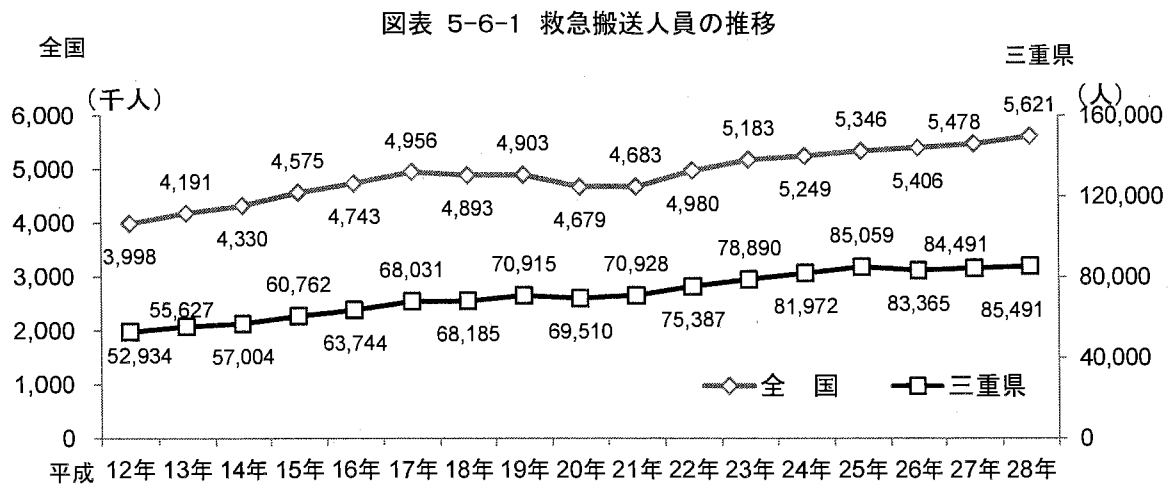


第6節 | 救急医療対策

1. 救急医療の現状

(1) 救急搬送の概況

- 全国で救急搬送された人数は、平成 12 (2000) 年は約 3,998 千人でしたが、平成 28 (2016) 年には約 5,621 千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 28 (2016) 年には 85,491 人と増加傾向にあります。



(単位: 人)

	搬送人員 (全国)	搬送人員 (三重県)	救急出動件数 (全国)	救急出動件数 (三重県)
平成 12 年	3,997,942	52,934	4,182,675	53,137
平成 13 年	4,190,897	55,627	4,397,527	55,995
平成 14 年	4,329,935	57,004	4,555,881	57,706
平成 15 年	4,575,325	60,762	4,830,813	61,828
平成 16 年	4,743,469	63,744	5,029,108	65,241
平成 17 年	4,955,976	68,031	5,277,936	70,069
平成 18 年	4,892,593	68,185	5,237,716	70,362
平成 19 年	4,902,753	70,915	5,290,236	73,409
平成 20 年	4,678,636	69,510	5,097,094	72,553
平成 21 年	4,682,991	70,928	5,122,226	73,963
平成 22 年	4,979,537	75,387	5,463,682	78,971
平成 23 年	5,182,729	78,890	5,707,655	83,223
平成 24 年	5,249,088	81,972	5,802,039	87,076
平成 25 年	5,346,087	85,059	5,915,683	90,560
平成 26 年	5,405,917	83,365	5,984,921	89,277
平成 27 年	5,478,370	84,491	6,054,815	90,593
平成 28 年	5,621,218	85,491	6,209,964	91,492

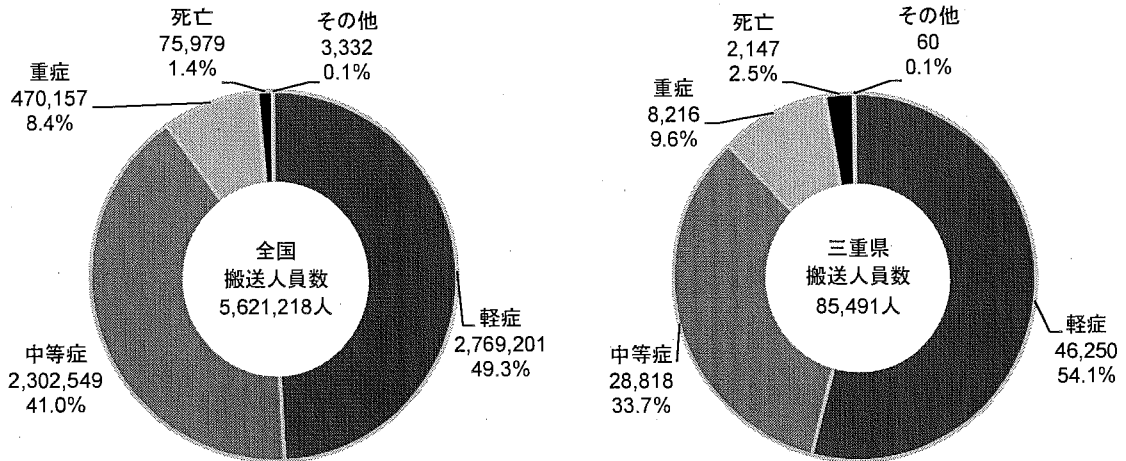
※救急車による出動件数・搬送人員です。

資料: 消防庁「平成 29 年版 救急・救助の現況」

- 全国における救急搬送患者のうち、診察の結果、帰宅可能な軽症者が半数弱を占めます。本県における救急搬送人員数の傷病程度（重症、軽症等）別割合を見ると、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 救急車による傷病程度別搬送人員数と割合

(単位：人/年)



資料：消防庁「平成 29 年版 救急・救助の現況」

- 全国の入院患者の状況を見ると、救急の受診によるものは全体の 20.6%となっています。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 44.2%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 20.1%、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 42.8%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	1318.8	100.0	1273.0	100.0	45.8	100.0	5874.9	100.0	1641.9	100.0	4233.0	100.0
通常の受診	1046.7	79.4	1006.5	79.1	40.2	87.8	5827.6	99.2	1602.1	97.6	4225.6	99.8
救急の受診	272.1	20.6 (100.0)	266.5	20.9 (100.0)	5.6	12.2 (100.0)	47.3	0.8 (100.0)	39.9	2.4 (100.0)	7.4	0.2 (100.0)
救急車により搬送	141.5	(52.0)	140.0	(52.5)	1.5	(26.8)	15.4	(32.6)	14.4	(36.1)	1.0	(13.5)
診療時間内の受診	72.8	(26.8)	71.7	(26.9)	1.1	(19.6)	7.0	(14.8)	6.2	(15.5)	0.8	(10.8)
診療時間外の受診	68.6	(25.2)	68.2	(25.6)	0.4	(7.1)	8.4	(17.8)	8.3	(20.8)	0.2	(2.7)
徒歩や自家用車等による救急の受診	130.6	(48.0)	126.6	(47.5)	4.1	(73.2)	31.9	(67.4)	25.4	(63.7)	6.4	(86.5)
診療時間内の受診	79.0	(29.0)	76.7	(28.8)	2.3	(41.1)	13.9	(29.4)	8.9	(22.3)	5.0	(67.6)
診療時間外の受診	51.7	(19.0)	49.9	(18.7)	1.8	(32.1)	17.9	(37.8)	16.5	(41.4)	1.4	(18.9)

資料：厚生労働省「平成 26 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)

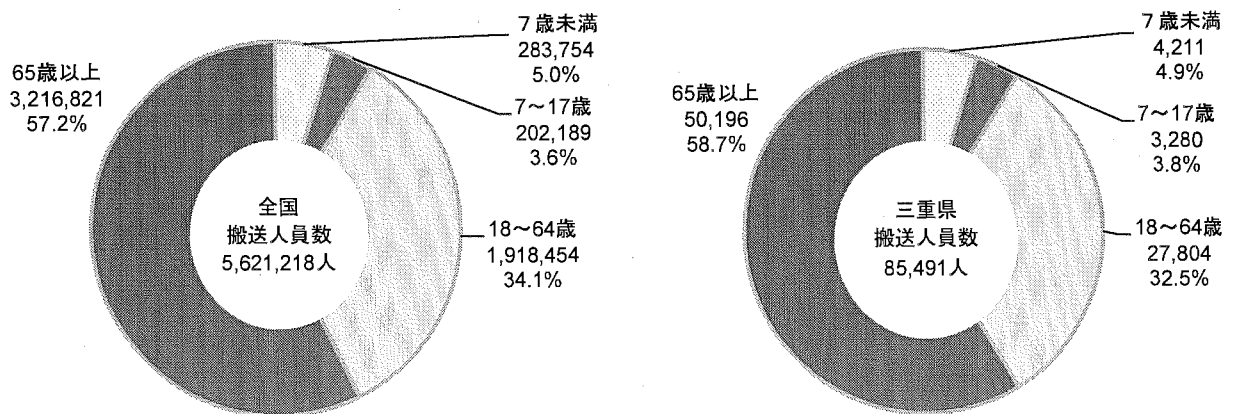
(単位：千人/日、%)

来院時の状況	入院		外来	
	総数	割合	総数	割合
総数	17.4	100.0	100.0	100.0
通常を受診	13.9	79.9	99.5	99.5
救急を受診	3.5	20.1 (100.0)	0.5	0.5 (100.0)
救急車により搬送	1.9	(54.3)	0.2	(40.0)
診療時間内の受診	0.9	(25.7)	0.1	(20.0)
診療時間外の受診	0.9	(25.7)	0.1	(20.0)
徒歩や自家用車等による救急の受診	1.6	(45.7)	0.3	(60.0)
診療時間内の受診	1.0	(28.6)	0.2	(40.0)
診療時間外の受診	0.6	(17.1)	0.1	(20.0)

資料：厚生労働省「平成 26 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 28(2016)年には約 322 万人と大きく増加しています。また、75 歳以上 84 歳以下の高齢者は、救急搬送全体の 22.6%、85 歳以上の高齢者は 18.4%と他の年齢層より多くなっています¹。
- 全国の平成 28 (2016) 年における全救急搬送人員約 562.1 万人のうち、急病で搬送された傷病者は約 360.8 万人となっており、約 64.0%を占めています。このうち、重症（死亡も含む）と分類された約 33.8 万人の疾患別の内訳は、脳疾患が 6.9 万人、心疾患等が 8.2 万人となっており、両疾患で 44.9%を占めています。また、死亡が最も多いのは心疾患等（38.6%）となっています¹。

図表 5-6-5 救急車による年齢階層別搬送人員の割合数



資料：三重県「平成 29 年版 救急・救助の現況」

(2) 救急医療提供体制

- 本県の医師数は全国平均と比べて少なく、診療科目別では、循環器内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、小児科、麻酔科および救急科等において、人口 10 万人あ

¹ 出典：消防庁「平成 29 年版 救急・救助の現況」

たりの医師数が全国順位の低位に位置しています。

- また、2年ごとに厚生労働省が実施している調査において、50歳未満の病院勤務医師数について着目すると、全国的には平成18年度以降年々増加しており、本県では平成22年度まで減少していましたが、平成24年度以降は増加に転じています。しかし、50歳未満の病院勤務医師の病院勤務医師数全体に占める割合は平成18年以降、全国的に減少傾向にあり、本県も同様の傾向です。²

① 病院前救護体制

- 病院前救護とは、病気を発症したり、けがをしたりした患者に対して、救急現場や救急車での搬送中に応急処置等を行うことです。医学的観点から、救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保証する仕組みをメディカルコントロール体制といいます。
- 具体的には、消防機関と医療機関との連携によって、医学的根拠に基づく、地域の特性に応じた各種プロトコルを作成し、救急隊が救急現場等から、迅速に医師の指示、指導・助言が受けられることが必要です。また、実施した処置について、医師による医学的・客観的な事後検証が行われ、その結果がフィードバックされ、再教育等が行われることが必要です。
- 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、各都道府県および各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、事後検証等の実施を通じて、病院前救護の質の向上を図っています。
- 救急現場や搬送中における救急救命士による重症傷病者に対する救急救命処置や、AED(自動体外除細動器)等を使った市民による応急手当の重要性が高まっています。本県においては、平成28(2016)年中の心肺機能停止傷病者全搬送件数のうち、一般市民により29件の除細動が実施され、人口あたりの件数は全国平均を上回っています。
- 病院前救護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29(2017)年4月までに518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。
- 救急救命士がいる救急隊の割合は全国と同水準ですが、救急車の稼働台数(人口10万人あたり)は、全国平均よりも多い状況です。また、救急救命士が常時同乗している救急車の割合は94.9%となっています。
- 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、指導救命士制度の創設等、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。市民に対して行われる救急蘇生法講習(普通・上級講習)の人口1万人あたりの受講者数は107.0人で、全国平均109.3人を下回っています。
- 県内の人口1万人あたりのAED設置台数は約28.2台であり、全国の人口1万人あたりの設置台数24.6台を上回っています³。
- 救急搬送において、受入医療機関が速やかに決定されない事案が全国各地で発生し、社会問題となったことから、平成21(2009)年5月に消防法が改正され、都道府県において、

² 出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

³ 出典：一般社団法人 日本救急医療財団「財団全国AEDマップ」

医療機関、消防機関等が参画する協議会を設置し、傷病者の搬送・受入ルールを策定することとされました。

- このことから、本県では、三重県救急搬送・医療連携協議会を設置し、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、平成 22 (2010) 年 9 月に「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。
- 三重県救急搬送・医療連携協議会では、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に関する協議、基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に関する連絡調整、メディカルコントロール体制の整備等に関する協議等を行っています。

図表 5-6-6 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	27,717	21.7	109.3
三重県	518	28.1	107.0

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成29年1月1日現在)

図表 5-6-7 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	うち救急救命士運用隊数	
全国	5,140	5,082	98.9%
三重県	105	102	97.1%

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」

図表 5-6-8 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	6,271	4.9	89.3%
三重県	118	6.4	96.6% ¹⁾

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」(全国)、¹⁾三重県調査(防災対策部)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成29年1月1日現在)

図表 5-6-9 救急患者搬送数

(単位：件/年)

	実数	人口 10 万人あたり
全国	5,478,370	4,394.8
三重県	84,491	4,593.0

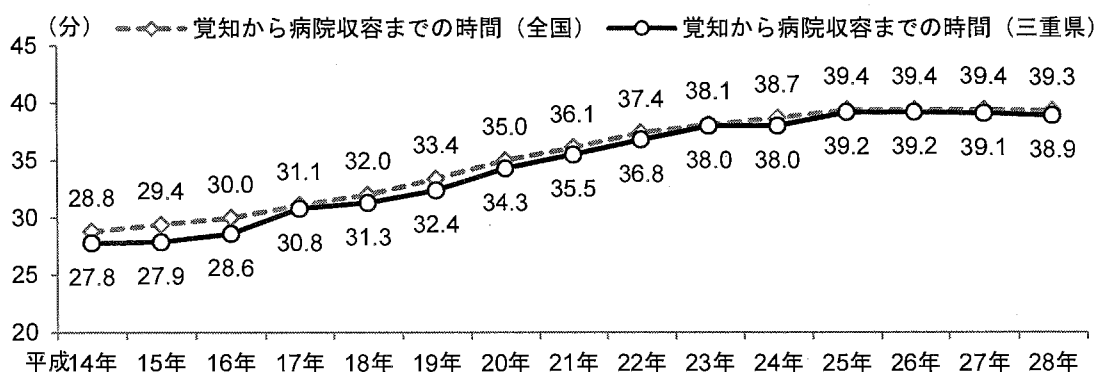
資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成28年1月1日現在)

- 本県において、平成 28 (2016) 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時間の平均は 39.3 分で、全国平均 38.9 分と比べて長くなっています。
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用事案のうち、救急車が搬送する医

療機関を決定するまでに要した時間について、30分以上を要した事案の割合は、救急医療圏（P210 ページで定義）別では、津（3.8%）および伊賀（1.3%）で県平均（0.8%）を上回っています。

- 平成 28（2016）年中の重症以上（転院搬送を除く）の傷病者の搬送について、救急車の現場滞在時間が 30 分以上となった事案は 323 件で、全搬送件数に対する割合は 3.8%（全国 5.0%）となっています。また、4 医療機関以上に要請を行った事案は 191 件で、その割合は 2.3%（全国 2.3%）であり、ともに減少傾向にあります。
- 受入医療機関の選定が困難となる原因については、医師不足のほかに病床が満床状態にあることも一因と考えられます。急性期を脱した患者の回復期病床への移行や在宅での療養ができる体制を整備することが必要です。
- 平成 28（2016）年中に、一般市民が心肺機能停止の時点を目撃した、心原性の心肺機能停止患者の 1 か月後の予後は、生存率 10.2%（全国 13.3%）、社会復帰率 5.7%（全国 8.7%）であり、ともに全国平均を下回っています。

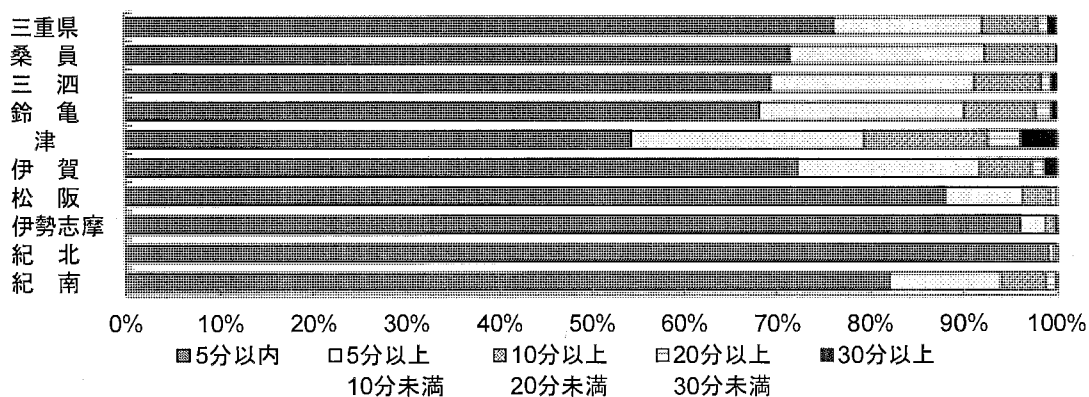
図表 5-6-10 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間



資料：消防庁「救急・救助の現況」

図表 5-6-11 救急車が搬送する病院を決定するまでに要した時間(救急医療圏(P210 で定義)別)

(平成 28 年)



(単位：件)

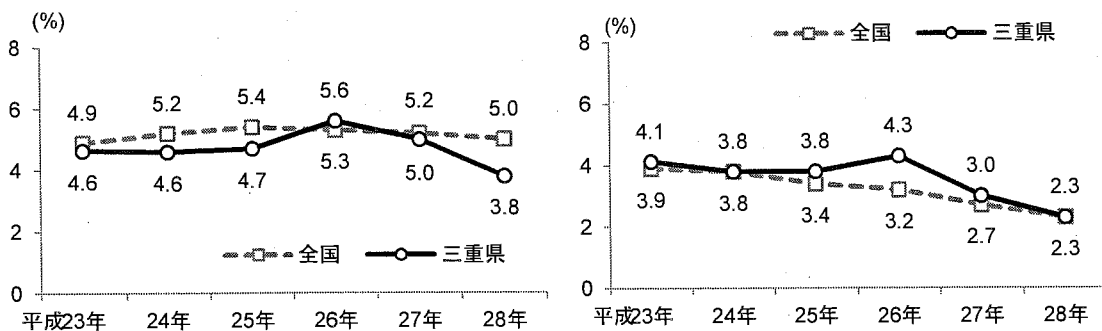
	5分以内	5分以上 10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上
三重県	12,675	2,652	993	201	133
桑 員	1,087	316	108	8	2
三 泗	2,387	750	247	39	17
鈴 亀	1,379	443	155	35	11
津	1,138	523	278	76	80
伊 賀	1,070	290	84	20	19
松 阪	1,545	146	51	11	1
伊勢志摩	3,092	90	31	4	2
紀 北	342	2	1	0	0
紀 南	635	92	38	8	1

※「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用案件が対象です。

※消防本部ごとの集計のため、松阪には、南伊勢町(旧南島町分)が含まれています。

資料：三重県調査(防災対策部)

図表 5-6-12 現場滞在時間30分以上の事案の割合(左グラフ)、4医療機関以上に要請を行った割合(右グラフ)



※重症以上の案件が対象です。

資料：消防庁「消防白書」(全国)
三重県調査(防災対策部)

図表 5-6-13 一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性の心肺機能停止患者の1か月後の予後

	生存率	社会復帰率
全 国	13.3%	8.7%
三重県	10.2%	5.7%

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」

② 初期救急医療

- 初期救急医療は、比較的軽症の患者を対象に主に外来診療により行われるものであり、休日夜間は、休日夜間急患センターや在宅当番医制*により対応しています。県内では、平成30(2018)年2月末現在14か所に休日夜間急患センターが設置されています。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、在宅当番医制に参画する一般診療所の割合は7.0%（全国16.5%）と全国平均を下回っています。⁴
- 三重県救急医療情報センターにおいて、「医療ネットみえ」の運営やコールセンターの電話案内により初期救急医療に関する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、時間外診が可能な医療機関を紹介しています。

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います。医療機関や市町等の協力により、中核的な病院が曜日等によって交代で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日救急患者の受入れを行う体制が構築されています。
- 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、初期救急医療の対象となる患者が、二次救急医療機関を直接受診するため、過度の患者の集中が起こり、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」等に基づき、医療機関の再編統合や機能連携等を進めることにより、地域の救急医療体制が維持されています。
- 本県が指定した救急病院、救急診療所は、61施設（平成30（2018）年2月末現在）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、二次救急医療体制の確保と、重篤な患者の受け入れ先となる三次救急医療機関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では、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救急医療が提供されています。なお、脳卒中や急性心筋梗塞の治療は、救命救急センターを有する医療機関以外でも行われています。
- 本県では、平成30（2018）年2月末現在、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か所に救命救急センターがあり、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、救急患者の搬送に長時間を要する地域等では、救急現場において早期の医師による治療や、救命救急センター等の高度な医療機関へ短時間で搬送する体制を構築することにより、救命率の向上や後遺障がいの軽減等が期待できます。
- このことから、本県では、平成24（2012）年2月にドクターヘリの運用を開始しています。また、自県のドクターヘリの出動中に、他県のドクターヘリの応援を要請する仕組みとして、平成28（2016）年4月から和歌山県と「和歌山県・三重県ドクターヘリ相互応援に係る基本協定」を締結しています。

⁴ 出典：厚生労働省「平成26年医療施設調査」

- 奈良県が、平成 29 年 3 月からドクターヘリの運用を開始したことから、今後、両県における相互応援に関する協定の締結に向けた検討を行います。
- このほか、平成 28 (2016) 年度には、三重県防災ヘリコプターも救急活動として 32 回出動しています。
- 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、2.7 施設 (全国 5.0 施設) であり、全国平均を下回っています。

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	272	162	110
平成 25 年度	352	237	115
平成 26 年度	378	290	88
平成 27 年度	423	331	92
平成 28 年度	395	297	98
累計	1,839	1,326	513

資料：三重県調査

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)

	17 年度	18 年度	19 年度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
三重県	10	7	9	15	8	9	14	3	11	8	6	5
3 県計	341	347	379	386	387	384	392	332	361	367	421	452

資料：三重県調査

図表 5-6-16 特定集中治療室のある病院および病床数(平成 29 年 10 月現在)

医療機関名	病床数	救急医療圏名
市立四日市病院	8	三泗
県立総合医療センター	6	三泗
三重大学医学部附属病院	6	津
国立病院機構 三重中央医療センター	6	津
伊勢赤十字病院	8	伊勢志摩
三重県 (施設数)	5	
(100 万人あたり)	2.7	
全国 (施設数)	644	
(100 万人あたり)	5.0	

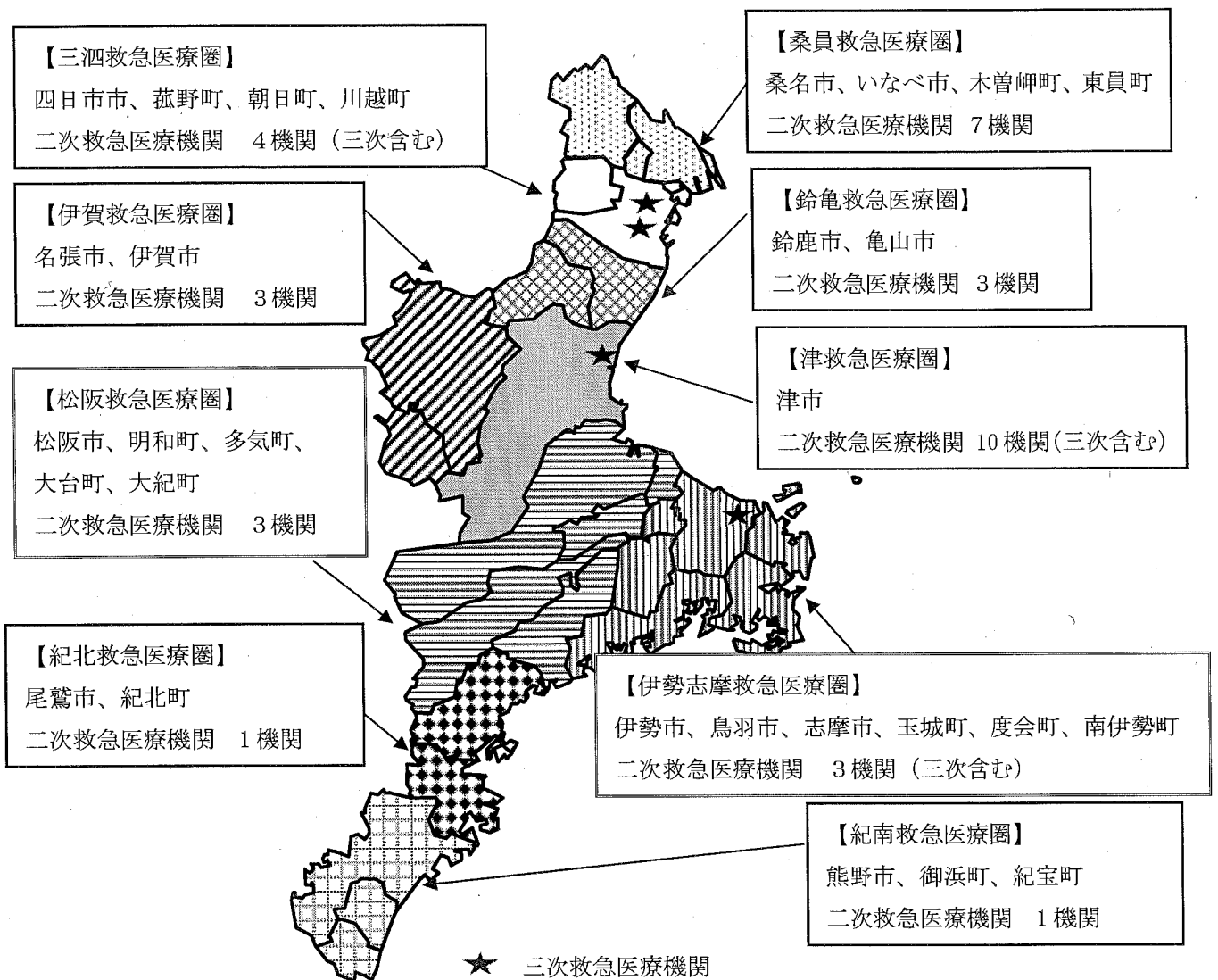
資料：各地方厚生局「特定集中治療管理料届出受理機関名簿」、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」(平成 29 年 1 月 1 日現在)

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

二次救急に係る圏域（以下「救急医療圏」という。）については、地域医療構想の構想区域をベースとし、病院前救護に係るメディカルコントロール体制等を考慮し、図5-6-17のとおり9圏域とします。

図表 5-6-17 救急医療圏域



(2)各救急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は、平成 29 (2017) 年 4 月時点で津救急医療圏、伊勢志摩救急医療圏に各 3 か所、伊賀救急医療圏に 2 か所、桑員救急医療圏、三泗救急医療圏、鈴亀救急医療圏、松阪救急医療圏、紀南救急医療圏に各 1 か所あり、休日夜間の初期救急医療の対象となる患者に対応しています。
- 在宅当番医制がある救急医療圏は、平成 29 (2017) 年末現在、桑員、鈴亀、紀北の各救急医療圏であり、休日夜間の初期救急医療の対象となる患者に対応しています。
- 二次救急医療機関以外の救急告示医療機関は、桑員、三泗、鈴亀、津、松阪、伊勢志摩、紀北の各救急医療圏にあり、休日夜間の初期救急医療の対象となる患者に対応しています。

図表 5-6-18 初期救急に参加する医療機関数(平成 28 年 3 月 31 日現在)

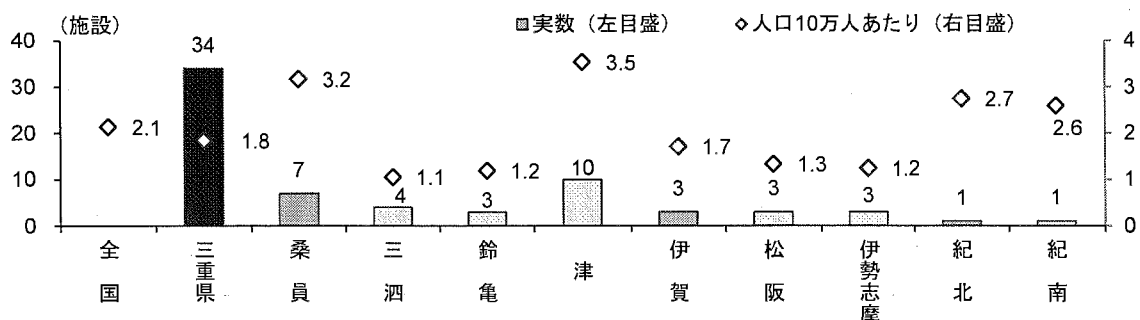
	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀
休日夜間急患センター	15	1	1	1	3	2
在宅当番医制参加医療機関	74	24	0	27	0	0
救急告示(二次、三次以外)	27	7	7	3	2	0
	松阪	伊勢志摩	紀北	紀南		
休日夜間急患センター	3	3	0	1		
在宅当番医制参加医療機関	0	0	23	0		
救急告示(二次、三次以外)	0	0	23	0		

資料：三重県調査

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 28 (2016) 年 3 月 31 日現在の二次救急医療機関数は、桑員救急医療圏、津救急医療圏、紀北救急医療圏、紀南救急医療圏で、それぞれ 3.2、3.5、2.7、2.6 施設(全国 2.1 施設)と全国平均を上回っていますが、他の救急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、医療従事者数等も救急医療圏ごとに差があります。

図表 5-6-19 二次救急医療機関数(平成 28 年 3 月 31 日現在)



資料：(全国)厚生労働省「救急医療体制調査」、(三重県)三重県調査、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」(平成28年1月1日現在)

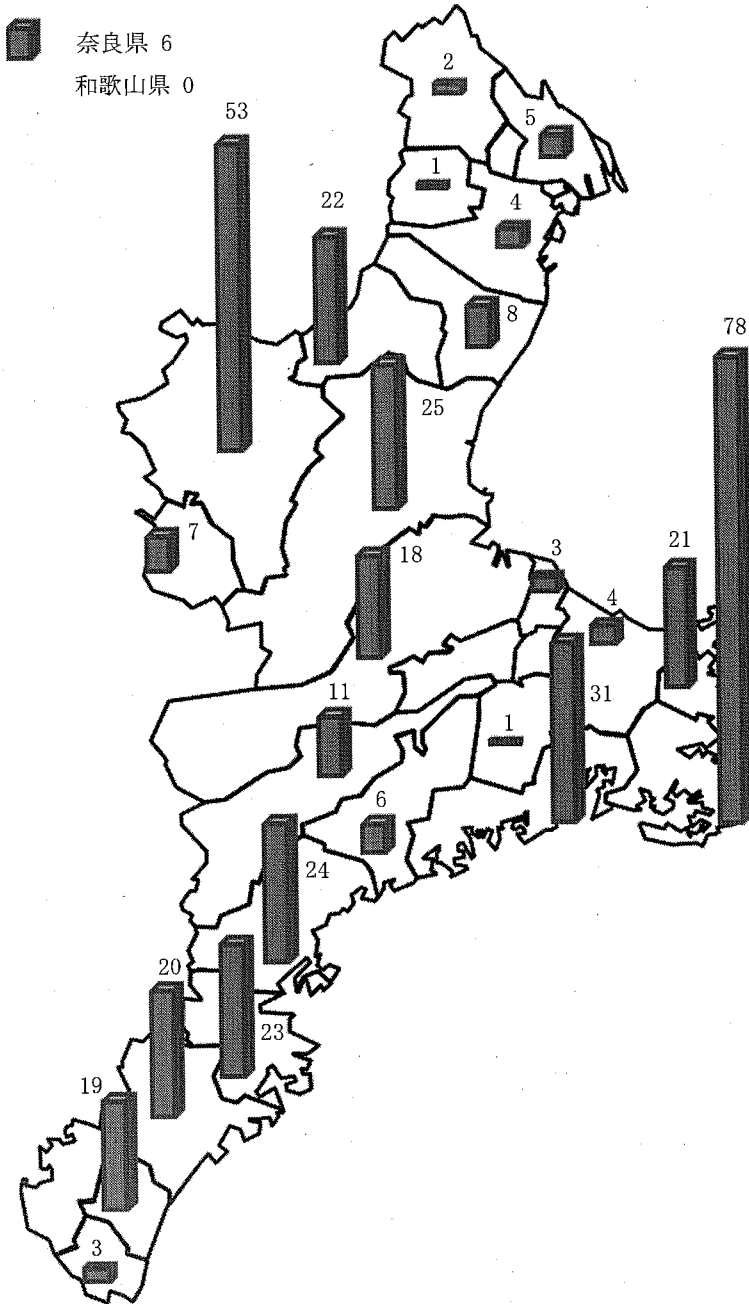
③ 三次救急医療

- 救命救急センターは、平成 30 (2018) 年 2 月末現在、三泗救急医療圏に 2 か所、津救急医療圏に 1 か所、伊勢志摩救急医療圏に 1 か所、計 4 か所に整備されています。厚生労働省が毎年実施する救命救急センターの充実段階評価では、すべての救命救急センターが A 評

価です。

- 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、志摩、伊賀、東紀州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。
- 平成 29 (2017) 年 10 月現在、特定集中治療室のある病院数は、三重県内で 5 病院 (34 床) です。また、人口 100 万人あたりの施設数は 2.7 施設であり、全国平均 5.0 施設を下回っています。

図表 5-6-20 三重県ドクターヘリの出動実績(平成 28 年度)



※南伊勢町は、旧南勢町区域は、志摩広域消防組合の管轄、旧南島町区域は紀勢地区広域消防組合の管轄です。

資料：三重県調査

(3) 医療提供体制

救急医療圏	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
		休日夜間 急患センター	休日		平日	在宅当番医制	施設		
			昼間	準夜					
桑員	桑名市 いなべ市 木曾岬町 東員町	桑名市 応急診療所	○		○※1	桑名市医師会 (5施設)	(病院群輪番制参加病院) 桑名市総合医療センター(平成30年4月開院予定)、青木記念病院、ヨナハ総合病院、もりえい病院、厚生連三重北医療センターいなべ総合病院		
						いなべ医師会 (24施設)			(その他救急告示による施設) 山崎病院、桑名病院、日下病院、青木内科、大桑クリニック
三河	四日市市 菟野町 朝日町 川越町	四日市市 応急診療所	○				(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、四日市羽津医療センター、厚生連三重北医療センター菟野厚生病院		
							(その他救急告示による施設) 小山田記念温泉病院、富田浜病院、山中胃腸科病院、主体会病院、四日市消化器病センター、みたき総合病院、佐藤クリニック		
鈴亀	鈴鹿市 亀山市	鈴鹿市 応急診療所	○	○	○	亀山医師会 (29施設)	(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	県立総合医療センター (四日市市)	
							(その他救急告示による施設) 高木病院、塩川病院、川口整形外科、村瀬病院		
津	津市	津市 応急クリニック	○	○	○		(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、榎原温泉病院	市立四日市病院 (四日市市)	
		津市子ども応急クリニック・休日デントタルクリニック	○※2	○※3	○※3				
		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、県立一志病院		
伊賀	名張市 伊賀市	名張市 応急診療所	○	○	○		(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	三重大学医学部附属病院 (津市)	
		伊賀市 応急診療所	○	○	○				
松阪	松阪市 多気町 明和町 大台町 大紀町	松阪市休日 夜間応急診療所	○※4	○※4	○※4		(病院群輪番制参加病院) 松阪市民病院、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 (伊勢市)	
		いおうじ 応急クリニック	○※5	○※5	○※5				
		松阪市歯科 休日応急診療所	○※6				(その他救急告示による施設) 厚生連大台厚生病院、三重ハートセンター		
伊勢志摩	伊勢市 鳥羽市 志摩市 玉城町 度会町 南伊勢町	伊勢市休日・ 夜間応急診療所	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 伊勢赤十字病院、市立伊勢総合病院、県立志摩病院		
		鳥羽市休日・ 夜間応急診療所	○		○※7				
		志摩市休日・ 夜間応急診療所	○		○※8		(その他救急告示による施設) 伊勢慶友病院、町立南伊勢病院、国保志摩市民病院、厚生連南島メディカルセンター		
紀北	尾鷲市 紀北町					紀北医師会 (28施設)	(病院群輪番制参加病院) 尾鷲総合病院		
							(その他救急告示による施設) 長島回生病院		
紀南	熊野市 御浜町 紀宝町	紀南医師会 応急診療所	○				(病院群輪番制参加病院) 紀南病院		

※1 土曜日のみ ※2 小児科(日、祝・休日の午前および午後) ※3 小児科のみ ※4 日・祝(9時~12時、14時~17時、20時~22時30分)、土曜日(20時~22時30分、24時~6時)、その他の日(20時~22時30分) ※5 日・祝・火・木・金曜日のみ、木曜日は12時30分から ※6 日・祝(9時~12時)のみ ※7 木・金・土曜日のみ ※8 月・火・水・土曜日のみ

(4)各救急医療圏における現状

- 初期、二次救急医療体制の維持が困難となっている地域があり、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、人口 100 万人に 1 か所を目途に整備が行われてきましたが、本県の南北に長い地理的要件や人口の集中度合いを考慮し、現在 4 か所の救命救急センターを設置しています。

図表 5-6-21 各救急医療圏における現状

救急医療圏	現状
桑員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、桑名市応急診療所と厚生連三重北医療センター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。 ・ 平成30（2018）年4月開院予定の桑名市総合医療センターでは、救急医療等に係る基幹病院としての役割を果たすことが期待されています。 ・ 二次・三次救急医療については、三泗救急医療圏および愛知県等、圏域を越えた搬送があります。 ・ 桑名市消防本部では、メディカルコントロール体制の充実強化を進めるとともに、口頭指導実施要領を作成し、運用することにより病院前救護体制の改善に努めています。 ・ 桑名市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（くわな健康・医療相談ダイヤル24）を実施しています。
三泗	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の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。 ・ 二次救急医療については、市立四日市病院、県立総合医療センター、四日市羽津医療センター、厚生連三重北医療センター菰野厚生病院が病院群輪番制病院として、対応しています。 ・ 市立四日市病院、県立総合医療センターは、三次救急医療機関として、北勢地域の重篤な救急患者への対応を実施しています。
鈴亀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、鈴鹿市応急診療所や亀山医師会の在宅当番医制度等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、鈴鹿回生病院および亀山市立医療センターが病院群輪番制病院として、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。

津	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、津市こども応急クリニック・休日デンタルクリニック、津市応急クリニック、津市久居休日応急診療所において対応しています。 ・ 初期救急医療の対象となる患者の二次救急医療機関への集中の緩和と二次救急医療機関の受入体制の充実を図るため、郡市医師会や三重大学と連携して、二次救急医療機関への医師の派遣等診療支援の取組を進めています。 ・ 二次救急医療については、地域の 10 病院が協力して、病院群輪番制の維持に努めています。 ・ 三重大学医学部附属病院は、三次救急医療機関として、津救急医療圏・伊賀救急医療圏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等の相談に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"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、名張市応急診療所と伊賀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、上野総合市民病院、岡波総合病院、名張市立病院が協力して、病院群輪番制の維持に努めています。また、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。 ・ 二次・三次救急医療については、津救急医療圏および奈良県、滋賀県等、圏域を越えた搬送があります。 ・ 伊賀市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（伊賀市救急・健康相談ダイヤル24）を実施しています。
松阪	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、松阪市休日夜間応急診療所、いおうじ応急クリニック、松阪市歯科休日応急診療所において対応しています。 ・ 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等で対応し、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。 ・ 二次救急医療については、松阪市民病院、厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院が協力して病院群輪番制の維持に努めています。 ・ 松阪地区広域消防組合（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等の相談に 24 時間体制で対応する電話相談（松阪地区救急相談ダイヤル 24）を実施しています。
伊勢 志摩	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の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、志摩市休日夜間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、伊勢赤十字病院、市立伊勢総合病院、県立志摩病院が協力して、病院群輪番制の維持に努めています。 ・ 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医療機関、地域医療支援病院に指定されており、伊勢志摩地域だけでなく県南部の中核病院として、広範囲に救急患者を受け入れる体制が整備されています。 ・ 市立伊勢総合病院は平成 29（2017）年 3 月に、県立志摩病院は平成 29（2017）年 10 月に地域医療支援病院に指定されており、それぞれ伊勢志摩地域の医療の中核をなしています。 ・ 平成 24（2012）年 2 月から県ドクターヘリを導入し、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の役割を担っています。 ・ 伊勢市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に 24 時間体制で対応する電話相談（伊勢市健康医療ダイヤル 24）を実施しています。

紀北	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の初期救急医療については、尾鷲市では、毎週日曜日と祝日は、紀北医師会医師が尾鷲総合病院で、救急外来の対応を行っています。 ・ 紀北町でも同様に、尾鷲総合病院での救急外来の対応を行うとともに、月に2回、日曜日に紀北医師会の医師が、休日在宅当番制による対応を行っています。 ・ 二次救急医療については、尾鷲総合病院が病院群輪番制病院として、対応しています。 ・ 三次救急患者への対応は、県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。
紀南	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日および夜間の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。 ・ 二次救急医療については、紀南病院が病院群輪番制病院として、対応しています。 ・ 三次救急患者への対応は、県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。

(5)各救急医療圏における受療動向

- 本県における平成26(2014)年の1日あたりの救急車で搬送された患者のうち、入院患者は1.9千人と推定され、そのうち5%は、県外で治療を受けています。また、県内の医療機関に搬送された入院患者のうち2%は、県外から搬送された患者です。
- 救急医療圏ごとにみると、救急医療圏外の医療機関で治療を受けた割合(流出率)は、鈴亀救急医療圏(33%)、伊賀救急医療圏(23%)の順に高くなっており、救急医療圏外の患者が治療を受けている割合(流入率)は、津救急医療圏(17%)、桑員救急医療圏(15%)の順に高くなっていきます。

図表 5-6-22 救急医療圏別 救急車により搬送された入院患者の流出・流入状況

(流出状況)

流出先 患者住所地									域外への流出率		
	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	うち 県内	うち 県外	
桑員	82%	1%		1%		1%			18%	3%	15%
三泗	5%	91%	1%	1%					9%	6%	3%
鈴亀	7%	11%	67%	13%					33%	31%	2%
津		1%		93%	1%	1%	1%	1%	7%	5%	2%
伊賀		2%		7%	77%	1%			23%	10%	13%
松阪		1%		3%		90%	5%		10%	9%	1%
伊勢志摩				3%		4%	92%		8%	7%	2%
東紀州						1%	4%	85%	15%	5%	10%
三重県から県外への流出率 5%											

(流入状況)

医療 機関所在地	流入元								域内への流入率		
	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢 志摩	東紀州		うち 県内	うち 県外
桑員	85%	10%	4%						15%	14%	1%
三泗	1%	92%	3%	1%	1%	1%			8%	6%	2%
鈴亀		6%	94%						6%	6%	0%
津	1%	1%	4%	83%	4%	2%	2%		17%	14%	3%
伊賀				1%	93%				7%	1%	5%
松阪	1%			2%	1%	91%	4%	1%	9%	8%	1%
伊勢志摩				1%	0%	4%	89%	2%	11%	8%	2%
東紀州				1%				99%	1%	1%	0%
三重県への県外からの流入率 2%											

※平成 26 年 10 月のある 1 日の入院患者に係る搬送状況です。

※空欄はデータなし、紀北および紀南の各救急医療圏については個別に算出できないため、東紀州としています。

資料：厚生労働省「平成 26 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、全国平均と比べて少なく、特に、救急医療において重要な役割を担う循環器内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、小児科、麻酔科および救急科等を担う医師の不足の解消、高齢化対策、若手医師の確保が喫緊の課題です。
- 症状の程度が軽度な患者は、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」等により紹介された初期救急医療機関へ、また、明らかに重症な患者は二次救急医療機関へ、さらに、生命の危機が差し迫っている患者は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です。
- 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。
- 介護施設等からの救急搬送が増加していることから、介護施設等と医療関係者の連携を強化することが必要です。

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 AED を用いた応急手当の普及啓発や、救急蘇生法の実習への参加を促進することが必要です。
- 適切な救急医療機関の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へ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。
- 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等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ことが必要です。
- 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ことが必要です。

③ 二次救急医療

- 医師不足等の理由により二次救急医療の提供が困難となり、病院群輪番制の維持が課題となっている地域があります。
- 症状の程度が軽度な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等において対応すべき、重症な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ことが必要です。

④ 三次救急医療

- 紀北・紀南救急医療圏には三次救急医療機関がないため、隣接地域の医療機関への負担が大きく、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、消防機関による出動要請の判断の遅れ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、近隣府県との連携を強化することが必要です。
- ドクターヘリの円滑な運航体制を維持するため、訓練の実施や搬送事例の検証等を引き続き行うことが必要です。

(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等、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)各救急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、受入医療機関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が制限されるなど、いわゆる出口問題が生じています。

図表 5-6-23 各救急医療圏における課題

救急医療圏	課題
桑員	<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、病院勤務医が少なく、二次救急医療体制の維持が困難な状況となっています。 ・ 平成30(2018)年4月開院予定の桑名市総合医療センターの機能が充実するまでの間は、二次・三次救急医療について、隣接する医療圏に所在する医療機関との連携が必須となっています。 ・ 隣接する愛知県等、県外への搬送が少なくないことから、救急医療体制の抜本的な見直しが必要です。
三泗	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後、地域住民の高齢化の進展による救急搬送患者の増加を見込んで、二次・三次救急医療機関と急性期を脱した患者の受入医療機関との機能分化および連携により、いわゆる出口問題の解消を図ることが必要です。このことにより、重症者等への対応に支障をきたさないよう二次・三次救急医療機関の負担を軽減することが必要です。 ・ 隣接地域からの救急搬送患者に対応するため、関係する医療機関との連携を図り、機能分化を図ることが必要です。
鈴亀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 二次救急医療については、厚生連鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院および亀山市立医療センターの連携により対応していますが、他地域への救急患者の搬送が比較的多いことか

	<p>ら、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。
津	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受入医療機関の照会回数が4回以上、病院選定時間が30分以上を要する事案の割合は減少傾向にあるものの、県内他地域と比較すると高い状況にあります。 ・ 10病院の病院群輪番制により、二次救急医療体制が構築されています。 ・ さらに、病院群輪番制参加病院の協力を得て、循環器系疾患や急性腹症疾患に対するバックアップ体制の構築や土曜日の輪番体制の強化等、二次救急医療体制の強化が図られています。 ・ しかし、病院群輪番制参加病院の多くが中小規模病院であり、今後、高齢化の進展に伴い、引き続き救急医療に係る高い需要が見込まれることから、医療機関の連携や機能分化を図ることにより、さらに二次救急医療体制を強化することが必要です。
伊賀	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在3病院による病院群輪番制が維持されていますが、常勤医師数は、少ない状況です。 ・ 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。
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。 ・ 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。
伊勢志摩	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院群輪番制病院が中心となって二次救急医療が実施されているものの、伊勢志摩地域全体において、医師・看護師等の医療従事者の不足から、救急医療体制の維持が困難な状況となっています。 ・ 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。
紀北	<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。 ・ 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。
紀南	<ul style="list-style-type: none"> ・ 紀南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となっています。 ・ 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。

4. めざす姿と施策の展開

(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による迅速な搬送等による、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、地域に戻ることができるよう、在宅医療および多職種が連携した地域医療提供体制が構築されています。

(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) 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	
		747 機関	
		現 状 (H28)	
		654 機関	
受入困難事例の割合 【三重県調査】	重症以上の事案において、救急車の現場滞在時間が 30 分以上および 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%	2.0%
		現 状 (H28)	
		3.8%	2.3%
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 (H28)	
		54.1%	

救急救命士が同乗している救急車の割合 【三重県調査】	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
		100%
		現 状 (H28)
		96.6%

(4)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等、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、関係機関、県)
- 「医療ネットみえ」や救急医療情報センターコールセンターによる初期救急医療機関の情報提供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、関係機関、県)
- 小さな子どもを持つ保護者等を対象に、「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) *」による情報提供や相談事業を行います。(医療機関、市町、関係機関、県)

取組方向2：病院前救護体制の充実

- 県民の救急蘇生法講習等への受講を促進します。(消防機関、市町、関係機関、県)
- 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します。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
- 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の組織を見直し、救急救命士の再教育や事後検証等が円滑に推進されるようメディカルコントロール体制の強化を図ります。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
- 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、関係機関、県)
- 各地域メディカルコントロール協議会で検討された課題等を県メディカルコントロール協議会で検討する仕組みを確立します。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
- 救急救命士を対象とした講習・実習の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適応事案に関する事後検証の結果に基づき、搬送・受入体制に関する検討を定期的に行い、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、関係機関、県)

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等と連携し、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)
- 地域包括ケアシステムの構築に向け、二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、県および地域のメディカルコントロール協議会や救急医療対策協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めます。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
 - 平成28年3月31日に総務省消防庁および厚生労働省から通知された「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」に基づき、転院搬送に係る地域の現状や課題を把握し、ルールづくりを進めます。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
 - 医療機関や市町、医師会等関係機関・団体と協力し、初期救急医療を担う医療機関の増加に努めます。(医療機関、市町、関係機関、県)
 - 地域のメディカルコントロール協議会や救急医療対策協議会等において、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、二次救急患者や三次救急患者の迅速な搬送および受入れができる体制づくりを進めます。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)
 - 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、地域へ戻る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等、医療機関同士の連携強化を図ります。(医療機関、市町、県)
 - 医療機関と救急隊、または医療機関同士で患者の画像情報や診療情報等を相互に共有できる仕組みづくりについて、関係者で検討を行い、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、関係機関、県)
 - 伊賀救急医療圏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、関係機関、県)
 - 紀北救急医療圏、紀南救急医療圏については、二次救急医療機関の機能強化を図る必要があります。また、県ドクターヘリや、相互応援協定を締結している他県ドクターヘリの活用など、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、関係機関、県)
 - 受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で議論する体制の構築を図ります。(医療機関、消防機関、市町、関係機関、県)

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。
- 南海トラフ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がもたらされることが予想されています。
- 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、直近では、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。

図表 5-7-1 南海トラフの巨大地震による被害想定の上乗率最大数

○死者	約 53,000 人
○負傷者	約 62,000 人（うち重症者約 18,000 人）
○建物全壊・消失	約 248,000 棟

資料：三重県地震被害想定結果（平成 26 年 3 月）

(2) 災害医療体制¹

① 行政の取組

- 災害時における具体的な対応については、別途、三重県地域防災計画や三重県広域受援計画、災害医療対応マニュアル等により定めることとします。
- 県は、災害時に医療救護活動の中心となる災害拠点病院に 15 施設を指定し、また、災害拠点病院の機能の補完や支援を目的とする災害医療支援病院に 7 施設を指定しています。
- 県は、災害拠点病院のうち、県立総合医療センターを基幹災害拠点病院として位置づけています。
- 基幹災害拠点病院は、地域災害拠点病院の機能を有するほか、県内全域の災害拠点病院の機能を強化するための訓練・研修機能を有する病院です。
- 地域災害拠点病院は、二次救急医療圏の中核医療機関として、医療機関のとりまとめのほか、当該地域の災害医療体制を強化する機能を有する病院です。
- 地震・風水害等、大規模な災害が発生した場合（以下、「大規模災害時」という。）、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

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。また、本計画では、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（平成 29 年 3 月 31 日）に基づき、発災直後から中長期までを見据えた災害医療対策について記載します。

を行います。

- 県は、患者を被災地外へ搬送するため、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team。以下、「DMAT」という。）と連携して、広域搬送拠点臨時医療施設（Staging Care Unit。以下、本節において「SCU*」という。）の設置・運営訓練の実施に取り組んでいます。
- 県は、大規模災害時における、被災地内のSCU候補地として「三重大学グラウンド、三重県立看護大学、三重県伊勢志摩広域防災拠点ヘリポート」の3か所を候補地として指定しています。
- 県は、県医師会、県病院協会、県歯科医師会、県看護協会、助産師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、災害拠点病院等の指定により、災害発生時の医療救護体制の整備を進めています。
- 県は、県薬剤師会、県医薬品卸業協会、県医療機器販売業協会等の計8団体と「医薬品等の調達に関する協定」を締結するなど、関係団体との連携体制を構築するとともに、「災害時における医薬品等の確保・供給に関するマニュアル」に基づき、災害発生時の医薬品等の供給体制の整備を進めています。
- 県は、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広域災害救急医療情報システム（Emergency Medical Information System。以下、「EMIS」という。）を運用し、平成30（2018）年2月現在、97病院が参加しています。
- 県では、災害医療コーディネイト体制強化のため、災害医療コーディネーター*を委嘱し、研修や訓練を通じて人材の育成を行っています。
- 市町と県が連携し、医療救護班、DMAT、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム等の保健医療従事者数名からなる災害派遣チーム（以下、「保健医療活動チーム」という。）の派遣調整等を行う体制整備を進めています。
- 県は、「DMAT・SCU連絡協議会」を設置し、災害時における対応や連携のあり方について検討を行っています。

② 医療機関等の取組

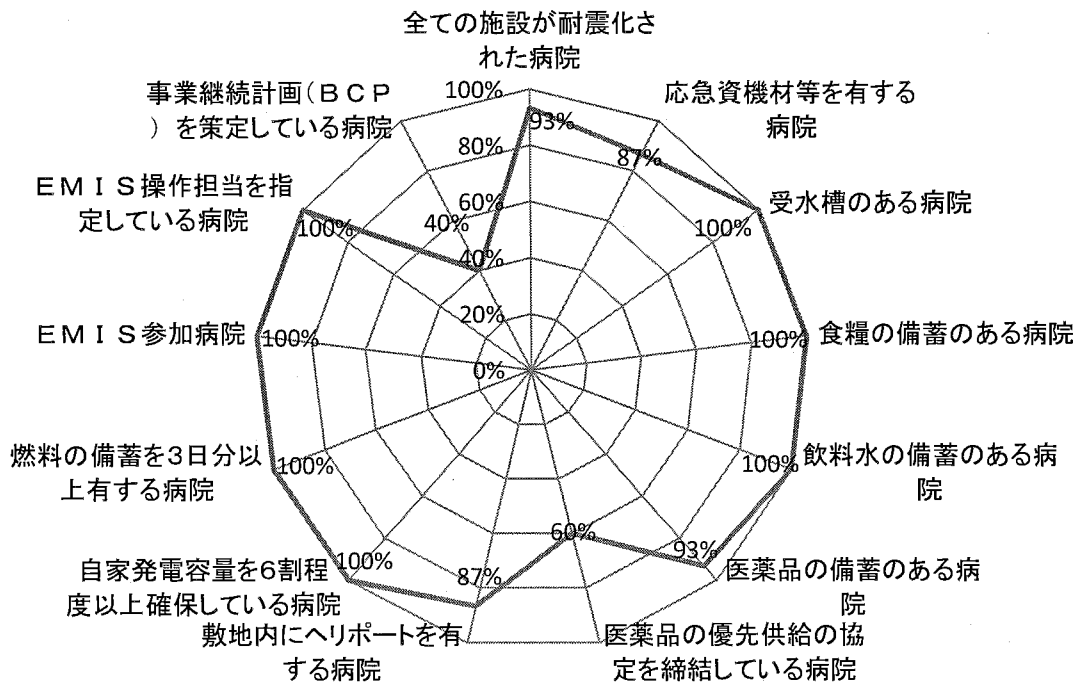
- 各医療機関は耐震化に取り組んでおり、県内97病院のうち、全棟が耐震化済みの病院は69病院です。
- 全ての病院がEMISに参加しており、EMIS入力訓練を実施しています。
- 平成30（2018）年現在、全ての災害拠点病院がDMATを保有し、災害時を想定した実動訓練に取り組んでいます。
- 県医師会では、日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team。以下、「JMAT*」という。）の身分も兼ねた三重県医療救護班であるJMATの事前登録の体制整備を進めています。
- 平成23（2011）年の東日本大震災では、急性期におけるDMAT派遣を行った後、県医師会、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、JMAT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。

- 平成28(2016)年の熊本地震では、全国知事会の要請を受け、医療救護班7チームを熊本県に派遣しました。また、DMATロジスティックチームに1名が参加しました。
- 災害時の精神医療の補完および被災者、支援者のこころのケアを行うことを目的とした災害派遣精神医療チーム(Disaster Psychiatric Assistance Team。以下、「DPAT」という。)を編成し、訓練に取り組んでいます。
- 平成28(2016)年の熊本地震では、県内の精神科6病院から8チームのDPATを被災地へ派遣し、精神科病院入院患者の他院への搬送、被災者のこころのケアなどを行いました。

図表 5-7-2 災害拠点病院の災害への対応体制(単位:%)

資料:三重県調査(平成29年11月1日現在)



図表 5-7-3 各災害拠点病院、災害医療支援病院における災害医療提供体制等の状況

地図 番号	構想 区域	区分	医療機関	医療 法許 可病 床数	災害医療提供体制		
					(D M A T) 医 療 チ ーム	災 害 派 遣 機 関 二 次 救 急 医 療	救 命 救 急 セ ン ター も し く は
1	桑員	地域	厚生連三重北医療センター いなべ総合病院	220	1	二次救急	
2	三泗	基幹	県立総合医療センター	443	4	救命救急	27
3		地域	市立四日市病院	568	2	救命救急	30
4	鈴亀	地域	厚生連鈴鹿中央総合病院	460	2	二次救急	
5	津	地域	三重大学医学部附属病院	685	3	救命救急	20
6			国立病院機構 三重中央医療センター	486	1	二次救急	
7	伊賀	地域	上野総合市民病院	281	1	二次救急	
8			名張市立病院	200	1	二次救急	
9	松阪	地域	松阪市民病院	328	2	二次救急	
10		地域	済生会松阪総合病院	430	2	二次救急	
11		地域	厚生連松阪中央総合病院	440	1	二次救急	
12	伊勢 志摩	地域	伊勢赤十字病院	655	4	救命救急	30
13		地域	県立志摩病院	336	1	二次救急	
14	東紀州	地域	尾鷲総合病院	255	1	二次救急	
15		地域	紀南病院	244	1	二次救急	
16	桑員	支援	桑名東医療センター	349	—	二次救急	
17		支援	青木記念病院	87	—	二次救急	
18	三泗	支援	厚生連三重北医療センター 菟野厚生病院	230	—	二次救急	
19		支援	四日市羽津医療センター	235	—	二次救急	
20	鈴亀	支援	鈴鹿回生病院	379	—	二次救急	
21		支援	亀山市立医療センター	94	—	二次救急	
22	伊勢 志摩	支援	市立伊勢総合病院	322	—	二次救急	

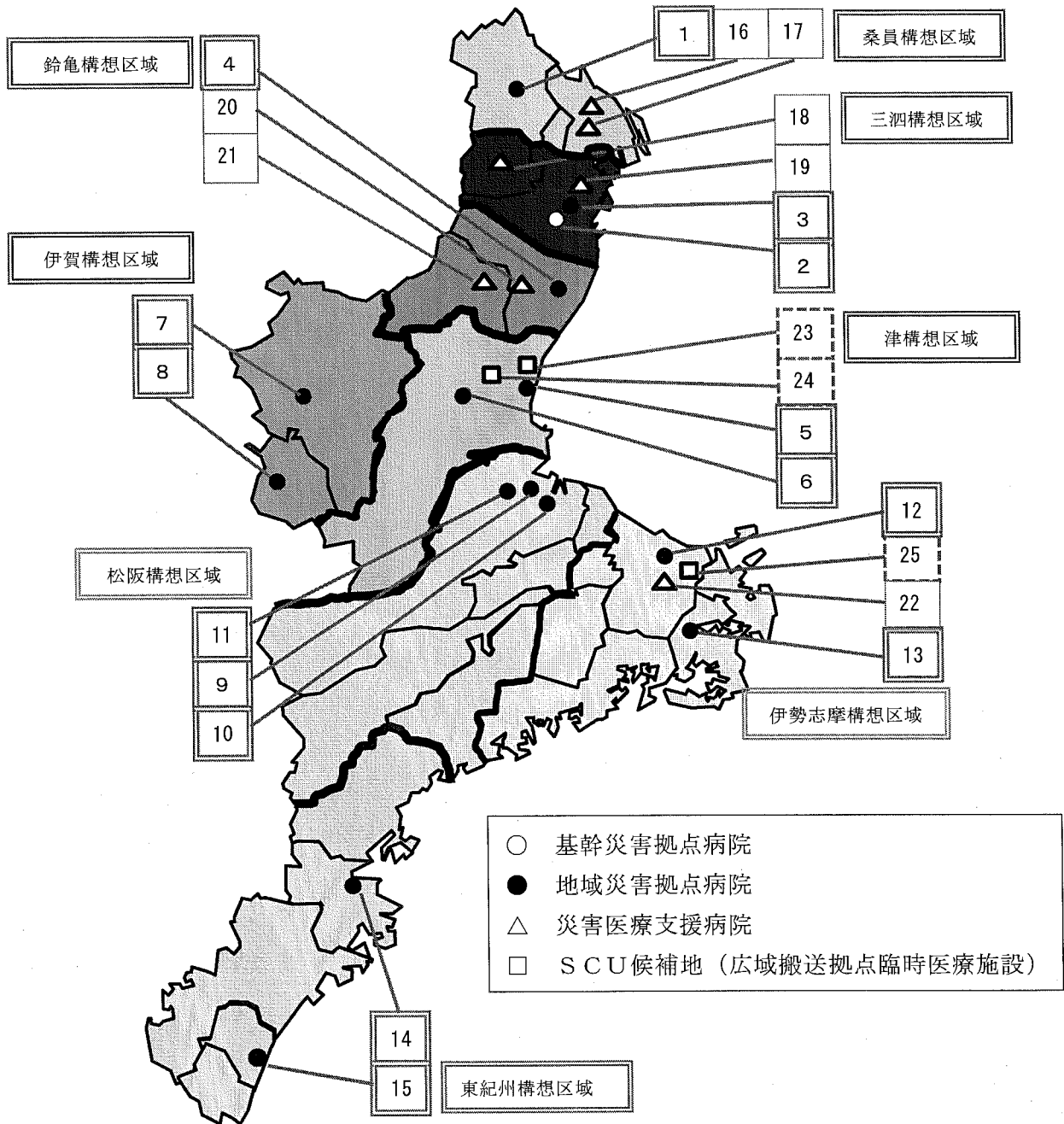
資料：三重県調査（平成 29 年 11 月 1 日現在）

図表 5-7-4 SCU 候補地の状況

地図 番号	構想 区域	SCU 候補地	所在地	利用可能な航空機
23	津	三重大学グラウンド	津市栗真町屋町 1577	大型回転翼機
24		県立看護大学	津市夢が丘 1-1-1	大型回転翼機
25	伊勢 志摩	伊勢志摩広域防災拠点（伊勢 志摩拠点）ヘリポート及びサ ンアリーナ	伊勢市朝熊町 4383-4 【県営サンアリーナ】	大型回転翼機

資料：三重県調査（平成 30 年 2 月 13 日現在）

図表 5-7-5 三重県の災害拠点病院等の配置図



災害拠点病院		
1	厚生連三重北医療センター いなべ総合病院	9 松阪市民病院
2	県立総合医療センター	10 済生会松阪総合病院
3	市立四日市病院	11 厚生連松阪中央総合病院
4	厚生連鈴鹿中央総合病院	12 伊勢赤十字病院
5	三重大学医学部附属病院	13 県立志摩病院
6	三重中央医療センター	14 尾鷲総合病院
7	上野総合市民病院	15 紀南病院
8	名張市立病院	

災害医療支援病院	
16	桑名東医療センター
17	青木記念病院
18	厚生連三重北医療センター 菰野厚生病院
19	四日市羽津医療センター
20	鈴鹿回生病院
21	亀山市立医療センター
22	市立伊勢総合病院

SCU 候補地	
23	三重大学グラウンド
24	県立看護大学
25	伊勢志摩広域防災拠点 (サンアリーナ)

資料：三重県調査（平成29年11月1日現在）

図表 5-7-6 県内の精神科病院の状況

構想区域	名 称	DPAT (床数)	指定	応急	特例	特定	救急	精神科病床数
桑員	多度あやめ病院		○	○	○	○	○	222
	北勢病院	○(2)	○				○	174
	東員病院						○	247
	大仲さつき病院		○	○	○	○	○	242
三泗	総合心療センターひなが	○(1)	○	○	○	○	基幹	555
	水沢病院		○				○	196
鈴亀	厚生連鈴鹿厚生病院	○(2)	○	○	○	○	○	334
	鈴鹿さくら病院	○(1)	○				○	219
津	三重大学医学部附属病院	○(2)	国立					30
	県立こころの医療センター	先遣隊 ○(4)	県立	○	○	○	支援	400
	県立子ども心身発達医療センター	○(1)	県立					80
	久居病院	○(1)	○	○	○	○	○	228
	国立病院機構 榊原病院	先遣隊 ○(4)	国立	○			支援	222
松阪	松阪厚生病院	○(1)	○	○	○	○	基幹	590
	南勢病院		○	○	○	○	○	205
伊勢志摩	県立志摩病院		県立					100
伊賀	信貴山病院分院上野病院	○(1)	○				○	410
東紀州	熊野病院	○(1)	○	○			○	330

資料：三重県調査（平成29年11月1日現在）

DPAT…「三重DPAT」登録病院

指 定…「指定病院」

都道府県が設置する精神科病院に代わる施設として指定された病院。措置入院の受け入れに応じる。

特定応急…「特定病院」

緊急その他やむを得ない理由がある場合に、精神保健指定医に代えて特定医師による診察によって、12時間に限り医療保護入院をさせることのできる病院

応 急…「応急入院指定病院」

急を要し、保護者や扶養義務者の同意を得ることができない場合に、本人の同意がなくとも精神保健指定医の診察により72時間に限り入院させることのできる病院

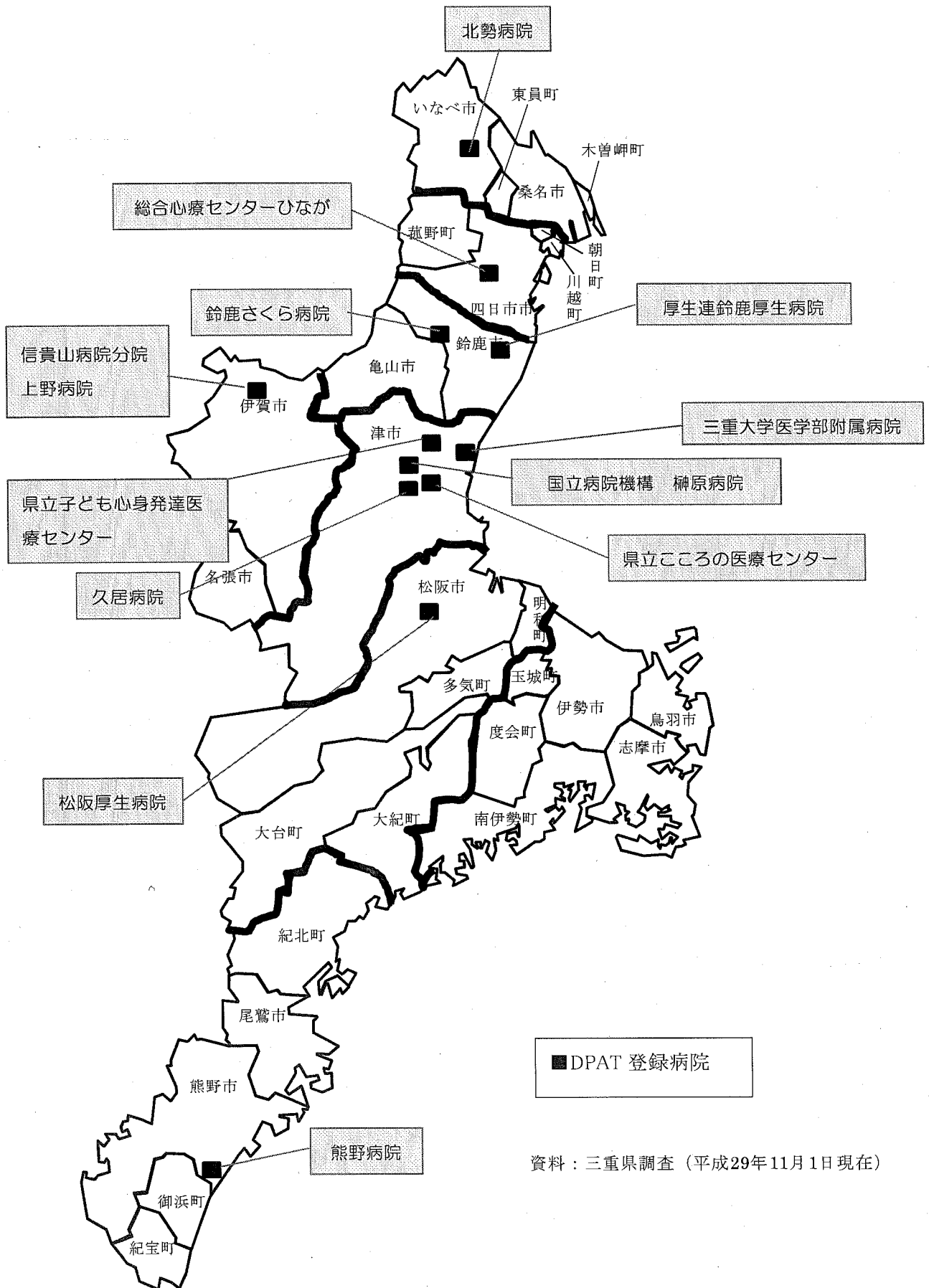
特例応急…「特例措置を採ることができる応急入院指定病院」

緊急その他やむを得ない理由がある場合に、精神保健指定医に代えて特定医師による診察によって、12時間に限り応急入院をさせることのできる病院

救 急…「三重県精神科救急医療システム運用事業参画病院」

夜間・休日における三重県精神科救急医療システム運用事業に参画している病院

図表 5-7-7 DPAT登録病院の配置図

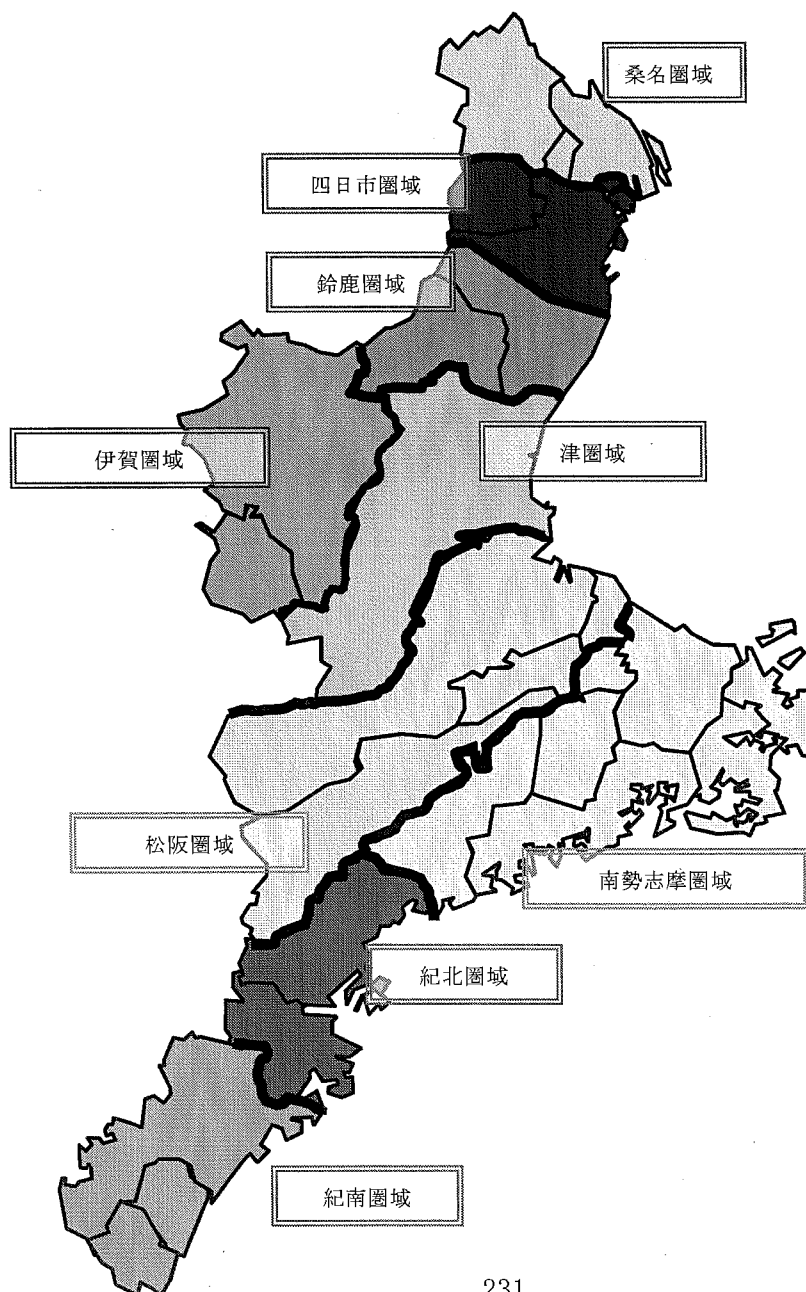


2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- 災害医療対策は、地域の防災体制と密接に関係しており、大規模災害時における病院の機能維持や患者搬送に必要な情報（道路啓開、物資の搬送等）の収集は、三重県地域防災計画に規定された県地方災害対策部において行います。
- 地域における医療救護活動の中心を担う保健所等は、県地方災害対策部の中に設置され、県災害対策本部あるいは県地方災害対策部が収集した救助活動情報を医療機関に提供するとともに、医療機関からの医療需要のとりまとめを行います。
- 県地方災害対策部が、県内に9か所（桑名、四日市、鈴鹿、津、伊賀、松阪、南勢志摩、紀北、紀南）設置されることから、災害医療対策における圏域は、これに合わせて9つとします。

図表 5-7-8 災害医療圏域図



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

- 三重県広域受援計画を策定し、各圏域の医療資源を勘案しながら、全国からの保健医療活動チームの受入体制の整備など、大規模災害時の発災後おおむね1週間の活動内容を定めています。
- 県立総合医療センターを基幹災害拠点病院として指定し、地域災害拠点病院との連携を図っています。
- 各圏域に地域災害拠点病院を1以上指定し、災害医療を担う体制整備を進めています。
- 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、情報の共有を図りながら災害医療についての検討を行っています。
- 県は各関係団体と災害時における応援協定締結を進めています。

(3) 連携のあり方

- 災害派遣協定に基づき、速やかに関係機関へ保健医療活動チームの応援要請を行い、市町と連携し応援を必要とする箇所への派遣調整を行います。
- 保健医療活動チーム同士が連携し、急性期から中長期まで滞りなく連続した保健医療の提供を行います。
- 市町が開設した避難所において、市町が単独では対応しきれない、被災者の健康管理に係るコーディネート体制を構築します。
- 被災地外の市町、県と連携し、重篤な患者の医療搬送を行います。

3. 課題

(1) 医療提供体制に関する課題

① 行政の体制

- 大規模災害時に多数の保健医療活動チームが支援に入ることを想定し、適切な派遣調整等に対応できるよう、災害医療コーディネーターの育成が必要です。
- 災害医療コーディネーターだけでは、災害対策本部等における支援活動に支障を来すことから、災害医療コーディネーターを支える県ロジスティックチームの体制整備が必要です。
- 災害時における入院患者の安否確認や医療需要収集等のため、EMISに未加入の有床診療所に対して、参加を求めていく必要があります。
- 災害医療に関わる中長期にわたる医療救護体制構築を見据え、医療救護班の人材の育成が必要です。
- 災害時における精神科病院への支援のみならず、避難所、救護所での被災者の心のケアが必要になることから、DPATを強化するとともに医療用資機材を整備する必要があります。
- 災害拠点病院が指定要件を満たしているか、毎年確認することが必要です。また、満たしていない場合の対策が必要です。
- 四日市圏域は、保健所政令市である四日市市と県桑名保健所が医療行政を管轄していることから、四日市市と連携しながら、役割分担をふまえた体制整備が必要です。
- 平成 27 (2015) 年にSCU候補地として指定した県立看護大学に、医療用資機材を配備するとともに、ヘリを使った実動訓練を行い実効性の検証を行う必要があります。
- 市町、県は、病院がBCPの考え方に基づいた災害医療マニュアル【事業継続計画】(Business Continuity Plan。以下、「BCP*」という。)を策定できるよう支援することが必要です。
- 大規模災害時において、他県からの保健医療活動チームの派遣調整や、患者、物資の搬送を円滑に行うため、県職員の資質向上が必要です。
- 大規模災害時において、災害薬事業務(避難所における活動を含む)を適切に担うことのできる薬剤師の養成が必要です。
- 大規模災害時における、より円滑な医薬品等の供給体制について検討を進める必要があります。
- 医療機関に所属する災害支援ナース*を長期間派遣することに対する負担を軽減するため、災害支援ナースを数多く養成することが必要です。
- 平成 28 (2016) 年に制度化された、災害時小児・周産期リエゾン*について、養成数が少ないことから、継続した養成および体制整備が必要です。
- 大規模災害時における精神科医療の拠点となる、災害拠点精神科病院を整備する必要があります。

② 医療機関等の体制

- 医療機関は、自らが被災することを想定し、BCPを作成するとともに、訓練への参

加により、災害対策マニュアルの実効性を高めていくことが必要です。

- 災害拠点病院だけでなく、全ての病院が耐震化を計画的に進める必要があります。
- DMATの活動が長期間（1週間等）に及ぶ場合には、2次隊や3次隊の派遣が可能となる体制整備が必要です。また、同様に医療救護班の派遣に係る体制整備も必要です。
- 熊本地震により医療活動におけるロジスティックスの専門チームの必要性が明らかとなったことから、災害時におけるロジスティックスの体制強化が必要です。
- 調剤棚や分包機等の調剤機能を備えた車両であるモバイルファーマシーの災害時の活用方法等について、検討を進める必要があります。
- DMAT有資格者が、災害拠点病院以外の病院に異動した場合の対応について、検討する必要があります。
- 災害拠点病院等は、大規模災害時に通信インフラが利用できなくなることを想定し、衛星携帯電話の配備および屋上等への外部アンテナの設置を促進する必要があります。
- 津波等で孤立することが予想される病院において、燃料、飲料水、食料、医薬品等の十分な備蓄を進めるとともに、貯蔵容量等により備蓄が困難な場合は、地域の事業者と協定を結ぶなど、流通備蓄の確保が必要です。
- 災害拠点病院では、災害時に通常の2倍以上の入院患者の受入れを想定し、病院フロアのレイアウト変更を図示化しておくことが必要です。また、災害時の病院医療本部の設置場所、通信手段を確保しておくことが必要です。

(2) 連携に関する課題

- 大規模災害時における死者数、負傷者数は、条件により大きく異なることが想定されるため、防災部局と連携し住民への啓発を行う必要があります。
- 医療機関、市町、県、相互の連携を想定し、定期的な訓練を実施することが必要です。
- 災害拠点病院は、受入れ患者が許容量を超えた場合の対策として、SCUや地域の病院への医療搬送を検討する必要があります。
- 各圏域単位で、災害医療対策協議会等を開催し、日頃から、関係機関と緊密な関係を構築し、地域の課題をふまえた訓練を実施する必要があります。
- 「大規模災害時の保健医療の活動に係る体制の整備について」（平成29年7月厚生労働省通知）をふまえて、大規模災害時には、多数の保健医療活動チームが被災地に入ることから、その派遣調整について、三重県災害医療対応マニュアルの改正を行う中で整理していく必要があります。また、保健医療活動チームの派遣調整には災害医療コーディネーターの役割が重要となります。
- 避難所における災害関連死を防止するため、市町、県は、医薬品の確保・供給、心のケアや口腔ケア等の健康管理について、保健医療活動チームと連携を図ることが重要です。
- 被災地内の避難所、救護所では受入れが難しい患者（人工透析、人工呼吸器装着、酸素療法等の患者等）への対応を検討する必要があります。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- 大規模災害時の対応や関係機関との連携強化のため、日頃からDMAT・SCU連絡協議会において、課題や訓練等について協議しています。
- 大規模災害時に、速やかな支援要請を行うとともに、重篤な患者の広域搬送の手配や保健医療活動チームおよび医療資機材等のプッシュ型支援*に的確に対応できる受援体制が構築されています。
- 大規模災害時に、急性期から中長期にわたり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災害が発生した場合に、速やかに保健医療活動チーム等を派遣できる体制が整備されています。

(2) 取組方向

取組方向1：災害時における保健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連携の強化

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
病院の耐震化率 【三重県調査】	災害拠点病院および災害医療支援病院の耐震化はおおむね完了しています。今後は、県内の全病院の耐震化を目標とします。	目標
		100% (97/97)
		現状 (H29)
		71.1% (69/97)
病院および有床診療所の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に参加する医療機関を増やすことを目標とします。	目標
		100% (187/187)
		現状 (H29)
		53.5% (100/187)
BCPの考え方に基づいた災害医療マニュアルの策定と訓練の参加を実施する病院の割合 【三重県調査】	従来の災害医療マニュアルでは対応しきれない不測の事態への対応や、中長期にわたって継続的な事業運営を行うため、BCPの考え方に基づく災害医療マニュアルの策定を行い、実効性を検証するための訓練を実施します。	目標
		100% (97/97)
		現状 (H29)
		7.2% (7/97)

(4) 取組内容

取組方向1：災害時における保健医療体制の充実と強化

《災害時の対応》

- 研修や訓練を通じて災害医療に関わる人材の育成を行います。(医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係機関、市町、県)
- 救護所への医療救護班等の派遣体制を整えます。(医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係機関、市町、県)
- 救護所、避難所等において、感染症の防止やメンタルケア*に適切な対応ができるよう、保健師、看護師等の研修を実施します。(医療機関、医療関係団体、関係機関、市町、県)
- 地域災害医療対策協議会等で、地域の実情をふまえた課題の抽出と対応策の検討を行い、DMAT・SCU連絡協議会を通じて情報交換を行います。(医療機関、関係機関、関係団体、県)
- 大規模災害時においても多数の検視・検案が行えるよう、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、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、歯科医師会、関係機関、市町、県)
- メンタルケア、口腔ケア、医薬品確保、感染症防止等の対応を円滑に行えるよう、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、医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療関係団体、関係機関、市町、県)
- 大規模災害時に、救護所で受入れが困難な重度の慢性疾患患者等への対応方法を検討します。(医師会、歯科医師会、医療機関、医療関係機関、市町、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、派遣体制の整備を進めます。医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係団体、市町、県)
- 医療救護班の研修や訓練を実施し、体制を強化します。(医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係団体、市町、県)

《行政の体制》

- 県は、災害医療コーディネーターの研修を実施し、コーディネート体制の強化を進めます。(医療機関、医師会、関係団体、市町、県)
- 県は、県ロジスティックチーム(仮称)の体制整備を進めます。(医療機関、市町、県)
- 県は、大規模災害時における医薬品等の確保・供給など災害薬事に係る体制強化を図るとともに、必要な技術・知識を有する薬剤師(災害薬事コーディネーター(仮称))の養成に取り組みます。(医療機関、薬剤師会、県)
- 県は、有床診療所に対して、EMISへの参加を促し、災害時における情報提供体制を強化します。(医療機関、医師会、市町、県)
- 市町、県は、各圏域の被害想定や医療資源、需要に応じた内容の研修を行い、各関係

者が連携した訓練を実施します。(医療機関、医師会、市町、県)

- 県は、D P A Tの体制強化のため、D M A T等との合同訓練や研修を実施するとともに、医療用資機材の整備に努めます。また、D P A T運営委員会を定期的開催し、災害精神医療体制の強化を図ります。(医療機関、県)
- 市町、県は、災害拠点病院が指定要件を達成できるように支援します。(医療機関、市町、県)
- 県、四日市市保健所が連携し、四日市圏域の災害時の連携体制を整備します。(医療機関、医師会、関係機関、市町、県)
- 市町、県は、病院がB C Pの考え方に基づいた災害医療マニュアルを策定できるように支援します。(医療機関、市町、県)
- 県は、行政職員を対象とした医療本部運営研修を実施します。(医療機関、関係団体、市町、県)
- 県は、S C U候補地として指定された県立看護大学に医療資機材を整備し、訓練を実施します。(医療機関、県)
- 県は、災害支援ナースの増員を図ります。また、フォローアップ研修や訓練を実施します。(看護協会、県)
- 県は、災害時小児・周産期リエゾンの養成を図ります。(医療機関、県)
- 県は、大規模災害時において、より円滑に医薬品等を供給するため、県医薬品卸業協会等との連携体制を充実させます。(薬剤師会、医療関係団体、県)
- 県は、災害拠点精神科病院を指定し、大規模災害時における精神科医療提供体制の充実を図ります。(医療機関、県)

《医療機関等の体制》

- 病院は、B C Pの考え方に基づいた災害医療対応マニュアルの策定を行い、訓練を通じてその内容を見直すことができるよう体制整備を進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 病院の耐震化を計画的に進めます。(医療機関、市町、県)
- 災害時におけるモバイルファーマシーを活用した医薬品等の供給について、検討を進めます。(薬剤師会、医療関係団体、県)
- 災害の規模、種類別に、日頃からD M A T派遣のローテーション計画を策定することを検討します。(医療機関、県)
- 災害拠点病院以外に所属するD M A T有資格者によるチームの編成について検討します。また、災害拠点病院でチーム編成ができない場合において、他病院のD M A T有資格者が加わりチーム編成ができるような体制整備を検討します。(医療機関、医師会、病院協会、県)
- 災害拠点病院は、衛星携帯電話を複数配備し、外部アンテナを設置することにより通信の確保に取り組みます。(医療機関)
- 災害拠点病院は、津波により長期間孤立することも想定した備蓄を進めます。また、地域の事業者との協定による流通備蓄についても取り組みます。(医療機関)
- 大規模災害時に、病院内のスペースを有効に活用するレイアウトの検討を進めます。

また、病院医療本部で防災行政無線を活用するための体制整備を進めます。(医療機関)

取組方向2：大規模災害時を見据えた連携の強化

- 医療機関、関係機関、関係団体等と行政は連携し、医療従事者や住民に対して啓発活動を行います。(医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係機関、関係団体、市町、県)
- 県医師会、郡市医師会、医療機関、市町が連携する通信訓練等を実施します。(医師会、医療機関、関係機関、関係団体、市町、県)
- 各圏域の医療機関、医療関係団体、消防本部、市町が連携した地域災害医療対策協議会等において、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、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療関係団体、関係機関、市町、県)
- 災害拠点病院の許容量を越えた数の患者が搬送されることを想定し、災害医療支援病院や一般病院による後方支援が得られるよう連携を進めます。(医療機関、医師会、病院協会、県)
- 災害時における災害時健康危機管理支援チーム等との円滑な医療連携の実施に向け、医師会等との連携を強化します。(医師会、看護協会、県)
- 大規模災害時には多数の保健医療活動チームが県内に入ることから、支援団体の全体像を把握し、医療ニーズに合わせた派遣調整に努めます。派遣調整の体制整備については、今後、三重県災害医療対応マニュアルの改正を行う中で整理し、災害医療コーディネーターとの連携にも取り組みます。(医療機関、医師会、市町、県)

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 29 (2017) 年 6 月末現在、過疎地域や離島にある 21 か所の市町立診療所、3 か所の国保診療所、3 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 27 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 15 か所であり、その他の診療所は兼任管理や巡回診療*等により診療が行われていますが、1 か所が休診中となっています。
- なお、15 か所のへき地診療所*に勤務する医師 16 人の年齢構成は 60 歳以上が 5 人、50 歳以上 59 歳以下が 4 人、49 歳以下が 7 人となっています。
- 県が指定するへき地医療拠点病院は、平成 29 (2017) 年 4 月現在、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、県立一志病院の 9 病院です。
- 県内には過疎地域を中心として無医地区*が 2 地区 (1 市 1 町)、無医地区に準じる地区*が 3 地区 (1 市、1 町) あり、無歯科医地区*が 3 地区 (2 市)、無歯科医地区に準じる地区*が 6 地区 (1 市) となっています。巡回診療等により対応しています。
- 県では、これらの地域の医療提供体制を確保するために、これまで第 11 次にわたり策定した「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。今後は、「三重県医療計画」に統合して、引き続き支援を行っていきます。

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)

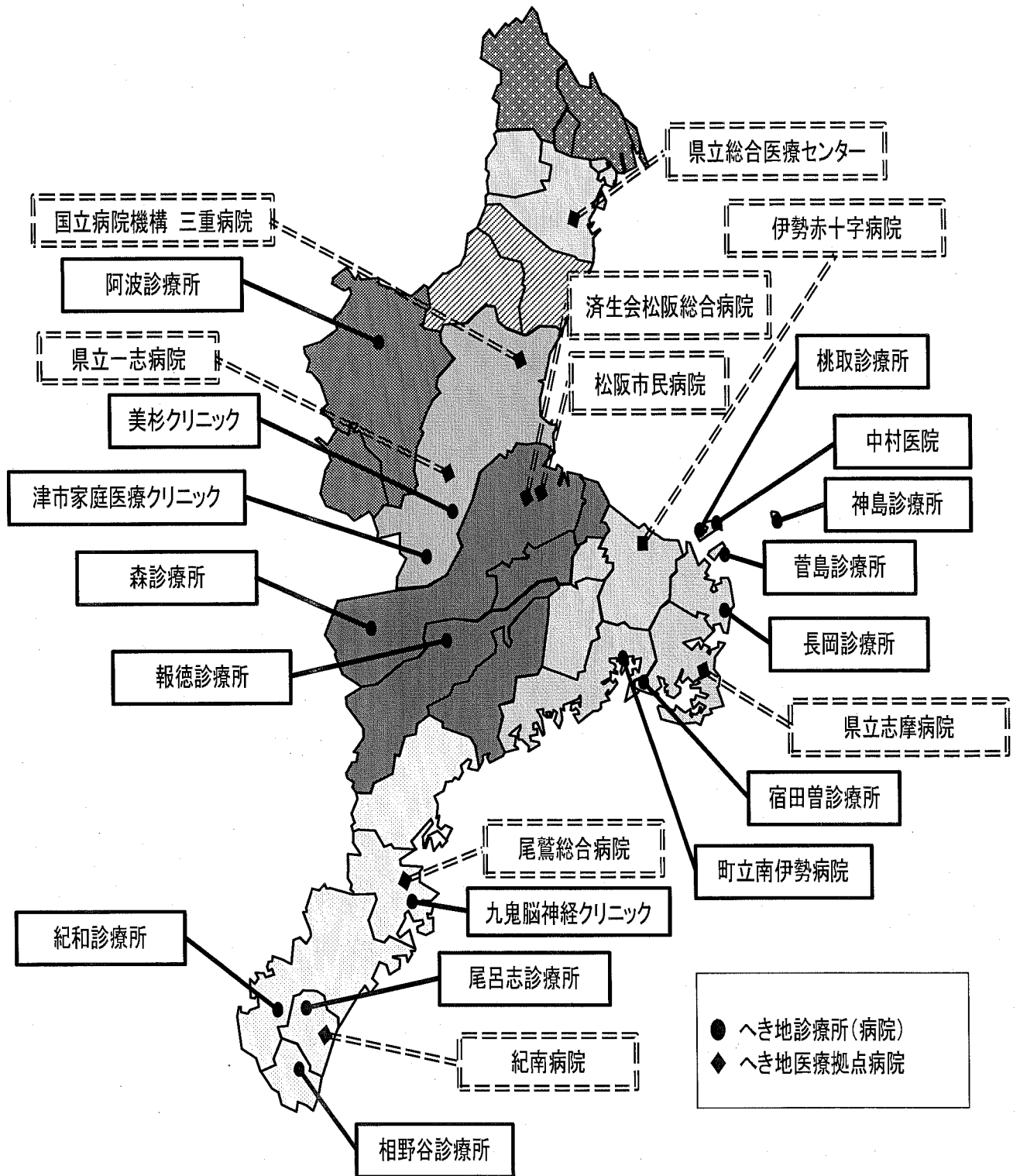
図表 5-8-1 県内のへき地診療所

市町	診療所	区分	住所地	常勤医の有無等
津市	津市家庭医療クリニック	国保	津市美杉町奥津	有
	洗心福祉会美杉クリニック	民間	津市美杉町下之川	有
伊賀市	伊賀市国民健康保険 阿波診療所	国保	伊賀市猿野	有
	伊賀市国民健康保険 霧生診療所	国保	伊賀市霧生	無※
松阪市	松阪市森診療所	市立	松阪市飯高町森	有
	松阪市波瀬診療所	市立	松阪市飯高町波瀬	
大台町	大台町報徳診療所	町立	多気郡大台町江馬	有
	大台町大杉谷診療所	町立	多気郡大台町久豆	無※
鳥羽市	鳥羽市立長岡診療所	市立	鳥羽市相差町	有
	鳥羽市立桃取診療所	市立	鳥羽市桃取町	有
	中村医院	民間	鳥羽市答志町	有
	鳥羽市立菅島診療所	市立	鳥羽市菅島町	有
	鳥羽市立神島診療所	市立	鳥羽市神島町	有
	鳥羽市立鏡浦診療所	市立	鳥羽市浦村町	無※
	鳥羽市立鏡浦診療所 石鏡分室	市立	鳥羽市石鏡町	無※
南伊勢町	宿田曾診療所	町立	度会郡南伊勢町田曾浦	有
	阿曾浦診療所	町立	度会郡南伊勢町阿曾浦	休診中
	南伊勢町立古和浦 へき地診療所	町立	度会郡南伊勢町古和浦	無※
尾鷲市	九鬼脳神経クリニック	民間	尾鷲市九鬼町	有
熊野市	熊野市立五郷診療所	市立	熊野市五郷町寺谷	無※
	熊野市立神川へき地診療所	市立	熊野市神川町神上	無※
	熊野市立育生へき地 出張診療所	市立	熊野市育生町長井	無※
	熊野市立紀和診療所	市立	熊野市紀和町板屋	有
	熊野市立上川診療所	市立	熊野市紀和町和気	無※
	熊野市立楊枝出張診療所	市立	熊野市紀和町楊枝	無※
御浜町	尾呂志診療所	町立	南牟婁郡御浜町上野	有
紀宝町	紀宝町立相野谷診療所	町立	南牟婁郡紀宝町井内	有

資料：三重県調査（平成30年1月末現在）

「無※」 兼任管理等により対応。

図表 5-8-2 県内のへき地医療機関(医師が常勤している施設)、へき地医療拠点病院



資料：三重県調査（平成29年6月末現在）

図表 5-8-3 県内の無医地区

二次医療圏	市町	地区	人口(人)			無医地区	無歯科医地区
			H21年度	H26年度	H28年度		
中勢伊賀	津市 (旧美杉村)	太郎生	1,110	958	841	○	
南勢志摩	鳥羽市	神島町	461	401	377		○
	志摩市 (旧志摩町)	和具 (間崎)	—	—	81	△	
東紀州	熊野市 (旧紀和町)	上川	204	161	144	△	○
		西山	282	236	205	△	○
	熊野市	神川	384	327	305		△
		育生	258	231	216		△
		飛鳥	1,440	1,279	1,185		△
		新鹿	1,598	1,398	1,332		△
		荒坂	574	489	456		△
		五郷	—	802	767		△
	紀宝町	浅里	107	64	57	○	

○：無医地区、△：無医地区に準じる地区

資料：三重県調査（平成29年6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係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および、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、休暇を取得してリフレッシュするなど、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、現状（平成28年度実績）100%の応需率となっています。
- 巡回診療については、紀南病院、町立南伊勢病院、紀和診療所が隔週、津市家庭医療クリニックが毎週の頻度で、休診中の診療所や、無医地区等への巡回診療を実施しています。

図表 5-8-4 巡回診療等の実施状況

実施頻度	実施主体	対象地区
隔週	紀南病院	紀宝町 浅里地区
	熊野市立紀和診療所	熊野市 西山地区
		熊野市 小森地区
		熊野市 小船地区
		熊野市 上川地区
		熊野市 楊枝地区
町立南伊勢病院	南伊勢町 古和浦地区	
毎週	津市家庭医療クリニック	津市 伊勢地地区
毎月	県立志摩病院	志摩市 和具（間崎）地区

資料：三重県調査（平成 30 年 1 月末現在）

図表 5-8-5 へき地医療拠点病院からへき地診療所等への代診医の派遣実績の推移

（単位：件）

派遣元	所在地	H19 年度	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度
県立総合医療センター	四日市市	2	2	9	2	1	0	3	4	0	3
県立志摩病院	志摩市	13	8	15	6	51	31	48	29	18	5
紀南病院	御浜町	2	4	2	3	0	0	0	0	0	0
尾鷲総合病院	尾鷲市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
伊勢赤十字病院	伊勢市	3	3	7	5	3	3	12	13	7	4
三重病院	津市	—	—	—	18	9	0	0	0	0	0
済生会松阪総合病院	松阪市	—	—	—	—	1	3	4	6	4	4
松阪市民病院	松阪市	—	—	—	—	—	3	3	7	2	3
県立一志病院	津市	—	—	—	—	—	—	—	2	4	4
派遣実績 合計		20	17	34	34	65	40	70	61	35	23

資料：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、医師不足地域の病院（へき地医療拠点病院を含む）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））を実施しています。県では、こうした取組を推進するため、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。

- 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 29 (2017) 年 6 月末現在、8 か所のへき地診療所が、患者の同意を得た上で、薬の処方や血液検査結果、レントゲンやCTの画像といった医療情報を閲覧できる施設としてネットワークに参加しています。
- 県では、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ました。平成 24 (2012) 年 3 月から、平成 29 (2017) 年 3 月までの累計実績で、東紀州地域では 206 件の救急出動と 212 件の病院間搬送が実施されました。
- 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 医師不足地域に関わる医師・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、伊賀区域や伊勢志摩区域 (伊勢市を除く)、東紀州区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、伊賀区域や伊勢志摩区域 (伊勢市を除く)、東紀州区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、主な医師不足地域の比較(人口 10 万人あたり)

【医師数】 (単位: 人/10 万人)

全 国	三重県全体	伊賀区域	伊勢志摩区域 (伊勢市を除く)	東紀州区域
240.1	217.0	149.4	110.8	158.0

資料: 厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、三重県「月別人口調査」(平成 28 年 10 月 1 日現在)

【看護師数】 (単位: 人/10 万人)

全 国	三重県全体	伊賀区域	伊勢志摩区域 (伊勢市を除く)	東紀州区域
905.5	868.5	736.4	404.9	824.1

資料: 厚生労働省「平成 28 年度 衛生行政報告例」、三重県「月別人口調査」(平成 28 年 10 月 1 日現在)

- 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 (旧ドクタープール制度) 等により確保に努めてきましたが、その医師数にも

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、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、医学部医学科1年生全員を対象とした「国際保健と地域医療」講義等により、三重大学医学部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(METCH)」では、“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地域医療研修を提供しています。平成29(2017)年度までに、県内・県外の病院から、259名の研修医を受け入れています。受入れ先の医療機関は、紀南病院、町立南伊勢病院、鳥羽市桃取診療所、鳥羽市神島診療所の4か所となっています。

図表 5-8-7 三重県地域医療研修センター 研修医受入れ実績

(単位：人)

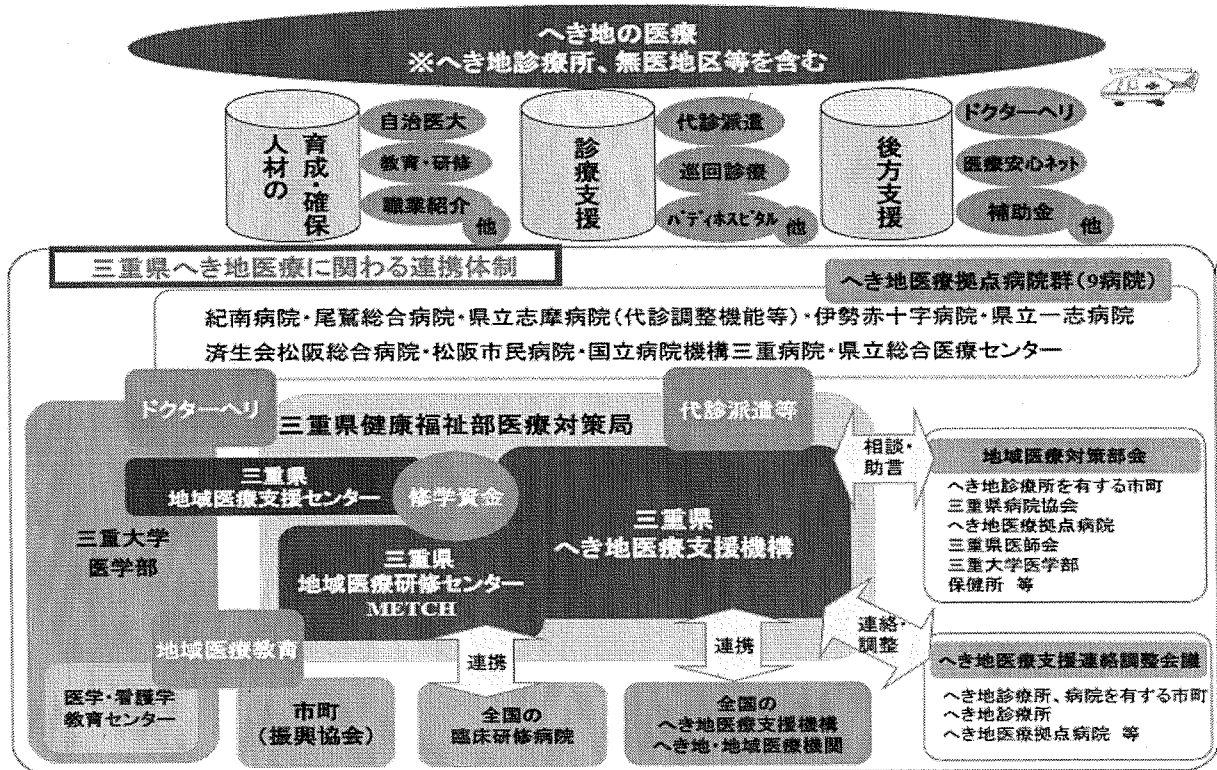
	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
県内病院 研修医	14	19	26	22	18	12	12	17	14
県外病院 研修医	8	16	9	13	14	13	13	10	9
年度合計	22	35	35	35	32	25	25	27	23
受入れ総数	22	57	92	127	159	184	209	236	259

資料：三重県調査

- 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」が設けられるとともに、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」が設けられており、平成29(2017)年度までの入学者は、46名となっています。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。
- 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創設した三重県医師修学資金貸与制度*においても、地域枠医師のサポートと、推薦地域への定着を目的として、積極的に修学資金を貸与しています。修学資金を貸与した医師は、卒業後一定期間、推薦地域をはじめとする、県内の医療機関で業務に従事すれば貸与金の返還を免除することとしています。
- 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に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、へき地医療機関等へ派遣する「ドクタープール制度」を平成 17（2005）年度に整備しましたが、平成 22（2010）年度から、へき地で勤務する医師のキャリア形成支援をより充実させ、利用者の拡充を図るため、「キャリアサポート制度」に改め、これまでに 11 人の医師を確保しました。
- 平成 29（2017）年度は、自治医科大学義務内医師 11 人とキャリアサポート医師 5 人の計 16 人を 4 市町 5 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の育成支援を目的に、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 5-8-8 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

- へき地診療所等で勤務する医師の確保については困難な状況が続いており、現在勤務する医師の高齢化が進む中、今後の後継者の確保が課題になると予測されます。また、過疎化

の進行とともにへき地診療所等の患者数が年々減少しており、へき地診療所等からは、運営状況の改善が必要であるといった意見も多数寄せられています。

- へき地の医療提供体制を維持・確保するためには、へき地で勤務する医師の確保のほかに、へき地診療所で勤務する医師を効率よく適正に配置し、例えば、複数の医師によるチームで複数の診療所を診るといった、地域を点から面で支える医療提供体制の確立が必要です。
- へき地医療拠点病院の主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣の実績について、人員不足や所在地等の事情により、実績に偏りが生じています。

(2) へき地医療に関わる医師・看護師等の育成・確保

- 今後、増加が見込まれる三重県医師修学資金貸与者および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。
- 地域医療を担う医療従事者（医師・看護師等）を確保するため、現場見学セミナーや、就業体験をとおしての進路選択の動機づけを行い、将来地域医療に従事する学生（高校生・大学生）への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の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。また、地域包括ケアシステムの構築を見据え、医療・介護・福祉等の多職種連携の重要性について意識を高め、地域医療教育の充実に取り組んでいくことも必要です。

3. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- へき地医療診療所に必要な医師が確保され、診療所運営の維持・管理ができるように、へき地医療を点から面で支える体制を整備することで、地域住民の健康を守るために必要な医療提供体制が確保されています。
- へき地医療を担う新たな医療従事者の確保・育成を図るため、へき地医療教育に必要な体制や、へき地で勤務する医師のキャリア形成、宿舎等の生活環境のサポート体制が整備されています。

(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) 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(H28)
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16人を維持することを目標とします。	目 標
		16人
		現 状(H29)
三重県地域医療研修センター研修医受入れ数 (累計数) 【三重県調査】	研修医の受入れ人数は、これまで年平均で約30人となっています。研修プログラムの充実と、県内外への情報発信等により、年平均35人の受入れを目標とします。	目 標
		469人
		現 状(H29)
		259人

(4) 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。また、へき地医療拠点病院の主たる3事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣については、実績の向上と平準化に向けて、連携強化を図ります。(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。(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)
- 将来的な、へき地診療所運営維持・確保のため、複数医師による医療チームを編成し、複数診療所を管理する体制の整備等、地域医療を点から面で支える体制について検討を行い、具体化をめざします。(医療機関、医師会、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)
- 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、就業に結びつけるための情報提供の充実や、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校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)
- 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、へき地医療や地域包括ケアシステム実現のための多職種連携の重要性について意識を高めるとともに、へき地等地域医療に従事する動機づけを行っていきます。(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)
- 総合診療医育成を通じて、へき地を含む地域の医療機関に従事する医師の育成を支援します。(三重大学、医療機関、県)
- 地域医療の担い手の育成・定着促進を目的として、自治医科大学卒医師の義務年限終了後のキャリアサポート制度の充実と利用促進を図ります。(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」とは広義では妊娠から生後4週間の期間、狭義では妊娠満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。
- 全国の出生数は、平成18(2006)年に約109万件でしたが、平成28(2016)年には約97万件と約11%減少しています。本県における出生数は同期間に15,816件から13,202件へと約16%減少しています¹。また、本県における医療施設での分娩数は、平成28(2016)年で14,291件と、出生数に比べ1,089件多く、いわゆる「里帰り出産」が多い傾向にあります。
- 本県の平成28(2016)年の出生率(人口千人あたり出生数)は7.4で全国平均の7.8を下回っていますが、合計特殊出生率(1人の女性が一生に産む子どもの平均数)は1.51で全国平均1.44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、重症度に応じて医療機関での適切な管理が必要となります。
- 本県における周産期死亡率は平成27(2015)年までは全国平均と同じく減少傾向にありましたが、平成28(2016)年には5.7と全国で最も悪い数値となっています。早期新生児死亡率*は全国並みであることから、死産が増えたことが原因と考えられます。なお、低出生体重児出生率*は全国平均の9.4に対し本県は9.2となっています¹。

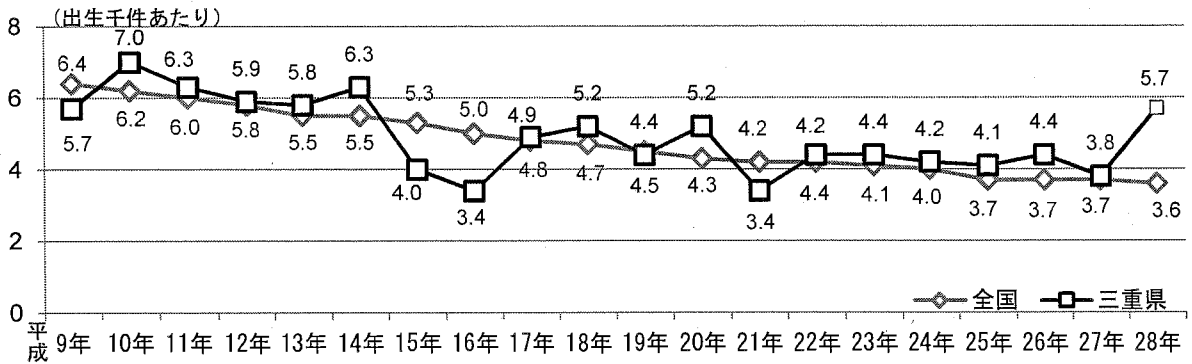
¹ 出典：厚生労働省「平成28年 人口動態調査」

図表5-9-1 県内の病院と診療所の地域別出生状況および娩数

二次医療圏・ 構想区域	出生数		死産		分娩数			合計	県内 シェア
		県内 シェア	自然死産	人工死産	病院	診療所	助産所		
全 国	976,978	—	10,067	10,867	557,412	465,180	—	1,022,592	—
三重県	13,202	—	143	129	6,288	7,748	257	14,293	—
北勢医療圏	6,799	51%	68	64	3,943	2,552	222	6,717	47%
桑員区域	(1,698)	(13%)	(15)	(13)	(998)	(527)	(155)	(1,680)	(12%)
三泗区域	(3,113)	(24%)	(35)	(31)	(1,887)	(1,192)		(3,079)	(21%)
鈴亀区域	(1,988)	(15%)	(18)	(20)	(1,058)	(833)	(67)	(1,958)	(14%)
中勢伊賀医療圏	3,004	23%	37	23	1,562	2,264	10	3,836	27%
津区域	(1,845)	(14%)	(25)	(14)	(1,043)	(1,566)	(10)	(2,619)	(18%)
伊賀区域	(1,159)	(9%)	(12)	(9)	(519)	(698)		(1,217)	(9%)
南勢志摩医療圏	3,023	23%	36	41	674	2,834	23	3,531	25%
松阪区域	(1,600)	(12%)	(21)	(27)	(438)	(1,245)		(1,683)	(12%)
伊勢志摩区域	(1,423)	(11%)	(15)	(14)	(236)	(1,589)	(23)	(1,848)	(13%)
東紀州医療圏 (区域)	376	3%	2	1	109	98		207	1%

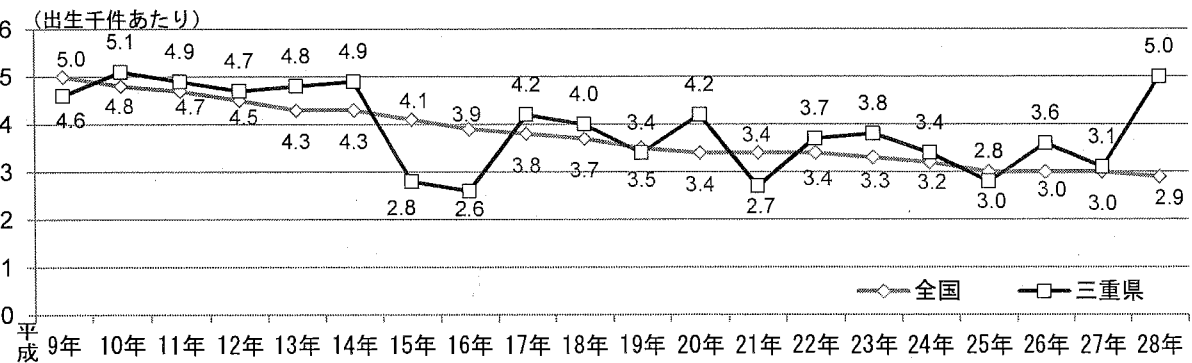
資料：厚生労働省「平成28年人口動態調査」、分娩数は三重県産婦人科医会、三重県助産師会調べ（助産所分娩合計数は自宅出産2件を加えた数字）（病院、診療所の全国数のみ厚生労働省「平成27年医療施設調査」より推計（年換算））

図表5-9-2 周産期死亡率の推移

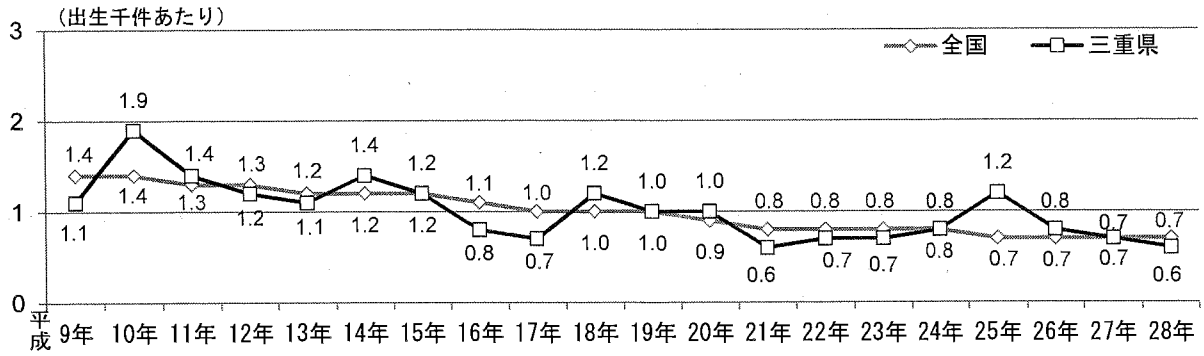


資料：厚生労働省「人口動態調査」（以下同）

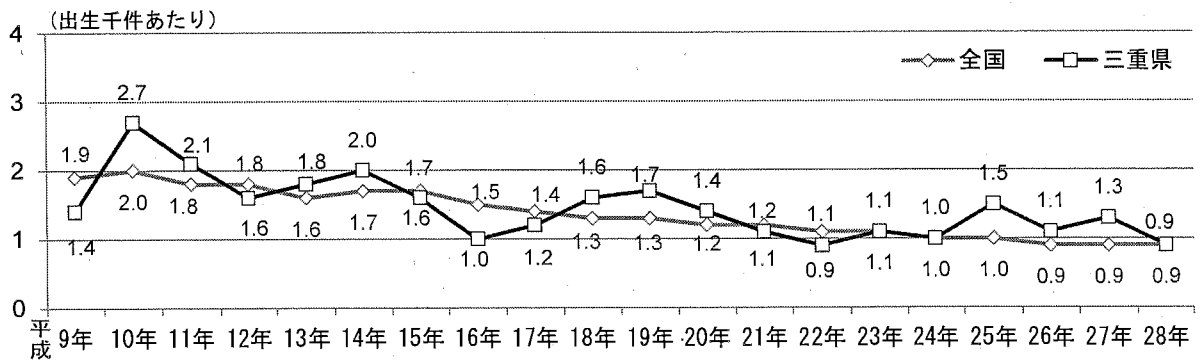
図表5-9-3 妊娠満22週以後の死産率の推移



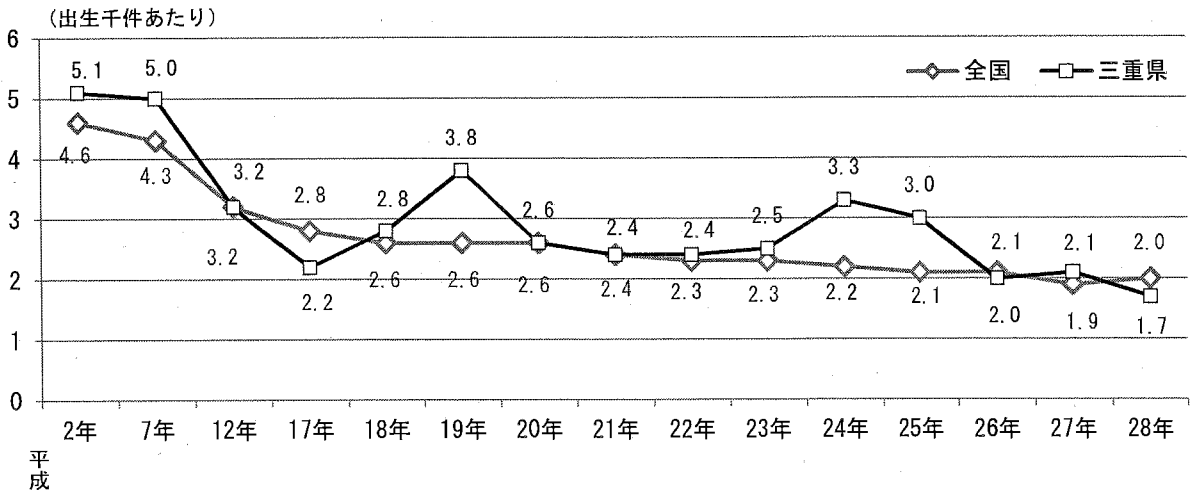
図表5-9-4 早期新生児(生後1週間未満)死亡率の推移



図表5-9-5 新生児(生後4週間未満)死亡率の推移



図表5-9-6 乳児(生後1年未満)死亡率の推移



○ 本県における平成 28 (2016) 年の周産期の死亡は 75 件あり、分娩数の多い北勢医療圏 (桑員区域・三泗区域・鈴亀区域) および中勢伊賀医療圏の津区域での発生件数が多くなっています。同年に急増した妊娠満 22 週以後の死産率に着目すると、北勢医療圏の桑員区域・三泗区域・鈴亀区域、中勢伊賀医療圏の津区域、南勢志摩医療圏の松阪区域で増加しています。

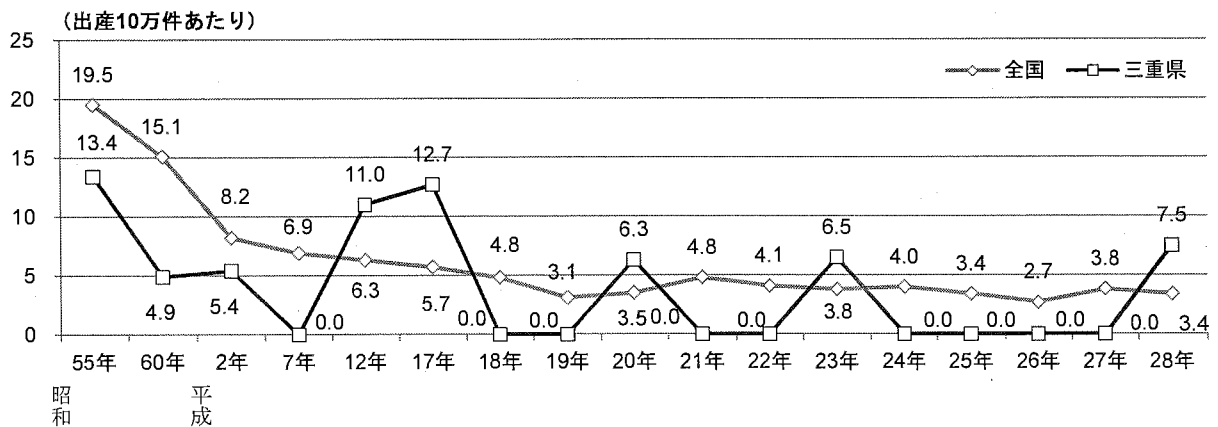
図表5-9-7 周産期死亡率 平成 27 年との比較

二次医療圏・構想区域	周産期死亡数/率				22 週以後の死産数/率				早期新生児死亡数/率			
	平成 28 年		平成 27 年		平成 28 年		平成 27 年		平成 28 年		平成 27 年	
	実数	率	実数	率	実数	率	実数	率	実数	率	実数	率
全 国	3,516	3.6	3,728	3.7	2,840	2.9	3,063	3.0	676	0.7	665	0.7
三重県	75	5.7	53	3.8	67	5.0	43	3.1	8	0.6	10	0.7
北勢医療圏	43	6.3	20	2.9	38	5.6	14	2.2	5	0.7	6	0.9
桑員区域	(9)	(5.3)	(2)	(1.2)	(8)	(4.7)	(2)	(1.2)	(1)	(0.6)		
三泗区域	(22)	(7.0)	(10)	(3.1)	(20)	(6.4)	(8)	(2.5)	(2)	(0.6)	(2)	(0.6)
鈴亀区域	(12)	(6.0)	(8)	(3.9)	(10)	(5.0)	(4)	(2.0)	(2)	(1.0)	(4)	(2.0)
中勢伊賀医療圏	18	6.0	17	5.1	16	5.3	14	4.2	2	0.7	3	0.9
津区域	(12)	(6.5)	(9)	(4.2)	(11)	(5.9)	(8)	(3.7)	(1)	(0.5)	(1)	(0.5)
伊賀区域	(6)	(5.2)	(8)	(6.6)	(5)	(4.3)	(6)	(5.0)	(1)	(0.9)	(2)	(1.7)
南勢志摩医療圏	14	4.6	13	4.0	13	4.3	12	3.7	1	0.3	1	0.3
松阪区域	(9)	(5.6)	(3)	(1.8)	(8)	(5.0)	(3)	(1.8)	(1)	(0.6)		
伊勢志摩区域	(5)	(3.5)	(10)	(6.3)	(5)	(3.5)	(9)	(5.7)			(1)	(0.6)
東紀州医療圏 (区域)	0	0.0	3	7.6	0	0.0	3	7.6	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「平成 27 年・28 年人口動態調査」

○ 妊産婦死亡率は年によって変動があるようにみえますが、統計上、出産 10 万件あたりで算出されていることによるものです。本県の平成 28 (2016) 年の妊産婦死亡は 1 名で、間接産科的死亡 (元からの疾患が周産期に悪化したことによる死亡) によるものです²。

図表5-9-8 妊産婦死亡率の推移



資料：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

² 厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

(2) 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21施設ですが、平成24(2012)年に比べ、一般診療所は4施設減少しており、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4か所の助産所があり、病院や診療所と連携しています³。

図表5-9-9 地域別分娩実施医療機関数

二次医療圏・ 構想区域	病 院		診 療 所		助 産 所		分娩施設合計	
	施設数	分娩数	施設数	分娩数	施設数	分娩数	施設数	分娩数
全 国	1,055	557,412	1,308	465,180				
三重県	14	6,288	21	7,748	4	255	39	14,291
北勢医療圏	7	3,943	7	2,552	2	222	16	6,717
桑員区域	(3)	(998)	(1)	(527)	(1)	(155)	(5)	(1,680)
三泗区域	(3)	(1,887)	(3)	(1,192)			(6)	(3,079)
鈴亀区域	(1)	(1,058)	(3)	(833)	(1)	(67)	(5)	(1,958)
中勢伊賀医療圏	3	1,562	5	2,264	1	10	9	3,836
津区域	(2)	(1,043)	(3)	(1,566)	(1)	(10)	(6)	(2,619)
伊賀区域	(1)	(519)	(2)	(698)			(3)	(1,217)
南勢志摩医療圏	3	674	8	2,834	1	23	12	3,531
松阪区域	(2)	(438)	(3)	(1,245)			(5)	(1,683)
伊勢志摩区域	(1)	(236)	(5)	(1,589)	(1)	(23)	(7)	(1,848)
東紀州医療圏 (区域)	1	109	1	98			2	207

資料：三重県調べ（平成29年）、全国の施設数は「平成26年 医療施設調査」

- 周産期医療に係る人的・物的資源を充実させ、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います。
- 県内に総合周産期母子医療センターは2か所（市立四日市病院、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は3か所（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）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、平成29（2017）年9月現在、延べ43人の産科医師と37人の新生児担当小児科医師、6名の小児外科医師が勤務しています。小児外科医師は小児全体を対象としていること、また、NCD*（National Clinical Database）への手術症例登録により専門医を維持する必要があることから、新生児の症例を専門的に担当することが困難な状況となっています。
- 平成28（2016）年9月現在、新生児集中治療室（以下、「NICU*」という。）を有する医療機関は6病院で、計48床あります。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床となることから充足していると考えられます。また、

³ 出典：三重県調査（平成29年4月現在）

母体・胎児集中治療室（MFICU*）を有する医療機関は3病院で計15床、新生児治療回復室（GCU*）を有する病院は5病院で計60床あり、出生件数あたりの施設数・病床数はいずれも全国平均を上回っています。これらの集中治療室の病床は北勢医療圏（桑員区域・三泗区域）と中勢伊賀医療圏（津区域）に集中しています。

- 周産期医療を提供する医療機関に関する主要指標は、ほぼ全国平均を上回っていますが、分娩を扱う産科・産婦人科病院数（15施設、人口10万人あたり0.82施設、全国平均0.83施設）とハイリスク分娩管理加算届出医療機関数（8施設、人口10万人あたり0.4施設、全国平均0.6施設）は全国平均を下回っています。

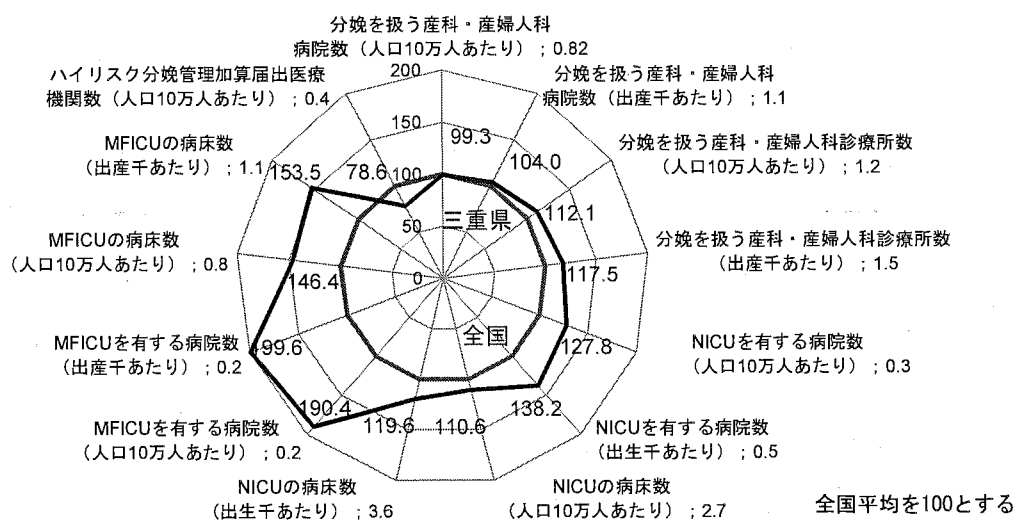
図表5-9-10 新生児集中治療室等を有する病院数と病床数

二次医療圏・構想区域	NICUを有する病院				MFICUを有する病院				GCUを有する病院			
	施設数	対出産件数	病床数	対出産件数	施設数	対出産件数	病床数	対出産件数	施設数	対出産件数	病床数	対出産件数
全 国	330	33	3,052	306	110	11	715	70	281	27	3,942	384
三重県	6	45	48	356	3	21	15	107	5	36	60	428
北勢医療圏	3	43	18	260	2	28	9	128	2	28	24	340
桑員区域	(1)	(58)	(3)	(174)								
三泗区域	(2)	(63)	(15)	(472)	(2)	63	(9)	(283)	(2)	(63)	(24)	(756)
鈴亀区域												
中勢伊賀医療圏	2	65	21	685	1	30	6	180	2	60	30	900
津区域	(2)	(106)	(21)	(1,115)	(1)	(48)	(6)	(285)	(2)	(95)	(30)	(1,426)
伊賀区域												
南勢志摩医療圏	1	32	9	290	0	0	0	0	1	31	6	184
松阪区域												
伊勢志摩区域	(1)	(69)	(9)	(620)					(1)	(64)	(6)	(381)
東紀州医療圏 (区域)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※対出産件数は出産10万件あたり

資料：厚生労働省「平成26年医療施設調査」、NICUを有する病院は三重県調査（平成28年9月現在）
厚生労働省「平成26・28年人口動態調査」

図表5-9-11 医療機関数に関する主要指標



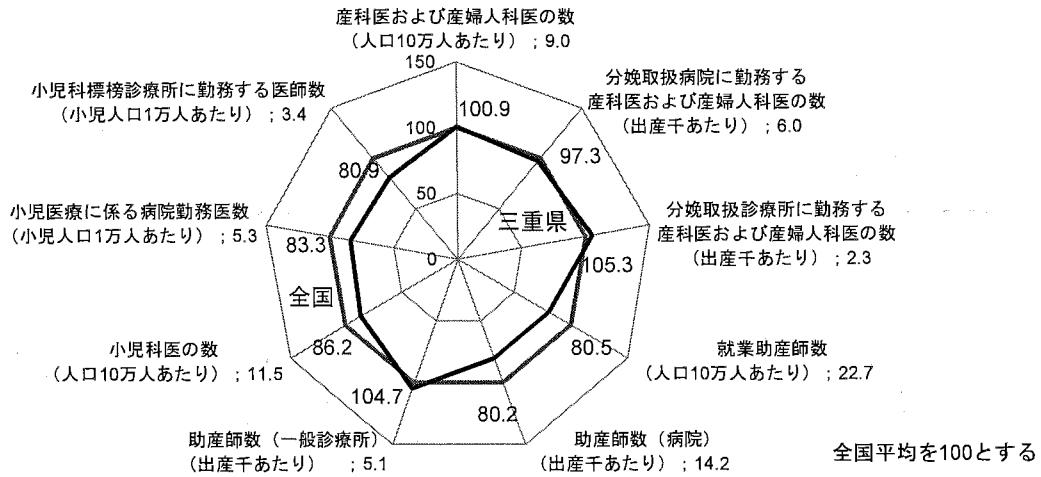
資料：厚生労働省「平成26年医療施設調査」、総務省「推計人口」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）、ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数については厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成28年3月31日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態および世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- 本県の人口10万人あたりの小児科の医師数は全国平均を下回っていますが、産科・産婦人科医師数については全国平均を上回っています。
- 出産千件あたりの分娩取扱病院に勤務する産科・産婦人科の医師数は全国平均を下回っていますが、本県では出産の過半を占める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、全国平均を上回っています。
- 産婦人科医、小児科医の年齢構成については、60歳以上の医師数で見ると、産婦人科医が40%、小児科医が32%となっていますが、診療所勤務医では、産婦人科医が60%、小児科医が60%となっています⁴。
- 産婦人科、小児科における女性医師の割合は60歳未満において産婦人科が49%、小児科が27%であり、40歳未満において産婦人科が52%、小児科が36%となっています⁵。
- 人口10万人あたりの就業助産師数は22.7人と全国平均28.2人を大きく下回っていますが、平成26（2014）年に比べて増加しています。

⁴ 三重県産婦人科医会・三重県小児科医会、三重県調査

⁵ 三重県産婦人科医会・三重県小児科医会、三重県調査

図表5-9-12 医師数および助産師数に関する主要指標



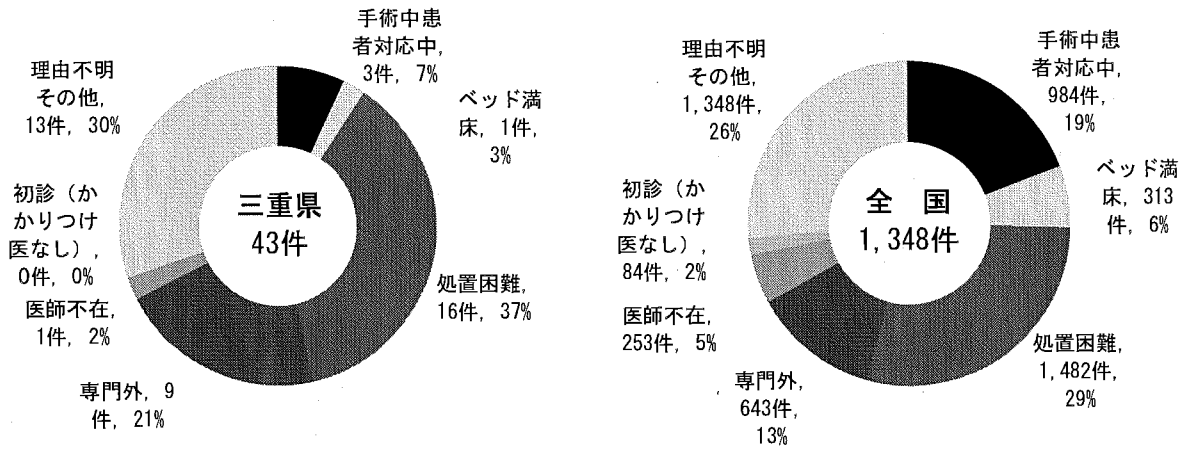
※小児科標榜診療所に勤務する医師数は5次改訂時と定義が異なりますが、そのまま掲載しています。
 資料：産科・産婦人科医師数および小児科医の数は厚生労働省「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」および総務省「推計人口」(平成28年10月1日現在)、三重県「推計人口」(平成28年10月1日現在)、就業助産師数は厚生労働省「平成28年度 衛生行政報告例」、小児科標榜診療所に勤務する医師数は厚生労働省「平成26年 医療施設調査」(個票解析)、その他は厚生労働省「平成26年 医療施設調査」

- 本県の平成27(2015)年における産科・周産期救急搬送件数は573件あり、出産千件あたりでは全国平均より低い水準です(本県40.3、全国45.3)。このうち、新生児救急搬送が218件でした(他は母体搬送)⁶。
- 産科・周産期救急搬送件数573件のうち、他医療機関への転送が390件あり、救急現場からの搬送は183件でした。医療機関に受入れの照会を行った回数が4回以上のものは4件、受入れに至らなかったものは43件ありました。また、現場滞在時間が30分以上であったものは5件ありましたが、構成比はいずれも全国平均を下回っています。
- 受入困難理由については、本県では処置困難、専門外の割合が相対的に高く、産科、小児科医師の不足が影響していると考えられます。なお、搬送先はほぼ県内医療機関です。
- 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)^{*}が総合周産期母子医療センターの三重中央医療センターに配備されており、平成28(2016)年度には年間125件の搬送がありました。

⁶ 消防庁「平成28年版 救急救助の現況」(平成27年実績)

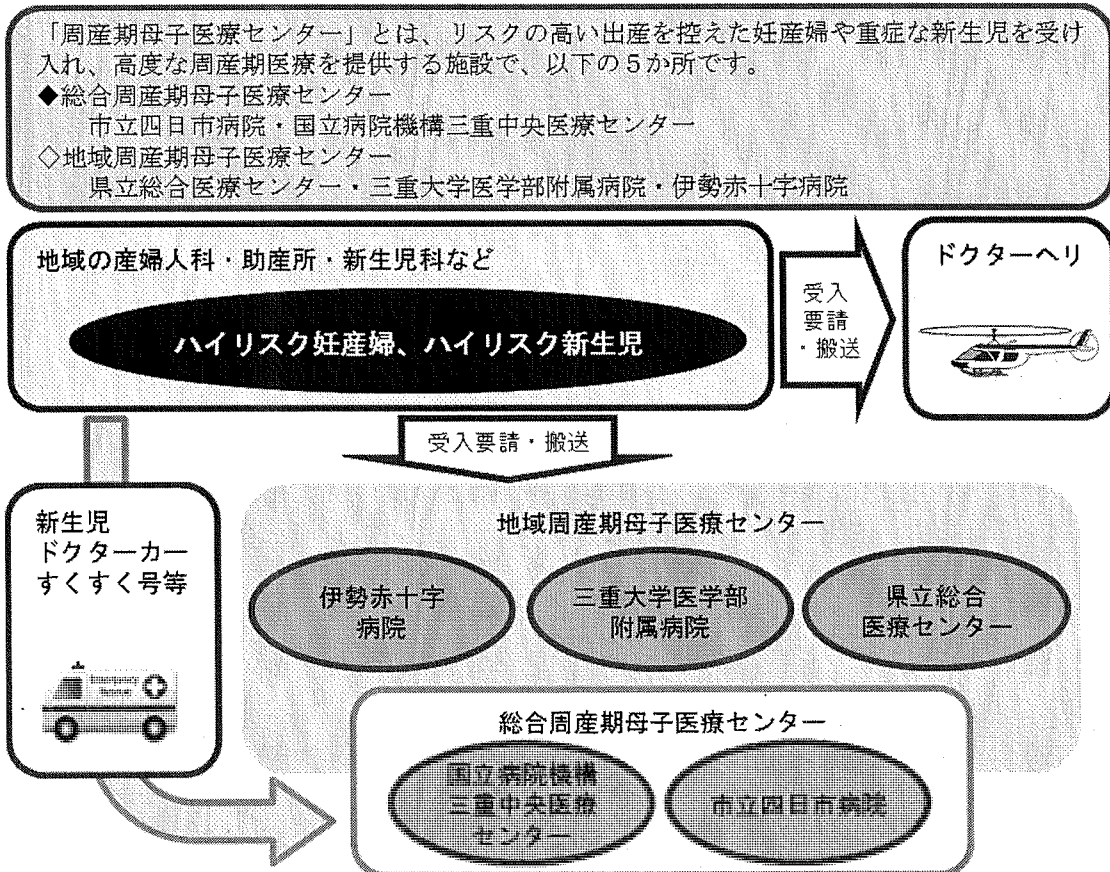
図表5-9-13 母体・新生児の救急搬送件数(上段)と受入困難理由(下段)

	産科・周産期搬送人員	うち転院搬送		転院外搬送	医療機関への照会				現場滞在時間区分			
		件数	構成比		医療機関への照会4回以上		受入れに至らなかった事案		30分以上		45分以上	
				件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比	件数
全国	40,937	25,903	63.3%	15,034	549	3.7%	1,348	34%	1,194	7.9%	441	2.9%
三重県	573	390	68.1%	183	4	2.2%	43	23%	5	2.7%	3	1.6%



資料：消防庁「平成27年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」

図表5-9-14 周産期の救急搬送

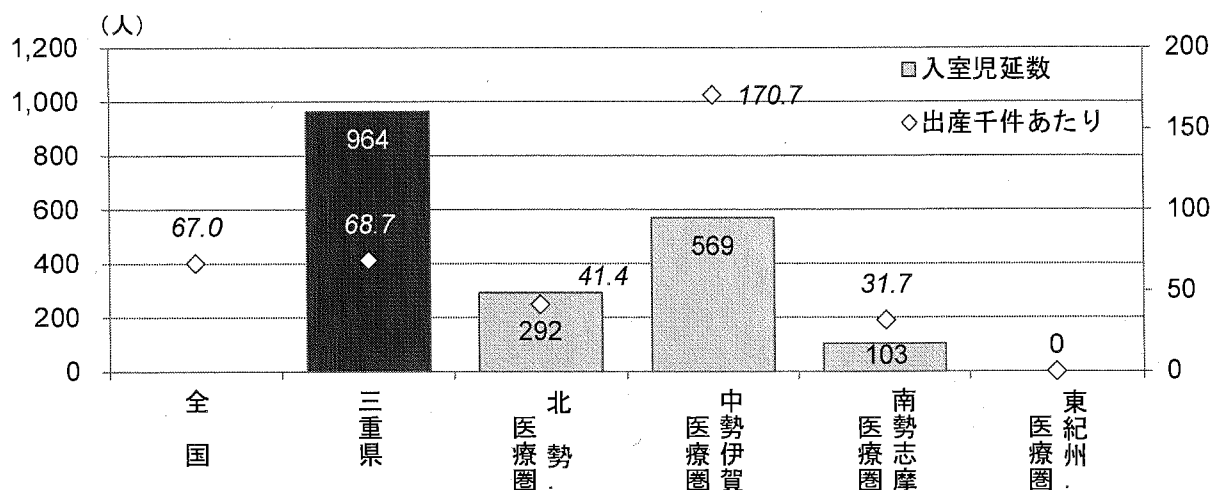


(3) 各地域の現状

① 医療提供体制

- 本県の出産数あたりの分娩実施医療機関数、NICU等の周産期集中治療室を有する病院数・病床数は、いずれも国の指針による必要数を上回っています。NICUは北勢医療圏（桑員区域・三泗区域）と中勢伊賀医療圏（津区域）に集中しているため、入室児延数も両医療圏に集中しています。

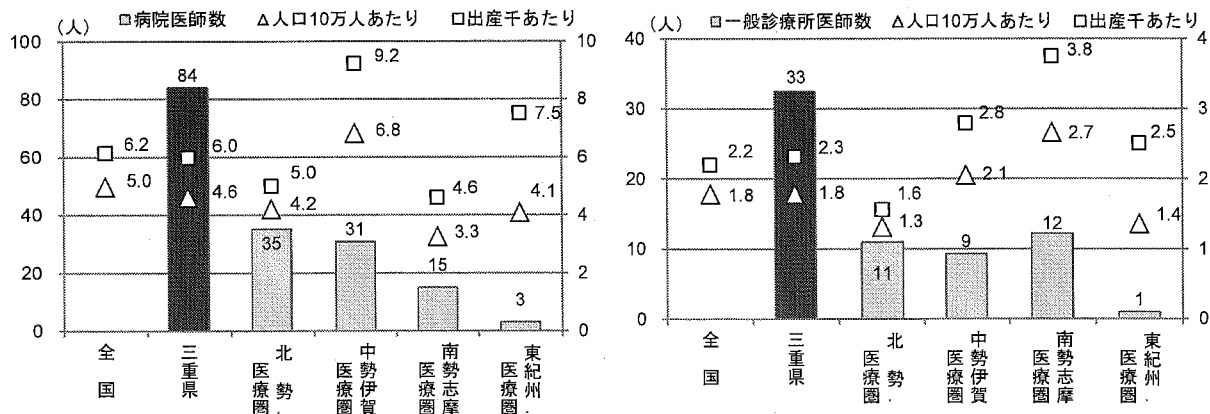
図表5-9-15 NICUの入室児延数(平成26年9月分)



資料：厚生労働省「平成26年医療施設調査」、厚生労働省「平成26年人口動態調査」

- 分娩取扱病院に勤務する産科医・産婦人科医数については、中勢伊賀医療圏を除いて全国平均よりも少ない状況です。分娩数の多い北勢医療圏では病院、診療所ともに産科・産婦人科医数が全国平均を下回っています。
- 本県では一般診療所での出産が多く、分娩取扱診療所に勤務する人口10万人あたりの産科医・産婦人科医数も全国平均と比べて多い状況です。

図表5-9-16 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)

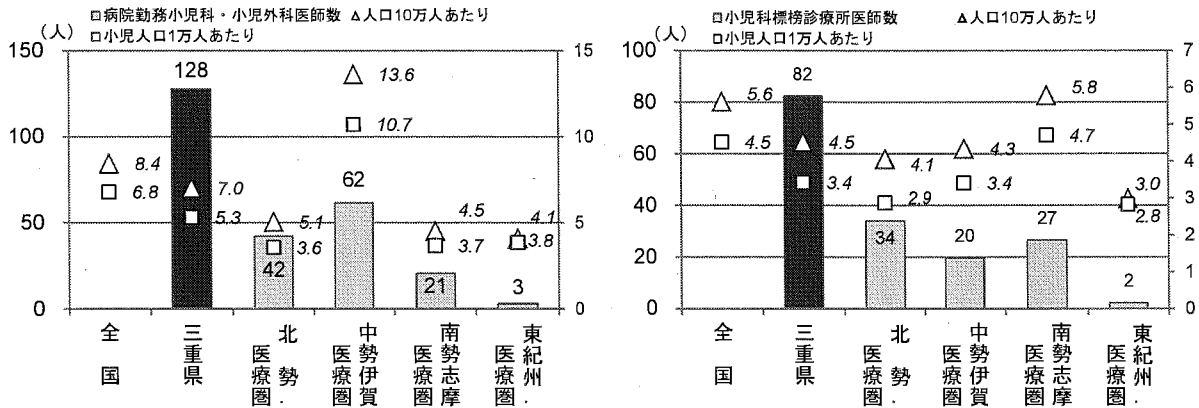


※いずれも常勤換算の人数です。

資料：いずれも厚生労働省「平成26年医療施設調査」、総務省「推計人口」(平成26年10月1日現在)、三重県「月別人口調査」(平成26年10月1日現在)、厚生労働省「平成26年人口動態調査」

- 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、中勢伊賀医療圏（津区域・伊賀区域）では、両項目とも全国平均を上回っています。南勢志摩医療圏では、病院に勤務する医師は少ないものの小児科標榜診療所に勤務する医師数は全国平均並みです。

図表5-9-17 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)



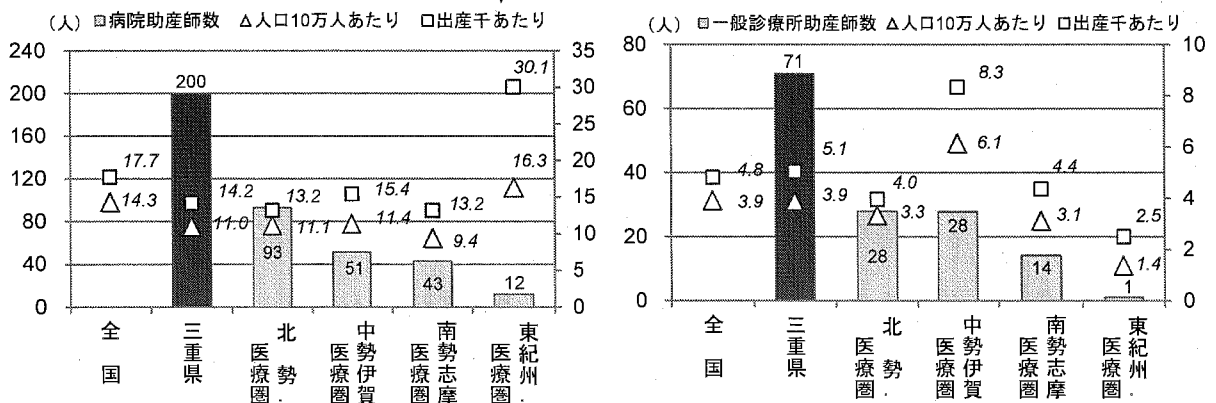
※いずれも常勤換算の人数です。

※小児科標榜診療所の小児科医師数は個票解析が出来ないため未算出。

資料：厚生労働省「平成26年医療施設調査」、小児科標榜診療所に勤務する医師数は厚生労働省「平成26年医療施設調査（個票解析）」、総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）

- 分娩取扱病院に勤務する助産師数は、全国平均と比較して、東紀州医療圏を除き少ない状況です。
- 本県では一般診療所での出産が多く、一般診療所に勤務する人口10万人あたりの助産師数は、県平均では全国平均より、多いものの、中勢伊賀医療圏を除いて少ない状況です。

図表5-9-18 医療機関従事助産師数(左グラフ:病院、右グラフ:一般診療所)



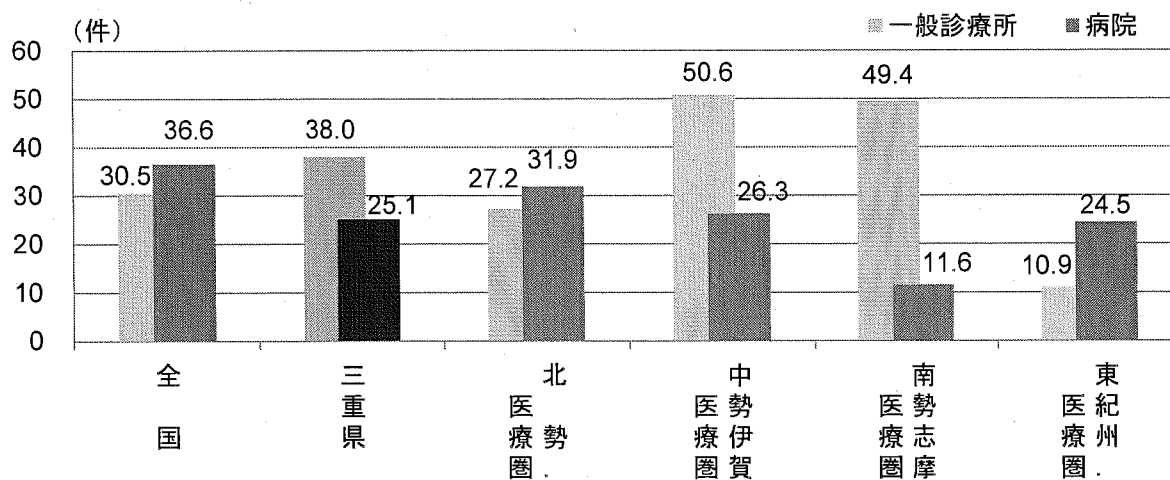
※いずれも常勤換算の人数です。

資料：いずれも厚生労働省「平成26年医療施設調査」、総務省「推計人口」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）、厚生労働省「平成26年人口動態調査」

② 分娩

- 人口 10 万人あたりの分娩数を地域別に見ると、全ての医療圏において、病院の分娩数は全国平均を下回っています。
- 北勢医療圏および東紀州医療圏においては、病院での分娩数が一般診療所よりも多い状況です。
- 中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏においては、一般診療所の分娩数が全国平均を上回っています。

図表5-9-19 分娩数(人口 10 万人あたり)の比較



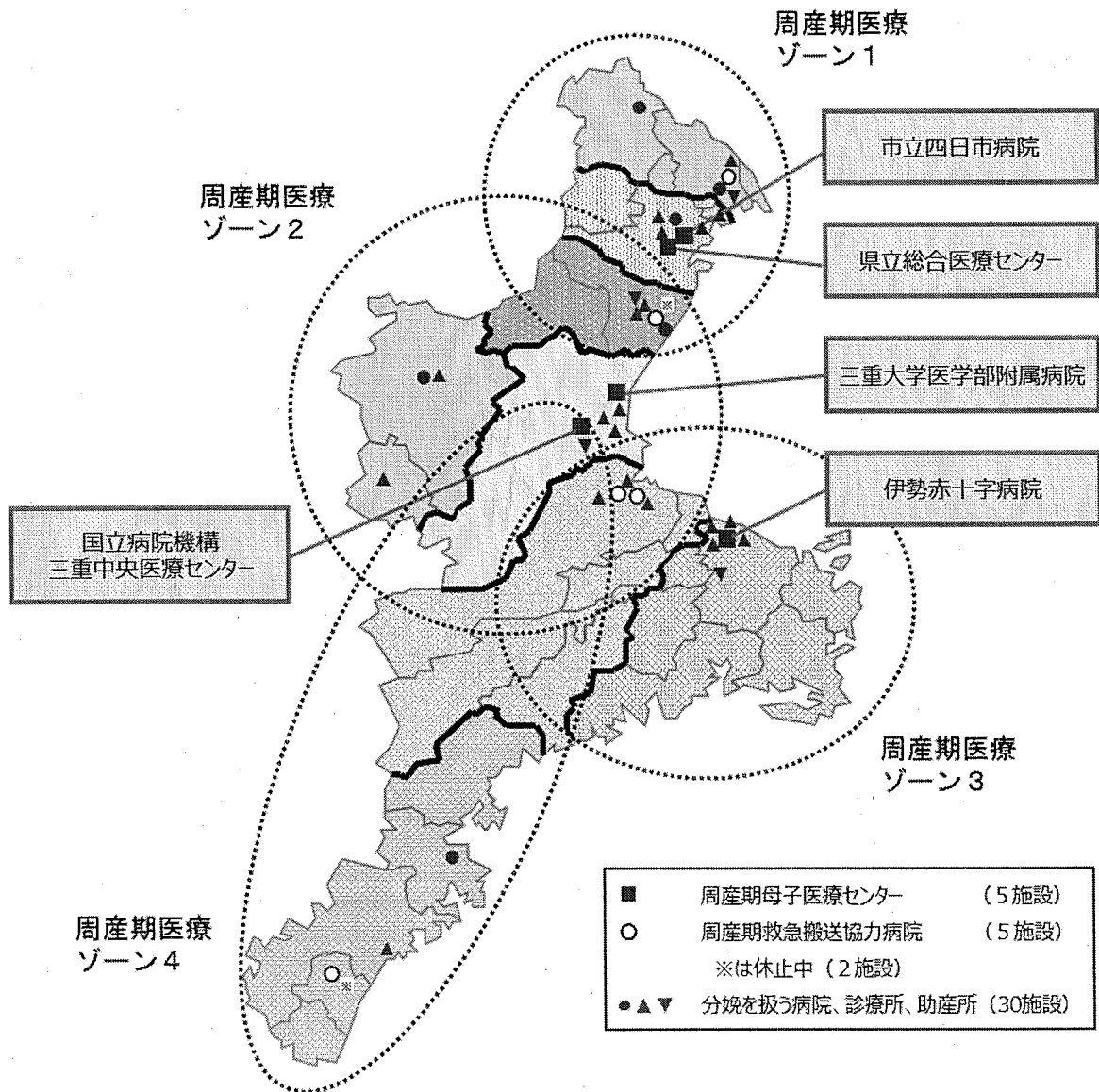
資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「推計人口」(平成 26 年 10 月 1 日現在)、三重県「月別人口調査」(平成 26 年 10 月 1 日現在)、厚生労働省「平成 26 年 人口動態調査」

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- 県内の周産期医療については、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、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）体制とします。

図表5-9-20 県内の周産期医療体制



※平成 29 年 12 月 1 日現在

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

二次医療圏 (構想区域)	正常分娩	周産期救急搬送 協力病院	周産期に係る高度な医療	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
北勢医療圏 (桑員・三 泗・鈴鹿)	一般病院・ 診療所・ 助産所	桑名市総合医療セン ター(平成30年4月 開院予定) 厚生連鈴鹿中央総合 病院(休止中)	県立総合医療センター	市立四日市病院
中勢伊賀医 療圏(津・ 伊賀)			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 医療圏(松 阪・伊勢志 摩)		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	
東紀州医療 圏		紀南病院(休止中)		

① 医療連携体制

- 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、母体救命を行っています。
- 国立病院機構三重中央医療センターに加えて市立四日市病院を総合周産期母子医療センターに指定し、NICUの充実を図っています。特に国立病院機構三重中央医療センターでは、妊娠28週未満の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。
- 三重大学医学部附属病院では、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。

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ました。
- かかりつけ医のいない妊産婦の救急搬送については、周産期母子医療センターのほか、県内の周産期救急搬送協力病院の協力により、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などの設備がある周産期母子医療センターで、診療所等の主治医が周産期母子医療センターの医師と共同診療する産科オープンシステムを、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および伊勢赤十字病院において導入しています。

④ 周産期における災害医療対策

- 周産期医療においては平時から独自のネットワークが形成されており、災害時にも既存のネットワークを活用することが有効であると考えられることから、平成 28（2016）年度に災害時小児・周産期リエゾンを配置しました。
- 災害時小児・周産期リエゾンは、災害時に県災害対策本部（保健医療部隊）において災害医療コーディネーターのサポート役として、ネットワークを経由した患者搬送や物資の支援を円滑に行う役割を担うこととしています。

3. 課題

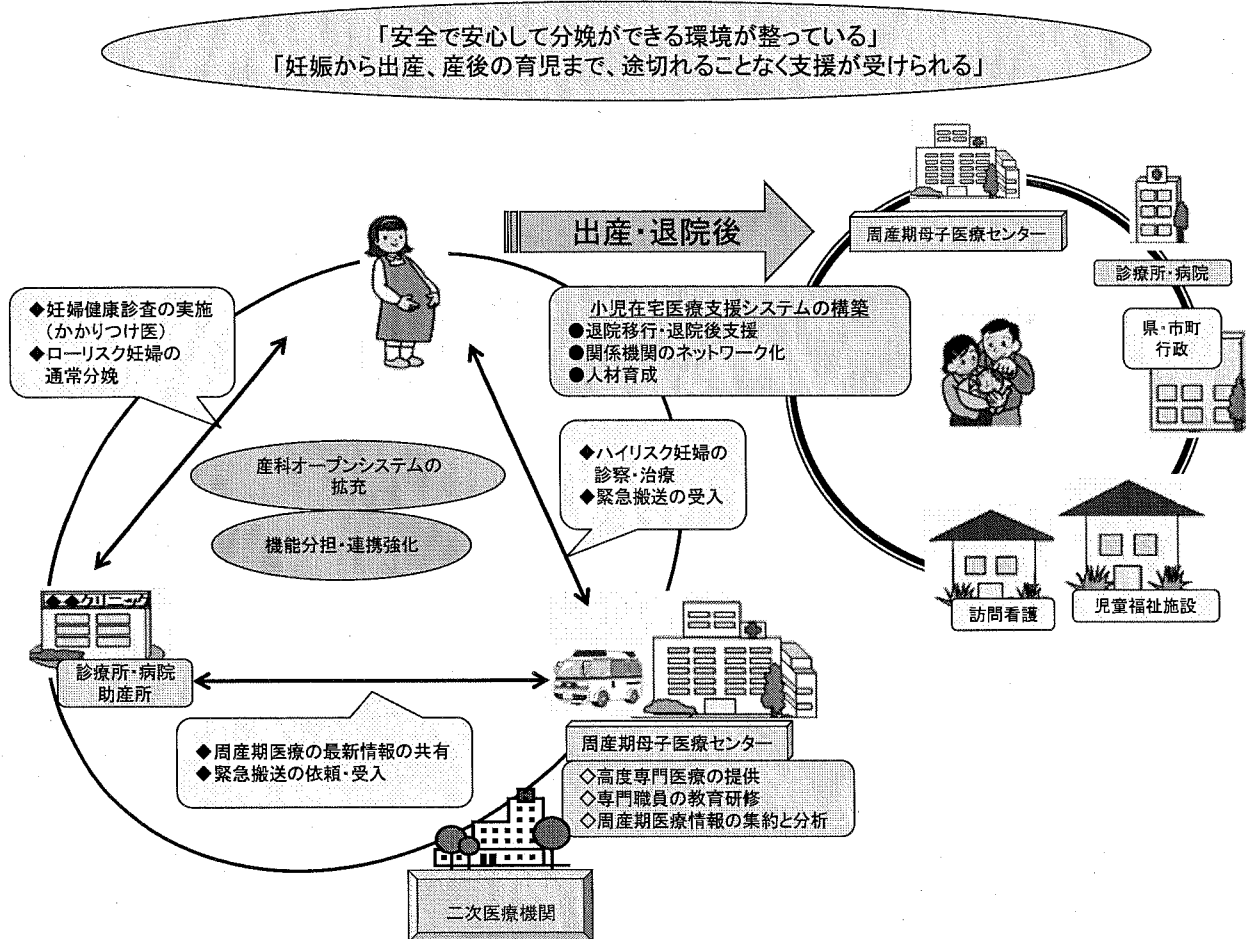
- 周産期医療に従事する産婦人科医師数は改善傾向にあるものの、まだ全国平均を下回っており、また、小児科医、助産師、看護師等も不足していることから、その確保が必要です。
- 主に分娩を取り扱う診療所の産科医、小児科医が高齢化しており、周産期医療に関わる若手産科医、小児科医の育成が急務です。
- 周産期医療を充実させるためには、医師数を確保するだけでなく臨床心理士やメディカルエンジニア、ケースワーカーなどのコメディカルも含めて、バランスよく機能する体制が必要です。
- 産婦人科と小児科に従事する医師は、他の診療科に従事する医師と比べて女性の割合が高いことから、女性医師の出産・子育ての負担を軽減する対策が必要です。
- 平成 28(2016)年の周産期死亡率が全国ワースト 1 位となり、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、中等度以上のリスクの出産は二次医療機関（周産期救急搬送協力病院）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をより一層推進することが必要です。あわせて、いったん二次・三次医療機関が担当した場合であっても、症状が安定するなどリスクが一定以上低減した場合は、診療所や助産所へ再度転院するなど、リスクに応じて柔軟に対応できる連携体制が必要です。
- 北勢医療圏、中勢伊賀医療圏の津区域、南勢志摩医療圏の松阪区域では、死産数（妊娠 22 週以後）が増加しているため、対応が必要です。
- ローリスクの出産と中等度以上のリスクの出産の機能分担を進めるため、二次・三次医療機関への搬送時間が比較的長い地域においては、周産期医療体制の充実について検討する必要があります。
- 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、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、退院後の受入れ施設の確保などを進める必要があります。
- 東紀州医療圏においては、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。
- 災害時小児・周産期リエゾンについては、制度創設から間がないため、今後、増員する必要があります。

4. めざす姿と施策の展開

(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、中等度以上のリスクの出産は二次医療機関（周産期救急搬送協力病院）や三次医療機関（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。
- 産婦人科医と小児科医、保健師、助産師、看護師等がセミナーや平時の交流により密接に連携し、妊娠から出産、産後まで途切れることなく適切な対応が行われています。

図表5-9-21 三重県周産期医療のめざす姿



(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

(3) 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 ゼロを目標とします。 () は実数	目 標
		0.0
		現 状(H28) 7.5 (1人)
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 3.0 以下(平成28年全国上位8位相 当)を目標とします。 () は平成28年の順位	目 標
		3.0
		現 状(H28) 5.7 (47位)
うち死産率(22週以後)	出産千あたりの22週以後の死産 率2.4以下(平成28年全国上位8 位相当)を目標とします。 () は平成28年の順位	目 標
		2.4
		現 状(H28) 5.0 (47位)
うち早期新生児死亡率*	出産千あたりの早期新生児死亡率 が現状維持の0.6であることを目 標とします。 () は平成28年の順位	目 標
		0.6
		現 状(H28) 0.6 (17位)

【 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129人以上となることを 目標とします。 () 内は実数	目 標
		129人(180人)
		現 状(H28) 121人(163人)
病院勤務小児科医師数 【医療施設調査】	小児人口1万人あたりの病院勤務 小児科医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
		6.6人(159人)
		現 状(H28) 5.3人(128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
		28.2人(510人)
		現 状(H28) 22.7人(410人)

※ 出産数=出生数+妊娠22週以後の死産数

(4) 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の運用等により、産婦人科医や小児科医等、専門医の育成・確保を進めるため、具体的な策を検討していくとともに、助産師等の周産期医療を担う専門性の高い人材の育成と確保を進めます。(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応援診療を行う取組を進めます。(医療機関、三重大学、県)
- 子育て中の医師や看護職員等が意欲を持って働き続けることができるよう、病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等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)
- 三重大学医学部や県立看護大学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、県立看護大学、専門学校、市町、県)
- 医学生、研修医等が産婦人科医や小児科医を志望するよう、教育研修体制を充実させるとともに、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、三重大学、県)
- 周産期医療体制を充実させるため、臨床心理士やメディカルエンジニアなどのコメディカルの充実を図ります。(周産期母子医療センター)
- 周産期医療に係る資源が相対的に不足している周産期医療ゾーン2にある伊賀区域や周産期医療ゾーン4にある東紀州医療圏においては、周産期医療体制の整備について検討を行います。(医療機関、三重大学、市町、県)
- 国の研修制度を活用し、災害時小児・周産期リエゾンを増員していきます。(医療機関、三重大学、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

- 周産期医療ゾーン2にある伊賀区域には、二次・三次医療機関までの距離が比較的遠い地域があるため、分娩に係るローリスクと中等度以上のリスクの機能分担を円滑に行うことが困難であることをふまえ、周産期医療体制のあり方について検討を行います。(医療機関、三重大学、市、県)
- 「チームによる周産期医療」を円滑に行う体制を構築するため、基幹病院の小児科・産婦人科とその他周産期医療に関わる医療機関の連携強化に取り組みます。具体的には、症例検討会の開催による死産、新生児死亡症例の検証や、セミナーの開催等により周産期医療ネットワークシステムのさらなる充実を図るとともに、医師、助産師、看護師等関係者が一堂に会するセミナー等を開催します。(医療機関、医療関係団体、周産期母子医療センター、県)
- 周産期医療ゾーン1にある桑員区域においては依然として県外搬送が多い状況にあるため、医師、助産師、看護師等のさらなる充実を図り、桑名市総合医療センターに新設したNICUの有効活用を図ります。(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を活用し、

一般診療所と三次医療機関の連携を深めます。(医療機関、三重大学、国立病院機構三重中央医療センター、伊勢赤十字病院、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。(三重大学、国立病院機構三重中央医療センター、県)
- 母体および新生児の搬送が安全かつ円滑に行われるよう、三重県新生児ドクターカー(すくすく号)の運用も含め、関係機関の連携を密にする機会を設け、搬送体制について検討し、新生児の死亡率のさらなる減少を図ります。(医療機関、周産期母子医療センター、消防機関、県)
- 周産期医療の取組にとどまらず、地域において妊娠出産から子育て期まで切れ目のない支援が行われるよう、関係各機関との連携を図ります。(医療機関、三重大学、各関係団体、市町、県)

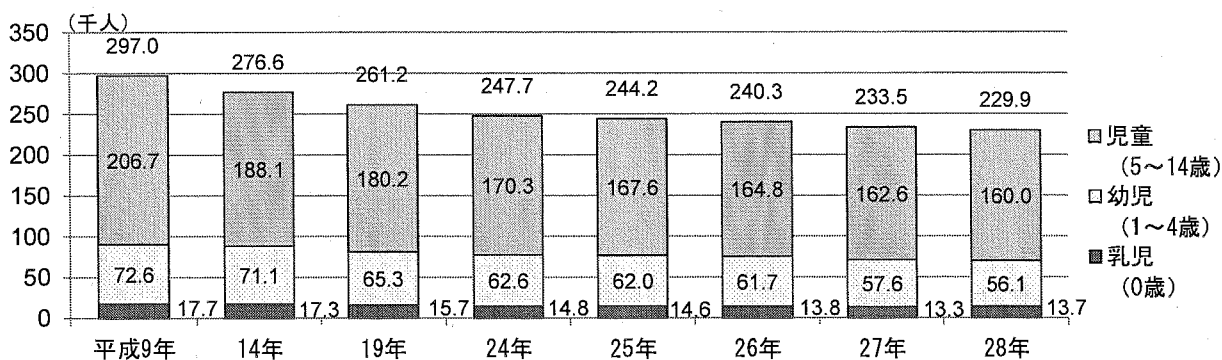
第10節 | 小児救急を含む小児医療対策

1. 小児医療の現状

(1) 小児患者の概況

- 小児医療は、一般的に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す。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を受けられる体制が必要です。
- 平成28(2016)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7.4(全国7.8)と平成18(2006)年の8.6(全国8.7)から減少傾向にあります。また、本県の子どもの数は、平成9(1997)年から平成28(2016)年にかけて6万7千人、率にして23%減少しました。少子化の影響により、乳児(0歳)、幼児(1歳から4歳)、児童(5歳から14歳)ともほぼ同率で減少しています。

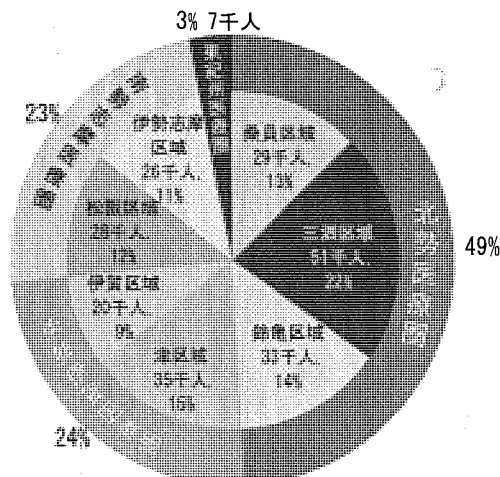
図表5-10-1 三重県の小児人口の推移



資料：三重県「月別人口調査」(各年10月1日現在)

- 本県の平成28(2016)年10月現在の小児人口23万人弱のうち49%が北勢医療圏に集中し、中でも三泗区域が全县の22%を占めています。また、北勢医療圏は、乳児人口の51%を占めています。
- 平成28(2016)年の本県における周産期死亡率(出産千件あたり)は5.7(全国3.6)、新生児死亡率(出生千件あたり)は0.9(全国0.9)となっています¹。

図表5-10-2 地域別小児人口と構成比

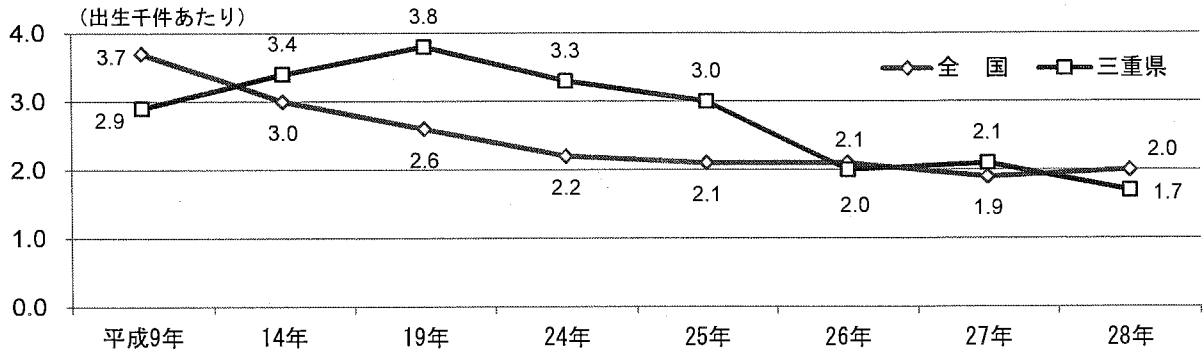


資料：三重県「月別人口調査」
(平成28年10月1日現在)

¹ 出典：厚生労働省「平成28年人口動態調査」

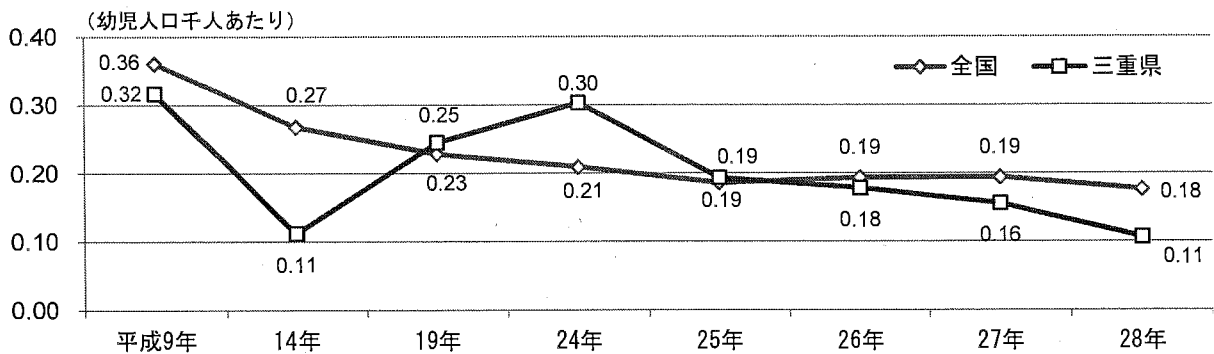
○ 乳児死亡率（出生千人あたり）、幼児死亡率（幼児人口千人あたり）は、長期的に減少していますが、児童死亡率（児童人口千人あたり）は漸増しており、平成 28（2016）年は全国平均を上回っています。同年は、乳児死亡率 1.7（乳児死亡者 22 人）、幼児死亡率 0.11（幼児死亡者 6 人）、児童死亡率 0.1（児童死亡者 16 人）となっています。

図表5-10-3 乳児(0歳)死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

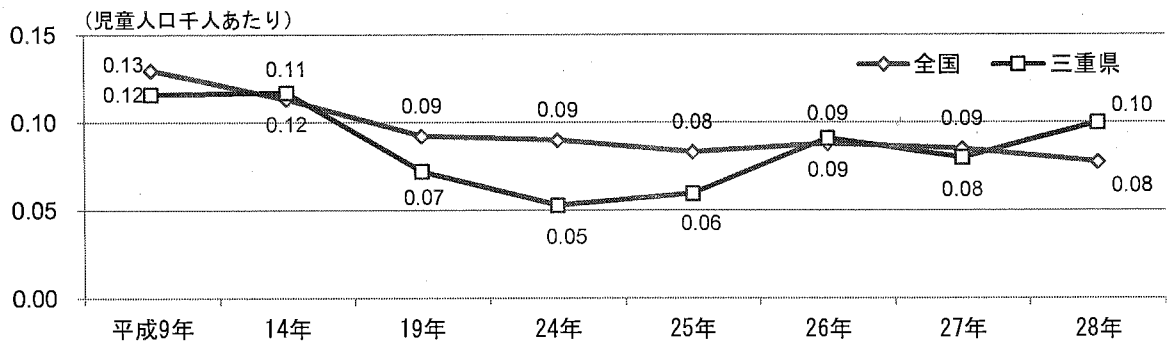
図表5-10-4 幼児(1歳から4歳)死亡率



※ 死亡率算出に用いた人口は、全国は日本人に限りますが、三重県は住民票を登録している外国人を含みます。このため、三重県の死亡率は全国に比べて下2桁の数値が1～2ポイント低く表示されています。

資料：厚生労働省「人口動態調査」、三重県「月別人口調査」（各年10月1日現在）

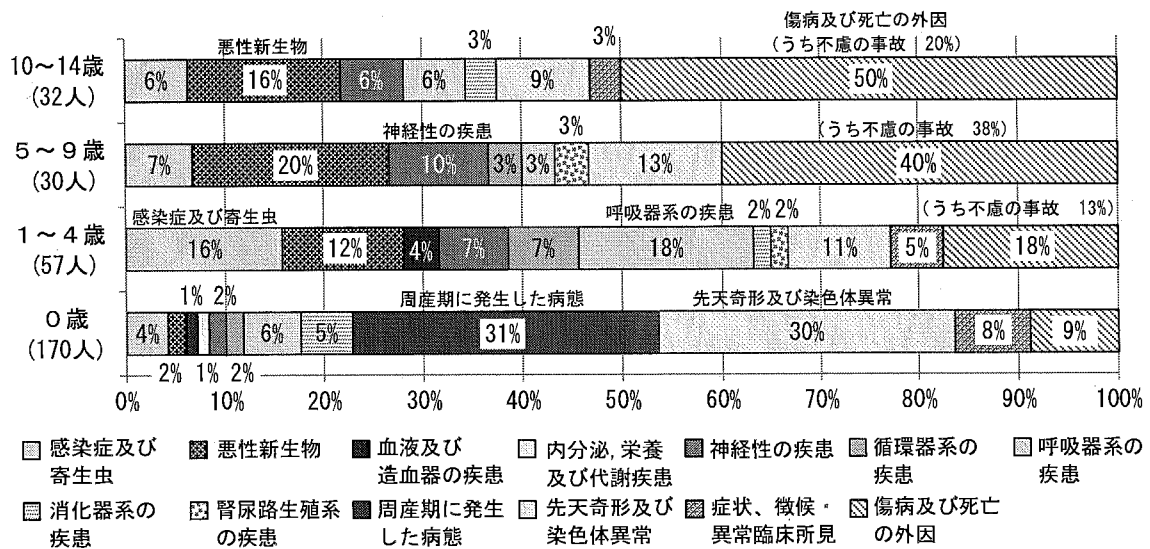
図表5-10-5 児童(5歳から14歳)死亡率



資料：同上

- 本県における平成 24 (2012) 年から平成 28 (2016) 年の直近 5 年間の主な死因は、乳児 (5 年間で 170 人死亡) では「周産期に発生した病態」(31%)、心臓の先天奇形等の「先天奇形及び染色体異常」(30%) が過半を占めます。幼児は肺炎等の「呼吸器系の疾患」や敗血症等の「感染症及び寄生虫」が多いなどの特徴もありますが、成長するにつれ不慮の事故等の「傷病及び死亡の外因」が増えます。
- 直近 5 年間の構想区域別小児死亡率は、0 歳では三泗区域 (3.0%) が、1～4 歳は鈴亀区域 (0.27%)、5～9 歳および 10～14 歳は東紀州区域 (それぞれ 0.16%、0.26%) が高くなっています。また、全体として、年長になるにつれ死亡率が低くなる傾向があります。
- また、全国の乳幼児の 87% は医療機関で、11% は自宅で亡くなっています。児童はそれぞれ 81%、15% で、屋外等のその他が 5% とやや高くなります。児童に多い不慮の事故の場合も、医療機関か自宅で亡くなることが大半で、屋外等のその他は 1 割程度です²。

図表 5-10-6 県内における小児の死因



資料：厚生労働省「平成 24～28 年 人口動態調査」

図表 5-10-7 構想区域別の小児死亡数・死亡率

	0歳		1～4歳		5～9歳		10～14歳	
	死亡数	死亡率 (人口千対)	死亡数	死亡率 (人口千対)	死亡数	死亡率 (人口千対)	死亡数	死亡率 (人口千対)
桑 員	16	1.8	6	0.16	4	0.08	2	0.04
三 泗	49	3.0	12	0.18	4	0.05	3	0.03
鈴 亀	24	2.3	12	0.27	4	0.07	1	0.02
津	18	1.7	7	0.15	8	0.13	4	0.06
伊 賀	15	2.4	6	0.22	4	0.11	1	0.03
松 阪	23	2.8	9	0.25	0	0.00	9	0.18
伊勢志摩	20	2.6	4	0.12	4	0.09	8	0.15
東紀州	5	2.6	1	0.11	2	0.16	4	0.26

資料：同上

² 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

- 本県の平成 26 (2014) 年 10 月の 1 日あたりの小児患者数 (0 歳から 15 歳未満) は、入院 0.4 千人、外来 10.8 千人と推計されます。小児人口千人あたりでは、入院は全国と同水準、外来は 2 割弱多い水準であり、特に伊賀・桑員区域の外来受療率が高い状況です。
- また、入院患者の容態は、生命に危険がある患者 (重篤) が 14.8%、生命の危険はないが入院治療を要する患者 (重症) が 77.8%、受入れ条件が整えば退院可能な患者 (中症) が 4.8% の分布でした。なお、小児の外来患者は軽症の割合が高いことが特徴です。
- 小児患者の時間外外来受診料を算定した小児人口 10 万人あたりの医療機関数は 209 施設で、算定回数は 17,237 件となっています。中勢伊賀医療圏において算定した医療機関数は 175 施設であり、全国平均をやや下回る一方、算定回数は 25,428 件と大きく上回っており、1 施設あたりの算定件数が多い状況です。

図表5-10-8 推計小児患者数

(単位:人、%)

二次医療圏・構想区域	小児人口千人あたり小児患者		入院患者の容態別割合			
	入院	外来	重篤	重症	中症	その他
全 国	1.7	37.8	5.8	75.1	6.4	12.7
三重県	1.7	44.9	14.8	77.8	4.8	2.7
北勢医療圏	1.9	50.1	23.7	73.5	2.8	0.0
桑員区域	1.6	66.7	7.2	92.8	0.0	0.0
三泗区域	2.2	38.0	22.8	73.6	3.6	0.0
鈴亀区域	1.6	53.7	79.6	20.4	0.0	0.0
中勢伊賀医療圏	1.1	36.3	9.6	77.7	8.0	4.8
津区域	1.2	14.5	9.7	77.4	8.1	4.8
伊賀区域	0.8	72.8	0.0	100.0	0.0	0.0
南勢志摩医療圏	1.4	47.2	0.0	94.9	0.0	5.1
松阪区域	1.7	38.7	0.0	83.2	0.0	16.8
伊勢志摩区域	1.2	56.2	0.0	100.0	0.0	0.0
東紀州医療圏	0.5	14.0	0.0	0.0	0.0	0.0

※入院患者数は患者住所地で、外来患者数は患者住所地不明のため、医療機関所在地で集計しています。

※入院患者の容態別の「その他」は検査入院等の意味です。10 月のある 1 日の患者の容態であり、地域の患者全体の容態を表しているわけではありません。

資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査 (個票解析)」

図表5-10-9 小児患者の時間外外来受診回数(0歳~14歳)

(単位:件)

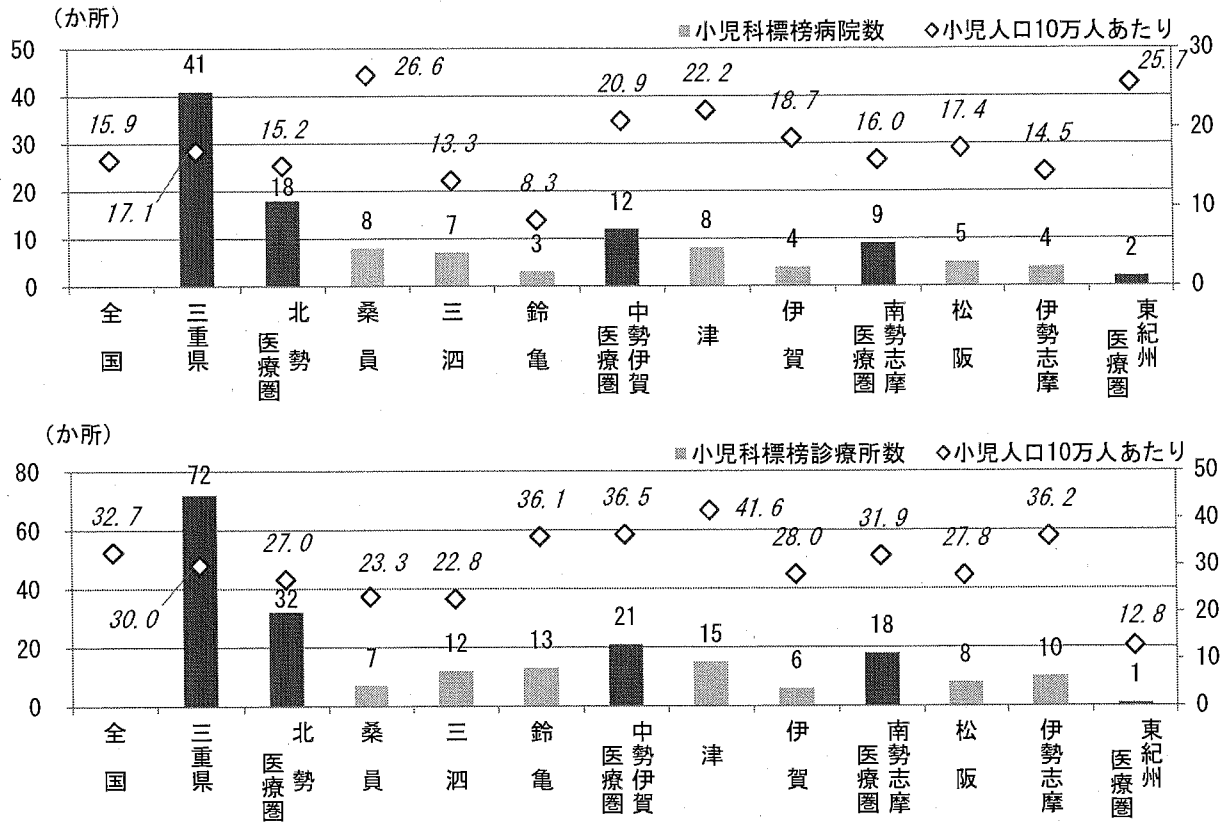
二次医療圏	算定回数		医療機関数	
	実 数	小児人口 10 万人あたり	実 数	小児人口 10 万人あたり
全 国	3,101,684	19,451	28,336	178
三重県	40,253	17,237	489	209
北勢医療圏	15,707	13,707	245	214
中勢伊賀医療圏	14,363	25,428	99	175
南勢志摩医療圏	9,496	17,262	126	229
東紀州医療圏	687	9,241	19	256

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「平成 27 年 国勢調査」(平成 27 年 10 月 1 日現在)

(2) 小児医療の提供体制

- 平成 26 (2014) 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医療機関（精神科病院を除く）は 41 病院、72 診療所であり、全国と同様に年々減少しています。小児人口 10 万人あたりでは、病院は全国平均をやや上回っていますが、診療所はやや下回っています。
- 同調査では、小児外科を標榜している病院は津の 2 病院のみであり、小児人口 10 万人あたりの病院数は、全国の 2.2 に対して本県は 0.8 と 4 割程度の水準です。
- また、同調査では、本県において小児歯科を標榜する歯科診療所数は 595 診療所で、小児人口 10 万人あたりでは 247.6 (全国 253.1) と全国平均をやや下回っていますが、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。
- 小児入院患者のための設備や人員が配置され、一定数以上の小児救急患者等の受入れ実績がある病院が算定できる小児入院医療管理料を算定している病院は県内に 9 病院、301 床ありますが、小児人口 10 万人あたりでは全国平均を下回っています。
- 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。また、平成 29 (2017) 年 9 月現在、新生児特定集中治療室 (NICU) は 6 施設に 48 床あり、国の指針による必要数と出産件数あたりの全国平均を上回っていますが、中勢伊賀医療圏に集中しているため、他地域では全国平均を下回っています。なお、東紀州医療圏には整備されておらず、他の医療圏において対応しています。
- また、NICU と母体・胎児集中治療室 (MFICU) を備え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および市立四日市病院が指定されており、三重中央医療センターには、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。

図表5-10-10 小児科を標榜する病院数(上段)と診療所数(下段)



資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査（個票解析）」（平成26年10月1日現在）、総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）

図表5-10-11 小児歯科を標榜する歯科診療所数

(単位：か所)

	小児歯科標榜診療所数	小児人口10万人あたり
全国	42,627	253.1
三重県	595	247.6

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」（平成26年10月1日現在）、総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）

図表5-10-12 小児入院医療管理料を算定している病院数(上段)と病床数(下段)

(単位：か所)

二次医療圏・ 構想区域	小児入院医療 管理料1		小児入院医療 管理料2		小児入院医療 管理料3		小児入院医療 管理料4		小児入院医療 管理料5		合計	
	病院数	指数	病院数	指数	病院数	指数	病院数	指数	病院数	指数	病院数	指数
全国	66	0.4	180	1.1	106	0.7	368	2.3	131	0.8	851	5.4
三重県	0	0.0	4	1.7	0	0.0	4	1.7	1	0.4	9	3.9
北勢医療圏	0	0.0	2	1.8	0	0.0	1	0.9	0	0.0	3	2.7
桑員区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
三泗区域	0	0.0	2	3.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.9
鈴亀区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.0	0	0.0	1	3.0
中勢伊賀医療圏	0	0.0	1	1.8	0	0.0	2	3.6	1	1.8	4	7.2
津区域	0	0.0	1	2.8	0	0.0	2	5.7	1	2.8	4	11.3
伊賀区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
南勢志摩医療圏	0	0.0	1	1.9	0	0.0	1	1.9	0	0.0	2	3.7
松阪区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.6	0	0.0	1	3.6
伊勢志摩区域	0	0.0	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.8
東紀州医療圏	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

(単位：床)

二次医療圏・ 構想区域	小児入院医療 管理料1		小児入院医療 管理料2		小児入院医療 管理料3		小児入院医療 管理料4		小児入院医療 管理料5		合計	
	病床数	指数	病床数	指数	病床数	指数	病床数	指数	病床数	指数	病床数	指数
全国	5,699	36.1	9,028	57.2	5,099	32.3	12,386	78.5	22,245	141.0	54,457	345.1
三重県	0	0.0	133	57.9	0	0.0	88	38.3	80	34.8	301	130.9
北勢医療圏	0	0.0	50	44.2	0	0.0	27	23.9	0	0.0	77	68.1
桑員区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
三泗区域	0	0.0	50	98.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	50	98.3
鈴亀区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27	81.2	0	0.0	27	81.2
中勢伊賀医療圏	0	0.0	60	107.8	0	0.0	24	43.1	80	143.7	164	294.6
津区域	0	0.0	60	170.1	0	0.0	24	68.0	80	226.8	164	464.9
伊賀区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
南勢志摩医療圏	0	0.0	23	42.7	0	0.0	37	68.6	0	0.0	60	111.3
松阪区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37	133.7	0	0.0	37	133.7
伊勢志摩区域	0	0.0	23	87.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23	87.7
東紀州医療圏	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

※表中の「指数」は小児人口10万人あたり。

※小児入院管理料は小児科常勤医がいて、複数の夜勤看護師がいる等、一般的な小児病棟より人員配置が厚い病院が算定できる基準です。小児医療管理料1が最も高度な小児医療を提供する病院で、小児科常勤医20人以上、6歳未満の手術年200件以上、小児緊急入院患者年800件以上等の基準を満たす病院です。(管理料2～5の配置が必要な常勤小児科医師数 管理料2：9名以上、管理料3：5名以上、管理料4：3名以上、管理料5：1名以上)

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」(平成28年3月31日)、総務省「人口推計」(平成28年10月1日現在)、三重県「月別人口調査」(平成28年10月1日現在)

- 平成28(2016)年末の本県の小児科の医師数は208人で、15歳未満の小児人口10万人あたり90.5人と全国平均を下回っています。
- 小児外科医は11人で、全国平均に比べてやや少ない状況にあります。
- 平成28(2016)年における小児人口10万人あたりの医療施設従事医師数は、小児科標榜

診療所に勤務する医師数 38.3 人（全国平均 41.7 人）、小児医療に係る病院勤務医数 52.2 人（全国平均 65.6 人）で、いずれも全国平均を下回っています。

- 近年の医師数としては、医学部定員の増員により全国的に増加傾向にあり、本県においても過去 10 年間の医師数は増加しています。しかし、小児科医は平成 18（2006）年から平成 28（2016）年にかけて全国で 15%増えたのに対し、本県は 7%増にとどまっています。さらに、小児科標榜診療所に勤務する小児科医の高齢化が進んでおり、全体の 60%が 60 歳以上となっています。

図表5-10-13 構想区域別小児科医師数

（単位：人）

	全国	三重県	桑員 区域	三河 区域	鈴亀 区域	津区域	伊賀 区域	松阪 区域	伊勢志 摩区域	東紀州 区域
小児科医師数	16,937	208	13	40	16	76	14	18	26	5
小児人口 10 万人 あたり	107.3	90.5	44.8	78.6	48.1	215.4	68.7	65.0	99.2	69.9
人口 10 万人あたり	13.3	11.5	6.0	10.6	6.5	27.3	8.3	8.2	11.2	7.1

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 28 年 12 月 31 日現在）、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

図表5-10-14 小児医療に係る病院・診療所勤務医師数(小児科・小児外科)

（単位：人）

	小児科医				小児外科医			
	病院		診療所		病院		診療所	
	実数	指数	実数	指数	実数	指数	実数	指数
全 国	10,355	65.6	6,582	41.7	777	4.9	25	0.2
三重県	120	52.2	88	38.3	11	4.8	0	-

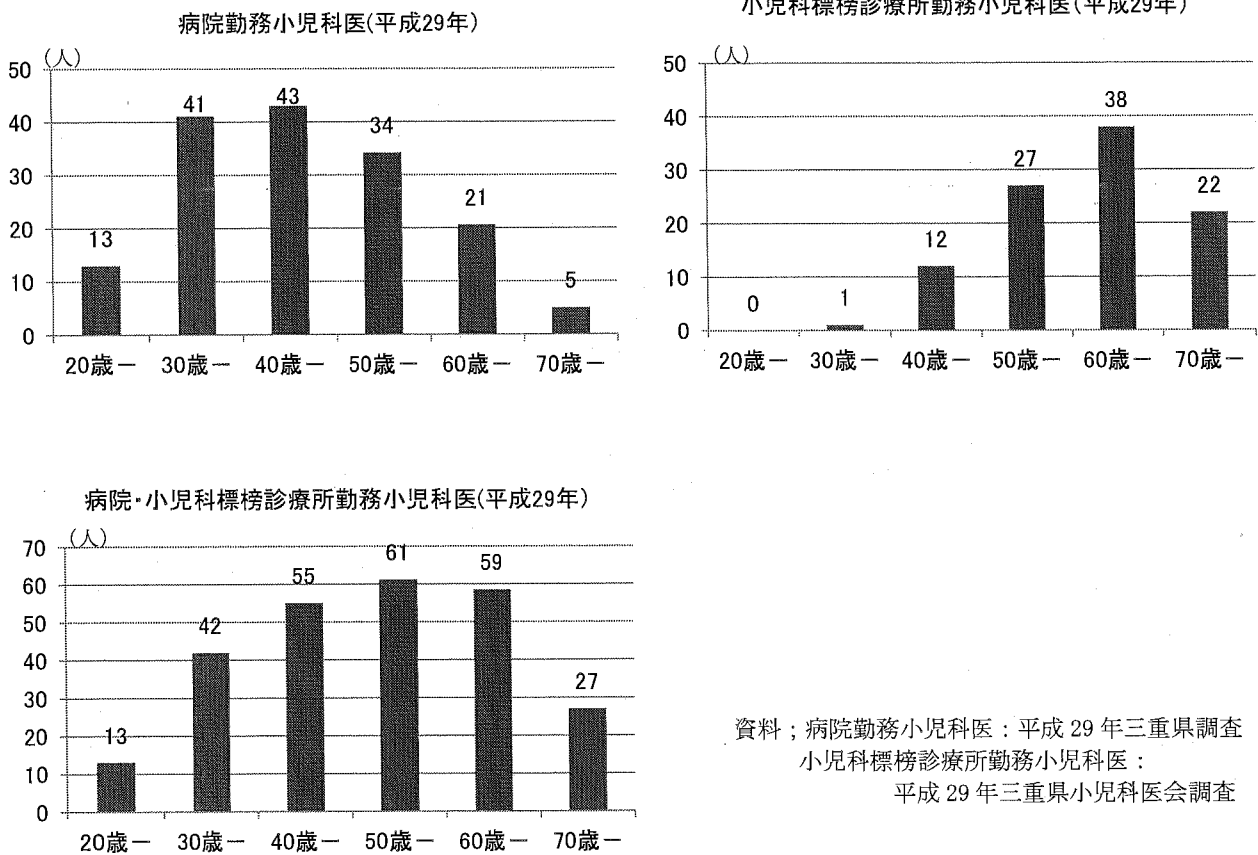
※表中の「指数」は小児人口 10 万人あたり。

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 28 年 12 月 31 日現在）、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

※参考：日本小児科学会認定小児科医数：198 人（平成 30 年 2 月 8 日現在）

日本小児外科学会認定小児外科医数：6 人（平成 29 年 2 月 28 日現在）

図表5-10-15 小児科医の年齢分布



資料；病院勤務小児科医：平成29年三重県調査
 小児科標榜診療所勤務小児科医：
 平成29年三重県小児科医会調査

- 小児入院医療管理料の算定対象となった小児入院患者の流出率は、北勢医療圏で48.7%となっており、そのうち18.9%は県外へ流出しています。また、南勢志摩医療圏では27.2%となっています。
- 一方、流入率では、三重大学医学部附属病院等のある中勢伊賀医療圏が57.3%と高い割合を示しています。ただし、専門性の高い小児医療については、他の都道府県においても、子ども専門病院やそれに準じた病院に集中する傾向があり、本県だけの特徴ではありません。

図表5-10-16 二次医療圏別 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/年)

患者住所地	流出先	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	域外への流出率	
							うち県内	うち県外
北勢医療圏		363	211			134	48.7%	18.9%
中勢伊賀医療圏			237				0.0%	
南勢志摩医療圏			107	286			27.2%	0.0%
東紀州医療圏								

施設住所地	流入元 医療圏	北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	県外	域内への流入率	
							うち県内	うち県外
北勢医療圏		363					0.0%	
中勢伊賀医療圏		211	237	107			57.3%	57.3%
南勢志摩医療圏				286			0.0%	
東紀州医療圏								

※空白欄は10件未満のため非公表です。

※国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のみ。

※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。

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

- 県内の小児医療提供体制の強化により、専門的治療の必要な「先天奇形、変形および染色体異常」による県外流出率は減少傾向にありますが、平成26（2014）年においても、北勢医療圏は38%、南勢志摩医療圏は22%が愛知県の医療機関に入院しています。

図表5-10-17 二次医療圏別 先天奇形、変形および染色体異常患者の流出・流入状況（推計値）

（単位：％）

患者住所地	流出先 医療圏	北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	県外	域外への流出率	
							うち県内	うち県外
北勢医療圏		0	62	0	0	38	100	62
中勢伊賀医療圏		0	100	0	0	0	0	0
南勢志摩医療圏		0	78	0	0	22	100	78
東紀州医療圏		0	0	0	0	0	0	0

施設住所地	流入元 医療圏	北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	県外	域内への流入率	
							うち県内	うち県外
北勢医療圏		0	0	0	0	0	0	0
中勢伊賀医療圏		42	25	33	0	0	75	75
南勢志摩医療圏		0	0	0	0	0	0	0
東紀州医療圏		0	0	0	0	0	0	0

※10月のある1日の患者の入院状況であり、地域の患者全体の入院状況を表しているわけではありません。

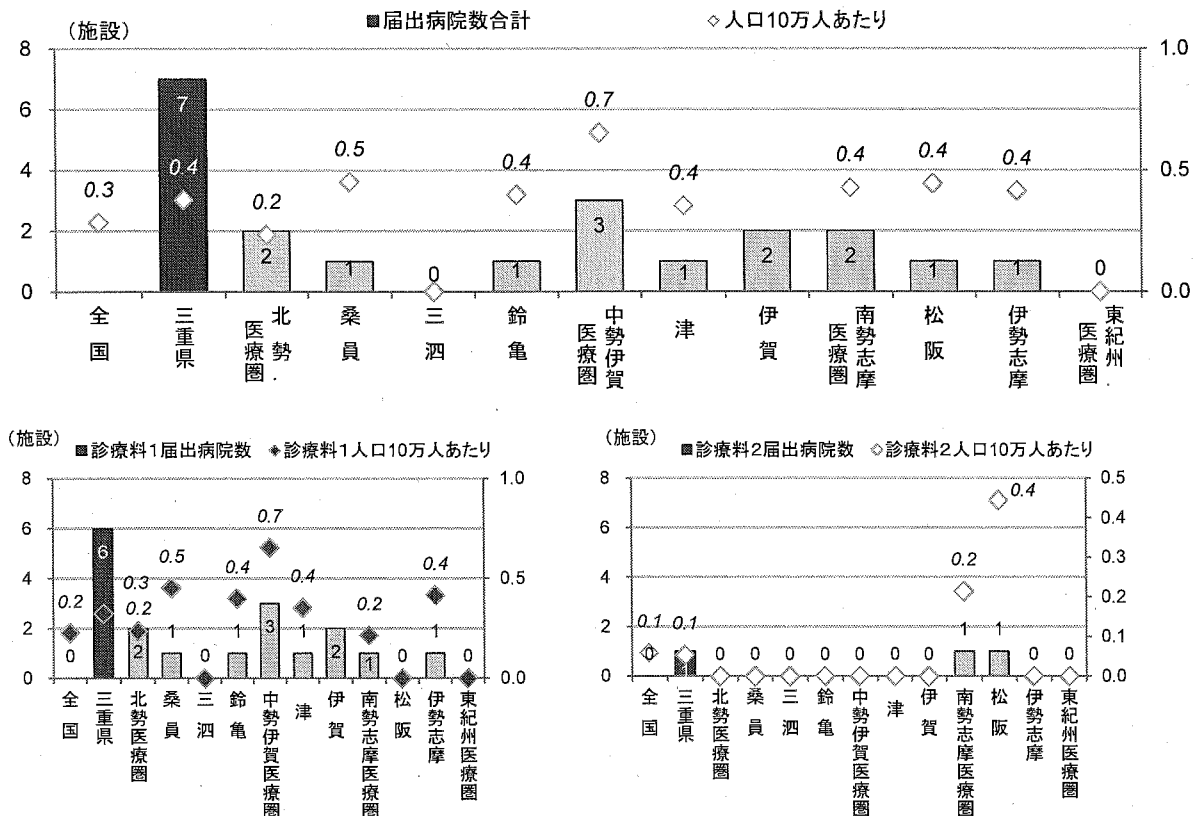
資料：厚生労働省「平成26年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

(3) 小児救急

- 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、小児救急搬送患者の多くが軽症です。
- 小児救急医療提供体制については、症状の軽い初期救急医療は、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があり、中でも東紀州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、地域によっては、小児救急に対応できる機能の集約化や病院群輪番制により対応していますが、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困難な地域があります。

- 地域の小児科医と連携をとりつつ、夜間、休日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6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、南勢志摩医療圏に1施設あります。

図表5-10-18 地域連携小児夜間・休日診療料届出医療機関



資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成28年3月31日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- 地域連携小児夜間・休日診療料算定患者の流出率は、小児医療機関が多い中勢伊賀医療圏では1.8%にとどまりますが、北勢・南勢志摩両医療圏は6%程度あり、また、東紀州医療圏では67.3%と非常に高い状況です。一方、流入率では、中勢伊賀医療圏が北勢・南勢志摩医療圏を中心に圏外から12.9%の患者を受け入れています。

図表5-10-19 二次医療圏別 夜間・休日診療小児患者の流出・流入状況

(単位：件/年)

患者住所地	流出先 北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	県外	域外への流出率	
						うち県内	うち県外
北勢医療圏	3,510	138	15		72	6.0%	4.1%
中勢伊賀医療圏	29	2,328	13			1.8%	1.8%
南勢志摩医療圏	13	177	2,934			6.1%	6.1%
東紀州医療圏				159	327	67.3%	0.0%
三重県から県外への流出率						4.1%	

施設住所地	流入元 北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	県外	域内への流入率	
						うち県内	うち県外
北勢医療圏	3,510	29	13		11	1.5%	1.2%
中勢伊賀医療圏	138	2,328	177		31	12.9%	11.8%
南勢志摩医療圏	15	13	2,934		14	1.4%	0.9%
東紀州医療圏				159		0.0%	
県外から三重県への流入率						0.6%	

※空白欄は10件未満のため非公表です。

※外来診療料（小児/乳幼児、休日/深夜/夜間加算）、再来（小児/乳幼児、休日/深夜/夜間加算）
小児科外来診療料（休日/時間外/深夜/夜間加算）、小児科再診（休日/時間外/深夜/夜間加算）
地域連携小児夜間・休日診療料1、2の算定患者

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

- 小児救急搬送で医療機関に受入れ照会を行った回数が4回以上だった件数は、小児人口10万人あたり104.5件で、全国平均の2倍近くになっています。
- 平成28（2016）年における急病に係る乳幼児の救急搬送のうち、軽症患者の割合は75.4%を占めます。

図表5-10-20 小児救急搬送症例のうち受入れ困難事例の件数

(単位：件)

	医療機関に受入れの照会を行った 回数が4回以上		現場滞在時間が30分以上	
	件数	小児人口10万人 あたり	件数	小児人口10万人 あたり
全国	8,570	53.9	12,039	75.8
三重県	244	104.5	175	74.9

資料：消防庁「平成27年度 救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」
総務省「国勢調査」（平成27年10月1日現在）

図表5-10-21 急病に係る乳幼児救急搬送における軽症者の割合

(単位：%)

	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
全国	76.3	75.8	75.7	—
三重県	76.0	73.1	73.7	75.4

資料：消防庁「救急・救助の現況」

- 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、ホームページ「医療ネットみえ」で公開しています。
- 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)」を実施し、19時30分から翌朝8時までの相談に対応しています。平成28(2016)年度は10,462件の相談を受けました。その内、「119番をすすめた」または「すぐに医療機関をすすめた」件数は全体の19%程度であり、保護者等の不安の解消や不要不急の受診の抑制に役立っています。
- 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(松阪市、多気町、明和町)において実施されています。

図表5-10-22 小児救急電話相談の件数

(単位：件)

平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
6,616	8,802	9,914	10,462

資料：三重県調査

図表5-10-23 小児救急電話相談の概要

	実施電話番号	実施時間帯	回線数	実施機関
三重県全域	#8000もしくは 059-232-9955※	平日・休日 19:30～翌朝8:00	1回線	三重県

※ダイヤル式、ひかり電話、IP電話などで#8000が使用できない場合

資料：三重県調査

(4) 療養・療育*支援

- 平成27(2015)年度の人口10万人あたりの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。
- 平成29(2017)年6月に、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る学園、児童相談センターの難聴児支援部門を統合し、障がいや発達に課題のある子どもの専門医療・福祉機関である「三重県立子ども心身発達医療センター」を開設し、児童精神科や整形外科・小児整形外科、リハビリテーション科を中心に子どもの心身の発達や健康を一体的に支えています。
- 障がいのある児童を入所により受け入れ、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としては、県立子ども心身発達医療センター、済生会明和病院なでしこ障害児入所施設、国立病院機構三重病院、国立病院機構鈴鹿病院の4施設がありますが、入所できる定員が限られています。
- 三重県歯科医師会、障がい者支援団体と連携して、障がい児(者)歯科ネットワーク「みえ歯ートネット」を設立し、障がい児(者)を受け入れることができる歯科医療機関の情報提供を行っています。

図表5-10-24 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	228,764	180.2	64,978	51.2	102,391	80.7
三重県	3,654	202.1	1,069	59.1	1,357	75.1

資料：厚生労働省「平成28年度 福祉行政報告例」、総務省「人口推計」（平成28年10月1日現在）

- 出生数が減少する一方で、平成28(2016)年の人口動態調査では本県の低出生体重児(2,500g未満)の出生率は9.2と横ばいであるものの、1,000g以下の超低出生体重児の割合は微増傾向にあります。
- 在宅で生活を送る20歳未満の医療的ケア児*数は年々増加傾向にあり、平成28(2016)年度には、全国で17,078人、うち人工呼吸器使用児が3,069人います³。
- 平成28(2016)年度に本県で実施した調査によると、20歳未満の在宅医療的ケア児数は、214人で、うち40人が人工呼吸器を使用しています。
- NDBによると、本県において、平成27(2015)年度に、小児(0歳から14歳)に対し訪問診療を実施した医療機関数は9施設あり、レセプト件数は105件となっています。
- 平成28(2016)年度の実態アンケート調査によると、20歳未満の方への訪問看護について実施可能と回答した訪問看護ステーション数は41施設あります⁴。
- 三重県医師会において、小児在宅連絡協議会を立ち上げ、医師を中心として連携体制構築などの取組を進めています。
- 医療的ケア児のレスパイト・短期入所は、済生会明和病院なでしこ障害児入所施設および国立病院機構三重病院等で実施されていますが、その数は限られています。
- 県内全域において地域に根ざしたネットワークが構築されており、小児在宅医療に関わる医療、保健、福祉、教育関係者等の多職種による事例検討会や講演会等、さまざまな事例への対応力を向上させる取組が進められています。

図表5-10-25 医療的ケア児数(0~19歳)

(単位：人)

	総数	北勢 医療圏	中勢伊賀 医療圏	南勢志摩 医療圏	東紀州 医療圏	地域不明
医療的ケア児	214	104	50	53	4	3
うち)人工呼吸器使用児	40	17	9	11	3	

資料：三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター・三重県小児科医会および三重県調査(平成28年度)

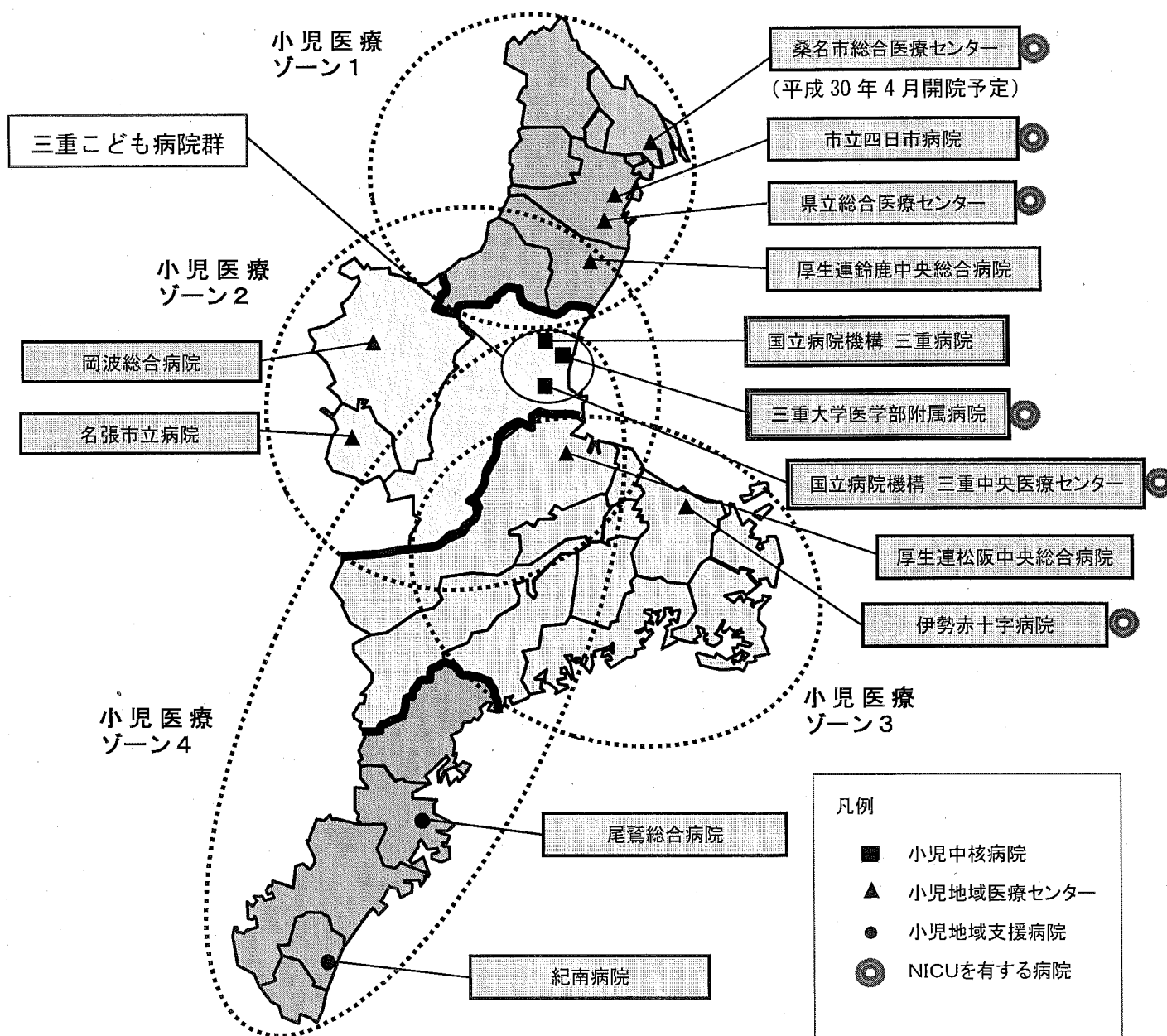
³ 出典：平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)」の中間報告

⁴ 出典：三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター「平成28年度 小児における訪問看護に関する調査」

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

小児医療体制の構築にあたっては、小児救急において常時診療できる体制を整備するとともに、圏域ごとに少なくとも1箇所の小児専門医療を取り扱う病院を確保するため、下記の4つのエリアを圏域とします。



(2) 各医療機能

①小児科標榜診療所、一般小児科病院

- 一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療や、軽症の入院治療を実施します。また、訪問看護ステーションや福祉サービス事業者等との連携により、療養・療育が必要な小児に対する支援を行います。
- 初期小児救急医療を実施します。

②小児地域支援病院

- 小児医療資源の少ない地域において、軽症患者の診察、入院を実施します。

③小児地域医療センター

- 高度な診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を行います。また、一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な患者や、常時監視・治療が必要な患者等に対する入院診療を行います。
- 入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施します。

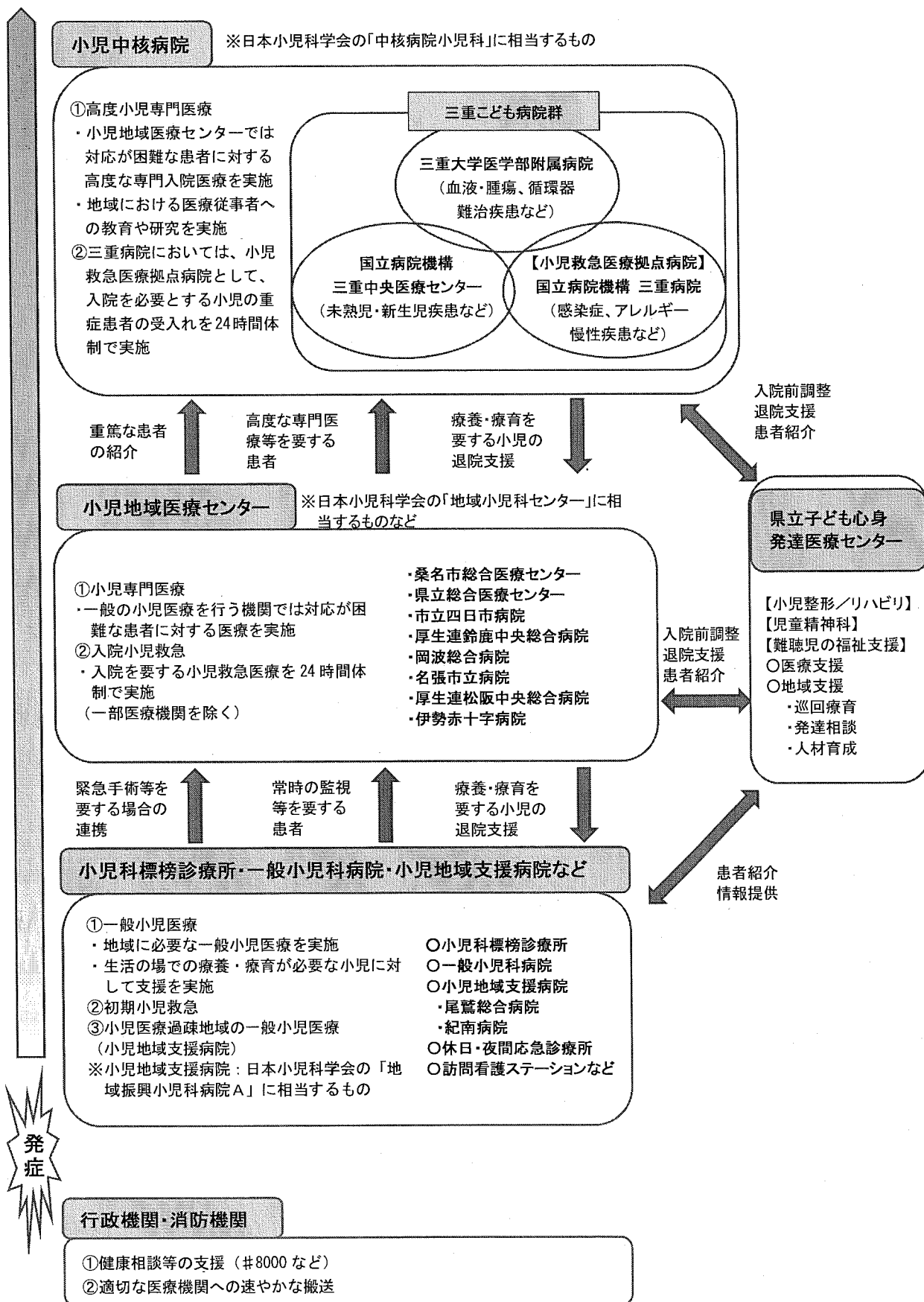
④小児中核病院

- 小児地域医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療や、医療従事者への教育等を実施します。

(3) 連携のあり方

- 専門性の高い小児医療は、小児中核病院である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が機能分担・連携して担い、「三重こども病院群」として小児医療を総合的に支えます。
- 日常的な診療等は小児科標榜診療所（地域のかかりつけ医など）や一般小児科病院で、一般の小児医療では対応が困難な患者については小児地域医療センターで、また、重症患者や専門性の高い診療を要する患者は小児中核病院である「三重こども病院群」の3病院で、機能分担や連携を図り、必要な医療が受けられる体制を整備します。
- 小児初期救急医療については休日・夜間応急診療所等が担っていますが、体制のないところや空白時間帯については、二次救急医療を担う病院の支援が必要です。
- 小児二次救急医療については、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困難な地域があるため、近隣の小児地域医療センターや小児中核病院との連携が必要です。
- 県立子ども心身発達医療センターにおいては、途切れのない発達支援をめざして、隣接する国立病院機構三重病院をはじめとする医療機関や市町、特別支援学校等関係機関と連携を図りながら、入院前調整や退院後支援、地域における発達相談や人材育成研修などに取り組みます。

図表5-10-26 小児医療体制図



3. 課題

(1) 小児医療を担う人材の不足

- 小児科、小児外科、児童精神科医等の子どもの診療を専門的に担う医師が不足しています。専門医療と救急医療の両面から、小児医療体制の強化に必要となる医師の人材育成・確保に努める必要があります。
- 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ため、「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

- 小児人口や小児入院患者数の減少、疾病構造の変化に応じた機能分担・連携を進める必要があります。
- 高度な専門的治療については、「三重こども病院群」の3病院が機能分担・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。
- NICUについては、人口比率等を考慮し、地域の需要に応じた整備をする必要があります。
- 乳児死亡率や幼児死亡率は長期的に減少していますが、予防できる死亡をなくすため、乳幼児健診等の予防的支援を行う関係者は、日頃から研修会等に参加し、質の向上に努めることが求められます。

(3) 小児(救急)患者の症状に応じた救急医療体制の充実

- 小児救急においては、時間外や軽症患者による二次救急医療機関の受診が増加しているため、救急医療のかかり方やかかりつけ医への早期受診等、適切な受診行動についての啓発、小児救急に関する情報提供、相談体制の充実が必要です。
- 小児救急患者の多くが軽症患者であるため、小児初期救急医療体制の整備が求められますが、初期救急を担う診療所小児科医の高齢化が進んでいること等の要因により、深夜帯の受入れ等が困難な状況となっています。
- 二次救急医療機関における小児科医の不足から、小児救急患者への対応が困難な地域があるため、支援体制の整備が求められます。

(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に入院している小児の退院支援について、介護保険制度における介護支援専門員(ケアマネジャー)のようなコーディネート機能を担う仕組みが必要であり、医療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ます。
- 医療的ケア児が、急変時に入院対応できる医療機関が少ないため、小児中核病院や小児地域医療センター等とかかりつけ医の連携体制の充実が求められます。
- 地域における小児在宅医療の提供体制を整備していくためには、地域の医療的ケア児数の

把握が必要です。

- 小児対応訪問看護ステーションや、訪問診療が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。
- 医療的ケア児の家族の負担を軽減するため、レスパイト・短期入所を行う施設の体制整備が必要です。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- 医療機関の連携等により、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環境が整っています。
- 県民が安心して子どもを育てることができるよう、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。

(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：小児救急医療体制および予防的支援の充実

取組方向4：療養・療育支援体制の充実

(3) 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】	幼児（1～4歳）の死亡率（幼児人口千人あたり）を0.08未満に減少させることを目標とします。	目標
		0.08未満
		現状(H28) 0.11
軽症乳幼児の救急搬送率 （乳幼児の急病による救急搬送のうち軽症患者の割合） 【救急・救助の現況】	急病に係る乳幼児（生後28日以上満7歳未満）の軽症者救急搬送率を70%未満まで減少させることを目標とします。	目標
		70.0%未満
		現状(H28) 75.4%
小児傷病者救急搬送時の現場滞在時間（30分以上） 【救急搬送における医療】	小児傷病者の救急搬送にかかる現場滞在時間が30分以上の件数を90件以下とすることを目標とします。	目標
		90件以下（0件）
		現状(H27)

機関の受入等実態調査】	()内は重症以上で搬送された件数	175件(0件)
小児の訪問診療実施医療機関数 【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
		20施設
		現 状(H27)
		9施設

【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
小児科医師数 【医師・歯科医師・薬剤師調査】	人口10万人あたりの小児科医が全国平均(H28)以上となることを目標とします。 ()内は実数	目 標
		13.3人以上 (241人以上)
		現 状(H28)
		11.5人(208人)

(4) 取組内容

取組方向1：小児医療を担う人材の育成・確保

- 三重大学医学部における教育・研修体制を充実・強化することで、小児医療に関わるさまざまな診療科について専門医療を実践できる質の高い小児科医や小児外科医の育成を進めます。(三重大学、市町、県)
- 児童精神科医など、時代のニーズに応じた専門医の確保に努めます。(三重大学、医療機関、医療関係団体、県)
- 研修医、医学生等が小児科医や小児外科医、産婦人科医を志望するよう、三重大学、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、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、病院の小児に関わる診療機能強化を進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県)
- 一般の小児医療を行う機関では対応困難な患者に対する医療は小児地域医療センターが、さらに重篤な患者に対する医療は小児中核病院である「三重こども病院群」が担い、連携を図りながら必要な医療が受けられる体制整備を進めます。
- 子どもの発達支援の拠点である県立子ども心身発達医療センターにおいて、隣接する国立病院機構三重病院と機能的連携を図りながら、小児の発達に関わる包括的医療・療育体制の充実に努めます。(医療機関、関係団体、市町、県)

取組方向3：小児救急医療体制および予防的支援の充実

- 夜間や休日の不要不急の受診を抑制するため、「みえ子ども医療ダイヤル」による電話相談を実施します。また、「子どもの救急対応マニュアル」の周知や親子教室などにより、家庭における看護力の向上をめざします。(医療機関、市町、関係機関、県)
- 「医療ネットみえ」をはじめとする広報手段を活用し、休日・夜間応急診療所等、小児救急医療情報の提供を行うとともに、休日や時間外に診療を行う医療機関の三重県救急医療情報システムへの参加促進に努めます。(医療機関、三重県救急医療情報センター、市町、関係機関、県)
- 小児救急医療拠点病院や二次救急医療機関の輪番制による小児救急患者の受入れ等について、引き続き支援を行い、小児救急医療体制の確保に努めます。(医療機関、市町、県)
- 日常の診察だけでなく、母子保健事業を通じ、関係機関との連携を図りながら、妊娠期から育児期にわたる途切れのない医療的支援を行うとともに、乳幼児事故や児童虐待等の予防など、予防的な視点を含めた小児医療の提供をめざします。(医療機関、関係団体、市町、県)
- あらゆる子どもの死亡事例を検証し、死因を究明するチャイルド・デス・レビュー(CDR)について、国の動向を踏まえ、本県における導入を検討します。(医療機関、関係団体、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的ケア児等が生活の場で療養・療育できるよう、相談支援専門員等関係者の連携をコーディネートする人材の確保、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)
- 医療的ケア児等の在宅療養を支えるため、三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンターと連携し、医療、福祉、保健、教育等地域における支援関係機関の連携強化を図ります。(医療機関、三重大学、医療関係団体、市町、関係機関、県)
- 小児対応訪問看護ステーションや、訪問診療が可能な医療機関の確保に向け、医師(総合診療医を含む)、歯科医師、薬剤師、看護師等を対象とした研修等を実施するなど、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)
- 医療的ケア児の家族が地域で安心して生活できるよう、レスパイト・短期入所を行うための体制構築を支援します。(医療機関、三重大学、医療関係団体、関係機関、県)
- 市町や関係機関との連携体制、レスパイト体制の充実、強化等、小児在宅医療体制の県内全域への拡充を図ります。(医療機関、三重大学、医療関係団体、市町、関係機関、県)
- 各地域において、途切れのない発達支援が行われるよう、子育てや発達に関する相談体制の充実や、成人期への円滑な移行体制の整備、発達支援に関する人材育成等に取り組みます。
(市町、関係機関、県)

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

- 本県の65歳以上の高齢者人口は、平成28(2016)年の509,331人¹から平成37(2025)年には527,989人²に増加し、同年の75歳以上の人口割合は、現在の14.0%から18.3%に増加すると見込まれています。疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、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。
- 在宅人工呼吸指導管理料*を算定している患者数は年々増加し、医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者も増加しているといわれており、平成27(2015)年度のNDBによると、本県の15歳未満の在宅人工呼吸指導管理料のレセプト件数は、265件となっています。
- 平成29(2017)年3月に策定した「三重県地域医療構想」では、本県における在宅医療等の医療需要は平成25(2013)年の16,133.1人/日から平成37(2025)年には21,656.4人/日になると見込まれており、この需要に対応していくには、病床の機能分化・連携と合わせて、在宅医療や地域包括ケアシステムに係る体制整備を進めていくことが重要となります。
- 40歳以上の県民の50.4%が病気などで人生の最期を迎えることとなった場合に自宅で過ごすことを望んでおり³、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。

(2) 訪問診療・往診

- 人口10万人あたりの本県の訪問診療件数は4,851.0件で、全国平均5,713.3件を下回っています。
- 人口10万人あたりの本県の訪問診療を実施している病院・診療所数は24.2施設で、全国平均21.7施設を上回っています。
- 訪問診療または往診等を実施している医療機関は32病院⁴、267診療所⁵の合計299施設です。人口10万人あたりの施設数は、桑名市、いなべ市、四日市市、鈴鹿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。

¹ 出典：三重県「月別人口調査」(平成28年10月)

² 出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)

³ 出典：三重県「在宅医療および介護予防に関する県民意識アンケート」(平成29年8月)

⁴ 出典：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」(平成29年)(県内99病院を対象に実施し、回答率は86.9%(86病院))

⁵ 出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成29年)(在宅医療実施医療機関を事前に調査した上で、在宅療養支援診療所の届出がある施設162、同届出はしていないが在宅医療を実施している施設330(一般診療所281、専門診療科診療所49)、在宅医療を実施していない施設180に対して実施。回収率は在宅療養支援診療所で58.0%(94施設)、届出はしていないが在宅医療を実施している施設で63.0%(208施設)、在宅を実施していない施設で56.7%(102施設)。

図表 5-11-1 訪問診療件数、訪問診療を実施する病院・診療所数

(単位：件/年、か所)

	件数	人口10万人あたり 件数	病院・診療所数	人口10万人あたり 病院・診療所数
全国	7,325,943	5,713.3	27,789	21.7
三重県	90,235	4,851.0	447	24.2

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

図表 5-11-2 在宅医療実施施設数

(単位：か所)

構想区域	病院 ¹	一般診療所 ²	一般診療所 (専門診療科)	在宅療養 支援診療所 ²	診療所小計	合計	人口10万人 あたり施設数
桑 員	4	12	3	8	23	27	12.2
三 泗	6	24		8	32	38	10.0
鈴 亀	3	8	2	25	35	38	15.2
津	5	19	6	18	43	48	17.0
伊 賀	2	26	7	4	37	39	22.4
松 阪	5	19	4	11	34	39	17.4
伊勢志摩	5	27	4	15	46	51	21.4
東紀州	2	12	1	4	17	19	25.8
合計	32	147	27	93	267	299	16.2

※空欄はデータなし

資料：¹三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成29年）、²三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成29年）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成29年1月1日現在）

- 人口10万人あたりの本県の在宅療養支援診療所数と病床数は、それぞれ9.6施設、11.9床で、全国平均11.5施設、23.1床と比較して少ない状況です。
- 人口10万人あたりの本県の在宅療養支援病院*数と病床数は、それぞれ0.6施設、53.5床で、全国平均0.9施設、88.1床と比較して少ない状況です。

図表 5-11-3 在宅療養支援施設数・病床数

(単位：か所、床)

		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(1) ※機能強化型(単独)	全国	175	0.1	752	0.6
	三重県	0	0	0	0
在宅療養支援診療所(2) ※機能強化型(連携)	全国	2,614	2.0	4,486	3.5
	三重県	51	2.8	95	5.1
在宅療養支援診療所(3) ※従来型	全国	11,894	9.3	24,335	19.0
	三重県	126	6.8	126	6.8
在宅療養支援病院(1) ※機能強化型(単独)	全国	152	0.1	16,534	12.9
	三重県	2	0.1	173	9.4
在宅療養支援病院(2) ※機能強化型(連携)	全国	305	0.2	33,099	25.8
	三重県	5	0.3	518	28.0
在宅療養支援病院(3) ※従来型	全国	652	0.5	63,253	49.3
	三重県	4	0.2	299	16.2

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成28年3月31日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- 平成29(2017)年1月分の病院の訪問診療件数は956件、平成29(2017)年4月分の診療所の訪問診療件数は7,194件であり、1施設あたりの平均は、病院29.9件、一般診療

所 13.9 件、在宅療養支援診療所 55.5 件です。

- 人口 1 万人あたりの訪問診療実施件数は県平均 44.1 件となっています。市町別では、志摩市が 110.7 件、伊勢市が 89.4 件、松阪市が 64.1 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 5-11-4 病院・診療所の訪問診療件数(平成 29 年 1 か月分)

(単位：か所、件/月)

構想区域	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		
桑 員	4	13	12	186	8	437	636	28.8
三 泗	6	29	24	219	8	1,383	1,631	43.0
鈴 亀	3	20	8	25	25	296	341	13.6
津	5	212	19	203	18	1,285	1,700	60.3
伊 賀	2	11	25	284	4	255	550	31.6
松 阪	5	267	19	375	11	596	1,238	55.4
伊勢志摩	5	396	27	648	15	809	1,853	77.8
東紀州	2	8	12	96	4	97	201	27.3
合 計	32	956	146	2,036	93	5,158	8,150	44.1
(1施設平均)	—	(29.9)	—	(13.9)	—	(55.5)	(30.1)	—

※病院：平成 29 年 1 月、診療所：平成 29 年 4 月

資料：¹三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」(平成 29 年) ²三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 29 年)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 29 年 1 月 1 日現在)

- 県医師会が実施したアンケートによると、在宅医療を実施と回答しているほとんどの在宅療養支援診療所、一般診療所で、時間外・休日に緊急往診を実施しています。平成 29(2017)年 3 月・4 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 6.3 件、一般診療所で 3.0 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 5-11-5 時間外・休日等の緊急往診を実施している病院・診療所

(病院：平成 28 年 12 月・平成 29 年 1 月、診療所：平成 29 年 3 月・4 月)

(単位：か所、件/2 か月)

構想区域	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
桑 員	4	7	11	14	8	35
三 泗	4	3	24	20	8	247
鈴 亀	2	2	8	5	25	52
津	2	29	19	43	18	69
伊 賀	2	3	23	29	4	33
松 阪	1	18	19	173	11	80
伊勢志摩	2	20	27	114	15	55
東紀州			12	30	3	9
合 計	17	82	143	428	92	580
(1施設平均)	—	(4.8)	—	(3.0)	—	(6.3)

資料：¹三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」(平成 29 年)

²三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 29 年)

(3) 訪問看護

- 人口 10 万人あたりの本県の訪問看護ステーション数は 8.6 か所で、全国平均 8.4 か所をやや上回っています。従事者数は准看護師のみ全国平均より多くなっています。
- 人口 10 万人あたりの本県の 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下回っています。

図表 5-11-6 訪問看護ステーション数

(単位：か所)

		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	10,689	8.4
	三重県	155	8.6

資料：厚生労働省「平成 28 年 介護給付費等実態調査報告」、総務省「人口推計」（平成 29 年 4 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 29 年 4 月 1 日現在）

図表 5-11-7 訪問看護ステーションの職種別従事者数

(単位：人)

		従事者数	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	人口 10 万人あたり従事者数
保健師	全 国	711	0.55	594	0.46
	三重県	7	0.38	6	0.30
助産師	全 国	34	0.03	29	0.02
	三重県	—	—	—	—
看護師	全 国	32,830	25.60	28,255	22.04
	三重県	417	22.42	307	16.50
准看護師	全 国	3,526	2.75	2,633	2.05
	三重県	58	3.12	37	2.00
理学療法士	全 国	6,630	5.17	5091	3.97
	三重県	77	4.14	62.7	3.40
作業療法士	全 国	3,055	2.38	2,316	1.81
	三重県	33	1.77	28	1.50
言語聴覚士	全 国	569	0.4	※	※
	三重県	3	0.2	※	※

※はデータなし

資料：厚生労働省「平成 27 年 介護サービス施設・事業所調査」、総務省「国勢調査」（平成 27 年 10 月 1 日現在）

- 人口 10 万人あたりの本県の医療保険、介護保険による訪問看護提供件数は、それぞれ 308.1 件、4,270.0 件で、全国平均 423.1 件、4,784.2 件を下回っています。
- 人口 10 万人あたりの本県の医療保険による訪問看護利用者数は 49.73 人／月で、全国平均 44.80 人／月を上回っていますが、小児の訪問看護利用者数は 17.99 人／月で、全国平均 21.26 人／月を下回っています。
- 人口 10 万人あたりの本県の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はそれぞれ 0.42 千人／年、0.06 千人／年で、全国平均 0.48 千人／年、0.08 千人／年を下回っています。

図表 5-11-8 訪問看護提供件数

(単位：件/年)

	医療保険による 提供件数 ¹	人口 10 万人 あたり件数	介護保険による 提供件数 ²	人口 10 万人 あたり件数
全 国	541,878	423.1	6,127,002	4,784.2
三重県	5,699	308.1	78,997	4,270.0

資料：¹厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、²厚生労働省「介護DB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年 1 月 1 日現在）

図表 5-11-9 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	うち小児（15 歳未満） 利用者数	小児人口 10 万人 あたり小児利用者数
全 国	56,941	44.80	3,377	21.26
三重県	903	49.73	42	17.99

資料：厚生労働省「平成 27 年 訪問看護療養費調査」、総務省「国勢調査」（平成 27 年 10 月 1 日現在）

図表 5-11-10 介護保険による訪問看護利用者数

(単位：千人/年)

		利用者数	人口 10 万人あたり 利用者数
訪問看護利用者数	全 国	612.2	0.48
	三重県	7.6	0.42
介護予防訪問看護利用者数	全 国	99.9	0.08
	三重県	1.0	0.06

資料：厚生労働省「平成 28 年度 介護給付費等実態調査報告」、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

- 人口 10 万人あたりの介護保険法の緊急時訪問看護加算*等の届出状況は、各項目ともに全国平均と同程度で、健康保険法の 24 時間連絡体制加算*の届出状況は全国平均と比べて高い状況です。

図表 5-11-11 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	人口 10 万人あたり	
				全 国	三重県
訪問看護ステーション数		8,719	123	6.9	6.8
介護保険法	緊急時訪問看護加算の届出	7,609	109	6.0	6.0
	特別管理体制の届出	7,758	113	6.1	6.3
	ターミナルケア加算の届出	7,213	108	5.7	6.0
健康保険法	24 時間対応体制加算*の届出	7,091	92	5.6	5.1
	24 時間連絡体制加算の届出	640	19	0.5	1.1
	特別管理加算の届出	7,519	107	5.9	5.9

資料：厚生労働省「平成 28 年 介護サービス施設・事業所調査」、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

- 訪問看護ステーションは 159 事業所を指定しており、人口 1 万人あたりの事業所数は 0.9 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 142 事業所で、人口 1 万人あたりの事業所数は 0.8 施設となっています。
- 6 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 5-11-12 訪問看護ステーション数

(単位：か所)

構想区域	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
桑 員	23	1.1	19	0.9
三 泗	35	0.9	32	0.8
鈴 亀	20	0.8	18	0.7
津	19	0.7	17	0.6
伊 賀	15	0.9	15	0.9
松 阪	16	0.7	15	0.7
伊勢志摩	24	1.0	19	0.8
東紀州	7	1.0	7	1.0
合 計	159	0.9	142	0.8

(うち、休止届の出ている訪問看護ステーションは 10 か所)

※健康保険法の保健医療機関に指定された医療機関は、介護保険法による訪問看護の事業者として、指定をされたものとみなされます(これを「みなし指定」といいます。)。みなし指定の訪問看護事業所は 805 か所で、そのうち請求があったのは平成 29 年 6 月分で 20 か所でした⁶。

資料：三重県「指定事業者等管理システム」(平成 29 年 9 月現在)、三重県「月別人口調査」(平成 29 年 9 月 1 日現在)

(4) 訪問歯科診療

- 人口 10 万人あたりの本県の在宅療養支援歯科診療所数は 5.1 か所で、全国平均 4.8 か所を上回っていますが、東紀州区域は設置されていないなど、地域によってばらつきがあります。
- 人口 10 万人あたりの本県のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所数は 6.2 か所で、全国平均 6.1 か所をやや上回っています。
- 人口 10 万人あたりの本県の歯科訪問診療を実施している診療所数は 9.6 か所で、全国平均 10.8 か所を下回っていますが、伊賀区域では 12.3 か所、松阪区域では 19.7 か所、伊勢志摩区域では 11.8 か所と全国平均を上回っています。
- 医療・介護関係者等と連携し、地域で効果的な歯科治療や口腔ケアが受けられる提供体制を整備するための地域口腔ケアステーションを 11 か所設置しています。

⁶ 出典：「国保連合会介護給付適正化システム」

図表 5-11-13 在宅療養支援歯科診療所数

(単位：か所)

構想区域	施設数	人口10万人あたり施設数
全 国	6,140	4.8
三重県	95	5.1
桑 員	7	3.2
三 泗	14	3.7
鈴 亀	3	1.2
津	20	7.1
伊 賀	15	8.6
松 阪	20	8.9
伊勢志摩	16	6.6
東紀州	0	0

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成28年3月31日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

図表 5-11-14 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

(単位：か所)

	施設数	人口10万人あたり施設数
全 国	7,858	6.1
三重県	115	6.2

資料：厚生労働省厚生局「届出受理医療機関名簿」（平成29年11月）※東北、関東・甲信越、中国地方は平成29年10月時点、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成29年1月1日現在）

図表 5-11-15 歯科訪問診療を実施している診療所数

(単位：か所)

構想区域	施設数	人口10万人あたり施設数
全 国	13,852	10.8
三重県	179	9.6
桑 員	13	5.9
三 泗	25	6.6
鈴 亀	14	5.6
津	27	9.5
伊 賀	22	12.3
松 阪	45	19.7
伊勢志摩	29	11.8
東紀州	4	5.1

資料：厚生労働省「平成26年医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）

(5) 訪問薬剤管理指導・訪問リハビリテーション・訪問栄養食事指導

- 訪問薬剤管理指導の届出がある薬局数は県内に706施設あり、人口1万人あたりの訪問薬剤管理指導の届出がある薬局数は3.8か所で、全国平均3.6か所を上回っています。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。
- 本県の居宅療養管理指導を算定している薬局数は272施設です。

図表 5-11-16 訪問薬剤管理指導の届出がある薬局数
(単位：か所)

構想区域	訪問薬剤管理指導の届出がある 薬局数	
	施設数	人口1万人あたり 施設数
全 国	46,049	3.6
三重県	706	3.8
桑 員	83	3.8
三 泗	143	3.8
鈴 亀	90	3.6
津	104	3.7
伊 賀	66	3.8
松 阪	86	3.8
伊勢志摩	103	4.3
東紀州	31	4.1

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成28年3月31日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

図表 5-11-17 居宅療養管理指導を算定している薬局数
(単位：か所)

	施設数	人口10万人 あたり施設数
三重県	272	14.8

資料：「国保連合会介護給付適正化システム」（平成28年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成29年1月1日現在）

- 人口10万人あたりの本県の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はそれぞれ143.8人、33.2人で、ともに全国平均105.4人、19.8人を上回っています。

図表 5-11-18 訪問リハビリテーション事業所数(左表)および訪問リハビリテーション利用者数(右表)

	施設数 (か所)	人口10万人 あたり 施設数			人 数 (千人)	人口10万人 あたり人数 (人)
				三 重 県	2.6	143.8
三 重 県	67	3.7	介護予防訪問 リハビリテーション 利用者数	全 国	25.1	19.8
				三 重 県	0.6	33.2

資料：いずれも厚生労働省「平成28年度 介護給付費等実態調査報告」、総務省「人口推計」（平成28年10月1日現在）

図表 5-11-19 在宅リハビリテーション提供件数

(単位：件/年)

	件数	人口10万人 あたり件数	うち小児(15歳未満) 件数	小児人口10万人 あたり小児利用者数
全 国	43,615	34.1	※	※
三 重 県	300	16.2	71	29.6

※はデータなし 資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- 平成 29 (2017) 年 9 月現在の医療ネットみえにおける在宅患者訪問栄養食事指導に対応できる医療機関数は 34 施設ですが、平成 27 (2015) 年度の NDB によると、県内の訪問栄養食事指導料の算定件数はほとんどない状況です。一方で、一部地域では、地域の管理栄養士と医療機関との契約により訪問栄養食事指導を行ったり、研究会を立ち上げ医療関係者等への周知を図る取組が進められています。

(6) 入退院支援

- 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。
- 人口 10 万人あたりの本県の退院時共同指導の件数は 12.4 件で、全国平均 10.6 件を上回っていますが、医療機関数は 1.35 施設で、全国平均 1.55 施設を下回っています。
- 入退院支援を行う部門を設置している病院は 68 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 175 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 77% の 65 病院で必要に応じて実施されています。

図表 5-11-20 退院時共同指導件数、退院時共同指導を実施している医療機関数

(単位：件/年、か所)

	件数	人口 10 万人あたり件数	医療機関数	人口 10 万人あたり医療機関数
全国	13,595	10.6	1,982	1.55
三重県	230	12.4	25	1.35

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」(平成 28 年 1 月 1 日現在)

図表 5-11-21 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、人)

構想区域	部門設置の有無		ありの場合の職種別人員配置				なしの場合の介護支援専門員との連携				
	あり	なし	医師	看護師	事務職	ソーシャルワーカー	行っていない	ほとんど行っている	必要に応じて行っている	あまり行っていない	把握していない
桑 員	10	3	3	11	9	19		2	1		
三 泗	10	3	3	9	9	35		2	1		
鈴 亀	8	2	4	9	7	20	1		1		
津	15	6	8	20	10	26		3	2		
伊 賀	5	2	6	10	5	13					1
松 阪	9		1	15	13	28					
伊勢志摩	9		0	10.5	3	28					
東紀州	2	2	0	3	1	6		2			
合計	68	18	25	87.5	57	175	1	9	5		1

※空欄はデータなし

資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」(平成 29 年)

図表 5-11-22 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)

構想区域	ほとんどの ケースで 行っている	必要に応じて 行っている	あまり行って いない	把握していない
桑 員		9	4	
三 泗	1	10	2	
鈴 亀		8	2	
津		15	4	1
伊 賀		5		1
松 阪	1	6	2	
伊勢志摩	4	4	1	
東紀州		2	2	
合 計	6	59	17	2

※空欄はデータなし

資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」(平成 29 年)

(7) 急変時対応

- 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や家族への負担への懸念が挙げられており、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 58 施設ですが、受入れ状況を見ると、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を含む)が全体の 78%となっており、条件なく常に受入れできるのは 7 施設にとどまっています。

図表 5-11-23 在宅療養患者の緊急一時入院の受入れ状況(病院)

(単位：か所)

構想区域	実施の有無		ありの場合の受入れ状況			
	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)
桑 員	8	5	1	1	5	1
三 泗	11	2		1	8	2
鈴 亀	4	6			2	2
津	16	5	2	2	10	2
伊 賀	4	2		2	2	
松 阪	7	2			5	2
伊勢志摩	6	3	3		3	
東紀州	2	2	1		1	
合 計	58	27	7	6	36	9

※空欄はデータなし

資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」(平成 29 年)

⁷ 出典：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成 24 年)

図表 5-11-24 緊急一時入院を常に受け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 ～			
常に受け入れできる	2		2	2	1		7
常に受け入れできる（自院または 連携診療所等の退院患者に限定）	1	1	2	1	1		6

※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

資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成 29 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観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、介護老人保健施設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。
- 人口 10 万人あたりの本県の短期入所生活介護事業所数および短期入所療養介護事業所数はそれぞれ 12.6 か所、4.9 か所で、全国平均 8.6 か所、4.2 か所を上回っています。
- 人口 1 万人あたりの短期入所サービス利用者数は、短期入所生活介護および短期入所療養介護はそれぞれ 33.6 人／月、4.7 人／月で全国平均 23.5 人／月、3.8 人／月を上回っています。

図表 5-11-25 短期入所サービス(ショートステイ)の事業所数

(単位：か所)

		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	10,925	8.6
	三重県	227	12.6
短期入所療養介護事業所数	全 国	5,331	4.2
	三重県	89	4.9

資料：厚生労働省「平成 28 年 介護サービス施設・事業所調査」、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

図表 5-11-26 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	短期入所 療養介護	短期入所 生活介護	短期入所 療養介護	短期入所 生活介護	短期入所 療養介護
全 国	10,925	5,331	298,609	47,968	23.5	3.8
三重県	227	89	6,077	851	33.6	4.7

資料：厚生労働省「平成 28 年 介護サービス施設・事業所調査」、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

(8) 看取り

- 40 歳以上の県民の 50.4%が病気などで人生の最期を迎えることとなった場合に自宅で過ごすことを望んでおり⁸、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。
- 一方、人生の最終段階における医療について家族と全く話し合ったことがないと 59.0%が回答しています⁹。
- 本県の人口 10 万人あたりの在宅ターミナルケア*を受けた患者数は 64.2 人で、全国平均 58.1 人を上回っています。
- 本県の人口 10 万人あたりの在宅看取り数は 128.6 人で、全国平均 99.5 人を上回っています。
- 在宅看取りに対応している病院は 19 施設、診療所（一般診療所と在宅療養支援診療所）は 202 施設、合計 221 施設あります。

図表 5-11-27 在宅ターミナルケアを受けた患者数・在宅看取り数

(単位：人)

二次医療圏	在宅ターミナルケアを受けた患者数		在宅看取り数 (死亡診断書のみを含む)	
	人数	人口 10 万人あたり	人数	人口 10 万人あたり
全 国	74,401	58.1	127,476	99.5
三重県	1,188	64.2	2,379	128.6
北勢医療圏	648	76.2	968	113.8
中勢伊賀医療圏	194	42.3	558	121.8
南勢志摩医療圏	328	70.4	797	171.1
東紀州医療圏	18	24.0	56	74.7

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年 1 月 1 日現在）

図表 5-11-28 在宅看取りを実施している医療機関数

(単位：施設)

	医療機関数	人口 10 万人あたり
全 国	9,701	7.6
三重県	155	8.4

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年 1 月 1 日現在）

⁸ 出典：三重県「在宅医療および介護予防に関する県民意識アンケート調査」（平成 29 年）

⁹ 出典：三重県「在宅医療および介護予防に関する県民意識アンケート調査」（平成 29 年）

図表 5-11-29 在宅看取りに対応している病院数・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)

構想区域	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			
桑員	3	16	11	18	7	70	104	4.7	9
三泗	4	16	19	51	8	316	383	10.1	20
鈴亀	2	8	7	13	20	121	142	5.7	11
津	3	24	16	27	17	130	181	6.4	10
伊賀	2	27	20	52	4	60	139	8.0	14
松阪	1	6	17	63	10	146	215	9.6	11
伊勢志摩	3	49	22	81	14	113	243	10.2	16
東紀州	1	3	6	9	4	20	32	4.3	7
合計	19	149	118	314	84	976	1,439	7.8	98
(1施設平均)	—	(7.8)	—	(2.7)	—	(11.6)	—	—	—

資料：¹三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成29年）、²三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成29年）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成29年1月1日現在）、³厚生労働省「医政局指導課による平成27年介護サービス施設・事業所調査特別集計」

- 平成28（2016）年度における本県の在宅（自宅、老人ホーム）死亡者割合は20.9%で、全国平均19.8%を上回っており、平成22（2010）年度と同調査17.6%と比べて増加しています。
- 県内のがん患者死亡者数のうち、在宅死亡者割合は15.3%で、全国平均13.6%を上回っています¹⁰。

図表 5-11-30 平成28年と平成22年の在宅死亡者数の比較

(単位：人/年、%)

構想区域	平成28年			平成22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
桑員	2,116	377	17.8	2,007	239	11.9	105.4	157.7	5.9
三泗	3,576	898	25.1	3,322	665	20	107.6	135.0	5.1
鈴亀	2,245	384	17.1	2,055	334	16.3	109.2	115.0	0.8
津	2,849	517	18.1	2,892	436	15.1	98.5	118.6	3
伊賀	2,058	450	21.9	1,811	422	23.3	113.6	106.6	-1.4
松阪	2,629	528	20.1	2,453	406	16.6	107.2	130.0	3.5
伊勢志摩	3,143	868	27.6	2,914	625	21.4	107.9	138.9	6.2
東紀州	1,214	131	10.8	1,237	159	12.9	98.1	82.4	-2.1
合計	19,830	4,153	20.9	18,691	3,286	17.6	106.1	126.4	3.3
全国	1,307,748	259,467	19.8	1,197,012	192,882	16.1	109.3	134.5	3.7

資料：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）」

¹⁰ 出典：厚生労働省「平成28年人口動態調査」

2. 圏域の設定と連携体制

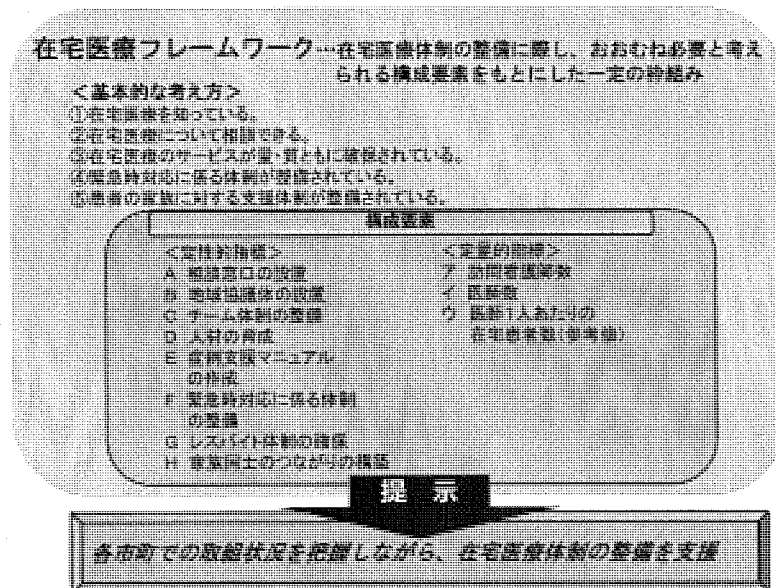
(1) 圏域の設定

- 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、医療資源に乏しい市町が広域的に補完できることや、地域医療構想との整合性が取れることも必要です。本県の在宅医療圏域は、8地域医療構想区域を基本的な圏域としつつ、実際に事業を実施する際には、圏域にこだわらず必要に応じて市町単位等での各指標の分析や、医療と介護の連携体制の構築等を実施していきます。

(2) 連携の現状

- 地域医療構想策定やその推進にあたって、医療機能の分化・連携を進める観点から、本県独自の取組として、在宅医療フレームワークの取組を進めています。在宅医療体制の全県的な整備を進めていくため、医療・介護の関係者等で構成する三重県在宅医療推進懇話会において検討を重ね、平成28(2016)年6月に在宅医療フレームワークを策定しました。在宅医療提供体制の構築に際し、おおむね必要と考えられる構成要素をもとにした一定の枠組み(フレームワーク)を提示し、これに基づいて市町の取組状況をより客観的に把握した上で、県として必要な支援を行っています。

図表 5-11-31 在宅医療フレームワーク



- 各市町において、在宅医療フレームワークの構成要素について、「B 地域協議体の設置」、「D 人材の育成」、「G レスパイト体制の確保」、「H 家族同士のつながりの構築」については取組が進んでいる状況ですが、「A 相談窓口の設置」、「C チーム体制の整備」、「E 事例支援マニュアルの作成」、「F 緊急時対応に係る体制の整備」については取組が遅れている状況です。

図表 5-11-32 在宅医療フレームワーク進捗状況

項目		対応済み		対応中		未対応	
A	相談窓口の設置	16	55.2%	13	44.8%	0	0.0%
B	地域協議体の設置	26	89.7%	3	10.3%	0	0.0%
C	チーム体制の整備	3	10.3%	26	89.7%	0	0.0%
D	人材の育成	29	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
E	症例支援マニュアルの作成 ^{※1}	11	37.9%	18	62.1%	0	0.0%
F	緊急時対応に係る体制の整備 ^{※2}	14	48.3%	5	17.2%	10	34.5%
G	レスパイト体制の確保 ^{※3}	29	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
H	家族同士のつながりの構築	27	93.1%	1	3.4%	1	3.4%

※1 認知症、がん、脳卒中のいずれかについて、作成している場合は対応済みとしています。

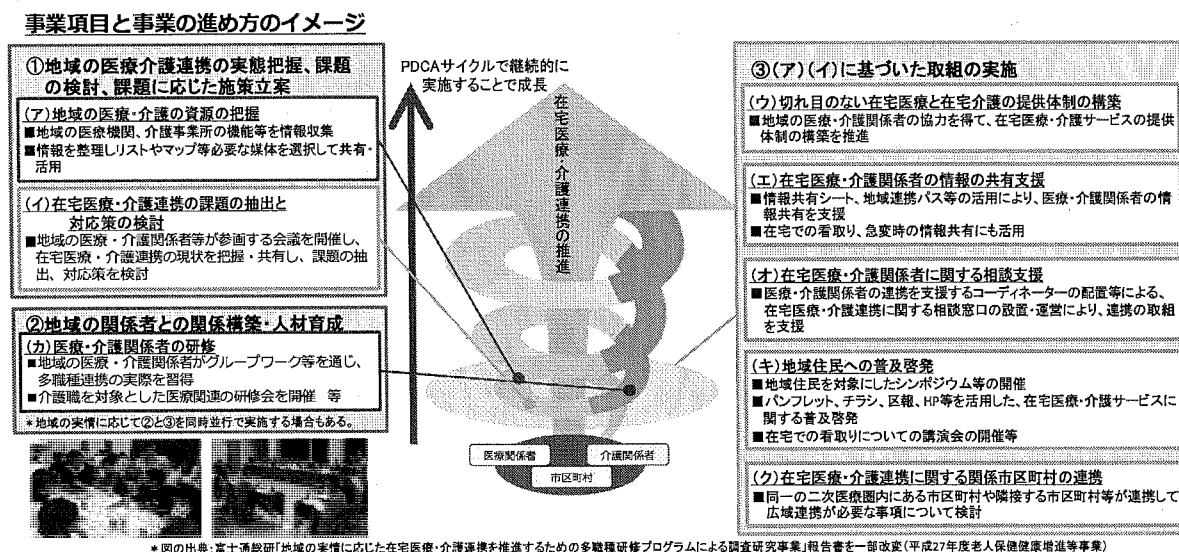
※2 医療レスパイトも含めて確認を行いました。

※3 レスパイト体制については、緊急ショートステイ等の福祉レスパイトについて確認を行いました。

資料：三重県調査（平成29年12月）

- 平成26（2014）年6月に成立した医療介護総合確保推進法により、「在宅医療・介護連携の推進」が介護保険法における地域支援事業に位置付けられ、（ア）から（ク）までの事業内容を平成30（2018）年度には全ての市町で実施することになっています。

図表 5-11-33 在宅医療・介護連携推進事業



出典：厚生労働省資料

- 各市町において、在宅医療・介護連携推進事業について、「（ア）地域の医療・介護の資源の把握」、「（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」、「（エ）在宅医療・介護関係者の情報の共有支援」、「（カ）医療・介護関係者の研修」、「（キ）地域住民への普及啓発」、「（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」については取組が進められていますが、「（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築」、「（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援」については取組が遅れている市町も多い状況です。
- 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91%に上っていますが、一般診療所では62%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 5-11-34 在宅医療・介護連携推進事業進捗状況

項目		実施済み		年度内に実施予定		実施していない	
ア	地域の医療・介護の資源の把握	24	82.8%	4	13.8%	1	3.4%
イ	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	25	86.2%	2	6.9%	2	6.9%
ウ	切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築	17	58.6%	3	10.3%	9	31.0%
エ	在宅医療・介護関係者の情報の共有支援	23	79.3%	2	6.9%	4	13.8%
オ	在宅医療・介護関係者に関する相談支援	17	58.6%	2	6.9%	10	34.5%
カ	医療・介護関係者の研修	28	96.6%	1	3.4%	0	0%
キ	地域住民への普及啓発	26	89.7%	1	3.4%	2	6.9%
ク	在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	23	79.3%	2	6.9%	4	13.8%

資料：三重県調査(平成29年6月)

図表 5-11-35 関係機関との連携による往診や訪問診療の実施状況(一般診療所)

(単位：か所、%)

構想区域	一般診療所									
	連携の有無		ありの場合の連携割合 (%)							
	あり	なし	診療科 所	薬調剤 薬局・ 薬局	訪問 看護	支居 援宅 介 護	訪問 リハ	在地 域包 括 介 護	福行政 社担 当者	保 健 所
桑 員	8	9	0.0	0.0	87.5	12.5	12.5	50.0	37.5	0.0
三 泗	18	11	0.0	0.0	100.0	44.4	55.6	33.3	16.7	11.1
鈴 亀	5	8	0.0	20.0	100.0	100.0	60.0	60.0	20.0	0.0
津	15	8	13.3	20.0	80.0	60.0	60.0	66.7	40.0	13.3
伊 賀	20	11	5.0	10.0	100.0	10.0	25.0	65.0	20.0	5.0
松 阪	17	8	5.9	5.9	94.1	58.8	64.7	47.1	5.9	0.0
伊勢志摩	22	9	18.2	9.1	90.9	45.5	59.1	40.9	27.3	0.0
東紀州	8	4	12.5	0.0	100.0	25.0	25.0	25.0	25.0	0.0
合 計	113	68	8.0	8.0	93.8	41.6	47.8	48.7	23.0	4.4

資料：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成29年)

図表 5-11-36 関係機関との連携による往診や訪問診療の実施状況(在宅療養支援診療所)
(単位：か所、%)

構想区域	在宅療養支援診療所									
	連携の有無		ありの場合の連携割合 (%)							
	あり	なし	診療所 歯科	調剤薬局 薬局	訪問看護	居宅介護 支援	訪問リハ	地域包括 在宅介護	福祉担当 行政の	保健所
桑 員	8	0	37.5	37.5	100.0	75.0	37.5	62.5	25.0	12.5
三 泗	8	0	37.5	50.0	100.0	87.5	100.0	75.0	37.5	25.0
鈴 亀	19	5	36.8	52.6	100.0	63.2	63.2	68.4	31.6	15.8
津	18	1	11.1	22.2	94.4	66.7	61.1	66.7	27.8	5.6
伊 賀	4	0	25.0	25.0	100.0	50.0	25.0	75.0	0.0	0.0
松 阪	9	1	33.3	44.4	100.0	77.8	88.9	66.7	44.4	22.2
伊勢志摩	15	0	20.0	26.7	100.0	66.7	66.7	40.0	73.3	6.7
東紀州	3	1	33.3	33.3	100.0	33.3	66.7	0.0	0.0	0.0
合 計	84	8	27.4	36.9	98.8	67.9	65.5	60.7	36.9	11.9

資料：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成29年)

図表 5-11-37 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)

構想区域	連携の有無		ありの場合の1病院あたりの連携か所数											
	あり	なし	病院	在宅療養 支援診療所	診療所	診療所 歯科	調剤薬局 薬局	訪問看護	居宅介護 支援	訪問リハ	地域包括 在宅介護	福祉担当 行政の	保健所	その他
桑 員	2	2			2.0		0.5	2.5	0.5		3.0			
三 泗	5	1		2.2	0.2			0.6	0.4					
鈴 亀	3			0.7	9.0	6.7	10.0	1.3	6.7		0.3	0.3	0.3	
津	4	1		1.0		0.3	4.5	1.5	5.0	0.8	2.8	0.3	0.3	
伊 賀	2		1.5		3.0		0.5	2.0	3.0	0.5	0.5			
松 阪	3	2						0.7	0.3	0.3				
伊勢志摩	4	1		1.0				1.8	1.3	0.5		0.3		
東紀州	1	1						3.0	7.0					
合 計	24	8	0.1	0.9	1.6	0.9	2.1	1.4	2.6	0.3	0.8	0.1	0.1	

資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」(平成29年)

○各医療機能を担う医療機関

医療機能 構想区域	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
桑 員	10	4	12	8	4	11	8	3	11	7
三 泗	10	6	24	8	4	24	8	4	19	8
鈴 亀	8	3	8	25	2	8	25	2	7	20
津	15	5	19	18	2	19	18	3	16	17
伊 賀	5	2	26	4	2	23	4	2	20	4
松 阪	9	5	19	11	1	19	11	1	17	10
伊勢志摩	9	5	27	15	2	27	15	3	22	14
東紀州	2	2	12	4		12	3	1	6	4
合 計	68	32	147	93	17	143	92	19	118	84

¹資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」(平成29年)

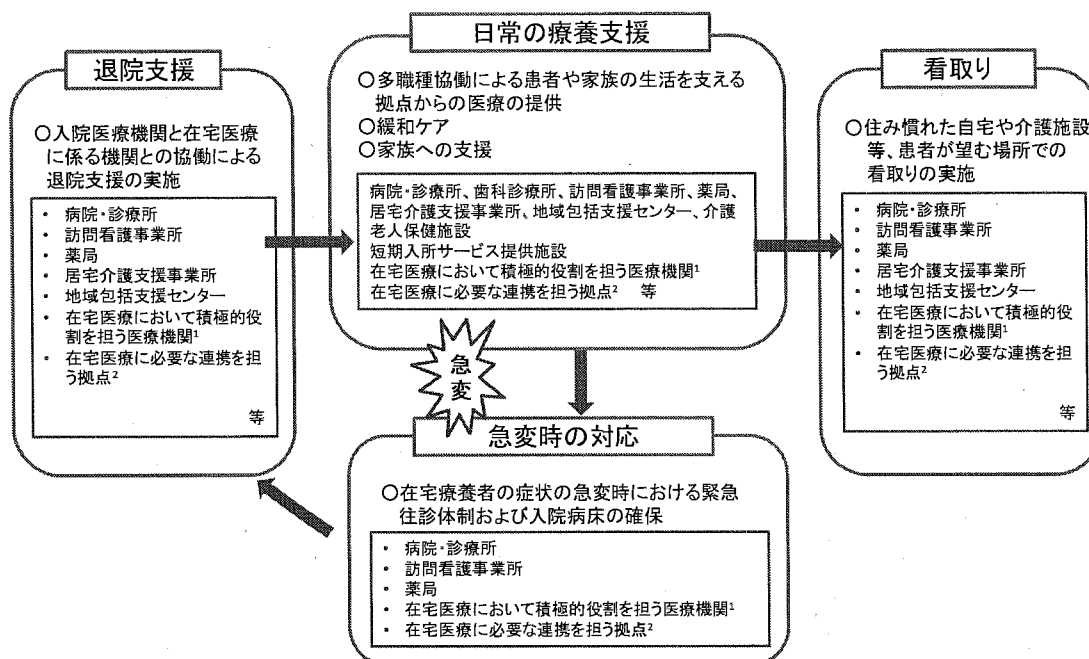
²資料：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成29年)

(3) 連携のあり方

○ 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、各医療機関がそれぞれの機能を発揮し、さらにそれぞれの役割を担う関係機関が連携することにより、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後方支援病床の確保
- 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 5-11-38 在宅医療のイメージ図



- 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。

資料：厚生労働省「在宅医療連携拠点事業説明会資料」

- 在宅医療フレームワークや在宅医療・介護連携推進事業に基づき、地域の実情に応じた在宅医療体制整備と連携強化を進めていくことが必要です。

3. 課題

(1) 入退院支援

- 在宅療養に関する医療・介護資源の情報について、地域で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、入院時から退院後の生活を見据えた退院支援体制の充実を図る必要があります。
- 入院医療機関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。
- 65 歳以上の高齢者人口の増加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患者に対応できる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、保健、医療、福祉、教育等との連携体制の構築や、小児に対応可能な医療機関、訪問看護ステーションの充実が求められます。
- 安心して在宅療養生活を継続できるよう、レスパイト体制の拡充等、在宅療養患者の家族の不安、負担を軽減する体制の構築が求められます。
- 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、効率的な情報共有（ICTを含む）の仕組みを構築するとともに、活用を促進する必要があります。
- 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。また、看取りや重症度の高い利用者に対応できるよう、訪問看護ステーション間の連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められます。
- 在宅歯科医療の充実とともに、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、医療機関等との連携や、地域口腔ケアステーションの充実を推進していくことが求められています。
- 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。
- 居宅等で療養生活を送る際、低栄養の予防など食生活の改善につながるよう、歯科とも連携して適切な栄養管理を提供する体制が必要です。
- 市町が在宅医療体制の整備を進めていく上で、医療資源の少ない市町のみでの体制整備は難しいため、近隣市町や郡市医師会、地域支援病院、特定機能病院*等の連携が必要です。

(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) 看取り

- 誰もが望む場所で人生の最期を迎えられるよう、住民の看取りに対する理解を深めるとともに、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. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- 住み慣れた地域において、誰もが必要な医療・介護・福祉サービスが受けられ、人生の最期まで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時間対応できる体制と、入院機能を有する医療機関が円滑に受入れ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時間体制で看取りを実施できる体制が整っています。

(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) 数値目標

介護保険事業（支援）計画の計画期間（3年）と合わせて医療計画（6年）の半期に見直しを行うこととされていることから、平成32年度、平成35年度の目標値を設定します。

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値	
訪問診療を実施する病院・診療所数 【NDB】	訪問診療件数の目標値の伸び率に応じて、目標値を設定します。※	目 標	
		H32	H35
		504	561
		現 状 (H27)	
		447 施設	

訪問診療件数 【NDB】	地域医療構想に基づき訪問診療の件数が比例的に増加していくと仮定すると、現状の7,519件から平成32年には8,473件、平成35年には9,427件に増加すると推計しており、これを目標値とします。	目 標	
		H32	H35
		8,473	9,427
		現 状(H27) 7,519件/月	
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】	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・准看護師数を平成32年に全国平均まで増加させ、平成35年にはさらに増やすことを目標とします。	目 標	
		H32	H35
		441	538
		現 状(H27) 344人	
訪問看護提供件数 【NDB、介護DB】	訪問看護提供件数を平成32年に全国平均まで増加させ、平成35年にはさらに増やすことを目標とします。	目 標	
		H32	H35
		100,195	115,694
		現 状(H27) 84,696件/年	
在宅療養支援歯科診療所またはかかりつけ歯科医機能強化型診療所の届出をしている歯科診療所数 【届出受理医療機関名簿】	「みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」に準じ、平成35年に219施設に増やすことを目標とします。	目 標	
		H32	H35
		192	219
		現 状(H29) 165施設	
在宅療養管理指導を算定している薬局数 【国保連合会介護給付適正化システム】	在宅療養管理指導を算定している薬局数を、平成35年に現在在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出がある薬局729施設と同数まで増やすこととします。	目 標	
		H32	H35
		500	729
		現 状(H28) 272施設	
退院時共同指導件数 【NDB】	退院時共同指導件数を平成32年に全国上位の値まで増加させ、平成35年にはさらに増やすことを目標とします。	目 標	
		H32	H35
		450	670
		現 状(H27) 230件/年	
在宅看取りを実施している病院・診療所数 【NDB】	訪問診療件数の目標値の伸び率に応じて、目標値を設定します。※	目 標	
		H32	H35
		174	195
		現 状(H27) 155施設	

※地域医療構想に基づき訪問診療の件数が比例的に増加していくと仮定すると、現状の7,519件から平成32年には8,473件、平成35年には9,427件に増加すると推計されることから、この需要と同じ伸び率で医療機関数を増やすこととします。

(4) 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ことのできる、かかりつけ医や総合診療医等の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、医師会、三重大学、県)
- 医療依存度の高い子どもが安心して在宅療養できるよう、保健、医療、福祉、教育等との連携体制の構築や、対応可能な医療機関、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、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等を担う人材の育成や定着を図ります。(医療機関、三重大学、医療関係団体、市町、関係機関、県)
- 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、短期受け入れベッドの確保を進めます。(医療機関、市町)
- 在宅歯科医療に係る専門的な歯科治療や口腔ケアが安全かつ効果的に実施されるよう、医療、介護関係者等を対象とした研修会を開催します。(医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関、県)
- 在宅歯科医療の充実に向け、地域ごとに口腔ケアステーションとしての機能を整備するとともに、地域で継続して歯科受診ができるよう、歯科医療従事者の資質向上や医療・介護関係者との連携を進めます。(医療機関、歯科医師会、県)
- 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)
- 在宅等において使用される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を整備を検討します。(医療機関、医師会、薬剤師会、市町、関係機関)
- 医療・介護関係者等で構成する三重県在宅医療推進懇話会において検討した在宅医療フレームワークに基づき、市町の取組状況を把握しながら、全県的な在宅医療提供体制の整備を進めます。(医療機関、市町、関係機関、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、関係機関、県)
- 入院時から退院後の生活を見据えた退院支援が行われるよう、退院支援・調整に関わる職種を対象とした研修会を開催します。(医療機関、関係機関、県)

- 医師、看護師、歯科医療従事者、薬剤師、リハビリテーション関係職種、栄養士、介護・福祉職種等による多職種協働が図られるよう、さまざまな職種が参加する事例検討会等の取組を促進します。(医療機関、市町、関係機関、県)
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)、相談支援専門員等に対する研修において、医療に関する理解を深めるカリキュラムの充実を図ります。(関係団体、市町、関係機関、県)
- 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います。(医療機関、市町、関係機関、県)
- がん、脳卒中等の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、効率的な情報共有の仕組みの構築と活用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)
- 在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、地域の医療・介護関係者を支援する相談窓口や連携拠点の充実、強化を図ります。(医療機関、市町、関係機関、県)
- 在宅医療・介護連携推進事業の取組が進められるよう、市町担当者同士が集う場の設定やヒアリングを実施し、他市町の具体的な取組の紹介や情報提供、意見交換会を開催するとともに、近隣市町や郡市医師会等の医療・介護関係機関との連携の推進を支援します。(市町、医療機関、県)

取組方向3：県民等への在宅医療・在宅看取りの普及啓発

- 誰もが希望する場所で人生の最期を迎えることができるよう、人生の最期の過ごし方について考える機会の提供や在宅医療・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周知を図るなど、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、関係機関、県)
- 入院医療機関の医師や看護師、退院支援に関わる担当者等および地域の介護支援専門員(ケアマネジャー)、相談支援専門員等に対して、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、関係機関、県)
- 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、関係機関、県)

第1節 | 医療安全対策

(1) 現状

① 医療の質と安全の確保

- 急速に少子高齢化が進む中、限りある医療資源を効率的かつ効果的に活用していく必要がある一方、医療の質の確保の観点から、医療安全対策の重要性が高まっています。このような中、「医療法」が一部改正され、平成 19 (2007) 年 4 月から、病院・診療所・助産所に対し、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づけられています。
- 医療安全管理体制については、全ての病院、診療所および助産所に対して、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、事故報告等や医療安全の確保を目的とした改善策を講ずることが義務づけられています。特定機能病院および臨床研修病院においては、さらに医療安全管理者、医療安全管理部門、相談窓口の設置が義務づけられています。
- 院内感染対策については、平成 28 (2016) 年 2 月に発足した「三重県感染症対策支援ネットワーク (Mie IC Net)」において、院内感染のアウトブレイク（集団発生）時の改善支援や感染対策に関する相談支援、医療従事者を対象とした研修会の開催に加え、県内の感染症関連の動向を把握するための微生物・抗菌薬のサーベイランスや微生物の特殊検査が実施可能な医療機関の紹介等の取組を実施しています。

② 医療事故の防止

- 平成 16 (2004) 年 9 月に「医療法施行規則」が一部改正され、特定機能病院や独立行政法人国立病院機構が設立する病院等は、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）へ報告することが義務づけられました。その他の病院についても任意で報告を行うことが可能で、収集された事例は同機構により分析され、「医療安全情報」として医療機関等に毎月発信されています。
- 平成 26 (2014) 年 6 月の「医療法」の一部改正では、医療事故が発生した際に、その原因を究明し、再発防止に役立てることを目的とした「医療事故調査制度」が定められ、平成 27 (2015) 年 10 月から施行されています。医療事故が発生した医療機関は、遺族への説明や医療事故調査・支援センターへの報告を行うなどの対応が義務づけられています¹。

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」を開設し、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

¹ 医療事故調査制度での「医療事故」とは、「病院、診療所又は助産所に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該病院等の管理者が死亡又は死産を予期しなかったもの」となっています。

連絡調整、医療従事者を対象とした研修会の開催等の取組を実施しています。センターの活動方針について、「三重県医療安全推進協議会」で検討が行われ、県民の医療に対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、専門の相談員（看護師）を配置し、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いますが、その件数は増加傾向にあります。

図表 6-1-1 相談・苦情件数の推移

(単位：件)

年 度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
相 談	308	281	394	445	367	473	445	525	514
苦 情	533	412	295	310	379	331	374	346	298
その他	4	0	0	0	0	0	0	10	9
合 計	845	693	689	755	746	804	819	881	821

※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。

資料：三重県医療安全支援センター集計

- 平成 29 (2017) 年 3 月時点で県内の 100 床以上の病院 (62 施設) で、診療報酬の医療安全対策加算を届け出ている医療機関 (医療安全相談窓口の設置など) は 45 施設となっています。

(2) 課題

① 医療の質と安全の確保

- 全ての医療機関が、患者に安全な医療を提供することの重要性を認識し、医療安全対策に自主的に取り組んでいくとともに、常に見直しを行っていくことが必要です。
- 全ての医療機関において医療安全体制、院内感染対策体制が確立されるよう、各医療機関への立入検査を実施する保健所の検査担当職員の専門性を確保し、医療安全体制等の確認や取組への適切な助言を行うことが必要です。
- 医療機関等における院内感染対策が適切に実施されるよう、施設間の感染対策相談体制を充実させるとともに、アウトブレイク時における専門的な支援の仕組みを継続していく必要があります。

② 医療事故の防止

- 医療事故の防止に向け、医療安全管理体制を充実させるためには、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が必要です。
- 医療事故調査制度における医療事故調査・支援センターへの報告が適切に実施されるよう、医療機関に対して制度の周知徹底を行うとともに、個々の医療機関が医療事故の判断や調査手法等に関する相談対応や助言を受けられるよう、専門的な支援の仕組みを継続してい

く必要があります。

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とともに、相談員など対応職員の資質向上に努め、相談機能の充実を図っていく必要があります。
- 医療機関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とともに、施設内への患者相談窓口の設置等を働きかけていく必要があります。

(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：医療の質と安全の確保および医療事故の防止
- 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：医療の質と安全の確保および医療事故の防止

- 三重県医療安全推進協議会での医療安全の推進方策に係る検討をふまえ、医療の質の向上と安全の確保に向けた取組を展開します。(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、発生時の適切な対応を行う組織的な体制を整備します。また、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)
- 医薬品が関係する医療事故も多いため、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」、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」に基づく医療機関への立入検査において、医療安全体制等の確認を行うとともに、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)
- 医療機関等は、予防対策や初期対応などの院内感染対策を適切に実施するとともに、必要に応じて、三重県感染症対策支援ネットワーク (Mie IC Net) 等による感染対策相談やアウトブレイク時の助言等の専門的な支援を活用します。(医療機関、三重県感染症対策支援ネットワーク (Mie IC Net)、県)
- 医療機関は、医療事故調査制度に関する情報提供や医療事故調査等支援団体による助言等の支援を受けて、同制度に基づく報告や対応を適切に行います。(医療機関、医療事故調査

等支援団体、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

- 患者と医療従事者の相互信頼と協力関係のもとで医療が実施されるよう、必要な知識と情報の提供等の取組を推進します。(医療機関、市町、県)
- 患者等からの相談や苦情に迅速かつ適切に対応するとともに、医療安全推進協議会において相談事例の分析や情報共有を行い、窓口対応への活用や医療機関等への情報提供につなげます。(三重県医療安全支援センター、県)
- 医療安全推進協議会での検討結果をふまえ、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)
- 医療機関において患者相談窓口等を設置するなど、患者等との信頼関係を構築するための体制づくりが進められるよう働きかけます。(医療機関、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務国保課内)

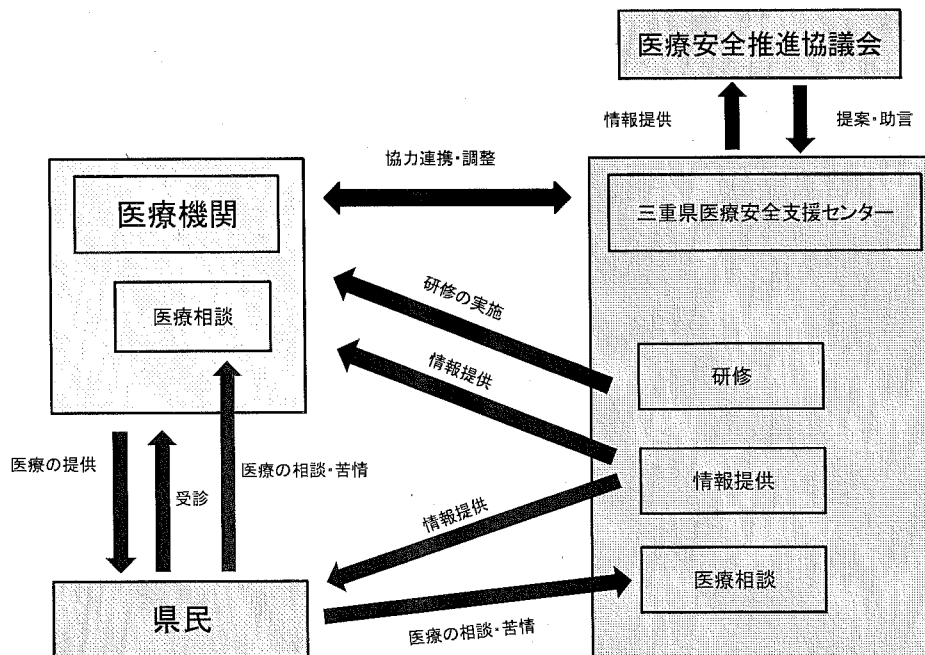
電話番号：059-224-3111 E-mailアドレス：iryos@pref.mie.jp

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 6-1-2 医療相談支援に関する連携体制



第2節 | 臓器移植対策

1. 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および運転免許証裏面への記載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、13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 6-2-1 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 6-2-2 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 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
平成 24 年度	4	22	2	3
平成 25 年度	3	17	1	1
平成 26 年度	1	14	0	0
平成 27 年度	3	15	3	6
平成 28 年度	1	8	0	0

資料：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

- 意思表示カードおよび運転免許証裏面への記載の普及等、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、関係機関、県)
- 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、関係機関、県)

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)

2. 造血幹細胞移植

(1) 現状

- 「造血幹細胞移植」は、白血病や再生不良性貧血等の病気に冒された造血幹細胞を健康な人（ドナー）の造血幹細胞に置きかえる治療法です。骨髄から採取した細胞の移植を「骨髄移植」、末梢血から採取した細胞の移植を「末梢血幹細胞移植」、さい帯血（へその緒に流れる血液）を使用するものを「さい帯血移植」といいます。
- わが国では、骨髄バンク事業が平成4（1992）年から開始され、平成29（2017）年8月末現在の非血縁者間移植実施数は21,076例と多くの命を救う実績をあげています。
- 平成29（2017）年8月末現在、全国で約1,500人の患者が骨髄移植を待っています²が、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、移植を受けられない患者が未だ多いのが実情です。
- 平成29（2017）年8月末現在の本県の骨髄ドナー登録者数は、4,530人となっています²。
- 造血幹細胞が多く含まれるさい帯血を移植するさい帯血移植は、ドナー負担がなくコーディネイト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てきました。
- 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、平成29（2017）年8月末現在、さい帯血採取病院は10病院（愛知県内9病院、岐阜県内1病院）と限られており、県内の病院では、さい帯血提供希望者の採取はできない状況にあります。

(2) 課題

- ドナー登録者数の増加に向けた取組が必要です。
- 提供希望者の負担軽減に向けた支援制度の普及が求められています。
- 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、コーディネイト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。

(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：提供希望者、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イト機能等の充実

(5) 取組内容

取組方向1：骨髄移植等の普及啓発の推進

² 出典：公益財団法人 日本骨髄バンク公表資料

- 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、関係機関、県)

取組方向2：提供希望者、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。(関係機関、県)
- 提供希望者の負担軽減に向けた支援制度の普及啓発を推進します。(市町、関係機関、県)

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)

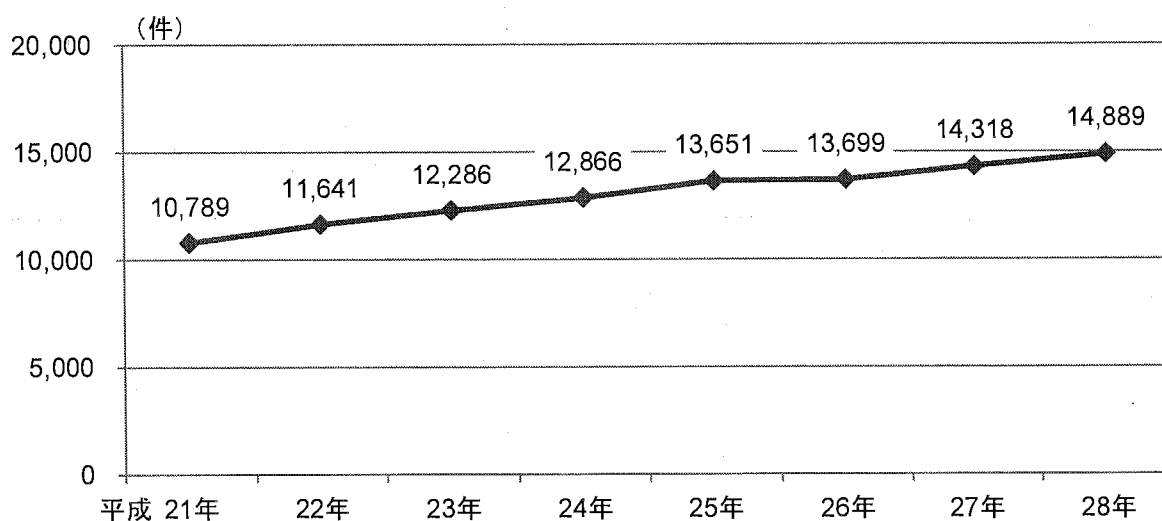
第3節 | 難病・特定疾患等対策

1. 難病・特定疾患

(1) 現状

- 難病対策については、昭和 47 (1972) 年 10 月に策定された「難病対策要綱」により実施されてきましたが、平成 26 (2014) 年 5 月に、「難病の患者に対する医療等に関する法律」(以下「難病法」という。)が成立し、平成 27 (2015) 年 1 月 1 日から施行された難病法に基づき、難病の患者に対する医療費の助成、難病の医療に関する調査および研究の推進、療養生活環境整備事業の実施の 3 本柱により総合的な対策として行われることとなりました。
- 難病法では、難病について「発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない稀少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とするようになるもの」と定義しています。このうち平成 29 (2017) 年 4 月現在、330 疾病が指定難病とされ、その医療費の一部を公費負担することで経済的な支援を行っています。平成 28 (2016) 年度末現在、県内の特定医療費(指定難病)医療受給者証所持者数は 14,889 人となっています。
- 医療費助成における対象疾病の拡大や小児期から成人期への切れ目のない支援の必要性、難病の医療提供体制の整備等さまざまな課題が指摘されており、国においても検討が続けられています。
- 難病患者が地域で安心して療養しながら暮らしを続けていくことができるよう、難病患者等に対する相談・支援、地域交流活動の促進および就労支援などを行う拠点施設として、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置し、難病患者の自立と社会参加を支援しています。
- 平成 25 (2013) 年 4 月に施行された「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」(以下「障害者総合支援法」という。)において、障がい者の範囲に難病患者が加えられ、必要と認められた障がい福祉サービス等が市町で実施されています。

図表 6-3-1 三重県の特定期疾患・特定医療費医療受給者証所持者数の推移



※平成 26 年までは特定疾患医療受給者証所持者数、平成 27 年以降は特定医療費医療受給者証所持者数

資料：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

F A X： 059-223-5064

E-mail アドレス： mie-nanbyo@comet.ocn.ne.jp

ホームページ： <http://www.mie-nanbyo.server-shared.com/>

活動内容： 相談支援（平日 9:00～16:00）

電話相談、面接相談、メール相談

地域相談会の開催

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・福祉が連携を図り、支援していく必要があります。
- 国における難病対策のあり方の検討結果等をふまえ、医療費助成制度の円滑な運用や医療提供体制の確保等について、本県における実施体制を再整理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、医療機関をはじめとする地域の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とした相談支援体制や、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：指定難病に係る患者の医療費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：指定難病に係る患者の医療費負担の軽減と医療提供体制の確保

- 難病法に定める特定医療費の支給制度に沿って、適切な医療費の一部公費負担を実施します。（医療機関、県）
- 専門性と経験を有する拠点的な医療機関である拠点病院や、拠点・協力病院によって組織されている難病医療連絡協議会を中心として、地域のさまざまな医療機関が連携し、より身近な地域で長期にわたる治療・療養を支える医療提供体制の整備を進めるとともに、入院施設の確保を行うことにより、重症難病患者の受入れを円滑に行うための協力体制を維持していきます。（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、市町、関係機関、県）
- 障害者総合支援法に基づき、在宅難病患者に対する障がい福祉サービス等を実施します。（市町、関係機関、県）
- 在宅で療養する難病患者の家族等のレスパイトケアのため、必要な入院等ができる受入れ先の確保に努めます。（医療機関、市町、関係機関、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支援の拠点施設として運営します。また、関係機関と連携して就労支援にも取り組んでいきます。（医療機関、市町、関係機関、県）
- 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、関係機関、県）

2. 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」による慢性感染症で、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）年の同法の廃止により終止符が打たれました。
- ハンセン病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、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29（2017）年12月1日現在の本県出身の療養所入所者数は38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。なお、療養所入所者の高齢化が進んでおり、健康状態やニーズに配慮した適切な対応が必要となっています。

(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：ハンセン病問題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：ハンセン病問題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。(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)

第4節 | アレルギー疾患対策

(1) 現状

- アレルギー疾患は、国民の約2人に1人が罹患している国民病であり、喘息死については、減少しているものの、花粉症などのアレルギー疾患は増加しています³。
- 平成27(2015)年12月、「アレルギー疾患対策基本法」が施行され、平成29(2017)年3月に「アレルギー疾患対策基本方針」(以下「基本方針」という。)が告示されました。基本方針には、「地方公共団体は、基本的な考え方にとり、アレルギー疾患対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定及び実施するよう努めなければならない。」と明記されています。
- 基本方針等を受け、国の「アレルギー疾患医療提供体制の在り方に関する検討会」において議論が重ねられ、平成29(2017)年7月、今後、都道府県がアレルギー疾患対策として実施しなければならない事項が定められました。
- アレルギー疾患対策における県の役割は、アレルギー疾患に係る拠点病院を選定するとともに、拠点病院が実施するアレルギー疾患に携わる医療従事者の知識・技能の向上に資する研修、啓発活動およびアレルギー疾患の調査・分析等の支援のほか、県、拠点病院、医療関係者、学校関係者、市町等で構成する地域連絡協議会を設置し、地域の実情に応じたアレルギー疾患対策を総合的に推進することです。
- 今後、関係機関と調整しながら、アレルギー疾患に係る拠点病院を選定し、地域連絡協議会を設置し、アレルギー疾患対策を実施していきます。

(2) 課題

- アレルギー疾患は、複数の疾病を合併することが多く、そのため、複数の診療科を超えて症状が現れることが特徴であり、対症療法はあるものの、根本的な治療法が確立されていません。加えて、患者およびその家族の生活の質が低下するという大きな問題があるため、アレルギー疾患を総合的に診療できる専門医の育成が必要です。

(3) めざす姿

- アレルギー疾患の治療管理は、各アレルギー疾患への横断的な視点と、乳児から高齢者までのライフサイクルを見据えた診療能力を有し、総合的な診療ができる専門医が必要です。このため、アレルギー診療に特化した拠点病院が、アレルギー疾患医療に携わる医療関係者の知識の向上を図ることで、アレルギーを総合的に診療できるクリニックが増えていきます。

³ 出典：厚生労働省「第1回アレルギー疾患対策推進協議会」資料

(4) 取組方向

取組方向 1 : アレルギー疾患に係る拠点病院の選定

取組方向 2 : アレルギー疾患に係る地域連絡協議会の設置

取組方向 3 : 総合的なアレルギー対策の実施

(5) 取組内容

取組方向 1 : アレルギー疾患に係る拠点病院の選定

- 関係機関と調整し、拠点病院を 1～2 か所選定します。(県)

取組方向 2 : アレルギー疾患に係る地域連絡協議会の設置

- 県、拠点病院、医療関係者、学校関係者、市町等で構成するアレルギー疾患に係る地域連絡協議会を設置します。(拠点病院、関係機関、県)

取組方向 3 : 総合的なアレルギー対策の実施

- 拠点病院において、総合的にアレルギー疾患を診療できる専門医の育成を行い、三重県内のアレルギー疾患の患者の生活の質の向上を図ります。(拠点病院、関係機関、県)
- アレルギー疾患に係る地域連絡協議会において、三重県が抱えるアレルギー疾患における課題等について議論するとともに、取り組むべき方向・方法を明らかにすることで、総合的なアレルギー疾患対策を推進します。(拠点病院、関係機関、県)

第5節 | 高齢化に伴う疾患等対策

(1) 現状

- 高齢化が進む中、75 歳以上の後期高齢者が要介護状態となる原因として、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、フレイル（虚弱）、転倒による大腿骨頸部の骨折等の問題が指摘されています。
- 厚生労働省の平成 28 年国民生活基礎調査では、介護が必要になった主な原因について、要支援者では「関節疾患」「高齢による衰弱」「骨折・転倒」の 3 項目が上位 3 位を占めており、これらの疾患等が生活の質の低下を招いていることが伺えます。

図表 6-5-1 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因(上位3位)

(単位：%)

要介護度	第1位		第2位		第3位	
総数	認知症	18.0	脳血管疾患(脳卒中)	16.6	高齢による衰弱	13.3
要支援者	関節疾患	17.2	高齢による衰弱	16.2	骨折・転倒	15.2
要支援1	関節疾患	20.0	高齢による衰弱	18.4	脳血管疾患(脳卒中)	11.5
要支援2	骨折・転倒	18.4	関節疾患	14.7	脳血管疾患(脳卒中)	14.6
要介護者	認知症	24.8	脳血管疾患(脳卒中)	18.4	高齢による衰弱	12.1
要介護1	認知症	24.8	高齢による衰弱	13.6	脳血管疾患(脳卒中)	11.9
要介護2	認知症	22.8	脳血管疾患(脳卒中)	17.9	高齢による衰弱	13.3
要介護3	認知症	30.3	脳血管疾患(脳卒中)	19.8	高齢による衰弱	12.8
要介護4	認知症	25.4	脳血管疾患(脳卒中)	23.1	骨折・転倒	12.0
要介護5	脳血管疾患(脳卒中)	30.8	認知症	20.4	骨折・転倒	10.2

※熊本県を除く。

資料：厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査」

(2) 課題

- ロコモティブシンドロームは、運動器(身体運動に関わる骨、筋肉、関節、神経等の総称)の障がいのために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態のことです。近年、運動器の障がいによって日常生活に支障をきたし、支援や介護が必要となる高齢者の増加が問題となっています。ロコモティブシンドロームを予防するためには、運動器の健康維持に対する高齢者の関心を高め、運動習慣の普及を図ることが必要です。
- フレイルは、加齢とともに筋力や認知機能等が低下し、生活機能障がい、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態のことです。加齢に伴う活動量の低下と社会交流機会の減少、口腔機能を含む身体機能の低下、筋力の低下、認知機能の低下、易疲労性や活力の低下、多くの病気を抱えている、体重減少、低栄養等といった、加齢に伴うさまざまな心身の変化と社会的、環境的な要因が合わさることにより起こりますが、適切な介入・支援により生活維持向上が可能といわれています。このため、閉じこもり防止や社会交流機会の増加といった社会的な面、転倒防止や嚥下機能(飲み込む機能)の低下防止といった身体的な面、認知機能の低下防止や抑うつ対策といった精神的な面と、多面的に働きかけることが必要です。
- 大腿骨頸部は、足の付け根側にある大腿骨の端の部位のことです。加齢や運動不足に伴い骨密度が減少し、筋力の低下が起こると、転倒時などに骨折しやすくなります。特に高齢者は、大腿骨頸部の骨折を起こすとそのまま寝たきりになってしまうおそれがあり、生活の質を大きく低下させる原因となることから、骨密度の低下防止や運動習慣の継続、転倒の防止など、早くからの予防が必要です。
- 老化や脳血管疾患の後遺症等により、嚥下機能や咳をする力が弱くなると、口腔内の細菌、食べかす、逆流した胃液などが誤って気管に入りやすくなり、その結果発症するのが誤嚥性肺炎です。高齢者の口腔ケアについては、口腔内を清潔に保つことと、口腔機能を維持・

向上させることが必要です。

(3) めざす姿

- ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折等の未然防止と早期対応のため、地域包括支援センターや医療・介護関係者等による適切な介入や支援が行われ、その結果、高齢者が健康を維持し、自立した生活を送ることができています。
- 高齢者に対する口腔ケアと食形態の選択が適切に実施され、口腔内が良好な状態で管理されることにより、嚥下機能の維持・向上が図られ、誤嚥性肺炎の発生が予防されています。

(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・生きがいくりの充実

(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、介護予防のための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等が作成する「介護予防支援計画(介護予防プラン)」等に基づき、介護予防サービスや生活支援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)
- 市町における介護予防事業を効果的かつ効率的に推進するためには、リハビリテーション関連職種(リハ職)等を活用した自立支援に資する取組を行うことが有効であることから、平成 27(2015)年度に三重県理学療法士会が、三重県作業療法士会および三重県言語聴覚士会と連携し、「リハビリテーション情報センター」を創設しました。県は同センターと連携し、リハ職の各種情報の集約・管理や、市町・地域包括支援センターへのリハ職派遣の窓口機能を充実させていくとともに、リハ職等が地域に出ていきやすい職場環境づくりへの協力を、関係機関や所属施設等に働きかけていきます。(市町、関係機関、事業者、県)
- 効果的な介護予防事業の実施に資するため、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を行います。(市町、関係機関、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ついて助言を求め、事業実施に反映させていきます。(県)
- 住民主体による通いの場の運営等の介護予防の取組や、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、市町がより充実した事業を実施できるよう支援を行います。(県)
- 歯科疾患の重症化予防や口腔機能向上と全身状態の改善との関連等について理解が深まり、口腔機能向上に係る訓練等を含む口腔ケアが日常的に実施されるよう、介護が必要な高齢

者等の身近にいる家族や介護関係者等に対して、口腔ケアの重要性やその手法等について啓発を行うとともに実施を働きかけます。(市町、関係機関、県)

取組方向2：高齢者の健康・生きがいつくりの充実

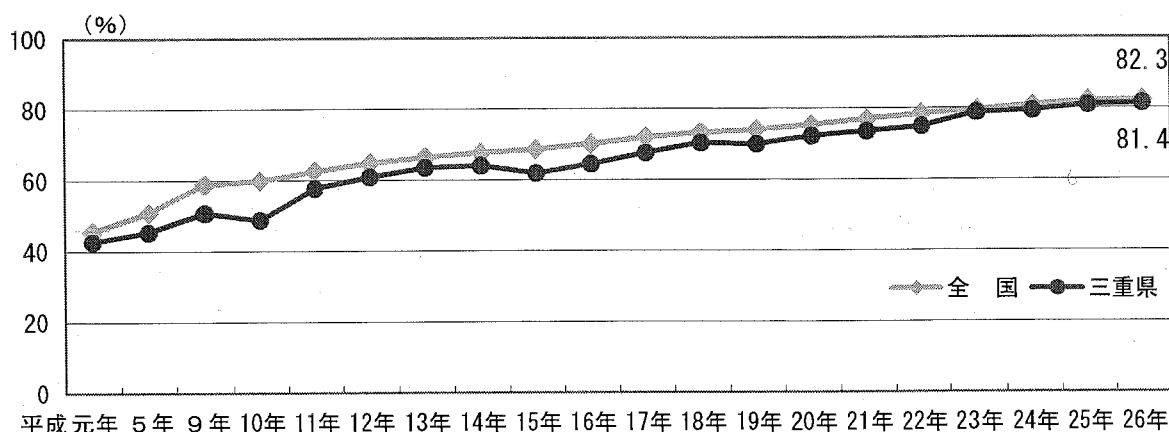
- 明るく豊かで健やかな長寿高齢社会の実現に向けて、文化・スポーツ活動を通じた生きがいや健康づくりを促進します。また、地域社会において高齢者が積極的に社会活動（ボランティア活動等）を行うことで、健康づくりや介護予防につながるよう支援を行います。(市町、関係機関、県)

第6節 | 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」および「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 (2013) 年度からの5か年計画)を策定し、取組を推進しました。平成 30 (2018) 年度には「第2次みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」を策定し、三重県口腔保健支援センターを中心に、歯科口腔保健施策を総合的、計画的に引き続き推進していきます。
- 平成 25 (2013) 年度に、三重県がん診療連携協議会と公益社団法人三重県歯科医師会と県の三者で「がん患者医科歯科連携協定」を締結しました。さらに、平成 28 (2016) 年度には、三重県がん診療連携協議会の部会として「医科歯科連携部会」が設置されました。
- 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、むし歯や歯周病の予防、口腔機能の維持・向上等に関する啓発が行われています。
- むし歯のない3歳児の割合は増加傾向にあり、20歯以上自分の歯を有する人の割合も増加しています。
- 障がい児(者)のための歯科ネットワーク「みえ歯ートネット」に参加している歯科医療機関は、平成 28 (2016) 年度は120機関でした。
- 平成 27 (2015) 年度から、地域の歯科保健医療を推進する拠点として、郡市歯科医師会ごとに地域口腔ケアステーションを整備しました。

図表 6-6-1 むし歯がない3歳児の割合



資料：国立保健医療科学院「全国乳幼児歯科健診結果」

図表 6-6-2 20歯以上自分の歯を有する人の割合

(単位：%)

	平成 11 年	平成 23 年	平成 28 年
60-64 歳	50.0	91.0	95.5
80-84 歳	21.4	39.5	65.6

資料：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。
- 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必要があります。
- 障がい児（者）が身近な地域で安心して歯科治療を受けられる体制の整備を一層進めるため、「みえ歯ートネット」に参加している歯科医療機関の情報を関係者に広く周知するとともに、参加歯科医療機関の増加と治療技術や知識の向上が必要です。
- がん患者の手術前後の口腔ケアを行う歯科医療機関は増加しています。今後は糖尿病や脳卒中など、さまざまな疾患においても、医科歯科連携の推進を図る必要があります。
- 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必要があります。
- 地域口腔ケアステーションを拠点に、医療・介護関係者との連携を図り、在宅において効果的な歯科保健医療サービスを提供する体制の整備を進める必要があります。

(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、生涯にわたり生活の質の向上が図られています。
- 歯と口腔の健康づくりのため、定期的に歯科検診や歯科保健指導、歯科医療等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：医科歯科連携の推進
- 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、子どもの口腔内の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)
- 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)
- 成人の歯周病予防に向け、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)
- 「みえ歯ートネット」に参加する歯科医療機関の歯科医療関係者等に対して、障がいのある方の歯科治療や口腔ケア技術等の習得のための研修や、発達障がい等への理解に関する研修を実施して、歯科医療関係者の資質の向上を図ります。(医療機関、歯科医師会、県)

取組方向2：医科歯科連携の推進

- がん患者だけでなく、全身麻酔での手術が必要な患者の治療効果の向上や、療養生活の質の向上、入院期間の短縮等を目的とした口腔ケアや歯科治療が充実するよう研修を行います。(歯科医師会、医師会、県)
- 糖尿病、脳卒中、急性心筋梗塞、骨粗しょう症の患者や妊婦に対する医科歯科連携を推進するため、関係機関に働きかけます。(医療機関、歯科医師会、医師会、県)

取組方向3：在宅歯科医療の充実

- 歯科への通院が困難な要介護者等が、地域で継続して定期的に歯科受診ができるよう、地域包括支援センターや医療機関等に対して、地域の歯科保健医療を推進する拠点である地

域口腔ケアステーションを広く周知するとともに、地域口腔ケアステーションの機能充実を図ります。(医療機関、歯科医師会、歯科衛生士会、県)

- さまざまな疾患を持ち歯科受診が困難な人も、安心して在宅で歯科保健医療サービスが利用できるよう、在宅歯科保健医療に関わる人材の資質向上を図ります。(医療機関、歯科医師会、歯科衛生士会、県)

第7節 | 血液確保対策

(1) 現状

- 輸血用血液製剤の疾病別用途については、赤血球製剤および血小板製剤は「悪性腫瘍」(がん)に最も多く使用され、血漿製剤は「循環器系」疾患に最も多く使用されています⁴。
- 高齢化の進行に伴うがん患者の増加等により、医療用血液の需要は増加しており、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5万5千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。

図表 6-7-1 三重県の献血者数の推移(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 24 年度	人数	59,414	1,117	8,642	14,714	20,012	14,929
	構成比	100.0	1.9	14.5	24.8	33.7	25.1
平成 25 年度	人数	59,154	1,239	8,399	13,786	19,764	15,966
	構成比	100.0	2.1	14.2	23.3	33.4	27.0
平成 26 年度	人数	55,415	1,194	7,224	11,681	18,799	16,517
	構成比	100.0	2.2	13.0	21.1	33.9	29.8
平成 27 年度	人数	53,559	1,278	6,916	10,352	18,074	16,939
	構成比	100.0	2.4	12.9	19.3	33.7	31.7
平成 28 年度	人数	56,132	1,646	7,116	10,183	18,952	18,235
	構成比	100.0	2.9	12.7	18.1	33.8	32.5
平成 28 年度 全国	人数	4,829,172	253,393	781,326	896,046	1,405,244	1,493,163
	構成比	100.0	5.2	16.2	18.6	29.1	30.9

資料：日本赤十字社「血液事業年度報」

- 現在、医療機関では、血液製剤の適正使用を図りながら、輸血を受ける患者の安全性を向上させるため、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。

⁴ 出典：厚生労働省「平成28年版 血液事業報告」(平成27年調査結果)

図表 6-7-2 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 歳～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。

資料：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。一方、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 12.5%となっています。
- アルブミン製剤および免疫グロブリン製剤の平成 27 (2015) 年度の国内自給率はそれぞれ 56.4%および 95.6%となっていますが、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⁵。

(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」に基づき献血者を確保していく必要があります。

(3) めざす姿

- 献血の推進により、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。

⁵ 出典：厚生労働省「平成 28 年版 血液事業報告」

(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の確保

- 行政と三重県赤十字血液センターが協力して、広報活動を行う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、関係機関、県)
- 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、関係機関、県)
- 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)

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)

第8節 | 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の導入率（一部導入を含む）は約 40%、オーダーリングシステムの導入率は約 57%です⁶。
- 県では、「三重医療安心ネットワーク」を構築し、医療機関の間での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」等の医療系ネットワークが整備され、運用されています。また、在宅医療において、医療・介護関係者等が患者情報等を共有するためにネットワークシステムを利用している地域もあります。
- 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

⁶ 出典：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」

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。
- 「みえライフイノベーション総合特区計画」（平成 29（2017）年 3 月認定）の取組の一つとして、三重大学医学部附属病院が、県内に整備されている医療系ネットワークを活用し、大規模災害時における医療情報の喪失を防止するためのバックアップ体制の構築や、地域医療の適切化・均てん化のための医療機関間の切れ目のない連携を目的として、さらに、収集した医療情報の匿名化による二次利用も念頭に、患者等の医療情報（病名、検査、治療、レセプト、DPC 情報等）を統合した医療情報データベースを構築しています。

(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、より質の高い医療を提供するための仕組みを構築することが必要です。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。
- 統合型医療情報データベース（以下「DB」という。）を常に最適の状態に運用することおよび活用を促進することが必要です。

(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。
- DB が常に最適の状態に運用されることで、大規模災害時における医療情報の喪失を防止するためのバックアップ体制の構築や、地域医療の適切化・均てん化のための医療機関間の切れ目のない連携が実現しているとともに、大学や国内企業等に活用されることで、画期的な医薬品・医療機器等が創出さ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)
- 遠隔医療の技術を利用して、県内の医療および健康の課題を解決する取組を促進します。(医療機関、市町、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、開示医療機関を中心とした地域の連携を進める取組を支援します。(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参考としながら、「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など、個人情報への適切な取扱いに努めます。(医療機関、三重大学、県)
- DBのセキュリティ等の機能強化や、DBを活用した三重大学医学部附属病院と製薬企業等との共同研究締結に向けた支援、他地域の取組との連携可能性の検討などを行います。(三重大学、県)

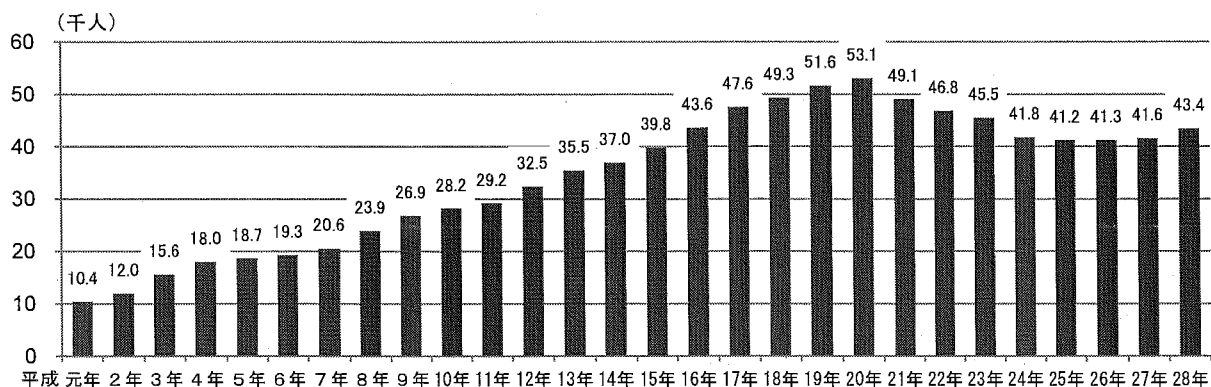
第9節 | 外国人に対する医療対策

(1) 現状

- 平成 28 (2016) 年末現在、県内の外国人住民数は、43,445 人 (対前年比 1,820 人、4.4% 増) で、平成 26 (2014) 年から 3 年連続で増加しました。また、県内総人口に占める外国人住民の割合は 2.36% と、全国的にみても高い割合となっています⁷。
- 外国人住民数は、平成 28 (2016) 年末現在、10 年前 (平成 18 (2006) 年) の 0.88 倍、平成元 (1989) 年の 4.16 倍となっています。
- 国籍・地域別の外国人住民数では、最も多いのがブラジル (11,578 人) で、次いで中国 (7,717 人)、フィリピン (6,155 人) の順でした。また、出身国籍の数は 107 か国でした。

⁷ 出典：三重県「外国人住民国籍・地域別人口調査」(平成 28 年 12 月 31 日現在)

図表 6-9-1 三重県における外国人住民(登録者)数の推移



資料：三重県「外国人住民国籍・地域別人口調査」

図表 6-9-2 国籍・地域別外国人住民数

(単位：人、%)

順位	国籍	外国人住民数	構成比	前年比増減数	前年比増減率
1	ブラジル	11,578	26.6	445	4.0
2	中国	7,717	17.8	-	-
3	フィリピン	6,155	14.2	155	2.6
4	韓国	4,490	10.3	-	-
5	ベトナム	3,293	7.6	784	31.2
6	ペルー	2,957	6.8	▲ 19	▲ 0.6
7	タイ	1,293	3.0	122	10.4
8	インドネシア	1,194	2.7	210	21.3
9	ボリビア	864	2.0	▲ 16	▲ 1.8
10	ネパール	633	1.5	93	17.2
その他		3,271	7.5	-	-
三重県計		43,445	100.0	1,820	4.4

※平成 28 年から、中国と台湾、韓国と朝鮮（朝鮮半島出身者）を別々に集計をしているため、前年比を出すことはできません。

資料：三重県「外国人住民国籍・地域別人口調査」（平成 28 年 12 月 31 日現在）

- 外国人住民の定住化・永住化が進み、家族を形成し、高齢化しつつある中で、外国人住民が医療機関に行く機会が増えてきています。
- 平成 28（2016）年度に県内病院等を対象に実施したアンケートによると、外国人受診者が来院したことがある病院等は 97%、そのうち 1 か月に 1 名以上が来院する病院等は 75% でした。また、困っていることを尋ねたところ、日本語による意思疎通に問題を抱えているとの回答が 57% になりました。
- 県では、医療通訳の人材育成に努めるほか、医療従事者等に医療通訳への理解と医療通訳の利用を働きかけており、医療通訳者が常勤する医療機関は 9 機関となっています⁸。
- 外国人エイズ患者の診療が円滑に行われるよう、病院に通訳を派遣する体制を整えました。
- 学校におけるアレルギーに関する各種調査票等の多言語化のほか、1 歳半・3 歳児健診時に通訳者を配置する保健センターがあるなど、学校保健や母子保健等の保健サービスの分

⁸ 出典：三重県（環境生活部）調査（平成 29 年）

野においても多言語による対応が行われています。

- 事業所等の被用者や3か月を超えて在留する外国人住民は、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。

(2) 課題

- 外国人住民が医療機関を利用する際、言葉の壁や文化・風習の違いによって、十分にコミュニケーションをとることができない場合があります。
- 公的医療保険に加入していない外国人住民の公的医療保険への加入手続きを促進する必要があります。

(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サービスを受ける際に必要な支援の充実

- 外国人住民が地域で安心して生活するためには、疾病等の予防とともに、円滑に医療を受けられる環境の整備が重要です。そのため、保健、医療、医療保険等の制度や仕組みを周知するとともに、市町・NPO等と連携して医療通訳制度の利用促進に取り組み、医療通訳の人材育成に努めるなど、外国人住民が利用しやすい環境づくりを促進します。（医療機関、市町、関係機関、県）
- 県ホームページ等を活用し、多言語対応が可能な医療機関に関する情報提供を行います。（医療機関、市町、関係機関、県）
- 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、関係機関、県）

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

- 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、関係機関、県）

第1節 | 地域医療構想策定の経緯と趣旨

1. 策定の経緯と趣旨

- 平成 25 (2013) 年、社会保障制度改革国民会議報告書において、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要性を示す地域医療構想を策定することが提言され、平成 26 (2014) 年には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(医療介護総合確保推進法)が成立し、新たな医療提供体制の構築のため、都道府県による地域医療構想の策定が明記されました。
- これらをふまえ、「団塊の世代」が 75 歳以上を迎える平成 37 (2025) 年を視野に、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を適切に推進するため、平成 29 (2017) 年 3 月に「三重県地域医療構想」を策定しました。
- 地域医療構想は、医療法に基づき医療計画の一部として策定し、別冊としていますが、その概要は以下のとおりです。

第2節 | 策定の基本的な考え方と策定体制

1. 策定の基本的な考え方

- 本県の実情・特性に応じた地域医療構想とするため、客観的データの提示、策定プロセスの重視、医療介護総合確保方針等との整合性の確保を基本的な考え方として、策定を進めました。
- 客観的データの提示については、レセプトデータやDPCデータ等に基づく明確なデータを収集・共有し、議論を進めました。
- 策定プロセスの重視については、策定段階から地域の医療関係者や保険者、市町等で構成する地域医療構想調整会議を地域ごとに設置し、議論を行いました。
- 医療介護総合確保推進法に定める総合確保方針をふまえ、効率的で質の高い医療提供体制の構築とともに、地域包括ケアシステムの構築を視野に入れつつ議論を進めました。

2. 構想区域と策定体制

- 本県は、南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在すること、地域医療構想は在宅医療など、より地域に密着した医療のあり方にかかる議論が求められることから、よりきめ細かな議論が可能となるよう、二次保健医療圏(本計画からは、二次医療圏)をベースとして、8つの地域を「地域医療構想区域」として設定しました。
- 地域医療構想調整会議による地域単位の自主的かつきめ細かな議論に加え、三重県医療審議会等において、より広域にわたる横断的な観点からの議論を行い、重層的な意思形成の

仕組みを構築しています。

第3節 | 医療需要と必要病床数

1. 平成37(2025)年における医療需要および必要病床数の推計

(1) 医療需要の推計

- 平成25(2013)年度のレセプトデータ等に基づき、医療機能の区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとに、性・年齢階級別の入院受療率を算定し、その結果に平成37(2025)年の性・年齢階級別人口を乗じて総和することにより推計しました。
- 高度急性期・急性期・回復期の医療需要は、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値により推計しました。
- 慢性期および在宅医療等の医療需要は、療養病床の入院受療率の全国格差が大きいことから、入院受療率の地域差を解消するための目標を定め、また長期に療養を要する患者のうち一定割合を在宅医療等に移行する前提で推計しました。

(2) 県内各構想区域の医療需要の推計

- 高度急性期・急性期については、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等の理由により、医療機関所在地ベース(現在の患者の流出入がそのまま継続すると想定)で推計しました。
- 回復期・慢性期については、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(構想区域内の患者が全て構想区域内で受診すると想定)とすることを基本としました。しかし、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出入等は、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した。
- 県全体の医療需要については、隣県との関係により、医療機関所在地ベースで推計しました。

(3) 必要病床数の推計

- 医療機能区分別の医療需要を病床稼働率(高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%)で割り戻した数を、必要病床数としました。
- 本県においては、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7-3-1 平成37(2025)年の構想区域ごとの必要病床数

(単位：床)

		高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
全県	H37 必要病床数	1,422	4,259	4,378	3,525	-	13,584
	H28 病床機能報告	1,850	8,230	1,754	4,280	260	16,374
桑員	H37 必要病床数	114	497	554	383	-	1,548
	H28 病床機能報告	3	1,144	71	571	119	1,908
三泗	H37 必要病床数	299	725	874	629	-	2,527
	H28 病床機能報告	349	1,332	435	711	8	2,835
鈴亀	H37 必要病床数	151	529	476	503	-	1,659
	H28 病床機能報告	296	810	161	639	0	1,906
津	H37 必要病床数	314	934	881	727	-	2,856
	H28 病床機能報告	599	1,551	407	1,040	40	3,637
伊賀	H37 必要病床数	77	284	329	219	-	909
	H28 病床機能報告	0	850	50	156	0	1,056
松阪	H37 必要病床数	222	641	589	385	-	1,837
	H28 病床機能報告	315	1,126	285	379	7	2,112
伊勢 志摩	H37 必要病床数	216	527	501	443	-	1,687
	H28 病床機能報告	283	1,041	245	423	62	2,054
東紀州	H37 必要病床数	29	122	174	236	-	561
	H28 病床機能報告	5	376	100	361	24	866

※必要病床数は、レセプトデータ等をもとに医療機能を区分しており、また政策的に慢性期から在宅医療等への移行を前提とした推計となっています。これに対して、病床機能報告は、病床機能の定性的な基準に基づき、病棟が主に担っている機能を医療機関の自主的な選択により報告したものであり、比較にあたっては留意が必要です。

※必要病床数を推計した病院・診療所以外の場所において提供される「在宅医療等」の医療需要についても、平成37年に向けて、大幅な増加が見込まれています。

※病床機能報告については、別冊では平成27年のデータを使用しています。

(4) 各区域のめざすべき医療提供体制の方向性

- 構想区域ごとに、現状と課題、平成37(2025)年における医療需要と必要病床数、および平成37(2025)年にめざすべき医療提供体制の方向性を記載しています。

第4節 | 実現するための取組

1. 実現するための取組

(1) 本県独自の取組

- 在宅医療体制の整備に際し、概ね必要と考えられる構成要素を基に一定の枠組み（フレームワーク）を設定して各地域の取組状況を客観的に把握し、実態に即した支援を行います。
- 医療資源の有効活用や議論の土台づくりの観点から、県内病院における未稼働病床について実態を調査し、整理に向けた取組を実施します。

(2) 実現するための取組

- あるべき医療提供体制を実現していくため、地域医療構想調整会議等を通じて医療機関の自主的な取組を促すとともに、地域医療介護総合確保基金を活用しながら、「医療機能の分化・連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保」を中心に必要な取組を進めていきます。
- また、病床機能報告制度に基づく病床の機能に関する情報を、ホームページ等を通じて広く公表します。

第1節 | 保健・医療・福祉の連携

1. 保健・医療・福祉の連携

- 医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、疾病予防から治療、介護まで、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、患者本位の体制を整備する必要があります。
- 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、急速な高齢化や、それに伴う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、分野の関係者等が連携を図り、総合的かつ一体的に提供することが重要です。
- こうした考え方にに基づき、「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 | 高齢者の保健・医療・福祉の推進

1. 地域包括ケアシステムの構築

(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構築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、まだ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、自立支援のための地域の保健・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深化し、高齢者が住み慣れた地域で生活していくための自立支援が推進され、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：高齢者の自立支援を推進するための関係機関の連携強化

(5) 取組内容

取組方向：高齢者の自立支援を推進するための関係機関の連携強化

- 介護保険法改正の中で、介護保険の理念である高齢者の自立支援と介護予防の取組の強化が必要とされています。自立に資するケアマネジメントを行うための研修会を開催するとともに、多職種協働で地域ケア会議が行えるよう医療・介護の専門家をアドバイザーとして派遣します。(市町、県)
- 地域包括ケアシステムの深化のため、地域課題を客観的に把握するための研修や、医療・介護等の多職種連携を推進する意見交換会等を通じ、地域のネットワーク構築等を支援します。(市町、県)
- 医療・介護等の社会資源が不十分な地域に対して、県立一志病院を中心とした「保健・医療・福祉・介護」の多職種と地域住民が連携した地域包括ケアシステムに係る取組成果を活用して、地域における体制整備を支援します。(県)

2. 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、住み慣れた地域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。
- 疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、自宅や地域で疾病を抱えつつ生活を送る人が増加していくと考えられることから、訪問看護等の医療ニーズに対応した居宅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：医療ニーズに対応した居宅サービスの充実

(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、老人福祉圏域*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：医療ニーズに対応した居宅サービスの充実

- 医療ニーズに対応した居宅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、関係機関、県)

3. 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 歳以上の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 65.6%に及んでいます¹。また、平成 28 (2016) 年度の県内の全業種の有効求人倍率は 1.45 倍であるのに対して、介護関係職では 3.54 倍と高い状況にあります。

(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

¹ 出典：財団法人介護労働安定センター「平成 28 年度 介護労働実態調査」

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。(関係機関、県)
- 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。(関係機関、県)
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、市町や介護関係団体等による介護従事者確保に向けた参入促進、資質向上、労働環境・処遇の改善の取組を支援します。(市町、関係機関、県)
- 認知症高齢者に対する介護従事者によるケアの資質向上を図るため、認知症介護等に関する研修を実施します。(関係機関、県)
- 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。(関係機関、県)
- 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。(関係機関、県)

第3節 | 障がい者の医療福祉の推進

1. 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。
- 脳血管疾患等の循環器系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 8-3-1 主な障がいの種類

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・平衡感覚障がい（音を聞くことが不自由な状態等） ・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等） ・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"> ・おおむね幼少期までに脳になんらかの障がいを受けたために知的な発達が遅れ、複雑な判断や計算などに支援が必要な障がい。特別な支援を必要としない人もいる。
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（自閉症スペクトラム、アスペルガー症候群等の広汎性発達障がい、学習障がい、注意欠陥多動性障がい、トゥレット症候群等のチック障がい、吃音等） ・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） ・難病

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

- 疾患・交通災害等の後遺症のある患者および精神障がい者の身体的機能や心理的能力、また、必要な場合には補償的な機能を伸ばすためには、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。
- 障がい者の社会復帰に向けた支援が必要です。

(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、身

体的機能や心理的能力等が向上・維持されるとともに、障がい者の社会復帰に向けた支援が充実しています。

(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

- 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。(医療機関、関係機関、市町、県)
- 医学的リハビリテーションを担う理学療法士、作業療法士等の専門職員の資質の向上に取り組めます。(養成機関、医療関係団体、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。(関係機関、県)
- 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をとおして、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、関係機関、県)
- 精神障がい者の社会復帰および自立を促進するため、社会復帰相談支援、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、関係機関、県)
- 地域におけるユニバーサルデザイン*の意識づくりを進めるとともに、だれもが施設等を安全かつ快適に利用できるよう、整備や管理を担う人たちへの啓発等を行うなど、ユニバーサルデザインのまちづくりに取り組めます。(市町、関係団体、関係機関、県)

第4節 | 母子保健対策の推進

1. 母子保健対策の推進

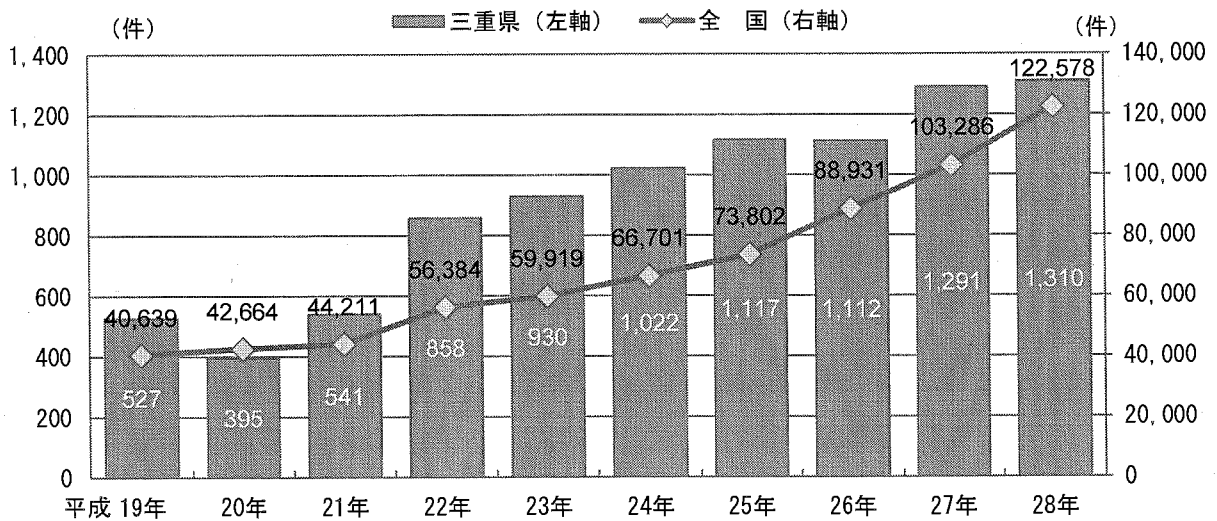
(1) 現状

- 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の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、子育て期を通じた総合的な窓口の設置と一貫した支援体系による

切れ目のない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近年、減少傾向にあり、全国平均を下回っています。本県では赤ちゃんふれあい体験事業や命の教育セミナー事業を行うとともに、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。
- 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*、男性不妊治療、一般不妊治療および不育症治療に係る医療費の一部助成を行っています。
- 近年、共働き世帯の増加などの家族形態の多様化、地域のつながりの希薄化など、社会環境の変化により、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。本県においても虐待相談件数は、増加の一途をたどっています。平成24(2012)年度には乳児の死亡事例が2件発生しました。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、予期しない妊娠等が指摘されています。

図表 8-4-1 児童虐待相談件数の年次推移



資料：三重県「児童相談所の状況」

- 乳児死亡率は平成25(2013)年に3.0(全国4位)と高い値でしたが、平成26(2014)年以降は改善傾向にあり、平成28(2016)年現在は1.7となっています。
- 虐待を受ける子どもの多くに、多数歯のう蝕(むし歯)やその処置が行われていないなど、保護者による歯科的管理が行われていない傾向があることから、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みえ(第2次)」、「希望がかなうみえ 子どもスマイルプラン」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

- 平成 28 (2016) 年 6 月の母子保健法の改正により、市町村においては「子育て世代包括支援センター」(法律上の名称は「母子健康包括支援センター」)の設置に努めることとされました。妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行う拠点として同センターの全市町への設置を推進し、母子保健、児童福祉や子育て支援部門等とも連携したワンストップの支援体制を整備していくことが求められています。(母子保健法)
- 子育て世代が安心して地域で子どもの健全な心身を育み、また虐待を未然防止し、さらには虐待などの世代間連鎖を防ぐために、県内市町の全ての子どもとその家庭および妊産婦に対して、養育困難な状況や虐待に関する相談、胎児期から自立に至るまでの子育て等に関する相談全般に応じること、また必要に応じ、母子保健、児童福祉、子育て支援等関係機関が連携し支援していく体制を整えることが求められています。(児童福祉法)
- より専門的な支援を必要とする対象者については、担当保健師、市町の子ども家庭総合支援拠点や児童相談所等との連携による対応が求められています。
- 予期しない妊娠や計画していない妊娠は、妊婦健康診査の未受診、若年といった課題や、経済的な問題、家庭的な問題等を抱えていることも多く、妊婦の健康面や虐待予防の観点からも相談しやすい体制の構築や支援の強化が求められています。
- 産後うつや新生児への虐待予防等を図る観点から、産後 2 週間、産後 1 か月など出産後間もない時期の産婦に対する産婦健康診査事業の重要性が指摘されるなど、産後初期の段階から母子に対する支援の強化が求められています。
- 乳幼児事故予防について継続して啓発を行っていくことが求められています。
- 聴覚障がいによる音声言語発達等への影響を最小限に抑えるために、新生児聴覚スクリーニング検査*の実施および要支援児とその保護者に対する適切な指導支援が求められています。
- 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、また、不育症女性の多くがこころのストレスを抱えていることから、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、家庭生活や家族の大切さ、妊娠・出産や性(人工妊娠中絶や性感染症予防等)に関する医学的に正しい知識を習得し予防行動がとれるよう、ライフプラン教育の取組の推進が求められています。
- 「健やか親子いきいきプランみえ(第 2 次)」に基づき、次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) 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、希望する必要な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。
- 心身ともに成長発達の著しい思春期において、学校、家庭、地域が協力して保健対策を強化し、子どもの主体的な自立と健全な育ちをめざした支援の取組が進められています。

(4) 取組方向

取組方向1：妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない母子保健サービスの提供

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：妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない母子保健サービスの提供

- 全市町で子育て世代包括支援センターが設置されるよう、体制整備に向けた支援を行います。三重県の出産・育児支援体制「出産・育児まるっとサポートみえ」により、4つの視点（継続的な支援、ワンストップの支援、予防的支援、家族支援）を軸に、取組を進めます。（市町、医療機関、児童福祉施設、教育機関、NPO、県）
- 母子保健や子育て支援等の継続性と整合性のある支援を通じて、妊産婦および乳幼児やその保護者の生活の質の改善・向上や良好な成育環境の実現・維持を図ります。（市町、医療機関、児童福祉施設、教育機関、NPO、県）
- 地域の実情に応じた切れ目のない母子保健事業を実施していく上で、核となる役割を果たす母子保健コーディネーターを育成します。（市町、県）
- 県内全ての市町において、妊娠届出時・母子健康手帳交付時の妊娠早期から妊婦面談を実施し、セルフプランや支援プランを作成するなど、相談支援の充実を図ります。また、産前・産後サポート事業、産後ケア事業、産婦健康診査事業、乳児全戸訪問支援事業や養育支援訪問事業等により、周産期のメンタルヘルス支援や虐待予防の取組を進めます。（市町、医療機関、医師会、産婦人科医会、小児科医会、精神科病院会、助産師会、NPO、県）
- 妊娠中からの保健指導において、産後のメンタルヘルスについて妊婦とその家族への啓発を図るとともに、必要時には支援協力が得られるよう取り組みます。（市町、医療機関）
- 妊娠時に歯周疾患が増悪する傾向があり、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、妊産婦の歯科健診や歯科保健指導の取組を進めます。（市町、医療機関、歯科医師会、県）
- 予防できる死亡を防ぐために、乳幼児事故予防、SIDS（乳幼児突然死症候群）予防、SBS（乳幼児揺さぶられ症候群）予防のための継続した啓発・指導や支援に関わる職員の指導能力の向上の取組を進めます。（市町、医療機関、医師会、NPO、県）
- 「みえ出産前後からの親子支援」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進めます。(医療機関、医師会、産婦人科医会、小児科医会、精神科病院会、市町、県)

- 家庭生活や家族の大切さ、妊娠・出産や性(人工妊娠中絶や性感染症予防等)に関する医学的に正しい知識を習得し予防行動がとれるよう、思春期におけるライフプラン教育の取組を進めます。(医療機関、産婦人科医会、市町、教育機関、NPO、県)
- 不妊や不育症、不妊治療の悩みや不安、疑問等に対応するため、三重県不妊専門相談センターにおける専門相談を行います。(県立看護大学、県)
- 経済的負担の軽減を図るため特定不妊治療、一般不妊治療および不育症治療に係る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、NPO、児童福祉施設、医療機関、市町、県)
- 障がい(発達障がいを含む)を早期発見し、医療的ケア児等も含め、乳幼児期から就学まで、就学から青年期までの成長発達段階に応じた適切な支援を行うため、新生児聴覚スクリーニング検査、乳幼児健康診査(5歳児健診の実施を含む)の充実に向け、講習会等とおし相談支援体制の整備や人材育成等を進めます。(市町、医療機関、児童福祉施設、医師会、産婦人科医会、小児科医会、NPO、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・教育等の関係機関による連携体制の整備を図るとともに、個別事例の検討、情報共有等により連携の取組を進めます。(市町、医療機関、児童福祉施設、教育機関、警察、児童相談所、NPO、県)
- 予期し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「妊娠SOSみえ『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、NPO、市町、児童相談所、県)

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。適正な治療を行えば、ほとんどの場合は治りますが、放置すれば死に至る病気で、未だに全国で年間2千人弱の人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、国民の高齢化に伴い、昭和50（1975）年代頃から罹患率の減少率が鈍化し始め、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。また、平成28（2016）年11月、「結核に関する特定感染症予防指針」が改定され、従前行ってきた総合的な取組を徹底しつつ、より効果を高めることで、平成32（2020）年までに、罹患率10以下（低まん延国化）、服薬支援（DOTS*：ドッツ）実施率95%以上等の目標達成をめざすこととなりました。
- 本県の結核新登録患者数は減少傾向にあるものの、近年は横ばい状態であり、そのうち70歳以上の高齢者が占める割合は年々増加し、平成28（2016）年において65.6%と全国平均59.0%を上回っています。また、外国（特に、高まん延国）出身の患者も一定数おり、その割合は、平成28（2016）年は9.1%と全国平均7.6%を上回っています¹。

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」

図表 9-1-1 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 10 年	41,033	527	49,205	768
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
平成 24 年	21,283	252	14,858	176
平成 25 年	20,495	239	13,957	171
平成 26 年	19,615	237	13,513	168
平成 27 年	18,280	244	12,534	171
平成 28 年	17,625	241	11,717	171

資料：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 30 床（1 病院）、結核患者収容モデル病床*が 42 床（一般病床 4 病院、精神病床 1 病院）となっています。

図表 9-1-2 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 29 年 9 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
厚生連三重北医療センター いなべ総合病院	いなべ市	0	2	0
四日市羽津医療センター	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	30	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
計			72	

資料：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。
- 高まん延国出身の技能実習生や就労者が増加してきたこともあり、外国人への対策も課題となっています。
- 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）体制のさらなる充実が必要です。

- 結核患者の減少に伴い、結核病床も減少し、病床の維持・確保が課題となっているため、今後の結核対策を考慮した結核病床の維持・確保に向けての検討が必要です。

(3) めざす姿

- 結核に関する正しい知識の普及啓発により、早期発見、早期治療を促進することで、結核のまん延が未然に防止されています。
- 結核発症後は、原則、標準治療にて確実に治療が行われています。

(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

- 「第2次三重県結核対策基本計画」（平成27（2015）年策定）を必要に応じて見直し、結核に関する正しい知識の普及啓発、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、県）
- 医療機関や高齢者福祉施設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、市町、関係機関、県）
- 企業や学校等、高まん延国出身者の受入れ機関と連携し、外国人への対策を推進していきます。（関係機関、県）

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、国、県）
- 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、確実な治療へと導きます。（保健所設置市、県）
- 結核患者の治療完遂のため、新規登録の結核患者全員に服薬支援（DOTS：ドッツ）を行い、確実な治療を促進します。（医療機関、関係機関、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、関係機関、県）
- 結核（モデル）病床を有する医療機関と連携し、結核病床の維持・確保に向けて調整・検討を行います。（医療機関、県）

2. 感染症対策

(1) 現状

- 近年、新たな感染症の出現や既知の感染症の再興（平成 20（2008）年の新型インフルエンザの世界的流行、平成 27（2015）年の韓国における中東呼吸器症候群（MERS）の流行、平成 26（2014）年の西アフリカにおけるエボラ出血熱の流行、平成 29（2017）年の中東・イエメンでのコレラ集団感染等）、また、国際交流の進展等に伴い、感染症を取り巻く情勢は目まぐるしく変化しています。そして感染症の予防のみならず、感染症患者の置かれてきた状況をふまえ、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、良質かつ適切な医療の提供を確保し、感染症に迅速かつ的確に対応することが求められています。
- 新たな感染症が海外において発生しており、これらの感染症に対して万全の対策を講じることが求められる中、平成 26（2014）年、新型インフルエンザ等感染症に変異するおそれが高い鳥インフルエンザ（H7N9）および中東呼吸器症候群（MERS）が、二類感染症に追加されました。また、一類感染症等の患者等からの検体採取について定めるなど、感染症に関する情報の収集を強化するための規定を整備し、感染症予防の推進を図るとともに、感染症のまん延防止策の充実を図るための感染症法改正が行われました。さらに、近年中南米等で流行をみせているジカウイルス感染症が、平成 28 年（2016）年、四類感染症に追加されました。
- 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 28（2016）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。
- 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や、平成 29（2017）年には、高齢者施設での小規模な集団感染事例等も発生しています。
- 麻しんについては、平成 27（2015）年 3 月 27 日、世界保健機関（WHO）によって、日本は、排除状態と認定されましたが、海外輸入株による集団感染事例、散発事例等が発生しています。本県でも、平成 29（2017）年 2 月に、企業内での集団感染事例が発生しました。
- 西日本を中心に発生しているダニ媒介感染症の重症熱性血小板減少症候群（SFTS）は、ペットからの感染事例が報告されるなど近年注目を浴びています。本県では、平成 27（2015）年に、初めて発生が報告されて以降、年間数件の発生があります。

図表 9-1-3 三重県における1～3類感染症患者発生数

	1類感染症	2類感染症 (結核) ※潜在性結核感染症を含む ※平成18年度以前は全数把握対象疾患に未指定	2類感染症 (その他)	3類感染症 (腸管出血性大腸菌)	3類感染症 (その他)
平成12年	0		0	60	10
平成13年	0		0	80	22
平成14年	0		0	27	12
平成15年	0		0	20	6
平成16年	0		0	77	10
平成17年	0		0	39	8
平成18年	0		0	32	3
平成19年	0	328	0	29	4
平成20年	0	411	1	53	1
平成21年	0	376	0	39	7
平成22年	0	342	0	350	3
平成23年	0	371	0	50	7
平成24年	0	329	0	74	3
平成25年	0	319	0	62	4
平成26年	0	357	0	58	2
平成27年	0	312	0	38	0
平成28年	0	300	0	44	1

資料：三重県感染症情報センター「平成29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）、中東呼吸器症候群（MERS）、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）
- 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、黄熱、オウム病、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（SFTS）、ダニ媒介脳炎、つつが虫病、デング熱、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9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）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、後天性免疫不全症候群（HIV感染症を含む）、梅毒、風しん、麻しん等
新型インフルエンザ等感染症

○ 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つの二次医療圏合計で22床となっています。

図表 9-1-4 第一種感染症・第二種感染症指定医療機関*配置状況(平成 29 年 9 月 1 日現在)

(単位:床)

	二次医療圏	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
東紀州医療圏	紀南病院	御浜町	4	

資料: 三重県調査

- 予防接種センターを設置(国立病院機構三重病院内)し、予防接種要注意者等への予防接種の実施、医療相談、正しい知識や情報の提供等、安心して予防接種が受けられる体制を整備するとともに、市町と連携し、予防接種率の向上および接種間違いの防止、健康被害者の救済等を行っています。

(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、地域における保健所、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良質かつ適切な医療提供体制の充実が望まれています。
- 蚊媒介感染症や麻しん、風しん等は、そのほとんどが海外渡航者等からの発生であるため、旅行者等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。また、国内においても蚊に刺されない、蚊を発生させないなどの予防対策や、麻しん、風しん等の予防接種の徹底等を推進していく必要があります。
- ダニ媒介感染症については、疾患に対する正しい知識やダニに咬まれないなどの感染予防対策を周知する必要があります。
- 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、咳エチケットの励行等の予防策を充実することが必要です。

(3) めざす姿

- 感染症法に基づいた、感染症の発生予防および、感染症発生の早期探知と迅速かつ的確な対応によるまん延の防止がなされるとともに、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、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：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、関係機関、県)
- 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、関係機関、県)
- 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、関係機関、県)
- 感染症の発生に備えて、防疫用品の備蓄や関係機関と連携した訓練に取り組みます。(医療機関、市町、関係機関、県)
- 学校、幼稚園、保育所、高齢者施設等は、感染症情報システム等による感染症情報の積極的な活用に努め、感染症早期探知とまん延防止に取り組みます。(教育機関、関係機関)
- 学校、幼稚園、保育所、高齢者施設等の自施設で、感染症予防を普及啓発できる人材を育成します。(教育機関、医療機関、市町、関係機関)
- 三重県予防接種センター、市町と連携して、予防接種を効果的に実施します。(医療機関、市町、関係機関、県)

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り、受入体制の整備に取り組むとともに、感染症患者の人権の尊重も含めた良質かつ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療法の進歩により、H I V感染者・エイズ患者（以下「エイズ患者等」という。）の生命予後は著しく改善されましたが、H I Vを完全に排除す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、エイズ患者等の報告が続いており、近年は年間 1,500 件程度で推移しており、エイズ患者等の累計報告数は、平成 28（2016）年 12 月末で H I V感染者 18,851 人、エイズ患者 8,493 人となっています²。また、新規報告数に占める新規エイズ患者の割合（以下「いきなりエイズ」という。）は 30%近い値を維持しています。
- 平成 28（2016）年度における全国の新規エイズ患者等を性別および国籍別にみると、日本国籍男性が 8 割を超え、同性間性的接触が主な感染経路となっています。年齢別では、新規 H I V感染者は 20～30 代に多く、新規エイズ患者は 40 代以上に多い傾向があります。
- 本県の新規エイズ患者等の報告は年間 10 人程度で推移しており、いきなりエイズは 40% 近い値となっています。また、平成元（1989）年からの累計報告数は、平成 28（2016）年 12 月末で H I V感染者 160 人、エイズ患者 90 人となっています³。
- 本県の特徴として、全国に比べると外国国籍のエイズ患者等の報告および異性間性的接触による感染割合が高い傾向にあります。
- 本県では、全ての保健所で無料、匿名の H I V検査を実施しています。
- 3 保健所（四日市市、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、医療従事者を対象とした研修への派遣や、要望に応じて外国人患者の診療のために通訳を派遣するなど、各拠点病院の医療提供体制の充実に努めています。

図表 9-1-5 エイズ治療拠点病院(平成 29 年 10 月 1 日現在)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・三重大学医学部附属病院（中核拠点病院）・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 28 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 9-1-6 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		
	HIV感染者	エイズ患者	計	HIV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 15 年	640	336	976	4	4	8
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
平成 24 年	1,002	447	1,449	8	1	9
平成 25 年	1,106	484	1,590	10	8	18
平成 26 年	1,091	455	1,546	9	1	10
平成 27 年	1,006	428	1,434	6	0	6
平成 28 年	1,011	437	1,448	8	5	13

資料：厚生労働省「平成 28 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（AIDS/HIV）発生状況」

- その他の性感染症（Sexually Transmitted Diseases：STD*）には、主に以下の表のようなものがあります。

図表 9-1-7 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	膺トリコモナス症
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 STD（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。
- 近年、全国的に梅毒の発生が増加しています。本県においては、梅毒の年間患者届出数は、平成 21（2009）年をピークに減少傾向にありましたが、平成 25（2013）年以降は全国と同

様に増加しており、平成 29（2017）年は過去最高を更新する状況です。

- 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

- エイズを含む性感染症に対する正しい知識の普及啓発および教育に関する取組が必要です。
- エイズを含む性感染症の早期発見に向けた検査体制の整備が必要です。
- エイズ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。
- エイズ患者等の高齢化に伴い、在宅医療・介護等、地域における受入体制の整備が必要です。

(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や療養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：エイズを含む性感染症の早期発見に向けた検査体制の充実

取組方向 3：エイズ治療拠点病院等における医療水準の向上

取組方向 4：エイズ患者等の在宅医療・介護等の環境整備

(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等に重点を置いた、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：エイズを含む性感染症の早期発見に向けた検査体制の充実

- H I V検査や性感染症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)

取組方向3：エイズ治療拠点病院等における医療水準の向上

- エイズ患者等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)
- 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)

取組方向4：エイズ患者等の在宅医療・介護等の環境整備

- エイズ患者等が地域で安心して在宅医療や介護が受けられるよう、体制の整備を図ります。
(医療機関、訪問看護・介護事業所、県)
- 訪問介護・介護事業所の職員を対象とした研修会を開催し、関係職員に正しい知識を普及します。(医療機関、訪問看護・介護事業所、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200万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、本人が気づかぬうちに慢性肝炎から肝硬変、肝がんに行進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、将来の医療費の抑制効果が期待できます。
- ウイルス性肝炎は、治療が奏効すれば、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、ウイルス性肝炎に関する知識や肝炎ウイルス検査の必要性が正しく認識されていない場合もあり、必ずしも適切な検査や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無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。
- 人口比から推計すると、本県にも約3～4万人の肝炎ウイルスの持続感染者が存在し、肝炎ウイルスの感染を自覚していない潜在的な感染者は約1万1千人、感染を自覚しているものの継続的な受診をしていない感染者は約7千～1万7千人いると推計されます。
- 本県では、各保健所および委託医療機関で無料の肝炎ウイルス検査を実施しています。また、一部市町では「健康増進法」に基づき、40歳以上の方を対象に肝炎ウイルス検診を実施しています。

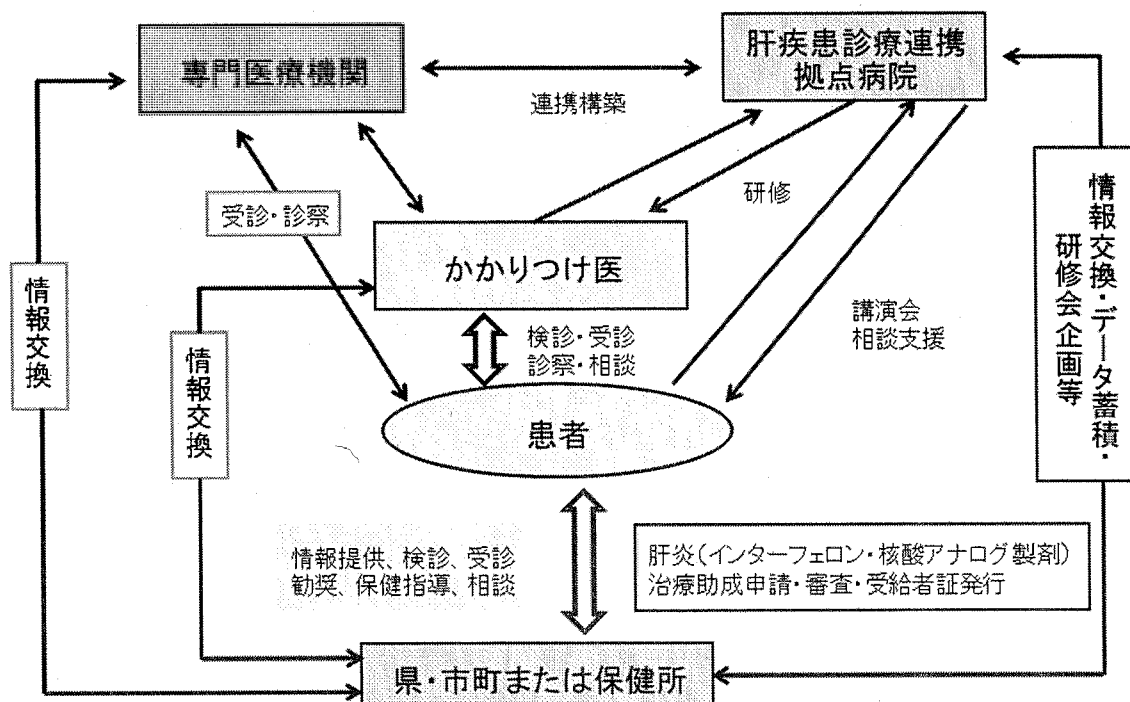
(2) 課題

- 本県における「健康増進法」に基づく40歳時の肝炎ウイルス検診の受診率は、変動はあるもののおおむね増加傾向にあり、平成27(2015)年度は8.4%と全国平均の6.6%を上回っています⁴。しかし、感染を自覚していない潜在的な感染者や感染を自覚しているものの継続的な受診をしていない感染者は未だ多く、引き続き肝炎ウイルス検診に関する普及啓発と検診および相談体制の充実を図る必要があります。
- 肝炎ウイルスの感染が疑われる患者や肝炎ウイルス検査・検診の陽性者が、適切な精密検査・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や陽性者のフォローアップを行っていく必要があります。
- 治療促進のためには、患者の経済的負担を軽減するとともに、安心して治療を受けられる社会環境も整備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、検査を希望した人が、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・検診の陽性者が、適切に精密検査や治療を受けられるよう、陽性者のフォローアップと精密検査・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ウイルス性肝炎の適切な治療体制が整っています。

図表 9-1-8 肝疾患診療ネットワーク



⁴ 出典：厚生労働省「平成27年度健康増進事業における肝炎ウイルス検診等実績」

(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：肝炎ウイルス検査および陽性者のフォローアップ体制の充実
- 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を活用し、県民に対して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、関係機関、県)
- 肝炎ウイルス検査について、未受検者に対する受検勧奨を推進します。(医療機関、医師会、市町、関係機関、県)

取組方向 2：肝炎ウイルス検査および陽性者のフォローアップ体制の充実

- 保健所での夜間検査や医療機関への委託による無料検査等、受検者の利便性に配慮した肝炎ウイルス検査を実施するとともに、市町が実施する肝炎ウイルス検診の広報を進めます。(市町、県)
- 肝炎ウイルス陽性者に対し、相談対応やフォローアップ、検査費用の助成を行うことにより、早期治療につなげ、重症化予防を図ります。(医療機関、市町、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)
- 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*の活動を支援します。(医療機関、県)
- 肝疾患診療連携拠点病院を中心にかかりつけ医、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)

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、インターフェロンフリー治療に係る医療費助成を継続して実施します。(県)
- 患者の定期的な検査の継続および重症化予防を図るため、抗ウイルス療法非適応者に対し、定期検査費用の助成を実施します。(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継続して進めます。(医療機関、市町、県)

5. 新型インフルエンザ等対策

(1) 現状

- 新型インフルエンザとは、鳥やブタ等で流行しているインフルエンザがヒトに感染し、変異してヒトからヒトへ持続的に感染する能力を獲得したものをいいます。近年、中国や東南アジア、中東において、高病原性鳥インフルエンザ* (H5N1、H7N9 など) のヒトへの感染事例が多発しており、新型インフルエンザの出現が懸念されています。
- 新型インフルエンザ等感染症の発生に備え、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」(以下「特措法」という。)に基づき、本県では、平成 25 (2013) 年 6 月策定の「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」をふまえ、平成 25 年 (2013 年) 11 月、「三重県新型インフルエンザ等対策行動計画」を策定しました。また、発生を想定した訓練を実施するとともに、抗インフルエンザウイルス薬 (タミフルカプセル、タミフルドライシロップ、リレンザ、イナビル、ラピアクタ) および個人防護具等の備蓄を行っています。
- 特措法に基づき、本県では、予防接種 (特定接種、住民接種) 体制の整備を支援しています。また、新型インフルエンザ等感染症の発生時に県民の生命や経済の安定確保に協力いただく指定地方公共機関として 19 団体を指定しています。さらに、発生初期の患者受入れを依頼する帰国者・接触者外来協力医療機関として 23 医療機関を登録しています (非公表)。
- 新型インフルエンザ等の入院患者発生に備え、受入れ可能な医療機関を確保するため、陰圧病床を整備するなど医療機関の設備整備を行っています。

図表9-1-9 指定地方公共機関

業種	指定地方公共機関の名称	指定年月日
医療機関	地方独立行政法人三重県立総合医療センター (県立総合医療センター)	平成 26 年 11 月 7 日
	地方独立行政法人桑名市総合医療センター (桑名東医療センター、桑名西医療センター)	平成 26 年 11 月 7 日
	社会福祉法人恩賜財団済生会支部三重県済生会 (済生会松阪総合病院)	平成 26 年 11 月 7 日
	三重県厚生農業協同組合連合会 (松阪中央総合病院、鈴鹿中央総合病院、三重北医療センター菰野厚生病院、三重北医療センターいなべ総合病院)	平成 26 年 11 月 7 日
医療関係団体	一般社団法人三重県病院協会	平成 26 年 3 月 28 日
	公益社団法人三重県医師会	平成 26 年 3 月 28 日
	一般社団法人三重県薬剤師会	平成 26 年 3 月 28 日
	公益社団法人三重県歯科医師会	平成 26 年 3 月 28 日
	公益社団法人三重県看護協会	平成 26 年 3 月 28 日

医薬品卸業	株式会社スズケン	平成26年3月28日
	アルフレッサ株式会社	平成26年3月28日
	中北薬品株式会社	平成26年3月28日
	株式会社メディセオ	平成26年3月28日
	東邦薬品株式会社	平成26年3月28日
ガス事業者	一般社団法人三重県LPガス協会	平成26年3月28日
鉄道事業者	三岐鉄道株式会社	平成26年3月28日
旅客自動車 運送業者	公益社団法人三重県バス協会	平成26年3月28日
	一般社団法人三重県トラック協会	平成26年3月28日
水運事業者	伊勢湾フェリー株式会社	平成26年3月28日

(2) 課題

- 新型インフルエンザ等が発生した際に迅速に対応できるよう、医療機関や市町等の関係機関の連携体制の構築および訓練が必要です。
- 感染拡大および重症化を予防するための予防接種（特定接種・住民接種）体制の構築が必要です。
- 新型インフルエンザ等患者が入院できる医療機関のさらなる整備が必要です。

(3) めざす姿

- 感染症法に基づき、情報の収集を強化し、感染症の発生予防とまん延防止対策が図られています。また、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、良質かつ適切な医療の提供が確保され、迅速かつ的確な対応がされています。
- 特措法（感染症法、予防接種法を含む）に基づき、新型インフルエンザ等の発生時において、感染拡大が可能な限り抑制され、県民生活への影響が最小にとどめられています。

(4) 取組方向

- 取組方向1：新型インフルエンザ等の発生時における連携体制の構築
- 取組方向2：新型インフルエンザ等の発生に備えた整備計画

(5) 取組内容

取組方向1：新型インフルエンザ等の発生時における連携体制の構築

- 関係機関と連携し、新型インフルエンザ等の発生を想定した、関係機関合同の訓練を行います。（医療機関、医療関係団体、指定地方公共機関、市町、国、県）
- 市町が実施主体である、県民に対する予防接種（住民接種）の実施体制の整備を支援します。（市町、医療機関、医療関係団体、県）

取組方向2：新型インフルエンザ等の発生に備えた整備計画

- 新型インフルエンザ等の発生に備え、抗インフルエンザウイルス薬および个人防护具等の備蓄を行います。(医療機関、県)
- 新型インフルエンザ等の患者が入院できるよう、医療機関の整備を行います。(医療機関、国、県)

第2節 | 医薬品等の安全対策と薬物乱用の防止

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、有効性および安全性を確保するため、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」に基づき、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。また、後発医薬品の数量シェアが拡大していることから、その品質を確保するために、後発医薬品の製造業者の監視指導を行うとともに、製品検査を実施しています。
- 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、毒物劇物の飛散、漏出、流出等により保健衛生上の危害が発生するおそれがあり、特に、大地震・大規模風水害等激甚災害発生時には、危害が拡大する可能性があります。
- 医師と薬剤師が各々の専門性を発揮するため、医薬分業を推進しており、本県における医薬分業率は、平成28（2016）年実績で64.1%（全国71.7%）となっています⁵。
- 地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬局が服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たすため、患者本位の医薬分業の実現に取り組んでいます。
- 県民の健康への意識や要求は高く、セルフメディケーションに対する関心も高まっています。

(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。また、後発医薬品の数量シェアが年々拡大していることから、その品質を確保する必

⁵ 出典：日本薬剤師会調査

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、毒物劇物を適正に管理することが必要です。
- 地域医療の向上に貢献できる質の高い医薬分業を確立するため、薬に関する身近な相談から健康づくりの支援まで対応できる、地域に密着した「かかりつけ薬局」の育成が必要です。
- 薬剤師が、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握や医療機関等との連携に取り組むとともに、夜間・休日等における調剤や電話相談に対応するなど、「かかりつけ薬剤師」としての役割を發揮し、地域包括ケアシステムの一翼を担うことが必要です。
- 薬局薬剤師は、エビデンスに基づいた質の高いセルフメディケーションを実現するため、薬局を地域における健康サポートの拠点として、一般用医薬品の供給や適正使用の促進、消費者への啓発活動に積極的に取り組むことが必要です。

(3) めざす姿

- 後発医薬品を含めた医薬品等の品質、有効性および安全性が確保され、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。
- 医薬品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。
- 薬局が地域における健康サポートの拠点へと成熟しており、県民から信頼を得た「かかりつけ薬局」「かかりつけ薬剤師」として定着しています。

(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：薬局機能の強化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、製造から流通までの各段階において医薬品等の安全性を確保します。また、後発医薬品の品質を確保するために、後発医薬品の製造業者の監視指導を徹底するとともに、製品検査を実施します。(保健所設置市、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、保健所設置市、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。(保健所設置市、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させます。(保健所設置市、県)
- 県民が無承認無許可医薬品等についての正しい知識を持つことで、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、保健所設置市、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、市町、県)

取組方向4：薬局機能の強化とかかりつけ薬局の育成

- 薬局・薬剤師が、「かかりつけ薬局」「かかりつけ薬剤師」としての役割を果たすことができるよう、薬局の機能強化や薬剤師の資質向上に取り組みます。(薬局、薬剤師会、県)
- 薬局が地域における健康サポートの拠点としての役割を効果的に果たせるよう、県民に対する普及啓発を実施します。(薬局、薬剤師会、保健所設置市、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。
- 危険ドラッグ*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を起こすおそれがある製品であり、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

- 青少年を中心として全ての世代に対して薬物乱用防止に関する啓発活動を行い、正しい知識を普及するとともに、規範意識の向上に取り組む必要があります。

(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の推進

- 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、関係機関、県)
- 小学校・中学校・高等学校等を対象に民間団体等と協力して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。
(保健所設置市、県)
- インターネット監視等により危険ドラッグの販売店舗を探知した場合は、速やかに立入検査等を行うことで、販売店舗を根絶します。
(保健所設置市、関係機関、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、関係機関、県)
- 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、関係機関、県)
- 薬物乱用者に対して更生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等の支援を行います。
(県民、市町、関係機関、県)

第3節 | その他の取組

1. 食の安全確保対策

(1) 現状

- 「三重県食の安全・安心確保基本方針」に基づき、食品の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構築、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

- 消費者の安全・安心への関心が高まる中、食品の製造・加工から流通に至る過程において、衛生管理、食品表示等の監視指導や食品の検査等に取り組んでいますが、食の安全・安心

を確保するためには引き続きこれらを実施し、県内に流通する食品の安全性を確保することが必要です。

- 食品の不適正な表示事案等の発生を防止するため、食品関連事業者のコンプライアンス意識の向上を図るとともに、食の安全・安心を確保するための自主的な取組を促進する必要があります。

(3) めざす姿

- 食品の製造・加工・流通から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、食に関わる課題に対し、県民の皆さんへの影響を最小限に抑えられる体制が整備され、食の安全・安心が確保された社会が構築されています。

(4) 取組方向

取組方向1：関係施設の監視指導および食品検査による適合性確認

取組方向2：食品表示の確認

取組方向3：自主管理の取組の促進

(5) 取組内容

取組方向1：関係施設の監視指導および食品検査による適合性確認

- 食品の製造から販売に至る各段階で、カンピロバクターやノロウイルス等による食中毒の防止対策等を実施するとともに、危害発生リスクに応じた施設の監視指導および食品検査を実施します。(県)
- 食品中の残留農薬、動物用医薬品等の検査を行い、不適合があった場合は、改善を指導します。(県)
- 食品検査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2：食品表示の確認

- 食品の正確な情報を消費者に伝えるため、食品表示法に基づく食品表示基準について消費者や事業者へ普及啓発を行うとともに、食品の販売店や製造者等に対する立入検査の際に、食品表示を確認します。(事業者、県)
- 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、情報収集や適正化を図ります。(事業者、関係団体、県)

取組方向3：自主管理の取組の促進

- 全ての営業許可施設およびその他の製造・加工施設において、衛生管理や食品表示の自主点検が実施されていることを、関係団体等とも連携して確認します。(事業者、関係団体、県)
- HACCP* (Hazard Analysis and Critical Control Point: ハサップ) の考え方に基づいた自主衛生管理体制の整備を進めます。(事業者、県)

2. 生活衛生の確保対策

(1) 現状

- 生活衛生営業施設（理容所、美容所、興行場、旅館、公衆浴場、クリーニング所等）に対する監視指導や衛生管理に関する講習会などを行い、施設における衛生確保を図っています。
- 動物愛護教室などの普及啓発活動、飼い主への終生飼養の指導などの引取りを減らす取組や譲渡事業等により、犬・猫の殺処分数は減少傾向にあります。

(2) 課題

- 生活衛生営業施設における衛生確保を図るため、引き続き、監視指導や衛生管理に関する講習会などに取り組む必要があります。
- 犬・猫の殺処分数は減少傾向にありますが、将来的に殺処分がなくなることをめざし、取組を強化する必要があります。

(3) めざす姿

- 生活衛生営業施設の衛生が確保され、県民が安心して暮らせる環境が整っています。
- 動物愛護について地域全体で取り組むことで、人と動物が安全・快適に共生できる社会が実現しています。

(4) 取組方向

- 取組方向1：生活衛生営業施設に対する監視指導の徹底
- 取組方向2：生活衛生営業施設の自主的な衛生管理の推進
- 取組方向3：動物愛護の推進および動物による人への危害発生防止の徹底

(5) 取組内容

取組方向1：生活衛生営業施設に対する監視指導の徹底

- 生活衛生営業施設の衛生を確保するため、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：生活衛生営業施設の自主的な衛生管理の推進

- 公益財団法人三重県生活衛生営業指導センターなどの関係団体と連携して、衛生管理に関する講習会などを行うことで、生活衛生営業施設の自主的な衛生管理の推進を図るとともに、生活衛生関係営業の経営の健全化をとおして、衛生水準の維持向上を図ります。（営業者、関係団体、県）

取組方向3：動物愛護の推進および動物による人への危害発生防止の徹底

- 三重県動物愛護推進センター「あすまいる」を動物愛護管理の拠点と位置づけ、「第2次三重県動物愛護管理推進計画」に基づき、動物愛護教室などの普及啓発活動、飼い主への終生飼養の指導などの引取り数を減らす取組や譲渡事業等を行います。（事業者、関係団体、市町、関係機関、県）
- 公益社団法人三重県獣医師会、公益財団法人三重県動物管理事務所などの関係団体や市町と連携し、狂犬病をはじめとした人と動物の共通感染症や動物による人への危害の発生防止に向けた普及啓発を行います。（関係団体、市町、関係機関、県）

第1節 | 医療計画の周知と情報の公表

1. 医療計画の周知

- 県民の皆さんが医療に対し、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、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、県の広報紙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、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 | 医療圏等の推進体制

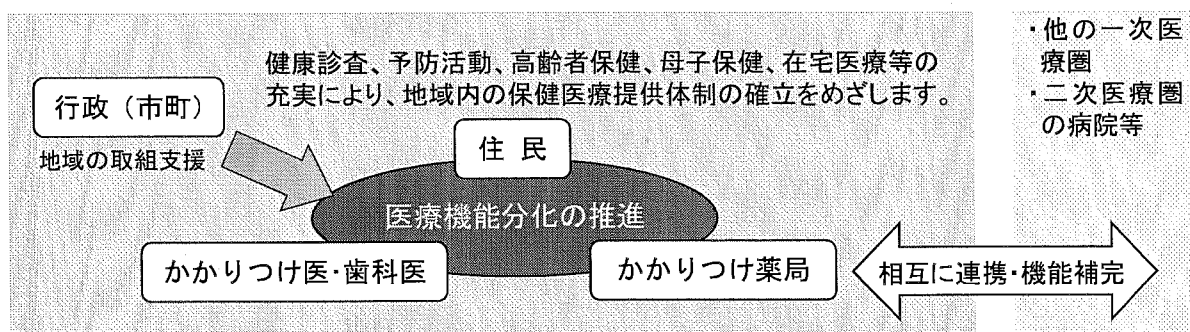
- 医療計画の推進にあたっては、県全体の医療提供体制の構築はもとより、一次および二次医療圏や構想区域等においても、それぞれ関係する主体が計画の推進に適切に関与し、各圏域における医療提供体制の充実をめざします。

1. 一次医療圏における推進体制

- 市町を単位とする一次医療圏では、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、郡市医師会等とも協力しながら、初期救急や在宅医療等、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、医療計画における、疾病の予防、初期救急、在宅医療等における医療機関の機能分化と連携の推進を図ります。

図表 10-2-1 一次医療圏における推進体制のイメージ



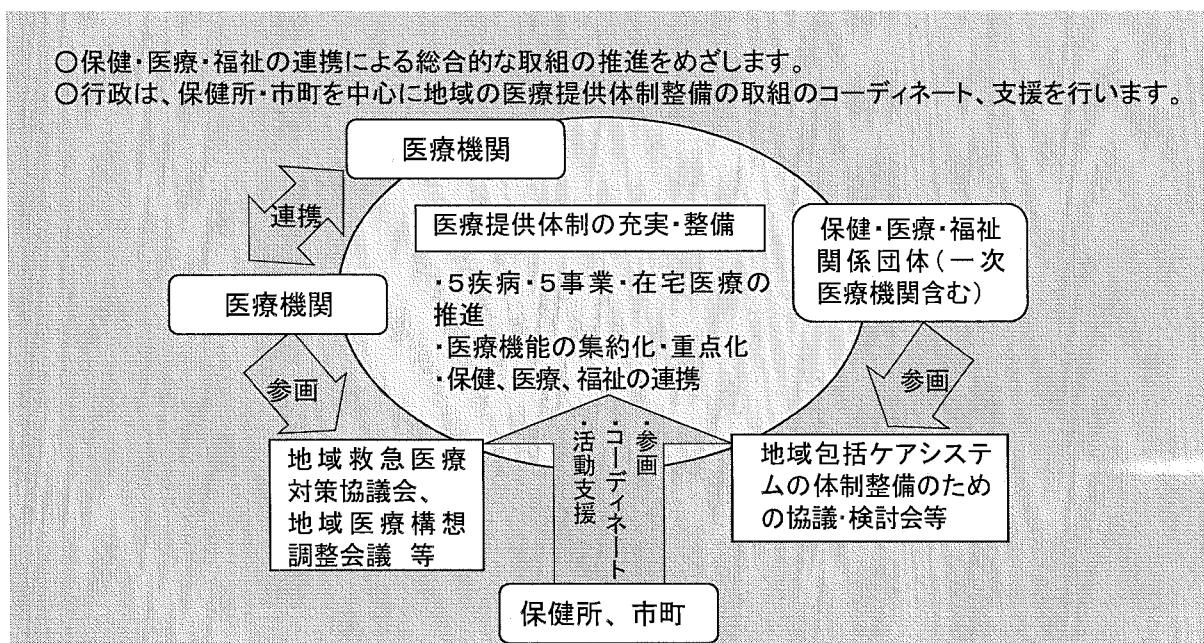
2. 構想区域等における推進体制

- 構想区域は、「三重県地域医療構想」に基づき、病床機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療等の医療提供体制について整備を進める圏域です。県内8区域の地域医療構想調整会議において議論を行いながら、各医療機関が、それぞれの役割・機能に応じた医療を提供し、相互に連携して、地域における効率的かつ質の高い医療提供体制の構築を進めます。特に、地域包括ケアシステムの構築に欠かせない在宅医療に関しては、医療と介護・福祉が連携しながら、市町内だけではなく、隣接する市町等とも連携することで、人材や施設の不足を補う必要があります。
- また、医療計画における5疾病・5事業および在宅医療については、それぞれの特性や医療資源の現状に応じた提供体制を構築する必要があり、各疾病・事業ごとの圏域を基本にして、医療機関が機能を分担しながら連携し、二次救急輪番制の確立等、医療提供体制の構築に向けた取組を推進します。
- 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、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。

図表 10-2-2 保健所の体制

- ・ 本県には、平成 29 (2017) 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係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、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 10-2-3 5 疾病・5 事業および在宅医療における推進体制のイメージ



3. 二次医療圏における推進体制

- 二次医療圏は、特殊な医療や専門性の高い救急医療を除いて、県民が必要とする入院に係る医療提供体制の整備をめざす圏域であり、医療機関がそれぞれの役割・機能を果たしながら、相互に緊密に連携することが求められます。
- 医療機関においても、医療資源を効果的に活用していくため、医療機能の集約化・重点化を進める必要があります。

4. 三次医療圏（県内全域）における推進体制

- 三次医療圏においては、県内全域を対象として、特殊な医療や専門性の高い救急医療の提供を含め、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等を中心に、医療計画全体の調整、進行管理、数値目標の達成状況や取組内容の検証等を行います。

図表 10-2-4 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、医療従事者、医療を受ける立場の方、学識経験のある方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、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」、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」、災害医療体制の整備に関する事項を審議する「災害医療対策部会」、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」、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」等の部会が設置され、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、総合的な取組を推進します。

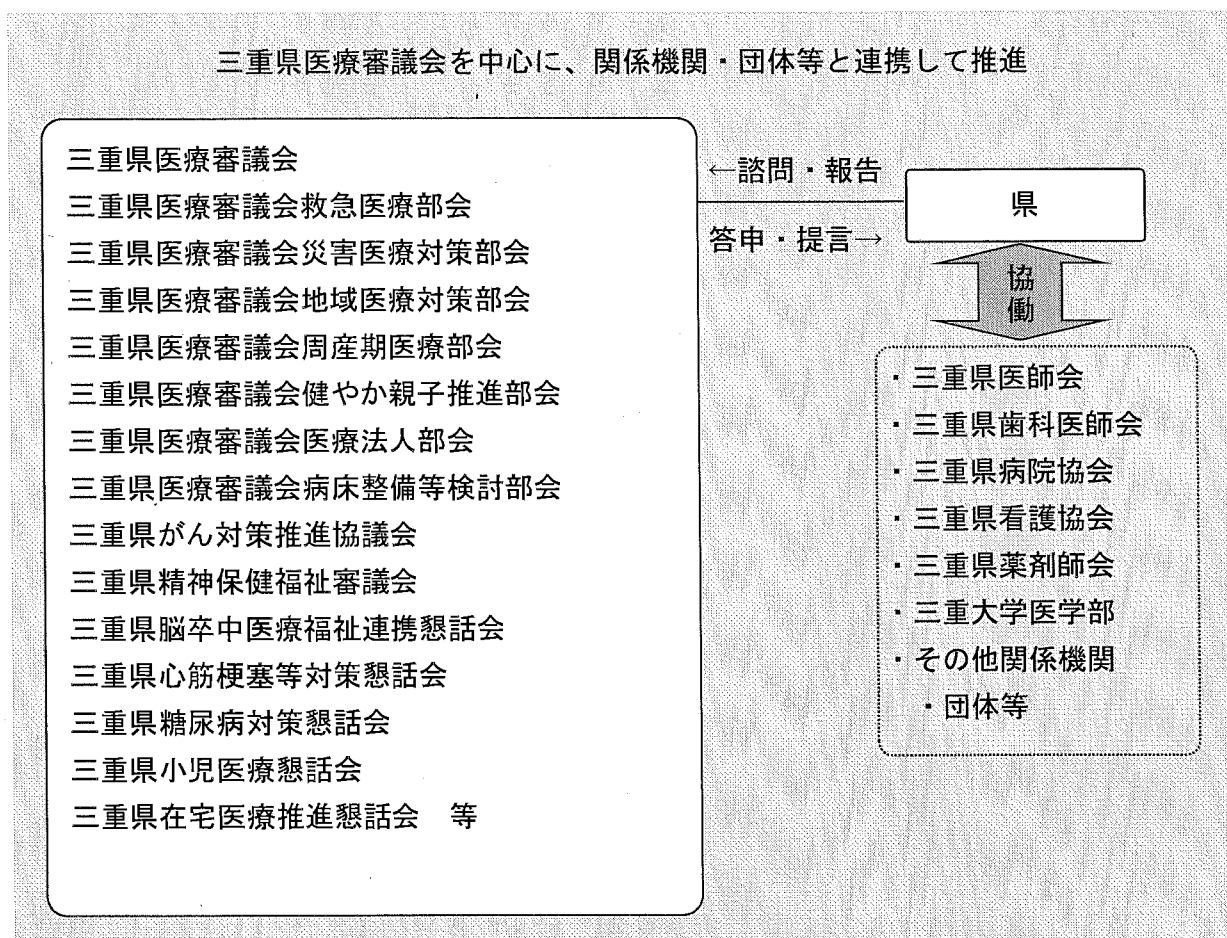
図表 10-2-5 医療計画に関連する主な計画

- ・ 「みえ県民カビジョン」 (平成 24 年 4 月～平成 34 年 3 月)
長期的な視点から三重のあるべき姿を展望し、県政運営の基本姿勢や政策展開の方向性を示した県の戦略計画
- ・ 「三重県がん対策推進計画(第 4 期三重県がん対策戦略プラン)」(平成 30 年 4 月～平成 36 年 3 月)
「がん対策基本法」に基づく県のがん対策推進計画で、国の計画を基本に、避けられるがんを防ぐことや、さまざまながんの病態に応じて、適切ながん医療や支援を受けられることをめざして、それぞれの段階に応じた、総合的かつ計画的ながん対策を推進することを目的に策定
- ・ 「三重の健康づくり基本計画(ヘルシーピープルみえ・21)」 (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 3 次三重県自殺対策行動計画」 (平成 30 年 4 月～平成 36 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

- ・「三重県アルコール健康障害対策推進計画」 (平成 29 年 4 月～平成 34 年 3 月)
「アルコール健康障害対策基本法」に基づき、アルコール健康障害に対する理解やアルコール健康障害を有する者等に対する支援が進み、県民が適切にお酒とつきあいながら、健やかに生活できる社会の実現をめざし策定
- ・「みえ高齢者元気・かがやきプラン（第 7 期三重県介護保険事業支援計画・第 8 次三重県高齢者福祉計画）」 (平成 30 年 4 月～平成 33 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・三重県障害児福祉計画）」 (平成 30 年 4 月～平成 33 年 3 月)
「障害者基本法」に基づく「障害者計画」、「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）に基づく「障害福祉計画」および「障害児福祉計画」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（第 2 次）」 (平成 27 年 4 月～平成 37 年 3 月)
親と子およびその家族が、県内のどの地域においても切れ目のない一定の水準以上の母子保健サービスが受けられるなど、安心して子どもを産み、育てられ、子どもが健やかに育つ三重県を実現するための母子保健計画として策定
- ・「第 2 次みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」 (平成 30 年 4 月～平成 34 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」に基づき、歯と口腔の健康づくり対策を総合的かつ計画的に推進するために策定
- ・「第三期三重県医療費適正化計画」 (平成 30 年 4 月～平成 36 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
- ・「医療介護総合確保促進法に基づく三重県計画」
「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に基づき、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備整備、在宅医療の提供、公的介護施設等の整備、医療・介護従事者の確保に関する事業等の計画として毎年度策定

- 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 10-2-6 三次医療圏（県内全域）における推進体制のイメージ



第3節 | 数値目標の進行管理と計画の評価・検討

1. 数値目標

- 医療計画の基本方針を実現していくために、5疾病・5事業およ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、医療計画の着実な推進をめざします。

図表 10-3-1 医療計画における数値目標（5疾病・5事業および在宅医療）

疾病・事業	目標項目	現状値	目標値
がん	がんによる年齢調整死亡率（75歳未満）	69.0 (▲9.3%)	全国平均よりも ▲10%以上
	がん検診受診率	胃がん 9.8% 肺がん 23.0% 大腸がん 30.0% 子宮頸がん 54.2% 乳がん 37.8%	50%以上
	がん検診後の精密検査受診率	胃がん 69.2% 肺がん 65.3% 大腸がん 62.4% 子宮頸がん 63.1% 乳がん 79.7%	90%以上

脳卒中	脳血管疾患による年齢調整死亡率		男性 34.7 女性 19.8	男性 29.0 以下 女性 16.0 以下
	特定健康診査受診率		53.0%	70%以上
	特定保健指導実施率		17.5%	45%以上
	受入困難事例の割合		30分以上 3.8% 4回以上 2.3%	30分以上 3.3% 4回以上 2.0%
	脳梗塞に対するt-P Aによる脳血栓溶解療法を24時間実施可能とする圏域		7圏域	8圏域
他の医療機関等と連携のための協議を行う病院数		53施設	69施設	
心筋梗塞等の 心血管疾患	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率		男性 20.6 女性 7.6	男性 15.5 以下 女性 5.7 以下
	特定健康診査受診率		53.0%	70%以上
	特定保健指導実施率		17.5%	45%以上
	受入困難事例の割合		30分以上 3.8% 4回以上 2.3%	30分以上 3.3% 4回以上 2.0%
心血管疾患リハビリテーションの実施病院における心臓リハビリテーション指導士の配置率		56.3%	100%	
糖尿病	特定健康診査受診率		53.0%	70%以上
	特定保健指導実施率		17.5%	45%以上
	糖尿病の可能性を否定できない人 (HbA1c (NGSP値) 6.0%以上 6.5%未満) の割合	40～49歳	男性 4.3% 女性 2.0%	男性 3.9%以下 女性 1.8%以下
		50～59歳	男性 8.2% 女性 6.3%	男性 7.4%以下 女性 5.7%以下
		60～69歳	男性 13.8% 女性 12.1%	男性 12.4%以下 女性 10.9%以下
	糖尿病が強く疑われる人(HbA1c (NGSP値) 6.5%以上) の割合	40～49歳	男性 5.2% 女性 1.4%	現状値より減少
		50～59歳	男性 10.7% 女性 3.9%	
60～69歳		男性 12.6% 女性 6.8%		
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数		206人 (人口10万人あたり11.1人)	新規導入数の低減	
精神疾患	入院後3か月、6か月、1年時点での退院率	3か月時点	58.9%	69.0% (平成32年度) 69.0% (平成35年度)
		6か月時点	81.9%	84.0% (平成32年度) 84.0% (平成35年度)
		1年時点	87.6%	92.0% (平成32年度) 92.0% (平成35年度)
	退院後3か月、6か月、1年時点での再入院率	3か月時点	24.0%	23.0% (平成32年度) 20.0% (平成35年度)
		6か月時点	34.0%	30.0% (平成32年度) 29.0% (平成35年度)
		1年時点	45.0%	37.0% (平成32年度) 34.0% (平成35年度)
	精神病床における慢性期入院患者数	65歳以上	1,526人	1,207人(平成32年度) 1,020人(平成35年度)
		65歳未満	1,221人	1,066人(平成32年度) 875人(平成35年度)
	各障害保健福祉圏域および各市町における精神障害にも対応した地域包括ケアシステム協議の場設置数		障害保健福祉圏域 : 0圏域 市町 : 0市町	障害保健福祉圏域 : 9圏域 市町 : 29市町 (共同設置含む)
救急医療	救急医療情報システム参加医療機関数		651機関	747機関
	受入れ困難事例の割合		30分以上 3.8% 4回以上 2.3%	30分以上 3.3% 4回以上 2.0%
	救急搬送患者のうち、傷病程度が軽症であった人の割合		54.1%	50.0%以下
	救急救命士が同乗している救急車の割合		96.6%	100%

災害医療	病院の耐震化率	71.1% (69/97)	100% (97/97)
	病院および有床診療所のEMIS参加割合	53.5% (100/187)	100% (187/187)
	県内全ての病院に、病院のBCPの考え方に基 づいた災害医療マニュアルの策定と訓練の参加	7.2% (7/97)	100% (97/97)
へき地医療	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	16人	16人
	三重県地域医療研修センター研修医受入数(累計数)	259人	469人
周産期医療	妊産婦死亡率	7.5 (1人)	0.0 (0人)
	周産期死亡率	5.7 (47位)	3.0
	うち死産率(22週以後)	5.0 (47位)	2.4
	うち早期新生児死亡率	0.6 (17位)	0.6
	産科・産婦人科医師数(出産1万あたり)	121人 (実数163人)	129人以上 (実数180人以上)
	病院勤務小児科医師数(小児人口1万人あたり)	5.3人 (実数128人)	6.6人以上 (実数159人以上)
小児救急を含む小児医療	就業助産師数(人口10万人あたり)	22.7人 (実数410人)	28.2人以上 (実数510人以上)
	幼児死亡率(幼児人口千人あたり)	0.11	0.08未滿
	軽症乳幼児の救急搬送率(乳幼児の急病による救急搬 送のうち軽症患者の割合)	75.4%	70.0%未滿
	小児傷病者救急搬送時の現場滞在時間(30分以上) ※()内は重症以上で搬送された件数	175件 (0件)	90件以下 (0件)
	小児の訪問診療実施医療機関数	9施設	20施設
在宅医療	小児科医師数(人口10万人あたり)	11.5人 (実数208人)	13.3人以上 (実数241人以上)
	訪問診療を実施する病院・診療所数	447施設	504施設(平成32年度) 561施設(平成35年度)
	訪問診療件数	7,519件/月	8,473件/月 (平成32年度) 9,427件/月 (平成35年度)
	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	344人	441人(平成32年度) 538人(平成35年度)
	訪問看護提供件数	84,696件/年	100,195件/年 (平成32年度) 115,694件/年 (平成35年度)
	在宅療養支援歯科診療所またはかかりつけ歯科 医機能強化型診療所の届出をしている歯科診療 所数	165施設	192施設(平成32年度) 219施設(平成35年度)
	居宅療養管理指導を算定している薬局数	272施設	500施設(平成32年度) 729施設(平成35年度)
	退院時共同指導件数	230件/年	450件/年 (平成32年度) 670件/年 (平成35年度)
在宅看取りを実施している病院・診療所数	155施設	174施設(平成32年度) 195施設(平成35年度)	

2. 数値目標の進行管理と計画の評価

- 数値目標については、医療計画の実施期間である6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、毎年度定期的に達成状況の確認・評価を行います。また、取組の進捗状況や結果についても、毎年度定期的に確認・評価を行います。
- 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。

3. 評価結果の検討

- 県は、毎年度、数値目標や取組の進捗状況、評価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、次年度以降の取組について検討を行います。
- また、目標の達成状況をふまえ、必要に応じて取組内容や実施方法の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、取組の方向性を修正・変更する必要が生じた場合には、数値目標についても見直しを行うなど、三重県医療審議会等に諮りながら、適切な進行管理を行います。
- 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、次期医療計画に反映します。

4. 評価・検討結果の公表

- 県は、医療計画の数値目標の達成状況や評価・検討結果について、県のホームページ等を活用して県民の皆さんおよび関係機関に対して公表します。また、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。

用語

意味

あ

赤ちゃんへの気持ち質問票	育児の負担や赤ちゃんへのさまざまな気持ちを評価するために開発された自己記入式質問票です。エジンバラ産後うつ病自己質問票（EPDS）と併せて使用することにより、母親の育児不安や産後うつ病などを早期に発見し支援につなげます。
一般診療所	診療所のうち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をいいます。
医薬分業	患者の診察、薬剤の処方を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。
医療観察法	「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」の略で、心神喪失または心神耗弱の状態（精神障がいのために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害）を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした法律です。
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、介護医療院、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。
医療的ケア児	医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障がい児のことをいいます。
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ホームページで探すことができる医療情報システムです。また、医療機関がパソコンから入力した診療の可否についての情報（応需情報）に基づき、受診可能な医療機関を24時間365日案内しています。
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家族等の同意により精神科病院に入院となることをいいます。
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	病院において、がん医療の状況を適確に把握するため、当該病院におけるがん患者の詳細な治療の状況を含む情報を収集し、院内がん登録データベースに記録および保存する仕組みです。

院内助産	緊急時の対応ができる医療機関において、正常経過の妊産婦のケアおよび助産を助産師が自立して行うものです。
インフォーマルサービス	公的機関や専門職による制度に基づく要介護者等に対するサービスや支援以外の援助をいいます。具体的には、家族、近隣住民、ボランティアなどの制度に基づかない援助などが挙げられます。
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上で、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。
エジンバラ産後うつ病自己質問票（EPDS）	産後のうつ病のスクリーニングを行うため考案された10項目からなる自己記入式質問票です。（The Edinburgh Postnatal Depression Scale の略）
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。
か	
介護支援専門員（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、市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行います。
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料	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。
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、新感染症および新型インフルエンザ等感染症の患者を入院させるための病床をいいます。
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。

危険ドラッグ	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。
キャリアサポート制度	自治医科大学を卒業し義務年限を終了した医師などを県職員として採用し、過疎三法の指定区域内にある公立病院やへき地診療所などに派遣する制度です。(平成 17 (2005)～平成 21 (2009)年度までは、ドクタープール制度といました。)
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	病気を発症し始めの時期で、症状の比較的激しい時期をいいます。また、災害医療においては、発災直後の医療資源と医療需要のバランスが崩れた時期をいいます。
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。
緊急措置入院	「精神保健福祉法」に基づき「入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しい」と精神保健指定医が認めた場合に、県知事または指定都市の市長が精神科病院等に 72 時間に限り入院させることをいいます。
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。
グループホーム	認知症高齢者や障がい者などが、専門スタッフの支援を受けながら、小規模住宅で少人数の共同生活を行う住まいのことをいいます。
ケアマネジャー	→ 介護支援専門員
経口ブドウ糖負荷試験 (OGTT)	糖尿病の診断方法の一つで、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、糖尿病を診断する方法です。
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、もって国民保健の向上を図ることを目的として平成15年に施行されました。
健康日本21	「健康増進法」に基づき、厚生労働大臣が策定した「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(2012)年に全部改正(「健康日本21(第2次)」)されました。
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。
合計特殊出生率	15～49歳の女性の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性とその年齢別出生率で一生の間に産むとしたときの子どもの数に相当します。
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、連絡調整等を行うことをいいます。
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。
災害医療支援病院	災害拠点病院の機能の補完や支援を目的として指定しています。
災害拠点精神科病院	災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神科医療を行うための診療機能やDPA T派遣機能を有するほか、患者の一時的避難に対応できる場所(体育館等)や重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室を有し、災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う病院です。

さ

災害拠点病院	災害時に災害医療圏域で災害医療の中心的な役割を担う医療機関として、各圏域に1施設以上を設置しています。
災害支援ナース	日本看護協会の災害支援ネットワークシステムに基づき、三重県看護協会に登録し、看護職能団体の一員として被災地に派遣される看護職員です。
災害時小児・周産期リエゾン	災害時に、搬送が必要な小児・妊産婦の情報を収集し、被災地内の適切な医療機関への搬送をコーディネートするとともに、全国のリエゾンと連携し、被災地外への搬送方法、受入体制の情報を収集することにより、新生児や妊産婦に対して医療を継続するための適切な搬送をコーディネートする役割を担います。
在宅人工呼吸指導管理料	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・訪問看護等ができる診療所をいいます。
在宅療養支援病院	在宅医療を支えるために24時間往診・訪問看護等ができ、200床未満または半径4km以内に診療所がない地域に存する病院をいいます。
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、ハイリスク妊娠に対するより安全な体制確保のために創設されました。
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をいいます。
自助グループ	慢性疾病、依存症、被虐待体験など、何らかの生活課題や問題を抱えた人や家族(当事者)などが、相互に支え合い、その問題などを解決しようとするグループのことをいいます。
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、一部の人々に慢性の肝臓病が発症します。
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、県が指定するへき地医療機関等に義務的に勤務する期間のことで、在学年数の1.5倍の期間とされています。
自閉症・発達障害支援センター	発達障がい児(者)への支援を総合的に行うことを目的とした専門的機関で、発達障がい児(者)とその家族が豊かな地域生活を送れるように、保健、医療、福祉、教育、労働などの関係機関と連携し、地域における総合的な支援ネットワークを構築しながら、相談支援を行う機関のことをいいます。
集学的治療	手術療法・放射線療法・薬物療法・免疫療法など複数の治療法を組み合わせて行う治療をいいます。

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。
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）により、有害物質を含む煙に曝露され、それを吸入することです。
巡回診療	巡回診療（巡回診療において行われる予防接種も含む。）は、その実施の方法に種々の態様のものがみられますが、いずれも一定地点において公衆または特定多数人に対して診療が行われるものとされています。
障害保健福祉圏域	障害福祉計画で各都道府県が定める圏域で、市町村だけでは対応困難な各種のサービスを面的・計画的に整備することにより広域的なサービス提供網を築くために決めるものです。三重県では、桑員、四日市、鈴鹿・亀山、津、松阪、伊勢志摩、伊賀、尾鷲、熊野の 9 つの圏域が設定されています。
上行大動脈	大動脈のうち、左心室の大動脈口（半月弁のあるところ）から上行して腕頭動脈の基部にいたる部分をいいます。
初期臨床研修	平成 16（2004）年度に見直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。
助産師外来	医療機関等において、外来で正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師が自立して行うものです。
助産師出向支援導入事業	都道府県において助産師出向システムの導入を促進することを目的に、平成 27（2015）年度に新設された厚生労働省の補助事業です。
助産師出向システム	助産師の偏在解消、助産実践能力の強化等を目的として、現在の勤務先の身分を有しながら他施設で助産師として働くシステムです。
「女性が働きやすい医療機関」認証制度	女性の医療従事者が働きやすい職場環境づくりの促進を図るため、平成 27（2015）年度に全国で初めて三重県が創設した認証制度をいいます。妊娠時・子育て時の当直免除、短時間勤務に係る制度整備や保育施設の整備など、勤務環境の改善に積極的に取り組んでいる医療機関を県が認証します。
自立支援医療（精神通院医療）	精神疾患により、通院による精神医療を継続して受ける必要がある患者を対象に、通院のための医療費の自己負担を軽減する制度です。
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 4 週未満の死亡数をいいます。
新生児聴覚スクリーニング検査	難聴の早期発見と診断、療育につなげるための、新生児期に行われるきこえの簡易検査です。

新専門医制度	各学会が専門医を認定する従来の制度に替わり、一般社団法人日本専門医機構が認定した専門医プログラムによって専門医を認定する新たな制度として、平成 30 (2018) 年 4 月から実施されます。専門医として認定されるには、3～5 年程度の専門研修プログラムを修了し、試験に合格する必要があります。
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。
身体合併症	精神疾患に併せ、心臓疾患など身体疾患の治療が必要である状態のことをいいます。
心大血管疾患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。
心肺蘇生法	呼吸や心臓が停止またはそれに近い状態にある傷病者に対して心肺機能を補助するために行う救命処置で、状態を確認しながら、人工呼吸、心臓マッサージ等を行います。
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 床以下の入院設備（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 (2004) 年 4 月から医師免許取得後、医師法に基づく 2 年以上の臨床研修（いわゆる初期臨床研修）を受けなければならないとする制度です。
スーパー救急病棟	→ 精神科救急入院料届出病棟
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。
ステントグラフト	金属製の骨組みに支えられたグラフト（人工血管）を、周辺組織を外科的に切開することなく、動脈瘤の長さの範囲内に留置し、弱くなった血管壁を内側から補強し、動脈瘤が破裂するのを防ぎます。
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。
精神科救急入院料届出病棟	急性期の精神疾患患者について、早期に治療を行い、早期に地域に戻ることを目的とした病棟のことをいいます。
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あ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。
専攻医	新専門医制度において、専門医研修プログラムに登録し、専門医の取得に向けて研修中の医師をいいます。

全国がん登録	日本でがんと診断された全ての人のデータを、国で1つにまとめて集計・分析・管理する仕組みです。居住地に関わらず全国どこの医療機関で診断を受けても、がんと診断された人のデータは国のデータベースで一元管理されるようになります。
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・胎児集中治療室（MFICU）を6床以上、新生児集中治療室（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・新生児異常等、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。
総合診療医	日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズをふまえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、人びとの命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応できる医師をいいます。
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何とか送り込もうと、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、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。
た 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、余生を自分らしく過ごしたいと希望する患者・家族の希望に沿って、必要な治療・処置などを支援することをいいます。
第一種・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、2類感染症または、新型インフルエンザ等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類感染症または、新型インフルエンザ等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	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。
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。
地域移行、地域定着支援	精神科病院に長期的に入院している患者などに対し、退院し地域で生活することを支援することを地域移行支援といい、地域での生活を持続的に行えるように支援することを地域定着支援といいます。
地域医療連携推進法人	医療機関等を開設する法人等が、業務の連携を推進することを目的に設立した一般社団法人で、都道府県知事から医療連携推進の認定を受けた法人をいいます。複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域における質が高く効率的な医療提供体制の確保につなげます。
地域医療枠	卒業後一定期間、三重県内で医療・医学領域に貢献する意志のある志望者を対象とした三重大学医学部医学科の入学枠をいいます。
地域がん登録	対象地域（主に都道府県単位）の居住者に発生した全てのがんを把握することにより、がんの罹患率と地域レベルの生存率を計測する仕組みです。
地域周産期母子医療センター	産科および小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療を行うことができる医療施設をいいます。
地域定着支援	→ 地域移行、地域定着支援
地域包括ケアシステム	団塊の世代が75歳以上となる平成37（2025）年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域において構築を推進する包括的な支援・サービス提供体制をいいます。
地域包括支援センター	介護保険法で定められた、高齢者等の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関のことをいいます。
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学枠をいいます。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。
治療抵抗性統合失調症治療薬	統合失調症の症状により長期の入院生活を余儀なくされたり、地域での生活に重度の支障が生じている疾患を「治療抵抗性統合失調症」といいますが、これらの状態に対して、個人差はあるものの、効果が認められる薬のことをいいます。
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。
統合失調症圏	統合失調症や妄想性障害、統合失調感情障害などの統合失調症に似たような症状を呈する疾患群のことです。
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。
糖尿病性腎症重症化予防プログラム	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者に受診勧奨、保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち、重症化するリスクの高い人に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止することを目的として、行政や保険者、医療関係者等とが協力・連携して行う取組の考え方や具体的取組例を示すものです。
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がいがあり、視力の低下を招き、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。
糖尿病連携手帳	日本糖尿病協会が発行し、糖尿病患者に配布されている血糖値やHbA1cなどの情報を記録することができる自己管理ツールです。また、医療スタッフが手帳に所見やコメントを記入することで、患者を中心とした医療連携を図るツールとしても活用されます。
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、被用者保険)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

特定行為研修	医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助を行う看護師の養成を目的として、特に必要とされる高度かつ専門的な知識および技術の向上を図るための研修です。
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。
特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して、保健師、管理栄養士などが行う生活習慣を見直すための支援のことをいいます。発症リスクに応じ、「動機付け支援」や「積極的支援」などの方法で行います。
都道府県協議会	新専門医制度において、地域医療に影響を与えていないかどうか確認するため、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる地域の関係者が協議する場をいいます。本県では、三重県地域医療支援センター運営協議会の下に設置する「キャリア形成支援専門部会」を「都道府県協議会」としています。
ナースセンター	「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づき、都道府県ごとに1つに限り知事が指定するものです。看護職員の無料職業紹介、再就業支援、潜在看護職員の把握や看護に関する普及事業等を行います。
ナースバンク	都道府県ナースセンターが実施する看護職員の無料職業紹介事業です。求人求職登録および職業紹介や就業相談等を行います。
二次救急	入院や手術が必要であり、おおむね救急医療圏内での治療が可能なレベルの医療をいいます。
二次障害	発達障がいや知的障がいなどにおいて、障がいによる苦手さに周囲の人が気づかないことなどから、不適切な行動をとってしまうことなどで、二次的に生じてしまう障がいのことをいいます。
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。
24時間連絡体制加算	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、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。
任意入院	「精神保健福祉法」において、精神障がい者自らの意志で、精神科病院へ入院する形態のことをいいます。
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。

は

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。
年齢調整罹患率	年齢構成の異なる地域間で罹患状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた罹患率をいいます。
廃用性症候群	過度に安静にすることや、活動性が低下したことにより身体に生じたさまざまな状態をさします。
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。
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ST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床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。
標準登録様式	院内がん登録をそれぞれ異なる方法で実施すると、他施設と比較して各病院の診療の特徴を把握することができないため、国立がん研究センターは登録項目や手順等を定めた標準的登録様式を示しています。なお、厚生労働大臣が定める指針でも、院内がん登録は標準登録様式に準拠して実施することとされており、がん診療連携拠点病院等では、この標準化された登録様式で院内がん登録を実施しています。

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	妊娠はするけれど、流産や死産あるいは早期新生児死亡（生後7日未満で新生児が死亡すること）を繰り返し、結果的に子どもを持っていない場合をいいます。
プッシュ型支援	被災した自治体からの要請を待たずに、必要不可欠と見込まれる物資を調達し、被災地に緊急輸送する支援方法です。一方、被災した自治体からの要請に応じて必要な物資を調達し、被災地に供給する支援方法を「プル型支援」といいます。
プライマリ・ケア	身近にあって、何でも相談にのってくれる総合的な医療のことです。（一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会）
プレホスピタル・ケア	病院に到着するまでに傷病者に対して救急救命士が行う救急救命処置、救急現場での住民による応急手当等をいいます。
へき地医療機関	へき地にある病院および診療所（へき地診療所を含む）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・調整のもとに、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、知事が指定します。
へき地医療支援機構	国の「第9次へき地保健医療計画」に基づき各県に設置することが求められている機関で、本県では平成15（2003）年度より、「三重県へき地医療支援機構」を県健康福祉部に設置し、専任担当官（へき地での勤務経験を有する医師）を配置してへき地医療対策の各種事業を円滑かつ効果的に実施しています。
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	医師が定期的に患者の家を訪問して診察し、健康管理を行うことをいいます。
母子保健推進員	市町の委嘱により、母子保健事業（乳幼児健診・相談・各種教室、見守り訪問など）に協力することで、住民が安心して妊娠・出産・育児ができるよう、家庭と行政の架け橋となって活動する人のことです。
ま	
マッチング	臨床研修を受けようとする者（医学生等）の研修希望と、臨床研修を行う病院（研修病院）側の希望をふまえて、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・徴候は激しくないものの、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。
三重県医師修学資金貸与制度	県内の地域医療を支える若手医師の育成・確保を目的として、医学生を対象に修学資金を貸与する制度です。卒後に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。
三重県医療勤務環境改善支援センター	「医療法」に基づき、医療従事者の勤務環境改善に係る拠点機能の確保を目的として、都道府県が設置に努めなければならないとされた組織をいいます。本県では、平成26(2014)年8月に全国で3番目に設置しました。
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、知事が指定した研修プログラム)を受けている卒後おおむね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や指導医の育成および確保を目的として研修資金を貸与する制度をいいます。研修修了後、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。
三重県地域医療研修センター(METCH)	医学生・研修医に対して、地域医療に関する実践的な研修を提供し、将来的に地域医療を担う医師を育成するため、平成21(2009)年4月に三重県が紀南病院内に開設した研修センターです。 ※METCH: Mie Education and Training Center for Community Healthの略。
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等を目的に、県庁内に設置し、あわせて分室を三重大学内に設置しました。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・確保を目的として研修資金を貸与する制度をいいます。研修修了後、3年間で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分から翌朝8時まで、医療関係の専門相談員が電話相談に応じる事業です。
三重専門医研修プログラム（後期臨床研修プログラム）	平成25（2013）年度に三重県地域医療支援センターが作成した後期臨床研修プログラムで、中核病院と医師不足病院をローテーションしながら専門資格が取得できます。
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）を担当するセクションです。
無医地区に準じる地区	無医地区には該当しないが、知事が厚生労働大臣に協議を行い、これに準じた医療の確保が必要と認めた地区をいいます。
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となる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区	無歯科医地区には該当しないが、知事が厚生労働大臣に協議を行い、これに準じた医療の確保が必要と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つ以上をあわせ持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急救命処置等の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質の向上を図っていく体制のことをいいます。
免許保持者の届出制度	免許を持ちながら看護師等の仕事に就いていない場合に、氏名や連絡先などを都道府県ナースセンターに届け出るものです。潜在看護師等を含めた離職中の看護師等の復職支援を図ることを目的としています。
メンタルケア	精神面での援助・介護のことです。
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、「全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関わらず、最初からできるだけ多くの人々が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	幼児（1歳から4歳）人口千あたりの幼児の死亡数をいいます。

や

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（調剤）報酬明細書のことで、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で、診療内容や処方した薬の費用等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。
老人福祉圏域	介護保険事業支援計画・高齢者福祉計画において、介護給付費等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定めるために都道府県が設定する単位（圏域）をいいます。本県では、二次医療圏と同じ圏域を設定しています。

ADL	Activities of Daily Living（日常生活動作）の略で、日常生活を営む上で、普通に行っている行為、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。
-----	---

A E D	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。
B	
B C P	Business Continuity Planning の略で、災害などリスクが発生したときに重要業務が中断しないように、目標復旧時間内に重要な機能を再開させ、業務中断に伴うリスクを最低限にし、平時から事業継続について戦略的に準備しておく計画です。
C	
C A B G	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る治療法のことです。
C C U	Cardiac Care Unit (心臓内科系集中治療室) 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。
C R T	Cardiac Resynchronization Therapy (心臓再同期療法) の略で、重症心不全に対して、ペースメーカーを使って心臓のポンプ機能の改善を図る治療方法です。
C T	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	
D M A T	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。
D O T S	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。
D P A T	Disaster Psychiatric Assistance Team (災害精神医療派遣チーム) の略で、大規模災害などで被災した精神科病院の患者への対応や、被災者の P T S D (Post-traumatic Stress Disorder) をはじめとする精神疾患発症の予防などを支援する専門チームのことです。
D P C	Diagnosis Procedure Combination (包括評価制度) の略で、平成 15 年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度である。
Drip and Ship	遠隔診療を用いる等によって、脳卒中に精通した医師の指示下に t-PA 療法を開始した上で、血管内治療が可能な施設を含む、より専門的な診療が可能な施設に、脳梗塞患者を搬送することをいいます。

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自己質問票

G

GCU

Growing Care Unit の略で、新生児治療回復室と訳されます。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 Activities 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。

J

JMAT

日本医師会により組織される災害医療チームで、被災地の支援に入り、現地の医療体制が回復するまでの間、地域医療を支えるための組織です。

M

M F 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	臨床研修医や指導医、臨床研修病院等を対象として、臨床研修を円滑に行うための事業を実施することを目的に、県内の関係医療機関が共同で設立したNPO法人です。 ※MMC : Mie Medical Complex の略。
MMCプログラム	県内の16の初期臨床研修病院における、それぞれの特徴を活かした臨床研修プログラムのことをいいます。すべての初期臨床研修病院は、互いに連携しており、臨床研修医は自由選択の期間に約200科の研修枠からMMCプログラムによる研修を受けることができます。
M R 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	M R 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 C D	National Clinical Data Base の略で、専門医制度と連動して外科手術症例をデータベース化したものです。
N D B	National Data Base の略で、厚生労働省が全国のレセプト情報等をデータベース化したものです。利用にあたっては、個人等が特定されないよう、一定のルールがあります。
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。

PET-CT

診断の精度を向上させるためにPETとCTを組み合わせた装置です。

Q

QOL

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

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。

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おそれがある脳梗塞(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。