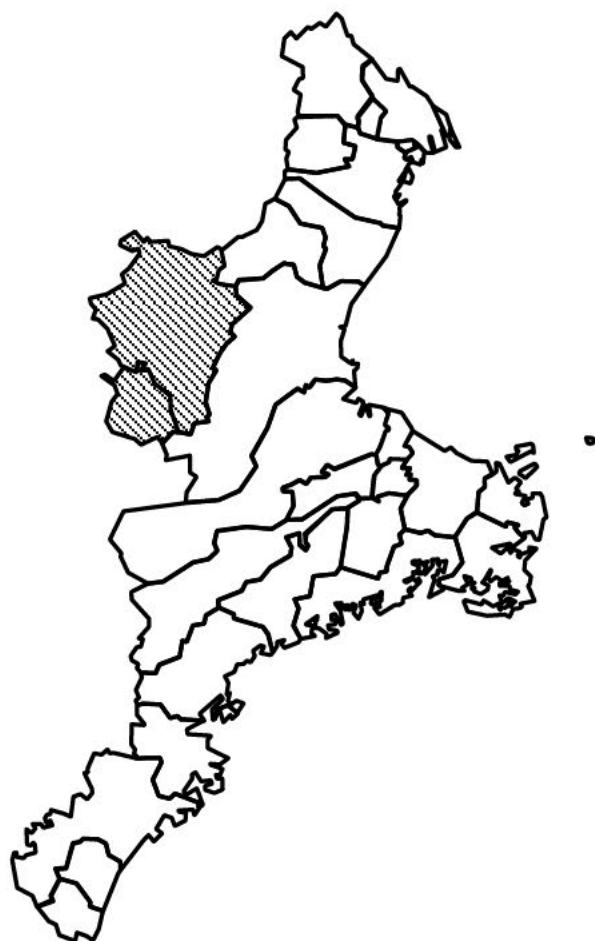


第5章 伊賀区域地域医療構想



第5章 伊賀区域地域医療構想

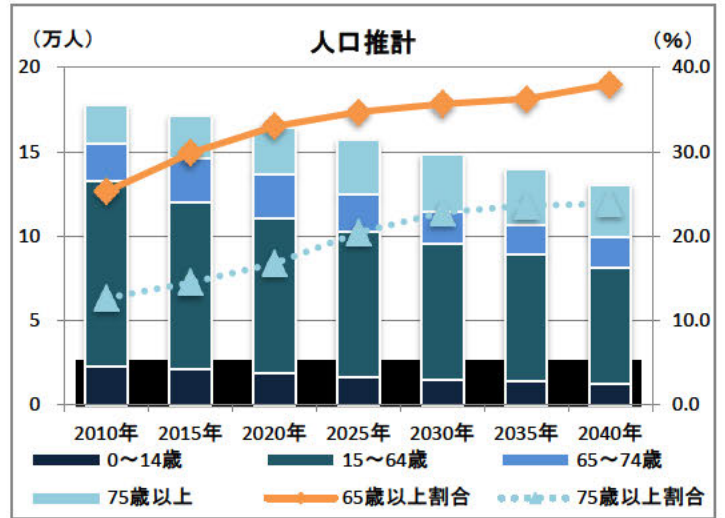
1 現状と課題

(1) 区域の概況

図表 2-5-1 人口の状況

全年齢（人）	171,538
15歳未満（人）	21,431
15歳以上65歳未満（人）	100,032
65歳以上（人）	49,677
うち75歳以上	24,090
65歳以上割合	29.0%
下段（）は三重県	(27.0%)
75歳以上割合	14.0%
下段（）は三重県	(13.2%)

出典：平成26年三重県の人口動態



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
(平成25年3月)

図表 2-5-2 人口・平均寿命・健康寿命

	人口（人） ¹	平均寿命 (H26) ²		健康寿命 (H26) ²	
		男	女	男	女
名張市	78,633	81.5	87.3	78.6	80.9
伊賀市	92,905	80.9	87.9	77.9	80.8
三重県		80.9	87.1	78.0	80.7

¹出典：平成26年三重県の人口動態

²出典：三重県保健環境研究所の調査を基に集計（平均寿命はChiang法、健康寿命はSullivan法）

図表 2-5-3 年齢調整死亡率（人口10万人あたり）

	悪性新生物	急性心筋梗塞	脳血管疾患	肺炎
名張市	124.46	13.04	25.83	13.80
伊賀市	110.84	10.57	28.38	23.04
三重県	113.95	14.22	29.75	23.85

出典：平成26年三重県の人口動態

図表 2-5-4 出生の状況

	出生数（人）	合計特殊 出生率	乳児 死亡数（人）	周産期 死亡数（人）
名張市	596	1.45	0	0
伊賀市	610	1.37	1	2
三重県		1.45		
全国		1.42		

出典：平成26年三重県の人口動態（全国値は平成26年人口動態統計）

〔人口〕

伊賀区域は、本県の西部に位置し、2市で構成され、人口約17万人の地域です。高齢化率（65歳以上の割合）は29.0%と、県全体の高齢化率27.0%を上回っています。

平成37（2025）年に向けて総人口は減少しますが、65歳以上および75歳以上の人口はやや増加すると推計されます。

〔寿命〕

平均寿命および健康寿命は、両市ともに県平均並みです。

〔4大疾患〕

死因順位の高い、いわゆる4大疾患に係る年齢調整死亡率について、県平均と比較すると、悪性新生物については、名張市が高くなっています。

急性心筋梗塞、脳血管疾患および肺炎については、両市ともに県平均より低くなっています。

〔出生等〕

合計特殊出生率については、名張市では県平均と同じですが、伊賀市では下回っています。

図表 2-5-5 自治体の財政状況等

	標準財政規模 (百万円) ¹	財政力 指数 ²	経常収支 比率 ²	実質公債 費比率 ²	医療費（一人あたり）（円）		
					国民健康 保険 ³	後期高齢者 医療 ³	全国健康保 険協会管掌 健康保険 ⁴
名張市	15,525	0.74	99.7	16.3	348,607	802,235	154,317
伊賀市	28,627	0.66	94.2	13.7	365,677	775,345	154,393
県平均		0.59	90.7	8.9	342,077	817,468	155,458
全国平均		0.49	91.3	8.0	324,543	929,573	163,557

¹ 出典：平成 26 年度市町村決算カード

² 出典：平成 26 年度地方公共団体の主要財政指標一覧

³ 出典：平成 26 年度三重県国民健康保険団体連合会調査（全国平均は平成 25 年度）

⁴ 出典：平成 26 年度全国健康保険協会三重支部調査

〔財政状況等〕

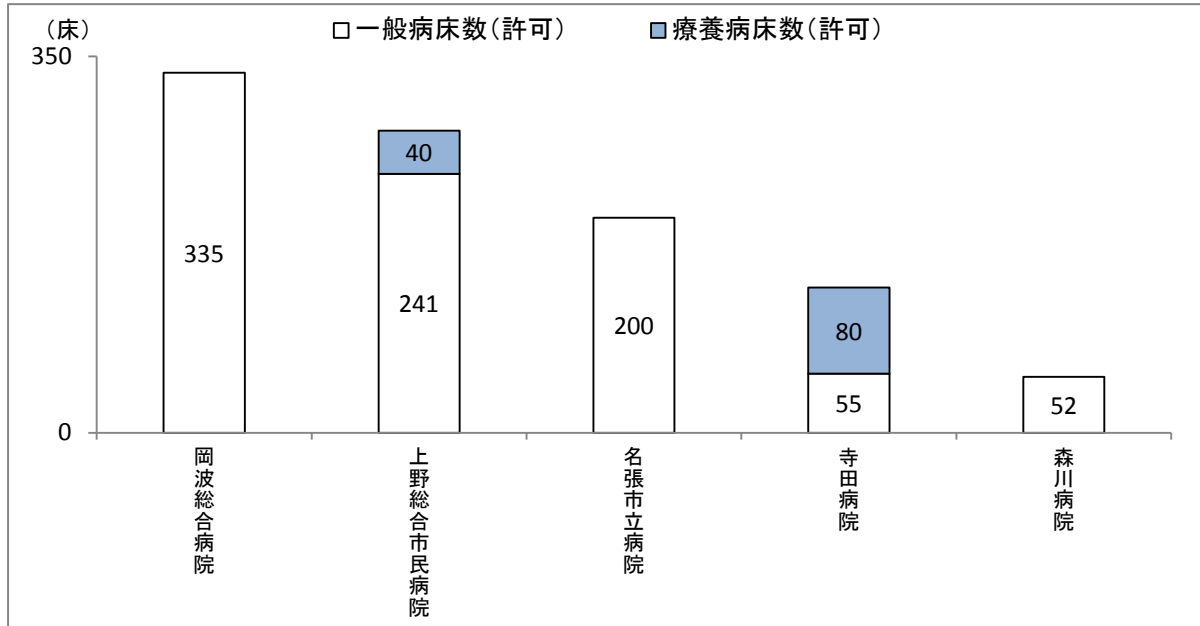
両市とも財政力指数は県平均を上回っているものの、経常収支比率および実質公債比率も県平均を大きく上回っています。

一人あたりの医療費に関しては、国民健康保険は両市とも県平均を上回っていますが、後期高齢者医療は県平均より低くなっています。

全国健康保険協会管掌健康保険については、両市とも県平均を下回っています。

(2) 医療提供体制

図表 2-5-6 各病院の病床数（平成 28 年 10 月）



※一般・療養病床のみ

図表 2-5-7 医療資源の状況

		人口 10 万人 あたり	人口 10 万人 あたり (三重県)
病院			
施設数 ¹	6	3.5	5.5
総病床数 ¹	1,413	823.7	1,114.7
うち一般病床・療養病床	1,003	584.7	852.7
医師数 ²	119	69.4	127.2
歯科医師数 ²	1	0.6	2.9
薬剤師数 ²	29	16.9	30.2
看護師数 ³	658	383.6	578.3
准看護師数 ³	76	44.3	96.7
診療所			
施設数(有床) ¹	8	4.7	5.0
施設数(無床) ¹	131	76.4	78.7
総病床数(一般病床・療養病床) ¹	78	45.5	62.9
医師数 ²	121	70.5	80.6
歯科医師数 ²	90	52.5	60.6
薬剤師数 ²	12	7.0	6.8
看護師数 ³	173	100.9	96.6
准看護師数 ³	157	91.5	93.0

¹ 出典：三重県健康福祉部医療対策局調査（平成 28 年 10 月 1 日現在、休止を除く）

² 出典：平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査

³ 出典：平成 26 年衛生行政報告例

〔医療提供体制〕

区域内の6病院および139診療所における医療提供体制について、人口10万人あたりで県平均と比較した結果は、以下のとおりです。

- ・病院の施設数は、3.5施設で、県平均5.5施設を下回っている。
- ・診療所の施設数は、有床診療所は4.7施設で、県平均5.0施設と同程度であるが、無床診療所は76.4施設で、県平均78.7施設をやや下回っている。
- ・病院の病床数（一般病床・療養病床）は584.7床で、県平均852.7床を大幅に下回っている。
- ・診療所の病床数（一般病床・療養病床）は45.5床で、県平均62.9床を下回っている。
- ・医師数は、病院では69.4人で、県平均127.2人を大幅に下回っており、診療所でも70.5人で、県平均80.6人を下回っている。
- ・看護師数は、病院では383.6人で、県平均578.3人を大幅に下回っているが、診療所では100.9人で、県平均96.6人をやや上回っている。
- ・准看護師数は、病院では44.3人で、県平均96.7人を大幅に下回っており、診療所では91.5人で、県平均93.0人とほぼ同じである。

(3) 受療状況

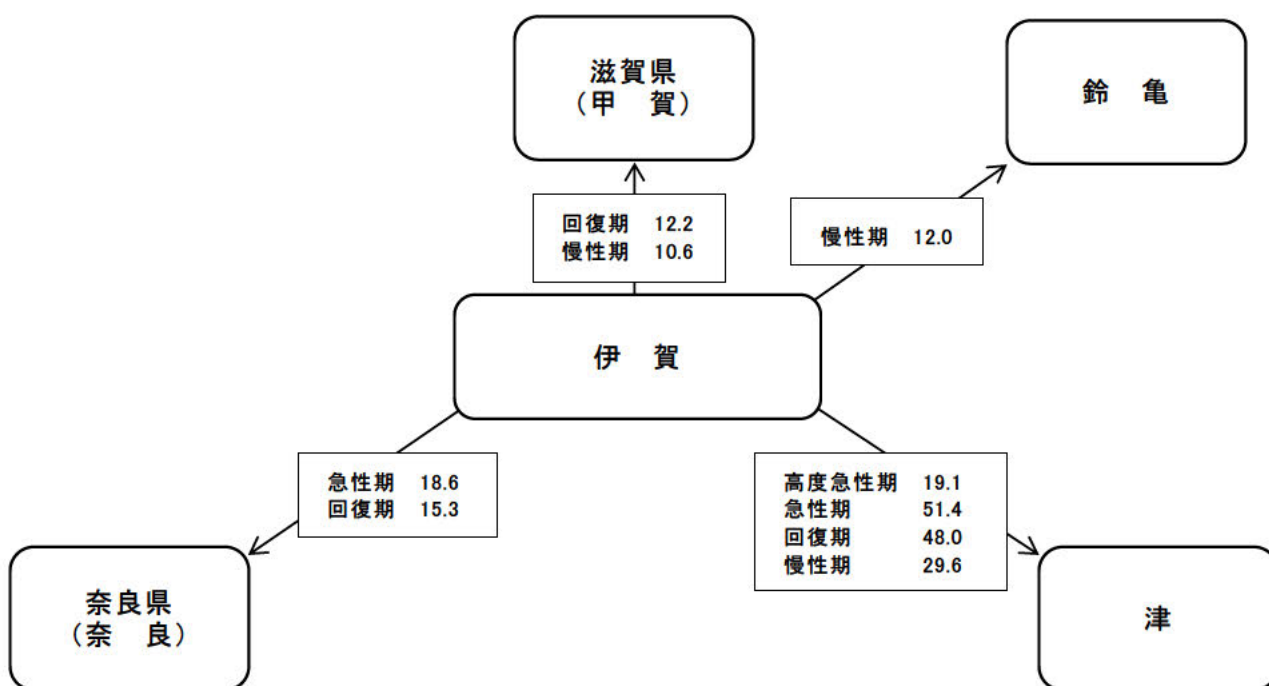
図表 2-5-8 流出入の状況 (平成 25 年度)

				(人/日)	
高度急性期		医療機関所在地			
		伊賀	津		
患者 住所地	伊賀	47.2	19.1		

				(人/日)		
急性期		医療機関所在地				
		伊賀	津	奈良県 (奈良)		
患者 住所地	伊賀	180.0	51.4	18.6		

				(人/日)			
回復期		医療機関所在地					
		伊賀	津	奈良県 (奈良)	滋賀県 (甲賀)		
患者 住所地	伊賀	192.5	48.0	15.3	12.2		

				(人/日)			
慢性期		医療機関所在地					
		伊賀	津	鈴亀	滋賀県 (甲賀)		
患者 住所地	伊賀	115.1	29.6	12.0	10.6		



※10人/日以上 of 患者流出入のみを表示

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

〔流出入の状況〕

平成 25 年（2013）年度における 1 日あたりの患者の流出入状況は以下のとおりです。

高度急性期では、伊賀区域に住所がある患者のうち 47.2 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 19.1 人の流出があります。

急性期では、180.0 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 51.4 人、奈良県（奈良）へ 18.6 人の流出があります。

回復期では、192.5 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 48.0 人、奈良県（奈良）へ 15.3 人、滋賀県（甲賀）へ 12.2 人の流出があります。

慢性期では、115.1 人が区域内で医療を受けているものの、津区域へ 29.6 人、鈴鹿区域へ 12.0 人、滋賀県（甲賀）へ 10.6 人の流出があります。

図表 2-5-9 救急搬送件数(平成 26 年)

	搬送件数	人口 10 万人あたり
伊賀 (件/日)	20.0	11.7
三重県 (件/日)	225.6	12.4

出典：消防防災年報

図表 2-5-10 死亡場所

	総数	病院	診療所	老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
伊賀	1,944	1,358	4	83	229	226	44
		69.9%	0.2%	4.3%	11.8%	11.6%	2.2%
三重県	19,525	14,126	278	720	1,398	2,479	524
		72.4%	1.4%	3.7%	7.2%	12.7%	2.7%

出典：平成 26 年三重県の人口動態

〔救急搬送件数〕

人口10万人あたりで1日あたり11.7件となっており、県平均12.4件を下回っています。

〔死亡場所〕

病院と診療所を合わせた死亡割合は70.1%と、県平均73.8%を下回っています。

また、自宅での死亡割合は11.6%で、県平均12.7%を下回っていますが、老人ホームでの死亡割合は11.8%と県平均7.2%を上回っています。

(4) 基幹病院の医療提供の状況

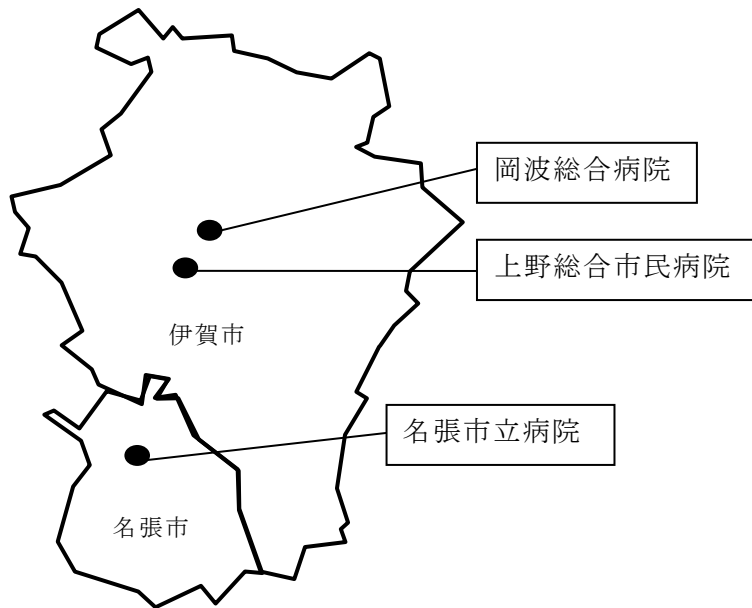
図表 2-5-11

		岡波総合病院	上野総合 市民病院	名張市立病院	
病床数（許可）		335	281	200	
病床数（稼働）		332	211	200	
病床稼働率（許可病床数ベース）		78.4%	37.2%	69.1%	
新規入棟患者数（1ヶ月間）		431	229	411	
救急車受入件数（件/年）		1,724	1,714	2,800	
入院基本料 （件/月）	7対1	0	310	439	
	10対1	538	0	0	
	13対1	0	0	0	
DPC		Ⅲ群	DPCではない	Ⅲ群	
疾病対応 （件/月）	がん	悪性腫瘍手術	17	19	*
		化学療法	35	95	0
	脳卒中	超急性期脳卒中加算	0	0	0
		脳血管内手術	0	0	0
	心筋梗塞	経皮的冠動脈形成術	*	0	37
分娩		0	0	0	
手術 （件/月）	総数		186	194	153
	皮膚・皮下組織		13	*	*
	筋骨格系・四肢・体幹		39	67	31
	神経系・頭蓋		*	0	14
	眼		47	0	18
	耳鼻咽喉		0	*	*
	顔面・口腔・頸部		*	*	0
	胸部		*	0	*
	心・脈管		24	*	52
	腹部		45	103	41
	尿路系・副腎		29	*	*
	性器		16	0	0
	歯科		0	0	0
胸腔鏡下手術		*	0	0	
腹腔鏡下手術		*	13	0	
リハビリ （件/月）	総数		182	126	138
	心大血管		17	0	0
	脳血管疾患等		99	44	70
	運動器		60	63	44
	呼吸器		*	19	29
退棟患者数 （1ヶ月間）	総数		423	227	400
	院内の他病棟へ転棟		43	0	8
	家庭へ退院		306	191	310
	他の病院、診療所へ転院		8	7	37
	介護老人保健施設に入所		19	2	12
	介護老人福祉施設に入所		7	1	13
	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所		3	11	7
	死亡退院等		36	15	13
	その他		1	0	0

※個人情報保護の観点から、1以上10未満の値を「*」で秘匿している項目があります。

※病床稼働率＝年間在棟患者延べ数／（許可病床数×365）

出典：平成27年度病床機能報告（病床数は平成27年7月1日現在）



〔基幹病院の医療提供の状況〕

当該区域の基幹病院である岡波総合病院、上野総合市民病院、名張市立病院について、平成 27（2015）年度病床機能報告での医療提供の状況は次のとおりです。

稼働病床数は、岡波総合病院が 332 床、上野総合市民病院が 211 床、名張市立病院が 200 床となっています。

また、年間在棟患者延べ数と許可病床数から計算した病床稼働率は、岡波総合病院が 78.4%、上野総合市民病院が 37.2%、名張市立病院が 69.1%となっています。

救急車受入件数は、岡波総合病院が 1,724 件、上野総合市民病院が 1,714 件、名張市立病院が 2,800 件であり、3 病院にて輪番制救急医療体制を構築しています。

主な疾病への対応については、がんの手術、化学療法には、主に岡波総合病院、上野総合市民病院が対応しており、心筋梗塞には、主に名張市立病院が対応しています。

手術については、岡波総合病院では、眼科（眼）、腹部、整形（筋骨格系・四肢・体幹）を中心に、上野総合市民病院では腹部、整形（筋骨格系・四肢・体幹）を中心に対応しており、名張市立病院では心血管系（心・脈管）、腹部、整形（筋骨格系・四肢・体幹）の件数が多くなっています。

リハビリ件数については、岡波総合病院、名張市立病院では脳血管疾患等、運動器の順に多く、上野総合市民病院では、運動器が最も多くなっています。

退棟患者数については、いずれの病院も家庭への退院が最も多く、岡波総合病院では院内の他病棟への転棟が、名張市立病院では他の病院・診療所への転院が次いで多くなっています。

(5) 介護サービスの状況

図表 2-5-12 介護関係施設の定員等

	定員・戸数	65歳以上人口 1万人あたり	65歳以上人口 1万人あたり (三重県)
介護老人福祉施設定員(人)	1,160	233.5	177.5
介護老人保健施設定員(人)	678	136.5	137.6
介護療養型医療施設定員(人)	40	8.1	15.6
地域密着型介護老人福祉施設定員(人)	69	13.9	18.6
認知症対応型共同生活介護(GH)定員(人)	234	47.1	50.1
老人ホーム定員(人)	498	100.2	156.0
定員計	2,679	539.3	555.3
サービス付き高齢者向け住宅(戸数)	381	76.7	92.4

※老人ホーム定員は、養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A型・B型)、有料老人ホームの定員の計です。

出典：三重県健康福祉部長寿介護課調査(平成28年10月)

図表 2-5-13 施設・居住系サービス利用者数の見込み

	施設・居住系サービス利用者数の見込み(人/月)		
	平成29年度	平成32年度	平成37年度
介護老人福祉施設	1,254	1,416	1,501
介護老人保健施設	621	663	711
地域密着型介護老人福祉施設	69	98	127
認知症対応型共同生活介護	258	286	327
特定施設入居者生活介護	334	390	435
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
介護予防特定施設入居者生活介護	78	90	97
介護予防認知症対応型共同生活介護	1	0	0

出典：みえ高齢者元気・かがやきプランのデータを基に集計

図表 2-5-14 要介護(要支援)認定者数

	認定者数(人) ¹	認定者数の見込み(人) ²		
	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
要支援1	1,025	1,058	1,140	1,202
要支援2	1,266	1,333	1,365	1,439
要介護1	2,051	2,074	2,194	2,301
要介護2	1,895	2,152	2,378	2,586
要介護3	1,466	1,489	1,656	1,804
要介護4	1,279	1,305	1,380	1,468
要介護5	887	1,001	1,109	1,189
計	9,869	10,412	11,222	11,989
認定率	18.7%	19.4%	20.2%	21.8%

¹出典：三重県健康福祉部長寿介護課調査(平成28年6月末日現在)

²出典：みえ高齢者元気・かがやきプランのデータを基に集計

〔介護サービスの状況〕

65歳以上人口1万人あたりの介護関係施設の定員数を県平均と比較すると、介護老人福祉施設については県平均を上回っていますが、地域密着型介護老人福祉施設、老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅については県平均を下回っています。

施設・居住系サービス利用者数については、平成37(2025)年度にかけて、介護老人福祉施設、介護老人保健施設など、ほぼ全ての施設で大幅に増加していく見込みです。

また、要介護・要支援認定者数については、平成37(2025)年度にかけて、要支援1から要介護5まで、それぞれ増加する見込みであり、認定率(第1号被保険者に占める第1号被保険者にかかる要介護(要支援)認定者の割合)は約22%に達する見込みとなっています。

2 2025年における医療需要と必要病床数

本構想区域における平成37(2025)年の医療需要および必要病床数は以下のとおりです。

また、病床機能報告の数値は、平成27(2015)年7月1日時点の機能として、県へ報告された病床数(許可病床数)を構想区域でまとめたものです。

なお、本県では、平成37(2025)年の必要病床数は、あくまでも地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と考えており、この必要病床数をもとに病床を強制的に削減していくという趣旨のものではありません。

図表2-5-15 病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給の状況

	2025年 医療需要 〈患者住所地〉 (人/日)	2025年 医療需要 〈医療機関所在地〉 (人/日)	2025年の医療提供体制		2015年度 病床機能報告 (床)
			将来のあるべき 医療提供体制を ふまえた医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	
高度急性期	99.1	58.0	58.0	77	0
急性期	328.8	221.2	221.2	284	850
回復期	360.8	244.8	295.9	329	50
慢性期	234.2	167.6	201.6	219	156
計	1,022.9	691.6	776.7	909	(休棟等) 0
					1,056
在宅医療等	1,710.4	1,626.5	1,626.5		
(うち在宅患者訪問診療料算定)	719.2	674.3	674.3		
合計	2,733.3	2,318.1	2,403.2		

「将来のあるべき医療提供体制をふまえた医療需要」に関して、高度急性期および急性期においては、患者が構想区域にとらわれない受療行動を取る傾向が強いこと等の理由により、医療機関所在地ベースで推計します。

一方、回復期および慢性期においては、身近な地域で医療が受けられることが望ましく、地域包括ケアシステムの観点からも患者住所地ベースとすることを基本とします。しかし、医療需要の推計にあたっては、患者の生活圏と構想区域とは一致しないこともあり、また、構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への流入は、将来にわたって一定程度継続することが見込まれることから、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの平均値により推計します。

3 2025年にめざすべき医療提供体制の方向性

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、伊賀区域については、平成 27 (2015) 年から平成 37 (2025) 年の 10 年間で 14,000 人の人口減が見込まれています。その後は 5 年ごとに 8,000~9,000 人の人口減が見込まれています。

また、65 歳以上 75 歳未満人口は平成 32 (2020) 年頃をピークに、75 歳以上人口は平成 42 (2030) 年頃をピークに、その後減少していくことが見込まれています。

以上により、当該区域の医療需要はやがて減少していくことが予想されます。

このような中、平成 27 (2015) 年度病床機能報告の状況からは、伊賀区域については回復期機能の一層の充実が求められるといえます。

住民が安心して住み慣れた地域で暮らしていけるよう、地域における急性期機能のさらなる充実が必要であり、3つの基幹病院を中心とした急性期機能の集約化、分化・連携、場合によっては統合について検討していくことが想定されます。

回復期機能に関しては、急性期を脱した患者が住み慣れたところで医療が受けられるよう、社会情勢の変化もふまえながら、3つの基幹病院それぞれが一定程度の回復期機能を担うことを検討します。

また、伊賀区域では、平成 25 (2013) 年の在宅医療等の医療需要（医療機関所在地ベース）は、1,271.2 人/日ですが、平成 37 (2025) 年には 1,626.5 人/日になると見込まれています。在宅医療等の需要に対応するには、病床の機能分化・連携と合わせて、在宅医療を担う医師の確保に努めながら、在宅医療や地域包括ケアシステムにかかる体制整備を進めていくことが重要であり、医療機関、歯科医療機関、薬局などさまざまな関係機関および多職種が連携していく必要があります。

上記の詳細およびその他の病床を有する医療機関の機能については、将来にわたる人口動態等をふまえながら、地域医療構想調整会議において引き続き検討していきます。

