第１節｜がん対策

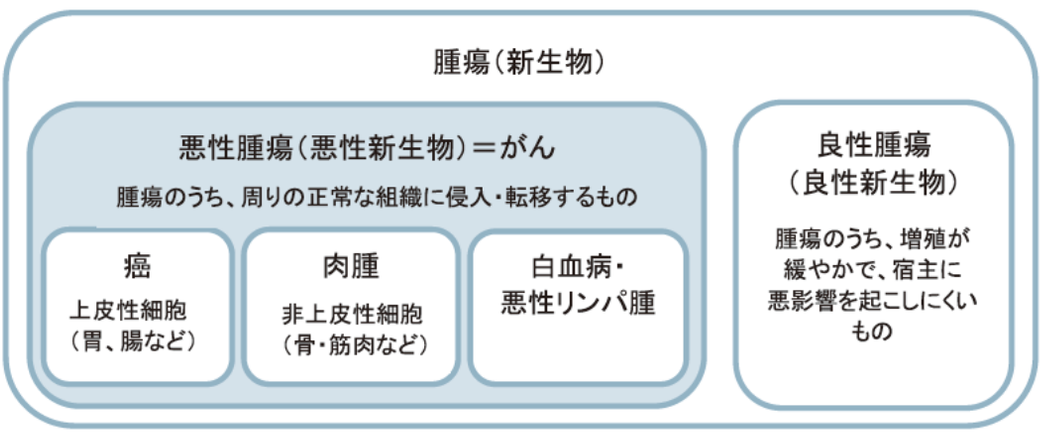
１．がんにおける医療の現状

(1) がんの疫学

○ がんは腫瘍（新生物）と呼ばれる細胞の集団のうち、無秩序に増え続けて周りの正常な組織に侵入（浸潤）していくもので、「悪性腫瘍」または「悪性新生物」とも呼ばれます。平仮名の「がん」は、「癌」や「肉腫」、白血病等の血液悪性腫瘍も含めた広義的な意味で悪性腫瘍をあらわす言葉として使われています。

○ 正常な細胞ががん化すると、血管やリンパ管を通って体の至る所に定着して増殖（転移）します。がんは無制限に増殖して体を消耗させ、臓器を機能不全に陥れます。

図表 5-1-1 がんの概念図



○ 平成 25（2013）年のがん罹患者数は、全国では 862,452 人、本県では 12,047 人となっています。部位別にみると、男性では、胃がん、肺がん、大腸がんが多くなっています。女性では、乳がん、大腸がん、胃がんが多くなっています。全国的にもおおむね同様の傾向です。

図表 5-1-2 三重県における主ながん罹患者数

（単位：人）

	全部位	胃	大腸	肝および肝内胆管	肺	乳房	子宮	前立腺
男　性	7,078	1,298	1,112	406	1,130	8	－	1,001
女　性	4,969	539	799	175	453	1,015	336	－

資料：国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計　2013 年罹患数・率報告」

○ 人口 10 万人あたりのがんの年齢調整罹患率 *は、全国平均の 361.9 に対して本県は 336.0 と低い水準です。

○ がんは加齢により発症リスクが高まるため、今後ますます高齢化が進行することをふまえると、患者数は今後も増加していくと推測されます。

図表 5-1-3 がんの年齢調整罹患率（年齢階級別）（人口 10 万人あたり）

	0～4 歳	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
全　国	14.3	8.7	8.9	13.8	19.8	38.6	69.0	113.5	202.2
三重県	17.2	13.7	4.5	14.0	16.8	27.4	53.1	105.1	196.1

	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85 歳以上	全年齢
全　国	312.0	454.5	674.7	1010.4	1377.0	1796.4	2145.9	2355.5	2336.9	361.9
三重県	293.0	399.3	612.1	953.5	1264.7	1649.5	2040.7	2304.8	2227.9	336.0

資料：国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計　2013 年罹患数・率報告」

○ わが国の死因別の死亡数を見た場合、がんによる死亡割合が最も高く、平成 28（2016）年には 28.5%と全体の約３割を占めています。死亡数の推移を見ると、昭和 56（1981）年以降はがんによる死亡数が第１位であり、年々増加する傾向にあります[1]。

○ 本県においても、昭和 57（1982）年以降、がんは死因の第１位となっており、平成 28（2016）年には 5,219 人、死亡数の割合で 26.3%の人ががんで死亡しています[1]。部位別死亡数は、肺がん、大腸がん、胃がんが多くなっています。

図表 5-1-4 三重県における主ながん部位別死亡者数

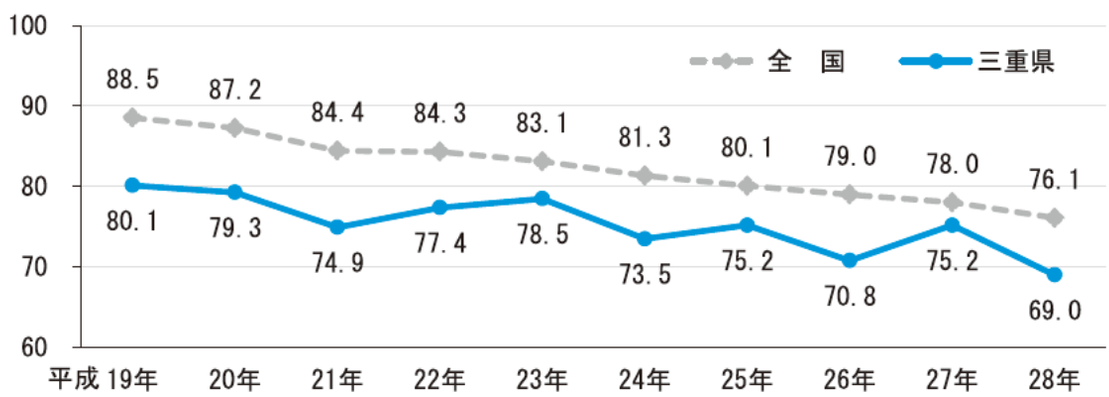
（単位：人）

	全部位	胃	大腸	肝及び肝内胆管	気管、気管支及び肺	乳房	子宮	前立腺
男　性	3,091	450	373	254	826	－	－	142
女　性	2,128	209	334	131	307	184	94	－

資料：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

○ 人口 10 万人あたりのがんによる年齢調整死亡率（75 歳未満）は、年々減少傾向にあります。本県においては全国平均よりも低い水準で推移しています。

図表 5-1-5 がんによる年齢調整死亡率の推移（75 歳未満）（人口 10 万人あたり）



資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

○ 早期がん発見率（進行度限局の構成比）は、全部位では、全国平均の 45.6 に対して本県は 45.6 と同程度です。部位別では、胃がん、肝がん、肺がん、男性の前立腺がんで限局にとどまっている割合が全国平均より低くなっています。

図表 5-1-6 主ながんの早期がん発見率（進行度限局の構成比）

（単位：%）

	全部位	胃	大腸	肝および肝内胆管	肺	乳房	子宮	前立腺
全　国	45.6	56.2	43.2	60.7	32.5	59.2	56.3	64.1
三重県	45.6	55.0	44.1	59.8	28.8	60.2	60.0	57.0

資料：国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計　2013 年罹患数・率報告」

○ 全がんの５年相対生存率は 65.2%ですが、肺がんは 39.1%、肝臓がんは 38.5%と原発巣による予後の差が大きいことが特徴です。また、臨床病期（ＵＩＣＣ*による）によっても５年相対生存率は大きく変化し、ステージ＊Ⅰでは胃がん、大腸がん等で 90%以上となっていますが、ステージⅣでは胃がん、肝がん、肺がん等で 10%以下となっています。

図表 5-1-7 がん診療連携拠点病院における主ながんの5年相対生存率

（単位：%）

	胃	大腸	肝臓	肺・気管	乳房（女性）	子宮頸部	前立腺
ステージⅠ	95.0	95.5	58.5	80.9	100.0	95.0	100.0
ステージⅡ	68.8	88.5	40.2	47.8	95.7	79.1	100.0
ステージⅢ	42.8	76.5	16.1	20.9	81.6	62.3	100.0
ステージⅣ	9.0	17.5	2.5	4.6	35.2	23.6	59.2
計	70.4	72.6	38.5	39.1	92.7	75.6	97.7

資料：公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計’16」

○ がん患者の在宅等（介護老人保健施設、老人ホーム、自宅）での死亡割合は、全国平均の 14.3%に対して 16.5%と高い水準です。

図表 5-1-8 がん患者の在宅死亡割合

（単位：%）

	病院	診療所	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
全　国	83.3	1.6	0.7	2.6	11.0	0.8
三重県	81.5	1.0	1.2	3.3	12.0	1.0

資料：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

○ 本県では、「がん対策基本法」第 12 条第１項に基づき、「三重県がん対策戦略プラン」を県のがん対策推進計画として位置づけ、さまざまな取組を実施しています。平成 30（2018）年度からは、「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）」を展開し、県のがん対策の充実を図ります。

(2) 予防

① がんの１次予防

○ がんと生活習慣との関係や危険因子等の解明が進んだことにより、がんは生活習慣病の一つとされ、その予防も可能になりつつあります。また、新たながん検診の手法や治療法の進歩により、現在では早期に発見すれば治る疾患になりつつあります。

○ がんを誘発する要因には、喫煙および食生活等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症等さまざまなものがあります。がん発症のリスクを低減させ、がんを予防するには、喫煙しないことやバランスのとれた食事、適度な運動等の生活習慣の改善やウイルス感染予防等が重要となります。

○ がんであっても根治的治療を受け、社会で活躍している人も多いことから、がん検診や肝炎ウイルス検査などを積極的に活用し、がんの予防対策を推進することが重要です。

○ 喫煙率は、全国平均の 19.8%に対して本県は 17.7%と低い水準です。男性では全国平均の 31.1%に対して本県は 29.6%、女性では全国平均の 9.5%に対して本県は 6.9%となっています[2]。

○ 禁煙外来を行っている診療所数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、特に南勢志摩医療圏は高い値になっています。一方、禁煙外来を行っている病院数は、各医療圏とも全国平均を下回っています。

図表 5-1-9 禁煙外来を行っている医療機関数

（単位：か所）

二次医療圏	病院		診療所	
	医療機関数	人口 10 万人あたり	医療機関数	人口 10 万人あたり
全　国	2,410	1.9	12,692	10.0
三重県	20	1.1	216	11.9
北勢医療圏	7	0.8	81	9.7
中勢伊賀医療圏	6	1.3	52	11.5
南勢志摩医療圏	7	1.5	72	15.7
東紀州医療圏	0	0	11	15.0

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）

○ ニコチン依存症管理料を算定する患者数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、特に南勢志摩医療圏は高い水準になっています。

[2] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

図表 5-1-10 ニコチン依存症管理料(初回)の算定件数

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	222,825	173.8
三重県	3,505	188.4
北勢医療圏	1,572	184.6
中勢伊賀医療圏	885	191.8
南勢志摩医療圏	918	195.0
東紀州医療圏	130	170.0

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 27 年 1 月 1 日現在)

○ 受動喫煙防止対策として「たばこの煙の無い店」促進事業を進めています。平成 28 (2016) 年度末現在 428 店舗が店内を終日禁煙とし、入り口等からたばこの煙やにおいが流入しない店舗として認定を受けています。

○ ハイリスク飲酒者の割合は、男性では全国平均の 14.6%に対して 12.4%、女性では全国平均の 9.1%に対して 7.1%と低くなっています[3]。

○ 運動習慣のある者の割合は、男性では全国平均 35.1%に対して 38.7%、女性では全国平均 27.4%に対して 30.9%と高くなっています[3]。

○ １日あたりの野菜摂取量は、男性では全国平均の 284.2ｇに対して 268.7ｇ、女性では全国平均の 270.0ｇに対して 239.8ｇと低い水準です[4]。

○ １日あたりの食塩摂取量は、男性では全国平均の 10.8ｇに対して 10.7ｇ、女性では全国平均の 9.2ｇに対して 9.0ｇと同程度となっています。

○ 本県における公的肝炎ウイルス検査実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。また、肝炎治療受給者証交付枚数は、インターフェロン*治療、核酸アナログ製剤治療*では人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、インターフェロンフリー治療では人口 10 万人あたりで全国平均を上回っています。なお、平成 26 (2014) 年９月からインターフェロンフリー治療が肝炎治療に対する助成対象に追加されました。

図表 5-1-11 公的肝炎ウイルス検査実施件数

(単位：件)

	B型		C型	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全　国	331,700	258.3	321,307	250.2
三重県	2,308	123.5	2,307	123.4

資料：特定感染症検査等事業（都道府県)、健康増進事業（市町村）（平成 26 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 26 年 1 月 1 日現在)

[3] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」、三重県「平成 28 年度 県民健康意識調査」

[4] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」

図表 5-1-12 肝炎治療受給者証交付枚数

（単位：件）

	インターフェロン治療		インターフェロンフリー治療		核酸アナログ製剤治療	
	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	17,411	13.6	19,883	15.5	62,404	48.6
三重県	237	12.7	540	28.9	850	45.5

資料：肝炎対策特別促進事業（平成 26 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 26 年 1 月 1 日現在）

② がんの早期発見

○ がんによる死亡者の減少のためには、科学的根拠に基づくがん検診の実施および精度管理の充実が必要です。「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、「胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査による胃がん検診」、「胸部エックス線検査及び喀痰細胞診（高危険群のみ）による肺がん検診」、「便潜血検査による大腸がん検診」、「細胞診による子宮頸がん検診」、「乳房エックス線検査（マンモグラフィ）による乳がん検診」が定められています。

○ 本県のがん検診受診率は、胃がん検診 9.8%、肺がん検診 23.0%、大腸がん検診 30.0%、子宮頸がん検診 54.2%、乳がん検診 37.8%となっています。

○ 早期発見するためにも検診の精度が管理されていることが必要であり、本県では「三重県がん検診精度管理検討委員会」において、検診精度の向上と管理に努めています。

図表 5-1-13 がん検診受診率

（単位：%）

二次医療圏	胃	肺	大腸	子宮頸	乳
全　国	9.3	16.1	19.2	32.0	26.1
三重県	9.8	23.0	30.0	54.2	37.8
北勢医療圏	10.4	14.8	28.8	53.3	42.9
中勢伊賀医療圏	11.3	33.0	30.6	58.6	37.8
南勢志摩医療圏	8.0	28.6	33.9	53.9	23.0
東紀州医療圏	6.9	18.0	19.3	37.8	4.9

資料：厚生労働省「平成 26 年度地域保健・健康増進事業報告」

(3) 治療

① 診断

○ 平成 29（2017）年 7 月現在、がんの確定診断および治療に対応している病院は、98 施設中 46 施設となっています[5]。

○ がん診断において病理診断は非常に重要です。本県における術中迅速病理組織標本の作製件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っていますが、病理組織標本の作製件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。いずれも、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

[5] 出典：三重県調査

図表 5-1-14 病理組織標本の作製件数

（単位：件）

二次医療圏	術中迅速病理組織標本の作製件数		病理組織標本の作製件数	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全　国	148,935	116.1	1,810,288	1,411.8
三重県	2,173	116.8	22,291	1,198.4
北勢医療圏	557	65.4	8,417	988.4
中勢伊賀医療圏	823	178.4	6,486	1,405.8
南勢志摩医療圏	793	168.5	6,944	1,475.3
東紀州医療圏	0	0	444	580.8

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 27 年１月１日現在）

② がん治療

○ 本県のがん医療は、都道府県がん診療連携拠点病院（以下、「県拠点病院」という。）である三重大学医学部附属病院を中心に、地域における拠点である地域がん診療連携拠点病院（以下、「地域拠点病院」という。）および三重県がん診療連携準拠点病院（以下、「準拠点病院」という。）等が連携・協力してがん診療体制の整備を進めています。また、県拠点病院および地域拠点病院（以下、「拠点病院」という。）、準拠点病院を補完する医療機関として、三重県がん診療連携病院（以下、「連携病院」という。）を指定しています。

○ がん治療には、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法等があり、がんの種類や進行度に応じて、単独またはいくつかの療法を組み合わせた集学的治療*が行われます。

○ がん治療については、学会等が診療ガイドラインを作成し、各医療機関はこれに基づいて地域連携クリティカルパスを作成し、キャンサーボード（がん患者の病態に応じた適切な治療を提供することを目的として医療機関内で行う検討会）で確認しながら治療を進めていきます。

○ がん患者の罹患率や生存率、治療効果等を分析することで、がん対策や医療水準の評価に際しての基礎データを得るために、がん登録を実施しています。がん登録には、主に医療機関が実施主体となり、施設の診療の実態を把握するための「院内がん登録*」と、国が実施主体となり、全国のがん罹患の実態を把握するための「全国がん登録*」があります。全国がん登録は、平成 28（2016）年１月からスタートしています。

○ 日本放射線腫瘍学会が認定する放射線治療専門医は全ての拠点病院に配置されています[6]。

○ 日本臨床腫瘍学会が認定するがん薬物療法専門医が配置されている拠点病院は３か所です。

○ 日本リハビリテーション医学会が認定するリハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院は１か所です。

○ 日本看護協会が認定するがん専門看護師は、全ての拠点病院に配置されています。

○ 日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師が配置されている拠点病院は２か所です。

[6] 出典：厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」（平成 28 年度）

○ 診療ガイドラインに基づく治療実施割合は、乳がんに対する乳房切除術で再発高リスク症例に対する術後放射線療法が 33.3％と最低で、肝がんの肝切除前のＩＣＧ測定が 91.6％で最高でした。これらに全身状態などの患者要因により実施しなかったものおよび高齢を加味すると、９項目中６項目で適切な治療の実施率として 90％以上の結果となりました。一方、乳がんに対する乳房切除術で再発高リスク症例に対する術後放射線療法および臓器横断の催吐高リスク化学療法前の予防制吐剤投与は、適切な治療を加味してもそれぞれ 61.7％、71.7％でした。標準治療を実施するか否かは、ステージや全身状態だけではなくさまざまな要素により判断されます。そのため、これらの結果について解釈することは困難で、今後個別に検討する必要があると考えられます。

図表 5-1-15 がん診療連携拠点病院等における標準診療実施率

（単位：％）

調査した標準治療	未実施理由の加味なし	未実施理由の加味あり	
	実施率	「高齢」を加味せず	「高齢」を加味
胃がん ステージ 2、3 に対する術後 S-1 療法	67.2	92.2	98.8
大腸がん ステージ 3 に対する術後補助化学療法	47.1	85.3	90.2
肺がん（１） ステージ 1～3 の非小細胞肺がんへの手術または定位放射線治療	87.9	98.2	99.2
肺がん（２） ステージ 2、3A 非小細胞がんに対する術後化学療法	44.9	87.8	96.4
乳がん（１） 乳房温存術後の全乳房照射	72.8	93.2	93.2
乳がん（２） 乳房切除後の腋窩リンパ節転移例に対する術後照射	33.3	57.7	61.7
肝がん 肝切除前の ICG15 分停滞率の測定	91.6	－	97.0
臓器横断 催吐高リスク化学療法前の予防制吐剤投与	64.2	－	71.7
臓器横断 外来麻薬処方時の便通対策	66.0	－	80.4

資料：国立がん研究センター「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会ＱＩ研究 2012 年症例解析結果報告書」

○ 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-16 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	12, 699, 482	9, 903. 9
三重県	181, 065	9, 734. 1
北勢医療圏	63, 783	7, 489. 7
中勢伊賀医療圏	56, 773	12, 305. 1
南勢志摩医療圏	55, 862	11, 868. 6
東紀州医療圏	4, 647	6, 078. 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 27 年 1 月 1 日現在）

○ 外来化学療法の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏、東紀州医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-17 外来化学療法の実施件数（病院）

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	217, 577	169. 7
三重県	2, 803	150. 7
北勢医療圏	695	81. 6
中勢伊賀医療圏	820	177. 7
南勢志摩医療圏	1, 081	229. 7
東紀州医療圏	207	270. 8

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ 放射線治療（体外照射）の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-18 放射線治療（体外照射）の実施件数

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	222, 334	173. 4
三重県	3, 430	184. 4
北勢医療圏	1, 192	140. 0
中勢伊賀医療圏	1, 077	233. 4
南勢志摩医療圏	1, 039	220. 7
東紀州医療圏	122	159. 6

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ 悪性腫瘍手術の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-19 悪性腫瘍手術の実施件数（病院）

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	56,143	43.8
三重県	666	35.8
北勢医療圏	242	28.4
中勢伊賀医療圏	205	44.4
南勢志摩医療圏	208	44.2
東紀州医療圏	11	14.4

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ がんの療養においては、治療の影響や症状の進行等により、嚥下（食事を飲み込むこと）や呼吸運動等の日常生活動作に支障をきたすことがあります。これらの障害を軽減するためにリハビリテーションを行っています。

○ がん患者リハビリテーション実施医療機関数は、人口 10 万人あたりで全国平均と同程度ですが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。

○ がん患者リハビリテーションの実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-20 がん患者リハビリテーション料 *届出医療機関、算定件数

（単位：か所、件）

二次医療圏	がんリハビリテーション料届出医療機関[1]		がん患者リハビリテーション料の算定件数[2]	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全　国	1,523	1.2	213,467	166.5
三重県	23	1.2	2,784	149.7
北勢医療圏	9	1.1	1,189	139.6
中勢伊賀医療圏	9	2.0	766	166.0
南勢志摩医療圏	5	1.1	829	176.1
東紀州医療圏	－	－	－	－

資料：[1]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）、[2]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 27 年 1 月 1 日現在）

○ 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

○ 地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-21 がん治療連携計画策定料1、2、がん治療連携指導料の算定件数

（単位：件）

二次医療圏	がん治療連携計画策定料１、２		がん治療連携指導料	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全　国	14,178	11.1	93,511	72.9
三重県	23	1.2	455	24.5
北勢医療圏	－	－	63	7.4
中勢伊賀医療圏	－	－	126	27.3
南勢志摩医療圏	23	4.9	242	51.4
東紀州医療圏	－	－	24	31.4

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 27 年１月１日現在）

(4) 療養支援

○ がん患者は、痛み、全身倦怠感、呼吸困難等の身体的苦痛や、不安、苛立ち、絶望感等の精神的苦痛、家計に与える影響の心配、社会的地位の喪失等の社会的苦痛、なぜ私ががんになったのか、何のためなのかなどのスピリチュアル*な苦痛等に直面します。また、家族等も大きな痛みと負担を感じます。これらの全人的な痛みは、がんと診断された時から向き合うことになるため、緩和ケアにより必要に応じて痛みなどの症状等を緩和するとともに、がん患者およびその家族等の心理面や社会面までを含めた支援を行い、ＱＯＬ（生活の質）を高める必要があります。

○ 在宅療養を希望する患者には、患者およびその家族の要望に沿って緩和ケアや介護サービスを含む適切な支援が継続的に提供されています。

○ 末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、東紀州医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-22 在宅末期医療総合診療科届け出施設数

（単位：か所）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	12,842	10.0
三重県	137	7.4
北勢医療圏	68	8.0
中勢伊賀医療圏	34	7.4
南勢志摩医療圏	27	5.7
東紀州医療圏	8	10.5

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）

○ がんの痛みの緩和に使用するモルヒネ等の医療用麻薬を取り扱うことのできる麻薬取扱小売業免許取得薬局数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-23 麻薬小売業免許取得薬局数

（単位：か所）

	実数	人口 10 万人あたり
全　国	44,937	35.0
三重県	613	33.0

資料：厚生労働省「麻薬・覚せい剤行政の概要」（平成 26 年 12 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 27 年 1 月 1 日現在）

○ がん相談支援センターは、県内全ての拠点病院に設置されているほか、三重県がん相談支援センター等、県内 17 か所に設置されています。

図表 5-1-24 がん相談支援センターを設置している医療機関数

（単位：か所）

二次医療圏	拠点病院	準拠点病院	その他医療機関	三重県がん相談支援センター
三重県	4	2	10	1
北勢医療圏	1	1	5	－
中勢伊賀医療圏	1	1	1	1
南勢志摩医療圏	2	－	3	－
東紀州医療圏	－	－	1	－

資料：厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」等（平成 28 年度）

○ がんの痛みや精神的苦痛を和らげる緩和ケア病棟を有する病院は、平成 26（2014）年度現在で、県内で 6 施設、病床は 129 床でした。平成 29（2017）年 12 月末現在、7 施設 149 床となりましたが、さらなる充実が必要です。

○ がんの痛みや精神的苦痛を和らげる緩和ケアチームのある医療機関は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っています。

図表 5-1-25 緩和ケア病棟を有する病院数・病床数、緩和ケアチームのある医療機関数

（単位：か所、床）

二次医療圏	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数		緩和ケアチームのある医療機関数	
	病院数	病床数	医療機関数	人口 10 万人あたり
全　国	366	6,997	992	0.8
三重県	6	129	17	0.9
北勢医療圏	1	25	7	0.8
中勢伊賀医療圏	1	20	5	1.1
南勢志摩医療圏	4	84	4	0.8
東紀州医療圏	－	－	1	1.3

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ がん患者指導の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-26 がん患者指導管理料の算定件数

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	230,653	179.9
三重県	1,387	74.6
北勢医療圏	549	64.5
中勢伊賀医療圏	212	45.9
南勢志摩医療圏	615	130.7
東紀州医療圏	11	14.4

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 27 年 1 月 1 日現在）

○ 入院緩和ケアの実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-27 緩和ケア診療加算

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	63,385	49.4
三重県	164	8.8
北勢医療圏	－	－
中勢伊賀医療圏	164	35.5
南勢志摩医療圏	－	－
東紀州医療圏	－	－

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 27 年 1 月 1 日現在）

○ 外来緩和ケア管理料の算定要件を満たした届出施設数は、中勢伊賀医療圏で 1 施設ですが、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備している医療機関は、県内で 13 施設あります。

○ 外来緩和ケア管理料の算定件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-28 外来緩和ケア実施医療機関数
外来緩和ケア管理料の届出施設数、外来緩和ケア管理料算定件数

（単位：か所、件）

二次医療圏	外来緩和ケア実施医療機関数[1]	外来緩和ケア管理料の届出施設数[2]		外来緩和ケア管理料算定件数[3]	
		実施医療機関数	人口10万人あたり	実施件数	人口10万人あたり
全　国	－	223	0.2	8,359	6.5
三重県	13	1	0.1	95	5.1
北勢医療圏	5	－	－	－	－
中勢伊賀医療圏	3	1	0.2	95	20.6
南勢志摩医療圏	5	－	－	－	－
東紀州医療圏	－	－	－	－	－

資料：[1]厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」（平成28年度）[2]厚生労働省「診療報酬施設基準」（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28年1月1日現在）、[3]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27年1月1日現在）

○ がん性疼痛緩和の実施件数は、人口10万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-29 がん性疼痛緩和指導管理料の算定件数

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口10万人あたり
全　国	346,256	270.0
三重県	4,068	218.7
北勢医療圏	1,609	188.9
中勢伊賀医療圏	1,302	282.2
南勢志摩医療圏	999	212.3
東紀州医療圏	158	206.7

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27年1月1日現在）

○ 在宅がん医療総合診療科の算定件数は、人口10万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-30 在宅がん医療総合診療科の算定件数

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口10万人あたり
全　国	26,211	20.4
三重県	38	2.0
北勢医療圏	10	1.2
中勢伊賀医療圏	－	－
南勢志摩医療圏	13	2.8
東紀州医療圏	15	19.6

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27年1月1日現在）

(5) 受療動向

○ ＮＤＢによると、本県では平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月までの１年間において、がんの入院レセプト（診療報酬明細書）は 47,451 件ありました。このうち、3,549 件（7.5%）は愛知県、奈良県、和歌山県等の県外医療機関で治療を受けています。

○ 入院患者の流出率は、桑員区域が 43.5%、伊賀区域が 43.4%、東紀州区域が 44.4%と高くなっています。このうち、桑員区域では愛知県等の県外医療機関、伊賀区域では奈良県等の県外医療機関、東紀州区域では南勢志摩医療圏への流出が多くなっています。一方、流入率では、津区域が 30.5%と高い値を示しています。伊勢志摩区域では、流出・流入率とも低くなっています。

○ 外来患者は、入院患者に比べておおむね流出・流入率は低くなっていますが、流出率は桑員区域が 41.1%、伊賀区域が 31.0%、東紀州区域が 33.6%と高くなっています。このうち、桑員区域では愛知県等の県外医療機関、伊賀区域では奈良県等の県外医療機関、東紀州区域では和歌山県等の県外医療機関への流出が多くなっています。一方、流入率では、津区域が 22.0%と高い値を示しています。伊勢志摩区域では、流出・流入率とも低くなっています。

図表 5-1-31 構想区域別 がん入院患者の流出・流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数		北勢	桑員	三泗	鈴亀	中勢伊賀	津	伊賀	南勢志摩	松阪	伊勢志摩	東紀州	東紀州	県外	流出率
総数	47,451		－	3,222	7,264	4,380	－	10,656	2,896	－	7,219	6,538	－	1,727	3,549	7.5%
	47,451															
北勢	－		－	－	－	－	－	1,258	－	－	20	－	－	－	－	－
桑員	5,177		－	2,926	595	51	115			－			－		1,490	43.5%
三泗	7,246		－	222	6,077	312	303			－			－		332	16.1%
鈴亀	5,127		－	－	530	3,649	840			20			－		88	28.8%
中勢伊賀	－		－	13	51	321	－	－	－	－	455	44	－	－	－	－
津	8,199		303				－	7,404	－	453			－		39	9.7%
伊賀	4,791		82				－	733	2,713	46			－		1,217	43.4%
南勢志摩	－		－	－	－	47	－	884	－	－	－	－	－	－	－	－
松阪	6,795		18				593			－	5,753	374	－		57	15.3%
伊勢志摩	6,755		29				291			－	431	5,940	－		64	12.1%
東紀州	－		－	－	－	－	－	350	－	－	560	180	－	－	－	－
東紀州	3,048						350			740			－	1,696	262	44.4%
県外	313		－	61	11	－	－	27	183	－	－	－	－	31	－	－
流入率	0.7%		－	9.2%	16.3%	16.7%	－	30.5%	6.3%	－	20.3%	9.1%	－	1.8%	－	－

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。
※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。
※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

図表 5-1-32 構想区域別 がん外来患者の流出・流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数		北勢	桑員	三泗	鈴亀	中勢伊賀	津	伊賀	南勢志摩	松阪	伊勢志摩	東紀州	東紀州	県外	流出率
総数	414,691			26,498	69,062	41,165	－	81,018	31,429	－	57,867	62,228	－	16,044	29,380	7.2%
	414,691															
北勢	－		－	－	－	－	－	7,197	13	－	246	111	－	－	－	－
桑員	40,926		－	24,101	5,508	407	605			52			－		10,253	41.1%
三泗	67,471		－	1,436	59,169	1,983	1,516			88			－		3,279	12.3%
鈴亀	46,028		－	44	3,537	36,005	5,089			217			－		1,136	21.8%
中勢伊賀	－		－	24	421	2,395	－	－	－	－	4,008	237	－	－	－	－
津	70,658		2,309				－	63,154	302	3,891			－		1,002	10.6%
伊賀	42,839		531				－	3,788	29,550	354			－		8,616	31.0%
南勢志摩	－		－	－	170	181	－	4,978	－	－	－	－	－	100	－	－
松阪	55,613		134				3,476			－	49,032	2,252	100		619	11.8%
伊勢志摩	63,718		217				1,502			－	2,033	59,018	－		948	7.4%
東紀州	－		－	－	24	85	－	1,366	－	－	2,452	481	－	－	－	－
東紀州	23,631		109				1,366			2,933			－	15,696	3,527	33.6%
県外	3,807		－	893	233	109	－	535	1,564	－	96	129	－	248	－	－
流入率	1.0%		－	9.0%	14.3%	12.5%	－	22.0%	6.0%	－	15.3%	5.2%	－	2.5%	－	－

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

○ 肺がん入院患者の県外流出率は、他の部位のがんに比べ 8.0%と高い値を示しています。また、肺がん外来患者の県外流出率も 8.1%と、他の部位のがんに比べ高い値を示しています。

○ 桑員区域、伊賀区域、東紀州区域は他の区域に比べ、流出率の高い部位が多くなっています。

○ 津区域は他の区域に比べ、いずれの部位も流入率が高くなっています。

図表 5-1-33 構想区域別 がん入院患者の部位別流出・流入率状況

（単位：%）

構想区域	流出率					流入率				
	胃	大腸	肝	肺	乳房	胃	大腸	肝	肺	乳房
三重県	3.7	2.3	3.4	8.0	2.5	0.4	0.5	0.2	0.3	0.0
桑員区域	19.5	12.1	16.3	53.4	14.2	4.8	6.9	8.6	0.0	0.0
三泗区域	5.8	8.0	12.9	7.4	6.3	14.4	8.1	9.3	14.7	10.1
鈴亀区域	21.6	15.4	25.3	23.2	26.2	7.6	8.0	12.0	14.4	4.3
津区域	4.4	6.2	6.8	8.4	3.6	15.1	14.2	28.5	29.4	24.7
伊賀区域	28.8	18.4	30.4	69.4	34.1	2.3	5.6	0.0	5.6	0.0
松阪区域	9.7	12.0	14.2	7.2	18.5	11.0	17.1	17.4	14.2	9.9
伊勢志摩区域	4.9	5.0	6.2	6.9	13.7	0.0	5.0	1.8	7.0	11.7
東紀州区域	8.2	20.0	24.6	53.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

図表 5-1-34 構想区域別 がん外来患者の部位別流出・流入率状況

（単位：%）

構想区域	流出率					流入率				
	胃	大腸	肝	肺	乳房	胃	大腸	肝	肺	乳房
三重県	3.1	3.8	5.3	8.1	5.6	1.0	0.9	0.3	0.5	0.5
桑員区域	25.4	23.4	27.7	49.6	37.6	7.8	10.4	8.8	7.3	7.1
三泗区域	6.7	7.7	10.4	14.1	7.0	10.5	10.7	9.3	15.2	14.2
鈴亀区域	7.6	14.3	24.3	19.8	30.2	5.6	6.7	8.9	17.5	8.3
津区域	8.7	7.2	8.1	11.8	8.6	10.7	11.8	30.5	22.2	27.2
伊賀区域	11.0	17.3	29.6	46.2	35.6	5.4	4.2	1.6	1.7	3.2
松阪区域	4.2	7.3	10.4	9.0	12.4	8.0	10.2	12.8	15.4	12.3
伊勢志摩区域	4.0	3.5	7.4	9.2	8.7	1.7	2.8	2.5	4.9	3.7
東紀州区域	16.0	17.4	24.4	36.4	27.4	1.9	2.3	0.0	0.0	2.0

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

○ 放射線治療を受けた入院患者の県外流出率は 19.3%と、がんの入院患者全体の 7.5%に比べて高くなっており、南勢志摩医療圏を除いて 40%以上の患者が圏外に流出しています。特に東紀州医療圏の流出率が 80%近くに達しています。

○ 放射線治療を受ける外来患者の県外流出率も 19.1%と、がんの外来患者全体の 7.2%を上回っており、特に中勢伊賀医療圏で 50%以上の患者が圏外に流出しています。

○ 化学療法を受けた入院患者の県外流出率は、12.0%となっており、南勢志摩医療圏を除いて 20%以上の患者が圏外に流出しています。特に東紀州医療圏の流出率は 80%を超えています。

○ 化学療法を受ける外来患者の県外流出率は 11.4%となっており、特に東紀州医療圏で 50%以上の患者が圏外に流出しています。

図表 5-1-35 二次医療圏別 がんの治療法別流出・流入率状況

（単位：%）

二次医療圏	流出率				流入率			
	放射線治療		化学療法		放射線治療		化学療法	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
三重県	19.3	19.1	12.0	11.4	0.0	0.0	0.3	0.6
北勢医療圏	42.1	31.7	27.1	22.5	24.5	5.5	3.8	3.7
中勢伊賀医療圏	55.5	53.1	25.7	23.1	47.4	9.7	25.6	22.5
南勢志摩医療圏	24.1	0	11.1	9.6	19.2	16.7	17.6	9.9
東紀州医療圏	79.7	40.0	84.3	55.2	0	0	0	7.1

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

2．圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

○ がん医療が高度化、複雑化してきていることをふまえ、高度の専門性を必要とする医療や定型的な治療が困難な希少がん診療等の分野では一定の集約化が必要です。

○ 一方、がん医療の進歩は目ざましく、がん治療を外来で受ける患者は増加していくと見込まれます。住み慣れた家庭や地域で診断、入院治療、外来通院等の提供ができるよう、各地域において標準的・集学的治療を提供できる医療機関の整備が必要です。これを受け、本県では三重県がん対策推進協議会の意見等をふまえ、全国の状況や本県の地勢の状況などを考慮し、標準的・集学的治療を提供できる医療機関を県内に 10 か所程度整備することをめざすこととしました。

○ 本県におけるがん医療連携圏域については、集約化と均てん化*の状況を把握した上で、がん医療提供体制を整備する必要があります。

1）集約化の取組

○ 高度医療・希少がん診療の分野については、県外の専門医療機関等とも連携しながら、高度専門的ながん診療機能を担う県拠点病院を中心に、全県域を範囲としてがん診療の質の向上およびがん診療連携協力体制の構築を図ることが適切と考えます。

2）均てん化の取組

○ わが国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）については、標準的・集学的治療を提供できる医療機関を桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州の８つの構想区域と同じ範囲に整備することを基本に、地域やがん種によって機能分化・連携を検討することが適切と考えます。

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

図表 5-1-36 県内のがん診療連携に係る病院

（平成 30 年 4 月 1 日現在（予定））

二次医療圏	構想区域	目標箇所数	がん診療連携拠点病院	三重県がん診療連携準拠点病院	三重県がん診療連携病院
北勢	桑員	1			桑名東医療センター、 厚生連三重北医療センター いなべ総合病院、 もりえい病院
	三泗	2		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
	鈴亀	1	（地域）厚生連 鈴鹿中央総合病院		鈴鹿回生病院、 塩川病院
中勢伊賀	津	2	（県）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	藤田保健衛生大学 七栗記念病院
	伊賀	1			岡波総合病院、 上野総合市民病院
南勢志摩	松阪	1	（地域）厚生連 松阪中央総合病院		済生会松阪総合病院、 松阪市民病院
	伊勢志摩	1	（地域） 伊勢赤十字病院		市立伊勢総合病院
東紀州		1			尾鷲総合病院

(3) 連携のあり方

○ がん医療については、充実したがん検診体制や早期に適切な治療が受けられ、各病期や病態に応じた、高度かつ適切な治療が受けられる医療体制が必要です。また、がんと診断された時から、緩和ケアが受けられ、入院中だけでなく在宅においても切れ目なく支援が受けられる体制が必要です。

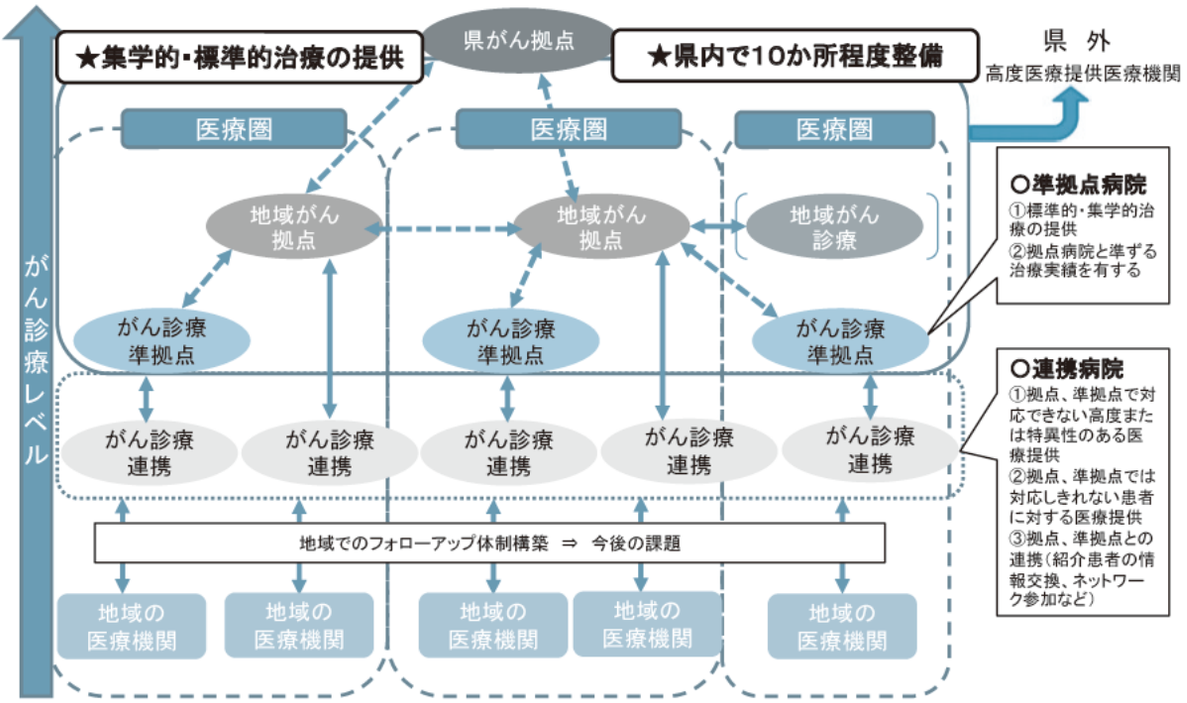
○ そのためには、県拠点病院を中心に、地域拠点病院および準拠点病院等が連携し、がん医療の水準を高め、緩和ケア病棟を持つ病院や在宅療養支援診療所*、一般診療所、訪問看護ステーション、相談支援センター等と医療連携体制を構築していくとともに、一層の連携強化のため、ＩＣＴ*（情報通信技術）を活用し、円滑な地域連携クリティカルパスの運用を進めていくことが必要です。

○ がん患者は二次医療圏・構想区域を越えて受診することも多く、患者の受診行動や他の二次医療圏・構想区域との連携も視野に入れた体制づくりが必要です。「がん診療連携拠点病院等の整備について」（厚生労働省健康局長通知）において、都道府県は、都道府県拠点病院にあっては、都道府県に１か所、地域拠点病院にあっては、二次医療圏（都道府県拠点病院が整備されている二次医療圏を除く。）に１か所整備するものとされています。

○ 都道府県拠点病院は、都道府県におけるがん診療の質の向上およびがん診療連携協力体制の構築等に関し中心的な役割を担うこととされています。本県においては、県拠点病院である三重大学医学部附属病院を中心に、「三重県がん診療連携協議会」を設置し、拠点病院等の機能の充実強化および、病院間の連携協力体制の確保等を推進しています。

○ また、特に高度な技術と設備等を必要とする医療については、拠点病院を中心に、地域性に配慮した集約化を図る必要があります。

図表 5-1-37 県がん医療提供体制のイメージ



3. 課題

(1) 予防

○ 本県では男性の肺がんの年齢調整死亡率が全国に比べて高い値を示していることから、引き続き喫煙率の低下に向けた取組を行う必要があります。

○ 「喫煙と健康　喫煙の健康影響に関する検討会報告書」によると、受動喫煙と肺がんとの関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル１）」と判定されました。このため、受動喫煙防止対策をさらに促進することが必要です。

○ 肝炎ウイルス等のウイルスや細菌の感染は、発がんの大きな要因の一つとなっているため、ワクチン接種や感染予防対策等を実施する必要があります。

○ がんによる死亡者の減少のためには、科学的根拠に基づくがん検診の実施およびがん検診や精密検査の受診率向上による、がんの早期発見・早期治療が重要です。

○ がんに関する正しい知識を身につけ、がん予防や早期発見の重要性が認識されるよう、子どもの頃からの教育や、県民に対する普及啓発活動をさらに進める必要があります。

(2) 治療

○ がん患者が、高度で質の高いがん治療を各地域の医療機関で受けることができるよう、拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備を進めることが必要です。特に、東紀州医療圏ではがん治療患者の流出率が高いことから、拠点病院等の整備（指定）が必要です。

○ 手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法等を組み合わせた集学的治療を行うための連携体制や、チーム医療の構築が必要であることから、がん専門看護師や各種認定看護師、放射線治療に係る放射線治療品質管理士や放射線技師、化学療法に係るがん専門薬剤師や各種認定薬剤師等の養成とスキルアップが必要です。

○ 放射線療法や薬物療法は外来で実施されることが一般的となってきており、その実施体制を確保するため、放射線治療を行う放射線治療専門医、薬物療法を行うがん薬物療法専門医等の人材育成が必要です。

○ がんの治療効果の向上、がん治療の副作用・合併症の予防や軽減等のため、医科歯科連携をはじめとした職種間連携を推進する必要があります。

○ がん診療に関わる医療機関において、標準登録様式*による院内がん登録を実施するとともに、全国がん登録によるがん患者の実態把握を行う必要があります。また、これまでの地域がん登録*や全国がん登録で得られたデータを活用し、地域の実態把握に努め、施策に反映していく必要があります。

(3) 療養支援

○ がん患者が、尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築をめざすとともに、適切ながん医療のみならず、社会的な支援を受けながら地域において円滑な社会生活を営むことができるための取組を進めることが必要です。

○ がんと診断された時からの緩和ケアの実施のため、医師をはじめとする医療従事者に対する緩和ケアに関する研修体制の充実が必要です。また、緩和ケアを実施することがＱＯＬ（生活の質）を維持・向上する上で効果的であり、がん患者およびその家族等の緩和ケアに対する理解を深める取組を進めることが必要です。

○ がん患者自身が治療を受けるにあたり、さまざまな不安や悩みに対する適切な相談が受けられるよう、拠点病院等におけるがん相談支援センターの充実を図る必要があります。また、拠点病院等におけるがん相談支援センターと三重県がん相談支援センターの一層の普及啓発による活用促進が必要です。

○ がん患者が住み慣れた地域や家庭で切れ目のないがん医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関、在宅医療・介護サービス等との連携体制を構築する必要があります。

○ がん医療の進歩により、がん患者が働きながらがん治療を受けられるようになっており、離職防止や再就職のための就労支援体制の充実が必要です。

○ がん患者個々のライフステージごとに、さまざまな異なった問題が生じることから、小児・ＡＹＡ世代（思春期世代と若年成人世代）等、ライフステージに応じたがん対策が必要です。

4．めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ がんの克服をめざし、がんに関する正しい知識を持って、避けられるがんを防ぐことや、がん医療および各種支援を、納得し、安心して受け、暮らしていくことができるよう、県民、医療機関、保険者、行政等さまざまな主体が一体的、総合的にがん対策に取り組んでいます。

(2) 取組方向

取組方向１：がんにかからないための健康的な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発、がんの早期発見の推進

取組方向２：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

取組方向３：がんと共に生きるための社会づくりの推進

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
がんによる年齢調整死亡率（75 歳未満） 【人口動態調査】	がんによる年齢調整死亡率（75 歳未満）を、毎年、全国平均よりも▲10%以上とすることを目標とします。	目　標 全国平均よりも▲10%以上 現　状(H28) 69.0（▲9.3%）
がん検診受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	目　標 50%以上 現　状(H26) 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%
がん検診後の精密検査受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	がん検診後の精密検査受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	目　標 90%以上 現　状(H25) 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%

（4）取組内容

取組方向１：がんにかからないための健康的な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発、がんの早期発見の推進

○ 喫煙率は、全国より低い水準となっているものの、男性の肺がんによる年齢調整死亡率が全国より高いことから、喫煙対策に引き続き取り組むとともに、未成年者の喫煙率０％をめざします。（県民、保険者、拠点病院等、医療機関、市町、県）

○ 県民一人ひとりの禁煙・分煙意識は高まり、公共の場や医療機関、職場における分煙も進んできました。引き続き「たばこの煙の無いお店」促進事業などの受動喫煙防止対策を進めます。（事業者、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、市町、県）

○ ウイルスや細菌の感染が原因となるがんに関する正しい知識の普及啓発を進めます。（事業者、保険者、市町、県）

○ がんの早期発見、早期治療につながるよう、がん検診の重要性に関する普及啓発を進めます。また、受診対象者への個別の受診勧奨・再勧奨や受診者の利便性の向上などの取組により、がん検診および精密検査受診率の向上を図ります。さらに、質の高いがん検診を提供できるよう、「三重県がん検診精度管理検討委員会」等においてがん検診の精度管理の取組を進めます。（県民、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、市町、県）

○ 子どもの頃から、がんに関して正しく理解し、自他の健康や命の大切さについて主体的に考えることができるよう、県教育委員会等の関係機関と連携した学校におけるがん教育や、医療機関等と連携したがんに関する正しい知識の普及啓発活動を進めます。（県民、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、関係機関、市町、県）

取組方向２：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

○ がん患者それぞれの病期や病態に応じた治療法を選択または組み合わせることができるよう、拠点病院等を地域の中核とし、地域の医療機関等と連携しながら、切れ目のないがん診療が提供できるよう取り組みます。（拠点病院等、医療機関、県）

○ さまざまな病態に応じた専門的な治療を行うために、それぞれの専門性を生かしながら連携して集学的治療が行えるよう、各種専門医や、がん医療を担う人材の育成に努めます。（拠点病院等、医療機関、医療関係団体、県）

○ 三重県がん診療連携協議会医科歯科連携部会が中心となり、がん患者の状態に応じた適切な口腔ケアや口腔管理等を行うことができる人材の育成を進めます。また、拠点病院等と地域の歯科医療機関との連携・協力により、がん治療に際して発生する副作用・合併症の予防や軽減を図り、がん患者のＱＯＬ（生活の質）の向上をめざします。（拠点病院等、医療機関、関係団体、県）

○ がん対策の科学的知見に基づく取組が推進できるよう、全国がん登録、院内がん登録等、がんの罹患やその他の状況を把握・分析する仕組みを充実させます。（拠点病院等、医療機関、県）

取組方向３：がんと共に生きるための社会づくりの推進

○ 診断時から緩和ケアが受けられるよう、医療従事者に対する緩和ケア研修を実施するとともに、三重県がん診療連携協議会緩和ケア部会を中心に、ＰＤＣＡサイクル確保の体制を構築し、緩和ケア領域の医療水準の向上を図ります。また、緩和ケアに対する理解を深めるための取組や多職種連携の取組を進めます。（拠点病院等、医療機関、関係団体、県）

○ 三重県がん相談支援センターや拠点病院等の間で情報共有を図り、連携しながらより適切な相談対応ができる体制を整備するとともに、三重県がん診療連携協議会相談支援部会を中心に、ＰＤＣＡサイクル確保の体制を構築し、県内のがん相談支援体制の水準の向上を図ります。また、患者が院外においても、自身に合った情報や意見を交換できる場や相談し合える場所づくりを促進するとともに、日本がん治療学会のがん医療ネットワークナビゲーター制度を活用した、地域におけるがん相談支援の人材育成を進めます。（患者会、拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、市町、県）

○ がん患者が住み慣れた家庭や地域で切れ目のないがん医療を受けられるよう、がん診療が可能な診療所や訪問看護ステーション等の充実を図るとともに、多職種連携を強化し、ＩＣＴを活用するなど、在宅医療体制の整備を図ります。（拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、介護事業者、県）

○ がん患者やがん経験者が治療と仕事を両立させることができるよう、がん相談支援センター等における就労相談をはじめ、職場でのがんの正しい知識の普及や支援制度の整備推進のため、公共職業安定所等の関係機関とも連携を図りながら、事業者に対する普及啓発を進めます。（拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、関係機関、公共職業安定所、事業所、県）

○ 小児・ＡＹＡ世代のがん患者の就学について、一定の取組が行われている小中学校のほか、高校教育段階における支援のあり方について、県教育委員会等関係機関と協力して検討を進めます。また、県拠点病院を中心に「三重がん生殖医療ネットワーク」を構築し、治療に伴う生殖機能への影響等、治療前に正確な情報提供が行われ、若年がん患者が生殖機能を温存した治療を選択できるための体制を整備します。（拠点病院等、医療機関、関係機関、市町、県）

第２節｜脳卒中対策

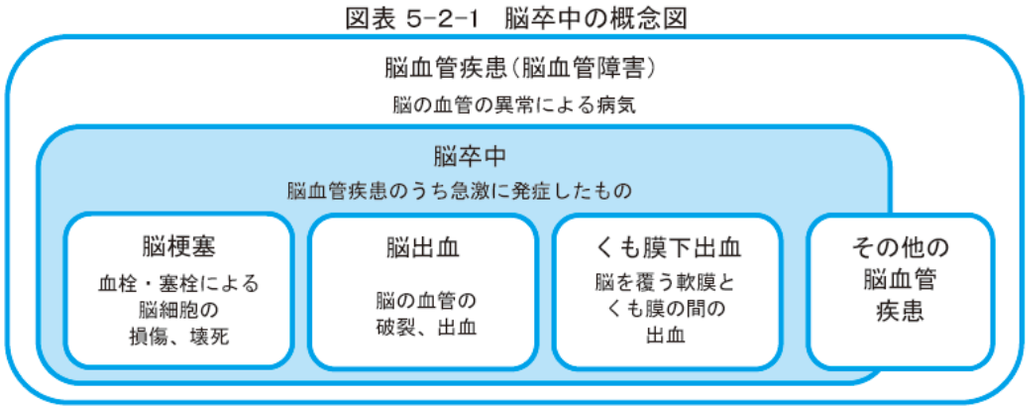
1. 脳卒中における医療の現状

(1) 脳卒中の疫学

○ 脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。

○ 脳卒中は発症後に後遺症が残ることも多く、患者およびその家族の日常生活に与える影響が大きいことから、発症後の速やかな搬送と専門的治療が不可欠となります。また、病期に応じたリハビリテーションを行うことにより、後遺症の防止や早期の社会復帰が実現できるといわれており、急性期、回復期、維持期のそれぞれの段階に応じたリハビリテーションが必要です。

図表 5-2-1　脳卒中の概念図



○ 脳血管疾患は悪性新生物、心疾患、老衰、肺炎に次いで本県における死因の第５位です。年間 1,652 人が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の 8.3%（全国 8.4%）を占めています[1]。

○ 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたりの年齢構成を調整した死亡率）は、男性 34.7（全国 36.2）、女性 19.8（全国 20.0）であり、男性に発症しやすい病気です。また、男女ともに年齢調整死亡率は全国値よりやや低くなっています。

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

図表 5-2-2　脳血管疾患分類別の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

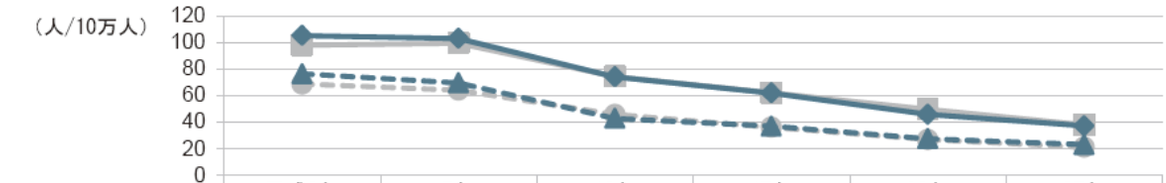
	区分	脳血管疾患	脳梗塞	脳出血	くも膜下出血	その他の脳血管疾患
男	全　国	36.2	17.0	13.7	4.6	－
	三重県	34.7	16.3	13.0	4.0	1.3
女	全　国	20.0	8.6	6.1	4.7	－
	三重県	19.8	9.2	6.1	3.9	0.7

※「－」は非公表

資料：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」、三重県「平成 28 年　三重県の人口動態」

[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

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

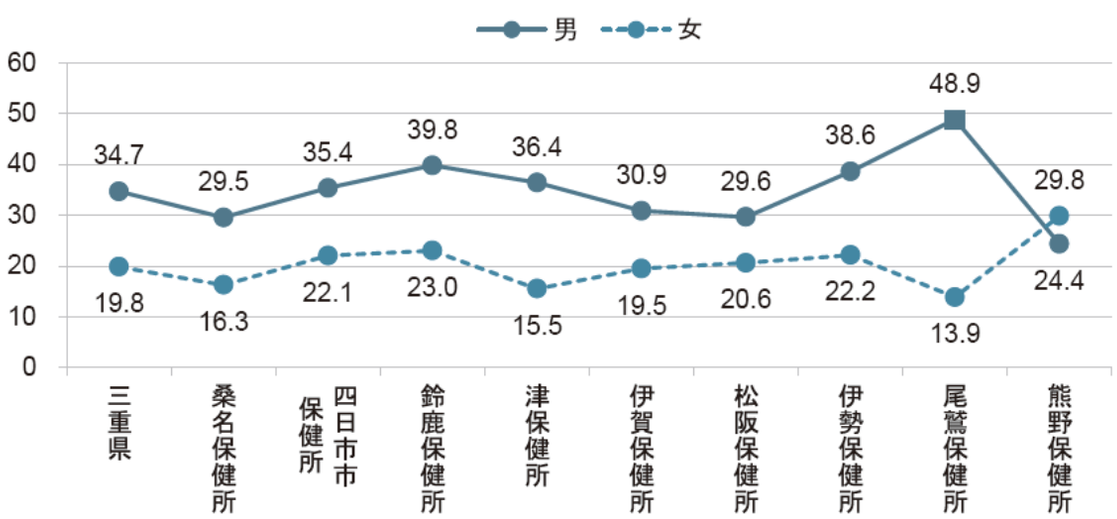


	平成2年	7年	12年	17年	22年	27年
男性　全　国	97.9	99.3	74.2	61.9	49.5	37.8
男性　三重県	105	102.8	74	61.8	45.7	37.1
女性　全　国	68.6	64.0	45.7	36.1	26.9	21.0
女性　三重県	76.2	69.5	42.7	36.9	27.5	23.1

資料：厚生労働省「平成27年　都道府県別年齢調整死亡率」

○ 県内各保健所管内別の年齢調整死亡率を比較すると、男性では、尾鷲保健所、鈴鹿保健所、伊勢保健所管内で高い傾向にあります。また女性では、熊野保健所管内で高い傾向にあります。

図表 5-2-4　各保健所管内別の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）



資料：三重県「平成28年　三重県の人口動態」

○ 脳血管疾患患者の在宅（自宅、老人ホーム）死亡割合については、本県は 18.5%であり、全国値 18.6%と同水準となっています。

図表 5-2-5　脳血管疾患患者の在宅死亡割合

（単位：人）

	病院	診療所	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他	総数
全　国	81,439	2,236	4,059	9,297	11,072	1,217	109,320
	74.5%	2.0%	3.7%	8.5%	10.1%	1.1%	
	80.3%			18.6%		1.1%	
三重県	1,132	46	144	174	131	25	1,652
	68.5%	2.8%	8.7%	10.5%	7.9%	1.5%	
	80.0%			18.5%		1.5%	

資料：厚生労働省「平成28年　人口動態調査」

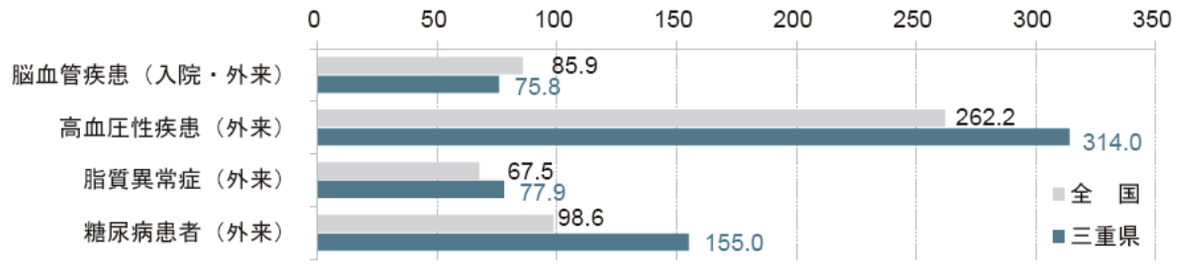
(2) 脳血管疾患の受療動向

① 脳血管疾患に関連する疾患の年齢調整受療率*

○ 平成 26（2014）年 10 月の調査日において、県内の医療機関で受療している脳血管疾患の患者数は、16 千人と推計されています[2]。

○ 人口 10 万人あたりの脳血管疾患の年齢調整受療率は、全国の 85.9 に対して本県は 75.8 と低い水準です。

図表 5-2-6　脳血管疾患に関連する疾患の年齢調整受療率（人口 10 万人あたり）



資料：厚生労働省「平成26年 患者調査」、総務省「人口推計」（平成26年10月１日現在）

② 受療動向

○ ＮＤＢによると、県内の平成 27（2015）年４月～平成 28（2016）年３月における脳血管障害（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血等の脳卒中を含む脳血管の疾患）の入院レセプト件数は、58,978 件ありました。

○ 県内患者のうち 2,235 件（3.9%）は、愛知県、和歌山県、大阪府、奈良県等の県外医療機関で治療を受けています。また、流出率は、東紀州医療圏が 31.2%と他の医療圏に比べ高くなっています。一方、流入率については、中勢伊賀医療圏が 16.1%と高くなっています。

○ ＮＤＢによる脳血管障害の外来患者の流出・流入率は、入院患者に比べて低くなっていますが、東紀州医療圏の流出率と、中勢伊賀医療圏の流入率が他の医療圏に比べ高くなっています。

図表 5-2-7　二次医療圏別　脳血管障害　入院患者の流出･流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 / 患者住所地	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	県外	流出率
総数	58,978	20,922	15,348	16,919	3,554	2,235	3.9%
北勢医療圏	21,315	19,761	663	64		827	7.3%
中勢伊賀医療圏	14,443	384	12,879	448		732	10.8%
南勢志摩医療圏	17,486	147	1,385	15,701	156	97	10.2%
東紀州医療圏	4,673	70	198	612	3,214	579	31.2%
県外	1,061	560	223	94	184	—	—
流入率	1.9%	5.5%	16.1%	7.2%	9.6%	—	—

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。
※空白欄は 10 件未満のため非公表であり、また、合計数には含まれていません。
※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

[2] 出典：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

図表 5-2-8　二次医療圏別　脳血管障害　外来患者の流出･流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 / 患者住所地	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	県外	流出率
総数	861,878	283,293	194,990	317,547	45,733	20,315	2.4%
北勢医療圏	289,023	274,463	4,716	482	17	9,345	5.0%
中勢伊賀医療圏	195,410	4,461	179,452	5,895	10	5,592	8.2%
南勢志摩医療圏	314,993	892	6,263	305,921	254	1,663	2.9%
東紀州医療圏	53,250	231	1,216	3,641	44,447	3,715	16.5%
県外	9,202	3,246	3,343	1,608	1,005	—	—
流入率	1.1%	3.1%	8.0%	3.7%	2.8%	—	—

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。
※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

(3) 脳卒中の予防

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

○ 本県における健康診断・健康診査の受診率は 69.9%であり、全国値 68.3%を上回っています[3]。

○ 特定健康診査の県内受診率は 53.0%であり、全国値 50.1%を上回っています。また、特定保健指導*の県内実施率は 17.5%であり、全国値 17.5%と同率となっています[4]。

○ 本県における喫煙率は、男性 29.6%（全国 31.1%）、女性 6.9%（全国 9.5%）となっています[5]。

○ 本県における禁煙外来を行う病院は人口 10 万人あたり 1.1 か所（全国 1.9 か所）、禁煙外来を行う一般診療所は 11.9 か所（全国 10.0 か所）となっています[6]。また、ニコチン依存症管理料を算定する患者数（レセプト件数）は、3,505 件で人口 10 万人あたり 188.4 件となっており、全国値 173.8 件を上回っています[7]。

○ 全国において、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は 11.6%（総数）となっています[8]。

○ 認知症患者のうち血管性認知症患者の割合が、約２割程度を占めていることから、脳卒中による認知症を予防する観点からも、脳卒中予防が重要です。

[3] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」
[4] 出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」
[5] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」
[6] 出典：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」
[7] 出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）
[8] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」

(4) 脳卒中の医療

① 医療提供体制

○ 本県の救命救急センター*数は平成 29（2017）年９月現在、４か所です。ドクターヘリ*等の活用を含め、県内の各二次医療圏内で、脳卒中の急性期・回復期・維持期の各期に応じた医療を提供しています。

○ 平成 28（2016）年末における県内の神経内科医師数は 81 人、脳神経外科医師数は 92 人、リハビリテーション科医師数は 22 人であり、人口 10 万人あたり神経内科医師数は全国値を上回っていますが、脳神経外科医師数およびリハビリテーション科医師数は全国値を下回っています。

図表 5-2-9　神経内科・脳神経外科・リハビリテーション科医師数

（単位：人）

二次医療圏・構想区域	神経内科医師数		脳神経外科医師数		リハビリテーション科医師数	
	実　数	対人口 10 万人	実　数	対人口 10 万人	実　数	対人口 10 万人
全　国	4,922	3.9	7,360	5.8	2,484	2.0
三重県	81	4.5	92	4.6	22	1.2
北勢医療圏	29	3.4	35	3.9	8	1.0
桑員区域	1	0.5	9	4.1	－	－
三泗区域	15	4.0	15	4.0	4	1.1
鈴亀区域	13	5.3	11	4.5	4	1.6
中勢伊賀医療圏	29	6.5	30	5.8	11	2.5
津区域	27	9.7	25	9.0	11	3.9
伊賀区域	2	1.2	5	3.0	－	－
南勢志摩医療圏	23	5.1	24	5.1	3	0.7
松阪区域	12	5.5	15	6.9	2	0.9
伊勢志摩区域	11	4.7	9	3.9	1	0.4
東紀州医療圏（区域）	－	－	3	2.6	－	－

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、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）

○ 県内には脳卒中集中治療室（Stroke Care Unit。以下、本節において「ＳＣＵ*」という。）を備えた病院が４施設と、それ以外にＳＣＵに準じた専門病棟等を設置している病院が９施設あります。

図表 5-2-10　SCUを有する病院・病床数

（単位：か所、床）

	ＳＣＵを有する施設数※		病床数	
	実　数	人口 100 万人あたり施設数	実　数	人口 100 万人あたり病床数
全　国	131	1.0	926	7.3
三重県	4	2.0	23	12.6

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

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）

② 発症直後の救護・搬送

○ 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで効果が高く後遺症もより少なくなるため、本人や家族等周囲にいる人は、脳卒中を疑う症状があれば、診断や治療の開始を遅らせることがないよう、速やかに救急要請を行うことが重要です。

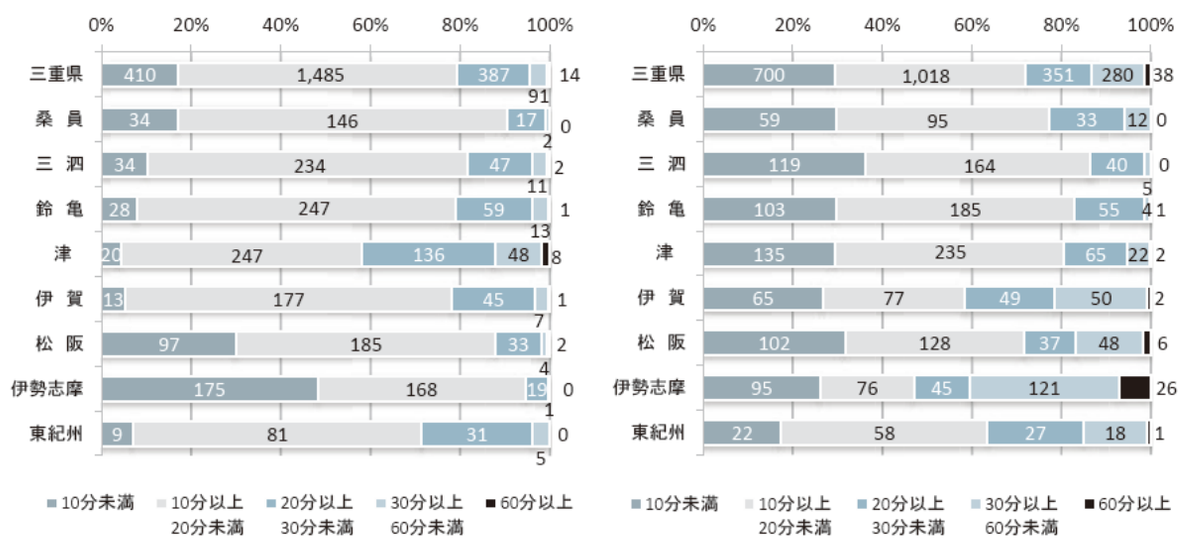
○ 救急救命士等は、メディカルコントロール体制のもとで、傷病者を観察して脳卒中の可能性を判断し、適切な救急救命処置等を行った上で、脳卒中の治療が速やかに行われる医療機関に直接搬送することが重要です。

○ 本県における救急搬送時間（救急要請から医療機関収容までに要した平均時間）は 38.9 分で、全国平均の 39.3 分と同水準です[9]。

○ 本県において、脳血管疾患として救急搬送された患者数は、平成 28（2016）年 1 月～12 月の 1 年間で 2,387 人となっており、構想区域別に救急搬送状況を見ると、津区域および東紀州区域において現場滞在時間が 20 分以上かかっている件数の割合が高くなっています。伊勢志摩区域では現場出発から病院搬入までに 30 分以上かかっている件数の割合が高くなっていますが、これは志摩広域消防組合本部や鳥羽市消防本部において管外への搬送件数割合が高いためと考えられます。

○ 特に、脳梗塞の治療においては、速やかに適切な処置が行われることが何よりも重要であることから、今後、救急搬送にかかる現場滞在時間や来院してから治療を開始するまでの時間などを短縮することが必要です。

図表 5-2-11　脳血管疾患患者の救急搬送時間別件数割合
現場滞在時間（左グラフ）、現場出発から病院搬入までの時間（右グラフ）



※「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

[9] 出典：消防庁「平成 29 年版　救急・救助の現況」

図表 5-2-12　脳血管疾患の救急搬送件数

（単位：件、％）

二次医療圏・構想区域	搬送件数	人口 10 万人あたりの搬送件数	脳血管件数／総搬送件数	区域外への搬送件数	区域外搬送割合
三重県	2,387	132.1	2.6	143	6.0
北勢医療圏	875	104.1	2.5	58	6.6
桑員区域	199	91.4	2.4	23	11.6
三泗区域	328	87.1	2.1	15	4.6
鈴亀区域	348	141.2	3.2	20	5.7
中勢伊賀医療圏	702	157.2	3.1	30	4.2
津区域	459	164.7	3.1	9	2.0
伊賀区域	243	144.7	3.0	21	8.6
南勢志摩医療圏	684	152.0	2.3	30	4.4
松阪区域	321	147.0	2.0	25	7.8
伊勢志摩区域	363	156.7	2.7	5	1.4
東紀州医療圏（区域）	126	179.3	3.1	25	19.8

※消防本部単位で集計をしているため、松阪区域の搬送件数に旧南島町の数を含んでいます。
資料：三重県「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」（実施基準）が適用された傷病者の搬送に関するデータ（平成 28 年 1～12 月）、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

③ 診断

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

④ 急性期の治療

○ 脳梗塞では血栓を溶かす薬物であるｔ－ＰＡを適応患者に対して処置する必要があります（超急性期血栓溶解療法）。この治療は、治療開始までの時間が短いほどその有効性が高く、合併症の発生を考慮すると発症後 4.5 時間以内に治療を開始することが重要となります。

○ ｔ－ＰＡによっても症状の改善が認められない場合や適応外の場合には、原則発症後８時間以内であれば、血管内治療による血栓除去術を行うことが可能です。同施設で血管内治療が困難な場合は、施設間の連携により対応します。

○ 上記のほか、患者の状況に応じて、抗凝固療法（血栓が生じないよう、血液が固まる働きを薬剤により抑える治療法）や抗血小板療法（血栓が生じないよう、血小板の凝集能力を薬剤により低下させる治療法）、脳保護療法（脳梗塞になった際に発生する活性酸素による脳の障害を防ぐため、活性酸素を薬剤により除去する治療法）等の対応が取られます。

○ 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。

○ くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術あるいは開頭を要しない血管内手術を行います。

○ 厚生労働省診療報酬施設基準の届出状況（平成 28（2016）年３月現在）によると、ｔ－ＰＡによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院は県内に 10 施設で、人口 10 万人あたり 0.5 と全国値の 0.6 をやや下回っています。なお、三重県調査（平成 29（2017）年）によると、県内の実施可能病院は 16 施設となっています。

○ ＮＤＢによると、平成 27（2015）年４月～平成 28（2016）年３月の１年間におけるｔ－Ｐ

Ａによる脳血栓溶解療法の実施件数は県内で 186 件あり、人口 10 万人あたり 10.1 件と、全国値 10.3 件をやや下回っています。また、脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数は県内で 156 件あり、人口 10 万人あたり 8.4 件と、全国値 9.0 件をやや下回っています。

○ 平成 27（2015）年４月～平成 28（2016）年３月の１年間におけるくも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術（再出血の防止のため、専用のクリップを用いて脳動脈瘤の根元を挟み、出血を防ぐ方法）の実施件数は県内で 137 件あり、人口 10 万人あたり 7.4 件と、全国値 7.7 件をやや下回っています。また、くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術（カテーテル*を脳血管内へ誘導し、脳動脈瘤内にコイルを詰めて閉塞させる治療方法）の実施件数は県内で 65 件あり、人口 10 万人あたり 3.5 件と、全国値 3.3 件を上回っています。

図表 5-2-13　急性期の治療に関する医療の提供状況

（単位：か所）

構想区域	t－ＰＡが実施可能な病院数 [1]		t－ＰＡが実施可能な病院数 [2]	脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な病院数 [2]
	実　数	人口 10 万人あたり		
全　国	794	0.6	－	－
三重県	10	0.5	16	10
桑員区域	1	0.5	2	1
三泗区域	2	0.5	3	2
鈴亀区域	2	0.8	2	2
津区域	2	0.7	2	2
伊賀区域	0	0.0	2	0
松阪区域	2	0.9	2	2
伊勢志摩区域	1	0.4	2	1
東紀州区域	0	0.0	1	0

資料：[1]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 日現在）、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）
[2]三重県調査（平成 29 年）

（単位：件／年）

構想区域	t－ＰＡによる脳血栓溶解療法実施件数		脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）実施件数	
	実　数	人口 10 万人あたり	実　数	人口 10 万人あたり
全　国	13,197	10.3	11,588	9.0
三重県	186	10.1	156	8.4
桑員区域	13	5.9		
三泗区域	20	5.3	20	5.3
鈴亀区域	18	7.2	13	5.2
津区域	17	6.0	16	5.7
伊賀区域				
松阪区域	17	7.6	22	9.8
伊勢志摩区域	90	37.3	77	32.0
東紀州区域				

※空白欄は 10 件未満のため非公表
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）

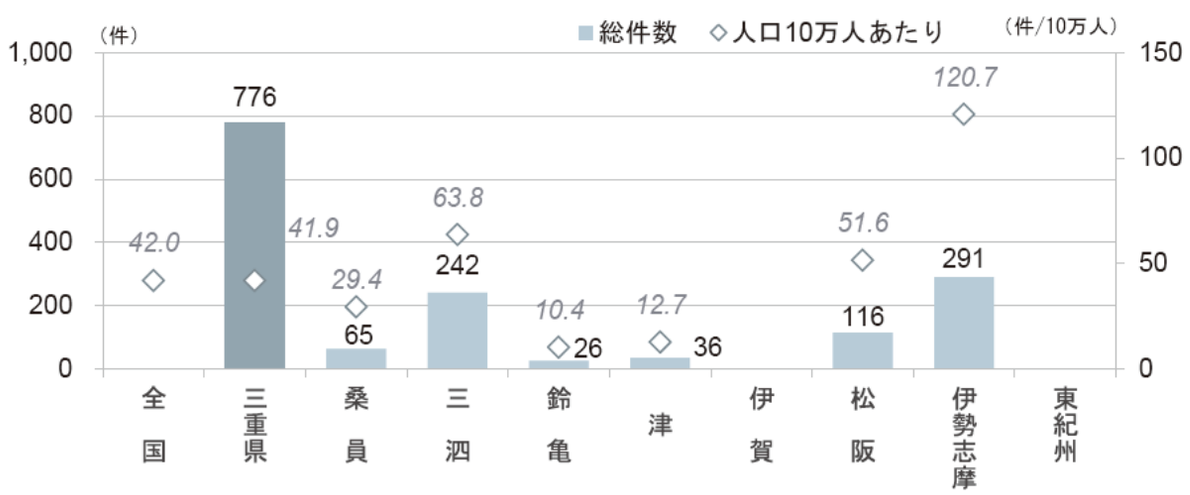
（単位：件／年）

構想区域	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術実施件数		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術実施件数	
	実　数	人口 10 万人あたり	実　数	人口 10 万人あたり
全　国	9,828	7.7	4,207	3.3
三重県	137	7.4	65	3.5
桑員区域			31	3.6
三泗区域	29	7.6		
鈴亀区域	14	5.6		
津区域	21	7.4	15	3.3
伊賀区域				
松阪区域	17	7.6	19	4.1
伊勢志摩区域	31	12.9		
東紀州区域				

※空白欄は 10 件未満のため非公表
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）

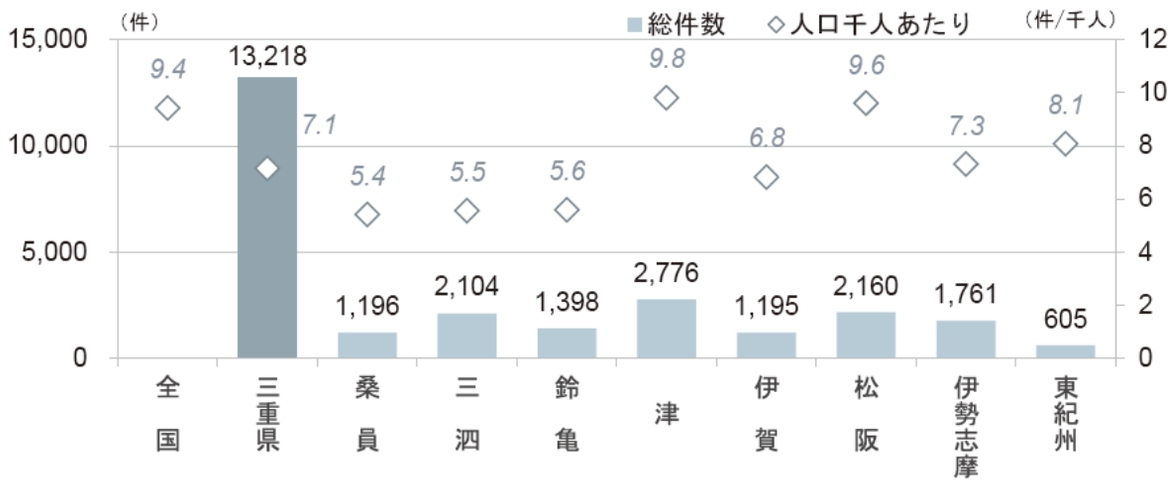
○ ＮＤＢによると、地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の人口 10 万人あたり実施件数は、伊勢志摩区域で全国値より多く、伊賀区域や東紀州区域では作成の取組が進んでいません。
○ 急性期リハビリテーションは、廃用性症候群*や合併症の予防と早期自立を目的として、可能ならば発症当日からベッドサイドで開始します。
○ 早期リハビリテーション（発症等から 30 日以内のリハビリテーション）実施件数は県内で 13,218 件あり、人口千人あたり 7.1 件と全国値 9.4 件を下回っています。

図表 5-2-14　地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。
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 5-2-15　早期リハビリテーション実施件数



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。

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）

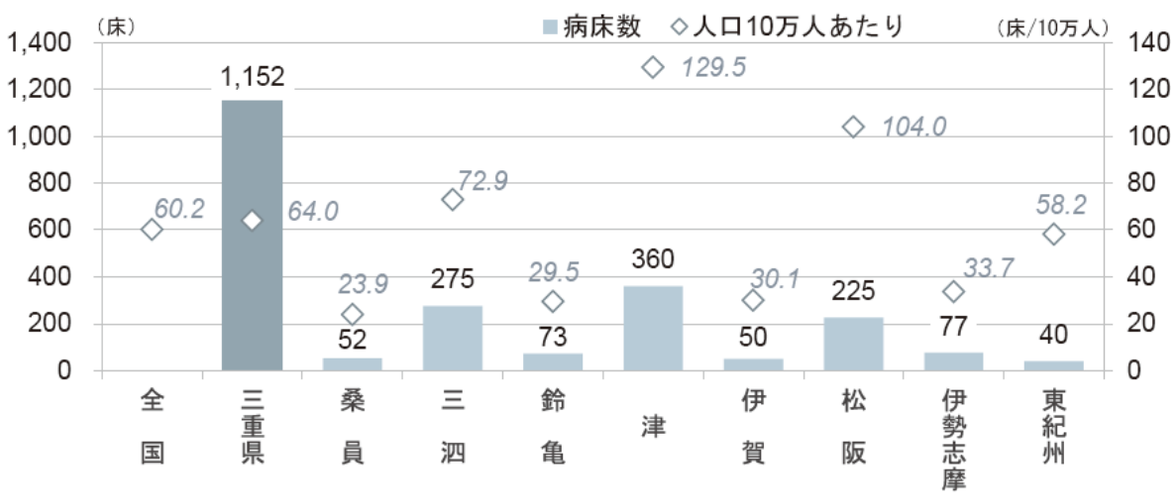
⑤ 回復期の治療

○ 急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する治療が行われます。

○ 回復期リハビリテーションは機能回復や日常生活動作の向上を目的として、訓練室での訓練が可能となった時期から集中して行います。

○ 平成 29（2017）年 12 月１日現在、本県の人口 10 万人あたりの回復期リハビリテーションの病床数は、64.0 床となっています。

図表 5-2-16　回復期リハビリテーション病床数

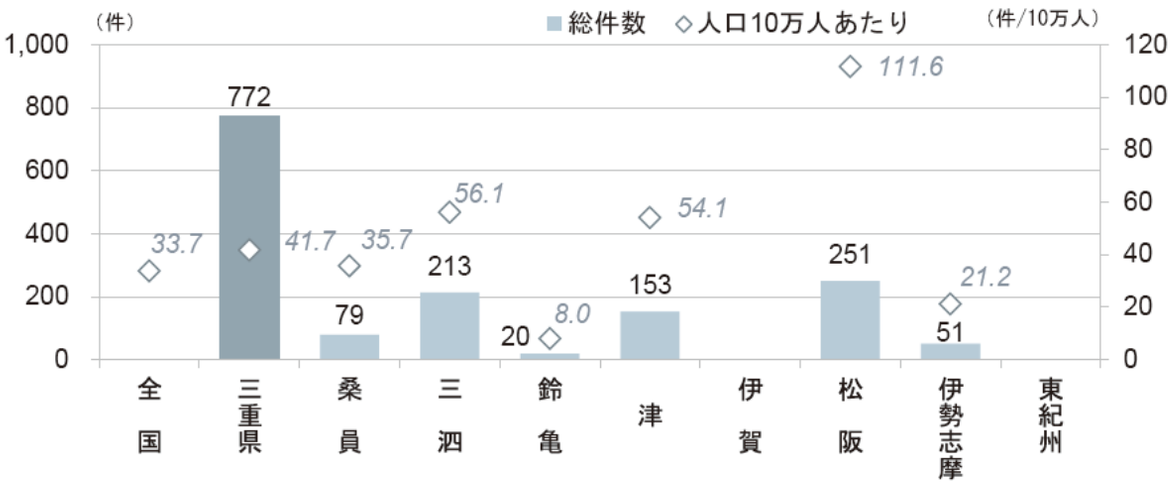


資料：全国　回復期リハビリテーション病棟協会データ集（平成28年３月１日現在）
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年１月１日現在）
県　厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成29年12月１日現在）
三重県「月別人口調査」（平成29年12月１日現在）

○ 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の人口 10 万人あたり実施件数は、松阪区域で全国値より多く、伊賀区域や東紀州区域では作成の取組が進んでいません。

○ 本県における脳血管疾患患者の平均在院日数は67.7日と、全国値89.1日と比べて短くなっています。

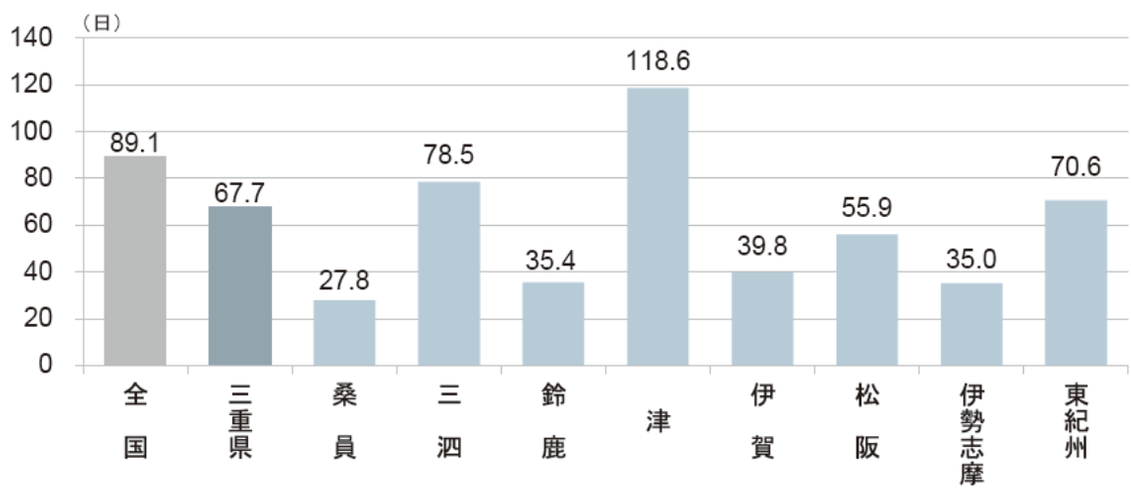
図表 5-2-17　地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。

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 5-2-18　脳血管疾患退院患者平均在院日数

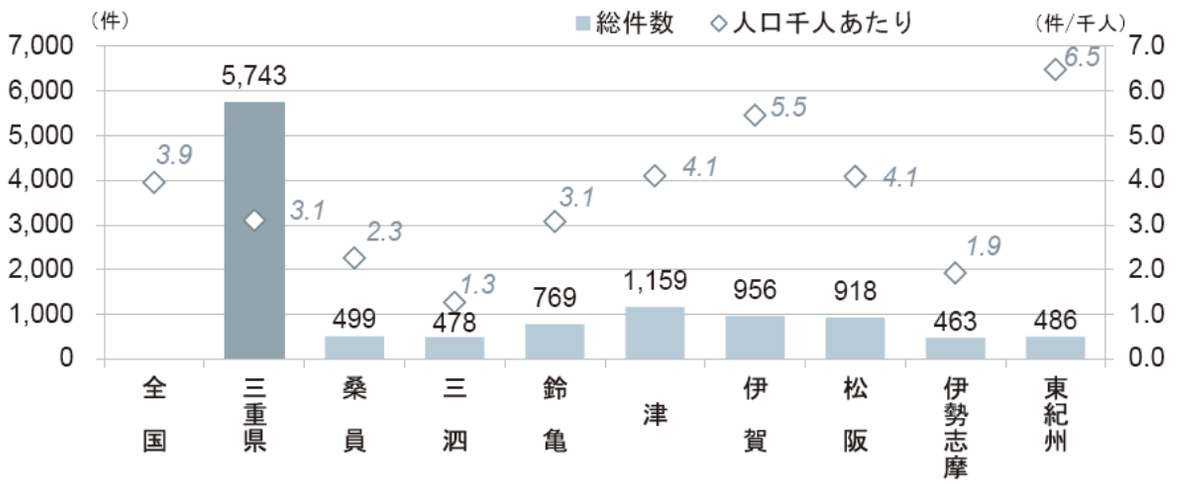


※平成26年９月中に退院した患者の状況を示しています。

資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査（個票解析）」

○ 急性期以後、合併症の中でも、誤嚥性肺炎を予防するため、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関を含め、多職種間で連携して対策を図ることが必要です。
○ 本県における嚥下機能訓練の実施件数は、5,743 件あり、人口千人あたり 3.1 件と、全国値 3.9 件を下回っています。

図表 5-2-19　脳卒中患者（入院＋外来）に対する嚥下機能訓練の実施件数



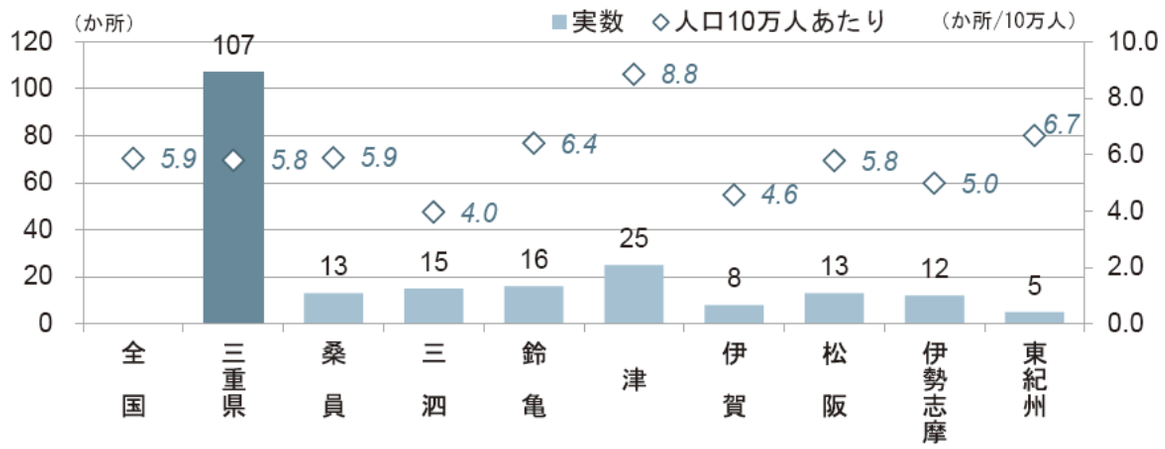
※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。
資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年１月１日現在）

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

⑥ 在宅医療、医療連携

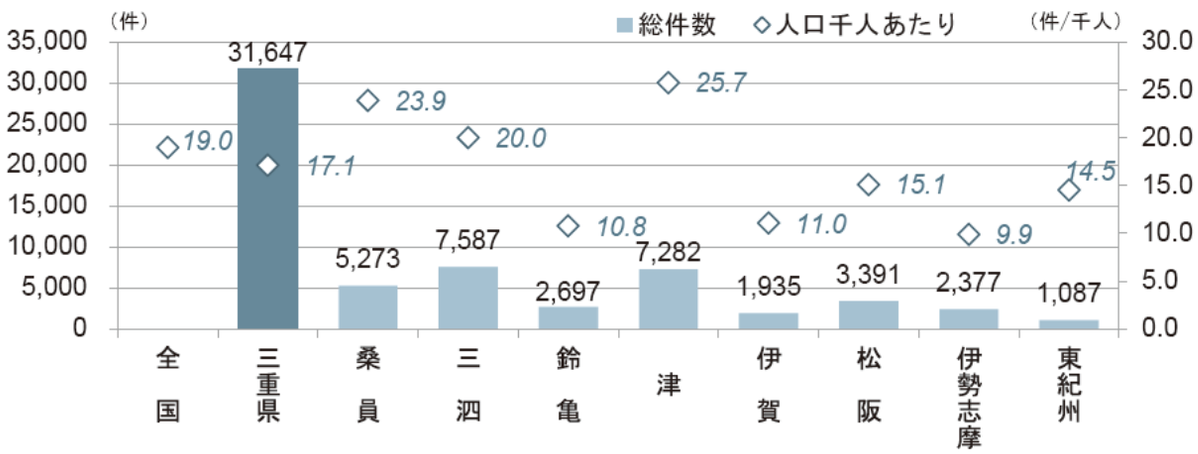
○ 在宅療養では、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、状況に応じて在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、再発に備えて患者の周囲にいる人が対応策を学んでおくことが大切です。
○ 脳血管疾患等のリハビリテーションが可能な医療機関は県内に 107 施設あり、人口 10 万人あたりで全国値とほぼ同数となっています。また、リハビリテーションの実施件数は、人口千人あたりで 17.1 件と、全国値 19.0 件よりやや少ない状況です。
○ 脳血管疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 58.2%で、全国値の 52.7%を上回る成果を得ていますが、東紀州区域では 38.1%と低くなっています。

図表 5-2-20　脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数
（脳血管疾患等リハビリテーション料算定医療機関数合計）



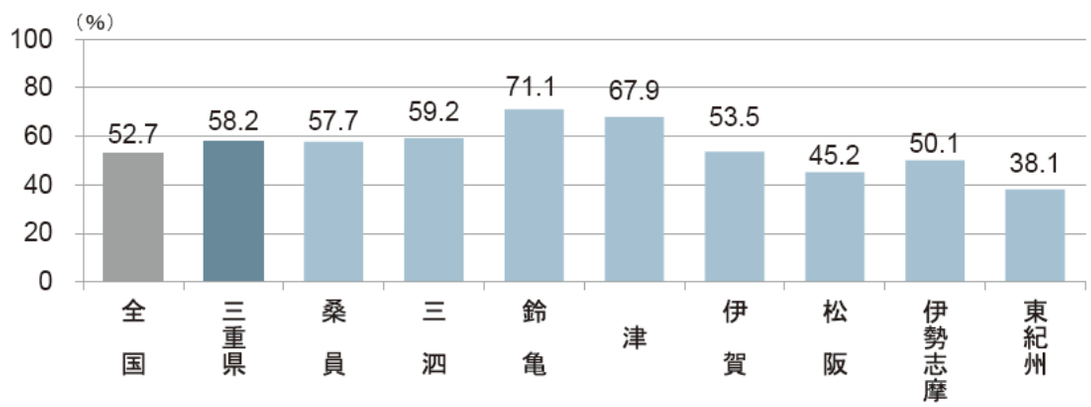
資料：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成28年３月31日現在）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年１月１日現在）

図表 5-2-21　脳卒中に対するリハビリテーションの実施件数（入院+外来）



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。
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 5-2-22　脳血管疾患の在宅等生活の場への復帰割合



※平成26年９月中に退院した患者の状況を示しています。

資料：厚生労働省「平成26年 患者調査（個票解析）」

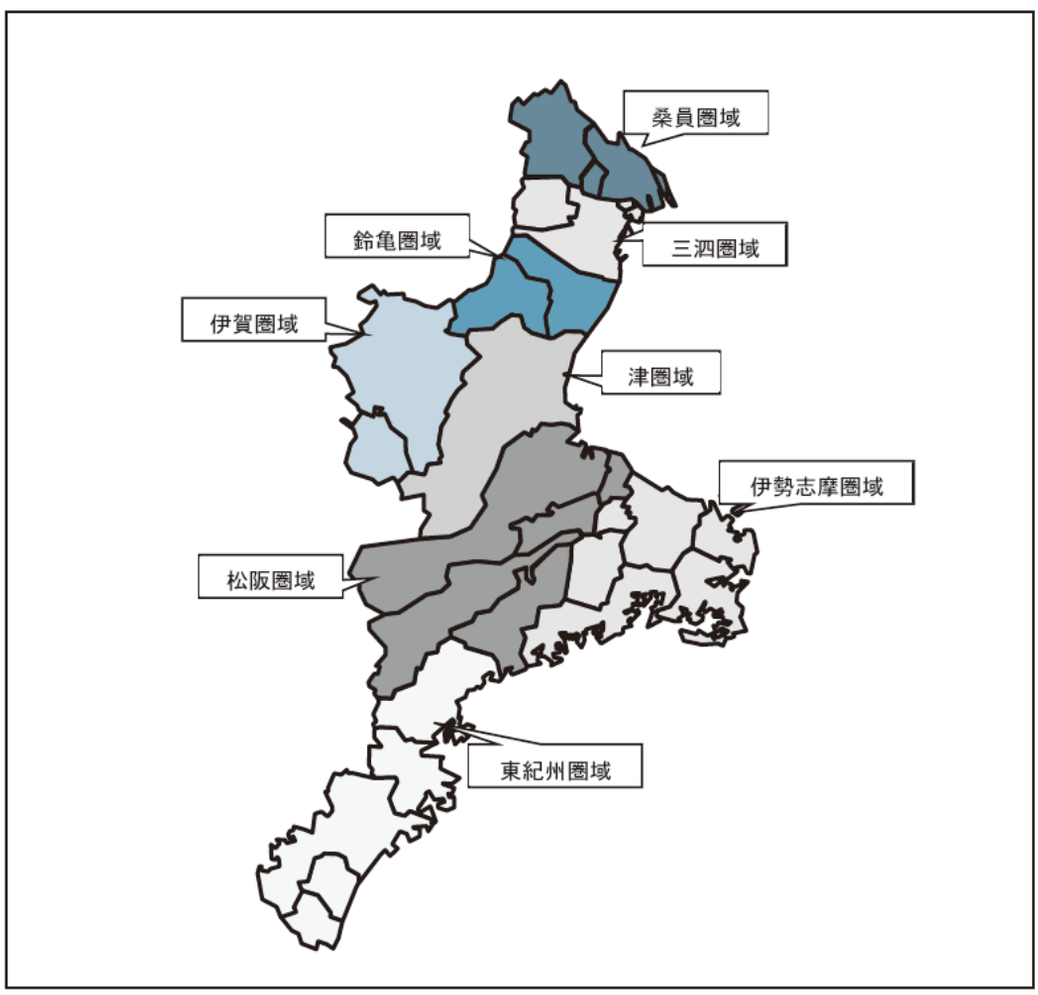
2. 圏域の設定と連携体制

（1）圏域の設定

○ 平成 28（2016）年度、三重県地域医療構想の策定に伴い、医療機能の分化・連携を推進していくために新たに８つの地域医療構想区域を設定したところです。これまで本県における脳卒中対策では、９つの脳卒中医療連携圏域を設定してきましたが、今後は、地域医療構想区域を基本として医療提供体制を検討していくこととします。

○ 今後、８つの圏域において脳卒中医療の自己完結をめざすものとしますが、現状の医療提供体制を鑑み、急性期医療（脳血管内手術等）において圏域内での完結が困難な場合は、圏域を超えた、より広域的な範囲での連携が必要です。

図表 5-2-23　脳卒中医療連携圏域



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 脳卒中医療連携圏域における各医療機能を担う医療機関

図表 5-2-24　脳卒中医療連携圏域における各医療機能を担う医療機関数

二次医療圏・脳卒中医療連携圏域 ＼ 医療機能		受入れ可能範囲 急性期	受入れ可能範囲 回復期	受入れ可能範囲 維持期	SCUまたは準じる専門病棟等を設定している施設	脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている施設	t-PAを用いた経静脈的血栓溶解療法を実施している施設 ※（　）は24時間対応の施設	脳梗塞に対する脳血栓回収療法を実施している施設	脳動脈瘤クリッピング術または脳動脈瘤コイル塞栓術を実施している施設	脳外科手術を実施している施設	急性期リハビリテーションを実施している施設	回復期患者の外来での受入れが可能である施設	回復期患者の入院での受入れが可能である施設	回復期リハビリテーションを実施できる病床を有している施設	維持期患者の外来での受入れが可能である施設	維持期患者の入院での受入れが可能である施設	地域連携クリティカルパスを導入している施設
北勢	桑員	4	5	8	2	1	2(2)	1	2	2	7	6	6	1	9	8	4
	三泗	4	8	8	2	0	3(2)	2	2	2	7	7	8	6	7	9	6
	鈴亀	2	4	3	2	1	2(2)	2	2	2	5	4	4	2	4	4	5
中勢伊賀	津	5	8	10	2	0	2(2)	2	2	2	7	7	7	6	9	10	4
	伊賀	3	2	3	2	0	2(1)	0	2	2	3	2	2	1	3	2	0
南勢志摩	松阪	3	4	6	2	1	2(1)	2	2	2	2	4	4	3	5	5	5
	伊勢志摩	2	7	6	1	1	2(1)	1	1	1	6	6	7	4	6	6	4
東紀州		2	4	2	0	0	1(0)	0	0	1	2	4	4	1	4	4	0
総計		25	42	46	13	4	16(11)	10	13	14	39	40	42	24	47	48	28

資料：三重県調査（平成29年）

② 脳卒中医療連携圏域ごとの医療資源と連携体制等の現状

図表 5-2-25　脳卒中医療連携圏域における医療資源と連携体制の現状

脳卒中医療連携圏域		医療資源と連携体制等の現状
桑員	桑名市 いなべ市 木曽岬町 東員町	・中心となる急性期病院として、桑名市総合医療センターがあります。 ・圏域内でｔ-ＰＡによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・特に神経内科医師、リハビリテーション科医師の確保が課題です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
三泗	四日市市 菰野町 朝日町 川越町	・中心となる急性期病院として、救命救急センターの機能を有する県立総合医療センター・市立四日市病院があります。 ・圏域内でｔ-ＰＡによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
鈴亀	鈴鹿市 亀山市	・中心となる急性期病院として、厚生連鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院があります。 ・圏域内でｔ-ＰＡによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。

津	津市	・中心となる急性期病院として、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があります。 ・救急搬送では、現場滞在に時間がかかる件数の割合が比較的高くなっています。 ・圏域内でｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の 24 時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
伊賀	名張市 伊賀市	・中心となる急性期病院として、名張市立病院と岡波総合病院があります。 ・圏域内でｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の 24 時間対応及び外科手術等の実施が可能ですが、脳梗塞に対する血栓回収療法が可能な病院が整備されていません。 ・特に神経内科医師、リハビリテーション科医師の確保が課題です。 ・地域連携クリティカルパス導入に向けた取組が必要です。
松阪	松阪市 多気町 明和町 大台町 大紀町	・急性期病院として、厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院があります。 ・圏域内でｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の 24 時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
伊勢志摩	伊勢市 鳥羽市 志摩市 玉城町 度会町 南伊勢町	・急性期病院として、救命救急センター機能を有する伊勢赤十字病院があります。 ・救急搬送では、現場出発から病院引継までの時間がかかる件数の割合が比較的高くなっています。 ・圏域内でｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の 24 時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。
東紀州	尾鷲市 熊野市 紀北町 御浜町 紀宝町	・急性期病院として、尾鷲総合病院、紀南病院があります。 ・圏域内でｔ－ＰＡによる血栓溶解療法や外科手術の実施は可能ですが、血栓回収療法等の実施可能な病院が整備されていません。 ・特に神経内科医師、リハビリテーション科医師の確保が課題です。 ・救急搬送では、現場滞在に時間がかかる件数の割合が比較的高くなっています。 ・地域連携クリティカルパス導入に向けた取組が必要です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。 ・在宅等復帰の割合は、他の圏域と比べ低くなっています。

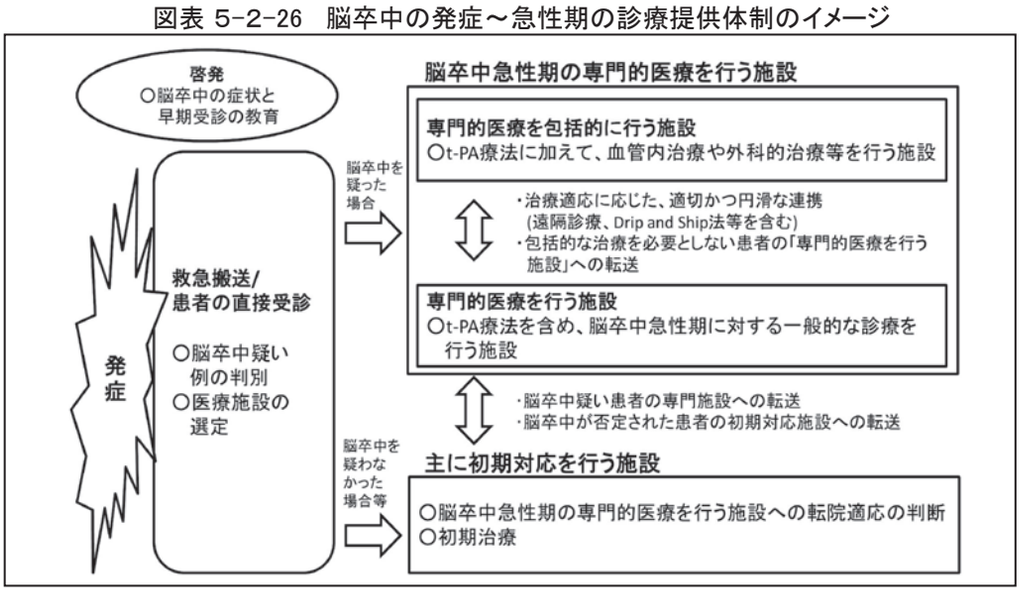
(3) 連携のあり方

○ 脳卒中の急性期医療においては、24 時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが必要となりますが、単一の医療機関で確保することが困難な場合は、地域における複数の医療機関が連携し、24 時間体制を確保することが求められています。

○ 脳卒中に対しては時間的な制約があるため、各圏域内でのネットワーク体制の構築が基本となりますが、医療資源の状態によっては、遠隔診療による診断の補助や、Drip and Ship* 法等の活用を通じ、圏域外の医療機関との連携体制の構築が必要です。

○ 脳卒中の急性期診療を 24 時間体制で提供できる医療機関同士のネットワークを構築するにあたっては、急性期の専門的医療を行う医療機関が担うべき機能を、圏域内のネットワークを構築している医療機関において、分担する必要があります。ただし、ネットワーク内でそれぞれの医療機関が提供する医療機能は、圏域の状況や医療資源に応じて、柔軟に設定する必要があります。

図表 5-2-26　脳卒中の発症～急性期の診療提供体制のイメージ

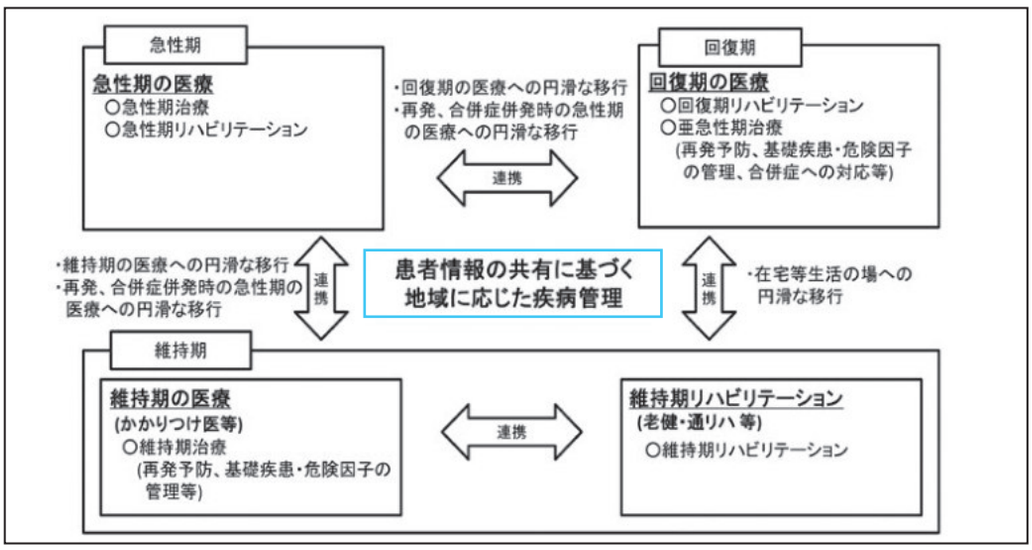


出典：厚生労働省提供資料

○ 急性期の連携に加えて、回復期の医療機関、維持期を担う老人保健施設等、かかりつけ医、訪問看護ステーション、地域包括支援センター*、介護支援専門員*（ケアマネジャー*）等が連携し、患者の状態に応じた医療、ケアを提供する体制を構築する必要があります。また、体制構築のためには患者情報の共有に基づく適切な疾病管理を行う必要があります。

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

図表 5-2-27　脳卒中の診療提供体制の全体像イメージ



出典：厚生労働省提供資料

3. 課題

(1) 予防体制

○ 脳卒中による年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、全国と比較すると女性は高い水準にあります。また、県内保健所管内別に比較すると、県南部において高い傾向にあります。

○ 重症化を防ぐために、生活習慣病対策の推進が重要です。高血圧症や脂質異常症などを早期に発見し、脳卒中の発症を予防するため、特定健康診査の未受診者に対して個別の受診勧奨を行う、休日に健康診査を実施するなど、受診率向上を図る取組が必要です。

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

○ 脳卒中の治療にあたる専門科医師の確保が必要であり、特に桑員圏域、伊賀圏域および東紀州圏域において不足しています。また専門科医師が不足する中、救急病院での初期対応等では一般内科医師も重要な役割を担うことから、積極的な関わりが必要です。

○ 救急搬送時間は、全国平均とほぼ同水準ですが、救急搬送時の現場滞在時間や病院引継ぎまでの時間において、圏域で差が見られます。

○ 発症後、速やかな救急救命処置等の実施と、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送体制が望まれます。

② 急性期の治療

○ 伊賀圏域や東紀州圏域では、血管内治療等の実施可能な医療機関が不足しており、24 時間専門的な診療を提供できる体制を確保するために、県内の他圏域や隣県の医療機関とも連携し、脳卒中医療連携体制を充実させることが必要です。

○ 地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数は、特に鈴亀圏域、津圏域、伊賀圏域および東紀州圏域で少ない状況であるため、取組が必要です。
○ 早期リハビリテーション実施件数が全国平均を下回っており、実施体制の整備が必要です。

③ 回復期の治療

○ 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成件数は、特に鈴亀圏域、伊賀圏域および東紀州圏域で少ない状況であるため、取組が必要です。

④ 在宅医療、医療連携

○ 東紀州圏域では、脳卒中医療連携の仕組みを構築し、早期の在宅復帰を促進していく必要があります。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

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

(2) 取組方向

取組方向１：発症予防対策の充実
取組方向２：迅速な対応が可能な急性期の医療体制の構築
取組方向３：地域における脳卒中医療の急性期、回復期、維持期および在宅医療提供体制の整備
取組方向４：切れ目のない脳卒中医療を推進するための連携体制の充実

(3) 数値目標

<table>
<tr><th>目標項目</th><th>目標項目の説明</th><th>目標値・現状値</th></tr>
<tr><td rowspan="4">脳血管疾患による年齢調整死亡率

【三重の人口動態】</td><td rowspan="4">過去の減少率を勘案し、平成 28 年の全国値（男性 36.2、女性 20.0）の▲20%まで低減することを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>男性
29.0 以下</td><td>女性
16.0 以下</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状（H28）</td></tr>
<tr><td>男性 34.7</td><td>女性 19.8</td></tr>
<tr><td rowspan="4">特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

【特定健康診査・特定保健指導に関するデータ】</td><td rowspan="4">特定健康診査受診率および特定保健指導実施率を国の「健康日本 21*（第２次）」に準じて向上させることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>特定健康診査
受診率
70%以上</td><td>特定保健
指導実施率
45%以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状（H27）</td></tr>
<tr><td>特定健康診査
受診率
53.0%</td><td>特定保健
指導実施率
17.5%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受入困難事例の割合

【三重県調査】</td><td rowspan="4">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。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>30 分以上
3.3%</td><td>４回以上
2.0%</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状（H28）</td></tr>
<tr><td>3.8%</td><td>2.3%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">脳梗塞に対するｔ－ＰＡによる脳血栓溶解療法を 24 時間実施可能とする圏域

【三重県調査】</td><td rowspan="4">脳梗塞に対するｔ－ＰＡによる脳血栓溶解療法が、全圏域内で 24 時間実施可能とすることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td colspan="2">８圏域</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状（H29）</td></tr>
<tr><td colspan="2">７圏域</td></tr>
<tr><td rowspan="4">他の医療機関等と連携のための協議を行う病院数

【三重県調査】</td><td rowspan="4">急性期から回復期、維持期にかけて包括的に連携するための協議（同一法人内のみでの協議を除く。）に参加する病院数を増加させることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td colspan="2">延べ 69 施設</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状（H29）</td></tr>
<tr><td colspan="2">延べ 53 施設</td></tr>
</table>

(4) 取組内容

取組方向１：発症予防対策の充実

○ 「三重の健康づくり基本計画」による普及啓発等により、県民に対し、脳卒中予防についての正しい知識の浸透を図るとともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙等の生活習慣病の改善に取り組みます。（県民、事業者、保険者、関係機関、市町、県）

○ 脳卒中の発症につながる高血圧のコントロールや、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム*）の早期発見のため、健康診断等の受診率の向上を図るとともに、県民への保健指

導を充実させます。（県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県）
○ 脳卒中発症の危険因子である高血圧症、糖尿病、脂質異常症、不整脈等の管理を進めるため、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発を図ります。（医療機関、医師会、薬剤師会、市町、県）

取組方向２：迅速な対応が可能な急性期の医療体制の構築
○　医療機関の協力を得て、本人、家族等に対して、脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識、家族等発見者による速やかな救急搬送要請についての必要性の周知に努めます。（県民、医療機関、医師会、消防機関、市町、県）
○ 脳梗塞発症後、速やかにｔ－ＰＡ療法が常時可能な医療機関への搬送が行われるよう、脳卒中医療提供体制について、消防機関と医療機関における情報共有・連携強化を促進します。（医療機関、消防機関、市町、県）
○ 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、脳卒中による救急搬送事例の事後検証を行います。（医療機関、消防機関、市町、県）

取組方向３：地域における脳卒中医療の急性期、回復期、維持期および在宅医療提供体制の整備
○ 各圏域において、ｔ－ＰＡ療法等一般的な急性期医療を 24 時間提供できる体制を確保するため、単一の医療機関で実施することが困難な場合は、圏域内の複数の医療機関が連携する等の取組を進めます。（医療機関、市町、県）
○ 桑員圏域、伊賀圏域および東紀州圏域については、神経内科医、リハビリテーション科医が不足していることから、圏域内の中核病院における診療体制の充実を図るとともに、ドクターヘリの活用や、隣県の医療機関とも連携した体制の整備に努めます。（医療機関、関係機関、市町、県）
○ 在宅療養患者については、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を図り、24 時間切れ目のない継続的な医療提供体制を確保するとともに、身近な地域で在宅医療が受けられるよう、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充実を図ります。（医療機関、医療関係団体、市町、県）
○ 入院時から退院後の生活を見据えた支援が行われるよう、入院医療機関において退院支援・調整に関わる職種等を対象とした研修を行います。（医療機関、医療関係団体、関係機関、市町、県、）
○ 回復期・維持期における摂食・嚥下等の口腔機能の回復や、誤嚥性肺炎等の予防のための口腔ケアの促進に取り組みます。（医療機関、歯科医師会、県）

取組方向４：切れ目のない脳卒中医療を推進するための連携体制の充実
○ 各脳卒中医療連携圏域で、各病期に対応したリハビリテーション機能が切れ目なく展開されるよう、医療機関や介護施設、関係団体等による連携強化を促進していきます。（医療機関、介護施設、医療・介護関係団体、市町、県）
○ 脳卒中患者が退院後、安定した地域生活が送れるよう、かかりつけ医や介護保険サービス事業者（介護支援専門員、訪問看護・訪問介護事業者、リハビリテーション事業者等）と

の情報共有を促進します。（医療機関、介護施設、市町、県）

○ 各脳卒中医療連携圏域で脳卒中地域連携クリティカルパスが構築されるよう、ＩＣＴの活用も含め、関係機関が連携して取り組みます。（医療機関、介護施設、医師会、関係機関、市町、県、）

○ 三重県脳卒中医療福祉連携懇話会において、地域における脳卒中医療福祉連携のシステムづくりのための情報交換、調査等を行います。（医療機関、介護施設、医療関係団体、県）

第３節｜心筋梗塞等の心血管疾患対策

１．心筋梗塞等の心血管疾患における医療の現状

（1）心筋梗塞等の心血管疾患の疫学

① 急性心筋梗塞

○ 急性心筋梗塞とは、心臓に十分に血液がいきわたっていない「虚血性心疾患」の一つで、心臓に酸素と栄養を送る血管である冠動脈に血栓が詰まって心臓の筋肉に血液が流れなくなり、その細胞が壊死してしまう状態です。

○ 心筋梗塞は、心電図上の所見によりＳＴ上昇型心筋梗塞 *と非ＳＴ上昇型心筋梗塞 *に大別されます。

○ 本県における心疾患を原因とする死亡数は年間 2,926 人であり、死因別の割合としてはがんに次いで第２位となっています。また心疾患のうち急性心筋梗塞による死亡数は 678 人で、心疾患による死亡割合の 23.2%を占めています[1]。

○ 本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたりの年齢構成を調整した死亡率）は男性 20.6（全国 15.5）、女性 7.6（全国 5.7）であり、全国値を上回っています。

図表 5-3-1 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

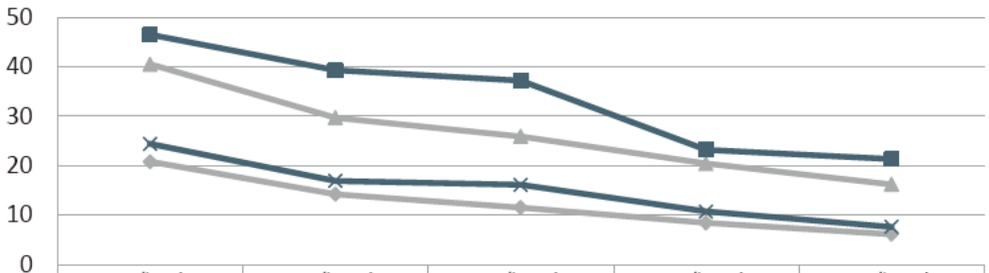
	区分	心疾患	
			急性心筋梗塞
男	全　国[1]	64.5	15.5
	三重県[2]	65.7	20.6
女	全　国[1]	33.1	5.7
	三重県[2]	33.0	7.6

資料：[1]厚生労働省「平成28年　人口動態調査」
[2]三重県「平成28年　三重県の人口動態」

[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

○ 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、平成７（1995）年から男女ともに経年的に低下していますが、男女ともに全国の水準をやや上回って推移しています。

図表 5-3-2 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

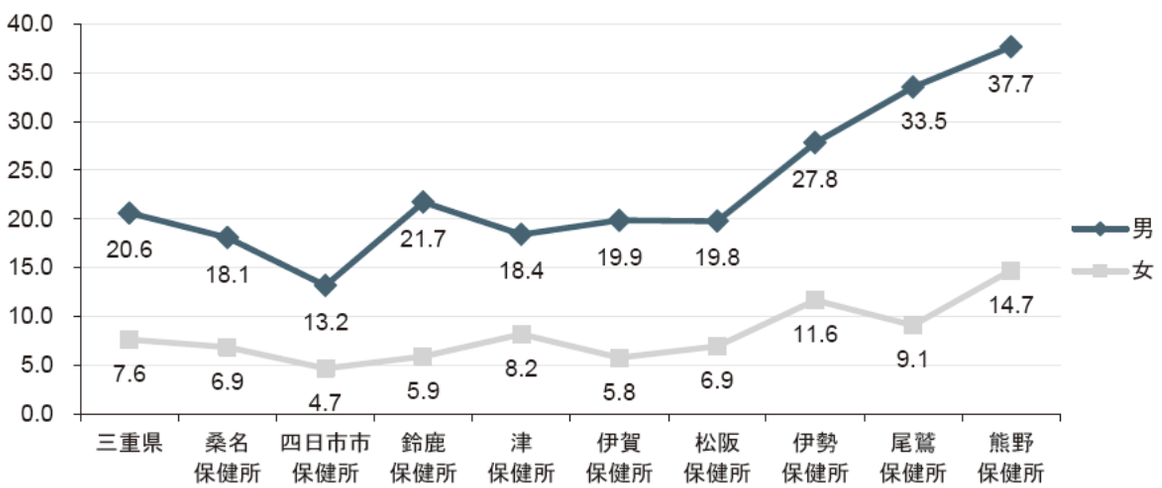


	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男　全国	40.5	29.7	25.9	20.4	16.2
男　三重	46.5	39.3	37.2	23.2	21.3
女　全国	20.8	14.2	11.5	8.4	6.1
女　三重	24.4	16.9	16.1	10.7	7.6

資料：厚生労働省「平成 27 年 都道府県別年齢調整死亡率」

○ 県内各保健所管内別の年齢調整死亡率を比較すると、伊勢、尾鷲および熊野保健所管内で高く、桑名および四日市市保健所管内で低い傾向にあります。

図表 5-3-3 各保健所管内別の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）



資料：三重県「平成28年 三重県の人口動態」

② 大動脈解離

○ 大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔(真腔・偽腔)になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、さまざまな症状をきたします。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。

○ 大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈*に解離が及んでいる Stanford A 型と上行大動脈に解離が及んでいない Stanford B 型に分類されます。

○ 本県における大動脈瘤および解離を原因とする死亡数は年間 311 人であり、死因別の割合としては第８位となっています[2]。

○ 本県の大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率は男性 7.4（全国 6.4）、女性 3.1（全国 3.3）であり、男性は全国値を上回っており、女性は全国値と同水準となっています。

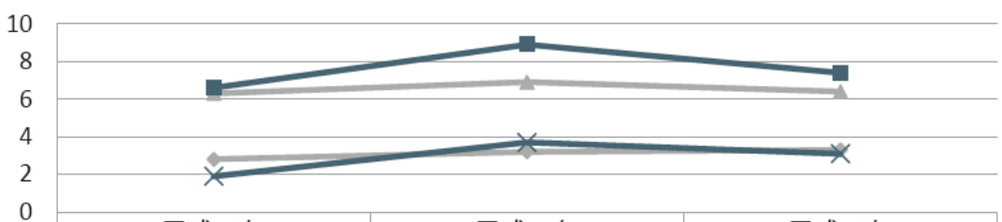
図表 5-3-4 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

	区分	大動脈瘤および解離
男	全　国	6.4
	三重県	7.4
女	全　国	3.3
	三重県	3.1

資料：厚生労働省「平成27年 都道府県別年齢調整死亡率」

○ 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率は、平成 17（2005）年と比較すると、やや増加しています。女性については、全国と同水準で推移していますが、男性については、全国の水準をやや上回って推移しています。

図表 5-3-5 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）



	平成17年	平成22年	平成27年
男　全国	6.3	6.9	6.4
男　三重	6.6	8.9	7.4
女　全国	2.8	3.2	3.3
女　三重	1.9	3.7	3.1

資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（平成 17 年、22 年、27 年）

○ ＤＰＣ*データによると平成 27（2015）年度の県内のＤＰＣ対象医療機関における解離性大動脈瘤の退院件数は 173 件であり、近年は増加傾向にあります。

図表 5-3-6 DPC対象医療機関における解離性大動脈瘤の退院患者数

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
手術なし		59	103	120
手術あり	ステントグラフト*内挿術	0	0	17
	その他の手術	24	42	36
計		83	145	173

資料：厚生労働省「診療報酬調査専門組織・ＤＰＣ評価分科会」

[2] 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

③ 慢性心不全

○ 慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流をきたし日常生活に支障が生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、さまざまな症状をきたします。

○ 本県における心不全を原因とする死亡数は年間 933 人であり、心疾患による死亡割合の 31.9%を占めています[3]。

○ 本県の心不全の年齢調整死亡率は男性 14.6（全国 16.7）、女性 10.6（全国 12.0）であり、全国値を下回っています。

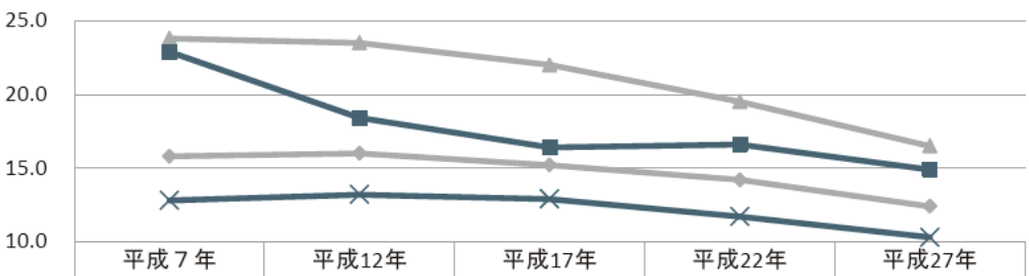
図表 5-3-7 心不全の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

	区分	心不全
男	全　国[1]	16.7
	三重県[2]	14.6
女	全　国[1]	12.0
	三重県[2]	10.6

資料：[1]厚生労働省「平成28年 人口動態調査」
[2]三重県「平成28年 三重県の人口動態」

○ 心不全の年齢調整死亡率は、平成７（1995）年から男女ともに全国の水準をやや下回りながら、経年的に低下しています。

図表 5-3-8 心不全の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



	平成７年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男　全国	23.8	23.5	22.0	19.5	16.5
男　三重	22.9	18.4	16.4	16.6	14.9
女　全国	15.8	16.0	15.2	14.2	12.4
女　三重	12.8	13.2	12.9	11.7	10.3

資料：厚生労働省「平成 27 年 都道府県別年齢調整死亡率」

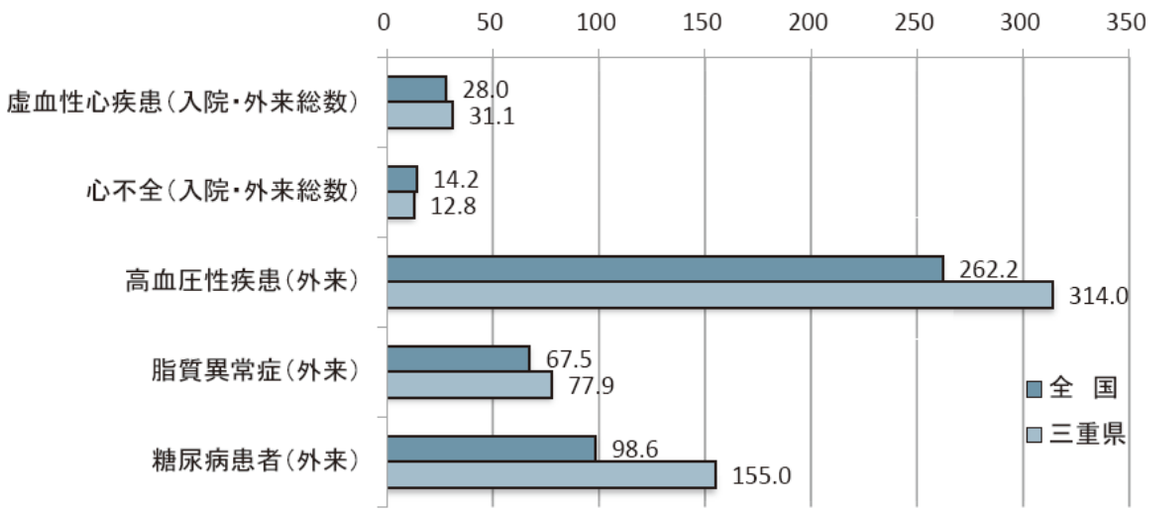
[3] 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

(2) 受療動向

① 心疾患に関連する疾患の年齢調整受療率

○ 本県における人口 10 万人あたりの虚血性心疾患（入院・外来総数）の年齢調整受療率は、31.1 で、全国値の 28.0 を上回っていますが、心不全（入院・外来総数）については、12.8 で、全国値の 14.2 を下回っています。また、高血圧性疾患（外来）、脂質異常症（外来）、糖尿病患者（外来）の年齢調整受療率については、全国値を上回っています。

図表 5-3-9 心疾患に関連する疾患の年齢調整受療率（人口 10 万人あたり）



資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」、昭和 60 年モデル人口

② 受療動向

○ ＮＤＢによると、本県の平成 27（2015）年４月～平成 28（2016）年３月における急性心筋梗塞（主病名）のレセプト件数は、入院で 1,196 件、外来で 11,620 件ありました。

○ 入院患者については、61 件（5.1%）が県外へ流出していますが、県外からの流入はありません。外来患者については、326 件（2.8%）が県外へ流出し、77 件（0.7%）が県外から流入しており、流出超過となっています。

○ 二次医療圏ごとの流出入については、入院では南勢志摩医療圏のみ流入超過で、外来では北勢医療圏および南勢志摩医療圏で流入超過となっています。また、入院、外来とも特に東紀州医療圏で流出が顕著となっています。

図表 5-3-10 二次医療圏別 急性心筋梗塞（主病名） 入院患者の流出・流入状況

（単位：件）

医療機関所在地 / 患者所在地	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	県外	流出率
総　数	1,196	413	272	423	27	61	5.1%
北勢医療圏	424	413				11	2.6%
中勢伊賀医療圏	304		272	12		20	10.5%
南勢志摩医療圏	395			395		0	0.0%
東紀州医療圏	73			16	27	30	63.0%
県　外	0	0	0	0	0	—	—
流入率	0.0%	0.0%	0.0%	6.6%	0.0%	—	—

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

図表 5-3-11 二次医療圏別 急性心筋梗塞（主病名） 外来患者の流出・流入状況

（単位：件）

医療機関所在地 / 患者所在地	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	県外	流出率
総　数	11,620	5,664	2,407	3,018	205	326	2.8%
北勢医療圏	5,633	5,510	15			108	2.2%
中勢伊賀医療圏	2,526	126	2,322	53		25	8.1%
南勢志摩医療圏	2,970		12	2,947		11	0.8%
東紀州医療圏	414		22	18	192	182	53.6%
県　外	77	28	36	0	13	—	—
流入率	0.7%	2.7%	3.5%	2.4%	6.3%	—	—

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。
※空白欄は 10 件未満のため非公表であり、また、合計数には含まれていません。
※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患の予防

○ 急性心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病に基づくものや喫煙、肥満、ストレス等があり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

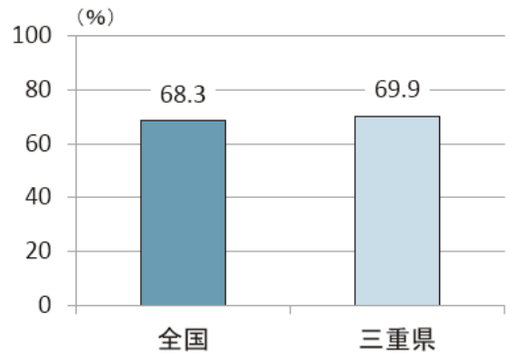
○ 本県の健康診断・健康診査の受診率は 69.9%で、全国の 68.3%と比較して高い傾向にあります。

○ 本県における平成 27（2015）年度の特定健康診査の受診率は 53.0%で、全国値 50.1%を上回っています。また、特定保健指導の実施率は 17.5%で、全国値 17.5%と同率です[4]。

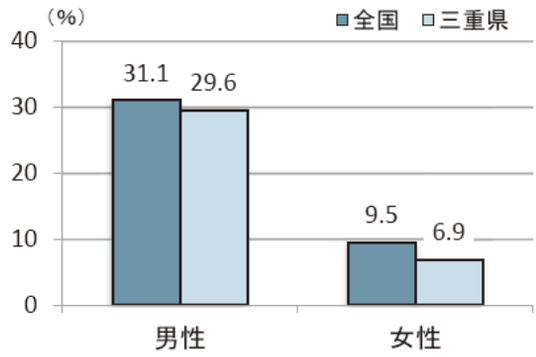
○ 本県の喫煙率は、男性 29.6%（全国 31.1%）、女性 6.9%（全国 9.5%）であり、全国平均を下回っています。

[4] 出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

図表 5-3-12 健康診断・健康診査の受診率



図表 5-3-13 全国と三重県の男女別喫煙率



資料：いずれも厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

○ 禁煙外来を行っている病院数は、人口 10 万人あたり県全体で 1.1 施設あり、全国値 1.9 施設を下回っています。また、禁煙外来を行っている一般診療所数は、人口 10 万人あたり県全体で 11.9 施設あり、全国値 10.0 施設を上回っています。

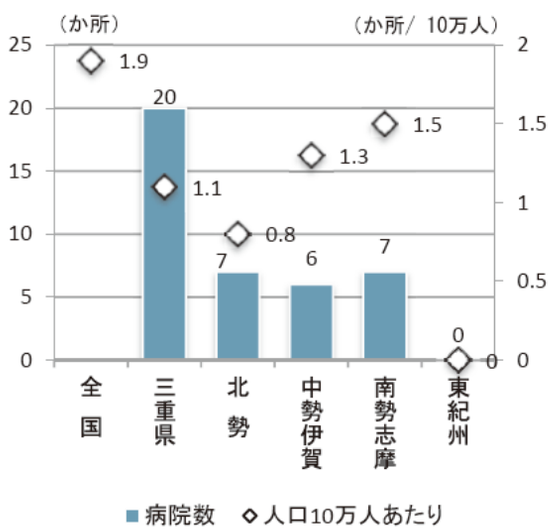
図表 5-3-14 禁煙外来を行っている診療所数および病院数

（単位：か所）

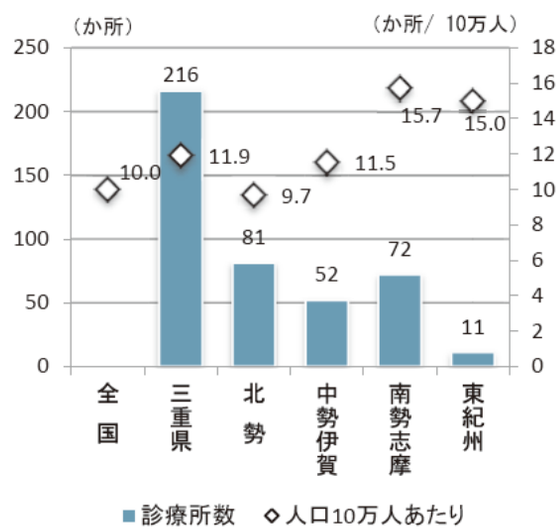
二次医療圏	病院数	人口 10 万人あたり病院数	一般診療所数	人口 10 万人あたり診療所数
全　国	2,410	1.9	12,692	10.0
三重県	20	1.1	216	11.9
北勢医療圏	7	0.8	81	9.7
中勢伊賀医療圏	6	1.3	52	11.5
南勢志摩医療圏	7	1.5	72	15.7
東紀州医療圏	0	0	11	15.0

資料：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）

禁煙外来を行っている病院数（人口10万人あたり）



禁煙外来を行っている一般診療所数（人口10万人あたり）



○ ニコチン依存管理料を算定する患者数は、人口 10 万人あたり県全体で 422.2 人であり、全国値 406.2 人を上回っています。

図表 5-3-15 ニコチン依存症管理料を算定する患者数

（単位：人）

二次医療圏	ニコチン依存管理料を算定する患者数（レセプト件数）	ニコチン依存管理料を算定する患者数（人口 10 万人あたり）
全　国	520,837	406.2
三重県	7,854	422.2
北勢医療圏	3,479	408.5
中勢伊賀医療圏	2,089	452.8
南勢志摩医療圏	2,022	429.6
東紀州医療圏	264	345.3

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 27 年１月１日現在）

（4） 心筋梗塞等の心血管疾患の医療

① 医療提供体制

○ 本県では救命救急センターを備えた病院が北勢医療圏に２施設（四日市市）、中勢伊賀医療圏に１施設（津市）、南勢志摩医療圏に１施設（伊勢市）あります。

図表 5-3-16 救命救急センターを有する病院数

（単位：か所）

二次医療圏	実数	人口 100 万人あたり施設数
全国	270	2.1
三重県	4	2.2
北勢医療圏	2	2.3
中勢伊賀医療圏	1	2.2
南勢志摩医療圏	1	2.1
東紀州医療圏	0	0.0

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）

○ 本県における循環器内科医師数は 317 人、心臓血管外科医師数は 46 人であり、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国値を下回っています。また、主たる診療科を循環器内科とする医師数は 138 人、心臓血管外科とする医師数は 36 人で、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国値を下回っています。

○ 構想区域別にみると人口 10 万人あたりの医師数は、循環器内科医師については、桑員、津、および松阪区域で、主たる診療科を循環器内科とする医師については、津区域で全国値を上回っています。心臓血管外科医師および主たる診療科を心臓血管外科とする医師については、津および伊勢志摩区域で全国値を上回っておりますが、東紀州区域では医師数が０となっています。

図表 5-3-17 循環器内科・心臓血管外科医師数

（単位：人）

二次医療圏・構想区域	循環器内科				心臓血管外科			
	医師数		うち主たる診療科と回答した数		医師数		うち主たる診療科と回答した数	
	実　数	10万人あたり	実　数	10万人あたり	実　数	10万人あたり	実　数	10万人あたり
全国	22,674	17.9	12,456	9.8	3,590	2.8	3,137	2.5
三重県	317	17.5	138	7.6	46	2.5	36	2.0
北勢医療圏	147	17.5	58	6.9	14	1.7	10	1.2
桑員区域	40	18.4	21	9.6	5	2.3	3	1.4
三泗区域	64	17.0	27	7.2	8	2.1	6	1.6
鈴亀区域	43	17.4	10	4.1	1	0.4	1	0.4
中勢伊賀医療圏	88	19.7	43	9.6	18	4.0	15	3.4
津区域	67	24.0	32	11.5	15	5.4	12	4.3
伊賀区域	21	12.5	11	6.5	3	1.8	3	1.8
南勢志摩医療圏	78	17.3	37	8.2	14	3.1	11	2.4
松阪区域	43	19.7	21	9.6	6	2.7	5	2.3
伊勢志摩区域	35	15.1	16	6.9	8	3.5	6	2.6
東紀州医療圏（区域）	4	5.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、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）

○ 急性心筋梗塞等の重篤な患者を集中治療する心臓内科系集中治療室（Cardiac Care Unit。以下「ＣＣＵ*」という。）を設置する病院は県内に9施設あり、人口10万人あたりの施設数（0.5施設）は、全国値（0.3施設）を上回っています。

○ ＣＣＵ設置病院における専用病床は35床あり、人口10万人あたりの病床数（1.9床）は、全国値（1.4床）を上回っています。

図表 5-3-18 CCUを有する病院数と病床数

（単位：か所、床）

二次医療圏	施設数	人口10万人あたり施設数	病床数	人口10万人あたり病床数
全　国	323	0.3	1,759	1.4
三重県	9	0.5	35	1.9
北勢医療圏	2	0.2	11	1.3
中勢伊賀医療圏	1	0.2	3	0.6
南勢志摩医療圏	6	1.3	21	4.4
東紀州医療圏	0	0.0	0	0.0

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）

② 発症後の救護・搬送等

○ 前胸骨部から左前胸部にかけて激しい胸痛が生じるなどの急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる人は速やかに救急要請を行うことが重要です。

○ 急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる人や救急救命士

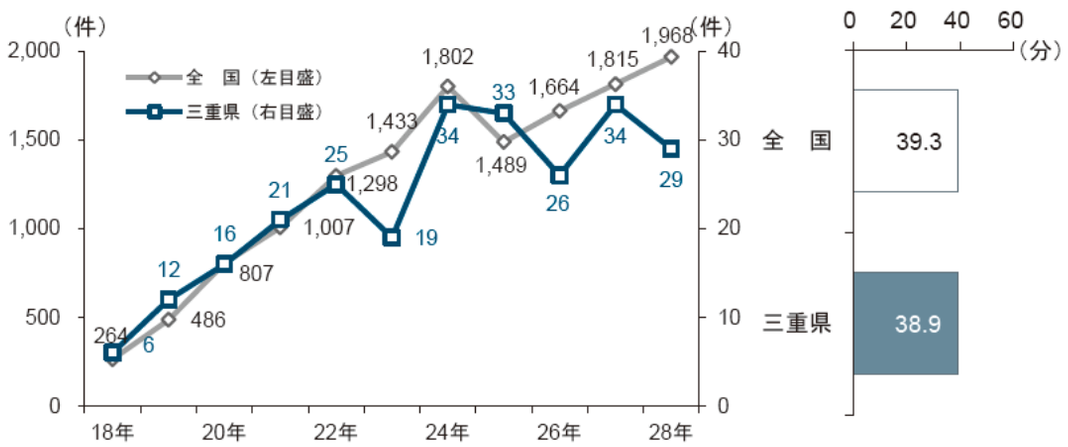
等による心肺蘇生の実施やＡＥＤ*（自動体外式除細動器）等による電気的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが必要です。

○ ＡＥＤは、全国に約 48 万台普及しており、住民による心肺機能停止傷病者への応急手当実施率は約 48%となっています[5]。

○ 本県の心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち県民により除細動が実施された件数は全国と同様に増加傾向にありますが、近年は増減を繰り返しています。

○ 平成 28（2016）年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は 38.9 分で、全国値の 39.3 分とほぼ同水準です。

図表 5-3-19 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち住民により除細動が実施された件数（左図）
救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間（右図）



資料：消防庁「平成29年 救急・救助の現況」

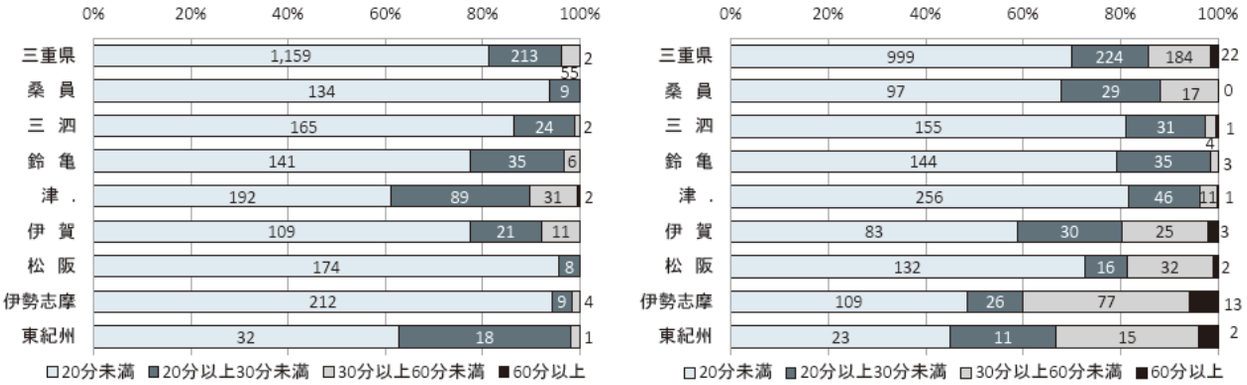
○ 県内において、平成 27（2015）年の救急蘇生法講習（普通・上級講習）の受講者数は、人口 1 万人あたり 116 人であり、全国値の 112 人を上回っています[6]。

○ 構想区域別に心疾患患者の救急搬送状況をみると、現場到着から現場出発時間（現場滞在時間）が 20 分以上の件数割合は、津および東紀州区域において高くなっています。また、現場出発から病院引継ぎまでの時間については、伊賀、伊勢志摩および東紀州区域において 30 分以上の件数割合が高くなっています。

[5] 出典：厚生労働科学研究「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者 坂本哲也）（平成 26 年度）

[6] 出典：三重県調査

図表　5－3－20　心疾患患者の救急搬送時間別件数割合（構想区域別）
現場滞在時間（左図）、現場出発から病院引継ぎまでの時間（右図）



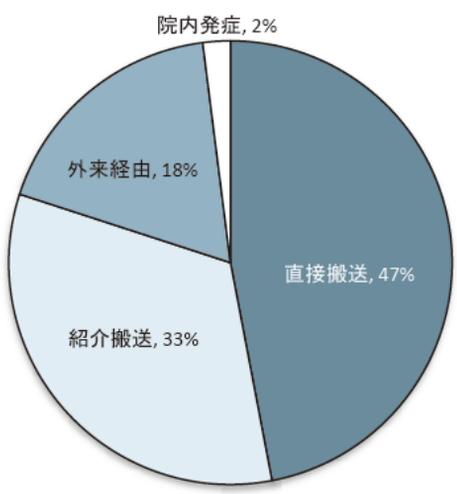
※消防本部単位で集計をしているため、松阪構想区域の搬送件数に南伊勢町（旧南島町）の数を含んでいます。

資料：三重県調査（「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」（実施基準）が適用された傷病者の搬送に関するデータ）（平成 28 年 1～12 月）

○ 急性心筋梗塞を発症してカテーテル治療を受けるまでの経路としては、①119 番コールをして直接救急車で病院へ搬送（直接搬送）、②近隣の医療機関・クリニックで受診し、そこからの紹介搬送（紹介搬送）、③カテーテル治療施設の外来を受診（外来経由）、④医療機関内での発症（院内発症）の４つがあります。

○ 本県において、これら４つの経路で最も多いものは、直接搬送の 47%ですが、全体の半数を満たしておらず、次いで紹介搬送が 33%を占めています。

図表　5-3-21　急性心筋梗塞患者の搬送経路別割合



全体件数：1, 980

資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県ＡＣＳレジストリーデータ」
（平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月）

○ 搬送経路の違いによる発症から病院到着までの時間については、直接搬送が平均値で 113 分と最も短く、紹介搬送は 346 分、外来経由は 391 分を要しており、直接搬送と紹介搬送および外来経由とでは、病院到着時点で既に２時間以上の差が出ています。

図表　5－3－22　急性心筋梗塞患者の経路別搬送時間

	直接搬送	紹介搬送	外来経由
平均値	113 分	346 分	391 分
中央値	81 分	224 分	201 分

（全体件数：1,980）

資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県ＡＣＳレジストリーデータ」
（平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月）

③ 診断

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

○ 特にＳＴ上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療とを一体的に行える冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要です。非ＳＴ上昇型心筋梗塞では適切な薬物療法を行いつつ、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行います。

○ 大動脈解離については、問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（Ｘ線検査、超音波検査、ＣＴ等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた正確な診断が可能になります。

○ また、Stanford A 型と Stanford B 型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要です。

○ 心不全については、問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、Ｘ線検査や超音波検査等の画像検査を行うことで正確な診断が可能になります。同時に、心不全原因疾患の評価も重要であり、必要に応じて心臓カテーテル検査等を行います。

○ 本県において、冠動脈造影検査、治療が実施可能な病院数は 26 施設で、人口 10 万人あたりの施設数（1.4 施設）は、全国値（1.3 施設）と同水準です。

図表　5－3－23　冠動脈造影検査、治療が実施可能な病院数

（単位：か所）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり施設数
全国	1,702	1.3
三重県	26	1.4
北勢医療圏	13	1.5
中勢伊賀医療圏	6	1.3
南勢志摩医療圏	6	1.3
東紀州医療圏	1	1.3

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）

○ ＮＤＢによると、本県で平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間に冠動脈ＣＴを実施した医療機関は、入院で 17 施設、外来で 23 施設、冠動脈造影を実施した医療機関は、入院で 26 施設、外来で７施設あります。冠動脈ＣＴについては、東紀州医療圏では実施されていません。

図表　5－3－24　冠動脈ＣＴ、冠動脈造影の実施医療機関

（単位：か所）

二次医療圏	冠動脈ＣＴ（算定医療機関数）		冠動脈造影（算定医療機関数）	
	入院	外来	入院	外来
全国	979	1,096	1,555	239
三重県	17	23	26	7
北勢医療圏	8	13	11	*
中勢伊賀医療圏	5	5	7	*
南勢志摩医療圏	4	5	7	*
東紀州医療圏	0	0	*	*

*：ＮＤＢ利用ルールにより３件未満のため非公表
資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

○ ＮＤＢによると、本県で平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間に入院で冠動脈造影を実施した件数は 7,930 です。地域別にみると、全ての構想区域で実施されており、10 万人あたりの実施件数では、特に松阪区域での実施件数が多くなっています。

図表　5-3-25　冠動脈造影の実施件数（入院）

（単位：件）

構想区域	冠動脈造影に係るレセプト件数	冠動脈造影に係るレセプト件数（人口 10 万人あたり）
三重県	7,930	426.3
桑員区域	916	414.0
三泗区域	1,578	416.0
鈴亀区域	718	286.0
津区域	1,378	484.2
伊賀区域	549	310.6
松阪区域	1,974	870.7
伊勢志摩区域	696	285.3
東紀州区域	121	158.3

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 27 年１月１日現在）

④ 心筋梗塞等の心血管疾患の治療

○ 急性心筋梗塞の治療においては、発症後速やかに専門的治療が実施できる体制整備が重要であり、急性心筋梗塞の患者が医療機関到着後 30 分以内に治療が開始できる体制が必要です。

○ 急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ＳＴ上昇型心筋梗塞、非ＳＴ上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われます。

○ ＳＴ上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査およびそれに続く経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ*）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体であり、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性は高くなります。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（ＣＡＢＧ*）等の外科的治療が第一選択となることもあります。

○ 非ＳＴ上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物治療に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じてＰＣＩ、ＣＡＢＧ を行います。

○ 急性大動脈解離の治療では、厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかが、予後を左右する最も重要な判断となります。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択されます。

○ Stanford A 型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、多くが緊急の外科的治療の適応となります。

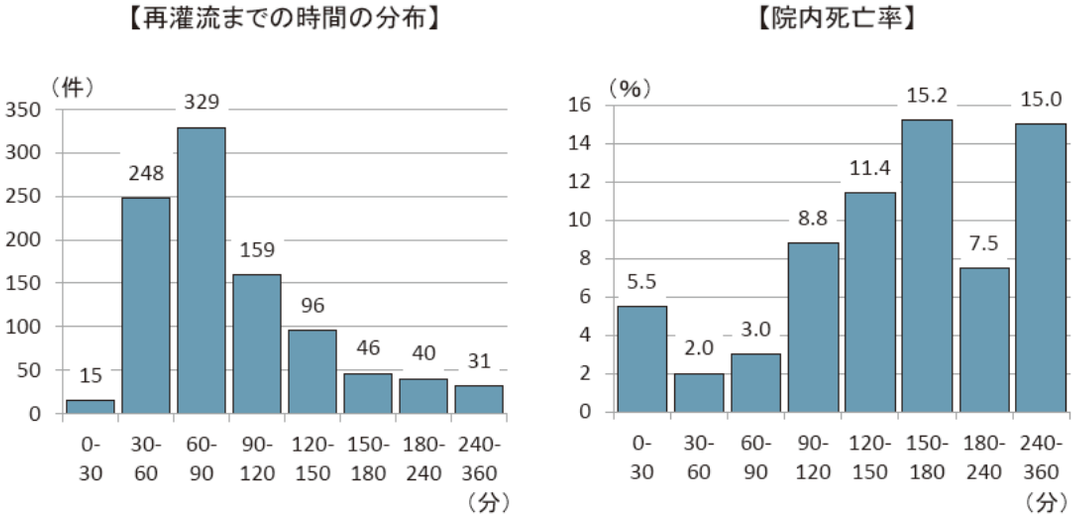
○ Stanford B 型急性大動脈解離は、A 型急性大動脈解離よりも自然予後がよいため、その多くで内科的治療が選択されます。しかし、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となります。また近年、合併症を有するB 型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもあります。

○ 慢性心不全患者については、症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（ＣＲＴ*）や植込み型除細動器（ＩＣＤ）による治療が行われることもあります。

○ 心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。心不全による症状が、急性に出現･悪化する急性増悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となります。また、心不全の増悪要因によっては、ＰＣＩ や外科的治療が必要となることもあります。

○ 病院到着から再灌流治療を受けるまでの時間は、急性心筋梗塞に対する救急対応能力を示す指標にもなり、90 分未満の達成が強く推奨されています。本県の病院到着から再灌流治療を受けるまでの時間と院内死亡率の関係をみてみると、再灌流までの時間が 90～120 分を境に死亡率が高くなっています。

図表 5-3-26 病院到着から再灌流までの時間と院内死亡率
緊急 PCI を受けた発症 24 時間以内の急性心筋梗塞　全体件数：998



資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県ＡＣＳレジストリーデータ」
（平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月）

○ ＮＤＢによると、本県の平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間における急性心筋梗塞に対するカテーテルを用いた経皮的冠動脈インターベンションの実施件数は 3,823 件あり、人口 10 万人あたり 205.5 件と、全国値 171.3 件を上回っています。また、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の実施件数は 250 件あり、人口 10 万人あたり 13.4 件と、全国値 12.9 件をやや上回っています。

○ 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションは、各医療圏で実施されていますが、人口 10 万人あたりでは南勢志摩医療圏で多く実施されています。虚血性心疾患に対する人口 10 万人あたりの心臓血管外科手術は、南勢志摩医療圏で多く実施され、東紀州保健医療圏では実施されていません。

図表 5-3-27 手術等の件数

（単位：件）

二次医療圏	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション		虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術	
	件　数	人口 10 万人あたり	件　数	人口 10 万人あたり
全国	219,623	171.3	16,507	12.9
三重県	3,823	205.5	250	13.4
北勢医療圏	1,294	151.9	99	11.6
中勢伊賀医療圏	1,178	255.3	66	14.3
南勢志摩医療圏	1,284	272.8	85	18.1
東紀州医療圏	67	87.6	0	0

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 27 年１月１日現在）

○ ＮＤＢによると、本県の平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間における虚血性心疾患に係るカテーテル治療の実施件数は 3,969 件です。地域別にみると、全ての構想区域で実施されており、10 万人あたりの実施件数では、特に松阪区域での実施件数が多くなっています。

図表 5-3-28 虚血性心疾患に対するカテーテル治療件数

（単位：件）

構想区域	カテーテル治療に係るレセプト件数	人口 10 万人あたり
三重県	3,969	213.4
桑員区域	344	155.5
三泗区域	636	167.7
鈴亀区域	340	135.4
津区域	658	231.2
伊賀区域	525	297.0
松阪区域	997	439.7
伊勢志摩区域	402	164.8
東紀州区域	67	87.6

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 27 年１月１日現在）

○ ＮＤＢによると、本県の平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間における虚血性心疾患に対する心臓血管手術の実施件数は 250 件です。地域別にみると、三泗区域で最も多く、桑員、鈴亀および東紀州区域では実施されていません。

図表 5-3-29 虚血性心疾患に対する心臓血管手術件数

（単位：件）

構想区域	心臓血管手術に係るレセプト件数	人口 10 万人あたり
三重県	250	13.4
桑員区域	0	0.0
三泗区域	99	26.1
鈴亀区域	0	0.0
津区域	55	19.3
伊賀区域	11	6.2
松阪区域	33	14.6
伊勢志摩区域	52	21.3
東紀州区域	0	0.0

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 27 年１月１日現在）

○ 本県において、急性心筋梗塞等の患者に対してバルーン（風船）のついた大動脈内カテーテルを用いて心臓の動きを助ける大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ*）の実施が可能な医療機関は 25 施設あり、人口 10 万人あたりの施設数は 1.4 施設で、全国値（1.3 施設）と同水準となっています。地域別にみると、全ての構想区域で実施が可能であり、人口 10 万人あたりの施設数では、桑員区域の施設数が多くなっています。

図表 5-3-30 大動脈バルーンパンピング法が実施可能な医療機関数

（単位：か所）

構想区域	医療機関数	人口 10 万人あたり
全国	1,626	1.3
三重県	25	1.4
桑員区域	5	2.3
三泗区域	4	1.1
鈴亀区域	2	0.8
津区域	4	1.0
伊賀区域	3	1.0
松阪区域	4	1.0
伊勢志摩区域	2	0.8
東紀州区域	1	1.3

資料：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 日現在）、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）

⑤ 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

○ 心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰および社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、

患者教育等を実施します。

○ 大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目的とし、外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じて実施することが重要となります。

○ 慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、自覚症状や運動耐容能の改善および心不全増悪や再入院の防止を目的とし、患者の状態に応じて実施します。入院中から心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。

○ トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施します。

○ 心機能の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なります。

○ 本県において、心血管疾患のリハビリテーションが可能な医療機関は 14 施設であり、人口 10 万人あたりでは 0.8 施設で、全国値と同水準です。地域ごとにみると、人口 10 万人あたりで、津および松阪区域の施設数が全国値を大きく上回っています。

図表 5-3-31 心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数

（単位：か所）

構想区域	心大血管疾患リハビリテーション料＊Ⅰ		心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱ		合計	
	施設数	人口 10 万人あたり	施設数	人口 10 万人あたり	施設数	人口 10 万人あたり
全国	989	0.8	156	0.1	1,145	0.9
三重県	14	0.8	0	0.0	14	0.8
桑員区域	1	0.5	0	0.0	1	0.5
三泗区域	3	0.8	0	0.0	3	0.8
鈴亀区域	1	0.4	0	0.0	1	0.4
津区域	4	1.4	0	0.0	4	1.4
伊賀区域	1	0.6	0	0.0	1	0.6
松阪区域	3	1.3	0	0.0	3	1.3
伊勢志摩区域	1	0.4	0	0.0	1	0.4
東紀州区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0

資料：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 日現在）、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）

○ ＮＤＢによると、本県で平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間に心大血管疾患に対するリハビリテーションを実施した件数は入院 3,188 件、外来 3,039 件であり、10 万人あたりの実施件数は入院 171.4 件、外来 163.4 件で、入院では全国を下回っていますが、外来は全国平均を上回っています。地域別にみると、10 万人あたりの実施件数は、入院では津および松阪区域で、外来では津および伊賀区域での実施件数が多くなっています。

図表 5-3-32 心大血管疾患に対するリハビリテーションの実施件数

（単位：件）

構想区域	リハビリテーションに係るレセプト件数		人口10万人あたり	
	入院	外来	入院	外来
全国	373,095	175,691	291.0	137.0
三重県	3,188	3,039	171.4	163.4
桑員区域	176	273	79.6	123.4
三泗区域	328	87	86.5	22.9
鈴亀区域	289	213	115.1	84.8
津区域	809	1,164	284.2	409.0
伊賀区域	249	1,046	140.9	591.8
松阪区域	719	255	317.1	112.5
伊勢志摩区域	618	*	253.3	*
東紀州区域	*	*	*	*

*:ＮＤＢ利用ルールにより10件未満のため非公表

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27年1月1日現在）

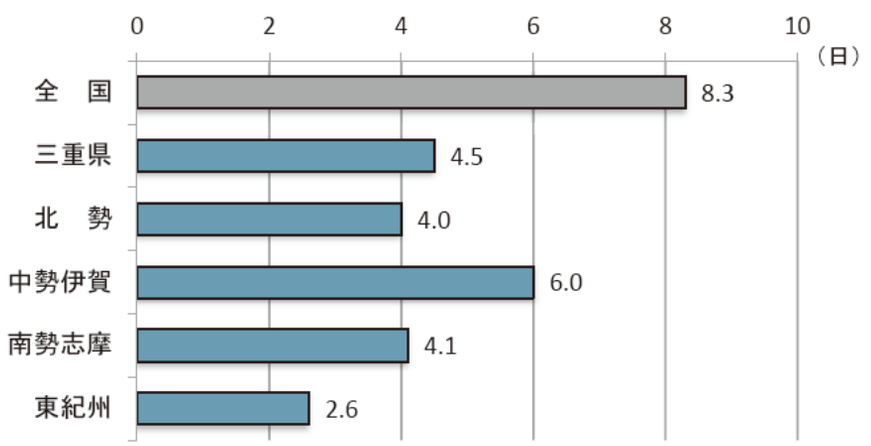
⑥ 急性期以後の医療

○ 急性心筋梗塞の急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防および再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙等）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われます。

○ 発症から２週間以上経過した、慢性期*の大動脈解離については、Stanford A 型、B 型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とする内科的治療が行われます。しかし、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもあります。

○ 本県における虚血性心疾患患者の平均在院日数は4.5日と、全国値8.3日と比べて短くなっています。二次医療圏ごとにみると、中勢伊賀医療圏で長く、東紀州保健医療圏で短くなっていますが、いずれの医療圏も全国値より短くなっています。

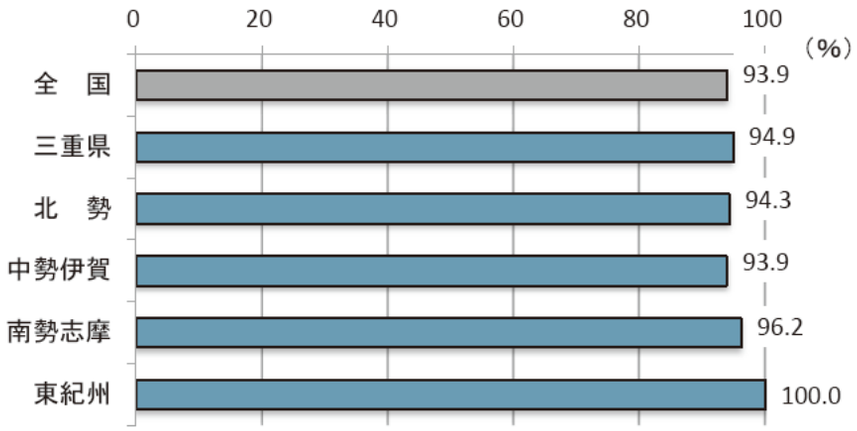
図表 5-3-33 虚血性心疾患患者の平均在院日数（二次医療圏別）



資料：厚生労働省「平成26年 患者調査」

○ 本県において、虚血性心疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は94.9%で、全国値の93.9%を上回っています。二次医療圏ごとの値についても、全国値と同等以上となっています。

図表 5-3-34 虚血性心疾患退院患者の在宅等への復帰割合



資料：厚生労働省「平成26年 患者調査（個票解析）」

(5) 各地域の医療資源等の現状

図表 5-3-35 各地域の医療資源等の現状

二次医療圏	構想区域	現状
北勢	桑員	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、他の区域および県外に一部の患者が流出しています※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の区域等との連携が必要です。 ・心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、1施設のみであり、人口あたりの実施件数は県平均を下回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数は県平均を上回っていますが、心臓血管外科医師数は県平均を下回っています。
	三泗	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、他の区域からの流入があります※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 ・人口あたりの心血管疾患リハビリテーション実施医療機関数については、県平均と同等です。 ・人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を下回っています。

	鈴亀	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、他の区域との間で患者の流出入があります※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の区域等との連携が必要です。 ・心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、１施設のみであり、人口あたりの実施件数は県平均を下回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数は県平均と同等ですが、心臓血管外科医師数は県平均を下回っています。
中勢 伊賀	津	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を上回っていますが、他の区域との間で患者の流出入があります※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 ・人口あたりの心血管疾患リハビリテーション実施医療機関数については、県平均を上回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数については、県平均を大きく上回っています。 ・救急搬送については、県平均と比較して現場滞在時間が長くなっていますが、救急車に心電図伝送システムを配備し、改善に取り組んでいます。
	伊賀	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、県外に一部の患者が流出しています※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されていますが、人口あたりの実施件数は県平均を大きく下回っています。 ・心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、１施設のみであり、人口あたりの実施件数は、入院では県平均を下回っていますが、外来では県平均を上回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を下回っています。
南勢 志摩	松阪	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。また、他の区域からの流入があります※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均をやや上回っています。 ・人口あたりの心血管疾患リハビリテーション実施医療機関数については、県平均を上回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を上回っています。

	伊勢志摩	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、他の区域に一部の患者が流出しています※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 ・心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、１施設のみであり、人口あたりの実施件数は、入院では県平均を上回っていますが、外来では県平均を下回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数は県平均を下回っていますが、心臓血管外科医師数は県平均を上回っています。 ・救急搬送については、県平均と比較して現場出発から病院引継ぎまでの時間が長くなっています。
東紀州	東紀州	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、人口あたりの実施件数は県平均を大きく下回っています。また、他の区域や県外に一定の患者が流出しており※、松阪および伊勢志摩区域との連携が必要です。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の圏域等との連携が必要です。 ・区域内に心血管疾患リハビリテーション実施医療機関はありません。 ・人口あたりの循環器内科医師数は県平均を大きく下回っており、心臓血管外科医師数は０人となっています。 ・救急搬送については、現場滞在時間、現場出発から病院引継ぎまでの時間ともに県平均と比較して時間を要しています。

※ＮＤＢ（平成 27 年度）データの分析による

2．圏域の設定と連携体制

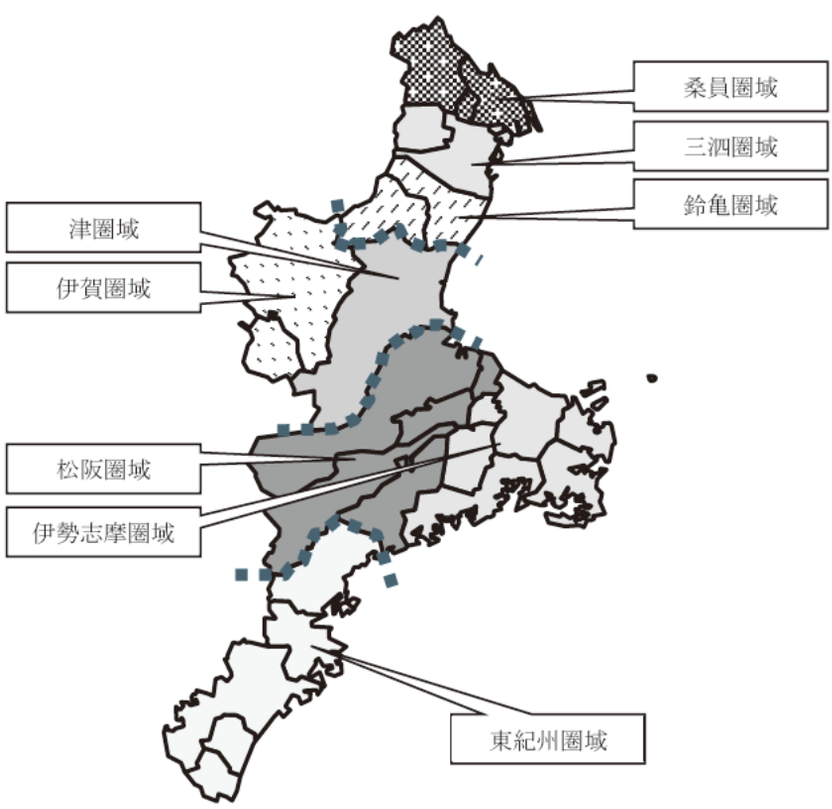
(1) 圏域の設定

○ 心筋梗塞等の心血管疾患対策については、急性心筋梗塞による突然死を防ぐために、早急に適切な治療を開始する体制の構築を進めるとともに、急性期の治療に引き続く、回復期および慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築することが必要となります。

○ 本県では、平成 29（2017）年３月に団塊の世代が 75 歳以上を迎える平成 37（2025）年を視野に、「三重県地域医療構想」を策定し、病床機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など、地域のあるべき医療提供体制について議論を進める区域として、８つの地域医療構想区域（桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州）を設定しました。

○ 心筋梗塞等の心血管疾患対策においては、予防、急性期、回復期および慢性期の各段階における地域の実情に応じた切れ目のない連携体制が必要であることから、圏域については、構想区域を基本とします。しかしながら、急性大動脈解離の治療や心臓血管外科手術などの高度な医療等については、各圏域において提供が困難であることから、圏域を越えた、より広域的な範囲（二次医療圏等）での連携により対応することとします。

【心筋梗塞等の心血管対策における圏域】



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 心筋梗塞等の心血管疾患対策における各医療機能を担う医療機関

図表 5－3－36 心筋梗塞等の心血管疾患対策における各医療機能を担う医療機関数

圏域＼医療機能		受入れ可能範囲			ＣＣＵまたは準じる専門病棟等を設定している施設	冠動脈造影検査・治療を実施している施設	大動脈バルーンパンピング法を実施している施設	心臓血管外科手術の実施可能施設			心大血管疾患リハビリテーション届出施設	心臓リハビリテーション指導士を配置している施設	地域連携クリティカルパスを導入している施設
		急性心筋梗塞等の虚血性心疾患	大動脈解離	慢性心不全				急性心筋梗塞等の虚血性心疾患	大動脈解離	その他			
北勢	桑員	5	2	8	1	5	4	2	1	2	1	0	1
	三泗	4	2	8	3	4	4	3	2	3	4	2	4
	鈴亀	2	0	6	2	2	2	0	0	0	1	1	0
中勢伊賀	津	4	3	8	3	4	4	3	2	3	4	2	1
	伊賀	2	2	4	2	2	2	1	1	1	1	1	0
南勢志摩	松阪	4	3	7	4	4	4	2	2	2	4	2	1
	伊勢志摩	1	2	7	3	2	2	1	1	1	1	1	0
東紀州		1	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0
総計		23	15	51	18	24	23	12	9	12	16	9	7

② 連携体制等の現状

○ 三重大学医学部附属病院に設置されたＣＣＵネットワーク支援センターやＮＰＯ法人みえ循環器・腎疾患ネットワークにおいて、全県的な急性心筋梗塞の情報収集に取り組むとともに、発症から治療までの時間を短縮するために、消防機関との協力体制の整備、病診連携*の推進、救急輪番病院*の受入体制の充実等に取り組んでいます。

○ 急性心筋梗塞については、各圏域において経皮的冠動脈インターベンションを実施する医療機関を中心に連携体制の整備を進めていますが、東紀州圏域については医療資源が少ないため、松阪および伊勢志摩圏域との連携が必要です。

○ 心臓血管外科手術については、実施可能な医療機関がない圏域もあるため、圏域を越えた広域的な連携が必要です。

(3) 連携のあり方

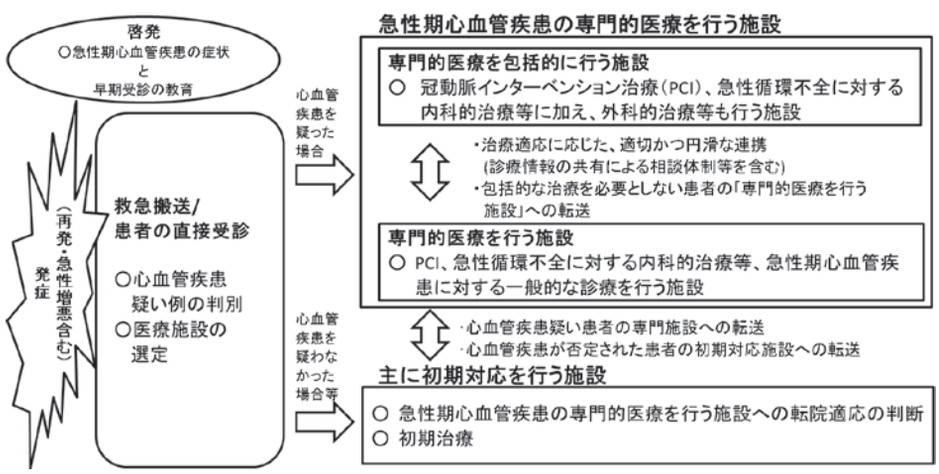
○ 医療機能を明確にした上で、地域の医療機関が連携し、24 時間対応で疾患に応じた専門的な診療を提供できる体制を確保する必要があります。

○ 対応疾患に応じた急性期診療を地域で 24 時間提供できる体制の構築にあたっては、急性期の専門的医療機能を、地域のネットワークを構築している医療機関において、分担する必要があります。

○ それぞれの施設が提供する医療機能は、地域の状況等に応じて、柔軟に設定される必要があります。

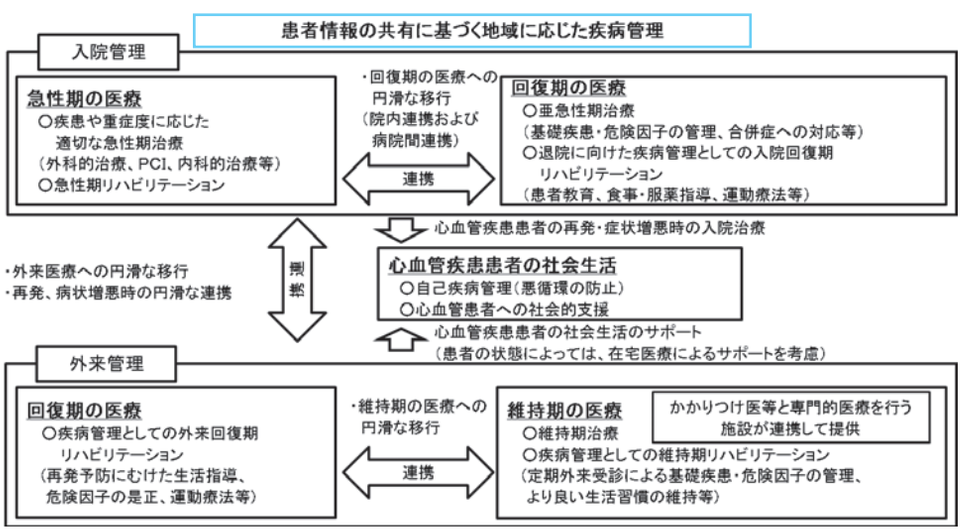
○ 急性期の時間的制約の観点、回復期から維持期の再発予防・再入院予防の観点等をふまえ、入院管理および外来管理の両面から、心血管疾患の診療提供体制を構築する必要があります。

図表 5-3-37 急性期心血管疾患の発症～急性期の診療提供体制のイメージ



出典：厚生労働省提供資料

図表 5-3-38 心筋梗塞等の心血管疾患対策の医療連携体制のイメージ



出典：厚生労働省提供資料

3．課題

(1) 予防体制

○ 急性心筋梗塞等の心血管疾患を予防するためには、食生活、運動等の生活習慣を改善することにより高血圧、脂質異常症（高脂血症）、糖尿病などの発症を予防することが重要です。本県における高血圧、脂質異常症および糖尿病の年齢調整受療率は全国と比較して高い傾向にあるため、県民への普及啓発などにより生活習慣病の予防に取り組む必要があります。

○ 特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、適切な治療の継続や生活習慣病対策の推進により、重症化を防ぐことが必要です。

○ 喫煙率は全国と比較して低い傾向にありますが、さらなる取組を推進する必要があります。

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

○ 心肺停止が疑われる人に対して、家族等の周囲にいる人によるＡＥＤの使用を含めた心肺蘇生法*等の処置の実施が必要です。心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち県民により除細動が実施された件数は全国と同様に増加傾向にありますが、近年は増減を繰り返しているため、救急蘇生法講習を積極的に実施するとともに、ＡＥＤの普及啓発を行う必要があります。

○ 救急搬送については、全国平均とほぼ同水準の時間で搬送されていますが、心疾患患者の救急搬送時の現場滞在時間が長い地域もあり、速やかに受入れ病院を選定することができる体制の整備が必要です。

○ 消防本部管内に心疾患の専門的な診療が可能な医療機関がない場合は、管外医療機関への搬送が必要であり、救急搬送に一定の時間を要している地域もあるため、搬送時の適切な処置やより迅速な搬送が必要です。

○ 高齢者については、急性心筋梗塞等の発症時の症状が不明瞭な場合もあるため、適切な対応がとれるよう、住民等に対し普及啓発が必要です。

○ 急性心筋梗塞患者の治療を早期に開始するため、心疾患の専門的な診療が可能な医療機関へ、救急車により直接搬送することができる体制の整備について、検討が必要です。

② 急性期の治療

○ 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションについては、医療圏（圏域）によって治療実施状況に偏りがあるため、各医療圏（圏域）において専門的な治療を受けることができる体制の整備に取り組むことが必要です。

○ 心臓血管外科手術については、実施されていない圏域があるため、圏域を越えた広域的な連携が必要です。

③ 心血管疾患リハビリテーション

○ 人口 10 万あたりの心大血管疾患リハビリテーション料の届出施設については、全国値を下回っており、また、圏域間での偏在もみられるため、各圏域において実施体制の整備が必

要です。
○ 心血管疾患リハビリテーションを充実させるため、医師、看護師、理学療法士等の資質の向上が必要です。

④ 急性期以降の医療

○ 再発や増悪を予防するために、かかりつけ医による基礎疾患や危険因子の管理が必要です。
○ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関とかかりつけ医の連携が必要です。
○ 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携して実施することが必要です。
○ 急性心筋梗塞の発症時における細菌性心内膜炎等の術後合併症の予防や、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的な口腔ケアや歯周疾患治療に取り組むことが必要です。

4．めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ 県民が急性心筋梗塞等の心血管疾患の予防に関する正しい知識を持つとともに、バランスのとれた食生活や適度な運動の実施、定期的な健康診断の受診により生活習慣病の予防に取り組んでいます。

○ 急性心筋梗塞等を発症した患者に対して、周囲の人による迅速な救急要請と心肺蘇生法の実施やＡＥＤの使用が行われるとともに、搬送後は医療機関において専門的な治療が速やかに行われています。

○ 急性期を脱した後は、早期から心血管疾患リハビリテーションを受け、退院後は、かかりつけ医などによる再発予防治療や在宅療養支援が継続して行われています。

(2) 取組方向

取組方向１：発症予防対策の充実
取組方向２：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築
取組方向３：医療機関の機能分担と連携体制の推進

(3) 数値目標

<table>
<tr><th>目標項目</th><th>目標項目の説明</th><th>目標値・現状値</th></tr>
<tr><td rowspan="4">急性心筋梗塞による年齢調整死亡率

【三重県の人口動態】</td><td rowspan="4">急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を平成 28（2016）年の全国値まで低減することを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>男性
15.5 以下</td><td>女性
5.7 以下</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>男性 20.6</td><td>女性 7.6</td></tr>
<tr><td rowspan="4">特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

【特定健康診査・特定保健指導に関するデータ】</td><td rowspan="4">特定健康診査受診率および特定保健指導実施率を国の「健康日本 21（第２次）」に準じて向上させることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>特定健康診査受診率
70%以上</td><td>特定保健指導実施率
45%以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H27)</td></tr>
<tr><td>特定健康診査受診率
53.0%</td><td>特定保健指導実施率
17.5%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受入困難事例の割合

【三重県調査】</td><td rowspan="4">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。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>30 分以上
3.3%</td><td>４回以上
2.0%</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>30 分以上
3.8%</td><td>４回以上
2.3%</td></tr>
</table>

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 【三重県調査】	全ての心血管疾患リハビリテーション実施病院において、心臓リハビリテーション指導士が配置されることを目標とします。	目　標 100% 現　状(H29) 56.3%

(4) 取組内容

取組方向１：発症予防対策の充実

○ 「三重の健康づくり基本計画」の普及啓発等により、心筋梗塞等の心血管疾患について、県民への正しい知識の浸透を図ります。(事業者、保険者、関係機関、市町、県)

○ 心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子である、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病を予防するため、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着および喫煙対策に取り組みます。(県民、事業者、保険者、関係機関、市町、県)

○ 健康診断の受診率の向上を図り、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）等の早期発見や適切な保健指導に取り組みます。また、基礎疾患を持つ患者に対しては、適切な治療の継続などにより、重症化の予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県)

○ 心筋梗塞等の心血管疾患の初発症状について、理解し、適切に対応できるよう、県民に対し普及啓発を行います。(医療機関、医師会、市町、県)

○ 心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病等の管理を進めるため、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発を図ります。(医療機関、医師会、薬剤師会、市町、県)

取組方向２：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

○ 心肺停止が疑われる人に対して、家族等の周囲にいる人が迅速な心肺蘇生法の実施やＡＥＤの使用ができるよう、救急蘇生法講習を積極的に実施するとともに、ＡＥＤの普及啓発を行います。(県民、消防機関、市町、県)

○ 救急車の不要不急な利用により、真に緊急性のある傷病者への対応に支障が生じないよう、救急車の適正利用について啓発を行います。(消防機関、医療関係団体、市町、県)

○ 心筋梗塞等の発症後、速やかに適切な受入れ専門医療機関を決定し、医療機関における受入れ準備を速やかに整えることで、早期の治療が可能となるよう、患者情報の伝達の仕組みを含めた、二次、三次救急医療体制の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)

○ 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、心筋梗塞等の心血管疾患に対する救急搬送事例の事後検証を行います。(医療機関、消防機関、市町、県)

取組方向３：医療機関の機能分担と連携体制の推進

○ 三重大学ＣＣＵネットワーク支援センターやＮＰＯ法人みえ循環器・腎疾患ネットワークと連携を図りながら、全県的な急性心筋梗塞の情報収集に取り組むとともに、各地域の状況に応じた医療連携の推進に取り組みます。(医療機関、三重大学、消防機関、医師会、県)

○ 急性大動脈解離や心臓血管外科手術については、圏域を越えた広域連携が必要であるため、急性期の専門的医療機関の機能を明確化し、地域における連携を密にします。（医療機関、医師会、関係機関、県）

○ 心血管疾患リハビリテーションについて、県内の各圏域において実施することができるよう、実施体制の整備を進めるとともに、リハビリテーションを充実させるため、医師、看護師、理学療法士等の資質の向上に取り組みます。（医療機関、三重大学、医師会、看護協会、理学療法士会、県）

○ 合併症併発時や再発時に、緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関とかかりつけ医の連携が取れるよう、病診連携を推進します。また、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げるため、口腔ケアについて医科歯科連携も進めます（医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関、県）

○ 再発や増悪を予防するために、かかりつけ医と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師・薬局が連携し、基礎疾患の管理や薬剤管理などに取り組みます。（医療機関、医師会、薬剤師会、看護協会、県）

第４節｜糖尿病対策

１．糖尿病における医療の現状

（1）糖尿病の疫学

○ 食品に含まれる糖質は、消化・分解されてブドウ糖となり、体や脳が活動するためのエネルギー源として使われます。ところが、膵臓から分泌されるインスリン*が不足したり、十分に作用しなくなったりすると血液中のブドウ糖がエネルギー源として取り入れられなくなり、慢性的に血糖値が高くなります。余ったブドウ糖は尿から排出されるので糖尿病と呼ばれます。

○ 血糖値が高くなると、細かい血管の集まっている眼や腎臓等が障がいを受け、合併症を引き起こします。また心筋梗塞や脳梗塞等の原因となる動脈硬化も起きやすくなります。

○ 糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする１型糖尿病と、インスリンの分泌低下・抵抗性等を来す遺伝因子に過食、運動不足、肥満等の環境因子および加齢により発症する２型糖尿病に大別されます。糖尿病の治療は、１型糖尿病と２型糖尿病では異なりますが、適切な血糖コントロールが必要であることは変わりません。

○ 平成 28（2016）年時点で、全国で糖尿病が強く疑われる人は約 1,000 万人であり、過去４年間で約 50 万人増加し、糖尿病の可能性が否定できない人も約 1,000 万人です。平成 19（2007）年以降は減少しています[1]が、全国で継続的に医療を受けている糖尿病の患者数は約 317 万人であり、国民病といっても過言ではない病気です[2]。

○ 全国の糖尿病患者のうち、11.8%が糖尿病神経障害*を、11.1%が糖尿病腎症*を、10.6%が糖尿病網膜症*を、0.7%が糖尿病足病変*を合併しています。また、新規の人工透析*導入患者は、約３万７千人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患*である人は約１万６千人（43.7%）います[3]。糖尿病の患者は、高血圧、脂質異常症を併発していることが多く、これらの因子が揃うと脳卒中や心筋梗塞になる可能性が非常に高くなるといわれています。

○ 本県の糖尿病年齢調整死亡率[4]は、男性 5.3（全国平均 5.4）、女性 2.4（全国平均 2.4）となっており、男女ともに全国平均に近い値となっています。

---

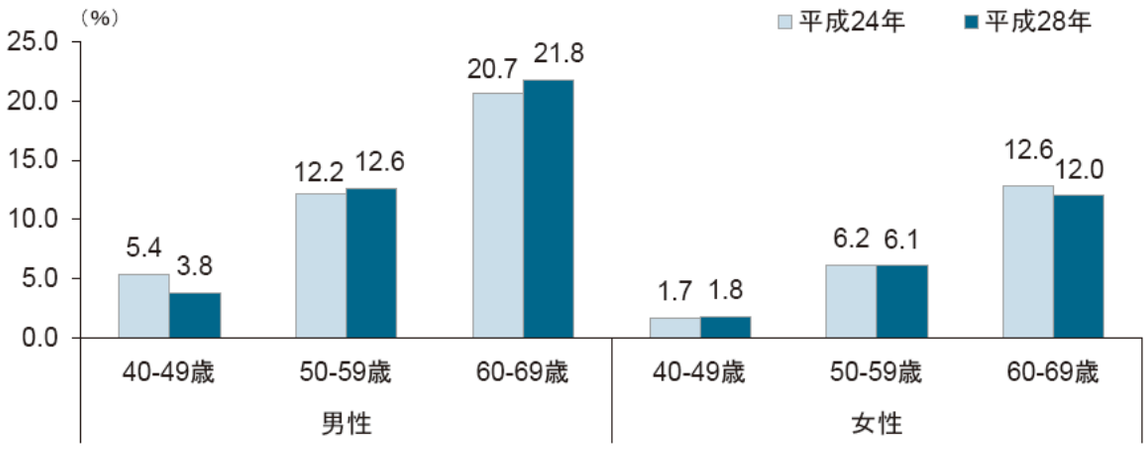
[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」

[2] 出典：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

[3] 出典：（社）日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」（平成 25 年）

[4] 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

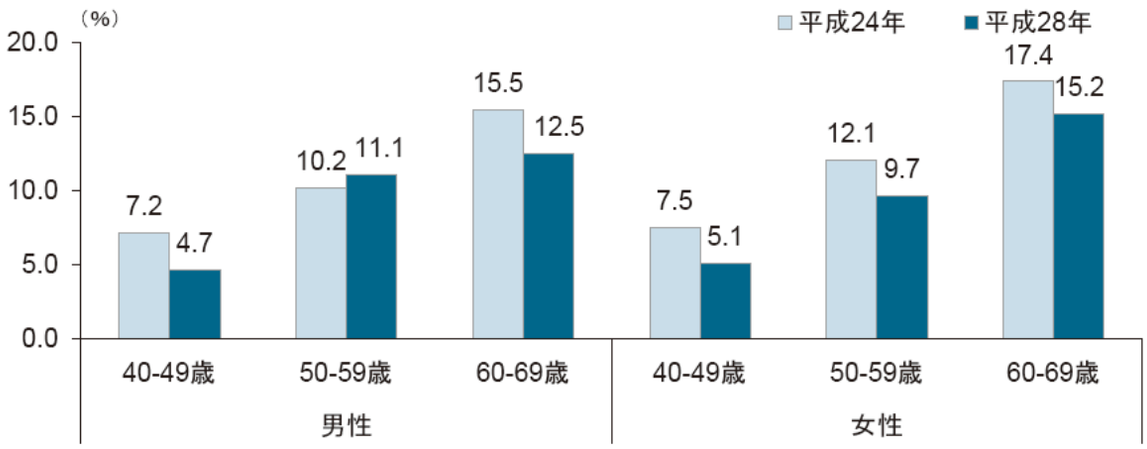
図表 5-4-1 糖尿病が強く疑われる人の割合（全国）



※ＨｂＡ１ｃの測定値があり、ＨｂA1ｃ（ＮＧＳＰ）の値が 6.5%以上、または「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した人の数です。

資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 5-4-2 糖尿病の可能性を否定できない人の割合（全国）

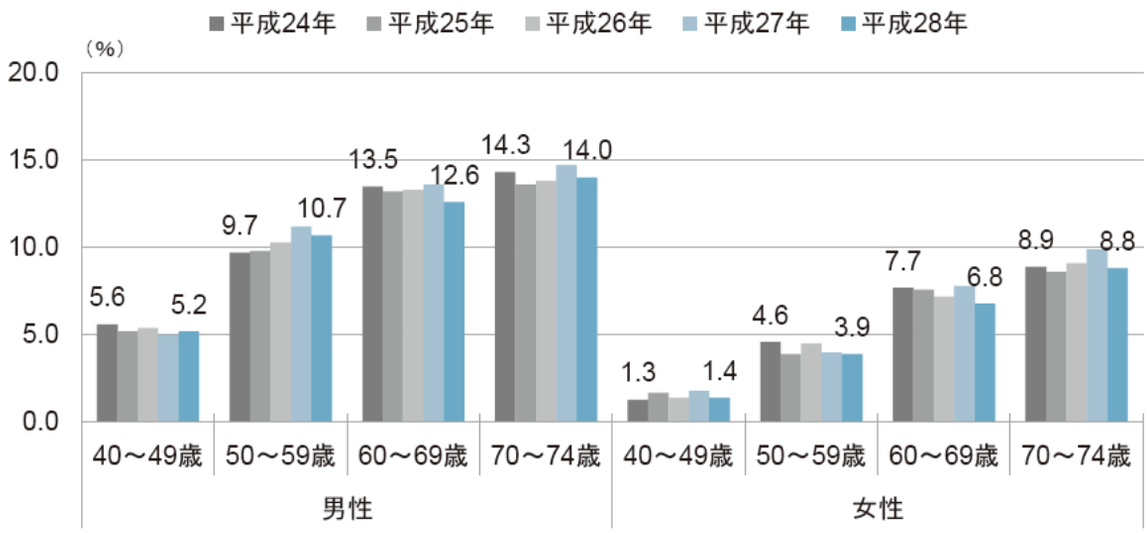


※ＨｂＡ１ｃの測定値があり、ＨｂＡ１ｃ（ＮＧＳＰ）の値が 6.0%以上 6.5%未満で、「糖尿病が強く疑われる人」以外の人の数です。

資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

○ 全国における糖尿病が強く疑われる人の割合は、平成 24(2012)年と比較し、平成 28(2016)年では、50 歳代、60 歳代の男性で増加がみられます。また、糖尿病の可能性を否定できない人の割合は、50 歳代の男性を除き、全ての年代の男女で減少しています。

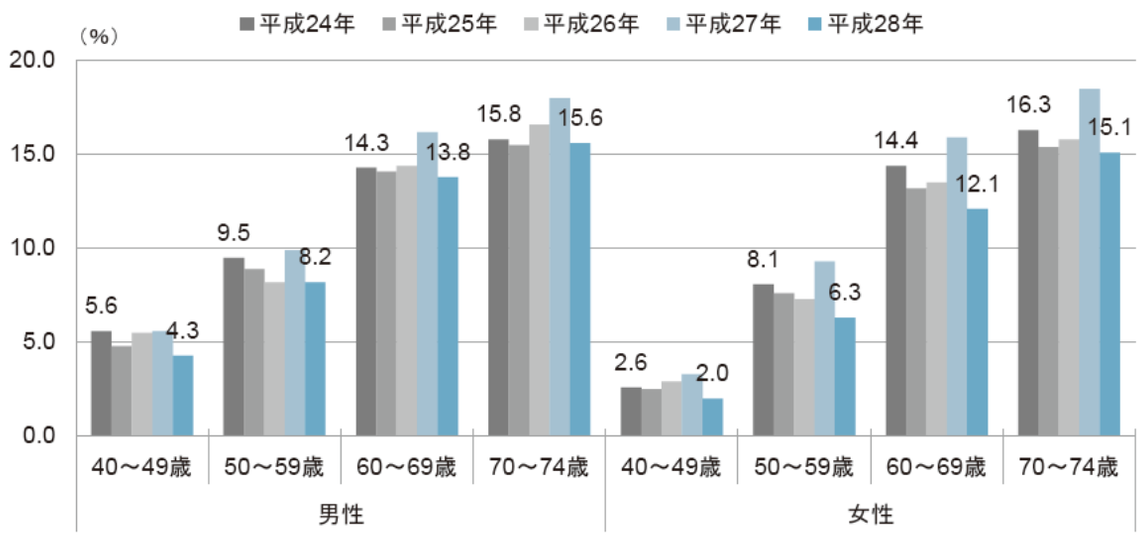
図表 5-4-3 糖尿病が強く疑われる人の割合（三重県）



※糖尿病が強く疑われる人（ＨｂＡ１ｃ6.5%以上：ＮＧＳＰ値）

資料：三重県「国民健康保険団体連合会　特定健康診査」

図表 5-4-4 糖尿病の可能性を否定できない人の割合（三重県）



※糖尿病の可能性が否定できない人（ＨｂＡ１ｃ6.0－6.5%未満：ＮＧＳＰ値）

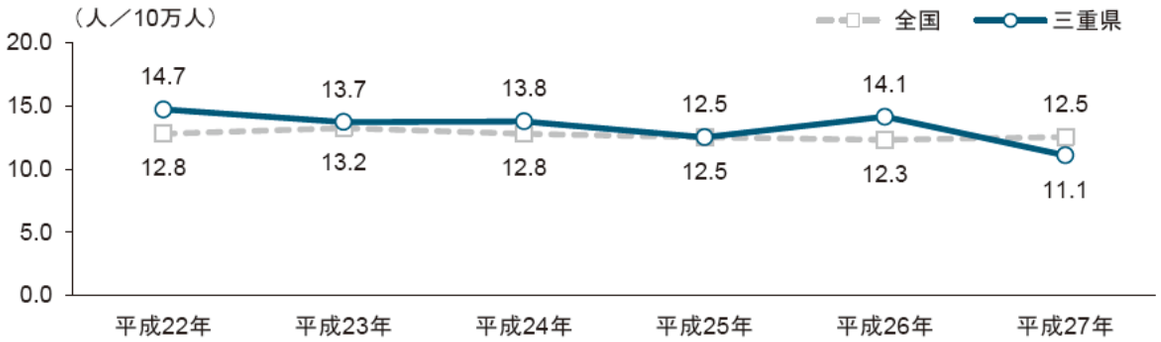
資料：三重県「国民健康保険団体連合会　特定健康診査」

○ 本県の健康診断・健康診査の受診率は 69.9%で、全国平均の 68.3%と比較して高い傾向にあります[5]。

○ 本県における糖尿病が強く疑われる人の割合は、国民健康保険団体連合会の 40～74 歳における経年データは、平成 24（2012）年と比較し、平成 28（2016）年では、50 歳代の男性、40 歳代の女性で増加がみられますが、その他の年代では減少しています。また、糖尿病の可能性を否定できない人の割合は、平成 24（2012）年と比較し、平成 28（2016）年では、全ての年代で減少しています。

[5] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

図表 5-4-5 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の推移（全国・三重県）



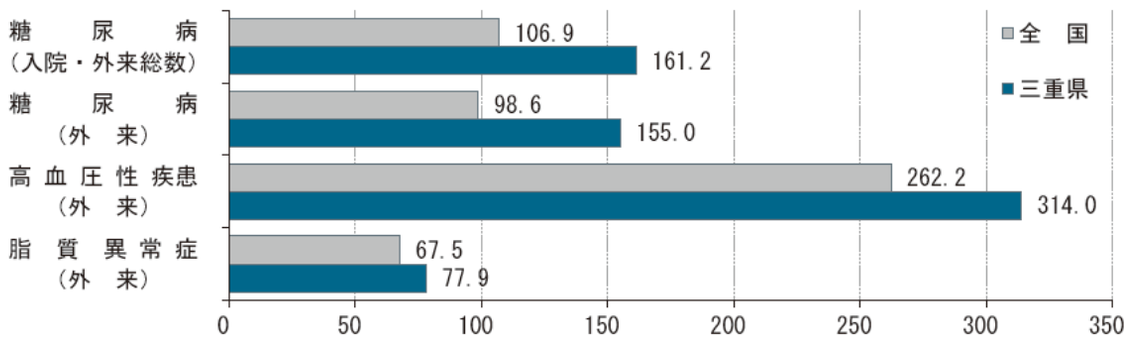
資料：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（2010 年から 2013 年：3 月 31 日現在、2014 年・2015 年：1 月 1 日現在）」

○ 本県における糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（人口 10 万人あたり）は、平成 27（2015）年で 11.1 人となっています。経年でみると、全国と比べやや高い水準で推移しています。

(2) 糖尿病の受療動向

○ 糖尿病の年齢調整受療率は、平成 26（2014）年で全国の 106.9 人に対し本県は 161.2 人と高い水準で、全国第 1 位となっています。糖尿病合併症の危険因子である高血圧性疾患や脂質異常症の年齢調整外来受療率も全国に比較し、高くなっています。

図表 5-4-6 糖尿病に関連する疾患の年齢調整受療率（人口 10 万人あたり）



資料：厚生労働省「平成26年 患者調査」、昭和60年モデル人口

○ ＮＤＢによると平成 27（2015）年４月～平成 28（2016）年３月の１年間において、本県では 61,337 件の糖尿病の入院レセプト件数がありました。

○ 入院患者の流出率は、東紀州区域が 31.3%、伊賀区域が 27.8%と高くなっています。このうち、東紀州区域では 483 件（10.6%）が和歌山県等の県外医療機関、伊賀区域では 674 件（14.1%）が奈良県等の県外医療機関で治療を受けています。

○ 入院患者の流入率は、松阪区域が 29.2%、津区域が 23.5%と高くなっています。

○ 外来患者については、入院患者に比べ、流出入の割合は低くなっていますが、県境に位置する東紀州区域や桑員区域の流出率がやや高くなっています。

図表 5-4-7 糖尿病 入院患者の流出・流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 ＼ 患者住所地	総数		北勢	桑員	三泗	鈴亀	中勢伊賀	津	伊賀	南勢志摩	松阪	伊勢志摩	東紀州	東紀州	県外	流出率	流出者
総数	61,337		－	6,990	10,448	5,850	－	11,347	3,711	－	9,892	7,814	－	3,220	2,065	3.4%	11,882
	61,337																
北勢	－		－	－	－	－	－	854	－	－	31	－	－	0	－	－	
桑員	6,898		－	5,627	485	51	54			－			－		681	18.4%	1,271
三泗	10,682		－	996	8,901	422	216			12			－		135	16.7%	1,781
鈴亀	6,416		－	15	899	4,874	584			19			－		25	24.0%	1,542
中勢伊賀	－		－	50	107	388	－	－	－	－	547	13	－	12	－	－	
津	9,725		442				－	8,679	65	511			12		16	10.8%	1,046
伊賀	4,776		103				－	502	3,448	49			－		674	27.8%	1,328
南勢志摩	－		－	－	17	55	－	1,044	－	－	－	－	－	50	－	－	
松阪	8,337		12				777			－	7,000	484	50		14	16.0%	1,337
伊勢志摩	9,312		60				267			－	1,790	7,158	－		37	23.1%	2,154
東紀州	－		－	21	－	－	－	256	－	－	504	159	－	－	－	－	
東紀州	4,540		21				256			663			－	3,117	483	31.3%	1,423
県外	651		－	281	39	60	－	12	198	－	20	－	－	41	－	－	
流入率	1.1%		－	19.5%	14.8%	16.7%	－	23.5%	7.1%	－	29.2%	8.4%	－	3.2%	－	－	
流入者	10,468			1,363	1,547	976		2,668	263		2,892	656		103			

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

※総数欄の流出率・流入率は県外への流出率・県外からの流入率です。

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

図表 5-4-8 糖尿病 外来患者の流出・流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 ＼ 患者住所地	総数		北勢	桑員	三泗	鈴亀	中勢伊賀	津	伊賀	南勢志摩	松阪	伊勢志摩	東紀州	東紀州	県外	流出率	流出者
総数	1,388,592			128,553	261,739	167,088	－	197,950	128,389	－	200,073	202,281	－	67,748	34,771	2.5%	131,262
	1,388,592																
北勢	－		－	－	－	－	－	854	－	－	31	－	－	0	－	－	
桑員	139,378		－	118,253	7,367	353	430			148			24		12,803	15.2%	21,125
三泗	257,061		－	6,191	240,880	5,491	1,323			241			11		2,924	6.3%	16,181
鈴亀	173,194		－	123	10,854	152,670	8,323			249					975	11.9%	20,524
中勢伊賀	－		－	161	1,089	7,111	－	－	－	－	9,333	512	－	14			
津	193,017		7,171				－	174,035	975	9,355			14		1,467	9.8%	18,982
伊賀	136,332		1,190				－	3,099	122,811	490					8,742	9.9%	13,521
南勢志摩	－		－	37	387	836	－	8,671	61	－	－	－	－	276			
松阪	188,365		842				6,798			－	174,583	5,221	264		657	7.3%	13,782
伊勢志摩	210,640		418				1,934			－	12,171	195,209	12		896	7.3%	15,431
東紀州	－		－	21	74	158	－	1,380		－	3,163	613	－	－			
東紀州	77,760		253				1,380			3,776			－	66,044	6,307	15.1%	11,716
県外	12,845		－	3,767	1,088	469	－	809	4,422	－	396	515	－	1,379	－	－	
流入率	1.0%		－	8.0%	8.0%	8.6%	－	12.1%	4.3%	－	12.7%	3.5%	－	2.5%	－	－	
流入者	109,336			10,300	20,859	14,418		23,915	5,578		25,490	7,072		1,704			

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

(3) 糖尿病の医療

① 予防・健診・保健指導

○ 糖尿病の発症予防には、適切な食習慣、適度な身体活動や運動が重要です。また、喫煙、飲酒、不規則な生活習慣等も関連するため、これらの生活習慣の改善により、発症を予防することが期待できます。

○ 糖尿病は、早期に医療機関を受診し、適切な治療を開始することが重症化や合併症の発症を防ぐ上で非常に重要であり、そのためには、特定健康診査など定期健診を受診することが必要です。

○ 特定健康診査で糖尿病のリスクがある場合には、特定保健指導による生活習慣の改善や受診勧奨を行うことが重要です。

○ 歯周病の発症は糖尿病患者の血糖コントロールを困難にすることから、糖尿病患者への適切な歯周病治療も重要です。

図表 5-4-9 糖尿病の健診判定値

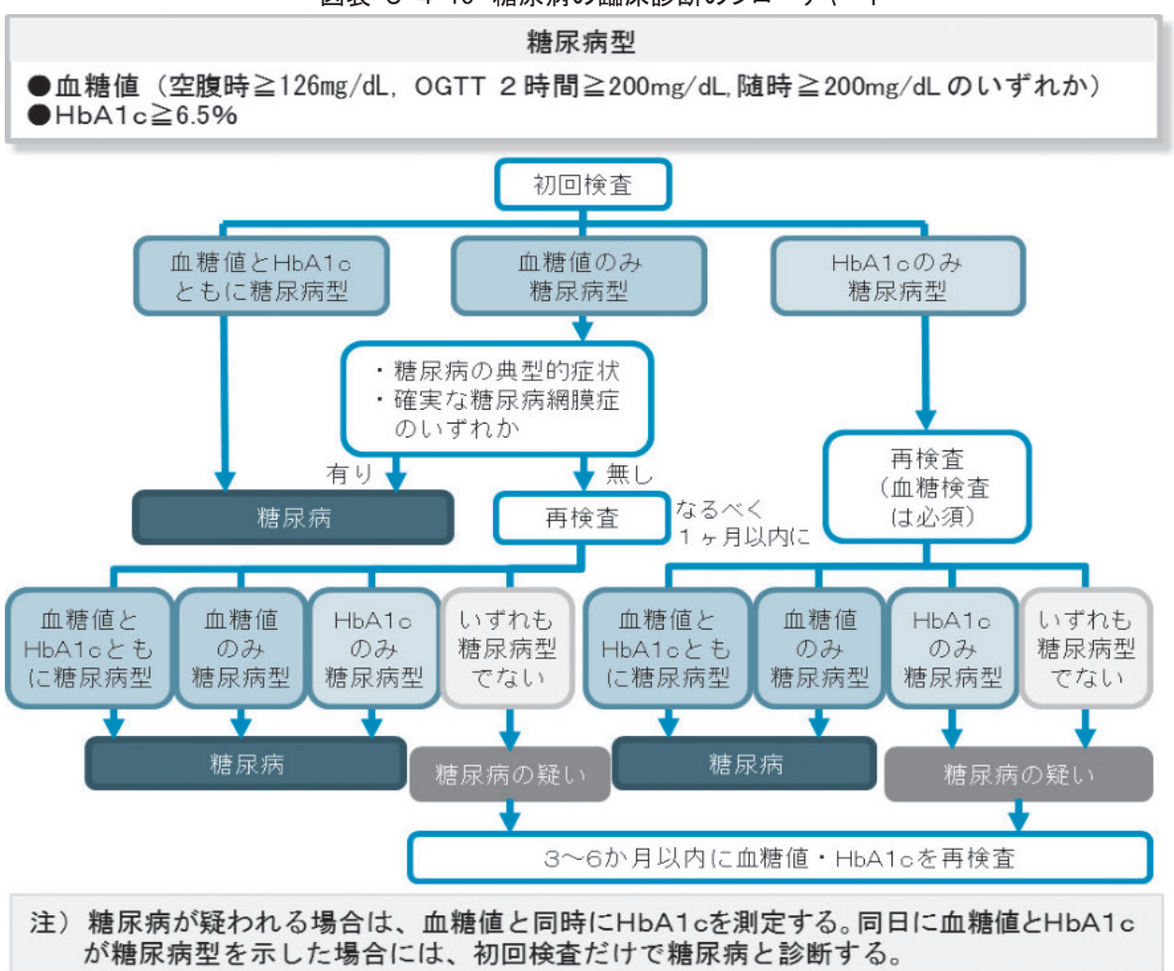
項目名	単位	健診判定基準値	保健指導判定値	受診勧奨判定値
空腹時血糖	mg/dL	109 以下	100 以上	126 以上
ＨｂＡ1ｃ（ＮＧＳＰ値）	%	5.9 以下	5.6 以上	6.5 以上

資料：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」（平成 25 年 4 月）

② 診断

○ 早朝空腹時血糖値126mg／dL 以上､75g 経口ブドウ糖負荷試験*（ＯＧＴＴ）*２時間値200mg／dL 以上、随時血糖値 200mg／dL 以上、ＨｂＡ１ｃ（ＮＧＳＰ値）6.5 %以上のいずれかであれば糖尿病型と判定されます。診断は、以降の検査により、下表のフローチャートを用いて行います。

図表 5-4-10 糖尿病の臨床診断のフローチャート



資料：日本糖尿病学会編・著：糖尿病治療ガイド 2016-2017，P21，文光堂，2016 より引用改変

○ 境界型（空腹時血糖値 110～125mg／dL またはＯＧＴＴ２時間値 140～199mg／dL）の場合は糖尿病予備群であり、運動・食生活指導等、定期的な管理が重要です。

○ 糖尿病型の場合は、再検査で糖尿病と診断が確定しない場合でも、糖尿病の疑いとして取り扱い、生活指導を行いながら経過を観察します。

○ 初めて糖尿病と診断された場合でも、既に糖尿病腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図ることが必要です。

③ 治療・指導

○ 糖尿病の治療は、１型糖尿病と２型糖尿病で異なります。１型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多いですが、２型糖尿病の場合は、２～３か月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、経口血糖降下薬またはインスリン製剤を用いた薬物療法を開始します。

○ 薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やインスリン製剤の服薬を減量または中止できることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職が連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を継続します。

○ 慢性合併症は、血糖コントロール、高血圧の治療等、内科的治療を行うことによって、その発症を予防するとともに、発症後であっても病期の進展を阻止または遅らせることが可能です。慢性合併症の予防の観点から、血糖コントロール不可例に対しては、教育入院 * 等を検討する必要があります。また、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導することが必要です。

○ 血糖コントロールの指標は、年齢、罹患期間、合併症の状態、サポート体制等を考慮して、個別に設定します。

④ 合併症の治療

○ 糖尿病昏睡等の急性合併症を発症した場合には、輸液、インスリン投与等の治療が行われます。また、慢性合併症の場合、主には、血糖や血圧コントロール、生活習慣の改善、薬物療法や食事療法が行われます。

○ さらに重症化し、腎不全に至った場合は透析療法が実施されます。増殖前網膜症 *や早期の増殖網膜症 *に進行した場合は、失明予防の観点から光凝固療法 *が実施されます。硝子体出血および網膜剥離は手術療法が実施されます。

図表 5-4-11 合併症の治療の実施状況

（単位：件／年）

二次医療圏・構想区域	糖尿病網膜症手術		糖尿病の人工透析	
	実施件数	人口 10 万人あたり実施件数	実施件数	人口 10 万人あたり実施件数
全　国	50,940	40	266,472	208
三重県	557	30	6,250	336
北勢医療圏	231	27	2,067	243
桑員区域	31	14	526	238
三泗区域	125	33	1,026	271
鈴亀区域	54	22	507	202
中勢伊賀医療圏	122	26	2,485	539
津区域	81	28	2,285	803
伊賀区域	34	19	190	107
南勢志摩医療圏	177	38	1,258	267
松阪区域	74	33	596	263
伊勢志摩区域	99	41	639	262
東紀州医療圏（区域）	19	25	440	576

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 26 年度）

2．圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

○ 平成 29（2017）年３月に「三重県地域医療構想」が策定され、医療機能の分化・連携を推進していくため、新たに８つの構想区域が設定されました。

○ 糖尿病対策は、生活習慣等の改善を含めた予防について、市町や保健所、関係機関等と連携しながら進めていくこととし、発症予防や重症化予防のために、健診や保健指導を含めた、より早期の介入が重要です。そのため、健診、保健指導を行う市町等や医療機関との連携の状況や、専門的な治療を担う医療機関の配置状況などを考慮し、桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州の８つの構想区域を基本として医療提供体制を検討していくこととします。

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 医療資源

○ 日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医の数は、県内に 44 人、うち病院に勤務する医師が 31 人、診療所に勤務する医師が 13 人（平成 29（2017）年６月現在）であり、糖尿病専門医のいる病院、診療所はそれぞれ 13 施設あります。また、日本看護協会が認定する糖尿病看護認定看護師は 11 人（平成 29（2017）年８月現在）、日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する糖尿病療養指導士*（ＣＤＥＪ）は 267 人（平成 29（2017）年６月現在）います。三重県糖尿病協会が三重県糖尿病療養指導士（ＣＤＥＬ）の認定を平成 28（2016）年度より開始し、現在 51 名（平成 29（2017）年度末時点）が認定されています。

○ 糖尿病の各医療機能を担う医療機関、専門医等の配置状況および糖尿病の教育入院・糖尿病教室（日帰り）の実施状況は以下のとおりです。

図表 5-4-12 各医療機能を担う医療機関

（単位：か所）

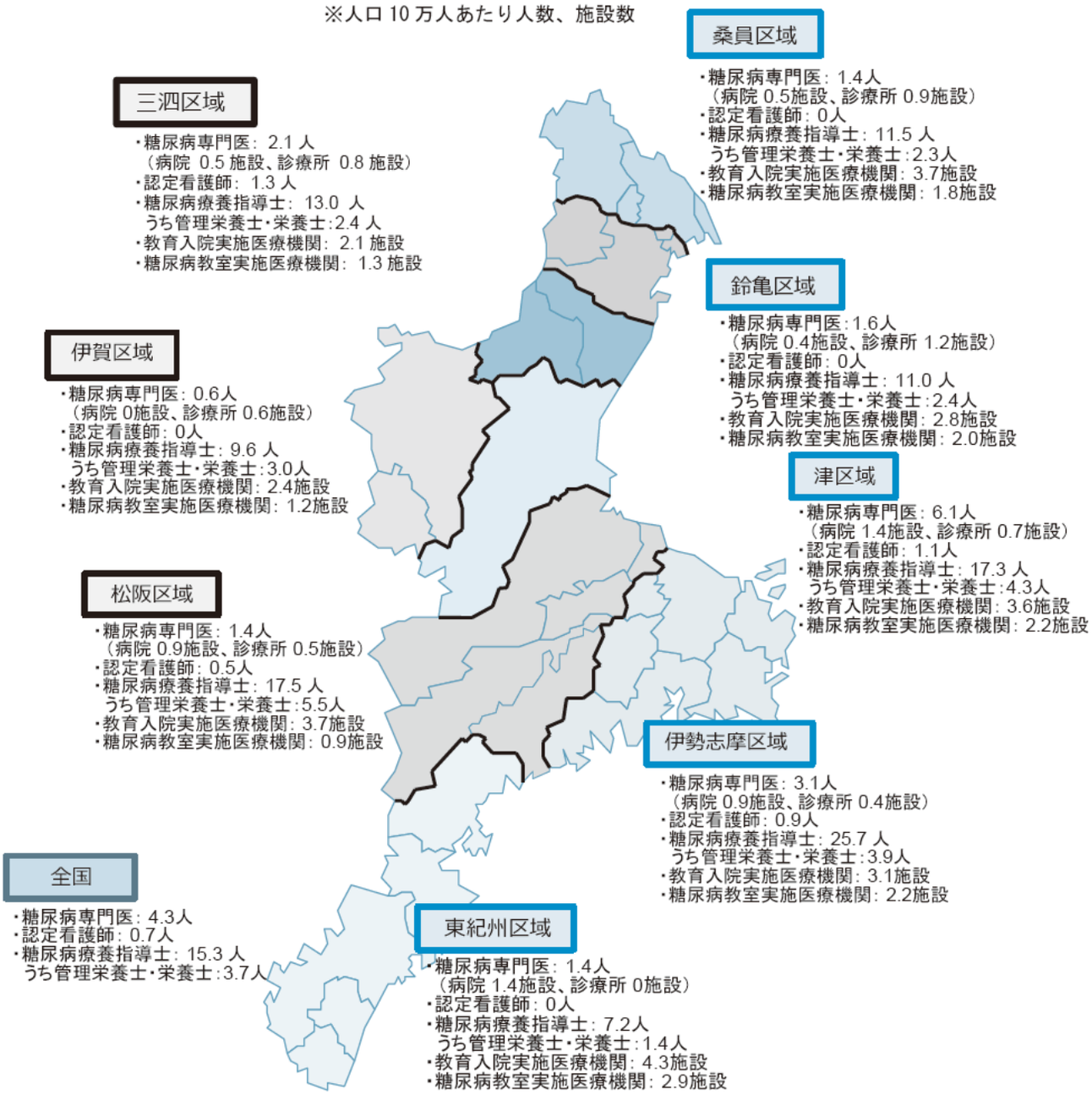
二次医療圏	構想区域	初期・安定期治療	専門治療						急性増悪時治療病院	合併症治療		歯周病専門医の在籍している施設
		内科等を標榜する医療機関数	糖尿病専門医、糖尿病看護認定看護師が在籍している施設				糖尿病療養指導士がいる施設	教育入院を行う施設		糖尿病性網膜症に対応している施設	糖尿病性足病変に対応している施設	
			病院		診療所							
			専門医	認定看護師	専門医	認定看護師						
北勢	桑員	各地域における内科等を標榜する医療機関	1	0	2	0	6	8	6	3	9	2
	三泗		2	3	3	2	10	8	10	6	10	1
	鈴亀		1	0	3	0	8	7	5	1	6	0
中勢伊賀	津		4	3	2	0	9	10	12	3	10	2
	伊賀		0	0	1	0	4	4	4	2	2	0
南勢志摩	松阪		2	1	1	0	5	8	6	6	5	2
	伊勢志摩		2	2	1	0	5	7	5	3	6	0
東紀州	東紀州		1	0	0	0	2	3	3	2	2	0
総計			13	9	13	2	49	55	51	26	50	7

※歯周病専門医でなくても、歯科診療所で歯周病治療は可能です。

資料：日本糖尿病学会ホームページ（平成 29 年６月現在）、日本看護協会ホームページ（平成 29 年８月現在）、日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ（平成 29 年６月現在）、三重県調査（平成 29 年）

図表 5-4-13 専門医等の配置状況および糖尿病の教育入院・糖尿病教室（日帰り）の実施状況

※人口 10 万人あたり人数、施設数



資料：日本糖尿病学会ホームページ（平成 29 年 6 月現在）、日本看護協会ホームページ（平成 29 年 8 月現在）、日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ（平成 29 年 6 月現在）、三重県調査（平成 29 年）、「三重県の人口動態」（平成 29 年 6 月 1 日現在）をもとに作成

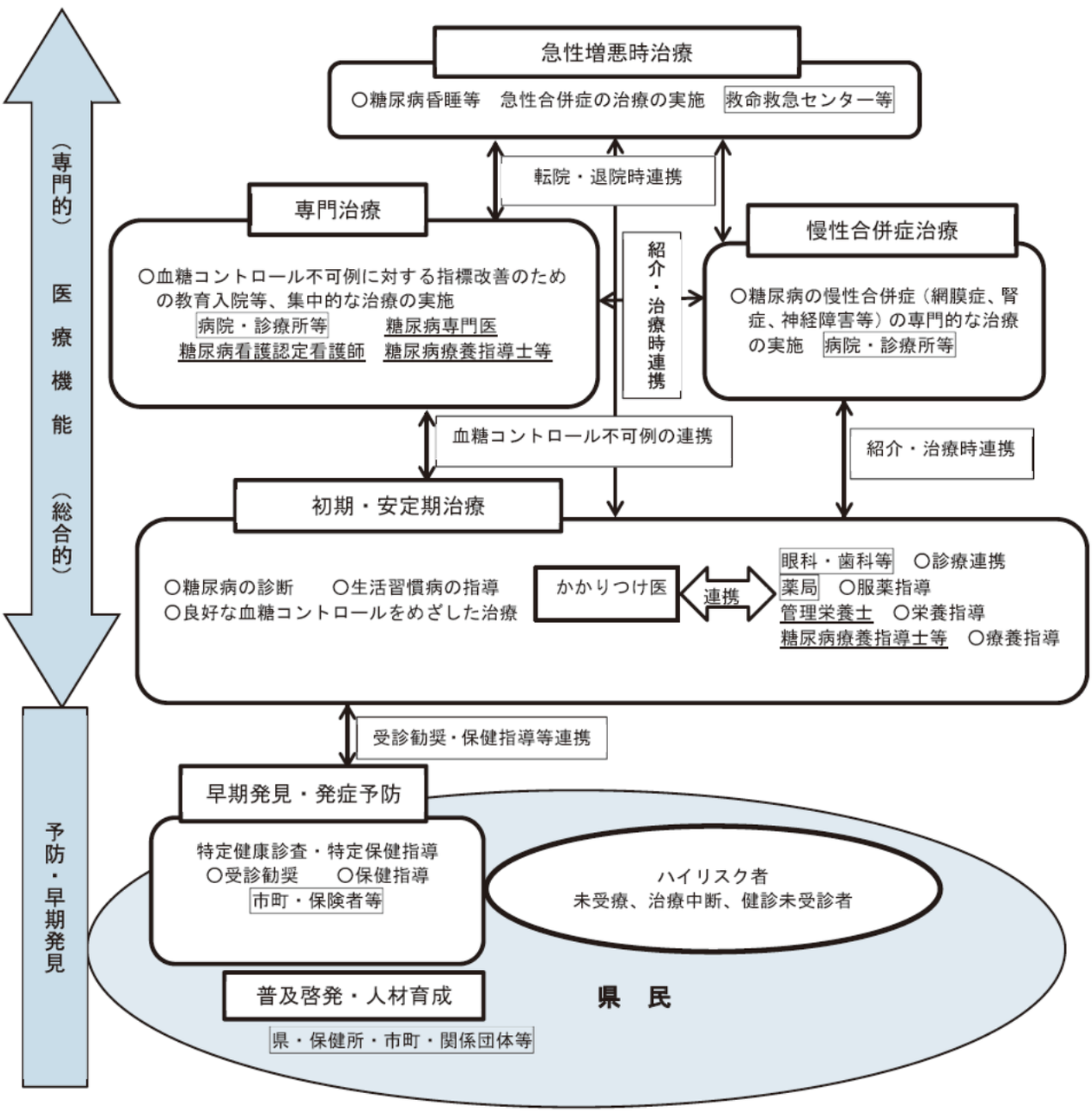
② 連携の現状

○ 糖尿病の治療は、一般的には内科等を標榜している医療機関で行います。その中で、糖尿病の治療や血糖コントロールが困難なケースについては、日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医のいる医療機関で治療を行います。合併症を発症した場合は、関係する診療科や治療可能な医療機関と連携して治療を行います。

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

(3) 連携のあり方

図表 5-4-14 糖尿病の医療連携体制



○ 糖尿病の予防・治療に向けた県民の意識・行動の醸成に向けて、市町、保健所、医療機関、関係団体等が連携し、県民への普及啓発や医療従事者のネットワーク構築を図っていく必要があります。

○ それぞれの地域で、市町、保険者、薬局、診療所、糖尿病専門医がいる医療機関、合併症治療が可能な医療機関（人工透析施設、糖尿病網膜症治療可能施設等）が連携して糖尿病対策を実施することが望まれます。そのためには、糖尿病性腎症重症化予防プログラム*等を活用した地域連携クリティカルパスの促進や、糖尿病連携手帳*等の普及による診療情報や治療計画の共有を図り、連携体制を構築することが必要です。

3．課題

(1) 予防体制

○ 高齢化の進展に伴い、糖尿病が強く疑われる人の割合は、対策を講じなければ、今後増加していくと考えられます。そのため、特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、糖尿病予備群の人たちに適切な保健指導を行うことで、発症を抑える対策が必要です。

○ 日頃から、県民一人ひとりが自身の健康意識を高めるよう、多様な機会を捉えて生活習慣病対策の普及啓発を進めていくことが必要です。県民、事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県などが連携して早期からの予防対策に取り組んでいくことが必要です。

(2) 医療提供体制

○ 重症化予防の取組を全県的に進めていくために、三重県医師会、三重県糖尿病対策推進会議、三重県保険者協議会および県は、「糖尿病性腎症重症化予防に係る三重県連携協定」を締結しました。今後は、三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等により、市町や保険者と医療機関等の連携による治療・保健指導体制の構築が必要です。

○ 未受療者や治療中断者を減らしていくよう、市町や保険者と医療機関との情報の共有が必要です。

○ 医師だけでなく、療養指導に関わる医療従事者が連携した治療・保健指導体制を構築することが必要です。また、糖尿病専門医や認定看護師、糖尿病療養指導士等を中心とし、地域で糖尿病の治療や支援に関わる関係職種のスキルアップが必要です。

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

4．めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ 県民一人ひとりが健康であろうと意識するとともに、自身の健康状態を知るべく、特定健康診査などの定期健診を受けることで、糖尿病の兆候が早期に発見でき、治療につながっています。

○ 糖尿病予備群の人や糖尿病患者が、経過観察や治療を自己判断で中断することなく、発症予防や重症化予防に努めています。

○ 糖尿病専門医やかかりつけ医をはじめとする、さまざまな職種の連携や医療機関と地域の連携による切れ目のない糖尿病の治療や、保健指導等の取組が行われています。

(2) 取組方向

取組方向１：健康診断等による予防・早期発見
取組方向２：関係機関の連携による糖尿病の発症予防と重症化予防対策の推進
取組方向３：糖尿病医療、予防に従事する関係職種の人材育成

(3) 数値目標

<table>
<tr><th>目標項目</th><th>目標項目の説明</th><th>目標値・現状値</th></tr>
<tr><td rowspan="4">特定健康診査受診率・
特定保健指導実施率

【特定健康診査】</td><td rowspan="4">特定健康診査の受診率および特定保健指導実施率を国の「健康日本21（第２次）」に準じて向上させることを目標とします。「三重県医療費適正化計画」に準じて目標値を設定します。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>特定健康診査
受診率
70%以上</td><td>特定保健指導
実施率
45%以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H27)</td></tr>
<tr><td>特定健康診査
受診率
53.0%</td><td>特定保健指導
実施率
17.5%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">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

【特定健康診査】</td><td rowspan="4">特定健康診査受診者のうち 40～49 歳、50～59 歳および 60～69 歳における糖尿病の可能性を否定できない人の割合を１割減少させることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>40～49 歳男性
3.9%以下
50～59 歳男性
7.4%以下
60～69 歳男性
12.4%以下</td><td>40～49 歳女性
1.8%以下
50～59 歳女性
5.7%以下
60～69 歳女性
10.9%以下</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>40～49 歳男性
4.3%
50～59 歳男性
8.2%
60～69 歳男性
13.8%</td><td>40～49 歳女性
2.0%
50～59 歳女性
6.3%
60～69 歳女性
12.1%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">糖尿病が強く疑われる人（ＨｂＡ１ｃ（NGSP値）6.5%以上）の割合

【特定健康診査】</td><td rowspan="4">特定健康診査受診者のうち 40～49 歳、50～59 歳および 60～69 歳における糖尿病が強く疑われる人の割合を現状値より減少させることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td colspan="2">減少</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>40～49 歳男性
5.2%
50～59 歳男性
10.7%
60～69 歳男性
12.6%</td><td>40～49 歳女性
1.4%
50～59 歳女性
3.9%
60～69 歳女性
6.8%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数

【日本透析医学会】</td><td rowspan="4">糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数を現状値以下に低減することを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td colspan="2">新規導入数の低減</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H27)</td></tr>
<tr><td colspan="2">206 人
（人口 10 万人あたり
11.1 人）</td></tr>
</table>

（4）取組内容

取組方向１：健康診断等による予防・早期発見

○ 「三重の健康づくり基本計画」に基づき、県民に対する糖尿病に関する正しい知識の普及・啓発とともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙、定期的な健康診断の受診等、生活習慣病予防に取り組みます。（県民、事業者、保険者、関係団体、市町、県）

○ 糖尿病の予防に向け、特定健康診査などの健康診断の重要性について啓発を行い、受診率の向上に努めます。（県民、事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県）

○ さまざまな主体が行う糖尿病の予防の取組を支援します。（事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県）

取組方向２：関係機関の連携による糖尿病の発症予防と重症化予防対策の推進

○ 糖尿病の兆候を早期に発見し、受療行動につながるよう適切な保健指導に取り組むとともに、かかりつけ医との連携を進めます。（事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県）

○ かかりつけ医の役割の重要性について啓発するとともに、かかりつけ医と専門治療を行う医療機関との連携を図ります。（医療機関、保険者、医療関係団体、市町、県）

○ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム等により、かかりつけ医等関係機関と十分な連携を図りながら、受診勧奨や保健指導を実施することにより、個々の患者に応じた支援を行います。（医療機関、保険者、関係団体、市町、県）

○ 血糖コントロール不良者に対応できるような病診連携を進めていきます。また、医科歯科連携等により糖尿病患者の口腔ケアの充実に取り組みます。（医療機関、医師会、歯科医師会）

取組方向３：糖尿病医療、予防に従事する関係職種の人材育成

○ 糖尿病予備群を減少させるため、健診後の保健指導を効果的・効率的に実施するとともに、保険者が健診・保健指導事業を適切に企画、評価し推進していくことが必要であり、特定健康診査・特定保健指導を担う人材を育成します。（健診機関、保険者、市町、県）

○ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの考え方や手法をもとに、市町、保険者での糖尿病の発症予防や重症化予防に係る取組が進むよう、保健指導に係る人材を育成します。（健診機関、保険者、市町、県）

○ 糖尿病の治療や支援に関わる多職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等）に向けた研修等を実施し、人材育成を行います。（医療機関、関係団体、県）

○ 「みえ糖尿病サポートねっと」により、糖尿病の正しい知識の啓発や、専門職の人材育成のための研修など情報提供を行います。（関係団体、県）

◇ みえ糖尿病サポートねっと（糖サポねっと） ◇

三重大学内にある「みえ糖尿病サポートねっと事務局」が管理を行う、糖尿病について役立つ情報が広く掲載された県民および医療関係者のためのホームページです。

糖サポねっとＵＲＬ：http://mie-dm.net/

＜掲載内容＞

県民向け糖尿病情報

・糖尿病とは？予防するには？
・糖尿病の合併症とは？
・どんな検査をするの？
・どんな治療、サポートがあるの？
・専門医やかかりつけ医を見つけよう！三重県の医療機関を検索

医療関係者向け糖尿病情報

・県内で開催される糖尿病に関する研究会、イベント情報
・糖尿病学会のイベント情報　等

第５節｜精神疾患対策

１．精神科医療の現状

(1) 精神科医療の現状

① 精神疾患の現状

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

○ 精神疾患患者は、平成 26（2014）年は、全国で 392.4 万人[1]となっており、いわゆる４大疾患（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況となっています。

○ うつ病等の気分障害や認知症の患者数が増加し、薬物依存や摂食障害、発達障害への対応等の社会的要請が高まっているなど、精神科医療に対する需要は多様化しています。

○ 一方、精神科病院の入院患者数は減少傾向にあり、特に統合失調症の入院患者数が減少しています。これは新規患者の入院期間が、治療薬の進歩などにより短縮化され、約 90%が１年以内に退院していることが一因であると考えられます。しかしながら、在院期間が１年を超える長期入院患者は 18 万人を超えており、その多くは入退院を繰り返すことを余儀なくされている傾向がみられます[2]。

② 県内の精神疾患の状況

【通院患者の状況】

○ 本県における自立支援医療（精神通院医療）*受給者（各年度の３月 31 日現在）は、平成 28（2016）年度では 26,972 人で、増加傾向が続いています。全ての疾患において増加がみられますが、なかでも認知症などの症状性を含む器質性精神障害や発達障害などの心理的発達の障害が全体に占める割合は小さいものの、著しく増加しています。

図表5-5-1　三重県における自立支援医療（精神通院医療）受給者数の推移

	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
全体	19,540	20,698	22,148	22,906	23,739	24,563	25,460	26,017	26,972
認知症など(F0　※)	327	344	417	560	608	660	650	711	743
統合失調症など(F2)	5,629	5,961	6,312	6,411	6,730	7,366	7,525	7,508	7,615
うつ病など(F3)	7,475	8,014	8,528	9,233	9,472	9,905	10,198	10,474	10,870
発達障害など(F8)	424	585	688	803	860	886	1,005	1,064	1,217

※：ＩＣＤ-１０コード　　資料：三重県調査

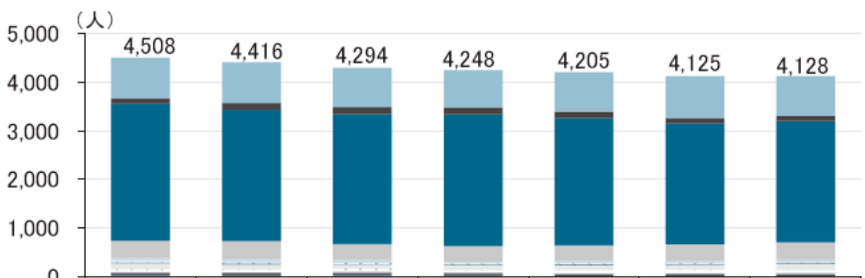
[1] 出典：厚生労働省「平成 26 年　患者調査」
[2] 出典：厚生労働省精神・障害保健課調べ「平成 27 年　中央医療審議会資料」

【入院患者の状況】

○ 本県における精神科病院の入院患者（各年の６月 30 日現在）は、平成 28（2016）年は 4,128 人となっており、年々減少の傾向がみられます。

○ 疾患別では、統合失調症圏 *が 60.6%と半数以上を占め、次に認知症などの症状性を含む器質性精神障害が 19.8%、うつ病などの気分障害が 8.6%となっています。統合失調症圏が減少する一方で、認知症などの症状性を含む器質性精神障害や発達障害などの心理的発達の障害は増加傾向にあります。

図表5-5-2　精神科病院入院患者推移（疾患別）



	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
認知症など（F0※）	831	836	799	764	806	852	816
依存症など（F1）	120	136	143	141	125	113	104
統合失調症など（F2）	2,815	2,708	2,675	2,704	2,619	2,490	2,500
うつ病など（F3）	355	365	326	318	324	337	354
神経症など（F4）	56	77	66	49	59	51	58
生理的障害など（F5）	28	21	21	17	21	17	17
パーソナリティ障害など（F6）	21	17	13	13	17	16	15
知的障害（F7）	121	108	85	100	96	102	119
発達障害など（F8）	54	52	57	52	60	68	60
小児期の情緒障害など（F9）	32	22	30	28	24	21	32
てんかん（F10）	39	47	40	34	39	41	33
その他（F11）	36	27	39	28	15	17	20

※ＩＣＤ－10 コード　　資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

○ 男女別の年齢構成では、65 歳未満の入院患者が 47.5%と減少している一方、65 歳以上の入院患者は 52.5%と増加し、特に 75 歳以上女性の入院患者は 18.2%と増加しています。

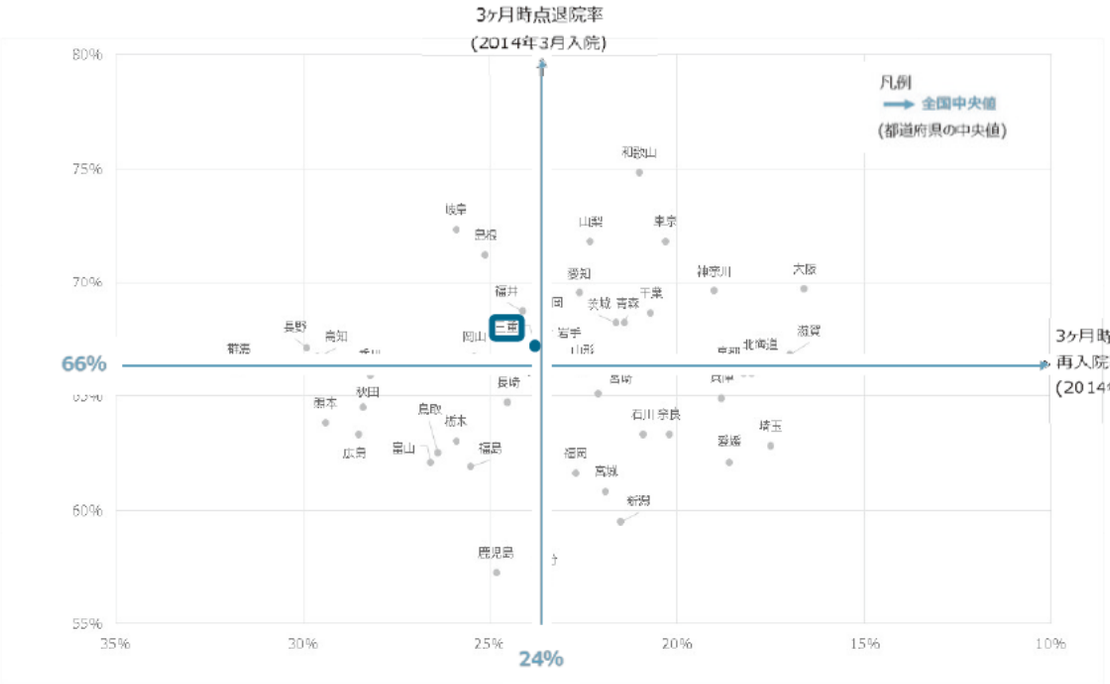
○ 入院患者の在院期間は、１年未満が 33.5%、１年以上５年未満が 29.2%、５年以上が 37.3%となっており、１年未満の入院患者、５年以上の入院患者に減少傾向がみられます。

○ 精神病床における退院率（平成 26（2014）年度）は入院後３か月時点 67%、６か月時点 83%、１年時点 89%と全国平均に近い数値となっています。

○ また、精神病床における退院後の再入院率（平成 26（2014）年度）も、退院後３か月時点 24%、６か月時点 34%、１年時点 45%と、全国平均に近い数値となっています。

○ 退院時の状況（平成 28（2016）年６月に入院した患者の状況）は、家庭復帰が 69.5%、グループホームなどが 6.0%、高齢者福祉施設が 8.3%、転院等が 12.0%、死亡が 3.6%となっており、高齢者福祉施設へ移る患者もしくは死亡による退院者の割合が増えています。

図表5-5-3　退院率・再入院率　都道府県比較



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

○ 入院形態別（平成 28（2016）年６月 30 日現在）では、任意入院*が 2,032 件（49.2%）、医療保護入院*が 2,059 件（50.0%）、措置入院*が 13 件（0.3%）となっており、年々医療保護入院の割合が増加しています[3]。

○ また、平成 28（2016）年度の精神保健福祉法に基づく通報件数は 278 件で、その結果措置入院となった件数は 83 件（緊急措置入院*を含む）で、ともに増加傾向にあります。

(2) 精神科医療提供体制の現状

① 県内の精神科病院の状況

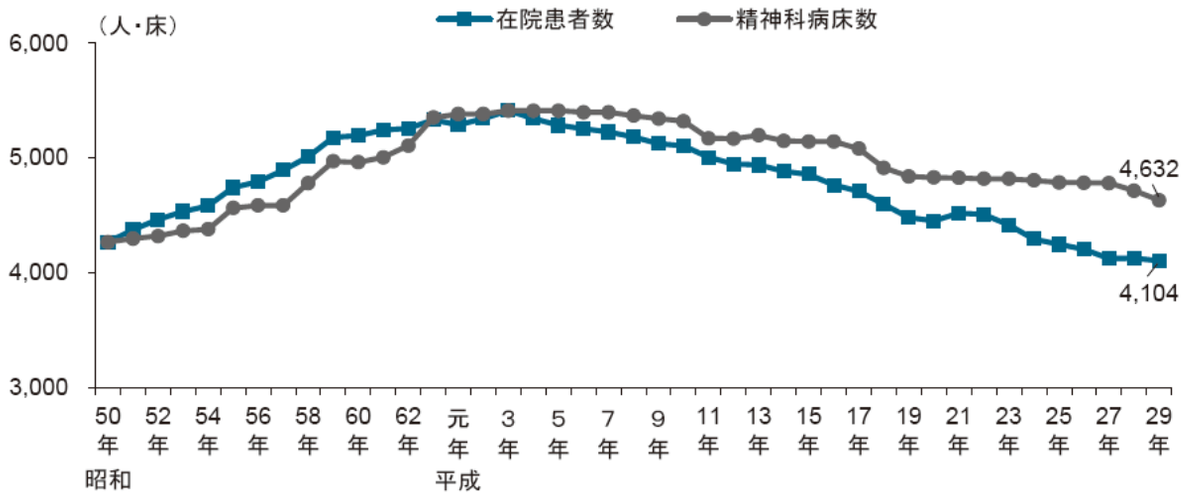
○ 県内の精神科病院は、北勢医療圏に８施設、中勢伊賀医療圏に６施設、南勢志摩医療圏に３施設、東紀州医療圏に１施設の計 18 施設です。

○ 平成 29（2017）年４月１日現在の県全体の精神科病床数は 4,632 床となっており、北勢医療圏が 2,138 床と県全体の半数近くを占めています。中勢伊賀医療圏の 1,269 床とあわせると 3,407 床となり、県内の 74%を占めています[4]。

○ 入院患者数の減少に伴い、精神科病床数も平成４（1992）年の 5,410 床をピークに、年々減少しています。

[3] 出典：厚生労働省「平成 27 年度 精神保健福祉資料」
[4] 出典：医療法に基づく精神科病床届出数

図表5-5-4　精神科病床数と入院患者数の推移



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

○ 精神科病院 18 施設以外で精神科外来のある総合病院および病院は、北勢医療圏で４施設、中勢伊賀医療圏で２施設、南勢志摩医療圏で４施設、東紀州医療圏で１施設の計 11 施設です。（平成 29（2017）年６月 30 日現在）

○ 精神科を標榜する診療所は、北勢医療圏で 26 施設、中勢伊賀医療圏で 19 施設、南勢志摩医療圏で８施設、東紀州医療圏で１施設の計 54 施設で、年々増加傾向にあります。（平成 29（2017）年６月 30 日現在）

○ 指定自立支援医療（精神通院医療）の指定を受けている訪問看護ステーションは、77 施設で、年々増加傾向にあります。（平成 29（2017）年６月 30 日現在）

② 精神科救急医療システム

○ 精神疾患の急性発症等により緊急の医療を必要とする精神障がい者に対応するため、県内を北部と中南部の２ブロックに分け､12 の精神科病院による輪番制を敷いています｡また、２病院が精神科救急の後方支援病院となっています。

○ 精神科救急情報センターを設置し、休日、夜間も含めて受診可能な医療機関の紹介などを行うとともに、24 時間 365 日対応可能な電話相談を実施しています。

③ 認知症疾患医療センター

○ 認知症疾患医療センターは、専門医療相談、鑑別診断、合併症・周辺症状への対応、地域包括支援センターとの連携等を行う医療機関であり、地域における認知症専門医療の充実と介護との連携強化を図っています。

○ 本県では、平成 21（2009）年度から二次医療圏域ごとに計４病院を地域型認知症疾患医療センターとして指定しています。また、平成 24（2012）年度に、従来の認知症疾患医療センターの機能に加えて身体合併症 *に対する救急・急性期医療への対応等を行うとともに、県全体の認知症医療等の連携の拠点となる基幹型認知症疾患医療センターとして三重大学医学部附属病院を指定しています。

○ さらに平成 29（2017）年度には、８つの構想区域のうちこれまで認知症疾患医療センター

のなかった４区域についてそれぞれ連携型認知症疾患医療センターを指定し、より地域の実情に合わせたきめ細かな専門医療提供体制を整えました。

２．圏域の設定と連携体制

（1）圏域の設定

○ 精神科医療圏域については、精神科医療の状況、精神疾患患者の生活圏、地理的状況等を勘案し、二次医療圏である北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州の４つの医療圏とします。
○ なお、各医療圏の精神科医療において対応が困難な事案等が生じた場合は、隣接する医療圏を中心に相互に補完して対応を行うものとします。

（2）各圏域の医療資源と連携の現状

① 北勢圏域

○ 圏域内の精神科病院８病院のうち救急医療施設は７病院で、総合心療センターひながが精神科救急輪番基幹病院になっています。また、総合心療センターひなが、厚生連鈴鹿厚生病院が、精神科救急入院料届出病院＊（スーパー救急病棟＊を持つ病院）となっています。
○ 認知症治療病棟がある病院は４病院あり、このうち東員病院が地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとして三原クリニック、ますずがわ神経内科クリニックが指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が１病院あります。
○ 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が４施設、精神科・神経科を標榜する診療所が 26 施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは 42 施設あります。
○ 他の圏域への患者の流出は入院患者で 6.3%、外来患者で 9.3%となっており、圏域内でおおむね完結しています[5]。

② 中勢伊賀圏域

○ 圏域内の精神科病院６病院のうち救急医療施設は４病院で、県立こころの医療センターと国立病院機構榊原病院が精神科救急輪番後方支援病院となっています。また、県立こころの医療センターが、精神科救急入院料届出病院（スーパー救急病棟を持つ病院）となっています。
○ 認知症治療病棟がある病院は２病院あり、このうち三重大学医学部付属病院が基幹型認知症疾患医療センターに、県立こころの医療センターが地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとして信貴山病院分院上野病院が指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が２病院、摂食障害入院医療管理加算届出病院が２病院あります。
○ 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が２施設、精神科・神経科を標榜する診

[5] 出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

療所が 19 施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは 16 施設あります。

○ 他の圏域への患者の流出は入院患者で 22.3%、外来患者で 10.0%となっており、特に入院患者の北勢圏域、南勢志摩圏域への流出が多く、北勢圏域へ 10.6%、南勢志摩圏域へ 8.2%となっています[5]。

③ 南勢志摩圏域

○ 圏域内の精神科病院３病院のうち救急医療施設は２病院で、松阪厚生病院が精神科救急輪番基幹病院になっています。

○ 認知症治療病棟がある病院は２病院あり、このうち松阪厚生病院が地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとしていせ山川クリニックが指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が１病院あります。

○ 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が４施設、精神科・神経科を標榜する診療所が８施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは 14 施設あります。

○ 他の医療圏域への患者の流出は入院患者で 21.2%、外来患者で 14.8%となっており、入院、外来患者とも中勢伊賀圏域への流出がみられ、入院患者が 15.5%、外来患者が 12.5%となっています[5]。

○ 南勢志摩圏域内の中でも、精神科医療施設の立地状況に偏りがあり、大台町、大紀町、南伊勢町などの奥伊勢地域には、精神科医療施設が１施設しかないため、圏域内での連携を図っていく必要があります。

④ 東紀州圏域

○ 圏域内の精神科病院は熊野病院のみで、救急医療施設となっています。

○ 熊野病院は地域型認知症疾患医療センターとなっており、認知症治療病棟を有しています。

○ 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来、精神科・神経科を標榜する診療所ともに１施設ずつで、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは５施設あります。

○ 他の圏域への患者の流出は入院患者で 23.5%、外来患者で 25.2%となっており、南勢志摩圏域への流出が入院患者で 10.2%、外来患者で 11.2%と多くみられますが、中勢伊賀圏域や隣接する和歌山県へも流出しています[5]。

○ 圏域内の精神科医療施設が少ないため、隣接する南勢志摩圏域の精神科病院等と連携を図っていく必要があります。

(3) 連携のあり方

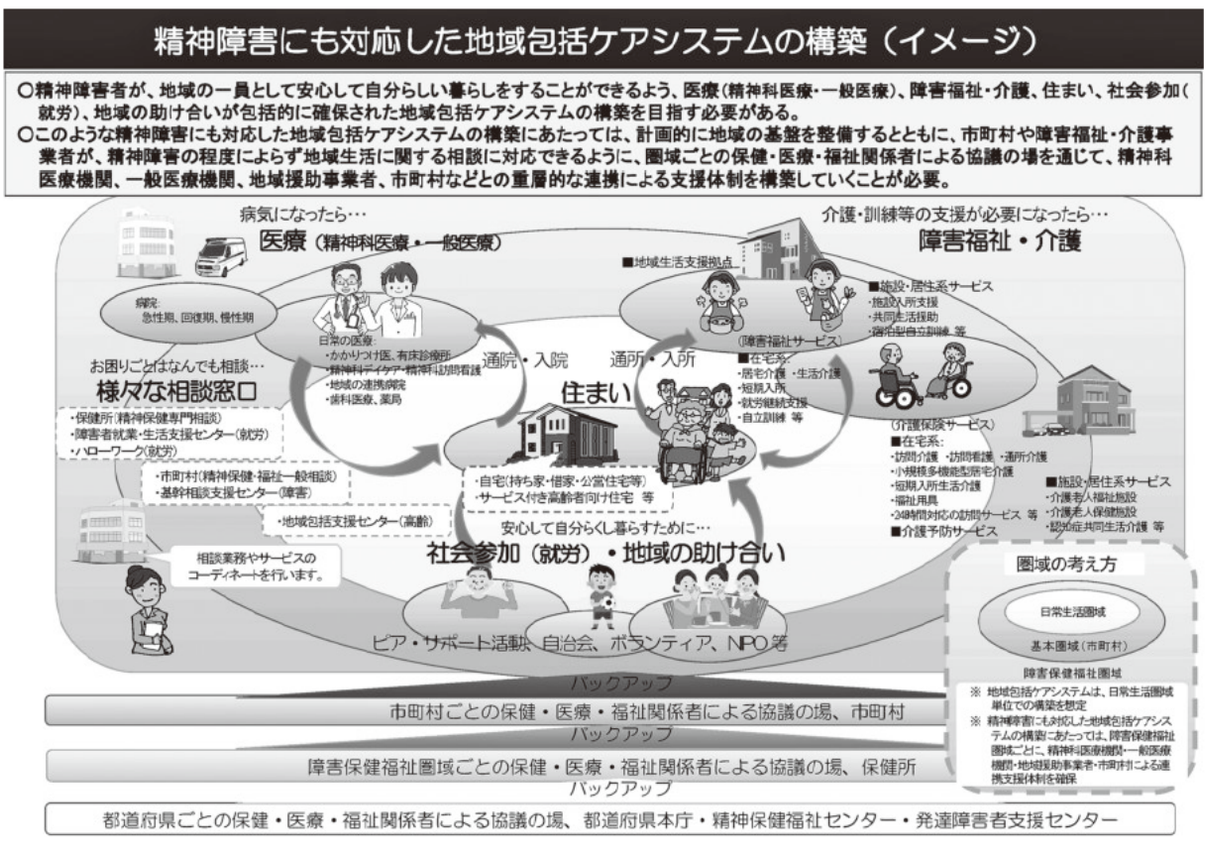
○ 精神科医療においては、北勢圏域、中勢伊賀圏域に医療資源が集中しており、南勢志摩圏域、東紀州圏域での資源の充実を図るとともに、各圏域間の連携を図る必要があります。

○ 地域において、精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療（精神科医療・一般医療）、障がい福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、

地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築をめざす必要があります。

○ そのためには、精神科医療において、保健、福祉など医療以外の分野との連携を一層深める必要があります。

図表5-5-5　精神科医療における地域包括ケアシステム



出典：厚生労働省資料

(4) 各医療機能を担う医療機関

圏域	市町	医療機関	精神科救急医療施設	応急入院指定病院	精神科救急入院料届出病院	認知症疾患医療センター	認知症治療病棟入院料届出病院	重度アルコール依存症入院管理料届出病院	摂食障害入院医療管理加算届出病院	医療観察法指定医療機関
北勢	いなべ市	北勢病院	○							
	桑名市	多度あやめ病院	○	○			○			
	東員町	大仲さつき病院	○	○						○
	東員町	東員病院				◎	○			
	四日市市	総合心療センターひなが	○	○	○			○		○
	四日市市	水沢病院	○							
	四日市市	三原クリニック＊				○				
	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	○	○	○		○			○
	鈴鹿市	鈴鹿さくら病院	○				○			
	鈴鹿市	ますずがわ神経内科クリニック＊				○				
中勢伊賀	津市	県立こころの医療センター	○	○	○	◎	○	○	○	○
	津市	県立子ども心身発達医療センター								
	津市	国立病院機構 榊原病院	○	○				○		◎
	津市	久居病院	○	○			○			○
	津市	三重大学医学部附属病院				●			○	
	伊賀市	信貴山病院分院上野病院	○			○	○			○
南勢志摩	松阪市	南勢病院	○	○						○
	松阪市	松阪厚生病院	○	○		◎	○	○		○
	伊勢市	いせ山川クリニック＊				○				
	志摩市	県立志摩病院								
東紀州	熊野市	熊野病院	○	○		◎	○			○

※医療観察法 *指定医療機関のうち、◎は指定入院医療機関、○は指定通院医療機関
※認知症疾患医療センターのうち、●は基幹型、◎は地域型、○は連携型認知症疾患医療センター
※認知症疾患医療センターについては平成 29 年 10 月 1 日現在（三重県調査）
※医療機関の＊は、精神科病院以外の医療機関

資料：厚生労働省「平成 29 年度 精神保健福祉資料」
（平成 29 年 6 月 30 日現在）

3．課題

(1) 地域生活支援上の課題

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

○ 精神障がいのある方が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療（精神科医療・一般医療）、障がい福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築をめざす必要があります。

○ 各障害保健福祉圏域*ごとおよび各市町ごとに、保健所、市町精神保健福祉主管課、医療機関（精神科医療、一般医療）等の関係者が集まって、精神障がいのある方が、地域において自分らしい暮らしを継続することができるための体制、方策等の協議を行うなどして、地域の実情に応じた体制を構築する必要があります。

② メンタルヘルス

○ 私たちの日常の暮らしの中には、人間関係、健康問題、経済問題、社会的孤立等、多くの生活のしづらさがあり、各世代にストレス・精神疾患を引き起こす要因が存在します。

○ 県民が、こころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保について適切な対応がとれ、身近な人に相談して、相談機関につなげることができるように、正しい知識の普及や相談支援体制の充実が必要です。

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

③ 地域移行、地域定着支援*

○ 精神科病院の入院患者は年々減少しているものの、依然として、約 2,700 人が１年以上の長期入院を余儀なくされています。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築する中で、長期入院患者が地域移行し、安心して地域生活を継続できる環境づくりを進めることが必要です。

○ 長期入院患者の中には、長年の入院生活から地域で生活するための情報が不足したり、意欲が低下してしまっている人も多くみられ、地域移行に向けての意欲を喚起する取組が必要です。

○ 新たに精神科病院へ入院する患者のうち、約１割が１年以上の長期入院となっています。また、１年以上精神科病院へ長期入院していた患者のうち、約６割が退院１年以内に再び入院しています。地域で安心して生活できる環境づくりを行うことにより、入院の長期化と再入院を防ぐ必要があります。

○ 精神科病院入院患者の地域移行、地域定着支援については、各障害保健福祉圏域単位で、地域の実情に応じた課題整理と具体的な支援の検討が必要です。

○ 精神科医療が必要であるにも関わらず未受診であったり、治療が中断している人を医療や福祉につなげ、地域での生活の継続を図ることが必要です。

④ 精神疾患、精神障がいの正しい理解の促進

○ 精神障がい者に対する社会的偏見は依然として根深いものがあるため、継続して正しい知識の普及啓発を図る必要があります。

(2) 精神科医療に関する課題

① 精神科医療体制

○ 身体合併症患者への適切な医療提供や一般医療における精神疾患の早期発見・早期治療のため、精神科医療機関と一般医療機関等との連携体制構築を進めていくことが必要です。

② 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

1） 統合失調症

○ 統合失調症については、本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者（平成 28（2016）年度）では 7,615 人で全体の 28.2%、精神科病院入院患者（平成 28（2016）年度）では 2,500 人で全体の 60.6%を占めており、入院患者については近年減少傾向にあります。

○ 治療抵抗性統合失調症治療薬*の効果が見込まれる難治性統合失調症患者について、同治療薬が活用できるための体制づくりが必要です。

○ 統合失調症は、約 100 人に 1 人がり患する頻度の高い疾患です。一方で、その症状などから、精神疾患の中でも特に偏見を持たれやすい疾患であり、疾患の正しい理解を啓発していくことが必要です。また、思春期に発症することが多いと言われていることなどから、早期発見・早期治療に向けた取組を進めることが必要です。

2） うつ病・躁うつ病

○ 本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者（平成 28（2016）年度）では、うつ病・躁うつ病を含む気分障害は、10,870 人で全体の 40.3%を占め、近年増加傾向にあります。

○ うつ病等の気分障害は自殺の要因の一つであるとの指摘があり、一般医療機関等と連携した早期発見・早期治療などの支援が求められています。

3） 認知症

○ 高齢化の進展に伴い、認知症患者は今後ますます増加することが予想されています。三重県内における認知症高齢者数は、平成 27（2015）年で約 7.6 万人、平成 37（2025）年には約 10.1 万人になると推計されます。

○ 認知症の人とその家族が住み慣れた地域で暮らし続けるために、高齢者と関わる機会の多い医療従事者等の気づきを認知症の早期発見・早期診断につなげることや、医療機関において的確な診断および介護分野と連携した適切な認知症ケアを提供することが求められています。

4） 児童・思春期疾患

○ 本県の 19 歳以下の自立支援医療（精神通院医療）受給者数は 1,559 人で、近年減少傾向にありますが、人口比でみると 0.49%（平成 28（2016）年度）と増加傾向にあります。

○ 本県では、県立子ども心身発達医療センター（旧小児心療センターあすなろ学園）が、全国では数少ない入院病床を持つ児童精神科病院として児童・生徒の治療に携わっています。児童・思春期疾患の治療に対応できる医療機関を増やす必要があります。
○ 児童・生徒は成人と比べて、表現の苦手さや周囲の偏見等から、精神科への受診につながりにくい傾向があるため、早期発見・早期対応に向けた取組が必要です。

5） 発達障がい
○ 本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者では、発達障害などの心理的発達の障害は1,217人（平成28（2016）年度）で、近年増加傾向にあります。
○ 本県では、県立子ども心身発達医療センター（旧小児心療センターあすなろ学園）が、精神科病院、精神科クリニックとともに発達障がい児の治療に携わっています。また、成人の発達障がい者については、二次障害*でもある気分障害などの治療を中心に精神科病院、精神科クリニックにおいて対応が行われています。障がい児、者ともに発達障がいの治療に対応できる医療機関を増やす必要があります。
○ 発達障がい児・者は生活のしづらさを抱えており、医療的支援以外に、生活環境の調整など福祉的支援も必要となります。精神科医療機関と自閉症・発達障害支援センター*などの福祉支援機関との連携を強化する必要があります。

6） 依存症
○ アルコール依存症について、平成28（2016）年度に策定した「三重県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、アルコール健康障害の早期発見・早期介入、アルコール依存症当事者、家族等からの相談に応じる体制の整備、アルコール依存症の治療体制の整備などの取組を進める必要があります。
○ 薬物依存症、ギャンブル依存症など他の依存症についてもアルコール依存症と同様の取組が必要ですが、特に対応できる医療機関を増やすことが必要です。
○ 依存症の治療には、精神科医療と自助グループ*、家族会との連携が重要といわれており、依存症の治療に対応できる医療機関、相談機関と自助グループ等との連携を深める取組が必要です。

7） 外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）
○ 全国における医療機関で継続的に受療しているＰＴＳＤの総患者数は0.3万人（平成26（2014）年）であり、近年増加傾向にあります。
○ ＰＴＳＤが疑われる患者には、心理的応急対応が重要であると言われており、医療従事者等が対応スキルを身につける必要があります。特に本県においては、南海トラフ地震の発生等に備えて、災害等によるＰＴＳＤの発症予防、発症後の早期回復のための支援体制を構築する必要があります。

8） 高次脳機能障害
○ 高次脳機能障害者は全国に20万人いると推計されています。
○ 高次脳機能障害については、受傷後の急性期医療から回復期医療を経て、社会復帰のため

の福祉的支援まで途切れなく支援を行うことが重要といわれており、三重県では急性期を担当する厚生連松阪中央総合病院、回復期を担当する藤田保健衛生大学七栗記念病院、社会復帰を担当する三重県身体障害者総合福祉センターが、「三重モデル」と呼ばれるネットワークを構築し、途切れの無い支援に取り組んでいます。

○ 高次脳機能障害に起因する精神症状から、精神科医療を受診する人も多くみられます。高次脳機能障害にも適切に対応できるよう、精神科医療機関に理解を促す取組が必要です。

9） 摂食障害

○ 平成 26（2014）年に医療機関を受診している摂食障害の総患者数は、全国で約 1.0 万人であり、近年おおむね横ばいで推移しています。

○ 摂食障害の治療には、精神科医療と自助グループ、家族会との連携が効果的であるといわれており、摂食障害の治療に対応できる医療機関、相談機関と自助グループ等との連携を深める取組が必要です。

10）てんかん

○ 本県の自立支援医療（精神通院）受給者のうち、主たる疾患がてんかんの患者は 1,735 人（平成 28（2016）年度）であり、近年微増傾向にあります。

○ 平成 27 年度から静岡県など全国８県に「てんかん診療拠点機関」が設置されており、より効果的な医療を提供するため、県内のてんかんの治療に対応している医療機関と「てんかん診療拠点機関」との連携強化を図ることが必要です。

11）精神科救急

○ 休日夜間等における精神疾患の急性発症、急性憎悪に対応するため、24 時間 365 日の精神科救急医療提供・相談を含めた精神科救急医療システムの体制維持が必要です。

○ 精神科救急医療システムの体制において、地域によって病院の立地状況に差があるため、救急輪番ブロック内における各精神科医療機関の連携が必要です。

○ 一般救急と精神科救急の連携強化が求められています。

○ 精神科クリニックおよび一般病院の精神科救急体制への協力強化を図る必要があります。

12）身体合併症

○ 救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、一般医療機関への入院患者のうち 12%は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%は身体疾患、精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告があります。

○ 高齢化の進展に伴い、今後、身体合併症患者の増加が予想されます。一般医療と精神科医療の連携を深め、身体合併症に対応できる仕組みづくりに取り組む必要があります。

13）自殺対策

○ 本県の自殺者数は平成 28（2016）年に 265 人（人口動態統計）で減少傾向にありますが、10 歳から 44 歳の死因別順位において自殺が第１位または第２位となっており、依然深刻な状況です。

○ 自殺の原因・動機は健康問題が最も多く、次いで男性では経済・生活問題、女性では家庭問題が多くなっています。
○ 自殺の危険性の高い人を早期に発見し、精神科医療につなぐ取組にあわせて、自殺の危険性を高めた背景にある経済・生活問題、福祉の問題、家族の問題などさまざまな問題に包括的に対応するため、精神科医療、保健、福祉などの各施策の連動性を高め、誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにすることが必要です。

14）災害精神医療
○ 大規模災害発生時等に、被災地の精神科医療の補完および被災者、支援者のこころのケアなどを行う「三重ＤＰＡＴ*（災害派遣精神医療チーム）」は、平成 29（2017）年 10 月現在で 21 チーム登録されています。
○ 南海トラフ地震の発生等に備えて、訓練、研修などによる「三重ＤＰＡＴ」の体制強化やＤＭＡＴ*（災害派遣医療チーム）、医療救護班等との連携強化など、災害時精神医療体制の構築、強化が必要です。

15）医療観察法における対象者への医療
○ 本県における医療観察法上の指定入院医療機関、指定通院医療機関は、平成 29（2017）年 10 月現在でそれぞれ１施設と 10 施設です。指定通院医療機関について、偏在傾向があるため、地域からアクセスが容易な医療機関を確保する必要があります。
○ 医療観察法対象者への医療提供には、精神科医療機関に加え、保護観察所、検察庁、警察、保健所等が連携して実施することが求められています。

４．めざす姿と施策の展開

（1）めざす姿

○ 精神科医療機関と一般医療機関や保健・福祉サービス等の連携により、地域において地域の特色を生かした精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが整備され、患者が多様な精神疾患等に応じて安心して医療を受けることにより、自立した日常生活、社会生活を過ごすことができています。

（2）取組方向

取組方向１：精神疾患のある人等が地域の一員として、安心して、自分らしい生活ができるための支援
取組方向２：多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

(3) 数値目標

障害福祉計画の計画期間（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。

<table>
<tr><th>目標項目</th><th>目標項目の説明</th><th>目標値・現状値</th></tr>
<tr><td rowspan="9">入院後３か月、６か月、１年時点での退院率

【精神保健福祉資料調査】</td><td rowspan="9">社会的入院などによる入院の長期化を防ぐため、可能な限り早期に退院できることを目標とします。</td><td>目　標</td></tr>
<tr><td>H32　　H35</td></tr>
<tr><td>３か月時点　69.0%　69.0%</td></tr>
<tr><td>６か月時点　84.0%　84.0%</td></tr>
<tr><td>１年時点　92.0%　92.0%</td></tr>
<tr><td>現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>３か月時点　58.9%</td></tr>
<tr><td>６か月時点　81.9%</td></tr>
<tr><td>１年時点　87.6%</td></tr>
<tr><td rowspan="9">退院後３か月、６か月、１年時点での再入院率

【精神保健福祉資料調査】</td><td rowspan="9">精神科病院を退院した患者が、可能な限り地域で、持続的に安心して生活できる体制づくりをめざすために再入院を防ぐことを目標とします。</td><td>目　標</td></tr>
<tr><td>H32　　H35</td></tr>
<tr><td>３か月時点　23.0%　20.0%</td></tr>
<tr><td>６か月時点　30.0%　29.0%</td></tr>
<tr><td>１年時点　37.0%　34.0%</td></tr>
<tr><td>現　状(H26)</td></tr>
<tr><td>３か月時点　24.0%</td></tr>
<tr><td>６か月時点　34.0%</td></tr>
<tr><td>１年時点　45.0%</td></tr>
<tr><td rowspan="7">精神病床における慢性期入院患者数（65 歳以上、65 歳未満）

【精神保健福祉資料調査】</td><td rowspan="7">慢性期入院患者の退院を促進するため、慢性期の入院患者数を減少させることを目標とします。また、65 歳以上の高齢者と65歳未満の若年者に分けて目標設定します。</td><td>目　標</td></tr>
<tr><td>H32　　H35</td></tr>
<tr><td>65 歳以上　1,207 人　1,020 人</td></tr>
<tr><td>65 歳未満　1,066 人　875 人</td></tr>
<tr><td>現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>65 歳以上　1,526 人</td></tr>
<tr><td>65 歳未満　1,221 人</td></tr>
<tr><td rowspan="5">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の協議の場設置数

【三重県調査】</td><td rowspan="5">慢性期入院患者を含む精神障がい者が、地域で持続的に安心して生活できるために、各地域の特性を生かした精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの協議の場の設置を進めることを目標とします。</td><td>目　標（H32、H35 とも）</td></tr>
<tr><td>障害保健福祉圏域：９圏域</td></tr>
<tr><td>市町:29 市町（共同設置含む。）</td></tr>
<tr><td>現　状(H29)</td></tr>
<tr><td>障害保健福祉圏域：０圏域
市町：０市町</td></tr>
</table>

（4）取組内容

取組方向１：精神疾患のある人等が地域の一員として、安心して、自分らしい生活ができるための支援

○ 地域の特性を生かし、地域の実情に応じた医療（精神科医療、一般医療）、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築が進められるよう、各障害保健福祉圏域および各市町において協議の場が設置され、関係機関が連携して支援が行われるよう取り組みます。（市町、医療機関、関係機関、県）

○ 「みえ障がい者共生社会づくりプラン」に基づき、精神障がい者が地域で生活するために必要なグループホームや日中活動支援などの障害福祉サービスの体制充実に取り組みます。（市町、関係機関、県）

○ 「三重の健康づくり基本計画」（こころ・休養分野）に基づき、メンタルヘルス対策に取り組みます。県民一人ひとりが、こころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保に対して適切な対処行動がとれるとともに、うつや自殺について正しく理解し、自分だけでなく家族や職場の同僚など周囲の人についてもその傾向に気づき、対処行動がとれるよう、広く普及啓発を行います。（市町、県）

○ 長期入院患者への退院意欲の喚起等のため、ピアサポーター*を精神科病院に派遣し、体験談プログラムの実施や地域生活の不安を解消するための情報提供を行います。（医療機関、関係機関、県）

○ 精神科受診が必要にも関わらず受診につながらなかったり、治療が中断してしまった人を支援するため、精神科医師等の多職種チームによるアウトリーチ支援を実施します。（医療機関、関係機関、県）

○ 精神疾患、精神障がいの正しい理解を啓発するため、「みえ発！こころのバリアフリー大使」による地域、学校等での啓発パフォーマンスや精神障がい当事者主体による啓発活動を進めます。（関係機関、県）

取組方向２：多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

１） 統合失調症

○ 治療抵抗性統合失調治療薬が活用されるための体制づくりに努めます。（医療機関、県）

○ 統合失調症について正しい理解を促すための取組を進めるとともに、児童・生徒の疾患の早期発見・早期治療に向けた取組を進めます。（医療機関、県）

２） うつ病・躁うつ病

○ 自殺対策等を行う中で、一般医療機関等と連携したうつ病・躁うつ病の早期発見・早期治療につながる取組を進めます。（医療機関、県）

３） 認知症

○ 県内９か所の認知症疾患医療センターを中心として認知症サポート医*・かかりつけ医等や介護関係者の連携体制を構築することで、認知症の診断・治療や家族への相談支援の充実に努めます。（市町、医療機関、関係機関、県）

○ 認知症サポート医養成研修の受講における支援や、病院の指導的立場の看護職員に対する認知症対応力向上研修を実施して、病院・診療所における認知症医療体制の構築を図ります。また、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の医療従事者に対し、認知症対応力向上研修を実施して、認知症の早期発見・早期治療および地域で暮らす認知症の人に対する適切なケアにつなげます。（医療機関、県）
○ 認知症の早期診断・早期対応に向け、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、看護師等の複数の専門職により、認知症が疑われる人等に対し初期支援が包括的・集中的に行われる「認知症初期集中支援チーム」に係る市町の取組が円滑に進むよう、先進事例の情報提供や情報交換の場を設けるなどの支援を行います。（市町、県）

4） 児童・思春期疾患
○ 児童・思春期疾患の治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、県立子ども心身発達医療センター、精神科病院、精神科クリニックの思春期外来等の連携強化を図ります。（医療機関、県）
○ 精神疾患の正しい理解を児童・生徒や教師、保護者に啓発することで、児童・思春期の精神疾患の早期発見・早期治療を図ります。（医療機関、関係機関、県）

5） 発達障がい
○ 発達障がい児・者の治療に対応できる医療機関の確保に努めます。（医療機関、県）
○ 発達障がい者地域支援協議会の開催などにより、精神科医療機関等による医療的支援と自閉症・発達障害支援センター等による地域の福祉的支援の連携強化を図ります。（市町、医療機関、関係機関、県）

6） 依存症
○ 「三重県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、①飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、アルコール健康障害の発生を予防、②アルコール健康障害の早期発見・早期介入、③アルコール当事者、家族からの相談に応じる体制の整備、④アルコール依存症治療体制の整備、⑤アルコール関連問題に対応できる人材の育成、⑥アルコール関連問題に関する調査研究の推進に取り組みます。（市町、医療機関、関係機関、県）
○ 薬物依存症、ギャンブル依存症等、アルコール依存症以外の依存症について、その治療に対応できる医療機関の確保に努めます。（医療機関、県）
○ 各障害保健福祉圏域ごとに依存症ネットワーク会議を開催することにより、依存症の治療に対応できる専門医療機関、自助グループ、地域の支援機関の連携強化を図ります。（市町、医療機関、関係機関、県）

7） 外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）
○ ＰＴＳＤの発症予防、悪化の防止のため、外傷の対応とあわせて心理的応急対応が適切に行えるよう、医療従事者等が対応スキルを身につけるための研修を実施します。（県）
○ 災害時におけるＰＴＳＤの発症予防および発症後の早期回復のため、「三重ＤＰＡＴ」の体制強化を図ります。（医療機関、県）

8）高次脳機能障害

○ 高次脳機能障害の身体科リハビリテーションを実施している医療機関、支援機関等と精神科医療との連携強化に取り組みます。（市町、医療機関、関係機関、県）

○ 「高次脳機能障害者地域支援セミナー」を開催し、精神科医療機関等の高次脳機能障害についての理解の促進を図ります。（関係機関、県）

9）摂食障害

○ 摂食障害の治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、これらの医療機関と相談機関および自助グループ等との連携強化に取り組みます。（医療機関、関係機関、県）

10）てんかん

○ てんかんの治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、これらの医療機関と「てんかん診療拠点機関」との連携強化に取り組みます。（医療機関、県）

11）精神科救急

○ 精神科救急医療システムの安定的な運営、強化を図ります。（保健所設置市、医療機関、県）

○ 三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会を開催し、精神科救急医療体制の地域差の解消、一般救急と精神科救急との連携等、精神科救急医療システムにかかる課題の解決に取り組みます。（医療機関、関係機関、県）

○ 各障害保健福祉圏域において、保健所が開催する精神保健福祉連絡会等で、地域の関係機関と協議、調整を行い、地域の関係機関間の連携強化を図ります。（市町、医療機関、関係機関、県）

12）身体合併症

○ 三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会における協議や、アルコール依存症にかかる一般医療と精神科医療の連携モデルの取組を進める中で、身体合併症に対応できる仕組みづくりに取り組みます。（医療機関、県）

13）自殺対策

○ 「第３次三重県自殺対策行動計画」に基づき、世代別（子ども・若者、中高年層、高齢者層）の取組や、うつ病などの精神疾患を含む対策、自殺未遂者支援、遺族支援、関係機関・民間団体との連携、自殺対策を担う人材育成、自殺に関する情報の収集と提供などに取り組みます。（医療機関、関係機関、県）

○ 誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるよう、救急医療機関や精神科医療機関、かかりつけ医、産業医との連携強化を図るなど、自殺予防の取組を進めます。（市町、医療機関、県）

14）災害精神医療

○ 「三重ＤＰＡＴ」について、協定病院数の増加に向けた働きかけを行うとともに、国や県の総合防災訓練への積極的な参加やＤＭＡＴ等と連携した研修を実施することにより、体

制強化を図ります。（医療機関、県）
○ 三重ＤＰＡＴ運営委員会を定期的に開催し、県内の災害精神医療体制の強化を図ります。（医療機関、県）

15）医療観察法における対象者への医療
○ 東海北陸厚生局および津保護観察所が行う医療観察法に基づく指定通院医療機関の確保に協力します。（東海北陸厚生局、津保護観察所、県）
○ 医療観察法に基づく指定入院医療機関、指定通院医療機関、津保護観察所、検察庁、警察、保健所、市町精神障がい担当主管課との連携を促進するため、津保護観察所と共同で医療観察法連絡協議会を開催するとともに、関係機関が開催する医療観察法ネットワーク会議を支援します。（津保護観察所、医療機関、関係機関、県）

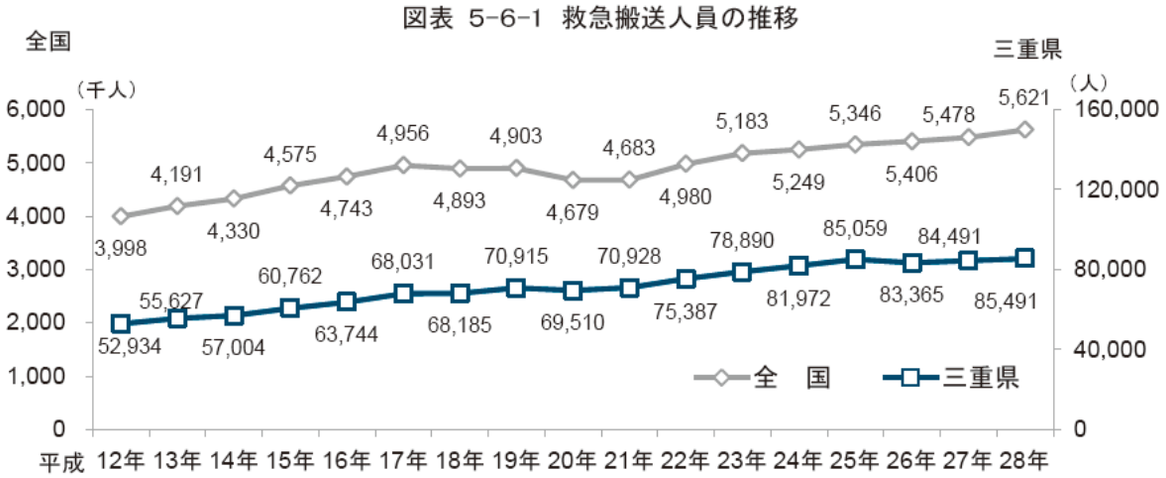
第６節｜救急医療対策

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。

図表 5-6-1 救急搬送人員の推移



（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

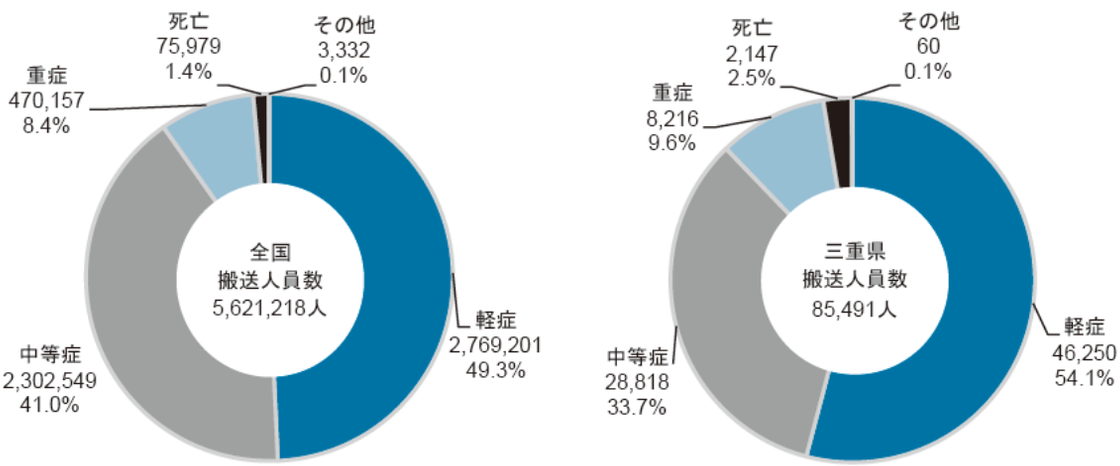
※救急車による出動件数・搬送人員です。

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みると、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						総数					
			病院		一般診療所				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、％）

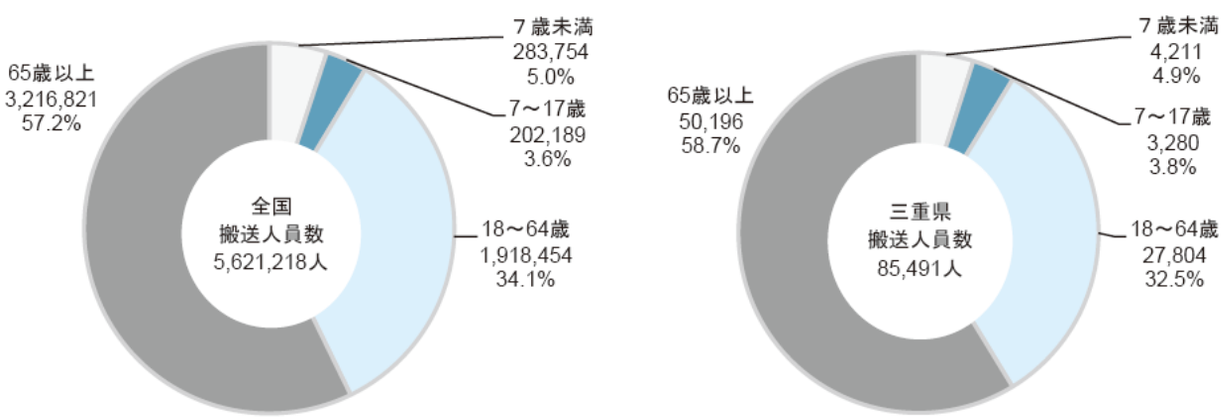
来院時の状況	入院		外来	
	総数		総数	
総数	17.4	100.0	100.0	100.0
通常の受診	13.9	79.9	99.5	99.5
救急の受診	3.5	20.1 (100.0)	0.5	0.5 (100.0)
救急車により搬送	1.9	(54.3)	0.2	(40.0)
診療時間内の受診	0.9	(25.7)	0.1	(20.0)
診療時間外の受診	0.9	(25.7)	0.1	(20.0)
徒歩や自家用車等による救急の受診	1.6	(45.7)	0.3	(60.0)
診療時間内の受診	1.0	(28.6)	0.2	(40.0)
診療時間外の受診	0.6	(17.1)	0.1	(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 64.2%を占めています。急病で搬送された傷病者のうち、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、急病で搬送された傷病者のうち、死亡が最も多いのは心疾患等（38.6%）となっています。

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 万人あたりの医師数が全国順位の下位に位置しています。

[1] 出典：消防庁「平成 29 年版 救急・救助の現況」

○ 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 96.6％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 106.5 人で、全国平均 109.2 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 28.5 台であり、全国の人口１万人あたりの設置台数 24.7 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、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。

---

[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」

○ 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（人口一万人あたり）
	実　数	人口 10 万人あたり	
全　国	27,717	21.7	109.2
三重県	518	28.1	106.5

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	91.2%
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	5,621,218	4,389.3
三重県	85,491	4,621.1

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 38.9 分で、全国平均 39.3 分と比べて短くなっています。

○ 「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

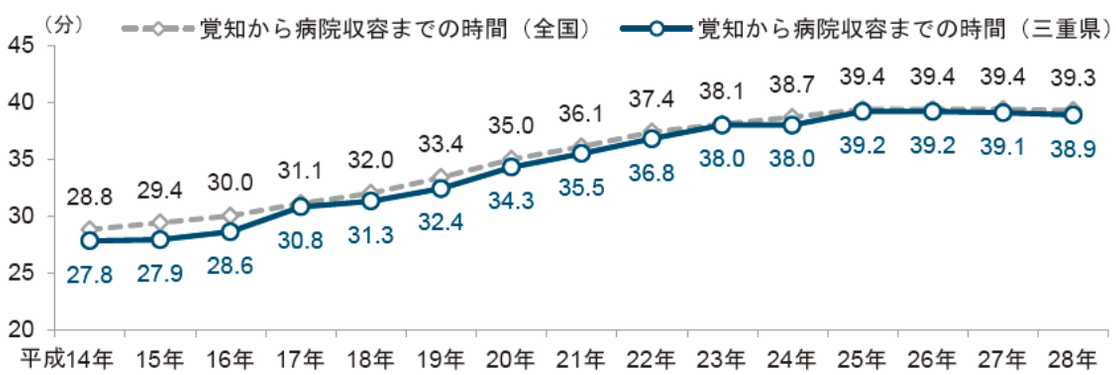
（210 ページで定義）別では、津（3.8%）および伊賀（1.3%）で県平均（0.8%）を上回っています。

○ 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傷病者の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。

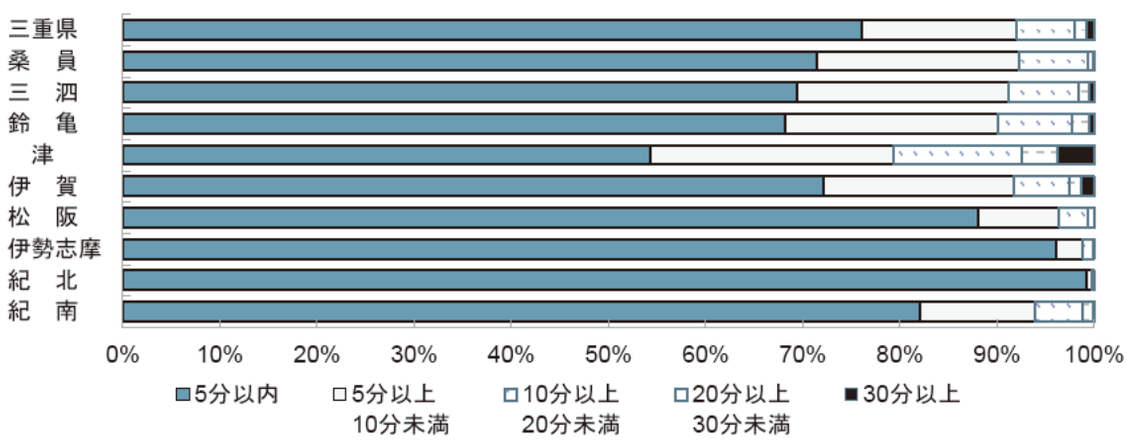
図表 5-6-10 救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間



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）

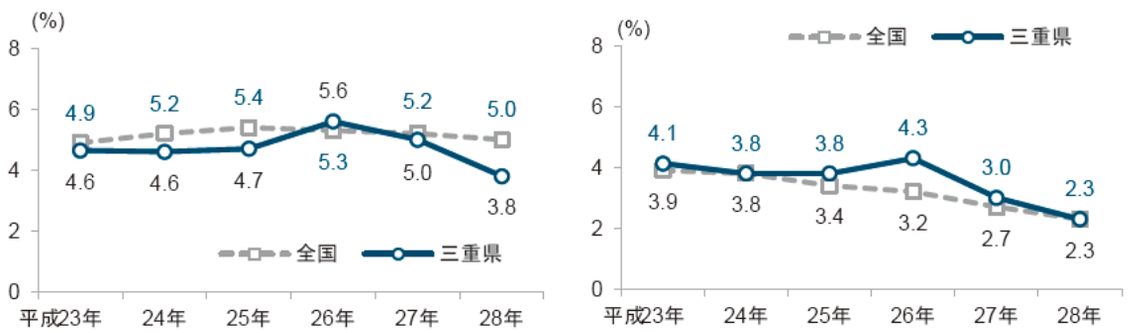


（単位：件）

	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傷病者の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15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 第二次救急医療

○ 第二次救急医療は、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、県内には第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、第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。

○ 第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 第三次救急医療

○ 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、第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第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。

○ 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。

---

[4] 出典：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」

○ 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	

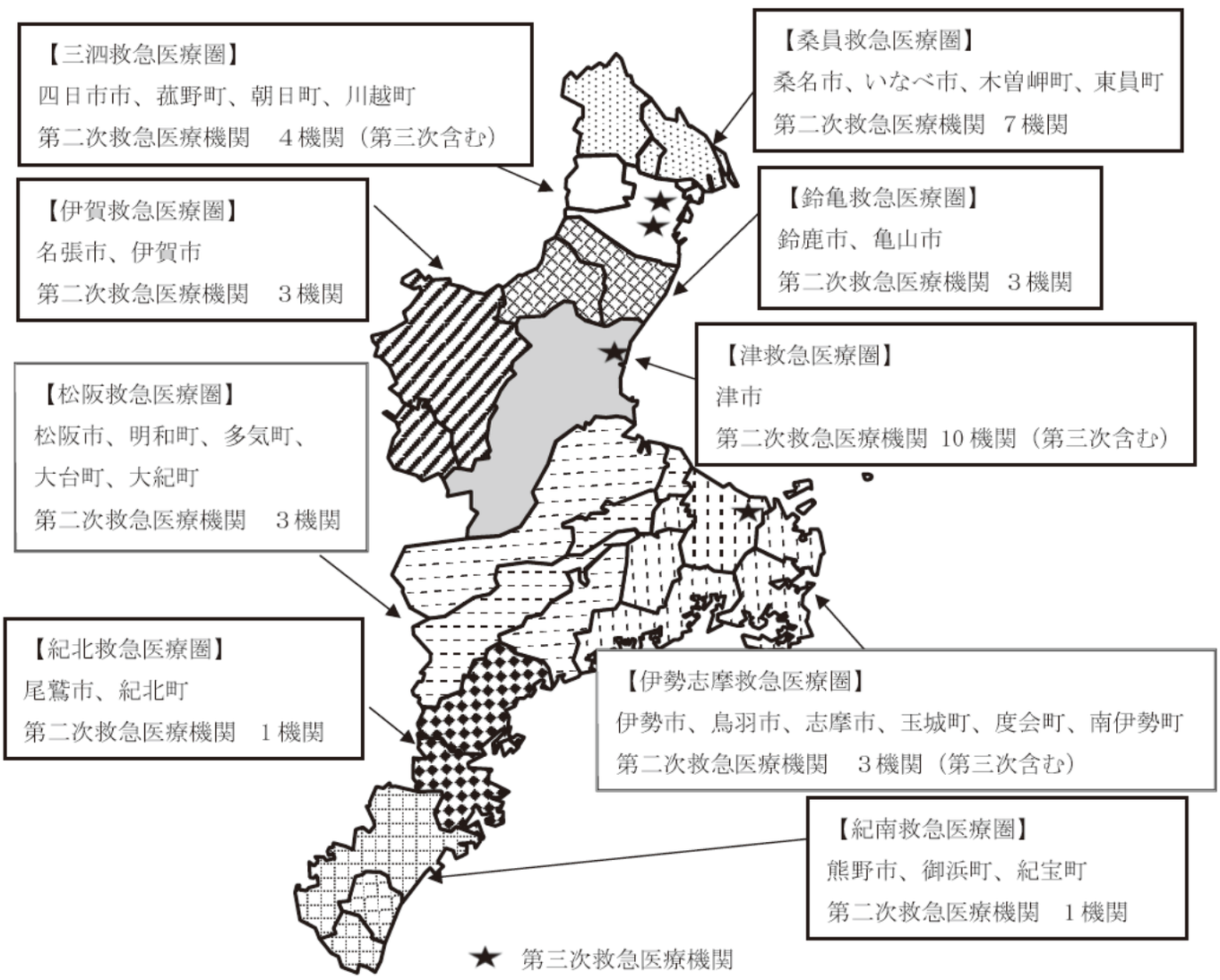
資料：三重県調査、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（平成 29 年 1 月 1 日現在）

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

○ 第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。

○ 第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
救急告示医療機関（第二次、第三次救急医療機関を除く。）	25	5	7	4	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
救急告示医療機関（第二次、第三次救急医療機関を除く。）	2	4	1	0

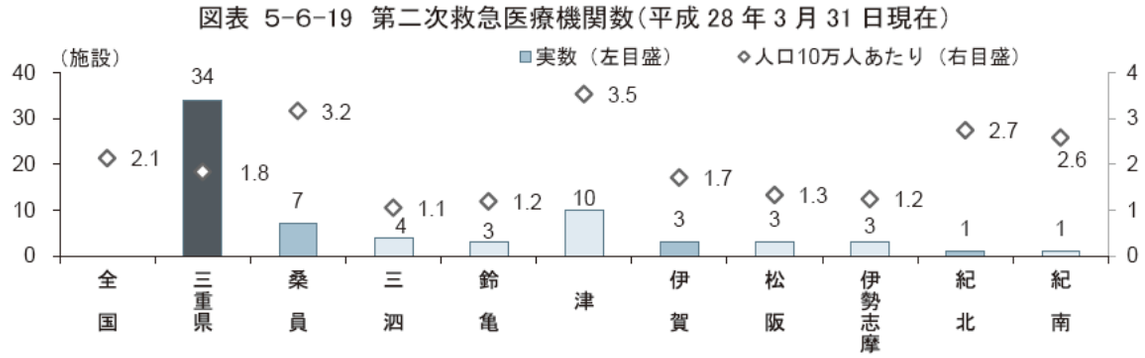
資料：三重県調査

② 第二次救急医療

○ 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 日現在の第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 第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 第三次救急医療

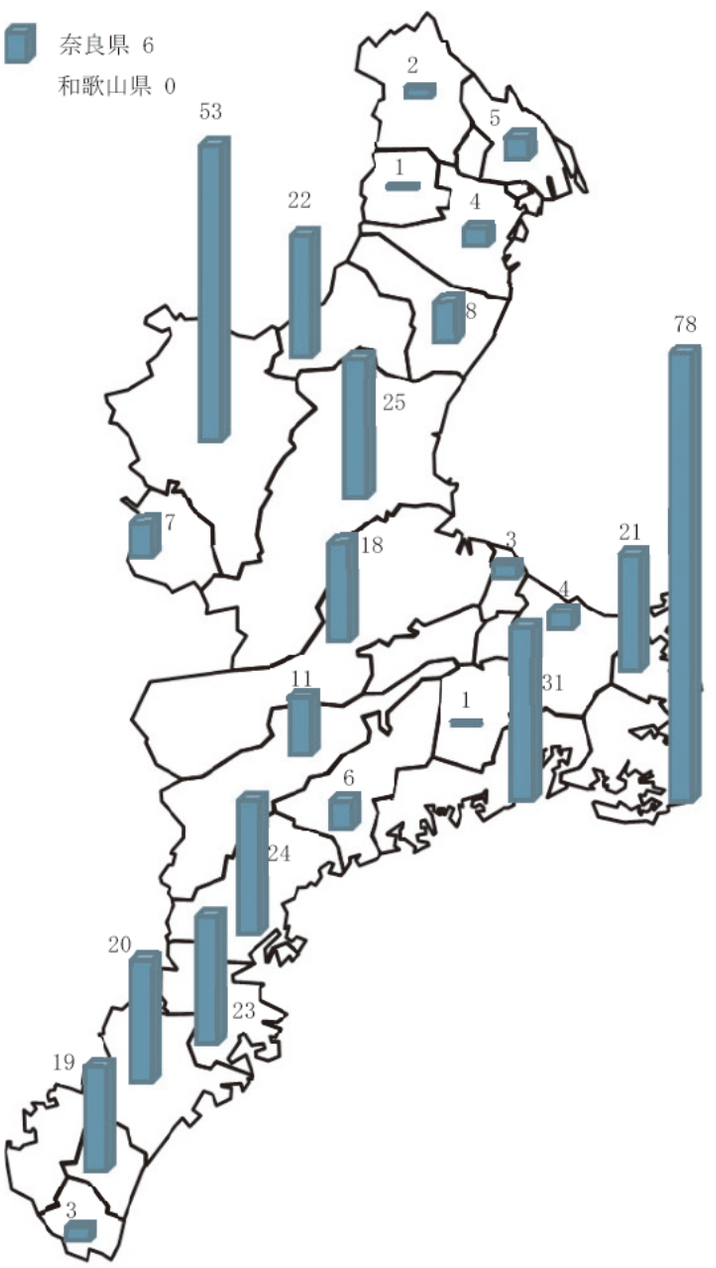
○ 救命救急センターは、平成 30（2018）年２月末現在、三泗救急医療圏に２か所、津救急医

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第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）



消防本部	市町名	出動件数
桑名市消防本部	桑名市	5
	いなべ市	2
	木曽岬町	0
	東員町	0
四日市市消防本部	四日市市	4
	朝日町	0
	川越町	0
菰野町消防本部	菰野町	1
鈴鹿市消防本部	鈴鹿市	8
亀山市消防本部	亀山市	22
津市消防本部	津市	25
松阪広域消防組合	松阪市	18
	多気町	0
	明和町	3
伊勢市消防本部	伊勢市	4
	玉城町	0
	度会町	1
鳥羽市消防本部	鳥羽市	21
志摩広域消防組合	志摩市	78
紀勢広域消防組合	大台町	11
	大紀町	6
	南伊勢町	31
三重紀北消防組合	尾鷲市	23
	紀北町	24
熊野市消防本部	熊野市	20
	御浜町	19
	紀宝町	3
伊賀市消防本部	伊賀市	53
名張市消防本部	名張市	7

※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 昼間	休日 準夜	平日 準夜	在宅当番医制	施設	
桑員	桑名市 いなべ市 木曽岬町 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	県立総合医療センター (四日市市)
						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		
三泗	四日市市 菰野町 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菰野厚生病院	
						(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	
						(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、榊原温泉病院	市立四日市病院 (四日市市)
		津市こども応急クリニック・休日デンタルクリニック	○ ※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	
		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		伊勢赤十字病院 (伊勢市)
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、南島メディカルセンター、田中病院		
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、第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	・ 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。 ・ 第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。 ・ 第二次・第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	・ 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。 ・ 第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、第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	・ 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。 ・ 第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、第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	・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第二次救急医療機関への集中の緩和と第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、第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。 ・第二次救急医療については、10 病院の病院群輪番制により、第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、第二次救急医療体制の強化が図られています。 ・三重大学医学部附属病院は、第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（津市救急・健康相談ダイヤル24）を実施しています。
伊賀	・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。 ・第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。 ・第二次・第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	・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、第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。 ・第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	・ 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。 ・ 第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第三次救急医療機関、小児医療の第二次救急医療機関、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	・ 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。 ・ 第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。 ・ 第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	・ 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。 ・ 第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。 ・ 第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	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	域外への流出率	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）

流入元 / 医療機関所在地	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	域内への流入率	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第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第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、軽症患者の安易な第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 第二次救急医療

○ 医師不足等の理由により第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第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 第三次救急医療

○ 紀北・紀南救急医療圏には第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、二次および第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	・ 第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、第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、第二次・第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	・ 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、第二次・第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第二次・第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	・ 第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。 ・ 亀山市において第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	・ 第二次救急医療体制の強化が図られてきたことにより、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ります。しかしながら、県内他地域と比較すると、高い状況にあります。 ・ 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、さらに第二次救急医療体制を強化する必要があります。
伊賀	・ 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	・ 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	・ 病院群輪番制病院が中心となって第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	・ 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	・ 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・第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、第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、第二次、第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 3.3%　4 回以上 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、第二次、第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、第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、第二次救急患者や第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第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、第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理論上最大数

○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

[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。

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ート体制強化のため、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。

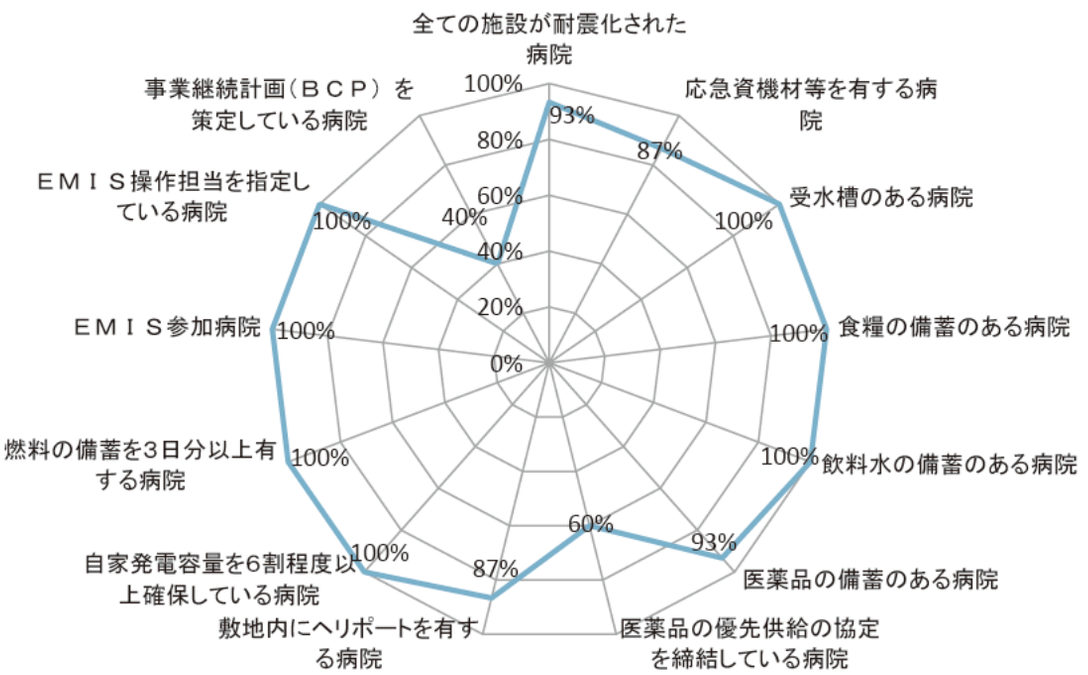
○ 平成 28（2016）年の熊本地震では、全国知事会の要請を受け、医療救護班７チームを熊本県に派遣しました。また、ＤＭＡＴロジスティックチームに１名が参加しました。

○ 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		
					災害派遣医療チーム（DMAT）	救命救急センターもしくは二次救急医療機関	救命救急センターの病床数
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菰野厚生病院	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	

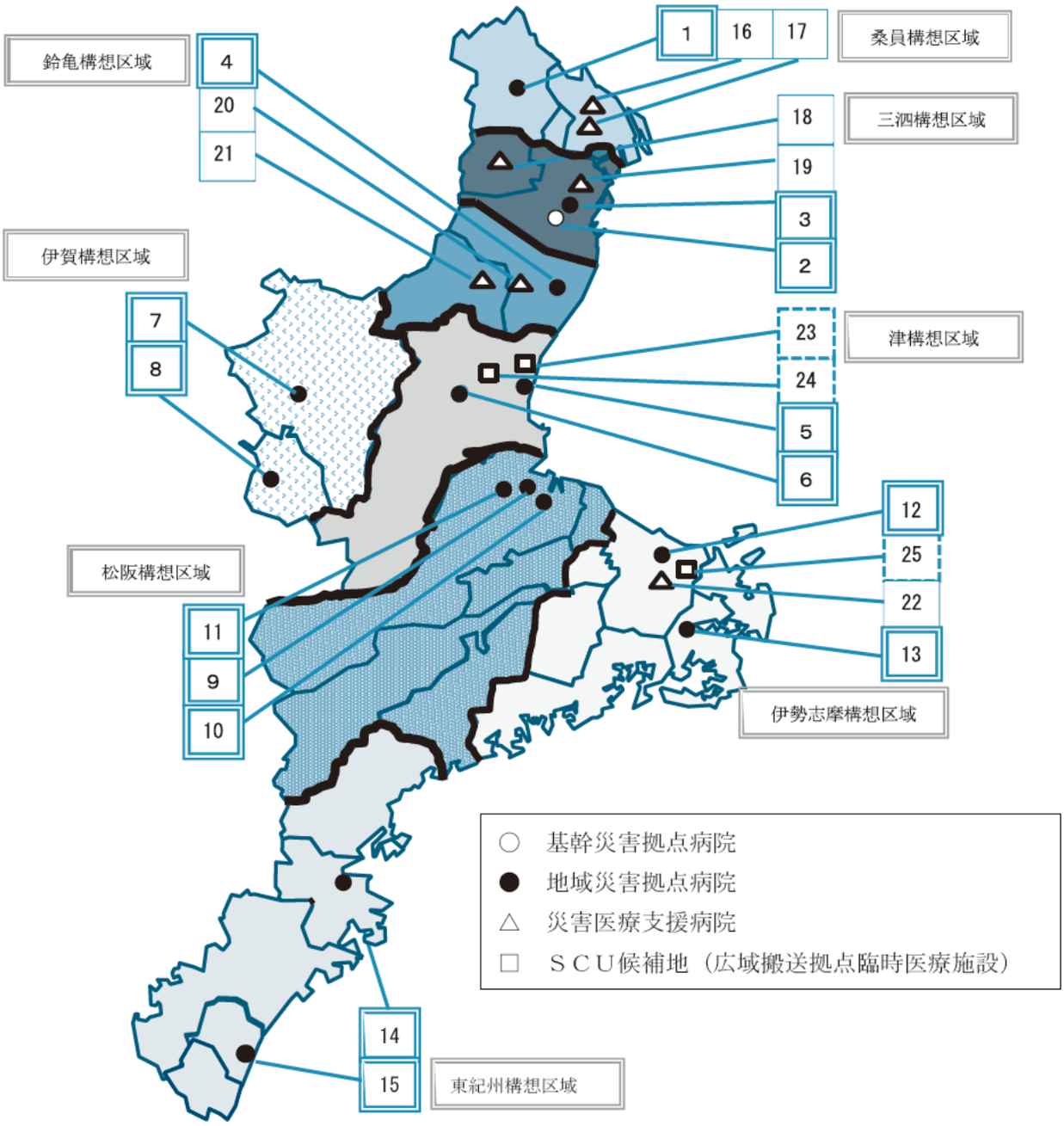
資料：三重県調査（平成 29 年 11 月 1 日現在）

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（チーム数）	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



資料：三重県調査（平成29年11月1日現在）

2．圏域の設定と連携体制

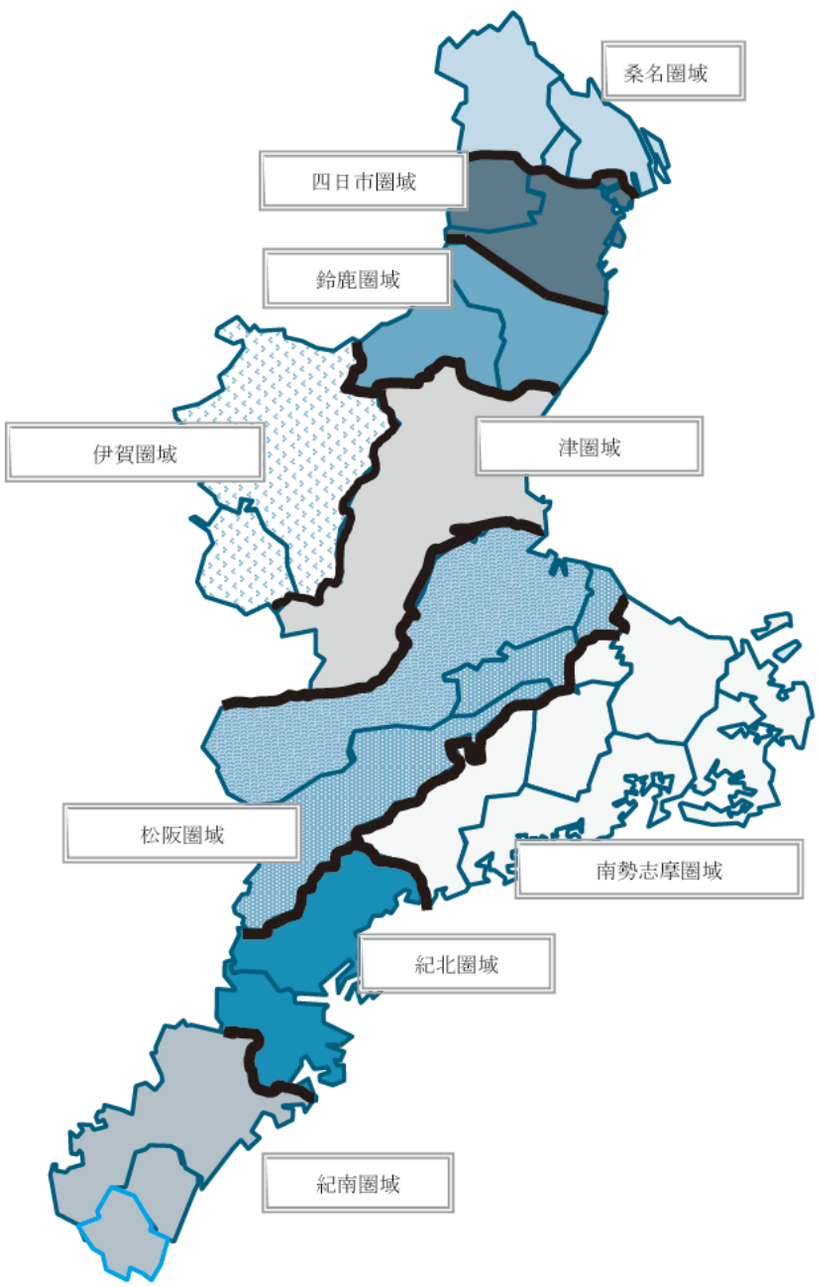
(1) 圏域の設定

○ 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



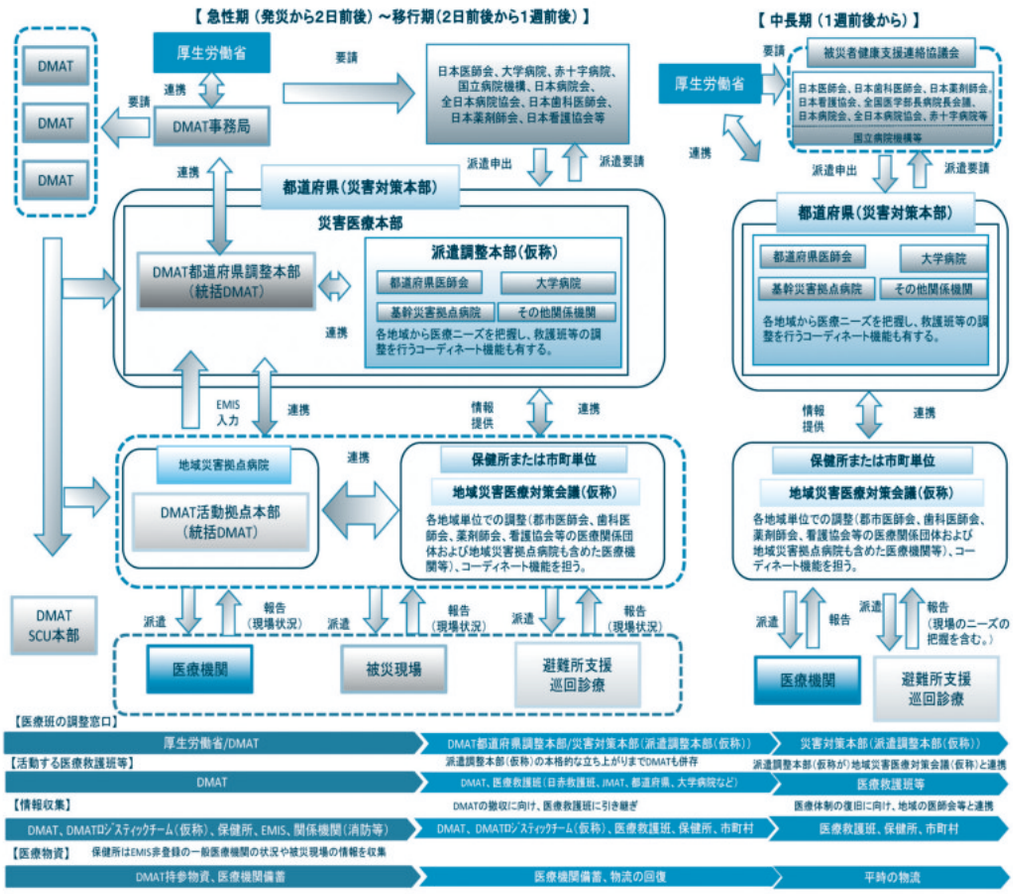
(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

○ 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

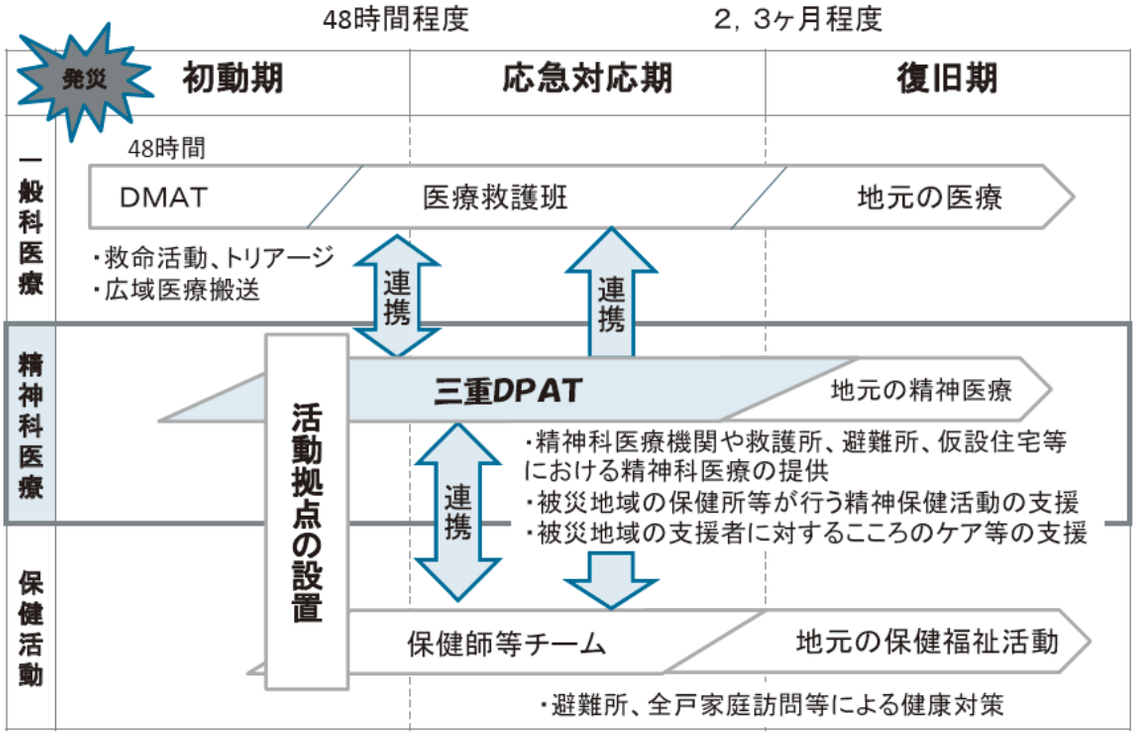
○ 災害派遣協定に基づき、速やかに関係機関へ保健医療活動チームの応援要請を行い、市町と連携し応援を必要とする箇所への派遣調整を行います。
○ 保健医療活動チーム同士が連携し、急性期から中長期まで滞りなく連続した保健医療の提供を行います。
○ 市町が開設した避難所において、市町が単独では対応しきれない、被災者の健康管理に係るコーディネート体制を構築します。
○ 被災地外の市町、県と連携し、重篤な患者の医療搬送を行います。

図表 5-7-9 急性期から中長期にわたる医療提供体制の考え方



資料：厚生労働省資料をもとに作成

図表 5-7-10 DPATの連携体制



資料：厚生労働省資料をもとに作成

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、医薬品等の充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に参加する病院の割合 【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、ＤＰＡＴの体制強化のため、ＤＭＡＴ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、ＤＰＡＴ運営委員会を定期的に開催し、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ＢＣＰ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、ＳＣＵ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、ＢＣＰ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ＤＭＡＴ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ＤＭＡＴ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ＤＭＡＴ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）

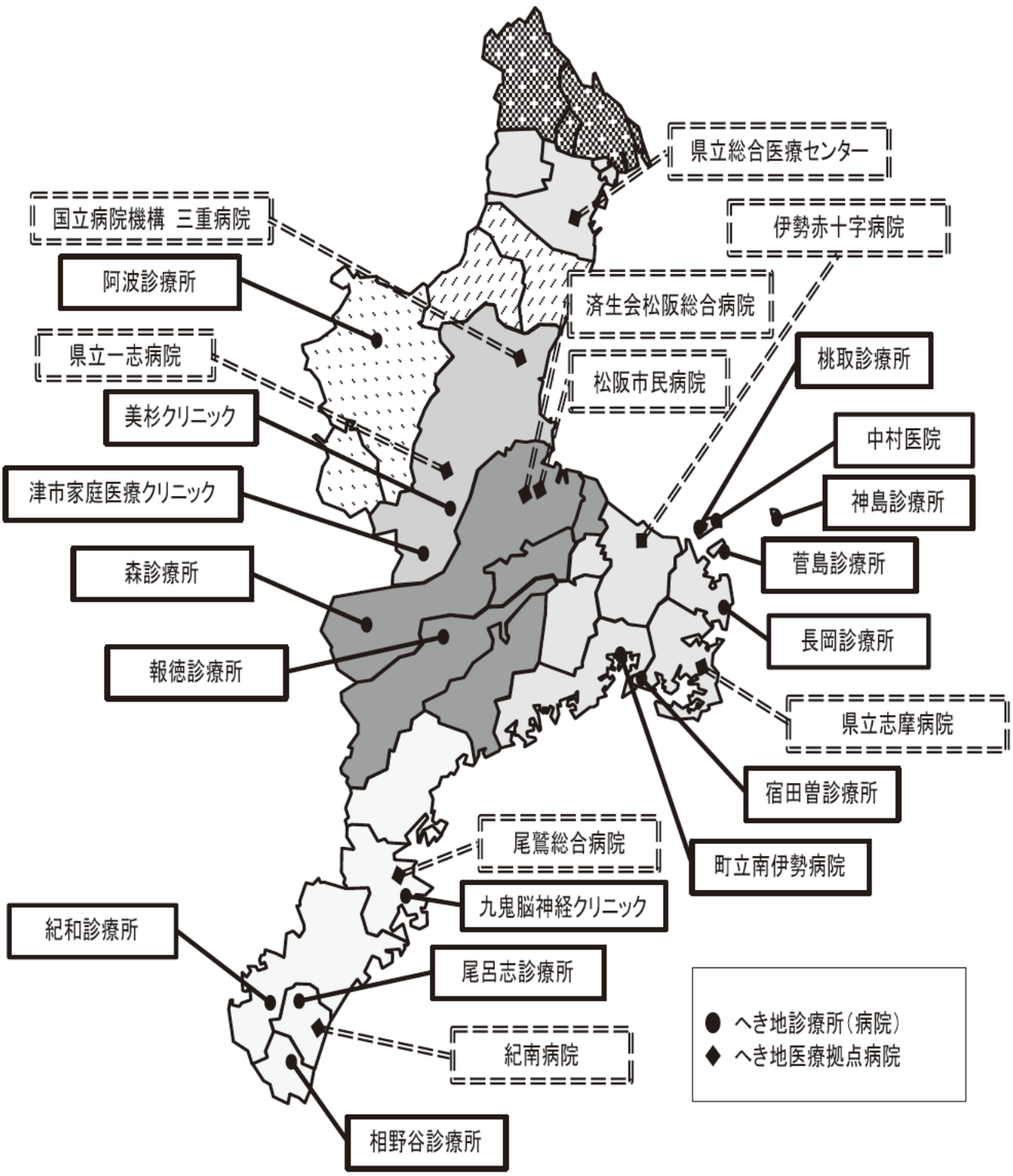
図表 5-8-1 県内のへき地診療所

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	宿田曽診療所	町立	度会郡南伊勢町田曽浦	有
	阿曽浦診療所	町立	度会郡南伊勢町阿曽浦	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、“ちいきは医者をステキにする”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。

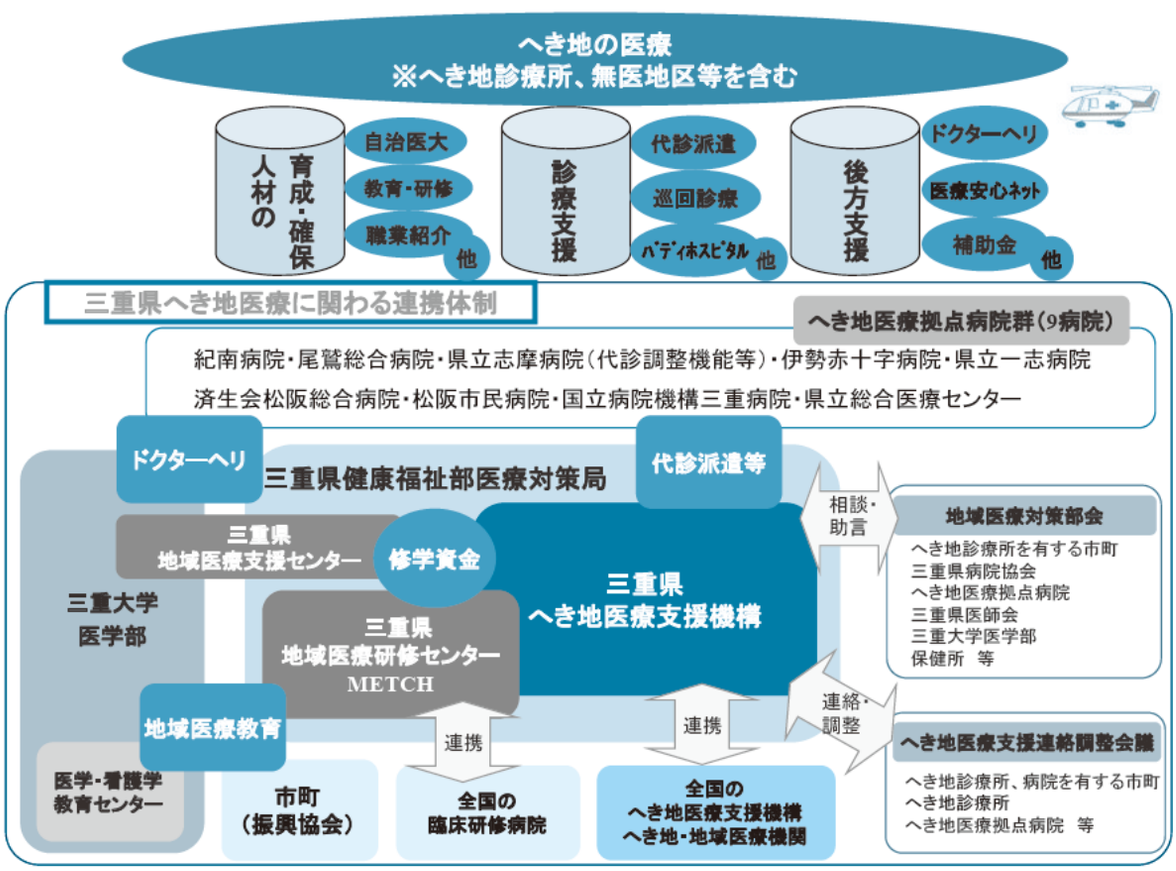
○ また、自治医科大学卒業医師を義務年限終了後も、引き続き県職員として雇用し、へき地医療機関等へ派遣する「ドクタープール制度」を平成 17（2005）年度に整備しましたが、平成 22（2010）年度から、へき地で勤務する医師のキャリア形成支援をより充実させ、利用者の拡充を図るため、「キャリアサポート制度」に改め、これまでに 11 人の医師を確保しました。

○ 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) 100%
へき地診療所に勤務する常勤医師数 【三重県調査】	へき地診療所に勤務する常勤医師の人数について、現在の 16 人を維持することを目標とします。	目　標 16 人 現　状(H29) 16 人
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で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]。

○ 妊娠した女性は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]。

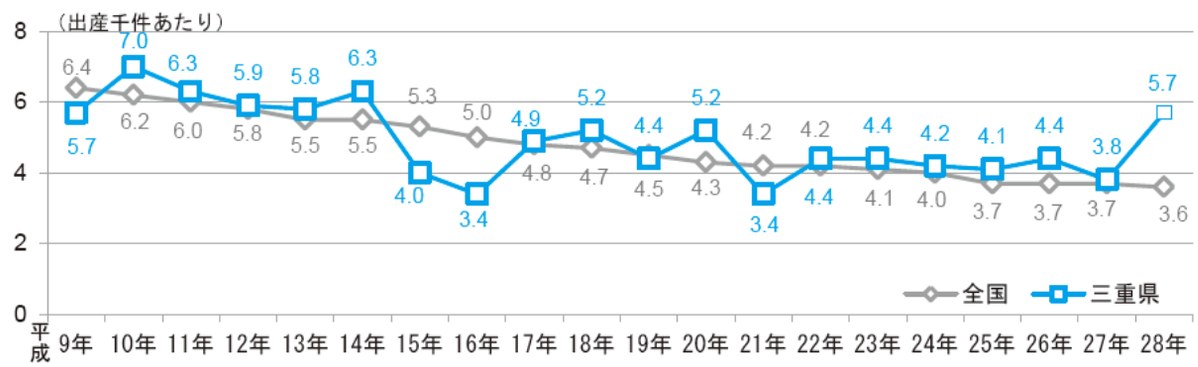
[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

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分娩数

二次医療圏・構想区域	出生数		死産		分娩数				
		県内シェア	自然死産	人工死産	病院	診療所	助産所	合計	県内シェア
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%

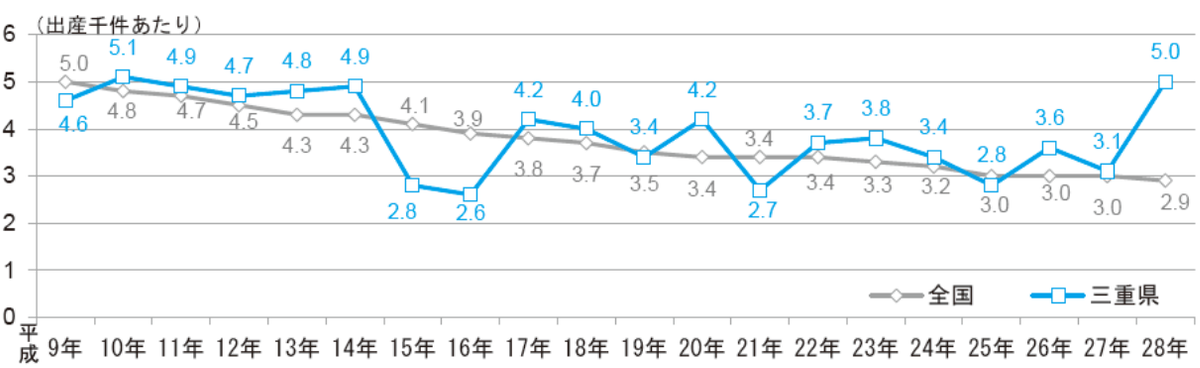
資料：厚生労働省「平成 28 年人口動態調査」、分娩数は三重県産婦人科医会、三重県助産師会調べ（助産所分娩合計数は自宅出産 2 件を加えた数字）（病院、診療所の全国数のみ厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」より推計（年換算））

図表5-9-2　周産期死亡率の推移

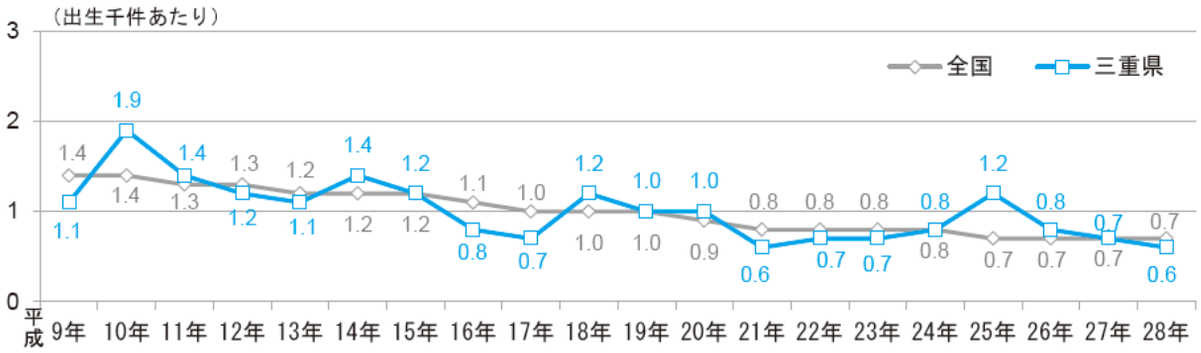


資料：厚生労働省「人口動態調査」（以下同）

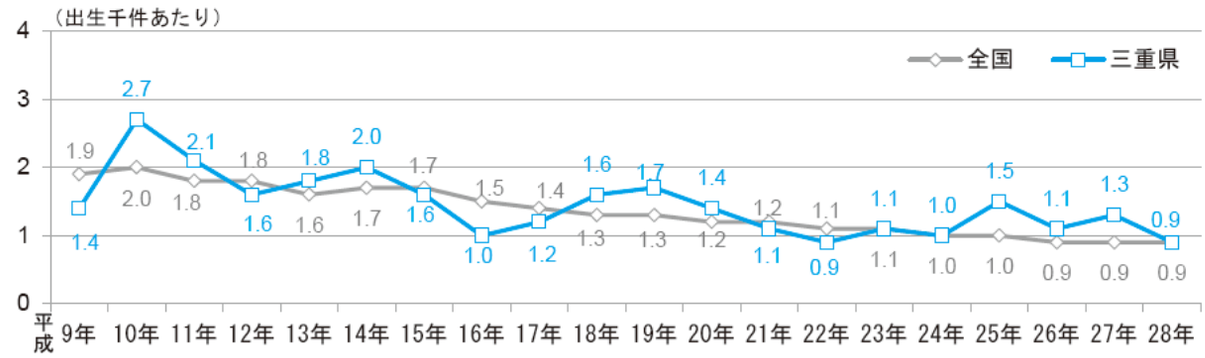
図表5-9-3　妊娠満 22 週以後の死産率の推移



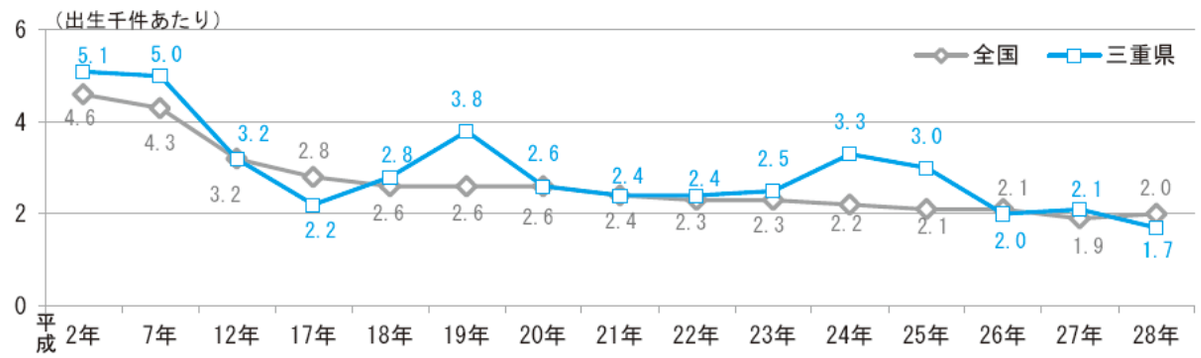
図表5-9-4　早期新生児（生後1週間未満）死亡率の推移



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。

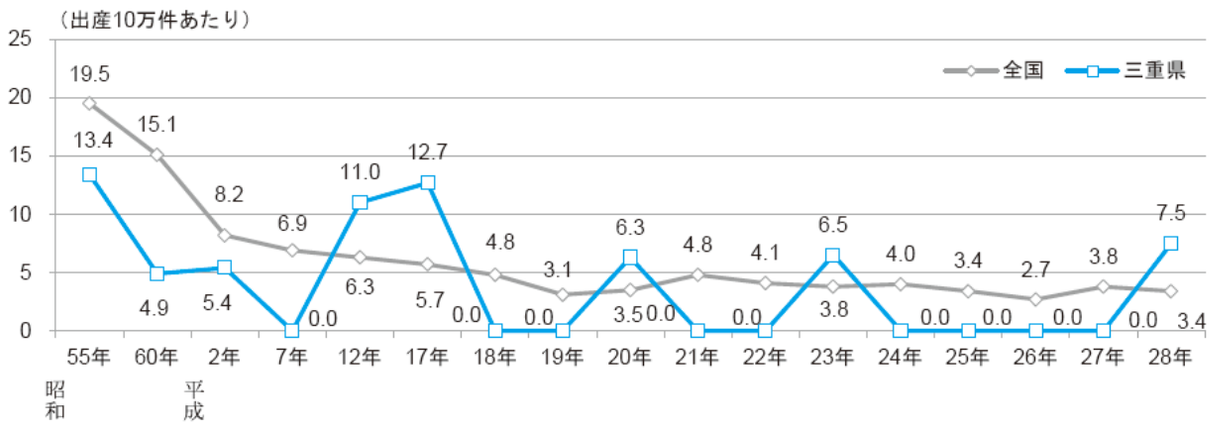
図表5-9-7 周産期死亡率 平成 27 年との比較

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。

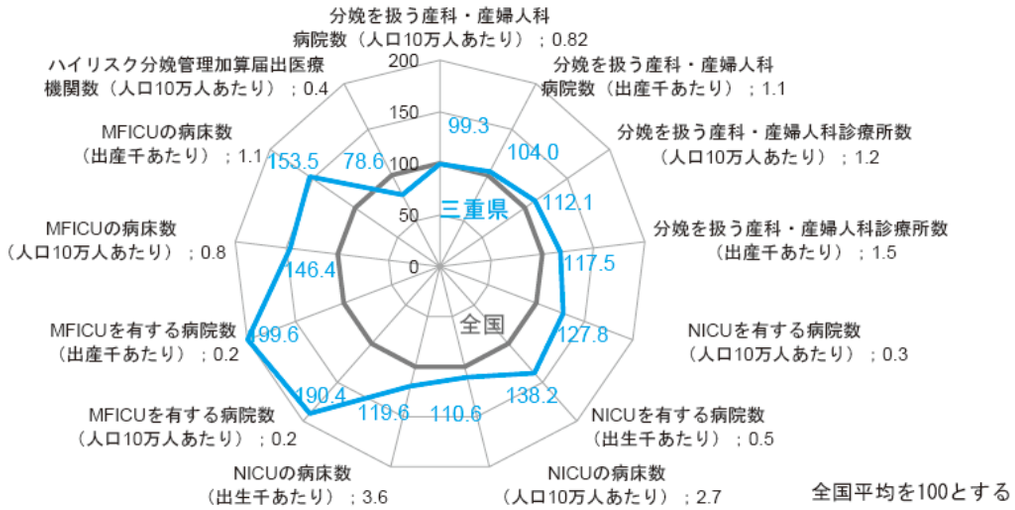
図表5-9-10 新生児集中治療室等を有する病院数と病床数

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]。

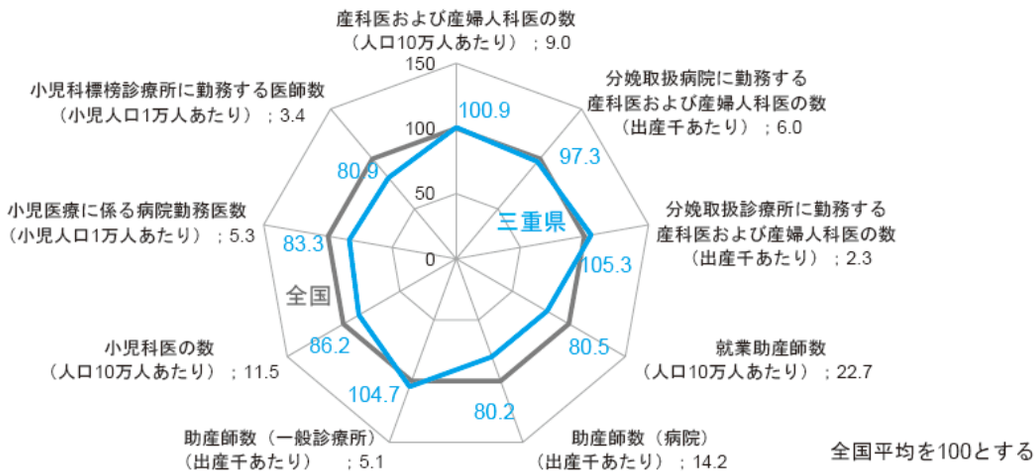
○ 産婦人科、小児科における女性医師の割合は 60 歳未満において産婦人科が 49%、小児科が 27%であり、40 歳未満において産婦人科が 52%、小児科が 36%となっています[5]。

○ 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。

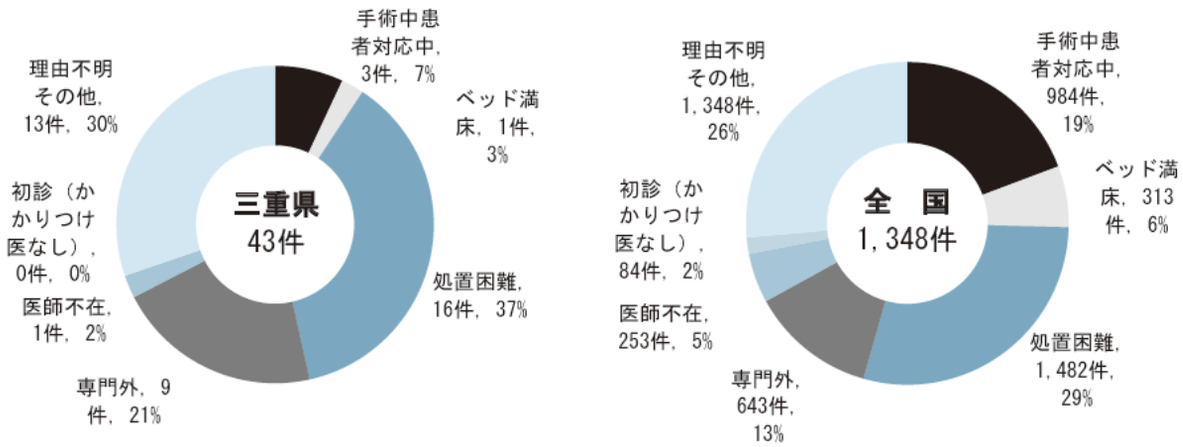
○ 受入困難理由については、本県では処置困難、専門外の割合が相対的に高く、産科、小児科医師の不足が影響していると考えられます。なお、搬送先はほぼ県内医療機関です。

○ 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）

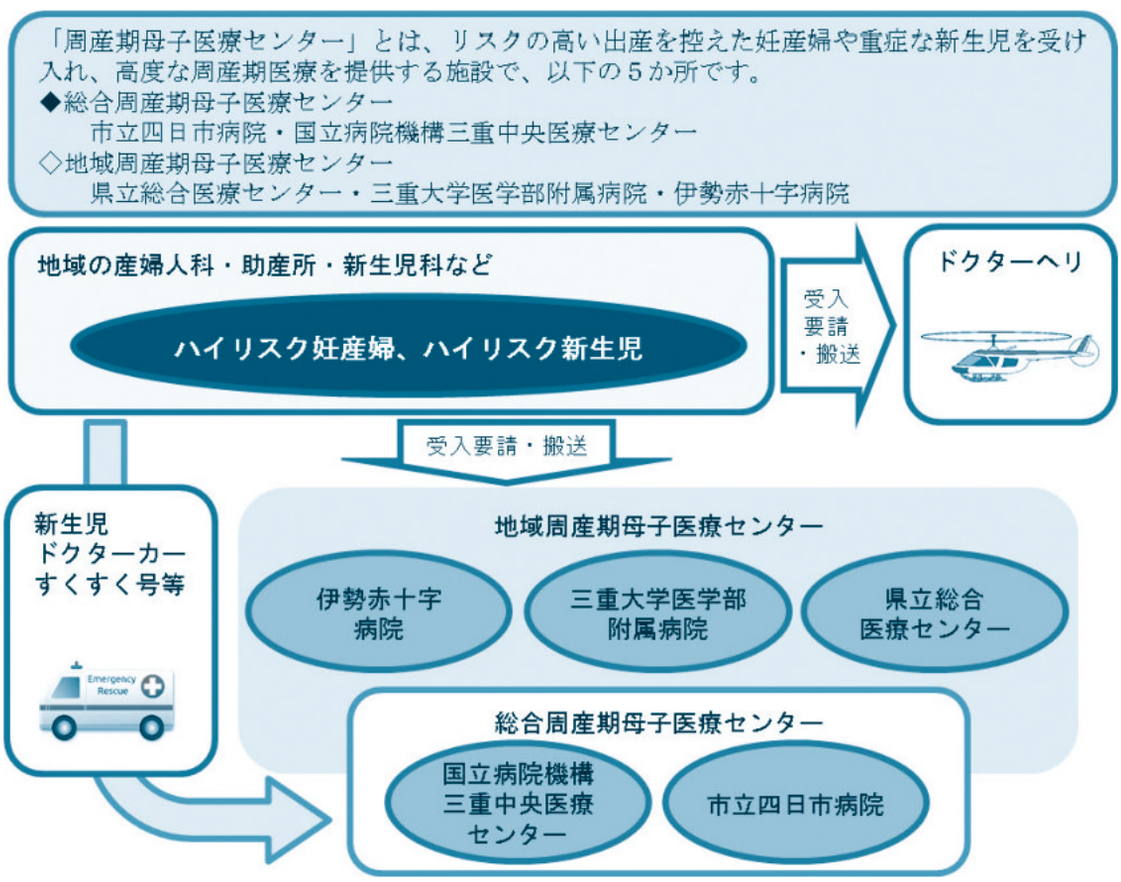
図表5-9-13　母体・新生児の救急搬送件数（上段）と受入困難理由（下段）

	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			
					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	件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比
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

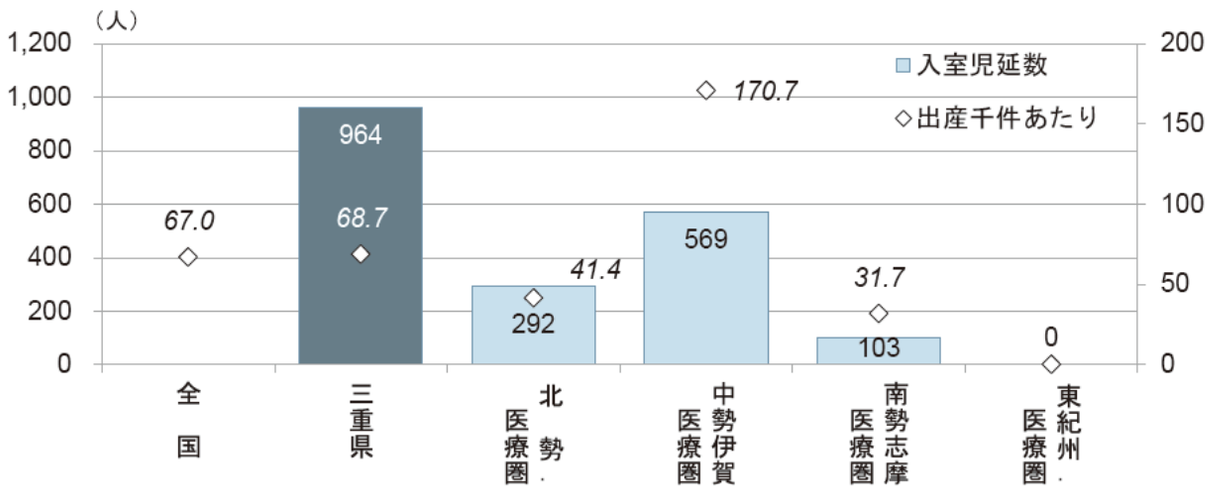


(3) 各地域の現状

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）

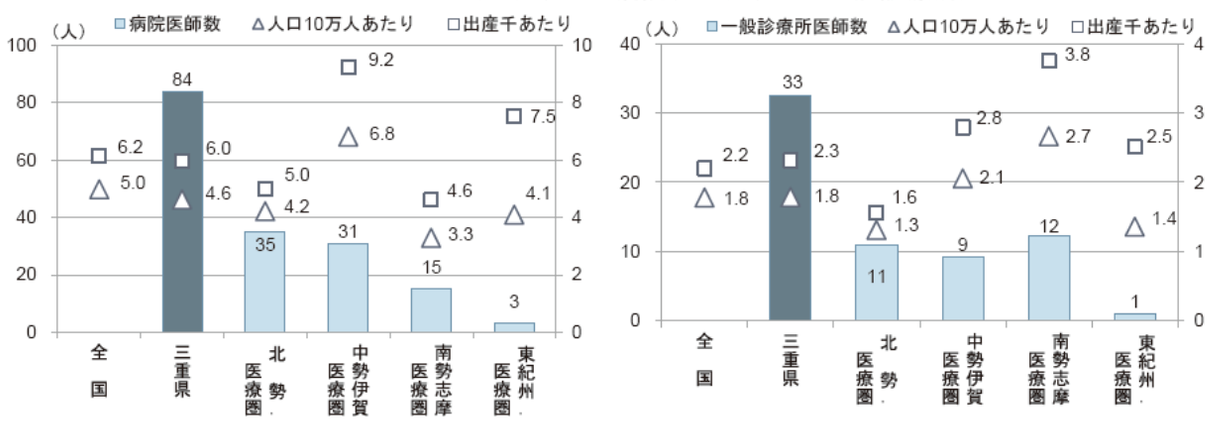


資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、厚生労働省「平成 26 年 人口動態調査」

○ 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）

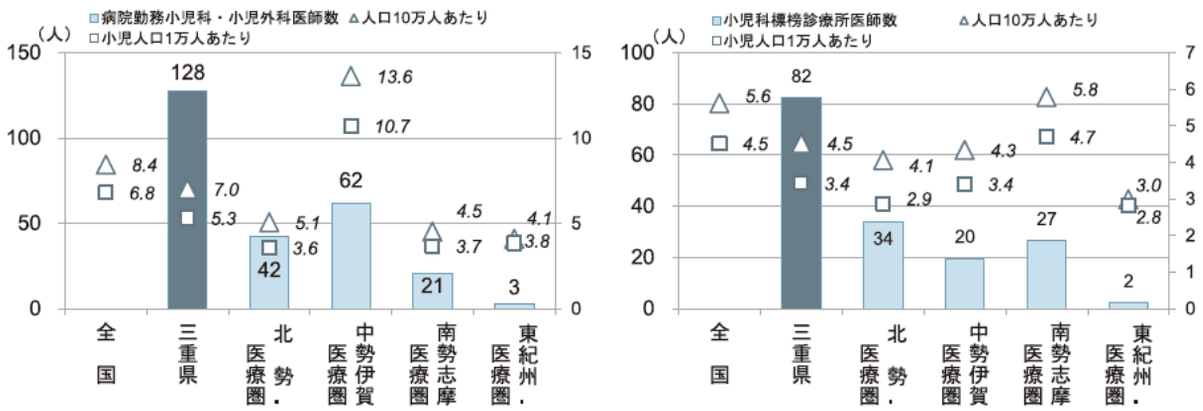


※いずれも常勤換算の人数です。

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。

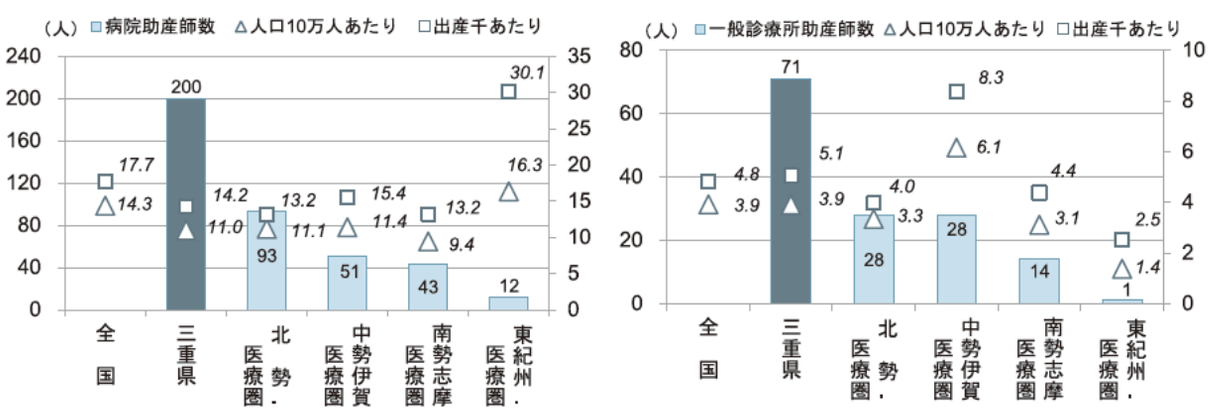
図表5-9-17 病院に勤務する小児科および小児外科の医師数（左グラフ）
小児科標榜診療所に勤務する医師数（右グラフ）



※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」

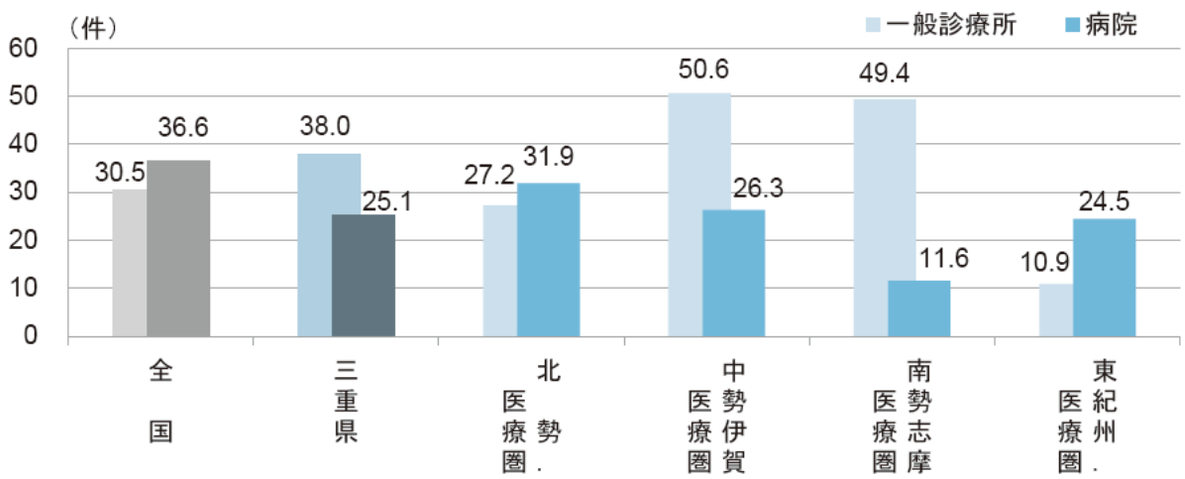
② 分娩

○ 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



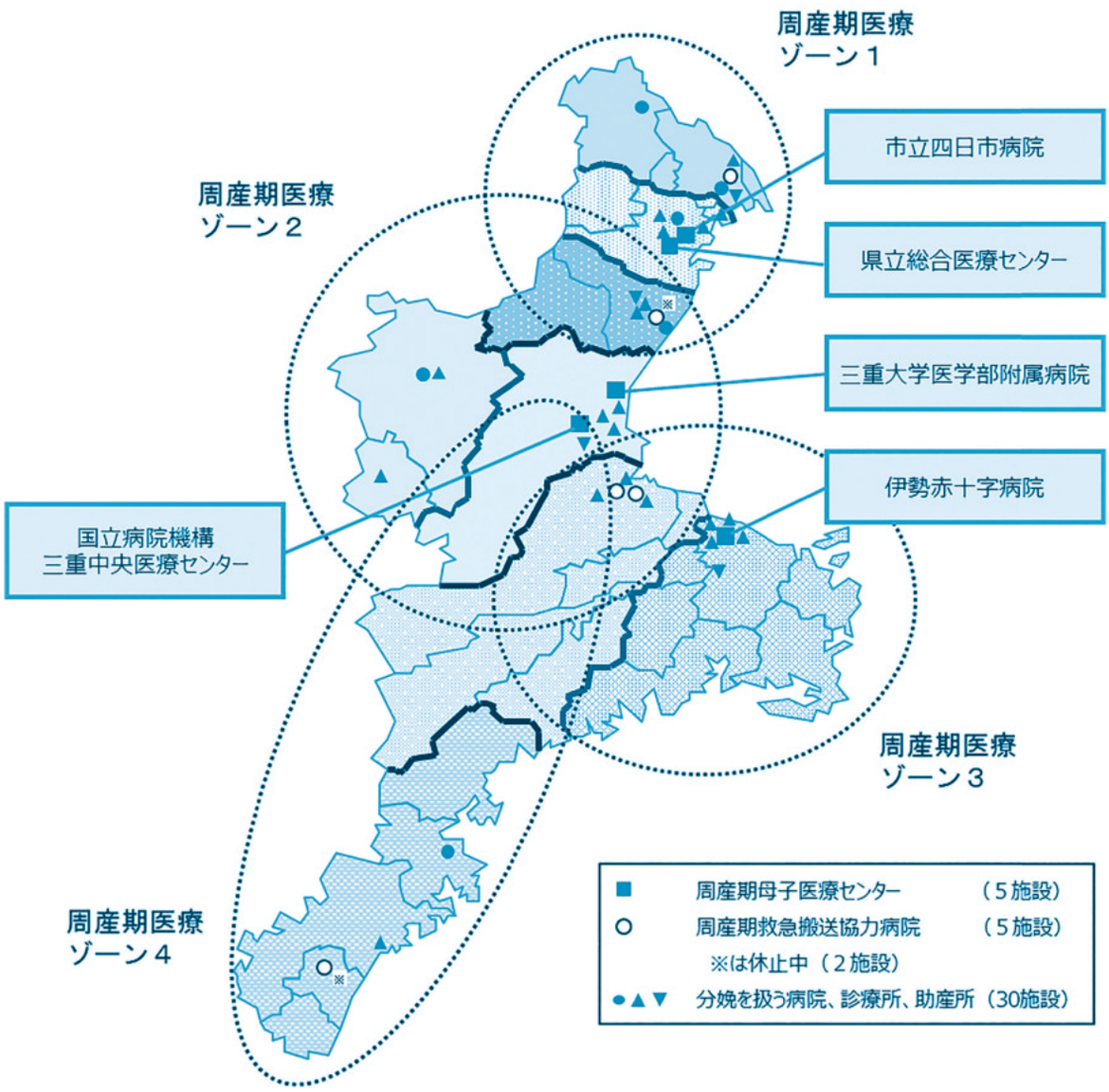
資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「推計人口」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、厚生労働省「平成 26 年 人口動態調査」

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・鈴亀）	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

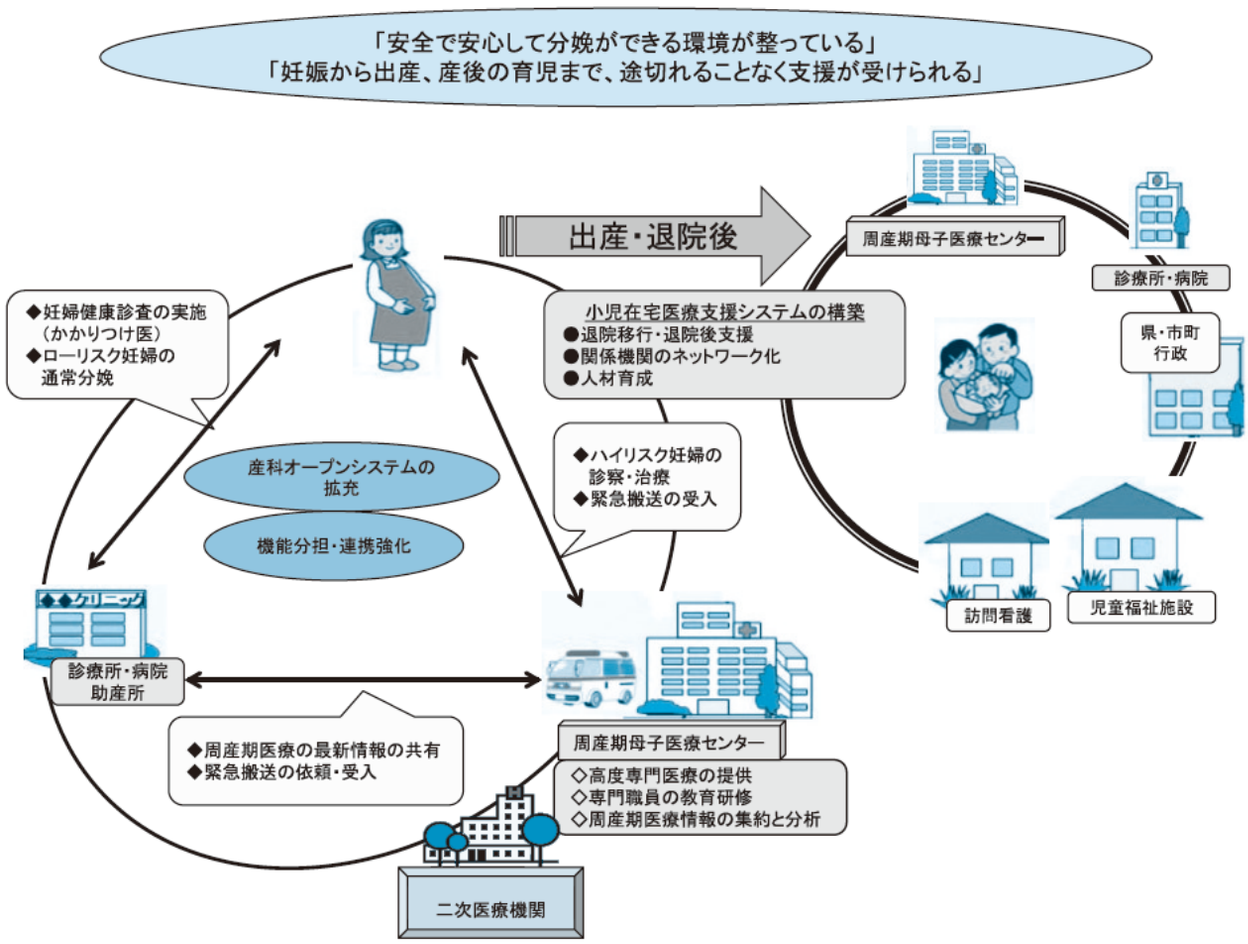
(1) めざす姿

○ 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

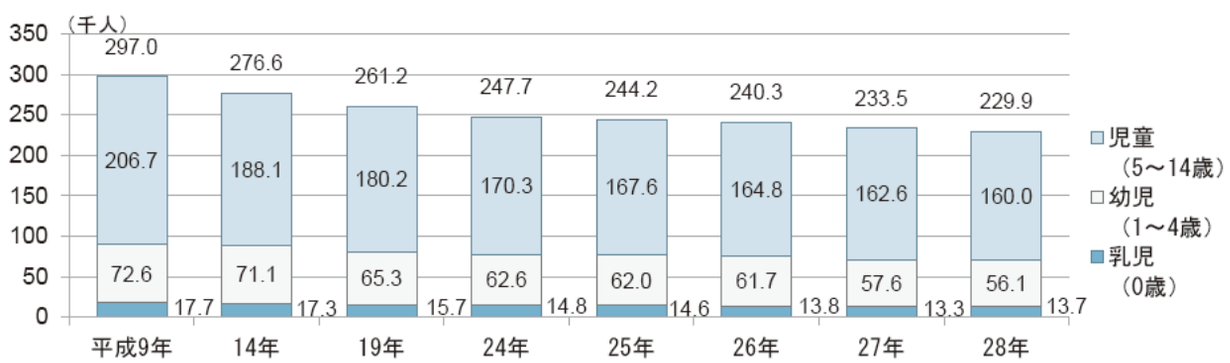
１．小児医療の現状

（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

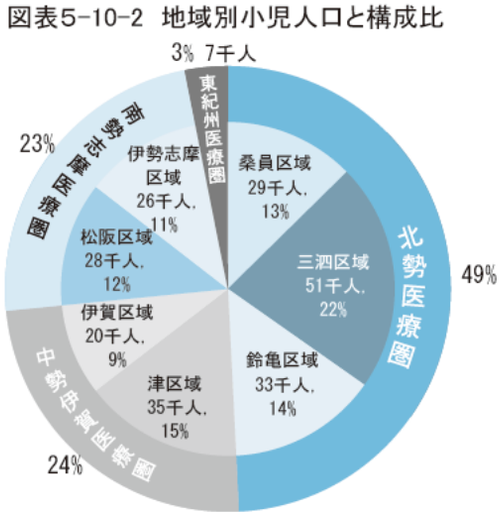


資料：三重県「月別人口調査」（各年 10 月１日現在）

○ 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県の 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

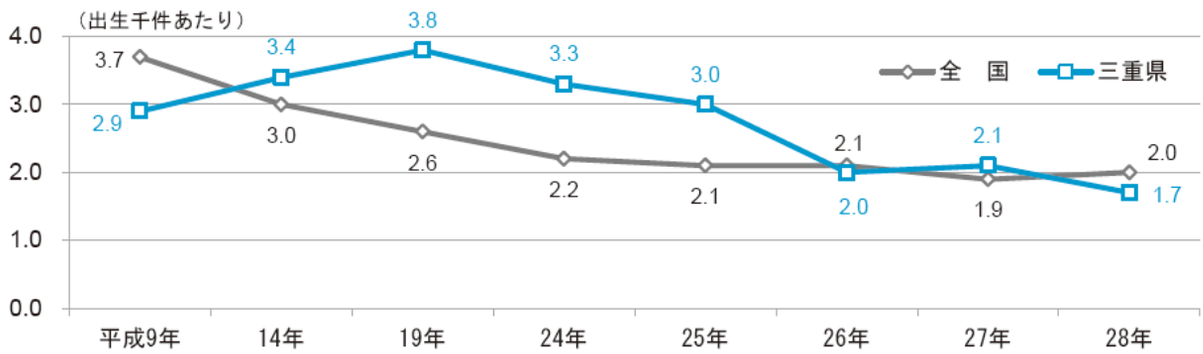


資料：三重県「月別人口調査」
（平成 28 年 10 月１日現在）

[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

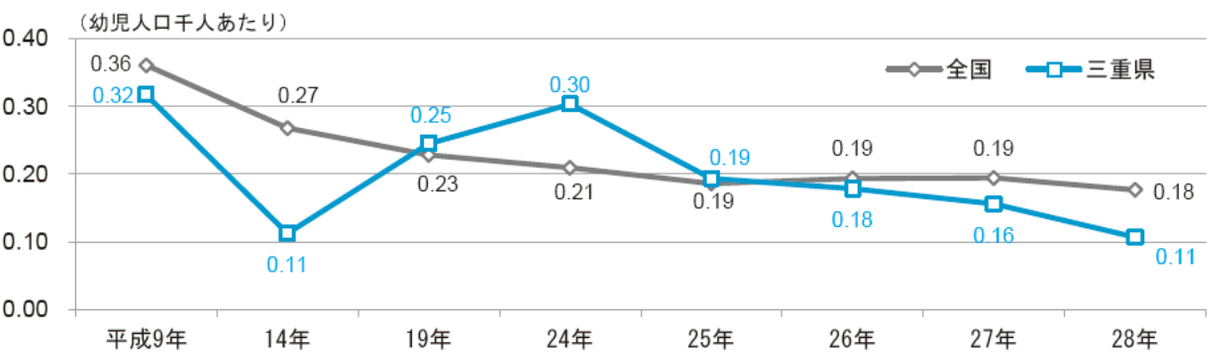
○ 乳児死亡率（出生千人あたり）、幼児死亡率（幼児人口千人あたり）は、長期的に減少していますが、児童死亡率（児童人口千人あたり）は漸増しており、平成 28（2016）年は全国平均を上回っています。同年は、乳児死亡率 1.7（乳児死亡者 22 人）、幼児死亡率 0.11（幼児死亡者 6 人）、児童死亡率 0.1（児童死亡者 16 人）となっています。

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」

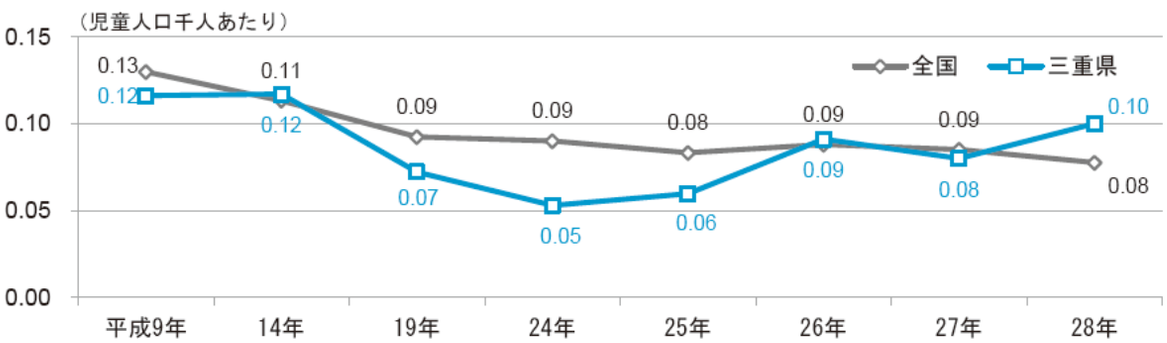
図表5-10-4　幼児（1歳から4歳）死亡率



※ 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



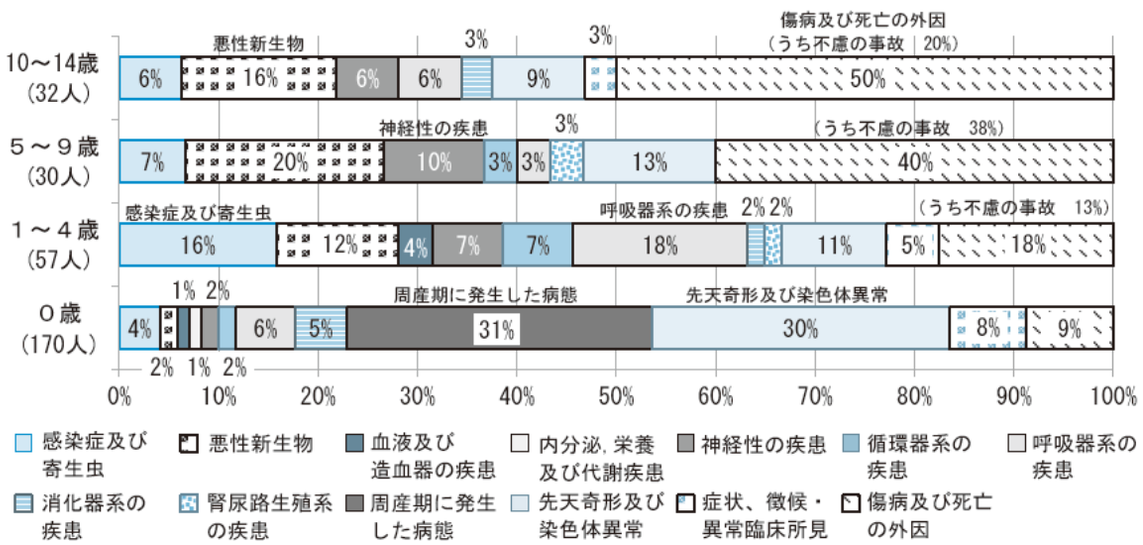
資料：同上

○ 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。

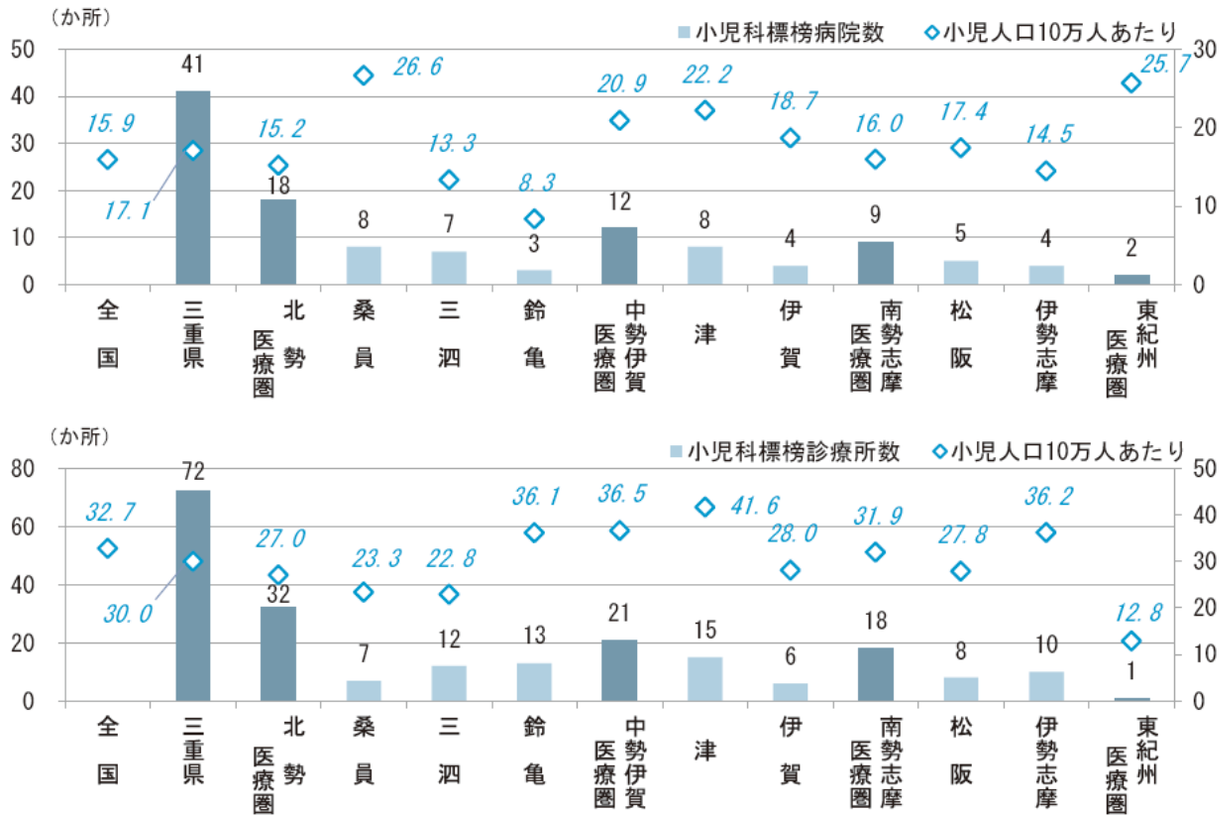
○ また、同調査では、本県において小児歯科を標榜する歯科診療所数は 595 診療所で、小児人口 10 万人あたりでは 247.6（全国 253.1）と全国平均をやや下回っていますが、一般歯科診療所においても小児に対する治療が可能となっています。

○ 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	三泗区域	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）

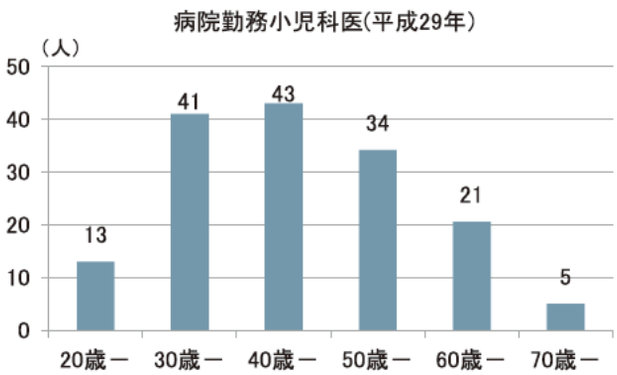
	小児科医				小児外科医			
	病院		診療所		病院		診療所	
	実数	指数	実数	指数	実数	指数	実数	指数
全　国	10,355	65.6	6,582	41.7	777	4.9	25	0.2
三重県	120	52.2	88	38.3	11	4.8	0	－

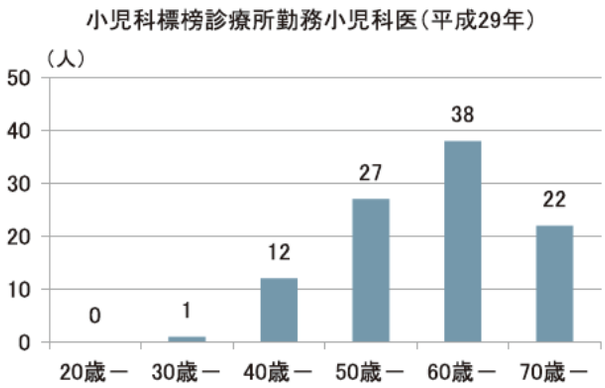
※表中の「指数」は小児人口 10 万人あたり。

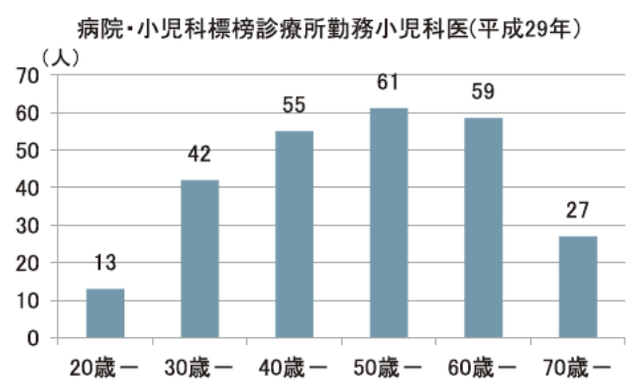
資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 28 年 12 月 31 日現在）、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

※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)

流出先 / 患者住所地	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%	29.8%	18.9%
中勢伊賀医療圏		237				0.0%		
南勢志摩医療圏		107	286			27.2%	27.2%	0.0%
東紀州医療圏								

流入元 / 施設住所地	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%	0.0%
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：%）

流出先 / 患者住所地	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	38
中勢伊賀医療圏	0	100	0	0	0	0	0	0
南勢志摩医療圏	0	78	0	0	22	100	78	22
東紀州医療圏	0	0	0	0	0	0	0	0

流入元 / 施設住所地	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	0
中勢伊賀医療圏	42	25	33	0	0	75	75	0
南勢志摩医療圏	0	0	0	0	0	0	0	0
東紀州医療圏	0	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

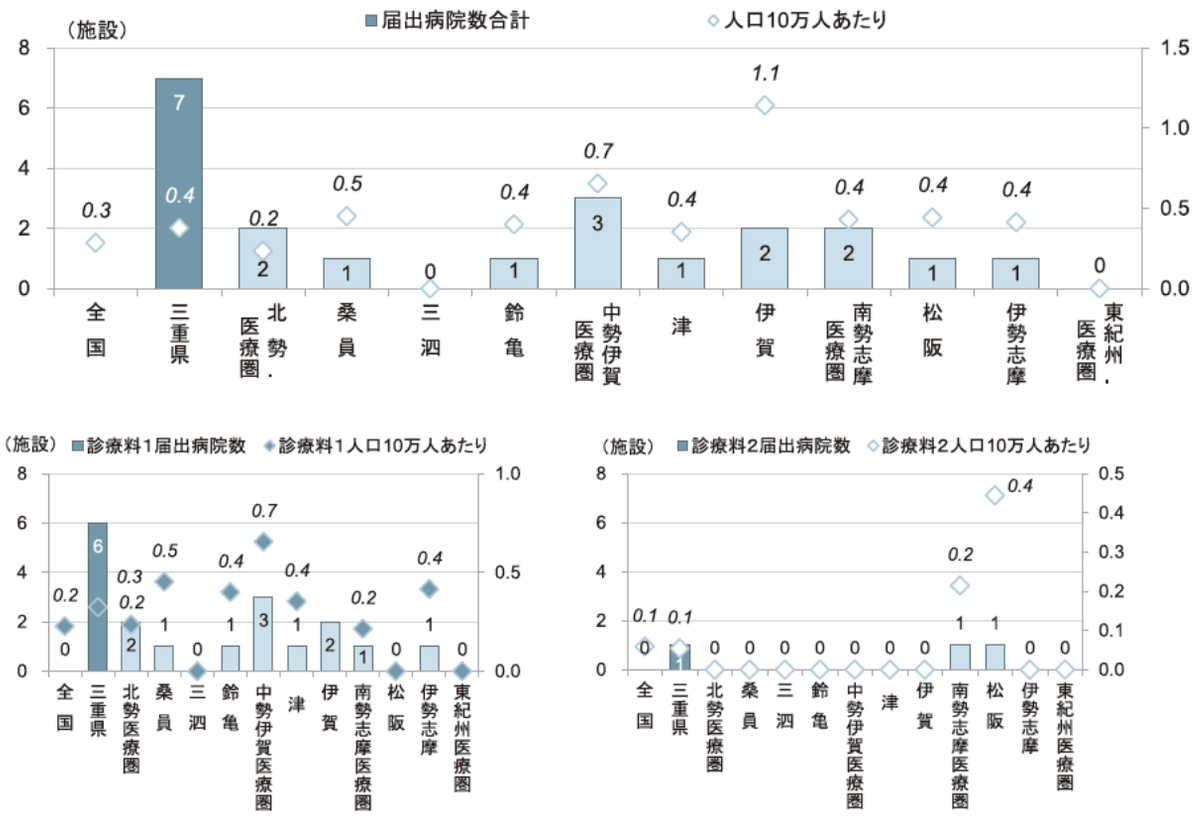
○ 少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医志向、病院志向が影響し、小児救急搬送患者の多くが軽症です。

○ 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）

流出先 / 患者住所地	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%	1.9%
中勢伊賀医療圏	29	2,328	13			1.8%	1.8%	0.0%
南勢志摩医療圏	13	177	2,934			6.1%	6.1%	0.0%
東紀州医療圏				159	327	67.3%	0.0%	67.3%
三重県から県外への流出率　4.1%								

流入元 / 施設住所地	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%	0.3%
中勢伊賀医療圏	138	2,328	177		31	12.9%	11.8%	1.2%
南勢志摩医療圏	15	13	2,934		14	1.4%	0.9%	0.5%
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ろ学園、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「みえ歯ーとネット」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)

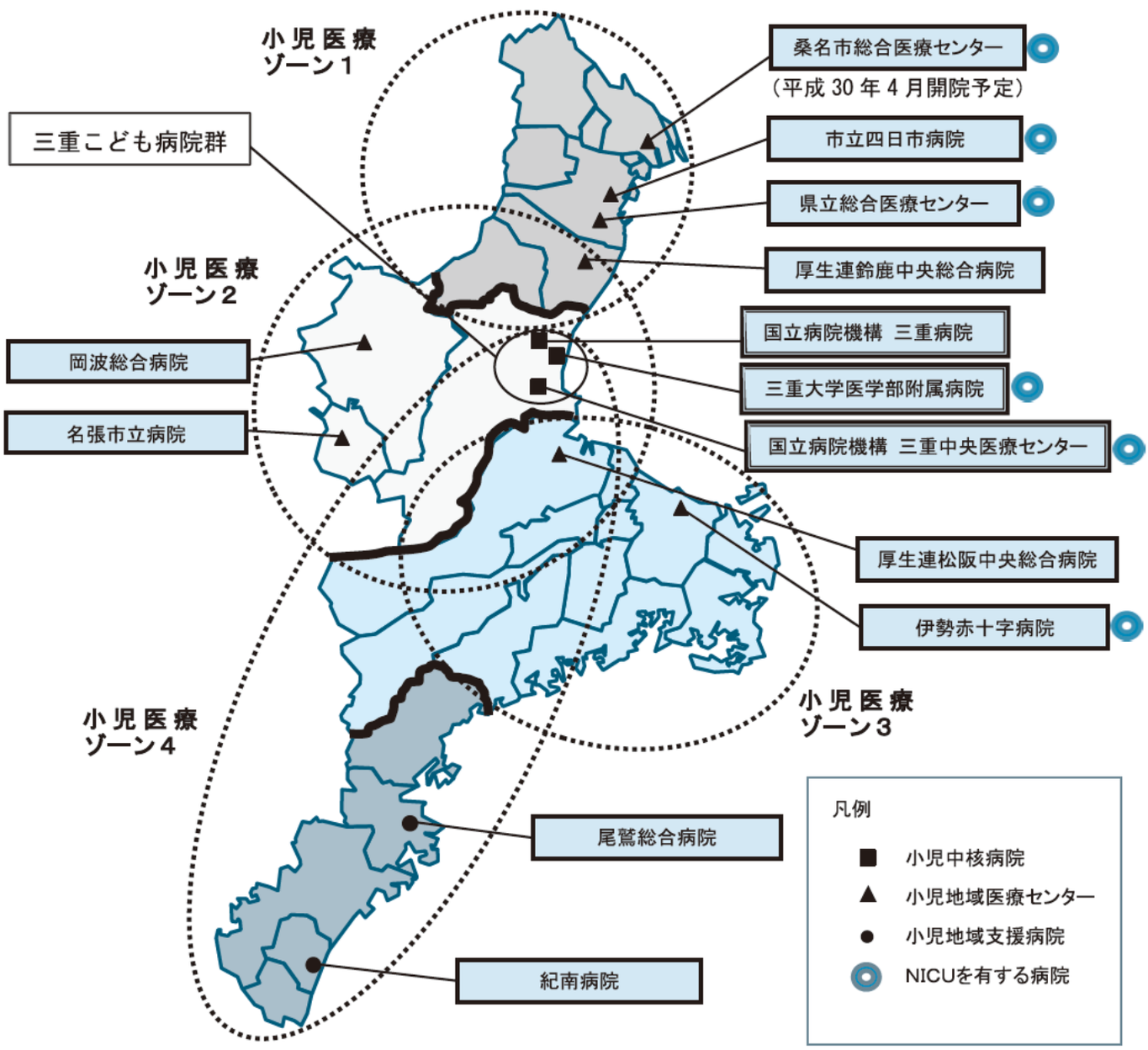
[3] 出典：平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)」の中間報告

[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。

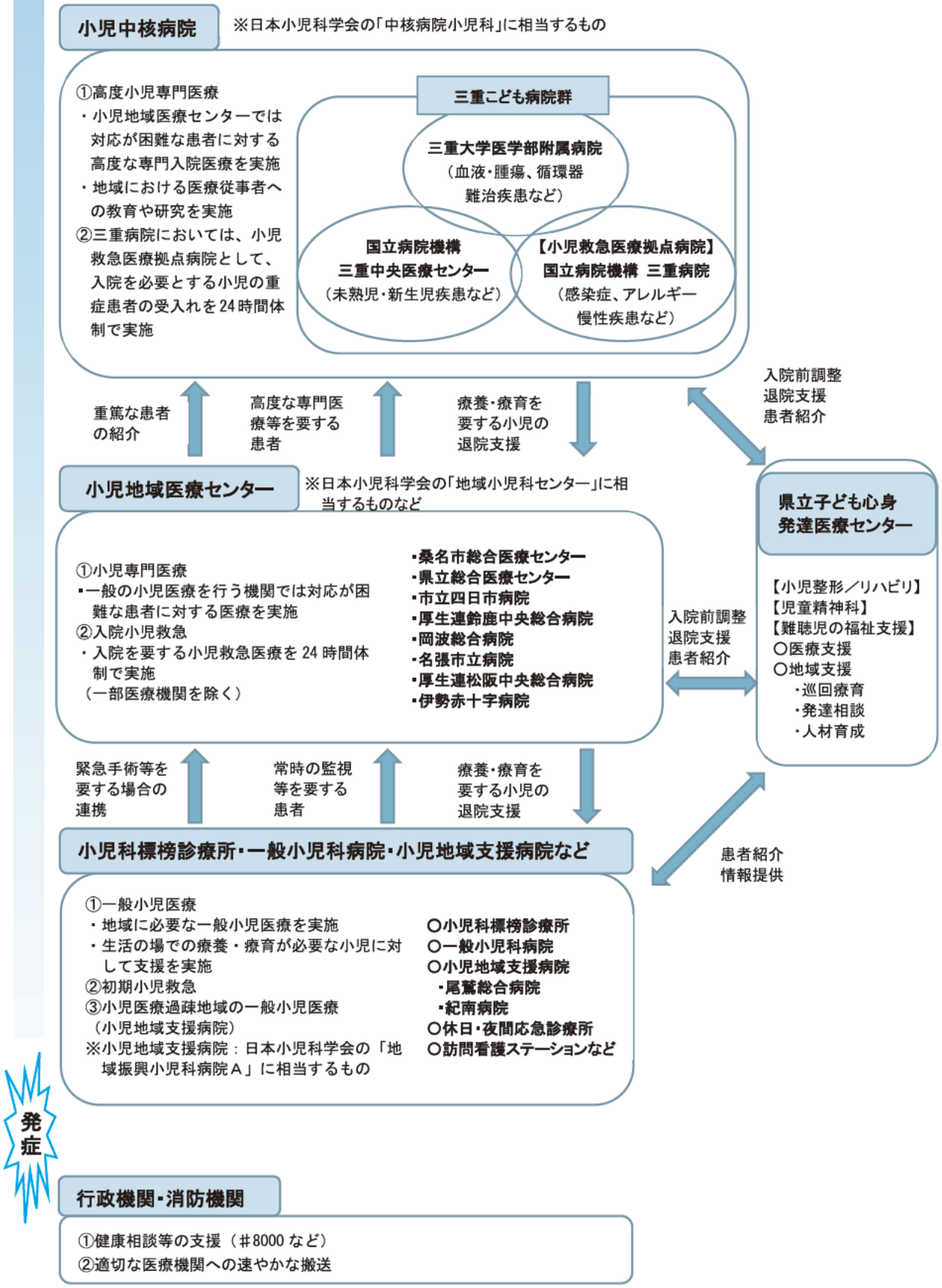
○ 日常的な診療等は小児科標榜診療所（地域のかかりつけ医など）や一般小児科病院で、一般の小児医療では対応が困難な患者については小児地域医療センターで、また、重症患者や専門性の高い診療を要する患者は小児中核病院である「三重こども病院群」の３病院で、機能分担や連携を図り、必要な医療が受けられる体制を整備します。

○ 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機関の受入等実態調査】	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。 （　）内は重症以上で搬送された件数	目　標 90 件以下（0 件） 現　状(H27) 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、国の動向をふまえ、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)	全　国	175	0.1	752	0.6
※機能強化型（単独）	三重県	0	0	0	0
在宅療養支援診療所(2)	全　国	2,614	2.0	4,486	3.5
※機能強化型（連携）	三重県	51	2.8	95	5.1
在宅療養支援診療所(3)	全　国	11,894	9.3	24,335	19.0
※従来型	三重県	126	6.8	126	6.8
在宅療養支援病院(1)	全　国	152	0.1	16,534	12.9
※機能強化型（単独）	三重県	2	0.1	173	9.4
在宅療養支援病院(2)	全　国	305	0.2	33,099	25.8
※機能強化型（連携）	三重県	5	0.3	518	28.0
在宅療養支援病院(3)	全　国	652	0.5	63,253	49.3
※従来型	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数

（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
全　国	4,013	3.2
三重県	67	3.7

		人　数（千人）	人口 10 万人あたり人数（人）
訪問リハビリテーション利用者数	全　国	133.8	105.4
	三重県	2.6	143.8
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	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	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入れできると回答した病院の病床区分・病床数

（単位：か所）

	一般病床				療養病床	精神科病床	計
	～99 床	100～199 床	200～299 床	300 床～			
常に受入れできる	2		2	2	1		7
常に受入れできる（自院または連携診療所等の退院患者に限定）	1	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視点から短期入所サービスの充実が求められます。短期入所サービスは、特別養護老人ホーム等の福祉施設が実施する「生活介護」と、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（死亡診断書のみの場合を含む）	
	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）年度の同調査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	在宅死亡者数	総数に占める在宅死亡者数の割合	総　数	在宅死亡者数	総数に占める在宅死亡者数の割合	A/D (%)	B/E (%)	C-F
	A	B	C	D	E	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

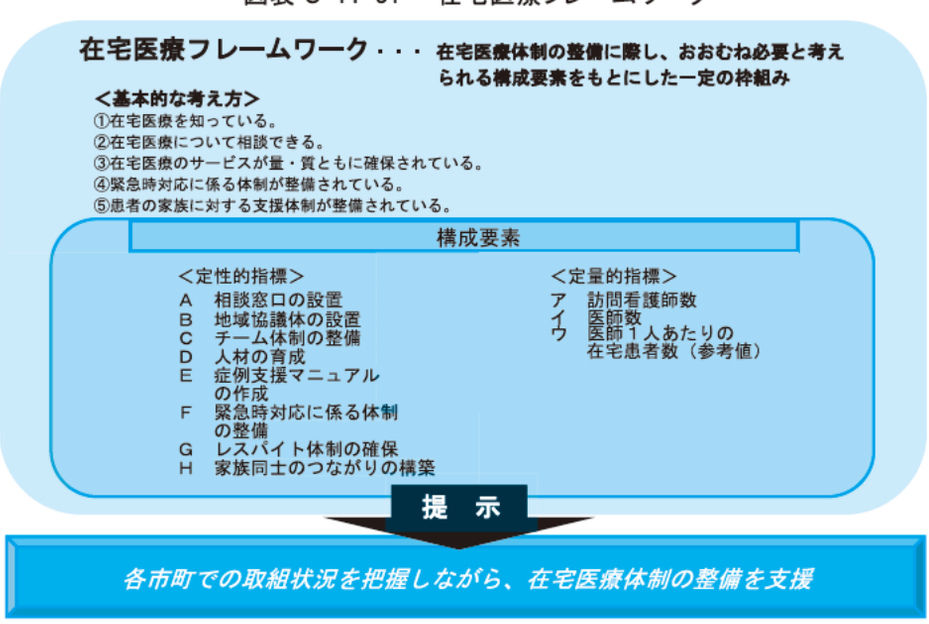
(1) 圏域の設定

○ 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 症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

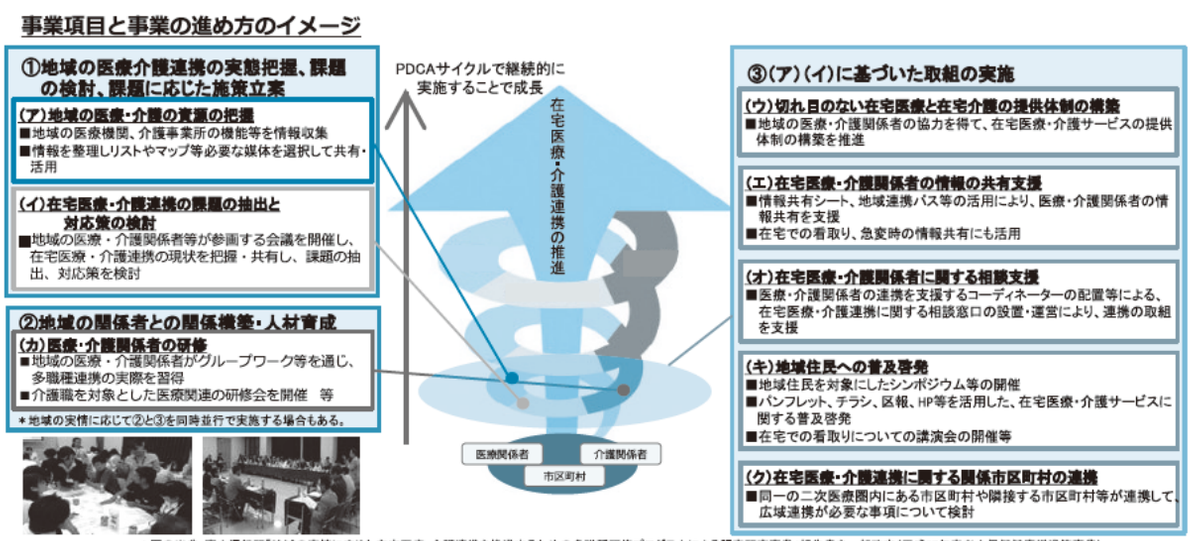
項目		対応済み		対応中		未対応	
A	相談窓口の設置	16	55.2%	13	44.8%	0	0.0%
B	地域協議体の設置	26	89.7%	3	10.3%	0	0.0%
C	チーム体制の整備	3	10.3%	26	89.7%	0	0.0%
D	人材の育成	29	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
E	症例支援マニュアルの作成 ※1	11	37.9%	18	62.1%	0	0.0%
F	緊急時対応に係る体制の整備 ※2	14	48.3%	5	17.2%	10	34.5%
G	レスパイト体制の確保 ※3	29	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
H	家族同士のつながりの構築	27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



＊図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

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	歯科診療所	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	行政の福祉担当者	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	歯科診療所	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	行政の福祉担当者	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	歯科診療所	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	行政の福祉担当者	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

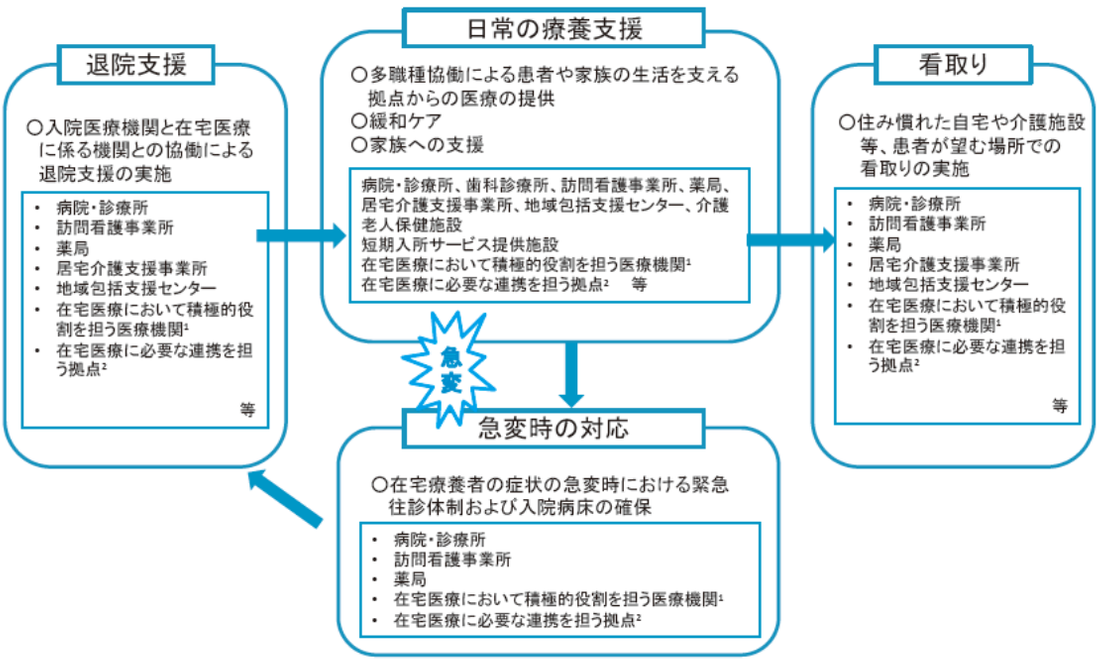
[1]資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」(平成 29 年)
[2]資料：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 29 年)

(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。

<table>
<tr><th>目標項目</th><th>目標項目の説明</th><th colspan="2">目標値・現状値</th></tr>
<tr><td rowspan="4">訪問診療を実施する病院・診療所数

【ＮＤＢ】</td><td rowspan="4">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。※</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>H32</td><td>H35</td></tr>
<tr><td>504</td><td>561</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H27)</td></tr>
<tr><td colspan="3">447 施設</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>訪問診療件数

【ＮＤＢ】</td><td>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。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
8,473 | 9,427
現　状(H27)
7,519件／月</td></tr>
<tr><td>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】</td><td>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。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
441 | 538
現　状(H27)
344人</td></tr>
<tr><td>訪問看護提供件数

【ＮＤＢ、介護ＤＢ】</td><td>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。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
100,195 | 115,694
現　状(H27)
84,696件／年</td></tr>
<tr><td>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】</td><td>「第２次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。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
192 | 219
現　状(H29)
165施設</td></tr>
<tr><td>居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】</td><td>居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。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
500 | 729
現　状(H28)
272施設</td></tr>
<tr><td>退院時共同指導件数

【ＮＤＢ】</td><td>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。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
450 | 670
現　状(H27)
230件／年</td></tr>
<tr><td>在宅看取りを実施している病院・診療所数

【ＮＤＢ】</td><td>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。※</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
174 | 195
現　状(H27)
155施設</td></tr>
</table>

※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の整備を検討します。（医療機関、医師会、薬剤師会、市町、関係機関）

○ 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）