

第5章 事業ごとの医療連携体制

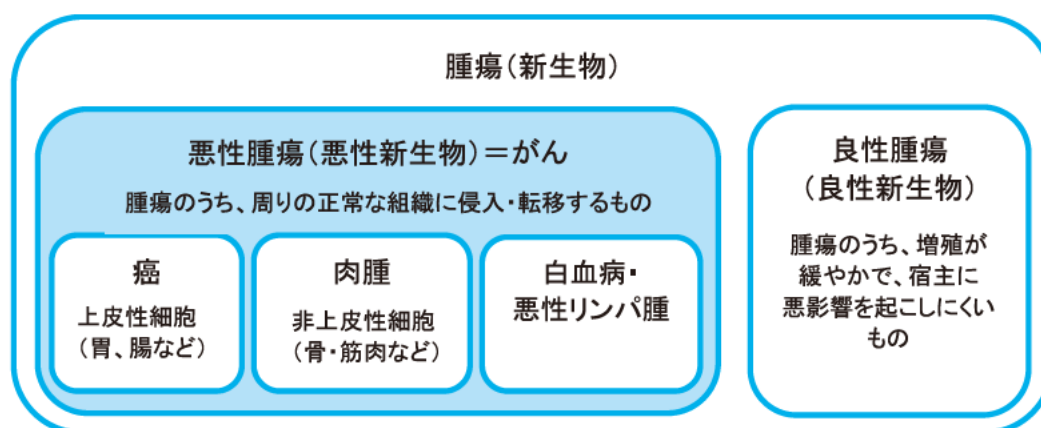
第1節 がん対策

1. がんにおける医療の現状

(1) がんの疫学

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

図表 5-1-1 がんの概念図



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

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

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

出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」をもとに算出

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

¹ 高血圧性のものを除きます。

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

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

図表 5-1-3 がんの部位別5年相対生存率

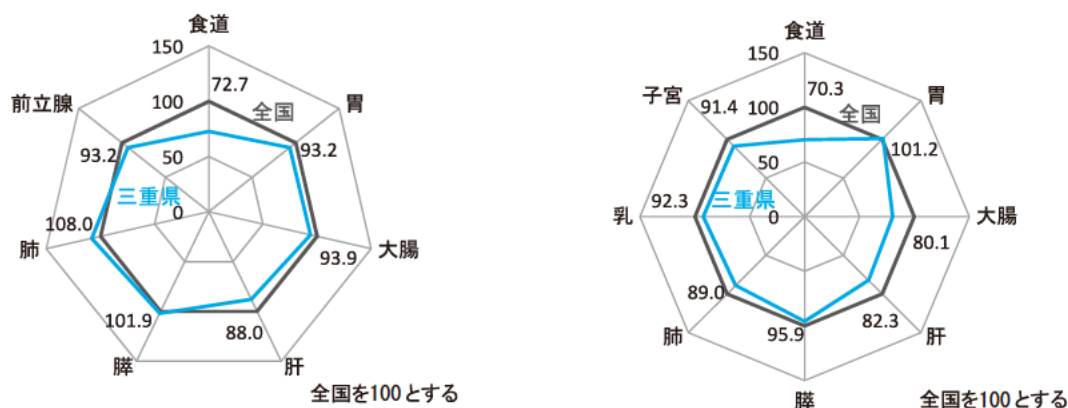
(単位：%)

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

出典：公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計 (2011 年版)」

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

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



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

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

² 出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」

(2) がんの予防・がんの早期発見

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

図表 5-1-5 禁煙外来を行っている医療機関数

(単位：か所)

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

出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査（個票解析）」

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

³ 出典：厚生労働省「平成 22 年 国民生活基礎調査」

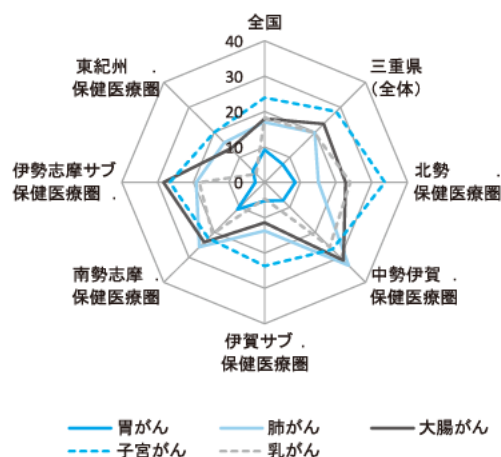
⁴ 出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

⁵ 出典：厚生労働省「平成 23 年 地域保健・健康増進事業報告」

がん検診精度管理検討委員会」において、検診精度の向上と管理に努めています。

図表 5-1-6 保健医療圏別がん検診受診率

(単位：％)



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

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

出典：厚生労働省「平成23年 地域保健・健康増進事業報告」

(3) がんの医療

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

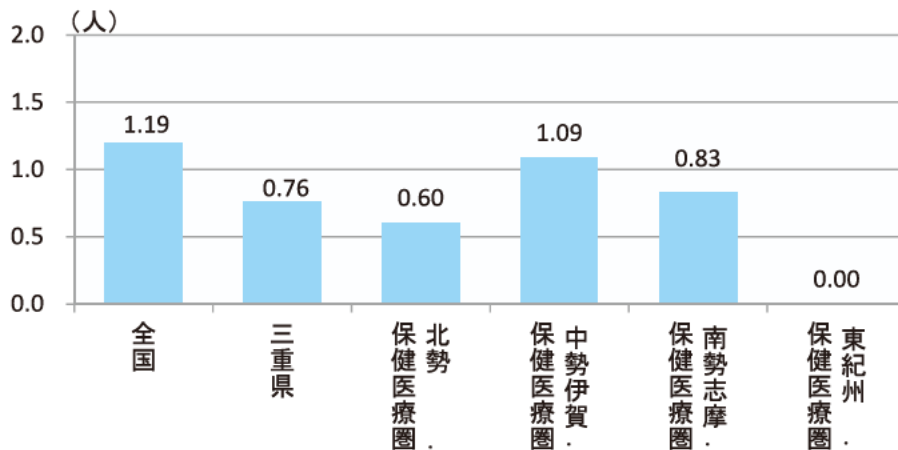
① 診断

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

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

⁷ 出典：三重県調査

図表 5-1-7 人口 10 万人あたりの病理診断科医師数



出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

② 治療

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

図表 5-1-8 悪性腫瘍手術の実施件数(病院)

(単位：件／月)

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

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

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

図表 5-1-9 放射線治療機器、外来化学療法室等を所有している医療機関数

(単位：か所)

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

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

図表 5-1-10 放射線治療の体外照射の実施件数

(単位：件／月)

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

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

図表 5-1-11 外来化学療法実施件数(病院)

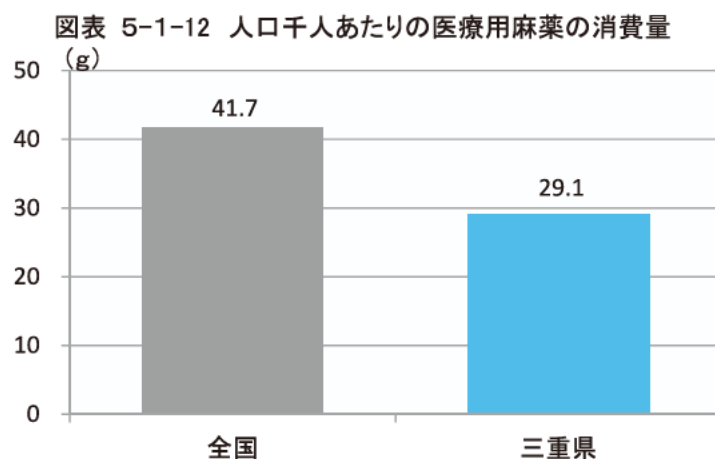
(単位：件／月)

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

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

③ 緩和ケア*

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



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

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

(単位：か所)

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

¹ 出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査（個票解析）」

² 出典：三重県「薬局等業態数一覧」（平成 24 年 3 月末時点）

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

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

(単位：チーム、棟、床)

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

出典：三重県調査（平成 24 年）

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

⁸ 出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」

④ リハビリテーション、在宅療養

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

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

（単位：か所、件）

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

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

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

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

図表 5-1-16 がん患者に対してカウンセリングを実施している医療機関数

（単位：か所）

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

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

⑤ 地域的な取組

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

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

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

（4）がんの受療動向

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

図表 5-1-17 保健医療圏別 がん入院患者の流出・流入状況

（単位：件／半年）

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

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

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

図表 5-1-18 保健医療圏別 がん外来患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

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

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

① 部位別の受療動向

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

図表 5-1-19 がんの部位別流出率状況

(単位：%)

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

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

② 治療法別の受療動向

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

図表 5-1-20 がんの治療法別流出入率状況

(単位：%)

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

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

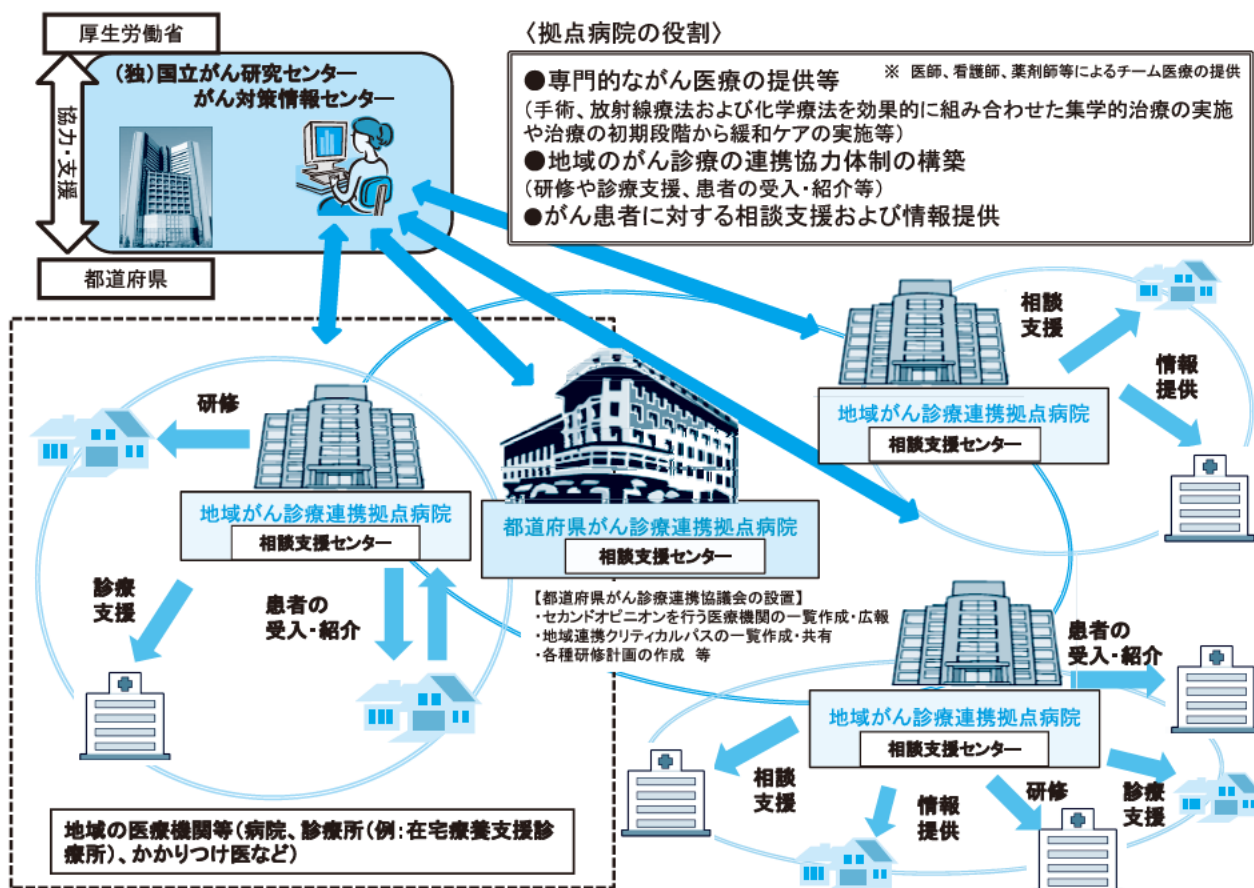
2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

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

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

図表 5-1-21 がん診療連携拠点病院制度のイメージ図



出典：厚生労働省 「がん診療連携拠点病院制度について」 ホームページ

(2) 連携の現状

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

(3) 各医療機能を担う医療機関

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

3. 課題

(1) 予防体制

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

(2) 医療提供体制

① 診断

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

② 治療

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

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

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

③ 緩和ケア

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

④ リハビリテーション、在宅医療

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

⑤ 地域的な取組

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

ることで、広域的な相談支援体制の整備を進める必要があります。

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

4. 施策の展開

(1) めざす姿

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

【 数値目標 】

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

(2) 取組方向

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

取組方向 2：がんの早期発見の推進

取組方向 3：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

取組方向 4：がんと共に生きるための社会づくりの推進

(3) 取組内容

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

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

取組方向 2：がんの早期発見の推進

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

取組方向 3：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

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

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

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

取組方向4：がんと共に生きるための社会づくりの推進

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

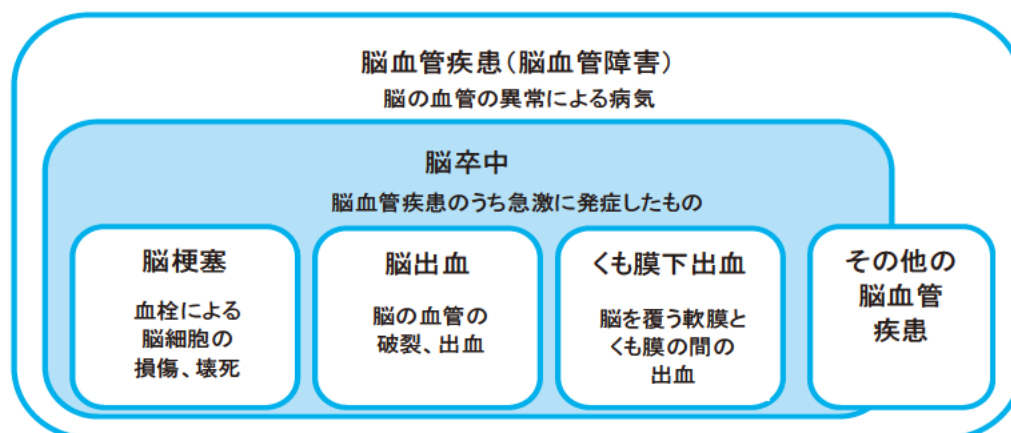
第2節 脳卒中対策

1. 脳卒中における医療の現状

(1) 脳卒中の疫学

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

図表 5-2-1 脳卒中の概念図



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

図表 5-2-2 脳血管疾患分類別の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）

	区 分	脳血管疾患	脳血管疾患分類別の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）		
			脳梗塞	脳内出血	くも膜下出血
男	全 国 ¹	47.3	24.3	16.5	5.3
	三重県 ²	45.4	23.5	15.9	4.6
女	全 国 ¹	26.3	12.3	7.6	5.7
	三重県 ²	27.4	13.8	8.2	4.5

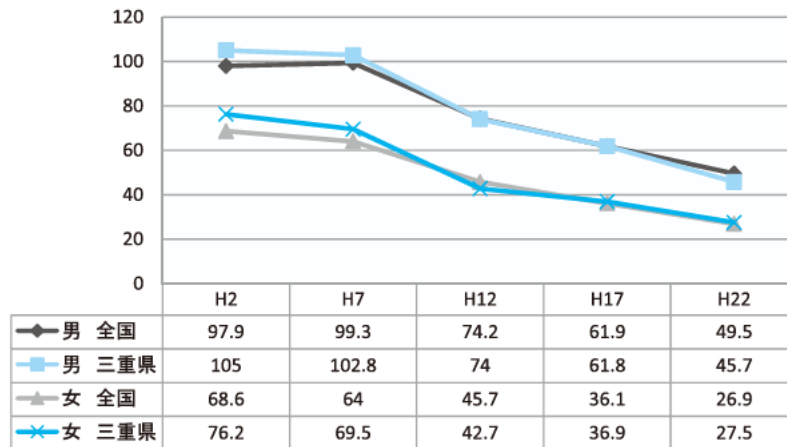
¹ 出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

² 出典：三重県「平成23年 人口動態調査（三重県による特別集計）」

¹ 出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

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

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



出典：厚生労働省「平成22年 都道府県別年齢調整死亡率」

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

図表 5-2-4 脳血管疾患患者の在宅死亡割合

(単位：人)

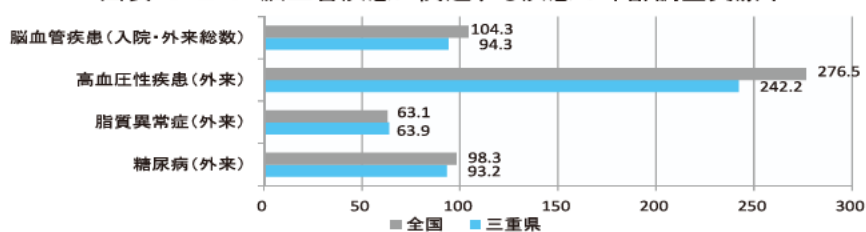
	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自宅	その他	総数
全 国	95,460	3,506	3,027	7,234	13,497	1,143	123,867
	77.1%	2.8%	2.4%	5.8%	10.9%	0.9%	
	82.3%			16.7%		0.9%	
三重県	1,401	54	137	139	203	32	1,966
	71.3%	2.7%	7.0%	7.1%	10.3%	1.6%	
	81.0%			17.4%		0.8%	

出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

(2) 脳血管疾患の患者数と受療動向

- 平成 23（2011）年 10 月の調査日において、県内の医療機関で受療している脳血管疾患の患者数は、18 千人と推計されています²。
- 人口 10 万人あたりの脳血管疾患の年齢調整受療率は、全国の 104.3 に対して本県は 94.3 と少ない水準です。

図表 5-2-5 脳血管疾患に関連する疾患の年齢調整受療率



出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

² 出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

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

図表 5-2-6 保健医療圏別 脳血管障害 入院患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

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

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

図表 5-2-7 保健医療圏別 脳血管障害 外来患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

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

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

(3) 脳卒中の予防

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

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

(4) 脳卒中の医療

① 医療提供体制

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

図表 5-2-8 神経内科・脳神経外科医師数

(単位：人)

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

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

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

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

図表 5-2-9 SCUを有する病院・病床数

(単位：か所・床)

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

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

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

② 発症直後の救護・搬送

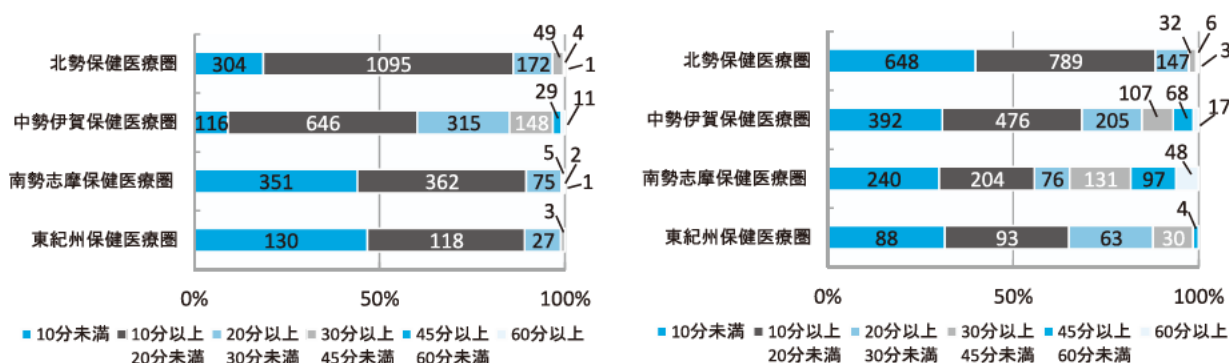
- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで効果が高く後遺症もより少なくなるため、

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

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

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

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



出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

図表 5-2-11 脳血管疾患の救急搬送件数

(単位：件・%)

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

出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

③ 診断

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

⁴ 出典：消防庁「平成 24 年版 救急・救助の現況」

④ 急性期の治療

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

図表 5-2-12 急性期の治療に関する医療の提供状況

（単位：か所、件／半年）

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

¹ 出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況に関する集計結果」

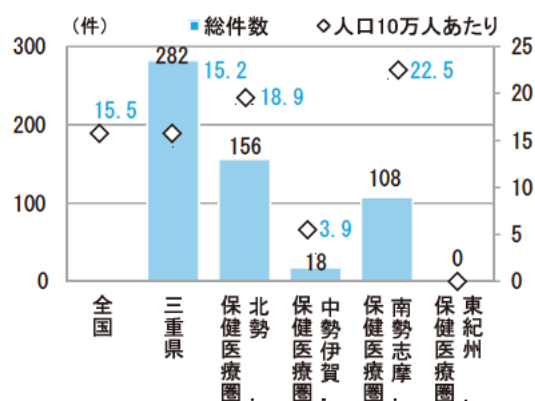
² 出典：厚生労働省「NDB」（平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月）

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

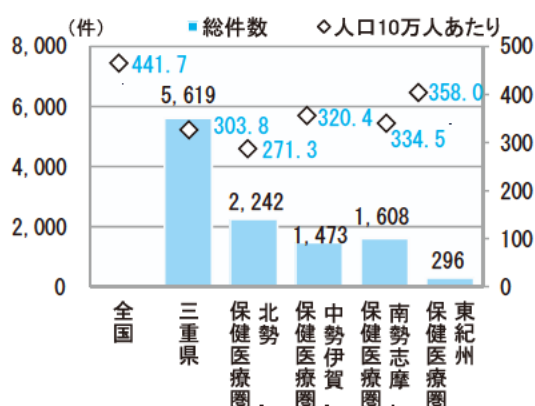
紀州保健医療圏では作成の取組が進んでいません。

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

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



図表 5-2-14 早期リハビリテーション実施件数

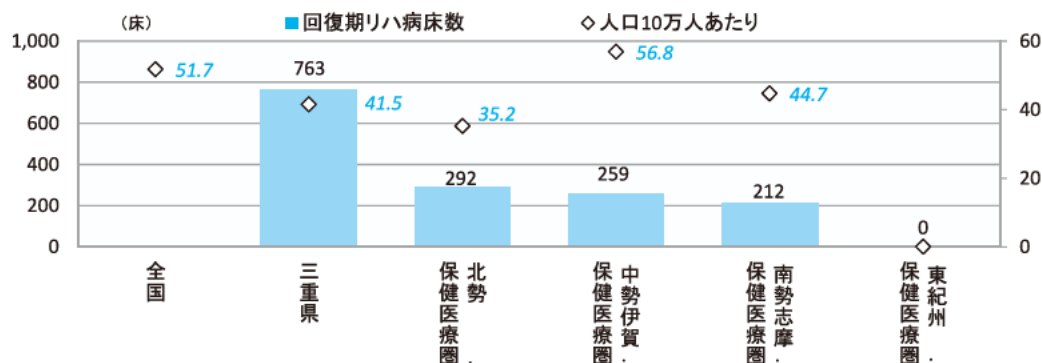


出典：いずれも厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

⑤ 回復期の治療

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

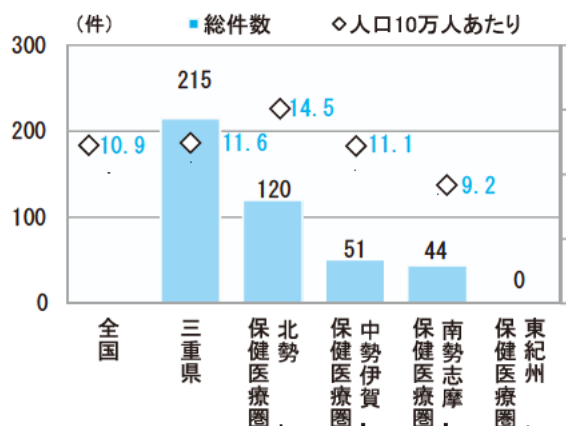
図表 5-2-15 回復期リハビリテーション病床数



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

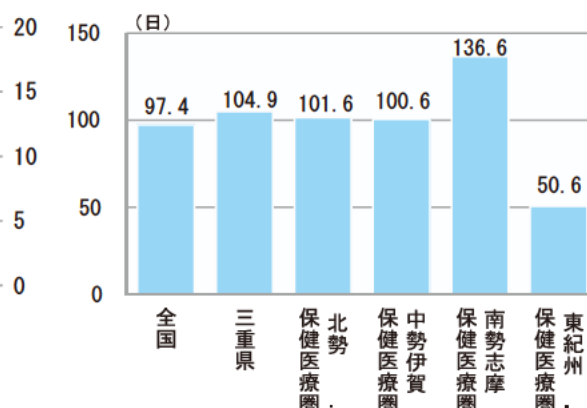
- 地域の医療機関で共通使用する地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数は、北勢保健医療圏と中勢伊賀保健医療圏で全国平均より多くなっています。
- 県内の脳血管疾患患者の平均在院日数は 104.9 日と、全国平均 97.4 日と比べて長くなっています。

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



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

図表 5-2-17 脳血管疾患退院患者平均在院日数



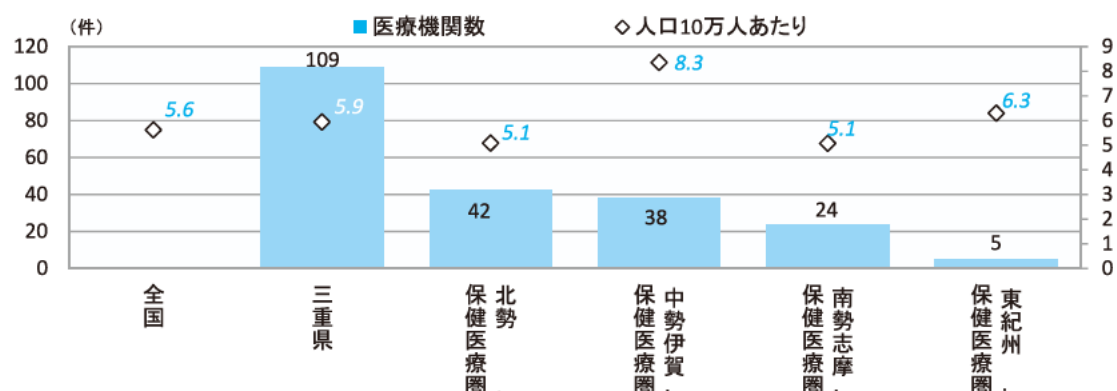
出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

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

⑥ 在宅医療、医療連携

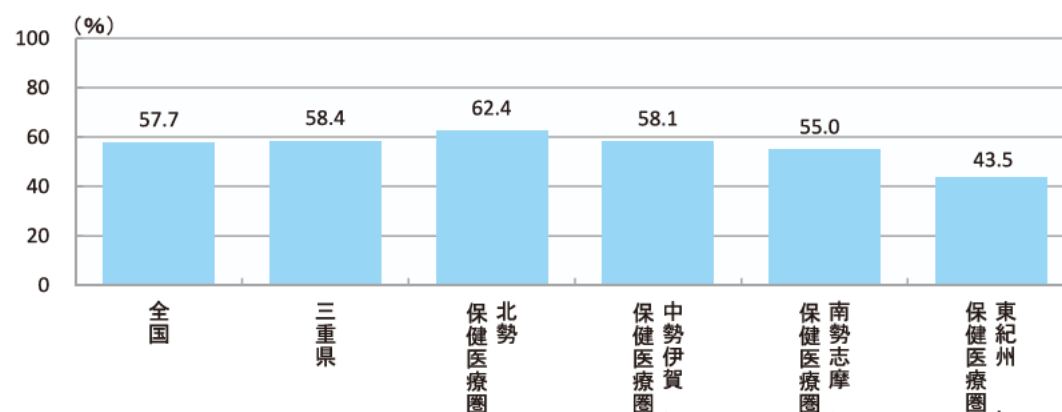
- 在宅療養では、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、再発に備えて患者の周囲にいる人が対応策を学んでおくことが大切です。
- 脳血管疾患等のリハビリテーションが可能な医療機関は県内に 109 施設あり、人口 10 万人あたりで全国平均をやや上回っています。
- 脳血管疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 58.4%で、全国平均の 57.7%をやや上回る成果を得ていますが、東紀州保健医療圏では 43.5%と低くなっています。

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



出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

図表 5-2-19 脳血管疾患の在宅等生活の場への復帰割合



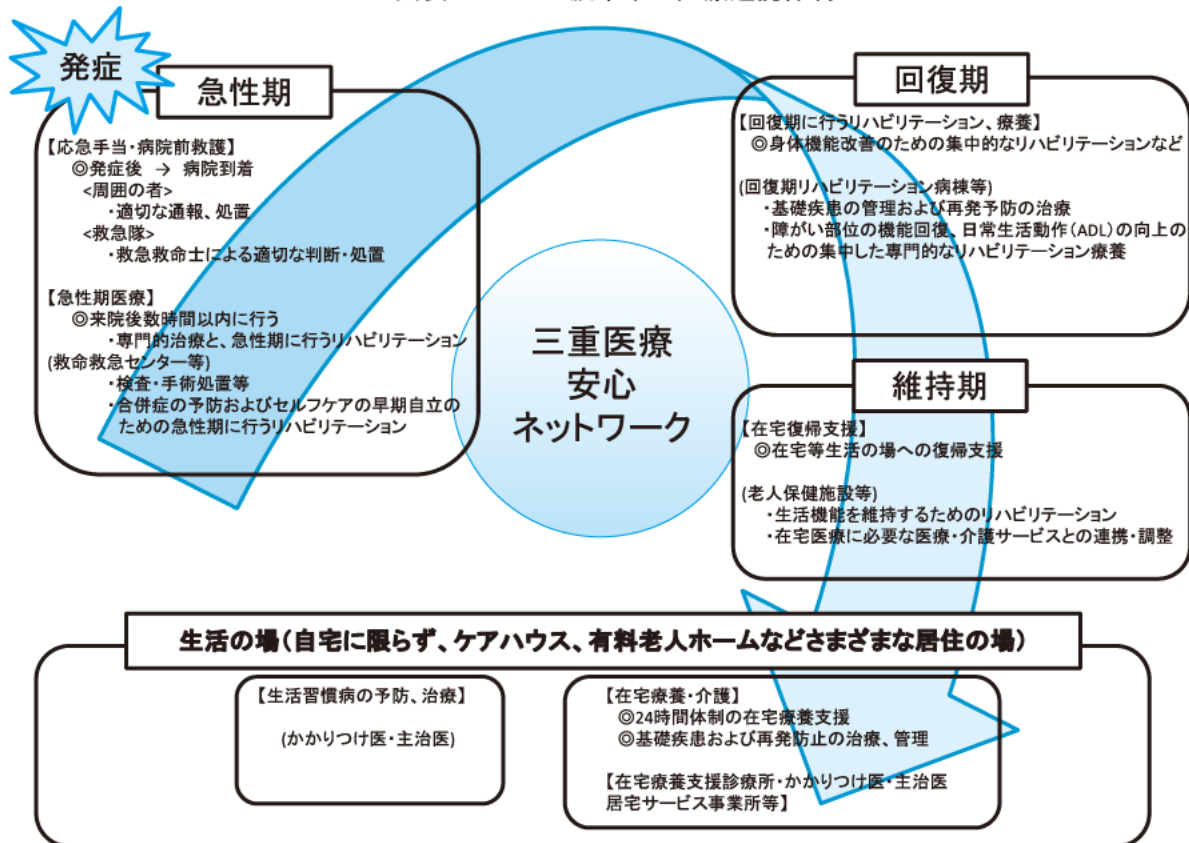
出典：厚生労働省「医政局指導課による平成20年患者調査特別集計」

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 病院前救護を含む急性期、回復期の医療機関の連携に加えて、維持期を担う療養病床、老人保健施設、また、在宅ケアを担う、かかりつけ医、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、ケアマネジャー*等が連携し、切れ目なくケアが提供できる医療連携体制を構築していく必要があります。

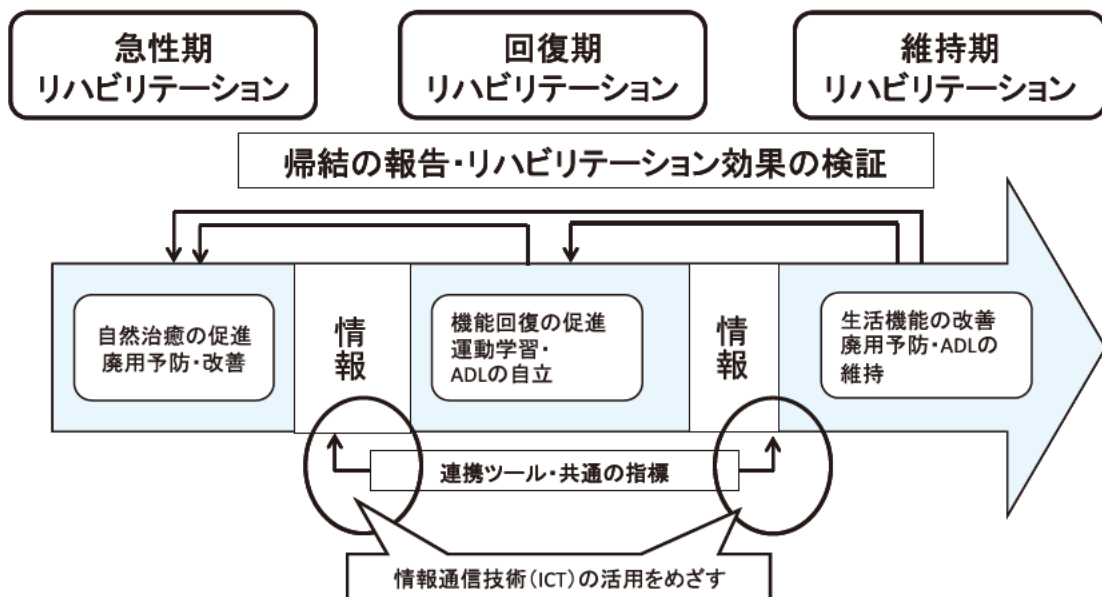
図表 5-2-20 脳卒中の医療連携体制



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

図表 5-2-21 脳卒中の地域連携クリティカルパス

地域連携クリティカルパス(リハビリテーションの立場から)



出典：脳卒中医療連携研究会資料をもとに作成

(2) 連携体制の現状

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

図表 5-2-22 脳卒中医療連携圏域ごとの医療資源と連携体制等の現状

圏 域	医療資源と連携体制等の現状
桑名・員弁地域	・ S C Uを備えた病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院があり、老人保健施設、訪問看護ステーションも一定程度整備されています。
四日市地域	・ 救命救急センターの機能を有する急性期病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されています。 ・ 在宅医療の連携の仕組みが構築されつつあります。
鈴鹿・亀山地域	・ 急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されています。
津地域	・ 救命救急センターの機能を有する急性期病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されていますが、二次救急医療体制の充実が課題となっています。 ・ 神経内科、脳神経外科の医師が比較的多く確保されています。 ・ 脳卒中に関する在宅医療に向けた機能連携検討会が開催され、地域における回復期の在宅医療等の連携の仕組みが構築されつつあります。
伊賀・名張地域	・ 地域での二次救急医療体制が構築されていますが、神経内科、脳神経外科医師の確保が必要です。 ・ 地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組が必要です。 ・ 津地域や鈴鹿・亀山地域の急性期病院と連携した急性期対応も必要です。
松阪地域	・ S C Uを備えた病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院があり、回復期リハビリテーション病床を有する病院も一定程度整備されています。
伊勢志摩地域	・ 救命救急センターの機能を有する急性期病院、急性期、回復期、維持期の各期とも受入可能な病院が整備されています。
紀北地域	・ 地域の急性期医療を担う病院において脳神経外科、神経内科医師の確保が課題となっています。 ・ 地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組が必要です。 ・ 松阪地域等の急性期病院との連携を図る必要があります。
紀南地域	・ 地域の急性期医療を担う病院に脳神経外科、神経内科医師の確保が課題となっています。 ・ 地域連携クリティカルパスの導入に向けた取組が必要です。 ・ 脳卒中が疑われた急患患者についてC T等により撮影した画像を、医療情報ネットワークにより、和歌山県新宮市の二次救急病院へ送信し、診断および治療は新宮市内の病院で、回復期・維持期の治療は東紀州の二次救急病院で実施するといった、隣県との脳卒中医療体制が構築されつつあります。 ・ 東紀州地域の回復期リハビリテーションを有する病床がないことから、その整備を進めています。

(3) 各医療機能を担う医療機関

医療機能 脳卒中医療連携圏域		受入れ 可能範囲			設 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 いた軽静脈 的血栓溶解 療法を実施 している施 設	脳外科手術 を実施して いる施設	脳血管内手 術を実施し ている施設	急性期リハ ビリテーシ ョンを実施 している施 設	回復期患者 の外来での 受入が可能 である施設	回復期患者 の入院での 受入が可能 である施設	回復期リハ ビリテーシ ョンを実施 できる病床 を有してい る施設	維持期患者 の外来での 受入が可能 である施設	維持期患者 の入院での 受入が可能 である施設	地域連携クリ ティカルパス を導入してい る施設
		急性期	回復期	維持期												
北勢	桑名・員弁	4	8	10	1	1	3	2	2	7	9	9	3	10	10	4
	四日市	2	6	5	2	0	2	2	2	4	5	6	4	4	3	7
	鈴鹿・亀山	2	4	4	2	0	2	2	2	4	5	4	1	5	3	3
中勢	津	5	10	10	1	0	2	2	2	5	7	6	4	12	12	7
	伊賀・名張	2	1	1	1	0	1	2	2	2	1	1	1	2	1	0
南勢	松阪	2	5	8	2	1	2	2	2	3	5	5	2	7	8	5
	伊勢志摩	2	4	4	2	0	1	1	1	2	4	3	2	5	5	5
東紀州	紀北	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	紀南	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0
総計		20	40	43	11	2	13	14	13	28	38	36	17	46	43	31

出典：三重県調査（平成24年）

3. 課題

(1) 予防体制

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

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

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

② 急性期の治療

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

③ 回復期の治療

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

④ 在宅医療、医療連携

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

4. 施策の展開

(1) めざす姿

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

【 数値目標 】

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

(2) 取組方向

取組方向 1：発症予防対策の充実

取組方向 2：迅速な対応が可能な急性期の医療体制の構築

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

取組方向 4：地域ケア体制を推進する連携システムの充実

(3) 取組内容

取組方向 1：発症予防対策の充実

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

慣病の予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、市町、県、関係機関)

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

取組方向2：迅速な対応が可能な急性期の医療体制の構築

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

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

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

取組方向4：地域ケア体制を推進する連携システムの充実

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

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

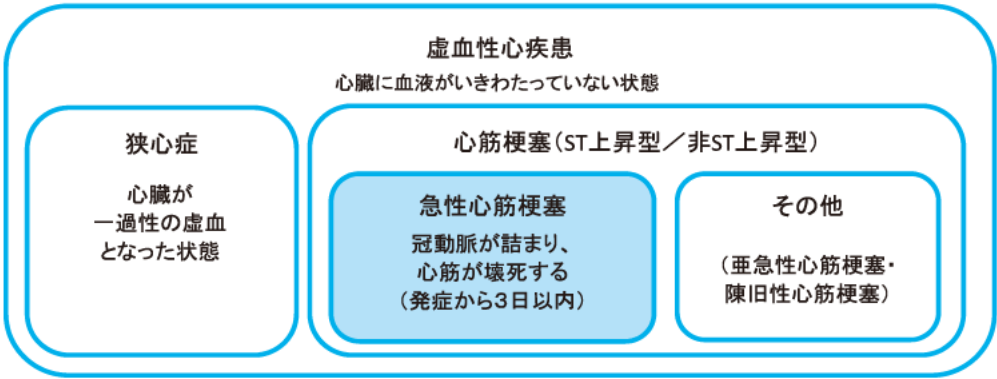
第3節 急性心筋梗塞対策

1. 急性心筋梗塞における医療の現状

(1) 急性心筋梗塞の疫学

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

図表 5-3-1 急性心筋梗塞の概念図



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

図表 5-3-2 心疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

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

¹ 出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

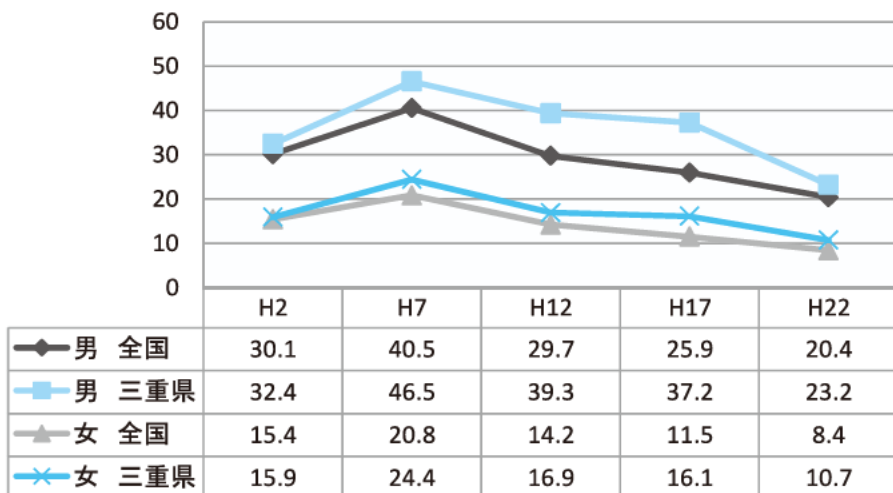
² 出典：三重県「平成23年 人口動態調査（三重県による特別集計）」

¹ 出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」

² 出典：厚生労働省「平成 22 年 都道府県別年齢調整死亡率」

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

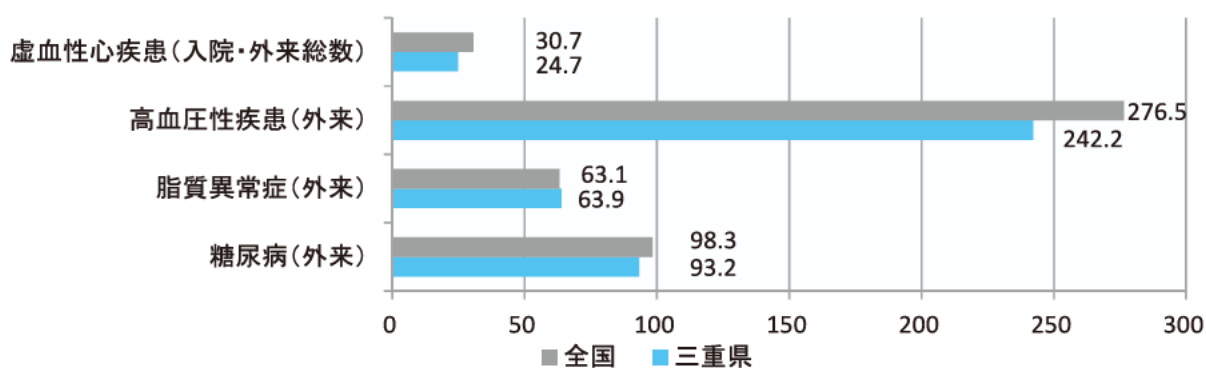
図表 5-3-3 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



出典：厚生労働省「平成 22 年 都道府県別年齢調整死亡率」

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

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



出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

(2) 急性心筋梗塞の予防

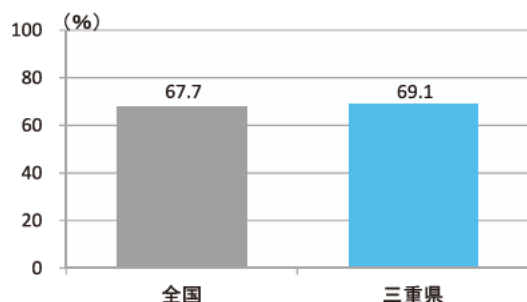
- 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病に基づくものや喫煙、肥満、ストレス等があり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 本県の健康診断・健康診査の受診率は 69.1%で、全国の 67.6%と比較して高い傾向にあ

³ 出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

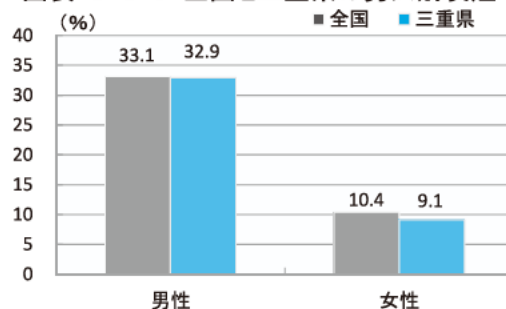
ります。

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

図表 5-3-5 健康診断・健康診査の受診率



図表 5-3-6 全国と三重県の男女別喫煙率



出典：いずれも厚生労働省「平成 22 年 国民生活基礎調査」

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

図表 5-3-7 禁煙外来を行っている診療所数および病院数

(単位：か所)

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

出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査（個票解析）」

(3) 急性心筋梗塞の医療

① 急性心筋梗塞の受療動向

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

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

図表 5-3-8 保健医療圏別 急性心筋梗塞 入院患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

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

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

図表 5-3-9 保健医療圏別 急性心筋梗塞 外来患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

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

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

② 医療提供体制

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

図表 5-3-10 循環器内科・心臓血管外科医師数

(単位：人)

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

出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

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

図表 5-3-11 CCU を有する病院数と病床数

（単位：か所、床）

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

出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

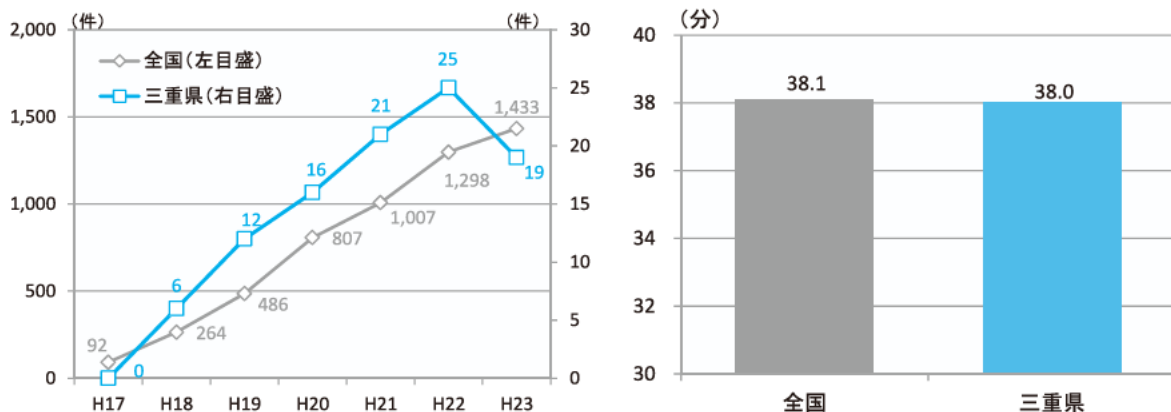
③ 発症後の救護・搬送等

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

⁵ 出典：三重県調査（平成 21 年度）

⁶ 出典：消防庁「平成 24 年版 救急・救助の現況」

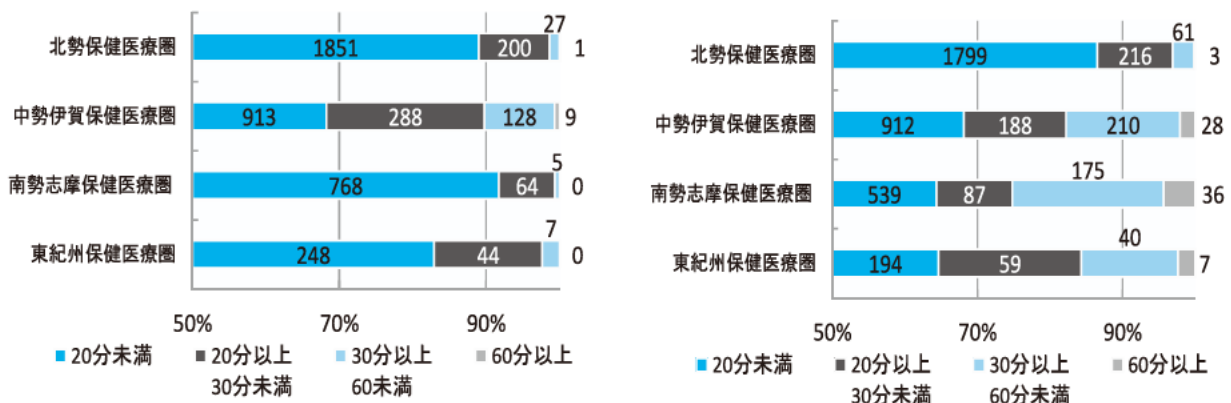
図表 5-3-12 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち住民により除細動が実施された件数(左グラフ)
救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間(右グラフ)



出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

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

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



出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

図表 5-3-14 心疾患の救急搬送件数

(単位：件、%)

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

※松阪地区広域消防組合については、集計不能のため掲載していません。

出典：三重県「平成 23 年 救急隊の活動所要時間別出動状況調査」

④ 診断

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

⑤ 急性期の治療

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

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

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

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況（平成 24 年 1 月）」

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

図表 5-3-16 手術件数

(単位：件／半年)

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

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

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

⑥ 心臓リハビリテーション

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

図表 5-3-17 心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数

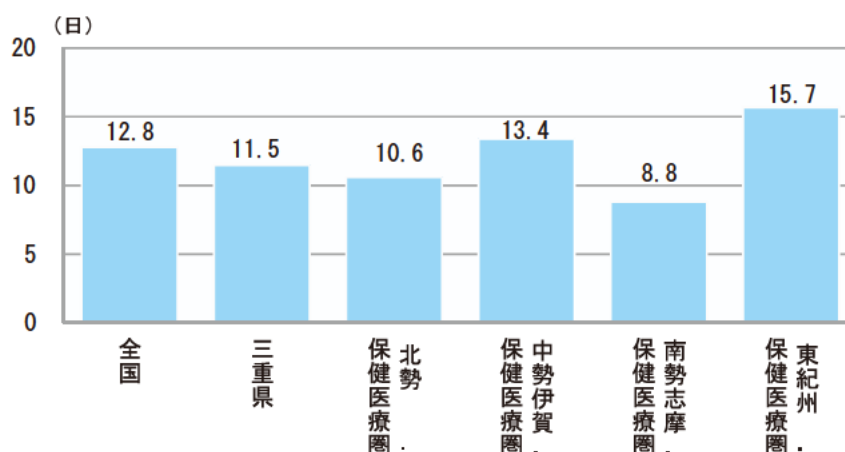
(単位：か所)

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

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況（平成 24 年 1 月）」

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

図表 5-3-18 虚血性心疾患患者平均在院日数



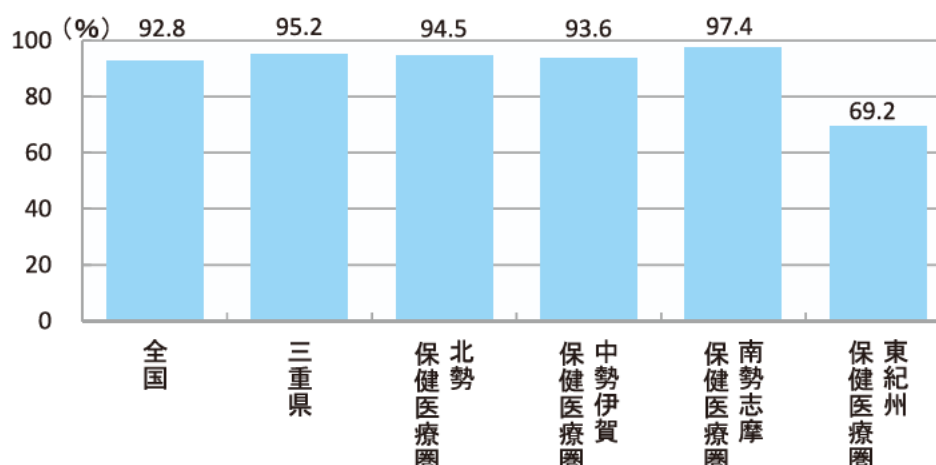
※本県のデータについては、虚血性心疾患の治療とは考えにくい短期および長期入院と思われるデータを除くことにより補正しました。全国データは補正していませんので、参考値となります。

出典：厚生労働省「平成 20 年 患者調査（個票解析）」をもとに作成

⑦ 急性期以降の医療

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

図表 5-3-19 虚血性心疾患退院患者の在宅等への復帰割合



出典：厚生労働省「医政局指導課による平成 20 年患者調査の特別集計」

⑧ 保健医療圏別の特徴や取組

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

図表 5-3-20 各保健医療圏の特徴および取組

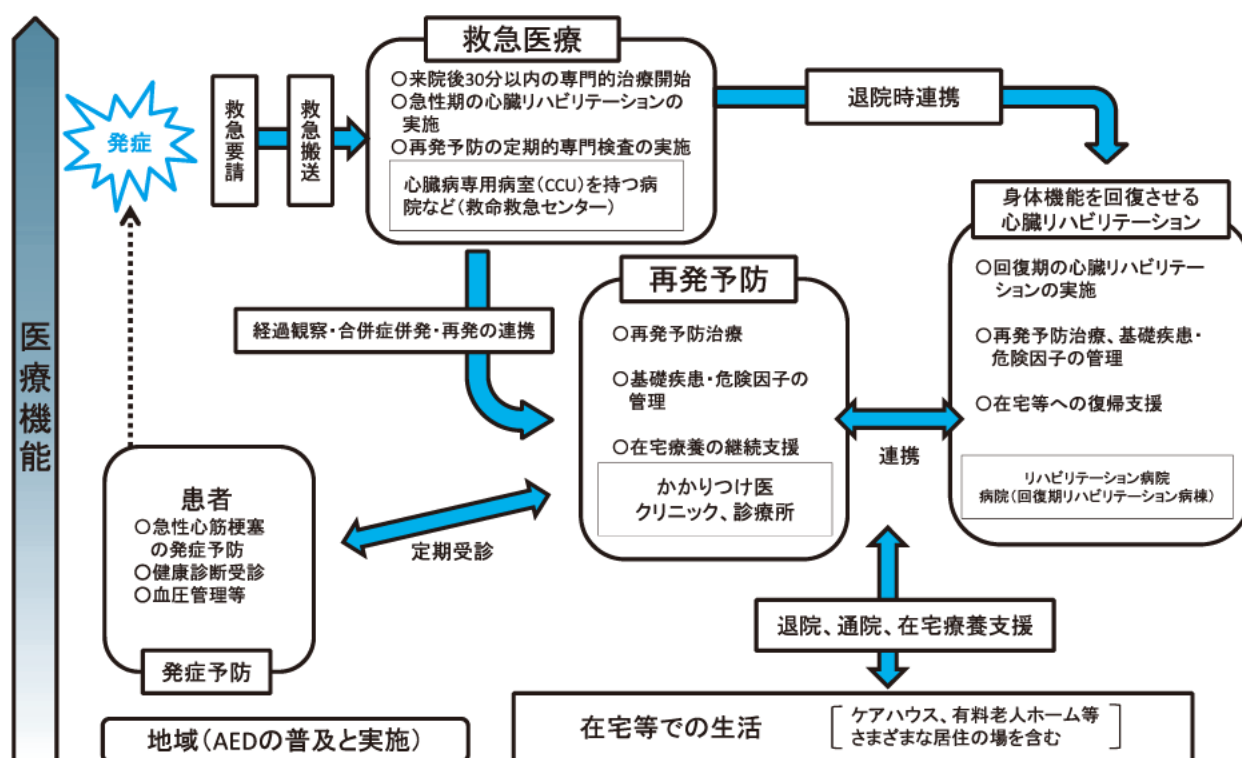
保健医療圏	特徴および取組
北勢保健医療圏	急性心筋梗塞の急性期の治療を行う 3 施設において地域連携クリティカルパスが整備されています。
中勢伊賀保健医療圏	- 救急車の現場滞在時間が他の保健医療圏よりも長くなっています。 - モデル的に救急車に心電図の電送システムを配備し、救急搬送中から、患者の心電図を救急医療機関へ伝送し、読影が可能となる仕組みを構築する予定です。 - 他の保健医療圏と比べて、循環器内科や心臓血管外科の医師数が多くなっています。
南勢志摩保健医療圏	CCUを有する病院が多く整備され、経皮的冠動脈形成手術件数、心臓血管外科手術の人口 10 万人あたり件数は、他の保健医療圏と比べて多くなっています。他の保健医療圏からの流入患者数も多くなっています。
東紀州保健医療圏	- 急性心筋梗塞の治療について、外来患者の県外への流出が多い傾向にあります。 - 循環器内科や心臓血管外科の医師が不足しています。

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

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

図表 5-3-21 急性心筋梗塞の医療連携体制



出典：厚生労働省提供資料を一部改変

(2) 連携体制の現状

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

(3) 各医療機能を担う医療機関

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

¹出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

²出典：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」

3. 課題

(1) 予防体制

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

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

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

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

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

② 急性期の治療

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

③ 心臓リハビリテーション

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

④ 急性期以降の医療

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

4. 施策の展開

(1) めざす姿

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

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

【 数値目標 】

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

(2) 取組方向

取組方向 1：発症予防対策の充実

取組方向 2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

取組方向 3：急性心筋梗塞医療の地域ケア連携システムの構築

(3) 取組内容

取組方向 1：発症予防対策の充実

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

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

取組方向 2：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

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

取組方向 3：急性心筋梗塞の地域ケア連携システムの構築

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

第4節 糖尿病対策

1. 糖尿病における医療の現状

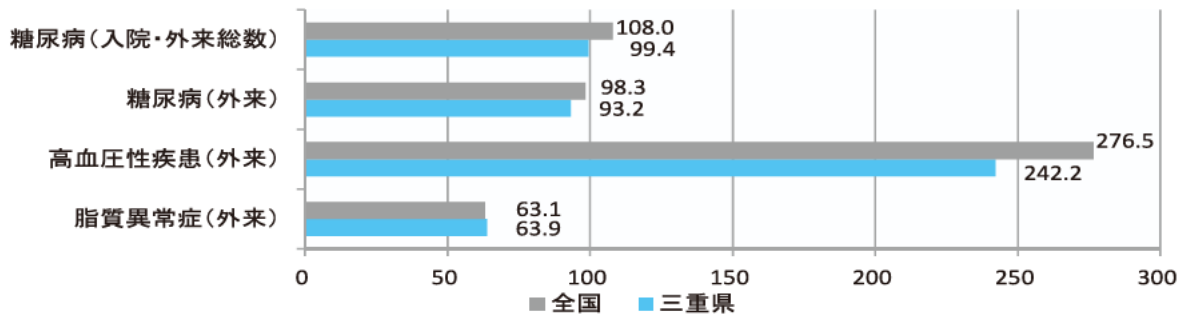
(1) 糖尿病の疫学

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

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

² 出典：厚生労働省「平成19年 国民健康・栄養調査」

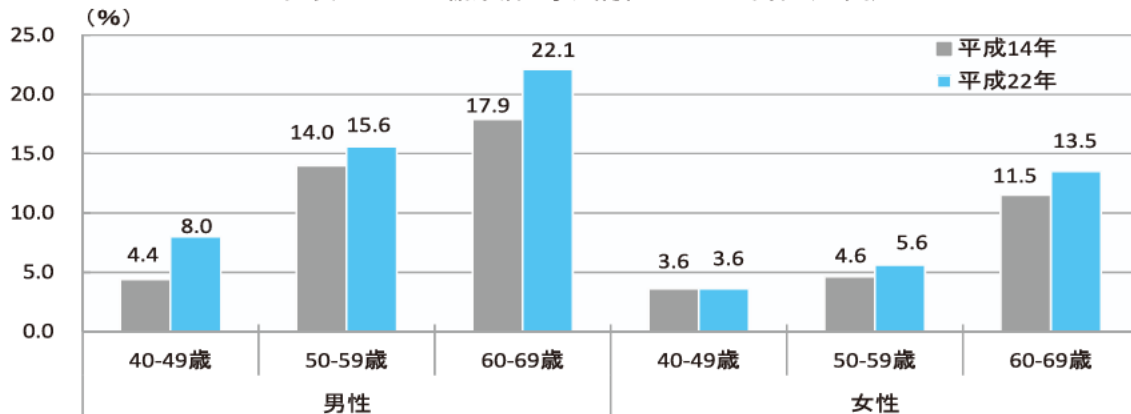
図表 5-4-1 糖尿病に関連する疾患の年齢調整受療率(人口 10 万人あたり)



出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

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

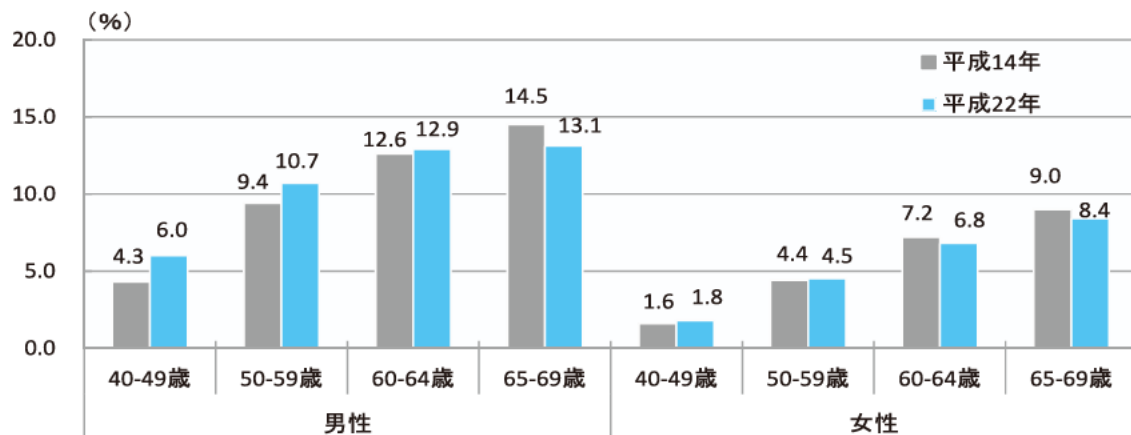
図表 5-4-2 糖尿病が強く疑われる人の割合(全国)



※糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c 6.1%以上：JDS 値)

出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

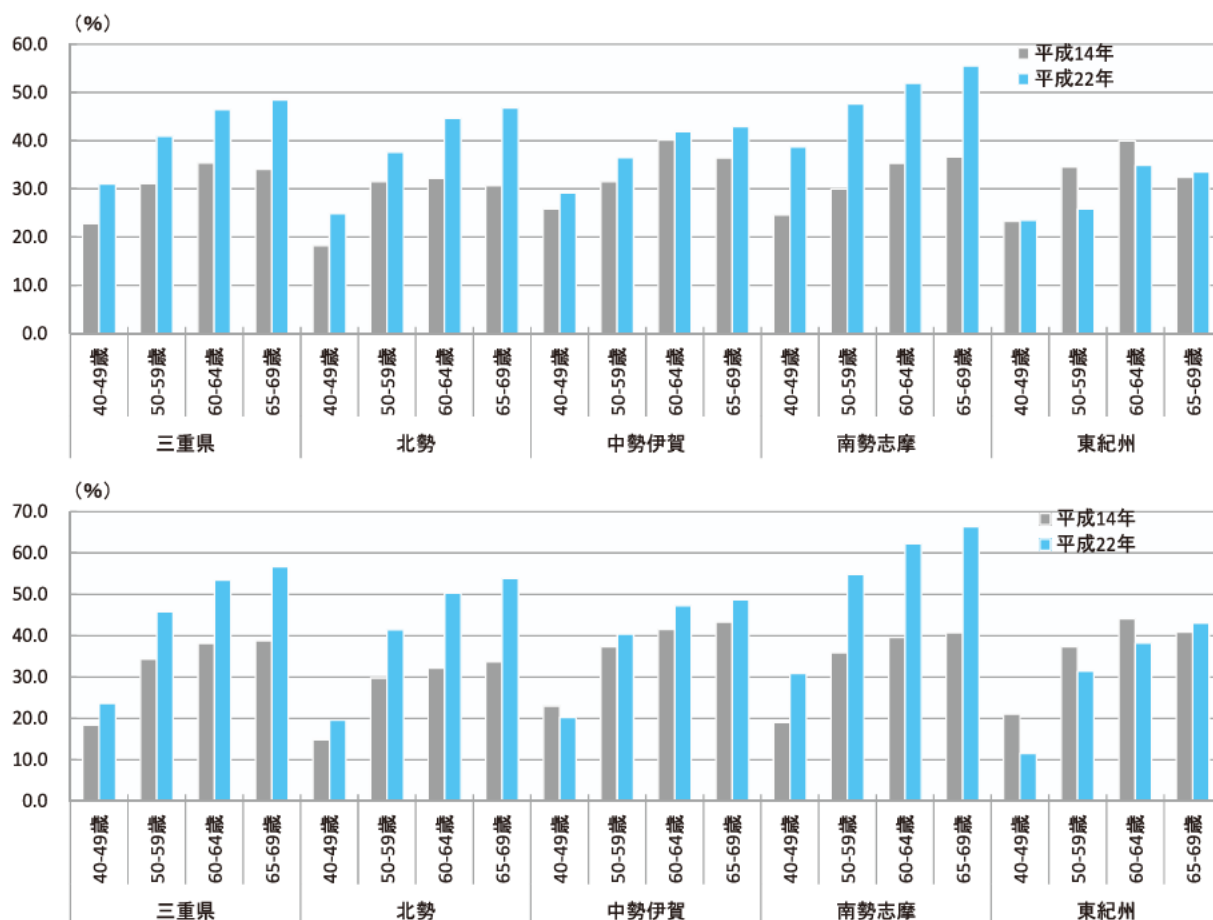
図表 5-4-3 糖尿病が強く疑われる人の割合(三重県)



※糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c 6.1%以上：JDS 値)

出典：三重県「特定健康診査及び老人保健健康診査」

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



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

出典：三重県「特定健康診査及び老人保健健康診査」

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

(2) 糖尿病の予防

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

³ 出典：厚生労働省「平成 22 年 国民生活基礎調査」

⁴ 出典：三重県「平成 23 年 人口動態調査（三重県による特別集計）」

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

(3) 糖尿病の医療

① 医療提供体制

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

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

（単位：か所、人）

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

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

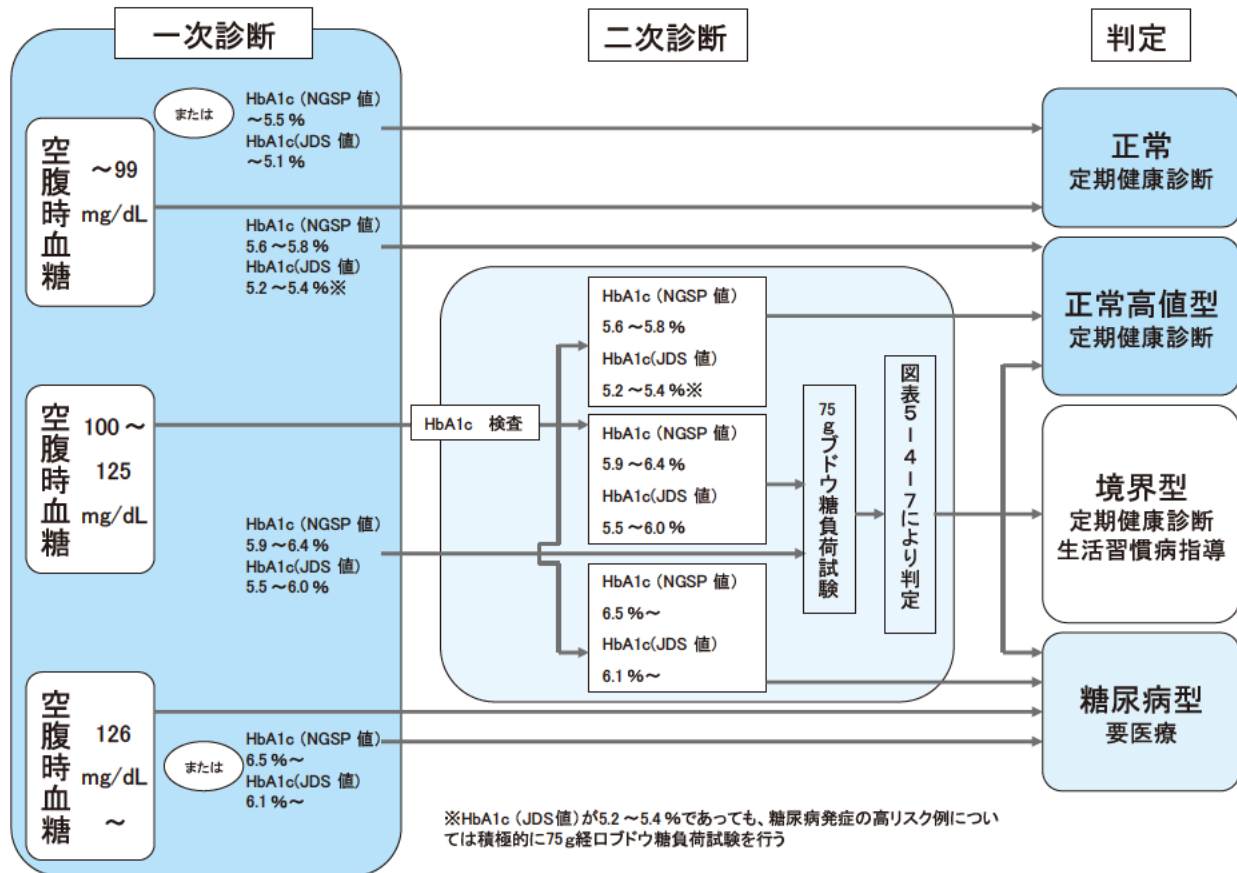
出典：日本糖尿病学会ホームページ（平成 24 年 11 月現在）、日本看護協会ホームページより

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

② 診断

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

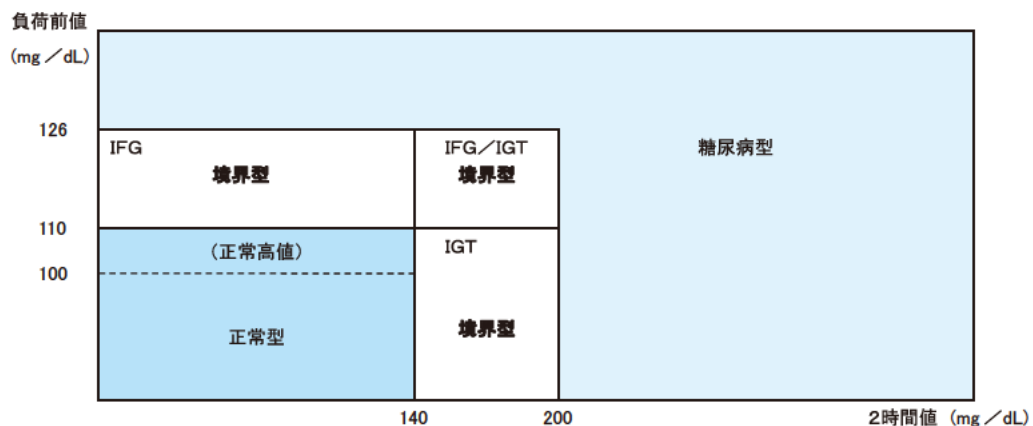
図表 5-4-6 境界型糖尿病のスクリーニング*チャート



図表 5-4-7 糖尿病の判定基準

75g経口ブドウ糖負荷試験(OGTT)

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



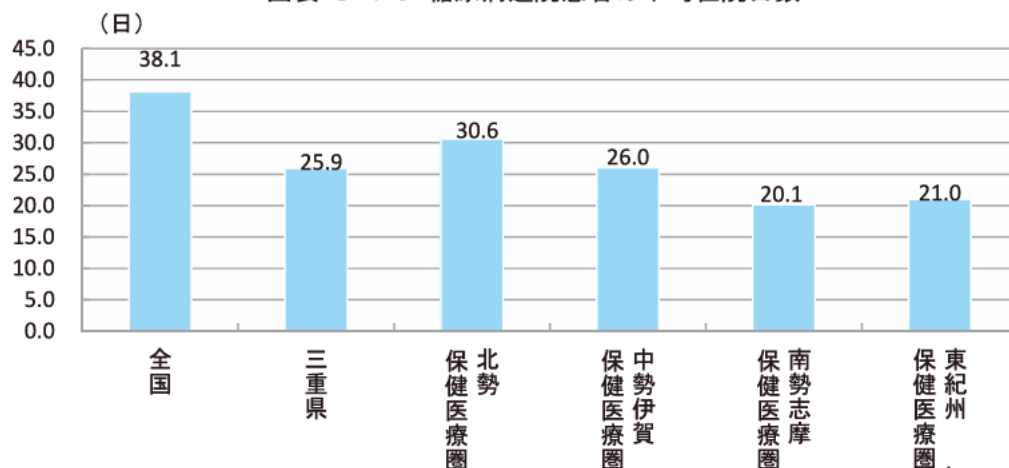
境界型とは、IFG (WHO) :impaired fasting glycemia と IGT (WHO) :impaired glucose tolerance の2種類あり、75gブドウ糖負荷試験(OGTT)で糖尿病型にも正常型にも属さないものをさします。

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

③ 治療・保健指導

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

図表 5-4-8 糖尿病退院患者の平均在院日数



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

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査（個票解析）」をもとに作成

④ 合併症の治療

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

図表 5-4-9 糖尿病医療機能状況

(単位：か所)

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

出典：三重県調査（平成 24 年）

- 入院中の患者を対象とした口腔ケアの実施状況について調査（回答病院数は 72 施設、回答率は 70.6%）をしたところ、63 施設（88%）が、毎日あるいは毎日ではないが定期的

に実施しており、主には看護師が行っています。

図表 5-4-10 入院患者に対する口腔ケアの実施状況

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

出典：三重県調査（平成 24 年）

⑤ 糖尿病の受療動向

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

図表 5-4-11 保健医療圏別 糖尿病 入院患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

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

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

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

図表 5-4-12 保健医療圏別 糖尿病 外来患者の流出・流入状況

(単位：件／半年)

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

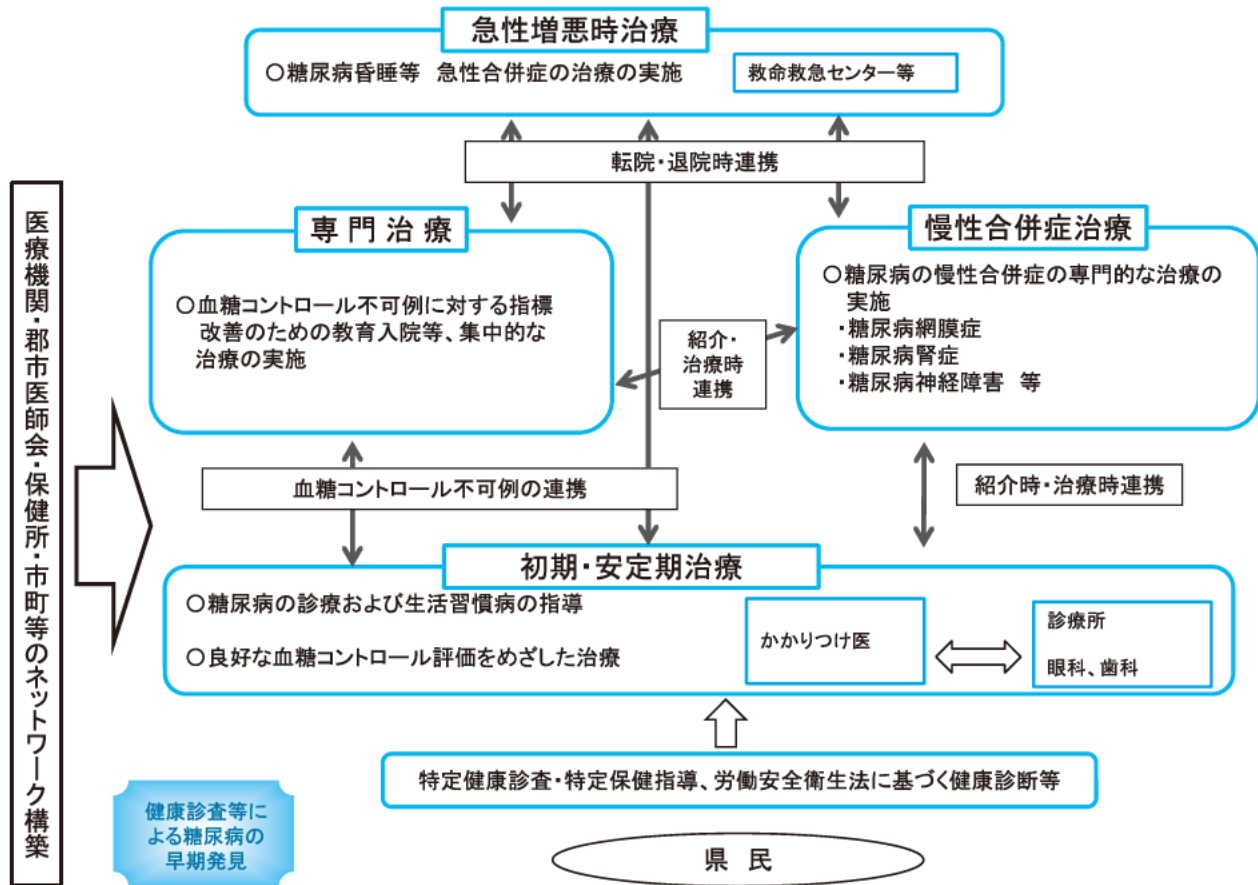
出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

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

図表 5-4-13 糖尿病の医療連携体制



(2) 連携の現状

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

(3) 各医療機能を担う医療機関

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

※歯周病専門医でなくても、歯科診療所で歯周病治療は可能です。

出典：三重県調査（平成24年）

3. 課題

(1) 予防体制

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

(2) 医療提供体制

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

連携クリティカルパス等の構築が必要です。

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

4. 施策の展開

(1) めざす姿

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

【 数値目標 】

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

(2) 取組方向

取組方向 1 : 健康診断等による早期発見

取組方向 2 : 糖尿病予備群の発症予防

取組方向 3 : 糖尿病患者の重症化予防と合併症による臓器障害の予防

(3) 取組内容

取組方向 1：健康診断等による早期発見

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

取組方向 2：糖尿病予備群の発症予防

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

取組方向 3：糖尿病患者の重症化予防と合併症による臓器障害の予防

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

第5節 精神疾患対策

1. 精神科医療の現状

(1) 精神科医療の概況

① 精神疾患について

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

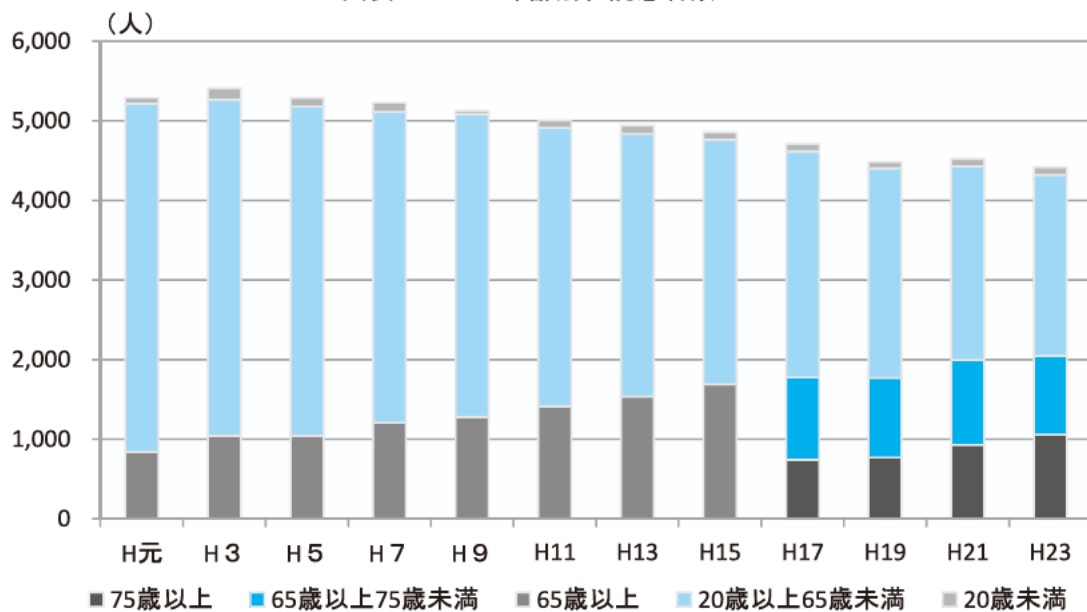
② 県内の精神疾患の状況

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

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

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

図表 5-5-1 年齢別在院患者数



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

出典：厚生労働省「平成 23 年度 精神保健福祉資料」

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

③ 認知症

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

④ その他

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

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

⁴ 出典：厚生労働省「人口動態調査」

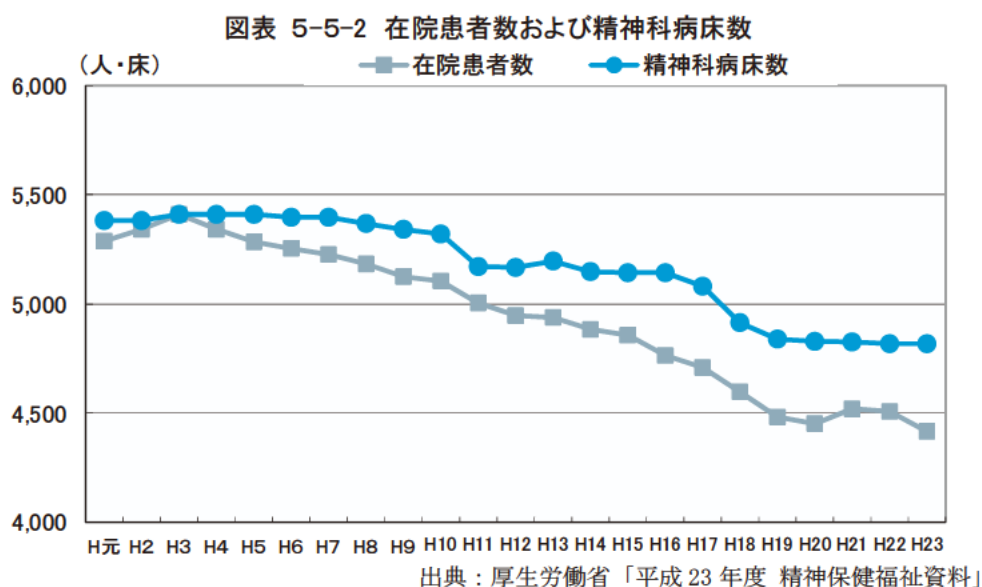
と、県平均と比べ高水準で推移している地域があります⁵。

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

(2) 精神科医療提供体制の現状

① 県内の精神科病院の状況

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



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

⁵ 出典：三重県「三重県衛生統計年報」

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

⁷ 出典：医療法に基づく精神科病床届出数

⁸ 出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

⁹ 出典：平成 23 年度医療法に基づく届出数

② 精神科救急医療システム

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

③ 認知症疾患医療センタ

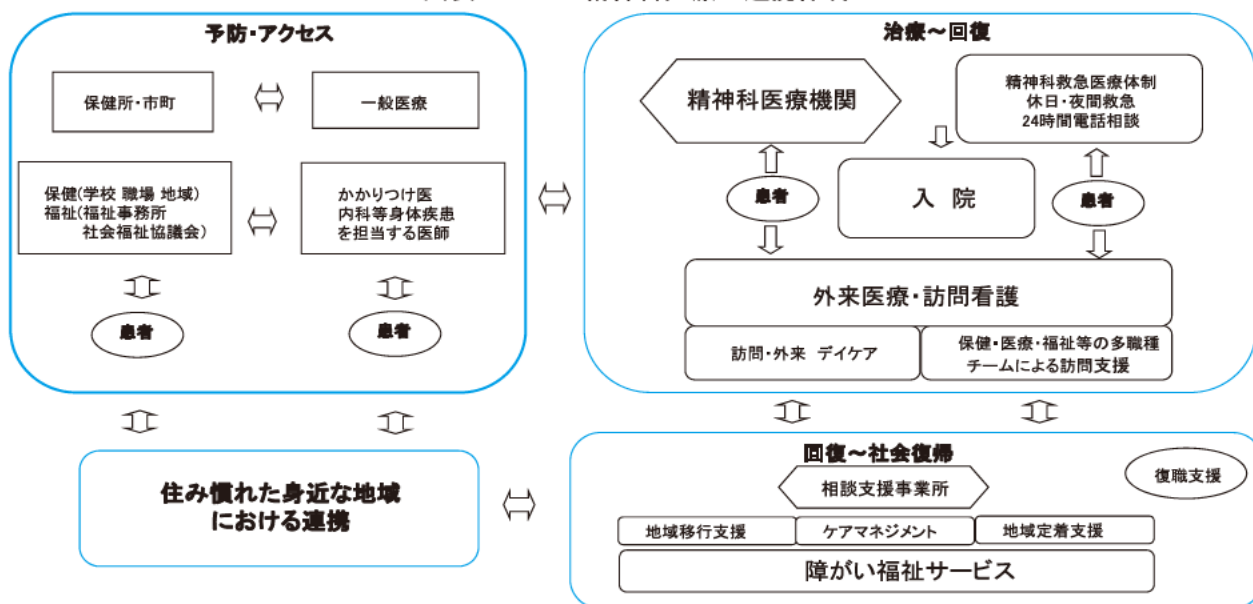
- 平成21(2009)年度から3病院を認知症疾患医療センターとして指定しています。また、認知症疾患医療センターを、専門医療相談、鑑別診断、合併症・周辺症状への対応、地域包括支援センターとの連携等を行うものとして位置づけ、認知症専門医療の充実と介護との連携強化を図っています。さらに、平成24(2012)年度からは、基幹型認知症疾患医療センターとして三重大学医学部附属病院を指定し、従来の認知症疾患医療センターの機能に加えて身体合併症に対する救急・急性期医療への対応等を行うとともに、認知症疾患医療センターと認知症サポート医*、かかりつけ医等が連携して、認知症患者への支援を行っています。

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

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

図表 5-5-3 精神科医療の連携体制



(2) 連携の現状

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

① 北勢保健医療圏

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

② 中勢伊賀保健医療圏

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

¹⁰ 出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

患医療センターとなっています。

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

③ 南勢志摩保健医療圏

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

④ 東紀州保健医療圏

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

¹¹ 出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

(3) 各医療機能を担う医療機関

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

3. 課題

(1) 予防・在宅支援体制の課題

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

① 予防

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

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

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

② 在宅支援

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

③ その他

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

(2) 精神科医療に関する課題

① 精神科医療体制

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

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

② 認知症患者への対応

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

③ うつ病に対する医療支援

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

4. 施策の展開

(1) めざす姿

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

【 数値目標 】

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

（2）取組方向

取組方向 1：精神科医療提供体制の充実

取組方向 2：精神障がい者が地域で生活していくための連携体制の構築

取組方向 3：認知症患者への対応の推進

取組方向 4：うつ病に対する医療支援の充実

取組方向 5：精神障がい者に対する理解の促進

（3）取組内容

取組方向 1：精神科医療提供体制の充実

- 精神障がい者が、正確な診断と適切な外来・入院等の医療の提供など必要な医療支援が受けられる体制の確保を図ります。

特に統合失調症については、近年の薬物療法等の進展による治療技術の向上に伴う適正な医療の効果が見受けられるため、継続して治療を行っている患者の状況に応じた医療の実施や保健・福祉サービスの提供も含めた社会復帰への支援を進めます。（医療機関、福祉施設、関係団体、市町、県、関係機関）

- 人権の擁護や精神保健福祉業務における適正な手続きの保持のため、精神科を標榜する一般病院や診療所における精神保健指定医の協力を拡大していきます。（医療機関、医療関係団体、県、関係機関）
- 身体合併症患者、薬物依存症患者等への専門的な精神科医療の提供を図るとともに、児童思春期、アルコール依存症の患者への専門医療を進めます。（医療機関、医療関係団体、県、関係機関）

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

取組方向 2：精神障がい者が地域で生活していくための連携体制の構築

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

取組方向3：認知症患者への対応の推進

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

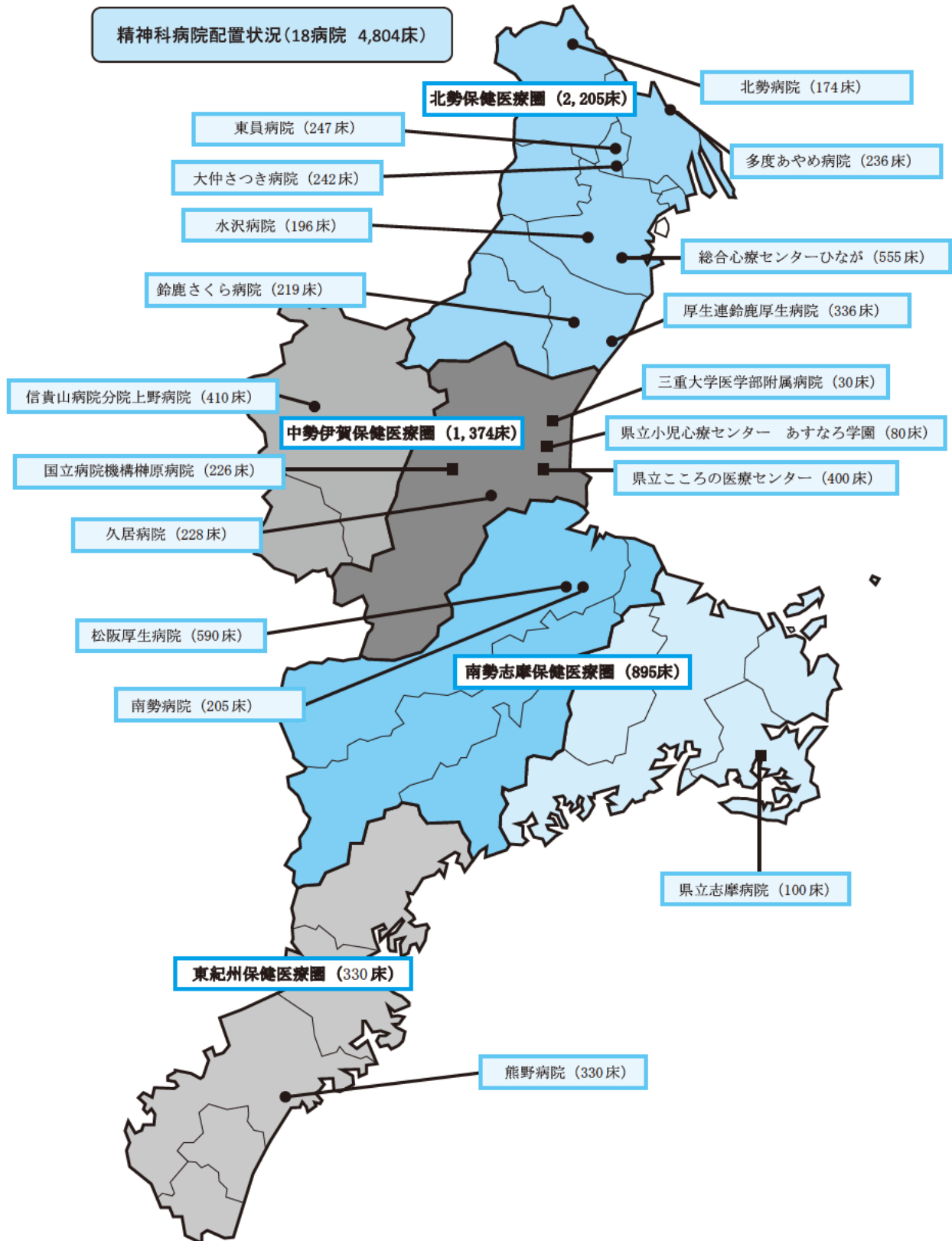
取組方向4：うつ病に対する医療支援の充実

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

取組方向 5：精神障がい者に対する理解の促進

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

図表 5-5-4 精神病床を有する病院配置状況



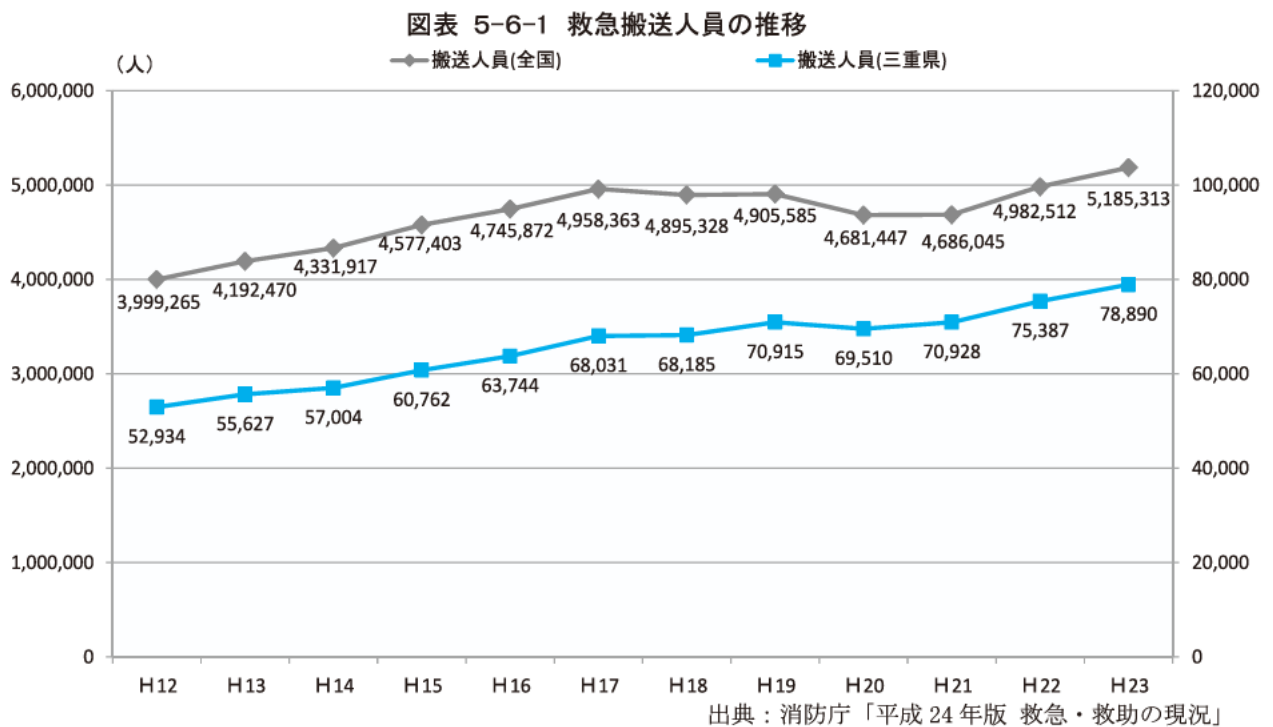
(平成 24 年 4 月 1 日現在)

第6節 救急医療対策

1. 救急医療の現状

(1) 救急医療の概況

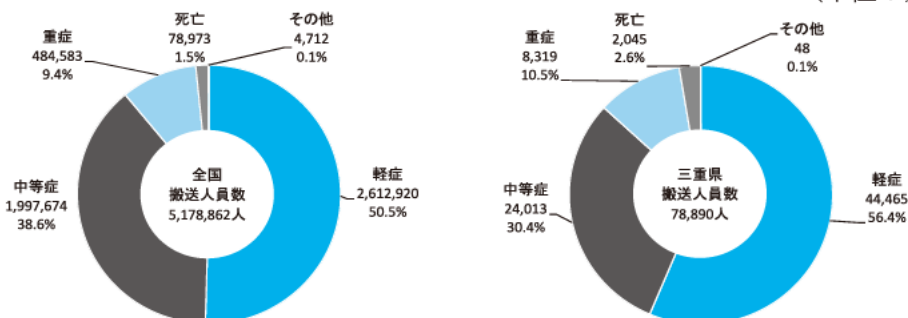
- 全国で救急搬送された人数は、平成 12（2000）年は約 400 万人でしたが、平成 23（2011）年には約 518.5 万人に増加しています。本県においても、平成 12（2000）年は 52,934 人でしたが、平成 23（2011）年には 78,890 人と増加傾向にあります。



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

図表 5-6-2 救急自動車による傷病程度別搬送人員の割合

(単位：人/年)



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

出典：消防庁「平成 24 年版 救急・救助の現況」

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

図表 5-6-3 来院時の状況別に見た推計患者数(全国)

(単位：千人／日、%)

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

出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

図表 5-6-4 来院時の状況別に見た推計患者数(三重県)

(単位：千人／日、%)

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

出典：厚生労働省「平成 23 年 患者調査」

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

¹ 出典：消防庁「平成 24 年版 救急・救助の現況」

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

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

図表 5-6-5 救急救命士の数および住民の救急蘇生法講習の受講者数

(単位：人／年)

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

※普通・上級講習の人口 1 万人あたりの受講者数

出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

図表 5-6-6 救急隊の総数および救急救命士運用隊の割合

(単位：隊／年)

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

出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

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

(単位：台／年)

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

出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

図表 5-6-8 救急患者搬送数

(単位：件／年)

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

出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

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

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

（2）救急医療提供体制

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

① 病院前救護体制

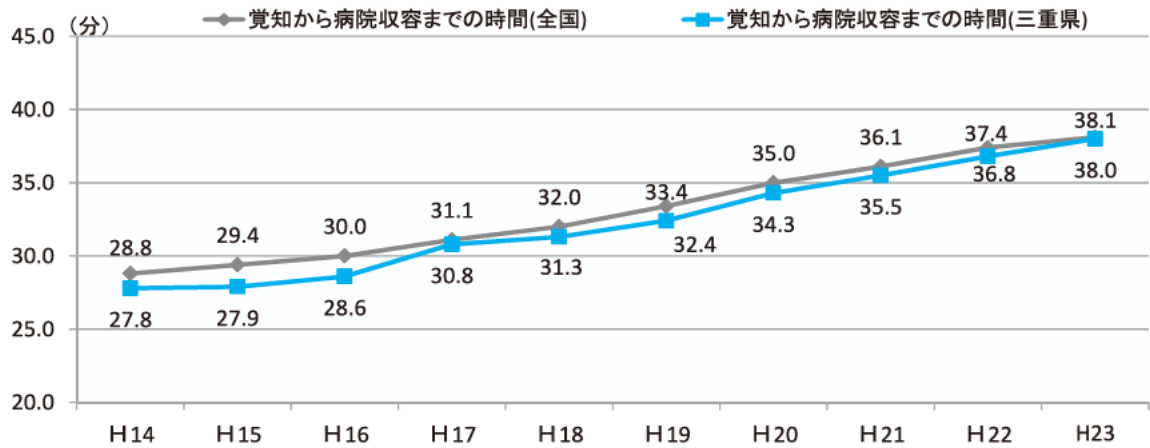
- 病院前救護とは、病気を発症したり、ケガをしたりした患者を救急現場や救急車での搬送中に応急処置を行うものです。そのうち、その時の状況等を事後に検証するとともに、救急隊員の教育訓練を行うことにより、よりよい搬送体制を構築していくことをメディカルコントロール体制と呼んでいます。
- 平成 13（2001）年からメディカルコントロール体制の整備のため、各都道府県および地域にメディカルコントロール協議会の設置が開始されました。本県においても地域メディカルコントロール協議会が 9 地域に設置され、事後検証等を実施しています。
- 救急現場や搬送途中における重症患者に対する救急救命士等の救命処置や、AED（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

³ 出典：消防庁「平成 24 年版 救急・救助の現況」

⁴ 出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

⁵ 出典：三重県調査（平成 21 年度）

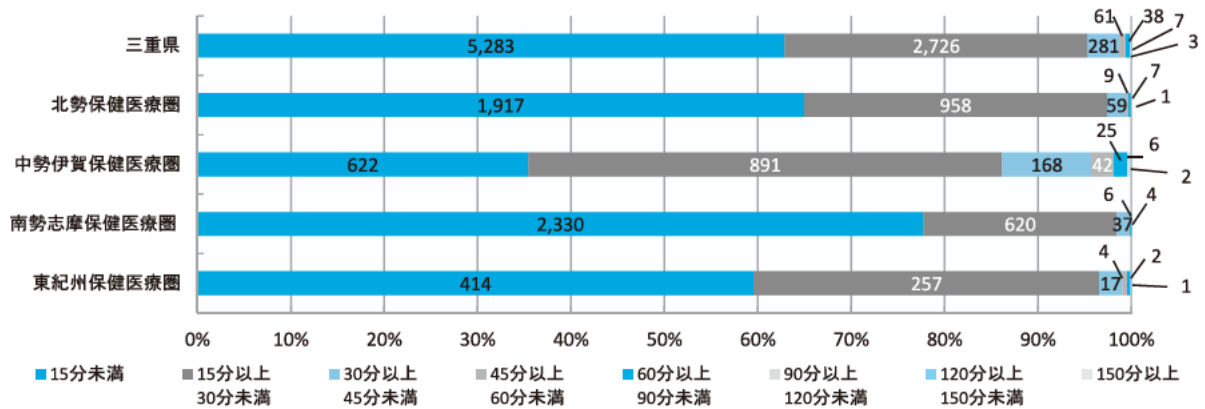
図表 5-6-9 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間



出典：消防庁「救急・救助の現況」

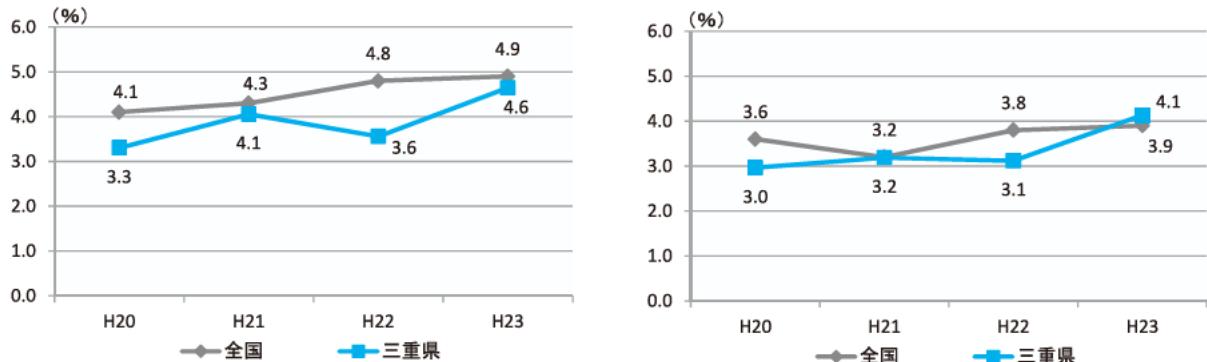
図表 5-6-10 救急車が搬送する病院が決定するまでに要した時間(医療圏別)

(単位：件／年)



出典：三重県調査

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



※重症以上の救急搬送に占める割合です。(転院搬送を除く)

出典：消防庁「消防白書」

図表 5-6-12 心肺停止患者の1か月後の予後

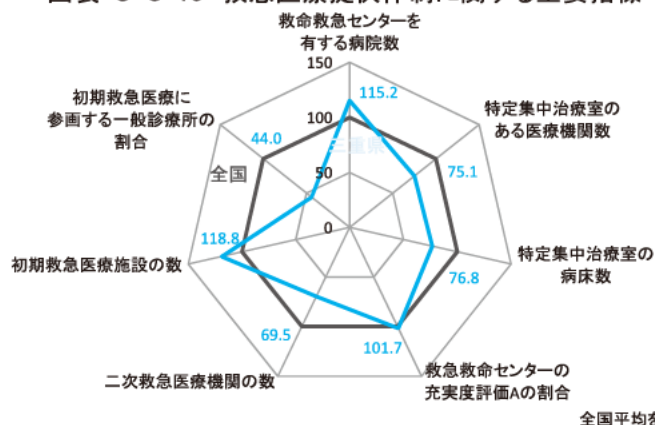
	生存率	社会復帰率
全 国	11.4%	7.2%
三重県	9.6%	5.6%

出典：消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」

② 初期救急医療

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

図表 5-6-13 救急医療提供体制に関する主要指標



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

③ 二次救急医療

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

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

④ 三次救急医療

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

図表 5-6-14 三重県ドクターヘリ運航実績

（単位：件／年）

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

※平成 24 年度は平成 25 年 2 月末現在です。

出典：三重県調査

⁶ 出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

図表 5-6-15 和歌山県ドクターヘリの共同利用実績

(単位：件)

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

※平成24年度は平成25年2月末現在です。

出典：三重県調査

2. 医療連携体制の現状

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

(1) 各保健医療圏における医療提供体制

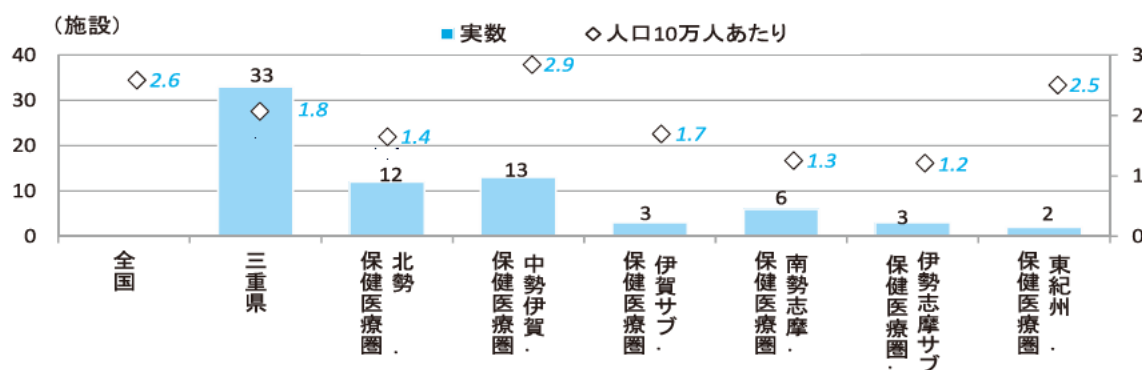
① 初期救急医療

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

② 二次救急医療

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

図表 5-6-16 二次救急医療機関の数

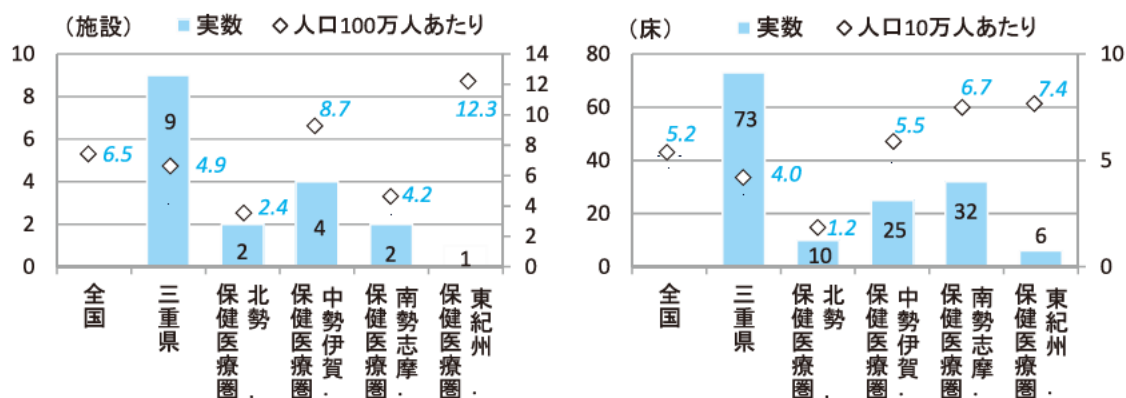


※中勢伊賀保健医療圏、南勢志摩保健医療圏については、それぞれサブ保健医療圏を除いた数値です。
 出典：厚生労働省医政局調べ(社会保障審議会医療部会資料の平成23年3月31日時点の数)、三重県調査(平成24年)

③ 三次救急医療

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

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



出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

(2) 医療提供体制

平成24年4月現在

保健医療圏	市町	初期救急医療機関					二次救急医療機関			三次救急医療機関	小児救急医療拠点病院
		休日夜間 急患センター	休日		平日	在宅当番医制	二次救急医療圏	施設			
			昼間	準夜	準夜						
北勢保健医療圏	桑名市 木曽岬町 いなべ市 東員町	桑名市 応急診療所	○		○※1	桑名市医師会 (5施設) いなべ医師会 (24施設) (その他救急告示による施設) 山崎病院・桑名病院・森栄病院・日下病院・青木内科・大桑クリニック・桑名南医療センター	北勢地域 桑名地区	(病院群輪番制参加病院) 桑名西医療センター・桑名東医療センター・青木記念病院・ヨナハ総合病院・厚生連いなべ総合病院	県立総合医療センター (救命救急センター) 市立四日市病院 (救命救急センター)	国立病院機構 三重病院	
	四日市市 菰野町 朝日町 川越町	四日市市 応急診療所	○				北勢地域 四日市地区	(病院群輪番制参加病院) 県立総合医療センター・市立四日市病院・四日市社会保険病院・厚生連菰野厚生病院 (その他救急告示による施設) 小山田記念病院・二宮病院・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・来田整形外科・山本整形外科・佐藤クリニック・小畑整形外科			
	鈴鹿市 亀山市	鈴鹿市 応急診療所	○	○	○	亀山医師会 (29施設) (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	北勢地域 鈴鹿地区	(病院群輪番制参加病院) 厚生連鈴鹿中央総合病院・鈴鹿回生病院 亀山市立医療センター			
中勢伊賀保健医療圏	津市	津市休日 急・夜間 こども応急 クリニック	○	○※2	○※2		中勢伊賀 地域 津地区	(病院群輪番制参加病院) 武内病院・永井病院・遠山病院・吉田クリニック・岩崎病院・大門病院・津生協病院・国立病院機構三重中央医療センター・榑原温泉病院・小淵病院	三重大学医学部附属病院 (救命救急センター)		
		津市夜間成人 応急診療所		○	○						
		津市久居休日 応急診療所	○			(その他救急告示による施設) 若葉病院・県立志病院					
	伊賀市	伊賀市 応急診療所	○	○	○		中勢伊賀 地域 伊賀地区	(病院群輪番制参加病院) 上野総合市民病院・岡波総合病院・名張市立病院			
	名張市	名張市 応急診療所	○	○	○						
南勢志摩保健医療圏	松阪市 多気町 明和町 大台町	松阪市 休日夜間 応急診療所	○	○	○		南勢志摩 地域 松阪地区	(病院群輪番制参加病院) 松阪市民病院・松阪中央総合病院・済生会松阪総合病院	伊勢赤十字病院 (救命救急センター)		
		松阪市歯科 休日 応急診療所	○※3			(その他救急告示による施設) 厚生連大台厚生病院・国保徳病院・三重ハートセンター					
	伊勢市 玉城町 度会町 大紀町	伊勢市 休日・夜間 応急診療所	○	○	○		南勢志摩 地域 伊勢地区	(病院群輪番制参加病院) 市立伊勢総合病院・伊勢赤十字病院 (その他救急告示による施設) 伊勢慶友病院			
	鳥羽市	鳥羽市 休日・夜間 応急診療所	○		○※4		南勢志摩 地域 志摩地区	(病院群輪番制参加病院) 県立志摩病院			
	志摩市 南伊勢町	志摩市 休日・夜間 応急診療所	○		○※5	(その他救急告示による施設) 南島メディカルセンター・町立南伊勢病院・国保志摩市民病院					
東紀州保健医療圏	尾鷲市 紀北町					紀北医師会 (28施設) (その他救急告示による施設) 長島回生病院・内山クリニック	東紀州 地域 尾鷲地区	(病院群輪番制参加病院) 尾鷲総合病院			
	熊野市 御浜町 紀宝町	紀南医師会 応急診療所	○				東紀州 地域 熊野地区	(病院群輪番制参加病院) 紀南病院			

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

(3) 各保健医療圏における現状

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

図表 5-6-18 各保健医療圏における救急医療の現状

保健医療圏	地域	救急医療に関する現状
北勢保健医療圏	桑名	・ 初期救急医療については、桑名市応急診療所といなべ総合病院が中心となって対応しています。 ・ 二次救急医療については、病院群輪番制により体制が維持されているものの、勤務医が不足しています。 ・ 旧桑名市民病院と旧山本総合病院を再編統合し、桑名市総合医療センターとして病院を整備し、地域の二次救急医療を担っています。 ・ 二次・三次救急医療患者については、四日市地域および愛知県など圏域を越えた搬送があります。 ・ 桑名市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	四日市	・ 初期救急医療については、四日市市応急診療所と病院群輪番制参加病院が協力し対応しています。 ・ 平成21（2009）年2月に市立四日市病院を救命救急センターとして指定し、県立総合医療センターとともに北勢地域の重篤な救急患者への対応を実施しています。 ・ 平成22（2010）年度から厚生連菰野厚生病院が二次救急輪番に加入しています。 ・ 医療ニーズに迅速、的確に対応するため、平成24（2012）年4月に県立総合医療センターを地方独立行政法人としています。
	鈴鹿	・ 初期救急医療については、鈴鹿市休日夜間応急診療所や亀山医師会の在宅当番医制度などにより対応しています。 ・ 二次救急医療については、厚生連鈴鹿中央総合病院と鈴鹿回生病院の連携により対応しています。 ・ 亀山地域では、二次救急医療を担う亀山市立医療センターが中心となって、三重大学と連携し、最適な地域医療体制の確立に向けた研究や地域医療を担う医師養成等の取組が進められています。

中勢伊賀保健医療圏	津	・ 初期救急医療については、津市休日応急・夜間こども応急クリニック、夜間成人応急診療所、久居休日応急診療所において対応しています。 ・ 初期救急患者の二次救急病院への集中の緩和と二次救急病院の受入体制の充実を図るため、病院群輪番制を担う二次救急医療機関の機能強化に向け、郡市医師会や三重大と連携して、医師の派遣など診療支援の取組を進めています。 ・ 平成22（2010）年6月に三重大学医学部附属病院を救命救急センターとして指定し、中勢伊賀地域の重篤な救急患者への対応を実施しています。 ・ 平成24（2012）年2月から県ドクターヘリを導入し、三重大学医学部附属病院と伊勢赤十字病院が2か月交替で基地病院を担っています。 ・ 津市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	伊賀	・ 初期救急医療については、伊賀市応急診療所と名張市応急診療所において対応しています。 ・ 二次救急医療については、地域の3病院が協力して病院群輪番制の維持に努めていますが、常勤医師数の減少が著しく、体制の維持が困難な状況となっています。そのため、それぞれの病院が現状の医療資源を生かした特色ある医療をめざして、医師確保や医療体制の充実に努めています。 ・ 伊賀市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。 ・ 伊賀地域において、市民や団体による「地域医療を守る会」が地域医療を守る活動を行っています。
南勢志摩保健医療圏	松阪	・ 初期救急医療については、松阪市休日夜間応急診療所と松阪市歯科休日応急診療所において対応しています。 ・ 病院の医師不足や軽症患者の二次救急病院への集中などによって、病院群輪番制参加病院による救急患者の受入が困難な状況となっています。そのような状況の中、市、郡市医師会、消防本部等の協議により、初期救急患者は市の応急診療所で対応し、二次救急患者のみ病院群輪番制参加病院で対応するなど、機能分担を図ることで救急医療に対応しています。 ・ 松阪市、多気町、明和町では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	伊勢	・ 初期救急医療については、伊勢市休日・夜間応急診療所と鳥羽市休日・夜間応急診療所において対応しています。 ・ 伊勢赤十字病院は、救命救急センターを中心として高度な救命救急医療を担う三次救急医療機関、小児医療の二次救急病院、地域医療支援病院に指定されており、平成24（2012）年1月に移転開業して伊勢志摩地域だけでなく県南部の中核病院として、広範囲に受け入れる体制整備がなされつつあります。 ・ 平成24（2012）年2月から県ドクターヘリを導入し、伊勢赤十字病院と三重大学医学部附属病院が2か月交替で基地病院を担っています。 ・ 伊勢市では、市民からの救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談を実施しています。
	志摩	・ 初期救急医療については、志摩市休日・夜間応急診療所において対応しています。 ・ 県立志摩病院は、指定管理者制度を導入したことにより、民間事業者の柔軟かつ効果的なノウハウを活用し、医師確保および救急医療体制等の充実に努めています。 ・ 志摩地域において、市民や団体による「地域の医療を考える会」が、地域医療を守る活動を行っています。

東紀州保健医療圏	尾鷲	・ 初期救急医療については、休日は紀北医師会の休日在宅当番制の利用を呼びかけるとともに、毎週日曜日と祝日は、紀北医師会の協力を得て、病院の外来において対応しています。 ・ 三次救急患者への対応は、県独自のドクターヘリとともに和歌山県のドクターヘリを活用し行っています。 ・ 尾鷲総合病院では、医師不足の中で救急対応が困難な状況が続いていますが、医師確保のためのバディ・ホスピタルシステムを導入し、地域医療への貢献に努めています。
	熊野	・ 初期救急医療については、紀南医師会応急診療所において対応しています。 ・ 三次救急患者への対応は、県独自のドクターヘリとともに、和歌山県のドクターヘリを活用し行っています。 ・ 紀南病院は、和歌山県の新宮市立医療センターとの県境を越えた広域的な連携を行っています。

(4) 各保健医療圏における受療動向

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

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

(単位：千人／日)

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

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

3. 課題

(1) 救急医療提供体制

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

が喫緊の課題です。

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

① 病院前救護体制

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

② 初期救急医療

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

③ 二次救急医療

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

④ 三次救急医療

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

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

(2) 急性期を脱した患者への後方支援等について

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

(3) 各保健医療圏における課題

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

図表 5-6-20 各保健医療圏における救急医療の課題

保健医療圏	地域	救急医療に関する課題
北勢保健医療圏	桑名	・ 二次救急医療については、病院群輪番制参加病院により体制が維持されているものの、勤務医不足の中、維持が困難な状況となっています。
	四日市	・ 他地域からの救急患者搬送の増加に対応するため、二次および三次救急医療体制のさらなる充実が求められています。 ・ 救急搬送者のうち、診断の結果、帰宅可能な軽症者の割合が6割強と、他地域と比べて多くなっており、本来対応すべき重症者への対応に支障をきたす恐れがあります。
	鈴鹿	・ 鈴鹿市を中心とした地域の二次救急医療については、厚生連鈴鹿中央総合病院と鈴鹿回生病院の連携により対応していますが、他地域からの救急患者の搬送が増加しており、その対策が課題となっています。 ・ 亀山市において二次救急医療を担う亀山市立医療センターにおける医師の充足が必要です。
中勢伊賀保健医療圏	津	・ 救急搬送における受入先医療機関の選定が困難な事案（いわゆる“たらい回し”）が多く発生しており、地域内の救急医療体制の整備・充実が急務となっています。 ・ 救急搬送において、他地域と比べて搬送件数の増加が著しく、病院群輪番制参加病院の負担になっています。 ・ 救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談「津市救急・健康相談ダイヤル24」の利用について、普及啓発を行っていく必要があります。
	伊賀	・ 常勤医師の減少が著しく、現在の3病院による病院群輪番制の維持が困難な状況となっていることから、二次救急医療体制の再構築が喫緊の課題となっています。

南勢志摩保健医療圏	松阪	・ 紀勢地域の救急医療体制の確立が必要です。 ・ 松阪地域での救急搬送数が増加を続けている中、救急医療や応急処置などの相談に24時間体制で対応する電話相談「救急相談ダイヤル24」を導入しましたが、効果が目に見えてあらわれていない状況であり、救急車の適正利用等のさらなる啓発が必要です。 ・ 休日応急診療所を含め地域の初期救急医療を担当する医師が不足しており、医師の確保が必要です。
	伊勢	・ 医療従事者の不足から、二次救急医療をはじめとする救急医療体制の維持がやや困難な状況となっています。
	志摩	・ 国保志摩市民病院、町立南伊勢病院は、医師・看護師不足から救急医療対応が困難になっています。 ・ 県立志摩病院において、さらなる救急医療提供体制の充実が必要です。
東紀州保健医療圏	尾鷲	・ 尾鷲総合病院では医師不足の中で救急医療対応が困難な状況が続いており、特に専門的領域の医師確保が課題です。
	熊野	・ 二次救急医療を担う紀南病院の医師確保が困難な状況となっています。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

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

【 数値目標 】

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

(2) 取組方向

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

(3) 取組内容

取組方向 1：県民の適切な受診行動の促進

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

取組方向 2：病院前救護体制の充実

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

取組方向 3：初期、二次、三次救急医療体制の充実

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

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

第7節 災害医療対策

1. 災害医療の現状

(1) 想定される災害

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

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

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

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

図表 5-7-2 南海トラフの巨大地震による被害想定 の最大数

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

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

(2) 災害医療体制¹

① 県の取組

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

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

活用した医療救護活動を行うこととしています。

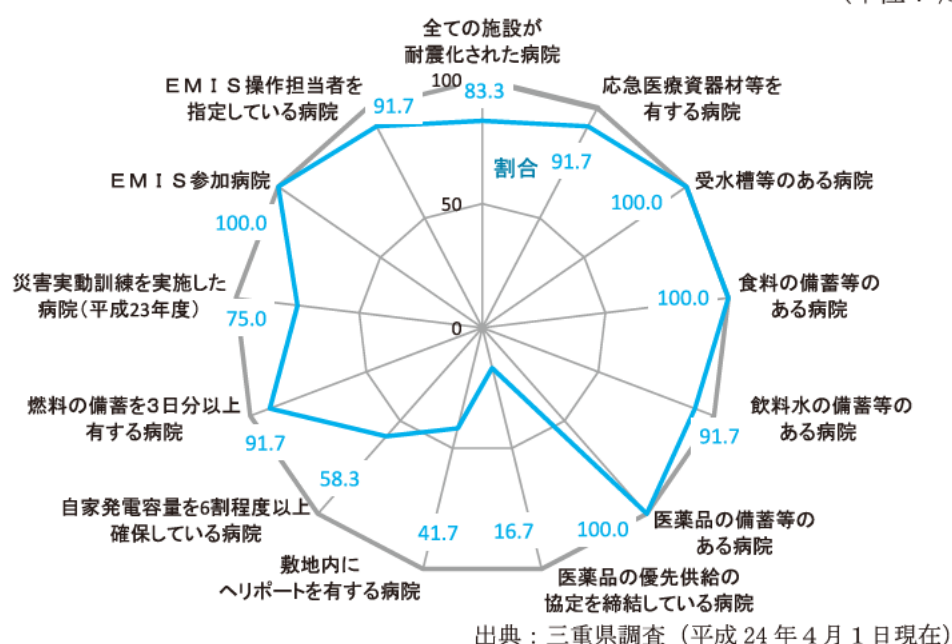
- 保健所は、県の地域災害医療地方部として、被害情報の収集や整理を行います。
- 津医療地方部と伊勢医療地方部は、患者を被災地外へ搬送する必要がある場合は、広域搬送拠点臨時医療施設（Staging Care Unit。以下「SCU*」という。）を設置します。
- 県では、県医師会、県病院協会、県歯科医師会、県看護協会との応援協定の締結や日本赤十字社三重県支部との委託契約、災害拠点病院の指定により、災害発生時の医療救護体制の整備を進めています。
- 県では、県内の 12 病院を災害拠点病院に指定し、災害拠点病院の担当者を対象に、災害拠点病院担当者連絡会議を開催しています。
- 東日本大震災を機に、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

② 災害拠点病院の取組

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

図表 5-7-3 災害拠点病院のうち災害への対応体制等がある病院の割合

(単位：％)



③ 医療救護体制

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

を行うなど、各団体等における医療救護班の派遣も行われました。

④ 広域搬送拠点臨時医療施設（ＳＣＵ）

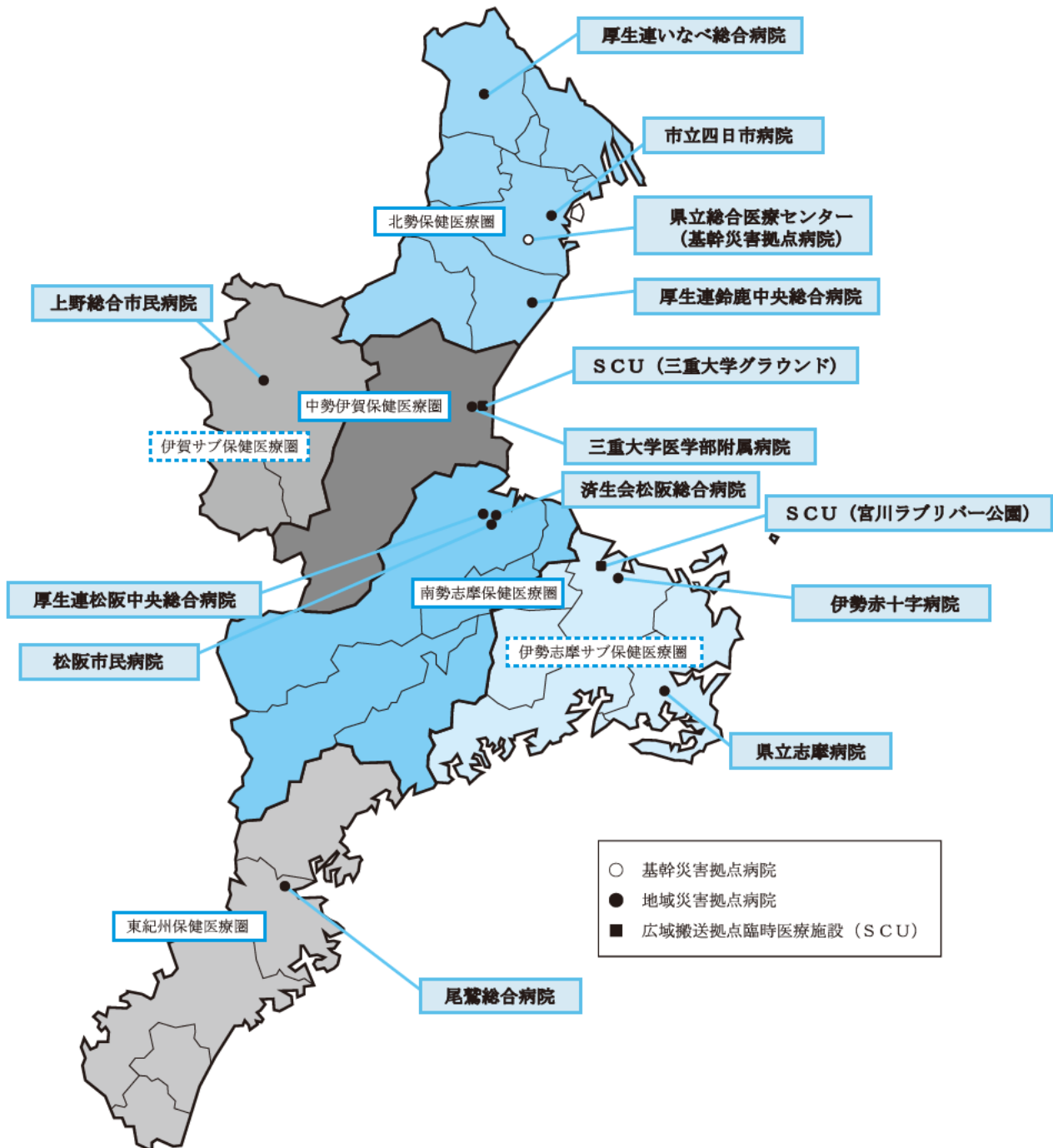
- 平成 19（2007）年 3 月に中央防災会議幹事会が作成した「東南海・南海地震応急対策活動要領に基づく具体的な活動内容に係る計画」において、広域医療搬送の計画が記載されています。同計画において、県は、三重大学グラウンドと宮川ラブリバー公園にＳＣＵを設置することとしています。
- 三重大学グラウンドのＳＣＵは三重大学医学部附属病院、宮川ラブリバー公園のＳＣＵは伊勢赤十字病院の協力を得ながら県（保健所）が設置します。
- 平成 23（2011）年度にDMAT実動訓練と合わせて、三重大学グラウンドのＳＣＵ設置訓練を実施しました。

図表 5-7-4 各災害拠点病院の災害医療提供体制等の状況

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

出典：三重県調査（平成 24 年 4 月 1 日現在）

図表 5-7-5 三重県の災害拠点病院の配置図

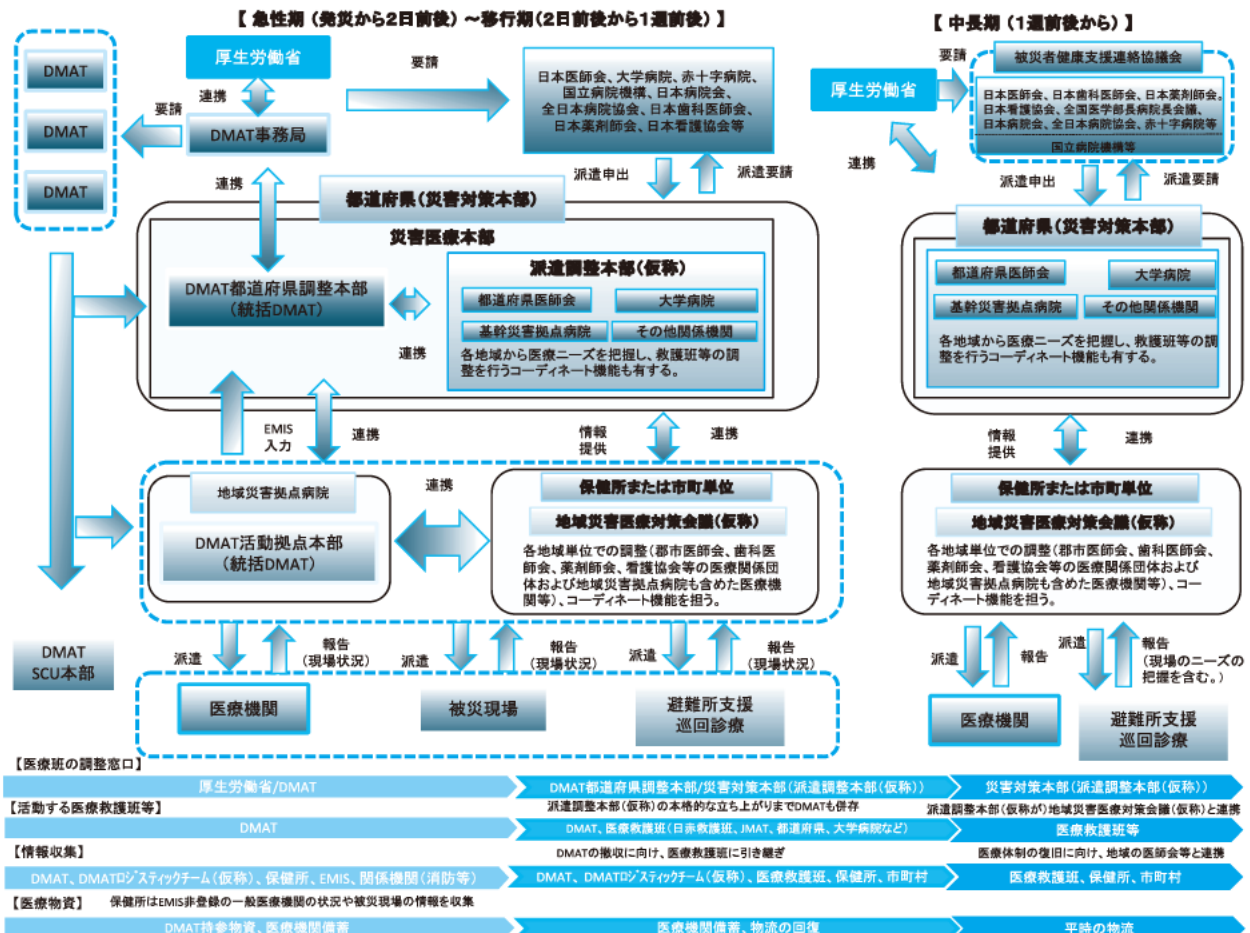


2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

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

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



出典：厚生労働省資料をもとに作成

(2) 連携の現状

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

3. 課題

(1) 医療提供体制

① 災害時の対応

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

② 県の体制

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

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

③ 災害拠点病院の体制

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

④ 医療救護体制

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

⑤ 広域搬送拠点臨時医療施設（S C U）

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

（2）連携に関する課題

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

4. 施策の展開

（1）めざす姿

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

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

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

【 数値目標 】

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

(2) 取組方向

取組方向 1：災害時における医療体制の充実と強化

取組方向 2：大規模災害時を見据えた災害拠点病院の体制強化

取組方向 3：災害医療を支える人材育成

(3) 取組内容

取組方向 1：災害時における医療体制の充実と強化

《県全体の取組》

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

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

《地域の取組》

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

取組方向2：大規模災害時を見据えた災害拠点病院の体制強化

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

取組方向3：災害医療を支える人材育成

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

第8節 へき地医療対策

1. へき地医療の現状

(1) へき地医療の概況

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

図表 5-8-1 三重県のへき地診療所

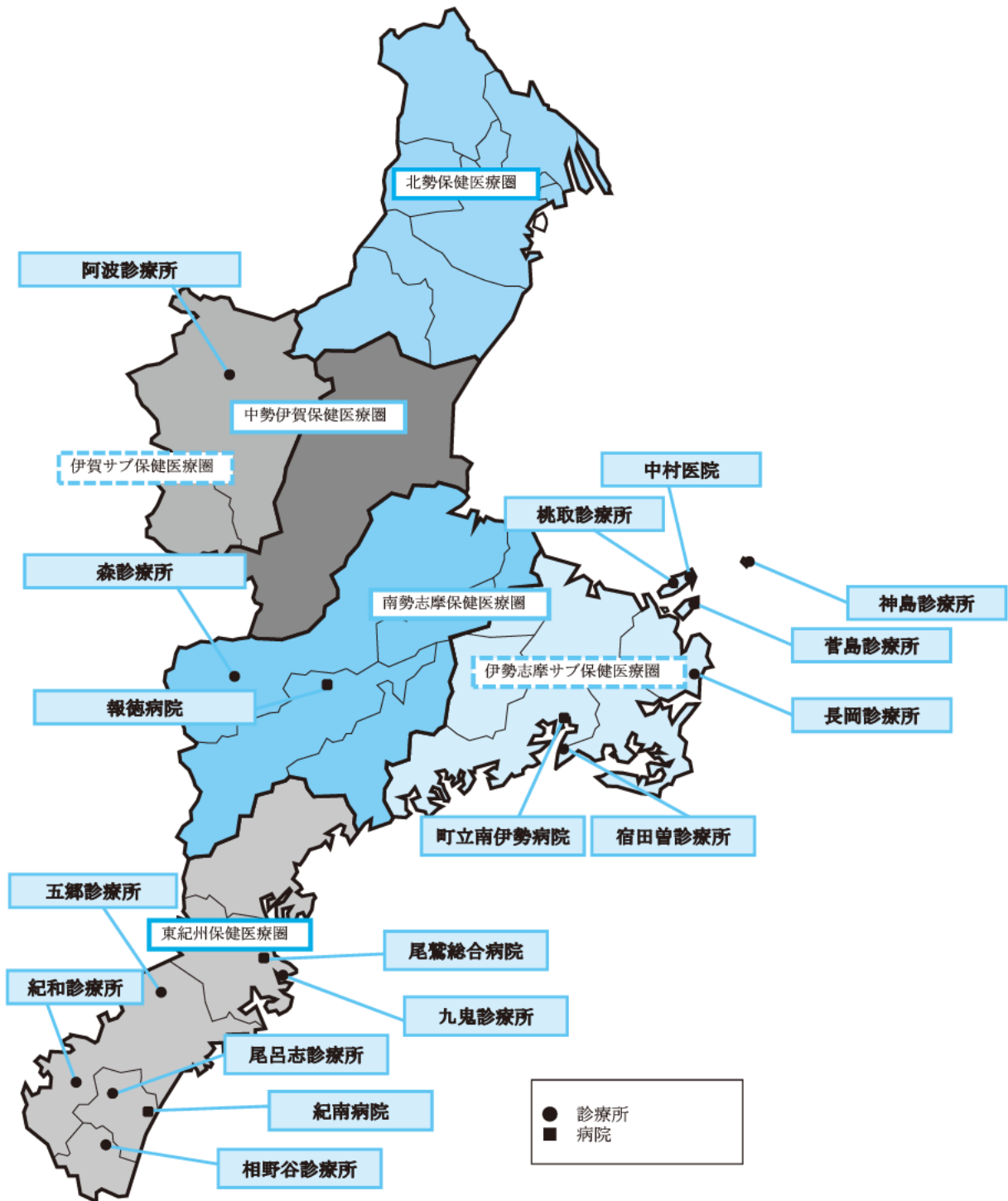
市 町	診 療 所
伊賀市	伊賀市国民健康保険阿波診療所・伊賀市国民健康保険霧生診療所 ^{※1}
松阪市	森診療所・波瀬診療所 ^{※1}
大台町	大杉谷診療所 ^{※1}
鳥羽市	長岡診療所・桃取診療所・中村医院・菅島診療所 神島診療所・鏡浦診療所 ^{※1} ・鏡浦診療所石鏡分室 ^{※1}
南伊勢町	宿田曾診療所・阿曾浦診療所 ^{※2} ・古和浦へき地診療所 ^{※2}
尾鷲市	九鬼診療所
熊野市	五郷診療所・神川へき地診療所 ^{※1} ・育生へき地出張診療所 ^{※1} 紀和診療所・上川診療所 ^{※1} ・楊枝出張診療所 ^{※1}
御浜町	尾呂志診療所
紀宝町	相野谷診療所

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

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

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

図表 5-8-2 三重県内のへき地医療機関(医師が常勤している施設)



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

へき地医療機関等に対する支援を行っています。

図表 5-8-3 三重県の無医地区と無歯科医地区

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

○ 無医地区、△ 準じる地域

出典：三重県調査（平成21年12月末現在）

（2）へき地の医療提供体制

① へき地医療提供体制の維持、確保

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

図表 5-8-4 巡回診療の実施状況

紀南病院実施分（平成 23 年度実績：10 日）

曜日	市町名	無医地区名
隔週月曜日	紀宝町	浅里地区

※台風災害により実施回数減少（平成 22 年度実績：24 日）

紀和診療所実施分（平成 23 年度実績：各 24 日）

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

出典：いずれも三重県調査

図表 5-8-5 へき地医療拠点病院からの代診医の派遣実績の推移

（単位：回）

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

出典：三重県調査

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

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

② へき地医療に関わる医師・看護師等の育成、確保

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

図表 5-8-6 全国、県、主な不足地域の比較（人口 10 万人あたり）

【医師数】

（単位：人）

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

出典：厚生労働省「平成 22 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

【看護師数】

（単位：人）

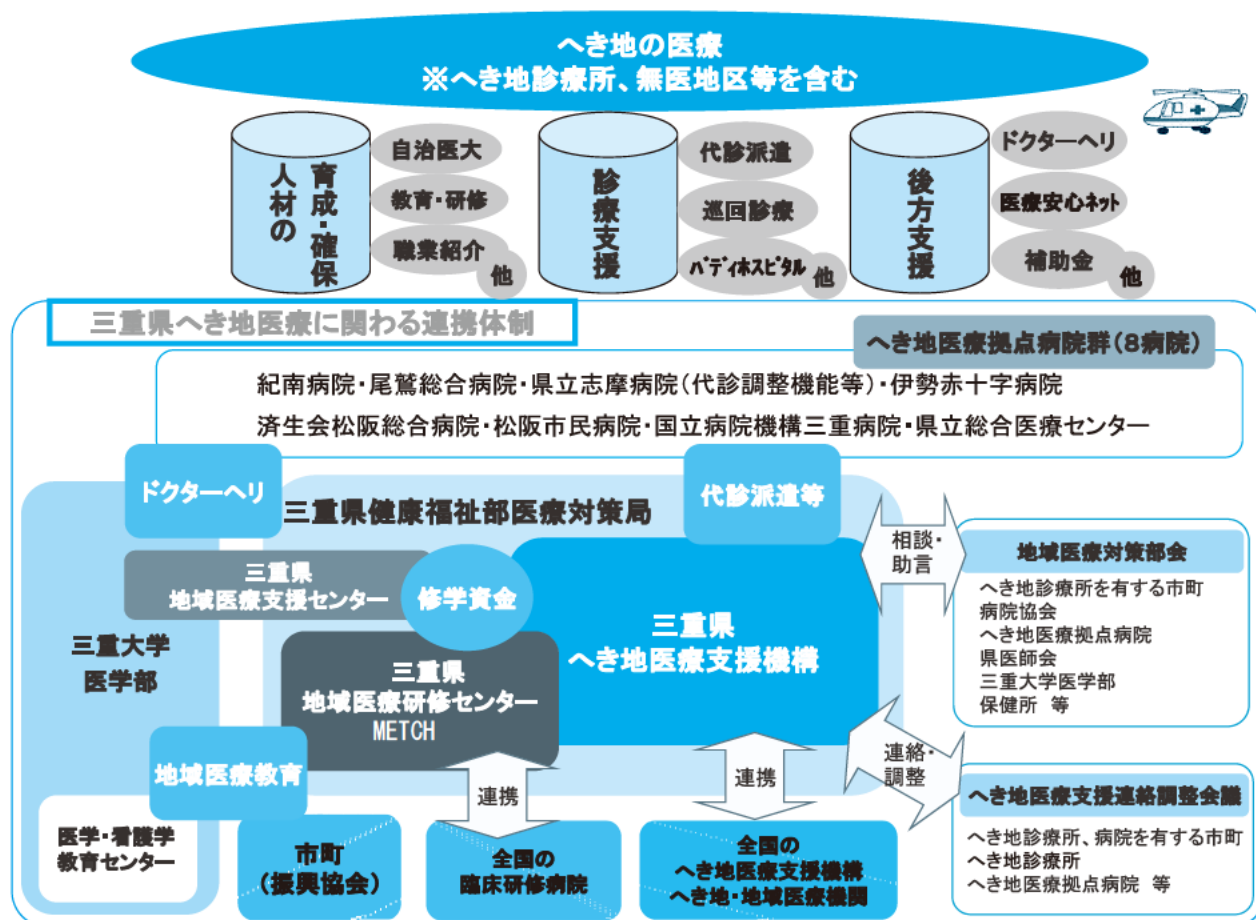
全 国	三重県	伊賀サブ 保健医療圏	伊勢志摩サブ 保健医療圏	東紀州 保健医療圏
744.6	701.8	533.8	618.7	569.7

出典：厚生労働省「平成 22 年度 衛生行政報告例」

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

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

図表 5-8-7 ヘき地医療の連携体制



2. 課題

(1) ヘき地等の医療提供体制の維持・確保

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

(2) へき地医療に関わる医師・看護師等の育成・確保

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

3. 施策の展開

(1) めざす姿

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

【 数値目標 】

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

(2) 取組方向

取組方向 1：へき地等の医療提供体制の維持・確保

取組方向 2：へき地医療を担う医師・看護師等の育成・確保

(3) 取組内容

取組方向 1：へき地等の医療提供体制の維持・確保

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

取組方向 2：へき地医療を担う医師・看護師等の育成・確保

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

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

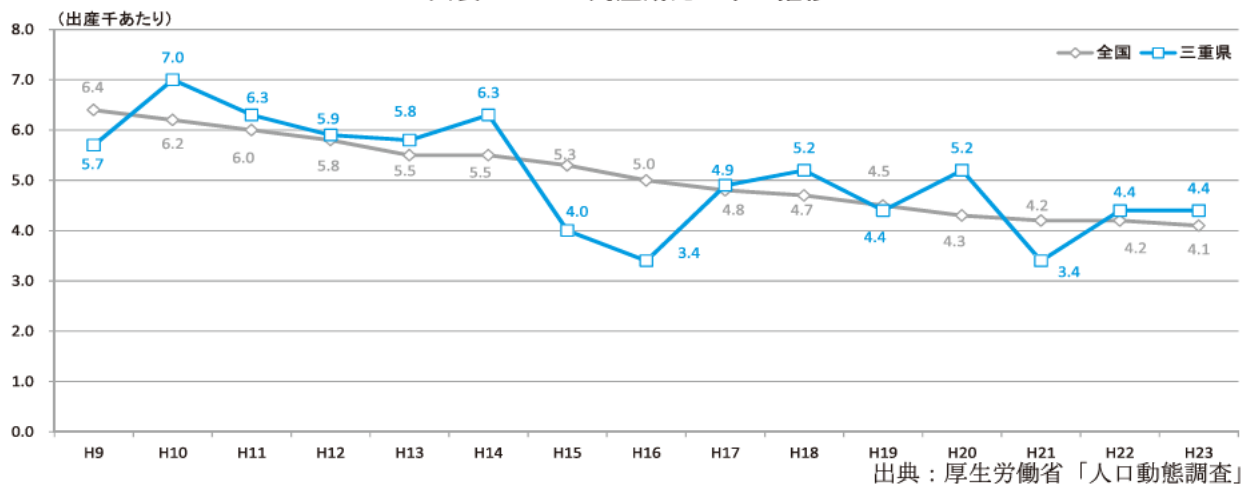
第9節 周産期医療対策

1. 周産期医療の現状

(1) 周産期医療の概況

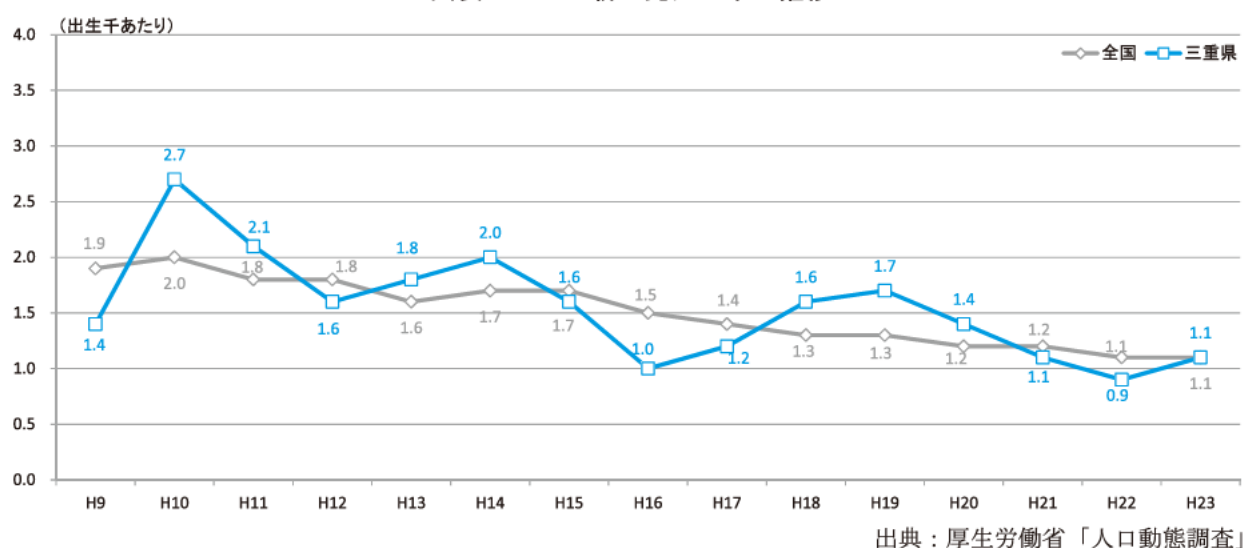
- 「周産期」とは妊娠満 22 週から生後満 7 日未満の期間のことをいい、母体・胎児・新生児にとって大変重要な時期とされています。この期間に、「周産期医療」として産科・小児科の双方から総合的に医療が行われます。
- 全国の分娩件数は、平成 12 (2000) 年に約 122 万件でしたが、平成 23 (2011) 年には約 107 万件と約 12%減少しています。本県においても 18,018 件から 15,288 件へと約 15%減少しています¹。
- 本県の出生率は 8.3 で全国平均と同水準であり、合計特殊出生率は本県 1.47 で全国平均 1.39 を上回っています¹。
- 妊娠した女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

図表 5-9-1 周産期死亡率の推移

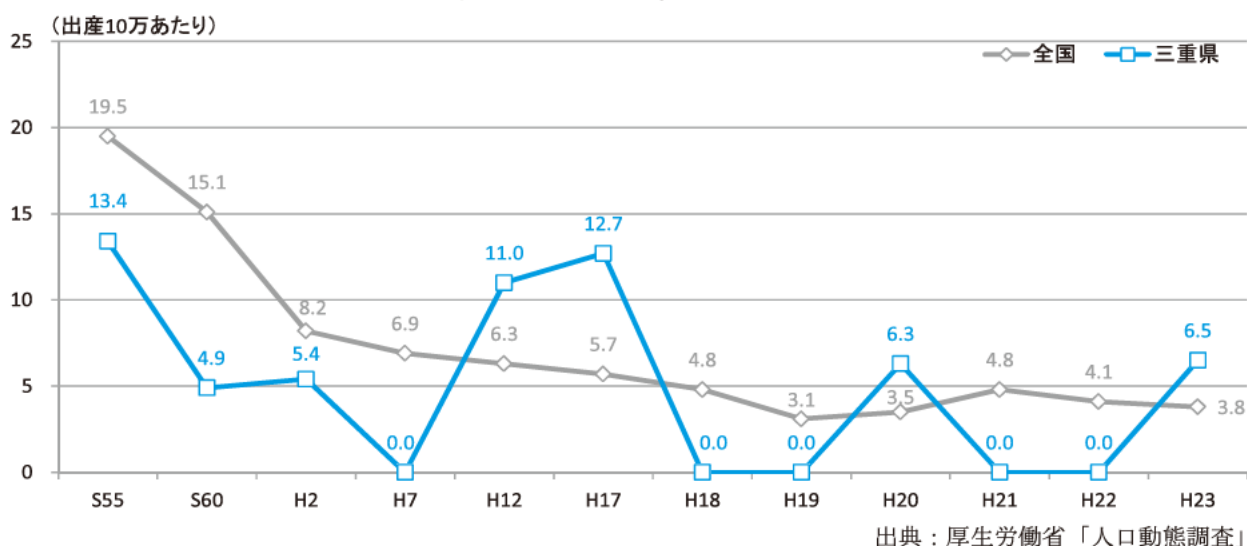


¹ 出典：厚生労働省「平成 23 年 人口動態調査」

図表 5-9-2 新生児死亡率の推移



図表 5-9-3 妊産婦死亡率の推移



① 医療提供体制

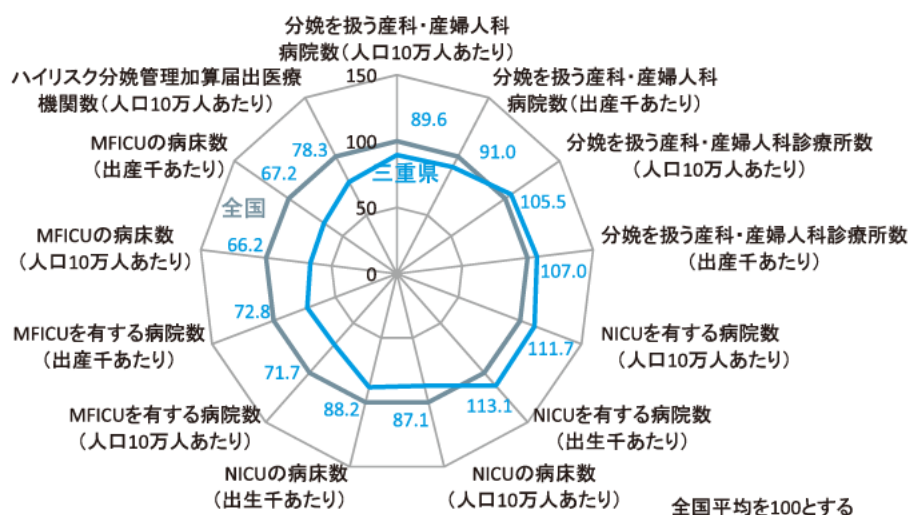
- 本県において分娩を実施している病院は14施設、一般診療所は25施設ですが、分娩ができる医療機関は近年減少しています。なお、県内には分娩施設を有する3か所の助産所があり、病院や診療所と連携しています²。
- 周産期医療に係る人的・物的資源を充実し、高度な医療を適切に供給する体制を整備するため、各都道府県において総合周産期母子医療センター*、地域周産期母子医療センター*および搬送体制等に関する周産期医療体制の整備が進められてきています。
- 県内で総合周産期母子医療センターは1か所、地域周産期母子医療センターは4か所に設置されており、リスクの高い妊娠に対する医療や高度な新生児医療等が行われてい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

² 出典：三重県調査（平成24年4月現在）

医師が勤務しています³。

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

図表 5-9-4 医療機関数に関する主要指標



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

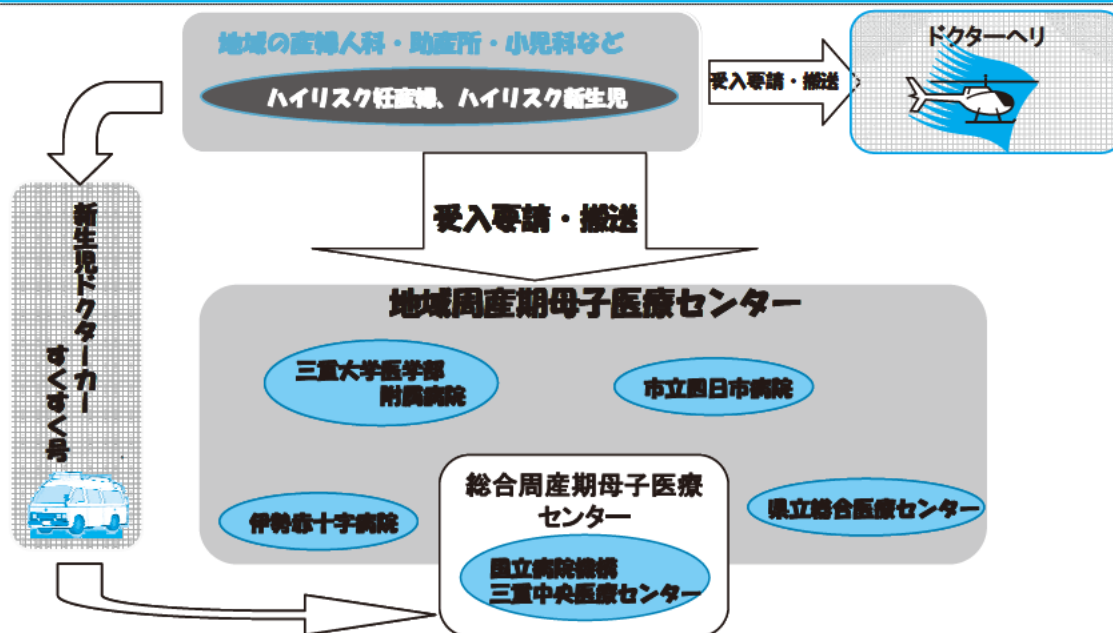
³ 出典：三重県調査（平成 24 年 4 月現在）

図表 5-9-5 周産期の救急搬送

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

◆総合周産期母子医療センター：国立病院機構三重中央医療センター

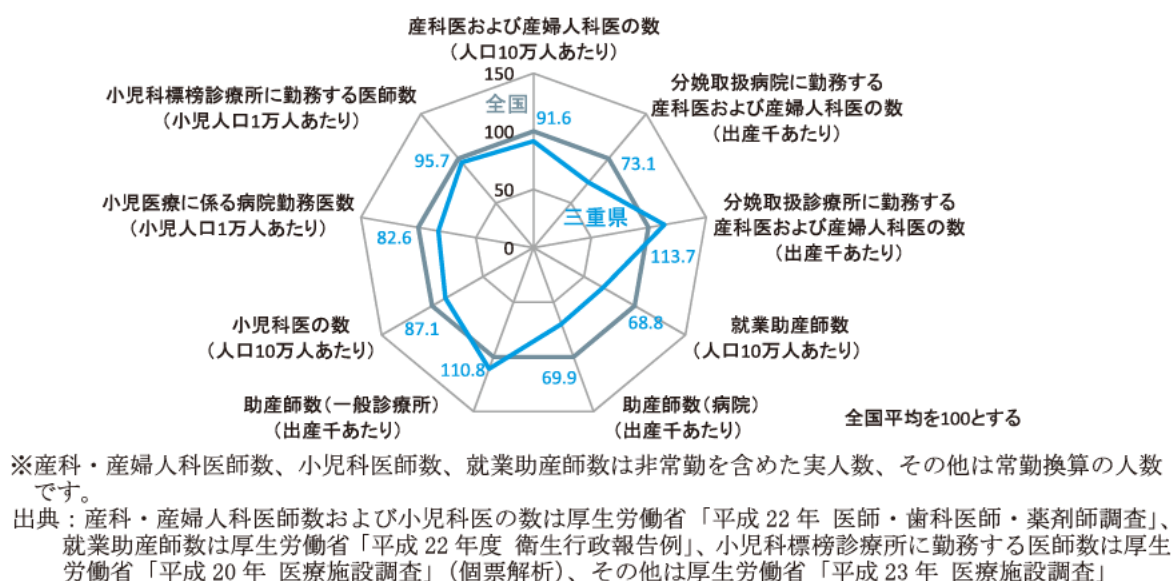
◇地域周産期母子医療センター：市立四日市病院 県立総合医療センター
三重大学医学部附属病院 伊勢赤十字病院



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

⁴ 三重県産婦人科医会・三重県小児科医会調査

図表 5-9-6 医師数および助産師数に関する主要指標



② 分娩

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

図表 5-9-7 分娩数(人口10万人あたり)

	(単位：件)	
	病 院	診療所
全 国	36.5	31.8
三重県	28.0	41.6

出典：厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

③ 療育*支援

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

図表 5-9-8 身体障害者手帳交付数と産後訪問指導を受けた割合

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

※産後訪問指導を受けた割合の算出方法は次の式により算出しました。

新生児(未熟児を除く)のうち産後訪問指導を受けた割合

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

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

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

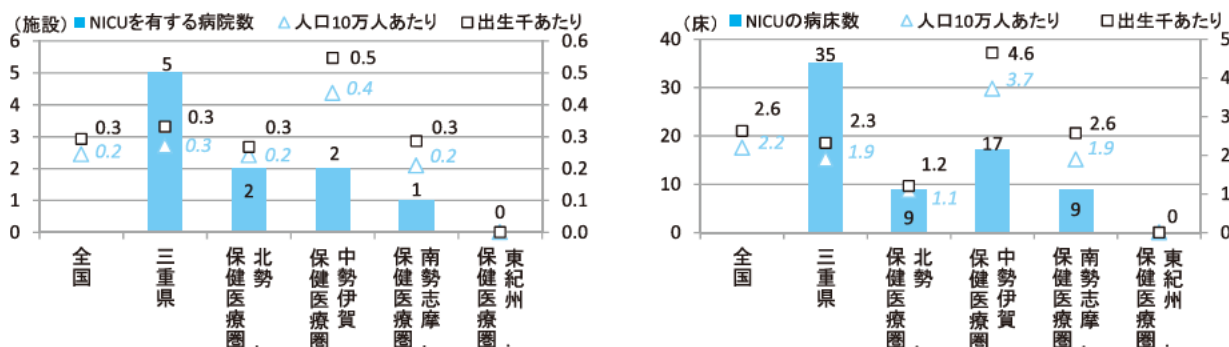
⁵ 出典：雇用均等・児童家庭局総務課調査

(2) 各保健医療圏の現状

① 医療提供体制

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

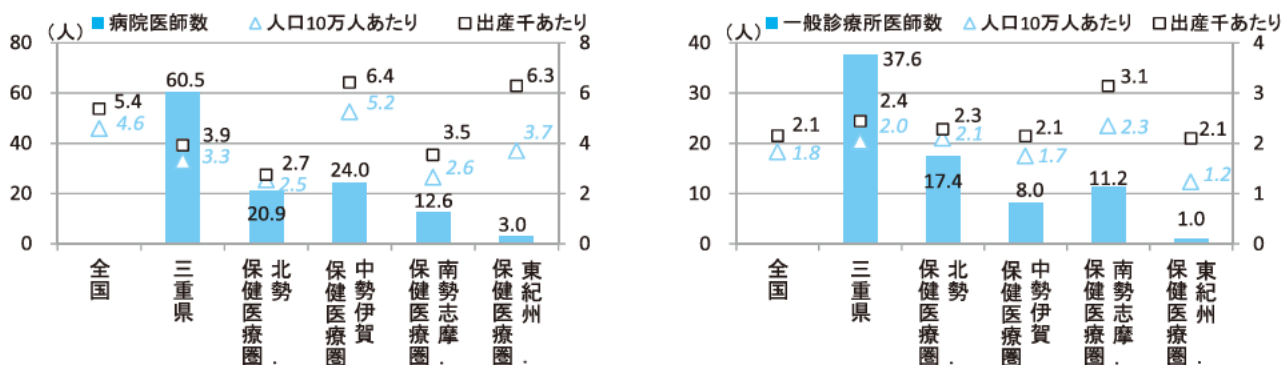
図表 5-9-9 NICUを有する病院数(左グラフ)・病床数(右グラフ)



出典：いずれも厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

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

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

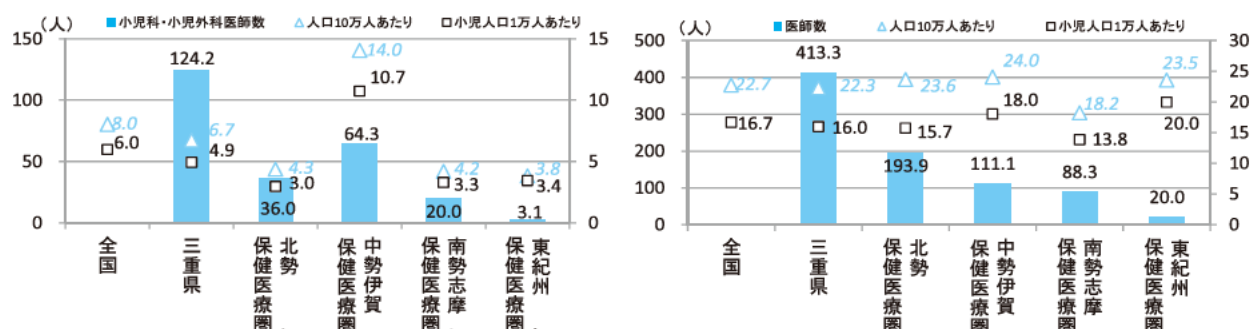


※いずれも常勤換算の人数です。

出典：いずれも厚生労働省「平成23年 医療施設調査」

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

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

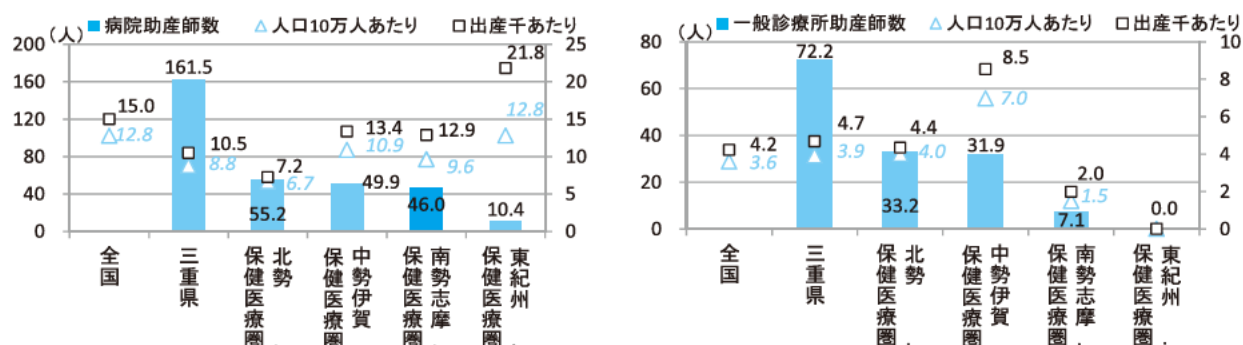


※いずれも常勤換算の人数です。

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

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

図表 5-9-12 助産師数(左グラフ:病院、右グラフ:一般診療所)



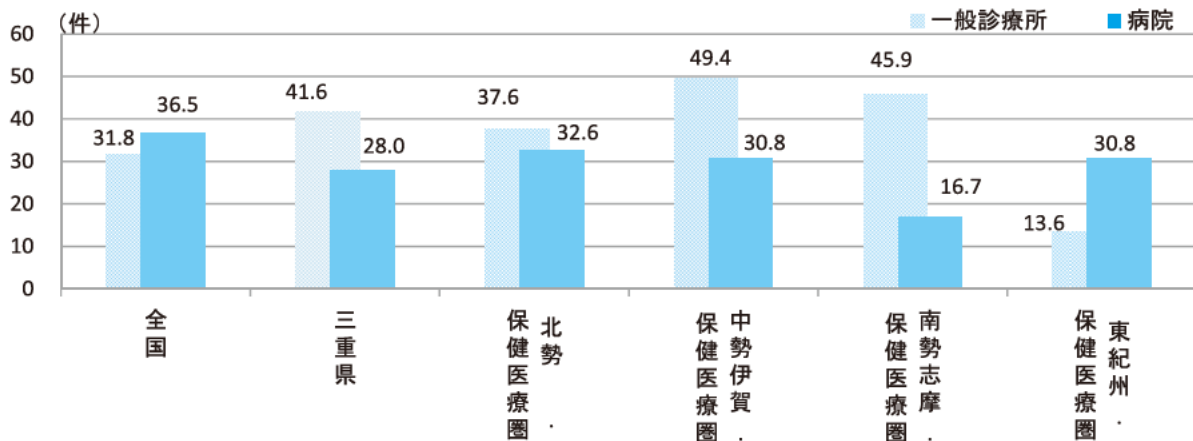
※いずれも常勤換算の人数です。

出典：いずれも厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

② 分娩

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

図表 5-9-13 分娩数(人口 10 万人あたり)の比較



出典：厚生労働省「平成 23 年 医療施設調査」

2. 医療連携体制の現状

(1) 各医療機能を担う医療機関

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

(2) 連携の現状

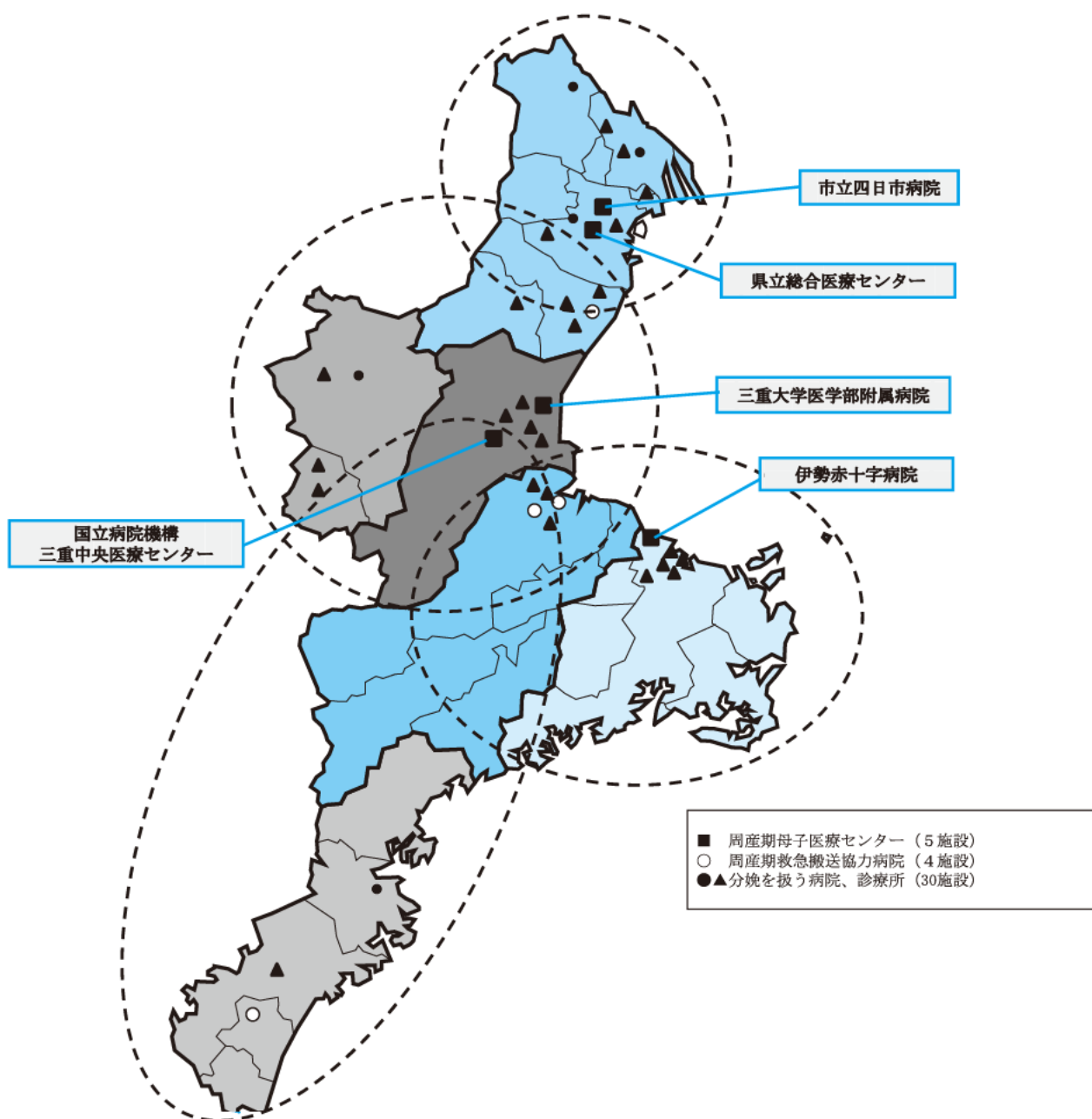
① 医療連携体制

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

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

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

図表 5-9-14 県内の周産期医療体制



② 救急搬送体制

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

③ 産科オープンシステム・セミオープンシステム*の導入

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

3. 課題

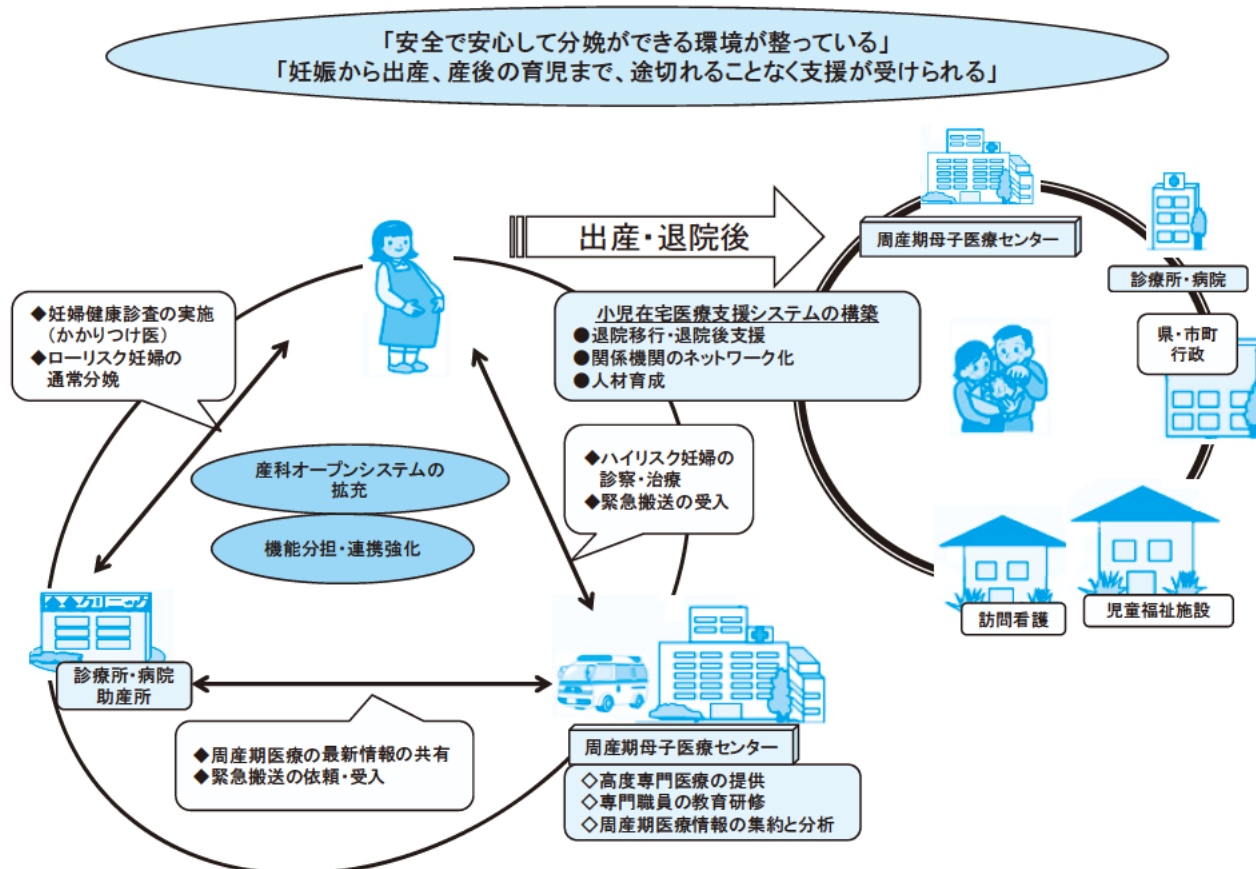
- 周産期医療に従事する産婦人科医、小児科医、助産師、看護師等が不足しており、その確保が必要です。
- 分娩を取り扱う産科医、小児初期救急等に対応する小児科開業医が高齢化しており、若手産科医、小児科医の育成が急務です。
- 産婦人科と小児科に従事する医師は、他の診療科に従事する医師と比べて女性の割合が高いことから、女性医師の出産・子育ての負担を軽減する対策が必要です。
- 周産期医療従事者が不足する中、安心・安全に出産ができる体制を維持するため、ローリスクの出産は診療所が担当し、中等度以上のリスクの出産は二次医療機関や三次医療機関（周産期母子医療センター）が担当する機能分担の一層の推進が必要で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

4. 施策の展開

(1) めざす姿

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

図表 5-9-15 三重県周産期医療のめざす姿



【 数値目標 】

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

【 数値目標（2年ごとに確認する目標） 】

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

(2) 取組方向

取組方向 1：周産期医療を担う人材の育成・確保

取組方向 2：産科における病院と診療所の適切な機能分担、連携体制の構築

取組方向 3：地域における母子保健サービスの充実

(3) 取組内容

取組方向 1：周産期医療を担う人材の育成・確保

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

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

取組方向 2：産科における病院と診療所の適切な機能分担、連携体制の構築

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

取組方向 3：地域における母子保健サービスの充実

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

す。(医療機関、市町、県)

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

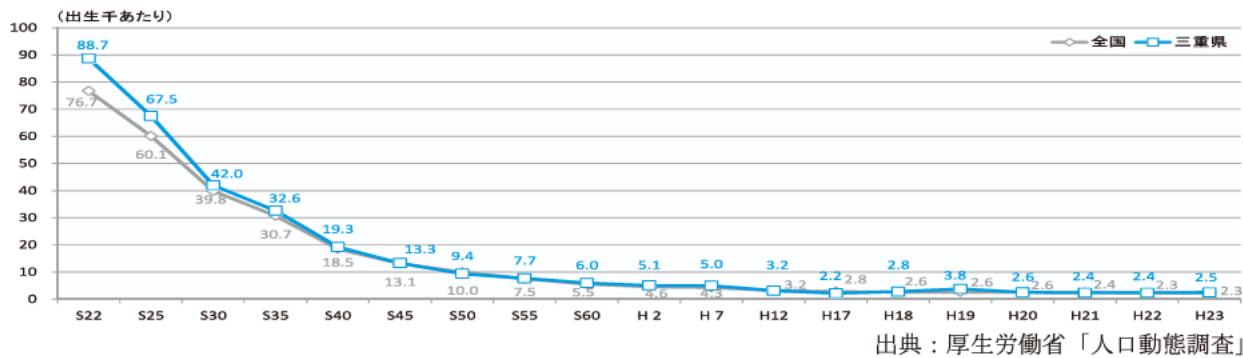
第10節 小児救急を含む小児医療対策

1. 小児医療の現状

(1) 小児医療の概況

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

図表 5-10-1 乳児死亡率の推移



図表 5-10-2 周産期・早期新生児・新生児・乳幼児・小児死亡率*

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

出典：厚生労働省「平成23年 人口動態調査」

図表 5-10-3 小児科の医師数の全国と県の比較

(単位：人)

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

出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 5-10-4 保健医療圏別の小児科の医師数

(単位：人)

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

出典：厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

(2) 各保健医療圏の現状

① 小児医療の受療動向

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

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

(単位：千人／日)

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

※空欄はデータなし

出典：厚生労働省「平成20年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

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

¹ 出典：厚生労働省「平成20年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

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

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

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

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

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

② 医療提供体制

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

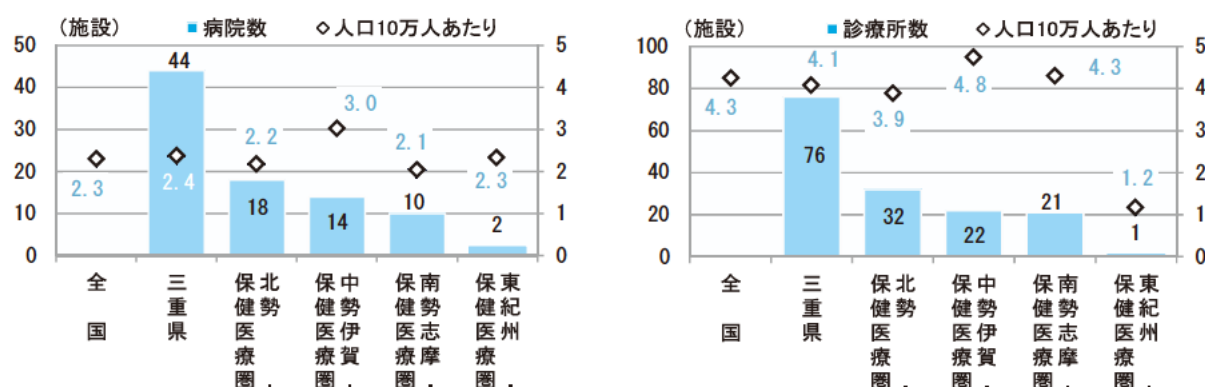
² 出典：厚生労働省「平成 20 年 医療施設調査」

³ 出典：三重県産婦人科医会・三重県小児科医会調査

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

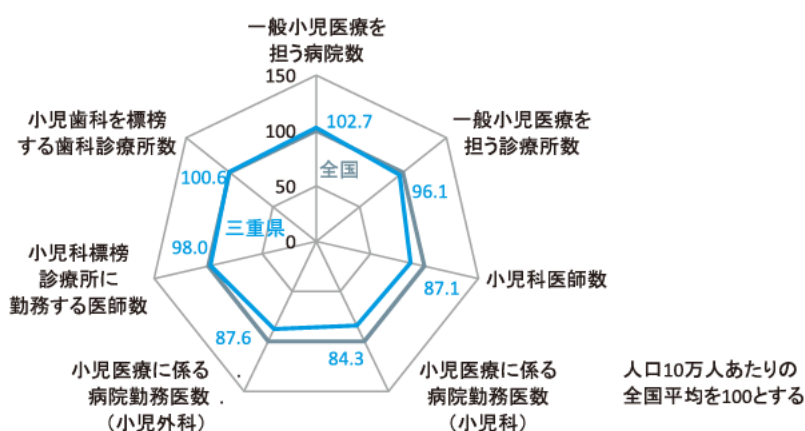
- なお、重症外傷を含めて重篤な小児患者に専門的に対応できる小児集中治療室（Pediatric Intensive Care Unit：P I C U*）を有する病院は県内には整備されていません。

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



出典：いずれも厚生労働省「平成20年 医療施設調査」（個票解析）

図表 5-10-8 小児を対象とする医療機関に対する主要指標



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

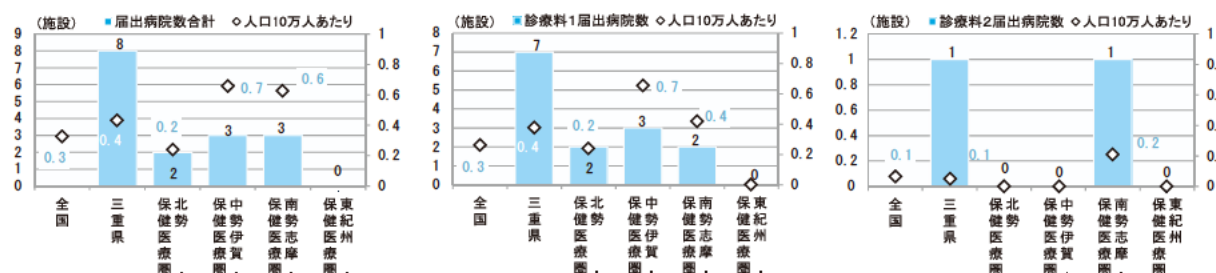
③ 小児救急

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

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

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

図表 5-10-9 地域連携小児夜間・休日診療料届出医療機関



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

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

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

(単位：件／半年)

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

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

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

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

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

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

図表 5-10-11 小児救急電話相談の件数

（単位：件）

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

出典：三重県調査（平成 24 年）

図表 5-10-12 小児救急電話相談の概要

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

出典：厚生労働省「小児救急医療電話相談事業（＃8000）について」

図表 5-10-13 小児救急医療拠点病院名簿（平成 24 年 4 月 1 日現在）

医療機関
国立病院機構三重病院

出典：三重県調査（平成24年）

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

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

出典：三重県調査（平成24年）

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

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

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

出典：三重県調査（平成24年）

④ 療養・療育支援

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

⁵ 出典：厚生労働省「介護サービス情報公表システム」

図表 5-10-16 特別児童扶養手当等の交付数

(単位：件)

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

出典：厚生労働省「平成23年度 福祉行政報告例」

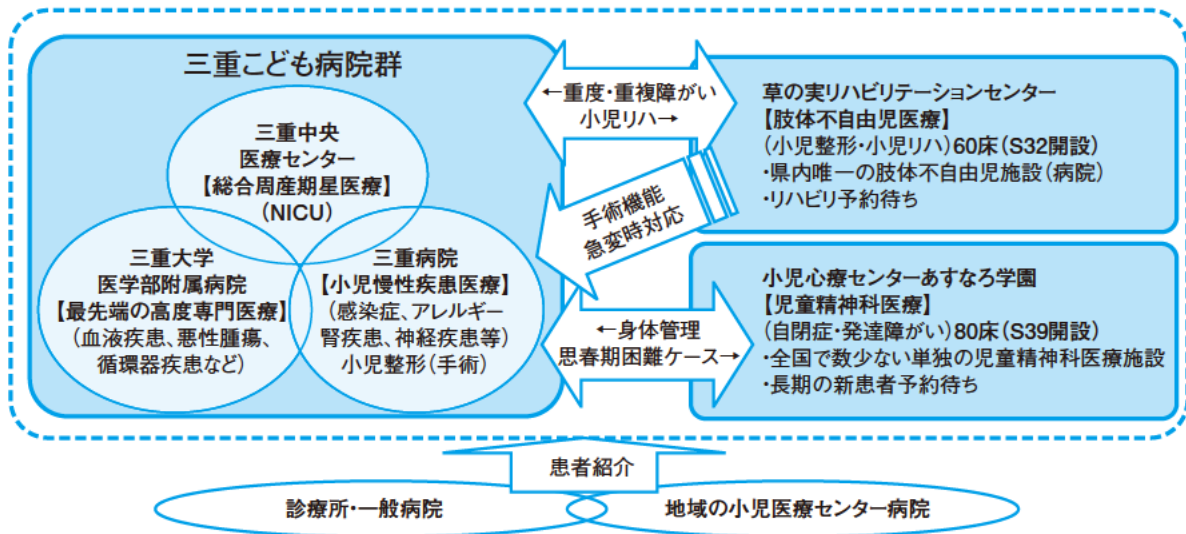
- 障がいのある児童を入所により保護し、治療および日常生活の指導を行う医療型障害児入所施設は県立草の実リハビリテーションセンター（定員 60 人）と県立小児心療センターあすなろ学園（定員 56 人）、済生会明和病院なでしこ障害児入所施設（定員 22 人）、国立病院機構三重病院（定員 50 人）、国立病院機構鈴鹿病院（定員 120 人）の 5 施設ありますが、小児期に発症した病気や障がいが成人期に持ち越されていくこと（キャリアオーバー）から、入所数が限られています。
- 地域の歯科診療所と三重県障がい者歯科センターが連携し、障がいのある児（者）が安心して歯科治療を受けられる「みえ歯ートネット」の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

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

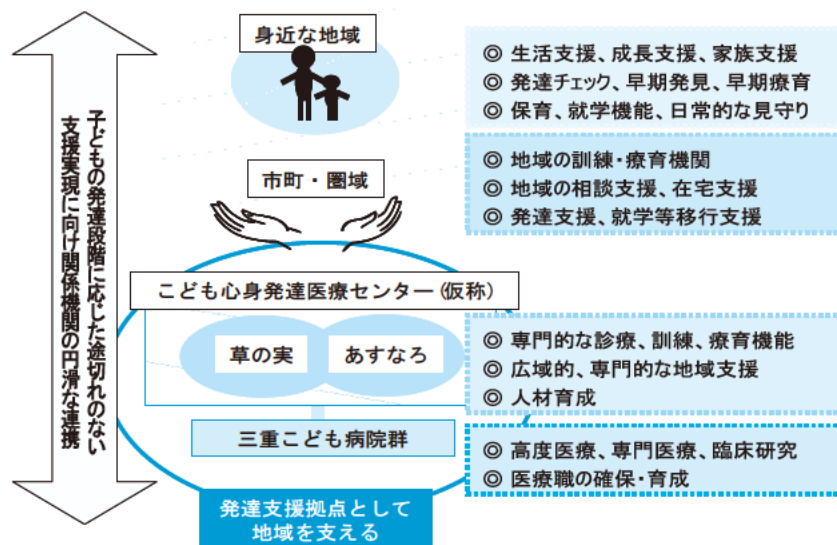
- 子どもの肢体不自由、重症心身障がい、自閉症、発達障がい等の治療についてはさまざまな診療科による専門医療が求められていることから、県立草の実リハビリテーションセンター、県立小児心療センターあすなろ学園の両施設を「こども心身発達医療センター（仮称）」として一体整備し、機能強化を図る必要があります。また、高度な専門性を持つ「三重こども病院群」の三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重病院、国立病院機構三重中央医療センターと連携し、必要な医療が受けられる体制整備を進めることが重要です。さらに、地域での相談・療育等総合的かつ多様なニーズに対応するために地域の療育センター、かかりつけ医、学校、市町、児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

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



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

図表 5-10-18 「地域と連携した発達支援体制」イメージ図



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

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

(2) 連携の現状

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

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

3. 課題

（1）小児医療を担う人材の不足

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

（2）小児医療提供体制の集約化・重点化の推進

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

（3）小児（救急）患者の症状に応じた救急医療体制の充実

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

(4) NICU、小児病棟を退院した長期療養児の療養・療育支援体制の充実

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

4. 施策の展開

(1) めざす姿

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

【 数値目標 】

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

（2）取組方向

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

（3）取組内容

取組方向1：小児医療を担う人材の育成・確保

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

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

取組方向 2：地域差のない小児医療提供体制の充実

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

取組方向 3：小児医療に関する情報提供の充実

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

取組方向 4：療養・療育支援体制の充実

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

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

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

第1 1 節 在宅医療対策

1. 在宅医療の現状

(1) 在宅医療の概況

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

(2) 訪問診療・往診

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

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

² 出典：厚生労働省「平成22年 国民生活基礎調査」

³ 出典：厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

⁴ 出典：厚生労働省「終末期医療に関する調査」（平成20年）

⁵ 出典：厚生労働省「平成23年 患者調査」

図表 5-11-1 在宅療養支援施設数・病床数

(単位：か所、床)

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

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成24年1月現在）

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

図表 5-11-2 在宅療養実施施設数

(単位：か所)

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

※空欄はデータなし

¹ 出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」（平成24年）² 出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成24年）

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

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

図表 5-11-3 訪問診療件数

（単位：件／半年）

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

出典：厚生労働省「NDB」（平成22年10月～平成23年3月）

図表 5-11-4 病院・診療所の訪問診療件数（平成24年6月分）

（単位：か所、件／月）

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

※空欄はデータなし

¹出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」（平成24年）

²出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成24年）

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

図表 5-11-5 在宅患者の主傷病(平成 24 年6月分)

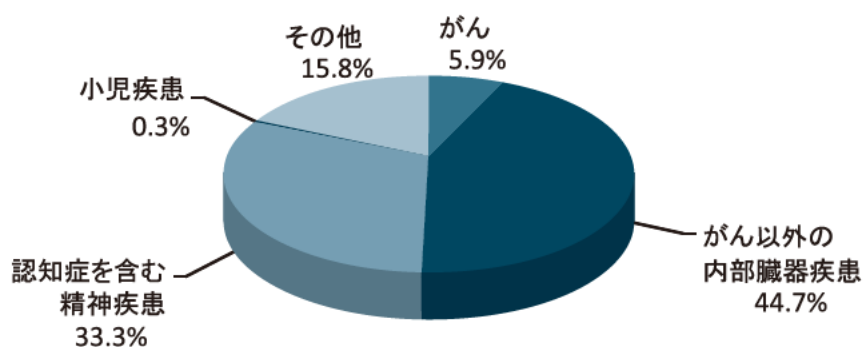
(単位：か所、件／月)

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

¹ 出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」（平成 24 年）

² 出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成 24 年）

図表 5-11-6 訪問診療を受けている在宅患者の主傷病割合



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

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

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

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

※空欄はデータなし

¹出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)

²出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 24 年)

(3) 訪問看護

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

図表 5-11-8 訪問看護ステーション数

(単位：か所)

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

出典：厚生労働省「平成 23 年度 介護給付費実態調査報告」

図表 5-11-9 訪問看護ステーションの職種別従事者数

(単位：人)

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

¹出典：厚生労働省「平成 23 年 介護サービス施設・事業所調査」²出典：厚生労働省「医政局指導課による平成 21 年介護サービス施設・事業所調査特別集計」

- 人口 10 万人あたりの医療保険による訪問看護利用者数は全国平均をやや上回っていますが、小児の訪問看護利用者数は全国平均の 7 割程度に過ぎません。

図表 5-11-10 医療保険による訪問看護の利用者数

(単位：人／月)

	利用者数	人口 10 万人 あたり利用者数	小児利用者数	人口 10 万人あたり 小児利用者数
全 国	49,425	39.17	2,850	2.26
三重県	733	40.36	28	1.54

出典：厚生労働省「平成 23 年 訪問看護療養費調査」

- 介護保険による訪問看護利用者数、介護予防訪問看護利用者数とも全国平均と比較してやや少なくなっています。

図表 5-11-11 介護保険による訪問看護利用者数

(単位：千人／年)

	区 分	年間実利用者数	人口 10 万人あたり 年間実利用者数
訪問看護利用者数	全 国	434.0	0.34
	三重県	5.8	0.32
介護予防訪問看護利用者数	全 国	49.7	0.04
	三重県	0.5	0.03

出典：厚生労働省「平成 23 年度 介護給付費実態調査報告」

- 平成 23（2009）年における介護保険法の緊急時訪問看護加算*等の届出状況は、各項目ともに全国と比べて低い水準にあり、健康保険法の 24 時間対応体制加算*の届出状況は全国平均の 8 割程度となっています。

図表 5-11-12 訪問看護ステーション数と緊急時訪問加算等の届出状況

(単位：か所、件)

		全 国	三重県	全 国 (人口 10 万人 あたり)	三重県 (人口 10 万人 あたり)
訪問看護ステーション数		5,212	71	4.13	3.85
介護保険法	緊急時訪問看護加算の届出	4,444	57	3.52	3.09
	特別管理体制の届出	4,749	67	3.76	3.63
	ターミナルケア*加算の届出	4,377	55	3.47	2.98
健康保険法	24 時間対応体制加算の届出	3,971	47	3.15	2.55
	24 時間連絡体制加算の届出	487	11	0.39	0.60
	重症者管理加算の届出	4,297	55	3.40	2.98

出典：厚生労働省「平成 23 年 介護サービス施設・事業所調査」

- 訪問看護ステーションは 100 事業所が指定されており、人口 1 万人あたりの事業所数は 0.54 施設となっています。また、緊急時訪問看護加算届出施設は 84 事業所で、人口 1 万人あたりの事業所数は 0.45 施設となっています。
- 8 市町において訪問看護ステーションがない状況ですが、都市部の訪問看護ステーションが広域的にカバーしている地域もあります。

図表 5-11-13 訪問看護ステーション数

(単位：か所)

市 町	訪問看護 ステーション	人口 1 万人あたり 事業所数	緊急時訪問看護 加算届出施設	人口 1 万人あたり 事業所数
津市	14	0.49	11	0.38
四日市市	17	0.55	16	0.52
伊勢市	11	0.84	8	0.61
松阪市	5	0.30	5	0.30
桑名市	7	0.50	6	0.43
鈴鹿市	9	0.45	6	0.30
名張市	6	0.75	6	0.75
尾鷲市	2	1.00	2	1.00
亀山市	3	0.59	3	0.59
鳥羽市				
熊野市	1	0.51	1	0.51
いなべ市	3	0.66	3	0.66
志摩市	4	0.73	3	0.55
伊賀市	6	0.62	5	0.51
木曽岬町				
東員町	1	0.39	0	0.00
菰野町	3	0.75	1	0.25
朝日町				
川越町				
多気町	1	0.65	1	0.65
明和町	1	0.44	1	0.44
大台町	2	1.92	2	1.92
玉城町	1	0.65	1	0.65
度会町				
大紀町				
南伊勢町	2	1.35	2	1.35
紀北町				
御浜町	1	1.07	1	1.07
紀宝町				
合 計	100	0.54	84	0.45

※空欄はデータなし

出典：三重県「指定事業者等管理システム」(平成 24 年 10 月現在)

(4) 服薬指導・リハビリテーション

- 訪問服薬指導を実施する薬局数は県内に 605 施設あり、人口 1 万人あたりの訪問服薬指導を実施する薬局数は、全国平均と比較すると同水準にあります。

- 市町別に見ると、都市部では一定数の確保ができているものの、郡部では少ない状況となっています。

図表 5-11-14 訪問薬剤指導を実施する薬局数

(単位：か所)

	訪問薬剤指導を実施する 薬局数	人口1万人あたり訪問薬剤指導 を実施する薬局数
全 国	41,455	3.3
三重県	605	3.3
津市	91	4.2
四日市市	115	4.7
伊勢市	55	5.2
松阪市	58	4.5
桑名市	64	5.6
鈴鹿市	66	4.3
名張市	19	3.4
尾鷲市	11	6.5
亀山市	15	3.9
鳥羽市	2	1.9
熊野市	5	3.5
いなべ市	7	2.5
志摩市	17	4.1
伊賀市	26	3.7
木曾岬町		
東員町	6	3.3
菰野町	7	2.8
朝日町	2	3.1
川越町	3	3.1
多気町		
明和町	4	2.8
大台町	3	3.9
玉城町	8	6.2
度会町	1	2.2
大紀町	2	3.0
南伊勢町	4	3.7
紀北町	6	4.2
御浜町	7	8.5
紀宝町	1	1.8

※空欄はデータなし

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準」(平成24年1月現在)

- 人口10万人あたりの訪問リハビリテーションを実施する事業所数は全国平均を上回っています。また、訪問リハビリテーションの利用者数、介護予防訪問リハビリテーションの利用者数ともに全国平均を上回っています。

図表 5-11-15 訪問リハビリテーション事業所数

図表 5-11-16 訪問リハビリテーション利用者数

区 分	施設数 (か所)	人口10万人 あたり施設数
全 国	3,322	2.6
三重県	54	2.9

	区 分	件 数 (千人)	人口10万人あ たり件数(人)
訪問リハビリテーション 利用者数	全 国	107.9	85.2
	三重県	1.7	92.5
介護予防訪問リハビリテ ーション利用者数	全 国	17.1	13.5
	三重県	0.3	16.3

出典：いずれも厚生労働省「平成23年度 介護給付費実態調査報告」

(5) 在宅移行支援

- 在宅医療は、慢性期および回復期患者の受け皿としての機能が期待されていますが、近年、在宅療養を選択する人工呼吸器装着者等の医療依存度の高い患者が増えてきたことなど

から、医療の継続や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっています。

- 入退院支援を行う部門を設置している病院は 67 施設であり、連携の要となるソーシャルワーカーの配置人員は 149 人です。
- 退院・転院に係る関係者との合同カンファレンス*の開催状況は、全体の 7 割以上の病院で必要に応じて実施されています。

図表 5-11-17 患者の入退院に伴う地域連携や調整をするための部門の設置状況(病院)

(単位：か所)

保健医療圏	部門設置の有無		ありの場合の職種別 人員配置（再掲）				なしの場合のケアマネジ ャーとの連携（再掲）				
	あり	なし	医師	看護師	事務職	ソーシャル ワーカー	行っている ケースで ほとんどの	必要に応じて 行っている	いない	あまり行って いない	把握して いない
北勢保健医療圏	30	9	13	25	21	62	2	5	2		
中勢伊賀保健医療圏（伊賀サブ除く）	16	5	12	23	12	29		4			1
伊賀サブ保健医療圏	5	1	2	8	5	9					1
南勢志摩保健医療圏（伊勢志摩サブ除く）	6	6	2	6	16	22		5	1		
伊勢志摩サブ保健医療圏	7	2	2	3	15	23	1	1			
東紀州保健医療圏	3	1	1	4	2	4	1				
合 計	67	24	32	69	71	149	4	15	3		2

※空欄はデータなし

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)

図表 5-11-18 退院・転院に係る関係者との合同カンファレンス開催状況(病院)

(単位：か所)

保健医療圏	行っているケースでのほとんどの	行っている必要に応じていない	あまり行っていない	把握していない
北勢保健医療圏	2	27	8	1
中勢伊賀保健医療圏(伊賀サブ除く)	1	17	4	
伊賀サブ保健医療圏		3	2	1
南勢志摩保健医療圏(伊勢志摩サブ除く)		9	3	
伊勢志摩サブ保健医療圏		7	2	
東紀州保健医療圏		3	1	
合 計	3	66	20	2

※空欄はデータなし

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)

(6) 緊急一時入院、レスパイトケア*

- 自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する不安が 54%、家族への負担への懸念が 80%等となっており、こういった不安や負担の軽減が在宅療養を継続するための重要な課題となっています⁷。
- 緊急一時入院を実施している病院は 68 施設ですが、受入状況を見ると、病床の空き状況

⁷ 出典：厚生労働省「終末期医療に関する調査」(平成 20 年)

による（自院または連携診療所等の退院患者に限るを含む）が全体の約 7 割となっており、条件なく常に受入れできるのは 12 施設にとどまっています。

図表 5-11-19 在宅療養患者の緊急一時入院の受入状況（病院）

（単位：か所）

保健医療圏	実施の有無		ありの場合の受入状況（再掲）			
	あり	なし	常に受入れ できる	常に受入れで きる（自院また は連携診療所 等の退院患者 に限定）	病床の空き状 況による	病床の空き状 況による（自院 または連携診 療所等の退院 患者に限定）
北勢保健医療圏	28	11	5	4	17	2
中勢伊賀保健医療圏（伊賀サブ除く）	17	4	2	1	13	1
伊賀サブ保健医療圏	4	2	1		2	1
南勢志摩保健医療圏（伊勢志摩サブ除く）	8	4			7	1
伊勢志摩サブ保健医療圏	8	1	3	1	4	
東紀州保健医療圏	3	1	1	1		1
合 計	68	23	12	7	43	6

※空欄はデータなし

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」（平成 24 年）

図表 5-11-20 緊急一時入院を常に受入れできると回答した病院の病床区分・病床数

（単位：か所）

	一般病床				療養 病床	精神科 病床	計
	～99 床	100～ 199 床	200～ 299 床	300 床 ～			
常に受入れできる	3	2	3	1	1	2	12
常に受入れできる（自院または連 携診療所等の退院患者に限定）	1			2	1	3	7

※一般病床と療養病床の双方を設置している施設については、規模の大きい病床に区分しています。

※空欄はデータなし

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」（平成 24 年）

- 在宅療養をサポートするためには、家族等の負担軽減や、患者の社会活動の機会を確保する視点から短期入所サービスの充実が求められます。短期入所サービスは、特別養護老人ホーム等の福祉施設が実施する「生活介護」と、療養型病院のような医療施設等が実施する「療養介護」に分けられます。
- 本県の人口 10 万人あたりの短期入所生活介護事業所数は全国平均を上回っています。一方、人口 10 万人あたりの短期入所療養介護事業所数は全国平均と同程度です。
- 人口 1 万人あたりの短期入所サービス利用者数は、生活介護については全国平均を上回り、療養介護は全国平均と同程度です。
- 市町別では、生活介護事業所はほぼ全市町に設置されていますが、療養介護事業所については 10 市町で設置がない状況です。
- 本県の人口 1 万人あたりの短期入所サービス利用者は、南勢志摩保健医療圏で生活介護の利用頻度が高い状況となっています。療養介護は市町における療養介護事業所の設置状況によってばらつきがあります。

図表 5-11-21 短期入所サービス(ショートステイ)の事業所数

(単位：か所)

	区 分	事業所数	人口 10 万人あたり 事業所数
短期入所生活介護事業所数	全 国	7,515	5.9
	三重県	140	7.6
短期入所療養介護事業所数	全 国	4,726	3.7
	三重県	73	3.9

出典：厚生労働省「平成 23 年 介護サービス施設・事業所調査」

図表 5-11-22 短期入所サービス事業所数、利用者数

(単位：か所、人／月)

	短期入所サービス (ショートステイ) 事業所数		短期入所サービス (ショートステイ) 利用者数		短期入所サービス (ショートステイ) 人口 1 万人あたり利用者数	
	短期入所 生活介護 事業所数	短期入所 療養介護 事業所数	短期入所 生活介護 利用者数	短期入所 療養介護 利用者数	短期入所 生活介護 利用者数	短期入所 療養介護 利用者数
全 国	7,215	4,857	271,478	53,294	21.4	4.2
三重県	140	72	5,411	768	29.2	4.1
津市	23	15	772	146	27.0	5.1
四日市市	20	10	813	54	26.4	1.8
伊勢市	11	4	515	32	39.5	2.5
松阪市	16	7	556	70	33.1	4.2
桑名市	4	8	157	45	11.2	3.2
鈴鹿市	10	4	495	22	24.8	1.1
名張市	5	2	266	34	33.1	4.2
尾鷲市	5		143		71.4	
亀山市	3		115		22.5	
鳥羽市	1	1	58	2	27.1	0.9
熊野市	2	1	74	14	37.6	7.1
いなべ市	2		123		26.9	
志摩市	6	2	159	36	29.1	6.6
伊賀市	9	3	369	187	38.0	19.2
木曽岬町	1					
東員町	1		38		14.8	
菰野町	3	3	94	41	23.5	10.3
朝日町	1		45		46.7	
川越町		1				
多気町	2	2	119	16	77.1	10.4
明和町	1	1	35	2	15.3	0.9
大台町	3		80		76.8	
玉城町	1	2	52	13	34.0	8.5
度会町	1		49		56.4	
大紀町	2	2	92	12	93.4	12.2
南伊勢町	2		45		30.4	
紀北町	2	2	31	13	16.7	7.0
御浜町	1	2	28	29	29.9	30.9
紀宝町	2		88		74.0	

※空欄はデータなし

出典：厚生労働省「医政局指導課による平成 21 年介護サービス施設・事業所調査特別集計」

(7) 在宅看取り

- 60%以上の国民が終末期においても可能な限り自宅での療養を望んでおり、患者や家族が希望した場合には自宅で最期を迎えることを可能にする医療および介護の提供体制の構築が求められています。
- 在宅看取りを実施している病院は 22 施設（在宅医療を実施している病院の 63%）、診療所（一般診療所と在宅療養支援診療所）は 296 施設（同じく 78%）あります。

- 平成 23 (2011) 年 4 月から平成 24 (2012) 年 3 月までの 1 年間の在宅看取りの件数は 1,294 件であり、1 施設あたりでは病院 5.3 人、一般診療所 3.0 人、在宅療養支援診療所 5.8 人でした。
- 人口 1 万人あたり実施件数は県平均で 7.0 人ですが、市町別では、その地域における医療機関の取組状況等によってばらつきがあります。

図表 5-11-23 在宅看取りを実施している病院数・診療所数・ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数

(単位：か所、件／年)

市 町	病 院 ¹		一般診療所 ²		在宅療養支援診療所 ²		合計 実施件数	人口 1 万人 あたり 実施件数	ターミナル ケアに対応 する訪問看護 ステーション数 ³
	施設数	件 数	施設数	件 数	施設数	件 数			
津市	4	12	21	38	23	114	164	5.7	11
四日市市	2	1	36	115	10	143	259	8.4	8
伊勢市	2	5	9	17	14	53	75	5.8	8
松阪市	4	7	20	79	2	60	146	8.7	6
桑名市	4	11	8	13	14	51	75	5.3	3
鈴鹿市	2	36	9	20	24	85	141	7.1	2
名張市			7	29	1	3	32	4.0	4
尾鷲市			2	7	3	7	14	7.0	2
亀山市			5	19	1	42	61	12.0	1
鳥羽市			7	26	1	5	31	14.5	
熊野市			6	10			10	5.1	1
いなべ市			8	16	2	9	25	5.5	3
志摩市	1	0	12	46	1	1	47	8.6	2
伊賀市	1	42	18	58			100	10.3	3
木曽岬町									
東員町			2	3			3	1.2	1
菰野町									1
朝日町									
川越町									
多気町			2	4			4	2.6	
明和町	1	1	4	8			9	3.9	1
大台町			1	21			21	20.2	2
玉城町			1	1	2	1	2	1.3	1
度会町			1	1	1	8	9	10.4	
大紀町			3	8	2	22	30	30.5	
南伊勢町	1	2	3	14	2	0	16	10.8	1
紀北町			3	9	1	0	9	4.8	
御浜町			3	6	1	5	11	11.7	1
紀宝町									
合 計	22	117	191	568	105	609	1,294	7.0	62
(1 施設平均)		(5.3)		(3.0)		(5.8)			

※空欄はデータなし

¹ 出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)

² 出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 24 年)

³ 出典：厚生労働省「医政局指導課による平成 21 年介護サービス施設・事業所調査特別集計」

- 本県の人口 10 万人あたりの在宅死亡者数は、全国平均を大きく上回っています。
- 平成 22 (2010) 年度人口動態調査によると、県内の年間死亡者数に占める在宅死亡者数の割合は 17.6%となっています。
- 平成 17 (2005) 年度の同調査と比較すると、四日市市、南伊勢町、菰野町で総数に占める在宅死亡者数の割合が大きく伸びていますが、県内市町の半数程度では総数に占める割合

が減少しています。

- 県内のがん患者死亡者数は5,058人であり、そのうち在宅死亡者数は497人でした。この割合は9.8%となっており、全体の在宅死亡割合17.6%を大きく下回っています⁸。

図表 5-11-24 在宅死亡者数

(単位：人／年)

区 分	在宅死亡者数	人口10万人あたり 在宅死亡者数	うち老人ホーム	人口10万人あたり 老人ホーム死亡者数
全 国	192,876	151.8	42,099	33.1
三重県	3,286	177.7	797	43.1

出典：厚生労働省「平成22年 人口動態調査」死亡したところの種別（自宅、老人ホーム）

図表 5-11-25 平成22年と平成17年の在宅死亡者数の比較

(単位：人／年)

市 町	平成22年			平成17年			比 較		
	総 数	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			
津市	2,892	436	15.1	2,497	383	15.3	115.8	113.8	0.2
四日市市	2,764	583	21.1	2,531	343	13.6	109.2	170.0	7.5
伊勢市	1,348	276	20.5	1,326	258	19.5	101.7	107.0	1.0
松阪市	1,756	260	14.8	1,640	295	18.0	107.1	88.1	3.2
桑名市	1,199	157	13.1	1,039	131	12.6	115.4	119.8	0.5
鈴鹿市	1,585	272	17.2	1,417	236	16.7	111.9	115.3	0.5
名張市	687	149	21.7	654	143	21.9	105.0	104.2	0.2
尾鷲市	322	51	15.8	304	61	20.1	105.9	83.6	4.3
亀山市	470	62	13.2	430	64	14.9	109.3	96.9	1.7
鳥羽市	283	57	20.1	268	66	24.6	105.6	86.4	4.5
熊野市	306	41	13.4	273	42	15.4	112.1	97.6	2.0
いなべ市	538	49	9.1	467	50	10.7	115.2	98.0	1.6
志摩市	760	170	22.4	685	143	20.9	110.9	118.9	1.5
伊賀市	1,124	273	24.3	1,121	242	21.6	100.3	112.8	2.7
木曽岬町	64	10	15.6	57	11	19.3	112.3	90.9	3.7
東員町	206	23	11.2	170	17	10.0	121.2	135.3	1.2
菰野町	369	54	14.6	313	29	9.3	117.9	186.2	5.3
朝日町	84	10	11.9	58	8	13.8	144.8	125.0	1.9
川越町	105	18	17.1	91	11	12.1	115.4	163.6	5.0
多気町	176	38	21.6	197	54	27.4	89.3	70.4	5.8
明和町	220	50	22.7	222	45	20.3	99.1	111.1	2.4
大台町	144	24	16.7	143	25	17.5	100.7	96.0	0.8
玉城町	147	26	17.7	117	21	17.9	125.6	123.8	0.2
度会町	101	38	37.6	84	30	35.7	120.2	126.7	1.9
大紀町	157	34	21.7	164	31	18.9	95.7	109.7	2.8
南伊勢町	275	58	21.1	285	42	14.7	96.5	138.1	6.4
紀北町	290	23	7.9	318	31	9.7	91.2	74.2	1.8
御浜町	170	18	10.6	133	24	18.0	127.8	75.0	7.4
紀宝町	149	26	17.4	150	21	14.0	99.3	123.8	3.4
合 計	18,691	3,286	17.6	17,154	2,857	16.7	109.0	115.0	0.9

※総数に占める在宅死亡者数の割合の伸び（C/F）が大きい上位5位を網掛け表示しています。

出典：厚生労働省「人口動態調査 死亡したところの種別（自宅、老人ホーム）個票解析（平成22年、平成17年）」

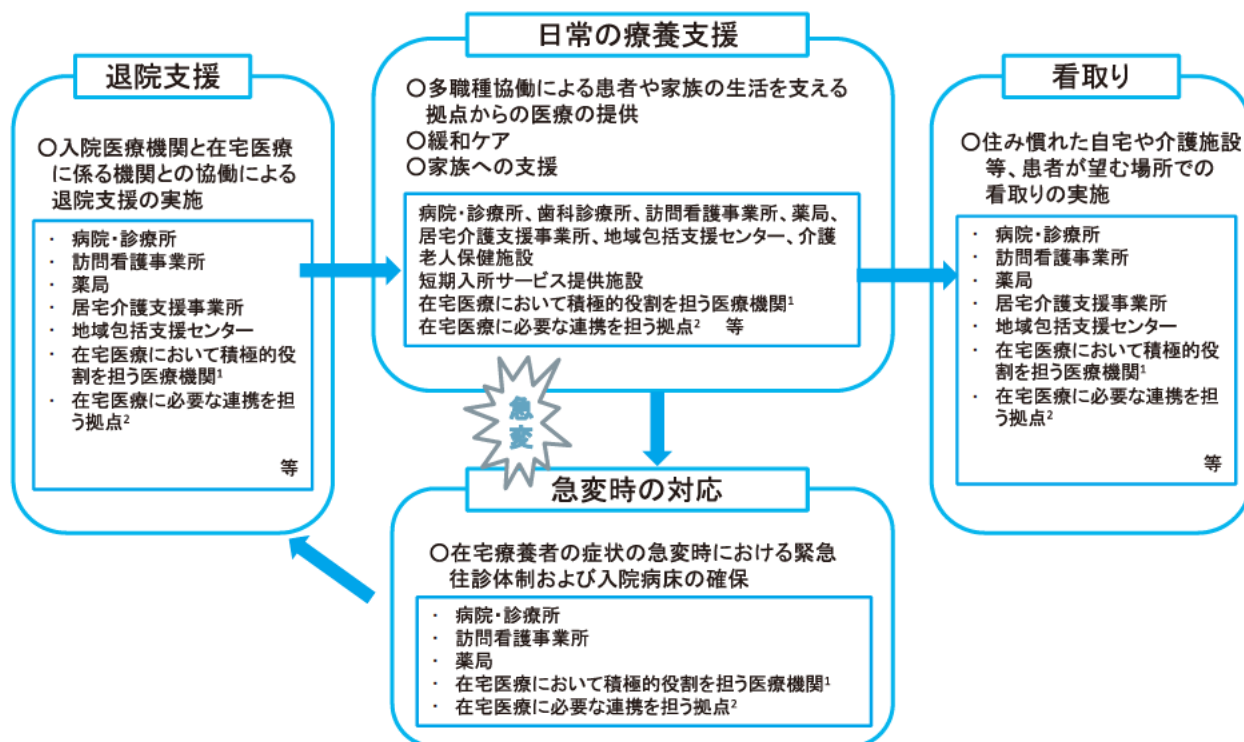
⁸ 厚生労働省「平成22年 人口動態調査」

2. 医療連携体制の現状

(1) 連携のあり方

- 地域において、在宅医療と介護を切れ目なく連携させる仕組みを面的に整備するためには、介護保険制度の運営主体であり、住民に最も身近な行政単位である、市町が郡市医師会等関係機関間の調整を行う必要があることから、在宅医療においては市町単位に圏域を設定することが適切と考えます。
- 在宅医療の充実のためには、以下の4つのめざすべき方向から、個々の役割や医療機能、それを満たす各医療機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築することが重要です。
 - ①入院医療機関と在宅医療に関わる機関との協働による退院支援の実施
 - ②多職種協働により在宅療養者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供
 - ③在宅療養者の病状急変時における往診体制および入院病床の確保
 - ④住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

図表 5-11-26 在宅医療のイメージ図



出典：厚生労働省「在宅医療連携拠点事業説明会資料」

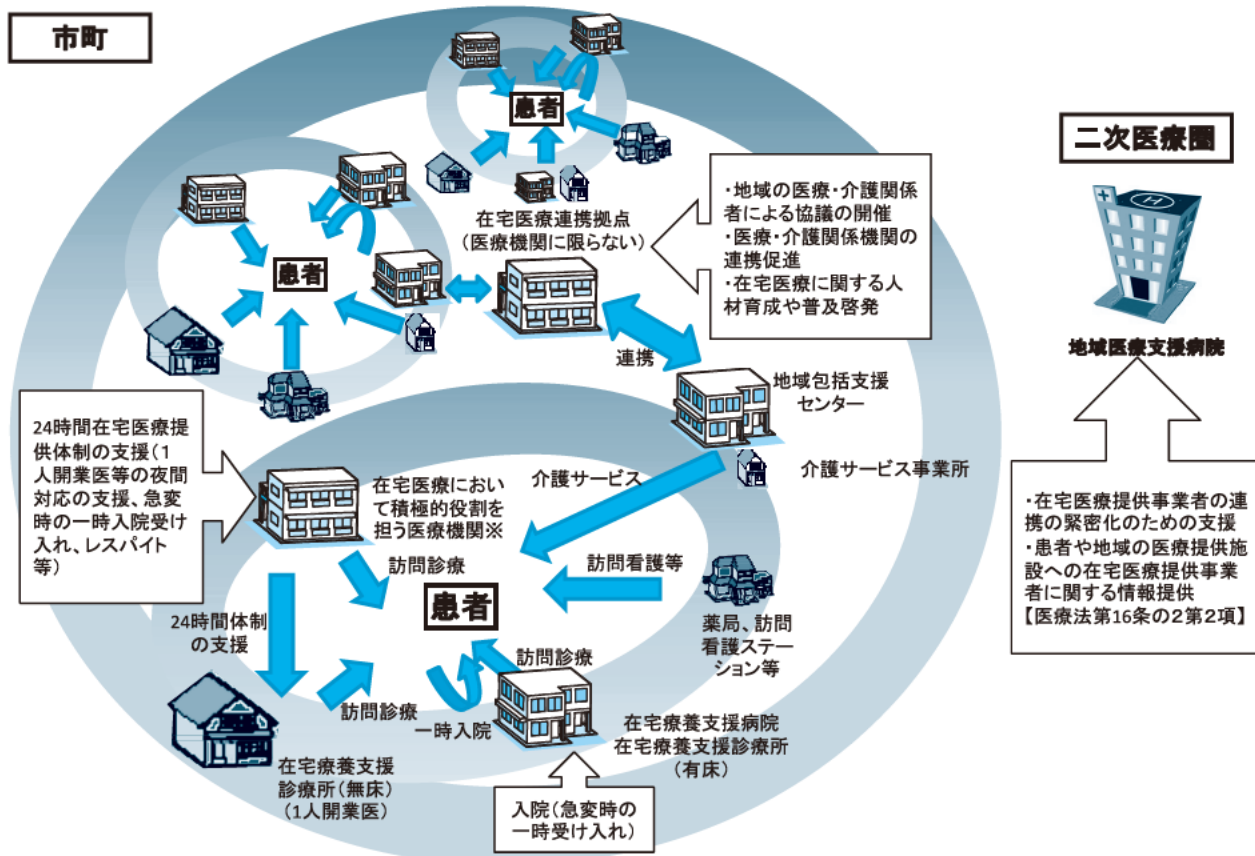
¹ 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所をいいます。

² 地域において多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、地域の医療・介護関係者による協議の開催、医療・介護関係機関の連携促進、在宅医療に関する人材育成や普及啓発等を実施する拠点をいい、標準的な規模の市町村の人口（7～10万人程度）につき、1か所程度を目途に設けられることが想定されています。

- 国では、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供をめざすとともに、今後の在宅医療に関する政策立案や均てん化*等に資

するため、平成 23（2011）年度、平成 24（2012）年度において「在宅医療連携拠点事業」を実施するなど、在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備を推進しています。

図表 5-11-27 在宅医療連携体制のイメージ図



※在宅療養支援病院・診療所の中から位置づけられることを想定しています。

出典：厚生労働省「在宅医療連携拠点事業説明会資料」をもとに作成

（２）連携の現状

- 在宅医療を実施する際の関係機関との連携状況を見ると、在宅療養支援診療所では関係機関と「連携あり」と回答している診療所が全体の79%に上っていますが、一般診療所では半数程度にとどまっています。
- 一般診療所では訪問看護ステーションとの連携が突出していますが、在宅療養支援診療所では訪問看護ステーションのほか、居宅介護支援事業所、訪問リハビリテーション事業所、地域包括支援センターまたは在宅介護支援センターとの連携も半数を超える状況となっています。

図表 5-11-28 関係機関との連携による往診や訪問診療の実施状況(診療所)

(単位：か所、%)

保健医療圏	一般診療所									
	連携の有無		ありの場合の連携割合(%) (再掲)							
	あり	なし	診療科 療科 所	薬調 局剤 薬局 ・	訪問 看護	支居 援宅 介護	訪問 リハ	在地 宅域 介護 包括	福行 社政 担の 当者	保健 所
北勢保健医療圏	43	48	11.6	23.3	95.3	46.5	34.9	60.5	32.6	9.3
中勢伊賀保健医療圏(伊賀サブ除く)	14	20	7.1	21.4	85.7	50.0	50.0	42.9	21.4	7.1
伊賀サブ保健医療圏	15	16	6.7	20.0	86.7	33.3	20.0	46.7	26.7	6.7
南勢志摩保健医療圏(伊勢志摩サブ除く)	20	21	25.0	40.0	100.0	65.0	65.0	75.0	50.0	10.0
伊勢志摩サブ保健医療圏	23	23	13.0	43.5	82.6	30.4	39.1	34.8	26.1	4.3
東紀州保健医療圏	11	7	27.3	36.4	100.0	63.6	45.5	27.3	18.2	9.1
合 計	126	135	14.3	30.2	92.1	46.8	41.3	51.6	31.0	7.9

保健医療圏	在宅療養支援診療所									
	連携の有無		ありの場合の連携割合(%) (再掲)							
	あり	なし	診療科 療科 所	薬調 局剤 薬局 ・	訪問 看護	支居 援宅 介護	訪問 リハ	在地 宅域 介護 包括	福行 社政 担の 当者	保健 所
北勢保健医療圏	41	12	14.6	43.9	90.2	73.2	61.0	61.0	19.5	7.3
中勢伊賀保健医療圏(伊賀サブ除く)	22	5	22.7	50.0	90.9	54.5	59.1	45.5	27.3	
伊賀サブ保健医療圏	2	1			100.0	100.0	50.0	100.0		
南勢志摩保健医療圏(伊勢志摩サブ除く)	3	1	33.3	66.7	100.0	100.0	66.7	66.7	66.7	
伊勢志摩サブ保健医療圏	16	4	18.8	56.3	100.0	50.0	37.5	56.3	37.5	18.8
東紀州保健医療圏	6	1	16.7	33.3	100.0	50.0	33.3	66.7	50.0	16.7
合 計	90	24	17.8	46.7	93.3	64.4	54.4	57.8	27.8	7.8

※空欄はデータなし

出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成24年)

図表 5-11-29 関係機関との連携による往診や訪問診療の実施状況(病院)

(単位：か所)

保健医療圏	連携の有無		ありの場合の1病院あたりの連携箇所数(再掲)										
	あり	なし	病院	支在 援宅 診療 養 所	診療 科 所	診療 科 所	薬調 局剤 薬局 ・	訪問 看護	支居 援宅 介護	訪問 リハ	在地 宅域 介護 包括	福行 社政 担の 当者	保健 所 その他
北勢保健医療圏	10	6	1.3	0.8	2.5		0.1	1.4	3.4	0.4	0.7	0.1	0.3
中勢伊賀保健医療圏(伊賀サブ除く)	4	2	2.5	0.3			0.3	0.3	3.8		0.5	0.5	1.3
伊賀サブ保健医療圏	1	0	1.0					1.0	1.0	1.0			
南勢志摩保健医療圏(伊勢志摩サブ除く)	4	2					0.3	1.8	0.3	0.5	0.5		
伊勢志摩サブ保健医療圏	4	1		1.0	0.3			0.5	1.3		0.3		
東紀州保健医療圏	0	1											
合 計	23	12	1.0	0.6	1.1		0.1	1.1	2.4	0.3	0.5	0.1	0.3

※空欄はデータなし

出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成24年)

(3) 各医療機能を担う医療機関

医療機能 市 町	退院支援 入退院に伴う連携 部門の設置施設	日常の療養支援			急変時の対応(緊急往診)			在宅での看取り		
		病院 ¹	一般 診療所 ²	在宅療養 支援 診療所 ²	病院 ¹	一般 診療所 ²	在宅療養 支援 診療所 ²	病院 ¹	一般 診療所 ²	在宅療養 支援 診療所 ²
	病院数	病院数	診療所数	診療所数	病院数	診療所数	診療所数	病院数	診療所数	診療所数
津市	16	6	34	27	3	16	18	4	21	23
四日市市	6	3	44	11	1	21	9	2	36	10
伊勢市	4	2	18	14	1	5	10	2	9	14
松阪市	5	4	31	2	3	11	2	4	20	2
桑名市	7	5	11	16	3	4	12	4	8	14
鈴鹿市	8	5	14	24	1	5	12	2	9	24
名張市	1		11	2		4			7	1
尾鷲市	1		4	3		1	3		2	3
亀山市	2		10	1		4	1		5	1
鳥羽市			10	1		5	1		7	1
熊野市	1	1	8			3			6	
いなべ市	3		9			6			8	2
志摩市	2	2	14	2	1	8	1	1	12	1
伊賀市	4	1	20	1	1	7		1	18	
木曽岬町				1						
東員町	2	1	3		1				2	
菰野町	2	2	1							
朝日町										
川越町										
多気町			2			1			2	
明和町	1	1	5		1	2		1	4	
大台町		1	1			1			1	
玉城町			1			1	2		1	2
度会町			1	2			1		1	1
大紀町			3	1		1	2		3	2
南伊勢町	1	1	3	2		2	1	1	3	2
紀北町			3	2		3	1		3	1
御浜町	1		3	1		1	1		3	1
紀宝町				1						
合 計	67	35	264	114	16	112	77	22	191	105

※空欄はデータなし

¹出典：三重県「在宅医療及び退院支援アンケート調査」(平成 24 年)

²出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 24 年)

3. 課題

(1) 退院支援

- 在宅療養に関する医療・介護資源の情報が不足していることから、各地域での医療・介護資源の把握を行うとともに、入院医療機関に対して情報提供を行っていくことが必要です。
- 在宅療養への円滑な移行にあたり入院医療機関が行う退院支援が重要であることから、退院支援体制の充実を図る必要があります。
- 急性期病院から在宅療養への移行や在宅療養の継続を円滑に行えるよう、病院と在宅療養のスタッフ、医療と介護のスタッフが顔の見える関係を構築することが必要です。

(2) 日常の療養生活の支援

- サービスを選択し利用する側である地域住民の在宅医療に対する理解を深めるとともに、在宅療養患者に対して各関係機関が提供できる在宅医療サービスの情報を適切に提供していく必要があります。
- 県内の在宅医療の提供体制にばらつきがあることから、在宅医療のニーズの高まりや多様化に対応するため、在宅医療資源の質と量の確保を図る必要があります。
- 人口の高齢化とともにがんの罹患患者数や死亡者数の増加が見込まれることから、緩和ケアを含むがん医療が可能な診療所や訪問看護ステーションの充実が求められます。
- 医療依存度の高い小児の在宅医療への移行が進む中、小児に対応可能な医療機関や訪問看護ステーションの充実が求められます。
- 在宅医療に関わる多職種の関係機関が相互に密接な連携が図れるよう、情報共有（ICTを含む）の仕組みを構築する必要があります。
- さまざまな疾患を対象にする在宅医療では、医療材料購入にあたり在庫リスクが発生したり、コストが割高になったりするため、在宅医療を提供する医療機関に対して診療材料を無駄なく効率的に供給するサポート体制が必要です。
- 24 時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数が全国平均を大きく下回っていることから、24 時間対応の事業所やその従事者の確保を図る必要があります。
- 在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、訪問薬剤管理指導を行う薬局のさらなる増加を図る必要があります。
- 在宅生活を継続していく上で、身体機能・生活機能の維持向上のため訪問リハビリテーションを提供する体制の確保が求められます。
- 在宅歯科医療の充実とともに、在宅療養患者の摂食・嚥下機能の回復・向上支援の推進が必要です。

(3) 急変時の対応

- 在宅療養患者の病状急変時に対応できるよう関係機関の連携によって 24 時間対応が可能な体制を構築するとともに、必要に応じて一時受入れを行う病院・有床診療所の連携体制を構築する必要があります。

(4) 在宅看取り

- 在宅医療資源が比較的整っている市町の死亡総数に占める在宅死亡者の割合が高いことから、患者が望む場所で看取りを行うことができるよう、24 時間体制を含む地域の看取りを実施するための体制の確保・充実が必要です。
- 介護施設入所者数の増加に伴い、介護施設での看取りを支援する体制の確保が必要です。

4. 施策の展開

(1) めざす姿

- 施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる体制が整っています。
- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との情報共有や連携が図られ、両者の協働による退院支援の実施および切れ目のない継続的な医療提供体制が確保されています。
- 在宅医療を担う医療機関等の体制整備が図られ、患者の疾患、重症度に応じた医療が提供されるとともに、在宅医療に関わる多職種がチームとして在宅療養患者およびその家族を継続的かつ包括的にサポートする体制が確保できています。
- 在宅療養者の病状急変時に、在宅医療を担う医療機関が 24 時間支援できる体制と、入院機能を有する医療機関が円滑に受入できる体制が整っています。
- 患者が望む場所で看取りを行うことができるよう、24 時間体制を含む看取りを実施する体制が整っています。

【 数値目標 】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
訪問診療件数（人口 10 万人あたり） ※往診は含みません。 【NDB】	平成 22（2010）年の算定医療機関 1 施設あたり月 5 件増加させ、人口 10 万人あたり 2,561 件とすることを目標とします。	目 標
		2,561 件
		現 状 (H22)
		1,879 件
24 時間体制の訪問看護ステーション従事者数のうち、看護師・准看護師数 【介護サービス施設・事業所調査】	平成 23（2011）年介護サービス施設・事業所調査における緊急時訪問看護加算届出 57 事業所が 1 施設 1 人増加させ、249 人とすることを目標とします。	目 標
		249 人
		現 状 (H21)
		192 人
入院医療機関との退院時カンファレンス開催件数 【NDB】	「医療ネットみえ」で退院時共同指導に対応していると回答している 54 医療機関（平成 24 年 12 月 28 日現在）が各 3 件以上実施し、162 件以上とすることを目標とします。	目 標
		162 件以上
		現 状 (H22)
		27 件
死亡者のうち死亡場所が在宅の割合（自宅および老人ホームでの死亡） 【人口動態調査】	在宅医療アンケート調査で在宅看取りを実施していると回答している病院で 3 人／年、一般診療所で 2 人／年、在宅療養支援診療所で 4 人／年をそれぞれ増加させ、22.2％にすることを目標とします。	目 標
		22.2％
		現 状 (H22)
		17.6％

(2) 取組方向

取組方向 1：地域における在宅医療の提供体制の質と量の確保

取組方向 2：多職種連携による、24 時間安心のサービス提供体制の構築

取組方向 3：県民等への在宅医療・在宅看取りの普及啓発

(3) 取組内容

取組方向 1：地域における在宅医療の提供体制の質と量の確保

- 身近な地域で在宅医療を受けられるよう、訪問診療を実施する一般診療所や在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーション等の拡大を図ります。（医療機関、医療関係団体、市町、県）
- 第一線の現場でさまざまな疾患を幅広く見ることのできる医師を確保し、地域の医療と介

護をつなぐ役割を果たすため、総合的な診療能力を持つ医師の育成を進めます。(医療機関、三重大学、県)

- がん医療が可能な診療所の拡大を図るため、歯科との連携もふまえた医師等への研修会の開催を検討します。(医療機関、医師会、歯科医師会、県、関係機関)
- 医療依存度の高い子どもが在宅療養できるよう、対応可能な医療機関や訪問看護ステーションの確保に向けた人材育成に取り組みます。(三重大学、医療関係団体、関係機関)
- 多様化する在宅医療ニーズをふまえ、質の高い在宅医療を提供するため在宅療養患者への訪問看護や訪問リハビリテーション、終末期緩和ケア等を担う人材の育成を図ります。(医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関)
- 安心して在宅療養を継続できるよう、病状急変時における緊急入院やレスパイトケア等、短期受入れベッドの確保を進めます。(医療機関、市町)
- 在宅における薬剤指導が適正に行われるよう、患者、家族および関係職種における薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施等、薬剤管理体制の整備を進めます。(薬局、医療機関、薬剤師会、県)
- 医療材料等の購入にあたり、無駄なく効率的に供給できる医療材料供給ルートの整備を検討します。(医療機関、医師会、薬剤師会、市町、関係機関)
- 在宅歯科診療の充実に向け、歯科医療関係者への研修および在宅歯科医療を行うための歯科医療機器の整備等を進めます。(医療機関、歯科医師会、県)

取組方向 2：多職種連携による、24 時間安心のサービス提供体制の構築

- 在宅療養患者に必要な在宅医療が効率的に提供されるよう、地域リーダー研修*受講者が核となって実施する地域における在宅医療の課題抽出を行う検討会等の取組を促進します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 退院時カンファレンスの充実等、多職種協働が図られるよう、地域リーダー研修受講者が核となって行う多職種連携による事例検討会等の取組を促進します。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 地域における医療・介護連携のコーディネートを担うケアマネジャーに対する研修において、医療に関するカリキュラムの充実を図ります。(関係団体、県、関係機関)
- 医療・介護にまたがるさまざまな支援を包括的・継続的に提供する連携体制の構築を図るため、市町が中心となって、関係機関間の緊密な連携調整を行うモデルの検証を行います。(医療機関、市町、県、関係機関)
- 地域連携クリティカルパスの整備にあたり、地域横断的に利用できるよう調整を図るなど、県内のどこに住んでいても切れ目のない医療の提供を進めます。(医療機関、医師会、病院協会、市町、県)
- 主治医・副主治医体制等、医師の在宅医療に対する負担を軽減するネットワーク構築の検討を進めます。(医療機関、医師会)
- 多職種の密接な連携を図るため、情報共有システムの構築について個人情報保護への配慮を含めた検討を行います。(医療機関、関係団体、市町、関係機関)

取組方向 3：県民等への在宅医療・在宅看取りの普及啓発

- 在宅医療・在宅看取りや各関係機関が提供できる医療・介護サービスについて、地域住民等への普及啓発を行います。（医療機関、関係団体、市町、県、関係機関）
- 退院支援に関わる急性期病院の医師や担当者および地域のケアマネジャーに対して、在宅医療についての普及啓発を行います。（医療機関、関係団体、市町、県、関係機関）
- 介護施設における職員への看取り教育の実施を検討します。（医療機関、関係団体、市町、県、関係機関）

第12節 その他の対策

1. 医療安全対策

(1) 現状

① 医療の質と安全の確保

- 近年、医療技術の高度化、医療施設の環境、医療従事者等の接遇等、「医療の質」に関心が高まっています。このような中、平成 18 (2006) 年 6 月の医療法の一部改正では、病院・診療所または助産所の有床診療所に対し、医療安全の体制確保、院内感染制御体制の整備、医薬品・医療機器の安全使用および管理体制の整備が義務化されています。
- また、患者に対し、安全・安心な医療および質の高い医療を確保する観点から、医業停止等の行政処分を受けた医師等に対し再教育研修を行うことも規定されました。

② 医療事故の防止

- 全国的に医療現場における医療事故が相次いで報告されている状況を受け、平成 14 (2002) 年に厚生労働省が「医療安全推進総合対策」を示し、全ての病院と有床診療所には、安全管理指針、事故等の院内報告制度の整備、安全管理委員会の開催、安全管理のための職員研修の実施が義務化され、特定機能病院*と臨床研修病院においては、医療安全管理者、医療安全管理部門、相談窓口の設置が義務化されています。
- 平成 16 (2004) 年 9 月の医療法施行規則の一部改正では、特定機能病院や独立行政法人国立病院機構の設立する病院等は、医療事故が発生した場合には厚生労働大臣の登録を受けた第三者機関（公益財団法人日本医療機能評価機構）への報告が義務づけられています。その他の病院についても、あらかじめ第三者機関に申し出ることで、任意での報告を行うことが可能となっています。
- さらに、平成 19 (2007) 年 4 月の医療法の一部改正では、全ての病院、診療所および助産所に安全管理指針の整備、安全管理委員会の開催（診療所および助産所については、有床診療所および妊産婦等を入所させるための施設を有する助産所に限る。）、安全管理のための職員研修の実施、事故報告等の医療安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずることが義務化されています。

③ 医療に関する相談体制の充実

- 県では、平成 15 (2003) 年に三重県医療安全支援センターを設置し、患者およびその家族等の医療に関する相談や苦情に応じるとともに、医療機関への情報提供や関係者間の連絡調整等を実施しています。医療の安全と県民からの医療に関する信頼を高めるとともに、医療機関等における患者サービスの向上を図っています。
- 三重県医療安全支援センターの医療相談窓口には、健康や病気に関すること、診療に関するトラブル等、さまざまな相談や苦情が寄せられており、その件数は増加傾向にあります。

図表 5-12-1 相談・苦情件数の推移

(単位：件)

年 度	15 年度	16 年度	17 年度	18 年度	19 年度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度
相 談	264	139	101	274	327	308	281	394	445
苦 情	71	288	367	296	305	533	412	295	310
その他	28	4	2	3	2	4	0	0	0
合 計	363	431	470	573	634	845	693	689	755

※その他には、医療安全に関する要望や提言等が含まれています。

出典：三重県医療安全支援センター集計

(2) 課題

① 医療の質と安全の確保

- 医療の高度化・複雑化等を背景に医療機関の業務は、より複雑となり専門性が求められています。また、日進月歩で進化していく医療環境の中で、従来の医療技術や知識で確立されたシステムでは医療安全の確保は難しくなっており、安全対策のあり方を見直す必要があります。

② 医療事故の防止

- 高度化・複雑化した現代医療においては、医療事故の防止に向け、医薬品・医療機器等の安全管理を含め、医師だけではなく、さまざまな職種からなる医療従事者による組織的な取組を進めていくことが重要となるため、より一層、医療安全管理体制を充実させる必要があります。
- 県民に安全・安心な質の高い医療を提供できる体制を整備するため、保健所等の行政機関が医療機関や医療関係団体等と連携し、医療安全に関する情報提供や立入検査等を通じて医療事故防止等に努めていくことが求められています。

③ 医療に関する相談体制の充実

- 三重県医療安全支援センターの役割を県民に一層周知していく必要があります。
- 医療機関等における医療安全や患者相談機能を支援するため、必要な研修や情報提供を充実する必要があります。

(3) めざす姿

- 医療安全の確保に向け医療事故および院内感染の未然防止や、医療に関する情報提供、相談体制の充実が図られ、県民が安心・納得して質の高い医療を受けています。

(4) 取組方向

取組方向 1：医療提供の充実による医療の質と安全性の向上

取組方向 2：三重県医療安全支援センターの機能の充実

(5) 取組内容

取組方向 1：医療提供の充実による医療の質と安全性の向上

- 全ての医療従事者による医療安全に関する十分な配慮と医療の質の向上を図ります。(医療機関、医療関係団体、県)
- 医療機関全体で、医療事故や院内感染の未然防止、医療事故および院内感染が生じた際の適切な対応を行う組織的な体制を整備します。(医療機関、県)
- ヒヤリ・ハット*や医療事故等の事例に係る原因の分析を行った上で、明確な責任体制のもとでの再発防止策を実行します。(医療機関、県)
- 医療事故に医薬品が関係することも多いため、医療施設内の調剤部門や地域における薬局においても、服薬指導や薬剤管理等、薬品使用の安全性を確保する管理体制を整備します。(医療機関、薬局、医療関係団体、県)
- 医療機関において、医療機器が適切に管理・使用されるよう管理体制を整備します。(医療機関、県)
- 医療法、薬事法に基づく医療機関への立入検査の機会等を通じ、関係者に対する安全管理意識の普及啓発を実施します。(医療機関、保健所設置市、県)

取組方向 2：三重県医療安全支援センターの機能の充実

- 患者、県民の医療に対する主体的な参加を促すため、必要な知識と情報を共有するための取組を推進します。(医療機関、市町、県)
- 患者等からの医療に関する相談や苦情に迅速かつ適切に対応するとともに、相談事例の分析および情報提供の充実に向けた取組を実施します。(三重県医療安全支援センター、県)
- 患者等が安心して治療に専念できるよう、医療従事者や医療機関の管理者に対し医療安全に係るスキルの向上を図ることを目的とした研修会を実施します。(三重県医療安全支援センター、県)

【三重県医療安全支援センターの概要】

所在地：〒514 8570

津市広明町 13 番地

三重県庁 4 階（健康福祉部医療対策局医療企画課内）

電話番号：059 224 3111

E mail アドレス：iryos@pref.mie.jp

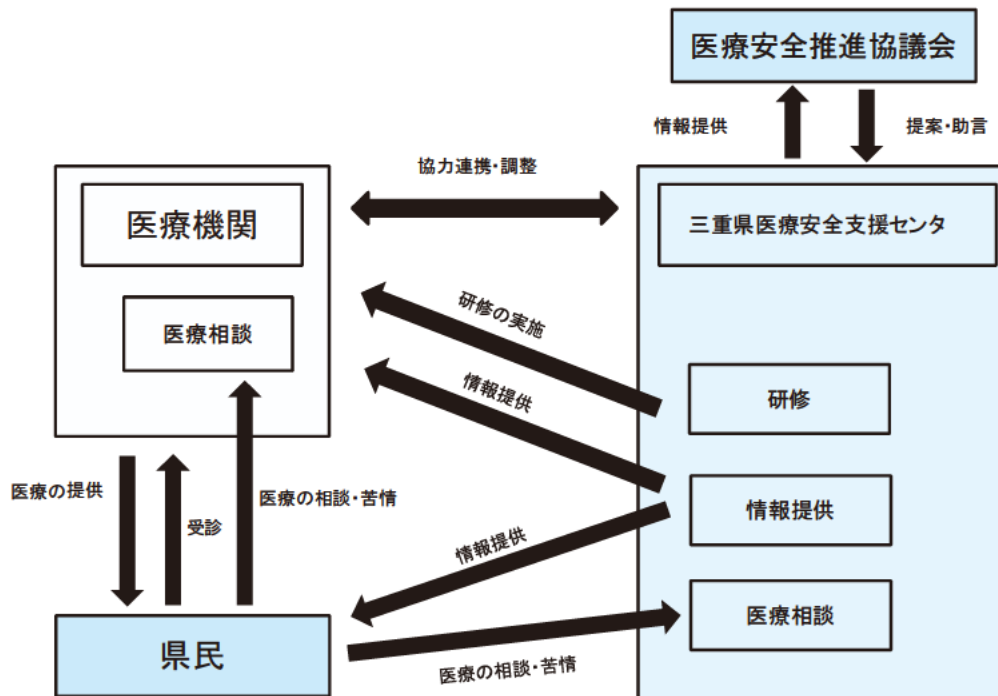
相談方法：面談・電話による

月曜～金曜 8：30～12：00、13：00～17：00

（ただし、祝日および年末年始の休日は除きます。）

相談内容：医療や健康、病気等についての相談

図表 5-12-2 医療安全に関する連携体制



2. 臓器移植対策

(臓器移植)

(1) 現状

- 臓器移植については、心停止後に角膜と腎臓の移植が行われてきましたが、平成 9（1997）年 10 月に臓器の移植に関する法律が施行され、わが国においても脳死者からの臓器移植（心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球（角膜））が可能となりました。
- 平成 21（2009）年 7 月、臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正臓器移植法」という。）が公布されたことにより、平成 22（2010）年 1 月から親族への優先提供の意思表示が可能になるとともに、平成 22（2010）年 7 月からは本人の意思が不明な場合も家族の承諾があれば臓器が提供できるようになり、意思表示の年齢制限（15 歳以上）が事実上撤廃されました。
- 臓器移植の推進については、「日本臓器移植ネットワーク」および「三重県角膜・腎臓バンク協会」が普及啓発活動や臓器提供施設等との調整を行っています。
- 県は、臓器移植コーディネーター*の設置等、「三重県角膜・腎臓バンク協会」の活動を支援するとともに、臓器提供意思表示カードの普及など臓器移植についての普及啓発等を実施しています。
- 県内での臓器移植に係る医療体制は、肝臓の移植施設として三重大学医学部附属病院が、腎臓の移植施設として三重大学医学部附属病院と市立四日市病院が、角膜の移植施設として 4 施設（三重大学医学部附属病院、伊勢赤十字病院、岡波総合病院、東海眼科）が選定されています。

- 脳死下での臓器（心臓・肺・肝臓・膵臓・小腸・腎臓・眼球（角膜））提供は、10 病院で実施でき、心停止後の臓器（腎臓・膵臓・眼球（角膜））提供は、その他の医療機関でも実施することができます。
- 臓器移植は、現在、末期臓器不全に対する極めて有効な治療方法ですが、臓器提供者が少ないため移植希望に応えられていない状況です。

図表 5-12-3 臓器提供意思表示カード



※臓器提供の意思表示欄があらかじめ設けられている運転免許証や被保険者証も増えています。

図表 5-12-4 角膜・腎臓提供者数および移植数(三重県)

(単位：人、件)

	角 膜		腎 臓	
	提供者数	移植数	提供者数	献腎移植数
平成 14 年度	10	21	1	2
平成 15 年度	5	11	1	1
平成 16 年度	2	11	1	2
平成 17 年度	1	6	1	2
平成 18 年度	2	6	0	0
平成 19 年度	1	4	1	2
平成 20 年度	3	9	1	1
平成 21 年度	0	1	0	0
平成 22 年度	2	3	0	0
平成 23 年度	6	26	0	0

出典：三重県角膜・腎臓バンク協会集計

(2) 課題

- 脳死または心停止の患者について、臓器提供意思表示カードや家族の意思等に基づいて、

臓器提供が積極的に行われる環境づくりが求められています。

- 移植医療に関する県民の理解を深めるとともに、関係医療機関および医療従事者に改正臓器移植法や関連情報を的確に伝える必要があります。

(3) めざす姿

- 多くの県民が臓器提供の意思表示を行い、臓器の提供数が増えるとともに、医療機関内の臓器提供体制が整備されています。

(4) 取組方向

- 取組方向 1：移植希望者および移植医療実施機関に対する支援
- 取組方向 2：臓器移植の普及啓発の実施
- 取組方向 3：臓器提供施設の体制強化

(5) 取組内容

取組方向 1：移植希望者および移植医療実施機関に対する支援

- 腎臓移植希望者に対して、組織適合性検査費に対する助成を実施します。（三重県角膜・腎臓バンク協会、県）
- 眼球摘出を行う移植医療実施機関に対して、眼球摘出に必要な費用の一部を助成します。（三重県角膜・腎臓バンク協会、県）
- 臓器移植の実施にあたり、実施機関に移植コーディネーターを派遣し、ドナー家族への説明等の支援を行います。（三重県角膜・腎臓バンク協会）

取組方向 2：臓器移植の普及啓発の実施

- 意思表示カードの普及等、臓器移植の啓発活動を積極的に推進します。（医療機関、市町、県、関係機関）
- 医療従事者に対して、移植医療に関する理解を深めるための取組を実施します。（医療機関、県、関係機関）

取組方向 3：臓器提供施設の体制強化

- 臓器提供施設内に設置している院内コーディネーター等の協力を得て、医療機関から臓器提供候補者家族への積極的な働きかけが可能となるよう、体制の強化や医療機関従事者への研修を行います。（医療機関、三重県角膜・腎臓バンク協会、県）

(骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植)

(1) 現状

- 骨髄移植は、健康な人の骨髄幹細胞を白血病や再生不良性貧血等の病気の患者に移植することにより造血幹細胞を回復させる治療法です。
- わが国では、骨髄バンク事業が平成4（1992）年から開始され、これまでに多くの命を救う実績をあげています。
- 平成24（2012）年12月末現在、全国で約1,600人の患者が骨髄移植を待っています¹。ドナー候補者の健康状態等によっては骨髄提供ができない場合もあり、骨髄移植を受けられない患者が未だ多いのが実情です。
- 平成24（2012）年12月末現在の本県の骨髄ドナー登録者数は、4,431人となっています¹。
- 主に白血病を対象として行われる末梢血幹細胞移植（血管の中を流れる血液から造血幹細胞を採取して移植する）が、平成23（2011）年10月からドナー条件が緩和され、より多くの患者の治療に貢献できることが期待されています。
- また、造血幹細胞が多く含まれるさい帯血（へその緒に流れる血液）を移植する、さい帯血移植が用いられるケースも増えています。さい帯血移植は、ドナー負担がなくコーディネートが不要であることや、成人にも移植可能な細胞数の多いものが提供可能となってきたことなどから、移植件数が増加し骨髄移植と並ぶ治療方法として定着しつつあります。
- 東海地方では、「中部さい帯血バンク」が設立されていますが、バンクの受入能力等から、現段階では愛知県内の病院における採血に限られており、県内の病院においては、さい帯血提供希望者の採取はできない状況にあります。
- 平成24（2012）年9月、骨髄や末梢血幹細胞、さい帯血の造血幹細胞の移植を推進するための法律（移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律）が公布されました。今後、骨髄バンク、さい帯血バンクの体制が整備され、移植を希望する患者に、より適切な移植が行われることが期待されます。

(2) 課題

- ドナー登録者数の増加に向けた取組が必要です。
- 移植希望者への情報提供と、患者が適切な医療が受けられるよう、コーディネート機能の充実が求められています。

(3) めざす姿

- 骨髄移植等を必要としている人が、適切に移植を受けています。

¹ 出典：公益財団法人 骨髄移植推進財団公表資料

(4) 取組方向

取組方向 1：骨髄移植等の普及啓発の推進

取組方向 2：移植希望者および移植医療実施機関に対する支援

取組方向 3：骨髄移植等が適切に行われるためのコーディネート機能等の充実

(5) 取組内容

取組方向 1：骨髄移植等の普及啓発の推進

- 骨髄バンクの必要性やドナー登録の普及啓発を推進します。(医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向 2：移植希望者および移植医療実施機関に対する支援

- 移植希望者および移植医療実施機関に適切な情報提供を行います。(県、関係機関)

取組方向 3：骨髄移植等が適切に行われるためのコーディネート機能等の充実

- ドナー候補者と移植希望者のコーディネートを行うとともに、ドナー候補者に対しての提供意思の最終確認等を円滑に行うよう取り組みます。(関係機関)

3. 難病・特定疾患等対策

(難病・特定疾患)

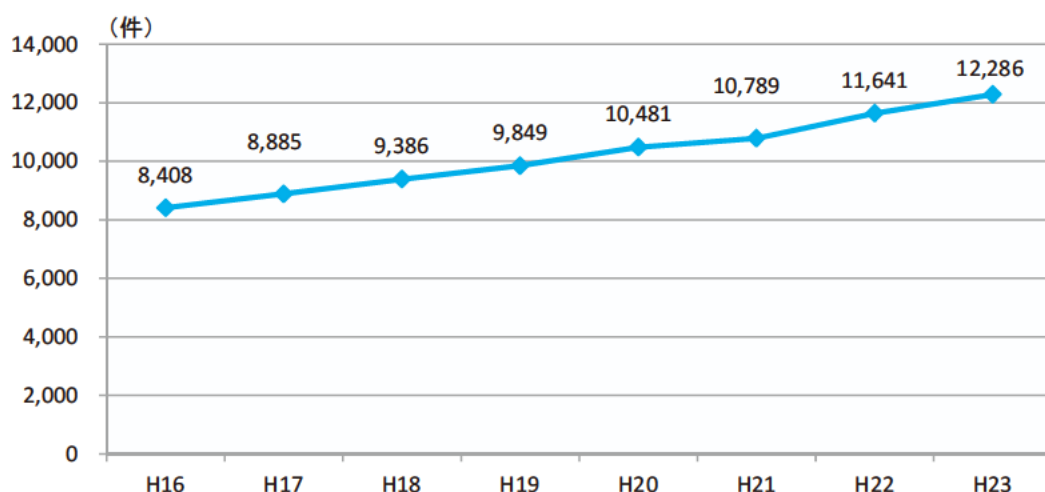
(1) 現状

- 難病とは希少な疾患であり、その多くが原因不明で治療法が未確立、かつ後遺症を残すおそれのある疾患のことをいいます。平成 24 (2012) 年 9 月現在、国において 130 疾患が難治性疾患克服研究事業の対象疾患として指定され、研究が進められています。
- この 130 疾患のうちの 56 疾患については、治療研究に役立てる特定疾患治療研究事業に指定され、その医療費を一部公費負担することで経済的支援を行っています。平成 23 (2011) 年度末現在、県内の特定疾患(難病)医療受給者証所持者数は 12,286 人となっています。
- 難病患者は長期の療養生活を強いられることから、経済的、精神的な負担に加え、介護に人手を要するなど、家族の負担も大きい疾病です。現在、難病対策として、①調査研究の推進、②医療施設の整備、③医療費の自己負担の軽減、④地域における保健医療福祉の充実・連携、⑤QOL(生活の質)の向上をめざした福祉施策の推進の 5 本柱に基づき、各種施策を実施しています。
- 医療費助成についての疾病間での不公平感や難病患者の療養と社会生活を支える総合的な対策が不十分であること等さまざまな課題が指摘されています。このため、国において「難病対策の必要性と理念」、「難病の定義、範囲のあり方」、「医療費助成のあり方」等、

広範な項目について検討が進められています。

- 難病患者およびその家族が保健・医療・福祉等に関する情報を円滑に入手できるよう支援体制を整備し、難病患者の自立と社会参加を促進する必要があることから、本県においては平成 17（2005）年に三重県難病相談支援センターを設立し、地域で生活する難病患者等の日常生活における相談支援を行っています。
- 難病患者の在宅療養を支える施策として、難病患者等居宅生活支援事業（ホームヘルプサービス事業、短期入所事業、日常生活用具給付事業）が市町で実施されています。

図表 5-12-5 三重県の特典疾患医療受給者証所持者数推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

【三重県難病相談支援センターの概要】

所在地：〒514 8567

津市桜橋 3 丁目 446 34

三重県津庁舎保健所棟 1 階

電話番号：059 223 5035 FAX 059 223 5064

E mailアドレス：mie_nanbyo@comet.ocn.ne.jp

ホームページ：http://www14.ocn.ne.jp/~mienanby/

活動内容：相談支援（平日 9:00～16:00）

電話相談、メール相談、面接相談

地域交流会の開催

患者会や患者家族会の開催、疾患別学習会等

就労支援

情報提供（ホームページ、センターニュース等）

(2) 課題

- 難病患者およびその家族が安心して療養生活を送ることができるよう、保健・医療・福祉の連携を図り、支援していく必要があります。

- 国における今後の難病対策のあり方の検討結果を受けて、医療費助成や医療提供体制の確保等において本県の難病対策を見直していく必要があります。

(3) めざす姿

- 難病患者およびその家族が地域で安心して在宅療養生活を送ることができるよう、各関係機関の連携が進むとともに、三重県難病相談支援センターを中心に在宅療養生活を支えるサービスが充実するなどQOL（生活の質）が向上しています。

(4) 取組方向

取組方向1：特定疾患に係る患者の自己負担の軽減と医療提供体制の確保

取組方向2：在宅における難病患者およびその家族の療養生活に対する支援の充実

(5) 取組内容

取組方向1：特定疾患に係る患者の自己負担の軽減と医療提供体制の確保

- 国の検討状況をふまえ、特定疾患等治療研究事業を見直し、適切な医療費の一部公費負担を実施します。（医療機関、県）
- 病状の悪化により在宅療養が困難になった難病患者に対する入院施設を確保するとともに、専門性と経験を有する拠点的な医療機関の整備について検討します。（医療機関、市町、県）

取組方向2：在宅における難病患者およびその家族の療養生活に対する支援の充実

- 難病患者に対する適切な在宅医療支援を行うための医療相談事業、訪問相談事業、訪問診療事業等を実施します。（医療機関、看護協会、市町、県、関係機関）
- 拠点・協力病院を指定し、入院施設の確保を行うことにより、重症難病患者の受入を円滑に行うための協力体制を維持するとともに、地域のさまざまな医療機関が連携し、長期にわたる治療・療養を支える体制の整備を進めます。（医療機関、県）
- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）の施行を受け、障がい者施策の一環として、引き続き在宅難病患者に対するホームヘルプサービス、日常生活用具の給付、短期入所事業等を実施します。（市町、県）
- 三重県難病相談支援センターについては、難病患者を適切なサービスに結び付けていく役割を重視し、地域で生活する難病患者およびその家族の療養上、日常生活上の悩み等に対する相談や支援の拠点施設として運営します。（医療機関、市町、県、関係機関）
- 難病に対する正しい理解と普及啓発を進めます。（医療機関、医療関係団体、市町、県、関係機関）

(ハンセン病)

(1) 現状

- ハンセン病は、1873年にノルウェーの医師アルマウエル・ハンセンが発見した「らい菌」による慢性伝染病で、らい病とも呼ばれました。かつては感染力が強いと誤解されたことや患者の外見上の特徴から、ハンセン病患者は差別や隔離政策の対象となりました。実際には感染力は極めて弱く、現在では治療法が確立しています。
- らい予防法による強制的な隔離政策は、平成8（1996）年のらい予防法の廃止により終止符が打たれました。
- 療養所の入所者は法的には自由の身となりましたが、偏見や差別が解消されず、また、ハンセン病回復者の高齢化等が障壁となり、ハンセン病療養所入所者の多くは退所することなく現在に至っています。平成24（2012）年12月1日現在の本県出身の療養所入所者数は60人です。

(2) 課題

- ハンセン病回復者の社会復帰の支援策として、相談窓口等の設置、住宅・医療・介護の援助等、生活環境の整備とともに、県民がハンセン病を正しく理解し、偏見や差別を解消するための施策が必要です。

(3) めざす姿

- ハンセン病に対する偏見や差別が解消され、ハンセン病回復者およびその家族が安心して充実した生活を送っています。

(4) 取組方向

取組方向1：ハンセン病に係る人権啓発の推進

取組方向2：ハンセン病回復者およびその家族の生活に対する支援

(5) 取組内容

取組方向1：ハンセン病に係る人権啓発の推進

- ハンセン病を正しく理解し、偏見や差別をなくすための普及啓発を推進します。（市町、県）

取組方向2：ハンセン病回復者およびその家族の生活に対する支援

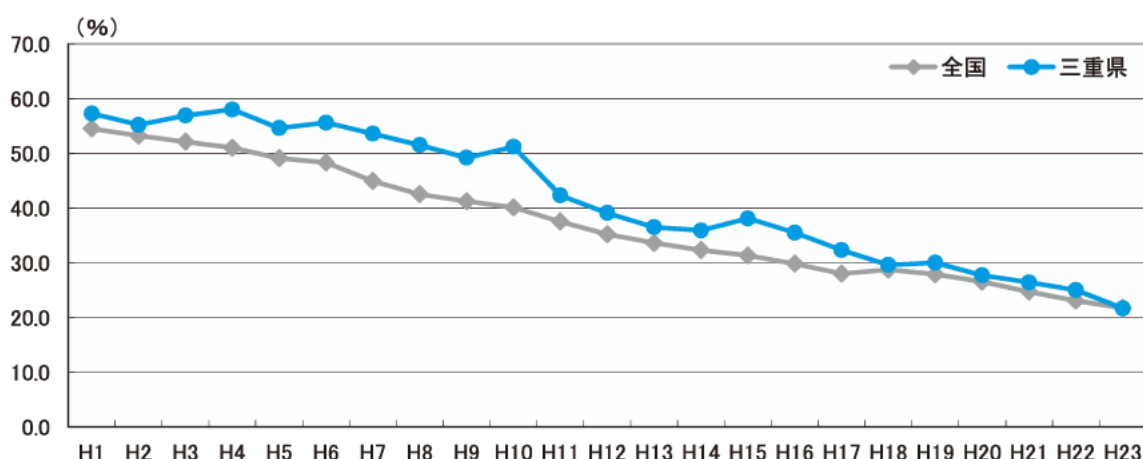
- 療養所入所者に対する訪問事業、里帰り事業、社会復帰支援等を実施します。（県）
- 療養所入所者の家族に対する生活援護を実施します。（市町、県）
- 社会復帰したハンセン病回復者およびその家族を対象に、皮膚科の専門医の協力を得て、検診や生活相談等を実施します。（医療機関、県）

4. 歯科保健医療対策

(1) 現状

- 平成 23（2011）年度に、歯科口腔保健の推進に関する法律、みえ歯と口腔の健康づくり条例が制定されたことから、平成 24（2012）年度に「みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」（平成 25 年度からの 5 年計画）を策定しています。計画の推進にあたっては、三重県口腔保健支援センターを設置し、歯科口腔保健事業の企画・立案、実施、評価を実施するとともに、市町や関係機関の歯科口腔保健の支援を行うなど、歯科口腔保健施策を総合的、計画的に推進していくこととしています。
- むし歯は大きく減少傾向にあり、自分の歯が多く残存している高齢者も増加しています。
- 高齢化の進行により、歯科疾患予防、口腔機能の維持・増進の重要性が高まっています。
- 歯科医療は住民生活に密着した医療であり、歯科医療機関は地域における相談・情報発信の場としての機能も求められています。
- 生涯を通じた歯科保健施策を推進するために、むし歯や歯周疾患の予防だけでなく、噛む機能をとおした生活習慣の改善等に関する啓発が行われています。
- 障がい児（者）は口腔内の衛生環境が悪くなる傾向があり、セルフケアの困難性からも歯科疾患にかかりやすい状況にありますが、障がい児（者）が地域で歯科検診や歯科疾患の予防のための指導を受けることができる機会が少ないのが現状です。
- 在宅で寝たきりの高齢者についても口腔ケアがおろそかになりがちです。こうした口腔清掃不良は、誤嚥性肺炎の原因にもなり、生活能力の低下にもつながっています。また、積極的な歯科受診が行われにくいことも、口腔内の衛生環境の悪化につながっています。
- 事業所等における歯周疾患検診の実施率は 17.8%と低い状況にあり、歯周疾患の早期発見、重症化予防のためにも事業所等における歯周疾患検診の充実が必要です。

図表 5-12-6 むし歯がある 3 歳児の割合



出典：厚生労働省「3 歳児歯科健康診査結果」

図表 5-12-7 20 歯以上自分の歯を有する人の割合
(単位：％)

	平成 7 年	平成 23 年
60-64 歳	50.0	91.0
80-84 歳	21.4	39.5

出典：三重県「県民歯科疾患実態調査」

(2) 課題

- 全ての県民が歯科検診や歯科保健指導を受けることができる環境の整備が求められています。特に、障がい児（者）や要介護高齢者、乳幼児、妊産婦等に対する歯科保健医療の充実が必要です。
- 市町の介護保険事業における口腔機能向上支援等の各種保健サービスの利用を高齢者に促すとともに、摂食・嚥下機能回復や専門的口腔ケアに関する技術を持つ歯科医師、歯科衛生士を育成することが必要です。
- がん患者等の手術前後の口腔管理や、他の疾患や感染症の患者に対する歯科医療は、病院歯科等の専門医療機関で対応する機会が多くなることから、病診連携システムの整備を図る必要があります。
- ネグレクト（育児放棄）等の児童虐待を受けている可能性のある子どもは、むし歯が多く治療していない傾向があることから、歯科医師等が市町や学校、児童相談所等と連携を密にし、子どもを見守っていくことが必要です。

(3) めざす姿

- 県民一人ひとりが、全身の健康につながる歯と口腔の健康づくりに取り組むことで、いつまでも自分の歯でおいしく食事ができ、生涯にわたり Q O L（生活の質）の向上が図られています。
- 歯と口腔の健康維持のため、必要に応じて歯科検診や歯科保健指導、歯科医療などを受けることができる環境の整備が進んでいます。

(4) 取組方向

- 取組方向 1：包括的な歯科疾患予防と歯科医療の推進
- 取組方向 2：歯科保健医療における福祉的アプローチの推進
- 取組方向 3：在宅歯科医療の充実

(5) 取組内容

取組方向 1：包括的な歯科疾患予防と歯科医療の推進

- 歯科疾患予防の重要性を県民一人ひとりが認識し、歯と口腔の健康づくりが推進されるよう予防から治療までの包括的歯科医療についての情報発信を積極的に行います。（医療機

関、歯科医師会、市町、県)

- 市町や学校等と連携し、子どもの口腔内状況を把握するとともに、むし歯や歯肉炎の予防、噛むことをとおした食育支援等の歯科健康教育が積極的に進められるよう支援します。
(教育機関、歯科医師会、市町、県)
- 成人の歯周疾患予防に向け、市町や事業所で歯科検診、歯科保健指導が実施されるよう支援します。(事業者、歯科医師会、市町、県)

取組方向 2：歯科保健医療における福祉的アプローチの推進

- 障がい児（者）や在宅要介護者、施設入所者等、従来歯科保健医療サービスが十分に受けられない県民への歯科保健医療の充実に向けた取組を進めます。(医療機関、歯科医師会、歯科衛生士会、医師会、看護協会、市町、県)
- 障がい児（者）や高齢者等の全身管理を含めた摂食・嚥下機能等の向上や専門的口腔ケアに関する研修を充実します。(歯科医師会、歯科衛生士会、県)
- 歯科医療従事者における児童虐待の早期発見等、子育て支援へのアプローチを推進します。
(市民団体、医療機関、歯科医師会、市町、県)

取組方向 3：在宅歯科医療の充実

- 在宅要介護者、障がい児（者）等の歯科医療機関に通院が困難な人に対して、在宅訪問歯科診療体制を充実するよう取り組みます。(医療機関、歯科医師会、歯科衛生士会、県)
- 歯科医療従事者への研修の実施や、在宅歯科医療機器の設備整備を支援し、安全で安心な在宅歯科医療体制の整備を推進します。(医療機関、歯科医師会、歯科衛生士会、県)

5. 血液確保対策

(1) 現状

- 輸血用血液製剤は、使用対象者数、単位数ともに、「新生物」（がん（胃がん、肝がん、白血病等）を含む）の治療に最も多く用いられています²。高齢化の進行に伴うがん患者の増加等により、医療用血液の需要が増大する中、献血によって血液を確保することが求められています。
- 本県の献血者数は、近年は6万人前後で推移しており、献血者に占める若年層の割合が全国と比較して低い状況です。

² 出典：厚生労働省「平成 23 年版 血液事業報告」（平成 10 年度調査結果）

図表 5-12-8 三重県献血者数の推移(総数および年代別)

(単位：人、%)

年 度		献血者総数	10 代	20 代	30 代	40 代	50 代以上
平成 19 年度	人数	58,947	1,962	11,063	18,015	16,147	11,760
	構成比	100.0	3.3	18.8	30.6	27.4	20.0
平成 20 年度	人数	58,744	1,563	10,781	17,744	16,721	11,935
	構成比	100.0	2.7	18.4	30.2	28.5	20.3
平成 21 年度	人数	57,545	1,471	9,781	16,884	17,035	12,374
	構成比	100.0	2.6	17.0	29.3	29.6	21.5
平成 22 年度	人数	62,010	1,284	10,203	17,392	19,111	14,020
	構成比	100.0	2.1	16.5	28.0	30.8	22.6
平成 23 年度	人数	58,264	1,086	9,006	15,585	18,489	14,098
	構成比	100.0	1.9	15.5	26.7	31.7	24.2
平成 23 年度 全国	人数	5,250,866	285,021	1,018,234	1,298,292	1,398,026	1,251,293
	構成比	100.0	5.4	19.4	24.7	26.6	23.8

出典：三重県赤十字血液センター統計「日本赤十字社血液事業年度報」

- 現在、医療機関では、血液製剤の適正化使用を図りながら、安全性を確保するため、主に 400mL 献血および成分献血による血液製剤を必要としています。
- 平成 23（2011）年から採血基準が変更され、男性の献血可能年齢の範囲が拡大されましたが、少子高齢化等の影響で将来的に血液が不足することが予想されています。

図表 5-12-9 献血方法別の採血基準(平成 23 年4月1日施行)

項目 \ 献血の種類	全血献血		成分献血	
	200mL 献血	400mL 献血	血漿成分献血	血小板成分献血
1 回献血量	200mL	400mL	600mL 以下 (循環血液量の 12%以内)	400mL 以下
年 齢	16～69 歳※	男性 17 歳～69 歳※ 女性 18 歳～69 歳※	18 歳～69 歳※	男性 18 歳～69 歳※ 女性 18 歳～54 歳
体 重	男性 45kg 以上 女性 40kg 以上	男女とも 50kg 以上	男性 45kg 以上 女性 40kg 以上	
最高血圧	90mmHg 以上			
血色素量	男性 12. 5g／dL 以上 女性 12g／dL 以上	男性 13g／dL 以上 女性 12. 5g／dL 以上	12g／dL 以上 (赤血球指数が 標準域にある女性は 11. 5 g／dL 以上)	12g／dL 以上
血小板数				15 万／μ L 以上 60 万／μ L 以下
年間献血回数	男性 6 回以内 女性 4 回以内	男性 3 回以内 女性 2 回以内	血小板成分献血 1 回を 2 回分に換算して 血漿成分献血と合計で 24 回以内	
年間総献血量	200mL 献血と 400mL 献血を合わせて 男性 1, 200mL 以内、女性 800mL 以内			

※65 歳から 69 歳までの方は、60 歳から 64 歳までの間に献血の経験がある方に限られます。

出典：日本赤十字社ホームページ

- 輸血用血液製剤は全て国内の献血で賄われ、日本赤十字社が製造・供給しています。
- 血漿分画製剤*のうち人の血液由来の血液凝固第Ⅷ因子製剤については、平成 6（1994）年に国内自給率 100%が達成されました。しかし、遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤が開発されて製造販売されたことにより、現在は、遺伝子組換え製剤を含めた血液凝固第Ⅷ因子製剤の総量に対する国内献血由来製剤の比率は約 22%となっています。また、アルブミン製剤および免疫グロブリン製剤の平成 22（2010）年度の国内自給率はそれぞれ 58.2%および 95.1%となっており、これらについては適正使用の推進等により、必要とする血液製剤を原則として国内の献血で賄うことをめざして、引き続き国において検討が進められています³。

（2）課題

- 若年層を中心とした献血推進が重要な課題となっています。
- 県内の医療機関が使用する血液製剤の安定供給のためにも「三重県献血推進計画」に基づく献血者数を確保していく必要があります。

（3）めざす姿

- 献血を推進することにより、医療機関が必要とする輸血用血液製剤が確保されています。また、各医療機関において血液製剤が適正に使用されています。

（4）取組方向

取組方向 1：献血に関する普及啓発と必要な献血者数の確保
 取組方向 2：血液製剤の安全性の確保と使用の適正化

（5）取組内容

取組方向 1：献血に関する普及啓発と必要な献血者数の確保

- 行政と三重県赤十字血液センターが協力の上、広報活動を実施することで献血に関する普及啓発を進めるとともに、輸血の安全性を向上させる 400mL 献血および成分献血への理解と協力を求めます。（赤十字血液センター、市町、県）
- 三重県献血推進連絡会*を中心に、関係機関、関係団体等が連携を強化することにより献血者の確保に取り組みます。（県民、市町、県、関係機関）
- 若年層をはじめとした新規献血者の確保に取り組みます。（県民、市町、県、関係機関）
- 災害時等の緊急時においても必要な血液が円滑に供給されるよう、行政と赤十字血液センターが連携した取組を展開します。（赤十字血液センター、市町、県）

³ 出典：厚生労働省「平成 23 年版 血液事業報告」

取組方向 2：血液製剤の安全性の確保と使用の適正化

- 安全な血液製剤を供給するため、献血時の問診の強化や血液製剤の品質管理を進めます。
(赤十字血液センター)
- 国の「輸血療法の実施に関する指針」および「血液製剤の使用指針」に基づいた適正な血液製剤の使用を推進します。(医療機関、県)

6. 医療に関する情報化の推進

(1) 現状

- 医療サービスの質の向上や効率的な運営を実現する上で医療における情報化の推進は不可欠となっており、県内の医療機関においても、電子カルテシステム*やオーダーリングシステム*、レセプト電算処理システム*等を導入する医療機関が増えています。
- 県内の病院における電子カルテシステム導入率（一部導入含む）は約 20%、オーダーリングシステムの導入率は 30～40%程度です。
- 県では、「三重医療安心ネットワーク」を構築し、医療機関の間で患者情報等の共有による診療の円滑化を図っています。
- 県内には、「遠隔画像診断ネットワーク」「三重乳がん検診ネットワーク」等の医療系ネットワークが整備され、運用されています。
- こうした医療の情報化が進むことで、診察の際の待ち時間の短縮や、医療事故の防止が期待されます。また、医療機関等において電子化された患者情報等の共有が可能になるなど、質の高い効率的な医療が提供されるとともに、患者の利便性を確保することができます。
- また、さまざまな医療情報システムを活用することで、在宅診療や遠隔医療等、へき地や離島をはじめとした医療の地域偏在の緩和にも一定の役割を果たすことが期待されています。
- 平成 24（2012）年 7 月に国の指定を受けた「みえライフイノベーション総合特区」の主な取組として、県内に整備されている医療系ネットワークを活用し、患者等の診療情報（治療・投薬・検査・診断用画像・副作用情報・遺伝子情報等）を統合した研究開発用の統合型医療情報データベースを県内の産学官民が連携して構築します。
- 県民から同意を得た上で提供を受けた診療情報を本統合型医療情報データベースに組み込み、それを活用することで、画期的な医薬品・医療機器等の開発、統計手法を活用した臨床研究、副作用の早期発見、疾病予防、高度医療をはじめとする医療サービスや健康増進サービス等、県民にとって有用な製品やサービス等を提供できることが期待されます。

(2) 課題

- 医療サービスの情報化を進めるにあたっては、システムの安全性や情報の信頼性、高齢者や障がい者に対する配慮、個人情報や人権の保護等に十分留意することが必要です。
- 急性期、回復期、維持期等、さまざまな病期に対応する医療機関や社会福祉施設等が、「三重医療安心ネットワーク」を活用することで、患者情報等を共有し、より質の高い医療や

福祉を提供するための仕組みの構築が必要です。また、この仕組みを進めていくためには、患者情報等を開示する医療機関数の増加だけでなく、患者情報等を閲覧できる参照医療機関数も増やしていく必要があります。

(3) めざす姿

- 医療機関が、安全かつ信頼性の高い医療情報システムを構築することで、医療の質の向上や効率化が図られるようになっています。

(4) 取組方向

取組方向：医療の情報化の充実

(5) 取組内容

取組方向：医療の情報化の充実

- 医療機関の電子カルテシステム、オーダーリングシステムの導入を促進します。(医療機関、県)
- 遠隔医療を利用した身近な医療機関における専門医診療を促進します。(医療機関、県)
- 「三重医療安心ネットワーク」の患者情報等を閲覧できる参照医療機関を増やすため、デモンストラーションの開催等により広報を進めます。(三重大学、県)
- 開示医療機関と参照医療機関が、双方向で患者情報等を共有するなどの先進地情報を得つつ、「三重医療安心ネットワーク」のシステム機能を十分活用するための仕組みを検討します。(医療機関、三重大学、県)
- 「三重医療安心ネットワーク」の患者情報等を閲覧するための端末の認証や、閲覧可能な職員の範囲を限定する方法についての現状を検証するなど、個人情報対策をより強化する検討を進めます。(医療機関、三重大学、県)

7. 外国人に対する医療対策

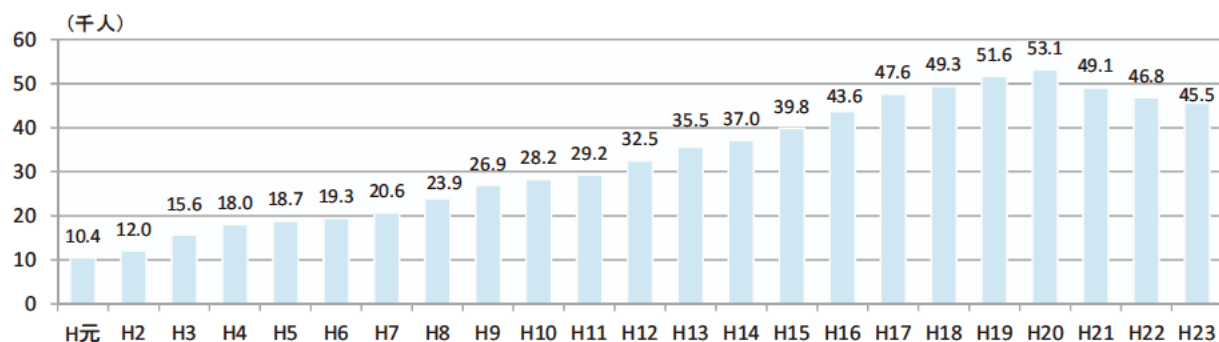
(1) 現状

- 平成 23 (2011) 年末現在 県内の外国人登録者数は、45,547 人(前年比△1,270 人、2.7%減)で、3年連続で減少しましたが、なお県内総人口の 2.41%を占めています(各都道府県別人口に占める外国人登録者数の割合は全国第 3 位⁴⁾)。
- 外国人登録者数は、平成 23 (2011) 年末現在、10 年前(平成 13 年)の 1.28 倍、平成元(1989)年の 4.36 倍の水準に上っています。
- 国籍別の登録者数では、最も多いのがブラジル(15,232 人、対前年比 8.5%減)で、次い

⁴ 出典：法務省「登録外国人統計(2010 年年報)」

で中国（9,553 人、対前年比 0.4%減）でした。また、登録者の出身国籍の数は 101 か国（平成 22 年末 99 か国）でした。

図表 5-12-10 三重県における外国人登録者数の推移



出典：三重県「外国人登録者数調査」（平成 23 年 12 月 31 日現在）

図表 5-12-11 国籍別登録者数

(単位：人、%)

順位	国籍	登録者数	構成比	前年比増減数	前年比増減率
1	ブラジル	15,232	33.4	▲ 1,419	▲8.5
2	中国	9,553	21.0	▲ 35	▲0.4
3	韓国または朝鮮	5,584	12.3	▲ 205	▲3.5
4	フィリピン	5,375	11.8	▲ 68	▲1.3
5	ペルー	3,403	7.5	▲ 64	▲1.9
6	タイ	1,322	2.9	402	43.7
7	ベトナム	1,053	2.3	139	15.2
8	ボリビア	980	2.1	▲ 35	▲3.5
9	インドネシア	763	1.7	4	0.5
10	ネパール	301	0.7	42	16.2
その他		1,981	4.3	▲ 31	▲1.5
三重県計		45,547	100.0	▲ 1,270	▲2.7

出典：三重県「外国人登録者数調査」（平成 23 年 12 月 31 日現在）

- 事業所等の被用者や 1 年以上在留資格のある外国人住民は、公的医療保険（被用者保険、国民健康保険等）に加入し、医療等の給付が受けられることとなっています。しかし、現実には公的医療保険に未加入の外国人住民が多く、受診の際に医療費を払えない、受診を控えることにより健康の悪化を引き起こすなどのケースが生じています。
- こうした医療費に係る問題のほか、文化、生活習慣、制度面等の違いや言葉の問題から医療従事者とのコミュニケーションに支障を来し、適切な医療を受けられずに病状が進行するなどといった事例が見られるなど、複雑な要因が絡み合い、多くの問題が生じています。
- 県では、三重県国際交流財団と連携して、医療専門の通訳ボランティア（平成 23 年度末現在 94 人登録）の派遣や養成研修の実施、派遣を受け入れる医療機関の拡大を図っていますが、医療機関の利用はまだ少数にとどまっています。
- 県内では、常駐の医療通訳者を置く病院はほとんどありません。
- 外国人集住市を中心に外国人住民の増加に伴い、学校保健、母子保健、保育等、保健福祉

サービスの多言語による対応のニーズが高まっており、予防接種問診表の多言語化等の取組が進められています。

(2) 課題

- 医療専門の通訳の養成・派遣等、主に言語の面から医療従事者とのコミュニケーションを向上させるための一層の取組が求められています。
- 将来的に、外国人住民の高齢化が進む可能性があり、その対応策を検討していく必要があります。

(3) めざす姿

- 外国人住民が、心身ともに健康な生活を送ることができるよう、円滑かつ適切に必要な医療サービスが受けられる体制が整備されています。

(4) 取組方向

取組方向 1：外国人住民が保健・医療・福祉サービスを受ける際に必要な支援の充実

取組方向 2：外国人住民の公的医療保険への加入啓発の促進

(5) 取組内容

取組方向 1：外国人住民が保健・医療・福祉サービスを受ける際に必要な支援の充実

- 外国人住民が医療機関で安心して受診するには、多言語問診票の活用に加えて、医療機関への常駐の医療通訳者の設置、通訳派遣等、通訳制度を整える必要があります。医療通訳は専門的知識を必要とするため、その人材を確保・育成するとともに、広域的な医療通訳者利用システム制度の普及を進めます。(医療機関、三重県国際交流財団、市町、県、関係機関)
- 医療機関の診療案内や入院案内等をはじめ、学校保健、母子保健、保育等における多言語対応に取り組めます。(医療機関、教育機関、市町、県、関係機関)
- 外国人住民の医療従事者を養成するための取組を実施します。(医療機関、教育機関、市町、県、関係機関)
- 県内の医療情報、検診情報、感染症等の病気予防の知識、社会保険制度に関する情報が十分に提供されるよう、関係団体と連携し、多言語でのパンフレット等を活用し、外国人住民に対して広く情報提供や保健指導等を行います。また、県ホームページ等を活用し外国語対応できる医療機関の情報提供を行います。(医療機関、市町、県、関係機関)

取組方向 2：外国人住民の公的保険への加入啓発の促進

- 公的医療保険に加入していないために受診が遅れ、病状が悪化するというような悪循環を避けるため、医療保険制度に関する説明や情報提供を行います。(事業者、医療機関、市町、県、関係機関)