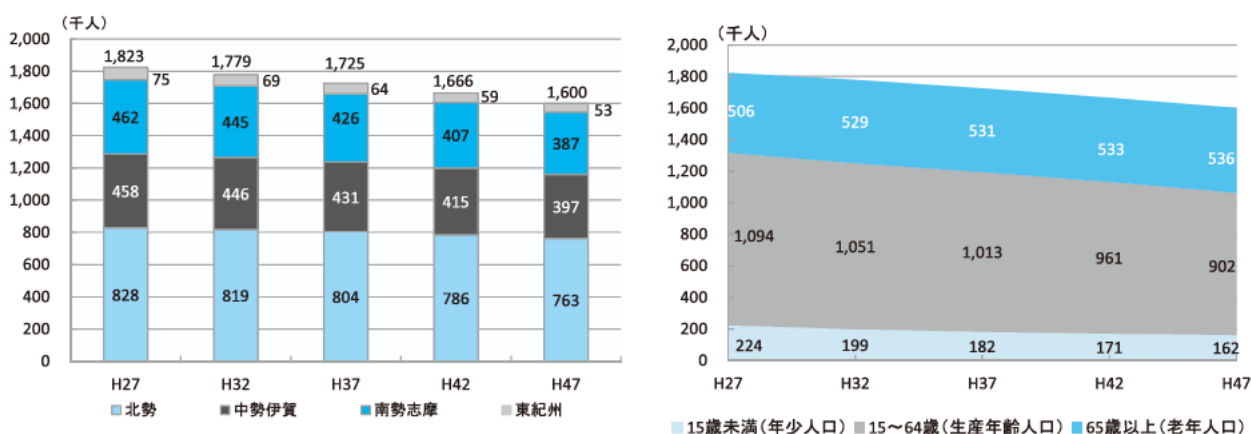
② 年齢 3 区分別人口

- 年少人口の割合は低下傾向が続くと予測されており、平成 27 (2015) 年には 12.3% (全国 11.8%)、平成 47 (2035) 年には 10.1% (全国 9.5%) と推計されています。逆に老年

人口の割合は、平成 27 (2015) 年に 27.7% (全国 26.9%)、平成 47 (2035) 年には 33.5% (全国 33.7%) に増加すると推計されています。

- 保健医療圏別に見ると、平成 47 (2035) 年時点の年少人口の割合は、北勢保健医療圏が 10.9% と最も高く、次いで中勢伊賀保健医療圏および南勢志摩保健医療圏が 9.5% と続き、東紀州保健医療圏が 8.3% で最も低くなっており、生産年齢人口の割合も同様の傾向と推計されています。一方、老年人口の割合は、東紀州保健医療圏が 45.1% と最も高く、最も低い北勢保健医療圏の 30.6% より 14.5 ポイント高くなると推計されています。

図表 2-2-17 保健医療圏別人口推移および年齢3区分人口の推移



出典：いずれも国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」

図表 2-2-18 保健医療圏別年齢3区分別人口構成比(平成 47 年)

(単位：%)

保健医療圏	15歳未満	15~64歳	65歳以上
三重県	10.1	56.4	33.5
北勢保健医療圏	10.9	58.5	30.6
中勢伊賀保健医療圏	9.5	55.5	34.9
南勢志摩保健医療圏	9.5	54.3	36.2
東紀州保健医療圏	8.3	46.7	45.1

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」

第3節 保健医療施設の状況

1. 保健衛生関係施設

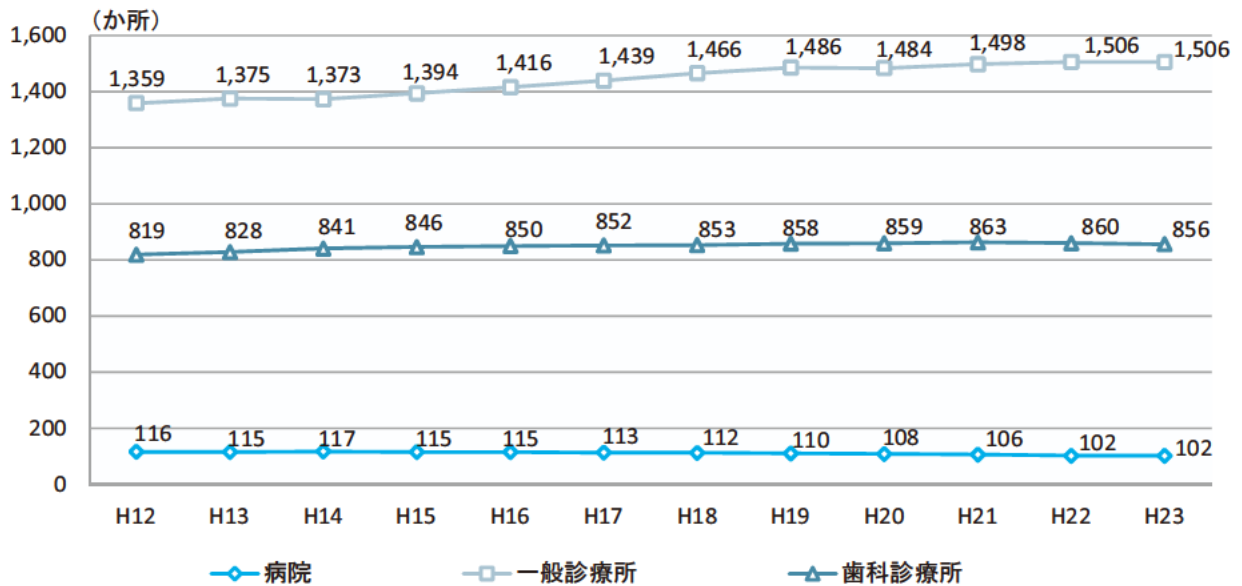
- 県内の保健衛生関係施設としては、保健所 (9 か所)、市町保健センター (50 か所) が設置されています。また、県域全体の機関として保健環境研究所、こころの健康センターが設置されています。

2. 医療施設

(1) 施設数

- 平成 23 (2011) 年 10 月 1 日現在、県内の医療機関数は、「病院*」102 施設、「一般診療所*」1,506 施設、「歯科診療所*」856 施設となっています。
- 県内の医療機関数を見ると、一般診療所および歯科診療所は緩やかな増加傾向にありますが、病院は平成 14 (2002) 年度をピークに減少が続いています。

図表 2-3-1 県内の病院および一般診療所設置数



出典：厚生労働省「医療施設調査」

- また、本県の人口 10 万人あたりの医療機関数を見ると、一般診療所は全国平均を上回っていますが、その他は全国平均を下回っています。
- 年次別に人口 10 万人あたり医療機関数を見ると、病院は減少傾向であるのに対し、一般診療所および歯科診療所は増加傾向にあります。

図表 2-3-2 人口 10 万人あたり医療機関数の推移

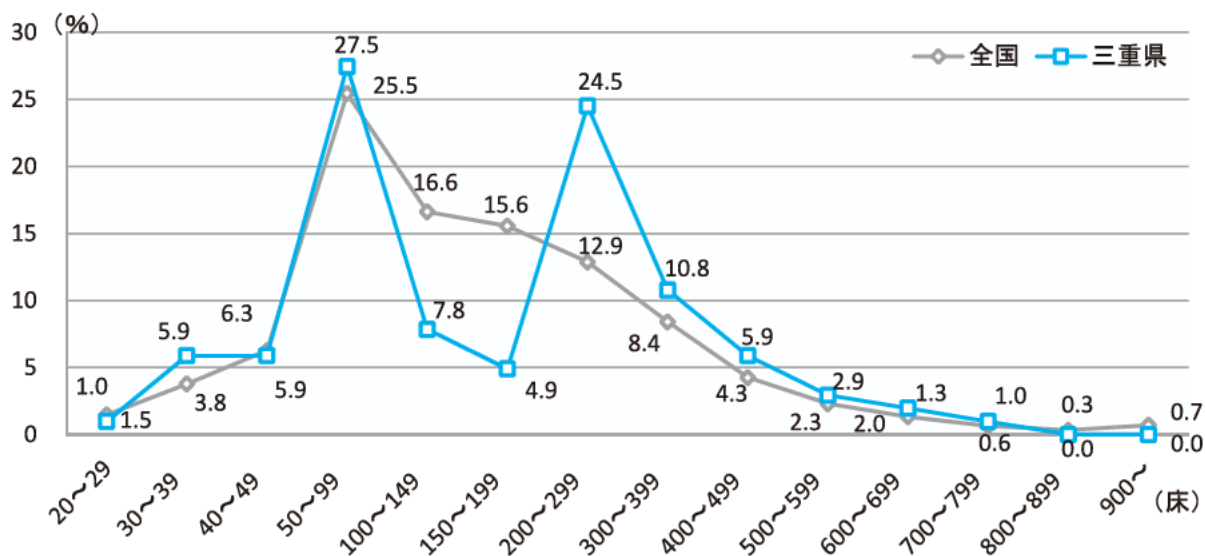
(単位：か所)

	年度	病 院	一般診療所	歯科診療所
全 国	14	7.2	74.4	51.1
	18	7.0	77.2	52.7
	22	6.8	78.0	53.4
	23	6.7	77.9	53.3
三重県	14	6.3	73.8	45.2
	18	6.0	78.3	45.5
	22	5.5	81.2	46.4
	23	5.5	81.5	46.3

出典：厚生労働省「医療施設調査」

- 病床規模別の病院数の割合を見ると、本県では 50～99 床、200～399 床の病院の割合が多く、100 床台の病院が少ないという特徴があります。

図表 2-3-3 病院の病床規模別割合



出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

(2) 病床数および利用状況

① 病床数

- 平成 23 (2011) 年 10 月 1 日現在、本県の病床数は 22,259 床であり、病院が 20,624 床、一般診療所が 1,633 床、歯科診療所が 2 床あります。その内訳は、病院の一般病床*が 11,520 床、療養病床*が 4,220 床、精神病床*が 4,804 床、結核病床*が 54 床、感染症病床*が 26 床、一般診療所の一般病床が 1,383 床、療養病床が 250 床となっています。
- 人口 10 万人あたり病床数は、感染症以外の全ての種別の病床で全国平均を下回っています。

図表 2-3-4 病床種別病床数

(単位：床)

	総数	一般	療養	精神	結核	感染症
病院	20,624	11,520	4,220	4,804	54	26
一般診療所	1,633	1,383	250	0	0	0
歯科診療所	2	2	0	0	0	0

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

図表 2-3-5 病院の人口 10 万人あたり病床数

(単位：床)

種別	一般	療養	精神	結核	感染症
全国	703.7	258.3	269.2	6	1.4
三重県	623.7	228.5	260.1	2.9	1.4

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

② 病床種類別にみた病院の病床利用率・平均在院日数

- 本県の平成 23（2011）年の病床種類別の病院の病床利用率は、全病床合計では 81.2%です。病床利用率は全体的に低下傾向にありますが、「その他の一般病院」の結核病床、療養病床では平成 22（2010）年と比較してやや向上しています。
- 本県の平成 23（2011）年の病床種類別の病院の平均在院日数は、全病床合計では 32.6 日です。平均在院日数は全体的に短縮傾向にありますが、「その他の一般病院」の精神病床、結核病床では平成 22（2010）年と比較して長期化しています。

図表 2-3-6 県内の病院の病床利用率および平均在院日数の推移

(単位：％、日)

		病床利用率				平均在院日数				
		平成 12年	平成 17年	平成 22年	平成 23年	平成 12年	平成 17年	平成 22年	平成 23年	
総 数		86.1	86.1	81.9	81.2	38.1	35.7	33.2	32.6	
一般病院	総 数	83.9	84.6	79.7	79.0	30.7	29.3	27.1	26.6	
	療養病床および一般病床のみの病院		83.9	84.5	79.9	79.0	31.3	34.5	31.1	30.9
	その他の一般病院	総数	83.9	84.8	79.2	79.1	29.9	22.9	21.2	20.6
		精神病床	96.6	91.0	96.4	95.9	302.4	258.8	356.0	382.6
		感染症病床	0.2	0.3	3.3	3.2	16.0	10.5	8.8	7.2
		結核病床	35.5	52.9	31.2	31.4	88.7	80.7	41.5	48.1
		療養病床		91.3	89.3	89.7		83.9	348.7	296.5
		一般病床	84.7	83.6	74.8	74.7	24.0	16.9	14.9	14.4
介護療養病床			80.8	76.4			145.1	113.0		
精神科病院		95.5	93.0	92.3	91.1	432.8	339.5	311.4	301.4	

出典：厚生労働省「病院報告」

- 病床の種類別の病床利用率と平均在院日数については、本県の病床利用率はおおむね全国平均を下回っていますが、精神病床は 92.2%、介護療養病床は 96.4%と全国平均を上回っています。また、平均在院日数は精神病床で 317.7 日、介護療養病床で 372.6 日と全国平均を上回っています。

図表 2-3-7 病床利用率

(単位：％)

	総数					介護療養病床
		精神病床	結核病床	療養病床	一般病床	
全 国	81.9	89.1	36.6	91.2	76.2	94.6
三重県	81.2	92.2	31.4	90	73.7	96.4

出典：厚生労働省「平成 23 年 病院報告」

図表 2-3-8 平均在院日数

(単位：日)

	総数					介護療養病床
		精神病床	結核病床	療養病床	一般病床	
全 国	32.0	298.1	71.0	175.1	17.9	311.2
三重県	32.6	317.7	48.1	165.4	17.5	372.6

出典：厚生労働省「平成 23 年 病院報告」

③ 診療科

- 診療科別の病院施設数は、平成 20（2008）年 10 月現在、「内科」が 101 施設（93.5%）で最も多く、次いで「整形外科」71 施設（65.7%）、「外科」63 施設（58.3%）です。
- また、一般診療所では、「内科」が 1,016 施設（67.4%）で最も多く、次いで「消化器内科（胃腸内科）」365 施設（24.2%）、「小児科」343 施設（22.8%）です。

図表 2-3-9 診療科目別に見た施設数

（単位：か所）

	病院		一般診療所	
	施設数	割合	施設数	割合
総数	108	100.0%	1,507	100.0%
内科	101	93.5%	1,016	67.4%
呼吸器内科	21	19.4%	163	10.8%
循環器内科	40	37.0%	234	15.5%
消化器内科（胃腸内科）	37	34.3%	365	24.2%
腎臓内科	0	0.0%	8	0.5%
神経内科	36	33.3%	52	3.5%
糖尿病内科（代謝内科）	2	1.9%	18	1.2%
血液内科	1	0.9%	7	0.5%
皮膚科	44	40.7%	159	10.6%
アレルギー科	4	3.7%	140	9.3%
リウマチ科	14	13.0%	79	5.2%
感染症内科	0	0.0%	4	0.3%
小児科	44	40.7%	343	22.8%
精神科	35	32.4%	48	3.2%
心療内科	8	7.4%	50	3.3%
外科	63	58.3%	253	16.8%
呼吸器外科	7	6.5%	3	0.2%
循環器外科（心臓・血管外科）	13	12.0%	2	0.1%
乳腺外科	1	0.9%	5	0.3%
気管食道外科	0	0.0%	18	1.2%
消化器外科（胃腸外科）	9	8.3%	12	0.8%
泌尿器科	38	35.2%	45	3.0%
肛門外科	21	19.4%	72	4.8%
脳神経外科	33	30.6%	15	1.0%
整形外科	71	65.7%	197	13.1%
形成外科	9	8.3%	9	0.6%
美容外科	0	0.0%	4	0.3%
眼科	35	32.4%	104	6.9%
耳鼻いんこう科	27	25.0%	85	5.6%
小児外科	2	1.9%	4	0.3%
産婦人科	20	18.5%	54	3.6%
産科	2	1.9%	4	0.3%
婦人科	13	12.0%	24	1.6%
リハビリテーション科	55	50.9%	287	19.0%
放射線科	36	33.3%	55	3.6%
麻酔科	28	25.9%	21	1.4%
病理診断科	1	0.9%	0	0.0%
臨床検査科	1	0.9%	0	0.0%
救急科	0	0.0%	0	0.0%
歯科	17	15.7%	20	1.3%
矯正歯科	1	0.9%	1	0.1%
小児歯科	1	0.9%	0	0.0%
歯科口腔外科	10	9.3%	1	0.1%

※一般診療所の施設数は、休止・休診中を含んでいます。

出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査（個票解析）」

3. 病院における検査機器の設置状況

- 平成 20（2008）年の病院における検査機器の設置状況を見ると、放射線を用いて臓器を撮影するCT*のうち、立体的な画像が得られるマルチスライスCTを保有する病院数は 45 施設、脳梗塞等の検査に用いるMRI*を保有する病院数は 36 施設、がんの検査に用いるPET*（陽電子断層撮影）を保有する病院数は 2 施設等です。

図表 2-3-10 病院における検査機器の設置・稼動状況

（単位：か所、件、台）

	保有病院数	実施件数	台数
マルチスライスCT	45	23,003	52
MRI（1.5テスラ*以上）	36	10,167	39
SPECT*	14	285	14
PET	2	15	2
PET-CT*	4	358	5

出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査（個票解析）」

4. その他の保健医療関係施設

- その他の保健医療関係施設として、「介護老人保健施設」が 66 施設、「訪問看護ステーション」が 93 施設あります。

図表 2-3-11 介護老人保健施設および訪問看護ステーション数

（単位：か所）

保健医療圏	介護老人保健施設	訪問看護ステーション
三重県	66	93
北勢保健医療圏	26	40
中勢伊賀保健医療圏	17	22
南勢志摩保健医療圏	19	27
東紀州保健医療圏	4	4

出典：三重県「介護保険事業者指定・廃止・休止・更新等状況一覧」（平成 25 年 1 月 1 日現在）

- 介護保険施設等については、「通所介護施設（デイサービス）」が 742 施設、「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」が 117 施設となっています。

図表 2-3-12 県内の在宅（居宅）系および居住系施設数

（単位：か所）

	名称	施設数
在宅（居宅）系	居宅介護支援事業所	563
	訪問介護事業所	484
	通所介護施設（デイサービス）	742
	小規模多機能型居宅介護	52
居住系	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	117
	地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所者生活介護	23
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	175

出典：三重県「介護保険事業者指定・廃止・休止・更新等状況一覧」（平成 25 年 1 月 1 日現在）

○ また、各保健医療圏別では次のとおりです。

図表 2-3-13 保健医療圏別の状況

(単位：か所)

	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
1 居宅介護支援事業所					
居宅介護支援事業所	563	211	151	163	38
2 居宅サービス					
訪問介護事業所	484	149	129	166	40
訪問入浴介護	38	12	11	10	5
訪問リハビリテーション	14	2	4	6	2
居宅療養管理指導	47	18	12	15	2
通所介護施設（デイサービス）	742	303	174	220	45
通所リハビリテーション	117	49	31	31	6
短期入所生活介護	161	49	44	53	15
短期入所療養介護	87	34	25	23	5
特定施設入居者生活介護	44	11	13	19	1
福祉用具貸与	119	38	32	41	8
特定福祉用具販売	122	43	31	38	10
3 介護保険施設					
介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	117	35	37	37	8
介護療養型医療施設	27	13	8	4	2
4 地域密着型サービス					
夜間対応型訪問介護	4	0	2	2	0
認知症対応型通所介護 （認知症対応型デイサービス）	67	32	17	15	3
小規模多機能型居宅介護	52	10	17	23	2
認知症対応型共同生活介護 （グループホーム）	175	64	48	48	15
地域密着型特定施設入居者生活介護	5	3	0	2	0
地域密着型介護老人福祉施設（特別養護 老人ホーム）入所者生活介護	23	10	3	7	3

出典：三重県「介護保険事業者指定・廃止・休止・更新等状況一覧」（平成 25 年 1 月 1 日現在）

第4節 県民の受療動向

1. 受療状況

(1) 病院における患者の流入・流出状況

① 病院の療養病床および一般病床の流入・流出患者数

- 「平成20年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」により集計した保健医療圏別の病院の入院患者（療養病床および一般病床）の状況を見ると、本県における平成20（2008）年の1日あたり入院患者数は13.1千人と推定され、うち1.0千人は県外で治療を受けています。
- 北勢保健医療圏では5.8千人の入院患者のうち14.7%が県外を含む当該保健医療圏外の医療機関に入院しています。当該保健医療圏外の医療機関で治療を受けた割合（流出率*）は、県平均では16.5%ですが、伊賀サブ保健医療圏では県外および津市等の当該サブ保健医療圏外への患者の流出率が5割を超え、伊勢志摩サブ保健医療圏および東紀州保健医療圏でも3割を超えるなど高い割合を示しています。
- 入院患者は、東紀州保健医療圏を除いた二次保健医療圏では患者の約8割がその保健医療圏内で入院医療を受けており、当該保健医療圏において特殊な医療を除く一般的な医療サービスがおおむね完結しているといえます。
- 一方、東紀州保健医療圏では保健医療圏内で入院医療を受けた割合（完結率）が67.3%と他の二次保健医療圏に比べて低く、圏外への流出率が高くなっています。

図表 2-4-1 保健医療圏別 病院の療養病床および一般病床の入院患者の流出・流入状況

（単位：千人／日）

施設所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	13.1	5.2	3.8	2.3	0.7	1.0	16.5%
北勢保健医療圏	5.8	4.9	0.2	0.0	0.1	0.5	14.7%
中勢伊賀保健医療圏	3.6	0.1	3.1	0.1	0.0	0.3	14.7%
南勢志摩保健医療圏	2.6	0.0	0.3	2.1	0.1	0.1	18.0%
東紀州保健医療圏	0.8	0.0	0.1	0.1	0.5	0.1	32.7%
県外	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	—	—
流入率*	10.4%	5.2%	18.3%	7.9%	27.2%	—	—

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

② 療養病床の流入・流出患者数

- 本県における平成20（2008）年の1日あたりの療養病床の入院患者数は4.0千人と推定され、うち0.2千人は県外で治療を受けています。
- 北勢保健医療圏では1.7千人の療養病床の入院患者のうち8.8%が県外を含む当該保健医療圏外の医療機関に入院しています。流出率は、県平均では12.2%ですが、伊賀サブ保健医療圏では、津市への患者の流出率が9割にのぼり、伊勢志摩サブ保健医療圏でも南勢志摩保健医療圏内の他の市町等への流出率が3割を超えるなど高い割合を示しています。
- 療養病床の入院患者は、全ての二次保健医療圏で患者の80%以上がその保健医療圏内で入

院医療を受けており、各保健医療圏において一般的な医療サービスがおおむね完結しているといえます。

図表 2-4-2 保健医療圏別 病院の療養病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

施設所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	4.0	1.6	1.0	0.8	0.4	0.2	12.2%
北勢保健医療圏	1.7	1.5	0.0	0.0	0.1	0.1	8.8%
中勢伊賀保健医療圏	1.0	0.0	0.9	0.0		0.1	12.0%
南勢志摩保健医療圏	0.9	0.0	0.1	0.8	0.0	0.0	16.0%
東紀州保健医療圏	0.3		0.0	0.0	0.3	0.0	19.5%
県外	0.0	0.0	0.0		0.0	—	—
流入率	8.5%	3.8%	12.1%	5.3%	29.4%	—	—

※空欄はデータなし

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

③ 一般病床の流入・流出患者数

- 本県における平成20（2008）年の1日あたりの一般病床の入院患者数は9.1千人と推定され、うち0.8千人は県外で治療を受けています。
- 北勢保健医療圏では4.1千人の一般病床の入院患者のうち17.2%が県外を含む当該保健医療圏外の医療機関に入院しています。流出率は、県平均では18.4%ですが、伊賀サブ保健医療圏では県外や津市等の当該サブ保健医療圏外への患者の流出率が4割を超え、伊勢志摩サブ保健医療圏でも南勢志摩保健医療圏内の他の市町等への流出率が3割近くに達するなど高い割合を示しています。
- 一般病床の入院患者は、東紀州保健医療圏を除いた二次保健医療圏では患者の約8割がその保健医療圏内で入院医療を受けており、各保健医療圏において特殊な医療を除く一般的な医療サービスがおおむね完結しているといえます。
- 療養病床と比較すると流出率、流入率はともに高い傾向にあります。

図表 2-4-3 保健医療圏別 病院の一般病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

施設所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	9.1	3.6	2.8	1.5	0.4	0.8	18.4%
北勢保健医療圏	4.1	3.4	0.2	0.0	0.1	0.4	17.2%
中勢伊賀保健医療圏	2.7	0.1	2.2	0.1	0.0	0.2	15.7%
南勢志摩保健医療圏	1.7	0.0	0.2	1.3	0.0	0.1	19.1%
東紀州保健医療圏	0.5	0.0	0.1	0.0	0.3	0.1	42.3%
県外	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	—	—
流入率	11.2%	5.9%	20.5%	9.3%	24.9%	—	—

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

第3章 保健医療圏

第1節 保健医療圏の設定と基準病床数

1. 保健医療圏設定の考え方

(1) 保健医療圏

- 保健医療圏とは、地域の医療需要に応じて包括的に医療を提供するために、医療資源の適正な配置を図ることを目的とした地域単位をいいます。
- 本県では、県民に身近なところで適切な保健医療サービスを効率的に提供するため、県民の生活行動の範囲や医療機関を受診する際の移動状況を考慮した上で、健康増進から疾病の予防、診断、治療およびリハビリテーション*に至る包括的な医療提供体制を整備するための地域単位として、一次、二次、三次の保健医療圏を設定しています。
- なお、圏域の範囲については、今後の社会情勢や地域事情の変化に対応するため、必要に応じ見直します。

(2) 一次保健医療圏

- 一次保健医療圏とは、日常の健康相談等の保健サービスと、かかりつけ医*等による初期医療を提供していくための最も基礎的な単位であり、住民の日常生活に密着した保健医療サービスが提供される地域の範囲です。
- 休日夜間急患センター等による初期救急医療、母子保健事業等の保健サービスは、市町が主体となって実施しており、また、介護保険制度の運営等も含め、市町の役割はますます重要になっています。
- 本県においては、市町を一次保健医療圏とします。

(3) 二次保健医療圏

- 二次保健医療圏とは、医療機能を考慮した病院や救急医療体制の整備のほか、一般的な入院医療への対応を図るとともに、保健・医療・福祉の総合的な取組を行うために、市町を越えて設定する地域の範囲です。
- 平成24(2012)年3月に厚生労働省から発出された医療計画作成指針(厚生労働省医政局長通知)では、人口規模、患者の受療の状況等を参考として二次保健医療圏を設定するよう、その設定基準が初めて示されました。具体的には、人口20万人未満かつ患者の受療動向が流出型(療養病床および一般病床の流入患者割合*20%未満かつ流出患者割合*20%以上)の二次保健医療圏については、その設定について見直すこととされました。
- 本県では、4つの二次保健医療圏のほか、社会的、歴史的な日常生活圏、行政の圏域との整合性を図るという観点から、伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏を設定し、圏域のあり方を引き続き検討する地域として位置づけています。

図表 3-1-1 保健医療圏の類型

患者流出率(%)	20%	流出型	流入外型
	20%	自己完結型	流入型
		患者流出率(%)	

出典：厚生労働省「医療計画説明会資料」

図表 3-1-2 二次保健医療圏およびサブ保健医療圏

二次保健医療圏	構成市町	圏域人口（人）	面積(km ²)	人口千人あたり病床数（床）
北勢保健医療圏	四日市市、桑名市、鈴鹿市、 亀山市、いなべ市 (桑名郡) 木曾岬町 (員弁郡) 東員町 (三重郡) 菰野町、朝日町、川越町	840,194	1,107	7.23
中勢伊賀保健医療圏	津市	461,354 (284,867)	1,399 (711)	9.91 (12.45)
伊賀サブ保健医療圏	伊賀市、名張市	176,487	688	5.82
南勢志摩保健医療圏	松阪市 (多気郡) 多気町、明和町、大台町 (度会郡) 大紀町	468,708 (225,720)	2,279 (1,364)	8.98 (10.03)
伊勢志摩サブ保健医療圏	伊勢市、鳥羽市、志摩市 (度会郡) 玉城町、度会町、南伊勢町	242,988	915	8.00
東紀州保健医療圏	尾鷲市、熊野市 (北牟婁郡) 紀北町 (南牟婁郡) 御浜町、紀宝町	77,851	992	11.68

※圏域人口、面積および病床数欄の（ ）内の数字は、サブ保健医療圏を除いた数値です。

※人口および病床数は平成23年10月1日現在の数値です。

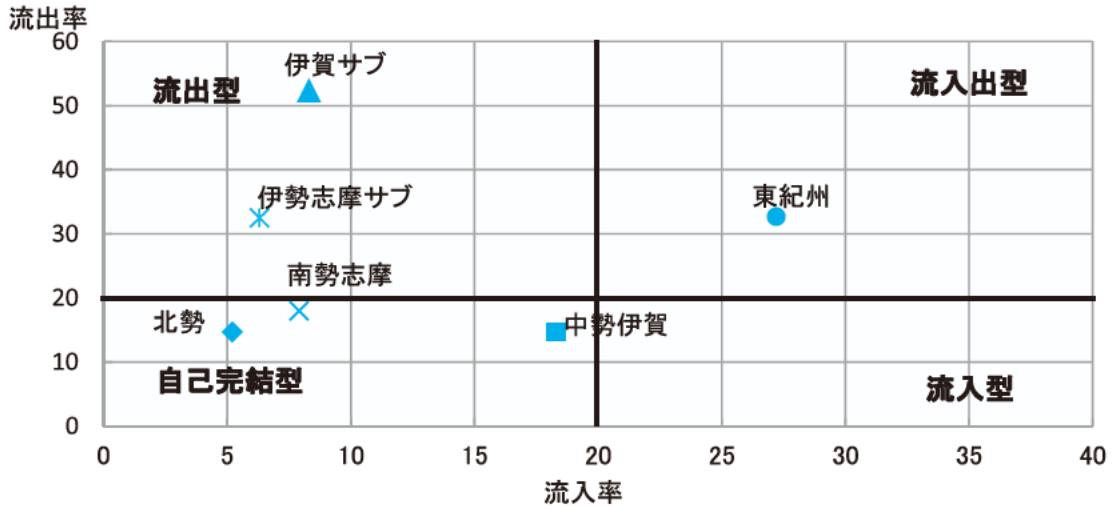
出典：三重県「月別人口調査結果」、国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」

- 第2章第4節の「県民の受療動向」で確認したように、入院患者は東紀州保健医療圏を除いた二次保健医療圏では患者の約8割がその保健医療圏内で入院医療を受けており、当該保健医療圏は、おおむね標準的な医療提供体制が一体的に確保されていると認められます。
- 東紀州保健医療圏については、仮に隣接する南勢志摩保健医療圏との統合を考えた場合、面積が広大となり(全国第3位、北海道を除く)、へき地を抱える東紀州地域のさらなる医療過疎を招くおそれがあります。また、圏域内の尾鷲市、熊野市から、主な流出先となっている南勢志摩保健医療圏、中勢伊賀保健医療圏へのアクセス時間が2時間から3時間程度であり、基幹病院へのアクセスが悪く、住民にとって統合によるメリットは薄いと考え

られます。

図表 3-1-3 各保健医療圏の流出率・流入率による分類

(単位：%)



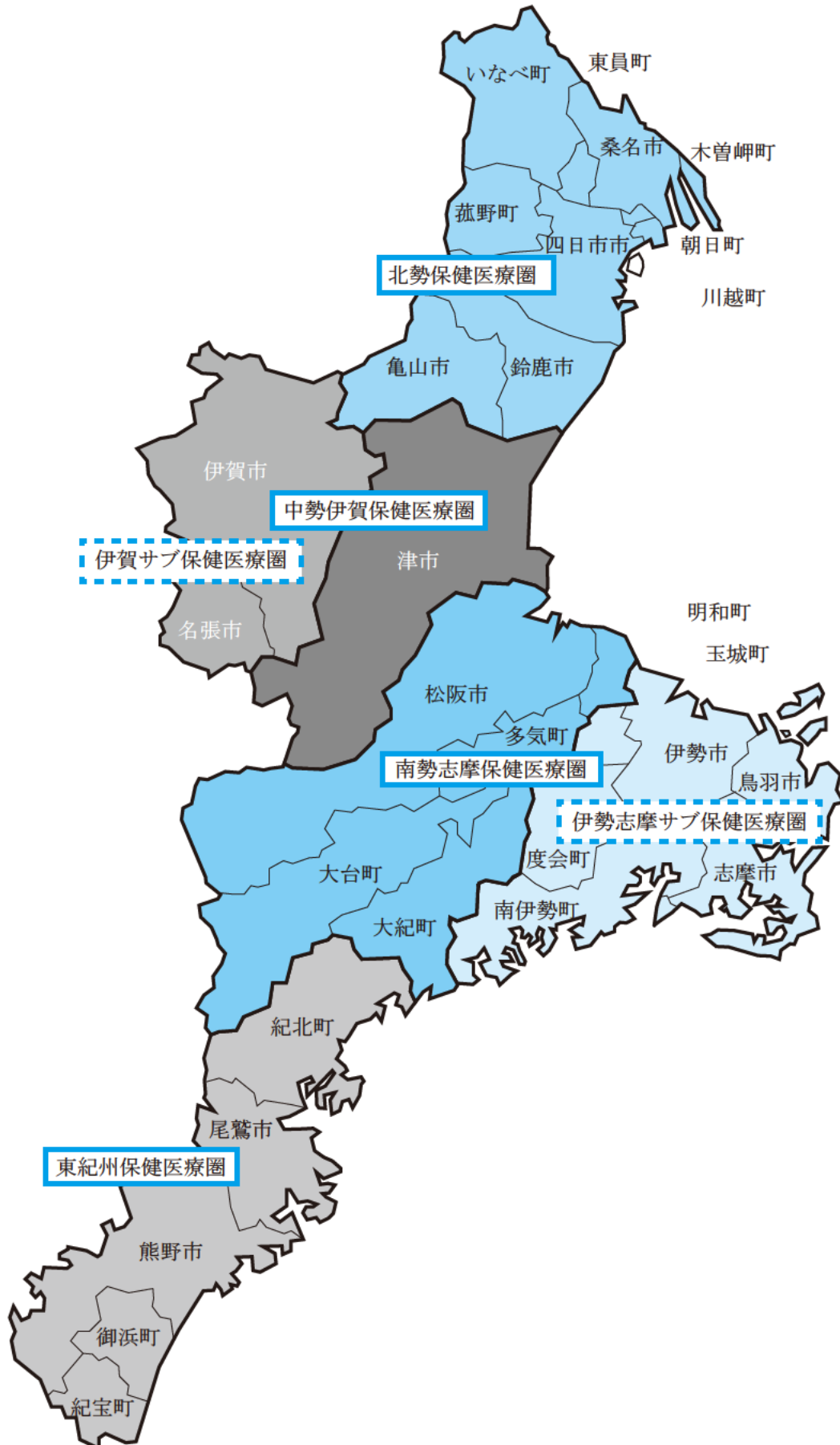
出典：厚生労働省「平成20年 患者調査（個票解析）」をもとに推計

- こうしたことから、二次保健医療圏については、これまでと同様の4つの圏域を設定することとします。
- 伊賀サブ保健医療圏については、滋賀県や奈良県等との人の往来も多く、従来から県内他地域と比べ独立性が高い地域であり、医療面では、医師等の医療従事者の確保や二次救急*医療体制の整備が喫緊の課題となっています。また、伊勢志摩サブ医療圏は、通学や通勤圏が形成されるなど、生活圏として一体性が強い地域であり、医療面では、二次救急医療体制の整備や高い高齢化率への対応が課題となっています。
- いずれのサブ保健医療圏も、住民の生活圏等の観点からは、独立した圏域としての可能性を有しますが、患者流出入割合や人口規模に加え、独立した場合の一次保健医療圏との機能分担等を考慮して、これまでと同様に2つのサブ保健医療圏を維持していくこととします。

(4) 三次保健医療圏

- 三次保健医療圏とは、一次、二次保健医療圏での医療提供体制と連携し、高度で特殊な専門医療を提供するとともに、広域的に実施することが必要な保健医療サービスを提供するための地域の範囲です。
- 本県においては、県全域を三次保健医療圏とします。

図表 3-1-4 三重県全体図(二次保健医療圏およびサブ保健医療圏)



2. 基準病床数

- 保健医療圏内で、効率的、効果的な医療提供体制を確立するためには、各地域における病院等の病床数が重要な要素となります。
- 基準病床数は、医療法に基づいて定められた圏域内での病床数の目安であるとともに、一定以上の病床が整備されている場合の規制基準としての役割を併せ持っています。既存病床数が基準病床数を超える病床過剰地域の場合には、原則として病床の新設または増加が抑制されます。
- ただし、以下の診療所*の一般病床については、病床過剰地域であっても医療法施行規則第1条の14第7項第1号から第3号までに該当するものとして、三重県医療審議会の意見を聴くなどの手続きを経た上で知事への届出により設置することができます。なお、届出により一般病床を設置し、または設置予定の診療所の名称については、本計画への掲載に代えて県ホームページで公表することとします。
 - 1 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所
 - 2 へき地に設置される診療所
 - 3 小児医療の推進に必要な診療所
 - 4 周産期医療の推進に必要な診療所
 - 5 上記に定めるもののほか地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所
- また、医療法施行規則第30条の32の2第1項に規定する特定の病床等に係る特例に該当する病床¹の設置については、三重県医療審議会の意見を聴いた上で、県が厚生労働大臣に協議し、その同意を得た場合に限り認められます。

図表 3-1-5 基準病床数

(単位：床)

病床種別	区分	基準病床数	既存病床数	過不足数
療養病床 および 一般病床	北勢保健医療圏	5,542	6,103	561
	中勢伊賀保健医療圏	3,796	4,541	745
	南勢志摩保健医療圏	3,510	4,203	693
	東紀州保健医療圏	764	909	145
	合計	13,612	15,756	2,144
精神病床	全 県 域	4,120	4,786	666
結核病床	全 県 域	60	54	▲6
感染症病床	全 県 域	24	24	0

※既存病床数は、平成24年12月1日現在です。

※療養病床および一般病床ならびに精神病床に係る基準病床数は、各圏域の人口、人口構成、流入流出患者数等をもとに医療法に定められた計算方式により算出しています。

※結核病床に係る基準病床数は、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」（厚生労働省健康局結核感染症課長通知）および県内結核患者の発生状況、平均入院期間等を勘案し、算出しています。

なお、本県では、結核病床の不足を補うため、国の結核患者収容モデル事業により、一般病床および精神病床の一部を結核患者収容可能な病床として整備しています。

※感染症病床に係る基準病床数は、「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」の配置基準に基づき、算出しています。

¹ 専らがんその他の悪性新生物又は循環器疾患に関するもの（不足している地域に限る。）、専ら小児疾患に関するもの、専ら周産期疾患に関するもの、専らリハビリテーションに関するもの（発達障がい児の早期リハビリテーションその他の特殊なリハビリテーションに係るものに限る。）などの病床をいいます。

第4章 保健医療提供体制の構築

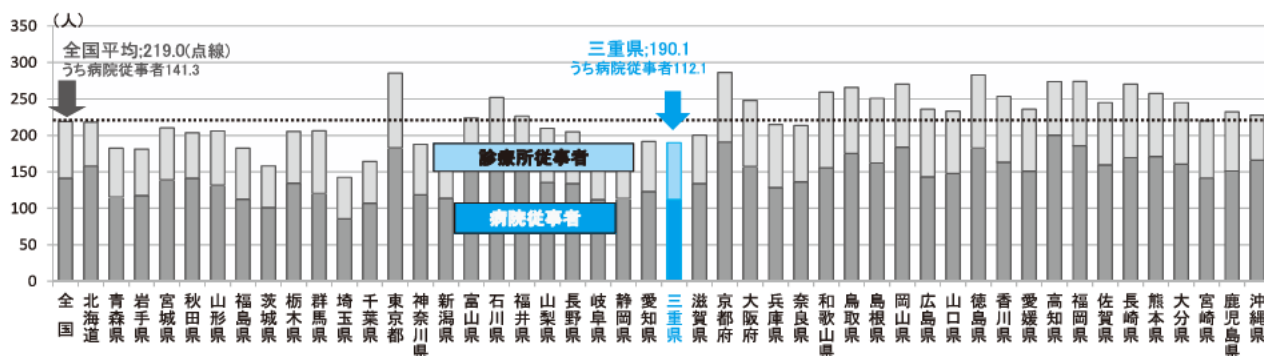
第1節 医師の確保と資質の向上

1. 医師

(1) 現状

- 平成16(2004)年度に導入された新臨床研修制度*の影響により、全国のどの臨床研修病院*でもマッチング*すれば初期臨床研修*を受けることができるようになった結果、全国的に研修医の大学の医局離れや大都市圏の医療機関への流出が起こるなど、医師の偏在が顕著化しました。
- 厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査(平成22年12月31日現在)によると、本県の人口10万人あたりの医師数は、190.1人で、全国平均の219.0人に比べて28.9人少なく、さらに救急医療を担う病院勤務医においては、112.1人と全国平均の141.3人より29.2人少なく、深刻な医師不足の状況にあります。

図表 4-1-1 医師数の全国と県との比較(人口10万人あたりの医療施設従事医師数¹)



出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 内科、外科、産婦人科、小児科等、主な診療科についても全国平均を大きく下回っています。

図表 4-1-2 医師数の全国と県との比較(実人数と人口10万人あたりの医療施設従事医師数)

	実人数	診療科計	内科 ²	外科 ³	小児科	産婦人科 ⁴	脳神経外科	麻酔科
全国	280,431	219.0	78.2	18.3	12.4	9.6	5.2	6.0
三重県	3,525	190.1(37)	71.2(34)	15.3(41)	10.8(38)	8.6(36)	4.7(35)	3.5(46)

※ () 内は全国順位

出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

¹ 病院および診療所に従事する医師の合計です。

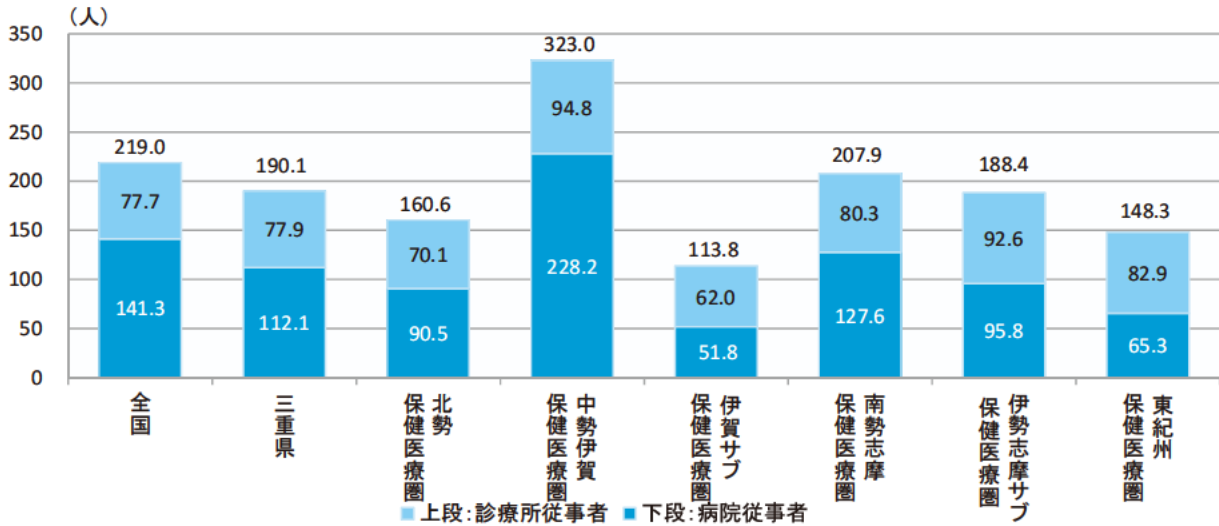
² 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科医師の合計です。

³ 外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、小児外科、肛門外科医師の合計です。

⁴ 産婦人科、産科、婦人科医師の合計です。

- 地域別に見ると、病院では、伊賀サブ、東紀州、北勢、伊勢志摩サブ保健医療圏の順に医師数が少なく、他方、診療所では、伊賀サブ、北勢保健医療圏以外は全国平均を上回っています。

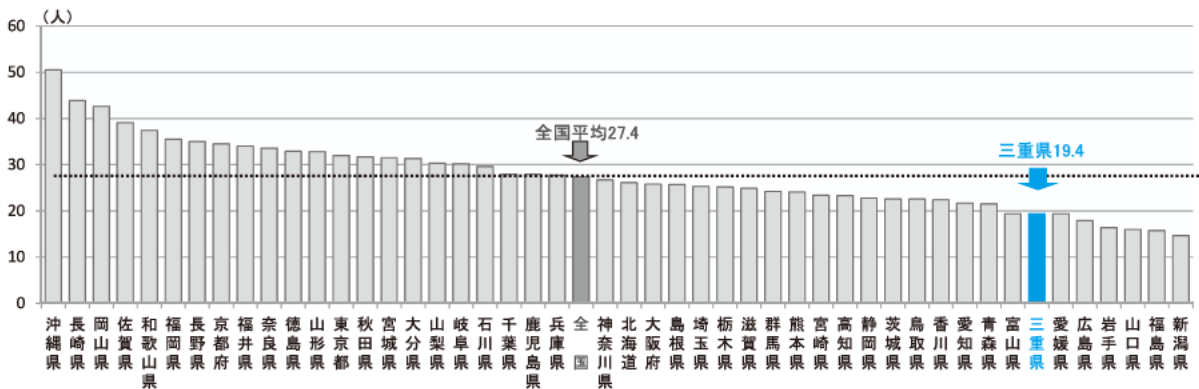
図表 4-1-3 県内の人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数



※中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ保健医療圏を除いた数値です。
出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

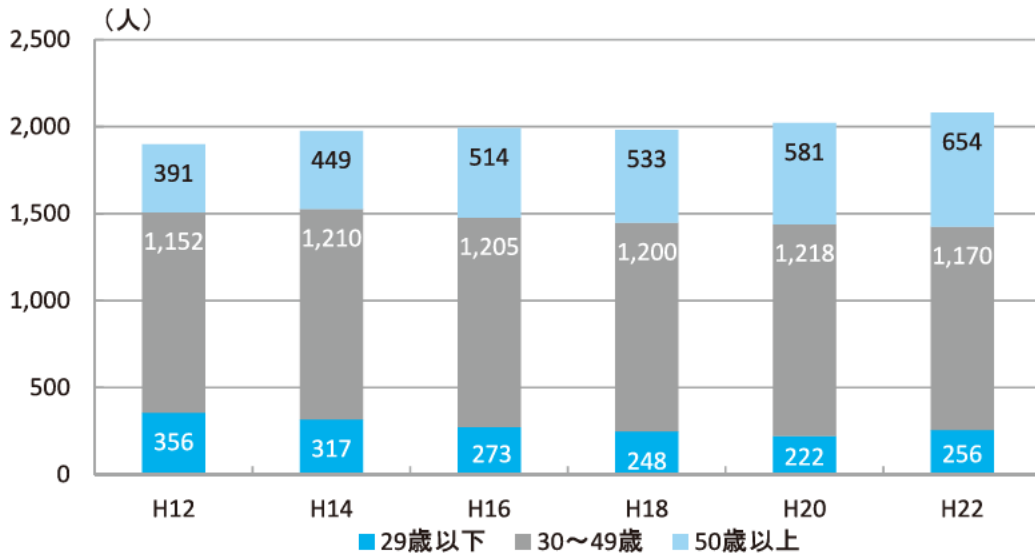
- 近年では、全国的に医師数が増加傾向にありますが、本県ではその伸び率が低く、救急医療等を中心的に担う 50 歳未満の医師数は減少傾向にあります。

図表 4-1-4 過去 10 年間の人口 10 万人あたりの医療施設従事医師の増加数 (H12～H22)



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 4-1-5 県内の年代別病院勤務医師数(実数)の推移(H12~H22)



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 厚生労働省が平成 22 (2010) 年 6 月に実施した「病院等における必要医師数実態調査」では、必要医師数が現員医師数に対して、全国で 1.14 倍、本県で 1.20 倍となっており、本県の医師不足がより深刻な状況にあることを裏づける結果となっています。

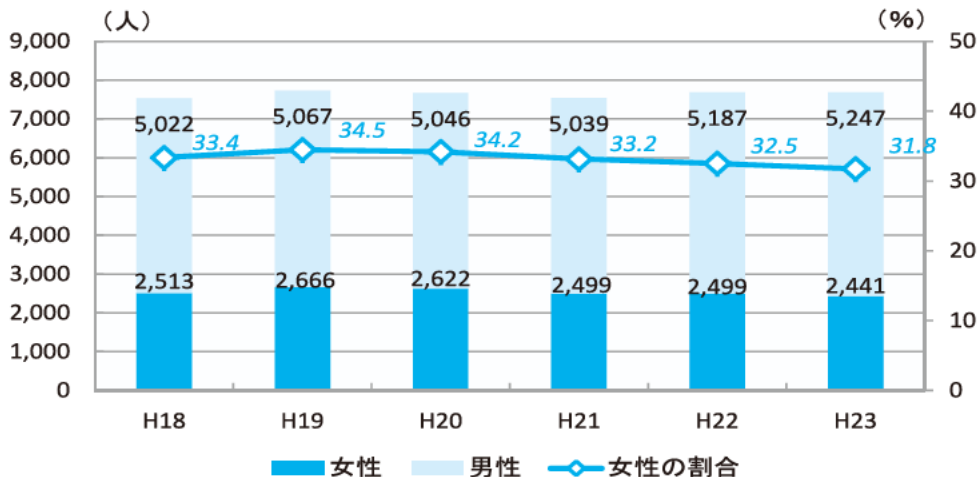
図表 4-1-6 県内の必要医師数

	現員医師数	必要医師数(求人中)		必要医師数	
		人数	倍率	人数	倍率
全国	167,063 人	18,288 人	1.11 倍	24,033 人	1.14 倍
三重県	1,982 人	312 人	1.16 倍	400 人	1.20 倍

出典：厚生労働省「病院等における必要医師数実態調査(平成 22 年 6 月)」

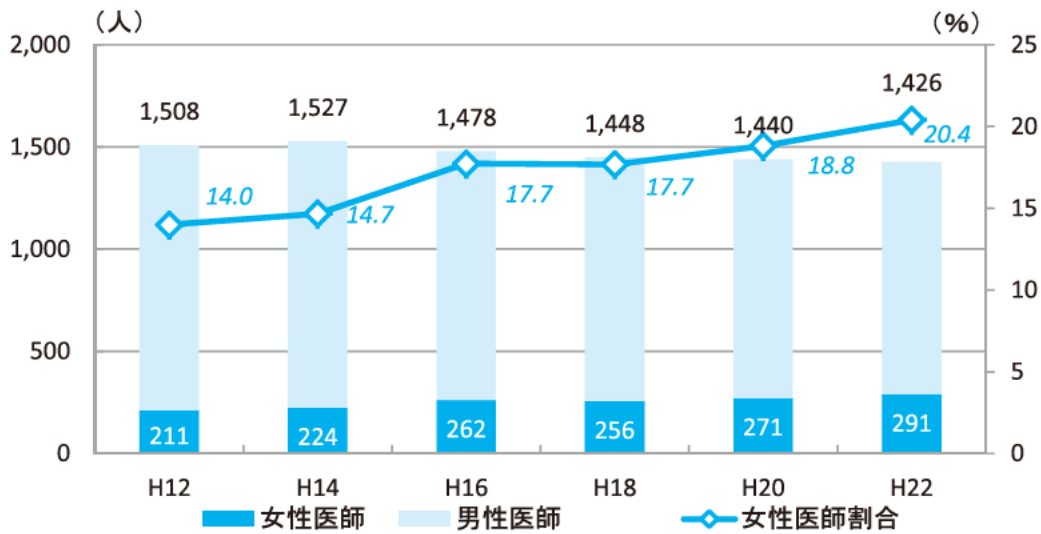
- 近年、医師数に占める女性医師の割合が高まってきており、国家試験合格者に占める女性医師の割合は 30%を超えています。
- また、県内においても、50 歳未満の病院勤務医に占める女性医師の割合は増加傾向にあります。

図表 4-1-7 国家試験合格者に占める女性医師数および割合の推移(H18~H23)



出典：医学書院「週刊医学界新聞(第 2973 号 2012 年 04 月 09 日)」

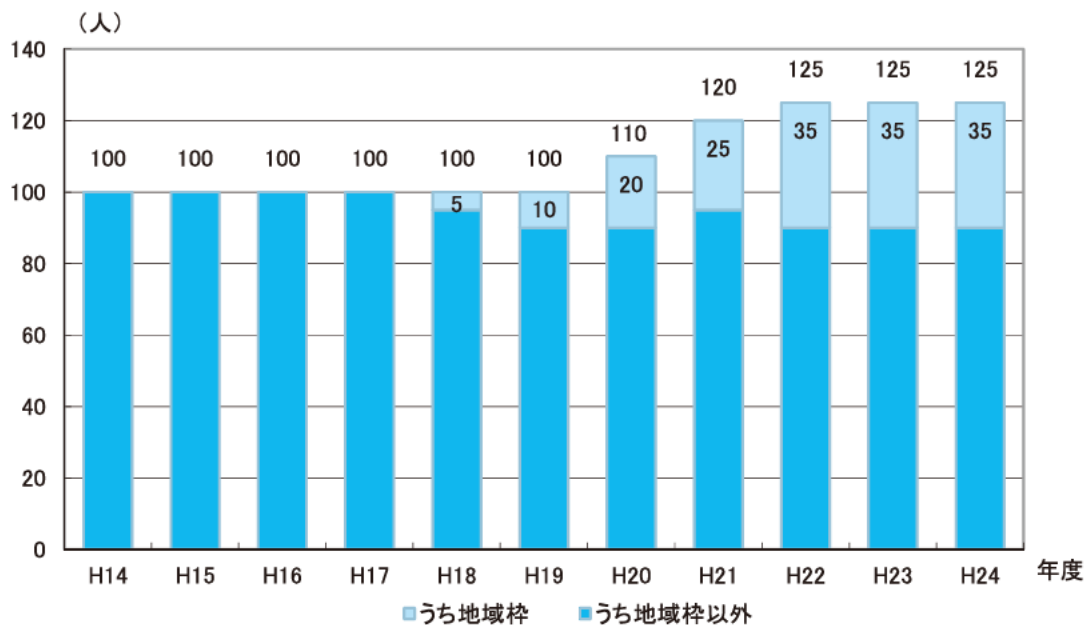
図表 4-1-8 県内の病院に勤務する医師数(50歳未満)および女性医師の割合の推移(H12～H22)



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

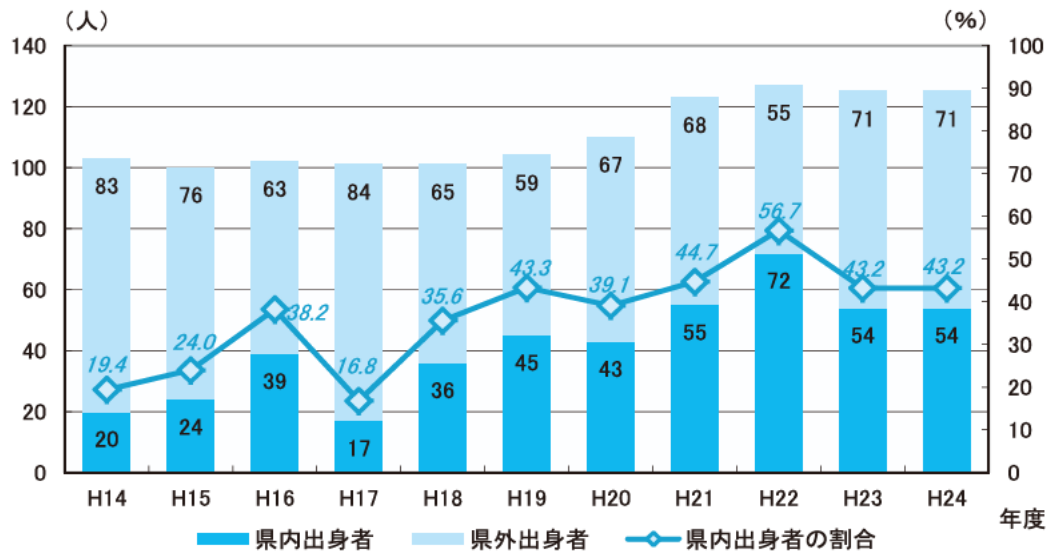
- 三重大学医学部では、平成 18（2006）年度以降、段階的に定員の拡大(25人増：100人→125人)や地域枠（30人：地域枠A*（25人）・地域枠B*（5人））および地域医療枠*（5人）（以下、「地域枠」という。）の設定等に取り組み、一時大きく落ち込んだ県内出身者数も入学者の4割を超える程度にまで回復しつつあります。

図表 4-1-9 三重大学医学部の定員および地域枠数の推移(H14～H24)



出典：三重県調査

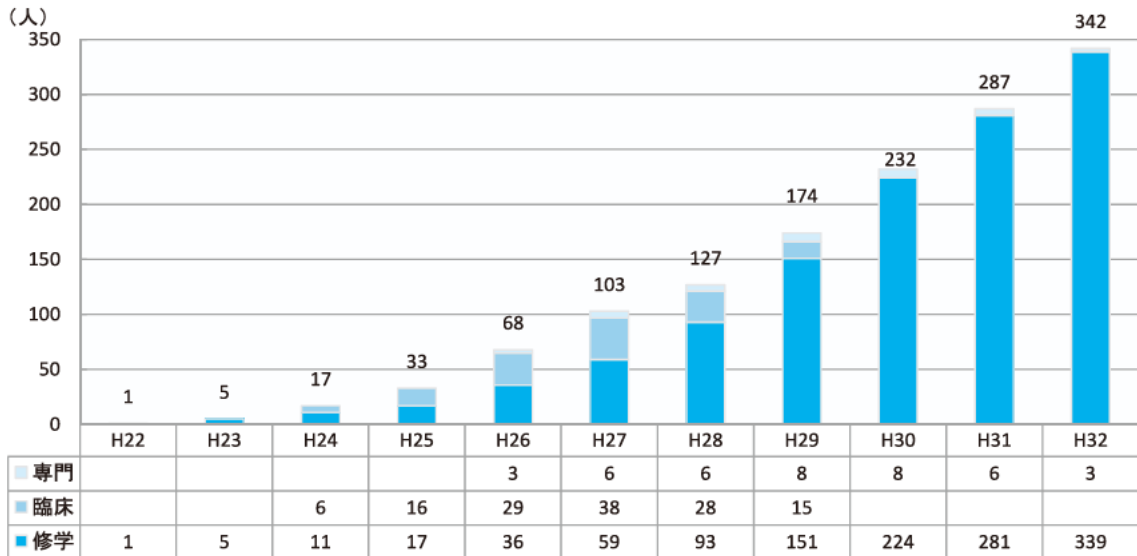
図表 4-1-10 三重大学医学部入学者に占める県内出身者割合



出典：三重県調査

- 本県では、平成 16 (2004) 年度の新臨床研修制度の導入にあわせて、三重県医師修学資金貸与制度*を創設し、平成 20 (2008) 年度に返還免除条件の緩和 (県内救急告示病院*等への一定期間勤務等) や貸与枠の拡大等の大幅な見直しを行いました。その結果、貸与者の累計が 350 人 (平成 24 年 12 月末現在、返還者除く) となっており、初期臨床研修を修了し、返還免除のために県内医療機関における勤務 (以下「義務勤務」という。) を開始する医師は、今後、段階的に増加することが見込まれています。
- また、平成 23 (2011) 年度から新たに三重県臨床研修医研修資金貸与制度*および三重県専門研修医研修資金貸与制度*を創設しました。貸与者の累計は、臨床研修医 29 人、専門研修医 6 人 (平成 24 年 12 月末現在、返還者除く。) となっており、今後、医師修学資金と同様に、県内医療機関において義務勤務を開始することとなっています。

図表 4-1-11 医師修学資金、臨床研修医研修資金、専門研修医研修資金義務勤務者数 (見込み)



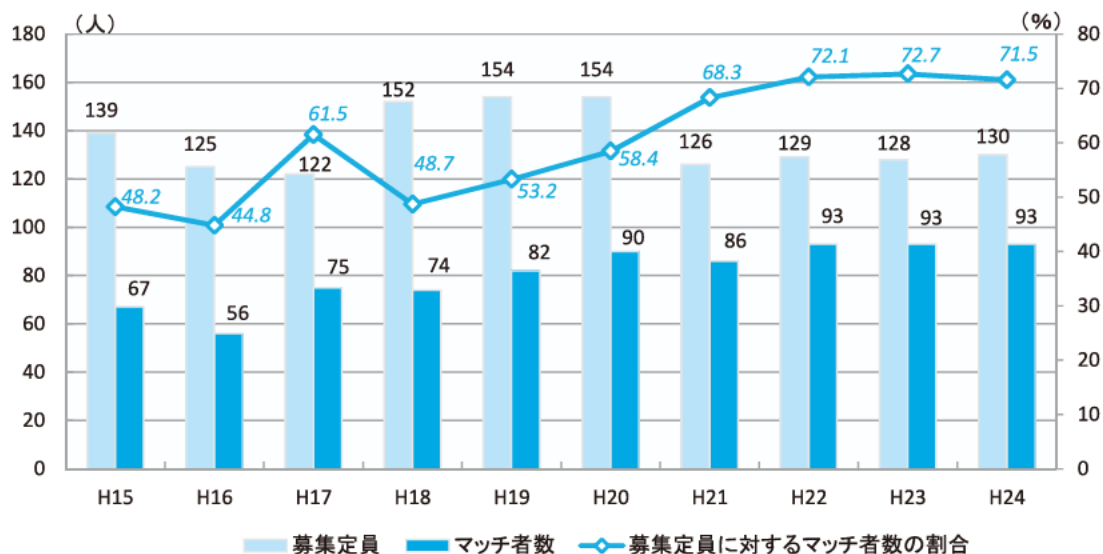
※平成 24 年度までは実績値です。

※臨床研修医研修資金、専門研修医研修資金については、平成 25 年度もこれまでの実績と同程度の貸与を行うと想定し、貸与者数を計上しています。

出典：三重県調査

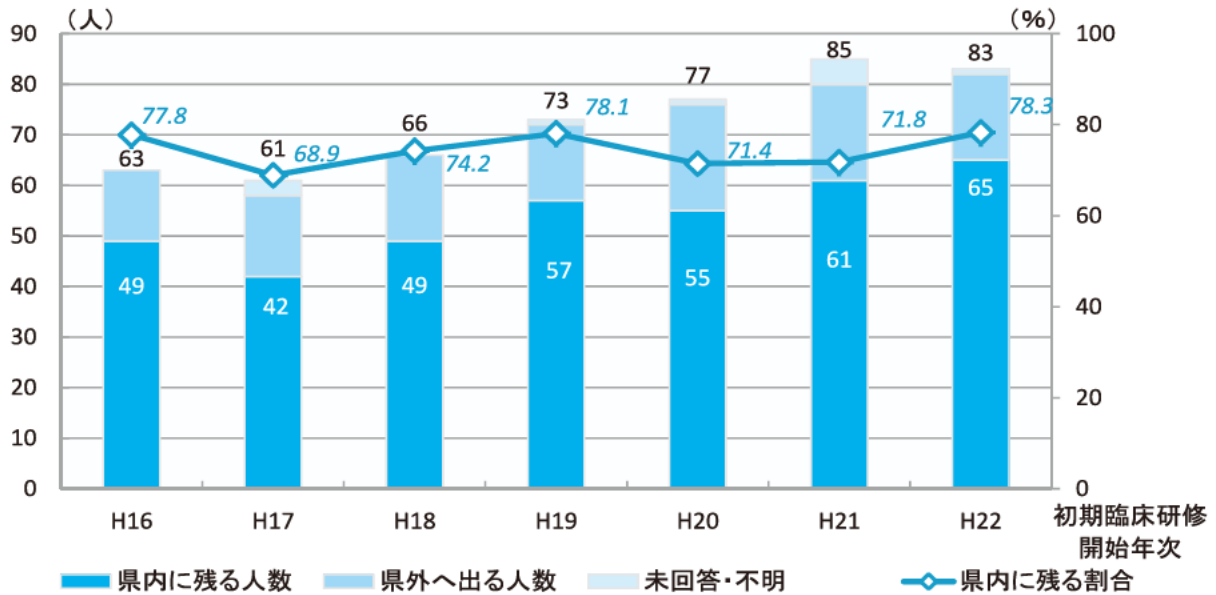
- 医師無料職業紹介事業は、平成 22 (2010) 年 10 月の開設以来、55 件の問い合わせがあり、そのうち 22 件が成約 (常勤 6 件、非常勤 16 件。平成 24 年 12 月末現在) しています。また、自治医科大学義務年限*内医師と義務年限終了後も引き続き県職員としてへき地医療機関*等へ派遣するキャリアサポート制度*により、平成 24 (2012) 年度には 13 人をへき地等の医療機関へ配置しています。
- このほか、都市部の医療機関から医師不足地域の医療機関に医師を派遣するバディ・ホスピタル・システム*による診療支援や、大学、市町、県が連携した医師派遣を伴う寄附講座の設置、大学における国の補助金を活用したへき地医療機関への医師派遣等の取組も行われています。
- 県内で初期臨床研修を行う研修医は年々増加しつつありますが、県の定員に占める割合は 7 割程度となっています。県内の臨床研修病院等が組織する NPO 法人 MMC 卒後臨床研修センター*では、平成 24 (2012) 年度から、県内の全ての基幹型臨床研修病院 (17 病院) が相互に研修協力病院となり研修医の選択肢を広げるプログラム (MMC プログラム) を導入し、さらなる研修医の確保に努めています。
- なお、県内の医療機関において、初期臨床研修修了後、後期臨床研修*医として県内医療機関にとどまる割合は 7 割程度となっています。

図表 4-1-12 初期臨床研修マッチング推移 (H15~H24)



出典：医師臨床研修マッチング協議会

図表 4-1-13 後期臨床研修医の動向



出典：NPO法人MMC卒後臨床研修センター調べ

- 平成 21 (2009) 年度および平成 23 (2011) 年度に策定した「三重県地域医療再生計画」(平成 25 年度まで)に基づき、若手医師の育成・確保に向けて勤務医の負担軽減対策や臨床研修病院の魅力向上、総合診療医*の育成拠点整備等の環境づくり等に注力し、取り組んでいます。
- また、県では地域医療の担い手の育成に向けて、平成 21 (2009) 年 4 月、紀南病院内に三重県地域医療研修センターを設置し、医学生、研修医を対象に実践的な地域医療研修の機会を提供しています。同センターで行う初期臨床研修医の地域医療研修では、これまでに定員 (35 人) を超える応募が続いていることから、平成 24 (2012) 年度から研修医を受け入れる医療機関の拡充 (3 医療機関の増加) を行っています。
- さらに、平成 24 (2012) 年 5 月には、県内の医師の地域偏在の解消に向け、県内の医療機関や医師会、市町、三重大学等と連携して三重県地域医療支援センターを設置し、医師不足原因調査や若手医師のキャリア形成支援と医師不足病院における医師確保支援を一体的に行う仕組みづくり等の取組を進めているところです。

(2) 課題

- 医師の不足と偏在の解消には、決定的な取組がないことから、引き続き医師無料職業紹介事業や勤務医負担軽減等の医師不足の影響を当面緩和する取組と、医師修学資金貸与制度の運用や地域医療教育の充実等の中長期的な視点に立った取組を組み合わせ、総合的に進める必要があります。
- 医師修学資金の貸与者や三重大学医学部へ地域枠で入学した医師等の若手医師 (以下、「修学資金貸与医師等」という。) が県内の医療機関で勤務するにあたって、キャリア形成について不安を持つことなく、専門医資格を取得できるようなキャリア形成の支援を行うとともに、一部の中核病院だけでなく、医師不足地域の病院でも勤務しつつ一定期間県外で先

- 進医療や国際医療協力等についても経験できるような魅力ある仕組みづくりが必要です。
- 本県出身者等で県外大学の医学部を卒業した医師が安心して三重県に戻ってこられるよう、キャリア形成支援を行う必要があります。
 - 厚生労働省が設置した「専門医の在り方に関する検討会」において、第三者機関による専門医資格を取得するためのプログラムの認定等の新たな専門医の仕組みが検討されているところであり、三重県地域医療支援センターの取組における専門医資格の取得につながる後期臨床研修プログラムの作成にあたっては、国の検討結果との整合を図っていく必要があります。
 - 初期臨床研修医のマッチング率のさらなる向上やより多くの後期臨床研修医の確保、バディ・ホスピタル・システムの促進に向けて、指導医の育成・確保等、関係医療機関の受入体制を充実していく必要があります。
 - 近年、医師数に占める女性医師の割合が高まっていますが、出産・育児等により、医療現場を離れる女性医師も多いことから、子育て中の医師等が働きやすい、もしくは復帰しやすい病院の勤務環境を改善・整備していくことが必要です。
 - 地域医療に従事する医師の確保に向けて、大学医学部の医師養成課程において、地域医療への動機づけや卒前・卒後を通じた一貫したキャリア形成支援等、三重大学医学部や市町、県が連携し、地域医療教育の充実を継続して進める必要があります。
 - 義務教育課程や高校教育課程において、医師の業務や地域医療の必要性について理解を深める機会を設けるなど、長期的な視点に立って地域医療に従事する医師を養成していく取組についても検討していく必要があります。

(3) めざす姿

- 若手医師を対象としたキャリア形成支援等に重点的に取り組むことによって、若手医師が県内に定着するとともに、医師不足地域の医療機関の医師確保にもつながっています。
- これにより、県内の全ての地域において地域医療体制の維持に必要な医師が確保され、地域間、診療科目間の偏在の解消が進むとともに、救急医療や周産期医療等への対応が円滑に行われています。

(4) 取組方向

取組方向1：医師確保対策の総合的な実施

取組方向2：地域医療を担う若手医師や女性医師への支援体制の充実

取組方向3：三重県地域医療支援センターを核とした若手医師の県内医療機関への定着と医師の地域偏在解消に向けた仕組みの構築

(5) 取組内容

取組方向1：医師確保対策の総合的な実施

- 医師無料職業紹介事業等を通じて県内医療機関の求人情報を効果的に発信し、全国から医師を招へいするとともに、自治医科大学義務年限内医師やキャリアサポート制度活用医師

を派遣すること等により、へき地等に勤務する医師の確保を進めます。また、臨床研修医、専門研修医への研修資金貸与制度、寄附講座の設置等を通じて即効性のある医師確保につなげます。(医療機関、大学、市町、県)⁵

- バディ・ホスピタル・システムを活用した都市部の病院から医師不足地域の病院への診療支援を進めるとともに、救急医療を担う病院における勤務医の負担軽減に係る取組や臨床研修病院の魅力向上等の医療機関の取組を促進します。(医療機関、医療関係団体、県)
- 医師修学資金貸与制度の運用を通じて将来県内医療機関で勤務する医師の確保を図るとともに、三重県地域医療支援センターにおける医師不足原因や医師需給状況の分析、キャリア形成支援の仕組みづくり等の取組に対応し、必要に応じて制度の見直しを行っていきます。(県)
- 三重大学医学部の医師養成課程において、市町と連携した地域での保健活動実習やへき地医療機関と連携した見学実習等、地域医療の現場でのより充実した教育機会の提供等により、地域医療教育の充実を図り、地域医療の優れた担い手の育成につなげます。(医療機関、三重大学、市町、県)
- 義務教育課程や高校教育課程において医師の業務や地域医療の必要性について理解を深める機会を充実していきます。(医療機関、教育機関、市町、県)

取組方向2：地域医療を担う若手医師や女性医師への支援体制の充実

- 地域医療の担い手の育成に向けて、三重県地域医療研修センター事業を拡充し、医学生や研修医を受け入れる医療機関の増加を図ります。(医療機関、県)
- 若手医師の確保・定着化を図るため、医療機関等における臨床研修受入体制の整備や指導医の確保・育成、女性医師を主とした子育て医師等の復帰支援、院内保育の充実支援、総合診療医の育成拠点整備等の取組を進めます。(医療機関、三重大学、医療関係団体、県)
- 「三重県地域医療再生計画」に基づき、地域における病院機能の再編・統合等を進め、救急医療機能の強化充実、総合診療医を育成する機能の整備等の診療体制整備を通じて、限られた医療人材の効果的な活用および若手医師の研修環境を充実します。(医療機関、三重大学、市町、県)

取組方向3：三重県地域医療支援センターを核とした若手医師の県内医療機関への定着と医師の地域偏在解消に向けた仕組みの構築

- 三重大学、NPO法人MMC 卒後臨床研修センター、三重県地域医療支援センター等の関係機関が連携して、大学における医師養成課程から初期臨床研修後の専門医資格の取得に至るまで一貫したキャリア形成支援を進めます。(医療機関、三重大学、NPO法人MMC 卒後臨床研修センター、県)
- 医療機関、三重県地域医療支援センター(県)・同センター分室(三重大学)等が連携して、修学資金貸与医師等が、県内で勤務しながら基本的な診療領域の専門医資格を取得できる後期臨床研修プログラムを作成します。作成にあたっては、三重大学を含めて県内の複数の医療機関をローテーションするとともに、一定期間県外で先進医療や国際医療協力等に

⁵ ()内は、それぞれの取組における実施主体をあらわします。

ついて経験できるような魅力的なプログラムとします。当該プログラムに基づいて、県内の医療機関で、安心してキャリア形成ができるようにすることにより、若手医師の県内定着を進めます。(医療機関、三重大学、県)

- 後期臨床研修プログラムに医師不足地域の医療機関を含めることにより、修学資金貸与医師等が勤務することになり、結果として医師の地域偏在の解消を進めます。(医療機関、三重大学、県)
- また、それに伴う指導医の確保・育成等については、バディ・ホスピタル・システムにおける派遣先医療機関の指導体制の充実も含めて現状と課題を分析し、必要な対策を検討します。(医療機関、三重大学、県)
- 総合診療医の育成拠点の整備にあわせて総合診療医の専門医資格を取得するための後期臨床研修プログラムを作成することにより、総合診療医の育成を推進します。(医療機関、三重大学、県)
- 若手医師のニーズ把握調査を行い、その結果をキャリア形成支援の取組に反映させます。(三重大学、NPO法人MMC卒後臨床研修センター、県)
- 修学資金貸与医師等に対する研修会の実施やキャリア形成に関する相談・情報提供等の支援を行うことにより、若手医師の県内医療機関への定着を進めます。(三重大学、NPO法人MMC卒後臨床研修センター、県)
- 病院勤務医に対する勤務状況の調査および病院に対する医師不足状況の調査を実施し、医師不足原因および医師の需給状況の分析を行います。(三重大学、NPO法人MMC卒後臨床研修センター、医師会、県)
- これらの事業を中心となっていく三重県地域医療支援センターについては、三重大学、医師会、病院協会、市町、住民代表等の地域の医療関係者等と協働し、効果的に運営します。(県)

第2節 医療従事者の人材確保と資質の向上

1. 歯科医師

(1) 現状

- 平成 22 (2010) 年末における本県の医療機関に従事する歯科医師数は 1,096 人、人口 10 万人あたり 59.1 人となっています。
- 人口 10 万人あたりの診療科別の歯科医師数は、歯科、矯正歯科、小児歯科および歯科口腔外科のいずれも全国平均を下回っています。

図表 4-2-1 県内の医療施設従事歯科医師数

(単位:人)

平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
1,017	1,032	1,023	1,015	1,085	1,116	1,096

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 4-2-2 歯科医師数の全国と県との比較(人口 10 万人あたり医療施設従事歯科医師数¹⁾)

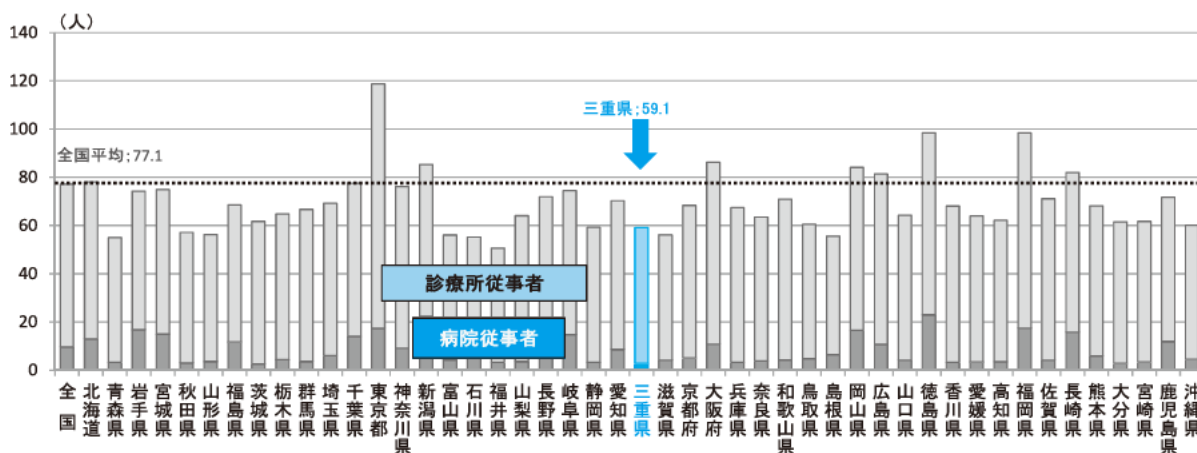
(単位:人)

区分	総数	歯科	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科
全国	77.1	67.5	2.7	1.5	3.1
三重県	59.1(39)	52.5(41)	1.6(29)	1.3(18)	2.3(38)

※ () 内は全国順位です。

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 4-2-3 歯科医師数の全国と県との比較(人口 10 万人あたりの医療施設従事歯科医師数)



- 保健医療圏別では、人口 10 万人あたりの歯科医師数は、伊勢志摩サブ保健医療圏、中勢伊賀保健医療圏（伊賀サブ保健医療圏を除く）以外は県平均を下回っています。

¹ 病院および診療所に従事する歯科医師の合計をいいます。

図表 4-2-4 県内の二次保健医療圏別医療施設従事歯科医師数

(単位:人)

	総数	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏		南勢志摩 保健医療圏		東紀州 保健医療圏
			うち伊賀サブ 保健医療圏	うち伊勢志摩サブ 保健医療圏			
歯科医師数	1,096	479	280 (194)	86	296 (128)	168	41
人口 10 万人 あたり	59.1	57.0	60.4 (67.9)	48.5	62.7 (56.5)	68.5	51.5

※ () 内はサブ保健医療圏を除いた数値です。

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 医療機関に従事する 1,096 人中 1,044 人 (95.3%) の歯科医師が歯科診療所に従事しており、県民の歯と口腔の健康を日常的にトータルサポートするかかりつけ歯科医*としての役割が期待されています。そのため、在宅や介護施設での歯科医療や口腔ケアの提供においては、地域ケアに携わる一員として他の職種と連携した取組が重要です。

(2) 課題

- 県歯科医師会と連携し、歯科医師が少ない地域での歯科保健医療活動が効率よく実施できる体制づくりが必要となっています。
- 地域医療等を担う一員として歯科医師が積極的に活動できるよう、医師会等の職種医療関係者との連携を進めていく必要があります。
- 高齢化等の進行に伴う歯科保健医療ニーズの高度化・多様化、歯科医療技術の進歩への対応、障がい²児(者)、要介護高齢者等への専門歯科医療などのため、歯科医師の生涯研修を進めていく必要があります。

(3) めざす姿

- 歯科保健医療ニーズの高度化・多様化と歯科医療技術の進歩に対応した予防と治療が一体となった歯科保健医療の提供に向け、県内の全ての地域において必要な歯科医師が確保されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：歯科医師が少ない地域での歯科保健医療体制の充実

取組方向 2：歯科医師の生涯研修の推進と障がい児(者)、要介護高齢者等への専門歯科医療を提供する人材の育成

² 本県では、法令、条例等に基づく制度や固有名詞等で「障害」の漢字表記が使用されている場合には、そのままの漢字表記を使用し、その他は「障がい」のひらがな表記にしています。

(5) 取組内容

取組方向1：歯科医師が少ない地域での歯科保健医療体制の充実

- 県内の全ての地域において歯科医療が適切に提供できるよう、多職種との連携による在宅歯科医療の充実を含めた歯科医療提供体制の整備に努めます。(医療機関、歯科医師会、医療関係団体、県)

取組方向2：歯科医師の生涯研修の推進と障がい児(者)、要介護高齢者等への専門歯科医療を提供する人材の育成

- 障がい児(者)が身近な地域において安心して歯科医療を受けられるよう、障がい児(者)歯科ネットワーク「みえ歯ートネット」機能を充実します。(医療機関、歯科医師会、県)
- 口腔機能の維持、改善を総合的に行うための口腔リハビリテーションなど、要介護高齢者等に対する専門的な歯科医療を担うことができる人材の育成を進めます。(医療機関、歯科医師会、県)
- 卒後臨床研修制度により、患者を全人的に診ることができ、かつ基本的な臨床能力を身につけた歯科医師を育成します。(医療機関、歯科医師会、県)
- 日本歯科医師会の生涯研修制度に基づき、県歯科医師会、郡市歯科医師会が連携して体系的な研修を実施します。(歯科医師会)

2. 薬剤師

(1) 現状

- 平成22(2010)年末における本県の薬局および医療機関に従事する薬剤師数は2,465人、人口10万人あたりの薬剤師数は132.9人と、全国平均の154.3人を下回っています。
- 医薬分業*の進展や医療機関における薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務により、薬剤師の需要は増加しています。
- また、高齢化により在宅医療における医薬品等の供給や薬剤管理指導業務など、薬剤師を取り巻く環境は大きく変化してきています。

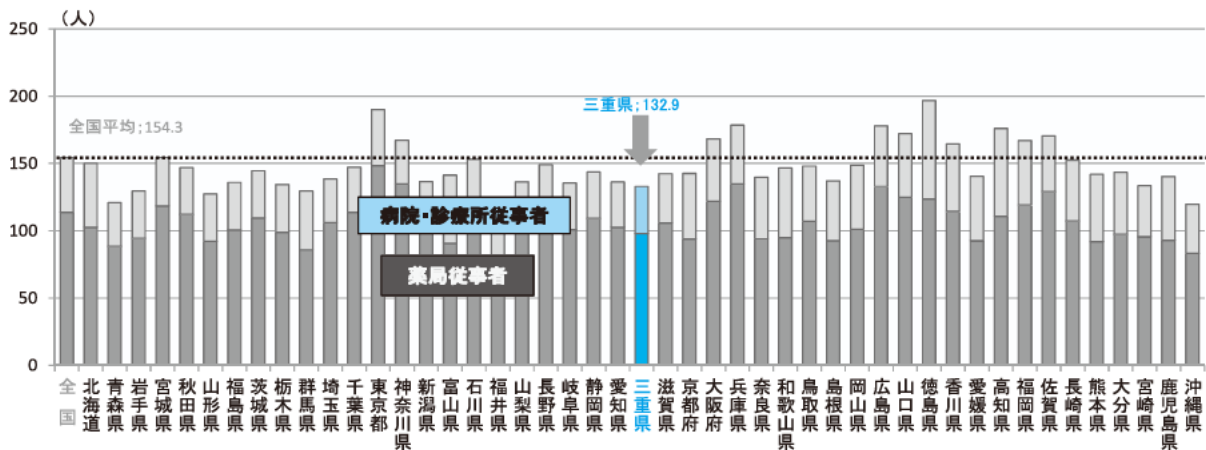
図表 4-2-5 県内の薬局・医療施設従事薬剤師数

(単位:人)

平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
1,578	1,756	2,031	2,046	2,178	2,344	2,465

出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 4-2-6 薬剤師数の全国と県との比較(人口 10 万人あたりの薬局および医療施設従事薬剤師数)



出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 保健医療圏別では、人口 10 万人あたりの薬剤師数は東紀州保健医療圏、伊賀サブ保健医療圏、南勢志摩保健医療圏で県平均を下回っています。

図表 4-2-7 県内の二次保健医療圏別薬局および医療施設従事薬剤師数

(単位:人)

	総数	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏		南勢志摩 保健医療圏		東紀州 保健医療圏
			うち伊賀サブ 保健医療圏	うち伊勢志摩サブ 保健医療圏			
薬剤師数	2,465	1,119	693 (504)	189	582 (278)	304	71
人口 10 万人 あたり	132.9	133.2	149.6 (176.4)	106.5	123.4 (122.7)	124.0	89.2

※ () 内はサブ保健医療圏を除いた数値です。

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

(2) 課題

- 薬剤師の需要増大に伴い、薬局および医療機関に従事する薬剤師の確保と資質の向上が課題となっています。
- 医療機関における薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務、がん治療等の無菌製剤処理業務などに対応する高い専門性を有する臨床薬剤師の育成・活用が求められています。

(3) めざす姿

- 県内の全ての地域において、在宅医療に必要な医薬品などの供給や医薬分業の進展による院外処方に対応できる薬剤師が確保されるとともに、医療現場が必要とする薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務、がん治療等の薬物療法などに精通した資質の高い薬剤師が確保されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：薬剤師の人材育成・確保

取組方向 2：薬剤師の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向 1：薬剤師の人材育成・確保

- 薬学生に対する病院や薬局での実習受入体制を確保するとともに、県薬剤師会、日本薬剤師研修センター、県等が連携して、実習の指導にあたる指導薬剤師の育成に取り組みます。
(医療機関、薬局、大学薬学部、薬剤師会、病院薬剤師会、県)
- 県薬剤師会の薬剤師職業紹介機能を活用した未就業薬剤師の就業を支援します。(薬剤師会、県)
- 病院および薬局に従事する薬剤師の需給動向や医薬分業の進捗状況などをふまえ、それぞれの地域において必要とする薬剤師の確保に努めます。(薬剤師会、病院薬剤師会、県)

取組方向 2：薬剤師の資質の向上

- 薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務、がん治療等の薬物療法などに精通した実践能力の高い臨床薬剤師を育成するため、県薬剤師会や県病院薬剤師会と連携して薬剤師の資質の向上に取り組みます。(医療機関、薬剤師会、病院薬剤師会、県)
- 在宅医療の進展に対応できる薬剤師の育成を図るため、県薬剤師会や県病院薬剤師会と連携し、研修の充実を図ります。(薬剤師会、病院薬剤師会、県)

3. 看護師、准看護師

(1) 現状

- 平成 22 (2010) 年末における本県の就業看護師数 (実人員) は 13,016 人であり、人口 10 万人あたりは 701.8 人と全国平均 774.0 人を下回っていますが、その値は経年的に増加しています。一方、就業准看護師数 (実人員) は 5,713 人であり、人口 10 万人あたりは 308.0 人と全国平均 287.5 人を上回っています。

図表 4-2-8 就業看護師・准看護師数

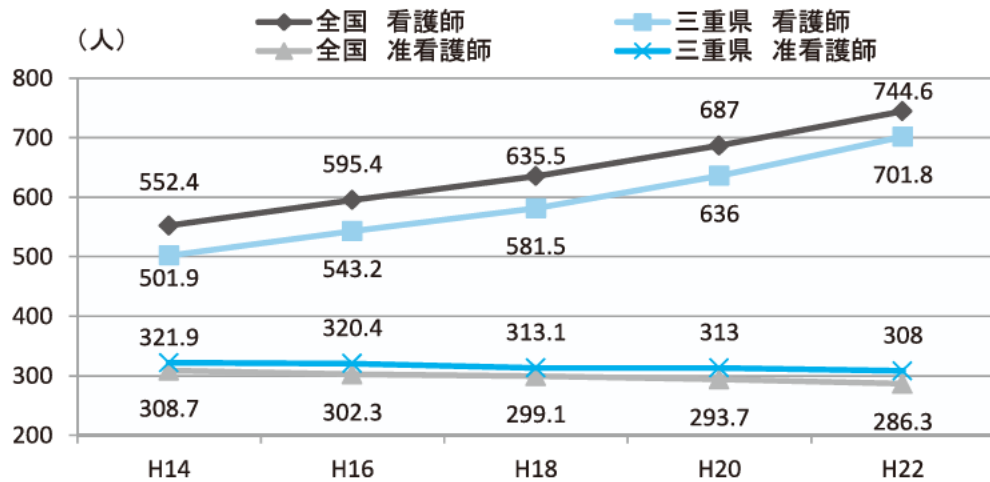
(単位:人)

区 分	看護師		准看護師	
	実人数	人口 10 万人あたり	実人数	人口 10 万人あたり
全 国	952,723	774.0	368,148	287.5
三重県	13,016	701.8 (38)	5,713	308.0 (27)

※ () 内は全国順位です。

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

図表 4-2-9 就業看護師・准看護師数の推移(人口 10 万人あたり)



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

- 平成 22 (2010) 年度に策定した「三重県看護職員需給見通し」によると、平成 23 (2011) 年は 743 人の看護職員の不足となっており、看護職員数は今後増加するものの、平成 27 (2015) 年においても依然として 150 人の不足が見込まれています。

図表 4-2-10 三重県における看護職員需給見通し(平成 23 年～27 年)

(単位:人)

区分	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年
需 要 数	20,964	21,316	21,876	22,427	22,993
供 給 数	20,221	20,903	21,567	22,214	22,843
差 引 計	743	413	309	213	150

出典：三重県「第七次看護職員需給見通し(平成23年3月)」

- 就業場所について見ると、看護師、准看護師ともに病院が最も多く、平成 22 (2010) 年では看護師は 9,297 人と全体の 71.4%、准看護師では 2,173 人と全体の 38.0%を占めています。平成 20 (2008) 年と比較すると、病院の増加が 422 人と最も多く、次いで介護保険施設等で 184 人、無床診療所で 148 人となっています。一方、有床診療所では、52 人の減少となっています。

図表 4-2-11 就業場所別看護職看護師・准看護師数

(単位:人)

	総計	病院	診療所		助産所	介護保険施設等	訪問看護ステーション	社会福祉施設	学校養成所等研究機関	保健所	市町	事業所	その他	
			有床	無床										
平成 20 年	総 数	17,794	11,048	883	2,406	7	2,238	414	312	203	6	74	100	103
	看護師	11,925	8,701	323	1,032	6	962	366	137	203	5	52	62	76
	准看護師	5,869	2,347	560	1,374	1	1,276	48	175	0	1	22	38	27
平成 22 年	総 数	18,729	11,470	831	2,554	24	2,422	446	419	224	31	90	146	72
	看護師	13,016	9,297	333	1,179	17	1,123	397	212	224	30	62	102	40
	准看護師	5,713	2,173	498	1,375	7	1,299	49	207	0	1	28	44	32

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

- 保健医療圏別の人口 10 万人あたりの看護師数は、中勢伊賀保健医療圏で 1,007.6 人、南勢志摩保健医療圏で 794.6 人と全国平均より高くなっていますが、その他の保健医療圏では下回っており、特に伊賀サブ保健医療圏では 533.8 人と低くなっています。准看護師は、東紀州保健医療圏で 481.4 人と高く、次いで南勢志摩保健医療圏で 393.4 人となっています。全体としては、中勢伊賀保健医療圏で 1,315.7 人と高く、伊賀サブ保健医療圏で 756.9 人と低くなっています。

図表 4-2-12 保健医療圏別の看護職員従事者数(人口 10 万人あたり)

(単位：人)

保健医療圏	看護師	准看護師	看護師および 准看護師
全 国	774.6	287.5	1,062.1
三重県	701.8	308.0	1,009.8
北勢保健医療圏	653.3	273.6	926.9
中勢伊賀保健医療圏	1,007.6	308.1	1,315.7
伊賀サブ保健医療圏	533.8	223.1	756.9
南勢志摩保健医療圏	794.6	393.4	1,188.0
伊勢志摩サブ保健医療圏	618.7	354.6	973.3
東紀州保健医療圏	569.7	481.4	1,051.1

※中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ保健医療圏を除いた数値です。

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

- 本県の看護師等の養成については、平成 24 (2012) 年現在、看護系大学 3 か所、助産師養成所 1 か所、看護師養成所 (3 年課程) 12 か所、同養成所 (5 年一貫) 1 か所、准看護師養成所 1 か所の計 18 施設で実施されており、入学定員は全体で 885 人となっています³。平成 23 (2011) 年度の看護師等学校養成所の受験者数は 2,973 人で、そのうち合格者数は 1,165 人、競争率は 2.6 倍となっています。
- 平成 24 (2012) 年度の「看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」においては、16 の施設から 800 人の卒業生があり、看護師として 658 人が就業し、うち 503 人が県内に就業しています。県内就業率は 62.9%と、全国の 52.8%と比較すると高い水準にあります。

図表 4-2-13 看護師等学校養成所数、定員数および卒業生数の全国と県との比較

(単位：か所、人)

区 分	養成所数		1 学年定員		卒業生数	
	実数	人口 10 万 人あたり	実数	人口 10 万 人あたり	実数	人口 10 万 人あたり
全 国	1,038	0.82	60,501	47.8	62,838	49.6
三重県	16	0.87	815	44.3	800	43.5

※助産師・准看護師養成所を除きます。

出典：厚生労働省「平成24年度 看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」

³ 出典：三重県調査 (平成 24 年)

図表 4-2-14 看護師等学校養成所の卒業者に占める就業看護師数の全国と県との比較
(単位：人、%)

区 分	卒業者のうち看護師として就業した人数				
	総数	人口 10 万人あたり	卒業者数に占める割合	うち県内就業者	
				総数	卒業者数に占める割合
全 国	45,031	35.6	71.7	33,154	52.8
三重県	658	35.8	82.3	503	62.9

出典：厚生労働省「平成24年度 看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」

- 日本看護協会の実施した「病院看護実態調査」において、常勤看護職員の離職率は、平成20（2008）年を除いて毎年約9%台で推移しており、全国と比較しても低い水準です。また、新人看護職員の離職率は平成22（2010）年において3.5%と、全国と比較して大幅に低くなっています。

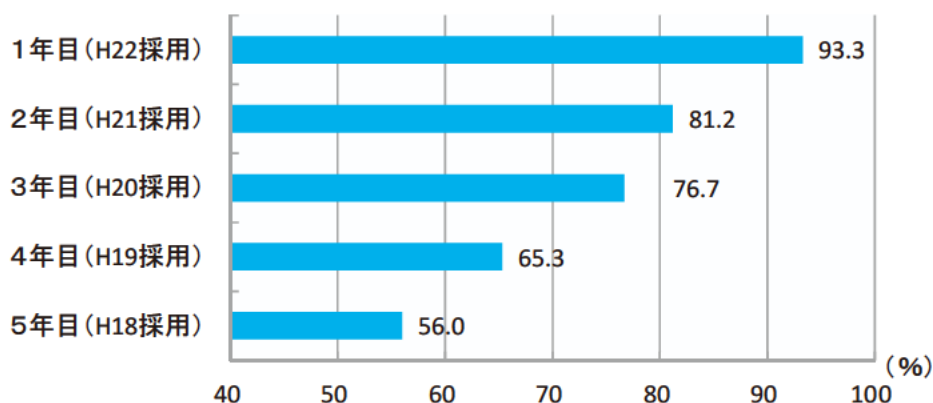
図表 4-2-15 常勤・新人看護職員離職率の推移
(単位：%)

	区 分	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
常勤看護職員	全 国	12.6	11.9	11.2	11.0
	三重県	9.4	11.1	9.2	9.3
新人看護職員	全 国	9.2	8.9	8.6	8.1
	三重県	6.5	5.9	6.0	3.5

出典：日本看護協会「病院看護実態調査」

- 看護職員の職場定着率を見ると、採用後の期間と共に低くなり、採用5年目になると56.0%に減少しています。

図表 4-2-16 採用5年目までの病院看護職員の職場定着状況



出典：三重県・三重県看護協会「平成23年度 医療機関等看護職員需要調査」

(2) 課題

- 看護師数は増加傾向にありますが、全国と比較すると低い水準にあります。また「三重県看護職員需給見通し」における需要数と現在の看護職員実人員数とは大きく差があり、看

護職員の不足は喫緊の課題です。

- 看護職員の就業場所では、病院の看護職員数の増加が大きく、平成 18（2006）年度の診療報酬*改定で「7 対 1 入院基本料*」が設定されたことなどにより、依然として病院での看護職員の需要が高いことが推測され、人材の確保が必要です。
- 社会福祉施設や介護保険施設などでも看護職員数が増加しており、さらなる看護職員の需要が見込まれます。また今後、在宅医療提供体制の整備を進めるにあたり、訪問看護ステーションの看護職員の確保も必要となっています。
- 看護師の資格を持ちながら、出産や育児等の理由で退職した潜在看護師の復帰支援の取組が必要です。
- 少子化による高校卒業者の減少等により、看護職を志望する学生の減少が懸念されます。学生を確保するためには、看護の魅力について普及啓発することが必要です。
- 看護職員の離職防止のため、新人看護職員や中堅看護職員が、働きがいを維持し、看護職員としての成長を実感できる職場環境づくりや研修体制を充実する取組が必要です。また、配置基準を満たすだけでなく、勤務時間や夜勤勤務体制について検討し、さまざまな勤務形態の導入や、看護職員の勤務条件を改善するための取組も重要です。
- 子育てをしながらも、看護職員としての就労を継続するため、医療機関等における保育所の整備が必要です。
- 医療技術の高度化、患者の高齢化・重症化、在院日数の短縮化が進む中、患者本位の医療を実現するためには安全で質の高い看護を提供できる人材の育成が求められています。
- 多職種の医療関係者が身近にいる医療機関とは異なり、訪問看護ステーションや社会福祉施設等においては医療職としての的確な看護判断や技術が求められ、質の高いさまざまな看護を提供できる人材の確保が必要です。

(3) めざす姿

- 医療機関における高度先進医療から地域における在宅医療、介護・福祉分野での看護まで幅広い領域において県民の皆さんによりよい看護サービスが提供できるよう、医療現場が必要とする資質の高い看護職員の確保と定着が進められ、看護職員の不足が解消されています。

(4) 取組方向

- 取組方向 1：看護職員養成のさらなる充実強化と看護職員の確保促進
- 取組方向 2：離職防止対策の充実等による定着促進
- 取組方向 3：資質向上のための研修の充実

(5) 取組内容

取組方向 1：看護職員養成のさらなる充実強化と看護職員の確保促進

- 少子化の進行等により、今後、看護師等学校養成所の入学者の確保が困難になることが想

定されることから、看護の魅力についての普及啓発や、病院における高校生等の看護体験学習の支援、進路相談会の開催等、入学者の確保対策に取り組みます。(医療機関、養成機関、看護協会、県)

- 看護師等学校養成所の教育体制充実のため、民間の看護師等学校養成所の運営を支援します。(県)
- 看護職員の県内への定着を図るため、看護系大学を含む看護師等学校養成所で学ぶ学生に修学資金の貸付を行うなど、県内就業率の向上に取り組みます。(医療機関、市町、県)
- ナースセンター*の運営を行う県看護協会と協力して、さまざまな勤務形態での雇用等を含めた看護職員の再就業を促進します。さらに潜在看護職員の再就職への不安を軽減するために復職支援研修を実施します。(看護協会、県)
- 県広報などさまざまな広報手段を積極的に活用して、ナースバンク*への求職・求人登録者数の増加を図ります。(看護協会、県、関係機関)

取組方向2：離職防止対策の充実等による定着促進

- 院内保育所の設置など、子育てをしながらも、働きやすい勤務環境の整備を進めます。(医療機関、県)
- 新人・中堅の看護職員の働きがいを維持し、職場定着を支援するため、新人看護職員および中堅看護職員の研修体制の充実を図ります。(医療機関、看護協会、県)
- 職場の就労環境を改善し、離職防止を積極的に推進するモデル病院へのアドバイザーの派遣や勤務環境相談窓口の設置など、県内の病院等での離職防止対策の充実を図ります。(医療機関、看護協会、県)
- 県内の病院等の看護職員の就業環境や離職状況などを調査・分析し、医療関係団体等の協力を得て検討会の場を設置するなど、離職防止や定着促進について連携して取り組みます。(養成機関、医療関係団体、県、関係機関)

取組方向3：資質向上のための研修の充実

- 資質の高い看護職員を養成するため、県内の看護師等学校養成所と連携し、教育の充実および看護教員・実習指導者の資質の向上に取り組みます。(養成機関、県)
- 県看護協会等と連携し、看護職員が最新の技術および知識を習得し、より質の高い看護を提供できるよう研修体制の一層の充実を図ります。(医療機関、看護協会、県)
- 看護管理者に対する研修や情報交換の機会を設け、新人・中堅期の看護職員の教育体制や就労環境の整備に向けて取り組むことができるよう看護管理者の資質の向上を図ります。(看護協会、県、関係機関)
- 看護職員に対して、「訪問看護*」という働き方に関する広報活動を進めるとともに、訪問看護師の育成に向けて研修を実施し、資質の向上を図ります。(看護協会、県、関係機関)

4. 保健師

(1) 現状

- 保健師は、所定の専門教育を受け、地区活動や健康教育・保健指導などを通じて疾病の予防や健康増進など公衆衛生活動を行う地域看護の専門家です。
- 保健師の主な活動領域は、保健所、保健センター等で保健行政に従事する地域保健分野と、企業の産業保健スタッフとして勤務する産業保健分野、学校等で学生と教職員の心身の健康保持に努める学校保健分野等があります。
- 高齢化が進行する中、介護予防事業の整備や医療制度改革に伴う生活習慣病対策の充実などにより、地域保健分野の保健師に求められる活動領域は、医療、介護、福祉等まで拡大しています。
- 増加傾向にある児童虐待やこころの問題、感染症や災害などの健康危機に関して、専門的な対応を行う保健師への期待が高まっています。
- 本県の保健師の従事者数は、平成 16（2004）年の 522 人から平成 22（2010）年は 561 人へと増加していますが、人口 10 万人あたりの保健師数は 30.2 人で、全国平均 35.2 人を下回っています。就業場所を見ると、市町に従事する保健師が最も多く、全体の 67.2%を占めています。

図表 4-2-17 就業場所別保健師数

(単位:人)

就業場所	総計	病院	診療所	保健所	市町	学校養成所 等研究機関	事業所	その他
平成 16 年	522	22	6	64	344	15	27	44
平成 18 年	559	17	10	68	379	21	30	34
平成 20 年	626	37	12	84	379	17	44	53
平成 22 年	561	18	6	64	377	19	42	35

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

(2) 課題

- 活動領域の拡大に伴い、保健師の確保および適正な配置が必要です。
- 多様な健康課題や健康危機に対応できる、高い専門性を有する保健師の育成が求められています。
- 保健師活動に伴う専門的な知識や技術の維持・伝承ができる人材育成体制の再構築が必要です。

(3) めざす姿

- 生活習慣病等の予防やこころの問題などの健康課題、健康づくりの総合的な推進および大規模災害等の健康危機管理にも対応できる、高い専門性を有する保健師が養成・確保されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：保健師の養成・確保

取組方向 2：効果的な保健活動を行うための適正配置の促進

取組方向 3：保健師の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向 1：保健師の養成・確保

- 県内の看護系大学等と連携して、卒業生の県内就業を促進します。(養成機関、県)
- 保健師をめざす学生が保健所や市町、産業保健等における地域看護学実習を円滑に受けられるよう支援するなど、保健活動に関する教育の充実を図ります。(養成機関、市町、県、関係機関)

取組方向 2：効果的な保健活動を行うための適正配置の促進

- 多様化する健康課題等に対し効果的な保健活動を展開するため、保健師の適正配置に努めます。(市町、県)

取組方向 3：保健師の資質の向上

- 生活習慣病等の予防やこころの問題などの健康課題、健康づくりの総合的な推進および健康危機管理にも対応できる保健師を育成するため、専門研修を実施するとともに、技術的支援を行います。(市町、県)
- 総合的な健康づくりを支援するための保健・医療・福祉・産業等の関係機関とのネットワークづくりや包括的な地域支援システムの構築を推進するため、保健師のコーディネーター*能力の向上に努めます。(県、関係機関)
- 関係機関と協力し、保健師の人材育成体制について、検討会等を設置し、現体制を見直し、新たな体制を構築します。さらに、各保健所にも人材育成の課題と対応策等について検討する場を設置します。(養成機関、市町、県、関係機関)

5. 助産師

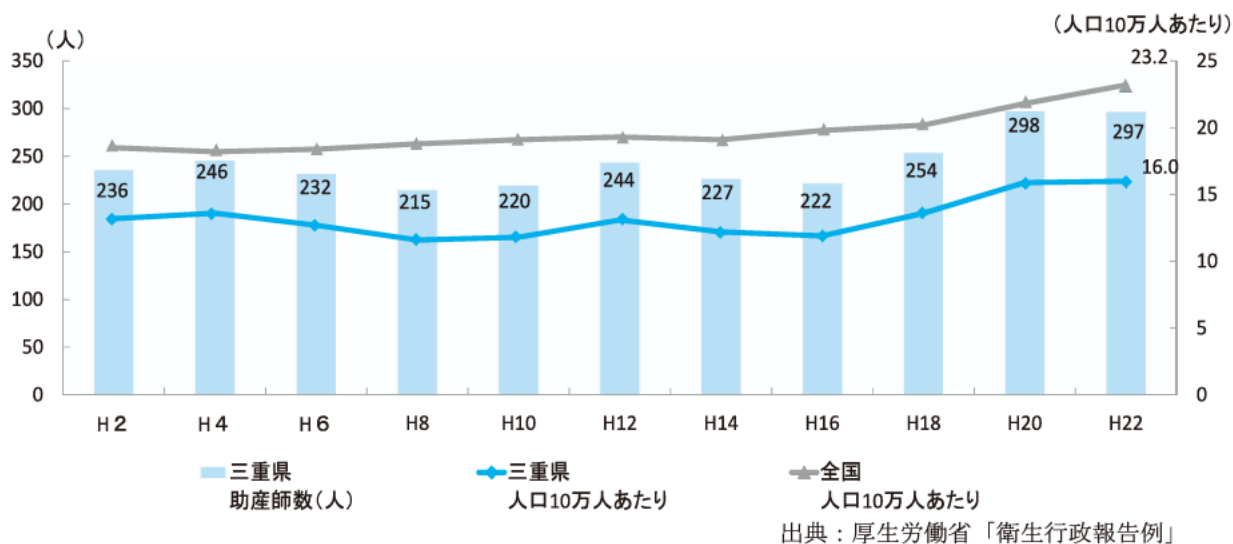
(1) 現状

- 本県の助産師の従事者数は、近年では最も少なかった平成 8 (1996) 年の 215 人から、平成 22 (2010) 年には 297 人に増加していますが、人口 10 万人あたりの助産師は 16.0 人と全国平均 23.2 人を大きく下回っています。
- 平成 22 (2010) 年度に策定した「三重県看護職員需給見通し」では、平成 27 (2015) 年度においても 43 人が不足する見込みとなっています。
- 就業場所別内訳は、平成 22 (2010) 年では病院 168 人、診療所 89 人、助産所 18 人、学校

養成所等研究機関 16 人、市町 6 人となっています。

- 就業助産師の年代別割合を見ると、20 代の助産師割合が 17.2%と全国平均 26.2%に比べて少なくなっています。
- 採用 1 年目の助産師の職場定着率は 80.0%で、採用 5 年目では 46.2%と低くなっています。
- 県内では、産婦人科医師の不足から分娩を取り扱う医療機関が減少するとともに、医療機能の集約化に伴う分娩機関の地域偏在が顕著となっており、助産師が行う「院内助産所」や「助産師外来」等への期待が高まっています。
- 近年、助産師は助産業務や妊婦・新生児の保健指導のみならず、思春期から更年期に至るまでの女性のライフサイクルに合わせた相談など、その役割は広がっています。

図表 4-2-18 助産師従事者数および人口 10 万人あたり助産師数の推移



図表 4-2-19 三重県における助産師需給見通し(平成 23 年～27 年)

(単位:人)

区分	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年
需 要 数	385	406	432	447	461
供 給 数	333	354	376	397	418
差 引 計	52	52	56	50	43

出典：三重県「第七次看護職員需給見通し（平成23年3月）」

図表 4-2-20 就業場所別助産師数

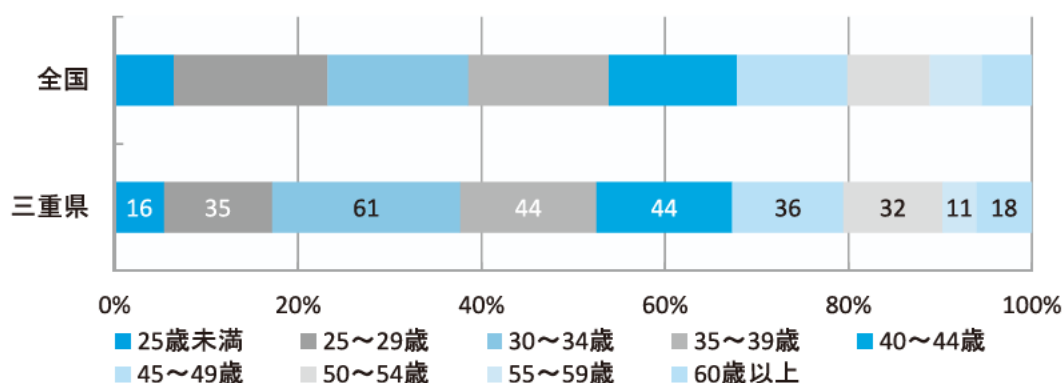
(単位:人)

	総計	病院	診療所	助産所	市町	学校養成所 等研究機関	事業所	その他
平成 14 年	227	140	52	14	-	19	1	1
平成 16 年	222	129	59	13	1	18	-	-
平成 18 年	254	149	69	15	1	19	-	1
平成 20 年	298	179	77	16	7	17	-	2
平成 22 年	297	168	89	18	6	16	-	-

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

図表 4-2-21 助産師の年代別割合

(単位：％、人)



出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

図表 4-2-22 採用5年目までの新卒助産師の職場定着状況

(単位：％)

	採用 1年目	採用 2年目	採用 3年目	採用 4年目	採用 5年目
助産師定着率	80.0	55.6	50.0	50.0	46.2

出典：三重県・三重県看護協会「平成23年度 医療機関等看護職員需要調査」

(2) 課題

- 分娩を取り扱う産科診療所等においては助産師が不足しており、その確保が急務となっています。
- 助産師の職場定着率は、採用期間と共に低くなっており、定着率を向上させる取組が必要です。
- 助産師の一層の確保に努めるとともに、多様化する助産師業務に対応していくための資質向上に向けた取組が必要です。

(3) めざす姿

- 安全・安心で快適な出産ができる体制の確保に向け県内の助産師不足が解消され、助産師が自立して専門性を発揮できるようになっています。

(4) 取組方向

- 取組方向1：助産師の養成・確保
- 取組方向2：助産師の定着促進
- 取組方向3：助産師の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向1：助産師の養成・確保

- 県内の看護系大学や助産師養成所と連携し、助産師の養成と県内就業を促進するとともに、県看護協会や県助産師会と連携し、潜在助産師の再就業の支援に取り組みます。(養成機関、看護協会、助産師会、県、関係機関)
- 助産師修学資金貸付制度により、県内に就職する助産師の確保を図ります。(県、関係機関)
- 県内での看護系大学や助産師養成所の養成力の強化や臨床実習機関の充実に向けて「助産師養成確保に関する懇話会」の開催など、関係機関が連携して取り組みます。(医療機関、養成機関、医師会、看護協会、県、関係機関)

取組方向2：助産師の定着促進

- 魅力ある職場環境が整い、職場定着率が増加するよう環境改善を図ります。(医療機関、看護協会、県、関係機関)

取組方向3：助産師の資質の向上

- 助産師外来など専門性を生かした助産師業務の推進に向け、関係機関との連携により助産師の資質向上を図るための新人・中堅・指導者の経験に応じた研修会を行います。(看護協会、県、関係機関)

6. 管理栄養士・栄養士

(1) 現状

- 管理栄養士の免許は、栄養士の免許を有する者が管理栄養士国家試験を受けて取得します。
- 管理栄養士は、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導や、個人の体の状況、栄養状態等に応じた高度な専門的知識および技術を要する健康保持増進のための栄養指導、病院等の施設利用者の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理、これらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行います。
- 平成22(2010)年末現在、県内の特定給食施設*に従事する栄養士は、管理栄養士449人、栄養士439人です⁴。
- 栄養士養成施設の卒業生が県内に栄養士として就業している割合は、約6割にとどまっています。
- 市町には、保育や福祉分野に従事する栄養士も含め、27市町に管理栄養士が50人、栄養士が15人配置されています。

(2) 課題

- 住民に対して円滑に栄養相談や栄養の指導を行っていくためには、さらなる管理栄養士・

⁴ 出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」

栄養士の配置が必要です。

- 高齢化が急速に進行する中、県民の生活習慣病を予防するためには、ライフステージ*に沿って一貫した栄養の指導等を行っていくことが重要です。
- 病院に勤務する管理栄養士は、患者の状態と栄養補給法の検討・評価を行い、輸液と食事を合わせてトータルバランスを把握するなど、より高い専門性が求められています。
- 医療の高度化に伴い、高い専門性を有する管理栄養士の育成が必要です。

(3) めざす姿

- ライフステージに沿った適切な栄養の指導を行うことができるよう、地域の各職域において管理栄養士・栄養士が配置されています。
- 多様化する住民ニーズに的確に対応するため、管理栄養士・栄養士の資質の向上に向けた研修体制が整備されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：管理栄養士・栄養士の配置促進

取組方向 2：管理栄養士・栄養士の人材育成

(5) 取組内容

取組方向 1：管理栄養士・栄養士の配置促進

- 管理栄養士・栄養士の市町への就業を促進するため、助言・支援を行います。(栄養士会、県)
- 健康増進法*に基づいて特定給食施設に管理栄養士・栄養士の配置が促進されるよう、指導を行うとともに、資質向上の取組を支援します。(県)

取組方向 2：管理栄養士・栄養士の人材育成

- 高度化した医療に対応できる専門性の高い管理栄養士を確保するため、資質の向上のための研修を実施します。(栄養士会、県)
- 管理栄養士・栄養士が保健・医療・福祉など各職域で活躍できる人材として養成されるよう、各養成施設との連携を強化します。(養成機関、栄養士会、県)

7. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

(1) 現状

- 理学療法士（PT）は、加齢や事故などにより発生した身体機能障がいや、循環器・呼吸器・内科・難病疾患等の身体的な障がいのある人に対して、医師（時に歯科医師）の指示のもと、その基本的動作能力の回復を図ることを目的に、治療体操その他の運動を行わせたり（運動療法）、電気刺激、温熱、寒冷、光線、水、マッサージなどの物理的手段を加

えたりします（物理療法）。これらの物理的治療手法による治療を理学療法とといいます。

- 作業療法士（OT）は、体やこころに障がいのある人などに対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持、開発を促す作業活動を用いて治療・指導・援助を行います（作業療法）。業務内容としては、移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL*（日常生活動作）訓練、家事、外出等のIADL*（手段的日常生活動作）訓練、福祉用具の使用等に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、発達障がいや高次脳機能障がい等に対するリハビリテーションがあります。
- 言語聴覚士（ST）は、音声機能、言語機能、摂食・嚥下機能、または聴覚に障がいのある人に対し、その機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査、助言、指導その他の援助を行います（言語聴覚療法）。
- 高齢化や疾病構造の変化に伴いリハビリテーションへの需要が高まっており、理学療法士数、作業療法士数ともに近年急増しています。
- 平成23（2011）年10月1日現在、県内の病院における就業者数は、非常勤従事者を常勤換算した分を含めると、理学療法士566.0人、作業療法士392.5人、言語聴覚士110.1人となっています⁵。また、医療機関以外にも介護保険施設等に多くの理学療法士、作業療法士および言語聴覚士が就業しています。
- 県内の理学療法士養成校は、大学1校（定員40人）、養成所2校（定員80人）であり、作業療法士養成校は養成所1校（定員40人）です。

(2) 課題

- 高齢者の増加に伴い、脳卒中、心筋梗塞、がん等の患者や整体が必要な患者等の増加に対するリハビリテーションの需要が増加することが予想されるため、今後も理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリテーションスタッフの養成を図る必要があります。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリテーションスタッフが、日々進歩する医療技術やリハビリテーション技術などに対応できるよう、生涯にわたる研修体制を充実していくことが必要です。

(3) めざす姿

- 医療機関や福祉施設等に必要な理学療法士、作業療法士および言語聴覚士が確保されています。
- 進歩する医療技術やリハビリテーション技術に対応できる生涯研修体制が確保されています。

(4) 取組方向

取組方向：生涯研修体制の充実

⁵ 出典：厚生労働省「平成23年 病院報告」

(5) 取組内容

取組方向：生涯研修体制の充実

- リハビリテーション技術の進歩等に対応するため、県理学療法士会や県作業療法士会、県言語聴覚士会を中心に行われる生涯研修への取組を支援します。(養成機関、医療関係団体、県)

8. 救急救命士

(1) 現状

- 救急救命士は、救急現場や救急車内等において、傷病者に対して気道の確保、心拍の回復などの救命措置（プレホスピタル・ケア*）を行います。
- 平成 16（2004）年以降、救急救命士は、医師の指示のもとで心肺停止状態にある患者に対して気管挿管（気管内チューブを使った気道確保）や薬剤（アドレナリン）の投与といった医療行為が行えるようになったことから、その重要性はますます高まっています。
- 救急救命士は、県内 15 消防本部に 438 人が従事しています。

図表 4-2-23 県内の救急救命士従事者数および特定行為認定救命士の内訳

(単位：人)

県内救急救命士従事者数	うち気管挿管実施可能者	うち薬剤投与実施可能者
438	91	316

出典：三重県（防災対策部）調査（平成24年4月末日現在）

(2) 課題

- 救急車により搬送された患者の生存率と社会復帰率の向上のために、救急救命士が確保され、各救急隊 1 隊に常時 1 人が配置されることが必要です。
- 救急救命士が実施できる行為の拡大に伴い、救急救命士の人材育成が必要です。

(3) めざす姿

- プレホスピタル・ケアの主な担い手である救急救命士が数多く養成され、各救急隊 1 隊に常時 1 人が配置され、24 時間 365 日運用がなされています。
- メディカルコントロール体制*のもと、救急救命士の資質が向上しています。

(4) 取組方向

取組方向 1：救急救命士の養成・確保

取組方向 2：救急救命士の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向 1：救急救命士の養成・確保

- 全都道府県が共同で設立した救急振興財団救急救命士養成所に毎年研修生を派遣します。(消防機関)
- 養成所を卒業した研修生は病院実習が必要なため、研修受入病院との密接な連携体制を維持し、スムーズな病院実習の実施を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)

取組方向 2：救急救命士の資質の向上

- 救急業務の高度化の推進と質の向上のため、気管挿管や薬剤投与といった特定行為を行うために必要とされる講習や病院実習を的確に受講させるとともに、有資格者に対する再教育制度の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)

9. 歯科衛生士

(1) 現状

- 歯科衛生士は、歯科診療所等において歯科および口腔の疾患の予防処置や歯科診療の補助、歯科保健指導等に従事します。
- 平成 22 (2010) 年末における本県に就業している歯科衛生士は 1,545 人であり、92.9%が歯科診療所に勤務しています。
- 歯科医師一人あたりの歯科衛生士数は 1.37 人で、特に東紀州保健医療圏で歯科衛生士が不足しています。
- 県内の歯科衛生士養成学校は 3 校で、四日市市、津市、伊勢市にあります。

図表 4-2-24 就業場所別歯科衛生士数

(単位:人)

就業場所	総数	保健所	市町村	病院	診療所	介護老人 保健施設	事業所	歯科衛生 士学校又 は養成所	その他
平成 20 年度	1,446	0	11	50	1,362	2	10	11	0
平成 22 年度	1,545	0	10	61	1,436	4	5	12	17

出典：厚生労働省「平成 22 年度 衛生行政報告例」

(2) 課題

- 全身の健康の保持増進のために、多くの県民に歯科疾患の予防処置や歯科保健指導が行われるよう、歯科診療所をはじめとして病院、介護施設、事業所などへの歯科衛生士の配置が必要です。

- 市町などの行政機関に勤務する歯科衛生士が少ないことから、歯科口腔保健の推進に関する企画、事業の実施、評価等を進めるために、歯科口腔保健の専門職としての歯科衛生士の配置が望まれます。
- 歯科衛生士の不足への対応として、離職している歯科衛生士の再就職支援を行う必要があります。
- 歯科医療の高度化や高齢者や障がい児（者）などの専門的な歯科保健医療に対応できる歯科衛生士の育成が必要です。

(3) めざす姿

- 県民に対する歯科疾患の予防処置や歯科保健指導が充実するよう、多くの歯科診療所等に歯科衛生士が配置されています。
- 歯科保健医療に対する知識や技術が提供できるよう、歯科衛生士の資質向上に向けた研修体制が整備されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：歯科衛生士の養成・確保

取組方向 2：歯科衛生士の人材育成

(5) 取組内容

取組方向 1：歯科衛生士の養成・確保

- 歯科診療所等での歯科衛生士の就業が促進されるよう、県立公衆衛生学院において歯科衛生士を養成するとともに、離職している歯科衛生士の再就職への支援を行います。（歯科医師会、県）

取組方向 2：歯科衛生士の人材育成

- 歯科疾患予防に対する高度な知識や技術を持つ歯科衛生士を育成するために研修を実施します。（歯科医師会、県）
- 歯と口腔の健康づくりの啓発等を行う歯科衛生士を「みえ 8 0 2 0 運動推進員」として登録するとともに、登録者への研修を実施し、資質の向上を図ります。（歯科医師会、県）

10. その他保健医療関係従事者

(1) 現状

- 高齢化や医療技術の進歩等に伴い、保健医療ニーズは高度化・多様化し、質・量ともに高まっています。

(2) 課題

- 保健医療に関するさまざまな専門職の確保と資質向上の取組が求められています。

(3) 取組内容

- 養成施設、医療関係団体、医療機関、行政など、さまざまな関係機関が連携して人材の確保と資質の向上を図ります。

図表 4-2-25 保健医療関係者の職務内容および三重県における従事者数

職 種	職務内容	従事者数
歯科技工士	歯科技工所や歯科診療所等において、入れ歯、差し歯、金冠、矯正装置等の製作、修理などを行います。	県内の歯科技工所等に496人が従事
診療放射線技師 診療X線技師	医療機関や検診センター等において放射線を用いた検査や治療を行います。	県内の病院に診療放射線技師508.8人、診療X線技師2.0人が従事
衛生検査技師 臨床検査技師	衛生検査技師は、病院の検査室や衛生検査所において、微生物学的検査、血清学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査等の検体検査を行います。 臨床検査技師は、これらに加えて心電図検査、脳波検査等の生理学的検査を行います。	県内の病院に臨床検査技師672.9人、衛生検査技師3.0人が従事
臨床工学技士	人工呼吸器、人工心肺、ペースメーカー、血液透析装置等の生命維持装置の操作および保守点検を行います。	県内の病院に225.8人が従事
医療ソーシャルワーカー（MSW）	関係機関や関係職種と連携し、患者の抱える経済的、心理的、社会的な問題の解決に向けた調整を行います。また、地域のケアシステムづくりにも参加します。	県内の病院に72.8人が従事
精神保健福祉士（PSW）	精神病院で治療を受ける精神障がい者や、社会復帰の促進を目的とする施設を利用する精神障がい者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練を行います。	県内の病院に116.0人が従事
あん摩マッサージ指圧師	施術所等において、あん摩、マッサージ、指圧を行います。	県内の施術所等に762人が従事
はり師	施術所等において、はりによる施術を行います。	県内の施術所等に748人が従事
きゅう師	施術所等において、きゅうによる施術を行います。	県内の施術所等に716人が従事
柔道整復師	施術所等において、打撲・捻挫に対する施術と、骨折・脱臼に対する応急手当を行います。	県内の施術所等に337人が従事

※歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師および柔道整復師の従事者数は実人数です。
※その他の職種の従事者数は常勤換算および非常勤従事者を常勤換算した数の合計です。

出典：厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」、厚生労働省「平成23年 病院報告」

第3節 保健医療提供体制の整備

1. 医療提供体制の現状

(1) 現状

① 医療機能の明確化および連携の強化

- 県内の医療機関のうち、一般診療所および歯科診療所は緩やかな増加傾向にありますが、病院は平成14（2002）年度をピークに減少傾向にあります¹。
- 県内の各保健医療圏における医療機関の設置状況はさまざまであり、北勢保健医療圏など比較的多くの医療機関が設置されている地域では、同じような機能を持つ医療機関が競合しています。一方、東紀州保健医療圏のように医療機関が少ない地域では、一部の診療科の対応や医療機能を隣接した地域の医療機関に依存しているケースがあり、地域間の医療提供体制に差が生じています。
- 医師や看護師など医療従事者の不足により、一部の医療機関では特定の診療科を休止したり、診療体制を縮小したりするなどの対応を余儀なくされており、地域間の医療提供体制の差はますます拡大する傾向にあります。
- 急速な高齢化の進行や疾病構造の変化、QOL*（生活の質）の向上を重視した医療への期待の高まりなどにより、小児、周産期を含む救急医療対策やがん、脳卒中などの各疾病対策の一層の充実に加えて、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、在宅医療対策の充実を図ることが重要となっています。
- 本県では、三重県広域災害・救急医療情報システム「医療ネットみえ*」による休日応急診療所案内や、医療機関の機能別の検索等の情報提供等を行い、効果的な受診を促進しています。しかし、かかりつけ医・歯科医やかかりつけ薬局を持たない患者は、自らの疾病の状況を十分に把握できていないことから、軽症にもかかわらず、大きな病院に集中する傾向にあります。その結果、これらの病院では、その機能を十分に発揮することができず、救急応需にも支障が出るなど、深刻な影響が出ています。

② 医療機能情報の公表

- 医療機関は、自らの医療機能に関する情報を県に報告することが義務づけられており、県は、その情報を「医療ネットみえ」などを通じて県民に提供しています。
- 「医療ネットみえ」には、平成24（2012）年3月31日現在で県内医療機関の約94%にあたる2,342施設が参加しており、平成23（2011）年度は、188,261件のアクセスがありました。

③ 医療情報の提供と開示の推進

- 医療機関は、入退院時に、医師が入退院計画書を作成し、患者に交付・説明を行うこととなっています。
- 近年、医療においては、その診断治療にあたりインフォームド・コンセント*がより重要となっています。

¹ 出典：厚生労働省「医療施設調査」

- 個人の診療記録等については、本人の請求があった場合、原則、開示することとされています。そのため、重要な個人情報に掲載されている診療記録の慎重な管理を行うことが必要です。

2. 課題および今後の取組

(1) 課題

① 医療機能の明確化および連携の強化

- 限られた医療資源を有効に活用することができるよう、医師や医療機能の集約化を強化するとともに、病床の機能分化、高度な医療に対応するための医療機能の集約化・重点化を進め、地域の状況をふまえた医療提供体制を構築していく必要があります。
- 医療機関においては、患者の疾病の状況に応じて適切に医療を提供していくために、他の医療機関との役割分担を明確にして、当該医療機関の特色や機能を十分に発揮していくとともに、疾病の状況の変化に対処していくために診療に必要な患者の情報を他の医療機関等と共有し、連携して治療を行っていくことが重要です。
- 医療機関とその関連機関が緊密な連携を図り、患者と共に診療情報を共有しながら、急性期から在宅療養に至るまで、切れ目のない医療サービスを提供できる体制を構築していく必要があります。

② 医療機能情報の公表

- 患者が自らの疾病を正しく理解し、その症状に応じて適切に医療機関を受診するよう、県民に対して啓発を行っていくとともに、医療機能に関する情報提供を充実していく必要があります。
- 患者は、その症状に応じて適切に治療を受けることができるよう、かかりつけ医・歯科医や、かかりつけ薬局を持ち、医師・歯科医師や薬剤師等の指導に従って行動することが求められます。

③ 医療情報の提供と開示の推進

- 患者が安心、納得して治療を受けるため、カルテ開示をはじめ患者にわかりやすい医療情報の提供やインフォームド・コンセント、セカンドオピニオン*等が求められています。
- 今後、より患者の視点に立った医療の提供を進めるためには、医療機関等から適切な情報が提供されることで、患者自らが医療機関や治療方針を選択できることが必要であり、医療機関においても、より安全で質の高い医療を安定して提供することが求められています。
- 医療の情報化が進むことにより、広告規制の緩和、公的な情報提供の整備、情報開示ルールの定着等と相まって、医療機関に関する比較可能な情報提供を進めることが求められています。

(2) めざす姿

- 医療機関が、その機能に応じて役割分担を明確にし、緊密な連携のもとで患者の情報を共有して、急性期から療養期に至るまでの切れ目のない医療を提供するとともに、地域における医療資源の状況をふまえて医療・病床機能の集約化・重点化を進め、良質で効率的な医療を提供できる体制が構築されています。
- 県民が、かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持ち、医療機関から医療情報が十分に提供されることにより、県民と医療従事者との信頼関係のもとに、医療に関する相談・指導など、納得した医療が行われています。
- 医療機関がホームページ等を通じて機能、役割分担等の情報を積極的に公開することにより、患者自らがその疾病の状況に応じて医療機関を適切に選択して受診するなど、適切な受療行動がとられています。

(3) 取組方向

- 取組方向 1：医療機関が患者の症状に応じた適切な医療サービスを切れ目なく提供していくための医療機能分化の推進と連携の促進
- 取組方向 2：限られた医療資源を効果的に活用していくための医療機能の集約化・重点化の推進
- 取組方向 3：県民が適切な受療行動をとることができるためのかかりつけ医等の普及、医療機能分化に関する啓発および医療情報提供体制の充実

(4) 取組内容

取組方向 1：医療機関が患者の症状に応じた適切な医療サービスを切れ目なく提供していくための医療機能分化の推進と連携の促進

- 医療機関は、自らの機能と役割を明確化し、他の医療機関との機能分担を図ることにより、高度で効率的な医療を提供できる体制整備を進めます。(医療機関)
- 医療機関は、患者に対する診療情報の提供を行うとともに、他の医療機関や関係機関との情報共有を行い、地域連携クリティカルパスの活用などにより患者の疾病の状況に応じた医療サービスが切れ目なく提供されるよう、相互に連携して取り組みます。(医療機関、関係機関)
- 地域医療支援病院(厚生連鈴鹿中央総合病院、厚生連松阪中央総合病院、伊勢赤十字病院、済生会松阪総合病院、国立病院機構三重中央医療センター、市立四日市病院、四日市社会保険病院、名張市立病院)は、かかりつけ医・歯科医等からの紹介患者に対する医療の提供や医療機器等の共同利用のほか、必要な医療を提供した患者に対し、その病状に応じて当該紹介を行った医療機関等の適切な医療機関を紹介し、その後の医療を確保するなど、相互連携の強化、機能分化に取り組みます。(地域医療支援病院、医療機関)
- 医療機関やその関係機関が地域において緊密な連携を図り、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、患者のニーズをふまえた医療サービスの提供体制を

構築していくための情報交換や協議の場づくりを支援します。(医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向2：限られた医療資源を効果的に活用していくための医療機能の集約化・重点化の推進

- 地域における医療資源の充実に向けて医師等医療従事者の確保に努めるとともに、医療機能の向上を図ります。(医療機関、市町、県)
- 地域の医療資源の状況に応じて医師や医療機能の集約化を進めることにより、地域における医療提供体制の維持、充実を図ります。(医療機関、市町、県)
- 地域の医療提供体制における高度で専門的な医療を提供する拠点を確保するため、特定の医療機関における医療機能の重点化を推進します。(医療機関、市町、県)

取組方向3：県民が適切な受療行動をとることができるためのかかりつけ医等の普及、医療機能分化に関する啓発および医療情報提供体制の充実

- 医療機関が提供する医療サービスの質を高めるとともに、その役割を明確にして、県民に対して医療機能に関する情報提供を行います。(医療機関、県、関係機関)
- かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持つことの必要性について県民に対する普及啓発の取組を進めます。(医療機関、県、関係機関)
- 「医療ネットみえ」を活用して、県内全ての医療機関の必要な情報を患者の視点に立ってわかりやすく掲載するとともに、「医療ネットみえ」の情報内容の充実に努めます。(医療機関、県)
- インフォームド・コンセントやセカンドオピニオンによる医療を推進するため、医療関係団体等と連携し、県民および医療機関に広く制度を周知し、患者の医療に対する主体的な参加を支援します。(県民、医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 診療記録等については、適切な管理を行うとともに、開示にあたっては、個人情報保護法および厚生労働省や日本医師会の診療情報の提供に関する指針をふまえ、対応します。(医療機関、医療関係団体、市町、県)

第4節 公的病院等の役割

1. 三重県における公的病院等の状況

(1) 公的病院等の役割

- 公的病院等とは、国（独立行政法人、国立大学法人等を含む）、県や市町および一部事務組合、地方独立行政法人、その他日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会等が開設する病院をいいます。また、広義には、社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団等）の開設する病院も公的役割を担う病院とされています。
- 公的病院等は、地域における中核的な病院として、また、へき地における医療の確保、さらには二次・三次救急*医療機関として重要な役割を果たしており、今後も、公的病院等の多くが、地域の中核的な病院として、地域医療の確保に重要な役割を果たしていかなければなりません。

(2) 現状

- 平成 24 (2012) 年 8 月時点の県内の公的病院等（社会保険関係団体の開設する病院を含む）は 36 病院、うち公立病院（県、市町および一部事務組合が開設する病院）は 17 病院となっています²。
- 平成 23 (2011) 年 10 月 1 日現在のデータでは、公的病院等の県全体に占める割合は 34.3% であり、全国平均の 19.2% よりも高い水準です。また、県内病床数に占める割合は 46.8% と、全国平均の 30.4% を上回っています³。これらの公的病院等については、それぞれの設置目的に即した機能・役割を担うとともに、地域医療の確保に貢献しています。
- 平成 23 (2011) 年 10 月 1 日現在の公立病院の県全体の医療機関に占める割合は 17.6% であり、全国平均の 10.5% よりも高い水準です。また、県内病床数に占める割合は 19.5% と、全国平均の 13.0% を上回っています。
- 医療保険制度等の各種施策の改革や医療需要の変化などにより、これら公的病院等を取り巻く環境は、大きく変化しています。公立病院は、民間病院が採算性の問題等で参入しない地域や分野を補い、地域医療を確保する役割があるため、多くが経営的に厳しい状況に置かれています。また、医師不足に伴い診療体制の縮小が余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっています。
- 県は、県立病院の運営体制を再構築し今後も健全な経営を継続させることを前提に、各病院が県民に良質で満足度の高い医療を安定的かつ継続的に提供することをめざして、県立病院改革の検討を進め、平成 22 (2010) 年 3 月に「県立病院改革に関する基本方針」を策定しました。県は、この基本方針に基づき、平成 24 (2012) 年 4 月に県立総合医療センターについては地方独立行政法人に移行し、県立志摩病院については指定管理者制度を導入

² 出典：東海北陸厚生局「東海北陸厚生局管内の保険医療機関・保険薬局の指定一覧」

³ 出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

しました。

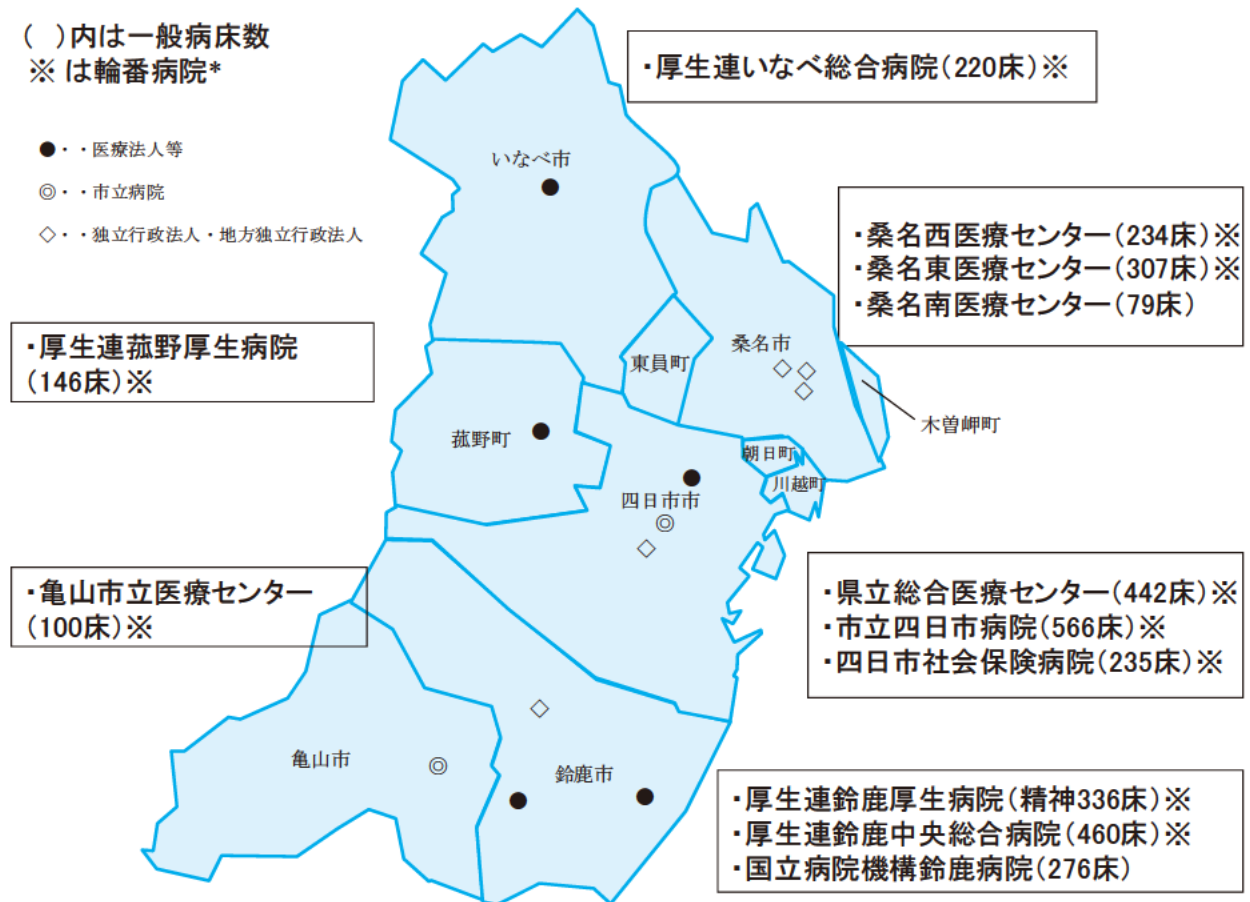
- 旧桑名市民病院の独立行政法人化や、厚生連大台厚生病院と国保報徳病院の再編計画など、県内においても公立病院等の再編、経営形態の見直しが進められています。

2. 保健医療圏別の公的病院等の状況

(1) 北勢保健医療圏

- 北勢保健医療圏は5市5町で構成されており、市立四日市病院、亀山市立医療センターの2公立病院のほか、地方独立行政法人桑名市総合医療センターの開設する3病院（桑名西医療センター、桑名南医療センターおよび桑名東医療センター：平成27（2015）年4月に新病院に統合予定）、県立総合医療センター、三重県厚生農業協同組合連合会の開設する4病院（厚生連いなべ総合病院、厚生連菰野厚生病院、厚生連鈴鹿中央総合病院、厚生連鈴鹿厚生病院）、国立病院機構鈴鹿病院の9公的病院が設置されています。また、その他に公的役割を担う病院として四日市社会保険病院があります。

図表 4-4-1 北勢保健医療圏における主な病院分布状況



出典：三重県調査をもとに作成

図表 4-4-2 北勢保健医療圏内の主な公立・公的病院

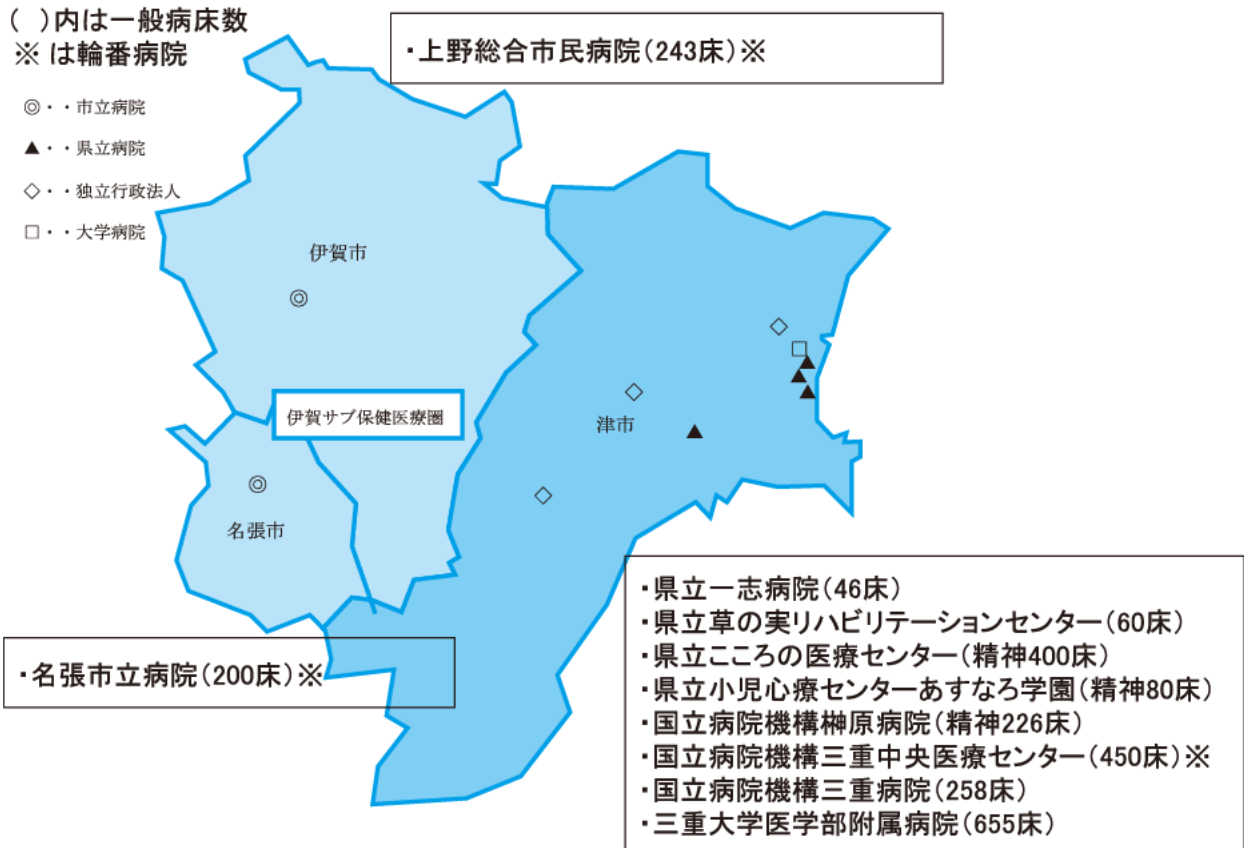
二次保健医療圏	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
北勢保健医療圏	いなべ市	厚生連いなべ総合病院	220	二次救急、災害拠点病院
	桑名市	桑名西医療センター	234	二次救急
		桑名東医療センター	349	二次救急
		桑名南医療センター	79	
	菰野町	厚生連菰野厚生病院	230	二次救急
	四日市市	県立総合医療センター	446	地域がん診療連携拠点病院 三次救急（救命救急センター）・二次救急 基幹災害拠点病院 へき地医療拠点病院 地域周産期母子医療センター
		市立四日市病院	568	がん診療連携推進病院 三次救急（救命救急センター）・二次救急 災害拠点病院 地域周産期母子医療センター
		四日市社会保険病院	235	がん診療連携推進病院 二次救急
	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	336	精神科救急
		厚生連鈴鹿中央総合病院	460	地域がん診療連携拠点病院 二次救急、災害拠点病院
国立病院機構鈴鹿病院		276		
亀山市	亀山市立医療センター	100	二次救急	

出典：三重県調査（平成24年）

（2）中勢伊賀保健医療圏

- 中勢伊賀保健医療圏は津市、名張市、伊賀市の3市で構成されており、県立こころの医療センター、県立草の実リハビリテーションセンター、県立小児心療センターあすなろ学園、県立一志病院、上野総合市民病院、名張市立病院の6公立病院のほか、県内で最大の病床規模を擁する三重大学医学部附属病院、独立行政法人国立病院機構の開設する3病院（国立病院機構三重病院、国立病院機構三重中央医療センター、国立病院機構榊原病院）の4公的病院が設置されています。

図表 4-4-3 中勢伊賀保健医療圏における主な病院分布状況



出典：三重県調査をもとに作成

図表 4-4-4 中勢伊賀保健医療圏内の主な公立・公的病院

二次保健医療圏	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
中勢伊賀保健医療圏	津市	県立 志病院	86	
		県立草の実リハビリテーションセンター	60	
		県立こころの医療センター	400	精神科救急
		県立小児心療センターあすなる学園	80	
		国立病院機構榊原病院	226	精神科救急
		国立病院機構三重中央医療センター	500	地域がん診療連携拠点病院 二次救急 総合周産期母子医療センター
		国立病院機構三重病院	260	へき地医療拠点病院 小児救急医療拠点病院
	三重大学医学部附属病院	685	県がん診療連携拠点病院 三次救急(救命救急センター)、災害拠点病院 地域周産期母子医療センター	
	伊賀市	上野総合市民病院	281	がん診療連携推進病院 二次救急、災害拠点病院
名張市	名張市立病院	200	二次救急	

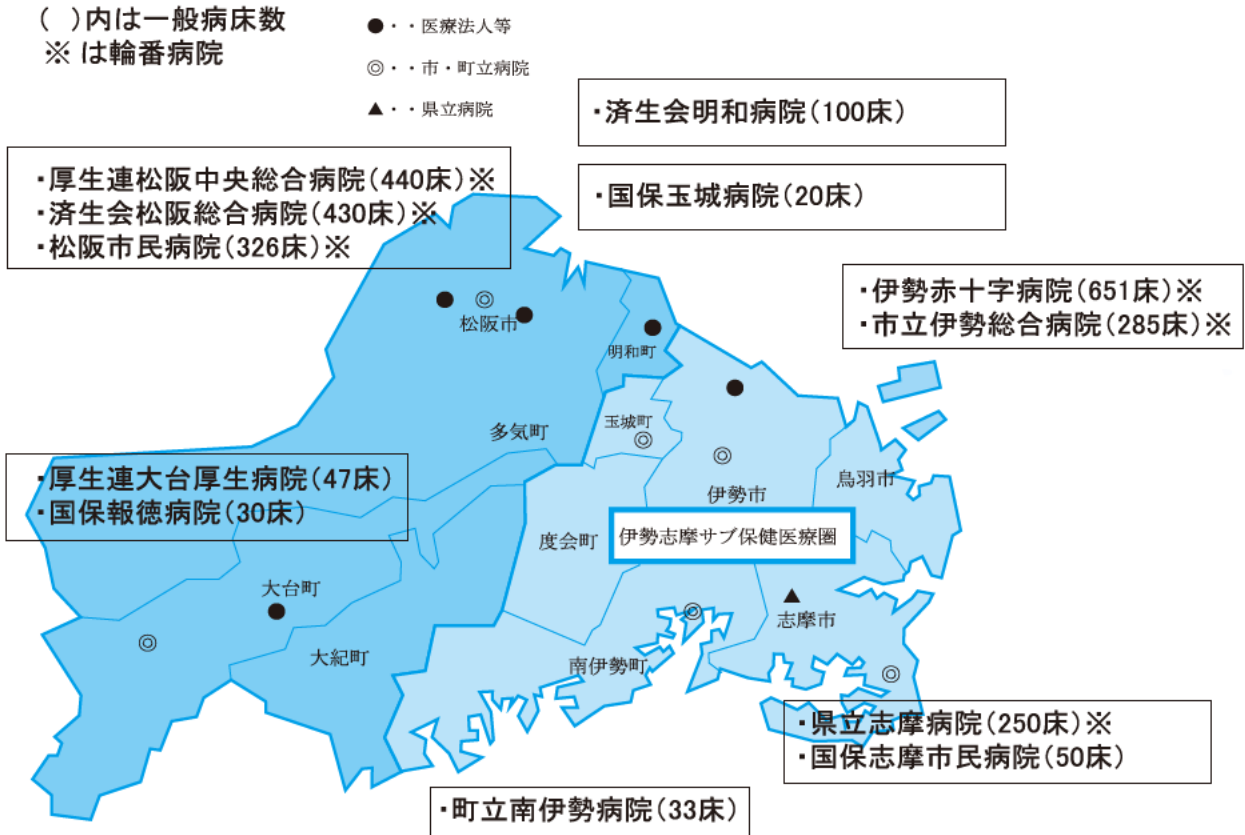
出典：三重県調査(平成24年)

(3) 南勢志摩保健医療圏

- 南勢志摩保健医療圏は、4市7町で構成されており、松阪市民病院、市立伊勢総合病院、国保報徳病院、国保玉城病院、町立南伊勢病院、県立志摩病院、国保志摩市民病院の7公立病院のほか、三重県厚生農業協同組合連合会の開設する2病院(厚生連松阪中央総合病院、厚生連大台厚生病院)、社会福祉法人恩賜財団済生会の開設する2病院(済生会松阪

総合病院、済生会明和病院) および伊勢赤十字病院の5公的病院が設置されています。

図表 4-4-5 南勢志摩保健医療圏における主な病院分布状況



出典：三重県調査をもとに作成

図表 4-4-6 南勢志摩保健医療圏内の主な公立・公的病院

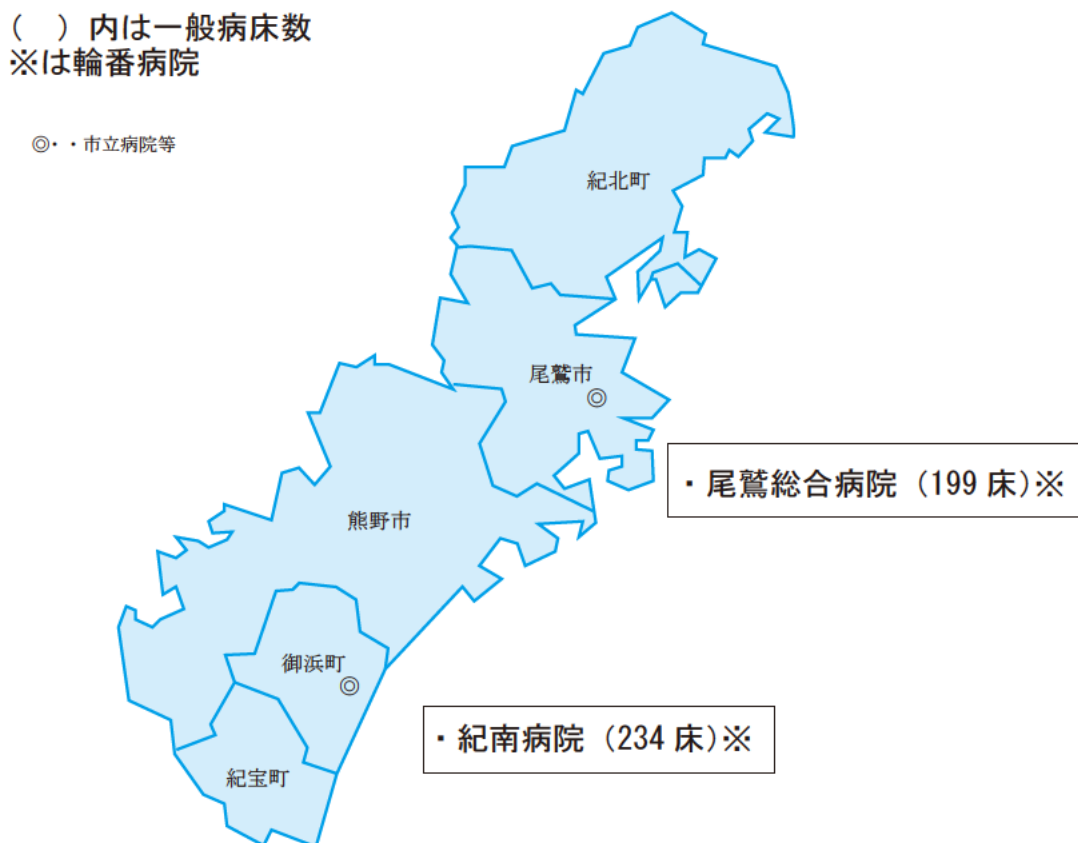
二次保健医療圏	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
南勢志摩 保健医療圏	松阪市	厚生連松阪中央総合病院	440	地域がん診療連携拠点病院 二次救急、災害拠点病院
		済生会松阪総合病院	430	がん診療連携推進病院 二次救急、災害拠点病院 へき地医療拠点病院
		松阪市民病院	328	がん診療連携推進病院 二次救急、災害拠点病院 へき地医療拠点病院
	明和町	済生会明和病院	264	
	大台町	厚生連大台厚生病院	95	
		国保報徳病院	30	
	伊勢市	伊勢赤十字病院	655	地域がん診療連携拠点病院 地域周産期母子医療センター 三次救急（救命救急センター）・二次救急 災害拠点病院 へき地医療拠点病院
		市立伊勢総合病院	322	二次救急
	志摩市	県立志摩病院	350	二次救急、災害拠点病院 へき地医療拠点病院
		国保志摩市民病院	90	
玉城町	国保玉城病院	50		
南伊勢町	町立南伊勢病院	76		

出典：三重県調査（平成24年）

(4) 東紀州保健医療圏

- 東紀州保健医療圏は、2市3町で構成されており、尾鷲総合病院、紀南病院の2公立病院が設置されています。

図表 4-4-7 東紀州保健医療圏における主な病院分布状況



出典：三重県調査をもとに作成

図表 4-4-8 東紀州保健医療圏内の主な公立・公的病院

二次保健医療圏	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
東紀州保健医療圏	尾鷲市	尾鷲総合病院	255	二次救急、災害拠点病院 へき地医療拠点病院
	御浜町	紀南病院	288	二次救急 へき地医療拠点病院

出典：三重県調査（平成24年）

3. 課題および今後の取組

(1) 課題

- 公的病院等が過疎地における医療提供、救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算となる可能性のある部門に関わる医療の提供、高度・先進医療の提供等、地域において提供すべき医療機能を安定的かつ継続的に提供するためには、持続可能な経営をめざした効率化が求められています。
- 社会情勢の変化をふまえながら、保健医療圏ごとに必要な医療提供内容を分析し、全てを一つの病院が担うのではなく、一般診療所を含めた医療機関相互の連携を深め、機能分化や集約化を行うことで、地域の中で効率的な医療提供体制の確保に向けた検討を行う必要があります。
- 各保健医療圏において、公的病院等が救急医療の中心的な役割を果たしていますが、民間病院等においてもその役割を担っている部分があることから、今後も地域の中で連携を強化するとともに、若手医師等の確保を進めることによって、救急医療体制を充実していくことが必要です。
- 若手医師等の確保につなげるため、公的病院等がそれぞれ特色を持った研修の場となるよう、医師等の教育研修の質を高めることが重要です。
- 医療機関に限られ、提供できる医療機能にも限りがある東紀州保健医療圏や伊賀サブ保健医療圏では公的病院等を中心に保健医療圏を超えてネットワーク体制を強化する必要があります。

(2) めざす姿

- 地域において、民間病院等を含めた医療機関相互の連携と機能分担や役割分担が進み、公立病院等が経営形態の見直しも含めて再編されることで、地域が必要とする良質で切れ目のない医療サービスが効率的に展開されています。

(3) 取組方向

取組方向：地域の特性に応じた医療機関相互の機能分担と連携

(4) 取組内容

取組方向：地域の特性に応じた医療機関相互の機能分担と連携

- 過疎地における医療提供、救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算となる可能性のある部門に関わる医療の提供等に引き続き取り組むとともに、地域のニーズ等をふまえつつ、国等の政策医療の動向に対応した医療を提供していきます。（医療機関、一部事務組合、市町、県）
- 公立病院は、住民に対し良質の医療を継続的に提供していくために、病院経営の健全性が確保されることが不可欠であることから、経営の効率化に向けて取り組みます。（医療機関、一部事務組合、市町、県）

- 急性期から在宅療養に至るまで地域で切れ目のない医療サービスが提供されるよう、公的病院等の医療の機能分化や集約化等、今後果たすべき役割を含めた地域の医療提供体制について検討を行うとともに、民間病院等との連携を強化し、総合的な医療提供体制を整備します。(医療機関、一部事務組合、市町、県)
- 若手医師に対する魅力ある研修環境の提供、勤務医の負担軽減等によって、医師確保に取り組めます。(医療機関、一部事務組合、市町、県)
- 医療従事者に対して、その知識や技術の向上のための研修体制を充実し、地域の医療水準の向上を図ります。(医療機関、一部事務組合、市町、県)

図表 4-4-9 県内の公的病院等一覧

二次保健医療圏		所在地	医療機関	病床数	開設者
北勢保健医療圏	1	いなべ市	厚生連いなべ総合病院	220	三重県厚生農業協同組合連合会
	2	桑名市	桑名西医療センター	234	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
	3	桑名市	桑名東医療センター	349	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
	4	桑名市	桑名南医療センター	79	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
	5	菰野町	厚生連菰野厚生病院	230	三重県厚生農業協同組合連合会
	6	四日市市	県立総合医療センター	446	地方独立行政法人三重県立総合医療センター
	7	四日市市	市立四日市病院	568	市
	8	四日市市	四日市社会保険病院	235	全国社会保険協会連合会
	9	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	336	三重県厚生農業協同組合連合会
	10	鈴鹿市	厚生連鈴鹿中央総合病院	460	三重県厚生農業協同組合連合会
	11	鈴鹿市	国立病院機構鈴鹿病院	276	独立行政法人国立病院機構
	12	亀山市	亀山市立医療センター	100	市
中勢伊賀保健医療圏	13	津市	県立 志病院	86	県(三重県病院事業管理者)
	14	津市	県立草の実リハビリテーションセンター	60	県(知事)
	15	津市	県立こころの医療センター	400	県(三重県病院事業管理者)
	16	津市	県立小児心療センターあすなろ学園	80	県(知事)
	17	津市	国立病院機構榊原病院	226	独立行政法人国立病院機構
	18	津市	国立病院機構三重中央医療センター	500	独立行政法人国立病院機構
	19	津市	国立病院機構三重病院	260	独立行政法人国立病院機構
	20	津市	三重大学医学部附属病院	685	国立大学法人三重大学
	21	伊賀市	上野総合市民病院	281	市
	22	名張市	名張市立病院	200	市
南勢志摩保健医療圏	23	松阪市	厚生連松阪中央総合病院	440	三重県厚生農業協同組合連合会
	24	松阪市	済生会松阪総合病院	430	社会福祉法人恩賜財団済生会
	25	松阪市	松阪市民病院	328	市
	26	明和町	済生会明和病院	264	社会福祉法人恩賜財団済生会
	27	大台町	厚生連大台厚生病院	95	三重県厚生農業協同組合連合会
	28	大台町	国保報徳病院	30	町
	29	伊勢市	伊勢赤十字病院	655	日本赤十字社
	30	伊勢市	市立伊勢総合病院	322	市
	31	志摩市	県立志摩病院	350	県(三重県病院事業管理者)
	32	志摩市	国保志摩市民病院	90	市
	33	玉城町	国保玉城病院	50	町
	34	南伊勢町	町立南伊勢病院	76	町
東紀州保健医療圏	35	尾鷲市	尾鷲総合病院	255	市
	36	御浜町	紀南病院	288	紀南病院組合

出典：東海北陸厚生局「東海北陸厚生局管内の保険医療機関・保険薬局の指定一覧」、三重県調査(平成24年)

第5章 事業ごとの医療連携体制

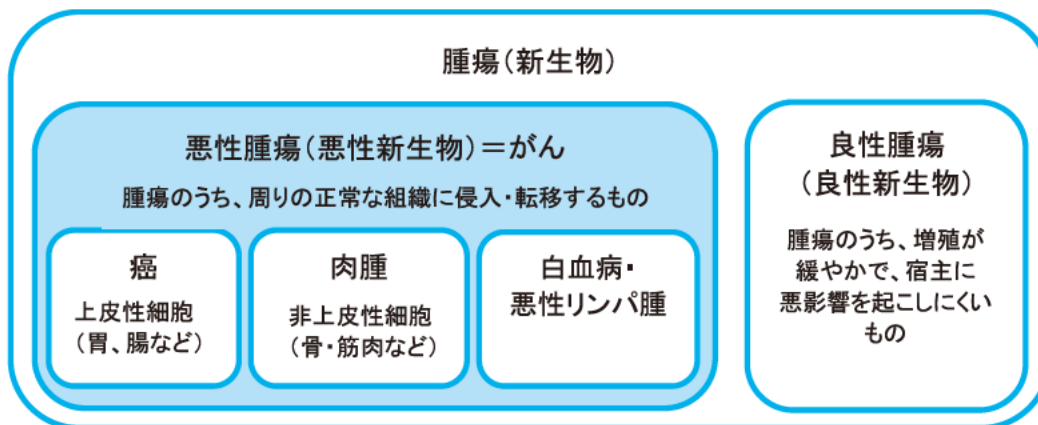
第1節 がん対策

1. がんにおける医療の現状

(1) がんの疫学

- がんは腫瘍（新生物）と呼ばれる細胞の集団のうち、無秩序に増え続けて周りの正常な組織に侵入（浸潤）していくもので、「悪性腫瘍」または「悪性新生物」とも呼ばれます。平仮名の「がん」は、「癌」や「肉腫」、白血病等の血液悪性腫瘍も含めた広義的な意味で悪性腫瘍をあらわす言葉として使われています。
- 正常な細胞ががん化すると、血管やリンパ管を通して体のいたるところに定着して増殖（転移）します。がんは無制限に増殖して体を消耗させ、臓器を機能不全に陥れます。

図表 5-1-1 がんの概念図



- 人口 10 万人あたりのがんの年齢調整受療率*は、全国平均の 137.9 に対して本県は 115.0 と低い水準です。
- がんは加齢により発症リスクが高まるため、今後ますます高齢化が進行することをふまえると、患者数は今後も増加していくと推測されます。

図表 5-1-2 悪性新生物の年齢調整受療率(入院・外来総数)(人口 10 万人あたり)

	0～4 歳	5～14	15～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～74	75 歳以上	年齢調整受療率
全国	0.8	1.3	1.6	3.0	9.3	20.1	33.5	39.2	29.1	137.9
三重県	0.3	0.8	1.5	2.3	7.5	18.8	27.8	34.7	21.5	115.0

出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」をもとに算出

- わが国の死因別の死亡数を見た場合、がん・心疾患¹・脳血管疾患の三大死因による死亡数の割合が全死亡数の 6 割近くを占めます。特にがんによる死亡割合は最も高く、平成 23

¹ 高血圧性のものを除きます。

(2011)年には28.5%と全体の約3分の1を占めています。死亡数の推移を見ると、昭和56(1981)年以降はがんによる死亡数が第1位であり、年々増加する傾向にあります²。

- 本県においても、昭和57(1982)年以降、がんは死因の第1位となっており、平成23(2011)年には5,218人、死亡数の割合で27.1%の人ががんで死亡しており、部位別死亡数は、肺、胃、大腸、肝臓、膵臓の順となっています。
- 全がんの5年相対生存率は64.1%ですが、肺がんは40.2%、肝臓がんは31.8%と原発巣による予後の差が大きいことが特徴です。また、臨床病期(UICC*による)によっても5年相対生存率は大きく変化し、全がんでは早期であるステージⅠで91.6%、ステージⅡで80.0%、ステージⅢで48.6%、ステージⅣでは17.7%と下がっていきます。

図表 5-1-3 がんの部位別5年相対生存率

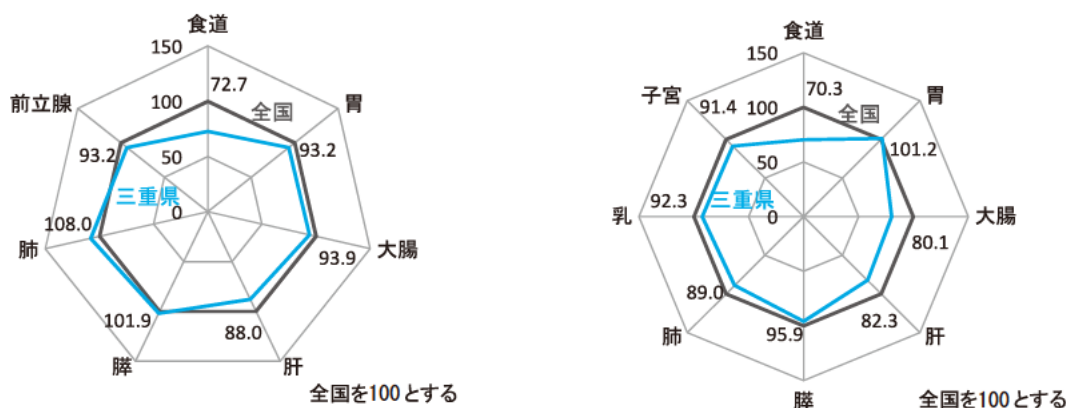
(単位：%)

	全がん	胃	肝	肺・気管	乳房	子宮頸部
ステージⅠ	91.6	97.6	55.3	80.3	98.8	92.2
ステージⅡ	80.0	69.2	42.2	43.6	93.8	73.6
ステージⅢ	48.6	45.5	19.9	21.0	72.1	52.6
ステージⅣ	17.7	8.0	8.5	4.8	33.3	22.2
	64.1	70.5	31.8	40.2	89.0	78.8

出典：公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計(2011年版)」

- がんの部位別のSMR(標準化死亡比*)は、全般的に全国より低くなっていますが、男性の肺がん等では全国より高い水準です。

図表 5-1-4 本県におけるがんの標準化死亡比(左グラフ:男性、右グラフ:女性)



出典：厚生労働省「平成22年人口動態調査」および公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計(2011年版)」(2010年データ)をもとに算出

- 本県では、がん対策基本法第11条第1項に基づき、「三重県がん対策戦略プラン」を県のがん対策推進計画として位置づけ、さまざまな取組を実施しています。平成25(2013)年度からは、「三重県がん対策戦略プラン第2次改訂」を展開し、県のがん対策の充実を図ります。

² 出典：厚生労働省「平成23年人口動態調査」

(2) がんの予防・がんの早期発見

- がんと生活習慣との関係や危険因子等の解明が進んだことにより、がんは生活習慣病の一つとされ、その予防も可能になりつつあります。また、新たながん検診の手法や治療法の進歩により、現在では早期に発見すれば治る疾患になりつつあります。
- がんを誘発する要因には、喫煙および食生活等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症等さまざまなものがあります。がん発症のリスクを低減させ、がんを予防するには、禁煙やバランスのとれた食事、適度な運動等の生活習慣の改善やウイルス感染予防等が重要となります。
- がんであっても根治的治療を受け、社会で活躍している人も多いことから、がん検診やインターフェロン*療法の公費負担制度などを積極的に活用し、がんの予防対策を推進することが重要です。
- 本県の喫煙率は、男性は 32.9%と全国平均並みであり、女性は 9.1%と全国平均より 1.3ポイント低い水準です³。
- 各保健医療圏とも禁煙外来を行っている診療所数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、特に南勢志摩保健医療圏は高い値になっています。一方、禁煙外来を行っている病院数は、各保健医療圏とも全国平均を下回っています。

図表 5-1-5 禁煙外来を行っている医療機関数

(単位：か所)

保健医療圏	病院		診療所	
	人口 10 万人あたり	医療機関数	人口 10 万人あたり	医療機関数
全 国	1.3		6.7	
三重県	0.8	15	8.0	148
北勢保健医療圏	0.9	7	6.7	55
中勢伊賀保健医療圏	0.9	4	8.2	38
南勢志摩保健医療圏	0.8	4	9.7	47
東紀州保健医療圏	0	0	9.4	8

出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査（個票解析）」

- 敷地内を禁煙にしている病院は 30 施設（29.4%）、診療所は 331 施設（22.0%）であり、全国平均（病院 40.2%、診療所 25.8%）を下回っています⁴。
- がん検診は肺や胃の X 線検査のほか、肺がん用の喀痰検査、大腸がん用の便潜血検査、子宮頸がん用の細胞診等の部位別検査が行われます。がんの可能性が疑われる場合は、さらに内視鏡検査や C T（コンピューター断層法）、MR I（核磁気共鳴画像法）検査等の精密検査が実施されています。
- 本県のがん検診受診率は、胃がん検診 7.2%、肺がん検診 19.9%、大腸がん検診 23.4%、子宮頸がん検診 28.3%、乳がん検診 19.8%となっています。5 年相対生存率からも早期発見・治療できれば生存率も高く、予後も比較的よいことを考えると、さらなる受診率の向上が必要です⁵。
- 早期発見するためにも検診の精度が管理されていることが必要であり、本県では「三重県

³ 出典：厚生労働省「平成 22 年 国民生活基礎調査」

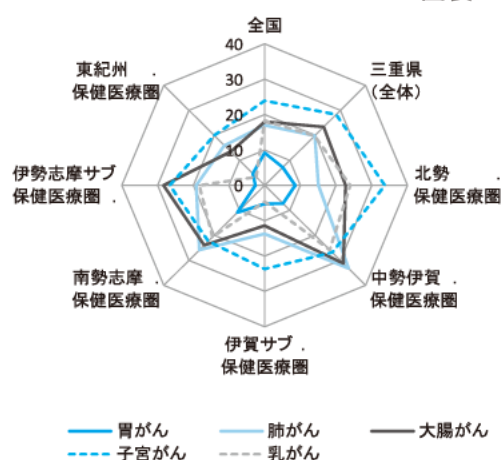
⁴ 出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

⁵ 出典：厚生労働省「平成 23 年 地域保健・健康増進事業報告」

がん検診精度管理検討委員会」において、検診精度の向上と管理に努めています。

図表 5-1-6 保健医療圏別がん検診受診率

(単位：%)



保健医療圏	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん
全 国	9.2	17.0	18.0	23.9	18.3
三重県	7.2	19.9	23.4	28.3	19.8
北勢保健医療圏	8.6	15.1	22.7	33.7	24.0
中勢伊賀保健医療圏	7.2	33.3	31.2	26.8	25.8
伊賀サブ保健医療圏	5.3	13.7	11.4	23.7	4.6
南勢志摩保健医療圏	10.8	25.9	24.0	22.4	20.6
伊勢志摩サブ保健医療圏	2.6	19.2	28.4	26.6	18.4
東紀州保健医療圏	4.7	15.9	13.4	20.0	3.4

※中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ保健医療圏を除いた数値です。

出典：厚生労働省「平成23年 地域保健・健康増進事業報告」

(3) がんの医療

- がんの医療には、各病期や病態の段階ごとに高度かつ適切な医療を一連の流れで提供する体制が重要であり、本県においても、中心的ながん診療機能を担う機関として、がん診療連携拠点病院と、がん診療連携推進病院が指定されています⁶。
- がん診療連携拠点病院は、厚生労働省が指定しており、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」において、二次保健医療圏におおむね1か所程度整備することとされており、現在、県がん診療連携拠点病院1か所と地域がん診療連携拠点病院5か所があります。東紀州保健医療圏については、未指定地域となっていますが、南勢志摩保健医療圏に2病院を指定することによって補完しています。
- がん診療連携推進病院は、県ががん診療連携拠点病院に準ずる病院として指定しており、平成25(2013)年3月現在6か所あります。

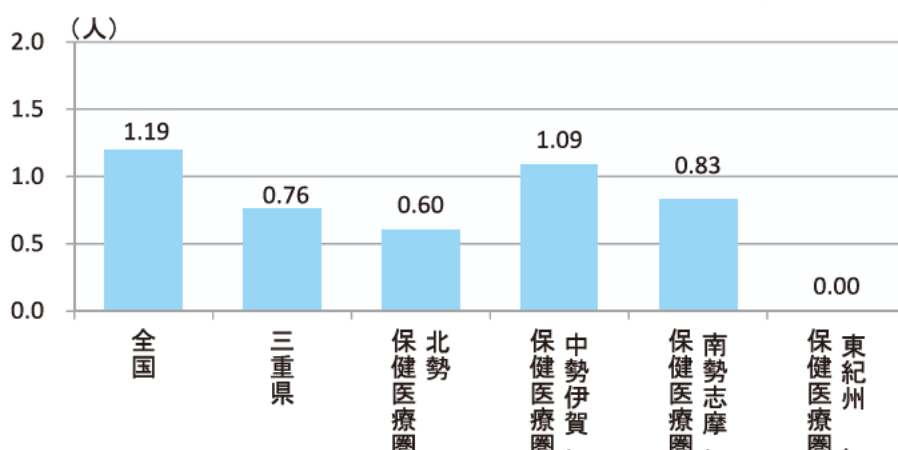
① 診断

- がん検診等によりがんの可能性が疑われる場合は、精密検査により確定診断され、がんの種類や進行度を把握し、治療方針が決定されます。また、そのデータが地域がん登録*として集計されていきます。
- 平成24(2012)年7月現在、がんの確定診断および治療に対応している病院は、102施設中46施設となっています⁷。
- がん診断において病理診断は非常に重要ですが、本県では病理診断科医師が14人で、人口10万人あたり0.76人と全国平均に比べて少ない状況にあります。また、全保健医療圏で全国平均を下回っており、東紀州保健医療圏では病理診断科医師がいません。
- 患者と共に治療法を決定し、患者自らが主治医以外の医師による助言(セカンドオピニオン)を受けられる体制が求められています。

⁶ 本県では、がん診療連携拠点病院とがん診療連携推進病院を総称して、「がん診療連携病院」と呼んでいます。

⁷ 出典：三重県調査

図表 5-1-7 人口 10 万人あたりの病理診断科医師数



出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

② 治療

- がん治療には、手術療法、放射線治療法、化学療法等があり、がんの種類や進行度に応じて、単独またはいくつかの療法を組み合わせた集学的治療*が行われます。
- がん治療については、学会等が診療ガイドラインを作成し、各医療機関はこれに基づいて地域連携クリティカルパスを作成し、キャンサーボード（がん患者の病態に応じた適切な治療を提供することを目的として医療機関内で行う検討会）で確認しながら治療を進めていきます。
- 病院における人口 10 万人あたりの悪性腫瘍手術件数は、多い順に中勢伊賀 45.2 件、南勢志摩 35.6 件、東紀州 23.4 件、北勢保健医療圏 19.4 件となっています。北勢保健医療圏と東紀州保健医療圏の件数が少ないのは、がん治療を求めて県外または県内の他の保健医療圏へ患者が流出しているためと考えられます。

図表 5-1-8 悪性腫瘍手術の実施件数(病院)

(単位：件/月)

	全国	三重県	北勢保健医療圏	中勢伊賀保健医療圏	南勢志摩保健医療圏	東紀州保健医療圏
人口 10 万人あたりの手術件数	40.0	30.2	19.4	45.2	35.6	23.4
手術件数	50,739	557	161	207	170	19

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

- 放射線治療機器の整備が、拠点病院等を中心とした医療機関で進められており、放射線治療の体外照射の人口 10 万人あたりの実施件数は、中勢伊賀保健医療圏 220.0 件で全国平均 188.7 件を上回っています。
- 医療機器の高度先進化に伴い、放射線治療品質管理士等による医療機器の品質管理を実施する必要があります。
- 外来化学療法は、県内 46 施設で実施されており、人口 10 万人あたりの実施件数は、中勢伊賀 274.5 件、南勢志摩保健医療圏 169.0 件で全国平均 155.9 件を上回っています。

図表 5-1-9 放射線治療機器、外来化学療法室等を所有している医療機関数

(単位：か所)

	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
放射線治療（体外照射）	13	5	2	5	1
放射線治療（腔内・組織内照射）	2	0	2	0	0
放射線治療室	1	0	1	0	0
I M R T*	3	1	0	2	0
外来化学療法室（病院）	28	11	8	7	2
外来化学療法実施（診療所）	18	9	5	3	1

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

図表 5-1-10 放射線治療の体外照射の実施件数

(単位：件／月)

	全国	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
人口 10 万人あたりの 体外照射件数	188.7	89.3	51.2	220.0	44.0	7.4
体外照射件数	239,489	1,647	424	1,007	210	6

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

図表 5-1-11 外来化学療法実施件数(病院)

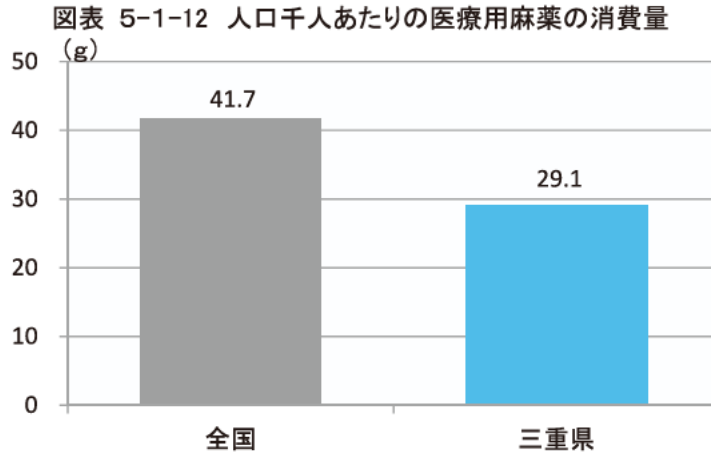
(単位：件／月)

	全国	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
人口 10 万人あたりの 外来化学療法件数	155.9	166.6	110.7	274.5	169.0	106.9
外来化学療法件数	197,815	3,093	910	1,271	821	91

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

③ 緩和ケア*

- がん患者は、痛み、全身倦怠感、呼吸困難等の身体的苦痛や、不安、苛立ち、絶望感等の精神的苦痛、家計に与える影響の心配、社会的地位の喪失等の社会的苦痛、なぜ私のがんになったのか、何のためなのか等のスピリチュアル*な苦痛等に直面します。また、家族等も大きな痛みと負担を感じます。これらの全人的な痛みは、がんと診断された時から向き合うことになるため、緩和ケアにより必要に応じて痛みなどの症状等を緩和するとともに、がん患者およびその家族等の心理面や社会面までを含めた支援を行い、QOL（生活の質）を高める必要があります。
- がんの痛みを緩和する疼痛管理に使用するモルヒネ等の医療用麻薬について、人口千人あたりの県内消費量は 29.1g と、全国平均 41.7g より少なく、また、医療用麻薬の処方を行う医療機関の割合や、麻薬取扱小売業免許取得薬局の割合も全国平均よりやや低い状況にあります。



出典：厚生労働省「平成 22 年モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルの都道府県別人口千人あたりの消費量」

図表 5-1-13 医療用麻薬の処方を行う医療機関の割合、麻薬取扱小売業免許取得薬局の割合 (単位：か所)

	病院 ¹	診療所 ¹	薬局 ²
全 国	61.8%	7.9%	67.1%
三重県 (施設数)	61.1% (66/108)	7.1% (106/1,484)	64.3% (479/745)
北勢保健医療圏	30	48	193
中勢伊賀保健医療圏	18	24	102
南勢志摩保健医療圏	15	31	155
東紀州保健医療圏	3	3	29

¹ 出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査 (個票解析)」

² 出典：三重県「薬局等業態数一覧」(平成 24 年 3 月末時点)

- がんの痛みや精神的苦痛を和らげる緩和ケアチームおよび緩和ケアの専用病棟を持つ病院は、東紀州保健医療圏を除く各保健医療圏にあります。
- 緩和ケア病棟は、おおむね 18 床から 25 床で構成されており、県内で 129 床ありますが、南勢志摩保健医療圏に集中しています。

図表 5-1-14 緩和ケアチームのある医療機関数と緩和ケア病棟およびその病床数 (単位：チーム、棟、床)

	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
緩和ケアチーム数	19	8	5	6	0
緩和ケア病棟数	6	1	1	4	0
緩和ケア病床数	129	25	20	84	0

出典：三重県調査 (平成 24 年)

- 本県のがん患者の在宅等での死亡割合は 11.7%で、全国平均 9.8%を上回っています。今後、在宅療養患者が増加すると考えられることから、在宅での疼痛管理支援体制の充実が求められます⁸。

⁸ 出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」

④ リハビリテーション、在宅療養

- がんの療養においては、治療の影響や病状の進行等により、嚥下（食事を飲み込むこと）や呼吸運動等の日常生活動作に支障を来すことがあります。これらの障害を軽減するためにリハビリテーションを行っています。
- がんの再発を早期発見するために定期的な検診等のフォローアップ*が行われています。
- 在宅療養を希望する患者には、患者およびその家族の要望に沿って緩和ケアや介護サービスを含む適切な支援が終末期まで継続的に提供されています。
- 本県のがん患者リハビリテーション料*届出機関は、北勢保健医療圏 5 施設、南勢志摩保健医療圏 2 施設の計 7 施設ありますが、厚生労働省の National Data Base⁹（以下「NDB」という。）によると、がん患者に対するリハビリテーションが実施されているのは、南勢志摩保健医療圏のみでした。
- 末期がん患者の在宅療養に対応できる医療機関は、114 施設あります。

図表 5-1-15 がんリハビリテーションを実施する医療機関数・がんリハビリテーションの実施件数

（単位：か所、件）

	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
がんリハビリテーションを実施している医療機関数 ¹	7	5	0	2	0
がんリハビリテーションを実施した件数 ²	199	0	0	199	0
末期がん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数 ¹	114	51	32	24	7

¹ 出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況に関する集計結果」（平成 24 年 1 月現在）

² 出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

- がん患者に対してカウンセリングを実施している医療機関は、北勢保健医療圏 7 施設、中勢保健医療圏 5 施設、南勢志摩保健医療圏 4 施設となっています。

図表 5-1-16 がん患者に対してカウンセリングを実施している医療機関数

（単位：か所）

	三重県	北勢 保健医療圏	中勢伊賀 保健医療圏	南勢志摩 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
がん患者に対してカウンセリングを実施している医療機関数	16	7	5	4	0

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況に関する集計結果」（平成 24 年 1 月現在）

⑤ 地域的な取組

- 各がん診療連携拠点病院およびがん診療連携推進病院において、がんに関する相談窓口として「相談支援センター」が設置されています。
- また、がん患者およびその家族等に対して第三者的な立場での相談支援を受ける窓口として、平成 20（2008）年 1 月に、「三重県がん相談支援センター」を設置し、相談支援活動を行っています。

⁹ National Data Base（NDB）とは、厚生労働省が全県医療機関の診療録等をデータベース化したもので、今回の集計期間は平成 22 年 10 月から 23 年 3 月までの 6 か月間となっています。なお、集計結果が「レセプト数で 10 件未満」あるいは「医療施設数 3 か所未満」の場合は秘匿化されるため、合計が合わない場合があります。

- がん患者の罹患率や生存率、治療効果の把握等を分析することで、がん対策や医療水準の評価に際しての基礎データを得るために、がん登録を実施しています。がん登録には、主に医療機関が実施主体となり、施設の診療の実態を把握するための「院内がん登録*」と、都道府県が実施主体となり、地域のがん罹患の実態を把握するための「地域がん登録」があります。地域がん登録事業は、平成 23（2011）年 7 月からスタートしています。
- NDBによると、本県では地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等の実施・診療提供等の実績がありません。
- がん地域連携クリティカルパスを促進するため、情報通信技術（ICT*）を活用した「三重医療安心ネットワーク*」の拡充を進めています。
- 受動喫煙*防止対策として「たばこの煙のないお店」促進事業を進めています。平成 24（2012）年末現在 284 店舗が店内を終日禁煙とし、入り口等からたばこの煙やにおいが流入しない店舗として認定を受けています。

(4) がんの受療動向

- NDBによると、本県では平成 22（2010）年 10 月～平成 23（2011）年 3 月の 6 か月間において、24,877 件のがんの入院レセプト*（診療報酬明細書）件数がありました。このうち、2,208 件（8.9%）は愛知県、奈良県、和歌山県、大阪府等の県外医療機関で治療を受けています。また、北勢保健医療圏では、圏域内に居住する患者のレセプト件数 9,216 件のうち 7,642 件（82.9%）が圏域内の医療機関で治療を受け、1,574 件（17.1%）が県外を含む当該保健医療圏外で治療を受けています。
- 流出率は、東紀州保健医療圏が 45.6%と高くなっており、その他の各保健医療圏は 10%台です。一方、流入率では、中勢伊賀保健医療圏が、21.3%と高い割合を示しています。
- 外来患者は、入院患者に比べて流出・流入率が低くなっていますが、圏域内にがん診療連携拠点病院がない東紀州保健医療圏では、34.5%の患者が県外やその他の保健医療圏の医療機関を受診しています。

図表 5-1-17 保健医療圏別 がん入院患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	24,877	8,140	6,789	6,742	998	2,208	18.1%
北勢保健医療圏	9,216	7,642	585	30	0	959	17.1%
中勢伊賀保健医療圏	6,600	274	5,344	274	0	708	19.0%
南勢志摩保健医療圏	6,918	67	539	6,130	0	182	11.4%
東紀州保健医療圏	1,779	23	140	290	967	359	45.6%
県外	364	134	181	18	31	—	—
流入率	10.4%	6.1%	21.3%	9.1%	3.1%	—	—

※レセプト件数は同一医療機関・同一診療科の 1 か月間の受診を 1 件と数え、患者数とは一致しません。

出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

図表 5-1-18 保健医療圏別 がん外来患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	178,426	57,876	49,171	51,818	7,434	12,127	13.0%
北勢保健医療圏	63,993	55,471	2,931	149	0	5,442	13.3%
中勢伊賀保健医療圏	49,054	1,286	41,945	2,025	0	3,798	14.5%
南勢志摩保健医療圏	51,627	266	2,154	48,133	36	1,038	6.8%
東紀州保健医療圏	11,042	77	567	1,311	7,238	1,849	34.5%
県外	2,710	776	1,574	200	160	—	—
流入率	7.6%	4.2%	14.7%	7.1%	2.6%	—	—

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

① 部位別の受療動向

- SMR（標準化死亡比）の高かった肺がんについては、入院患者の県平均流出率は、他の部位のがんに比べ16.7%と高い値を示しています。また、肺がん外来患者の県平均流出率も13.8%と、他の部位のがんに比べ高い値を示しています。
- 乳がんも他の部位のがんに比べ、入院患者、外来患者とも県平均流出率は高い値を示しています。
- 肺がん、乳がんは、中勢伊賀保健医療圏への流入率が高いといった特徴もあります。

図表 5-1-19 がんの部位別流出率状況

(単位：%)

保健医療圏	入院患者					外来患者					
	全体	胃	肺	大腸	乳房	全体	胃	肺	大腸	乳房	
流出率	三重県	18.1	12.0	16.7	10.2	14.9	13.0	9.4	13.8	8.7	12.1
	北勢保健医療圏	17.1	9.3	15.0	8.3	15.6	13.3	7.9	12.5	8.4	11.7
	中勢伊賀保健医療圏	19.0	16.9	15.6	12.6	15.3	14.5	12.4	17.7	10.9	13.1
	南勢志摩保健医療圏	11.4	4.2	14.7	5.8	9.4	6.8	3.1	8.1	3.3	7.5
	東紀州保健医療圏	45.6	39.1	32.7	24.0	32.1	34.5	34.2	37.7	25.0	29.9
流入率	三重県	10.4	6.6	9.9	5.6	9.0	7.6	6.5	8.0	5.5	7.0
	北勢保健医療圏	6.1	4.8	6.2	4.0	2.4	4.2	3.5	4.3	3.6	3.2
	中勢伊賀保健医療圏	21.3	11.4	20.6	8.8	22.2	14.7	11.0	17.8	10.4	13.5
	南勢志摩保健医療圏	9.1	7.1	7.2	6.8	6.7	7.1	7.1	6.3	4.7	7.2
	東紀州保健医療圏	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	2.9	2.6	2.6	1.6

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

② 治療法別の受療動向

- 放射線治療を受けた入院患者の県平均流出率は 38.2%と、がん全体の 18.1%に比べて高く、南勢志摩保健医療圏を除いて 40%以上もの患者が流出しています。特に中勢伊賀保健医療圏で 50%近い患者が流出しています。
- 放射線治療を受ける外来患者も、南勢志摩保健医療圏を除いて 30%以上の患者が流出しており、特に中勢伊賀保健医療圏の流出率が 60%近くに達しています。
- 化学療法を受けた入院患者の流出率は、南勢志摩保健医療圏の 11.0%を除いて 20%以上の高率であり、特に東紀州保健医療圏は 50%を超えています。流出先は、中勢伊賀保健医療圏や県外となっています。
- 化学療法を受ける外来患者の県平均流出率は 17.7%と、がん全体の 13.0%や肺がんの 13.8%を上回り、また、県外への流出率も 10.5%とがん全体の 6.8%に比べて高くなっています。県外流出先は、愛知県の 56%、奈良県の 31%で 90%近くに達します。

図表 5-1-20 がんの治療法別流出入率状況

(単位：%)

保健医療圏		放射線治療		化学療法		保健医療圏		放射線治療		化学療法	
		入院	外来	入院	外来			入院	外来	入院	外来
流出率	三重県	38.2	30.6	21.3	17.7	流入率	三重県	16.0	7.8	11.6	7.5
	北勢保健医療圏	42.1	34.3	20.0	17.7		北勢保健医療圏	19.9	5.4	6.7	4.1
	中勢伊賀保健医療圏	49.8	58.1	24.8	24.7		中勢伊賀保健医療圏	31.4	0.0	22.9	14.4
	南勢志摩保健医療圏	23.9	0.0	11.0	6.3		南勢志摩保健医療圏	16.5	17.1	11.6	9.2
	東紀州保健医療圏	45.8	48.6	52.8	56.3		東紀州保健医療圏	0.0	0.0	0.0	0.0

出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

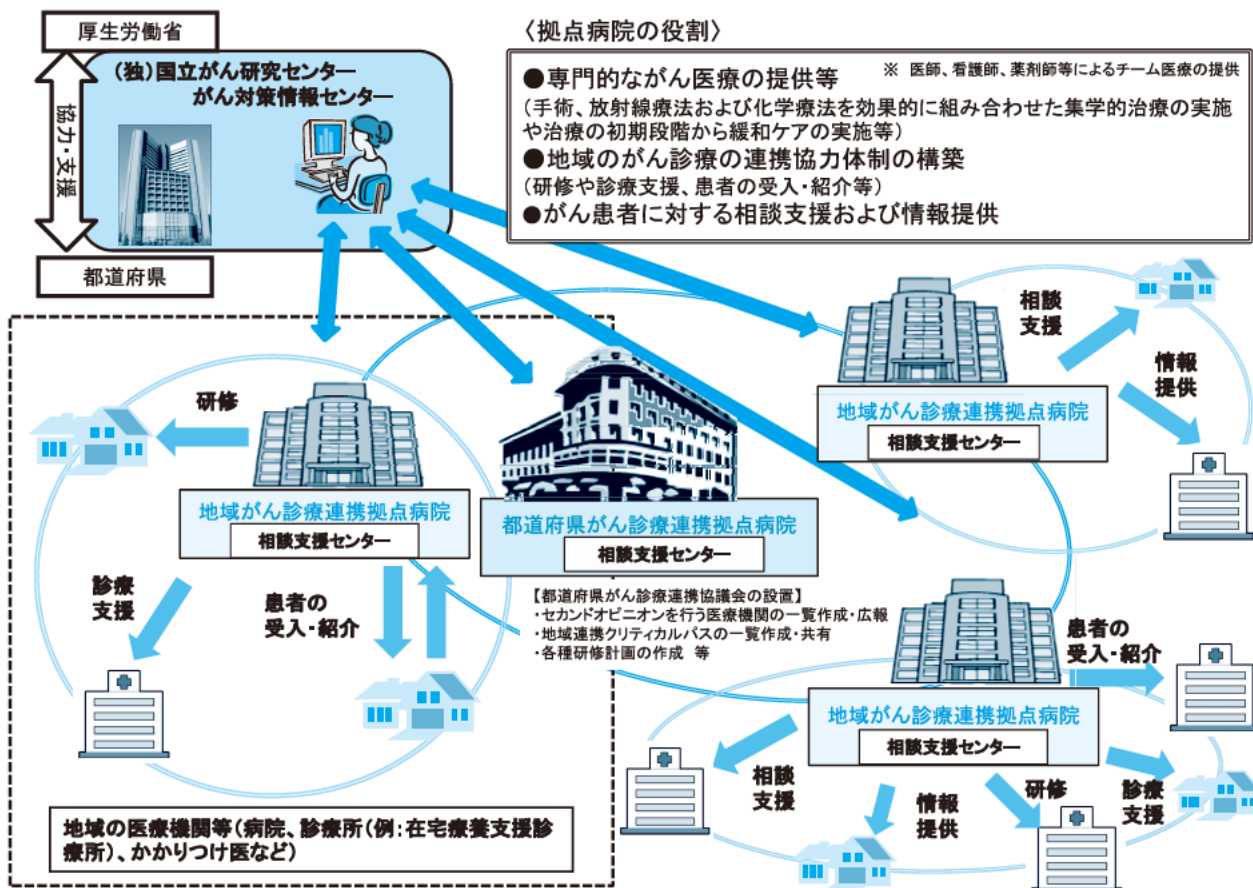
2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- がん医療については、充実したがん検診体制や早期に適切な診断が受けられ、各病期や病態に応じた、高度かつ適切な治療が受けられる医療体制が必要です。また、がんと診断された時から、緩和ケアが受けられ、入院中だけでなく在宅においても切れ目なく支援が受けられる体制が重要です。
- そのためには、県がん診療連携拠点病院を中心に地域の拠点である地域がん診療連携拠点病院およびがん診療連携推進病院が連携し、がん医療の水準を高め、緩和ケア病棟を持つ病院や在宅療養支援診療所*、一般診療所、訪問看護ステーション、相談支援センター等と医療連携体制を構築していくとともに、一層の連携強化のため、情報通信技術（ICT）を活用し、円滑な地域連携クリティカルパスの運用を進めていくことが重要です。
- 本県のがん医療連携圏域は、がん診療連携拠点病院が二次保健医療圏におおむね 1 か所整

備することとされていることから、二次保健医療圏と同じ範囲とすることが適切と考えます。

図表 5-1-21 がん診療連携拠点病院制度のイメージ図



出典：厚生労働省 「がん診療連携拠点病院制度について」 ホームページ

(2) 連携の現状

- 県がん診療連携拠点病院は、中心的ながん診療機能を担うとともに、地域がん診療連携拠点病院およびがん診療連携推進病院で専門的ながん医療を行う医療従事者を対象とした研修の実施や各種情報提供、診療支援を実施しています。また県内全てのがん診療連携拠点病院で構成する「三重がん診療連携協議会」を設置し、がん診療やがん登録のネットワーク強化等を目的とした拠点間の連携を進めています。
- 地域がん診療連携拠点病院およびがん診療連携推進病院は、地域におけるがん診療の中心的役割を担い、地域の医療機関への診療支援や病病連携*・病診連携*の体制構築を行っています。

(3) 各医療機能を担う医療機関

医療機能 保健医療圏	治療				療養支援	
	県がん診療 連携拠点病院	地域がん診療 連携拠点病院	がん診療 連携推進病院	がんの確定診 断および治療 に対応してい る施設	緩和ケア病棟を有 している医療機関	末期がん患 者の在宅療 養に対応で きる施設
北勢 保健医療圏		県立総合医療センター 厚生連鈴鹿中央総合 病院	市立四日市病院 四日市社会保険病院 鈴鹿回生病院	46 施設	三重聖十字病院	114 施設
中勢伊賀 保健医療圏	三重大学医学部附属 病院	国立病院機構三重中央 医療センター	上野総合市民病院		藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム	
南勢志摩 保健医療圏		厚生連松阪中央総合 病院 伊勢赤十字病院	松阪市民病院 済生会松阪総合病院		松阪厚生病院 松阪市民病院 済生会松阪総合病院 伊勢赤十字病院	
東紀州 保健医療圏						

3. 課題

(1) 予防体制

- 本県では肺がんのSMR（標準化死亡比）が高い値を示しています。このことから引き続き喫煙率の低下に向けた取組を行う必要があります。
- がんの年齢調整死亡率の低減のため、がん検診の受診率向上により、早期発見・早期治療に努める必要があります。
- がん検診等により要精密検査となった人に対し、早期受診を促すための連携体制を構築する必要があります。
- 「がんを防ぐための新12か条*」では、受動喫煙の防止を推進する必要性が示されており、公共の場や病院・診療所などの敷地内禁煙を促進していくことも重要です。

(2) 医療提供体制

① 診断

- がんの診断に必要な病理検査を行う病理診断科医師の確保が必要です。
- がんと診断された患者の精神的な苦痛等を緩和するためにも、診断時からの緩和ケアの実施が必要です。

② 治療

- がん患者が高度で質の高いがん治療を県内医療機関で受けることができるよう、がん診療

連携拠点病院、がん診療連携推進病院を中心とした医療提供体制の整備を進めるとともに、がん医療に関する基礎知識や技能を有する医療従事者の養成に努める必要があります。

- 放射線療法、化学療法、手術療法を組み合わせた集学的治療を行うための連携体制や、チーム医療の構築が必要であることから、オンコロジスト*（腫瘍学専門医）をはじめ、放射線治療を行う放射線治療専門医、化学療法を行うがん薬物療法医等の各種専門医の養成が必要です。
- また、がん専門看護師や各種認定看護師、放射線治療に係る放射線治療品質管理士や放射線技師、化学療法に係るがん専門薬剤師や各種認定薬剤師等の充実とスキルアップが必要です。
- 仕事を続けながら治療が受けられる、外来化学療法体制の整備が必要です。
- 東紀州保健医療圏ではがん治療患者の流出率が高いことから、がん診療連携病院の整備（指定）が必要です。
- 放射線治療においては、各保健医療圏の患者の流出率が高くなっており、その実施体制を充実する必要があります。特に、東紀州保健医療圏では、南勢志摩保健医療圏のがん診療連携病院等との連携が重要です。

③ 緩和ケア

- 東紀州保健医療圏における緩和ケア実施医療機関の整備と緩和ケアチームの発足が必要です。
- 北勢保健医療圏、中勢伊賀保健医療圏における緩和ケア病棟の充実が必要です。
- 医師をはじめとする医療従事者に対する緩和ケアに関する研修体制の充実が必要です。
- 治療の初期段階から緩和ケアを実施することがQOL（生活の質）を維持・向上する上で効果的であり、がん患者およびその家族等の緩和ケアに対する理解を求める取組を進めることが必要です。

④ リハビリテーション、在宅医療

- 在宅でのがん治療を進めるために、身近な場所でのリハビリテーションや、緩和ケア等が行える医療提供体制の整備が必要です。
- 末期がん患者が住み慣れた地域や自宅で過ごすことができるよう在宅医療・介護サービス等を充実させる必要があります。
- がん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関が相互に連携をすることで、容態の急変時等にも対応できる切れ目のない医療を提供するとともに、がん患者およびその家族等のQOL（生活の質）の向上をめざすための取組が必要です。

⑤ 地域的な取組

- がん患者自身が治療を受けるにあたりさまざまな不安や悩みに対し、適切な相談が受けられるよう、がん診療連携病院における相談支援センターの充実を図る必要があります。また相談支援センターと三重県がん相談支援センターの活用促進とともに、一層の普及啓発が必要です。
- 三重県がん相談支援センターやがん診療連携病院、がん治療を行う病院等との連携を進め

ることで、広域的な相談支援体制の整備を進めることが必要です。

- がん診療に関わる医療機関において、標準登録様式*による院内がん登録を実施するとともに、地域がん登録によるがん患者の実態把握を行う必要があります。
- 地域がん登録で得られたデータを活用し、地域の実態把握に努め、施策に反映していく必要があります。
- 切れ目のないがん治療を提供するため、情報通信技術（ICT）を活用した地域連携クリティカルパス等の整備を検討し、がん診療連携病院と地域の医療機関等との連携体制を構築する必要があります。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- がんの可能性が疑われる段階から完治ないしは終末期に至るまで、県民、医療機関、関係団体、行政等さまざまな機関が一体的、総合的にがん対策に取り組んでいます。また、がん患者が自身の病態を知り、その病態に応じた治療を、納得し、安心して受けています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
がんによる年齢調整死亡率 (75歳未満) 【人口動態調査】	がんによる年齢調整死亡率(75歳未満)を、毎年、全国平均よりも▲10%以上とすることを目標とします。	目 標 ----- 全国平均よりも ▲10%以上
		現 状(H23) ----- 78.5 (▲5.5%)
がん検診受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	がん検診の受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値以上とすることを目標とします。	目 標 ----- 50%以上 (胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%以上)
		現 状(H23) ----- 胃がん 7.2% 肺がん 19.9% 大腸がん 23.4% 子宮頸がん 28.3% 乳がん 19.8%
がん検診後の精密検査受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	がん検診後の精密検査受診率を現状値より向上させることを目標とします。	目 標 ----- 現状値以上
		現 状(H23) ----- 胃がん 71.9% 肺がん 62.7% 大腸がん 62.5% 子宮頸がん 62.0% 乳がん 76.3%

(2) 取組方向

取組方向 1：がんにかからないための健康な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発

取組方向 2：がんの早期発見の推進

取組方向 3：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

取組方向 4：がんと共に生きるための社会づくりの推進

(3) 取組内容

取組方向 1：がんにかからないための健康な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発

- 喫煙率は、ほぼ国と同じ値を示しているものの、SMR（標準化死亡比）では肺がんによる死亡率が高いことから、禁煙対策に引き続き取り組むとともに、未成年者の喫煙率0%をめざします。（県民、保険者、がん診療連携病院、医療機関、市町、県、関係機関）
- 県民一人ひとりの禁煙・分煙意識は高まり、公共の場や医療機関、職場における分煙も進んできました。引き続き「たばこの煙のないお店」促進事業などの受動喫煙防止対策や環境たばこ煙*への対策を進めます。（事業者、保険者、がん診療連携病院、医療機関、検診機関、市町、県、関係機関）
- 県民一人ひとりが生活習慣を見直し、積極的に日常の予防活動に努めるために、食生活とがん予防に関する知識や、ウォーキング等の運動習慣の普及等を進めます。（事業者、保険者、市町、県、関係機関）
- 医師会、看護協会等の医療関係団体は、その専門性を生かし、がん予防の啓発を進めます。（医療関係団体、関係機関）

取組方向 2：がんの早期発見の推進

- 質の高いがん検診を提供できるよう、検診従事者研修への参加や、精度管理および精度の維持向上に向けた取組を行うとともに、三重県がん検診精度管理委員会において、がん検診の精度管理についての検討を進めます。（がん診療連携病院、医療機関、検診機関、市町、県）
- がんの早期発見、早期治療につながるよう、がん検診の重要性に関する普及啓発を進め、がん検診の受診率向上を図ります。また、受診者に対する受診勧奨や、他の検診との同日実施、検診の休日実施や未受診者への再度の受診勧奨を行うとともに、要精密検査者の受診状況の把握に努めます。（県民、保険者、がん診療連携病院、医療機関、検診機関、医療関係団体、市町、県）

取組方向 3：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

- さまざまな病態に応じた専門的な治療を行うために、それぞれの専門性を生かしながら連携して集学的治療が行えるよう、オンコロジストを含む専門医や、がん医療を担う人材の育成に努めます。（がん診療連携病院、医療機関、医療関係団体、県）
- がん患者それぞれの病期や病態に応じた治療法が選択または組み合わせできるよう、がん診療連携病院を地域の中核とし、地域の医療機関等と連携を取りながら、切れ目のないが

ん診療が提供できるよう取り組みます。(がん診療連携病院、医療機関、医療関係団体、県)

- 県がん診療連携拠点病院である三重大学医学部附属病院が、その役割を十分に担うことができるよう、がん治療のための高度専門的な医療機器等の整備を進めます。(三重大学、県)
- 高度で質の高いがん治療を県民に提供できるよう、がん診療連携拠点病院等の整備(指定)を進めます。(がん診療連携病院、県)
- 緩和ケア病棟の設置を検討している医療機関からの相談に応じ協議を進めます。(医療機関、県、関係機関)
- がんと診断された患者の不安が少しでも和らぐよう、診断時から緩和ケアを開始する体制を強化します。(がん診療連携病院、医療機関、医療関係団体、県)
- がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう、がん診療が可能な診療所や訪問看護ステーション等の充実、多職種との連携を強化し、在宅医療体制の整備を図ります。(がん診療連携病院、医療機関、三重県がん相談支援センター、介護施設、医療関係団体、県)
- 各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減等、がん患者のさらなるQOL(生活の質)の向上をめざし、医科歯科連携による口腔ケアの促進をはじめ、食事療法等による栄養管理やリハビリテーションの促進等、職種間連携を推進します。(がん診療連携病院、医療機関、医療関係団体、県)
- がん対策の科学的知見に基づく取組が推進できるよう、地域がん登録、院内がん登録等、がんの罹患やその他の状況を把握・分析する仕組みを充実します。(がん診療連携病院、医療機関、県)

取組方向4：がんと共に生きるための社会づくりの推進

- 利用しやすい外来化学療法体制の構築等、仕事を続けながら治療が受けられるような環境整備を進めます。(医療機関)
- がん患者が病院以外においても、自身にあった情報の入手や意見を交換でき、相談し合える場づくりを促進します。(患者会、がん診療連携病院、医療機関、三重県がん相談支援センター、市町、県)
- 小児がん患者およびその家族に対する長期的なフォローアップ体制について検討します。(医療機関、福祉施設、市町、県、関係機関)
- 国の「がん対策推進基本計画」で示されたがん教育のあり方について、今後も国において検討が進められることから、その結果をふまえ、健康教育活動中でのがん教育の進め方について検討します。また、がん治療と就業生活の両立についても、同様に検討されることから、その結果をふまえ、両立支援の仕組みづくりに反映していきます。(教育機関、労働局、医療関係団体、市町、県)

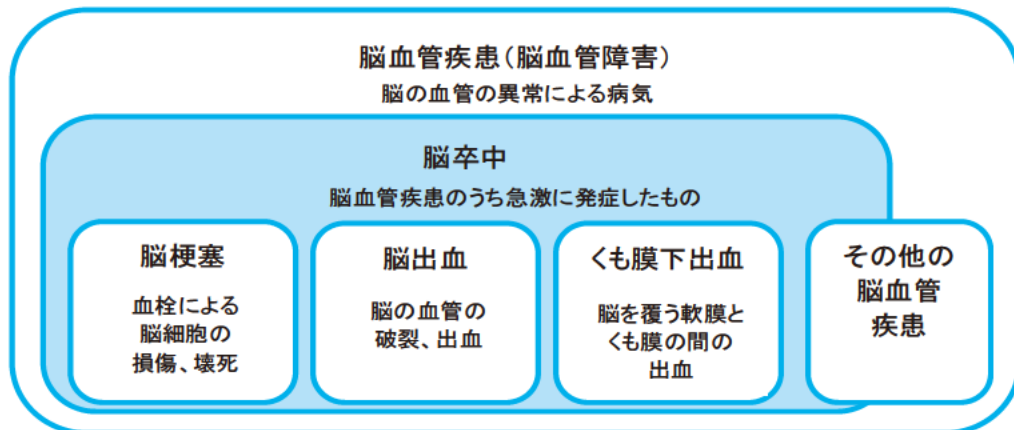
第2節 脳卒中対策

1. 脳卒中における医療の現状

(1) 脳卒中の疫学

- 脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。
- 脳卒中は発症後に後遺症が残ることも多く、患者およびその家族の日常生活に与える影響が大きいことから、脳血管疾患の発症後は速やかな搬送と専門的治療が不可欠となります。また、病期に応じたリハビリテーションを行うことにより、後遺症の防止や早期の社会復帰が実現できるといわれており、急性期、回復期、維持期のそれぞれの段階に応じたリハビリテーションが必要です。

図表 5-2-1 脳卒中の概念図



- 脳血管疾患は悪性新生物、心疾患に次いで県内における死因の第3位です。年間1,966人が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の10.2%（全国9.9%）を占めています¹。
- 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人あたりの年齢構成を調整した死亡率）は、男性45.4（全国47.3）、女性27.4（全国26.3）であり、男性に発症しやすい病気です。また、女性の年齢調整死亡率は全国平均よりやや高くなっています。

図表 5-2-2 脳血管疾患分類別の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）

	区 分	脳血管疾患			
		脳梗塞	脳内出血	くも膜下出血	
男	全 国 ¹	47.3	24.3	16.5	5.3
	三重県 ²	45.4	23.5	15.9	4.6
女	全 国 ¹	26.3	12.3	7.6	5.7
	三重県 ²	27.4	13.8	8.2	4.5

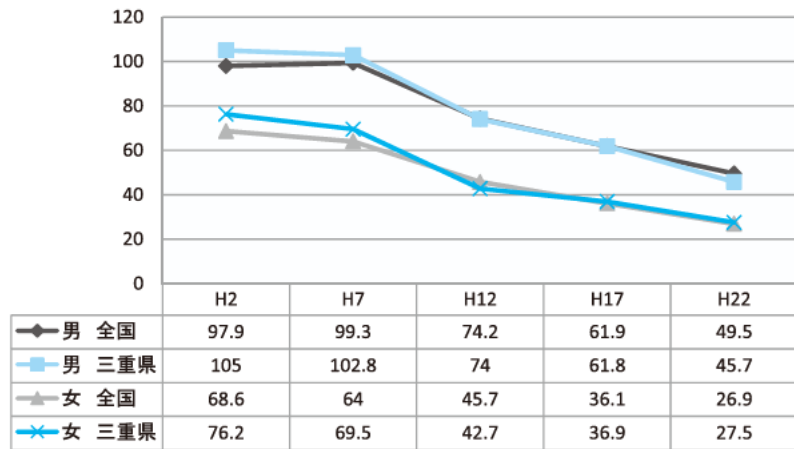
¹ 出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

² 出典：三重県「平成23年 人口動態調査（三重県による特別集計）」

¹ 出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

○ 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移は、全国とほぼ同様の傾向で低下しています。

図表 5-2-3 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移（人口 10 万人あたり）



出典：厚生労働省「平成22年 都道府県別年齢調整死亡率」

○ 脳血管疾患患者の在宅死亡割合については、本県は 17.4%と全国平均 16.7%よりやや高くなっています。

図表 5-2-4 脳血管疾患患者の在宅死亡割合

(単位：人)

	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自宅	その他	総数
全 国	95,460	3,506	3,027	7,234	13,497	1,143	123,867
	77.1%	2.8%	2.4%	5.8%	10.9%	0.9%	
	82.3%			16.7%		0.9%	
三重県	1,401	54	137	139	203	32	1,966
	71.3%	2.7%	7.0%	7.1%	10.3%	1.6%	
	81.0%			17.4%		0.8%	

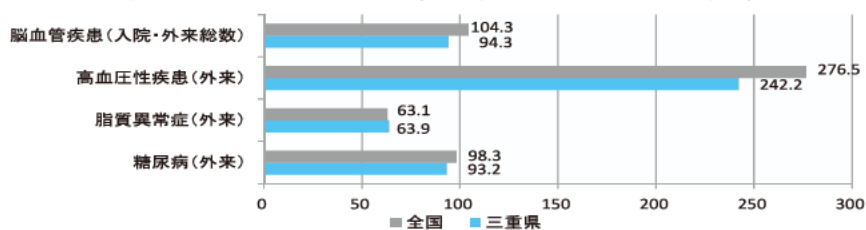
出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

(2) 脳血管疾患の患者数と受療動向

○ 平成 23（2011）年 10 月の調査日において、県内の医療機関で受療している脳血管疾患の患者数は、18 千人と推計されています²。

○ 人口 10 万人あたりの脳血管疾患の年齢調整受療率は、全国の 104.3 に対して本県は 94.3 と少ない水準です。

図表 5-2-5 脳血管疾患に関連する疾患の年齢調整受療率



出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

² 出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

- NDB*によると、本県の平成 22 (2010) 年 10 月～平成 23 (2011) 年 3 月の 6 か月間における脳血管障害（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血等の脳卒中を含む脳血管の疾患）の入院レセプト件数は、31,830 件ありました。
- このうち、1,380 件 (4.3%) は、愛知県、和歌山県、奈良県、大阪府等の県外医療機関で治療を受けています。また、流出率は、東紀州保健医療圏が 28.4%と他の保健医療圏に比べ高くなっています。一方、流入率については、中勢伊賀保健医療圏が 16.8%、東紀州保健医療圏が 12.0%と高くなっています。
- NDBによる脳血管障害の外来患者の流出・流入率は、入院患者に比べて低くなっていますが、東紀州保健医療圏の流出率と、中勢伊賀保健医療圏の流入率が他の保健医療圏に比べ高くなっています。

図表 5-2-6 保健医療圏別 脳血管障害 入院患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	31,830	11,058	8,240	9,005	2,147	1,380	11.5%
北勢保健医療圏	11,219	10,454	361	33	0	371	6.8%
中勢伊賀保健医療圏	7,747	203	6,857	166	0	521	11.5%
南勢志摩保健医療圏	9,739	125	831	8,543	138	102	12.3%
東紀州保健医療圏	2,640	28	97	239	1,890	386	28.4%
県外	485	248	94	24	119	—	—
流入率	8.5%	5.5%	16.8%	5.1%	12.0%	—	—

出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

図表 5-2-7 保健医療圏別 脳血管障害 外来患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	402,554	129,556	92,747	148,068	22,677	9,506	5.9%
北勢保健医療圏	132,855	125,892	2,624	242	0	4,097	5.2%
中勢伊賀保健医療圏	91,134	1,609	83,822	3,085	14	2,604	8.0%
南勢志摩保健医療圏	147,763	276	3,856	142,789	122	720	3.4%
東紀州保健医療圏	26,200	93	629	1,442	21,951	2,085	16.2%
県外	4,602	1,686	1,816	510	590	—	—
流入率	4.6%	2.8%	9.6%	3.6%	3.2%	—	—

出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

(3) 脳卒中の予防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧の管理が重要です。また、糖尿病、喫煙、不整脈等も発症の危険因子であり、生活習慣の改善や、これらの基礎疾患を適切に治療することが大切です。

- 本県における特定健康診査*の県内受診率は、44.0%となっています³。
- また、脳卒中による認知症を予防する観点からも、脳卒中予防が重要です。

(4) 脳卒中の医療

① 医療提供体制

- 本県の救命救急センター数は平成 24 (2012) 年 4 月現在、4 か所です。ドクターヘリ*等の活用を含め、県内の各保健医療圏の医療機関ごとに、脳卒中の急性期・回復期・維持期の各期に応じた医療を提供しています。
- 平成 22 (2010) 年末における県内の神経内科医師数は 64 人、脳神経外科医師数は 87 人であり、人口 10 万人あたり神経内科医師数は全国平均をやや上回っていますが、脳神経外科医師数は全国平均を下回っています。

図表 5-2-8 神経内科・脳神経外科医師数

(単位：人)

保健医療圏	神経内科医師数	人口 10 万人あたり 神経内科医師数	脳神経外科医師数	人口 10 万人あたり 脳神経外科医師数
全 国	4,094	3.2	6,695	5.3
三重県	64	3.5	87	4.7
北勢保健医療圏	26	3.1	35	4.2
中勢伊賀保健医療圏	21	4.6	25	5.4
伊賀サブ保健医療圏	0	0.0	5	2.8
南勢志摩保健医療圏	17	3.5	23	4.8
伊勢志摩サブ保健医療圏	7	2.8	10	3.9
東紀州保健医療圏	0	0.0	4	4.8

※中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ保健医療圏を除いた数値です。

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 県内には脳卒中集中治療室 (Stroke Care Unit。以下「SCU*」という。)を備えた病院が 2 施設と、それ以外に SCU に準じた専門病棟等を設置している病院が 9 施設あります。

図表 5-2-9 SCUを有する病院・病床数

(単位：か所・床)

	SCUを有する施設数 ※		病床数	
	実数	人口 100 万人 あたり施設数	実数	人口 100 万人 あたり病床数
全 国 (平成 23 年)	113	0.90	677	5.33
三重県 (平成 23 年)	1	0.54	3	1.63
三重県 (平成 24 年)	2	1.09	11	5.96

※「基本診療料の施設基準等」(平成 20 年厚生労働省告示第 62 号)の第 9 の 5 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準をみたしている施設数です。

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」、三重県調査 (平成 24 年)

② 発症直後の救護・搬送

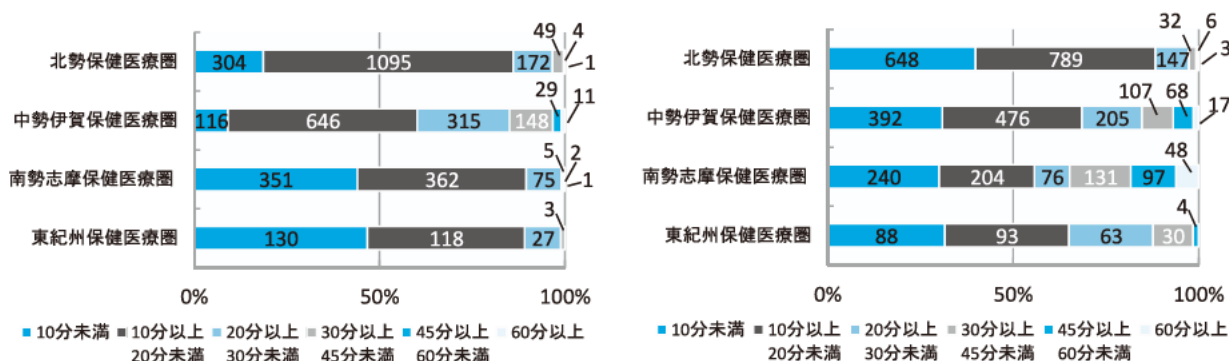
- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで効果が高く後遺症もより少なくなるため、

³ 出典：三重県国民健康保険団体連合会「平成 23 年度特定健診・特定保健指導に関する実施状況アンケート調査報告書」

本人や家族等周囲にいる者は、脳卒中を疑う症状があれば、診断や治療の開始を遅らせることがないよう、速やかに救急要請を行うことが重要です。

- 救急救命士等は、メディカルコントロール体制のもとで、傷病者を観察して脳卒中の可能性を判断し、適切な救急救命処置等を行った上で、脳卒中の治療が速やかに行われる医療機関に直接搬送することが重要です。
- 県内における救急搬送時間（救急要請から医療機関収容までに要した平均時間）は 38.0 分で、全国平均の 38.1 分とほぼ同水準となっています⁴。
- 保健医療圏別に脳血管疾患患者の救急搬送状況を見ると、中勢伊賀保健医療圏では現場滞在時間が 20 分以上かかっている件数の割合が高くなっています。また、南勢志摩保健医療圏では現場出発から病院引継ぎまでに 30 分以上かかっている件数の割合が高くなっていますが、これは紀勢地区広域消防組合本部や鳥羽市消防本部において管外への搬送件数割合が高いためと考えられます。
- 特に、脳梗塞の治療においては、速やかに適切な処置が行われることが何よりも重要であることから、今後、救急搬送にかかる現場滞在時間や来院してから治療を開始するまでの時間などを短縮することが必要です。

図表 5-2-10 脳血管疾患患者の救急搬送時間別件数割合
現場滞在時間(左グラフ)、現場出発から病院引継ぎまでの時間(右グラフ)



出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

図表 5-2-11 脳血管疾患の救急搬送件数

(単位：件・%)

保健医療圏	搬送件数	人口10万人あたりの搬送件数	脳血管件数/全救急出動件数	管外への搬送件数	管外搬送割合
北勢保健医療圏	1,625	190.7	5.0	255	15.7
中勢伊賀保健医療圏	1,265	271.1	6.0	257	20.3
南勢志摩保健医療圏	806	167.3	3.1	303	37.6
東紀州保健医療圏	278	350.3	6.7	22	7.9

出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

③ 診断

- 問診や身体所見の診察、血液検査に加えて、画像検査（CT、MRI、MR アンギオグラフィ*等）、超音波検査等を行い診断します。

⁴ 出典：消防庁「平成 24 年版 救急・救助の現況」

④ 急性期の治療

- 脳梗塞では血栓を溶かす薬物療法である t P A*（超急性期血栓溶解療法）が行われる場合があります。この治療は、治療開始までの時間が短いほどその有効性が高く、合併症の発生を考慮すると発症後 4.5 時間以内に治療を開始することが重要であり、できるだけ速やかに専門的な診療が可能な医療機関に搬送されるよう、二次、三次救急医療体制を充実していく必要があります。
- 脳梗塞では患者の状況に応じて、血管内治療による血栓除去術や抗凝固療法（血栓を作らないよう、血液が固まる働きを薬剤により抑える治療法）や抗血小板療法（血栓を作らないよう、血小板の凝集能力を薬剤により低下させる治療法）、脳保護療法（脳梗塞になった際に発生する活性酸素による脳の障害を防ぐため、活性酸素を薬剤により除去する治療法）等の対応が取られます。
- 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。
- くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術あるいは開頭を要しない血管内手術を行います。
- 厚生労働省診療報酬施設基準の届出状況に関する集計結果（平成 24 年 1 月現在）によると、t P Aによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院は県内に 10 施設で、人口 10 万人あたり 0.54 と全国平均の 0.58 をやや下回っています。なお、平成 24（2012）年 7 月の三重県調査によると、県内の実施可能病院は 13 施設に増加しています。
- NDBによると、平成 22（2010）年 10 月～平成 23（2011）年 3 月の 6 か月間におけるくも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術（再出血の防止のため、専用のクリップを用いて脳動脈瘤の根元を挟み、出血を防ぐ方法）の実施件数は県内で 85 件あり、人口 10 万人あたり 4.6 件と、全国平均 5.0 件をやや下回っています。また、くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術（カテーテル*を脳血管内へ誘導し、脳動脈瘤内にコイルを詰めて閉塞させる治療方法）の実施件数は県内で 33 件あり、人口 10 万人あたり 1.8 件と、全国平均 1.4 件を上回っています。

図表 5-2-12 急性期の治療に関する医療の提供状況

（単位：か所、件／半年）

保健医療圏	t P Aが実施可能な病院数 ¹	人口 10 万人あたり病院数	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術実施件数 ²	人口 10 万人あたり実施件数	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術実施件数 ²	人口 10 万人あたり実施件数
全 国	736	0.6	6,361	5.0	1,812	1.4
三重県	10	0.5	85	4.6	33	1.8
北勢保健医療圏	5	0.6	36	4.4	20	2.4
中勢伊賀保健医療圏	2	0.4	18	3.9	12	2.6
南勢志摩保健医療圏	3	0.6	31	6.4	0	0.0
東紀州保健医療圏	0	0.0	0	0.0	0	0.0

¹ 出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況に関する集計結果」

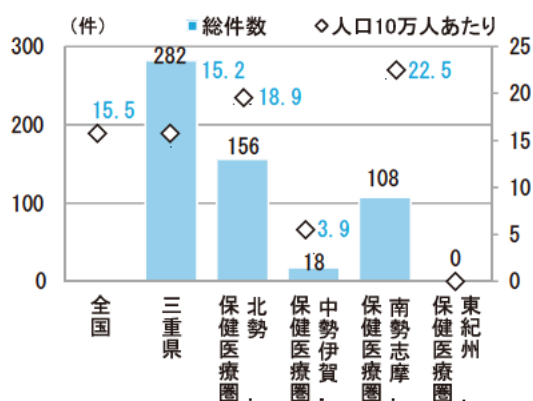
² 出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

- NDBによると、地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数は、北勢保健医療圏と南勢志摩保健医療圏で全国平均より多く、中勢伊賀保健医療圏と東

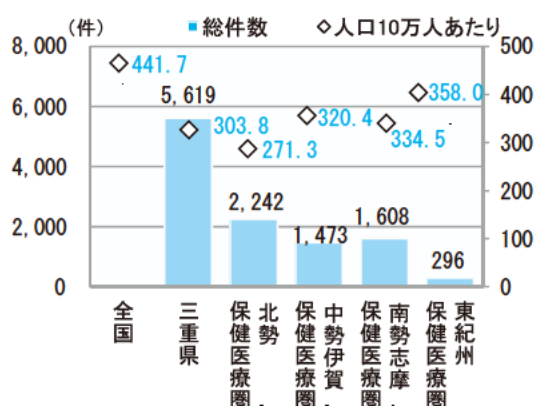
紀州保健医療圏では作成の取組が進んでいません。

- 急性期リハビリテーションは廃用症候群（長期の安静状態により引き起こされる筋力低下等の機能低下症状が寝たきりの原因となる）や合併症の予防と早期自立を目的として、可能ならば発症当日からベッドサイドで開始します。
- 早期リハビリテーション実施件数は県内で5,619件あり、人口10万人あたり303.8件と全国平均441.7件を下回っています。

図表 5-2-13 地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数



図表 5-2-14 早期リハビリテーション実施件数

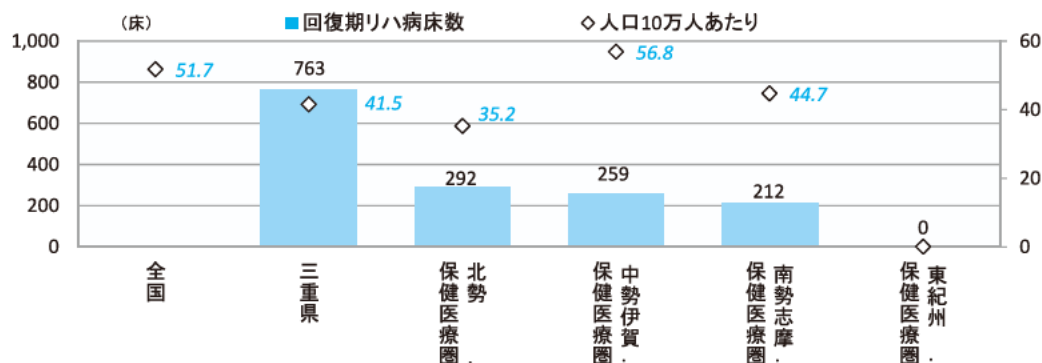


出典：いずれも厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

⑤ 回復期の治療

- 急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、無症候性病変、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する治療が行われます。
- 回復期リハビリテーションは機能回復や日常動作の向上を目的として、訓練室での訓練が可能となった時期から集中して行います。
- 本県の人口10万人あたりの回復期リハビリテーションの病床数は、41.5床と、全国平均の51.7床を下回っています。特に、東紀州保健医療圏においては、回復期リハビリテーション病床がありません。

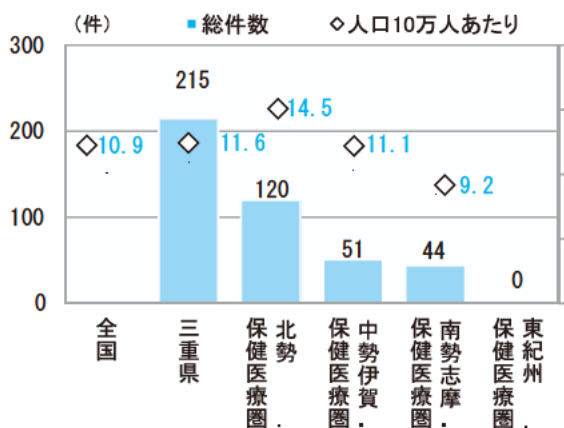
図表 5-2-15 回復期リハビリテーション病床数



出典：回復期リハビリテーション病棟協会調査（平成24年末時点）、三重県調査（平成24年）

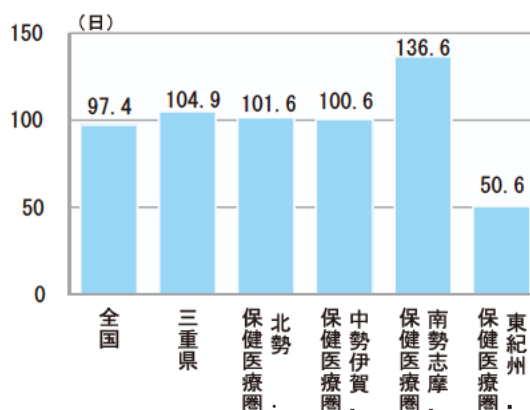
- 地域の医療機関で共通使用する地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数は、北勢保健医療圏と中勢伊賀保健医療圏で全国平均より多くなっています。
- 県内の脳血管疾患患者の平均在院日数は 104.9 日と、全国平均 97.4 日と比べて長くなっています。

図表 5-2-16 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数



出典：厚生労働省「NDB」
(平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月)

図表 5-2-17 脳血管疾患退院患者平均在院日数



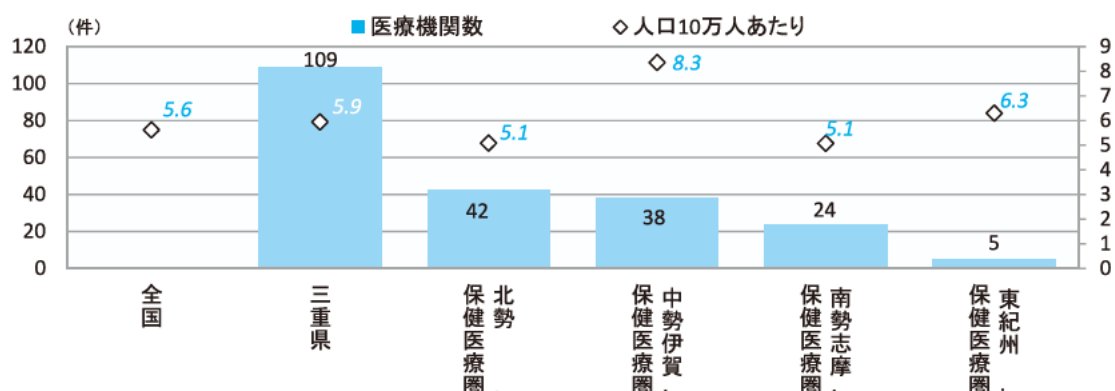
出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

- なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害を生じた患者の一部は、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となり、当該医療機関にとどまっているケースがあります。この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と急性期の医療機関との連携強化等、総合的かつ切れ目のない対応が求められます。

⑥ 在宅医療、医療連携

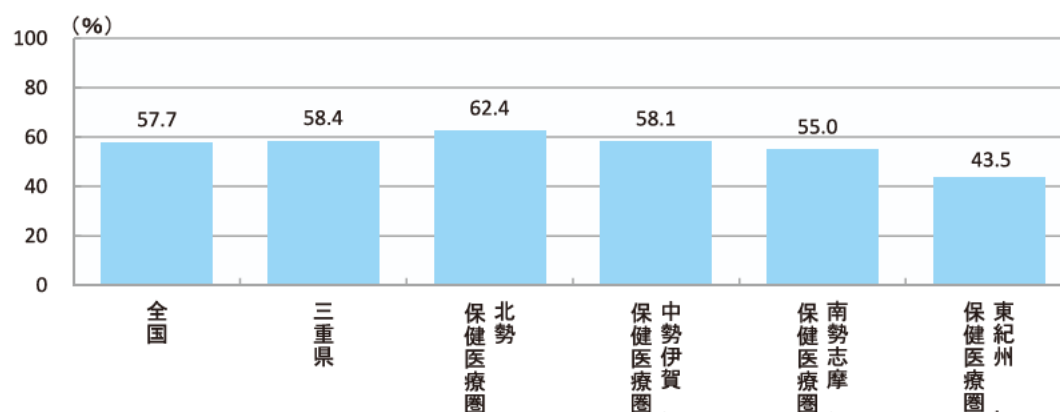
- 在宅療養では、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、再発に備えて患者の周囲にいる人が対応策を学んでおくことが大切です。
- 脳血管疾患等のリハビリテーションが可能な医療機関は県内に 109 施設あり、人口 10 万人あたりで全国平均をやや上回っています。
- 脳血管疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 58.4%で、全国平均の 57.7%をやや上回る成果を得ていますが、東紀州保健医療圏では 43.5%と低くなっています。

図表 5-2-18 脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数
(脳血管疾患等リハビリテーション料算定医療機関数合計)



出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

図表 5-2-19 脳血管疾患の在宅等生活の場への復帰割合



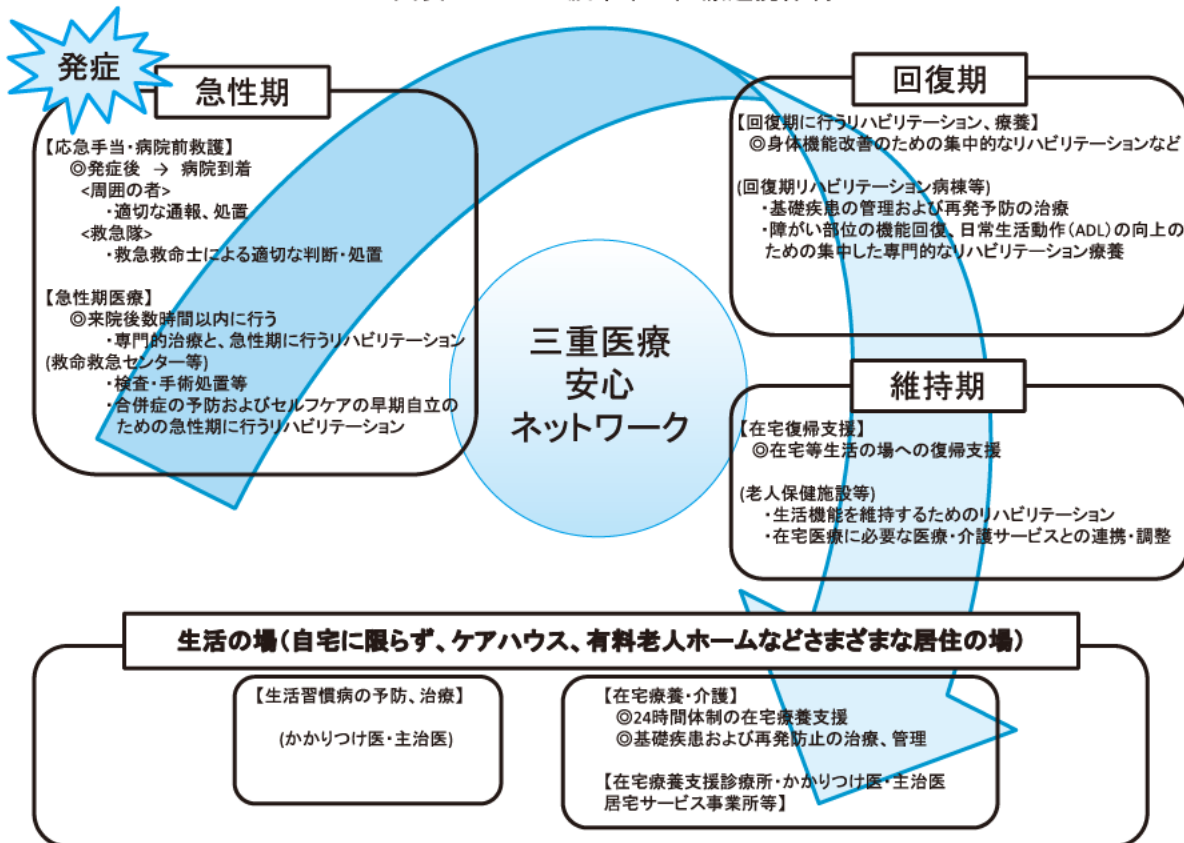
出典：厚生労働省「医政局指導課による平成20年患者調査特別集計」

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 病院前救護を含む急性期、回復期の医療機関の連携に加えて、維持期を担う療養病床、老人保健施設、また、在宅ケアを担う、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、ケアマネジャー*等が連携し、切れ目なくケアが提供できる医療連携体制を構築していく必要があります。

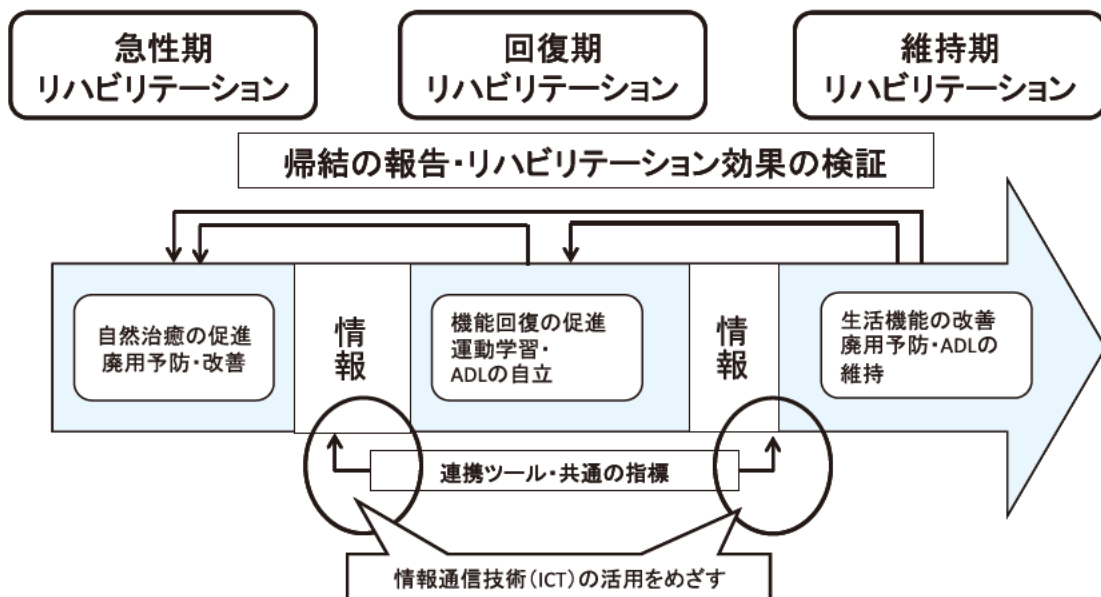
図表 5-2-20 脳卒中の医療連携体制



○ それぞれの地域において、脳卒中地域連携を推進するためには急性期医療、回復期リハビリテーション、維持期リハビリテーションおよび在宅でのケアを担う各機関が、連携ツールや共通の指標、リハビリテーション実施計画書などを明確にした地域連携クリティカルパスを構築していく必要があります。

図表 5-2-21 脳卒中の地域連携クリティカルパス

地域連携クリティカルパス(リハビリテーションの立場から)



出典：脳卒中医療連携研究会資料をもとに作成

(2) 連携体制の現状

- 脳卒中医療連携システムの構築に向けて、北勢地域、中南勢地域の脳神経外科医、神経内科医、リハビリテーション専門医等が参加した地域脳卒中医療連携研究会が設立され、それぞれの地域における急性期・回復期の脳卒中医療の連携の仕組みが構築されつつあります。
- 県全域を対象にした脳卒中医療福祉連携懇話会において、地域連携クリティカルパスの構築に向けた取組や、先進地の事例を学ぶ研修会が開催されています。
- 本県の脳卒中医療連携圏域は、脳卒中に関する治療や医療資源の状況等から、桑名・員弁、四日市、鈴鹿・亀山、津、伊賀・名張、松阪、伊勢志摩、紀北、紀南の9つを設定することが適切と考えます。

図表 5-2-22 脳卒中医療連携圏域ごとの医療資源と連携体制等の現状

圏域	医療資源と連携体制等の現状
桑名・員弁地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ S C Uを備えた病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院があり、老人保健施設、訪問看護ステーションも一定程度整備されています。
四日市地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救命救急センターの機能を有する急性期病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されています。 ・ 在宅医療の連携の仕組みが構築されつつあります。
鈴鹿・亀山地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されています。
津地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救命救急センターの機能を有する急性期病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されていますが、二次救急医療体制の充実が課題となっています。 ・ 神経内科、脳神経外科の医師が比較的多く確保されています。 ・ 脳卒中に関する在宅医療に向けた機能連携検討会が開催され、地域における回復期の在宅医療等の連携の仕組みが構築されつつあります。
伊賀・名張地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での二次救急医療体制が構築されていますが、神経内科、脳神経外科医師の確保が必要です。 ・ 地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組が必要です。 ・ 津地域や鈴鹿・亀山地域の急性期病院と連携した急性期対応も必要です。
松阪地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ S C Uを備えた病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院があり、回復期リハビリテーション病床を有する病院も一定程度整備されています。
伊勢志摩地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救命救急センターの機能を有する急性期病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されています。
紀北地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の急性期医療を担う病院において脳神経外科、神経内科医師の確保が課題となっています。 ・ 地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組が必要です。 ・ 松阪地域等の急性期病院との連携を図る必要があります。
紀南地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の急性期医療を担う病院に脳神経外科、神経内科医師の確保が課題となっています。 ・ 地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組が必要です。 ・ 脳卒中が疑われた急患患者についてC T等により撮影した画像を、医療情報ネットワークにより、和歌山県新宮市の二次救急病院へ送信し、診断および治療は新宮市内の病院で、回復期・維持期の治療は東紀州の二次救急病院で実施するといった、隣県との脳卒中医療体制が構築されつつあります。 ・ 東紀州地域の回復期リハビリテーションを有する病床がないことから、その整備を進めています。

(3) 各医療機能を担う医療機関

医療機能	脳卒中医療連携圏域	受入れ可能範囲			設 設 S C U ま た は 準 じ る 専 門 病 棟 等 を 設 定 し て い る 施 設	脳 卒 中 ケ ア ユ ニ ッ ト 入 院 医 療 管 理 料 の 届 出 を 行 っ て い る 施 設	t ・ P A を 用 い た 軽 静 脈 的 血 栓 溶 解 療 法 を 実 施 し て い る 施 設	脳 外 科 手 術 を 実 施 し て い る 施 設	脳 血 管 内 手 術 を 実 施 し て い る 施 設	急 性 期 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン を 実 施 し て い る 施 設	回 復 期 患 者 の 外 来 で の 受 入 が 可 能 で あ る 施 設	回 復 期 患 者 の 入 院 で の 受 入 が 可 能 で あ る 施 設	回 復 期 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン を 実 施 し て い る 病 床 を 有 し て い る 施 設	維 持 期 患 者 の 外 来 で の 受 入 が 可 能 で あ る 施 設	維 持 期 患 者 の 入 院 で の 受 入 が 可 能 で あ る 施 設	地 域 連 携 ク リ テ ィ カ ル パ ス を 導 入 し て い る 施 設
		急性期	回復期	維持期												
北勢	桑名・員弁	4	8	10	1	1	3	2	2	7	9	9	3	10	10	4
	四日市	2	6	5	2	0	2	2	2	4	5	6	4	4	3	7
	鈴鹿・亀山	2	4	4	2	0	2	2	2	4	5	4	1	5	3	3
中勢 伊賀	津	5	10	10	1	0	2	2	2	5	7	6	4	12	12	7
	伊賀・名張	2	1	1	1	0	1	2	2	2	1	1	1	2	1	0
南勢 志摩	松阪	2	5	8	2	1	2	2	2	3	5	5	2	7	8	5
	伊勢志摩	2	4	4	2	0	1	1	1	2	4	3	2	5	5	5
東紀州	紀北	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	紀南	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0
総計		20	40	43	11	2	13	14	13	28	38	36	17	46	43	31

出典：三重県調査（平成24年）

3. 課題

(1) 予防体制

- 脳卒中による年齢調整死亡率は、減少傾向にありますが、全国と比較すると女性は高い水準にあります。
- 重症化を防ぐために、生活習慣病対策の推進が重要です。高血圧症や脂質異常症などを早期に発見し、脳卒中の発症を予防するため、特定健康診査の未受診者に対して個別の受診勧奨を行う、休日に健康診査を実施するなど、受診率向上を図る取組が必要です。

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

- 脳卒中の治療にあたる神経内科・脳神経外科医師の確保が必要であり、特に伊賀サブ保健医療圏や東紀州保健医療圏において不足しています。
- 救急搬送時間は、全国平均とほぼ同水準ですが、救急搬送時の現場滞在時間や病院引継ぎまでの時間において、保健医療圏で差が見られます。
- 発症後、速やかな救命処置の実施と、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送体制が望まれます。

② 急性期の治療

- 東紀州保健医療圏では、t P Aによる脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関が不足しており、ドクターヘリの活用や、隣県の医療機関とも連携した脳卒中医療連携体制の充実が必要です。
- 地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数は、東紀州保健医療圏と中勢伊賀保健医療圏で少ない状況であり、急性期の地域連携クリティカルパスの作成に向けた取組が必要です。
- 脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数は、全国平均より多くなっていますが、早期リハビリテーション実施件数が全国平均を下回っており、早期リハビリテーション実施への体制整備が必要です。

③ 回復期の治療

- 東紀州保健医療圏における回復期リハビリテーションを実施できる病床がないため、回復期リハビリテーション体制を整備していく必要があります。
- 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成件数は、東紀州保健医療圏と南勢志摩保健医療圏で少ない状況であり、回復期の地域連携クリティカルパスの作成に向けた取組が必要です。

④ 在宅医療、医療連携

- 東紀州保健医療圏では、脳卒中医療連携の仕組みを構築し、早期の在宅復帰を推進していく必要があります。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 多くの県民が、脳卒中予防のための正しい知識を持つとともに、バランスのとれた食生活と適度な運動等により、高血圧症等の生活習慣病の予防や、その改善に取り組んでいます。
- また、脳卒中の発症後の速やかな搬送と、専門的な診療が可能となるよう、二次、三次の救急医療体制が整備されるとともに、脳卒中に関する専門的な診療を行う医療機関が整備されています。
- さらに、急性期から回復期、そして維持期の全ての病期において、切れ目なく適切なリハビリテーション医療が行われており、入院患者が地域に帰っても、かかりつけ医等による継続的な在宅医療等が受けられています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
脳血管疾患による年齢調整死亡率 【人口動態調査】	脳血管疾患の年齢調整死亡率を国の「健康日本 21*（第2次）」に準じて減少させることを目標とします。	目 標 男性 42.2 以下 女性 26.5 以下
		現 状(H23) 男性 45.4 女性 27.4
特定健康診査受診率 【特定健康診査】	特定健康診査の受診率を国の「健康日本 21（第2次）」に準じて向上させることを目標とします。	目 標 70%以上
		現 状(H22) 44.0%
脳卒中地域連携クリティカルパス導入実施割合 【地域連携診療計画管理料】	脳卒中地域連携クリティカルパスを計画作成し、実施している割合が 40%以上に増加することを目標とします。	目 標 40%以上
		現 状(H24) 17.2%
脳梗塞に対する t-P A による脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関数 【診療報酬施設基準】	脳梗塞に対する t-P A による脳血栓溶解療法が、二次保健医療圏ごとに 1 施設増加することを目標とします。	目 標 17 施設
		現 状(H24) 13 施設
人口 10 万人あたりの回復期リハビリテーションを実施できる病床数 【診療報酬施設基準】	人口 10 万人あたりの回復期リハビリテーションを実施できる病床数が増加することを目標とします。	目 標 50 床
		現 状(H24) 41.5 床

(2) 取組方向

取組方向 1：発症予防対策の充実

取組方向 2：迅速な対応が可能な急性期の医療体制の構築

取組方向 3：地域における脳卒中医療の急性期、回復期、維持期および在宅での地域ケア体制の整備

取組方向 4：地域ケア体制を推進する連携システムの充実

(3) 取組内容

取組方向 1：発症予防対策の充実

- 「三重の健康づくり基本計画」の普及啓発等により、脳卒中予防について県民への正しい知識の浸透を図るとともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙等の生活習

慣病の予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、市町、県、関係機関)

- 脳卒中の発症につながる高血圧のコントロールと内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム*)の予防に向け、健康診断等の受診率の向上を図るとともに、県民への保健指導を充実します。(県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 脳卒中発症の危険因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈等の管理を進めるため、かかりつけ医の定着を促進します。(医療機関、医師会、市町、県)
- かかりつけ医の役割の重要性について啓発するとともに、かかりつけ医と地域の基幹病院の病診連携を強化します。(医療機関、医師会、市町、県)

取組方向2：迅速な対応が可能な急性期の医療体制の構築

- 医療機関の協力を得て、本人、家族等への脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識、家族等発見者による速やかな救急搬送要請についての必要性の周知に努めます。(県民、医療機関、医師会、消防機関、市町、県)
- 脳梗塞発症後、速やかにt P A投与が常時可能な医療機関への搬送が行われるよう、脳卒中医療提供体制についての消防機関と医療機関における情報共有・連携強化に努めます。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、脳卒中による救急搬送事例の事後検証を行います。(医療機関、消防機関、市町、県)

取組方向3：地域における脳卒中医療の急性期、回復期、維持期および在宅での地域ケア体制の整備

- 東紀州保健医療圏で不足している回復期リハビリテーションの整備を進めていきます。(医療機関、市町、県)
- 東紀州保健医療圏については、神経内科医、リハビリテーション専門医が不足していることから、圏域内の中核病院の診療体制の充実を図るとともに、ドクターヘリの活用や、隣県の医療機関とも連携した脳卒中医療連携体制の充実に努めます。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 在宅療養患者に対する支援を進めるため、入院医療機関と在宅医療に係る機関の情報共有や連携を図り、切れ目のない継続的な医療提供体制を確保するとともに、患者からの連絡を24時間体制で受け、往診*や訪問看護等を行う在宅療養支援診療所等の設置を促進します。(医療機関、市町、県)
- 急性期病院において、退院支援に関わる医療従事者およびケアマネジャーなどに対して、在宅医療についての研修を行います。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 回復期・維持期における摂食・嚥下等の口腔機能の回復、誤嚥性肺炎等の予防のための口腔ケアの推進に取り組みます。(医療機関、歯科医師会、県)

取組方向4：地域ケア体制を推進する連携システムの充実

- 各脳卒中医療連携圏域で、急性期・回復期・維持期の各期に対応したリハビリテーション機能をコーディネートする体制の構築に努めます。(医療機関、地域包括支援センター、介護施設、市町、県)

- 脳卒中患者が回復期病棟を退院後、安定した地域生活を送れるよう、かかりつけ医や介護保険サービス事業者（ケアマネジャー、訪問看護・訪問介護事業者、リハビリテーション事業者等）との情報交換を促進します。（医療機関、介護施設、市町、県）
- 各脳卒中医療連携圏域で脳卒中地域連携クリティカルパスが構築されるよう、情報通信技術（ICT）の活用も含め、関係機関が連携して取り組みます。（医療機関、介護施設、医師会、市町、県、関係機関）
- 三重県脳卒中医療福祉連携懇話会において、地域における脳卒中医療福祉連携のシステムづくりのための情報交換、人材育成、研究等を行います。（医療機関、介護施設、医療関係団体、県、関係機関）

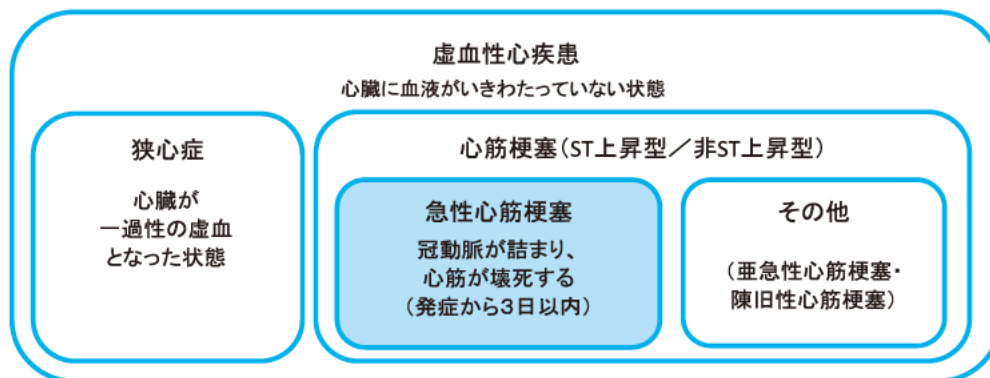
第3節 急性心筋梗塞対策

1. 急性心筋梗塞における医療の現状

(1) 急性心筋梗塞の疫学

- 急性心筋梗塞とは、心臓に十分に血液がいきわたっていない「虚血性心疾患」のひとつで、心臓に酸素と栄養を送る血管である冠動脈に血栓が詰まって心臓の筋肉に血液が流れなくなり、その細胞が壊死してしまう状態です。
- 心筋梗塞は、心電図上の所見によりST上昇型心筋梗塞*と非ST上昇型心筋梗塞*に大別されます。

図表 5-3-1 急性心筋梗塞の概念図



- 本県における心疾患を原因とする死亡数は年間 2,841 人であり、死因別の割合としてはがんに次いで第2位となっています。また心疾患のうち急性心筋梗塞による死亡数は 799 人で、心疾患による死亡割合の 28.1%を占めています¹。
- 本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたりの年齢構成を調整した死亡率）は男性 24.0（全国 20.3）、女性 10.5（全国 8.3）であり、全国より高い水準となっています²。

図表 5-3-2 心疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

	区分	心疾患	
			急性心筋梗塞
男	全国 ¹	73.9	20.3
	三重県 ²	72.1	24.0
女	全国 ¹	39.5	8.3
	三重県 ²	37.0	10.5

¹ 出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

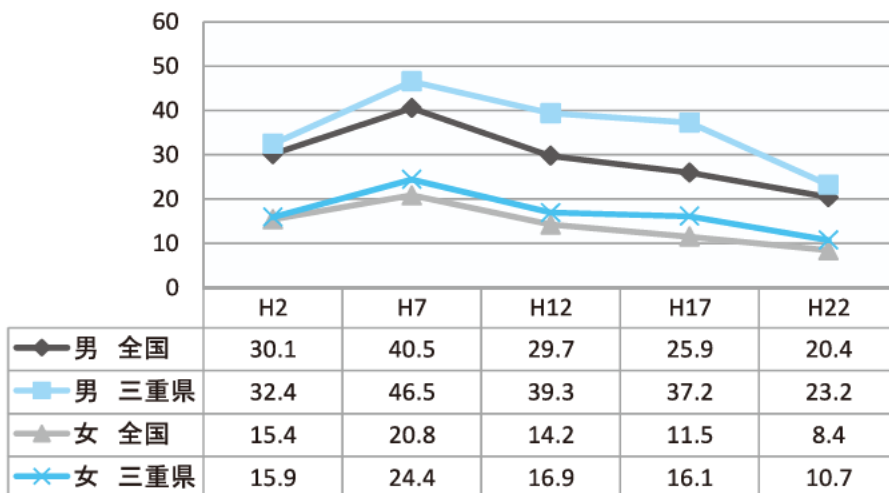
² 出典：三重県「平成23年 人口動態調査（三重県による特別集計）」

¹ 出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」

² 出典：厚生労働省「平成 22 年 都道府県別年齢調整死亡率」

- 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、平成7（2005）年から男女ともに経年的に低下していますが、男女ともに全国の水準をやや上回って推移しています。

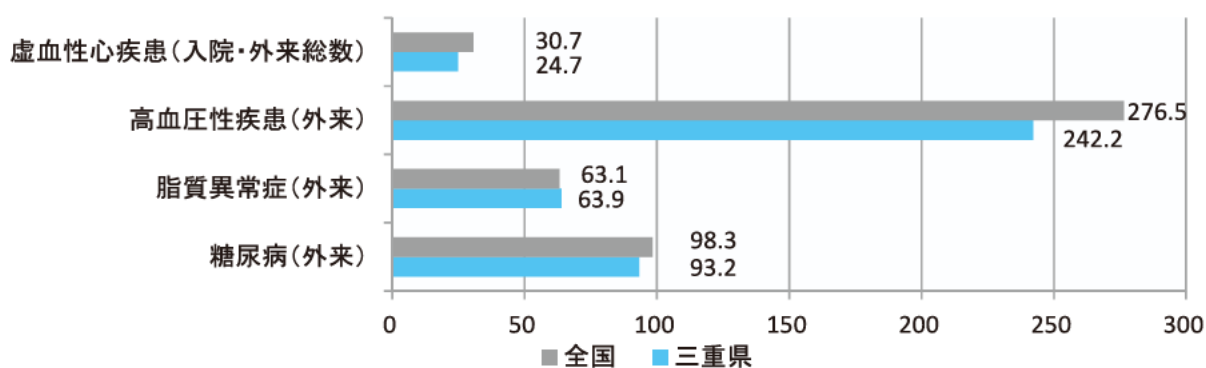
図表 5-3-3 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



出典：厚生労働省「平成 22 年 都道府県別年齢調整死亡率」

- 平成 23（2011）年 10 月の調査日に、県内の医療機関で受療した急性心筋梗塞の患者数は 0.1 千人（全国 7.5 千人）と推計されています³。
- 本県の人口 10 万人あたりの虚血性心疾患の年齢調整受療率は 24.7 と、全国平均の 30.7 に対して低い水準です。しかし、脂質異常症患者の年齢調整受療率は、全国平均と比較してやや高い傾向にあります。

図表 5-3-4 心疾患に関連する疾患の年齢調整受療率(人口 10 万人あたり)



出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

(2) 急性心筋梗塞の予防

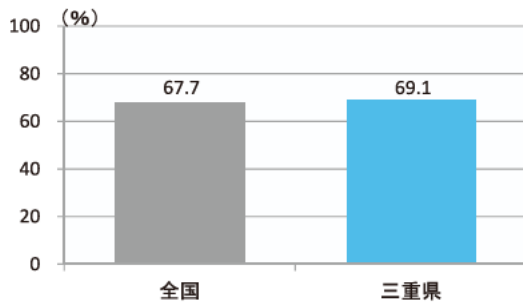
- 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病に基づくものや喫煙、肥満、ストレス等があり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 本県の健康診断・健康診査の受診率は 69.1%で、全国の 67.6%と比較して高い傾向にあ

³ 出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

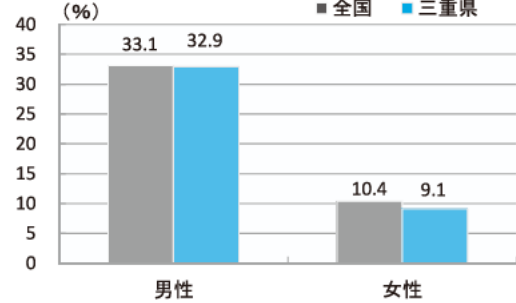
ります。

- 本県における平成 22（2010）年度の特定健康診査の受診率は、44.0%となっています⁴。
- 本県の喫煙率は、男性は 32.9%と全国平均並みであり、女性は 9.1%と全国平均より 1.3ポイント低い水準です。三重の健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」における平成 22（2010）年の目標値は男性 36.5%、女性 9.0%であり、ほぼ目標値に収まっています。

図表 5-3-5 健康診断・健康診査の受診率



図表 5-3-6 全国と三重県の男女別喫煙率



出典：いずれも厚生労働省「平成 22 年 国民生活基礎調査」

- 禁煙外来を行っている県内の医療機関は、診療所が 148 施設、病院が 15 施設あります。

図表 5-3-7 禁煙外来を行っている診療所数および病院数

(単位：か所)

保健医療圏	診療所数	人口 10 万人あたり診療所数	病院数	人口 10 万人あたり病院数
全国	8,536	6.7	1,688	1.3
三重県	148	8.0	15	0.8
北勢保健医療圏	55	6.7	7	0.9
中勢伊賀保健医療圏	38	8.2	4	0.9
南勢志摩保健医療圏	47	9.7	4	0.8
東紀州保健医療圏	8	9.4	0	0.0

出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査（個票解析）」

(3) 急性心筋梗塞の医療

① 急性心筋梗塞の受療動向

- NDBによると、本県の平成 22（2010）年 10 月～平成 23（2011）年 3 月の 6 か月間における急性心筋梗塞の入院レセプト件数は、610 件ありました。このうち、11 件は県外医療機関で治療を受けています。
- 急性心筋梗塞の入院患者の県平均流出率は、1.8%ですが、中勢伊賀保健医療圏は 7.3%と県外への流出率が高くなっています。一方、各保健医療圏への流入はありませんでした。
- 急性心筋梗塞の外来患者のレセプト件数は 5,964 件ありました。このうち 74 件は県外医療機関で治療を受けており、県平均流出率は 3.0%です。特に東紀州保健医療圏の流出率が 13.4%と高くなっています。

⁴ 出典：三重県国民健康保険団体連合会「平成 23 年度 特定健診・特定保健指導に関する実施状況等アンケート調査報告書」

図表 5-3-8 保健医療圏別 急性心筋梗塞 入院患者の流出・流入状況

(単位：件/半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	610	260	140	186	13	11	1.8%
北勢保健医療圏	260	260	0	0	0	0	0.0%
中勢伊賀保健医療圏	151	0	140	0	0	11	7.3%
南勢志摩保健医療圏	186	0	0	186	0	0	0.0%
東紀州保健医療圏	13	0	0	0	13	0	0.0%
県外	0	0	0	0	0	—	—
流入率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	—	—

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

図表 5-3-9 保健医療圏別 急性心筋梗塞 外来患者の流出・流入状況

(単位：件/半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	5,964	2,914	996	1,773	207	74	3.0%
北勢保健医療圏	2,901	2,841	18	0	0	42	2.1%
中勢伊賀保健医療圏	1,050	46	966	38	0	0	8.0%
南勢志摩保健医療圏	1,735	0	0	1,735	0	0	0.0%
東紀州保健医療圏	239	0	0	0	207	32	13.4%
県外	39	27	12	0	0	—	—
流入率	2.4%	2.5%	3.0%	2.1%	0.0%	—	—

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

② 医療提供体制

- 本県の救命救急センター数は、平成24（2012）年4月現在、4か所です。
- 本県において、心疾患の専門医である循環器内科医師数は120人、心臓血管外科医師数は33人です。人口10万人あたりの医師数では、中勢伊賀保健医療圏は全国平均を上回っていますが、他の保健医療圏では低い水準となっています。

図表 5-3-10 循環器内科・心臓血管外科医師数

(単位：人)

保健医療圏	循環器内科 医師数	人口10万人 あたり医師数	心臓血管 外科医師数	人口10万人 あたり医師数
全国	10,829	8.5	2,812	2.2
三重県	120	6.5	33	1.8
北勢保健医療圏	50	6.0	8	1.0
中勢伊賀保健医療圏	40	8.7	16	3.5
南勢志摩保健医療圏	30	6.2	9	1.9
東紀州保健医療圏	0	0.0	0	0.0

出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 急性心筋梗塞等の重篤な患者を集中治療する冠状動脈疾患集中治療室（Coronary Care Unit。以下「CCU*」という。）を設置する病院は県内に14施設あり、人口10万人あたりの施設設置数は各保健医療圏ともに全国を上回っています。
- CCU設置病院における専用病床は50床あり、人口10万人あたりの病床数も各保健医療圏ともに全国を大きく上回っています。

図表 5-3-11 CCUを有する病院数と病床数

(単位：か所、床)

保健医療圏	施設数	人口10万人あたり施設数	病床数	人口10万人あたり病床数
全 国	350	0.3	1,772	1.4
三重県	14	0.8	50	2.7
北勢保健医療圏	4	0.5	20	2.4
中勢伊賀保健医療圏	3	0.7	8	1.7
南勢志摩保健医療圏	6	1.3	19	4.0
東紀州保健医療圏	1	1.2	3	3.7

出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

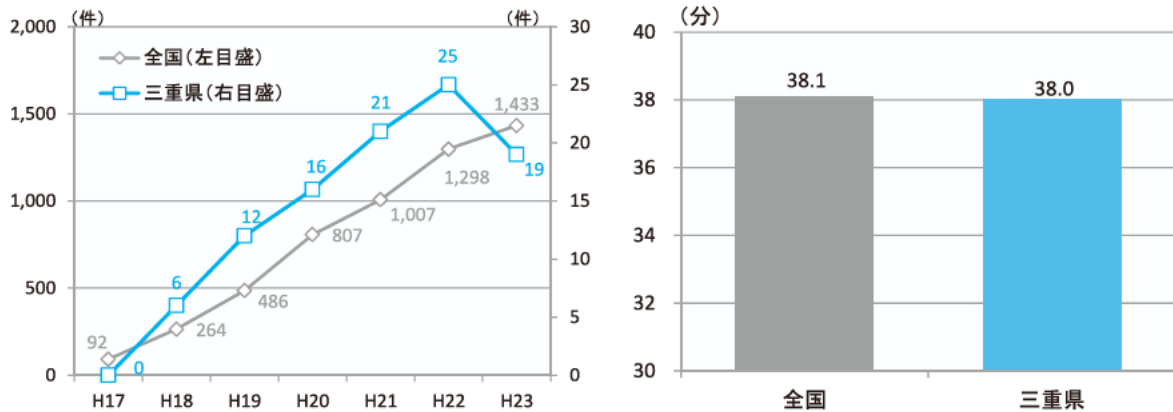
③ 発症後の救護・搬送等

- 前胸骨部から左前胸部にかけて激しい胸痛を生じる等の急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は速やかに救急要請を行います。
- また、急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施やAED*（自動体外式除細動器）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要です。
- AEDは、全国に約33万台普及しており、住民による心肺機能停止傷病者への応急手当実施率は約43%となっています。
- 県内のAEDの公共施設における設置台数は1,413台⁵で、県民により除細動が実施された件数は年々増加していましたが、平成23（2011）年は減少しました⁶。
- 平成23（2011）年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は38.0分で、全国平均の38.1分とほぼ同水準です。

⁵ 出典：三重県調査（平成21年度）

⁶ 出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

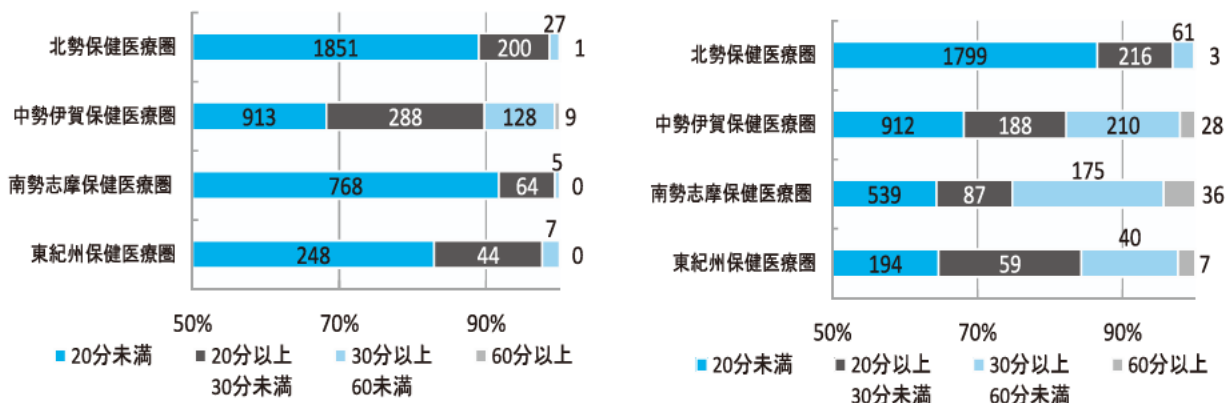
図表 5-3-12 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち住民により除細動が実施された件数(左グラフ)
救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間(右グラフ)



出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

- 県内において、平成 23 (2011) 年の救急蘇生法講習 (普通・上級講習) の受講者数は、人口 1 万人あたり 121 人であり、全国平均の 111 人を上回っています。
- 保健医療圏別に心疾患患者の救急搬送状況を見ると、現場到着から現場出発時間 (現場滞在時間) が 20 分以上かかっている件数割合が中勢伊賀保健医療圏において高くなっています。また現場出発から病院引継ぎまでの時間については、南勢志摩保健医療圏において 30 分以上かかっている件数の割合が高くなっています。これは鳥羽市消防本部や紀勢地区広域消防組合消防本部管内において管外への搬送件数割合が高くなっているためと考えられます。

図表 5-3-13 心疾患患者の救急搬送時間別件数割合
現場滞在時間(左グラフ)、現場出発から病院引継ぎまでの時間(右グラフ)



出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

図表 5-3-14 心疾患の救急搬送件数

(単位：件、%)

消防本部		全搬送件数	管外への搬送件数	管外搬送割合
北勢 保健医療圏	桑名消防本部	480	73	15
	四日市市消防本部	956	64	7
	菰野町消防本部	73	43	59
	鈴鹿市消防本部	423	47	11
	亀山市消防本部	147	77	52
中勢伊賀 保健医療圏	津市消防本部	745	17	2
	伊賀市消防本部	328	158	48
	名張市消防本部	265	114	43
南勢志摩 保健医療圏	松阪地区広域消防組合	—	—	—
	伊勢市消防本部	458	4	1
	鳥羽市消防本部	82	81	99
	志摩広域消防組合消防本部	204	92	45
	紀勢地区広域消防組合消防本部	93	69	74
東紀州 保健医療圏	三重紀北消防組合消防本部	157	0	0
	熊野市消防本部	142	33	23

※松阪地区広域消防組合については、集計不能のため掲載していません。

出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

④ 診断

- 問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、X線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行って診断します。

⑤ 急性期の治療

- 急性心筋梗塞の治療においては、発症後速やかに専門的治療が実施できる体制整備が重要であり、急性心筋梗塞の患者が医療機関到着後 30 分以内に治療が開始できる体制が必要です。
- S T 上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査およびそれに続く経皮的冠動脈形成術（Percutaneous Coronary Intervention。以下「P C I*」という。）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体です。特に発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高く、発症後 1 時間以内に治療を開始した場合に最も死亡率が低くなります。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（Coronary Artery Bypass Graft。以下「C A B G*」という。）等の外科的治療が第一選択となることもあります。非 S T 上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物治療に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、結果により P C I、C A B G を行います。
- 急性心筋梗塞等の患者に対してバルーン（風船）のついた大動脈内カテーテルを用いて心臓の動きを助ける大動脈バルーンポンピング法（I A B P*）が実施可能な病院が県内に 25 施設あります。

図表 5-3-15 大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数
(単位：か所)

保健医療圏	病院数	人口 10 万人 あたり病院数
全 国	1,641	1.3
三重県	25	1.4
北勢保健医療圏	11	1.3
中勢伊賀保健医療圏	7	1.5
南勢志摩保健医療圏	6	1.3
東紀州保健医療圏	1	1.2

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況（平成 24 年 1 月）」

- NDBによると、本県の平成 22（2010）年 10 月～平成 23（2011）年 3 月の 6 か月間における急性心筋梗塞に対するカテーテルを用いた経皮的冠動脈形成手術件数は 525 件、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数は 141 件実施されています。
- 急性心筋梗塞に対する P C I は、各保健医療圏で実施されていますが、人口 10 万人あたりでは南勢志摩保健医療圏や中勢伊賀保健医療圏で多く実施されています。虚血性心疾患に対する人口 10 万人あたりの心臓血管外科手術は、南勢志摩保健医療圏で多く実施され、東紀州保健医療圏では実施されていません。

図表 5-3-16 手術件数

(単位：件／半年)

保健医療圏	急性心筋梗塞に対する 経皮的冠動脈形成手術		虚血性心疾患に対する 心臓血管外科手術	
	件 数	人口 10 万人あたり	件 数	人口 10 万人あたり
全 国	36,483	28.7	8,098	6.4
三重県	525	28.4	141	7.6
北勢保健医療圏	193	23.4	62	7.5
中勢伊賀保健医療圏	148	32.2	23	5
南勢志摩保健医療圏	176	36.6	56	11.6
東紀州保健医療圏			0	0

※東紀州保健医療圏では、レセプト数が10件未満のため非表示「 」となっています。

出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

⑥ 心臓リハビリテ ション

- 心臓リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰および社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法等を実施します。
- 心筋梗塞等の心疾患患者に対するリハビリテーションを実施する施設は県内に 8 施設あります。

図表 5-3-17 心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数

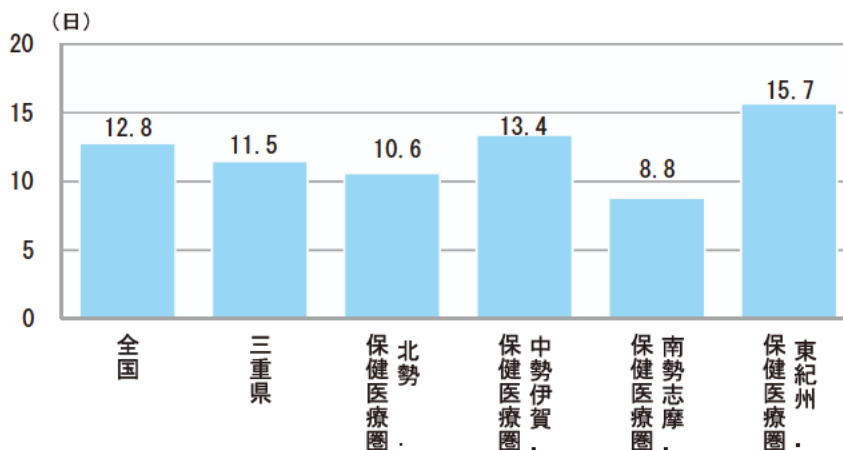
(単位：か所)

保健医療圏	心大血管リハビリテーション料* Iの病院数	人口10万人 あたりの病院数	心大血管リハビリテーション料 IIの病院数	人口10万人 あたりの病院数
全 国	581	0.5	98	0.1
三重県	6	0.3	2	0.1
北勢保健医療圏	1	0.1	0	0.0
中勢伊賀保健医療圏	4	0.9	2	0.4
南勢志摩保健医療圏	1	0.2	0	0.0
東紀州保健医療圏	0	0.0	0	0.0

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況（平成24年1月）」

- 循環器疾患の予防や運動療法、食事療法等の包括的リハビリテーションを実施する専門職として、日本心臓リハビリテーション学会が認定を行う心臓リハビリテーション指導士*は、県内に21人（平成25年1月25日現在）います。
- 本県の虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数は11.5日であり、各保健医療圏で差があります。

図表 5-3-18 虚血性心疾患患者平均在院日数



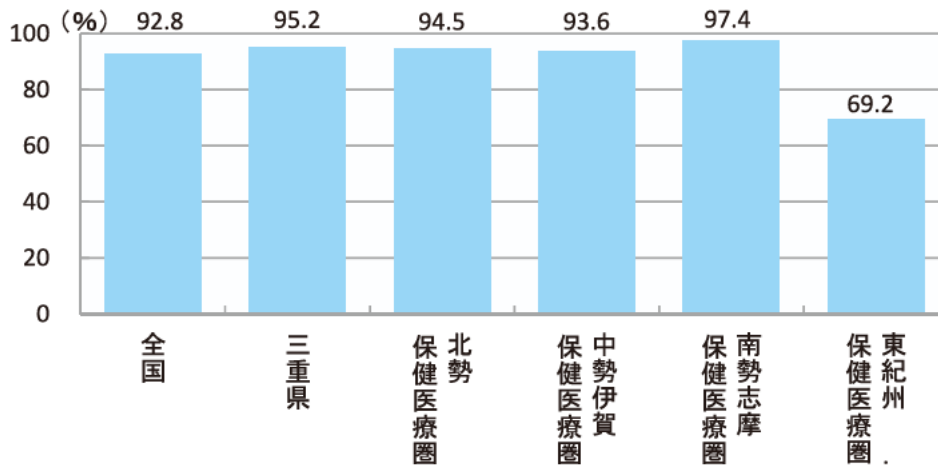
※本県のデータについては、虚血性心疾患の治療とは考えにくい短期および長期入院と思われるデータを除くことにより補正しました。全国データは補正していませんので、参考値となります。

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査（個票解析）」をもとに作成

⑦ 急性期以降の医療

- 急性心筋梗塞発症当日から数週間以内に発症する可能性のある不整脈、ポンプ失調（血液が心臓から出入りしにくい状態）、心破裂（心室の壁をつくっている心筋が裂ける状態）等の合併症予防、再発予防、心臓リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の継続的な管理が行われています。
- 県内の虚血性心疾患退院患者の在宅等への復帰割合は95.2%と、全国平均の92.8%に比べて高くなっています。保健医療圏別に見ると、東紀州保健医療圏は69.2%と低い割合となっています。

図表 5-3-19 虚血性心疾患退院患者の在宅等への復帰割合



出典：厚生労働省「医政局指導課による平成 20 年患者調査の特別集計」

⑧ 保健医療圏別の特徴や取組

- 地域の特徴に応じて、個々の医療機能や、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築することが重要です。
- 保健医療圏別には、次のような特徴や取組があります。

図表 5-3-20 各保健医療圏の特徴および取組

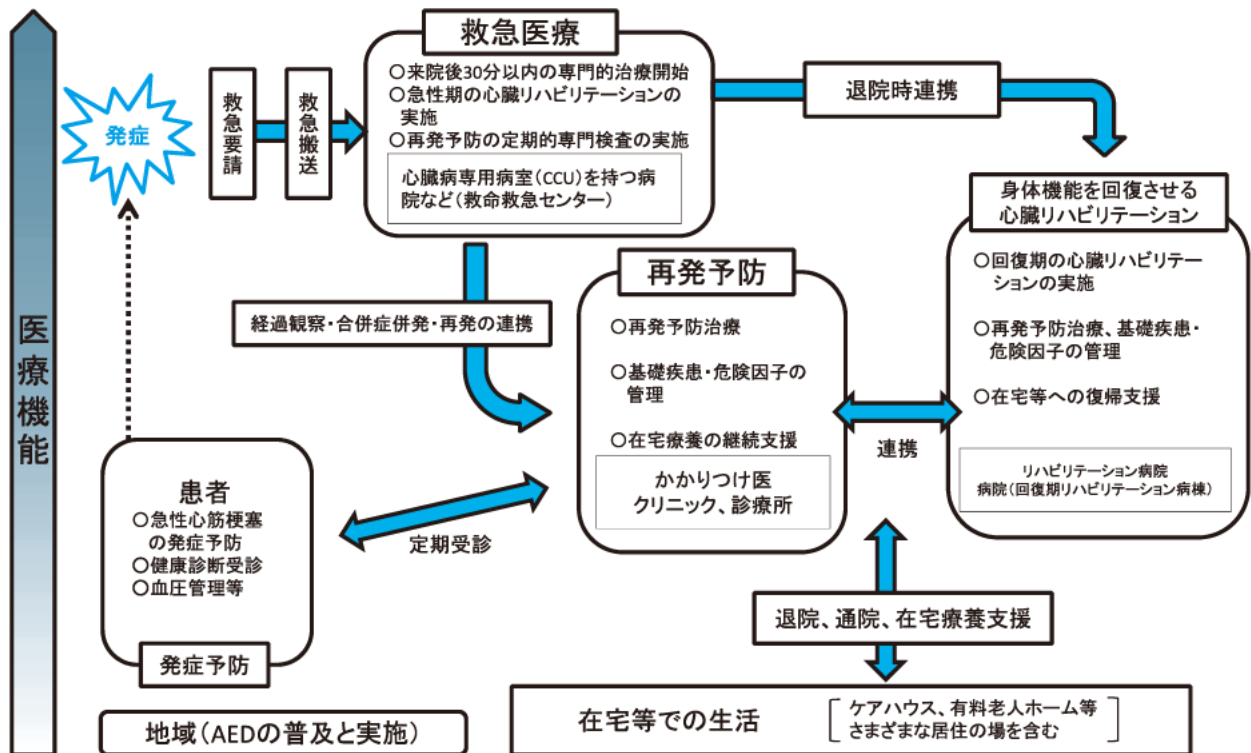
保健医療圏	特徴および取組
北勢保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性心筋梗塞の急性期の治療を行う 3 施設において地域連携クリティカルパスが整備されています。
中勢伊賀保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急車の現場滞在時間が他の保健医療圏よりも長くなっています。 ・ モデル的に救急車に心電図の電送システムを配備し、救急搬送中から、患者の心電図を救急医療機関へ伝送し、読影が可能となる仕組みを構築する予定です。 ・ 他の保健医療圏と比べて、循環器内科や心臓血管外科の医師数が多くなっています。
南勢志摩保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ CCUを有する病院が多く整備され、経皮的冠動脈形成手術件数、心臓血管外科手術の人口 10 万人あたり件数は、他の保健医療圏と比べて多くなっています。他の保健医療圏からの流入患者数も多くなっています。
東紀州保健医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性心筋梗塞の治療について、外来患者の県外への流出が多い傾向にあります。 ・ 循環器内科や心臓血管外科の医師が不足しています。

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 急性心筋梗塞に対する医療については、血压管理から、発症後の救急要請、搬送、救急病院での迅速な専門的治療、急性期における心臓リハビリテーションの実施、回復期の心臓リハビリテーション、在宅での療養、再発予防治療といった一連の流れが、切れ目なく実施されることが重要です。そのためには、かかりつけ医、救急医療機関、回復期のリハビリテーションを担う医療機関等の連携体制を構築する必要があります。

図表 5-3-21 急性心筋梗塞の医療連携体制



出典：厚生労働省提供資料を一部改変

(2) 連携体制の現状

- 三重大学医学部に三重県CCUネットワーク支援センターを設置し、三重県CCU連絡協議会を組織して、急性心筋梗塞の医療提供体制や連携についての情報分析を行い、課題抽出や問題解決の検討を行っています。
- 本県の急性心筋梗塞医療連携圏域は、CCUまたはそれに準ずる専用病棟の配置状況から、二次救急医療を提供する圏域と同じ範囲とすることが適切と考えます。

(3) 各医療機能を担う医療機関

医療機能 保健医療圏	予防	救急・急性期			回復期	再発予防
		メディカルコントロール体制	二次救急医療圏	CCUの専用病棟を有する施設 ¹	心臓リハビリテーションが実施できる施設 ²	
北勢保健医療圏	病院または診療所	桑員地域	北勢地域 桑名地区	1	1	病院または診療所
		四日市地域	北勢地域 四日市地区	1		
		鈴鹿亀山地域	北勢地域 鈴鹿地区	2		
中勢伊賀保健医療圏		津・久居地域	中勢伊賀地域 津地区	2	6	
		伊賀地域	中勢伊賀地域 伊賀地区	1		
南勢志摩保健医療圏		松阪地域	南勢志摩地域 松阪地区	4	1	
		三地域	南勢志摩地域 伊勢地区	2		
			南勢志摩地域 志摩地区	0		
東紀州保健医療圏		尾鷲地区	東紀州地域 尾鷲地区	1	0	
		紀南地域	東紀州地域 熊野地区	0		

¹出典：厚生労働省「平成23年医療施設調査」

²出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」

3. 課題

(1) 予防体制

- 急性心筋梗塞による年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、全国と比較すると高い傾向にあります。特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、重症化を防ぐための生活習慣病対策の推進が必要です。
- 喫煙率は全国と比較して低い傾向にありますが、さらなる低下のための取組を推進する必要があります。
- 本県における急性心筋梗塞の発症状況やリスク要因、治療状況等の疫学情報を把握し、分析する体制を構築する必要があります。

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

- 発症後、バイスタンダー*（患者に一番近い人）による速やかな心肺蘇生法*等の救命処置の実施と、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送体制が望まれます。
- 救急搬送において、全国平均とほぼ同水準の時間で搬送されていますが、心疾患患者の救

急搬送時に受入医療機関を決定するのに時間がかかり、現場での滞在時間が長くなっている地域があり、速やかに受入病院が決定できる体制整備が必要です。

- 消防本部管内に心疾患の専門的な診療が可能な医療機関がない場合は、管外医療機関への搬送が必要であるため、救急搬送時間が長くなっており、搬送時の適切な処置やより迅速な搬送が望まれます。

② 急性期の治療

- 保健医療圏によって手術等の治療実施状況に偏りがあり、医療提供体制において地域間で差があります。各保健医療圏において専門的な治療が受けられる体制整備が必要です。
- 心臓血管外科医師、循環器内科医師等の専門医についても偏在があり、不足している保健医療圏では確保の必要があります。

③ 心臓リハビリテーション

- 合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテーションが可能な体制、ならびに運動耐容能（身体運動負荷に耐えるために必要な呼吸や心血管系の能力に関する機能）等に基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、包括的あるいは多要素リハビリテーションを実施できる施設を増やすことが必要です。
- 急性心筋梗塞に対する医療や心臓リハビリテーションの質を向上させるため、医師や理学療法士、看護師の教育が必要です。

④ 急性期以降の医療

- CCU設置病院と心臓リハビリテーション病院の連携構築が必要です。
- かかりつけ医による合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施、再発予防のための定期的専門的検査の実施等の在宅療養が可能な体制の充実が必要です。
- 救急医療機関や心臓リハビリテーション病院等の基幹病院とかかりつけ医との地域連携クリティカルパス等による連携の強化が必要です。
- 急性心筋梗塞の発症時における細菌性心内膜炎等の術後合併症の予防や、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的な口腔ケアや歯周疾患治療に取り組むことが必要です。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 県民が急性心筋梗塞予防の知識を持つとともに、バランスのとれた食生活や適度な運動の実施、定期的な健康診断の受診により生活習慣病の予防に取り組んでいます。
- 急性心筋梗塞を発症した患者に対して、周囲の人により迅速な救急要請と心肺蘇生法の実施やAEDの使用が行われるとともに、搬送後はCCU等を設置している医療機関において専門的な治療が速やかに行われています。

- 発症後は、早期から心臓リハビリテーションを受け、退院後は、かかりつけ医などによる再発予防治療や在宅療養支援が継続して行われています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
急性心筋梗塞による年齢調整死亡率 【人口動態調査】	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を平成 23 (2011) 年の全国値まで低減することを目標とします。	目 標
		男性 20.3 以下 女性 8.3 以下
		現 状 (H23) 男性 24.0 女性 10.5
特定健康診査受診率 【特定健康診査】	特定健康診査受診率を国の「健康日本 21 (第 2 次)」に準じて向上することを目標とします。	目 標
		70%以上
		現 状 (H22) 44.0%
医師、理学療法士および看護師の心臓リハビリテーション指導士を配置している医療機関数 【三重県調査】	心臓リハビリテーション指導士として、医師、理学療法士および看護師が配置された医療機関の増加を目標とします。	目 標
		5 施設以上
		現 状 (H24) 0 施設

(2) 取組方向

- 取組方向 1 : 発症予防対策の充実
- 取組方向 2 : 迅速な対応が可能な救急医療体制の構築
- 取組方向 3 : 急性心筋梗塞医療の地域ケア連携システムの構築

(3) 取組内容

取組方向 1 : 発症予防対策の充実

- 「三重の健康づくり基本計画」の普及啓発等により、急性心筋梗塞について県民への正しい知識の浸透を図るとともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙等生活習慣病の予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、市町、県、関係機関)
- 急性心筋梗塞の発症につながる内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の予防に向け、健康診断の受診率の向上を図るとともに、県民への保健指導を充実します。(県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 急性心筋梗塞発症の危険因子である高血圧、糖尿病、高脂血症、慢性腎疾患等の疾患を持つ患者が継続して適切な治療を受け、重症化を防ぐことができるよう、保健指導に取り組みむとともに、急性心筋梗塞や狭心症の初発症状について、理解し、適切に対応できるよう普及啓発を行います。(医療機関、医師会、市町、県)

- かかりつけ医の役割の重要性について啓発するとともに、かかりつけ医と基幹病院の病診連携を強化します。(医療機関、医師会、市町、県)

取組方向2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

- 急性心筋梗塞を発症したバイスタンダーが迅速な心肺蘇生法の実施やAEDの使用ができるよう救急蘇生法講習を積極的に実施するとともに、AEDの普及啓発を行います。(県民、消防機関、市町、県)
- 救急車の不要不急な利用により、真に救急対応が必要な人への救急医療が支障を来す結果とならないよう、救急車の適正利用について啓発を行います。(消防機関、医療関係団体、市町、県)
- 発症後の患者に対して、救急搬送中からの処置、適切な専門医療機関の決定、医療機関において受入準備が整えられ早期治療が可能となるように、患者情報の伝達の仕組みを含め、二次、三次救急医療体制の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、心筋梗塞患者に対する救急搬送事例の事後検証を行います。(医療機関、消防機関、市町、県)

取組方向3：急性心筋梗塞の地域ケア連携システムの構築

- 三重県CCUネットワーク支援センターや三重県CCU連絡協議会と連携を図りながら急性心筋梗塞の疫学情報や各地域の医療提供体制、治療状況を把握・分析し、各地域の状況に応じた医療連携が強化できる体制を検討します。(医療機関、三重大学、消防機関、医師会、県)
- 回復期の心臓リハビリテーション実施施設の整備を進めるとともに、救急医療から回復期心臓リハビリテーション施設への病病連携の強化を図るため、医療連携クリティカルパス等の作成を進めます。(医療機関、三重大学、医師会、県、関係機関)
- 回復期の心臓リハビリテーション病院と地域のかかりつけ医との間で地域連携クリティカルパス等の構築を行い、病診連携を強化します。また、術後の口腔ケアについて医科歯科連携を強化できる体制を検討します。(医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関)
- 急性心筋梗塞に対する医療や心臓リハビリテーションの質を向上させるため、心臓リハビリテーション指導士の養成を含めた、医師、理学療法士、看護師等の研修を推進します。(医療機関、三重大学、医師会、看護協会、県)

第4節 糖尿病対策

1. 糖尿病における医療の現状

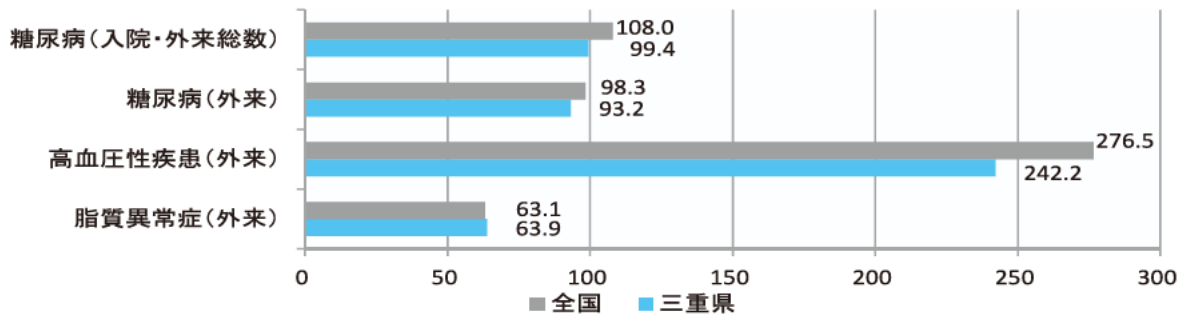
(1) 糖尿病の疫学

- 食品に含まれる糖質は、消化・分解されてブドウ糖となり、体や脳が活動するためのエネルギー源として使われます。ところが、膵臓から分泌されるインスリン*が不足したり、十分に作用しなくなったりすると血液中のブドウ糖がエネルギー源として取り入れられなくなり、慢性的に血糖値が高くなります。余ったブドウ糖は尿から排出されるので糖尿病と呼ばれます。
- 血糖値が高くなると、細かい血管の集まっている眼や腎臓等が障害を受け、合併症を引き起こします。また心筋梗塞や脳梗塞等の原因となる動脈硬化も起きやすくなります。
- 糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリンの分泌低下・抵抗性等を来す遺伝因子に過食、運動不足、肥満等の環境因子および加齢が加わり発症する2型糖尿病に大別されます。糖尿病の治療は、1型糖尿病と2型糖尿病により異なりますが、適切な血糖コントロールが必要であることは変わりません。
- 平成19（2007）年時点で、全国で糖尿病が強く疑われている人は約890万人であり、過去5年間で約150万人増加しています。また糖尿病の可能性が否定できない人は約1,320万人であり、過去5年間で約440万人増加しています。全国で継続的に医療を受けている糖尿病の患者数は約237万人であり、国民病といっても過言ではない病気です¹。
- 全国の糖尿病患者のうち、11.8%が糖尿病神経障害*を、11.1%が糖尿病腎症*を、10.6%が糖尿病網膜症*を、0.7%が糖尿病足病変*を合併しています。また、人工透析*患者のうち43.5%の人が糖尿病腎症を原疾患*としています。糖尿病の患者は、高血圧、脂質異常症を併発していることが多く、これらの因子が揃うと脳卒中や心筋梗塞になる可能性が非常に高くなるといわれています²。
- 人口10万人あたりの糖尿病の年齢調整受療率は、全国の108.0人に対して本県は99.4人とやや少ない水準ですが、糖尿病合併症の危険因子である脂質異常症の患者の年齢調整外来受療率は全国平均よりも高くなっています。
- 近年の子どもの健康問題として、テレビ・パソコン・ゲーム機の長時間使用による運動不足、塾や習い事等によって、夜間の遅い帰宅となるための生活リズムや食生活の乱れなどに起因する、生活習慣病が懸念されます。

¹ 出典：厚生労働省「平成20年 患者調査」、厚生労働省「健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」

² 出典：厚生労働省「平成19年 国民健康・栄養調査」

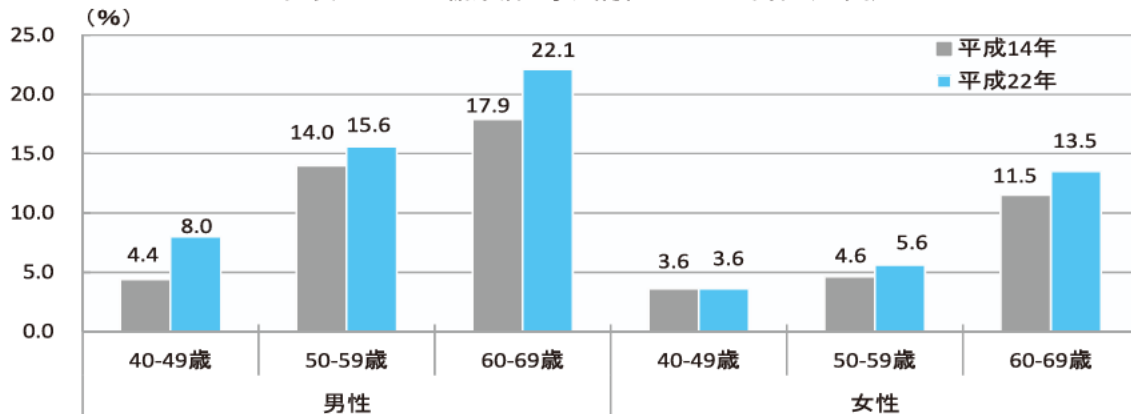
図表 5-4-1 糖尿病に関連する疾患の年齢調整受療率(人口 10 万人あたり)



出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

- 平成 22 (2010) 年のデータを平成 14 (2002) 年のデータと比較すると、糖尿病が強く疑われる人の割合 (HbA1c *6.1%以上の人：JDS 値*) は、全国・三重県共に壮年期の男性において強い増加傾向が見られます。また、糖尿病予防のための特定保健指導対象者の割合 (HbA1c 5.2~6.0%：JDS 値) は、性別年代を問わず南勢志摩保健医療圏で強い増加傾向が見られます。

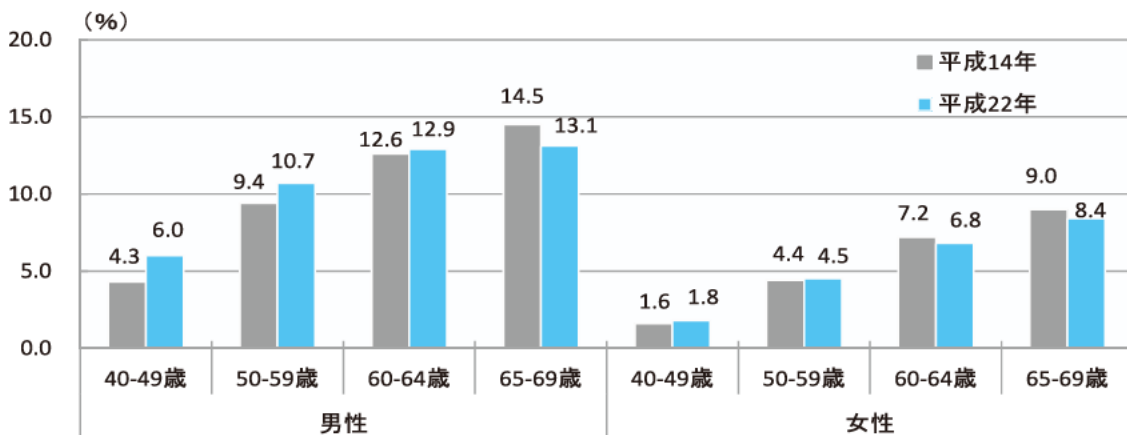
図表 5-4-2 糖尿病が強く疑われる人の割合(全国)



※糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c 6.1%以上：JDS 値)

出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

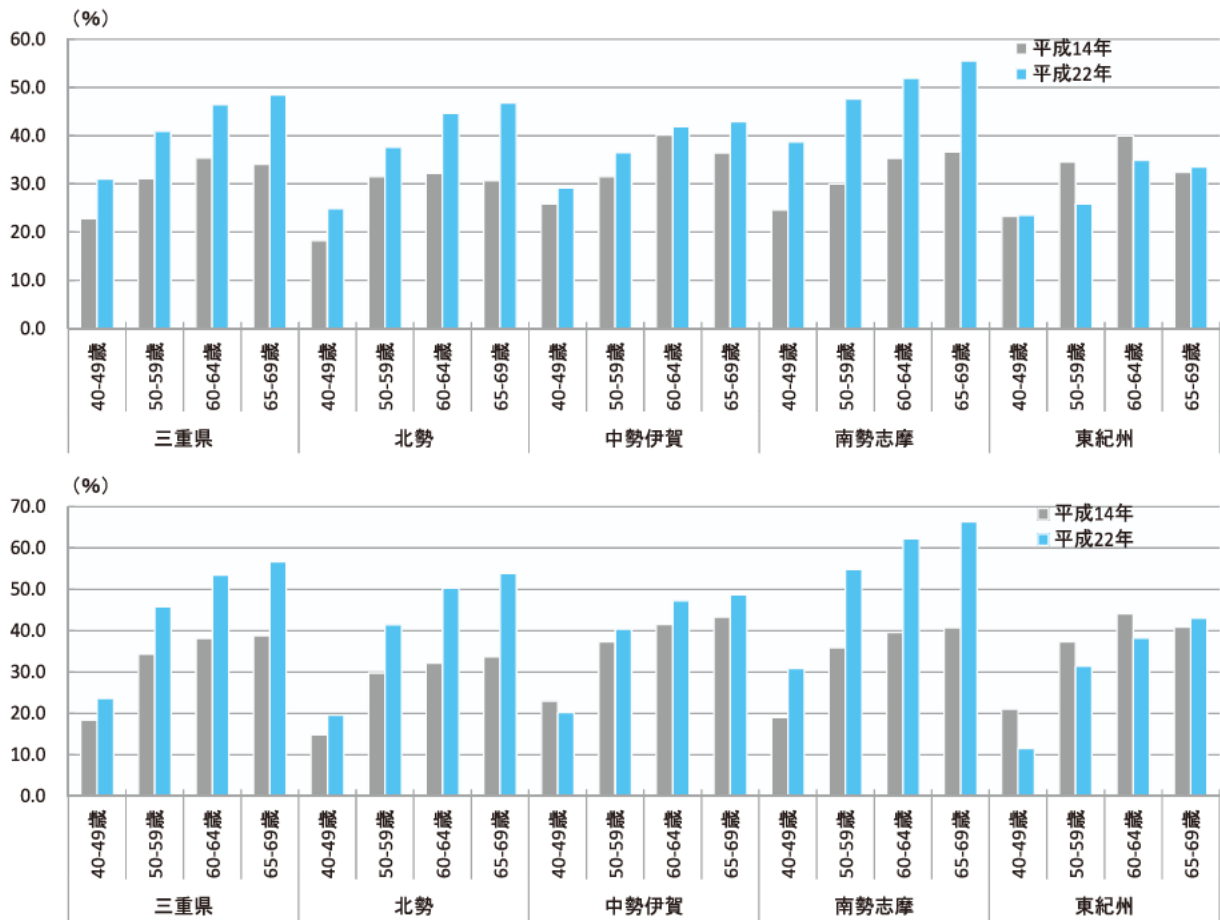
図表 5-4-3 糖尿病が強く疑われる人の割合(三重県)



※糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c 6.1%以上：JDS 値)

出典：三重県「特定健康診査及び老人保健健康診査」

図表 5-4-4 三重県の年齢別糖尿病予防のための特定保健指導対象者の割合
(男性:上グラフ、女性:下グラフ)



※糖尿病予防のための特定保健指導対象者 (HbA1c 5.2-6.0% : JDS値)

出典：三重県「特定健康診査及び老人保健健康診査」

- 本県の健康診断・健康診査の受療率は 69.1%で、全国平均の 67.6%と比較して高い傾向にあります³。
- 本県の糖尿病年齢調整死亡率（人口 10 万人あたりの年齢構成を考慮した死亡率）は、男性 6.9（全国 6.7）、女性 3.4（全国 3.2）となっています⁴。

(2) 糖尿病の予防

- 糖尿病の予防のためには、過剰な栄養量を摂り過ぎないことと、栄養のバランスをとること、また適度な運動を継続して行うことが効果的です。
- 健康診断等によって、糖尿病やその疑いがあるとされた場合は、早期に医療機関を受診し、適切な治療を開始することが糖尿病の重症化や合併症の発症を予防する上でとても重要となります。
- 歯周病の発症は糖尿病患者の血糖コントロールを困難にすることから、糖尿病患者への適切な歯周病治療も重要です。

³ 出典：厚生労働省「平成 22 年 国民生活基礎調査」

⁴ 出典：三重県「平成 23 年 人口動態調査（三重県による特別集計）」

- 小児の肥満については減少傾向ですが、高学年になるほど、肥満の割合が増えており、小児期においても、生活習慣の改善や、適切な食育が重要です。また、食育は大人の理解、実践が必要であり、家庭や学校での取組がとて重要となります。

(3) 糖尿病の医療

① 医療提供体制

- 糖尿病の治療は、一般的には内科等を標榜している医療機関で行います。その中で、糖尿病の治療や血糖コントロールが困難なケースについては、日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医のいる医療機関で治療を行います。
- 日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医の数は、平成 24（2012）年 11 月現在で県内に 32 人おり、うち病院に勤務する医師が 16 人、診療所に勤務する医師が 15 人（その他 1 人は勤務先不明）であり、糖尿病専門医のいる病院は 12 施設、診療所は 14 施設あります。また、糖尿病看護認定看護師は 8 人（平成 25 年 1 月現在）、糖尿病療養指導士*は 278 人（平成 24 年 6 月現在）います。

図表 5-4-5 糖尿病学会専門医、看護協会糖尿病看護認定看護師の県内配置状況

(単位：か所、人)

保健医療圏	糖尿病専門医の いる病院数	糖尿病専門医の いる診療所数	糖尿病専門医数	認定看護師
三重県	12	14	32	8
北勢保健医療圏	4	7	11	3
中勢伊賀保健医療圏	5	5	15	2
南勢志摩保健医療圏	2	2	4	2
東紀州保健医療圏	1	0	1	0

※専門医 1 人、認定看護師 1 人は、勤務先不明のため、集計は三重県値と一致しません。

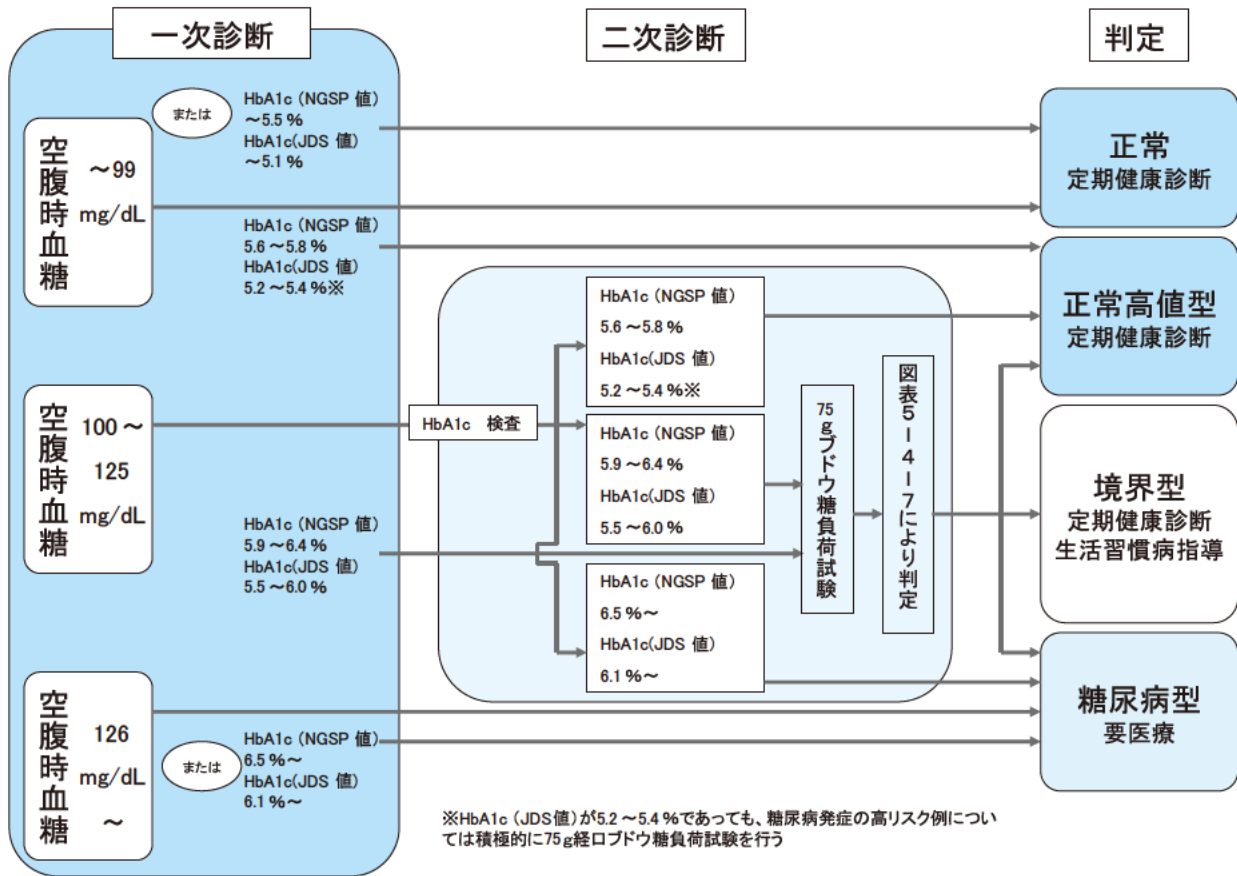
出典：日本糖尿病学会ホームページ（平成 24 年 11 月現在）、日本看護協会ホームページより

- 糖尿病医療・指導に関わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等が連携して治療や指導、血糖コントロールを行います。

② 診断

- 健康診断等によって、糖尿病あるいはその疑いのある人を見逃すことなく診断し、早期に治療を開始することが、糖尿病の重症化、合併症の発症を予防する上で重要です。
- 二次健康診断において、早朝空腹時血糖値 126mg/dL 以上、75g 経口ブドウ糖負荷試験*（OGTT）2 時間値 200mg/dL 以上、随時血糖値 200mg/dL 以上、HbA1c（NGSP 値*）6.5 %以上のいずれかであれば糖尿病型と判定されます。
- 糖尿病型の場合は、その後、医療機関などで再検査を行った際、糖尿病と診断が確定しない場合でも、生活指導を行いながら経過を観察します。
- 境界型（空腹時血糖値 110～125mg/dL または OGTT 2 時間値 140～199mg/dL）の場合は糖尿病予備群であり、運動・食生活指導等、定期的な管理が重要です。

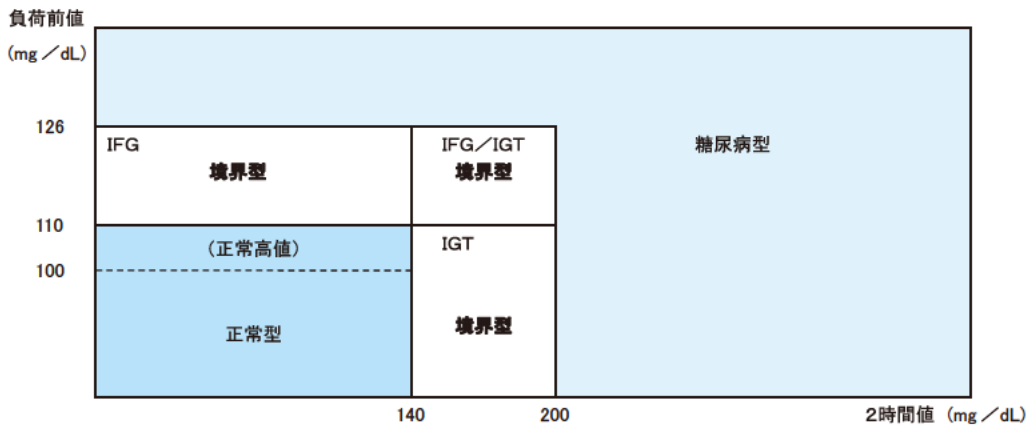
図表 5-4-6 境界型糖尿病のスクリーニング*チャート



図表 5-4-7 糖尿病の判定基準

75g経口ブドウ糖負荷試験(OGTT)

	正常域	糖尿病域
負荷前	< 110 mg/dL	≥ 126 mg/dL
2時間	< 140 mg/dL	≥ 200 mg/dL
判定	両者を満たすものを正常型	いずれかを満たすものを糖尿病型
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを境界型	



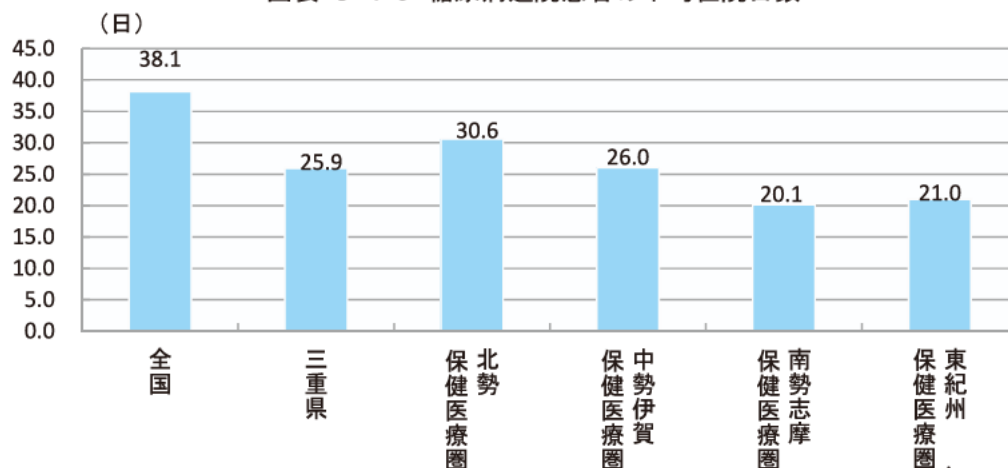
境界型とは、IFG (WHO) :impaired fasting glycemia と IGT (WHO) :impaired glucose tolerance の2種類あり、75gブドウ糖負荷試験(OGTT)で糖尿病型にも正常型にも属さないものをさします。

出典：三重県医師会・三重県糖尿病対策推進会議「境界型糖尿病スクリーニングチャート」をもとに作成

③ 治療・保健指導

- 糖尿病の治療は、1型糖尿病と2型糖尿病で異なります。1型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多いですが、2型糖尿病の場合は、2～3か月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、経口血糖降下薬またはインスリン製剤を用いた薬物療法を開始します。
- 薬物療法開始後、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やインスリン製剤の服薬を減量または中止できることがあるため、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を重点的に実施します。
- 慢性合併症は、血糖コントロール、高血圧の治療等、内科的治療を行うことによって病期の進展を阻止または遅らせることが可能です。HbA1c（NGSP値）8.4%以上が持続する場合はコントロール不可の状態であり、教育入院*等を検討する必要があります。
- 本県における糖尿病退院患者の平均在院日数は、25.9日となっており、各保健医療圏で差があります。

図表 5-4-8 糖尿病退院患者の平均在院日数



※本県のデータについては、糖尿病とは考えにくい長期入院データを除くことにより補正しましたが、全国データは補正していませんので参考値となります。

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査（個票解析）」をもとに作成

④ 合併症の治療

- 糖尿病昏睡等の急性合併症を発症した場合には、輸液、インスリン投与等の治療が行われます。また、慢性合併症としては、糖尿病神経障害、糖尿病網膜症、糖尿病腎症等があり、主には、血糖や血圧コントロール、生活習慣の改善、薬物療法や食事療法が行われます。
- さらに重症化し、腎不全に至った場合は透析療法が実施されます。増殖前網膜症*や早期の増殖網膜症*に進行した場合は、失明予防の観点から光凝固療法*が実施されます。硝子体出血および網膜剥離は手術療法が実施されます。
- 本県には、主な合併症である糖尿病足病変に対応できる病院は41施設、糖尿病網膜症に対応できる病院は27施設、急性合併症に対応できる病院は46施設あります。
- 歯周病専門医が在籍している医療機関は県内で7施設あり、日本歯周病学会の認定医は1人、専門医は6人います。なお、歯周病の治療は、歯周病専門医でなくても歯科診療所等で可能です。

図表 5-4-9 糖尿病医療機能状況

(単位：か所)

保健医療圏	糖尿病足病変への対応	糖尿病網膜症への対応	急性合併症への対応	歯周病専門医の在籍
三重県	41	27	46	7
北勢保健医療圏	17	9	19	2
中勢伊賀保健医療圏	10	7	12	1
南勢志摩保健医療圏	11	9	13	4
東紀州保健医療圏	3	2	2	0

出典：三重県調査（平成 24 年）

- 入院中の患者を対象とした口腔ケアの実施状況について調査（回答病院数は 72 施設、回答率は 70.6%）をしたところ、63 施設（88%）が、毎日あるいは毎日ではないが定期的
に実施しており、主には看護師が行っています。

図表 5-4-10 入院患者に対する口腔ケアの実施状況

	毎日実施	毎日ではないが定期的に実施	必要に応じ実施	ほとんど・全く実施していない
件数・割合	59 施設（82%）	4 施設（6%）	6 施設（8%）	3 施設（4%）

出典：三重県調査（平成 24 年）

⑤ 糖尿病の受療動向

- NDBの集計期間である平成 22（2010）年 10 月～平成 23（2011）年 3 月の 6 か月間において、本県では 32,210 件の糖尿病の入院レセプト件数がありました。このうち 1,549 件（4.8%）は、愛知県、和歌山県、奈良県、大阪府等の県外医療機関で治療を受けています。
- 入院患者については、おおむね各保健医療圏内で受療していますが、東紀州保健医療圏の流出率（30.2%）、中勢伊賀保健医療圏の流出入率（流出率 14.7%、流入率 18.0%）が高くなっています。

図表 5-4-11 保健医療圏別 糖尿病 入院患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	32,210	12,129	7,866	8,757	1,909	1,549	12.7%
北勢保健医療圏	12,412	11,350	415	84	0	563	8.6%
中勢伊賀保健医療圏	7,566	306	6,452	293	0	515	14.7%
南勢志摩保健医療圏	9,162	149	699	8,079	91	144	11.8%
東紀州保健医療圏	2,485	52	111	261	1,734	327	30.2%
県外	585	272	189	40	84	—	—
流入率	9.5%	6.4%	18.0%	7.7%	9.2%	—	—

出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

- 外来患者についても、各保健医療圏内で受療していますが、東紀州保健医療圏では県外への流出率（17.2%）が高くなっています。

図表 5-4-12 保健医療圏別 糖尿病 外来患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	629,672	245,892	146,241	186,750	33,619	17,170	6.1%
北勢保健医療圏	251,773	238,916	5,154	356	0	7,347	5.1%
中勢伊賀保健医療圏	146,210	3,351	133,461	4,776	18	4,604	8.7%
南勢志摩保健医療圏	184,931	460	3,951	179,080	225	1,215	3.2%
東紀州保健医療圏	39,237	189	623	1,943	32,478	4,004	17.2%
県外	7,521	2,976	3,052	595	898	—	—
流入率	4.5%	2.8%	8.7%	4.1%	3.4%	—	—

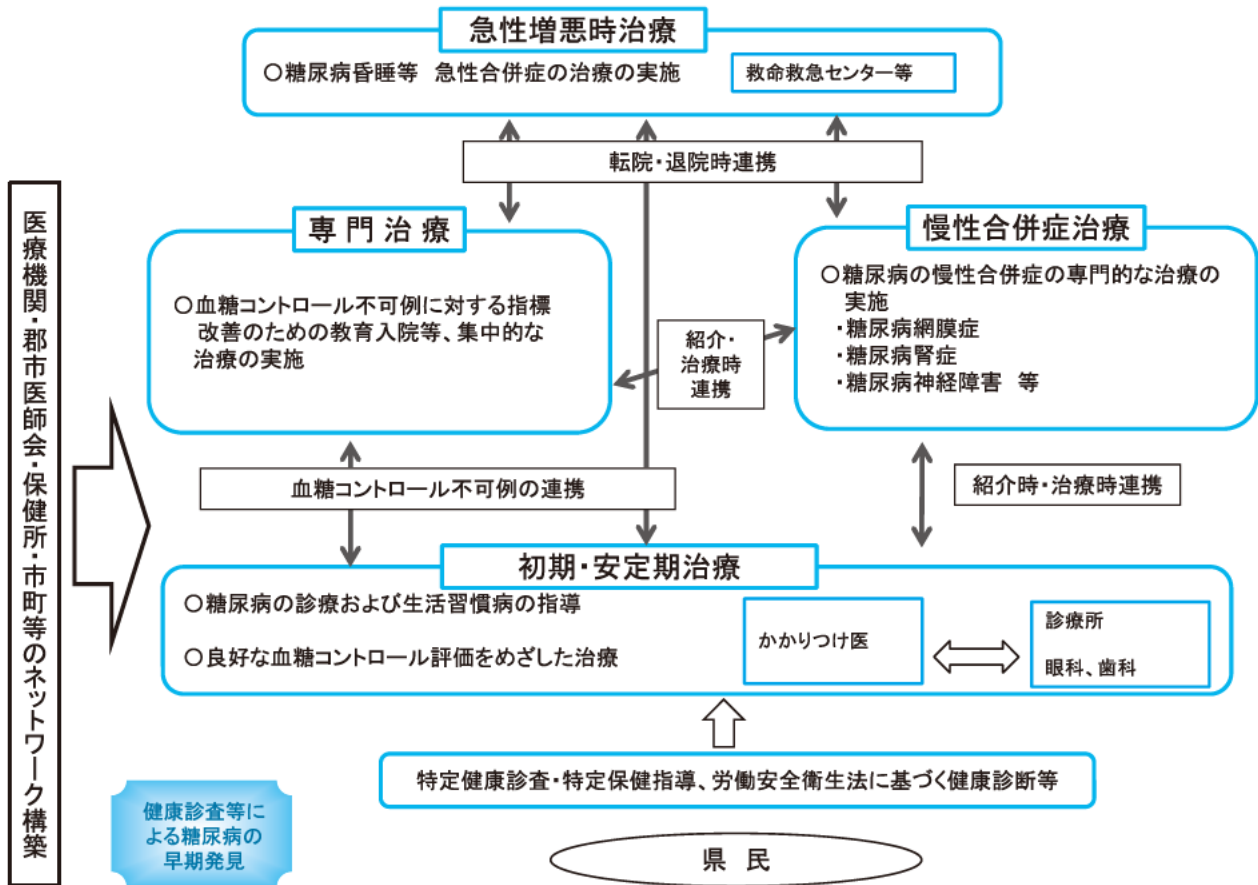
出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 糖尿病対策には、保健センター、薬局、診療所、糖尿病専門医がいる医療機関、合併症治療が可能な医療機関（人工透析施設、糖尿病網膜症治療可能施設等）が連携することが望まれます。そのためには、関係機関が、診療情報や治療計画を共有するなど連携体制（糖尿病地域連携クリティカルパス）を構築することが必要です。

図表 5-4-13 糖尿病の医療連携体制



(2) 連携の現状

- 糖尿病の治療は、一般的には内科等を標榜している医療機関で行っています。糖尿病の合併症や急性増悪時治療が可能な医療機関も、各二次保健医療圏に存在し、おおむね圏域内での対応が可能です。
- 本県の糖尿病医療連携圏域は、糖尿病の受診状況、医療機関の配置状況から見て、予防、健康診断、治療や保健指導と合併症の治療が、各医療機関の連携により、切れ目なく提供できるよう、桑名、四日市、鈴鹿、津、伊賀、松阪、伊勢、尾鷲、熊野の9つの保健所圏域に設定することが適切と考えます。

(3) 各医療機能を担う医療機関

医療機能 保健医療圏		初期・ 安定期 治療	専門治療	急性 増悪時 治療 病院	慢性合併症治療		歯周病専門医 の在籍してい る施設
			糖尿病専門医、 糖尿病看護認定看護師 のいずれかが在籍している 施設		糖尿病網膜症 に対応してい る施設	糖尿病足病変 に対応してい る施設	
北勢	桑名	各地域における内科等を標榜する医療機関	病院1、診療所3	5	3	6	1
	四日市		病院2、診療所2	9	4	7	1
	鈴鹿		病院1、診療所2	5	2	4	0
中勢伊賀	津		病院5、診療所4	8	5	8	1
	伊賀		診療所1	4	2	2	0
南勢志摩	松阪		病院1、診療所1	8	5	4	1
	伊勢		病院1、診療所1	5	4	7	3
東紀州	尾鷲		病院1	1	1	2	0
	熊野		0	1	1	1	0

※歯周病専門医でなくても、歯科診療所で歯周病治療は可能です。

出典：三重県調査（平成24年）

3. 課題

(1) 予防体制

- 特定健康診査受診者のうち、糖尿病が強く疑われる人の割合が経年的に増えています。また、糖尿病予備群も経年的に増えています。このことから、特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、予備群の人たちが発症に至らないよう適切な保健指導を行う必要があります。
- 地域・職域に向けた食生活の改善、適度な運動の実施等、生活習慣病対策に関する普及啓発を進めていく必要があります。さらに、特定健康診査結果の継続的な把握と、地域傾向にあわせた予防活動を進めていく必要があります。

(2) 医療提供体制

- 要精密検査者の早期受診を促すための連携体制の構築が必要です。
- 医師だけでなく、医療従事者が連携した治療・保健指導体制を構築することが必要です。また、糖尿病は一般的な疾患ですが、重症化や治療中断等を防ぐためにも、治療に関わる全ての医療従事者のスキルアップが必要です。
- 糖尿病患者の病態にあわせた治療を行う上で、情報通信技術（ICT）等を活用した地域

連携クリティカルパス等の構築が必要です。

- 糖尿病患者の血糖コントロールを行っていく上で、口腔ケアや歯周病予防が必要であり、医科歯科連携の充実が必要です。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 県民一人ひとりが健康であろうと意識するとともに、自身の健康状態を知るべく、定期的な健康診断を受けることで、糖尿病の兆候が早期に発見でき、治療につながっています。
- 糖尿病予備群の人や糖尿病患者が、経過観察や治療を自己判断で中断することなく、重症化予防に努めています。
- 糖尿病専門医やかかりつけ医をはじめとする、さまざまな職種の連携による糖尿病の治療や、保健指導等の取組が行われています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
糖尿病による年齢調整死亡率 【人口動態調査】	糖尿病の発症者数は高齢化が進むにつれて増加することが見込まれますが、年齢調整死亡率において現状値の割の減少をめざします。	目 標
		男性 6.0 以下 女性 3.0 以下
		現 状 (H23) 男性 6.9 女性 3.4
糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c (NGSP値) 6.5%以上) の増加率 【特定健康診査】	特定健康診査受診者 (40～74 歳) の糖尿病が強く疑われる人の増加率を抑制することを目標とします。(国の「健康日本 21 (第 2 次)」における、増加率から算出。)	目 標
		1.06
		現 状 (H22) 1.24
糖尿病による新規透析導入数 【NDB】	入院・外来における糖尿病による新規透析導入数を現状値以下に低減することを目標とします。	目 標
		新規導入数の低減
		現 状 (H22) 343 件

(2) 取組方向

- 取組方向 1 : 健康診断等による早期発見
- 取組方向 2 : 糖尿病予備群の発症予防
- 取組方向 3 : 糖尿病患者の重症化予防と合併症による臓器障害の予防

(3) 取組内容

取組方向1：健康診断等による早期発見

- 「三重の健康づくり基本計画」の普及啓発等により、糖尿病についての県民への正しい知識の浸透を図るとともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙、定期的な健康診断の受診等、生活習慣病予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、市町、県、関係機関)
- 糖尿病の予防に向け、特定健康診査等の健康診断の重要性を認識し、受診率の向上に努めます。(県民、事業者、保険者、医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- さまざまな主体が行う糖尿病の予防活動を支援します。(事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)

取組方向2：糖尿病予備群の発症予防

- 糖尿病の兆候を早期に発見し、受療行動につながるよう適切な保健指導に取り組むとともに各種保険者とかかりつけ医の連携を進めます。(事業者、保険者、医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- かかりつけ医の役割の重要性について啓発するとともに、かかりつけ医と専門治療を行う医療機関との連携を図ります。また、かかりつけ医や専門治療を行う医療機関が予防に取り組んでいる地域の活動状況を把握し、相互に連携して、糖尿病の発症予防に努めます。(医療機関、保険者、医師会、関係機関)

取組方向3：糖尿病患者の重症化予防と合併症による臓器障害の予防

- 糖尿病患者の重症化予防に向けて、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等の各職種のための研修や勉強会等を支援します。(医療機関、医師会、歯科医師会、看護協会、医療関係団体、県)
- 血糖コントロール不良者に対応できる、教育入院等の集中的な治療体制を充実します。また、医科歯科連携等により糖尿病患者の口腔ケアの充実に取り組みます。(医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関)
- 糖尿病の合併症による臓器障害の防止のため、かかりつけ医と合併症治療が可能な医療機関との連携を図ります。(医療機関、医師会、県、関係機関)

第5節 精神疾患対策

1. 精神科医療の現状

(1) 精神科医療の概況

① 精神疾患について

- 精神疾患とは、脳の機能的・器質的障がい*によって引き起こされる疾患で、統合失調症や躁うつ病から、認知症、神経症、パニック障がい、適応障がいといったものまでさまざまな疾患を含みます。

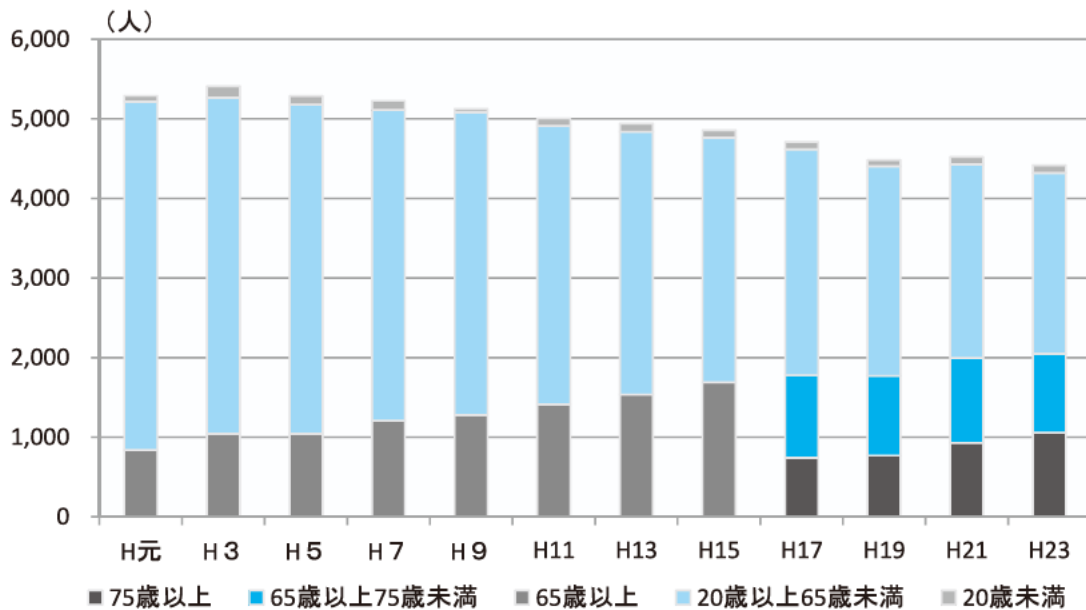
② 県内の精神疾患の状況

- 本県における精神科病院の入院患者（各年度の6月30日現在）は、平成3（1991）年の5,410人をピークに年々減少を続け、平成20（2008）年には4,452人となりましたが、平成21（2009）年は4,520人と増加しました。その後は減少し、平成23（2012）年は4,416人となっています¹。これに対し自立支援医療（精神通院）受給者（各年度の3月31日現在）は、平成20（2008）年の18,601人が、平成22（2010）年には20,698人となり、平成24（2012）年は22,906人と増加傾向が続いています²。
- 本県の精神科病院の入院患者の年齢構成は、65歳未満の患者が減少している一方、高齢者、特に75歳以上の入院患者が増加しています¹。
- 本県の精神科病院の入院患者の在院期間は、1年未満の入院患者が32.4%、1年以上5年未満が28.3%、5年以上10年未満が15.3%、10年以上20年未満が11.9%、20年以上が12.1%となっています¹。
- 入院患者を疾患別で見ると、統合失調症が61.3%と半数以上を占め、次に器質性精神障がい（18.9%）、気分障がい（8.3%）となっています。一方、自立支援医療（精神通院）受給者では、気分障がい（40.3%）、統合失調症（28.0%）、神経症性障がい（9.1%）となっています。統合失調症の患者は減少傾向ですが、高齢化の進行に伴い認知症が増加しています¹。
- 平成24（2012）年3月31日現在で、本県の精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人の総数は、8,612人となっています²。

¹ 出典：厚生労働省「平成23年度 精神保健福祉資料」（平成23年6月30日現在）

² 出典：厚生労働省「平成23年度 衛生行政報告例」（平成24年3月31日現在）

図表 5-5-1 年齢別在院患者数



※平成 23 年 6 月 30 日現在（平成 15 年以前の 75 歳以上の在院患者数は統計がありません）

出典：厚生労働省「平成 23 年度 精神保健福祉資料」

- 入院形態別では任意入院が 2,386 件で 54.0%と一番多く、次いで医療保護入院*等が 1,988 件で 45.0%となっています。一方、措置入院*患者は 15 件で 0.3%となっています³。
- 精神科入院患者の保健医療圏別の在院期間割合を見ると、北勢保健医療圏と中勢伊賀保健医療圏では「1 年未満」の割合が最も高く、南勢志摩保健医療圏と東紀州保健医療圏では「1 年以上 5 年未満」の割合が最も高くなっています⁵。

③ 認知症

- 認知症には、大きく分けてアルツハイマー型認知症と脳卒中等の脳血管疾患が原因となる脳血管性認知症があります。これまでの研究によると、認知症予防には、運動・栄養改善等の生活習慣病予防が有効とされており、生活習慣病予防は介護予防と併せて認知症予防にもつながるとされています。
- 厚生労働省の推計によると、平成 22（2010）年における、全国の認知症高齢者数は 280 万人で、65 歳以上高齢者に占める割合は 9.5%とされており、平成 22 年国勢調査における本県の 65 歳以上高齢者数にこの割合を乗じると、県内の認知症高齢者数は約 4 万人程度と推計されます。

④ その他

- わが国では平成 10（1998）年に自殺者が年間 3 万人を超え、その後も高い水準で推移しています⁴。
- 平成 23（2011）年の本県の自殺者数は 359 人で、人口 10 万人あたりの自殺死亡率は 19.8 と全国と比較すると低い水準にあります。しかし、自殺死亡率を県内保健所圏域別に見る

³ 出典：厚生労働省「平成 23 年度 精神保健福祉資料」（平成 23 年 6 月 30 日現在）

⁴ 出典：厚生労働省「人口動態調査」

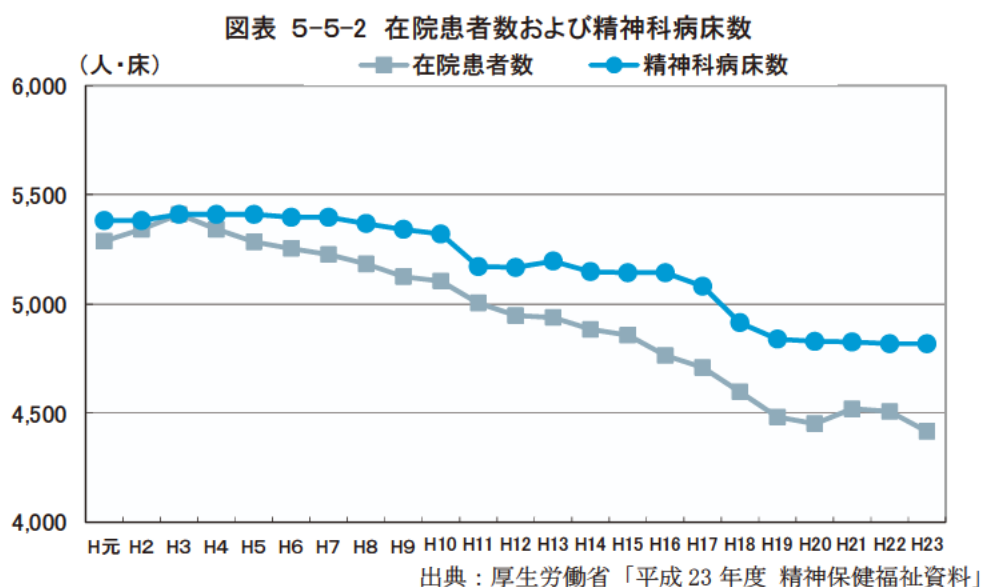
と、県平均と比べ高水準で推移している地域があります⁵。

- 高齢化率等の社会的背景が地域によって異なり、地域の自殺の状況や特性に応じた取組が必要です。
- 自殺の原因・動機は複雑ですが、その背景要因として、自殺を図った人の多くがうつ病などの精神疾患にかかっているといわれており、自殺と精神疾患の関連性は深いといえます。

(2) 精神科医療提供体制の現状

① 県内の精神科病院の状況

- 県内の精神科病院は、北勢保健医療圏に 8 施設、中勢伊賀保健医療圏に 6 施設、南勢志摩保健医療圏に 3 施設、東紀州保健医療圏に 1 施設で、うち救急医療施設は 15 施設です⁶。
- 平成 24 (2012) 年 4 月 1 日現在の県全体の精神科病床数は 4,804 床となっています。精神科病床数は、北勢保健医療圏が 2,205 床と県全体の半数近くが集中しています。中勢伊賀保健医療圏の 1,374 床とあわせると 3,579 床となり、県内の 70%以上を占めています⁷。
- 精神科医師数については、実人員で、北勢保健医療圏が 80 人、中勢伊賀保健医療圏が 74 人、南勢志摩保健医療圏が 39 人、東紀州保健医療圏は 9 人となっています⁸。



- 精神科病院 18 施設以外で精神科を標榜する一般病院は、北勢保健医療圏で 5 施設、中勢伊賀保健医療圏で 2 施設、南勢志摩保健医療圏で 3 施設、東紀州保健医療圏で 1 施設あります⁹。
- 精神科を標榜する診療所は、北勢保健医療圏で 21 施設、中勢伊賀保健医療圏で 15 施設、南勢志摩保健医療圏で 7 施設、東紀州保健医療圏で 2 施設あります。

⁵ 出典：三重県「三重県衛生統計年報」

⁶ 出典：厚生労働省「平成 23 年度 精神保健福祉資料」(平成 23 年 6 月 30 日現在)

⁷ 出典：医療法に基づく精神科病床届出数

⁸ 出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

⁹ 出典：平成 23 年度医療法に基づく届出数

② 精神科救急医療システム

- 精神疾患の急性発症等により緊急の医療を必要とする精神障がい者に対応するため、県内を北部と中南部の2ブロックに分け、13の病院による輪番制を敷いています。また、2病院が精神科救急の輪番支援病院となっています。
- 24時間365日電話相談等を行う精神科救急情報センターが設置されています。

③ 認知症疾患医療センター

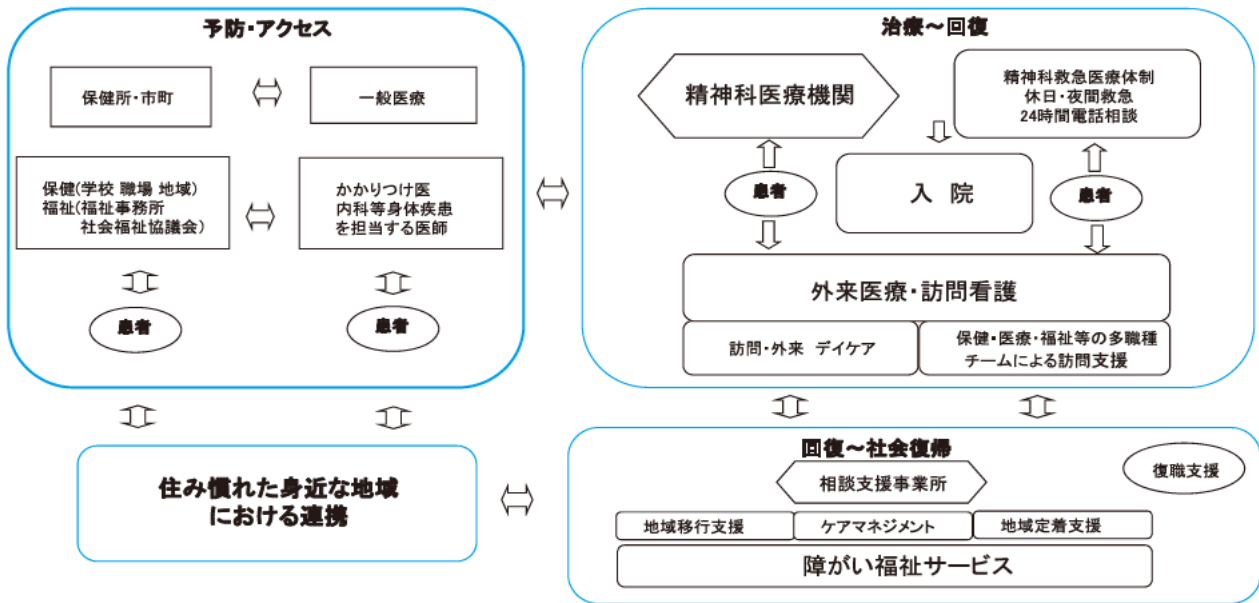
- 平成21(2009)年度から3病院を認知症疾患医療センターとして指定しています。また、認知症疾患医療センターを、専門医療相談、鑑別診断、合併症・周辺症状への対応、地域包括支援センターとの連携等を行うものとして位置づけ、認知症専門医療の充実と介護との連携強化を図っています。さらに、平成24(2012)年度からは、基幹型認知症疾患医療センターとして三重大学医学部附属病院を指定し、従来の認知症疾患医療センターの機能に加えて身体合併症に対する救急・急性期医療への対応等を行うとともに、認知症疾患医療センターと認知症サポート医*、かかりつけ医等が連携して、認知症患者への支援を行っています。

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 精神科医療に関する連携体制には、予防から専門治療まで継続した医療の提供が望まれます。そのため、精神科医療機関、一般医療機関、保健所、市町、精神保健福祉センター等関係機関の連携を促進し、保健・医療・福祉サービスを充実することが求められます。
- また、地域の状況によっては、他の地域との連携も進めていく必要があります。

図表 5-5-3 精神科医療の連携体制



(2) 連携の現状

- 精神科医療連携圏域については、精神科医療の状況、精神疾患患者の生活圈、地理的状況等を勘案し、二次保健医療圏と同じ範囲とすることが適切と考えます。
- なお、各保健医療圏の精神科医療において対応が困難な事案等が生じた場合は、隣接する保健医療圏を中心に相互に補完して対応を行うものとしします。

① 北勢保健医療圏

- 保健医療圏内の精神科病院8病院は全て救急医療施設で、総合心療センターひながは精神科救急輪番基幹病院になっています。多度あやめ病院、東員病院、厚生連鈴鹿厚生病院、鈴鹿さくら病院に認知症治療病棟があり、このうち東員病院が認知症疾患医療センターとなっています。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が5か所、精神科・神経科を標榜する診療所が21か所あります。
- 他の保健医療圏等への患者の流出は入院患者で6.3%、外来患者で8.2%となっており、保健医療圏内で医療がおおむね完結しています¹⁰。

② 中勢伊賀保健医療圏

- 保健医療圏内の精神科病院6病院のうち救急医療施設は4病院で、精神科救急輪番病院は2病院です。県立こころの医療センターと国立病院機構榊原病院が精神科救急輪番支援病院となっています。
- 県立こころの医療センターと信貴山病院分院上野病院に認知症治療病棟があり、県立こころの医療センターが認知症疾患医療センター、三重大学医学部附属病院が基幹型認知症疾

¹⁰ 出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

患医療センターとなっています。

- 専門病棟として、県立こころの医療センターにアルコール病棟、県立小児心療センターあすなろ学園に児童思春期病棟があり、合併症については国立病院機構榊原病院に結核病棟があります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が2か所、精神科・神経科を標榜する診療所が15か所あります。
- 南勢志摩保健医療圏との間で10%から20%程度の患者の流出・流入状況が見られ、一定の結びつきがあります¹¹。

③ 南勢志摩保健医療圏

- 保健医療圏内の精神科病院3病院のうち救急医療施設は2病院で、いずれも松阪市内にあります。
- 松阪厚生病院が精神科救急輪番基幹病院および認知症疾患医療センターとなっています。
- 保健医療圏内の精神科病床数は895床ですが、伊勢志摩地域においては精神科病院が1病院で精神科病床が100床のみであり、病院の立地数に差があります。このため松阪地域との連携を密にする必要があります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が3か所、精神科・神経科を標榜する診療所が7か所あります。
- 中勢伊賀保健医療圏との間で10%から20%程度の患者の流出・流入状況が見られ、一定の結びつきがあります¹¹。

④ 東紀州保健医療圏

- 救急医療施設である精神科病院が1病院で、熊野病院に認知症治療病棟があります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が1か所、精神科・神経科を標榜する診療所が2か所あります。
- 南勢志摩保健医療圏への患者の流出は入院患者で8.0%、外来患者で10.1%となっています¹¹。
- 他保健医療圏との距離があるため、隣接する南勢志摩保健医療圏の精神科病院等と連携を図っていく必要があると考えられます。

¹¹ 出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

(3) 各医療機能を担う医療機関

保健医療圏	市町	医療機関	精神科救急医療施設	応急入院指定病院	精神科救急入院料届出病院	認知症疾患医療センター
北勢	いなべ市	北勢病院	○			
	桑名市	多度あやめ病院	○	○		
	東員町	大仲さつき病院	○			
	東員町	東員病院	○			○
	四日市市	総合心療センターひなが	○	○	○	
	四日市市	水沢病院	○			
	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	○	○	○	
	鈴鹿市	鈴鹿さくら病院	○			
中勢伊賀	津市	県立こころの医療センター	○	○	○	○
	津市	県立小児心療センターあすなろ学園				
	津市	国立病院機構榊原病院	○	○		
	津市	久居病院	○	○		
	津市	三重大学医学部附属病院				○
	伊賀市	信貴山病院分院上野病院	○			
南勢志摩	松阪市	南勢病院	○	○		
	松阪市	松阪厚生病院	○	○		○
	志摩市	県立志摩病院				
東紀州	熊野市	熊野病院	○	○		

3. 課題

(1) 予防・在宅支援体制の課題

- 精神障がい者等が住み慣れた地域で必要な医療支援（正確な診断と適切な外来・入院等の医療の提供）等が受けられる体制の構築が求められます。

① 予防

- 私たちの日常の暮らしの中には、人間関係、健康問題、経済問題、社会的孤立等、多くの生活のしづらさがあり、各世代にストレス・精神疾患を引き起こす要因が存在します。
- 県民が、こころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保について適切な対応が

取れ、身近な人に相談して、相談機関につなげることができるように、正しい知識の普及や相談支援体制の充実が必要です。

- 受診の早期化に向け、精神的な問題の相談を行う市町や保健所、精神保健福祉センター等の相談窓口機関と精神科医療機関、一般医療機関、学校、産業保健関係等も含めた関係機関が情報共有を行い、患者が容易にアクセスできる体制を作り、精神疾患の発症・進行の予防を図っていく必要があります。

② 在宅支援

- 地域生活や社会生活の場において、患者に対し必要な支援が提供できるよう、精神科医療機関、一般医療機関等の保健医療サービスと、福祉サービス相互の機能分担および連携が求められます。
- 長期入院患者を中心とする入院患者の早期退院と地域移行を促進するとともに、地域での生活を維持するために自宅等への訪問などの支援が求められます。

③ その他

- 精神障がい者に対する社会的偏見が依然として残っているため、継続して正しい知識の普及啓発を図る必要があります。

(2) 精神科医療に関する課題

① 精神科医療体制

- 精神科救急医療体制において、救急輪番ブロック内の病院間の距離が離れていたり、地域によっては病院の立地数に差があったりするため、ブロック内における各関係機関等との連携の推進が必要です。
- 身体合併症、専門的身体疾患等を発症している精神疾患患者への対応のため、24時間365日の精神科救急医療提供・相談を含め、精神科医療機関と一般医療機関等との連携体制の構築を進めていくことが求められます。
- 精神科を標榜する一般病院や診療所の精神保健指定医の精神科医療体制確保への協力の拡大が必要です。
- 精神科救急輪番病院において、当番日以外でも自院の患者について、精神科救急情報センター等と連携して対応ができるような体制の整備を検討していく必要があります。
- 統合失調症患者は、本県でも入院、通院患者数において大きな割合を占めています。本人が病気であることに気づかないことが多く、家族や周囲の人が早めに兆候に気づき、早期受診、早期診断を行い、適切な治療等を行う必要があります。
- 統合失調症の早期受診、早期診断につなげるために、疾患の特徴、症状や周囲の対応方法に関する知識の普及や相談窓口等の啓発が必要です。
- 治療の中断や病状が不安定な統合失調症患者に対し、訪問支援などの地域生活支援が必要です。
- 保護者など周囲の人が子どものこころの健康やその特徴、児童思春期の精神疾患の特徴、症状や疾患の兆しをどう発見するかなど対応方法等についての知識を啓発するとともに、

早期発見、早期治療のためには、教育機関等における精神保健の重要性の理解の促進等が必要です。

② 認知症患者への対応

- 認知症の早期発見、早期治療、予防につなげるため、また本人およびその家族への支援の一步として、認知症についての正しい知識の普及が必要です。
- 認知症の治療を適切に行うためには、原因となる病気を早期に発見することが大切です。そのためには、認知症の疑いがある段階で、本人やその家族、かかりつけ医等が気づき、専門医療機関を早期に受診し、認知症の早期の確定診断につなげることが重要です。
- 高齢者は慢性疾患を抱えていることも多く、かかりつけ医等の日常の診察の中から、認知症を発見することが重要であり、認知症を専門としない医療関係者の理解と協力が必要です。
- 認知症の人が、できるだけ長く在宅で生活できるように、認知症初期の段階から適切な治療や介護の提供ができるよう連携していくことが重要です。

③ うつ病に対する医療支援

- うつ病は、自殺を凶った人の多くが罹患しているといわれていることから、精神科医療機関と一般医療機関、保健所等関係機関、民間団体等の連携により、患者の早期発見、早期治療や社会復帰等のための取組を促進することが必要です。
- うつ病の患者は身体症状がでることも多く、かかりつけ医等の日常の診察の中から、うつ病を発見することが重要であり、かかりつけ医等の精神疾患に対する診断・治療技術の向上を図ることが必要です。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 精神科医療機関と一般医療機関相互や保健・福祉サービス等の連携により、地域において精神科医療が適切に実施される体制が整備され、患者がさまざまな病態に応じて安心して医療を受けることにより、自立した日常生活、社会生活を送ることができています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
地域精神保健福祉連携会議の設置数 【三重県調査】	各保健所圏域において、保健所、市町および関係機関による精神疾患対策等の連携会議を設置することを目標とします。	目 標
		9 会議
		現 状 (H24)
0		
退院促進委員会設置数 【三重県調査】	各精神科病院における長期入院患者の退院を促進するため、100 床以上の精神科病床を有する精神科病院に退院促進委員会を設置することを目標とします。	目 標
		16 委員会 (病院)
		現 状 (H24)
4 委員会 (病院)		
高齢・長期入院患者の退院者数 (1 か月平均) 【精神保健福祉資料調査】	高齢・長期入院患者の退院を促進するため、5 年以上かつ 65 歳以上の退院者数を 1 か月平均 7 人とすることを目標とします。	目 標
		7 人
		現 状 (H23)
6 人		

(2) 取組方向

- 取組方向 1：精神科医療提供体制の充実
- 取組方向 2：精神障がい者が地域で生活していくための連携体制の構築
- 取組方向 3：認知症患者への対応の推進
- 取組方向 4：うつ病に対する医療支援の充実
- 取組方向 5：精神障がい者に対する理解の促進

(3) 取組内容

取組方向 1：精神科医療提供体制の充実

- 精神障がい者が、正確な診断と適切な外来・入院等の医療の提供など必要な医療支援が受けられる体制の確保を図ります。
特に統合失調症については、近年の薬物療法等の進展による治療技術の向上に伴う適正な医療の効果が見受けられるため、継続して治療を行っている患者の状況に応じた医療の実施や保健・福祉サービスの提供も含めた社会復帰への支援を進めます。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)
- 人権の擁護や精神保健福祉業務における適正な手続きの保持のため、精神科を標榜する一般病院や診療所における精神保健指定医の協力を拡大していきます。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)
- 身体合併症患者、薬物依存症患者等への専門的な精神科医療の提供を図るとともに、児童思春期、アルコール依存症の患者への専門医療を進めます。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)

- 県内を北部と中南部に分けた精神科救急輪番制と、24時間精神科救急医療電話相談等の精神科救急医療システムの的確な運用を行うとともに、一般医療機関等との連携を図ります。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)
- 精神科救急輪番病院において、当番日以外の夜間においても自院の患者について、精神科救急情報センターと連携し精神科救急医療体制に協力できる体制の整備を図ります。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)
- 統合失調症についての正しい知識の普及や身近に相談ができる体制を整えることにより、適切な治療のための早期発見、早期受診につなげます。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 治療の中断や病状が不安定な統合失調症患者およびその家族に対し、地域で生活することを前提として、保健・医療・福祉等の多職種によるチームで訪問支援に取り組みます。(医療機関、福祉施設、相談支援事業所、地域包括支援センター、市町、県、関係機関)
- 児童思春期精神科医療について、県立小児心療センターあすなろ学園等において医療相談や専門医療を提供するとともに、教育機関等と連携し学校における精神保健に関する取組を進めます。(医療機関、教育機関、市町、県、関係機関)
- 心神喪失者等医療観察法の指定通院医療機関の確保について、関係機関等と連携して取り組みます。(医療機関、津保護観察所、県、関係機関)

取組方向2：精神障がい者が地域で生活していくための連携体制の構築

- 地域住民および産業、教育関係者等に対して、精神疾患に関する正しい知識や相談窓口についての普及・啓発を行います。(関係団体、市町、県、関係機関)
- 各地域における精神疾患等に関する相談窓口の体制・機能の強化を進め、精神科医療機関等との連携を促進することで情報共有を行い、患者の早期発見、早期治療につなげていきます。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)
- 行政をはじめとする保健、医療、福祉、産業保健、教育等の関係機関、関係団体による連携体制・ネットワークの強化を図ります。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)
- 精神科医療機関、一般医療機関等の保健医療サービスと福祉サービスが連携して、適切な医療・福祉サービスの提供を進めます。(医療機関、福祉施設、市町、県、関係機関)
- 入院患者の早期退院、地域移行を促進するとともに、患者の状況に応じた訪問支援等を進めます。(医療機関、福祉施設、市町、県、関係機関)
- 100床以上の病床を有する精神科病院において、多職種により構成される「退院促進委員会」等を設置し、入院患者数において高い割合を占める高齢・長期入院患者のうち、特に5年以上かつ65歳以上の入院患者を主な対象として、各病院の状況、特色に応じた退院促進に関する取組を実施し、地域生活移行を促進します。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)
- 各保健所圏域において「地域精神保健福祉連携会議」を設置して、多様な精神疾患に関する問題に対し、関係機関等が連携してネットワークを構築し、各地域の状況、特性に応じた総合的な取組を行います。(医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)

取組方向3：認知症患者への対応の推進

- 認知症の早期発見、早期治療、予防につなげるため、また本人およびその家族への支援として、認知症を正しく理解するための講座を開催し、認知症サポーター*を養成します。(市町、県)
- 認知症の人の診療に関し、かかりつけ医への助言その他支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医について、関係機関等とともに養成を進めます。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)
- 認知症サポート医の協力を得て、主治医・かかりつけ医等への認知症対応力向上研修を実施し、早期発見、早期治療につなげます。(医療機関、医療関係団体、県)
- 認知症サポート医や地域のかかりつけ医を対象とした事例相談会等を開催することにより、認知症サポート医のフォローアップを行い、地域における認知症サポート医、かかりつけ医、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携を進めます。(医療機関、地域包括支援センター、医療関係団体、県、関係機関)
- 二次保健医療圏ごとに認知症疾患医療センターを整備し、地域の医療関係者や地域包括支援センター等との研修会や連携協議会を開催することで、医療と介護の連携を図ります。(医療機関、地域包括支援センター、市町、県)

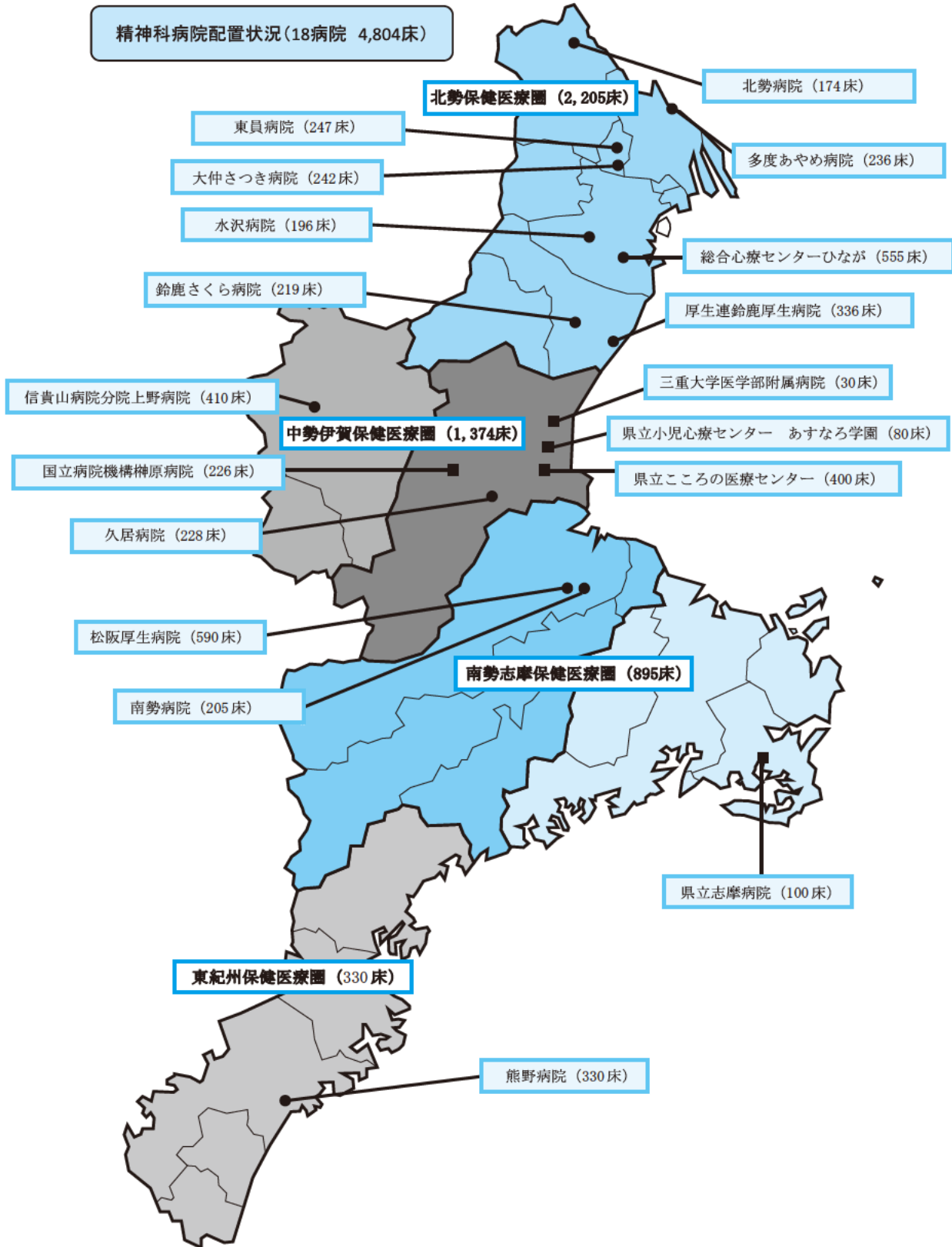
取組方向4：うつ病に対する医療支援の充実

- うつ病の早期発見、早期治療や適切な治療の継続が図られるよう、かかりつけ医・産業医等と精神科医との連携を推進します。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- うつ病についての正しい知識の普及や偏見をなくすための啓発を行うことで、早期相談、早期受診につなげます。また、周囲の見守り体制の強化や身近な相談窓口の充実、かかりつけ医等のうつ病の診断・治療技術の向上を図ります。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- うつ病は自殺を図った人の多くが罹患しているといわれていることから、自殺未遂者への精神的ケアや支援を効果的に行うため、医療機関や関係機関等の従事者の研修等を行い、対応できる人材の育成を行います。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 自殺予防について正しい知識を持ち、身近な人の変化に気づき、自殺を考えている人や悩んでいる人を相談窓口等へつなぐ役割が期待されるメンタルパートナー*の養成を進めます。(市町、県、関係機関)
- 職場等におけるうつ病が要因となった休職者の復帰について、事業所への支援や相談・指導等により、医療、産業保健、地域保健などの機関が連携して、休職した労働者の復帰への支援に取り組みます。(事業者、医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 各障害保健福祉圏域の相談支援事業所による、精神障がい者等およびその家族の地域生活の支援や、県内全域を対象とした相談事業を行うとともに、新たな相談支援ニーズに対応できるよう、人材育成を図ります。(医療機関、福祉施設、相談支援事業所、関係団体、市町、県、関係機関)
- 長期入院後退院した人や、継続して在宅で通院治療を受けている人の就労について、病態、状況等に応じて、障がい福祉サービスを利用しつつ、支援等を行います。(事業者、医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関)

取組方向 5：精神障がい者に対する理解の促進

- 地域、学校、家族会、当事者会等のさまざまな団体やピアサポーター*と連携し、啓発活動等を実施することにより、精神障がいに対する理解について県民一人ひとりに積極的に働きかけます。(県民、医療機関、福祉施設、教育機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 県内で活動している精神保健ボランティアを対象に研修会等を開催し、資質の向上を図るとともに、その活動を通じて精神障がい者に対する理解の促進や正しい知識の普及啓発を進めます。(関係団体、市町、県、関係機関)
- 「障がい者週間」、「人権週間」、「差別をなくす強調月間」の期間を中心とする、人権擁護委員、法務局、市町等と連携した街頭啓発や三重県人権センターにおける県民人権講座、企画パネル展示、パンフレット作成等による啓発を推進します。(関係団体、市町、県、関係機関)
- 小中学校における児童生徒、教員を対象としたバリアフリー*体験の実施、障がい者との交流など福祉教育の充実を図ります。(教育機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 文化祭や精神保健に関する講座の開催など精神科病院の行事へ地域住民の参加を呼びかけ、地域との日常的な交流をとおして、精神障がい者への理解を促進します。(医療機関、関係団体、市町、県)

図表 5-5-4 精神病床を有する病院配置状況



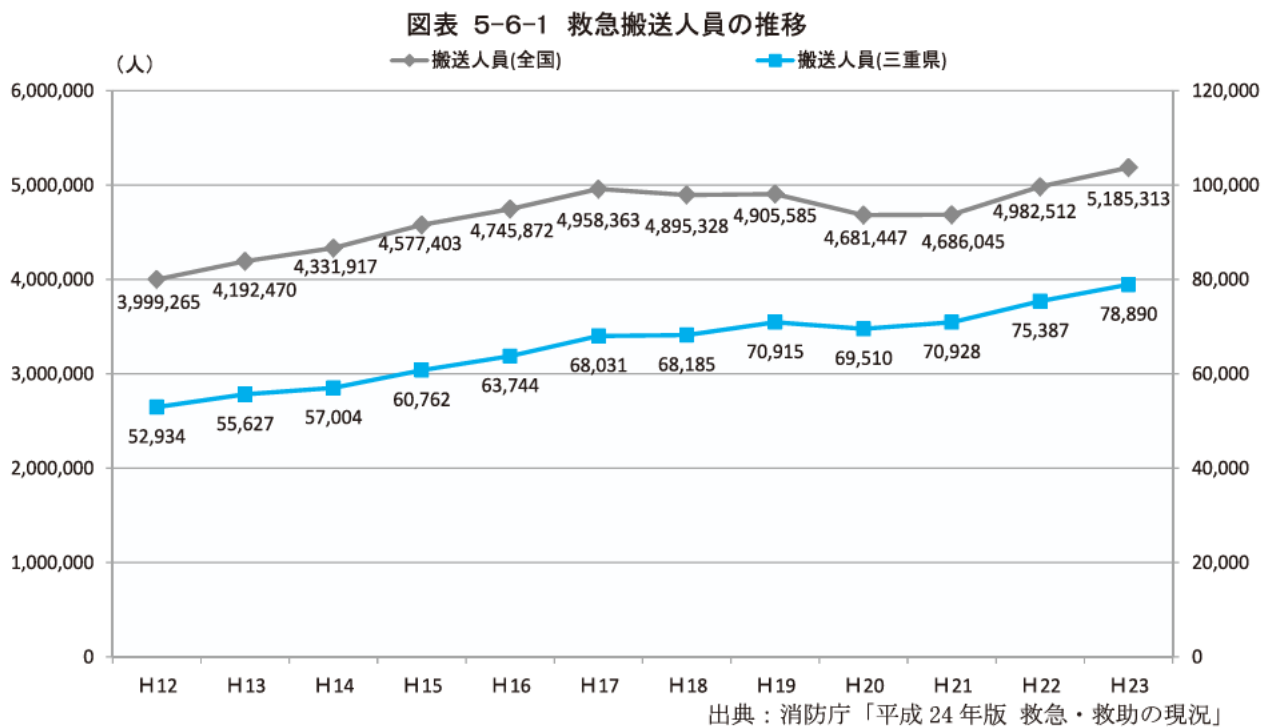
(平成 24 年 4 月 1 日現在)

第6節 救急医療対策

1. 救急医療の現状

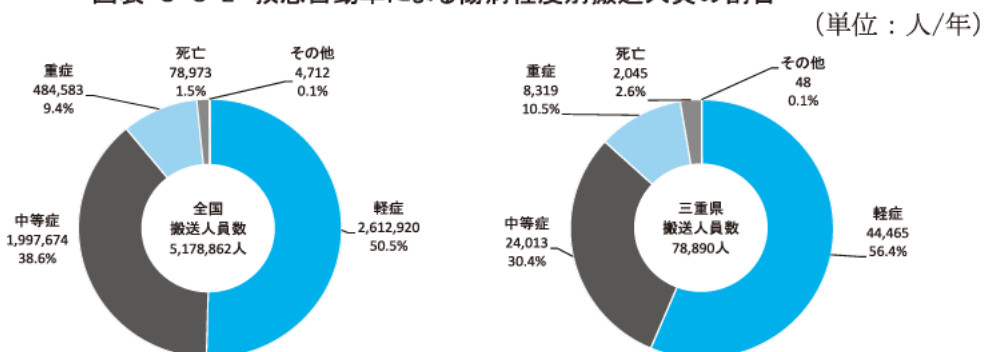
(1) 救急医療の概況

- 全国で救急搬送された人数は、平成 12（2000）年は約 400 万人でしたが、平成 23（2011）年には約 518.5 万人に増加しています。本県においても、平成 12（2000）年は 52,934 人でしたが、平成 23（2011）年には 78,890 人と増加傾向にあります。



- 全国における救急搬送患者のうち、診療の結果、帰宅可能な軽症者が 50%程度を占めます。本県における救急搬送人員数の傷病程度別割合（重症、軽症など）を見ると、半数以上が軽症です。この中の一部には、不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見されます。

図表 5-6-2 救急自動車による傷病程度別搬送人員の割合



※東日本大震災の影響により、釜石大槌地区行政事務組合消防本部および陸前高田市消防本部のデータを除いた数値により集計しています。

出典：消防庁「平成 24 年版 救急・救助の現況」

- 全国の救急患者の状況を見ると、救急の受診による入院は全体の 20.2%、また救急の受診のうち救急車による搬送、徒歩や自家用車等による救急の受診を合わせた診療時間外の受診による入院は 44.1%となっています。本県においては、救急の受診による入院は全体の 18.1%、また救急の受診のうち救急車による搬送、徒歩や自家用車等による救急の受診を合わせた診療時間外の受診による入院は 45.2%となっています。

図表 5-6-3 来院時の状況別に見た推計患者数(全国)

(単位：千人／日、%)

来院時の状況	入院						外来					
	総数		病院		一般診療所		総数		病院		一般診療所	
総数	1341.0	100.0	1290.1	100.0	50.9	100.0	5898.0	100.0	1659.2	100.0	4238.8	100.0
通常の受診	1070.0	79.8	1026.7	79.6	44.0	86.4	5852.3	99.2	1622.1	97.8	4230.2	99.8
救急の受診	270.3	20.2 (100.0)	263.4	20.4 (100.0)	6.9	13.6 (100.0)	45.7	0.8 (100.0)	37.1	2.2 (100.0)	8.6	0.20 (100.0)
救急車により搬送	138.6	(51.3)	137.1	(52.0)	1.6	(22.9)	15.3	(33.4)	13.2	(35.6)	2.1	(24.0)
診療時間内の受診	71.1	(26.3)	69.9	(26.5)	1.2	(17.8)	7.3	(16.1)	5.9	(15.9)	1.4	(16.8)
診療時間外の受診	67.5	(25.0)	67.2	(25.5)	0.4	(5.1)	7.9	(17.4)	7.3	(19.7)	0.6	(7.2)
徒歩や自家用車等による救急の受診	131.7	(48.7)	126.3	(48.0)	5.3	(77.1)	30.4	(66.6)	23.9	(64.4)	6.5	(76.0)
診療時間内の受診	80.1	(29.6)	76.9	(29.2)	3.2	(45.8)	12.5	(27.4)	7.8	(21.2)	4.7	(54.3)
診療時間外の受診	51.6	(19.1)	49.4	(18.8)	2.2	(31.3)	17.9	(39.2)	16.0	(43.2)	1.9	(21.6)

出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

図表 5-6-4 来院時の状況別に見た推計患者数(三重県)

(単位：千人／日、%)

来院時の状況	入院		外来	
	総数		総数	
総数	17.2	100.0	90.3	100.0
通常の受診	14.2	82.6	89.5	99.1
救急の受診	3.1	18.0 (100.0)	0.7	0.8 (100.0)
救急車により搬送	1.7	(54.8)	0.2	(28.6)
診療時間内の受診	0.8	(25.8)	0.1	(14.3)
診療時間外の受診	0.8	(25.8)	0.1	(14.3)
徒歩や自家用車等による救急の受診	1.5	(48.4)	0.6	(85.7)
診療時間内の受診	0.8	(25.8)	0.4	(57.1)
診療時間外の受診	0.6	(19.4)	0.2	(28.6)

出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

- 全国で救急搬送された高齢者は、平成 12(2000)年には約 149 万人でしたが、平成 23(2011)年には約 269 万人と大きく増加しています¹。また、85 歳以上の高齢者については、救急搬送件数の 17.3%と他の年齢層より多く、その中の事故種別についても急病が 11.6%と多くなっています²。

¹ 出典：消防庁「平成 24 年版 救急・救助の現況」

² 出典：消防庁「平成 22 年度 救急業務高度化推進検討会 報告書：第 8 章 救急搬送の将来推計」

に「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定し、平成 23（2011）年 4 月から運用を開始しています。

図表 5-6-5 救急救命士の数および住民の救急蘇生法講習の受講者数

(単位：人/年)

	救急救命士の数		住民の救急蘇生法講習の 受講者数
	実数	人口 10 万人あたり	
全 国	22,930	18.1	111
三重県	363	19.7	121

※普通・上級講習の人口 1 万人あたりの受講者数

出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

図表 5-6-6 救急隊の総数および救急救命士運用隊の割合

(単位：隊/年)

	救急隊の総数		救急救命士運用隊の割合
	救急隊の総数	うち救命士運用隊数	
全 国	4,965	4,763	95.9%
三重県	102	99	97.1%

出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

図表 5-6-7 救急車の稼働台数および救急救命士が常時同乗している救急車の割合

(単位：台/年)

	救急車の稼働台数		救急救命士が常時同乗して いる救急車の割合
	実数	人口 10 万人あたり	
全 国	6,054	4.8	83.1%
三重県	118	6.4	59.8%

出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

図表 5-6-8 救急患者搬送数

(単位：件/年)

	実数	人口 10 万人あたり
全 国	5,178,862	4,080.3
三重県	78,890	4,277.5

出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

- 本県において、平成 23（2011）年中に救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は 38.0 分で、全国平均 38.1 分とほぼ同水準です。
- 受入困難事例を見ると、救急車が搬送する病院が決定するまでに、救急要請開始から 30 分以上かかった割合は 4.6%（全国 4.9%）、4 医療機関以上に要請を行った割合は 4.1%（全国 3.9%）となっており、いずれも地域によって差があります。
- 受入医療機関の選定困難事案の原因の一つに病床の満床があると考えられます。急性期を脱した患者に対して適切な医療を提供する体制の整備が必要です。
- 心肺停止患者の 1 か月後の予後は、生存率 9.6%（全国 11.4%）、社会復帰率 5.6%（全国 7.2%）であり、ともに全国平均を下回っています。

- 全国の平成 23（2011）年における全救急搬送人員のうち、重症（死亡も含む）と分類されたものを見ると、33.7 万人のうち、脳疾患 7.8 万人、心疾患等 7.8 万人と、全体の半数近くを占めています。また、急病のうち死亡が最も多いのは心疾患等です³。

（2）救急医療提供体制

- 本県の医師数は全国平均と比べて不足しており、診療科目別では、小児科、産婦人科、脳神経外科および麻酔科において人口 10 万人あたりの医師数が全国順位の低位に位置しています。また、救急医療を担う病院勤務医についても、50 歳未満の医師数が減少傾向にあります⁴。

① 病院前救護体制

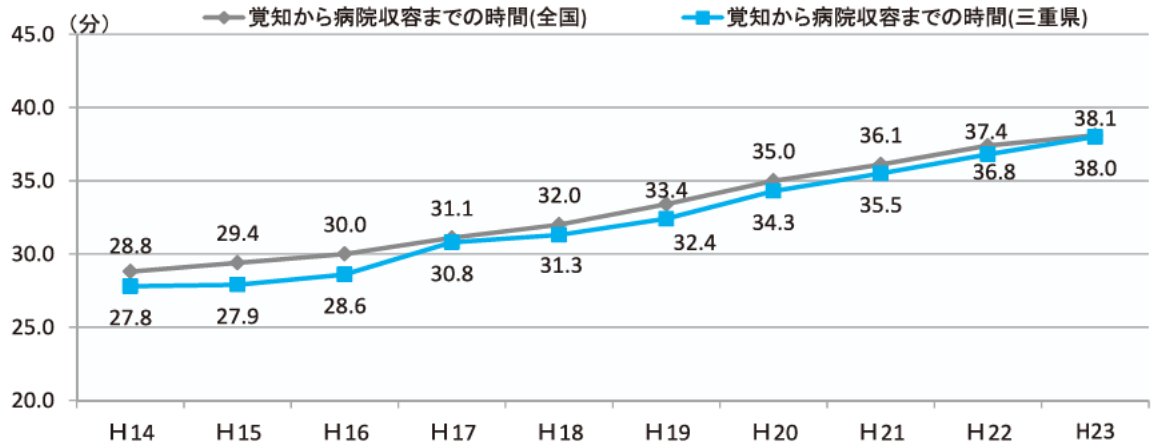
- 病院前救護とは、病気を発症したり、ケガをしたりした患者を救急現場や救急車での搬送中に応急処置を行うものです。そのうち、その時の状況等を事後に検証するとともに、救急隊員の教育訓練を行うことにより、よりよい搬送体制を構築していくことをメディカルコントロール体制と呼んでいます。
- 平成 13（2001）年からメディカルコントロール体制の整備のため、各都道府県および地域にメディカルコントロール協議会の設置が開始されました。本県においても地域メディカルコントロール協議会が 9 地域に設置され、事後検証等を実施しています。
- 救急現場や搬送途中における重症患者に対する救急救命士等の救命処置や、AED（自動体外除細動器）などを使った市民による応急手当（プレホスピタル・ケア）の重要性が高まっています。
- プレホスピタル・ケアの主な担い手となる救急救命士は、平成 3（1991）年の制度発足以来、県内 15 消防本部で平成 23（2011）年までに 349 人が養成され、救急患者の救命率の向上に努めているところです。救急救命士を含めて運用している救急隊の割合は全国よりも高くなっていますが、救急車の稼働台数（人口 10 万人あたり）が全国平均よりも多いことから、救急救命士が常時同乗している救急車の割合が低くなっています。救急救命士の必要性・重要性が高まる中、救急救命士が担う業務範囲も拡大しており、救急救命士の資質向上に向けた取組が実施されています。
- 住民の救急蘇生法講習（普通・上級講習）の人口 1 万人あたりの受講者数は 121 人で、全国平均 111 人を上回っています。また、AED の公共施設における設置台数は 1,413 台です⁵。
- 救急搬送において、受入医療機関が速やかに決定しない事案が全国各地で発生し、社会問題となっています。こうした中、平成 21（2009）年 5 月に消防法が改正されたことをふまえて、県では現状の医療資源を前提に消防機関と医療機関の連携体制を強化し、受入医療機関の選定困難事案の発生をなくすとともに、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および受入体制を構築するための基準として、平成 22（2010）年 9 月

³ 出典：消防庁「平成 24 年版 救急・救助の現況」

⁴ 出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

⁵ 出典：三重県調査（平成 21 年度）

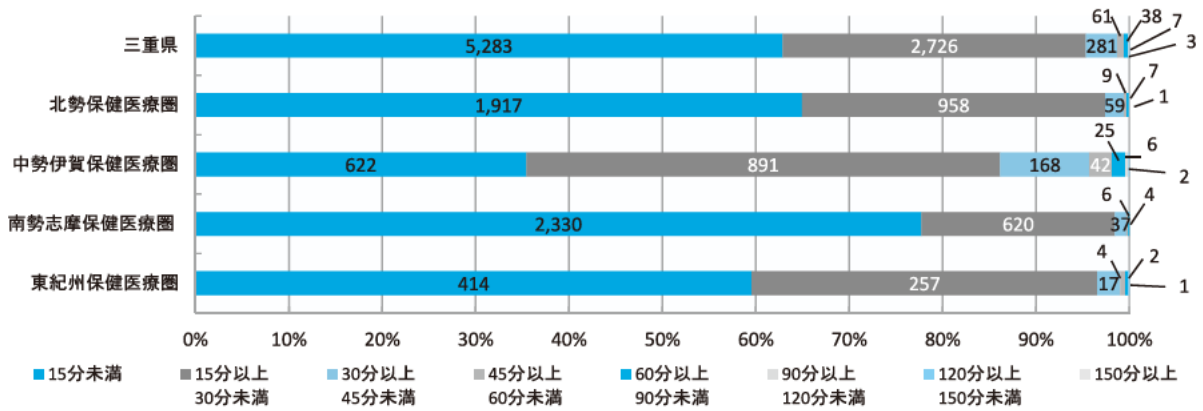
図表 5-6-9 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間



出典：消防庁「救急・救助の現況」

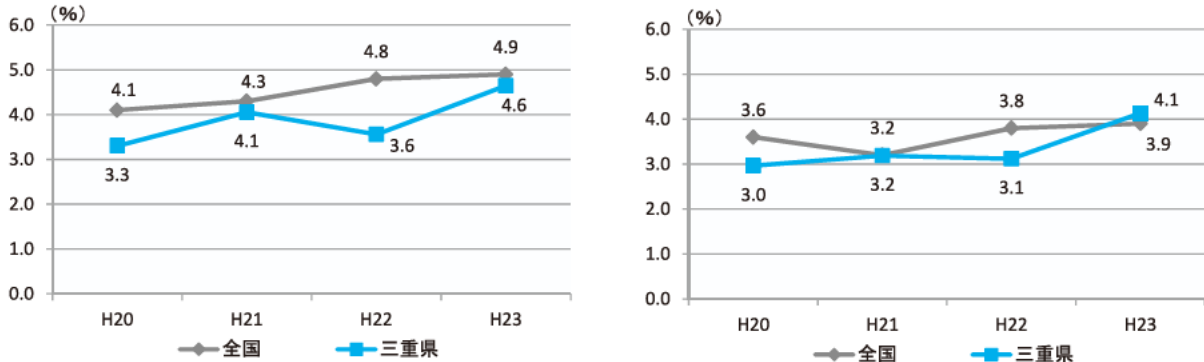
図表 5-6-10 救急車が搬送する病院が決定するまでに要した時間(医療圏別)

(単位：件/年)



出典：三重県調査

図表 5-6-11 救急車が搬送する病院が決定するまでに要請開始から30分以上を要した割合(左グラフ)、あるいは4医療機関以上に要請を行った割合(右グラフ)(受入困難事例)



※重症以上の救急搬送に占める割合です。(転院搬送を除く)

出典：消防庁「消防白書」

図表 5-6-12 心肺停止患者の1か月後の予後

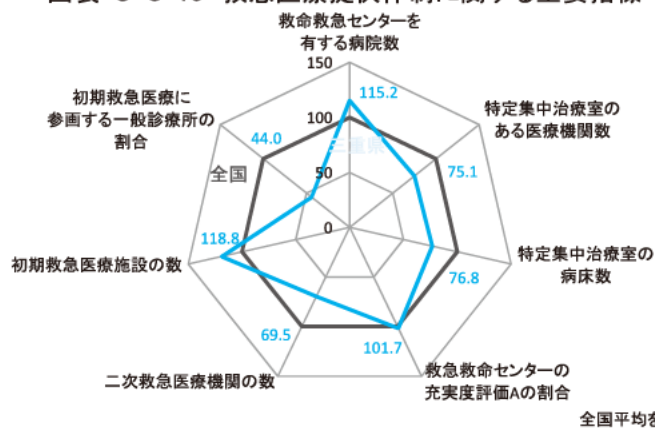
	生存率	社会復帰率
全 国	11.4%	7.2%
三重県	9.6%	5.6%

出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

② 初期救急医療

- 初期救急医療については、比較的軽症の患者を対象に主に外来診療により行われており、休日夜間は「休日夜間急患センター」や在宅当番医制*で対応しています。県内では平成24（2012）年4月現在、14か所に休日夜間急患センターが設置されており、また、地域の医師会等で当番を決めて休日や夜間の患者を受け入れる体制を整備している地域もあります。
- 一般診療所のうち、初期救急医療に参画する一般診療所（在宅当番医制のある診療所）の割合は7.2%（全国16.3%）と全国平均を下回っています。
- 三重県救急医療情報センターにおいて「医療ネットみえ」や、コールセンターの電話案内により初期救急医療の情報提供を行っています。
- 耳鼻科、眼科等の医師の診察を必要とする疾患についても、同案内を活用し、時間外診療の応需可能な医療機関等を紹介しています。

図表 5-6-13 救急医療提供体制に関する主要指標



出典：救急救命センターの充実度評価Aの割合は厚生労働省「救命救急センターの評価結果報告書」（平成22年実績に基づく評価）、二次救急医療機関の数は厚生労働省「社会保障審議会医療部会資料（平成23年3月31日時点）」および三重県調査（平成24年4月）、その他は厚生労働省「平成23年医療施設調査」

③ 二次救急医療

- 二次救急医療は、緊急の入院や手術が必要な重症の患者を対象としており、中核的な病院が曜日などで交替して患者を受け入れる病院群輪番制*や、一つの病院で24時間365日二次救急患者の受入を行う体制が医療機関や市町などの協力により構築されています。
- 現在、県内には二次救急医療体制の維持が困難な地域が見られます。その理由の一つとして、初期救急患者が二次救急医療機関に直接受診するため、過度の患者の集中が起り、病院勤務医等の負担が大きくなったことが挙げられます。

- 二次救急医療体制が脆弱な地域において、「三重県地域医療再生計画」などに基づき、病院の再編統合や機能連携などを進めることにより、地域の救急医療体制の充実が図られています。
- 本県において救急告示医療機関は 64 施設あります。

④ 三次救急医療

- 限られた医療資源の中で安全・安心な医療を提供するためには、初期、二次救急医療提供体制の確保と 重篤な疾患の患者の受け入れ先となる三次救急医療施設の充実が求められています。
- 救命救急センターを有する病院においては、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療のみならず、重症外傷やその他の複数診療科にまたがる重篤な患者への医療が提供されています。なお、脳卒中や急性心筋梗塞の医療は、救命救急センターを有する病院以外の病院等においても行われています。
- 本県では、平成 24（2012）年 4 月現在、県立総合医療センター、市立四日市病院、三重大学医学部附属病院、伊勢赤十字病院の計 4 か所が救命救急センターとして指定され、重篤な救急患者等への対応を行っています。
- 離島や中山間地域など、救急患者等の搬送に長時間を要する地域などでは、救急現場において早期に医師による治療を行うことや、救命救急センター等高度な医療機関に短時間で搬送することにより、救命率の向上や後遺障がいの軽減等が期待できることから、平成 24（2012）年 2 月から本県独自のドクターヘリを導入しています。また、平成 15（2003）年 1 月から、奈良県とともに共同運航している和歌山県のドクターヘリについても、引き続き東紀州保健医療圏において活用しています。
- 人口 100 万人あたりの特定集中治療室のある医療機関数は、4.9 施設（全国 6.5 施設）、人口 10 万人あたりの特定集中治療室の病床数は 4.0 床（全国 5.2 床）となっており、いずれも全国平均を下回っています⁶。

図表 5-6-14 三重県ドクターヘリ運航実績

(単位：件/年)

	出動 件数	出動内容	
		現場出動	病院間搬送
平成 23 年度	19	9	10
平成 24 年度	239	146	93
累 計	258	155	103

※平成 24 年度は平成 25 年 2 月末現在です。

出典：三重県調査

⁶ 出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

図表 5-6-15 和歌山県ドクターヘリの共同利用実績

(単位：件)

	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
三重県	3	6	7	10	7	9	15	8	9	14	3
3県計	35	265	338	341	347	379	386	387	384	392	332

※平成24年度は平成25年2月末現在です。

出典：三重県調査

2. 医療連携体制の現状

- 救急医療体制の現状は保健医療圏ごとに異なっています。各保健医療圏における救急医療体制の現状は次のとおりです。

(1) 各保健医療圏における医療提供体制

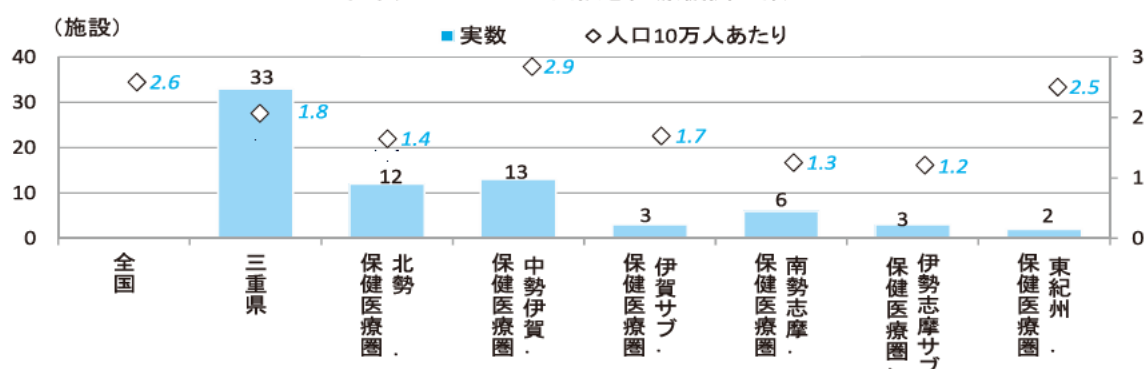
① 初期救急医療

- 休日夜間急患センターである診療所は、平成24(2012)年4月時点で北勢保健医療圏に3か所、中勢伊賀保健医療圏に7か所、南勢志摩保健医療圏に3か所および東紀州保健医療圏に1か所あり、休日夜間の初期救急医療患者に対応しています。
- 一般診療所のうち、初期救急医療に参画する一般診療所(在宅当番医制のある診療所)の割合は、東紀州保健医療圏で全国平均を上回っています。
- 医療機関の数だけではなく、医療従事者数なども保健医療圏ごとに大きな差があります。

② 二次救急医療

- 人口10万人あたりの医療機関の整備状況を見ると、平成23(2011)年度の二次救急医療機関数は、中勢伊賀保健医療圏で2.9施設(全国2.6施設)と全国平均を上回っていますが、他の保健医療圏では全国平均を下回っています。
- 医療機関の数だけではなく、医療従事者数なども保健医療圏ごとの差があります。

図表 5-6-16 二次救急医療機関の数

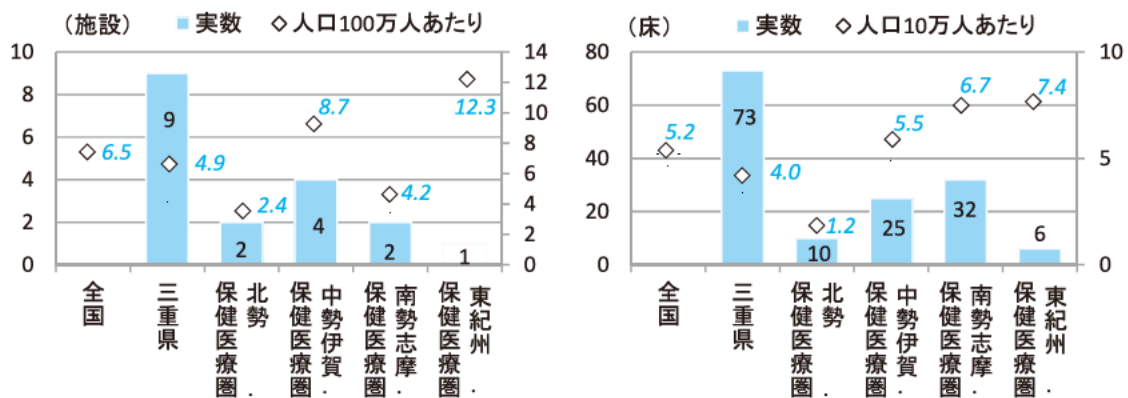


※中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ保健医療圏を除いた数値です。
出典：厚生労働省医政局調べ(社会保障審議会医療部会資料の平成23年3月31日時点の数)、三重県調査(平成24年)

③ 三次救急医療

- 救命救急センターを有する医療機関数は、平成 20（2008）年医療施設調査では、北勢保健医療圏に 1 か所、南勢志摩保健医療圏に 1 か所の合計 2 か所でした。その後、北勢保健医療圏、中勢伊賀保健医療圏に各 1 か所整備され、平成 24（2012）年 4 月現在は計 4 か所となっています。
- これにより、県内の 4 つの二次保健医療圏のうち北勢、中勢伊賀、南勢志摩保健医療圏では、救命救急センターが確保されましたが、東紀州保健医療圏では未設置となっています。
- 本県では、平成 24（2012）年 2 月にドクターヘリを導入したことにより、東紀州保健医療圏をはじめとする県内全域の三次救急医療体制の充実・強化につながっています。
- 人口 100 万人あたりの特定集中治療室のある病院数は、東紀州保健医療圏と中勢伊賀保健医療圏で全国平均を上回っています。人口 10 万人あたりの特定集中治療室の病床数は、北勢保健医療圏を除く各保健医療圏で全国平均を上回っています。

図表 5-6-17 特定集中治療室のある病院数(左グラフ)・病床数(右グラフ)



出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

(2) 医療提供体制

平成24年4月現在

保健医療圏	市町	初期救急医療機関					二次救急医療機関			三次救急医療機関	小児救急医療拠点病院
		休日・夜間 急患センター	休日		平日	在宅当番医制	二次救急医療圏	施設			
			昼間	準夜	準夜						
北勢保健医療圏	桑名市 木曾岬町 いなべ市 東員町	桑名市 応急診療所	○		○※1	桑名市医師会 (5施設) いなべ医師会 (24施設)	北勢地域 桑名地区	(病院群輪番制参加病院) 桑名西医療センター・桑名東医療センター・青木記念病院・ヨナハ総合病院・厚生連いなべ総合病院	県立総合医療センター (救命救急センター)	国立病院機構 三重病院	
	四日市市 菰野町 朝日町 川越町	四日市市 応急診療所	○			(その他救急告示による施設) 山崎病院・桑名病院・森栄病院・日下病院・青木内科・大桑クリニック・桑名南医療センター	北勢地域 四日市地区	(病院群輪番制参加病院) 県立総合医療センター・市立四日市病院・四日市社会保険病院・厚生連菰野厚生病院			
	鈴鹿市 亀山市	鈴鹿市 応急診療所	○	○	○	亀山医師会 (29施設)	北勢地域 鈴鹿地区	(病院群輪番制参加病院) 厚生連鈴鹿中央総合病院・鈴鹿回生病院 亀山市立医療センター			
中勢伊賀保健医療圏	津市	津市休日 急・夜間 こども応急 クリニック	○	○※2	○※2		中勢伊賀 地域 津地区	(病院群輪番制参加病院) 武内病院・永井病院・遠山病院・吉田クリニック・岩崎病院・大門病院・津生協病院・国立病院機構三重中央医療センター・榊原温泉病院・小淵病院	三重大学医学部附属病院 (救命救急センター)		
		津市夜間成人 応急診療所		○	○						
		津市久居休日 応急診療所	○			(その他救急告示による施設) 若葉病院・県立志病院					
	伊賀市	伊賀市 応急診療所	○	○	○		中勢伊賀 地域 伊賀地区	(病院群輪番制参加病院) 上野総合市民病院・岡波総合病院・名張市立病院			
	名張市	名張市 応急診療所	○	○	○						
南勢志摩保健医療圏	松阪市 多気町 明和町 大台町	松阪市 休日・夜間 応急診療所	○	○	○		南勢志摩 地域 松阪地区	(病院群輪番制参加病院) 松阪市民病院・松阪中央総合病院・済生会松阪総合病院	伊勢赤十字病院 (救命救急センター)		
		松阪市歯科 休日 応急診療所	○※3			(その他救急告示による施設) 厚生連大台厚生病院・国保報徳病院・三重ハートセンター					
	伊勢市 玉城町 度会町 大紀町	伊勢市 休日・夜間 応急診療所	○	○	○		南勢志摩 地域 伊勢地区	(病院群輪番制参加病院) 市立伊勢総合病院・伊勢赤十字病院			
	鳥羽市	鳥羽市 休日・夜間 応急診療所	○		○※4		南勢志摩 地域 志摩地区	(病院群輪番制参加病院) 県立志摩病院			
	志摩市 南伊勢町	志摩市 休日・夜間 応急診療所	○		○※5	(その他救急告示による施設) 南島メディカルセンター・町立南伊勢病院・国保志摩市民病院					
東紀州保健医療圏	尾鷲市 紀北町					紀北医師会 (28施設)	東紀州 地域 尾鷲地区	(病院群輪番制参加病院) 尾鷲総合病院			
	熊野市 御浜町 紀宝町	紀南医師会 応急診療所	○				東紀州 地域 熊野地区	(病院群輪番制参加病院) 紀南病院			

※1 土曜日のみ、※2 夜間は小児科のみ、※3 午前中のみ、※4 木・金・土曜日のみ、※5 月・水・土曜日のみ

(3) 各保健医療圏における現状

- 初期、二次救急医療、小児救急医療については、その体制の維持が困難となっている地域が増加しており、地域救急医療対策協議会等の場で対応策についての協議が行われています。
- 救命救急センターについては、当初、人口 100 万人に 1 か所を目途に整備が行われてきました。しかしながら、本県は南北に長い地理的要件や人口の集中度合いにより、より多くの救命救急センターを設置しています。

図表 5-6-18 各保健医療圏における救急医療の現状

保健医療圏	地域	救急医療に関する現状
北勢保健医療圏	桑名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については、桑名市応急診療所といなべ総合病院が中心となって対応しています。 ・ 二次救急医療については、病院群輪番制により体制が維持されているものの、勤務医が不足しています。 ・ 旧桑名市民病院と旧山本総合病院を再編統合し、桑名市総合医療センターとして病院を整備し、地域の二次救急医療を担っています。 ・ 二次・三次救急医療患者については、四日市地域および愛知県など圏域を越えた搬送があります。 ・ 桑名市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	四日市	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については、四日市市応急診療所と病院群輪番制参加病院が協力し対応しています。 ・ 平成21（2009）年2月に市立四日市病院を救命救急センターとして指定し、県立総合医療センターとともに北勢地域の重篤な救急患者への対応を実施しています。 ・ 平成22（2010）年度から厚生連菰野厚生病院が二次救急輪番に加入しています。 ・ 医療ニーズに迅速、的確に対応するため、平成24（2012）年4月に県立総合医療センターを地方独立行政法人としています。
	鈴鹿	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療については、鈴鹿市休日夜間応急診療所や亀山医師会の在宅当番医制度などにより対応しています。 ・ 二次救急医療については、厚生連鈴鹿中央総合病院と鈴鹿回生病院の連携により対応しています。 ・ 亀山地域では、二次救急医療を担う亀山市立医療センターが中心となって、三重大学と連携し、最適な地域医療体制の確立に向けた研究や地域医療を担う医師養成等の取組が進められています。

中勢伊賀保健医療圏	津	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療については、津市休日応急・夜間こども応急クリニック、夜間成人応急診療所、久居休日応急診療所において対応しています。 初期救急患者の二次救急病院への集中の緩和と二次救急病院の受入体制の充実を図るため、病院群輪番制を担う二次救急医療機関の機能強化に向け、郡市医師会や三重大学と連携して、医師の派遣など診療支援の取組を進めています。 平成22（2010）年6月に三重大学医学部附属病院を救命救急センターとして指定し、中勢伊賀地域の重篤な救急患者への対応を実施しています。 平成24（2012）年2月から県ドクターヘリを導入し、三重大学医学部附属病院と伊勢赤十字病院が2か月交替で基地病院を担っています。 津市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	伊賀	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療については、伊賀市応急診療所と名張市応急診療所において対応しています。 二次救急医療については、地域の3病院が協力して病院群輪番制の維持に努めていますが、常勤医師数の減少が著しく、体制の維持が困難な状況となっています。そのため、それぞれの病院が現状の医療資源を生かした特色ある医療をめざして、医師確保や医療体制の充実に努めています。 伊賀市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。 伊賀地域において、市民や団体による「地域医療を守る会」が地域医療を守る活動を行っています。
南勢志摩保健医療圏	松阪	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療については、松阪市休日夜間応急診療所と松阪市歯科休日応急診療所において対応しています。 病院の医師不足や軽症患者の二次救急病院への集中などによって、病院群輪番制参加病院による救急患者の受入が困難な状況となっています。そのような状況の中、市、郡市医師会、消防本部等の協議により、初期救急患者は市の応急診療所に対応し、二次救急患者のみ病院群輪番制参加病院で対応するなど、機能分担を図ることで救急医療に対応しています。 松阪市、多気町、明和町では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	伊勢	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療については、伊勢市休日・夜間応急診療所と鳥羽市休日・夜間応急診療所において対応しています。 伊勢赤十字病院は、救命救急センターを中心として高度な救命救急医療を担う三次救急医療機関、小児医療の二次救急病院、地域医療支援病院に指定されており、平成24（2012）年1月に移転開業して伊勢志摩地域だけでなく県南部の中核病院として、広範囲に受け入れる体制整備がなされつつあります。 平成24（2012）年2月から県ドクターヘリを導入し、伊勢赤十字病院と三重大学医学部附属病院が2か月交替で基地病院を担っています。 伊勢市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	志摩	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療については、志摩市休日・夜間応急診療所において対応しています。 県立志摩病院は、指定管理者制度を導入したことにより、民間事業者の柔軟かつ効果的なノウハウを活用し、医師確保および救急医療体制等の充実に努めています。 志摩地域において、市民や団体による「地域の医療を考える会」が、地域医療を守る活動を行っています。

東紀州保健医療圏	尾鷲	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療については、休日は紀北医師会の休日在宅当番制の利用を呼びかけるとともに、毎週日曜日と祝日は、紀北医師会の協力を得て、病院の外来において対応しています。 三次救急患者への対応は、県独自のドクターヘリとともに和歌山県のドクターヘリを活用し行っています。 尾鷲総合病院では、医師不足の中で救急対応が困難な状況が続いていますが、医師確保のためのバディ・ホスピタルシステムを導入し、地域医療への貢献に努めています。
	熊野	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急医療については、紀南医師会応急診療所において対応しています。 三次救急患者への対応は、県独自のドクターヘリとともに、和歌山県のドクターヘリを活用し行っています。 紀南病院は、和歌山県の新宮市立医療センターとの県境を越えた広域的な連携を行っています。

(4) 各保健医療圏における受療動向

- 本県における平成 20（2008）年の 1 日あたりの救急車で搬送された入院患者数は 1.4 千人と推定され、そのうち 0.1 千人は県外で治療を受けています。また、北勢保健医療圏では 0.6 千人のうち 12.1%が県外を含む保健医療圏外の医療機関に入院していますが、これは桑名地域から愛知県への患者の流出が著しいためと考えられます。保健医療圏外の医療機関で治療を受けた割合（流出率）は、県全体（平均）では 11.4%ですが、東紀州保健医療圏で 23.9%とやや高くなっています。

図表 5-6-19 保健医療圏別 救急車により搬送された入院患者の流出・流入状況
(単位：千人/日)

施設所在地 患者住所地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	1.4	0.6	0.4	0.3	0.1	0.1	11.4%
北勢保健医療圏	0.6	0.5		0.0	0.0	0.0	12.1%
中勢伊賀保健医療圏	0.5	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	11.2%
南勢志摩保健医療圏	0.3	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	5.8%
東紀州保健医療圏	0.1				0.1	0.0	23.9%
県外	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—
流入率	6.7%	7.6%	4.0%	4.5%	26.4%	—	—

※空欄はデータなし 出典：厚生労働省「平成 20 年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

3. 課題

(1) 救急医療提供体制

- 本県の医師数は、全国平均と比べて不足しており、特に、救急医療において重要な役割を担う小児科、産婦人科、脳神経外科、麻酔科、救急専門医の不足の解消、若手医師の確保

が喫緊の課題です。

- 症状の程度が不明な患者は、かかりつけ医や休日夜間急患センター、あるいは「医療ネットみえ」等にて紹介された初期救急医療機関へ、明らかに重症な患者は救急車により二次救急の病院群輪番制参加病院へ、生命の危機が差し迫っている患者はさらに三次救急医療機関へという、本来あるべき救急患者の流れを構築することが課題となっています。
- 高齢化の一層の進行により、今後、ますます増加すると予想される高齢者の救急搬送への対策が必要です。

① 病院前救護体制

- 平成 22 (2010) 年 9 月に策定した「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の円滑な運用を進めるとともに、事後検証を行うことにより継続的な見直しが必要です。
- 救急救命士の増員や資質の向上のための実習病院の充実と確保が必要です。
- 地域住民への A E D を用いた応急手当の普及啓発や救急蘇生法の実習などのさらなる充実が必要です。
- 適切な救急医療機関受診に関する普及啓発を行い、軽症患者の安易な二次救急医療機関の受診による医療機関の負担を軽減する必要があります。
- 今後、充実が求められる病院前救護体制には、事後検証や教育訓練等を行う地域メディカルコントロール体制の充実・強化が必要です。

② 初期救急医療

- 休日夜間急患センターなどの初期救急医療を担う医療機関が確保されていない地域をなくす必要があります。
- 夜間・休日等に受診できる初期救急医療機関の情報提供について、市町等との連携の上、強化する取組が必要です。
- 「医療ネットみえ」に参加登録をしている医療機関数を増やす必要があります。また、その中で、特に耳鼻科、眼科などを標榜する医療機関の登録を増やす必要があります。

③ 二次救急医療

- 医師不足などの理由により二次救急医療の提供が困難な状況となっている地域がみられることから、病院群輪番制の維持に努める必要があります。
- 軽症の患者であっても二次救急医療機関を受診する傾向があり、特に病院群輪番制参加病院などでは、救急患者の診療に支障を来していることから、県民の適切な受診行動を促進する必要があります。

④ 三次救急医療

- 東紀州保健医療圏には三次救急医療施設がないため、隣接する地域をはじめとする県内全域での支援体制の強化が必要です。
- ドクターヘリの出動要請においては、早期の現場出動に対する消防本部の判断や、病院間搬送に対する医療機関の理解の促進が必要です。
- 災害時や重複要請時のドクターヘリの運航について、近隣府県と連携を図る必要があります。

- ドクターヘリの円滑な運航体制を強化するため、訓練の実施や搬送事例の検証等が必要です。

(2) 急性期を脱した患者への後方支援等について

- 急性期を脱した患者のための回復期リハビリテーション病棟の整備など、後方支援体制の強化が必要です。
- 救急医療機関や心臓リハビリテーション病院等の基幹病院とかかりつけ医との地域連携クリティカルパス等による連携の強化が必要です。

(3) 各保健医療圏における課題

- 救急搬送件数の増加に対応するとともに、受入照会回数の減少等を図るため、二次および三次救急医療体制のさらなる充実が求められています。
- 救急医療機関における受入患者の入院長期化、介護施設からの肺炎患者等の多数受入れにより一時的に救急患者の受入れを制限するなど、いわゆる出口問題が生じています。
- 小児救急を含む救急医療体制の充実を図るため、さらなる医師及び看護師の確保が必要です。

図表 5-6-20 各保健医療圏における救急医療の課題

保健医療圏	地域	救急医療に関する課題
北勢保健医療圏	桑名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 二次救急医療については、病院群輪番制参加病院により体制が維持されているものの、勤務医不足の中、維持が困難な状況となっています。
	四日市	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他地域からの救急患者搬送の増加に対応するため、二次および三次救急医療体制のさらなる充実が求められています。 ・ 救急搬送者のうち、診断の結果、帰宅可能な軽症者の割合が6割強と、他地域と比べて多くなっており、本来対応すべき重症者への対応に支障をきたす恐れがあります。
	鈴鹿	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鈴鹿市を中心とした地域の二次救急医療については、厚生連鈴鹿中央総合病院と鈴鹿回生病院の連携により対応していますが、他地域からの救急患者の搬送が増加しており、その対策が課題となっています。 ・ 亀山市において二次救急医療を担う亀山市立医療センターにおける医師の充足が必要です。
中勢伊賀保健医療圏	津	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急搬送における受入先医療機関の選定が困難な事案（いわゆる“たらい回し”）が多く発生しており、地域内の救急医療体制の整備・充実が急務となっています。 ・ 救急搬送において、他地域と比べて搬送件数の増加が著しく、病院群輪番制参加病院の負担になっています。 ・ 救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談「津市救急・健康相談ダイヤル24」の利用について、普及啓発を行っていく必要があります。
	伊賀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 常勤医師の減少が著しく、現在の3病院による病院群輪番制の維持が困難な状況となっていることから、二次救急医療体制の再構築が喫緊の課題となっています。

南勢志摩保健医療圏	松阪	<ul style="list-style-type: none"> ・ 紀勢地域の救急医療体制の確立が必要です。 ・ 松阪地域での救急搬送数が増加を続けている中、救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談「救急相談ダイヤル24」を導入しましたが、効果が目に見えてあらわれていない状況であり、救急車の適正利用等のさらなる啓発が必要です。 ・ 休日応急診療所を含め地域の初期救急医療を担当する医師が不足しており、医師の確保が必要です。
	伊勢	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療従事者の不足から、二次救急医療をはじめとする救急医療体制の維持がやや困難な状況となっています。
	志摩	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国保志摩市民病院、町立南伊勢病院は、医師・看護師不足から救急医療対応が困難になっています。 ・ 県立志摩病院において、さらなる救急医療提供体制の充実が必要です。
東紀州保健医療圏	尾鷲	<ul style="list-style-type: none"> ・ 尾鷲総合病院では医師不足の中で救急医療対応が困難な状況が続いており、特に専門的領域の医師確保が課題です。
	熊野	<ul style="list-style-type: none"> ・ 二次救急医療を担う紀南病院の医師確保が困難な状況となっています。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 県民一人ひとりの受診行動の見直しや、医療機関の役割分担・機能分担が進むとともに、救急医療提供体制の整備が進んでいます。
- 行政、医療機関、関係団体等の協力のもと、県内全域においてメディカルコントロール体制が充実しています。
- 初期・二次救急医療体制の充実や、重篤患者のドクターヘリの活用による迅速な搬送、救命率の向上などにより三次救急医療体制の充実が図られています。
- 救急医療を受けた患者が、回復期、維持期へと円滑に移行し、地域へ戻っていくことができるよう在宅医療および多職種連携した地域医療提供体制が構築されています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値	
救急医療情報システム 参加医療機関数 【三重県調査】	県の救急医療情報システムに参加登録している医療機関数を増加することを目標とします。	目 標	
		693 機関	
		現 状 (H23)	
		568 機関	
受入困難事例の割合 【三重県調査】	救急車が搬送する病院が決定するまでに要請開始から 30 分以上を要したあるいは 4 回以上医療機関に要請を行った割合の低減を目標とします。	目 標	
		30 分以上	4 回以上
		3.3%	3.0%
		現 状 (H23)	
		30 分以上	4 回以上
		4.6%	4.1%
救急搬送患者のうち、傷病程度が軽症であった人の割合 【救急・救助の現況】	救急搬送患者のうち、診療の結果として帰宅可能な軽症者の割合の低減を目標とします。	目 標	
		50.0%以下	
		現 状 (H23)	
		56.4%	
救急救命士が同乗している救急車の割合 【救急・救助の現況】	救急救命士が常時同乗している救急車の割合を増やすことを目標とします。	目 標	
		80.0%以上	
		現 状 (H24)	
		59.8%	

(2) 取組方向

- 取組方向 1：県民の適切な受診行動の促進
- 取組方向 2：病院前救護体制の充実
- 取組方向 3：初期、二次、三次救急医療体制の充実

(3) 取組内容

取組方向 1：県民の適切な受診行動の促進

- 県民に対し、かかりつけ医の必要性や救急医療に関する情報の提供を行うとともに、救急車の適正な利用など、適切な受診行動に関する啓発を行います。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 救急医療情報センターにおける「医療ネットみえ」の初期救急医療機関情報および案内業務の充実を図り、県民の適切な受診行動を促進します。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 小さな子どもを持つ保護者などを対象に、「子どもの救急対応マニュアル」や「みえ子ども医療ダイヤル (#8000)」により情報提供や相談事業を行います。(医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向 2：病院前救護体制の充実

- AEDを使った応急手当が実施できる県民を増やすため、救急蘇生法講習の実施を推進します。(消防機関、市町、県、関係機関)
- AEDが必要なときに活用されるよう、設置場所についての情報提供を充実させます。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 三重県メディカルコントロール協議会や各地域メディカルコントロール協議会において、救急救命士の再教育訓練や搬送後の事後検証体制を円滑に推進することができるよう体制の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 事後検証等をより効果的に実施し、メディカルコントロール体制の充実を図るため、各地域メディカルコントロール協議会の広域での連携を進めます。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 救急救命士を対象とする講習・実習を実施し、資質の向上を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用事案について検証を行い、必要に応じて基準の見直しを行うとともに、搬送体制の新たな仕組みづくりなどを行うことにより、円滑な搬送と受入体制の充実強化を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)

取組方向 3：初期、二次、三次救急医療体制の充実

- 医師修学資金貸与制度の運用を通じて将来県内医療機関で勤務する医師の確保に努めるとともに、三重県地域医療支援センターを核とした救急医療を担う若手病院勤務医の確保を進めます。(医療機関、三重大学、県)
- 高齢者の人口増加とともに、今後ますます増加すると予想される高齢者の救急需要について、国の救急医療の体制構築に係る指針を踏まえ、現状を検証するとともに、その対策について他都道府県の取組等も参考にしつつ検討を進めます。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 医療機関や市、医師会など関係機関・団体と協力し、初期救急医療を担う医療機関等の増加に努めます。(医療機関、市、県、関係機関)
- 地域の救急医療体制を協議する場において、広域的対応や疾患別役割分担等の検討による効果的なネットワークづくりに向けた話し合いを進めて、二次救急患者や三次救急患者の迅速な搬送ができる体制づくりを進めます。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)
- 急性期病院で救急医療を受けた患者が、回復期、維持期へと円滑に移行し、地域へ戻っていくことができるよう在宅医療の充実と多職種の医療関係者との連携を図るとともに、地域連携クリティカルパスの構築など医療機関同士の連携の充実を図ります。(医療機関、市町、県)
- 桑名地域および紀勢地域の病院の再編統合など、二次救急医療機関等の体制整備を図ります。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 地域内または県内の医療機関間や救急現場と医療機関間で、患者の画像情報や診療情報などを相互に伝送できる仕組みづくりを進めることにより、円滑な診療支援体制や救急搬送体制の構築を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)

- 伊賀地域における二次救急医療体制については、3病院の機能強化や機能分担を進めることにより、さらなる体制強化を図ります。(医療機関、消防機関、市、県、関係機関)
- 志摩地域、東紀州地域については、二次救急医療機関の機能強化を図るとともに、特に、東紀州地域については、平成 24 (2012) 年 2 月に導入した県ドクターヘリや、奈良県とともに共同運航している和歌山県ドクターヘリを活用するなど、広域的な連携を進めることにより、重症患者への救急医療体制の充実強化を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)
- 県ドクターヘリの運用にあたり、近隣県との連携や訓練等の実施により、円滑な運航体制の強化を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県、関係機関)

第7節 災害医療対策

1. 災害医療の現状

(1) 想定される災害

- 災害には、地震、津波、風水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）に至るまでさまざまな種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。
- 東海・東南海・南海地震等の巨大地震が 100～150 年周期で発生しており、近い将来、これらの地震が発生し、本県においても大きな被害をもたらされることが予想されています。
- 東海・東南海・南海地震が同時発生した場合には、阪神・淡路大震災と東日本大震災を合わせた被害が生ずる可能性があります。
- 昭和 34（1959）年の台風 15 号（伊勢湾台風）では約 32 万人が被災し、そのうち死者・行方不明者が 1,281 人にのぼりました。また、平成 23（2011）年の紀伊半島大水害など台風や豪雨による災害も多く発生しています。
- 東日本大震災では、急性期における外傷だけでなく中長期に及ぶ慢性疾患等の対応を含む医療支援等が行われたこともあり、今後幅広い災害時の医療が求められます。

図表 5-7-1 想定される東海・東南海・南海地震同時発生時の被害（早朝5時）

○死者	約 2,700 人～4,800 人
○負傷者	約 11,700 人～11,800 人
○建物全壊	約 66,100～69,000 棟（半壊 約 98,000 棟）

出典：三重県「三重県地域防災計画被害想定調査報告書（平成 17 年 3 月）」

図表 5-7-2 南海トラフの巨大地震による被害想定 の最大数

○死者	約 43,000 人
○負傷者	約 66,000 人
○建物全壊	約 239,000 棟

出典：中央防災会議（防災対策推進検討会議 南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ）
「南海トラフ巨大地震の被害想定について（第一次報告）（平成 24 年 8 月 29 日）」

(2) 災害医療体制¹

① 県の取組

- 地震・風水害等、大規模な災害が発生した場合、各市町では救護所の設置や郡市医師会の協力のもと、医療救護班の派遣等の救護活動を行い、県では災害救助法が適用されるような大規模かつ広範囲にわたる災害が発生した場合に、医療救護班の派遣や災害拠点病院を

¹ 原子力災害、危険物等災害およびテロ等への対策については、関係する法律に基づき体制整備がなされるものであり、本計画では対象としていません。

活用した医療救護活動を行うこととしています。

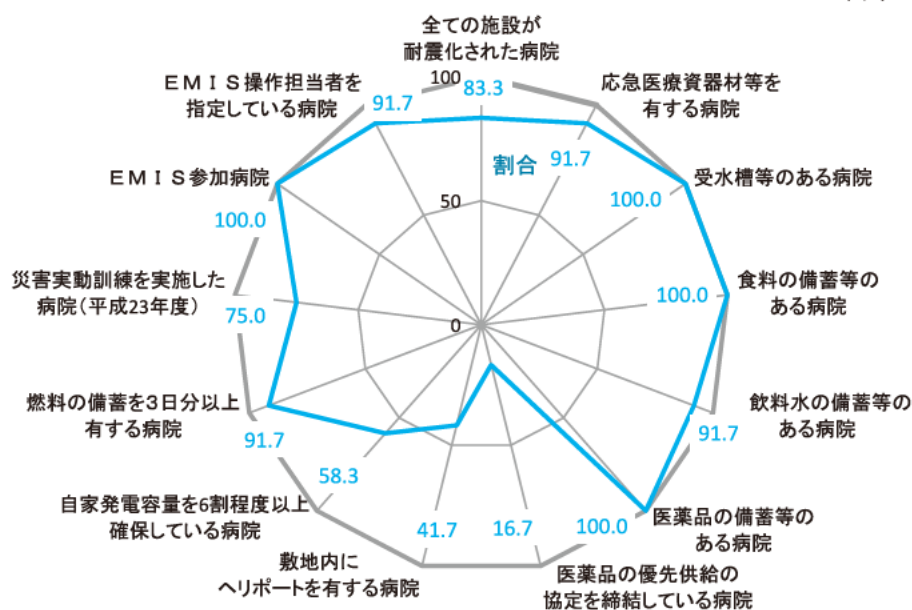
- 保健所は、県の地域災害医療地方部として、被害情報の収集や整理を行います。
- 津医療地方部と伊勢医療地方部は、患者を被災地外へ搬送する必要がある場合は、広域搬送拠点臨時医療施設（Staging Care Unit。以下「SCU*」という。）を設置します。
- 県では、県医師会、県病院協会、県歯科医師会、県看護協会との応援協定の締結や日本赤十字社三重県支部との委託契約、災害拠点病院の指定により、災害発生時の医療救護体制の整備を進めています。
- 県では、県内の 12 病院を災害拠点病院に指定し、災害拠点病院の担当者を対象に、災害拠点病院担当者連絡会議を開催しています。
- 東日本大震災を機に、国が示す災害拠点病院の指定要件が見直しされました。これを受けて、県は、災害拠点病院が指定要件を満たしているかどうか、毎年確認することとなりました。
- 県では、災害時における医療機関の診療状況を把握するため、医療機関の稼働状況等を入力することで関係機関（都道府県、医療機関、消防等）と都道府県を越えた情報が共有できる三重県広域災害・救急医療情報システム（Emergency Medical Information System。以下「EMIS*」という。）の運用を行っており、平成 24（2012）年 4 月現在、二次救急医療以上を担う 34 病院が参加しています。
- 災害医療に携わる人材を育成するため、災害看護研修を実施しています。

② 災害拠点病院の取組

- 全ての災害拠点病院が、EMISに参加しています。また、12 病院中 11 病院が、EMISへの情報を入力する複数の担当者を事前に決めて、入力内容や操作方法等の研修・訓練を行っています。
- 基幹災害拠点病院では、県や他の二次救急医療機関等と連携して、EMIS入力訓練を行っています。
- 災害拠点病院のうち、全ての建物が耐震化されている病院は 10 病院、病院機能を維持するために必要な全ての建物が耐震構造である病院は 1 病院、病院機能を維持するために必要な建物に耐震構造でない建物がある病院が 1 病院あります。
- 病院機能を維持するために必要な建物に耐震構造でない建物がある病院については、現在耐震化に取り組んでおり、平成 26（2014）年度に完成する予定です。

図表 5-7-3 災害拠点病院のうち災害への対応体制等がある病院の割合

(単位：%)



出典：三重県調査（平成24年4月1日現在）

③ 医療救護体制

- 災害時の医療は主に、急性期（発災から2日前後）に、救出・救助部門と一体となり機動的に医療活動を行う災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team、以下「DMAT」という。）と、移行期（2日前後から1週間後）から中長期（1週間後から）にかけて慢性疾患等の対応も含めた医療活動を行う医療救護班が担います。
- DMATが果たす任務と役割は、災害発生後直ちに被災地に入り、「被災地内におけるトリアージや救命処置」、「患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置」、「被災地内の病院における診療支援」等を行うことです。
- 一度に数人から十数人程度の患者が発生する災害では、必要に応じて近隣のDMATが災害現場へ入り、トリアージや救命処置等の医療支援を行います。
- 平成24（2012）年3月30日現在、DMATは全国に1,002チームあり、県内でも平成24（2012）年4月1日現在22チームがDMAT養成研修を受講済みですが、活動可能なチームは13チーム、DMATを保有する災害拠点病院は7病院です。
- 厚生連いなべ総合病院、市立四日市病院、県立総合医療センター、厚生連鈴鹿中央総合病院、三重大学医学部附属病院、松阪市民病院、伊勢赤十字病院、県立志摩病院の8病院が県とDMAT派遣協定を締結しています。
- DMAT養成研修を受講したり、県総合防災訓練等にDMATが参加したりして、人材育成と技能維持に努めています。
- 東日本大震災では、急性期におけるDMAT派遣を行った後、県医師会、県病院協会、県看護協会、三重大学医学部附属病院と県の5者で協議を行い、日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team、以下「JMAT」という。）の身分も兼ねた三重県医療救護チームを編成し、約4か月にわたり岩手県陸前高田市の医療救護活動を支援しました。
- その他、日本赤十字社三重県支部が、日本赤十字社の全国的な取組において医療救護活動

を行うなど、各団体等における医療救護班の派遣も行われました。

④ 広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）

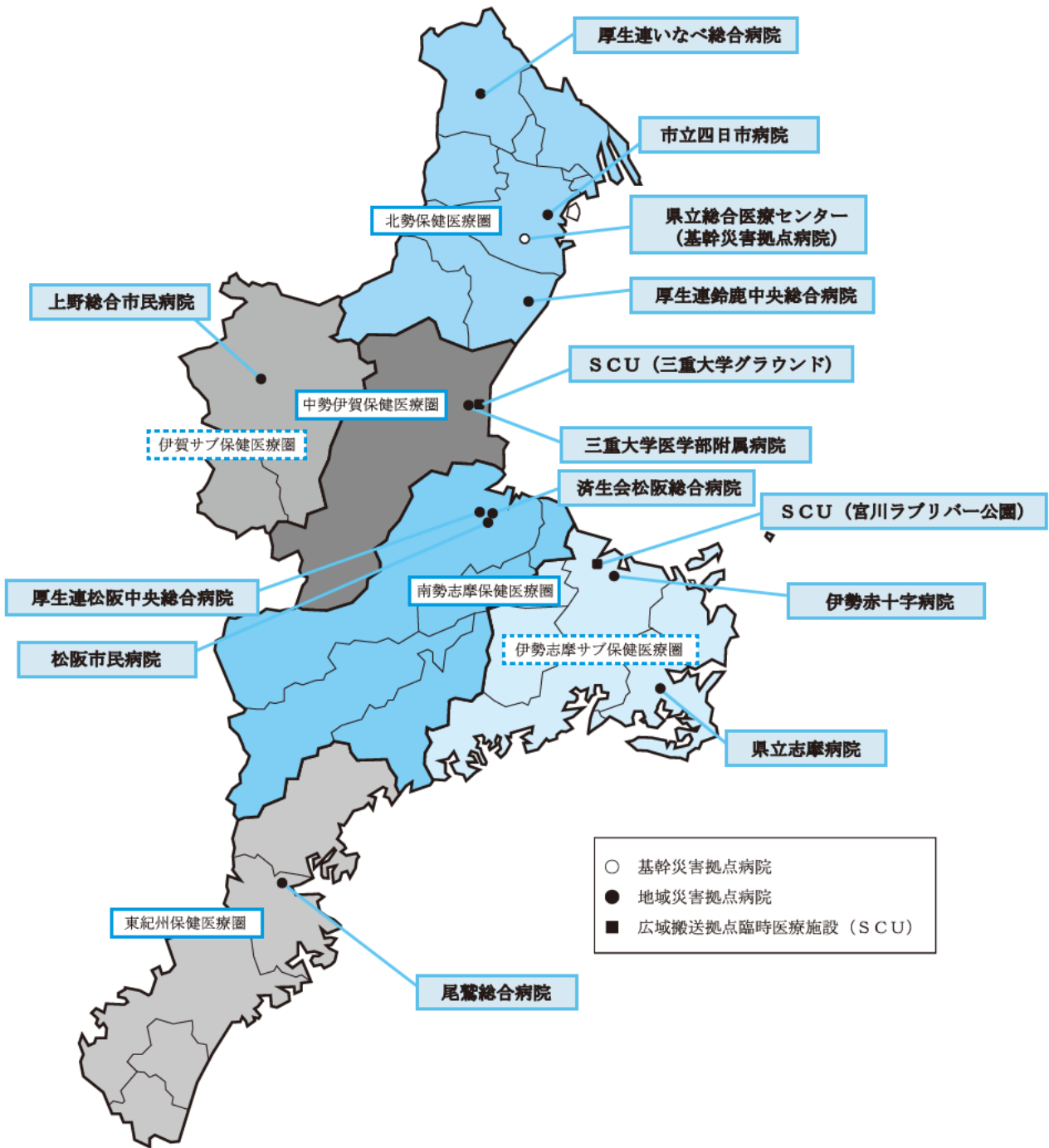
- 平成 19（2007）年 3 月に中央防災会議幹事会が作成した「東南海・南海地震応急対策活動要領に基づく具体的な活動内容に係る計画」において、広域医療搬送の計画が記載されています。同計画において、県は、三重大学グラウンドと宮川ラブリバー公園に SCU を設置することとしています。
- 三重大学グラウンドの SCU は三重大学医学部附属病院、宮川ラブリバー公園の SCU は伊勢赤十字病院の協力を得ながら県（保健所）が設置します。
- 平成 23（2011）年度に DMAT 実動訓練と合わせて、三重大学グラウンドの SCU 設置訓練を実施しました。

図表 5-7-4 各災害拠点病院の災害医療提供体制等の状況

保健医療圏	保健所	区分	医療機関	医療法許可病床数	災害医療提供体制			
					災害派遣医療チーム(DMAT)	二次救急もしくは救命救急センター 二次救急医療機関	救命救急センター 病床数	二次救急医療機関との 定期訓練や災害時の 地域支援体制整備
北勢保健医療圏	桑名	地域	厚生連いなべ総合病院	220	1	二次救急		
	四日市市	基幹	県立総合医療センター	446	2	救命救急	27	○
		地域	市立四日市病院	568	2	救命救急	30	○
	鈴鹿	地域	厚生連鈴鹿中央総合病院	460	2	二次救急		○
中勢伊賀保健医療圏	津	地域	三重大学医学部附属病院	685	2	救命救急	20	○
伊賀サブ保健医療圏	伊賀	地域	上野総合市民病院	281	0	二次救急		○
南勢志摩保健医療圏	松阪	地域	松阪市民病院	328	2	二次救急		○
		地域	済生会松阪総合病院	430	0	二次救急		
		地域	厚生連松阪中央総合病院	440	0	二次救急		
伊勢志摩サブ保健医療圏	伊勢	地域	伊勢赤十字病院	655	2	救命救急	30	○
		地域	県立志摩病院	350	0	二次救急		○
東紀州保健医療圏	尾鷲	地域	尾鷲総合病院	255	0	二次救急		○
	熊野							

出典：三重県調査（平成 24 年 4 月 1 日現在）

図表 5-7-5 三重県の災害拠点病院の配置図

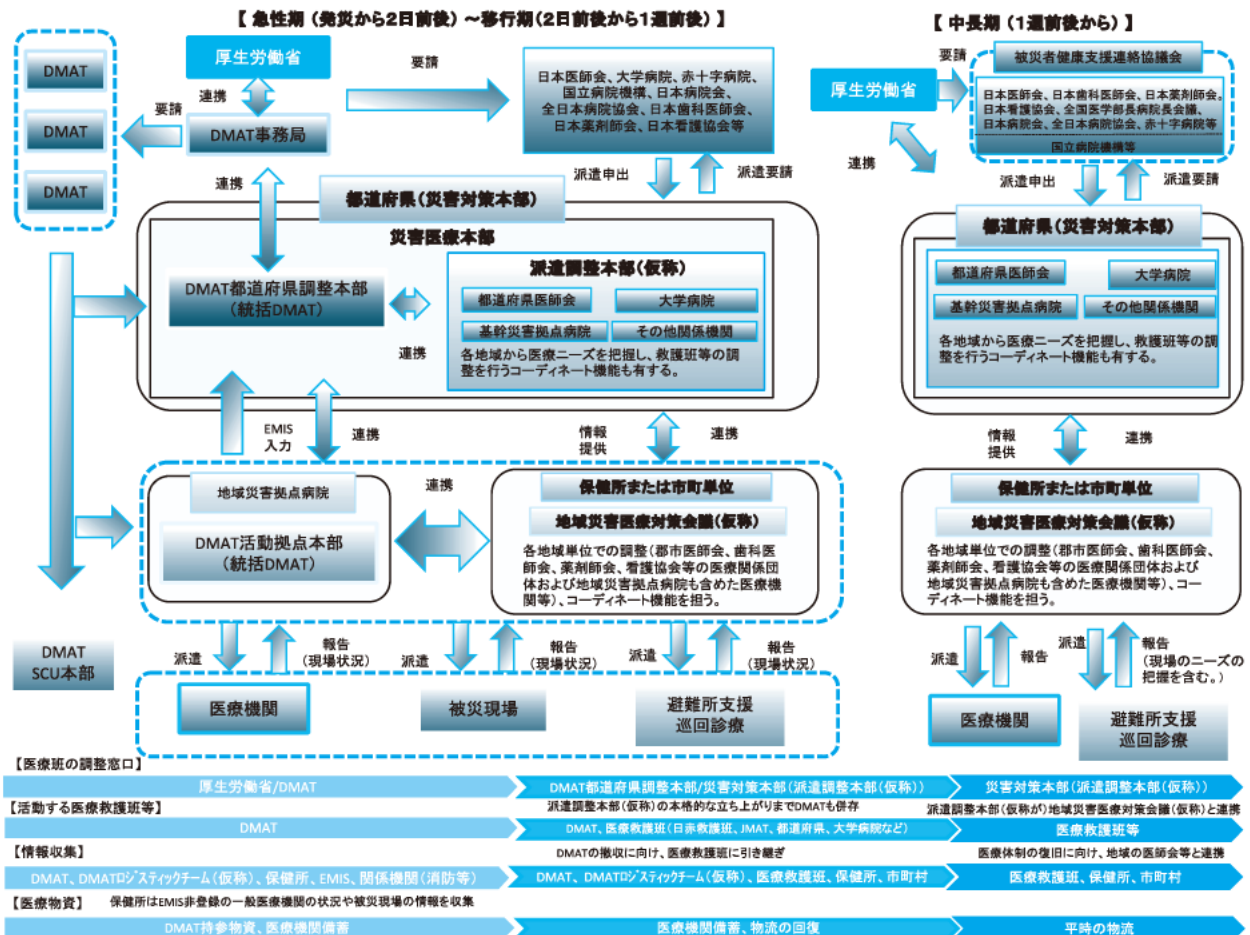


2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 厚生労働省が東日本大震災をふまえて、急性期から中長期にわたる医療提供体制の考え方を示しており、従来の急性期体制だけでなく、移行期、中長期の医療提供体制を整備することが求められています。
- 急性期から中長期にわたる医療提供体制の考え方の概要は以下のとおりです。
 - ・急性期（発災から2日前後）は、DMAT、災害拠点病院を中心に災害医療活動を行う。
 - ・移行期（2日前後から1週前後）は、必要に応じてDMATから医療救護チーム（各医療機関、JMAT等）への引継を行う。
 - ・中長期（1週前後から）は、医療救護チーム（各医療機関、JMAT等）が中心となって活動を行う。

図表 5-7-6 東日本大震災をふまえた急性期から中長期にわたる医療提供体制の考え方



出典：厚生労働省資料をもとに作成

(2) 連携の現状

- 災害拠点病院、日本赤十字社三重県支部、県消防長会、陸上自衛隊、県警本部等が参加する「DMAT・SCU連絡協議会」を開催し、情報を共有しています。
- 東海・東南海・南海地震や風水害で被害が想定される東紀州地域の災害医療体制を補完するため、平成24(2012)年2月に、新たに災害拠点病院として、済生会松阪総合病院、厚生連松阪中央総合病院を指定しました。
- 東日本大震災では、県医師会、県病院協会、県看護協会、三重大学医学部附属病院と県の5者が連携してJMATの身分も兼ねた三重県医療救護チームを編成し、被災地に派遣しました。

3. 課題

(1) 医療提供体制

① 災害時の対応

- 東日本大震災をふまえて南海トラフの巨大地震による被害想定が見直されるため、見直しをふまえた対策を検討する必要があります。
- 慢性疾患患者の災害時の対応を検討する必要があります。
- 心のケアや口腔ケア等が適切に実施できる体制や医療従事者の確保を検討する必要があります。
- 検視*・検案*を円滑に実施するための体制を検討する必要があります。
- 大規模災害においては、医療施設の能力を超える負傷者の集中や医療施設が被災して、十分機能しないことが想定されます。
- 本人・家族の自助努力だけでは対応が難しい在宅患者（人工透析、人工呼吸器装着、酸素療法等の患者）への対応の検討が必要です。
- 医療機関は、自ら被災することを想定し、災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努めることなどが求められています。

② 県の体制

- EMISに参加している医療機関が、二次救急医療機関34病院にとどまっているため、関係機関と協力して、救急告示医療機関に参加を促す必要があります。
- DMAT以外で、医療救護班（各医療機関、JMAT等）として災害医療に従事する人材の育成が必要です。
- 県は、災害拠点病院が指定条件を満たしているか、毎年確認することが必要です。
- 県の災害対策本部に招へいする災害医療コーディネーター*や、地域の災害医療コーディネーターを設置する必要があります。
- 災害拠点病院だけでなく二次救急医療機関等の耐震化を計画的に進める必要があります。
- 災害時において、保健所と関係機関が情報共有を図る体制を平時から構築しておくことが必要です。

- 東日本大震災の経験をふまえた災害時の透析マニュアルの改定版の着実な運用ができるよう、関係機関との調整が必要です。

③ 災害拠点病院の体制

- 指定要件を満たしていない災害拠点病院の体制整備をどのように進めるか検討する必要があります。
- 災害を想定した定期的な訓練の実施が求められています。

④ 医療救護体制

- DMA Tの活動が長期間（1週間等）に及ぶ場合には、2次隊や3次隊の派遣により、1週間程度の対応が可能な体制の整備が求められます。
- 全ての災害拠点病院がDMA Tを保有する必要があります。
- 退職や人事異動によりDMA Tが維持できない病院の欠員補充が必要です。
- DMA Tが衛星携帯電話を保有し、インターネット回線を使ってEMISへアクセスできる体制の整備が求められています。
- 外傷だけでなく、慢性疾患等を含めた幅広い疾患に対応することが求められています。

⑤ 広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）

- 県が平成23（2011）年度に発表した浸水予測によると、2か所の設置予定場所が、いずれも浸水地域にあるため、津波被害時の代替施設を検討しておく必要があります。
- 宮川ラブリバー公園でSCU設置訓練を実施する必要があります。

(2) 連携に関する課題

- 災害時における関係機関等との連携を想定し、定期的な訓練を実施することが求められています。
- 地域（保健所等）単位で、地域の実情に合わせた関係機関との連携会議を開催し、日頃から、緊密な関係を構築することが必要です。
- 県の災害医療対応マニュアルを改訂した後に、地域の災害医療対応マニュアルを見直すことが必要です。
- それぞれの災害拠点病院において、地域の二次救急医療機関等と連携した訓練を実施することが求められています。
- 災害拠点病院が機能不全に陥った場合に備えて、二次救急医療機関を中心に災害拠点病院を補完する災害医療支援病院（仮称）の指定等の検討が必要です。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 東海・東南海・南海地震で想定される規模の地震が発生した場合に、急性期から中長期に

わたる円滑な救助・救援活動を展開するとともに、災害拠点病院等をはじめとして人的被害を最小限に抑えることができる体制および検視・検案が円滑にできる体制が整備されています。

- 他の都道府県において大規模な災害が発生した場合に、速やかに医療救護班等を派遣できる体制ができています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
災害拠点病院等の耐震化率 【三重県調査】	災害拠点病院、二次救急医療機関等における災害発生時の安全性の向上を目標とします。	目 標
		91.4% (32/35)
		現 状(H23)
		62.9% (22/35)
救急告示医療機関の EMIS参加割合 【三重県調査】	災害時に円滑な情報収集ができるよう、EMISに参加する救急告示医療機関を増やすことを目標とします。	目 標
		100% (64/64)
		現 状(H23)
		53.1% (34/64)
地域災害医療対策会議設置数 【三重県調査】	地域において、災害時の医療が円滑に提供できるよう、関係者が取組を検討する場を設置することを目標とします。	目 標
		9地域
		現 状(H24)
		4地域
災害拠点病院の訓練参加率 【三重県調査】	災害拠点病院が年に1回以上、訓練を実施または参加していることを目標とします。	目 標
		100%
		現 状(H23)
		83.3%

(2) 取組方向

取組方向1：災害時における医療体制の充実と強化

取組方向2：大規模災害時を見据えた災害拠点病院の体制強化

取組方向3：災害医療を支える人材育成

(3) 取組内容

取組方向1：災害時における医療体制の充実と強化

《県全体の取組》

- 三重県医療審議会災害医療対策部会やDMAT・SCU連絡協議会を開催するなど、災害拠点病院等の医療機関や、医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体、警察、消防本部、市町等の関係機関との連携を深めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)

- 災害時において、急性期から中長期への医療提供が円滑に移行できる体制づくりを進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 医療救護班は、実情にあわせた柔軟な編成ができる体制づくりを進めます。(医療機関、医療関係団体、県)
- 救急告示医療機関に対して、EMISへの参加を促し、災害時の円滑な情報提供体制を強化します。(医療機関、県)
- 心のケア、口腔ケア、医薬品確保、感染症防止等への対応が円滑に取り組めるよう、医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の活動との連携や情報共有ができる体制づくりを進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 二次救急医療機関等の耐震化を計画的に進めます。(医療機関、県)
- SCU設置場所の代替地について検討を行います。(医療機関、県、関係機関)
- 県歯科医師会と共に災害発生時の歯科保健医療対応マニュアルを作成するとともに、災害時に、地域ごとの災害歯科医療支援コーディネーターが迅速に対応できる体制づくりを進めます。(歯科医師会、県、関係機関)
- 検視・検案を円滑に実施するための体制づくりを進めます。(医療機関、医療関係団体、県、関係機関)
- SCU設置訓練や関係機関との連携訓練を実施します。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 県庁および地域において、災害医療コーディネーターの体制整備を進めます。(医療機関、医療関係団体、県)

《地域の取組》

- 各地域において、医療機関、医療関係団体、消防本部、市町、保健所等が連携した会議「地域災害医療対策会議（仮称）」を設置し、大規模災害に対応できる災害医療ネットワークづくりを進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 各地域において、災害時に対応できる地域災害医療コーディネーターの設置を行い、地域のコーディネート機能が十分に発揮できる体制を整えます。(医師会、医療機関、市町、県、関係機関)
- 県の災害医療対応マニュアルの改訂をふまえて、地域の災害医療対応マニュアルを見直します。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 医療救護所の配置等、地域における連携体制を整えます。(医師会、医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向2：大規模災害時を見据えた災害拠点病院の体制強化

- 災害拠点病院の指定要件に関する整備が進むよう取り組みます。(医療機関、県)
- 災害拠点病院が機能不全に陥った場合に備えて、二次救急医療機関を中心に災害拠点病院を補完する災害医療支援病院（仮称）の指定等の検討を進めます。(医療機関、県)
- 災害拠点病院は、地域の二次救急医療機関や郡市医師会と連携しながら訓練や研修を実施し、災害医療ネットワークづくりを進めるとともに、訓練等を通じて災害拠点病院の役割について地域住民の理解を得ることに努めます。(医療機関、医師会、市町、県、関係機関)

取組方向3：災害医療を支える人材育成

- 災害発生時のさまざまな状況に適切に対応できる災害医療コーディネーターの養成を行います。(医療機関、県)
- DMATは、基幹災害拠点病院が2チーム、地域災害拠点病院が1チーム以上保有し、維持できるよう、計画的な養成研修の受講に取り組みます。(医療機関、県)
- 医療機関において、あらかじめ医療救護班のメンバーを選定するなど、災害時に備えます。(医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- 医療救護班として派遣予定の医療従事者を対象とした研修を行います。(医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- 救護所、避難所等において、感染症の防止やメンタルケア*を適切に対応できるよう、保健師、助産師、看護師の研修を実施します。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- EMISに加入する医療機関と保健所において、あらかじめ指名された入力担当者を対象としたEMIS入力訓練、操作研修を実施し、災害時の円滑な情報提供体制を強化します。(医療機関、県)
- 基幹災害拠点病院が県内の医療従事者を対象とした災害医療研修を実施し、災害時に対応できる医療従事者の増加を図ります。(医療機関、県)
- 大規模な災害発生時においても多数の検視・検案が行えるように、開業医等を対象に研修を実施し、意識向上や人材育成を図るとともに、犠牲者が安置される場所や施設の候補地を確保します。(医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- 検案の指揮命令系統について、関係機関が協議し、検案体制の強化を図ります。(医師会、歯科医師会、医療関係団体、県、関係機関)

第8節 へき地医療対策

1. へき地医療の現状

(1) へき地医療の概況

- 県内では、過疎地域自立促進特別措置法、離島振興法、山村振興法の指定地域¹において、医療機関や医師の数が他地域に比べて著しく不足していることから、市町が中心となってへき地診療所を設置し、住民に対する医療の提供を行っています。
- 平成 24（2012）年 7 月末現在、過疎地域や離島にある 20 か所の市町立診療所、2 か所の国保診療所、2 か所の民間診療所をへき地診療所として指定しています。
- これら 24 か所のへき地診療所のうち常勤医師が勤務する診療所は 13 か所であり、その他の診療所は兼任管理等により診療が行われています。
- なお、13 か所のへき地診療所に勤務する医師の年齢構成は 60 歳以上が 5 か所、50 歳以上 59 歳以下が 5 か所、49 歳以下が 3 か所となっています。

図表 5-8-1 三重県のへき地診療所

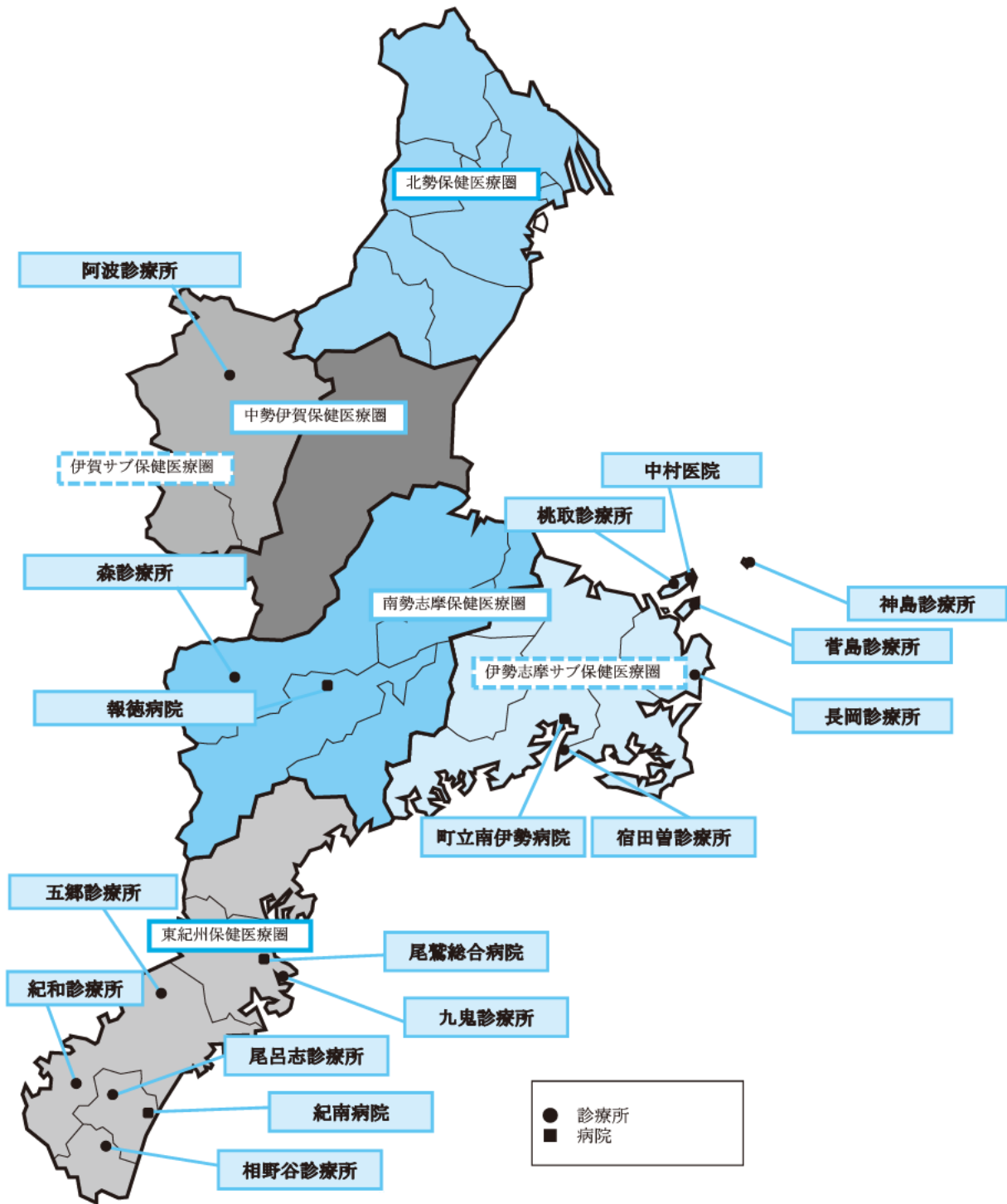
市 町	診 療 所
伊賀市	伊賀市国民健康保険阿波診療所・伊賀市国民健康保険霧生診療所 ^{*1}
松阪市	森診療所・波瀬診療所 ^{*1}
大台町	大杉谷診療所 ^{*1}
鳥羽市	長岡診療所・桃取診療所・中村医院・菅島診療所 神島診療所・鏡浦診療所 ^{*1} ・鏡浦診療所石鏡分室 ^{*1}
南伊勢町	宿田曾診療所・阿曾浦診療所 ^{*2} ・古和浦へき地診療所 ^{*2}
尾鷲市	九鬼診療所
熊野市	五郷診療所・神川へき地診療所 ^{*1} ・育生へき地出張診療所 ^{*1} 紀和診療所・上川診療所 ^{*1} ・楊枝出張診療所 ^{*1}
御浜町	尾呂志診療所
紀宝町	相野谷診療所

ゴシック体 常勤医師が勤務する診療所、^{*1} 兼任管理等により対応、^{*2} 休診中

出典：三重県「三重県へき地診療所名簿」（平成 24 年 4 月 1 日現在）

¹ 過疎地域自立促進特別措置法、離島振興法、山村振興法における指定地域は以下のとおりです。
津市（一部）、松阪市（一部）、名張市（一部）、尾鷲市、亀山市（一部）、鳥羽市、熊野市、いなべ市（一部）、志摩市（一部）、伊賀市（一部）、多気町（一部）、大台町、度会町（一部）、大紀町、南伊勢町、紀北町、御浜町（一部）、紀宝町（一部）

図表 5-8-2 三重県内のへき地医療機関(医師が常勤している施設)



- また、県内には過疎地域を中心として無医地区*が4地区(3市町)、無歯科医地区*が2地区(1市)、無歯科医地区に準じる地域*が8地区(3市)あり、巡回診療等により対応しています。
- 平成21(2009)年度は、前回調査からの5年間で八幡地区(津市)を除く全ての無医地区、無歯科医地区(準じる地区を含む)で人口が減少しています(八幡地区は前回調査から地域区分変更があったため人口が増加しています)。
- これらの地域の医療提供体制を確保するために「三重県へき地保健医療計画」に基づき、

へき地医療機関等に対する支援を行っています。

図表 5-8-3 三重県の無医地区と無歯科医地区

保健医療圏	市町	地区	人口（人）		無医地区	無歯科医地区
			H16	H21		
中勢伊賀保健医療圏	津市（旧美杉村）	太郎生	1,305	1,110	○	
		多気	985	848		△
		八幡	293	693		△
南勢志摩保健医療圏 （伊勢志摩サブ保健医療圏）	鳥羽市	神島町	521	461		△
東紀州保健医療圏	熊野市（旧紀和町）	上川	288	204	○	○
		西山	442	282	○	○
	熊野市	神川	423	384		△
		育生	299	258		△
		飛鳥	1,574	1,440		△
		新鹿	1,795	1,598		△
		荒坂	703	574		△
	紀宝町	浅里	116	107	○	

○ 無医地区、△ 準じる地域

出典：三重県調査（平成21年12月末現在）

（2）へき地の医療提供体制

① へき地医療提供体制の維持、確保

- へき地医療対策を円滑かつ効果的に実施するため、平成15（2003）年度に県の健康福祉部内に「へき地医療支援機構」を設置しました。へき地医療支援機構には、へき地医療勤務経験のある医師を専任担当官として配置し、年度ごとのへき地医療にかかる事業の実施や各関係機関との連携や連絡調整を行い、へき地における医療提供体制の整備を支援しています。
- へき地医療支援機構では、医学生および若手医師、へき地医療関係者を対象としたへき地医療研修会やへき地医療体験実習などを開催するほか、へき地医療の意義や魅力についても情報発信しています。
- 県が指定するへき地医療拠点病院*では、へき地医療支援機構の調整のもと、無医地区等に対し巡回診療、へき地診療所等への代診医派遣等を行っています。代診医派遣は、へき地医療機関に勤務する医師がスキルアップのために研修に参加したりリフレッシュのために休暇を取得したりする等、医師のキャリアアップやモチベーション*の維持等、ひいては、へき地の医療提供体制を維持・確保するために重要な事業となっています。代診医派遣については、これまで100%の応需率となっています。
- 平成24（2012）年4月現在、へき地医療拠点病院として紀南病院、尾鷲総合病院、県立志摩病院、伊勢赤十字病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院、国立病院機構三重病院、県立総合医療センターの8病院を指定しています。

図表 5-8-4 巡回診療の実施状況

紀南病院実施分（平成 23 年度実績：10 日）

曜日	市町名	無医地区名
隔週月曜日	紀宝町	浅里地区

※台風災害により実施回数減少（平成 22 年度実績：24 日）

紀和診療所実施分（平成 23 年度実績：各 24 日）

曜日	市町名	無医地区名
隔週火曜日	熊野市	西山地区
隔週水曜日	熊野市	上川地区

出典：いずれも三重県調査

図表 5-8-5 へき地医療拠点病院からの代診医の派遣実績の推移

（単位：回）

年度	H19	H20	H21	H22	H23	H24
へき地医療拠点病院数	5	5	5	6	7	8
依頼日数	20	17	34	34	65	—
応需日数	20	17	34	34	65	—
応需率	100%	100%	100%	100%	100%	—

出典：三重県調査

- へき地診療所の運営費や、診療所および医師住宅の新築・改築、医療機器の整備について、必要に応じ、一定の条件のもとに補助を行っています。また、へき地医療拠点病院に対して、巡回診療や代診医派遣等の実績や地域の実情に応じて、施設・設備の整備および運営費について補助を行っています。
- 医師不足地域に対する診療支援のため、平成 21（2009）年度から、へき地医療拠点病院を含む医師不足地域の病院に対して、他地域の基幹病院から一定期間医師を派遣する取組（三重県版医師定着支援システム（バディ・ホスピタル・システム））を実施し、支援病院、被支援病院に対して一定の財政的支援を行っています。平成 21（2009）年 10 月以降、伊勢赤十字病院から尾鷲総合病院へ常勤医師 1 人が継続して派遣されています。また、三重大学においても、平成 24（2012）年 6 月から文部科学省の補助事業を活用し、へき地等地域の医療機関に医師を派遣する取組等を行っています。
- 平成 22（2010）年度から、県と三重大学が連携し、安全・安心かつ切れ目のない医療提供体制の充実、病診連携の推進をめざし、「三重医療安心ネットワーク（地域医療連携システム）」の整備を進めています。へき地においても、県内の医師不足により、へき地での医療体制の充実が困難な中、へき地医療機関と後方病院との連携が不可欠になっており、本県では「三重医療安心ネットワーク」の整備について、へき地医療機関も含めて推進しています。平成 25（2013）年 1 月末現在、3 か所のへき地医療拠点病院が患者情報等の開示病院として、また、6 か所のへき地診療所が閲覧できる施設としてネットワークに参加しています。

- 県全域の三次救急医療体制の充実を目的として、平成 24（2012）年 2 月に県独自のドクターヘリを導入しました。基地病院となる三重大学医学部附属病院と伊勢赤十字病院から東紀州地域まで、おおむね 30 分の所要時間でカバーできるようになり、平成 24（2012）年 12 月までの間に東紀州地域では 16 件の救急出動と 27 件の病院間搬送が実施されました。
- 市町や医療機関では、タウンミーティング*や健康教室などを開催し、住民に対し、医療機関の現状理解の促進、適正受診等の意識啓発、ニーズ把握等を行っています。
- へき地での在宅訪問歯科診療の充実をめざして、県および郡市歯科医師会が連携し、歯科医療関係者への研修や在宅歯科診療を行うための設備整備など、安全・安心な歯科医療が行われるための体制整備を行っています。

② へき地医療に関わる医師・看護師等の育成、確保

- 県内の人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数は全国平均と比べ少なく、特に、伊賀地域や志摩地域、東紀州地域で救急対応に支障が出るなど、医師の慢性的な不足が見られます。
- また、県内の人口 10 万人あたりの看護師数も全国平均と比べ少なく、特に、伊賀地域や志摩地域、東紀州地域で看護師の数が少なくなっています。

図表 5-8-6 全国、県、主な不足地域の比較(人口 10 万人あたり)

【医師数】

(単位：人)

全 国	三重県	伊賀サブ 保健医療圏	伊勢志摩サブ 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
219.0	190.1	113.8	185.1	148.3

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

【看護師数】

(単位：人)

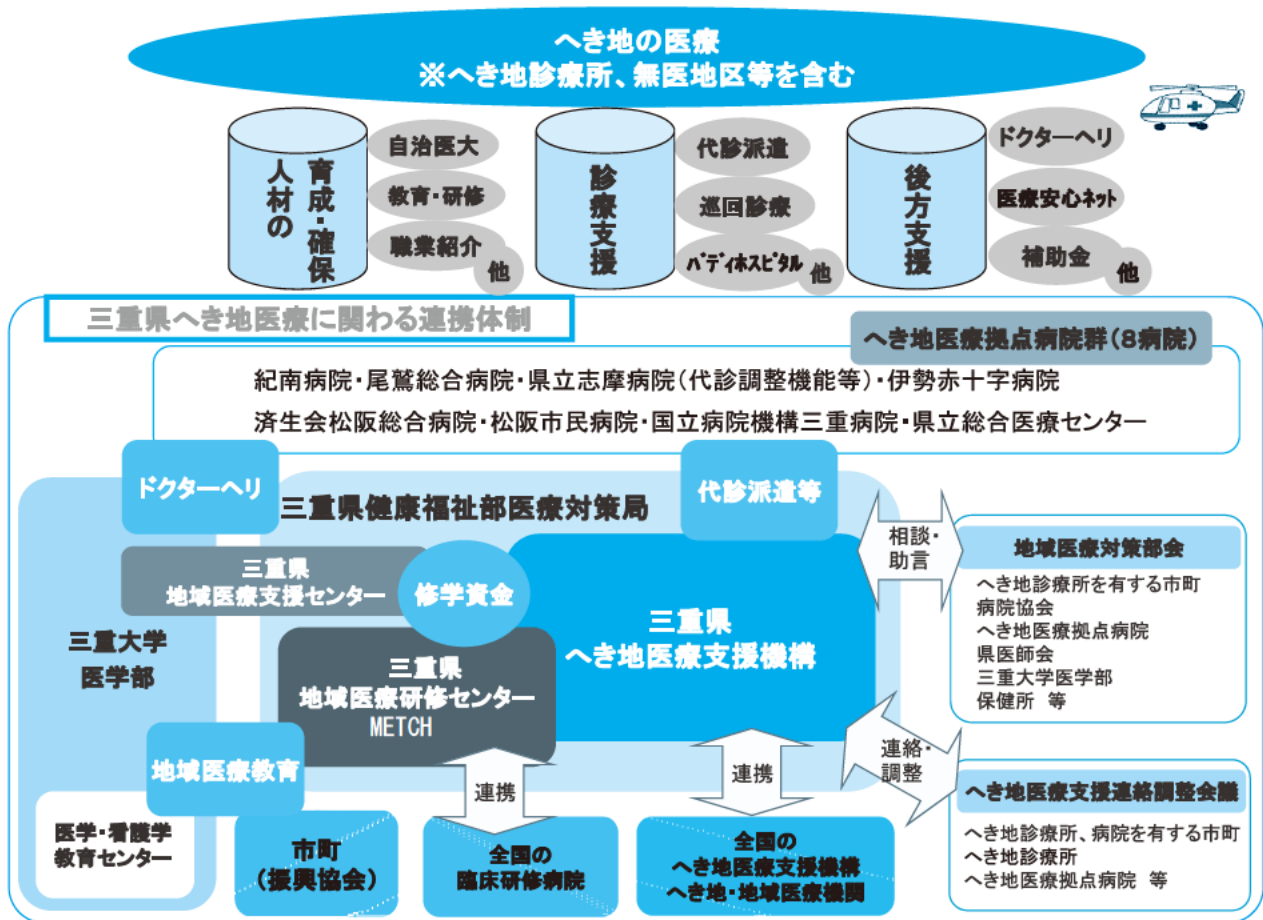
全 国	三重県	伊賀サブ 保健医療圏	伊勢志摩サブ 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
744.6	701.8	533.8	618.7	569.7

出典：厚生労働省「平成 22 年度 衛生行政報告例」

- へき地医療機関に勤務する医師については、これまで、自治医科大学義務年限内医師の配置や、義務年限終了後医師を引き続き県職員として雇用し、へき地へ派遣するキャリアサポート制度等により確保に努めてきましたが、自治医科大学の医師数にも限りがあり、また、三重大学医学部から派遣できる医師が減少する中、さらなる派遣は厳しい状況が続いています。
- へき地を含む地域医療の担い手の育成に向けて、三重大学医学部医学・看護学教育センター*、市町村振興協会、県の 3 者が連携し、地域医療の確保、地域への医師の定着をめざして、全 29 市町での保健活動、へき地・離島医療機関での診療見学実習など、三重大学における地域医療教育の充実に取り組んでいます。
- 地域医療の担い手の育成に向けて、平成 21（2009）年 4 月に県が紀南病院内に設置した、「三重県地域医療研修センター」において、“ちいきは医者ステキにする”を合言葉に、若手医師、医学生に対して実践的な研修を提供しています。

- 同センターでの初期臨床研修医への地域医療研修については、これまで定員を越える応募が続いたことから、平成 24（2012）年度から研修医を受け入れる医療機関の拡充（3 医療機関の増加）を行っています。
- 平成 16（2004）年度から、医師不足地域の医療機関等における医師の確保を目的として三重県医師修学資金貸与制度を創設し、その中で、卒後一定期間、へき地医療機関で業務に従事すれば貸与金の返還が免除される「へき地医療コース」を設けることで、へき地医療現場で活躍する医師の確保に取り組んでいます。
- 看護職員の確保定着を図るため、県や市町、病院、看護師等養成機関において、看護学生等に対して修学資金を貸与し、対象の医療機関で一定期間勤務した場合、その返還を免除することにより、県内就業の促進、看護師確保に取り組んでいます。
- 県立看護大学においては、推薦市町での一定期間の就業を条件とした地域推薦枠など特別推薦入学者枠を導入し、県内で就業する看護師等の確保に努めています。また、模擬授業やキャリアガイダンス講座を実施するなど県内の高校訪問を強化し、生徒に大学で看護学を学ぶことや看護職員として働くことの具体的なイメージを喚起させるなど県内の学生の確保に努め、さらに、在学生に対しては、卒業生による就職相談会や病院就職説明会を実施するなど各医療機関に勤める卒業生との連携を深めることで、将来地域医療に従事する学生の就職支援に向けた活動を展開しています。
- 三重大学では、平成 18（2006）年度から地域医療に従事する医師の増加を目的とした推薦入試枠の「地域枠」を設けるとともに、平成 20（2008）年度からは三重大学医学部の定員増が行われました。また、平成 21（2009）年度からは、へき地および医師不足地域からの推薦枠となる「地域枠 B」を設けています。これら地域枠の学生には、将来の地域医療の担い手として、大きな期待が寄せられています。
- へき地等における医療の確保と質の向上に資することを目的として、自治医科大学に毎年度 2～3 人の三重県の入学枠を設けています。卒業し、県内での初期臨床研修を修了した後、県職員として雇用し、義務年限を終了するまでの間、県内のへき地医療機関等に派遣しています。
- また、自治医科大学卒業医師を義務年限終了後も、引き続き県職員として雇用し、へき地医療機関へ派遣するドクタープール制度を平成 17（2005）年度から整備しましたが、へき地医療現場での医師不足がより深刻な状況となってきたことを受けて、自治医科大学義務年限終了後の医師等の制度利用を増やすため、平成 22（2010）年度から利用者のキャリア支援も含めたキャリアサポート制度に改め、これまでに 7 人の医師を確保しました。
- 平成 24（2012）年度は、自治医科大学義務内医師 9 人とキャリアサポート医師 4 人の計 13 人を 6 市町 7 医療機関およびへき地医療支援機構に配置しています。
- 平成 23（2011）年度より、地域で活躍する総合診療医育成支援を目的に、三重大学、地域の医療機関等が参画する三重・地域家庭医療ネットワークの構築や拠点整備を支援しています。
- 今後、県内で勤務を開始する三重県医師修学資金貸与医師等の増加が見込まれることから、県では、平成 24（2012）年 5 月に三重県地域医療支援センターを設置し、若手医師を対象とした医師のキャリア形成支援とへき地等医師不足病院における医師確保支援を一体的に行う仕組みづくりを進めています。

図表 5-8-7 へき地医療の連携体制



2. 課題

(1) へき地等の医療提供体制の維持・確保

- 医師不足が急速に進んだことに伴い、へき地医療機関の医師不足に加えて、へき地医療拠点病院からへき地医療機関に対する代診医師の派遣も厳しい状況となっています。特に、距離的な問題等により、現行の代診医制度では、へき地診療所において医師の疾病等に伴う突発的、長期的な派遣要請への対応については困難な状況です。また、医師不足が続く中、へき地に所在するへき地医療拠点病院からの巡回診療等の継続についても困難な状況となっています。
- パティ・ホスピタル・システムについては、現在後期臨床研修医の派遣による支援となっていますが、後期臨床研修医にとって地域医療を経験する良い機会として評価される一方で、派遣先での指導体制が必ずしも十分でない場合があります。
- 複数のへき地診療所の医師が定年退職年齢に近づいており、今後、後継者の確保が必要となることが予測されます。

(2) へき地医療に関わる医師・看護師等の育成・確保

- 今後、増加が見込まれる三重県医師修学資金貸与者、三重大学医学部地域枠学生等がへき地医療等への志を維持できるよう、継続的な研修等、動機づけの機会が必要です。
- 地域医療を担う看護職員を確保するため、就業体験をとおしての進路選択の動機づけや将来地域医療に従事する学生の就職支援などを継続的に行っていくことが必要です。
- へき地医療に従事する医師が、最新医療技術を習得できないこと等によるキャリア形成上の不安を解消することが必要です。このため、三重県地域医療研修センターや三重県地域医療支援センター、三重大学医学部、県内の臨床研修病院、市町等の関係機関等が連携し、医学生や研修医を対象とした卒前・卒後を通じて一貫したへき地を含む県内医療機関等でのキャリア形成支援を行うことが必要です。
- へき地医療では、保健福祉、在宅医療、救急医療、入院治療などさまざまな対応が求められるため、柔軟で幅広い対応のできる医師の育成が重要です。

3. 施策の展開

(1) めざす姿

- 手術や入院加療を要するへき地の患者のために、へき地医療拠点病院間での連携等を通じてその機能の充実が図られ、関係機関との連携のもとで、十分なバックアップ体制が確保されています。
- へき地医療を担う医師等の育成・確保に取り組むことによって、へき地医療機関に必要な医師等が確保され、住民の健康を守るために必要な医療提供体制が整備されています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
へき地診療所等からの代診医派遣依頼応需率 【三重県調査】	へき地診療所等からの代診医派遣依頼件数に対する派遣件数の割合を100%に維持することを目標とします。	目 標
		100%
		現 状(H23)
		100%
へき地診療所に勤務する常勤医師数 【三重県調査】	へき地診療所に勤務する常勤医師の人数について、現在の13人を維持することを目標とします。	目 標
		13人
		現 状(H24)
		13人
三重県地域医療研修センター研修医受入数（累計数） 【三重県調査】	当該センターにおける地域医療研修を提供するへき地医療機関の拡充を図り、現在の研修医受入数(35人)を10人増の45人が受け入れられるよう段階的に体制を整えることをめざし、それに対応した研修医の受入数（累計）を目標とします。	目 標
		332人
		現 状(H24)
		127人

(2) 取組方向

取組方向 1：へき地等の医療提供体制の維持・確保

取組方向 2：へき地医療を担う医師・看護師等の育成・確保

(3) 取組内容

取組方向 1：へき地等の医療提供体制の維持・確保

- へき地医療拠点病院を指定し、へき地医療支援機構の調整のもと、巡回診療やへき地医療機関からの代診医派遣要請および在宅診療・訪問看護等のニーズへの対応を行うとともに、へき地医療拠点病院および協力医療機関、協力医師の増加に努めます。(医療機関、県)
- へき地医療拠点病院およびへき地診療所の施設や設備の整備、運営に対する支援を引き続き行います。(市町、県)
- 「三重医療安心ネットワーク」等を活用して、医療機関の間で診療情報を円滑にやり取りできるようにすることで、へき地においても、病病連携・病診連携をさらに推進します。(医療機関、県)
- 三重県全域の三次救急医療体制の充実を目的に導入した県のドクターヘリについて、へき地等においてもその効果的な活用を図ります。また、奈良県と共同利用している和歌山県ドクターヘリについても、引き続き東紀州地域において活用していきます。(医療機関、市町、県)
- へき地での在宅訪問歯科診療の充実をめざして、県および郡市歯科医師会と連携し、歯科医療関係者への研修および在宅歯科診療の設備整備などを支援し、安全・安心な歯科医療提供体制の整備を推進します。(医療機関、歯科医師会、市町、県)
- へき地保健医療の普及啓発を積極的に行っている市町や医療機関のタウンミーティング、健康教室などの取組や情報を発信し、住民等のへき地医療への理解の促進、ニーズの把握を図ります。(住民、医療機関、市町、県)

取組方向 2：へき地医療を担う医師・看護師等の育成・確保

- 医師無料職業紹介事業等の取組を通じて、へき地医療機関に従事する医師の確保に努めます。(医療機関、県)
- 県内の都市部の医療機関から医師不足地域の医療機関への診療支援を行うバディ・ホスピタル・システムを活用し、へき地医療機関に従事する医師の確保と育成を進めます。また、バディ・ホスピタル・システムにおける派遣先医療機関の指導体制の充実について、地域医療支援センターの取組の中で、三重大学等関係機関と連携して必要な対策を検討していきます。(医療機関、三重大学、県)
- 臨床現場から離れている看護職員の復職を支援するために、就業につながる情報提供の充実や、就業支援の取組を進めます。(医療機関、看護協会、市町、県)
- 高校生を対象に、医学を志す生徒への動機づけ・啓発として「医学部進学セミナー」を引き続き実施し、より一層の充実を図ります。(医療機関、教育機関、県)
- 一日看護体験や出前授業、「みえ看護フェスタ」等の取組を通じて、地域医療をめざす中高生への動機づけを引き続き実施します。(医療機関、看護協会、県)

- 効果的な入学者選抜や就職支援などを実施し、今後も引き続き県内の地域医療に従事する資質の高い看護職の養成を行います。(県立看護大学)
- 自治医科大学において、へき地医療を担う医師を養成します。(県)
- 三重大学医学部医学・看護学教育センターや関係機関と協働し、三重大学医学部医学生への地域における学習、実習機会の提供を継続的に実施し、へき地等地域医療への興味や関心を高めるとともに、へき地等地域医療に従事する動機づけを行います。(医療機関、三重大学、市町、県)
- 医学生、若手医師を対象に、三重県地域医療研修センターにおける地域医療の現場での実践的な研修を提供するとともに、連携して受入れを行う医療機関の拡充を図り、将来的にへき地等地域医療を担う医師を育成します。(医療機関、県)
- 地域医療の指導者の育成・定着促進を目的として、キャリアサポート制度の充実と利用促進を図ります。(県)
- 県内の複数医療機関について、病気の予防、初期救急、慢性疾患の管理、リハビリテーション等を総合的に行うことのできる総合診療医を育成するための拠点として整備します。(医療機関、三重大学、市町、県)
- 三重県地域医療支援センターを中心に、三重大学、中核病院等の関係機関との協力・連携により、三重大学、中核病院等での後期臨床研修に加え、へき地医療機関での研修も組み込んだ国に先行して実施する総合診療医等の専門医資格を取得するための後期臨床研修プログラムの作成に取り組みます。(医療機関、三重大学、医師会、病院協会、NPO法人MMC 卒後臨床研修センター、市町、県)

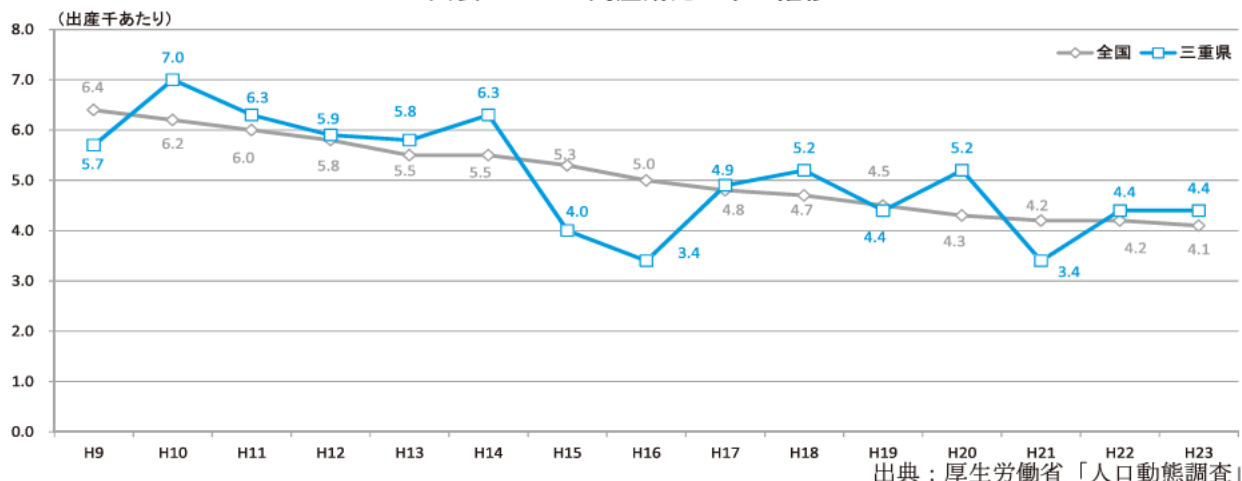
第9節 周産期医療対策

1. 周産期医療の現状

(1) 周産期医療の概況

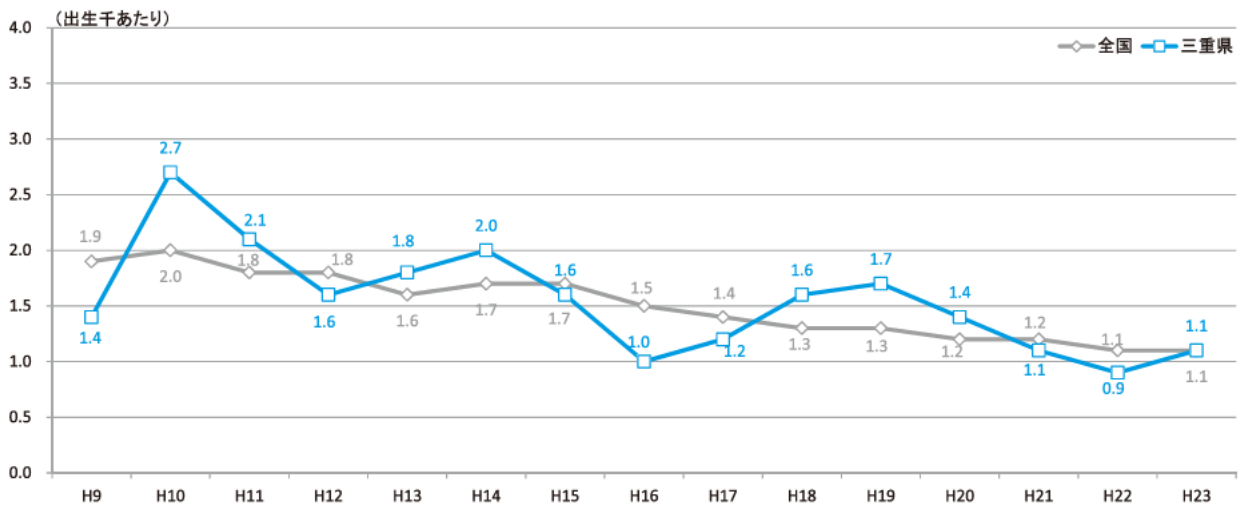
- 「周産期」とは妊娠満 22 週から生後満 7 日未満の期間のことをいい、母体・胎児・新生児にとって大変重要な時期とされています。この期間に、「周産期医療」として産科・小児科の双方から総合的に医療が行われます。
- 全国の分娩件数は、平成 12 (2000) 年に約 122 万件でしたが、平成 23 (2011) 年には約 107 万件と約 12%減少しています。本県においても 18,018 件から 15,288 件へと約 15%減少しています¹。
- 本県の出生率は 8.3 で全国平均と同水準であり、合計特殊出生率は本県 1.47 で全国平均 1.39 を上回っています¹。
- 妊娠した女性がかかりつけ医の健康診査を受け、出産に備えることが重要です。高齢出産の場合や母親に合併症がある場合等、母体や胎児に何らかの危険が生じる可能性が高い妊娠(分娩)を「ハイリスク妊娠(分娩)」といい、医療機関での適切な管理が特に必要となります。
- 本県における周産期死亡率や新生児死亡率*は全国平均とほぼ同水準ですが、ハイリスクをかかえた妊産婦の増加や、低出生体重児(出生時の体重が 2,500 グラム未満の新生児)への対応等の医療需要が増大しています。低出生体重児出生率*は全国平均 9.6 に対し本県 9.0 となっています¹。また、妊産婦死亡率は、年によって変動があります。

図表 5-9-1 周産期死亡率の推移



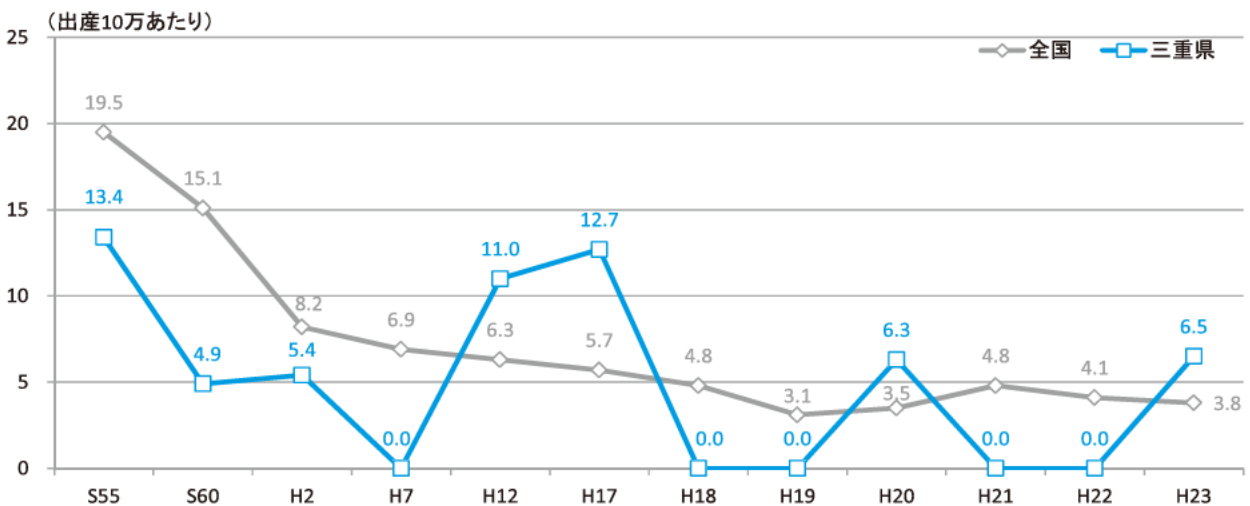
¹ 出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」

図表 5-9-2 新生児死亡率の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 5-9-3 妊産婦死亡率の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」

① 医療提供体制

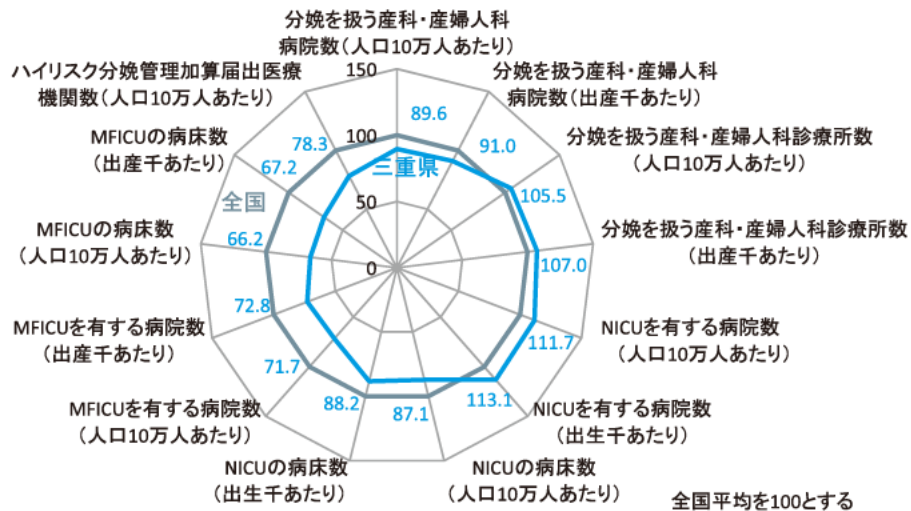
- 本県において分娩を実施している病院は14施設、一般診療所は25施設ですが、分娩ができる医療機関は近年減少しています。なお、県内には分娩施設を有する3か所の助産所があり、病院や診療所と連携しています²。
- 周産期医療に係る人的・物的資源を充実し、高度な医療を適切に供給する体制を整備するため、各都道府県において総合周産期母子医療センター*、地域周産期母子医療センター*および搬送体制等に関する周産期医療体制の整備が進められてきています。
- 県内で総合周産期母子医療センターは1か所、地域周産期母子医療センターは4か所に設置されており、リスクの高い妊娠に対する医療や高度な新生児医療等が行われていますが、東紀州保健医療圏に周産期母子医療センターは設置されていません。
- 5か所の周産期母子医療センターには、延べ51人の産科医師と38人の新生児担当小児科

² 出典：三重県調査（平成24年4月現在）

医師が勤務しています³。

- 平成 24 (2012) 年 4 月現在の新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit。以下「NICU*」という。) を有する医療機関は 5 病院 36 床ですが、国の指針では出生 1 万人に対して 25~30 床必要とされ、本県に必要な病床数は 38~46 床であり不足しています。また、母体・胎児集中治療室 (Maternal Fetal Intensive Care Unit : MFICU*) を有する医療機関は 1 病院 6 床あります。
- 新生児を専門に搬送する三重県新生児ドクターカー (すくすく号) *が国立病院機構三重中央医療センターに配備されており、年間 45 件程度の搬送実績があります。
- 本県における産科・周産期傷病者の救急搬送件数は、平成 23 (2011) 年に 293 件 (転院搬送を除く) であり、うち搬送時間が 30 分以上であったものは 11 件でした。

図表 5-9-4 医療機関数に関する主要指標



出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」、ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数については「診療報酬施設基準の届出状況に関する集計結果 (医政局指導課調べ)」(平成 24 年 1 月)

³ 出典：三重県調査 (平成 24 年 4 月現在)

図表 5-9-5 周産期の救急搬送

「周産期母子医療センター」とは、リスクの高い妊産婦や重症な新生児を受け入れ、高度で総合的な周産期医療を提供する施設で、以下の5か所です。

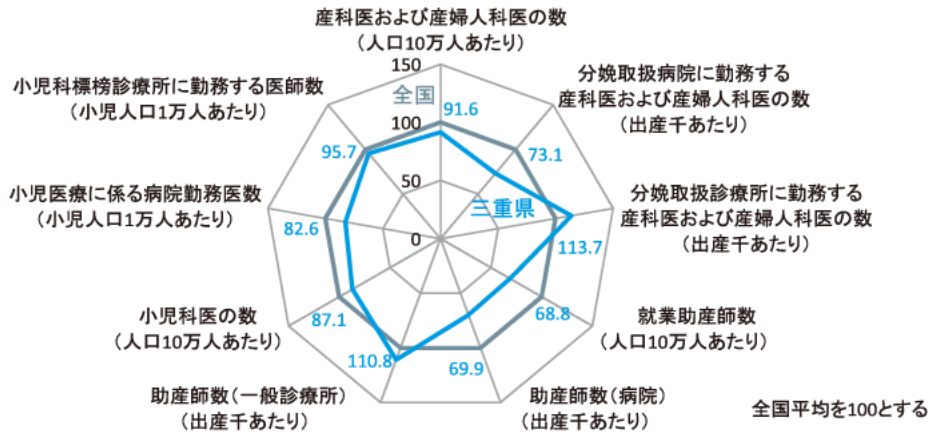
- ◆総合周産期母子医療センター：国立病院機構三重中央医療センター
- ◇地域周産期母子医療センター：市立四日市病院 県立総合医療センター
三重大学医学部附属病院 伊勢赤十字病院



- 本県の人口 10 万人あたりの産科・産婦人科、小児科の医師数は全国平均を下回っています。
- 出産千あたりの分娩取扱病院に勤務する産科・産婦人科、小児科の医師数は全国平均を下回っています。また、本県では一般診療所での出産が多いことから、分娩取扱診療所に勤務する産科・産婦人科の医師数については、全国平均以上の水準です。
- 産婦人科医、小児科医の高齢化が進んでおり、ともに全体の 68% が 50 歳以上となっています。また、女性医師の割合は 50 歳未満において産婦人科が 51%、小児科が 33% であり、40 歳未満において産婦人科が 57%、小児科が 50% となっています⁴。
- 人口 10 万人あたりの就業助産師数は 16.1 人と全国平均 23.4 人を大きく下回り、全国で最も少なくなっています。

⁴ 三重県産婦人科医会・三重県小児科医会調査

図表 5-9-6 医師数および助産師数に関する主要指標



※産科・産婦人科医師数、小児科医師数、就業助産師数は非常勤を含めた実人数、その他は常勤換算の人数です。
 出典：産科・産婦人科医師数および小児科医の数は厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、就業助産師数は厚生労働省「平成22年度 衛生行政報告例」、小児科標榜診療所に勤務する医師数は厚生労働省「平成20年 医療施設調査」(個票解析)、その他は厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

② 分娩

- 本県の分娩は全国と比較して一般診療所で行われる傾向が強く、人口10万人あたりの病院での分娩数が全国平均を下回っています。

図表 5-9-7 分娩数(人口10万人あたり)

	(単位：件)	
	病院	診療所
全国	36.5	31.8
三重県	28.0	41.6

出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

③ 療育*支援

- 本県の人口10万人あたりの身体障害者手帳交付数(18歳未満)は全国平均を下回っています。
- 新生児(未熟児を除く)の訪問指導実施率については全国平均を大幅に下回っていますが、平成23(2011)年7月現在の乳児家庭全戸訪問実施率⁵は96.6%と、全国平均の92.3%を上回っています。未熟児訪問指導についても全国平均よりも高い水準です。

図表 5-9-8 身体障害者手帳交付数と産後訪問指導を受けた割合

	身体障害者手帳交付数(件)		産後訪問指導を受けた割合(%)	
	実数(18歳未満)	人口10万人あたり	新生児(未熟児を除く)	未熟児
全国	107,936	85.0	27.0	57.2
三重県	1,396	75.7	6.5	79.3

※産後訪問指導を受けた割合の算出方法は次の式により算出しました。

新生児(未熟児を除く)のうち産後訪問指導を受けた割合

産後訪問指導を受けた新生児(未熟児を除く)の数 ÷ 新生児(未熟児を除く)の出生数

未熟児のうち産後訪問指導を受けた割合 産後訪問指導を受けた未熟児の数 ÷ 未熟児の出生数

出典：身体障害者手帳交付数は厚生労働省「平成23年度 福祉行政報告例」、産後訪問指導を受けた割合は厚生労働省「平成22年度 地域保健・健康増進事業報告」および「平成22年 人口動態調査」

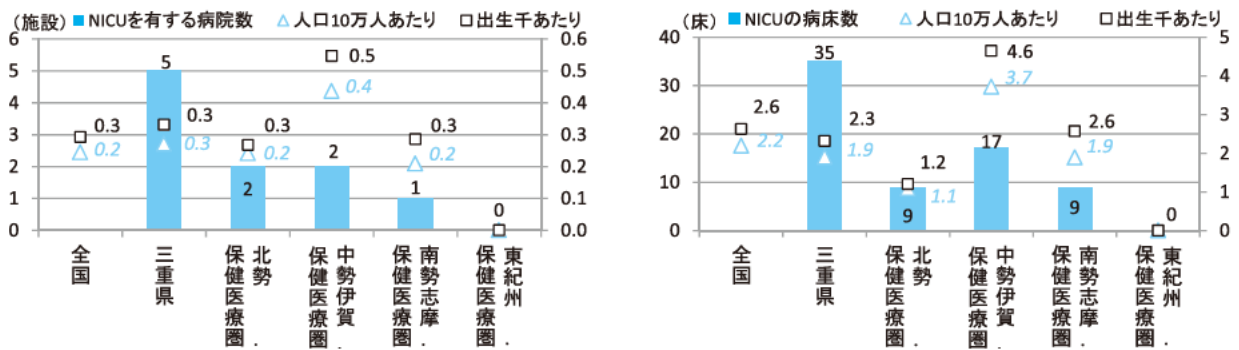
⁵ 出典：雇用均等・児童家庭局総務課調査

(2) 各保健医療圏の現状

① 医療提供体制

- NICUの病床数は、国の指針による必要数に対して不足しており、特に県内の出生数の約半数を占める北勢保健医療圏においてNICU病床数の不足が顕著となっています。

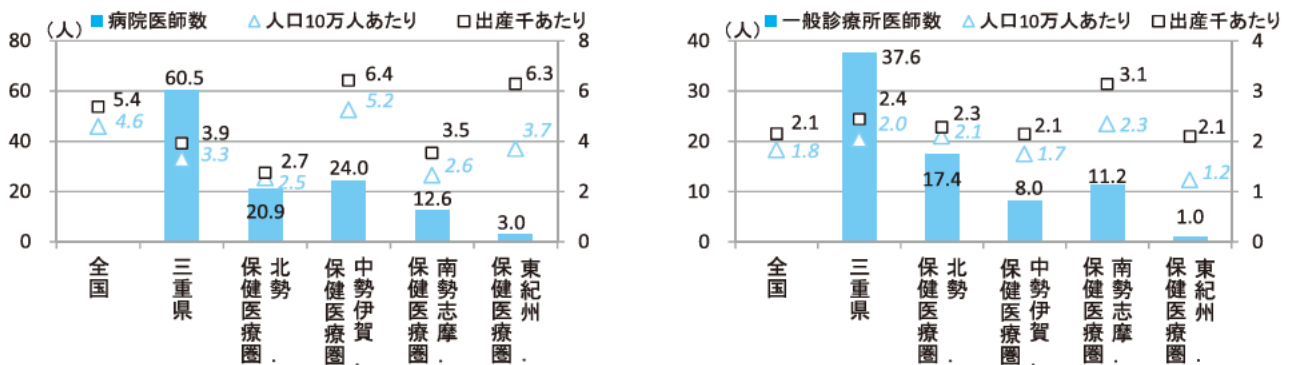
図表 5-9-9 NICUを有する病院数(左グラフ)・病床数(右グラフ)



出典：いずれも厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

- 本県では一般診療所での出産が多いことから、分娩取扱診療所に勤務する産科医・産婦人科医が多く、分娩取扱病院では中勢伊賀保健医療圏を除いて全国平均よりも少ない水準です。

図表 5-9-10 分娩取扱施設に勤務する産科および産婦人科の医師数(左グラフ:病院、右グラフ:一般診療所)

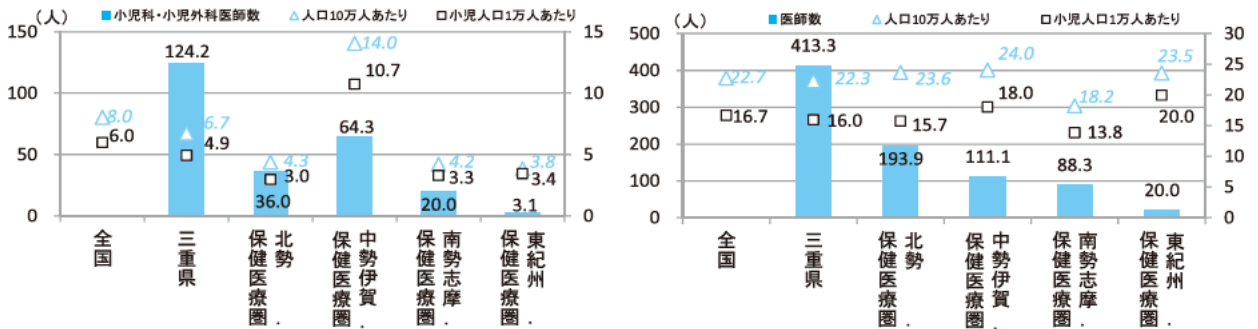


※いずれも常勤換算の人数です。

出典：いずれも厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

- 小児医療に関わる医師数を人口10万人あたりおよび小児人口1万人あたりで比較すると、病院に勤務する小児科および小児外科の医師数は中勢伊賀保健医療圏を除いて全国平均を下回っています。小児科標榜診療所に勤務する医師数は全国平均並みの水準です。

図表 5-9-11 病院に勤務する小児科および小児外科の医師数(左グラフ)
小児科標榜診療所に勤務する医師数(右グラフ)

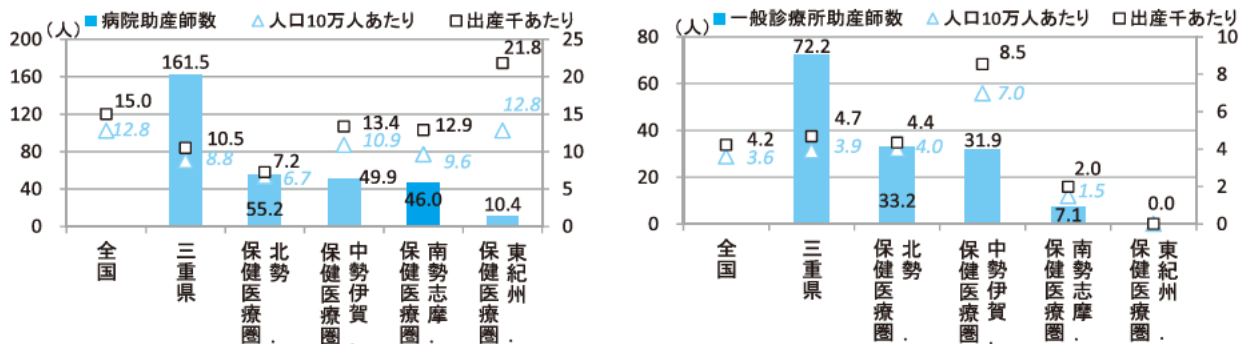


※いずれも常勤換算の人数です。

出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」 出典：厚生労働省「平成20年 医療施設調査（個票解析）」

- 本県では一般診療所での出産が多いことから、一般診療所に勤務する助産師が多く、病院では東紀州保健医療圏を除いて全国平均よりも少ない水準です。

図表 5-9-12 助産師数(左グラフ:病院、右グラフ:一般診療所)



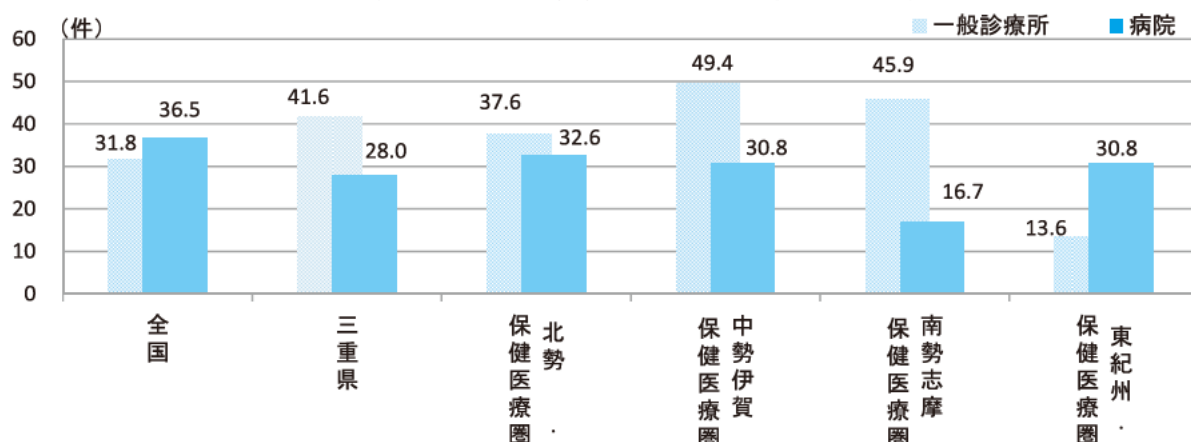
※いずれも常勤換算の人数です。

出典：いずれも厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

② 分娩

- 分娩数を保健医療圏別に見ると、全ての圏域において人口10万人あたりの病院での分娩数が全国平均を下回っています。
- 東紀州保健医療圏は病院での分娩の方が一般診療所での分娩よりも多い傾向にあります。
- 東紀州保健医療圏を除く各保健医療圏においては、人口10万人あたりの一般診療所での分娩数が全国平均を上回っています。

図表 5-9-13 分娩数(人口 10 万人あたり)の比較



出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

2. 医療連携体制の現状

(1) 各医療機能を担う医療機関

保健医療圏	正常分娩	周産期救急搬送協力病院	周産期に係る比較的高度な医療	母体または子どもにおけるリスクの高い妊娠に対する医療および高度な新生児医療等
			地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター
北勢保健医療圏	一般病院・診療所・助産所	厚生連鈴鹿中央総合病院	市立四日市病院 県立総合医療センター	
中勢伊賀保健医療圏			三重大学医学部附属病院	国立病院機構三重中央医療センター
南勢志摩保健医療圏		厚生連松阪中央総合病院 済生会松阪総合病院	伊勢赤十字病院	
東紀州保健医療圏		紀南病院		

(2) 連携の現状

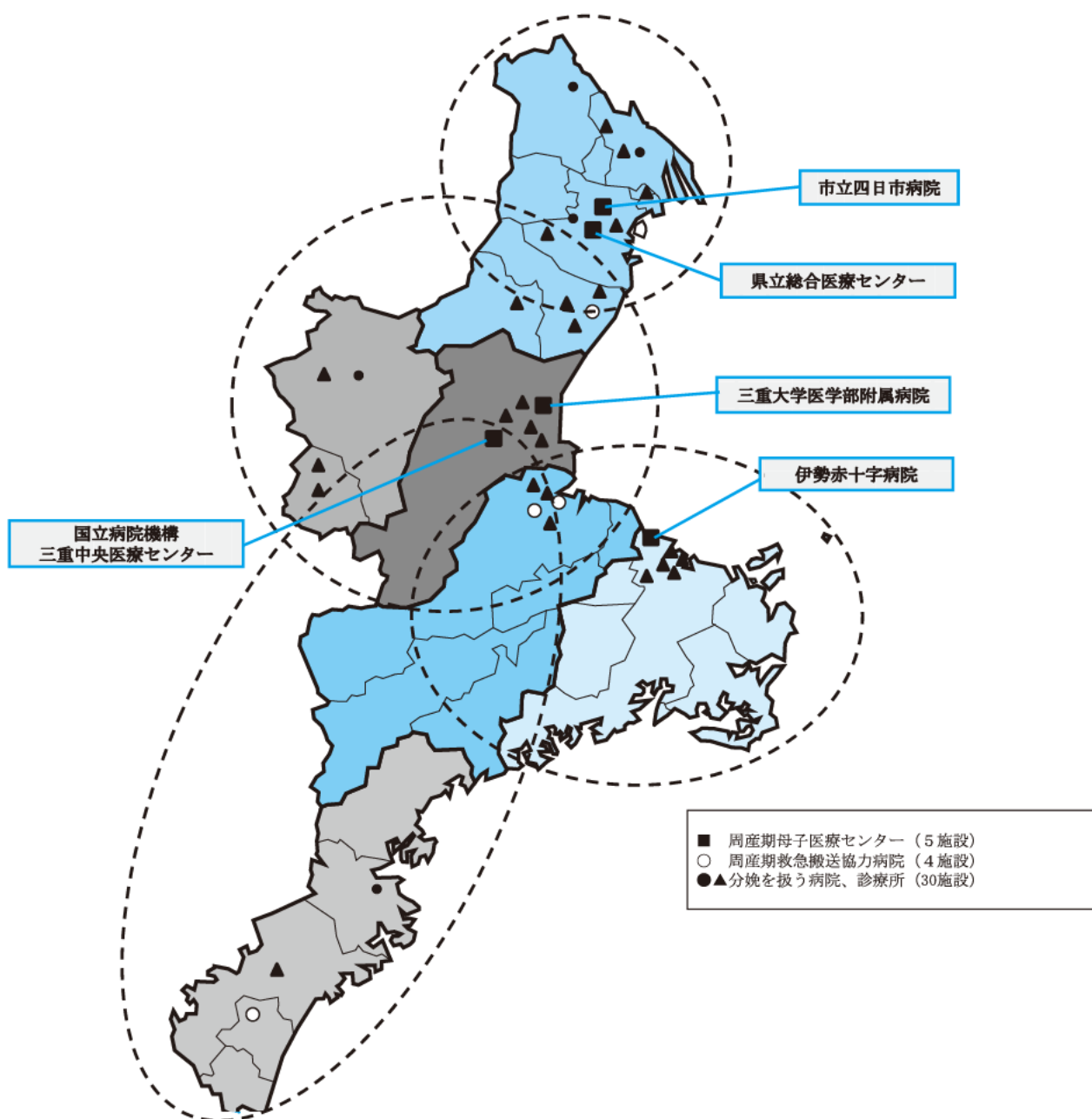
① 医療連携体制

- 県内の周産期医療は 5 か所の周産期母子医療センターを中心に、病病連携、病診連携を介したネットワークシステムを構築しており、各地域の人口と周産期母子医療センターからの距離に基づいて 4 つのエリアをつくり、5 つのセンターを配置するゾーンディフェンス（エリアを分担して守る）体制を敷いています。
- また、各周産期母子医療センターの特徴を生かして機能分担を行っています。具体的には、緊急対応を要する妊産婦の脳出血や心筋梗塞、肺塞栓症等に対しては脳神経外科医や神経内科医、循環器専門医等が対応し、母体救命を行うことが可能となっています。さらに、

県内唯一の総合周産期母子医療センターである国立病院機構三重中央医療センターは、NICUが充実しており、特に妊娠週数の早い（妊娠28週未満）早産症例や前期破水症例、さらには重度子宮内胎児発育遅延の発育停止により妊娠終了しなければならない症例に対する中核病院として多くの母体搬送に対応しています。また、三重大学医学部附属病院は、母体に基礎疾患があるような合併症妊娠の管理や胎児異常症例に対応し、特に子どもの先天異常については出生前から出生後の管理を行う小児科、小児外科、脳神経外科、胸部心臓外科等によるチーム医療を行っています。

- 産婦人科医の確保が課題となっていた北勢地域の地域周産期母子医療センターである市立四日市病院と県立総合医療センターの両病院において、平成24（2012）年6月に産婦人科医を相互に派遣する協定を締結しています。

図表 5-9-14 県内の周産期医療体制



② 救急搬送体制

- 平成 19（2007）年度に三重県周産期医療救急搬送システム体制を整備し、中でもかかりつけ医のいない妊産婦の救急搬送は、周産期母子医療センターの他に県内の周産期救急搬送協力病院の協力を図り、平成 20（2008）年度から運用しています。

③ 産科オープンシステム・セミオープンシステム*の導入

- 妊婦健康診査は診療所等で実施し、分娩は産科や小児科、NICUなどの設備がある大学病院で診療所等の主治医が大学病院の医師と共同診療できる産科オープンシステムを三重大学医学部附属病院において導入しています。

3. 課題

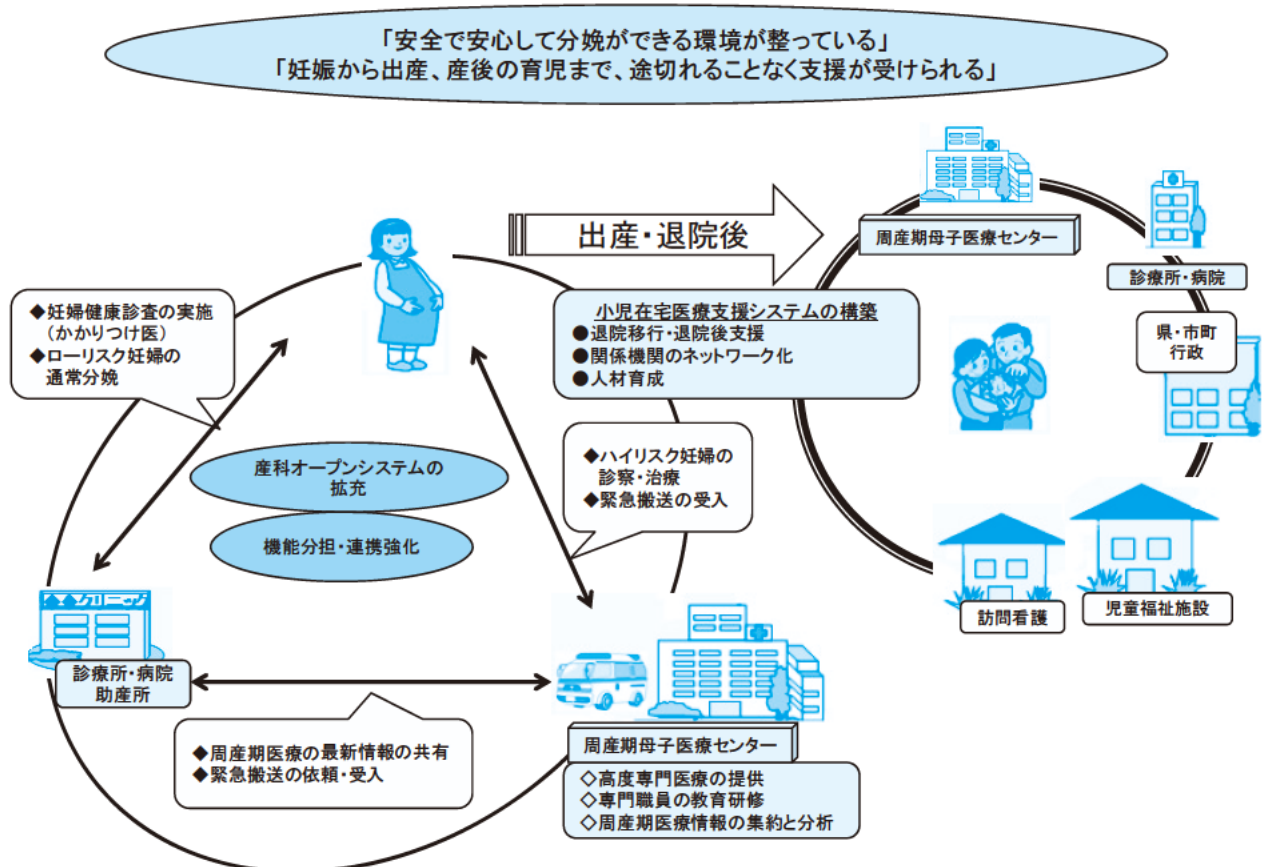
- 周産期医療に従事する産婦人科医、小児科医、助産師、看護師等が不足しており、その確保が必要です。
- 分娩を取り扱う産科医、小児初期救急等に対応する小児科開業医が高齢化しており、若手産科医、小児科医の育成が急務です。
- 産婦人科と小児科に従事する医師は、他の診療科に従事する医師と比べて女性の割合が高いことから、女性医師の出産・子育ての負担を軽減する対策が必要です。
- 周産期医療従事者が不足する中、安心・安全に出産ができる体制を維持するため、ローリスクの出産は診療所が担当し、中等度以上のリスクの出産は二次医療機関や三次医療機関（周産期母子医療センター）が担当する機能分担の一層の推進が必要です。
- 北勢保健医療圏においては、県内出生数の約半数を占めるにもかかわらずNICU等が不足していることから、これらの病床の整備と新たな総合周産期母子医療センターを設置するなどの周産期医療体制の強化が必要です。
- 妊娠の届出をせず、妊婦健康診査を受けない妊婦がみられることから、早期の妊娠届出（妊娠 11 週未満）と妊婦健康診査受診を徹底することが必要です。
- NICU、新生児治療回復室（Growing Care Unit：GCU*）に長期間、入院している子どもがいることから、後方ベッド*の確保、退院後の受入施設の確保などを進める必要があります。
- 東紀州保健医療圏においては、周産期母子医療センターがなく、産科医や小児科医などの周産期医療従事者も少ないことから、他の保健医療圏との連携や周産期医療従事者の確保を強化する必要があります。また、地域全体で、健康づくりを推進するとともに産科医療、小児科医療の確保について検討を進める必要があります。
- 妊産婦歯科健康診査、歯科保健指導に取り組む市町数は 15 市町（平成 23 年）ですが、全ての市町において取組を進める必要があります。また、母親自身と生まれてくる子どものむし歯予防等に対する健康教育についても取組を進める必要があります。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 必要な産婦人科医、小児科医、助産師等が確保され、安全で安心して妊娠・出産ができる環境が整っています。
- リスクの低い出産は地域の産科医療機関・助産所で行い、リスクの高い出産は周産期母子医療センターで行うといった機能分担、連携体制が構築されています。
- 妊産婦や新生児、その家族に対して、産婦人科医と小児科医、保健師、助産師、看護師等が密接に連携し、妊娠から出産、産後まで途切れることなく保健指導や相談が適切に行われています。

図表 5-9-15 三重県周産期医療のめざす姿



【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
妊産婦死亡率 【人口動態調査】	出産 10 万あたりの妊産婦死亡率がゼロであることを目標とします。	目 標
		0.0
		現 状(H23)
		6.5
周産期死亡率 【人口動態調査】	出産千あたりの周産期死亡率が全国の上位 10 位以内であることを目標とします。	目 標
		10 位以内 (3.8)
		現 状(H23)
		29 位 (4.4)

【 数値目標（2年ごとに確認する目標） 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
産科・産婦人科医師数 【医師・歯科医師・薬剤師調査】	出産 1 万あたりの産科・産婦人科医師数が 110 人以上となることを目標とします。 () 内は実数	目 標
		110 人以上 (168 人以上)
		現 状(H22)
		93 人 (142 人)
病院勤務小児科医師数 【医師・歯科医師・薬剤師調査】	小児人口 1 万人あたりの病院勤務小児科医師が全国平均以上となることを目標とします。 () 内は実数	目 標
		5.5 人以上 (140 人以上)
		現 状(H22)
		4.3 人 (109 人)
就業助産師数 【衛生行政報告例】	人口 10 万人あたりの就業助産師数が全国平均以上となることを目標とします。 () 内は実数	目 標
		23.2 人以上 (429 人以上)
		現 状(H22)
		16.0 人 (297 人)

(2) 取組方向

取組方向 1：周産期医療を担う人材の育成・確保

取組方向 2：産科における病院と診療所の適切な機能分担、連携体制の構築

取組方向 3：地域における母子保健サービスの充実

(3) 取組内容

取組方向 1：周産期医療を担う人材の育成・確保

- 医師修学資金貸与制度および研修医研修資金貸与制度の活用等により、産婦人科医や小児科医等、専門医の養成・確保を進めるとともに、認定看護師や助産師等の周産期医療を担う専門性の高い人材の確保と育成を進めます。(医療機関、医療関係団体、県)

- 周産期母子医療センターの医師が、産婦人科医の確保が困難な産科医療機関へ診療応援を行う取組を進めます。(医療機関、三重大学、県)
- 子育て中の医師や助産師等看護職員が意欲を持って働き続けることができるよう、院内保育所の整備や短時間正規雇用制度の導入等、勤務環境や待遇面の改善を進めるとともに、医師、看護職員の負担軽減に取り組みます。(医療機関、医療関係団体、県)
- 臨床現場から離れている医師や助産師の復職を支援するために、就業につながる情報提供の充実や就業支援の取組を進めます。(医療機関、関係団体、県)
- 三重大学医学部の医学・看護学教育センターにおける教育体制を充実・強化することで、県内の地域医療を担う人材の育成を進めます。(三重大学、市町、県)
- 研修医、医学生等が産婦人科医や小児科医を志望するように教育研修体制を充実するとともに、助産師の医療機関への定着を促進するための卒後研修体制の構築に取り組みます。(医療機関、大学、県)
- 周産期医療体制の整備が遅れている東紀州地域に必要な産婦人科医や小児科医等を確保する取組を進めます。(医療機関、三重大学、市町、県)

取組方向2：産科における病院と診療所の適切な機能分担、連携体制の構築

- 北勢保健医療圏においては依然として県外搬送が多く、NICUが不足していることから、これらの病床の整備を進めるとともに、同保健医療圏内に県内2か所目の総合周産期母子医療センターを設置します。(医療機関、三重大学、市、県)
- 市立四日市病院は必要な体制を整備した上で総合周産期母子医療センターとしての役割を果たし、県立総合医療センターはより充実した地域周産期母子医療センターとしての役割を果たし、互いがこれまでよりも密接な協力関係のもとで、補完し合い、北勢保健医療圏の周産期医療を担うことができるようにします。これらの取組を進めるにあたっては、県、関係市町ならびに三重大学等の関係機関が連携し、継続的に協議を行うとともに、必要な財政的・人的な支援を行います。(医療機関、三重大学、市、県)
- 桑名・員弁地域においては、県外医療機関で出産する例が比較的多くあることをふまえ、周産期医療体制の充実についての検討を行います。(医療機関、三重大学、市、県)
- 診療所医師と高度専門医療機関医師とが共同診療できる産科オープンシステムの運用を全ての周産期母子医療センターにおいて実施できるよう支援します。(医療機関、三重大学、県)
- 県内の産婦人科と基幹病院の小児科・産婦人科との連携を図る周産期医療ネットワークのさらなる充実を図ります。(医療機関、医療関係団体、県)
- 国立病院機構三重中央医療センター、三重大学医学部附属病院を拠点として県内の周産期医療情報の収集と分析、周産期医療関係者への研修等を実施します。(三重中央医療センター、三重大学、県)
- 三重県新生児ドクターカー（すくすく号）を更新し運用することにより、新生児の死亡率の減少を図ります。(医療機関、県)

取組方向3：地域における母子保健サービスの充実

- 病院または診療所に入院して養育する必要がある未熟児に対する適切な医療を提供しま

す。(医療機関、市町、県)

- 妊婦のときから小児科の相談支援を行うなど、出産前後からの親子支援を進めます。(医療機関、市町、県)
- 妊婦健康診査に対する経済的支援を実施します。(市町)
- 全ての妊産婦がかかりつけ医を持ち、妊婦を対象としたサービスを早期から受けられるよう、妊娠早期(妊娠 11 週未満)での妊娠届出等についての啓発を行います。(医療機関、市町、県)
- 医療機関や行政、NPO等が協力し、若年妊婦、産後のうつ状態、低出生体重児の療育・保育に対する相談支援等を行うなど、総合的な子育て環境の整備を行います。(医療機関、NPO、市町、県)
- 妊産婦が安心して出産できるように、さまざまな機会を通じ積極的に情報提供を行います。(医療機関、市町、県)
- NICUに長期入院している子どもの在宅移行を支援するとともに、在宅の重症児の療育・療養を支援するため、訪問看護やレスパイト入院(介護する家族等の負担を軽減するための短期の入院)等の支援が効果的に実施される体制の整備を図ります。(医療機関、福祉施設、市町、県)
- 妊娠時に歯周疾患が重症化することにより、早産や低出生体重児出産のリスクが高まることから、妊婦の専門的口腔ケアや歯周疾患治療に産婦人科と歯科医療機関とが連携して取り組みます。(医療機関、市町、県)

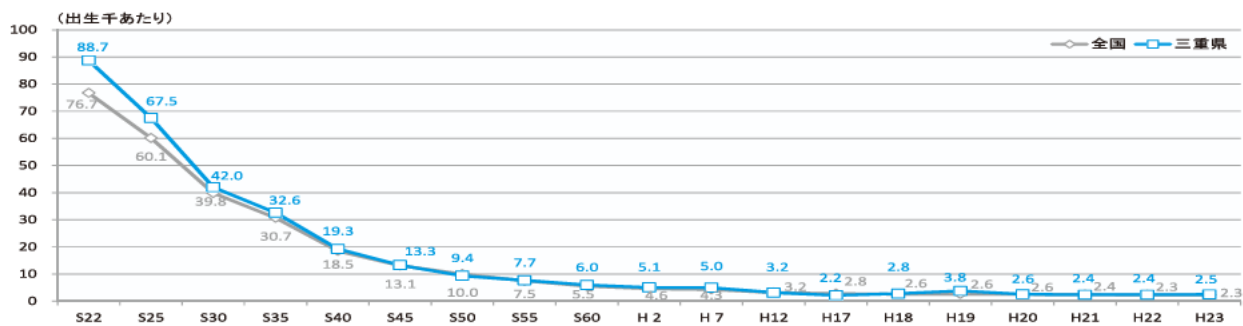
第10節 小児救急を含む小児医療対策

1. 小児医療の現状

(1) 小児医療の概況

- 小児医療は、一般的には0歳児から中学生頃までを対象とする非常に多岐にわたる分野であり、その疾病等の内容も急性から慢性疾患、さらに症状の程度も軽いものから難病と呼ばれるものまで幅広く、それぞれの疾患に対して適切な医療が受けられる体制が必要です。
- 平成23(2011)年人口動態調査によると、本県の出生率(人口千人あたり)は8.3(全国8.3)と平成21(2009)8.6から減少傾向にあります。周産期死亡率(出産千あたり)は4.4(全国4.1)、新生児死亡率(出生千あたり)は1.1(全国1.1)、乳児死亡率(出生千あたり)は2.5(全国2.3)となっています。また、幼児(1歳から4歳)死亡率(人口10万人あたり)は、平成20(2008)年に12.4(実数8人)と減少しましたが、その後、平成23(2011)年33.5(実数21人)と増加傾向が見られます。また、平成23(2011)年の主な死因は「先天奇形および染色体異常」8人(38%)、「不慮の事故」3人(14.3%)、「肺炎」「心疾患」各2人(9.5%)等です。
- 平成22(2010)年末の本県の15歳未満の人口1万人あたりの小児科の医師数は7.9人ですが、地域によりばらつきがあり、北勢保健医療圏5.7人、東紀州保健医療圏5.5人、伊賀サブ保健医療圏においては5.3人と県平均の7.9人を大きく下回り、小児科医の不足と地域偏在が課題となっています。

図表 5-10-1 乳児死亡率の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 5-10-2 周産期・早期新生児・新生児・乳幼児・小児死亡率*

	周産期死亡率	早期新生児死亡率*	新生児死亡率	乳幼児死亡率*	小児死亡率
全国	4.1	0.8	1.1	0.7	0.2
三重県	4.4	0.7	1.1	0.7	0.2

出典：厚生労働省「平成23年人口動態調査」

図表 5-10-3 小児科の医師数の全国と県の比較

(単位：人)

	全国	三重県
医師数	15,870	200
人口10万人あたり	12.4	10.8
15歳未満人口1万人あたり	9.4	7.9

出典：厚生労働省「平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 5-10-4 保健医療圏別の小児科の医師数

(単位：人)

	北 勢	中勢伊賀 (伊賀除く)	伊 賀	南勢志摩 (伊勢志摩除く)	伊勢志摩	東紀州
小児科医師数	70	66	12	21	26	5
15歳未満人口1万人あたり	5.7	17.6	5.3	7.2	8.3	5.5

出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

(2) 各保健医療圏の現状

① 小児医療の受療動向

- 本県の1日あたり小児（0～14歳）入院患者数は0.2千人と推定され、保健医療圏外の医療機関で治療を受けた割合（流出率）は、県全体（平均）では38.8%となっています。また北勢保健医療圏では0.1千人のうち48.9%が県外を含む保健医療圏外の医療機関に入院しています。なお、中勢伊賀保健医療圏のうち伊賀地域の患者の多くは中勢地域へ流出しています。
- 一方、保健医療圏外の患者が治療を受けに来た割合を示す流入率は、中勢伊賀保健医療圏が52.9%と高い割合を示しています。

図表 5-10-5 保健医療圏別 小児(0～14歳)入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

施設所在地 患者住所地	総 数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総 数	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	38.8%
北勢保健医療圏	0.1	0.1	0.0			0.0	48.9%
中勢伊賀保健医療圏	0.1		0.1	0.0		0.0	14.2%
南勢志摩保健医療圏	0.0		0.0	0.0		0.0	46.1%
東紀州保健医療圏	0.0	0.0	0.0		0.0		37.3%
県 外	0.0	0.0	0.0			—	—
流入率	26.7%	6.4%	52.9%	8.8%	0.0%	—	—

※空欄はデータなし

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

- 専門的治療の必要な「先天奇形、変形および染色体異常」による入院患者は47.3%が県外で入院しています。特に、北勢保健医療圏では74.4%が保健医療圏外の医療機関に入院しています。北勢および中勢伊賀保健医療圏を除く保健医療圏では全ての患者が当該保健医療圏外で治療を受けています¹。
- NDBによると、本県の平成22（2010）年10月～平成23（2011）年3月の6か月間における小児入院医療管理料の算定対象となった小児（0～14歳）の入院レセプト件数は842件ありました。そのうち32件（3.8%）は愛知県内の医療機関で治療を受けています。
- 一方、流入率では、三重大学医学部附属病院等の中核病院のある中勢伊賀保健医療圏に集中し、55.5%と高い割合を示しています。
- 外来患者の受診状況を見ると、ほとんどが患者の所在地の保健医療圏で治療を受けていま

¹ 出典：厚生労働省「平成20年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

すが、東紀州保健医療圏では 32.0 %が県外を中心とする保健医療圏外の医療機関を受診しています。

図表 5-10-6 保健医療圏別 小児入院患者(小児入院医療管理料の算定患者)の流出・流入状況
(単位：件／半年)

施設所在地 患者所在地	総数	北勢	中勢 伊賀	南勢 志摩	東紀州	県外	流出率
総数	842	253	364	193	0	32	27.8%
北勢保健医療圏	406	253	121	0	0	32	37.7%
中勢伊賀保健医療圏	162	0	162	0	0	0	0.0%
南勢志摩保健医療圏	274	0	81	193	0	0	29.6%
東紀州保健医療圏	0	0	0	0	0	0	0.0%
県外	0	0	0	0	0	—	—
流入率	24.0%	0.0%	55.5%	0.0%	0.0%	—	—

※レセプト件数は同一医療機関・同一診療科の1か月間の受診を1件と数え、患者数とは一致しません。

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

② 医療提供体制

- 平成20（2008）年の医療施設調査では、本県において小児科を標榜している一般病院は43施設、診療所は339施設であり、全国と同様に年々減少しています。人口10万人あたりの小児医療を担う医療機関数は診療所で地域差が大きく、東紀州保健医療圏は全国平均を大きく下回っています。なお、中勢伊賀保健医療圏は、小児医療提供体制の集約化・重点化により全国平均を上回っています。
- 平成20（2008）年における人口10万人あたりの医療施設従事医師数を見ると、小児科標榜診療所に勤務する医師数は22.3人（全国平均22.7人）であり、小児医療に係る病院勤務医師数は6.1人と全国平均7.4人をやや下回っています²。
- 近年の医師数の推移を見ると、全国的に増加傾向にありますが、本県では伸び率が低く、さらに、産婦人科医、小児科医の高齢化が進んでおり、ともに全体の68%が50歳以上となっています³。
- 平成20（2008）年の人口10万人あたりの小児歯科を標榜する歯科診療所数は31.3（全国30.4）と全国平均をやや上回っており、また、一般歯科診療所においても小児に対する治療が可能となっています。
- リスクの高い妊産婦の医療および高度な新生児医療を担う周産期母子医療センターは、県内に5施設設置されています。平成24（2012）年4月現在の新生児特定集中治療室（NICU）は36床で、国の指針による必要数から見ると、全ての保健医療圏で不足しており、特に北勢保健医療圏が不足しています。東紀州保健医療圏には整備されておらず、他の保健医療圏において対応しています。
- また、NICUとさらに高度な医療を担う母体・胎児集中治療室（MFICU）等を備え

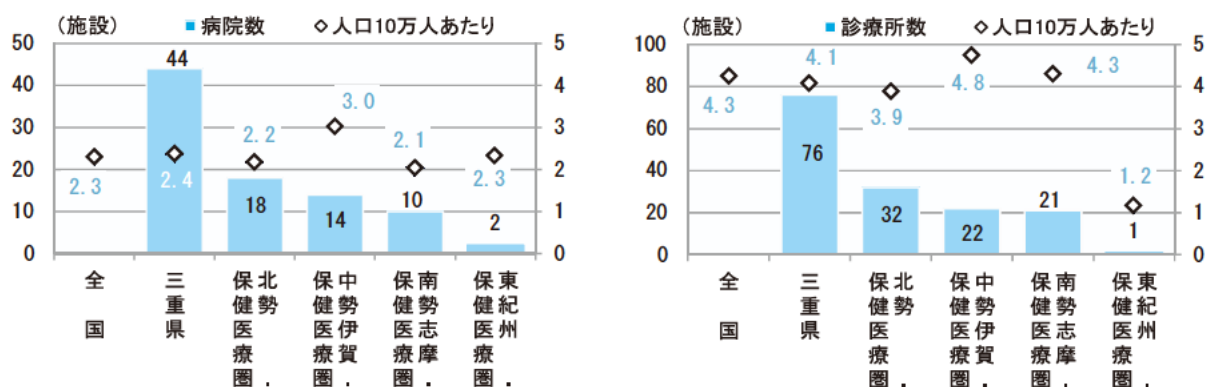
² 出典：厚生労働省「平成20年医療施設調査」

³ 出典：三重県産婦人科医会・三重県小児科医会調査

た総合周産期母子医療センターとして国立病院機構三重中央医療センターが指定されており、新生児の救急搬送を担う三重県新生児ドクターカー（すくすく号）が配備されています。

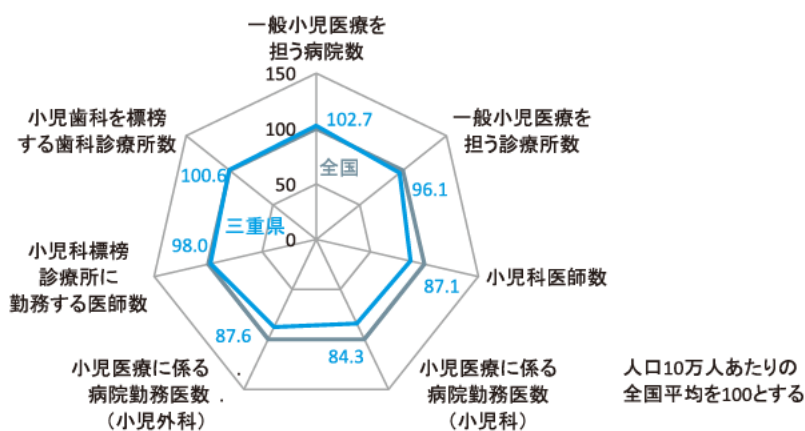
- なお、重症外傷を含めて重篤な小児患者に専門的に対応できる小児集中治療室（Pediatric Intensive Care Unit：P I C U*）を有する病院は県内には整備されていません。

図表 5-10-7 一般小児医療を担う病院数・診療所数（小児科を標榜する病院・診療所数）



出典：いずれも厚生労働省「平成20年 医療施設調査」（個票解析）

図表 5-10-8 小児を対象とする医療機関に対する主要指標



出典：小児科の医師数は厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、小児医療に係る病院勤務医数および小児歯科を標榜する歯科診療所数は厚生労働省「平成23年 医療施設調査」、その他は厚生労働省「平成20年 医療施設調査」（個票解析）

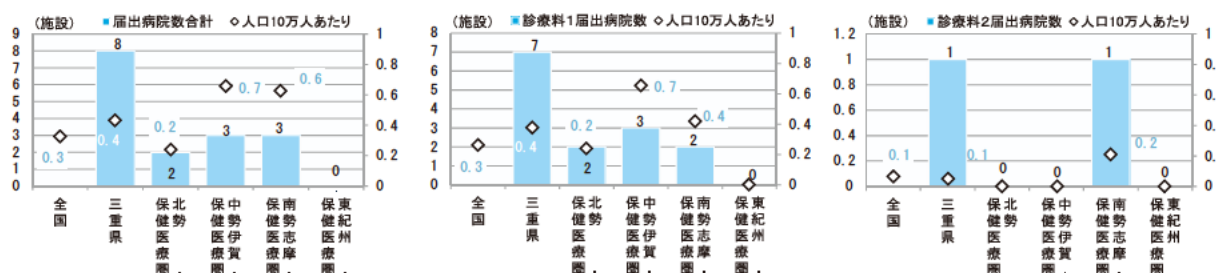
③ 小児救急

- 小児救急における受診行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医志向、病院志向が影響し、多くが軽症の患者です。こうしたことから救急医療機関では、軽症患者の対応に追われ、重症患者の診療が十分にできなくなっているケースが見られます。
- 小児救急医療提供体制については、症状の軽い初期対応は、現在、休日夜間応急診療所等により対応していますが、小児医療機関の少ない地域では十分な体制がとれていないところもあり、中でも東紀州保健医療圏は体制が脆弱な状況です。
- 入院治療を必要とする小児二次救急医療に対応するために、一部の地域においては、小児

救急に対応できる機能を集約化しています。県全体としては各地域の状況に応じ病院群輪番制で対応していますが、病院に勤務する小児科医の不足から、小児科医による当直対応ができていない地域もあり、小児科医の確保が課題となっています。

- 地域の小児科医と連携をとりつつ、夜間、休日または深夜の小児救急患者の診療が可能な体制を保つ医療機関（地域連携小児夜間・休日診療料1の届出医療機関）は7施設あり、さらに常時小児科医を配置し24時間の診療体制を保つ医療機関（地域連携小児夜間・休日診療料2の届出医療機関）は、南勢志摩保健医療圏に1施設あります。

図表 5-10-9 地域連携小児夜間・休日診療料届出医療機関



出典：いずれも厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況に関する集計結果」（平成24年1月現在）

- NDBによると、夜間⁴、休日、深夜における6歳未満の外来患者に対して算定される、地域連携小児夜間・休日診療料算定患者の流出率は、北勢保健医療圏で6.5%となっています。また、流入率では、中勢伊賀保健医療圏の5.0%が北勢保健医療圏から流入しています。
- 中勢伊賀保健医療圏と南勢志摩保健医療圏は流出率が0.0%であることから、熱傷治療等の特殊な医療を除き、保健医療圏内で医療が提供されていると考えられます。

図表 5-10-10 保健医療圏別 地域連携小児夜間・休日診療料算定患者の流出・流入状況

(単位：件/半年)

患者所在地 \ 施設所在地	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	1,322	373	521	428	0	0	2.0%
北勢保健医療圏	399	373	26	0	0	0	6.5%
中勢伊賀保健医療圏	495	0	495	0	0	0	0.0%
南勢志摩保健医療圏	428	0	0	428	0	0	0.0%
東紀州保健医療圏	0	0	0	0	0	0	0.0%
県外	0	0	0	0	0	—	—
流入率	2.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	—	—

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

- 家庭における応急手当や疾病に関する知識の周知を図るため、三重県小児科医会との連携により、「子どもの救急対応マニュアル」を作成し、各市町や小児科を通じて乳幼児を持

⁴ 地域の一般保険医療機関が診療を終え再開するまで（深夜および休日を除く）、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日は午前8時前と正午以降）から、深夜の午後10時から午前6時までの間を除いた時間をいいます。

つ親に配布しました。また、パソコンでも閲覧、印刷できるよう「医療ネットみえ」で公開をしています。そのほか、急な子どもの病気に関する電話相談「みえ子ども医療ダイヤル（#8000）」を導入し、平成23（2011）年度は6,741件の相談を受けました。夕方から準夜間帯（午後11時30分）までの相談に対応していますが、深夜帯での相談体制の確保が望まれます。

- なお、小児に限らず24時間年中無休対応の救急・医療・健康相談等フリーダイヤルが、桑名市、津市、伊勢市、伊賀市、松阪地区において始まっています。

図表 5-10-11 小児救急電話相談の件数

（単位：件）

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
5,825	7,625	6,899	6,741

出典：三重県調査（平成24年）

図表 5-10-12 小児救急電話相談の概要

	実施電話番号	実施時間帯	実施機関
三重県全域	059-232-9955	平日・休日 19:30～23:30	健康福祉部 医療対策局

出典：厚生労働省「小児救急医療電話相談事業（#8000）について」

図表 5-10-13 小児救急医療拠点病院名簿（平成24年4月1日現在）

医療機関
国立病院機構三重病院

出典：三重県調査（平成24年）

図表 5-10-14 入院を要する小児救急医療を担う施設（平成23年9月1日現在）

保健医療圏	市町	医療機関	医療提供体制の種類
北勢 保健医療圏	桑名市、木曾岬町 いなべ市、東員町 四日市市、菰野町 朝日町、川越町 鈴鹿市、亀山市	桑名東医療センター	小児救急二次医療施設（拠点型）
		厚生連いなべ総合病院	一般二次救急医療施設（輪番制）
		四日市社会保険病院	一般二次救急医療施設（輪番制）
		市立四日市病院	三次救急医療施設 一般二次救急医療施設（輪番制）
		県立総合医療センター	三次救急医療施設 一般二次救急医療施設（輪番制）
		厚生連菰野厚生病院	一般二次救急医療施設（輪番制）
		厚生連鈴鹿中央総合病院	小児救急二次医療施設（拠点型）
中勢伊賀 保健医療圏	津市 伊賀市 名張市	国立病院機構三重病院	小児救急医療拠点病院
		三重大学医学部附属病院	三次救急医療施設
		国立病院機構三重中央医療センター	一般二次救急医療施設（輪番制）
		岡波総合病院	小児救急二次医療施設（拠点型）
		名張市立病院	小児救急二次医療施設（拠点型）
南勢志摩 保健医療圏	松阪市、多気町、明和町 大台町、伊勢市、玉城町 度会町、大紀町、鳥羽市 志摩市、南伊勢町	厚生連松阪中央総合病院	小児救急二次医療施設（拠点型）
		伊勢赤十字病院	三次救急医療施設 一般二次救急医療施設（輪番制）
東紀州 保健医療圏	尾鷲市、紀北町、熊野市 御浜町、紀宝町	尾鷲総合病院	一般二次救急医療施設
		紀南病院	一般二次救急医療施設

出典：三重県調査（平成24年）

図表 5-10-15 小児救急医療施設 応急診療所名簿（平成 24 年 4 月 1 日現在）

保健医療圏	市町	医療機関	休日		平日
			昼間	準夜	準夜
北勢保健医療圏	桑名市、木曾岬町、いなべ市、東員町	桑名市応急診療所	○		○ ^{※1}
	四日市市、菰野町、朝日町、川越町	四日市市応急診療所	○		
	鈴鹿市、亀山市	鈴鹿市休日応急診療所	○	○	○
中勢伊賀保健医療圏	津市	津市休日応急・夜間こども応急クリニック	○	○	○
		津市久居休日応急診療所	○		
	伊賀市	伊賀市応急診療所	○	○	○
	名張市	名張市応急診療所	○	○	○
南勢志摩保健医療圏	松阪市、多気町、明和町、大台町	松阪市休日夜間応急診療所	○	○	○
		松阪市歯科休日応急診療所	○ ^{※2}		
	伊勢市、玉城町、度会町、大紀町	伊勢市休日・夜間応急診療所	○	○	○
	鳥羽市	鳥羽市休日夜間応急診療所	○		○ ^{※3}
	志摩市、南伊勢町	志摩市休日夜間応急診療所	○		○ ^{※4}
東紀州保健医療圏	熊野市、御浜町、紀宝町	紀南医師会応急診療所	○		

※¹ 土曜日のみ、※² 午前中のみ、※³ 木、金、土曜日のみ、※⁴ 月、水、土曜日のみ

出典：三重県調査（平成24年）

④ 療養・療育支援

- 人口 10 万人に対する特別児童扶養手当数、障害児福祉手当数は、全国平均を上回っています。
- 出生数が減少する一方で、平成 23（2011）年の人口動態調査では低出生体重児（2,500 g 未満）の出生率は 9.0 と横ばいであるものの、1,000 g 以下の超低体重出生児割合は微増傾向にあります。
- N I C U 退院児の約 8 割は軽快し家庭へ帰っていますが、気管切開や人工呼吸器等の必要な在宅療養児に対応する訪問看護サービス事業所は限られています。また、小児在宅患者の往診対応可能な医療機関数は、県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成 24 年）によると県内で 11 施設のみとなっています。
- 平成 24（2012）年中の 1 か月間に、10 歳未満の患者に対応した訪問看護ステーション数は 74 施設中 14 施設で、患者数は 26 人となっています⁵。
- 県立草の実リハビリテーションセンターは小児整形外科・小児リハビリテーションの県内唯一の専門機関であり、肢体不自由の子どもに対する療育体制の充実に向け、各地域機関で行われる療育相談への支援も行っています。
- また、独立した児童精神科医療施設である県立小児心療センターあすなろ学園は、数少ない子どもの心の診療拠点病院、かつ医療型障害児入所施設で、市町における途切れのない発達支援システムの構築に向け、アドバイザーの育成や発達総合支援室の設置のための取組を進めています。

⁵ 出典：厚生労働省「介護サービス情報公表システム」

図表 5-10-16 特別児童扶養手当等の交付数

(単位：件)

	特別児童扶養手当数		障害児福祉手当数		身体障害者手帳交付数 (18歳未満)	
	実数	人口10万人 あたり	実数	人口10万人 あたり	実数	人口10万人 あたり
全 国	195,838	154.3	65,089	51.3	107,936	85.0
三重県	3,355	181.9	1,129	61.2	1,396	75.7

出典：厚生労働省「平成23年度 福祉行政報告例」

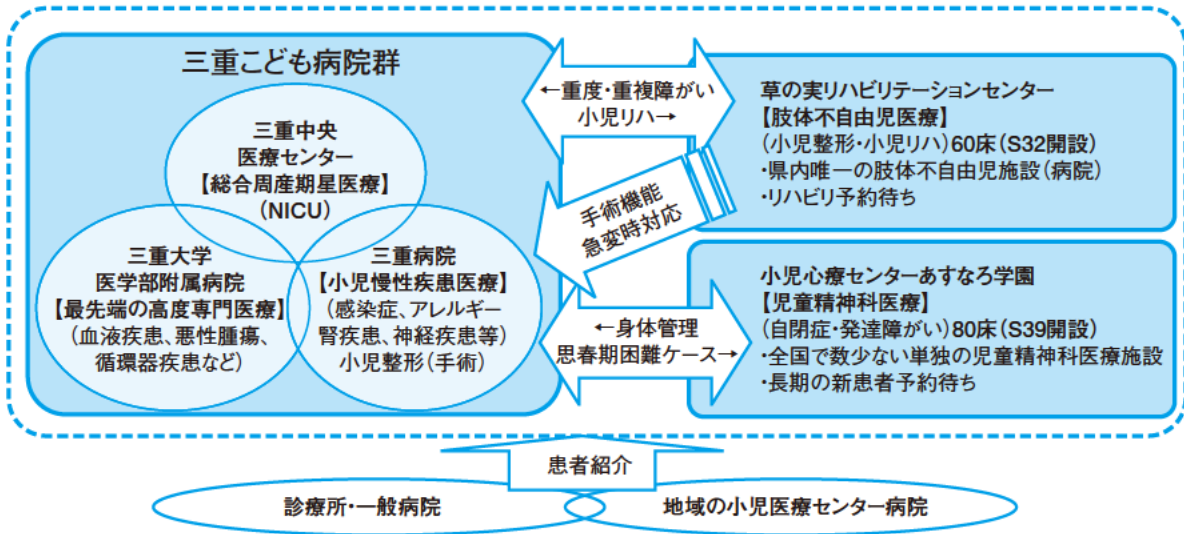
- 障がいのある児童を入所により保護し、治療および日常生活の指導を行う医療型障害児入所施設は県立草の実リハビリテーションセンター（定員60人）と県立小児心療センターあすなろ学園（定員56人）、済生会明和病院なでしこ障害児入所施設（定員22人）、国立病院機構三重病院（定員50人）、国立病院機構鈴鹿病院（定員120人）の5施設ありますが、小児期に発症した病気や障がいが成人期に持ち越されていくこと（キャリアオーバー）から、入所数が限られています。
- 地域の歯科診療所と三重県障がい者歯科センターが連携し、障がいのある児（者）が安心して歯科治療を受けられる「みえ歯ートネット」の取組が進められています。
- 難聴を早く発見し早期に援助することを目的に新生児聴覚スクリーニング検査が実施され、早期の確定診断、早期支援の機会が失われないよう医療機関・児童相談センター・療育機関・市町等が連携した支援体制づくりが進められています。

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

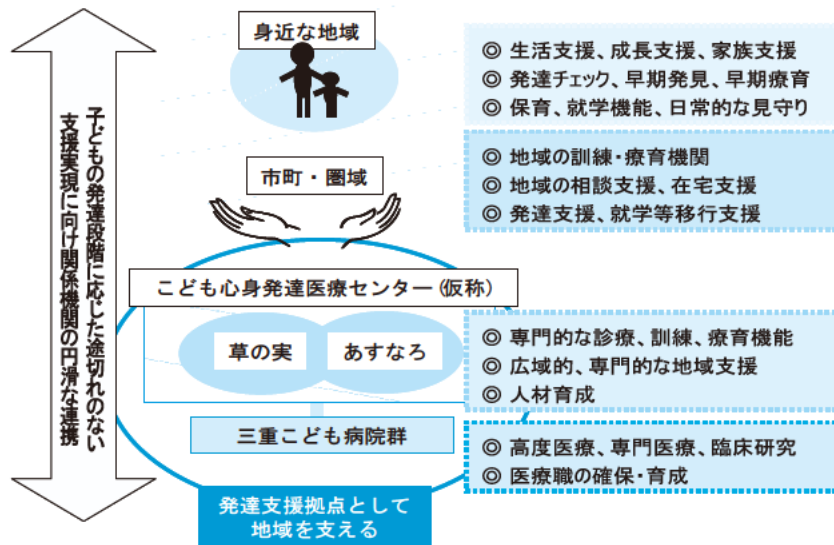
- 子どもの肢体不自由、重症心身障がい、自閉症、発達障がい等の治療についてはさまざまな診療科による専門医療が求められていることから、県立草の実リハビリテーションセンター、県立小児心療センターあすなろ学園の両施設を「こども心身発達医療センター（仮称）」として一体整備し、機能強化を図る必要があります。また、高度な専門性を持つ「三重こども病院群」の三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重病院、国立病院機構三重中央医療センターと連携し、必要な医療が受けられる体制整備を進めることが重要です。さらに、地域での相談・療育等総合的かつ多様なニーズに対応するために地域の療育センター、かかりつけ医、学校、市町、児童相談所等と連携し、子どもの発達のステージにあった途切れのない支援システムを構築する必要があります。

図表 5-10-17 「三重県における小児医療および障がい児医療環境」イメージ図



出典：三重県「三重県こどもの発達支援体制の強化について-こども心身発達医療センター(仮称)の整備」

図表 5-10-18 「地域と連携した発達支援体制」イメージ図



出典：三重県「三重県こどもの発達支援体制の強化について-こども心身発達医療センター(仮称)の整備」

- 医療依存度の高い小児の在宅医療への移行が進む中、本県では、小児に対応できる訪問看護ステーションや重症児を受け入れる短期入所施設、レスパイト施設が不足しており、医師、看護師、ソーシャルワーカー等医療従事者や保健・福祉関係者等が連携し、限られた社会資源を活用し地域での相談、療育など総合的な支援体制を構築する必要があります。

(2) 連携の現状

- 限られた小児医療の資源を効果的・効率的に活用するため、病院小児科の集約化・重点化が進められ、医療機関間における連携強化が図られています。

- 日常診療や予防接種は小児科クリニック等の地域のかかりつけ医や一般病院（入院機能なし）、入院を必要とする小児医療については一般小児医療を担う病院等で、また、生命に関わるような重症者や専門的治療については「三重こども病院群」の三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重病院、国立病院機構三重中央医療センター等で機能分担・連携し、必要な高度医療が受けられる体制が整備されています。

3. 課題

(1) 小児医療を担う人材の不足

- 小児科、小児外科等の子どもの診療を専門的に担う医師が不足しており、その育成・確保を推進する必要があります。
- 小児医療は耳鼻咽喉科、眼科等さまざまな診療科による専門的な医療提供が求められることから、「三重こども病院群」等と一般小児医療を担う病院が連携し、必要な医療が受けられる体制整備を進める必要があります。

(2) 小児医療提供体制の集約化・重点化の推進

- 小児医療を担う病院・診療所数においては地域差が大きいことから、他の保健医療圏との機能連携を進めるとともに、病病連携、病診連携による小児医療提供体制の推進が必要です。
- 小児外科の病院勤務医は中勢伊賀保健医療圏のみとなっており、重症外傷を含め専門的治療については、「三重こども病院群」の三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重病院、国立病院機構三重中央医療センターで機能分担・連携し、高度な医療が受けられるよう体制整備を進める必要があります。

(3) 小児(救急)患者の症状に応じた救急医療体制の充実

- 保護者に子育ての経験が少ないこと等から不安にかられ、軽症であっても二次救急医療機関を受診するケースが増加しています。そのため病院小児科勤務医の負担が増大し、小児救急医療提供体制等に深刻な影響を及ぼしています。
- 小児救急患者のほとんどが初期救急患者であることをふまえ、応急診療所等で対応する初期救急体制を整備するとともに、二次救急医療機関においては、小児科医の不足から小児救急の対応が困難な地域があり、隣接地域による支援体制が必要です。
- 救急医療のかかり方やかかりつけ医への早期受診等保護者の理解をより深め、適切な受診行動がとれるよう啓発が必要であり、小児救急に関する情報提供や相談体制の充実が求められています。

(4) NICU、小児病棟を退院した長期療養児の療養・療育支援体制の充実

- 医療依存度の高いNICU入院児の退院支援について、介護保険制度におけるケアマネジャー（介護支援専門員*）のようなコーディネート機能を担う仕組みがなく、医療、介護および福祉サービスの一体的な支援体制を整えることが求められています。
- 人工呼吸器の必要な子どもや気管切開のある医療依存度の高い長期療養児等が、急変時に入院対応できる医療機関が少なく、基幹病院やかかりつけ医の連携体制の充実が求められています。
- 小児対応訪問看護ステーションや訪問診療*に対応可能な医療機関が不足しており、その理由の多くは経験や知識・技術不足であることから、人材育成の取組が求められています。
- 小児がんや長期入院を必要とする小児慢性疾患等長期療養児については、家族を含めた精神的支援が必要であり、また、本県では居住地で高度な医療を受けることが困難なことから、心理社会的支援を提供する専門職（Child Life Specialist：CLS（臨床心理士））の設置や家族宿泊施設等サポート体制の充実が求められています。
- 子どもの障がいの早期発見・早期療育のための連携体制、肢体不自由児や重症心身障がい児等に対する相談・療育体制の充実が求められています。一方、小児の療養・療育支援の中核となる県立草の実リハビリテーションセンターは、介助度の高い子どもの短期入所の増加やリハビリテーションを目的とする外来患者の増加からリハビリテーションの予約待機が発生しています。また、麻酔科医の不足等により、手術、療育を一貫して実施することについても困難な状況になっています。
- 長期の療育支援が必要な発達障がいのある子どもや虐待を受けた子どもが増加する中、県立小児心療センターあすなろ学園は、児童精神科医の不足から長期間の診療待機が発生しています。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 医療機関の連携や医療機能の広域化・集約化等により、限りある医療資源を有効に活用し、適切な小児医療が提供されています。
- 普段からかかりつけ医を持ち、家庭でできる応急手当や病気に関する正しい知識を得られるような環境が整っています。
- 県民が安心して健やかに子どもが育てられるよう、保健・医療・福祉・教育分野が連携し、総合的かつ継続的な支援体制が進められています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
幼児死亡率 【人口動態調査】	1～4歳（人口10万人あたり）の死亡率を全国平均以下まで減少させることを目標とします。（参考：H23 全国平均 27.6）	目 標
		----- 全国平均以下
		現 状 (H23)
		----- 33.5
小児科医師数 【厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査】	人口10万人あたり的小児科医が全国平均（H22）以上となることを目標とします。 （ ）内は実数	目 標
		----- 12.4人以上（229人）
		現 状 (H22)
		----- 10.8人（200人）
救急搬送数 【救急年報】	乳幼児（生後28日以上満7歳未満）の軽症者救急搬送数を減少させることを目標とします。	目 標
		----- 2,017件以下
		現 状 (H23)
		----- 2,017件
小児傷病者救急搬送時の現場滞在時間 【救急搬送における医療機関の受入等実態調査】	小児救急患者の搬送にかかる現場滞在時間が45分以上の割合を維持することを目標とします。（全国平均0.5%）	目 標
		----- 現状維持
		現 状 (H23)
		----- 0.4%
小児の訪問診療実施機関数 【NDB】	在宅医療を受ける小児（0歳～14歳）の訪問診療を実施する医療機関数を増やすことを目標とします。	目 標
		----- 14施設
		現 状 (H22)
		----- 7施設

(2) 取組方向

- 取組方向1：小児医療を担う人材の育成・確保
- 取組方向2：地域差のない小児医療提供体制の充実
- 取組方向3：小児医療に関する情報提供の充実
- 取組方向4：療養・療育支援体制の充実

(3) 取組内容

取組方向1：小児医療を担う人材の育成・確保

- 三重大学医学部の医学・看護学教育センターにおける教育体制を充実・強化することで、県内の障がい児・在宅療養児を含む小児医療を担う人材の育成を進めます。（三重大学、市町、県）
- 医師修学資金貸与制度および研修医研修資金貸与制度の活用により、不足する小児科医や産婦人科医等、専門医の養成・確保を進めます。（医療機関、医療関係団体、県）
- 研修医、医学生等が小児科医や産婦人科医を志望するように、三重大学、MMC卒業後臨床

研修センター、三重県地域医療支援センター等の関係機関が連携し、医師養成課程から卒後研修体制の構築等キャリア形成支援を進めます。(医療機関、三重大学、MMC 卒後臨床研修センター、県)

取組方向 2：地域差のない小児医療提供体制の充実

- 限られた医療資源を効果的・効率的に活用するため、小児医療に関わるさまざまな診療科による専門医療等を含め、病院の小児にかかわる診療機能強化を進めます。特に東紀州地域においては他の保健医療圏との連携体制の構築に向け検討を進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 入院を要する小児医療は地域の小児医療を担う病院で、さらに重篤な状態や専門的医療は「三重こども病院群」等と連携し、必要な医療が受けられる体制整備を進めます。さらに子どもの発達支援の拠点として国立病院機構三重病院と隣接した「こども心身発達医療センター(仮称)」の整備に取り組みます。(医療機関、市町、県)

取組方向 3：小児医療に関する情報提供の充実

- 「医療ネットみえ」をはじめとするさまざまな広報手段を活用して、休日・夜間応急診療所等、小児救急医療情報の提供を行います。(医療機関、三重県救急医療情報センター、市町、県、関係機関)
- 育児相談や乳幼児健康診査等の機会をとらえ、家庭における応急手当や適切な救急医療機関のかかり方について周知を行います。(医療機関、関係団体、市町、県)
- 小児のスポーツ外傷について、子どもの事故予防教室等の機会を活用し保護者や教育関係者への情報提供を行います。(医療関係団体、教育機関、市町、県)

取組方向 4：療養・療育支援体制の充実

- 小児病棟やNICU等で長期療養を余儀なくされている医療依存度の高い障がい児等が生活の場で療養・療育できるよう、連携コーディネーター的な役割を果たす人材の確保、育成に努めるとともに、NICU設置病院とかかりつけ医、行政との顔の見える関係構築に向けた取組を進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 長期療養児の在宅療養への円滑な移行に向け、三重大学医学部附属病院小児在宅医療支援部を中心に小児在宅支援施設ネットワーク体制の構築に取り組みます。(医療機関、三重大学、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 在宅の障がいのある子どもとその家族の生活を支えるため、総合相談支援センターの設置や障がい児等療育相談支援事業の取組による相談窓口の開設、地域支援ネットワーク体制の構築等、相談支援体制の充実を図ります。(市町、県、関係機関)
- 小児対応訪問看護ステーションの確保に向け、小児科医や小児看護専門看護師による研修等人材育成に取り組みます。(三重大学、医療関係団体、関係機関)
- 子どもの成長を支えるために在宅医療に携わる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が連携し、専門性を生かした支援の充実に努めます。(三重大学、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 四肢、体幹に機能障がいのある子どもや発達障がいのある子どもに対する治療や相談、療

育支援の充実に向け、県立草の実リハビリテーションセンター、県立小児心療センターあすなろ学園の両施設を「こども心身発達医療センター(仮称)」として一体的整備を行い、国立病院機構三重病院との連携により、子どもに対する発達支援の拠点として総合的な療育支援体制の整備に取り組みます。(医療機関、県)

- 聴覚障がいのある子どもに対して、国立病院機構三重病院と三重県児童相談センターや県立聾学校等との連携により、治療や療育支援の充実を図ります。(医療機関、市町、県)
- 視覚障がいのある子どもに対して、三重大学医学部附属病院や小児に対応する地域の眼科医療機関との病診連携や、療育センター、県立盲学校等の関係機関が連携した療育支援の充実に努めます。(医療機関、市町、県)
- 地域での相談・療育等総合的かつ多様なニーズに対応するために、かかりつけ医や市町、学校、児童相談所、療育機関の相互連携により、子どもの発達に応じた途切れのない支援システムの構築に取り組みます。(医療機関、市町、県、関係機関)

第11節 在宅医療対策

1. 在宅医療の現状

(1) 在宅医療の概況

- わが国の65歳以上の高齢者人口は、平成22（2010）年の2,937万人から平成54（2042）年度には3,878万人とピークを迎え、同年の75歳以上の人口割合は、現在の11%から21%に増加すると見込まれています¹。また、要介護状態に至る主な原因疾患は、脳血管疾患が約21%、認知症が約15%、関節疾患が約11%、老衰が約14%となっており、自宅や地域で疾病を抱えつつ生活を送る人が今後も増加していくことが考えられます²。さらに、在宅人工呼吸指導管理料*の1か月あたりの算定件数は、平成13（2001）年の2,455件から平成21（2009）年の12,783件へと約5倍に増加するなど、医療依存度の高い在宅療養者が増えています³。
- 60%以上の国民が終末期になっても可能な限り自宅での療養を望んでおり、患者や家族のQOL（生活の質）の維持向上を図りつつ療養生活を支える在宅医療の提供体制を構築することが必要です⁴。

(2) 訪問診療・往診

- 平成23（2011）年に在宅医療を受けた患者数は、県内で1日に往診0.5千人、訪問診療0.6千人、医師・歯科医師以外の訪問0.1千人の合計1.2千人であり、平成20（2008）年に比べ往診で0.1千人、訪問診療で0.3千人増加しています⁵。
- 平成24（2012）年1月現在の県内の在宅療養支援診療所の届出状況は150施設であり、人口10万人あたりの数は全国平均を下回っています。
- 人口10万人あたりの在宅療養支援病院*数は全国平均と比較してやや少ない状況です。
- 人口10万人あたりの病床数で比較すると、在宅療養支援診療所・病院ともに全国平均を下回っています。
- 人口10万人あたりの在宅療養支援歯科診療所の設置数は全国平均を上回っています。

¹ 出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（1月推計）」（平成24年）

² 出典：厚生労働省「平成22年 国民生活基礎調査」

³ 出典：厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

⁴ 出典：厚生労働省「終末期医療に関する調査」（平成20年）

⁵ 出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

図表 5-11-1 在宅療養支援施設数・病床数

(単位：か所、床)

	区 分	施設数	人口10万人 あたり施設数	病床数	人口10万人 あたり病床数
在宅療養支援診療所	全 国	13,012	10.3	32,197	25.4
	三重県	150	8.2	353	19.2
在宅療養支援病院	全 国	481	0.4	49,398	39.0
	三重県	5	0.3	372	20.2
在宅療養支援歯科診療所	全 国	4,056	3.2		
	三重県	62	3.4		

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成24年1月現在）

- 県医師会が実施した在宅医療アンケート調査⁶によると、在宅医療を行っている診療所は在宅療養支援診療所の届出施設が114施設、一般診療所が264施設の計378施設です。
- 県が実施した在宅医療及び退院支援アンケート調査（回収率90.2%）によると、在宅医療を行っている病院は回答のあった92病院のうち35病院となっています。
- 在宅医療を実施している病院・診療所は、全体で413施設です。人口1万人あたりの施設数は、四日市、名張市、いなべ市を除く都市部において県平均を上回っていますが、郡部においてはばらつきがあることから、都市部の医療機関がカバーするなどの連携体制が求められます。

図表 5-11-2 在宅療養実施施設数

(単位：か所)

市 町	病 院 ¹	一般診療所 ²	在宅療養支援 診療所 ²	合 計	人口1万人 あたり施設数
津市	6	34	27	67	2.3
四日市市	3	44	11	58	1.9
伊勢市	2	18	14	34	2.6
松阪市	4	31	2	37	2.2
桑名市	5	11	16	32	2.3
鈴鹿市	5	14	24	43	2.2
名張市		11	2	13	1.6
尾鷲市		4	3	7	3.5
亀山市		10	1	11	2.2
鳥羽市		10	1	11	5.1
熊野市	1	8		9	4.6
いなべ市		9		9	2.0
志摩市	2	14	2	18	3.3
伊賀市	1	20	1	22	2.3
木曾岬町			1	1	1.5
東員町	1	3		4	1.6
菰野町	2	1		3	0.8
朝日町					
川越町					
多気町		2		2	1.3
明和町	1	5		6	2.6
大台町	1	1		2	1.9
玉城町		1		1	0.7
度会町		1	2	3	3.5
大紀町		3	1	4	4.1
南伊勢町	1	3	2	6	4.1
紀北町		3	2	5	2.7
御浜町		3	1	4	4.3
紀宝町			1	1	0.8
合 計	35	264	114	413	2.2

※空欄はデータなし

¹ 出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」（平成24年）

² 出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成24年）

⁶ 在宅療養支援診療所の届出がある施設158、同届出はしていないが在宅医療を実施していると回答のあった施設548に対して実施し、その回収率は在宅療養支援診療所で72.2%（114施設）、届出はしていないが在宅医療を実施していると回答した施設で66.6%（365施設）となっています。

- NDBによると、本県の平成22(2010)年10月～平成23(2011)年3月の6か月間における訪問診療件数は人口10万人あたり1,879件であり、全国平均を下回っています。
- 平成24(2012)年6月分の訪問診療件数は8,027件であり、1施設あたりの平均は、病院20.2件、一般診療所15.7件、在宅療養支援診療所35.6件です。
- 人口1万人あたりの実施件数は県平均43.3件となっています。市町別では、松阪市が75.2件、大紀町が72.1件、桑名市が71.6件と多く、地域における医療機関の取組にばらつきがあります。

図表 5-11-3 訪問診療件数

(単位：件／半年)

訪問診療件数	区 分	件 数	人口10万人あたり件数
	全 国	2,860,969	2,252
	三重県	34,747	1,879

出典：厚生労働省「NDB」(平成22年10月～平成23年3月)

図表 5-11-4 病院・診療所の訪問診療件数(平成24年6月分)

(単位：か所、件／月)

市 町	病 院 ¹		一般診療所 ²		在宅療養支援診療所 ²		合計実施件数	人口1万人あたり実施件数
	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数		
津市	6	88	28	472	23	1,284	1,844	64.5
四日市市	3	22	37	430	10	427	879	28.6
伊勢市	2	68	17	172	12	416	656	50.4
松阪市	3	200	29	816	2	247	1263	75.2
桑名市	5	126	10	372	16	506	1004	71.6
鈴鹿市	5	14	13	39	22	487	540	27.1
名張市			8	33	2	4	37	4.6
尾鷲市			4	53	3	26	79	39.4
亀山市			9	49	1	50	99	19.4
鳥羽市			9	78	1	4	82	38.3
熊野市	1	0	8	81			81	41.2
いなべ市			9	102			102	22.3
志摩市	2	21	14	202	2	28	251	45.9
伊賀市	1	28	19	499	1	2	529	54.4
木曾岬町			3	29	1	18	47	68.6
東員町	1	31					31	12.1
菰野町	1	6	1	5			11	2.8
朝日町								
川越町								
多気町			1	29			29	18.8
明和町	1	11	5	55			66	28.9
大台町	1	10	1	43			53	50.9
玉城町			1	2	2	38	40	26.1
度会町			1	3			3	3.5
大紀町			3	18	2	53	71	72.1
南伊勢町	1	40	1	18			58	39.2
紀北町			2	35	2	35	70	37.6
御浜町			3	59			59	62.9
紀宝町					1	43	43	36.1
合 計	33	665	236	3,694	103	3,668	8,027	43.3
(1施設平均)		(20.2)		(15.7)		(35.6)	(21.6)	

※空欄はデータなし

¹出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成24年)

²出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成24年)

- 平成 24 (2012) 年 6 月分の在宅患者の主傷病割合は、がん以外の内部臓器疾患が約 45% であり、次いで認知症を含む精神疾患が約 33% となっています。
- がんを主傷病とする割合は、在宅療養支援診療所が約 11% であるものの、全施設では約 6% であり、また、小児疾患の割合は 0.3% しかないことから、今後、緩和ケアを含むがん患者や小児疾患への対応が求められます。

図表 5-11-5 在宅患者の主傷病(平成 24 年6月分)

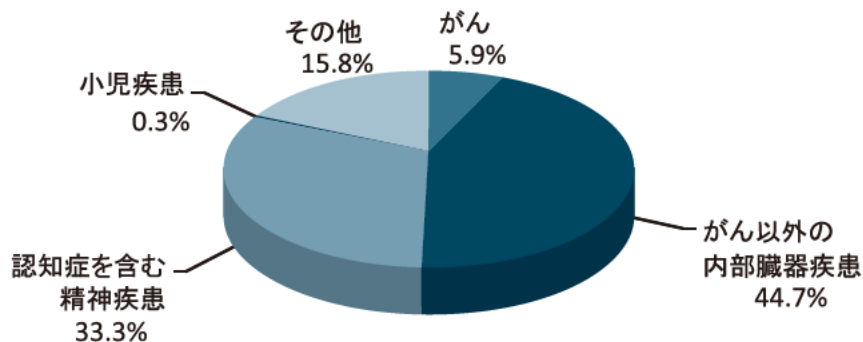
(単位：か所、件/月)

主傷病	病 院 ¹		一般診療所 ²		在宅療養支援診療所 ²		総施設数	総件数
	施設数	件数	施設数	件数	施設数	件数		
がん	14	46	54	91	46	165	114	302
がん以外の内部臓器疾患	20	346	174	1,470	38	468	232	2,284
認知症を含む精神疾患	12	285	100	811	68	601	180	1,697
小児疾患	1	2	7	10	3	3	11	15
その他	0	140	82	426	36	241	135	807
合 計		819		2,808		1,478		5,105

¹ 出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)

² 出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 24 年)

図表 5-11-6 訪問診療を受けている在宅患者の主傷病割合



出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)、三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 24 年)

- 時間外・休日に緊急往診を実施している診療所は、在宅医療を実施と回答している在宅療養支援診療所のうち 7 割弱、一般診療所では同様に約 4 割となっています。平成 24 (2012) 年 5 月・6 月の 2 か月の時間外・休日の緊急往診件数は、在宅療養支援診療所で 1 施設あたり 5.6 件、一般診療所で 4.0 件ですが、地域における医療機関の取組にばらつきがあります。

図表 5-11-7 時間外・休日等の緊急往診を実施している病院・診療所(平成 24 年5月・6月分)
(単位：か所、件／2か月)

市 町	病 院 ¹		一般診療所 ²		在宅療養支援 診療所 ²	
	施設数	件 数	施設数	件 数	施設数	件 数
津市	3	0	16	42	18	102
四日市市	1	0	21	72	9	99
伊勢市	1	1	5	10	10	65
松阪市	3	6	11	153	2	23
桑名市	3	9	4	8	12	44
鈴鹿市	1	0	5	7	12	40
名張市			4	6		
尾鷲市			1	1	3	11
亀山市			4	9	1	8
鳥羽市			5	25	1	2
熊野市			3	13		
いなべ市			6	19		
志摩市	1	0	8	25	1	12
伊賀市	1	3	7	27		
木曾岬町						
東員町	1	4				
菰野町						
朝日町						
川越町						
多気町			1	1		
明和町	1	0	2	6		
大台町			1	6		
玉城町			1	1	2	11
度会町					1	4
大紀町			1	1	2	3
南伊勢町			2	6	1	1
紀北町			3	10	1	2
御浜町			1	5	1	2
紀宝町						
合 計	16	23	112	453	77	429
(1施設平均)		(1.4)		(4.0)		(5.6)

※空欄はデータなし

¹出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)

²出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 24 年)

(3) 訪問看護

- 人口 10 万人あたりの訪問看護ステーション数は全国平均と比較してやや少ない水準で、従事者数も全国平均を下回っています。
- 職種別に見ると、看護師、理学療法士、作業療法士が全国平均より少なくなっています。
- 24 時間体制を取っている訪問看護ステーションの従事者数は、いずれの職種も全国平均を大きく下回っています。

図表 5-11-8 訪問看護ステーション数

(単位：か所)

	区 分	事業所数	人口 10 万人あたり 施設数
訪問看護ステーション	全 国	7,910	6.25
	三重県	111	6.04

出典：厚生労働省「平成 23 年度 介護給付費実態調査報告」

図表 5-11-9 訪問看護ステーションの職種別従事者数

(単位：人)

	区 分	従事者数 ¹	人口 10 万人 あたり従事者数	24時間体制を取 っている事業所 の従事者数 ²	人口 10 万人 あたり従事者数
保健師	全 国	545	0.43	449	0.35
	三重県	9	0.49	4	0.22
助産師	全 国	32	0.03	22	0.02
	三重県	1	0.05	0	0.00
看護師	全 国	21,519	16.95	16,031	12.62
	三重県	261	14.15	178	9.60
准看護師	全 国	2,244	1.77	1,436	1.13
	三重県	38	2.06	14	0.76
理学療法士	全 国	3,150	2.48	1,523	1.20
	三重県	39	2.11	16	0.86
作業療法士	全 国	1,465	1.15	721	0.57
	三重県	14	0.76	8	0.43

¹出典：厚生労働省「平成 23 年 介護サービス施設・事業所調査」

²出典：厚生労働省「医政局指導課による平成 21 年介護サービス施設・事業所調査特別集計」

- 人口 10 万人あたりの医療保険による訪問看護利用者数は全国平均をやや上回っていますが、小児の訪問看護利用者数は全国平均の 7 割程度に過ぎません。

図表 5-11-10 医療保険による訪問看護の利用者数

(単位：人/月)

	利用者数	人口 10 万人 あたり利用者数	小児利用者数	人口 10 万人あたり 小児利用者数
全 国	49,425	39.17	2,850	2.26
三重県	733	40.36	28	1.54

出典：厚生労働省「平成 23 年 訪問看護療養費調査」

- 介護保険による訪問看護利用者数、介護予防訪問看護利用者数とも全国平均と比較してやや少なくなっています。

図表 5-11-11 介護保険による訪問看護利用者数

(単位：千人/年)

	区 分	年間実利用者数	人口 10 万人あたり 年間実利用者数
訪問看護利用者数	全 国	434.0	0.34
	三重県	5.8	0.32
介護予防訪問看護利用者数	全 国	49.7	0.04
	三重県	0.5	0.03

出典：厚生労働省「平成 23 年度 介護給付費実態調査報告」

- 平成 23 (2009) 年における介護保険法の緊急時訪問看護加算*等の届出状況は、各項目ともに全国と比べて低い水準にあり、健康保険法の 24 時間対応体制加算*の届出状況は全国平均の 8 割程度となっています。

図表 5-11-12 訪問看護ステーション数と緊急時訪問加算等の届出状況

(単位：か所、件)

		全 国	三重県	全 国 (人口10万人 あたり)	三重県 (人口10万人 あたり)
訪問看護ステーション数		5,212	71	4.13	3.85
介護保険法	緊急時訪問看護加算の届出	4,444	57	3.52	3.09
	特別管理体制の届出	4,749	67	3.76	3.63
	ターミナルケア*加算の届出	4,377	55	3.47	2.98
健康保険法	24時間対応体制加算の届出	3,971	47	3.15	2.55
	24時間連絡体制加算の届出	487	11	0.39	0.60
	重症者管理加算の届出	4,297	55	3.40	2.98

出典：厚生労働省「平成23年 介護サービス施設・事業所調査」

- 訪問看護ステーションは 100 事業所が指定されており、人口1万人あたりの事業所数は 0.54 施設となっています。また、緊急時訪問看護加算届出施設は 84 事業所で、人口1万人あたりの事業所数は 0.45 施設となっています。
- 8 市町において訪問看護ステーションがない状況ですが、都市部の訪問看護ステーションが広域的にカバーしている地域もあります。

図表 5-11-13 訪問看護ステーション数

(単位：か所)

市 町	訪問看護 ステーション	人口1万人あたり 事業所数	緊急時訪問看護 加算届出施設	人口1万人あたり 事業所数
津市	14	0.49	11	0.38
四日市市	17	0.55	16	0.52
伊勢市	11	0.84	8	0.61
松阪市	5	0.30	5	0.30
桑名市	7	0.50	6	0.43
鈴鹿市	9	0.45	6	0.30
名張市	6	0.75	6	0.75
尾鷲市	2	1.00	2	1.00
亀山市	3	0.59	3	0.59
鳥羽市				
熊野市	1	0.51	1	0.51
いなべ市	3	0.66	3	0.66
志摩市	4	0.73	3	0.55
伊賀市	6	0.62	5	0.51
木曾岬町				
東員町	1	0.39	0	0.00
菰野町	3	0.75	1	0.25
朝日町				
川越町				
多気町	1	0.65	1	0.65
明和町	1	0.44	1	0.44
大台町	2	1.92	2	1.92
玉城町	1	0.65	1	0.65
度会町				
大紀町				
南伊勢町	2	1.35	2	1.35
紀北町				
御浜町	1	1.07	1	1.07
紀宝町				
合 計	100	0.54	84	0.45

※空欄はデータなし

出典：三重県「指定事業者等管理システム」(平成24年10月現在)

(4) 服薬指導・リハビリテーション

- 訪問服薬指導を実施する薬局数は県内に 605 施設あり、人口1万人あたりの訪問服薬指導を実施する薬局数は、全国平均と比較すると同水準にあります。

- 市町別に見ると、都市部では一定数の確保ができているものの、郡部では少ない状況となっています。

図表 5-11-14 訪問薬剤指導を実施する薬局数

(単位：か所)

	訪問薬剤指導を実施する 薬局数	人口1万人あたり訪問薬剤指導 を実施する薬局数
全 国	41,455	3.3
三重県	605	3.3
津市	91	4.2
四日市市	115	4.7
伊勢市	55	5.2
松阪市	58	4.5
桑名市	64	5.6
鈴鹿市	66	4.3
名張市	19	3.4
尾鷲市	11	6.5
亀山市	15	3.9
鳥羽市	2	1.9
熊野市	5	3.5
いなべ市	7	2.5
志摩市	17	4.1
伊賀市	26	3.7
木曾岬町		
東員町	6	3.3
菰野町	7	2.8
朝日町	2	3.1
川越町	3	3.1
多気町		
明和町	4	2.8
大台町	3	3.9
玉城町	8	6.2
度会町	1	2.2
大紀町	2	3.0
南伊勢町	4	3.7
紀北町	6	4.2
御浜町	7	8.5
紀宝町	1	1.8

※空欄はデータなし

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準」(平成24年1月現在)

- 人口10万人あたりの訪問リハビリテーションを実施する事業所数は全国平均を上回っています。また、訪問リハビリテーションの利用者数、介護予防訪問リハビリテーションの利用者数ともに全国平均を上回っています。

図表 5-11-15 訪問リハビリテーション事業所数 図表 5-11-16 訪問リハビリテーション利用者数

区 分	施設数 (か所)	人口10万人 あたり施設数	区 分	件 数 (千人)	人口10万人あ たり件数(人)
全 国	3,322	2.6	訪問リハビリテーション 利用者数	全 国	107.9
				三重県	1.7
三重県	54	2.9	介護予防訪問リハビリテ ーション利用者数	全 国	17.1
				三重県	0.3

出典：いずれも厚生労働省「平成23年度 介護給付費実態調査報告」

(5) 在宅移行支援

- 在宅医療は、慢性期および回復期患者の受け皿としての機能が期待されていますが、近年、在宅療養を選択する人工呼吸器装着者等の医療依存度の高い患者が増えてきたことなど

から、医療の継続や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっています。

- 入退院支援を行う部門を設置している病院は 67 施設であり、連携の要となるソーシャルワーカーの配置人員は 149 人です。
- 退院・転院に係る関係者との合同カンファレンス*の開催状況は、全体の 7 割以上の病院で必要に応じて実施されています。

図表 5-11-17 患者の入退院に伴う地域連携や調整をするための部門の設置状況(病院)

(単位：か所)

保健医療圏	部門設置の有無		ありの場合の職種別人員配置(再掲)				なしの場合のケアマネジャーとの連携(再掲)				
	あり	なし	医師	看護師	事務職	ソーシャルワーカー	行っているケースでのほとんどの	必要に応じて行っている	いない	あまり行っていない	把握していない
北勢保健医療圏	30	9	13	25	21	62	2	5	2		
中勢伊賀保健医療圏(伊賀サブ除く)	16	5	12	23	12	29		4			1
伊賀サブ保健医療圏	5	1	2	8	5	9					1
南勢志摩保健医療圏(伊勢志摩サブ除く)	6	6	2	6	16	22		5	1		
伊勢志摩サブ保健医療圏	7	2	2	3	15	23	1	1			
東紀州保健医療圏	3	1	1	4	2	4	1				
合計	67	24	32	69	71	149	4	15	3		2

※空欄はデータなし

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)

図表 5-11-18 退院・転院に係る関係者との合同カンファレンス開催状況(病院)

(単位：か所)

保健医療圏	行っているケースでのほとんどの	必要に応じて行っている	いない	あまり行っていない	把握していない
北勢保健医療圏	2	27	8		1
中勢伊賀保健医療圏(伊賀サブ除く)	1	17	4		
伊賀サブ保健医療圏		3	2		1
南勢志摩保健医療圏(伊勢志摩サブ除く)		9	3		
伊勢志摩サブ保健医療圏		7	2		
東紀州保健医療圏		3	1		
合計	3	66	20		2

※空欄はデータなし

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)

(6) 緊急一時入院、レスパイトケア⁷

- 自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する不安が 54%、家族への負担への懸念が 80%等となっており、こういった不安や負担の軽減が在宅療養を継続するための重要な課題となっています⁷。
- 緊急一時入院を実施している病院は 68 施設ですが、受入状況を見ると、病床の空き状況

⁷ 出典：厚生労働省「終末期医療に関する調査」(平成 20 年)

による（自院または連携診療所等の退院患者に限るを含む）が全体の約7割となっており、条件なく常に受入れできるのは12施設にとどまっています。

図表 5-11-19 在宅療養患者の緊急一時入院の受入状況（病院）

（単位：か所）

保健医療圏	実施の有無		ありの場合の受入状況（再掲）			
	あり	なし	常に受入れ できる	常に受入れで きる（自院また は連携診療所 等の退院患者 に限定）	病床の空き状 況による	病床の空き状 況による（自院 または連携診 療所等の退院 患者に限定）
北勢保健医療圏	28	11	5	4	17	2
中勢伊賀保健医療圏（伊賀サブ除く）	17	4	2	1	13	1
伊賀サブ保健医療圏	4	2	1		2	1
南勢志摩保健医療圏（伊勢志摩サブ除く）	8	4			7	1
伊勢志摩サブ保健医療圏	8	1	3	1	4	
東紀州保健医療圏	3	1	1	1		1
合 計	68	23	12	7	43	6

※空欄はデータなし

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」（平成24年）

図表 5-11-20 緊急一時入院を常に受入れできると回答した病院の病床区分・病床数

（単位：か所）

	一般病床				療養 病床	精神科 病床	計
	～99床	100～ 199床	200～ 299床	300床 ～			
常に受入れできる	3	2	3	1	1	2	12
常に受入れできる（自院または連 携診療所等の退院患者に限定）	1			2	1	3	7

※一般病床と療養病床の双方を設置している施設については、規模の大きい病床に区分しています。

※空欄はデータなし

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」（平成24年）

- 在宅療養をサポートするためには、家族等の負担軽減や、患者の社会活動の機会を確保する視点から短期入所サービスの充実が求められます。短期入所サービスは、特別養護老人ホーム等の福祉施設が実施する「生活介護」と、療養型病院のような医療施設等が実施する「療養介護」に分けられます。
- 本県の人口10万人あたりの短期入所生活介護事業所数は全国平均を上回っています。一方、人口10万人あたりの短期入所療養介護事業所数は全国平均と同程度です。
- 人口1万人あたりの短期入所サービス利用者数は、生活介護については全国平均を上回り、療養介護は全国平均と同程度です。
- 市町別では、生活介護事業所はほぼ全市町に設置されていますが、療養介護事業所については10市町で設置がない状況です。
- 本県の人口1万人あたりの短期入所サービス利用者は、南勢志摩保健医療圏で生活介護の利用頻度が高い状況となっています。療養介護は市町における療養介護事業所の設置状況によってばらつきがあります。

図表 5-11-21 短期入所サービス(ショートステイ)の事業所数

(単位：か所)

	区 分	事業所数	人口 10 万人あたり 事業所数
短期入所生活介護事業所数	全 国	7,515	5.9
	三重県	140	7.6
短期入所療養介護事業所数	全 国	4,726	3.7
	三重県	73	3.9

出典：厚生労働省「平成 23 年 介護サービス施設・事業所調査」

図表 5-11-22 短期入所サービス事業所数、利用者数

(単位：か所、人/月)

	短期入所サービス (ショートステイ) 事業所数		短期入所サービス (ショートステイ) 利用者数		短期入所サービス (ショートステイ) 人口 1 万人あたり利用者数	
	短期入所 生活介護 事業所数	短期入所 療養介護 事業所数	短期入所 生活介護 利用者数	短期入所 療養介護 利用者数	短期入所 生活介護 利用者数	短期入所 療養介護 利用者数
全 国	7,215	4,857	271,478	53,294	21.4	4.2
三重県	140	72	5,411	768	29.2	4.1
津市	23	15	772	146	27.0	5.1
四日市市	20	10	813	54	26.4	1.8
伊勢市	11	4	515	32	39.5	2.5
松阪市	16	7	556	70	33.1	4.2
桑名市	4	8	157	45	11.2	3.2
鈴鹿市	10	4	495	22	24.8	1.1
名張市	5	2	266	34	33.1	4.2
尾鷲市	5		143		71.4	
亀山市	3		115		22.5	
鳥羽市	1	1	58	2	27.1	0.9
熊野市	2	1	74	14	37.6	7.1
いなべ市	2		123		26.9	
志摩市	6	2	159	36	29.1	6.6
伊賀市	9	3	369	187	38.0	19.2
木曾岬町	1					
東員町	1		38		14.8	
菰野町	3	3	94	41	23.5	10.3
朝日町	1		45		46.7	
川越町		1				
多気町	2	2	119	16	77.1	10.4
明和町	1	1	35	2	15.3	0.9
大台町	3		80		76.8	
玉城町	1	2	52	13	34.0	8.5
度会町	1		49		56.4	
大紀町	2	2	92	12	93.4	12.2
南伊勢町	2		45		30.4	
紀北町	2	2	31	13	16.7	7.0
御浜町	1	2	28	29	29.9	30.9
紀宝町	2		88		74.0	

※空欄はデータなし

出典：厚生労働省「医政局指導課による平成 21 年介護サービス施設・事業所調査特別集計」

(7) 在宅看取り

- 60%以上の国民が終末期においても可能な限り自宅での療養を望んでおり、患者や家族が希望した場合には自宅で最期を迎えることを可能にする医療および介護の提供体制の構築が求められています。
- 在宅看取りを実施している病院は 22 施設（在宅医療を実施している病院の 63%）、診療所（一般診療所と在宅療養支援診療所）は 296 施設（同じく 78%）あります。

- 平成 23 (2011) 年 4 月から平成 24 (2012) 年 3 月までの 1 年間の在宅看取りの件数は 1,294 件であり、1 施設あたりでは病院 5.3 人、一般診療所 3.0 人、在宅療養支援診療所 5.8 人でした。
- 人口 1 万人あたり実施件数は県平均で 7.0 人ですが、市町別では、その地域における医療機関の取組状況等によってばらつきがあります。

図表 5-11-23 在宅看取りを実施している病院数・診療所数・
ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数
(単位：か所、件/年)

市 町	病 院 ¹		一般診療所 ²		在宅療養支援 診療所 ²		合計 実施件数	人口 1 万人 あたり 実施件数	ターミナル ケアに対応 する訪問看 護ステーシ ョン数 ³
	施設数	件 数	施設数	件 数	施設数	件 数			
津市	4	12	21	38	23	114	164	5.7	11
四日市市	2	1	36	115	10	143	259	8.4	8
伊勢市	2	5	9	17	14	53	75	5.8	8
松阪市	4	7	20	79	2	60	146	8.7	6
桑名市	4	11	8	13	14	51	75	5.3	3
鈴鹿市	2	36	9	20	24	85	141	7.1	2
名張市			7	29	1	3	32	4.0	4
尾鷲市			2	7	3	7	14	7.0	2
亀山市			5	19	1	42	61	12.0	1
鳥羽市			7	26	1	5	31	14.5	
熊野市			6	10			10	5.1	1
いなべ市			8	16	2	9	25	5.5	3
志摩市	1	0	12	46	1	1	47	8.6	2
伊賀市	1	42	18	58			100	10.3	3
木曾岬町									
東員町			2	3			3	1.2	1
菰野町									1
朝日町									
川越町									
多気町			2	4			4	2.6	
明和町	1	1	4	8			9	3.9	1
大台町			1	21			21	20.2	2
玉城町			1	1	2	1	2	1.3	1
度会町			1	1	1	8	9	10.4	
大紀町			3	8	2	22	30	30.5	
南伊勢町	1	2	3	14	2	0	16	10.8	1
紀北町			3	9	1	0	9	4.8	
御浜町			3	6	1	5	11	11.7	1
紀宝町									
合 計	22	117	191	568	105	609	1,294	7.0	62
(1 施設平均)		(5.3)		(3.0)		(5.8)			

※空欄はデータなし

¹ 出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)

² 出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 24 年)

³ 出典：厚生労働省「医政局指導課による平成 21 年介護サービス施設・事業所調査特別集計」

- 本県の人口 10 万人あたりの在宅死亡者数は、全国平均を大きく上回っています。
- 平成 22 (2010) 年度人口動態調査によると、県内の年間死亡者数に占める在宅死亡者数の割合は 17.6%となっています。
- 平成 17 (2005) 年度の同調査と比較すると、四日市市、南伊勢町、菰野町で総数に占める在宅死亡者数の割合が大きく伸びていますが、県内市町の半数程度では総数に占める割合

が減少しています。

- 県内のがん患者死亡者数は5,058人であり、そのうち在宅死亡者数は497人でした。この割合は9.8%となっており、全体の在宅死亡割合17.6%を大きく下回っています⁸。

図表 5-11-24 在宅死亡者数

(単位：人／年)

区 分	在宅死亡者数	人口10万人あたり 在宅死亡者数	うち老人ホーム	人口10万人あたり 老人ホーム死亡者数
全 国	192,876	151.8	42,099	33.1
三重県	3,286	177.7	797	43.1

出典：厚生労働省「平成22年人口動態調査」死亡したところの種別（自宅、老人ホーム）

図表 5-11-25 平成22年と平成17年の在宅死亡者数の比較

(単位：人／年)

市 町	平成22年			平成17年			比 較		
	総 数 A	在宅死亡 者数 B	総数に占 める在宅 死亡者数 の割合 C	総 数 D	在宅死亡 者数 E	総数に占 める在宅 死亡者数 の割合 F	A/D (%)	B/E (%)	C F
津市	2,892	436	15.1	2,497	383	15.3	115.8	113.8	0.2
四日市市	2,764	583	21.1	2,531	343	13.6	109.2	170.0	7.5
伊勢市	1,348	276	20.5	1,326	258	19.5	101.7	107.0	1.0
松阪市	1,756	260	14.8	1,640	295	18.0	107.1	88.1	3.2
桑名市	1,199	157	13.1	1,039	131	12.6	115.4	119.8	0.5
鈴鹿市	1,585	272	17.2	1,417	236	16.7	111.9	115.3	0.5
名張市	687	149	21.7	654	143	21.9	105.0	104.2	0.2
尾鷲市	322	51	15.8	304	61	20.1	105.9	83.6	4.3
亀山市	470	62	13.2	430	64	14.9	109.3	96.9	1.7
鳥羽市	283	57	20.1	268	66	24.6	105.6	86.4	4.5
熊野市	306	41	13.4	273	42	15.4	112.1	97.6	2.0
いなべ市	538	49	9.1	467	50	10.7	115.2	98.0	1.6
志摩市	760	170	22.4	685	143	20.9	110.9	118.9	1.5
伊賀市	1,124	273	24.3	1,121	242	21.6	100.3	112.8	2.7
木曾岬町	64	10	15.6	57	11	19.3	112.3	90.9	3.7
東員町	206	23	11.2	170	17	10.0	121.2	135.3	1.2
菰野町	369	54	14.6	313	29	9.3	117.9	186.2	5.3
朝日町	84	10	11.9	58	8	13.8	144.8	125.0	1.9
川越町	105	18	17.1	91	11	12.1	115.4	163.6	5.0
多気町	176	38	21.6	197	54	27.4	89.3	70.4	5.8
明和町	220	50	22.7	222	45	20.3	99.1	111.1	2.4
大台町	144	24	16.7	143	25	17.5	100.7	96.0	0.8
玉城町	147	26	17.7	117	21	17.9	125.6	123.8	0.2
度会町	101	38	37.6	84	30	35.7	120.2	126.7	1.9
大紀町	157	34	21.7	164	31	18.9	95.7	109.7	2.8
南伊勢町	275	58	21.1	285	42	14.7	96.5	138.1	6.4
紀北町	290	23	7.9	318	31	9.7	91.2	74.2	1.8
御浜町	170	18	10.6	133	24	18.0	127.8	75.0	7.4
紀宝町	149	26	17.4	150	21	14.0	99.3	123.8	3.4
合 計	18,691	3,286	17.6	17,154	2,857	16.7	109.0	115.0	0.9

※総数に占める在宅死亡者数の割合の伸び（C F）が大きい上位5位を網掛け表示しています。

出典：厚生労働省「人口動態調査 死亡したところの種別（自宅、老人ホーム）個票解析（平成22年、平成17年）」

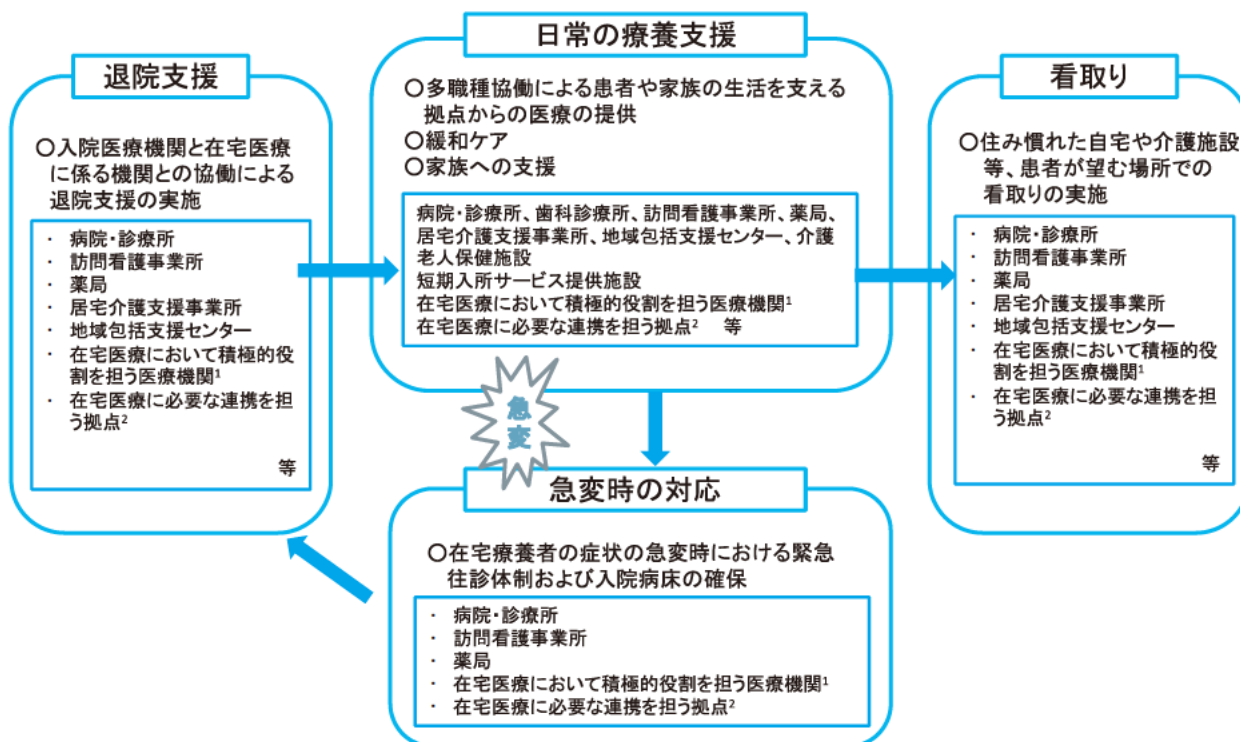
⁸ 厚生労働省「平成22年人口動態調査」

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 地域において、在宅医療と介護を切れ目なく連携させる仕組みを面的に整備するためには、介護保険制度の運営主体であり、住民に最も身近な行政単位である、市町が郡市医師会等関係機関間の調整を行う必要があることから、在宅医療においては市町単位に圏域を設定することが適切と考えます。
- 在宅医療の充実のためには、以下の4つのめざすべき方向から、個々の役割や医療機能、それを満たす各医療機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築することが重要です。
 - ①入院医療機関と在宅医療に関わる機関との協働による退院支援の実施
 - ②多職種協働により在宅療養者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供
 - ③在宅療養者の病状急変時における往診体制および入院病床の確保
 - ④住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

図表 5-11-26 在宅医療のイメージ図



出典：厚生労働省「在宅医療連携拠点事業説明会資料」

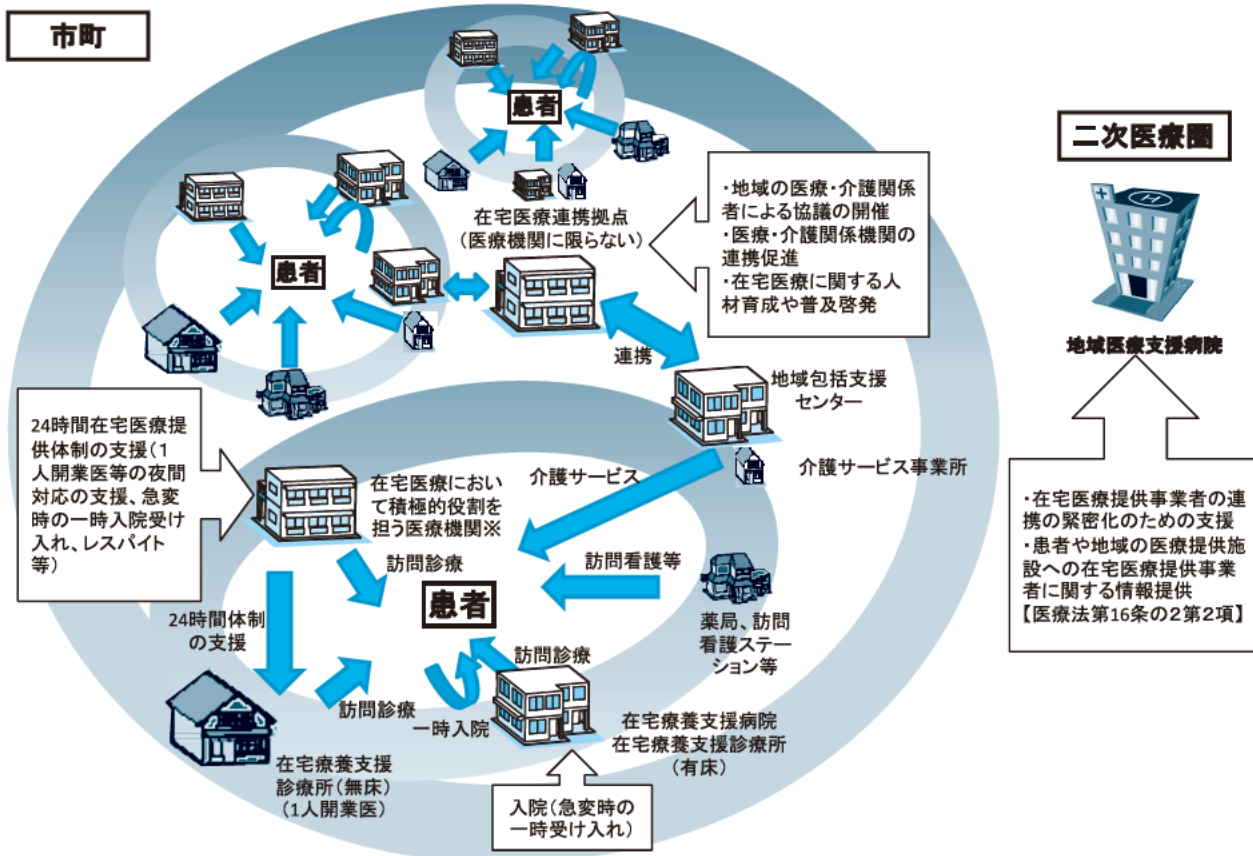
¹ 自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所をいいます。

² 地域において多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、地域の医療・介護関係者による協議の開催、医療・介護関係機関の連携促進、在宅医療に関する人材育成や普及啓発等を実施する拠点をいい、標準的な規模の市町村の人口（7～10万人程度）につき、1か所程度を目途に設けられることが想定されています。

- 国では、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供をめざすとともに、今後の在宅医療に関する政策立案や均てん化*等に資

するため、平成 23 (2011) 年度、平成 24 (2012) 年度において「在宅医療連携拠点事業」を実施するなど、在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備を推進しています。

図表 5-11-27 在宅医療連携体制のイメージ図



※在宅療養支援病院・診療所の中から位置づけられることを想定しています。

出典：厚生労働省「在宅医療連携拠点事業説明会資料」をもとに作成

(2) 連携の現状

- 在宅医療を実施する際の関係機関との連携状況を見ると、在宅療養支援診療所では関係機関と「連携あり」と回答している診療所が全体の79%に上っていますが、一般診療所では半数程度にとどまっています。
- 一般診療所では訪問看護ステーションとの連携が突出していますが、在宅療養支援診療所では訪問看護ステーションのほか、居宅介護支援事業所、訪問リハビリテーション事業所、地域包括支援センターまたは在宅介護支援センターとの連携も半数を超える状況となっています。

図表 5-11-28 関係機関との連携による往診や訪問診療の実施状況(診療所)

(単位：か所、%)

保健医療圏	一般診療所									
	連携の有無		ありの場合の連携割合(%) (再掲)							
	あり	なし	診療科 診療所	薬調剤 薬局・ 薬局	訪問 看護	支居 援宅 介護	訪問 リハ	在地 域介 護括	福行 社政 担の 当者	保 健 所
北勢保健医療圏	43	48	11.6	23.3	95.3	46.5	34.9	60.5	32.6	9.3
中勢伊賀保健医療圏 (伊賀サブ除く)	14	20	7.1	21.4	85.7	50.0	50.0	42.9	21.4	7.1
伊賀サブ保健医療圏	15	16	6.7	20.0	86.7	33.3	20.0	46.7	26.7	6.7
南勢志摩保健医療圏 (伊勢志摩サブ除く)	20	21	25.0	40.0	100.0	65.0	65.0	75.0	50.0	10.0
伊勢志摩サブ保健医療圏	23	23	13.0	43.5	82.6	30.4	39.1	34.8	26.1	4.3
東紀州保健医療圏	11	7	27.3	36.4	100.0	63.6	45.5	27.3	18.2	9.1
合 計	126	135	14.3	30.2	92.1	46.8	41.3	51.6	31.0	7.9

保健医療圏	在宅療養支援診療所									
	連携の有無		ありの場合の連携割合(%) (再掲)							
	あり	なし	診療科 診療所	薬調剤 薬局・ 薬局	訪問 看護	支居 援宅 介護	訪問 リハ	在地 域介 護括	福行 社政 担の 当者	保 健 所
北勢保健医療圏	41	12	14.6	43.9	90.2	73.2	61.0	61.0	19.5	7.3
中勢伊賀保健医療圏 (伊賀サブ除く)	22	5	22.7	50.0	90.9	54.5	59.1	45.5	27.3	
伊賀サブ保健医療圏	2	1			100.0	100.0	50.0	100.0		
南勢志摩保健医療圏 (伊勢志摩サブ除く)	3	1	33.3	66.7	100.0	100.0	66.7	66.7	66.7	
伊勢志摩サブ保健医療圏	16	4	18.8	56.3	100.0	50.0	37.5	56.3	37.5	18.8
東紀州保健医療圏	6	1	16.7	33.3	100.0	50.0	33.3	66.7	50.0	16.7
合 計	90	24	17.8	46.7	93.3	64.4	54.4	57.8	27.8	7.8

※空欄はデータなし

出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成24年)

図表 5-11-29 関係機関との連携による往診や訪問診療の実施状況(病院)

(単位：か所)

保健医療圏	ありの場合の1病院あたりの連携箇所数(再掲)													
	連携の有無		ありの場合の1病院あたりの連携箇所数(再掲)											
	あり	なし	病 院	支在 援宅 診療 養所	診 療 所	診 歯 療科 診療所	薬調剤 薬局・ 薬局	訪 問 看 護	支居 援宅 介護	訪 問 リ ハ	在 地 域 介 護 括	福 行 社 政 担 の 当 者	保 健 所	そ の 他
北勢保健医療圏	10	6	1.3	0.8	2.5		0.1	1.4	3.4	0.4	0.7	0.1	0.3	
中勢伊賀保健医療圏 (伊賀サブ除く)	4	2	2.5	0.3			0.3	0.3	3.8		0.5	0.5	1.3	0.3
伊賀サブ保健医療圏	1	0	1.0					1.0	1.0	1.0				
南勢志摩保健医療圏 (伊勢志摩サブ除く)	4	2					0.3	1.8	0.3	0.5	0.5			
伊勢志摩サブ保健医療圏	4	1		1.0	0.3			0.5	1.3		0.3			
東紀州保健医療圏	0	1												
合 計	23	12	1.0	0.6	1.1		0.1	1.1	2.4	0.3	0.5	0.1	0.3	0.0

※空欄はデータなし

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成24年)

(3) 各医療機能を担う医療機関

医療機能 市 町	退院支援	日常の療養支援			急変時の対応(緊急往診)			在宅での看取り		
	入退院に伴う連携部門の設置施設	病院 ¹	一般診療所 ²	在宅療養支援診療所 ²	病院 ¹	一般診療所 ²	在宅療養支援診療所 ²	病院 ¹	一般診療所 ²	在宅療養支援診療所 ²
	病院数	病院数	診療所数	診療所数	病院数	診療所数	診療所数	病院数	診療所数	診療所数
津市	16	6	34	27	3	16	18	4	21	23
四日市市	6	3	44	11	1	21	9	2	36	10
伊勢市	4	2	18	14	1	5	10	2	9	14
松阪市	5	4	31	2	3	11	2	4	20	2
桑名市	7	5	11	16	3	4	12	4	8	14
鈴鹿市	8	5	14	24	1	5	12	2	9	24
名張市	1		11	2		4			7	1
尾鷲市	1		4	3		1	3		2	3
亀山市	2		10	1		4	1		5	1
鳥羽市			10	1		5	1		7	1
熊野市	1	1	8			3			6	
いなべ市	3		9			6			8	2
志摩市	2	2	14	2	1	8	1	1	12	1
伊賀市	4	1	20	1	1	7		1	18	
木曾岬町				1						
東員町	2	1	3		1				2	
菰野町	2	2	1							
朝日町										
川越町										
多気町			2			1			2	
明和町	1	1	5		1	2		1	4	
大台町		1	1			1			1	
玉城町			1			1	2		1	2
度会町			1	2			1		1	1
大紀町			3	1		1	2		3	2
南伊勢町	1	1	3	2		2	1	1	3	2
紀北町			3	2		3	1		3	1
御浜町	1		3	1		1	1		3	1
紀宝町				1						
合 計	67	35	264	114	16	112	77	22	191	105

※空欄はデータなし

¹出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成24年)

²出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成24年)

3. 課題

(1) 退院支援

- 在宅療養に関する医療・介護資源の情報が不足していることから、各地域での医療・介護資源の把握を行うとともに、入院医療機関に対して情報提供を行っていくことが必要です。
- 在宅療養への円滑な移行にあたり入院医療機関が行う退院支援が重要であることから、退院支援体制の充実を図る必要があります。
- 急性期病院から在宅療養への移行や在宅療養の継続を円滑に行えるよう、病院と在宅療養のスタッフ、医療と介護のスタッフが顔の見える関係を構築することが必要です。

(2) 日常の療養生活の支援

- サービスを選択し利用する側である地域住民の在宅医療に対する理解を深めるとともに、在宅療養患者に対して各関係機関が提供できる在宅医療サービスの情報を適切に提供していく必要があります。
- 県内の在宅医療の提供体制にばらつきがあることから、在宅医療のニーズの高まりや多様化に対応するため、在宅医療資源の質と量の確保を図る必要があります。
- 人口の高齢化とともにがんの罹患者数や死亡者数の増加が見込まれることから、緩和ケアを含むがん医療が可能な診療所や訪問看護ステーションの充実が求められます。
- 医療依存度の高い小児の在宅医療への移行が進む中、小児に対応可能な医療機関や訪問看護ステーションの充実が求められます。
- 在宅医療に関わる多職種の関係機関が相互に密接な連携が図れるよう、情報共有（ICTを含む）の仕組みを構築する必要があります。
- さまざまな疾患を対象にする在宅医療では、医療材料購入にあたり在庫リスクが発生したり、コストが割高になったりするため、在宅医療を提供する医療機関に対して診療材料を無駄なく効率的に供給するサポート体制が必要です。
- 24時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数が全国平均を大きく下回っていることから、24時間対応の事業所やその従事者の確保を図る必要があります。
- 在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、訪問薬剤管理指導を行う薬局のさらなる増加を図る必要があります。
- 在宅生活を継続していく上で、身体機能・生活機能の維持向上のため訪問リハビリテーションを提供する体制の確保が求められます。
- 在宅歯科医療の充実とともに、在宅療養患者の摂食・嚥下機能の回復・向上支援の推進が必要です。

(3) 急変時の対応

- 在宅療養患者の病状急変時に対応できるよう関係機関の連携によって24時間対応が可能な体制を構築するとともに、必要に応じて一時受入れを行う病院・有床診療所の連携体制を構築する必要があります。

(4) 在宅看取り

- 在宅医療資源が比較的整っている市町の死亡総数に占める在宅死亡者の割合が高いことから、患者が望む場所で看取りを行うことができるよう、24 時間体制を含む地域の看取りを実施するための体制の確保・充実が必要です。
- 介護施設入所者数の増加に伴い、介護施設での看取りを支援する体制の確保が必要です。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる体制が整っています。
- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との情報共有や連携が図られ、両者の協働による退院支援の実施および切れ目のない継続的な医療提供体制が確保されています。
- 在宅医療を担う医療機関等の体制整備が図られ、患者の疾患、重症度に応じた医療が提供されるとともに、在宅医療に関わる多職種がチームとして在宅療養患者およびその家族を継続的かつ包括的にサポートする体制が確保できています。
- 在宅療養者の病状急変時に、在宅医療を担う医療機関が 24 時間支援できる体制と、入院機能を有する医療機関が円滑に受入できる体制が整っています。
- 患者が望む場所で看取りを行うことができるよう、24 時間体制を含む看取りを実施する体制が整っています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
訪問診療件数（人口 10 万人あたり） ※往診は含みません。 【NDB】	平成 22（2010）年の算定医療機関 1 施設あたり月 5 件増加させ、人口 10 万人あたり 2,561 件とすることを目標とします。	目 標
		2,561 件
		現 状(H22)
		1,879 件
24 時間体制の訪問看護ステーション従事者数のうち、看護師・准看護師数 【介護サービス施設・事業所調査】	平成 23（2011）年介護サービス施設・事業所調査における緊急時訪問看護加算届出 57 事業所が 1 施設 1 人増加させ、249 人とすることを目標とします。	目 標
		249 人
		現 状(H21)
		192 人
入院医療機関との退院時カンファレンス開催件数 【NDB】	「医療ネットみえ」で退院時共同指導に対応していると回答している 54 医療機関（平成 24 年 12 月 28 日現在）が各 3 件以上実施し、162 件以上とすることを目標とします。	目 標
		162 件以上
		現 状(H22)
		27 件
死亡者のうち死亡場所が在宅の割合（自宅および老人ホームでの死亡） 【人口動態調査】	在宅医療アンケート調査で在宅看取りを実施していると回答している病院で 3 人／年、一般診療所で 2 人／年、在宅療養支援診療所で 4 人／年をそれぞれ増加させ、22.2%にすることを目標とします。	目 標
		22.2%
		現 状(H22)
		17.6%

(2) 取組方向

取組方向 1：地域における在宅医療の提供体制の質と量の確保

取組方向 2：多職種連携による、24 時間安心のサービス提供体制の構築

取組方向 3：県民等への在宅医療・在宅看取りの普及啓発

(3) 取組内容

取組方向 1：地域における在宅医療の提供体制の質と量の確保

- 身近な地域で在宅医療を受けられるよう、訪問診療を実施する一般診療所や在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーション等の拡大を図ります。（医療機関、医療関係団体、市町、県）
- 第一線の現場でさまざまな疾患を幅広く見ることのできる医師を確保し、地域の医療と介

護をつなぐ役割を果たすため、総合的な診療能力を持つ医師の育成を進めます。(医療機関、三重大学、県)

- がん医療が可能な診療所の拡大を図るため、歯科との連携もふまえた医師等への研修会の開催を検討します。(医療機関、医師会、歯科医師会、県、関係機関)
- 医療依存度の高い子どもが在宅療養できるよう、対応可能な医療機関や訪問看護ステーションの確保に向けた人材育成に取り組みます。(三重大学、医療関係団体、関係機関)
- 多様化する在宅医療ニーズをふまえ、質の高い在宅医療を提供するため在宅療養患者への訪問看護や訪問リハビリテーション、終末期緩和ケア等を担う人材の育成を図ります。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 安心して在宅療養を継続できるよう、病状急変時における緊急入院やレスパイトケア等、短期受入れベッドの確保を進めます。(医療機関、市町)
- 在宅における薬剤指導が適正に行われるよう、患者、家族および関係職種における薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施等、薬剤管理体制の整備を進めます。(薬局、医療機関、薬剤師会、県)
- 医療材料等の購入にあたり、無駄なく効率的に供給できる医療材料供給ルートの整備を検討します。(医療機関、医師会、薬剤師会、市町、関係機関)
- 在宅歯科診療の充実に向け、歯科医療関係者への研修および在宅歯科医療を行うための歯科医療機器の整備等を進めます。(医療機関、歯科医師会、県)

取組方向2：多職種連携による、24時間安心のサービス提供体制の構築

- 在宅療養患者に必要な在宅医療が効率的に提供されるよう、地域リーダー研修*受講者が核となって実施する地域における在宅医療の課題抽出を行う検討会等の取組を促進します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 退院時カンファレンスの充実等、多職種協働が図られるよう、地域リーダー研修受講者が核となって行う多職種連携による事例検討会等の取組を促進します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 地域における医療・介護連携のコーディネートを担うケアマネジャーに対する研修において、医療に関するカリキュラムの充実を図ります。(関係団体、県、関係機関)
- 医療・介護にまたがるさまざまな支援を包括的・継続的に提供する連携体制の構築を図るため、市町が中心となって、関係機関間の緊密な連携調整を行うモデルの検証を行います。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 地域連携クリティカルパスの整備にあたり、地域横断的に利用できるよう調整を図るなど、県内のどこに住んでいても切れ目のない医療の提供を進めます。(医療機関、医師会、病院協会、市町、県)
- 主治医・副主治医体制等、医師の在宅医療に対する負担を軽減するネットワーク構築の検討を進めます。(医療機関、医師会)
- 多職種の密接な連携を図るため、情報共有システムの構築について個人情報保護への配慮を含めた検討を行います。(医療機関、関係団体、市町、関係機関)

取組方向3：県民等への在宅医療・在宅看取りの普及啓発

- 在宅医療・在宅看取りや各関係機関が提供できる医療・介護サービスについて、地域住民等への普及啓発を行います。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 退院支援に関わる急性期病院の医師や担当者および地域のケアマネジャーに対して、在宅医療についての普及啓発を行います。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)
- 介護施設における職員への看取り教育の実施を検討します。(医療機関、関係団体、市町、県、関係機関)

第12節 その他の対策

1. 医療安全対策

(1) 現状

① 医療の質と安全の確保

- 近年、医療技術の高度化、医療施設の環境、医療従事者等の待遇等、「医療の質」に関心が高まっています。このような中、平成 18 (2006) 年 6 月の医療法の一部改正では、病院・診療所または助産所の有床診療所に対し、医療安全の体制確保、院内感染制御体制の整備、医薬品・医療機器の安全使用および管理体制の整備が義務化されています。
- また、患者に対し、安全・安心な医療および質の高い医療を確保する観点から、医業停止等の行政処分を受けた医師等に対し再教育研修を行うことも規定されました。

② 医療事故の防止

- 全国的に医療現場における医療事故が相次いで報告されている状況を受け、平成 14 (2002) 年に厚生労働省が「医療安全推進総合対策」を示し、全ての病院と有床診療所には、安全管理指針、事故等の院内報告制度の整備、安全管理委員会の開催、安全管理のための職員研修の実施が義務化され、特定機能病院*と臨床研修病院においては、医療安全管理者、医療安全管理部門、相談窓口の設置が義務化されています。
- 平成 16 (2004) 年 9 月の医療法施行規則の一部改正では、特定機能病院や独立行政法人国立病院機構の設立する病院等は、医療事故が発生した場合には厚生労働大臣の登録を受けた第三者機関（公益財団法人日本医療機能評価機構）への報告が義務づけられています。その他の病院についても、あらかじめ第三者機関に申し出ることで、任意での報告を行うことが可能となっています。
- さらに、平成 19 (2007) 年 4 月の医療法の一部改正では、全ての病院、診療所および助産所に安全管理指針の整備、安全管理委員会の開催（診療所および助産所については、有床診療所および妊産婦等を入所させるための施設を有する助産所に限る。）、安全管理のための職員研修の実施、事故報告等の医療安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずることが義務化されています。

③ 医療に関する相談体制の充実

- 県では、平成 15 (2003) 年に三重県医療安全支援センターを設置し、患者およびその家族等の医療に関する相談や苦情に応じるとともに、医療機関への情報提供や関係者間の連絡調整等を実施しています。医療の安全と県民からの医療に関する信頼を高めるとともに、医療機関等における患者サービスの向上を図っています。
- 三重県医療安全支援センターの医療相談窓口には、健康や病気に関すること、診療に関するトラブル等、さまざまな相談や苦情が寄せられており、その件数は増加傾向にあります。

図表 5-12-1 相談・苦情件数の推移

(単位：件)

年 度	15 年度	16 年度	17 年度	18 年度	19 年度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度
相 談	264	139	101	274	327	308	281	394	445
苦 情	71	288	367	296	305	533	412	295	310
その他	28	4	2	3	2	4	0	0	0
合 計	363	431	470	573	634	845	693	689	755

※その他には、医療安全に関する要望や提言等が含まれています。

出典：三重県医療安全支援センター集計

(2) 課題

① 医療の質と安全の確保

- 医療の高度化・複雑化等を背景に医療機関の業務は、より複雑となり専門性が求められています。また、日進月歩で進化していく医療環境の中で、従来の医療技術や知識で確立されたシステムでは医療安全の確保は難しくなっており、安全対策のあり方を見直す必要があります。

② 医療事故の防止

- 高度化・複雑化した現代医療においては、医療事故の防止に向け、医薬品・医療機器等の安全管理を含め、医師だけではなく、さまざまな職種からなる医療従事者による組織的な取組を進めていくことが重要となるため、より一層、医療安全管理体制を充実させる必要があります。
- 県民に安全・安心な質の高い医療を提供できる体制を整備するため、保健所等の行政機関が医療機関や医療関係団体等と連携し、医療安全に関する情報提供や立入検査等を通じて医療事故防止等に努めていくことが求められています。

③ 医療に関する相談体制の充実

- 三重県医療安全支援センターの役割を県民に一層周知していく必要があります。
- 医療機関等における医療安全や患者相談機能を支援するため、必要な研修や情報提供を充実する必要があります。

(3) めざす姿

- 医療安全の確保に向け医療事故および院内感染の未然防止や、医療に関する情報提供、相談体制の充実が図られ、県民が安心・納得して質の高い医療を受けています。

(4) 取組方向

取組方向 1：医療提供の充実による医療の質と安全性の向上

取組方向 2：三重県医療安全支援センターの機能の充実

(5) 取組内容

取組方向 1：医療提供の充実による医療の質と安全性の向上

- 全ての医療従事者による医療安全に関する十分な配慮と医療の質の向上を図ります。(医療機関、医療関係団体、県)
- 医療機関全体で、医療事故や院内感染の未然防止、医療事故および院内感染が生じた際の適切な対応を行う組織的な体制を整備します。(医療機関、県)
- ヒヤリ・ハット*や医療事故等の事例に係る原因の分析を行った上で、明確な責任体制のもとでの再発防止策を実行します。(医療機関、県)
- 医療事故に医薬品が関係することも多いため、医療施設内の調剤部門や地域における薬局においても、服薬指導や薬剤管理等、薬品使用の安全性を確保する管理体制を整備します。(医療機関、薬局、医療関係団体、県)
- 医療機関において、医療機器が適切に管理・使用されるよう管理体制を整備します。(医療機関、県)
- 医療法、薬事法に基づく医療機関への立入検査の機会等を通じ、関係者に対する安全管理意識の普及啓発を実施します。(医療機関、保健所設置市、県)

取組方向 2：三重県医療安全支援センターの機能の充実

- 患者、県民の医療に対する主体的な参加を促すため、必要な知識と情報を共有するための取組を推進します。(医療機関、市町、県)
- 患者等からの医療に関する相談や苦情に迅速かつ適切に対応するとともに、相談事例の分析および情報提供の充実に向けた取組を実施します。(三重県医療安全支援センター、県)
- 患者等が安心して治療に専念できるよう、医療従事者や医療機関の管理者に対し医療安全に係るスキルの向上を図ることを目的とした研修会を実施します。(三重県医療安全支援センター、県)

【三重県医療安全支援センターの概要】

所在地：〒514 8570

津市広明町 13 番地

三重県庁 4 階 (健康福祉部医療対策局医療企画課内)

電話番号：059 224 3111

E mail アドレス：iryos@pref.mie.jp

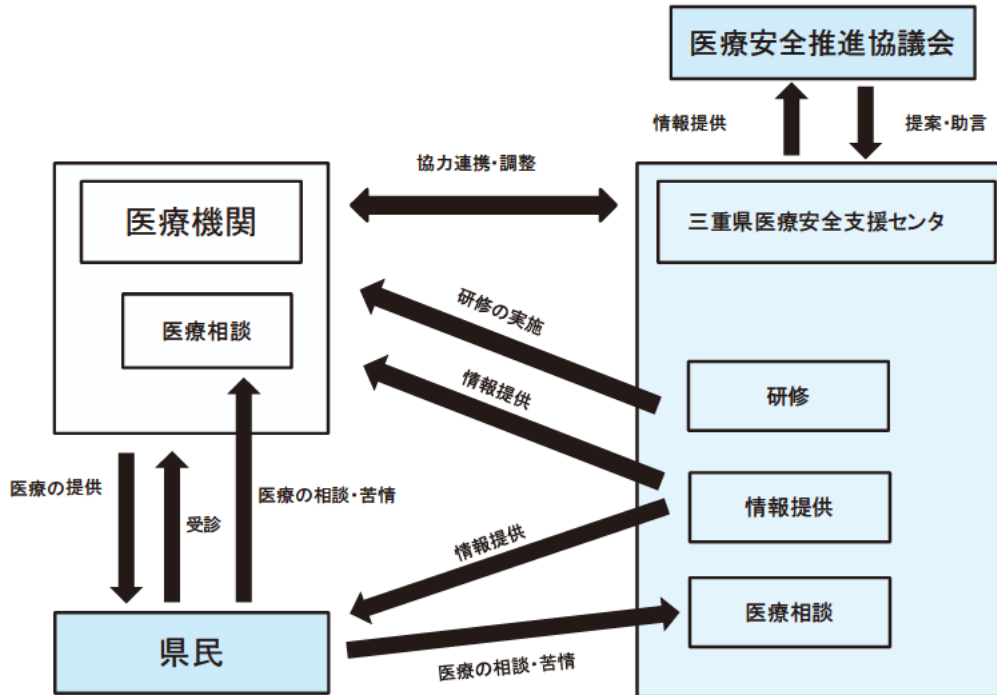
相談方法：面談・電話による

月曜～金曜 8：30～12：00、13：00～17：00

(ただし、祝日および年末年始の休日は除きます。)

相談内容：医療や健康、病気等についての相談

図表 5-12-2 医療安全に関する連携体制



2. 臓器移植対策

(臓器移植)

(1) 現状

- 臓器移植については、心停止後に角膜と腎臓の移植が行われてきましたが、平成9（1997）年10月に臓器の移植に関する法律が施行され、わが国においても脳死者からの臓器移植（心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球（角膜））が可能となりました。
- 平成21（2009）年7月、臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正臓器移植法」という。）が公布されたことにより、平成22（2010）年1月から親族への優先提供の意思表示が可能になるとともに、平成22（2010）年7月からは本人の意思が不明な場合も家族の承諾があれば臓器が提供できるようになり、意思表示の年齢制限（15歳以上）が事実上撤廃されました。
- 臓器移植の推進については、「日本臓器移植ネットワーク」および「三重県角膜・腎臓バンク協会」が普及啓発活動や臓器提供施設等との調整を行っています。
- 県は、臓器移植コーディネーター*の設置等、「三重県角膜・腎臓バンク協会」の活動を支援するとともに、臓器提供意思表示カードの普及など臓器移植についての普及啓発等を実施しています。
- 県内での臓器移植に係る医療体制は、肝臓の移植施設として三重大学医学部附属病院が、腎臓の移植施設として三重大学医学部附属病院と市立四日市病院が、角膜の移植施設として4施設（三重大学医学部附属病院、伊勢赤十字病院、岡波総合病院、東海眼科）が選定されています。

- 脳死下での臓器（心臓・肺・肝臓・膵臓・小腸・腎臓・眼球（角膜））提供は、10 病院で実施でき、心停止後の臓器（腎臓・膵臓・眼球（角膜））提供は、その他の医療機関でも実施することができます。
- 臓器移植は、現在、末期臓器不全に対する極めて有効な治療方法ですが、臓器提供者が少ないため移植希望に応えられていない状況です。

図表 5-12-3 臓器提供意思表示カード



※臓器提供の意思表示欄があらかじめ設けられている運転免許証や被保険者証も増えています。

図表 5-12-4 角膜・腎臓提供者数および移植数(三重県)

(単位：人、件)

	角 膜		腎 臓	
	提供者数	移植数	提供者数	献腎移植数
平成 14 年度	10	21	1	2
平成 15 年度	5	11	1	1
平成 16 年度	2	11	1	2
平成 17 年度	1	6	1	2
平成 18 年度	2	6	0	0
平成 19 年度	1	4	1	2
平成 20 年度	3	9	1	1
平成 21 年度	0	1	0	0
平成 22 年度	2	3	0	0
平成 23 年度	6	26	0	0

出典：三重県角膜・腎臓バンク協会集計

(2) 課題

- 脳死または心停止の患者について、臓器提供意思表示カードや家族の意思等に基づいて、

臓器提供が積極的に行われる環境づくりが求められています。

- 移植医療に関する県民の理解を深めるとともに、関係医療機関および医療従事者に改正臓器移植法や関連情報を的確に伝える必要があります。

(3) めざす姿

- 多くの県民が臓器提供の意思表示を行い、臓器の提供数が増えるとともに、医療機関内の臓器提供体制が整備されています。

(4) 取組方向

- 取組方向 1：移植希望者および移植医療実施機関に対する支援
- 取組方向 2：臓器移植の普及啓発の実施
- 取組方向 3：臓器提供施設の体制強化

(5) 取組内容

取組方向 1：移植希望者および移植医療実施機関に対する支援

- 腎臓移植希望者に対して、組織適合性検査費に対する助成を実施します。(三重県角膜・腎臓バンク協会、県)
- 眼球摘出を行う移植医療実施機関に対して、眼球摘出に必要な費用の一部を助成します。(三重県角膜・腎臓バンク協会、県)
- 臓器移植の実施にあたり、実施機関に移植コーディネーターを派遣し、ドナー家族への説明等の支援を行います。(三重県角膜・腎臓バンク協会)

取組方向 2：臓器移植の普及啓発の実施

- 意思表示カードの普及等、臓器移植の啓発活動を積極的に推進します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 医療従事者に対して、移植医療に関する理解を深めるための取組を実施します。(医療機関、県、関係機関)

取組方向 3：臓器提供施設の体制強化

- 臓器提供施設内に設置している院内コーディネーター等の協力を得て、医療機関から臓器提供候補者家族への積極的な働きかけが可能となるよう、体制の強化や医療機関従事者への研修を行います。(医療機関、三重県角膜・腎臓バンク協会、県)

(骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植)

(1) 現状

- 骨髄移植は、健康な人の骨髄幹細胞を白血病や再生不良性貧血等の病気の患者に移植することにより造血幹細胞を回復させる治療法です。
- わが国では、骨髄バンク事業が平成4（1992）年から開始され、これまでに多くの命を救う実績をあげています。
- 平成24（2012）年12月末現在、全国で約1,600人の患者が骨髄移植を待っています¹。ドナー候補者の健康状態等によっては骨髄提供ができない場合もあり、骨髄移植を受けられない患者が未だ多いのが実情です。
- 平成24（2012）年12月末現在の本県の骨髄ドナー登録者数は、4,431人となっています¹。
- 主に白血病を対象として行われる末梢血幹細胞移植（血管の中を流れる血液から造血幹細胞を採取して移植する）が、平成23（2011）年10月からドナー条件が緩和され、より多くの患者の治療に貢献できることが期待されています。
- また、造血幹細胞が多く含まれるさい帯血（へその緒に流れる血液）を移植する、さい帯血移植が用いられるケースも増えています。さい帯血移植は、ドナー負担がなくコーディネーターが不要であることや、成人にも移植可能な細胞数の多いものが提供可能となってきたことなどから、移植件数が増加し骨髄移植と並ぶ治療方法として定着しつつあります。
- 東海地方では、「中部さい帯血バンク」が設立されていますが、バンクの受入能力等から、現段階では愛知県内の病院における採血に限られており、県内の病院においては、さい帯血提供希望者の採取はできない状況にあります。
- 平成24（2012）年9月、骨髄や末梢血幹細胞、さい帯血の造血幹細胞の移植を推進するための法律（移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律）が公布されました。今後、骨髄バンク、さい帯血バンクの体制が整備され、移植を希望する患者に、より適切な移植が行われることが期待されます。

(2) 課題

- ドナー登録者数の増加に向けた取組が必要です。
- 移植希望者への情報提供と、患者が適切な医療が受けられるよう、コーディネーター機能の充実が求められています。

(3) めざす姿

- 骨髄移植等を必要としている人が、適切に移植を受けています。

¹ 出典：公益財団法人 骨髄移植推進財団公表資料

(4) 取組方向

取組方向 1：骨髄移植等の普及啓発の推進

取組方向 2：移植希望者および移植医療実施機関に対する支援

取組方向 3：骨髄移植等が適切に行われるためのコーディネート機能等の充実

(5) 取組内容

取組方向 1：骨髄移植等の普及啓発の推進

- 骨髄バンクの必要性やドナー登録の普及啓発を推進します。(医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向 2：移植希望者および移植医療実施機関に対する支援

- 移植希望者および移植医療実施機関に適切な情報提供を行います。(県、関係機関)

取組方向 3：骨髄移植等が適切に行われるためのコーディネート機能等の充実

- ドナー候補者と移植希望者のコーディネートを行うとともに、ドナー候補者に対しての提供意思の最終確認等を円滑に行うよう取り組みます。(関係機関)

3. 難病・特定疾患等対策

(難病・特定疾患)

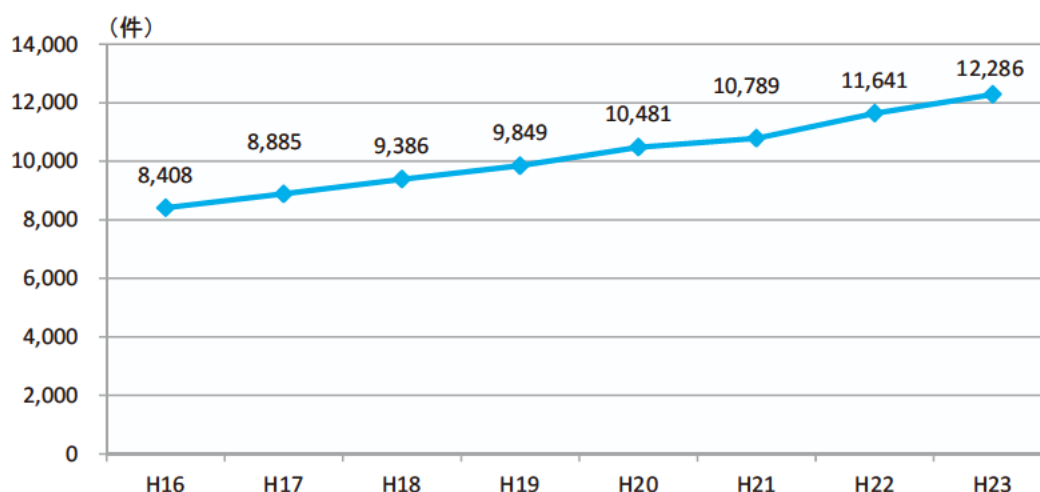
(1) 現状

- 難病とは希少な疾患であり、その多くが原因不明で治療法が未確立、かつ後遺症を残すおそれのある疾患のことをいいます。平成 24 (2012) 年 9 月現在、国において 130 疾患が難治性疾患克服研究事業の対象疾患として指定され、研究が進められています。
- この 130 疾患のうちの 56 疾患については、治療研究に役立てる特定疾患治療研究事業に指定され、その医療費を一部公費負担することで経済的支援を行っています。平成 23 (2011) 年度末現在、県内の特定疾患(難病)医療受給者証所持者数は 12,286 人となっています。
- 難病患者は長期の療養生活を強いられることから、経済的、精神的な負担に加え、介護に人手を要するなど、家族の負担も大きい疾病です。現在、難病対策として、①調査研究の推進、②医療施設の整備、③医療費の自己負担の軽減、④地域における保健医療福祉の充実・連携、⑤QOL(生活の質)の向上をめざした福祉施策の推進の 5 本柱に基づき、各種施策を実施しています。
- 医療費助成についての疾病間での不公平感や難病患者の療養と社会生活を支える総合的な対策が不十分であること等さまざまな課題が指摘されています。このため、国において「難病対策の必要性と理念」、「難病の定義、範囲のあり方」、「医療費助成のあり方」等、

広範な項目について検討が進められています。

- 難病患者およびその家族が保健・医療・福祉等に関する情報を円滑に入手できるよう支援体制を整備し、難病患者の自立と社会参加を促進する必要があることから、本県においては平成 17（2005）年に三重県難病相談支援センターを設立し、地域で生活する難病患者等の日常生活における相談支援を行っています。
- 難病患者の在宅療養を支える施策として、難病患者等居宅生活支援事業（ホームヘルプサービス事業、短期入所事業、日常生活用具給付事業）が市町で実施されています。

図表 5-12-5 三重県の特定疾患医療受給者証所持者数推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

【三重県難病相談支援センターの概要】

所在地：〒514 8567

津市桜橋 3 丁目 446 34

三重県津庁舎保健所棟 1 階

電話番号：059 223 5035 FAX 059 223 5064

E mailアドレス：mie nanbyo@comet.ocn.ne.jp

ホームページ：http://www14.ocn.ne.jp/~mienanby/

活動内容：相談支援（平日 9:00～16:00）

電話相談、メール相談、面接相談

地域交流会の開催

患者会や患者家族会の開催、疾患別学習会等

就労支援

情報提供（ホームページ、センターニュース等）

(2) 課題

- 難病患者およびその家族が安心して療養生活を送ることができるよう、保健・医療・福祉の連携を図り、支援していく必要があります。

- 国における今後の難病対策のあり方の検討結果を受けて、医療費助成や医療提供体制の確保等において本県の難病対策を見直していく必要があります。

(3) めざす姿

- 難病患者およびその家族が地域で安心して在宅療養生活を送ることができるよう、各関係機関の連携が進むとともに、三重県難病相談支援センターを中心に在宅療養生活を支えるサービスが充実するなどQOL（生活の質）が向上しています。

(4) 取組方向

取組方向1：特定疾患に係る患者の自己負担の軽減と医療提供体制の確保

取組方向2：在宅における難病患者およびその家族の療養生活に対する支援の充実

(5) 取組内容

取組方向1：特定疾患に係る患者の自己負担の軽減と医療提供体制の確保

- 国の検討状況をふまえ、特定疾患等治療研究事業を見直し、適切な医療費の一部公費負担を実施します。(医療機関、県)
- 病状の悪化により在宅療養が困難になった難病患者に対する入院施設を確保するとともに、専門性と経験を有する拠点的な医療機関の整備について検討します。(医療機関、市町、県)

取組方向2：在宅における難病患者およびその家族の療養生活に対する支援の充実

- 難病患者に対する適切な在宅医療支援を行うための医療相談事業、訪問相談事業、訪問診療事業等を実施します。(医療機関、看護協会、市町、県、関係機関)
- 拠点・協力病院を指定し、入院施設の確保を行うことにより、重症難病患者の受入を円滑に行うための協力体制を維持するとともに、地域のさまざまな医療機関が連携し、長期にわたる治療・療養を支える体制の整備を進めます。(医療機関、県)
- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）の施行を受け、障がい者施策の一環として、引き続き在宅難病患者に対するホームヘルプサービス、日常生活用具の給付、短期入所事業等を実施します。(市町、県)
- 三重県難病相談支援センターについては、難病患者を適切なサービスに結び付けていく役割を重視し、地域で生活する難病患者およびその家族の療養上、日常生活上の悩み等に対する相談や支援の拠点施設として運営します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 難病に対する正しい理解と普及啓発を進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)

(ハンセン病)

(1) 現状

- ハンセン病は、1873年にノルウェーの医師アルマウエル・ハンセンが発見した「らい菌」による慢性伝染病で、らい病とも呼ばれました。かつては感染力が強いと誤解されたことや患者の外見上の特徴から、ハンセン病患者は差別や隔離政策の対象となりました。実際には感染力は極めて弱く、現在では治療法が確立しています。
- らい予防法による強制的な隔離政策は、平成8（1996）年のらい予防法の廃止により終止符が打たれました。
- 療養所の入所者は法的には自由の身となりましたが、偏見や差別が解消されず、また、ハンセン病回復者の高齢化等が障壁となり、ハンセン病療養所入所者の多くは退所することなく現在に至っています。平成24（2012）年12月1日現在の本県出身の療養所入所者数は60人です。

(2) 課題

- ハンセン病回復者の社会復帰の支援策として、相談窓口等の設置、住宅・医療・介護の援助等、生活環境の整備とともに、県民がハンセン病を正しく理解し、偏見や差別を解消するための施策が必要です。

(3) めざす姿

- ハンセン病に対する偏見や差別が解消され、ハンセン病回復者およびその家族が安心して充実した生活を送っています。

(4) 取組方向

取組方向1：ハンセン病に係る人権啓発の推進

取組方向2：ハンセン病回復者およびその家族の生活に対する支援

(5) 取組内容

取組方向1：ハンセン病に係る人権啓発の推進

- ハンセン病を正しく理解し、偏見や差別をなくすための普及啓発を推進します。（市町、県）

取組方向2：ハンセン病回復者およびその家族の生活に対する支援

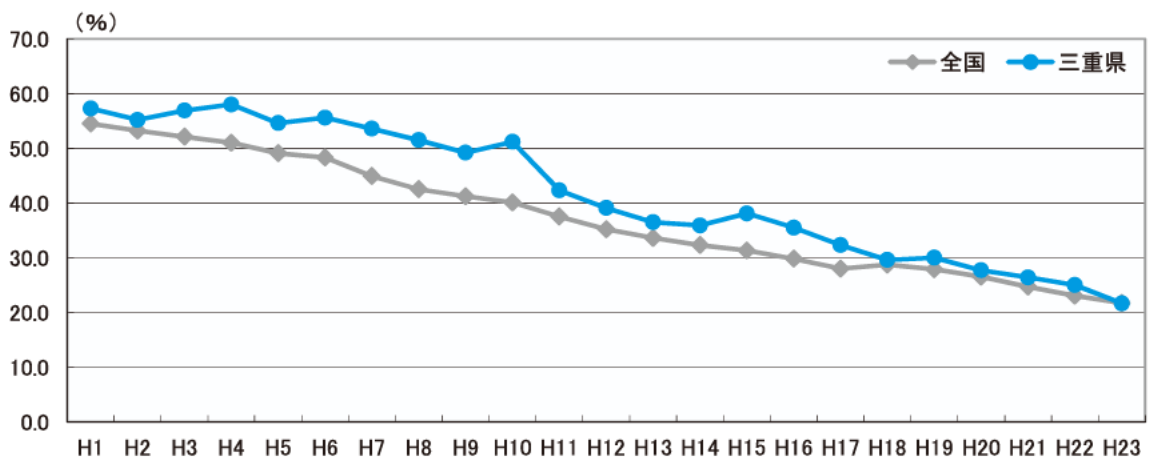
- 療養所入所者に対する訪問事業、里帰り事業、社会復帰支援等を実施します。（県）
- 療養所入所者の家族に対する生活援護を実施します。（市町、県）
- 社会復帰したハンセン病回復者およびその家族を対象に、皮膚科の専門医の協力を得て、検診や生活相談等を実施します。（医療機関、県）

4. 歯科保健医療対策

(1) 現状

- 平成 23 (2011) 年度に、歯科口腔保健の推進に関する法律、みえ歯と口腔の健康づくり条例が制定されたことから、平成 24 (2012) 年度に「みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」(平成 25 年度からの 5 年計画) を策定しています。計画の推進にあたっては、三重県口腔保健支援センターを設置し、歯科口腔保健事業の企画・立案、実施、評価を実施するとともに、市町や関係機関の歯科口腔保健の支援を行うなど、歯科口腔保健施策を総合的、計画的に推進していくこととしています。
- むし歯は大きく減少傾向にあり、自分の歯が多く残存している高齢者も増加しています。
- 高齢化の進行により、歯科疾患予防、口腔機能の維持・増進の重要性が高まっています。
- 歯科医療は住民生活に密着した医療であり、歯科医療機関は地域における相談・情報発信の場としての機能も求められています。
- 生涯を通じた歯科保健施策を推進するために、むし歯や歯周疾患の予防だけでなく、嚙む機能をとおした生活習慣の改善等に関する啓発が行われています。
- 障がい児(者)は口腔内の衛生環境が悪くなる傾向があり、セルフケアの困難性からも歯科疾患にかかりやすい状況にあります。障がい児(者)が地域で歯科検診や歯科疾患の予防のための指導を受けることができる機会が少ないのが現状です。
- 在宅で寝たきりの高齢者についても口腔ケアがおろそかになりがちです。こうした口腔清掃不良は、誤嚥性肺炎の原因にもなり、生活能力の低下にもつながっています。また、積極的な歯科受診が行われにくいことも、口腔内の衛生環境の悪化につながっています。
- 事業所等における歯周疾患検診の実施率は 17.8% と低い状況にあり、歯周疾患の早期発見、重症化予防のためにも事業所等における歯周疾患検診の充実が必要です。

図表 5-12-6 むし歯がある 3 歳児の割合



出典：厚生労働省「3歳児歯科健康診査結果」

図表 5-12-7 20 歯以上自分の歯を有する人の割合
(単位：%)

	平成 7 年	平成 23 年
60-64 歳	50.0	91.0
80-84 歳	21.4	39.5

出典：三重県「県民歯科疾患実態調査」

(2) 課題

- 全ての県民が歯科検診や歯科保健指導を受けることができる環境の整備が求められています。特に、障がい児（者）や要介護高齢者、乳幼児、妊産婦等に対する歯科保健医療の充実が必要です。
- 市町の介護保険事業における口腔機能向上支援等の各種保健サービスの利用を高齢者に促すとともに、摂食・嚥下機能回復や専門的口腔ケアに関する技術を持つ歯科医師、歯科衛生士を育成することが必要です。
- がん患者等の手術前後の口腔管理や、他の疾患や感染症の患者に対する歯科医療は、病院歯科等の専門医療機関で対応する機会が多くなることから、病診連携システムの整備を図る必要があります。
- ネグレクト（育児放棄）等の児童虐待を受けている可能性のある子どもは、むし歯が多く治療していない傾向があることから、歯科医師等が市町や学校、児童相談所等と連携を密にし、子どもを見守っていくことが必要です。

(3) めざす姿

- 県民一人ひとりが、全身の健康につながる歯と口腔の健康づくりに取り組むことで、いつまでも自分の歯でおいしく食事ができ、生涯にわたり QOL（生活の質）の向上が図られています。
- 歯と口腔の健康維持のため、必要に応じて歯科検診や歯科保健指導、歯科医療などを受けることができる環境の整備が進んでいます。

(4) 取組方向

- 取組方向 1：包括的な歯科疾患予防と歯科医療の推進
- 取組方向 2：歯科保健医療における福祉的アプローチの推進
- 取組方向 3：在宅歯科医療の充実

(5) 取組内容

取組方向 1：包括的な歯科疾患予防と歯科医療の推進

- 歯科疾患予防の重要性を県民一人ひとりが認識し、歯と口腔の健康づくりが推進されるよう予防から治療までの包括的歯科医療についての情報発信を積極的に行います。（医療機

関、歯科医師会、市町、県)

- 市町や学校等と連携し、子どもの口腔内状況を把握するとともに、むし歯や歯肉炎の予防、噛むことをとおした食育支援等の歯科健康教育が積極的に進められるよう支援します。
(教育機関、歯科医師会、市町、県)
- 成人の歯周疾患予防に向け、市町や事業所で歯科検診、歯科保健指導が実施されるよう支援します。(事業者、歯科医師会、市町、県)

取組方向2：歯科保健医療における福祉的アプローチの推進

- 障がい児(者)や在宅要介護者、施設入所者等、従来歯科保健医療サービスが十分に受けられない県民への歯科保健医療の充実に向けた取組を進めます。(医療機関、歯科医師会、歯科衛生士会、医師会、看護協会、市町、県)
- 障がい児(者)や高齢者等の全身管理を含めた摂食・嚥下機能等の向上や専門的口腔ケアに関する研修を充実します。(歯科医師会、歯科衛生士会、県)
- 歯科医療従事者における児童虐待の早期発見等、子育て支援へのアプローチを推進します。
(市民団体、医療機関、歯科医師会、市町、県)

取組方向3：在宅歯科医療の充実

- 在宅要介護者、障がい児(者)等の歯科医療機関に通院が困難な人に対して、在宅訪問歯科診療体制を充実するよう取り組みます。(医療機関、歯科医師会、歯科衛生士会、県)
- 歯科医療従事者への研修の実施や、在宅歯科医療機器の設備整備を支援し、安全で安心な在宅歯科医療体制の整備を推進します。(医療機関、歯科医師会、歯科衛生士会、県)

5. 血液確保対策

(1) 現状

- 輸血用血液製剤は、使用対象者数、単位数ともに、「新生物」(がん(胃がん、肝がん、白血病等)を含む)の治療に最も多く用いられています²。高齢化の進行に伴うがん患者の増加等により、医療用血液の需要が増大する中、献血によって血液を確保することが求められています。
- 本県の献血者数は、近年は6万人前後で推移しており、献血者に占める若年層の割合が全国と比較して低い状況です。

² 出典：厚生労働省「平成23年版 血液事業報告」(平成10年度調査結果)

図表 5-12-8 三重県献血者数の推移(総数および年代別)

(単位：人、%)

年 度		献血者総数	10代	20代	30代	40代	50代以上
平成 19 年度	人数	58,947	1,962	11,063	18,015	16,147	11,760
	構成比	100.0	3.3	18.8	30.6	27.4	20.0
平成 20 年度	人数	58,744	1,563	10,781	17,744	16,721	11,935
	構成比	100.0	2.7	18.4	30.2	28.5	20.3
平成 21 年度	人数	57,545	1,471	9,781	16,884	17,035	12,374
	構成比	100.0	2.6	17.0	29.3	29.6	21.5
平成 22 年度	人数	62,010	1,284	10,203	17,392	19,111	14,020
	構成比	100.0	2.1	16.5	28.0	30.8	22.6
平成 23 年度	人数	58,264	1,086	9,006	15,585	18,489	14,098
	構成比	100.0	1.9	15.5	26.7	31.7	24.2
平成 23 年度 全国	人数	5,250,866	285,021	1,018,234	1,298,292	1,398,026	1,251,293
	構成比	100.0	5.4	19.4	24.7	26.6	23.8

出典：三重県赤十字血液センター統計「日本赤十字社血液事業年度報」

- 現在、医療機関では、血液製剤の適正化使用を図りながら、安全性を確保するため、主に400mL献血および成分献血による血液製剤を必要としています。
- 平成 23 (2011) 年から採血基準が変更され、男性の献血可能年齢の範囲が拡大されましたが、少子高齢化等の影響で将来的に血液が不足することが予想されています。

図表 5-12-9 献血方法別の採血基準(平成 23 年4月1日施行)

項目	全血献血		成分献血	
	200mL 献血	400mL 献血	血漿成分献血	血小板成分献血
1 回献血量	200mL	400mL	600mL 以下 (循環血液量の 12%以内)	400mL 以下
年 齢	16~69 歳※	男性 17 歳~69 歳※ 女性 18 歳~69 歳※	18 歳~69 歳※	男性 18 歳~69 歳※ 女性 18 歳~54 歳
体 重	男性 45kg 以上 女性 40kg 以上	男女とも 50kg 以上	男性 45kg 以上 女性 40kg 以上	
最高血圧	90mmHg 以上			
血色素量	男性 12.5g/dL 以上 女性 12g/dL 以上	男性 13g/dL 以上 女性 12.5g/dL 以上	12g/dL 以上 (赤血球指数が 標準域にある女性は 11.5 g/dL 以上)	12g/dL 以上
血小板数				15 万/μL 以上 60 万/μL 以下
年間献血回数	男性 6 回以内 女性 4 回以内	男性 3 回以内 女性 2 回以内	血小板成分献血 1 回を 2 回分に換算して 血漿成分献血と合計で 24 回以内	
年間総献血量	200mL 献血と 400mL 献血を合わせて 男性 1,200mL 以内、女性 800mL 以内			

※65 歳から 69 歳までの方は、60 歳から 64 歳までの間に献血の経験がある方に限られます。

出典：日本赤十字社ホームページ

- 輸血用血液製剤は全て国内の献血で賄われ、日本赤十字社が製造・供給しています。
- 血漿分画製剤*のうち人の血液由来の血液凝固第Ⅷ因子製剤については、平成6（1994）年に国内自給率100%が達成されました。しかし、遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤が開発されて製造販売されたことにより、現在は、遺伝子組換え製剤を含めた血液凝固第Ⅷ因子製剤の総量に対する国内献血由来製剤の比率は約22%となっています。また、アルブミン製剤および免疫グロブリン製剤の平成22（2010）年度の国内自給率はそれぞれ58.2%および95.1%となっており、これらについては適正使用の推進等により、必要とする血液製剤を原則として国内の献血で賄うことをめざして、引き続き国において検討が進められています³。

(2) 課題

- 若年層を中心とした献血推進が重要な課題となっています。
- 県内の医療機関が使用する血液製剤の安定供給のためにも「三重県献血推進計画」に基づく献血者数を確保していく必要があります。

(3) めざす姿

- 献血を推進することにより、医療機関が必要とする輸血用血液製剤が確保されています。また、各医療機関において血液製剤が適正に使用されています。

(4) 取組方向

- 取組方向1：献血に関する普及啓発と必要な献血者数の確保
- 取組方向2：血液製剤の安全性の確保と使用の適正化

(5) 取組内容

取組方向1：献血に関する普及啓発と必要な献血者数の確保

- 行政と三重県赤十字血液センターが協力の上、広報活動を実施することで献血に関する普及啓発を進めるとともに、輸血の安全性を向上させる400mL献血および成分献血への理解と協力を求めます。（赤十字血液センター、市町、県）
- 三重県献血推進連絡会*を中心に、関係機関、関係団体等が連携を強化することにより献血者の確保に取り組みます。（県民、市町、県、関係機関）
- 若年層をはじめとした新規献血者の確保に取り組みます。（県民、市町、県、関係機関）
- 災害時等の緊急時においても必要な血液が円滑に供給されるよう、行政と赤十字血液センターが連携した取組を展開します。（赤十字血液センター、市町、県）

³ 出典：厚生労働省「平成23年版 血液事業報告」

取組方向 2：血液製剤の安全性の確保と使用の適正化

- 安全な血液製剤を供給するため、献血時の問診の強化や血液製剤の品質管理を進めます。
(赤十字血液センター)
- 国の「輸血療法の実施に関する指針」および「血液製剤の使用指針」に基づいた適正な血液製剤の使用を推進します。(医療機関、県)

6. 医療に関する情報化の推進

(1) 現状

- 医療サービスの質の向上や効率的な運営を実現する上で医療における情報化の推進は不可欠となっており、県内の医療機関においても、電子カルテシステム*やオーダーリングシステム*、レセプト電算処理システム*等を導入する医療機関が増えています。
- 県内の病院における電子カルテシステム導入率(一部導入含む)は約 20%、オーダーリングシステムの導入率は 30~40%程度です。
- 県では、「三重医療安心ネットワーク」を構築し、医療機関の間で患者情報等の共有による診療の円滑化を図っています。
- 県内には、「遠隔画像診断ネットワーク」「三重乳がん検診ネットワーク」等の医療系ネットワークが整備され、運用されています。
- こうした医療の情報化が進むことで、診察の際の待ち時間の短縮や、医療事故の防止が期待されます。また、医療機関等において電子化された患者情報等の共有が可能になるなど、質の高い効率的な医療が提供されるとともに、患者の利便性を確保することができます。
- また、さまざまな医療情報システムを活用することで、在宅診療や遠隔医療等、へき地や離島をはじめとした医療の地域偏在の緩和にも一定の役割を果たすことが期待されています。
- 平成 24 (2012) 年 7 月に国の指定を受けた「みえライフイノベーション総合特区」の主な取組として、県内に整備されている医療系ネットワークを活用し、患者等の診療情報(治療・投薬・検査・診断用画像・副作用情報・遺伝子情報等)を統合した研究開発用の統合型医療情報データベースを県内の産学官民が連携して構築します。
- 県民から同意を得た上で提供を受けた診療情報を本統合型医療情報データベースに組み込み、それを活用することで、画期的な医薬品・医療機器等の開発、統計手法を活用した臨床研究、副作用の早期発見、疾病予防、高度医療をはじめとする医療サービスや健康増進サービス等、県民にとって有用な製品やサービス等を提供できることが期待されます。

(2) 課題

- 医療サービスの情報化を進めるにあたっては、システムの安全性や情報の信頼性、高齢者や障がい者に対する配慮、個人情報や人権の保護等に十分留意することが必要です。
- 急性期、回復期、維持期等、さまざまな病期に対応する医療機関や社会福祉施設等が、「三重医療安心ネットワーク」を活用することで、患者情報等を共有し、より質の高い医療や

福祉を提供するための仕組みの構築が必要です。また、この仕組みを進めていくためには、患者情報等を開示する医療機関数の増加だけでなく、患者情報等を閲覧できる参照医療機関数も増やしていく必要があります。

(3) めざす姿

- 医療機関が、安全かつ信頼性の高い医療情報システムを構築することで、医療の質の向上や効率化が図られるようになっていきます。

(4) 取組方向

取組方向：医療の情報化の充実

(5) 取組内容

取組方向：医療の情報化の充実

- 医療機関の電子カルテシステム、オーダーリングシステムの導入を促進します。(医療機関、県)
- 遠隔医療を利用した身近な医療機関における専門医診療を促進します。(医療機関、県)
- 「三重医療安心ネットワーク」の患者情報等を閲覧できる参照医療機関を増やすため、デモンストラーションの開催等により広報を進めます。(三重大学、県)
- 開示医療機関と参照医療機関が、双方向で患者情報等を共有するなどの先進地情報を得つつ、「三重医療安心ネットワーク」のシステム機能を十分活用するための仕組みを検討します。(医療機関、三重大学、県)
- 「三重医療安心ネットワーク」の患者情報等を閲覧するための端末の認証や、閲覧可能な職員の範囲を限定する方法についての現状を検証するなど、個人情報対策をより強化する検討を進めます。(医療機関、三重大学、県)

7. 外国人に対する医療対策

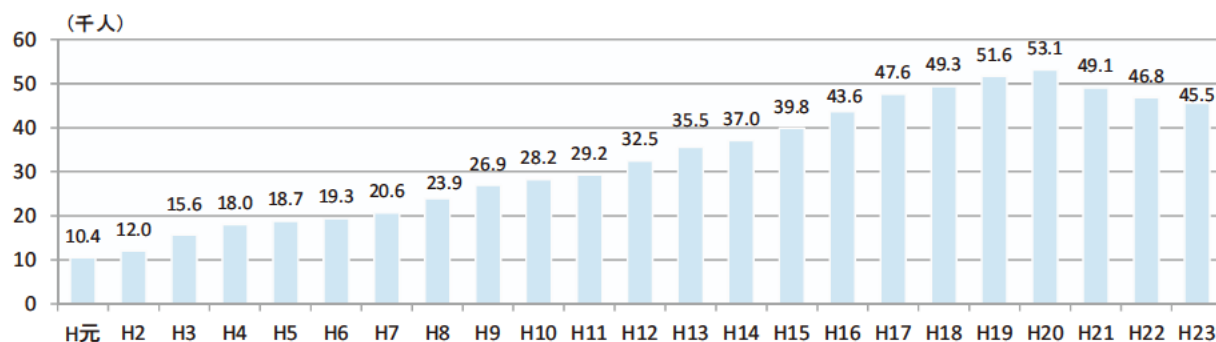
(1) 現状

- 平成 23 (2011) 年末現在 県内の外国人登録者数は、45,547 人 (前年比△1,270 人、2.7% 減) で、3 年連続で減少しましたが、なおも県内総人口の 2.41% を占めています (各都道府県別人口に占める外国人登録者数の割合は全国第 3 位⁴)。
- 外国人登録者数は、平成 23 (2011) 年末現在、10 年前 (平成 13 年) の 1.28 倍、平成元 (1989) 年の 4.36 倍の水準に上っています。
- 国籍別の登録者数では、最も多いのがブラジル (15,232 人、対前年比 8.5% 減) で、次い

⁴ 出典：法務省「登録外国人統計 (2010 年年報)」

で中国（9,553人、対前年比0.4%減）でした。また、登録者の出身国籍の数は101か国（平成22年末99か国）でした。

図表 5-12-10 三重県における外国人登録者数の推移



出典：三重県「外国人登録者数調査」（平成23年12月31日現在）

図表 5-12-11 国籍別登録者数

(単位：人、%)

順位	国籍	登録者数	構成比	前年比増減数	前年比増減率
1	ブラジル	15,232	33.4	▲ 1,419	▲ 8.5
2	中国	9,553	21.0	▲ 35	▲ 0.4
3	韓国または朝鮮	5,584	12.3	▲ 205	▲ 3.5
4	フィリピン	5,375	11.8	▲ 68	▲ 1.3
5	ペルー	3,403	7.5	▲ 64	▲ 1.9
6	タイ	1,322	2.9	402	43.7
7	ベトナム	1,053	2.3	139	15.2
8	ボリビア	980	2.1	▲ 35	▲ 3.5
9	インドネシア	763	1.7	4	0.5
10	ネパール	301	0.7	42	16.2
	その他	1,981	4.3	▲ 31	▲ 1.5
	三重県計	45,547	100.0	▲ 1,270	▲ 2.7

出典：三重県「外国人登録者数調査」（平成23年12月31日現在）

- 事業所等の被用者や1年以上在留資格のある外国人住民は、公的医療保険（被用者保険、国民健康保険等）に加入し、医療等の給付が受けられることとなっています。しかし、現実には公的医療保険に未加入の外国人住民が多く、受診の際に医療費を払えない、受診を控えることにより健康の悪化を引き起こすなどのケースが生じています。
- こうした医療費に係る問題のほか、文化、生活習慣、制度面等の違いや言葉の問題から医療従事者とのコミュニケーションに支障を来し、適切な医療を受けられずに病状が進行するなどといった事例が見られるなど、複雑な要因が絡み合い、多くの問題が生じています。
- 県では、三重県国際交流財団と連携して、医療専門の通訳ボランティア（平成23年度末現在94人登録）の派遣や養成研修の実施、派遣を受け入れる医療機関の拡大を図っていますが、医療機関の利用はまだ少数にとどまっています。
- 県内では、常駐の医療通訳者を置く病院はほとんどありません。
- 外国人集住市を中心に外国人住民の増加に伴い、学校保健、母子保健、保育等、保健福祉

サービスの多言語による対応のニーズが高まっており、予防接種問診表の多言語化等の取組が進められています。

(2) 課題

- 医療専門の通訳の養成・派遣等、主に言語の面から医療従事者とのコミュニケーションを向上させるための一層の取組が求められています。
- 将来的に、外国人住民の高齢化が進む可能性があり、その対応策を検討していく必要があります。

(3) めざす姿

- 外国人住民が、心身ともに健康な生活を送ることができるよう、円滑かつ適切に必要な医療サービスが受けられる体制が整備されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：外国人住民が保健・医療・福祉サービスを受ける際に必要な支援の充実

取組方向 2：外国人住民の公的医療保険への加入啓発の促進

(5) 取組内容

取組方向 1：外国人住民が保健・医療・福祉サービスを受ける際に必要な支援の充実

- 外国人住民が医療機関で安心して受診するには、多言語問診票の活用に加えて、医療機関への常駐の医療通訳者の設置、通訳派遣等、通訳制度を整える必要があります。医療通訳は専門的知識を必要とするため、その人材を確保・育成するとともに、広域的な医療通訳者利用システム制度の普及を進めます。(医療機関、三重県国際交流財団、市町、県、関係機関)
- 医療機関の診療案内や入院案内等をはじめ、学校保健、母子保健、保育等における多言語対応に取り組みます。(医療機関、教育機関、市町、県、関係機関)
- 外国人住民の医療従事者を養成するための取組を実施します。(医療機関、教育機関、市町、県、関係機関)
- 県内の医療情報、検診情報、感染症等の病気予防の知識、社会保険制度に関する情報が十分に提供されるよう、関係団体と連携し、多言語でのパンフレット等を活用し、外国人住民に対して広く情報提供や保健指導等を行います。また、県ホームページ等を活用し外国語対応できる医療機関の情報提供を行います。(医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向 2：外国人住民の公的保険への加入啓発の促進

- 公的医療保険に加入していないために受診が遅れ、病状が悪化するというような悪循環を避けるため、医療保険制度に関する説明や情報提供を行います。(事業者、医療機関、市町、県、関係機関)

第6章 保健・医療・福祉の総合的な取組

第1節 保健・医療・福祉の連携

保健・医療・福祉の連携

- 地域の医療提供体制の確保には、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じたさまざまなサービスが地域において切れ目なく一貫して提供される患者本位の医療の確立が基本となります。
- 保健・医療・福祉サービスは、それぞれ別の制度に基づいて実施されていますが、急速な高齢化の進行や疾病構造の変化等により、各分野において機能を発揮するだけでなく、分野同士が連携を図り、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、総合的かつ一体的に提供することが重要です。
- 第5次改訂では、こうした考え方にに基づき、「三重の健康づくり基本計画」や「みえ高齢者元気・かがやきプラン」、「みえ障がい者共生社会づくりプラン」、「健やか親子いきいきプランみえ」等の各計画との整合性を確保しつつ、医療と密接に関連する施策の展開を推進します。

第2節 健康づくり活動の推進

健康づくり活動の推進

(1) 現状

- 本県の平均寿命は男女とも延伸傾向にあり、平成 22 (2010) 年には男性 79.68 歳、女性 86.25 歳と全国平均とほぼ同水準となっています¹。また、平均寿命だけでなく健康寿命*を延ばすことが注目されています。健康寿命の延伸のため、適切な生活習慣の定着など、ライフステージに応じた健康づくりの重要性が高まっています。
- 平成 24 (2012) 年 7 月、国は健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を全部改正し、10 年先を見据えた「健康日本 21 (第 2 次)」を定めました。本県においても、平成 25 (2013) 年度からの 10 年間を計画期間とする新たな健康づくり計画「三重の健康づくり基本計画」を策定し、健康寿命の延伸等を目標に設定することとしています。
- がんや糖尿病、心疾患等、生活習慣病による死亡率は減少傾向にありますが、高齢化の進行や日常生活での歩数減少等による運動量の減少、野菜摂取量の減少や食塩の過剰摂取等の食生活の乱れなどにより、今後、生活習慣病患者が増加する懸念があります。
- ストレスや悩み等にうまく対応できないと感じる人も多く、特に 20 代～50 代の働く世代にその傾向が強く見られ、うつ・気分障がいやそれを原因とする自殺等、こころの健康の

¹ 出典：厚生労働省「都道府県別生命表」

問題が社会的な課題となっています。

(2) 課題

- 健康寿命の延伸のために、世代や性別、生活する地域ごとなどの健康課題を把握し、対象ごとの課題改善に向けた取組を支援する必要があります。また、全ての県民が健康に関する意識を高めるため、自らの健康づくりに時間が取れない県民や、健康づくりに関心の低い県民を対象にしたアプローチの方法を検討し、実践していく必要があります。
- 生活習慣病やメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）等を未然に防ぐためには、一人ひとりが自らの日常生活を見直し、運動や禁煙等、適切な生活習慣の形成に向けた取組を進めるとともに、健康診査の積極的な受診等が重要となります。家庭、地域、学校等、社会全体で健康づくりに向けた取組を進める必要があります。
- 県民がこころの健康について関心を持ち、ストレスや悩み等について適切な対処行動が取れるよう、こころの健康に関する知識を広めるとともに、悩みを抱える県民が身近なところで相談ができる体制を整備するために関係者が連携して取り組む必要があります。
- 県民一人ひとりの健康づくりを支えるために、地域、職域、関係団体等、さまざまな関係者が連携し、社会環境づくりを推進する必要があります。

(3) めざす姿

- 個人の健康づくりを支える社会環境が整い、多くの県民が健康で自立した生活を送り、地域や職場で活発に活動しています。

(4) 取組方向

取組方向 1：健康づくりに係る普及啓発の充実

取組方向 2：健康づくりの取組促進に向けた環境整備の推進

取組方向 3：各種健康診査（検診）受診率の向上に向けた取組の充実

(5) 取組内容

取組方向 1：健康づくりに係る普及啓発の充実

- 「三重の健康づくり基本計画」に基づき、日常における健康づくりの大切さなどについて、さまざまな機会を捉えて普及啓発を行います。（市民団体、事業者、医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関）
- こころの健康に関する相談窓口の設置や相談員の確保を進めることで、職場や学校等、身近なところで相談できる体制を整備します。（市民団体、市町、県、関係機関）
- 健康に関する課題は、性別や年代のほか、生活する地域などによって異なるものと考えられることから、健康に関する年代別、地域別データをできる限り収集・分析し、その結果を関係者だけでなく県民にも広く公表することで、県民が健康づくりに関する情報を身近

に感じ、自らの健康づくりや、地域における健康づくりの取組に参加する機会の増加、機運の醸成に取り組みます。(市町、県)

取組方向2：健康づくりの取組促進に向けた環境整備の推進

- 地域保健活動推進のため、専門職種等の人材確保、資質の向上を図ります。(市民団体、事業者、医療関係団体、市町、県)
- 食生活に関する健康情報発信等に取り組む「健康づくり応援の店」や、受動喫煙防止のために終日禁煙を実施する「たばこの煙の無いお店」、歯科保健の推進を担う「みえ8020運動推進員」の登録拡大を図ります。(県、関係機関)
- 職場での受動喫煙をなくすため、職場における禁煙や職場内分煙に取り組めます。(事業者、医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 未成年者の喫煙・飲酒の防止について、地域の学校や団体等と連携して、喫煙やアルコールが健康に及ぼす影響についての啓発等の取組を進めます。(市民団体、事業者、教育機関、市町、県、関係機関)
- 平成24(2012)年度改訂の「第2次三重県自殺対策行動計画」に基づき、うつ等のこころの悩みの解消や自殺防止、不登校やひきこもり対策等のため、地域や学校、職場、民間団体等と協力して、支援のためのネットワークづくりなどを推進します。(民間団体、事業者、教育機関、市町、県、関係機関)
- 運動や禁煙といった適切な生活習慣づくりに向けた活動を実践します。(県民)

取組方向3：各種健康診査(検診)受診率の向上に向けた取組の充実

- 地域における生活習慣病健康診査やがん検診の受診率向上に向け、啓発等に取り組めます。(市町、県)

第3節 高齢者の保健・医療・福祉の推進

1. 地域包括ケアの推進

(1) 現状

- 一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加が見込まれる中、高齢者のニーズに応じた医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを包括的、継続的に提供する地域包括ケアシステムの提供が求められていますが、地域におけるサービスの連携の状況は必ずしも十分とはいえません。

(2) 課題

- 市町・地域包括支援センターが中心となって、それぞれの地域で住民・関係機関と協働して地域包括ケア体制の整備が進められており、今後も地域固有の課題解決に取り組み、介護サービスのみならず、地域の保健・医療・福祉サービス、さらには、インフォーマルサ

ービス*等との連携やコーディネート機能を強化していく必要があります。

(3) めざす姿

- 地域包括ケアシステムが機能し、高齢者が住み慣れた地域で生活していくために必要なサービスが切れ目なく、また、過不足なく提供されています。

(4) 取組方向

取組方向：地域包括支援センターの機能強化

(5) 取組内容

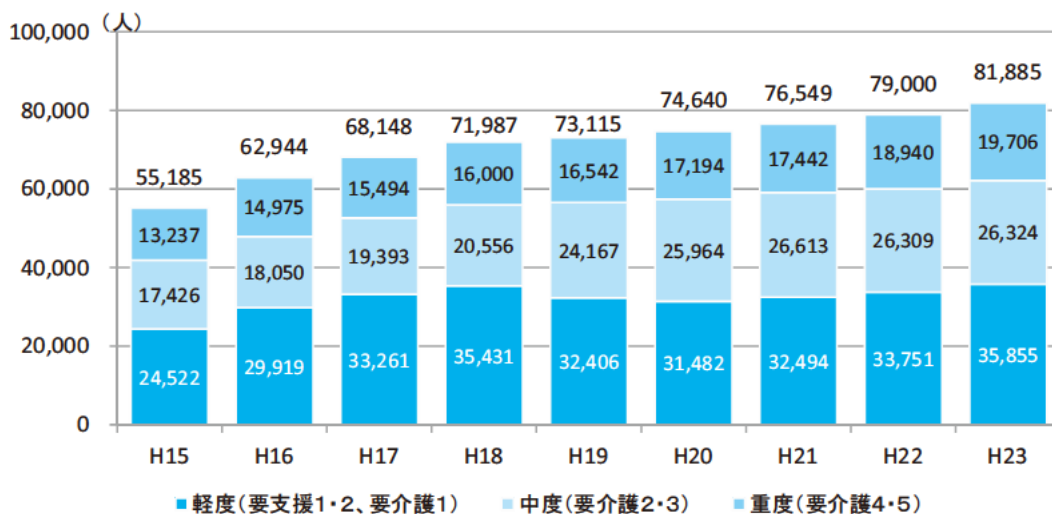
- 地域包括支援センター等の職員を対象として、地域のニーズ把握やネットワーク形成力向上等に関する研修を行い、地域包括支援センターの機能強化を支援します。(市町、県)
- 地域包括支援センターのコーディネート機能を充実させるため、事例検討会等を行う地域ケア会議へ介護や医療・福祉分野の専門家をアドバイザーとして派遣し、医療や介護等の多職種連携や地域のネットワーク構築等を支援します。(市町、県)

2. 介護予防の推進

(1) 現状

- 高齢化の進行に伴い、要介護認定を受けている高齢者が増加しています。その中でも、軽度（要支援1・2、要介護1）の認定者が最も多くなっています。

図表 6-3-1 三重県の要介護(要支援)認定者数の推移



出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（各年3月末現在）

(2) 課題

- 高齢者が要介護状態となるのを防止し、また要介護状態となってもそれ以上に悪化しないようにし、できる限り自立した生活を送れるように介護予防の効果的な取組が求められています。

(3) めざす姿

- 介護予防の推進により、高齢者に占める要支援・要介護高齢者の割合や要介護度の重度化が抑えられています。
- 高齢者が積極的に社会活動を行うとともに、文化・スポーツ活動を通じ、元気にいきいきと活躍しています。

(4) 取組方向

取組方向1：介護予防の充実

取組方向2：高齢者の健康・生きがいつくりの推進

(5) 取組内容

取組方向1：介護予防の充実

- 要支援・要介護になるおそれのある高齢者を把握し、介護予防に関する運動教室等の開催や、閉じこもり防止対策に取り組みます。(地域包括支援センター、市町)
- 要支援状態の高齢者に対しては、地域包括支援センターが作成する「介護予防支援計画(介護予防プラン)」に基づいた介護予防サービスの提供を行います。(事業者、地域包括支援センター、市町)
- 市町における効果的な介護予防の事業実施に資するため、市町、地域包括支援センター職員および介護事業者を対象とした研修を実施します。また、先進的な取組事例の情報提供等を行います。(県)
- 介護予防市町支援委員会において、有識者から介護予防事業の効果的な実施方法や現況に対する助言を求め、事業実施に反映させていきます。(県)
- 介護予防や配食・見守り等の生活支援サービス等を総合的に提供することができる「介護予防・日常生活支援総合事業」について取組事例等の情報を収集・提供し、市町の円滑な事業実施に対する支援を行います。(市町、県)

取組方向2：高齢者の健康・生きがいつくりの推進

- 明るく豊かで健やかな長寿高齢社会の実現に向けて、文化・スポーツ活動を通じた生きがいや健康づくりを促進します。また、地域社会において高齢者が積極的に社会活動(ボランティア活動等)を行うことで、健康づくりや介護予防につながるよう支援します。(市町、県、関係機関)

3. 介護サービス基盤の整備

(1) 現状

- 介護保険施設については、「みえ高齢者元気・かがやきプラン」に基づいて、市町と連携して特別養護老人ホーム等の整備を重点的に進めています。
- 介護や医療を必要とする状態になっても、住み慣れた自宅で暮らし続けたいと願う人が多い状況にあります。

(2) 課題

- 特別養護老人ホームの入所待機者は、依然として多数となっていることから、その解消のための施設整備が必要です。
- 県内の居宅サービス事業所は増加していますが、全国平均と比較して医療系の居宅サービスの利用が少ないことから、今後は、訪問看護等の医療系サービスの充実が必要です。

(3) めざす姿

- 施設サービスを受ける必要性の高い高齢者が円滑に入所できるとともに、介護老人保健施設や認知症高齢者グループホーム等、高齢者のさまざまなニーズに応じた施設の整備が進んでいます。
- 医療ニーズの高い重度の要介護者の在宅生活を支えるために、必要なサービスが充実しています。

(4) 取組方向

取組方向 1：特別養護老人ホーム等の整備の促進

取組方向 2：医療系の在宅サービスの充実

(5) 取組内容

取組方向 1：特別養護老人ホーム等の整備の促進

- 市町の介護保険事業計画との整合を確保しつつ、高齢者福祉圏域*ごとに広域型の特別養護老人ホーム等の施設整備を進めます。また、地域密着型特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所等の「地域密着型サービス」の整備を進めるため、市町を支援します。(事業者、市町、県)

取組方向 2：医療系の在宅サービスの充実

- 医療系のサービスの充実に向けて、訪問看護の利用促進に係る普及啓発活動に取り組むとともに、地域密着型サービスとして平成 24 (2012) 年 4 月から導入された「定期巡回・随

時対応型訪問介護看護」や「複合型サービス」の普及に向けて、市町の取組を支援します。
(事業者、関係団体、市町、県、関係機関)

4. 福祉・介護人材の安定的な確保

(1) 現状

- 今後、高齢化の一層の進行等により、要介護認定率が特に高くなる 75 歳以上高齢者人口が大きく増加すると推計されており、福祉・介護ニーズの拡大が見込まれています。一方、労働力人口は減少していくと見込まれています。
- 介護サービス事業者で職員の不足感を持つ県内の事業所は約半数の 49.3%に及んでいません。また、平成 24 (2012) 年 12 月の県内の全業種の有効求人倍率は 0.85 倍であるのに対して、介護職では 2.37 倍と高い状況にあります²。

(2) 課題

- 地域での福祉サービスに対する理解を深め、新たな福祉・介護人材の育成や潜在的有資格者の掘り起こしを行い、福祉・介護人材の確保を図る必要があります。
- 介護ニーズの拡大に伴い、介護従事者の確保が求められるとともに、認知症ケアや医療的ケアを必要とする利用者が増加するなど、多様化・高度化する役割に介護従事者が対応していくことが求められています。

(3) めざす姿

- 福祉・介護分野におけるニーズに応じた人材が安定的に確保され、専門的な技術と知識を持った職員により充実したケアが行われています。

(4) 取組方向

取組方向：福祉・介護人材の確保と資質の向上

(5) 取組内容

取組方向：福祉・介護人材の確保と資質の向上

- 社会福祉施設職員の資質の向上のため、経験年数や職種に応じた各種研修を実施し、より広範な福祉の知識と高度な専門的スキルを持った福祉人材養成を推進します。
- 三重県福祉人材センターにおいて、無料職業紹介事業のほか、福祉職場説明会や福祉職場での就労体験事業等を実施し、福祉人材確保の取組を進めます。(県、関係機関)
- 介護施設職員等に対して、高齢者の権利擁護の研修を実施するとともに、介護従事者がた

² 出典：財団法人介護労働安定センター「平成 23 年度 介護労働実態調査」

ん吸引や経管栄養等の業務を実施できるように研修体制の整備を進めます。(県、関係機関)

- 介護支援専門員は介護保険制度の根幹をなす重要な役割を担っていることから、引き続き必要な人材の養成を行うとともに、体系的な研修の実施により資質の向上を図ります。(県、関係機関)

第4節 障がい者の医療福祉の推進

障がい者の医療・医学的リハビリテーションの推進

(1) 現状

- 障がいの種類には以下の表のようなものがありますが、障がいの程度や障がいに伴う社会生活上の困難には個人差があり、きめ細かい支援が必要です。
- 循環器系疾患、脳血管性疾患や交通災害等の後遺症、精神障がい者に対する医学的リハビリテーションの需要が増加しています。
- 本県では、交通事故や病気等で障がいを持った患者や施設に入所している障がい者が地域に戻り、安心して生活していけるよう、医療や福祉の面からの支援とともに、バリアフリー対策、偏見の解消に向けた相互理解の促進等の社会的な取組を続けています。

図表 6-4-1 障がいの種類

身体障がい	<ul style="list-style-type: none"> ・視覚障がい（全盲、弱視、視野障がい） ・聴覚・平衡機能障がい（音を聞くことが不自由な状態） ・音声機能・言語機能・そしゃく機能障がい（言語が発せない、または不明瞭である） ・肢体不自由（四肢の麻痺や欠損、あるいは体幹の機能障がいのため、日常の動作、移動などの運動機能が十分でない状態） ・内部障がい（心臓機能障がい、腎臓機能障がい、呼吸器機能障がい、ぼうこう・直腸機能障がい、小腸機能障がい、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫機能障がい、肝臓機能障がいの7種の障がいの総称）
知的障がい	<ul style="list-style-type: none"> ・知的機能の障がいが発達期（おおむね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態
精神障がい	<ul style="list-style-type: none"> ・統合失調症（幻覚や妄想、意欲の低下等のさまざまな症状を特徴とする疾患） ・気分障がい（うつ病、双極性障がい（躁うつ病）等） ・てんかん（けいれんや意識障がいの発作を伴う疾患）等
その他の障がい	<ul style="list-style-type: none"> ・発達障がい（自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障がい、学習障がい、注意欠陥／多動性障がい等） ・高次脳機能障がい（交通事故等での頭部の怪我や、脳卒中等の病気の後遺症として脳が損傷を受け、言語・思考・記憶・学習等の機能に障がい起きた状態）

出典：国土交通省「コミュニケーションハンドブック」等をもとに作成

(2) 課題

- 障がいの程度を軽減し、心身の機能を維持していくためには、医学的リハビリテーションの充実が重要です。
- 治療時における早期医学的リハビリテーション、治療後の後遺症に対する医学的リハビリ

テーション等を提供できる体制の整備が課題となっています。

- 人工透析を要する慢性腎不全、精神疾患、難治性疾患等の障がいに対しては、継続的な医療が必要です。
- 障がいに起因して発生しやすい合併症、感染症等を予防し、発症した場合には適切な医療を提供する体制が必要です。

(3) めざす姿

- さまざまな障がいに対し、必要な医療や医学的リハビリテーションが適切に提供され、障がいの程度の軽減や心身の機能が維持されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：適切な医学的リハビリテーション提供体制の整備の推進

取組方向 2：社会復帰に向けた支援の充実

(5) 取組内容

取組方向 1：適切な医学的リハビリテーション提供体制の整備の推進

- 医学的リハビリテーション提供体制の整備、充実を促進するとともに、リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士等専門職員の確保を推進します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 病院等から退院した在宅の脳卒中等の患者が地域で自立した生活を送れるよう、地域における医学的リハビリテーション提供体制を整備します。(市町、県)

取組方向 2：社会復帰に向けた支援の充実

- 交通事故等による脳外傷で生じた高次脳機能障がい等に対する理解を深めるとともに、高次脳機能障がい者の社会復帰を進めるため、地域移行や就労支援等の相談支援などを行います。(県、関係機関)
- 県民、関係団体、関係機関等と連携し、障がいに関する正しい知識の普及啓発や、地域住民等との交流、ボランティア活動等とおして、障がいについての理解を促進するための取組を行います。(県民、関係団体、市町、県、関係機関)
- 精神障がい者の社会復帰および自立を促進するため、社会復帰相談指導、精神科デイケア、医学的リハビリテーション等の充実に努め、精神障がい者の状況に応じた支援の促進を図ります。(医療機関、市町、県、関係機関)
- だれもが安全・安心で快適に利用できる建築物等の整備を進めるためのユニバーサルデザイン*の考え方の周知や、駅や公共施設等の周辺など人通りの多い道路を中心に歩道等のバリアフリー化等を図ります。(市町、県、関係機関)

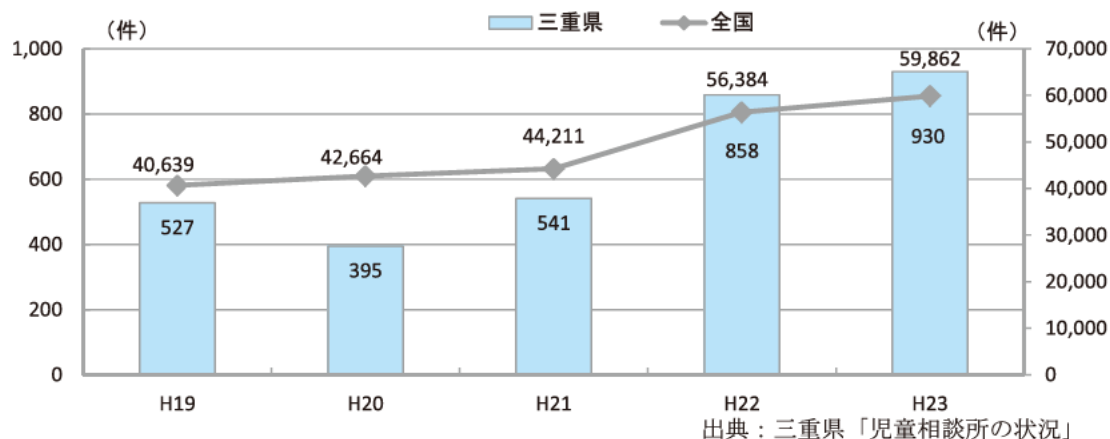
第5節 母子保健対策の推進

母子保健対策の推進

(1) 現状

- 母子保健対策は、県民が安心して子どもを産み、子どもの健やかな成長発達を支えるため家庭や地域における環境づくりの推進を目的としています。
- 思春期から妊娠・出産、子育て期をとおして一貫した支援体系により、ライフステージに応じたサービスの提供が求められています。
- 10代の人工妊娠中絶率は減少傾向にあります。なお高水準にあります。本県では思春期を中心にピアサポーター養成や、保健医療・教育・警察・子育て支援団体等が連携し思春期保健指導セミナーを開催するなど、若年層からの母子保健対策に取り組んでいます。
- 公費助成で受けられる妊婦健康診査が平成 21（2009）年度から県内全市町で5回から14回に拡充されました。11週以内の妊娠届出率は、平成 19（2007）年度 70.5%でしたが、平成 22（2010）年度は、91.9%と改善し、妊娠早期からの健康管理や不安軽減等育児支援の取組が進められています。
- 妊娠を希望しながらも不妊や不育症*に悩む夫婦を対象に専門相談を実施しています。また、本県および各市町では、経済的負担の軽減を図る目的で特定不妊治療*にかかる医療費の一部助成を行っており、その申請件数は年々増加傾向にあります。
- 近年、家庭の養育力の低下が指摘されており、育児不安・負担感を抱える家庭や児童虐待が増加しています。本県においても平成 24（2012）年度に乳児の死亡事例が2件起きています。国の児童虐待死亡事例の検証結果報告によれば、死亡した子どもは0歳児の占める割合が最も多く、その背景として若年妊娠等の望まない妊娠が指摘されています。

図表 6-5-1 児童虐待相談件数の年次推移



- 乳児のいる家庭を訪問し、さまざまな不安や悩みを聞き、子育て支援に関する必要な情報提供などを行う乳児家庭全戸訪問事業が県内全市町において実施されています。また、ハイリスク家庭*を訪問し、養育に関する相談や助言、虐待予防に向けた支援等を行う養育支援訪問事業が、平成 24（2012）年4月1日現在 21 市町において実施されています。
- 虐待を受ける子どもの多くが、多数歯のう蝕（むし歯）やその処置が行われていない等、

保護者による歯科的管理が行われていないことから、小児歯科においても1歳半、3歳児健康診査や学校での歯科検診等の機会をとらえた虐待の早期発見や子育て支援体制づくりの取組が進められています。

- 「健やか親子いきいきプラン」、「第二期三重県次世代育成支援行動計画」を策定し、その中で母子保健の取組について重点課題、取組目標を定め、母子保健施策の推進を図っています。

(2) 課題

- 本県では、10代の出産が平成23(2011)年は206件あります³。一方、出産年齢の上昇により健康管理がより重要になっていますが、経済的理由等により健康診査を受診しない妊婦や分娩後の母子手帳の交付が平成23(2011)年度に11人あり、引き続き妊婦健康診査の適正受診に向けた啓発に努める必要があります⁴。
- 子どもの虐待を未然に防止するためには、妊娠期からの早期支援が求められており、全市町において妊婦訪問支援体制の充実および乳児家庭全戸訪問支援事業から養育支援訪問事業へと連携した支援体制の整備に取り組む必要があります。さらに児童相談所等の児童福祉機関と連携した支援体制の充実や情報共有が求められています。
- 育児についても、地域の子育て支援基盤の充実等、地域において十分な支援が受けられる体制づくりがより一層求められています。
- 不妊治療に関する経済的な負担の軽減や悩みに対する相談支援体制、情報提供の充実が望まれています。
- 不育症は、全国的に専門医が少なく、一方、不育症女性の多くがこころのストレスを抱えており、不育症の相談体制の充実および相談治療に携わる関係者への正確な情報提供が求められています。
- 思春期においては保健対策と健康教育の面から、人工妊娠中絶や性感染症等に関する知識の普及とともに、自他を尊重し自己肯定感を高める取組が必要です。
- 児童生徒に対する適切なこころのケア等が行えるよう、学校等関係機関の相談・支援体制の充実が求められています。
- 住民に身近な市町によるきめ細かいサービスの提供をめざし、未熟児訪問事業や養育医療給付等を平成25(2013)年度から市町が担うこととなり、地域差のない母子保健サービスが受けられるよう体制整備が求められています。
- 「健やか親子いきいきプランみえ」に基づき、次世代を担う子どもが心身ともに健やかに生まれ育つための環境づくりに家庭や地域社会全体で取り組めるよう、積極的な情報発信を行う必要があります。

³ 出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

⁴ 出典：厚生労働省「平成23年度 地域保健・健康増進事業報告」

(3) めざす姿

- 安全で安心して妊娠・出産できる環境が整備され、妊産婦のこころの変化や不妊相談等、希望するケアが必要なときに受けられる支援体制が充実しています。
- 地域全体で子どもたちの心身の健やかな成長を支援する体制が整えられ、児童虐待のない三重県をめざした取組が進められています。
- 子どもが病気になっても不安のない保健医療システムが構築され、障がい児や長期療養児等が安心して地域で生活できる体制が整っています。
- 心身ともに発達や変化の大きい思春期において、学校、家庭、地域が協力して保健対策を強化し、子どもが主体性をもって自立できる支援の取組が進められています。

(4) 取組方向

取組方向1：ライフステージに応じた母子保健サービスの実施

取組方向2：子どもの健やかな育ちを支えるための環境整備

(5) 取組内容

取組方向1：ライフステージに応じた母子保健サービスの実施

- 妊娠出産の安全性と快適さの確保に向けて、母子保健サービスの充実に取り組むとともに、医療機関や医療関係団体との連携を進めます。(医療機関、医師会、看護協会、市町、県)
- 県内全ての市町において、母子健康手帳交付時等、妊娠早期からの相談支援体制の整備に取り組むとともに、乳児全戸訪問支援事業や養育支援訪問事業により出産後不安定になりやすい産婦や孤立しやすい家庭への支援へと継続した取組を進めます。(市町)
- 「みえ出産前後からの親子支援(出産前後保健指導事業)」を推進するとともに、「エジンバラ産後うつ病質問票*(EPDS)」や「赤ちゃんへの気持ち質問票*」等を活用し、育児不安の早期発見や児童虐待防止に向けた取組を推進します。(医療機関、医師会、市町、県)
- 妊娠時に歯周疾患が憎悪する傾向があり、その結果、早産や低体重児出産のリスクが高まることから、医科歯科連携により妊婦の口腔ケアや歯周疾患治療に取り組めます。(医療機関、歯科医師会、市町、県)
- 産婦人科医会、教育機関、市町等が連携し、思春期の健康教育の推進や保健対策の強化を図ります。(医療機関、教育機関、産婦人科医会、市町、県)
- 不妊や不育症に関する悩みに対応するため、三重県不妊専門相談センターの周知と、経済的負担の軽減を目的とした特定不妊治療費用の一部助成等を行います。(市町、県)

取組方向2：子どもの健やかな育ちを支えるための環境整備

- 母子保健推進員*や地域住民組織、NPO等と連携し地域の子育て支援体制の充実に努めます。(県民、市民団体、医療関係団体、市町、県)
- 低体重児の保護者からの出生届や医療機関からの診療情報等の提供が市町へ適切になされるよう、県民や医療機関へ周知するとともに、未熟児等支援の必要な家庭を訪問し適切

な指導が行われるよう体制整備に努めます。(医療機関、市町、県)

- 発達障がい等の早期発見や、幼児期から青年期までの途切れのない総合的な支援を行うため、乳幼児健康診査（5歳児健診の実施を含む）の充実を図るとともに、相談支援体制の整備や人材育成等を進めます。(医療機関、市町、県)
- 児童虐待の発生予防や早期発見、早期対応のため、保健・医療（歯科を含む）・児童福祉・教育等の関係機関が連携し、体制整備を図るとともに、個別事例の検討、情報共有等により関係機関の連携を促進します。(医療機関、教育機関、市町、県、関係機関)
- 望まない妊娠や性の問題に悩む若年者や家族に対応するため、相談窓口「予期せぬ妊娠『妊娠レスキューダイヤル』」の周知や医療機関、市町および各関係団体と連携した支援体制の構築に努めます。(医療機関、教育機関、関係団体、市町、県)

第7章 健康危機管理体制の構築

第1節 結核・感染症対策

1. 結核対策

(1) 現状

- 結核は、結核患者の咳、くしゃみ、唾等に含まれる結核菌によって起こる感染症です。放置すれば死に至る病気で、未だに全国で年間2千人以上の方が亡くなっています。
- 結核は、かつて「国民病」としてまん延していましたが、結核予防対策の強化に加え、生活水準の向上、医療技術の進歩等により罹患率、死亡率が飛躍的に改善されました。しかし、高齢化の進行に伴い、昭和50（1975）年代頃から罹患率の減少に鈍化が見え始め、平成9（1997）年には罹患率が増加に転じるに至りました。平成11（1999）年7月には、厚生大臣が「結核緊急事態宣言」を発し、国民、関係機関に対策の充実・強化について協力を求めました。
- 国において、平成19（2007）年3月に結核予防法が廃止され、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（以下「感染症法」という。）への統合による総合的な結核対策を推進することになりました。
- 本県の結核新登録患者数は減少傾向にあるものの、70歳以上の高齢者が占める割合は年々増加し、平成23（2011）年において59.3%と全国平均53.8%を上回っています¹。

図表 7-1-1 結核患者数の推移

(単位：人)

	新登録患者数		有病者数	
	全 国	三重県	全 国	三重県
昭和40年	304,556	4,937	929,616	20,434
昭和50年	108,088	1,653	435,902	8,442
昭和60年	58,567	732	147,580	2,295
平成13年	35,489	465	36,288	533
平成14年	32,828	473	32,396	499
平成15年	31,638	406	29,717	443
平成16年	29,736	367	26,945	370
平成17年	28,319	350	23,969	343
平成18年	26,384	357	21,976	333
平成19年	25,311	342	20,637	288
平成20年	24,760	325	20,021	281
平成21年	24,170	312	18,915	260
平成22年	23,261	293	17,927	215
平成23年	22,681	280	17,264	205

出典：厚生労働省「平成23年 結核登録者情報調査」、公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター「結核の統計」

¹ 出典：公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター「結核の統計」

- 県内の結核病床等の設置状況は、結核病床が 54 床（2 病院）、結核患者収容モデル病床* が 40 床（一般病床 3 病院、精神病床 1 病院）となっています。

図表 7-1-2 結核病床・結核患者収容モデル病床（一般・精神）設置状況（平成 24 年 7 月 1 日現在）
（単位：床）

医療機関	市町	結核病床	結核患者収容モデル病床	
			一般病床	精神病床
四日市社会保険病院	四日市市	0	17	0
厚生連鈴鹿中央総合病院	鈴鹿市	0	2	0
国立病院機構三重中央医療センター	津市	44	0	0
国立病院機構榊原病院	津市	0	0	4
伊勢赤十字病院	伊勢市	0	17	0
紀南病院	御浜町	10	0	0
計			94	

出典：三重県調査

(2) 課題

- 今後も高齢者人口の増加が予想されることから、医療機関や高齢者施設等での集団感染の防止が課題となっています。
- 精神疾患や認知症を合併する結核患者が入院できる結核病床の確保が課題です。
- 患者が処方された薬剤を確実に服用するための服薬支援（DOTS*：ドッツ）体制の充実が必要です。

(3) めざす姿

- 結核の正しい知識の普及啓発により早期発見、早期治療を推進することで結核のまん延が未然に防止されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：結核の発生予防とまん延防止対策の充実

取組方向 2：結核患者への適切な医療の提供の推進

(5) 取組内容

取組方向 1：結核の発生予防とまん延防止対策の充実

- 「三重県結核対策基本計画」を必要に応じて見直し、結核の発生予防、まん延防止および適切な医療の提供に取り組みます。（医療機関、市町、県）
- 医療機関や高齢者施設職員等との連携の強化により、患者の早期発見に努め、施設内での感染防止を図ります。（医療機関、福祉施設、県、関係機関）

取組方向2：結核患者への適切な医療の提供の推進

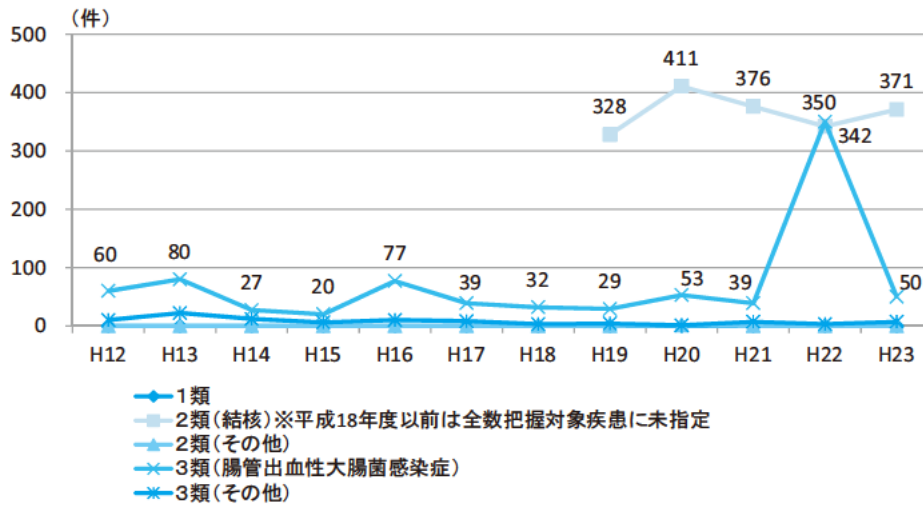
- 医療費の公費負担による適切な医療を提供します。(医療機関、県)
- 結核患者の治療完遂のため、保健所の保健師による患者訪問等を実施し、患者およびその家族等への支援を行います。(保健所設置市、県)
- 特に重要度の高い患者には手厚く服薬支援(DOTS：ドッツ)を行い、確実な治療を促進します。(医療機関、県)
- 結核指定医療機関の医師を対象とした研修会等を開催し、多剤耐性*結核の発生防止、合併症の治療等、適切な結核医療の推進を図ります。(医療機関、県、関係機関)

2. 感染症対策

(1) 現状

- 近年、感染症を取り巻く問題としては、海外からの感染症(重症急性呼吸器症候群(SARS*)、ウエストナイル熱*等)の侵入、高病原性鳥インフルエンザ*(H5N1)や新型インフルエンザ発生のおそれ、エイズ感染者の拡大への対応等があげられます。
- 平成19(2007)年4月の感染症法改正により感染症の類型見直しが行われ、従来、消化器系疾患中心であった2類感染症が結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(SARS)等の呼吸器系疾患中心となりました。
- 県内の1類感染症はこれまでに発生はありません。改正後の感染症法による2類感染症は、結核を除くと平成20(2008)年に急性灰白髄炎が1例のみ発生しています。
- 本県では、感染症法に基づき「三重県感染症予防計画」を策定(平成21年改訂)し、感染症の予防およびまん延防止、感染症患者に対する良質かつ適切な医療の提供、感染症に関する知識の普及等感染症の予防のための諸施策を総合的に推進しています。
- 高病原性鳥インフルエンザの世界的な流行、散発的なヒトへの感染例の発生から、新型インフルエンザの出現が強く懸念される中、国においては、新型インフルエンザ対策行動計画の実効性をさらに高め、新型インフルエンザ発生時にその脅威から国民の生命と健康を守り、国民の生活や経済に及ぼす影響が最小となるようにするため、平成24(2012)年5月に新型インフルエンザ等対策特別措置法を公布し、対策の強化を図りました。
- 本県においても平成24(2012)年8月に、国の新型インフルエンザ対策行動計画改定をふまえ、「三重県新型インフルエンザ対策行動計画」を改定しました。また、抗インフルエンザ薬(タミフル)を平成24(2012)年4月末時点で347.0千人分、リレンザを19.5千人分備蓄しています。
- 腸管出血性大腸菌感染症は毎年夏季を中心に発生し、全国各地で集団感染事例も散発的に発生しています。本県では平成22(2010)年に大規模な集団感染事例があったほか、依然として家庭での散発事例も多く発生しています。

図表 7-1-3 三重県における1～3類感染症患者の発生状況



出典：三重県感染症情報センター「平成24年 1～5類全数届出感染症患者届出数（三重県）」

(参考)

- 1類感染症：エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
- 2類感染症：急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）、高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）
- 3類感染症：コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス
- 4類感染症：E型肝炎、ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎を含む）、A型肝炎、つつが虫病、鳥インフルエンザ（H5N1を除く）、日本紅斑熱、レジオネラ症等
- 5類感染症：アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎（E型およびA型を除く）、クロイツフェルト・ヤコブ病、後天性免疫不全症候群（HIV感染症を含む）、梅毒等

- 感染症法に基づく本県の感染症病床の基準病床数は、第一種感染症病床が全県で2床、第二種感染症病床が4つの二次保健医療圏合計で22床となっています。感染症指定医療機関の施設整備では、これまで未設置（本県設置基準2床）であった第一種感染症病床が平成23（2011）年度に伊勢赤十字病院に2床整備されました。

図表 7-1-4 第一種感染症・第二種感染症指定医療機関*配置状況（平成24年7月1日現在）

(単位：床)

	二次保健医療圏	指定医療機関	市町	病床数
第一種	—	伊勢赤十字病院	伊勢市	2
第二種	北勢保健医療圏	県立総合医療センター	四日市市	4
		市立四日市病院	四日市市	2
	中勢伊賀保健医療圏	国立病院機構三重中央医療センター	津市	6
		国立病院機構三重病院	津市	2
	南勢志摩保健医療圏	松阪市民病院	松阪市	2
		伊勢赤十字病院	伊勢市	2
東紀州保健医療圏	紀南病院	御浜町	4	

出典：三重県調査

(2) 課題

- 感染症（結核）病床の整備、医師を含む感染症専門職種の確保といった医療提供体制の整備とともに、地域において保健所、市町、消防、警察、医療機関等の関係機関の連携によるネットワーク体制の構築が重要です。

- 今日では多くの感染症の予防・治療が可能となっており、感染症対策もこれまでの集団防衛的な考え方ではなく個人レベルでの予防を推進するとともに、患者の人権を尊重した医療提供体制の充実が望まれています。
- コレラや細菌性赤痢は、ほとんどが海外渡航者からの発生であるため、旅行者に対して現地情報の提供や予防方法の周知を行う必要があります。
- インフルエンザは毎年冬季に流行しており、県内の学校等でも集団発生が多く見られることから、手洗い、うがいの励行等の予防策を充実することが必要です。
- 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、新感染症も対象とした「三重県新型インフルエンザ等対策行動計画」の策定と体制の整備が必要です。

(3) めざす姿

- 感染症法に基づき感染症の発生予防とまん延防止を図るとともに、発生や流行状況を迅速に把握することで、適切な医療が提供されています。

(4) 取組方向

- 取組方向 1：感染症の発生予防とまん延防止対策の充実
- 取組方向 2：感染症患者への適切な医療の提供の推進

(5) 取組内容

取組方向 1：感染症の発生予防とまん延防止対策の充実

- 「三重県感染症予防計画」を必要に応じて見直し、的確な感染症対策を推進します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 「三重県新型インフルエンザ等対策行動計画」を策定し、同計画に基づく体制の整備を進めるとともに、発生時には関係機関、市町、県が連携を密にして迅速かつ的確な対策を実施します。(医療機関、医療関係団体、指定(地方)公共機関、市町、県、関係機関)
- インフルエンザ等の感染症の発生予防を目的とした情報提供や発生動向の発表および注意喚起を実施します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 感染症の発生を迅速に検査できる体制の整備および関係機関との連携体制を強化します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 社会福祉施設や学校等は、感染症情報システム等による感染症情報を積極的に活用し、感染症のまん延防止に取り組めます。(教育機関、関係機関)
- 三重県予防接種センター、市町と連携して、予防接種の効果的な実施を行います。(医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向 2：感染症患者への適切な医療の提供の推進

- 感染症(結核)病床の整備や医師を含む感染症専門職種の確保による感染症患者の人権の尊重も含めた受入体制の整備に取り組むとともに、適切な医療の提供を行います。(医療機関)

3. エイズを含む性感染症対策

(1) 現状

- エイズは後天性免疫不全症候群 (Acquired Immune Deficiency Syndrome) の略語で、ヒト免疫不全ウイルス (Human Immunodeficiency Virus。以下「H I V*」という。) が免疫細胞に感染し、免疫細胞を破壊して後天的に免疫不全を起こす免疫不全症のことです。
- H I Vは通常の環境では非常に弱いウイルスであり、普通の社会生活では感染することはありません。主な感染経路は、同性もしくは異性間の性的接触による感染、注射器の使いまわしや針刺し事故等による血液感染、出産時や授乳等による母子感染です。
- 感染後 5～10 年は無症状ですが、体内ではH I Vが増殖を続けており、この期間中に感染が広がる場合があります。エイズを発症すると免疫力が低下し、普通の社会生活ではかからないような多くの日和見感染*を生じます。抗H I V薬による治療を行います。完治・治癒に至ることは現在でも困難です。
- H I V感染の拡大は、世界的に極めて深刻な状況にあります。わが国においては、昭和 60 (1985) 年に患者が確認されて以来、H I V感染者・エイズ患者の報告数が全国的に増加傾向にあります。
- 特に日本国籍男性の増加が顕著で、同性間の性的接触による感染が急増しています。他方、異性間性的接触による感染においては、平成 23 (2011) 年末時点における 20 歳未満の若年層で女性感染者の累計数 (全国 27 人) が男性感染者数の累計数 (同 19 人) を上回っています。また全国のH I V感染者・エイズ患者の昭和 60 (1985) 年からの累計報告数は、平成 23 (2011) 年 12 月末でH I V感染者 13,704 人、エイズ患者 6,272 人となっています²。
- 本県のH I V感染者・エイズ患者の平成元 (1989) 年からの累計報告数は、平成 24 (2012) 年 12 月末でH I V感染者 125 人、エイズ患者 79 人となっています³。
- 本県では、全ての保健所で無料、匿名のH I V抗体検査を実施しています。
- 3 保健所 (四日市、津、伊勢) で夜間検査を、うち津保健所では迅速 (即日) 検査も実施しており、安心して相談、検査が受けられる体制を整備しています。また、各保健所が地域の実情に応じた普及啓発事業を実施しています。
- 県内にエイズ治療拠点病院を 4 か所指定しており、各拠点病院には医療従事者研修への派遣や、要望に応じて外国人患者診療のための通訳を派遣するなど、医療提供体制の充実に努めています。

図表 7-1-5 エイズ治療拠点病院 (平成 24 年 10 月 1 日現在)

- ・三重大学医学部附属病院 (中核病院)
- ・県立総合医療センター
- ・国立病院機構三重中央医療センター
- ・伊勢赤十字病院

² 出典：厚生労働省「平成 23 年 エイズ発生動向年報」

³ 出典：三重県感染症情報センター「三重県の患者・感染者数情報」

図表 7-1-6 HIV感染者およびエイズ患者の年次別推移(外国籍患者を含む)

(単位：人)

	全 国			三重県		
	H I V感染者	エイズ患者	計	H I V感染者	エイズ患者	計
平成 5 年	277	86	363	5	1	6
平成 10 年	422	231	653	1	1	2
平成 14 年	614	308	922	5	0	5
平成 15 年	640	336	976	4	4	8
平成 16 年	780	385	1,165	5	3	8
平成 17 年	832	367	1,199	10	4	14
平成 18 年	952	406	1,358	2	11	13
平成 19 年	1,082	418	1,500	10	8	18
平成 20 年	1,126	431	1,557	8	5	13
平成 21 年	1,021	431	1,452	2	4	6
平成 22 年	1,075	469	1,544	6	3	9
平成 23 年	1,056	473	1,529	7	5	12

出典：厚生労働省「平成 23 年エイズ発生動向年報」、三重県感染症情報センター「後天性免疫不全症候群 (A I D S / H I V) 発生状況」

- その他の性感染症 (Sexually Transmitted Diseases : S T D*) には、主に以下の表のようなものがあります。

図表 7-1-7 主な性感染症

梅毒	アメーバ赤痢
淋菌感染症	非淋菌性尿道炎
性器クラミジア感染症	軟性下疳
性器ヘルペスウイルス感染症	そけいリンパ肉芽腫症
尖圭コンジローマ	膣トリコモナス症
A型肝炎	ケジラミ症
B型肝炎	

- 性感染症のうち、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症の4疾患の患者発生動向は、本県では17か所、全国では約970か所のS T D (性感染症) 定点医療機関からの月ごとの届出により把握されています。
- 本県においては、上記の4疾患は横ばいまたは減少傾向にあります。性感染症の中で患者が最も多いのは性器クラミジア感染症で、年齢別に見ると男性20~30代前半、女性10代後半~20代で多くなっています。
- また、梅毒の年間患者届出数は、本県では3~20人(人口10万人あたり0.16~1.07人)、

全国では 509～827 人（同 0.40～0.65 人）の範囲にあり、本県では漸増傾向を示していましたが、平成 21（2009）年をピークに平成 22（2010）年は減少しました。全国でも平成 20（2008）年をピークに減少しています。

- 性感染症については、早期発見と早期治療によって、治癒または重症化を防止することが大切です。定期的に産婦人科または泌尿器科等で検診を受けることも早期発見や予防のために有効です。

（2）課題

- 保健所における検査の普及啓発により、早期発見の推進が必要です。
- 患者およびその家族の相談・支援体制の充実を図る必要があります。

（3）めざす姿

- 県民へのエイズを含む性感染症に関する正しい知識の普及が図られることで、エイズや性感染症に対する感染の危険が回避されるとともに、H I V・性感染症の感染者・患者が早期に発見され、良質かつ適切な医療が提供されています。

（4）取組方向

取組方向 1：エイズを含む性感染症予防のための正しい知識の普及啓発の充実

取組方向 2：エイズ治療拠点病院等における医療水準の向上

（5）取組内容

取組方向 1：エイズを含む性感染症予防のための正しい知識の普及啓発の充実

- 感染リスクの高い若年層に重点を置いた、エイズを含む性感染症予防のための普及啓発を推進します。（市町、県）
- 感染者・患者への差別や偏見を解消するための啓発活動の推進と患者およびその家族への支援体制を充実します。（市町、県）

取組方向 2：エイズ治療拠点病院等における医療水準の向上

- 患者が身近な医療機関で適切な医療が受けられるよう医療水準の向上を図ります。（医療機関、県）
- H I V抗体検査をより受けやすくするために、夜間検査や迅速（即日）検査の拡大を図ります。（医療機関、保健所設置市、県）
- 相談・検査の実施にあたっては、プライバシーに配慮し、感染の不安のある人が安心して受けられる体制を充実します。（保健所設置市、県）
- エイズ治療拠点病院等の医療従事者を対象とした研修会や情報交換のための連絡会等を開催し、医療水準の向上を図ります。（医療機関、県）

4. ウイルス性肝炎対策

(1) 現状

- わが国には、B型およびC型をあわせ 300 万人を超える肝炎ウイルスの持続感染*者が存在すると推計され、ウイルス性肝炎は国内最大の感染症であるといわれています。
- ウイルス性肝炎は、自覚症状に乏しく、本人が気づかないうちに慢性肝炎から肝硬変、肝がんに進行するリスクの高い疾患です。
- 早期に感染の有無を確認し、適切な治療につなげることは、潜在患者の肝がん予防、健康長寿とQOL（生活の質）の向上の確保とともに、将来の医療費増大の抑制効果が期待できます。
- ウイルス性肝炎は、抗ウイルス作用のあるインターフェロン治療が奏効すれば、ウイルスが除去され、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患です。しかしながら、自覚症状に乏しいことや肝炎ウイルス検査の必要性やウイルス性肝炎の正しい知識の普及啓発が十分でないことから、必ずしも適切な肝炎治療につながっている状況ではないと推測されています。
- 肝炎ウイルスの感染は、輸血や母子感染、乳幼児期の集団予防接種等により広まりました。現在では献血血液の検査や母子感染対策の実施により、新たな持続感染はほぼなくなったとされています。このため、感染者は40代以上の年齢層に多くなっています。
- 人口比から単純に推計すると、本県にも約4万人の肝炎ウイルスの持続感染者が存在すると推計されます。
- 本県では、各保健所で肝炎ウイルス検査を無料で実施しています。また、各市町では健康増進法に基づき、40歳から5歳刻みの年齢の人を対象として肝炎ウイルス検診（節目検診）を実施しています。

(2) 課題

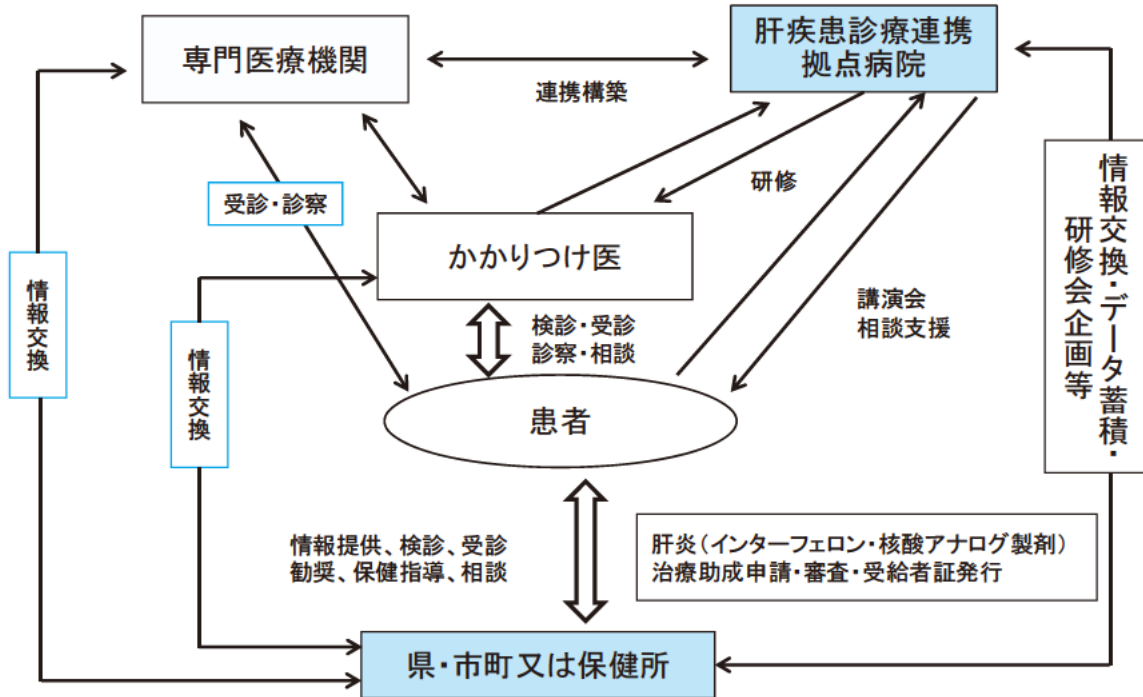
- 本県における肝炎ウイルス検診の受診率は5%程度となっており、未だ受診していない人が多いことから、肝炎ウイルス検査に関する普及啓発と検査および相談体制の充実を図る必要があります。
- 治療促進のためには、患者の負担を軽減するとともに、安心して治療が受けられる社会環境も整備していく必要があります。
- 肝炎ウイルス検査の陽性者が、適切な治療を受けられるよう、かかりつけ医と肝臓専門医が、効果的に連携が図れる体制づくりを支援していく必要があります。

(3) めざす姿

- 県民がウイルス性肝炎に関する正しい知識を持ち、感染が疑われた時は速やかに検査が受けられる環境が整備されています。また、肝炎ウイルス検査の陽性者が、適切に治療が受けられるよう、治療の経済的負担が軽減される仕組みが構築されています。

- かかりつけ医と肝臓専門医の連携による慢性肝炎の適切な治療体制が整っています。

図表 7-1-8 肝炎疾患診療ネットワーク



(4) 取組方向

- 取組方向 1：肝炎ウイルス感染予防についての普及啓発の充実
- 取組方向 2：肝炎ウイルス検査体制の充実
- 取組方向 3：肝炎に関する医療提供体制の充実
- 取組方向 4：慢性肝炎患者等への支援の推進

(5) 取組内容

取組方向 1：肝炎ウイルス感染予防についての普及啓発の充実

- 肝炎ウイルスの感染予防について、リーフレットやホームページ等、県民の身近な機会や施設を活用し、肝炎に関する正しい知識、早期発見や早期治療の意義等についての普及啓発を推進します。(事業者、医療機関、医師会、市町、県、関係機関)
- 肝炎ウイルス検査について、未受診者に対する受診勧奨を推進します。(医療機関、医師会、市町、県、関係機関)

取組方向 2：肝炎ウイルス検査体制の充実

- 肝炎ウイルス検査をより受けやすくするため、保健所での夜間検査を実施するとともに、市町での節目検診の広報を進めます。(市町、県)
- 肝炎ウイルス検査の受診者の利便性を図るため、医療機関への委託による無料検診を実施

します。(医療機関、県)

取組方向3：肝炎に関する医療提供体制の充実

- 肝疾患診療に関する医療機関の情報を積極的に収集するとともに、インターネット、広報誌等の媒体を活用して県民への情報提供を進めます。(医療機関、市町、県)
- かかりつけ医、肝疾患に関する日本肝臓病学会や日本消化器病学会の専門医が所属する専門医療機関が連携した肝疾患診療ネットワークの構築を進めます。(医療機関、医師会、県)
- 県内の肝疾患の診療ネットワークの中心的な役割を果たす肝疾患診療連携拠点病院*を指定するとともに、その活動を支援します。(医療機関、県)

取組方向4：慢性肝炎患者等への支援の推進

- ウイルス性肝炎の早期治療を促進するため、最新治療に対応したインターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療*にかかる医療費助成を実施します。(県)
- 長い療養生活における患者等の悩みや今後の病状に対する不安等について、医療機関、県、市町等における相談体制の整備を進めます。(医療機関、市町、県)

第2節 医薬品等の安全対策と薬物乱用防止

1. 医薬品等の安全対策

(1) 現状

- 疾病原因の変化や健康意識の高まりの中で、医薬品等に対する県民の関心はますます高まっています。
- 医薬品等は、私たちの健康と密接な関係を持つことから、その品質、安全性および有効性を確保するため、薬事法に基づく薬事監視員が製造業者・製造販売業者、薬局、医薬品販売業者等の監視指導を実施しています。
- 近年の健康志向の高まりを背景に、いわゆる健康食品がブームとなっていますが、これらの中には、医薬品に該当する成分を配合したり、医薬品と紛らわしい効能等の表示・広告を行ったりしている製品（無承認無許可医薬品）も少なくありません。
- 毒物劇物取扱施設においては、平常時のみならず、特に、大地震・大規模風水害等激甚災害発生時には、毒物劇物が飛散、漏出、流出等、保健衛生上の危害が発生するおそれがあります。
- 医師と薬剤師が各々の専門性を発揮するため、医師が患者の治療を行い、地域における薬局の薬剤師が医師の処方せんに基づく調剤や薬歴管理、服薬指導を行うといった医薬分業体制の整備を進めていますが、本県における医薬分業は、平成23(2011)年実績で53.6%(全国64.6%)、全国順位は37位となっています⁴。

⁴ 出典：日本薬剤師会調査

- かかりつけ薬局において、薬剤師が薬剤の相互作用、配合禁忌、重複投与等の確認、薬歴管理、服薬指導等を行うことで、薬物療法の安全性と有効性の向上を図っています。

(2) 課題

- 医薬品等は、県民が健康な生活を営む上で、必要かつ不可欠なものであることから、製造・流通・販売から服薬等に至るまでの過程において、その安全性等を確保する必要があります。
- 無承認無許可医薬品等による健康被害を未然に防止するため、監視指導を徹底する必要があります。
- 毒物劇物取扱施設において、毒物劇物の飛散、漏出、流出等による保健衛生上の危害の発生を防止するため、毒物劇物が適正に管理されることが必要です。
- 地域医療の向上に貢献できる質の高い医薬分業制度を確立するため、地域に密着した身近な薬の相談から健康づくりの支援までの役割を果たせる、かかりつけ薬局の育成が必要です。

(3) めざす姿

- 医薬品等の品質、安全性および有効性が確保され、医薬品等が適正に管理、使用されることによって、県民の健康が確保されています。
- 薬剤についての適切な情報が提供されることで、医療の質が向上しています。
- 質の高い医薬分業制度が確立され、地域医療の質が向上しています。

(4) 取組方向

- 取組方向 1：医薬品製造販売業者等に対する監視指導の強化
- 取組方向 2：無承認無許可医薬品等の監視指導の充実
- 取組方向 3：医薬品等に関する情報提供の推進
- 取組方向 4：医薬分業の推進とかかりつけ薬局の育成

(5) 取組内容

取組方向 1：医薬品製造販売業者等に対する監視指導の強化

- 医薬品等製造販売業者、薬局・医薬品販売施設等に対する監視指導を徹底することで、製造から流通までを含めた医薬品等の安全性を確保します。(県)
- 医薬品等による事故が発生した際に、保健衛生上の被害を最小限に食い止めるために必要な対応を行います。(事業者、医療機関、薬局、県)
- 毒物劇物取扱施設に対して、立入検査、講習会等を通じて毒物劇物の適正管理の指導を行います。(県)

取組方向 2：無承認無許可医薬品等の監視指導の充実

- 製品表示や広告の監視指導、買上調査の実施等、無承認無許可医薬品等の監視指導体制を充実します。(県)
- 県民が無承認無許可医薬品等についての知識を持つことで、健康被害を未然に防げるよう、啓発活動を推進します。(薬局、薬剤師会、県)

取組方向 3：医薬品等に関する情報提供の推進

- 医薬品等による健康被害を防ぐため、県民に対し医薬品等の副作用や服用方法などに関する正しい知識の情報提供を行います。(医療機関、薬局、医療関係団体、県)

取組方向 4：医薬分業の推進とかかりつけ薬局の育成

- 医薬分業のメリットが広く県民に受け入れられるよう、県民に対する普及啓発を実施します。(医療機関、薬局、医療関係団体、県)
- 地域密着型となって身近な薬の相談から健康づくりの支援までの役割を果たせる、かかりつけ薬局を育成するため、薬局関係者を対象に講習会を開催します。(薬剤師会、県)

2. 薬物乱用の防止

(1) 現状

- 薬物乱用問題は、世界的な広がりを見せ、県民の生命はもとより、社会の安全や安定を脅かすなど、深刻な社会問題の一つとなっています。
- 全国的に見ると、20代を中心とした若者の大麻乱用問題は依然として深刻であり、また、大麻の不正栽培が拡大しており、極めて憂慮すべき状況です。
- 本県においても、覚醒剤をはじめとした違法薬物の乱用が高い水準で推移しており、依然として深刻な状況です。
- 違法・脱法ドラッグ*は、麻薬・覚醒剤・大麻等には指定されていませんが、妄想、幻覚、幻聴、精神への悪影響や意識障害等の悪影響をおこすおそれがある製品であり、「合法ドラッグ」等と称して販売されています。最近では、「合法ハーブ」と称した製品の流通が広がっており、摂取による健康被害が報告されるなど、非常に危険です。
- 薬物の乱用は、乱用者個人の健康を害するばかりでなく、平和な家庭を破壊し、また、凶悪な二次犯罪を引き起こすなど大きな社会問題につながります。

(2) 課題

- 覚醒剤等を含めた薬物乱用防止に対する啓発活動を青少年を中心として全ての世代に対して行い、正しい知識を普及するとともに、規範意識の向上を目的とした取組が必要です。

(3) めざす姿

- 県民が薬物乱用の危害について十分認識し、薬物乱用を許さない意識が醸成されています。

(4) 取組方向

取組方向：薬物の乱用防止の総合的な対策の推進

(5) 取組内容

取組方向：薬物の乱用防止の総合的な対策

- 民間団体、学校、市町等と連携し、広く県民に対し薬物乱用防止の啓発活動を実施します。
(民間団体、教育機関、市町、県、関係機関)
- 小学校・中学校・高等学校等を対象に民間団体等と協力した薬物乱用防止教室を開催します。
(民間団体、教育機関、市町、県)
- 麻薬・向精神薬・覚醒剤原料等の取扱施設の立入検査を実施し、不正使用、不正流通を防止します。(県)
- こころの健康センターを薬物相談の中核とし、関係機関と連携を強めることにより薬物相談ネットワークを充実強化します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 相談応需職員の研修を行うことにより、薬物相談に総合的に対応する体制の充実を図ります。
(医療機関、市町、県、関係機関)
- 薬物乱用者に対して更正指導を行うとともに、その家族等からの相談に応じることにより、薬物乱用者およびその家族の支援を行います。(県民、県、関係機関)

第3節 その他の取組

1. 食の安全確保対策

(1) 現状

- 平成 20 (2008) 年に制定した、三重県食の安全・安心の確保に関する条例に基づき、生産から消費に至るまでの一貫した監視指導や検査体制の強化、事業者・消費者への情報提供等、総合的な食の安全の確保に取り組んでいます。

(2) 課題

- 食品衛生対策を総合的に推進しているものの、食中毒は依然として発生しているため、食品事業者の自主衛生管理の促進や消費者への啓発等の取組が必要です。
- 原子力発電所事故に起因する放射性物質による食品の汚染や牛肝臓等の生食による腸管出血性大腸菌を原因とする食中毒の発生等、食に関するさまざまな問題が発生しており、

これらの問題の危害拡大および再発防止の適正な対応が必要です。

(3) めざす姿

- 食品の製造・加工から流通消費に至る全ての過程において、安全管理の定着、高度化が図られ、食の安全・安心が確保された社会が構築されています。
- 腸管出血性大腸菌による食中毒発生等の食に関する課題に対する危機管理体制の整備が進められています。

(4) 取組方向

取組方向1：食品による事故の未然防止に向けた取組の充実

取組方向2：食品検査の充実

取組方向3：食品の適正表示の推進

(5) 取組内容

取組方向1：食品による事故の未然防止に向けた取組の充実

- 食品の安全性を確保するため、食品の製造から消費に至るまでの一貫した監視指導を行います。(県)
- HACCP* (Hazard Analysis and Critical Control Point：ハサップ) の考え方に基づく自主衛生管理体制の整備を進めます。(事業者、県)
- 食品事業者に対する正確な情報提供等を行い、正しい知識の普及啓発を図ります。(事業者、関係団体、県)

取組方向2：食品検査の充実

- 食品中の放射性物質、残留農薬、動物用医薬品等の検査を行い、その結果を安全情報としてホームページ等を通じて公表します。(県)

取組方向3：食品の適正表示の推進

- 食品の表示について、関係団体等と連携を図ることにより、情報収集や表示の適正化を図ります。(事業者、関係団体、県)

2. 生活衛生の確保対策

(1) 現状

- 理容、美容、クリーニング、公衆浴場等、生活衛生営業施設に対する営業許可や監視指導を通じて、衛生水準の確保に取り組んでいるところですが、生活衛生営業の大部分は規模が小さく経営基盤も弱いため、経営の健全化によって生活衛生水準の向上を図ることが重要となっています。

(2) 課題

- 生活衛生営業施設に対して、衛生水準の向上、消費者ニーズの多様化に伴うニーズの変化を十分に把握し、的確に対応していくことを促し、生活衛生営業の健全な発展を図る必要があります。
- 狂犬病等の動物由来感染症の発生予防とまん延防止を含め、動物による人への危害発生防止に向けた取組が必要です。

(3) めざす姿

- 理容、美容、クリーニング、公衆浴場等、生活衛生営業施設において、適切な自主管理体制が構築され、生活衛生水準が確保されています。
- 狂犬病等の動物由来感染症などによる危害発生が防止されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：生活衛生営業施設に係る監視指導の徹底

取組方向 2：生活衛生営業施設に係る事業者の自主管理の充実

取組方向 3：狂犬病等の動物由来感染症の発生予防およびまん延防止対策の充実

(5) 取組内容

取組方向 1：生活衛生営業施設に係る監視指導の徹底

- 生活衛生営業の衛生水準を確保するため、保健所による監視指導を行います。（保健所設置市、県）

取組方向 2：生活衛生営業施設に係る事業者の自主管理の充実

- 三重県生活衛生営業指導センターの行う情報提供や経営指導等を通じて、事業者の経営の安定化、健全化を推進します。（三重県生活衛生営業指導センター、県）
- 生活衛生水準の向上に向けた自主管理体制の充実を図ります。（事業者、関係団体、県）

取組方向 3：狂犬病等の動物由来感染症の発生予防およびまん延防止対策の充実

- 県獣医師会、県小動物施設管理公社等の関係団体や市町と連携し、狂犬病等の動物由来感染症の防止に向けた普及啓発を行うとともに、咬傷事故の予防を図ります。（関係団体、市町、県、関係機関）
- 動物の適正飼養について、「三重県動物愛護管理推進計画」に基づき、飼い主等に対する普及啓発を実施します。（事業者、関係団体、市町、県、関係機関）

第8章 保健医療計画の推進体制

第1節 保健医療計画の周知と情報の公表

1. 保健医療計画の周知

- 県民の皆さんが保健医療に対し、より一層の信頼と安心を実感でき、患者本位の良質かつ適切な医療が効率的に提供される体制の構築をめざして、県、市町、医療関係団体、医療機関、県民、関係機関等が、県保健医療計画の基本方針とめざす姿を理解し、互いに協力してその実現に向けて取り組んでいく必要があります。
- このため、県は、県の広報誌やホームページ等さまざまな媒体を通じて、また、県民の皆さんとの対話の場等あらゆる機会を活用して、その内容の周知を図ります。
- また、市町、医療機関および医療関係団体においても、住民や関係者に対して、計画に基づき取り組む内容の周知を図り、相互に情報を共有して計画の円滑な推進に努めるものとします。

2. 情報の公表

- 県は、計画の推進にあたり、具体的な取組内容や取組の進捗状況、目標の達成状況等について、適切に公表を行います。
- 市町、医療機関および医療関係団体においても、住民や関係者に対して、県保健医療計画に基づく取組の内容、進捗状況等について、積極的に公表を行うよう努めるものとします。

第2節 保健医療圏の推進体制

- 県保健医療計画の推進にあたっては、県全体の医療提供体制の構築はもとより、一次、二次および三次の各保健医療圏において、それぞれ関係する主体が計画の推進に適切に関与し、各保健医療圏における医療提供体制の充実をめざします。

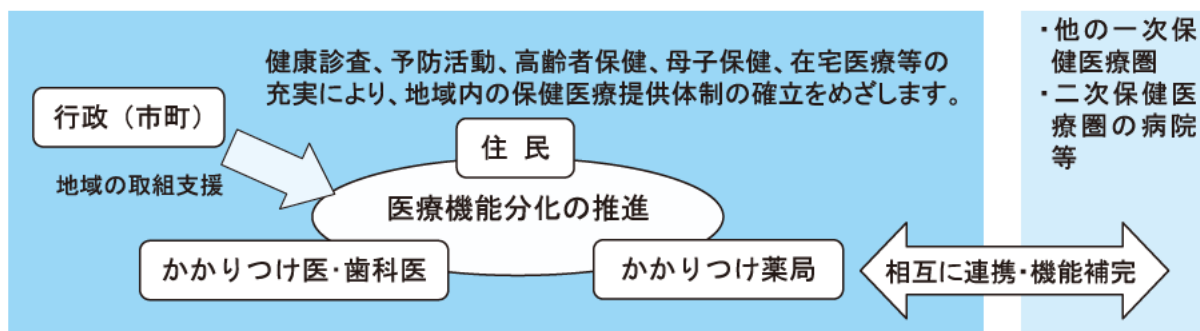
1. 一次保健医療圏における推進体制

- 市町を単位とする一次保健医療圏では、県民、市町、地域の医療機関および郡市医師会等の医療関係団体が、医療提供体制を構築する主体となります。
- 一次保健医療圏において、県民は自らの健康管理を適切に行っていくとともに、かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持ち、健康相談や軽度の病気、けがの治療、薬の処方等を受けるなど、医療提供体制が円滑に機能していくための適切な受療行動がとれるように努めます。
- 市町は、それぞれの保健福祉等に係る計画に基づき、住民の健康診査や予防活動等を行うとともに、在宅医療政策の担い手として郡市医師会等とも協力しつつ、市町における医療

提供体制の充実をめざします。

- 地域の診療所や薬局は、住民のかかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局としての役割を担うとともに、相互に、また病院等の高次の医療機関とも連携して、地域における医療提供体制の円滑な運営を支援します。
- こうした各主体の取組、連携によって、県保健医療計画における、がん等5疾病の予防、健康づくり、在宅医療等、医療機関の連携と機能分化の推進等を図ります。

図表 8-2-1 一次保健医療圏における推進体制イメージ



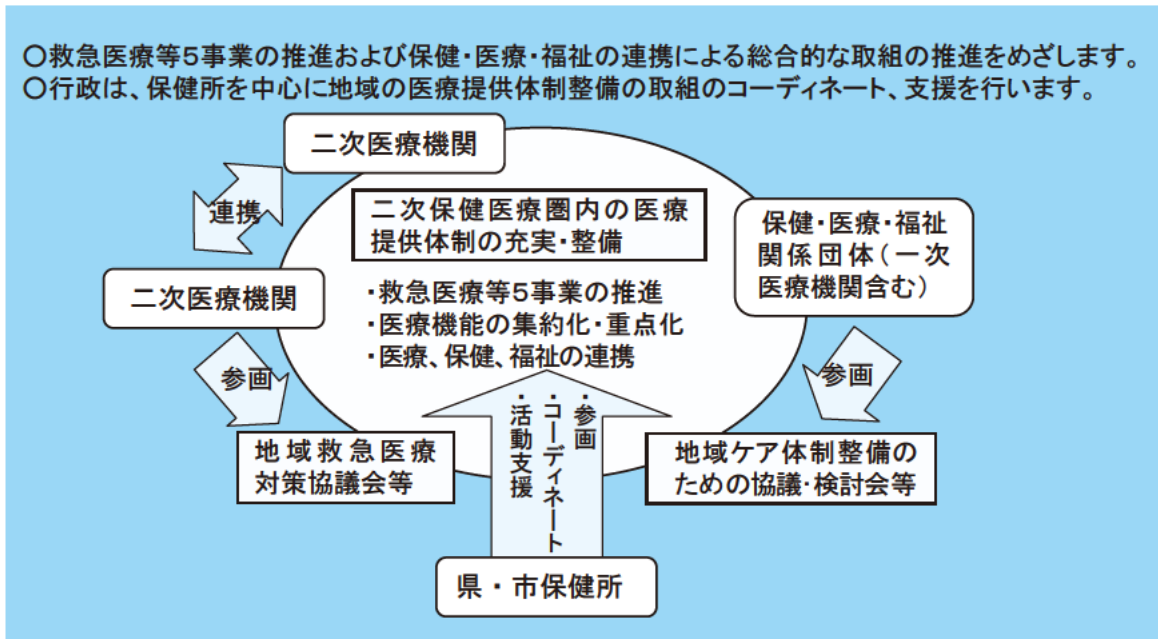
2. 二次保健医療圏における推進体制

- 二次保健医療圏は、高度かつ特殊な専門医療を除いて、県民が必要とする医療提供体制の整備をめざす圏域であり、市町の区域を越えた広域での取組とともに、医療機関においても、それぞれの役割・機能に応じた緊密な連携が求められます。このため、計画の推進にあたっては、県と市町が連携して取り組むとともに、各二次保健医療圏に設置されている県および市の保健所が中心となって、医療機関や医療関係団体の連携を促進します。
- 医療機関においても、二次救急輪番制の確立や、医療資源を効果的に活用していくための、医療機能の集約化・重点化を進めることで、地域に必要な二次医療機能の充実を図っていく必要があります。
- こうした各主体の取組により、県保健医療計画における救急医療等5事業の推進と、保健・医療・福祉の連携による地域の医療提供体制の整備・充実をめざします。

図表 8-2-2 保健所の体制

- ・ 本県には、平成 24（2012）年 4 月現在、桑名市、鈴鹿市、津市、伊賀市、松阪市、伊勢市、尾鷲市、熊野市に各 1 か所の県保健所が、さらに保健所政令市である四日市市に 1 か所、計 9 か所の保健所が設置されています。
- ・ 保健所は、地域保健法*に基づき設置されている公衆衛生にかかる唯一の専門機関であり、地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点施設です。
- ・ 保健所では、県民の健康を守り、快適な生活環境や安心できる保健医療体制を確保するため、疾病の予防、健康増進、食品衛生、環境衛生等幅広い分野にわたる業務を行っており、県保健医療計画に基づく事業の推進にあたって、重要な役割を担っています。

図表 8-2-3 二次保健医療圏における推進体制イメージ



3. 三次保健医療圏（全県）における推進体制

- 三次保健医療圏においては、県内全域を対象として、高度かつ特殊な専門医療の提供を含め、県保健医療計画に基づく医療提供体制の整備を総合的に推進します。
- このため、三重県医療審議会および三重県医療審議会の各部会を中心に、県保健医療計画全体の調整、進行管理、数値目標の達成状況の検証等を行うとともに、各二次保健医療圏における計画推進の調整・支援を行います。

図表 8-2-4 三重県医療審議会の体制

- ・ 三重県医療審議会は、医療法に基づき県が設置する附属機関です。
- ・ 三重県医療審議会では、医療機関、医療関係団体、学識経験者および県民の代表から選任された委員が、知事の諮問に応じて、本県の医療提供体制の確保に関する重要事項の審議を行うとともに、県保健医療計画の具体的な推進を図ります。
- ・ 三重県医療審議会には、病床整備に関する事項を審議する「病床整備等検討部会」、周産期医療体制の整備に関する事項を審議する「周産期医療部会」、救急医療体制の整備に関する事項を審議する「救急医療部会」、医師の確保や医療機関の連携・機能分化等に関する事項を審議する「地域医療対策部会」等の専門部会が設置され、必要に応じて、それぞれの専門的観点からの審議を行っています。

- 「みえ県民カビジョン」をはじめ、その他健康福祉に係る計画の所管部署との情報共有を図り、連携して取組を進めていくことにより、医療提供体制の総合的な推進をめざします。

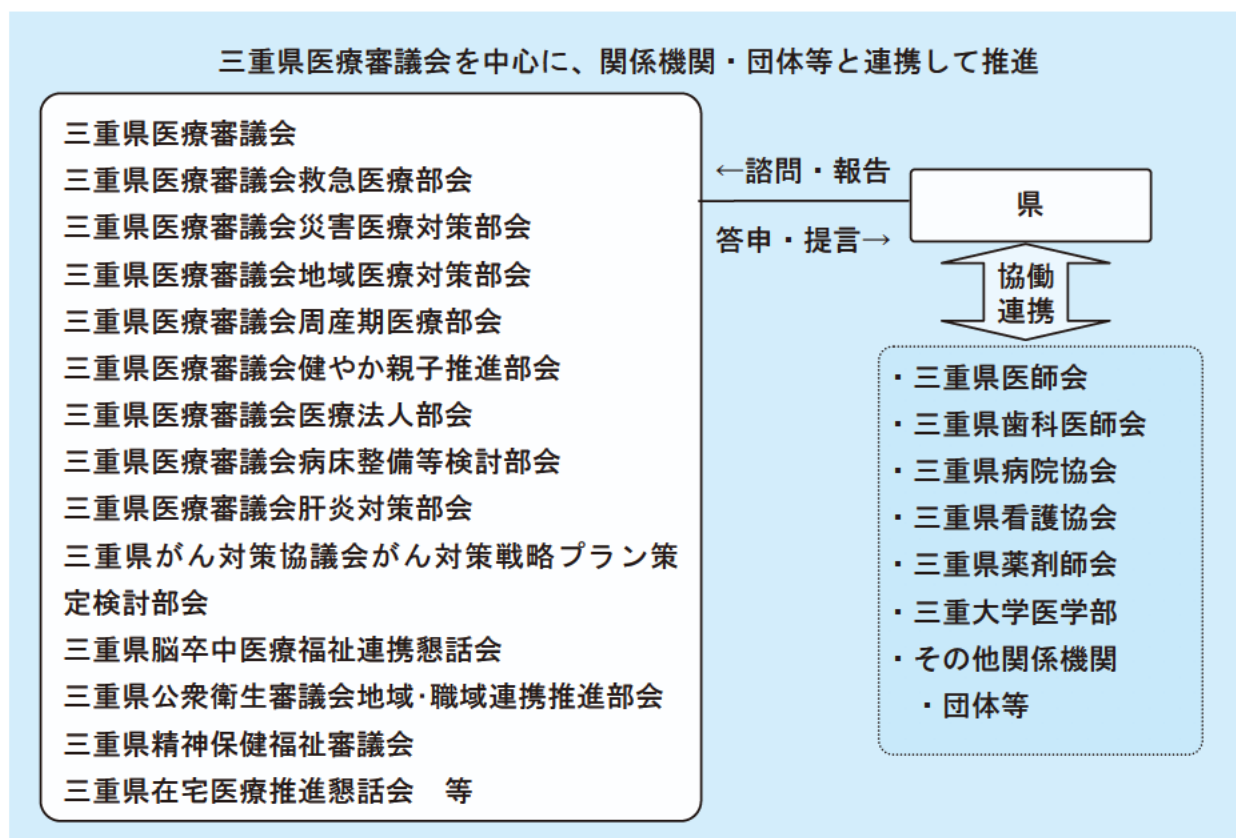
図表 8-2-5 県保健医療計画に関連する主な計画

- ・「みえ県民カビジョン」 (平成 24 年 4 月～平成 34 年 3 月)
 県政運営の基本姿勢や政策展開の方向性を示す県の戦略計画
- ・「みえ地域ケア体制整備構想」～30 年後を展望した将来ビジョン～ (平成 19 年 12 月)
 地域における介護サービス等のニーズを中長期的に推計し、施設・居住系サービスの整備の方向性や、見守り・在宅医療を含む地域ケア体制整備の方向性などを明らかにし、療養病床の再編に伴う患者・住民の不安、医療機関の懸念の解消をめざす構想
- ・「三重の健康づくり基本計画」 (平成 25 年 4 月～平成 35 年 3 月)
 健康増進法に基づく県の健康増進計画として、国の健康増進計画「健康日本 21 (第 2 次)」をふまえるとともに、三重県健康づくり推進条例の規定に基づく基本計画として、健康づくりの推進に関する施策を総合的かつ計画的に推進するために策定
- ・「第二期三重県医療費適正化計画」 (平成 25 年 4 月～平成 30 年 3 月)
 医療費適正化を推進することによる計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項を定めるために策定
- ・「みえ高齢者元気・かがやきプラン (第 5 期三重県介護保険事業支援計画・第 6 次三重県高齢者福祉計画)」 (平成 24 年 4 月～平成 27 年 3 月)
 介護保険法に基づく「三重県介護保険事業支援計画」と、老人福祉法に基づく「三重県高齢者福祉計画」を一体とした計画として策定
- ・「みえ障がい者共生社会づくりプラン (三重県障害者計画・三重県障害福祉計画)」 (平成 24 年 4 月～平成 27 年 3 月)
 障害者基本法に基づく「障害者計画」と、障害者自立支援法に基づく「障害福祉計画」を一体とした計画として策定
- ・「健やか親子いきいきプランみえ」 (平成 15 年 4 月～平成 27 年 3 月)
 今後の母子保健対策における各課題の具体的な数値目標を設定し、目標達成のための体制づくりを進めるための実施計画として策定
- ・「みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」 (平成 25 年 4 月～平成 30 年 3 月)
 「歯科口腔保健の推進に関する法律」および「みえ歯と口腔の健康づくり条例」に基づく県の計画で、県民の生涯にわたる健康増進に寄与することを目的として、本県における歯と口腔の健康づくりを総合的かつ計画的に推進するため新たに策定
- ・「第 2 次三重県自殺対策行動計画」 (平成 25 年 4 月～平成 30 年 3 月)
 「自殺対策基本法」および「自殺総合対策大綱」に基づき、本県の状況に応じた施策を総合的かつ計画的に推進するための基本的方向や重点を置くべき取組等を示すものとして策定
- ・「三重県がん対策戦略プラン第 2 次改訂」 (平成 25 年 4 月～平成 30 年 3 月)
 がん対策基本法に基づく県のがん対策推進基本計画で、国の計画を基本に、がんによる死亡者数の減少とがん患者およびその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の向上を全体目標として、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的に策定
- ・「第 11 次三重県へき地保健医療計画」 (平成 23 年 4 月～平成 28 年 3 月)
 厚生労働省が定めた「へき地保健医療計画策定指針」に基づき、へき地の現状と課題を明らかにしたうえで、地域の実情に応じた施策とその方向性を示すものとして策定

- ・「三重県周産期医療体制整備計画」 (平成 23 年 4 月～平成 28 年 3 月)
厚生労働省が定めた「周産期医療対策等実施要綱」および「周産期医療体制整備指針」に基づき、周産期医療を総合的かつ効果的に推進するための方向性を示すものとして策定
- ・「三重県地域医療再生計画」「三重県地域医療再生計画（拡充分）」
(平成 21 年 4 月～平成 26 年 3 月、平成 23 年 4 月～平成 26 年 3 月)
平成 21 年度国補正予算、平成 22 年度国補正予算に基づき、医師の不足・偏在解消への対応、救急医療の確保など地域医療の課題を解決することを目的に策定

- 県医師会、県歯科医師会、県病院協会、県看護協会および県薬剤師会等の医療関係団体、三重大学医学部、その他県内全域を対象として活動する関係機関・団体とも連携を図り、計画の推進にあたります。

図表 8-2-6 三次保健医療圏（県内全域）における推進体制イメージ



第3節 数値目標の進行管理

1. 数値目標

- 県保健医療計画の基本方針を実現していくために、5 疾病・5 事業及び在宅医療対策に係る数値目標を定め、毎年度、目標に対する取組の進捗状況を確認・検証して、県保健医療計画の着実な推進をめざします。

図表 8-3-1 県保健医療計画における数値目標（5疾病・5事業及び在宅医療）

対策・事業	数値目標	現状値	目標値
がん対策	がんによる年齢調整死亡率（75歳未満）	78.5 （▲5.5%）	全国平均よりも ▲10%以上
	がん検診受診率	胃がん 7.2% 肺がん 19.9% 大腸がん 23.4% 子宮頸がん 28.3% 乳がん 19.8%	胃がん 40%以上 肺がん 40%以上 大腸がん 40%以上 子宮頸がん 50%以上 乳がん 50%以上
	がん検診後の精密検査受診率	胃がん 71.9% 肺がん 62.7% 大腸がん 62.5% 子宮頸がん 62.0% 乳がん 76.3%	現状値以上
脳卒中対策	脳血管疾患による年齢調整死亡率	男性 45.4 女性 27.4	男性 42.2 以下 女性 26.5 以下
	特定健康診査受診率	44.0%	70%以上
	脳卒中地域連携クリティカルパス導入実施割合	17.2%	40%以上
	脳梗塞に対する t P A による脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関数	13 施設	17 施設
	人口 10 万人あたりの回復期リハビリテーションを実施できる病床数	41.5 床	50 床
急性心筋梗塞対策	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率	男性 24.0 女性 10.5	男性 20.3 以下 女性 8.3 以下
	特定健康診査受診率	44.0%	70. % 以上
	医師、理学療法士および看護師の心臓リハビリテーション指導士を配置している医療機関数	0 施設	5 施設以上
糖尿病対策	糖尿病による年齢調整死亡率	男性 6.9 女性 3.4	男性 6.0 以下 女性 3.0 以下
	糖尿病が強く疑われる人の増加率	1.24	1.06
	糖尿病による新規透析導入数	343 件	新規導入数の低減
精神疾患対策	地域精神保健福祉連携会議の設置数	0	9 会議
	退院促進委員会設置数	4 委員会	16 委員会
	高齢・長期入院患者の退院者数（1か月平均）	6 人	7 人
救急医療対策	救急医療情報システム参加医療機関数	568 機関	693 機関
	受入れ困難事例の割合	30 分以上 4.6% 4 回以上 4.1%	30 分以上 3.3% 4 回以上 3.0%
	救急搬送患者のうち、傷病程度が軽症であった人の割合	56.4%	50.0% 以下
	救急救命士が同乗している救急車の割合	59.8%	80.0% 以上
災害医療対策	県内災害拠点病院等の耐震化率	62.9%	91.4%
	救急告示医療機関の E M I S 参加割合	53.1%	100%
	地域災害医療対策会議設置数	4 地域	9 地域
	災害拠点病院の訓練参加率	83.3%	100%
へき地医療対策	へき地診療所等からの代診医派遣依頼応需率	100%	100%
	へき地診療所に勤務する常勤医師数	13 人	13 人
	三重県地域医療研修センター研修医受入数（累計数）	127 人	332 人
周産期医療対策	妊産婦死亡率	6.5	0.0
	周産期死亡率	29 位	10 位以内
	産科・産婦人科医師数（出産 1 万あたり）	93 人	110 人以上
	病院勤務小児科医師数（小児人口 1 万人あたり）	4.3 人	5.5 人以上
	就業助産師数（人口 10 万人あたり）	16.0 人	23.2 人以上
小児救急対策 小児医療対策	幼児死亡率	33.5	全国平均以下
	小児科医師数（人口 10 万人あたり）	10.8 人	12.4 人以上
	救急搬送数	2017 件	2017 件以下
	小児傷病者救急搬送時の現場滞在時間（45 分以上の割合）	0.4%	現状維持
在宅医療対策	小児の訪問診療実施機関数	7 施設	14 施設
	訪問診療件数（人口 10 万人あたり）	1,879 件	2,561 件
	24 時間体制の訪問看護ステーション従事者数のうち、看護師・准看護師数	192 人	249 人
	入院医療機関との退院時カンファレンス開催件数	27 件	162 件以上
死亡者のうち死亡場所が在宅の割合（自宅および老人ホームでの死亡）	17.6%	22.2%	

2. 数値目標の進行管理

- 数値目標については、県保健医療計画の実施期間である5年間の取組の目標としていますが、計画の初年度から最終年度に至るまで、PDCA（計画・実行・評価・改善）のサイクルに基づき、毎年度定期的に進捗状況の確認を行うとともに、三重県医療審議会および三重県医療審議会の各部会等において報告と検証を行います。
- また、目標の達成状況をふまえ、取組内容および事業の推進方法について、必要に応じて見直しを行うとともに、医療を取り巻く環境の変化や、医療制度改革等により、取組内容およびその方向性を修正・変更する必要がある場合には、三重県医療審議会等に諮り、数値目標についても見直しを行うなど、適切な進行管理を行います。
- 数値目標の達成状況等については、県のホームページ等を活用して公表します。

第4節 評価と検討

1. 保健医療計画の評価

- 県は、県保健医療計画を効果的に推進していくために、各事業の進捗状況および取組結果についての評価を、毎年度定期的に行います。
- 評価にあたっては、数値目標の達成状況に加え、数値目標に係る他県の状況や全国のすう勢も含めて分析を行うとともに、「みえ県民力ビジョン」および他の関連する計画への影響や貢献度についても考慮するなど、総合的に評価を行います。

2. 評価結果の検討

- 県は、毎年度、評価の結果を三重県医療審議会および三重県医療審議会の各部会等に報告し、その意見をふまえて、次年度以降の計画内容について検討を行い、必要に応じて三重県医療審議会等に諮りながら、計画の見直しおよび実施方法の改善等を図るものとします。
- 計画の最終年度において、数値目標の未達成および全国平均を大きく下回るような状況が生じている場合には、その要因について詳細に分析して、取組の抜本的な見直しを行い、次期県保健医療計画に反映します。

3. 評価・検討結果の公表

- 県は、県保健医療計画の評価・検討結果について、県民および関係機関に対して公表するとともに、関係機関においてもその取組結果の評価と検討を行い、県および関係者に対して報告、公表するように努めるものとします。

第9章 資料編

第1節 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針別表の指標

1. がん

がん医療に関連する指標一覧

【区分について】
 S:ストラクチャ 指標(医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標)
 P:プロセス指標 (実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標)
 O:アウトカム指標 (医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標)

※ はデータ不明もしくは指標の対象外

ステジ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較								
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州	
予防 治療 療養支援	どのくらい亡くなるか	O	悪性新生物による年齢調整死亡率(男性)	厚生労働省 (H23) *1	人口10万人あたり(人)	179.4	176.4							
			悪性新生物による年齢調整死亡率(女性)	および三重県*1	91.8	83.1								
予防	どのくらい受動喫煙防止に配慮しているか	S	敷地内禁煙をしている医療機関の割合(一般診療所)	厚生労働省 (H20) *2	%	23.0	20.0	21.0	18.0		21.1		17.8	
			敷地内禁煙をしている医療機関の割合(病院)		%	26.8	14.8	13.6	15.2		19.2		0.0	
	どのくらい健康に留意しているか	P	喫煙率(男性)	厚生労働省 (H22) *3	%	33.1	32.9							
			喫煙率(女性)		%	10.4	9.1							
	どのくらい関心があるか	P	がん検診受診率(胃がん)	厚生労働省 (H23) *4	%	9.2	7.2	8.6	7.2	5.3	10.8	2.6	4.7	
			がん検診受診率(肺がん)		%	17.0	19.9	15.1	33.3	13.7	25.9	19.2	15.9	
			がん検診受診率(大腸がん)		%	18.0	23.4	22.7	31.2	11.4	24.0	28.4	13.4	
			がん検診受診率(子宮がん)		%	23.9	28.3	33.7	26.8	23.7	22.4	26.6	20.0	
			がん検診受診率(乳がん)		%	18.3	19.8	24.0	25.8	4.6	20.6	18.4	3.4	
		P	がん検診受診率(胃がん)ドック、職場健診等を含む	厚生労働省 (H22) *5	%	23.9	23.6							
			がん検診受診率(肺がん)ドック、職場健診等を含む		%	18.6	18.4							
			がん検診受診率(大腸がん)ドック、職場健診等を含む		%	19.3	18.9							
			がん検診受診率(子宮がん)ドック、職場健診等を含む		%	24.3	25.3							
			がん検診受診率(乳がん)ドック、職場健診等を含む		%	21.2	22.5							
予防 治療	適切な治療が受けられるか	S	禁煙外来を行っている医療機関数(禁煙外来がある一般診療所)	厚生労働省 (H20) *2 *6	ヶ所	8,536	148	55	38		47		8	
			人口10万人あたり(ヶ所)	6.7	8.0	6.7	8.2		9.7		9.4			
		S	禁煙外来を行っている医療機関数(禁煙外来がある病院)	厚生労働省 (H20) *2 *6	ヶ所	1,688	15	7	4		4		0	
			人口10万人あたり(ヶ所)	1.3	0.8	0.9	0.9		0.8		0.0			
治療	適切な治療が受けられるか	S	がん診療連携拠点病院数	厚生労働省 (H24) *7 *11	ヶ所	397	6	2	2	0	2	1	0	
					人口10万人あたり(ヶ所)	3.1	3.3	2.4	4.4	0.0	4.2	4.0	0.0	
		S	放射線治療を実施している医療機関数(放射線治療病室のある病院)	厚生労働省 (H23) *8 *9	ヶ所	82	1	0	1		0		0	
					人口10万人あたり(ヶ所)	0.6	0.5	0.0	2.2		0.0		0.0	
		S	放射線治療を実施している医療機関数(放射線治療(体外照射)のある病院)	厚生労働省 (H23) *8 *9	ヶ所	767	13	5	2		5		1	
					人口10万人あたり(ヶ所)	6.0	7.0	6.0	4.4		10.5		12.3	
		S	放射線治療を実施している医療機関数(放射線治療(腔内・組織内照射)のある病院)	厚生労働省 (H23) *8 *9	ヶ所	187	2	0	2		0		0	
					人口10万人あたり(ヶ所)	1.5	1.1	0.0	4.4		0.0		0.0	
S	放射線治療を実施している医療機関数(IMRTのある病院)	厚生労働省 (H23) *8 *9	ヶ所	213	3	1	0		2		0			
			人口10万人あたり(ヶ所)	1.7	1.6	1.2	0.0		4.2		0.0			
S	外来化学療法を実施している医療機関数(外来化学療法の実施がある一般診療所数)	厚生労働省 (H23) *8 *9	ヶ所	734	18	9	5		3		1			
			人口10万人あたり(ヶ所)	5.8	9.8	10.9	10.9		6.3		12.3			

治療	適切な治療が受けられるか	S	外来化学療法を実施している医療機関数(外来化学療法室がある病院数)	厚生労働省 (H23) *8 *9	ヶ所	1,612	28	11	8		7		2
				人口10万人あたり(ヶ所)	12.7	15.2	13.3	17.5		14.7		24.6	
		S	外来化学療法を実施している医療機関数(外来化学療法加算1の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	1,461	20	9	5		4		2
				人口10万人あたり(ヶ所)	1.2	1.1	1.1	1.1		0.8		2.5	
		S	外来化学療法を実施している医療機関数(外来化学療法加算2の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	977	19	7	5		6		1
				人口10万人あたり(ヶ所)	0.8	1.0	7.0	1.1		1.3		1.3	
		S	緩和ケアチームのある医療機関数(緩和ケアチームのある病院数)	厚生労働省 (H20) *2 *12	ヶ所	612	13	4	4		5		0
				%	7.0	12.0	9.1	12.1		19.2		0.0	
			緩和ケアチームのある医療機関数(緩和ケア診療加算の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	160	1	0	0		1		0
				人口10万人あたり(ヶ所)	0.1	0.1	0.0	0.0		0.2		0.0	
		S	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数(緩和ケア病棟のある病院数)	厚生労働省 (H20) *2 *12	ヶ所	229	3	1	1		1		0
				%	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0		0.0	
			緩和ケア病棟を有する病院数・病床数(緩和ケア病棟の病床数)	厚生労働省 (H20) *2 *13	床	4,230	63	25	18		20		0
				%	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0		0.0	
			緩和ケア病棟を有する医療機関数(緩和ケア病棟入院料の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	275	4	1	1		2		0
				人口10万人あたり(ヶ所)	0.2	0.2	1.0	0.2		0.4		0.0	
		S	がんリハビリテーションを実施する医療機関数(がん患者リハビリテーション料の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	329	7	5	0		2		0
				人口10万人あたり(ヶ所)	0.3	0.4	0.6	0.0		0.4		0.0	
		S	病理診断科医師数	厚生労働省 (H22) *14 *15	人	1,515	14	5	5		4		0
				人口10万人あたり(人)	1.2	0.8	0.6	1.1		0.8		0.0	
		S	がん患者に対してカウンセリングを実施している医療機関数(がん患者カウンセリング料の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	756	16	7	5		4		0
				人口10万人あたり(ヶ所)	0.6	0.9	0.8	1.1		0.8		0.0	
		P	悪性腫瘍手術の実施件数(一般診療所)	厚生労働省 (H23) *8 *9	件	1,290	4	2	0		2		0
				人口10万人あたり(件)	1.0	0.2	0.2	0.0		0.4		0.0	
悪性腫瘍手術の実施件数(病院)	厚生労働省 (H23) *8 *9		件	50,739	557	161	207		170		19		
	人口10万人あたり(件)		40.0	30.2	19.4	45.2		35.6		23.4			
P	放射線治療の実施件数(病院)体外照射	厚生労働省 (H23) *8 *9	件	239,489	1,647	424	1,007		210		6		
		人口10万人あたり(件)	188.7	89.3	51.2	220.0		44.0		7.4			
	放射線治療の実施件数(病院)腔内・組織内照射	厚生労働省 (H23) *8 *9	件	1,386	19	0	19		0		0		
		人口10万人あたり(件)	1.1	1.0	0.0	4.2		0.0		0.0			
P	外来化学療法の実施件数(一般診療所)	厚生労働省 (H23) *8 *9	件	11,898	3,093	910	1,271		821		91		
		人口10万人あたり(件)	9.4	5.5	8.1	6.6		0.6		2.5			
	外来化学療法の実施件数(病院)	厚生労働省 (H23) *8 *9	件	197,815	102	67	30		3		2		
		人口10万人あたり(件)	155.9	167.7	109.9	277.7		171.9		112.1			

治療	適切な治療が受けられるか	P	緩和ケアの実施件数（緩和ケア病棟）	厚生労働省 (H20) *2 *12	件	70,542	1,570	572	532		466		0
			人口10万人あたり (件)	55.5	84.6	69.6	114.9		95.9		0.0		
		緩和ケアの実施件数（緩和ケアチーム）	厚生労働省 (H20) *2 *12	件	16,349	265	46	43		176		0	
			人口10万人あたり (件)	12.9	14.3	5.6	9.3		36.2		0.0		
	P	がんリハビリテーションの実施件数	NDB *15	件	6,131	199	0	0		199		0	
			人口10万人あたり (件)	4.8	10.8	0.0	0.0		41.4		0.0		
適切な治療が受けられるか	P	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等の実施件数	NDB *15	件	1,933	0							
				人口10万人あたり (件)	1.5	0.0							
治療療養支援	適切な治療が受けられるか	P	地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等の実施件数	NDB *15	件	3,314	0						
					人口10万人あたり (件)	2.6	0.0						
	適切な治療・療養支援が受けられるか	S	医療用麻薬の消費量	厚生労働省 (H22) *16	g/千人	41.7	29.1						
				医療用麻薬の処方を行っている医療機関数（一般診療所）	厚生労働省 (H20) *2 *17	ヶ所	7,824	106	48	24		31	
			医療用麻薬の処方を行っている医療機関数（病院）	厚生労働省 (H20) *2 *12	ヶ所	5,434	66	30	18		15		3
					%	61.8	61.1	68.2	54.5		57.7		60.0
療養支援	適切な療養支援が受けられるか	S	末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数（在宅末期医療総合診療科届け出施設数）	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	11,372	114	51	32		24		7
					人口10万人あたり (ヶ所)	9.0	6.2	6.2	7.0		5.1		8.8
	S	麻薬小売業免許取得薬局数	厚生労働省 (H23) *8 *18	ヶ所	36,013	455							
				人口10万人あたり (ヶ所)	28.4	24.7							
			三重県 (H24) *19	ヶ所		479	193	102		155		29	
				%		64.3	55.5	62.2		79.1		78.4	
O	がん患者の在宅死亡割合	厚生労働省 (H23) *20	%	9.8	11.7								

*1 人口動態調査
*2 医療施設調査（個票解析） 実施件数は9月中の数である。
*3 国民生活基礎調査 喫煙者数(20歳以上の男性・女性それぞれで「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数)／調査対象者数(20歳以上の男性・女性それぞれの調査対象者数)
*4 地域保健・健康増進事業報告 市区町村が実施するがん検診の受診状況(把握できず、ドックや勤務先での健診での状況は含まれていない)。なお、中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ保健医療圏を除いた数値である。
*5 国民生活基礎調査 各がん検診受診者数(各がんの検診を過去1年以内に受けた者数)／調査対象者数
*6 住民基本台帳に基づく人口(平成20年3月31日現在)による
*7 厚生労働省とりまとめ(平成24年4月1日現在)
*8 住民基本台帳に基づく人口(平成23年3月31日現在)による
*9 医療施設調査 実施件数は9月中の数である。
*10 診療報酬施設基準
*11 住民基本台帳に基づく人口(平成24年3月31日現在)による
*12 病院数に対する割合
*13 病床数に対する割合
*14 医師・歯科医師・薬剤師調査 従事する診療科名等で主たる診療科を「病理診断科」と届出をした医師数
*15 住民基本台帳に基づく人口(平成22年3月31日現在)による
*16 モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルの消費量のモルヒネ換算合計／人口×千人
モルヒネ換算合計：国際麻薬統制委員会による換算比(オキシコドン：X 1.5、フェンタニル：X 166.7)を用いて、モルヒネ換算したモルヒネ、オキシコドンおよびフェンタニルの消費量の合計。
人口：平成22年住民基本台帳人口・世帯数による。
*17 診療所数に対する割合
*18 麻薬・覚せい剤行政の概況
*19 薬局数に対する割合
*20 人口動態調査
在宅等でのがんによる死亡者数(都道府県別の死因「悪性新生物」の在宅等(介護老人保健施設、自宅、老人ホーム)での死亡者数)／がんによる死亡者数(都道府県別の死因「悪性新生物」の全死亡者数)

2. 脳卒中

脳卒中医療に関連する指標一覧

【区分について】

S:ストラクチャー指標(医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標)

P:プロセス指標(実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標)

O:アウトカム指標(医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標)

※ ー はデータ不明もしくは指標の対象外

ステージ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較							
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州
予防 救護 急性期 回復期 再発予防	どのくらい亡くなるか	O	脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性)	厚生労働省(H23) *1	人口10万人あたり(人)	47.3	45.4						
			脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性)	および 重県*1		26.3	27.4						
予防	どのくらい関心があるか	P	健康診断・健康診査の受診率	厚生労働省(H22) *2	%	67.7	69.1						
	適切な治療が受けられるか	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	厚生労働省(H23) *3	人口10万人あたり(人)	276.5	242.2						
救護	適切な治療が受けられるか	S	脳血管疾患により救急搬送された患者数	厚生労働省 医政局指導課(H20)*4	千人	23.2		0.1	0.1		0.0		0.0
		P	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	消防庁(H24) *5	分	38.1	38.0						
急性期	適切な治療が受けられるか	S	神経内科医師数	厚生労働省(H22) *6 *7	人	4,094	64	26	21	0	17	7	0
			人口10万人あたり(人)	3.2	3.5	3.1	4.6	0.0	3.5	2.8	0.0		
S	脳神経外科医師数	人	6,695	87	35	25	5	23	10	4			
		人口10万人あたり(人)	5.3	4.7	4.2	5.4	2.8	4.8	3.9	4.8			
急性期	適切な治療が受けられるか	S	救命救急センターを有する病院数	厚生労働省(H23) *8 *9	ヶ所	239	4	2	1		1		0
			人口100万人あたり(ヶ所)	1.9	2.2	2.4	2.2		2.1		0.0		
		S	脳卒中の専用病室(SCU)を有する病院数	厚生労働省(H23) *8 *9 および 重県調査(H24)*10	ヶ所	113	2	1	0	0	1	0	0
			人口100万人あたり(ヶ所)	0.9	1.1	1.2	0.0	0.0	2.1	0.0	0.0		
		S	脳卒中の専用病室(SCU)の病床数	厚生労働省(H23) *8 *9	ヶ所	677	11	3	0	0	8	0	0
			人口100万人あたり(ヶ所)	5.3	6.0	3.6	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0		
		S	脳卒中ケアユニット入院管理料の届出施設数	厚生労働省 医政局指導課(H24年1月) *10 *11	ヶ所	92.0	1.0	1.0	0		0		0
			人口100万人あたり(ヶ所)	0.7	0.5	1.2	0.0		0.0		0.0		
		S	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数(超急性期脳卒中加算の届出施設数の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課(H24年1月) *10 *11	ヶ所	736	10	5	2		3		0
			人口10万人あたり(ヶ所)	0.6	0.5	0.6	0.4		0.6		0.0		
P	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数	件	4,637	48	25	0		17.0		0			
		人口10万人あたり(件)	3.6	2.6	3.0	0.0		3.5		0.0			
P	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	件	6,361	85	36	18		31.0		0			
		人口10万人あたり(件)	5.0	4.6	4.4	3.9		6.4		0.0			

急性期	適切な治療が受けられるか	P	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	NDB *7	件	1,812	33	20	12		0.0		0
					人口10万人あたり(件)	1.4	1.8	2.4	2.6		0.0		0.0
急性期	適切なリハビリが受けられるか	P	早期リハビリテーション実施件数	NDB *7	件	561,247	5,619	2,242	1,473		1,608.0		296
					人口10万人あたり(件)	441.7	303.8	271.3	320.4		334.5		358.0
		P	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数	NDB *7	件	19,656	282	156	18		108.0		0
					人口10万人あたり(件)	15.5	15.2	18.9	3.9		22.5		0.0
急性期 回復期 維持期	適切なリハビリが受けられるか	S	リハビリテーションが実施可能な医療機関数(脳血管疾患等リハビリテーション料(I)の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	2,356	24	11	6		5		2
					人口10万人あたり(ヶ所)	1.9	1.3	1.3	1.3		1.1		2.5
		S	リハビリテーションが実施可能な医療機関数(脳血管疾患等リハビリテーション料(II)の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	1,801	36	13	16		7		0
					人口10万人あたり(ヶ所)	1.4	2.0	1.6	3.5		1.5		0.0
		S	リハビリテーションが実施可能な医療機関数(脳血管疾患等リハビリテーション料(III)の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	2,950	49	18	16		12		3
					人口10万人あたり(ヶ所)	2.3	2.7	2.2	3.5		2.5		3.8
急性期 回復期	どのくらいで日常生活に戻れるのか	O	退院患者平均在院日数	厚生労働省 (H23) *12	日	97.4	104.9	101.6	100.6		136.6		50.6
回復期	適切なリハビリが受けられるか	P	地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数	NDB *7	件	13,799	215	120	51		44.0		0
					人口10万人あたり(件)	10.9	11.6	14.5	11.1		9.2		0.0
	どのくらいの方が復帰できるのか	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	厚生労働省 医政局指導課 (H20) *4	%	57.7	58	62.4	58.1		55.0		43.5
維持期	どのくらい在宅で亡くなるか	O	脳血管疾患患者の在宅死亡割合	厚生労働省 (H23) *13	%	19.2	24.4						

*1 人口動態調査

*2 国民生活基礎調査 健診受診者数(過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数)/調査対象者数(同調査の40歳~74歳の対象者数)

*3 患者調査(傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を基準人口で補正した値)

*4 患者調査の特別集計(個票解析)

*5 救急・救助の現況

*6 医師・歯科医師・薬剤師調査 従事する診療科名等で主たる診療科を「神経内科」あるいは「脳神経外科」と届出をした医師数

*7 住民基本台帳に基づく人口(平成22年3月31日現在)による

*8 医療施設調査

*9 住民基本台帳に基づく人口(平成23年3月31日現在)による

*10 診療報酬施設基準

*11 住民基本台帳に基づく人口(平成24年3月31日現在)による

*12 患者調査

*13 人口動態調査 在宅等での脳血管疾患による死亡者数(都道府県別の死因「脳血管疾患」の在宅等(介護老人保健施設、自宅、老人ホーム)での死亡者数)/脳血管疾患による死亡者数(都道府県別の死因「脳血管疾患」の全死亡者数)

3. 急性心筋梗塞

急性心筋梗塞医療に関連する指標一覧

【区分について】

S:ストラクチャー指標(医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標)

P:プロセス指標(実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標)

O:アウトカム指標(医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標)

※ — はデータ不明もしくは指標の対象外

ステージ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較							
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州
予防 救護 急性期 回復期 再発予防	どのくらい亡くなるか	O	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(男性)	厚生労働省(H23) *1	人口10万人あたり(人)	20.3	24.0						
			急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(女性)	*1および 重県*1		8.3	10.5						
予防	適切な治療が受けられるか	S	禁煙外来を行っている医療機関数(禁煙外来がある一般診療所)	厚生労働省(H20) *2 *3	ヶ所	8,536	148	55	38		47		8
			人口10万人あたり(ヶ所)	6.7	8.0	6.7	8.2		9.7		9.4		
		S	禁煙外来を行っている医療機関数(禁煙外来がある病院)	厚生労働省(H20) *2 *3	ヶ所	1,688	15	7	4		4		0
		人口10万人あたり(ヶ所)	1.3	0.8	0.9	0.9		0.8		0.0			
		P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	厚生労働省(H23) *4	人口10万人あたり(人)	276.5	242.2						
	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	厚生労働省(H23) *5	人口10万人あたり(人)	63.1	63.9							
	P	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	厚生労働省(H23) *6	人口10万人あたり(人)	98.3	93.2							
	P	健康診断・健康診査の受診率	厚生労働省(H22) *7	%	67.7	69.1							
	どのくらい健康に留意しているか	P	喫煙率(男性)	厚生労働省(H22) *8	%	33.1	32.9						
			喫煙率(女性)		%	10.4	9.1						
救護	適切な治療が受けられるか	S	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	厚生労働省 医政局指導課(H20) *9	千人	21.2		0.1	0.1		0.0		0.0
			人口100万人あたり(人)	0.2		0.1	0.2		0.0		0.0		
		P	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	消防庁(H24) *10	分	38.1	38.0						
P	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	消防庁(H24) *10	件	1,433	19								
急性期	適切な治療が受けられるか	S	循環器内科医師数	厚生労働省(H22) *11 *12	人	10,829	120	50	40	6	30	12	0
					人口10万人あたり(人)	8.5	6.5	6.0	8.7	3.4	6.2	4.7	0.0
		S	心臓血管外科医師数	厚生労働省(H22) *11 *12	人	2,812	33	8	16	2	9	1	0
					人口10万人あたり(人)	2.2	1.8	1.0	3.5	1.1	1.9	0.4	0.0
		S	救命救急センターを有する病院数	厚生労働省(H23) *13 *14	ヶ所	239	4	2	1		1		0
					人口100万人あたり(ヶ所)	1.9	2.2	2.4	2.2		2.1		0.0
		S	心筋梗塞の専用病室(CCU)を有する病院数	厚生労働省(H23) *13 *14	ヶ所	350	14	4	3		6		1
					人口10万人あたり(ヶ所)	0.3	0.8	0.5	0.7		1.3		1.2
		S	心筋梗塞の専用病室(CCU)を有する病院の病床数	厚生労働省(H23) *13 *14	ヶ所	1,772	50	20	8		19		3
					人口10万人あたり(ヶ所)	1.4	2.7	2.4	1.7		4.0		3.7
S	大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数(大動脈バルーンパンピング法(IABP)の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課(H24年1月) *15 *16	ヶ所	1,641	25	11	7		6		1		
			人口10万人あたり(ヶ所)	1.3	1.4	11.0	1.5		1.3		1.3		
P	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術件数	NDB *12	件	36,483	525	193	148		176		0		
			人口10万人あたり(件)	28.7	28.4	23.4	32.2		36.6		0.0		

急性期	適切な治療が受けられるか	P	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	NDB *12	件	8,098	141	62	23		56		0
					人口10万人あたり(件)	6.4	7.6	7.5	5.0		11.6		0.0
急性期回復期	適切なリハビリが受けられるか	S	心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数(心大血管リハビリテーション料(I)の届出施設数)	厚生労働省医政局指導課(H24年1月)*15 *16	ヶ所	581	6	1	4		1		0
					人口10万人あたり(ヶ所)	0.5	0.3	0.1	0.9		0.2		0.0
	S	心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数(心大血管リハビリテーション料(II)の届出施設数)	厚生労働省医政局指導課(H24年1月)*15 *16	ヶ所	98	2	0	2		0		0	
				人口10万人あたり(ヶ所)	0.1	0.1	0.0	0.4		0.0		0.0	
	どのくらいで日常生活に戻れるのか	O	退院患者平均在院日数	厚生労働省(H23)*17	日	9.4	15.1	24.8	10.8		4.1		3.9
回復期	どのくらいの方が復帰できるのか	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	厚生労働省医政局指導課(H20)*9	%	92.8	95.2	94.5	93.6		97.4		69.2

- *1 人口動態調査
*2 医療施設調査(個票解析)
*3 住民基本台帳に基づく人口(平成20年3月31日現在)による
*4 患者調査(傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を基準人口で補正した値)
*5 患者調査(傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を基準人口で補正した値)
*6 患者調査(傷病大分類「糖尿病」の都道府県別受療率を基準人口で補正した値)
*7 国民生活基礎調査 健診受診者数(過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数)/調査対象者数(同調査の40歳~74歳の対象者数)
*8 国民生活基礎調査 喫煙者数(20歳以上の男性・女性それぞれで「毎日吸っている」「ときどき吸っている」の合計人数)/調査対象者数(20歳以上の男性・女性それぞれの調査対象者数)
*9 患者調査の特別集計(個票解析)
*10 救急・救助の現況
*11 医師・歯科医師・薬剤師調査 従事する診療科名等で主たる診療科を「循環器内科」あるいは「心臓血管外科」と届出をした医師数
*12 住民基本台帳に基づく人口(平成22年3月31日現在)による
*13 医療施設調査
*14 住民基本台帳に基づく人口(平成23年3月31日現在)による
*15 診療報酬施設基準
*16 住民基本台帳に基づく人口(平成24年3月31日現在)による
*17 患者調査

4. 糖尿病

糖尿病医療に関連する指標一覧

【区分について】

S:ストラクチャー指標 (医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標)

P:プロセス指標 (実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標)

O:アウトカム指標 (医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標)

※ — はデータ不明もしくは指標の対象外

ステージ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較							
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州
初期・安定期治療 専門治療 急性増悪時治療 慢性合併症治療	どのくらい亡くなるか	O	糖尿病による年齢調整死亡率 (男性)	厚生労働省 (H22) *1	人口10万人あたり (人)	6.7	6.7						
			糖尿病による年齢調整死亡率 (女性)			3.3	3.4						
		O	糖尿病による年齢調整死亡率 (男性)	三重県 (H23) *2	人口10万人あたり (人)		6.9						
			糖尿病による年齢調整死亡率 (女性)				3.4						
初期・安定期治療	どのくらい関心があるか	P	健康診断・健康診査の受診率	厚生労働省 (H22) *3	%	67.7	69.1						
	適切な治療が受けられるか	S	糖尿病内科 (代謝内科) の医師数	厚生労働省 (H22) *4 *5	人	3,488	19	8	10	0	1	0	0
			人口10万人あたり (人)		2.7	1.0	1.0	2.2	0.0	0.2	0.0	0.0	
		S	糖尿病内科 (代謝内科) を標榜する医療機関数 (診療所)	厚生労働省 (H20) *6 *7	ヶ所	129	2	2	0		0		0
			人口10万人あたり (ヶ所)		0.1	0.1	0.2	0.0		0.0		0.0	
			糖尿病内科 (代謝内科) を標榜する医療機関数 (病院)	厚生労働省 (H20) *6 *7	ヶ所	390	2	2	0		0		0
人口10万人あたり (ヶ所)		0.3	0.1	0.2	0.0		0.0		0.0				
P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	厚生労働省 (H23) *8	人口10万人あたり (人)	276.5	242.2								
専門治療 急性増悪時治療 慢性合併症治療	どのくらいで日常生活に戻れるのか	O	退院患者平均在院日数	厚生労働省 (H23) *9	日	35.1	35.6	21.0	61.5		17.8	15.2	
慢性合併症治療	適切な治療が受けられるか	S	糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数 (糖尿病合併症管理料の届出施設数)	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *10 *11	ヶ所	1,583	27	12	7		7.0		1
			人口10万人あたり (ヶ所)		1.2	1.5	1.4	1.5		1.5		1.3	

*1 都道府県別年齢調整死亡率 (業務・加工統計)

*2 人口動態調査

*3 国民生活基礎調査健診受診者数 (過去1年間に健康診断を受けた40歳~74歳の者の数) / 調査対象者数 (同調査の40歳~74歳の対象者数)

*4 医師・歯科医師・薬剤師調査 従事する診療科名等で「糖尿病内科 (代謝内科)」と届出をした医師数

*5 住民基本台帳に基づく人口 (平成22年3月31日現在) による

*6 医療施設調査 (個票解析) 主たる診療科目で「糖尿病内科 (代謝内科)」を標榜している施設数と単科で「糖尿病内科 (代謝内科)」を標榜している施設数の合計

*7 住民基本台帳に基づく人口 (平成20年3月31日現在) による

*8 患者調査 (傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を基準人口で補正した値)

*9 患者調査

*10 診療報酬施設基準

*11 住民基本台帳に基づく人口 (平成24年3月31日現在) による

5. 精神疾患

精神疾患医療に関連する指標一覧

【区分について】

S:ストラクチャー指標(医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標)
 P:プロセス指標(実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標)
 O:アウトカム指標(医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標)

※ーはデータ不明もしくは指標の対象外

ステージ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較									
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州		
全般	どのくらい亡くなっているか	O	自殺死亡率	厚生労働省 (H23) *1	人口10万人あたり(人)	22.9	19.8								
予防・アクセス(うつ病を含む)	適切な指導・相談が受けられるか	S	かかりつけ医等心の健康対応力向上研修回数	三重県 (H23)	回		4								
			かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数	三重県 (H23)	人		56.0								
		S	かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数	厚生労働省 (H22) *2	人	3,126	40								
			かかりつけ医認知症対応力向上研修 平成18年～22年の累計参加者数	厚生労働省 (H22) *2	人	29,150	304								
		P	精神保健福祉センターにおける相談等の活動(相談の実人員)	厚生労働省 (H23) *3 *4	人	23,276	76								
			人口10万人あたり(人)		18.3	4.1									
		P	精神保健福祉センターにおける相談等の活動(相談の延人員)	厚生労働省 (H23) *3 *4	人	129,674	281								
			人口10万人あたり(人)		102.2	15.2									
		P	精神保健福祉センターにおける相談等の活動(地域住民への講演・交流会開催回数)	厚生労働省 (H23) *3 *4	回	1,842	7								
			人口10万人あたり(回)		1.5	0.4									
		P	精神保健福祉センターにおける相談等の活動(地域住民への講演・交流会の延人員)	厚生労働省 (H23) *3 *4	人	123,218	1,733								
			人口10万人あたり(人)		97.1	94.0									
		P	精神保健福祉センターにおける訪問指導の実人員	厚生労働省 (H23) *3 *4	人	1,994									
			人口10万人あたり(人)		1.6										
P	精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人員	厚生労働省 (H23) *3 *4	人	7,529											
	人口10万人あたり(人)		5.9												
どのくらいの人が利用しているか	P	保健所および市町村が実施した精神保健福祉相談の被指導実人員	厚生労働省 (H22) *5 *6	人	295,194	1,641									
		人口10万人あたり(人)		232.3	88.7										
	P	保健所および市町村が実施した精神保健福祉相談の被指導延人員	厚生労働省 (H22) *5 *6	人	797,761	3,846									
		人口10万人あたり(人)		627.9	207.9										
P	保健所および市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員	厚生労働省 (H22) *5 *6	人	126,310	936										
	人口10万人あたり(人)		99.4	50.6											
P	保健所および市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導延人員	厚生労働省 (H22) *5 *6	人	320,359	2,760										
	人口10万人あたり(人)		252.1	149.2											
	どのくらい悩みやストレスがあるか	O	こころの状態(悩みやストレスのある人の割合)	厚生労働省 (H22) *7	%	46.5	46.2								

治療・回復・社会復帰(うつ病を含む)	適切な治療が受けられるか	S	精神科を標榜する病院数	厚生労働省(H20) *8 *9	件	1,539	22	7	5	—	9	—	1
				%	17.5	20.4	15.9	15.2	—	34.6	—	20.0	
		S	精神科を標榜する診療所数	厚生労働省(H20) *10 *11	件	2,585	32	12	15	—	3	—	2
				%	2.6	2.2	2.0	3.6	—	0.8	—	2.7	
		S	精神科病院数	厚生労働省(H23) *9 *12	件	1,076	13	7	5	—	0	—	1
				%	12.5	12.7	16.3	16.1	—	0.0	—	20.0	
		S	精神科病院の従事者数(精神科病院の医師数)	厚生労働省(H23) *4 *13	人	8,832	134						
				人口10万人あたり(人)	7.0	7.3							
		S	精神科訪問看護を提供する病院数	厚生労働省(H23) *4 *14	件	899	12	5	3		3		1
				人口10万人あたり(件)	0.7	0.7	0.6	0.7		0.6		1.2	
		S	精神科訪問看護を提供する診療所数	厚生労働省(H23) *4 *14	件	390	4	1	1		2		0
				人口10万人あたり(件)	0.3	0.2	0.1	0.2		0.4		0.0	
		P	精神科地域移行実施加算の届出施設数	厚生労働省医政局指導課(H24年1月) *15 *16	件	374	7	2	1		3		1
				人口10万人あたり(件)	0.3	0.4	0.2	0.2		0.6		1.3	
P	非定型抗精神病薬加算1(2種類以下)の算定件数	NDB *6	件	295,286	5,246	2,746	1,837		357		306		
		人口10万人あたり(件)	232.4	283.6	332	400		74		370			
どのくらいの人を利用しているか		P	精神障害者社会復帰施設(入所系)の利用実人員数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(H22) *17 *18	人	5,185	74						
				精神科入院患者千人あたり(人)	16.8	16.4							
		P	精神障害者社会復帰施設(通所系)の利用実人員数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(H22) *17 *18	人	6,002	54						
				精神科入院患者千人あたり(人)	19.4	12.0							
		P	精神障害者手帳交付数	厚生労働省(H23) *4 *19	件	605,514	8,033						
				人口10万人あたり(件)	477.1	435.6							
		P	精神科ショート・ケアの利用者 延人数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(H22) *6 *17	人	41,879	874						
				人口10万人あたり(人)	33.0	47.3							
		P	精神科ショート・ケアの利用者 実人数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(H22) *6 *17	人	10,763	223						
				人口10万人あたり(人)	8.5	12.1							
		P	精神科デイ・ケアの利用者 延人数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(H22) *6 *17	人	550,259	9,921						
				人口10万人あたり(人)	433.1	536.4							
		P	精神科デイ・ケアの利用者 実人数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(H22) *6 *17	人	58,471	1,091						
				人口10万人あたり(人)	46.0	59.0							
P	精神科ナイト・ケアの利用者 延人数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(H22) *6 *17	人	12,584	124								
		人口10万人あたり(人)	9.9	6.7									
P	精神科ナイト・ケアの利用者 実人数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(H22) *6 *17	人	1,795	28								
		人口10万人あたり(人)	1.4	1.5									

治療・回復・社会復帰 (うつ病を含む)	どのくらいの人が利用しているか	P	精神科デイ・ナイト・ケアの利用者 延人数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *6 *17	人	160,762	8,584													
			人口10万人あたり(人)	126.5	464.1															
		P	精神科デイ・ナイト・ケアの利用者 実人数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *6 *17	人	11,739	579													
			人口10万人あたり(人)	9.2	31.3															
		P	重度認知症患者デイ・ケアの利用者 延人数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *6 *17	人	77,798	629													
			人口10万人あたり(人)	61.2	34.0															
		P	重度認知症患者デイ・ケアの利用者 実人数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *6 *17	人	5,842	53													
			人口10万人あたり(人)	4.6	2.9															
		P	精神科訪問看護の利用者数(単科精神科病院)	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *6 *17	人	31,368	371													
		P	人口10万人あたり(人)	24.7	20.1															
精神科訪問看護の利用者数(単科精神科病院以外)	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *6 *17		人	7,054	171															
P	人口10万人あたり(人)	5.6	9.2																	
	精神科訪問看護の利用者数(「精神科」「神経科」を標榜する診療所)	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *6 *17	人	7,834	122															
P	人口10万人あたり(人)	6.2	6.6																	
	精神科訪問看護の利用者数(精神病床を有しない病院の「精神科」「神経科」外来)	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *6 *17	人	557	0															
P	人口10万人あたり(人)	0.4	0.0																	
	精神科訪問看護の利用者数(精神保健福祉センター)	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *6 *17	人	15	0															
P	人口10万人あたり(人)	0.01	0.0																	
	治療・回復・社会復帰 (うつ病を含む) 精神科救急・身体合併症・専門医療	どのくらいで退院しているか	O	1年未満入院者の平均退院率	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *20	%	71.4	72.1												
O			在院期間1年以上かつ65歳以上の退院患者数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *6 *21	人	2,507	26													
					65歳以上人口10万対(人)	87.0	58.4													
O			3ヶ月以内再入院率	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *22	%	17.0	16.3													
O	認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率	厚生労働省 (H22) *23	%	29.4	13.7															
どのくらいで日常生活に戻れるのか	O	退院患者平均在院日数(施設所在地別)	厚生労働省 (H23) *24	日	304.1	344.0	291.0	161.1					810.9					263.7		
	O	退院患者平均在院日数(患者住所地別)	厚生労働省 (H23) *24	日	296.1	339.3														
	O	認知症の退院患者平均在院日数(施設所在地別)	厚生労働省医政局指導課 (H20) *25	日	342.7	308.3														
精神科救急・身体合併症・専門医療	適切な治療が受けられるか	S	精神科救急医療施設数	厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課 (H22) *2 *6	件	1,050	13													
					人口10万人あたり(件)	0.8	0.7													
		S	精神医療相談窓口の開設状況	厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課 (H22) *2				開設												
			精神科救急情報センターの開設状況	厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課 (H22) *2				開設												
S	精神科救急入院料の届出施設数	厚生労働省医政局指導課 (H24年1月) *15 *16	件	95	3	2	1					0						0		
			人口10万人あたり(件)	0.1	0.2	0.2	0.2					0.0							0.0	

精神科救急・身体合併症・専門医療	適切な治療が受けられるか	S	精神科急性期治療病棟入院料1の届出施設数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *15 *16	件	286	7	3	3		0		1	
				人口10万人あたり (件)	0.2	0.4	0.4	0.7		0.0		1.3		
		S	精神科急性期治療病棟入院料2の届出施設数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *15 *16	件	22	0	0	0			0		0
				人口10万人あたり (件)	0.02	0.0	0.0	0.0		0.0		0.0		
		S	精神科救急医療体制を有する病院数	厚生労働省 (H23) *14 *26	件	965	15							
					%	35.9	42.9							
		S	精神科救急医療体制を有する診療所数	厚生労働省 (H23) *14 *27	件	138	1	0.0	1			0		0
					%	4.7	3.0							
		S	認知症疾患医療センター数 (基幹型)	厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 (H24年8月) *2 *16	件	7	1							
					人口100万人あたり (件)	0.1	0.5							
		S	認知症疾患医療センター数 (地域型)	厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 (H24年8月) *2 *16	件	164	3							
					人口100万人あたり (件)	1.3	1.6							
		P	精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数	厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 (H22) *2	件	40,049	760							
					件	15,666.0	333.0							
					%	39.1	43.8							
		S	精神科救急・合併症対応施設数	厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 (H22) *28	件	2	0							
		S	救命救急センターで「精神科」を有する施設数	厚生労働省 (H23) *4 *29	件	206	4							
					人口100万人あたり (件)	1.6	2.2							
		S	入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する病院数	厚生労働省 (H23) *30 *31	件	778	12							
					%	20.2	21.4							
S	精神病床を有する 般病院数	厚生労働省 (H23) *32 *33	件	578	5									
			%	7.7	4.9									
P	副傷病に精神疾患を有する入院患者の割合	厚生労働省 (H20) *25 *34	人	189	2	1	1			1		0		
			%	14.2	14.0	12.1	14.5		15.5		20.7			
P	副傷病に精神疾患を有する外来患者の割合	厚生労働省 (H20) *25 *35	人	79	1									
			%	5	3									
P	精神科身体合併症管理加算の算定件数	NDB *6	件	33,974	403	230	100			0		67		
			人口10万人あたり (件)	26.7	21.8	27.8	21.8		0.0		81.0			
S	児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *15 *16	件	23	0	0	0			0		0		
			人口10万人あたり (件)	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0		0.0			

精神科救急・ 身体合併症・ 専門医療	適切な治療が受けられるか	S	小児入院医療管理料5を算定している病院数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *15 *16 および 重県調査	ヶ所	131	3	1	2		0		0
					人口10万人あたり(ヶ所)	0.1	0.2	0.1	0.4		0.0		0.0
		S	重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療機関数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *15 *16	件	196	2	0	1		1		0
					人口10万人あたり(件)	0.2	0.1	0.0	0.2		0.2		0.0
		S	医療観察法指定通院 病院数	厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 (H23) *2 *4	件	364	4						
				人口10万人あたり(件)	0.3	0.2							
	S	医療観察法指定通院 診療所数	厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 (H23) *2 *4	件	22	0							
				人口10万人あたり(件)	0.02	0.00							
	P	在宅通院精神療法の20歳未満加算の算定件数	NDB *6	件	357,724	6,201	1,997	3,773		292		139	
				人口10万人あたり(件)	281.5	335.2	241.6	820.7		60.7		168.1	
		どのくらいの人を利用しているか	P	精神科救急情報センターへの相談件数	厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 (H22) *2 *6	件	49,778	158					
						人口10万人あたり(件)	39.2	8.5					
	どのくらい患者がいるか	P	年間措置患者数	厚生労働省 (H23) *3 *4	人	5,818	70						
					人口10万人あたり(人)	4.6	3.8						
		P	医療保護入院患者数	厚生労働省 (H23) *3 *4	人	202,500	3,216						
					人口10万人あたり(人)	159.5	174.4						
		P	保護室の隔離の実施患者数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *17 *18	人	9,132	127						
					精神科入院患者千人あたり(人)	29.6	28.2						
	P	身体拘束の実施患者数	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (H22) *17 *18	人	8,930	43							
					精神科入院患者千人あたり(人)	28.9	9.5						

*1 人口動態調査
*2 厚生労働省 障害保健福祉部精神・障害保健課による特別集計
*3 衛生行政報告例
*4 住民基本台帳に基づく人口（平成23年3月31日現在）による
*5 地域保健・健康増進事業報告
*6 住民基本台帳に基づく人口（平成22年3月31日現在）による
*7 国民生活基礎調査
*8 医療施設調査（個票解析） 一般病院のうち、診療科目で「精神科」を標榜している施設数
*9 病院数に対する割合
*10 医療施設調査（個票解析） 主たる診療科目で「精神科」を標榜している施設数と単科で「精神科」を標榜している施設数の合計
*11 診療所数に対する割合
*12 医療施設調査 許可病床数等で「精神病床」のみを有する施設数（「精神科病院」の数）
*13 病院報告 常勤換算の人数である。
*14 医療施設調査
*15 診療報酬施設基準
*16 住民基本台帳に基づく人口（平成24年3月31日現在）による
*17 精神保健福祉資料（平成22年度6月30日調査の概要）
*18 同調査の精神科病院在院患者数による
*19 衛生行政報告例 平成22年度未現在の数
*20 精神保健福祉資料 1年未満入院者の平均退院率（%）＝100－平均残存率
*21 精神保健福祉資料 6月退院患者の状況 65歳以上入院1年以上の退院患者数 ※平成24年調査開始以降は5年以上の退院患者数により集計予定
*22 精神保健福祉資料 平成21年6月1ヶ月間の入院患者数、および入院患者のうち平成21年3月～5月の間に入院歴のある患者数／6月1ヶ月間の入院患者数×100
*23 精神保健福祉資料 認知症治療病棟の平成21年6月～8月の月別退院患者数の合計／認知症治療病棟の平成21年6月1ヶ月間の入院患者数×100
*24 患者調査
*25 患者調査（個票解析） 医政局指導課による特別集計
*26 精神科を標榜する病院数に対する割合
*27 精神科を標榜する診療所数に対する割合
*28 精神科救急医療施設のうち身体合併症対応病院数
*29 医療施設調査 「精神科」を標榜している施設で、「救命救急センター」の施設数
*30 医療施設調査 「精神科」を標榜している施設で、「入院を要する救急医療体制」のある病院数
*31 同調査の救急告示病院に対する割合
*32 医療施設調査 「精神病床」を有する病院数
*33 同調査の 一般病院に対する割合
*34 病院の推計入院患者数のうち、副傷病に精神疾患を有する患者数の割合
*35 病院の推計外来患者数のうち、副傷病に精神疾患を有する患者数の割合

6. 救急医療

救急医療に関連する指標一覧

【区分について】

S:ストラクチャー指標 (医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標)

P:プロセス指標 (実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標)

O:アウトカム指標 (医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標)

※ — はデータ不明もしくは指標の対象外

ステージ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較									
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州		
救護 救命医療 入院救急 医療 初期救急 医療	適切な治療が受けられるか	O	心肺機能停止患者の1ヶ月後の生存率	消防庁 (H24) *1 *2	%	11.4	9.6								
			心肺機能停止患者の1ヶ月後の社会復帰率	消防庁 (H24) *1 *2	%	7.2	5.6								
救護	住民による病院前救護活動の体制が整っているか	S	住民の救急蘇生法講習の受講率	消防庁 (H24) *1 *3	人口1万人あたり(人)	111	121								
			AEDの公共施設における設置台数	重県 (H21) *4	ヶ所		1,413								
				人口10万人あたり(ヶ所)		76									
	消防による病院前救護活動の体制が整っているか	S	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	消防庁 (H24) *1	件	1,433	19								
			救急救命士の数	消防庁 (H24) *1 *5	人	22,067	349								
				人口10万人あたり(人)	18.1	19.7									
			救急車の稼働台数	消防庁 (H24) *1 *5	台	6,054	118								
				人口10万人あたり(人)	4.8	6.4									
			救急救命士が同乗している救急車の割合	消防庁 (H24) *1 *6	%	83.1	59.8								
			地域メディカルコントロール協議会の開催回数	重県 *7	回										
救護 救命医療 入院救急 医療	適切な治療が受けられるか	P	救急患者搬送数	消防庁 (H24) *1 *8	人	5,178,862	78,890								
				人口10万人あたり(人)	4,080.3	4,277.5									
			救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	消防庁 (H24) *1	分	38.1	38.0								
			救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上かかった件数、全搬送件数に占める割合(受け入れ困難事例)	消防庁 (H24) *9 *10	件	21,794	390								
	%	4.9	4.6												
	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った件数、全搬送件数に占める割合(受け入れ困難事例)	消防庁 (H24) *9 *10	件	17,281	347										
	%	3.9	4.1												
救命医療	高度な医療を要する救急患者に対応できるか	S	救命救急センター数	厚生労働省 (H23) *8 *11 *12	ヶ所	239	4	2	1		1		0		
				人口100万人あたり(ヶ所)	1.9	2.2	2.4	2.2		2.1		0.0			
			特定集中治療室(ICU)を有する病院数	厚生労働省 (H23) *8 *11	ヶ所	825	9	2	4		2.0		1		
				人口100万人あたり(ヶ所)	6.5	4.9	2.4	8.7		4.2		12.3			
	特定集中治療室(ICU)の病床数	厚生労働省 (H23) *8 *11	ヶ所	6,538	73	10	25		32.0		6				
		人口10万人あたり(ヶ所)	5.2	4.0	1.2	5.5		6.7		7.4					
	都道府県の救命救急センターの充実度評価Aの割合	厚生労働省 (H23) *13	%	98.3	100.0										
入院救急 医療	2次救急医療の体制が整備されているか	S	2次救急医療機関の数	厚生労働省 (H23) *8 *14 および 重県独自調査 (H24) *8	ヶ所	3,278	33	12	13	3.0	6	3.0	2		
				人口10万人あたり(ヶ所)	2.6	1.8	1.4	2.9	1.7	1.3	1.2	2.5			
初期救急 医療	初期救急医療の体制が整備されているか	S	初期救急医療施設の数	厚生労働省 (H23) *8 *11	ヶ所	811	14	10	1		3		0		
				人口100万人あたり(ヶ所)	6.4	7.6	12.1	2.2		6.3					
		P	一般診療所のうち、初期救急医療に参画する機関の割合	厚生労働省 (H23) *11	%	16.3	7.2	7.8	4.3	0	4.4	0	31.3		

救命期後医療	救急の地域連携体制が整備されているか	P	救急搬送患者の地域連携受入件数	NDB *15	件	1,068	10	0	0.0		10	0.0	
					人口10万人あたり(件)	0.8	0.5	0.0	0.0		2.1	0.0	

- *1 救急・救助の現況
- *2 心原性でかつ 救市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率および 1ヶ月後社会復帰率
- *3 普通・上級講習の人口1万人あたりの受講者数
- *4 住民基本台帳に基づく人口（平成21年3月31日現在）による
- *5 住民基本台帳に基づく人口（平成24年3月31日現在）による
- *6 救急隊のうち救命士常時運用隊の比率
- *7 データなし
- *8 住民基本台帳に基づく人口（平成23年3月31日現在）による
- *9 消防日書
- *10 重症以上傷病者の搬送件数に対する割合
- *11 医療施設調査
- *12 救命救急センターを有する病院数
- *13 医政局指導課「救命救急センターの評価結果報告書」
- *14 全国の数値は厚生労働省資料（社会保障審議会資料、平成23年3月31日時点）による
- *15 住民基本台帳に基づく人口（平成22年3月31日現在）による

7. 災害医療

災害医療に関連する指標一覧

- 【区分について】
- S:ストラクチャー指標（医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標）
- P:プロセス指標（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
- O:アウトカム指標（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※ - はデータ不明もしくは指標の対象外

ステージ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較								
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州	
災害拠点病院	災害拠点病院の機能	S	すべての施設が耐震化された災害拠点病院の割合	重県 (H24)	%		75.0							
		S	災害拠点病院のうち、災害に備えて医療資器材の備蓄を行っている病院の割合	重県 (H24)	%		91.7							
		S	災害拠点病院のうち、受水槽の保有や、井戸設備の整備を行っている病院の割合	重県 (H24)	%		100.0							
		S	災害拠点病院のうち、食料を3日分程度備蓄している病院の割合	重県 (H24)	%		100.0							
		S	同 飲料水を3日分程度備蓄している病院の割合	重県 (H24)	%		91.7							
		S	同 医薬品を3日分程度備蓄している病院の割合	重県 (H24)	%		100.0							
		S	災害拠点病院のうち、食料や飲料水、医薬品等の物資の供給について、関係団体と締結を結び優先的に供給される体制を整えている病院の割合	重県 (H24)	%		16.7							
		S	災害拠点病院のうち、病院敷地内にヘリポートを有している病院の割合	重県 (H24)	%		41.7							
		P	災害拠点病院のうち、傷病者が多数発生した場合を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合	重県 (H24)	%		75.0							
		P	基幹災害拠点病院が、地域災害拠点病院の職員に対して実施した災害医療研修(実施回数×人数等)	重県 (H23)	回		0							
P	基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数	重県 (H23)	回		1									
災害急性期の応援派遣・災害中長期の応援派遣	災害時の応援派遣の体制	P	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県が派遣調整本部のコーディネート機能の確認を行う災害実働訓練実施回数	重県 (H23)	回		1							
		P	災害時の医療チーム等の受入を想定し、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害実働訓練実施箇所数	重県 (H23)	ヶ所		0							
		P	同 回数	重県 (H23)	回		0							

8. へき地医療

へき地医療に関する指標一覧

【区分について】

S:ストラクチャー指標(医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標)

P:プロセス指標(実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標)

O:アウトカム指標(医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標)

※ — はデータ不明もしくは指標の対象外

ステージ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較							
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州
保健指導	どのくらい多いか	S	へき地の数(無医地区)	三重県(H23)	ヶ所		4	0	1	0	0	0	3
		S	へき地の数(無歯科医地区)	三重県(H23)	ヶ所		2	0	0	0	0	0	2
		S	へき地の数(準無歯科医地区)	三重県(H23)	ヶ所		8	0	2	0	1	1	5
へき地診療	へき地医療の体制	S	へき地診療所の数	三重県(H23)	ヶ所		24	0	2	2	13	10	9
		S	へき地診療所の医師数	三重県(H23)	人		13	0	1	1	7	6	5
		S	へき地診療所の病床数	三重県(H23)	床		0	0	0	0	0	0	0
へき地診療の支援医療	へき地への支援状況	S	へき地医療拠点病院の数	三重県(H24)	ヶ所		8	1	1	0	4	2	2
		S	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数	三重県(H24)	回/年		1						
		S	同 派遣日数	三重県(H24)	ヶ所		通年						
		P	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数	三重県(H23)*1	回/年		11					10	1
		P	同 派遣日数	三重県(H23)*1	日/年		11					10	1
		P	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数	三重県(H23)*2	回/年		10						10
		P	同 延べ日数	三重県(H23)*2	日/年		10						10
P	同 延べ受診患者数	三重県(H23)*2	人/年		51						51		
行政機関等の支援	行政機関等の支援状況	P	へき地医療支援機構からへき地への医師(代診医含む)派遣実施回数	三重県(H23)	回/年		0						
		P	へき地医療支援機構における専任担当官のへき地医療支援業務従事日数	三重県(H23)	日/年		通年						

*1 南伊勢病院への派遣を除く

*2 紀南病院による巡回診療

9. 周産期医療

周産期医療に関連する指標一覧

【区分について】

S:ストラクチャー指標（医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標）

P:プロセス指標（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）

O:アウトカム指標（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※ — はデータ不明もしくは指標の対象外

ステージ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較								
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州	
正常分娩 地域周産期母子医療センター 総合周産期母子医療センター	適切な医療を受けられるか	S	産科医および産婦人科医の数	厚生労働省 (H22) *1 *2 *3	人	10,652	142	57	40	9	39	21	6	
					人口10万人あたり(人)	8.4	7.7	6.9	8.7	5.1	8.1	8.3	7.3	
					出産千あたり(人)	9.7	9.1	7.4	10.7	6.5	10.6	12.1	12.7	
		S	分娩取扱施設に勤務する産科医および産婦人科医の数(一般診療所)	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	人	2,310.1	37.6	17.4	8.0			11.2		1.0
					人口10万人あたり(人)	1.8	2.0	2.1	1.7		2.3		1.2	
					出産千あたり(人)	2.1	2.4	2.3	2.1		3.1		2.1	
		S	分娩取扱施設に勤務する産科医および産婦人科医の数(病院)	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	人	5,779.2	60.5	20.9	24.0			12.6		3.0
					人口10万人あたり(人)	4.6	3.3	2.5	5.2		2.6		3.7	
					出産千あたり(人)	5.4	3.9	2.7	6.4		3.5		6.3	
		S	助産師数(分娩取扱診療所の助産師数)	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	人	4,551	72	33	32			7		0
					人口10万人あたり(人)	3.6	3.9	4.0	7.0		1.5		0.0	
					出産千あたり(人)	4.2	4.7	4.4	8.5		2.0		0.0	
S	助産師数(分娩取扱病院の助産師数)	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	人	16,142	162	55	50			46		10		
			人口10万人あたり(人)	12.7	8.8	6.7	10.9		9.6		12.8			
			出産千あたり(人)	15.0	10.5	7.2	13.4		12.9		21.8			
正常分娩 地域周産期母子医療センター 総合周産期母子医療センター	適切な医療を受けられるか	S	就業助産師数	厚生労働省 (H22) *2 *3 *7	人	29,672	297							
					人口10万人あたり(人)	23.4	16.1							
					出産千あたり(人)	27.0	19.0							
	子どもがどのくらい生まれているか	P	出生率	厚生労働省 (H23) *8	人口千人あたり(人)	8.3	8.3							
					合計特殊出生率	1.4	1.5							
					低出生体重児出生率	%	9.6	9.0						
	どのくらい救命できるか	O	新生児死亡率	厚生労働省 (H23) *8 *10	出生千あたり(人)	1.1	1.1							
			周産期死亡率	厚生労働省 (H23) *8 *11	出産千あたり(人)	4.1	4.4							
			妊産婦死亡率	厚生労働省 (H23) *8	出産10万あたり(人)	3.8	6.5							
			死産率	厚生労働省 (H23) *8	出産千あたり(人)	23.9	21.6							
	適切な医療を受けられるか	P	分娩数(帝王切開件数を含む。)(病院)	厚生労働省 (H23) *4 *5	件	46,386	516	270	141		80		25	
					人口10万人あたり(件)	36.5	28.0	32.6	30.8		16.7		30.8	
P		分娩数(帝王切開件数を含む。)(一般診療所)	厚生労働省 (H23) *4 *5	件	40,309	767	311	226		219		11		
					人口10万人あたり(件)	31.8	41.6	37.6	49.4		45.9		13.6	

正常分娩	適切な医療を受けられるか	S	分娩を取扱う産科又は産婦人科病院数	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	ヶ所	1,075	14	6	3		3		2	
					人口10万人あたり (ヶ所)	0.8	0.8	0.7	0.7		0.6	2.5		
					出産千あたり (ヶ所)	1.0	0.9	0.8	0.8		0.8	4.2		
正常分娩	適切な医療を受けられるか	S	分娩を取扱う産科又は産婦人科診療所数	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	ヶ所	1,501	23	9	6		7		1	
					人口10万人あたり (ヶ所)	1.2	1.2	1.1	1.3		1.5	1.2		
					出産千あたり (ヶ所)	1.4	1.5	1.2	1.6		2.0	2.1		
	適切な指導を受けられるか	P	産後訪問指導を受けた割合 (未熟児を除く新生児)	厚生労働省 (H22) *12	%	27.0	6.5							
					産後訪問指導を受けた割合 (未熟児)	厚生労働省 (H22) *12	%	57.2	79.3					
地域周産期母子医療センター 総合周産期母子医療センター	適切な医療を受けられるか	S	NICUを有する病院数	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	ヶ所	308	5	2	2		1		0	
					人口10万人あたり (ヶ所)	0.2	0.3	0.2	0.4		0.2	0.0		
					出生千あたり (ヶ所)	0.3	0.3	0.3	0.5		0.3	0.0		
			S	NICUの病床数	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	床	2,765	35	9	17		9		0
						人口10万人あたり (床)	2.2	1.9	1.1	3.7		1.9	0.0	
						出生千あたり (床)	2.6	2.3	1.2	4.6		2.6	0.0	
		S	MFICUを有する病院数	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	ヶ所	96	1	0	1		0		0	
					人口10万人あたり (ヶ所)	0.1	0.1	0.0	0.2		0.0	0.0		
					出産千あたり (ヶ所)	0.1	0.1	0.0	0.3		0.0	0.0		
		S	MFICUの病床数	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	床	624	6	0	6		0		0	
					人口10万人あたり (床)	0.5	0.3	0.0	1.3		0.0	0.0		
					出産千あたり (床)	0.6	0.4	0.0	1.6		0.0	0.0		
地域周産期母子医療センター 総合周産期母子医療センター	適切な医療を受けられるか	S	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *13 *14	ヶ所	704	8	3	2		3		0	
					人口10万人あたり (ヶ所)	0.6	0.4	0.4	0.4		0.6	0.0		
		P	NICU入室児数	厚生労働省 (H23) *4 *5 *6	人	68,061	953	252	494		207		0	
					人口10万人あたり (人)	53.6	51.7	30.4	107.9		43.3	0.0		
					出生千あたり (人)	64.8	63.2	33.8	135.1		59.2	0.0		
					件	107,936	1,396							
療養・療育支援	療育・支援を必要とする子どもがどのくらいいるか	S	身体障害者手帳交付数(18歳未満)	厚生労働省 (H23) *5 *15	人口10万人あたり (件)	85.0	75.7							
					出生千あたり (人)	2.3	2.5							
	どのくらい救命できるか	O	乳児死亡率	厚生労働省 (H23) *8										
O		乳幼児死亡率	厚生労働省 (H22) *3	5歳未満人口千人あたり (人)	0.6	0.7								

*1 医師・歯科医師・薬剤師調査 主たる診療科を「産科」又は「産婦人科」と届出をした医師数

*2 住民基本台帳に基づく人口（平成22年3月31日現在）による

*3 平成22年人口動態調査（1月1日～12月31日）による

*4 医療施設調査 医師数は常勤換算、NICU入室児数は9月中の患者延べ数である。

*5 住民基本台帳に基づく人口（平成23年3月31日現在）による

*6 平成23年人口動態調査（1月1日～12月31日）による

*7 衛生行政報告例

*8 人口動態調査

*9 出生時の体重不詳を除いた出生数に対する低出生体重児(2,500g未満)の割合

*10 (生後28日未満の死亡数/出生数) × 1000

*11 出産千あたり(出生数+妊娠22週以後の死産数)

*12 地域保健・健康増進事業報告 未熟児を除く新生児および未熟児のそれぞれについて、訪問指導を受けた実人数/出生数で算出した割合である。

*13 診療報酬施設基準

*14 住民基本台帳に基づく人口（平成24年3月31日現在）による

*15 福祉行政報告例

10. 小児医療

小児医療に関連する指標一覧

【区分について】

S:ストラクチャー指標(医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標)
 P:プロセス指標(実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標)
 O:アウトカム指標(医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標)

※ — はデータ不明もしくは指標の対象外

ステージ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較								
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州	
相談支援 ・ 一般小児医療 ・ 地域小児医療センター ・ 小児中核病院	子どもがどのくらい生まれているか	S	小児人口	厚生労働省 (H24) *1	人	16,778,104	249,045							
			人口10万人あたり(人)		13,247	13,545								
	どのくらい救命できるか	S	出生率	厚生労働省 (H23) *2	人口千人あたり(人)	8.3	8.3							
		O	乳児死亡率	厚生労働省 (H23) *2	出生千あたり(人)	2.3	2.5							
		O	乳幼児死亡率	厚生労働省 (H23) *2	5歳未満人口千人あたり(人)	0.7	0.7							
O	小児(15歳未満)の死亡率	厚生労働省 (H23) *2 *3	15歳未満人口千人あたり(人)	0.3	0.3									
相談支援	医療機関にかかるときの体制が機能しているか	S	小児救急電話相談の件数	重県 (H23)	回/年		6,741							
		S	小児救急電話相談回線数	厚生労働省および重県 (H24) *4	回線	50	1							
		S	小児救急電話相談における深夜対応の可否	重県 (H24)			可							
一般小児医療	一般小児医療体制が機能しているか	S	一般小児医療を担う病院数	厚生労働省 (H20) *5 *6	ヶ所	2,932	44	18	14		10		2	
					人口10万人あたり(ヶ所)	2.3	2.4	2.2	3.0		2.1		2.3	
		S	一般小児医療を担う診療所数	厚生労働省 (H20) *6 *7	ヶ所	5,411	76	32	22		21		1	
					人口10万人あたり(ヶ所)	4.3	4.1	3.9	4.8		4.3		1.2	
		S	小児科標榜診療所に勤務する医師数	厚生労働省 (H20) *6 *8	人	28,863	413	194	111		88		20	
					人口10万人あたり(人)	22.7	22.3	23.6	24.0		18.2		23.5	
					小児人口1万人あたり(人)	16.7	16.0	15.7	18.0		13.8		20.0	
		S	小児歯科を標榜する歯科診療所数	厚生労働省 (H23) *3 *9	ヶ所	38,582	564							
人口10万人あたり(ヶ所)	30.4				30.6									
一般小児医療 ・ 地域小児医療センター ・ 小児中核病院	一般小児医療体制が機能しているか	S	小児医療に係る病院勤務医数(小児科)	厚生労働省 (H23) *3 *10	人	9,485.9	116.2	36.0	56.3		20.6		3.3	
					人口10万人あたり(人)	7.5	6.3	4.3	12.3		4.3		4.1	
					小児人口1万人あたり(人)	5.6	4.6	3.0	9.4		3.4		3.7	
		S	小児医療に係る病院勤務医数(小児外科)	厚生労働省 (H23) *3 *10	人	628.3	8.0	0.0	8.0		0.0		0.0	
					人口10万人あたり(人)	0.5	0.4	0.0	1.7		0.0		0.0	
					小児人口1万人あたり(人)	0.4	0.3	0.0	1.3		0.0		0.0	
		S	小児医療に係る病院勤務医数(小児科+小児外科)	厚生労働省 (H23) *3 *10	人	10,114.2	124.2	36.0	64.3		20.0		3.1	
					人口10万人あたり(人)	8.0	6.7	4.3	14.0		4.2		3.8	
					小児人口1万人あたり(人)	6.0	4.9	3.0	10.7		3.3		3.4	
		S	小児入院医療管理料1~5を算定している病院数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 重県調査 *1 *11	ヶ所	836	15	5	8	0	2	1	0	
					人口10万人あたり(ヶ所)	0.7	0.8	0.6	1.8	0.0	0.4	0.4	0.0	
		S	小児入院医療管理料1~5を算定している病床数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 重県調査 *1 *11	床	26,893	604	121	417	0	66	29	0	
人口10万人あたり(床)	21.2				32.9	14.6	91.5	0.0	13.9	11.6	0.0			

一般小児医療 ・ 地域小児医療センター ・ 小児中核病院	一般小児医療体制が機能しているか	S	小児入院医療管理料1を算定している病院数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 三重県調査 *1 *11	ヶ所	39	0	0	0	0	0	0	0	0	
				人口10万人あたり(ヶ所)	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		S	小児入院医療管理料1を算定している病床数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 三重県調査 *1 *11	床	3,219	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				人口10万人あたり(床)	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
		S	小児入院医療管理料2を算定している病院数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 三重県調査 *1 *11	ヶ所	180	3	1	0	2	0	0	0	0	
				人口10万人あたり(ヶ所)	0.1	0.2	0.1	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0			
		S	小児入院医療管理料2を算定している病床数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 三重県調査 *1 *11	床	5,925	130	27	0	103	0	0	0	0	
				人口10万人あたり(床)	4.7	7.1	3.3	0.0	22.6	0.0	0.0	0.0			
		S	小児入院医療管理料3を算定している病院数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 三重県調査 *1 *11	ヶ所	110	5	2	2	0	1	1	0		
				人口10万人あたり(ヶ所)	0.1	0.3	0.2	0.4	0.0	0.2	0.4	0.0			
		S	小児入院医療管理料3を算定している病床数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 三重県調査 *1 *11	床	3,626	206	84	93	0	29	29	0		
				人口10万人あたり(床)	2.9	11.2	10.1	20.4	0.0	6.1	11.6	0.0			
S	小児入院医療管理料4を算定している病院数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 三重県調査 *1 *11	ヶ所	376	4	1	2	0	1	0	0				
		人口10万人あたり(ヶ所)	0.3	0.2	0.1	0.4	0.0	0.2	0.0	0.0					
S	小児入院医療管理料4を算定している病床数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 三重県調査 *1 *11	床	9,043	136	10	89	0	37	0	0				
		人口10万人あたり(床)	7.1	7.4	1.2	19.5	0.0	7.8	0.0	0.0					
S	小児入院医療管理料5を算定している病院数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 三重県調査 *1 *11	ヶ所	131	3	1	2	0	0	0	0				
		人口10万人あたり(ヶ所)	0.1	0.2	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0					
S	小児入院医療管理料5を算定している病床数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) および 三重県調査 *1 *11	床	5,080	132		132	0	0	0	0				
		人口10万人あたり(床)	4.0	7.2		29.0	0.0	0.0	0.0	0.0					
S	地域連携小児夜間・休日診療料の届出医療機関数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *1 *12	ヶ所	417	8	2	3		3		0				
		人口10万人あたり(ヶ所)	0.3	0.4	0.2	0.7		0.6		0.0					
S	救急外来にて院内トリアージを行っている医療機関数	厚生労働省 医政局指導課 (H24年1月) *1 *13	ヶ所	67	0										
		人口10万人あたり(ヶ所)	0.1	0.0											
療育・支援を必要とする子どもがどのくらいいるか	P	特別児童扶養手当数	厚生労働省 (H23) *3 *14	件	195,838	3,355									
			人口10万人あたり(件)	154.3	181.9										
	P	障害児福祉手当交付数	厚生労働省 (H23) *3 *14	件	65,089	1,129									
			人口10万人あたり(件)	51.3	61.2										
	P	身体障害者手帳交付数(18歳未満)	厚生労働省 (H23) *3 *14	件	107,936	1,396									
			人口10万人あたり(件)	85.0	75.7										

地域小児医療センター	適切な医療を受けられるか	S N I C Uを有する病院数	厚生労働省 (H23) *2 *3 *9	ヶ所	308	5	2	2		1		0
				人口10万人あたり (ヶ所)	0.2	0.3	0.2	0.4		0.2		0.0
				出生千あたり (ヶ所)	0.3	0.3	0.3	0.5		0.3		0.0
		S N I C Uの病床数	厚生労働省 (H23) *2 *3 *9	床	2,765	35	9	17		9		0
				人口10万人あたり (床)	2.2	1.9	1.1	3.7		1.9		0.0
				出生千あたり (床)	2.6	2.3	1.2	4.6		2.6		0.0
小児中核病院	適切な医療を受けられるか	S P I C Uを有する病院数	厚生労働省 (H23) *3 *9	ヶ所	32	0						
				人口100万人あたり (ヶ所)	0.3	0.0						
		S P I C Uの病床数	厚生労働省 (H23) *3 *9	床	238	0						
				人口100万人あたり (床)	1.9	0.0						

*1 住民基本台帳に基づく人口（平成24年3月31日現在）による

*2 人口動態調査

*3 住民基本台帳に基づく人口（平成23年3月31日現在）による

*4 全国値は厚生労働省ホームページ「小児救急医療電話相談事業（#8000）について」

*5 医療施設調査（個票解析） 診療科目で、「小児科」を標榜している施設数

*6 住民基本台帳に基づく人口（平成20年3月31日現在）による

*7 医療施設調査 主たる診療科目で「小児科」を標榜している施設数と単科で「小児科」を標榜している施設数の合計

*8 医療施設調査 主たる診療科目と単科の合計数

*9 医療施設調査

*10 医療施設調査 科目別の医師数で「小児科」もしくは「小児外科」（常勤換算）の数

*11 診療報酬施設基準 小児入院医療管理科1～5の算定病床数

*12 診療報酬施設基準 地域連携小児夜間・休日診療科1、2の届出施設数

*13 診療報酬施設基準 地域連携小児夜間・休日診療科の院内トリアージ加算の届出施設数

*14 福祉行政報告例

11. 在宅医療

在宅医療に関連する指標一覧

【区分について】

- S: ストラクチャー指標 (医療サービスを提供する物質資源、人的資源および組織体制を測る指標)
- P: プロセス指標 (実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標)
- O: アウトカム指標 (医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標)

※ — はデータ不明もしくは指標の対象外

ステージ	把握したい概念	区分	指標名	出典(年次)	単位	数値の比較							
						全国	三重県	北勢	中勢伊賀	うち伊賀サブ	南勢志摩	うち伊勢志摩サブ	東紀州
退院支援 ・ 日常の療養支援 ・ 急変時の対応 ・ 看取り	適切な退院支援・療養支援を受けられるか	S	在宅療養支援診療所数	厚生労働省医政局指導課 (H24) *1 *2	ヶ所	13,012	150	61	39	5	40	29	10
					人口10万人あたり(ヶ所)	10.3	8.2	7.4	8.6	2.8	8.4	11.6	12.6
			在宅療養支援診療所(有床診療所)の病床数	厚生労働省医政局指導課 (H24) *1 *2	床	32,197	353	136	97	17	120	94	0
					人口10万人あたり(床)	25.4	19.2	16.4	21.3	9.7	25.3	37.7	0.0
			在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数	重県 (H24) *2 *3	人		145	67	40	3	31	27	7
					人口10万人あたり(人)		7.9	8.1	14.9	1.7	12.6	10.8	8.8
		S	在宅療養支援病院数	厚生労働省医政局指導課 (H24) *1 *2	ヶ所	481	5	2	1	1	2	1	0
					人口10万人あたり(ヶ所)	0.4	0.3	0.2	0.2	0.6	0.4	0.4	0.0
			在宅療養支援病院の病床数	厚生労働省医政局指導課 (H24) *1 *2	床	49,398	372	84	135	135	153	93	0
					人口10万人あたり(床)	39.0	20.2	10.1	29.6	76.8	32.2	37.3	0.0
			在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数	重県 (H24) *2 *4	人		2,976.1	1,147.2	1,053.7	229.0	698.0	343.3	77.2
					人口10万人あたり(人)		161.9	138.4	424.9	130.2	295.2	137.7	97.0
		S	在宅療養支援歯科診療所数	厚生労働省医政局指導課 (H24) *1 *2	ヶ所	4,056	62	16	22	10	24	13	0
					人口10万人あたり(ヶ所)	3.2	3.4	1.9	4.8	5.7	5.1	5.2	0.0
		S	訪問看護事業所数	厚生労働省 (H23) *2 *5	ヶ所	7,910	111						
人口10万人あたり(ヶ所)	6.2				6.0								
S	訪問看護ステーションの従業者数(保健師)	厚生労働省 (H23) *6 *7	人	545	9								
			人口10万人あたり(人)	0.4	0.5								
S	訪問看護ステーションの従業者数(助産師)	厚生労働省 (H23) *6 *7	人	32	1								
			人口10万人あたり(人)	0.0	0.1								
S	訪問看護ステーションの従業者数(看護師)	厚生労働省 (H23) *6 *7	人	21,519	261								
			人口10万人あたり(人)	17.0	14.2								
S	訪問看護ステーションの従業者数(准看護師)	厚生労働省 (H23) *6 *7	人	2,244	38								
			人口10万人あたり(人)	1.8	2.1								
S	訪問看護ステーションの従業者数(理学療法士)	厚生労働省 (H23) *6 *7	人	3,150	39								
			人口10万人あたり(人)	2.5	2.1								
S	訪問看護ステーションの従業者数(作業療法士)	厚生労働省 (H23) *6 *7	人	1,465	14								
			人口10万人あたり(人)	1.2	0.8								

退院支援 ・ 日常の療養支援 ・ 急変時の対応 ・ 看取り	適切な退院支援・療養支援を受けられるか	S	24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数（保健師）	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	人	449	4	0	0	0	4	3	0	
				人口10万人あたり（人）	0.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.8	1.2	0.0		
		S	24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数（助産師）	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	人	22	0	0	0	0	0	0	0	0
				人口10万人あたり（人）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
		S	24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数（看護師）	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	人	16,031	178	67	51	30	54	27	7	
				人口10万人あたり（人）	12.6	9.6	3.6	2.8	1.6	2.9	1.5	0.4		
		S	24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数（准看護師）	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	人	1,436	14	4	2	2	6	4	1	
				人口10万人あたり（人）	1.1	0.8	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2	0.1		
		S	24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数（理学療法士）	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	人	1,523	16	9	3	2	6	4	0	
				人口10万人あたり（人）	1.2	0.9	0.5	0.2	0.1	0.3	0.2	0.0		
		S	24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数（作業療法士）	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	人	721	8	3	5	2	1	1	0	
				人口10万人あたり（人）	0.6	0.4	0.2	0.3	0.1	0.1	0.1	0.0		
S	麻薬小売業免許取得薬局数	厚生労働省（H23） *7 *10	ヶ所	36,013	455									
		人口10万人あたり（ヶ所）	28.4	24.7										
		三重県（H24） *11	ヶ所		479	193	102		155		29			
		%		64.3	55.5	62.2		79.1		78.4				
S	訪問薬剤指導を実施する薬局数	厚生労働省医政局指導課（H24年1月） *2 *12	ヶ所	41,455	605	285	136	45	154	87	30			
		人口10万人あたり（ヶ所）	32.7	32.9	34.4	29.8	25.6	32.5	34.9	37.7				
退院支援	適切な退院支援を受けられるか	S	退院支援担当者を配置している診療所数	厚生労働省医政局指導課（H20） *13 *14	ヶ所	523	7	4	2	0	1	0	0	
				人口100万人あたり（ヶ所）	4.1	3.8	4.9	4.3	0.0	2.1	0.0	0.0		
	S	退院支援担当者を配置している病院数	厚生労働省医政局指導課（H20） *13 *14	ヶ所	2,451	38	18	8	2	11	5	1		
			人口100万人あたり（ヶ所）	19.3	20.5	21.9	17.3	11.1	22.6	19.4	11.7			
どのくらいで日常生活に戻れるのか	P	退院患者平均在院日数（診療所）	厚生労働省（H23） *15	日	17.5	12.4								
		退院患者平均在院日数（病院）	日	34.3	37.0									
退院支援 ・ 日常の療養支援	適切な退院支援・療養支援を受けられるか	S	管理栄養士による訪問栄養指導を提供している事業所数		ヶ所									
			居宅療養管理指導を提供している管理栄養士数		人									
		S	歯科衛生士による訪問指導を提供している事業所数		ヶ所									
			居宅療養管理指導を提供している歯科衛生士数		人									
S	訪問リハビリテーション事業所数	厚生労働省（H23） *2 *5	ヶ所	3,322	54									
		人口10万人あたり（ヶ所）	2.6	2.9										

日常の療養支援	適切な療養支援を受けられるか	S	短期入所サービス（ショートステイ）事業所数（生活介護事業所数）	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	ヶ所	7,215	140	45	37	14	46	22	12
					人口10万人あたり（ヶ所）	5.7	7.6	5.5	8.0	7.8	9.5	8.6	14.3
		S	短期入所サービス（ショートステイ）事業所数（療養介護事業所数）	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	ヶ所	4,857	72	26	20	5	21	9	5
					人口10万人あたり（ヶ所）	3.8	3.9	3.1	4.3	2.8	4.3	3.5	6.0
		P	訪問診療を受けた患者数	NDB *16 *17	件	2,860,969	34,747	10,521	9,818		12,541		1,867
					人口10万人あたり（件）	2,251.7	1,878.5	1,272.9	2,135.6		2,608.6		2,258.3
		P	訪問看護利用者数（医療保険による訪問看護利用者数）	厚生労働省（H23） *18	人	49,425.0	733.0						
		P	訪問看護利用者数（介護保険による訪問看護利用者数）	厚生労働省（H23） *2 *5	千人	434.0	5.8						
					人口千人あたり（人）	342.7	315.5						
		P	訪問看護利用者数（介護保険による介護予防訪問看護利用者数）	厚生労働省（H23） *2 *5	千人	49.7	0.5						
					人口千人あたり（人）	39.2	27.2						
		P	訪問看護利用者数	NDB *17 *19	件	365,363	4,975	1,727	1,451		1,352		445
人口10万人あたり（件）	287.6				269.0	208.9	315.6		281.2		538.3		
P	小児（乳幼児・幼児）の訪問看護利用者数	厚生労働省（H23） *20	人	2,850.0	28.0								
P	訪問リハビリテーション利用者数	厚生労働省（H23） *2 *5	千人	107.9	1.7								
			人口10万人あたり（人）	85.2	92.5								
P	介護予防訪問リハビリテーション利用者数	厚生労働省（H23） *2 *5	千人	17.1	0.3								
			人口10万人あたり（人）	13.5	16.3								
P	短期入所サービス（ショートステイ）利用者数（短期入所生活介護）	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	人	271,478	5,411	1,880	1,407	635	1,760	878	364		
			人口10万人あたり（人）	213.6	291.8	227.7	304.9	354.9	364.2	343.3	434.5		
P	短期入所サービス（ショートステイ）利用者数（短期入所療養介護）	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	人	53,294	768	162	367	221	183	83	56		
			人口10万人あたり（人）	41.9	41.4	19.6	79.5	123.5	37.9	32.5	66.9		
急変時の対応	適切な対応を受けられるか	P	往診を受けた患者数	NDB *17	件	774,146	14,885	4,004	4,057		5,862		962
					人口10万人あたり（件）	609.3	804.7	484.4	882.5		1,219.3		1,163.6
看取り	在宅看取りを受けられるか	S	在宅看取りを実施している診療所数	厚生労働省医政局指導課（H20） *14 *21	ヶ所	3,073	66	23	18	10	20	14	5
					人口10万人あたり（ヶ所）	2.4	3.6	2.8	3.9	5.6	4.1	5.4	5.9
		S	在宅看取りを実施している病院数	厚生労働省医政局指導課（H20） *14 *21	ヶ所	236	0	0	0	0	0	0	0
					人口10万人あたり（ヶ所）	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		S	ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数	厚生労働省医政局指導課（H21） *8 *9	ヶ所	4,418	62	19	18	7	21	12	4
					人口10万人あたり（ヶ所）	3.5	3.3	2.3	3.9	3.9	4.3	4.7	4.8

看取り	在宅看取りを受けられるか	S	看取りに対応する介護施設数	重県 (H24年5月) *2 *22	ヶ所		80	21	31	14	25	14	3
				人口10万人あたり(ヶ所)		4.4	2.5	6.8	8.0	5.3	5.6	3.8	
	どのくらい在宅で亡くなるか	O	在宅死亡者数	厚生労働省 医政局指導課 (H22) *17 *23	ヶ所	192,876	3,286	1,238	858	422	1,031	625	159
					人口10万人あたり(ヶ所)	151.8	177.7	149.8	186.6	237.1	214.5	246.4	192.3

- *1 診療報酬施設基準
- *2 住民基本台帳に基づく人口(平成24年3月31日現在)による
- *3 「在宅医療に関するアンケート」 非常勤とパートは0.5人として計算した人数である。
- *4 「在宅医療に関するアンケート」 常勤および非常勤の実人数である。
- *5 介護給付費実態調査報告(平成24年4月審査分) 病院、診療所の訪問看護も含む。
- *6 介護サービス施設・事業所調査 常勤・非常勤の常勤換算人数である。
- *7 住民基本台帳に基づく人口(平成23年3月31日現在)による
- *8 介護サービス施設・事業所調査(個票解析) 常勤・非常勤の常勤換算人数である。
- *9 住民基本台帳に基づく人口(平成21年3月31日現在)による
- *10 麻薬・覚せい剤行政の概況
- *11 薬局数に対する割合
- *12 診療報酬施設基準 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出施設数
- *13 医療施設調査(個票解析)
- *14 住民基本台帳に基づく人口(平成20年3月31日現在)による
- *15 患者調査
- *16 在宅患者訪問診療料算定件数 定期的な訪問診療の数
- *17 住民基本台帳に基づく人口(平成22年3月31日現在)による
- *18 訪問看護療養費調査 医療保険による訪問看護利用者数・(在宅)訪問看護回数 基本療養費(Ⅰ)～(Ⅲ)の合計
- *19 在宅患者訪問看護・指導料算定件数
- *20 訪問看護療養費調査 小児への訪問看護利用者数 基本療養費(Ⅰ)～(Ⅲ)乳幼児加算・幼児加算の算定件数の合計
- *21 患者調査(個票解析)
- *22 介護老人福祉施設・特定施設の合計
- *23 人口動態統計(個票解析)

第2節 市町別の指標（本文記載分を除く）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針別表のうち、市町別の集計が求められる項目（必須・推奨指標で本文記載分を除く）を以下に示します。

① 指標 A 6 1～5 がん検診受診率

（単位：％）

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん
全国	9.2	17.0	18.0	23.9	18.3
三重県	7.2	19.9	23.4	28.3	19.8
北勢保健医療圏	8.6	15.1	22.7	33.7	24.0
四日市市	9.1	7.9	21.2	33.8	25.8
桑名市	3.1	5.4	21.4	40.9	17.0
鈴鹿市	4.4	22.5	20.2	29.6	20.2
亀山市	7.8	27.9	26.3	18.4	14.8
いなべ市	25.9	35.0	35.3		
木曽岬町	20.9	34.6	26.1	32.1	35.0
東員町	13.5	20.8	18.5	29.4	30.9
菟野町	14.2	22.3	29.7	42.1	49.9
朝日町	15.0	18.7	26.1	35.6	31.2
川越町	15.0	18.6	28.0	54.0	36.0
中勢伊賀保健医療圏	7.2	33.3	31.2	26.8	25.8
津市	7.2	33.3	31.2	26.8	25.8
伊賀市	3.1	18.1	8.7	23.5	1.7
名張市	8.0	8.2	15.0	23.9	9.0
南勢志摩保健医療圏	10.8	25.9	24.0	22.4	20.6
松阪市	11.0	26.4	25.4	20.6	21.7
多気町	8.2	13.5	16.2	30.7	18.2
明和町	5.4	31.7	19.1	22.6	13.0
大台町	18.0	31.1	27.9	31.6	17.1
大紀町	14.5	22.7	21.5	27.8	25.4
伊勢市	2.4	30.8	40.7	31.4	21.7
鳥羽市	1.9	7.3	27.2	23.8	16.0
志摩市	1.6	7.2	15.5	12.0	11.6
玉城町	3.1	13.5	11.2	31.5	25.2
度会町	5.3	14.6	20.6	40.2	6.7
南伊勢町	6.2	8.5	13.4	35.1	21.9
東紀州保健医療圏	4.7	15.9	13.4	20.0	3.4
尾鷲市	3.4	4.0	12.3	19.4	1.9
熊野市	3.7	12.5	11.1	23.3	2.3
紀北町	7.2	13.5	13.3	22.8	2.7
御浜町	3.6	25.1	8.9	15.5	11.5
紀宝町	5.7	40.8	24.4	14.7	1.8
伊賀サブ保健医療圏	5.3	13.7	11.4	23.7	4.6
伊勢志摩サブ保健医療圏	2.6	19.2	28.4	26.6	18.4

中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ保健医療圏を除いた数値です。

…は計数不明を示します。

出典：厚生労働省「平成23年度 地域保健・健康増進事業報告」

② 指標 K 1 1 在宅療養支援診療所数、在宅療養支援診療所（有床診療所）の病床数、在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数 （在宅療養支援診療所数）

（単位：か所）

	実数	人口10万人あたり
全国	13,012	10.3
三重県	150	8.2
北勢保健医療圏	61	7.4
四日市市	17	
桑名市	13	
鈴鹿市	28	
亀山市	0	
いなべ市	0	
木曽岬町	2	
東員町	0	
菟野町	1	
朝日町	0	
川越町	0	
中勢伊賀保健医療圏	39	8.6
津市	34	
伊賀市	2	
名張市	3	
南勢志摩保健医療圏	40	8.4
松阪市	7	
多気町	0	
明和町	0	
大台町	1	
大紀町	3	
伊勢市	20	
鳥羽市	1	
志摩市	5	
玉城町	3	
度会町	0	
南伊勢町	0	
東紀州保健医療圏	10	12.6
尾鷲市	4	
熊野市	0	
紀北町	3	
御浜町	1	
紀宝町	2	
伊賀サブ保健医療圏	5	28.4
伊勢志摩サブ保健医療圏	29	116.4

出典：厚生労働省「医政局指導課による介護サービス施設事業所調査等の特別集計結果」（平成24年1月現在）

③ 指標 K 1 2 在宅療養支援診療所数、在宅療養支援診療所（有床診療所）の病床数、在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数

（在宅療養支援診療所（有床診療所）の病床数）

（単位：床）

	実数	人口10万人あたり
全国	32,197	25.4
三重県	353	19.2
北勢保健医療圏	136	16.4
四日市市	55	
桑名市	57	
鈴鹿市	23	
亀山市	0	
いなべ市	0	
木曽岬町	1	
東員町	0	
菟野町	0	
朝日町	0	
川越町	0	
中勢伊賀保健医療圏	97	21.3
津市	80	
伊賀市	0	
名張市	17	
南勢志摩保健医療圏	120	25.3
松阪市	26	
多気町	0	
明和町	0	
大台町	0	
大紀町	0	
伊勢市	69	
鳥羽市	0	
志摩市	0	
玉城町	25	
度会町	0	
南伊勢町	0	
東紀州保健医療圏	0	0.0
尾鷲市	0	
熊野市	0	
紀北町	0	
御浜町	0	
紀宝町	0	
伊賀サブ保健医療圏	17	96.7
伊勢志摩サブ保健医療圏	94	377.2

出典：厚生労働省「医政局指導課による介護サービス施設事業所調査等の特別集計結果」（平成24年1月現在）

④ 指標 K 1 3 在宅療養支援診療所数、在宅療養支援診療所（有床診療所）の病床数、在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数

（在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数）

（単位：人）

	実数	人口10万人あたり
全国		
三重県	145	7.9
北勢保健医療圏	67	8.1
四日市市	15	
桑名市	21	
鈴鹿市	29	
亀山市	1	
いなべ市	0	
木曽岬町	1	
東員町	0	
菟野町	0	
朝日町	0	
川越町	0	
中勢伊賀保健医療圏	40	8.8
津市	37	
伊賀市	1	
名張市	2	
南勢志摩保健医療圏	31	6.5
松阪市	0	
多気町	2	
明和町	0	
大台町	0	
大紀町	2	
伊勢市	20	
鳥羽市	2	
志摩市	2	
玉城町	2	
度会町	1	
南伊勢町	0	
東紀州保健医療圏	7	8.8
尾鷲市	3	
熊野市	0	
紀北町	2	
御浜町	1	
紀宝町	1	
伊賀サブ保健医療圏	3	1.7
伊勢志摩サブ保健医療圏	27	10.8

出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成24年）

⑤ 指標 K 2 1 在宅療養支援病院数、在宅療養支援病院の病床数、在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数

(在宅療養支援病院数)

(単位：か所)

	実数	人口10万人あたり
全国	481	0.4
三重県	5	0.3
北勢保健医療圏	2	0.2
四日市市	0	
桑名市	2	
鈴鹿市	0	
亀山市	0	
いなべ市	0	
木曽岬町	0	
東員町	0	
菰野町	0	
朝日町	0	
川越町	0	
中勢伊智保健医療圏	1	0.2
津市	0	
伊智市	0	
名張市	1	
南勢志摩保健医療圏	2	0.4
松阪市	1	
多気町	0	
明和町	0	
大台町	0	
大紀町	0	
伊勢市	1	
鳥羽市	0	
志摩市	0	
玉城町	0	
度会町	0	
南伊勢町	0	
東紀州保健医療圏	0	0.0
尾鷲市	0	
熊野市	0	
紀北町	0	
御浜町	0	
紀宝町	0	
伊智サブ保健医療圏	1	5.7
伊勢志摩サブ保健医療圏	1	4.0

出典：厚生労働省「医政局指導課による介護サービス施設事業所調査等の特別集計結果」(平成24年1月現在)

⑥ 指標 K 2 2 在宅療養支援病院数、在宅療養支援病院の病床数、在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数

(在宅療養支援病院の病床数)

(単位：床)

	実数	人口10万人あたり
全国	49,398	39.0
三重県	372	20.2
北勢保健医療圏	84	10.1
四日市市	0	
桑名市	84	
鈴鹿市	0	
亀山市	0	
いなべ市	0	
木曽岬町	0	
東員町	0	
菰野町	0	
朝日町	0	
川越町	0	
中勢伊智保健医療圏	135	29.6
津市	0	
伊智市	0	
名張市	135	
南勢志摩保健医療圏	153	32.2
松阪市	60	
多気町	0	
明和町	0	
大台町	0	
大紀町	0	
伊勢市	93	
鳥羽市	0	
志摩市	0	
玉城町	0	
度会町	0	
南伊勢町	0	
東紀州保健医療圏	0	0.0
尾鷲市	0	
熊野市	0	
紀北町	0	
御浜町	0	
紀宝町	0	
伊智サブ保健医療圏	135	767.5
伊勢志摩サブ保健医療圏	93	373.2

出典：厚生労働省「医政局指導課による介護サービス施設事業所調査等の特別集計結果」(平成24年1月現在)

⑦ 指標 K 2 3 在宅療養支援病院数、在宅療養支援病院の病床数、在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数

(在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数)

(単位：人)

		実数	人口10万人あたり
全国			
三重県		89.3	4.9
	北勢保健医療圏	51.0	6.2
	四日市市	6.0	
	桑名市	12.0	
	鈴鹿市	28.0	
	亀山市	0.0	
	いなべ市	0.0	
	木曽岬町	0.0	
	東員町	2.0	
	菟野町	3.0	
	朝日町	0.0	
	川越町	0.0	
	中勢伊賀保健医療圏	14.3	3.1
	津市	13.3	
	伊賀市	1.0	
	名張市	0.0	
	南勢志摩保健医療圏	24.0	5.1
	松阪市	7.0	
	多気町	0.0	
	明和町	3.0	
	大台町	1.0	
	太紀町	0.0	
	伊勢市	7.0	
	鳥羽市	0.0	
	志摩市	3.0	
	玉城町	0.0	
	度会町	0.0	
	南伊勢町	3.0	
	東紀州保健医療圏	0.0	0.0
	尾鷲市	0.0	
	熊野市	0.0	
	紀北町	0.0	
	御浜町	0.0	
	紀宝町	0.0	
	伊賀サブ保健医療圏	1.0	0.6
	伊勢志摩サブ保健医療圏	13.0	5.2

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成24年)

⑧ 指標 K 3 1 在宅療養支援歯科診療所数

(単位：か所)

		実数	人口10万人あたり
全国		4,056	3.2
三重県		62	3.4
	北勢保健医療圏	16	1.9
	四日市市	6	
	桑名市	6	
	鈴鹿市	1	
	亀山市	0	
	いなべ市	0	
	木曽岬町	0	
	東員町	0	
	菟野町	1	
	朝日町	1	
	川越町	1	
	中勢伊賀保健医療圏	22	4.8
	津市	12	
	伊賀市	5	
	名張市	5	
	南勢志摩保健医療圏	24	5.1
	松阪市	9	
	多気町	1	
	明和町	0	
	大台町	1	
	太紀町	0	
	伊勢市	6	
	鳥羽市	0	
	志摩市	5	
	玉城町	1	
	度会町	1	
	南伊勢町	0	
	東紀州保健医療圏	0	0.0
	尾鷲市	0	
	熊野市	0	
	紀北町	0	
	御浜町	0	
	紀宝町	0	
	伊賀サブ保健医療圏	10	56.9
	伊勢志摩サブ保健医療圏	13	52.2

出典：厚生労働省「医政局指導課による介護サービス施設事業所調査等の特別集計結果」(平成24年1月現在)

⑨ 指標 K 5 1 24 時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数

(単位：人)

	保健師		助産師		看護師	
	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全国	449	0.4	22	0.0	16,031	12.6
三重県	4	0.2	0	0.0	178	9.6
北勢保健医療圏	0	0.0	0	0.0	67	8.1
四日市市	0		0		23	
桑名市	0		0		11	
鈴鹿市	0		0		7	
亀山市	0		0		6	
いなべ市	0		0		10	
木曽岬町	0		0		0	
東員町	0		0		5	
菰野町	0		0		5	
朝日町	0		0		0	
川越町	0		0		0	
中勢伊賀保健医療圏	0	0.0	0	0.0	51	11.1
津市	0		0		21	
伊賀市	0		0		17	
名張市	0		0		13	
南勢志摩保健医療圏	4	0.8	0	0.0	54	11.2
松阪市	0		0		16	
多気町	0		0		0	
明和町	1		0		8	
大台町	0		0		3	
大紀町	0		0		0	
伊勢市	1		0		20	
鳥羽市	0		0		0	
志摩市	0		0		3	
玉城町	2		0		2	
度会町	0		0		0	
南伊勢町	0		0		2	
東紀州保健医療圏	0	0.0	0	0.0	7	8.4
尾鷲市	0		0		2	
熊野市	0		0		5	
紀北町	0		0		0	
御浜町	0		0		0	
紀宝町	0		0		0	
伊賀サブ保健医療圏	0	0.0	0	0.0	30	16.8
伊勢志摩サブ保健医療圏	3	1.2	0	0.0	27	10.6

	准看護師		理学療法士		作業療法士	
	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全国	1,436	1.1	1,523	1.2	721	0.6
三重県	14	0.8	16	0.9	8	0.4
北勢保健医療圏	4	0.5	9	1.1	3	0.4
四日市市	4		3		3	
桑名市	0		1			
鈴鹿市	0		1			
亀山市	0		0			
いなべ市	0		2			
木曽岬町	0		0			
東員町	0		1			
菰野町	0		1			
朝日町	0		0			
川越町	0		0			
中勢伊賀保健医療圏	2	0.4	3	0.7	5	1.1
津市	0		1		3	
伊賀市	0		2		2	
名張市	2		0			
南勢志摩保健医療圏	6	1.2	6	1.2	1	0.2
松阪市	2		2			
多気町	0		0			
明和町	0		0			
大台町	0		0			
大紀町	0		0			
伊勢市	3		4		1	
鳥羽市	0		0			
志摩市	0		0			
玉城町	1		0			
度会町	0		0			
南伊勢町	0		0			
東紀州保健医療圏	1	1.2	0	0.0	0	0.0
尾鷲市	1		0			
熊野市	0		0			
紀北町	0		0			
御浜町	0		0			
紀宝町	0		0			
伊賀サブ保健医療圏	2	1.1	2	1.1	2	1.1
伊勢志摩サブ保健医療圏	4	1.6	4	1.6	1	0.4

出典：厚生労働省「医政局指導課による介護サービス施設事業所調査等の特別集計結果」(平成 21 年 個票解析)

⑩ 指標 K 6 1 麻薬小売業の免許を取得している薬局数、訪問薬剤指導を実施する薬局数
(麻薬小売業免許取得薬局数)

(単位：か所、%)

		実数	薬局数に対する割合
全国			
三重県		479	64.3
	北勢保健医療圏	193	55.5
	四日市市		
	桑名市		
	鈴鹿市		
	亀山市		
	いなべ市		
	木曽岬町		
	東員町		
	菟野町		
	朝日町		
	川越町		
	中勢伊賀保健医療圏	102	62.2
	津市		
	伊賀市		
	名張市		
	南勢志摩保健医療圏	155	79.1
	松阪市		
	多気町		
	明和町		
	大台町		
	大紀町		
	伊勢市		
	鳥羽市		
	志摩市		
	玉城町		
	度会町		
	南伊勢町		
	東紀州保健医療圏	29	78.4
	尾鷲市		
	熊野市		
	紀北町		
	御浜町		
	紀宝町		
	伊賀サブ保健医療圏		
	伊勢志摩サブ保健医療圏		

出典：三重県調査（平成 24 年 3 月末現在）

⑪ 指標 K 10 1 退院支援担当者を配置している診療所・病院数
(一般診療所)

(単位：か所)

		実数	人口100万人あたり
全国		523	4.1
三重県		7	3.8
	北勢保健医療圏	4	4.9
	四日市市	1	
	桑名市	2	
	鈴鹿市	1	
	亀山市	0	
	いなべ市	0	
	木曽岬町	0	
	東員町	0	
	菟野町	0	
	朝日町	0	
	川越町	0	
	中勢伊賀保健医療圏	2	4.3
	津市	2	
	伊賀市	0	
	名張市	0	
	南勢志摩保健医療圏	1	2.1
	松阪市	1	
	多気町	0	
	明和町	0	
	大台町	0	
	大紀町	0	
	伊勢市	0	
	鳥羽市	0	
	志摩市	0	
	玉城町	0	
	度会町	0	
	南伊勢町	0	
	東紀州保健医療圏	0	0.0
	尾鷲市	0	
	熊野市	0	
	紀北町	0	
	御浜町	0	
	紀宝町	0	
	伊賀サブ保健医療圏	0	0.0
	伊勢志摩サブ保健医療圏	0	0.0

出典：厚生労働省「医政局指導課による介護サービス施設事業所調査等の特別集計結果」
(平成 20 年 個票解析)

⑫ 指標 K 10 2 退院支援担当者を配置している診療所・病院数
(病院)

(単位：か所)

		実数	人口100万人あたり
全国		2,451	19.3
三重県	北勢保健医療圏	38	20.5
	四日市市	18	21.9
	桑名市	5	
	鈴鹿市	6	
	亀山市	3	
	いなべ市	1	
	木曽岬町	2	
	東員町	0	
	菟野町	0	
	朝日町	1	
	川越町	0	
	中勢伊賀保健医療圏	8	17.3
	津市	6	
	伊賀市	2	
	名張市	0	
	南勢志摩保健医療圏	11	22.6
	松阪市	4	
	多気町	0	
	明和町	1	
	大台町	1	
	大紀町	0	
	伊勢市	3	
	鳥羽市	0	
	志摩市	2	
	玉城町	0	
	度会町	0	
	南伊勢町	0	
	東紀州保健医療圏	1	11.7
	尾鷲市	0	
	熊野市	0	
	紀北町	0	
御浜町	1		
紀宝町	0		
伊賀サブ保健医療圏	2	11.1	
伊勢志摩サブ保健医療圏	5	19.4	

出典：厚生労働省「医政局指導課による介護サービス施設事業所調査等の特別集計結果」
(平成20年 個票解析)

⑬ 指標 K 23 4 看取りに対応する介護施設数

(単位：か所)

		介護老人福祉施設		特定施設	
		実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全国		—	—	—	—
三重県	北勢保健医療圏	70	3.8	10	0.5
	四日市市	19	2.3	2	0.2
	桑名市	7		1	
	鈴鹿市	2		0	
	亀山市	4		1	
	いなべ市	2		0	
	木曽岬町	1		0	
	東員町	0		0	
	菟野町	1		0	
	朝日町	1		0	
	川越町	0		0	
	中勢伊賀保健医療圏	27	5.9	4	0.9
	津市	15		2	
	伊賀市	7		2	
	名張市	5		0	
	南勢志摩保健医療圏	21	4.4	4	0.8
	松阪市	5		1	
	多気町	0		0	
	明和町	1		1	
	大台町	2		0	
	大紀町	1		0	
	伊勢市	4		2	
	鳥羽市	2		0	
	志摩市	3		0	
	玉城町	1		0	
	度会町	2		0	
	南伊勢町	0		0	
	東紀州保健医療圏	3	3.8	0	0.0
	尾鷲市	0		0	
	熊野市	1		0	
	紀北町	0		0	
御浜町	1		0		
紀宝町	1		0		
伊賀サブ保健医療圏	12	6.8	2	1.1	
伊勢志摩サブ保健医療圏	12	4.8	2	0.8	

出典：三重県調査（平成24年）

第3節 計画改訂の経緯

1. 検討経緯

年月日	事項	主な内容	
平成 24 年	3月29日(木)	三重県医療審議会	作成体制、スケジュール等説明
	5月29日(火)	三重県医療審議会地域医療対策部会	作成体制、スケジュール等説明
	6月15日(金)	県議会第2回定例会6月会議常任委員会所管事項説明	作成体制、スケジュール等説明
	9月5日(水)	三重県医療審議会災害医療対策部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
		三重県医療審議会周産期医療部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
	9月6日(木)	三重県がん対策戦略プラン策定検討部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
	9月10日(月)	三重県医療審議会地域医療対策部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
	9月13日(木)	三重県医療審議会救急医療部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
	9月14日(金)	三重県公衆衛生審議会地域・職域連携部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
	9月19日(水)	三重県医療審議会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
	9月21日(金)	三重県保健所長会	三重県医療審議会結果報告
	9月25日(火)	三重県脳卒中医療福祉連携懇話会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
	9月28日(金)	三重県精神保健福祉審議会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
	10月1日(月)	三重県医療審議会健やか親子推進部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
	10月3日(水)	県議会第3回定例会9月会議常任委員会所管事項説明	三重県保健医療計画(第5次改訂)検討状況報告
	10月5日(金)	三重県在宅医療推進懇話会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」素案について
	10月30日(火)	三重県医療審議会地域医療対策部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」中間案について
	11月1日(木)	三重県医療審議会災害医療対策部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」中間案について
	11月6日(火)	三重県がん対策戦略プラン策定検討部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」中間案について
	11月7日(水)	三重県公衆衛生審議会地域・職域連携部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」中間案について
	三重県医療審議会周産期医療部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」中間案について	
11月8日(木)	三重県在宅医療推進懇話会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」中間案について	
11月14日(水)	三重県医療審議会健やか親子推進部会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」中間案について	
11月16日(金)	三重県保健所長会	三重県保健医療計画(第5次改訂)中間案報告	
11月20日(火)	三重県脳卒中医療福祉連携懇話会	「三重県保健医療計画(第5次改訂)」中間案について	

平成 25 年	11 月 21 日 (水)	三重県医療審議会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 中間案について
	11 月 26 日 (月)	三重県医療審議会救急医療部会 三重県精神保健福祉審議会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 中間案について 「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 中間案について
	12 月 7 日 (金)	県議会第 4 回定例会 12 月 会議常任委員会所管事項 説明	三重県保健医療計画（第 5 次改訂） 中間案報告
	12 月 12 日 (水)	保健所担当者向け説明会	三重県保健医療計画（第 5 次改訂） 中間案報告
	12 月 14 日 (金)	各市町意見照会	
	12 月 17 日 (月)	パブリックコメント開始	
	1 月 15 日 (火)	パブリックコメント終了	
	1 月 16 日 (水)	三重県がん対策戦略プラン 策定検討部会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について
	1 月 22 日 (火)	三重県脳卒中医療福祉連 携懇話会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について
	1 月 24 日 (木)	三重県医療審議会健やか 親子推進部会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について
	1 月 31 日 (木)	三重県医療審議会周産期 医療部会 三重県在宅医療推進懇話 会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について 「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について
	2 月 1 日 (金)	三重県公衆衛生審議会地 域・職域連携部会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について
	2 月 5 日 (火)	三重県医療審議会地域医 療対策部会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について
	2 月 6 日 (水)	三重県医療審議会災害医 療部会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について
	2 月 12 日 (火)	三重県医療審議会救急医 療部会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について
	2 月 15 日 (金)	三重県精神保健福祉審議 会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について
	3 月 14 日 (木)	県議会 3 月定例会月会議常 任委員会所管事項説明 三重県医療審議会へ諮問	三重県保健医療計画（第 5 次改訂） 最終案報告
	3 月 21 日 (木)	三重県医療審議会	「三重県保健医療計画（第 5 次改訂）」 最終案について
	3 月 22 日 (金)	三重県医療審議会から答 申	
	3 月 26 日 (火)	厚生労働大臣へ報告	
3 月 29 日 (金)	県公報登載		

2. 審議会等の日程一覧

		第1回	第2回	第3回
三重県医療審議会	日時	平成24年9月19日 18:00	平成24年11月21日 10:00	平成25年3月21日 16:30
	場所	吉田山会館206会議室	講堂棟131会議室	講堂棟131会議室
三重県がん対策戦略 プラン策定検討部会	日時	平成24年9月6日 17:30	平成24年11月6日 17:30	平成25年1月16日 17:30
	場所	栄町庁舎5階51会議室	栄町庁舎5階51会議室	栄町庁舎5階51会議室
三重県脳卒中 医療福祉連携懇話会	日時	平成24年9月25日 18:30	平成24年11月20日 18:30	平成25年1月22日 18:30
	場所	県庁厚生棟S101会議室	講堂棟131会議室	講堂棟131会議室
三重県公衆衛生審議会 地域・職域連携部会	日時	平成24年9月14日 13:30	平成24年11月7日 13:30	平成25年2月1日 13:30
	場所	歯科医師会館1階会議室	歯科医師会館1階会議室	歯科医師会館1階会議室
三重県精神保健福祉 審議会	日時	平成24年9月28日 10:00	平成24年11月26日 18:00	平成25年2月15日 18:00
	場所	津庁舎第65会議室	吉田山会館206会議室	吉田山会館206会議室
三重県医療審議会 救急医療部会	日時	平成24年9月13日 13:30	平成24年11月26日 13:30	平成25年2月12日 13:30
	場所	勤福2階第2会議室	勤福2階第2会議室	講堂棟131会議室
三重県医療審議会 災害医療部会	日時	平成24年9月5日 13:30	平成24年11月1日 18:00	平成25年2月6日 13:30
	場所	勤福地下特別会議室	講堂棟131会議室	講堂棟131会議室
三重県医療審議会 地域医療対策部会	日時	平成24年9月10日 17:30	平成24年10月30日 17:30	平成25年2月5日 18:00
	場所	吉田山会館206会議室	講堂棟131会議室	吉田山会館206会議室
三重県医療審議会 周産期医療部会	日時	平成24年9月5日 18:00	平成24年11月7日 18:00	平成25年1月31日 18:00
	場所	吉田山会館206会議室	吉田山会館206会議室	吉田山会館206会議室
三重県医療審議会 健やか親子推進部会	日時	平成24年10月1日 18:30	平成24年11月14日 18:30	平成25年1月24日 18:30
	場所	吉田山会館特別会議室	栄町庁舎4階41会議室	吉田山会館206会議室
三重県在宅医療推進 懇話会	日時	平成24年10月5日 18:00	平成24年11月8日 18:00	平成25年1月31日 18:00
	場所	県庁厚生棟S101会議室	吉田山会館特別会議室	吉田山会館特別会議室

第4節 委員名簿

1. 三重県医療審議会 委員名簿

機 関	役 職	氏 名
公益社団法人 三重県医師会	会長	青木 重孝
国立大学法人 三重大学	学長	◎ 内田 淳正
社団法人 三重県薬剤師会	会長	上村 武
三重県市長会	会長	河上 敢二
健康保険組合連合会三重連合会	会長	川村 則之
三重県精神科病院会	会長	齋藤 純一
三重県町村会	会長	谷口 友見
株式会社百五経済研究所	主任研究員	谷ノ上 千賀子
株式会社橋本醤油店	専務取締役	橋本 陽子
一般社団法人 三重県病院協会	理事長	濱田 正行
公益社団法人 三重県看護協会	会長	水谷 良子
公益社団法人 三重県歯科医師会	会長	峰 正博
公立大学法人 三重県立看護大学	学長	村本 淳子

(五十音順・敬称略、◎印は審議会会長)

2. 5疾病・5事業及び在宅医療対策に関する部会 委員名簿

(1) 三重県がん対策推進協議会がん対策戦略プラン策定検討部会

機 関	役 職	氏 名
公益社団法人 三重県医師会	常任理事	浦和 健人
三重県難病相談支援センター	所長	河原 洋紀
公益財団法人 三重県健康管理事業センター	がん相談支援センター長	北村 周子
がん患者会 くすの木班	会長	正源寺 正義
三重大学医学部附属病院	病院長	◎ 竹田 寛
三重大学医学部附属病院	がんセンター長	中瀬 一則
国立大学法人 三重大学	大学院医学系研究科 臨床医学系講座 小児科学分野 准教授	平山 雅浩
独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	薬剤科薬務主任	間瀬 広樹
鈴鹿中央総合病院	精神科部長	松本 卓也
三重県市町保健師協議会	幹事	源 真由美
松阪中央総合病院	看護部長	村林 恵子
伊勢赤十字病院	副院長兼病理部長	矢花 正
地方独立行政法人 三重県立総合医療センター	外科 医長	渡部 秀樹

(五十音順・敬称略、◎印は各部会会長、以下同じ)

(2) 脳卒中医療福祉連携懇話会

機 関	役 職	氏 名
医療機関（北勢保健医療圏）	市立四日市病院 神経内科部長	家田 俊明
公益社団法人 三重県医師会	常任理事	浦和 健人
医療機関（東紀州保健医療圏）	紀南病院 院長	須崎 真
三重県脳卒中医療連携研究会	顧問	鈴木 秀謙
医療機関（中勢伊賀保健医療圏）	藤田保健衛生大学七栗サナトリウム 院長	園田 茂
三重県介護支援専門員協会	会長	高橋 恵美子
医療機関（南勢志摩保健医療圏）	松阪中央総合病院 リハビリテーション科医長	田中 貴志
三重県脳卒中医療連携研究会	顧問	◎ 富本 秀和
三重県保健所長会	会長	中山 治
三重県地域包括・在宅介護支援センター協議会	副委員長	藤井 孝博
訪問介護ステーション ナーシングヒル・なでしこ	居宅介護支援事業室長	藤波 恵子
医療機関（南勢志摩保健医療圏）	伊勢赤十字病院 脳神経外科部長	宮 史卓
三重県脳卒中医療連携研究会	代表幹事	諸岡 芳人
三重県医療ソーシャルワーカー協会	副会長	藪下 茂樹

(3) 三重県公衆衛生審議会地域・職域連携部会

機 関	役 職	氏 名
公益社団法人 三重県医師会	理事	馬岡 晋
公益社団法人 三重県看護協会	常務理事	河村 かず子
社団法人 三重県薬剤師会	専務理事	倉本 敬正
四日市看護医療大学	学長	◎ 河野 啓子
健康保険組合連合会三重連合会	常務理事	小林 信重
三重県保健所長会	鈴鹿保健所長	坂井 温子
国立大学法人 三重大学	副学長、保健管理センター所長	住田 安弘
公益社団法人 三重県歯科医師会	副会長	中井 孝佳
三重県栄養士会	副会長	信國 淑子
全国健康保険協会三重支部	保健グループ長	長谷川 早苗
三重労働局	労働基準部健康安全課長	日美 昌平
三重県市長会	津市役所健康福祉部 保健指導担当副参事兼副所長	藤井 久美子
三重産業医会	産業医	古田 さとり
三重県中小企業団体中央会	事務局次長	別所 浩己
三重県町村会	朝日町子育て健康課長	水谷 雅也
三重県市町保健師協議会	会長	望月 寿子
三重県国民健康保険団体連合会	事務局長	保田 裕之
三重産業保健推進センター	所長	和田 文明

(4) 三重県精神保健福祉審議会

機 関	役 職	氏 名
三重県こころのボランティア協議会	代表	赤井 真知子
三重県こころの健康センター	所長	井上 雄一朗
三重県精神保健福祉会		井村 克子
国立大学法人 三重大学	大学院医学系研究科精神神経科学分野 教授	岡田 元宏
北勢会北勢病院	院長	川上 正輝
三重県精神科病院会	会長	◎ 齋藤 純一
公益社団法人 三重県医師会	理事	齋藤 洋一
三重県民生委員児童委員協議会	常任理事	坂村 春美
三重県精神保健福祉士協会	代表	花村 彩
県立こころの医療センター	院長	原田 雅典
信貴山病院分院上野病院	院長	平尾 文雄
医療法人紀南会熊野病院	院長	福田 衆一
居仁会総合心療センターひなが	副院長	藤田 泉
三重県精神障がい者福祉事業所連絡会	役員	又市 婦美子
公益社団法人 三重県看護協会	会長	水谷 良子

(5) 三重県医療審議会 救急医療部会

機 関	役 職	氏 名
三重県市長会	津市健康福祉部長	市川 和彦
三重大学医学部附属病院	救命救急センター長	今井 寛
公益社団法人 三重県医師会	副会長	◎ 小林 篤
伊勢赤十字病院	救急部長兼救命救急センター長	説田 守道
一般社団法人 三重県病院協会	理事	高瀬 幸次郎*
	理事長	濱田 正行*
地方独立行政法人 三重県立総合医療センター	救命救急センター長	田代 晴彦
公益社団法人 三重県歯科医師会	副会長	田所 泰
三重県町村会	大紀町健康福祉課長	中井 求
三重県保健所長会	桑名保健所長	長坂 裕二
公益社団法人 三重県医師会	理事	橋上 裕
公益社団法人 三重県看護協会	会長	水谷 良子
三重県消防長会	四日市市消防本部消防救急課長	矢田 寿俊
三重県小児科医会	会長	山城 武夫

*濱田委員は第1回検討会まで、高瀬委員は第2回検討会から加入

(6) 三重県医療審議会 災害医療対策部会

機 関	役 職	氏 名
三重大学医学部附属病院	救命救急センター長	今井 寛
日本赤十字社三重県支部	事務局長	浦中 素史
三重県消防長会	四日市市消防本部 消防救急課 副参事兼救急救命室長	太田 清美
三重県市長会	名張市長	亀井 利克
公益社団法人 三重県看護協会	常任理事	河村 かず子
社団法人 三重県薬剤師会	専務理事	倉本 敬正
公益社団法人 三重県医師会	副会長	小林 篤
三重県町村会	南伊勢町長	小山 巧
公益社団法人 三重県歯科医師会	専務理事	芝田 憲治
地方独立行政法人 三重県立総合医療センター	院長	◎高瀬 幸次郎
三重大学医学部附属病院	病院長	竹田 寛
三重大学医学部附属病院	救命救急センター副センター長	武田 多一
一般社団法人 三重県病院協会	理事	玉置 久雄
三重県保健所長会	桑名保健所長	長坂 裕二
三重県警察本部	警備第二課長	中谷 佳人

(7) 三重県医療審議会 地域医療対策部会

機 関	役 職	氏 名
公益社団法人 三重県医師会	会長	青木 重孝
NPO法人三重みなみ子どもネットワーク	理事長	秋山 則子
名張市立病院	院長	伊藤 宏雄
国立大学法人 三重大学	循環器・腎臓内科学教授	伊藤 正明
県立志摩病院	院長	勝峰 康夫
三重県市長会	名張市長	亀井 利克
地方独立行政法人 三重県立総合医療センター	院長	高瀬 幸次郎
三重大学医学部附属病院	病院長	◎竹田 寛
三重県保健所長会	会長	中山 治
国立大学法人 三重大学	医学部長	登 勉
一般社団法人 三重県病院協会	理事長	濱田 正行
三重県町村会	御浜町長	古川 弘典
伊勢赤十字病院	院長	村林 紘二
志摩地域医療を考える会	会長	山下 美恵

(8) 三重県医療審議会周産期医療部会

機 関	役 職	氏 名
国立大学法人 三重大学	臨床医学系講座 産科婦人科学教授	池田 智明
国立大学法人 三重大学	医学部附属病院 医療福祉支援センター部長	内田 恵一
三重県消防長会	四日市市消防本部 消防救急課 副参事兼救急救命室長	太田 清美
一般社団法人 三重県助産師会	会長	加藤 峰子
国立大学法人 三重大学	臨床医学系講座 小児科学教授	◎ 駒田 美弘
市立四日市病院	小児科部長	坂 京子
地方独立行政法人 三重県立総合医療センター	周産期母子センター次長兼小児科部長	杉山 謙二
三重県消防長会	津市消防本部 消防課救急対策室長	東海 千秋
公益社団法人 三重県医師会	常任理事	二井 栄
伊勢赤十字病院	第二産婦人科部長	西村 公宏
独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	総合周産期母子医療センター部長	前田 眞
公益社団法人 三重県看護協会	会長	水谷 良子
公立大学法人 三重県立看護大学	学長	村本 淳子
三重県産婦人科医会	副会長	森川 文博
三重県小児科医会	会長	山城 武夫
独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	臨床研究部長	山本 初実

(9) 三重県医療審議会健やか親子推進部会

機 関	役 職	氏 名
三重県小児保健協会	会長	◎ 庵原 俊昭
三重県市長会	名張市長	亀井 利克
三重県小中学校長会	幹事	木戸 豊志
公益社団法人 三重県医師会	理事	駒田 幹彦
三重県子どもNPOサポートセンター	理事長	田部 眞樹子
三重県保健所長会	会長	中山 治
三重県産婦人科医会	会長	二井 栄
三重県町村会	副会長	西田 健
公益社団法人 三重県歯科医師会	常務理事	羽根 司人
三重県社会福祉審議会 児童福祉専門分科会 こども相談支援部会	委員	松岡 典子
三重県高等学校長協会	会計	水野 恵宏
三重県市町保健師協議会	幹事	源 真由美
公立大学法人 三重県立看護大学	学長	村本 淳子
三重県小児科医会	会長	山城 武夫

(10) 三重県在宅医療推進懇話会

機 関	役 職	氏 名
三重県訪問リハビリテーション連絡協議会	会長	伊藤 卓也
三重県地域包括・ 在宅介護支援センター協議会	事業運営委員	稲澤 町子
三重大学医学部附属病院	小児科医師 医学部附属病院周産母子センター助教	岩本 彰太郎
名張市在宅医療支援センター	相談員	大北 萬美子
公益財団法人 三重県健康管理事業センター	がん相談支援センター長	北村 周子
在宅療養支援病院 代表	桜木記念病院 院長	◎ 志田 幸雄
三重県介護支援専門員協会	会長	高橋 恵美子
国立大学法人 三重大学	大学院医学系研究科家庭医療学教授兼 三重大学医学部附属病院総合診療科科長	竹村 洋典*
一般社団法人 三重県病院協会	理事	田中 公
三重県保健所長会	桑名保健所長	長坂 裕二
社団法人 三重県薬剤師会	理事	中澤 直美
三重県訪問看護ステーション連絡協議会	ときわ訪問看護ステーション 看護管理者	永田 三津子
公益社団法人 三重県医師会	理事	中村 康一
公益社団法人 三重県歯科医師会	常務理事	羽根 司人
公益社団法人 三重県看護協会	専務理事	藤田 せつ子

*竹村委員は第2回検討会から加入

第5節 用語解説

用 語	意 味
あ	
赤ちゃんへの気持ち質問票	産後うつ病を発見するために開発されたチェックリストで、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）と併せて、赤ちゃんへの否定的な気持ちの強さを調べるものです。
アンギオグラフィ	血管内に造影剤を注入し、その流れをエックス線で撮影することによって、血管そのものの形状などを観察する方法です。
一般診療所	診療所のうち歯科医業を行うもの（歯科診療所）を除いた施設をいいます。
一般病床	病床の種別の1つで、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床のことをいいます。
違法・脱法ドラッグ	麻薬・覚醒剤・大麻等には指定されていませんが、妄想、幻覚、幻聴、精神への悪影響や意識障害等の悪影響をおこすおそれがある製品をいいます。
医薬分業	患者の診察、薬剤の処方医師または歯科医師が行い、医師・歯科医師の処方箋に基づいて、薬剤の調剤および投与を薬剤師が行うという形で役割を分担することです。
医療機関	医療法で定められた「医療提供施設」（病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局、助産所）をいいますが、狭義においては、医師、歯科医師等が医療行為を行う施設である病院、診療所をさす場合もあります。本保健医療計画における「医療機関」は、狭義の医療機関である、病院および診療所としています。
医療ネットみえ	さまざまな病気や専門外来、所在地等、目的に合った県内の医療機関を探すことができる医療情報システムです。また、医療機関が診療応需の可否（応需情報）をパソコンに入力することにより、その時点で受診可能な医療機関を24時間365日検索することもできます。
医療保護入院	精神障がい者で、医療および保護のために入院を要すると精神保健指定医によって診断された場合、本人の同意がなくても保護者の同意により精神科病院に入院させることをいいます。
インスリン	膵臓から分泌されるホルモンで、血糖を下げる働きがあります。
インターフェロン	ウイルスの感染を受けた時などに体内で作られる蛋白質の一種です。人工的に生産したインターフェロンを体外から注射により補うのが、インターフェロン治療です。インターフェロン治療は、肝炎ウイルスの増殖を抑え、肝炎ウイルスを破壊する効果があります。
院内がん登録	国立がん研究センターがん対策情報センターで実施される統計で、医療機関単位でがんの診断、治療、生存率等の情報を集める仕組みです。

インフォーマルサービス	要介護者などに近い立場の家族、近隣住民、ボランティアなどの専門家ではない人々による非公式な援助をいいます。
インフォームド・コンセント	患者が医療行為等の内容について医師等から十分な説明を受け納得したうえで、自由意思に基づいてその医療行為（治療、投薬、手術等）を行うかどうかについて合意する制度のことです。
ウエストナイル熱	ウエストナイルウイルスによる感染症の一種です。ウエストナイルウイルスは、1937年にウガンダの西ナイル地区で最初に分離され、感染症法では4類（動物、飲食物などの物件を介してヒトに感染し、国民の健康に影響を与えるおそれがある感染症。媒介動物の輸入規制、消毒、物件の廃棄などの物的措置が必要とされる）に属します。
エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）	産後うつ病を発見するために開発されたチェックリストで、10項目の質問に点数をつけ、質問にあてはまる項目の合計点数で産後うつ病かどうかを調べる目安にするものです。（Edinburgh Postnatal Depression Scale の略）
応需率	へき地診療所等から、三重県へき地医療支援機構への代診医の派遣要請に対応できた割合をいいます。
往診	医師が患者の家に行き診察することで、患者の求めに応じて臨時で行う場合をいいます。
オーダーリングシステム	検査オーダー、処方、検査結果参照、医事会計等の作業指示をオンライン上で処理するシステムです。
オンコロジスト	がんの治療に専門的に関わる医師で、腫瘍学専門医、腫瘍内科医等と訳されます。がんの薬物療法に関して専門的な知識と技術を身につけるとともに、手術、放射線治療、緩和ケア等の幅広い視点から、他科の専門家と協力して患者のために最適な治療を行います。
か	
かかりつけ医（歯科医）	日常的な診療や健康管理等を行ってくれる身近な医師（歯科医師）をいいます。
介護支援専門員	→ ケアマネジャー
核酸アナログ製剤治療	B型肝炎ウイルスの増殖を抑制する経口薬で行う治療をいいます。核酸アナログ製剤はウイルス量を減らす作用が強く、また、副作用もインターフェロン治療と比較して少ないとされています。
カテーテル	血管や尿管などに挿入し、検査や治療を行うための医療用の管をいいます。中は空洞で柔らかく、薬の点滴や体液の排出などに使われます。
がん患者リハビリテーション科	がんやその治療により生じた疼痛、筋力低下等に対して、運動機能や生活機能の低下予防・改善を目的に、種々のリハビリテーションを行った場合に算定する診療報酬をいいます。
環境たばこ煙	喫煙者が吸入した煙（主流煙）の吐出煙と、たばこの先端から出る煙（副流煙）が混じったものをいいます。

肝疾患診療連携拠点病院	肝疾患治療の中心的役割を果たすために都道府県が指定した病院をいいます。本県では、肝疾患診療連携拠点病院に三重大学医学部附属病院を指定しています。
感染症病床	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に規定する1類感染症、2類感染症および新感染症の患者を入院させるための病床をいいます。 1類感染症とは、感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症、2類感染症とは、感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症、新感染症とは、人から人に伝染すると認められる疾病であって、既に知られている感染性の疾病とその病状または治療の結果が明らかに異なるもので、当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、当該疾病の蔓延により国民の生命および健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいいます。
カンファレンス	院内で実施する症例検討会（患者の治療方針等の検討会）をいいます。
緩和ケア	がん患者等の治療で、痛みをはじめとする不快な症状を取り除く治療を行ったり、精神的苦痛を緩和したりするなど、患者およびその家族の意思を尊重した対応により、QOL（生活の質）を改善することをいいます。
がんを防ぐための新12か条	がんを予防・早期発見するために、禁煙やバランスのとれた食生活等の12項目の生活習慣をチェックし、改善の目安にするものです。公益財団法人がん研究振興財団により作成されました。
器質的障がい	臓器や器官の形態に関する物理的な障がいのことです。
キャリアサポート制度	本県の医師確保対策事業の一環で、自治医科大学を卒業し、県内のへき地医療機関等への勤務の義務年限を終了した医師等を県職員として雇用し、へき地等の医療機関に派遣する制度です。
救急医療情報システム	→ 医療ネットみえ
救急告示病院（医療機関）	救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当するため、「救急病院等を定める省令（昭和39年2月20日厚生省令第8号）」に基づき、県知事の認定を受けた医療機関をいいます。
急性期	病気を発症した始めの時期で、症状の比較的激しい時期をいいます。
救命救急センター	急性心筋梗塞や脳卒中、重度の外傷・熱傷等の複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、24時間体制で受け入れる三次救急医療施設をいいます。
教育入院	その疾患をより深く理解し、日常生活における注意やケアを自らできるよう、教育を行うことを目的とした入院をいいます。
緊急時訪問看護加算	介護保険において、利用者また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にある事業所において、当該体制にある旨を説明し、利用者の同意を得た場合に加算するものをいいます。
均てん化	全国どこでも標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ることをいいます。

ケアマネジャー	要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門知識および技術を有するとして介護支援専門員証の交付を受けた人をいいます。介護保険制度で、要介護者または要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切なサービスを利用できるよう、市町・サービス事業者・施設等との連絡調整を行います。
経口ブドウ糖負荷試験（OGTT）	糖尿病の診断方法のひとつで、糖尿病が疑われる患者に対し、短時間に一定量のブドウ糖水溶液を飲んでもらい、一定時間経過後の血糖値の値から、糖尿病が存在するかどうかを判断する方法です。
結核患者収容モデル病床	結核患者の高齢化等に伴って複雑化する、高度な合併症を有する結核患者または入院を要する精神障がい者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床または精神病床において収容治療するためのより適切な基準を策定するためにモデル事業として行うものをいいます。
結核病床	結核の患者を入院させるための病床をいいます。
血漿分画製剤	血漿中に含まれる血液凝固因子、タンパク質を抽出して精製したものをいいます。使用目的に応じて、アルブミン製剤、免疫グロブリン製剤、血液凝固因子製剤などがあります。
検案	医師が死体に対し、死亡を確認し、死因、死因の種類、死亡時刻、異状死との鑑別を総合的に判断することをいいます。検案の結果、異状死の疑いがある場合は警察に連絡し、検視を行うこととなります。
健康寿命	日常的に介護を必要とせず、自立して心身ともに健康的な日常生活を送ることができる期間をいいます。本県では、介護保険法による介護認定者数をもとに算出しています。
健康増進法	国民の健康の増進に関する法律です。国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善、その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保険の向上を図ることを目的として平成 15 年 5 月 1 日に施行されました。
健康日本 21	厚生労働省により、健康増進法に基づき策定された「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 15 年厚生労働省告示第 195 号）」のことで、国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向や国民の健康の増進の目標に関する事項等を定めたものです。平成 24 年に全部改正（いわゆる「健康日本 21（第 2 次）」）されました。（平成 24 年 7 月厚生労働省告示 430 号）
検視	変死者または変死の疑いのある死体について、その死亡が犯罪によるものかどうかを調べることをいいます。
原疾患	もともとある病気のことをいいます。
後期臨床研修	初期臨床研修を修了した医師を対象とする臨床研修です。専門分野の医療技術・知識を修得する目的で行われます。

口腔リハビリテーション	病氣、障がい、老化などで動きが低下した口の機能の回復や、これ以上の低下を防ぐことを目的に行うリハビリテーションです。
合計特殊出生率	1人の女性が一生の間に産む子どもの数の平均をいいます。
高病原性鳥インフルエンザ	鳥類のインフルエンザは「鳥インフルエンザ」と呼ばれており、ヒトのインフルエンザウイルスとは別のA型インフルエンザウイルスの感染症のことで、感染した鳥が死亡したり、全身症状を発症したりと、特に強い病原性を示すものをいいます。
コーディネート	「調整」を意味し、本保健医療計画では主に、患者と医療従事者等の関係者の間に立って、連絡調整等を実施することをいいます。
後方ベッド	N I C U（新生児集中治療管理室）やM F I C U（母体・胎児集中治療管理室）など急性期を脱した患者を収容するために必要な設備を有する病室（病床）をいいます。
高齢者福祉圏域	県老人保健福祉計画において、広域的、専門的、総合的に実施すべき高齢者保健福祉サービス（施設の整備等）の調整等のために都道府県が設定する広域の単位（圏域）をいいます。本県では、二次保健医療圏と同じ圏域を設定しています。
災害医療コーディネーター	災害時において医療・救護活動が円滑に行われるよう、内部・外部の調整を行う人のことで、主な役割として医療救護班の配置調整等があります。阪神・淡路大震災の教訓を経て、兵庫県で全国に先駆け設置され、全国に導入が進められています。
災害拠点病院	地震・津波・台風・噴火等の災害発生時に災害医療を行う医療機関を支援する病院のことで、各都道府県の二次保健医療圏ごとに原則1か所以上整備されます。
在宅人工呼吸指導管理料	在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定します。
在宅当番医制	主に入院治療の必要がなく、帰宅可能な患者への対応を病院や診療所が輪番で行う制度をいいます。
在宅療養支援診療所	在宅医療を支えるために24時間往診・訪問看護ができる診療所をいいます。平成18（2006）年度の診療報酬改定において創設されました。
在宅療養支援病院	在宅医療を支えるために24時間往診・訪問看護ができる病院をいいます。平成20（2008）年度の診療報酬改定で、24時間往診・訪問看護ができる等の要件を満たし、半径4km以内に診療所がない地域に存する病院を在宅療養支援病院とし、在宅療養支援診療所と同様の位置づけとしました。なお、平成22（2010）年度の診療報酬改定で要件が緩和され、200床未満の病院であれば、在宅療養支援病院となるできるようになっています。
産科オープンシステム・セミオープンシステム	分娩時に開業医が病院の施設を使用できるようにしたシステムで、地域において個人産院でお産を担っていくことが困難となってきたことへの対応や、ハイリスク出産に対するより安全な体制確保のために創設されました。

さ

三次救急	二次救急では対応できない重篤な患者に対する高度な救急医療をいいます。
歯科診療所	診療所のうち歯科医業を行うもの（歯科診療所）をいいます。
持続感染	ウイルスに感染してから、自己免疫によりウイルスが排除されず感染が6か月以上続く感染をいいます。B型やC型肝炎ウイルスの場合、長期間持続感染すると、一部の人々で慢性の肝臓病がおきます。
自治医科大学義務年限	自治医科大学の卒業生が、医師免許を取得後、県が指定するべき医療機関等に義務的に勤務する期間をいいます。在学年数の1.5倍の期間とされています。
集学的治療	外科的治療・内科的治療・放射線治療など複数の治療法を組み合わせる治療をいいます。
周産期医療	周産期とは、妊娠22週から生後満7日未満までの期間をいい、出産時を含む出産前後の時期を意味する用語です。広義には胎児期と新生児期を合わせた時期のことをいいます。周産期医療とは、周産期の妊産婦および胎児・乳児に対する医療をいいます。周産期の期間は母子ともに異常が生じやすいため、突発的な緊急事態に備えて産科、小児科双方からの総合的な医療体制が必要であり、周産期医療と表現されています。
周産期死亡率	出産千あたりの年間周産期死亡（妊娠満22週以後の死産数に早期新生児死亡を加えたもの）数をいいます。
出産	出生と死産を合わせたものをいいます。
出生率	人口千人（各年10月1日時点）あたりの年間出生数をいいます。
受動喫煙	他人の喫煙より、生じた副流煙（喫煙者が吸い込む主流煙に対してたばこの先から出る煙）、呼出煙（喫煙者が吐き出した煙）を発生源とする、有害物質を含む環境たばこ煙に曝露され、それを吸入することです。
小児死亡率	小児人口千人あたりの15歳未満の子どもの死亡数をいいます。
初期臨床研修	平成16年度に見直しされた新臨床研修制度で、医師および歯科医師国家試験合格後の2年以上の臨床研修をいいます。
人工透析	腎臓の機能を代替する装置を用いて、血液を体外に導いて老廃物を除き、ナトリウムやカリウムなどを補給して体内に戻す医療行為をいいます。
新生児死亡率	出生千あたりの生後28日未満の死亡数をいいます。
心臓リハビリテーション指導士	特定非営利活動法人日本心臓リハビリテーション学会認定の資格で、心臓手術等の進歩による早期離床・早期退院に伴い、運動療法・食事療法・禁煙指導など包括的なリハビリテーションを行うことで再発予防をめざす専門職種です。

心大血管リハビリテーション料	心機能の回復や再発防止等を図るため、運動処方に基づき運動療法を行った場合に算定できる診療点数をいいます。ⅠとⅡの区分があり、Ⅰについては、循環器科または心臓血管外科の医師が、リハビリテーション実施時間帯において常時勤務しており、心臓リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上いるなどの基準を満たしている必要があります。Ⅱについては、循環器科または心臓血管外科を担当する常勤医師または心臓リハビリテーションの経験を有する常勤医師が1名以上勤務しているなどの基準を満たしている必要があります。
心肺蘇生法	呼吸が止まり、心臓も動いていないと見られる人の救命へのチャンスを維持するために行う呼吸および循環の補助方法で、人工呼吸と心臓マッサージを内容とします。
診療所	医師または歯科医師が、医業または歯科医業を行う施設で、19人以下の入院設備（有床の場合）を備えるものをいいます。
診療報酬	保険医療機関等がその行った保険医療サービスに対する対価として保険から受け取る報酬をいいます。診療報酬は点数であらわされ、1点は10円です。
新臨床研修制度	平成16年4月から導入された、医師法に基づく医師免許取得後2年以上臨床研修（いわゆる初期臨床研修）を受けなければならないとされる制度です。
スクリーニング	調査や検査等において、対象をふるいにかけて、一定の条件にあてはまるものを選び出すことをいいます。
ステージ	がんの進行段階（病期）を「ステージ」といい、病期のステージは数字が大きいほど進行したがんをあらわします。
スピリチュアル	一般に「霊的な、魂の」と訳されます。患者が直面する「スピリチュアルな苦痛」は、多くの場合、生きている意味や目的についての関心や懸念と関連するとされています。
精神病床	病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるための病床をいいます。
セカンドオピニオン	患者が検査や治療を受けるに当たって主治医以外の医師に求めた意見、または意見を求める行為をいいます。
臓器移植コーディネーター	臓器移植が公平・迅速に行われるために必要なさまざまな業務を24時間体制でサポートする人です。移植希望者や臓器提供情報の管理から社会（病院等の施設も含む）への臓器移植に関する普及啓発活動まで、移植に関わる多くの実務を行います。
早期新生児死亡率	出生数千あたりの生後7日未満の新生児の死亡数をいいます。
総合周産期母子医療センター	母体・胎児集中治療管理室（MFICU）を6床以上、新生児集中治療管理室（NICU）を9床以上有するなど相当規模の産科病棟や新生児病棟を備え、常時の母体および新生児搬送受入体制を有して、合併症妊娠、重症妊娠高血圧症候群、切迫早産、胎児異常等母体、または子ども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を行える医療施設をいいます。

た

総合診療医	総合的な診療能力を有する医師の名称をいいます。（厚生労働省の「専門医のあり方に関する検討会」において新たな専門医制度に位置づけられることが検討されています。）
増殖前網膜症	糖尿病により、血管が詰まって、網膜の一部に血液が流れていない虚血部分が生じてきた段階をいいます。そのまま放置すれば次の増殖網膜症に進行します。
増殖網膜症	糖尿病により、網膜に虚血部分が生じた部分に酸素や栄養をなんとか送り込もうと、新しい血管（新生血管）が伸びてくる段階をいいます。新生血管はもろいので出血しやすく、視力に大きな影響を与えます。
措置入院	精神保健福祉法において「入院させなければ精神障がいのために自身を傷つけ、または他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである」と、2人の精神保健指定医の診察が一致した場合、県知事または指定都市の市長が精神科病院等に入院させることをいいます。
ターミナルケア	治すことが難しい病気にかかり、末期状態にある患者で、余生は自宅でゆっくり過ごしたいと希望する患者・家族が増えてきています。その希望に沿って必要な治療・処置などを自宅で受けられるよう支援することをいいます。
第一種感染症・第二種感染症指定医療機関	第一種感染症指定医療機関は、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において、1類感染症または2類感染症の患者の入院を担当する医療機関として県知事が指定した病院をいいます。（県内で1か所2床を指定しています） 第二種感染症指定医療機関は、同法律において、2類感染症の患者の入院を担当させる医療機関として県知事が指定した病院をいいます。（県内で7か所22床を指定しています）
代診医	へき地の医療機関に勤務する医師が研修・休暇等で勤務地を一時的に離れる場合に、臨時で代替勤務をする医師のことです。
タウンミーティング	行政が地域住民を集めて実施する対話集会をいいます。
多剤耐性	何種類かの抗生物質が効かない性質をもつことをいいます。
地域医療枠	出身地を問わず、卒後、県内の地域医療に従事する意志を持った方を対象とした三重大学医学部医学科の入試枠をいいます。
地域がん登録	国立がん研究センターがん対策情報センターで実施される統計で、自治体単位でがんの診断、治療、生存率等の情報を集める仕組みです。
地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センターに近い設備や医療体制を持っており、総合周産期母子医療センターを補助する施設をいいます。
地域保健法	地域保健対策の推進に関する基本指針を定めた法律です。平成6年に保健所法を改正し公布されました。保健所や市町を中心に、地域における公衆衛生の向上および推進を図るために必要な事項が定められ、地域住民の健康の増進を図る対策が行われています。

地域リーダー研修	国の「在宅チーム医療を担う人材育成事業」における、「都道府県リーダー研修」受講者が行う、県内の各市町に地域リーダーを養成することを目的とした、在宅チーム医療の教育展開の手法等に関する研修のことをいいます。
地域連携クリティカルパス	急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画（クリティカルパス）を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものをいいます。
地域枠A・B	本県出身者を対象とした三重大学医学部医学科の推薦入試枠をいいます。なお、地域枠Bは、県内の医師不足地域の出身者を対象としています。
低出生体重児出生率	出生数に対する出生時の体重が2,500グラム未満の新生児の割合をいいます。
テスラ	磁力の単位で、数字が大きいほど磁力線が密集し、磁力が強いことを意味します。磁力が大きいMR Iほど画質の高い画像が得られます。
電子カルテシステム	紙のカルテを電子的なシステムに置き換え、電子情報として編集・管理し、データベースに記録する仕組みをいいます。
糖尿病神経障害	高血糖の状態が長く続くことで、足や手の末梢神経に障がいがあり、手足のしびれや筋力の低下等のさまざまな症状を引き起こす疾患をいいます。
糖尿病腎症	高血糖の状態が長く続くことで、腎臓の糸球体の毛細血管に障がいがあり、徐々に尿が作れなくなる疾患をいいます。
糖尿病足病変	高血糖の状態が長く続くことで、足の神経障害や血流障害により、潰瘍や壊疽が起こった状態をいいます。
糖尿病網膜症	高血糖の状態が長く続くことで、眼の底にある網膜の血管に障害があり、視力の低下や、最悪の場合は失明の原因となる疾患をいいます。
糖尿病療養指導士	糖尿病とその療養指導全般に関する正しい知識を持ち、医師の指示のもと、患者に療養指導を行うことのできる、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士をいいます。一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する資格です。
ドクターヘリ	医療機器を装備し、救急医療の専門医・看護師が搭乗した専用ヘリコプターをいいます。
特定機能病院	最先端医療を提供する病院として厚生労働大臣の承認を受けた病院で、高度の医療技術や設備を備え、高度医療技術の開発・評価、高度医療に関する研修を行っている病院です。
特定給食施設	特定かつ多数の人に対して継続的に食事を供給する施設のうち栄養管理が必要なもので、1回100食以上または1日250食以上の食事を提供する施設です。
特定健康診査	平成20（2008）年4月から保険者（国民健康保険、組合管掌健康保険、政府管掌健康保険、船員保険、共済組合）に義務づけられた、40～74歳の被保険者・被扶養者を対象とした健康診査をいいます。

な

特定不妊治療	不妊治療の一種で、体外受精（卵子を体外に取り出し、精子と接触させ、受精した卵を子宮内に戻す方法）および顕微授精（体外受精と同様に体外に取り出した卵に対し、顕微鏡で観察しつつ精子を直接注入する方法）をいいます。
ドラッグ	薬物をいい、特に乱用される薬物（麻薬等）の意味でも使用されます。
トリアージ	限られた医療資源（医療従事者、医薬品等）を最大限に活用して可能な限り多数の傷病者の治療を行うために、傷病者を重症度と緊急性によって分別し、治療の優先度を決定することをいいます。
ナースセンター	看護師等の就業の促進やその他の看護師等の確保を図るための活動を行う、県知事の指定を受けた施設です。
ナースバンク	厚生労働大臣の認可を受けた看護師の無料職業紹介所で、看護師の資格を持ち就職先を探す人と、看護職員を募集している病院・施設の双方が登録し、その登録者に対して紹介・相談・指導を行う制度です。
7対1入院基本料	入院基本料とは、入院している時にかかる診療報酬の基本点数で、平均在院日数や看護配置等によって設定されており、看護配置7対1は、1日に看護を行う看護職員の数が、入院患者の数7人またはその端数を増すごとに1人以上であることを意味しています。
二次救急	入院や手術が必要であり、おおむね二次保健医療圏内での治療が可能なレベルの医療をいいます。
24時間対応体制加算	医療保険において、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、緊急時の訪問看護を必要に応じて行える体制にあり、利用者の同意を得てその体制を実施した場合に算定します。
乳児	生後0日から満1歳未満までの子をいいます。
乳幼児死亡率	乳幼児（5歳未満）人口千あたりの乳幼児の死亡数をいいます。
妊産婦死亡率	出産10万あたりの妊娠中または妊娠終了後満42日未満の女性の死亡数をいいます。
認知症サポーター	認知症を正しく理解してもらい、認知症の人およびその家族を温かく見守る応援者をいいます。各市町等が実施する「認知症サポーター養成講座」を修了しています。
認知症サポート医	認知症患者の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師をいいます。
年齢調整死亡率	年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率をいいます。
年齢調整受療率	年齢構成の異なる地域間で受療状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた受療率をいいます。

は

バイスタンダー	救急現場に居合わせた人（発見者、同伴者等）のことをいいます。
ハイリスク家庭	若年の妊婦や子育てに強い不安や孤立感を抱える家庭、不適切な養育状態等、特に支援が必要と認められる家庭をいいます。
バディ・ホスピタル・システム	本県における都市部の医療機関から医師不足地域の医療機関に医師を派遣する制度をいいます。
パブリックコメント	公的な機関が規則あるいは命令などの類のものを制定しようとするときに、広く公（＝パブリック）に、意見・情報・改善案など（＝コメント）を求める手続をいいます。
バリアフリー	障がい者や高齢者等の社会生活弱者が、社会生活に参加する上で生活の支障となる物理的な障がいや、精神的な障壁を取り除くための施策、もしくは具体的に障がいを取り除いたものおよび状態をいいます。
ピアサポーター	悩んでいる人と同じ体験をもち支援する仲間をいいます。思春期特有の悩みを相談できる同世代の仲間や、精神障がいに関する体験や思いを同じ精神障がいを持つ人達に伝え、共有することで支援する、精神に障がいのある当事者等があります。
非S T上昇型心筋梗塞	心筋の壁の表面だけが壊死している心筋梗塞の軽いものをいいます。
光凝固療法	破れやすい新生血管網を、レーザー光によって凝固させることで安定させる治療法です。
ヒヤリ・ハット	突発的な事象やミスにヒヤリとしたり、ハットとしたりするもので事故一歩手前の事例をいいます。現場ではヒヤリ・ハットの情報を公開させ、蓄積、共有することで、重大な労働災害の発生を未然に防止する活動が行われています。
病院	医師または歯科医師が、医業または歯科医業を行う施設で、20人以上の入院設備を備えるものをいいます。
病院群輪番制	中核的な病院が曜日などで交替して患者を受け入れる制度をいいます。
標準化死亡比（SMR）	年齢構成の差異を基準の死亡率で調整し、調整した値の現実の死亡率に対する比をいいます。全国を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は全国より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断されます。
標準登録様式	院内がん登録において、登録項目や手順などが異なると登録精度が落ちてしまうため、厚生労働省が登録項目等を定めたものをいいます。がん診療連携拠点病院等はこの標準化された登録様式で院内がん登録を行っています。
病診連携	病院と診療所が連携して医療を提供する体制をいいます。
病病連携	病院同士が連携して医療を提供する体制をいいます。

日和見感染	免疫力が低下したときにかかる、さまざまな感染症や病気のことをいいます。
不育症	流産（妊娠 22 週未満で胎児が死亡すること）や死産（妊娠 22 週以降で胎児が死亡すること）を 2 回以上繰り返す習慣流産、あるいは早期新生児死亡により、結果的に子どもを持っていない場合をいいます。
フォローアップ	医療現場でのフォローアップとは、経過観察すること、病状を継続的にみていくことをいいます。
プレホスピタル・ケア	救急現場や搬送途中などでの重症患者に対する救急救命士等の救命処置や A E D（自動体外除細動器）などを使った市民による応急手当などの救命措置をいいます。
へき地	交通条件および自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち、医療の確保が困難である地域をいい、無医地区、無医地区に準じる地区、へき地診療所が開設されている地区等が含まれます。
へき地医療機関	へき地にある病院および診療所（へき地診療所含む）をいいます。
へき地医療拠点病院	無医地区および無医地区に準じる地区を対象として、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への代診医派遣などの医療活動を継続的に実施できると認められる病院をいい、県知事が指定します。
へき地診療所	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等が開設する診療所をいいます。
訪問看護	看護師等が居宅を訪問して、療養上の世話または必要な診療の援助を行うことをいいます。
訪問診療	医師が患者の家に行って診察することで、定期的に予定を立て自宅に伺い健康管理を行うものをいいます。
保健医療圏	地域の医療需要に応じて包括的に医療を提供するために、医療資源の適正な配置を図ることを目的とした地域単位をいいます。
母子保健推進員	各種健康診査・学級等への支援や妊婦および乳児のいる家庭訪問を通して、妊娠・出産・育児に関する身近な相談を受けたり、保健サービスの紹介を行うなど家庭と行政の架け橋となり活動している人で、母子保健に熱意のある人に市町が委嘱しています。
ま	
マッチング	医師免許を得て臨床研修を受けようとする者（研修希望者）と、臨床研修を行う病院（研修病院）の研修プログラムとを研修希望者および研修病院の希望を踏まえて、組み合わせを決定することをいいます。
マルチスライス CT	放射線を用いて、臓器の立体的な画像を撮影する装置をいいます。

慢性期	病気の急性期を過ぎて、症状・徴候は激しくないが、治癒することが困難な状態が長期間にわたって持続する時期をいいます。
三重医療安心ネットワーク	患者の同意のもと複数の医療機関で患者情報を共有することによって、処方、注射、検査、画像、レポート等を正確に把握し、自施設の診療に反映させることで、安全で切れ目のない医療を提供し、地域医療の質の向上をめざすシステムです。
三重県医師修学資金貸与制度	医学生を対象に、県内の地域医療を支える若手医師の育成ならびに確保を目的として修学資金を貸与する制度です。卒業後6～10年を県内の救急告示病院等に勤務することで返還免除となります。
三重県献血推進連絡会	本県では、献血協力者の安定的な確保のため、若年層に対する献血の啓発、複数回献血者の確保、献血に協力する企業数の拡大等に向け、より一層効果的な献血の啓発などに取り組んでいます。こうした取組を県全体で組織的に推進するための、市町の血液行政担当者やボランティア団体など献血活動に携わる関係者が、情報交換および協議を行う場として設置された連絡会です。
三重県新生児ドクターカー（すくすく号）	ドクターカーとは、医師が医療機器等を搭載した車両に同乗して救命処置を行いながら医療機関へ搬送できる救急自動車をいいます。 すくすく号は、本県で運用されている新生児のドクターカーのことで、国立病院機構三重中央医療センターに整備され、広域をカバーしています。
三重県専門研修医研修資金貸与制度	指定専門研修（三重大学や県内中核病院などが作成した専門研修プログラムのうち、県知事が指定した研修プログラム）を受けている卒業後おおむね10年以内の医師を対象に、県内の地域医療を支える勤務医および指導医の育成ならびに確保を目的として研修資金を貸与する制度をいいます。研修終了後、貸与期間の1.5倍の期間を県内の救急告示病院等に勤務することで返還免除となります。
三重県地域医療支援センター	平成24（2012）年5月、県内の医師の地域偏在の解消を目的に、県庁に設置され、あわせて分室が三重大学内に設置されました。県内の医療機関や医師会、市町、三重大学等と連携して、若手医師のキャリア形成支援と医師不足病院における医師確保支援を一体的に行う仕組みづくり等の取組を進めています。
三重県臨床研修医研修資金貸与制度	県内の病院に勤務する初期臨床研修医を対象に、県内の地域医療を支える若手医師の育成ならびに確保を目的として研修資金を貸与する制度をいいます。研修終了後、3年間を県内の救急告示病院等に勤務することで返還免除となります。
みえ子ども医療ダイヤル（#8000）	子どもの急な病気や事故、薬に関する心配について、毎日午後7時30分～11時30分の間、小児科専門医師が電話相談に応じる事業です。
三重大学医学部医学・看護学教育センター	三重大学における医学部の学生を対象に、学生教育（企画調査、学生支援、国際交流、地域医療教育など）を担当するセッションです。

無医地区・無歯科医地区	厚生労働省の定義によるもので、医療機関のない地域で当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地域であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区をいいます。
無歯科医地区に準じる地域	無歯科医地区ではないが、これに準じた医療の確保が必要と県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し認めた地区をいいます。
メタボリックシンドローム	内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上を合わせもった状態をいいます。
メディカルコントロール体制	救急救命士等が行う救命処置等の救急活動を医師の指示のもとで行うとともに、その処置内容等に関して、医師等による事後検証を行うことによりその質の向上を図っていく体制のことをいいます。
メンタルケア	精神疾患や心身症等に対して実施される精神面での援助・介護のことです。
メンタルパートナー	本県独自の名称で、自殺予防について正しい知識を持ち、身近な人の変化に気づき、自殺を考えている人、悩んでいる人を相談窓口等へつなぐ役割が期待される人のことです。
モチベーション	動機付け、やる気を起こさせる内的な心の動きのことです。
や	
ユニバーサルデザイン	ユニバーサル＝普遍的な、全体の、という言葉が示しているように、「すべての人のためのデザイン」を意味し、年齢や障がいの有無などにかかわらず、最初からできるだけ多くの人利用可能であるようにデザインすることをいいます。
幼児死亡率	人口10万人あたりの1歳から4歳までの子どもの死亡数をいいます。
ら	
ライフステージ	人間の一生において、年齢に伴って変化する段階（幼年期・児童期・青年期・壮年期・老年期など）のことをいいます。
リハビリテーション	狭義には、病気や外傷が原因で心身の機能と構造の障がい、生活上の支障が生じたときに、専門職により行われる機能回復訓練をいいます。また、単なる機能回復ではなく、「人間らしく生きる権利の回復」や「自分らしく生きること」をめざした総合的な治療的訓練や援助を指します。
流出率（流出患者割合）	当該地域内に居住する推計患者数のうち、当該地域外の医療機関で診療を受けた患者の割合です。
流入率（流入患者割合）	当該地域内の医療機関で診療を受けた推計患者数のうち、当該地域外に居住する患者の割合です。
療育	障がい児の社会的自立をめざした医療と教育をいいます。
療養病床	長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床です。

臨床研修病院	診療に従事しようとする医師が、医師免許取得後受けることとなる臨床研修において、基本的な診療能力を身につけるための研修を提供することができる、厚生労働省の指定を受けた病院です。
輪番病院	→ 病院群輪番制
レスパイトケア	乳幼児や障がい児（者）、高齢者などを在宅でケアしている家族を癒やすため、施設への短期入所等により一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービスです。
レセプト	診療報酬明細書のことです。患者が受けた診療に対して医療機関が保険者に請求する明細書のこと、診療内容や処方した薬の費用が記載されています。
レセプト電算処理システム	保険医療機関または保険薬局が、電子レセプトをオンラインまたは電子媒体により審査支払機関に提出し、審査支払機関において、受付、審査および請求支払業務を行い、保険者が受け取る仕組みです。
A	
ADL	Activities of Daily Living（日常生活動作）の略で、日常生活を営む上で、普通におこなっている行為、行動のことです。具体的には、食事や排泄、整容、移動、入浴等基本的な行動をいいます。
AED	Automated External Defibrillator（自動体外式除細動器）の略で、必要に応じて自動的に電気的なショック（除細動）を与え、心臓の働きを戻すことを試みる医療機器です。
C	
CABG	Coronary Artery Bypass Graft（冠動脈バイパス術）の略で、血管の狭窄・閉塞した部分に血流の迂回路をつくり治療法のことです。
CCU	Coronary Care Unit（冠状動脈疾患集中治療室）の略で、狭心症や心筋梗塞など心臓血管系の重症患者を対象とする、特殊な集中治療室です。
CT	Computed Tomography（コンピューター断層撮影）の略で、X線管球が身体の周りを回転して、360°方向から収集された情報を集め、その情報をコンピュータ解析し、身体のあらゆる部位の輪切りの画像を作り出す技術です。
D	
DMAT	Disaster Medical Assistance Team（災害医療派遣チーム）の略で、大震災および航空機・列車事故といった災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チームのことです。
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course（直接監視下短期化学療法）の略で、結核患者を発見し治すために世界中で使われている、プライマリー保護サービスの包括的戦略の名前です。看護師や保健師等が助言し、薬を患者が飲み込むのを直接確認し、そして患者が治癒するまで支援します。

E

EMIS

Emergency Medical Information System (広域災害救急医療情報システム) の略で、被災した都道府県を越えて医療機関の稼働状況、医師・看護師等の医療従事者の状況、ライフラインの確保、災害医療に係る総合的な情報を共有するためのシステムです。

EPDS

→ エジンバラ産後うつ病質問票

G

GCU

Growing Care Unit の略で、新生児治療回復室等と訳されます。出生時・出産後に生じた問題が解決・改善した新生児の経過を観察する施設です。

H

HACCP

Hazard Analysis and Critical Control Point (危害分析重要管理点) の略で、食品の原料の受入れから製造・出荷までの全ての工程において、危害の発生を防止するための重要ポイントを継続的に監視・記録する衛生管理手法です。

HbA1c

赤血球の蛋白であるヘモグロビンとブドウ糖が結合したグリコヘモグロビンのうち、糖尿病と密接な関係を有するものをいいます。患者の過去1～2か月の平均血糖値を反映する指標であり、血糖コントロールの指標として用いられます。

HIV

Human Immunodeficiency Virus (ヒト免疫不全ウイルス) の略で、人の免疫力を低下させ、後天性免疫不全症候群を引き起こすウイルスです。

I

IABP

Intra Aortic Balloon Pumping (大動脈内バルーンパンピング法) の略で、患者の大動脈内にバルーンカテーテルを挿入し、心臓の拍動に合わせてバルーンを収縮・拡張させることで心臓の働きを補助する治療法です。

IADL

Instrumental Activity of Daily Living (手段的日常生活動作) の略で、日常生活を送る上で必要な動作のうち、ADLより複雑で高次の動作をいいます。例えば、買い物や洗濯、掃除等の家事全般や、金銭管理や服薬管理、外出して乗り物に乗ることなどです。

ICT

Information and Communication Technology (情報通信技術) の略で、情報・通信に関連する技術一般の総称です。

IMRT

Intensity Modulated Radiation Therapy (強度変調放射線治療) の略で、がんに対する放射線治療の一種です。腫瘍部の形状に適したエネルギーを照射することにより、周囲の正常組織への負担を軽減することができます。

J

JDS値

HbA1cの検査および表記手法の一つをいいます。平成24(2012)年度からNGSP値に変更されました。

M

MF I C U	Maternal-Fetal Intensive Care Unit (母体・胎児集中治療室)の略で、前置胎盤や重い妊娠高血圧症候群など、リスクの高い母体・胎児に対応するための設備を備えた治療室です。
MMC 卒後臨床研修センター	県内の医療に関わる人材の確保、育成および地域医療の充実に向け、研修医や指導医、臨床研修病院等を対象に、臨床研修を円滑に実施するための事業を実施する、県内の関係医療機関が共同して設立したNPO法人です。
MR I	Magnetic Resonance Imaging system (磁気共鳴画像装置)の略で、磁気と電磁波および水素原子の動きを利用して、体の断面を撮影する装置、またはそれを用いた検査を指します。
MRアンギオグラフィ	MR I を使って、磁気を利用して血管を画像化する方法です。

N

N D B	National Data Base の略で、厚生労働省が全県医療機関の診療録等をデータベース化したものです。
N G S P 値	H b A 1 c の検査および表記手法の一つです。平成 24 (2012)年度以降は原則として、国際的に広く用いられているN G S P 値 (国際標準値) が使用されます。従来使用していた J D S 値より約 0.4 ポイント高くなります。
N I C U	Neonatal Intensive Care Unit (新生児集中治療室) の略で、早産などによる低体重児や先天性の重い病気を持つ新生児を受け入れ、専門医療を 24 時間体制で行う治療室をいいます。

O

O G T T	Oral Glucose Tolerance Test の略。→ 経口ブドウ糖負荷試験
---------	---

P

P C I	Percutaneous Coronary Intervention (経皮的冠動脈形成術)の略で、「カテーテル」と呼ばれる細長い管を心臓の血管 (冠動脈) まで挿入し、狭くなった冠動脈の血管を内側から拡げる治療法です。
P E T	Positron Emission Tomography (陽電子放出断層撮影) の略で、放射線を出す検査薬を注射し、その薬が発する放射線を特殊なカメラを使って外部から検出し画像化する装置です。
P E T - C T	診断の精度を向上させるために P E T と C T を組み合わせた装置です。
P I C U	Pediatric Intensive Care Unit (小児集中治療室) の略で、小児の大病がや、緊急を要する脳・内臓などの疾患に対応できる設備と医療従事者を備えた集中治療室です。

Q

Q O L	Quality of Life (生活の質) の略で、人間らしく、満足して生活しているかを評価する概念です。
-------	--

S

SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (重症急性呼吸器症候群) の略で、新型肺炎とも呼ばれる新種の感染症です。SARSウイルスにより引き起こされると考えられており、感染症法では2類に属します。
SCU	Stroke Care Unit (脳卒中集中治療室) の略で、脳卒中 (脳梗塞、脳出血、くも膜下出血) 急性期の患者を、専門医療スタッフがチームを組んで計画的に診療を行う治療室です。
SCU	Staging Care Unit (広域搬送拠点臨時医療施設) の略で、広域搬送拠点に搬送された患者を被災地域外へ搬送するにあたり、長時間の搬送に要する処置等を行う臨時医療施設のことです。
SMR	Standardized Mortality Ratio の略。→ 標準化死亡率
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography (単光子放射線コンピュータ断層撮影) の略で、体内に注入したRI (放射性同位元素) の分布状況を断層画面で見る装置をいいます。脳血管障害や心疾患の検査に用います。
STD	Sexually Transmitted Diseases (性感染症) の略で、性的接触によって感染する病気をいいます。
ST上昇型心筋梗塞	心電図波形のSTと呼ばれる部分が上昇し、心室の壁をつくっている心筋が壊死していると判断されるものをいいます。

T

t-PA	血栓 (血の塊) を溶かす薬 (血栓溶解薬) です。脳の血管が詰まり、重い後遺症や死に至る恐れがある脳梗塞 (こうそく) の治療に用いられます。
------	--

U

UICC	Union for International Cancer Control (国際対がん連合) の略で、民間の対がん運動組織です。国際対がん連合では、がんの進行度を判定する基準を定めています。
------	---

**三重県保健医療計画
(第5次改訂)**

三重県健康福祉部

〒514-8570 津市広明町 13 番地

TEL 059-224-2337

Fax 059-224-2340

e-mail : iryos@pref.mie.jp